

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

令和5年3月

PwC コンサルティング合同会社

目次

0. 調査研究の概要	1
1. 調査研究の背景と目的	1
2. 調査研究の方法	2
1) 研究会の設置・開催	2
2) アンケート調査の概要	3
3) アンケート集計	6
4) 施設へのインタビュー調査	14
I. 施設調査結果	15
1. 施設の概要	15
1) 法人が運営する特別養護老人ホームの数〔問1(1)〕	15
2) 施設開設年〔問1(2)〕	15
3) 施設居室形態〔問1(3)〕	16
4) 医務室の保険医療機関としての指定状況〔問1(4)〕	16
5) 医療機関の併設・隣接状況〔問1(5)〕	17
6) 併設・隣接事業所の運営主体との関係〔問1(5)〕	18
7) 各種加算の算定状況〔問2〕	19
8) 職員体制	29
2. 入所者の状況	35
1) 入所者の状況	35
3. 入所者に対する医療の状況	41
1) 配置医師の状況	41
2) 主たる配置医師(1名)の状況	46
3) 配置医師以外による診療の状況	60
4) 診療報酬に関する施設の認識	66
5) 協力医療機関との連携	68
6) 救急搬送の状況	71
7) 入所者の入院の状況	79
4. 退所および看取りに関する状況	83
1) 直近半年間(2022年4月1日～9月30日)の退所者	83
2) 死亡による契約終了の状況	84
3) 看取りに関する方針・対応状況	86
5. 配置医師の電話対応・駆けつけ対応に関するクロス集計結果	89
1) 目的変数同士のクロス集計〔クロス集計 1-0〕	89
2) 施設の特性〔クロス集計 1-1〕	90
3) 配置医師の特性〔クロス集計 1-2〕	93
4) 診療報酬認知度別特性〔クロス集計 1-3〕	94
5) 連携医療機関の対応別特性〔クロス集計 1-4〕	95
6. 救急搬送件数に関するクロス集計結果	96
1) 施設の特性〔クロス集計 2〕	96
7. 入院者数に関するクロス集計結果	98
1) 施設の特性〔クロス集計 3〕	98
8. 看取り率に関するクロス集計結果	99
1) 施設の特性〔クロス集計 4〕	99

II. 配置医師調査結果	102
1. 配置医師の経歴	102
1) 性別 [Q1]	102
2) 年齢 [Q2]	102
3) 診療科 [Q3]	103
4) 保有資格 [Q4]	103
5) 訪問診療の経験 [Q5]	104
2. 配置医師と勤務する特別養護老人ホームの雇用関係	104
1) 契約形態 [Q6]	104
2) 1か月の勤務日数・勤務時間 [Q7]	105
3) 契約上の報酬体系 [Q8]	107
4) 1か月の報酬額 [Q9]	108
5) 駆けつけ対応の報酬 [Q10]	108
6) 自宅からの通勤時間(片道) [Q11]	109
3. 特別養護老人ホーム以外の勤務先	110
1) 主たる勤務先 [Q12]	110
2) 特養・主たる勤務先以外の勤務先数 [Q13]	113
4. 配置医師としての考え方・担っている役割等	114
1) 配置医師としての役割 [Q14(1)(2)(3)]	114
2) 施設内で行う診察	115
3) 配置医師が特養入所者に対し算定できる診療報酬 [Q17]	116
4) 配置医師緊急時対応加算の認知状況 [Q18]	117
5) 包括的指示の活用	118
6) 施設での勤務時間以外の対応回数(2022年9月の実績) [Q21]	119
7) 配置医師業務の負担感 [Q22]	121
8) 配置医師としてのやりがい [Q23]	122
9) 配置医師の業務を行う上での困りごと [Q24]	122
5. 配置医師の電話対応・駆けつけ対応に関するクロス集計結果	124
1) 施設および配置医師の特性 [クロス集計 医 1]	124
6. 配置医師業務の負担感に関するクロス集計結果	127
1) 施設および配置医師の特性 [クロス集計 医 2-1]	127
2) 交代要員・バックアップ体制がない医師の所属施設における医療機関の併設・隣接状況 [クロス集計 医 2-2]	130
7. 配置医師業務のやりがいに関するクロス集計結果	131
1) 配置医師の特性 [クロス集計 医 3]	131
III. インタビュー調査結果	132
【事例1】施設におけるあらかじめの介護情報・医療情報の整理のもと、急変時の対応内容を明確にし、夜間搬送を防いでいる施設の事例	132
【事例2】デジタルツールを活用した多職種による円滑な医療・介護情報の共有とともに、包括的指示を活用して急変を未然に防いでいる施設の事例	135
【事例3】施設から配置医師の所属機関への適切な情報共有のもと、代替医師でも急変対応が円滑にできる仕組みを構築している施設の事例	138
【事例4】包括的指示の活用のもと、急変対応時のマニュアルを作成し、搬送を未然に防いでいる施設の事例	141
【事例5】配置医師の不在時に外部医師が駆けつけ対応できる仕組みを地域で構築している事例	144
【事例6】施設内の円滑な情報連携、包括的指示の活用のもと、配置医師1名で夜間・休日の急変対応が行われている施設の事例	148

IV. 調査結果のまとめ	151
1. 施設に関する基本情報と入所者の状況	151
2. 職員体制	151
1) 介護職員・看護職員の体制	151
2) 配置医師の体制	152
3. 入所者に対する医療の状況	153
1) 急変対応の状況	153
2) 救急搬送の状況	154
3) 入院の状況	155
4) 看取りの状況	155
4. 配置医師のやりがい・負担感	156
付属資料	157
1) 施設調査票	159
2) 配置医師調査票	167

0. 調査研究の概要

1. 調査研究の背景と目的

特別養護老人ホーム(以下、特養という)は、介護保険制度創設以前から、在宅生活を維持できなかった要介護高齢者にとっての“終の棲家”として位置づけられ、介護保険制度創設以降、要介護高齢者数の増加とともにその数を増やしてきた。その一方、施設数が増えてもなお、特養入所申込者が多いことや、医療やリハビリの必要性の低い要介護高齢者が介護老人保健施設や介護療養型医療施設に入所し、施設間の機能の相違が不明確になっていること等が問題視され、平成 27(2015)年制度改正により、入所要件を原則要介護3以上とし、重度者が優先的に入所できる仕組み作りが進められてきた。

このように、特養入所者像の重度化が進んでいるなか、近年、身体介護や認知症ケアを要する入所者だけでなく、医療処置を要する入所者も増えており、看取りを含む特養での医療対応の必要性が高まっている。

こうした変化に対応し、平成 30(2018)年報酬改定では、特養の配置医師が早朝・夜間、深夜に入所者の急変等の対応を行った際の評価として「配置医師緊急時対応加算」が新設されている。

これらの状況を踏まえ、これまで、老人保健健康増進等事業においては、特養での医療対応(看取りを含む)に焦点を当てた調査研究事業として、令和元年度に「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」、令和2年度に「特別養護老人ホームにおける看取り等のあり方に関する調査研究」、令和3年度に「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」などが実施されている。特に、令和2年度「特別養護老人ホームにおける看取り等のあり方に関する調査研究」では、特養における配置医師や看護職員の体制面に焦点を当てた調査が実施され、入所者の 15.7%が何らかの医療処置等を要する状態像にあることとともに、常勤の配置医師がいる施設は 3.4%しかなく、常勤の場合でも施設内で勤務する時間は月平均 71.5 時間、契約上責任を持つ時間で月平均 97.9 時間という実態と、8割強の特養で配置医師緊急時対応加算が算定できていない実態が報告されている。

このような中、上記の実態をふまえ、規制改革推進会議の「規制改革推進に関する答申」(令和 4 年 5 月 27 日)では、以下の考え方・方針が示された。

- ・ 特養入所者の施設内における医療ニーズ(特に、特養入所者の急変時及び看取り時)に十分応えられていない。
- ・ 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等の措置を検討すべきである。

こうした事柄も踏まえ、本調査研究では、配置医師の勤務や診療・役割の実態、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する。

2. 調査研究の方法

1) 研究会の設置・開催

当該分野に精通した有識者からなる研究会を設置し、その議論を踏まえて調査研究を進めた。なお、研究会は、以下の通り4回開催した。

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 研究会 委員名簿

(50音順)

座長	井上 由紀子	(学)日本社会事業大学 福祉マネジメント研究科 教授
	江澤 和彦	(公社)日本医師会 常任理事
	佐々木 淳	(医)社団悠翔会 理事長・診療部長
	島田 千穂	(学)佐久大学 人間福祉学部 教授
	田中 雅英	(公社)全国老人福祉施設協議会 副会長
	田蒔 正治	(公社)全日本病院協会 常任理事
	田母神 裕美	(公社)日本看護協会 常任理事
	久富 護	(株)株式会社メディヴァ コンサルティング事業部 マネージャー

<研究協力(オブザーバー)>

厚生労働省 老健局 高齢者支援課
厚生労働省 老健局 老人保健課
厚生労働省 保険局 医療課

<事務局>

PwC コンサルティング合同会社 安田 純子／岡田 泰治／平良 岬

<開催日程および議題>

回数	日程	議 題
第1回	2022年8月4日(木) 10:00~12:00	○調査研究の目的・内容(認識の共有) ○調査の視点・項目に関するディスカッション
第2回	2022年9月5日(月) 10:00~12:00	○調査の全体設計・調査票案に関するディスカッション
第3回	2023年1月12日(木) 13:00~15:00	○単純集計結果のご報告 ○クロス集計項目に関するディスカッション ○インタビュー概要のご報告
第4回	2023年3月6日(月) 16:30~19:00	○クロス集計結果のご報告 ○報告書取りまとめ方針に関するディスカッション

2) アンケート調査の概要

(1) 調査設計

特別養護老人ホームの医療の状況や、配置医師による対応等の状況を把握することを主な目的として、全国の特別養護老人ホームと、当該施設に所属する配置医師を対象としたアンケート調査を実施した。

図表 主な調査項目

【施設調査】 I. 法人・施設の概要 II. 入所者の状況 III. 入所者に対する医療の状況 IV. 退所および看取りに関する状況
【配置医師調査】 I. 配置医師の経歴 II. 配置医師と勤務する特別養護老人ホームの雇用関係 III. 特別養護老人ホーム以外の勤務先 IV. 配置医師としての考え方・担っている役割等

(2) 調査対象

① 施設調査

介護サービス情報公表システムの登録情報をもとに、令和4(2022)年6月末時点で開設されている特別養護老人ホーム10,740施設より、4,000施設を無作為に抽出(抽出率:37.2%)し、アンケート調査票を送付した。送付対象は施設(建物)単位とし、同一建物内で複数の特別養護老人ホームを運営している場合も1施設として扱った。なお、アンケート調査票記入者は、管理者(施設長もしくはその代理の職にある方)としている。

《調査対象》

令和4(2022)年6月末時点で運営している特別養護老人ホーム 10,740 施設

《発送数》

特別養護老人ホーム 4,000 施設

② 配置医師調査

上記①の施設に所属する配置医師全員に対し、施設経由で調査票を配布した。なお、アンケート調査票記入者は、配置医師本人としている。

(3) 調査方法

施設調査は、郵送により調査票を送付・回収した。

配置医師調査は、郵送により調査票を送付し、郵送回収・FAX回収・メール回収のいずれかの方法で調査票を回収した。

(4) 調査期間

2022(令和4)年9月30日発送、11月4日到着分までを有効票とした。(調査期間:36日間)

(5)回収状況

① 施設調査

《有効回答》

特別養護老人ホーム : 1,148 施設(有効回答率:28.7%)

注)上記の有効回答率は各施設の発送数に対する比率

② 配置医師調査

《有効回答》

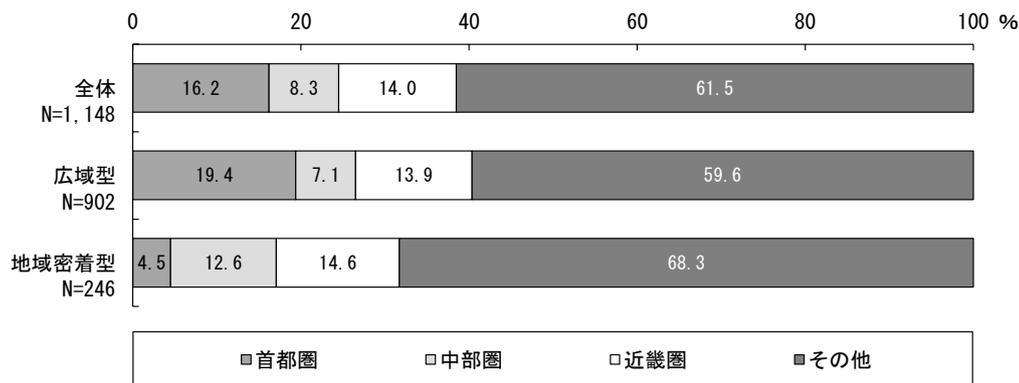
配置医師 : 528 名

【(施設調査)都道府県別 有効回答状況】

	全 体				広域型				地域密着型			
	送付数	有効 回答数	無効・ 非回収	有効 回答率	送付数	有効 回答数	無効・ 非回収	有効 回答率	送付数	有効 回答数	無効・ 非回収	有効 回答率
北海道	151	43	108	28.5	127	35	92	27.6	24	8	16	33.3
青森	40	15	25	37.5	25	8	17	32.0	15	7	8	46.7
岩手	61	25	36	41.0	42	14	28	33.3	19	11	8	57.9
宮城	86	30	56	34.9	68	26	42	38.2	18	4	14	22.2
秋田	64	21	43	32.8	50	16	34	32.0	14	5	9	35.7
山形	52	16	36	30.8	34	9	25	26.5	18	7	11	38.9
福島	81	21	60	25.9	67	16	51	23.9	14	5	9	35.7
茨城	109	33	76	30.3	98	30	68	30.6	11	3	8	27.3
栃木	83	22	61	26.5	57	15	42	26.3	26	7	19	26.9
群馬	89	22	67	24.7	73	18	55	24.7	16	4	12	25.0
埼玉	165	36	129	21.8	150	33	117	22.0	15	3	12	20.0
千葉	176	36	140	20.5	149	32	117	21.5	27	4	23	14.8
東京	248	65	183	26.2	237	65	172	27.4	11	0	11	0.0
神奈川	179	49	130	27.4	167	45	122	26.9	12	4	8	33.3
新潟	120	37	83	30.8	80	23	57	28.8	40	14	26	35.0
富山	41	18	23	43.9	31	13	18	41.9	10	5	5	50.0
石川	50	16	34	32.0	32	10	22	31.3	18	6	12	33.3
福井	39	18	21	46.2	27	9	18	33.3	12	9	3	75.0
山梨	41	6	35	14.6	25	4	21	16.0	16	2	14	12.5
長野	87	19	68	21.8	63	16	47	25.4	24	3	21	12.5
岐阜	76	24	52	31.6	58	16	42	27.6	18	8	10	44.4
静岡	117	46	71	39.3	101	40	61	39.6	16	6	10	37.5
愛知	174	49	125	28.2	120	32	88	26.7	54	17	37	31.5
三重	79	22	57	27.8	64	16	48	25.0	15	6	9	40.0
滋賀	52	13	39	25.0	39	9	30	23.1	13	4	9	30.8
京都	75	26	49	34.7	57	19	38	33.3	18	7	11	38.9
大阪	233	68	165	29.2	182	52	130	28.6	51	16	35	31.4
兵庫	182	54	128	29.7	149	45	104	30.2	33	9	24	27.3
奈良	48	12	36	25.0	45	11	34	24.4	3	1	2	33.3
和歌山	44	11	33	25.0	36	9	27	25.0	8	2	6	25.0
鳥取	21	3	18	14.3	18	2	16	11.1	3	1	2	33.3
島根	43	16	27	37.2	38	14	24	36.8	5	2	3	40.0
岡山	92	24	68	26.1	63	21	42	33.3	29	3	26	10.3
広島	101	35	66	34.7	81	29	52	35.8	20	6	14	30.0
山口	42	16	26	38.1	26	9	17	34.6	16	7	9	43.8
徳島	32	11	21	34.4	26	8	18	30.8	6	3	3	50.0
香川	41	5	36	12.2	37	4	33	10.8	4	1	3	25.0
愛媛	67	22	45	32.8	45	11	34	24.4	22	11	11	50.0
高知	29	8	21	27.6	26	7	19	26.9	3	1	2	33.3
福岡	148	35	113	23.6	119	30	89	25.2	29	5	24	17.2
佐賀	21	2	19	9.5	20	2	18	10.0	1	0	1	0.0
長崎	66	24	42	36.4	50	20	30	40.0	16	4	12	25.0
熊本	86	25	61	29.1	57	16	41	28.1	29	9	20	31.0
大分	29	12	17	41.4	22	9	13	40.9	7	3	4	42.9
宮崎	32	11	21	34.4	29	11	18	37.9	3	0	3	0.0
鹿児島	82	20	62	24.4	69	17	52	24.6	13	3	10	23.1
沖縄	26	6	20	23.1	23	6	17	26.1	3	0	3	0.0
全 体	4,000	1,148	2,852	28.7	3,202	902	2,300	28.2	798	246	552	30.8

《参考》アンケートに回答した施設の地域分布

【(施設調査)都市圏】



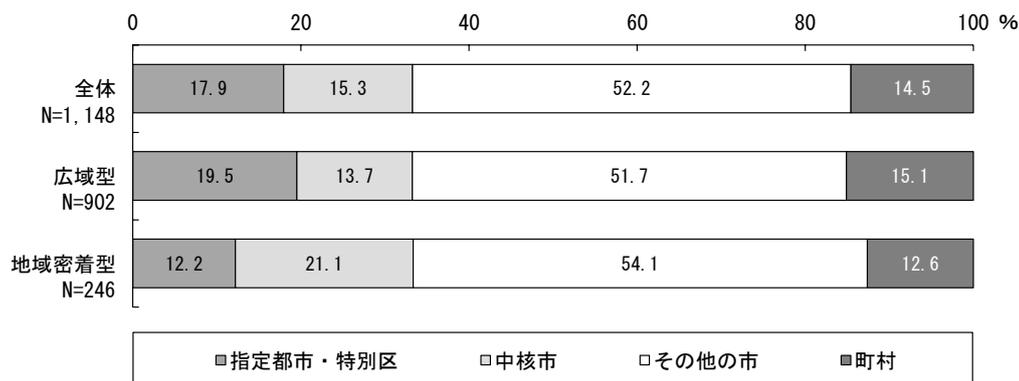
※本調査における都市圏の定義は下記の通りである。

首都圏：埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県、

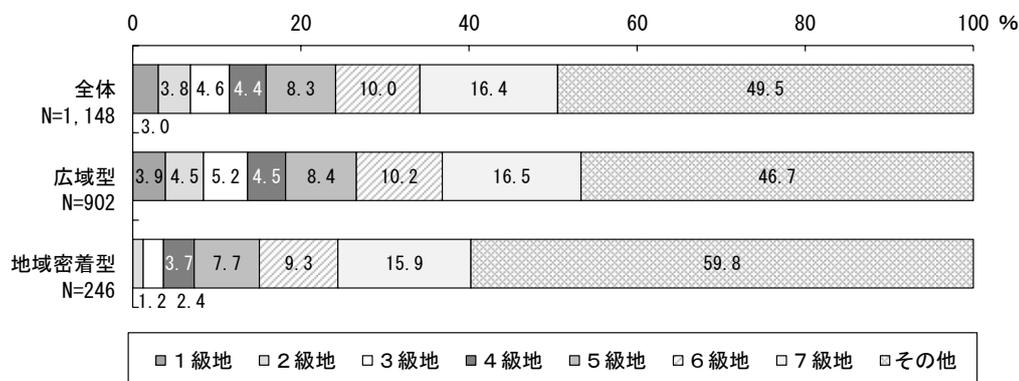
中京圏：岐阜県・愛知県・三重県、

近畿圏：滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県

【(施設調査)都市規模】



【(施設調査)都市区分(級地)】



3) アンケート集計

(1) 集計の種類と方法

アンケート結果について、以下の3種類の集計を行った。

本報告書では、調査票の流れに沿って単純集計をベースに構成しつつ、重要な項目に関して、単純集計の後にクロス集計の結果を織り込む形としている。

① 単純集計

調査に回答した施設「全体」での集計に加え、「広域型」、「地域密着型」別の集計を行った。

また、各グラフには、各集計の対象とした施設数またはケース数を記載している。本記載では、施設単位の集計の際には「N」、ケース単位の集計の際には「n」、配置医師単位の集計の際には「 $\text{\textcircled{N}}$ 」と表記している。

② 各施設の状態像が変数に与える影響に関する集計(プレ集計)

今回のアンケート調査で収集したデータでは、調査対象を無作為抽出しているが、要介護度や疾患、およびその重症度等は施設ごとに異なっているほか、回収率が30%弱であり、本調査テーマや設問内容に関して一定程度関心の高い施設・配置医師からの回答が多くなるという回答バイアスが生じていることは否定できない。

クロス集計では、被説明変数(目的変数)に影響を与える要素を確認するため仮説を立案し、集計項目を決めているが、上記の理由から、各施設の入所者の医療ニーズ(疾患・重症度等)による差異の影響を受ける可能性がある。

この影響を認識しておくため、クロス集計に先立ち、入所者に占める医療処置を要する入所者がどの程度存在するかによって、クロス集計に用いる説明変数・被説明変数(目的変数)がどのように影響を受けるか、プレ集計を行った。具体的には、重複を除いた医療処置を要する入所者の入所者総数に対する割合と、全クロス集計項目との関係性を明らかにしたうえで、クロス集計を実施した。

本調査報告書のクロス集計では、以下の事象があることを踏まえて、集計結果を記載している。

図表 重複を除いた医療処置を要する入所者の入所者総数の割合と集計各項目のクロス集計結果

問番号	クロス集計項目	集計結果
住所地情報より	都市圏	・ 医療処置を要する入所者の割合のうち「20～30%未満」、「30%以上」と高い属性に該当する施設の場合、都市圏が「その他」(首都圏・中部圏・近畿圏以外)に該当する割合が多かった。
	都市区分(級地)	・ 医療処置を要する入所者の割合のうち「30%以上」と高い属性に該当する施設の場合、都市区分(級地)が「その他」(1級地～7級地以外)に該当する割合が多かった。
問 3(4)	看護職員が必ず勤務している時間数	・ 医療処置を要する入所者の割合のうち「5%未満(0%含む)」と低い属性に該当する施設の場合、看護職員が必ず勤務している時間数が「9～10時間未満」と短い属性に該当する割合が多かった。
問 4(3)	入所者における要介護5の方の割合	・ 医療処置を要する入所者の割合のうち「30%以上」と高い属性に該当する施設の場合、入所者における要介護5の方の割合が「40%以上」と高い属性に該当する割合が多かった。
問 6(9)	配置医師が実際に果たしている役割の数	・ 医療処置を要する入所者の割合のうち「20～30%未満」、「30%以上」と高い属性に該当する施設の場合、当該施設の配置医師が実際に果たしている役割の数が「15個以上」と多い属性に該当する割合が多かった。
問 14(3)	「人生の最終段階における医療・ケア」に関する意思の推定を得る相手の想定	・ 医療処置を要する入所者の割合のうち「5%未満(0%含む)」と低い属性に該当する施設の場合、「人生の最終段階における医療・ケア」に関する意思の推定を得る相手の想定を「ほとんどの入所者で決めている」と回答しない割合が多かった。

※平均と比べ±10%以上の差があった項目、かつN数が50以上の項目のみを抜粋して記載

③ クロス集計

施設調査票においては、配置医師の電話対応・駆けつけ対応、救急搬送、入院、看取りに焦点をあて、当該項目が、どのような施設属性や配置医師の属性によって影響がみられるかを明らかにするため、クロス集計を実施した。被説明変数(目的変数)は、以下の項目を使用した。

図表 施設調査票の被説明変数(目的変数)

掲載箇所	被説明変数(目的変数)
I章—5. 配置医師の電話対応・駆けつけ対応に関するクロス集計結果	<ul style="list-style-type: none"> ● 配置医師不在時(平日・日中以外)のオンコール対応(※)の実施実績(問5(6)(7)) ● 配置医師が実際に果たしている役割(問6(9))-急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)
I章—6. 救急搬送件数に関するクロス集計結果	● 直近2か月の救急者の搬送回数(合計)(問10(1))
I章—7. 入院者数に関するクロス集計結果	● 入院していた入所者数(新型コロナウイルス以外)(問11(1))
I章—8. 看取り率に関するクロス集計結果	● 看取り率(問12より作成)

※オンコール対応とは、電話対応に加え、必要な時に駆けつけ対応することを指す(以下、同様)

配置医師調査票においては、配置医師の電話対応・駆けつけ対応、配置医師の負担感、配置医師のやりがいに焦点をあて、当該項目が、どのような施設属性や配置医師の属性によって影響がみられるかを明らかにするため、クロス集計を実施した。被説明変数(目的変数)は、以下の項目を使用した。

図表 配置医師調査票の被説明変数(目的変数)

掲載箇所	被説明変数(目的変数)
II章—5. 配置医師の電話対応・駆けつけ対応に関するクロス集計結果	● 実際に果たしている役割(Q14)-急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)
II章—6. 配置医師業務の負担感に関するクロス集計結果	● 配置医師業務の負担感(Q22)
II章—7. 配置医師業務のやりがいにに関するクロス集計結果	● 配置医師としてのやりがい(Q23)

なお、本報告書上のクロス集計においては、原則N数、n数、⑩数が50以上、かつ各クロス集計項目にかかる割合と全体の割合を比べて特徴的であった項目のみにコメントしているが、統計上の差の検定を行っていない点に留意が必要である。

「以下、図表中の集計番号(「1-1」「2-3」など)は、本報告書内でのクロス集計結果の掲載箇所のタイトルに付している集計番号と対応している。図表中では矢印の始点側が説明変数、終点側が被説明変数(目的変数)となっていることを示している。

また、前述「② 各施設の状態像が変数に与える影響度に関する集計(プレ集計)」のとおり、入所に占める医療処置を要する入所者数との間の関係性を確認したうえでクロス集計を実施したため、集計時には、各変数の特性(状態像の影響)を踏まえたうえで、集計結果を記載している。

なお、施設調査の被説明変数(目的変数)に使用した項目は、いずれの項目においても、入所に占める医療処置を要する入所者数との間の関係性において、平均より±10%以上差の見られた項目はなかった。

【施設調査項目を表頭とするクロス集計】

<配置医師の電話対応・駆けつけ対応に関するクロス集計>

図表 目的変数同士のクロス集計 [クロス集計 1-0]

(施) 駆けつけ/オンコール対応の実施状況別 ・問5(6)(7) 配置医師不在時(平日・日中以外)のオンコール対応の実施実績	1-0	(施) 配置医師が実際に果たしている役割 ・問6(9) 配置医師が実際に果たしている役割 -急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)
--	-----	---

図表 施設の特徴 [クロス集計 1-1]

(施) 地域区分別 ・都市圏 ・都市規模 ・級地区分(級地)	1-1-1	(施) 電話対応・駆けつけ対応の実施有無 ・問6(2) 実際に果たしている役割 -急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応) ・問5(6)(7) 配置医師不在時(平日・日中以外)のオンコール対応の実施実績
(施) 施設属性別 ・問2(4) 常勤医師配置加算の算定有無 ・問2(5) 配置医師緊急時対応加算の算定有無 ・問4(3) 入所者における要介護5の方の割合 ・問4(5) 医療処置を要する入所者の実人数(全医療処置) ・問4(5) 医療処置を要する入所者の実人数(たん・胃ろう腸ろう・経経管栄養のみ)	1-1-2	
(施) 施設の看護体制別 ・問3(3) 看護職員総数(常勤換算) ・問3(4) 看護職員が必ず勤務している時間帯 ・問3(6) 夜間の看護体制	1-1-3	
(施) 配置医師に期待する事柄別 ・問6(8) 配置医師に期待する役割 -急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応) -病状や状態の変化等への備えに対する包括的指示 -外部医療機関の受診・入退院にかかる調整	1-1-4	(施) 配置医師が実際に果たしている役割 ・問6(9) 配置医師が実際に果たしている役割 -急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応) -病状や状態の変化等への備えに対する包括的指示 -外部医療機関の受診・入退院にかかる調整

図表 配置医師の特性 [クロス集計 1-2]

(施) 主たる配置医師の状況別 ・問5(4) 施設内で行う診療の対象 ・問5(5) 診療方法 ・問6(1) 配置医師の診療科 ・問6(2) 配置医師の所属先機関種別 ・問6(3) 契約形態 ・問6(6) 9月1か月の勤務時間(時間数) ・問6(7)① 報酬の支払先 ・問5(7)/問6(6)/問6(7)②③ (作成)月額報酬換算額 ・問6(7)③ 駆けつけ対応時の報酬 ・問6(9) 配置医師が実際に果たしている役割 -病状や状態の変化等への備えに対する包括的指示	1-2	(施) 電話対応・駆けつけ対応の実施有無 ・問6(2) 実際に果たしている役割 -急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応) ・問5(6)(7) 配置医師不在時(平日・日中以外)のオンコール対応の実施実績
--	-----	---

図表 診療報酬認知度別特性 [クロス集計 1-3]

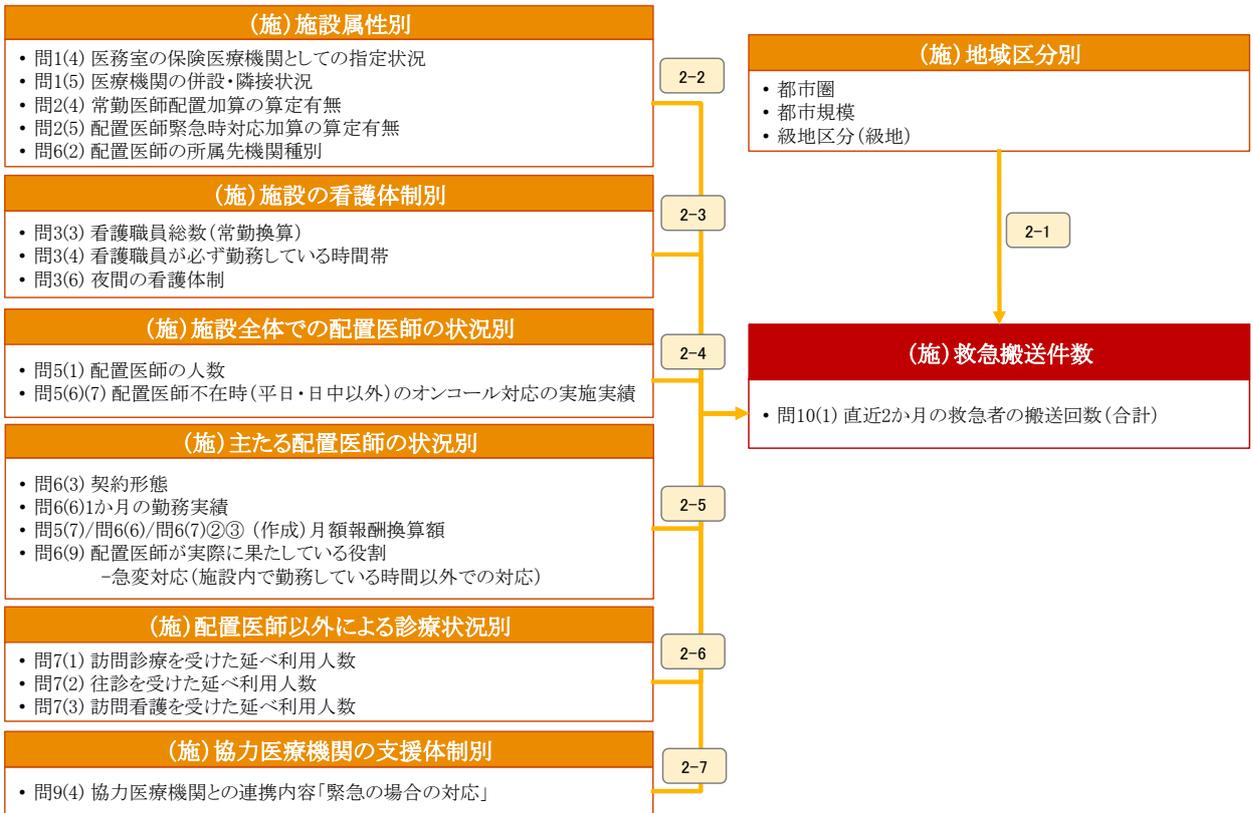
(施) 診療報酬の認知度別 ・問8(1) 配置医師が算定できる診療報酬の認知(点数化) ・問8(2) 配置医師以外が算定できる診療報酬の認知(点数化)	1-3-1	(施) 電話対応・駆けつけ対応の実施有無 ・問6(2) 実際に果たしている役割 -急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応) ・問5(6)(7) 配置医師不在時(平日・日中以外)のオンコール対応の実施実績
(施) 配置医師の所属医療機関種別 ・問6(2) 配置医師の所属先機関種別	1-3-3	

図表 連携医療機関の対応別特性 [クロス集計 1-4]

(施) 配置医師以外による診療状況別 ・問7(1) 訪問診療を受けた延べ利用人数(定員100人換算) ・問7(2) 往診を受けた延べ利用人数(定員100人換算) ・問7(3) 訪問看護を受けた延べ利用人数(定員100人換算)	1-4-1	(施) 電話対応・駆けつけ対応の実施有無 ・問6(2) 実際に果たしている役割 -急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応) ・問5(6)(7) 配置医師不在時(平日・日中以外)のオンコール対応の実施実績
(施) 協力医療機関の緊急対応別 ・問9(4) 協力医療機関との連携内容「緊急の場合の対応」	1-4-2	

<救急搬送件数に関するクロス集計>

図表 施設の特性 [クロス集計 2]



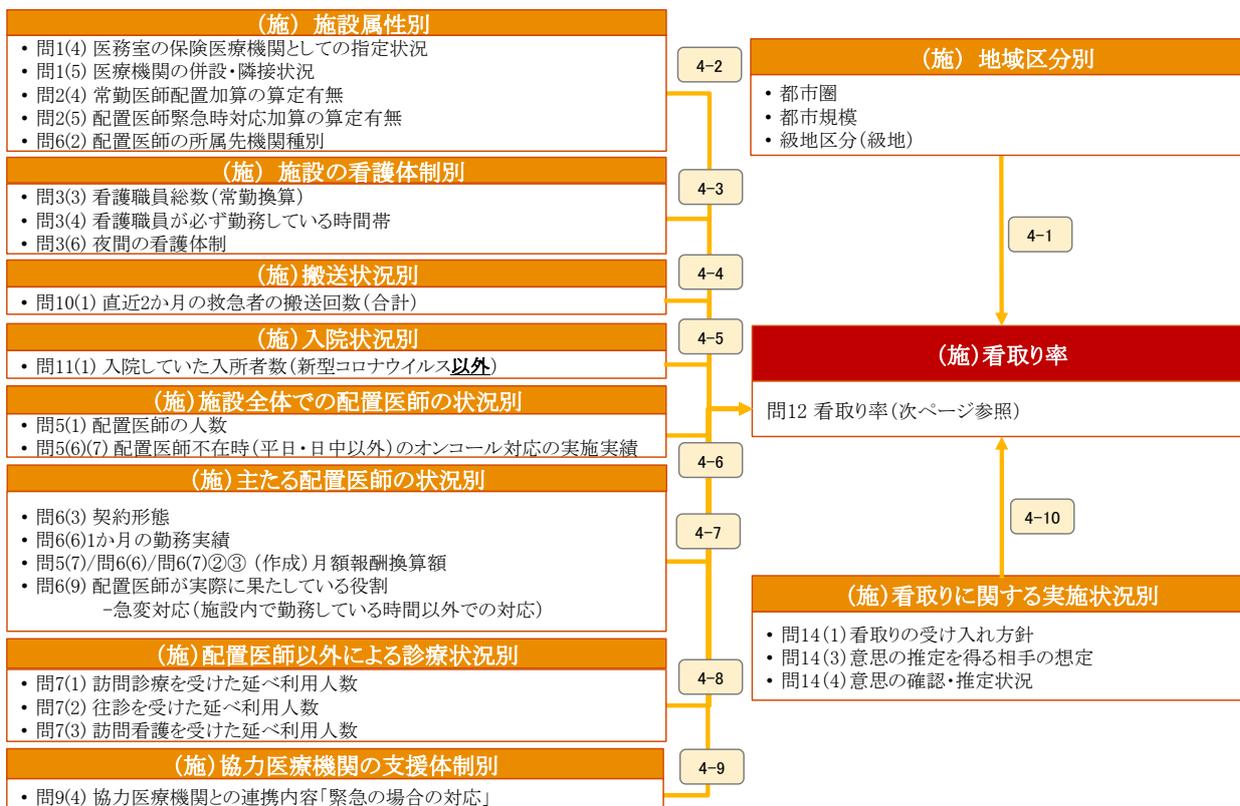
<入院者数に関するクロス集計>

図表 施設の特性 [クロス集計 3]



<看取り率に関するクロス集計>

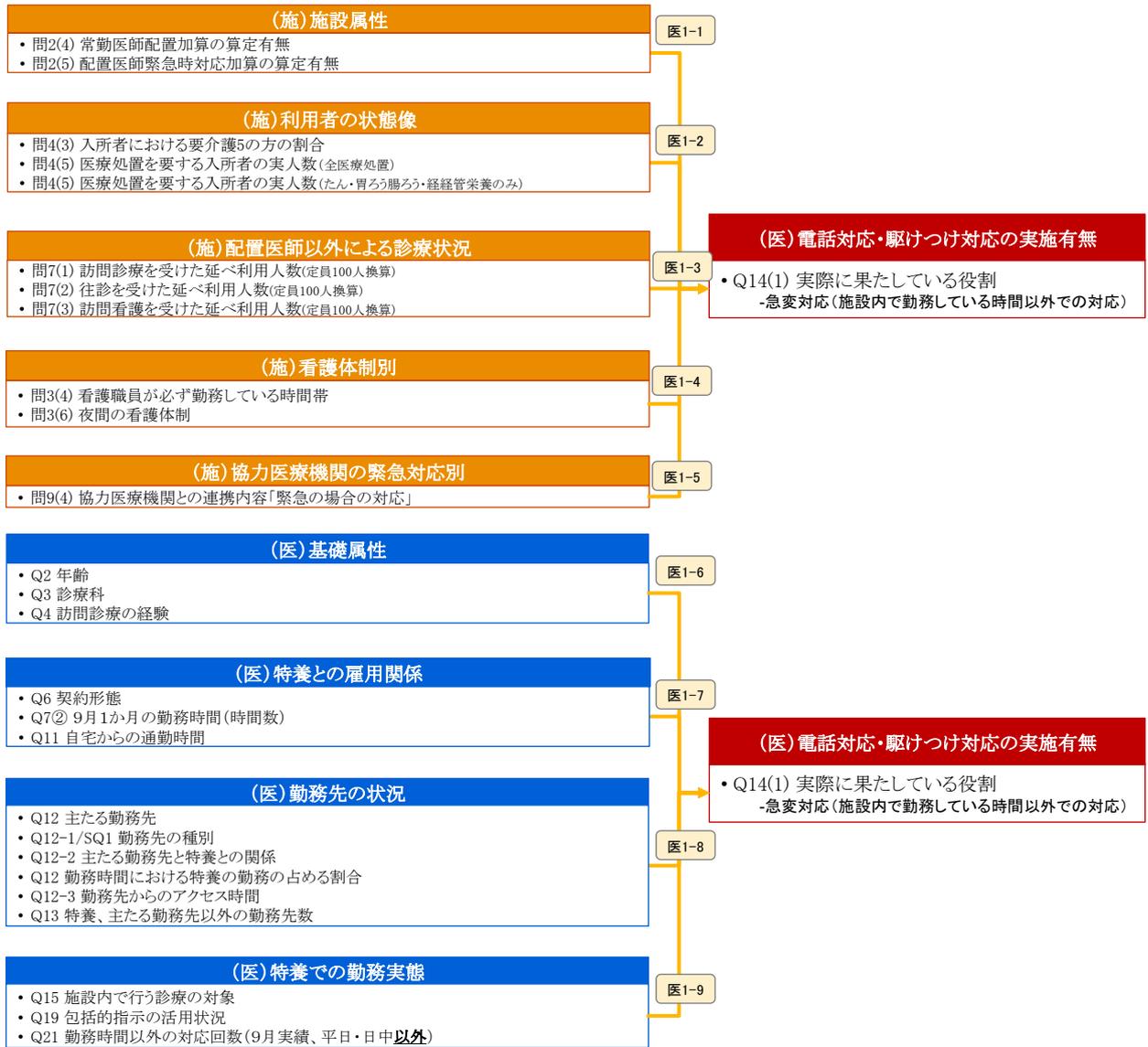
図表 施設の特徴 [クロス集計 4]



【配置医師調査項目を表頭とするクロス集計】

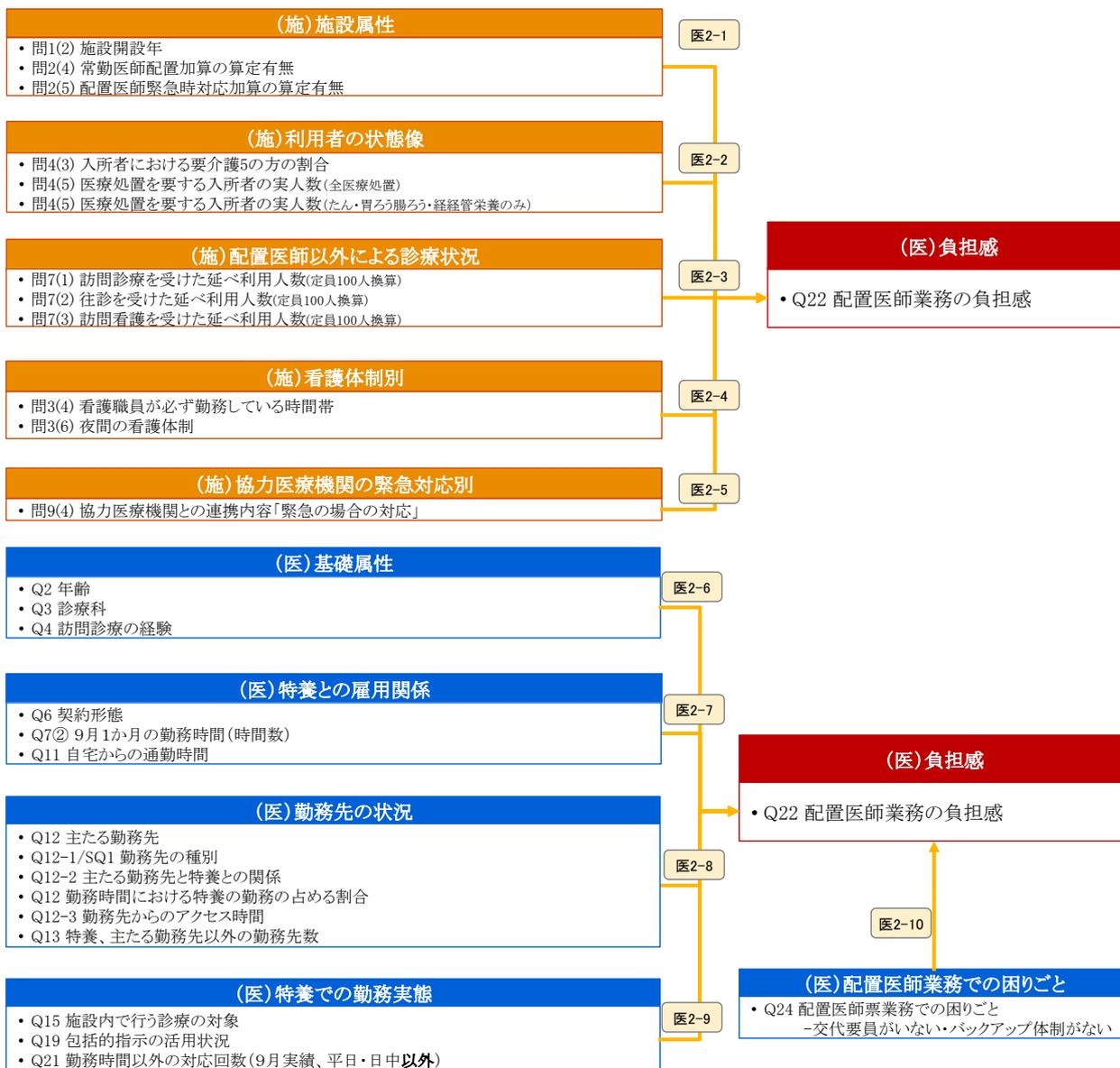
<配置医師の電話対応・駆けつけ対応に関するクロス集計>

図表 施設および配置医師の特性 [クロス集計 医1]



<配置医師業務の負担感に関するクロス集計>

図表 施設および配置医師の特性 [クロス集計 医 2-1]

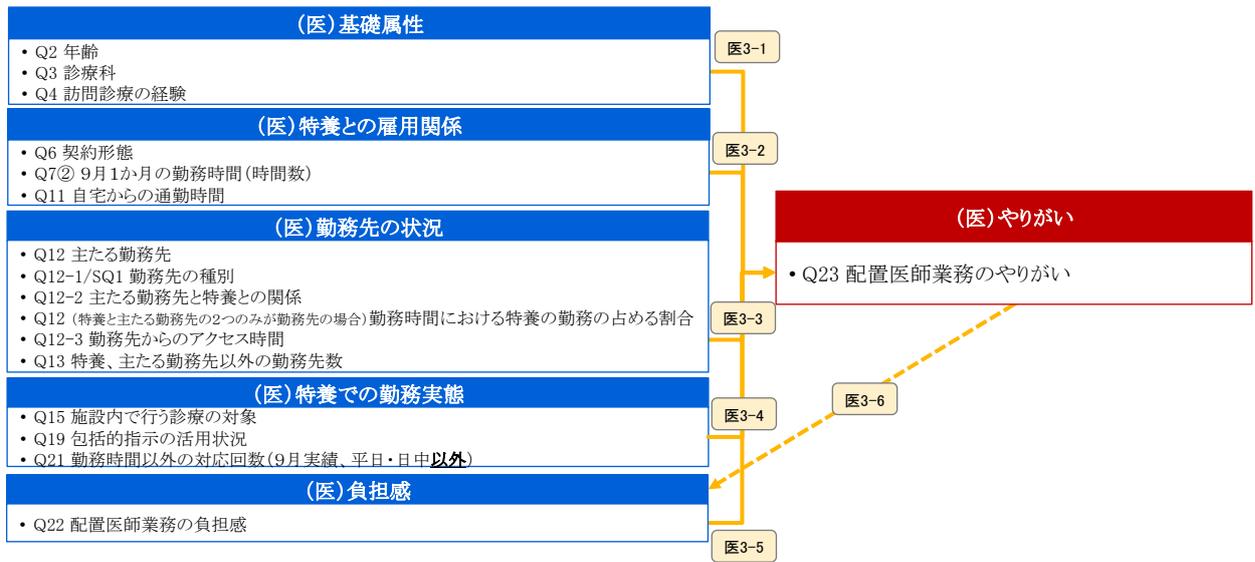


図表 交代要員・バックアップ体制がない医師の
所属施設における医療機関の併設・隣接状況 [クロス集計 医 2-2]



<配置医師業務のやりがいに関するクロス集計>

図表 配置医師の特性 [クロス集計 医3]



4)施設へのインタビュー調査

前述の「1)研究会の設置・開催」で記載した研究会委員から推薦を受けた施設から6施設を選定し、特別養護老人ホームにおける配置医師を中心とした医療対応について、インタビュー調査を実施した。調査対象は、特養の施設長と、看護職員（主任等、看護職を取りまとめる役職の方）である。

調査項目の検討にあたっては「3)アンケート集計」で得られた結果を参考とした。これらインタビュー調査結果は、Ⅲ章に記載している。

図表 特別養護老人ホームへのインタビュー調査の対象施設

No.	法人／施設名	所在地	事例タイトル	法人／施設特性 (配置医師の医療対応への関与)				該当ページ 本報告書
				日常の療養支援	看取り	急変対応		
						原則 配置医師のみの対応	配置医師と配置医師以外の医師の 双方による対応	
1	(福)北海長正会 北広島リハビリセンター 特養部四恩園	北海道	施設におけるあらかじめの介護情報・医療情報の整理のもと、急変時の対応内容を明確にし、夜間搬送を防いでいる施設の事例	○	○	○		P132 -P134
2	(福)康和会 特別養護老人ホーム 久我山園	東京都	デジタルツールを活用した多職種による円滑な医療・介護情報の共有とともに、包括的指示を活用して急変を未然に防いでいる施設の事例	○	○			P135 -P137
3	(福)マザアス 地域密着型複合施設 マザアス新宿	東京都	施設から配置医師の所属機関への適切な情報共有のもと、代替医師でも急変対応が円滑にできる仕組みを構築している施設の事例	○	○		○	P138 -P140
4	(福)長寿会 特別養護老人ホーム 陽光の園	神奈川県	包括的指示の活用のもと、急変対応時のマニュアルを作成し、搬送を未然に防いでいる施設の事例	○	○	○		P141 -P143
5	(福)十日町福祉会	新潟県	配置医師の不在時に外部医師が駆けつけ対応できる仕組みを地域で構築している事例	○	○		○	P144 -P147
6	(福)幸伸会 特別養護老人ホーム 青山荘	鹿児島県	施設内の円滑な情報連携、包括的指示の活用のもと、配置医師1名で夜間・休日の急変対応が行われている施設の事例	○	○	○		P148 -P150

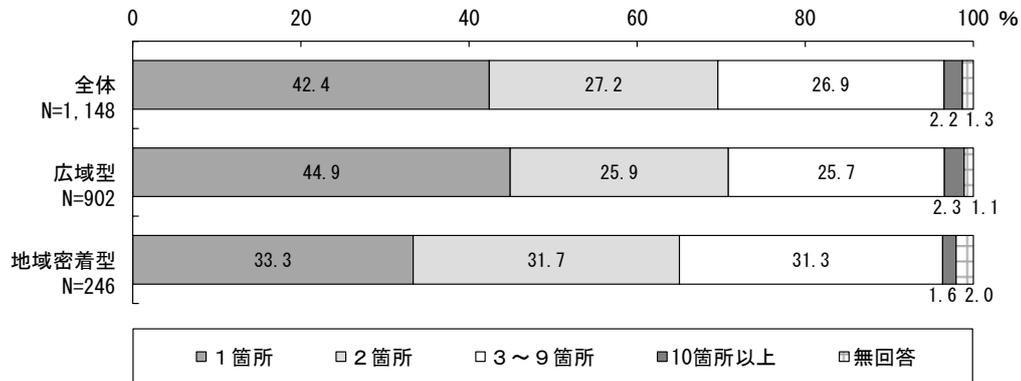
I. 施設調査結果

1. 施設の概要

1) 法人が運営する特別養護老人ホームの数〔問1(1)〕

法人が運営する特別養護老人ホームの数は、「1 箇所」が最も多く 42.4%で、次いで「2 箇所」が 27.2%、「3～9 箇所」が 26.9%と続いた。

図表 法人が運営する特別養護老人ホームの数

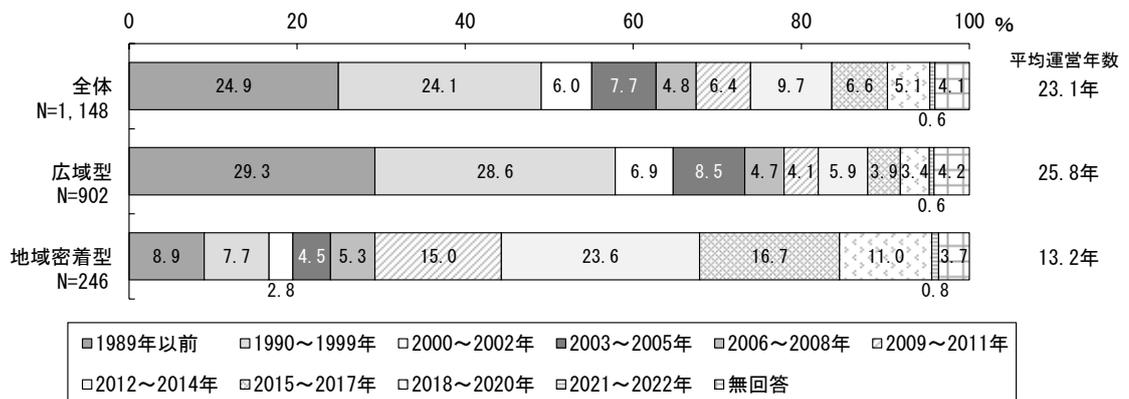


2) 施設開設年〔問1(2)〕

施設開設年は、「1989 年以前」が最も多く 24.9%で、次いで「1990～1999 年」が 24.1%となり、1999 年以前に開設した施設が半数程度を占めた。平均運営年数は 23.1 年であった。

施設の種別別にみると、地域密着型では「2012～2014 年」が最も多く 23.6%で、平均運営年数も 13.2 年と、広域型と比べて新しい施設である傾向にあった。

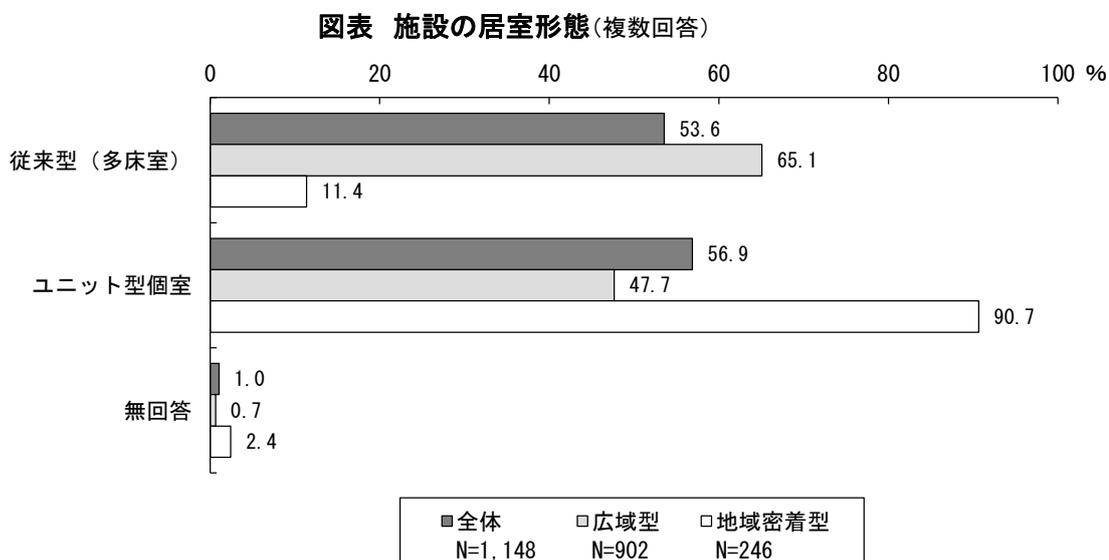
図表 施設開設年



3)施設居室形態〔問1(3)〕

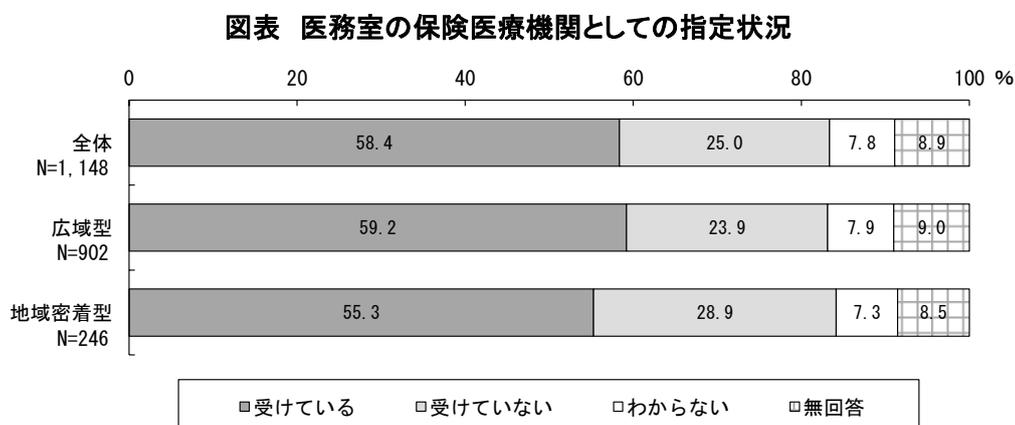
施設の種類の、「従来型(多床室)」が53.6%、「ユニット型個室」が56.9%であった。

施設の種類の別に見ると、「従来型(多床室)」の割合は、広域型で65.1%、地域密着型で11.4%であった。



4)医務室の保険医療機関としての指定状況〔問1(4)〕

医務室の保険医療機関としての指定状況は、「受けている」が58.4%、「受けていない」が25.0%、「分からない」が7.8%であった。

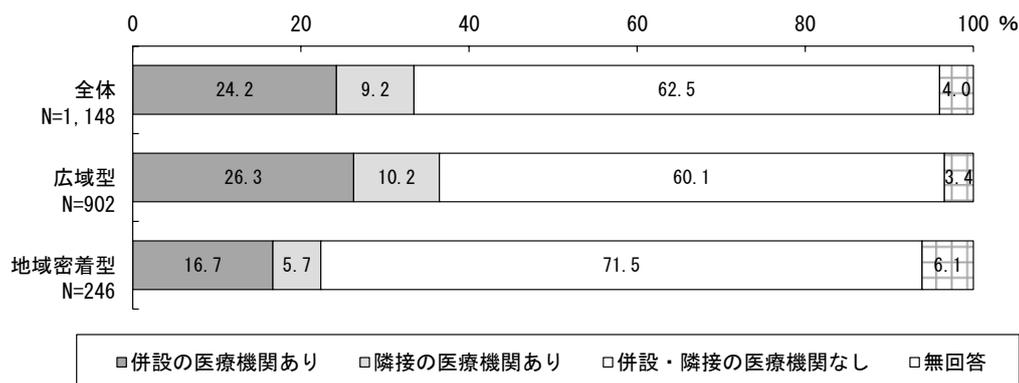


5)医療機関の併設・隣接状況〔問1(5)〕

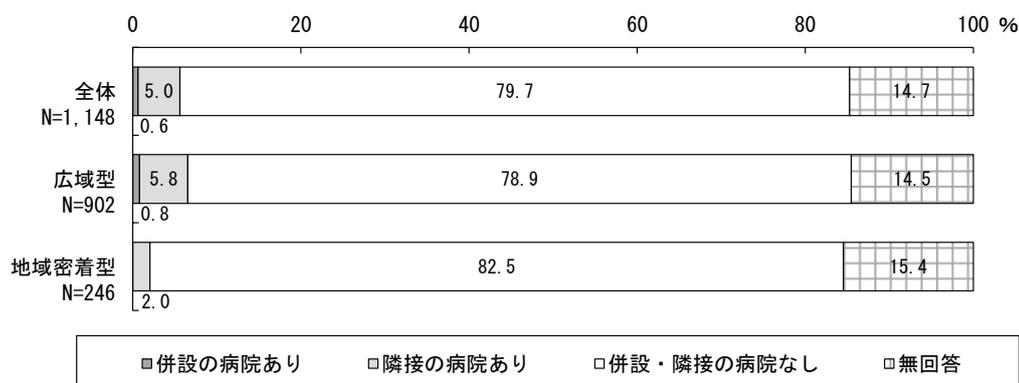
医療機関の併設・隣接状況は、「併設・隣接の医療機関あり」が33.4%（「併設の医療機関あり」(24.2%)＋「隣接の医療機関あり」(9.2%)）、「併設・隣接の医療機関なし」が62.5%であった。

医療機関種別で「併設・隣接の医療機関あり」と回答された割合を見ると、「病院」が5.6%（「併設の病院あり」(0.6%)＋「隣接の病院あり」(5.0%)）、「有床診療所」が1.6%（「併設の有床診療所あり」(0.9%)＋「隣接の有床診療所あり」(0.7%)）、「無床診療所」が26.9%（「併設の無床診療所あり」(22.7%)＋「隣接の無床診療所あり」(4.2%)）と、「無床診療所」が併設・隣接されている割合が最も高かった。

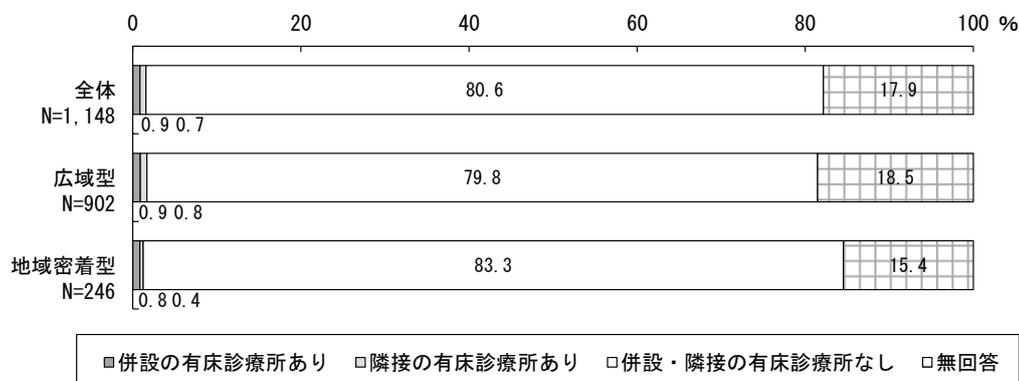
図表 医療機関の併設・隣接状況



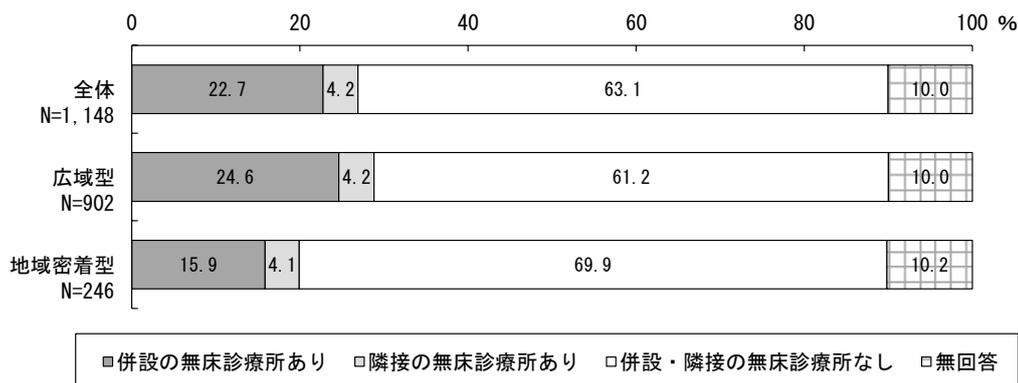
図表 病院の併設・隣接状況



図表 有床診療所の併設・隣接状況



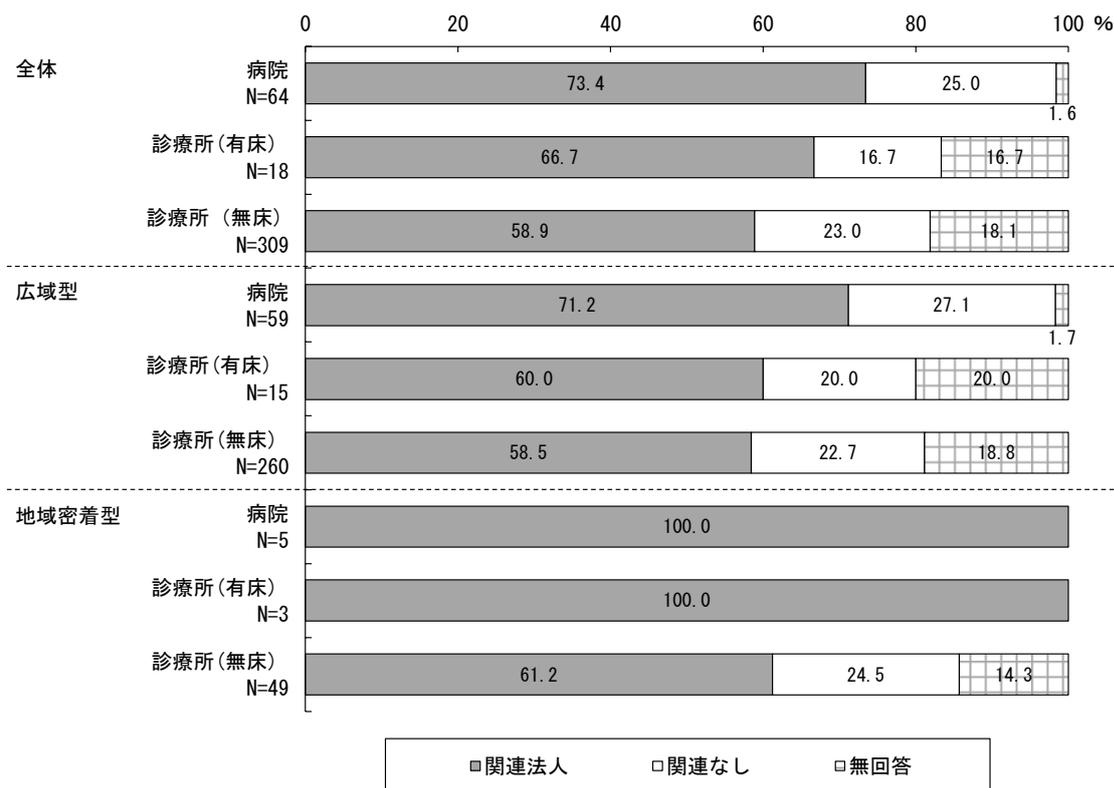
図表 無床診療所の併設・隣接状況



6) 併設・隣接事業所の運営主体との関係 [問1(5)]

併設・隣接事業所がある特養に対し、併設・隣接事業所の運営主体と当該特養の関係をうかがったところ、医療機関種別で見ると、「関連法人」である割合が、「病院」で 73.4%、「有床診療所」で 66.7%、「無床診療所」で 58.9%であった。

図表 併設・隣接事業所の運営主体との関係



7)各種加算の算定状況〔問2〕

図表 本調査で把握した加算一覧
(加算要件等は 2021 年3月時点のもの)

1. 日常生活継続支援加算〔問2(1)〕				
概要				
<ul style="list-style-type: none"> 居宅での生活が困難になっている重度の要介護者や認知症の方で、入所の必要度が高いご利用者の積極的な受け入れを評価する加算 				
加算種別	単位数	加算要件		
I	36 単位/日	<ul style="list-style-type: none"> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費又は経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定している 要介護4・要介護5のものの割合が70/100以上である 介護を必要とする認知症患者の割合が65/100以上である 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則に掲げる行為を必要とする者の割合が15/100以上である 介護福祉士の数が常勤換算で入所者の1/6以上である 		
		<ul style="list-style-type: none"> ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費又は経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定している 要介護4・要介護5のものの割合が70/100以上である 介護を必要とする認知症患者の割合が65/100以上である 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則に掲げる行為を必要とする者の割合が15/100以上である 介護福祉士の数が常勤換算で入所者の1/6以上である 		
II	46 単位/日	<ul style="list-style-type: none"> ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費又は経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定している 要介護4・要介護5のものの割合が70/100以上である 介護を必要とする認知症患者の割合が65/100以上である 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則に掲げる行為を必要とする者の割合が15/100以上である 介護福祉士の数が常勤換算で入所者の1/6以上である 		

2. 看護体制加算〔問2(2)〕				
概要				
<ul style="list-style-type: none"> 特別養護老人ホーム等における入所者の重度化に伴う医療ニーズや看取り介護に柔軟に対応し、「終の棲家」としての役割を担うために看護職員を手厚く配置している事業所を評価する加算 				
加算種別	単位数	対象	加算要件	
地域密着型	I	(イ) 12 単位/日	地域密着型 ユニット型地域密着型	<ul style="list-style-type: none"> 常勤の看護師を1名以上配置していること 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと
		(ロ) 4 単位/日	経過的地域密着型	
	II	(イ) 23 単位/日	地域密着型 ユニット型地域密着型	<ul style="list-style-type: none"> 常勤換算方法で看護職員を2名以上配置していること 施設の看護職員または、病院、診療所等の看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと
		(ロ) 8 単位/日	経過的地域密着型	
地域密着型以外 (広域型)	I	(イ) 6 単位/日	入所定員30名以上 50名以下	<ul style="list-style-type: none"> 常勤の看護師を1名以上配置していること 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと
		(ロ) 4 単位/日	入所定員51名以上 または経過的小規模	
	II	(イ) 13 単位/日	入所定員30名以上 50名以下	<ul style="list-style-type: none"> 看護職員の数が、常勤換算方法で、入所者数が25又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ、基準に定める看護職員の数に1を加えた数以上であること 地域密着型看護体制加算(II)の下2つ要件に同じ
		(ロ) 8 単位/日	入所定員51名以上 または経過的小規模	

3. 夜勤職員配置加算〔問2(3)〕

概要				
<ul style="list-style-type: none"> 夜間の人員基準よりも多くの介護職員等を配置し、安心して生活できる環境を構築する施設を評価する加算 				
加算種別	単位数			加算要件
	広域型	地域密着型		
I	(イ)	22 単位/日	41 単位/日	<ul style="list-style-type: none"> 介護老人福祉施設サービス費を算定していること 人員基準+1名以上の介護職員、看護職員を夜間に配置すること。または、見守りセンサーを入所者の15%以上に設置し、センサーの安全有効活用を目的にした委員会の設置と検討会の実施がある場合には、人員基準+0.9名以上の配置をすること
	(ロ)	13 単位/日	13 単位/日	
II	(イ)	27 単位/日	46 単位/日	<ul style="list-style-type: none"> 上記（I）の要件に加え、ユニット型介護老人福祉施設サービス費を算定していること
	(ロ)	18 単位/日	18 単位/日	
III	(イ)	28 単位/日	56 単位/日	<ul style="list-style-type: none"> 看護職員を配置すること、あるいはたんの吸引等ができる介護職員を配置すること
	(ロ)	16 単位/日	16 単位/日	
IV	(イ)	33 単位/日	61 単位/日	<ul style="list-style-type: none"> 上記（II）の要件に加え、看護職員を配置すること、あるいはたんの吸引等ができる介護職員を配置すること
	(ロ)	21 単位/日	21 単位/日	

4. 常勤医師配置加算〔問2(4)〕

概要	
<ul style="list-style-type: none"> 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の入所者の医療や看取り等のニーズに、よりの確に対応するために、常勤医師を配置するなどの取り組みを評価する加算 	
単位数	加算要件
25 単位/日	<ul style="list-style-type: none"> 常勤の医師を1名(※)以上配置しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護老人福祉施設 ※入所者が100人を超える場合、100人ごとに常勤換算で1人を追加する

5. 配置医師緊急時対応加算〔問2(5)〕

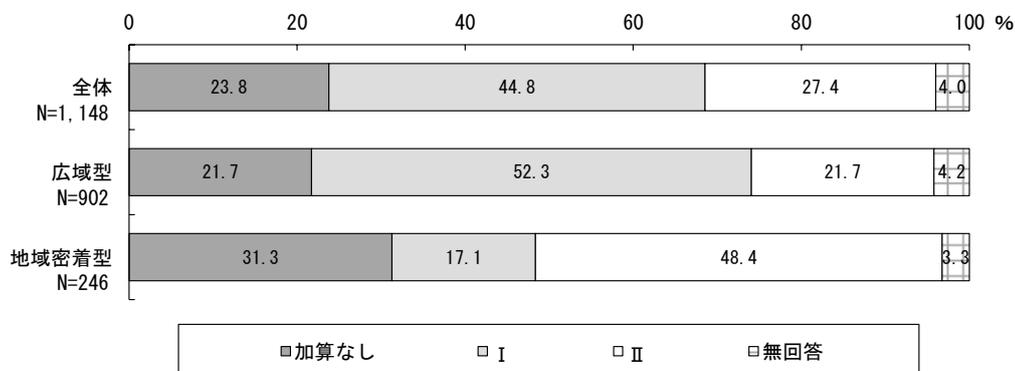
概要		
<ul style="list-style-type: none"> 特別養護老人ホームの配置医師が早朝・夜間、深夜に入所者の急変等の対応を行った際に評価する加算 		
単位数	対象	加算要件
650 単位/回	早朝・夜間の場合	<ul style="list-style-type: none"> 配置医師が当該指定介護福祉老人施設の求めに応じ、早朝、夜間または深夜に訪問して入所者に対し診療を行い、かつ診療を行った理由を記録する 看護体制加算II（以下、当該加算の要件）を算定している 常勤換算で看護職員を入所者25人に対して1人以上、かつ基準+1人以上 施設又は病院看護職員による24時間連絡体制を確保
1300 単位/回	深夜の場合	

