



特別養護老人ホームにおける 医療アクセスについて

規制改革推進会議 医療・介護・感染症対応ワーキンググループ 提出資料

令和4年3月31日



公益社団法人

全国老人福祉施設協議会

Japanese Council of Senior Citizens Welfare Service

1. 特養入所者の医療アクセス向上の必要性

特別養護老人ホームの入所者に対する医療は、「日常的な健康管理」については配置医が担当し、健康管理の領域を超える専門医療等が必要となった場合は、外部の医療機関を受診したり入院することが基本となっている。

この仕組みの中では、外部の医師の訪問によって行われる「訪問診療」については、診療報酬の対象外とされている（看取りと末期がんの場合を除く）。

しかしながら、近年、特養においては入所者の要介護度の重度化が進んできていることなどから、配置医による健康管理を超える専門医療等が必要となる場面が増えてきており、入所者が適切な医療をより円滑に受けることができる体制の整備（医療アクセスの向上）が求められてきている。

この問題に対する対応については、配置医の機能の向上を主軸として、地域の医療資源の状況を踏まえ、協力医療機関(訪問診療含む)との連携体制強化、オンライン診療との組み合わせなども含め、入所者にとってどの方法が好ましいかという観点から検討していくことが必要である。

2. 特養入所者に求められる医療ニーズ

特養入所者の医療アクセスの問題はさまざまな側面があるため、入所者に求められる「日常的な健康管理」を超える次の主な4つの医療ニーズ（専門医療対応、認知症対応、看取り対応、新型コロナ対応）から議論を分けて、整理して考えていくことが不可欠である。

（1）専門医療等対応

近年、**特養の入所者は要介護度の重度化が進み、専門医療を必要**とする場合が増えている。また病状の急変による夜間等の緊急対応を必要とする場合も増えている。

（2）認知症対応

特養の入所者は認知症である場合が多く、専門的な認知症医療を必要としている。近年、認知症専門医等の関与によって認知症の入所者の状態に合わない投薬や多剤投与のために、認知症が進行してしまっている方の改善事例が増えてきており、**介護現場と認知症専門医等との密接な連携が求められている。**

(3) 看取り対応

入所者の看取りは、入院によって行われる場合もあるが、基本的には生活の場としての特養において行うことが求められている。

看取りにおいては、①看取りの開始（回復が望めない状態であること等の診断）、②看取り期の定時・随時の診断、③死亡診断などの関与とそれらのご家族への説明などにおいて医師が大きな役割を果たすことになるが、**家族からは、入所時から関わって本人の状態をよく把握している配置医によって行われることを望む声**が強い。

(4) 新型コロナ対応

新型コロナウイルス感染症の感染者に対する治療は、日常的な健康管理の範囲を超える専門医療の分野であるが、特養においては、①配置医・看護職員や介護職員に感染症対応についての専門性がない、②夜間の症状急変に対応できる医療体制がない、③人工呼吸器などの治療用の医療機器・設備がない、④隔離できる部屋がない場合が多いなどにより、医療を提供できない。

このため**感染した入所者は入院することが原則**となっているが、医療ひっ迫により入院できない場合が多く、特養側で施設内療養（入所継続）を余儀なくされて、所内での感染拡大（クラスター発生）やそれに伴う死亡者の増大が生じている。

3. 特養の配置医の機能

(1) 配置医に関する問題

特養においては配置医が置かれているが、配置医は入所者の健康管理が主な職務内容であり、それを超える専門医療等については、次のような面から対応が困難な場合が多い。

①勤務形態

非常勤がほとんど（週1回程度特養に来所）であるため、緊急時や夜間などには対応できない場合がある。

②専門性

内科医であることが多く、それ以外の専門医療には対応できない。

③報酬

施設との契約に基づいて委嘱費を支払う形となっているが、その額に定めがなく、介護報酬の中からわずかな額を捻出することとなるため、なかなか引き受け手がおらず、日常的な健康管理以上のことを依頼しにくい。

(2) 配置医の意義

配置医については上記（1）のような問題が指摘されている一方で、現に健康管理を超える専門医療、夜間・緊急時対応、看取りなどで大きく活躍している配置医も一定数存在している（配置医がどこまで対応してもらえるか施設・地域・配置医個人による差が激しい）。

そのほか配置医は次のような面で役割を果たしている。

- ① **入所者の主治医としての役割**をもち、定型的・軽度の医療的処置であれば、施設内の看護職員が電話で指示を受けて迅速な対応ができる。
- ② 外部の医療機関による専門医療を必要とする場合、**受診の指示や紹介状の発行**を行う。
- ③ 介護保険制度上、配置医が、特養内に設置すべきものとされている**各種委員会の構成員**とされていたり、実施すべき**研修の講師**とされているものがある。
- ④ 介護保険制度上、配置医による指導が、**各種加算の算定要件**とされているものがある。
- ⑤ 配置医が、特養の職員の**産業医としての役割**を果たしている場合が多い。

