

日医総研ワーキングペーパー

地域の在宅医療の現状

—平成 23 年度 静岡県在宅医療機能調査をモデルとして—

No. 271

2012 年 11 月 6 日

日本医師会総合政策研究機構

野村 真美 吉田澄人

地域の在宅医療の現状

ー 平成 23 年度 静岡県在宅医療機能調査をモデルとしてー

日本医師会総合政策研究機構 野村真美 吉田澄人

キーワード

- ◆診療所 ◆在宅療養支援診療所 ◆病院 ◆在宅療養支援病院
- ◆地域包括支援センター ◆退院支援 ◆地域連携室 ◆退院調整機能
- ◆地域ケア会議 ◆連携の構成員 ◆医師との連携

ポイント

- ◆本報告は、地域包括ケアとの連携を含めた在宅医療の取り組みの現状について、県全域の実態を把握する手法を検討することを念頭に、実施したものである。
- ◆静岡県の在宅医療体制の整備を図るために、県内における在宅医療体制の現状を把握する目的で実施したものである。実施主体は、静岡県医師会が運営する静岡県在宅医療推進センター、静岡県在宅医療体制整備・推進協議会であり、調査票の設計・集計からデータの集計・分析については日本医師会総合政策研究機構が実施した。
- ◆静岡県内の診療所、病院、及び地域包括支援センターに対して、いずれも郵送法によるアンケート調査であった。
- ◆調査時期は、平成 24 年 1 月 31 日に調査票を発送し、最終回答期限を 3 月 21 日まで延長した。従って、診療所調査の内容に、平成 24 年診療報酬改定で新設された強化型在宅診療に関するデータは含まれない。
- ◆診療所・病院、地域包括支援センターの実態調査から、診療所における在宅医療機能の実態や連携の状況、病院における入院受入れや退院支援の状況、地域包括支援センターのサービス提供体制や医師や医療機関との連携、医師の地域ケア会議への関与の少なさなどの課題等が把握されている。
- ◆今後、他の地域においても在宅医療の現状把握を進める際に、本調査の手法等を参考にいただければ幸いである。

目次

1. はじめに	4
2. 調査概要	6
2.1 背景	6
2.2 調査の目的	6
2.3 調査方法	6
2.4 調査時期	6
2.5 調査対象および調査項目	7
2.6 在宅医療の定義について	8
2.7 回答状況	8
3. 診療所調査の主な結果	9
3.1 回答施設のプロフィール	9
3.2 診療所の在宅医療機能	15
3.3 在宅医療機関の状況	19
3.4 調査結果のまとめ	37
4. 病院調査の主な結果	41
4.1 回答施設のプロフィール	41
4.2 在宅医療の実施状況	49
4.3 在宅療養患者の緊急一時入院について	53
4.4 レスパイト入院の状況	59
4.5 退院支援の体制	61
4.6 退院支援における地域連携の状況	65
4.7 退院支援のプロセス	68
4.8 退院支援における連携機関との連携	77
4.9 在宅医療の取組みに関する自院の評価	80
4.10 在宅医療の後方支援に関する方針	83

4.11	今後の予定	84
4.12	調査結果のまとめ.....	85
5.	地域包括支援センター調査の主な結果.....	92
5.1	回答施設のプロフィール.....	92
5.2	サービス提供体制.....	97
5.3	各種研修会の開催や参加状況.....	100
5.4	関係機関との連携.....	101
5.5	地域ケア会議.....	109
5.6	かかりつけ医や医療機関との連携状況.....	115
5.7	ケアマネジメントに関する課題.....	119
5.8	運営上重視している課題.....	120
5.9	今後の運営方針.....	121
5.10	医師会への要望.....	122
5.11	調査結果のまとめ.....	123
6.	おわりに	128

参考資料 アンケート調査票

1. はじめに

本調査は、静岡県における在宅医療体制の整備を図るために、県内における在宅医療体制の現状を把握する目的で、診療所・病院、地域包括支援センターの実態調査を実施し、診療所における在宅医療機能や連携の状況、また、病院における入院受入れや退院支援の状況、そして、地域包括支援センターのサービス提供体制等について調査・分析を行ったものです。静岡県医師会が運営する静岡県在宅医療推進センター、静岡県在宅医療体制整備・推進協議会が実施し、調査票の設計・集計データの分析等については、日本医師会総合政策研究機構に委嘱され、取りまとめました。

調査結果については、同協議会より「診療所、病院、地域包括支援センターの在宅医療機能に関する実態調査報告書」として発行されていますが、より広く関係機関等における在宅医療体制の整備と推進のための基礎資料として活用が望まれることから、この度日医総研ワーキングペーパーとしても発行することとなりました。

静岡県では、高齢社会の進展に伴い、在宅医療の体制・整備の拡充が急がれており、平成 22 年、在宅医療の拠点の整備、在宅医療体制に関する実態調査と分析、人材育成及び関係機関等との連携推進、I C Tを活用した在宅患者に関する医療情報共有システムの開発等を柱とした地域医療再生計画を国に申請しています。県医師会では、この計画における在宅医療の体制・整備に関する事業提案者として、「静岡県在宅医療推進センター」を中核拠点とした県内全域の在宅医療体制の整備・推進事業の計画を立案しています。平成 24 年現在、在宅医療の拠点として多職種連携のための研修会等の実施やシステム構築のためのモデル事業の運営など、本格的に稼働しているところです。

本調査の結果が、静岡県の在宅医療提供体制の整備・推進の一助になれば幸いです。

また、在宅医療・在宅ケアに関わる関係者の皆様におかれましても、在宅医療推進のための基礎資料として、広くご活用いただければ幸いに存じます。

本実態調査の実施にあたり、アンケートにご協力をいただいた県内の医療機関、地域包括支援センターの皆様、調査実施に当たり熱心なご意見を寄せてくださった静岡県医師会、静岡県在宅医療体制整備・推進協議会の委員の先生方、郡市医師会、行政機関ほか、関係者の皆様、集計・分析にあたってご意見を寄せてくださった日本福祉大学の篠田道子先生、調査票の取りまとめにご尽力くださった県医師会事務局の皆様に、心から厚く御礼を申し上げます。

平成 24 年 11 月

日本医師会総合政策研究機構

研究員 野村真美

主任研究員 吉田澄人

2. 調査概要

2.1 背景

静岡県では、地域特性にふさわしい在宅医療の実現と質と量の両面から在宅療養全体の向上を図るために、平成 23 年、静岡県医師会に中核拠点となる静岡県在宅医療推進センターを設置した。

当該センターの主な取組みは、県内の在宅医療体制の現状の把握と課題の抽出、ICT を活用した患者情報システムの開発・運用、在宅医療に関わる多職種・他事業所との連携推進及び人材育成、県民に対する意識啓発及び情報提供である。

今般、静岡県在宅医療推進センターの事業運営において、県内の在宅医療提供体制の現状を把握する必要性が高いと判断されたことから、診療所、病院、及び地域包括支援センターに対する調査を実施することとした。

2.2 調査の目的

静岡県内の診療所、及び病院における在宅医療の取組みの現状と課題を把握し、今後の本県の在宅医療のあり方を検討するための基礎資料とすることを目的とする。

併せて、地域包括支援センターの活動状況や連携の実態から、課題を把握し、今後の本県の地域包括ケアにおける、かかりつけ医や医療機関に求められる役割を明らかにするための基礎資料とすることを目的とする。

2.3 調査方法

静岡県内の診療所、病院、及び地域包括支援センターに対して、いずれも郵送法によるアンケート調査を実施した。

2.4 調査時期

平成 24 年 1 月 31 日に調査票を発送し、2 月 21 日を回答期限とした。
但し、回収状況を踏まえて、最終回答期限を 3 月 21 日まで延長した。

2.5 調査対象および調査項目

2.5.1 診療所

県下すべての 2,267 診療所を対象とした。静岡県医師会が把握している平成 23 年 4 月 1 日時点の県下の医療機関リストに基づいて実施した。

【調査項目】

①本調査の回答に関する所属医師会等への開示の意向

②診療所票：診療所の在宅医療への関与を把握するための調査票

診療所のプロフィールとして、所属医師会、所在地、病床の有無、開設主体、開業年数、主たる診療科、併設施設及び併設事業、在宅療養支援診療所の届出、在宅医療提供の現状 等を聞いている。

③在宅医療機関票：在宅医療機関としての現状を把握するための調査票

在宅医療に従事する年齢別の医師数、訪問診療等のエリア、主な交通手段、在宅医療を主に提供する場所、訪問診療や往診の状況、自院の在宅医療体制の整備状況、在宅医療に関する診療行為の保険請求状況、在宅医療のスタンスや方向性 等を聞いている。

※本調査は平成 23 年度（平成 24 年 2 月）実施のため、平成 24 年度診療報酬改定で新設された強化型の在宅診療は含まない。

2.5.2 病院

県下すべての 186 病院を対象とした。静岡県医師会が把握している平成 23 年 4 月 1 日時点の医療機関リストに基づいて実施した。

【調査項目】

①病院の基本情報

②在宅療養患者の一時入院等の受入れ状況や診療報酬に係る届出の有無

③退院支援における病院の体制と地域連携の状況

④在宅医療に対する後方支援のスタンスや今後の方針

2.5.3 地域包括支援センター

静岡県長寿政策課が公表している平成 23 年 4 月時点のリストに基づいて、県下すべ

ての地域包括支援センター129施設を対象とした。

【調査項目】

- ①地域包括支援センターの所在地、開設年、及び職員構成と担当生活圏の状況
- ②他機関との連携の活動内容や地域ケア会議の運営状況
- ③ 地域包括支援センターの抱える課題と今後の方針

2.6 在宅医療の定義について

在宅医療連携システム検討部会において検討された結果、「在宅医療」はあくまでも日常の診療の延長であるという共通認識から、その定義を『「在宅医療」とは、計画的な訪問診療の実施であり、往診のみ行う診療は含まない』と定義された。本調査は、上記定義に基づいて、調査票の策定ならびに集計・分析を行った。

2.7 回答状況

本調査における診療所からの有効回答は 62.1%であった。また、病院からの回答は 44.6%、地域包括支援センターからの回答は 58.9%であった。(表 2.7.1)

今回の調査は、静岡県医師会や県内の地域医師会の強い働きかけにより、既存の調査に比べて高い回答率が得られている。

表 2.7.1 在宅医療機能に関する調査の回答状況

対象施設	調査対象	有効回答数
診療所	n=2,267	n=1,408 (62.1%)
病院	n=186	n=83 (44.6%)
地域包括支援センター	n=129	n=76 (58.9%)

3. 診療所調査の主な結果

3.1 回答施設のプロフィール

3.1.1 二次医療圏別の施設数と構成比

表 3.1.1 は、分析対象の診療所の施設数と構成比を二次医療圏別に示したものである。施設数の構成比では、「西部」が 23.2%で最も多く、続いて「静岡」が 20.6%、「駿東田方」が 16.5%、「志太榛原」が 11.4%、「中東遠」11.2%、「富士」が 8.7%、「熱海伊東」が 4.0%、「賀茂」が 1.6%であった。

表 3.1.1 二次医療圏別にみた施設数と構成比(n=1,408)

二次医療圏名	施設数	構成比
賀茂	22	1.6%
熱海伊東	57	4.0%
駿東田方	232	16.5%
富士	123	8.7%
静岡	290	20.6%
志太榛原	160	11.4%
中東遠	157	11.2%
西部	326	23.2%
所属医師会なし	12	0.9%
無回答	29	2.1%
合 計	1,408	100.0%

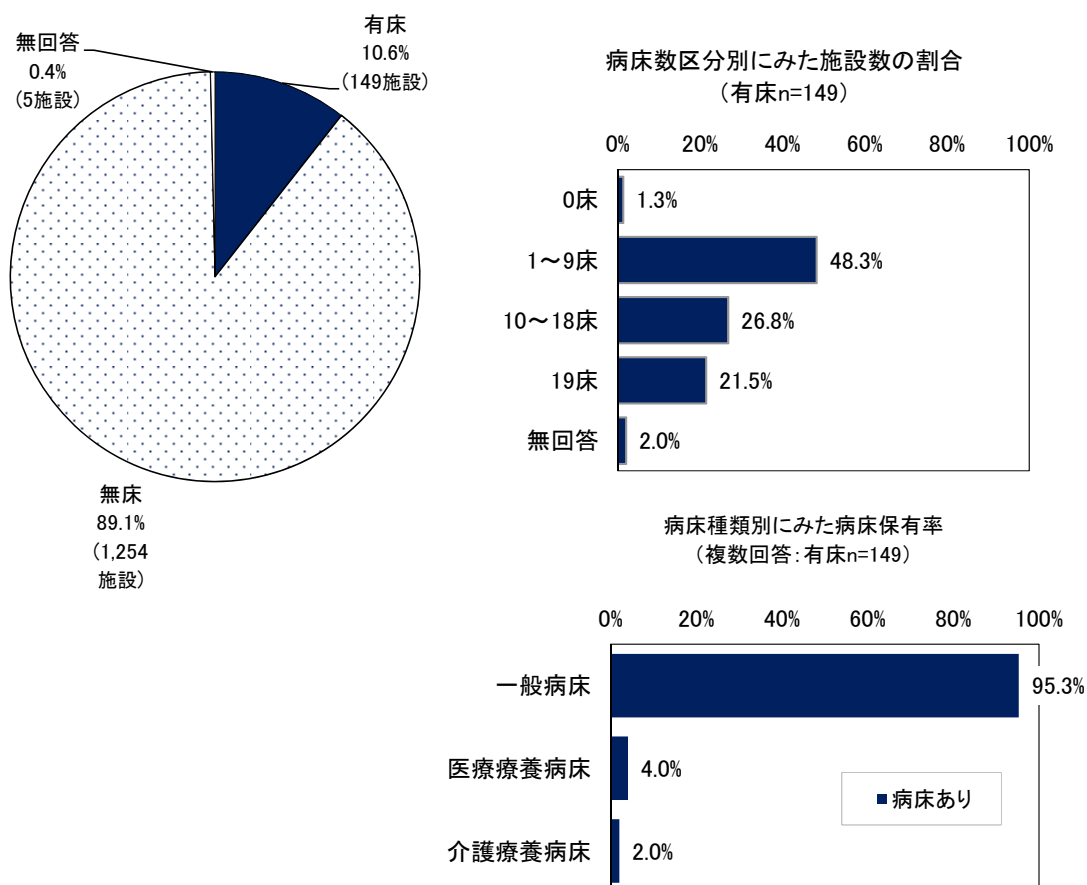
なお、所属医師会を「なし」と回答した診療所の主たる診療科は、「眼科」（6 施設）、「美容外科」（3 施設）、「精神科」「外科」「心療内科」（各 1 施設）であった。また、計画的な訪問診療を行っている診療所はなく、往診のみ行うこともあると回答した「眼科」が 1 施設であった。

3.1.2 病床の有無

診療所における病床の有無別にみると、「無床」が 89.1%（1,254 施設）、「有床」が 10.6%（149 施設）であった。

「有床」の病床種類別の保有率をみると、「一般病床」が 95.3%、療養病床のうち「医療療養病床」が 4.0%、「介護療養病床」が 2.0%であった。（図 3.1.1）

図 3.1.1 病床有無等の状況（n=1,408）

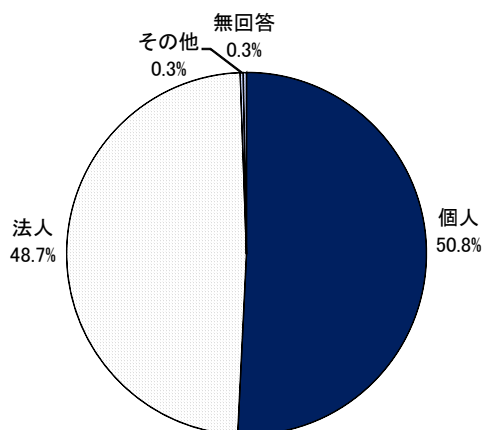


3.1.3 開設主体

開設主体別の構成比をみると、「個人」が 50.8%、「法人」が 48.7%であった。

(図 3.1.2)

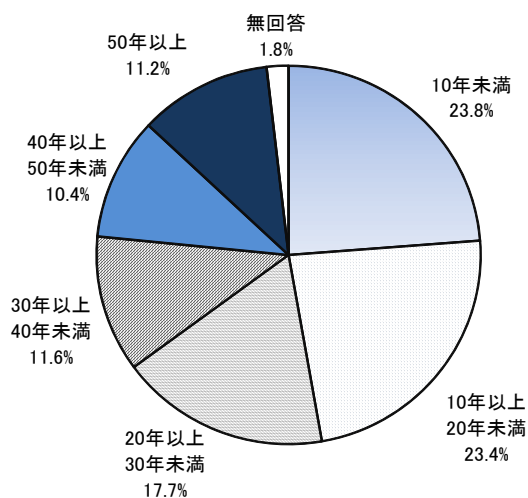
図 3.1.2 開設主体別の構成比(n=1,408)



3.1.4 開業年数区分別

開業年数区分別の施設数の構成比をみると、「10 年未満」が最も多く 23.8%、続いて「10 年以上 20 年未満」が 23.4%、「20 年以上 30 年未満」が 17.7%、「30 年以上 40 年未満」が 11.6%、「50 年以上」が 11.2%、「40 年以上 50 年未満」が 10.4%の順であった。(図 3.1.3)

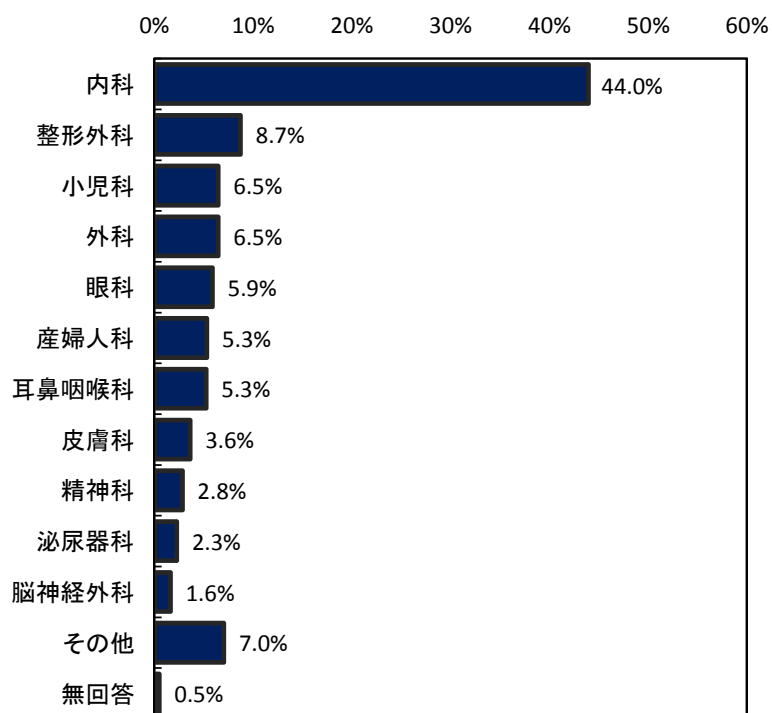
図 3.1.3 開業年数区分別にみた施設数と構成比(n=1,408)



3.1.5 診療科別

主たる診療科別の施設数の構成比をみると、「内科」が44.0%で最も多く、次いで「整形外科」が8.7%、「小児科」および「外科」が各々6.5%、「眼科」が5.9%などの順であった。(図3.1.4)

図 3.1.4 主たる診療科別にみた施設数の構成比(n=1,408)

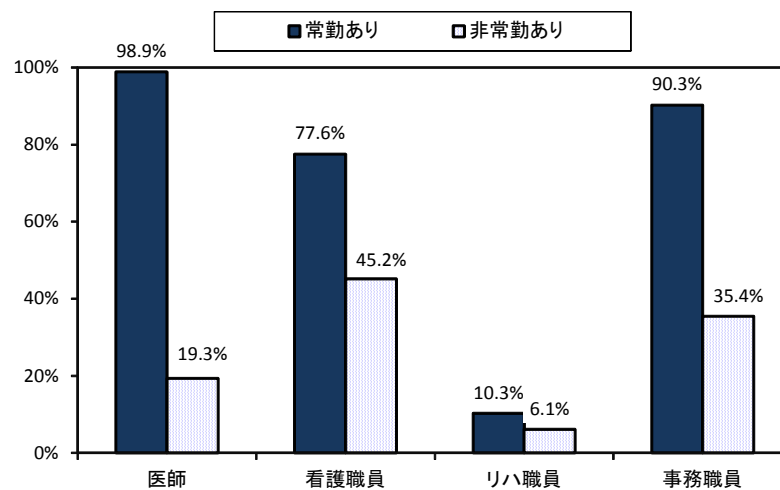


なお、「その他」には、循環器科、消化器科、麻酔科（またはペインクリニック）、美容外科、胃腸科、健診、人工透析科、神経内科、形成外科、呼吸器科、心療内科、内分泌内科、婦人科、肛門科、アレルギー科、リウマチ科、リハビリテーション科、漢方内科、血液透析、乳腺外科などの回答が挙げられていた。

3.1.6 主な職種別従事者の状況

主な職種別の従事者の状況をみると、「医師」の「常勤あり」の診療所が 98.9%、「非常勤あり」が 19.3%、「看護職員」の「常勤あり」が 77.6%、「非常勤あり」が 45.2%、「リハ職員」の「常勤あり」が 10.3%、「非常勤あり」が 6.1%、「事務職員」の「常勤あり」が 90.3%、「非常勤あり」が 35.4%であった。（図 3.1.5）

図 3.1.5 主な職種別従事者の有無－常勤・非常勤別（n=1,408）



また、1施設当たりの従事者数は、「医師」の常勤が平均 1.2 人、非常勤が平均 0.6 人、「看護職員」の常勤が平均 2.3 人、非常勤が平均 1.0 人、「リハ職員」の常勤が平均 0.3 人、非常勤が平均 0.1 人、「事務職員」の常勤が平均 2.7 人、非常勤が平均 0.7 人であった。（表 3.1.2）

表 3.1.2 主たる職種別にみた 1 施設当たり従事者数（n=1,408）

	常勤	非常勤
医師	1.2	0.6
看護職員	2.3	1.0
リハ職員	0.3	0.1
事務職員	2.7	0.7

3.1.7 併設事業

併設事業の状況をみると、「併設あり」が 8.2%（116 施設）、「併設なし」が 91.0%（1,281 施設）であった。（図 3.1.6）

「併設あり」について、具体的な併設事業の内容をみると、「通所リハ」が最も多く 38.8%、「居宅介護支援」が 31.9%、「通所介護」が 18.1%、「訪問看護ステーション」「訪問リハビリ」「介護老人保健施設」が各々14.7%などの順であった。（図 3.1.7）

図 3.1.6 併設事業の状況 (n=1,408)

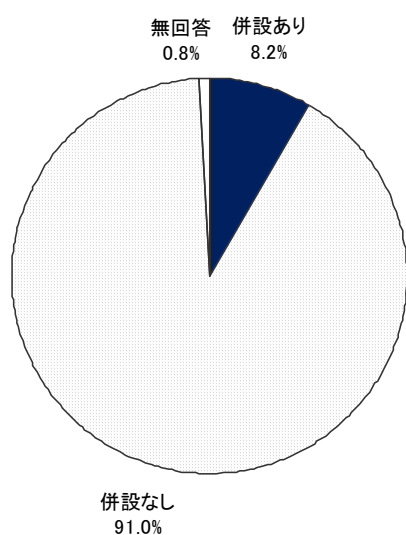
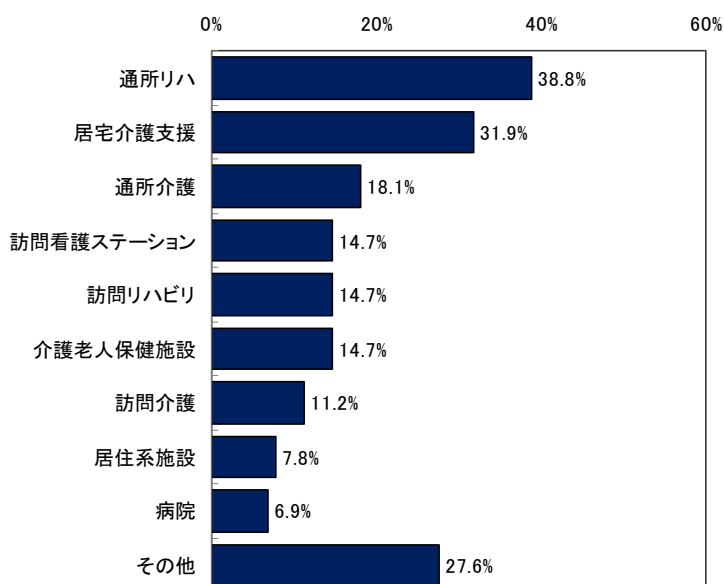


図 3.1.7 併設事業の内容 (n=116、複数回答)



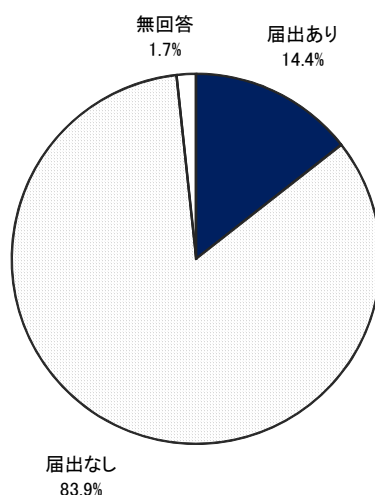
注) 「その他」には、グループホーム、特養、介護療養型医療施設、ショートステイ、精神科デイケア、有料老人ホーム、検診センター、健診センター、衛生検査所、疾病予防運動施設、コンタクトレンズ販売会社などが挙げられていた。

3.2 診療所の在宅医療機能

3.2.1 在宅療養支援診療所の届出有無

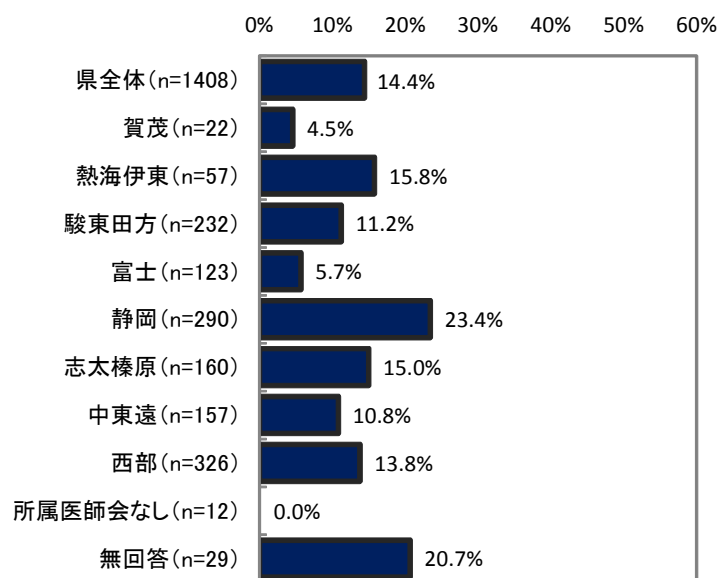
在宅療養支援診療所の届出状況をみると、「届出あり」が14.4%（203施設）、「届出なし」が83.9%であった。（図3.2.1）

図 3.2.1 在宅療養支援診療所の届出有無 (n=1,408)



これを二次医療圏別にみると、「静岡」が23.4%、「熱海伊東」が15.8%、「志太榛原」が15.0%などの順で、これらの地域では県平均（14.4%）を上回っていた。一方、県平均を大きく下回ったのは、「賀茂（4.5%）」と「富士（5.7%）」であった。（図3.2.2）

図 3.2.2 二次医療圏別にみた在宅療養支援診療所の届出率 (n=1,408)

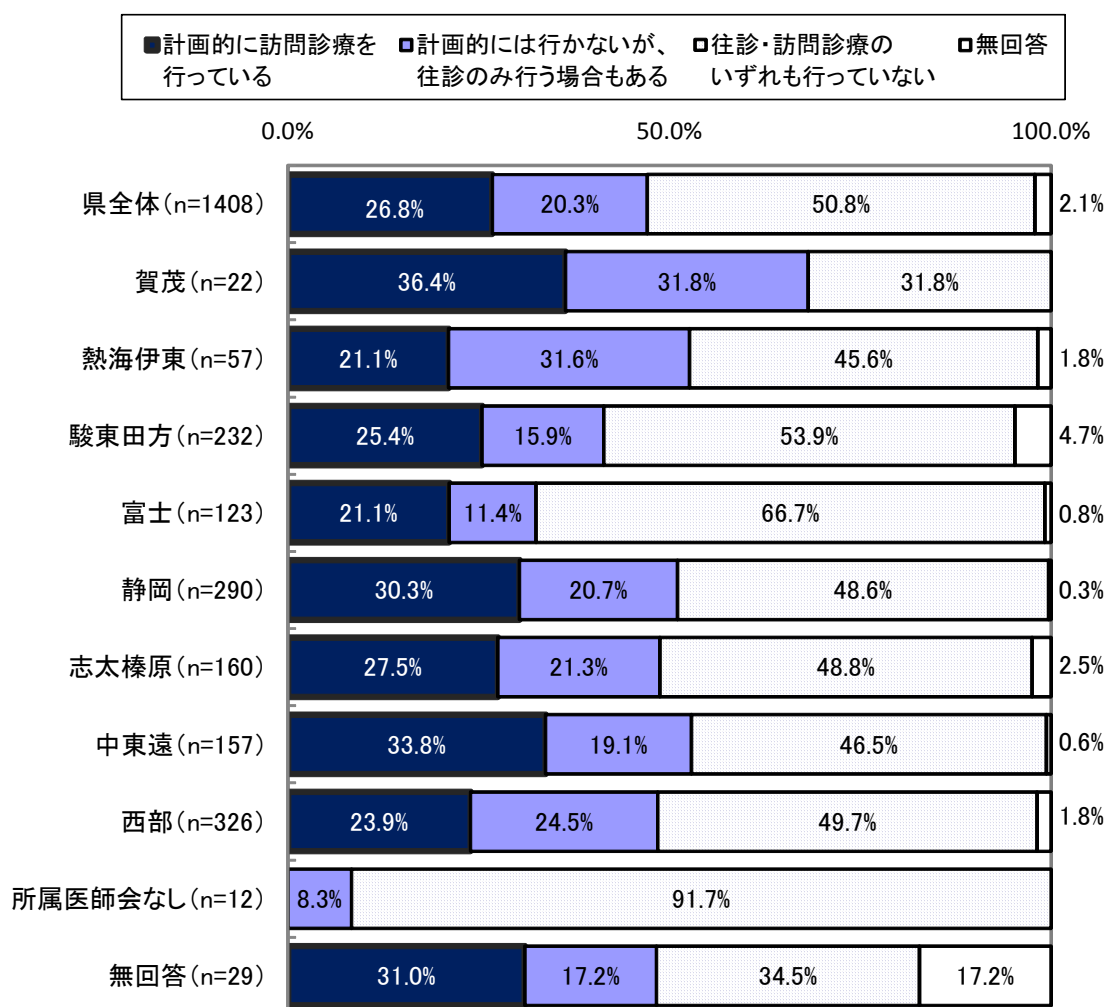


3.2.2 在宅医療の提供状況

在宅医療提供の現状をたずねたところ、県全体では、「往診・訪問診療のいずれも行っていない」が50.8%（715施設）で最も多く、続いて、「計画的に訪問診療を行っている」が26.8%（377施設）であった。また、「計画的には行かないが、往診のみ行う場合もある」診療所は、20.3%（286施設）であった。

二次医療圏別に「計画的に訪問診療を行っている」をみると、「賀茂」が36.4%、「中東遠」が33.8%、「静岡」が30.3%、「志太榛原」が27.5%などの順であった。（図3.2.3）

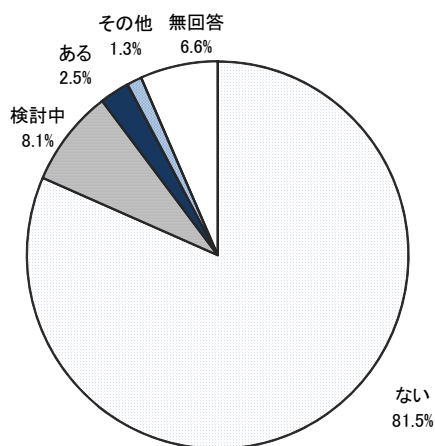
図 3.2.3 在宅医療の現状(n=1,408)－県全体、二次医療圏別



3.2.3 今後の在宅医療を行う予定（往診・訪問診療のいずれも行っていない診療所）

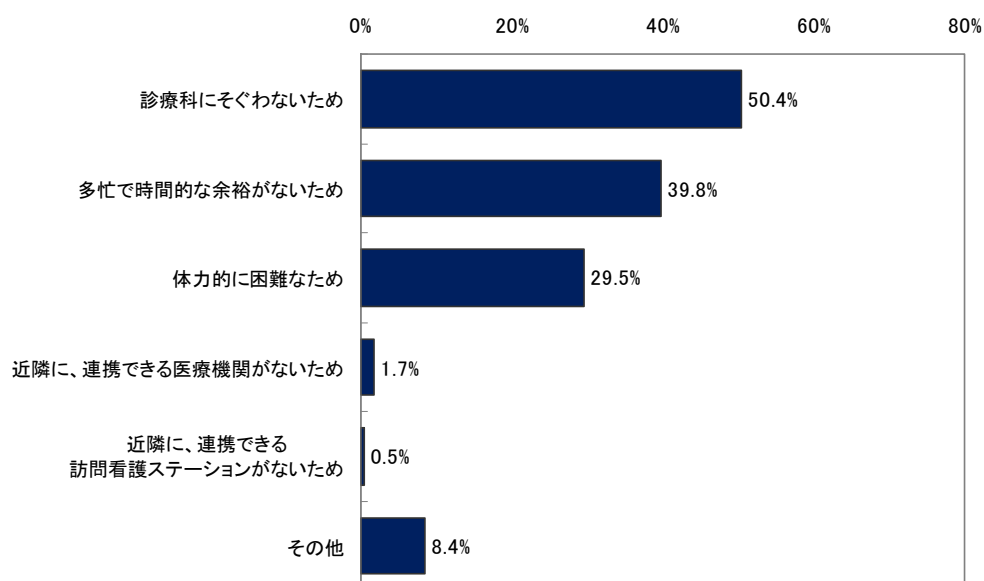
「往診・訪問診療のいずれも行っていない」と回答した診療所（n=715）に、今後在宅医療を行う予定があるかをたずねたところ、「ない」が 81.5%、「検討中」が 8.1%、「ある」が 2.5%であった。（図 3.2.4）

図 3.2.4 在宅医療に今後取組む予定について(n=715)



また、「往診・訪問診療のいずれも行っていない」理由をたずねたところ、「診療科にそぐわないため（50.4%）」が最も多く、続いて「多忙で時間的な余裕がないため（39.8%）」「体力的に困難なため（29.5%）」などが挙げられていた。（図 3.2.5）

図 3.2.5 往診・訪問診療のいずれも行っていない理由(n=715、複数回答)



往診・訪問診療も行っていない理由として、最も多い「診療科にそぐわないから」という回答をした診療所の主たる診療科を詳細にみたものが、表 3.2.1 である。

「小児科」が最も多く 20.1%、続いて「眼科」が 16.7%、「産婦人科」が 15.6%、「耳鼻咽喉科」が 12.6%、「整形外科」が 9.9%などの順であった。

表 3.2.1 「診療科にそぐわないため」に回答した診療所の主たる診療科 (n=294)

	施設数	構成比
小児科	59	20.1%
眼科	49	16.7%
産婦人科(婦人科を含む)	46	15.6%
耳鼻咽喉科	37	12.6%
整形外科	29	9.9%
精神科	11	3.7%
内科	10	3.4%
外科	8	2.7%
皮膚科	7	2.4%
循環器科	4	1.4%
泌尿器科	4	1.4%
人工透析科、血液透析科	4	1.4%
美容外科	3	1.0%
健診	2	0.7%
麻酔科、ペインクリニック	2	0.7%
内分泌内科	2	0.7%
心療内科	1	0.3%
肛門科	1	0.3%
脳神経外科	0	0.0%
診療科記載なし	15	5.1%
合 計	294	100.0%

3.3 在宅医療機関の状況

3.3.1 在宅医療機関の¹プロフィール

表 3.3.1 は、在宅医療を実施する診療所について、有床無床別、主たる診療科別、併設事業有無別、在宅療養支援診療所の届出別などの施設数と割合を示している。

表 3.3.1 カテゴリ別にみた在宅医療機関の施設数と割合

項 目		施設数	割合	診療所全体の割合
有床無床別	有床	19	5.0%	10.4%
	無床	358	95.0%	89.1%
主たる診療科別	内科	288	76.4%	44.0%
	整形外科	2	0.5%	6.5%
	小児科	3	0.8%	2.8%
	外科	35	9.3%	6.5%
	産婦人科	9	2.4%	8.7%
	皮膚科	1	0.3%	5.3%
	精神科	4	1.1%	3.6%
	脳神経外科	10	2.7%	1.6%
	その他	22	5.8%	20.5%
併設事業有無	併設あり	54	14.3%	8.2%
	併設なし	320	84.9%	91.0%
在宅療養支援診療所の届出	届出あり	166	44.0%	14.4%
	届出なし	210	55.7%	83.9%
二次医療圏別	賀茂	8	2.1%	1.6%
	熱海伊東	12	3.2%	4.0%
	駿東田方	59	15.6%	16.5%
	富士	26	6.9%	8.7%
	静岡	88	23.3%	20.6%
	志太榛原	44	11.7%	11.4%
	中東遠	53	14.1%	11.2%
	西部	78	20.7%	23.2%

注) 各カテゴリにおける無回答の施設数と構成比については掲載していない。

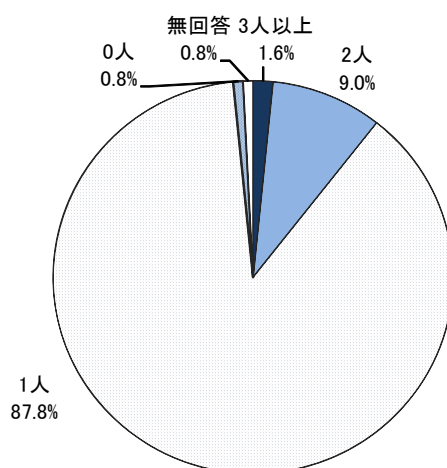
¹本節からは、アンケート用紙、診療所票において「計画的に訪問診療を行っている」と回答した診療所（在宅医療を行っている診療所）であり且つ在宅医療機関票に回答のあった診療所の解析結果である。

3.3.2 在宅医療機関の従事者数

在宅医療に従事する1施設当たりの医師数は、全体で平均1.3人、常勤が平均1.1人、非常勤が平均0.2人であった。

常勤医師が「1人」の診療所が87.8%（331施設）、「2人」が9.0%（34施設²）、「3人以上」が1.6%（6施設³）であった。（図3.3.1）

図 3.3.1 常勤医師数別の施設数の分布 (n=377)



² 34施設のうち、6施設が有床

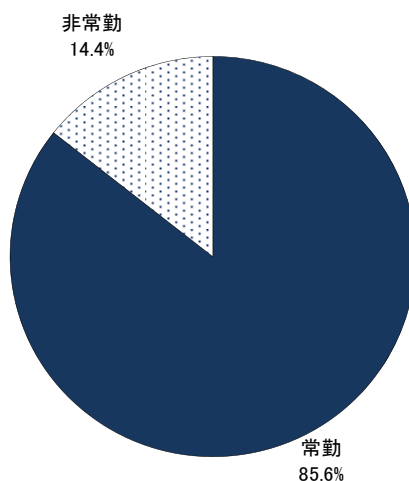
³ 6施設のうち、2施設が有床

3.3.3 常勤非常勤別の医師数

在宅医療に従事する医師のうち、「常勤」が 85.6%、「非常勤」が 14.4%であった。

(図 3.3.2)

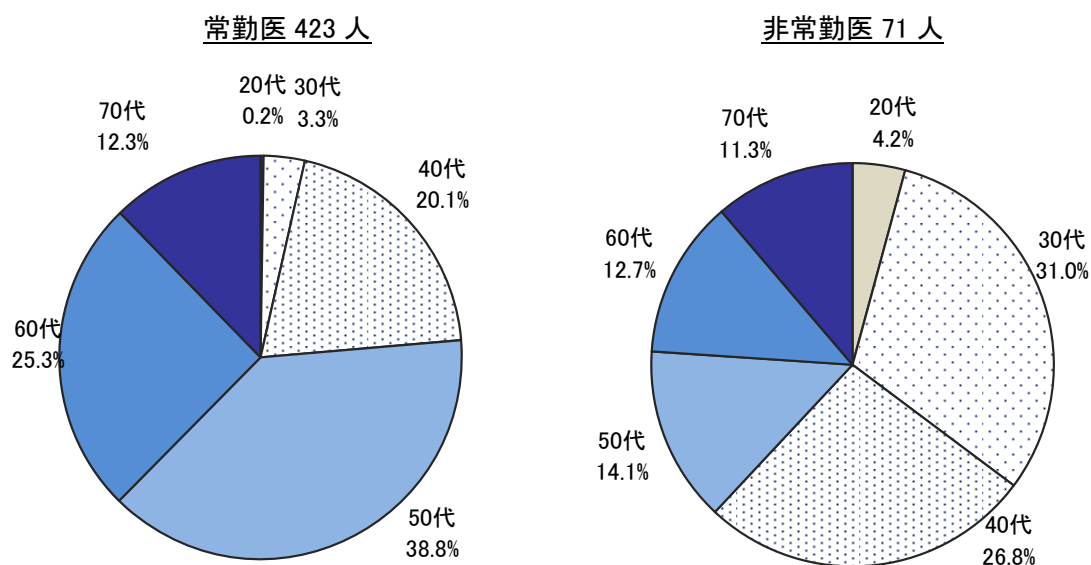
図 3.3.2 常勤非常勤別の医師数の構成比(374 施設の医師 494 人)



3.3.4 年齢別の医師数

常勤医を年齢区別にみた構成比は、「50 代」が 38.8%と最も高く、次いで「60 代」が 25.3%、「40 代」が 20.1%、「70 代」が 12.3%などの順であった。(図 3.3.3)

