

# 日医総研ワーキングペーパー

「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」

在宅療養支援診療所調査

No.183

2009年1月27日

日本医師会総合政策研究機構  
野村真美 出口真弓



「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」在宅療養支援診療所調査

日本医師会総合政策研究機構 野村真美 出口真弓

<研究協力者> 佐藤和孝

キーワード

- ◆ 在宅療養支援診療所
- ◆ 24 時間体制
- ◆ 在宅医療の算定状況
- ◆ 関係機関との連携
- ◆ 有床診療所

ポイント

- ◆ 全国の在宅療養支援診療所（以下、届出診療所と呼ぶ）の医師を対象に、運営体制や連携などの現状や、今後の方向性等や課題を把握するため、アンケート調査を行った（対象 5,276 施設、有効回答は 1,808 施設で有効回答率は 34.3%）。(P. 1)
- ◆ 24 時間体制が求められる届出診療所において、72.4%の診療所で在宅担当医師が一人体制であった。医師一人が週 7 日担当する届出診療所は 73.5%あった。(P. 16)
- ◆ 在宅医療の算定は届出診療所の 91.0%で行われていた。施設入居者等に対する「特定施設入居者等医学総合管理料」は 19.4%、「在宅時医学総合管理料 2」は 35.5%の届出診療所で算定されていた。1 施設当たりの月算定件数は「在宅時医学総合管理料 1」が 15.0 件、「特定施設入居者等医学総合管理料」が 3.5 件の計 18.5 件であった。また、「在宅患者訪問診療料 1」が 23.3 件、居宅系施設入居者の場合に算定する「在宅患者訪問診療料 2」が 10.4 件であった。(P. 21-P. 24)
- ◆ 病院や看護ステーションとの連携については、約 9 割の届出診療所がうまくいっていると感じていた。一方、診療所との連携については、連携がとれていると感じている届出診療所は約 7 割であり、病院との連携度に比べると約 20 ポイント低かった。また、日常的な診療や緊急時の連携と比べ、カンファレンスを通じた連携は困難な様子が見られた。特定施設などの各種施設とはそもそも関わりがないとの回答が約 3 割を占めていた。(P. 26-P. 37)
- ◆ 提供上の課題については、「医療費の患者負担の高さ」と共に、「在宅患者に関する書類作成時間の確保」や「ケアカンファレンス等の時間の確保」なども 3 割を占めた。地域で在宅医療進展のために必要とされている最大の課題は、緊急時の病床確保であった。病院だけでなく入院機能を持つ有床診療所との連携強化が期待される。(P. 43-P. 45)
- ◆ 今後「在宅医療のウエイトを減らしていきたい」と回答した施設は約 6%であり、大半が在宅療養届出診療所を維持していきたいという意向であった。(P. 47)

## はじめに

今後ますます少子高齢化が進む中、従来からの医療に加えて、住民の住み慣れた地域における在宅医療の進展は、地域医療の重要な課題のひとつである。2006年の第五次医療法改正で、24時間体制で往診や訪問看護を実施する在宅療養支援診療所が新設された。自宅における終末期ケアや慢性疾患の療養等への対応が行われることが期待されているが、それを実現するには診療所内の体制のみならず地域間の連携が不可欠である<sup>1</sup>。

そこで、在宅医療の中核的存在として期待されている在宅療養支援診療所の提供と連携の現状を把握すると同時に、在宅医療を取り巻く環境の整備改善に資することを目的として本調査を行った。この調査が今後の在宅医療の推進の一助になれば幸いである。

末筆ながら、業務多忙のなか本調査にご回答をいただいた多数の診療所長様に心から感謝申し上げます。

2009年1月

研究員 野村 真美

研究員 出口 真弓

<研究協力者>

研究員 佐藤 和孝

---

<sup>1</sup>日本医師会では、2007年1月「在宅における医療・介護の提供体制－『かかりつけ医機能』の充実－指針」を示している。

## 目次

1. 調査の概要 .....	1
(1) 調査目的 .....	1
(2) 調査方法 .....	1
(3) 回収状況 .....	1
2. 調査結果 .....	3
(1) 届出診療所の概要 .....	3
(2) 届出診療所の運営体制 .....	9
(3) 患者の状況 .....	19
(4) 連携状況 .....	26
(5) 課題 .....	41
(6) 調査のまとめ .....	48
(7) 考察 .....	50

## 参考資料

集計結果 .....	集計表 1
在宅療養支援診療所調査票 .....	調査票 1

## 1. 調査の概要

### (1) 調査目的

在宅療養支援診療所の運営体制、医療提供および連携などの現状や課題を把握し、在宅医療推進のための基礎資料に資することを目的としている。

### (2) 調査方法

調査対象は、全国の在宅療養支援診療所の約半数の無作為抽出とした。抽出方法は、独立行政法人社会福祉医療機構の許可を得て、2008年8月現在の同機構 WAM NET（ワムネット）にて登録され公表された全国の届出診療所より都道府県別に50%を無作為に抽出した。さらに転居先不明が確認された施設を除き、最終的に5,276施設を対象とした。

調査項目は、2008年7月時点における、施設の概要、在宅医療に関わる人員とその体制、在宅医療に関する保険請求状況、患者の状況、関係機関との連携、在宅医療に対する負担感や課題、今後の方向性等である。

調査実施時期は2008年9月とし、郵送法によるアンケート調査を実施した。最終的な回答期限は、10月20日到着分までとした。

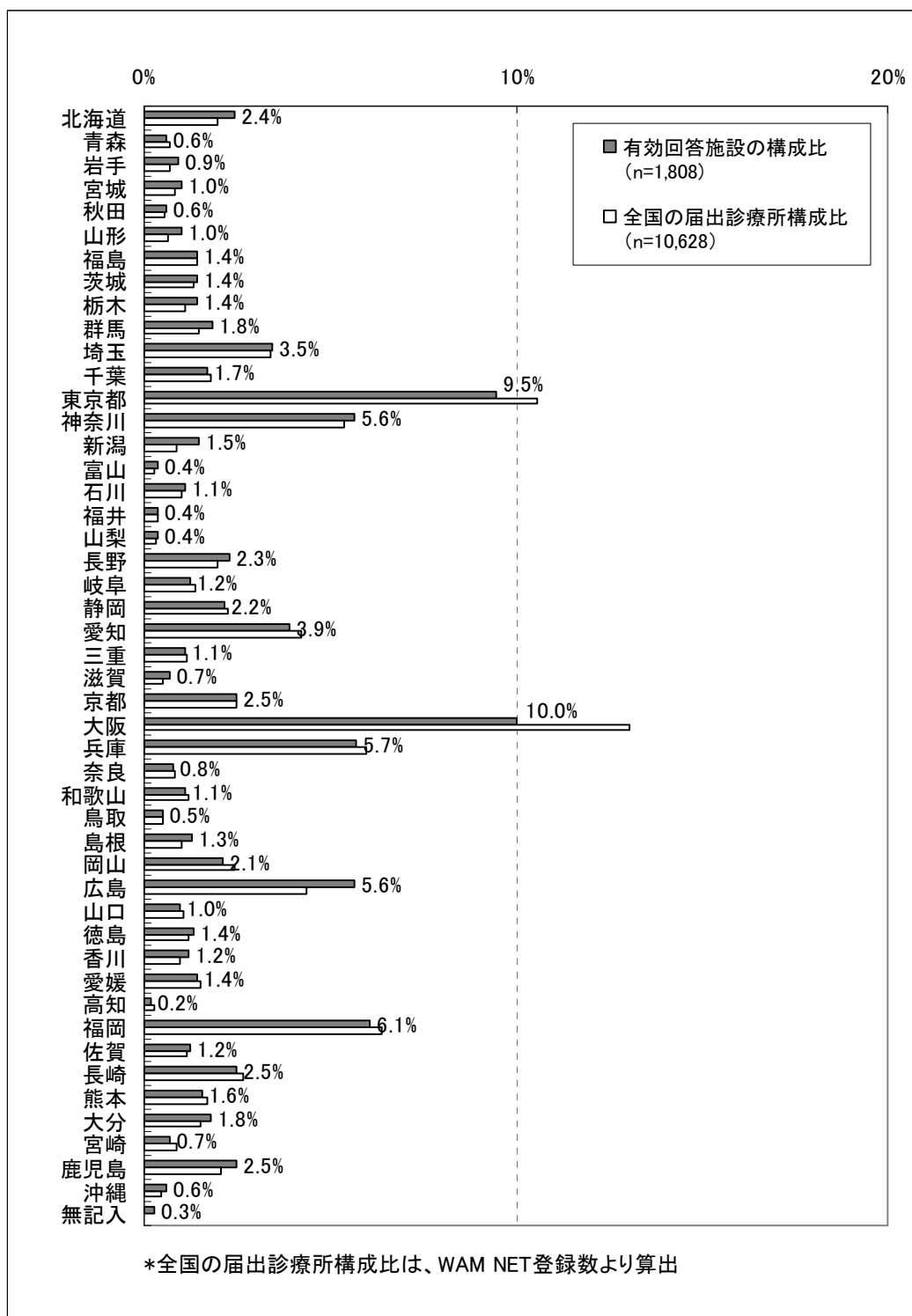
### (3) 回収状況

調査票の回収数は1,850施設得られ、回収率は35.1%であった。

このうち、診療所の休止・廃止と明記された白紙票7施設、2008年7月時点で在宅療養支援診療所の届出を取り消した33施設および届出状況に関して回答のなかった2施設を除いたため、最終的な有効回答数は1,808施設、有効回答率34.3%であった。

なお、有効回答数の都道府県別施設数の構成比を全国の届出診療所数と比較したところ、一部の地域に若干の差異が見られるものの、地域的に大きな偏りは見られなかった(図1)。

図1 回答施設の都道府県別構成比—全国との比較(2008年8月)



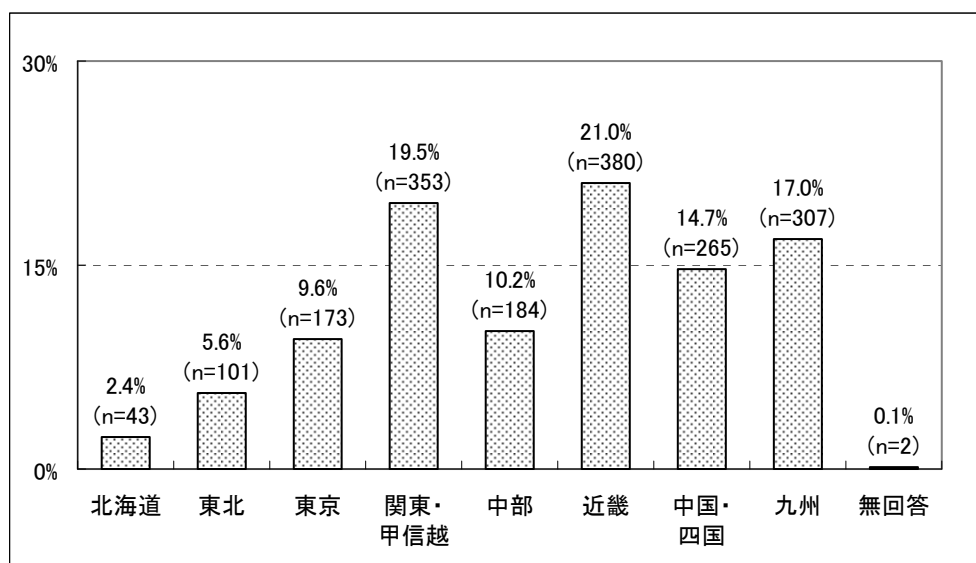
## 2. 調査結果

本章は、2008年7月時点で在宅療養支援診療所の届出を継続していることが確認された診療所（以下、届出診療所と称す）1,808施設について、回答を集計・分析をした結果である。

### （1）届出診療所の概要

地域別の回答施設数の構成割合をみると、近畿が最も多い21.0%、関東・甲信越が19.5%、九州が17.0%の順であり（図2）、全国の届出診療所の構成比との大きな乖離はみられなかった。

図2 地域別（n=1,808）



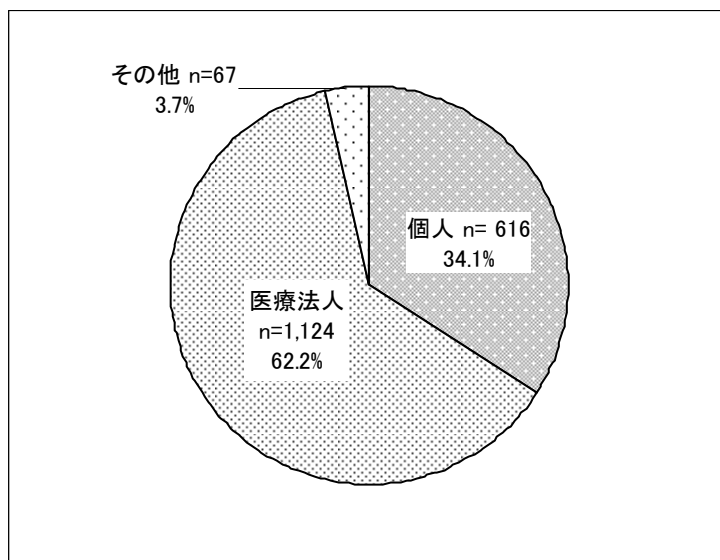


## 開設者別

開設者別で見ると、医療法人が 62.2%、個人が 34.1%の順であった（図 3）。

全国の一般診療所の施設数構成比が、個人 48.8%、医療法人 34.8%<sup>2</sup>と比較すると、届出診療所の医療法人の構成比が約 15 ポイント高くなっていた。

図 3 開設者別（n=1,807 無回答を除く）



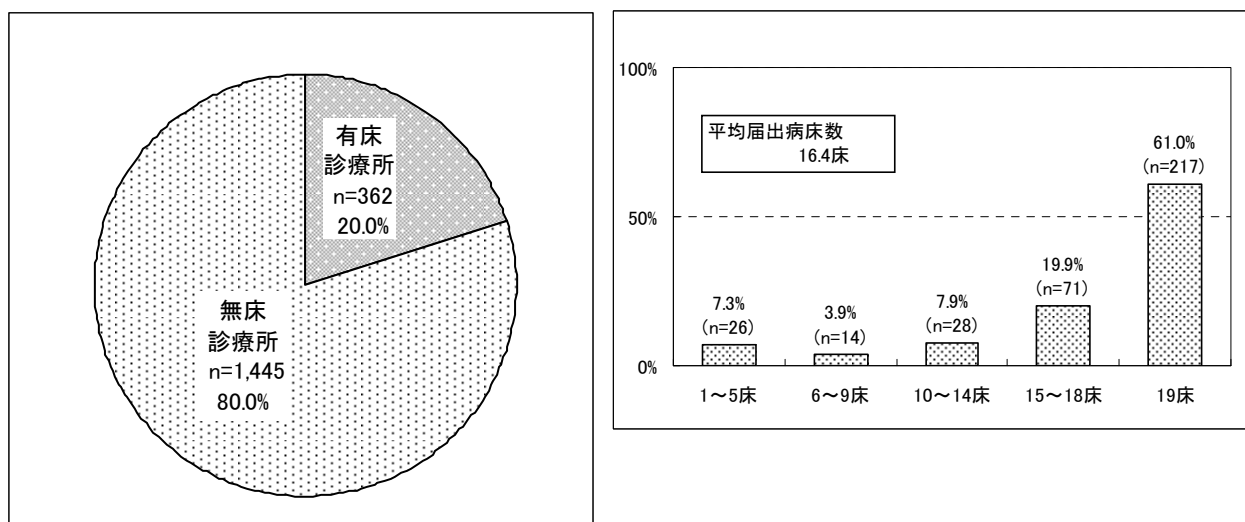
<sup>2</sup> 厚生労働省「医療施設動態調査」2008年8月末概数

## 病床の有無

無床診療所が 8 割、有床診療所が 2 割であった。全国の一般診療所に占める有床診療所数の割合が 11.8%<sup>3</sup>であることと比べると、届出診療所に占める有床診療所の割合は約 8 ポイント上回っていた (図 4)。

有床診療所の届出病床数については、19 床が 61.0%、平均届出病床数では 16.4 床であり、全国の有床診療所の病床数分布とほぼ同様の結果<sup>4</sup>であった。

図 4 有床無床別施設数(n=1,807) および有床診療所の届出病床数の分布(n=356)(いずれも無回答を除く)



<sup>3</sup> 厚生労働省「医療施設動態調査」2008年8月末概数

<sup>4</sup> 日医総研 WP177「有床診療所実態調査」(江口成美、出口真弓)によれば、平均病床数は 16.2 床、19 床以上が 57.9%であった。

## 診療科別

主たる診療科別にみると、「内科」が77.4%を占め、続いて「外科」が10.1%、「整形外科」が4.2%の順であった。「その他」は3.4%には、多いものから胃腸科、循環器科、麻酔科（ペインクリニックも含む）、産婦人科、眼科などの回答があった。また、「複数診療科を持ち、どれが主と決められない」との回答もあった（図5）。これを有床無床別にみると、無床では内科が83.2%であったが、有床の外科・整形外科等の比率は無床より高くなっていた（図6）。

図5 診療科別の施設数分布（n=1,785 無回答を除く）

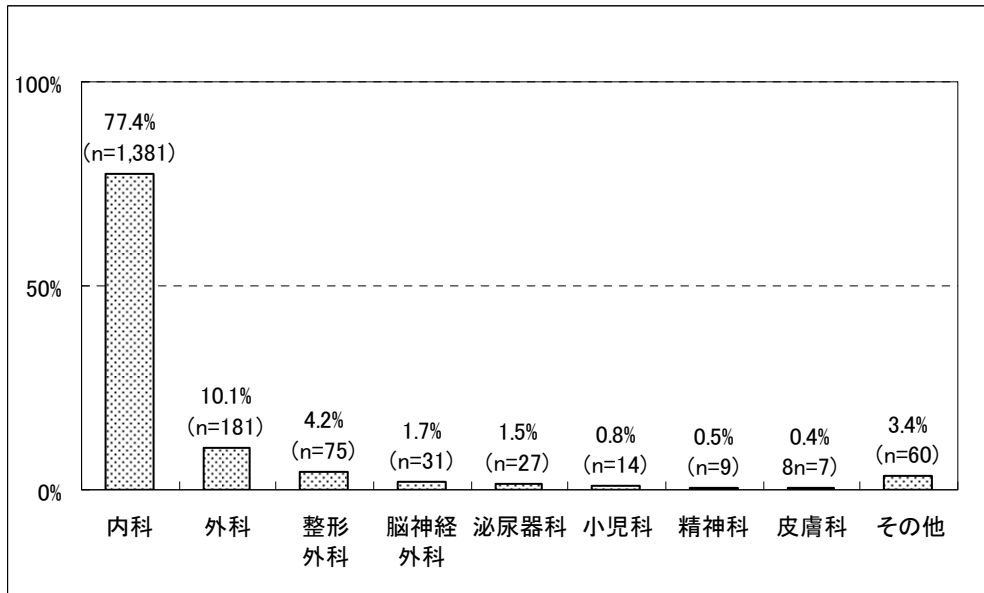
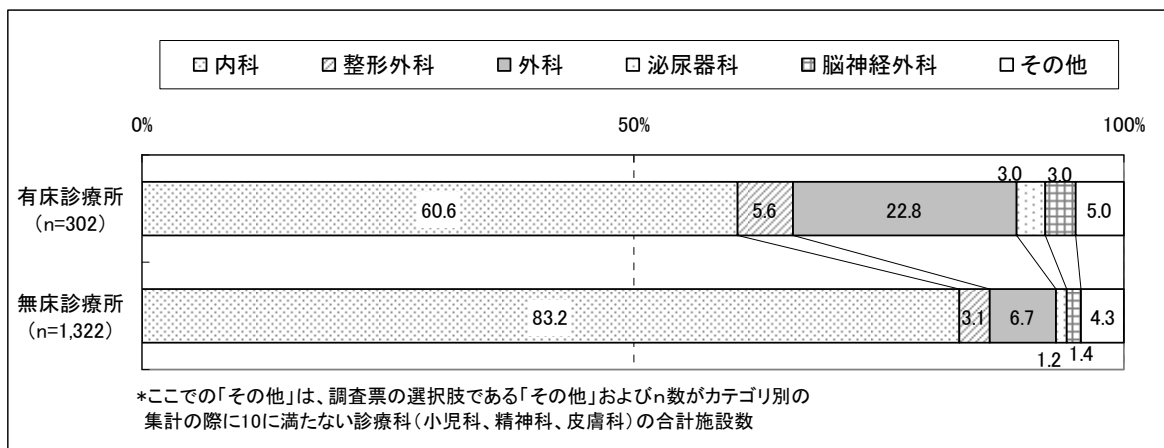


図6 有床無床別にみた診療科別の施設数分布（n=1,784 無回答を除く）



## 同一法人による併設事業

同一法人による併設事業を行っている届出診療所は、27.4%であった（図7）。

併設事業の内容をみると、最も多い事業は居宅介護支援事業所で65.4%、続いて、訪問看護ステーションが37.5%であり、在宅医療と関連の深い介護保険事業の併設が多い傾向がみられた。また、病院および介護老人保健施設などの医療施設の実施がそれぞれ2割程度となっていた（図8）。全国の「介護保険サービス提供を主とする」一般診療所2.3%<sup>5</sup>と比較すると、届出診療所では併設事業の実施率が高い。

図7 同一法人による併設事業の実施の有無（n=1,762 無回答を除く）

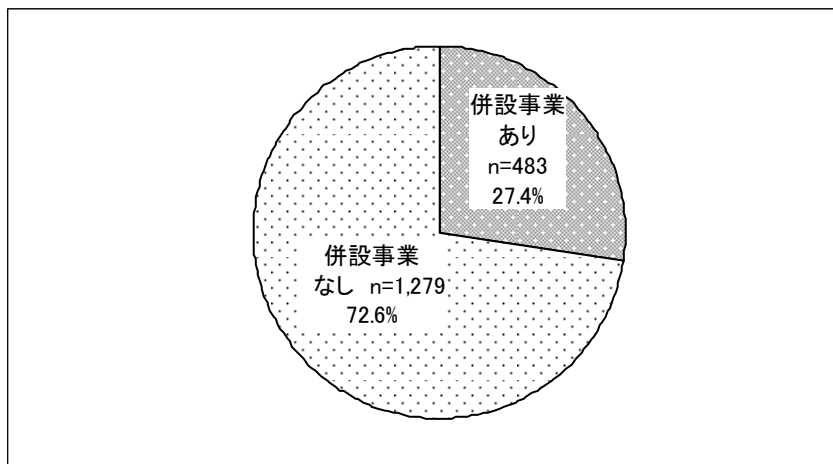
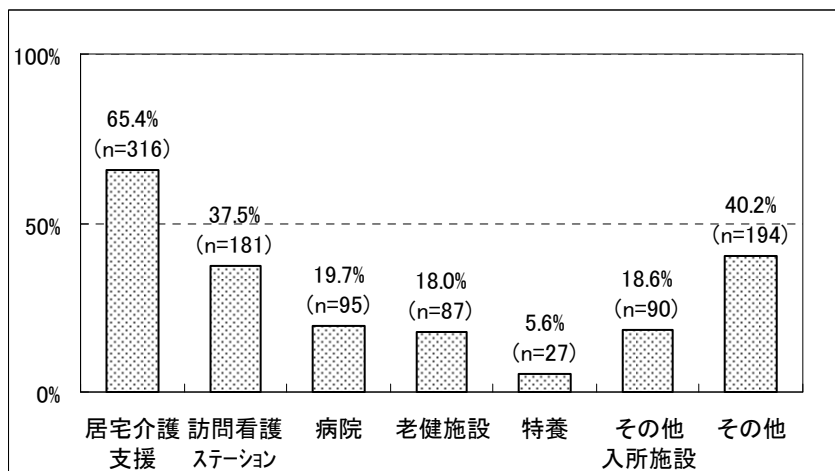


