

平成24年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成24年度調査）

在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況調査

報告書（案）について

（右下頁）

・ 報告書（案）	2頁
・ 入院医療機関票	282頁
・ 在宅医療票	294頁
・ 患者票	306頁
・ 患者票（施設記入分）	310頁

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）

在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況調査

報告書（案）

◇ ◆目 次◆ ◇

I. 調査の概要	1
1. 目的	1
2. 調査対象	1
(1) 入院医療機関調査	1
(2) 在宅医療調査	1
(3) 患者調査	1
3. 調査方法	1
4. 調査項目	2
II. 調査の結果	6
1. 回収結果	6
2. 入院医療機関調査の結果	7
(1) 施設の概要	7
①開設者	7
②標榜診療科	8
③病院種別	8
④職員数（常勤換算）	9
⑤自法人・関連法人が運営する施設・事業所	10
⑥許可病床数	10
⑦1日平均入院患者数	11
⑧病床利用率	12
⑨平均在院日数	12
⑩在院期間別人数	14
⑪訪問診療・訪問看護の実施状況	16
(2) パス（入院診療計画書）の活用状況等	17
①電子カルテの導入状況	17
②パス（入院診療計画書）の様式	17
③パス（入院診療計画書）の電子化の状況	18
④がん治療連携計画策定料の施設基準の届出状況	19
⑤がん治療連携指導料の施設基準の届出状況	20
⑥パス委員会の設置状況	20
⑦導入しているパスの種類	21
⑧パス（入院診療計画書）作成に携わる人	24
⑨パス（入院診療計画書）における退院目標・退院基準・退院調整項目の有無	25
⑩パス（入院診療計画書）を使用した患者数	25
⑪パスの活用事例	26

⑫パスの活用による効果.....	31
(3) 退院調整の実施状況等.....	32
①退院調整部門の有無.....	32
②退院調整部門の設置場所.....	33
③退院調整部門の業務内容.....	33
④退院調整部門の体制.....	34
⑤各診療報酬項目に関する状況等.....	35
⑥退院困難者の抽出.....	41
⑦退院困難者の患者数.....	44
⑧転帰別患者数.....	45
⑨退院調整による効果.....	46
(4) 医療機関等との連携状況等.....	47
①連携している施設・事業所数.....	47
②定期的なカンファレンスの開催数.....	48
③連携内容.....	48
④各診療報酬項目の算定状況等.....	53
⑤連携医療機関等から受け入れた患者数等.....	54
⑥専門性の高い看護師による訪問看護の実施状況等.....	55
(5) パスの活用や退院調整部門による早期退院調整、連携等による効果等.....	57
(6) 退院調整や在宅医療を推進していく上での課題等.....	58
(7) 入院医療機関における患者調査【患者調査】.....	60
①性別.....	60
②年齢.....	61
③主たる傷病名.....	61
④同居家族の有無.....	62
⑤入院前の所在.....	62
⑥入院前の在宅医療の受療状況.....	63
⑦入院中の手術の有無.....	63
⑧退院調整に当たり一定の手順を踏んだ抽出の有無.....	64
⑨退院調整に向けた、退院調整部門の関与の有無と時期.....	64
⑩退院調整に際して連携した施設・事業所.....	66
⑪退院調整のカンファレンスの回数・平均所要時間.....	67
⑫退院調整のカンファレンスの参加者.....	68
⑬退院後の所在.....	71
⑭入院予定期間.....	72
⑮実際の入院期間.....	72
3. 在宅医療調査の結果.....	73
(1) 施設の概要.....	73

①届出区分	73
②開設者	74
③標榜診療科.....	75
④医療機関種別	75
⑤許可病床数.....	76
⑥平均在院日数	76
⑦自法人・関連法人が運営している施設・事業所	77
⑧自法人・関連法人が運営している併設施設・事業所	78
(2) 在宅医療の体制等	79
①在宅医療を開始した時期.....	79
②在宅療養支援病院・診療所の届出状況	80
③機能強化型（連携型）在宅支援連携体制	83
④外来診療の実施状況	85
⑤訪問診療を行う時間帯.....	87
⑥職員数	89
⑦在宅患者に対する緊急時の連絡先の通知状況	91
⑧在宅患者に対する緊急時の往診状況.....	93
⑨24 時間往診が可能な体制の構築状況	94
⑩24 時間訪問看護の体制の構築状況	96
⑪緊急時に入院できる病床の確保体制.....	97
(3) 在宅医療の実施状況等	98
①在宅医療提供場所.....	98
②主治医として在宅医療を提供している患者数	103
③診療報酬項目別算定患者数と算定回数	106
④緊急時に往診した回数等	111
(4) 他の医療機関等との連携状況等	116
①連携している他の施設・事業所等	116
②患者が連携医療機関に緊急入院した場合の、連携医療機関や患者との関わり方 ..	125
③連携の充足感.....	128
④連携している施設・事業所との報酬配分の取り決め	130
⑤退院調整への関与の状況等	132
⑥各診療報酬項目の算定患者数等	134
⑦専門医との連携状況等.....	136
⑧在宅医療提供患者の他医療機関入院時の治療方針への関与状況等	138
⑨他の医療機関等との連携による効果等	140
(5) 訪問看護事業所や介護事業所への指示書交付等.....	145
①特別訪問看護指示書を交付した患者数.....	145
②各指示料を算定した患者数	147

③介護職員等喀痰吸引等指示料の指示期間等.....	150
(6) 緩和ケア・ターミナルケア及び看取りの状況等.....	151
①介護老人福祉施設における看取りの有無等.....	151
②在宅における緩和ケア・ターミナルケアでの緩和病棟の医師等との連携の有無.....	153
③他医療機関の緩和ケアの研修を受けた医師と共同で同一日に在宅医療患者に指導管理を行った経験の有無.....	154
④定例報告による在宅医療の実績.....	155
(7) 在宅医療に関する今後の課題等.....	156
4. 患者調査の結果.....	161
(1) 患者の属性等.....	161
①調査票記入者.....	161
②性別.....	163
③年齢.....	164
④同居家族の有無.....	165
⑤現在の住まい.....	167
⑥在宅移行前の入院・入所場所.....	169
(2) 患者の状態・病状等.....	172
①医療区分.....	172
②要介護度.....	173
③機能的自立度評価表 (FIM) 点数.....	175
④障害高齢者の日常生活自立度.....	178
⑤認知症高齢者の日常生活自立度.....	181
⑥障害者手帳などの種類.....	183
⑦精神疾患の有無.....	185
⑧褥瘡の状態 (NPUAP).....	187
⑨褥瘡の状態 (DESIGN).....	189
⑩厚生労働大臣の定める疾病等の有無 (別表第七).....	191
⑪在宅医療の指導管理料の算定の有無 (別表第八).....	193
⑫現在、在宅医療を受けている原因の病名 (指示書にある傷病名).....	195
⑬病気が発症した時期.....	198
⑭直近の入院日.....	200
⑮直近の退院日.....	202
⑯往診を開始した時期.....	203
⑰在宅医療提供中に肺炎になった経験の有無.....	205
⑱在宅医療提供中に尿路感染症になった経験の有無.....	207
⑲ターミナルかどうか.....	208
(3) 入院中の状況等.....	210
①在宅医療を受けている間または在宅医療を受ける前に入院した経験の有無.....	210

②入院前・入院中に、退院後の医療や介護サービスなどについての説明を受けた経験の有無等	212
③入院中の訪問診療を行う医師の紹介の有無と満足度	226
④退院してから医師による初めての訪問診療があった時期と満足度	231
(4) 在宅医療の利用状況等	237
①訪問看護の利用頻度	237
②利用している医療・介護サービス	240
③受けている医療.....	243
④訪問診療（往診）の利用開始時期	247
⑤医師の訪問頻度.....	250
⑥夜間や緊急時の連絡等.....	251
⑦他の医療機関との連携による夜間・緊急時の対応体制についての評価	259
⑧医療機関や訪問看護が連携して夜間や緊急時の対応を行うことについての評価 ..	261
⑨夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をした経験の有無等	264
⑩訪問診療の医師による自宅への訪問診療についての満足度	270
⑪病院から在宅へ移行するときに不安だったこと	272

I. 調査の概要

1. 目的

平成 24 年度診療報酬改定においては、高齢化等に伴い、在宅医療の需要がますます高まることが予想され、在宅医療を担う医療機関の機能強化等がさらに重要となることから、個々の患者に対して適切な場所での医療を提供する観点から、退院後における医療機関同士や介護サービス事業者等との連携における各種取組における評価を行うとともに、在宅医療の提供を行う医療機関や訪問看護の実施についての評価も行った。

これらを踏まえ、各種医療機関間の連携状況や介護との連携状況、在宅医療の実施状況、患者の意識等についての調査等を行い、効果・影響を検証することを目的とした。

2. 調査対象

本調査では、「入院医療機関調査」、「在宅医療調査」、「患者調査」の 3 つの調査を実施した。各調査の対象は、次のとおりである。

(1) 入院医療機関調査

- ・ 全国の保険医療機関のうち、①退院調整加算、退院時共同指導料 2、地域連携診療計画退院時指導料等を算定している保険医療機関の中から無作為抽出した 500 施設、及び②在宅療養支援病院の中から無作為抽出した 500 施設の計 1,000 施設。

(2) 在宅医療調査

- ・ ①在宅療養支援診療所（機能強化型を含む）の中から無作為抽出した 1,500 施設、②在宅療養支援病院 500 施設（「入院医療機関調査」の対象）、及び③在宅療養支援病院・診療所の届出のない全国の保険医療機関の中から無作為抽出した 500 施設の計 2,500 施設。

(3) 患者調査

- ・ 上記（2）「在宅医療調査」の対象施設のうち、①及び②の対象施設において調査期間中に在宅医療を提供した患者。ただし、1 施設につき、医療区分 1～3 毎にそれぞれ 1 名、計 3 名の患者を対象とした。

3. 調査方法

- ・ 対象施設・患者が記入する自記式調査票の郵送配布・回収とした。
- ・ 「入院医療機関調査」、「在宅医療調査」については、各対象施設の開設者・管理者宛に自記式調査票を郵送配布し、回答調査票は本調査事務局宛の返信用専用封筒にて回収した。
- ・ 「患者調査」については、①退院支援状況、在宅医療の利用状況、意識等を患者・家族に対して尋ねる「患者調査（患者記入分）」と②当該患者の病状や医療の内容を在宅医療提供施設に対して尋ねる「患者調査（施設記入分）」といった 2 種類の調査票を配布した。

- ・「患者調査（患者記入分）」と「患者調査（施設記入分）」には共通の ID を付与し、「患者調査（患者記入分）」を配布した患者に対して、同一 ID の「患者調査（施設記入分）」に施設が回答するように依頼した。
- ・「患者票（患者記入分）」の回収は、各患者から、事務局宛の返信用専用封筒にて直接回収した。
- ・調査実施期間は、平成 24 年 11 月 19 日～平成 25 年 2 月 12 日とした。