図 3.3.3 年齢区別にみた医師数の構成比(374 施設の医師 494 人)



3.3.5 診療所からの距離、移動時間など

診療所からの距離をみると、10kmを超えての訪問が36.8%を占めていた。(図3.3.4)

移動時間では、30分を超えて移動している診療所が34.7%を占めていた。(図3.3.5)

図3.3.4 診療所からの距離(n=377)

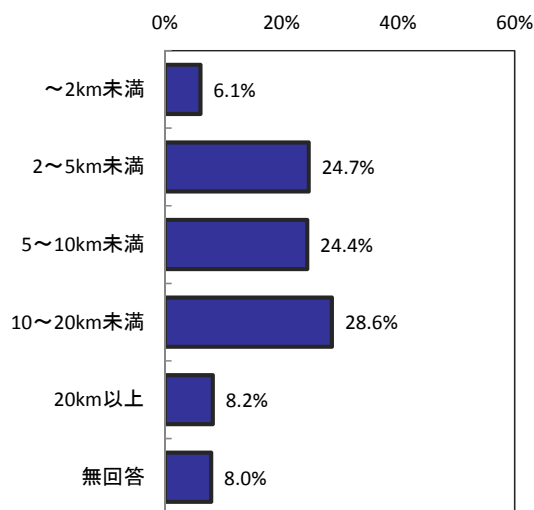
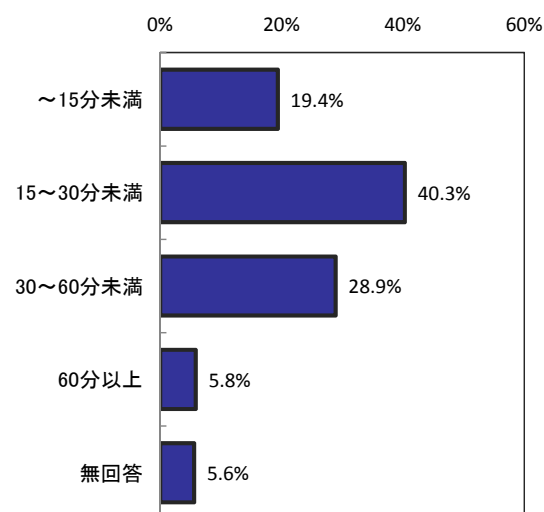


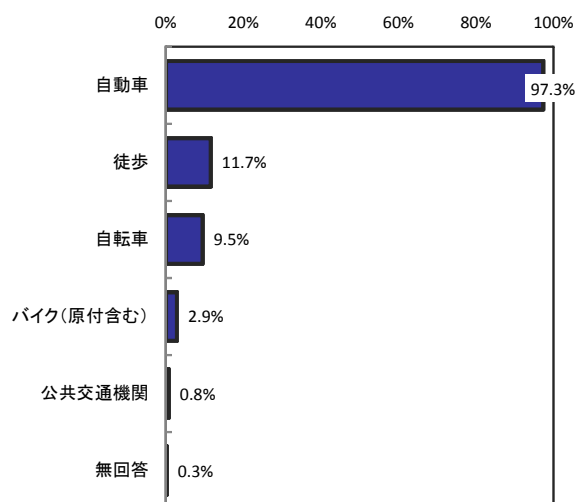
図3.3.5 移動時間 (n=377)



3.3.6 移動手段

訪問診療の移動手段をみると（複数回答）、「自動車」が97.3%であり、ほとんどを占めていた。「徒歩」は11.7%、「自転車」は9.5%、「バイク（原付を含む）」が2.9%、「公共交通機関」が0.8%であった。(図3.3.6)

図3.3.6 移動手段(n=377、複数回答)



3.3.7 在宅患者の主たる療養場所

在宅医療の主たる提供場所を尋ねたところ、自宅が 73.7%を占め、自宅以外の提供場所は 26.0%であった。(図 3.3.7)

自宅以外で最も多いのは「居住系施設」(72.4%)で、続いて「特別養護老人ホーム」(38.8%)、「介護老人保健施設」(7.1%)の順であった。(図 3.3.8)

図 3.3.7 在宅医療の主たる提供場所

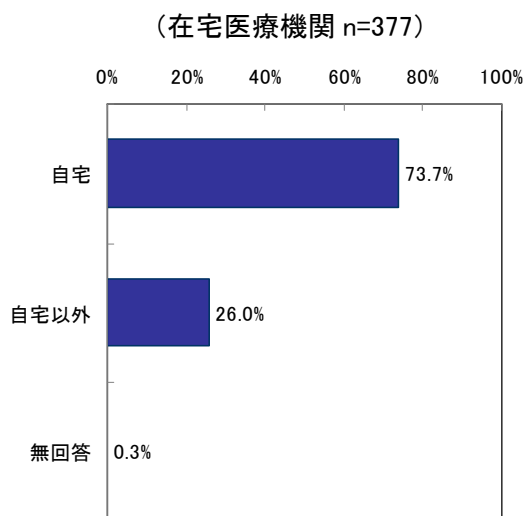
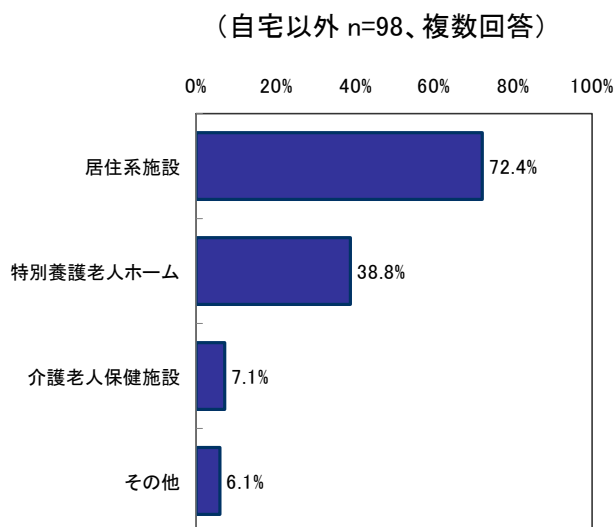


図 3.3.8 自宅以外の提供場所



3.3.8 訪問診療および往診の状況

3.3.8.1 訪問診療

「訪問診療を実施している」と回答した診療所は 98.1%（370 施設）、「実施していない」が 0.5%（2 施設）であった。（図 3.3.9）

平成 23 年 12 月の実施件数をみると、「1～5 件」が 44.5%で最も多く、続いて「10～19 件」が 16.1%、「6～9 件」が 12.8%、「50 件以上」が 7.4%であった。（図 3.3.10）また、1 施設当たり訪問診療件数（平均）は、18.0 件であった⁴。

図 3.3.9 訪問診療の実施状況
(n=377)

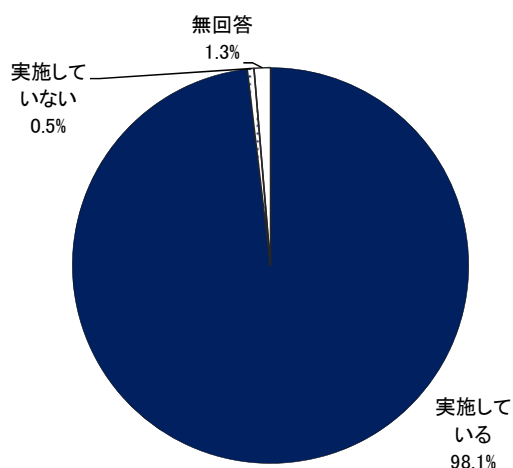
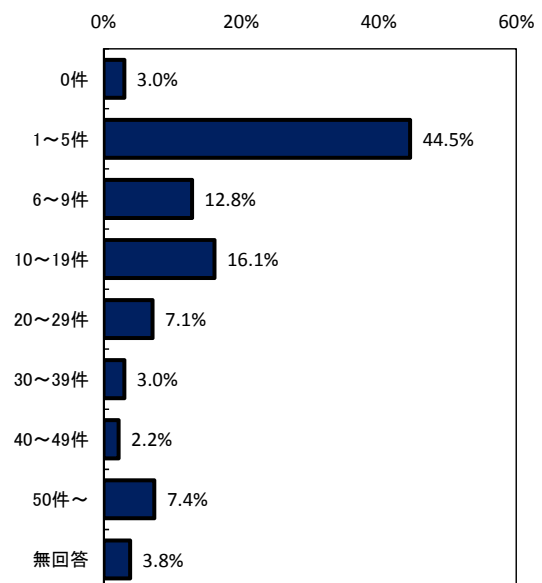


図 3.3.10 平成 23 年 12 月の実施件数の分布
(実施している n=370)



⁴370 施設のうち無回答を除いた 356 施設の計算値である。

3.3.8.2 時間外、夜間等の緊急往診の実施状況

時間外、夜間の緊急往診の実施状況をみると、「実施している」と回答した診療所が78.5%（297施設）、「実施していない」が18.8%（71施設）であった。（図3.3.11）

平成23年12月の実施件数をみると、「0件」が31.4%、「1件」が23.6%、「2件」が16.9%、「3件」が11.1%であった。（図3.3.12）

また、1施設当たりの時間外、夜間等の緊急往診件数（平均）は、3.4件であった⁵。

図3.3.11 時間外、緊急往診の実施状況

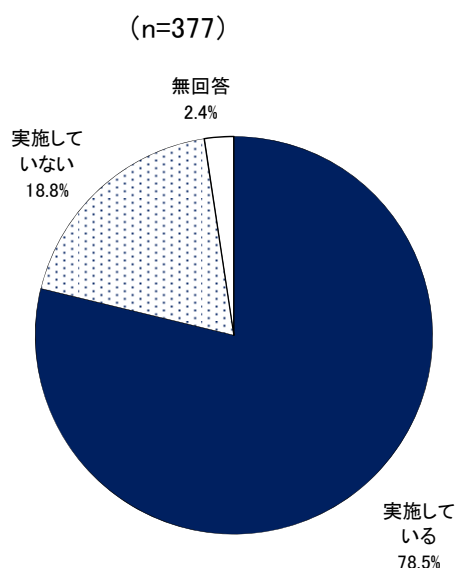
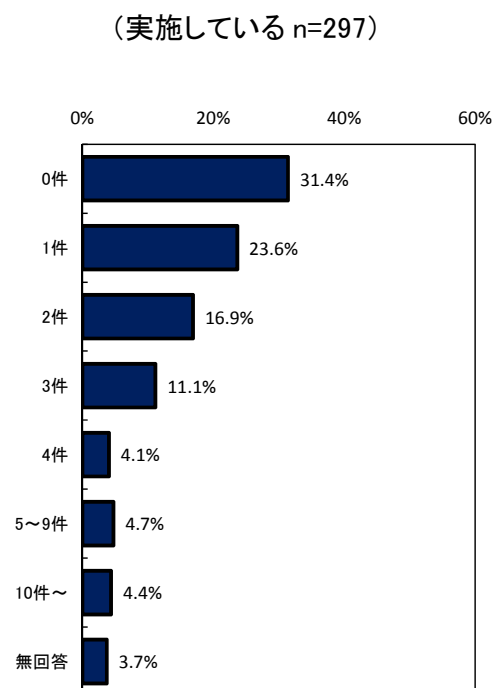


図3.3.12 平成23年12月の実施件数の分布



⁵297施設のうち無回答を除いた272施設の計算値である。

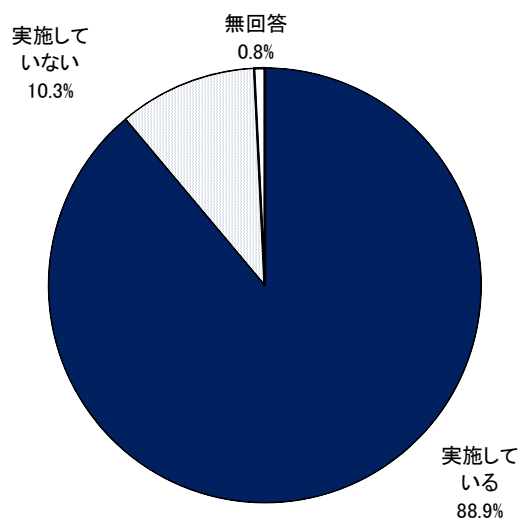
3.3.8.3 看取り

看取りの実施状況をみると、「実施している」と回答した診療所が 88.9%（335 施設）、
「実施していない」が 10.3%（39 施設）であった。（図 3.3.13）

平成 23 年 4 月から 12 月までの 1 施設当たりの看取り件数は、4.7 件であった⁶。こ
れを看取りの場所別に内訳をみると、「自宅」が 3.2 件、「自宅以外」が 1.5 件であった。

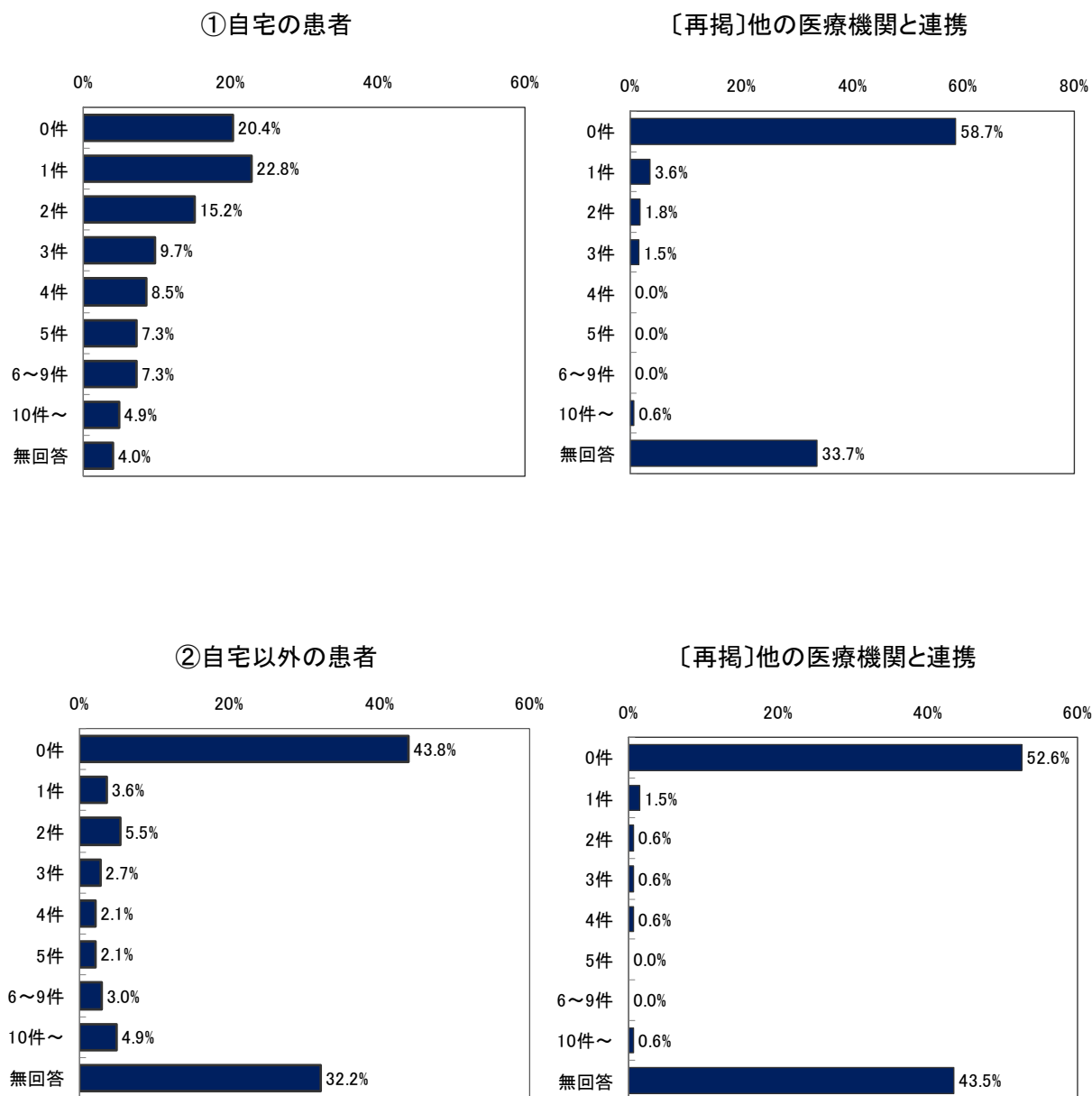
また、1 施設当たりの看取り件数 4.7 件のうち、他の医療機関と連携して看取った件
数は、0.4 件であった。

図 3.3.13 看取りの実施状況 (n=377)-平成 23 年 4～12 月



⁶335 施設のうち無回答を除いた 329 施設の計算値である。

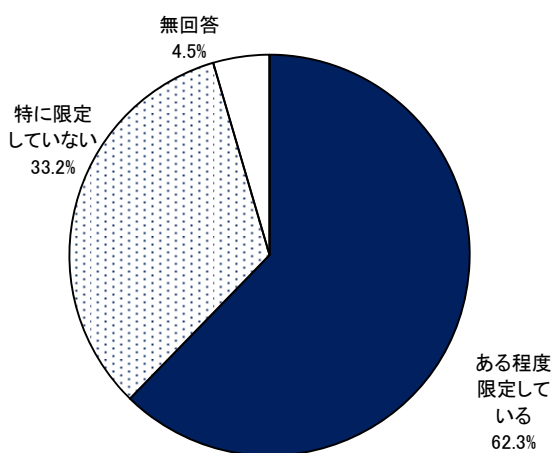
図 3.3.14 在宅患者の算定件数(看取り実施あり n=335)



3.3.9 在宅患者を引き受ける際の制限

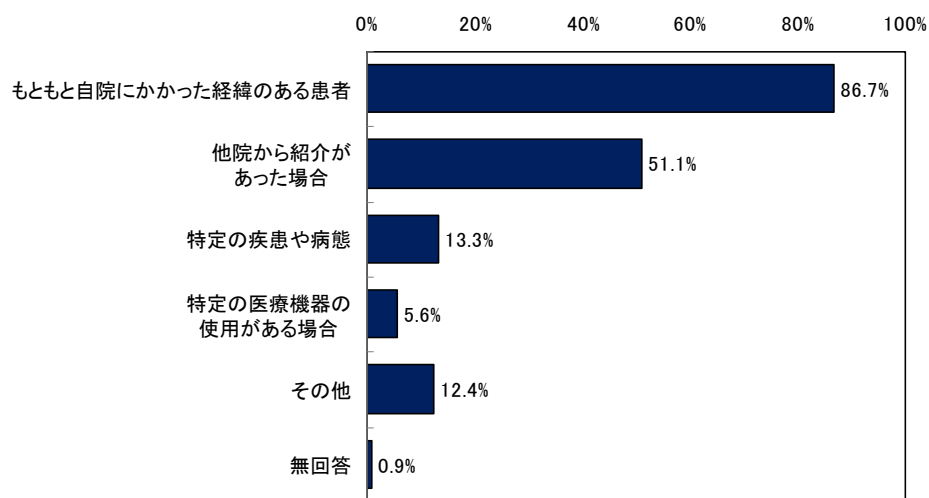
在宅患者を引き受ける際に、状態などについて限定しているかをたずねたところ、「ある程度限定している」という回答が 62.3% (233 施設)、「特に限定していない」が 33.2% (124 施設) であった。(図 3.3.15)

図 3.3.15 在宅患者の引き受け(在宅医療機関 n=377)



「ある程度限定している」と回答した施設に対し、具体的にどのように限定しているのかをたずねたところ「もともと自院にかかったことの経緯のある患者」が 86.7%、「他院から紹介があった場合」が 51.1%、「特定の疾患や病態」が 13.3%、「特定の医療機器の使用がある場合」が 5.6%であった。(図 3.3.16)

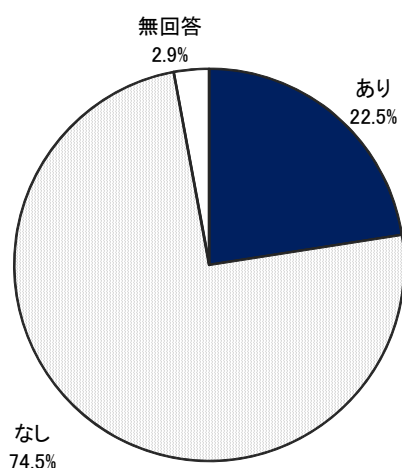
図 3.3.16 どのように限定しているのか(ある程度限定している n=124、複数回答)



3.3.10 連携している医療機関の有無

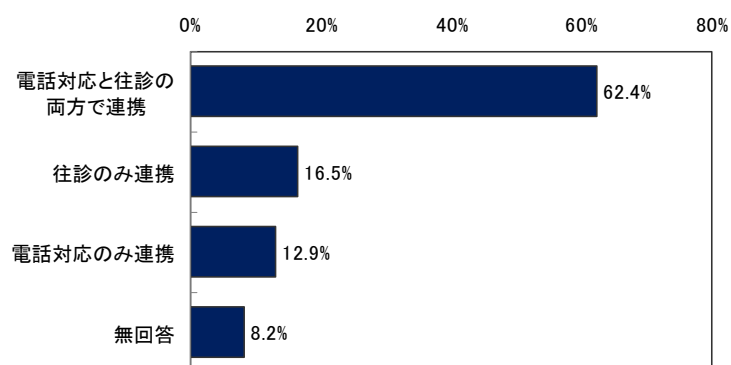
連携している診療所の有無についてたずねたところ、「なし」が74.5%（281施設）と多数を占め、「あり」は22.5%（85施設）であった。（図3.3.17）

図 3.3.17 連携している診療所の有無 (n=377)



連携「あり」と回答した診療所に対して、具体的な連携方法についてたずねたところ、「電話対応と往診の両方で連携」が62.4%、「往診のみ」が16.5%、「電話対応のみ連携」が12.9%であった。（図3.3.18）

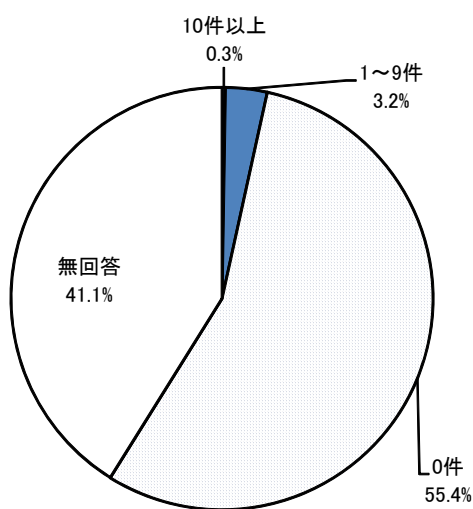
図 3.3.18 連携方法 (連携あり n=85)



3.3.11 退院時共同指導料 1

平成 23 年 12 月請求分における退院時共同指導料 1 の算定件数をみると、「0 件」が 55.4%（209 施設）で最も多く、続いて「1～9 件」が 3.2%（12 施設）、10 件以上が 0.3%（1 施設）の順であった。共同指導料を算定している診療所は、3.5%にとどまっていた。（図 3.3.19）

図 3.3.19 退院時共同指導料(n=377)－平成 23 年 12 月分

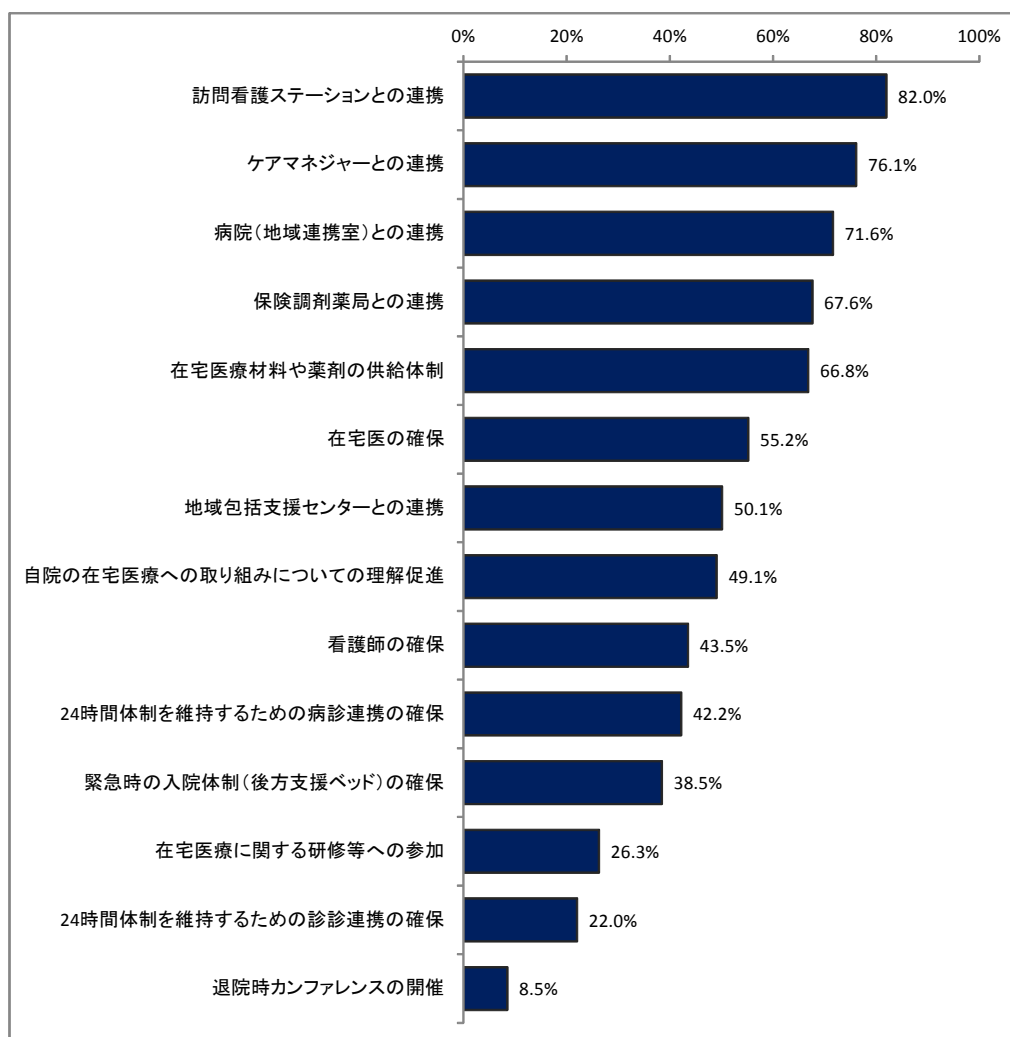


3.3.12 自院の在宅医療提供体制の整備状況

自院の在宅医療提供体制の整備状況に関して、「できている」「まあできている」⁷の回答割合の合計をみた。「訪問看護ステーションとの連携」が最も多く82.0%、「ケアマネジャーとの連携」が76.1%、「病院（地域連携室）との連携」が71.6%などの順であったが、「地域包括支援センターとの連携」が50.1%であり、他の連携機関と比べて低い割合にとどまっていた。

一方、評価が相対的に少ない項目は、「退院時のカンファレンスの開催」が8.5%、「24時間体制を維持するための診診連携の確保」が22.0%、「在宅医療の研修の参加の機会」が26.3%などであった。（図3.3.20）

図 3.3.20 自院の在宅医療提供体制の整備状況(n=377)-できている割合



⁷アンケートでは、項目ごとに、「できている」「まあできている」「あまりできていない」「できていない」「必要なし」の5つの選択肢を設定した。

表 3.3.2 は、自院の在宅医療提供体制の整備状況に関して、「できている」「まあできている」の回答割合の合計を、「県全体」と二次医療圏別に集計し、①～⑭までの項目ごとに、「県全体」よりも 5 ポイント以上下回っているものを、二次医療圏ごとの課題項目として示している。

「賀茂」では、「緊急時の入院体制（後方支援ベッド）の確保」「在宅医療材料や薬剤の供給体制」であった。

「熱海伊東」および「富士」では、「退院時カンファレンスの開催」が 0.0%であった。

「駿東田方」では、「在宅医の確保」「看護師の確保」などの人材面、「在宅医療に関する研修等への参加」、「24 時間体制を維持するための病診連携の確保」および「24 時間体制を維持するための診診連携の確保」などの医療連携、「訪問看護ステーションとの連携」「ケアマネジャーとの連携」「地域包括支援センターとの連携」などの介護連携、などの連携、そのほか「保険調剤薬局との連携」や「在宅医療材料や薬剤の供給体制」、「自院の（在宅医療の）取り組みの地域住民に対する理解促進」と、多くの項目で低い割合が示されていた。

「静岡」では、「在宅医の確保」「看護師の確保」などの人材面、「在宅医療に関する研修等への参加」、「24 時間体制を維持するための病診連携の確保」および「24 時間体制を維持するための診診連携の確保」の医療連携、「緊急時の入院体制（後方支援ベッド）の確保」であった。

「志太榛原」では、「24 時間体制を維持するための病診連携の確保」「病院（地域連携室）との連携」「訪問看護ステーションとの連携」「ケアマネジャーとの連携」などの医療・介護連携や、「自院の（在宅医療の）取り組みの地域住民に対する理解促進」であった。

「中東遠」では、「24 時間体制を維持するための病診連携の確保」および「24 時間体制を維持するための診診連携の確保」の医療連携、「退院時カンファレンスの開催」「訪問看護ステーションとの連携」、「自院の（在宅医療の）取り組みの地域住民に対する理解促進」などであった。

「西部」では、「24 時間体制を維持するための病診連携の確保」および「24 時間体制を維持するための診診連携の確保」の医療連携、「訪問看護ステーションとの連携」、「自院の（在宅医療の）取り組みの地域住民に対する理解促進」などであった。

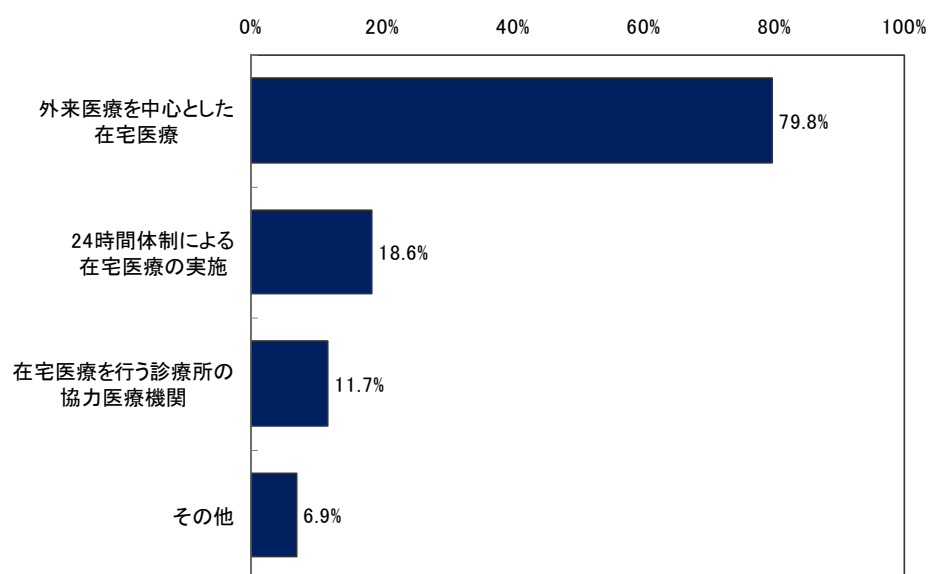
表 3.3.2 自院の在宅医療提供体制の整備状況(n=368、無回答は除いている)

	① 在宅医 の確保	② 看護師 の確保	③ 在宅医 療に関 する研 修等	④ 24時 間の病 診体制 の維持 する	⑤ 24時 間の病 診体制 の維持 する	⑥ 退院 時カン ファレン スの開 催	⑦ 緊急時 の入院 体制(後 方支援ベ ッド)の 確保	⑧ 病院(地 域連携室)との連 携	⑨ 訪問 看護ステ ーション との連 携	⑩ ケア マネジャー との連 携	⑪ 地域包 括支援セ ンター との連 携	⑫ 保険調 剤薬局 との連 携	⑬ 在宅医 療材料 や薬剤 の供給 体制	⑭ 自院の 取組み の理解 促進
県全体(n=377)	55.2%	43.5%	26.3%	42.2%	22.0%	8.5%	38.5%	71.6%	82.0%	76.1%	50.1%	67.6%	66.8%	49.1%
賀茂(n=8)	62.7%	55.9%	39.0%	44.1%	28.8%	11.9%	28.8%	67.8%	88.1%	78.0%	52.5%	67.8%	59.3%	52.5%
熱海伊東(n=12)	75.0%	75.0%	41.7%	66.7%	25.0%	0.0%	50.0%	75.0%	91.7%	91.7%	66.7%	83.3%	83.3%	83.3%
駿東田方(n=59)	26.9%	15.4%	11.5%	26.9%	11.5%	7.7%	42.3%	76.9%	69.2%	53.8%	19.2%	38.5%	50.0%	38.5%
富士(n=26)	56.8%	39.8%	22.7%	59.1%	30.7%	0.0%	46.6%	80.7%	87.5%	77.3%	51.1%	69.3%	71.6%	56.8%
静岡(n=88)	49.1%	37.7%	20.8%	32.1%	11.3%	5.7%	30.2%	67.9%	86.8%	77.4%	50.9%	64.2%	66.0%	47.2%
志太榛原(n=44)	53.8%	43.6%	25.6%	34.6%	24.4%	16.7%	35.9%	65.4%	74.4%	70.5%	46.2%	66.7%	62.8%	38.5%
中東遠(n=53)	62.5%	50.0%	25.0%	25.0%	12.5%	0.0%	75.0%	62.5%	75.0%	100.0%	62.5%	87.5%	87.5%	50.0%
西部(n=78)	56.8%	45.5%	29.5%	31.8%	9.1%	11.4%	34.1%	68.2%	75.0%	79.5%	56.8%	75.0%	72.7%	40.9%

3.3.13 在宅医療のスタンス

診療所における在宅医療のスタンスとしては、「外来を中心とした在宅医療」が 79.8%、「24 時間体制による在宅医療の実施」が 18.6%、「在宅医療を行う診療所の協力医療機関」が 11.7%の順であった。（図 3.3.21）

図 3.3.21 在宅医療のスタンス(n=337、複数回答)



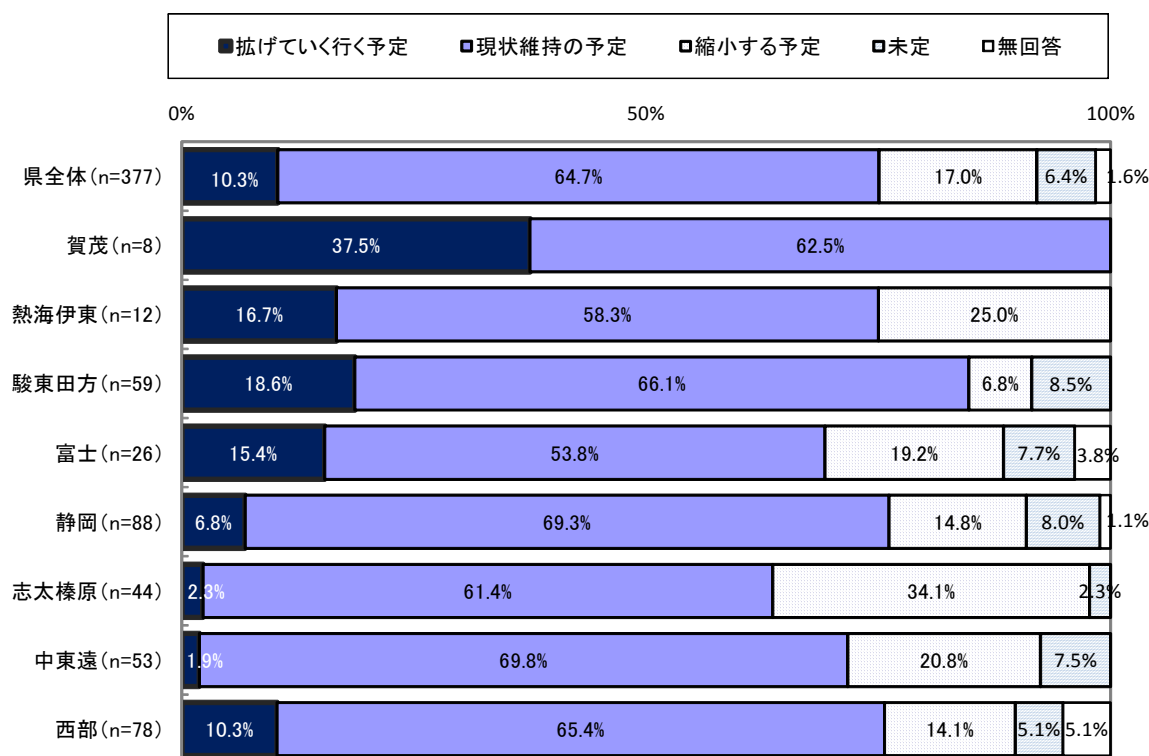
3.3.14 今後の予定

在宅医療に関する今後の予定をたずねたところ、県全体（平均）では「現状維持」が64.7%で最も多く、次いで「縮小する予定」が17.0%、「拡げていく予定」が10.3%であった。

二次医療圏別にみると、県全体（平均）の「拡げていく予定（10.3%）」を上回っているのは、「賀茂（37.5%）」「駿東田方（18.6%）」「熱海伊東（16.7%）」「富士（15.4%）」であった。一方、「志太榛原（2.3%）」「中東遠（1.9%）」が、県全体（平均）を大幅に下回るなど、地域差がみられていた。

また、「縮小する予定」の県全体（平均）17.0%を上回っていたのは、「志太榛原（34.1%）」が最も多く、以下、「熱海伊東（25.0%）」「中東遠（20.8%）」「富士（19.2%）」の順であった。（図 3.3.22）

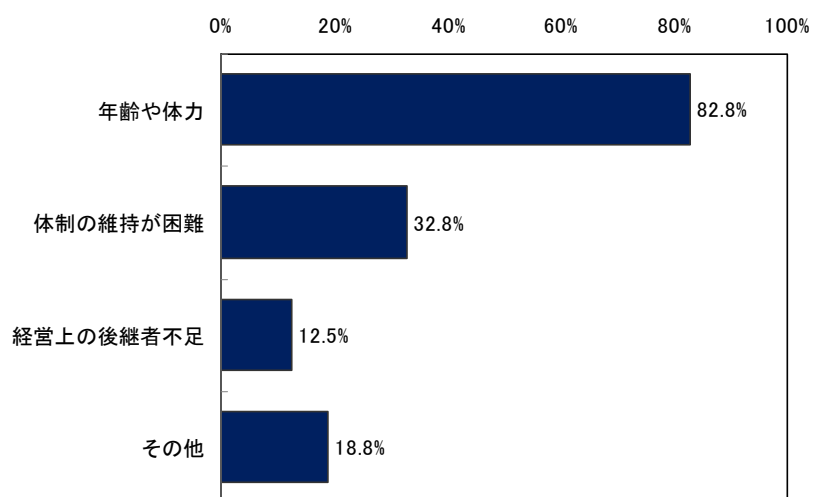
図 3.3.22 在宅医療に関する今後の予定－県全体(n=377)、二次医療圏別



3.3.15 在宅医療を「縮小する予定」と回答した理由

在宅医療を「縮小する予定」と回答した施設に対し、その理由をたずねたところ、「年齢や体力」が最も多く 82.8%、「体制の維持が困難」が 32.8%、「経営上の後継者不足」が 12.5%などの順であった。（図 3.3.23）

図 3.3.23 「縮小する予定」の理由（n=64、複数回答）



3.4 調査結果のまとめ

3.4.1 診療所全体の状況

(1) 二次医療圏別にみた施設数の構成比

「西部」が23.2%で最も多く、続いて「静岡」が20.6%、「駿東田方」が16.5%、「志太榛原」が11.4%、「中東遠」11.2%、「富士」が8.7%、「熱海伊東」が4.0%、「賀茂」が1.6%であった。

(2) 病床の有無別にみた施設数の構成比

「無床」が89.1%（1,254施設）、「有床」が10.6%（149施設）であった。「有床」の病床種類別の保有率をみると、「一般病床」が95.3%、療養病床では「医療療養病床」が4.0%、「介護療養病床」が2.0%であった。

(3) 開設主体別の構成比

「個人」が50.8%、「法人」が48.7%であった。

(4) 開業年数区分別の施設数の構成比

「10年未満」が最も多く23.8%、続いて「10年以上20年未満」が23.4%「20年以上30年未満」が17.7%、「30年以上40年未満」が11.6%、「50年以上」が11.2%、「40年以上50年未満」が10.4%の順であった。

(5) 主たる診療科別の施設数の構成比

「内科」が44.0%で最も多く、次いで「整形外科」が8.7%、「小児科」および「外科」が各々6.5%、「眼科」が5.9%などの順であった。

(6) 主な職種別の従事者の状況

1施設当たりの従事者数は、「医師」の常勤が平均1.2人、非常勤が平均0.6人、「看護職員」の常勤が平均2.3人、非常勤が平均1.0人、「リハ職員」の常勤が平均0.3人、非常勤が平均0.1人、「事務職員」の常勤が平均2.7人、非常勤が平均0.7人であった。

(7) 併設事業および施設の状況

「併設あり」が8.2%（116施設）、「併設なし」が91.0%（1,281施設）であった。「併設あり」について、具体的な併設事業の内容をみると、「通所リハ」が最も多く38.8%、「居宅介護支援」が31.9%、「通所介護」が18.1%、「訪問看護ステーション」「訪問リハビリ」「介護老人保健施設」が各々14.7%などの順であった。

(8) 在宅療養支援診療所の届出状況

「届出あり」が 14.4% (203 施設)、「届出なし」が 83.9%であった。

(9) 在宅医療提供の現状

「往診・訪問診療のいずれも行っていない」が 50.8% (715 施設) で最も多く、続いて、「計画的に訪問診療を行っている」が 26.8% (377 施設) であった。「計画的には行かないが、往診のみ行う場合もある」診療所は、20.3% (286 施設) であった。