※ 訪問診療に関する留意点

訪問診療は、特養において必要とされる医療ニーズに対して配置医が十分応えられていない場合において、それに対応できる可能性があると考えられるが、次の点にも留意が必要である。

- ① 特養では常時医療的処置を必要とする入所者が大多数を占めるわけではなく、**訪問診療による完全な医療体制の構築をめざす必要性は薄い**（その場合はむしろ訪問診療ではなく介護医療院によって担当すべきこととなる）。
- ② **訪問診療を引き受けてくれる医師自体がほとんどいない地域**もある。
- ③ 複数の訪問医が特養施設内に訪問してくると、訪問医の時間調整・応対、診療室の管理、施設内の看護職員の負担増などで**施設側に負担を生じ**、訪問診療のほうが施設側の負担が少ないとも言いきれない（ましてや入所者が入所前の主治医をそれぞれ任意で呼べる形となったら大混乱となる）。
- ④ 配置医や複数の訪問医が入ると、**診療に対する方針が異なる**ことがあり混乱する場合がある。

4. 解決の方向性とその課題

特養入所者の医療アクセスの向上を図るためには、上記2の「**日常的な健康管理**」を超える次の主な4つの医療ニーズや、上記3の**配置医の問題**を踏まえて検討していくことが必要であるが、次の点を前提として考えていくことが重要である。

- ① 特養に対して**訪問診療を導入する（診療報酬の対象とする）**ことは、一つの**有効な解決方法**である。しかし、配置医を否定してすべて訪問診療に置き換えるべきではなく、まずは**配置医の行うべき日常的な健康管理の範囲を明確化し、配置医の機能を引き出すことを前提とすべき**である。
- ② 健康管理を超える部分の医療アクセスの向上を図るための方法については、**配置医が果たしている役割や期待できる役割が、施設・地域・配置医個人によって千差万別**であることを踏まえ、広く配置医が対応できるようにするにはどうしたらよいか、配置医が実際に行っている又は行いうる医療の範囲などについて実情を調査した上で具体的な方法を検討し、**各施設の実情に応じてそれを選択できるようにすることを前提とすべき**である。

(1) 専門医療等対応

① 配置医の行うべき日常的な健康管理の範囲（※）を明確化し、それを超える専門医療等や夜間等の時間外診療については診療報酬の対象に

配置医については上記3（1）のような問題があるが、その原因の大きな部分は「配置医の行う健康管理の範囲が曖昧である」ことと、「その職務のほとんどが診療報酬の対象となっておらず、わずかな報酬しか支払うことができない」という点にある。

このため、**健康管理の範囲を明確化した上で、健康管理を超える専門医療等や夜間等の時間外診療について診療報酬によって正当な対価が支払われるようになれば**、配置医もその専門性の範囲内で最大限の機能を発揮することが可能となる。

また、それらに対応できる配置医を確保しやすくなり、施設側も依頼しやすくなる。

※健康管理の範囲

配置医が担当する「健康管理」の範囲は、形式的には、厚労省通知「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取り扱いについて」などによって、診療報酬上配置医が算定できないものとされている項目として明確化されているともいえる。

しかしながら、その中には、診療報酬上配置医が算定できない（整理上健康管理）とされ、特段の報酬の対象とならないものの、専門医療として位置づけて診療報酬の対象とすべきものや、診療報酬のその項目に該当するかどうかの運用上の判断基準が必ずしも明確でないものがある。

また夜間の緊急対応なども日常的な「健康管理」の範囲を超えるものと考えられる。

② 配置医以外の医師に往診やオンライン診療を依頼した場合も、診療報酬の対象に

配置医の専門領域以外の専門医療については、外部医師の診療によることとなるが、従来のような外来受診ばかりでなく、施設の実情に応じて**往診やオンライン診療を依頼した場合も、診療報酬の対象にできるようにすることにより医療アクセスを高めることができる。**

(2) 認知症対応

① 医師と介護現場職員との情報連携による認知症対応の体制の構築を

認知症に対する医療も専門医療の一分野であり、他の専門医療と同様に配置医や訪問医療による専門的医療についても診療報酬の対象とすることが必要である。

しかしながら認知症に対する専門医療は、それだけではなく、他の専門医療とは異なる特殊性を踏まえた対応が求められる。

認知症の入所者に対する医療の現状は、投薬管理が中心であるが、近年、認知症専門医等の関与によって認知症の入所者の状態に合わない投薬や多剤投与のために、認知症が進行してしまっている方の改善事例が増えてきており、ポリファーマシーの改善への期待が高まっている。

この問題については、認知症の入所者に日常的に接していて日々薬剤の効果の観察をしている介護現場（介護・看護職などの施設職員または施設職員からの情報を受けた薬剤師）からのケア記録に基づくフィードバック情報を踏まえて適切な対応を行うことで一定程度の改善が期待できる。

