

## 高齢者施設等と医療機関の連携体制にかかる調査票

【回答期限】令和8年1月 23 日(金) 【提出方法】Google フォームにて回答

※本会ホームページ(ホーム>お知らせ>高齢者施設等と医療機関の連携体制に係る調査)にも掲載しております。(URL:[https://www.fukuoka.med.or.jp/information/\\_12934.html](https://www.fukuoka.med.or.jp/information/_12934.html))

【お問合せ先】福岡県医師会地域医療課 TEL:092-431-4564

Email:fpma-chiiki@fukuoka.med.or.jp



### I. 基本情報

1. 医療機関の種別(該当するものを✓してください)

☐病院    ☐有床診療所    ☐無床診療所

2. 保険医療機関コード(7桁)(下記にご記入ください)

( )

3. 医療機関名称(下記にご記入ください)

( )

4. 医療機関住所(下記にご記入ください)

( )

5. 医療機関連絡先(TEL)(下記にご記入ください)

( )

6. 本調査に関する担当者所属部署(下記にご記入ください)

( )

7. 本調査に関する担当者氏名(下記にご記入ください)

( )

8. 担当者メールアドレス(下記にご記入ください)

( )

## 9. 機能について

### 【病院】

1)以下の病棟を有していますか。(複数選択可)(該当するものを✓してください)

- ☐急性期一般病棟   ☐地域包括ケア病棟   ☐回復期リハビリテーション病棟  
☐療養病棟   ☐緩和ケア病棟   ☐地域包括医療病棟   ☐該当なし

2)訪問診療を実施していますか。(該当するものを✓してください)

- ☐実施している   ☐実施していない

3)往診を実施していますか。(該当するものを✓してください)

- ☐実施している   ☐実施していない

### 【診療所】

1)訪問診療を実施していますか。(該当するものを✓してください)

- ☐実施している   ☐実施していない

2)往診を実施していますか。(該当するものを✓してください)

- ☐実施している   ☐実施していない

## 10. 届出・算定状況について(複数選択可)(該当するものを✓してください)

### 【病院】

- ☐在宅療養支援病院   ☐在宅療養後方支援病院  
☐在宅療養支援病院ではないが、在宅時医学総合管理料を算定している  
☐該当なし

### 【診療所】

- ☐在宅療養支援診療所  
☐在宅療養支援診療所ではないが、在宅時医学総合管理料を算定している  
☐該当なし

## II. 高齢者施設等との連携状況

1. 貴院は協力医療機関になっていますか。(該当するものを✓してください)

- ☐協力医療機関である(→問2へ)   ☐協力医療機関ではない(→問3へ)

### ≪協力医療機関になっている場合≫

2-1. 協力医療機関になっている施設数(下記にご記入ください)

#### 【義務】

- ①介護老人福祉施設:(                      施設)  
②介護老人保健施設:(                      施設)

- ③介護医療院:( )施設)  
④地域密着型介護老人福祉施設:( )施設)  
⑤養護老人ホーム:( )施設)

### 【努力義務】

- ①特定施設入居者生活介護：( ) 施設)  
②認知症対応型共同生活介護：( ) 施設)  
③地域密着型特定施設入居者生活介護：( ) 施設)  
④軽費老人ホーム：( ) 施設)

2-2. 協力医療機関となった理由(複数選択可)(該当するものを✓してください)

- ☐施設内医師(配置医師含む)から依頼を受けたため
- ☐医師または看護職員が相談対応を行う体制を常時確保しているため
- ☐診療を行う体制を常時確保しているため
- ☐入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れられる体制を確保しているため
- ☐以前より施設と連携していたため
- ☐併設の施設であるため
- ☐同一法人または関連法人の施設であるため
- ☐その他( )

### 2-3. 協力医療機関になっている施設について

1)施設からの距離(施設数)

- ①併設:( )施設)  
②車で30分未満:( )施設)  
③車で30分以上:( )施設)

## 2)定期的な会議の実施頻度(施設数)

- ①定期的に実施している( )施設)  
②定期的な会議は実施していない( )施設)  
③その他( )( )施設)

### 3)定期的な会議の実施方法(施設数)

- ①対面(                      施設)  
②その他(                      )(                      施設)

※介護報酬の「協力医療機関連携加算」に係る定期的な会議は、テレビ電話装置等(リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器)を活用して行うことができるものとされています。

4)患者(利用者)の情報連携における ICT の活用状況(例:とびうめネット等)

- ☐
- あり(連携ツール: )
- ☐
- なし

5) 自院が協力医療機関となった施設からの診療以外の相談総件数(令和7年 11 月中)

(※おおよその件数でご回答ください)

(件)

6) 自院が協力医療機関となった施設からの往診の依頼総件数(令和7年 11 月中)  
(※おおよその件数でご回答ください)  
(                                  件)

7) 自院が協力医療機関となった施設から入院を受け入れた総件数(令和7年 11 月中)  
(※おおよその件数でご回答ください)  
(                      件)

8) 協力対象施設入所者入院加算の算定状況  
☐ 算定したことがある ☐ 算定したことがない

9)介護保険施設等連携往診加算の算定状況  
☐算定したことがある ☐算定したことがない

0)施設との間で「施設から医療機関へ連絡すべき入所者の状態に応じた対応(救急搬送の目安、看取り対応等)」を事前に決めているか

☐決めている施設がある      ☐決めている施設はない

1)協力医療機関の契約において施設から報酬(個人・法人等)を受け取っているか  
☐受け取ったことがある ☐受け取ったことはない

《協力医療機関になっていない場合》

3-1. 協力医療機関になる意向について(該当するものを✓してください)

☐施設からの相談・依頼があれば検討する

☐今後も協力医療機関になる意向はない

☐その他( )

3-2. 協力医療機関となる上での課題(複数選択可)(下記にご記入ください)

☐ 常時相談対応を行う体制整備が困難

☐ 常時診療を行う体制整備が困難

☐ 入院の受入が困難(※病院のみ)

☐ 施設からの相談・依頼がない

☐ その他( )

### Ⅲ. その他

1. 施設との連携に関する課題や要望について(下記にご記入ください)

( )

2. 協力医療機関に関する相談対応が可能な医療機関リストを作成し、各医師会および行政(県・市町村)へ情報提供を行う場合、貴院の情報を本リストに掲載することについて同意いただけますか。(該当するものを✓してください)

☐同意する      ☐同意しない      ☐未定

ご協力いただきありがとうございました。