図8 実施している併設事業（併設事業あり n=483 複数回答）

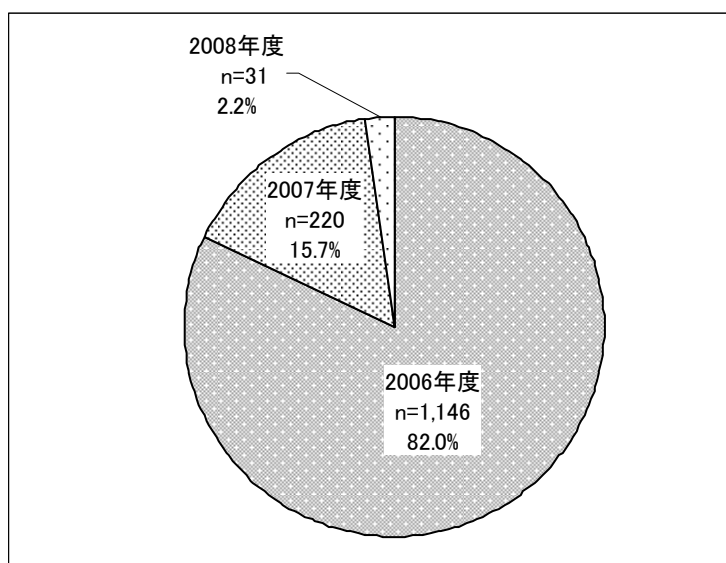


<sup>5</sup> 厚生労働省「平成17年 医療施設（静態・動態）調査」

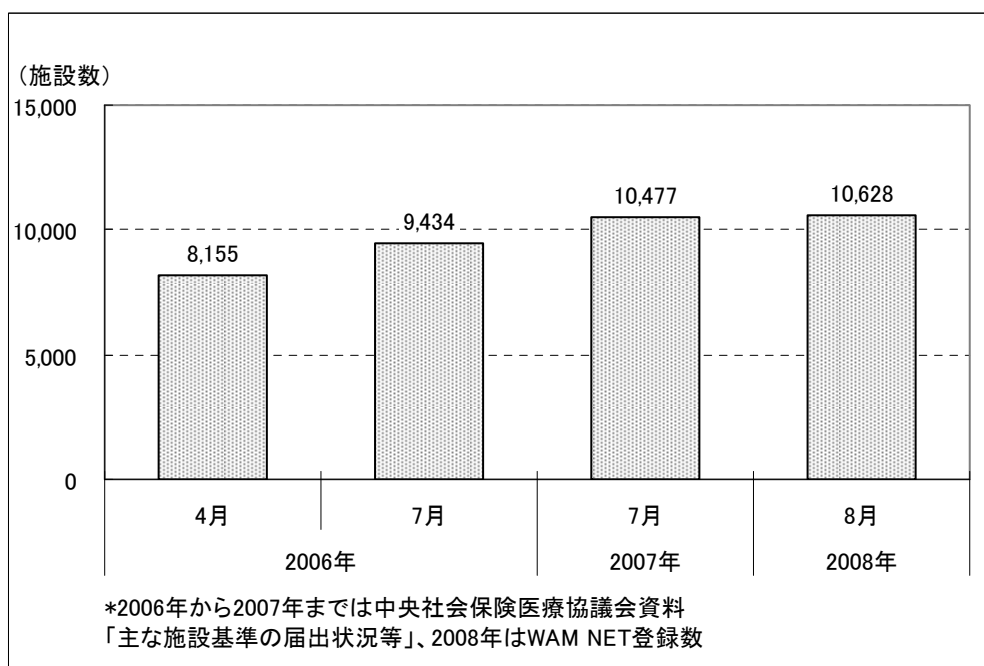
## 届出時期

届出時期については、在宅療養支援診療所が新設された「2006年度」が82.0%と最も多く、続いて「2007年度」が15.7%、「2008年度」が2.2%の順であった（図9）。

図9 在宅療養支援診療所の届出時期（n=1,397 無回答を除く）



【参考】 図10 在宅療養支援診療所の届出施設数の推移—全国



## (2) 届出診療所の運営体制

在宅療養支援診療所は、自宅における終末期ケアや慢性疾患の療養等への対応が期待され、2006年の医療法改正で新設された24時間体制で往診や訪問看護を実施する診療所である。主な要件は以下のとおりである。本調査では、これらの要件に基づいて、在宅医療に関する各職種の人員配置や24時間勤務体制等について尋ねた。

表1 在宅療養支援診療所の主な要件

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>① 保険医療機関である診療所</li><li>② 24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に提供している</li><li>③ 当該診療所又は他の保険医療機関の保険医との連携により、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患家に提供している</li><li>④ 当該診療所又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護職員の氏名、担当日等を文書で患家に提供している</li><li>⑤ 当該診療所において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保している</li><li>⑥ 医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員（ケアマネージャー）等と連携している</li></ul> |
|--|

## 1 施設当たりの在宅医療の従事者

2008年7月時点で算定がある届出診療所の在宅医療従事者の状況をみると<sup>6</sup>、診療所全体の医師数平均2.2人のうち、在宅医療に従事する医師数は平均1.5人、さらに24時間体制に対応する医師数は1.3人であった。

看護職員数の平均は3.0人で、そのうち24時間体制に対応しているのは平均1.5人であった。医師および看護職員以外の職種としては、事務職員、ソーシャルワーカー、栄養士、介護支援専門員、介護福祉士等の職種が挙げられ、ここでも有床診療所が全体の平均を0.5人上回っていた。

病床の有無別にみると、診療所全体の医師数は有床診療所の方が約1人多いが、在宅医療に従事する医師数に差は見られない。病床を持つ有床診療所では、看護職員数が無床診療所の約2倍、その他の職種も無床診療所を上回っている（表2）。

表2 1 施設当たりの在宅従事者の平均実人数(常勤非常勤の合計 n=1,227 無回答を除く)

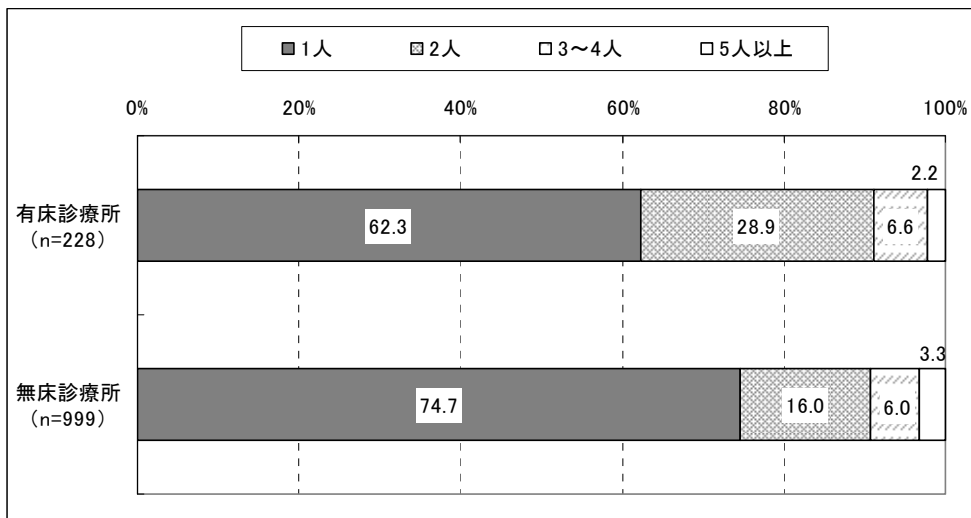
職種	合計 (n=1,227)	有床 (n=228)	無床 (n=999)
医師数(常勤・非常勤実人数)	2.2	2.8	2.1
《再掲》在宅医療に従事する医師数	1.5	1.6	1.5
《再掲》24時間体制に対応する医師数	1.3	1.4	1.3
看護職員数	3.0	5.4	2.5
《再掲》24時間体制に対応する看護職員数	1.5	3.0	1.2
上記以外の職員	2.3	2.8	2.1
《内訳》事務職員	1.8	1.9	1.8
ソーシャルワーカー	0.1	0.1	0.1
その他の職種	0.4	0.8	0.3

<sup>6</sup> 本調査で得た回答は、常勤換算をしない実人数である

## 医師

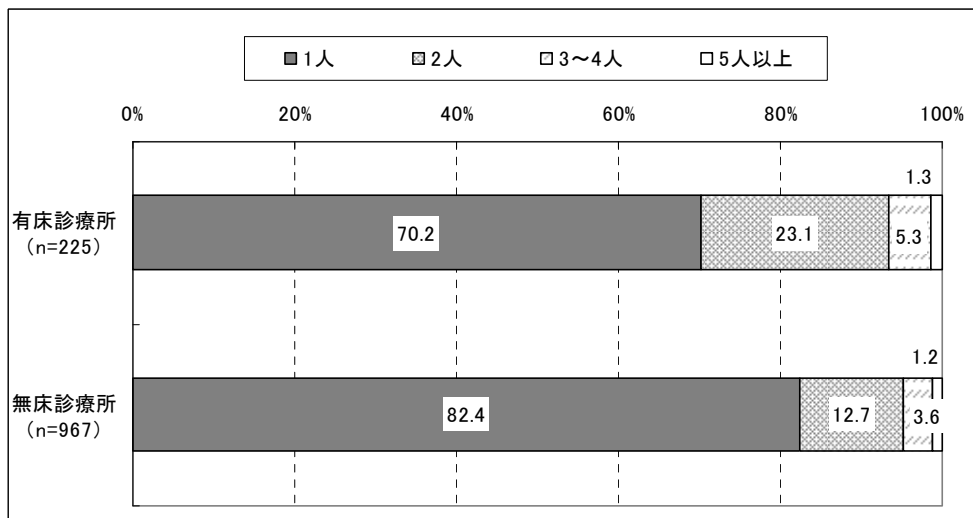
在宅担当医師数の分布をみると、届出診療所全体の72.4%が一人体制であった。病床有無別でみると、在宅担当医師一人体制の占める割合は、無床診療所の方が有床診療所より10ポイント多い(図11)。

図11 在宅担当医師数別の施設数 (n=1,227 無回答を除く)



24時間体制に対応する医師数は届出診療所全体では、一人体制が80.1%を占めていた。病床有無別では、無床診療所の一人体制の占める割合が82.4%であり、有床診療所を10ポイント以上、上回っていた(図12)。

図12 24時間対応医師数別の施設数分布 (n=1,192 無回答を除く)





## 看護職員

在宅医療に従事する看護職員数の分布を病床有無別にみると、有床診療所では2人以上が82.0%を占める一方で0人が3.1%であったのに対し、無床診療所では2人以上が有床診療所と比べて64.2%と約18ポイント低く、0人は約10ポイント高かった（図13）。

24時間体制に従事する看護職員数についても、有床診療所では2人以上が49.6%を占めていたが、入院のない無床診療所では29.3%と約20ポイント低く、有床診療所の0人が12.3%に対し、無床診療所では約26ポイント高かった（図14）。

図13 在宅医療に携わる看護職員数(n=1,227 平均3.0人 無回答を除く)

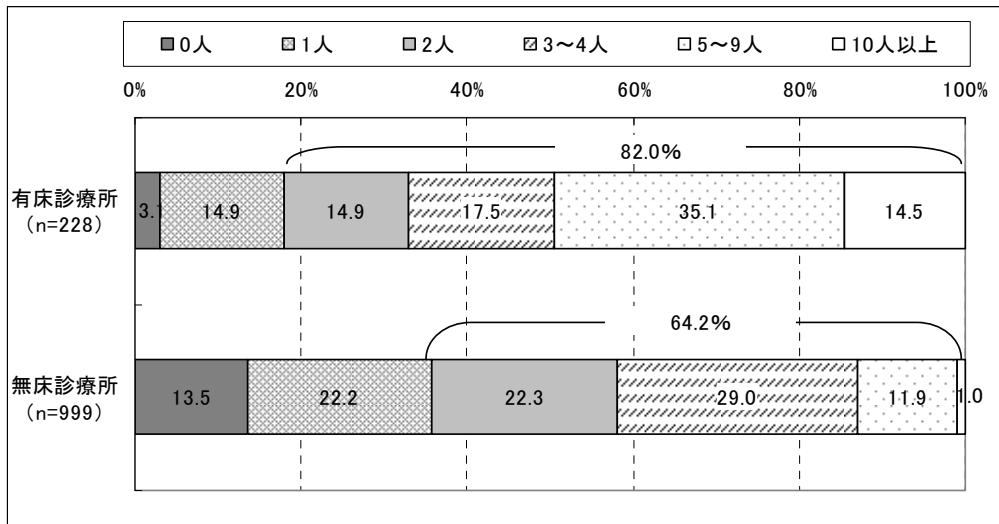
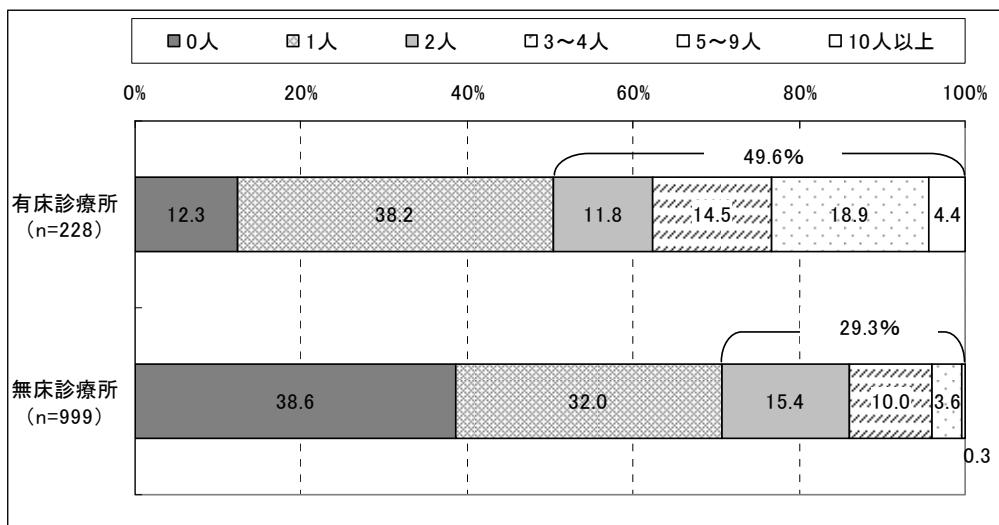
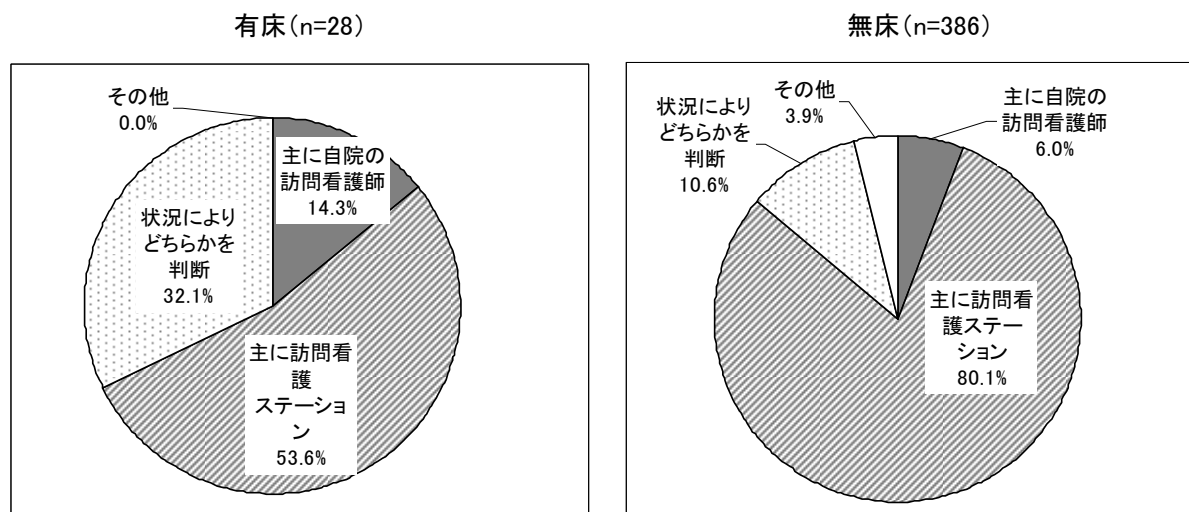


図14 24時間体制に従事する看護職員数(n=1,227 平均1.5人 無回答を除く)



24 時間体制に従事する看護職員がいない届出診療所については、図 15 に示すように、自院の訪問看護師か、訪問看護ステーション（外部の事業所）で対応していた。特に、無床診療所では病床がないため、本来必要とされる看護職員数が少ない傾向にあり、自院の人員が少ない点を訪問看護ステーションとの連携でカバーしている診療所が多いことを補足しておく。

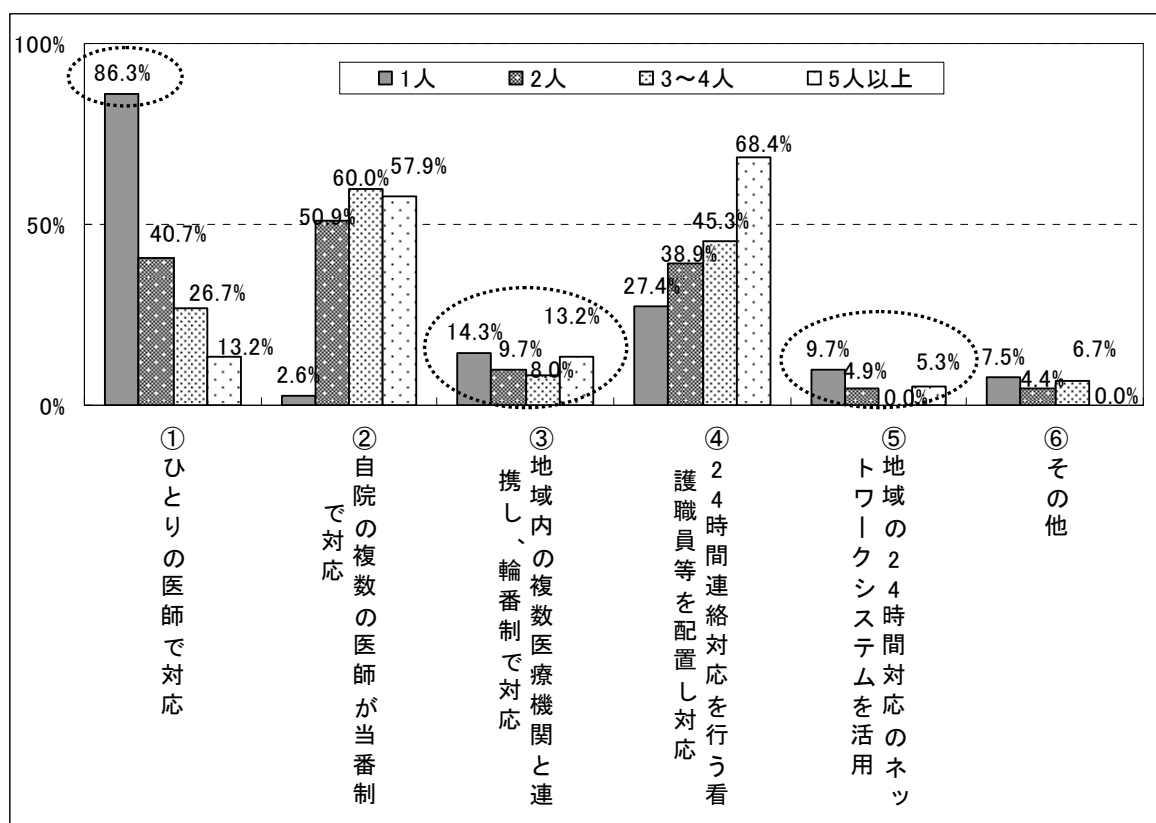
図 15 緊急時の訪問看護対応－24 時間体制に従事する看護職員が 0 人の届出診療所



## 緊急時における医師の対応

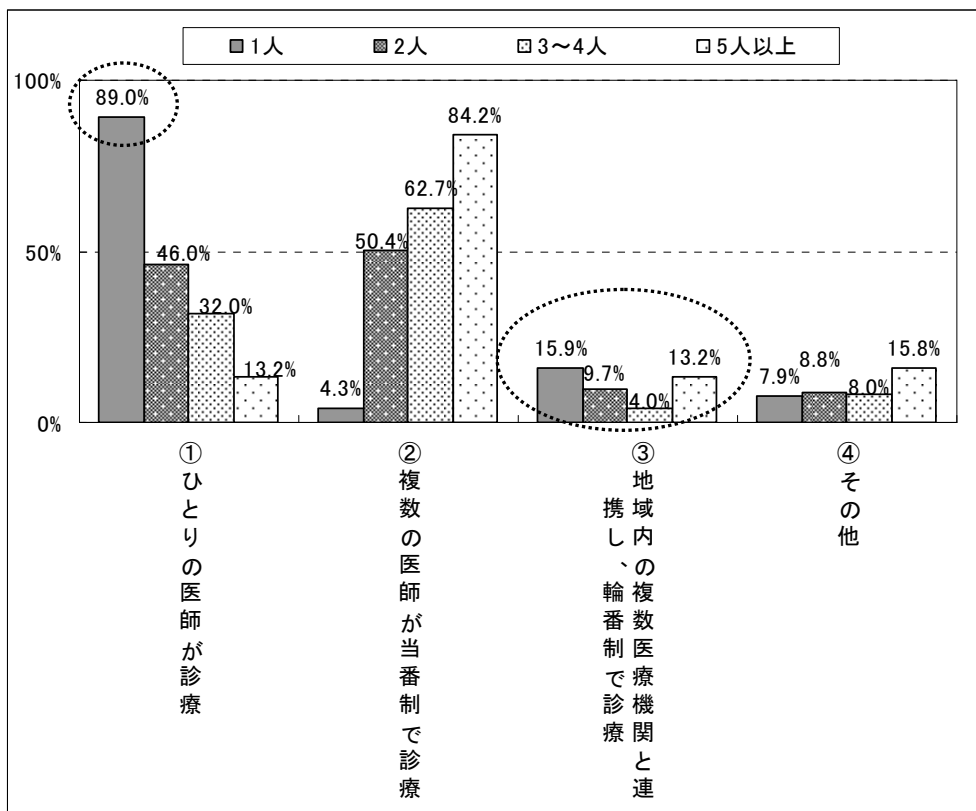
緊急時の診療体制を在宅担当医師人数別にみると、医師一人体制の届出診療所では、「①ひとりの医師で対応」が86.3%を占め、「②自院の複数の医師が当番で対応」は2.6%であった。一方、医師の人数規模が大きいほど、「④24時間連絡対応を行う看護職員」による対応が多かった。「③地域内の複数医療機関と連携し、輪番制で対応」は、どの医師の人数規模でも1割前後であった。また、「⑤地域の24時間対応のネットワークシステムを活用」についても、どの人数規模でも1割に達していなかった。24時間ネットワークシステムが限られた地域でのみ展開されていない、あるいは機能している地域が少ないためと考えられる（図16）。