4. 調査項目

区分	主な調査項目
①入院医療機関調査	<p>○施設概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 開設者、標榜診療科、病院種別 ・ 職員数（医師、歯科医師、看護師、准看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護補助者、社会福祉士、事務職員 等） ・ 病床数、1 日平均入院患者数、病床利用率 ・ 訪問診療・訪問看護の実施状況 / 等 <p>○入院診療計画書の活用状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 電子カルテの導入状況 ・ がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料の施設基準の届出状況 ・ 入院診療計画書の様式、電子化の状況 ・ パス委員会の設置状況、パスの種類、作成者、パスを使用した患者、パスの疾患、パスにおける退院目標・退院基準・退院調整 ・ パスの活用による効果 ・ パスを活用できた事例と活用できなかった事例 / 等 <p>○退院調整の実施状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 退院調整部門の有無、体制、業務内容、職員数 ・ 退院困難者の評価・抽出、退院困難者の状態・抽出人数 ・ 退院調整の効果 / 等 <p>○連携医療機関との連携状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 連携医療機関等の種類、改定前後の連携施設数、定期的なカンファレンスの開催回数 ・ 連携内容 ・ 在宅患者緊急入院診療加算・リンパ浮腫指導管理料・がん患者カウンセリング料の算定回数の変化 ・ 総合評価加算・地域連携診療計画退院時指導料、介護支援連携指

	<p>導料、退院時共同指導料 2、退院調整加算 1・2、退院前訪問指導料の算定回数</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 専門性の高い看護師による訪問看護ステーション等との連携状況、実績がない場合の理由 / 等 <p>○退院困難とされる要因別事例調査</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の状況（性別、年齢、主傷病等） ・ 入院中の状況（入院時期、当初の入院予定期間） ・ 退院調整の状況（スクリーニング合致の有無、退院調整部門の関与の有無、時期、他施設との連携の有無、カンファレンス開催時期・回数・時間・参加メンバー、退院後の所在等） / 等
<p>②在宅医療調査</p>	<p>○施設概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 開設者、標榜診療科、有床・無床、病床数、平均在院日数等 ・ 関連施設・事業所等の状況、併設施設の状況（介護老人保健施設、サービス付高齢者向け住宅等） ・ 在宅医療を開始した時期 ・ 在支病・在支診、機能強化型の在支病・在支診の届出状況（届出の有無、届出時期、届出をしない理由、届出意向） / 等 <p>○診療体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 外来診療の有無、予約制の有無、外来延べ患者数 ・ 訪問診療を実施する時間 ・ 職員数・在宅医療の職員数（常勤医師、歯科医師、看護師、准看護師、薬剤師、理学療法士・作業療法士、事務職員 等） ・ 通常・夜間・緊急時の往診体制・連絡体制 ・ 夜間・緊急時の対応に関する工夫、課題 / 等 <p>○在宅医療の実施状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療の提供先（自宅、特定施設、介護三施設等） ・ サービス付高齢者住宅への在宅医療実施の有無、その設置主体 ・ 在宅医療提供日における医師の移動時間、診療時間、カルテ等記載時間の状況 ・ 年齢別、疾患別、医療提供別患者数 ・ （改定前後の）往診料（緊急加算、夜間加算、深夜加算）、在宅患者訪問診療料・乳幼児加算・幼児加算、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料、在宅患者緊急入院診療加算、在宅がん医療総合診療料、在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料等の算定患者数・算定回数の変化 ・ 緊急の往診回数・看取り回数の改定前後の変化 ・ 自宅以外の場所への在宅医療提供に関する課題

	<p>○他医療機関等との連携状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 連携医療機関や居宅介護支援事業所等の連携数、連携内容、カンファレンスの回数・平均時間・出席者 ・ 連携医療機関へ緊急入院したときの関わり方、緊急入院できなかったケースの有無・対応、連携についての充足感 ・ 入院中の患者に対する退院調整等に関与した実績（在宅医療を提供していた患者、在宅医療を提供していない患者） ・ 退院時共同指導料1、特別管理指導加算の算定患者数、算定回数 ・ 専門医との連携状況 ・ 他の医療機関等との連携による効果、課題 / 等 <p>○特別訪問看護指示書の交付状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 改定前後の特別訪問看護指示書の理由別保険種別交付人数 ・ 介護職員等喀痰吸引等指導料、精神科訪問看護指示料の算定患者数 / 等 <p>○緩和ケア・ターミナルケアの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護老人福祉施設における看取りの状況、看取りを行った患者数 ・ 在宅における緩和ケア・ターミナルケアでの緩和ケア病棟の医師等との連携の有無、課題等 / 等 <p>○在宅医療に関する今後の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療に関する今後の課題 / 等
<p>③患者調査</p>	<p>【施設記入分：患者属性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 性別、年齢、同居家族の有無、居住形態、医療区分 ・ 在宅移行前の入院・入所場所 ・ NICU の入院経験の有無 ・ 機能的自立度評価表（FIM）点数、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）、認知症高齢者の日常生活自立度、褥瘡の状態、精神疾患の有無 ・ 障害者手帳などの種類 ・ 患者が受けている医療、病名、発症時期、直近入院日・退院日、往診開始時期、訪問看護利用開始時期 ・ 在宅医療提供中に肺炎、尿路感染症になった経験の有無 / 等 <p>【患者（家族）記入分】</p> <p>○患者属性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 性別、年齢、同居家族の有無、居住形態（自宅、サ高住、特定施設、介護施設）、要介護度 <p>○訪問看護・介護サービスの利用状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護等の利用状況

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護サービスの利用状況 ／等 ○退院調整 <ul style="list-style-type: none"> ・ 退院に向けての説明の有無、説明を受けた時期、説明してくれた人、説明してほしい内容や時期の希望 ・ 早期からの退院支援に対する評価 ・ 入院中に訪問診療の医師の紹介の有無、それに対する評価 ／等 ○在宅医療の利用状況と満足度、要望等 <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問診療の利用を始めた時期、退院からの期間 ・ 訪問診療を担当してくれる医師との関係 ・ 現在の訪問診療の頻度 ・ 夜間や緊急時の連絡方法についての認知、対応とその満足度 ・ 医療機関・訪問看護が連携して夜間・緊急時対応を行うことの評価 ／等 ○在宅医療への要望等 <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院から在宅へ移行する際に不安なこと ・ 在宅医療への要望 ／等
--	---

Ⅱ. 調査の結果

1. 回収結果

「①入院医療機関調査」の有効回答数（施設数）は 189 件、有効回答率は 18.9%であった。また、「②在宅医療調査」の有効回答数（施設数）は 549 件、有効回答率は 22.0%であった。さらに、「③患者調査」の有効回答数は、「患者調査（施設記入分）」が 505 件、「患者調査（患者記入分）」が 486 件であり、このうち、両者の調査票を回収できた 364 件のデータを分析対象とした。

図表 1 回収の状況

調査区分	発送数	有効回答数	有効回答率
①入院医療機関調査			
施設数	1,000	189	18.9%
②在宅医療調査			
施設数	2,500	549	22.0%
③患者調査			
患者調査（施設記入分）	—	505	—
患者調査（患者記入分）	—	486	—
うち、両調査が回収でき、回答が一致したもの	—	364	—

2. 入院医療機関調査の結果

【調査対象等】

調査対象：全国の保険医療機関のうち、①退院調整加算、退院時共同指導料 2、地域連携診療計画退院時指導料等を算定している保険医療機関の中から無作為抽出した 500 施設、及び②在宅療養支援病院の中から無作為抽出した 500 施設の計 1,000 施設

回答数：189 施設

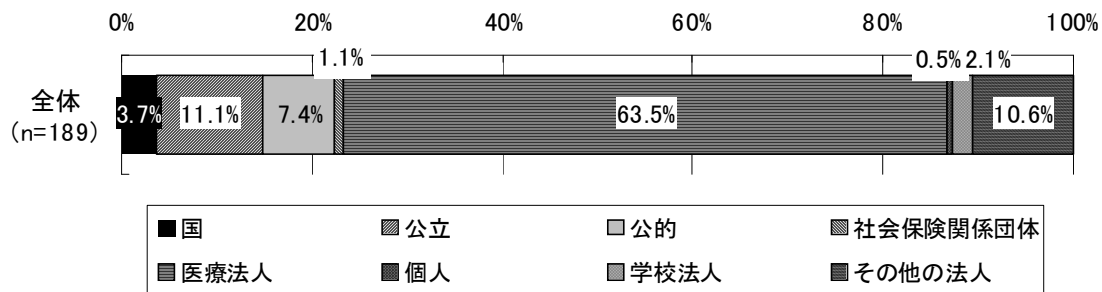
回答者：管理者

(1) 施設の概要

①開設者

「入院医療機関調査」において有効回答数が得られた病院 189 施設の開設者についてみると、「医療法人」(63.5%) が最も多く、次いで「公立」(11.1%)、「その他の法人」(10.6%)、「公的」(7.4%) であった。

図表 2 開設者

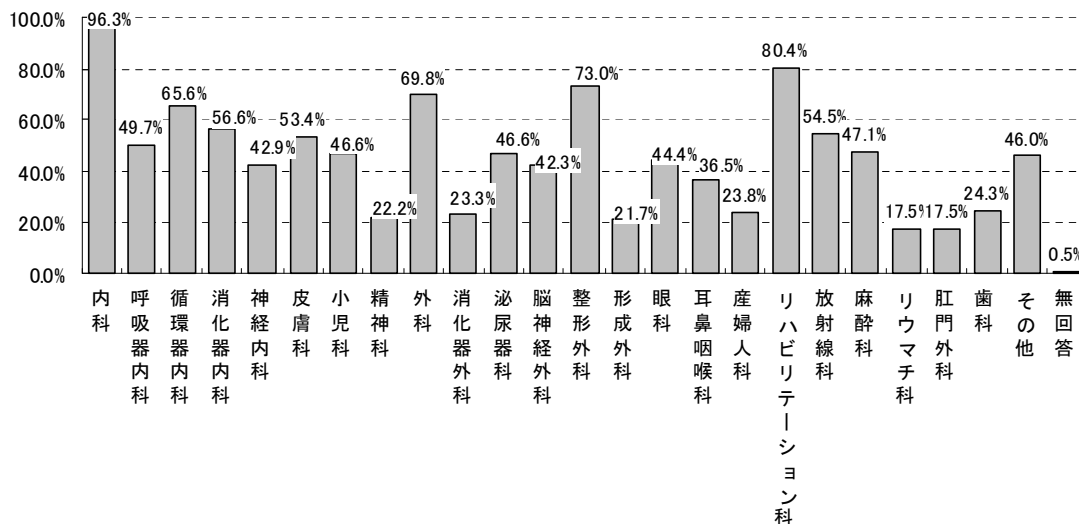


- (注) 国：厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、国立高度専門医療研究センター、その他（国、独立行政法人）
 公立：都道府県、市町村、地方独立行政法人
 公的：日本赤十字社、済生会、北海道社会事業協会、全国厚生農業協同組合連合会、国民健康保険団体連合会
 社会保険関係団体：全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合
 その他の法人：公益法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人

②標榜診療科

標榜診療科についてみると、「内科」(96.3%)が最も多く、次いで「リハビリテーション科」(80.4%)、「整形外科」(73.0%)、「外科」(69.8%)、「循環器内科」(65.6%)であった。