(10) 在宅医療を行っていない理由

「往診・訪問診療のいずれも行っていない」と回答した診療所 (n=715) に、今後在宅医療を行う予定があるかをたずねたところ、「ない」が 81.5%、「検討中」が 8.1%「ある」が 2.5%であった。往診・訪問診療のいずれも行っていない理由をたずねたところ、「診療科にそぐわないため (50.4%)」が最も多く、続いて「多忙で時間的な余裕がないため (39.8%)」「体力的に困難なため (29.5%)」などが挙げられていた。

なお、「往診・訪問診療のいずれも行っていない診療所の主たる診療科は、「小児科」が最も多く 20.1%、続いて「眼科」が 16.7%、「産婦人科」が 15.6%、「耳鼻咽喉科」が 12.6%、「整形外科」が 9.9%などの順であった。

3.4.2 在宅医療機関の状況

(1) 在宅医療機関数

本調査の在宅医療機関の定義（計画的に訪問診療を行っている）に当てはまる診療所は、377 施設であった。

(2) 在宅医療に従事する医師

1 施設当たりの医師数、全体で平均 1.3 人、常勤が平均 1.1 人、非常勤が平均 0.2 人であった（常勤比率が 85.6%）。常勤医師が「1 人」が 87.8% (331 施設)、「2 人」が 9.0% (34 施設)、「3 人以上」が 1.6% (6 施設) であった。

(3) 常勤医を年齢区分別にみた構成比

「50 代」が 38.8%と最も高く、次いで「60 代」が 25.3%、「40 代」が 20.1%、「70 代」が 12.3%などの順であった。

(4) 移動距離、移動時間等

診療所からの距離をみると、10km を超えている診療所が 36.8%、移動時間が 30 分を超えている診療所が、34.7%を占めていた。

(5) 在宅医療の主たる提供場所

主に自宅に提供施設が 73.7%、自宅以外が 26.0%であった。自宅以外で最も多いのは「居住系施設」(72.4%)で、続いて「特別養護老人ホーム」(38.8%)、「介護老人保健施設」(7.1%)の順であった。

(6) 連携している診療所の有無

連携している診療所が「なし」と回答した施設が 74.5% (281 施設) と多数を占め、「あり」は 22.5% (85 施設) であった。連携「あり」の施設に対して、具体的な連携方法についてたずねたところ、「電話対応と往診の両方で連携」が 62.4%、「往診のみ」が 16.5%、「電話対応のみ連携」が 12.9%であった。

(7) 訪問診療の状況－平成 23 年 12 月診療分

平成 23 年 12 月に、訪問診療を実施している診療所は 98.1% (370 施設)、「実施していない」が 0.5% (2 施設) であった。同月の実施件数をみると、「1～5 件」が 44.5%で最も多く、続いて「10～19 件」が 16.1%、「6～9 件」が 12.8%、「50 件以上」が 7.4%であった。1 施設当たりの訪問診療件数は、18.0 件であった。

(8) 時間外、夜間の緊急往診の状況－平成 23 年 12 月診療分

平成 23 年 12 月に、時間外、夜間の緊急往診の実施状況をみると、「実施している」診療所が 78.5% (297 施設)、「実施していない」が 18.8% (71 施設) であった。同月の実施件数をみると、「0 件」が 31.4%、「1 件」が 23.6%、「2 件」が 16.9%、「3 件」が 11.1%であり、多くの診療所が 3 件以内であった。1 施設当たりの緊急往診件数は、3.4 件であった。

(9) 看取りの実施状況－平成 23 年度の状況

看取りを「実施している」と回答した診療所が 88.9% (335 施設)、「実施していない」が 10.3% (39 施設) であった。平成 23 年 4 月から 12 月までの 1 施設当たりの看取り件数は、4.7 件であった。

(10) 在宅患者を引き受ける際の制限

在宅患者の訪問を受入れる際に、何らかの条件による受入れを限定しているかをたずねたところ、「ある程度限定している」という回答が 62.3% (233 施設)、「特に限定していない」が 33.2% (124 施設) であった。

「ある程度限定している」施設では、「もともと自院にかかったことの経緯のある患者 (に限定)」が 86.7%、「他院から紹介があった場合 (に限定)」が 51.1%、「特

定の疾患や病態（に限定）」が 13.3%、「特定の医療機器の使用がある場合（に限定）」が 5.6%という状況であった。

（11）退院時共同指導料 1 の算定件数－平成 23 年 12 月診療分

「0 件」が 55.4%（209 施設）で最も多く、続いて「1～9 件」が 3.2%（12 施設）、10 件以上が 0.3%（1 施設）の順であった。同指導料を算定している診療所は、3.5%であった。

（12）自院の在宅医療提供体制の整備状況

自院の体制の整備状況について、「できている」「まあできている」の割合の合計では、「訪問看護ステーションとの連携」が 82.0%、「ケアマネジャーとの連携」が 76.1%、「病院（地域連携室）との連携」が 71.6%などの順であった。「地域包括支援センターとの連携」では、50.1%と他の連携機関より低い割合にとどまっていた。

一方、評価が相対的に少ない項目は、「退院時のカンファレンスの開催」が 8.5%、「24 時間体制を維持するための診診連携の確保」が 22.0%、「在宅医療の研修の参加の機会」が 26.3%などであった。

（13）診療所における在宅医療のスタンス

「外来を中心とした在宅医療」が 79.8%、「24 時間体制による在宅医療の実施」が 18.6%、「在宅医療を行う診療所の協力医療機関」が 11.7%の順であった。

（14）在宅医療に関する今後の予定

県全体をみると、「現状維持」が 64.7%、「縮小する予定」が 17.0%、「拡げていく予定」が 10.3%であった。二次医療圏別にみると、県全体（平均）の「拡げていく予定」10.3%を上回っているのは、「賀茂（37.5%）」「駿東田方（18.6%）」「熱海伊東（16.7%）」「富士（15.4%）」であった。一方、「志太榛原（2.3%）」「中東遠（1.9%）」が、県全体を大きく下回っていた。

（15）在宅医療を縮小する理由

今後の予定において「縮小する予定」と回答した施設に対し、その理由をたずねたところ、「年齢や体力」が最も多く 82.8%、「体制の維持が困難」が 32.8%、「経営上の後継者不足」が 12.5%などの順であった。

4. 病院調査の主な結果

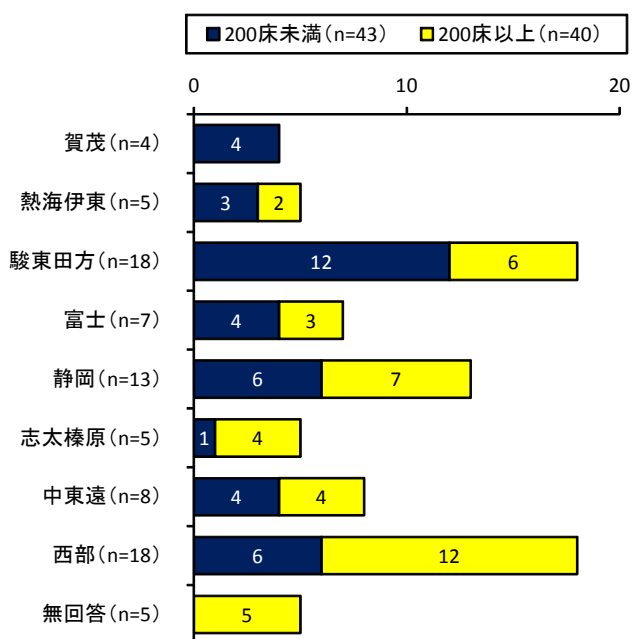
4.1 回答施設のプロフィール

4.1.1 所在地：二次医療圏

二次医療圏別に病院数をみると、「賀茂」が4施設、「熱海伊東」が5施設、「駿東田方」が18施設、「富士」が7施設、「静岡」が13施設、「志太榛原」が5施設、「中東遠」が8施設、「西部」が18施設であった。

二次医療圏別に、病床規模の内訳をみると、「賀茂」が全て、「200床未満」であった。また、「200床以上」の施設数が半数を超えていたのは「志太榛原」（5施設中4施設）、「静岡」（13施設中7施設）、「西部」（18施設中12施設）の3つの医療圏であった。（図4.1.1）

図 4.1.1 二次医療圏別にみた施設数(n=83)

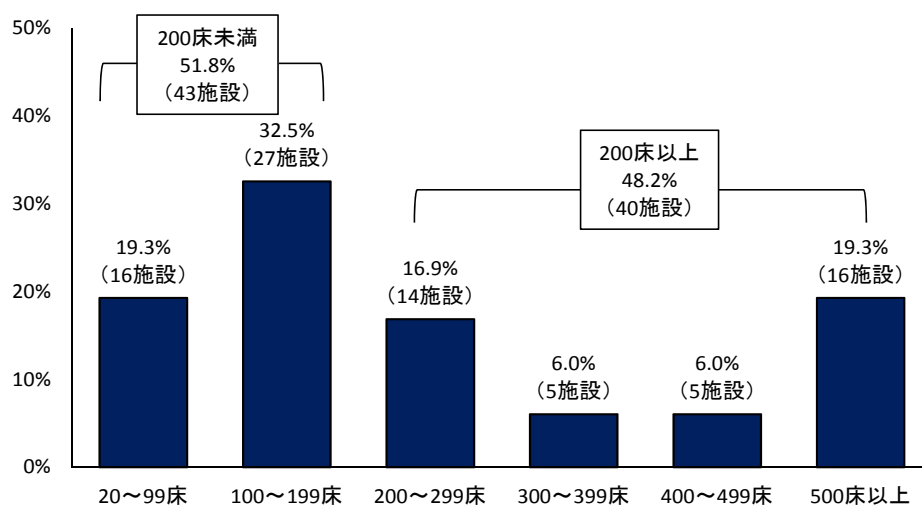


4.1.2 病床規模等

病床規模別の施設数の構成比をみると、「200床未満」が51.8%（43施設）、「200床以上」が48.2%（40施設）であった。

病床階級区別にみると、「20～99床」が19.3%、「100～199床」が32.5%、「200～299床」が16.9%、「300～399床」が6.0%、「400～499床」が6.0%、「500床以上」が19.3%であった。（図4.1.2）

図 4.1.2 病床規模別にみた施設数と構成比(n=83)



4.1.3 病床保有率

病床規模別に病床種類別の病床保有率をみると、「200 床未満」では「医療療養病床」が 58.1%で最も多く、続いて「一般病床」が 41.9%、「介護療養病床」が 14.0%などの順であった。一方、「200 床以上」では、「一般病床」が 82.5%と最も多く、続いて「精神科病床」が 25.0%、「回復期リハ病床」が 17.5%などの順であった。（表 4.1.1）

表 4.1.1 病床種類別にみた病床保有率（該当病床ありの割合）－病床規模別（n=83）

病床区分	200 床未満 (n=43)	200 床以上 (n=40)
一般病床	41.9%	82.5%
医療療養病床	58.1%	15.0%
介護療養病床	14.0%	7.5%
回復期リハ病床	9.3%	17.5%
精神科病床	11.6%	25.0%
その他の病床	4.7%	30.0%

4.1.4 平均届出病床数

「200 床未満」の平均届出病床数は、119.7 床であった。病床種類別に平均病床数をみると、「一般病床」が 28.8 床、「医療療養病床」が 54.7 床、「介護療養病床」が 12.0 床、「回復期リハ病床」が 7.1 床、「精神科病床」が 15.5 床であった。

「200 床以上」の平均届出病床数は、424.9 床であった。病床種類別に平均病床数をみると、「一般病床」が 355.9 床、「医療療養病床」が 13.0 床、「介護療養病床」が 6.8 床、「回復期リハ病床」が 10.5 床、「精神科病床」が 31.9 床あった。

「200 床未満」では、相対的に「医療療養病床」および「介護療養病床」の占める割合が高く、「200 床以上」では、「一般病床」の占める割合が高かった。（表 4.1.2）

表 4.1.2 病床種類別にみた平均届出病床数－病床規模別 (n=83)

病床区分	200 床未満 (n=43)	200 床以上 (n=40)
届出病床数	119.7	424.9
一般病床	28.8	355.9
医療療養病床	54.7	13.0
介護療養病床	12.0	6.8
回復期リハ病床	7.1	10.5
精神科病床	15.5	31.9
その他の病床	1.6	6.8

4.1.5 病院機能

主な病院機能についてみると、「200 床未満」のうち、「地域医療支援病院」が 2 施設、「在宅療養支援病院」が 3 施設であった。「200 床以上」のうち、「特定機能病院」が 2 施設、「地域医療支援病院」が 16 施設、「DPC 対象病院」が 27 施設であった。(表 4.1.3)

表 4.1.3 病床規模別にみた病院機能 (n=83)

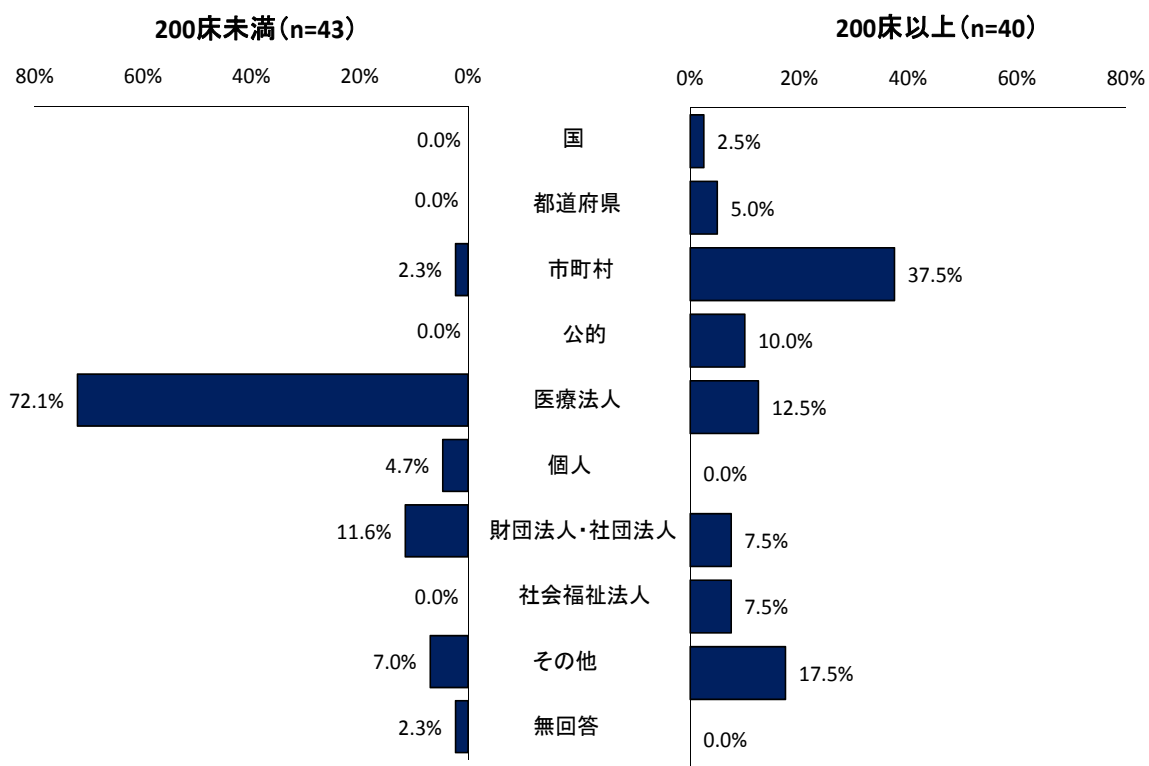
病床区分	200 床未満 (n=43)	200 床以上 (n=40)
特定機能病院	0 (0.0%)	2 (5.0%)
地域医療支援病院	2 (4.7%)	16 (40.0%)
DPC 対象病院	0 (0.0%)	27 (67.5%)
在宅療養支援病院	3 (7.0%)	—

4.1.6 開設主体別

開設主体別の施設数の構成比をみると、「200 床未満」では、「医療法人」が最も多く 72.1%を占め、続いて「財団法人・社団法人」が 11.6%、「個人」が 4.7%などの順であった。

「200 床以上」では、「市町村」が 37.5%と最も多く、続いて「医療法人」が 12.5%、「公的」10.0%などの順であった。（図 4.1.3）

図 4.1.3 開設主体別にみた施設数の割合－病床規模別（n=83）



4.1.7 入退院患者数

2011 年 4 月から 12 月までの入退院患者数の状況をみると、「200 床未満」の入院患者数（平均）が 909.3 人、退院患者数（平均）が 400.7 人であった。「200 床以上」の入院患者数（平均）が 5244.7 人、退院患者数（平均）が 5050.8 人であった。（表 4.1.4）

表 4.1.4 入退院患者数（平均）－病床規模別（n=83）

	200 床未満 (n=43)	200 床以上 (n=40)
入院患者数 (平均)	909.3	5244.7
退院患者数 (平均)	400.7	5050.8

4.1.8 主な施設基準の届出状況

主な施設基準の届出状況をみると、「200 床未満」では、「急性期病棟等退院調整加算 1（7.0%）」および「慢性期病棟等退院調整加算 1（7.0%）」の届出率と比べて、「急性期病棟等退院調整加算 2（11.6%）」および「慢性期病棟等退院調整加算 2（20.9%）」の方が高かった。

一方、「200 床以上」では、「急性期病棟等退院調整加算 2（12.5%）」および「慢性期病棟等退院調整加算 2（15.0%）」に比べて、「急性期病棟等退院調整加算 1（70.0%）」および「慢性期病棟等退院調整加算 1（25.0%）」の方が高かった。（表 4.1.5）

表 4.1.5 主な施設基準の届出状況(n=83)

請求項目	200 床未満 (n=43)		200 床以上 (n=40)	
	届出あり	割合	届出あり	割合
①救急・在宅等支援療養病床初期加算	11	25.6%	5	12.5%
②総合評価加算	6	14.0%	11	27.5%
③退院調整加算				
急性期病棟等退院調整加算 1				
急性期病棟等退院調整加算 2	5	11.6%	5	12.5%
慢性期病棟等退院調整加算 1	3	7.0%	10	25.0%
慢性期病棟等退院調整加算 2	9	20.9%	6	15.0%
④地域連携診療計画管理料	11	25.6%	26	65.0%
〔種類〕 再掲:大腿骨骨折	8	18.6%	18	45.0%
脳卒中	5	11.6%	23	57.5%
糖尿病	0	0.0%	0	0.0%
がん	4	9.3%	14	35.0%
⑤在宅療養支援病院	3	7.0%	—	—

4.1.9 併設事業、併設施設

併設事業および施設の併設率をみると、「200 床未満」では 81.4%、「200 床以上」で 52.5%であった。(図 4.1.4)

併設事業等の内訳をみると、「200 床未満」では、「通所リハ」「居宅介護支援」「介護老人保健施設」が最も多く 17 施設、続いて「訪問看護ステーション」が 14 施設、「訪問リハ」が 12 施設などの順であった。「訪問リハ」は、「200 床以上」の 3 施設に比べて、併設率が高かった。

「200 床以上」では、「訪問看護ステーション」が 12 施設で最も多く、「居宅介護支援」が 10 施設、「通所リハ」が 8 施設などの順であった。(図 4.1.5)

図 4.1.4 事業および施設の併設率(n=83)

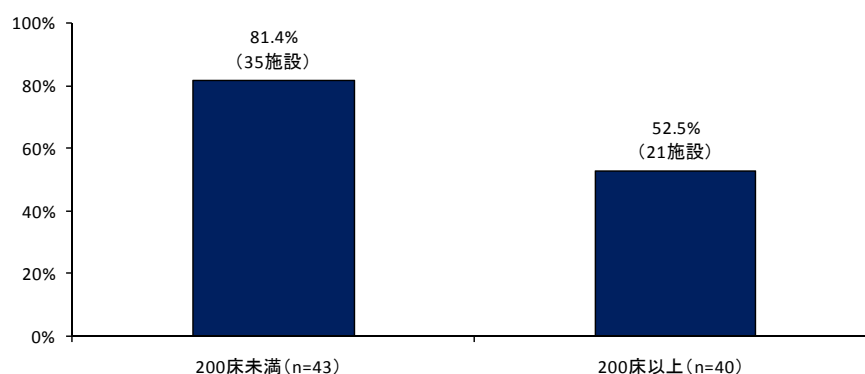
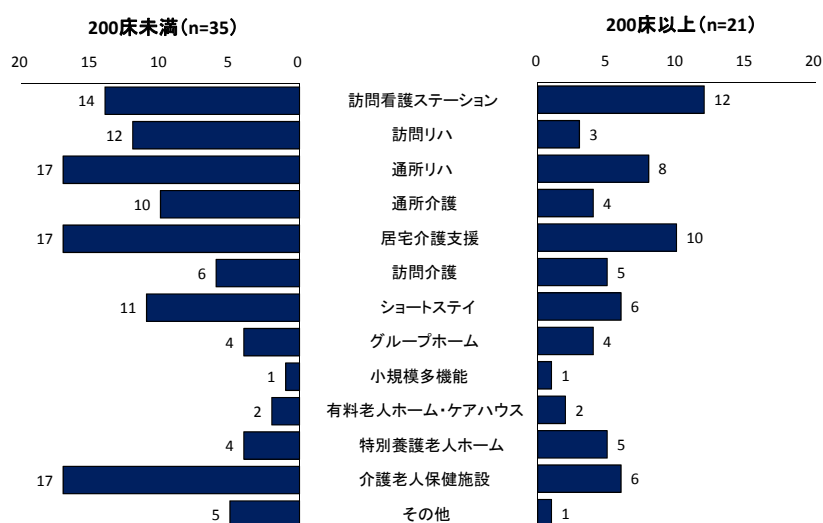


図 4.1.5 併設事業および施設の内容(n=83、複数回答)

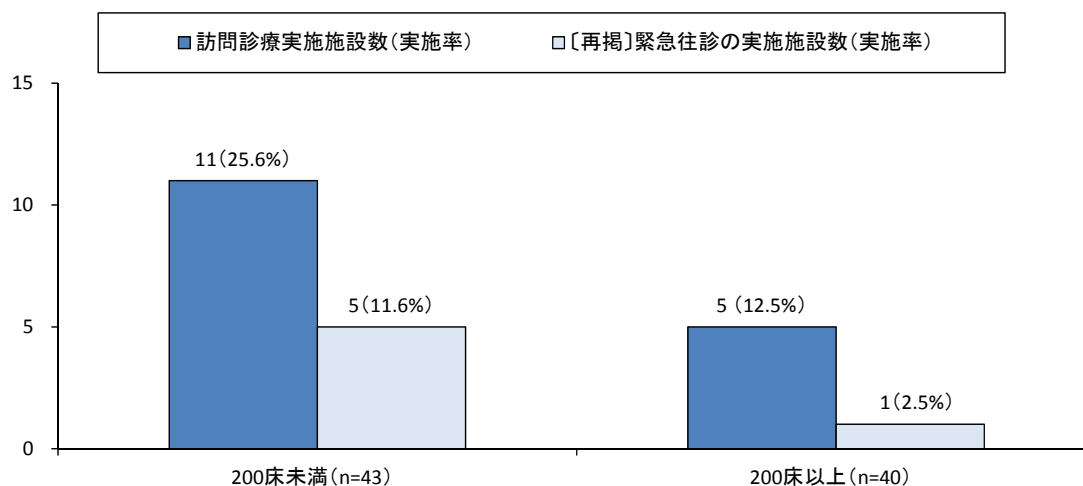


4.2 在宅医療の実施状況

4.2.1 訪問診療（計画に基づく定期的な訪問）等の状況

訪問診療を実施している施設数をみると、「200 床未満」が 11 施設（25.6%）、「200 床以上」が 5 施設（12.5%）であった。これらの対象のうち、「200 床未満」で緊急往診を実施しているのは、5 施設（11.6%）、「200 床以上」では 1 施設（2.5%）であった。（図 4.2.1）

図 4.2.1 訪問診療等の実施施設数および実施率(n=83)



2011 年 4 月から 12 月の期間の、訪問診療の 1 施設あたりの訪問件数（実件数）をみると、「200 床未満」が 44.1 件、「200 床以上」が 26.2 件であった。

同時期の緊急往診の 1 施設あたりの訪問件数では、「200 床未満」が 6.0 件、「200 床以上」では 14.0 件であった。（表 4.2.1）

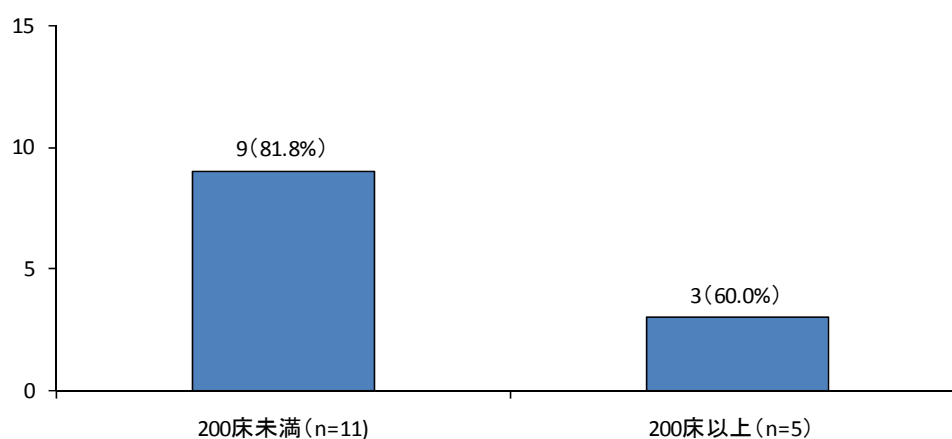
表 4.2.1 訪問診療および緊急往診の 1 施設あたりの訪問件数等(n=16)

	200 床未満(n=11)	200 床以上(n=5)
訪問診療	44.1 件	26.2 件
緊急往診	6.0 件	14.0 件
-時間外、夜間、休日等-	(6.8 回)	(19.0 回)

4.2.2 看取りの実施状況

在宅医療を実施している病院のうち、看取りを実施していたのは、「200 床未満」が 9 施設（81.8%）、「200 床以上」が 3 施設（60.0%）であった。（図 4.2.2）

図 4.2.2 看取り実施施設数および実施率(n=16)



2011 年 4 月から 12 月までの期間の看取り件数をみると、「200 床未満」では、計 4.8 件の実施であり、そのうち 3.7 件が自宅、1.1 件が自宅以外での看取りであった。

「200 床以上」では、計 15.7 件であり、そのうち 10.7 件が自宅、5.0 件が自宅以外であった。

また、他の医療機関と連携して看取った件数については、「200 床未満」では 0.0 件であったが、「200 床以上」では 4.3 件であった。（表 4.2.2）

表 4.2.2 病床規模別にみた看取りの実施件数－2011 年 4 月から 12 月(n=12)

	200 床未満 (n=9)	200 床以上 (n=3)
自宅での看取り件数①	3.7	10.7
自宅以外の看取り件数②	1.1	5.0
合計③(=①+②)	4.8	15.7
③のうち、他医療機関と連携	0.0	4.3

4.2.3 在宅医療に従事する医師数

在宅医療に従事する医師数を実人数ベースでみると、「200 床未満」では 1 施設あたり 1.9 人、「200 床以上」では、4.0 人であった。常勤換算ベースでは、「200 床未満」が 1.6 人であった。（表 4.2.3）

表 4.2.3 病床規模別にみた在宅医療に従事する医師数(n=16)

	200 床未満 (n=11)	200 床以上 (n=5)
実人数	1.9	4.0
常勤換算数	1.6	—

注) 200 床以上の常勤換算数は、回答がなかったため算出できず

4.2.4 連携している診療所

「200 床未満」11 施設のうち、連携している診療所があると回答したのは、約半数の 5 施設であり、1 施設当たりの連携診療所数は 2.2 施設であった。

「200 床以上」5 施設のうち、連携している診療所があると回答したのは 1 施設のみであり、1 施設当たりの連携診療所数は 3.0 施設であった。（表 4.2.4）

表 4.2.4 病床規模別にみた在宅医療に従事する医師数(n=16)

	200 床未満 (n=11)	200 床以上 (n=5)
連携している診療所ありの施設数	5	1
1 施設当たりの連携診療所数	2.2	3.0

4.2.5 連携診療所が対応困難な時の連携方法

連携診療所が対応困難な時の連携方法については、「200 床未満」では、「電話対応のみ」が 2 施設、「電話と往診の両方」が 3 施設、「200 床以上」の 1 施設は、「電話対応のみ」ということであった。（表 4.2.5）

表 4.2.5 連携診療所が対応困難な時の連携方法 (n=6)

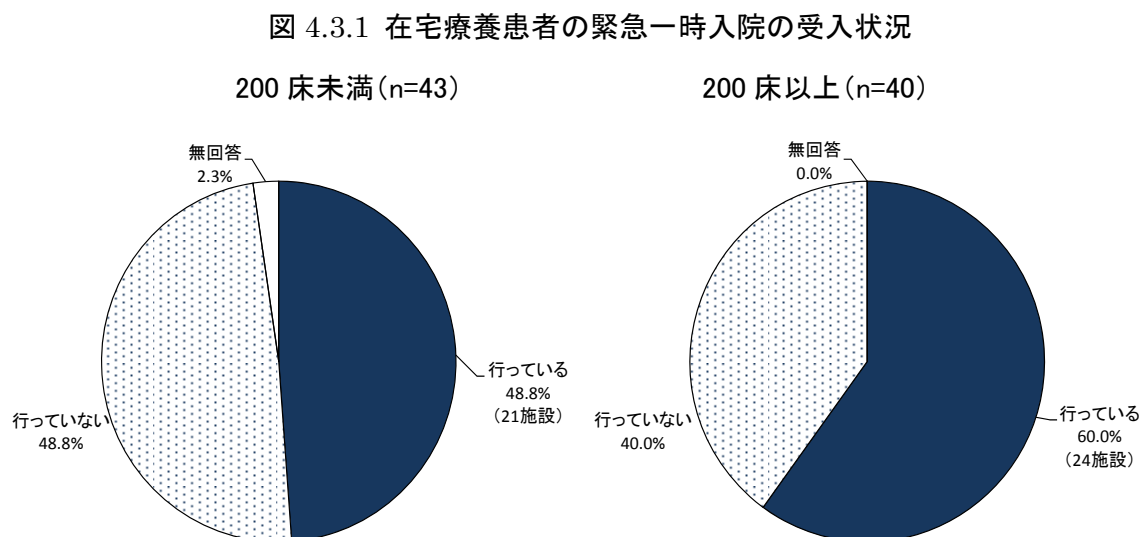
	200 床未満 (n=5)	200 床以上 (n=1)
電話対応のみ	2	1
電話と往診の両方	3	0

4.3 在宅療養患者の緊急一時入院について

4.3.1 緊急一時入院等の受入れ状況

在宅患者の緊急一時入院の受入れ状況に関してたずねたところ、「行っている」が「200 床未満」が 48.8%（21 施設）、「200 床以上」が 60.0%（24 施設）であった。

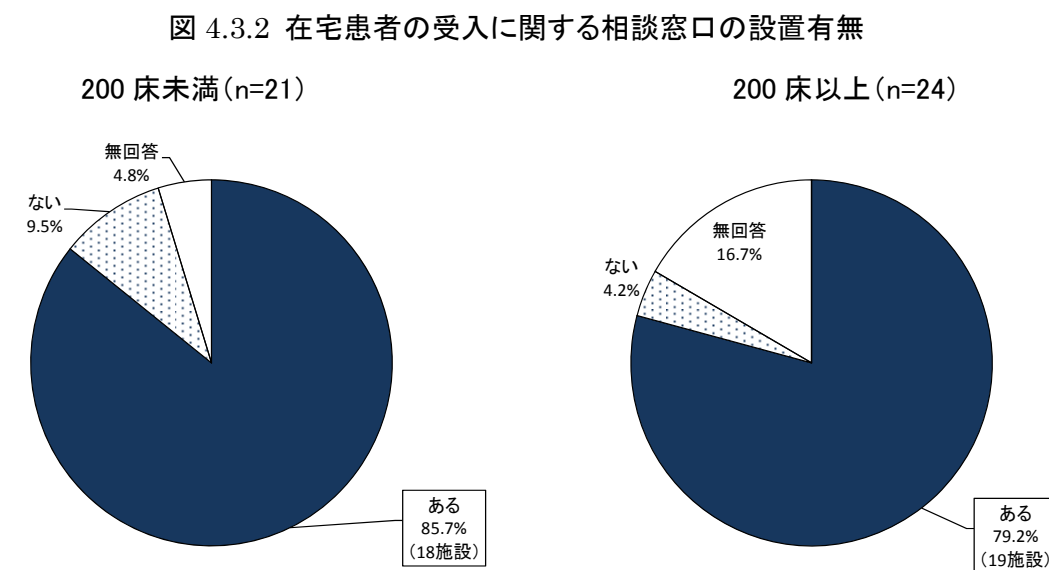
（図 4.3.1）



注) 小数点以下を四捨五入しているため、割合の合計が 100.0%にならない。

4.3.2 専門の相談窓口の設置状況

在宅療養患者の入院を受入れている病院に、専門の窓口設置の有無についてたずねたところ、対応窓口が「ある」と回答したのは、「200 床未満」で 85.7%、「200 床以上」では 79.2%であった。（図 4.3.2）



4.3.3 具体的な設置状況

相談窓口の具体的な設置状況については、「200 床未満」も「200 床以上」もともに「地域連携室で対応」が最も多く、それぞれ 15 施設、16 施設であった。また、専門の部署ではないが「その疾患の外来窓口」を相談窓口としている施設が、「200 床未満」では 2 施設、「200 床以上」では 3 施設であった。「200 床未満」で「その他（医療相談室）」が 1 施設であった。（表 4.3.1）

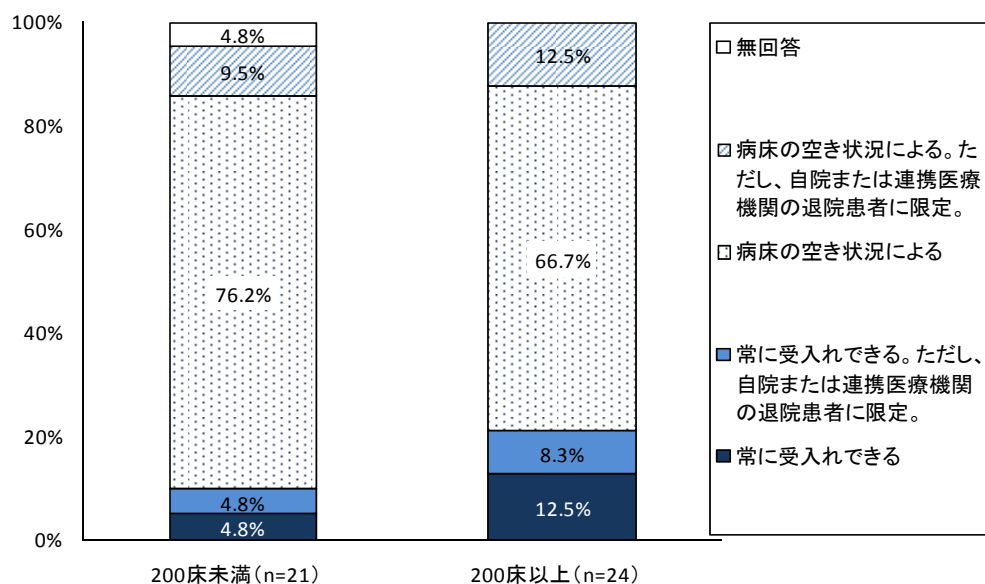
表 4.3.1 具体的な相談窓口－相談窓口が「ある」と回答した施設(n=37)

対応方法	200 床未満 (n=18)	200 床以上 (n=19)
地域連携室で対応	15	16
その疾患の外来窓口で対応	2	3
その他(医療相談室)	1	0

4.3.4 在宅療養患者の入院受入れに関する方針

「病床の空き状況による」と「病床の空き状況による（ただし、自院または連携医療機関の患者に限定）」の割合の合計をみると、「200 床未満」が 85.7%、「200 床以上」が 79.2%であり、いずれの病床規模でも多数を占めていた。また、「常に受け入れできる」と「常に受入れできる。（ただし、自院または連携医療機関の患者に限定）」の割合の合計をみると、「200 床未満」が 9.6%、「200 床以上」が 20.8%であり、10 ポイント以上の差が見られた。（図 4.3.3）

図 4.3.3 病床規模別にみた、在宅療養患者の入院受入れに関する方針



4.3.5 確保できる病床

在宅療養患者の入院のために確保できる1施設あたりの病床数は、「200床未満」が2.0床、「200床以上」が2.1床であった⁸。（表 4.3.2）

表 4.3.2 在宅患者の入院のために確保できる1施設あたりの病床数

	200 床未満 (n=15*)	200 床以上 (n=11*)
確保できる病床数(平均)	2.0 床	2.1 床

*無回答を除いた n 数

⁸ 在宅療養患者の入院のための病床数を特に定めていないため、実際には受入れを行っていても、病床数についての回答のできない病院もあり、回答施設数が少なくなっている。

4.3.6 在宅患者の入院患者数

2011 年 4 月から 12 月までの期間の 1 施設当たりの入院受入数（ここでは、在宅患者緊急入院診療加算の請求件数）をみると、「200 床未満」が合計 5.5 件（平均）、「200 床以上」が 1.2 件（平均）であり、「200 床未満」の病院での入院患者数の方が、4.3 件（平均）多かった。（表 4.3.3）

表 4.3.3 入院した在宅患者数－在宅患者緊急入院診療加算の請求件数

	200 床未満 (n=16*)	200 床以上 (n=23*)
連携医療機関の場合(1300 点)	0.1	0.7
連携医療機関以外の場合(650 点)	5.4	0.5
合計	5.5	1.2

*無回答を除いた n 数

注) 2011 年 4～12 月診療分

4.3.7 連携医療機関数

連携医療機関数については、「在宅療養支援診療所(在支診)」が 200 床未満で 2.1 施設、「在支診以外の診療所」が 3.8 施設、「在宅療養支援病院(在支病)」が 0.1 施設、「在支病以外の病院」が 2.9 施設であった。（表 4.3.4）

表 4.3.4 1 施設当たりの連携医療機関数

	200 床未満(n=17*)	200 床以上(n=20*)
在宅療養支援診療所(在支診)	2.1	13.5
在支診以外の診療所	3.8	100.0
在宅療養支援病院(在支病)	0.1	0.1
在支病以外の病院	2.9	4.0

*無回答を除いた n 数

4.3.8 在宅療養患者の確実な入院のための工夫

表4.3.5に、在宅療養患者の確実な入院のために各施設がどのような取組みを行っているか、工夫している点についての自由記述の分類整理を行った結果を示した。

表4.3.5 在宅療養患者の確実な入院のための工夫－主な記述回答(自由記述回答)

<u>200床未満(n=16)</u>
① 日常的に訪問診療や訪問看護との連携を密にし、在宅療養患者の早期の状態把握を実施(1)
②一定数の空きベッドを確保している(1)
③入院待機者(順番)のうち、在宅療養患者受入れを、常に優先させている(1)
④診療科関係なく医師は全ての病床に患者を入院させる権限を持っている(1)
⑤地域連携室が窓口となってベッドの把握とコントロールを行い、医師と連携を取りながら速やかに対応出来る院内体制がある(1)
⑥その他(1)
⑦特になし(10)
<u>200床以上(n=16)</u>
①多様な疾患に対応できるよう、個室をなるべく空床にしておく(1)
②特定の病棟や診療科に制限せず、開いているベッドに入院していただく(1)
③ 専門部署だけでなく、外来看護師長・看護部長にも入院受入の権限を与えている(1)
④ 外来主治医と、関連病棟の看護師長および訪問看護の密な連絡など、入退院調整の体制を整えている(2)
⑤ 入院調整チームのメンバーに、訪問看護師を含めている(1)
⑥ <u>在宅寝たきり患者病状急変時連携システム(イエローカード)や、連携安心カード(オレンジカード)により急変時には当院に搬送されるようになっている。その他の患者については静岡市の輪番制救急当番病院に受け入れをお願いしている(2)</u>
⑦ 連携診療所から登録されている患者カルテに、登録患者である旨記載し、診察時にわかるようになっている(1)
⑧ 当番日には、救急ベッドを用意(救急外来に入院ベット10床あり)している(1)
⑨ 特になし(6)

注) () の数値は、同じ内容の回答数を示している。

4.3.9 入院希望の際に満床となった場合の対応

在宅療養患者の入院希望の際に満床となった場合の対応について、各施設での取組みを自由記述回答によって得た。表4.3.6に、具体的な対応についての回答を挙げておく。

表 4.3.6 入院希望の際に満床となった場合の対応-主な記述回答(自由記述回答)

<u>200床未満(n=16)</u>
①他院(同一法人の病院がある場合は、同一法人内の病院も含む)を紹介する(9)
②待機可能な状態の場合は、満床の場合、オーバーベッドや他の患者の転院調整など、ベッドが確保出来次第受け入れている(5)
③他院を探してもらう(2)
<u>200床以上(n=16)</u>
① 他院を紹介する(11)
②主科が満床の場合は、他科のベッドに入院していただく(1)。
③ 近隣の診療所等に、当院が満床の旨を通知する(1)。
④ 待機可能な状態の場合は、満床の場合、オーバーベッドや他の患者の転院調整など、ベッドが確保出来次第受け入れている(5)