(1) 日常生活継続支援加算

① 加算の算定状況〔問2(1)〕

日常生活継続支援加算(I)を算定しているのは44.8%、日常生活継続支援加算(II)を算定しているのは27.4%であった。

図表 日常生活継続支援加算の算定状況



概要		
<ul style="list-style-type: none"> 居宅での生活が困難になっている重度の要介護者や認知症の方で、入所の必要度が高いご利用者の積極的な受け入れを評価する加算 		
加算種別	単位数	加算要件
I	36 単位/日	<ul style="list-style-type: none"> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費又は経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定している 要介護4・要介護5のもの割合が70/100以上である 介護を必要とする認知症患者の割合が65/100以上である 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則に掲げる行為を必要とする者の割合が15/100以上である 介護福祉士の数が常勤換算で入所者の1/6以上である
II	46 単位/日	<ul style="list-style-type: none"> ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費又は経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定している 要介護4・要介護5のもの割合が70/100以上である 介護を必要とする認知症患者の割合が65/100以上である 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則に掲げる行為を必要とする者の割合が15/100以上である 介護福祉士の数が常勤換算で入所者の1/6以上である

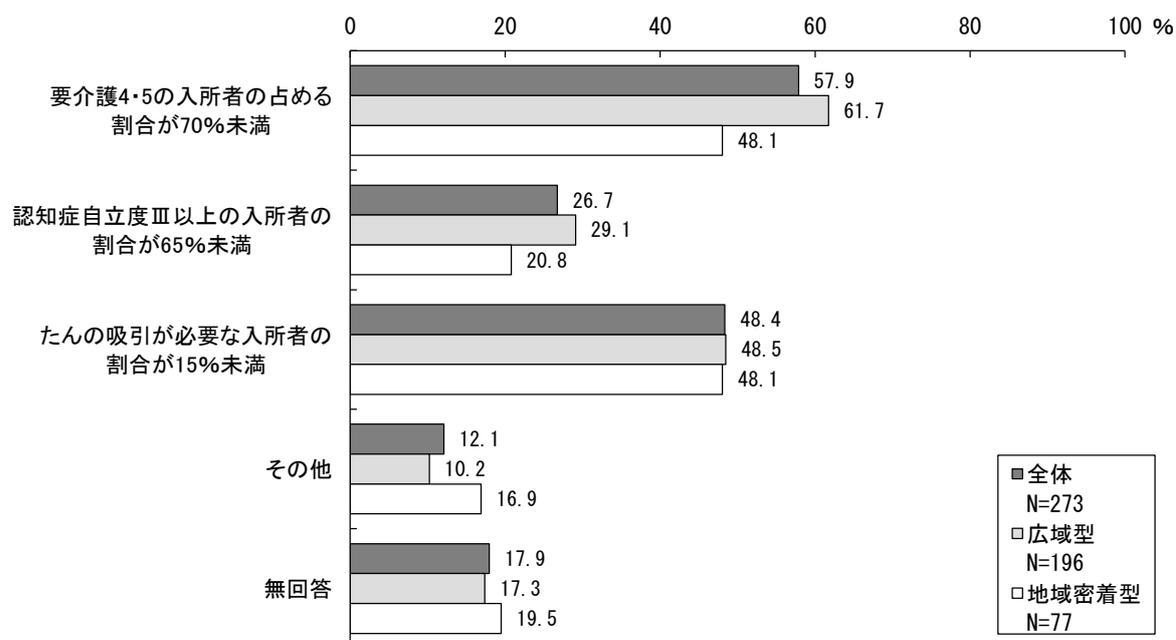
② 加算を算定していない理由〔問2(1)_SQ(1)-1〕

日常生活継続支援加算を算定していない理由は、「要介護 4・5 の入所者の占める割合が 70%未満」が 57.9%と最も多かった。

施設の種別別にみると、広域型では、「要介護 4・5 の入所者の占める割合が 70%未満」が 61.7%と最も多かったが、地域密着型では、「要介護 4・5 の入所者の占める割合が 70%未満」と「たんの吸引が必要な入所者の割合が 15%未満」が共に 48.1%と最も多かった。

図表 日常生活継続支援加算の算定をしていない理由（複数回答）

（問 2(1)で「加算なし」と回答した施設のみ）

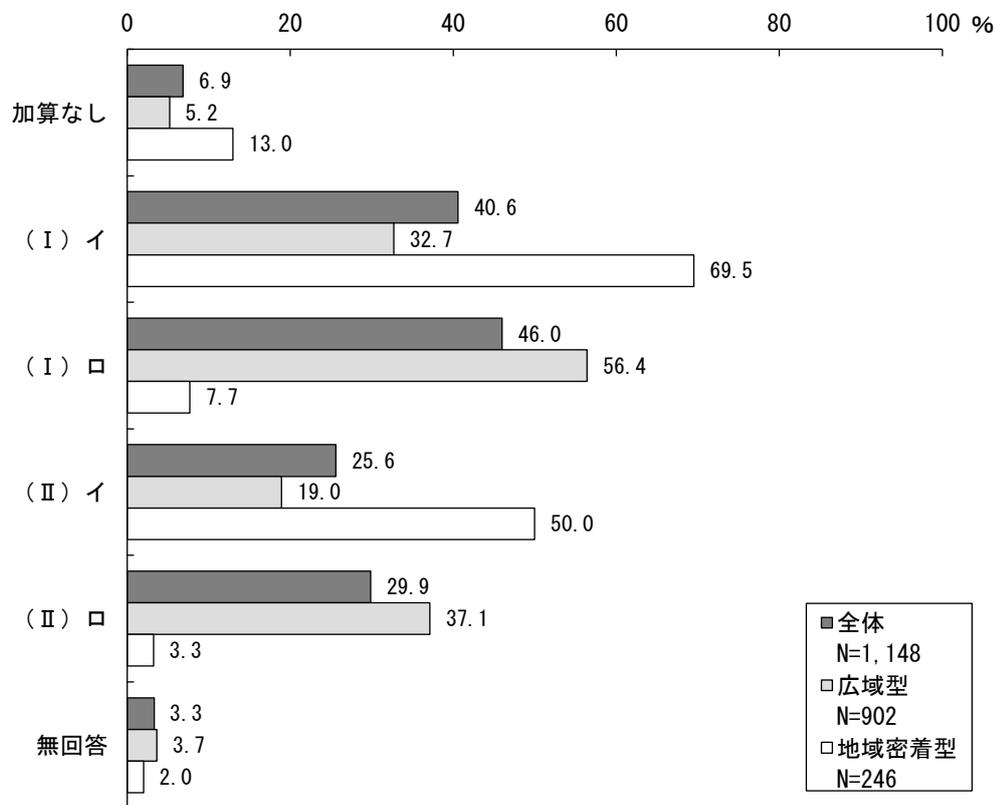


(2) 看護体制加算 [問2(2)]

看護体制加算の算定状況は、「(I)ロ」が最も多く46.0%で、次いで「(I)イ」が40.6%と続いた。

施設の種別別にみると、広域型では、「(I)ロ」が56.4%と最も多かったが、地域密着型では、「(I)イ」が69.5%と最も多かった。

図表 看護体制加算の算定状況(複数回答)



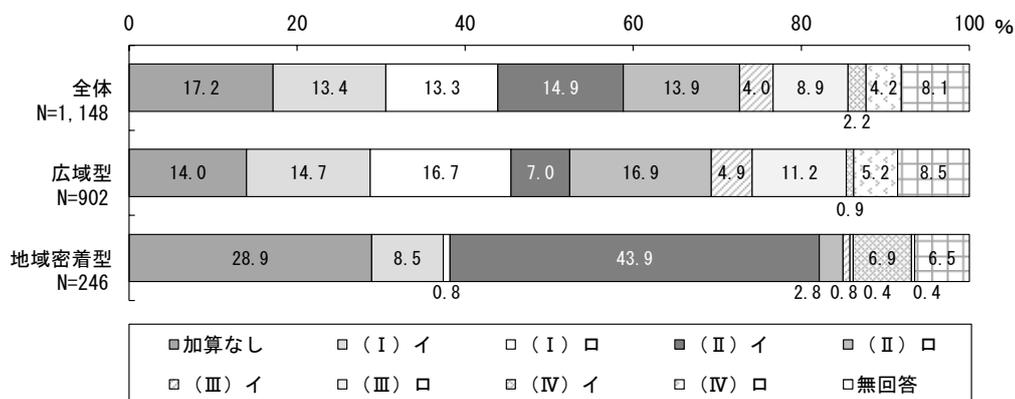
概要				
<ul style="list-style-type: none"> 特別養護老人ホーム等における入所者の重度化に伴う医療ニーズや看取り介護に柔軟に対応し、「終の棲家」としての役割を担うために看護職員を手厚く配置している事業所を評価する加算 				
加算種別	単位数	対象	加算要件	
地域密着型	I	(イ) 12 単位/日	地域密着型 ユニット型地域密着型	<ul style="list-style-type: none"> 常勤の看護師を1名以上配置していること 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと
		(ロ) 4 単位/日	経過的地域密着型	
	II	(イ) 23 単位/日	地域密着型 ユニット型地域密着型	<ul style="list-style-type: none"> 常勤換算方法で看護職員を2名以上配置していること 施設の看護職員または、病院、診療所等の看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと
		(ロ) 8 単位/日	経過的地域密着型	
地域密着型以外 (広域)	I	(イ) 6 単位/日	入所定員30名以上 50名以下	<ul style="list-style-type: none"> 常勤の看護師を1名以上配置していること 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと
		(ロ) 4 単位/日	入所定員51名以上 または経過的小規模	
	II	(イ) 13 単位/日	入所定員30名以上 50名以下	<ul style="list-style-type: none"> 看護職員の数が、常勤換算方法で、入所者数が25又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ、基準に定める看護職員の数に1を加えた数以上であること 地域密着型看護体制加算(II)の下2つ要件に同じ
		(ロ) 8 単位/日	入所定員51名以上 または経過的小規模	

(3)夜勤職員配置加算〔問2(3)〕

夜勤職員配置加算の算定状況は、「加算なし」が最も多く 17.2%で、次いで「(II)イ」が 14.9%、「(II)ロ」が 13.9%、「(I)イ」が 13.4%、「(I)ロ」が 13.3%と続いた。

施設の種別別にみると、広域型では、「(II)ロ」が 16.9%と最も多かったが、地域密着型では、「(II)イ」が 43.9%と最も多かった。

図表 夜勤職員配置加算の算定状況

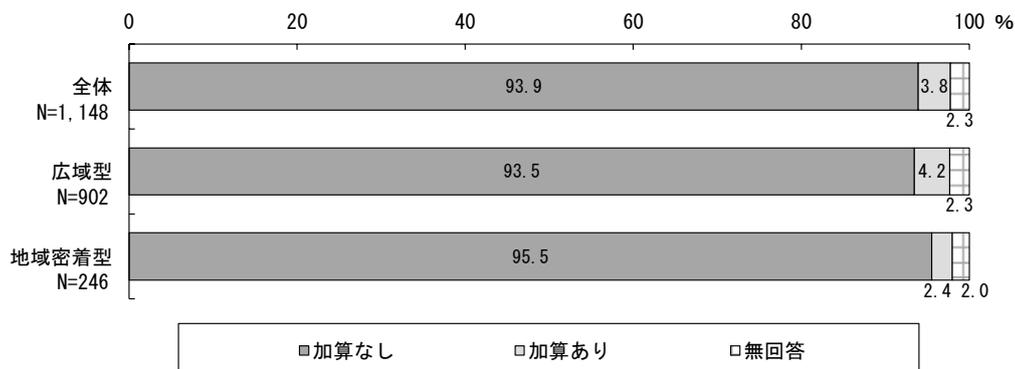


概要				
夜間の人員基準よりも多くの介護職員等を配置し、安心して生活できる環境を構築する施設を評価する加算				
加算種別		単位数		加算要件
		広域型	地域密着型	
I	(イ)	22 単位/日	41 単位/日	<ul style="list-style-type: none"> 介護老人福祉施設サービス費を算定していること 人員基準+1名以上の介護職員、看護職員を夜間に配置すること。または、見守りセンサーを入所者の15%以上に設置し、センサーの安全有効活用を目的とした委員会の設置と検討会の実施がある場合には、人員基準+0.9名以上の配置をすること
	(ロ)	13 単位/日	13 単位/日	
II	(イ)	27 単位/日	46 単位/日	<ul style="list-style-type: none"> 上記(I)の要件に加え、ユニット型介護老人福祉施設サービス費を算定していること
	(ロ)	18 単位/日	18 単位/日	
III	(イ)	28 単位/日	56 単位/日	<ul style="list-style-type: none"> 看護職員を配置すること、あるいはたんの吸引等ができる介護職員を配置すること
	(ロ)	16 単位/日	16 単位/日	
IV	(イ)	33 単位/日	61 単位/日	<ul style="list-style-type: none"> 上記(II)の要件に加え、看護職員を配置すること、あるいはたんの吸引等ができる介護職員を配置すること
	(ロ)	21 単位/日	21 単位/日	

(4) 常勤医師配置加算〔問2(4)〕

常勤医師配置加算は、「加算なし」が 93.9%を占めており、「加算あり」は 3.8%であった。

図表 常勤医師配置加算の算定状況



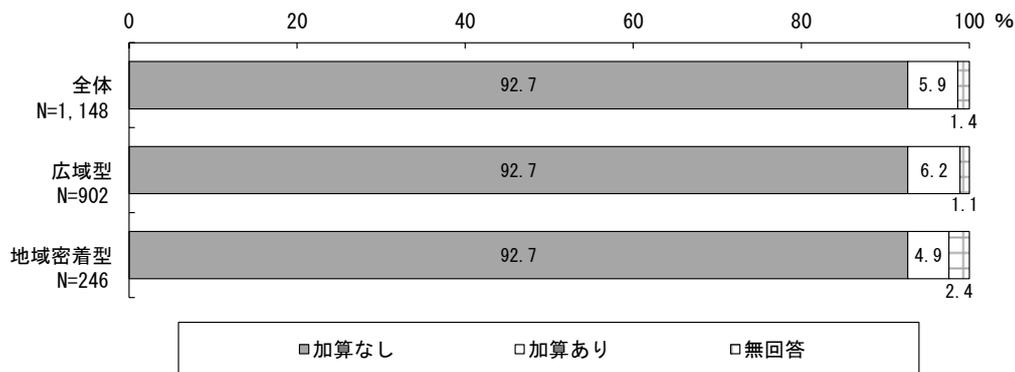
概要	
<ul style="list-style-type: none"> 介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の入所者の医療や看取り等のニーズに、よりの確に対応するために、常勤医師を配置するなどの取り組みを評価する加算 	
単位数	加算要件
25 単位/日	<ul style="list-style-type: none"> 常勤の医師を1名(※)以上配置しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護老人福祉施設 ※入所者が100人を超える場合、100人ごとに常勤換算で1人を追加する

(5) 配置医師緊急時対応加算

① 加算の算定状況〔問2(5)〕

配置医師緊急時対応加算は、「加算なし」が 92.7%を占めており、「加算あり」は 5.9%であった。

図表 配置医師緊急時対応加算の算定状況



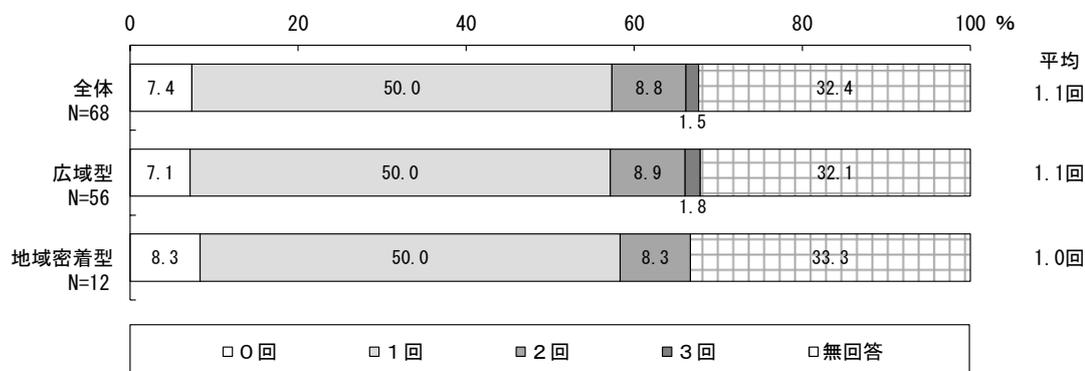
概要		
<ul style="list-style-type: none"> 特別養護老人ホームの配置医師が早朝・夜間、深夜に入所者の急変等の対応を行った際に評価する加算 		
単位数	対象	加算要件
650 単位/回	早朝・夜間の場合	<ul style="list-style-type: none"> 配置医師が当該指定介護福祉老人施設の求めに応じ、早朝、夜間または深夜に訪問して入所者に対し診療を行い、かつ診療を行った理由を記録する 看護体制加算Ⅱ(以下、当該加算の要件)を算定している 常勤換算で看護職員を入所者25人に対して1人以上、かつ基準+1人以上 施設又は病院看護職員による24時間連絡体制を確保
1300 単位/回	深夜の場合	

② 加算を算定している施設の算定回数〔問2(5)〕

配置医師緊急時対応加算を算定している施設における 2022 年9月の算定回数は、夜間・早朝 (50.0%)、深夜(25.0%)ともに「1回」が最も多かったが、深夜においては無回答の割合が高かった。

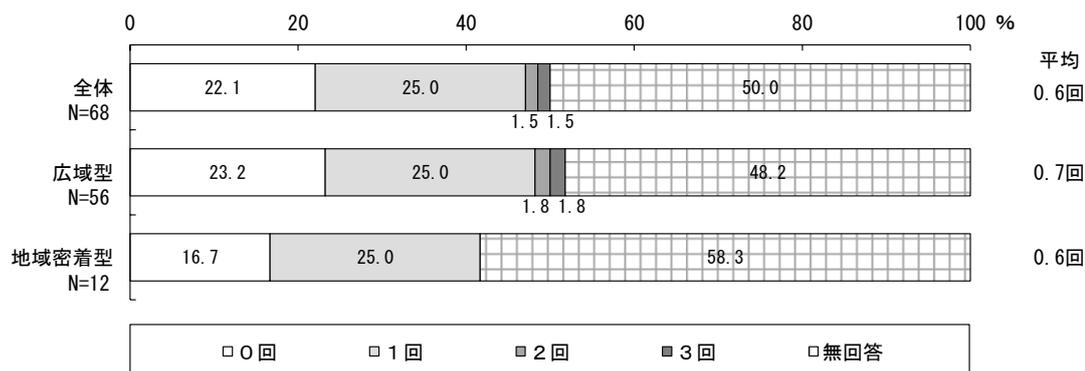
図表 2022 年9月の対応実績－夜間・早朝

(算定している施設のみ)



図表 2022 年9月の対応実績－深夜

(算定している施設のみ)

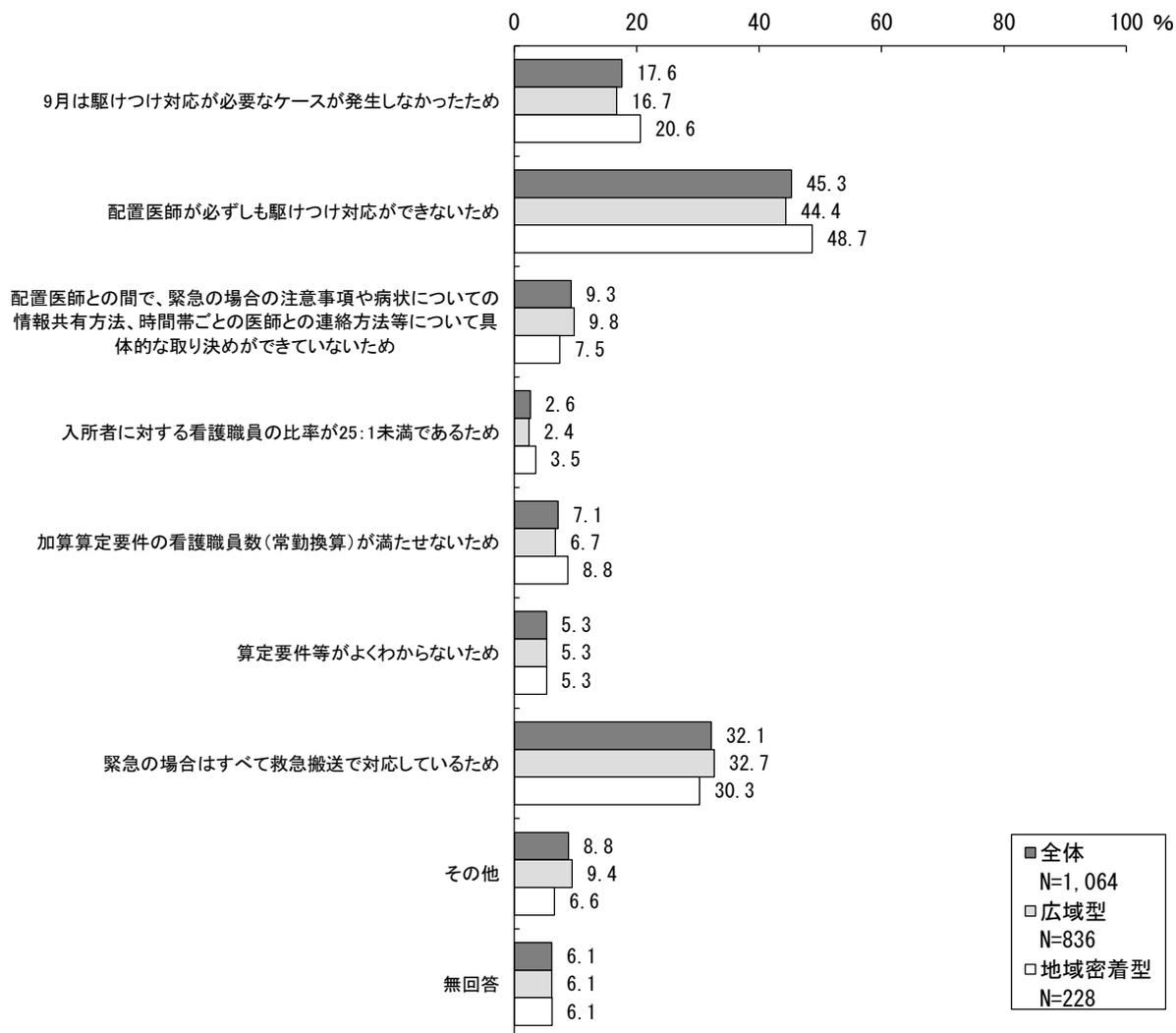


③ 加算を算定していない理由〔問2(5)_SQ(5)-1〕

配置医師緊急時対応加算を算定していない理由は、「配置医師が必ずしも駆けつけ対応ができないため」が最も多く 45.3%で、次いで「緊急の場合はすべて救急搬送で対応しているため」が 32.1%と続いた。

図表 配置医師緊急時対応加算の算定をしていない理由(複数回答)

(問2(5)で「加算なし」と回答した施設のみ)

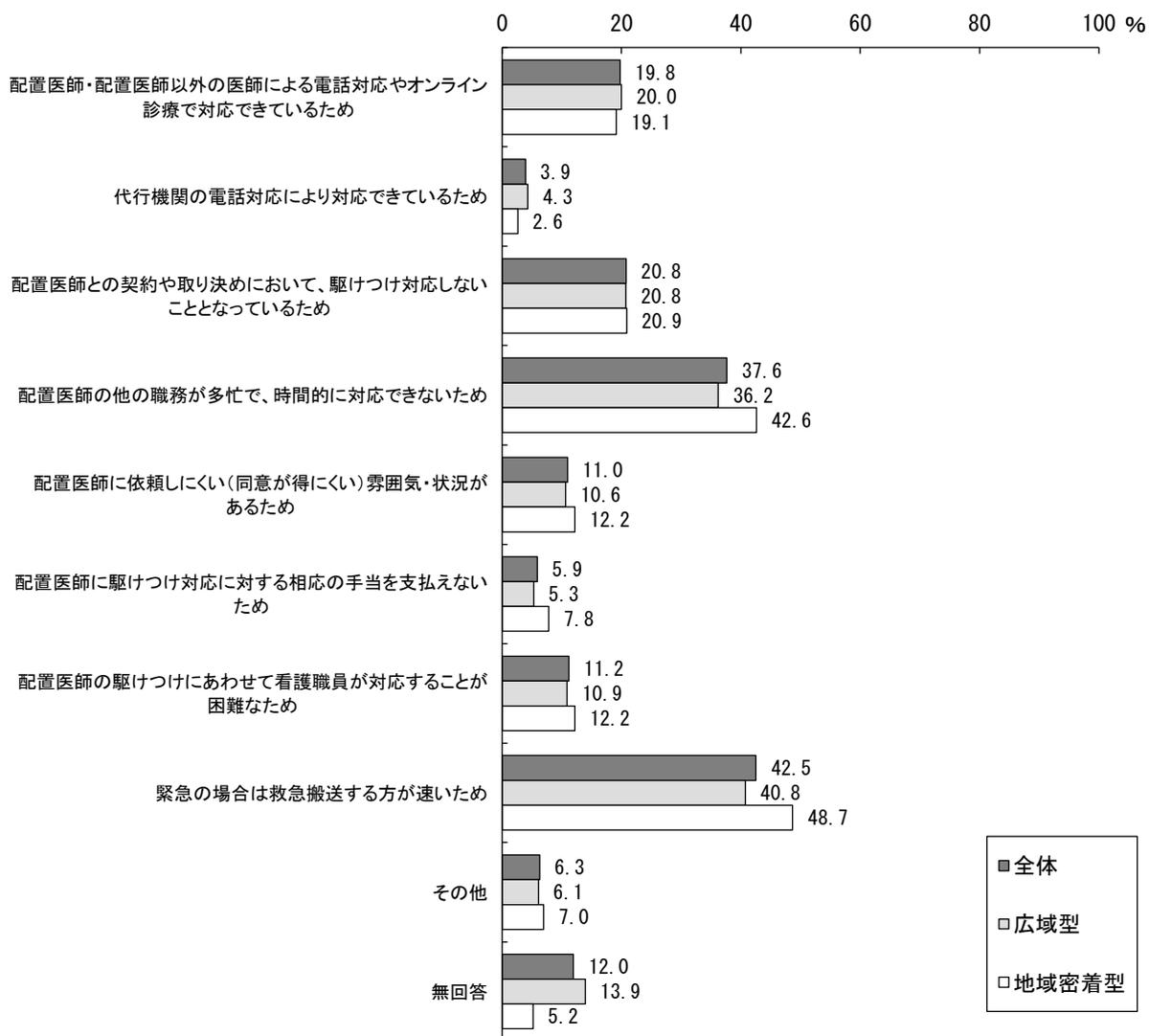


③ 配置医師が駆けつけ対応をしていない理由〔問2(5)_SQ(5)-2〕

配置医師が駆けつけ対応をしていない理由は、「緊急の場合は救急搬送する方が速いため」が最も多く42.5%で、次いで「配置医師の他の職務が多忙で、時間的に対応できないため」が37.6%と続いた。

図表 配置医師が駆けつけ対応をしていない理由(複数回答)

(問2_SQ(5)-1で「配置医師が必ずしも駆けつけ対応ができないため」、もしくは「配置医師との間で、緊急の場合の注意事項や病状についての情報共有方法、時間帯ごとの医師との連絡方法等についてした場合、具体的な取り決めができていないため」と回答した施設のみ)

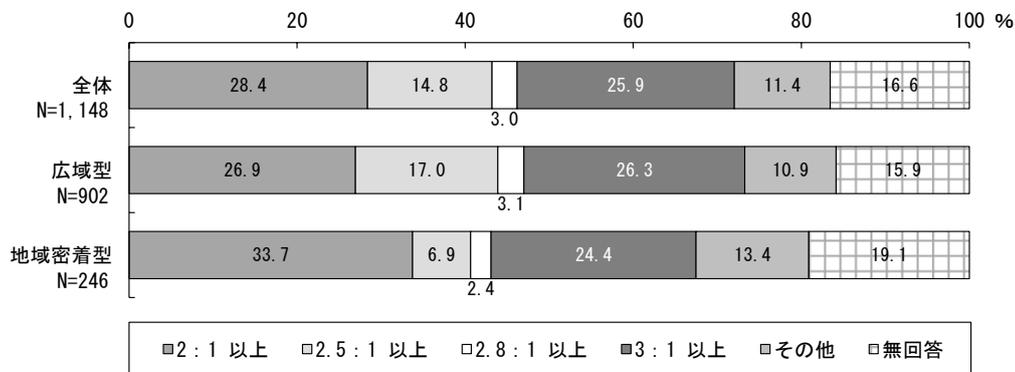


8)職員体制

(1)介護・看護職員比率〔問3(1)〕

「2:1以上」が最も多く28.4%で、次いで「3:1以上」が25.9%と続いた。

図表 介護・看護職員比率



(2)介護職員数〔問3(2)〕

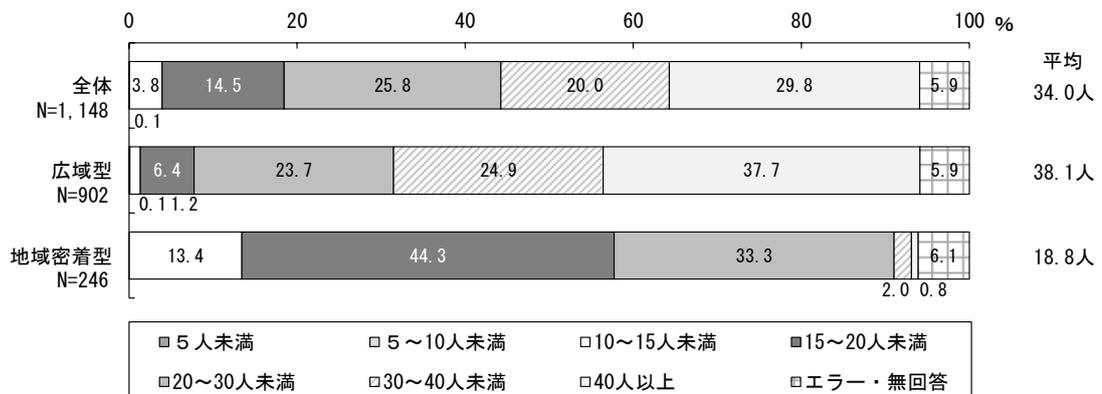
実人数(常勤・非常勤合計)では、「40人以上」が最も多く29.8%で、次いで「20～30人未満」が25.8%と続き、平均は、34.0人であった。常勤換算数ベースでは、「20～30人未満」が最も多く21.1%、次いで「40人以上」が20.1%と続き、平均は29.9人であった。

介護福祉士数(実人数)は、「20人～30人未満」が最も多く27.6%であり、平均21.3人であった。また、介護職員(実人数)に占める介護福祉士(実人数)の割合は、「50～70%未満」が最も多く40.2%で、平均は63.2%であった。

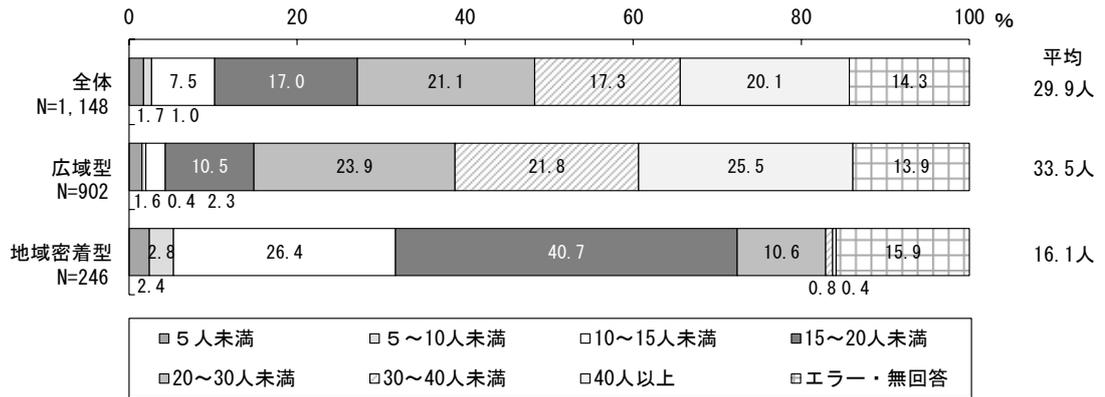
たんの吸引等の医療処置ができる介護職員数(実人数)は、「5人未満」が最も多く21.9%であり、平均は8.1人であった。介護職員(実人数)に占めるたんの吸引等の医療処置ができる介護職員(実人数)の割合は、「20～40%未満とする施設」が最も多く20.7%で、平均は24.4%であった。

図表 介護職員数(常勤・非常勤合計)

<実人数>

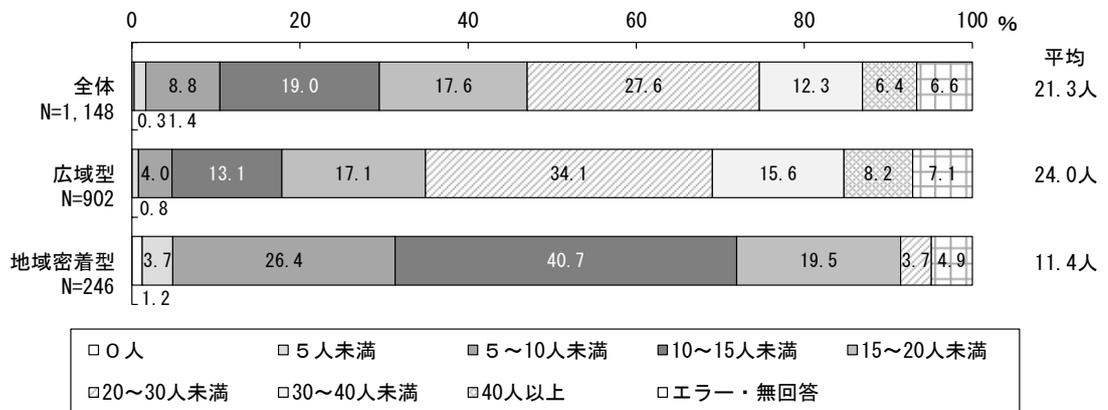


<常勤換算数>

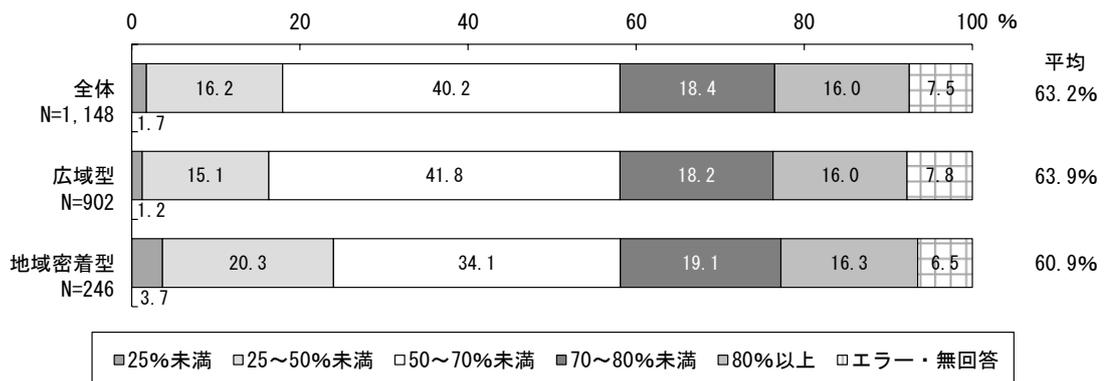


※「実人数」と「常勤換算数」でエラー・無回答の割合が異なるため、常勤換算数の平均人数が実人数の平均人数を超えるケースがある。

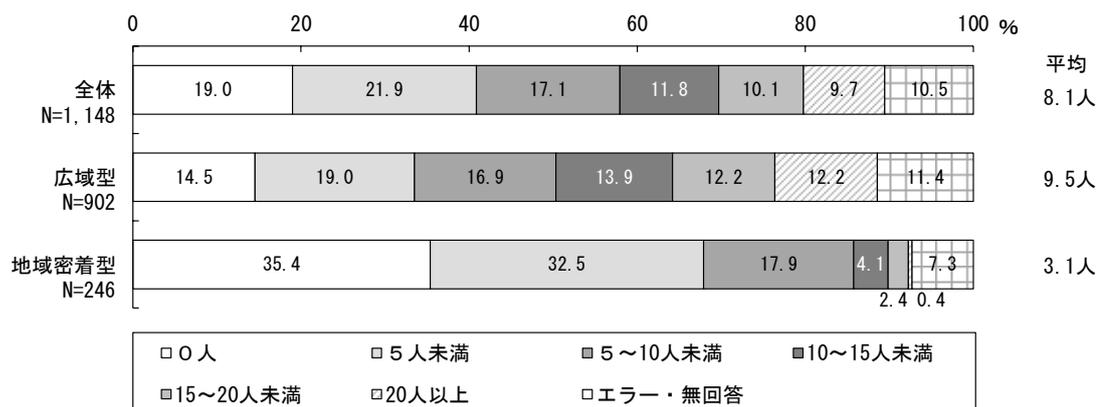
図表 介護福祉士数(実人数)



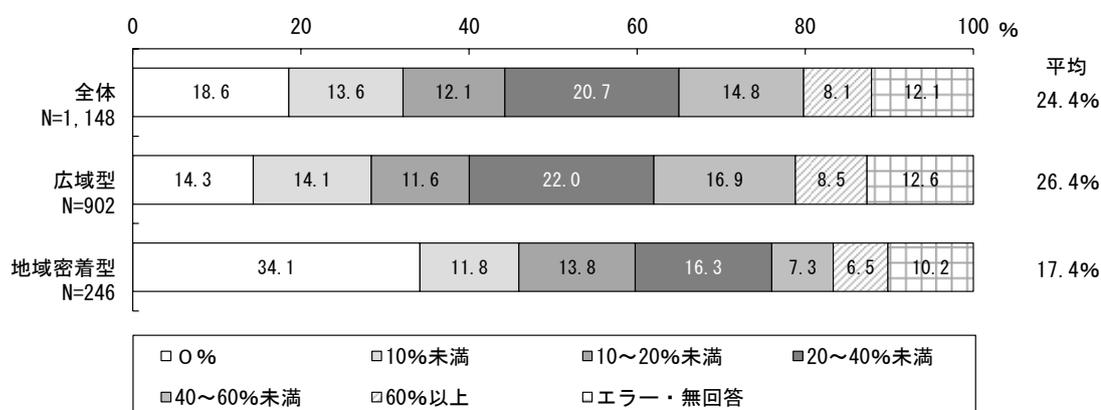
図表 介護職員(実人数)に占める介護福祉士の割合(実人数)



図表 たんの吸引等の医療処置ができる介護職員数(実人数)



図表 介護職員(実人数)に占めるたんの吸引等の医療処置ができる介護職員(実人数)の割合



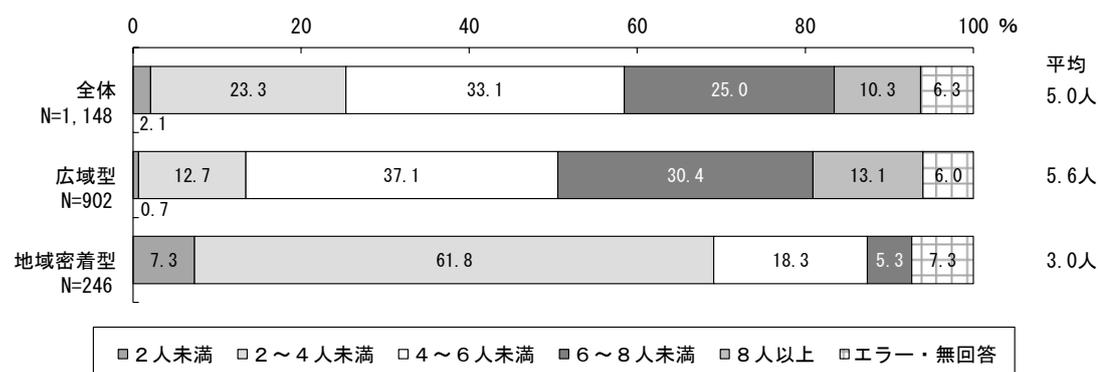
(3)看護職員数【問3(3)】

看護職員数の実人数(常勤・非常勤合計)は、「4～6人」が最も多く 33.1%で、次いで「6～8人以上」が 25.0%と続き、平均 5.0 人となっている。

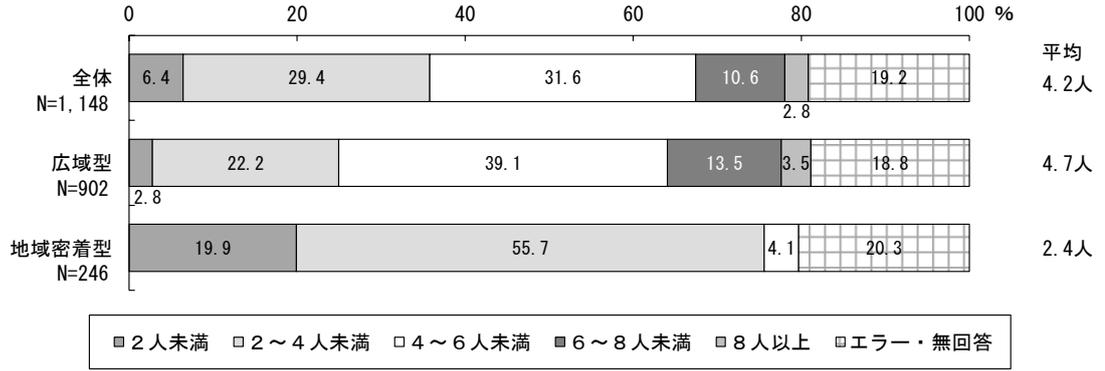
常勤の看護職員数(実人数)は、「2～4 人未満」が最も多く 43.6%であり、平均は 2.5 人であった。看護職員(実人数)に占める常勤職員(実人数)の割合は、「40～60%未満」が最も多く 23.4%、次いで「20～40%未満」が 21.9%、「60～80%未満」が 19.3%と続き、平均は 51.8%であった。

図表 看護職員数(常勤・非常勤合計)

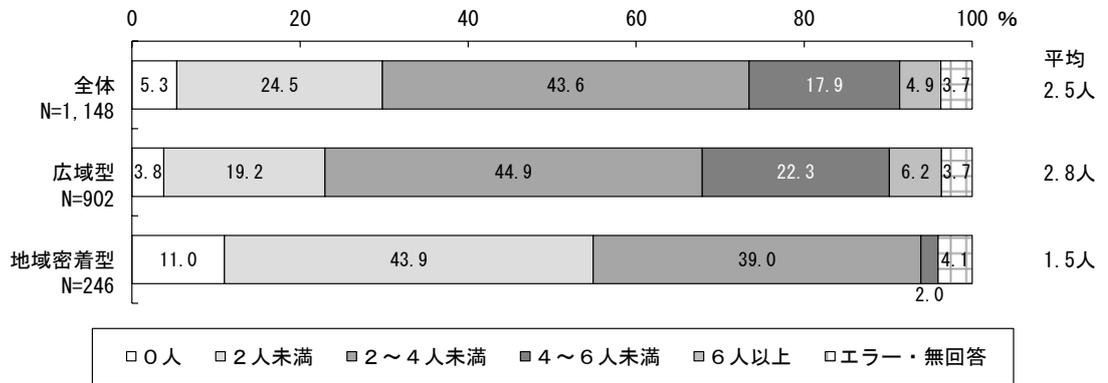
<実人数>



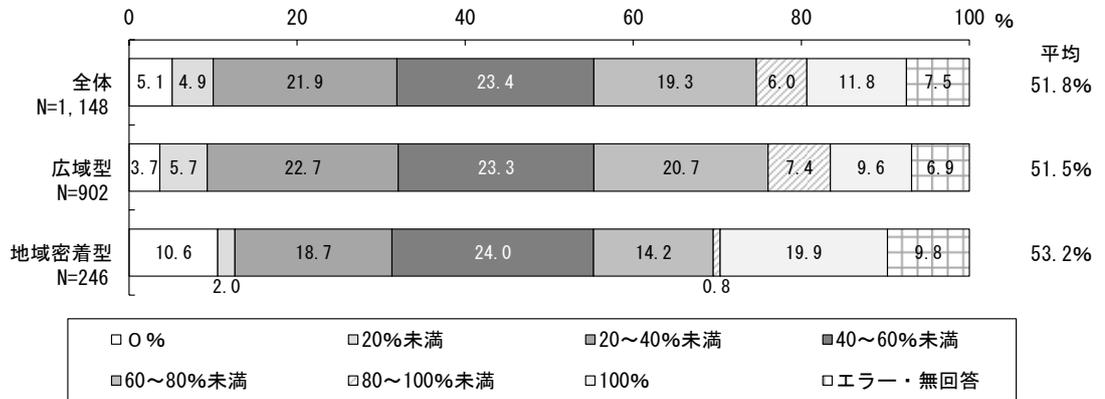
<常勤換算数>



図表 常勤の看護職員数(実人数)



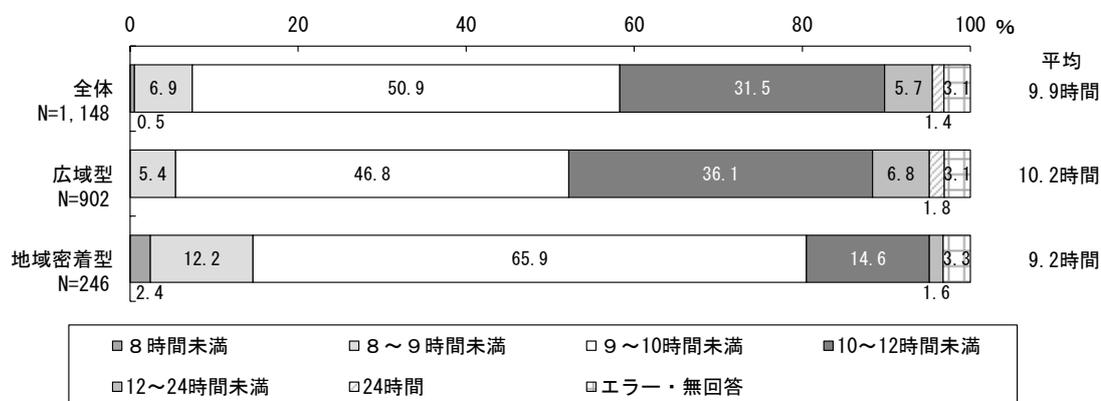
図表 看護職員(実人数)に占める常勤職員(実人数)の割合



(4) 看護職員が必ず勤務している時間数 [問3(4)]

看護職員が必ず勤務している時間数は、「9～10 時間未満」が 50.9%と過半数を占め、平均は 9.9 時間となった。また、「24 時間」看護職員が勤務している施設も 1.4%見られた。

図表 看護職員が必ず勤務している時間数

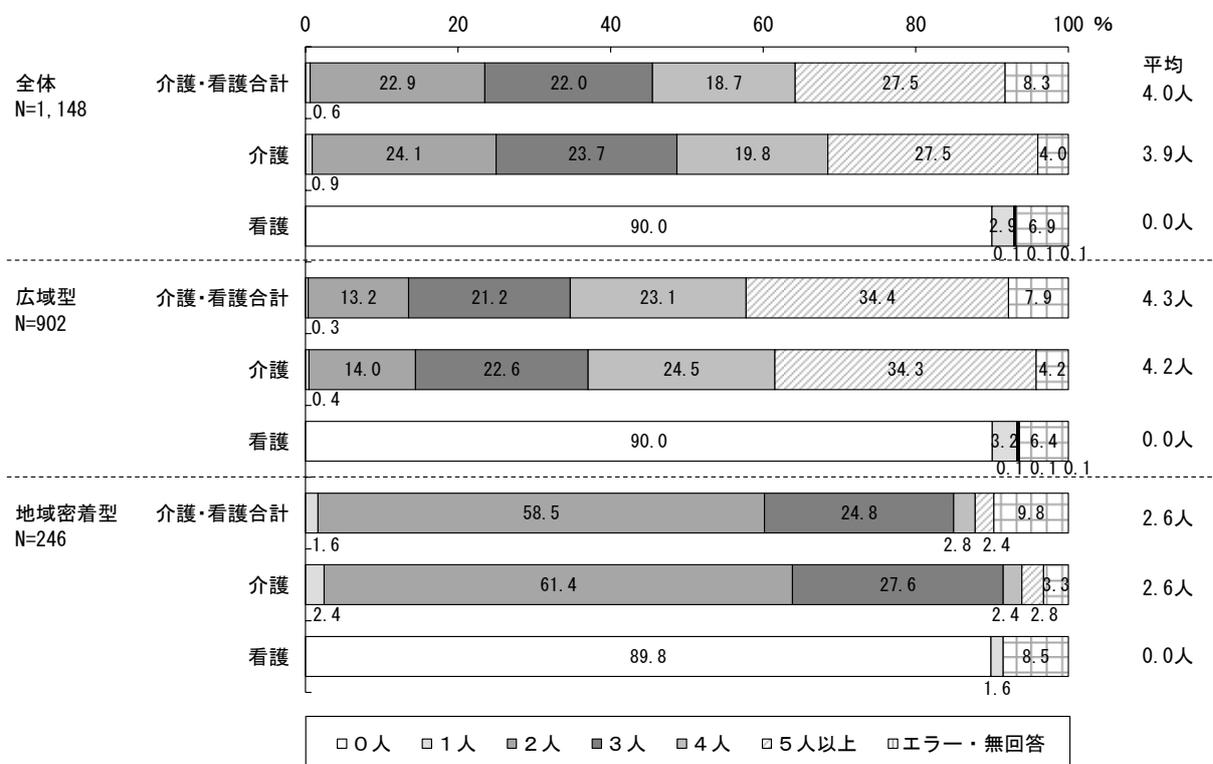


(5) 夜間(深夜帯)の介護・看護職員数 [問3(5)]

夜間(深夜帯)の職員数(常勤・非常勤、夜間・宿直合計、実人数)は、「5人以上」が最も多く 27.5%で、次いで「1人」が 22.9%、「2人」であった。平均は 4.0 人となっている。

介護職員、看護職員別に見ると、看護職員は「0 人」の施設が 90.0%と大多数を占め、夜間に看護職員が1人以上配置されている施設は全体の 3.2%のみ、平均では 0.0 人である。これに対し、介護職員は、平均 3.9 人と、夜間職員の大半が介護職員である実態がうかがわれる。

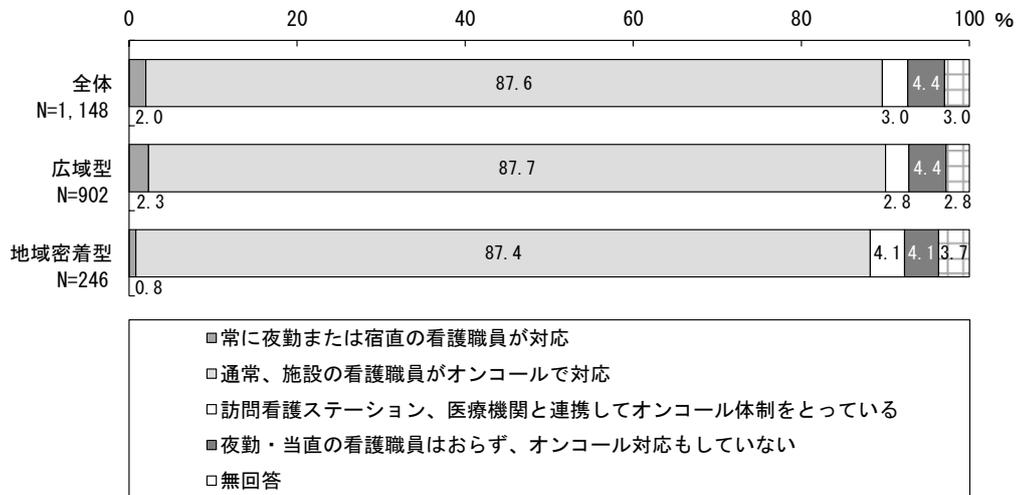
図表 夜間(深夜帯)の職員数(常勤・非常勤、夜間・宿直合計、実人数)



(6)夜間の看護体制〔問3(6)〕

夜間の看護体制は、「通常、施設の看護職員がオンコールで対応」が 87.6%と大半を占めた。

図表 夜間の看護体制

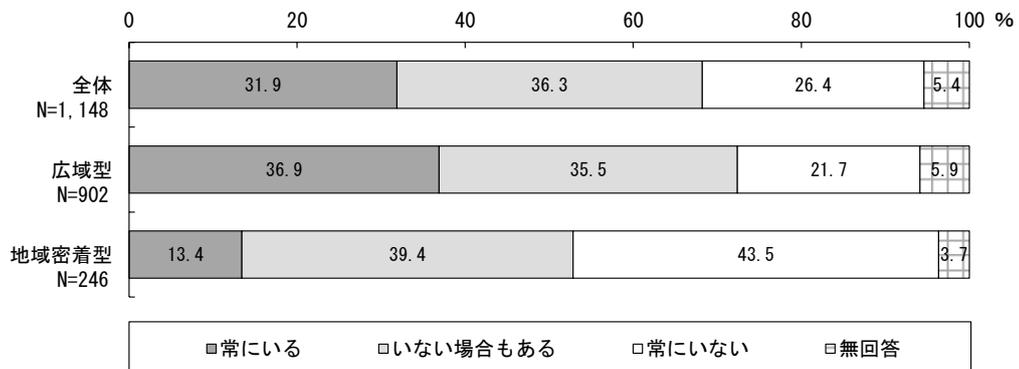


(7)夜間の医療体制〔問3(7)〕

夜間にたんの吸引ができる人が「常にいる」施設は 31.9%、「いない場合もある」は 36.3%、「常にいない」は 26.4%であった。

施設の種別別にみると、広域型では、「常にいる」が 36.9%と最も多かったが、地域密着型では、「常にいない」が 43.5%と最も多かった。

図表 夜間の医療体制(たんの吸引ができる人)



2. 入所者の状況

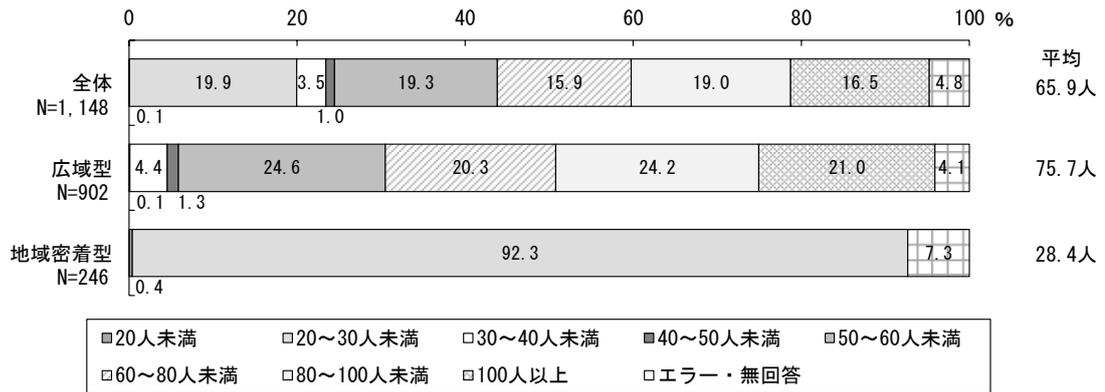
1) 入所者の状況

(1) 定員数・入所率

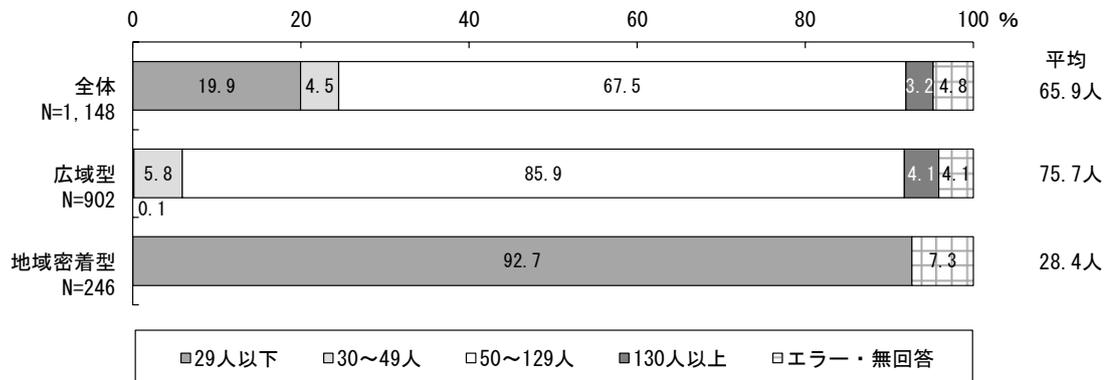
① 定員数〔問4(1)①〕

定員数は、広域型では「50～60 人未満」が最も多く 24.6%で、次いで「80～100 人未満」が 24.2%と続き、平均定員数は 75.7 人であった。一方、地域密着型では「20～30 人未満」が 92.3%を占め、平均定員数は 28.4 人であった。

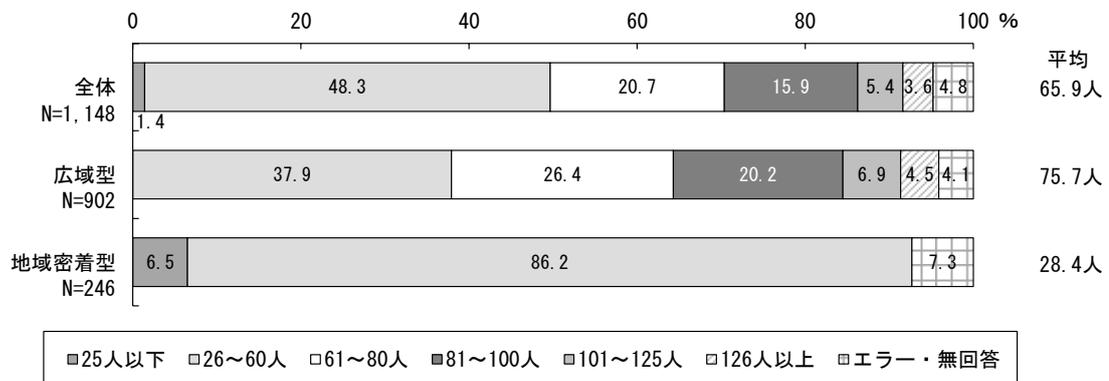
図表 定員数



図表 定員数(看護職員の配置基準別)

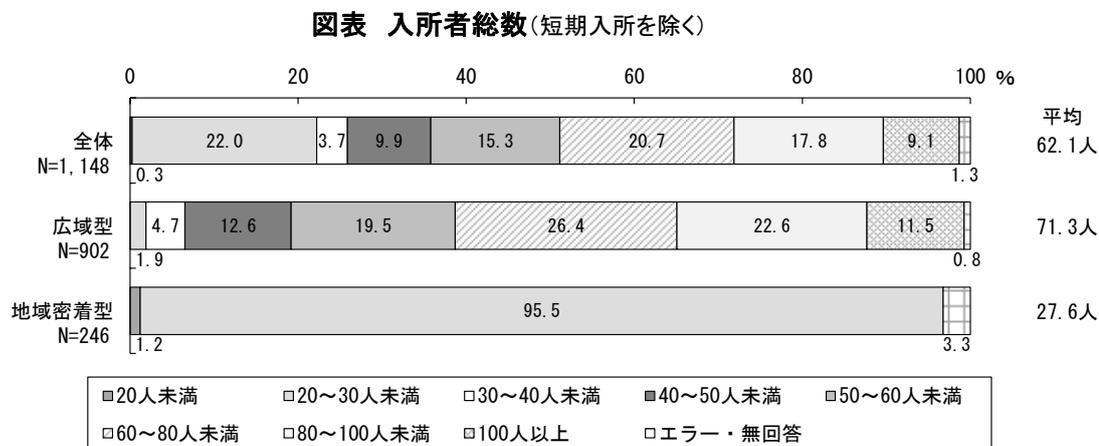


図表 定員数(夜勤職員の配置基準別)



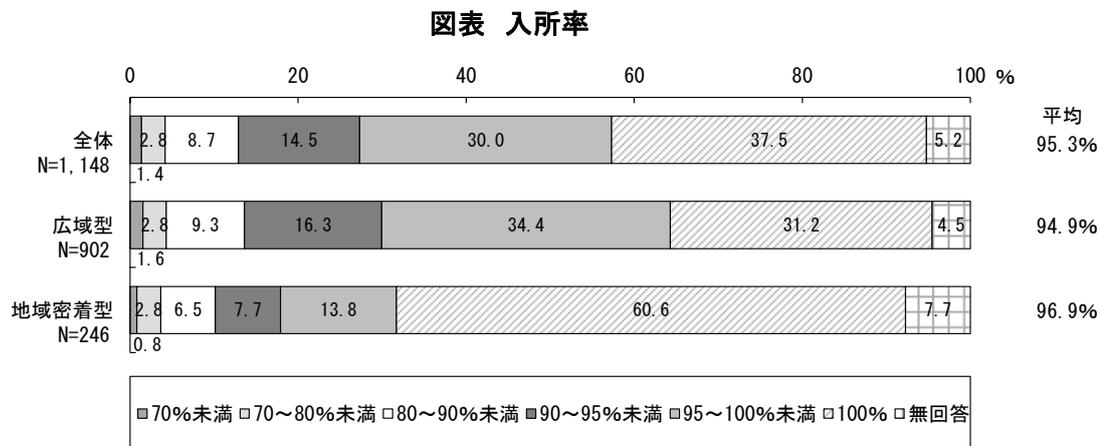
② 入所者総数〔問4(2)〕

入所者総数は、広域型では「60～80人未満」が最も多く26.4%で、次いで「80～100人未満」が22.6%と続き、平均定員数は71.3人であった。一方、地域密着型では「20～30人未満」が95.5%を占め、平均入所者総数は27.6人であった。



③ 入所率〔問4(1)(2)より〕

入所率は、「100%」が最も多く37.5%で、次いで「95～100%」が30.0%と続き、平均入所率は95.3%であった。

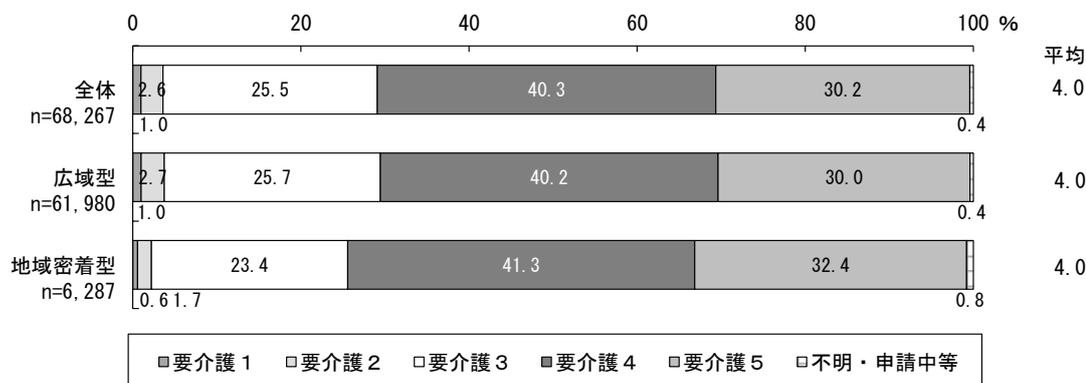


(2)要介護度別入居者数〔問4(3)〕

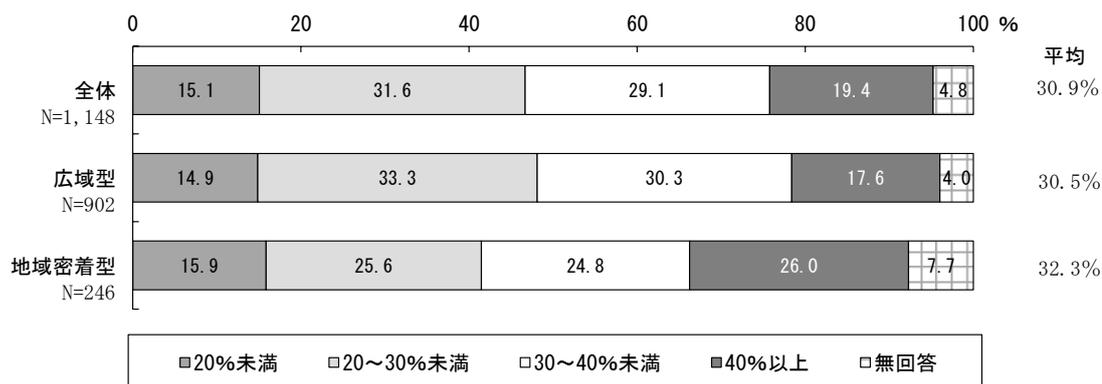
入所者の要介護度をみると、「要介護4」が最も多く40.3%で、次いで「要介護5」が30.2%、「要介護3」が25.5%と続いた。なお、平均要介護度は4.0(広域型:4.0、地域密着型:4.0)となっていた。

また、入所者総数における要介護度5の方の割合を見たところ、「20～30%未満」が最も多く31.8%で、次いで「30～40%未満」が29.1%と続いた。

図表 要介護度別入居者数(人数積み上げ)



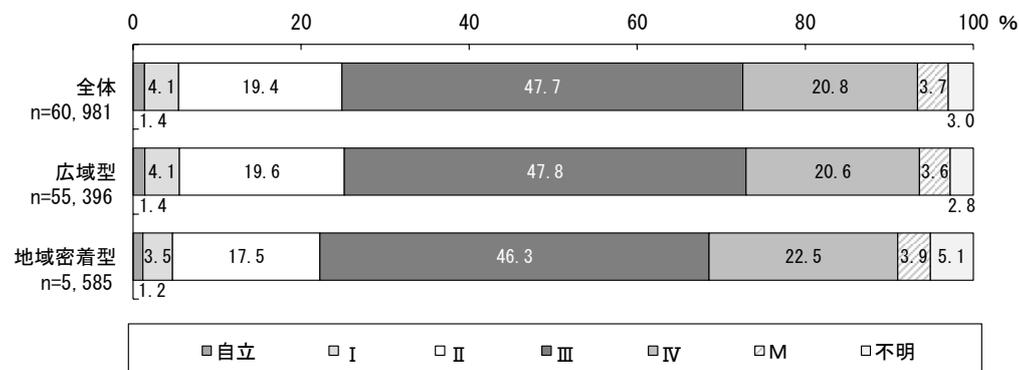
図表 入所者における要介護5の方の割合



(3)認知症日常生活自立度別入所者数〔問4(4)〕

入所者の認知症日常生活自立度をみると、「Ⅲ」が最も多く47.7%で、次いで「Ⅳ」が20.8%、「Ⅱ」が19.4%と続いた。

図表 認知症の程度別入居者数(人数積み上げ)

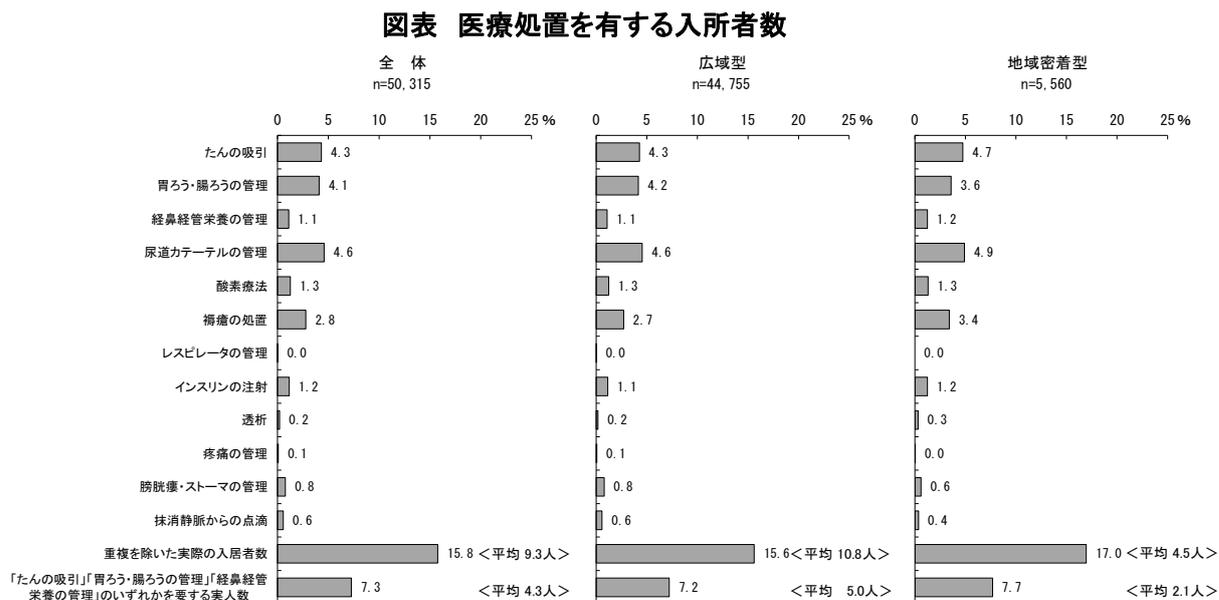


(4) 医療処置を要する入所者数〔問4(5)〕

医療処置を要する入所者数(重複を除いた実人数)は、1施設あたり平均 9.3 人、入居者総数に占める割合は 15.8%であった。

処置の内容別にみると、「尿道カテーテルの管理」を要する入所者が最も多く 4.6%(広域型:4.6%、地域密着型:4.9%)で、次いで「たんの吸引」を要する入所者が 4.3%(広域型:4.3%、地域密着型:4.7%)と続いた。

研修を受けた介護職員等による実施が可能となった「たんの吸引」、「胃ろう・腸ろうの管理」、「経鼻経管栄養の管理」の3行為のいずれかを要する(重複を除いた)実人数は、平均 4.3 人(入居者の 7.3%)であった。



注) Σ (当該医療処置を要する入居者数) \div Σ (入所者総数)で割合を算出。

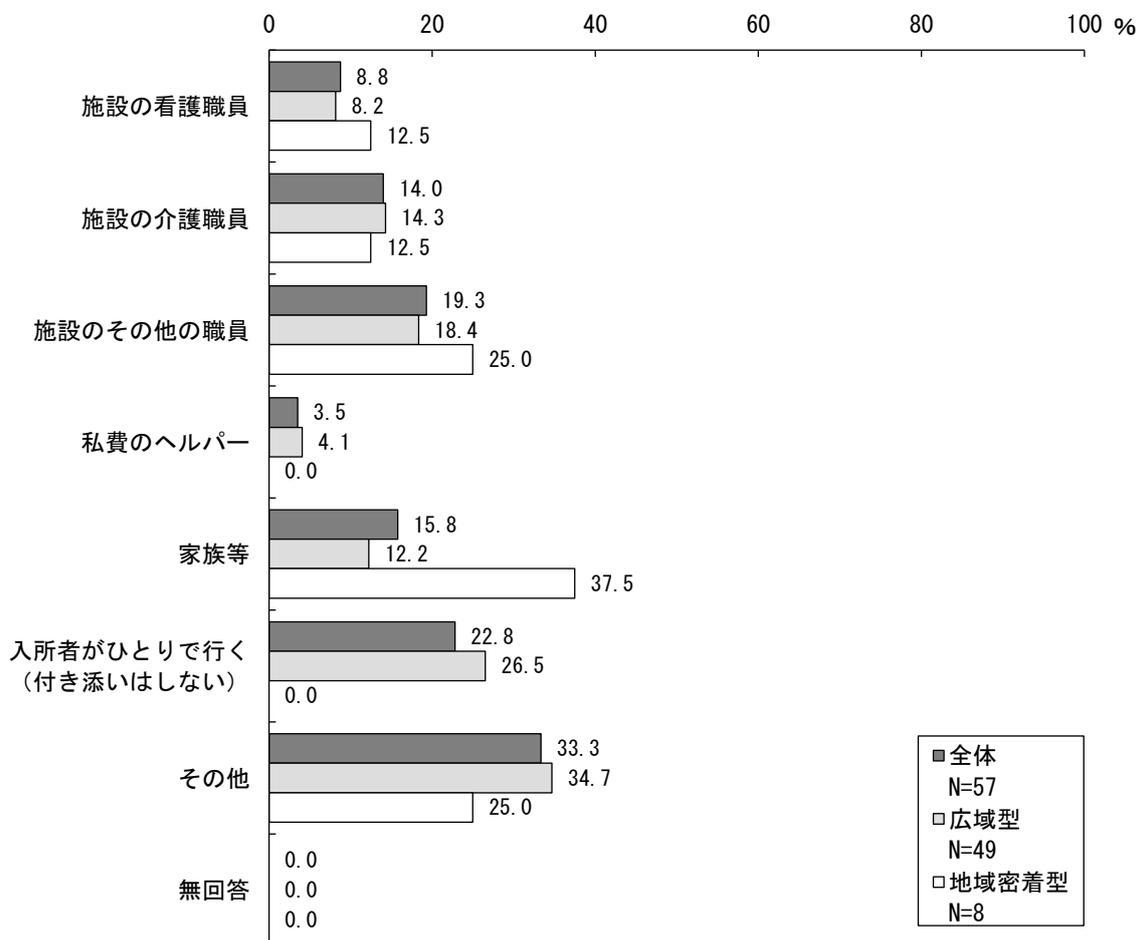
<>内は1施設あたり人数。上記数値作成に用いた回答施設数で分子(Σ (当該医療処置を要する入居者数))を除いて算出。
このとき、n数を統一するため、すべての医療処置を要する人数および入居者数にエラー・無回答のない回答から作成。