図16 緊急時の連絡体制(複数回答)-在宅医師数別(n=1,228 無回答は除く)



緊急時の診療対応についても、在宅担当医師が一人体制の届出診療所では、「①ひとりの医師が診療」が89.0%で最も多く、続いて「③地域内の複数医療機関と連携し、輪番制で診療」が15.9%、「②複数の医師が当番制で診療」は4.3%の順であった。在宅担当医師が2人以上に増えると、医師1人での診療の比率が減少し、複数医師による当番制対応が増加していた。「③地域内の複数医療機関と連携し、輪番制で診療」については、在宅担当医師一人体制の診療所が最も多いとはいえ、いずれの医師数規模でも1割前後であり、外部の医療機関と緊急時の対応を連携していくことの困難さが読み取れる。(図17)。

図17 緊急時の診療(複数回答)-在宅医師数別(n=1,228 無回答は除く)



## 在宅担当医師の待機日数

ここでの待機日数とは、オンコールも含めての日数である。届出診療所の医師 1 人当たりの 1 週間の待機日数は「7 日」が 73.5%と最も多く、続いて「3 日以上 7 日未満」が 18.4%、「3 日未満」が 8.1%の順である（図 18）。

これを、24 時間体制の担当医師数別に待機日数区分別の「7 日」待機の割合を見ると、1 人では 82.6%、2 人では 41.6%と人員が増えるにつれて減少し、逆に「3 日未満」の占める割合が有意に増えている。自院における 24 時間体制の医師数が少ない届出診療所ほど、待機日数の拘束が増している（図 19）。

図 18 医師の1週当たり待機日数(n=1,187 無回答は除く)

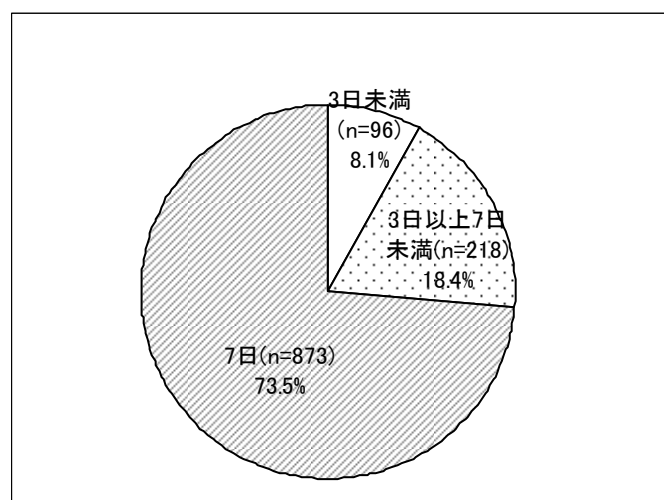
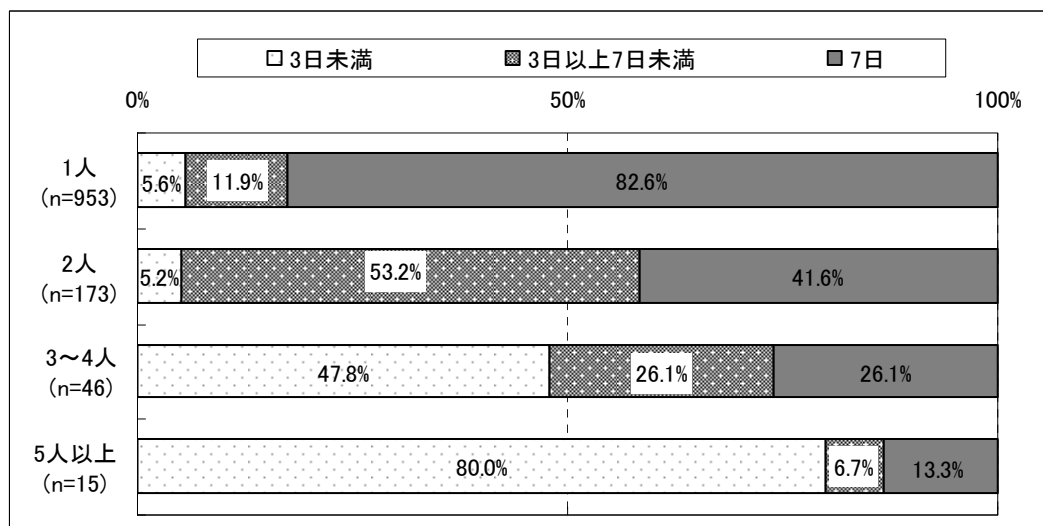


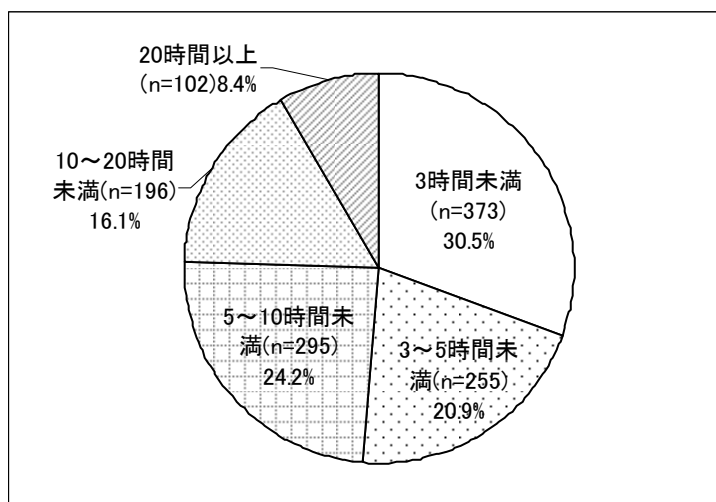
図 19 24 時間体制担当医師数区分別の1週当たり待機日数(n=1,187 無回答は除く)



## 在宅担当医師の1週間当たりの訪問時間

在宅担当医師1人当たりの訪問時間を、1週間の平均訪問時間（移動時間も含む）で見ると7.3時間であった。分布をみると「3時間未満」が最も多く30.5%、続いて「5～10時間未満」が24.2%、「3～5時間未満」が20.9%であった。一方、10時間以上も24.5%（「10～20時間未満」および「20時間以上」の計）存在した。これらは在宅医療を専門に行っている診療所であると考えられる（図20）。

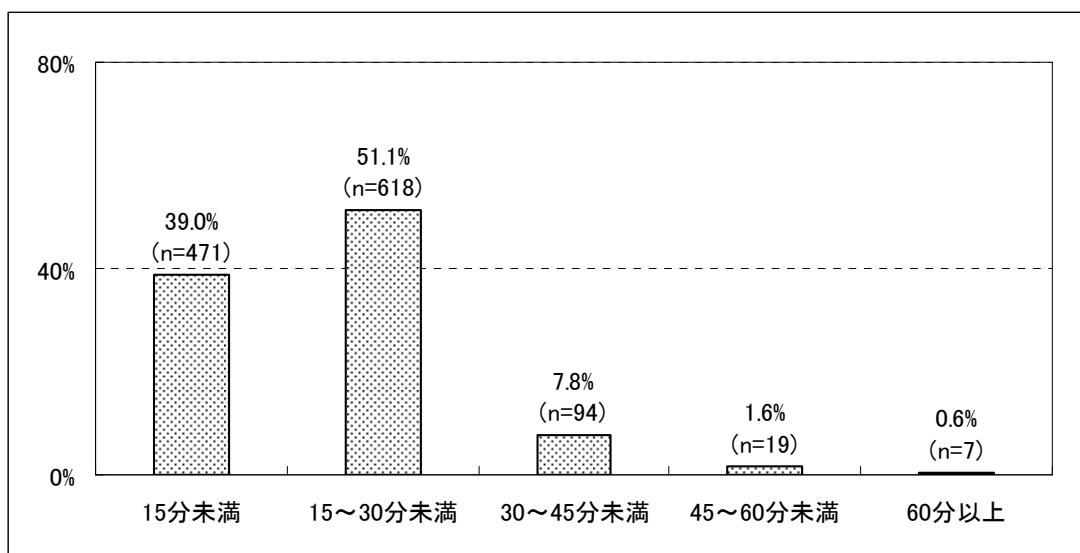
図20 担当医師一人当たりの1週間の訪問時間（n=1,221 平均 7.3時間/週 無回答は除く）



## 平均的な移動時間

ここでの移動時間とは、医師が訪問診療や往診の際に、診療所から患者の住居までに要する時間のことである。「15～30分未満」が51.1%と最も多く、続いて「15分未満」が39.0%であり、「30分未満」の移動時間が多数を占めていた。一方で、30分以上が約1割存在し、そのうち約2%ではあるが、45分以上の遠方まで対応している届出診療所もみられた（図21）。

図21 平均的な移動時間別施設数（n=1,209 無回答は除く）

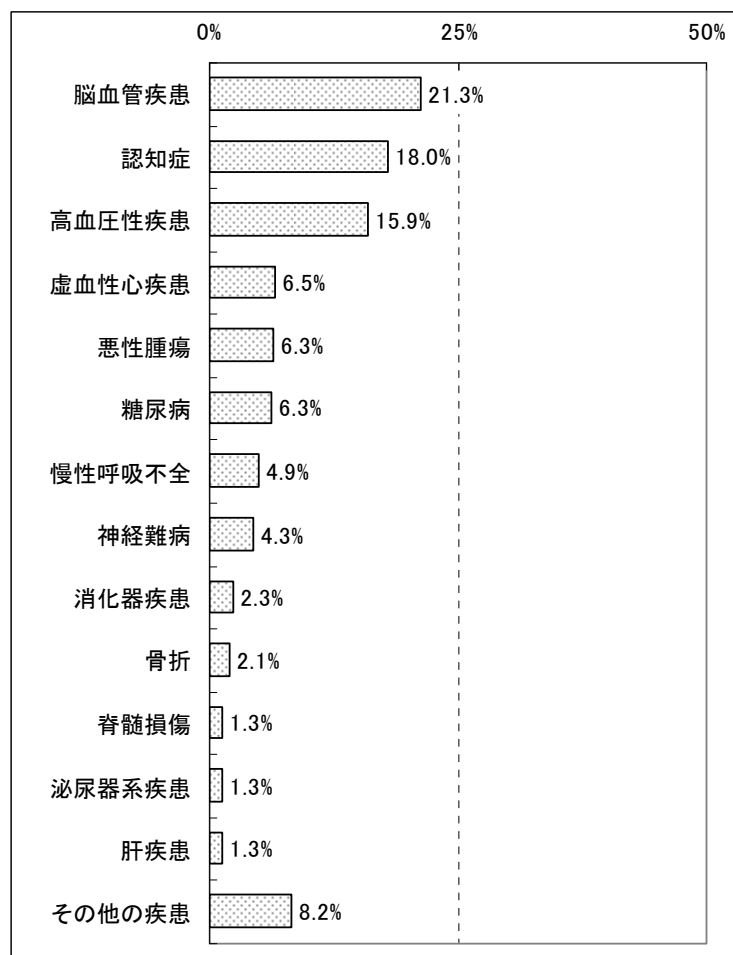


### (3) 患者の状況

#### 主傷病別

様々な疾病を持つ在宅患者であるが、ここでは主傷病として回答をいただいている。「脳血管疾患が」21.3%と最も多く、続いて「認知症」18.0%、「高血圧性疾患」15.9%、「虚血性心疾患」6.5%、「悪性腫瘍」6.3%の順であった（図 22）。

図 22 主傷病別に見た在宅患者数（1,135 施設の有効患者数 n=24,677）

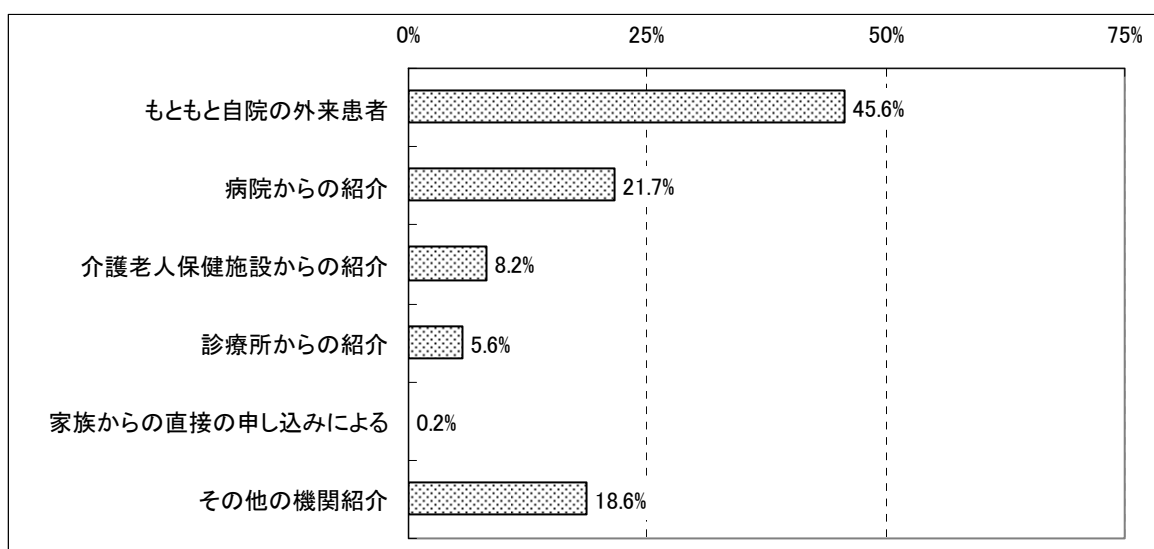




## 紹介元別

在宅患者の紹介元をみると、「もともと自院の外来患者」45.6%が最も多く、続いて「病院からの紹介」21.7%、「介護老人保健施設」8.2%の順であり、外来の延長としての在宅医療ももとの外来患者と他機関紹介が半々となっている（図 23）。

図 23 紹介元別患者数の構成 （1,435 施設の有効患者数 n=28,027）

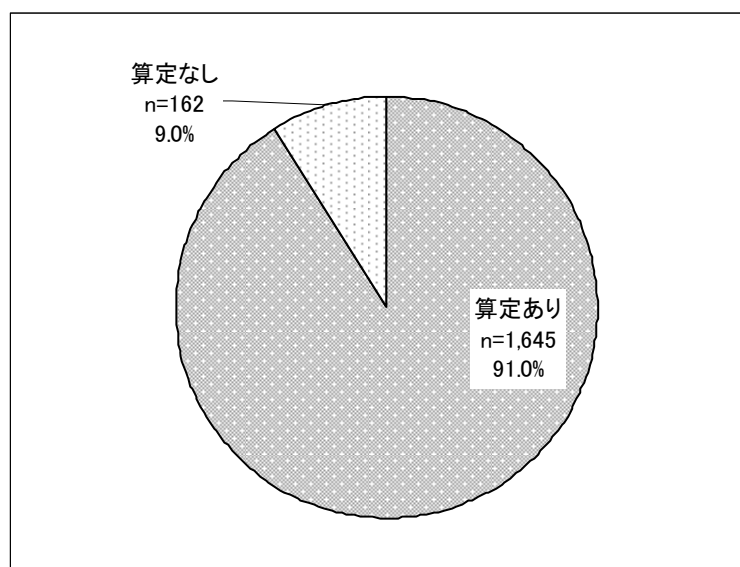


## 在宅医療に係る算定状況

ここでの在宅療養支援診療所の「算定あり」とは、設問 1-6（調査票参照）に掲載した①在宅時医学総合管理料、②特定施設<sup>7</sup>入居者等医学総合管理料、③～⑤の往診料加算、⑥および⑦の在宅患者訪問診療料、⑨在宅末期医療総合診療料などの主に医師の行う、在宅医療の基本的な診療行為に注目しており、前記のいずれかに算定件数の回答を集計したものである。したがって、看護職員等の行う在宅患者訪問看護・指導料等、在宅療養指導管理料<sup>8</sup>ならびに在宅療養指導管理材料加算等<sup>9</sup>、薬剤料、特定保険医療材料については含んでいない。

2008年7月時点の算定状況をみると「算定あり」が91.0%を占め、「算定なし」は9.0%であった（図24）。

図24 在宅療養支援診療所としての算定状況－2008年7月（n=1,807 無回答は除く）



<sup>7</sup> ここでの特定施設とは、介護サービスを自前ではなく外部の事業者に委託（外部サービス利用型）していない特定施設、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホームA型のこと。

<sup>8</sup> 例えば、在宅自己注射管理料、在宅酸素療法指導管理料、在宅中心静脈栄養法指導管理料等

<sup>9</sup> 例えば、血糖自己測定器加算、注入器加算、輸液セット加算等

## 個別の算定状況

算定項目別に算定施設数の占める割合をみると、「①在宅時医学総合管理料 1」が 84.2%、「②特定施設<sup>10</sup>入居者等医学総合管理料」は 19.4%であった。往診料については、「③緊急往診加算」が 29.7%、「④夜間加算」が 24.3%、「⑤深夜加算」が 13.7%であった。

また、「⑥在宅患者訪問診療料 1」が 86.9%、居宅系施設入居者<sup>11</sup>の訪問診療の際に算定できる「⑦在宅患者訪問診療料 2」が 35.4%、「⑧在宅ターミナルケア加算」が 14.1%であった。「⑨在宅末期医療診療料」が 7.2%、「⑩在宅患者緊急時等カンファレンス料」が 3.0%であった（表 3）。

表 3 在宅医療算定項目別の算定施設数と構成割合 (n=1,369 無回答を除く)

		① 在宅時 医学 総合 管理 料 1	② 特定 施設 入居 者等 医 学 総 合 管 理 料	③ 往診 料 (緊 急 往 診 加 算)	④ 往診 料 (夜 間 加 算)	⑤ 往診 料 (深 夜 加 算)	⑥ 在宅 患者 訪 問 診 療 料 1 (自 宅)	⑦ 在宅 患者 訪 問 診 療 料 2 (居 宅 系 施 設 入 居 者)	⑧ 在宅 ター ミ ナ ル ケ ア 加 算	⑨ 在宅 末 期 医 療 診 療 料	⑩ 在宅 患者 緊 急 時 等 カ ン フ ア レ ン ス 料
合計 (n=1,369)		84.2%	19.4%	29.7%	24.3%	13.7%	86.9%	35.4%	14.1%	7.2%	3.0%
病 床 有 無	有床 (n=275)	77.8%	20.0%	29.1%	18.5%	13.1%	82.2%	38.9%	11.3%	4.7%	0.7%
	無床 (n=1,094)	85.8%	19.3%	29.9%	25.7%	13.8%	87.9%	34.5%	14.8%	7.8%	3.6%

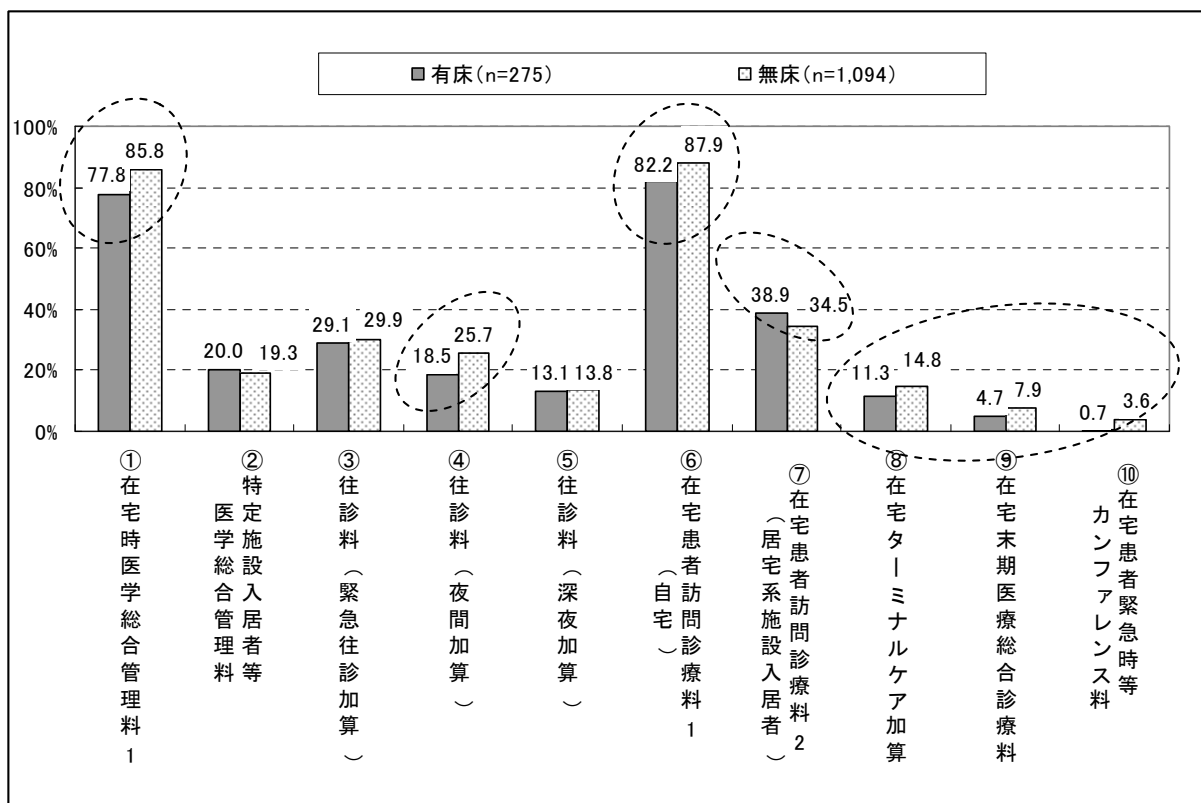
<sup>10</sup> 特定施設入居者生活介護を算定する施設

<sup>11</sup> 居宅系施設入居者とは、以下の ①～⑥の施設に入所・入居する患者および⑦～⑨の事業所で、介護保険サービスを受けている者のことである。

－①特別療護老人ホーム（ただし悪性腫瘍のみ）②養護老人ホーム（定員 110 人以下）③軽費老人ホーム（A 型・B 型・ケアハウス）④有料老人ホーム ⑤高齢者専用賃貸住宅・高齢者向け優良賃貸住宅等 ⑥特定施設・地域密着型施設・外部サービス利用型施設 ⑦短期入所生活介護事業所（ただし悪性腫瘍のみ）⑧認知症高齢者グループホーム、⑨小規模多機能型居宅介護事業所

病床の有無別に、算定項目別の算定施設数の占める割合をみると、無床診療所の「①在宅時医学総合管理料 1」では 8 ポイント、「⑥在宅患者訪問診療料 1」では 5.7 ポイント、有床診療所を上回り、当該項目の算定については、無床診療所の方が若干多い傾向がみられた。無床診療所の往診料の「④夜間加算」についても有床診療所を 7.2 ポイント上回り、「⑧在宅ターミナルケア加算」「⑨在宅末期医療診療料」「⑩在宅患者緊急時等カンファレンス料」などの終末期への対応についても、有床診療所を約 3 ポイント上回っていた。一方、有床診療所の「⑦在宅患者訪問診療料 2」については、無床診療所を 4.4 ポイント上回っていた（図 25）。

