

# 特別養護老人ホームで必要とされる医療

- ▶ 特別養護老人ホームで必要とされる医療と現状について
- ▶ 特別養護老人ホーム入所者への医療の実態調査

---

2014年12月 岡山県保険医協会

---

## <目次>

### 解説

特別養護老人ホームで必要とされる医療と現状について.....	1
--------------------------------	---

### 特別養護老人ホーム入所者への医療の実態調査

#### 配置医師調査

I.医療機関の概要.....	6
II.特別養護老人ホームの概要.....	7
III.実際の業務内容.....	9
IV.配置医師を取り巻く現状・課題について（意識調査）.....	12

#### 施設調査

I.施設の概要.....	17
II.入所者の状況.....	20
III.施設看護師による実際の業務内容.....	21
IV.配置医師による実際の業務内容.....	22
V.特養入所者を取り巻く現状・課題について（意識調査）.....	24
配置医師への要望.....	27
新規入所者を要介護3以上に限定するとの国の方針について、その他意見.....	28

## 特別養護老人ホームで必要とされる医療と現状について

岡山県保険医協会理事 木村 哲也

### はじめに

特別養護老人ホーム（以下特養）は、老人福祉法（昭和38年）により65歳以上で身体上精神上障害があり常時介護を必要とし、居宅での生活が困難な者を受け入れる施設として作られた。その後介護保険法（平成12年）により特定疾病で要介護の40～64歳の第2号被保険者も利用可となった。

この特養で約6年間配置医師として従事した経験から、地域における特養の役割や問題点を整理し、今後の地域包括ケアシステムにおける特養のあるべき姿を医療の観点から述べてみた。

### ① 地域における特養の役割と問題点

高齢者の多くは、自宅、有料老人ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者住宅などで終末期を迎える。しかし医療や介護の面で対応が困難になると、特養に入所を希望する人が増えてくる。従って住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステムにおいて、特養は地域の終の住処として今後ますます重要な役割を担うことになると考える。

しかしながら特養は自宅で生活できなくなった人が入所する介護施設という設立主旨から、自宅や他施設と異なり、医療の提供において多くの制約がある。すなわち特養では入所者の日常的な健康管理は配置医師によってなされ、医療が必要な時は外部の医療機関を利用することを基本としている。しかし、現在の入所者は高齢化し多くの慢性疾患を持ち、入所時から医療ニーズが高くなっている。このように医療の制限がある施設であるにも拘わらず、多くの医学的管理を必要とする人が現実に入所しているために、種々のひずみが配置医師・施設職員・入所者と家族に生じている。しかしその問題は放置されたままである。

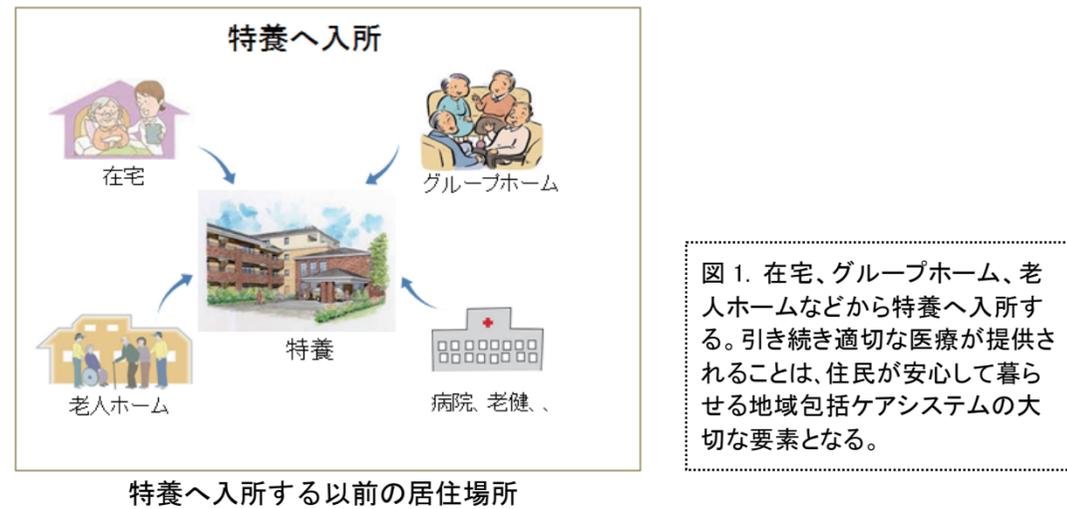
そこでこれから始まる地域包括ケアシステムを念頭に、特養に必要とされる医療について検討し現状の問題点とその対策を考えた。

### ② 特養へ入所するまで

入所者の多くは80歳以上の高齢者で高血圧や虚血性心疾患、糖尿病、認知症や脳血管障害等の疾患を有す。そして在宅やグループホーム・有料老人ホームなどで医師から必要な医学的管理を受けてきている。

その後医療や介護の面での対応が困難となると特養へ入所する。また老健施

設や急性期病院からの入所もみられる。この様に特養は、地域における医療と介護の最後の砦であり、同時に入所者の終の住処を提供する役割を持つ。



### ③ 入所者に必要な医療

入所者は終の住処として特養に入所するわけであるから、当然ながら亡くなるまで継続して上記疾患についての医学的管理（診断、治療の評価や計画的な管理）が必要となる。入所後はさらに高齢化が進み、誤嚥性肺炎の発症や軽微な症状から全身状態が急変するリスクが高くなり医療ニーズが高い状態が続く。

従って、配置医師においては

- (i) この様な高まる医療ニーズに対応するために、医学的管理には施設訪問時だけでなく自院においても時間を充てる必要がある。
- (ii) また施設職員からの医学的管理に関する問い合わせに対応したり、ご家族への病状説明などに時間を充てることが日常的に必要となる。
- (iii) 入所者が急変したときには、自院で診療中であっても緊急の往診や受け入れ可能な病院の確認や診療情報提供書の作製などに、外来診療を中断して対応することが必要となる。
- (iv) 急変時の対応は夜間や祝祭日でも必要である。24時間365日、配置医師は施設職員と常時連絡が取れるよう配慮する必要がある。
- (v) これら(i)～(iv)を充実させて行くことにより終末期の「施設内での看取り」が適切に行われるようになると思う。

以上をまとめると配置医師の役割は次のように考えられる。

- (i) 入所者の日常的な医学的管理（診断・治療・管理）  
診療時間中の急変時の対応
- (ii) 施設職員への助言や指導
- (iii) 家族への説明

- (iv) 夜間・休日での対応（24時間365日の対応）
- (v) 施設内での看取り

### ④ 特養の医療の問題点

配置医師の業務は入所者の健康管理と療養の指導と定められている。しかし現実には入所者に必要な医学的管理が主たる業務となっている。このため以下のような問題が生じている。

(a) 現状では医師の医療行為は、診療報酬で多くの制限が設けられ正しく評価されていない（癌末期とターミナル期を除く）。これは次の図のように、医学的ニーズが増大していることを考慮していないことに起因する。その結果として配置医師に求められる前述の役割(i)～(v)が完遂されない不適切な事態を現場に引き起こしている。特養に必要な医療を明確にし、配置医師が行う医療行為を正しく評価することが重要と考える。

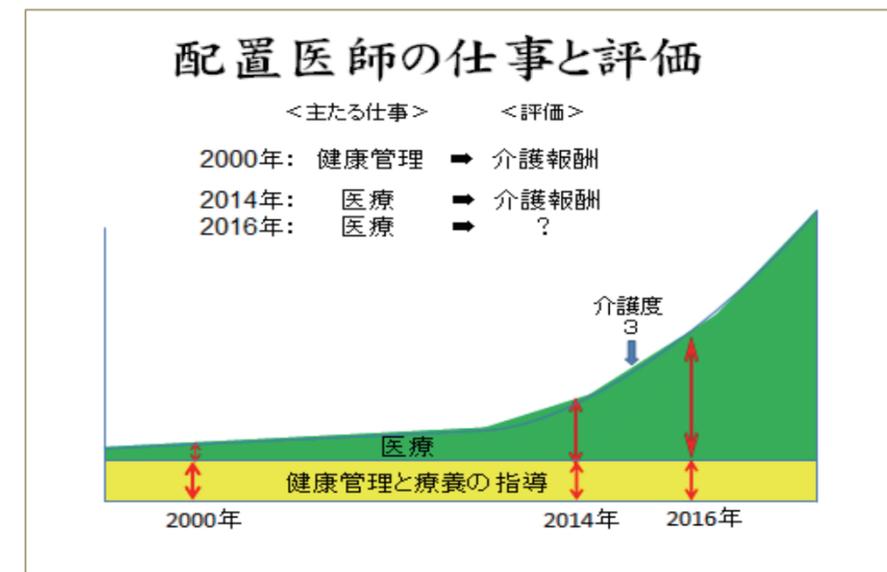


図2 配置医師の仕事: 健康管理から医療へ変遷。その適切な評価が求められる。2014年における入所者に必要な「医療」(緑色)は高齢化に伴い、介護保険が導入された2000年当時と比べ大きくなっている。それに伴い配置医師の現実の業務である医学的管理も大きくなっている。しかしながら今も配置医師の仕事は「健康管理と療養の指導」(黄色)であると定められ、それは介護報酬として評価されている。すなわち配置医師の主たる業務である医療行為が正しく評価されていない。今後、入所者が介護度3以上に限定されると、必要な「医療」はさらに増すと考えられる。特養に必要な「医療」を明確にし、医療行為を正しく評価することは避けて通れない問題である。同時にそれを担当するのは配置医師か外部の医師かを検討することも必要である。

(b) 配置医師の業務が健康管理であると定められているため、入所者の人数に比して限られた時間での対応となり、入所者と医師の関係が在宅や他施設に比べて希薄となる傾向がある。

(c) 配置医師の業務が健康管理であると定められているため、夜間や祝祭日の対応が十分なされず、急変時の対応に施設職員が苦慮することが多い。施設職員の医師・医療に関する不安を以下に示す。

### 施設職員の不安（医師・医療に係わる課題）

医療依存度の高い入所者の管理、急変時の対応、配置医師との連携、看取りなどが多い

- ・人数に対し定期的に細かく診療出来る医師の確保。緊急時に対応できる医師の確保。現状ではまったく出来ない。
- ・夜間、休日、時間外のかかわりが皆無であり対応に困っている。
- ・夜間の対応は一人の医師だけ配置だと難しい時がある（連絡が取りづらかったりする）。
- ・家族の希望があっても囑託医が不在などで、死亡診断をしてもらえない為、やむをえず病院対応とするケースが多い。
- ・医療依存度の高い入所者の方が多く、その方々に関わる時間が多くなってしまい、他入所者の方々への関わりが少なくなってしまう。
- ・病院受診時（入院）の際、特養の特性が病院側（医師）の理解がされていない点があり、医療度の高い所を求められる（特養になじまないもの）ことがある。
- ・介護や施設内での生活について、医療職の関わりが少ない。医療をつなげて考えてもらうことが社会的に少ないと感じる。
- ・施設入居とともにかかりつけ医（主治医）が配置医になる関係性の作り直しを求められることになる。今までのかかりつけ医が継続できないか。