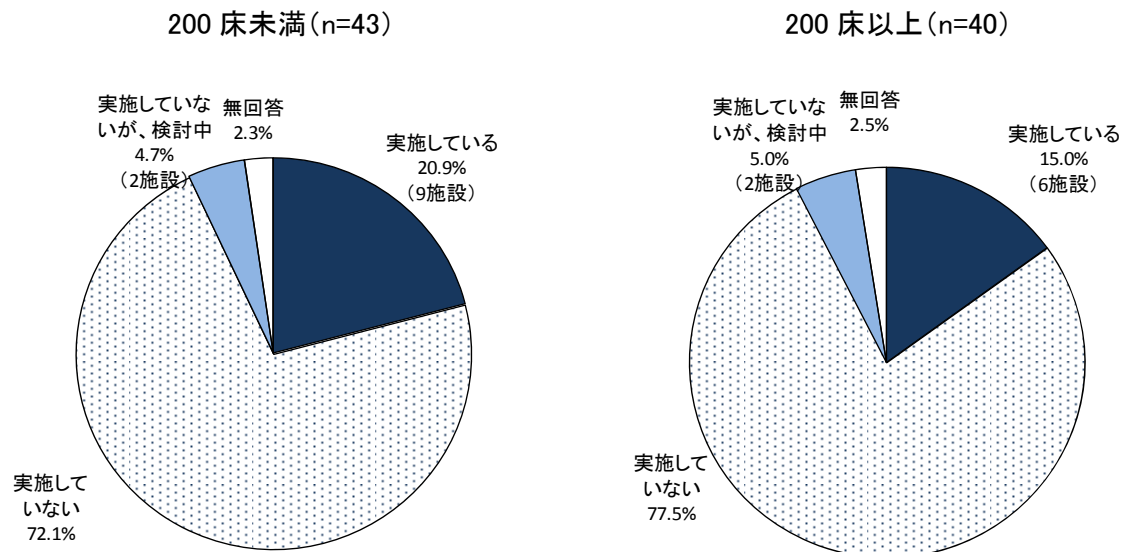
注) () 内の数値は、同じ内容として集計された回答数を示している。

4.4 レスパイト入院の状況

4.4.1 レスパイト入院の有無等

レスパイト入院⁹の有無等についてたずねたところ、「200床未満」も「200床以上」も、ともに「実施していない」が約7割を占め、「実施している」が約2割、「実施していないが検討中」が約5%であった。（図4.4.1）

図4.4.1 レスパイト入院の有無等



4.4.2 確保できる病床数

レスパイト入院のために確保できる1施設当たりの病床数をたずねたところ、「200床未満」が1.5床、「200床以上」が1.0床であった。（表4.4.1）

表 4.4.1 レスパイト入院のために確保できる1施設当たりの病床数

	200 床未満 (n=4*)	200 床以上 (n=4*)
確保できる病床数(平均)	1.5 床	1.0 床

*n 数は、無回答を除いた数。病床数を定めているところのみの回答。

⁹家族の介護による疲弊を防ぐためや、冠婚葬祭等による一時的な介護者不在の対応のためのショートステイ

4.4.3 受入れた在宅療養患者数

2011年4月から12月までの期間に受入れたレスパイト入院の在宅療養患者数は、「200床未満」が7.7件、「200床以上」が14.4件であった。（表4.4.2）

表 4.4.2 受入れたレスパイト入院の在宅療養患者数－2011 年 4～12 月

	200 床未満 (n=7*)	200 床以上 (n=4*)
受け入れた在宅療養患者数	7.7 件	14.4 件

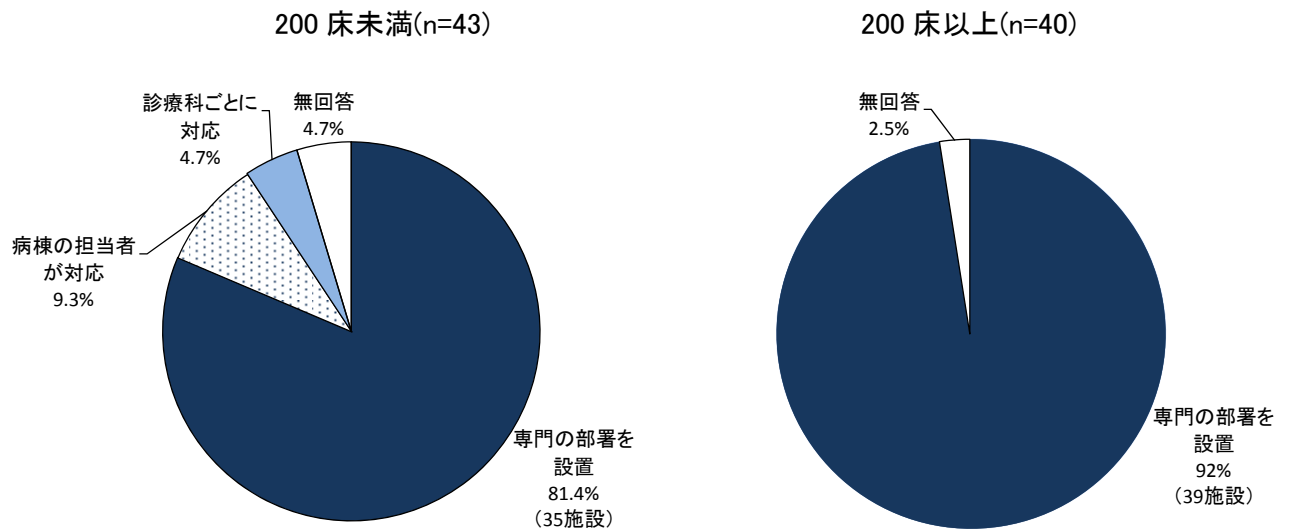
*n 数は、無回答を除いた数

4.5 退院支援の体制

4.5.1 退院調整を行う専門部署の設置状況

退院調整を行う専門部署についてたずねたところ、「専門の部署を設置している」と回答した施設は、「200 床未満」が 81.4%、「200 床以上」が 92.0%であった。「200 床未満」では、「病棟の担当者が対応」が 9.3%、「診療科ごとに対応」が 4.7%存在していた。（図 4.5.1）

図 4.5.1 退院調整を行う専門部署の設置状況



4.5.2 専門部署の職種別配置人員等

表 4.5.1 は、専門部署の職種別の 1 施設当たり配置人数ならびに職種別の実務内容を示している。

「200 床未満」では、全職種の専従と専任の合計が 2.5 人であったが、「200 床以上」では 7.9 人であった。これを職種別にみても、「リハビリテーション職種」を除く「医師」「看護職員」「社会福祉士」「事務職員」の職種において、「200 床以上」の人員は多かった。（表 4.5.1）

表 4.5.1 専門部署における職種別配置人員等

200 床未満(n=33*)

	①+②	専従者数①	専任者数②	実務内容(自由回答)
医師	0.1	0.0	0.1	NA
看護職員	0.5	0.3	0.2	NA
社会福祉士	1.2	0.9	0.3	退院・転院調整、ケアマネ等との連携
リハビリテーション職種	0.1	0.1	0.0	サマリー作成。転院時の情報交換
事務職員	0.6	0.4	0.2	家族面談、入退院受入、病院間の連携
合計	2.5	1.7	0.8	

200 床以上(n=37*)

	①+②	専従者数①	専任者数②	実務内容(自由回答)
医師	0.3	0.1	0.2	NA
看護職員	1.8	1.2	0.6	退院調整・退院支援、訪問看護、療養相談、セカンドオピニオンなど
社会福祉士	2.8	1.8	1.0	退院・転院調整、各種社会福祉制度の相談、ケアマネ等との連携など
リハビリテーション職種	0.0	—	—	—
事務職員	3.1	2.3	0.8	外来調整、医療費相談、病診連携、地域連携など
合計	7.9	5.3	2.6	

注 1) ここでの「専従」とは、勤務時間の 80%以上従事、「専任」とは勤務時間の 80%未満従事している状況。「社会福祉士」には、社会福祉士、精神保健福祉士、社会福祉主事による医療ソーシャルワーカー(MSW)が含まれている。「リハビリテーション職種」には、理学療法士、作業療法士、言語療法士が含まれている。

注 2) 小数点以下を四捨五入しているため、合計と内訳が一致していない。

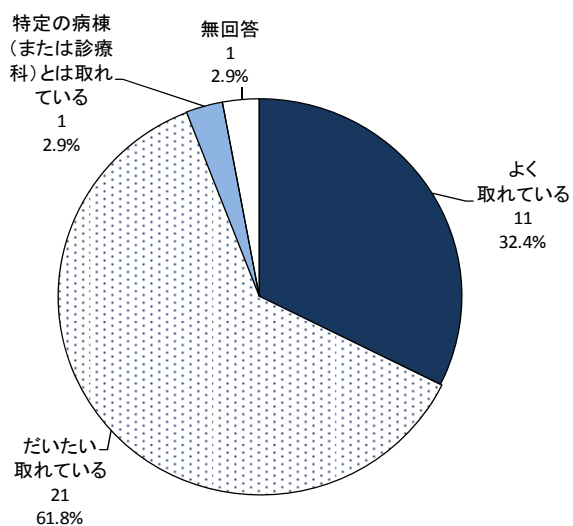
4.5.3 専門部署と病棟や診療科とのコミュニケーションの状況

専門部署と、病棟や診療科とのコミュニケーションの状況をたずねたところ「200床未満」では「だいたい取れている」が61.8%で最も多く、続いて「よく取れている」が32.4%、「特定の病棟（または診療科）とは取れている」が2.9%であった。

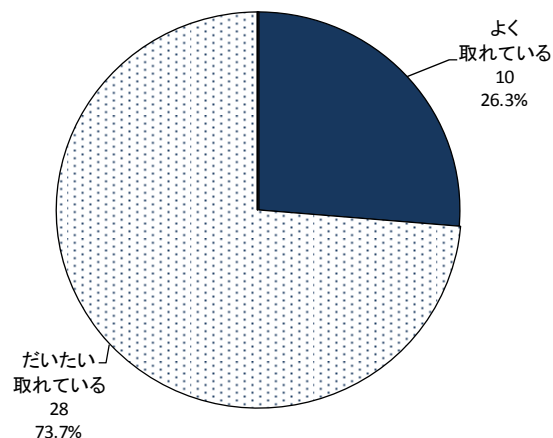
「200床以上」についても、「だいたい取れている」が73.7%で最も多く、続いて「よく取れている」が26.3%であった（図4.5.2）

図 4.5.2 専門部署と病棟や診療科とのコミュニケーション

200 床未満 (n=35)



200 床以上 (n=39)



4.5.4 専門の部署がない病院の状況

表 4.5.2 は、専門の部署がない場合では、「病棟ごとに対応」「診療科ごとに対応」という方法が採られているが、そうした施設で退院調整を行う職種の構成と連絡調整についての回答を整理したものである。

退院調整を行う職種として、「病棟ごとに対応」では、3 施設で「医師」が構成メンバーに含まれていた。また「診療科で対応」では、2 施設とも退院調整を医師が行っていた。

(表 4.5.2)

表 4.5.2 病棟または診療科で、退院調整業務を行う職種等 (n=6)

	施設 ID	退院調整を行う職種の構成 (複数回答可)	他機関との連絡調整はうまく いっていると思うか
病棟ごとに対応 (n=4)	1	医師+看護職員+社会福祉士+リハ職種	ややそう思う
	2	医師+看護職員	ややそう思う
	3	医師	そう思う
	4	看護職員	あまり思わない
診療科で対応 (n=2)	5	医師	ややそう思う
	6	医師	あまり思わない

注) 対象は、全て 200 床未満

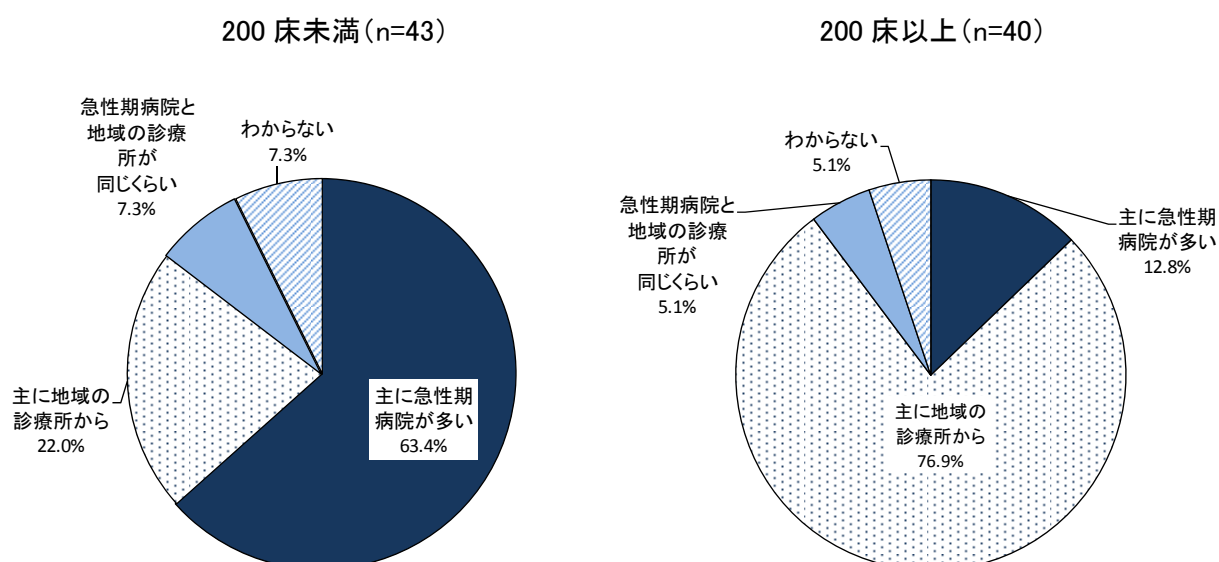
4.6 退院支援における地域連携の状況¹⁰

4.6.1 入院患者の紹介元の状況

入院患者の紹介元をたずねたところ、「200 床未満」では、「主に急性期病院が多い」が最も多く 63.4%を占め、続いて「主に地域の診療所から」が 22.0%、「急性期病院と地域の診療所が同じくらい」が 7.3%などの順であった。

「200 床以上」では、「主に地域の診療所から」が最も多く 76.9%を占め、続いて「主に急性期病院が多い」が 12.8%、「急性期病院と地域の診療所が同じくらい」が 5.1%などの順であった。（図 4.6.1）

図 4.6.1 入院患者の紹介元の状況



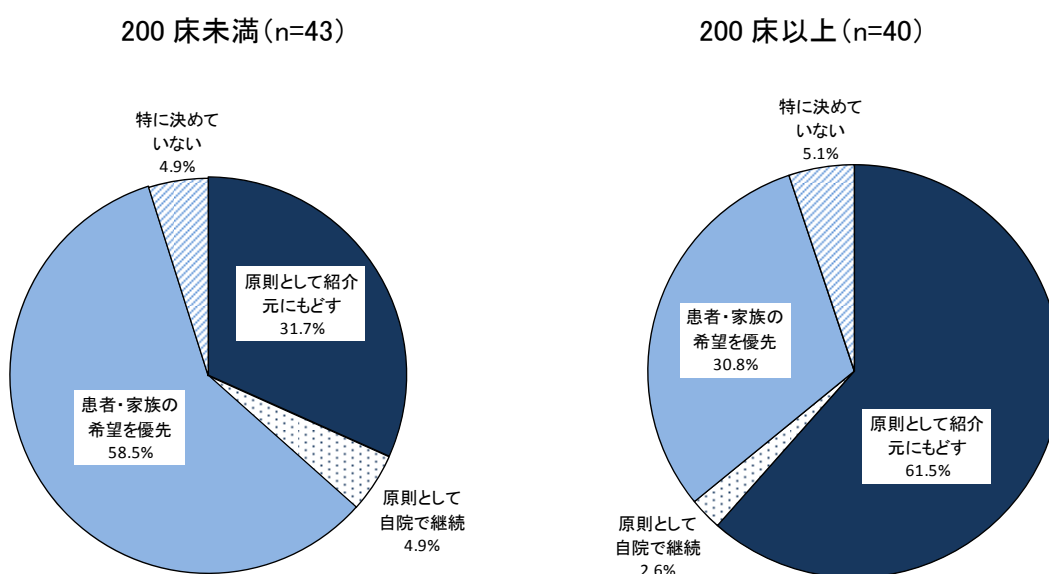
4.6.2 紹介を受けた患者が退院して自宅に戻る場合の方針

紹介を受けた患者が退院して自宅に戻る場合の方針をたずねたところ、「200 床未満」では、「患者・家族の希望を優先」が最も多く 58.5%を占め、続いて「原則として紹介元にもどす」が 31.7%、「原則として自院で継続」「特に決めていない」各々 4.9%の順であった。（図 4.6.2）

¹⁰地域連携の担当者より回答を得ている。

「200 床以上」では、「原則として紹介元にもどす」が最も多く 61.5%を占め、続いて「患者・家族の希望を優先」が 30.8%、「特に決めていない」が 5.1%、「原則として自院で継続」が 2.6%の順であった。(図 4.6.2)

図 4.6.2 紹介を受けた患者が退院して自宅に戻る場合の方針

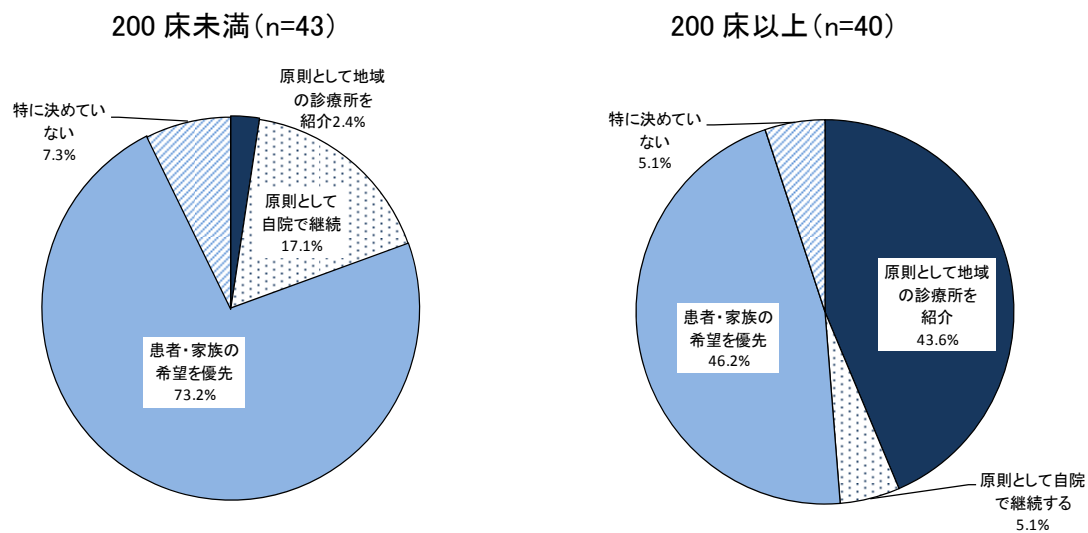


4. 6. 3 紹介を受けていない患者が退院して自宅に戻る場合の方針

紹介を受けていない患者が退院して自宅に戻る場合の方針をたずねたところ、「200 床未満」では、「患者・家族の希望を優先」が最も多く 73.2%を占め、続いて「原則として自院で継続」が 17.1%、「特に決めていない」が 7.3%、「原則として地域の診療所を紹介」が 2.4%の順であった。

「200 床以上」では、「患者・家族の希望を優先」が最も多く 46.2%、続いて「原則として地域の診療所を紹介」が 43.6%、「原則として自院で継続」「特に決めていない」が各々5.1%の順であった。(図 4.6.3)

図 4.6.3 紹介を受けていない患者が退院して自宅に戻る場合の方針



4.7 退院支援のプロセス

4.7.1 直近1か月の新規退院調整依頼件数

調査時期を起点に、直近1か月の新規退院調整依頼件数をたずねたところ、「200床未満」では1施設当たり9.7件、「200床以上」では89.6件であった。（表4.7.1）

表 4.7.1 直近1か月の新規退院調整依頼件数

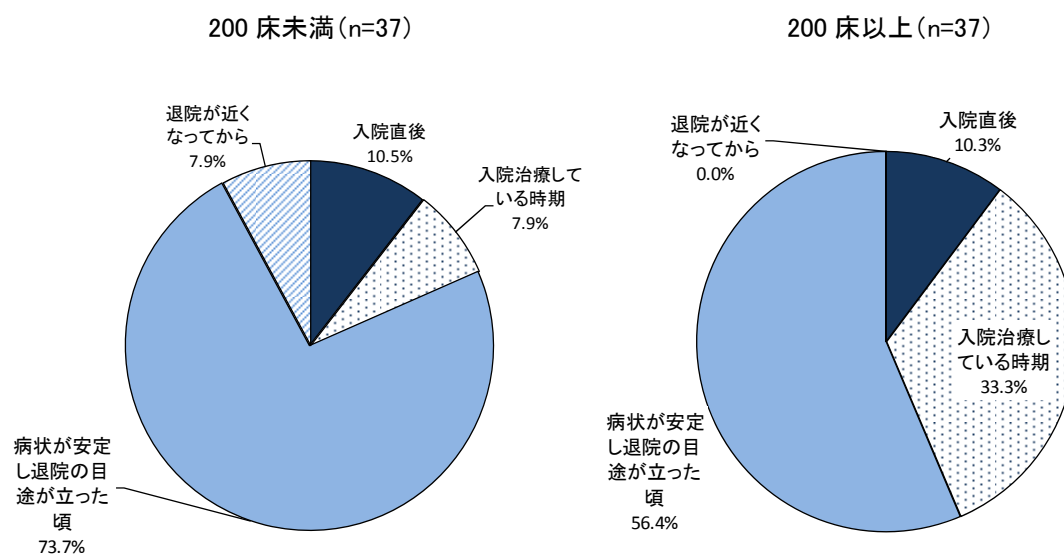
	200床未満(n=36*)	200床以上(n=36*)
新規退院調整依頼件数	9.7件	89.6件

4.7.2 患者や家族に対し、在宅移行について話をする時期

患者や家族に対し、退院に向けて在宅移行について話をする時期について、たずねたところ、「200床未満」では、「病状が安定し退院の目途が立った頃」が73.7%で最も多く、続いて「入院直後」が10.5%、「入院治療している時期」「退院が近くなってから」が各々7.9%の順であった。

「200床以上」では、「病状が安定し退院の目途が立った頃」が56.4%で最も多く、続いて「入院治療している時期」33.3%、「入院直後」が10.3%の順であった。「退院が近くなってから」は0.0%であった。（図4.7.1）

図 4.7.1 患者や家族に対し、在宅移行について話をする時期

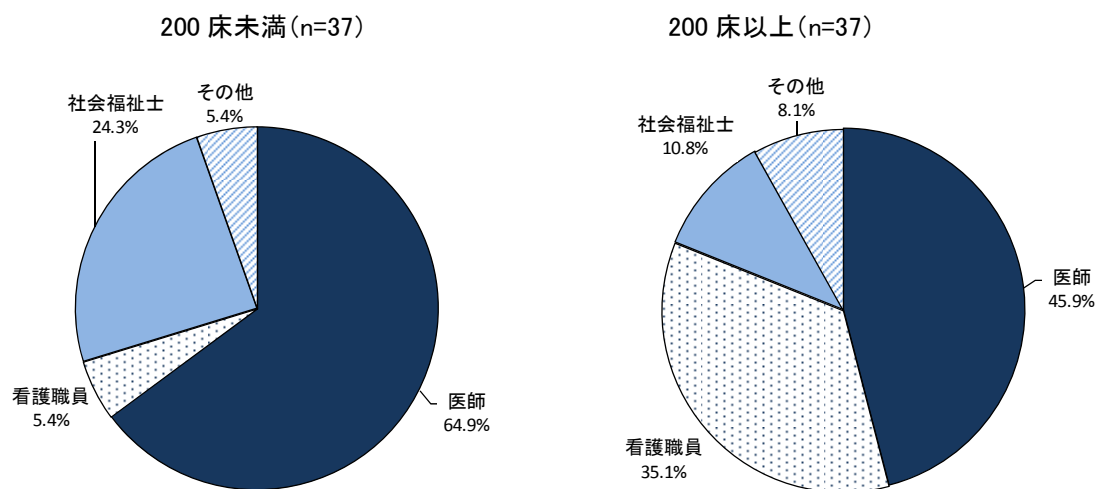


担当している職種

患者や家族に対し、退院に向けて在宅移行について話をする場合の職種をたずねたところ、「200 床未満」では、「医師」が 64.9%で最も多く、続いて「社会福祉士」が 24.3%、「看護職員」「その他」が各々 5.4%の順であった。

「200 床以上」では、「医師」が 45.9%で最も多く、続いて「看護職員」35.1%、「社会福祉士」が 10.8%などの順であった。（図 4.7.2）

図 4.7.2 担当している職種



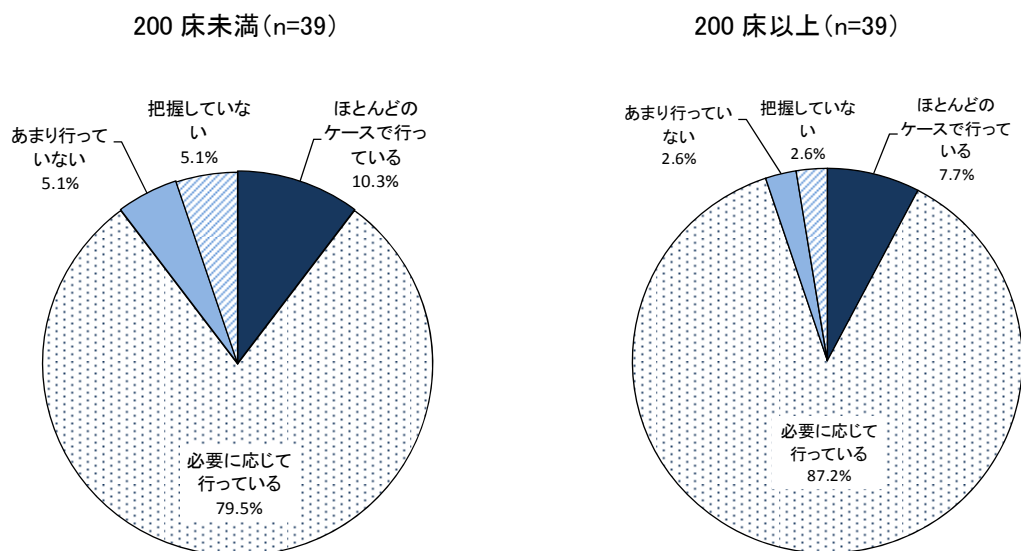
4.7.3 ケアマネジャーとの連携

介護サービス提供事業所の情報共有や退院後に利用できるサービスなどの調整や指導を、地域のケアマネジャーと連携して行っているかをたずねた。

「200 床未満」では、「必要に応じて行っている」が 79.5%で最も多く、続いて「ほとんどのケースで行っている」が 10.3%、「あまり行っていない」「把握していない」が各々 5.1%の順であった。

「200 床以上」では、「必要に応じて行っている」が 87.2%で最も多く、続いて「ほとんどのケースで行っている」が 7.7%、「あまり行っていない」「把握していない」が各々 2.6%の順であった。（図 4.7.3）

図 4.7.3 ケアマネジャーとの連携－サービスの調整等の実施状況



さらに、200 未満の病院について、退院調整部門の有無別にサービス調整の実施状況をみると、「退院調整部門あり」では「ほとんどのケースで行っている」と「必要に応じて行っている」の合計が 91.4%であったが、「退院調整部門なし」では、50.0%であった。(表 4.7.2)

表 4.7.2 ケアマネジャーとの連携－サービスの調整等の実施有無

－退院調整部門の有無別、200 床未満

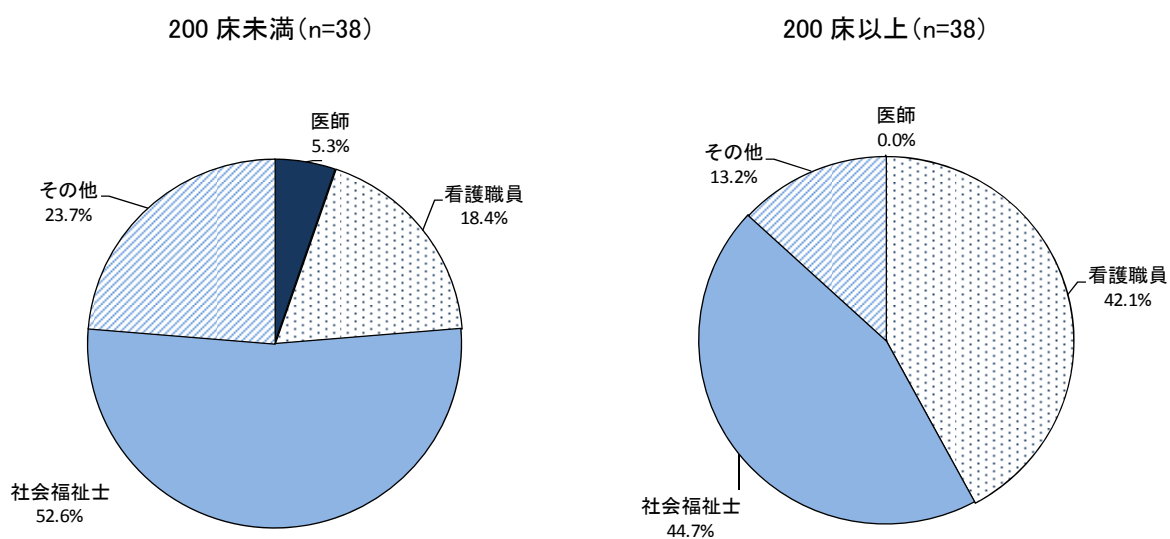
	ほとんどのケースで 行っている①	必要に応じて 行っている②	合計 ①+②
退院調整部門あり(n=35)	8.6%	82.9%	91.4%
退院調整部門なし(n=6)	16.7%	33.3%	50.0%

担当している職種

ケアマネジャーとの連携の際に、主に担当する職種をたずねたところ、「200 床未満」では、「社会福祉士」が 52.6%で最も多く、続いて「その他」が 23.7%、「看護職員」が 18.4%、「医師」が 5.3%の順であった。

「200 床以上」では、「社会福祉士」が 44.7%で最も多く、続いて「看護職員」42.1%、「その他」が 13.2%、「医師」は 0.0%の順であった。（図 4.7.4）

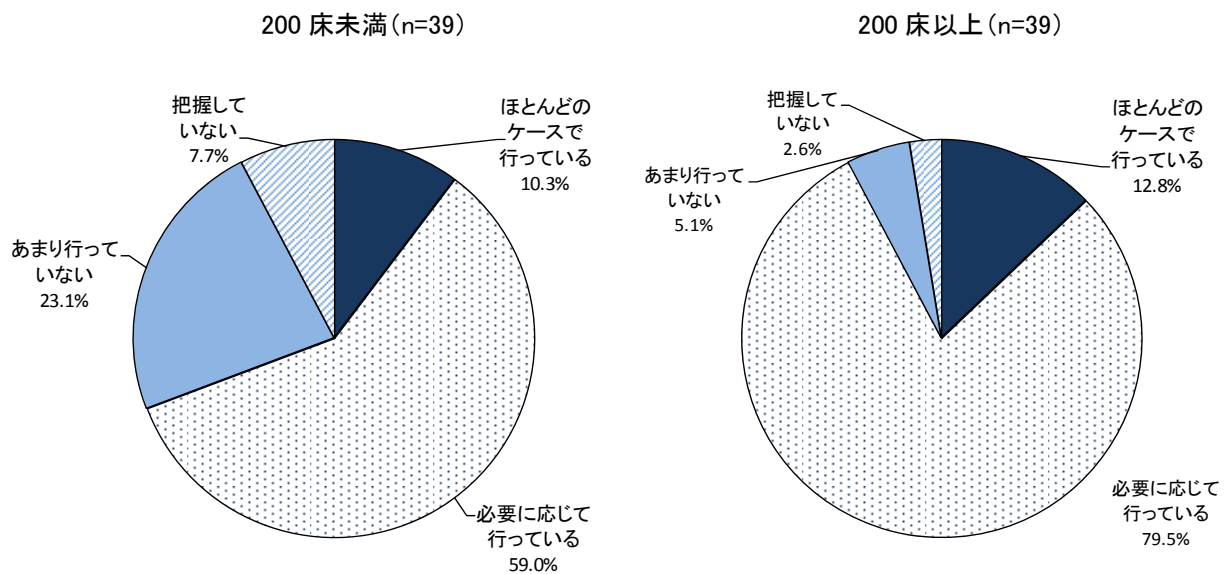
図 4.7.4 担当している職種



4.7.4 カンファレンスの開催

関係者が一堂に会したカンファレンスの開催状況をたずねたところ、「200 床未満」では、「必要に応じて行っている」が 59.0%で最も多く、続いて「あまり行っていない」が 23.1%、「ほとんどのケースで行っている」が 10.3%、「把握していない」が 7.7%の順であった。「200 床以上」では、「必要に応じて行っている」が 79.5%で最も多く、続いて「ほとんどのケースで行っている」が 12.8%、「あまり行っていない」が 5.1%、「把握していない」が 2.6%の順であった。(図 4.7.5)

図 4.7.5 関係者が一堂に会したカンファレンスの開催状況



さらに、200 未満の病院について、退院調整部門の有無別にみると、「退院調整部門あり」では「ほとんどのケースで行っている」と「必要に応じて行っている」の合計が 71.4%であったが、「退院調整部門なし」では、33.3%であった。(表 4.7.3)

表 4.7.3 関係者が一堂に会したカンファレンスの開催状況

－退院調整部門の有無別、200 床未満

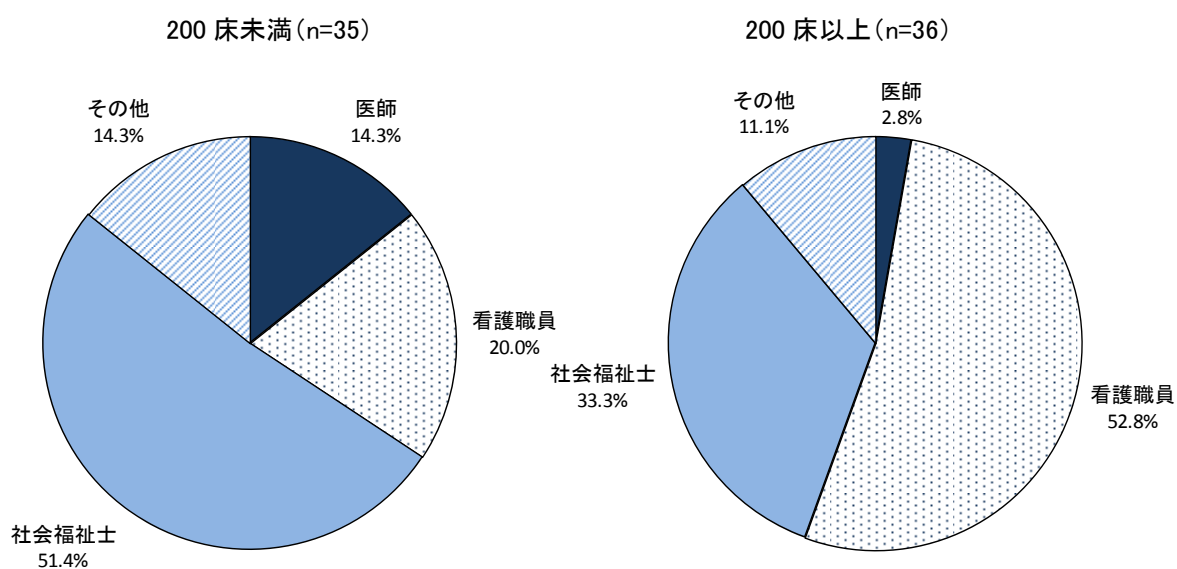
	ほとんどのケースで 行っている①	必要に応じて 行っている②	合計 ①+②
退院調整部門あり(n=35)	8.6%	62.9%	71.4%
退院調整部門なし(n=6)	16.7%	16.7%	33.3%

担当している職種

カンファレンスを開催する際、主に担当する職種をたずねたところ、「200 床未満」では、「社会福祉士」が 51.4%で最も多く、続いて「看護職員」が 20.0%、「医師」「その他」が各々14.3%の順であった。

「200 床以上」では、「看護職員」が 52.8%で最も多く、続いて「社会福祉士」33.3%、「その他」が 11.1%、「医師」は 2.8%の順であった。（図 4.7.6）

図 4.7.6 担当している職種

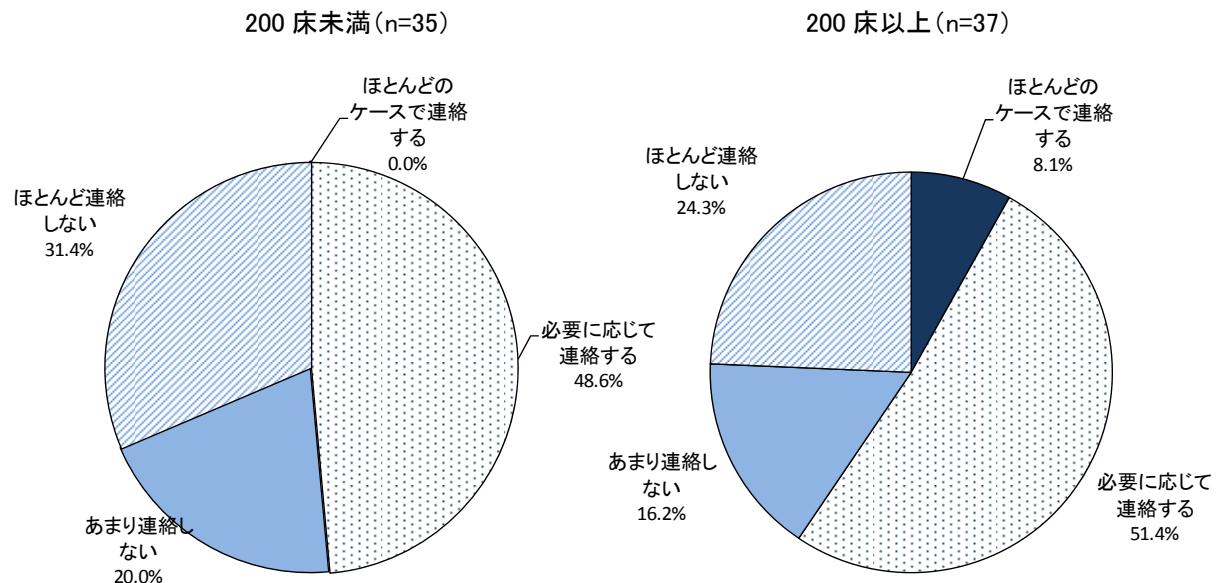


4.7.5 カンファレンスの開催時におけるかかりつけ医への連絡

カンファレンスの開催時において、かかりつけ医にどの程度連絡をしているかをたずねたところ、「200 床未満」では、「必要に応じて連絡する」が 48.6%で最も多く、続いて「ほとんど連絡しない」が 31.4%、「あまり連絡しない」が 20.0%、「ほとんどのケースで連絡する」が 0.0%の順で、連絡をしない回答が半数を占めていた。

「200 床以上」では、「必要に応じて連絡する」が 51.4%で最も多く、続いて「ほとんど連絡しない」が 24.3%、「あまり連絡しない」が 16.2%、「ほとんどのケースで連絡する」が 8.1%の順であった。連絡をする施設が半数を超えていたが、連絡をしない施設が約 4 割を占めていた。(図 4.7.7)

図 4.7.7 カンファレンスの開催時におけるかかりつけ医への連絡



4.7.6 カンファレンスを行えない場合の代替手段

カンファレンスを行えない場合の代替手段については、「200 床未満」では「電話のみ」が 58.3%、続いて「電話＋ファックス」が 27.8%、「ファックスのみ」が 11.1%であった。「電話＋ファックス＋メール」が 2.8%にとどまっていた。

「200 床以上」では「電話のみ」が 42.1%、続いて「電話＋ファックス」が 39.5%、「電話＋ファックス＋その他（看護サマリーや診療情報提供書等の提供等）」が 7.9%、「電話＋その他（看護サマリーや診療情報提供書等の提供等）」が 5.3%の順であった。

（表 4.7.4）

表 4.7.4 カンファレンスを行えない場合の代替手段

連絡手段	200 床未満		200 床以上	
	施設数	割合	施設数	割合
電話のみ	21	58.3%	16	42.1%
ファックスのみ	4	11.1%	1	2.6%
メールのみ	0	0.0%	1	2.6%
電話＋ファックス	10	27.8%	15	39.5%
電話＋ファックス＋メール	1	2.8%	0	0.0%
電話＋その他	0	0.0%	2	5.3%
電話＋ファックス＋その他	0	0.0%	3	7.9%

注）「その他」の手段とは、看護サマリー、診療情報提供書等の提供や、個々に行う面談などであった。

4.7.7 退院支援時の多職種連携に関する診療報酬点数の請求状況

2011 年 4 月から 12 月までの期間の、退院支援時の多職種連携に関する診療報酬点数の請求状況を表 4.7.5 に示している。

「介護支援連携指導料」の算定については、「200 床未満」では、30.0%（12 施設）が算定しており、1 施設当たり平均 4.2 件／月であった。「200 床以上」では、67.6%（25 施設）が算定し、1 施設当たり平均 13.8 件／月であった。

「退院時共同指導料 2」の同時期の算定については、「200 床未満」では 7.5%（3 施設）が算定し、9 か月間の 1 施設当たり算定件数が 2.7 件、「200 床以上」が 48.6%（18 施設）が算定し、1 施設当たり算定件数が 13.6 件であった。

「2000 点」の 9 か月間の算定については、「200 床未満」0.0 件、「200 床以上」が 1.3 件であり、「300 点」の算定が多数を占めていた。（表 4.7.5）

表 4.7.5 退院支援時の多職種連携に関する主な診療報酬点数の請求状況

	200 床未満 (n=40*)	200 床以上 (n=37*)
介護支援連携指導料 (B005-1-2)	n=12 (30.0%)	n=25 (67.6%)
算定件数 (4 月～12 月) ①	37.7 件	124.5 件
1 か月平均算定件数 (①÷9)	4.2 件/月	13.8 件/月
退院時共同指導料 2 (B005)	n= 3 (7.5%)	n=18 (48.6%)
算定件数 (4 月～12 月)	2.7 件	13.6 件
〔再掲〕 300 点	2.7 件	13.3 件
〔再掲〕2000 点	0.0 件	1.3 件

注) 2011 年 4～12 月までの実績

4.8 退院支援における連携機関との連携

4.8.1 連携の必要性を感じている関係機関

表 4.8.1 は、退院支援時に連携の必要性を感じている該当機関として選択した施設数の割合（選択率）を、関係機関ごとに示したものである。

「200 床未満」の施設数の比率をみると、「病院」が 83.7%で最も多く、続いて「居宅介護支援事業所」が 79.1%、「地域包括支援センターまたは在宅介護支援センター」が 74.4%、「介護老人保健施設」および「特定施設」が 72.1%などの順であった。最も比率が低かった「保健所(保健センター)の保健師」では、30.2%であった。