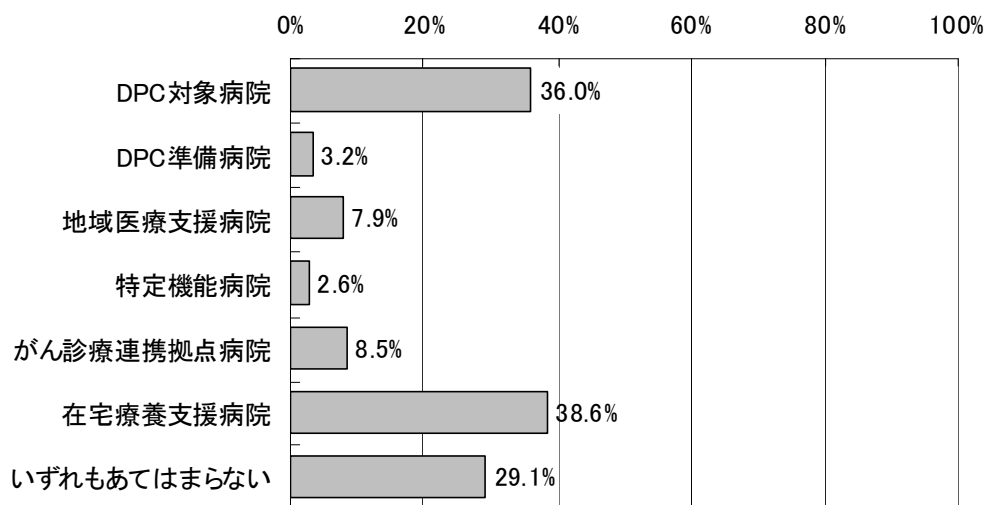
図表 3 標榜診療科 (複数回答、n=189)



③病院種別

病院の種別についてみると、「DPC対象病院」が36.0%、「DPC準備病院」が3.2%、「地域医療支援病院」が7.9%、「特定機能病院」が2.6%、「がん診療連携拠点病院」が8.5%、「在宅療養支援病院」が38.6%であった。また、「いずれもあてはまらない」という施設が29.1%あった。

図表 4 病院種別 (複数回答、n=189)



④職員数（常勤換算）

平成 24 年 9 月末時点における 1 施設あたりの職員数（常勤換算）についてみると、総職員数は平均 352.7 人（標準偏差 410.0、中央値 202.4）であった。「社会福祉士」については、1 施設あたり平均 3.0 人、中央値で 2.0 人であった。

図表 5 1 施設あたりの職員数（常勤換算、n=184）

（単位：人）

	平均値	標準偏差	中央値
医師	41.5	89.1	12.5
歯科医師	2.0	13.2	0.0
保健師・助産師・看護師	146.1	206.6	57.2
准看護師	16.4	13.0	14.0
薬剤師	8.4	11.0	4.5
理学療法士	12.6	12.3	8.2
作業療法士	6.5	8.7	4.0
言語聴覚士	2.6	4.5	2.0
その他の医療職種	30.0	39.3	15.7
看護補助者	32.2	31.7	25.1
社会福祉士	3.0	8.5	2.0
事務職員	36.1	40.6	23.9
その他の職員	15.2	25.8	9.1
合計	352.7	410.0	202.4

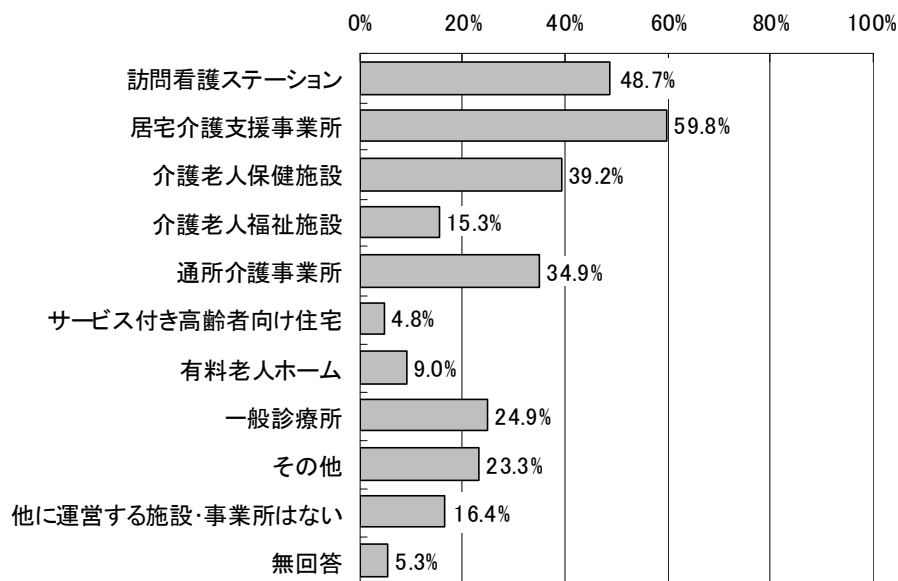
（注）常勤換算は、次の計算式で算出した。また、常勤換算後の職員数は小数点以下第 1 位までとした（以下、同様である）。

- ・ 1 週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 週間の勤務時間）÷（当該施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間）
- ・ 1 か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 か月の勤務時間）÷（当該施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間×4）

⑤自法人・関連法人が運営する施設・事業所

自法人・関連法人が運営する施設・事業所についてみると、「居宅介護支援事業所」が 59.8%で最も多く、次いで「訪問看護ステーション」が 48.7%、「介護老人保健施設」が 39.2%、「通所介護事業所」が 34.9%、「一般診療所」が 24.9%であった。また、「サービス付き高齢者向け住宅」が 4.8%であった。

図表 6 自法人・関連法人が運営する施設・事業所（複数回答、n=189）



⑥許可病床数

1施設あたりの許可病床数は、「一般病棟」が平均 171.1 床（標準偏差 217.1、中央値 88.0）、「療養病棟」が平均 29.0 床（標準偏差 49.1、中央値 0.0）、「回復期リハビリテーション病棟」が平均 15.9 床（標準偏差 30.0、中央値 0.0）、「精神病棟」が平均 9.6 床（標準偏差 70.9、中央値 0.0）、「結核病棟」が平均 0.7 床（標準偏差 4.5、中央値 0.0）であり、「病院全体」では平均 249.5 床（標準偏差 235.2、中央値 169.0）であった。

図表 7 1施設あたり許可病床数（n=189）

	病床数(床)		
	平均値	標準偏差	中央値
一般病棟	171.1	217.1	88.0
療養病棟	29.0	49.1	0.0
回復期リハビリテーション病棟	15.9	30.0	0.0
精神病棟	9.6	70.9	0.0
結核病棟	0.7	4.5	0.0
病院全体	249.5	235.2	169.0

(注)「病院全体」は感染症病床や介護療養病床を含めた病院全体の許可病床数となっているため、表中の一般病棟・療養病棟・回復期リハビリテーション病棟・精神病棟・結核病棟を足し上げた数値とは一致しない。

亜急性期入院医療管理料1・2算定病床数についてみると、1施設あたりの許可病床数は平均7.8床（標準偏差11.1、中央値4.0）であった。

図表 8 亜急性期入院医療管理料1・2算定病床の許可病床数 (n=104)

	平均値	標準偏差	中央値
亜急性期入院医療管理料1・2算定病床数(床)	7.8	11.1	4.0

亜急性期入院医療管理料1・2の算定病床を有する施設に限定して、亜急性期入院医療管理料1・2算定病床数についてみると、1施設あたりの許可病床数は平均15.0床（標準偏差11.3、中央値10.0）であった。

図表 9 亜急性期入院医療管理料1・2算定病床数

(亜急性期入院医療管理料1・2の算定病床を有する施設、n=54)

	平均値	標準偏差	中央値
亜急性期入院医療管理料1・2算定病床数(床)	15.0	11.3	10.0

⑦ 1日平均入院患者数

平成24年9月における1施設あたりの1日平均入院患者数についてみると、「一般病棟」が平均153.4人（標準偏差183.4、中央値80.5）、「療養病棟」が平均58.2人（標準偏差53.7、中央値42.4）、「回復期リハビリテーション病棟」が平均49.4人（標準偏差26.8、中央値41.4）、「精神病棟」が平均98.1人（標準偏差209.1、中央値40.3）、「結核病棟」が平均5.1人（標準偏差9.6、中央値1.4）であり、「病院全体」では平均203.2人（標準偏差202.1、中央値142.8）であった。

図表 10 1日平均入院患者数

	回答施設数	1日平均入院患者数(人)		
		平均値	標準偏差	中央値
一般病棟	156	153.4	183.4	80.5
療養病棟	84	58.2	53.7	42.4
回復期リハビリテーション病棟	50	49.4	26.8	41.4
精神病棟	15	98.1	209.1	40.3
結核病棟	8	5.1	9.6	1.4
病院全体	149	203.2	202.1	142.8

(注) 該当病棟がある施設を対象に集計した結果である。したがって、例えば、療養病棟欄の平均値は療養病棟がある施設での1日平均入院患者数を表す。

⑧病床利用率

平成 24 年 9 月における 1 施設あたりの病床利用率についてみると、「一般病棟」が平均 80.7% (標準偏差 11.2、中央値 82.4)、「療養病棟」が平均 89.0% (標準偏差 15.9、中央値 94.7)、「回復期リハビリテーション病棟」が平均 86.4% (標準偏差 11.6、中央値 89.0)、「精神病棟」が平均 69.7% (標準偏差 23.5、中央値 76.6)、「結核病棟」が平均 23.2% (標準偏差 32.5、中央値 9.5) であり、「病院全体」では平均 83.4% (標準偏差 12.8、中央値 84.8) であった。

図表 11 病床利用率

	回答施設数	病床利用率 (%)		
		平均値	標準偏差	中央値
一般病棟	156	80.7	11.2	82.4
療養病棟	85	89.0	15.9	94.7
回復期リハビリテーション病棟	52	86.4	11.6	89.0
精神病棟	15	69.7	23.5	76.6
結核病棟	8	23.2	32.5	9.5
病院全体	146	83.4	12.8	84.8

(注) 該当病棟がある施設を対象に集計した結果である。したがって、例えば、療養病棟欄の平均値は療養病棟がある施設での病床利用率を表す。

⑨平均在院日数

1) 平均在院日数の変化

平均在院日数について平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月を比較すると、「一般病棟」では平均値では 37.5 日から 39.8 日とやや増加したが、中央値では 17.4 日から 17.2 日とほとんど変わらなかった。「療養病棟」では平均値では 334.0 日から 340.5 日、中央値では 240.9 日から 259.0 日へと増加した。また、「回復期リハビリテーション病棟」では平均値では 114.1 日から 90.0 日に大幅に減少したが、中央値では 77.1 日から 81.0 日へと増加した。

図表 12 平均在院日数の変化

(単位：日)

	回答施設数	平成 23 年 9 月			平成 24 年 9 月		
		平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
一般病棟	147	37.5	87.1	17.4	39.8	105.0	17.2
療養病棟	70	334.0	314.9	240.9	340.5	422.8	259.0
回復期リハビリテーション病棟	48	114.1	175.1	77.1	90.0	42.4	81.0
精神病棟	13	131.3	145.3	83.7	121.7	144.6	63.3
結核病棟	5	75.4	45.2	73.7	56.8	38.4	50.3
病院全体	139	80.9	123.0	28.9	76.3	115.0	28.8

(注) ・平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月について回答のあった施設のみを対象として集計した。