（出典：平成24年度老人保健健康増進等事業「介護サービス事業所における医療職のあり方に関する調査研究事業」（株式会社 三菱総合研究所）p73より抜粋

(d) さらに医療行為に制限があるため無駄な医療費が発生する場合がある。施設で治療可能な病気（脱水や肺炎等）であっても配置医師の指示の下で施設職員が行う点滴等の治療行為が評価されない。そのため施設で治療可能な病気であっても、やむを得ず病院に搬送しているのが現状である。これは労力と時間と医療費の無駄である。早急な改善が望まれる。

### ⑤ 適切な医療が行われるためには（対策）

これからの特養は、従来のように高齢者が介護の問題で入所する介護施設と捉えるのは適切でない。地域包括ケアシステムにおいて、特養は在宅・老人ホーム・グループホームなどから医療や介護の対応が困難になった人々を受け入れる施設として、また入所者にとっては終の住処を提供する大切な施設として捉えるべきである。よって配置医師と施設職員が今まで以上に連携し重度化する医療ニーズに日頃から適切に対処し、最後は施設で看取りを行うことが必要である。その前提として提供される医療行為が正しく評価されることが重要で

ある。このように特養の医療が適切になされることによって、地域包括ケアシステムにおける特養が地域住民から今まで以上に評価されることになると思う。

### ⑥ まとめ

特養に必要とされる医療と、現実の医療の問題点とその対策を述べた。地域包括ケアシステムにおいて特養の医療が適切に行われることは、住民が安心してその地域に暮らしていく大切な要素となる。

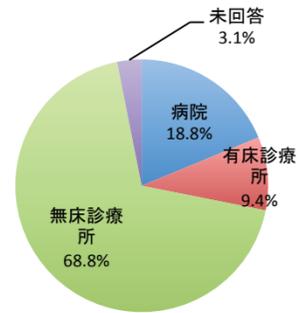
# 医師調査

対象：岡山県内特別養護老人ホーム172施設の配置医師  
協力者数：32名  
協力率：18.6%

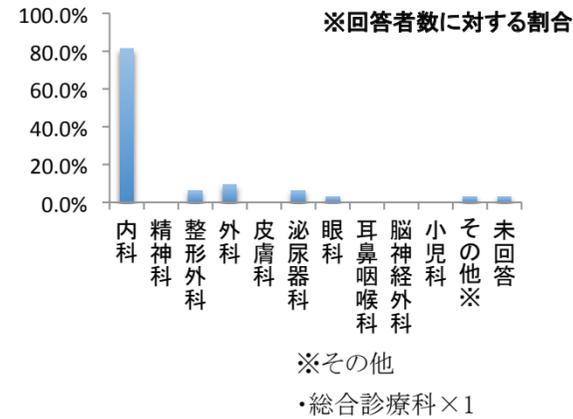
## I. 医療機関の概要

### 設問 I-1 貴院の概要

#### (1) 医療機関種別

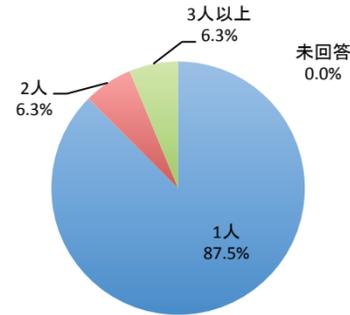


#### (2) 主たる診療科(複数回答あり)

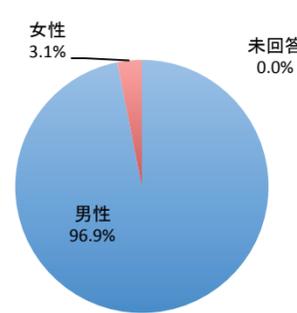


### 設問 I-2 貴院医師の概要

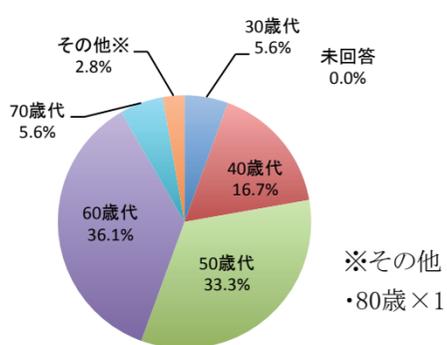
#### (1) 医師数



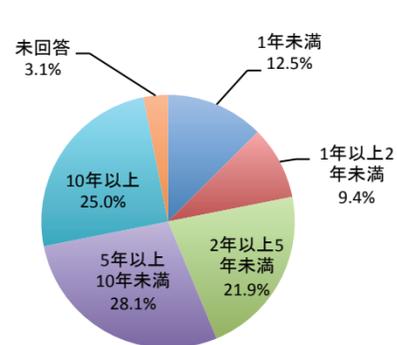
#### (2) 性別



#### (3) 年齢



#### (4) 配置医師の担当年数

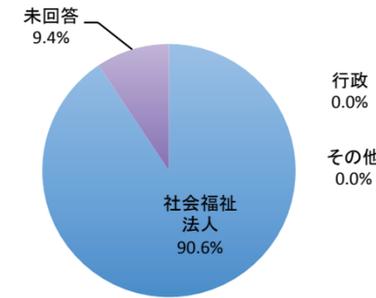


## II 特別養護老人ホームの概要

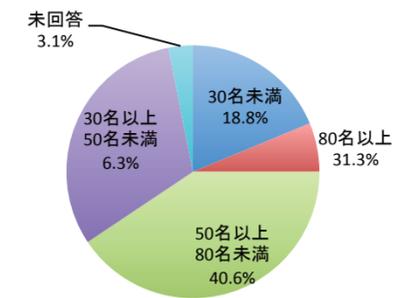
### 設問 II-1 特別養護老人ホームの概要

#### (1) 特養名称(省略)

#### (2) 特養の運営主体

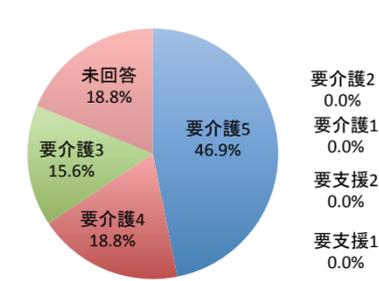


#### (3) 入所者の人数

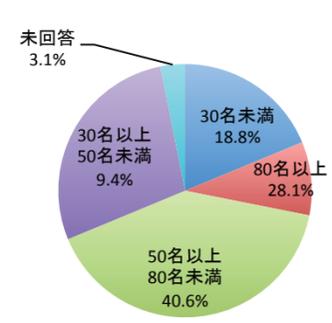


### 設問 II-2 入所者の状況について

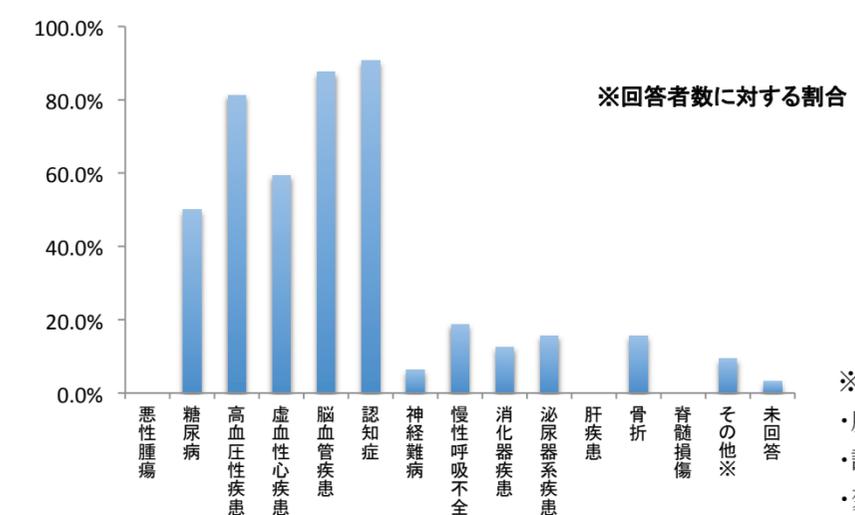
#### (1) 入所者のうち、最も割合の高い要介護度



#### (4) 担当する入所者数

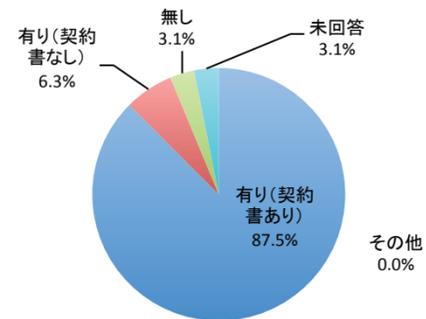


#### (2) 入所者のうち、最も割合の高い主傷病(上位5つ)

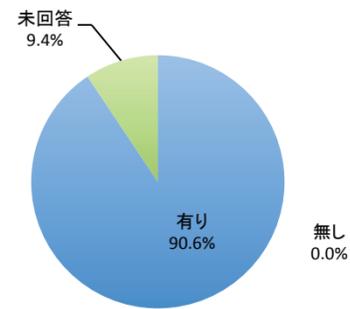


設問Ⅱ-3.特養と貴院の配置医師契約について

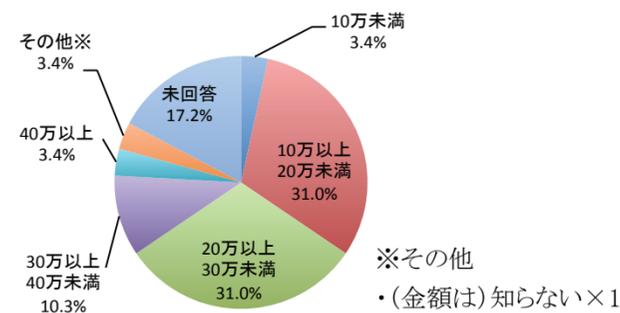
(1) 配置医師契約



(2) 配置医師報酬

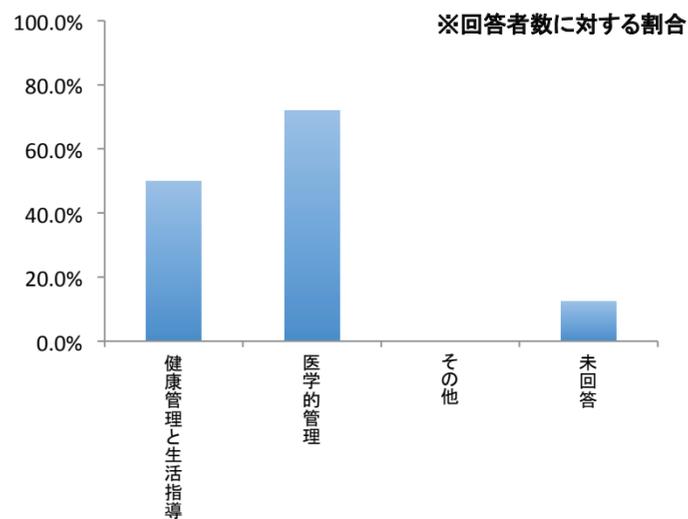


配置医師報酬がある場合の月額



設問Ⅱ-4.配置医師契約書における配置医師の業務(契約書ありの方のみ)