「200 床以上」では、「地域包括支援センターまたは在宅介護支援センター」が 87.5%で最も多く、続いて「居宅介護支援事業所」が 85.0%、「訪問看護ステーション」が 82.5%、「病院」および「介護老人保健施設」が 80.0%などの順であった。最も比率が低かった「訪問リハビリテーション」では、60.0%であった。

表 4.8.1 連携の必要性を感じている関係機関－病床規模別（n=83、複数回答）

順位	200 床未満 (n=43)		順位	200 床以上 (n=40)	
	連携機関	選択率		連携機関	選択率
1	病院	83.7%	1	地域包括支援センター等	87.5%
2	居宅介護支援事業所	79.1%	2	居宅介護支援事業所	85.0%
3	地域包括支援センター等	74.4%	3	訪問看護ステーション	82.5%
4	介護老人保健施設	72.1%	4	病院	80.0%
5	特定施設	72.1%	5	介護老人保健施設	80.0%
6	訪問看護ステーション	67.4%	6	行政の福祉担当者	77.5%
7	行政の福祉担当者	67.4%	7	特定施設	77.5%
8	訪問リハビリテーション	46.5%	8	介護療養型医療施設	72.5%
9	介護療養型医療施設	46.5%	9	保健所(保健センター)の保健師	70.0%
10	保健所(保健センター)の保健師	30.2%	10	訪問リハビリテーション	60.0%

さらに、200 床未満について、「退院調整部門あり」となしの別でみると、「退院調整部門」では「居宅介護支援事業所」が最も多く 91.4%、続いて「病院」が 88.6%、「地域包括ケアセンター等」「介護老人保健施設」が各々 80.0 などの順であった。「退院調整部門なし」では、「病院」が 83.3%、「特定施設」「地域包括ケアセンター等」「行政の福祉担当者」が各々 66.7%などの順であった。

また、「介護療養型医療施設」を除くすべての連携機関について、「退院調整部門なし」と比べて「退院調整部門あり」の連携意識（選択率）のほうが高かった。特に、在宅ケアに関連する事業所との連携意識については、「居宅介護支援事業所」が、「退院調整部門あり」91.4%に対し「退院調整部門なし」33.3%、「地域包括支援センター等」が「退院調整部門あり」80.0%に対し「退院調整部門なし」66.7%、「訪問看護ステーション」が、「退院調整部門あり」74.3%に対し「退院調整部門なし」50.0%、「訪問リハビリテーション」が「退院調整部門あり」51.4%に対し「退院調整部門なし」33.3%で、選択率の差が顕著であった。（表 4.8.2）

表 4.8.2 連携の必要性を感じている関係機関
退院調整の有無別、200 床未満 (n=41、複数回答)

順位	退院調整部門あり (n=35)	選択率	順位	退院調整部門なし (n=6)	選択率
	連携機関			連携機関	
1	居宅介護支援事業所	91.4%	1	病院	83.3%
2	病院	88.6%	2	特定施設	66.7%
3	地域包括ケアセンター等	80.0%	3	地域包括ケアセンター等	66.7%
4	介護老人保健施設	80.0%	4	行政の福祉担当者	66.7%
5	特定施設	77.1%	5	訪問看護ステーション	50.0%
6	訪問看護ステーション	74.3%	6	介護老人保健施設	50.0%
7	行政の福祉担当者	71.4%	7	保健所(保健センター)の保健師	33.3%
8	訪問リハビリテーション	51.4%	8	訪問リハビリテーション	33.3%
9	介護療養型医療施設	51.4%	9	居宅介護支援事業所	33.3%
10	保健所(保健センター)の保健師	31.4%	10	介護療養型医療施設	33.3%

4.8.2 実際に連携している関係機関

表 4.8.3 は、関係機関ごとに、退院支援時に連携の必要性を感じていると回答した施設数に対する実際に連携している施設数の割合（連携実施率）を示したものである。

「200 床未満」では、「行政の福祉担当者¹¹」が最も多く 89.7%、続いて「地域包括支援センター等¹²」が 87.5%、「介護療養型医療施設」が 85.0%、「病院」が 83.3%などの順であった。最も低い割合を示していたのは、「訪問リハビリテーション」であり、65.0%であった。

「200 床以上」では、「居宅介護支援事業所」が最も多く 94.1%、続いて「訪問看護ステーション」が 93.9%、「介護療養型医療施設」が 93.1%、「病院」および「介護老人保健施設」が各々90.6% などの順であった。最も低い割合を示していたのは、「訪問リハビリテーション」であり、66.7%であった。

表 4.8.3 実際に連携している施設数の割合（連携実施率）

NO.	200 床未満 連携機関	連携実施率	NO.	200 床以上 連携機関	連携実施率
1	行政の福祉担当者	89.7%	1	居宅介護支援事業所	94.1%
2	地域包括支援センター等	87.5%	2	訪問看護ステーション	93.9%
3	介護療養型医療施設	85.0%	3	介護療養型医療施設	93.1%
4	病院	83.3%	4	病院	90.6%
5	介護老人保健施設	77.4%	5	介護老人保健施設	90.6%
6	保健所等の保健師	76.9%	6	行政の福祉担当者	90.3%
7	居宅介護支援事業所	76.5%	7	特定施設	90.3%
8	特定施設	74.2%	8	地域包括支援センター等	88.6%
9	訪問看護ステーション	69.0%	9	保健所（保健センター）の保健師	82.1%
10	訪問リハビリテーション	65.0%	10	訪問リハビリテーション	66.7%

¹¹ ケースワーカーなど

¹² 在宅介護支援センターも含まれる

4.9 在宅医療の取組みに関する自院の評価

図 4.9.1 は、在宅医療の取組みに関する 11 項目について、自院の評価の内訳を示したものである。

「できている」と「まあできている」の割合の合計をみると、「地域連携における退院調整機能」が最も多く計 61.5%、「在宅医療材料や薬剤の供給体制」が 45.8%、「院外スタッフも含めた合同の退院時カンファレンス」が 45.7%などの順であった。一方で、最も少なかった順に、「自院の在宅医療への取組みに関する地域住民の理解促進」が 14.5%、続いて「在宅医療に従事する医師の確保」が 16.8%、「24 時間体制を維持するための病診連携の確保」が 19.2%などとなっていた。

図 4.9.1 在宅医療の取組みに関する自院の評価(n=83)- 全体

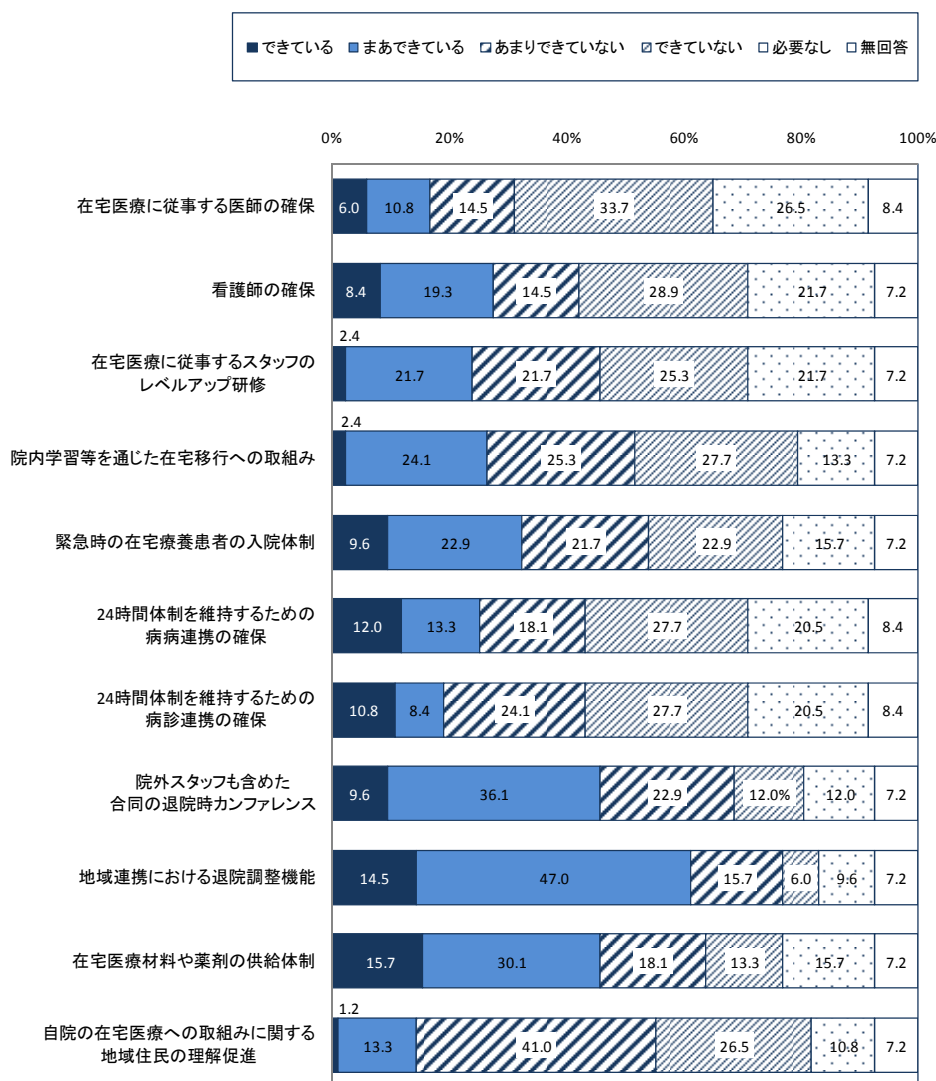


図 4.9.2 は、項目ごとに取組みが「できている（計）¹³」と「できていない（計）¹⁴」の割合を、病床規模別に比較したものである。

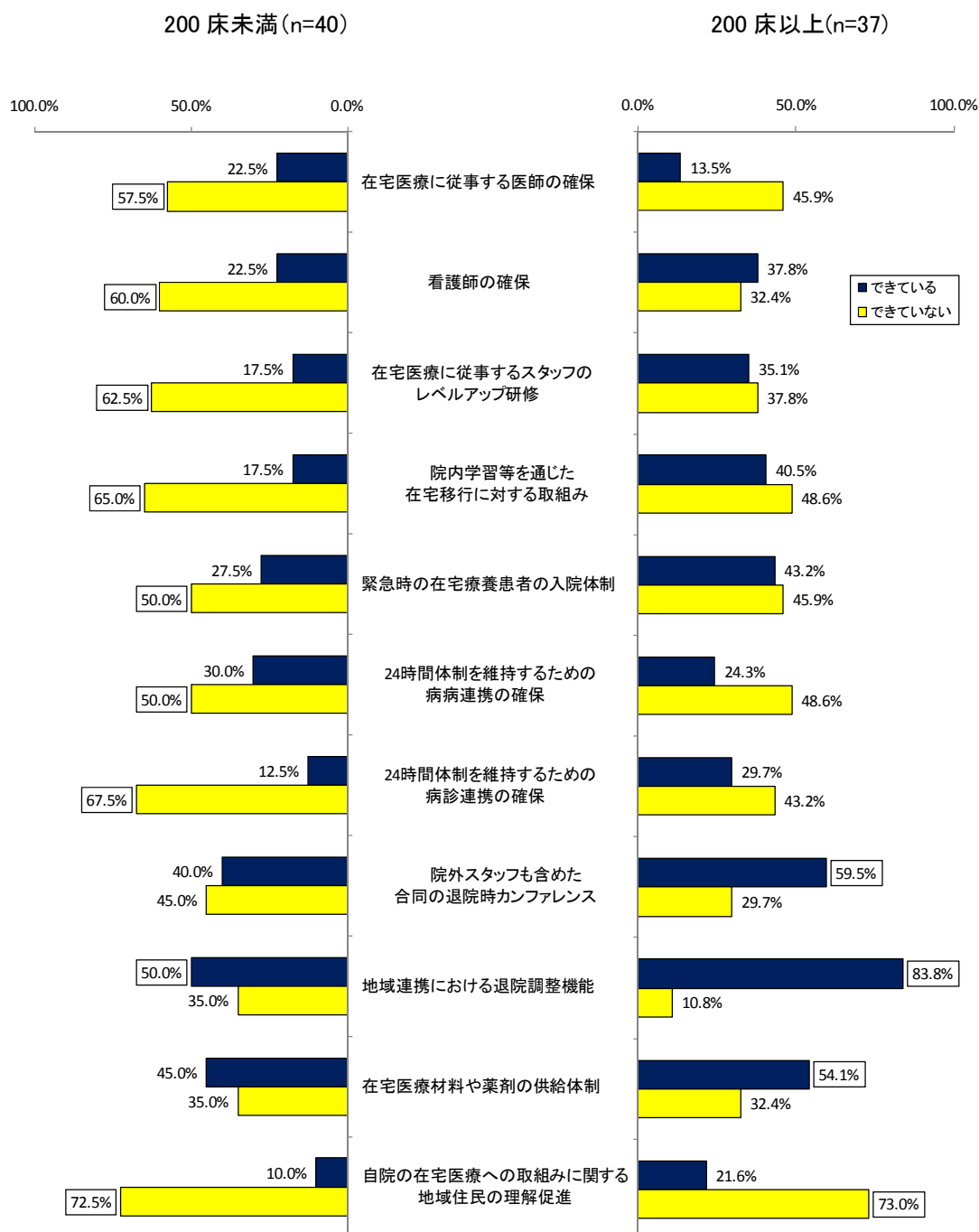
「200 床未満」の「できている（計）」に着目すると、「地域連携における退院調整機能」が 50.0%と最も多く、続いて「在宅医療材料や薬剤の供給体制」が 45.0%、「院外スタッフも含めた合同の退院時カンファレンス」が 40.0%などの順であった。「できていない（計）」でみると、「自院の在宅医療への取組みに関する地域住民の理解促進」が最も多く 72.5%であり、続いて「24 時間体制を維持するための病診連携の確保」が 67.5%、「院内学習等を通じた在宅移行に対する取組み」が 65.0%、「在宅医療に従事するスタッフのレベルアップ研修」が 62.5%、「看護職員の確保」が 60.0%、「在宅医療に従事する医師の確保」が 57.5%、「緊急時の在宅療養患者の入院体制」「24 時間体制を維持するための病病連携の確保」についても 50.0%であった。

「200 床以上」の「できている（計）」に着目すると、最も高い割合を示した「地域連携における退院調整機能」が 83.8%であり、「200 床未満」と比べて 30 ポイント以上多かった。続いて「院外スタッフも含めた合同の退院時カンファレンス」が 59.5%、「在宅医療材料や薬剤の供給体制」が 54.1%などの順であった。「できていない（計）」でみると、「200 床未満」と同様に「自院の在宅医療への取組みに関する地域住民の理解促進」が最も多く 73.0%であった。続いて、「院内学習等を通じた在宅移行に対する取組み」「24 時間体制を維持するための病病連携の確保」が 48.6%、「在宅医療に従事する医師の確保」「緊急時の在宅療養患者の入院体制」が 45.9%などの順であった。

¹³ 「できている」と「まあできている」の割合の合計。

¹⁴ 「あまりできていない」と「できていない」の割合の合計。

図 4.9.2 在宅医療の取組みに関する自院の評価(n=83、複数回答)–病床規模別



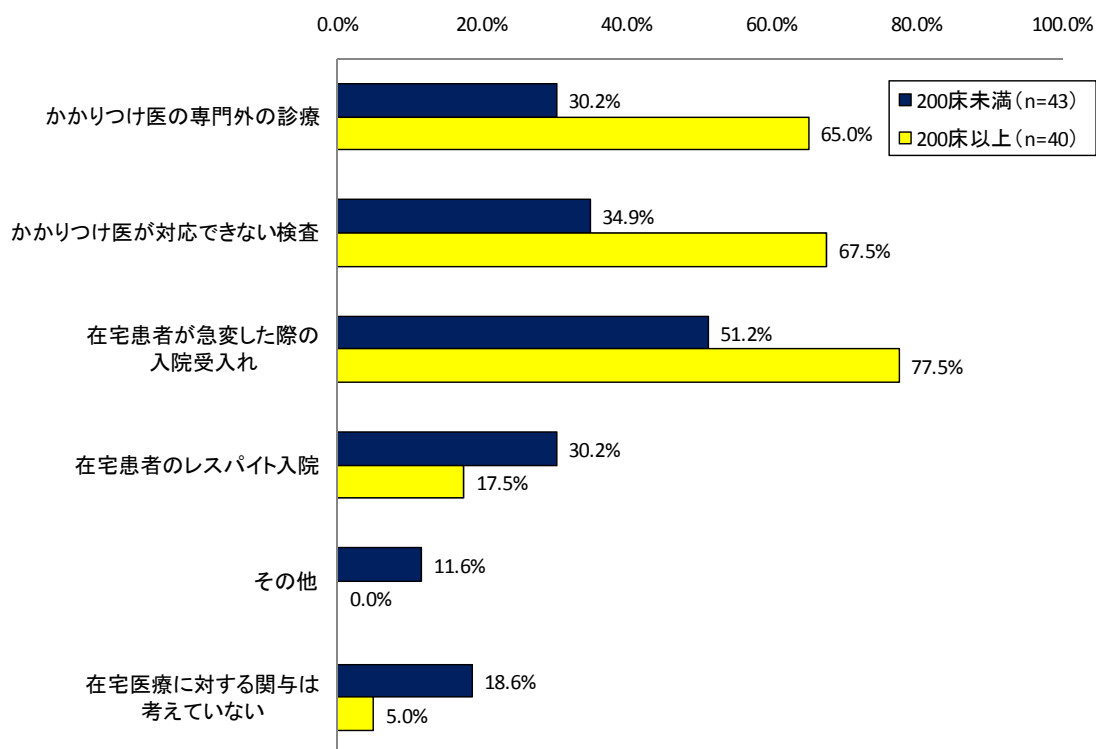
4.10 在宅医療の後方支援に関する方針

図 4.10.1 は、在宅医療の後方支援に関する方針について、病床規模別に示したものである。

「200 床未満」では「在宅患者が急変した際の入院受入れ」が最も多く 51.2%、続いて「かかりつけ医が対応できない検査」が 34.9%、「かかりつけ医の専門外の診療」「在宅患者のレスパイト入院」が各々 30.2%、「在宅医療に対する関与は考えていない」が 18.6%の順であった。

「200 床以上」では「在宅患者が急変した際の入院受入れ」が最も多く 77.5%、続いて「かかりつけ医が対応できない検査」が 67.5%、「かかりつけ医の専門外の診療」が 65.0%、「在宅患者のレスパイト入院」が 17.5%の順であった。

図 4.10.1 在宅医療のスタンスならびに今後の方針 (n=83、複数回答)



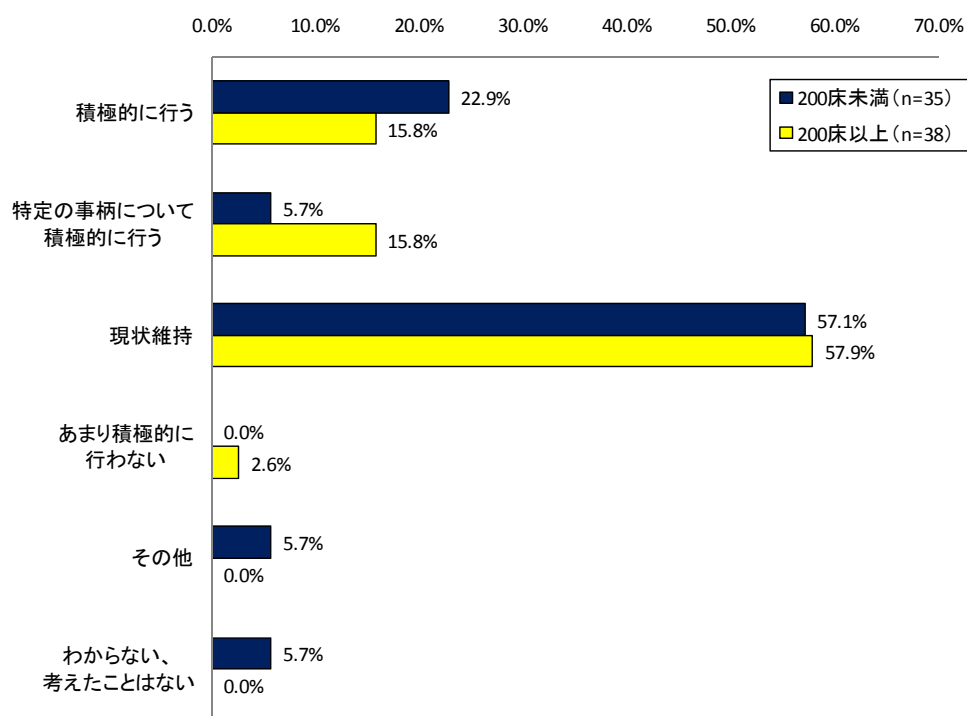
4.11 今後の予定

図 4.11.1 は、在宅医療の後方支援に関して、今後どのように関わっていく予定かを、病床規模別に示したものである。

「200 床未満」では、「現状維持」が 57.1%、「積極的に行う」22.9%、「特定の事柄について積極的に行う」「わからない、考えたことはない」が 5.7%であった。

「200 床以上」では、「現状維持」が 57.9%、「積極的に行う」「特定の事柄について積極的に行う」が各々15.8%、「あまり積極的に行わない」が 2.6%であった。

図 4.11.1 今後の予定 (n=73)



4.12 調査結果のまとめ

4.12.1 病院のプロフィール

(1) 二次医療圏別にみた施設数

二次医療圏別に病院数は、「賀茂」4施設、「熱海伊東」5施設、「駿東田方」18施設、「富士」7施設、「静岡」13施設、「志太榛原」5施設、「中東遠」8施設、「西部」18施設であった。

(2) 病床規模別の施設数の構成比

200床を区切りとした病床規模別にみると、「200床未満」が51.8%、「200床以上」が48.2%であった。

(3) 病床種類別の病床保有率

「200床未満」では「医療療養病床」58.1%、「一般病床」41.9%、「介護療養病床」14.0%などの順であった。一方、「200床以上」では、「一般病床」82.5%、「精神科病床」25.0%、「回復期リハ病床」17.5%などの順であった。

(4) 主な病院機能

「200床未満」のうち、「地域医療支援病院」2施設、「在宅療養支援病院」3施設であった。「200床以上」のうち、「特定機能病院」2施設、「地域医療支援病院」16施設、「DPC対象病院」27施設であった。

(5) 開設主体別にみた施設数の構成比

「200床未満」では、「医療法人」72.1%、「財団法人・社団法人」11.6%、「個人」4.7%などの順であった。「200床以上」では、「市町村」37.5%、「医療法人」12.5%、「公的」10.0%などの順であった。

(6) 2011年4月から12月までの1施設当たりの入退院患者数

「200床未満」の入院が909.3人、退院が400.7人であった。「200床以上」の入院が5244.7人、退院が5050.8人であった。

(7) 併設事業および施設の併設率、併設事業の内容

併設率は、「200床未満」81.4%、「200床以上」52.5%であった。併設事業等の内訳は「200床未満」では、「通所リハ」「居宅介護支援」「介護老人保健施設」が17施設、「訪問看護ステーション」14施設、「訪問リハ」12施設などの順であった。「200床以上」では、「訪問看護ステーション」12施設、「居宅介護支援」10施設、「通所リハ」8施設などの順であった。

4.12.2 在宅医療の実施状況

(1) 訪問診療

実施している施設数をみると、「200 床未満」が 11 施設（25.6%）、「200 床以上」が 5 施設（12.5%）であった。2011 年 4 月から 12 月の期間の 1 施設あたりの訪問件数は、「200 床未満」44.1 件、「200 床以上」26.2 件であった。

(2) 緊急往診

実施している施設数をみると、「200 床未満」では、5 施設（11.6%）、「200 床以上」では 1 施設（2.5%）であった。2011 年 4 月から 12 月の期間の 1 施設あたりの緊急往診件数では、「200 床未満」が 6.0 件、「200 床以上」では 14.0 件であった。

(3) 看取り

実施している施設数をみると、「200 床未満」が 9 施設（81.8%）、「200 床以上」が 3 施設（60.0%）であった。2011 年 4 月から 12 月までの在宅看取り件数をみると、「200 床未満」では、計 4.8 件で、そのうち 3.7 件が自宅、1.1 件が自宅以外での看取りであった。「200 床以上」では、計 15.7 件であり、そのうち 10.7 件が自宅、5.0 件が自宅以外であった。

(4) 在宅医療に従事する医師数

実人数ベースでみると、「200 床未満」では 1 施設あたり 1.9 人、「200 床以上」では、4.0 人であった。常勤換算ベースでは、「200 床未満」が 1.6 人であった。

(5) 連携診療所数

「200 床未満」11 施設のうち、連携診療所があったのは 5 施設であり、1 施設当たり 2.2 施設であった。「200 床以上」では、5 施設のうち 1 施設のみであり、1 施設当たりの連携数が 3.0 施設であった。連携診療所が対応困難な時の連携方法については、「200 床未満」では、「電話対応のみ」2 施設、「電話と往診の両方」3 施設、「200 床以上」1 施設が、「電話対応のみ」であった。

4.12.3 緊急一時入院

(1) 在宅患者の緊急一時入院の受入状況

緊急一時入院の受入れを行っている「200 床未満」が 48.8%（21 施設）、「200 床以上」が 60.0%（24 施設）であった。確保できる 1 施設あたりの病床数は、「200 床未満」2.0 床、「200 床以上」2.1 床であった。2011 年 4 月から 12 月までの 1 施

設当たりの入院受入数は、「200 床未満」5.5 件、「200 床以上」1.2 件であった。

(2) 在宅患者の緊急一時入院の相談窓口

「200 床未満」「200 床以上」とともに、相談窓口として「地域連携室で対応」が 15 施設、16 施設と多数を占めた。「その疾患の外来窓口」が、「200 床未満」2 施設、「200 床以上」3 施設、「その他（医療相談室）」が「200 床未満」1 施設であった。

(3) 在宅患者の受入れの方針

病床の空き状況により受入れる方針の施設が、「200 床未満」で 85.7%、「200 床以上」では 79.2%であった。また、条件付きも含めて常に受け入れできる方針の施設の比率は、「200 床未満」が 9.6%、「200 床以上」が 20.8%であり、病床規模間で 10 ポイント以上の差が見られていた。

(4) 連携医療機関数

「在宅療養支援診療所(在支診)」が「200 床未満で 2.1 施設、「在支診以外の診療所」が 3.8 施設、「在宅療養支援病院(在支病)」が 0.1 施設、「在支病以外の病院」が 2.9 施設であった。

4.12.4 レスパイト入院の状況

「200 床未満」も「200 床以上」も、ともに「実施していない」が約 7 割を占め、「実施している」が約 2 割、「実施していないが検討中」が約 5%であった。確保できる 1 施設当たりの病床数は、「200 床未満」1.5 床、「200 床以上」1.0 床であった。

2011 年 4 月から 12 月までの期間に受入れた患者数は、「200 床未満」が 7.7 件、「200 床以上」が 14.4 件であった。

4.12.5 退院支援の体制

(1) 退院調整を行う専門部署の設置状況

専門の部署を設置している施設の比率は、「200 床以上」81.4%、「200 床未満」92.0%であった。なお、「200 床未満」のみ、「病棟の担当者が対応」9.3%、「診療科ごとに対応」4.7%が存在した。また、専門部署における全職種の従事者総数は、「200 床未満」では、平均 2.5 人であったが、「200 床以上」では平均 7.9 人であった。

(2) 専門部署と、病棟や診療科とのコミュニケーション

病棟や診療所とのコミュニケーションが「だいたい取れている」施設が、「200 床未満」61.8%、「200 床以上」73.7%であり、多数を占めていた。

4.12.6 退院支援における地域連携の状況

(1) 入院患者の紹介状況

「200 床未満」では、「主に急性期病院が多い」63.4%、「主に地域の診療所から」22.0%、「急性期病院と地域の診療所が同じくらい」7.3%などの順であった。「200 床以上」では、「主に地域の診療所から」76.9%、「主に急性期病院が多い」12.8%、「急性期病院と地域の診療所が同じくらい」5.1%などの順であった。

(2) 紹介を受けた患者が退院して自宅に戻る場合の方針

「200 床未満」では、「患者・家族の希望を優先」58.5%、「原則として紹介元にもどす」31.7%、「原則として自院で継続」「特に決めていない」各々4.9%の順であった。「200 床以上」では、「原則として紹介元にもどす」61.5%、「患者・家族の希望を優先」30.8%、「特に決めていない」5.1%、「原則として自院で継続」2.6%の順であった。

(3) 紹介を受けていない患者が退院して自宅に戻る場合の方針

「200 床未満」では、「患者・家族の希望を優先」73.2%、「原則として自院で継続」17.1%、「特に決めていない」7.3%、「原則として地域の診療所を紹介」2.4%の順であった。「200 床以上」では、「患者・家族の希望を優先」46.2%、「原則として地域の診療所を紹介」43.6%、「原則として自院で継続」「特に決めていない」が各々5.1%の順であった。

4.12.7 退院支援のプロセス

(1) 患者や家族に対し、退院に向けて在宅移行について話をする時期

「200 床未満」では、「病状が安定し退院の目途が立った頃」73.7%、「入院直後」10.9%、「入院治療している時期」「退院が近くなってから」が各々7.9%の順であった。「200 床以上」では、「病状が安定し退院の目途が立った頃」が56.4%、「入院治療している時期」33.3%、「入院直後」10.3%の順であった。

その際に担当する職種は、「200 床未満」では、「医師」64.9%、「社会福祉士」が24.3%、「看護職員」「その他」が各々5.4%の順であった。「200 床以上」では、「医

師」45.9%「看護職員」35.1%、「社会福祉士」が10.8%などの順であった。

(2) ケアマネジャーとの連携

ケアマネジャーとの連携については、「200床未満」では「必要に応じて行っている」79.5%、「ほとんどのケースで行っている」10.3%、「あまり行っていない」「把握していない」が各々5.1%の順であった。「200床以上」では、「必要に応じて行っている」87.2%、「ほとんどのケースで行っている」7.7%、「あまり行っていない」「把握していない」が各々2.6%の順であった。

連携の際に、主に担当する職種は、「200床未満」では、「社会福祉士」が52.6%、「看護職員」18.4%、「医師」5.3%などの順であった。「200床以上」では、「社会福祉士」44.7%、「看護職員」42.1%などの順であった。

(3) 関係者が一堂に会したカンファレンスを行っているか

「200床未満」では、「必要に応じて行っている」59.0%、「あまり行っていない」23.1%、「ほとんどのケースで行っている」10.3%、「把握していない」7.7%であった。「200床以上」では、「必要に応じて行っている」79.5%、「ほとんどのケースで行っている」12.8%、「あまり行っていない」5.1%などの順であった。

カンファレンスを開催する際、主に担当する職種をたずねたところ、「200床未満」では、「社会福祉士」51.4%、「看護職員」20.0%、「医師」「その他」が各々14.3%の順であった。「200床以上」では、「看護職員」が52.8%、「社会福祉士」33.3%、「医師」2.8%などの順であった。

(4) カンファレンスの開催時-かかりつけ医への連絡

「200床未満」では、「必要に応じて連絡する」が48.6%、「ほとんど連絡しない」が31.4%、「あまり連絡しない」が20.0%、「ほとんどのケースで連絡する」が0.0%の順で、連絡をしない回答が半数を占めていた。「200床以上」では、「必要に応じて連絡する」51.4%、「ほとんど連絡しない」24.3%、「あまり連絡しない」16.2%、「ほとんどのケースで連絡する」8.1%の順であった。

(5) カンファレンスを行えない場合の代替手段

「200床未満」では、「電話のみ」が58.3%、続いて「電話＋ファックス」が27.8%、「ファックスのみ」が11.1%であった。メールの活用については、「電話＋ファックス＋メール」が2.8%であった。「200床以上」では「電話のみ」42.1%、「電話＋ファックス」39.5%、「電話＋ファックス＋その他」が7.9%、「電話＋その他」が5.3%

などの順であった。

(6) 退院支援時の多職種連携に関する診療報酬請求の状況－2011 年 4～12 月まで

「介護支援連携指導料」の算定については、「200 床未満」では、30.0%（12 施設）が算定しており、1 施設当たり平均 4.2 件／月であった。「200 床以上」では、67.6%（25 施設）が算定し、1 施設当たり平均 13.8 件／月であった。

「退院時共同指導料 2」の同時期の算定については、「200 床未満」では 7.5%（3 施設）が算定し、9 か月間の 1 施設当たり算定件数が 2.7 件、「200 床以上」が 48.6%（18 施設）が算定し、1 施設当たり算定件数が 13.6 件であった。それらのうち、「2000 点」の算定は、「200 床未満」0.0 件、「200 床以上」が 1.3 件であった。

4. 12. 8 退院支援における連携機関との連携

(1) 退院支援時に連携の必要性を感じている関係機関

「200 床未満」では、「病院」83.7%、「居宅介護支援事業所」79.1%、「地域包括支援センターまたは在宅介護支援センター」74.4%、「介護老人保健施設」「特定施設」72.1%などの順であった。最も比率が低かった「保健所(保健センター)の保健師」が、30.2%であった。「200 床以上」では、「地域包括支援センターまたは在宅介護支援センター」87.5%、「居宅介護支援事業所」85.0%、「訪問看護ステーション」82.5%、「病院」「介護老人保健施設」が 80.0%などの順であった。最も低い割合を示した「訪問リハビリテーション」が 60.0%であった

(2) 実際に連携している関係機関（連携実施率）

「200 床未満」では、「行政の福祉担当者」89.7%、「地域包括支援センターまたは在宅介護支援センター」87.5%、「介護療養型医療施設」85.0%、「病院」83.3%などの順であった。最も低い割合だった「訪問リハビリテーション」が 65.0%であった。「200 床以上」では、「居宅介護支援事業所」94.1%、「訪問看護ステーション」93.9%、「介護療養型医療施設」93.1%、「病院」「介護老人保健施設」が各々 90.6% などの順であった。最も低い割合を示した「訪問リハビリテーション」が 66.7%であった。

4. 12. 9 在宅医療の取組みに関する自院の評価

「できている」と「まあできている」と評価している割合の合計をみると、病院全体では、「地域連携における退院調整機能」61.5%、「在宅医療材料や薬剤の供給

体制」45.8%、「院外スタッフも含めた合同の退院時カンファレンス」45.7%などの順であった。最も少なかった順では、「自院の在宅医療への取組みに関する地域住民の理解促進」14.5%、「在宅医療に従事する医師の確保」16.8%、「24 時間体制を維持するための病診連携の確保」19.2%であった。

「200 床未満」のできていないと回答した割合をみると、「自院の在宅医療への取組みに関する地域住民の理解促進」72.5%、「24 時間体制を維持するための病診連携の確保」67.5%、「院内学習等を通じた在宅移行に対する取組み」65.0%、「在宅医療に従事するスタッフのレベルアップ研修」62.5%、「看護職員の確保」60.0%、「在宅医療に従事する医師の確保」57.5%、「緊急時の在宅療養患者の入院体制」「24 時間体制を維持するための病病連携の確保」が各々50.0%であった。

「200 床以上」のできていないと回答した割合では、「自院の在宅医療への取組みに関する地域住民の理解促進」73.0%、「院内学習等を通じた在宅移行に対する取組み」「24 時間体制を維持するための病病連携の確保」48.6%、「在宅医療に従事する医師の確保」「緊急時の在宅療養患者の入院体制」45.9%などの順であった。

4. 12. 10 在宅医療の後方支援についてのスタンス

「200 床未満」では「在宅患者が急変した際の入院受入れ」51.2%、「かかりつけ医が対応できない検査」34.9%、「かかりつけ医の専門外の診療」「在宅患者のレスパイト入院」が各々30.2%、「在宅医療に対する関与は考えていない」18.6%の順であった。

「200 床以上」では「在宅患者が急変した際の入院受入れ」77.5%、「かかりつけ医が対応できない検査」67.5%、「かかりつけ医の専門外の診療」65.0%、「在宅患者のレスパイト入院」17.5%の順であった。

4. 12. 11 今後の予定

在宅医療の後方支援に関する今後の予定については、「200 床未満」では、「現状維持」57.1%、「積極的に行う」22.9%、「特定の事柄について積極的に行う」「わからない、考えたことはない」が 5.7%であった。「200 床以上」では、「現状維持」57.9%、「積極的に行う」「特定の事柄について積極的に行う」が各々15.8%、「あまり積極的に行わない」が 2.6%であった。

5. 地域包括支援センター調査の主な結果

5.1 回答施設のプロフィール

5.1.1 所在地：二次医療圏

二次医療圏別に地域包括支援センター（以下、「センター」という。）の所在地をみたところ、県東部から順に、「賀茂」が 3.9%、「熱海伊東」が 5.3%、「駿東田方」が 27.6%、「富士」が 3.9%、「静岡」が 15.8%、「志太榛原」が 11.8%、「中東遠」が 11.8%、「西部」が 15.8%であった。（表 5.1.1）

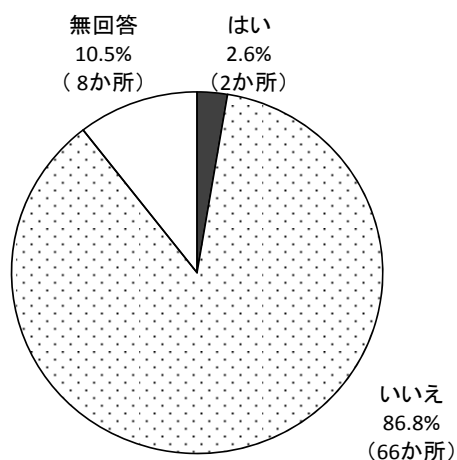
表 5.1.1 二次医療圏別にみた地域包括支援センターの施設数と構成比(n=76)

	施設数	構成比
賀茂	3	3.9%
熱海伊東	4	5.3%
駿東田方	21	27.6%
富士	3	3.9%
静岡	12	15.8%
志太榛原	9	11.8%
中東遠	8	11.8%
西部	12	15.8%
合 計	76	100.0%

5.1.2 特別地域居宅介護支援加算の算定地域

センターの所在地が、特別地域居宅介護支援加算を算定する地域に該当するか否かをたずねたところ、「いいえ」が 86.8%（66 か所）と多数を占め、「はい」が 2.6%（2 か所）であった。（図 5.1.1）

図 5.1.1 センターの所在地(n=76)



5.1.3 運営形態

センターの運営形態をみると、「委託」が 69.7%（53 か所）、「行政直営」が 19.7%（15 か所）であった。（図 5.1.2）

さらに、「委託（53 か所）」の内訳をみると、「社会福祉法人（社協以外）」が 62.3%と最も多く、続いて「社会福祉協議会（社協）」が 20.8%であった。（図 5.1.3）

図 5.1.2 運営形態
(n=76)

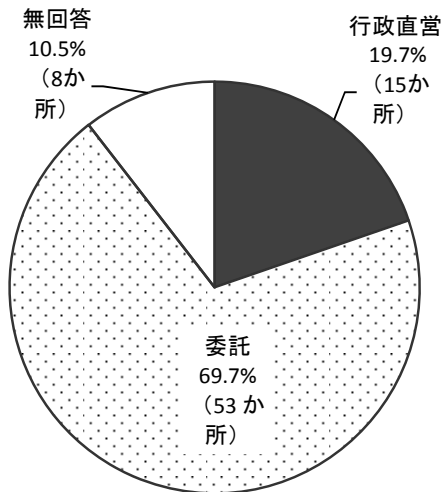
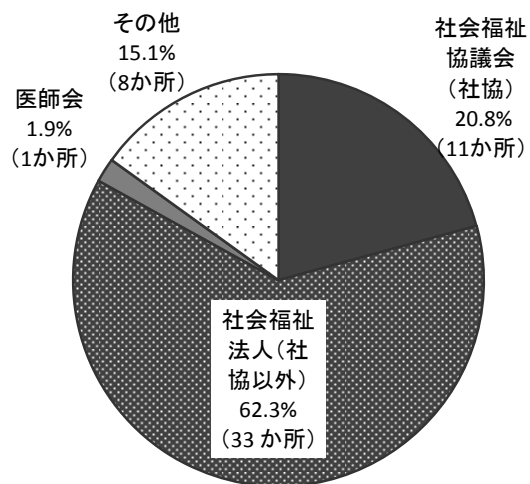


図 5.1.3 「委託」の開設主体
(委託 n=53)

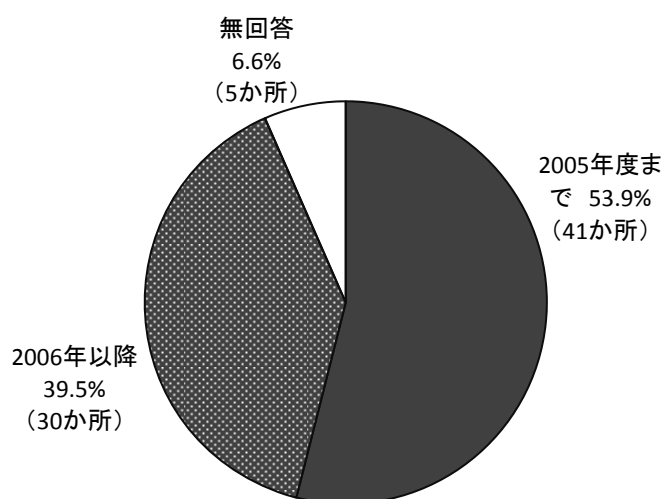


5.1.4 開設年

ここでの開設年とは、前身となる介護支援センターがある場合はその開設年を、ない場合は地域包括支援センターの開設年である。

「2005年度まで」が53.9%（41か所）で半数以上を占め、「2006年以降」が39.5%（30か所）であった。（図5.1.4）

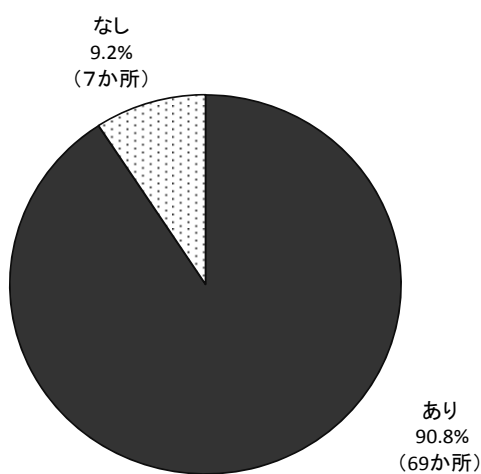
図 5.1.4 センターの開設年(n=76)