① 透析患者の付き添い・送迎をしている者〔問4(5)_SQ(5)-1〕

透析患者の付き添い・送迎者は、「その他」が33.3%と最も多かった。

図表 透析患者の付き添い・送迎者(複数回答)

(問4(5)の⑨透析で1人以上と回答した施設のみ)

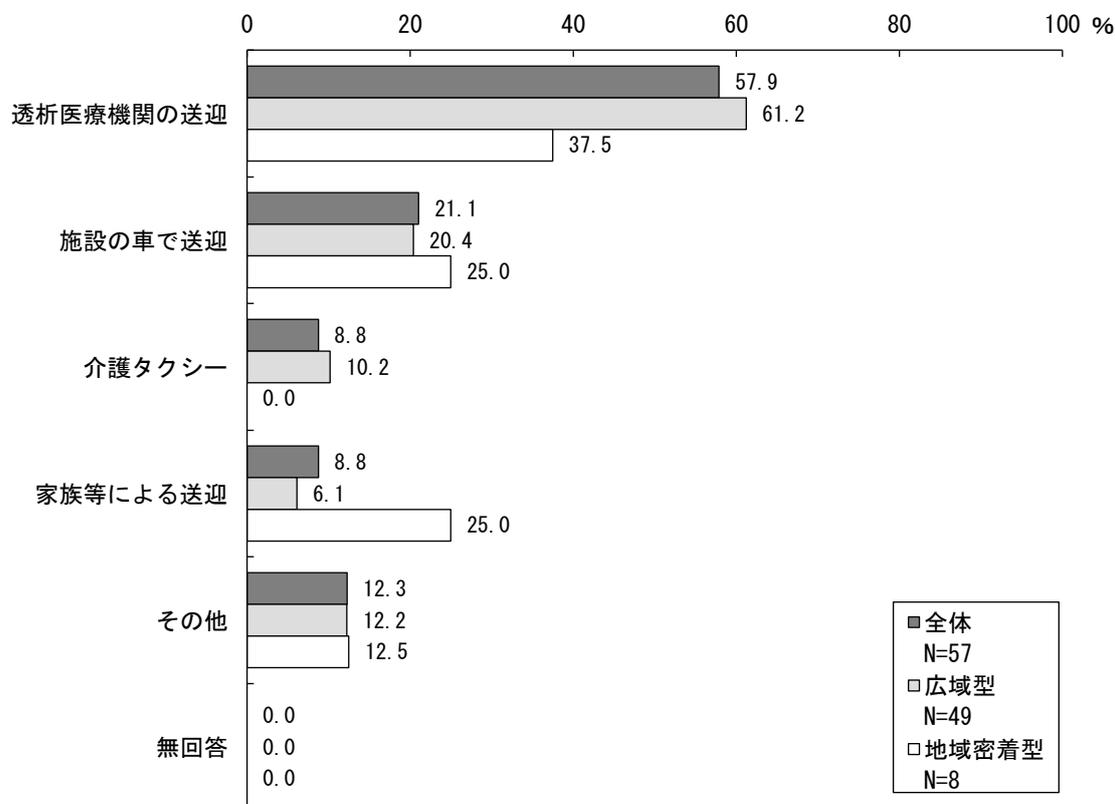


② 透析患者の送迎方法〔問4(5)_SQ(5)-2〕

透析患者の送迎方法は、「透析医療機関の送迎」が57.9%と最も多かった。

図表 透析患者の送迎の方法（複数回答）

（問4(5)の⑨透析で1人以上と回答した施設のみ）

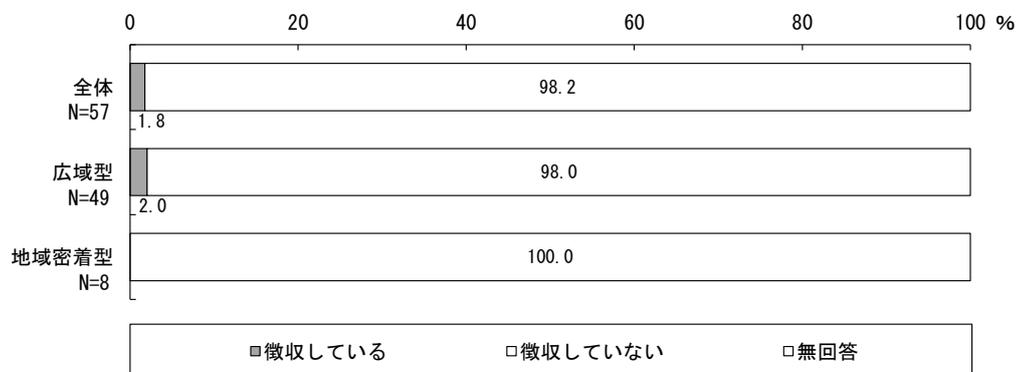


③ 透析患者の付き添い・送迎に関する利用者からの費用徴収〔問4(5)_SQ(5)-3〕

透析患者の付き添い・送迎に関する利用者からの費用徴収は、「徴収していない」が98.2%であり、ほとんど費用徴収はされていない。

図表 付き添い・送迎対応に関する利用者からの費用徴収

（問4(5)の⑨透析で1人以上と回答した施設のみ）

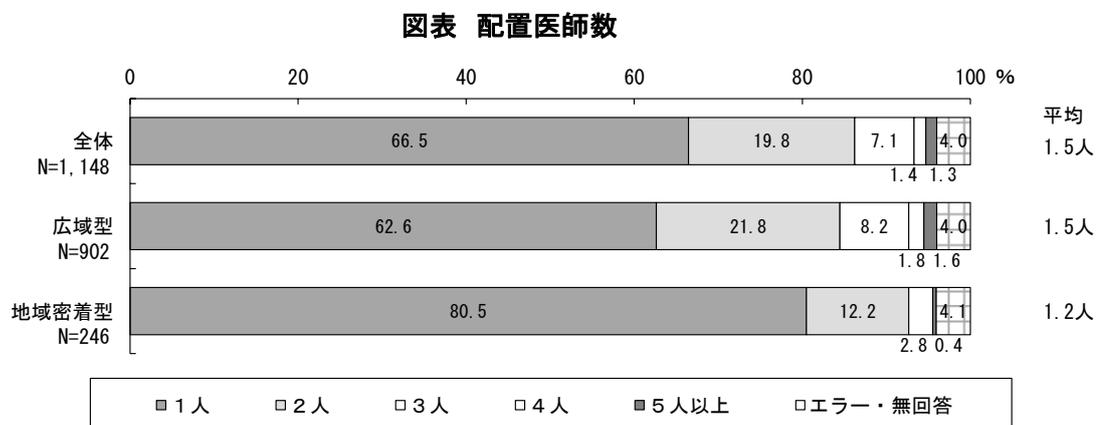


3. 入所者に対する医療の状況

1) 配置医師の状況

(1) 配置医師数〔問5(1)〕

配置医師数は広域型・地域密着型ともに「1人」が最も多く 62.6%、80.5%で、配置医師の1施設あたりの平均人数(実人数)はそれぞれ 1.5 人、1.2 人であった。

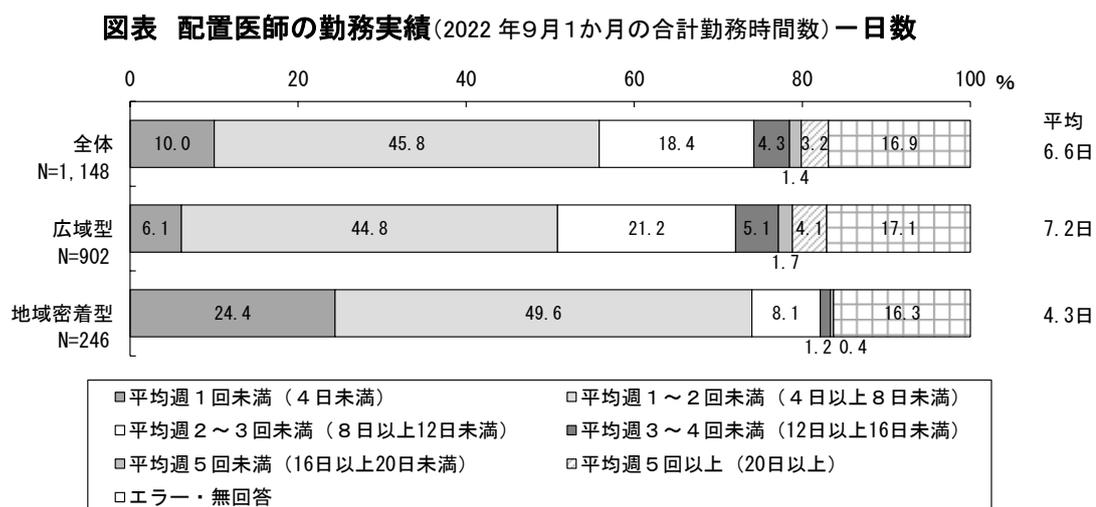


(2) 配置医師の勤務実績〔問5(2)〕

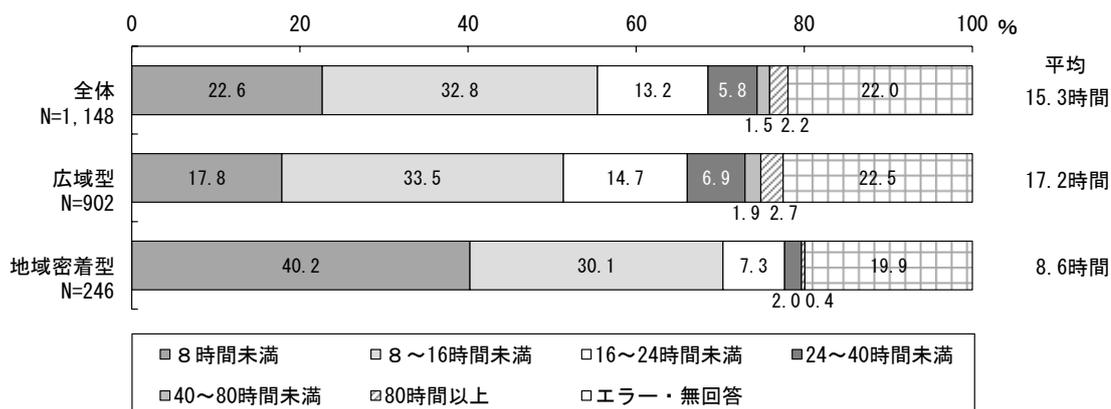
配置医師の2022年9月1か月の勤務実績(全体。複数人の配置医師が所属する場合は複数人の合計数値)は、日数をみると、「平均週1～2回未満(4日以上8日未満)」が最も多く45.8%で、月平均は6.6日であった。

時間数をみると、「8～16時間未満」が最も多く32.8%で、月平均は15.3時間であった。

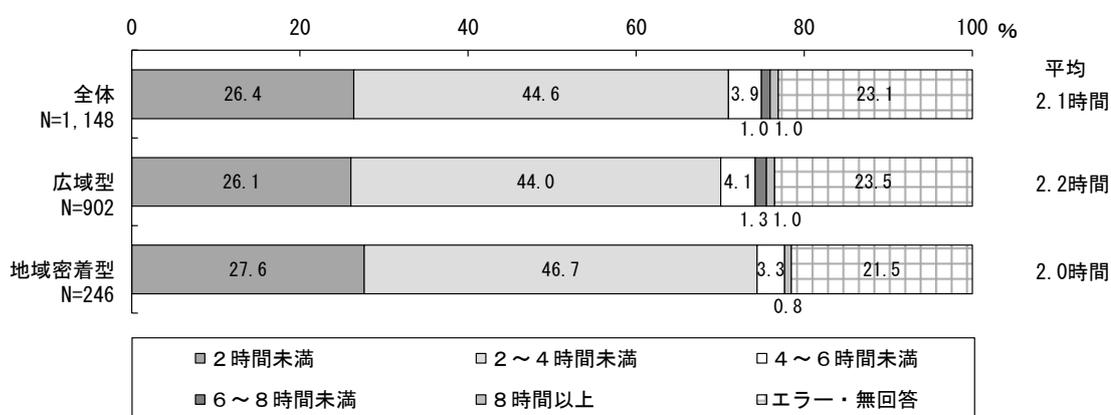
配置医師が勤務した場合の1日あたりの勤務時間数を算出したところ、「2～4時間未満」が最も多く44.6%で、1日平均は2.1時間であった。



図表 配置医師の勤務実績(2022年9月1か月の合計勤務時間数)－時間数



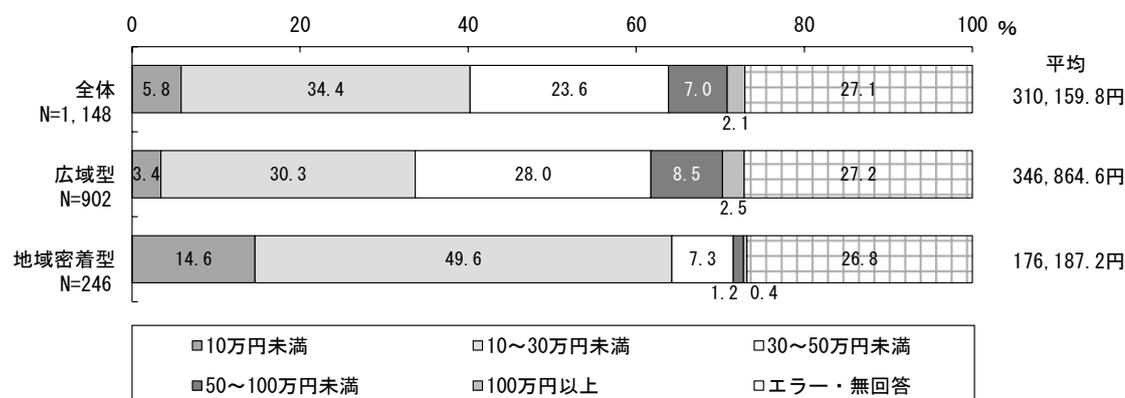
図表 配置医師の勤務実績－1日あたりの時間数



(3) 配置医師に要している費用【問5(3)】

2022年9月1か月で配置医師に要した費用(配置医師全体。複数の配置医師がいる場合は合計)は、「10～30万円未満」が最も多く34.4%、次いで「30～50万円未満」が23.6%と続いた。

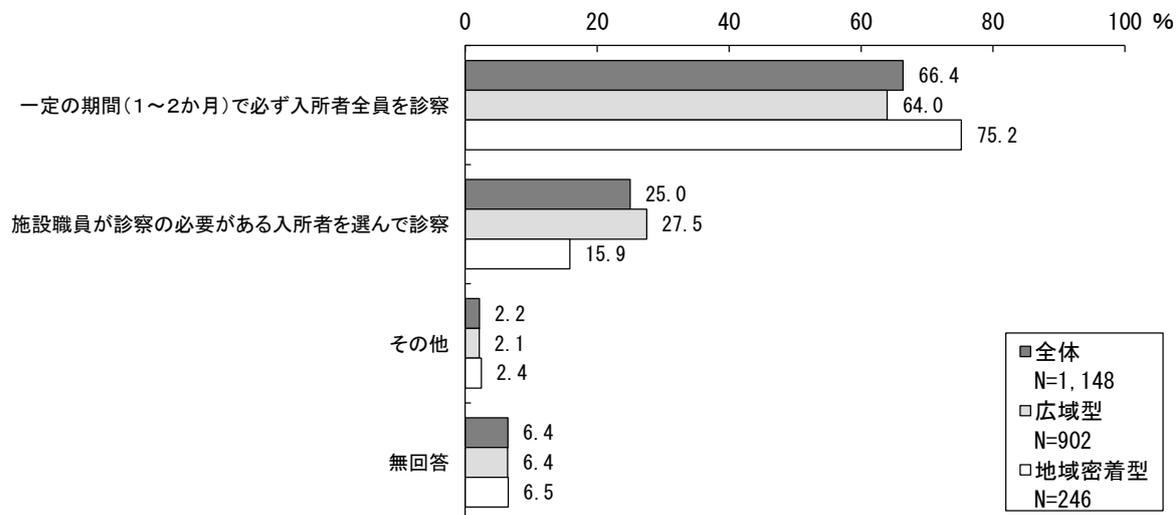
図表 配置医師に要している費用(2022年9月1か月の実績額)



(4)施設内で行う診療の対象【問5(4)】

配置医師が施設内で行う診療の対象は、「一定の期間(1～2か月)で必ず入所者全員を診察」が66.4%と最も多かった。

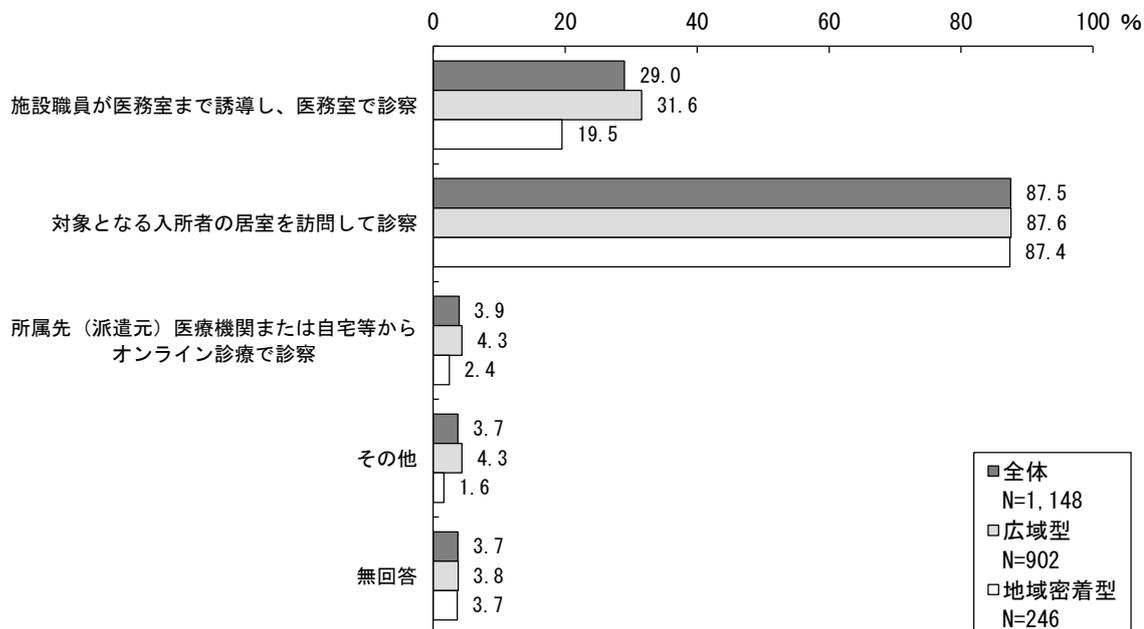
図表 施設内で行う診療の対象(複数回答)



(5)診療方法【問5(5)】

配置医師の診察方法は、「対象となる入所者の居室を訪問して診察」が87.5%と9割近くを占めた。

図表 診療方法(複数回答)

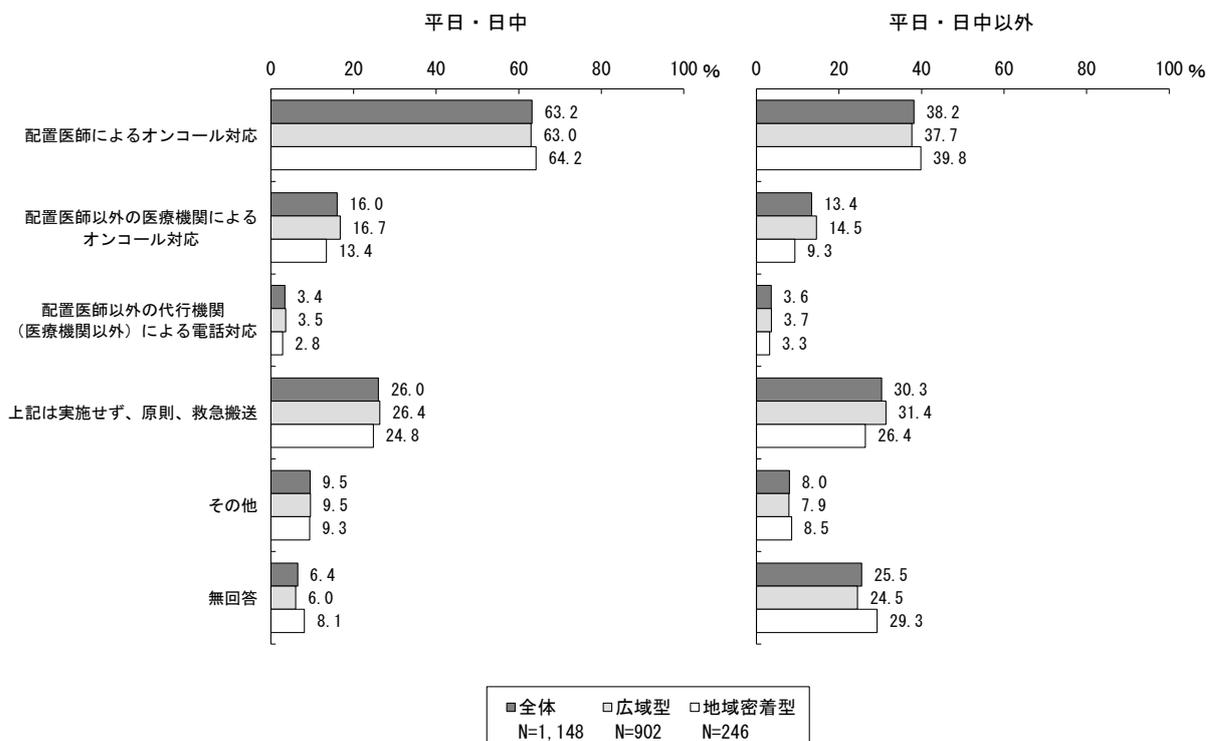


(6) 配置医師が施設にいない時間帯に生じた急変等の対応方法〔問5(6)〕

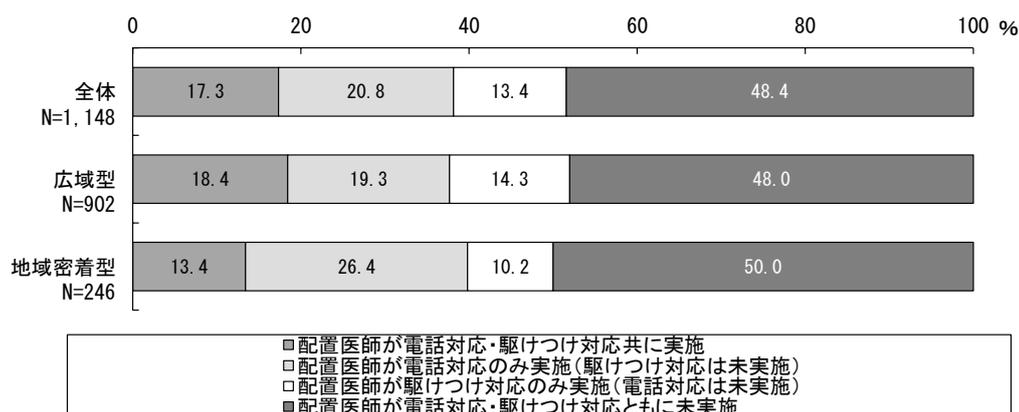
配置医師が施設にいない時間帯に生じた急変等の対応方法は、平日・日中、平日・日中以外どちらも、「配置医師によるオンコール対応」が最も多く、それぞれ 63.2%と 38.2%であった。

また、平日・日中以外におけ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を、電話対応・駆けつけ対応の 2 つの対応有無で分類したところ、「配置医師が電話対応・駆けつけ対応共に実施」している施設は 17.3%であった。

図表 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(複数回答)



図表 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)

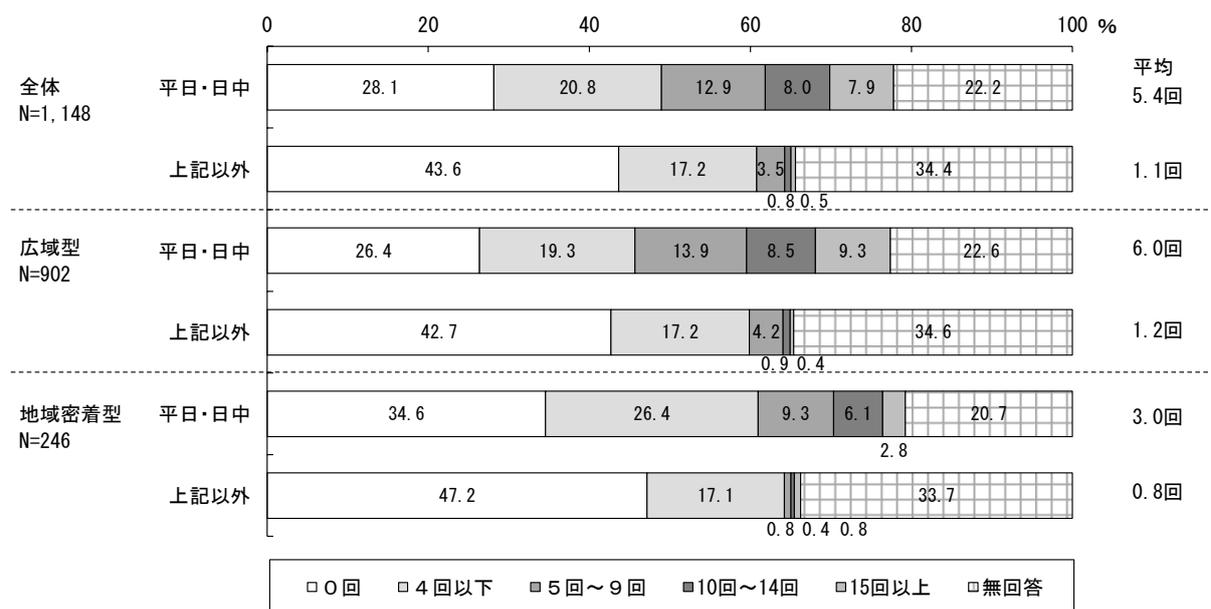


(7) 配置医師による定期的な勤務時間以外の対応〔問5(7)〕

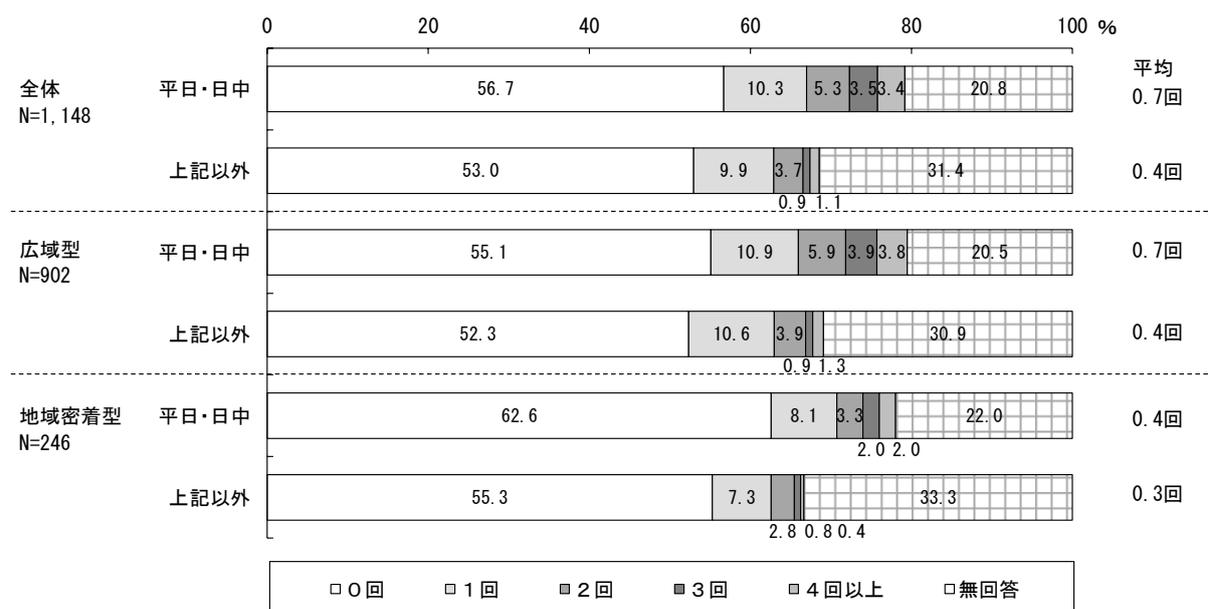
配置医師による定期的な勤務時間以外の対応における2022年9月1か月の実績回数をみたところ、電話対応については、平日・日中、上記以外(夜間・深夜もしくは土日)いずれも「0回」が最も多く、それぞれ28.1%、43.6%であった。月平均回数は平日・日中で5.4回、上記以外で1.1回であった。平日・日中については、10回以上(「10回～14回」(8.0%) + 「15回以上」(7.9%))が15.9%となり、二極化している様子がうかがわれる。

駆けつけ対応については、平日・日中、上記以外いずれも「0回」が最も多く、それぞれ56.7%、53.0%であり、過半数の施設では駆けつけ対応が行われていない実態が明らかとなった。月平均回数は平日・日中で0.7回、上記以外で0.4回であった。

図表 配置医師による定期的な勤務時間以外の対応 (2022年9月1か月の実績回数) — 電話対応



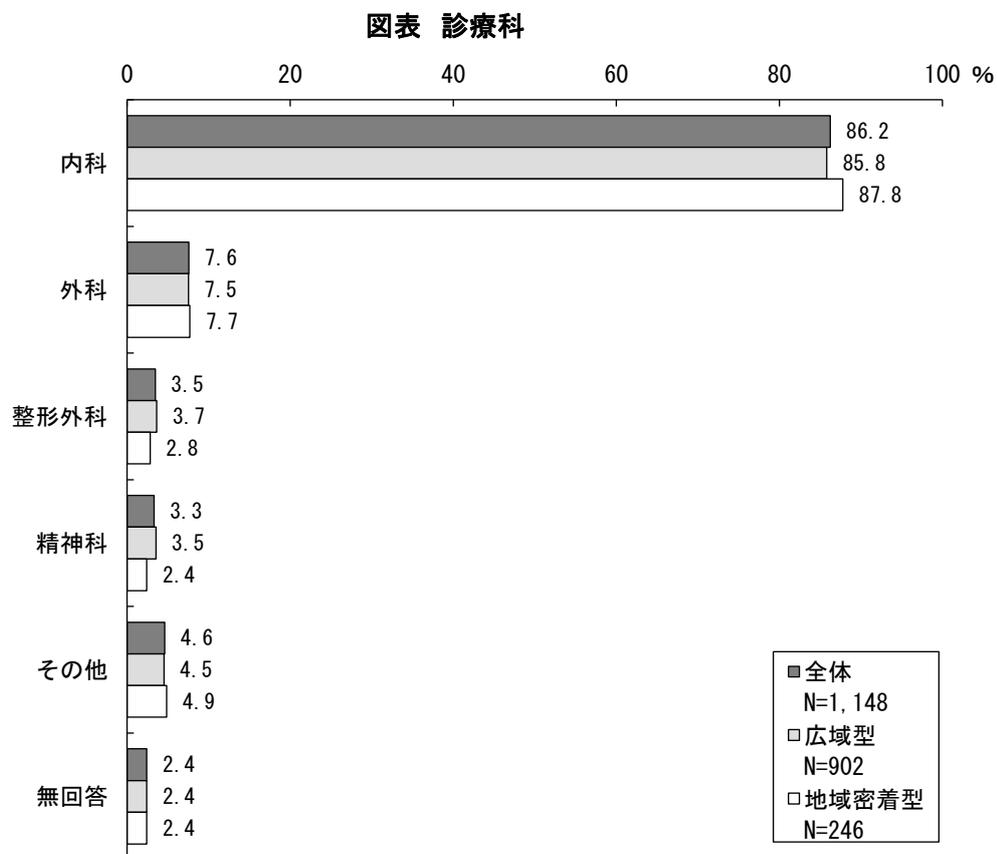
図表 配置医師による定期的な勤務時間以外の対応 (2022年9月1か月の実績回数) — 駆けつけ対応



2)主たる配置医師(1名)の状況

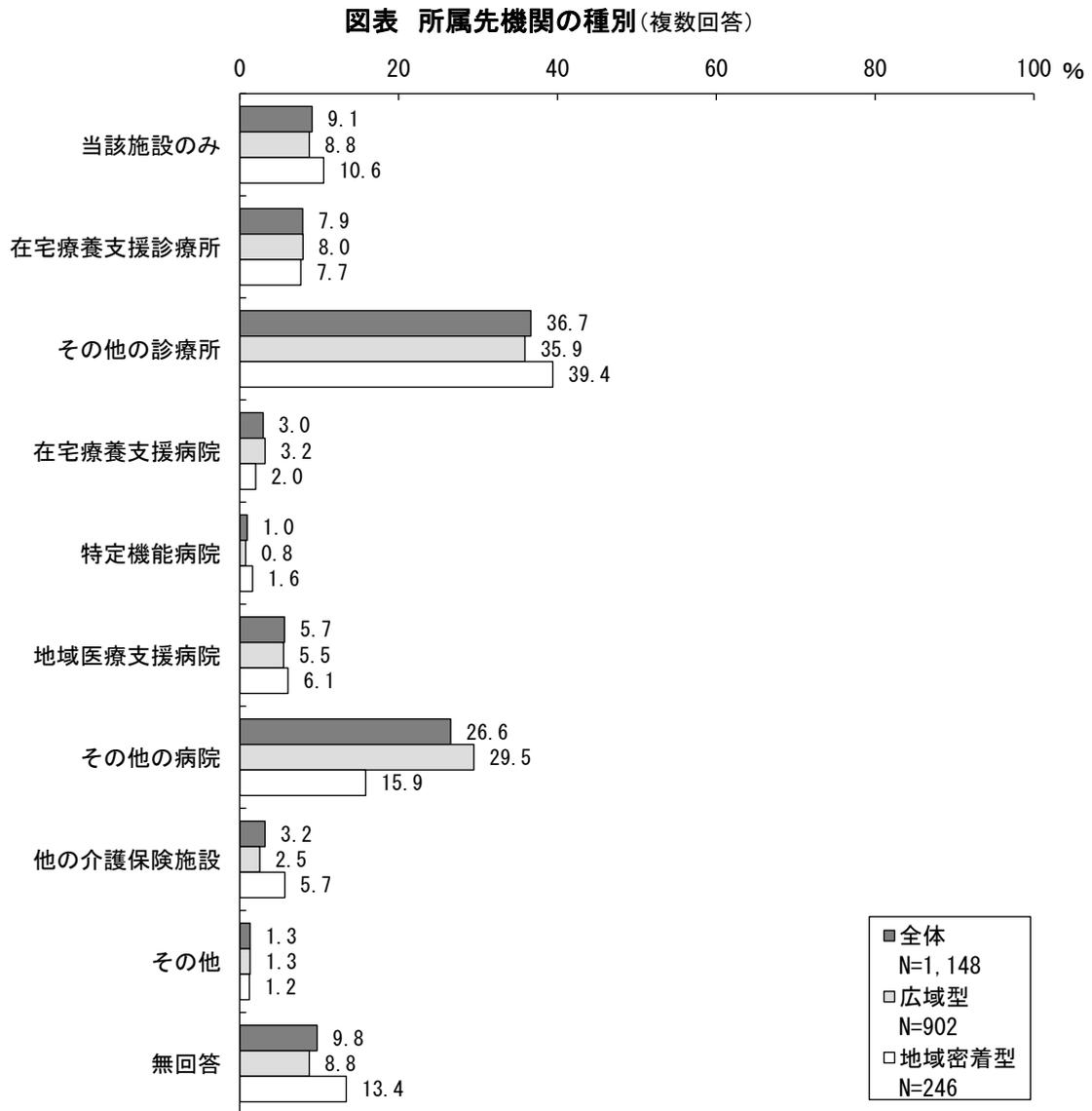
(1)診療科〔問6(1)〕

主たる配置医師(1名)の診療科は、「内科」が最も多く86.2%で、9割程度を占めていた。



(2)所属先機関の種別〔問6(2)〕

主たる配置医師(1名)の所属先機関の種別は、「その他の診療所」が最も多く 36.7%、次いで「その他の病院」が 26.6%と続いた。

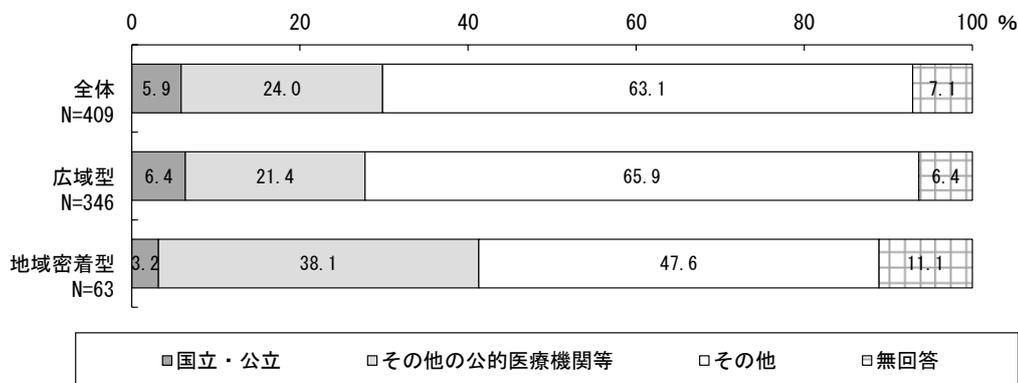


① 所属病院の開設主体 [問6(2)_SQ(2)-1]

主たる配置医師(1名)の所属機関が「病院」の場合、その開設主体は、「その他」が63.1%と最も多かった。

図表 所属病院の開設主体

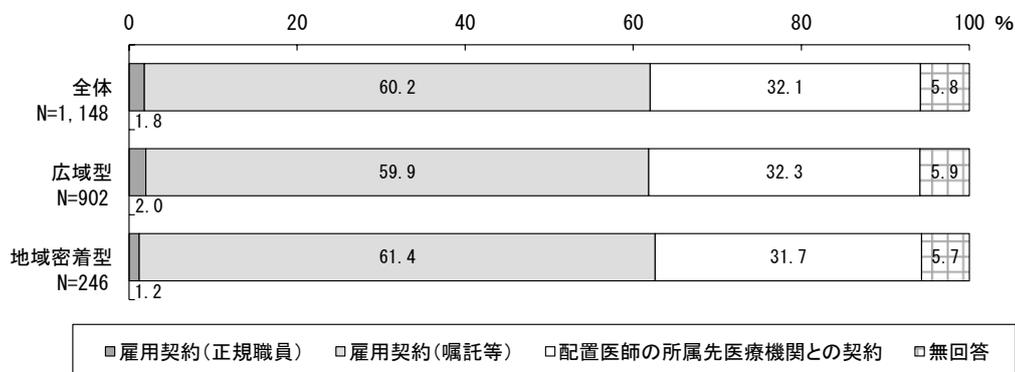
(問6(2)で「在宅療養支援病院」、「特定機能病院」、「地域医療支援病院」、「その他の病院」と回答した施設のみ)



(3) 契約形態 [問6(3)]

主たる配置医師(1名)の契約形態は、「雇用契約(正規職員)」が1.8%、「雇用契約(嘱託等)」が60.2%、「配置医師の所属先医療機関との契約」が32.1%であった。

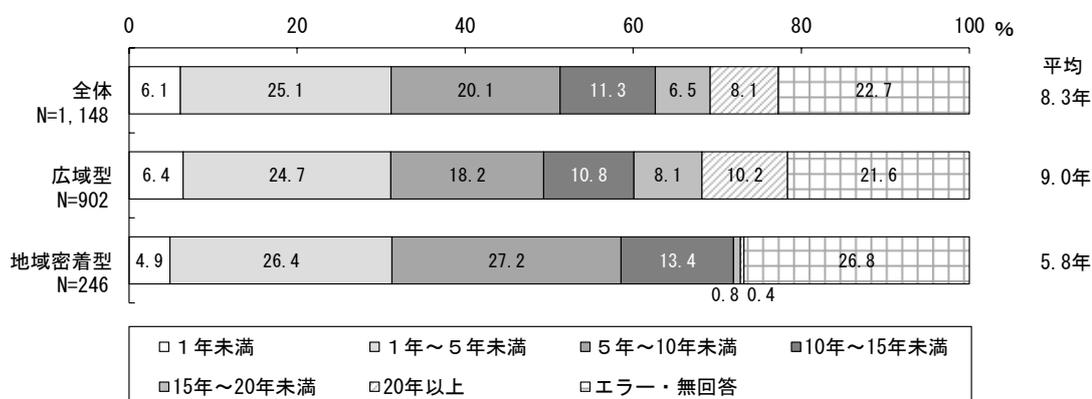
図表 契約形態



(4) 特養における勤続年数〔問6(4)〕

主たる配置医師(1名)の特養における勤続年数は、「1年～5年未満」が25.1%と最も多かった。

図表 特養における勤続年数



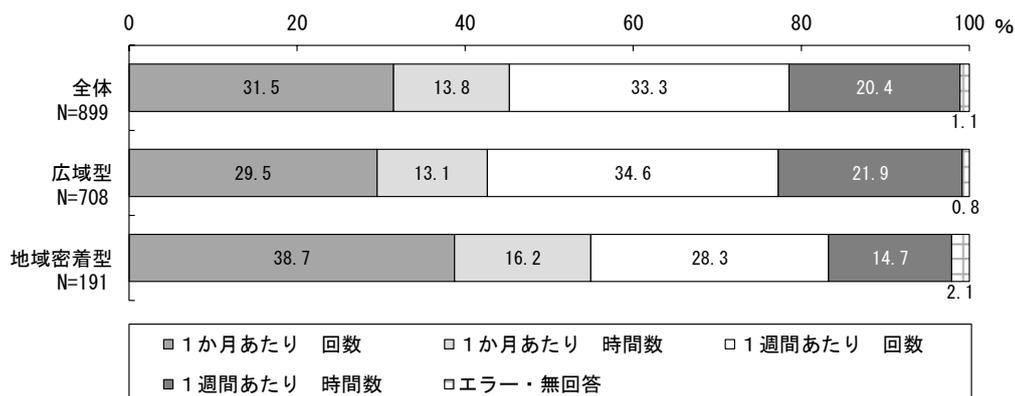
(5) 契約上の勤務回数・時間数の形態〔問6(5)〕

主たる配置医師(1名)の契約上の勤務回数・時間数の形態は、「1週間あたり 回数」が最も多く33.3%、次いで「1か月あたり 回数」が31.5%と続き、時間数については契約上記載されていないケースが多かった。

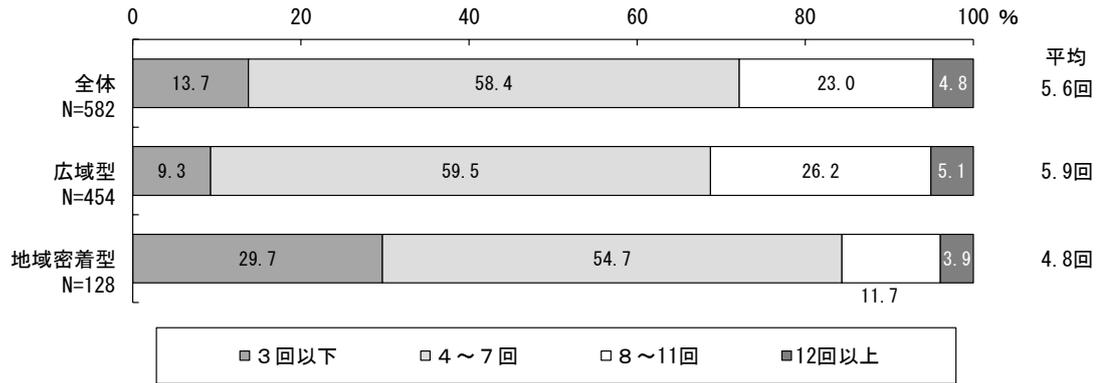
1か月あたりの回数を算出するため、1か月あたりで回答された場合は当該数値、1週間あたりで回答された場合は、回答に4.5を掛けた数値を算出し、全体での1か月あたりの回数を見たところ、「4～7回」が最も多く58.4%であり、平均回数は5.6回であった。

1か月あたりの時間数を算出するため、1か月あたりで回答された場合は当該数値、1週間あたりで回答された場合は、回答に4.5を掛けた数値を算出し、全体での1か月あたりの時間数を見たところ、「8～16時間未満」が最も多く55.0%であり、平均時間数は19.1時間であった。

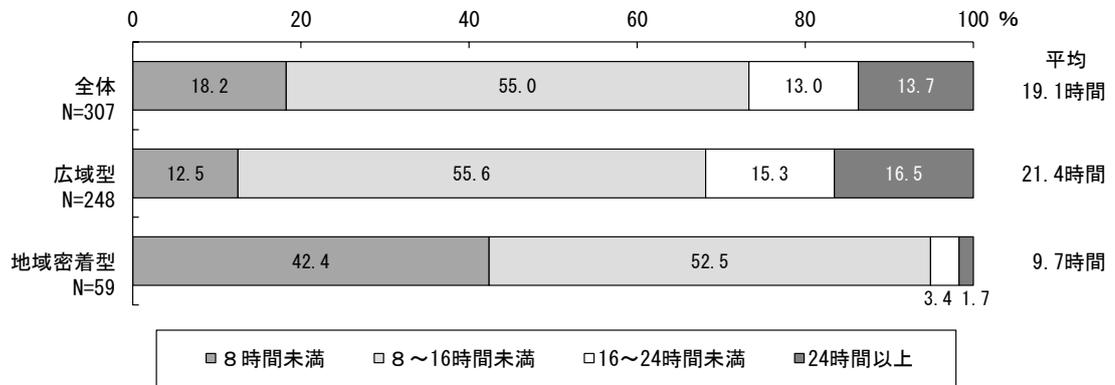
図表 契約上の勤務回数・時間数の形態(「回・時間数無回答」、「その他」、「無回答」は除く)



図表 契約上責任を持つ時間—1か月あたり(回数)



図表 契約上責任を持つ時間—1か月あたり(時間)



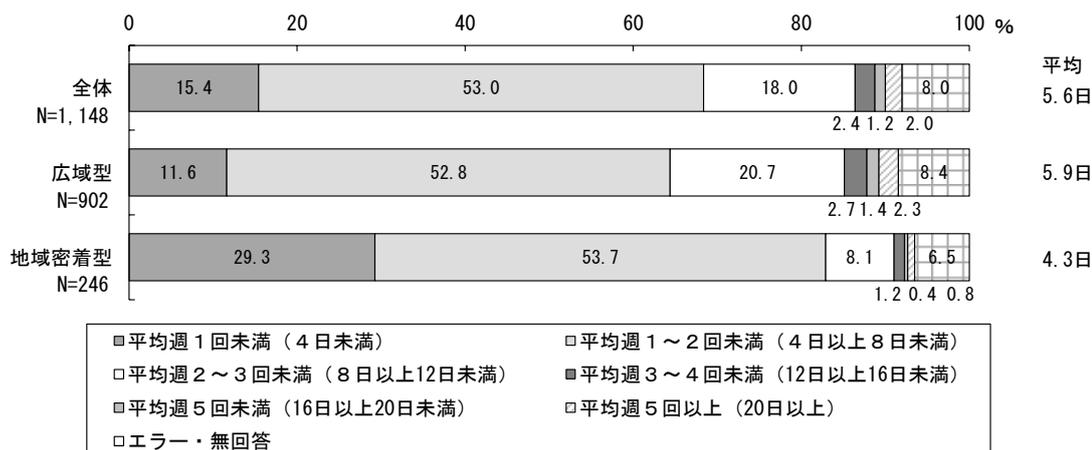
(6) 1か月の勤務状況〔問6(6)〕

主たる配置医師(1名)の2022年9月1か月の勤務実績は、日数をみると、「平均週1～2回未満(4日以上8日未満)」が最も多く53.0%であり、月平均は5.6日であった。

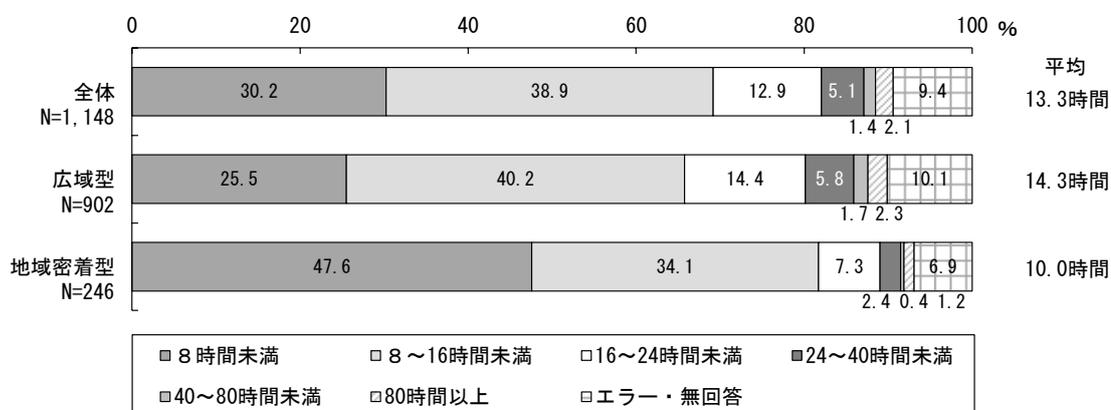
時間数をみると、「8～16時間未満」が最も多く38.9%、次いで「8時間未満」が30.2%と続き、月平均は13.3時間であった。

主たる配置医師(1名)が勤務した場合の1日あたりの勤務時間数を算出したところ、「2～4時間未満」が最も多く54.3%で、1日平均は2.2時間であった。

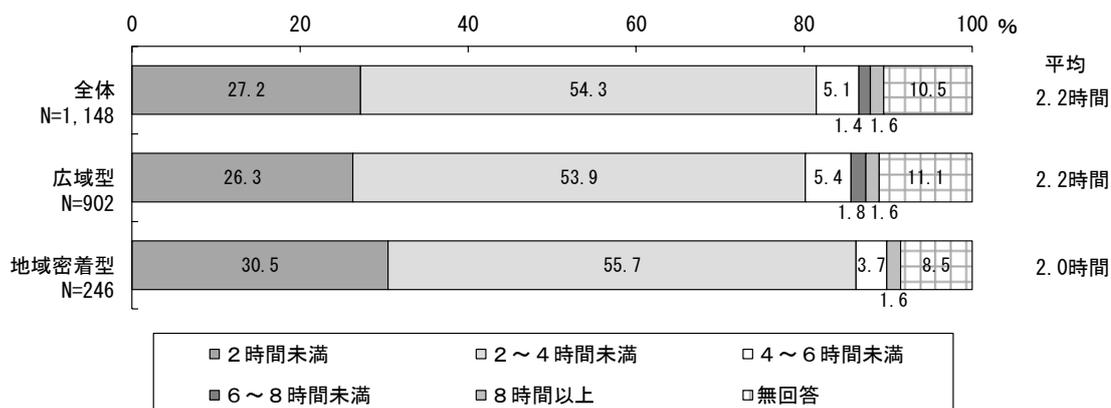
図表 1か月の勤務状況 (2022年9月1か月の実績) 一日数



図表 1か月の勤務状況 (2022年9月1か月の実績) 一時間



図表 1か月の勤務状況 (2022年9月1か月の実績) 一日あたりの時間数

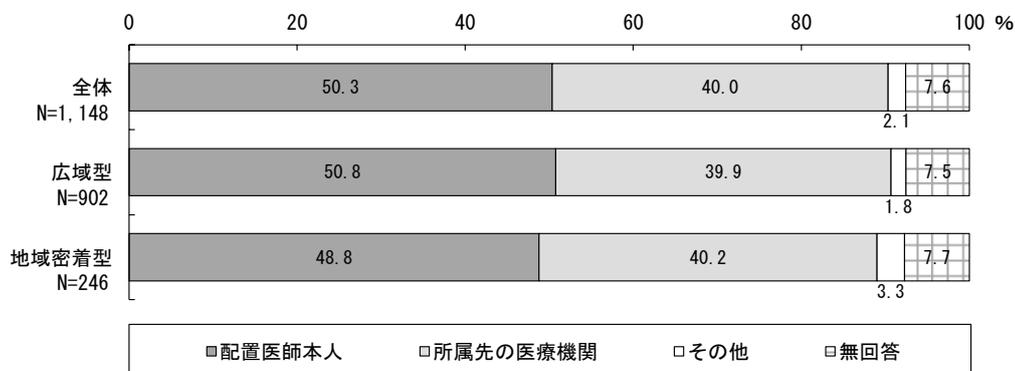


(7) 配置医師の報酬〔問6(7)〕

① 施設からの報酬の支払い先〔問6(7)①〕

施設から配置医師への報酬の支払い先は、「配置医師本人」が 50.3%、「所属先の医療機関」が 40.0%、「その他」が 2.1%であった。

図表 施設からの報酬の支払い先



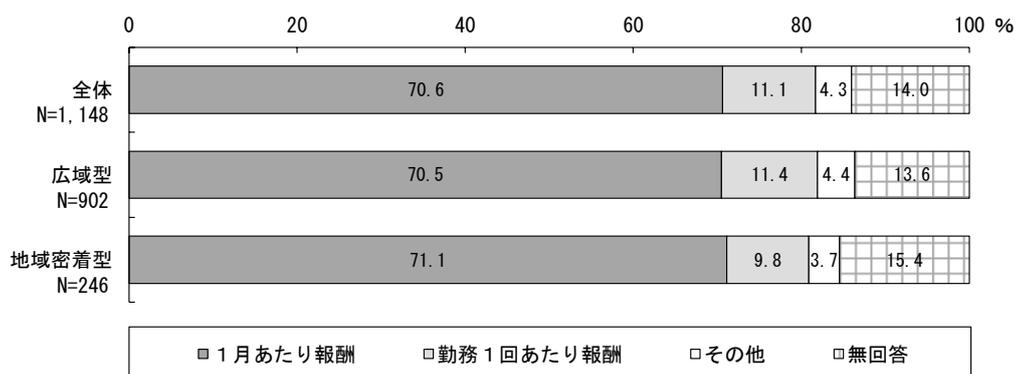
② 基本報酬の体系・報酬額〔問6(7)②〕

配置医師の基本報酬の体系は、「1月あたり報酬」が 70.6%、「勤務1回あたり報酬」が 11.1%、「その他」が 4.3%であった。

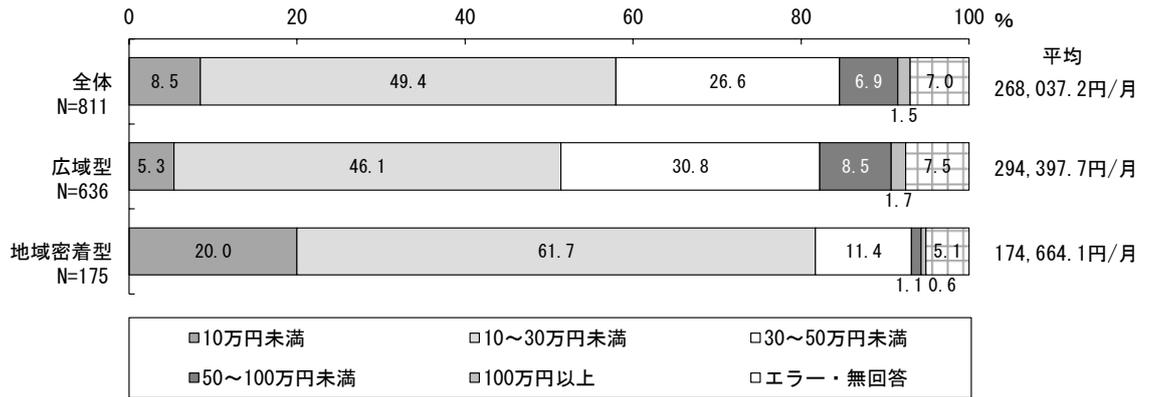
月あたり報酬体系となっている場合の配置医師の報酬額は、「10～30万円未満」が最も多く 49.4%で、月額平均は 268,037.2 円であった。

時間あたり報酬体系となっている場合の配置医師の報酬額は、「3～5万円未満」が最も多く 46.5%で、1回あたりの報酬額平均は 37,180.6 円であった。

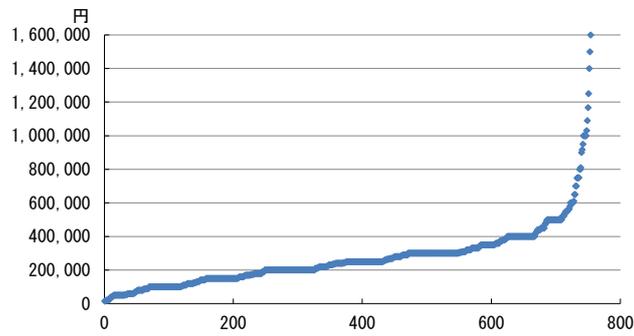
図表 基本報酬の体系



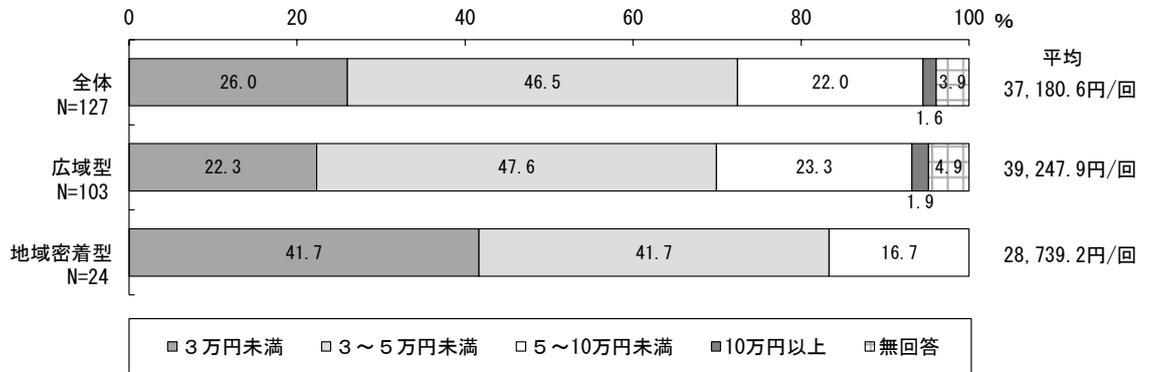
図表 基本報酬の報酬額(報酬体系が「1月あたり報酬」の場合)



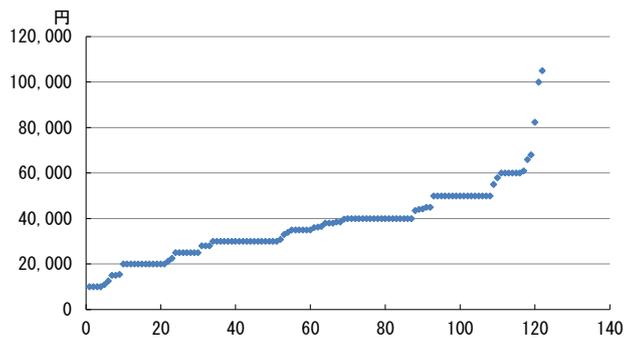
図表 基本報酬の報酬額分布(報酬体系が「1月あたり報酬」の場合)



図表 基本報酬の報酬額(報酬体系が「勤務1回あたり報酬」の場合)



図表 基本報酬の報酬額分布(報酬体系が「勤務1回あたり報酬」の場合)

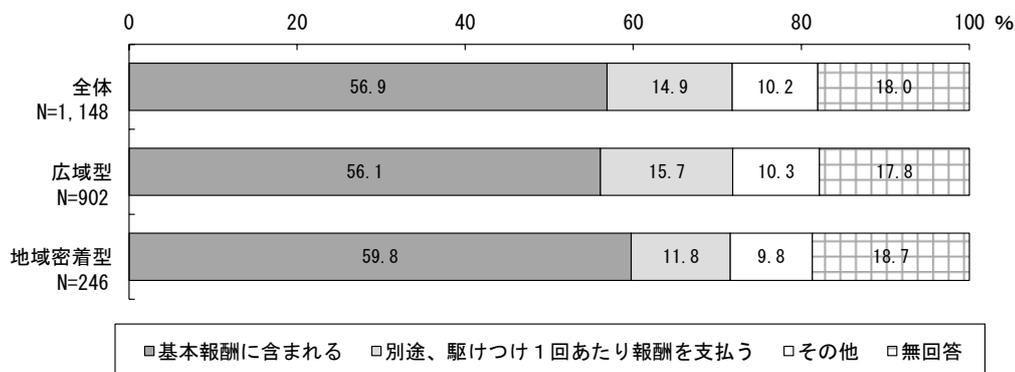


③ 駆けつけ対応時の報酬体系〔問6(7)③〕

配置医師の駆けつけ対応時の報酬体系は、「基本報酬に含まれる」が 56.9%、「別途、駆けつけ1回あたり報酬を支払う」が 14.9%、「その他」が 10.2%であった。

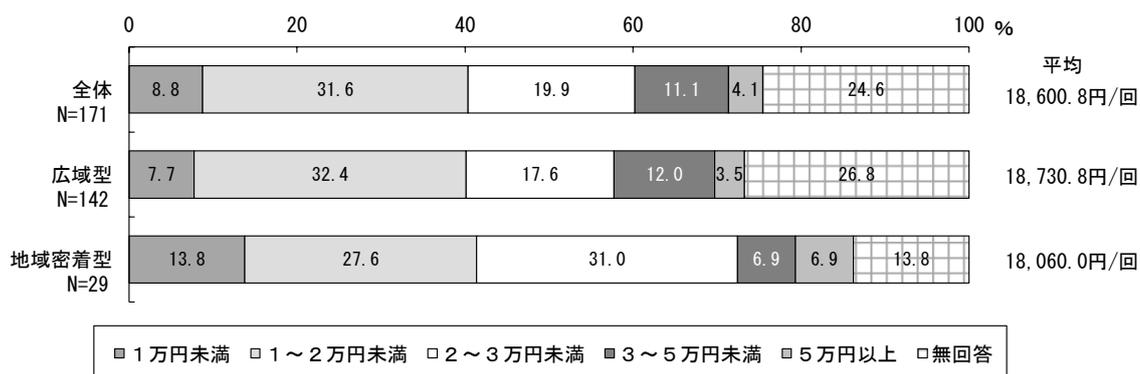
駆けつけ1回あたりの報酬体系となっている場合の報酬額は、「1～2万円未満」が最も多く 31.6%で、1回あたりの平均額は 18,600.8 円であった。

図表 駆けつけ対応時の報酬体系



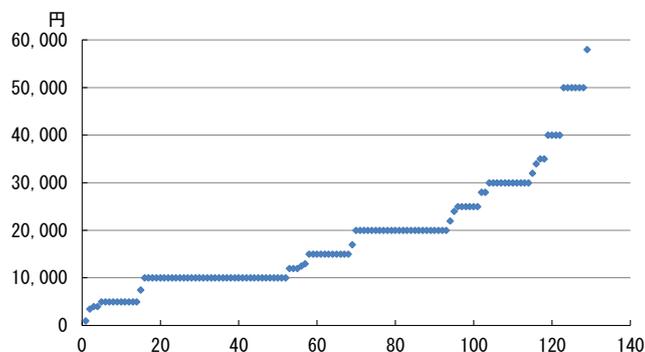
図表 駆けつけ1回あたりの報酬額

(駆けつけ1回あたり報酬の施設のみ)



図表 駆けつけ1回あたりの報酬額分布

(駆けつけ1回あたり報酬の施設のみ)



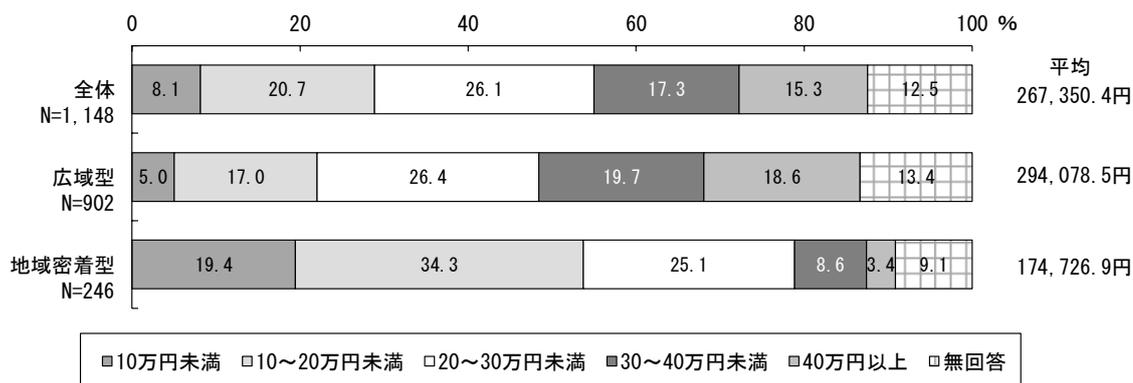
④ 月額報酬換算額【問5(7)/問6(5)/問6(7)②③】

配置医師の基本報酬について、以下の数値算出を行い、月額報酬換算額を算出したところ、「20～30万円未満」が最も多く26.1%で、月額平均は267,350.4円であった。

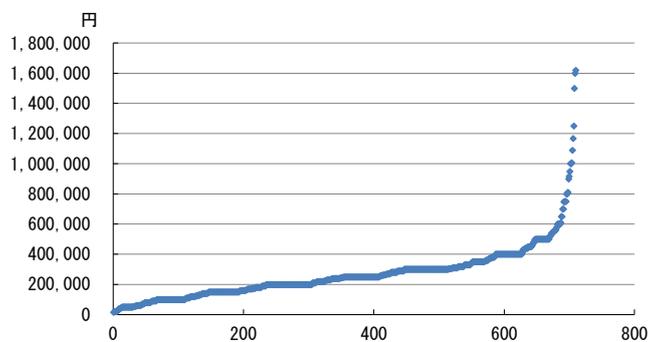
【月額報酬換算額 算出方法】

- ・報酬体系が「1月あたり報酬」の場合：「1月あたり報酬」額＋駆けつけ対応が別途報酬の場合は当該金額を足し合わせた金額
- ・報酬体系が「勤務1回あたり報酬」の場合：「勤務1回あたり報酬」×1か月あたりの勤務回数額＋駆けつけ対応が別途報酬の場合は当該金額を足し合わせた金額

図表 月額報酬換算額



図表 月額報酬換算額分布



【参考】配置医師の勤務時間数別 配置医師の報酬〔クロス集計〕

配置医師と時間数と報酬・役割の関連性によって違いが見られるかを確認するため、以下の項目を集計の軸(目的変数)とし、

●(作成)月額報酬換算額 (問5(7)/問6(6)/問6(7)②③)

	全体	10万円未満	10～20万円未満	20～30万円未満	30～40万円未満	40万円以上	無回答	平均(円)
全体	231 100.0	20 8.7	42 18.2	70 30.3	28 12.1	45 19.5	26 11.3	296,397.9 —

※施設調査票の回答はN=1,148であるが、本クロス集計については、集計の軸(目的変数)、説明変数ともにデータクリーニングを行った結果、エラー値とみなした回答は集計に計上しておらず、1,148件のうち、データが明瞭に確認できた231件を集計対象としている。このため、参考値として記載する。

・1か月の勤務別月額報酬換算額は、「10万円未満」8.7%、「10～20万円未満」18.2%、「20～30万円未満」30.3%、「30～40万円未満」12.1%、「40万円以上」19.5%であった。

以下の説明変数とのクロス集計を行った。

集計の結果、下線を付した項目を中心に、各クロス集計項目にかかる割合と全体の割合を比べて特徴的であった項目が確認できた。

※ クロス集計については、原則N数が50以上の項目のみについてコメントしている。

【説明変数として設定した項目】

※ 医療処置を要する入居者の割合による影響を受けている可能性がある項目には*を記載している。

- ・配置医師の勤務時間数
 - 契約上責任を持つ時間 (問6(5))
 - 9月1か月の勤務実績 (問6(6))

① 契約上責任を持つ時間/1か月の勤務別月額報酬換算額〔問5(7)×問6(6)/問6(7)②③〕, 〔問6(6)×問5(7)/問6(6)/問6(7)②③〕

1か月の勤務別月額報酬換算額を1か月の勤務実績(月あたりの合計時間数)別に見ると、「24時間以上」と長い属性に該当する施設の場合、「10万円未満」3.4%、「10～20万円未満」17.1%、「20～30万円未満」12.0%、「30～40万円未満」13.7%、「40万円以上」30.8%であった。

図表 契約上責任を持つ時間/1か月の勤務実績別 月額報酬換算額

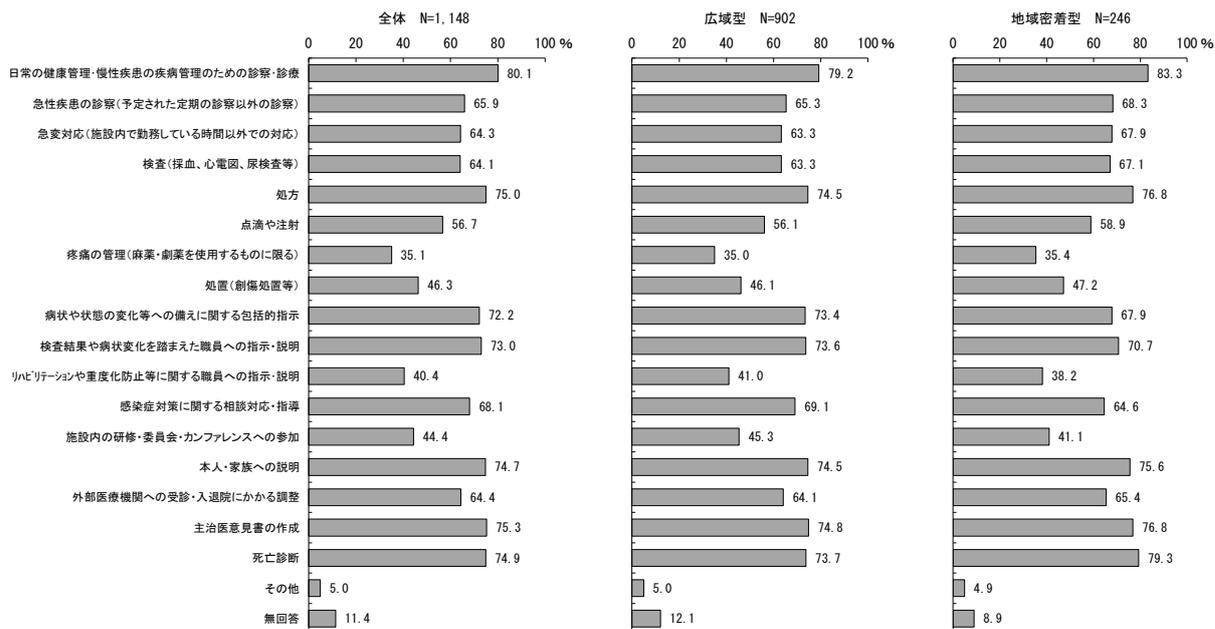
		全体	10万円未満	10～20万円未満	20～30万円未満	30～40万円未満	40万円以上	無回答	平均(円)
問6(5) 契約上責任を持つ 月あたりの時間	全体	231 100.0	20 8.7	42 18.2	70 30.3	28 12.1	45 19.5	26 11.3	296,397.9 —
	8時間未満	41	17.1	41.5	24.4	4.9	9.8	2.4	186,517.7
	8～16時間未満	130	9.2	13.8	37.7	13.1	13.8	12.3	257,875.9
	16～24時間未満	27	3.7	11.1	33.3	18.5	29.6	3.7	331,761.5
	24時間以上	33	0.0	12.1	6.1	12.1	45.5	24.2	611,088.3
問6(6) 1か月の勤務実績 (月あたりの合計時間数)	全体	811 100.0	66 8.1	168 20.7	212 26.1	140 17.3	124 15.3	101 12.5	267,350.4 —
	8時間未満	266	12.4	30.8	24.4	16.9	7.1	8.3	207,412.0
	8～16時間未満	316	8.2	15.5	33.2	18.4	13.9	10.8	258,626.2
	16～24時間未満	112	2.7	15.2	25.0	18.8	22.3	16.1	312,984.8
	24時間以上	117	3.4	17.1	12.0	13.7	30.8	23.1	392,413.5