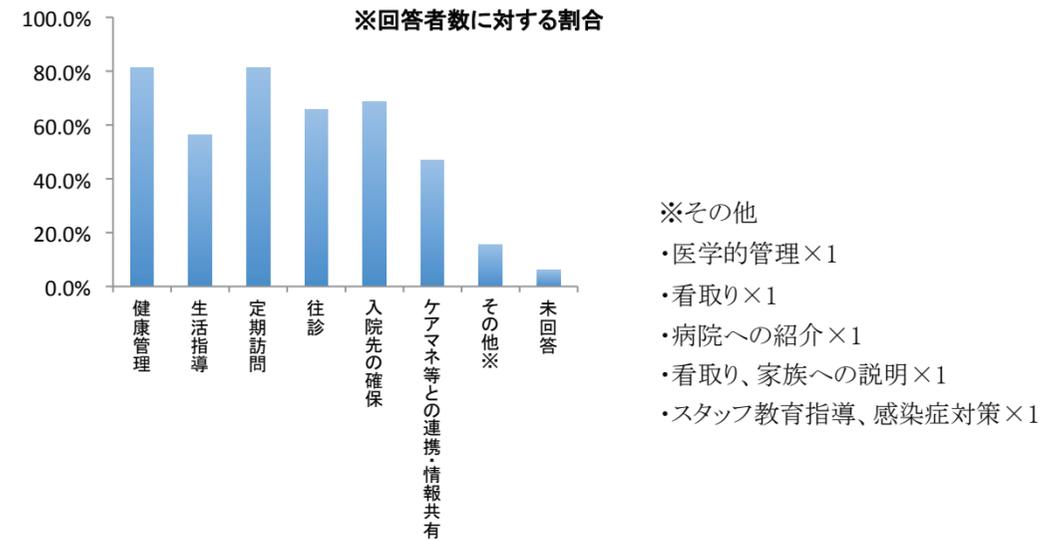
(1) 配置医師の主たる業務



Ⅲ.実際の業務内容

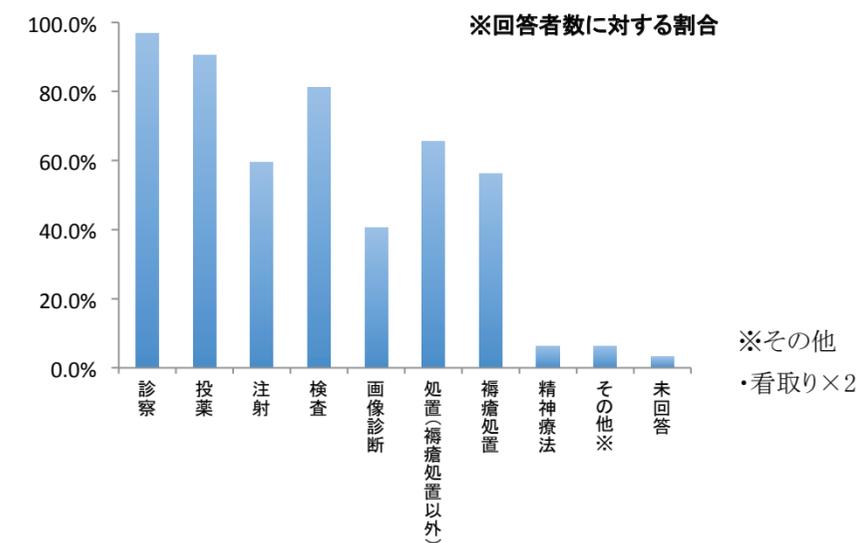
設問Ⅲ-1.実際の担当業務

(1) 実際に担当している業務(該当項目はすべて)



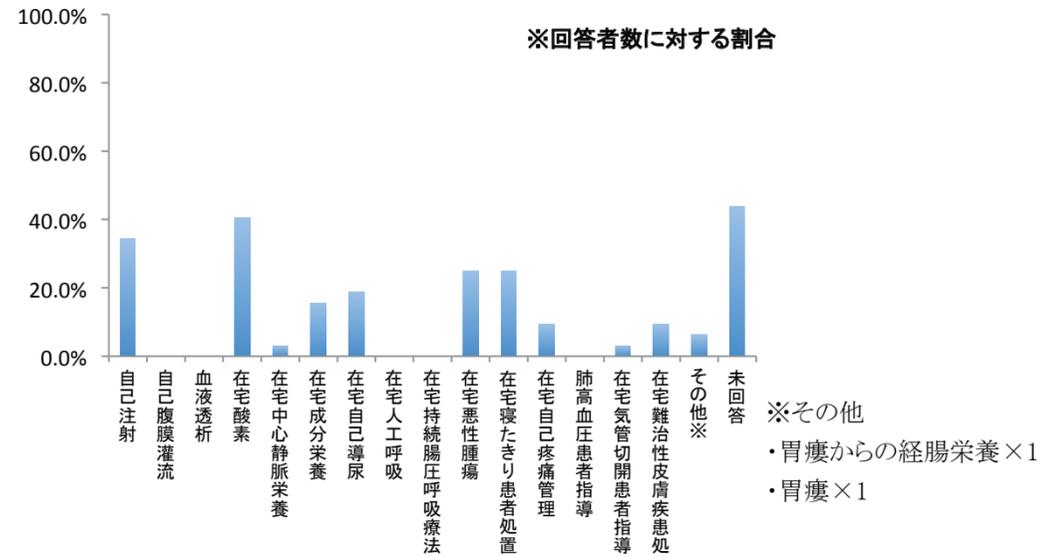
設問Ⅲ-2.実際に特養入所者に対し行う診療行為

(1) 定期訪問の際に主に行う診療行為(該当項目はすべて)



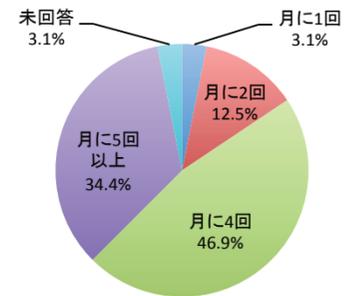
設問Ⅲ-3.在宅療養管理(注:配置医師の場合、診療報酬の算定はできません)

(1)入所者に対し行っている在宅療養管理(概要項目はすべて)

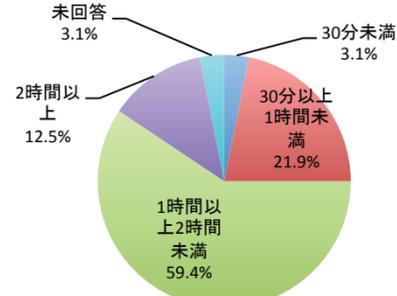


設問Ⅲ-4.平均的な訪問回数等(定期訪問についてのみご回答ください)

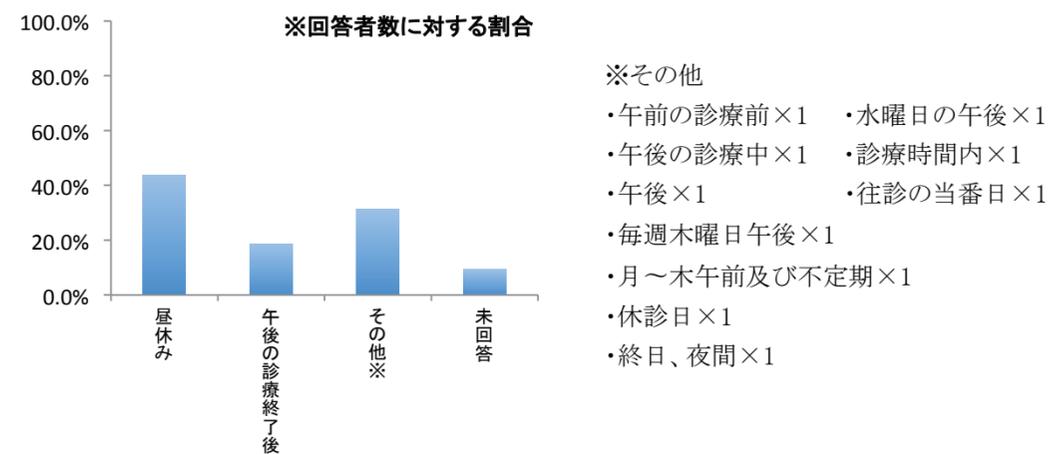
(1)定期的な訪問回数



(2)平均的な滞在時間

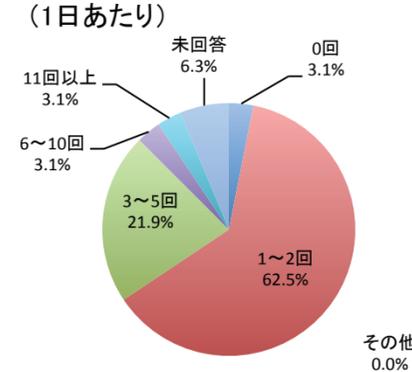


(3)訪問の時間帯(複数回答有り)