・平均在院日数の算出式は (在院患者延べ日数) / { (新規入院患者数 + 退院患者数) ÷ 2}。

2) 入院基本料等の施設基準に係る平均在院日数の変化

入院基本料等の施設基準に係る平均在院日数について平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月を比較すると、「一般病棟」では平均値では 31.6 日から 33.3 日とやや増加したが、中央値では 15.6 日から 15.4 日とほとんど変わらなかった。「療養病棟」では平均値では 351.8 日から 292.8 日へと大きく減少したが、中央値では 216.3 日から 238.7 日へと増加した。また、「回復期リハビリテーション病棟」では平均値では 103.7 日から 81.5 日に大幅に減少したが、中央値では 73.6 日から 76.3 日へと増加している。

図表 13 入院基本料等の施設基準に係る平均在院日数の変化

(単位：日)

	回答 施設数	平成 23 年 9 月			平成 24 年 9 月		
		平均値	標準 偏差	中央値	平均値	標準 偏差	中央値
一般病棟	146	31.6	77.3	15.6	33.3	91.0	15.4
療養病棟	72	351.8	397.5	216.3	292.8	286.1	238.7
回復期リハビリテーション病棟	45	103.7	164.1	73.6	81.5	36.6	76.3
精神病棟	11	141.5	155.4	83.6	134.6	154.0	71.3
結核病棟	5	66.0	50.4	48.4	53.1	39.2	29.8
病院全体	138	67.0	107.0	22.4	66.3	105.5	21.1

(注)・平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月について回答のあった施設のみを対象として集計した。

- ・入院基本料等の施設基準に係る平均在院日数の算出式は（当該病棟における直近 3 か月間の在院患者延べ日数）／{（当該病棟における当該 3 か月間の新入棟患者数＋当該病棟における当該 3 か月間の新退棟患者数）÷2}。

⑩在院期間別人数

1) 一般病棟における在院期間別退院患者数

一般病棟における在院期間別退院患者数について平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月を比較すると、全患者に占める在院期間が「7 日以内」の患者割合は 44.1%から 44.8%へと 0.7 ポイント増加し、「91～120 日以内」、「121 日以上」の患者割合が 2.3%から 2.1%へと 0.2 ポイント減少した。

図表 14 一般病棟における在院期間別退院患者数 (n=127)

在院期間	平成 23 年 9 月		平成 24 年 9 月	
	患者数(人)	割合	患者数(人)	割合
7 日以内	135.6	44.1%	137.8	44.8%
8～14 日以内	72.5	23.6%	71.2	23.1%
15～30 日以内	57.6	18.8%	56.7	18.4%
31～90 日以内	34.7	11.3%	35.4	11.5%
91～120 日以内	3.9	1.3%	3.4	1.1%
121 日以上	2.9	1.0%	3.2	1.0%
退院患者数合計	307.3	100.0%	307.7	100.0%

- (注)・上記図表中の「患者数」とは、平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月、各 1 か月間に退院した患者について、当該患者の在院期間別に人数を回答してもらった結果の 1 施設あたりの平均患者数を示す。
 ・当該病棟がある施設のうち、平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月のいずれも有効回答が得られた施設を対象に集計した。

2) 療養病棟における在院期間別退院患者数

療養病棟における在院期間別退院患者数について平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月を比較すると、全患者に占める在院期間が「7 日以内」、「8～14 日以内」の患者割合はそれぞれ 7.7%から 6.0% (1.6 ポイント)、8.6%から 6.8% (1.8 ポイント) へと減少した。一方、「91 日～120 日以内」、「121 日以上」もそれぞれ 12.1%から 8.8% (3.3 ポイント)、29.0%から 26.8% (2.2 ポイント) へと減少している。

図表 15 療養病棟における在院期間別退院患者数 (n=68)

	平成 23 年 9 月		平成 24 年 9 月	
	患者数(人)	割合	患者数(人)	割合
7 日以内	1.0	7.7%	0.9	6.0%
8～14 日以内	1.1	8.6%	1.0	6.8%
15～30 日以内	1.5	11.4%	2.2	15.3%
31～90 日以内	4.1	31.2%	5.2	36.3%
91～120 日以内	1.6	12.1%	1.3	8.8%
121 日以上	3.8	29.0%	3.9	26.8%
退院患者数合計	13.1	100.0%	14.4	100.0%

- (注)・上記図表中の「患者数」とは、平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月、各 1 か月間に退院した患者について、当該患者の在院期間別に人数を回答してもらった結果の 1 施設あたりの平均患者数を示す。
 ・当該病棟がある施設のうち、平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月のいずれも有効回答が得られた施設を対象に集計した。

3) 精神病棟における在院期間別退院患者数

精神病棟における在院期間別退院患者数について平成23年9月と平成24年9月を比較すると、全患者に占める在院期間が「7日以内」、「8～14日以内」、「15～30日以内」の割合はそれぞれ8.8%から9.3%、5.8%から7.9%、21.4%から22.9%へと増加した。一方、「91日～120日以内」、「121日以上」についてはそれぞれ9.2%から7.1%（2.1ポイント）、14.6%から12.5%（2.1ポイント）へと減少している。

図表 16 精神病棟における在院期間別退院患者数 (n=12)

	平成23年9月		平成24年9月	
	患者数(人)	割合	患者数(人)	割合
7日以内	2.2	8.8%	2.2	9.3%
8～14日以内	1.4	5.8%	1.8	7.9%
15～30日以内	5.3	21.4%	5.3	22.9%
31～90日以内	9.8	40.1%	9.4	40.4%
91～120日以内	2.3	9.2%	1.7	7.1%
121日以上	3.6	14.6%	2.9	12.5%
退院患者数合計	24.5	100.0%	23.3	100.0%

(注)・上記図表中の「患者数」とは、平成23年9月及び平成24年9月、各1か月間に退院した患者について、当該患者の在院期間別に人数を回答してもらった結果の1施設あたりの平均患者数を示す。
 ・当該病棟がある施設のうち、平成23年9月及び平成24年9月のいずれも有効回答が得られた施設を対象に集計した。

4) 結核病棟における在院期間別退院患者数

結核病棟における在院期間別退院患者数については回答施設数と期間中の退院患者が少ないことに留意する必要がある。その上で、平成23年9月と平成24年9月を比較すると、「91日～120日以内」、「121日以上」についてはそれぞれ33.3%から0.0%、5.6%から0.0%へと大きく減少している。

図表 17 結核病棟における在院期間別退院患者数 (n=7)

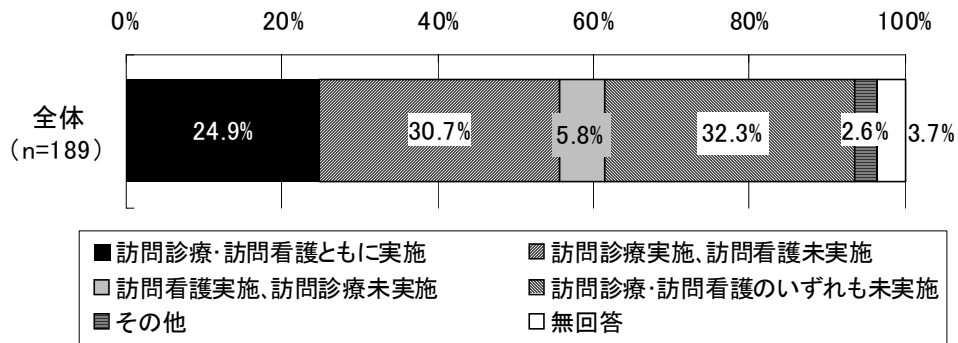
	平成23年9月		平成24年9月	
	患者数(人)	割合	患者数(人)	割合
7日以内	0.9	33.3%	1.0	38.9%
8～14日以内	0.0	0.0%	0.3	11.1%
15～30日以内	0.3	11.1%	0.3	11.1%
31～90日以内	0.4	16.7%	1.0	38.9%
91～120日以内	0.9	33.3%	0.0	0.0%
121日以上	0.1	5.6%	0.0	0.0%
退院患者数合計	2.6	100.0%	2.6	100.0%

(注)・上記図表中の「患者数」とは、平成23年9月及び平成24年9月、各1か月間に退院した患者について、当該患者の在院期間別に人数を回答してもらった結果の1施設あたりの平均患者数を示す。
 ・当該病棟がある施設のうち、平成23年9月及び平成24年9月のいずれも有効回答が得られた施設を対象に集計した。

⑪訪問診療・訪問看護の実施状況

訪問診療・訪問看護の実施状況については、「訪問診療・訪問看護ともに実施」が24.9%、「訪問診療実施、訪問看護未実施」が30.7%、「訪問看護実施、訪問診療未実施」が5.8%、「訪問診療・訪問看護のいずれも未実施」が32.3%であった。

図表 18 訪問診療・訪問看護の実施状況

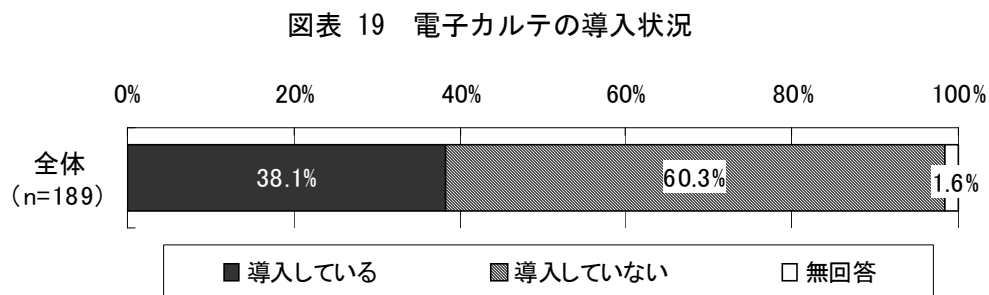


(注) 施設自身が訪問診療・訪問看護を実施しているか否かを尋ねた質問であり、自法人・関連法人の他施設・事業所による実施分は含んでいない。

(2) パス（入院診療計画書）の活用状況等

①電子カルテの導入状況

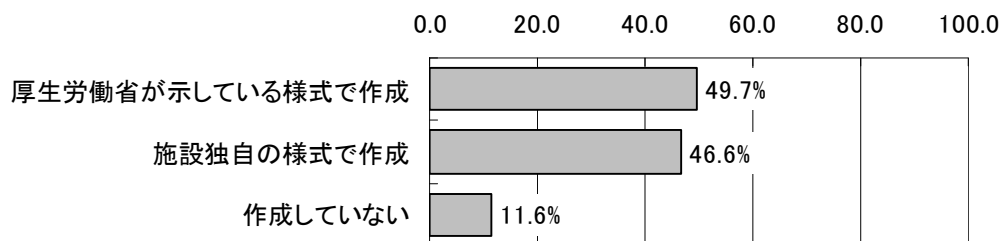
電子カルテの導入状況についてみると、「導入している」が 38.1%、「導入していない」が 60.3%であった。



②パス（入院診療計画書）の様式

パス（入院診療計画書）の様式についてみると、「厚生労働省が示している様式で作成」が 49.7%、「施設独自の様式で作成」が 46.6%、「作成していない」が 11.6%であった。