(9)主たる配置医師の役割〔問6(8)(9)(10)〕

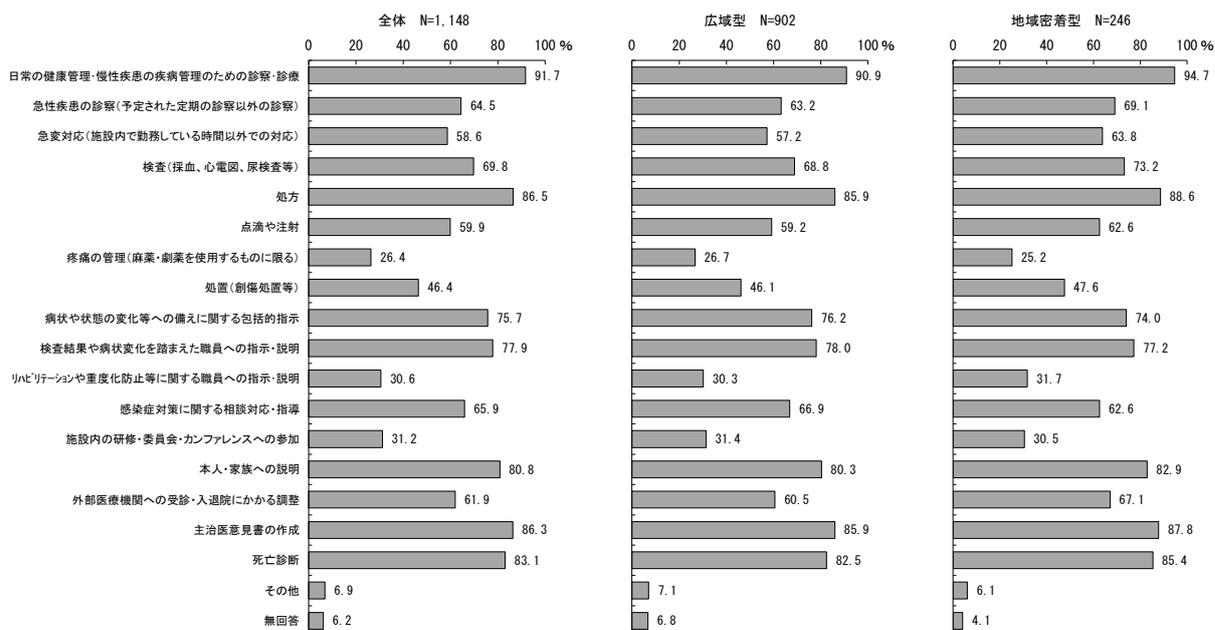
配置医師に期待する役割、配置医師が実際に果たしている役割、配置医師が実際に果たしている役割のうち契約に明記している役割いずれも、「日常の健康管理・慢性疾患の疾病管理のための診察・診療」最も多く、それぞれ80.1%、91.7%、51.9%であった。

配置医師が実際に果たしている役割の数値が、配置医師に期待する役割の数値を5ポイント以上上回った項目は、「施設内の研修・委員会・カンファレンスへの参加」(差13.2%)、「リハビリテーションや重度化防止等に関する職員への指示・説明」(差9.8%)、「疼痛の管理(麻薬・劇薬を使用するものに限る)」(差8.7%)、「急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)」(差5.7%)であった。

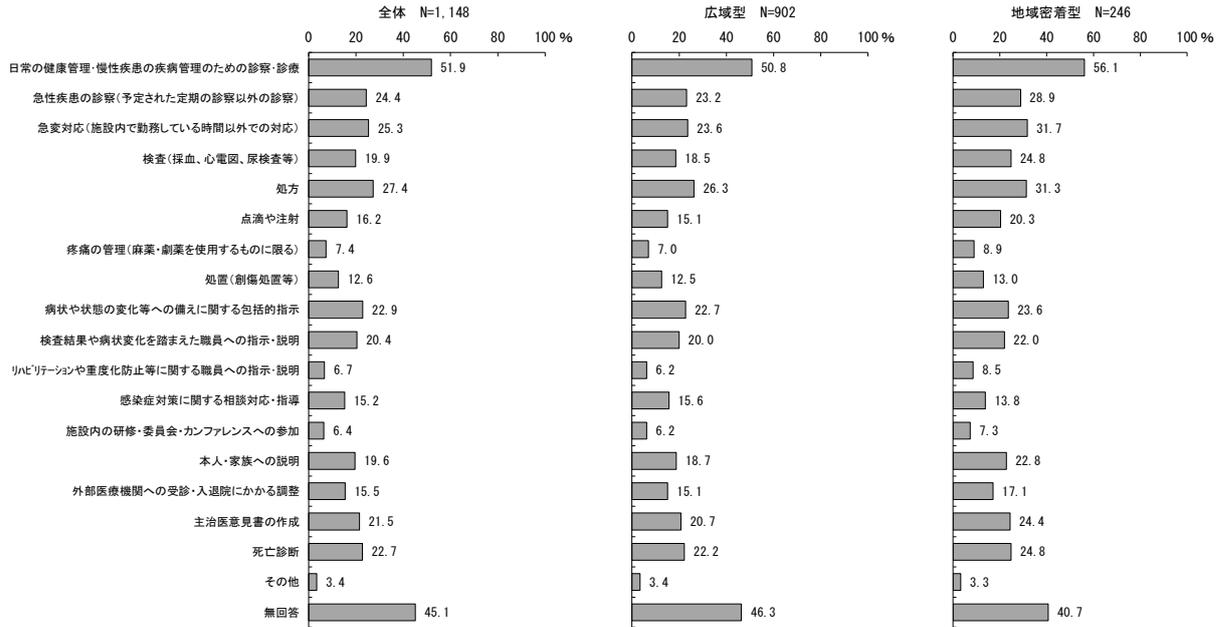
図表 配置医師に期待する役割(複数回答)



図表 配置医師が実際に果たしている役割(複数回答)



図表 配置医師が実際に果たしている役割のうち契約に明記している役割(複数回答)



(参考) 配置医師の勤務時間数と報酬・役割の関連性[クロス集計]

配置医師の報酬額によって、配置医師の果たしている役割に違いが見られるかを確認するため、以下の項目を集計の軸(目的変数)とし、

●配置医師の実際に果たしている役割(問6(9))

- 急変対応
- 病状や状態の変化等への備えに対する包括的指示
- 外部医療機関の受診・入退院にかかる調整

	全体	急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)		病状や状態の変化等への備えに関する包括的指示		外部医療機関への受診・入退院にかかる調整	
		あり	なし	あり	なし	あり	なし
全体	811	508	303	638	173	530	281
	100.0	62.6	37.4	78.7	21.3	65.4	34.6

※施設調査票の回答はN=1,148であるが、本クロス集計については、集計の軸(目的変数)、説明変数ともにデータクリーニングを行った結果、エラー値とみなした回答は集計に計上しておらず、1,148件のうち、データが明瞭に確認できた811件を集計対象としている。このため、参考値として記載する。

- 配置医師の実際に果たしている役割<急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)>は、「あり」62.6%、「なし」37.4%であった。
- 配置医師の実際に果たしている役割<病状や状態の変化等への備えに関する包括的指示>は、「あり」78.7%、「なし」21.3%であった。
- 配置医師の実際に果たしている役割<外部医療機関への受診・入退院にかかる調整>は、「あり」65.4%、「なし」34.6%であった。

以下の説明変数とのクロス集計を行った。

集計の結果、いずれの項目においても、集計の結果、N数が50以上の項目で、各クロス集計項目にかかる割合と全体の割合を比べて特徴的であった項目は確認できなかった(無回答扱いの項目を除く)。なお、本集計については、本報告書には掲載していないが、別添の集計表に収録している。

【説明変数として設定した項目】

※ 医療処置を要する入居者の割合による影響を受けている可能性がある項目には*を記載している。

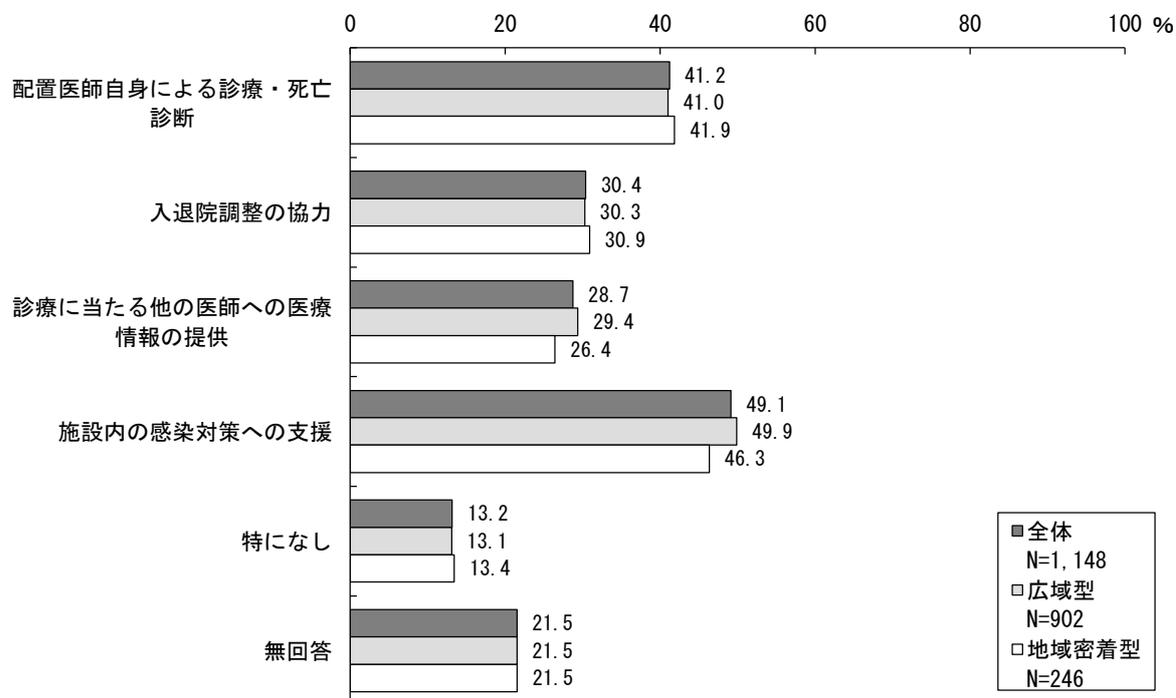
- 配置医師の報酬

➤ * (作成) 月額報酬換算額(問6(5)/(7)②③)

(11) 新型コロナウイルス感染症患者発生時における配置医師の対応〔問6(11)〕

施設内で新型コロナウイルス感染症患者が発生した際における配置医師の対応は、「施設内の感染対策への支援」が最も多く49.1%、次いで「配置医師自身による診療・死亡診断」が41.2%と続いた。

図表 新型コロナウイルス感染症患者発生時における配置医師の対応(複数回答)



3) 配置医師以外による診療の状況

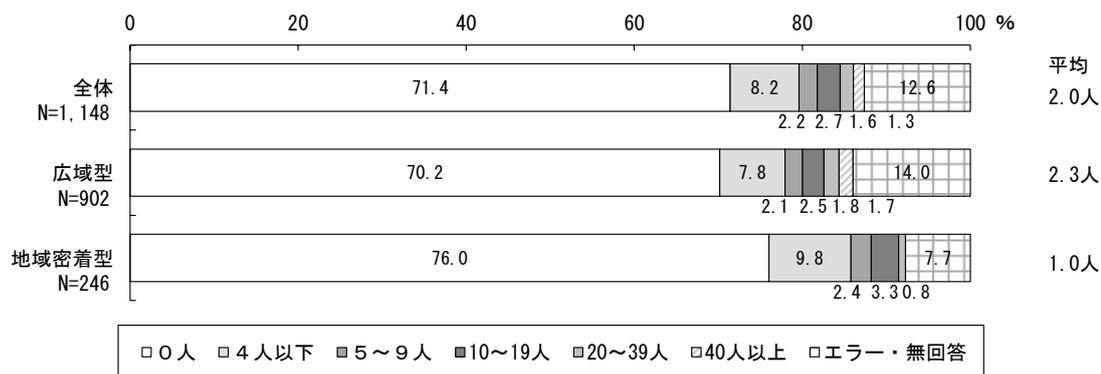
(1) 配置医師以外による訪問診療を受けた利用者数・利用回数〔問7(1)〕

2022年9月1か月での配置医師以外による訪問診療の実態を見ると、利用者数(実人数)では、「0人」が最も多く71.4%で、平均は2.0人であった。

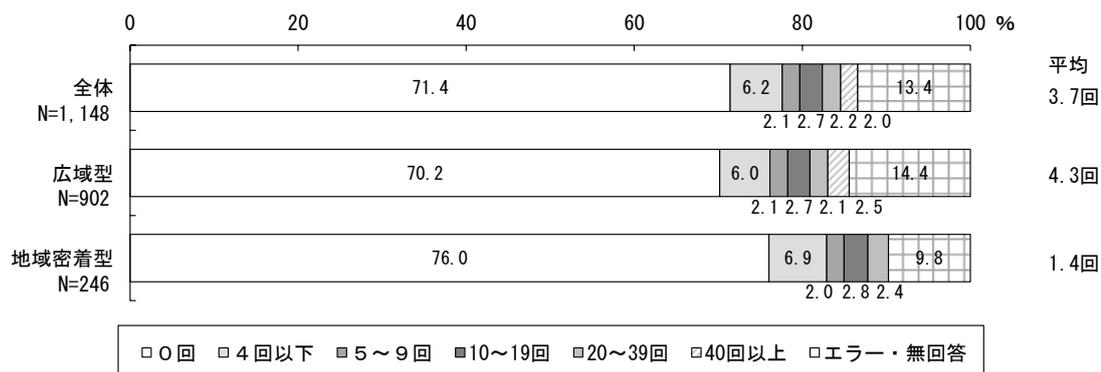
延べ利用回数では、「0回」が最も多く71.4%で、平均は3.7回であった。

図表 配置医師以外による訪問診療を受けた利用者数・利用回数(2022年9月1か月の実績)

<実人数>



<延べ利用回数>

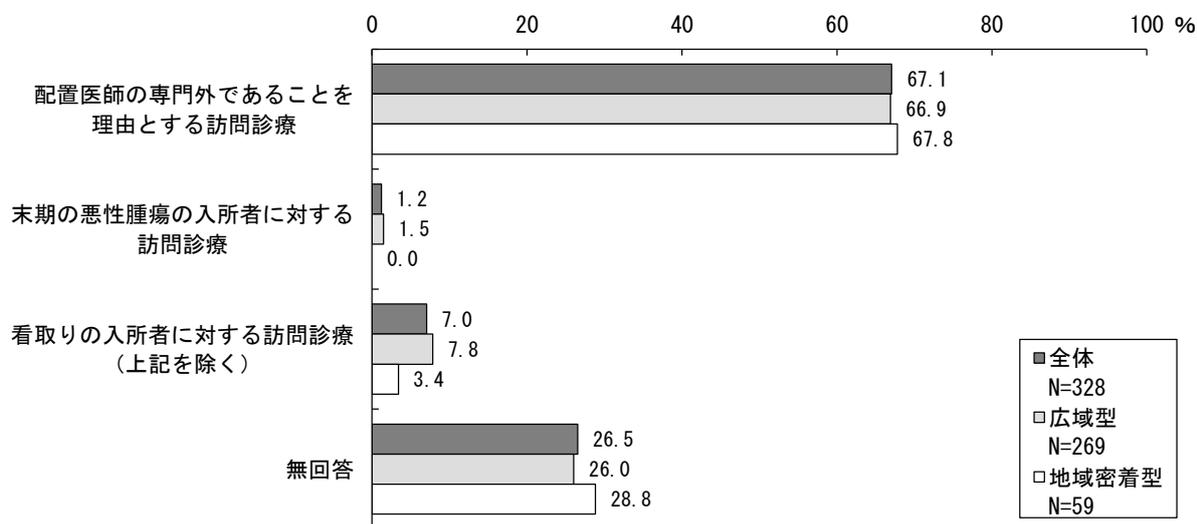


① 配置医師以外が訪問した理由〔問7(1)_SQ(1)-1〕

配置医師以外が訪問した理由は、「配置医師の専門外であることを理由とする訪問診療」が最も多く67.1%であった。

図表 配置医師以外が訪問した理由(複数回答)

(2022年9月1か月で配置医師以外による訪問診療を受けた施設のみ)



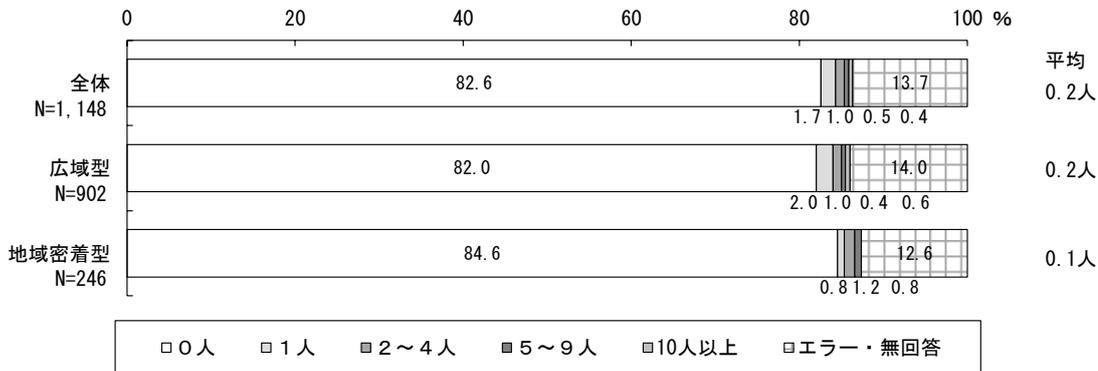
(2) 配置医師以外による往診を受けた利用者数・利用回数〔問7(2)〕

2022年9月1か月での配置医師以外による往診の実態を見ると、利用者数(実人数)では、「0人」が最も多く82.6%で、平均は0.2人であった。

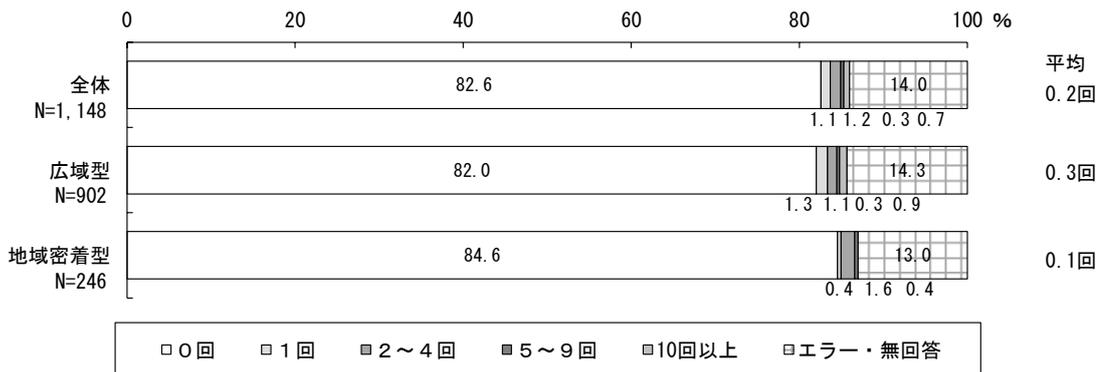
延べ利用回数では、「0回」が最も多く82.6%で、平均は0.2回であった。

図表 配置医師以外による往診(緊急の場合)を受けた利用者数(2022年9月1か月の実績)

<実人数>



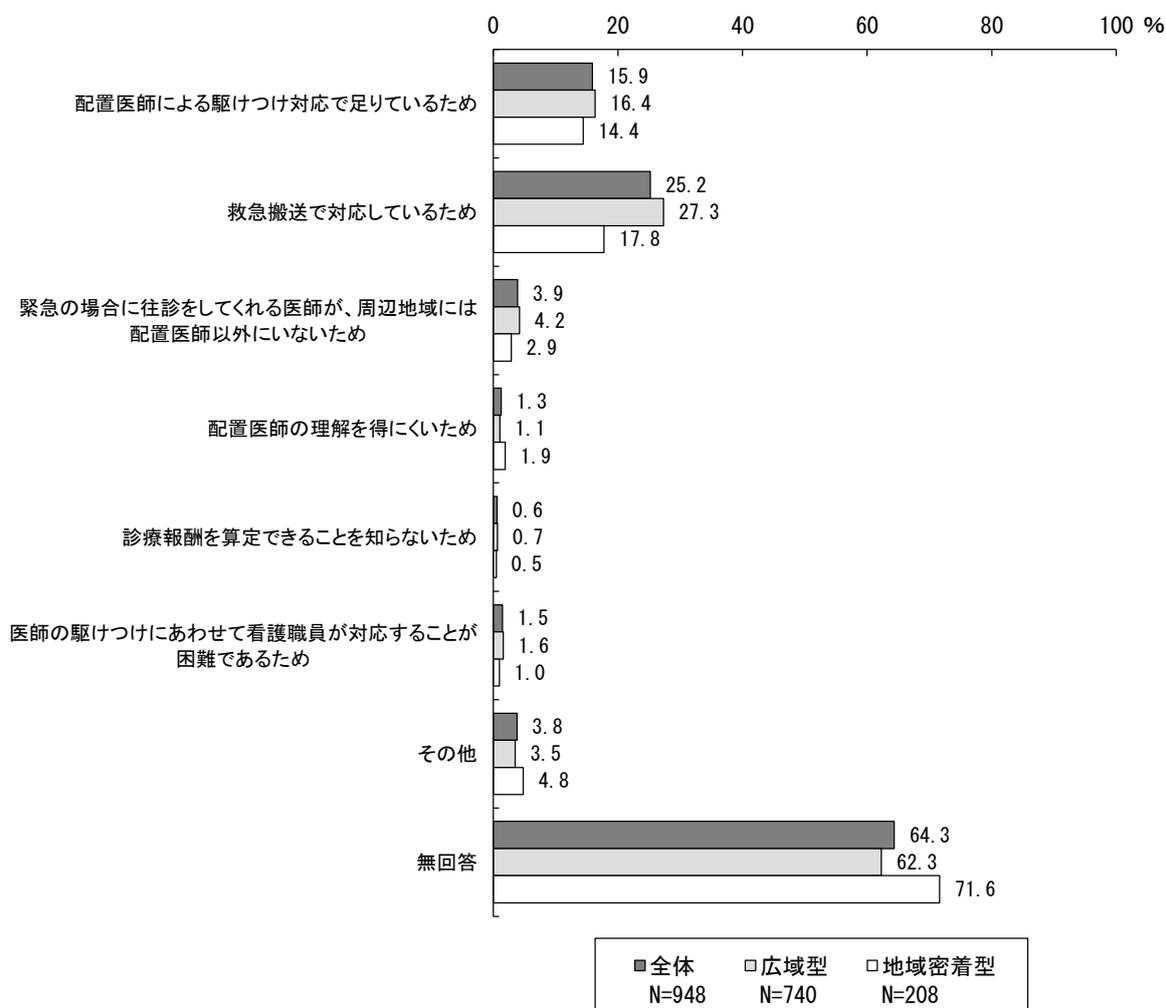
<延べ利用回数>



① 配置医師以外が往診をしていない理由〔問7(2)_SQ(2)-1〕

配置医師以外が往診をしていない理由は、「救急搬送で対応しているため」が最も多く 25.2%で、次いで「配置医師による駆けつけ対応で足りているため」が 15.9%と続いた。

図表 配置医師以外が往診をしていない理由(複数回答)
(2022年9月1か月で配置医師以外による往診を受けた施設のみ)



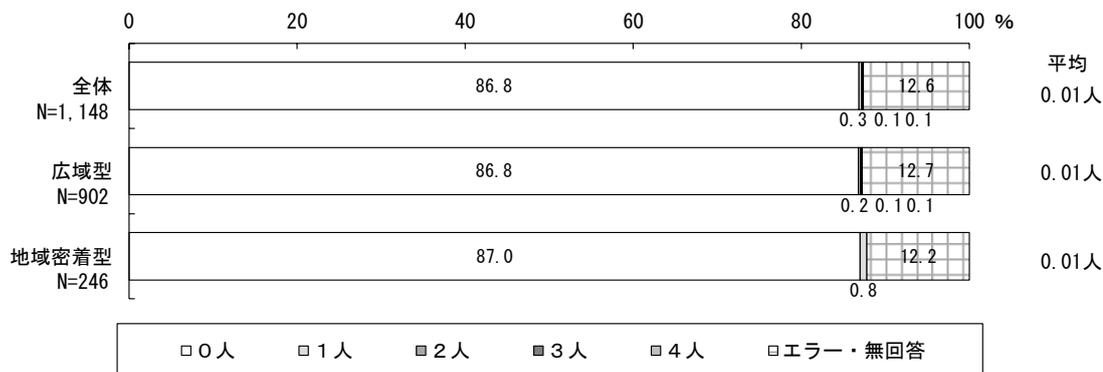
(3) 訪問看護(医療保険)を受けた利用者数・利用回数〔問7(3)〕

2022年9月1か月での訪問看護(医療保険)の実態を見ると、利用者数(実人数)では、「0人」が最も多く86.8%で、平均は0.01人であった。

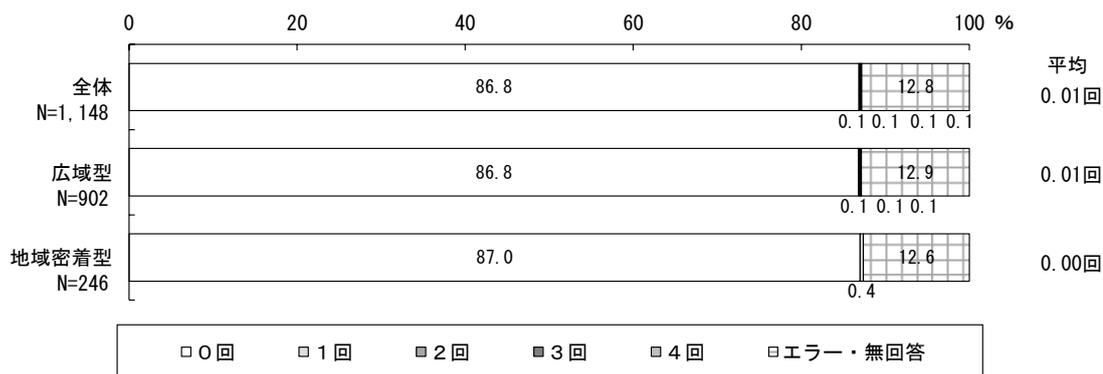
延べ利用回数では、「0回」が最も多く86.8%で、平均は0.01回であった。

図表 訪問看護(医療保険)を受けた利用者数—実人数(2022年9月1か月の実績)

<実人数>



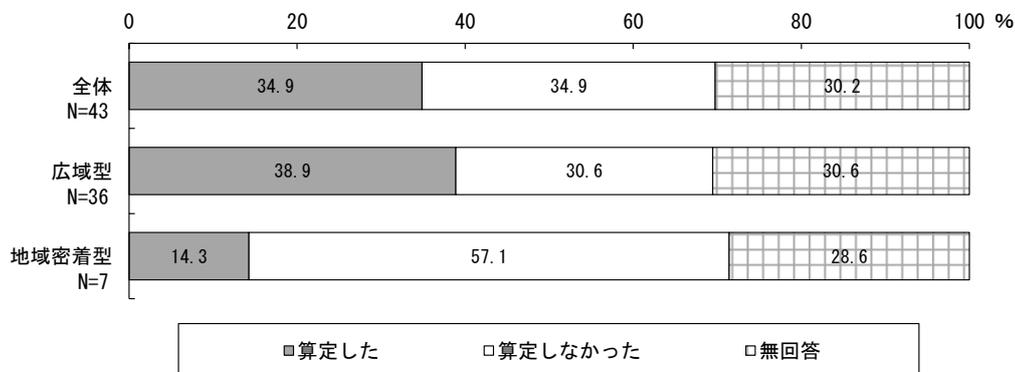
<延べ利用回数>



(4) 配置医師以外が入所者を往診した際の診療報酬(往診料)の算定〔問7(4)〕

配置医師以外が入所者を往診した際の診療報酬(往診料)の算定は、「算定した」が 34.9%、「算定しなかった」が 34.9%であった。

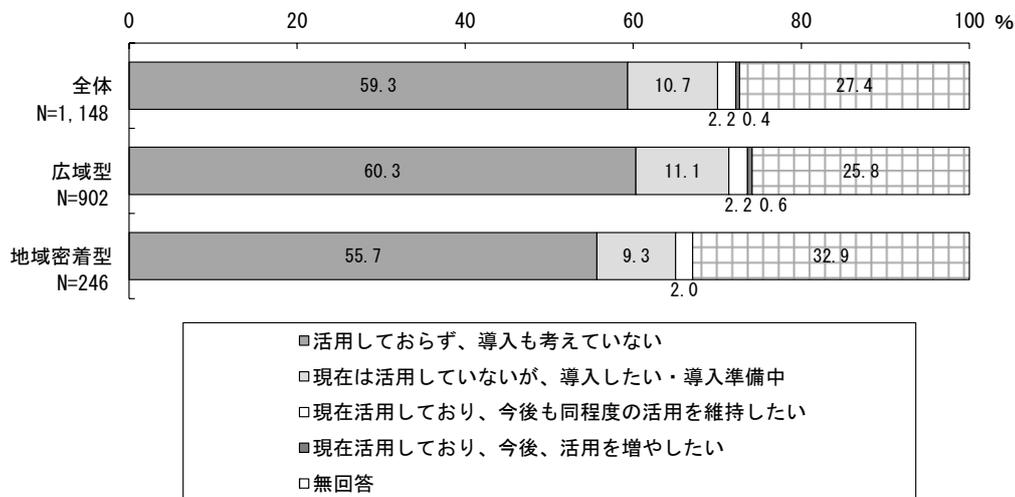
図表 配置医師以外が入所者を往診した際の診療報酬の算定状況



(5) 配置医師以外の診療におけるオンライン診療の活用状況・今後の活用意向〔問7(5)〕

配置医師以外の診療におけるオンライン診療の活用状況・今後の活用意向は、「活用しておらず、導入も考えていない」が最も多く 59.3%であった。

図表 配置医師以外の診療におけるオンライン診療の活用状況・今後の活用意向



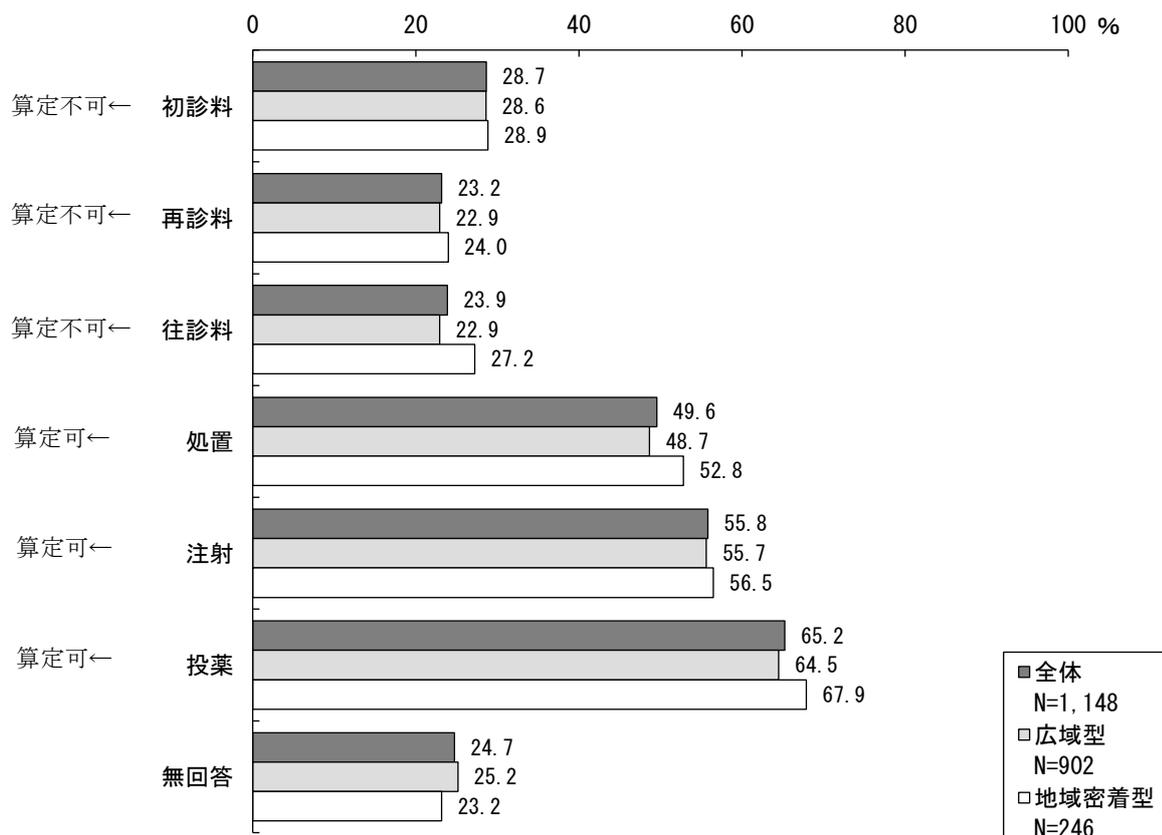
4) 診療報酬に関する施設の認識

(1) 配置医師が算定できる診療報酬の認知〔問8(1)〕

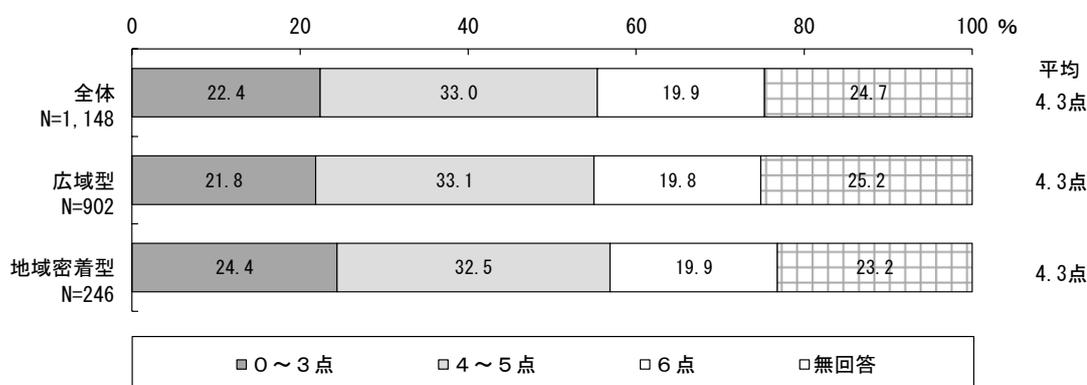
配置医師が算定できる診療報酬と算定できない診療報酬を順不同で確認したところ、算定できない診療報酬である「初診料」、「再診料」、「往診料」について、約2～3割程度、算定できると誤認されていた。また、算定できる診療報酬である「処置」、「注射」、「投薬」について、「投薬」が最も多く認識されており65.2%となったが、「注射」、「処置」については、約半数程度が算定できるとの認識がなかった。

また、当該設問の正解を1点、不正解を0点として数値化し、選択肢6問で合計6点を最大として点数を算出したところ、「4点～5点」が最も多く33.0%で、平均4.3点であった。

図表 配置医師が算定できる診療報酬の認知(複数回答)



図表 配置医師が算定できる診療報酬の認知状況の点数(全問正当は6点)

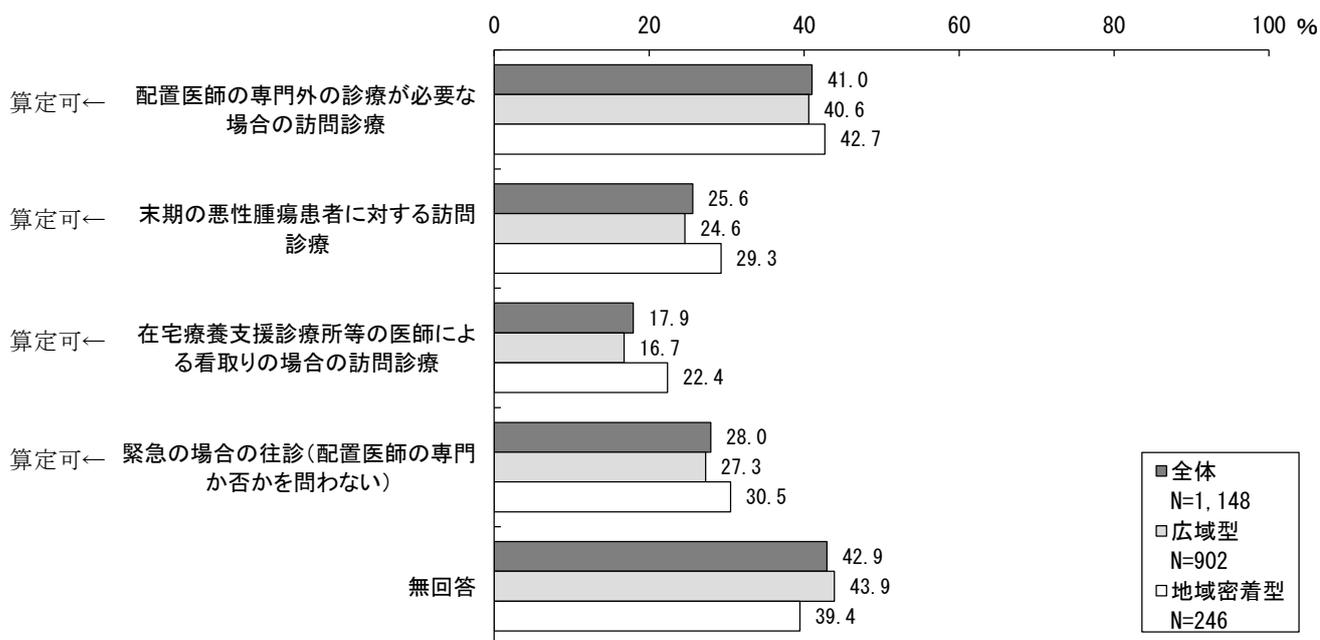


(2) 配置医師以外が算定できる診療報酬の認知〔問8(2)〕

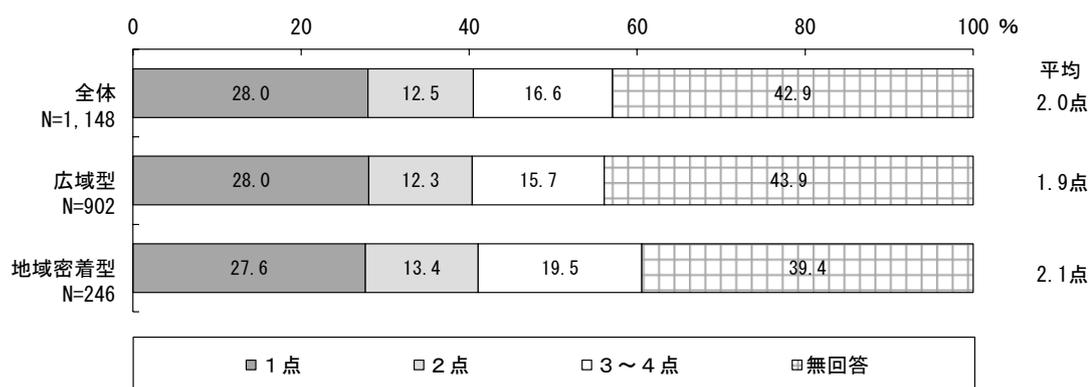
配置医師以外による入所者に対する診療行為に関し、診療報酬が算定できると認識している行為は、「配置医師の専門外の診療が必要な場合の訪問診療」が最も多く認識されており 41.0%であったが、いずれの行為も、過半数の施設で診療報酬が算定できるとの認識がなかった。

また、当該設問は全項目算定ができる診療報酬であるが、当該認識があった場合(正解)を1点、認識がなかった場合(不正解)を0点として数値化し、選択肢4問で合計4点を最大として点数を算出したところ、「1点」が最も多く 28.0%で、平均 2.0 点であった。

図表 配置医師以外が算定できる診療報酬の認知(複数回答)



図表 配置医師以外が算定できる診療報酬の認知状況の点数(全問正当は4点)

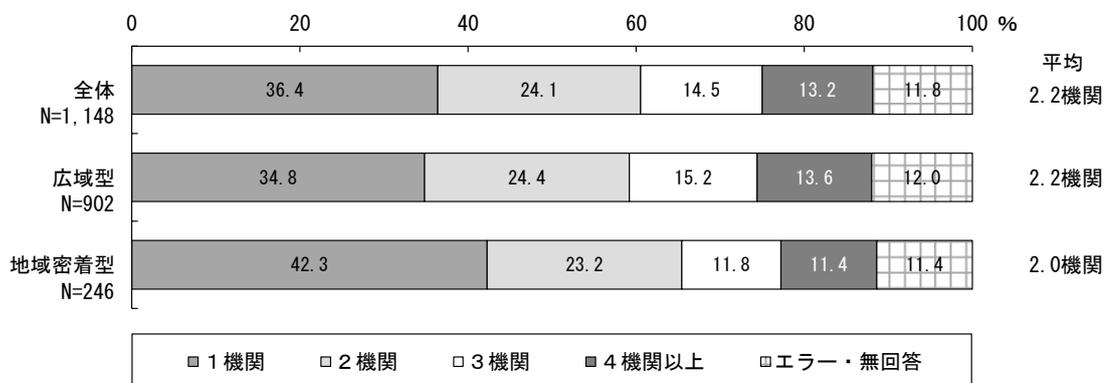


5) 協力医療機関との連携

(1) 協力医療機関数〔問9(1)〕

協力医療機関数は、「1機関」が最も多く36.4%、次いで「2機関」が24.1%と続いた。

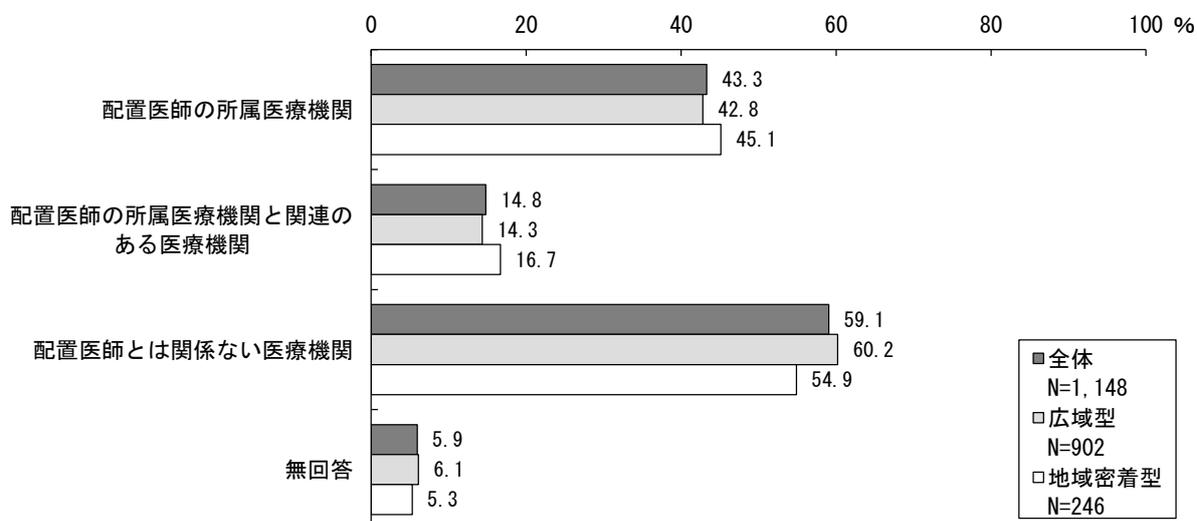
図表 協力医療機関数



(2) 配置医師との関係〔問9(2)〕

施設の協力医療機関と施設の配置医師の関係は、「配置医師の所属医療機関」が43.3%、「配置医師の所属医療機関と関連のある医療機関」が14.8%、「配置医師とは関係ない医療機関」が59.1%であった。

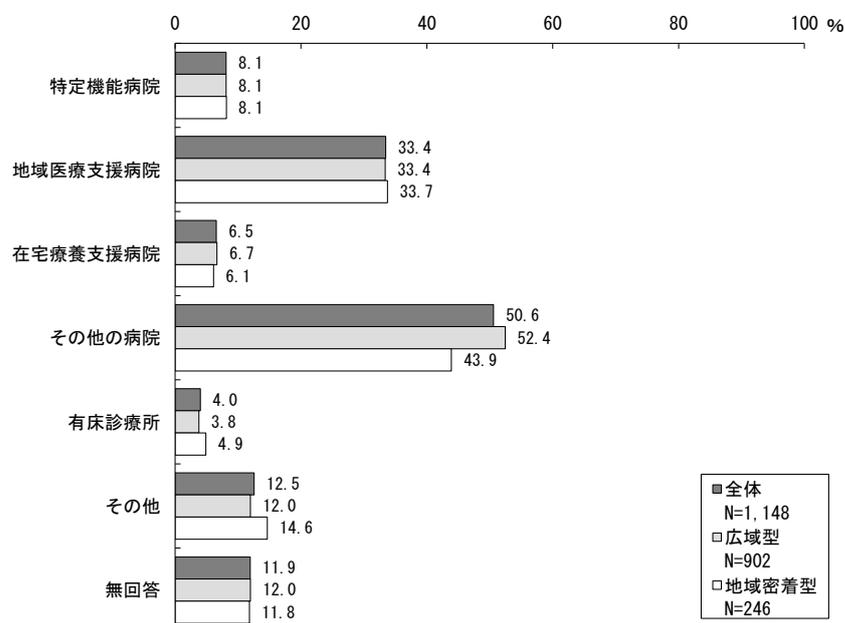
図表 配置医師との関係(複数回答)



(3) 協力医療機関の種別〔問9(3)〕

協力医療機関の種別は、「その他の病院」が 50.6%と最も多く、次いで「地域医療支援病院」が 33.4%と続いた。

図表 協力医療機関の種別(複数回答)

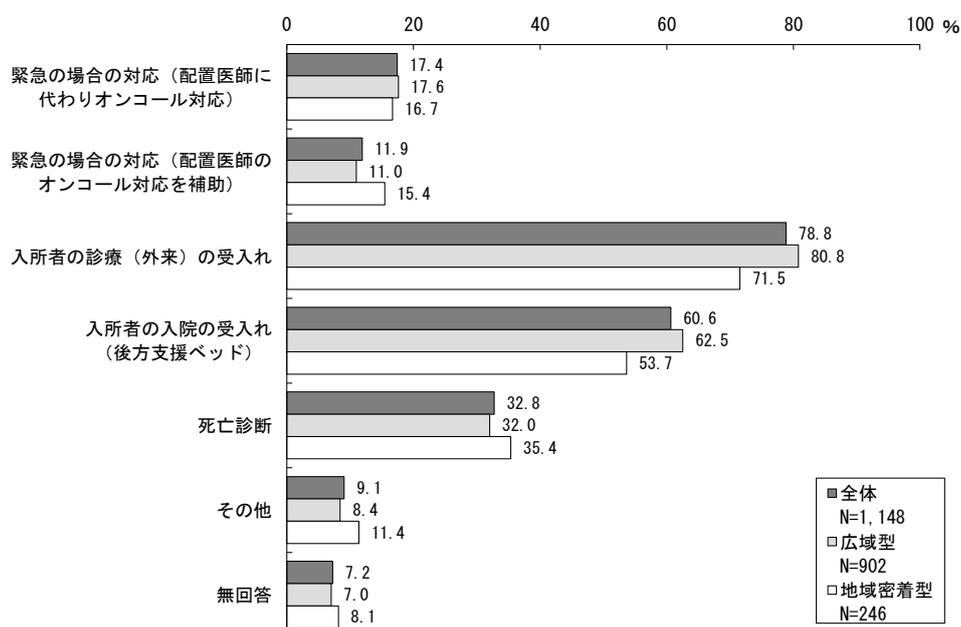


(4) 協力医療機関との連携内容〔問9(4)〕

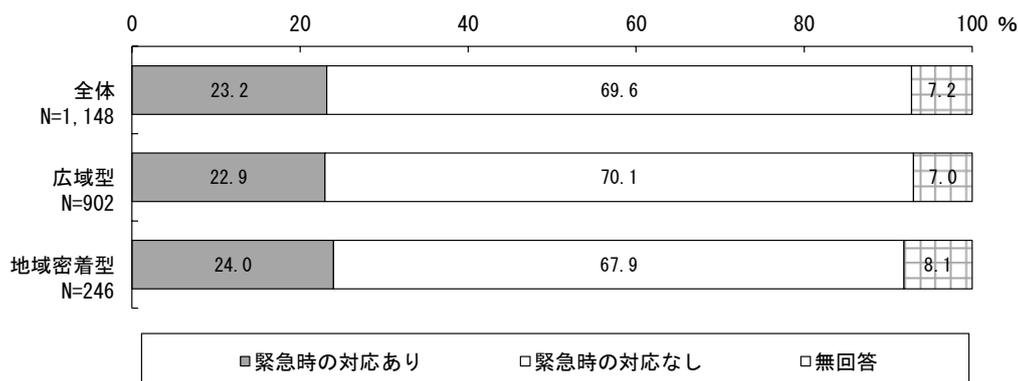
協力医療機関との連携内容は、「入所者の診療(外来)の受入れ」が 78.8%と最も多く、次いで「入所者の入院の受入れ(後方支援ベッド)」が 60.6%と続いた。

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(配置医師に代わりオンコール対応)」を実施している協力医療機関かどうかを見たところ、23.2%の施設における協力医療機関は、緊急対応を行っていた。

図表 協力医療機関との連携内容(複数回答)



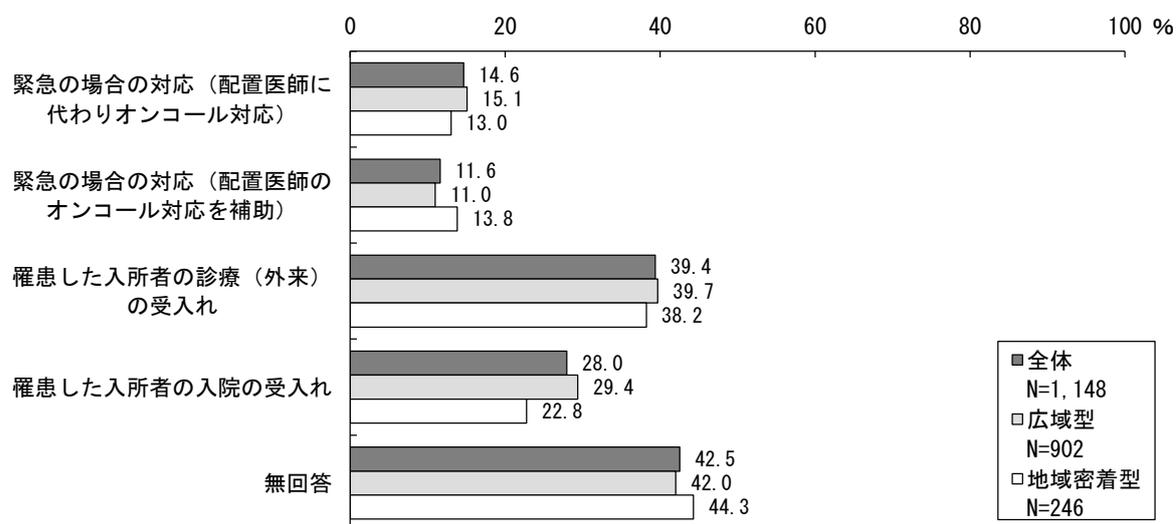
図表 協力医療機関の緊急対応の有無(複数回答)



(5)新型コロナウイルス感染症に関する協力医療機関の対応〔問9(5)〕

新型コロナウイルス感染症に関する協力医療機関の対応は、「罹患した入所者の診療(外来)の受入れ」が39.4%と最も多かった。

図表 新型コロナウイルス感染症に関する協力医療機関の対応(複数回答)



6) 救急搬送の状況

(1) 救急車を要請して搬送した利用者〔問 10(1)〕

① “平日・日中”に救急車を要請して搬送した利用者

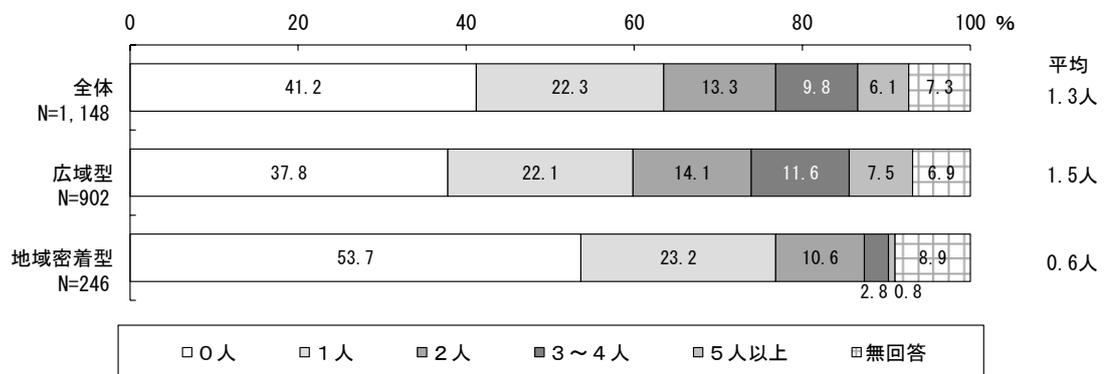
2022年8～9月の2か月間の平日・日中に、1人以上の救急要請を行った施設は51.5%（「1人」22.3%、「2人」13.3%、「3～4人」9.8%、「5人以上」6.1%の合計）で、平均は1.3人であった。

2022年8～9月の2か月間の平日・日中に、1回以上の救急要請を行った施設は52.4%（「1回」21.3%、「2回」13.5%、「3～4回」10.4%、「5回以上」7.2%の合計）で、平均は1.4回であった。

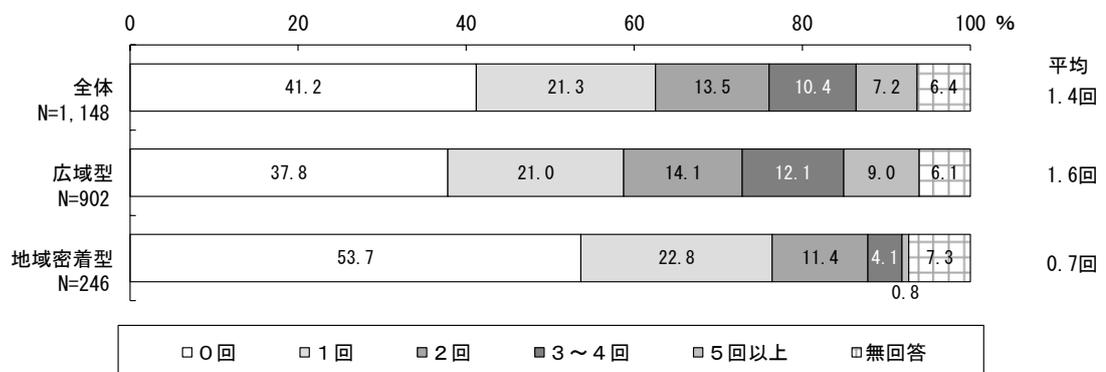
搬送の内容を症状別にみると、「呼吸困難」が最も多く22.1%で、1施設当たり平均回数は0.56回、次いで「発熱」が20.3%で、1施設当たり平均回数は0.52回であった。

図表 救急車を要請して搬送した利用者—平日・日中(2022年8～9月2か月の実績)

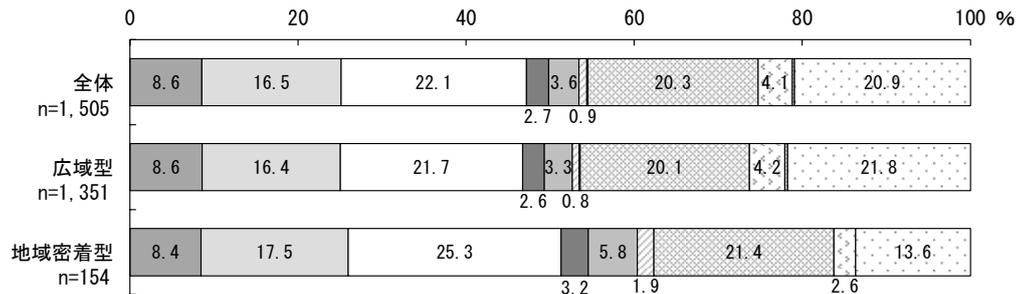
<実人数>



<延べ回数>

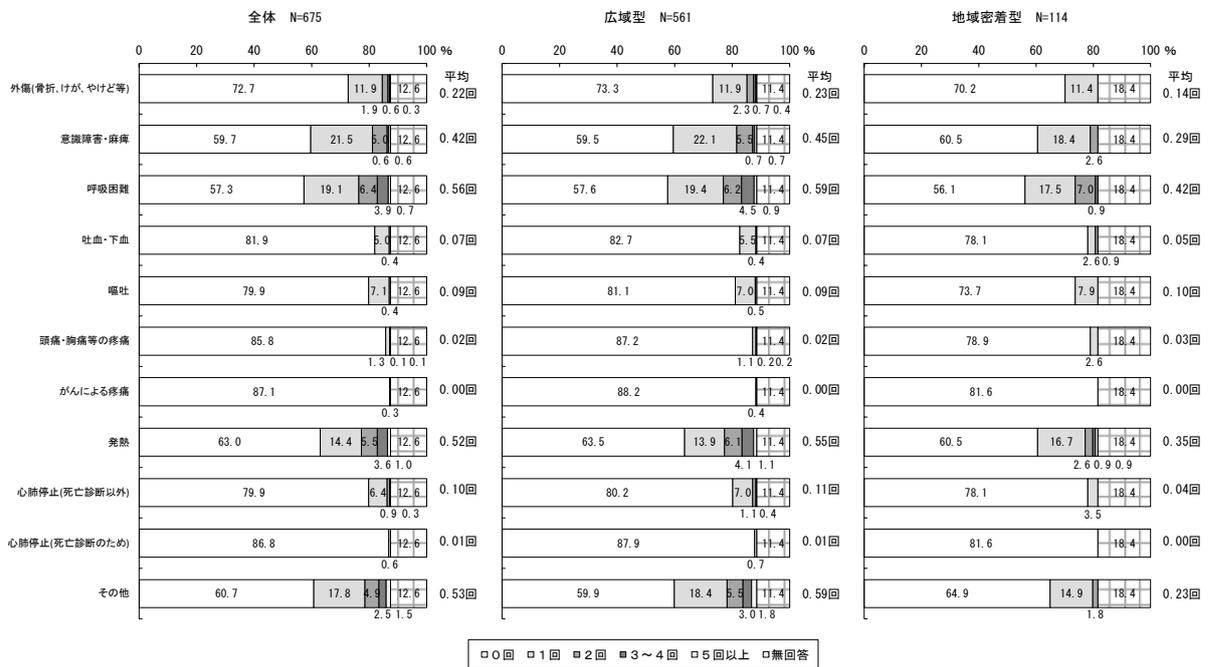


〈搬送の原因となった症状別延べ回数(回数積み上げ)〉



- 外傷 (骨折、けが、やけど等)
- 意識障害・麻痺
- 呼吸困難
- 吐血・下血
- 嘔吐
- 頭痛・胸痛等の疼痛
- がんによる疼痛
- 発熱
- 心肺停止 (死亡診断以外)
- 心肺停止 (死亡診断のため)
- その他

〈搬送の原因となった症状別延べ回数〉



- 0回
- 1回
- 2回
- 3~4回
- 5回以上
- 無回答

② “平日・日中以外”に救急車を要請して搬送した利用者

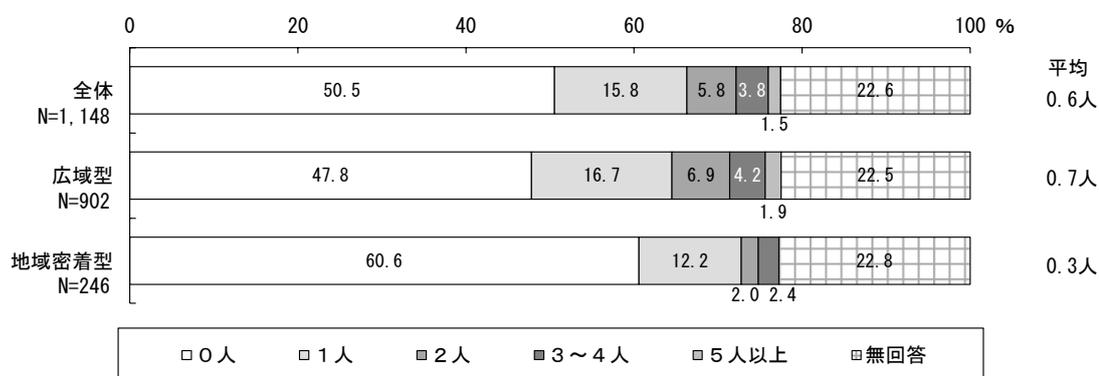
2022 年8～9月の2か月間の平日・日中以外に、1人以上の救急要請を行った施設は 26.9%（「1人」15.8%、「2人」5.8%、「3～4人」3.8%、「5人以上」1.5%の合計）で、平均は 0.6 人であった。

2022 年8～9月の2か月間の平日・日中以外に、1回以上の救急要請を行った施設は 27.3%（「1回」15.2%、「2回」6.4%、「3～4回」4.2%、「5回以上」1.5%の合計）で、平均は 0.6 回であった。

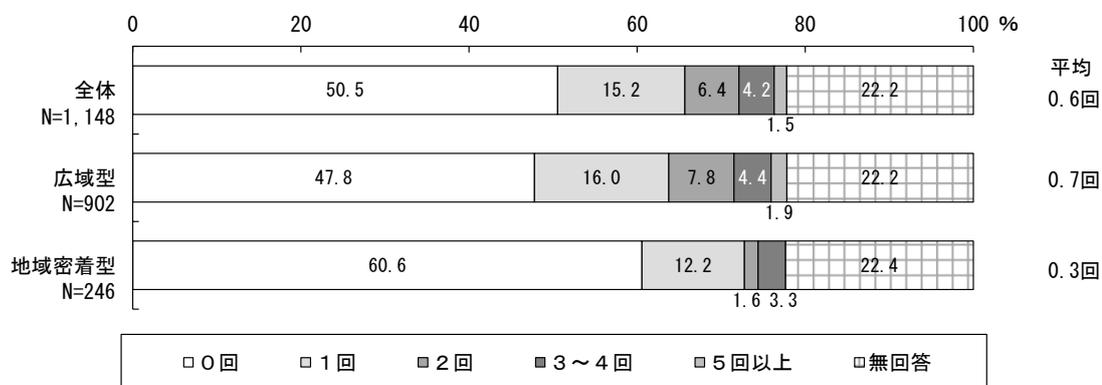
搬送の内容を症状別にみると、「呼吸困難」が最も多く 22.9%で、1施設当たり平均回数は 0.42 回、次いで「意識障害・麻痺」、「発熱」がそれぞれ 16.4%で、1施設当たり平均回数はそれぞれ 0.30 回であった。

図表 救急車を要請して搬送した利用者－平日・日中以外（2022 年8～9月2か月の実績）

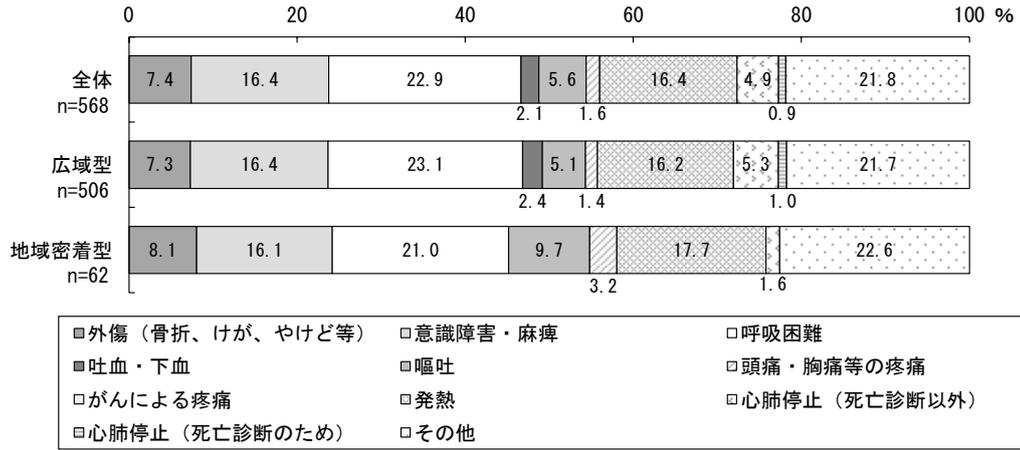
<実人数>



<延べ回数>

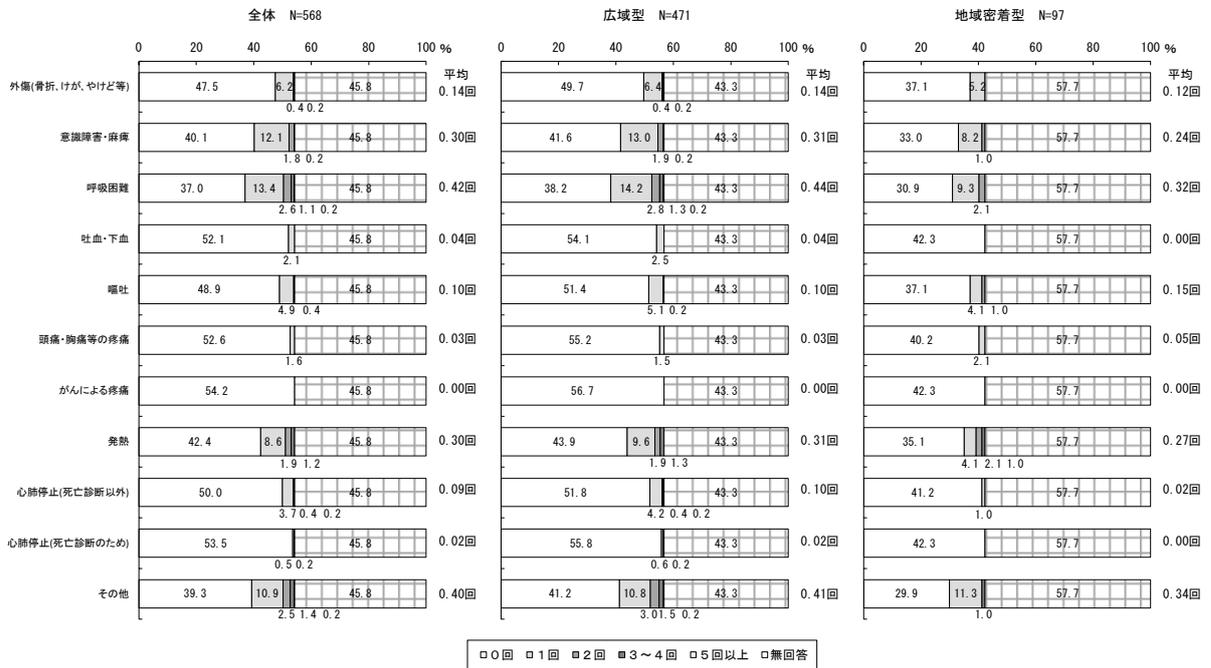


〈搬送の原因となった症状別延べ回数(回数積み上げ)〉



- 外傷(骨折、けが、やけど等)
- 意識障害・麻痺
- 呼吸困難
- 吐血・下血
- 嘔吐
- 頭痛・胸痛等の疼痛
- がんによる疼痛
- 発熱
- 心肺停止(死亡診断のため)
- その他

〈搬送の原因となった症状別延べ回数〉



- 0回
- 1回
- 2回
- 3~4回
- 5回以上
- 無回答

(2) 病院が所有する車等で搬送した利用者〔問 10(2)〕

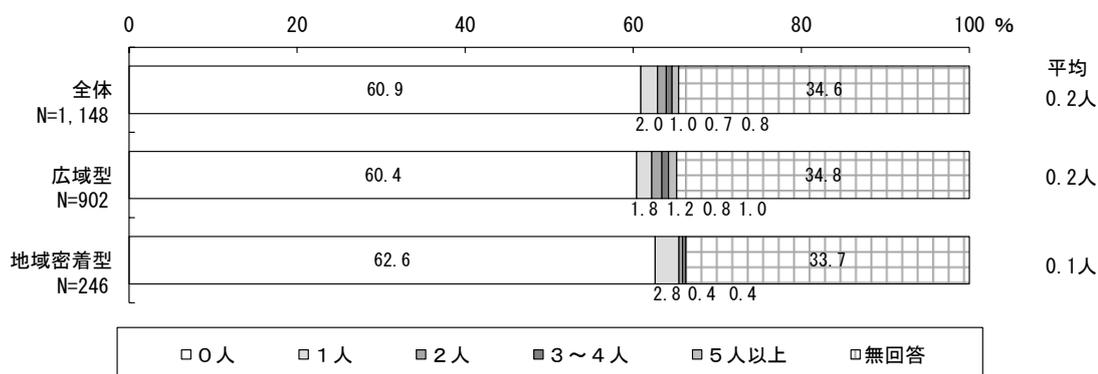
① “平日・日中”に病院が所有する車等で搬送した利用者

2022 年8～9月の2か月間の平日・日中に、1人以上の利用者を病院が所有する車等で搬送した施設は 4.5%（「1人」2.0%、「2人」1.0%、「3～4人」0.7%、「5人以上」0.8%の合計）で、平均は 0.2 人であった。

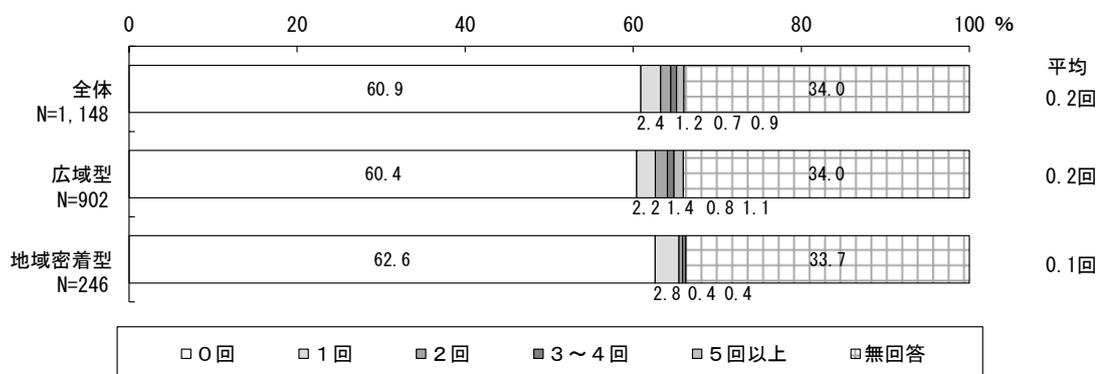
2022 年8～9月の2か月間の平日・日中に、1回以上、利用者を病院が所有する車等で搬送した施設は 5.2%（「1回」2.4%、「2回」1.2%、「3～4回」0.7%、「5回以上」0.9%の合計）で、平均は 0.2 回であった。

図表 病院が所有する車等で搬送した利用者－平日・日中(2022 年8～9月2か月の実績)

<実人数>



<延べ回数>



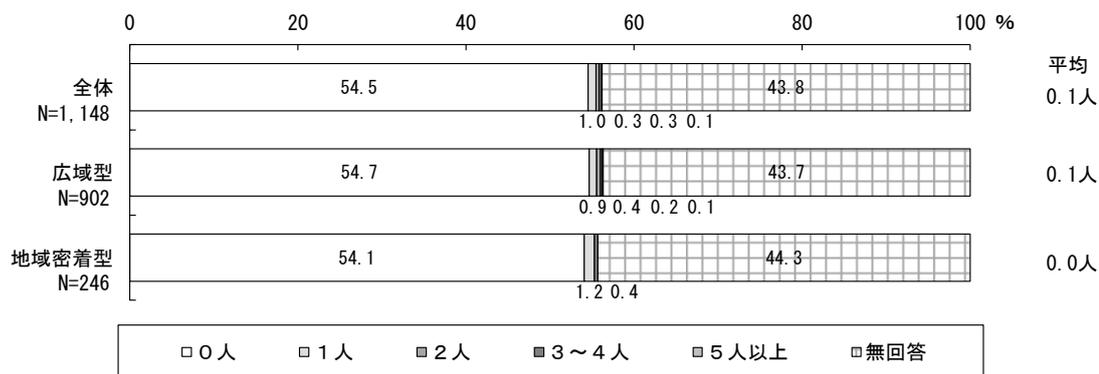
② “平日・日中以外”に病院が所有する車等で搬送した利用者

2022 年8～9月の2か月間の平日・日中以外に、1人以上の利用者を病院が所有する車等で搬送した施設は 1.7%（「1人」1.0%、「2人」0.3%、「3～4人」0.3%、「5人以上」0.1%の合計）で、平均は 0.1 人であった。