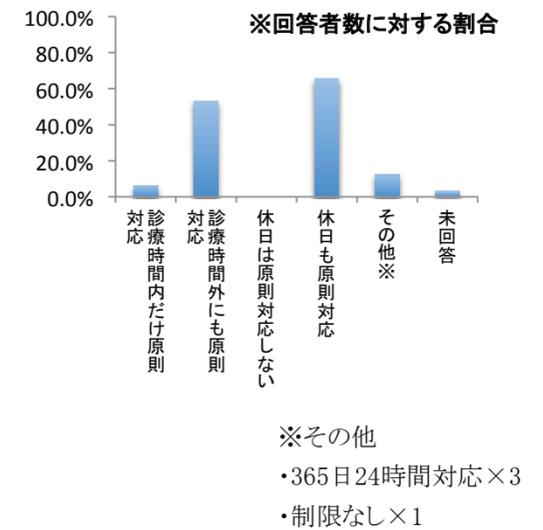


設問Ⅲ-5.特養からの連絡(診療に関する問い合わせ)とその対応

(1)特養職員からの平均的な連絡回数(1日あたり)

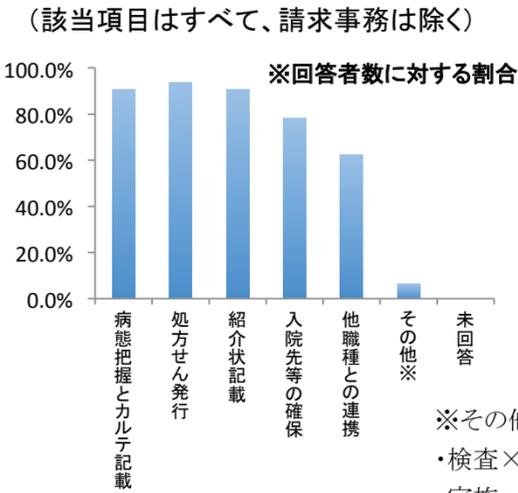


(2)特養職員からの連絡への対応



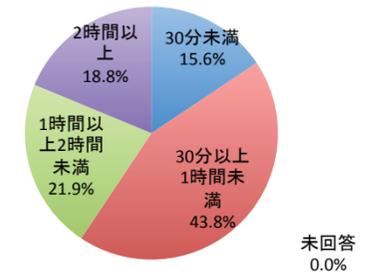
設問Ⅲ-6.自院で行う入所者の管理と平均的な所要時間

(1)訪問後、院内で係る業務



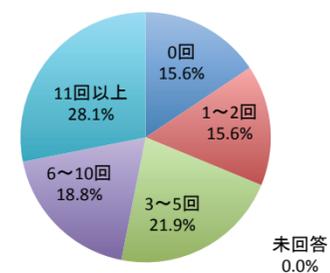
(2)平均的な必要時間

(1回あたり、請求事務は除く)

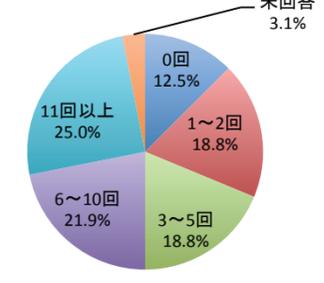


設問Ⅲ-7.緊急往診・看取り件数

(1)緊急往診件数(1年あたり)



(2)看取り件数(1年あたり)

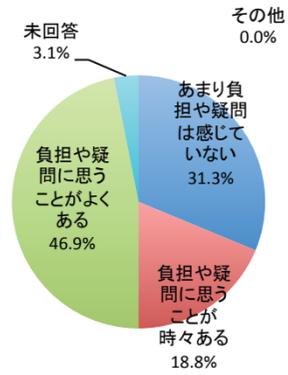


IV.配置医師を取り巻く現状・課題について(意識調査)

設問IV-1.配置医師の負担

①配置医師の仕事を負担や疑問に思うことはありますか？

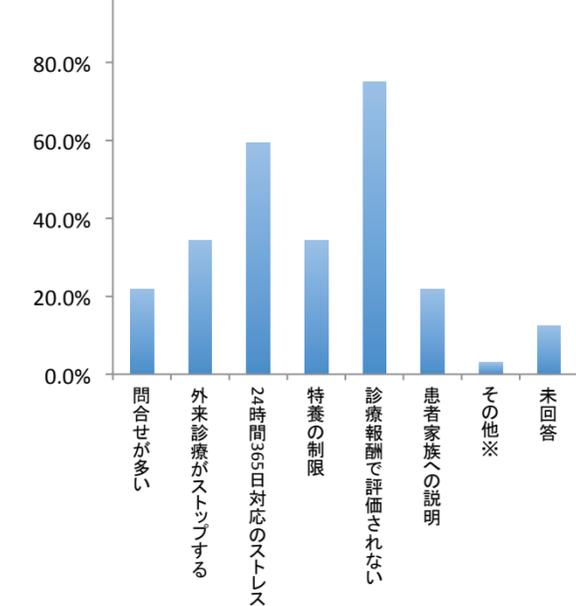
	件数	%
あまり負担や疑問は感じていない	10	31.3%
負担や疑問に思うことが時々ある	6	18.8%
負担や疑問に思うことがよくある	15	46.9%
その他	0	0.0%
未回答	1	3.1%
合計	32	



②負担や疑問を感じることは具体的にどのようなことですか？

	件数	%
施設からの問い合わせが多いこと	7	21.9%
診療中に緊急時の対応が必要になることがあり、外来診療がストップすること	11	34.4%
24時間365日緊急の対応が出来るようにすることのストレス	19	59.4%
特養での医療行為の制限により、比較的軽症でも病院へ搬送が必要となること	11	34.4%
医療行為を行っても診療報酬できちんと評価されないこと	24	75.0%
患者家族への説明等に時間を要すること	7	21.9%
その他	1	3.1%
未回答	4	12.5%
合計	84	

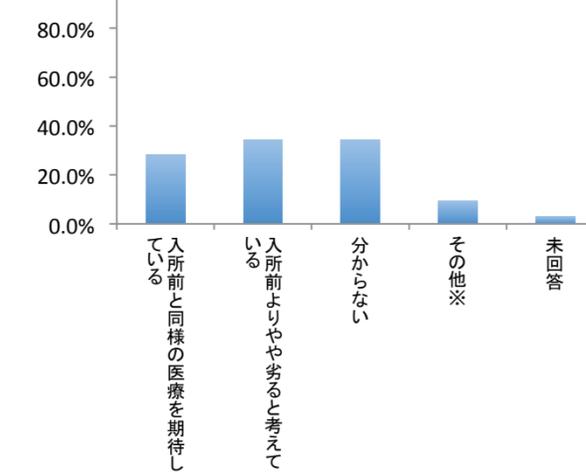
※回答者数に対する割合



※その他  
・対話できない認知者が多いので、成果が得にくい。

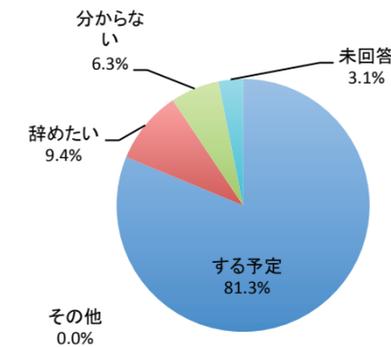
③入所者の家族は、配置医師が行う医療をどう考えていると思いますか？

※回答者数に対する割合



※その他  
・家族は特養で医療の制限が行われていることは全く知らないと思います。  
・まちまちと思われる。(延命を望む人と望まない人がいる)  
・無理であることは説明しますが

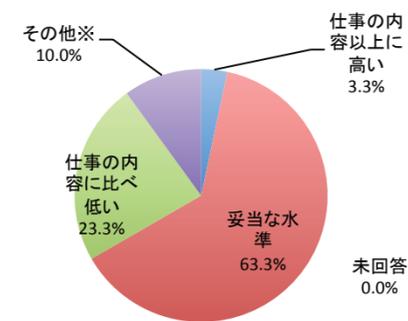
④今後も配置医師を継続しますか？



※その理由については<別紙1>にて

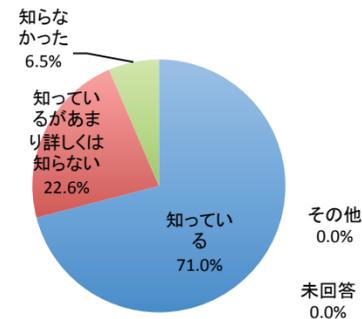
設問IV-2.配置医師に対する経済上の評価

①特養との契約料について、どうお考えですか？

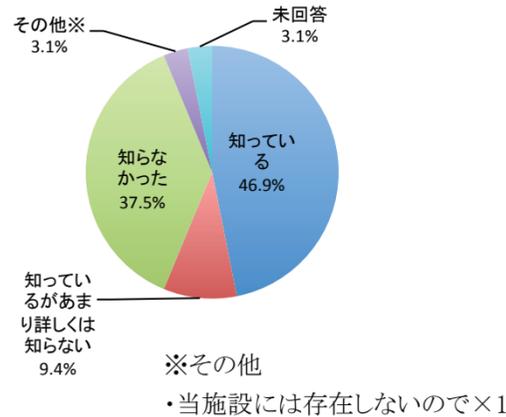


※その他  
・仕事内容に比べて低いと思うが、特養の経営状況からは困難であり報酬は返上している。  
・今までは病院からの報酬(給料)が少し増えただけでした。病院の仕事の一部と考えていた。  
・診療報酬がもっと算定できれば妥当です。

②さまざまな施設の中でも、特養はとりわけ診療報酬の算定制限が厳しいことをご存知ですか？



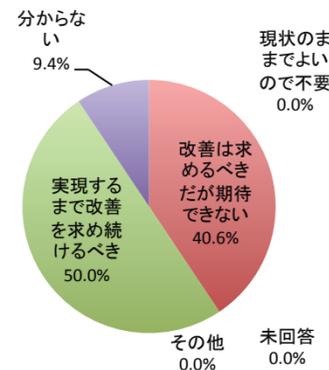
③特養と契約を結んでいない医師であっても定期的な訪問を行ってれば、「配置医師と見なされて」ほとんどの点数が算定できないことをご存知ですか？