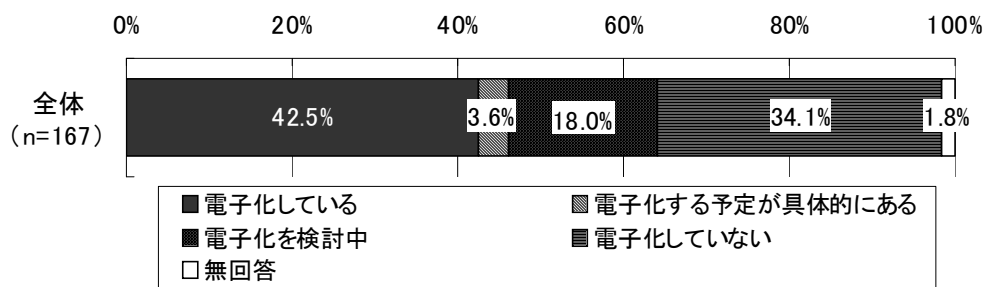
図表 20 パス（入院診療計画書）の様式（複数回答、n=189）



③パス（入院診療計画書）の電子化の状況

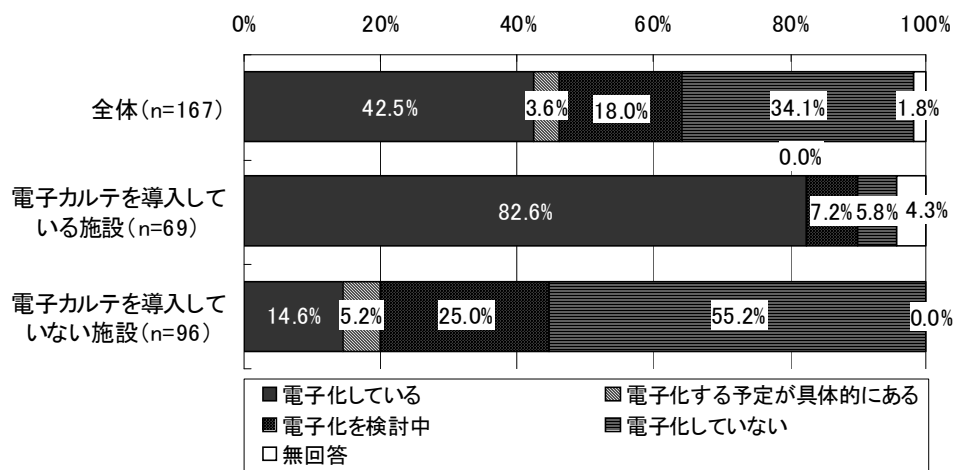
パス（入院診療計画書）を導入している施設におけるパスの電子化の状況についてみると、「電子化している」が 42.5%、「電子化する予定が具体的にある」が 3.6%、「電子化を検討中」が 18.0%、「電子化していない」が 34.1%であった。

図表 21 パス（入院診療計画書）の電子化の状況（パスを導入している施設）



パス（入院診療計画書）を導入している施設における、電子カルテ導入状況別にパスの電子化の状況を見ると、電子カルテを導入している施設では「電子化している」が 82.6%で最も多く、次いで「電子化を検討中」が 7.2%、「電子化していない」が 5.8%であった。電子カルテを導入していない施設では、「電子化していない」が 55.2%で最も多く、次いで「電子化を検討中」が 25.0%、「電子化している」が 14.6%、「電子化する予定が具体的にある」が 5.2%であった。

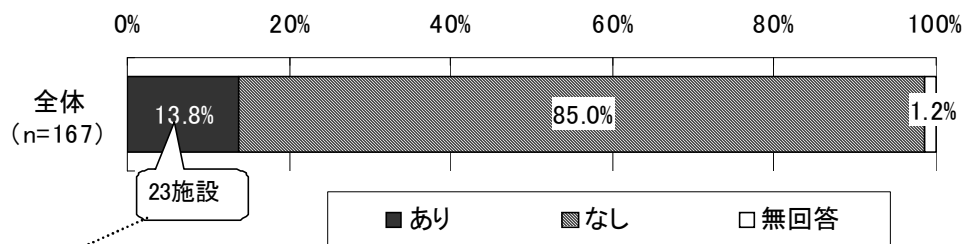
図表 22 パス（入院診療計画書）の電子化の状況
（電子カルテ導入状況別、パスを導入している施設）



④がん治療連携計画策定料の施設基準の届出状況

がん治療連携計画策定料の施設基準の届出が「あり」という施設は 13.8%であった。届出時期は「平成 22 年 4 月～平成 23 年 3 月」が 47.8%で最も多く、次いで「平成 23 年 4 月～平成 24 年 3 月」が 39.1%であり、平成 24 年度診療報酬改定後である「平成 24 年 4 月～」は 4.3%であった。

図表 23 がん治療連携計画策定料の施設基準の届出の有無（パスを導入している施設）



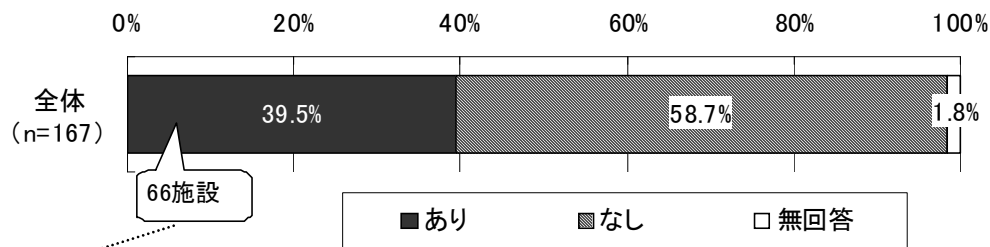
図表 24 がん治療連携計画策定料の施設基準の届出時期

	施設数	割合
平成 22 年 4 月～平成 23 年 3 月	11	47.8%
平成 23 年 4 月～平成 24 年 3 月	9	39.1%
平成 24 年 4 月～	1	4.3%
無回答	2	8.7%
全体	23	100.0%

⑤がん治療連携指導料の施設基準の届出状況

がん治療連携指導料の施設基準の届出が「あり」という施設は 39.5%であった。届出時期は「平成 23 年 4 月～平成 24 年 3 月」が 36.4%で最も多く、次いで「平成 22 年 4 月～平成 23 年 3 月」が 31.8%であり、平成 24 年度診療報酬改定後の「平成 24 年 4 月～」は 13.6%であった。

図表 25 がん治療連携指導料の施設基準の届出の有無（パスを導入している施設）



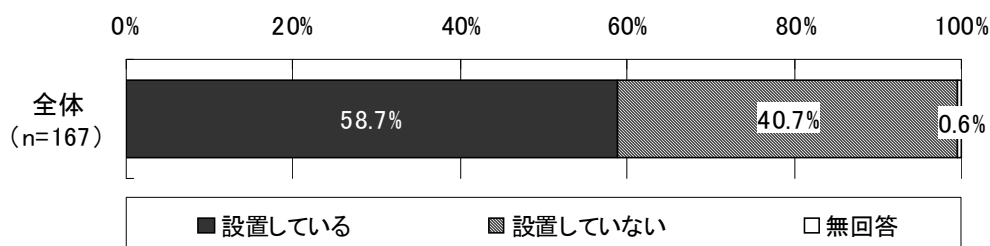
図表 26 がん治療連携指導料の施設基準の届出時期

届出時期	施設数	割合
平成 22 年 4 月～平成 23 年 3 月	21	31.8%
平成 23 年 4 月～平成 24 年 3 月	24	36.4%
平成 24 年 4 月～	9	13.6%
無回答	12	18.2%
全体	66	100.0%

⑥パス委員会の設置状況

パスを導入している施設での院内における、パス委員会の設置状況をみると、「設置している」が 58.7%、「設置していない」が 40.7%であった。

図表 27 院内におけるパス委員会の設置状況（パスを導入している施設）



⑦導入しているパスの種類

1) 疾患別

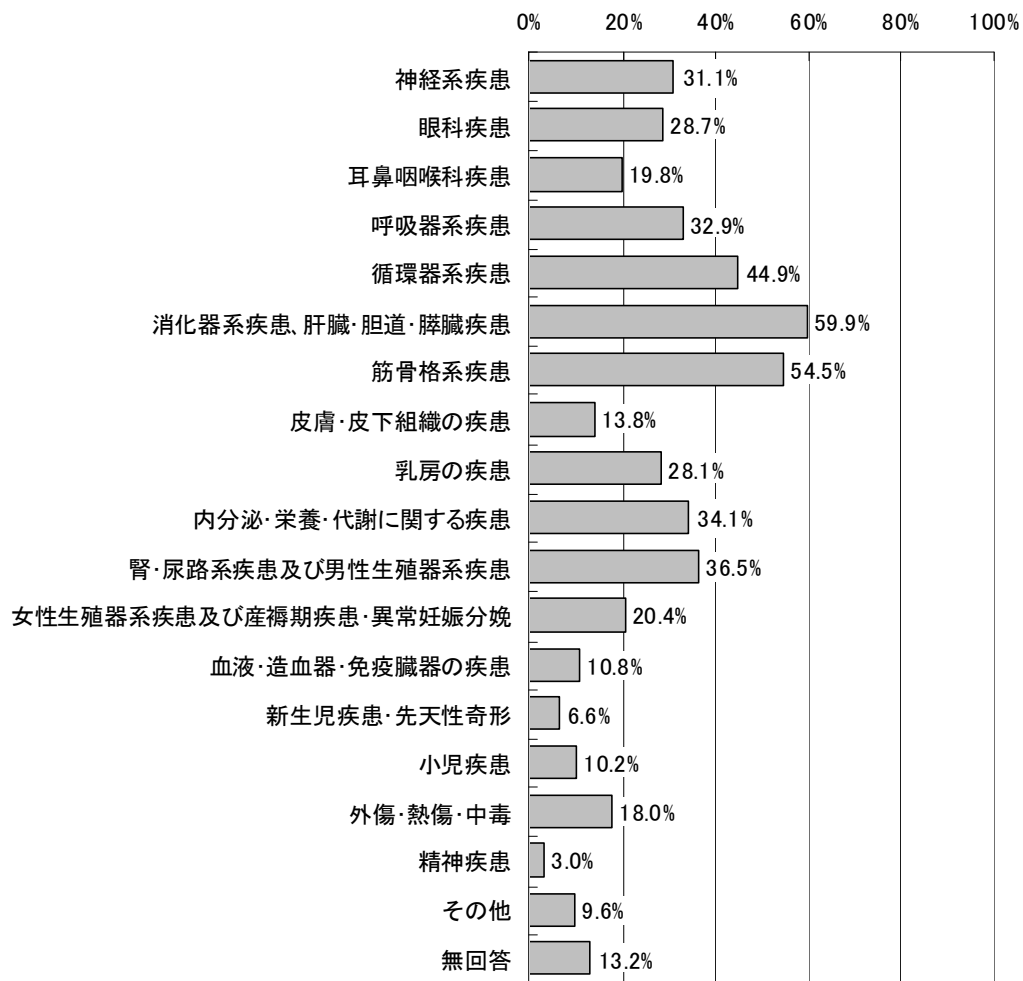
パスを導入している施設における、導入しているパスの疾患別（MDC分類）種類についてみると、「10～19種類」、「20種類以上」がそれぞれ11.4%で最も多く、次いで「3種類」が9.0%、「1種類」が8.4%、「2種類」（7.8%）であった。「0種類」という施設が8.4%であったが、この施設では疾患別のパスは導入しておらず、術式など別のパスを導入しているものと考えられる。