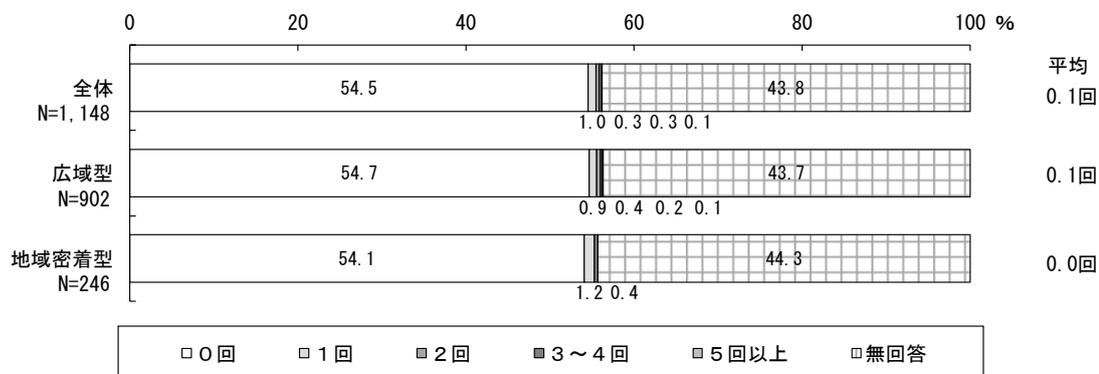
2022 年8～9月の2か月間の平日・日中以外に、1回以上、利用者を病院が所有する車等で搬送した施設は 1.7%（「1回」1.0%、「2回」0.3%、「3～4回」0.3%、「5回以上」0.1%の合計）で、平均は 0.1 回であった。

図表 病院が所有する車等で搬送した利用者－平日・日中以外（2022 年8～9月2か月の実績）

〈実人数〉



〈延べ回数〉



(3)施設の車等による搬送・緊急受診となった利用者〔問 10(3)〕

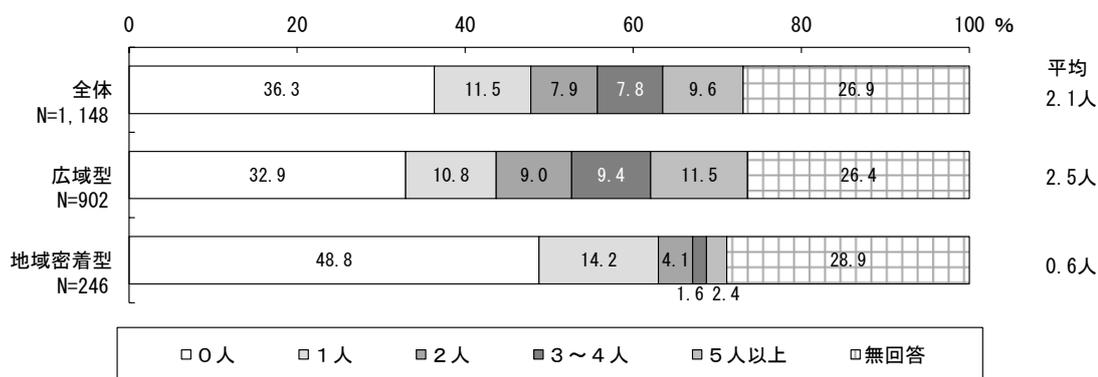
① “平日・日中”に施設の車等による搬送・緊急受診となった利用者

2022 年8～9月の2か月間の平日・日中に、1人以上の利用者を施設の車等により搬送、または緊急受診させた施設は 36.8%（「1人」11.5%、「2人」7.9%、「3～4人」7.8%、「5人以上」9.6%の合計）で、平均は 2.1 人であった。

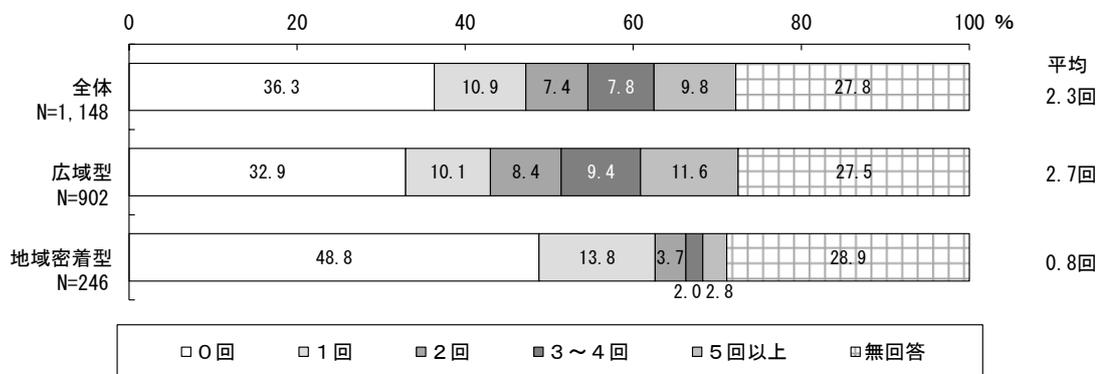
2022 年8～9月の2か月間の平日・日中に、1回以上、利用者を施設の車等により搬送、または緊急受診させた施設は 35.9%（「1回」10.9%、「2回」7.4%、「3～4回」7.8%、「5回以上」9.8%の合計）で、平均は 2.3 回であった。

図表 施設の車等による搬送・緊急受診となった利用者一平日・日中（2022 年8～9月2か月の実績）

<実人数>



<延べ回数>



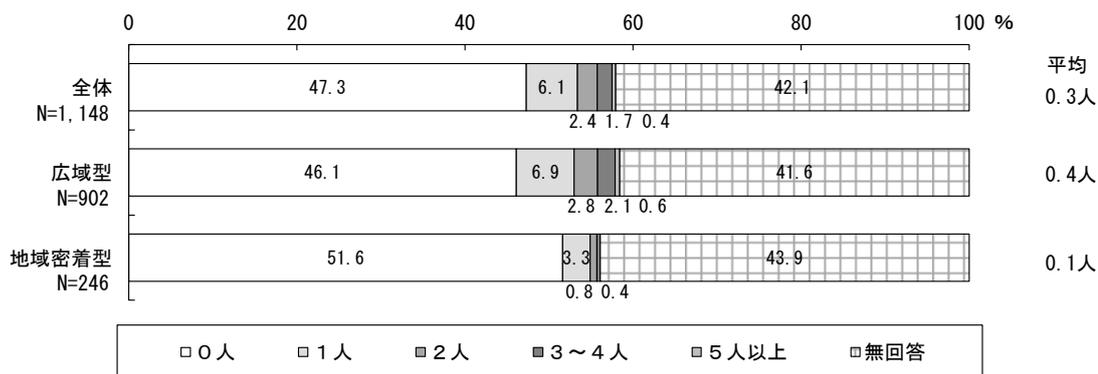
② “平日・日中以外”に施設の車等による搬送・緊急受診となった利用者

2022年8～9月の2か月間の平日・日中以外に、1人以上の利用者を施設の車等により搬送、または緊急受診させた施設は10.6%（「1人」6.1%、「2人」2.4%、「3～4人」1.7%、「5人以上」0.4%の合計）で、平均は0.3人であった。

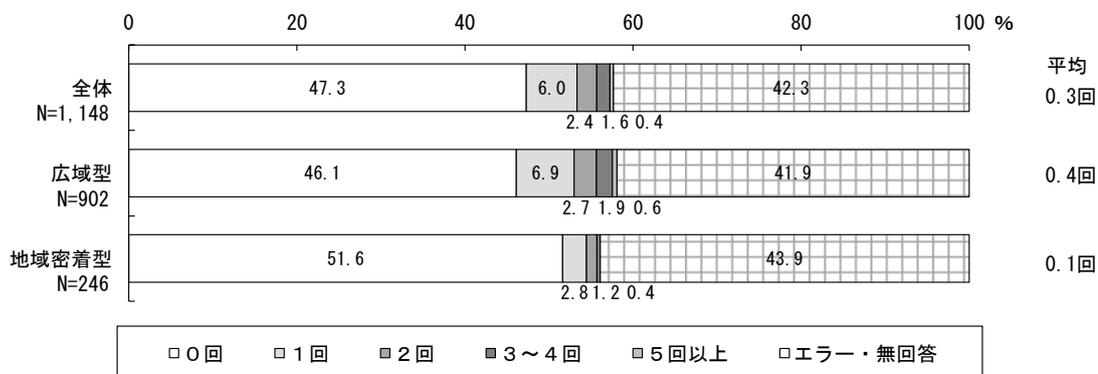
2022年8～9月の2か月間の平日・日中以外に、1回以上、利用者を施設の車等により搬送、または緊急受診させた施設は10.4%（「1回」6.0%、「2回」2.4%、「3～4回」1.6%、「5回以上」0.4%の合計）で、平均は0.3回であった。

図表 施設の車等による搬送・緊急受診となった利用者—平日・日中以外（2022年8～9月2か月の実績）

〈実人数〉



〈延べ回数〉



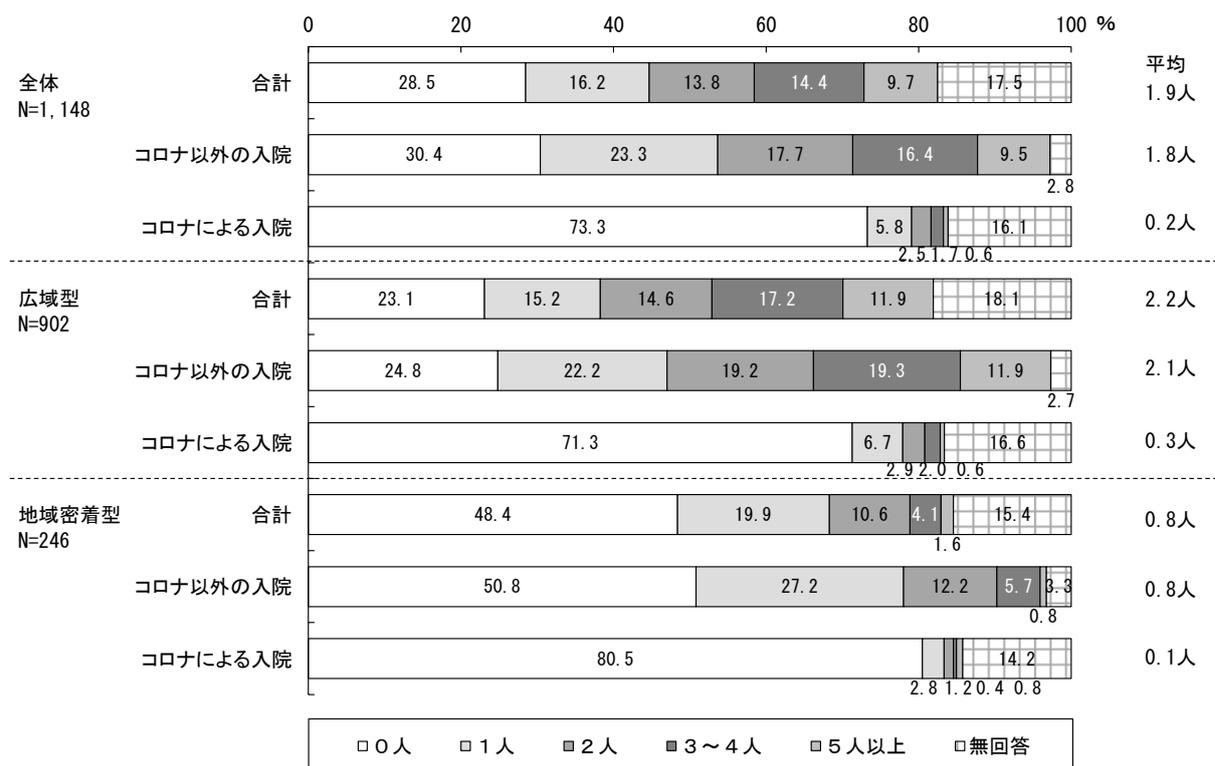
7)入所者の入院の状況

(1)2022年9月1日時点で医療機関に入院していた入所者〔問 11(1)〕

① 入院していた入所者数

2022年9月1日時点で医療機関に1人以上の利用者が入院していた施設は、新型コロナウイルス感染症以外の入院で66.9%（「1人」23.3%、「2人」17.7%、「3～4人」16.4%、「5人以上」9.5%の合計）、新型コロナウイルス感染症による入院で10.6%（「1人」5.8%、「2人」2.5%、「3～4人」1.7%、「5人以上」0.6%の合計）であった。それぞれ、平均入院者数は、新型コロナウイルス感染症以外の入院で1.8人、新型コロナウイルス感染症による入院で0.2人であった。

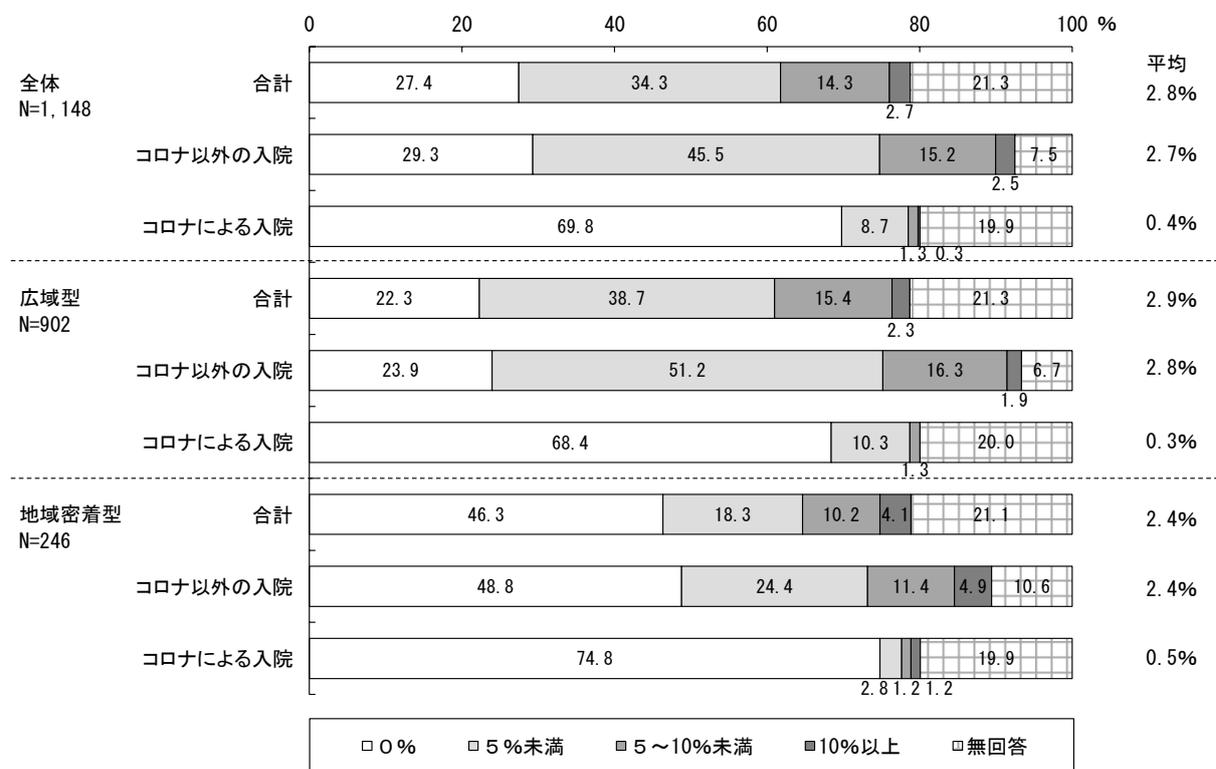
図表 2022年9月1日時点で医療機関に入院していた入所者数



② 定員における入院者の割合

2022年9月1日時点での定員における入院者の割合は、新型コロナウイルス感染症以外の入院で、「5%未満」が最も多く45.5%、新型コロナウイルス感染症による入院で、「0%」が最も多く69.8%であった。それぞれ、平均入院者率は、新型コロナウイルス感染症以外の入院で2.7%、新型コロナウイルス感染症による入院で0.4%であった。

図表 定員に対する入院者の割合



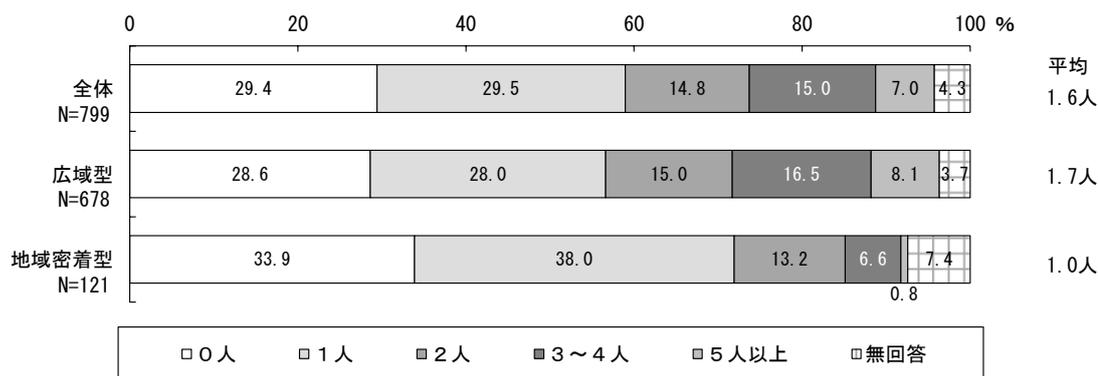
(2) 協力医療機関へ入院した入所者数〔問 11(2)〕

2022年9月1日時点で入院している利用者がある施設で、協力医療機関に1人以上の利用者が入院していた施設は、新型コロナウイルス感染症以外の入院で66.3%（「1人」29.5%、「2人」14.8%、「3～4人」15.0%、「5人以上」7.0%の合計）、新型コロナウイルス感染症による入院で14.4%（「1人」8.8%、「2人」2.0%、「3～4人」2.3%、「5人以上」1.3%の合計）であった。それぞれ、平均入院者数は、新型コロナウイルス感染症以外の入院で1.6人、新型コロナウイルス感染症による入院で0.7人であった。

また、全入院者（新型コロナウイルス感染症以外＋新型コロナウイルス感染症による入院）のうち協力医療機関への入院者の割合は、「100%」が最も多く30.9%で、平均56.5%であった。

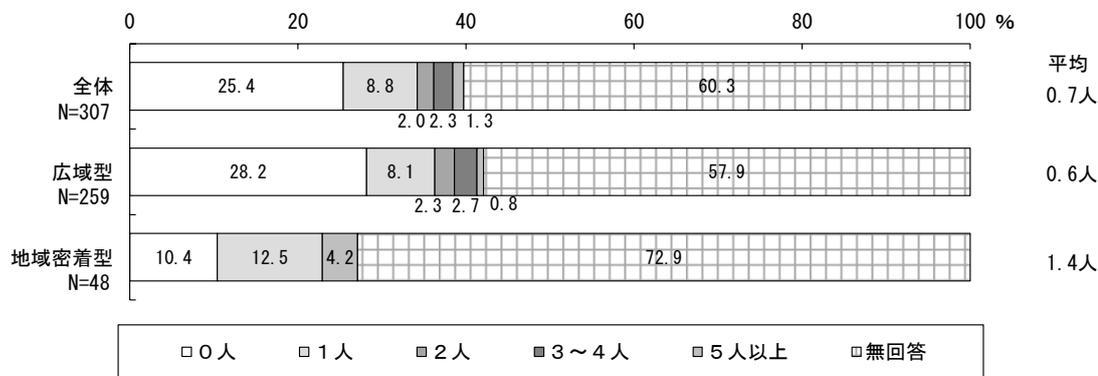
図表 協力医療機関へ入院した入所者数－新型コロナウイルス感染症以外の入院

（2022年9月1日時点で、新型コロナウイルス感染症以外で医療機関に入院していた入所者数がある施設のみ）

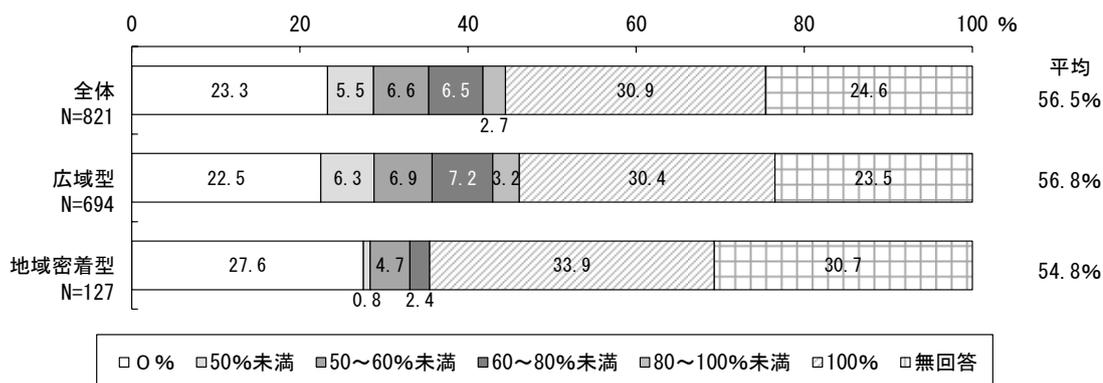


図表 協力医療機関へ入院した入所者数－新型コロナウイルス感染症による入院

（2022年9月1日時点で、新型コロナウイルス感染症で医療機関に入院していた入所者数がある施設のみ）



図表 協力医療機関へ入院した入所者の割合

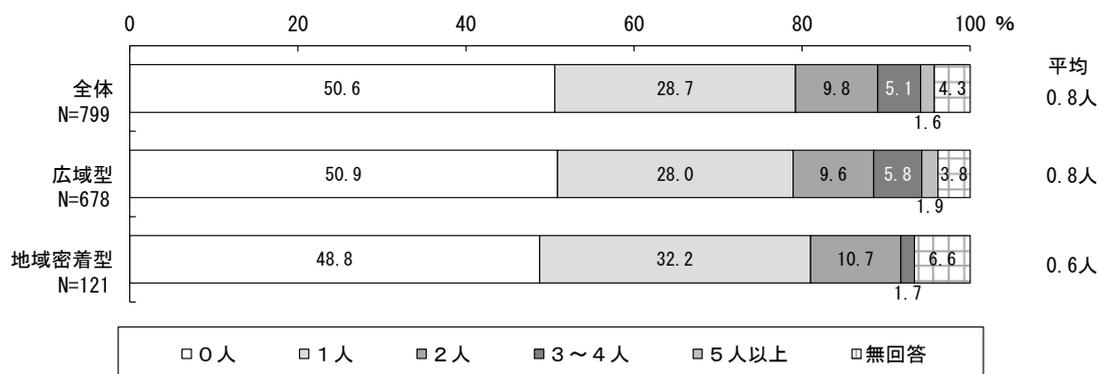


(3)(1)のうち救急搬送等により入院した入所者数〔問 11(3)〕

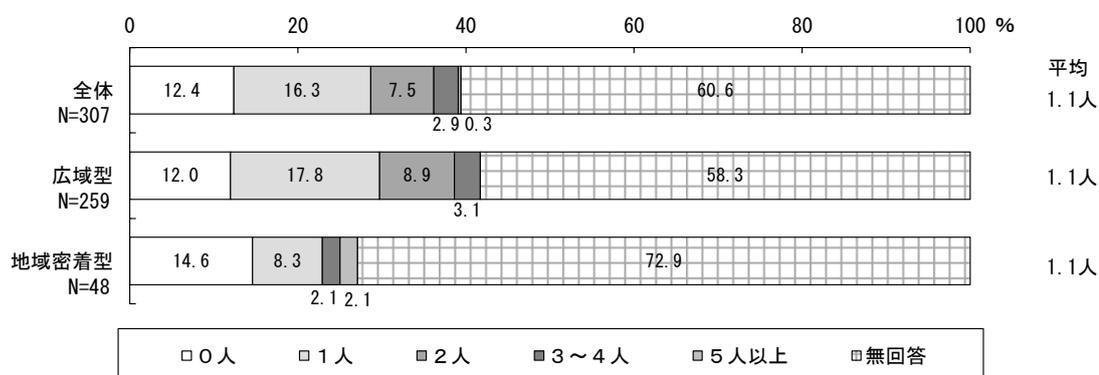
2022年9月1日時点で入院している利用者がある施設で、協力医療機関に1人以上の利用者が入院していた施設は、新型コロナウイルス感染症以外の入院で45.2%（「1人」28.7%、「2人」9.8%、「3～4人」5.1%、「5人以上」1.6%の合計）、新型コロナウイルス感染症による入院で27.0%（「1人」16.3%、「2人」7.5%、「3～4人」2.9%、「5人以上」0.3%の合計）であった。それぞれ、平均入院者数は、新型コロナウイルス感染症以外の入院で0.8人、新型コロナウイルス感染症による入院で1.1人であった。

また、全入院者（新型コロナウイルス感染症以外＋新型コロナウイルス感染症による入院）のうち協力医療機関への入院者の割合は、「0%」が最も多く36.3%で、平均33.5%であった。

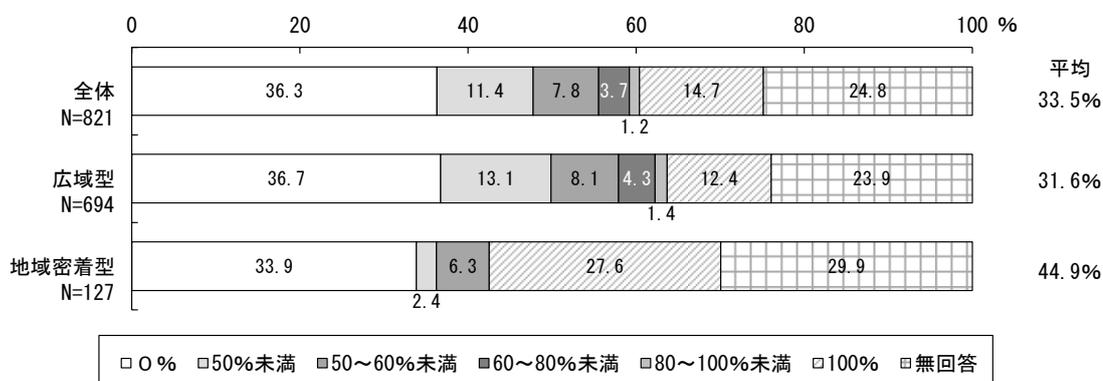
図表 (1)のうち救急搬送等により入院した入所者数－新型コロナウイルス感染症以外の入院



図表 (1)のうち救急搬送等により入院した入所者数－新型コロナウイルス感染症による入院



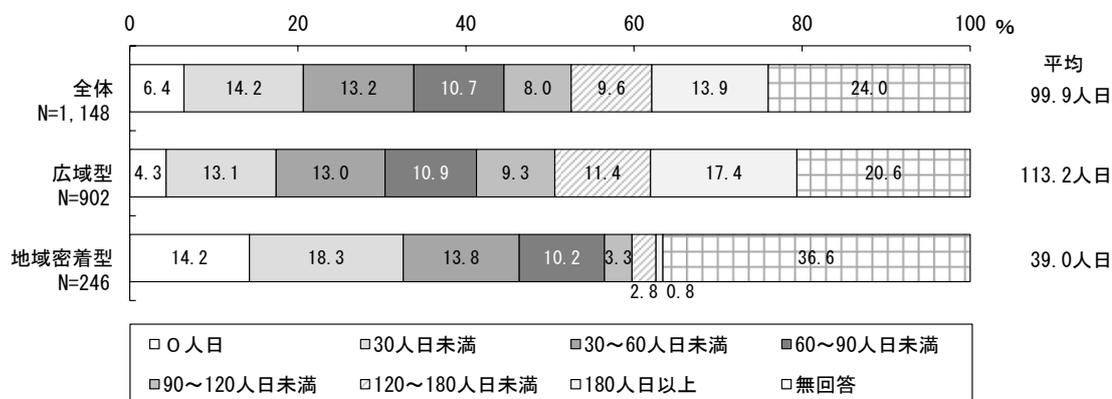
図表 救急搬送等により入院した入所者の割合



(5)直近2か月(2022年8月1日～9月30日)での入院総日数〔問11(5)〕

施設における直近2か月(2022年8月1日～9月30日)の入院総日数は、「30人日未満」が14.2%と最も多く、次いで「30～60人日未満」が13.2%、「60～90人日未満」が10.7%と続いた。

図表 直近2か月での入院総日数



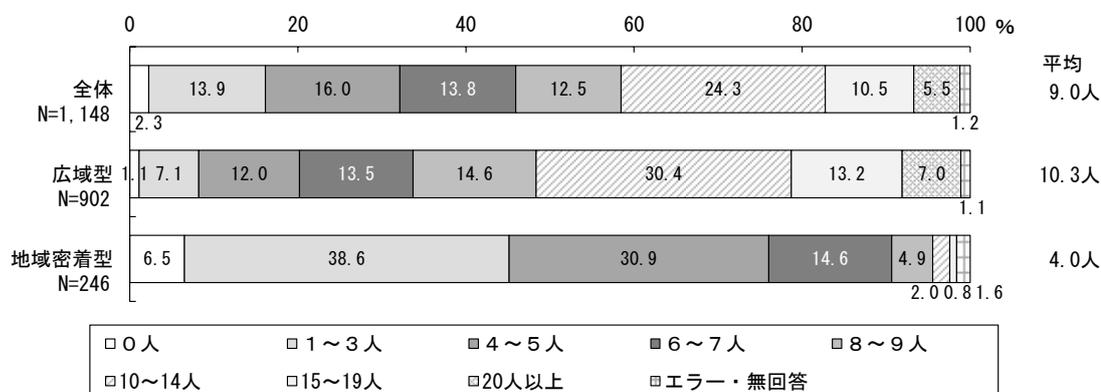
4. 退所および看取りに関する状況

1)直近半年間(2022年4月1日～9月30日)の退所者

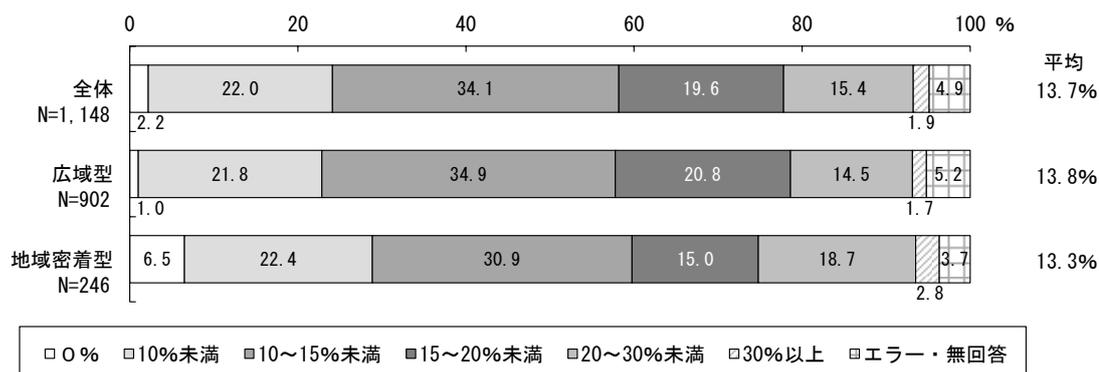
(1)退所者数〔問12(1)〕

半年間(2022年4月1日～9月30日)の退去者数は、平均9.0人、定員に対する退所者の割合は、平均13.7%であった。

図表 直近半年間の退所者数



図表 定員に対する退所者の割合

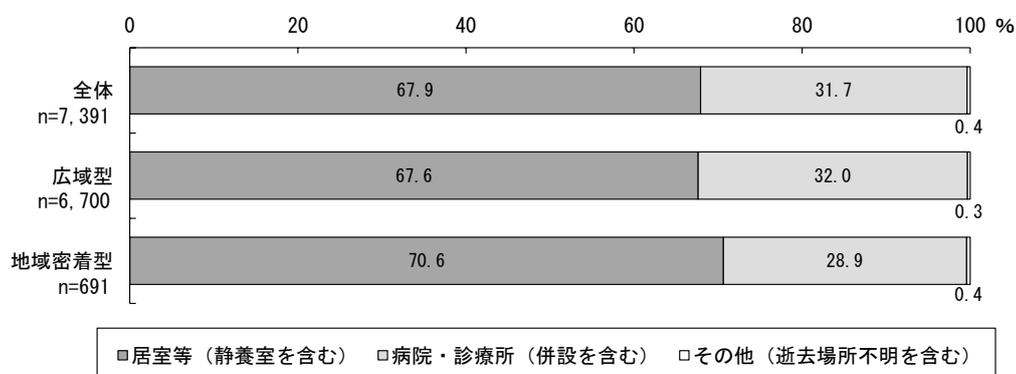


2) 死亡による契約終了の状況

(1) 死亡による契約終了の場合の逝去の状況〔問 13(1)〕

死亡による契約終了の場合の逝去した場所は、「居室等（静養室を含む）」が 67.9%、「病院・診療所（併設を含む）」が 31.7%、「その他（逝去場所不明を含む）」が 0.4%であった。

図表 死亡による契約終了の場合の逝去した人数(人数積み上げ)

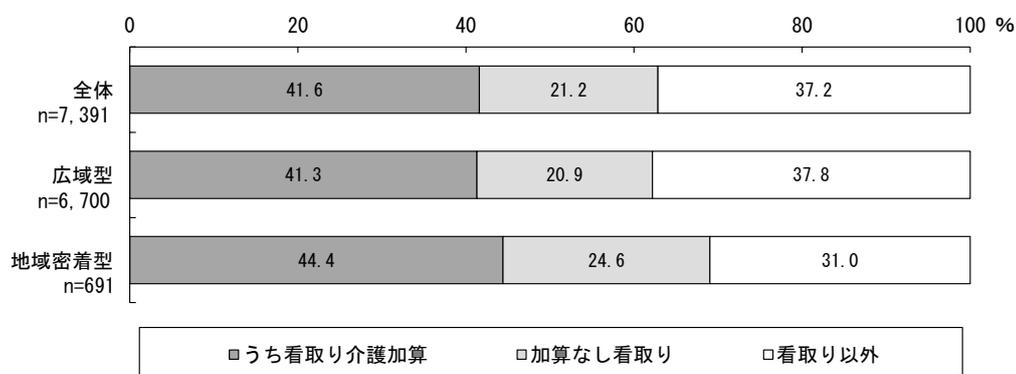


(2) 逝去に占める看取りの状況〔問 13(2)(3)〕

死亡による契約終了の場合の逝去のうち、看取りだった割合は、62.8%（「うち看取り介護加算」41.6%、「加算なし看取り」21.2%の合計）であった。

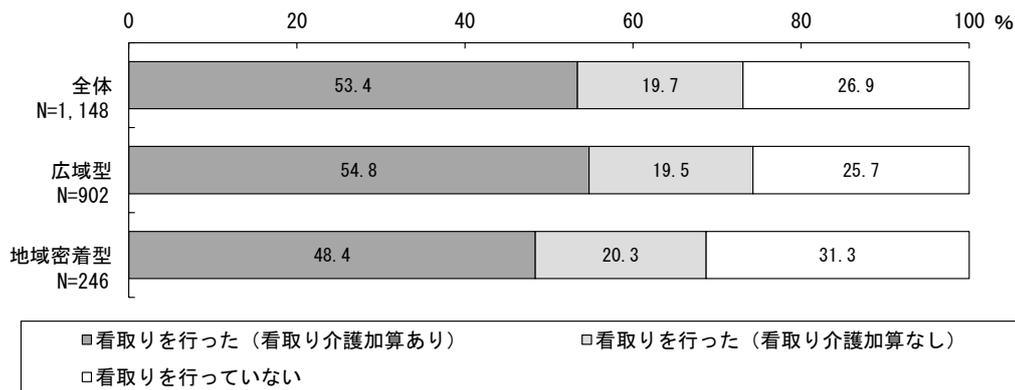
なお、調査対象とした半年間で看取りの実績がある施設の割合は、73.1%（「看取りを行った（看取り介護加算あり）」53.4%、「看取りを行った（看取り介護加算なし）」19.7%の合計）であった。

図表 死亡による契約終了の場合の逝去した人数の内訳(人数積み上げ)



※看取り(加算算定なし) = (2)うち看取り - (3)うち看取り加算算定、その他逝去 = (1)逝去した人数 - (2)うち看取りにより算出

図表 半年間で看取りの実績がある施設



(3)看取り率 [問 12/13]

看取りを行う可能性のあった対象として、「死亡による契約終了」と、「病院・診療所」、「介護療養型医療施設」、「介護医療院」への退去の合計人数を分母とし、「居室等」で「看取り」を実施した人数を分子とした「看取り率」という指標を作成し、分析を行ったところ、46.1%となった。

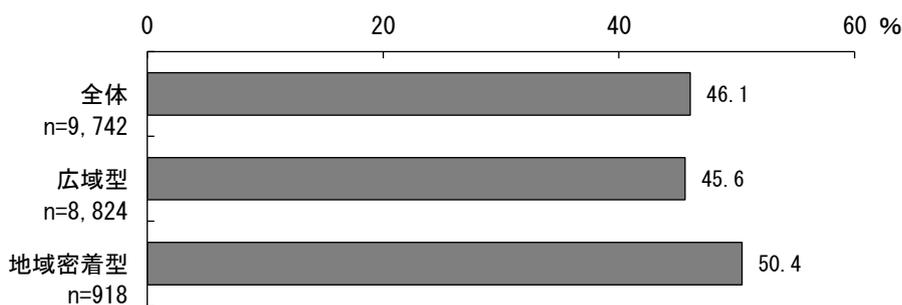
《参考》「看取り率」の考え方

$$\text{看取り率} = \frac{\text{居室等での看取り数 (B)}}{\text{死亡による契約終了者数+病院・療養型・介護医療院への退居者数 (A)}}$$



- ◆平成27年度研究において「看取り率」の定義を設定していることから、これを踏襲し集計を行う。
 - ・分母(左図A):死亡による契約終了者数+病院・療養型・介護医療院への退所者数
 - ・分子(左図B):居室等での看取り数
- ◆平成30年4月より介護医療院が創設されたことを受け、分母に介護医療院への退所者数を加えている。
- ◆1施設あたりの死亡による契約終了者数が少ないため、施設単位で「看取り率」を算出すると、傾向に歪みが生じやすいことから、該当カテゴリ内の人数を積み上げて算出する方法を採用している。
- ◆これにより、施設による傾向の相違(分散)は反映されにくくなり、カテゴリごとの平均的な傾向の把握が可能となっている。
- ◆「看取り率」を示すグラフにおける「N」および「n」の定義は以下の通り
 - ・ N:死亡による契約終了者数と病院・療養型・介護医療院への退所者数の合計が1人以上の施設数
 - ・ n:死亡による契約終了者数と病院・療養型・介護医療院への退所者数の合計人数

図表 看取り率

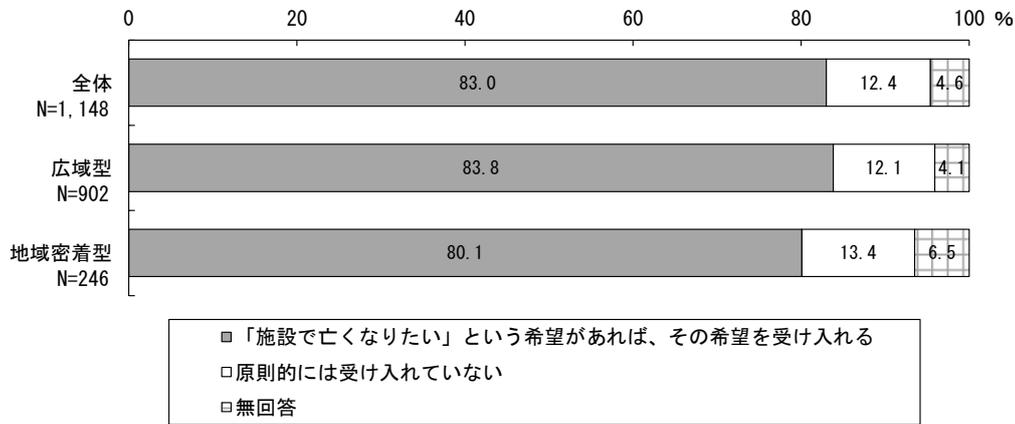


3)看取りに関する方針・対応状況

(1)看取りの受け入れ方針〔問 14(1)〕

看取りの受け入れ方針は、「施設で亡くなりたい」という希望があれば、その希望を受け入れる」が 83.0%、「原則的には受け入れていない」が 12.4%であった。

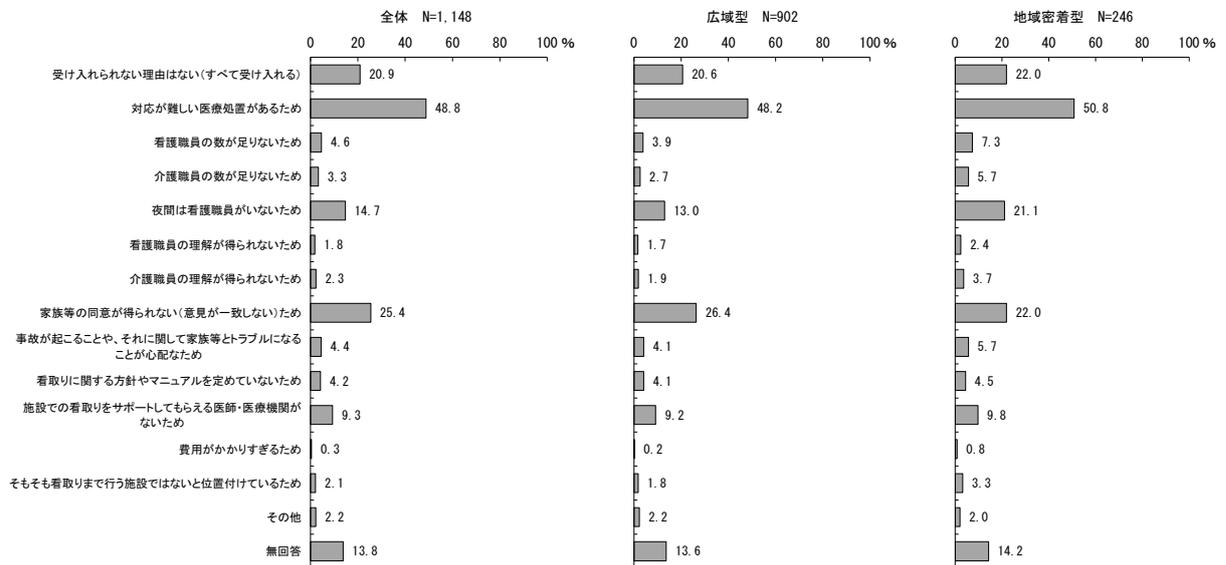
図表 看取りの受け入れ方針



(2)看取りを受け入れられないことがある理由〔問 14(2)〕

看取りを受け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」が最も多く 48.8%、次いで「家族等の同意が得られない(意見が一致しない)ため」が 25.4%と続いた。

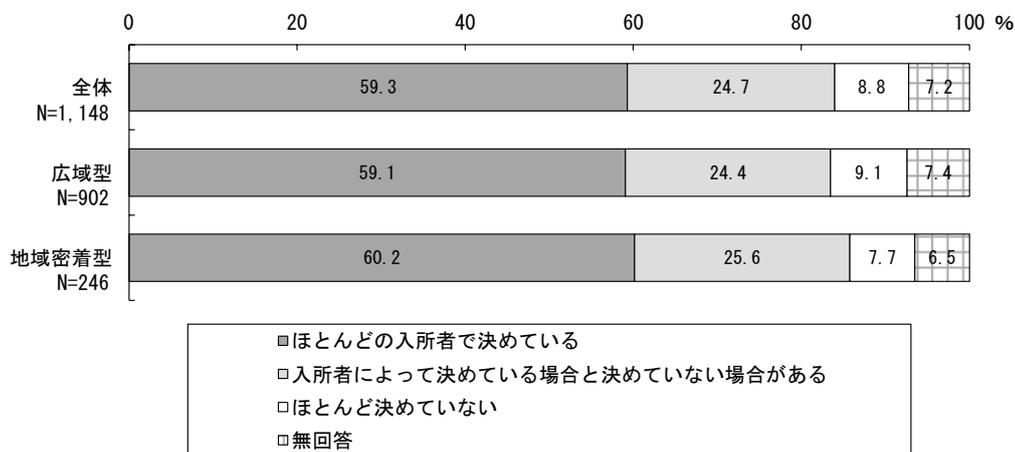
図表 看取りを受け入れられないことがある理由(複数回答)



(3) 本人の意思を推定し同意を得る相手の想定〔問 14(3)〕

入所者が判断できない場合に、医療の実施に関し、本人の意思を推定し同意を得る相手の想定については、「ほとんどの入所者で決めている」が 59.3%、「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」が 24.7%、「ほとんど決めていない」が 8.8%であった。

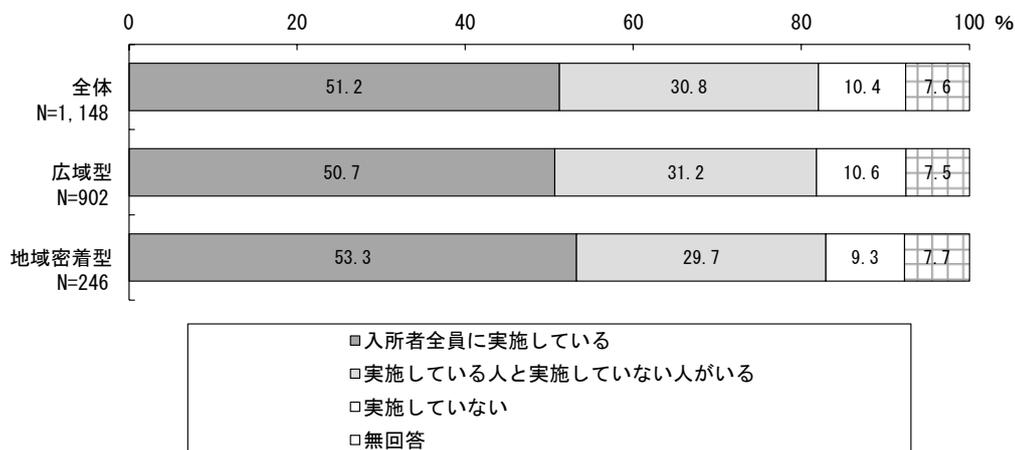
図表 本人の意思を推定し同意を得る相手の想定



(4) 本人の意思の確認または想定〔問 14(4)〕

「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または推定は、「入所者全員に実施している」が 51.2%、「実施している人と実施していない人がいる」が 30.8%、「実施していない」が 10.4%であった。

図表 本人の意思の確認または推定

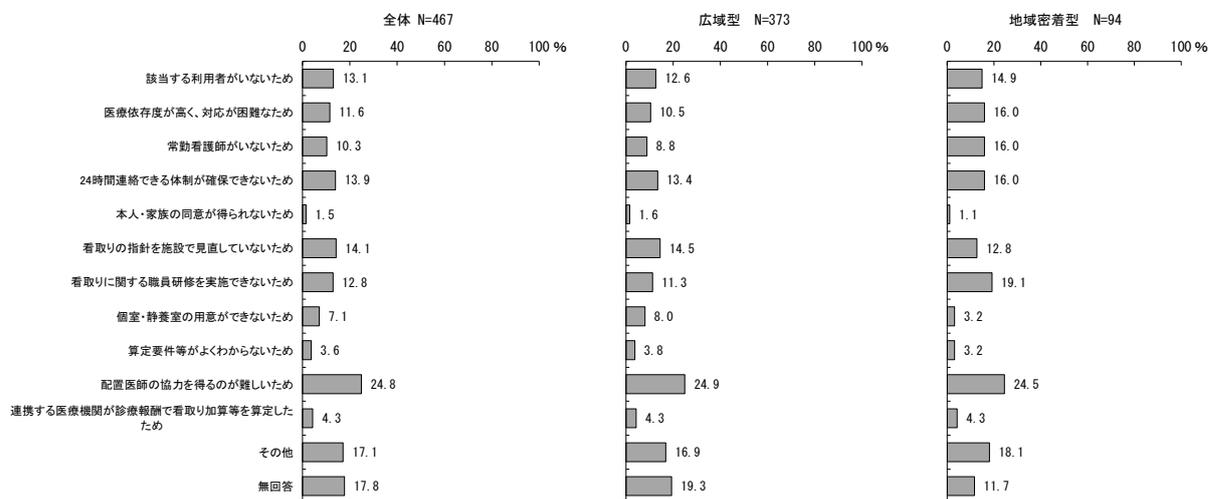


(5)看取り介護加算を算定していない理由〔問 14(5)〕

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」が最も多く 24.8%であった。

図表 看取り介護加算を算定していない理由(複数回答)

(問 13(3)の合計が0(ゼロ)の施設のみ)



5. 配置医師の電話対応・駆けつけ対応に関するクロス集計結果

施設属性や配置医師の属性によって、配置医師の電話対応・駆けつけ対応に違いが見られるかを確認するため、以下の項目を集計の軸（目的変数）としたクロス集計を行った。

● 配置医師不在時（平日・日中以外）のオンコール対応の実施実績（問5(6)(7)）

- 配置医師が電話対応・駆けつけ対応共に実施
- 配置医師が電話対応のみ実施（駆けつけ対応は未実施）
- 配置医師が駆けつけ対応のみ実施（電話対応は未実施）
- 配置医師が電話対応・駆けつけ対応ともに未実施

	全体	電話対応・駆けつけ対応共に実施	電話対応のみ実施（駆けつけ対応は未実施）	駆けつけ対応のみ実施（電話対応は未実施）	電話対応・駆けつけ対応ともに未実施
全 体	1,148 100.0	199 17.3	239 20.8	154 13.4	556 48.4

・配置医師不在時（平日・日中以外）のオンコール対応の実施実績は、「電話対応・駆けつけ対応ともに実施」が17.3%、「電話対応のみ実施（駆けつけ対応は未実施）」が20.8%、「駆けつけ対応のみ実施（電話対応は未実施）」が13.4%、「電話対応・駆けつけ対応共に未実施」が48.4%であった。

● 配置医師が実際に果たしている役割<急変対応（施設内で勤務している時間以外での対応）>（問6(9)）

- あり（実施している）
- なし（実施していない）

	全体	急変対応（施設内で勤務している時間以外での対応）	
		あり	なし
全 体	1,148 100.0	673 58.6	475 41.4

・配置医師に期待する役割<急変対応（施設内で勤務している時間以外での対応）>は、「あり」58.6%、「なし」41.4%であった。

1) 目的変数同士のクロス集計 [クロス集計 1-0]

前述した集計の軸である2つの変数同士の関係性を調べるため、「配置医師不在時(平日・日中以外)のオンコール対応の実施実績（問5(6)(7)）」と「配置医師が実際に果たしている役割（問6(9)）-急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)」の関係性を確認した。

配置医師が実際に果たしている役割<急変対応（施設内で勤務している時間以外での対応）>を配置医師不在時(平日・日中以外)のオンコール対応の実施実績別に見ると、「電話対応・駆けつけ対応共に実施」、「電話対応のみ実施（駆けつけ対応は未実施）」としている特養では、急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)を「あり」としている割合がそれぞれ84.4%、75.7%、「なし」としている割合がそれぞれ15.6%、24.3%であった。

**図表 配置医師不在時(平日・日中以外)のオンコール対応別
配置医師が実際に果たしている役割-急変対応**

		全体	急変対応（施設内で勤務している時間以外での対応）	
			あり	なし
全 体		1,148 100.0	673 58.6	475 41.4
問5(6)(7)	電話対応・駆けつけ対応共に実施	199	84.4	15.6
配置医師不在時(平日・日中以外)の オンコール対応の実施実績	電話対応のみ実施（駆けつけ対応は未実施）	239	75.7	24.3
	駆けつけ対応のみ実施（電話対応は未実施）	154	57.8	42.2
	電話対応・駆けつけ対応ともに未実施	556	42.3	57.7

2)施設の特性 [クロス集計 1-1]

前述の集計の軸(目的変数)と、以下の説明変数とのクロス集計を行った。集計の結果、下線を付した項目を中心に、各クロス集計項目にかかる割合と全体の割合を比べて特徴的であった項目が確認できた。なお、下線該当項目以外の項目については、本報告書には掲載していないが、別添の集計表に収録している。

※ クロス集計については、原則N数が50以上コメントしている。

【説明変数として設定した項目】

※ 医療処置を要する入居者の割合による影響を受けている可能性がある項目には*を記載している。

- 地域区分別
 - *都市圏
 - 都市規模
 - *都市区分(級地)
- 施設属性別
 - 常勤医師配置加算の算定有無(問2(4))
 - 配置医師緊急時対応加算の算定有無(問2(5))
 - 入所者における要介護5の方の割合(問4(3))
 - 医療処置を要する入所者の割合(⑬全医療処置)(問4(5))
 - 医療処置を要する入所者の割合(⑭たん・胃ろう腸ろう・経経管栄養のみ)(問4(5))
- 施設の看護体制別
 - 看護職員総数(常勤換算)(問3(3))
 - *看護職員が必ず勤務している時間数(問3(4))
 - 夜間の看護体制(問3(6))
- 配置医師に期待する事柄別
 - 配置医師に期待する役割-急変対応(問6(8))
 - 配置医師に期待する役割-病状や状態の変化等への備えに対する包括的指示(問6(8))
 - 配置医師に期待する役割-外部医療機関の受診・入退院にかかる調整(問6(8))

(1)配置医師緊急時対応加算の算定有無別 電話対応・駆けつけ対応の実施有無[問2(5)×問6(2)/問5(6)(7)]

配置医師不在時(平日・日中以外)のオンコール対応の実施実績を配置医師緊急時対応加算の算定有無別に見ると、「加算あり」と回答している特養では、「電話対応・駆けつけ対応ともに実施」が42.6%、「電話対応のみ実施(駆けつけ対応は未実施)」が11.8%、「駆けつけ対応のみ実施(電話対応は未実施)」が23.5%、「電話対応・駆けつけ対応共に未実施」が22.1%であった。

図表 配置医師緊急時対応加算の算定有無別 電話対応・駆けつけ対応の実施有無

		問6(9) 実際に果たしている役割		問5(6)(7) 配置医師不在時(平日・日中以外)のオンコール対応の実施実績					
		全体	急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)	全体	電話対応・駆けつけ対応共に実施	電話対応のみ実施(駆けつけ対応は未実施)	駆けつけ対応のみ実施(電話対応は未実施)	電話対応・駆けつけ対応ともに未実施	
		あり	なし						
全体		1,148	673	475	1,148	199	239	154	556
		100.0	58.6	41.4	100.0	17.3	20.8	13.4	48.4
問2(5)	加算なし	1,064	58.3	41.7	100.0	15.7	21.6	12.7	50.0
配置医師緊急時対応加算	加算あり	68	63.2	36.8	100.0	42.6	11.8	23.5	22.1
の算定状況	無回答	16	62.5	37.5	100.0	18.8	6.3	18.8	56.3

(2)医療処置を要する入所者の割合(⑭たん・胃ろう腸ろう・経経管栄養のみ)別 電話対応・駆けつけ対応の実施有無[問 4(5)×問 6(2)/問 5(6)(7)]

配置医師が実際に果たしている役割<急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)>を医療処置を要する入所者の割合(⑭たん・胃ろう腸ろう・経経管栄養のみ)別に見ると、「15～20%未満」と回答している特養で、「あり」71.6%、「なし」28.4%、「20～30%未満」と回答している特養で、「あり」69.6%、「なし」30.4%であった(「30%以上」はN数が20のため参考値であるが、「あり」65.0%、「なし」35.0%であった)。

図表 医療処置を要する入所者の割合(⑭たん・胃ろう腸ろう・経経管栄養のみ)別 電話対応・駆けつけ対応の実施有無

		問 6 (9) 実際に果たしている役割			問 5 (6) (7) 配置医師不在時 (平日・日中以外) のオンコール対応の実施実績				
		全体	急変対応 (施設内で勤務している時間以外での対応)		全体	電話対応・駆けつけ対応共に実施	電話対応のみ実施 (駆けつけ対応は未実施)	駆けつけ対応のみ実施 (電話対応は未実施)	電話対応・駆けつけ対応ともに未実施
			あり	なし					
全 体		1,148	673	475	1,148	199	239	154	556
		100.0	58.6	41.4	100.0	17.3	20.8	13.4	48.4
問8(5)⑭	5%未満(0%含む)	459	55.6	44.4	100.0	17.0	18.3	13.7	51.0
	「たんの吸引」「胃ろう・腸ろうの管理」「経鼻経管栄養の管理」のいずれかを要する実人数の定員における割合								
	5～10%未満	216	60.6	39.4	100.0	17.1	24.5	13.9	44.4
	10～15%未満	127	63.8	36.2	100.0	19.7	21.3	12.6	46.5
	15～20%未満	67	71.6	28.4	100.0	29.9	20.9	9.0	40.3
	20～30%未満	56	69.6	30.4	100.0	19.6	23.2	17.9	39.3
	30%以上	20	65.0	35.0	100.0	25.0	30.0	10.0	35.0
	エラー・無回答	203	52.2	47.8	100.0	11.3	20.7	13.3	54.7

(3)看護職員が必ず勤務している時間数別 電話対応・駆けつけ対応の実施有無[問 3(4)×問 6(2)/問 5(6)(7)]

配置医師不在時(平日・日中以外)のオンコール対応の実施実績を看護職員が必ず勤務している時間数別に見ると、「9時間未満」と回答している特養では、「電話対応・駆けつけ対応ともに実施」が12.9%、「電話対応のみ実施(駆けつけ対応は未実施)」が18.8%、「駆けつけ対応のみ実施(電話対応は未実施)」が7.1%、「電話対応・駆けつけ対応共に未実施」が61.2%であった。

なお、看護職員が必ず勤務している時間数については、医療処置を要する入居者の割合による影響(医療処置を要する入所者の割合のうち「5%未満(0%含む)」と低い属性に該当する施設の場合、看護職員が必ず勤務している時間数が「9～10 時間未満」と短い属性に該当する割合が多かった。)を受けている可能性がある項目であることに留意が必要である。

図表 看護職員が必ず勤務している時間数別 電話対応・駆けつけ対応の実施有無

		問 6 (9) 実際に果たしている役割			問 5 (6) (7) 配置医師不在時 (平日・日中以外) のオンコール対応の実施実績				
		全体	急変対応 (施設内で勤務している時間以外での対応)		全体	電話対応・駆けつけ対応共に実施	電話対応のみ実施 (駆けつけ対応は未実施)	駆けつけ対応のみ実施 (電話対応は未実施)	電話対応・駆けつけ対応ともに未実施
			あり	なし					
全 体		1,148	673	475	1,148	199	239	154	556
		100.0	58.6	41.4	100.0	17.3	20.8	13.4	48.4
問3(4)	9時間未満	85	55.3	44.7	100.0	12.9	18.8	7.1	61.2
	看護職員が必ず勤務している時間数								
	9～10時間未満	584	59.4	40.6	100.0	16.4	22.8	13.5	47.3
	10～12時間未満	362	59.4	40.6	100.0	19.9	19.1	14.9	46.1
	12時間以上	81	60.5	39.5	100.0	22.2	22.2	13.6	42.0
	エラー・無回答	36	41.7	58.3	100.0	5.6	8.3	11.1	75.0

(4) 配置医師に期待する役割別 配置医師が実際に果たしている役割[問 6(8)×問 6(9)]

配置医師の役割の中で、医療的アウトカムに関係することが予見される「急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)」、「病状や状態の変化等への備えに関する包括的指示」、「外部医療機関への受診・入退院にかかる調整」について、「配置医師に期待する役割」を「あり」とした施設において、実際にその役割が果たされているかを確認したところ、以下の結果となった。

○配置医師が実際に果たしている役割<急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)>は、「あり」58.6%、「なし」41.4%であった。

- ・これに対し、配置医師が実際に果たしている役割<急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)>を配置医師に期待している役割<急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)>別に見ると、配置医師に期待している役割<急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)>を「なし」と回答している特養で、「あり」32.7%、「なし」67.3%であった。

○配置医師が実際に果たしている役割<病状や状態の変化等への備えに関する包括的指示>は、「あり」75.7%、「なし」24.3%であった。

- ・これに対し、配置医師が実際に果たしている役割<病状や状態の変化等への備えに関する包括的指示>を配置医師に期待している役割<病状や状態の変化等への備えに関する包括的指示>別に見ると、配置医師に期待している役割<病状や状態の変化等への備えに関する包括的指示>を「なし」と回答している特養で、「あり」51.1%、「なし」48.9%であった。

○配置医師が実際に果たしている役割<外部医療機関への受診・入退院にかかる調整>は、「あり」61.9%、「なし」38.1%であった。

- ・これに対し、配置医師が実際に果たしている役割<外部医療機関への受診・入退院にかかる調整>を配置医師に期待している役割<外部医療機関への受診・入退院にかかる調整>別に見ると、配置医師に期待している役割<外部医療機関への受診・入退院にかかる調整>を「なし」と回答している特養で、「あり」30.8%、「なし」69.2%であった。

図表 配置医師に期待する役割別 配置医師が実際に果たしている役割

		全体		急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)		病状や状態の変化等への備えに関する包括的指示		外部医療機関への受診・入退院にかかる調整	
		あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
全 体		1,148		673	475	869	279	711	437
				58.6	41.4	75.7	24.3	61.9	38.1
問6(8)3 期待している役割	あり	738		73.0	27.0	79.4	20.6	68.3	31.7
急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)	なし	410		32.7	67.3	69.0	31.0	50.5	49.5
問6(8)9 期待している役割	あり	829		61.8	38.2	85.2	14.8	66.9	33.1
病状や状態の変化等への備えに関する包括的指示	なし	319		50.5	49.5	51.1	48.9	48.9	51.1
問6(8)15 期待している役割	あり	739		64.4	35.6	80.8	19.2	79.2	20.8
外部医療機関への受診・入退院にかかる調整	なし	409		48.2	51.8	66.5	33.5	30.8	69.2

3) 配置医師の特性 [クロス集計 1-2]

前述の集計の軸(目的変数)と、以下の説明変数とのクロス集計を行った。集計の結果、下線を付した項目を中心に、各クロス集計項目にかかる割合と全体の割合を比べて特徴的であった項目が確認できた。なお、下線該当項目以外の項目については、本報告書には掲載していないが、別添の集計表に収録している。

※ クロス集計については、原則N数が50以上の項目のみについてコメントしている。

【説明変数として設定した項目】

※ 医療処置を要する入居者の割合による影響を受けている可能性がある項目には*を記載している。

- 主たる配置医師の状況
 - 施設内で行う診療の対象 (問5(4))
 - 診療方法 (問5(5))
 - 配置医師の診療科 (問6(1))
 - 配置医師の所属先機関種別 (問6(2))
 - 契約形態 (問6(3))
 - 9月1か月の勤務時間(時間数) (問6(6))
 - 報酬の支払先 (問6(7)①)
 - (作成)月額報酬換算額 (問5(7)/問6(6)/問6(7)②③)
 - 駆けつけ対応時の報酬体系 (問6(7)③)
 - 配置医師が実際に果たしている役割-病状や状態の変化等への備えに対する包括的指示 (問6(9))

(1) (作成)月額報酬換算額別 電話対応・駆けつけ対応の実施有無[問5(7)/問6(6)/問6(7)②③×問6(2)/問5(6)(7)]

配置医師不在時(平日・日中以外)のオンコール対応の実施実績を配置医師の月額報酬換算額別に見ると、「40万円以上」と回答している特養では、「電話対応・駆けつけ対応ともに実施」が29.8%、「電話対応のみ実施(駆けつけ対応は未実施)」が23.4%、「駆けつけ対応のみ実施(電話対応は未実施)」が16.1%、「電話対応・駆けつけ対応共に未実施」が30.6%であった。

図表 (作成)月額報酬換算額別 電話対応・駆けつけ対応の実施有無

		問6(9) 実際に果たしている役割			問5(6)(7) 配置医師不在時(平日・日中以外)のオンコール対応の実施実績				
		全体	急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)		全体	電話対応・駆けつけ対応共に実施	電話対応のみ実施(駆けつけ対応は未実施)	駆けつけ対応のみ実施(電話対応は未実施)	電話対応・駆けつけ対応ともに未実施
			あり	なし					
全 体		1,148	673	475	1,148	199	239	154	556
		100.0	58.6	41.4	100.0	17.3	20.8	13.4	48.4
問6(5)/(7)②	10万円未満	66	59.1	40.9	66	9.1	12.1	12.1	66.7
(作成)月額報酬換算額	10~20万円未満	168	61.9	38.1	168	19.6	23.8	11.3	45.2
	20~30万円未満	212	60.8	39.2	212	19.3	22.2	12.7	45.8
	30~40万円未満	140	58.6	41.4	140	15.0	15.7	17.1	52.1
	40万円以上	124	68.5	31.5	124	29.8	23.4	16.1	30.6
	無回答	101	68.3	31.7	101	22.8	19.8	9.9	47.5

(2) 駆けつけ対応時の報酬体系別 電話対応・駆けつけ対応の実施有無[問6(3)×問6(2)/問5(6)(7)]

配置医師不在時(平日・日中以外)のオンコール対応の実施実績を駆けつけ対応時の報酬別に見ると、「別途、駆けつけ1回あたり報酬を支払う」形態であると回答している特養では、「電話対応・駆けつけ対応ともに実施」が28.1%、「電話対応のみ実施(駆けつけ対応は未実施)」が16.4%、「駆けつけ対応のみ実施(電話対応は未実施)」が14.0%、「電話対応・駆けつけ対応共に未実施」が41.5%であった。

図表 駆けつけ対応時の報酬体系別 電話対応・駆けつけ対応の実施有無

		問6(9) 実際に果たしている役割			問5(6)(7) 配置医師不在時(平日・日中以外)のオンコール対応の実施実績				
		全体	急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)		全体	電話対応・駆けつけ対応共に実施	電話対応のみ実施(駆けつけ対応は未実施)	駆けつけ対応のみ実施(電話対応は未実施)	電話対応・駆けつけ対応ともに未実施
			あり	なし					
全 体		1,148	673	475	1,148	199	239	154	556
		100.0	58.6	41.4	100.0	17.3	20.8	13.4	48.4
問6(7)③	基本報酬に含まれる	653	65.4	34.6	653	19.6	24.7	14.4	41.3
駆けつけ対応時の報酬	別途、駆けつけ1回あたり報酬を支払う	171	60.8	39.2	171	28.1	16.4	14.0	41.5
	その他	117	49.6	50.4	117	6.8	15.4	13.7	64.1
	無回答	207	40.6	59.4	207	7.2	15.5	9.7	67.6

(3) 配置医師が実際に果たしている役割-病状や状態の変化等への備えに対する包括的指示別 電話対応・駆けつけ対応の実施有無〔問 6(9) × 問 6(2)/問 5(6)(7)〕

配置医師が実際に果たしている役割<急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)>を配置医師が実際に果たしている役割<病状や状態の変化等への備えに関する包括的指示>別に見ると、配置医師が実際に果たしている役割<病状や状態の変化等への備えに関する包括的指示>を「なし」と回答している特養で、「あり」30.1%、「なし」69.9%であった。

また、配置医師不在時(平日・日中以外)のオンコール対応の実施実績を配置医師が実際に果たしている役割<病状や状態の変化等への備えに関する包括的指示>別に見ると、「なし」と回答している特養では、「電話対応・駆けつけ対応ともに実施」が11.5%、「電話対応のみ実施(駆けつけ対応は未実施)」が16.1%、「駆けつけ対応のみ実施(電話対応は未実施)」が12.9%、「電話対応・駆けつけ対応共に未実施」が59.5%であった。

図表 配置医師が実際に果たしている役割-病状や状態の変化等への備えに対する包括的指示別 電話対応・駆けつけ対応の実施有無

		問 6 (9) 実際に果たしている役割			問 5 (6) (7) 配置医師不在時 (平日・日中以外) のオンコール対応の実施実績				
		全体	急変対応 (施設内で勤務している時間以外での対応)		全体	電話対応・駆けつけ対応共に実施	電話対応のみ実施 (駆けつけ対応は未実施)	駆けつけ対応のみ実施 (電話対応は未実施)	電話対応・駆けつけ対応ともに未実施
			あり	なし					
全 体		1,148	673	475	1,148	199	239	154	556
		100.0	58.6	41.4	100.0	17.3	20.8	13.4	48.4
問6(9)9	あり	869	67.8	32.2	869	19.2	22.3	13.6	44.9
病状や状態の変化等への備えに関する包括的指示	なし	279	30.1	69.9	279	11.5	16.1	12.9	59.5

4) 診療報酬認知度別特性 [クロス集計 1-3]

前述の集計の軸(目的変数)と、以下の説明変数とのクロス集計を行った。集計の結果、N数が50以上の項目で、各クロス集計項目にかかる割合と全体の割合を比べて特徴的であった項目は確認できなかった(無回答扱いの項目を除く)。なお、本集計については、本報告書には掲載していないが、別添の集計表に収録している。

【説明変数として設定した項目】

- ※ 医療処置を要する入居者の割合による影響を受けている可能性がある項目には*を記載している
 - 診療報酬の認知度
 - 診療報酬の認知度(点数化) (問 8(1)(2))

また、以下の項目と「別途の駆けつけ対応報酬の支払いの有無(問 6(7)③)」とのクロス集計を行った。集計の結果、N数が50以上の項目で、各クロス集計項目にかかる割合と全体の割合を比べて特徴的であった項目は確認できなかった(無回答扱いの項目を除く)。なお、本集計については、本報告書には掲載していないが、別添の集計表に収録している。

【説明変数として設定した項目】

- ※ 医療処置を要する入居者の割合による影響を受けている可能性がある項目には*を記載している
 - 診療報酬の認知度
 - 診療報酬の認知度(点数化) (問 8(1)(2))

さらに、以下の項目と「診療報酬の認知度(問 8(1)(2))」とのクロス集計を行った。集計の結果、N数が50以上の項目で、各クロス集計項目にかかる割合と全体の割合を比べて特徴的であった項目は確認できなかった(無回答扱いの項目を除く)。なお、本集計については、本報告書には掲載していないが、別添の集計表に収録している。

【説明変数として設定した項目】

- ※ 医療処置を要する入居者の割合による影響を受けている可能性がある項目には*を記載している。
 - 配置医師の所属医療機関種別
 - 配置医師の所属医療機関種別 (問 6(2))

5)連携医療機関の対応別特性 [クロス集計 1-4]

前述の集計の軸(目的変数)と、以下の説明変数とのクロス集計を行った。集計の結果、N数が50以上の項目で、各クロス集計項目にかかる割合と全体の割合を比べて特徴的であった項目は確認できなかった(無回答扱いの項目を除く)。なお、本集計については、本報告書には掲載していないが、別添の集計表に収録している。

【説明変数として設定した項目】

※ 医療処置を要する入居者の割合による影響を受けている可能性がある項目には*を記載している。

- 配置医師以外による診療状況別
 - 訪問診療を受けた延べ利用回数 (問 7(1))
 - 往診を受けた延べ利用回数 (問 7(2))
 - 訪問看護を受けた延べ利用回数 (問 7(3))
- 協力医療機関の緊急対応別
 - 協力医療機関との連携内容「緊急の場合の対応」
(「1 緊急の場合の対応 (配置医師に代わりオンコール対応)」または「2 緊急の場合の対応 (配置医師のオンコール対応を補助)」のいずれかを選択) (問 9(4))

6. 救急搬送件数に関するクロス集計結果

施設属性や配置医師の属性によって、救急搬送件数に違いが見られるかを確認するため、以下の項目を集計の軸（目的変数）としたクロス集計を行った。

● 直近2か月の救急者の搬送回数（合計）（問10(1)）

	全体	0回	1回	2回	3～4回	5回以上	無回答	平均(回)
全体	1,148	367	147	126	128	93	287	1.8
	100.0	32.0	12.8	11.0	11.1	8.1	25.0	-

・直近2か月（2022年8月1日～9月30日）の救急車を要請して搬送した救急搬送の件数（平日・日中、それ以外の合計）は、「0回」32.0%、「1回」12.8%、「2回」11.0%、「3～4回」11.1%、「5回以上」8.1%であった。

1) 施設の特性 [クロス集計2]

前述の集計の軸（目的変数）と、以下の説明変数とのクロス集計を行った。集計の結果、下線を付した項目を中心に、各クロス集計項目にかかる割合と全体の割合を比べて特徴的であった項目が確認できた。なお、下線該当項目以外の項目については、本報告書には掲載していないが、別添の集計表に収録している。