図 25 在宅医療算定項目別にみた算定施設数の占める割合-有床無床別(n=1,369 無回答を除く)



1 施設当たりの月平均算定件数をみると、「①在宅時医学総合管理料 1」が 14.9 件、「②特定施設入居者等医学総合管理料」が 3.5 件、往診料では、「③緊急往診加算」が 1.1 件、「④夜間加算」が 0.6 件、「⑤深夜加算」が 0.2 件であった。在宅患者訪問診療料では、「①⑥在宅患者訪問診療料 1」が 23.3 件、「⑦在宅患者訪問診療料 2」が 10.4 件、「⑧在宅ターミナルケア加算」が 0.2 件、「⑨在宅末期医療総合診療料」が 0.5 件、「⑩在宅患者緊急時等カンファレンス料」0.1 件であった（表 4）。

表 4 1 施設あたりの算定件数(n=1,369 無回答を除く)

		① 在宅時 医学 総合 管理 料 1	② 特定 施設 入居 者等 医学 総合 管理 料	③ 往診 料 (緊急 往診 加算)	④ 往診 料 (夜間 加算)	⑤ 往診 料 (深夜 加算)	⑥ 在宅 患者 訪問 診療 料 1 (自宅)	⑦ 在宅 患者 訪問 診療 料 2 (居宅 系施 設入 居者)	⑧ 在宅 ター ミナル ケア 加算	⑨ 在宅 末期 医療 総合 診療 料	⑩ 在宅 患者 緊急 時等 カン ファ レン ス料
合計(n=1,369)		14.9	3.5	1.1	0.6	0.2	23.3	10.4	0.2	0.5	0.1
病 床 有 無	有床(n=275)	13.2	3.7	0.8	0.4	1.1	23.3	10.9	0.2	0.2	0.0
	無床(n=1,094)	15.4	3.4	1.2	0.6	0.2	23.3	10.3	0.2	0.6	0.1

## 自宅以外の「多様な居宅の場」への対応

届出診療所全体の在宅時医学総合管理料算定件数（患者数）に占める「②特定施設入居者等医学総合管理料」の割合を見ると 18.8%であった（図 26）。在宅患者訪問診療料の算定件数に占める「⑦在宅患者訪問診療料 2」の割合については、30.8%を占めていた（図 27）。

図 26 在宅時医学総合管理料 種類別の算定件数の内訳(n=1,352)

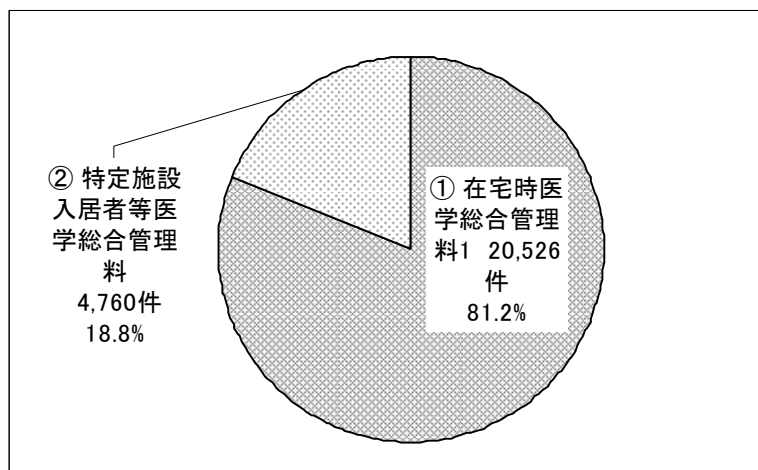
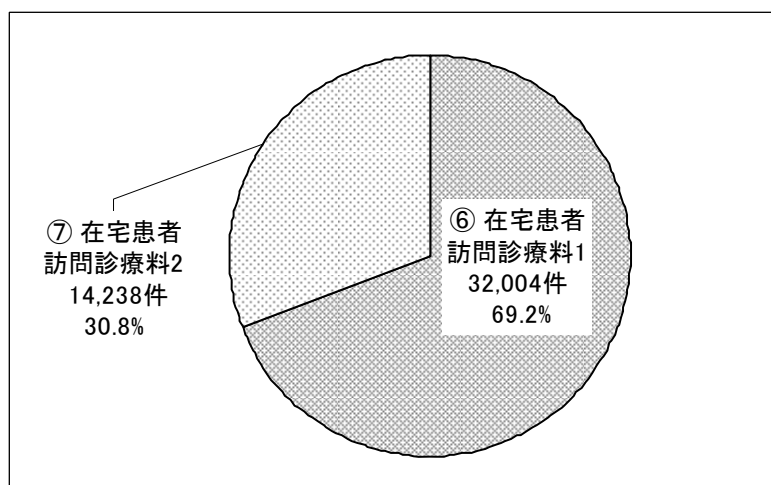


図 27 在宅患者訪問診療料 種類別の算定件数の内訳(n=1,352)



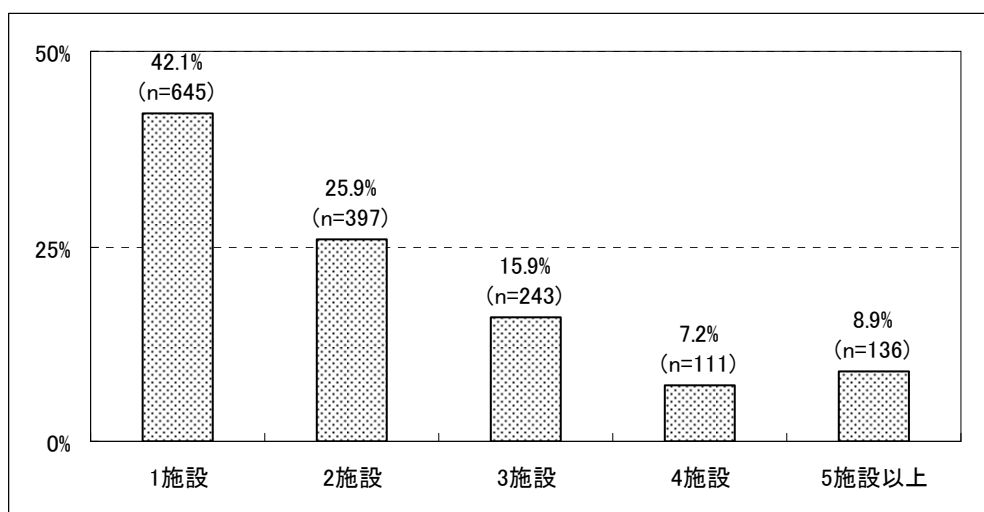
#### (4) 連携状況

届出診療所の基本的要件は、居宅で療養する患者からの連絡を 24 時間受け、その求めに応じた 24 時間往診や訪問看護の提供や手配、緊急時に入院できる病床を常に確保していることなどの体制が整えられていることとされている。そこで、地域の病院ならびに診療所、訪問看護ステーション、介護支援専門員、各種の施設等との連携について尋ねた。

#### 病院との連携

連携病院数をみると、1 施設が 42.1%を占め、続いて 2 施設が 25.9%であった。一方で、4 病院以上の多病院と連携している届出診療所が 16.1%みられた (図 28)。

図 28 連携病院数 (n=1,532 平均 2.3 病院)



病院との全般的な連携がうまくいっていると回答した診療所は、約 9 割（「そう思う」48.8%と「ややそう思う」39.6%の計）にのぼり、連携がうまくいっていない（「あまりそう思わない」「そう思わない」とする回答は 9.0%であった（図 29）。

図 29 病院との連携は全般的にうまくいっているか-全体(n=1,532 連携病院 1 施設以上)

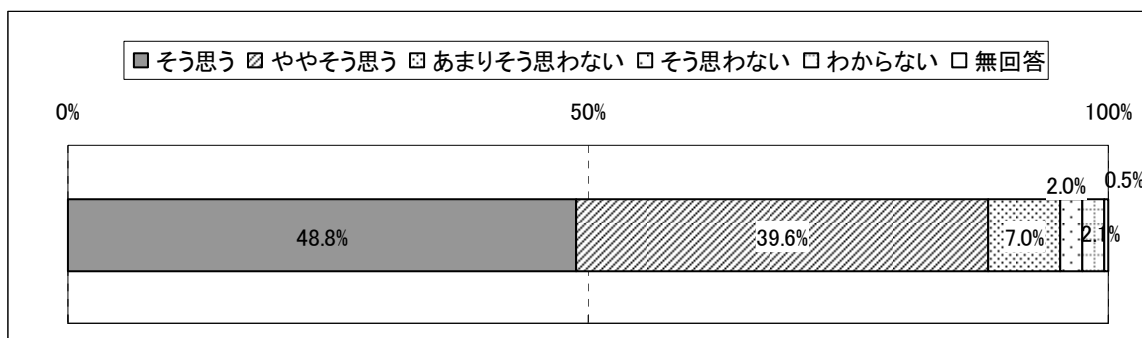
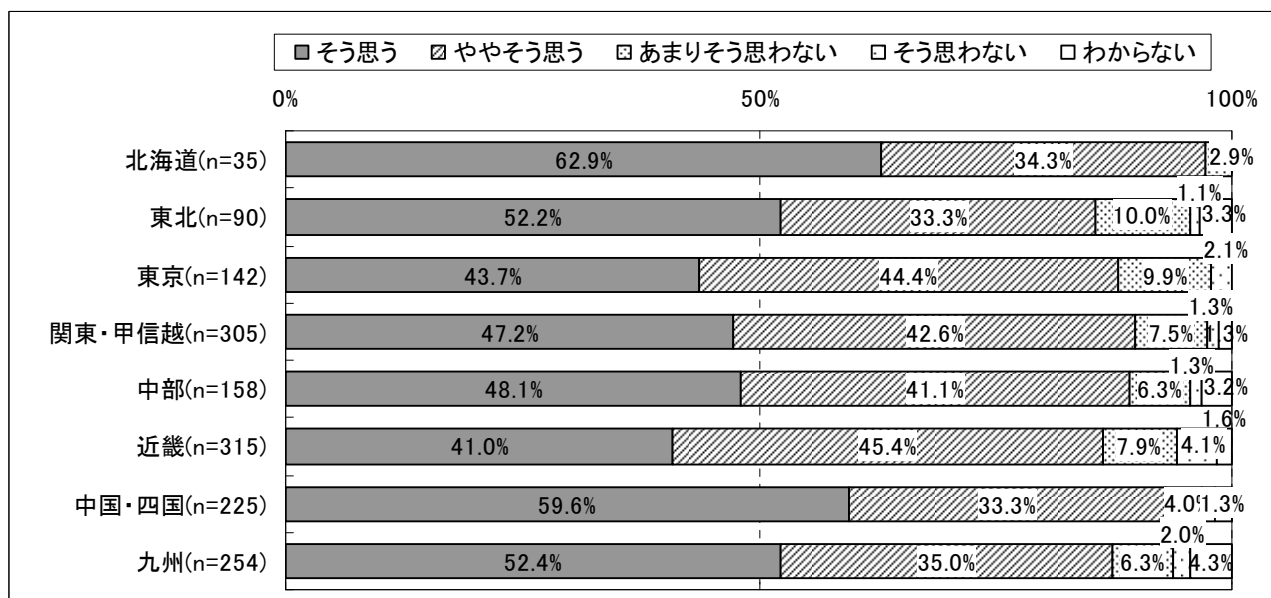


図 30 病院との連携は全般的にうまくいっているか-地域ブロック別

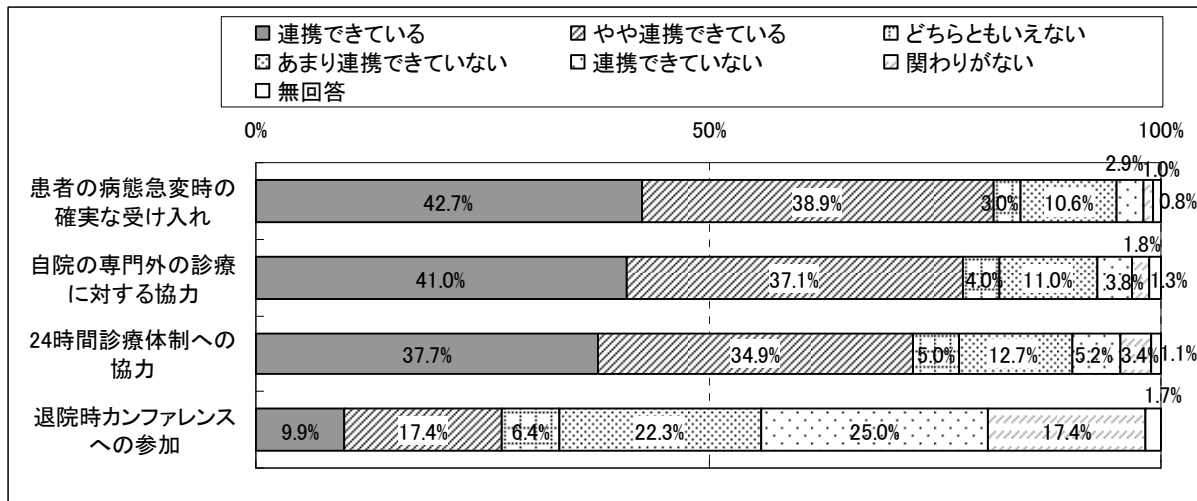
(n=1,524 連携病院 1 施設以上 無回答を除く)





個別の連携事項をみると、連携がうまくいっている（「連携できている」「やや連携できている」の計）とする回答が最も多いのは「患者の病態急変時の確実な受け入れ」81.6%であり、続いて「専門外の診療に対する協力」78.1%、「24時間診療体制への協力」72.6%の順であった。一方で、「退院時カンファレンスへの参加」については、「あまり連携できていない」「連携できていない」の計が47.3%を占め、連携がうまくいっている（「連携できている」「やや連携できている」）とする回答を27.2%上回っていた（図31）。

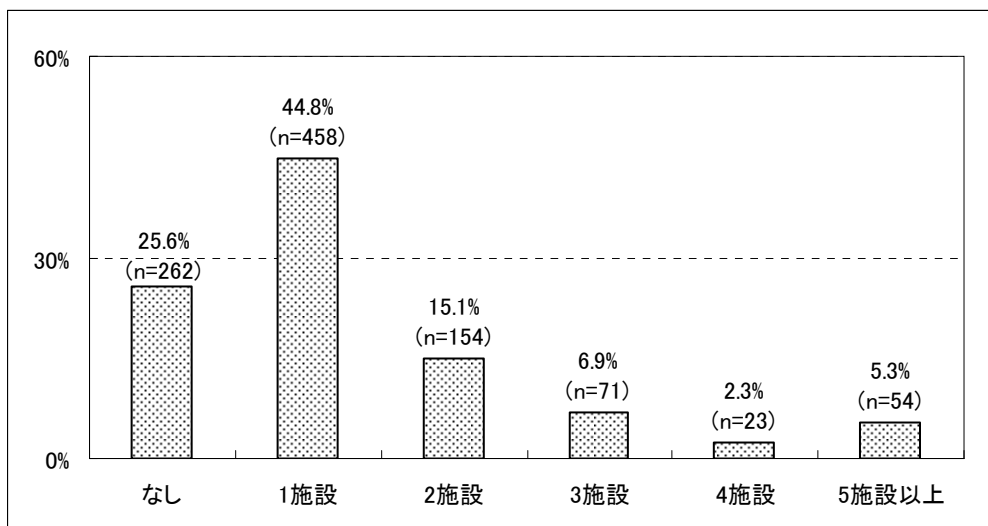
図31 病院との連携状況-(n=1,532 連携病院1施設以上)



## 診療所との連携

連携診療所数をみると、「1施設」が44.8%と最も多く、続いて「なし」が25.6%、「2施設」が15.1%の順であった。病院では見られなかった連携施設数が「なし」の回答が目立っている（図32）。

図32 連携診療所数(n=1,022 無回答を除く 平均1.5施設)



診療所との全般の連携がうまくいっているかどうかを質問したところ、「そう思う」は36.2%であり、「ややそう思う」の32.0%を併せても68.2%と、病院の場合と比べ約20ポイント少なかった(図33)。地域別の意識差は大きく、東京の連携がうまくいっている(「連携できている」「やや連携できている」の計)とする回答が、有意に低いものであった(図34)。

図33 診療所との連携は全般にうまくいっているか-全体  
(n=760 連携診療所1施設以上)

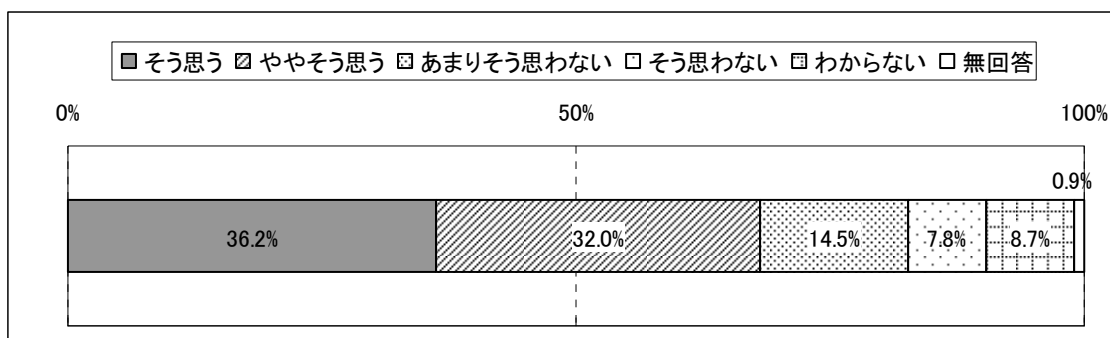
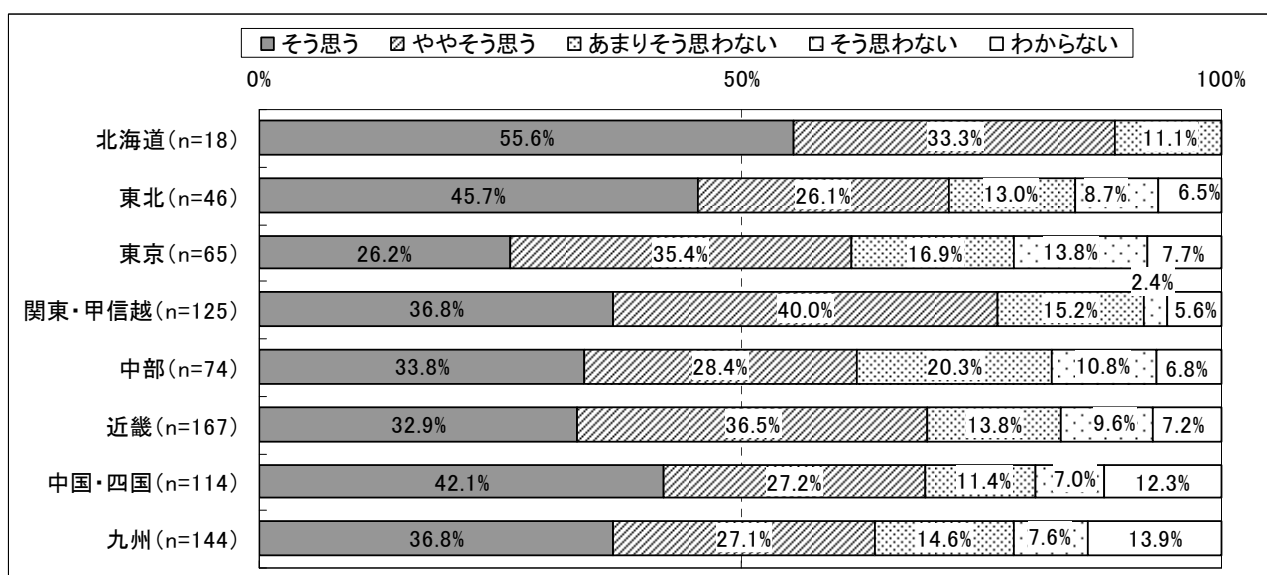
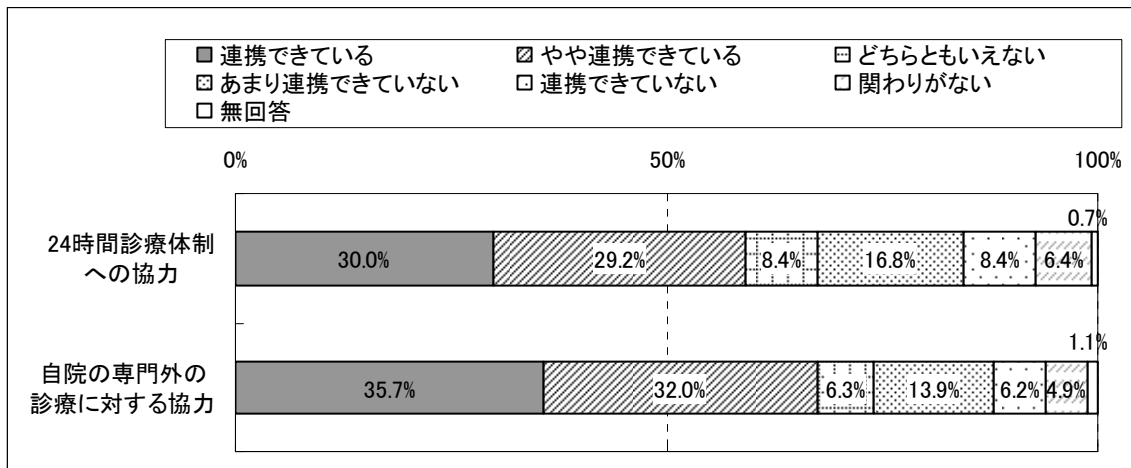


図34 診療所との連携は全般にうまくいっているか-地域ブロック別  
(n=753 連携診療所1施設以上 無回答を除く)



項目別の連携状況を見ても、「24 時間診療体制への協力」に関する連携について、うまくいっている（「連携できている」「やや連携できている」の計）と回答したのは 59.2%、専門外の診療に対する協力」については 67.7%と、いずれも病院との連携に比べると低いものであり、診療所同士の連携がとりづらいように見受けられる（図 35）。