図表 28 導入しているパスの疾患別（MDC分類）種類
（パスを導入している施設）

	件数	割合
0種類	14	8.4%
1種類	14	8.4%
2種類	13	7.8%
3種類	15	9.0%
4種類	7	4.2%
5～9種類	11	6.6%
10～19種類	19	11.4%
20種類以上	19	11.4%
無回答	55	32.9%
全体	167	100.0%

パスを導入している施設における、導入しているパスの疾患別（MDC分類）種類の内容についてみると、「消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患」が59.9%で最も多く、次いで「筋骨格系疾患」（54.5%）、「循環器系疾患」（44.9%）、「腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患」（36.5%）であった。

図表 29 導入しているパスの疾患別（MDC分類）種類の内容
（パスを導入している施設、複数回答、n=167）



2) 術式

パスを導入している施設における、導入しているパスの術式別種類についてみると、「1～9種類」が18.6%で最も多く、次いで「50種類以上」(13.2%)、「20～49種類」(12.6%)、「10～19種類」(6.0%)であった。「0種類」という施設が12.0%であったが、この施設では術式別のパスは導入しておらず、疾患別など別のパスを導入しているものと考えられる。

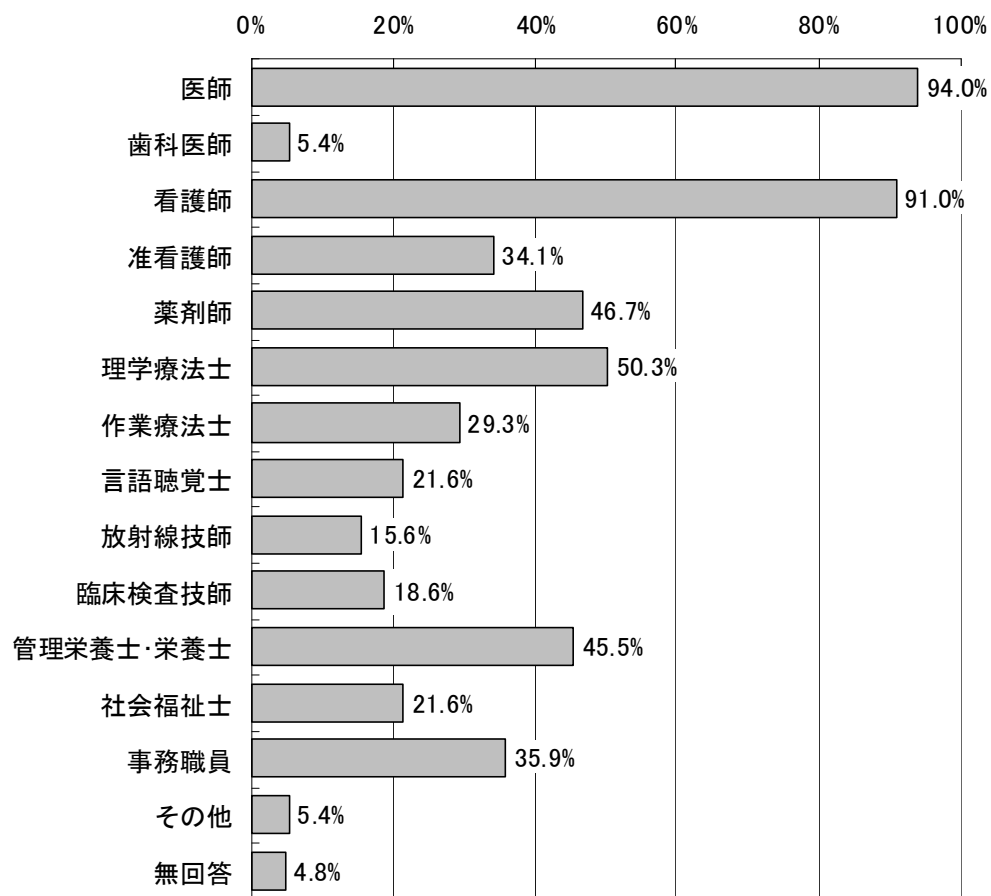
図表 30 導入しているパスの術式別種類（パスを導入している施設）

	件数	割合
0種類	20	12.0%
1～9種類	31	18.6%
10～19種類	10	6.0%
20～49種類	21	12.6%
50種類以上	22	13.2%
無回答	63	37.7%
全体	167	100.0%

⑧パス（入院診療計画書）作成に携わる人

パス（入院診療計画書）を導入している施設における、パス作成に携わる人についてみると、「医師」が 94.0%で最も多く、次いで「看護師」（91.0%）、「理学療法士」（50.3%）、「薬剤師」（46.7%）、「管理栄養士・栄養士」（45.5%）であった。この他、「事務職員」が 35.9%となっているが、「社会福祉士」は 21.6%と事務職員よりも低い割合であった。

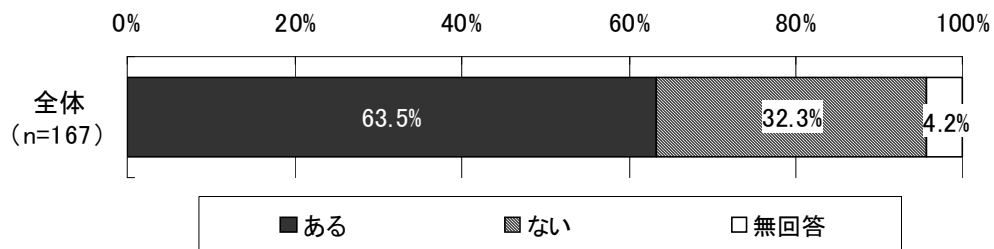
図表 31 パス（入院診療計画書）作成に携わる人
（パスを導入している施設、複数回答、n=167）



⑨パス（入院診療計画書）における退院目標・退院基準・退院調整項目の有無

パス（入院診療計画書）に退院目標・退院基準・退院調整項目が「ある」という施設は63.5%で、「ない」という施設は32.3%であった。

図表 32 パス（入院診療計画書）における退院目標・退院基準・退院調整項目の有無
（パスを導入している施設）



⑩パス（入院診療計画書）を使用した患者数

パスを導入している施設における、パスを使用した1施設あたりの1か月間の患者数は、平均110.8人（標準偏差186.0、中央値40.0）であった。このうち、計画通りではなかった患者数は平均11.3人（標準偏差25.3、中央値2.0）であり、全患者に占める割合は、10.2%であった。

図表 33 1施設あたりのパスを使用した患者数
（平成24年9月1か月、パスを導入している施設、n=95）

	平均値	標準偏差	中央値
①パスを使用した全患者数(人)	110.8	186.0	40.0
②計画通りではなかった患者数(人)	11.3	25.3	2.0
②/①	10.2%		5.0%

(注) ①及び②についていずれも回答のあった95施設を対象に集計した。

平成 24 年 9 月にパスを使用した全患者に占める、計画通りではなかった患者の割合別施設数は、「0%」が 20.4%で最も多く、次いで「～10%以下」(17.4%)、「～20%以下」(6.6%)、「～30%以下」(4.8%)であった。

図表 34 平成 24 年 9 月にパスを使用した全患者に占める、計画通りではなかった患者の割合別施設数（パスを導入している施設）

	施設数	割合
0%	34	20.4%
～10%以下	29	17.4%
～20%以下	11	6.6%
～30%以下	8	4.8%
～40%以下	2	1.2%
～50%以下	6	3.6%
50%超	5	3.0%
無回答	72	43.1%
全体	167	100.0%

⑪パスの活用事例

パスを導入している施設における、パスの対象とした疾患についてみると、「消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患」が 13.8%で最も多く、次いで「筋骨格系疾患」(12.6%)、「神経系疾患」(6.0%)、「内分泌・栄養・代謝に関する疾患」(4.2%)であった。

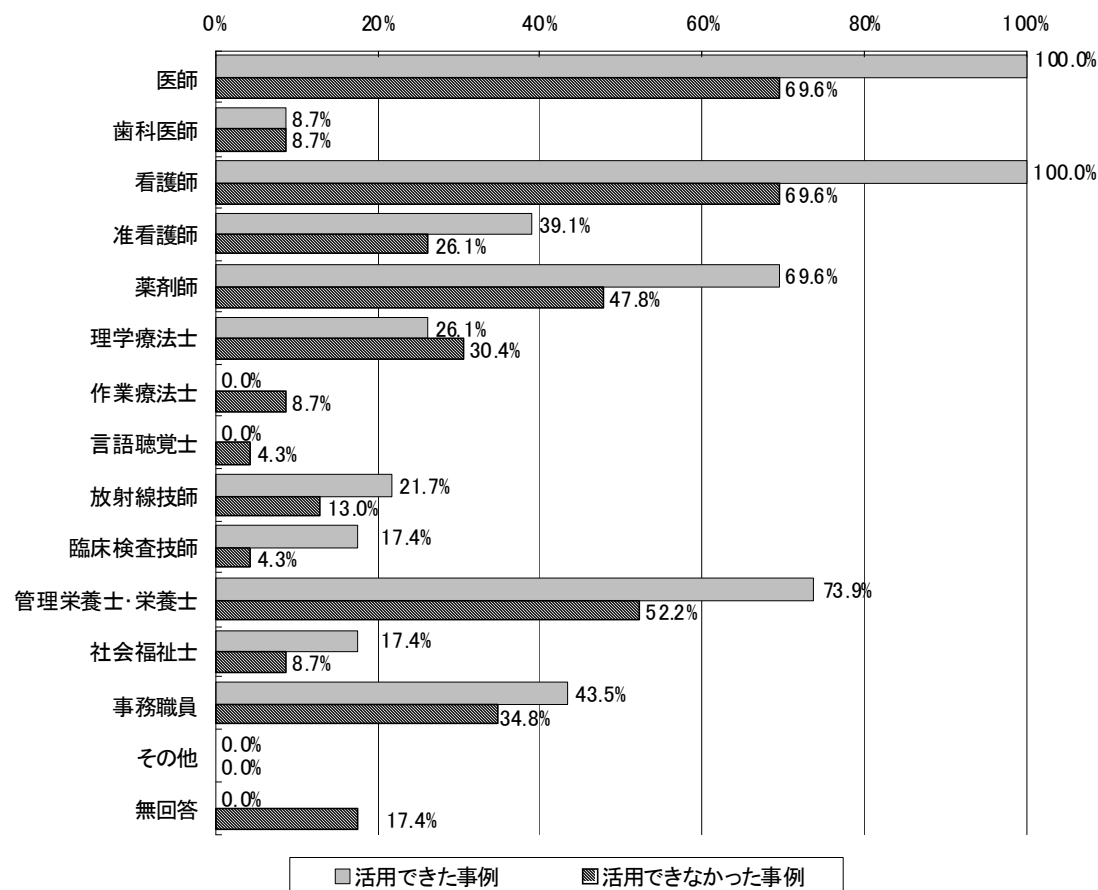
図表 35 対象とした疾患（パスを導入している施設）

	施設数	割合
神経系疾患	10	6.0%
眼科疾患	1	0.6%
耳鼻咽喉科疾患	0	0.0%
呼吸器系疾患	0	0.0%
循環器系疾患	4	2.4%
消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	23	13.8%
筋骨格系疾患	21	12.6%
皮膚・皮下組織の疾患	1	0.6%
乳房の疾患	1	0.6%
内分泌・栄養・代謝に関する疾患	7	4.2%
腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	4	2.4%
女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	2	1.2%
血液・造血器・免疫臓器の疾患	1	0.6%
新生児疾患・先天性奇形	0	0.0%
小児疾患	0	0.0%
外傷・熱傷・中毒	4	2.4%
精神疾患	0	0.0%
その他	1	0.6%
無回答	87	52.1%
全体	167	100.0%