※ クロス集計については、原則N数が50以上の項目のみについてコメントしている。

【説明変数として設定した項目】

※ 医療処置を要する入居者の割合による影響を受けている可能性がある項目には*を記載している。

- ・地域区分別
 - *都市圏
 - 都市規模
 - *都市区分（級地）
- ・施設属性
 - 医務室の保険医療機関としての指定状況（問1(4)）
 - 医療機関の併設・隣接状況（問1(5)）
 - 常勤医師配置加算の算定有無（問2(4)）
 - 配置医師緊急時対応加算の算定有無（問2(5)）
 - 配置医師の所属先機関種別（問6(2)）
- ・施設の看護体制別
 - 看護職員総数（常勤換算）（問3(3)）
 - *看護職員が必ず勤務している時間数（問3(4)）
 - 夜間の看護体制（問3(6)）
- ・施設全体での配置医師の状況
 - 配置医師の人数（問5(1)）
 - 配置医師不在時（平日・日中以外）のオンコール対応の実施実績（問5((6)(7))）
- ・主たる配置医師の状況
 - 契約形態（問6(3)）
 - 1か月の勤務実績（月あたりの合計時間数）（問6(6)）
 - （作成）月額報酬換算額（問5(7)/問6(6)/問6(7)②③）
 - 配置医師が実際に果たしている役割-急変対応（問6(9)）
- ・配置医師以外による診療状況
 - 訪問診療を受けた延べ利用回数（問7(1)）
 - 往診を受けた延べ利用回数（問7(2)）
 - 訪問看護を受けた延べ利用回数（問7(3)）
- ・協力医療機関の支援体制
 - 協力医療機関との連携内容「緊急の場合の対応」
 （「1 緊急の場合の対応（配置医師に代わりオンコール対応）」または「2 緊急の場合の対応（配置医師のオンコール対応を補助）」のいずれかを選択）（問9(4)）

(1)協力医療機関との連携内容「緊急の場合の対応」の有無別 直近 2 か月の救急者の搬送回数(合計)[問 9(4)×問 10(1)]

直近 2 か月の救急者の搬送回数(合計)を 協力医療機関との連携内容「緊急の場合の対応」別に見ると、「緊急時の対応あり」と回答している特養では、「0回」42.9%、「1回」12.0%、「2回」7.5%、「3回～4回」9.0%、「5回以上」6.0%であった。

**図表 協力医療機関との連携内容「緊急の場合の対応」の有無別
直近 2 か月の救急者の搬送回数(合計)**

		全体	0回	1回	2回	3～4回	5回以上	無回答	平均 (回)
全 体		1,148 100.0	367 32.0	147 12.8	126 11.0	128 11.1	93 8.1	287 25.0	1.8 —
問9(4)	緊急時の対応あり	266	42.9	12.0	7.5	9.0	6.0	22.6	1.4
協力医療機関の連携内容 「緊急の場合の対応」 (選択肢1、2いずれか)(○)	緊急時の対応なし	799	28.7	13.6	12.1	12.5	9.1	23.9	2.0
	無回答	83	28.9	7.2	10.8	4.8	4.8	43.4	1.2

7. 入院者数に関するクロス集計結果

施設属性や配置医師の属性によって、入院者数に違いが見られるかを確認するため、以下の項目を集計の軸（目的変数）としたクロス集計を行った。

● 入院していた入所者数（新型コロナウイルス以外）（問 11(1)）

	全体	0人	1人	2人	3～4人	5人以上	無回答	平均 (人)
全 体	799	404	229	78	41	13	34	0.8
	100.0	50.6	28.7	9.8	5.1	1.6	4.3	—

・2022年9月1日時点で医療機関に入院していた入所者数（新型コロナウイルス感染症以外の入院）は、「0人」50.6%、「1人」28.7%、「2人」9.8%、「3～4人」5.1%、「5人以上」1.6%であった。

1) 施設の特性 [クロス集計 3]

前述の集計の軸（目的変数）と、以下の説明変数とのクロス集計を行った。集計の結果、N数が50以上の項目で、各クロス集計項目にかかる割合と全体の割合を比べて特徴的であった項目は確認できなかった（無回答扱いの項目を除く）。なお、本集計については、本報告書には掲載していないが、別添の集計表に収録している。

【説明変数として設定した項目】

※ 医療処置を要する入居者の割合による影響を受けている可能性がある項目には*を記載している。

- ・地域区分別
 - *都市圏
 - 都市規模
 - *都市区分（級地）
- ・施設属性
 - 医務室の保険医療機関としての指定状況（問1(4)）
 - 医療機関の併設・隣接状況（問1(5)）
 - 常勤医師配置加算の算定有無（問2(4)）
 - 配置医師緊急時対応加算の算定有無（問2(5)）
 - 配置医師の所属先機関種別（問6(2)）
- ・施設の看護体制別
 - 看護職員総数（常勤換算）（問3(3)）
 - *看護職員が必ず勤務している時間数（問3(4)）
 - 夜間の看護体制（問3(6)）
- ・施設全体での配置医師の状況
 - 配置医師の人数（問5(1)）
 - 配置医師不在時（平日・日中以外）のオンコール対応の実施実績（問5((6)(7))）
- ・主たる配置医師の状況
 - 契約形態（問6(3)）
 - 1か月の勤務実績（月あたりの合計時間数）（問6(6)）
 - （作成）月額報酬換算額（問5(7)/問6(6)/問6(7)②③）
 - 配置医師が実際に果たしている役割-急変対応（問6(9)）
- ・配置医師以外による診療状況
 - 訪問診療を受けた延べ利用回数（問7(1)）
 - 往診を受けた延べ利用回数（問7(2)）
 - 訪問看護を受けた延べ利用回数（問7(3)）
- ・協力医療機関の支援体制
 - 協力医療機関との連携内容「緊急の場合の対応」
 （「1 緊急の場合の対応（配置医師に代わりオンコール対応）」または「2 緊急の場合の対応（配置医師のオンコール対応を補助）」のいずれかを選択）（問9(4)）

8. 看取り率に関するクロス集計結果

施設属性や配置医師の属性によって、看取り率に違いが見られるかを確認するため、以下の項目を集計の軸（目的変数）としたクロス集計を行った。

● 看取り率（問 12 より作成）

	N	n	看取り率
全 体	1,078	9,742	46.1

・「死亡による契約終了」と、「病院・診療所」、「介護療養型医療施設」、「介護医療院」への退去の合計人数を分母とし、「居室等」で「看取り」を実施した人数を分子とした「看取り率」を作成したところ、46.1%であった。

1) 施設の特性 [クロス集計 4]

前述の集計の軸（目的変数）と、以下の説明変数とのクロス集計を行った。集計の結果、下線を付した項目を中心に、各クロス集計項目にかかる割合と全体の割合を比べて特徴的であった項目が確認できた。なお、下線該当項目以外の項目については、本報告書には掲載していないが、別添の集計表に収録している。

※ クロス集計については、原則N数が50以上の項目のみについてコメントしている。

【説明変数として設定した項目】

※ 医療処置を要する入居者の割合による影響を受けている可能性がある項目には*を記載している。

- 地域区分別
 - *都市圏
 - 都市規模
 - *都市区分（級地）
- 施設属性
 - 医務室の保険医療機関としての指定状況（問1(4)）
 - 医療機関の併設・隣接状況（問1(5)）
 - 常勤医師配置加算の算定有無（問2(4)）
 - 配置医師緊急時対応加算の算定有無（問2(5)）
 - 配置医師の所属先機関種別（問6(2)）
- 施設の看護体制
 - 看護職員総数（常勤換算）（問3(3)）
 - *看護職員が必ず勤務している時間数（問3(4)）
 - 夜間の看護体制（問3(6)）
- 搬送状況
 - 直近2か月の救急者の搬送回数（合計）（問10(1)）
- 入院状況
 - 入院していた入所者数（新型コロナウイルス以外）（問11(1)）
- 施設全体での配置医師の状況
 - 配置医師の人数（問5(1)）
 - 配置医師不在時（平日・日中以外）のオンコール対応の実施実績（問5((6)(7))）
- 主たる配置医師の状況
 - 契約形態（問6(3)）
 - 1か月の勤務実績（月あたりの合計時間数）（問6(6)）
 - （作成）月額報酬換算額（問5(7)/問6(6)/問6(7)②③）
 - 配置医師が実際に果たしている役割-急変対応（問6(9)）
- 配置医師以外による診療状況
 - 訪問診療を受けた延べ利用回数（問7(1)）
 - 往診を受けた延べ利用回数（問7(2)）
 - 訪問看護を受けた延べ利用回数（問7(3)）
- 協力医療機関の支援体制
 - 協力医療機関との連携内容「緊急の場合の対応」（「1 緊急の場合の対応（配置医師に代わりオンコール対応）」または「2 緊急の場合の対応（配置医師のオンコール対応を補助）」のいずれかを選択）（問9(4)）
- 看取りに関する実施状況別
 - 看取りの受け入れ方針（問14(1)）
 - *「人生の最終段階における医療・ケア」に関する意思の推定を得る相手の想定（問14(3)）
 - 「人生の最終段階における医療・ケア」に関する意思の確認・推定状況（問14(4)）

(1)配置医師緊急時対応加算の算定有無別 看取り率[問 2(4)×問 12]

看取り率 を 配置医師緊急時対応加算別 に見ると、「加算あり」と回答している特養では、60.9%であった。

図表 配置医師緊急時対応加算の算定有無別 看取り率

		N	n	看取り率
全 体		1,078	9,742	46.1
問2(5)	加算なし	1,001	9,037	44.9
配置医師緊急時対応加算の算定有無	加算あり	62	562	60.9
	無回答	15	143	58.0

(2)看護職員総数(常勤換算)別 看取り率[問 3(3)×問 12]

看取り率 を 看護職員数(常勤換算)別 に見ると、「2人未満」と回答している特養では、36.1%であった。

図表 看護職員総数(常勤換算)別 看取り率

		N	n	看取り率
全 体		1,078	9,742	46.1
問3(3)	2人未満	62	338	36.1
看護職員数(常勤換算)	2～4人未満	315	2,090	43.9
	4～6人未満	351	3,596	47.3
	6～8人未満	117	1,497	47.8
	8人以上	32	549	48.1
	エラー・無回答	201	1,672	45.9

(3)直近2か月の救急者の搬送回数(合計)別 看取り率[問 10(1)×問 12]

看取り率 を 直近2か月の救急車の搬送回数(平日・日中とそれ以外の合計)別 に見ると、「5回以上」と回答している特養では、34.2%であった。

図表 直近2か月の救急者の搬送回数(合計)別 看取り率

		N	n	看取り率
全 体		1,078	9,742	46.1
問10(1)	0回	344	2,636	53.1
直近2か月の救急車の搬送回数 (平日・日中とそれ以外の合計)	1回	141	1,110	49.6
	2回	119	983	45.6
	3～4回	127	1,371	40.7
	5回以上	92	1,240	34.2
	無回答	255	2,402	46.0

(4)配置医師不在時(平日・日中以外)のオンコール対応の実施実績別 看取り率[問 5(6)(7)×問 12]

看取り率 を 配置医師不在時(平日・日中以外)のオンコール対応の実施実績別 に見ると、「電話対応・駆けつけ対応共に実施」、「駆けつけ対応のみ実施(電話対応は未実施)」と、配置医師が駆けつけ対応をしていると回答している特養では、それぞれ 62.4%、58.0%であった。

図表 配置医師不在時(平日・日中以外)のオンコール対応の実施実績別 看取り率

		N	n	看取り率
全 体		1,078	9,742	46.1
問5(6)(7) 配置医師不在時(平日・日中以外)の オンコール対応の実施実績	配置医師が電話対応・駆けつけ対応共に実施	193	1,885	62.4
	配置医師が電話対応のみ実施(駆けつけ対応は未実施)	225	1,853	42.7
	配置医師が駆けつけ対応のみ実施(電話対応は未実施)	150	1,504	58.0
	配置医師が電話対応・駆けつけ対応ともに未実施	510	4,500	36.6

(5)(作成)月額報酬換算額別 看取り率[問 5(7)/問 6(6)/問 6(7)②③×問 12]

看取り率 を 配置医師の月額報酬換算額別 に見ると、「10万円未満」と回答している特養では、33.9%であった。

図表 (作成)月額報酬換算額別 看取り率

		N	n	看取り率
全 体		1,078	9,742	46.1
問6(5)/(7)② (作成)月額報酬換算額	10万円未満	62	401	33.9
	10～20万円未満	153	1,223	42.6
	20～30万円未満	203	1,746	50.6
	30～40万円未満	131	1,246	49.0
	40万円以上	121	1,311	48.8
	無回答	98	881	43.2

(6)看取りの受け入れ方針別 看取り率[問 14(1)×問 12]

看取り率 を 看取りの受け入れ方針別 に見ると、「原則的には受け入れていない」と回答している特養では、2.6%であった。

図表 看取りの受け入れ方針別 看取り率

		N	n	看取り率
全 体		1,078	9,742	46.1
問14(1) 看取りの受け入れ方針	「施設で亡くなりたい」という希望があれば、その希望を受け入れる	901	8,333	52.3
	原則的には受け入れていない	130	1,084	2.6
	無回答	47	325	30.8

(7)「人生の最終段階における医療・ケア」に関する意思の確認・推定状況別 看取り率[問 14(4)×問 12]

看取り率 を 「人生の最終段階における医療・ケア」に関する意思の確認・推定状況別 に見ると、「実施していない」と回答している特養では、31.1%であった。

図表 看取りの受け入れ方針別 看取り率

		N	n	看取り率
全 体		1,078	9,742	46.1
問14(4) 「人生の最終段階における医療・ケア」に関する意思の確認・推定状況	入所者全員に実施している	560	5,170	50.1
	実施している人と実施していない人がいる	329	2,975	46.3
	実施していない	111	983	31.1
	無回答	78	614	35.0

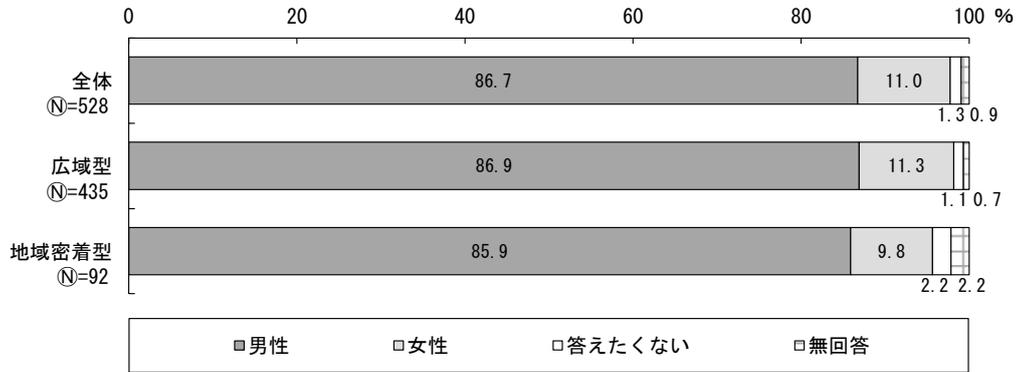
II. 配置医師調査結果

1. 配置医師の経歴

1) 性別 [Q1]

性別は、「男性」が 86.7%、「女性」が 11.0%であった。

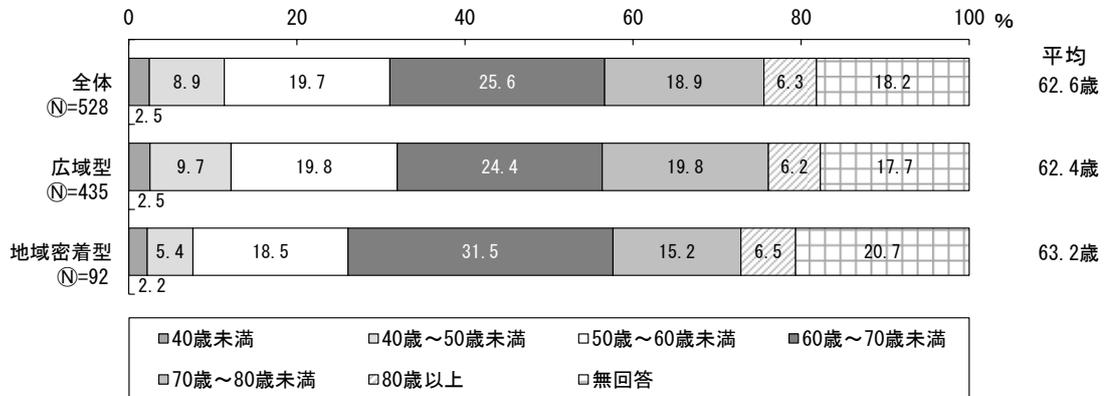
図表 性別



2) 年齢 [Q2]

年齢は、「60歳～70歳未満」が最も多く 25.6%で、次いで「50歳～60歳未満」が 19.7%、「70歳～80歳未満」が 18.9%と続いた。

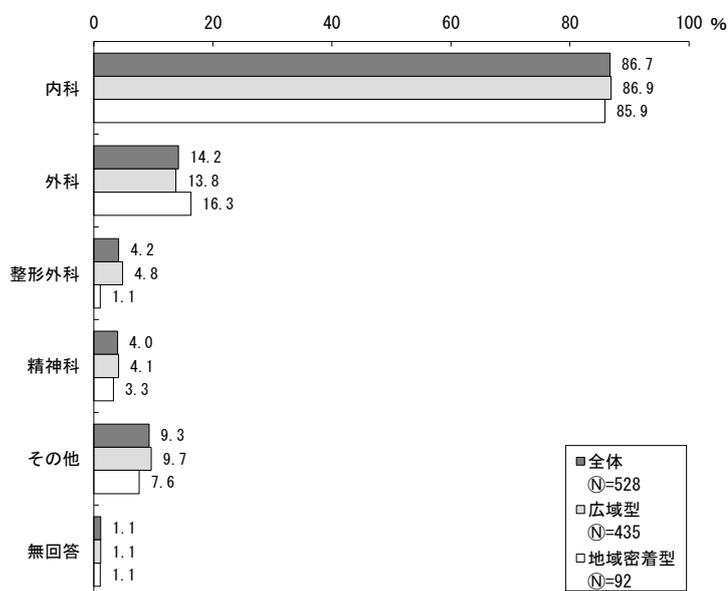
図表 年齢



3) 診療科 [Q3]

診療科は、「内科」が86.7%で最も多かった。

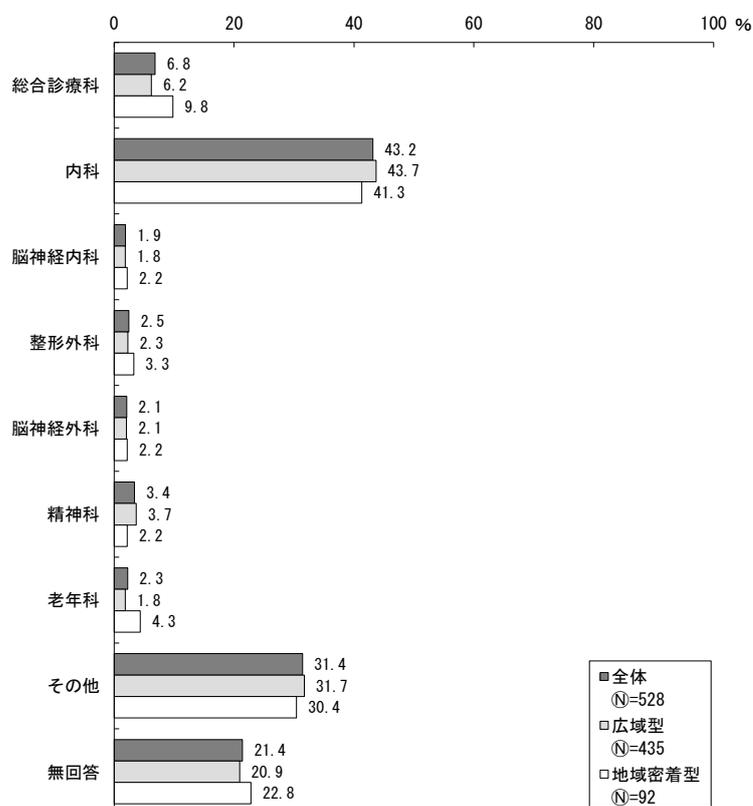
図表 診療科(複数回答)



4) 保有資格 [Q4]

保有する専門資格は、「内科」が最も多く43.2%で、次いで「その他」が31.4%と続いた。

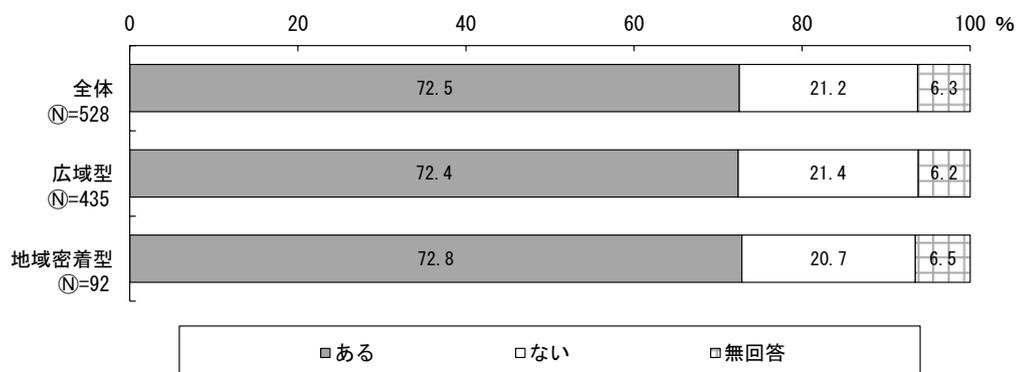
図表 保有する(していた)専門資格(複数回答)



5) 訪問診療の経験 [Q5]

訪問診療の経験は、「ある」が72.5%、「ない」が21.2%であった。

図表 訪問医療の経験

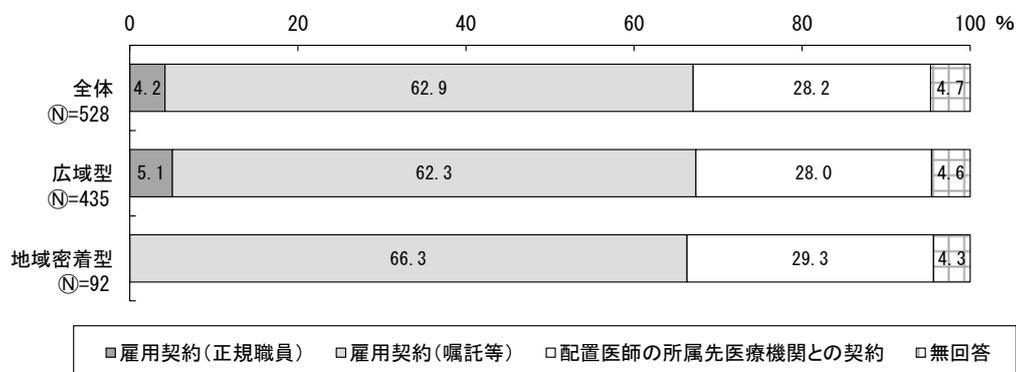


2. 配置医師と勤務する特別養護老人ホームの雇用関係

1) 契約形態 [Q6]

雇用されている特別養護老人ホームでの契約形態は、「雇用契約(正規職員)」が4.2%、「雇用契約(嘱託等)」が62.9%、「配置医師の所属先医療機関との契約」が28.2%であり、「雇用契約(嘱託等)」が7割弱を占めた。

図表 契約形態



2)1か月の勤務日数・勤務時間〔Q7〕

(1)契約上の勤務日数・勤務時間

契約上の勤務回数・時間数の形態は、「1か月あたり 日数」が最も多く 30.8%、次いで「1週間あたり 時間数」が 28.3%と続いた。

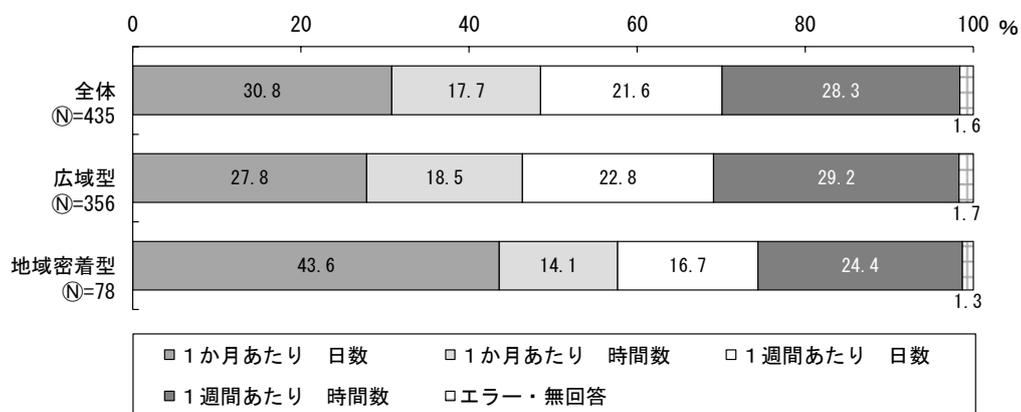
1か月あたりの日数で契約しているケースの回数をみると、「4～7回」が最も多く 40.3%であり、平均日数は 5.7 日であった。

1か月あたりの時間数で契約しているケースの時間数をみると、「8～16 時間未満」が最も多く 44.2%であり、平均時間数は 20.1 時間であった。

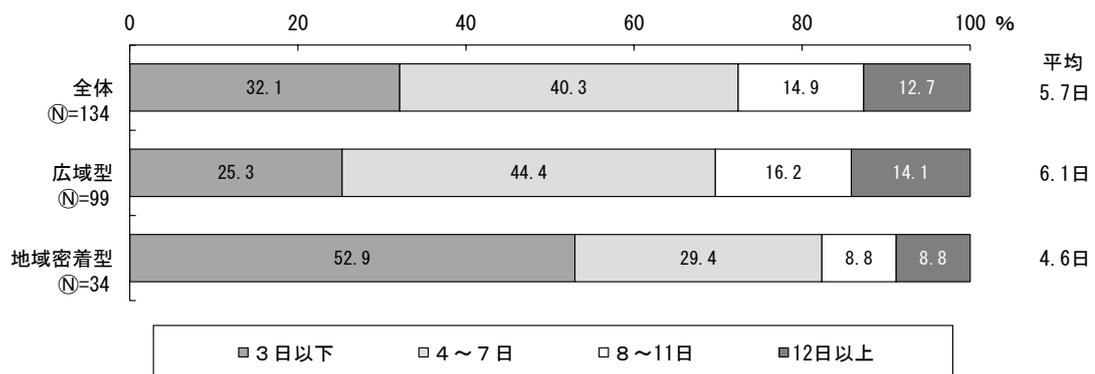
1週間あたりの日数で契約しているケースの回数をみると、「1日」が最も多く 51.1%であり、平均日数は 1.7 日であった。

1週間あたりの時間数で契約しているケースの時間数をみると、「2～4時間未満」が最も多く 52.0%であり、平均時間数は 4.8 時間であった。

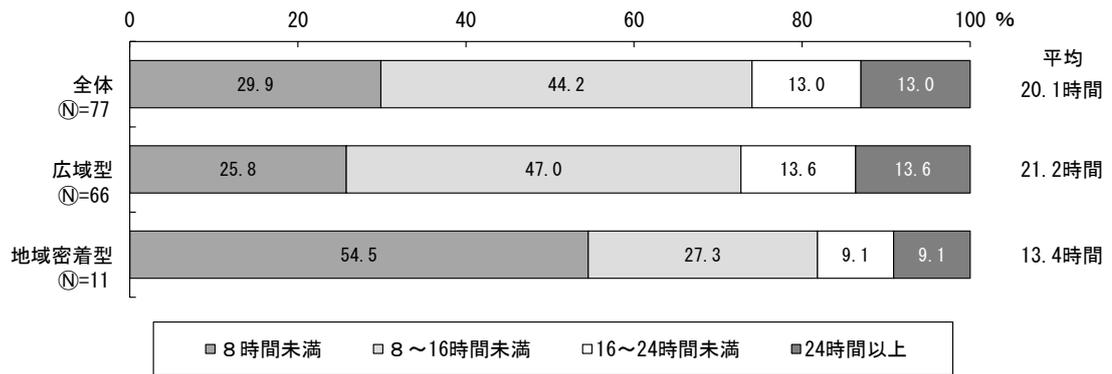
図表 契約上の勤務回数・時間数の形態(「回・時間数無回答」、「その他」、「無回答」は除く)



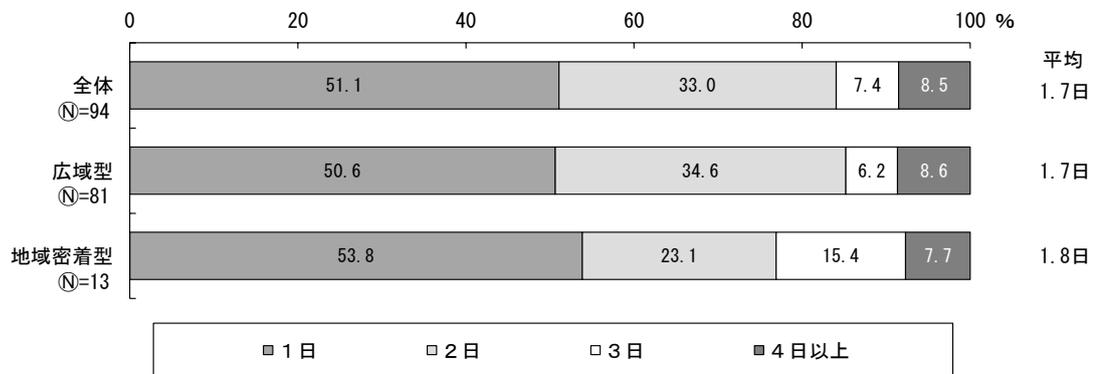
図表 契約上健康管理等の責任を持つ日数・時間—1か月あたり(日数)



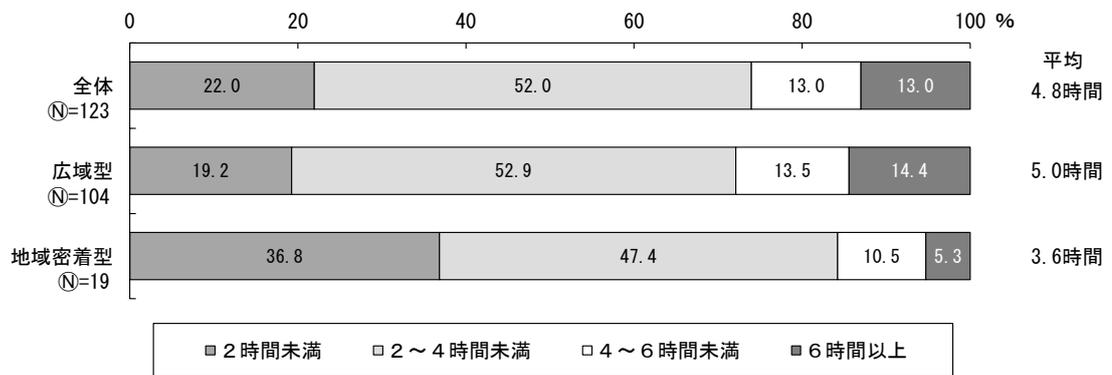
図表 契約上健康管理等の責任を持つ日数・時間－1か月あたり(時間)



図表 契約上健康管理等の責任を持つ日数・時間－1週間(日数)



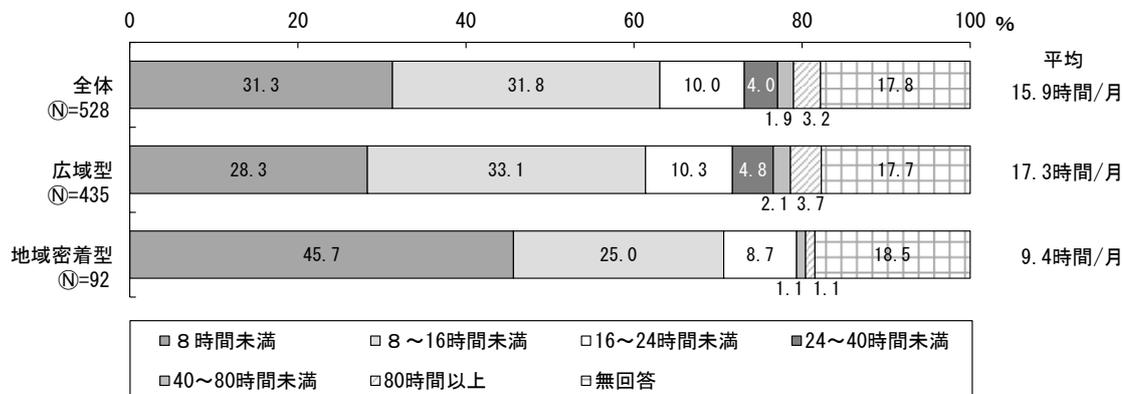
図表 契約上健康管理等の責任を持つ日数・時間－1週間(時間)



(2)9月1か月の勤務時間

9月1か月の勤務時間は、日数をみると、「8～16時間未満」が最も多く31.8%で、次いで「8時間未満」が31.3%と続いた。月平均は15.9時間であった。

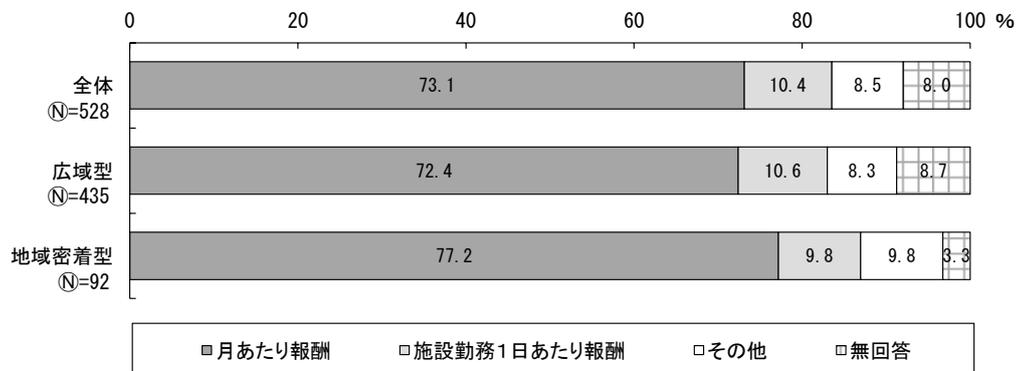
図表 実際に施設内で勤務した時間(2022年9月の実績)



3)契約上の報酬体系【Q8】

契約上の報酬体系は、「月あたり報酬」が73.1%、「施設勤務1日あたり報酬」が10.4%、「その他」が8.5%で、月あたりの報酬体系が7割を占めた。

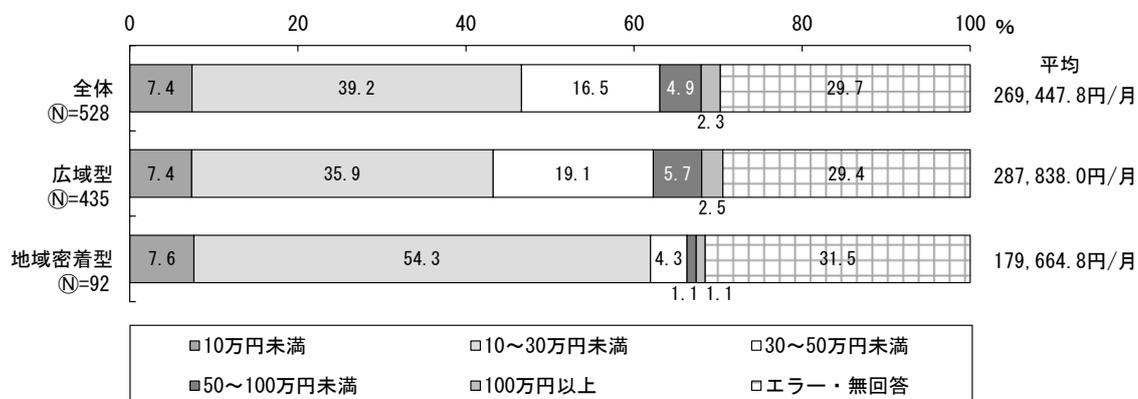
図表 契約上の報酬体系



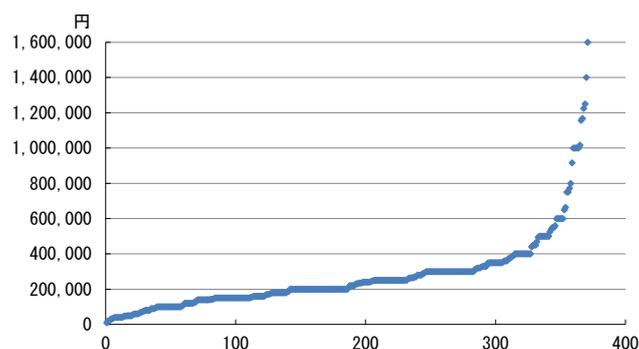
4) 1か月の報酬額 [Q9]

2022年9月1か月の報酬額は、「10～30万円未満」が最も多く39.2%、次いで「30～50万円未満」が16.5%と続いた。

図表 1か月の報酬(2022年9月の実績)



図表 1か月の報酬(2022年9月の実績)額分布

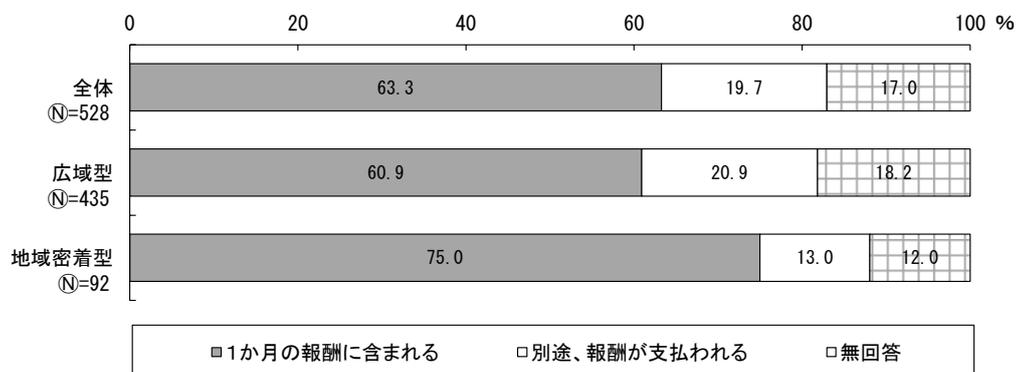


5) 駆けつけ対応の報酬 [Q10]

(1) 報酬体系

駆けつけ対応の報酬体系は、「1か月の報酬に含まれる」が63.3%、「別途、報酬が支払われる」が19.7%であった。

図表 駆けつけ対応の報酬

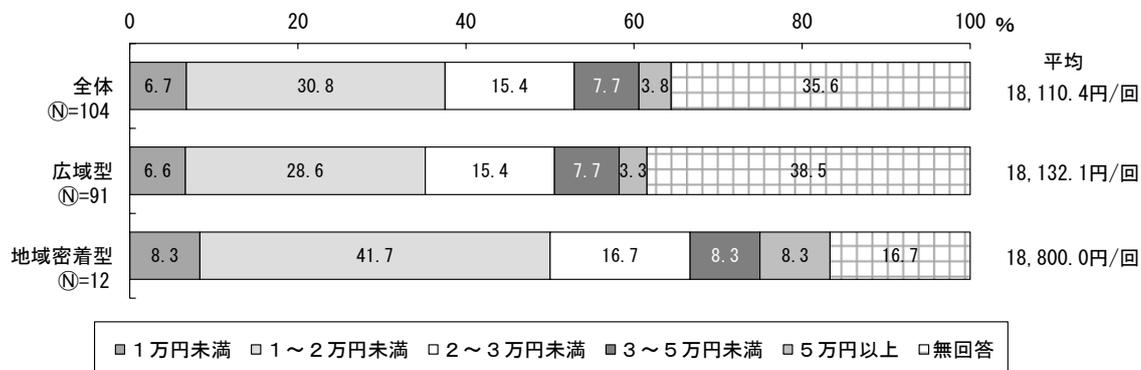


(2) 報酬金額

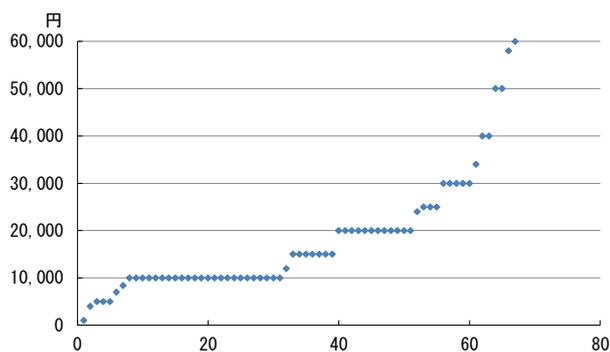
駆けつけ対応の報酬が基本契約とは別に支払われる場合、その1回あたりの金額は、「1～2万円未満」が最も多く30.8%、次いで「2～3万円未満」が15.4%と続いた。

図表 駆けつけ1回あたりの報酬額

(駆けつけ対応の報酬が基本報酬と別に支払われる配置医師のみ)



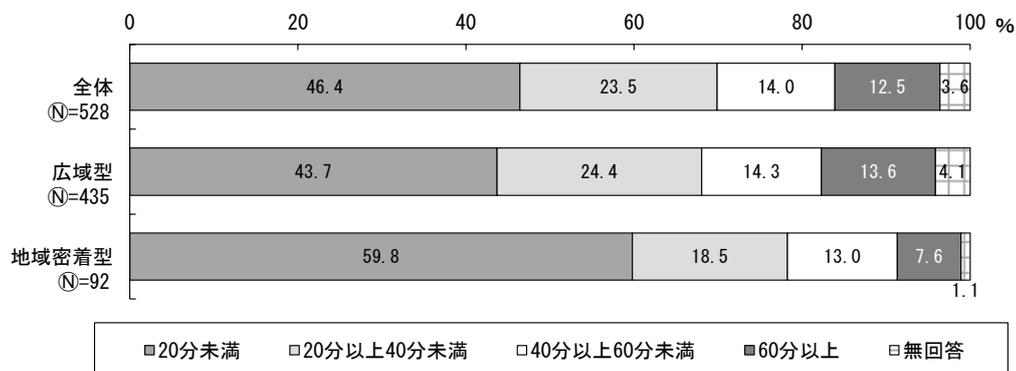
図表 駆けつけ1回あたりの報酬額分布



6) 自宅からの通勤時間(片道) [Q11]

自宅からの通勤時間(片道)は、「20分未満」が最も多く46.4%、次いで「20分以上40分未満」が23.5%と続いた。

図表 自宅からの通勤時間(片道)

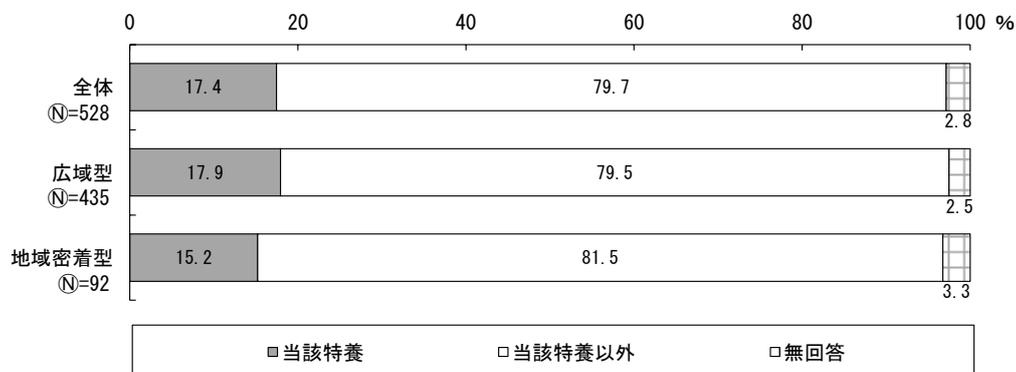


3. 特別養護老人ホーム以外の勤務先

1) 主たる勤務先【Q12】

主たる勤務先は、「当該特養」が17.4%、「当該特養以外」が79.7%であり、およそ8割の配置医師は主たる勤務先が特養以外であった。

図表 主たる勤務先

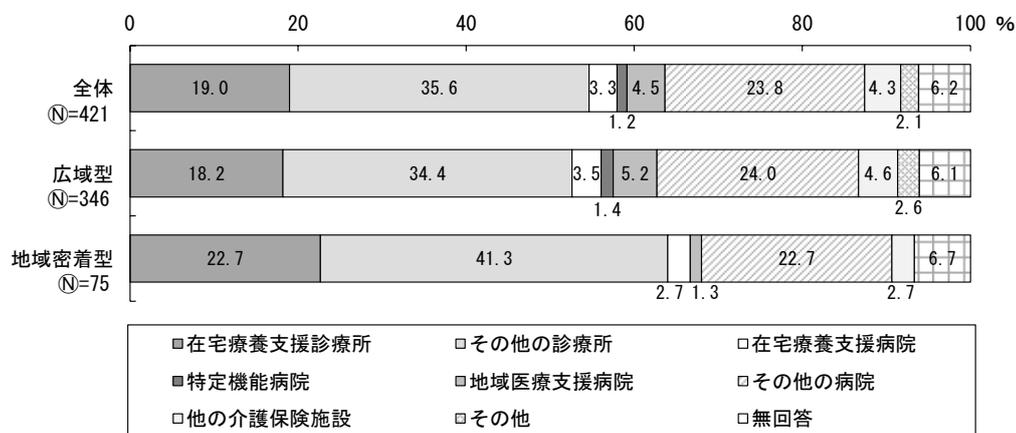


(1) 主たる勤務先の種別【SQ1】

主たる勤務先が特養以外である場合、その勤務先は、「その他の診療所」が最も多く 35.6%、次いで「その他の病院」が 23.8%と続いた。

図表 勤務先の種別

(Q12 で主たる勤務先を「当該特養以外」と回答した配置医師のみ)

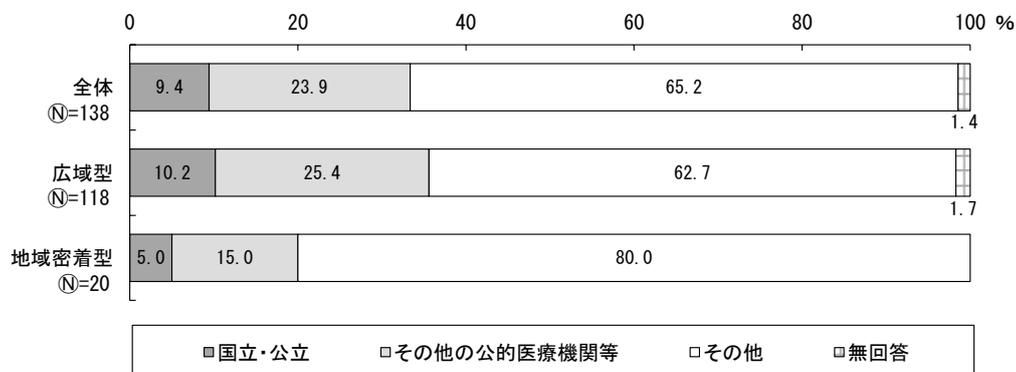


① 主たる勤務先の開設主体【SQ1-1】

主たる勤務先が病院である場合、病院の開設主体は、「国立・公立」が 9.4%、「その他の公的医療機関等」が 23.9%、「その他」が 65.2%であった。

図表 病院開設主体

(SQ1 で、「在宅療養支援病院」、「特定機能病院」、「地域医療支援病院」「その他の病院」と回答した配置医師のみ)

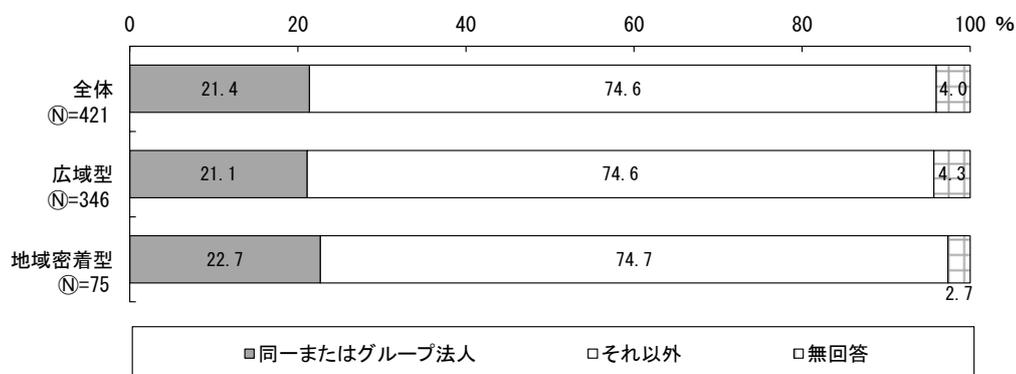


(2) 主たる勤務先と特養との関係【SQ2】

主たる勤務先が特養以外である場合、その勤務先と特養の関係は、「同一またはグループ法人」が 21.4%、「それ以外」が 74.6%であった。

図表 当該特養との関係

(Q12 で主たる勤務先を「当該特養以外」と回答した配置医師のみ)

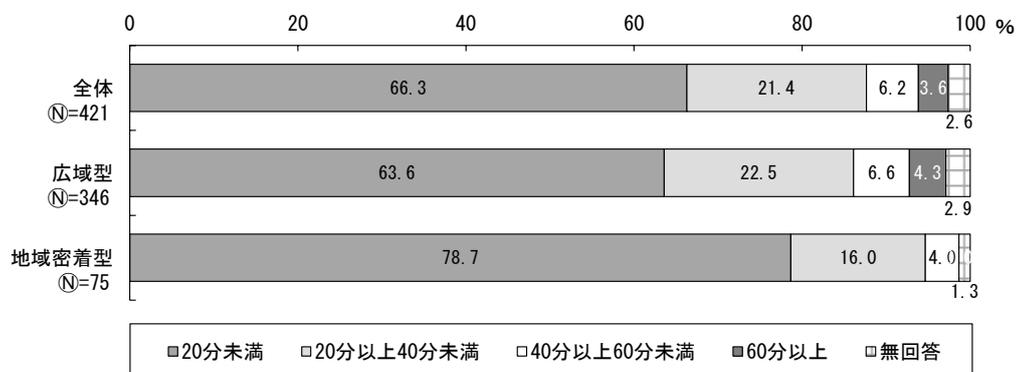


(3) 主たる勤務先から特養までのアクセス時間(片道) [SQ3]

主たる勤務先が特養以外である場合、その勤務先から特養までのアクセス時間(片道)は、「20分未満」が最も多く66.3%、次いで「20分以上40分未満」が21.4%と続いた。

図表 主たる勤務先から特養までのアクセス時間(片道)

(Q12で主たる勤務先を「当該特養以外」と回答した配置医師のみ)



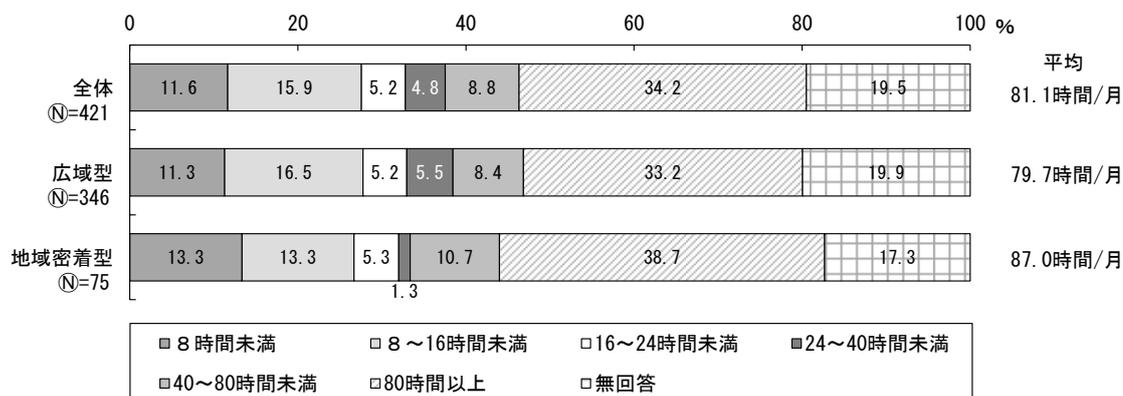
(4) 主たる勤務先での勤務時間

① 主たる勤務先での1か月の勤務時間 [SQ4]

主たる勤務先が特養以外である場合、その勤務先での2022年9月1か月の勤務時間は、「80時間以上」が最も多く34.2%、次いで「8~16時間未満」が15.9%と続き、二極化している様子が見られる。

図表 主たる勤務先での1か月の勤務時間(2022年9月の実績、残業を含む)

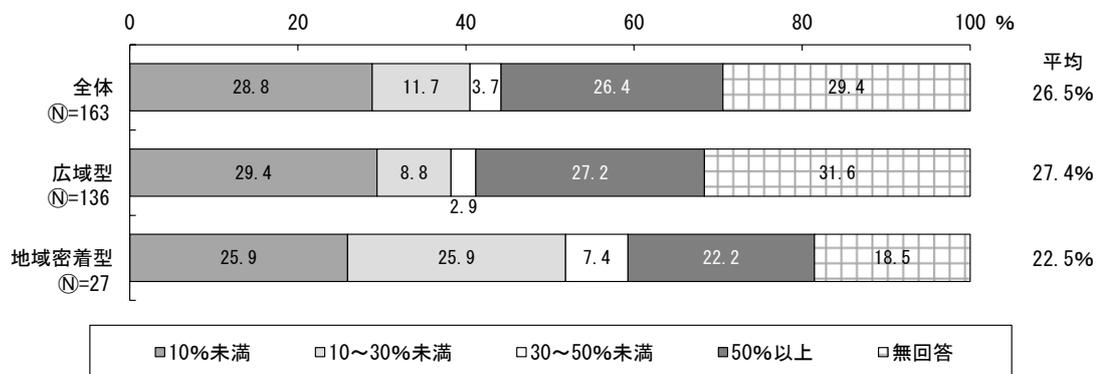
(Q12で主たる勤務先を「当該特養以外」と回答した配置医師のみ)



② 特養の勤務時間が総勤務時間に占める割合 [Q7②, SQ4]

主たる勤務先が特養以外である配置医師で、勤務先が主たる勤務先と特養の2つである場合、特養における勤務時間の総勤務時間における割合は、「10%未満」が最も多く 28.8%、次いで「50%以上」が 26.4%と続き、二極化している様子がうかがわれる。

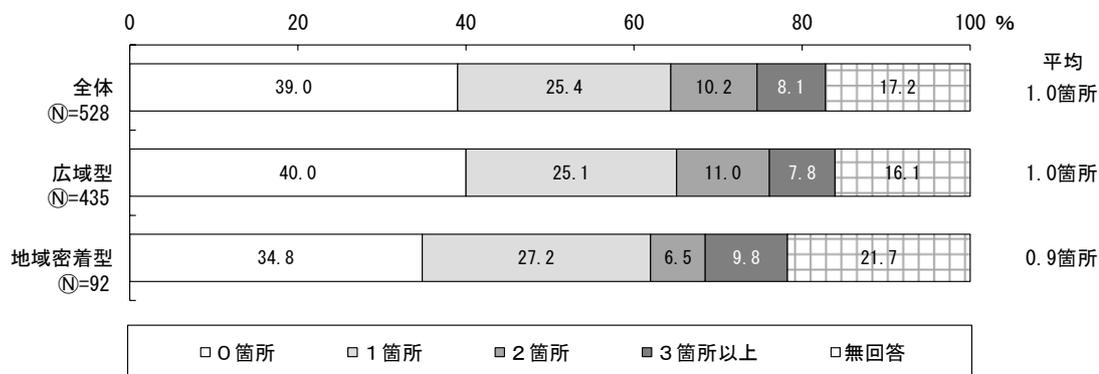
図表 勤務時間における特養の勤務の占める割合



2) 特養・主たる勤務先以外の勤務先数 [Q13]

特養・主たる勤務先以外の勤務先数は、「0箇所」が最も多く 39.0%、次いで「1箇所」が 25.4%と続いた。

図表 特養・主たる勤務先以外の勤務先数



4. 配置医師としての考え方・担っている役割等

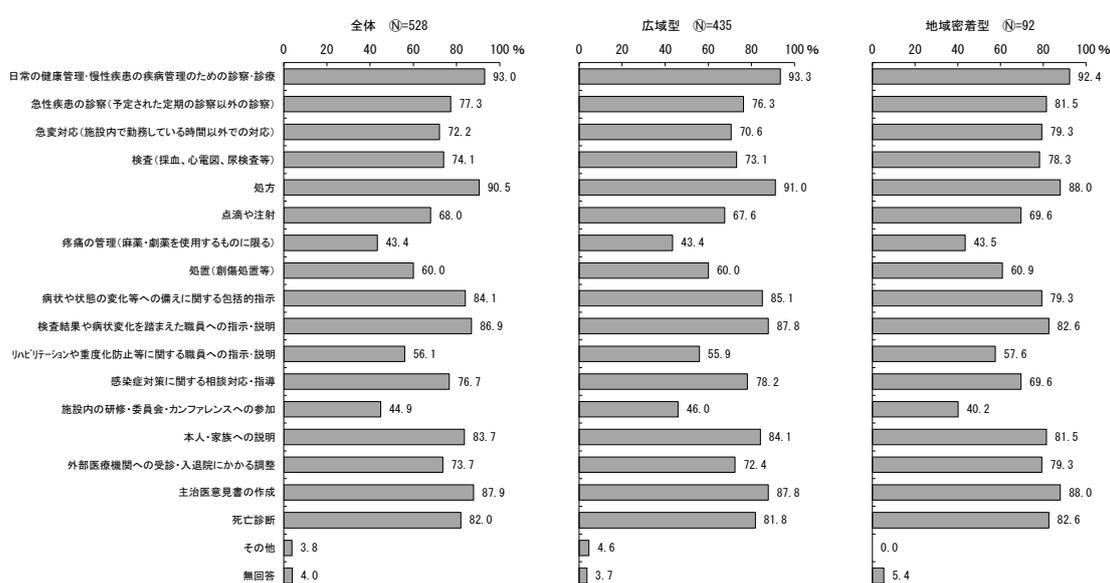
1) 配置医師としての役割【Q14(1)(2)(3)】

配置医師が実際に果たしている役割は、「日常の健康管理・慢性疾患の疾病管理のための診察・診療」が最も多く93.0%、次いで「処方」が90.5%と続いた。

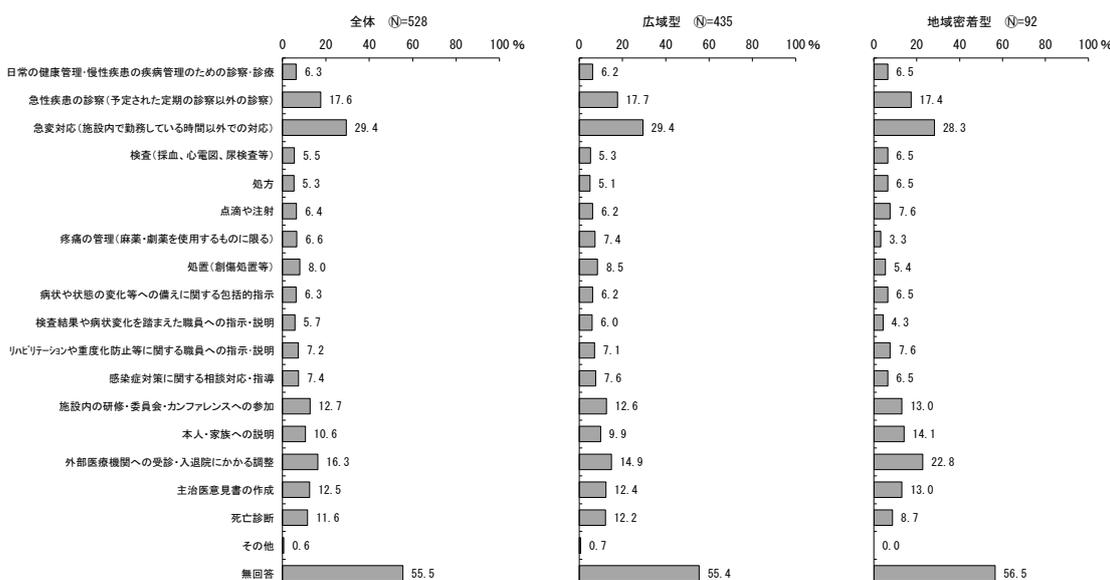
配置医師が実際に果たしている役割のうち負担に感じる役割は、「急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)」が最も多く29.4%、次いで「急性疾患の診察(予定された定期の診察以外の診察)」が17.6%と続いた。

配置医師が担うべきと考える役割は、「日常の健康管理・慢性疾患の疾病管理のための診察・診療」が最も多く55.5%、次いで「検査結果や病状変化を踏まえた職員への指示・説明」が50.8%、「処方」が50.6%、「主治医意見書の作成」が50.0%と続いた。

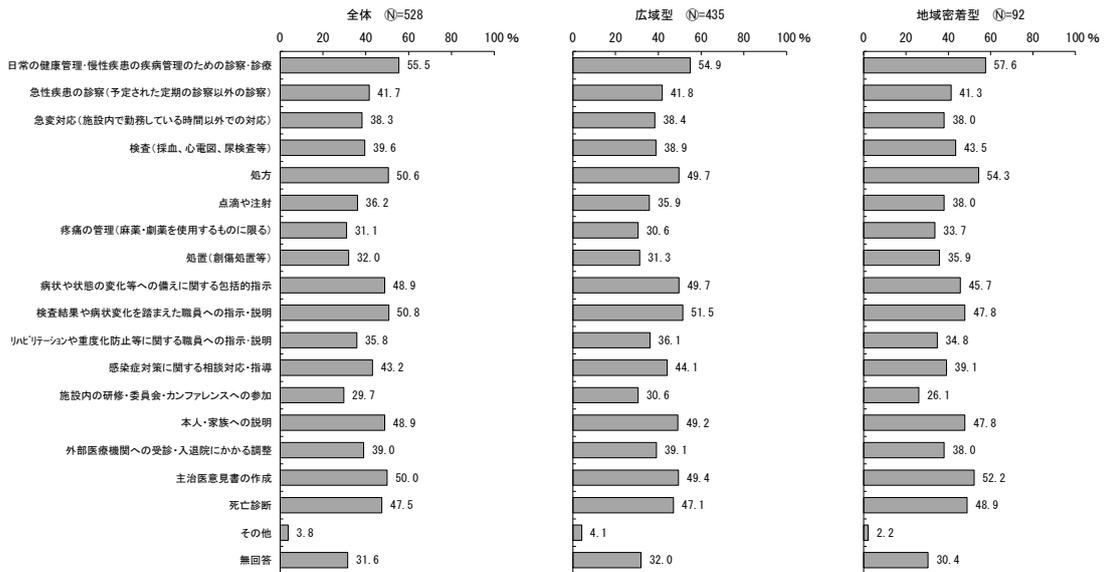
図表 実際に果たしている役割(複数回答)



図表 実際に果たしている役割のうち負担に感じる役割(複数回答)



図表 配置医師が担うべきと考える役割(複数回答)

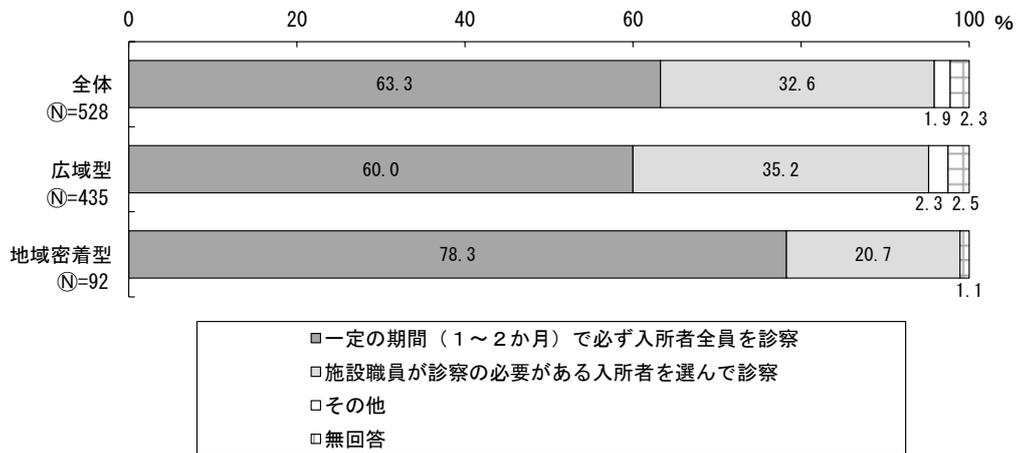


2) 施設内で行う診察

(1) 診療の対象 [Q15]

施設内で行う診療の対象は、「一定の期間(1~2か月)で必ず入所者全員を診察」が63.3%、「施設職員が診察の必要がある入所者を選んで診察」が32.6%、「その他」が1.9%であった。

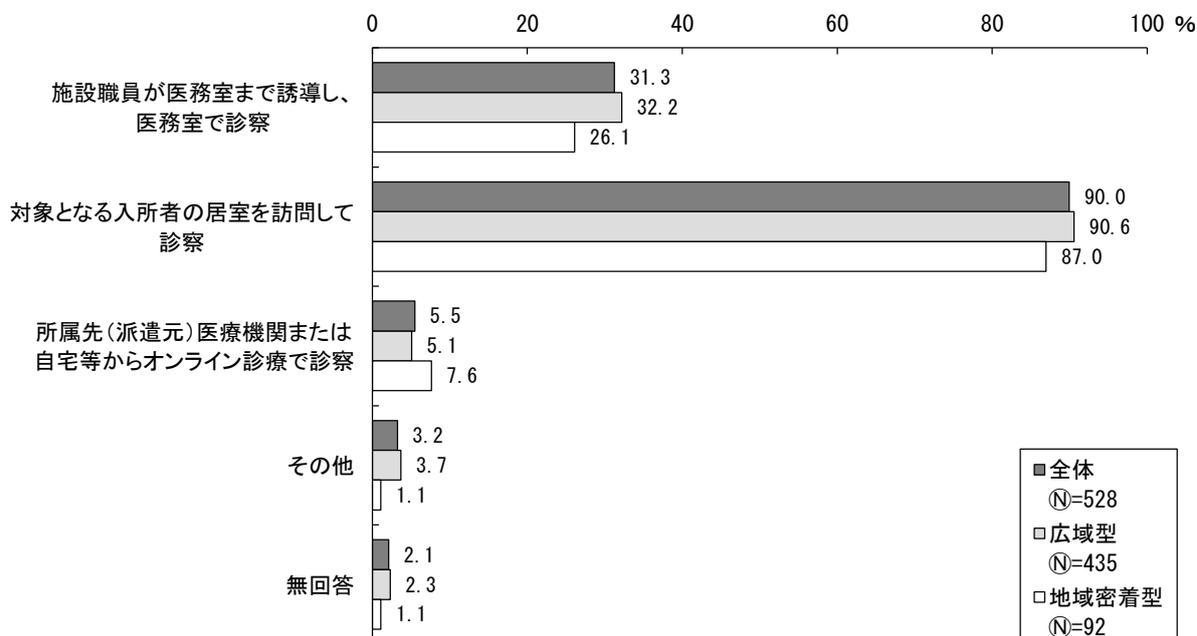
図表 施設内で行う診察の対象



(2) 診療の方法【Q16】

施設内で行う診療の方法は、「対象となる入所者の居室を訪問して診察」が最も多く 90.0%、次いで「施設職員が医務室まで誘導し、医務室で診察」が 31.3%と続いた。

図表 施設内で行う診察の方法(複数回答)



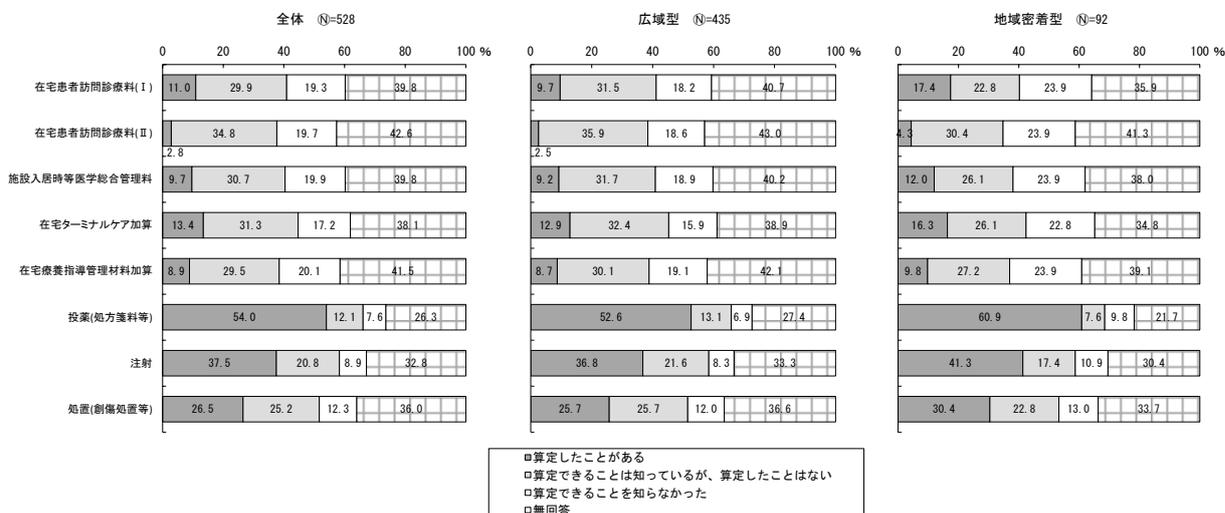
3) 配置医師が特養入所者に対し算定できる診療報酬【Q17】

(1) これまでの算定状況

配置医師が特養入所者に対して算定できる診療報酬のこれまでの算定状況をみると、「投薬(処方箋料等)」が「算定したことがある」が最も多く 54.0%で、最も算定されていない診療報酬は「在宅患者訪問診療料(Ⅱ)」で 2.8%であった。

最も「算定できることを知らなかった」が多かった診療報酬は、「在宅療養指導管理材料加算」で 20.1%であった。

図表 配置医師が特養入所者に対し算定できる診療報酬の算定状況

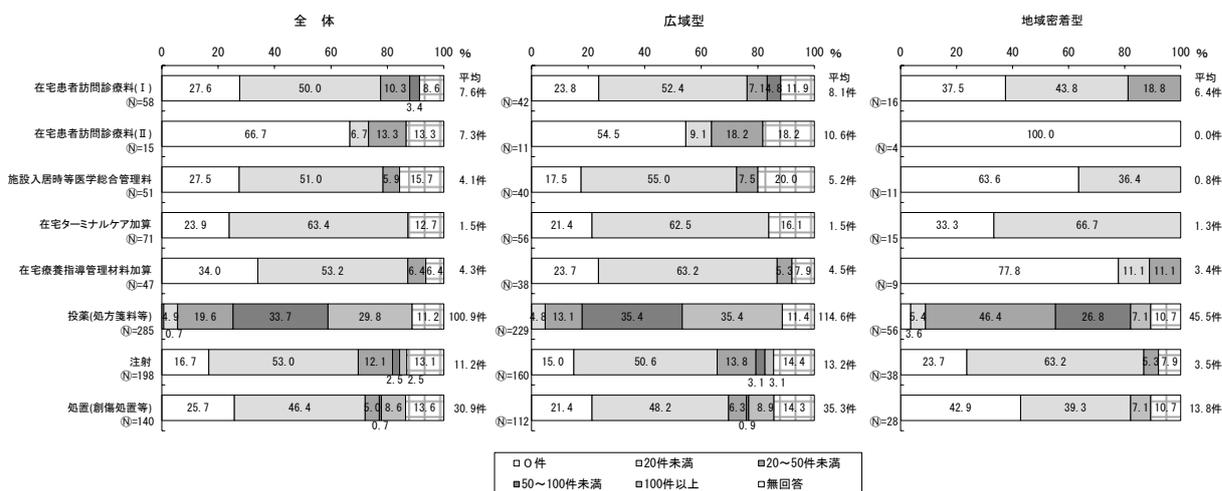


(2)2022 年9月の算定状況

配置医師が特養入所者に対して 2022 年9月に算定した診療報酬をみると、「投薬(処方箋料等)」が最も多く算定されており、月平均 100.9 件の算定、次いで「処置(創傷処置等)」で、月平均 30.9 件の算定と続いた。

最も算定されていない診療報酬は「在宅ターミナルケア加算」で、月平均 1.5 件の算定であった。

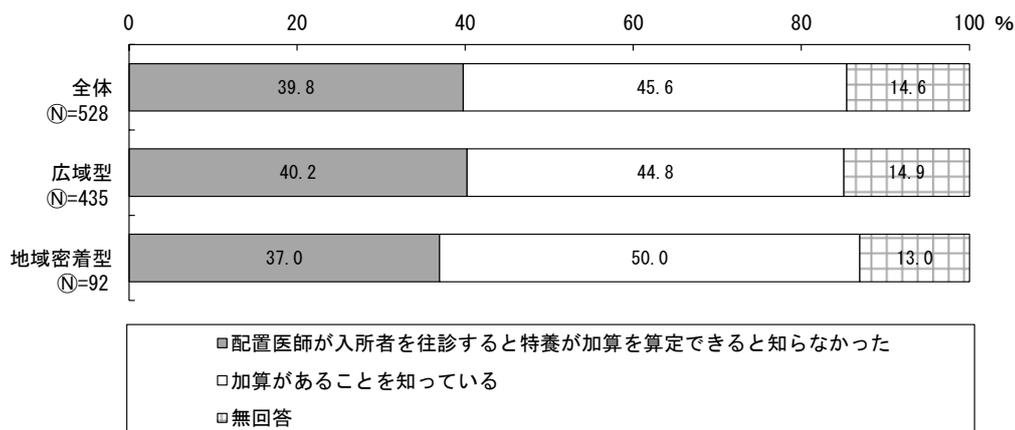
図表 2022 年9月の算定件数
(「算定したことがある」と回答した配置医師のみ)