設問Ⅳ-3.配置医師に対する評価の改善要望について

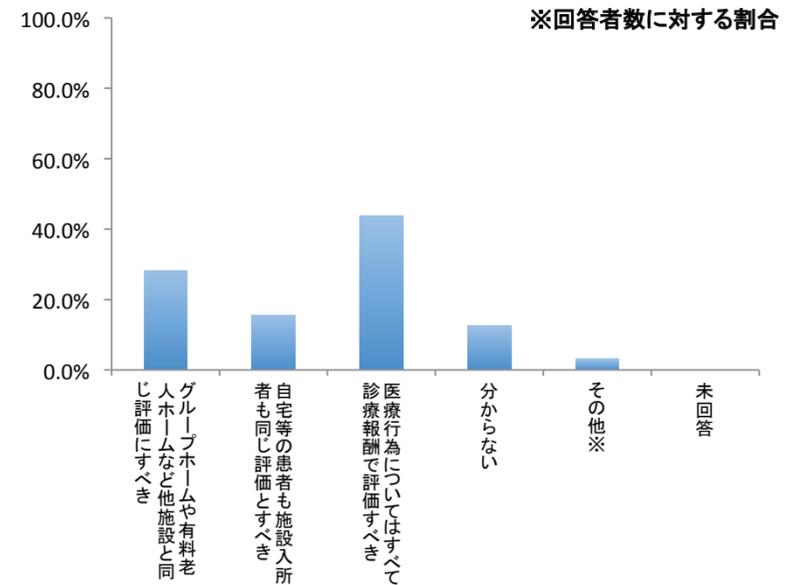
①特養の配置医師の診療報酬について、国に改善を求めることについてどうお考えですか？

	件数	%
現状のままでよいので不要	0	0.0%
改善は求めるべきだが期待できない	13	40.6%
実現するまで改善を求め続けるべき	16	50.0%
分からない	3	9.4%
その他	0	0.0%
未回答	0	0.0%
合計	32	



②特養の配置医師の診療報酬について、どのような内容で国に改善を求めるべきとお考えですか？

	件数	%
グループホームや有料老人ホームなど他施設と同じ評価にすべき	9	28.1%
自宅等の患者も施設入所者も同じ評価とすべき	5	15.6%
医療行為についてはすべて診療報酬で評価すべき	14	43.8%
分からない	4	12.5%
その他	1	3.1%
未回答	0	0.0%
合計	33	



※その他

・まず配置医師が奉仕に近い報酬で仕事をしていることを知って欲しいです。  
 ・特養での特定施設入居時等医学総合管理は、「施設サービスにより提供され、介護報酬で評価されている」と記載されています。配置医は、この管理料を悪性腫瘍末期や看取り期間を除き算定できないと定められています。故にこの説明は、「施設サービスとして看護師が行い、その介護報酬として施設が受けとる」ことを表していると考えます。常識的には、医学総合管理は看護師ではなく医師が行うものであり、その評価は診療報酬として医師が受けるものです。現に在宅患者や老人ホーム・グループホームでは、医師が行い医師が評価されています。しかし特養はこの常識から外れています。これもすべて特養は介護をする場であり医療の必要性は少ない、という古い認識に基づいて医療・介護の報酬を定めているからだと思います。いつまでこんな現実離れたことをやって行くのでしょうか？特養においても、医師による医学管理は診療報酬で評価されるべきだと思います。

### 設問Ⅳ-1④「今後も配置医師を継続しますか？」の理由

<このまま継続する予定>

- 他の医院では対応できない。入院となるケースが多いため。
- 社会福祉法人の理事なのでやめられない。
- 他に適任がない
- 誰かがする必要があり
- 他に医師がない。ボランティアのつもりでやるしかないと思っています。
- 現在の特養にも慣れており(私も他の職員も)、辞めてしまうと入所者、他の職員に迷惑がかかるため。収入面での助けとなるため。
- 勤務している病院からの依頼のため、辞めることができない。
- 代替りの医師がない。
- 入所者にとって必要である。
- 今の仕事にやりがいを感じ、満足している。
- 交代の医師がない。
- 地域医療の貢献のため
- 自分自身の仕事だから。
- 自分の運営する社会福祉法人という責務。

<辞めたいと思っている>

- 24時間365日拘束されて心身ともに疲弊している。
- 特養は重症なので急変も多く対応がしんどくなったのが本音です。
- 高齢にて。

<分からない>

- 今後、配置医の医療行為を診療報酬で正しく評価するのであれば継続しても良い。一方、従来と同じく医療行為を正しく評価しないのであれば、継続はしない！（もうボランティア活動は終わりたい）
- これから契約する方は(医師は)必ず嘱託医経験者の話を聞いてから契約した方が良い。施設側は医師であっても介護職員の扱いと基本的に変わらない事が多い。(責任は医師が負うので)

## 施設調査

対象：岡山県内特別養護老人ホーム172施設  
 協力者数：59名  
 協力率：34.3%

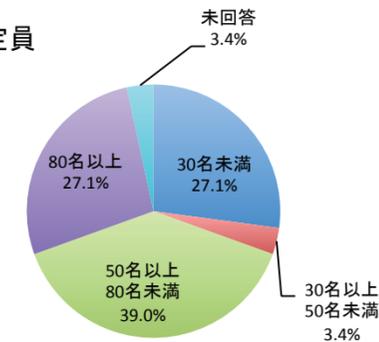
### I.施設の概要

設問Ⅰ-1.施設の概要

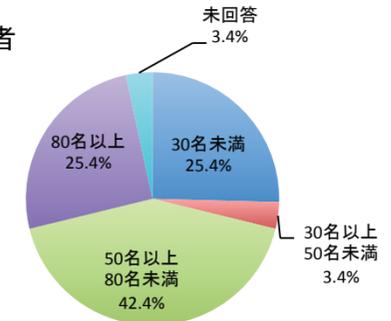
(1)運営主体

	件数	%
社会福祉法人	59	100.0%
行政	0	0.0%
その他	0	0.0%
未回答	0	0.0%
合計	59	

(2)定員

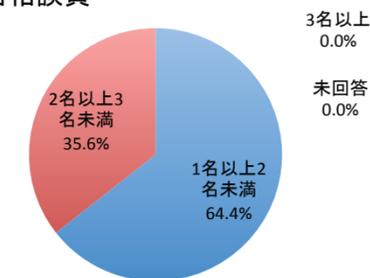


入所者

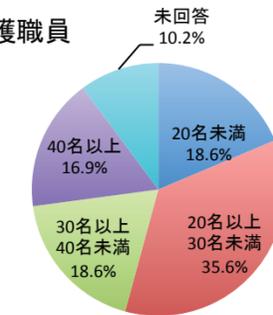


(3)職員の人数

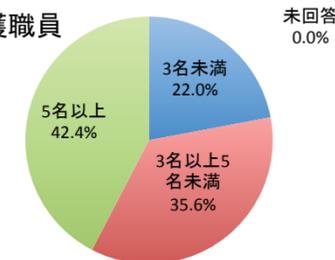
①生活相談員



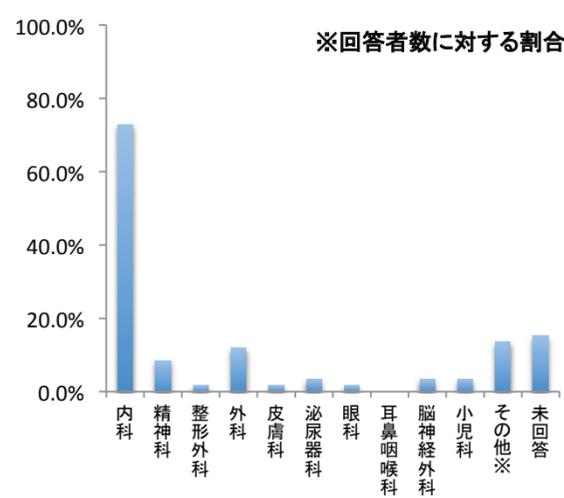
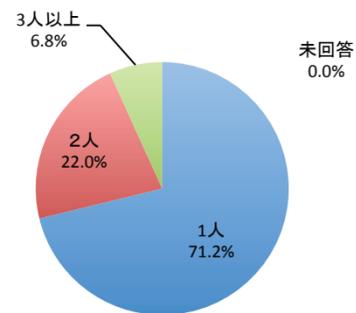
②介護職員



③看護職員



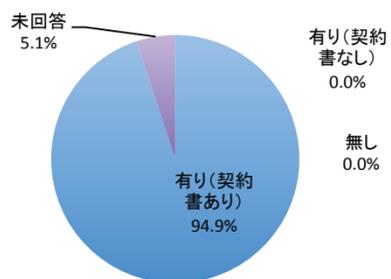
(5) 配置医師の人数と診療科



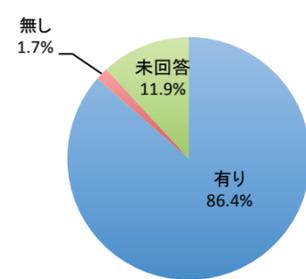
※その他  
 ・歯科×3  
 ・消化器科×2  
 ・呼吸器科×1  
 ・糖尿病内科×1  
 ・リハビリテーション科×1

設問 I -2. 施設と配置医師の契約について

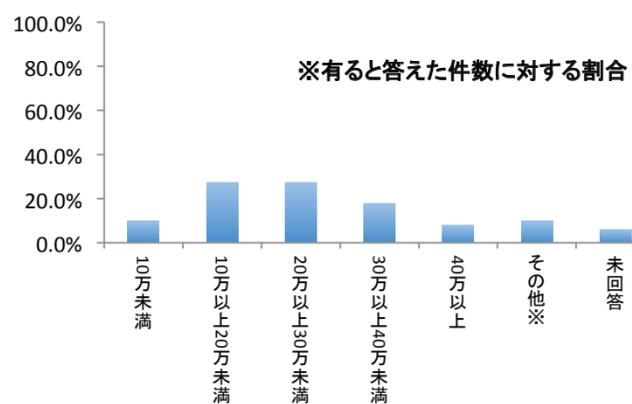
(1) 配置医師契約



(2) 配置医師報酬



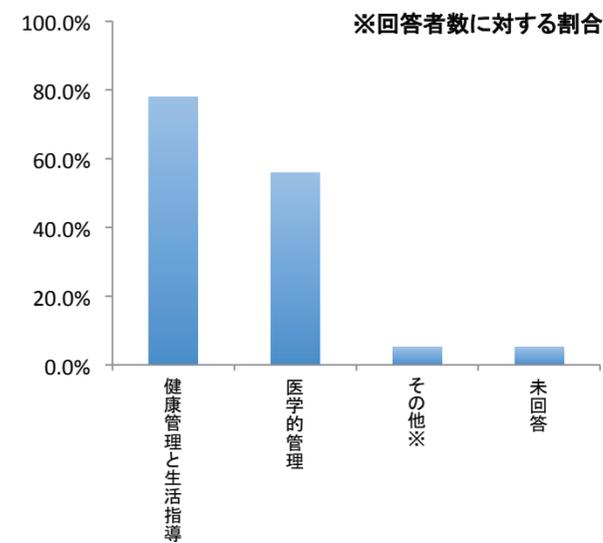
(2) 有る場合の月額



※その他  
 ・55,000円/1回×1  
 ・25,000円/1回×1  
 ・4,700,000円/年×1  
 ・歯科の先生は出来高払い×1  
 ・不明×1