5.1.5 併設事業

併設事業の状況をたずねたところ、併設が「あり」と回答したセンターが90.8%（69か所）と多数を占め、「なし」が9.2%（7か所）であった。（図5.1.5）

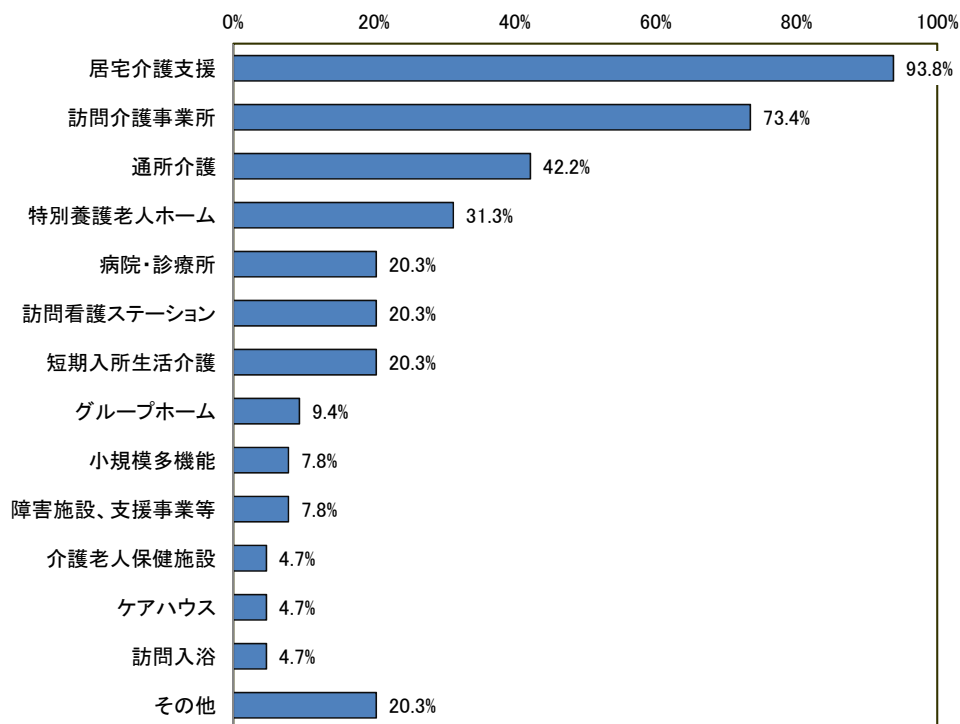
図 5.1.5 併設事業の有無(n=76)



5.1.6 事業内容

併設している事業内容について、「居宅介護支援」が93.8%で最も多く、続いて「訪問介護事業所」が73.4%、「通所介護」が42.2%、「特別養護老人ホーム」が31.3%、「病院・診療所」「訪問看護ステーション」「短期入所生活介護」が各々20.3%（13か所）、「グループホーム」が9.4%、「小規模多機能」および「障害施設、（障害者）支援事業」が各々7.8%などの順であった。（図5.1.6）

図 5.1.6 併設事業の内容(n=76、複数回答)

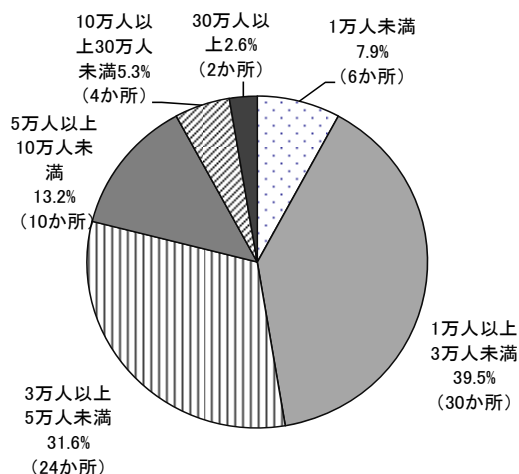


「その他」には、デイケア、介護予防事業、在宅介護支援センター、通所リハビリ、福祉用具貸与、介護タクシー、養護老人ホーム、看護学校、臨床検査・健診センター、保育所が挙げられていた。

5.1.7 担当生活圏域の人口規模

センターの担当生活圏域の人口規模の分布をみると、「1 万人以上 3 万人未満」が 39.5%、「3 万人以上 5 万人未満」が 31.6%、「5 万人以上 10 万人未満」が 13.2%、「1 万人未満」が 7.9%、「10 万人以上 30 万人未満」が 5.3%、「30 万人以上」が 2.6%であった。(図 5.1.7)

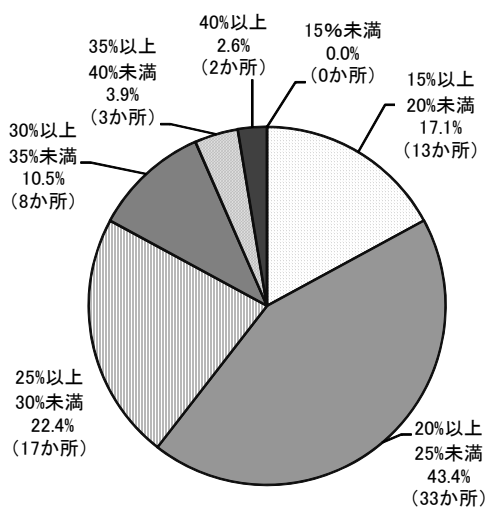
図 5.1.7 担当生活圏域の人口規模



5.1.8 担当生活圏域の高齢化率

センターの担当生活圏域の高齢化率の分布をみると、「20%以上 25%未満」が 43.4%で最も多く、続いて「25%以上 30%未満」が 22.4%、「15%以上 20%未満」が 17.1%、「30%以上 35%未満」が 10.5%、「35%以上 40%未満」が 3.9%、「40%以上」が 2.6%の順であった。(図 5.1.8)

図 5.1.8 担当生活圏域の高齢化率

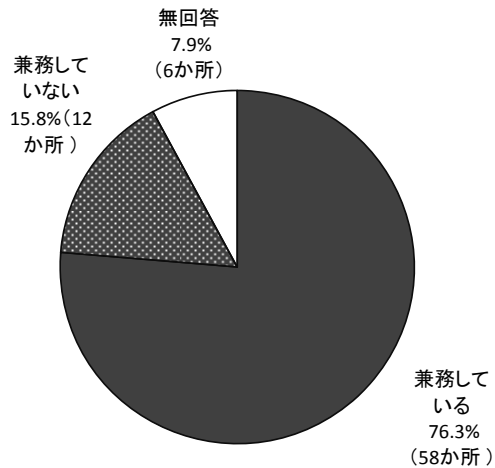


5.2 サービス提供体制

5.2.1 センター長の兼務の状況

平成23年12月時点のセンター長の兼務の状況をみると、「兼務している」が76.3%、「兼務していない」が15.8%であった。（図5.2.1）

図5.2.1 センター長の兼務状況



「兼務している」と回答のあったセンター長の職種をみると、「主任介護支援専門員」が62.5%を占めて最も多く、続いて「社会福祉士」が8.9%、「保健師」が7.1%、「看護師」が5.4%であった。（表5.2.1）

表5.2.1 兼務している場合の、職種や役職名(n=56)

	施設数	構成比
主任介護支援専門員	35	62.5%
社会福祉士	5	8.9%
保健師	4	7.1%
看護師	3	5.4%
課長(自治体職員)	3	5.4%
施設長	2	3.6%
医師	1	1.8%
介護予防プランナー	1	1.8%
事務長	1	1.8%
事務職員	1	1.8%
総計	56	100.0%

5.2.2 職種別の人員

平成23年12月時点の、1施設当たりの職種別の常勤の人員をみると「社会福祉士」が最も多く1.4人、「保健師・看護師」が1.3人、「主任介護支援専門員」が1.0人、「介護予防プランナー」が0.5人であった。（表5.2.2）

表 5.2.2 1施設当たりの職種別人員（n=71、無回答を除いている）

	常勤	非常勤	合計
保健師・看護師	1.3	0.1	1.4
社会福祉士	1.4	0.1	1.5
主任介護支援専門員	1.0	0.0	1.1
介護予防プランナー	0.5	0.5	1.0
事務職員	0.2	0.1	0.3
その他の職種	0.1	0.0	0.1

5.2.3 相談件数

表5.2.3は、1施設当たりの月間相談件数¹⁵を示している。月刊相談件数の構成比をみると、「電話」が39.6%で最も多く、「訪問」が34.8%、「来所」が19.3%、「その他」が6.4%の順であった（表5.2.3）。

表 5.2.3. 1施設当たりの月間相談件数と構成比―相談方法別

（n=71、無回答を除いている）

	月間の相談件数	構成比
相談総件数	100.4	100.0%
電話	39.7	39.6%
来所	19.3	19.3%
訪問	34.9	34.8%
その他	6.4	6.4%

注）「その他」とは、例えば、民生委員による調査票を通じた相談など、電話・来所、訪問によらない方法手段をいう。

¹⁵アンケートで得られた平成23年4月から12月の相談件数の累計を、月数（9か月）で割った値である。

相談種類別の月間相談件数の構成比をみると、「総合相談支援業務」が 58.9%、「他機関連携」が 17.1%、「権利擁護業務」が 8.5%、「ケアマネジャーへの支援」が 5.8%であった。「医療機関との連携」については、相談総件数の 5.9%であった。(表 5.2.4)

表 5.2.4 1 施設当たりの月間相談件数と構成比―相談種類別

(n=71、無回答を除いている)

	月間の相談件数	構成比
相談総件数	100.4	100.0%
総合相談支援業務	59.2	58.9%
権利擁護業務	8.6	8.5%
ケアマネジャーへの支援	5.8	5.8%
他機関連携	17.2	17.1%
再掲:医療機関との連携	5.9	5.9%
その他	3.7	3.7%

1 施設当たりの月間のプラン作成件数をみると、「特定高齢者のプラン作成」が 5.0 件、「要支援者のプラン作成」が 60.5 件であった。そのうち、「居宅介護支援事業所 (からの) 委託分 (再掲)」が 27.6 件であり、これは要支援のプラン作成全体の 45.6%を占めていた。(表 5.2.5)

表 5.2.5 1 施設当たりの月間のプラン作成件数と構成比―種類別

(n=71、無回答を除いている)

	月間の件数	構成比
特定高齢者のプラン作成	5.0	—
要支援者のプラン作成	60.5	100.0%
再掲:居宅介護支援事業所委託分	27.6	45.6%

5.3 各種研修会の開催や参加状況

ここでは、平成 23 年度 1 か年¹⁶のセンターにおける研修会等の開催状況や研修への参加状況についてたずねた。

センターの主催（開催）する会合のうち、「地域住民向け研修会」および「職員・関係団体向け研修会」の「開催あり」は各々 69.7%であった。また、他団体主催の「外部研修」についても、「参加あり」が 76.3%を占めており、年間平均で 22.2 回であった。（図 5.3.1、表 5.3.1）

図 5.3.1 各種研修会の開催や参加についての状況（n=76、複数回答）

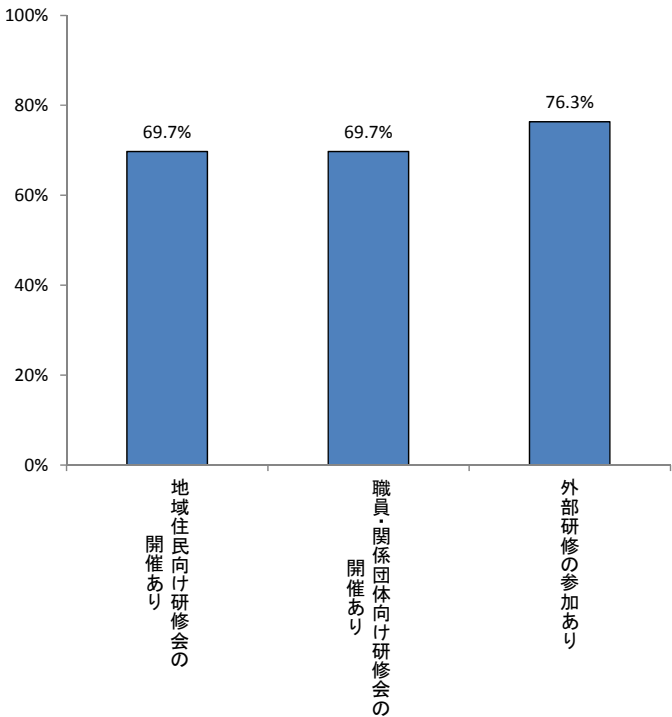


表 5.3.1 1 施設当たりの研修会等の実施回数－平成 23 年度（n=72）

住民向け研修会	職員・関係団体向け研修会	外部研修への参加
5.4 回／年	4.1 回／年	22.2 回／年

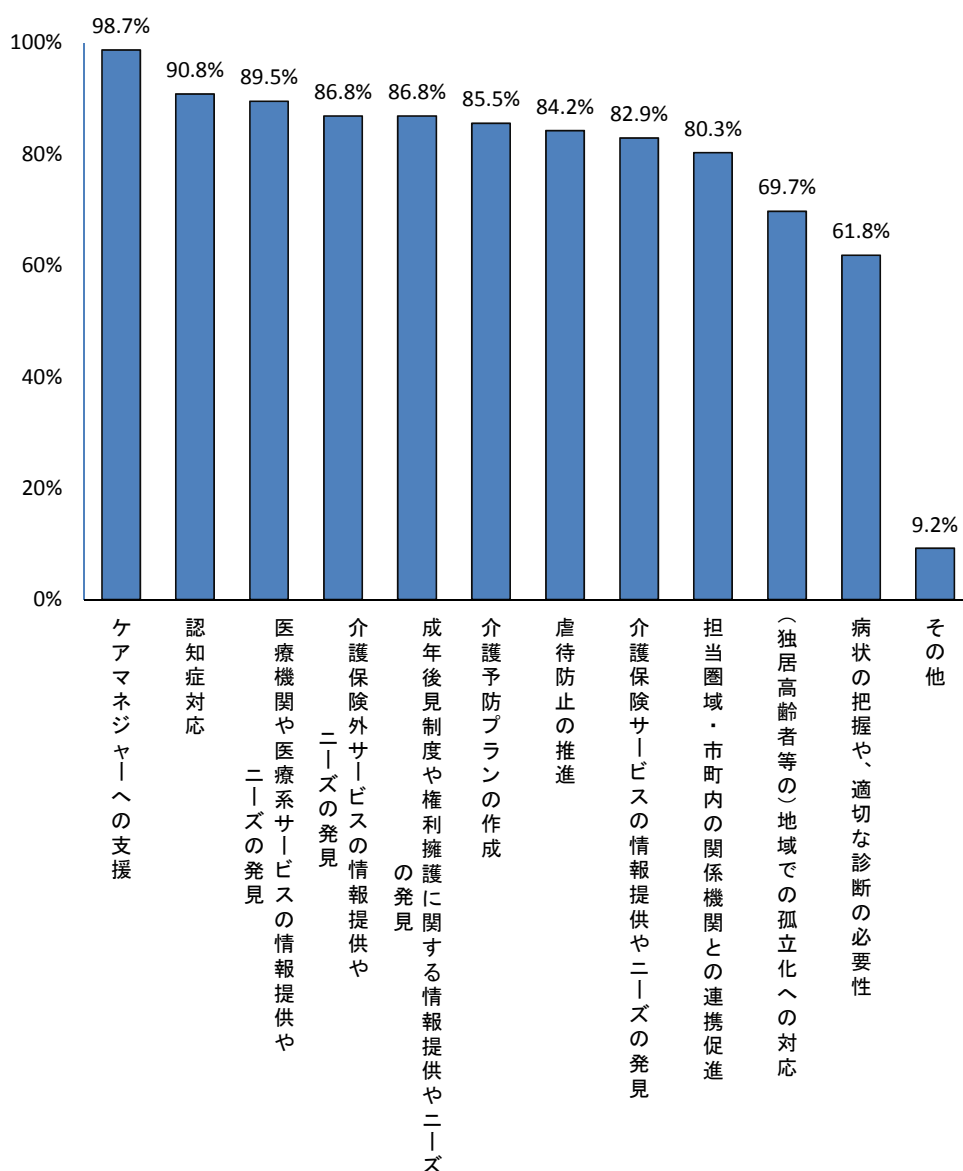
¹⁶平成 23 年 4 月から平成 24 年 3 月の期間。未実施の研修会等については、調査時点で、明確に実施が定まっているものについては計上されている。

5.4 関係機関との連携

5.4.1 他機関連携の目的

センターの他機関連携の目的についてたずねたところ、「ケアマネジャーへの支援」が98.7%と最も多く、続いて「認知症対応」が90.8%、「医療機関や医療系サービスの、情報提供やニーズの発見」が89.5%などの順であった。これらに続く6項目についても80%台、「(独居高齢者等の) 地域での孤立化への対応」が69.7%、「病状の把握や適切な診断の必要性」が61.8%であり、連携の目的が多岐に渡ることがわかる。(図5.4.1)

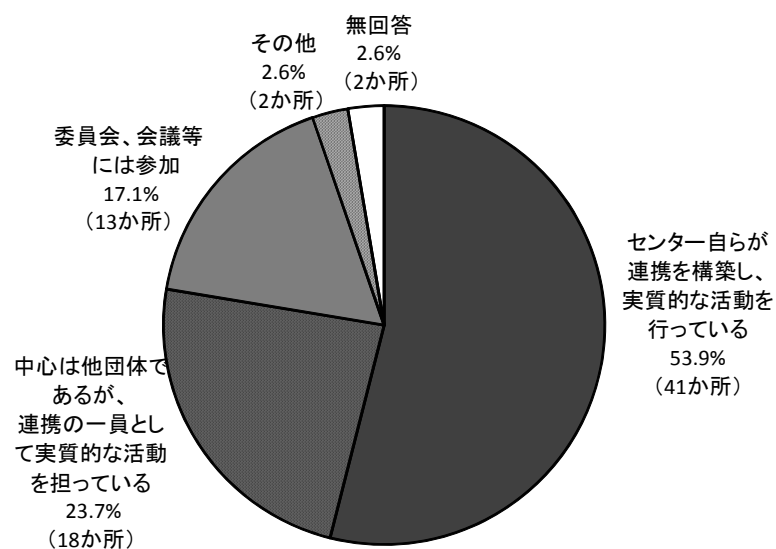
図 5.4.1 他機関連携の目的(n=76、複数回答)



5.4.2 連携に対する積極性

センターが他機関との連携構築を行う上で、どのようなアプローチをしているか、関与の度合いをたずねたところ、「センターが自ら連携を構築し、実質的な活動を行っている」が 53.9%（41 か所）、続いて「連携構築の中心は他団体であるが、連携の一員として実質的な活動を担っている」が 23.7%（18 か所）、「実質的な活動はしていないが、委員会、会議等には参加」が 17.1%（13 か所）の順であった。（図 5.4.2）

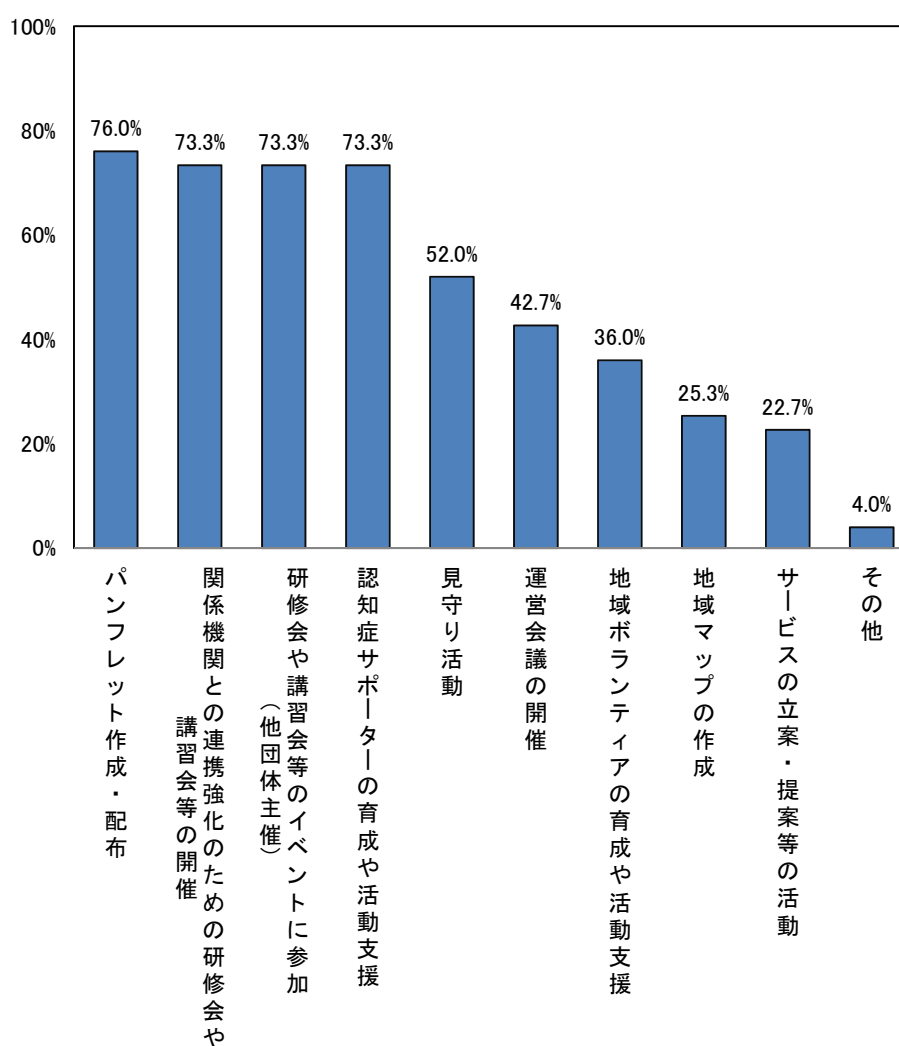
図 5.4.2 連携構築への関与(n=76)



5.4.3 連携構築のための具体的な方策

他機関との連携構築のために、具体的にどのような方策を行っているかたずねたところ、「パンフレットの作成・配布」が76.0%と最も多く、続いて「関係機関との連携強化のための研修会や講習会等の開催」「(他団体主催の) 研修会や講習会等のイベントに参加」「認知症サポーターの育成や活動支援」が各々73.3%、「見守り活動」が52.0%などの順であった。(図 5.4.3)

図 5.4.3 他機関との連携構築のための具体的な方法 (n=76、複数回答)



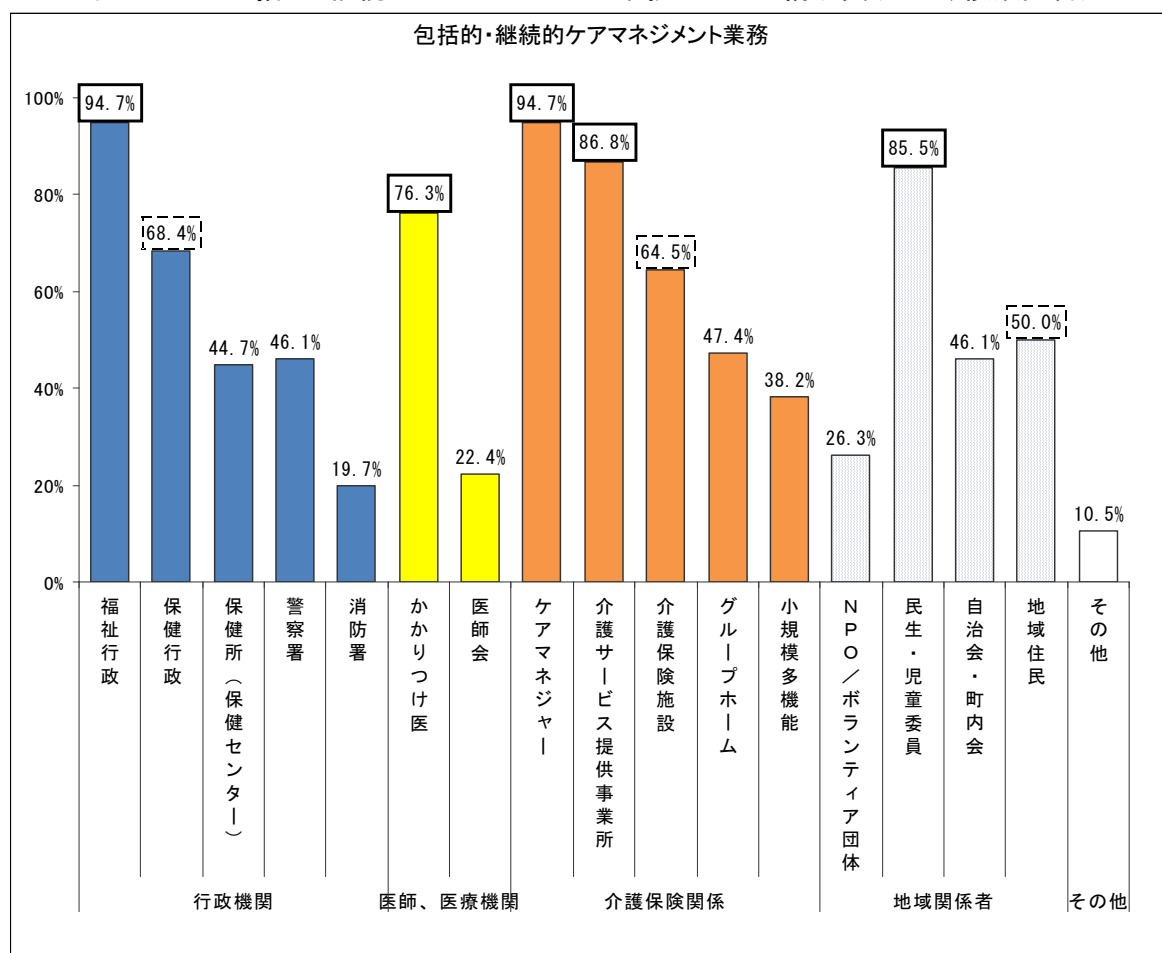
5.4.4 連携の構成員について

◆包括的・継続的ケアマネジメント業務

包括的・継続的ケアマネジメント業務における連携の構成員についてたずねたところ、「福祉行政（行政機関）」「ケアマネジャー（介護保険関係）」が各々94.7%と最も多く、続いて「介護サービス提供事業所（介護保険関係）」が86.8%、「民生・児童委員（地域関係者）」が85.5%、「かかりつけ医（医師、医療機関）」が76.3%の順であった。

なお、「その他」には、病院の地域連携室、社協、司法書士、公証役場、商工会議所、老人クラブなどが挙げられていた。（図 5.4.4）

図 5.4.4 包括的・継続的ケアマネジメント業務における構成員（n=76、複数回答）

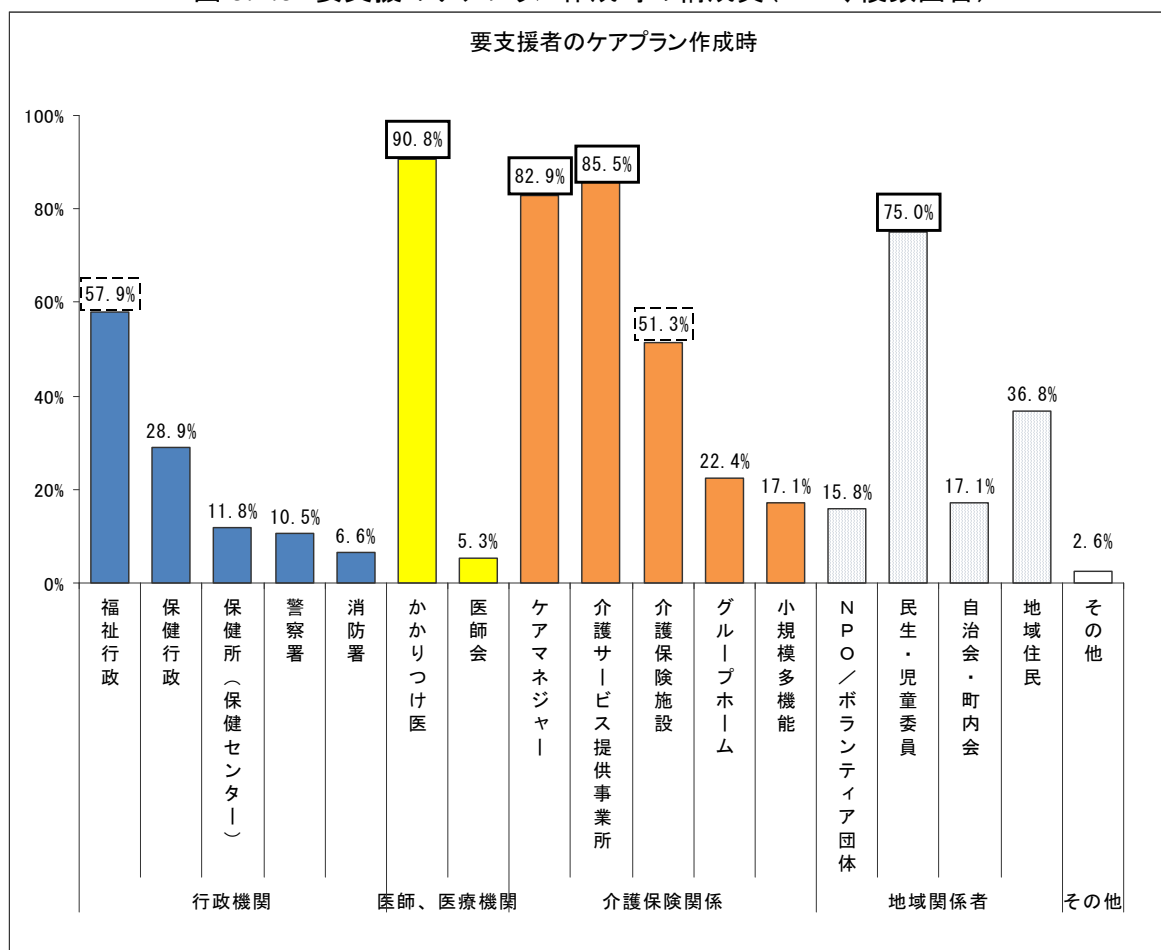


◆要支援者のケアプラン作成時

要支援のケアプラン作成時における連携の構成員についてたずねたところ、「かかりつけ医（医師、医療機関）」が 90.8%と最も多く、続いて「介護サービス提供事業所（介護保険関係）」が 85.5%、「ケアマネジャー（介護保険関係）」が 82.9%、「民生・児童委員（地域関係者）」が 75.0%などの順であった。

なお、「その他」には、社協、シルバー人材センター、老人クラブなどが挙げられていた。（図 5.4.5）

図 5.4.5 要支援のケアプラン作成時の構成員（n=76、複数回答）



◆認知症対策

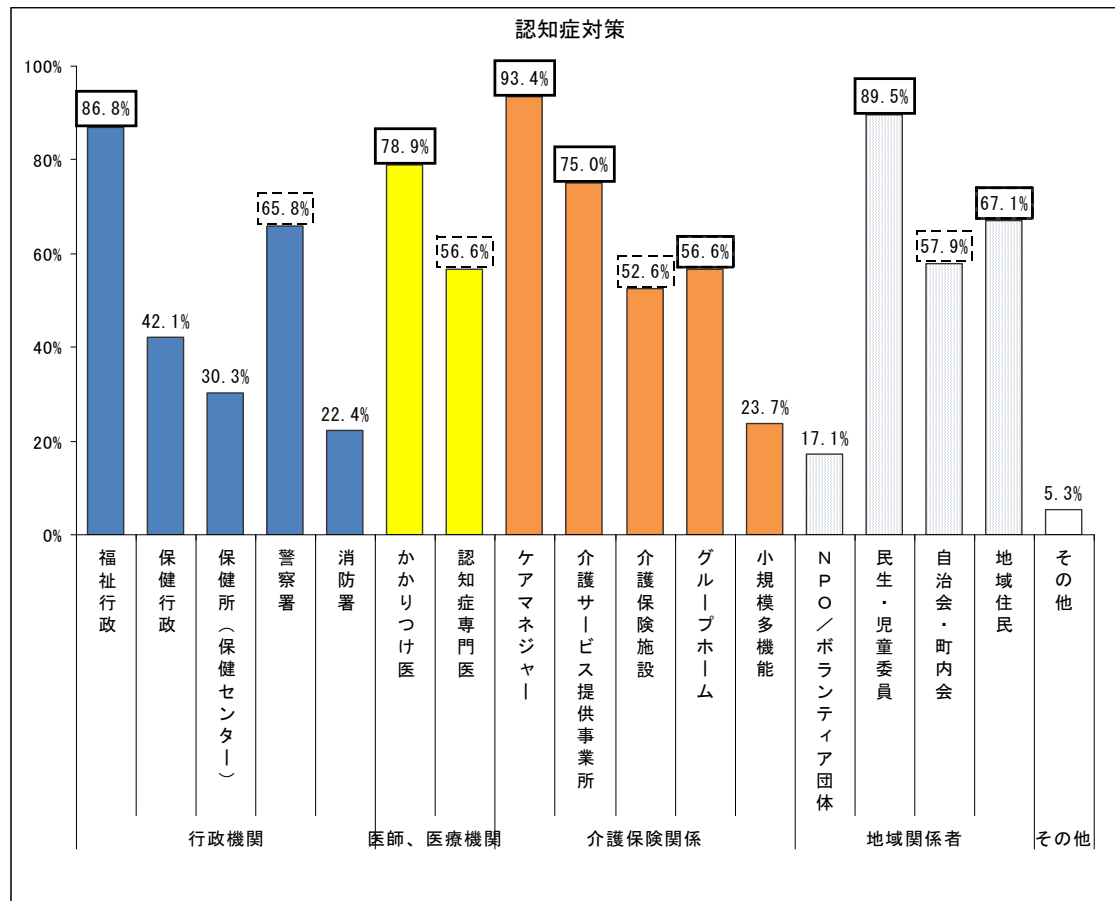
認知症対策における連携の構成員についてたずねたところ、「ケアマネジャー（介護保険関係）」が 93.4%と最も多く、続いて「民生・児童委員（地域関係者）」が 89.5%、「福祉行政」が 86.8%、「かかりつけ医（医師、医療機関）」が 78.9%、「介護サービス提供事業所（介護保険関係）」が 75.0%であった。

また、50%以上の回答率を超える構成員は、「地域住民（地域関係者）（67.1%）」「警察署（行政機関）（65.8%）」「自治会・町内会（地域関係者）（57.9%）」「認知症専門医（医師、医療機関）（56.6%）」「グループホーム（介護保険関係）（56.6%）」「介護保険施設（介護保険関係）（52.6%）」であった。

「その他」にも、地区社協、認知症キャラバンメイト、小学校・中学校・高校の関係者、公共交通機関、郵便局、老人クラブ（老人会を含む）など、広範囲な関係機関が挙げられていた。（図 5.4.6）

認知症対策においては、地域の実情に即した様々な関係者の協力が必要とされることが、あらためて示されていた。

図 5.4.6 認知症対策の連携の構成員(n=76、複数回答)

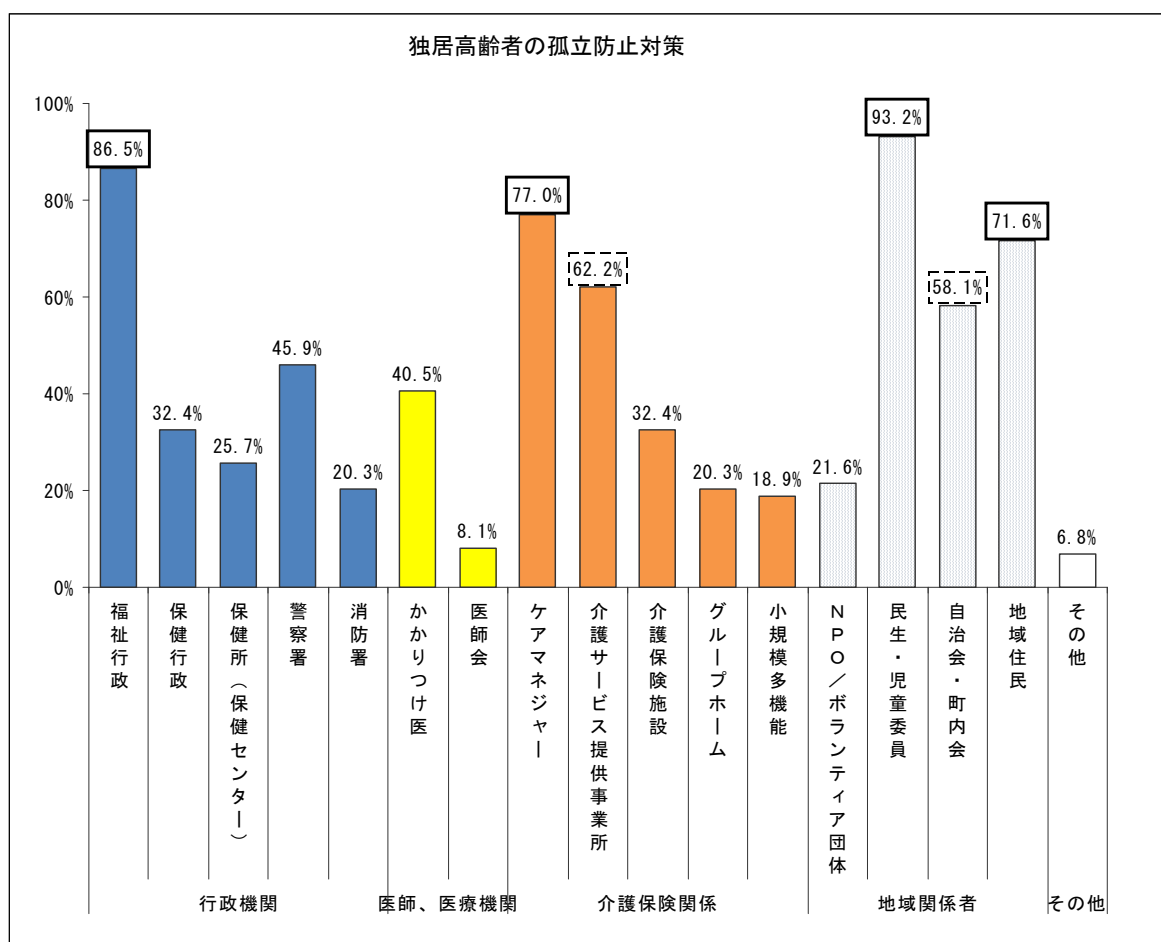


◆独居高齢者の孤立防止策

独居高齢者の孤立防止における連携の構成員についてたずねたところ、「民生・児童委員（地域関係者）」が93.2%で最も多く、続いて「福祉行政（行政機関）」が86.5%、「ケアマネジャー（介護保険関係）」が77.0%「地域住民（地域関係者）」が71.6%などの順であった。

「その他」には、地区社協、老人クラブ、配食サービス、宅配業者、コンビニエンスストア、ガス会社、新聞販売店、郵便局、金融機関などが挙げられていた。（図 5.4.7）

図 5.4.7 独居高齢者の孤立防止対策の構成員（n=76、複数回答）

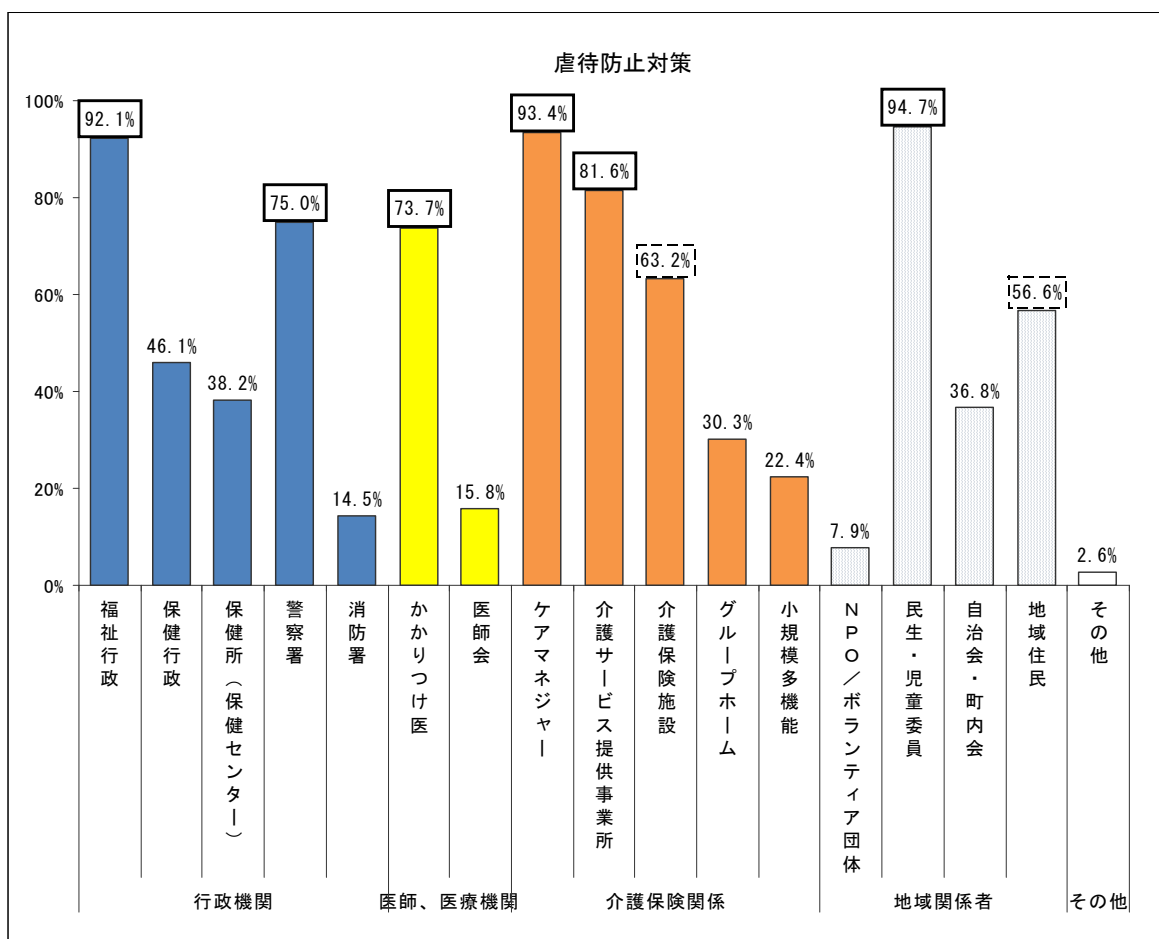


◆虐待防止対策

虐待防止対策における連携の構成員についてたずねたところ、「民生・児童委員（地域関係者）」が 94.7%で最も多く、続いて「ケアマネジャー（介護保険関係）」が 93.4%、「福祉行政（行政機関）」が 92.1%、「介護サービス提供事業所（介護保険関係）」が 81.6%、「警察署（行政機関）」が 75.0%、「かかりつけ医」が 73.7%などの順であった。