4) 配置医師緊急時対応加算の認知状況 [Q18]

配置医師緊急時対応加算の認知状況は、「配置医師が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」が 39.8%、「加算があることを知っている」が 45.6%であり、およそ4割の配置医師が、特養が配置医師緊急時対応加算を算定できることを知らなかった。

図表 配置医師緊急時対応加算の認知状況

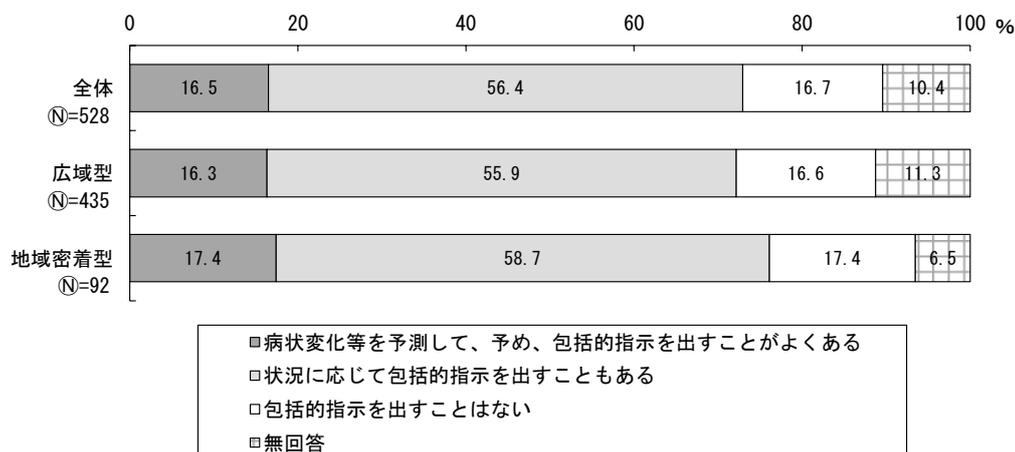


5) 包括的指示の活用

(1) 活用状況【Q19】

包括的指示の活用状況は、「病状変化等を予測して、予め、包括的指示を出すことがよくある」が16.5%、「状況に応じて包括的指示を出すこともある」が56.4%、「包括的指示を出すことはない」が16.7%であり、およそ7割の配置医師が、包括的指示を活用していた。

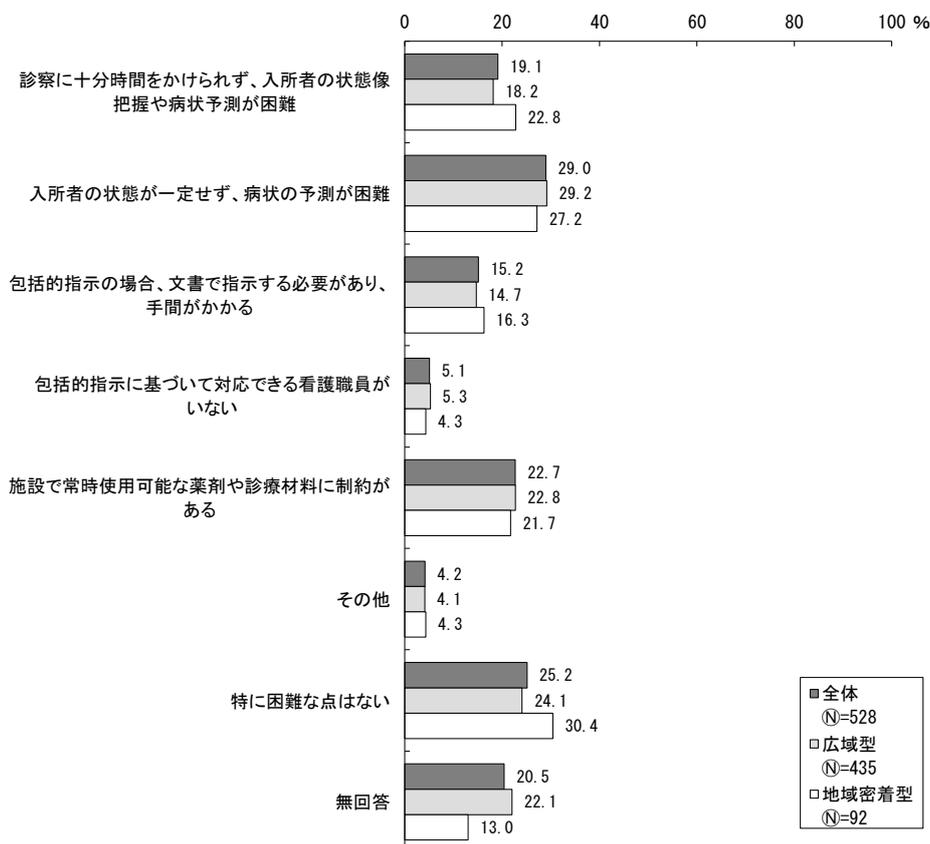
図表 包括的指示の活用状況



(2) 事前に包括的指示を出すことが困難な理由【Q20】

事前に包括的指示を出すことが困難な理由は、「入所者の状態が一定せず、病状の予測が困難」が最も多く29.0%であった。「特に困難な点はない」は25.2%であり、およそ4人のうち3人の配置医師は、包括的指示を出すことに何らかの困難があると回答した。

図表 事前に包括的指示を出すことが困難な理由(複数回答)



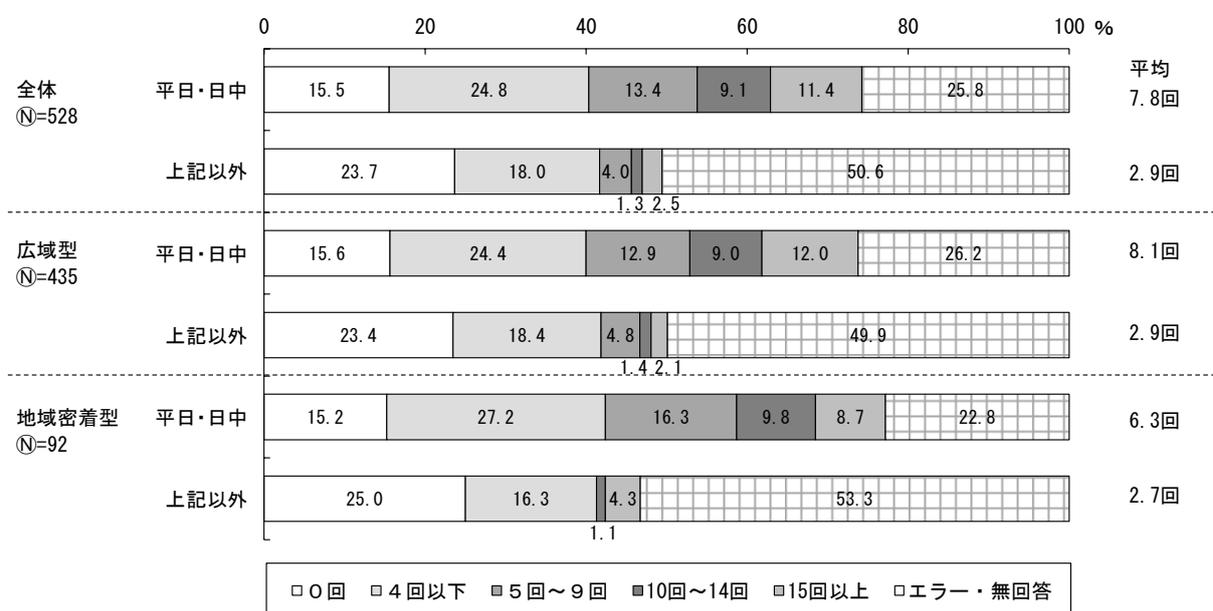
6)施設での勤務時間以外の対応回数(2022年9月の実績)【Q21】

(1)勤務時間以外の電話対応(2022年9月の実績)

2022年9月の勤務時間以外での電話対応の状況をみると、平日・日中に1回以上の電話対応を行った配置医師は58.7%（「4回以下」24.8%、「5回～9回」13.4%、「10回～14回」9.1%、「15回以上」11.4%の合計）で、過半数の配置医師が勤務時間以外の平日・日中に電話対応を行っていたが、「15回以上」が11.4%であった一方、「0回」が15.5%と、配置医師によって対応が二極化していることがうかがわれる。月平均対応回数は7.8回であった。

上記以外(夜間・深夜もしくは土日)に1回以上の電話対応を行った配置医師は25.8%（「4回以下」18.0%、「5回～9回」4.0%、「10回～14回」1.3%、「15回以上」2.5%の合計）で、4人に1人の配置医師は、勤務時間以外の夜間・深夜もしくは土日に電話対応を行っていた。月平均対応回数は2.9回であった。

図表 施設での勤務時間以外の対応回数(2022年9月の実績)－電話対応

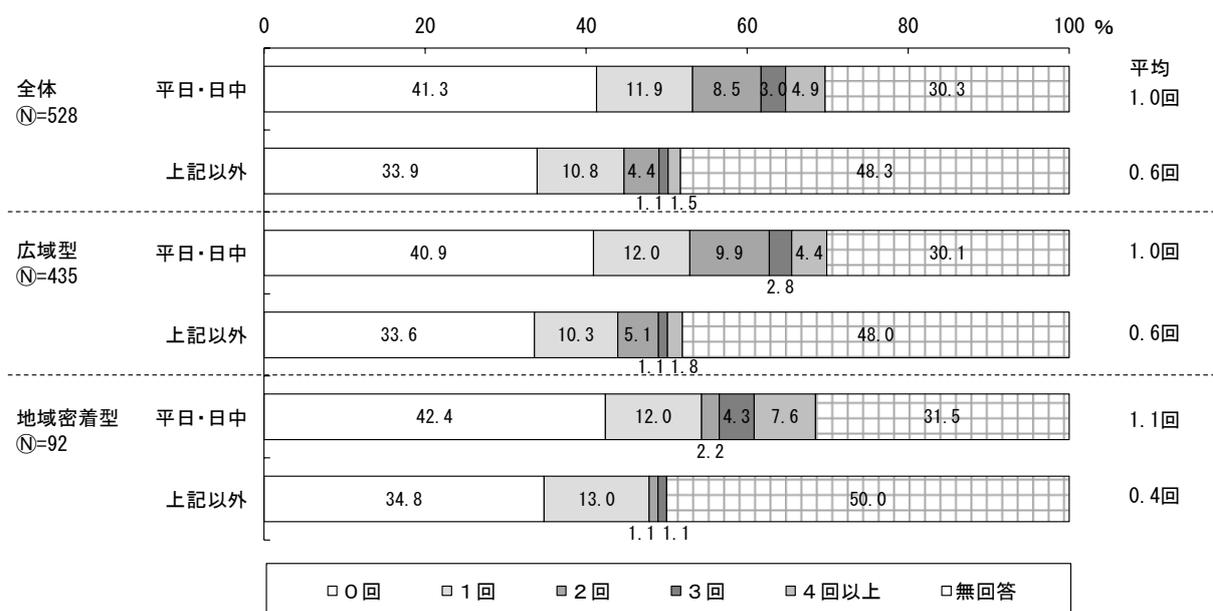


(2)勤務時間以外の駆けつけ対応(2022年9月の実績)

2022年9月の勤務時間以外での駆けつけ対応の状況を見ると、平日・日中に1回以上の駆けつけ対応を行った配置医師は28.3%（「1回」11.9%、「2回」8.5%、「10回～14回」3.0%、「15回以上」4.9%の合計）で、およそ4人に1人の配置医師は、勤務時間以外の平日・日中に駆けつけ対応を行っていた。月平均対応回数は1.0回であった。

上記以外(夜間・深夜もしくは土日)に1回以上の駆けつけ対応を行った配置医師は17.8%（「4回以下」10.8%、「5回～9回」4.4%、「10回～14回」1.1%、「15回以上」1.5%の合計）で、およそ5人に1人の配置医師は、勤務時間以外の夜間・深夜もしくは土日に駆けつけ対応を行っていた。月平均対応回数は0.6回であった。

図表 施設での勤務時間以外の対応回数(2022年9月の実績)－駆けつけ対応

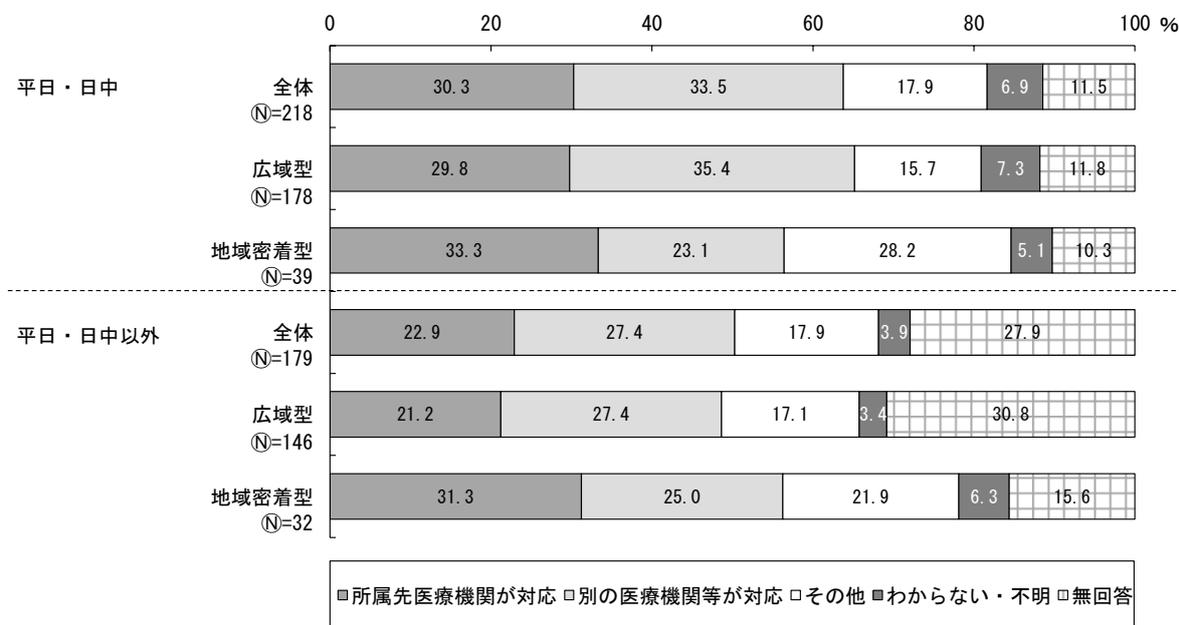


(3) 駆けつけ対応が0(ゼロ)の場合の対応方法 [SQ5]

2022年9月に駆けつけ対応件数が0回であった配置医師に、急変等の対応をうかがったところ、「別の医療機関等が対応」が33.5%と最も多く、次いで「所属先医療機関が対応」が30.3%と続いた。

図表 駆けつけ対応が0の場合の対応方法

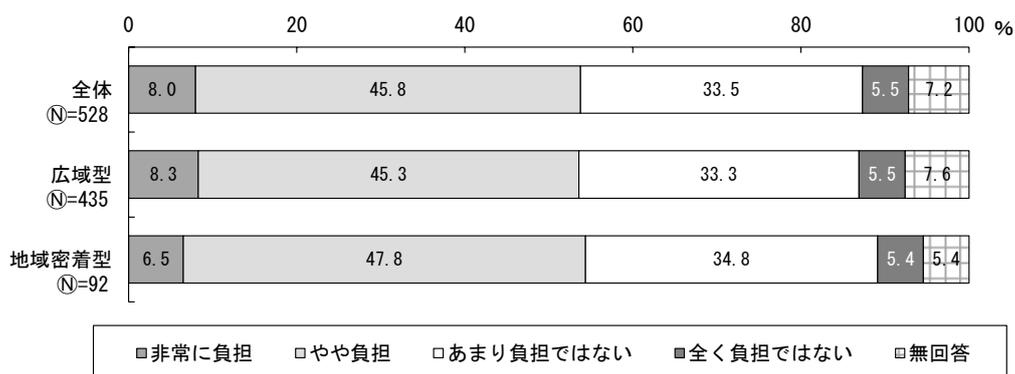
(Q21の(2)の平日日中・左記以外がどちらも0回であった配置医師のみ)



7) 配置医師業務の負担感 [Q22]

配置医師業務の負担感は、「負担である」が53.8%（「非常に負担」8.0%、「やや負担」45.8%の合計）と、過半数の配置医師が負担であると感じていた。一方、「負担ではない」が39.0%（「あまり負担ではない」33.5%、「全く負担ではない」5.5%の合計）であった。

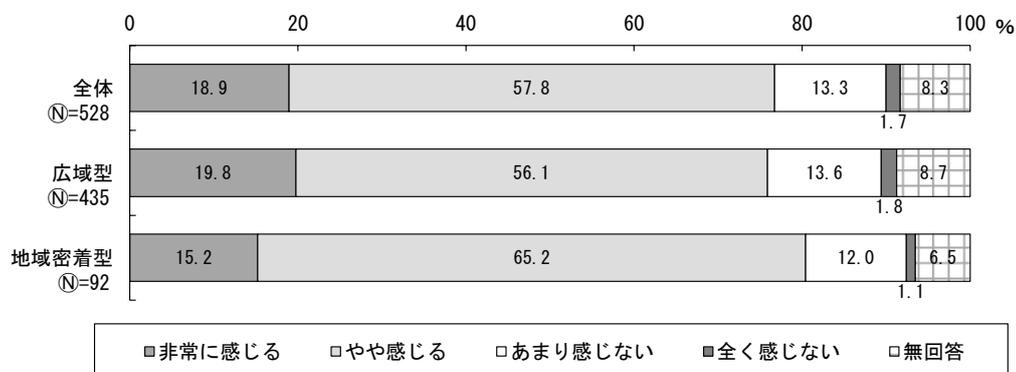
図表 配置医師業務の負担感



8) 配置医師としてのやりがい [Q23]

配置医師としてのやりがいは、「感じる」が76.7%（「非常に感じる」18.9%、「やや感じる」57.8%の合計）と、およそ7割強の配置医師がやりがいを感じていた。一方、「感じない」が15.0%（「あまり感じない」13.3%、「全く感じない」1.7%の合計）であった。

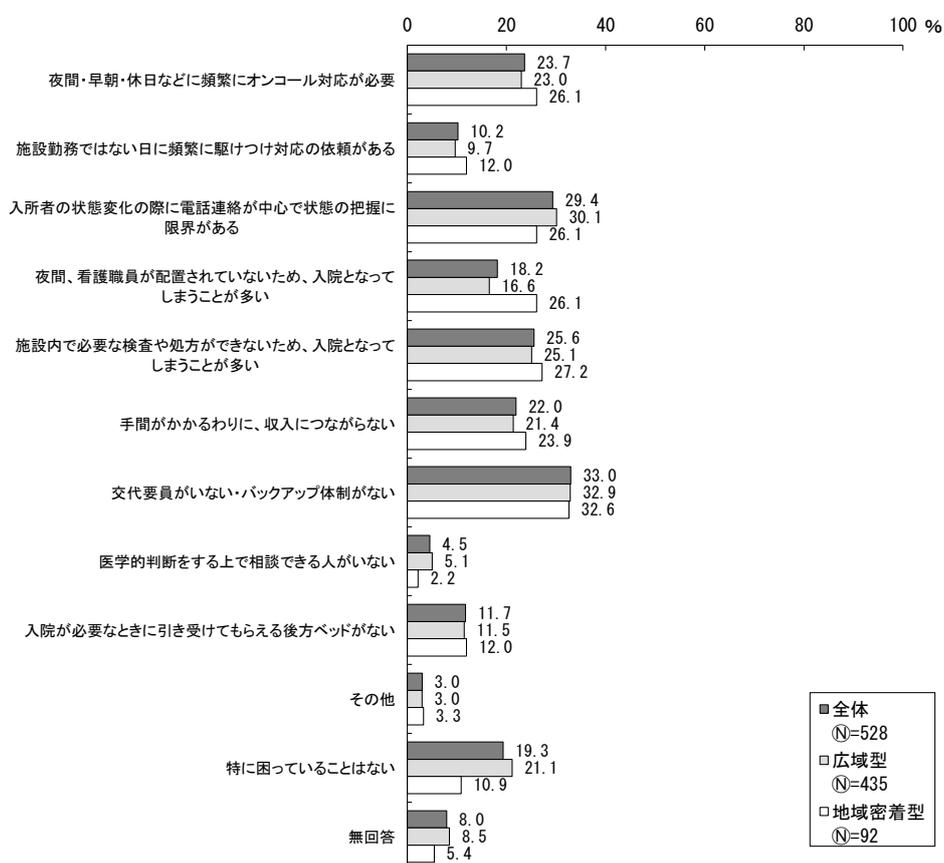
図表 配置医師としてのやりがい



9) 配置医師の業務を行う上での困りごと [Q24]

配置医師の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」が最も多く33.0%、次いで「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29.4%と続いた。

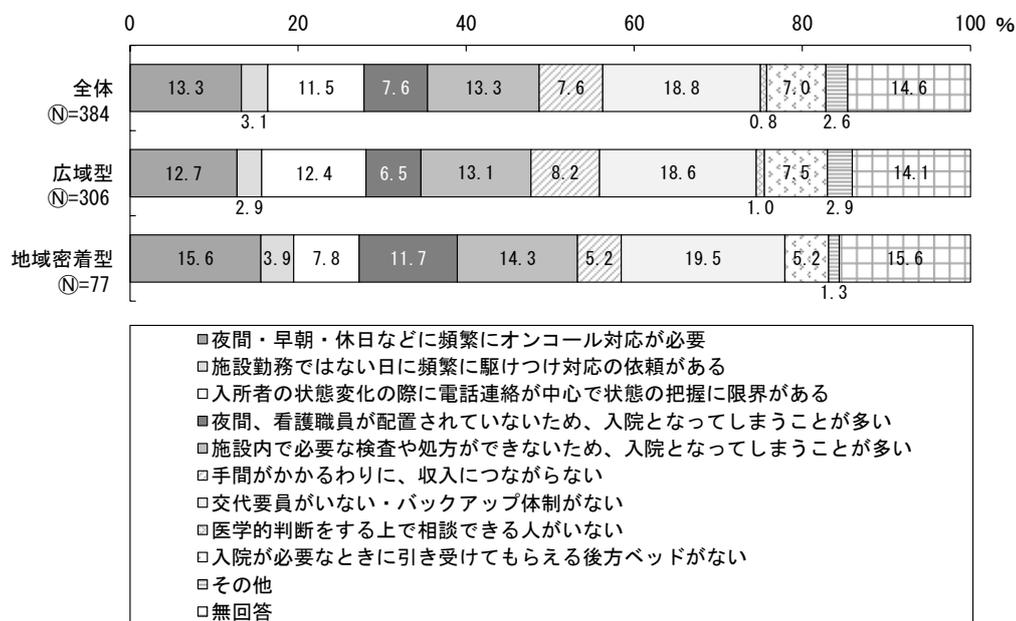
図表 配置医師の業務を行う上での困りごと(複数回答)



(1)最も困っていること【SQ6】

配置医師の業務を行う上での困りごとのうち、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」が最も多く 18.8%、次いで「夜間・早朝・休日などに頻繁にオンコール対応が必要」および「施設内で必要な検査や処方ができないため、入院となってしまうことが多い」が 13.3%と続いた。

図表 上記のうち最も困っていること



5. 配置医師の電話対応・駆けつけ対応に関するクロス集計結果

配置医師の電話対応・駆けつけ対応の実施状況について、どのような施設属性や配置医師の属性等によって違いが見られるかを確認するため、以下の項目を集計の軸（目的変数）としたクロス集計を行った。

●配置医師が実際に果たしている役割<急変対応（施設内で勤務している時間以外での対応）>（Q14）

- あり（実施している）
- なし（実施していない）

	全体	急変対応（施設内で勤務している時間以外での対応）	
		あり	なし
全 体	528 100.0	381 72.2	147 27.8

・配置医師が実際に果たしている役割のうち、急変対応（施設内で勤務している時間以外での対応）を挙げている配置医師は、72.2%であった（「なし」（急変対応を実施していない）は27.8%）。

1)施設および配置医師の特性【クロス集計 医1】

上記集計の軸（目的変数）について、以下の説明変数とのクロス集計を行った。集計の結果、下線を付した項目を中心に、各クロス集計項目にかかる割合と全体の割合を比べて特徴的であった項目が確認できた。なお、下線該当項目以外の項目については、本報告書には掲載していないが、別添の集計表に収録している。

※ クロス集計については、原則⑩数が50以上のものについてコメントしている。

【説明変数として設定した項目】

- ※ 以下、施設調査項目を（施）、配置医師調査項目を（医）と表記している。
- ※ 医療処置を要する入居者の割合による影響を受けている可能性がある項目には*を記載している。
 - ・施設属性
 - （施）常勤医師配置加算の算定有無（問2(4)）
 - （施）配置医師緊急時対応加算の算定有無（問2(5)）
 - ・利用者の状態像
 - *（施）入所者における要介護5の方の割合（問4(3)）
 - （施）医療処置を要する入所者の割合（⑬全医療処置）（問4(5)）
 - （施）医療処置を要する入所者の割合（⑭たん・胃ろう腸ろう・経経管栄養のみ）（問4(5)）
 - ・配置医師以外による診療状況
 - （施）訪問診療を受けた延べ利用回数(定員100人換算)（問7(1)）
 - （施）往診を受けた延べ利用回数(定員100人換算)（問7(2)）
 - （施）訪問看護を受けた延べ利用回数(定員100人換算)（問7(3)）
 - ・看護体制別
 - *（施）看護職員が必ず勤務している時間数（問3(4)）
 - （施）夜間の看護体制（問3(6)）
 - ・協力医療機関の緊急対応別
 - *協力医療機関との連携内容「緊急の場合の対応」
（「1 緊急の場合の対応（配置医師に代わりオンコール対応）」または「2 緊急の場合の対応（配置医師のオンコール対応を補助）」のいずれかを選択）（問9(4)）
 - ・配置医師の基礎属性
 - （医）年齢（Q2）
 - （医）診療科（Q3）
 - （医）訪問診療の経験（Q5）
 - ・配置医師と特養との雇用関係
 - （医）契約形態（Q6）
 - （医）9月1か月の勤務時間（時間数）（Q7）②
 - （医）自宅から特養への通勤時間（Q11）
 - ・配置医師の勤務先の状況
 - （医）主たる勤務先（Q12）
 - （医）勤務先の種別（Q12(1/SQ1)）
 - （医）主たる勤務先と特養との関係（Q12(2)）

- (医) 勤務時間における特養の勤務の占める割合 (Q12)
- (医) 勤務先から特養へのアクセス時間 (Q12(3))
- (医) 特養、主たる勤務先以外の勤務先数 (Q13)
- 配置医師の特養での勤務実態
 - (医) 施設内で行う診療の対象 (Q15)
 - (医) 包括的指示の活用状況 (Q19)
 - (医) 配置医師不在時(平日・日中以外)のオンコール対応の実施実績 (Q21)

(1) 診療科別 実際に果たしている役割-急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)
【Q3×Q14(1)】

配置医師が実際に果たしている役割<急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)>を診療科別に見ると、「内科以外」と回答している配置医師では、「あり」が60.9%、「なし」が39.1%であった。

**図表 診療科別
実際に果たしている役割-急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)**

		全体	急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)	
			あり	なし
全 体		528	381	147
		100.0	72.2	27.8
Q3 診療科	内科	458	73.8	26.2
	内科以外	64	60.9	39.1
	無回答	6	66.7	33.3

(2) 訪問診療の経験別 実際に果たしている役割-急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)
【Q5×Q14(1)】

配置医師が実際に果たしている役割<急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)>を訪問診療の経験別に見ると、「ない」と回答している配置医師では、「あり」が57.1%、「なし」が42.9%であった。

**図表 訪問診療の経験別
実際に果たしている役割-急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)**

		全体	急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)	
			あり	なし
全 体		528	381	147
		100.0	72.2	27.8
Q5 訪問診療の経験	ある	383	77.8	22.2
	ない	112	57.1	42.9
	無回答	33	57.6	42.4

(3) 自宅から特養への通勤時間別 実際に果たしている役割-急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)[Q11×Q14(1)]

配置医師が実際に果たしている役割<急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)>を自宅からの通勤時間(片道)別に見ると、「40分以上60分未満」と回答している配置医師では、「あり」が59.5%、「なし」が40.5%であった。また、「60分以上」と回答している配置医師では、「あり」が65.2%、「なし」が34.8%であった。

**図表 自宅からの通勤時間別
実際に果たしている役割-急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)**

		全体	急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)	
			あり	なし
全 体		528	381	147
		100.0	72.2	27.8
Q11	20分未満	245	80.4	19.6
自宅からの通勤時間	20分以上40分未満	124	73.4	26.6
	40分以上60分未満	74	59.5	40.5
	60分以上	66	65.2	34.8
	無回答	19	31.6	68.4

(4) 配置医師不在時(平日・日中以外)のオンコール対応の実施実績別 実際に果たしている役割-急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)[Q21×Q14(1)]

配置医師が実際に果たしている役割<急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)>を配置医師不在時(平日・日中以外)のオンコール対応の実施実績別に見ると、「0回」と回答している配置医師では、「あり」が60.3%、「なし」が39.7%であった。

**図表 配置医師不在時(平日・日中以外)のオンコール対応の実施実績別
実際に果たしている役割-急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)**

		全体	急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)	
			あり	なし
全 体		528	381	147
		100.0	72.2	27.8
Q21	0回	179	60.3	39.7
勤務時間以外の駆けつけ対応回数 (平日・日中以外)	1回	57	91.2	8.8
	2回	23	100.0	0.0
	3回	6	100.0	0.0
	4回以上	8	75.0	25.0
	無回答	255	72.9	27.1

6. 配置医師業務の負担感に関するクロス集計結果

1) 施設および配置医師の特性 [クロス集計 医 2-1]

配置医師が配置医師業務を負担に感じているかについて、施設の属性、および配置医師の属性等によって違いが見られるかを確認するため、以下の項目を集計の軸（目的変数）としたクロス集計を行った。

● 配置医師業務の負担感 (Q22)

- 負担（非常に負担+やや負担）
- 負担ではない（あまり負担でない+全く負担でない）

	全体	負担 (非常に負担+やや負担)	負担ではない (あまり負担でない+ 全く負担ではない)	無回答
全 体	528 100.0	284 53.8	206 39.0	38 7.2

- ・配置医師業務の負担感は、「負担である」が 53.8%（「非常に負担」8.0%、「やや負担」45.8%の合計）と、過半数の配置医師が負担であると感じていた。一方、「負担ではない」が 39.0%（「あまり負担ではない」33.5%、「全く負担ではない」5.5%の合計）であった。

上記集計の軸（目的変数）について、以下の説明変数とのクロス集計を行った。集計の結果、下線を付した項目を中心に、各クロス集計項目にかかる割合と全体の割合を比べて特徴的であった項目が確認できた。なお、下線該当項目以外の項目については、本報告書には掲載していないが、別添の集計表に収録している。

※ クロス集計については、原則⑩数が 50 以上のものについてコメントしている。

【説明変数として設定した項目】

- ※ 以下、施設調査項目を（施）、配置医師調査項目を（医）と表記している。
- ※ 医療処置を要する入居者の割合による影響を受けている可能性がある項目には*を記載している。
 - ・施設属性
 - （施）施設開設年月（問 1(2)）
 - （施）常勤医師配置加算の算定有無（問 2(4)）
 - （施）配置医師緊急時対応加算の算定有無（問 2(5)）
 - ・利用者の状態像
 - *（施）入所者における要介護 5 の方の割合（問 4(3)）
 - （施）医療処置を要する入所者の割合（⑬ 全医療処置）（問 4(5)）
 - （施）医療処置を要する入所者の割合（⑭ たん・胃ろう腸ろう・経経管栄養のみ）（問 4(5)）
 - ・配置医師以外による診療状況
 - （施）訪問診療を受けた延べ利用回数（定員 100 人換算）（問 7(1)）
 - （施）往診を受けた延べ利用回数（定員 100 人換算）（問 7(2)）
 - （施）訪問看護を受けた延べ利用回数（定員 100 人換算）（問 7(3)）
 - ・看護体制別
 - *（施）看護職員が必ず勤務している時間数（問 3(4)）
 - （施）夜間の看護体制（問 3(6)）
 - ・協力医療機関の緊急対応別
 - 協力医療機関との連携内容「緊急の場合の対応」
（「1 緊急の場合の対応（配置医師に代わりオンコール対応）」または「2 緊急の場合の対応（配置医師のオンコール対応を補助）」のいずれかを選択）（問 9(4)）
 - ・基礎属性
 - （医）年齢（Q2）
 - （医）診療科（Q3）
 - （医）訪問診療の経験（Q5）
 - ・特養との雇用関係
 - （医）契約形態（Q6）
 - （医）9月1か月の勤務時間（時間数）（Q7）②
 - （医）自宅からの通勤時間（Q11）
 - ・勤務先の状況
 - （医）主たる勤務先（Q12）
 - （医）勤務先の種別（Q12(1/SQ1)）
 - （医）主たる勤務先と特養との関係（Q12(2)）

- (医) 勤務時間における特養の勤務の占める割合 (Q12)
- (医) 勤務先からのアクセス時間 (Q12(3))
- (医) 特養、主たる勤務先以外の勤務先数 (Q13)
- 特養での勤務実態
 - (医) 施設内で行う診療の対象 (Q15)
 - (医) 包括的指示の活用状況 (Q19)
 - (医) 配置医師不在時(平日・日中以外)のオンコール対応の実施実績 (Q21)
- 配置医師業務での困りごと
 - (医) 配置医師票業務での困りごと-交代要員がない・バックアップ体制がない (Q24)

(1) 年齢別 配置医師業務の負担感 [Q2 × Q22]

配置医師業務の負担感を年齢別に見ると、「50歳未満」と回答している配置医師では、配置医師業務の負担感を「負担ではない(あまり負担ではない+全く負担ではない)」としている割合が、53.3%であった(「80歳以上」はN数が33のため参考値であるが、57.6%であった)。

図表 年齢別 配置医師業務の負担感

		全体	負担 (非常に負担+やや負担)	負担ではない (あまり負担ではない+全く負担ではない)	無回答
全 体		528	284	206	38
		100.0	53.8	39.0	7.2
Q2 年齢	50歳未満	60	41.7	53.3	5.0
	50歳～60歳未満	104	60.6	36.5	2.9
	60歳～70歳未満	135	57.8	38.5	3.7
	70歳～80歳未満	100	57.0	36.0	7.0
	80歳以上	33	36.4	57.6	6.1
	無回答	96	51.0	30.2	18.8

(2) 診療科別 配置医師業務の負担感 [Q3 × Q22]

配置医師業務の負担感を診療科別に見ると、「内科以外」と回答している配置医師では、配置医師業務の負担感を「負担ではない(あまり負担ではない+全く負担ではない)」としている割合が、51.6%であった。

図表 診療科別 配置医師業務の負担感

		全体	負担 (非常に負担+やや負担)	負担ではない (あまり負担ではない+全く負担ではない)	無回答
全 体		528	284	206	38
		100.0	53.8	39.0	7.2
Q3 診療科	内科	458	55.7	37.8	6.6
	内科以外	64	40.6	51.6	7.8
	無回答	6	50.0	0.0	50.0

(3) 訪問診療の経験有無別 配置医師業務の負担感〔Q5×Q22〕

配置医師業務の負担感を訪問診療の経験別に見ると、「ない」と回答している配置医師では、配置医師業務の負担感を「負担ではない(あまり負担ではない+全く負担ではない)」としている割合が、53.6%であった。

図表 訪問診療の経験別 配置医師業務の負担感

		全体	負担 (非常に負担+やや負担)	負担ではない (あまり負担ではない+全く負担ではない)	無回答
全 体		528	284	206	38
		100.0	53.8	39.0	7.2
Q5 訪問診療の経験	ある	383	59.3	36.0	4.7
	ない	112	41.1	53.6	5.4
	無回答	33	33.3	24.2	42.4

(4) 勤務先の種別 配置医師業務の負担感〔Q12(SQ1)×Q22〕

配置医師業務の負担感を勤務先の種別で見ると、「在宅療養支援病院」、「在宅療養支援診療所」と回答している配置医師では、配置医師業務の負担感を「負担(非常に負担+やや負担)」としている割合が、それぞれ64.3%、66.3%であった。

図表 勤務先の種別別 配置医師業務の負担感

		全体	負担 (非常に負担+やや負担)	負担ではない (あまり負担ではない+全く負担ではない)	無回答
全 体		528	284	206	38
		100.0	53.8	39.0	7.2
Q12SQ1 配置医師の所属先機関種別	当該施設のみ	92	57.6	31.5	10.9
	在宅療養支援病院	14	64.3	35.7	0.0
	在宅療養支援診療所	80	66.3	31.3	2.5
	病院(在宅療養支援病院以外)	124	39.5	53.2	7.3
	診療所(在宅療養支援診療所以外)	150	58.0	35.3	6.7
	他の介護保険施設	18	33.3	61.1	5.6
	その他	9	44.4	44.4	11.1
	無回答	41	56.1	31.7	12.2

(5) 配置医師業務での困りごと-交代要員がいない・バックアップ体制がない別 配置医師業務の負担感〔Q24×Q22〕

配置医師業務の負担感を配置医師の業務を行う上での困りごと<交代要員がいない・バックアップ体制がない>別に見ると、「該当」と回答している配置医師では、配置医師業務の負担感を「負担(非常に負担+やや負担)」としている割合が、73.6%であった。

図表 配置医師業務での困りごと-交代要員がいない・バックアップ体制がない別 配置医師業務の負担感

		全体	負担 (非常に負担+やや負担)	負担ではない (あまり負担ではない+全く負担ではない)	無回答
全 体		528	284	206	38
		100.0	53.8	39.0	7.2
Q24 配置医師の業務を行う上での困りごと -交代要員がいない・バックアップ体制がない	該当	174	73.6	25.9	0.6
	非該当	354	44.1	45.5	10.5

2) 交代要員・バックアップ体制がない医師の所属施設における医療機関の併設・隣接状況 [クロス集計 医2-2]

交代要員・バックアップ体制がないと回答した配置医師が所属する施設での医療機関の併設・隣接状況を確認するため、以下の項目を集計の軸（目的変数）としたクロス集計を行った。

● 配置医師票業務での困りごと＜交代要員がない・バックアップ体制がない＞ (Q24)

- 該当（交代要員がない・バックアップ体制がない）

- 非該当（交代要員がいる、もしくはバックアップ体制がある）

	全体	交代要員がない・バックアップ体制がない	
		該当	非該当
全 体	506 100.0	164 32.4	342 67.6

※配置医師調査票の回答は⑩=528であるが、本クロス集計については、集計の軸（目的変数）が配置医師調査票項目、説明変数が施設調査票項目であるため、528件のうち、施設調査票とデータを突合できた506件を対象としている。

・配置医師の業務を行う上での困りごとで、「交代要員がない・バックアップ体制がない」と回答した配置医師は、32.4%であった。

上記集計の軸（目的変数）について、以下の説明変数とのクロス集計を行った。集計の結果、N数が50以上の項目で、各クロス集計項目にかかる割合と全体の割合を比べて特徴的であった項目は確認できなかった（無回答扱いの項目を除く）。なお、本集計については、本報告書には掲載していないが、別添の集計表に収録している。

【説明変数として設定した項目】

※ 以下、施設調査項目を（施）、配置医師調査項目を（医）と表記している。

※ 医療処置を要する入居者の割合による影響を受けている可能性がある項目には*を記載している。

・施設属性

➤ （施）医療機関の併設・隣接状況（問1(5)）

7. 配置医師業務のやりがいに関するクロス集計結果

配置医師が配置医師業務にやりがいを感じているかについて、属性等によって違いが見られるかを確認するため、以下の項目を集計の軸（目的変数）としたクロス集計を行った。

● 配置医師としてのやりがい (Q23)

- 感じる（非常に感じる+やや感じる）
- 感じない（あまり感じない+全く感じない）

	全体	感じる (非常に感じる+ やや感じる)	感じない (あまり感じない+ 全く感じない)	無回答
全 体	528	53.8	39.0	38
	100.0			7.2

- ・配置医師としてのやりがいは、「感じる」が 76.7%（「非常に感じる」18.9%、「やや感じる」57.8%の合計）と、およそ7割強の配置医師がやりがいを感じていた。一方、「感じない」が 15.0%（「あまり感じない」13.3%、「全く感じない」1.7%の合計）であった。

1) 配置医師の特性 [クロス集計 医3]

上記集計の軸（目的変数）について、以下の説明変数とのクロス集計を行った。集計の結果、N数が50以上の項目で、各クロス集計項目にかかる割合と全体の割合を比べて特徴的であった項目は確認できなかった（無回答扱いの項目を除く）。なお、本集計については、本報告書には掲載していないが、別添の集計表に収録している。

【説明変数として設定した項目】

- ※ 以下、施設調査項目を（施）、配置医師調査項目を（医）と表記している。
- ※ 医療処置を要する入居者の割合による影響を受けている可能性がある項目には*を記載している。
 - ・基礎属性
 - （医）年齢（Q2）
 - （医）診療科（Q3）
 - （医）訪問診療の経験（Q5）
 - ・特養との雇用関係
 - （医）契約形態（Q6）
 - （医）9月1か月の勤務時間（時間数）（Q7）②
 - （医）自宅からの通勤時間（Q11）
 - ・勤務先の状況
 - （医）主たる勤務先（Q12）
 - （医）勤務先の種別（Q12(1/SQ1)）
 - （医）主たる勤務先と特養との関係（Q12(2)）
 - （医）勤務時間における特養の勤務の占める割合（Q12）
 - （医）勤務先からのアクセス時間（Q12(3)）
 - （医）特養、主たる勤務先以外の勤務先数（Q13）
 - ・特養での勤務実態
 - （医）施設内で行う診療の対象（Q15）
 - （医）包括的指示の活用状況（Q19）
 - （医）配置医師不在時（平日・日中以外）のオンコール対応の実施実績（Q21）
 - ・負担感
 - （医）配置医師業務の負担感（Q22）

Ⅲ. インタビュー調査結果

【事例1】 施設におけるあらかじめの介護情報・医療情報の整理のもと、急変時の対応内容を明確にし、夜間搬送を防いでいる施設の事例

施設概要	施設名	(福)北海長正会 北広島リハビリセンター特養部四恩園
	所在地	北海道北広島市
	開設年	1995 年
	定員数・入所率	50 名定員、入所率 98.9%
	入所者像	要介護度 3.6、平均年齢 88.4 歳

1) 当該施設の基礎情報

(1) 当該施設の特徴

- 当該施設が所在する北広島市は、高齢化率が 32.3%、施設の所在する北広島団地地区は高齢化率 47.5%と全道平均(31.8%)を上回る数値となっている。
- 施設看護職員は看護師と准看護師の2名の勤務となっており、介護職員は常勤 13 名と非常勤が 13 名である。夜間においては、介護職員の2名体制で、看護職員はオンコール対応となっている。
- 全入所者において、入所時に主治医の明確化(配置医師を主治医とするか、これまでのかかりつけ医を主治医とするか等)を行っている。このため、急変が起こった際、どの医師に連絡すればよいか施設内で明確になっている。
 - ・ 入所の段階で入院施設のない医療機関の医師が主治医である場合や、施設での看取りを希望している場合は、主治医を配置医師に変更することについて本人・家族に相談し、同意を得ている。
 - ・ 入所者の疾病が配置医師の専門外である場合や、入所前から長期間にわたり診療を行っている医師であり、かつ当該医師が入院施設のある病院に所属している場合は、当該医師を主治医のままとしている。
- 協力病院は、施設から車で約5分の距離に位置しており、配置医師の所属病院である。

(2) 配置医師の状況

- 配置医師は1名で、高齢者に対するケア・医療について長年の経験があり、施設が終の棲家であることを前提とした考え方で対応する医師である。当該配置医師の属性は以下の通りである。
 - ・ 契約形態は非常勤・個人契約
 - ・ 60 代、消化器内科
 - ・ 施設まで車で 20 分程度の距離に居住。所属医療機関(病院)から施設までは 10 分程度
- 配置医師が実施している役割は以下の通りである。
 - ・ 契約上、週2回の診察(1時間程度)。
 - ・ 契約上には記載がないものの、急変時の電話対応や駆けつけ対応を行っている。
- 報酬の支払い形態は、月単位払いであり、急変対応における施設からの配置医師へ支払いは、現状なしである。配置医師緊急時対応加算については、「看護体制加算(Ⅱ)」のうち看護職員数の算定要件を満たせず、算定していない。

2) 当該施設の医療対応の実態

(1) 日常的な医療対応において配置医師が果たしている役割

- 入所時、全入所者に対し、過去の診療情報、看取りの意思など、医療情報・介護情報を収集するとともに、健康状態の診察も行っている。この結果は、施設職員と配置医師との間で共有しており、これらの情報をもとに、配置医師が、施設看護職員に対し、包括的指示を出している。
- 全入所者に対して年2回の健康診断を行っている。また、週2回の配置医師による施設訪問日においては、看取り対象の入居者や、体調の変化があり診察が必要であると施設看護職員が判断した入所者を配置医師に伝え、配置医師が入所者の居室を訪問し診察を行っている。

(2) 配置医師が施設外にいる場合の急変対応

- 日中、配置医師が主治医である入所者の状態に変化があった場合、施設看護職員から配置医師に電話連絡を行い、指示を仰ぐ仕組みとなっている。電話での指示をもとに施設看護職員が対応した上で、状況が改善しない場合は、日中帯に配置医師の所属先である協力病院の外来受診を利用している。
- 日中、配置医師が主治医でない入所者の状態に変化があった場合は、市内に 365 日診察している診療所があるため、当該診療所に施設看護職員から電話連絡を行い、指示を仰ぐ仕組みとなっている。電話での指示をもとに施設看護職員が対応した上で、状況が改善しない場合は、日中帯に配置医師の所属先である協力病院の外来受診を利用している。
 - ・ 入所者が外来受診をする場合、付き添いは介護職員もしくは生活相談員が行うため、主治医が配置医師であるか否かに問わず、施設所定の用紙に看護職員が入所者の症状等を詳細に記載し、当該用紙を持参している。
 - 当該書式には、施設での医療状況や薬剤の投与状況等、医師が診察する際の判断材料になりうる事柄を、施設看護職員が記載している。
 - 本書式は病院に提出するものであるが、コピーを取り、カルテ等にも保存している。配置医師が主治医でない入所者の外来受診があった場合は、当該書式を配置医師も閲覧し、入所者情報の共有を行っている。
- 夜間・休日の急変・看取り時の駆けつけについては、明らかな外傷等のケースは搬送となるが、それ以外は原則、配置医師が対応している。ただし、前述の通り日中帯に日ごろと異なる入所者の様子を確認し、施設看護職員から配置医師へ指示を仰いでいるほか、外来受診も活用しているため、夜間・休日の急変対応が起こる頻度は2～3か月に1回以下の頻度である。
 - ・ 休日・夜間の急変時においては、急変に気づいた夜勤介護職員がオンコール当番の施設看護職員に電話相談し、電話で指示を受ける。必要に応じて、看護職員が駆けつけた上、配置医師による包括的指示を基に対応している。施設看護職員による対応でも状況が改善しなかった場合、施設看護職員から配置医師に電話連絡し、配置医師が駆けつけ対応する仕組みとなっている。
- 夜間・休日に看取り対象の入所者の呼吸停止が確認された場合、配置医師に連絡し、可能であれば、配置医師が駆けつけ、死亡診断書を作成している。配置医師が対応できない場合は、協力病院に電話連絡をし、当直医が死亡診断書を行っている。

3)取組の成果・工夫されている点／今後の課題

- 入所の段階で、主治医の明確化を行うことで、急変時の問い合わせ先が明確になっており、介護職員や看護職員が判断に迷うことなく、円滑に対応ができています。
- 入所の段階で、入所者に関する介護情報・医療情報を多職種で共有し、医師からの包括的指示を受けるほか、日ごとと様子が異なる入所者があった場合、日中帯に配置医師の指示を仰ぎ、場合によっては協力病院の外来受診も活用することで、日中の看護職員の勤務時間内で多くの対応が可能となっている。この結果、休日・夜間搬送件数の減少につながっている。
- また、在宅医療の知見のある医師・看護職員がケアの在り方について意見をすり合わせることで、入所者が終の棲家として特養で過ごせるよう、対応方針を決めることができています。

【事例2】 デジタルツールを活用した多職種による円滑な医療・介護情報の共有とともに、包括的指示を活用して急変を未然に防いでいる施設の事例

施設概要	施設名	(福)康和会 特別養護老人ホーム久我山園
	所在地	東京都世田谷区
	開設年	1982 年
	定員数・入所率	72 名定員、入所率 95.7%
	入所者像	平均要介護度 4.4、平均年齢 89.6 歳

1) 当該施設の基礎情報

(1) 当該施設の特徴

- 当該施設では、医療情報・介護情報のデジタル化が進んでおり、併設の協力病院とは電子カルテ、施設内では介護ソフトを活用し、情報を共有している。
- 看護職員は常勤2名、非常勤2名、介護職員は常勤 22 名と非常勤 10 名の職員体制となっている。夜間は介護職員4名で、看護職員は当番制でオンコール体制をとっている。
- 特養と同一敷地内に協力病院が併設しており、当該病院と連携体制をとっている。
- 入所者の平均要介護度は4.4であり、全員がなんらかの医療対応を要する。喀痰吸引は1名、経管栄養は4名が医療対応を受けている。

(2) 配置医師の状況

- 配置医師は、併設する協力病院に所属する5名と契約している。配置医師の属性は以下の通りである。
 - ・ 全員が非常勤・嘱託契約
 - ・ いずれも内科(循環器2名、呼吸器3名)
 - ・ いずれも施設近隣に居住
- 配置医師が実施している役割は以下の通りとなっている。
 - ・ 契約上、それぞれの配置医師が原則週 1 回 2 時間の診察を行うこととなっており、受け持ちの入所者（医師 1 人あたり 14～15 名）を診察している。また、これに加え、日ごろの様子と違う入所者がみられた場合は、施設看護職員からの電話連絡を受け、所属先医療機関（病院）の業務の合間に施設を訪問して診察するほか、施設看護職員に対して電話で対応の指示を出している。このため、ほぼ毎日いずれかの医師が施設を訪れている状態となっており、施設看護職員が医師に報告・相談しやすい体制となっている。
 - 施設開設当初、配置医師は 1 人のみの体制であったが、協力病院とオンライン上で情報が共有できる電子カルテや PHS などの仕組みが施設側にて整備できたことで、配置医師同士や施設・協力病院間の円滑な介護情報・医療情報の連携が行えるようになり、前述の通り複数の配置医師による体制での対応が可能となった。医師 1 名当たりの担当入所者数が少ないため、各入所者と医師の関わりは、状態像や本人の意思を深く理解できる状況になっている。
 - ・ その他、契約上、配置医師業務として、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。

○報酬の支払い形態は、月単位払いであり、急変対応に関する別途報酬は定めていない。配置医師緊急時対応加算については、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く、算定していない。

2) 当該施設の医療対応の実態

(1) 日常的な医療対応において配置医師が果たしている役割

○全入所者において、入所時に配置医師が必ず状態像を確認し、包括的指示を出している。また、入所者の状態像の変化があった際は看護職員から医師に相談の上、指示の内容を更新している。なお、包括的指示を受ける際の書式は施設にて独自に作成しており、入所者の個別の疾患・症状に対応する指示の他、以下すべての項目は全入所者に対し指示を受けている。

- ・ 「発熱・疼痛時」、「下痢時」、「便秘時」、「酸素飽和度低下時」、「痙攣発作時」、「血圧上昇時」、「嘔気・嘔吐時」、「不穏・不眠時」

○普段の診察の際、施設看護職員・介護職員にて、介護ソフト上にあらかじめ入所者の一週間の様子をまとめておく。配置医師は当該情報を閲覧しつつ回診を行い、診察結果を電子カルテに登録する。電子カルテの情報は、入所者の同意の上で施設看護職員や協力病院でも閲覧可能となっているだけでなく、協力病院での外来受診の際の診断結果も電子カルテに登録されており、配置医師が閲覧可能となっている。

○施設看護職員は早番 8:00－17:00 および遅番 10:00－19:00 のシフト勤務となっており、日ごろの様子と違う入所者がみられた場合には必ず、17 時までには遅番施設看護職員から受け持ちの配置医師に入所者にかかる報告を行うこととなっている。その際、必要に応じて施設看護職員が配置医師からの指示を受けた上で、施設看護職員の勤務時間内に処置等の対応を行っている。

- ・ 介護職員は、入所者の日頃の様子や対応の記録を介護ソフトに登録し、当該介護記録を施設看護職員が確認し、必要事項を医師に伝達する形をとっている。また、入所者の様子が普段と異なった際には、介護職員が入所者の状態変化について施設看護職員に伝達しやすいよう、施設にて独自に作成した書式を活用し、必要な情報が漏れなく伝達できるような仕組みとしている。
 - ▶ 本書式にて、「入所者の症状」、「バイタルサイン」、「意識レベル」が詳細に記載できるようになっている。
- ・ 介護職員のケアの技術や気づきの視点の感度を上げるため、普段から、施設看護職員から介護職員へ入所者の状態像を踏まえて夜間帯等に起こりえる入所者の状態像の変化等を詳細に伝えているだけでなく、年に2回行われる施設全職員向け必須研修(原則、看護・介護職員は全員参加)にて、看取り・認知症などの症例検討を行っており、入所者の今後のケアのあり方について、意見交換している。さらに年に数回、高齢者福祉の実践・研究を外部の施設等と発表し合う場に介護職員が参加し、他施設の症例やケア方法について学んでいる。

(2) 配置医師が施設外にいる場合の急変対応

○急変対応の件数は年間で 30 件ほど発生しており、うち約 10 件は救急搬送となるが、内訳は、窒息、頭部打撲、看取り以外の呼吸停止、脳血管疾患の疑い等、配置医師への連絡をするまでもなく、明らかに救急搬送を要とする状態の事例が中心となっている。

○基本的には前述した日中対応を行っているため、夜間・休日にて施設看護職員や配置医師による駆けつけ対応が必要となる事態は起こっていないが、仮に必要となったケースでは、看護職員が配置医師に連絡し対応方法について指示を受け、駆けつけ対応できる体制になっている。必要に応じて、協

力病院の救急外来を受診することもある。

3) 取組の成果・工夫されている点／今後の課題

- 入所の段階から全入所者について、配置医師が入所者の状態像を把握し、包括的指示を出すことで、施設看護職員による事前対応ができています。また、日ごろからの介護職員の気づきを施設看護職員が確認し、必要な情報をとりまとめて配置医師に伝達することで、指示内容の変更も円滑にできています。このような対応の結果、夜間帯の急変対応を未然に防ぐことができています。
- 今後は、現状の体制維持を図るとともに、引き続き、入所者・家族に寄り添ったケアの実現に向け、取り組みを進めていきたい。特に、入所者・家族との更なるコミュニケーションの充実や情報共有を意識し、介護職員・看護職員にて積極的に情報連携をしながら、ケアの在り方を検討していく予定である。

【事例3】 施設から配置医師の所属機関への適切な情報共有のもと、代替医師でも急変対応が円滑にできる仕組みを構築している施設の事例

施設概要	施設名	(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
	所在地	東京都新宿区
	開設年	2010年
	定員数・入所率	29名定員、入所率 86.4%
	入所者像	要介護度 4.3-4.4、平均年齢 88.5歳

1) 当該施設の基礎情報

(1) 当該施設の特徴

- 近年、入所者は高齢化、重症化しており、逝去による退所が約4割で、うち6～7割が施設での看取りとなっている。
- 施設看護職員は常勤が1名、非常勤が4名、介護職員は常勤が15名、非常勤が12名となっている。
- 当該施設が位置する区内には協力病院の他に、配置医師が所属する診療所や、大規模な国立病院があり、医療資源が豊富である。
- 配置医師が所属する診療所は、施設から車で10分弱の距離に位置している。

(2) 配置医師の状況

- 配置医師は1名のみとの契約。契約は配置医師が所属する診療所と行っている。配置医師の属性は以下の通りである。
 - 契約形態は非常勤・嘱託契約
 - 40代、内科を標榜
 - 訪問診療の経験あり
- 配置医師が実施している主な役割は下記の通りである。平日の日中は細やかなオンコール対応(電話対応と駆けつけ対応)を行っており、常勤の配置医師がいるのと同等の医療対応ができています。
 - 全ての入所者に対する月1回の診察(2回に分けて実施しており、診察に加えて、家族との面談、施設職員との会議等を合計3時間ほどかけて実施している)
 - 医療対応を必要とする入所者の定期的な処置(必ず週1回)
 - 入所者の状態変化があった際の電話対応・駆けつけ対応(平均週1回)
- 報酬の支払い形態は、月単位払いであり、急変対応における別途報酬は定めていない。配置医師緊急時対応加算については、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く、算定していない。

(3) 外部機関の連携状況

- 配置医師がやむを得ず駆けつけ対応できないときに、配置医師が所属する診療所の他の医師(以下、代替医師という)が往診する仕組みがあり、活用されている。
 - 急変時に配置医師が休暇や別対応等があり駆けつけられない場合、同一診療所の本部で待機している当直医師が、電話対応や駆けつけ対応を行う代替対応の仕組みである。

2) 当該施設の医療対応の実態

(1) 日常的な医療対応において配置医師が果たしている役割

○月2回の訪問の際、施設看護職員・介護職員とともにミニカンファレンスを行い、入所者の状態像を踏まえて施設看護職員に包括的指示を出している。

- 施設では、配置医師による毎回の診察の際、原則、施設看護職員と介護職員が同席し、入所者の日常の様子・本人や家族の意思等について直接報告できる体制をとっている。
- 配置医師による診察の前日に、入所者の経過に関する情報を施設看護職員が収集・整理し、配置医師に伝達している。この情報は、施設看護職員が収集した情報と、複数の介護職員が収集した情報が共に含まれている。複数の介護職員から情報を収集することで、偏った視点や細かな情報の洩れを防いでいる。このように事前に伝達された入所者の情報や当日の診断情報を、配置医師が所属診療所の電子カルテに入力し、施設看護職員に対して包括的指示を出す流れである。

(2) 配置医師が施設外にいる場合の急変対応

○日中のうちに施設から急変の可能性のある入所者の情報に関する報告を受け、配置医師が電話で施設看護職員に指示を出している。また、電話のみでは対応できない場合、日中のうちに配置医師が施設を訪問し、対応している。

- 施設では、夜間帯の入所者情報や急変が起こりそうな入所者の状態について、毎日、介護職員→施設看護職員の報告体制をとっている。状態像の変化がある入所者の情報については、施設看護職員がピックアップし、午前うちに配置医師の所属する診療所に電話で報告することとなっている。
 - 施設看護職員から電話を受けた診療所の窓口担当者は、その場で入所者の電子カルテを確認し(個人情報取り扱いについては初診の際に同意取得済)、配置医師に情報を伝達する。配置医師は施設に折り返し電話し、対応方法を施設看護職員に指示する。必要であれば、配置医師が施設に訪問し対応する仕組みとなっている。
- 配置医師自身も、直接入所者家族から情報収集を行い、看取りの意思や家族の状況について確認する等、入所者の情報をこまめに把握するだけでなく、配置医師が自ら得た情報、施設からの情報も含め、配置医師の診療所の電子カルテに詳細に記入を行う。これらの情報は、診療所内で共有している。

○夜間・休日等の急変時は、夜勤介護職員から施設看護職員へのオンコール体制をとっている。施設看護職員の対応で事象が解決しない場合、施設看護職員から配置医師の診療所に電話連絡し、配置医師が駆けつけることとなる。

○夜間・休日等の急変時において、配置医師が駆けつけ対応できない際、前述の通り配置医師の診療所に所属する代替医師が代わりに駆けつけ対応を行う仕組みとなっている。ただし、前述した日中対応を行っているため、夜間・休日にて施設看護職員や配置医師による駆けつけ対応が必要となる事態はほとんど起こっていない。

- 診療所内で入所者情報が共有できているため、代替医師も必要な医療情報・介護情報を正確に把握することが可能である。また、代替医師が訪問する際は、施設看護職員が必要な情報を取りまとめ、代替医師に対し、改めて詳しい説明を行っている。

3)取組の成果・工夫されている点／今後の課題

- 施設側が、配置医師ないし診療所に、介護情報・医療情報を詳細かつ頻繁に共有しており、代替医師であっても現場の状況を深く理解し、対応することができている。また、施設看護職員が軸となり、必要に応じて、医療情報・介護情報を取りまとめて診療所に報告しているため、入所者に何らかの変化があっても、日中のうちに対応でき、休日・夜間の搬送を未然に防ぐことができている。
- 配置医師本人による積極的な情報収集や、診療所内で特養入所者の情報が適切に管理されていることで、代替医師が急変対応をする際にも、情報把握が正確かつ効率的に行われ、ひいては配置医師に負担が集中することなく、円滑な医療提供に繋がっている。

【事例4】 包括的指示の活用のもと、急変対応時のマニュアルを作成し、搬送を未然に防いでいる施設の事例

施設概要	施設名	(福)長寿会 特別養護老人ホーム陽光の園
	所在地	神奈川県小田原市
	開設年	1981年
	定員数・入所率	80名定員、入所率 98.3%
	入所者像	平均要介護度 4.0、平均年齢 89.0歳

1) 当該施設の基礎情報

(1) 当該施設の特徴

- 当該施設が立地する小田原市が属する医療圏では、県内医療圏の中では最も面積が広いのに対し、最も人口が少ない状況である。このため、医療資源の効率的な活用と連携が必要となっている。また県内医療圏で2番目に高齢化率が高い状況である。
- 当該施設での看取り率は平成20年前後から増加傾向にあり、平成3年度の退去者13名のうち、12名が施設での看取りであった。
- 看護職員は6名、うち3名が常勤、3名が非常勤で勤務している。介護職員は非常勤・常勤を含めて60名程度である。夜間は看護職員が不在となり、約80名の入所者に対して4名の介護職員で対応している。
- 協力病院は、施設から車で15分ほどの場所に位置している。しかし、かかりつけ医が他の病院に所属している入所者については、協力病院以外の地域の病院に入院・搬送する場合もある。

(2) 配置医師の状況

- 急変対応が重なることで1名の医師に負担がかかりすぎないようにするといったリスクヘッジの観点から、配置医師は2人体制(70代と80代)としている。医師の属性は以下の通りである。
 - ・ 契約形態は非常勤・嘱託契約
 - ・ いずれも内科の医師
 - ・ 70代の医師が主たる配置医師であり、駆けつけ対応を実施。80代の医師においては、40年近く当該施設に勤務している。
 - ・ いずれも施設近隣に居住
- 主たる配置医師との契約内容は以下の通りである。
 - ・ 基本契約では週1回(1回3時間)の診察を行う旨の契約を結んでいる。
 - ・ 急変時・看取り時の駆けつけ対応は別途契約としており、1回あたりの対応金額を契約書に明記している。電話対応については、月額のコール手当として別途契約を結んでいる。

2) 当該施設の医療対応の実態

(1) 日常的な医療対応において配置医師が果たしている役割

- 介護職員が入所者の日頃の様子を観察し、状態像を記録の上、施設看護職員に伝達する。施設看護職員は、入所者の健康状態を確認し、配置医師の週1回の診察時にカンファレンスを行い、入所者の状態像を伝達のうえ、配置医師の指示を受ける仕組みとなっている。
 - ・ 伝達の際は、入所者の既往歴をふまえ、症状等を施設看護職員がアセスメントした上で、明確に医

師に伝達するようにしている。

- ・ また、生活相談員とも連携し入所者・家族の希望についても施設看護職員より医師に伝達するようにしている。

○当該施設では、入所時に必ず全ての入所者に治療やケアの意向を施設看護職員より確認した上で、配置医師・施設看護職員・生活相談員・介護職員でのカンファレンスを開催している。当該カンファレンスでは、入所者のケアの方針を立て、基本的な方針をあらかじめ全職種で共有しているため、状態像の変化があった際も、その後の対応方針のすり合わせ・共有を多職種にて円滑に行うよう努めている。

- ・ 入所の段階で、入所者それぞれに起こりえる状態像の変化を多職種で共有できているほか、施設看護職員から介護職員への想定される状態像の変化の説明も常に行うこととしている。このため、およその状態像の変化・症状について、あらかじめ想定して対応方針まで決まっているケースが多い。

○入所者の状態像が日ごと異なる様子があった場合は、介護職員が施設看護職員に報告し、日中のうちに施設看護職員から配置医師に電話連絡を行う。状況によって配置医師が施設看護職員に指示を出し、日中のうちに施設看護職員が指示のもと必要な処置を行い、退勤している。

(2)配置医師が施設外にいる場合の急変対応

○夜間・休日時の急変対応は、施設看護職員のオンコール体制をとっている

- ・ 介護職員は入所者の体調不良や終末期症状等を確認すると、オンコール担当の施設看護職員に連絡し、判断を仰ぐ。施設看護職員は必要に応じ施設に駆けつけ、包括的指示を基に対応を行う。施設看護職員による対応でも対応できない場合、施設看護職員から配置医師に電話連絡し、指示を受けることとしている。
- ・ 救急搬送をするか否かは、配置医師の診察対応の可否、状態像、家族の看取りの希望等を基に、施設看護職員が判断している。看取りの入所者については、あらかじめ入所者・家族と、看取りに関連する症状に当たる場合は搬送しない旨の同意を得ており、救急搬送となるのは主に、配置医師による診察では対応できない骨折等のケースである。
- ・ 施設看護職員の夜間対応における負担軽減のため、認知症の入所者における夜間不穏等の対応があった際などは、生活相談員もオンコールを受けることとしている。

○介護職員向けに、急変時・看取り時の対応手順がマニュアル化されている。当該マニュアルでは、夜勤介護職員が行う対応について、夜間帯でのバイタルサインのチェック等基本的な対応から、夜間急変時にオンコールで看護職員に連絡をしたのちにどのように各職員が対応するかについて、対応者・対応事項が詳細に定められている。また、これらの対応時、対応者に連絡がつかないなどの事象があった際、代替としてどの職員に連絡すればよいか、という点まで詳細に設定されている。

- ・ 例えば、救急車を要請するケースにおいては、「介護職員が看護職員の指示のもと救急車を要請し、搬送先病院に付き添う」、「看護職員が生活相談員へ状況を伝達する」、「介護職員が生活相談員に搬送先病院を伝達する」、「生活相談員が介護主任に介護職員からの情報を伝達する」、「生活相談員が家族に病院情報を伝達する」・・・など、対応手順に沿って、役割が明確になっている。また、「生活相談員不在の場合は施設長が代替で対応する」、「介護主任不在の場合は介護課長が代替で対応する」等の、代替対応者についても、各対応において明確に定められている。

3)取組の成果・工夫されている点／今後の課題

- 入所時に行う多職種でのケア方針のすり合わせにより、施設にて各入所者への対応方針が明確になっていることで、入所者の様子が日ごとと異なった際、配置医師・施設看護職員・介護職員の情報伝達が円滑にでき、適切な対応ができています。また、これら変化に対する対応を日中のうちに行っておくことで、夜間の搬送を防ぐことができています。
- 急変時や看取りの際の対応方法における具体的なルール(状況に応じた伝達相手・伝達内容・伝達方法等)がマニュアル化され、かつ対応者に連絡がつかない等のケースにおける代替対応まで明確に記載されていることで、配置医師・施設看護職員・介護職員ともに急変時においても判断に迷うことがなく、かつ認知症の入所者が不穏症状を発症した際には、生活相談員に連絡することになっているなど、職員の負荷が分散される体制になっている。
- 配置医師が高齢であり、今後の代替わりを想定してどのように対策をとっていかかが今後の検討事項である。

【事例5】 配置医師の不在時に外部医師が駆けつけ対応できる仕組みを地域で構築している事例

法人概要	法人名	(社)十日町福祉会
	所在地	新潟県十日町市
	法人設立年	2008年
	施設数・入所者数	法人全体で特養5か所を運営(入所者は全数で261人)
	入所者像	平均要介護度 4.1、平均年齢 88.7歳

1) 当該法人の基礎情報

(1) 当該法人の特徴

- 立地環境としては、中山間地にあり、医療インフラが脆弱である。
- 近年、利用者の要介護度が高まっており、看取りを希望する利用者も増加している。これに伴い配置医師の負担が増加しており、夜間帯は施設看護職員のオンコール体制をとっている。人員が限られた中での施設看護職員の負担増を鑑み、法人として、施設看護職員のオンコール対応に特別手当を支給している。
 - 施設看護職員の負担を減らすため、ケースによっては生活相談員・ケアマネジャーがオンコールに対応できるように体制を整えている。(認知症の方の夜間の不穏等)
- また、限られた職員数で質の高いケアを提供することを目的とし、法人として施設看護職員のスキルアップを重要視している。喀痰吸引指導者講習、コロナの検体採取の手技の講習、感染対策のための個人防護具の講習等、施設看護職員のスキルを高めるための研修を積極的に実施している。

(2) 配置医師の状況

- 法人で常勤の配置医師はおらず、非常勤・嘱託契約としている。配置医師の契約については、郡市区医師会を通した紹介等で契約しているのではなく、各施設からそれぞれ施設近隣の異なる診療所等に声掛け等して契約している。
- 法人で運営する特別養護老人ホームは5箇所あり、各ホームにつき1名の配置医師と嘱託契約している。5箇所のうち2箇所は、同一の配置医師1名が担当しており、法人としては計4名の配置医師と契約している。当該4名の配置医師は、3つの診療所(いずれも強化型在宅療養支援診療所。診療所同士のつながりはなし)の所属である。
 - 診療科は、3名内科、1名外科であり、全員在宅医療に深い知見と経験を保持。
 - 年齢 50-60代が2名、60-70代が2名。
 - 3名は市内在住、1名は市外在住。
- 配置医師との契約内容は以下の通り。
 - 県の通知により、配置医師は週2回(1回2時間程度)の医療相談を行うこととされており、本法人でも週2回、1回2時間程度の施設の回診の対応を行う旨、契約上に明記している。
 - 配置医師の役割は、「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。
 - 報酬は、市内・近郊地域でどの医師も同程度の金額となり、違いが見られないことが特徴であり、支払い形態は、月単位払いである。また、法人として、急変対応における別途報酬は定めていない。なお、配置医師緊急時対応加算については、法人内の特養いずれも算定していない。

(3)外部機関の連携状況

○市内には3つの病院(県立2箇所、町立1箇所)があり、救急搬送を受け入れる中核病院はうち1箇所のみである。搬送を断られるケースはこれまでなかったものの、病院も対応に苦慮している現状である。このため、施設側でも病院に極力負担をかけないことを前提に、救急搬送する場合は、配置医師の専門外、もしくは技術的に対応困難なケースが原則となっている。

○夜間対応も含めた配置医師の負担増加を踏まえ、配置医師不在時の代替医師による連携当番制の対応システムが存在する。市内の特別養護老人ホームの配置医師がグループを作り、グループメンバーのうち学会等で不在とする医師がいる場合、不在とする医師が事前連絡を行うことで、その他メンバーのうち1名の医師が不在医師に代替して診療対応する仕組みである。本システムの詳細は、以下「2)-(3)配置医師が急変対応できない場合の代替医師の対応」を参照されたい。

- 本システムは、医療資源が多くない地方都市における医師の以下の危機感から、郡市区医師会により平成 27 年に構築された仕組みである。なお、対象となる医師は、強化型在宅支援診療所の指定を受けた診療所の医師である。
 - 本地域では、代替わりをした 2 世医師も多いが、当該医師も概ね 60～70 代となり、次の世代にゆだねられる状況ではない。
 - このような状況下で、市内の要介護者、医療依存度が高い利用者も増加。基幹病院が1つのみであり、医療資源が少ない中、在宅での看取り、在宅療養を進めていく必要があるものの、医師 1人1人ではできないことに限界がある。このため、在宅医療を行う医師同士が助け合って対応していく必要がある。