I -3. 配置医師契約書における配置医師の業務(契約書ありの方のみ)

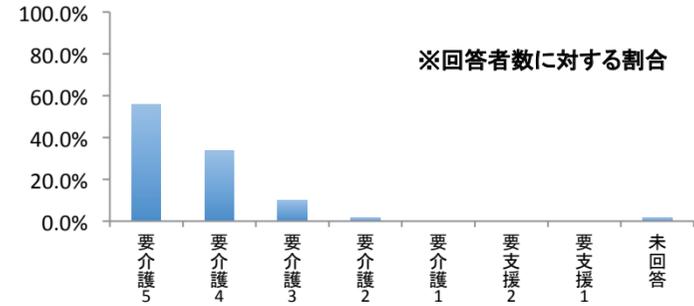
(1) 配置医師の主たる業務(複数回答有り)



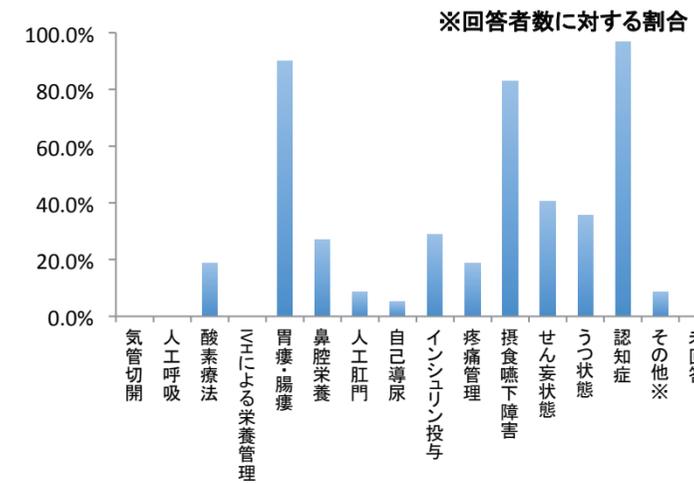
※その他  
 ・健康管理、病気治療×1  
 ・他HP紹介状、他HPDr.との対応×1

Ⅱ.入所者の状況

(1)入所者のうち、最も割合の高い要介護度(複数回答有り)

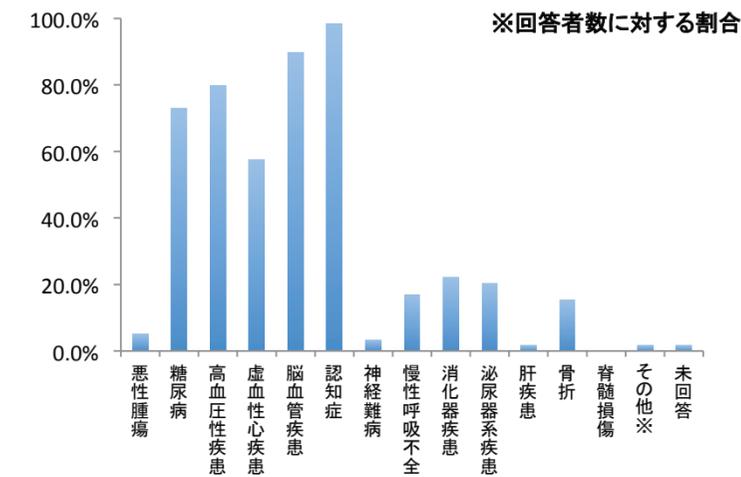


(2)入所者のうち、割合の高い状態(上位5つ)



※その他  
 ・精神病×1  
 ・吸引×1  
 ・脳血管疾患による障害×1 (精神麻痺)  
 ・創傷処置・褥瘡処置×1

(3)入所者のうち、割合の高い主傷病(上位5つ)

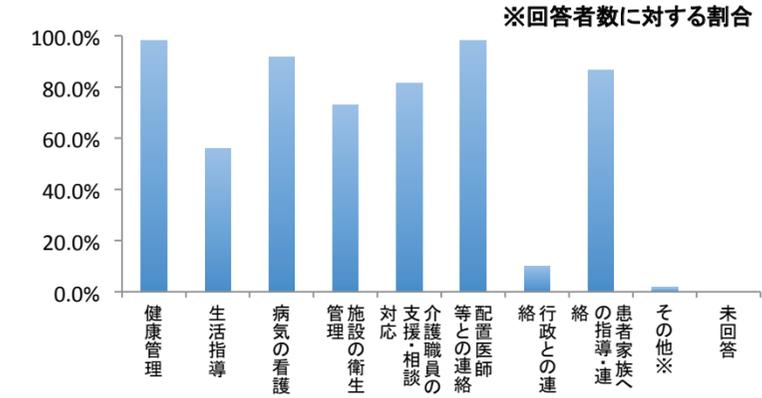


※その他  
 ・肝機能低下×1

Ⅲ.施設看護師による実際の業務内容

設問Ⅲ-1.実際に行われている業務

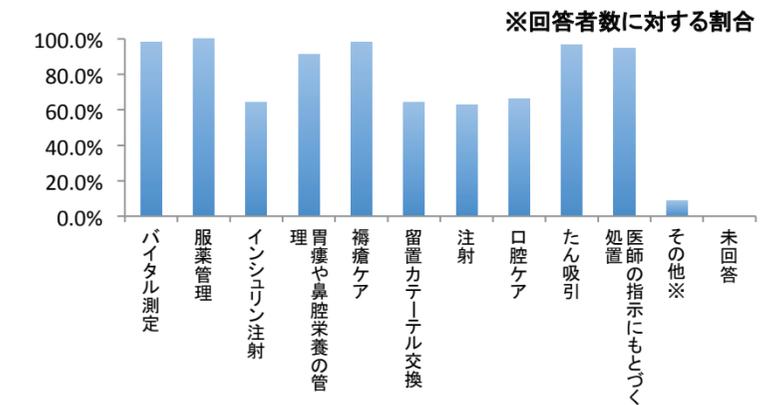
(1)実際に担当している業務(該当項目はすべて)



※その他  
 ・病院受診、教育×1

設問Ⅲ-2.実際に行われている看護行為

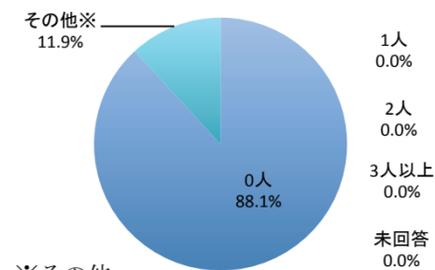
(1)実際に担当している看護行為(該当項目はすべて)



※その他  
 ・ストーマ管理×1

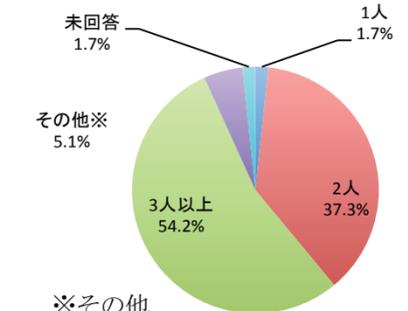
設問Ⅲ-2.夜間の体制

(1)夜間の看護職員の配置について



※その他  
 ・オンコール体制×6  
 ・不定期×1

(2)夜間の介護職員の配置について

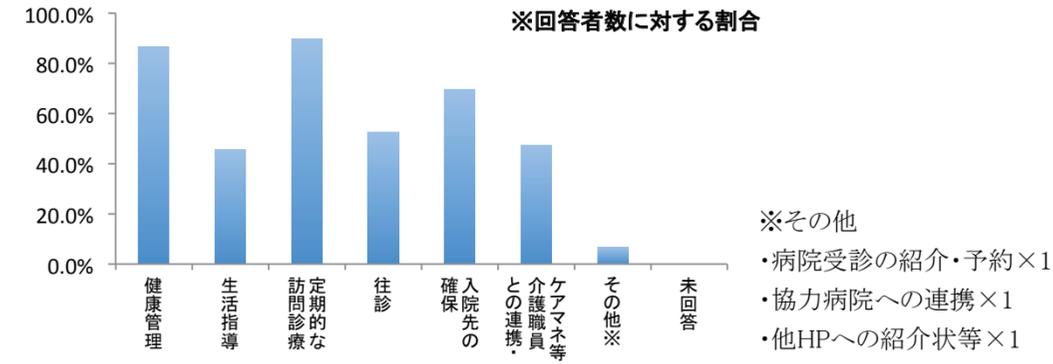


※その他  
 ・各階に1人×1  
 ・従来型3名、ユニット型2名×1  
 ・特養2人、新型特養2人×1

IV.配置医師による実際の業務内容

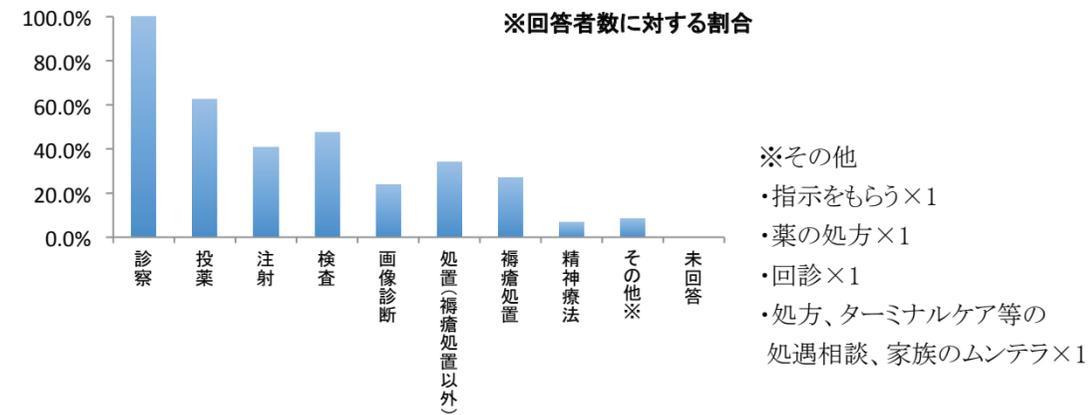
設問IV-1.実際に行われている業務

(1)実際に行われている業務(該当項目はすべて)



設問IV-2.実際に行われている診療行為

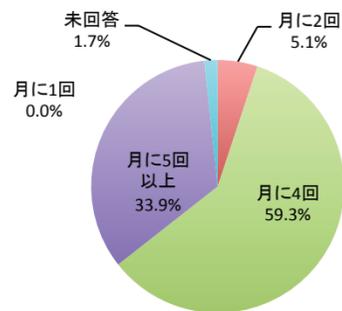
(1)定期訪問の際に主に行われている診療行為(該当項目はすべて)