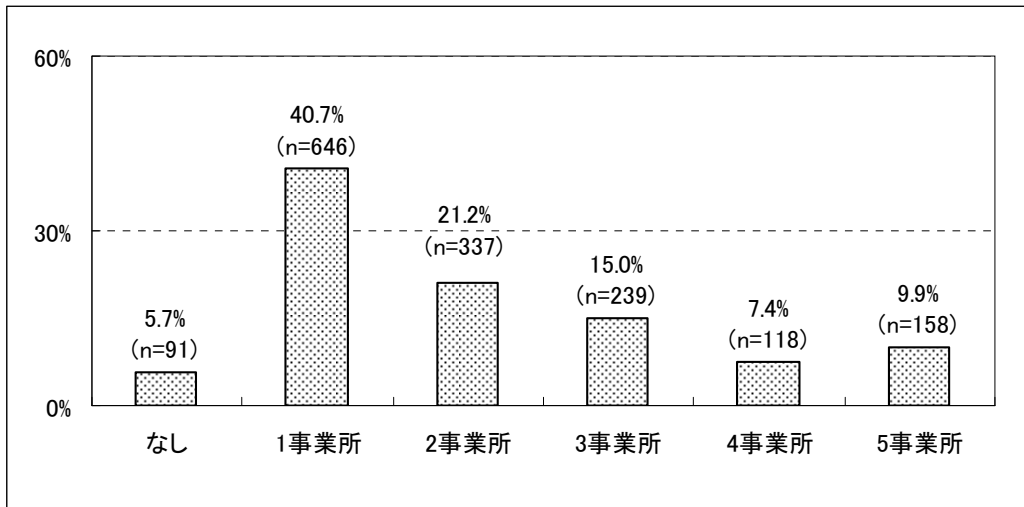
図 35 診療所の項目別連携状況（n=760 連携診療所 1 施設以上）



**訪問看護ステーションとの連携**

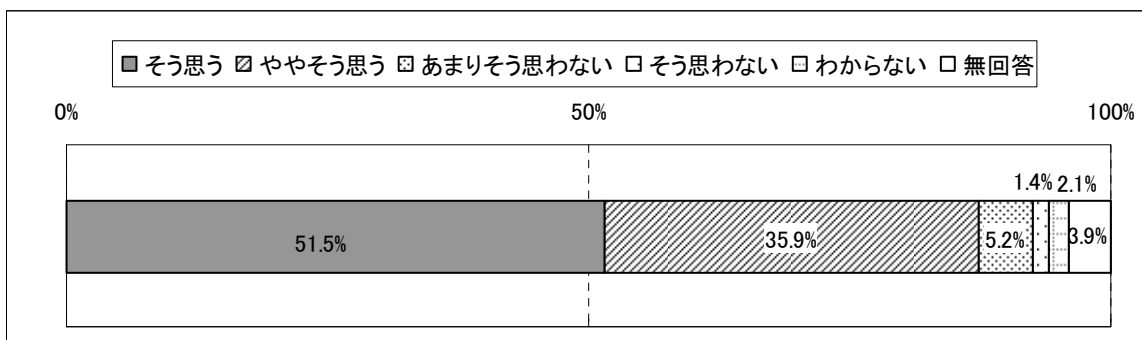
連携訪問看護ステーション数は、「1事業所」が40.7%と最も多く、「2事業所」が21.2%、「3事業所」が15.0%の順であった。4事業所以上と連携している届出診療所は17.3%を占めていた（図36）。

図36 連携ステーション数 (n=1,589 無回答を除く)



訪問看護ステーションとの連携は、病院や他の診療所などと比べて、うまくいっていると考えられる診療所の割合が最も高くなっている。「そう思う」だけで50%以上を占め、「ややそう思う」35.9%をあわせると9割弱であった（図37）。

図37 訪問看護ステーションとの連携は全般にうまくいっていると思うか (n=1,498 連携数1事業所以上)



また、個別の連携状況をみると、「自院から日常的な情報提供」「訪問看護ステーションからの日常的な報告」「状態変化時の連携」についても、連携がうまくいっている（「連携できている」「やや連携できている」の計）とする回答がほぼ9割近い水準となっていた。しかし、「カンファレンスを通じた情報提供」の連携度は他の項目と比べて低く、連携がうまくいっているとの回答は55.9%に止まっていた（図38）。

訪問看護ステーションの併設有無別に連携がうまくいっている（「連携できている」「やや連携できている」の計）回答の割合をみると、「自院からの日常的な情報提供」、「状態変化時の連携」、「カンファレンスを通じた情報共有」では、併設ありが有意に高くなっていた（図39）。

図38 訪問看護ステーションとの個別の連携状況（n=1,498 連携数1事業所以上）

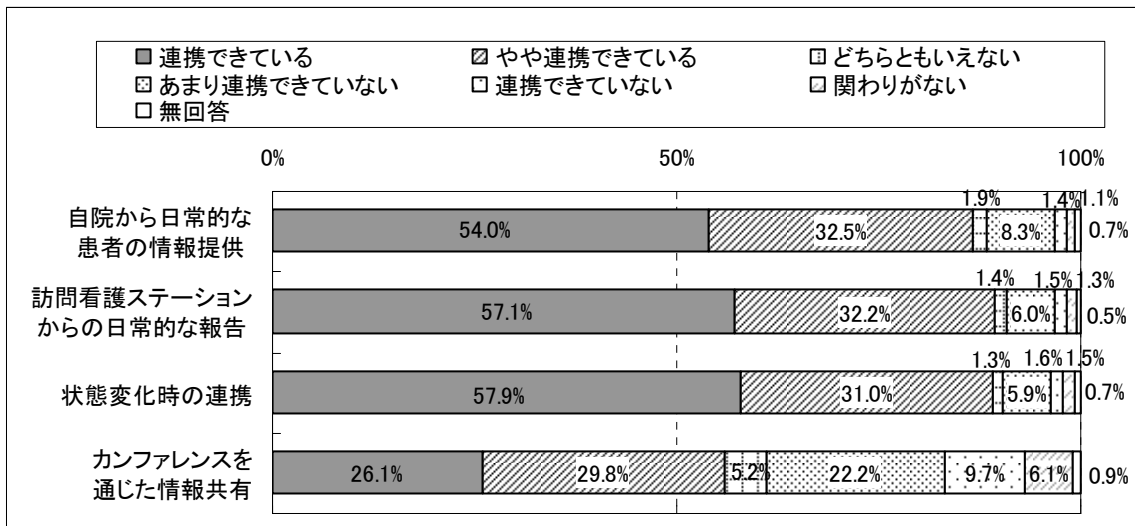
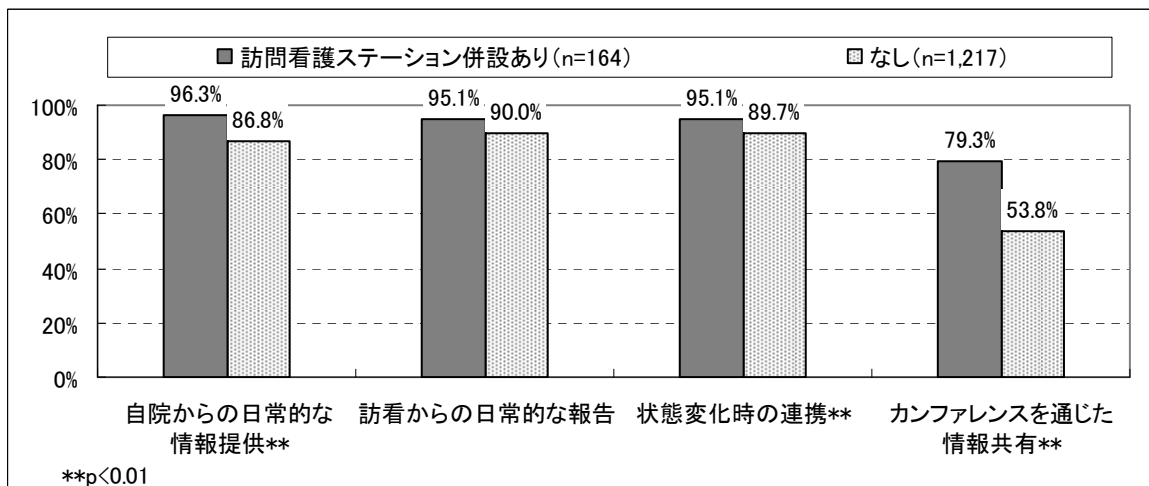


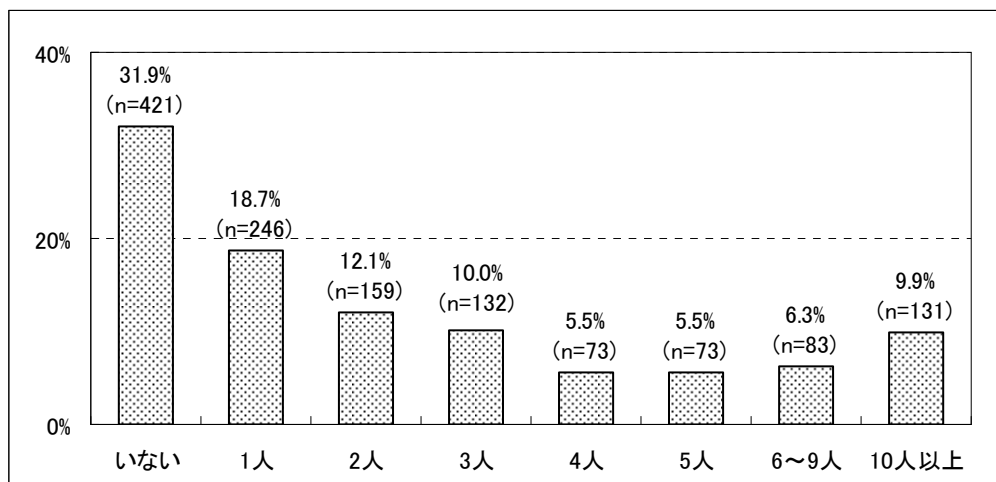
図39 訪問看護ステーション併設有無別にみた個別の連携状況（「連携できている」「やや連携できている」の計 n=1,381 連携数1事業所以上）



## 介護支援専門員との連携

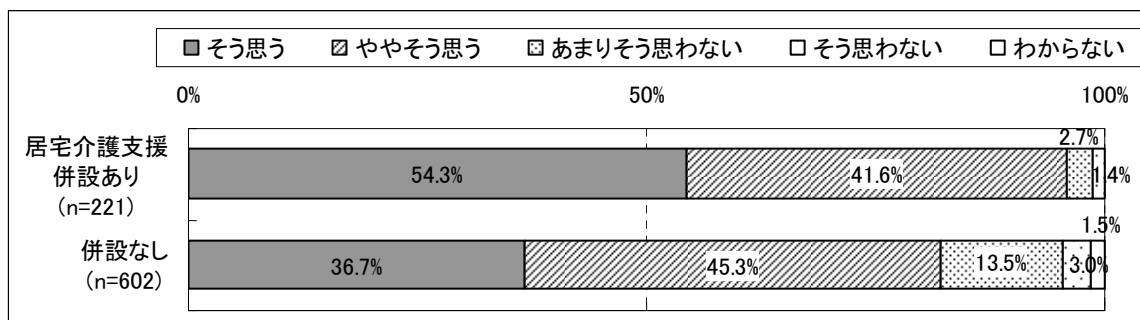
介護支援専門員（ケアマネージャー）との連携については、68.1%の届出診療所では連携はあるが、31.9%が連携していないという結果であった。診療所間で大きくばらつきが見られている（図 40）。

図 40 連携している介護支援専門員数（n=1,318 不明および無回答を除く）



介護支援専門員との連携では、うまくいっていると思う（「そう思う」「ややそう思う」の計）回答の割合が約 9 割占めているものの、訪問看護ステーションの場合と比べると 20 ポイント低い。また、居宅介護支援事業の併設有無別にみると、うまくいっていると思う（「そう思う」「ややそう思う」の計）回答の割合に約 14 ポイント、「そう思う」では約 18 ポイントの差が見られた（図 41）。

図 41 介護支援専門員との連携は全般にうまくいっていると思うか-併設有無別（n=823）



個別事項について、うまくいっている（「そう思う」「ややそう思う」の計）回答の占める割合をみると、「自院からの日常的な患者の情報提供」が81.7%、「状態変化時の連携」が81.6%、「介護支援専門員からの日常的な報告」が76.2%であったが、「カンファレンスを通じた情報提供」については、うまくいっている（「そう思う」「ややそう思う」の計）回答の占める割合は低かった（図42）。居宅介護支援事業の併設有無別で個別事項の連携をみると、どの項目も併設事業なしのほうが有意に低かった（図43）。

図42 介護支援専門員との個別の連携状況(n=897 連携介護支援専門員が1人以上いる施設)

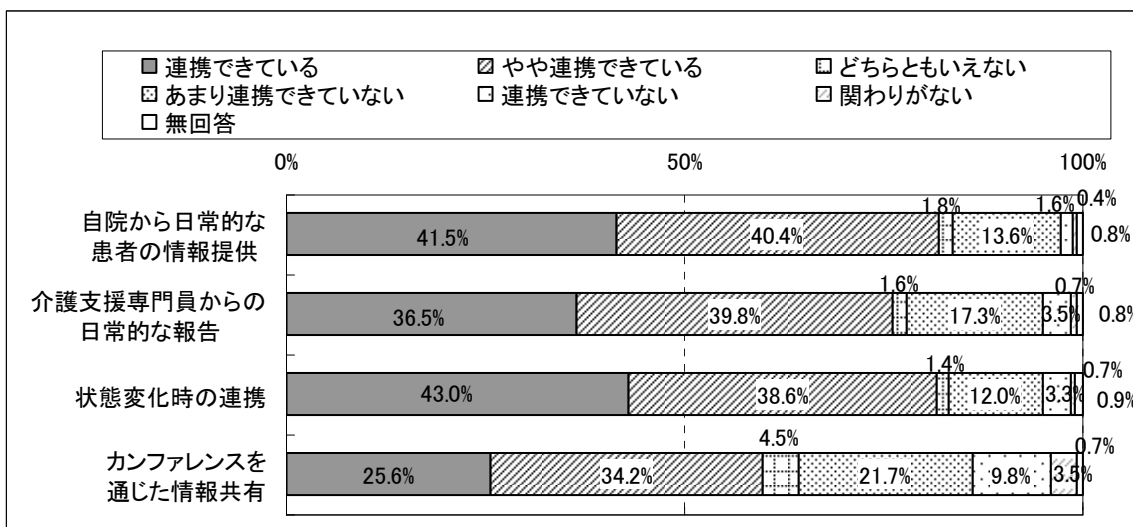
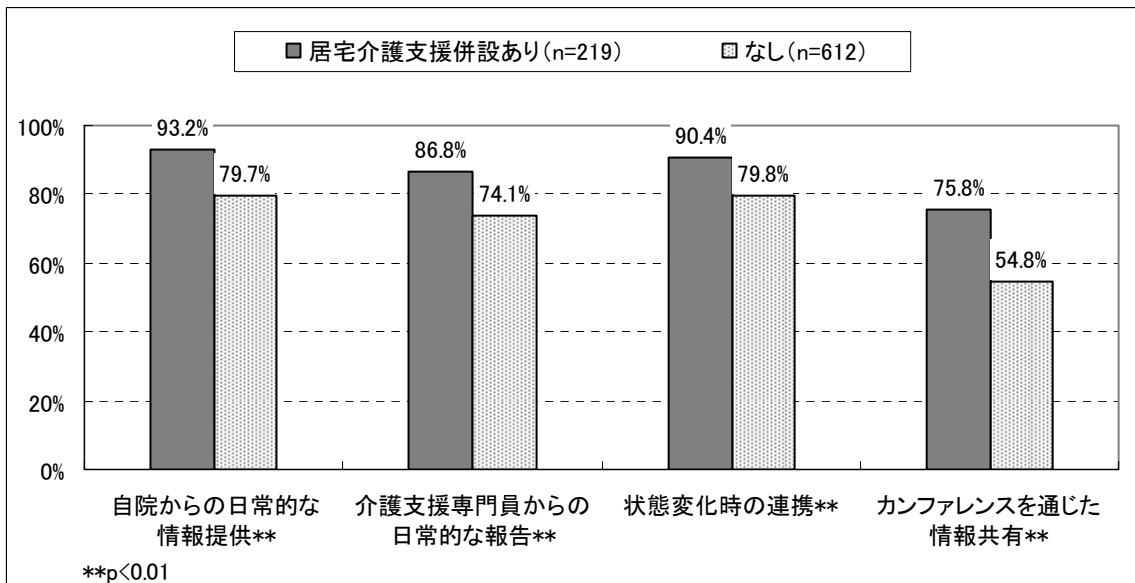


図43 居宅介護支援事業併設の有無別にみた個別の連携状況

（「連携できている」「やや連携できている」の計 n=831 連携介護支援専門員が1人以上いる施設）



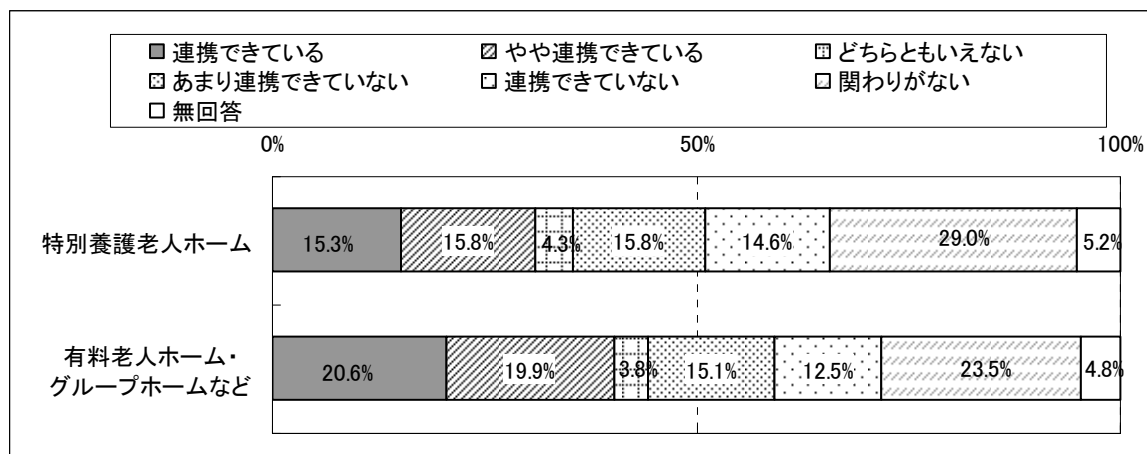


## 施設との連携

特別養護老人ホームとの連携がうまくいっている（「連携できている」「やや連携できている」の計）回答の占める割合が 31.1%、うまくいっていない（「連携できていない」「あまり連携できていない」の計）が 30.4%、「関わりがない」が 29.0%であった。特別養護老人ホームに対する診療については末期がん患者に限られていることも影響しているためと思われる。

有料老人ホーム・グループホーム等の居宅系施設では、連携がうまくいっている（「連携できている」「やや連携できている」の計）という回答の占める割合が 40.5%、うまくいっていない（「連携できていない」「あまり連携できていない」の計）が 27.6%、「関わりがない」は 23.5%であった（図 44）。

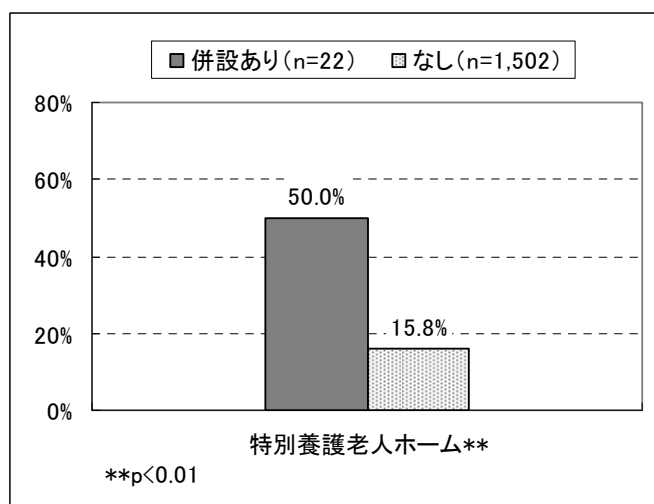
図 44 施設種類別の連携状況 (n=1,808)



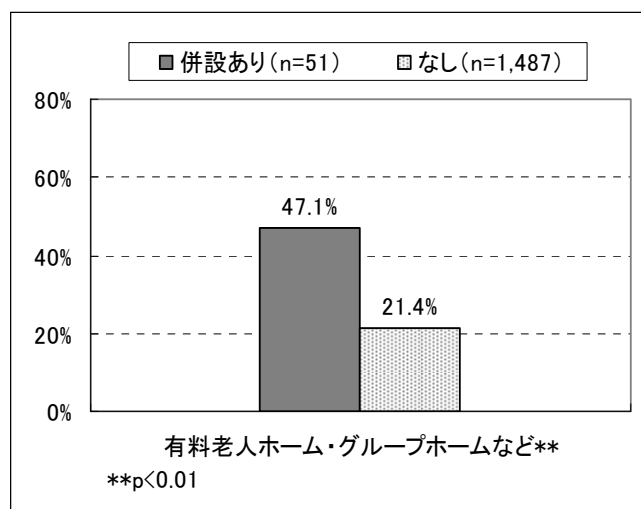
施設種類別の併設有無別にみると、「特別養護老人ホーム」について連携がうまくいっている（「連携できている」「やや連携できている」の計）回答の占める割合は、同一法人内に併設している診療所が併設していない診療所を 35.2 ポイント上回っていた。また、「有料老人ホーム・グループホームなど」についても同様に、併設している診療所が併設していない診療所を 25.7 ポイント上回っており、併設施設がある診療所とそうでないところでは、各施設との連携状況に隔たりがあることが確認された。

図 45 施設種類別 併設有無別にみた連携状況（「連携できている」「やや連携できている」の計）

①特別養護老人ホーム(n=1,524 無回答を除く)



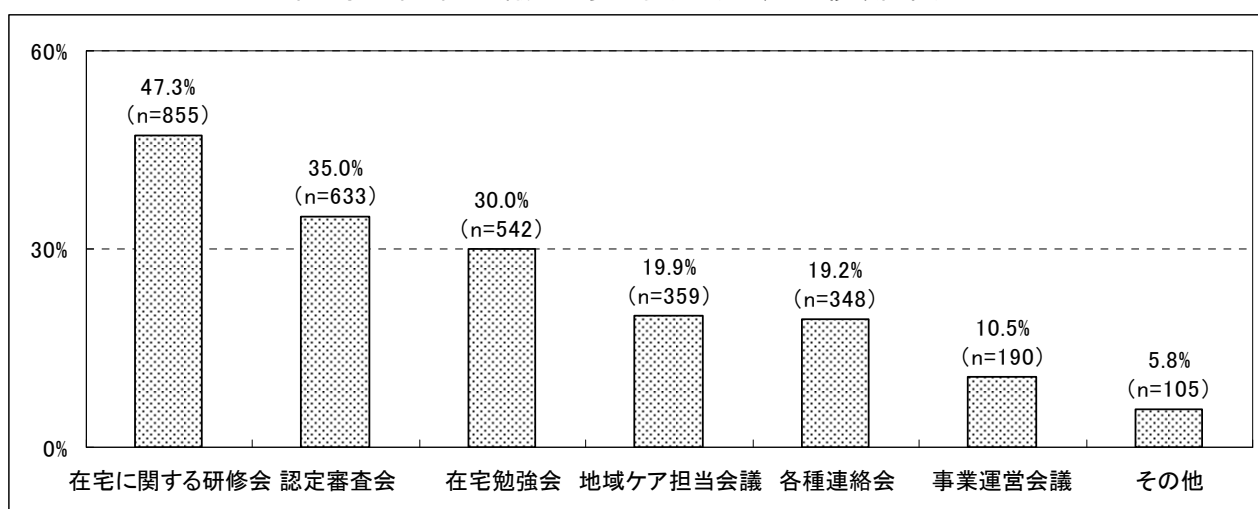
②有料老人ホーム・グループホームなど(n=1,539 無回答を除く)



## 地域会議への参加

在宅担当医師の会議への参加状況をみると、「在宅に関する研修会」が 47.3%と最も多く、続いて「認定審査会」35.0%、「在宅勉強会」30.0%の順であり、在宅医療に直接関わる内容の会議への参加の割合が高かった（図 46）。