「その他」をみると、弁護士、司法書士などの権利擁護関係者、社会福祉士会、社協、老人クラブなどが挙げられていた。（図 5.4.8）

図 5.4.8 虐待防止対策の構成員（n=76、複数回答）



5.5 地域ケア会議

5.5.1 開催状況

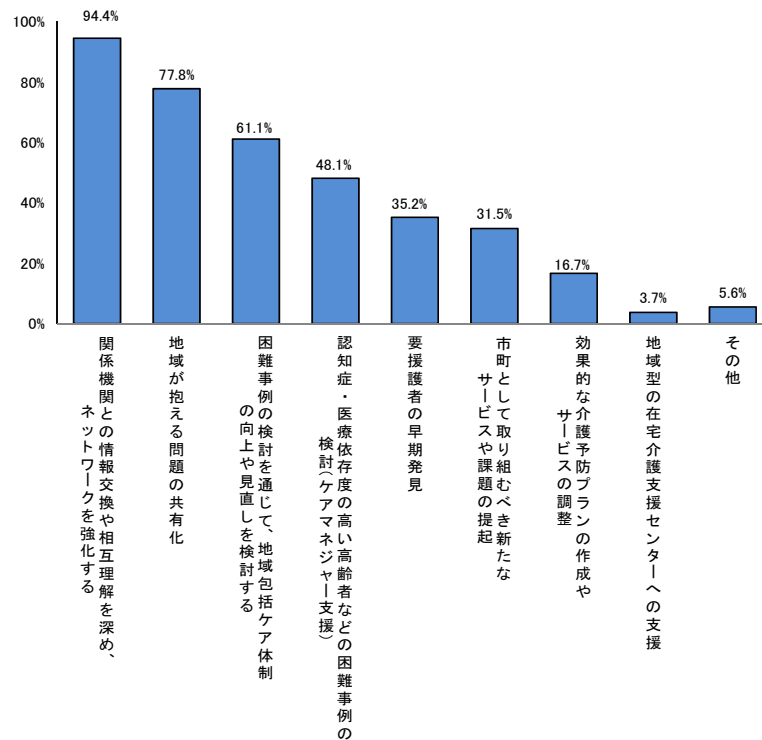
地域ケア会議の開催状況をみると、「開催あり」と回答した施設は 77.6%であり、平成 23 年度の 1 施設当たりの開催回数は、平均 4.6 回であった。(表 5.5.1)

表 5.5.1 1施設当たりの地域ケア会議の開催状況-平成 23 年度

地域ケア会議の開催あり (n=76)	1 施設当たりの開催回数 (開催あり、かつ回答あり n=54)
59 か所(77.6%)	4.6 回/年

図 5.5.1 は、ケア会議は、こういった必要性にもとづいて開催されているのか、該当する項目を、過去の議事録より選択していただいた結果である。「関係機関との情報交換や相互理解を深め、ネットワークを強化する」が最も多く 94.4%で、「地域が抱える問題の共有化」が 77.8%、「困難事例の検討を通じて地域包括ケア体制の向上や見直しについて検討する」が 61.1%などの順であった。

図 5.5.1 地域ケア会議における議事内容(n=54、複数回答)



5.5.2 地域ケア会議のメンバー構成

◆基本構成メンバー

表 5.5.2 は、回答の得られたセンター47 か所ごとに、同会議における定例的な基本構成メンバーの所属団体数、構成人数、職種または役職名ごとの内訳を示したものである。ただし、本表には、主催者であるセンターの情報は入っていない。

センターによって、メンバーの所属団体数、人数による会議の規模や、職種や役職が様々である。例えば、所属団体数もセンターを除いて最大が 6 団体であるが、最小は 1 団体となっている。また、地域ケア会議に医師が構成メンバーに入っているのは 6 か所にとどまっている。

表 5.5.2 地域ケア会議の基本構成メンバーの概況(n=47)

センターID	団体数	人数	基本構成メンバー①	人数	基本構成メンバー②	人数	基本構成メンバー③	人数	基本構成メンバー④	人数	基本構成メンバー⑤	人数
1	6	-	医師	-	民生委員	-	ボランティア	-	サービス提供事業所	-	警察署・消防署	-
2	5	54	市町村職員	1	民生委員	43	自治会	2	老人会	2	社協	6
3	5	27	市町村職員	2	民生委員	3	区長	4	サービス提供事業所	15	介護支援専門員	3
4	5	16	MSW	5	民生委員	4	社協	-	警察署	4	サービス提供事業所	3
5	5	10	高齢者相談員（施	2	介護支援専門員	3	地域包括職員	3	地域包括職員	1	地域包括職員	1
6	5	10	民生委員	2	自治会	1	サービス提供事業所	4	学識経験者	1	薬剤師	2
7	5	9	市町村職員	4	医師	2	介護支援専門員	1	サービス提供事業所	1	民生委員	1
8	5	8	市町村職員	3	社協	2	介護支援専門員	2	警察署	1	消防署	-
9	5	7	医師	1	市町村職員	3	社協	1	民生委員	1	市町村職員	1
10	5	7	医師	2	市町村職員	2	市町村ケースワーカー	1	保健師	1	介護支援専門員	1
11	5	7	学識経験者（大学）	1	自治会	1	民生委員	2	老人会	1	特養相談員	2
12	5	7	市町村職員	1	市町村職員	1	保健師	1	介護支援専門員	1	地域包括職員	3
13	5	7	市町村職員	2	介護支援専門員	1	地域包括職員	1	地域包括職員	2	地域包括職員	1
14	5	6	医師	1	市町村職員	2	民生委員	1	ケアマネジャー連絡会	1	社協	1
15	5	6	市町村職員	1	サービス提供事業所	1	社協	1	訪問看護師	1	包括職員	2
16	5	5	市町村職員	1	社協	1	介護支援専門員	1	サービス提供事業所	1	社協	1
17	5	5	市町村職員	1	市町村職員	1	警察署	1	消防署	1	民生委員	1
18	5	5	市町村職員	2	市町村職員	1	保健師	1	地域包括職員	-	社協	1
19	5	5	市町村職員	1	市町村職員	1	市町村職員	1	市町村職員	1	社協	1
20	5	-	介護支援専門員	-	民生委員	-	社協	-	医師	-	歯科医師	-
21	5	-	市町村職員	1	民生委員	1	自治会	1	ボランティア	-	サービス提供事業所	-
22	4	38	医師	10	市町村職員	1	介護支援専門員	25	保健師	1	-	1
23	4	27	市町村職員	6	介護支援専門員	15	施設（GH）	3	施設	3	-	-
24	4	10	市町村職員	3	サービス提供事業所	4	民生委員	2	ボランティア	1	-	-
25	4	9	市町村職員	1	区長	1	町内会	3	民生委員	2	-	2
26	4	7	民生委員	2	自治会	3	社協	1	老人会	1	-	-
27	4	4	区長	1	老人クラブ	1	民生委員	1	介護支援専門員	1	-	-
28	4	4	自治会	1	老人クラブ	1	民生委員	1	介護支援専門員	1	-	-
29	4	-	介護支援専門員	-	訪問介護	-	通所介護	-	薬剤師	-	-	-
30	3	55	保健師	5	民生委員	30	介護支援専門員	20	-	-	-	-
31	3	54	市町村職員	2	介護支援専門員	45	施設（GH）職員	7	-	-	-	-
32	3	43	サービス提供事業所	35	在宅介護センター	3	地域包括職員	5	-	-	-	-
33	3	19	区長	12	民生委員	6	社協	1	-	-	-	-
34	3	9	介護支援専門員	7	病院看護師	1	病院MSW	1	-	-	-	-
35	3	8	市町村職員	2	民生委員	3	自治会	3	-	-	-	-
36	3	3	市町村職員	1	保健師	1	サービス提供事業所	1	-	-	-	-
37	3	3	保健師	1	保健師	1	民生委員	1	-	-	-	-
38	3	-	介護支援専門員	-	サービス提供事業所	-	地域包括職員	10	-	-	-	-
39	3	-	民生委員	-	介護支援専門員	-	サービス提供事業所	-	-	-	-	-
40	3	-	市町村職員	1	保健師	1	社協	-	-	-	-	-
41	2	22	民生委員	5	民生委員	17	-	-	-	-	-	-
42	2	4	保健師	2	地域包括職員	2	-	-	-	-	-	-
43	2	1	民生委員	-	施設職員	1	-	-	-	-	-	-
44	2	-	介護支援専門員	-	介護保険事業所	-	-	-	-	-	-	-
45	2	-	民生委員	-	町内会	-	-	-	-	-	-	-
46	1	20	介護支援専門員	20	-	-	-	-	-	-	-	-
47	1	2	市町村保健師	2	-	-	-	-	-	-	-	-

◆随時構成メンバー

表 5.5.3 は、回答の得られたセンター47 か所ごとに、左表には、同会議における必要に応じて随時参画する構成メンバーの所属団体数、職種または役職名の内訳、右表には、職種または役職別に参画目的について示したものである¹⁷。

表 5.5.3 地域ケア会議の随時構成メンバーの概況 (n=47)

センターID	随時団体数	メンバー①	メンバー②	メンバー③
1	-	-	-	-
2	3	薬剤師	介護支援専門員	ケースワーカー
3	3	消防署	警察署	自治会
4	-	-	-	-
5	-	-	-	-
6	3	地域住民	認知症家族会	警察署
7	2	警察署	ケースワーカー	
8	3	病院事務長	スーパー	民生委員
9	1	ケースワーカー		
10	-	-	-	-
11	-	-	-	-
12	2	民生委員	介護支援専門員	
13	3	介護支援専門員	病院MSW	相談員
14	-	-	-	-
15	-	-	-	-
16	-	-	-	-
17	-	-	-	-
18	-	-	-	-
19	1	介護支援専門員		
20	-	-	-	-
21	-	-	-	-
22	-	-	-	-
23	3	民生委員	社協	病院MSW
24	2	ケースワーカー	地域住民	
25	-	-	-	-
26	-	-	-	-
27	2	市民	介護支援専門員	
28	2	保健師	自治会	
29	-	-	-	-
30	-	-	-	-
31	3	ケースワーカー	訪問介護	民生委員
32	2	ケースワーカー	消費者センター	
33	-	-	-	-
34	1	病院PSW		
35	-	-	-	-
36	2	市町村職員	保健師	
37	3	医師	病院MSW	社協
38	-	-	-	-
39	2	ケースワーカー	保健師	
40	1	介護支援専門員		
41	2	警察駐在所	集落支援員	
42	2	介護支援専門員	市町村職員	
43	-	-	-	-
44	3	市町村職員	ケースワーカー	社協
45	-	-	-	-
46	3	訪問看護師	薬剤師	民生委員
47	1	介護支援専門員		

構成メンバー	参加（または参加要請の）理由
医師	医師の意見が必要だから
警察署・駐在所	事例勉強会等 認知症のケースをとり上げたため 警察が関与したケースの場合 虐待や消費者被害に係ること
消防署	事例勉強会等
消費者センター	消費者被害情報の報告、広報、啓発
市町村職員	介護保険、困難ケース 災害についての研修
ケースワーカー	検討ケースが生活保護受給者の場合 障害に関する場合等 困難ケースの行政の対応について 災害についての研修
保健師	介護保険、困難ケース
施設相談員	施設入所が必要な場合
薬剤師	薬剤の管理が必要なケースがあったから
訪問看護師	訪問看護が関わるケースがあったから
介護支援専門員	担当ケースの場合 介護保険サービスの利用とつなげる 相談のある人数 サービス調整等のため。 事例検討を通じて意見情報交換相互理解をは
病院事務長	かかりつけ医受診状況の把握
病院MSW	医療リスクの高い方などの検討など 医療連携のため
病院PSW	精神疾患、認知症等のケース検討
訪問介護	ヘルパーに関する場合等
社協	小地域見守りネットワーク 福祉教育
民生委員	地域に関する場合等 小地域見守りネットワーク 民生委員のかかわりが必要な場合
自治会	事例勉強会等
集落支援員	地域振興に係ることや不安のある地域住民についての情報交換等
スーパー	検討ケースが利用することが多い場合
認知症家族会	認知症のケースをとり上げた為
地域住民	近所で、地域の住民との関わりがあるケース検討の場合 家族として必要に応じて参加をもとめる 独居老人のケースを検討したため

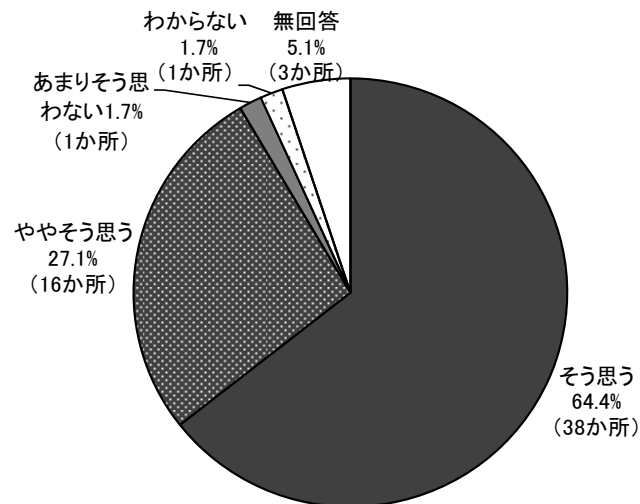
¹⁷参画目的については、アンケートでは自由記載によって回答を得ており、極力原文のままを掲載している。

5.5.3 地域ケア会議の開催はセンターの機能強化に繋がっているのか

地域ケア会議の開催が、センターの機能強化に繋がっているかどうかをたずねたところ、「そう思う」が64.4%、「ややそう思う」が27.1%であり9割以上を占めていた。

(図 5.5.2)

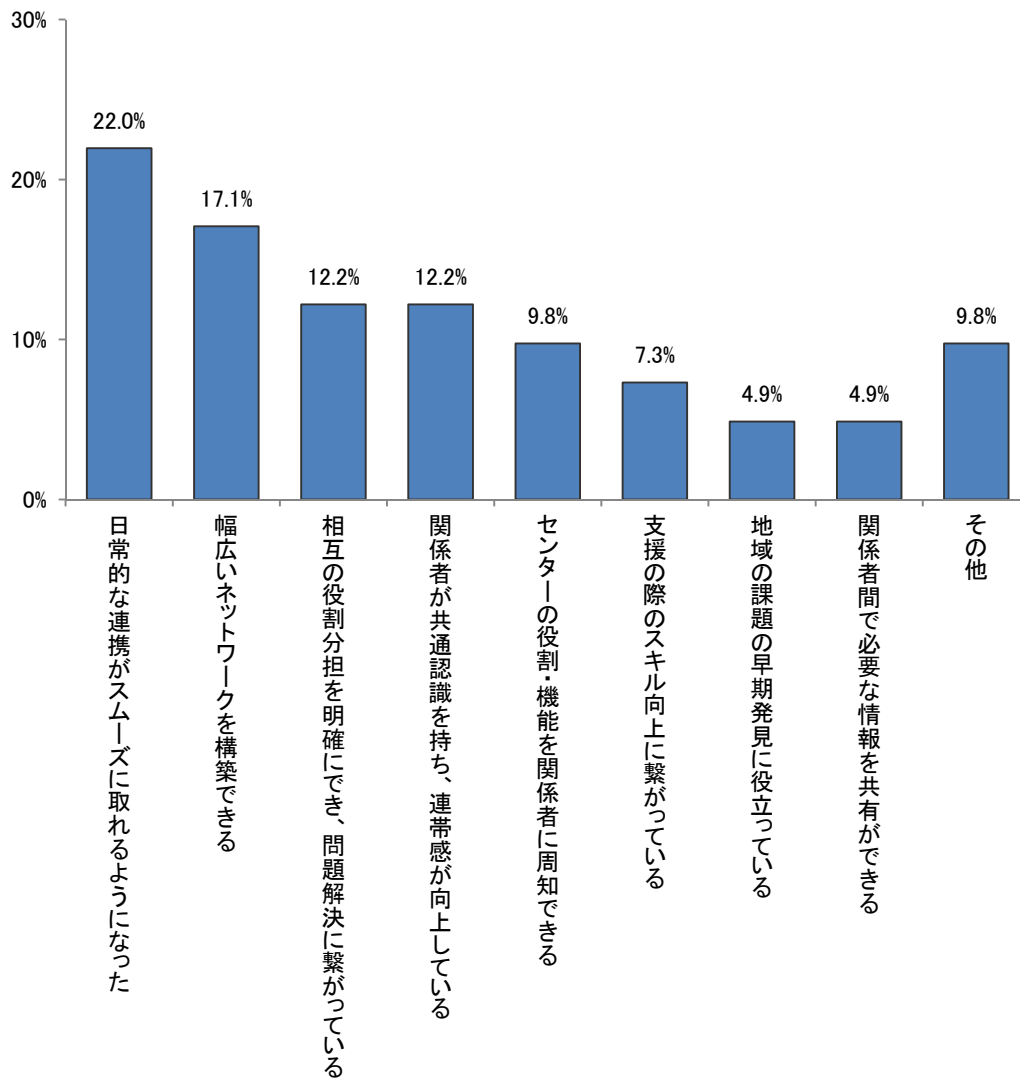
図 5.5.2 地域ケア会議による機能強化について(開催あり n=59)



地域ケア会議がセンターの機能強化に繋がっていると思う理由

図 5.5.3 は、地域ケア会議がセンターの機能強化に繋がっていると思う理由についての自由記載を、内容分析により分類した項目の集計数(施設数)の割合である。「日常的な連携がスムーズに取れるようになった」が最も多く 22.0%、続いて「幅広いネットワークを構築できる」が 17.1%であった。

図 5.5.3 地域ケア会議がセンターの機能強化に繋がっていると思う理由 (n=41)

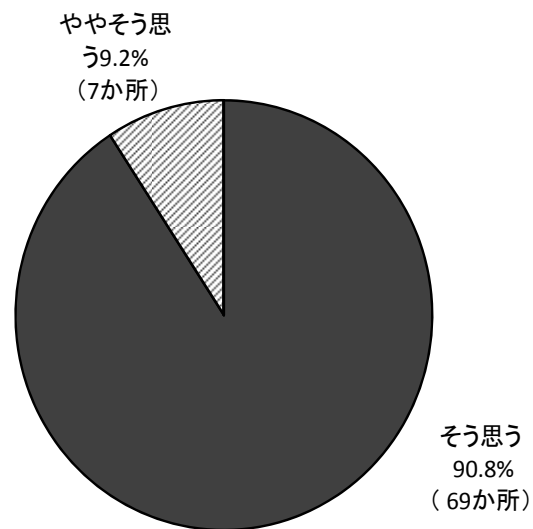


5.6 かかりつけ医や医療機関との連携状況

5.6.1 連携の必要性

かかりつけ医や医療機関との連携の必要性についての意識をたずねたところ、「そう思う」が 90.8%と最も多く、続いて「ややそう思う」が 9.2%であった。「あまりそう思わない」「思わない」の回答はいずれも 0.0%であり、すべてのセンターにおいて、医療連携の必要性を感じていることが示されていた。(図 5.6.1)

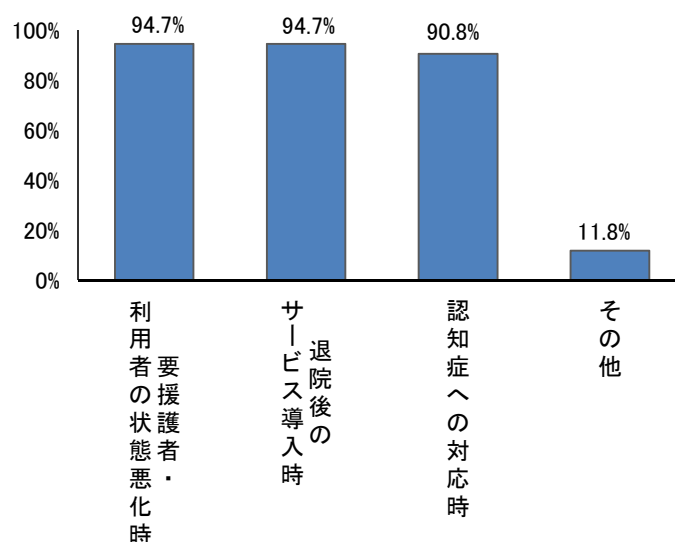
図 5.6.1 かかりつけ医や医療機関との連携の必要性(n=76)



どのような状況で医師との連携の必要性を感じるか

医師との連携の必要性を感じる場合についてたずねたところ、「要援護者・利用者の状態悪化時」と「退院後のサービス導入時」が各々94.7%で最も多く、続いて「認知症への対応時」についても 90.8%と多数を占めていた。(図 5.6.2)

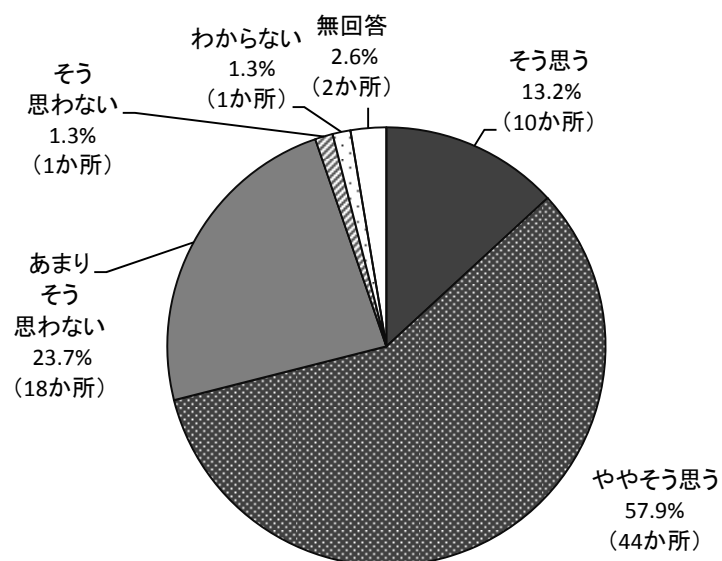
図 5.6.2 どんなときに医師との連携の必要性を感じるか (n=76、複数回答)



5.6.2 実際の連携

かかりつけ医や医療機関と、実際に連携がとれているかをたずねたところ、「ややそう思う」が最も多く 57.9%、「あまりそう思わない」が 23.7%、「そう思う」が 13.2%、「そう思わない」および「わからない」が 1.3%であった。(図 5.6.3)

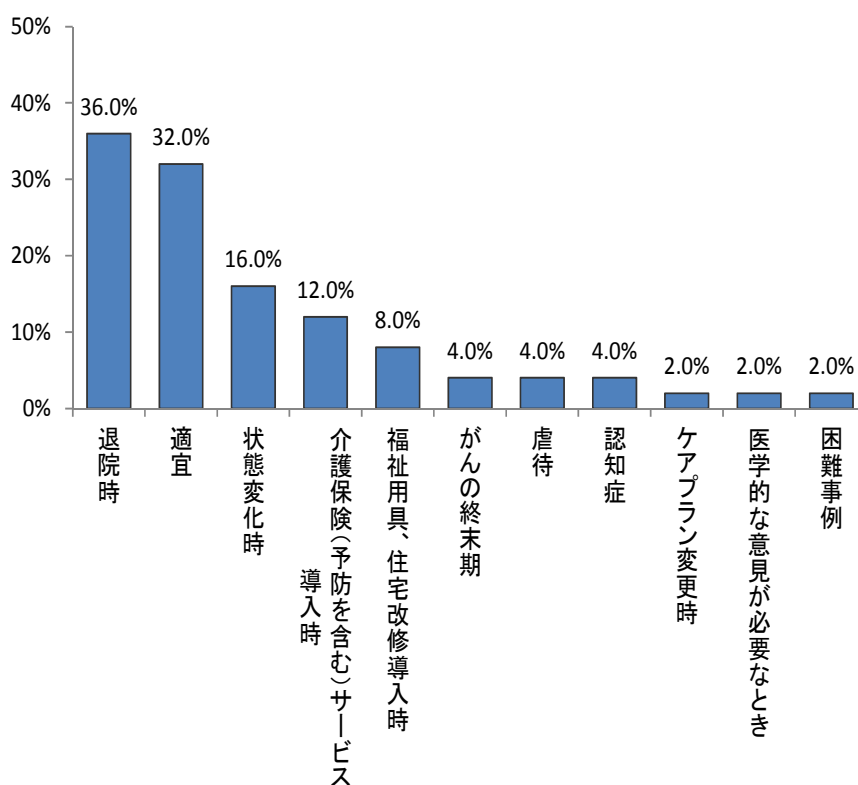
図 5.6.3 かかりつけ医や医療機関との実際に連携がとれているか (n=76)



◆実際に連携を取っている状況

図 5.6.4 は、「そう思う」と「ややそう思う」と回答したセンターに、実際にはどのような時に連携を取っているかをたずねた自由回答を、キーワードにもとづく内容分析によって分類した結果である。「退院時」が 36.0%と最も多く、「適宜」が 32.0%、「状態変化時」が 16.0%などであった。

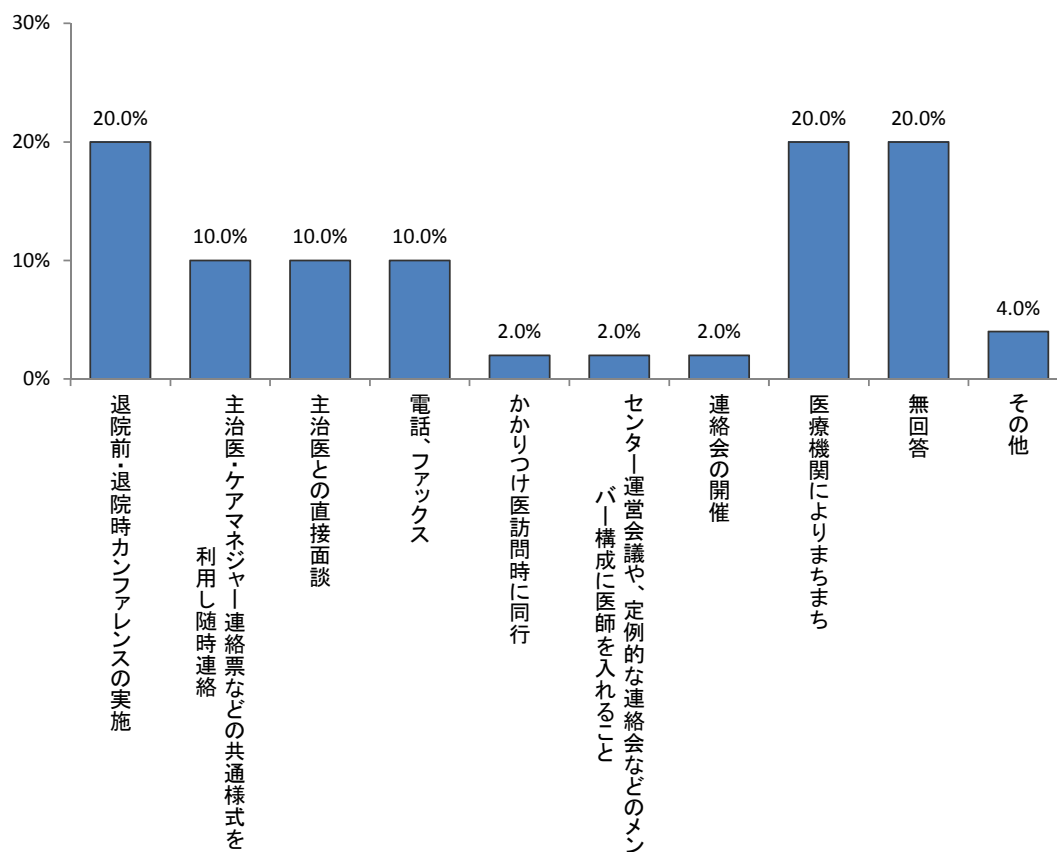
図 5.6.4 実際に連携を取っている状況：複数回答(n=50 無回答を除いている)



◆具体的な連携方法

図 5.6.5 は、具体的な連携方法について自由記載で回答を得た結果を、キーワードによる内容分析により分類した結果である。「退院前・退院時カンファレンスの実施」「主治医・ケアマネジャー連絡票などの共通様式を利用し随時連絡」ほか、様々な対応がみられる一方で、「医療機関により（連携方法）がまちまち（または、特に定まっていない）」「無回答」が 20.0%であり、連携方法については十分に確立してない様子がみられた。

図 5.6.5 具体的な連携方法 (n=50 無回答を除いている)



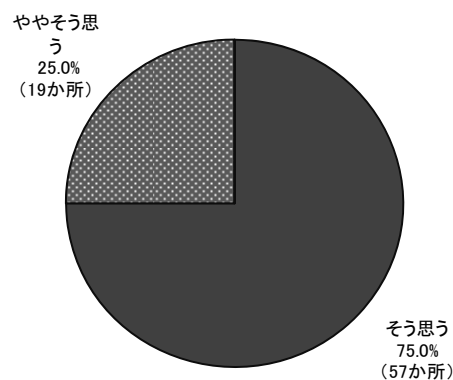
注) 連携方法と関係ない回答を「その他」とした。

5.7 ケアマネジメントに関する課題

5.7.1 介護予防ケアプラン作成過程の公正・中立性の担保について

介護予防ケアプラン作成過程について、公正・中立性は担保できていると思うかをたずねたところ、「そう思う」が75.0%、「ややそう思う」が25.0%であった。回答した全てのセンターが、介護予防ケアプラン作成過程の公正・中立性の担保ができていると評価していた。(図 5.7.1)

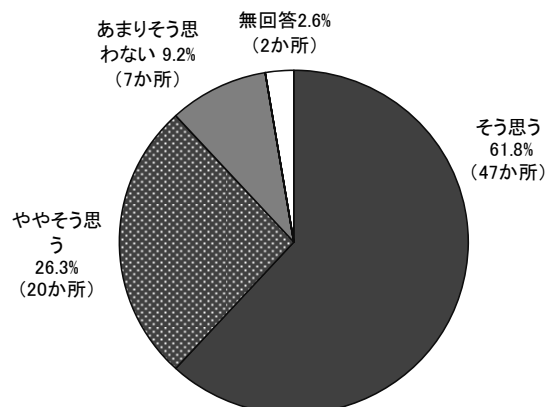
図 5.7.1 介護予防ケアプランの作成過程の公正・中立性について(n=76)



5.7.2 介護予防ケアプラン作成にかかる業務量

介護予防ケアプラン作成にかかる業務量が負担になっているかをたずねたところ、「そう思う」が61.8%、「ややそう思う」が26.3%であり、9割近くのセンターが負担に感じていた。(図 5.7.2)

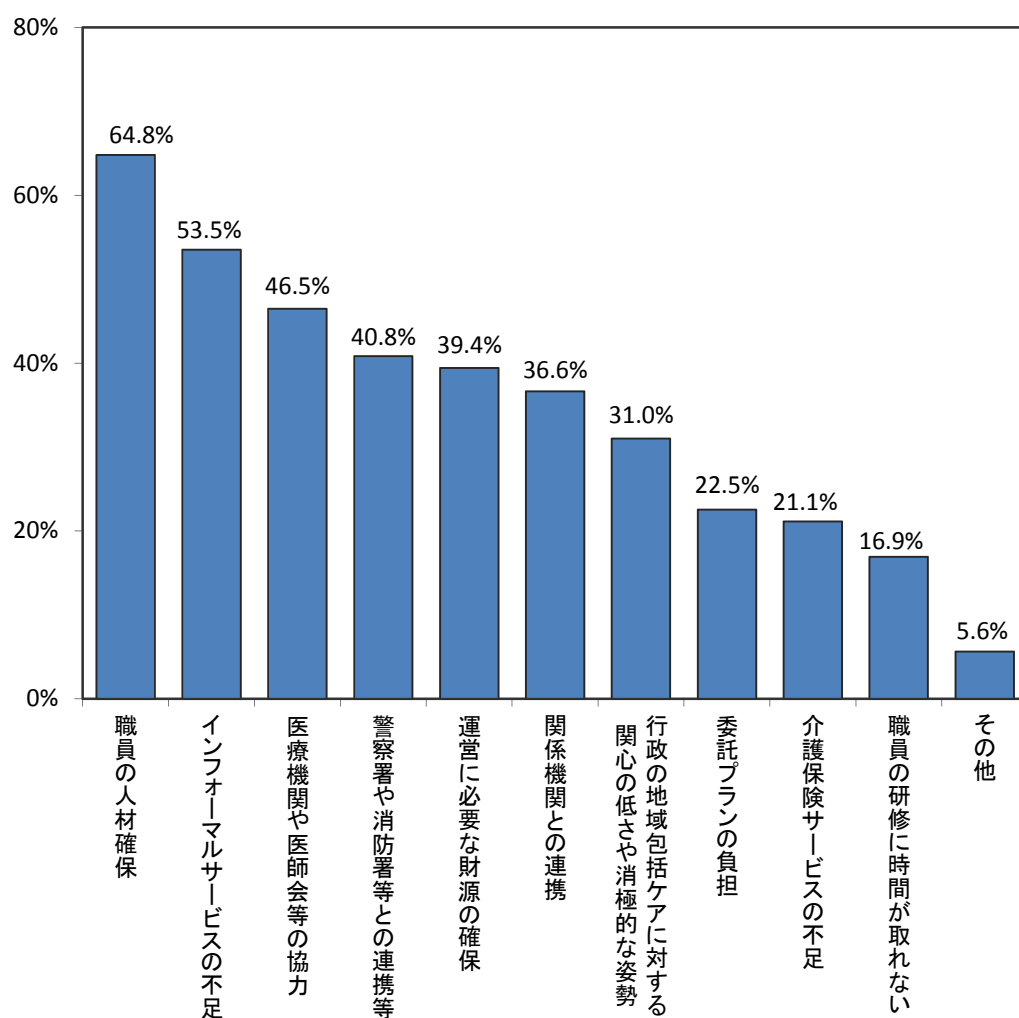
図 5.7.2 介護予防ケアプラン作成にかかる業務量の負担が大きいと思うか(n=76)



5.8 運営上重視している課題

センターにおける、運営上重視している課題をたずねた。「重視している」と「最も重視している」の合計をみると、「職員の人材確保」が64.8%で最も多く、続いて「インフォーマルサービスの不足」が53.5%、「医療機関や医師会等の協力」が46.5%、「警察署や消防署等との連携等」が40.8%、「運営に必要な財源の確保」が39.4%、などの順であった。(図 5.8.1)

図 5.8.1 センターの課題(n=76、複数回答)

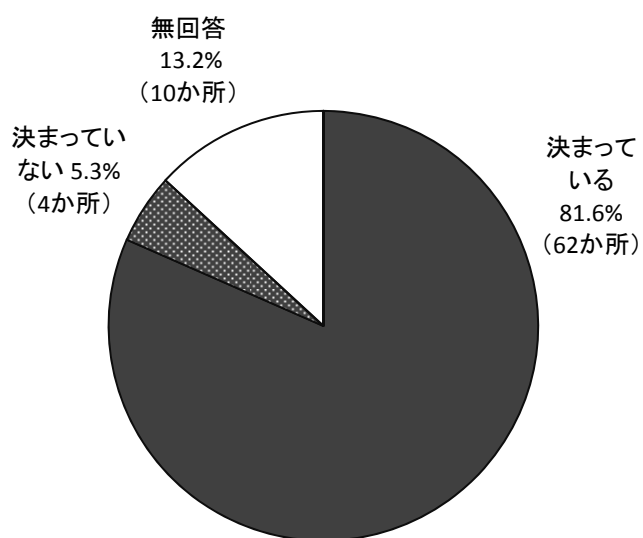


5.9 今後の運営方針

センターの運営に関する方針についてたずねたところ、「決まっている」が81.6%、「決まっていない」が5.3%であった。

また、「決まっている」と回答した62か所すべてのセンターが「来年度も引き続き地域包括支援センター事業を継続する」という回答であった。(図 5.9.1)

図 5.9.1 今後の方針(n=76)



5.10 医師会への要望

表 5.10.1 は、医師会に対する要望について、自由記載で回答を得た結果を、キーワードによる内容分析により分類した結果である。有効回答数のほぼ半数である 39 か所から、回答が得られた。

要望内容のうち最も多かったのは「医師との連携を強化できる仕組みや、定期的な交流の場」（12 施設）、続いて「医師との個別ケースにおける実質的な連携強化」（6 施設）、「訪問診療の充実」「認知症や精神疾患への取り組み」「地域包括支援センターの活動により多くの関心と関与を」（3 施設）などが挙げられていた。

表 5.10.1 医師会に対する要望 (n=39)

	施設数
医師との連携を強化できる仕組みや、定期的な交流の場	12
医師との個別ケースにおける実質的な連携強化	6
訪問診療の充実	3
認知症や精神疾患への取り組み	3
地域包括支援センターの活動により多くの関心と関与を	3
介護保険制度に関して、行政に様々な提案をする地域の代弁者としての医師会	2
サービス担当者会議に医師が参加できない場合でも、医師からの情報提供が得られるような仕組みづくり	2
地域ネットワークに、医師会（かかりつけ医）がメンバーに入っていることが心強い。今後とも継続的な関与を	1
高齢社会や在宅医療を支える医師の実態を地域住民に周知すべき	1
医師会を通じて、地域包括ケアの周知をお願いしたい	1
医師会と地域包括との相互の理解を深めたい	1
医師への相談用の連絡フォームが有効、今後も継続を	1
その他	3

5.11 調査結果のまとめ

5.11.1 地域包括支援センターのプロフィール

(1) 二次医療圏別にみた施設数の構成比

県東部から順に、「賀茂」が 3.9%、「熱海伊東」が 5.3%、「駿東田方」が 27.6%、「富士」が 3.9%、「静岡」が 15.8%、「志太榛原」が 11.8%、「中東遠」が 11.8%、「西部」が 15.8%であった。

(2) 運営形態別にみた施設の構成比

「委託」が 69.7%、「行政直営」が 19.7%であった。さらに、「委託（53 か所）」の内訳をみると、「社会福祉法人（社協以外）」が 62.3%、「社会福祉協議会（社協）」が 20.8%などの順であった。

(3) 開設年別にみた構成比

「2005 年度まで」が 53.9%（41 か所）で半数以上を占め、「2006 年以降」が 39.5%（30 か所）であった。

(4) 併設事業の状況

併設事業があるセンターが 90.8%（69 か所）であった。併設事業の内容は、「居宅介護支援」93.8%、「訪問介護事業所」73.4%、「通所介護」42.2%、「特別養護老人ホーム」31.3%、「病院・診療所」「訪問看護ステーション」「短期入所生活介護」が各々20.3%（13 か所）、「グループホーム」9.4%、「小規模多機能」「障害施設、（障害者）支援事業」が各々7.8%などの順であった。

(5) 担当生活圏域の人口規模の分布

「1 万人以上 3 万人未満」が 39.5%、「3 万人以上 5 万人未満」が 31.6%、「5 万人以上 10 万人未満」が 13.2%、「1 万人未満」が 7.9%、「10 万人以上 30 万人未満」が 5.3%、「30 万人以上」が 2.6%であった。

(6) 担当生活圏域の高齢化率の分布

「20%以上 25%未満」が 43.4%で最も多く、続いて「25%以上 30%未満」が 22.4%、「15%以上 20%未満」が 17.1%、「30%以上 35%未満」が 10.5%、「35%以上 40%未満」が 3.9%、「40%以上」が 2.6%の順であった。

5.11.2 サービス提供体制

(1) 従事者の状況

平成 23 年 12 月時点のセンター長は、専門職種との兼務が 76.3%であった。平成 23 年 12 月時点の、1 施設当たりの職種別の常勤の人員は、「社会福祉士」1.4 人、「保健師・看護師」1.3 人、「主任介護支援専門員」1.0 人、「介護予防プランナー」0.5 人であった。

(2) 相談件数等

1 施設当たりの月間相談件数の構成比は、「電話」39.6%、「訪問」34.8%、「来所」19.3%、「その他」6.4%の順であった。相談種類別に構成比をみると、「総合相談支援業務」58.9%、「他機関連携」17.1%、「権利擁護業務」8.5%、「ケアマネジャーへの支援」5.8%であった。「医療機関との連携」は、相談総件数の 5.9%であった。

1 施設当たりの月間プラン作成件数をみると、「特定高齢者のプラン作成」5.0 件、「要支援者のプラン作成」60.5 件であった。そのうち、居宅介護支援事業所からの委託分が 27.6 件であり、要支援のプラン作成全体の 45.6%を占めていた。

(3) 研修会等の開催状況

センターの主催する会合のうち、「地域住民向け研修会」「職員・関係団体向け研修会」を開催しているセンターは、各々69.7%であった。また、他団体主催の「外部研修」は、参加させているセンターが 76.3%を占めていた（年平均 22.2 回）。

5.11.3 関係者との連携

(1) センターの他機関連携の目的

他機関連携の目的は、「ケアマネジャーへの支援」が 98.7%、「認知症対応」が 90.8%「医療機関や医療系サービスの、情報提供やニーズの発見」89.5%などの順であった。相対的に割合の低い「(独居高齢者等の) 地域での孤立化への対応」(69.7%)、「病状の把握や適切な診断の必要性」(61.8%) でも 6 割以上を占めていた。