設問IV-3.定期的な訪問回数等

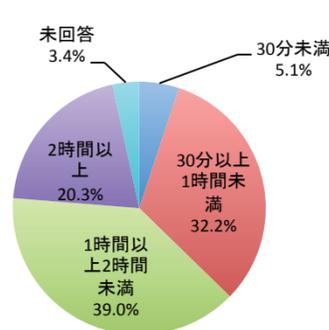
(1)平均的な訪問回数

(定期訪問のみ、往診は除く)

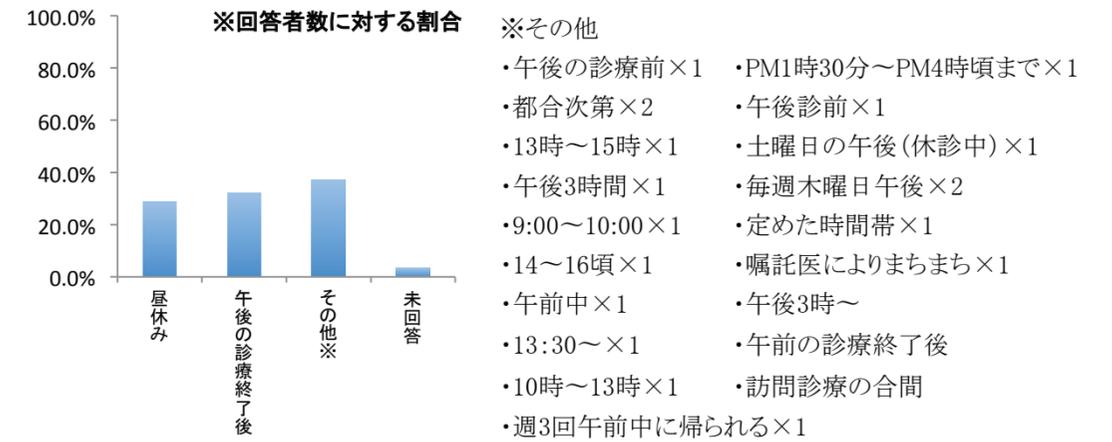


(2)平均的な滞在時間(定期訪問のみ)

(定期訪問のみ、往診は除く)

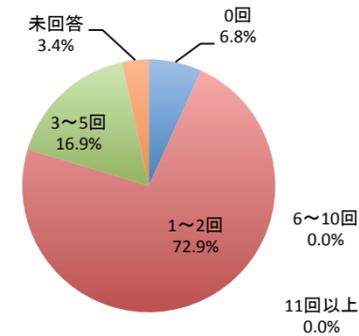


(3)訪問の時間帯(定期訪問のみ)複数回答有り

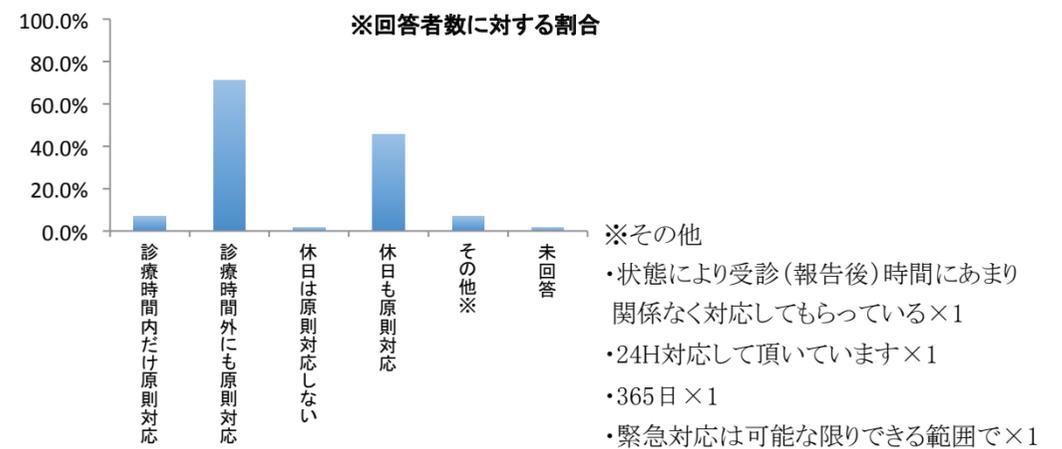


IV-4.施設から医師への連絡とその対応

(1)特養職員からの平均的な連絡回数(1日あたり)



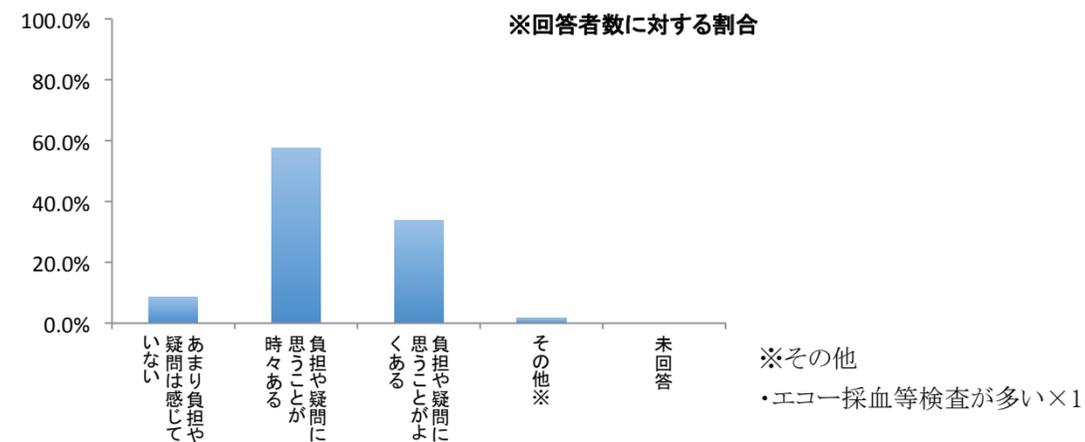
(2)特養職員からの連絡に対する医師の対応



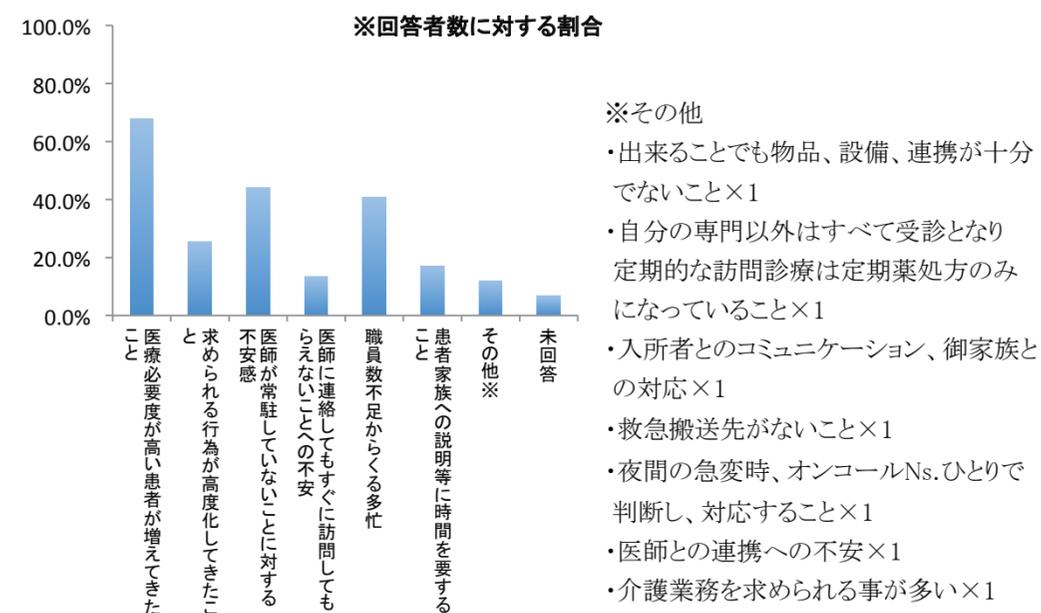
**V.特養入所者を取り巻く現状・課題について(意識調査)**

設問V-1.看護業務について

①日々の看護業務の中で負担や疑問に思うことはありますか？(複数回答有り)

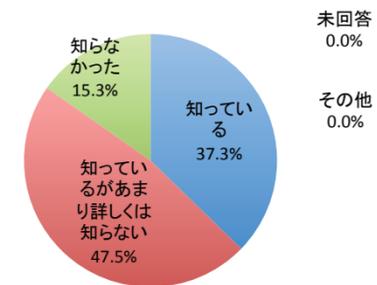


②疑問や負担に感じることは、具体的にどのようなことでしょうか？(複数回答有り)



設問V-2.配置医師に対する経済上の評価

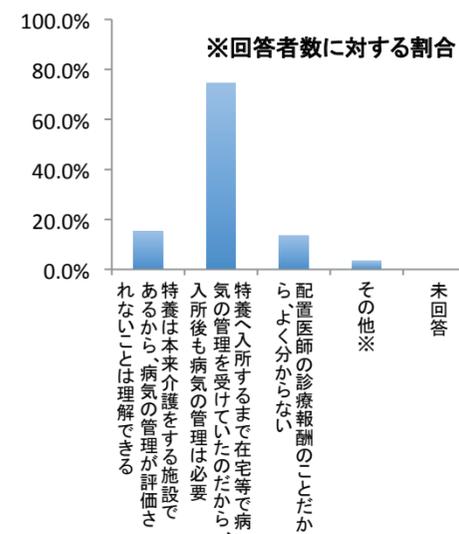
①診療報酬による評価について、さまざまな施設の中でも、特養はとりわけ診療報酬の算定制限が厳しいことをご存知ですか？



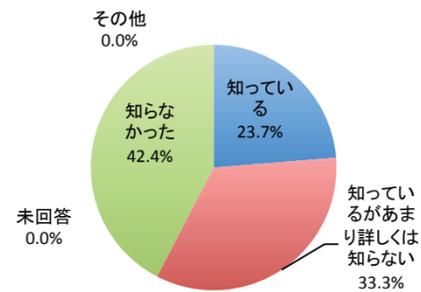
②在宅や老人ホームなどでは、訪問医師は患者に対して病気の管理(診察・必要な検査・投薬など)を行い病気の回復・維持を目的とした管理)をすることを求められ診療報酬で評価されています。一方、特養では配置医師が病気の管理を行っても診療報酬で評価されません。つまり、入所者が医療を受ける権利が制限されることを意味します。このことをどうお考えでしょうか。