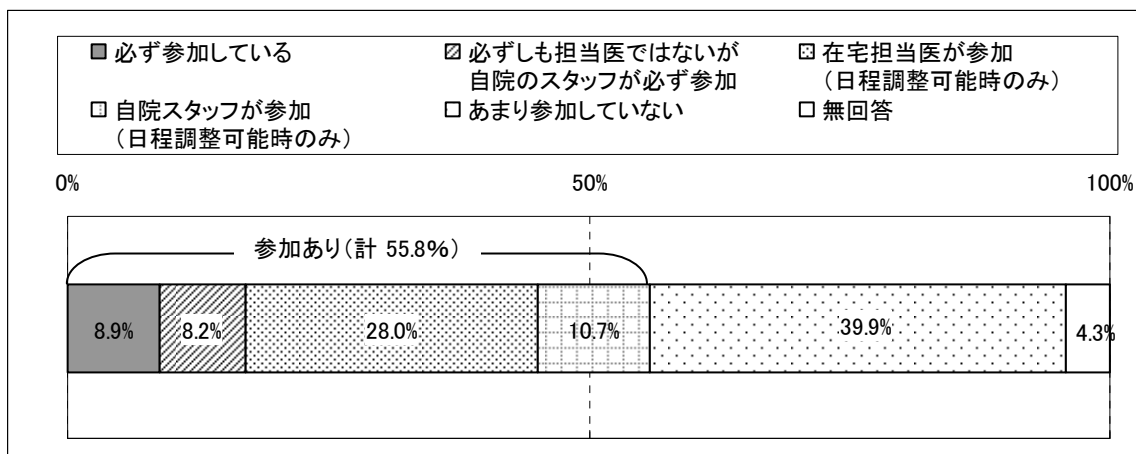
図 46 在宅担当医師の会議への参加状況（n=1,808 複数回答）



## カンファレンスへの参加

カンファレンスへの参加状況を見ると、「あまり参加していない」が最も多く 39.9%であったが、「在宅担当医が参加（日程調整可能時のみ）」28.0%、「自院スタッフが参加（日程調整可能時のみ）」10.7%、「必ず参加している」8.9%、「必ずしも担当医ではないが、自院のスタッフが必ず参加している」8.2%）など、多忙な医師のカンファレンス開催や出席はなかなか困難であると言われているが、参加を心かけている届出診療所数が半数にのぼっていた（図 47）。

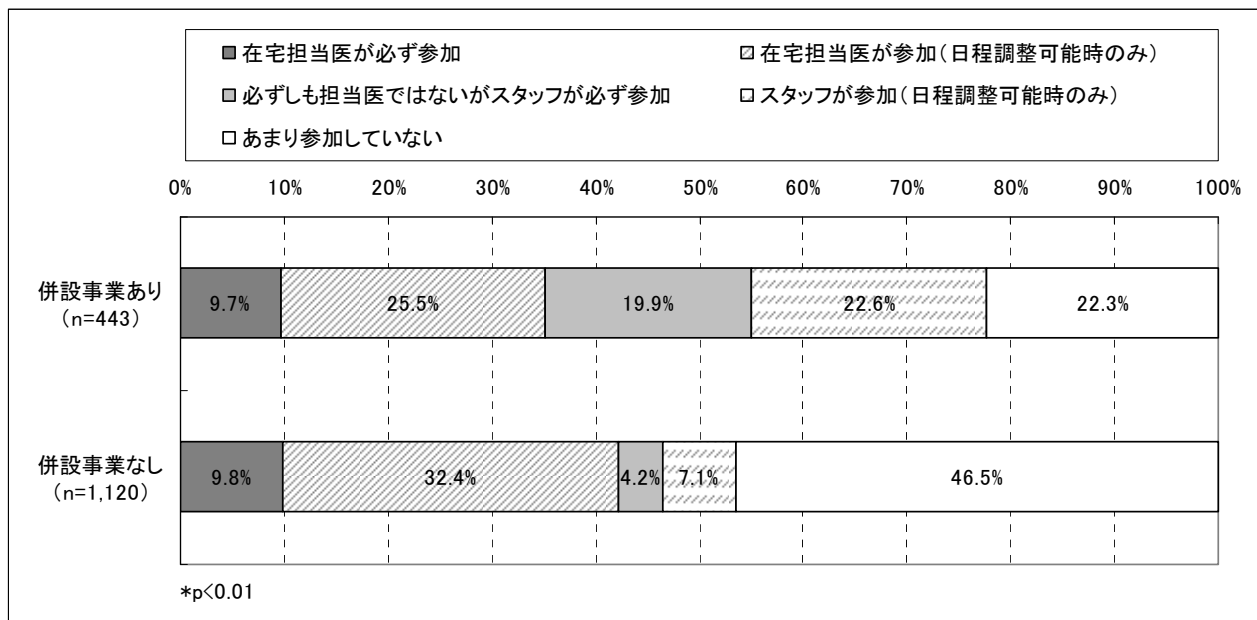
図 47 カンファレンスの参加状況（n=1,808）



それでは、届出診療所がどのような環境下であれば、カンファレンスに参加しやすいのだろうか。併設ありでは、カンファレンスに「あまり参加していない」診療所が 22.3%であったが、併設なしでは 46.5%と約半数を占めていた。身内であり面識があるメンバーでの同一法人内でのカンファレンスの方が参加しやすいためと考えられる。

在宅担当医師が参加している割合は、併設事業がない診療所の方が、併設事業がある診療所と比べて 7 ポイント高く、スタッフが参加している割合をみると、併設事業がある診療所のほうが 31.2 ポイント高かった。併設事業がある診療所ではスタッフ等人員が必然的に多く、カンファレンスに在宅担当医師の代理を立てられることが参加の差として現れていた（図 48）。

図 48 併設事業有無別にみたカンファレンスへの参加状況 (n=1,563 無回答を除く)



カンファレンスにあまり参加していない診療所に影響を与えている要因を推測するため、多変量解析（多重ロジスティック回帰分析）を行った。その結果、関係の強さを示す wald 値の大きい順に、①地域ケア会議への参加、②訪問時間、③在宅勉強会への参加、④各種連絡会への参加、⑤24 時間体制の看護職員数、⑥在宅に関する研修会への参加、⑦在宅患者数、⑧在宅担当医師数といった要因が参加していないこととの関連性が強かった。それぞれの要因の回帰係数が全てマイナスになっていることから、(1) 地域ケア会議をはじめとする地域会議に参加していない、(2) 訪問時間が少ない、(3) 24 時間看護職員数や在宅担当医師などの人員が少ないことが、あまり参加していない要因として示された（表 5）。

表 5 カンファレンスに「あまり参加していない」要因分析  
多変量解析(多重ロジスティック回帰分析)の結果

変数名	$\beta$ (回帰係数)	標準誤差	wald	有意確率	オッズ比
定数	1.0537	0.1404	56.3060	0.0000	
地域ケア会議への参加	-1.0375	0.1607	41.6695	0.0000	0.3543
訪問時間	-0.0421	0.0107	15.5458	0.0001	0.9588
在宅勉強会への参加	-0.5046	0.1338	14.2299	0.0002	0.6038
各種連絡会への参加	-0.5693	0.1567	13.1969	0.0003	0.5659
24時間体制の看護師数	-0.1029	0.0291	12.5516	0.0004	0.9022
在宅に関する研修会への参加	-0.3657	0.1193	9.3976	0.0022	0.6937
在宅患者件数	-0.0078	0.0027	8.2218	0.0041	0.9922
在宅担当医師数	-0.2235	0.0823	7.3726	0.0066	0.7997

(5) 課題

24 時間体制への負担感とその理由

24 時間体制についての負担感は大きく、74.6%の届出診療所が「負担である」「やや負担である」と回答していた。一方で、「あまり負担ではない」「負担ではない」に回答した診療所は計 17.9%と 2 割に満たなかった (図 49)。

これを 24 時間体制に対応できる医師がいる 1,483 施設を対象に、24 時間体制の医師数区別にみると、1~2 人体制の少人数体制の届出診療所で 7 割以上が負担感を持っていたのに対し、3 人以上では 10 ポイント近く減少しており、24 時間体制を担当する医師数が負担感に少なからず影響を与えていることがわかった (図 50)。

図 49 24 時間体制は負担になっていますか(n=1,808)

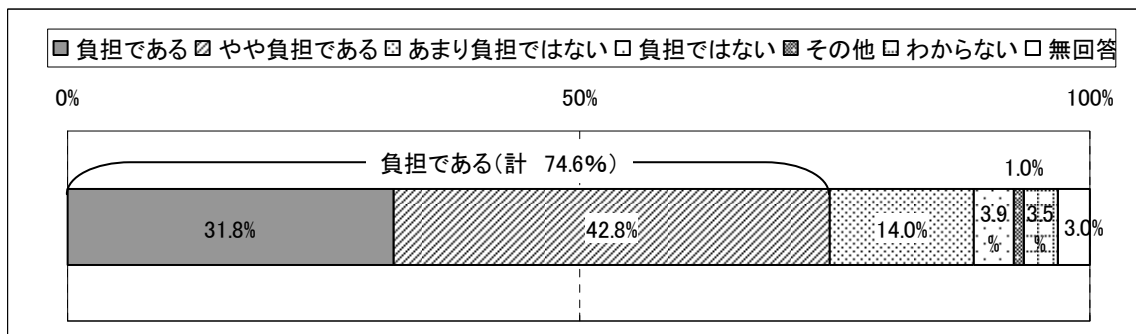
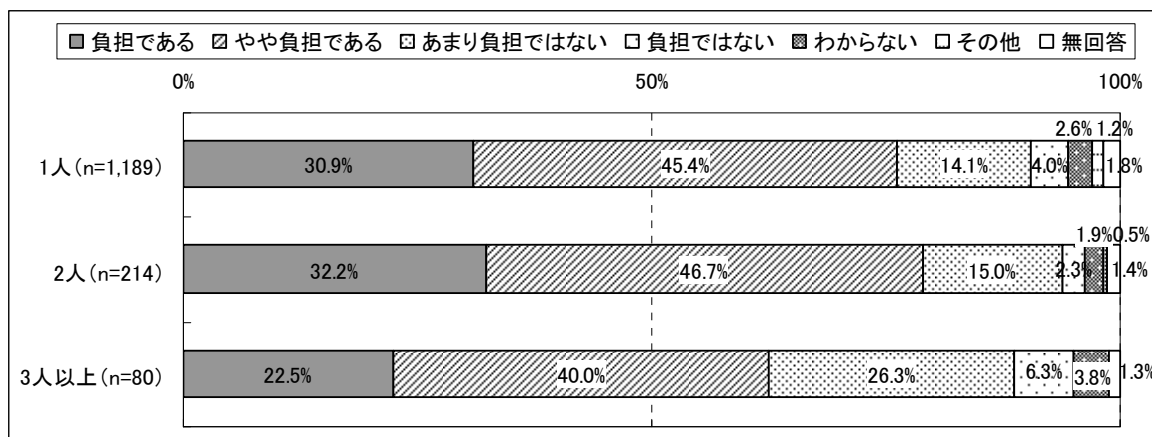
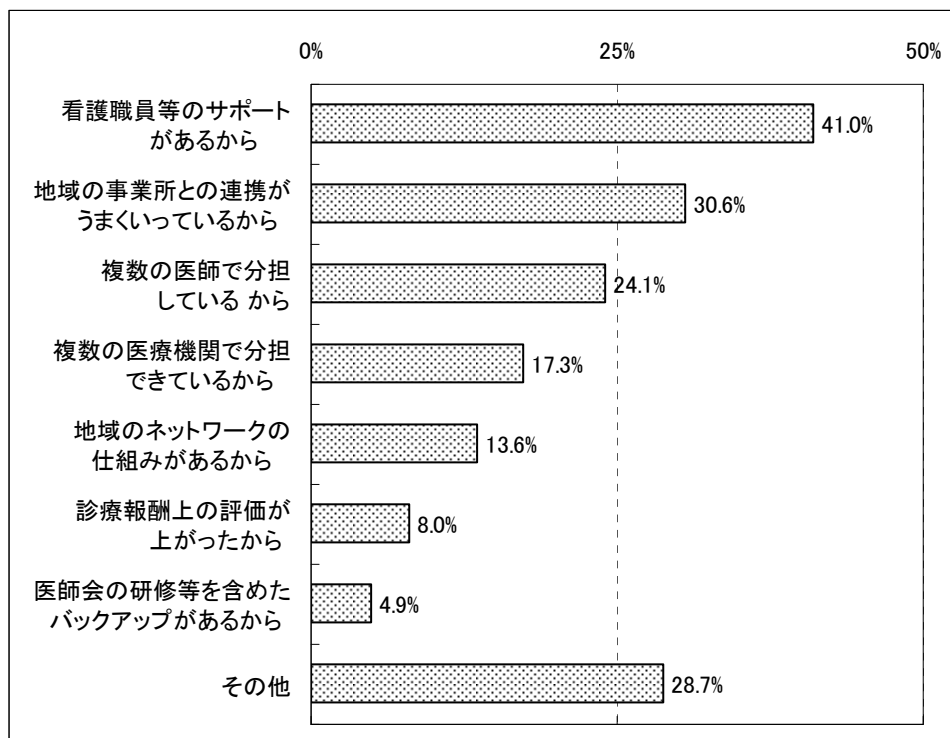


図 50 24 時間体制の医師数別にみた 24 時間体制負担感(n=1,483)



24時間体制の負担が負担ではない主な理由は、「看護職員等のサポートがあるから（24時間体制に必要な看護職員の確保ができています）」が41.0%、「地域の事業所との連携がうまくいっているから（訪問看護ステーションとの連携）」が30.6%、「複数の医師で分担できているから」が24.1%の順であり、届出要件を実質的に確保できているためであった（図51）。

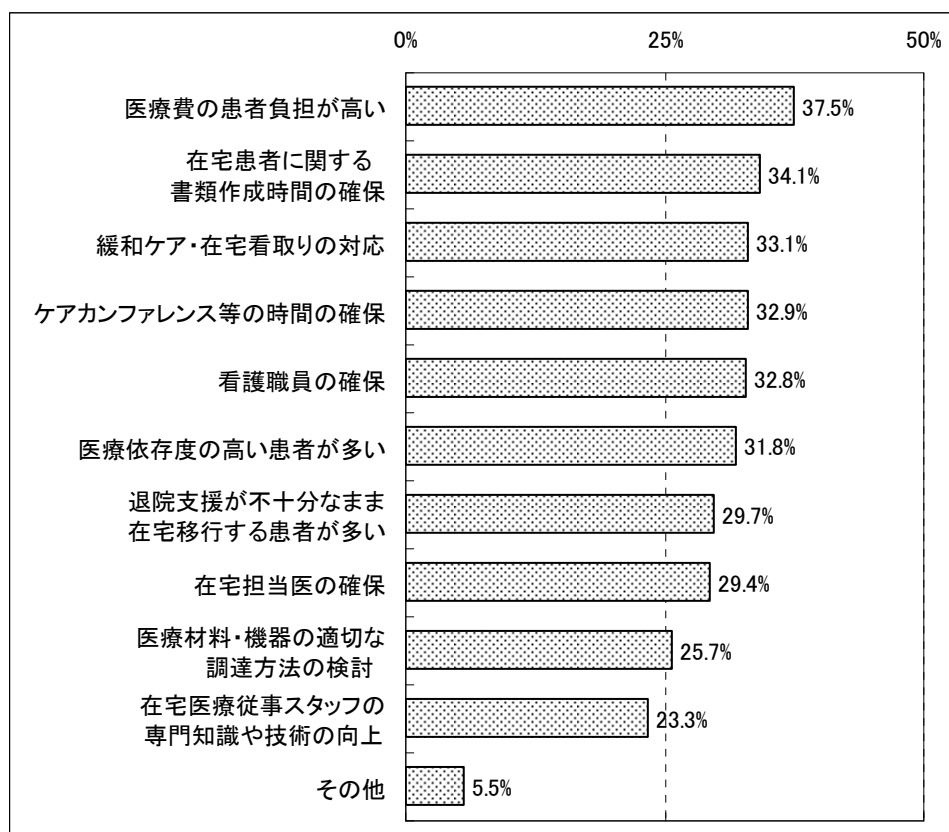
図 51 24 時間体制が負担ではない理由（複数回答 n=324）



## 提供上の課題

在宅医療の提供上の課題として最も多いのは「医療費の患者負担が高い」37.5%で、続いて「在宅患者に関する書類作成時間の確保」34.1%、「緩和ケア・在宅見取りの対応」33.1%、「ケアカンファレンス等の（連携のための）時間の確保」32.9%、「看護職員の確保」32.8%の順であった（図 52）。在宅医療を行う医師は診療提供上患者負担を気にしている、「在宅患者に関する書類作成時間の確保」および「ケアカンファレンス等の時間の確保」など、連携業務に関する時間が十分確保できていないという課題が浮かび上がった。

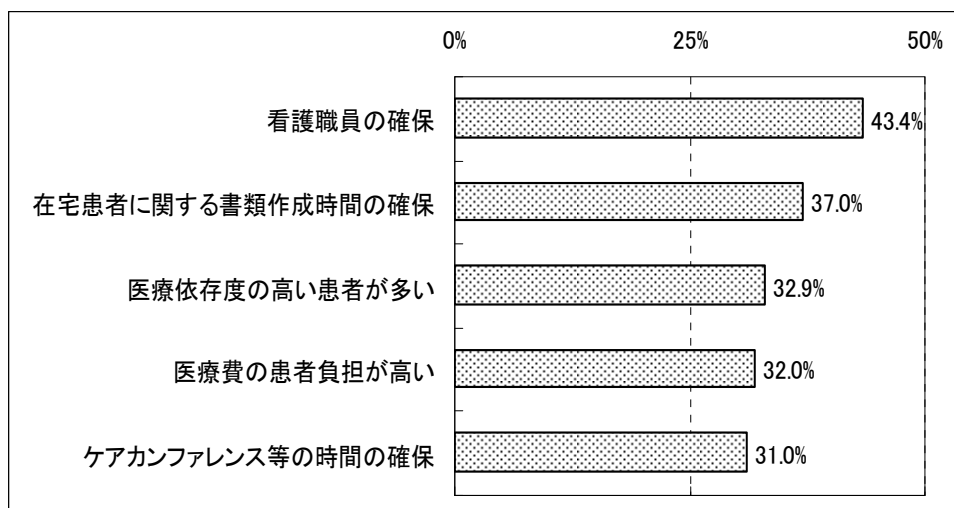
図 52 提供上の課題 (n=1,558 複数回答 無回答を除く)





有床診療所に限定して提供上の課題の上位5項目をみると、「看護職員の確保」が43.4%と最も高く、「在宅患者に関する書類作成時間の確保」37.0%「医療依存度の高い患者が多い」32.9%の順であった（図53）。有床診療所はもともと入院医療に対する配置の必要性を併せ持つため、「看護職員の確保」の回答が多くを占めたと考えられる。

図53 提供上の課題-有床診療所の上位5項目（n=316 複数回答）



## 地域における運営課題

地域で在宅医療が一層充実するために必要な項目は、「緊急時の入院・入所などの受け入れ病床の確保」が59.1%、続いて「24時間体制に協力可能な医師の存在」56.1%、「24時間体制の訪問看護ステーションの存在」42.8%、「診療報酬上の評価」41.1%、「入院患者が円滑に在宅移行できるような病院の取り組み」37.1%の順であった（図54）。

在宅医療を提供するには、患者が安心して地域で療養できるよう緊急時の対応をいかに確保するかが鍵であり、地域の病床や短期入所も含めた入所施設等との連携が不可欠であるということであろう。また、図55に示すように、届出診療所等施設数の地域差が大きく、施設数が不足している地域も存在する。このような地域格差の解消や、現在の在宅医療の維持・定着のためにも、24時間体制に協力する医師や訪問看護ステーションを含めた看護職員の人材確保が必要とされている。

図54 運営課題(n=1,576 無回答を除く 複数回答)

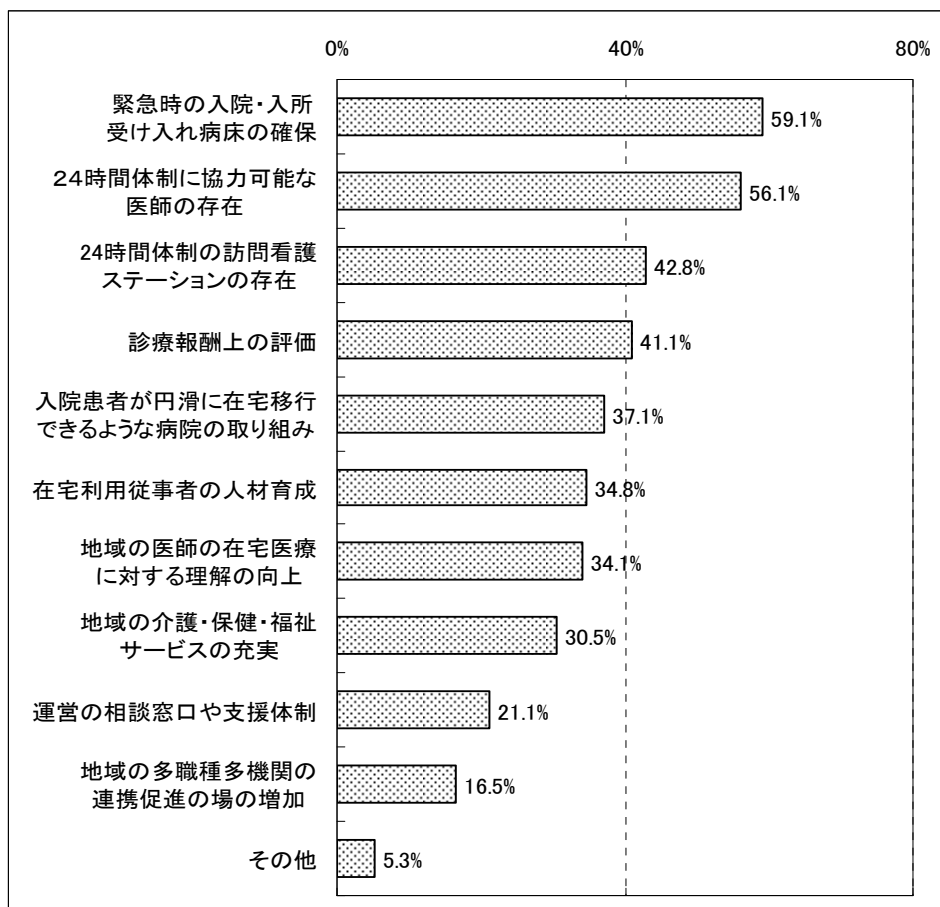
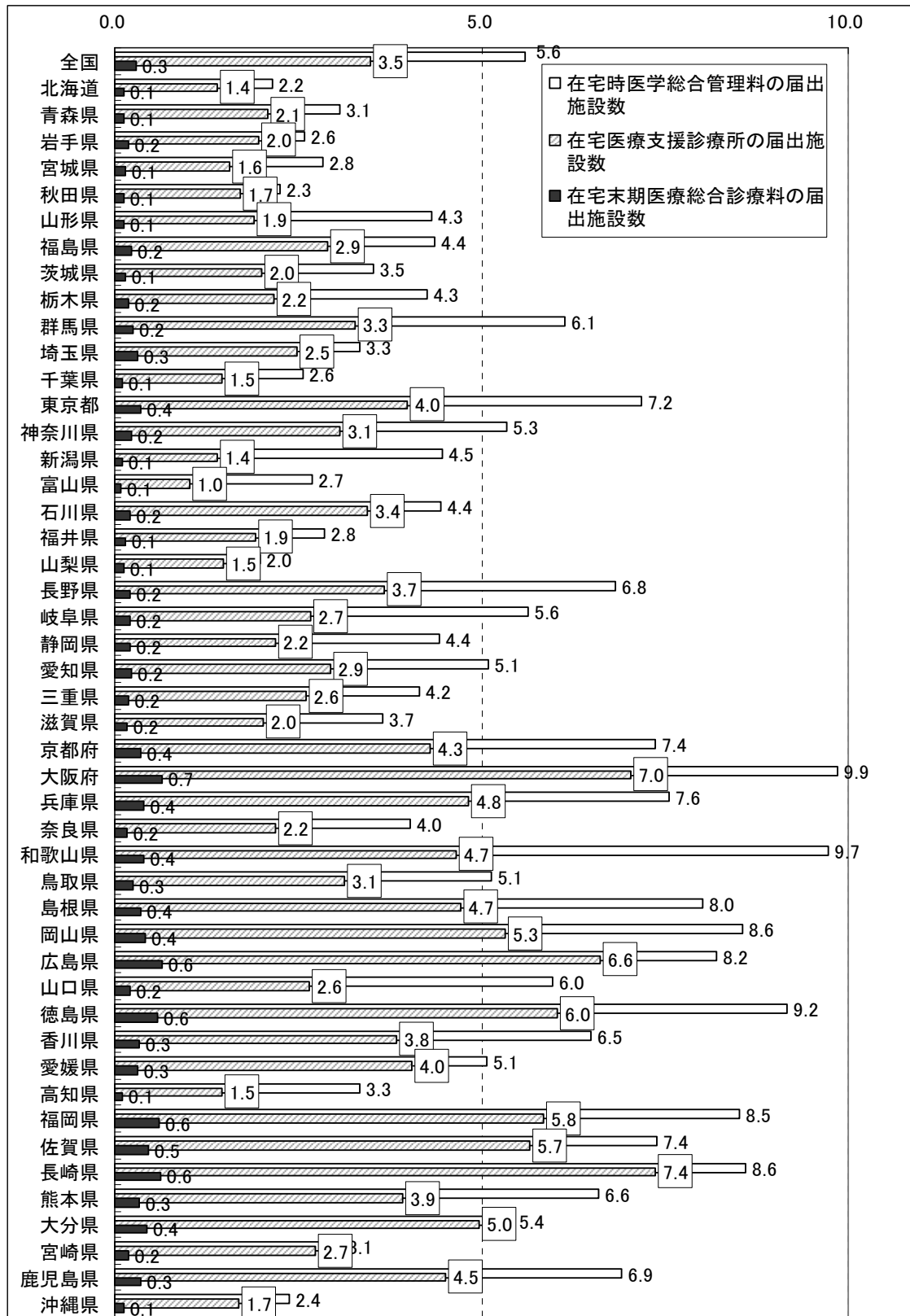