このため、**配置医や訪問医療による認知症の入所者に対する専門医療を行う際の介護現場との情報連携の仕組みの構築を行うことが重要**である。

② 配置医の認知症対応の専門性を高め評価する仕組みを

認知症の治療は、発症に対して一連の治療を行って終わるものではなく、治療経過を観察しつつ継続的に行う必要があることから、入所者の主治医の役割を果たす配置医によって適切に対応してもらうことが望ましい。

しかしながら、配置医は内科医であることが多く必ずしも認知症対応に関する専門性を有していない場合が多い。

実際その対応が日常的な健康管理の延長上にあるものとして、配置医が通常の委嘱費の範囲内で対応している場合が多い。

また、訪問診療で対応できる外部医師も多くはないので、訪問診療の可能にすれば解決する問題でもない。

これらのことを踏まえ、**配置医が認知症の入所者への対応に係る専門性を向上させるための研修プログラムを開発し、それを受講した配置医については、その診療を診療報酬の対応とする（あるいは介護報酬の加算の対象としてその原資で委嘱費を増額する）**ことが考えられる。

(3) 看取り対応

① 看取りに伴う報酬の充実を

看取りは、a) 配置医、b) 医療機関への入院、c) 訪問診療によって行われる場合がある。

訪問診療によって行われる場合は、例外的に既に診療報酬の対象となっているが、その対象件数はそれほど多いとはいえない。

基本的には上記2 (3) のとおり、特養内で配置医が行われることが望ましいが、健康管理を超えるため配置医に依頼できない（受けてもらえない）ために入院によって行われる場合も多い（特養内で看取りができないために家族がそれを希望する場合入所を断る例もあり）。

配置医が看取りを行う場合、通常は施設の負担によって配置医に追加的な報酬を支払うことが多いが、配置医によっては少額で対応してもらえる場合もあるものの、多額の支払いを求められる場合もあり、その他介護・看護職員の負担増を含めるならば介護報酬における看取り加算の額を超える負担を施設が負わなければならない。

このような状況を踏まえるならば、配置医による看取りに対する報酬の充実を図ることが適当である。

(4) 新型コロナ対応

新型コロナウイルス感染症の感染者に対する治療については、特殊な専門医療であり、他専門医療のような配置医の機能や訪問診療では対応が不可能である。

配置医の機能強化や訪問診療による医療アクセスの向上の議論とは切り離すべき問題であり、上記 2 (4) のとおり、これまでの「**感染した入所者の入院原則**」を堅持するべきである。

(補論) 医療と介護の間の情報連携

(1) 医療と介護間の情報連携の問題

特養においては入所者が入院する場合、入院期間中に本人にとって適切な生活支援が行われなくなるため要介護度や認知症の程度が重度化してしまったり、適切な摂食支援や運動が行われなくなるために体重の減少や体力の低下が生じてしまう場合がある。

また医療機関から退院した場合においても、特養内で入院中に講じられてきた医療処置の継続ができず予後の悪化・長期化がみられる場合がある。

このため、**特養が、介護現場における生活支援を通じて把握した本人への対応に必要な情報について、医療機関へ適切に伝達したり、医療機関が、実施した医療処置と退院後に必要となる医療処置について特養へ適切に伝達する仕組みが求められる。**

この問題については、現状では、医療機関が介護施設に対して医療情報を伝達した場合には診療報酬上の加算が算定され、また自治体によっては相互の情報交換のための様式が定められている場合があるが、特養の入所者の医療アクセスの向上を図ろうとする場合、さらにこのことについての取り組みを強化することが重要である。

そのためには、次のような点の課題を解決していく必要がある。

- ① 特養から医療機関への生活支援情報を伝達することへのインセンティブがない
- ② 医療機関と特養との間で生活支援情報についてやり取りを行う際の共有様式が整備されていないため、共有すべき情報に見落としや漏れがみられたり、情報共有に多大な時間や労力を費やすなど様々な課題が生じている。
- ③ 医療介護相互の情報交換のための様式が自治体ごとに異なるために、他の自治体内にある医療機関・特養との間のやりとりで混乱が生じる

(2) 解決の方向性

この(1)の問題の解決のためには、次のような対応が考えられる

- ① 医療機関と特養の双方に、医療情報・生活支援情報を伝えること、及び受けとって活用することへのインセンティブを、診療報酬及び介護報酬において設ける(または充実する)。
- ② 医療機関と特養の相互で、医療情報・生活支援情報を交換するための定型様式のひな形を国が定めて、その活用を自治体に促す。

以上のように、特養においては、入所者に対する医療アクセスの向上が急務となっているところであり、令和6年度の診療報酬改定と介護報酬改定の同時改定に向けて、その早急な検討を求めたい。