(2) 他機関との連携構築を行う際のアプローチ

「センターが自ら連携を構築し、実質的な活動を行っている」が 53.9% (41 か所)、続いて「連携構築の中心は他団体であるが、連携の一員として実質的な活動を担っている」が 23.7% (18 か所)、「実質的な活動はしていないが、委員会、会議等には参加」が 17.1% (13 か所) の順であった。

(3) 連携構築のための具体的な方策

「パンフレットの作成・配布」が 76.0%と最も多く、続いて「関係機関との連携強化のための研修会や講習会等の開催」「(他団体主催の) 研修会や講習会等のイベントに参加」「認知症サポーターの育成や活動支援」が各々 73.3%、「見守り活動」が 52.0%などの順であった。

(4) 業務ごとの連携の構成員

・包括的・継続的ケアマネジメントについては、「福祉行政」「ケアマネジャー」が各々 94.7%、「介護サービス提供事業所」が 86.8%、「民生・児童委員」が 85.5%、「かかりつけ医」が 76.3%の順であった。

・要支援のケアプラン作成時については、「かかりつけ医」が 90.8%と最も多く、続いて「介護サービス提供事業所」が 85.5%、「ケアマネジャー」が 82.9%、「民生・児童委員」が 75.0%などの順であった。

・認知症対策における連携については、「ケアマネジャー」が 93.4%「民生・児童委員」89.5%、「福祉行政」86.8%、「かかりつけ医」78.9%、「介護サービス提供事業所」75.0%、「地域住民（67.1%）」「警察署（65.8%）」「自治会・町内会（57.9%）」「認知症専門医（56.6%）」「グループホーム（56.6%）」「介護保険施設（52.6%）」などの順であり、幅広い職種の構成比が半数を超えていた。また、「その他」にも、地区社協、認知症キャラバンメイト、小中高等学校等関係者など、広範囲な関係機関が挙げられていた。

・独居高齢者の孤立防止については、「民生・児童委員」が 93.2%「福祉行政（行政機関）」86.5%、「ケアマネジャー」77.0%「地域住民」71.6%などの順であった。

・虐待防止対策における連携では、「民生・児童委員」が 94.7%、「ケアマネジャー」が 93.4%、「福祉行政」が 92.1%、「介護サービス提供事業所」が 81.6%、「警察署」が 75.0%、「かかりつけ医」が 73.7%などの順であった。「その他」には、弁護士、司法書士などの権利擁護関係者等が挙げられていた。

5.11.4 地域ケア会議

(1) 地域ケア会議の開催状況

平成 23 年度に地域ケア会議を開催していたセンターは 77.6%であり、1 施設当たりの開催回数は 4.6 回であった（見込みも含む）。開催の必要性の根拠については、「関

係機関との情報交換や相互理解を深め、ネットワークを強化する」94.4%で、「地域が抱える問題の共有化」77.8%、「困難事例の検討を通じて地域包括ケア体制の向上や見直しについて検討する」61.1%などの順であった。

(2) 地域ケア会議の基本構成メンバー

会議の開催形態をみると、メンバーの所属団体数、人数や、職種や役職など一様ではなく、様々であった。センター自身を除く所属団体数が、最大が6団体であるが、最小が1団体であった。また、会議の構成メンバーに医師が入っている会議が47か所中6か所であった。また、地域ケア会議の開催が、センターの機能強化に繋がっていると回答したセンターが9割以上を占めていた。そう思う理由として、「日常的な連携がスムーズに取れるようになった」22.0%、「幅広いネットワークを構築できる」17.1%などが挙げられていた。

5.11.5 かかりつけ医や医療機関との連携

(1) かかりつけ医や医療機関との連携

・かかりつけ医や医療機関との連携の必要性については、「そう思う」90.8%、「ややそう思う」9.2%であり、全てのセンターで、かかりつけ医等との連携の必要性について認識していることがわかった。医師との連携の必要性を感じる場面は、「要援護者・利用者の状態悪化時」「退院後のサービス導入時」が各々94.7%、「認知症への対応時」90.8%が多数を占めていた。

・一方で、実際に連携がとれているかについては「ややそう思う」57.9%、「あまりそう思わない」23.7%、「そう思う」13.2%、「そう思わない」「わからない」が1.3%であった。これらのうち、連携がとれているセンターでは、実際に連携を取っている場面が、「退院時」36.0%、「適宜」32.0%、「状態変化時」16.0%などであった。

・具体的な連携方法については、自由回答において「退院前・退院時カンファレンスの実施」「主治医・ケアマネジャー連絡票などの共通様式を利用し随時連絡」などの対応がみられた。一方で、「医療機関により（連携方法）がまちまち（または、特に定まっていない）」「無回答」が20.0%であり、連携方法については十分に確立していない様子がみられた。

(2) 医師会への要望

医師会への要望内容のうち最も多かったのは「医師との連携を強化できる仕組みや、

定期的な交流の場」(12 施設)、続いて「医師との個別ケースにおける実質的な連携強化」(6 施設)、「訪問診療の充実」「認知症や精神疾患への取り組み」「地域包括支援センターの活動により多くの関心と関与を」(3 施設)などが挙げられていた。

5.11.6 ケアマネジメントに関する課題

(1) 介護予防ケアプランについて

介護予防ケアプラン作成過程の公正・中立性の担保について、できていると思うかをたずねたところ、「そう思う」が 75.0%、「ややそう思う」が 25.0%であり、全てのセンターが、公正・中立性の担保ができていると評価していた。介護予防ケアプラン作成にかかる業務量の負担については、「そう思う」61.8%、「ややそう思う」26.3%であり、9 割近くのセンターが負担に感じていた。

5.11.7 運営上重視している課題

課題意識の高い順に、「職員の人材確保」64.8%、「インフォーマルサービスの不足」53.5%、「医療機関や医師会等の協力」46.5%、「警察署や消防署等との連携等」40.8%、「運営に必要な財源の確保」39.4%であった。

5.11.8 今後の運営方針

今後の運営方針についてたずねたところ、「決まっている」が 81.6%、「決まっていない」が 5.3%であった。「決まっている」と回答した 62 か所すべてのセンターでは、次年度も引き続き地域包括支援センター事業を継続する予定であった。

6. おわりに

本調査の全体の結果のまとめと考察を述べる。

診療所における在宅医療機能や連携の状況、また、病院における入院受入れや退院支援の状況、そして、地域包括支援センターのサービス提供体制等についての実態が得られた。課題と対策を以下に示す。

診療所、病院調査から得られた結果

- ① 在宅医療の基盤整備のために、将来に向けて、在宅医療を担う医師を獲得、育成が必要である。
- ② 状態変化に伴う患者の緊急一時的な入院やレスパイトのための入院が円滑にできるよう、病院との連携や病院の受け入れ態勢の強化が必要である。
- ③ 病院によって、退院支援部門の質（人員、職種構成、連携状況）のばらつきが大きい。また、自宅退院後の患者の情報が、かかりつけ医に確実に伝わっていないことが危惧される。

以上のことから、今後も「静岡県在宅医療体制整備・推進協議会」の検討を通じて、会員医師への在宅医療に関する広報活動や、研修等の充実を図っていくことが不可欠である。また、病院と診療所との連携の前提として、共通の価値観を構築し、そのうえで、在宅医療に関する実質的な連携システムの方向性を定めていくことが強く求められている。

地域包括支援センター調査から得られた結果

- ① 地域包括支援センターにおける連携目的は、ケアマネ支援、認知症対策と並んで医療機関や医療系サービスの情報提供や医療ニーズの発見が9割を占めていた。医療連携の必要性についての意識は高い。
- ② センターでは100%が医師との連携の必要性を感じていたが、実際に連携が取れていると回答したところは7割にとどまっていた。また、連携方法も確立していなかった。

地域包括支援センターは、医師や医療機関との連携を求めている。医師や医療職との連携方法について、センターの研修会や同協議会等を通じた教育の機会を設けていくべきであろう。一方で、運営協議会や、地域ケア会議に対するかかりつけ医の関与

については、現状では未だ十分とは言えない。先行事例等を通じて、地域包括ケアに対する医師の関与についての効果を検証し、連携方法の確立を目指していく必要があるだろう。

次に、今回の調査結果の活用についてである。結果報告としては、「診療所、病院、地域包括支援センターの在宅医療機能に関する実態調査報告書」（静岡県在宅医療体制整備・推進協議会）および本ワーキングペーパーに取りまとめている。

さらに、静岡県医師会では、こうした県全体状況の把握にとどまらず、市町村単位や地域医師会単位などの個別具体的な地域単位の再分析や、事前に公開の承諾を得られている診療所の回答（個票）について、郡市区等域内の公開・情報共有の促進のためのデータの利活用を進めているところである。

最後に、本調査を実質的に協議した静岡県在宅医療体制整備・推進協議会 在宅医療推進システム検討部会について触れさせていただく。委員構成は、医師会理事だけではなく、薬剤師会・訪問看護ステーション協議会・介護支援専門員協議会などの団体代表者、行政の担当者といった多様なメンバー構成であり、毎回熱心な議論や調査項目の検討が行われた。また、在宅医療を「在宅療養支援診療所に特化したものではなく、日常的な外来診療の延長上にあるもの」と明確に定義し、その視点は委員全員が共有していた。調査項目、内容の確定に至るまで、多職種が一堂に会する「合同カンファレンス」そのものであった。他の地域においても、在宅医療の現状把握を進める際に、本調査の手法等、参考にしていただける点が多いと思う。

今回のような取組みが広く実施され、実質的な多職種連携の活動に繋がっていくことを強く期待したい。

〔参考資料〕

アンケート調査票

- (1) 診療所調査票
- (2) 病院調査票
- (3) 地域包括支援センター調査票

診療所の在宅医療機能に関する実態調査

静岡県在宅医療推進センター

Q0. 本調査の開示について

所属する都市医師会から情報開示の要望があった場合*、回答内容の開示を承諾されますか。

*「調査票記入上の注意－調査票への記入の前に必ずご一読下さい」の「3. 診療所の先生方へ」(1)をご覧ください。

1 . 承諾する

2 . 承諾しない

Q1. 貴院の所在地をご記入ください。

所属医師会名 ※所属が無い場合は、「なし」と記入してください		所在地 (市区町村名)	
-----------------------------------	--	----------------	--

Q2. 病床の有無についてお伺いします(どちらかに○)。

1 . 無床 (Q3へお進みください)

2 . 有床 (SQへお進みください)

SQ Q2で「有床」とお答え頂いた方は、病床数をご記入ください。

届出病床の総数	床 下記(1)(2)の内訳もご記入下さい。			
(1) 届出病床の種類別の内訳	①一般病床 床	②医療療養病床 床	③介護療養病床 床	(2) ショートステイ 床

Q3. 開設主体についてお伺いします(該当番号に○)。

1 . 個人

2 . 法人

3 . その他 (

)

Q4. 貴院の現在までの開業年数についてお伺いします。

開業年数	年 継承の場合は、 <u>継承前からの年数を含めて</u> ご記入ください
------	---

Q5. 主たる診療科についてお伺いします(1つだけ○)。

1 . 内科

2 . 小児科

3 . 精神科

4 . 外科

5 . 整形外科

6 . 産婦人科

7 . 皮膚科

8 . 脳神経外科

9 . 1～8以外 (

)

Q6. 診療所の主な従事者数 (該当職種の実人数をご記入ください。)

職種名	医師	看護職員	リハ職員	事務職員
常勤	人	人	人	人
非常勤	人	人	人	人

Q7. 併設施設および併設事業についてお伺いします(該当番号に○)。

1 . 併設なし

2 . 併設あり (SQへお進みください)

SQ. 併設施設および併設事業をお答えください。(該当番号に○。複数可)

1 . 居宅介護支援

2 . 訪問介護

3 . 訪問看護ステーション

4 . 訪問リハビリ

5 . 通所リハ

6 . 通所介護

7 . 病院

8 . 介護老人保健施設

9 . 居住系施設

10 . その他

(ケアハウス、グループホーム、有料老人ホームなど) (具体的に:

)

Q8. 現在の在宅療養支援診療所の届出の有無(どちらかに○)

1 . 届出なし	2 . 届出あり
----------	----------

Q9. 在宅医療の提供の現状

1～3のうち、貴院の状況に該当する番号に○をつけてください(1つだけ○)。

1 . 往診（臨時に訪問）も、訪問診療（計画的かつ定期的な訪問診療）も、いずれも行っていない 2 . 計画的には行かないが、往診のみ行う場合もある。 3 . 計画的に訪問診療を行っている。	「1」に回答された方は、下記の「SQ」「ご回答者欄」に 「2または3」に回答された方は、下記の「ご回答者欄」に記入後、「在宅医療機関票」にお進みください。
---	---

↓ **SQ. 1に回答した方 今後取り組む予定はありますか(1つだけ○)。**

1 . ある	2 . 検討中	3 . <u>ない</u>	4. その他
--------	---------	---------------	--------

SQ. 「3. ない」を選んだ理由を簡潔にご回答ください

1.	診療科にそぐわないため
2.	多忙で時間的な余裕がないため
3.	体力的に困難なため
4.	近隣に連携できる医療機関がないため
5.	近隣に連携できる訪問看護ステーションがないため
6.	その他（

◆ご回答者欄

診療所名			
ご記入者名		役職または職種	
ご担当者名※		役職または職種	
連絡先 ご都合のよい連絡 手段をご記入下 さい。	診療所の電話番号	携帯電話	
	ファクス番号	メールアドレス	

※こちらから調査に関して問い合わせをさせていただいた際に対応していただける方

Q9で「1」に回答された方は、ここで終了です。調査へのご協力をありがとうございました。
Q9で「2または3」に回答された方は、「在宅医療機関票」にお進みください。

～ここからは、【診療所票】Q9で、「2または3」を選択した方のみご回答ください～

【1】 在宅医療に従事する医師の状況等(平成22年12月)

Q1 在宅医療に従事する年齢別の医師数(実人数)

勤務形態	年齢区分 ※該当しない年齢区分には、「0」を記入下さい。		
常勤	～29歳 □□ 人	30歳代 □□ 人	40歳代 □□ 人
	50歳代 □□ 人	60歳代 □□ 人	70歳以上 □□ 人
非常勤	～29歳 □□ 人	30歳代 □□ 人	40歳代 □□ 人
	50歳代 □□ 人	60歳代 □□ 人	70歳以上 □□ 人

Q2 訪問診療等のエリアならびに主な移動手段をお答えください。

訪問エリア	診療所からの半径 (km)	□□.□ km以内 (※小数点第1位まで)
	診療所からの移動時間 (分)	□□□ 分 圏内
主な移動手段 (該当番号に2つまで○)	1. 自動車 2. バイク(原付ふくむ) 3. 自転車 4. 公共交通機関 5. 徒歩	

Q3 どこで療養している患者さんを主体に在宅医療を行っておられますか。

1. 自宅で療養している患者さん
2. 自宅以外で療養している患者さん
- 2に回答した方 該当する療養場所を選んで、○をつけてください(複数回答可)
1. 居住系施設(ケアハウス、グループホーム、有料老人ホームなど)

2. 介護老人保健施設

3. 特別養護老人ホーム 4. その他(具体的に)

【 2 】 訪問診療および往診の状況

実施状況や連携状況等については今年度の常態、算定状況については指定時期の実績をご回答ください。

(1) 訪問診療（計画に基づく定期的な訪問）の実施状況（1つだけ○）	☐ 1 実施している 2 実施していない
	↓ 1 を選択された方
	在宅患者の算定件数 件（人数）※2011 年 12 月分

(2) 時間外、夜間等の緊急往診の実施状況（1つだけ○）	☐ 1 実施している 2 実施していない
	↓ 1 を選択された方
	往診の算定件数・回数 件（人数） 回 ※2011 年 12 月分

(3) 看取りを行っていますか。（1つだけ○）	☐ 1 行っている 2 行っていない
↓ 1 を選択された方 下記についてもご回答ください。	
2011 年 4～12 月分の在宅看取り件数	自宅 件 自宅以外 件
うち、他の医療機関と連携して看取った件数	自宅 件 自宅以外 件

※自宅とは、患者の自宅での看取り。自宅以外とは、居住系施設での看取り。

(4) (1)(2)(3)について、1つでも「1」を選択された方、および(3)で「1」もしくは「2」を選択された方は、下記についてもご回答ください。それ以外の方は次の頁へお進みください。	
訪問診療を行う患者の対象や状態を限定していますか。	☐ 1 ある程度限定している ☐ 2 特に限定していない
↓ 1 を選択された方は、どのように患者を限定しているか、あてはまるもの全てに○を。	
1 もともと自院にかかった経緯のある患者 2 他院から紹介のあった場合 3 特定の疾患や病態 （具体的に ） 4 特定の医療機器の使用がある場合 （具体的に ） 5 その他 （具体的に ）	

(5) 連携している診療所の有無など SQ. 連携診療所がある場合は、1～3のうち最も該当するものを1つだけ選んでください。 （1つだけ○）	☐ 1 あり 2 なし
	↓ 1
	1 電話対応と往診の両方で連携している 2 往診のみ連携している 3 電話対応のみ連携している

(6) 連携共同指導料 1 の算定 ※2011 年 4 月分から 12 月分まで	件 回 （人数）
---	---

【 3 】 貴院の在宅医療提供体制の整備状況について、①～⑭のうち当てはまる番号を1～4、9のうち、1つ選んでください。

	できている	まあ できている	あまりで きていない	できて いない	必要なし
① 在宅医の確保	4	3	2	1	9
② 看護師の確保	4	3	2	1	9
③ 在宅医療に関する研修等への参加	4	3	2	1	9
④ 24時間体制を維持するための病診連携の確保	4	3	2	1	9
⑤ 24時間体制を維持するための診診連携の確保	4	3	2	1	9
⑥ 退院時カンファレンスの開催	4	3	2	1	9
⑦ 緊急時の入院体制（後方支援ベッド）の確保	4	3	2	1	9
⑧ 病院（地域連携室）との連携	4	3	2	1	9
⑨ 訪問看護ステーションとの連携	4	3	2	1	9
⑩ ケアマネジャーとの連携	4	3	2	1	9
⑪ 地域包括支援センターとの連携	4	3	2	1	9
⑫ 保険調剤薬局との連携	4	3	2	1	9
⑬ 在宅医療材料や薬剤の供給体制	4	3	2	1	9
⑭ 貴院の在宅医療への取り組みについての理解促進	4	3	2	1	9

【4】在宅医療に関する診療行為の保険請求について

Q1 保険請求(以下、請求)できるにもかかわらず、患者の経済的負担に配慮して、在宅時総合医学管理料を請求しなかったことが、過去にありましたか(1つだけ○)。

1. あった 2. なかった 3. わからない

Q2 患者の経済的負担に配慮して、在宅患者訪問診療を請求せず、往診料を請求したことが過去にありましたか(1つだけ○)。

1. あった 2. なかった 3. わからない

Q3 請求できるにもかかわらず、患者の経済的負担に配慮して、在宅ターミナル加算または在宅ターミナルケア看取り加算を請求しなかったことが、過去にありましたか(1つだけ○)。

1. あった 2. なかった 3. わからない

【5】 貴院の在宅医療をどのようなスタンスで進めていきたいと思っていますか(複数回答可)。

1. 24時間体制による在宅医療の実施
2. 外来医療を中心とした在宅医療
3. 在宅医療を行う診療所の協力医療機関
4. その他 ()

【6】 貴院における在宅医療の実施に関する方針に最も近いものを選んでください(1つだけ○)。

1. 拡げていく予定 2. 現状維持の予定 3. 縮小する予定 4. 未定である

SQ「3」に回答された方 縮小する予定の理由に該当するものを全て選んでください。
(複数回答可)

1. 年齢や体力 2. 経営上の後継者不足 3. 体制の維持が困難
4. その他 ()

調査にご協力いただき、ありがとうございました。

平成24年2月21日(火)までに、同封の返信用封筒よりお送りくださいますようお願いいたします。

【調査に関するお問い合わせ先】
担当者 日医総研 野村・吉田
電話 03-3942-7192
時間帯 10:00~17:00(月~金)

2. 在宅療養患者の入院等について

問1. 在宅療養患者の緊急一時入院等の受け入れを行っていますか。	1 行っている ↓ 2 行っていない → 次頁(10)へ SQ.在宅療養患者の受入について相談窓口はありますか 1 ある ↓ 2 ない 1 地域連携室等で対応 2 その疾患の外来窓口で対応 3 とくに決まっていない 4 その他（ ）
⇒問1で1に回答した場合は、2011年12月現在連携をしている医療機関数についてご回答ください。 連携している医療機関がない場合は0をご記入ください。 また、2に回答した場合は、次頁の問1(10)へお進みください。	
(1) 連携している在宅療養支援診療所の数	施設
(2) 連携している在宅療養支援診療所以外の診療所の数	施設
(3) 連携している在宅療養支援病院の数	施設
(4) 連携している在宅療養支援病院以外の病院の数	施設
また、確保できる病床数等についても、ご回答ください。	
(5) 確保できる病床数	床
(6) 在宅からの入院患者数； 2011年4～12月の在宅患者緊急入院診療加算（A206）の請求件数	
1. 連携医療機関の場合（1300点）	件
2. 連携医療機関以外の場合（650点）	件
(7) 在宅療養患者のための病床の受け入れについて、貴院の状況に最も近いものを選んでください。 （1つだけ○）	1 常に受入れできる。 2 常に受入れできる。 ただし、自院または連携医療機関の退院患者に限定。 3 病床の空き状況による。 4 病床の空き状況による。 ただし、自院または連携医療機関の退院患者に限定。

(8) 在宅療養患者が必要な時に速やかで確実に入院できるよう上記病床のコントロールについて工夫している点がありましたら、簡潔にご記入ください。

--

(9) 万一入院希望の際に満床となった場合の対応について、簡潔にご記入ください。

--

(10) 定期的な訪問診療を実施していますか。

1 行っている

2 行っていない

※1に回答した方は、最後に「補足調査：在宅医療の提供状況」についてもお答えください。

問2. 在宅療養患者の介護者のレスパイトのための入院（家族の介護による疲弊を防ぐためや、冠婚葬祭等による一時的な介護者不在の対応のためのショートステイ）を実施していますか。（1つだけ○）

1 実施している	
→ 確保できる病床数	 床
→ 2011年4～12月までの受け入れ患者数	 件
2 実施していない	
3 実施していないが、検討中	

問3. 入退院（再入・退院含む）に関する保険請求の状況（2011年4～12月分）

病院全体の 入院患者の総数 ※2011年4～12月	 人	病院全体の 退院患者の総数 ※2011年4～12月	 人
---------------------------------	---	---------------------------------	---

（1）入院時（再入院含む）の状況

① A101 救急・在宅等支援療養病床初期加算	1 届出あり	2 届出なし
	→ 算定件数 件 ※2011年4～12月	
	うち、自宅からの入院 件	

（2）入院中の退院支援の状況

① A240 総合評価加算	1 届出あり	2 届出なし
② B005-1-2 介護支援連携指導料（300点）	1 算定あり 回 ※2011年4～12月	
	2 算定なし	

3. 退院支援の体制 ※地域連携を担当する方がご記入下さい。

問. 貴院では、患者の入退院に伴う地域連携や調整をするための部門（または相談室）を	1 専門の部署（例えば地域連携室等）を設置 2 専門の部署は設置せず、病棟の担当者が対応（設置準備中も含む） 3 専門の部署は設置せず、診療科ごとに対応（設置準備中も含む）
設置していますか。（1 つだけ○）	

→1を選択された方は、SQ1、SQ2についてもご回答ください。

→2、3を選択された方は、SQ3のみご回答ください

SQ1. 部門の職種別配置人員（実人数※いない場合は0を記入）および職種別実務内容

職 種	専 従 勤務時間の 80%以上従事	専 任 勤務時間の 80%未満従事	部門における 職種別実務内容 (自由記述)
(1) 医 師	人	人	
(2) 看護職員	人	人	
(3) 社会福祉士※	人	人	
(4) リハビリテーション職種※	人	人	
(5) 事務職種（又はその他の職種）	人	人	

※ (3) 社会福祉士には、精神保健福祉士・社会福祉主事による医療ソーシャルワーカーを含めてください。

※ (4) リハビリテーション職種は、理学療法士、作業療法士、言語療法士です。

SQ2. 当該部門と病棟や診療科とのコミュニケーションについて、貴院の状況に最も当てはまるものを選んでください。 (1 つだけ○)	1 よく取れている 2 だいたい取れている 3 特定の病棟（または診療科）とは取れている 4 あまり取れてない 5 わからない
--	--

→ 2または3を選択された方

SQ3. 病棟または診療科で、退院調整業務を行う職種に当てはまる番号を全て選んでください。（複数回答可）	1 医師 2 看護職員 3 社会福祉士 4 その他職種（職種名：_____）
SQ3 他機関との連絡調整について、全般的に円滑に行えていると思いますか。	1 そう思う 2 ややそう思う 3 あまり思わない 4 ほとんど思わない 5 わからない

4. 退院支援における地域連携の状況

※地域連携を担当する方がご記入下さい。

問 1. 入院患者の紹介元の状況（1 つだけ○）	1 主に急性期病院が多い 2 主に地域の診療所から 3 急性期病院と地域の診療所が同じくらい 4 わからない
問 2. <u>紹介されて入院した患者が退院して自宅に戻る場合</u> の貴院の方針として最も近いものに○をつけてください。（1 つだけ○）	1 原則として紹介元にもどす 2 原則として自院で継続する 3 患者・家族の希望を優先する 4 特に決めていない
問 3. <u>紹介をうけていない入院患者が退院して自宅に戻る場合</u> の貴院の方針として、最も近い状況に○をつけてください。（1 つだけ○）	1 原則として地域の診療所を紹介する 2 原則として自院で継続する 3 患者・家族の希望を優先する 4 特に決めていない

問 4. 退院に向けた取り組みの状況

直近 1 ヶ月の新規退院調整依頼件数 件

(1) 患者の家族に在宅移行に関する話をするのは、いつごろですか。(1つだけ○)	1 入院直後 2 入院治療している時期 3 病状が安定し退院の目途が立った頃 4 退院が近くなってから
在宅移行に関する話を本人や家族にするのは、主にどの職種ですか(1つだけ○)。	1 医師 2 看護職員 3 社会福祉士 4 その他(職種名:)
(2) 入院中に、地域のケアマネジャーと共同して、介護サービス事業所の情報共有や退院後に利用できるサービスなどの調整や指導を行っていますか。(1つだけ○)	1 ほとんどのケースで行っている 2 必要に応じて行っている 3 あまり行っていない 4 把握していない
上記のサービスなどの調整を行っているのは、主にどの職種ですか(1つだけ○)。	1 医師 2 看護職員 3 社会福祉士 4 その他(職種名:)
(3) ①退院患者の方針決定と情報共有のため、関係者(地域のかかりつけ医、訪問看護、ケアマネジャー、サービス事業所など)が一堂に会し、カンファレンスを行っていますか。(1つだけ○)	1 ほとんどのケースで行っている 2 必要に応じて行っている 3 あまり行っていない 4 把握していない
②上記の開催を主導するのはどの職種ですか(1つだけ○)。	1 医師 2 看護職員 3 社会福祉士 4 その他(職種名:)
③開催する場合の地域のかかりつけ医への連絡について、最も近い状況を選んでください(1つだけ○)。	1 ほとんどのケースで連絡する 2 必要に応じて連絡する 3 あまり連絡しない 4 ほとんど連絡しない
④関係者とカンファレンスを行えない場合の代替手段(複数回答。該当するもの全てに○)。	1 電話連絡 2 ファックスでの連絡 3 メールによる連絡 4 その他()

問 5. 退院支援における連携機関との関係

下記の施設について、（１）貴院で連携の必要性があると感じている関係機関、及び、（２）連携機関の有無、また、連携が有る機関については、（３）連携の状況について、それぞれあてはまる番号に○をつけてください。

- （１）については、縦方向にあてはまる機関すべてに○をつけてください。

（２）については、○はそれぞれについて１つずつ。

（３）については、複数の連携医療機関を持つ場合には、全体的な状況についてご回答ください。
○はそれぞれについて１つずつ。

施設および事業所の種類	(1) 連携の必要性があると感じている 関係機関（該当する番号に○複数回答可） ↓	(2) 連携機関の有無（○は１つずつ） ↓	(3) （２）で「2」を 選択した場合の、 連携の状況 （○は１つずつ） 【選択肢】 1 うまくいっている 2 まあうまくいっている 3 あまりうまくいっていない 4 うまくいっていない 5 どちらともいえない ↓
病院	1	1 無 2 有	1 2 3 4 5
訪問看護ステーション	2	1 無 2 有	1 2 3 4 5
居宅介護支援事業所	3	1 無 2 有	1 2 3 4 5
訪問リハビリテーション	4	1 無 2 有	1 2 3 4 5
地域包括支援センターまたは在宅介護支援センター	5	1 無 2 有	1 2 3 4 5
行政の福祉担当者（ケースワーカーなど）	6	1 無 2 有	1 2 3 4 5
保健所（保健センター）の保健師	7	1 無 2 有	1 2 3 4 5
介護老人保健施設	8	1 無 2 有	1 2 3 4 5
介護療養型医療施設	9	1 無 2 有	1 2 3 4 5
特定施設（有料老人ホーム、グループホーム、ケアハウス）	10	1 無 2 有	1 2 3 4 5

問 6. 貴院の在宅医療への取り組みに関する評価

①～⑪の項目について、該当する番号に○をつけてください。（それぞれに 1 つだけ○）

	でき て い る	ま あ で き て い る	あ ま り で き て い な い	で き て い な い	必 要 な し
① 在宅医療に従事する医師の確保	1	2	3	4	5
② 看護師の確保	1	2	3	4	5
③ 在宅医療に従事するスタッフの レベルアップ研修等	1	2	3	4	5
④ 院内学習等を通じた在宅移行への 取り組みについての共通認識	1	2	3	4	5
⑤ 緊急時の在宅療養患者の入院体制 （後方支援ベッド）の確保	1	2	3	4	5
⑥ 24 時間体制を維持するための連携 病病連携の確保	1	2	3	4	5
⑦ 24 時間体制を維持するための連携 病診連携の確保	1	2	3	4	5
⑧ 院外スタッフも含めた合同の退院時 カンファレンスの実施	1	2	3	4	5
⑨ 地域連携における退院調整機能	1	2	3	4	5
⑩ 在宅医療材料や薬剤の供給体制	1	2	3	4	5
⑪ 貴院の在宅医療への取り組みに ついての地域住民への理解促進	1	2	3	4	5

5. 在宅医療に対する後方支援のスタンス ならびに 今後の方針

問1. 現在の、貴院の在宅医療に対する後方支援のスタンスに該当する項目を全て選んで○をつけてください（複数回答）。	1 かかりつけ医の専門外の診療の実施 2 かかりつけ医が対応できない検査の実施 3 在宅患者が急変した際の入院受け入れ 4 在宅患者の家族のレスパイトへの対応 5 その他（ ） 6 在宅医療に対する関与は、考えていない
---	---

[illegible]

ご回答者のプロフィール（記載内容に関して問い合わせに電話で対応いただける方）

病 院 名			
電話番号			
部 署 名		お 役 職	
氏 名			

調査へのご協力をありがとうございました。

ご回答頂きました調査票は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、平成24年2月21日（火）までにご返送頂きますようお願いいたします。

お問い合わせ先： 担当 日医総研 野村・吉田

電話 03-3942-7192（土日祝日を除く、月～金：10～17時）

補足調査：在宅医療（訪問診療）の提供状況※実施している医療機関のみ回答

問 1. 訪問診療等の状況

実施状況や連携状況等については今年度の常態、算定状況については指定時期の実績をご回答ください。

(1) 訪問診療（計画に基づく定期的な訪問）の実施状況（1つだけ○）		1 実施している 2 実施していない	
		↓ 1を選択された方	
在宅患者算定件数（人数）		件	※2011年12月分
(2) 時間外・夜間等の緊急往診の実施状況（1つだけ○）		1 実施している 2 実施していない	
		↓ 1を選択された方	
往診の算定件数・回数		件	回
		※2011年12月分	
(3) 連携している診療所が対応困難な時の協力について、1～3のうち最も該当するものを1つだけ選んでください。（1つだけ○）		1 電話対応にも、往診にも対応している 2 往診のみ対応している 3 電話対応のみ対応している	
(3) 看取りを行っていますか。（1つだけ○）		1 行っている 2 行っていない	
		↓ 1を選択された方は、下記についてもお答えください。	
2011年4～12月分の在宅看取り件数		自宅※ 件	自宅以外※ 件
うち、他の医療機関と連携して看取った件数		自宅 件	自宅以外 件

※自宅とは、患者の自宅での看取り。自宅以外とは、居住系施設での看取り。

(4) (1)(2)(3)について、1つでも「1」を選択された方、および(3)で「1」もしくは「2」を選択された方は、下記についてもお答えください。それ以外の方は次の頁へお進みください。	
2011年12月時点の在宅医療担当医師の実人数	人（整数）
上記の常勤換算数※	. 人（小数点第1位まで）
また、訪問診療を行う患者の対象や状態を限定していますか（どちらかに○）。	1 ある程度限定している 2 特に限定していない
↓ 1を選択された方は、あてはまるもの全てに○をつけてください。（複数回答可）	
1 もともと自院に入院していた経緯のある患者 2 他院から紹介のあった在宅患者 3 在宅後、患者が安定するまでの期間（安定したら、かかりつけ医に） 4 特定の疾患や病態（具体的に ） 5 特定の医療機器の使用がある場合（具体的に ） 6 その他（具体的に ）	

※非常勤医師全員の1週間の勤務時間の合計÷貴院が規定する常勤医師の1週間の勤務時間

(5) 連携している診療所の有無など SQ. 連携診療所がある場合は、1～3のうち最も該当するものを1つだけ選んでください。（1つだけ○）	1 あり 2 なし
	1 電話対応と往診の両方で連携している
	2 往診のみ連携している
	3 電話対応のみ連携している

問6. 職員体制（平成23（2011）年12月時点）

（１）センター長は、下記の現業職種と兼務していますか。

1. している（職種名	） 2. していない
-------------	------------

（２）職種別の人員構成

	常勤 (実人数)	非常勤 (常勤換算数)	合計
保健師・看護師		.	.
社会福祉士		.	.
主任介護支援専門員		.	.
介護予防プランナー		.	.
事務職員		.	.
その他（職種名）		.	.

問 7. 相談件数（平成23（2011）年4～12月分の累計）＊延べ件数でお答えください

（１）相談種類別の件数

	相談全体 ※内訳の合計	内訳			
		電 話	来 所	訪 問	その他※
相談件数	件	件	件	件	件

※「その他」には、民生委員からの調査票などからの相談など、電話・来所・訪問以外の方法による相談件数を計上してください。

（２）相談種類別の件数

相談種別		件 数 (単位：件)
（１）総合相談支援業務		件
（２）権利擁護業務（虐待・成年後見・消費者被害等に関する相談）		件
（３）包括的・継続的 ケアマネジメント 支援業務	ケアマネジャーに対する困難事例 にかかる支援	件
	他機関連携	件
	再掲：医療機関との連携	件
（４）介護予防 ケアマネジメント 業務	特定高齢者のプラン作成	件
	要支援者のプラン作成	件
	再掲：居宅介護支援事業所委託分	件

問8 地域ケア会議（運営協議会によって、地域包括ケア会議など名称が異なる場合あり）や研修会等の状況

地域ケア会議の開催回数	回
センター主催の研修会・説明会回数（地域住民向け）	回
センター主催の研修会・説明会回数（職員・関係団体向け）	回
全職員の外部研修の参加回数	回

問1. 貴センターの他機関連携の目的として該当するもの全てに○をつけてください(複数回答)。

問2. 他機関との連携構築のために、どのようなアプローチをしていますか。最も近い状況を選んでください（1 つだけ○）。

問3. 連携構築のための活動内容を全て選んでください（複数回答）。

(1) 包括的・継続的ケアマネジメント業務

①福祉行政 ②保健行政 ③警察署 ④消防署
⑤かかりつけ医 ⑥医師会 ⑦保健所（保健センター）
⑧ケアマネジャー ⑨介護サービス提供事業所 ⑩介護保険施設 ⑪グループホーム
⑫小規模多機能 ⑬NPO/ボランティア団体 ⑭民生・児童委員
⑮自治会・町内会 ⑯地域住民 ⑰その他（ ）

①福祉行政 ②保健行政 ③警察署 ④消防署

⑤かかりつけ医 ⑥医師会 ⑦保健所（保健センター）

⑧ケアマネジャー ⑨介護サービス提供事業所 ⑩介護保険施設 ⑪グループホーム

⑫小規模多機能 ⑬NPO/ボランティア団体 ⑭民生・児童委員

⑮自治会・町内会 ⑯地域住民 ⑰その他（ ）

①福祉行政 ②保健行政 ③警察署 ④消防署

⑤かかりつけ医 ⑥認知症専門医 ⑦保健所（保健センター）

⑧ケアマネジャー ⑨介護サービス提供事業所 ⑩介護保険施設 ⑪グループホーム

⑫小規模多機能 ⑬NPO/ボランティア団体 ⑭民生・児童委員

⑮自治会・町内会 ⑯地域住民 ⑰その他（ ）

①福祉行政 ②保健行政 ③警察署 ④消防署
⑤かかりつけ医 ⑥医師会 ⑦保健所（保健センター）
⑧ケアマネジャー ⑨介護サービス提供事業所 ⑩介護保険施設 ⑪グループホーム
⑫小規模多機能 ⑬NPO/ボランティア団体 ⑭民生・児童委員
⑮自治会・町内会 ⑯地域住民 ⑰その他（ ）

①福祉行政 ②保健行政 ③警察署 ④消防署
⑤かかりつけ医 ⑥医師会 ⑦保健所（保健センター）
⑧ケアマネジャー ⑨介護サービス提供事業所 ⑩介護保険施設 ⑪グループホーム
⑫小規模多機能 ⑬NPO/ボランティア団体 ⑭民生・児童委員
⑮自治会・町内会 ⑯地域住民 ⑰その他（ ）

問5. 地域ケア会議の運営 ※会議を開催しているセンターの場合のみ、ご回答ください。

(1) 地域ケア会議の構成メンバーについて、下の表にご記入ください。

基本構成メンバー

	所属機関名・	職種（または役職）	人数（単位：人）
記入例	〇〇市高齢福祉課	課長補佐、主任	2
①			
②			
③			
④			
⑤			

随時参加のメンバー

	所属機関名・	職種（または役職）	参加理由
記入例	〇〇市障害福祉課	ケースワーカー	検討ケースが生活保護受給者の場合
①			
②			
③			

(2) 地域ケア会議は、どのような必要性にもとづいて開催されていますか。過去の議題等をもとに判断していただき、該当するものに全て○（複数回答）、最も重視しているものに1つだけ◎をつけてください。

①効果的な介護予防プランの作成やサービスの調整

②要援護者の早期発見

③関係機関との情報交換や相互理解を深め、ネットワークを強化する

④地域型の在宅介護支援センターへの支援

⑤認知症・医療依存度の高い高齢者などの困難事例の検討（ケアマネジャー支援）

⑥困難事例の検討を通じて、地域包括ケア体制の向上や見直しについて検討する

⑦地域が抱える問題の共有化

⑧市町として取り組むべき新たなサービスや課題の提起

⑨その他

(3)地域ケア会議の開催は、貴センターの機能強化に繋がっ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

SQ. また、上記のように思う理由を、自由に回答してください。

--

問 6. 居宅介護支援事業所との連携

貴センターは、居宅介護支援事業所と連携がうまくいっ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または④に回答した方は、連携についての具体的な課題を自由にご回答ください。

--

問 7. かかりつけ医や医療機関との連携状況

(1) 貴センターは、かかりつけ医や病院などの医療機関と連携の必要性を感じていますか。
(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
(SQ①または②に回答した方へ) (SQ③または④に回答した方へ)

⇒SQ①または②に回答した方：どのようなときに連携の必要性を感じるか当てはまる番号を全て選んでください(複数回答)。

- ①要援護者・利用者の状況悪化時
- ②認知症への対応時
- ③退院後のサービス導入時
- ④その他 ※具体的に記述してください。

⇒SQ③または④に回答した方は、どのような理由で必要性を感じないのか当てはまる番号を全て選んでください。

- ①連携の必要性を感じない
- ②連携の有効性を感じない
- ③連携の手順(ノウハウ)がない
- ④連携する自信がない
- ⑤相談しにくい
- ⑥センターの職員の意識が希薄
- ⑦医師や医療機関側の意識が希薄
- ⑧本人や家族の拒否
- ⑨個人情報保護の視点から、情報共有はできないと考えている
- ⑩他の業務が忙しい
- ⑪その他 ※具体的に記述してください。

(2) 貴センターは、かかりつけ医や病院などの医療機関と連携が実際に取れ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

⇒①または②に回答した方は、どのようなときに連携の必要性を感じ、実際にどのような連携をとっているかを具体的に記述してください。

--

問1. 貴センターの介護予防ケアプラン作成過程の公正・中立性は担保できていると思いますか。

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

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

①職員の人材確保	②職員の研修に時間が取れない
③運営に必要な財源の確保	④委託プランの負担
⑤介護保険サービスの不足	⑥インフォーマルサービスの不足
⑦関係機関との連携	⑧行政の地域包括ケアに対する関心の低さや消極的な姿勢
⑨医療機関や医師会等の協力	⑩警察署や消防署等との連携地域住民の理解・参加
⑪その他（	）

[illegible]

4. 今後の方針

貴センターの平成 24（2012）年度以降の今後の見通しについて、方針は決まっていますか。

①決まっていない

②決まっている

⇒SQ. 具体的な方針について、最も当てはまるものをお選びください（１つだけ○）

① 地域包括支援センターとして、事業を継続する

② 地域包括支援センター指定の事業を廃止する

⇒②の廃止の理由（

◆ ご回答者のプロフィール

役職		職種	
氏名			
連絡先	電話番号	—	—
※調査内容の問い合わせに対応していた	携帯電話	—	—
だける場合の連絡手段	FAX番号	—	—
段にご記入下さい。	メールアドレス	_____@_____	

調査にご協力いただき、ありがとうございました。

平成24年2月21日（火）までに、同封の返信用封筒よりお送りくださいますようお願いいたします。

【調査に関するお問い合わせ先】

担当者	日医総研	野村・吉田
電話	03-3942-7192	
時間帯	10：00～17：00	
	(月～金曜日)	