図 55 都道府県別にみた在宅医療に関する算定項目別の届出状況－75 歳以上人口1万人診療所数

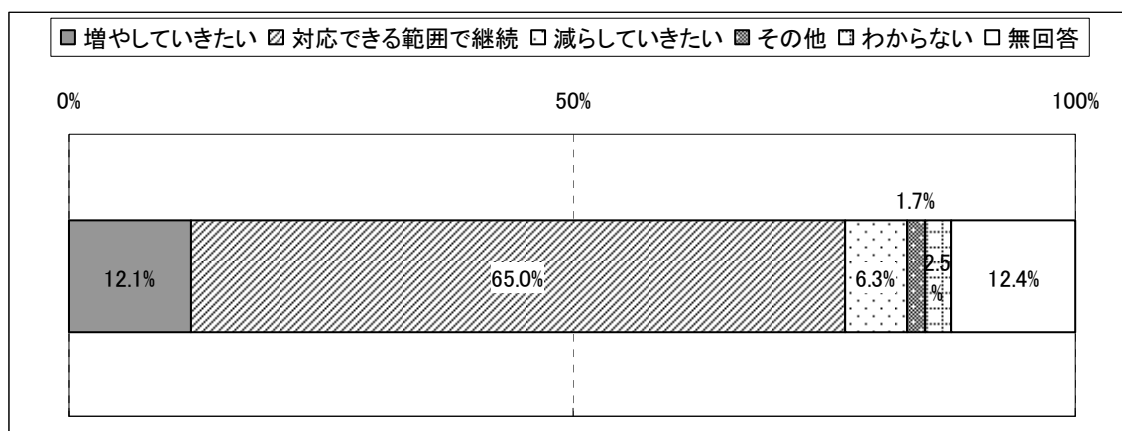


\* 総務省「人口推計」(2007年)および独立行政法人福祉医療機構 WAM NET 登録数より作成

## 方向性

今後の方向性については、「対応できる範囲で継続」が 65.0%で最も多く、続いて「増やしていきたい」が 12.1%であった。一方で「減らしていきたい」は 6.3%に過ぎず、先に見た 24 時間負担感を加味しても、在宅療養支援診療所としての活動を継続する方向性が明確に示されており、在宅医療が地域で粛々と展開されている状況が読み取れる(図 56)。

図 56 今後の方向性(n=1,808)



## (6) 調査のまとめ

- ① 在宅療養支援診療所は一般診療所と比べ、介護保険事業等との併設も多いなど、届出診療所の医療機関としての事業規模や人員体制は相対的に大きい。一方で、72.4%の届出診療所では在宅担当医師 1 人医師体制であり、緊急時の連絡や診療などの対応を単独で担っている傾向が強く見られた。待機（オンコール含む）についても、医師 1 人で週 7 日の対応をしている届出診療所は 73.5%であった。
- ② 全体の 9 割の届出診療所が在宅医療の算定を行っていた。在宅患者の紹介元は、もとの自院の患者が約半数で、それ以外は病院や他の施設等からの機関紹介であった。1 施設当たりの算定件数は「在宅時医学総合管理料」が 14.9 件、「特定施設入居者等医学総合管理料」が 3.5 件、「在宅患者訪問診療料 1」が 23.3 件、居宅系施設入居者の場合に算定する「在宅患者訪問診療料 2」が 10.4 件であった。
- ③ 病院や訪問看護ステーションとの連携については、約 9 割が「連携は全般的にうまくいっている」と感じていた。一方、診療所との連携がうまくいっていると感じている届出診療所は約 7 割であり、病院との連携に比べると約 20 ポイント低かった。
- ④ 個別の連携事項については、病院、診療所、訪問看護ステーションのいずれともカンファレンスを通じた情報共有について難しい様子が窺えた。カンファレンスの参加状況については、約 5 割の届出診療所がなんらかの形で参加をしていたが、併設事業がある診療所とない診療所とでは参加状況に違いが見られ、医師が参加している診療所には併設事業がない診療所が多かったが、併設事業がある診療所では、スタッフによる参加が多いという状況が見られた。また、「あまり参加していない」要因を分析したところ、地域ケア会議をはじめとした地域の会議の参加がないことが最も強く影響しており、これらの会議や研修等が連携にもたらす一定の効果が確認された。続いて訪問件数の少なさや、24 時間の看護職員や在宅担当医師数が少ない診療所であることなどとの関係の強さも明らかになった。
- ⑤ 提供上の課題については、「医療費の患者負担の高さ」と共に、「在宅患者に関する書類作成時間の確保」や「ケアカンファレンス等の時間の確保」なども 3 割を占めていた。
- ⑥ 地域で在宅医療進展のために必要とされている最大の課題は、緊急時の病床確保であった。在宅件数と最も関係が強い変数は連携病院の数であった。また、在宅医師や看護職員の人員体制によって 24 時間対応の負担が大きく変わることから、24 時間対応

の協力関係を持てる地域の医師の存在や、24 時体制を取る訪問看護ステーションの存在なども課題認識が高かった。

- ⑦ 今後の方向性として、「在宅医療のウエイトを減らしていきたい」との回答は約 6%に過ぎず、人員体制や診療体制などへの負担を感じながらも、大半が在宅療養届出診療所を維持していきたいという意向であった。

## (7) 考察

これまで示してきた本調査結果より、以下のような示唆が得られた。

第一に、在宅療養支援診療所は、「多様な居宅の場」として積極的に連携し、医療を提供していく必要があるのではないかと。本調査においても、在宅件数が多い届出診療所では、他機関紹介（例えば、介護保険施設など）や病院からの紹介が多く、また在宅患者のうち居宅系施設入居者の占める割合の高いことなどと強い関係があり<sup>12</sup>、在宅医療活動の進展に一定の効果を上げていることがわかった。従前では医療の提供が受けられなかった福祉系施設入居者に適切な在宅医療の提供が広がることで、高齢者の生活により大きな安心感をもたらし、地域全体の医療と生活の質が向上に繋がるであろう。

第二に、在宅療養支援診療所は、病院との連携にとどまらず、地域の病床の受け皿としての機能を担っている有床診療所の病床とも積極的に連携していくことも必要である。近年の医療制度改革の名の下に進められている療養病床削減の影響からか、地域における課題として、緊急時の入院・入所としての病床確保が第一に挙げられたが、在宅医療においては患者の状態変化時における病床の確保は医学管理上極めて重要な問題である。

第三に、法人を越えた地域内の事業所同士の連携強化が必要である。同一法人内に各種の医療機関や施設、事業所等の併設がある届出診療所のほうが、有意に連携が取られていた。カンファレンスについても、併設事業を行っている診療所とそうでないところとでは、参加状況に隔たりが見られた。また、あまりカンファレンスに参加していない診療所では、地域ケア会議や在宅研修会等の会議に参加していないことや、訪問時間や在宅患者数が少ないことなどが大きく影響しており、これらの会議に参加・関与していないことが連携上マイナスとなっていることが判明した。7割以上の施設では併設事業を持っておらず、在宅医療を行う診療所の在宅に関する研修会等への積極的な参加が望まれる。

---

<sup>12</sup> 在宅件数に影響している要因を推測するため、多変量解析（重回帰分析）を行った。従属変数を在宅件数とし、被説明変数は、在宅担当医師数を制御変数とし、地域ブロック、移動時間、24時間担当医師数、外来件数、緊急時の診療体制および連絡体制に関する項目、主傷病別患者数、紹介元別患者数、在医総管特定比率、訪問診療居宅系比率、連携病院数、連携診療所数、連携訪問看護ステーション数、24時間負担感を投入した結果である。

最後に、在宅療養支援診療所の 24 時間対応機能をいかに地域で定着させていくかについてである。24 時間の連絡や患者の求めに応じ往診するという要件が厳しいため、24 時間の在宅医療は行わない、あるいは連携医療機関にとどめるという診療所も多い。本調査でも、在宅担当医師が一人であり且つ緊急時も同一医師による対応が多いことが判明した。在宅医療推進のため、様々な関係機関を繋ぐ連携の仕組みの整備が急がれるが、在宅療養支援診療所と連携している診療所との関係は病院と比べてうまくいっていない状況も明らかになった。個々の努力だけでは連携関係の構築には限界があり、地域の医師会等が中心となって 24 時間体制を支える仕組みを考えていくなどの具体的な取り組みが必要であろう。



## [参考資料] 集計結果

### 1. 基本属性

集計表 1 在宅療養支援診療所としての稼働状況(n=1,843)

稼働状況	n数	%
在宅療養支援診療所の算定あり	1,646	89.3
届出のみで、実際の算定はない	162	8.8
届出を取り消している	33	1.8
無回答	2	0.1
計	1,843	100.0

※以下は算定あり 1,646 施設および届出のみ施設 162 施設が集計対象

集計表 2 所在地域(n=1,808)

地域	n数	%
北海道	43	2.4
東北	101	5.6
東京	173	9.6
関東・甲信越	353	19.5
中部	184	10.2
近畿	380	21.0
中国・四国	265	14.7
九州	307	17.0
無回答	2	0.1
計	1,808	100.0

集計表 3 ①診療所区分(n=1,808)

診療所区分	n数	%
有床診療所	362	20.0
無床診療所	1,445	79.9
無回答	1	0.1
計	1,808	100.0

②有床診療所の届出病床数区分(n=362)

病床数	n数	%
1～5床	26	7.2
6～9床	14	3.9
10～14床	28	7.7
15～18床	71	19.6
19床	217	59.9
無回答	6	1.7
計	362	100.0

集計表 4 開設主体 (n=1,808)

開設主体	n数	%
個人	616	34.1
医療法人	1,124	62.2
その他	67	3.7
無回答	1	0.1
計	1,808	100.0

集計表 5 主たる診療科 (n=1,808)

主たる診療科	n数	%
内科	1,381	76.4
外科	181	10.0
整形外科	75	4.1
脳神経外科	31	1.7
泌尿器科	27	1.5
小児科	14	0.8
精神科	9	0.5
皮膚科	7	0.4
その他	60	3.3
無回答	23	1.3
計	1,808	100.0

集計表 6 医師数 (n=1,805)

医師数	n数	%
1人	1,025	56.8
2人	413	22.9
3人	145	8.0
4人	52	2.9
5~9人	111	6.1
10人以上	43	2.4
無回答	16	0.9
計	1,805	100.0

※数値に不備があった3ケースは集計から除外している

集計表 7 処方形態 (n=1,808)

在宅患者への処方形態	n数	%
主に院内処方	539	29.8
主に院外処方	1,131	62.6
患者の事情に応じた処方	124	6.9
無回答	14	0.8
計	1,808	100.0

集計表 8 在宅医療の開始時期

①訪問診療・往診の開始時期 (n=1,808)

訪問診療・往診開始時期	n数	%
1960年度以前から	99	5.5
1970年度～1979年度	82	4.5
1980年度～1989年度	193	10.7
1990年度～1999年度	519	28.7
2000年度～2005年度	430	23.8
2006年以降	210	11.6
不明	19	1.1
無回答	256	14.2
計	1,808	100.0

②在宅療養支援診療所届出時期 (n=1,808)

在宅療養支援診療所届出時期	n数	%
2006年度	1,146	63.4
2007年度	220	12.2
2008年度	31	1.7
不明	172	9.5
無回答	239	13.2
計	1,808	100.0

集計表 9 併設事業

①併設事業の有無 (n=1,808)

同一法人の併設事業の有無	n数	%
併設事業あり	483	26.7
併設事業なし	1,279	70.7
無回答	46	2.5
計	1,808	100.0

②併設事業の種類 (n=483 複数回答)

併設事業の種類 (複数回答)	n数	%
病院	95	19.7
老健施設	87	18.0
特養	27	5.6
その他の入所施設	90	18.6
訪問看護ステーション	181	37.5
居宅介護支援	316	65.4
その他	194	40.2

集計表 10 診療所～患者宅までの平均移動時間 (n=1,808)

平均移動時間	n数	%
15分未満	669	37.0
15～30分未満	894	49.4
30～45分未満	132	7.3
45～60分未満	26	1.4
60分以上	9	0.5
無回答	78	4.3
計	1,808	100.0

集計表 11 在宅医療に携わる職員数(n=1,700 ※医師数あるいは看護師数に不備があった108ケースは集計から除外)

①在宅医療実施医師数

在宅医療を実施している医師数	n数	%
1人	1,273	74.9
2人	284	16.7
3~4人	97	5.7
5人以上	46	2.7
計	1,700	100.0

②(再掲)うち、24時間体制対応医師数

24時間体制対応医師数(再掲)	n数	%
0人	140	8.2
1人	1,270	74.7
2人	215	12.6
3~4人	58	3.4
5人以上	17	1.0
計	1,700	100.0

③看護職員数

在宅医療に携わる看護職員数	n数	%
0人	238	14.0
1人	381	22.4
2人	339	19.9
3~4人	426	25.1
5~9人	259	15.2
10人以上	57	3.4
計	1,700	100.0

④(再掲)うち、24時間体制対応看護職員数

24時間体制対応看護職員数(再掲)	n数	%
0人	424	29.0
1人	535	36.6
2人	218	14.9
3~4人	168	11.5
5~9人	100	6.8
10人以上	17	1.2
計	1,462	100.0

※看護職員が1名以上いる施設が対象

⑤ソーシャルワーカー数

ソーシャルワーカー数	n数	%
0人	1,636	96.2
1人	47	2.8
2人	11	0.6
3人以上	5	0.3
無回答	1	0.1
計	1,700	100.0

⑥その他の職種

その他の職種	n数	%
0人	1,471	86.5
1人	133	7.8
2人	37	2.2
3~4人	33	1.9
5人以上	25	1.5
無回答	1	0.1
計	1,700	100.0

⑦事務職員数

事務職員数	n数	%
0人	497	29.2
1人	377	22.2
2人	368	21.6
3~4人	368	21.6
5人以上	89	5.2
無回答	1	0.1
計	1,700	100.0

集計表 12 24 時間体制の担当

①24 時間担当医の週平均訪問時間 (n=1,559 訪問時間に不備がない施設)

週平均訪問時間	n数	%
3時間未満	529	33.9
3～5時間未満	297	19.1
5～10時間未満	342	21.9
10～20時間未満	214	13.7
20時間以上	114	7.3
無回答	63	4.0
計	1,559	100.0

②24 時間担当医の週平均待機日数 (n=1,557 待機日数に不備がない施設)

24時間担当医の週待機日数	n数	%
3日未満	147	9.4
3日以上7日未満	264	17.0
7日	1,030	66.2
無回答	116	7.5
計	1,557	100.0

③24 時間担当看護師の週平均待機日数 (n=1,557 待機日数に不備がない施設)

24時間担当看護師の週待機日数	n数	%
3日未満	337	32.6
3日以上7日未満	253	24.5
7日	379	36.7
無回答	65	6.3
計	1,034	100.0

## 2. 在宅療養支援診療所の届出理由等 (n=1,808)

集計表 13 在宅療養支援診療所の届出理由(n=1,808 複数回答)

在宅療養支援診療所の届出を行った理由 (2つまで)	n数	%
届出前から、在宅医療を行っていたから	1,453	80.4
診療活動を通して患者からのニーズを感じていたから	639	35.3
看取りまでを含めた在宅医療に関心があったから	456	25.2
在宅の算定点数が高く評価されるから	209	11.6
患者ごとに算定をするため、届出をしやすかったから	60	3.3
その他	39	2.2
無回答	32	1.8

集計表 14 緊急時の連絡対応(n=1,808 複数回答)

緊急時の連絡対応(複数回答)	n数	%
ひとりの医師で対応	1,296	71.7
自院の複数の医師が当番制で対応	280	15.5
地域内の複数医療機関と連携し、輪番制で対応	229	12.7
24時間連絡対応を行なう看護職員等を配置し対応	513	28.4
地域の24時間対応のネットワークシステムを活用	147	8.1
その他	115	6.4
無回答	29	1.6

集計表 15 緊急時の診療体制(n=1,808 複数回答)

緊急時の診療体制(複数回答)	n数	%
ひとりの医師が、診療を行っている	1,344	74.3
複数の医師が当番制で診療を行っている	321	17.8
地域内の複数医療機関と連携し、輪番制で診療している	249	13.8
その他	139	7.7
無回答	33	1.8

※協力医療機関数および協力医師数は、両方とも記入があった施設を集計対象としている

①協力医療機関数 (n=166)

協力医療機関数	n数	%
1施設	69	41.6
2施設	52	31.3
3~4施設	25	15.1
5~9施設	12	7.2
10施設以上	8	4.8
計	166	100.0

②協力医師数 (n=166)

協力医師数	n数	%
1人	48	28.9
2人	44	26.5
3~4人	35	21.1
5~9人	21	12.7
10人以上	18	10.8
計	166	100.0

集計表 16 緊急時の訪問看護(n=1,808)

緊急時の訪問看護	n数	%
主に自院の訪問看護師に対応を指示	479	26.5
主に訪問看護ステーションに対応を指示	810	44.8
状況により自院か訪問看護ステーションのどちらかを判断し、支持	372	20.6
その他	60	3.3
無回答	87	4.8
計	1,808	100.0

### 3. 在宅医療に必要な連携

集計表 17 連携訪問看護ステーション数(n=1,808)

連携訪問看護ステーション数	n数	%
なし	91	5.0
1施設	646	35.7
2施設	337	18.6
3施設	239	13.2
4施設	118	6.5
5施設以上	158	8.7
不明	1	0.1
無回答	218	12.1
計	1,808	100.0

集計表 18 ①連携病院数

連携病院数	n数	%
1施設	645	36.1
2施設	397	22.2
3施設	243	13.6
4施設	111	6.2
5施設以上	136	7.6
無回答	257	14.4
計	1,789	100.0

②緊急時入院受け入れ可能病院数

緊急時入院受け入れ可能病院数(再掲)	n数	%
なし	11	0.7
1施設	780	50.9
2施設	399	26.0
3施設	192	12.5
4施設	70	4.6
5施設以上	80	5.2
計	1,532	100.0

※数値に不備があった 19 施設を除く。

③24時間診療体制協力医師数

24時間診療体制への協力が可能な医師数	n数	%
1人	337	22.0
2人	212	13.8
3人	99	6.5
4人	36	2.3
5人	33	2.2
6～9人	26	1.7
10人以上	40	2.6
不明	2	0.1
無回答	747	48.8
計	1,532	100.0

集計表 19 ①連携診療所数

連携診療所数	n数	%
なし	262	14.5
1施設	458	25.4
2施設	154	8.5
3施設	71	3.9
4施設	23	1.3
5施設以上	54	3.0
無回答	781	43.3
計	1,803	100.0

※数値に不備があった5施設を除く。

②緊急時の入院受け入れ可能診療所数

緊急時入院受け入れ可能診療所数(再掲)	n数	%
なし	548	72.1
1施設	180	23.7
2施設	18	2.4
3施設以上	14	1.8
計	760	100.0

③24時間体制協力医師数

24時間診療体制への協力が可能な医師数	n数	%
いない	67	8.8
1人	372	48.9
2人	146	19.2
3人以上	114	15.0
無回答	61	8.0
計	760	100.0

集計表 20 連携介護支援専門員数(n=1,808)

連携している介護専門員	n数	%
いない	421	23.3
1人	246	13.6
2人	159	8.8
3人	132	7.3
4人	73	4.0
5人	73	4.0
6～9人	83	4.6
10人以上	131	7.2
不明	1	0.1
無回答	489	27.0
計	1,808	100.0



集計表 21 診療所との連携 (n=760) ①一般的な連携状況

他の診療所との連携は全般的にうまくいっていると思うか	n数	%
そう思う	275	36.2
ややそう思う	243	32.0
あまりそう思わない	110	14.5
そう思わない	59	7.8
わからない	66	8.7
無回答	7	0.9
計	760	100.0

②24時間診療体制への協力

24時間診療体制への協力	n数	%
連携できている	228	30.0
やや連携できている	222	29.2
どちらともいえない	64	8.4
あまり連携できていない	128	16.8
連携できていない	64	8.4
関わりがない	49	6.4
無回答	5	0.7
計	760	100.0

③自院の専門外の診療に対する協力

自院の専門外の診療に対する協力	n数	%
連携できている	271	35.7
やや連携できている	243	32.0
どちらともいえない	48	6.3
あまり連携できていない	106	13.9
連携できていない	47	6.2
関わりがない	37	4.9
無回答	8	1.1
計	760	100.0