1) 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患の事例

消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患の事例で連携した職種についてみると、パスを活用できた事例では活用できなかった事例と比較して、「理学療法士」を除くすべての職種で連携している職種として挙げられた割合が高かった。特に「医師」、「看護師」、「薬剤師」、「管理栄養士・栄養士」で差異が大きかった。

図表 36 連携した職種（消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患、n=23）



消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患の事例で在院日数とその間のカンファレンス回数についてみると、在院日数は「パスを活用できた事例」では平均 8.5 日（標準偏差 4.1、中央値 8.0）、「パスを活用できなかった事例」では平均 18.4 日（標準偏差 13.8、中央値 14.0）であり、パスを活用できた事例では活用できなかった事例と比較して在院日数が 9.9 日と短かった。

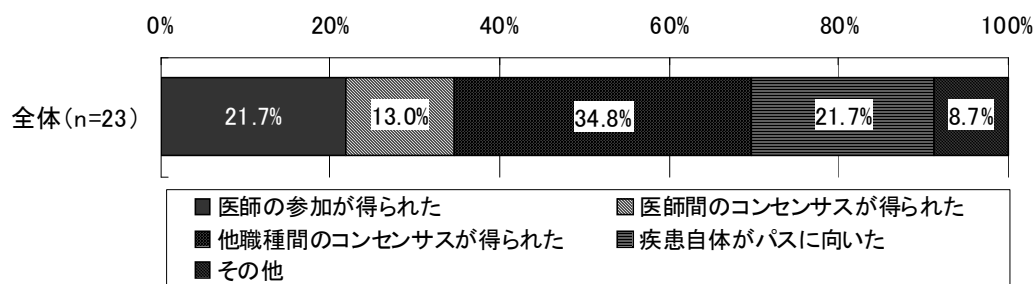
また、カンファレンス回数は「パスを活用できた事例」では平均 2.8 回（標準偏差 3.5、中央値 1.0）、「パスを活用できなかった事例」では平均 2.4 回（標準偏差 2.7、中央値 1.0）であり、パスを活用できた事例では在院日数が短いにも関わらず、カンファレンス回数が多くなっている。

図表 37 在院日数とその間のカンファレンス回数
(消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患、n=23)

	パスを活用できた事例			パスを活用できなかった事例		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
在院日数(日)	8.5	4.1	8.0	18.4	13.8	14.0
カンファレンス回数(回)	2.8	3.5	1.0	2.4	2.7	1.0

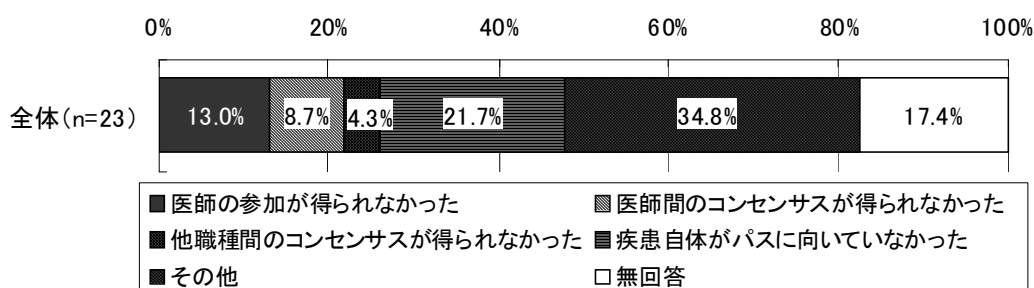
消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患の事例でパスを活用できた最大の理由についてみると、「他職種間のコンセンサスが得られた」が34.8%で最も多く、次いで「医師の参加が得られた」、「疾患自体がパスに向いた」がそれぞれ21.7%、「医師間のコンセンサスが得られた」が13.0%であった。

図表 38 パスを活用できた最大の理由 (消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患)



消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患の事例でパスを活用できなかった最大の理由についてみると、「疾患自体がパスに向いていなかった」が21.7%で最も多く、次いで「医師の参加が得られなかった」が13.0%、「医師間のコンセンサスが得られなかった」が8.7%、「他職種間のコンセンサスが得られなかった」が4.3%であった。

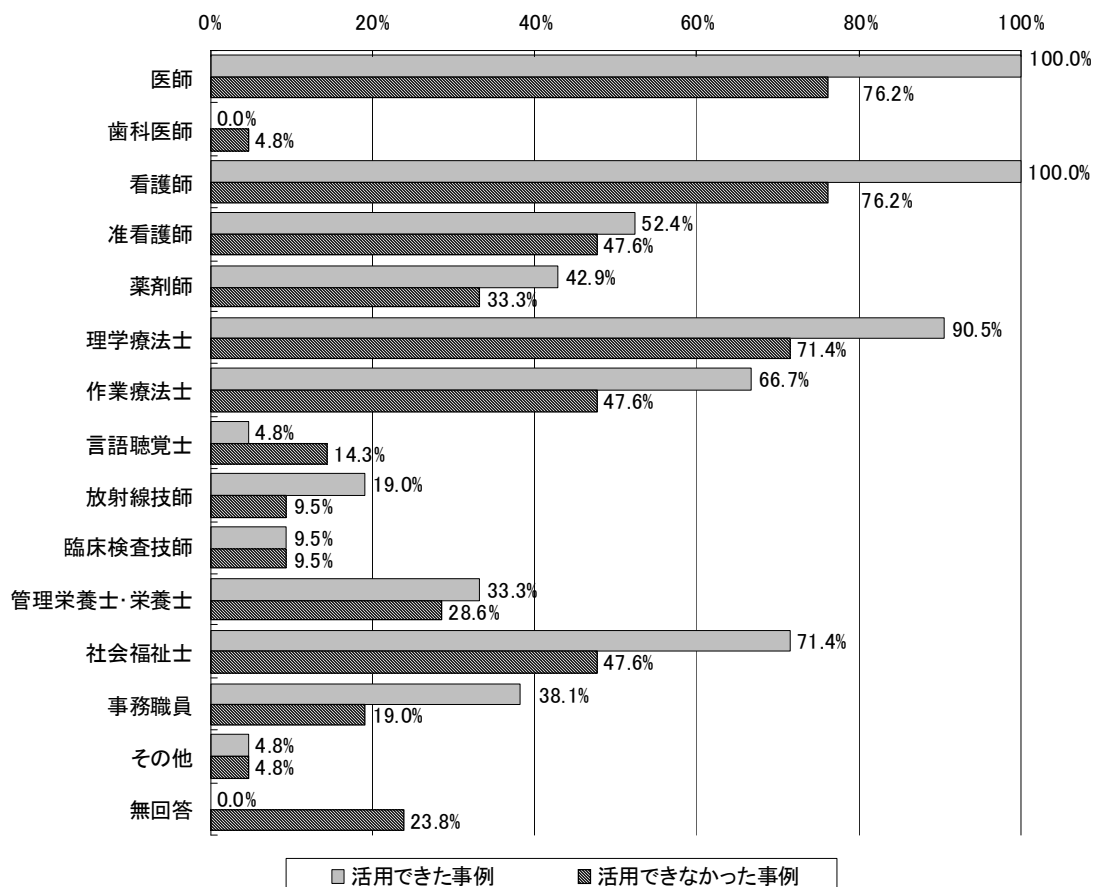
図表 39 パスを活用できなかった最大の理由 (消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患)



2) 筋骨格系疾患

筋骨格系疾患の事例で連携した職種についてみると、パスを活用できた事例では活用できなかった事例と比較して、「言語聴覚士」、「臨床検査技師」を除くすべての職種で連携している職種として挙げられた割合が高かった。特に「医師」、「看護師」、「理学療法士」、「作業療法士」、「社会福祉士」で差異が大きかった。

図表 40 連携した職種（筋骨格系疾患、n=21）



筋骨格系疾患の事例で在院日数とその間のカンファレンスについてみると、在院日数は「パスを活用できた事例」では 39.6 日（標準偏差 23.4、中央値 28.0）、「パスを活用できなかった事例」では平均 48.3 日（標準偏差 32.3、中央値 41.0）であり、パスを活用できた事例では活用できなかった事例と比較して在院日数が 8.7 日と短かった。

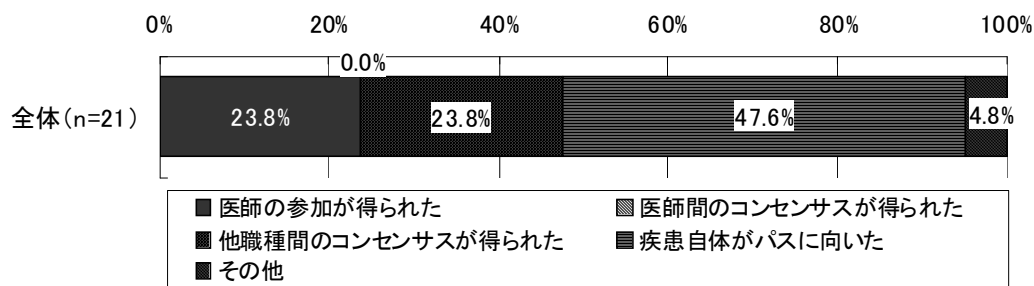
また、カンファレンス回数は「パスを活用できた事例」では平均 2.8 回（標準偏差 1.6、中央値 2.0）、「パスを活用できなかった事例」では平均 3.8 回（標準偏差 3.6、中央値 3.0）であった。パスを活用できなかった事例ではパスを活用できた事例よりもカンファレンス回数が多くなっている。

図表 41 在院日数とその間のカンファレンス回数（筋骨格系疾患、n=21）

	パスを活用できた事例			パスを活用できなかった事例		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
在院日数(日)	39.6	23.4	28.0	48.3	32.3	41.0
カンファレンス回数(回)	2.8	1.6	2.0	3.8	3.6	3.0

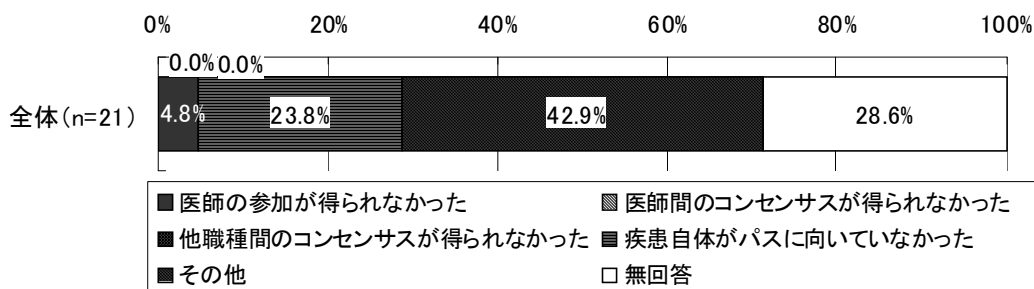
筋骨格系疾患の事例でパスを活用できた最大の理由についてみると、「疾患自体がパスに向いた」が 47.6%で最も多く、次いで「医師の参加が得られた」、「他職種間のコンセンサスが得られた」がそれぞれ 23.8%であった。