2)当該法人の医療対応の実態

(1)日常的な医療対応において配置医師が果たしている役割

○原則、夜間対応も含め配置医師が対応することになっているため、夜間の対応件数を減らせるよう配置医師より施設看護に包括的指示を出して対応している。

- 毎回の回診の際、施設看護職員が気になる利用者をピックアップし、配置医師に伝達。医師・施設看護職員で該当の利用者に対するミニカンファレンスを実施する。配置医師は、利用者の状態の変化をケースごとに想定し、施設看護職員が行う対応をあらかじめ指示しておく。配置医師は概ね 2時間程度施設に滞在する。
- 施設看護職員は、医師からの指示書のもと、事前に行える処置は日中時に対応しておく。
- 夜間は施設看護職員不在のため、介護職員が適切に夜間の施設看護職員へオンコールできるよう、方針等は施設看護職員から介護職員へ伝達・共有しておく。

(2)配置医師が施設外にいる場合の急変対応

○夜勤の介護職員からオンコール対応で施設看護職員に問い合わせを行う。施設看護職員による電話対応だけで対応ができない場合は、施設看護職員が出勤し、現状を確認する。そのうえで、施設看護職員だけで対応ができない場合、施設看護職員より配置医師に電話連絡する。配置医師も電話対応だけで対応できない場合、施設を訪問して対応する。

- 全急変対応のうち、配置医師からの包括的指示の内容を踏まえ、概ね 60%前後は施設看護職員判断で救急搬送を行っている。配置医師の専門外、配置医師の技術で対応できない場合は、搬送となる。残り 40%は、配置医師が施設を訪問し、対応している。
- 配置医師が急変対応を行うケースは、主に看取りの場合である。

(3)配置医師が急変対応できない場合の代替医師の対応

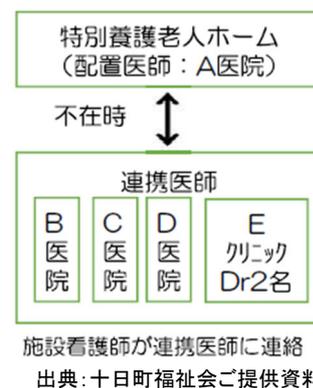
○配置医師不在時に代替医師による対応システムを活用している。施設での緊急対応時、担当配置医師が不在の場合、市内の別の医師が駆けつけ対応等を行える仕組みである。

- 強化型在宅療養支援診療所が中心となり、市内7箇所の特別養護老人ホームの配置医師6名のグループにて対応している。
- 原則、夜間においても施設の配置医師が対応をすることを前提に、学会・長期休暇等の不在時のケースで、あらかじめの医師同士の交代の了承を得たうえで、活用されている。なお、交代となる医師の順番は医師会によりあらかじめ決められており、医師同士では明確に、どの医師に連絡すればよいか明瞭となっている。
- あらかじめの医師同士の了承がない場合での急変対応においては、施設から医師会に問い合わせを行い、郡市区医師会により代替医師が決定されて対応ができることもある。しかしながら、原則は施設の配置医師が緊急時対応を行っており、ほとんどそういったケースは見られない。

○当初、半径 12km 以内で対応することとなり、国の基金を利用して特養・訪問看護・居宅介護事業所なども加わったネットワークを構築した。当該ネットワークにて、市内全事業所で活用できる ICT による記録システムを構築し、病院医・在宅医は登録された全利用者のフェイスシート(個人情報、処方内容等)を、必要に応じて閲覧できる仕組みとなっている。現在は、二次医療圏域で情報共有システムが稼働しており、このシステムを活用して、該当地域の全特養、全入所者における情報が登録されている。強化型在宅支援診療所の医師は、必要に応じて全情報を閲覧できるようになっている。

- 配置医師が、代診を依頼した医師に向け、該当の利用者情報を公開できる仕組みである。
- 主治医でない代替医師でも問題なく患者情報を把握できるよう、当該フェイスシート情報の定期的な更新がカギであり、施設ケアマネジャーや生活相談員が中心となりフェイスシートの情報を頻繁に更新している。医療的な情報については、施設看護職員が更新している。更新の頻度は、ケアプラン見直しの頻度と同様に半年に1回が原則であり、少なくとも1年1回は更新することとしている。なお、これらの情報が十分に記載されていない場合、代替医師から施設宛に指摘が入ることもある。

○代替時に急変等が起こりえる可能性のある利用者については、配置医師が代替医師に事前に口頭等で説明を行うことがあるほか、フェイスシートの情報を踏まえて医師の所属する診療所の看護職員と施設看護職員同士で情報共有等が行われる。これらの情報共有が事前に行われた上で、代替医師は、不在時の配置医師の代わりに施設を訪問して診療を行う仕組みである。



3)取組の成果・工夫されている点/今後の課題

○配置医師不在時の代替医師による対応システムは、実際に代診が行われるケースはほとんど見られないものの、いざという時にバックアップ要員があることが配置医師の精神的な安心に大きくつながっている。当該システムは、現在においては看取りのケースのみの活用であるが、別ケースでも対応できるよう、介護・看護・診療、全ての情報を共有しながら対応していくため、地域でも議論を始めている。

○法人として、病院、配置医師、施設の連携をさらに高めたい。地域における社会福祉法人の検討の会議の場にて、患者・利用者の搬送・入退院等の流れについて検討する分科会が新たに設立された。今後は、地域で地域包括ケア病棟の患者の流れを明らかにしたり、施設同士での空床の連携を行い、少ない医療資源を効率的に活用できるよう取り組んでいきたい。

具体的ケース：配置医師不在時における外部医師による医療対応

【ケースを取り巻く状況】

6月、冷房の切り替えが済んでいない時期に猛暑が続き、施設では発熱だけでなく脱水症状のある方が増えていた中、たまたま配置医師が土日に遠方で学会参加している際、包括的指示のない利用者に発熱・脱水症状が疑われた。

【代替医師の対応】

本ケースでは、配置医師は不在、かつ急変を予知していなかったため、配置医師同士の事前代替の取り決めはされていなかった。まず、施設が医師会に問い合わせを行い、医師会が代替医師を決定。代替医師は施設を訪問し、該当患者を診療した。

代替医師は、施設にてあらかじめ取りまとめたICTに該当利用者のフェイスシート(個人情報、処方内容等)を確認し、利用者状態像を把握。その上で、施設看護職員より目下の利用者の状況の報告を受け、脱水症状のため点滴が必要であると判断。施設看護職員に対し、点滴の指示出しを行った。

代替医師の対応がなかった場合、主治医が駆けつけ対応できない状況であったため、救急搬送とせざるを得ない状況であった。

【事例6】 施設内の円滑な情報連携、包括的指示の活用のもと、配置医師 1 名で夜間・休日の急変対応が行われている施設の事例

施設概要	施設名	(社)幸伸会 特別養護老人ホーム青山荘
	所在地	鹿児島県肝属郡錦江町
	法人設立年月日	1993 年
	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、平均年齢 88.4 歳

1) 当該施設の基礎情報

(1) 当該施設の特徴

- 立地環境としては、鹿児島県の大隅半島西部に位置する町であり、高齢化率が4～5割程度、県内でも最上位である。近年、入所者の要介護度が高まっており、看取りを希望する入所者が増加している。
- 看護体制は5名の常勤と1名のパート職員となっている。日中は平均 18 名の介護職員、3名の看護職員が勤務している。夜間は介護職員5名が勤務しており、看護職員は不在だが、オンコールで待機している看護職員が必要に応じて介護職員に指示を出したり、施設に駆けつけたりしている。
- 入院・緊急対応が可能な医療機関は協力病院である地域の中核病院（以下、協力病院という）の1か所、診療所は4か所のみであり、医療アクセスについて課題のある地域である。

(2) 配置医師の状況

- 配置医師は、1名のみとの契約である。当該配置医師の属性は以下の通りである。
 - ・ 契約形態は非常勤・嘱託契約（配置医師としては、当該特養以外の特養との契約はなし）
 - ・ 70 代、外科を標榜
 - ・ 所属する診療所にて、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。診療所から施設までも同様の距離
- 配置医師が実施している役割は以下の通りである。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。なお、施設開設当初に契約していた配置医師は、特養まで駆け付けるのに 30～40 分を要しており、協力病院・配置医師本人に相談の上、近隣に居住する医師の紹介を受け、配置医師を変更した。
 - ・ 契約書で定めている役割: 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
 - ・ 契約書では明記されていないが実施している役割: 看取りにおける急変対応（休日・夜間対応含む）
- 報酬の支払い形態は、月単位払いであり、急変対応における別途報酬は定めていない。配置医師緊急時対応加算については、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少ないため、算定していない。
- 原則、夜間対応も含め配置医師が対応することになっている。夜間の急変時など医療行為が必要になった場合に、施設看護職員による駆けつけで円滑に対応できるよう配置医師より施設看護職員に包括的指示を出して対応している。

2)当該施設の医療対応の実態

(1)日常的な医療対応において配置医師が果たしている役割

○日中、日ごろの様子と違う入所者がいた場合、介護職員が施設看護職員に伝達。施設看護職員は入所者の状態像を確認の上、配置医師に確認点を FAX で送信する仕組みとなっている。配置医師は当該 FAX をもとに施設看護職員に対し、日中の間に指示を出している。

- ・ 施設看護職員は、医師の指示のもと、必要な処置は日中に対応しておく。

○夜間は介護職員のみに対応となるため、看護職員は、夜間の急変が起こらないよう、夜勤帯前に必ず全ユニットを見回り、以下の対応を行う。

- ・ 喀痰吸引が必要な場合は、実施する
- ・ 経鼻挿管がある場合、鼻腔のテープが取れないよう確認する 等

○また、施設看護職員は、毎日退勤前に、夜間に起こりえる入所者の状態像の変化や急変状態について、夜勤介護職員に必ず伝達した上で、退勤している。

(2)配置医師が施設外にいる場合の急変対応

○急変時は、夜勤の介護職員から施設看護職員へのオンコール体制をとっている。

- ・ 夜勤介護職員が施設看護職員へオンコールする際に伝達すべき内容については、日中のうちに施設看護職員から介護職員への詳細な指導、指示をしている。これらの指導・指示を繰り返して実践することで、介護職員→看護職員→配置医師といったオンコール時の伝達がスムーズにできるようになった。
- ・ 入所者の状態像の変化に応じた対応方法については、施設看護職員から介護職員に向けた勉強会を開催しているほか、生活相談員と施設看護職員が協議して作成したマニュアル活用している。

○施設看護職員が、対応が必要と判断した場合は、施設看護職員が駆けつけ対応を行う。施設看護職員でも対応が困難な場合や入所者が逝去した場合は、施設看護職員から配置医師所属の診療所に電話連絡し、配置医師が電話対応・駆けつけ対応を行う流れとなっているが、前述の通り日中の対応を行っているため、発生件数はほとんどないのが現状である。看取り対象となっている入所者が逝去したケースでは、配置医師が遠方で対応しているなどの理由ですぐ駆けつけられない場合、翌朝に対応することもある。

3)取組の成果・工夫されている点／今後の課題

○施設内での看護職員→介護職員への指導・指示の繰り返しの実践や、勉強会の開催の効果で、夜間急変時のオンコール時における介護職員→看護職員→配置医師の多職種による情報伝達がスムーズにできるようになった。この結果、配置医師が急変時に必要な介護情報・医療情報を効率的に把握できるようになった。また、日中のうちに入所者の状態像の変化に気づき必要な処置を行ったり、配置医師による包括的指示のもと看護職員が対応したりすることで、夜間の救急搬送減少につながった。

○施設看護職員・生活相談員が、地域の他施設や協力病院を含む医療機関の看護職員・生活相談員が一堂に会する会議(地域医療連携ケア会議という)に参加している。当該会議では、施設における緊急時の対応方法などの症例検討をしており、施設看護職員による施設での医療対応に関する知識の向上が図られている。また、特養側、医療機関側それぞれの意見・要望のすり合わせも行っており、看護職として地域全体の急変時の対応にどのように連携していくか議論が進んでいる。今後は、夜間対応における介護職員の不安を軽減するために、地域での連絡体制や対応方針の決定方法の強化について検討していきたい。

具体的ケース：看取り期の入所者の包括的指示を活用した医療対応

【ケースを取り巻く状況】

90代の入所者の状態像が悪くなり、月1回であった熱発が月2～3回のペースで繰り返されるようになった。嚥下も困難となり、体重の減少も見られた。家族には生活相談員から定期的に状態像を説明し、施設での看取りを希望されていた。

【施設での対応】

痰の量が多くなり、定期的な喀痰吸引の必要が出てきたため、看護職員から配置医師に状況を説明の上、喀痰吸引の包括的指示を受けることとなった。夜間帯は喀痰吸引ができる介護職員が必ず勤務できるようにシフトを組むとともに、ベッド角度を寝かせすぎない等の対応も行った。また、38.5度以上の熱発があった際には小児用座薬を投与する旨の包括的指示を受け、毎日退勤前に看護職員が必ず状態像を確認し、熱発がみられた際は座薬投与を行った。さらに、休日・夜間や配置医師の長期休暇においては、配置医師の所在を施設側で確認しながら、連絡を取り合っていた。

この結果、搬送に至ることなく、施設での看取りにつながった。

IV. 調査結果のまとめ

- ※ 以下、ページ番号の箇所施設調査結果については〔施 P●〕、配置医師調査結果については〔医 P●〕、事例の紹介については〔事例●, P●〕、と表記している。
- ※ また、クロス集計の結果については、(ｸｽ)と記載している。

本調査研究では、特養における医療ニーズへの対応の実態を把握するため、特別養護老人ホームへの調査（施設踏査）及び配置医師調査を実施し、配置医師の勤務や診療・役割、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た。

1. 施設に関する基本情報 と 入所者の状況

- 法人が運営する特養の数は、「1 箇所」が最も多く 42.4%と半数程度を占めた。〔施 P15〕
- 医療機関の併設・隣接の状況は、「併設・隣接の医療機関なし」が最も多く 62.5%であった。〔施 P17〕
- 定員数・入所率は、平均でみると、65.9 人・95.3%であった。〔施 P35-36〕
 - ・ 広域型では平均 75.7 人・94.9%、地域密着型では平均 28.4 人・96.9%であった。〔施 P36〕
- 入所者の平均要介護度は 4.0 で、「要介護 4」が 40.3%で、「要介護 5」が 30.2%であった。〔施 P37〕
- 医療処置を要する入所者の割合は 15.8%で、処置別にみると、「尿道カテーテルの管理」が 4.6%と最も多く、「たんの吸引」が 4.3%、「胃ろう・腸ろうの管理」が 4.1%と続いた。〔施 P38〕

2. 職員体制

1) 介護職員・看護職員の体制

- 介護・看護職員比率は「2 : 1 以上」が最も多く 28.4%であった。〔施 P29〕
- 定員数の平均が 65.9 人〔施 P35〕であるところ、介護職員総数（常勤・非常勤合計、実人数）は、平均は 34.0 人〔施 P29〕、このうち介護福祉士数（実人数）は、平均 21.3 人〔施 P30〕、たんの吸引等の医療処置ができる介護職員数（実人数）は、平均 8.1 人〔施 P31〕であった。
 - ・ 介護職員（実人数）に占める介護福祉士（実人数）の割合は、平均 63.2%であった。〔施 P30〕
 - ・ 介護職員（実人数）に占めるたんの吸引等の医療処置ができる介護職員（実人数）の割合は、平均 24.4%であった。〔施 P31〕
- 看護職員総数（常勤・非常勤合計、実人数）は、平均 5.0 人〔施 P31〕、このうち、常勤の看護職員数（実人数）は、平均 2.5 人〔施 P32〕であった。
 - ・ 看護職員（実人数）に占める常勤職員（実人数）の割合は、平均 51.8%であった。〔施 P32〕
- 看護職員が必ず勤務している時間数は、「9～10 時間未満」が 50.9%と過半数を占め、平均は 9.9 時間であった。「24 時間」看護職員が勤務している特養も 1.4%見られた。また、広域型では、「12～24 時間未満」「24 時間」が併せて 8.6%であった。〔施 P33〕
- 夜間（深夜帯）の職員数（常勤・非常勤、夜間・宿直合計、実人数）は、夜間（深夜帯）の職員数（常勤・非常勤、夜間・宿直合計、実人数）は、「5 人以上」が最も多く 27.5%である一方、「1 人」が 22.9%、「2 人」が 22.0%であった。平均は 4.0 人であった。〔施 P33〕
- 夜間の看護体制は、「通常、施設の看護職員がオンコールで対応」が 87.6%と大半を占めた。〔施 P34〕

2)配置医師の体制

- 配置医師の診療科については、86.2%の特養で内科を標榜する配置医師が勤務しており〔[施 P46](#)〕、契約形態は「雇用契約（嘱託等）」が最も多く60.2%、次いで「配置医師の所属先機関との契約」が32.1%であった〔[施 P48](#)〕。配置医師数は、「1人」のみである割合が最も多く66.5%で、平均では1.5人であった〔[施 P41](#)〕。
- 年齢は平均62.6歳、年代別にみると「60歳～70歳未満」の割合が25.6%と最も多かった。〔[医 P102](#)〕
- 主たる勤務先は、「当該特養以外」が最も多く79.7%〔[医 P110](#)〕、その勤務先の種別は「その他の診療所」が最も多く35.6%、次いで「その他の病院」が23.8%と続いた〔[医 P110](#)〕。訪問診療の経験がある配置医師は72.5%〔[医 P104](#)〕であった。
- 自宅からの通勤時間（片道）は、「20分未満」が最も多く46.4%〔[医 P109](#)〕であった。
- 1か月の報酬額（9月の実績）は、「10～30万円未満」が最も多く39.2%、平均月269,447.8円で、駆けつけ対応の報酬体系は、「1か月の報酬に含まれる」が最も多く63.3%〔[医 P108](#)〕であった。
- 契約上責任を持つ時間は、1か月あたりの勤務回数・時間数で、それぞれ平均5.6回・19.1時間〔[施 P50](#)〕である一方、1か月の勤務状況は、勤務日数・時間数で、それぞれ平均6.6日〔[施 P41](#)〕・15.3時間〔[施 P42](#)〕であった。
- 施設内で行う診療の対象は、配置医師が「一定の期間（1～2か月）で必ず入所者全員を診察」している特養が最も多く66.4%で、次いで、「施設職員が診察の必要がある入所者を選んで診察」が25.0%と続いた。〔[施 P43](#)〕
- 診療方法は、「対象となる入所者の居室を訪問して診察」が87.5%と最も多く、次いで、「施設職員が医務室まで誘導し、医務室で診察」している特養が29.0%と続いた。〔[施 P43](#)〕
- 特養が配置医師に期待する役割、特養が認識する配置医師が実際に果たしている役割、配置医師が実際に果たしている役割のうち契約に明記している役割いずれも、「日常の健康管理・慢性疾患の疾病管理のための診察・診療」最も多く、それぞれ80.1%、91.7%、51.9%であった。〔[施 P57-58](#)〕
 - ・ 特養が配置医師に期待する役割については、「日常の健康管理・慢性疾患の疾病管理のための診察・診療」が最も多く80.1%、次いで「主治医意見書の作成」が75.3%、「処方」が75.0%、「死亡診断」が74.9%、「本人・家族への説明」が74.7%と続いた。〔[施 P57](#)〕
 - ・ 特養が認識する配置医師が実際に果たしている役割については、「日常の健康管理・慢性疾患の疾病管理のための診察・診療」が最も多く91.7%、次いで「処方」が86.5%、「主治医意見書の作成」が86.3%、「死亡診断」が83.1%と続いた。〔[施 P57](#)〕
 - ・ 契約に明記している役割については、「日常の健康管理・慢性疾患の疾病管理のための診察・診療」が最も多く51.9%、次いで「処方」が27.4%、「急変対応（施設内で勤務している時間以外での対応）」が25.3%、「急性疾患の診察（予定された定期的診察以外の診察）」が24.4%、「死亡診断」が83.1%と続いた。〔[施 P58](#)〕
- 特養が認識する配置医師が実際に果たしている役割の数値が、特養が配置医師に期待する役割の数値を5ポイント以上上回った項目は、以下の通りであった。〔[施 P57](#)〕
 - ・ 「日常の健康管理・慢性疾患の疾病管理のための診察・診療」（差11.7%）
 - ・ 「処方」（差11.5%）
 - ・ 「主治医意見書の作成」（差11.1%）
 - ・ 「死亡診断」（差8.2%）
 - ・ 「本人・家族への説明」（差8.2%）
 - ・ 「検査（採血、心電図、尿検査等）」（差5.7%）
- 配置医師自身が認識する実際に果たしている役割は、「日常の健康管理・慢性疾患の疾病管理のための診察・診療」が最も多く93.0%、次いで「処方」が90.5%、「主治医意見書の作成」が87.9%、「検査結果や病状変化を踏まえた職員への指示・説明」が86.9%と続いた。〔[医 P114](#)〕

3. 入所者に対する医療の状況

1) 急変対応の状況

- 急変対応（施設内で勤務している時間以外での対応）については、特養が配置医師に期待する役割として当該項目を挙げている施設が 64.3%〔施 P57〕、特養が認識する配置医師が実際に果たしている役割として当該項目を挙げている施設が 58.6%〔施 P57〕、配置医師が実際に果たしている役割のうち契約に明記している役割として当該項目を挙げている施設が 25.3%〔施 P58〕であった。これに対し、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で、「配置医師によるオンコール対応」が行われている特養の割合は、平日・日中で 63.2%、それ以外では 38.2%であった〔施 P44〕。実際に 2022 年 9 月 1 か月間で 1 回以上電話対応が行われた施設の割合は、平日・日中で 49.7%、それ以外で 22.0%、1 回以上駆け付け対応が行われた施設の割合は平日・日中で 22.5%、それ以外で 15.6%であった〔施 P45〕。
 - ・ (クロス) 配置医師が実際に果たしている役割<急変対応（施設内で勤務している時間以外での対応）>を 医療処置を要する入所者の割合（⑩たん・胃ろう腸ろう・経管栄養のみ）別に見ると、「15～20%未満」と回答している特養で、「あり」71.6%、「なし」28.4%、「20～30%未満」と回答している特養で、「あり」69.6%、「なし」30.4%であった。〔施 P91〕
 - ・ (クロス) 配置医師が実際に果たしている役割<急変対応（施設内で勤務している時間以外での対応）>を 配置医師に期待している役割<急変対応（施設内で勤務している時間以外での対応）>別に見ると、配置医師に期待している役割<急変対応（施設内で勤務している時間以外での対応）>を「なし」と回答している特養で、「あり」32.7%、「なし」67.3%であった〔施 P92〕
 - ・ (クロス) 配置医師が実際に果たしている役割<急変対応（施設内で勤務している時間以外での対応）>を 配置医師が実際に果たしている役割<病状や状態の変化等への備えに関する包括的指示>別に見ると、配置医師が実際に果たしている役割<病状や状態の変化等への備えに関する包括的指示>を「なし」と回答している特養で、「あり」30.1%、「なし」69.9%であった。〔施 P94〕
- 介護報酬上、配置医師が特養の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に特養を訪問し入所者の診療を行った際に特養が算定できる配置医師緊急時対応加算が存在するが、92.7%の特養で加算が算定されておらず〔施 P25〕、算定していない理由として、「配置医師が必ずしも駆けつけ対応ができないため」（45.3%）や、「緊急の場合はすべて救急搬送で対応しているため」（32.1%）が上位を占めている〔施 P27〕。
- 配置医師が勤務先の特養の入所者に対して行った診療について算定できる診療報酬に関する認知度は、特養・配置医師共に高くない。
 - ・ 特養においては、配置医師による入所者に対する診療行為に関し、診療報酬が算定できると認識している行為に関し、「処置」、「注射」、「投薬」を行った場合に診療報酬が算定できることを認識していない割合が、それぞれ 49.6%、55.8%、65.2%であった一方、報酬算定できない「初診料」、「再診料」、「往診料」を算定できると誤認している割合が、それぞれ 28.7%、23.2%、23.9%であった。〔施 P66〕
 - ・ 配置医師においては、配置医師が、特養入所者に対し算定できる診療報酬の算定状況に関し、「施設入居時等医学総合管理料」、「在宅患者訪問診療料（Ⅰ）」、「在宅患者訪問診療料（Ⅱ）」を「算定できることを知らなかった」割合が、それぞれ 19.9%、19.3%、19.7%であった。〔医 P116〕
 - ※ 「施設入居時等医学総合管理料」は、死亡日からさかのぼって 30 日以内の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に限り、算定可能。
 - ※ 「在宅患者訪問診療料（Ⅰ）（Ⅱ）」は、死亡日からさかのぼって 30 日以内の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に限り、算定可能。ただし、看取り介護加算（Ⅱ）を算定している場合には看取り加算は算定できない。

- 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、「電話対応・駆けつけ対応ともに実施」が17.3%、「電話対応のみ実施（駆けつけ対応は未実施）」が20.8%、「駆けつけ対応のみ実施（電話対応は未実施）」が13.4%、「電話対応・駆けつけ対応共に未実施」が48.4%であった。〔施 P44〕
 - ・（クロス）配置医師緊急時対応加算の算定有無別に見ると、「加算あり」と回答している特養では、「電話対応・駆けつけ対応ともに実施」が42.6%、「電話対応のみ実施（駆けつけ対応は未実施）」が11.8%、「駆けつけ対応のみ実施（電話対応は未実施）」が23.5%、「電話対応・駆けつけ対応共に未実施」が22.1%であった。〔施 P90〕
 - ・（クロス）看護職員が必ず勤務している時間数別に見ると、「9時間未満」と回答している特養では、「電話対応・駆けつけ対応ともに実施」が12.9%、「電話対応のみ実施（駆けつけ対応は未実施）」が18.8%、「駆けつけ対応のみ実施（電話対応は未実施）」が7.1%、「電話対応・駆けつけ対応共に未実施」が61.2%であった。〔施 P91〕
 - ・（クロス）配置医師の月額報酬換算額別に見ると、「40万円以上」と回答している特養では、「電話対応・駆けつけ対応ともに実施」が29.8%、「電話対応のみ実施（駆けつけ対応は未実施）」が23.4%、「駆けつけ対応のみ実施（電話対応は未実施）」が16.1%、「電話対応・駆けつけ対応共に未実施」が30.6%であった。〔施 P93〕
 - ・（クロス）駆けつけ対応時の報酬別に見ると、「別途、駆けつけ1回あたり報酬を支払う」形態であると回答している特養では、「電話対応・駆けつけ対応ともに実施」が28.1%、「電話対応のみ実施（駆けつけ対応は未実施）」が16.4%、「駆けつけ対応のみ実施（電話対応は未実施）」が14.0%、「電話対応・駆けつけ対応共に未実施」が41.5%であった。〔施 P93〕
 - ・（クロス）配置医師が実際に果たしている役割<病状や状態の変化等への備えに関する包括的指示>別に見ると、「なし」と回答している特養では、「電話対応・駆けつけ対応ともに実施」が11.5%、「電話対応のみ実施（駆けつけ対応は未実施）」が16.1%、「駆けつけ対応のみ実施（電話対応は未実施）」が12.9%、「電話対応・駆けつけ対応共に未実施」が59.5%であった。〔施 P94〕
- 配置医師が実際に果たしている役割のうち急変対応（施設内で勤務している時間以外での対応）を挙げている配置医師（全体）は、72.2%であった（「なし」（急変対応を実施していない）は27.8%）。〔医 P114〕
 - ・（クロス）診療科別に見ると、「内科以外」と回答している配置医師では、「あり」が60.9%、「なし」が39.1%であった。〔医 P125〕
 - ・（クロス）訪問診療の経験別に見ると、「ない」と回答している配置医師では、「あり」が57.1%、「なし」が42.9%であった。〔医 P125〕
 - ・（クロス）自宅からの通勤時間（片道）別に見ると、「40分以上60分未満」と回答している配置医師では、「あり」が59.5%、「なし」が40.5%であった。また、「60分以上」と回答している配置医師では、「あり」が65.2%、「なし」が34.8%であった。〔医 P126〕
 - ・（クロス）配置医師不在時（平日・日中以外）のオンコール対応の実施実績別に見ると、「0回」と回答している配置医師では、「あり」が60.3%、「なし」が39.7%であった。〔医 P126〕

2)救急搬送の状況

- 直近2か月（2022年8月1日～9月30日）の救急搬送の状況における平日・日中に、1回以上、救急車を要請して搬送したことがある特養は52.4%で、搬送回数は平均1.4回であった。〔施 P71〕
 - ・搬送の内容を症状別にみると、「呼吸困難」が最も多く22.1%で1施設当たり平均回数は0.56回、次いで「発熱」が20.3%で1施設当たり平均回数は0.52回、「意識障害・麻痺」が16.5%で1施設当たり平均回数は0.42回と続いた。〔施 P72〕
- 直近2か月（2022年8月1日～9月30日）の救急搬送の状況における平日・日中以外に、1回以上、救急車を要請して搬送したことがある特養は27.3%で、搬送回数は平均0.6回であった。〔施 P73〕

- ・ 搬送の内容を症状別にみると、「呼吸困難」が最も多く 22.9%で1施設当たり平均回数は0.42回、次いで「意識障害・麻痺」、「発熱」がそれぞれ16.4%で1施設当たり平均回数はそれぞれ0.30回、「外傷（骨折、けが、やけど等）」が7.4%で1施設当たり平均回数は0.14回と続いた。〔施 P74〕
- 直近2か月（2022年8月1日～9月30日）の救急車を要請して搬送した救急搬送の件数（平日・日中、それ以外の合計）は、「0回」32.0%、「1回」12.8%、「2回」11.0%、「3回～4回」11.1%、「5回以上」8.1%であった。〔施 P97〕
 - ・ （クロス）協力医療機関との連携内容「緊急の場合の対応」別に見ると、「緊急時の対応あり」と回答している特養では、「0回」42.9%、「1回」12.0%、「2回」7.5%、「3回～4回」9.0%、「5回以上」6.0%であった。〔施 P97〕
- 救急車の要請以外の搬送について、直近2か月（2022年8月1日～9月30日）の救急搬送の状況における平日・日中では、1回以上、病院が所有する車等で搬送したことがある特養は5.2%、搬送回数は平均0.2回〔施 P75〕、施設の車等による搬送・緊急受診したことがある特養は35.9%、搬送回数は平均2.3回〔施 P77〕であった。また、平日・日中以外では、1回以上、病院が所有する車等で搬送したことがある特養は1.7%、搬送回数は平均0.1回〔施 P76〕、施設の車等による搬送・緊急受診したことがある特養は10.4%、搬送回数は平均0.3回〔施 P78〕であった。

3)入院の状況

- 2022年9月1日時点で医療機関に入院していた入所者数が1人以上の特養は、新型コロナウイルス感染症以外の入院で66.9%、平均入院者数は1.8人であった〔施 P79〕。このうち、協力医療機関へ入院した入所者数は平均1.6人〔施 P81〕、また救急搬送等により入院した入所者数は平均0.8人〔施 P82〕であった。

4)看取りの状況

- 看取りの受け入れ方針は、「施設で亡くなりたい」という希望があれば、その希望を受け入れる」が83.0%、「原則的には受け入れていない」が12.4%であった。〔施 P86〕
- 入所者が判断できない場合に、医療の実施に関し、本人の意思を推定し同意を得る相手の想定については、「ほとんどの入所者で決めている」が59.3%、「入所者によって決めている場合と決めている場合がある」が24.7%、「ほとんど決めている」が8.8%であった。〔施 P87〕
- 「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または推定は、「入所者全員に実施している」が51.2%、「実施している人と実施していない人がいる」が30.8%、「実施していない」が10.4%であった。〔施 P87〕
- 直近半年間（2022年4月1日～9月30日）の退所者における死亡による契約終了の場合の逝去した場所は、「居室等（静養室を含む）」が67.9%、「病院・診療所（併設を含む）」が31.7%、「その他（逝去場所不明を含む）」が0.4%であった。〔施 P84〕
 - ・ 死亡による契約終了の場合の逝去のうち、看取りであった（施設で看取りをした方。看取り介護加算なしの方も含む）割合は62.8%〔施 P84〕で、調査対象とした半年間で看取りの実績がある特養の割合は73.1%〔施 P85〕であった。
- 「死亡による契約終了」と、「病院・診療所」、「介護療養型医療施設」、「介護医療院」への退去の合計人数を分母とし、「居室等」で「看取り」を実施した人数を分子とした「看取り率」を作成したところ、46.1%であった。〔施 P85〕
 - ・ （クロス）配置医師緊急時対応加算別に見ると、「加算あり」と回答している特養では、看取り率が60.9%であった。〔施 P100〕
 - ・ （クロス）看護職員数（常勤換算）別に見ると、「2人未満」と回答している特養では、看取り率が36.1%であった。〔施 P100〕

- ・ (クロス) 直近2か月の救急車の搬送回数(平日・日中とそれ以外の合計)別に見ると、「5回以上」と回答している特養では、看取り率が34.2%であった。〔施 P100〕
 - ・ (クロス) 配置医師不在時(平日・日中以外)のオンコール対応の実施実績別に見ると、「電話対応・駆けつけ対応共に実施」、「駆けつけ対応のみ実施(電話対応は未実施)」と、配置医師が駆けつけ対応をしていると回答している特養では、看取り率がそれぞれ62.4%、58.0%であった。〔施 P101〕
 - ・ (クロス) 配置医師の月額報酬換算額別に見ると、「10万円未満」と回答している特養では、看取り率が33.9%であった。〔施 P101〕
 - ・ (クロス) 看取りの受け入れ方針別に見ると、「原則的には受け入れていない」と回答している特養では、看取り率が2.6%であった。〔施 P101〕
 - ・ (クロス) 「人生の最終段階における医療・ケア」に関する意思の確認・推定別に見ると、「実施していない」と回答している特養では、看取り率が31.1%であった。〔施 P101〕
- インタビュー調査では、看護職員が中心となって特養内の医療・介護両面の情報の整理・とりまとめを行うとともに、日ごろの入所者の状態のアセスメント結果を適宜配置医師に伝達することで、配置医師が包括的指示を出しやすくなるほか、配置医師が急変対応時に必要な入所者情報を把握しやすくなるといった事例がみられる。この結果、救急搬送を未然に防ぐことができているほか、看取り対応等、入所者への円滑な医療対応につながったとされている。〔事例 1, P132-134〕〔事例 2, P135-137〕〔事例 4, P141-143〕〔事例 6, P148-150〕

4. 配置医師のやりがい・負担感

- 配置医師としてのやりがいを感じている配置医師が76.7%見られる(感じない配置医師は15.0%)〔医 P122〕一方、配置医師業務の負担感を53.8%の配置医師が感じている(感じない配置医師は39.0%)〔医 P121〕。
- ・ (クロス) 年齢別に見ると、「50歳未満」と回答している配置医師では、配置医師業務の負担感を「負担ではない(あまり負担ではない+全く負担ではない)」としている割合が、53.3%であった。〔医 P128〕
 - ・ (クロス) 診療科別に見ると、「内科以外」と回答している配置医師では、配置医師業務の負担感を「負担ではない(あまり負担ではない+全く負担ではない)」としている割合が、51.6%であった。〔医 P128〕
 - ・ (クロス) 訪問診療の経験別に見ると、「ない」と回答している配置医師では、配置医師業務の負担感を「負担ではない(あまり負担ではない+全く負担ではない)」としている割合が、53.6%であった。〔医 P129〕
 - ・ (クロス) 勤務先の種別で見ると、「在宅療養支援病院」、「在宅療養支援診療所」と回答している配置医師では、配置医師業務の負担感を「負担(非常に負担+やや負担)」としている割合が、それぞれ64.3%、66.3%であった。〔医 P129〕
 - ・ (クロス) 配置医師の業務を行う上での困りごと<交代要員がない・バックアップ体制がない>別に見ると、「該当」と回答している配置医師では、配置医師業務の負担感を「負担(非常に負担+やや負担)」としている割合が、73.6%であった。〔医 P129〕
- 配置医師の負担に関する取組として、インタビュー調査では、配置医師の所属する医療機関内における複数医師での業務代替手段の仕組みの構築〔事例 3, P138-140〕の例があるほか、郡市区医師会等、地域の配置医師同士によるバックアップ体制構築の例〔事例 5, P144-147〕が見られた。

付属資料

1) 施設調査票

施設住所：〒	
法人名：	
施設名：	0001

※上記の内容をご確認の上、誤りがある場合は赤字で修正してください。

【2022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医療対応に関するアンケート調査 〔施設調査票〕

ご記入にあたってのお願い

1. 調査対象

本調査票は、介護サービス情報公表システムの登録情報をもとに、令和4年6月末時点で開設されている施設より無作為抽出によって選定した施設にお送りしています。

本調査の設問は、指定事業所単位ではなく、施設(建物)単位でお答えください。複数の事業所がある(例えば、従来型とユニット型とでそれぞれ指定を受けている)場合は、合算してお答えください。

2. アンケート記入者

本調査票は、特に指示がない限り、施設の全体像を把握している管理者(施設長 もしくは その代理の職にある方)が記入してください。

3. 記入 および 返信の方法

筆記用具は、鉛筆、ボールペンなど、どのようなものでもかまいません。

ご記入後は、同封の返信用封筒に封入の上、2022年10月25日(火)までにご投函ください。

4. ご記入いただいた情報について

ご記入いただいた内容は、施設名等がわからないように匿名化したうえで、今後の社会保障政策の検討に活用します。また、分析結果の公表に際しては、統計的に処理する等、個別の施設や個人が特定されることのないよう、十分に配慮します。

ご多忙のところ大変恐縮ですが、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

本調査には、施設調査票のほかに **配置医師調査票** があります。
配置医師調査票を、貴施設の配置医師全員にお渡し頂けましたか？

- | |
|----------|
| 1 渡した |
| 2 渡していない |

本調査に関するお問い合わせ先

PwC コンサルティング合同会社 公共事業部 (担当: やすだ おかだ たいら
安田・岡田・平良)
〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
TEL: **0120-828-058**
(10/3(月)より受付開始. 平日 9:00~18:00)
E-mail: **jp_cons_tokuyou2022_ext@pwc.com**

I 貴法人・貴施設の概要

問1 貴法人・貴施設に関する基本情報

※2022年9月1日時点の状況

(1) 貴法人が運営する特別養護老人ホームの数 (〇は1つ) ※指定事業所数ではなく、施設(建物)数でお答えください	1 1箇所 2 2箇所 3 3~9箇所 4 10箇所以上																									
(2) 施設開設年月 ※複数事業所がある場合は、最も早い開設	年 月																									
(3) 貴施設の居室形態 (あてはまるものを全てに〇)	1 従来型(多床室) 2 ユニット型個室																									
(4) 医務室の保険医療機関としての指定状況 (〇は1つ)	1 受けている 2 受けていない 3 わからない																									
(5) 併設・隣接の状況 ※併設：同一建物に事業所がある場合 隣接：同一の敷地内で別棟の場合、もしくは、隣接する敷地 (道路を挟む場合を含む)にある場合 ※関連法人：同一法人、グループ法人または法人の経営者(理事等) に同一の人が含まれる ないし 出資関係がある法人	<table border="1"> <tr> <th colspan="3">a 併設・隣接状況 (〇は1つ)</th> <th colspan="2">(併設・隣接事業所がある場合) b 併設・隣接事業所の運営主体との関係 (〇は1つ)</th> </tr> <tr> <th>併設</th> <th>隣接</th> <th>なし</th> <th>関連法人</th> <th>関連なし</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>	a 併設・隣接状況 (〇は1つ)			(併設・隣接事業所がある場合) b 併設・隣接事業所の運営主体との関係 (〇は1つ)		併設	隣接	なし	関連法人	関連なし	1	2	3	1	2	1	2	3	1	2	1	2	3	1	2
	a 併設・隣接状況 (〇は1つ)			(併設・隣接事業所がある場合) b 併設・隣接事業所の運営主体との関係 (〇は1つ)																						
	併設	隣接	なし	関連法人	関連なし																					
	1	2	3	1	2																					
	1	2	3	1	2																					
1	2	3	1	2																						
① 病院	1 2 3 1 2																									
② 診療所(有床)	1 2 3 1 2																									
③ 診療所(無床)	1 2 3 1 2																									

問2 各種加算の算定状況

※2022年9月1か月の実績

(1) 日常生活継続支援加算 (〇は1つ)	1 加算なし → SQ(1)-1 へ 2 I 3 II				
SQ(1)-1 算定していない理由 (あてはまるものを全てに〇)	1 要介護4・5の入所者の占める割合が70%未満 2 認知症自立度Ⅲ以上の入所者の割合が65%未満 3 たんの吸引が必要な入所者の割合が15%未満 4 その他				
(2) 看護体制加算 (あてはまるものを全てに〇)	1 加算なし 2 (I)イ 3 (I)ロ 4 (II)イ 5 (II)ロ				
(3) 夜勤職員配置加算 (〇は1つ)	1 加算なし 2 (I)イ 4 (II)イ 6 (III)イ 8 (IV)イ 3 (I)ロ 5 (II)ロ 7 (III)ロ 9 (IV)ロ				
(4) 常勤医師配置加算 (〇は1つ)	1 加算なし 2 加算あり				
(5) 配置医師緊急時対応加算 (〇は1つ。回数は9月1か月の実績回数)	1 加算なし → SQ(5)-1 へ 2 加算あり → 夜間・早朝：_____回、深夜：_____回				
((5)で「1 加算なし」を選択した場合) SQ(5)-1 算定していない理由 (あてはまるものを全てに〇)	<table border="1"> <tr> <td> 1 9月は駆けつけ対応が必要なケースが発生しなかったため 2 配置医師が必ずしも駆けつけ対応ができなかったため 3 配置医師との間で、緊急の場合の注意事項や病状についての情報共有方法、時間帯ごとの医師との連絡方法等について具体的な取り決めができていないため 4 入所者に対する看護職員の比率が25:1未満であるため 5 加算算定要件の看護職員数(常勤換算)が満たせなかったため 6 算定要件等がよくわからないため 7 緊急の場合はすべて救急搬送で対応しているため 8 その他 </td> <td rowspan="2"> } → 2,3と回答した場合、SQ(5)-2へ </td> </tr> <tr> <td> 1 配置医師・配置医師以外の医師による電話対応やオンライン診療で対応できているため 2 代行機関の電話対応により対応できているため 3 配置医師との契約や取り決めにおいて、駆けつけ対応しないこととなっているため 4 配置医師の他の職務が多忙で、時間的に対応できなかったため 5 配置医師に依頼しにくい(同意が得にくい)雰囲気・状況があるため 6 配置医師に駆けつけ対応に対する相応の手当を支払えないため 7 配置医師の駆けつけにあわせて看護職員が対応することが困難なため 8 緊急の場合は救急搬送する方が速いため 9 その他 </td> <td></td> </tr> </table>	1 9月は駆けつけ対応が必要なケースが発生しなかったため 2 配置医師が必ずしも駆けつけ対応ができなかったため 3 配置医師との間で、緊急の場合の注意事項や病状についての情報共有方法、時間帯ごとの医師との連絡方法等について具体的な取り決めができていないため 4 入所者に対する看護職員の比率が25:1未満であるため 5 加算算定要件の看護職員数(常勤換算)が満たせなかったため 6 算定要件等がよくわからないため 7 緊急の場合はすべて救急搬送で対応しているため 8 その他	} → 2,3と回答した場合、SQ(5)-2へ	1 配置医師・配置医師以外の医師による電話対応やオンライン診療で対応できているため 2 代行機関の電話対応により対応できているため 3 配置医師との契約や取り決めにおいて、駆けつけ対応しないこととなっているため 4 配置医師の他の職務が多忙で、時間的に対応できなかったため 5 配置医師に依頼しにくい(同意が得にくい)雰囲気・状況があるため 6 配置医師に駆けつけ対応に対する相応の手当を支払えないため 7 配置医師の駆けつけにあわせて看護職員が対応することが困難なため 8 緊急の場合は救急搬送する方が速いため 9 その他	
1 9月は駆けつけ対応が必要なケースが発生しなかったため 2 配置医師が必ずしも駆けつけ対応ができなかったため 3 配置医師との間で、緊急の場合の注意事項や病状についての情報共有方法、時間帯ごとの医師との連絡方法等について具体的な取り決めができていないため 4 入所者に対する看護職員の比率が25:1未満であるため 5 加算算定要件の看護職員数(常勤換算)が満たせなかったため 6 算定要件等がよくわからないため 7 緊急の場合はすべて救急搬送で対応しているため 8 その他	} → 2,3と回答した場合、SQ(5)-2へ				
1 配置医師・配置医師以外の医師による電話対応やオンライン診療で対応できているため 2 代行機関の電話対応により対応できているため 3 配置医師との契約や取り決めにおいて、駆けつけ対応しないこととなっているため 4 配置医師の他の職務が多忙で、時間的に対応できなかったため 5 配置医師に依頼しにくい(同意が得にくい)雰囲気・状況があるため 6 配置医師に駆けつけ対応に対する相応の手当を支払えないため 7 配置医師の駆けつけにあわせて看護職員が対応することが困難なため 8 緊急の場合は救急搬送する方が速いため 9 その他					

問3 職員体制

※2022年9月1日時点の状況(該当者がいない場合は「0」と記入)

(1) 実際の介護・看護職員比率 (〇は1つ)	1 2:1以上	2 2.5:1以上	3 2.8:1以上	4 3:1以上	5 その他
	a 実人数		b 常勤換算数		
(2) 介護職員総数 (常勤・非常勤合計)	人		人		
① うち 介護福祉士	人		人		
② うち 研修を受け、たんの吸引等の医療処置ができる介護職員	人		人		
(3) 看護職員総数 (常勤・非常勤合計)	人		人		
① うち 常勤の看護師	人		人		
② うち 常勤の准看護師	人		人		
(4) 看護職員が必ず勤務している時間帯	:		から		:
(5) 夜間(深夜帯)の職員数 (常勤・非常勤、夜勤・宿直合計、実人数)	a 介護 :		人		b 看護 :
	人		人		
(6) 夜間の看護体制 (〇は1つ) ※オンコール対応とは、電話対応に加え、必要な時に駆けつけ対応することを指す	1 常に夜勤または宿直の看護職員が対応 2 通常、施設の看護職員がオンコールで対応 3 訪問看護ステーション、医療機関と連携してオンコール体制をとっている 4 夜勤・当直の看護職員はおらず、オンコール対応もしていない				
(7) 夜間の医療対応 (〇は1つ)	たんの吸引ができる職員が 1 常にいる 2 いない場合もある 3 常にないない				

II 現在の入所者の状況

問4 入所者の状況

※2022年9月1日時点の状況(該当者がいない場合は「0」と記入)

(1) 定員数	人		(2) 入所者総数 (短期入所を除く)						人	
(3) 要介護度別入所者数 ※①～⑥の合計が(2)入所者数に一致するように記入	① 要介護1	② 要介護2	③ 要介護3	④ 要介護4	⑤ 要介護5	⑥ 不明	申請中等			
	人	人	人	人	人	人	人			
(4) 認知症日常生活自立度別入所者数 ※①～⑦の合計が(2)入所者数に一致するように記入	① 自立	② I	③ II	④ III	⑤ IV	⑥ M	⑦ 不明			
	人	人	人	人	人	人	人			
(5) 医療処置を要する入所者数 ※職員が補助している場合	① たんの吸引	人		⑦ レスプレータ(人工呼吸器)の管理	人					
	② 胃ろう・腸ろうの管理	人		⑧ インスリンの注射 (自己注射できる場合を除く)	人					
	③ 経鼻経管栄養の管理	人		⑨ 透析 → SQ(5)-1～3へ	人					
	④ 尿道カテーテル(留置カテーテル、コンドームカテーテル等)の管理	人		⑩ 疼痛の管理 (麻薬・劇薬を使用するものに限る)	人					
	⑤ 酸素療法	人		⑪ 膀胱瘻・ストーマ (人工肛門・人工膀胱)の管理	人					
	⑥ 褥瘡の処置	人		⑫ 末梢静脈からの点滴	人					
	⑬ 上記①～⑫の医療処置を要する入所者の重複を除いた 実人数						人			
	⑭ 上記①～③の医療処置を要する入所者の重複を除いた 実人数						人			
SQ(5)-1 透析患者の付き添い・送迎をしている者 (あてはまるもの全てに〇)	1 施設の看護職員		4 私費のヘルパー		7 その他					
	2 施設の介護職員		5 家族等							
	3 施設のその他の職員		6 入所者がひとりで行く(付き添いはしない)							
SQ(5)-2 送迎の方法 (あてはまるもの全てに〇)	1 透析医療機関の送迎		3 介護タクシー		5 その他					
	2 施設の手で送迎		4 家族等による送迎							
SQ(5)-3 付き添い・送迎対応に関する利用者からの費用徴収 (〇は1つ)	1 徴収している		2 徴収していない							

Ⅲ 入所者に対する医療の状況

問5 配置医師の状況

(1) 配置医師数(実人数) ※2022年9月1日時点			人
(2) 配置医師の勤務実績(9月1か月の合計勤務時間数) ※複数の配置医師がいる場合は、合計の時間で記載ください	計	日、計	時間
(3) 配置医師に要している費用(9月1か月の実績額) ※複数の配置医師がいる場合は、合計額で記載ください			円
(4) 施設内で行う診療の対象(○は1つ)	1 一定の期間(1~2か月)で必ず入所者全員を診察 2 施設職員が診察の必要がある入所者を選んで診察 3 その他		
(5) 診療方法(あてはまるものを全てに○)	1 施設職員が医務室まで誘導し、医務室で診察 2 対象となる入所者の居室を訪問して診察 3 所属先(派遣元)医療機関または自宅等からオンライン診療で診察 4 その他		
(6) 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 ※オンコール対応とは、電話対応に加え、必要な時に駆けつけ対応することを指す	平日・日中 (↓あてはまるものを全てに○)	左記以外 (↓あてはまるものを全てに○)	
配置医師によるオンコール対応	1	1	
配置医師以外の医療機関によるオンコール対応	2	2	
配置医師以外の代行機関(医療機関以外)による電話対応	3	3	
上記は実施せず、原則、救急搬送	4	4	
その他	5	5	
(7) 配置医師による定期的な勤務時間以外の対応(9月1か月の実績回数) ※複数の配置医師がいる場合は、合計回数を記入 ※該当の対応がない場合「0」と記入	電話対応	回	回
	駆けつけ対応	回	回

問6 主たる配置医師(1名)の状況(詳細) ※利用者の健康管理及び療養上の指導について、中心的な役割を担っている医師

(1) 診療科(○は1つ)	1 内科 2 外科 3 整形外科 4 精神科 5 その他		
(2) 所属先機関の種別(あてはまるものを全てに○)	1 当該施設のみ 2 在宅療養支援診療所 3 その他の診療所 4 在宅療養支援病院 5 特定機能病院 6 地域医療支援病院 7 その他の病院 8 他の介護保険施設 9 その他		
SQ(2)-1 所属病院の開設主体(○は1つ)	1 国立・公立 2 その他の公的医療機関等 3 その他		
(3) 契約形態(○は1つ)	1 雇用契約(正規職員) 2 雇用契約(嘱託等) 3 配置医師の所属先医療機関との契約		
(4) 当該特養における勤続年数	年		
(5) 契約上責任を持つ時間 (あてはまる形態1つに○をつけ、回数または時間数を記載、該当する単位いずれか1つに○)	1 1か月あたり _____ (回・時間) 2 1週間に _____ (回・時間) 3 その他()		
(6) 1か月の勤務状況(9月1か月の実績)	計	日、計	時間
(7) 配置医師の報酬			
①施設からの報酬の支払い先(○は1つ)	1 配置医師本人 2 所属先の医療機関 3 その他		
②基本報酬の体系・報酬額(○は1つ)	1 1月あたり報酬 → _____円/月 2 勤務1回あたり報酬 → _____円/回 3 その他()		
③駆けつけ対応時の報酬(○は1つ)	1 基本報酬に含まれる 2 別途、駆けつけ1回あたり報酬を支払う → _____円/回 3 その他()		

主たる配置医師の役割	(8) 配置医師に期待する役割 (↓あてはまるもの 全てに○)	(9) 実際に果たしている役割 (↓あてはまるもの 全てに○)	(10) (9)のうち契約に明記している役割 (↓あてはまるもの 全てに○)
日常の健康管理・慢性疾患の疾病管理のための診察・診療	1	1	1
急性疾患の診察(予定された定期的診察以外の診察)	2	2	2
急変対応(施設内で勤務している時間以外での対応)	3	3	3
検査(採血、心電図、尿検査等)	4	4	4
処方	5	5	5
点滴や注射	6	6	6
疼痛の管理(麻薬・劇薬を使用するものに限る)	7	7	7
処置(創傷処置等)	8	8	8
病状や状態の変化等への備えに関する包括的指示	9	9	9
検査結果や病状変化を踏まえた職員への指示・説明	10	10	10
リハビリテーションや重度化防止等に関する職員への指示・説明	11	11	11
感染症対策に関する相談対応・指導	12	12	12
施設内の研修・委員会・カンファレンスへの参加	13	13	13
本人・家族への説明	14	14	14
外部医療機関への受診・入退院にかかる調整	15	15	15
主治医意見書の作成	16	16	16
死亡診断	17	17	17
その他	18	18	18
(11) 施設内での新型コロナウイルス感染症 患者発生時における配置医師の対応 (あてはまるもの全てに○)	1 配置医師自身による診察・死亡診断 2 入退院調整の協力 3 診療に当たる他の医師への医療情報の提供	4 施設内の感染対策への支援 5 特になし	

問7 2022年9月(1か月間)の配置医師以外による診療の利用状況

※該当者がいない場合「0」と記入

(1) 配置医師以外による訪問診療を受けた利用者数	実人数 人 延べ利用回数 回
SQ(1)-1 配置医師以外が訪問した理由 (あてはまるもの全てに○)	1 配置医師の専門外であることを理由とする訪問診療 2 末期の悪性腫瘍の入所者に対する訪問診療 3 看取りの入所者に対する訪問診療(2を除く)
(2) 配置医師以外による往診(緊急の場合)を受けた利用者数	実人数 人 延べ利用回数 回
SQ(2)-1 配置医師以外が往診をしていない理由 (あてはまるもの全てに○)	1 配置医師による駆けつけ対応で足りているため 2 救急搬送で対応しているため 3 緊急の場合に往診してくれる医師が、周辺地域には配置医師以外にいないため 4 配置医師の理解を得にくいため 5 診療報酬を算定できることを知らないため 6 医師の駆けつけにあわせて看護職員が対応することが困難であるため 7 その他
(3) 訪問看護(医療保険)を受けた利用者数	実人数 人 延べ利用回数 回
(4) 配置医師以外が入所者を往診した際の診療報酬(往診料)の算定(○は1つ)	1 算定した 2 算定しなかった
(5) 配置医師以外の診療におけるオンライン診療の活用状況・今後の活用意向(○は1つ)	1 活用しておらず、導入も考えていない 2 現在は活用していないが、導入したい・導入準備中 3 現在活用しており、今後も同程度の活用を維持したい 4 現在活用しており、今後、活用を増やしたい

問8 診療報酬に関する施設の認識 ※本設問は施設の認識を問うもので、下記選択肢には診療報酬を算定できない行為も含まれます。

(1) 配置医師による入所者に対する診療行為に関し、診療報酬が算定できると認識している行為 (あてはまるもの全てに○)	1 初診料 2 再診料 3 往診料	4 処置 5 注射 6 投薬
(2) 配置医師以外による入所者に対する診療行為に関し、診療報酬が算定できると認識している行為 (あてはまるもの全てに○)	1 配置医師の専門外の診療が必要な場合の訪問診療 2 末期の悪性腫瘍患者に対する訪問診療 3 在宅療養支援診療所等の医師による看取りの場合の訪問診療 4 緊急の場合の往診(配置医師の専門が否かを問わない)	

問9 協力医療機関との連携

※2022年9月1日時点の状況

(1) 協力医療機関数	機関
(2) 配置医師との関係 (あてはまるもの全てに○)	1 配置医師の所属医療機関 2 配置医師の所属医療機関と関連のある医療機関 3 配置医師とは関係ない医療機関
(3) 協力医療機関の種別 (あてはまるもの全てに○)	1 特定機能病院 2 地域医療支援病院 3 在宅療養支援病院 4 その他の病院 5 有床診療所 6 その他
(4) 協力医療機関との連携内容 (あてはまるもの全てに○) ※オンコール対応とは、電話対応に加え、必要な時に駆けつけ対応することを指す	1 緊急の場合の対応(配置医師に代わりオンコール対応) 2 緊急の場合の対応(配置医師のオンコール対応を補助) 3 入所者の診療(外来)の受入れ 4 入所者の入院の受入れ(後方支援ベッド) 5 死亡診断 6 その他
(5) 新型コロナウイルス感染症に関する協力医療機関の対応 (あてはまるもの全てに○)	1 緊急の場合の対応(配置医師に代わりオンコール対応) 2 緊急の場合の対応(配置医師のオンコール対応を補助) 3 罹患した入所者の診療(外来)の受入れ 4 罹患した入所者の入院の受入れ

問10 直近2か月(2022年8月1日～9月30日)の救急搬送の状況

※該当者がいない場合「0」と記入

	平日・日中		左記以外	
	a 実人数	b 延べ回数	a 実人数	b 延べ回数
(1) 救急車を要請して搬送 ※①～⑪の合計が、(1)の数値と一致するように記入 ※複数あてはまる場合は、搬送の判断に最も影響を与えた症状に計上				
① 外傷(骨折、けが、やけど等)	人	回	人	回
② 意識障害・麻痺		回		回
③ 呼吸困難		回		回
④ 吐血・下血		回		回
⑤ 嘔吐		回		回
⑥ 頭痛・胸痛等の疼痛		回		回
⑦ がんによる疼痛		回		回
⑧ 発熱		回		回
⑨ 心肺停止(⑩以外)		回		回
⑩ 心肺停止(死亡診断のため)		回		回
⑪ その他		回		回
(2) 病院が所有する車等による搬送	人	回	人	回
(3) 施設の車等による搬送・緊急受診	人	回	人	回

問11 入所者の入院の状況 ※2022年9月1日時点の状況(救急搬送による入院以外を含む)、該当者がいない場合「0」と記入

	新型コロナウイルス感染症以外の入院		新型コロナウイルス感染症による入院	
	医療機関名	入院人数	医療機関名	入院人数
(1) 2022年9月1日時点で医療機関に入院していた入所者数		人		人
(2) (1)のうち協力医療機関へ入院した入所者数		人		人
(3) (1)のうち救急搬送等により入院した入所者数		人		人
(4) 入院先医療機関名/入院していた入所者数 ※可能な範囲で記載してください。 ※なるべく正式名称で記載ください。		人		人
		人		人
		人		人
		人		人
		人		人
		人		人
		人		人
		人		人
		人		人
		人		人
(5) 直近2か月(2022年8月1日～9月30日)での入院総日数 ※入院している2人のうち1人が10日、もう1人20日入院した場合、それを合計し「30人日」と回答				人日

IV 退所および看取りに関する状況

問12 直近半年間(2022年4月1日～9月30日)の退所者

※該当者がいない場合「0」と記入

(1) 退所者数 ※①～⑥までの合計値が(1)と一致するように記入	人
① 死亡による契約終了(入院中の死亡により契約が終了したケースを含む)	人
② 病院・診療所(介護療養型医療施設は除く)	人
③ 介護療養型医療施設・介護医療院	人
④ 介護老人保健施設・他の特別養護老人ホーム	人
⑤ 特定施設・認知症高齢者グループホーム	人
⑥ その他	人

(問13(1)へ)

問13 死亡による契約終了(問12(1)①)の場合の逝去の状況

逝去した場所	(1) 逝去した人数 ※問12(1)①と以下の合計が一致するように記入	(2) うち看取り (加算算定の有無によらず、実態として看取った人数)	(3) うち看取り介護加算算定		
			(4) うち看取り介護加算Ⅰ算定	(5) うち看取り介護加算Ⅱ算定	
① 居室等(静養室を含む)	人	人	人	人	人
② 病院・診療所(併設を含む)	人	人	人	人	人
③ その他(逝去場所不明を含む)	人	人	人	人	人

→ (看取り介護加算算定が0(ゼロ)の場合、問14(5)へ)

問14 看取りに関する方針・対応状況

(1) 看取りの受け入れ方針 (〇は1つ)	<ol style="list-style-type: none"> 1 「施設で亡くなりたくない」という希望があれば、その希望を受け入れる 2 原則的には受け入れていない
(2) 本人や家族の希望があっても、実態として、看取りを受け入れられないことがある理由 (あてはまるもの全てに〇)	<ol style="list-style-type: none"> 1 受け入れられない理由はない(すべて受け入れる) 2 対応が難しい医療処置があるため 3 看護職員の数が足りないため 4 介護職員の数が足りないため 5 夜間は看護職員がいないため 6 看護職員の理解が得られないため 7 介護職員の理解が得られないため 8 家族等の同意が得られない(意見が一致しない)ため 9 事故が起こることや、それに関して家族等とトラブルになることが心配なため 10 看取りに関する方針やマニュアルを定めていないため 11 施設での看取りをサポートしてもらえる医師・医療機関がないため 12 費用がかかりすぎるため 13 そもそも看取りまで行う施設ではないと位置付けているため 14 その他
(3) 入所者が判断できない場合に、医療の実施に関し、本人の意思を推定し同意を得る相手の想定 (〇は1つ)	<ol style="list-style-type: none"> 1 ほとんどの入所者で決めている 2 入所者によって決めている場合と決めている場合がある 3 ほとんど決めている
(4) 「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または推定 (〇は1つ)	<ol style="list-style-type: none"> 1 入所者全員に実施している 2 実施している人と実施していない人がいる 3 実施していない
(問 13(3)の合計が0(ゼロ)の場合) (5) 看取り介護加算を算定していない理由 (あてはまるもの全てに〇)	<ol style="list-style-type: none"> 1 該当する利用者がいないため 2 医療依存度が高く、対応が困難なため 3 常勤看護師がいないため 4 24時間連絡できる体制が確保できないため 5 本人・家族の同意が得られないため 6 看取りの指針を施設で見直していないため 7 看取りに関する職員研修を実施できないため 8 個室・静養室の用意ができないため 9 算定要件等がよくわからないため 10 配置医師の協力を得るのが難しいため 11 連携する医療機関が診療報酬で看取り加算等を算定したため 12 その他

ご協力ありがとうございました

2)配置医師調査票

〔施設 No を
入れます〕

2022 年 10 月 吉日

特別養護老人ホーム「配置医師」の皆様

「特別養護老人ホーム配置医師の勤務の実態に関するアンケート調査」 へのご協力をお願い

拝啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

私ども PwC コンサルティング合同会社は、厚生労働省より老人保健健康増進等事業の採択を受け、「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」を実施しております。本研究では、特養における医療対応の課題を明らかにすることを目的に、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズの状況等を把握する施設調査とともに、配置医師の勤務実態や業務の中で担っている役割、その負担感ややりがい等を把握する配置医師調査を実施します。

本調査票は、全国の特別養護老人ホームより無作為に抽出した 4,000 施設と、これらの施設の配置医師の皆様を対象としています。ご多忙のところ大変恐縮ですが、調査の主旨をご理解頂き、ご協力賜れますよう、お願い申し上げます。

本状裏面の調査項目にご回答のうえ、**10 月 25 日(火)まで**に、下記のいずれか、ご都合のよい方法でご提出ください。

調査票のご回答・ご提出方法について

ご回答が難しい設問がある場合は、その項目を飛ばし、その他の設問にお答え頂く形でも差し支えございませんので、ご回答へのご協力をお願い致します。

調査票の提出は、下記のいずれかご都合のよい方法でご提出ください。

【1】最初に調査票を渡された特別養護老人ホームの職員に提出

こちらの方法で提出される場合は、施設票返送時に返送用封筒に同封できるよう、予め特別養護老人ホームの職員の方に一言お伝えください。

【2】FAX にて返送

FAX 番号は調査票側の上部に記載しています。番号、送信面をご確認のうえ、送信ください。

【3】調査票をスキャンし、E-mail で返送

返送先 E-mail アドレスは調査票側の上部に記載しています。アドレスをご確認のうえ、送信ください。

本調査に関する問合せ先 ▶ PwC コンサルティング合同会社 公共事業部（担当：安田・岡田・平良）

TEL : 0120-828-058 (10/3(月)より受付開始. 平日 9:00~18:00)

E-mail : jp_cons_tokuyou2022_ext@pwc.com

特別養護老人ホーム配置医師の勤務の実態に関するアンケート調査

I 配置医師(あなた自身)の経歴について

Q1 性別 (○は1つ)	1 男性 2 女性 3 答えたくない	Q2 年齢	歳
Q3 診療科 (あてはまるもの全てに○)	1 内科 2 外科 3 整形外科 4 精神科 5 その他		
Q4 保有する(していた)専門資格 (あてはまるもの全てに○)	1 総合診療科 3 脳神経内科 5 脳神経外科 7 老年科 2 内科 4 整形外科 6 精神科 8 その他		
Q5 訪問診療の経験 (○は1つ)	1 ある 2 ない		

II 調査票を受け取った特別養護老人ホームとの雇用関係について

Q6 契約形態 (○は1つ)	1 雇用契約(正規職員) 2 雇用契約(嘱託等) 3 配置医師の所属先医療機関との契約
Q7 1か月の勤務時間	①契約上健康管理等の責任を持つ日数・時間数 (あてはまる形態1つに○をつけ、回数または時間数を記載、該当する単位1つに○)
	②実際に施設内で勤務した時間 (9月の実績) _____ 時間/月
Q8 契約上の報酬体系 (○は1つ)	1 月あたり報酬 2 施設勤務1日あたり報酬 3 その他
Q9 1か月の報酬額 (9月の実績)	_____ 円/月
Q10 駆けつけ対応の報酬 (○は1つ)	1 上記に含まれる 2 別途、報酬が支払われる (_____ 円/回)
Q11 自宅からの通勤時間(片道) (○は1つ)	1 20分未満 3 40分以上 60分未満 2 20分以上 40分未満 4 60分以上

III 調査票を受け取った特別養護老人ホーム以外の勤務先について

Q12 主たる勤務先 (○は1つ)	1 当該特養 2 当該特養以外 →SQ1~4へ
SQ1 勤務先の種別 (○は1つ)	1 在宅療養支援診療所 4 特定機能病院 7 他の介護保険施設 2 その他の診療所 5 地域医療支援病院 8 その他 3 在宅療養支援病院 6 その他の病院 →3~8の場合、SQ1-1へ
	SQ1-1 病院開設主体 (○は1つ)
SQ2 当該特養との関係 (○は1つ)	1 同一またはグループ法人 2 それ以外
SQ3 主たる勤務先から特養までのアクセス時間(片道) (○は1つ)	1 20分未満 3 40分以上 60分未満 2 20分以上 40分未満 4 60分以上
SQ4 1か月の勤務時間	実際に勤務した時間(9月の実績、残業を含む) : _____ 時間/月
Q13 当該特養(Q6~11)・主たる勤務先(Q12)以外の勤務先数 ※当該特養と主たる勤務先のみ場合は「0」と記載	_____ 箇所

IV 配置医師としての考え方・担っている役割等について

Q14 配置医師の役割 ((1)~(3)それぞれ1~18のあてはまるもの全てに○)	(1)実際に果たしている役割	(2) (1)のうち負担に感じる役割	(3)配置医師が担うべきと考えられる役割
日常の健康管理・慢性疾患の疾病管理のための診察・診療	1	1	1
急性疾患の診察 (予定された定期の診察以外の診察)	2	2	2
急変対応 (施設内で勤務している時間以外での対応)	3	3	3
検査 (採血、心電図、尿検査等)	4	4	4
処方	5	5	5
点滴や注射	6	6	6
疼痛の管理 (麻薬・劇薬を使用するものに限る)	7	7	7
処置 (創傷処置等)	8	8	8
病状や状態の変化等への備えに関する包括的指示	9	9	9
検査結果や病状変化を踏まえた職員への指示・説明	10	10	10
リハビリテーションや重度化防止等に関する職員への指示・説明	11	11	11
感染症対策に関する相談対応・指導	12	12	12
施設内の研修・委員会・カンファレンスへの参加	13	13	13
本人・家族への説明	14	14	14
外部医療機関への受診・入退院にかかる調整	15	15	15
主治医意見書の作成	16	16	16
死亡診断	17	17	17
その他()	18	18	18

Q15 施設内で行う診察の対象 (○は1つ)	1 一定の期間(毎月、隔月等)で必ず入所者全員を診察 2 施設職員が診察の必要がある入所者を選んで診察 3 その他												
Q16 施設内で行う診察の方法 (あてはまるもの全てに○)	1 施設職員が医務室まで誘導し、医務室で診察 2 対象となる入所者の居室を訪問して診察 3 所属先(派遣元)医療機関または自宅等からオンライン診療で診察 4 その他												
Q17 配置医師が、特養入所者に対し算定できる診療報酬の算定状況 ((1)~(8)の項目毎に○は1つ) ※(1)~(3)は、「死亡日から遡って 30 日以内の患者」、 「末期の悪性腫瘍の患者」の場合のみ算定可。 (4)は「末期の悪性腫瘍の患者」の場合のみ算定可。	算定したことがある (9月の算定件数も記載)	算定できることは知っているが、算定したことはない	算定できることを知らなかった										
(1) 在宅患者訪問診療料(I)	1 → ()件	2	3										
(2) 在宅患者訪問診療料(II)	1 → ()件	2	3										
(3) 施設入居時等医学総合管理料	1 → ()件	2	3										
(4) 在宅ターミナルケア加算	1 → ()件	2	3										
(5) 在宅療養指導管理材料加算	1 → ()件	2	3										
(6) 投薬(処方箋料等)	1 → ()件	2	3										
(7) 注射	1 → ()件	2	3										
(8) 処置(創傷処置等)	1 → ()件	2	3										
Q18 配置医師緊急時対応加算の認知状況 (○は1つ)	1 配置医師が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 2 加算があることを知っている												
Q19 包括的指示の活用状況 (○は1つ)	1 病状変化等を予測して、予め、包括的指示を出すことがよくある 2 状況に応じて包括的指示を出すこともある 3 包括的指示を出すことはない												
Q20 事前に包括的指示を出すことが困難な理由 (あてはまるもの全てに○つ)	1 診察に十分時間をかけられず、入所者の状態像把握や病状予測が困難 2 入所者の状態が一定せず、病状の予測が困難 3 包括的指示の場合、文書で指示する必要があり、手間がかかる 4 包括的指示に基づいて対応できる看護職員がいない 5 施設で常時使用可能な薬剤や診療材料に制約がある 6 その他 7 特に困難な点はない												
Q21 施設での勤務時間以外の対応回数(9月の実績)	(1)電話対応 平日・日中: _____ 回 左記以外: _____ 回 (2)駆けつけ対応 平日・日中: _____ 回 左記以外: _____ 回 →(2)の回答が「0(ゼロ)」の場合 SQ5へ												
SQ5 Q21(2)駆けつけ対応が0(ゼロ)の場合の対応方法	<table border="0"> <tr> <td>《平日・日中》(○は1つ)</td> <td>《左記以外》(○は1つ)</td> </tr> <tr> <td>1 所属先医療機関が対応</td> <td>1 所属先医療機関が対応</td> </tr> <tr> <td>2 別の医療機関等が対応</td> <td>2 別の医療機関等が対応</td> </tr> <tr> <td>3 その他</td> <td>3 その他</td> </tr> <tr> <td>4 わからない・不明</td> <td>4 わからない・不明</td> </tr> </table>			《平日・日中》(○は1つ)	《左記以外》(○は1つ)	1 所属先医療機関が対応	1 所属先医療機関が対応	2 別の医療機関等が対応	2 別の医療機関等が対応	3 その他	3 その他	4 わからない・不明	4 わからない・不明
《平日・日中》(○は1つ)	《左記以外》(○は1つ)												
1 所属先医療機関が対応	1 所属先医療機関が対応												
2 別の医療機関等が対応	2 別の医療機関等が対応												
3 その他	3 その他												
4 わからない・不明	4 わからない・不明												
Q22 配置医師業務の負担感 (○は1つ)	1 非常に負担 2 やや負担 3 あまり負担ではない 4 全く負担ではない												
Q23 配置医師としてのやりがい (○は1つ)	1 非常に感じる 2 やや感じる 3 あまり感じない 4 全く感じない												
Q24 配置医師の業務を行う上での困りごと (あてはまるものす全てに○)	1 夜間・早朝・休日などに頻繁にオンコール対応が必要 2 施設勤務ではない日に頻繁に駆けつけ対応の依頼がある 3 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 4 夜間、看護職員が配置されていないため、入院となってしまうことが多い 5 施設内で必要な検査や処方ができないため、入院となってしまうことが多い 6 手間がかかるわりに、収入につながらない 7 交代要員がいない・バックアップ体制がない 8 医学的判断をする上で相談できる人がいない 9 入院が必要なときに引き受けてもらえる後方ベッドがない 10 その他 () 11 特に困っていることはない												
SQ6 Q24のうち最も困っていること	_____ (上記1~9のうちより1つを選び番号を記載)												

ご協力ありがとうございました

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

令和5年3月

PwC コンサルティング合同会社

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1

Otemachi One タワー

TEL : 03-6257-0700(代表)

[JOBコード:Y163]