集計表 22 病院との連携 (n=1,532) ①一般的な連携状況

他の病院との連携は全般的にうまくいっていると思うか	n数	%
そう思う	748	48.8
ややそう思う	607	39.6
あまりそう思わない	107	7.0
そう思わない	31	2.0
わからない	32	2.1
無回答	7	0.5
計	1,532	100.0

②病院から退院してくる患者は、事前に十分な指導や準備を経て在宅に移行すると思うか

病院から退院してくる患者は、事前に十分な指導や準備を経て在宅に移行すると思うか	n数	%
そう思う	369	24.1
ややそう思う	612	39.9
あまりそう思わない	383	25.0
そう思わない	90	5.9
わからない	65	4.2
無回答	13	0.8
合計	1,532	100.0

③24時間診療体制への協力

24時間診療体制への協力	n数	%
連携できている	578	37.7
やや連携できている	535	34.9
どちらともいえない	76	5.0
あまり連携できていない	194	12.7
連携できていない	80	5.2
関わりがない	52	3.4
無回答	17	1.1
計	1,532	100.0

④自院の専門外の診療に対する協力

自院の専門外診療への協力	n数	%
連携できている	628	41.0
やや連携できている	568	37.1
どちらともいえない	62	4.0
あまり連携できていない	168	11.0
連携できていない	58	3.8
関わりがない	28	1.8
無回答	20	1.3
合計	1,532	100.0

⑤患者の病態急変時の確実な入院受け入れ

患者病態急変時の受け入れ	n数	%
連携できている	654	42.7
やや連携できている	596	38.9
どちらともいえない	46	3.0
あまり連携できていない	162	10.6
連携できていない	45	2.9
関わりがない	16	1.0
無回答	13	0.8
合計	1,532	100.0

⑥退院時カンファレンスへの参加

退院時カンファレンスの参加	n数	%
連携できている	151	9.9
やや連携できている	266	17.4
どちらともいえない	98	6.4
あまり連携できていない	342	22.3
連携できていない	383	25.0
関わりがない	266	17.4
無回答	26	1.7
合計	1,532	100.0

集計表 23 訪問看護ステーションとの連携(n=1,498)

①一般的な連携状況

訪問看護ステーションとの連携は全般的にうまくいっているか	n数	%
そう思う	771	51.5
ややそう思う	538	35.9
あまりそう思わない	78	5.2
そう思わない	21	1.4
わからない	31	2.1
無回答	59	3.9
計	1,498	100.0

②自院からの日常的な情報提供

自院から日常的な患者の情報提供	n数	%
連携できている	809	54.0
やや連携できている	487	32.5
どちらともいえない	29	1.9
あまり連携できていない	125	8.3
連携できていない	21	1.4
関わりがない	17	1.1
無回答	10	0.7
計	1,498	100.0

③訪問看護ステーションからの日常的な報告

訪問看護ステーションからの日常的な報告	n数	%
連携できている	855	57.1
やや連携できている	483	32.2
どちらともいえない	21	1.4
あまり連携できていない	90	6.0
連携できていない	22	1.5
関わりがない	20	1.3
無回答	7	0.5
計	1,498	100.0

④状態変換時の連携

状態変化時の連携	n数	%
連携できている	868	57.9
やや連携できている	465	31.0
どちらともいえない	19	1.3
あまり連携できていない	89	5.9
連携できていない	24	1.6
関わりがない	22	1.5
無回答	11	0.7
計	1,498	100.0

⑤カンファレンスを通じた情報共有

カンファレンスを通じた情報共有	n数	%
連携できている	391	26.1
やや連携できている	446	29.8
どちらともいえない	78	5.2
あまり連携できていない	332	22.2
連携できていない	146	9.7
関わりがない	92	6.1
無回答	13	0.9
合計	1,498	100.0

集計表 24 介護支援専門員との連携(n=897)

①一般的な連携状況

介護連携	n数	%
そう思う	362	40.4
ややそう思う	384	42.8
あまりそう思わない	93	10.4
そう思わない	26	2.9
わからない	11	1.2
無回答	21	2.3
計	897	100.0

②自院からの日常的な情報提供

自院から日常的な患者の情報提供	n数	%
連携できている	372	41.5
やや連携できている	362	40.4
どちらともいえない	16	1.8
あまり連携できていない	122	13.6
連携できていない	14	1.6
関わりがない	4	0.4
無回答	7	0.8
計	897	100.0

③介護支援専門員からの日常的な報告

介護支援専門員からの日常的な報告	n数	%
連携できている	327	36.5
やや連携できている	357	39.8
どちらともいえない	14	1.6
あまり連携できていない	155	17.3
連携できていない	31	3.5
関わりがない	6	0.7
無回答	7	0.8
計	897	100.0

④状態変換時の連携

状態変化時の連携	n数	%
連携できている	386	43.0
やや連携できている	346	38.6
どちらともいえない	13	1.4
あまり連携できていない	108	12.0
連携できていない	30	3.3
関わりがない	6	0.7
無回答	8	0.9
計	897	100.0

⑤カンファレンスを通じた情報共有

カンファレンスを通じた情報共有	n数	%
連携できている	230	25.6
やや連携できている	307	34.2
どちらともいえない	40	4.5
あまり連携できていない	195	21.7
連携できていない	88	9.8
関わりがない	31	3.5
無回答	6	0.7
合計	897	100.0

集計表 25 その他の施設との連携状況(n=1,808)

①特別養護老人ホーム

特別養護老人ホームとの連携	n数	%
連携できている	276	15.3
やや連携できている	285	15.8
どちらともいえない	78	4.3
あまり連携できていない	286	15.8
連携できていない	264	14.6
関わりがない	525	29.0
無回答	94	5.2
計	1,808	100.0

②介護老人保健施設

介護老人保健施設との連携	n数	%
連携できている	245	13.6
やや連携できている	307	17.0
どちらともいえない	85	4.7
あまり連携できていない	312	17.3
連携できていない	272	15.0
関わりがない	489	27.0
無回答	98	5.4
計	1,808	100.0

③有料老人ホームなど居宅系施設

有料老人ホームなど居宅系施設との連携	n数	%
連携できている	372	20.6
やや連携できている	359	19.9
どちらともいえない	68	3.8
あまり連携できていない	273	15.1
連携できていない	226	12.5
関わりがない	424	23.5
無回答	86	4.8
計	1,808	100.0

集計表 26 在宅担当医のカンファレンス参加状況 (n=1,808)

カンファレンスの参加状況	n数	%
在宅担当医が必ず参加	161	8.9
必ずしも担当医ではないが、自院のスタッフが必ず参加	149	8.2
在宅担当医が参加(日程調整可能時のみ)	506	28.0
自院スタッフが参加(日程調整可能時のみ)	193	10.7
あまり参加していない	721	39.9
無回答	78	4.3
計	1,808	100.0

集計表 27 在宅担当医が参加している会議 (n=1,808 複数回答)

在宅担当医が参加している会議(複数回答)	n数	%
在宅に関する研修会	845	46.7
認定審査会	633	35.0
在宅勉強会	542	30.0
地域ケア会議	359	19.9
各種連絡会	348	19.2
事業運営会議	190	10.5
その他	105	5.8

#### 4. 在宅医療に対する意識

集計表 28 ①24 時間体制の負担感 (n=1,808)

24時間体制への負担感	n数	%
負担である	575	31.8
やや負担である	773	42.8
あまり負担ではない	254	14.0
負担ではない	70	3.9
わからない	63	3.5
その他	18	1.0
無回答	55	3.0
計	1,808	100.0

②負担ではない理由 (n=324 複数回答)

24時間体制が負担ではない理由(複数回答)	n数	%
看護職員等の補助があるから	133	41.0
地域の事業所との連携がうまく いっているから	99	30.6
複数の医師で分担しているから	78	24.1
複数の医療機関で分担できているから	56	17.3
地域のネットワークの仕組みがあるから	44	13.6
診療報酬上の評価が上がったから	26	8.0
医師会の研修等を含めたバックアップがあるから	16	4.9
その他	93	28.7
無回答	7	2.2

集計表 29 在宅医療提供上の課題 (n=1,808 複数回答)

在宅医療提供上の課題(複数回答)	n数	%
医療費の患者負担が高い	585	32.4
在宅患者に関する書類作成時間の確保	531	29.4
緩和ケア・在宅看取りの対応	515	28.5
ケアカンファレンス等の時間の確保	513	28.4
看護職員の確保	510	28.2
医療依存度の高い患者が多い	495	27.4
退院支援が不十分なまま在宅移行する患者が多い	463	25.6
在宅担当医の確保	457	25.3
在宅医療に必要な医療材料・機器の適切な調達方法の検討	400	22.1
在宅医療従事スタッフの専門知識や技術の向上	363	20.1
その他	86	4.8
無回答	249	13.8

集計表 30 自院の地域で在宅医療が充実するために必要と考えるもの(n=1,808 複数回答)

在宅医療充実のために必要と考えるもの (複数回答)	n数	%
緊急時の入院・入所等の受け入れのための 病床確保	932	51.5
24時間体制に協力可能な医師の存在	884	48.9
24時間体制の訪問看護ステーションの存在	675	37.3
診療報酬上の評価	647	35.8
入院患者が円滑に在宅移行できるような病院 の取り組み	585	32.4
在宅医療従事者の人材育成	548	30.3
地域の医師の在宅医療に対する理解の向上	538	29.8
地域の介護・保健・福祉サービスの充実	480	26.5
在宅療養支援診療所を運営していくための相 談窓口・支援体制	332	18.4
連絡協議会や在宅研修会など、地域の多職 種多機関の連携促進の場を増やす	260	14.4
その他	84	4.6
無回答	231	12.8

集計表 31 今後の方向性(n=1,808)

在宅医療のウェイトを増やしていきたい	218	12.1
対応できる範囲で継続していきたい	1,176	65.0
在宅医療のウェイトを減らしていきたい	113	6.3
その他	31	1.7
わからない	46	2.5
無回答	224	12.4
計	1,808	100.0



在宅医療の提供と連携に関する実態調査

在宅療養支援診療所調査票

I. 貴院の概要

設問 I-1. 所在地、事業の開始時期、開設主体等

2008年7月現在

(1) 所在地	都道府県名	市区町村名
(2) 診療所の区分 (どちらかに○)	①有床診療所(届出病床数: 床) ②無床診療所	
(3) 開設主体 (1つだけ○)	①個人 ②医療法人 ③公立(都道府県・市町村・広域連合および一部事務組合) ④公的、社会保険関係団体 ⑤社会福祉法人 ⑥協同組合および連合会 ⑦その他	
(4) 主たる診療科 (1つだけ○)	①内科 ②精神科 ③整形外科 ④外科 ⑤皮膚科 ⑥泌尿器科 ⑦脳神経外科 ⑧小児科 ⑨その他( )	
(5) 医師数(実人員)	総数( )人 ※常勤非常勤の合計	
(6) 在宅患者への 処方形態 (1つだけ○)	①主に院内処方 ②主に院外処方 ③患者の事情に応じた処方	
(7) 在宅医療の 開始時期	訪問診療・往診の開始時期	(西暦) 年 月
	在宅療養支援診療所の届出時期	(西暦) 年 月
(8) 同一法人の 併設事業	①併設事業あり ⇒SQ. 併設事業を選んでください。(あてはまるもの全てに○) ア.病院 イ.介護老人保健施設 ウ.介護老人福祉施設 エ.その他の入所施設( ) オ.訪問看護ステーション カ.居宅介護支援 キ.その他( ) ②併設事業なし	
(9) 在宅療養支援 診療所としての 稼働状況 (1つだけ○)	① 在宅療養支援診療所の算定あり ② 在宅療養支援診療所の届出のみで、実際の算定はない ⇒①、②に回答された方は、調査票2ページにお進みください。 ③ 2008年7月現在、在宅療養支援診療所の届出を取り消している ⇒③に回答された方は、調査票2ページ以降の回答は不要です。本 ページのみご返送ください。ご協力ありがとうございました。	



設問 I - 5. 医療保険請求状況（2008 年 7 月）

	総件数	診療実日数	総点数
①外来（入院外）全体	件	日	点
②うち、在宅医療を受けている患者の請求分※	件	日	点
※在宅時医学総合管理料および特定施設入居者等医学総合管理料を算定している患者分のみを計上して下さい。 なお、外来通院分が含まれている場合もその分を除く必要はなく、単純に合計してください。			

設問 I - 6. 在宅医療の算定件数（2008 年 7 月）

（1）医療保険

算定数が「0件」の場合には、空欄ではなく「0件」と数値をご記入ください。

在宅医療の算定項目	件数
①在宅時医学総合管理料	件
②特定施設入居者等医学総合管理料	件
③往診料（緊急往診加算）	件
④往診料（夜間加算）	件
⑤往診料（深夜加算）	件
⑥在宅患者訪問診療料 1（自宅）	件
⑦在宅患者訪問診療料 2（居宅系施設入居者）	件
⑧在宅ターミナルケア加算	件
⑨在宅末期医療総合診療料	件
⑩在宅患者緊急時等カンファレンス料	件

（2）介護保険

居宅療養管理指導	件
----------	---

## 設問 I-7. 患者の状況 (2008 年 7 月)

### (1) 主傷病の患者数 (件数)

主 傷 病	件 数
①悪性腫瘍	件
②糖尿病	件
③高血圧性疾患	件
④虚血性心疾患	件
⑤脳血管疾患	件
⑥認知症	件
⑦神経難病	件
⑧慢性呼吸不全	件
⑨消化器疾患	件
⑩泌尿器系疾患	件
⑪肝疾患	件
⑫骨折	件
⑬脊髄損傷	件
⑭その他の疾患 ( )	件
合 計	件

### (2) 在宅患者の紹介元

依 頼 先	件 数
①もともと貴院の外来患者であった	件
②診療所からの紹介	件
③病院からの紹介	件
④介護老人保健施設からの紹介	件
⑤その他機関からの紹介	件
合 計	件

## II. 在宅療養支援診療所の届出理由等

設問Ⅱ-1. 「在宅療養支援診療所」の届出理由を選んでください。(2つまで○)

- ① 届出前から、在宅医療を行っていたから
- ② 看取りまでを含めた在宅医療に関心があったから
- ③ 診療活動を通して、患者からのニーズを感じていたから
- ④ 在宅の算定点数が高く評価されるから
- ⑤ 患者ごとに算定するため、届出をしやすかったから
- ⑥ その他

設問Ⅱ-2. (1)～(3)の緊急時の体制について、お答えください。

(1) 緊急時の連絡対応(当てはまる番号全てに○)

- ① ひとりの医師で対応している
- ② 自院の複数の医師が当番制で対応している
- ③ 地域内の複数医療機関と連携し、輪番制で対応している
- ④ 24時間連絡対応を行う看護職員等を配置し対応している
- ⑤ 地域の24時間対応のネットワークシステムを活用している
- ⑥ その他( )

(2) 緊急時の診療体制(当てはまる番号全てに○)

- ① ひとりの医師が、診療を行っている
- ② 複数の医師が当番制で、診療を行っている
- ③ 地域内の複数医療機関と連携し、輪番制で診療している  
⇒SQ 協力医療機関数( )施設 医師数( )人
- ④ その他( )

(3) 緊急時の訪問看護(1つだけ○)

- ① 主に自院の訪問看護師に対応を指示している
- ② 主に訪問看護ステーションに対応を指示している
- ③ 状況により自院か訪問看護ステーションのどちらかを判断し、指示している
- ④ その他( )

### Ⅲ. 在宅医療に必要な連携

#### 設問Ⅲ-1. ①～③の連携機関数をご記入ください

①訪問看護ステーション（ ）事業所
②連携病院（ ）施設 うち、緊急時の入院受入れが可能な病院（ ）施設 24時間診療体制への協力医師数（ ）人
③連携診療所（ ）施設 うち、緊急時の入院受入れが可能な診療所（ ）施設 24時間診療体制への協力医師数（ ）人
④連携している介護支援専門員（ ）人

#### 設問Ⅲ-2. 診療所との連携

(1) 他の診療所との連携は全般にうまくいっていますか。(1つだけ○)

①そう思う	②ややそう思う	③あまりそう思わない	④そう思わない	⑤わからない
-------	---------	------------	---------	--------

(2) 以下のア、イに関する診療所との連携度について、当てはまる番号を選んでください。(1つだけ○)

	連携が ある	やや 連携が ある	あまり 連携が ない	い 連携が ない	な い	関 心が ない
ア. 24時間診療体制への協力	1	2	3	4	5	6
イ. 自院の専門外の診療に対する協力	1	2	3	4	5	6

#### 設問Ⅲ-3. 病院との連携

(1) 病院との連携は全般にうまくいっていますか。(1つだけ○)

①そう思う	②ややそう思う	③あまりそう思わない	④そう思わない	⑤わからない
-------	---------	------------	---------	--------

(2) 病院から退院してくる患者や家族は、事前に十分な指導や準備を経て、在宅に移行していると思いますか。(1つだけ○)

①そう思う	②ややそう思う	③あまりそう思わない	④そう思わない	⑤わからない
-------	---------	------------	---------	--------

(3) 以下のア～エの連携度について、お答えください。(1つだけ○)

	連携できている	やや連携できている	あまり連携できていない	連携できていない	どちらでもない	関わりがない
ア. 24時間診療体制への協力	1	2	3	4	5	6
イ. 自院の専門外の診療に対する協力	1	2	3	4	5	6
ウ. 患者の病態が急変した際の確実な入院の受入れ	1	2	3	4	5	6
エ. 退院時カンファレンスへの参加	1	2	3	4	5	6

#### 設問Ⅲ-4. 訪問看護ステーションとの連携

(1) 訪問看護ステーションとの連携は、全般にうまくいっていますか。(1つだけ○)

- ①そう思う    ②ややそう思う    ③あまりそう思わない    ④そう思わない  
⑤わからない

(2) 以下のア～エの連携度について、お答えください。(1つだけ○)

	連携できている	やや連携できている	あまり連携できていない	連携できていない	どちらでもない	関わりがない
ア. 貴院からの日常的な患者の情報提供	1	2	3	4	5	6
イ. 訪問看護ステーションからの日常的な報告	1	2	3	4	5	6
ウ. 状態変化時の連携	1	2	3	4	5	6
エ. カンファレンスを通じた情報共有	1	2	3	4	5	6

### 設問Ⅲ-5. 介護支援専門員との連携

(1) 介護支援専門員との連携は、全般にうまくいっていますか。 (1つだけ○)

- ① そう思う    ② ややそう思う    ③ あまりそう思わない    ④ そう思わない  
⑤ わからない

(2) 以下のア～エの連携度についてお答えください。 (1つだけ○)

	連携できている	やや連携できている	きつくない	あまり連携できない	ない	連携できていない	どからともない	関わりがない
ア. 貴院からの日常的な患者の情報提供	1	2	3	4	5	6		
イ. 介護支援専門員からの日常的な報告	1	2	3	4	5	6		
ウ. 状態変化時の連携	1	2	3	4	5	6		
エ. カンファレンスを通じた情報共有	1	2	3	4	5	6		

### 設問Ⅲ-6. その他の施設等との連携

以下のア～ウの連携度についてお答えください。 (1つだけ○)

	連携している	やや連携できている	きつくない	あまり連携できない	ない	連携できていない	どからともない	関わりがない
ア. 特別養護老人ホーム	1	2	3	4	5	6		
イ. 介護老人保健施設	1	2	3	4	5	6		
ウ. 有料老人ホーム・ケアハウスなどの居宅系施設	1	2	3	4	5	6		

### 設問Ⅲ-7. カンファレンスへの参加

カンファレンスへの在宅担当医師の参加状況について、最も近い状況を選んでください。

(1つだけ○)

- ① 在宅担当医が必ず参加している  
② 必ずしも担当医ではないが、自院のスタッフが必ず参加している  
③ 日程の調整がつく場合に、在宅担当医が参加している  
④ 日程の調整がつく場合に、必ずしも担当医ではないが、自院のスタッフが参加している  
⑤ あまり参加していない



### 設問Ⅲ-8. 地域の会議への参加

在宅担当医が参加している会議を、以下からお答えください。(当てはまる番号全てに○)

- |         |            |                      |
|---------|------------|----------------------|
| ①地域ケア会議 | ②在宅に関する研修会 | ③認定審査会               |
| ④在宅勉強会  | ⑤各種連絡会     | ⑥事業運営会議 (地域包括支援センター) |
| ⑦その他 (  | )          |                      |

### IV. 在宅医療に対する意識

設問Ⅳ-1. 24 時間体制への負担感についてお答えください。(1つだけ○)

- |        |          |            |         |
|--------|----------|------------|---------|
| ①負担である | ②やや負担である | ③あまり負担ではない | ④負担ではない |
| ⑤わからない |          |            |         |
| ⑥その他 ( |          |            | )       |

-SQ ③④に回答した方に伺います。

24 時間体制が負担でない理由についてお答えください。(当てはまる番号全てに○)

- |                         |   |
|-------------------------|---|
| ①複数の医師で分担しているから         |   |
| ②複数の医療機関で分担できているから      |   |
| ③看護職員等の補助があるから          |   |
| ④地域の事業所との連携がうまくいっているから  |   |
| ⑤地域のネットワークの仕組みがあるから     |   |
| ⑥医師会の研修等を含めたバックアップがあるから |   |
| ⑦診療報酬上の評価が上がったから        |   |
| ⑧その他 (                  | ) |

## V. 在宅療養支援診療所の課題

設問V-1. 貴院の在宅医療提供上の課題をお選びください。(当てはまる番号全てに○)

- ① 医療依存度の高い患者が多い
- ② 退院支援が不十分なまま在宅移行する患者が多い
- ③ 医療費の患者負担が高い
- ④ 在宅担当医の確保
- ⑤ 看護職員の確保
- ⑥ 在宅医療従事スタッフの専門知識や技術の向上
- ⑦ 緩和ケア・在宅看取りへの対応
- ⑧ ケアカンファレンス等の時間の確保
- ⑨ 在宅患者に関する書類作成時間の確保
- ⑩ 在宅医療に必要な医療材料・機器の適切な調達方法の検討
- ⑪ その他 ( )

設問V-2. 貴院の地域において在宅医療が一層充実するために必要と考えられる項目をお選びください。(当てはまる番号全てに○)

- ① 地域の医師の在宅医療に対する理解の向上
- ② 在宅医療従事者の人材育成
- ③ 24 時間体制に協力可能な医師の存在
- ④ 24 時間体制の訪問看護ステーションの存在
- ⑤ 緊急時の入院・入所等の受入れのための病床確保
- ⑥ 地域の介護・保健・福祉サービスの充実
- ⑦ 入院患者が円滑に在宅移行できるような病院の取り組み
- ⑧ 連絡協議会や在宅研修会など、地域の多職種多機関の連携促進の場を増やす
- ⑨ 在宅医療支援診療所を運営して行くための相談窓口・支援体制
- ⑩ 診療報酬上の評価
- ⑪ その他 ( )

設問V-3. 今後の在宅医療の方向性(1つだけ○)

- ① 在宅医療のウエイトを増やしていきたい
- ② 対応できる範囲で継続していきたい
- ③ 在宅医療のウエイトを減らしていきたい
- ④ その他 ( )
- ⑤ わからない

ご協力ありがとうございました。

《お問い合わせ》 日本医師会総合政策研究機構