(複数回答有り)

	件数	%
特養は本来介護をする施設であるから、病気の管理が評価されないことは理解できる	9	15.3%
特養へ入所するまで在宅等で病気の管理を受けていたのだから、入所後も病気の管理は必要	44	74.6%
配置医師の診療報酬のことだから、よく分からない	8	13.6%
その他※	2	3.4%
未回答	0	0.0%
合計	63	



③特養と契約を結んでいない医師であっても、定期的な訪問を行っていれば、「配置医師と見なされて」初診料や再診料、訪問診療料、特定施設入居時等医学管理料など、ほとんどの診療報酬が算定できないことをご存知ですか？



<ご意見(「①知っている」と回答)>  
そのため、利用者に自己負担してもらってほしい、施設でその分を出してほしいという病院がある。

### 配置医師への要望

- 母体が医療法人ではないので特養の配置医師を探すのに相当困りました。「地域の為に力になりましょう」という思いで引き受けてくださる先生がいない！これは上記③(編注:28ページの設問)の理由である。改善されないと引き受けてくださるDr.がいなくなるが、引き受けて配置医師になってもDr.自身がやる気がなく横柄な態度でそれが利用者様も感じてしまうという現情だと思う。
- 往診時間、決められた時間は往診してもらいたい。必要な検査のみ行ってほしい。(レントゲンで済むところをCTなど) 往診はゆっくり、よく診てもらいたい。
- 検査が多い
- 生活施設ではあるが重度化が進んでおり、医療行為も避けられない中、配置医師の指示があれば看護職員に対して医療行為の幅とDr. に対しても報酬等も緩和してほしいと思う。
- 色々な制限があれば特養等の配置医師になりたがらない医師も多いかと思えます。
- 緊急時に連絡がとれない時は困る。いつでも報告、指示受けが出来る体制であってほしい。
- 老年医学の知識を深めて欲しい。地域のつながりを積極的に持って欲しい。
- 現在、週1回往診をしていただき、この時処方もされています。随時、診療を依頼し、指示を受けているが、現状で良いと思っています。
- 専門外でも積極的に診察して欲しい。
- 先生には夜間休日問わず相談に応じて下さり、非常に感謝しています。それなのに診療報酬に大幅な制限がされているのはおかしいのではないかと思います。実際に開設に当たり先生と交渉していくなかで診療報酬の面で説明・納得していただくのに時間がかかりました。もう少しどうにかできないかと思えます。
- 訪問回数を増やして欲しい。利用者の状態を理解する時間が少ない。
- 特になし×3
- 当施設の配置医師(嘱託医師)の協力とご理解を頂き、特に医療連携は密になっていると思っている。
- 急を要する時すぐに対応できない。
- よく対応して下さっています。
- 施設の現場の看護師としては先生にはいつも困った時に無理を言って助けてもらっている。入院先の確保、退院時の情報提供とその後の医療の継続などは重要です。入所者個々のことから、施設全体の医療に関する問題の相談など、さまざまな事にご意見をいただいております。ありがたいことだと思っております。
- 配置医師に対してではないが、特養入所者が希望する診療を受けられないのはおかしいのではないか。入所希望の相談時にも「なぜ主治医を替わる必要があるのか」と困惑されることがある。制度上と説明するが、誰のための制度なのか？
- 配置医師は内科であるが、認知症の重度の方(せん妄、徘徊、暴力)は専門医に治療を委ねたい。
- 現在の配置医師はとてもよくして下さい。「何かあればいつでも連絡下さい」といつも言って下さいます。以前の方はそうではなかったもので、今は本当に気分的にも楽になりました。よくして下さいのに報酬が充分ではないことが私たちとしても申し訳なくて、どうしたらいいのでしょうか。制度を変えて下さい。
- 必要に応じて医師と情報共有を行っているし、看取り期の家族への説明や24h対応→定期訪問以外も施設に来てくれるので、特に要望はありません。

### 新規入所者を要介護3以上に限定するとの国の方針について、その他意見

- 要介護(1~2)の方が在宅での介護困難になり今後の不安は大きい。
- それでいい。が、3から2になった場合は？
- 国は財政不足の為、第6期介護保険や今後の為、何でもありで行う。介護保険施設の援助を行う政治家が必要である。
- 施設の収容人数より入所希望老人数が大幅に多い現実を見ればこの制度もやむをえないと思いますが、この様な付け刃の処置ではなく根本的な制度改革、改善を望みます。
- 重度化になり医療ニーズの高い方が入居してこられるのは必須であるので、特養における医療行為を介護職員はじめ柔軟にしていきたい。ex.たん吸引、胃ろう接続
- 介護度が軽い方であっても緊急性の高い方は多勢いるため、一律に限定するのは困ることがある。
- 国の方針だけが先に進み、現場がついていけない状態。利用者も困ると思う。
- 重度な方ばかりだと介護の手が足りない。1~5迄でバランスがとれている。平均を4として欲しい。
- 要介護度3以上に限定は仕方ないことと思います。
- 妥当と思うが、例外規定をしっかり定めて欲しい。介護職員配置数が全体的に足りていない。例えば夜間の職員数は利用者の数に関わらず2名を義務化し、報酬で反映させて欲しい。
- 介護3と決められても、ほんとうに3の状態ではないとか、それ以上の方もおられるし、体調改善された方の場合はどうするのでしょうか。その方がよくなり、退荘しなければ、次の入荘はできないのですから、少し広い範囲でもよいのではないのでしょうか。認知症の利用者は介3以下の方の方が介護が大変だと思いますが、その辺はどう思われているのでしょうか。
- 新規に入所された方の生活環境についても理解してもらい、柔軟に対応できるように検討してほしいです。
- 要介護度3以上の限定については反対の意見です。現在の要介護度の認定結果は、現状で認知症による徘徊等のご家族が一番苦勞されている部分を十分に加味されたものではないと考えております。後、ただ単に要介護度3以上が入所できますとの方針だけですと、今後、要介護度3以上の方がただ増えるだけになってしまう気がします。特養に入所する為に、要介護度3以上での認定結果を出さざるを得ない方が増えるだけなのではと考えます。特養の看護職員の行うことが出来る医療範囲が狭すぎで、すでに重度化している利用者様に対応ができなくなっている現状があります。病院の看護職員は医師の指導の下出来ることが、特養では配置医師がいて指示する体制が整えられているのにも関わらず、病院の看護職員と同じことが出来ないの、今後において大きな壁になってくると考えます。
- 在宅だけのサービスでは限界があるという現状は年々医療も同じと思われる。24時間介護サービスが可能であれば(充分受けられるのであれば)要介護度にこだわる必要も変わってくると考えられる。
- 介護度が限られてしまっているため、限定外の高齢者は寄り場を失ってしまう…。平等に介護が受けられないのか…。
- 介護度が3以上になれば、介護・医療面も大変になって来る。人員配置の検討が必要ではないか。医療処置が増えてくるのではないか。
- 待機者が要介護3以上の方が大半であるとは思いますが、要介護2の判定が出た方でも、実際、1人暮らしは無理であり、介護者、家族(親戚)等の援助も得られず、経済的にも困窮し、特養に入所せざるを得ない状況にある。その様な方がたくさんいらっしゃる場合、行き場がなくなる。

- 単純に入所時から医療必要度が高い人が増えると予測されます。当施設がそれに対応できるかどうか不安です。当施設はH24年度に開設しました、介護レベルはまだまだでH27年度によく介護職による喀痰・経管栄養の研修を始める計画です。お元気だった入所者様も年々、医療処置が必要になってくることは当然のことで、それに間に合うか不安が一杯の上に、また重度の方ばかりを入所することになれば、施設に勤務する看護師はいなくなると思います。又、施設内の処置は、医療機関ではないのでお金が発生しません。ガーゼ1枚、カットバン1枚も施設の持ち出しになってしまいます。優れた衛生材料を選ぶことは難しい。
- 看取り介護等に取り組みたいが、配置医師の負担が多すぎて困っています。配置医師の役割と報酬のバランスが悪いように思います。特養からの報酬の支払いには限界があり、診療報酬で対応してもらえると良いと思います。
- 寝たきりで胃瘻の方やバルーン留置等の重度介護の方が増加する、又認知症の方も重度化する可能性あり。国が推進する「施設から在宅へ」という流れはますます難しくなると思う。
- 介護度1・2の方でも、介護が必要と感じることが多くあります。除くことによってその方達の不安を覚えます。
- 介護度1~2は、比較的徘徊者や歩き方が多く、施設としてはなくなれば介護は楽になると思われるが、逆に家族が介護しなければならなくなり大変だと思う。(家族が仕事を辞めての介護等)
- 確かに高齢化及び高齢者の絶対数は数年~今後増える時期であり、要介護度を3以上に限定することは、介護度の高い方で緊急を要する方へは大変入所し易くなる事は予想されません。そういった方々には良いと思われる。要介護度3以下の方々への対応(国の在宅指向)の推進は現状、各家族にとって非常に介護には問題を生じると思う。介護認定の判断が3を基準に大きく差が出ると思われる為、中身の検討は良いかどうか？
- 現状においても介護・看護に手一杯で人員不足感もあり、十分なケアが行えていない。今後、更に重度化が進むと予想されるため、人員配置基準の見直しが必要だと考える。
- 特になし
- 介護度がup↑することは当然介護の手間が増すので介護者の人員を増やしてほしい。家族は施設側に大きな期待をよせているが限界がある。
- 特養ですと重度の方を受け入れないといけないのですが、職員の割合などいろいろ改定していただきたいです。
- 身寄りが無い、金銭的に余裕が無い方についてもっと考えてもらいたいと思います。
- しかし、例外もある。特例として認められる方のことです。が、基本的には、かなり選定されていく為、従来の本当の意味での福祉的介入は逆にされにくいことなると思っています。ex.虐待、経済的困難、生保の方等の介入のことです。(ユニットケアでは？受け入れ難しい)認知症→グループホーム空きが多くなっている。費用高いから？しかし、特養では対応に限界あり。
- 介護度が高いからといって介護の負担がないわけではなく、認知症でADLの維持されている方は徘徊等の問題や本人の病識のなさにより精神的な御苦勞も多いと思われる。いちがいに介護度で決めてしまうのはいかなものかと思う。

---

岡山県保険医協会

〒703-8266 岡山市中区湊487-1

TEL (086) 277-3307 FAX (086) 277-3371

e-mail [okayama-hok@doc-net.or.jp](mailto:okayama-hok@doc-net.or.jp)

---