図表 42 パスを活用できた最大の理由（筋骨格系疾患）



筋骨格系疾患の事例でパスを活用できなかった最大の理由についてみると、「他職種間のコンセンサスが得られなかった」が 42.9%で最も多く、次いで「疾患自体がパスに向いていなかった」が 23.8%、「医師の参加が得られなかった」が 4.8%であった。

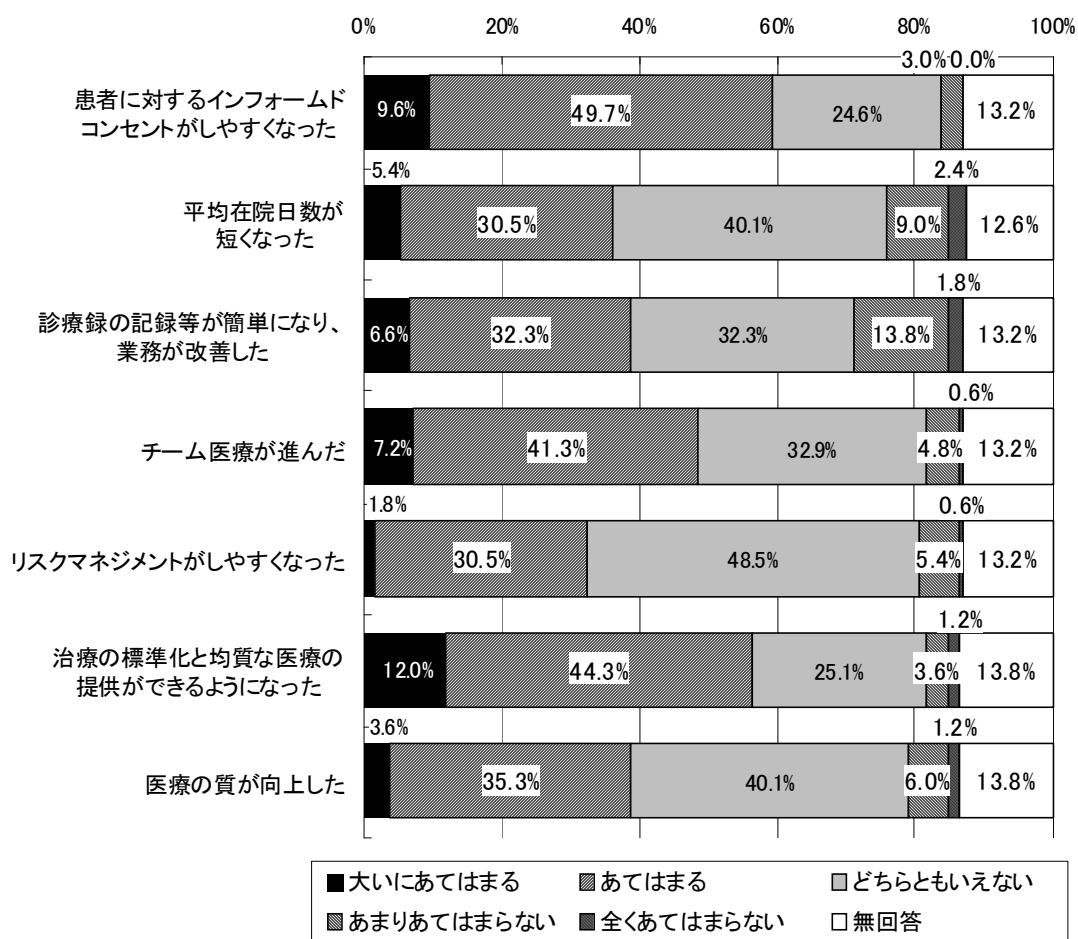
図表 43 パスを活用できなかった最大の理由（筋骨格系疾患）



⑫パスの活用による効果

パスを導入している施設における、パスの活用による効果についてみると、「大いにあてはまる」、「あてはまる」を合わせた割合は、「患者に対するインフォームドコンセントがしやすくなった」が 59.3%で最も高く、次いで「治療の標準化と均質な医療の提供ができるようになった」が 56.3%、「チーム医療が進んだ」が 48.5%、「診療録の記録等が簡単になり、業務が改善した」と「医療の質が向上した」がそれぞれ 38.9%、「平均在院日数が短くなった」が 35.9%であった。「平均在院日数が短くなった」では「どちらともいえない」という回答割合が 40.1%あったが、その効果を認める施設も 35.9%あった。

図表 44 パスの活用による効果（パスを導入している施設、n=167）

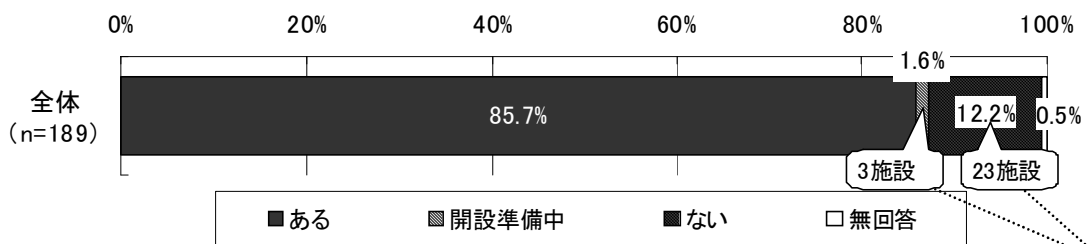


(3) 退院調整の実施状況等

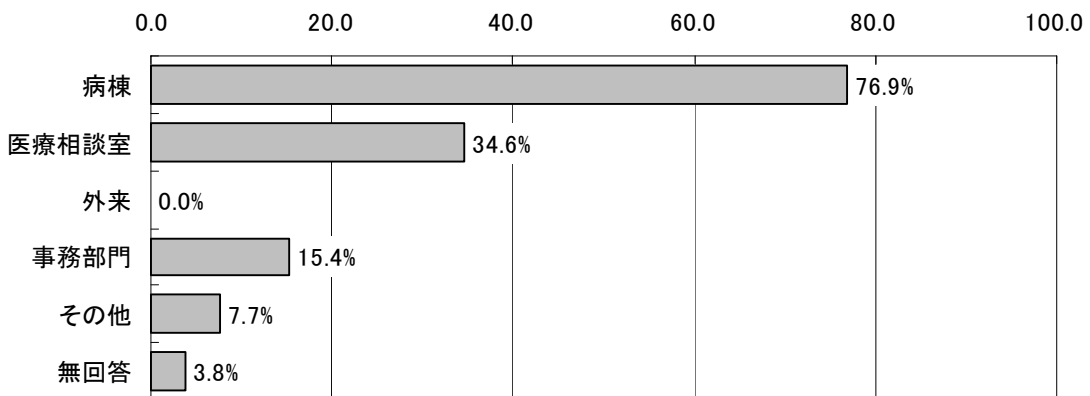
①退院調整部門の有無

退院調整部門の有無についてみると、「ある」が85.7%、「開設準備中」が1.6%、「ない」が12.2%であった。また、退院調整部門がない施設における退院調整機能を担っている部門をみると、「病棟」が76.9%で最も多く、次いで「医療相談室」が34.6%、「事務部門」が15.4%であった。

図表 45 退院調整部門の有無



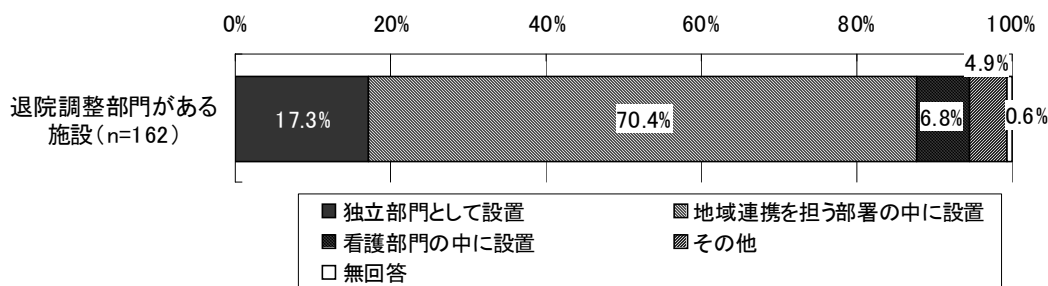
図表 46 退院調整機能を担っている部門（退院調整部門がない施設、複数回答、n=26）



②退院調整部門の設置場所

退院調整部門がある施設における退院調整部門の設置場所をみると、「地域連携を担う部署の中に設置」が70.4%で最も多く、次いで「独立部門として設置」が17.3%、「看護部門の中に設置」が6.8%であった。

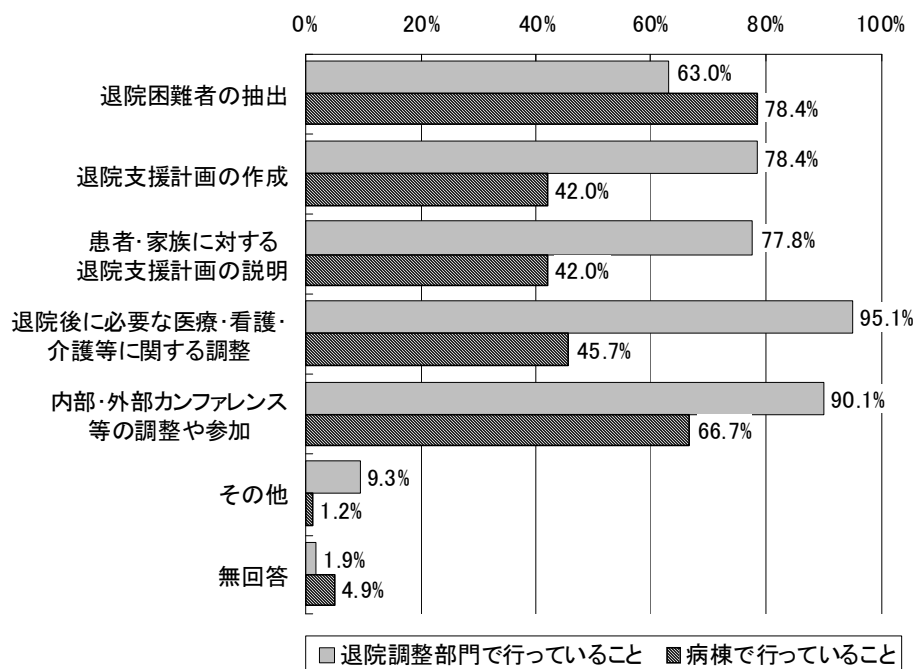
図表 47 退院調整部門の設置場所（退院調整部門がある施設）



③退院調整部門の業務内容

退院調整部門がある施設における、退院調整部門と病棟で行っている業務内容をみると、「退院後に必要な医療・看護・介護等に関する調整」、「内部・外部カンファレンス等の調整や参加」、「退院支援計画の作成」、「患者・家族に対する退院支援計画の説明」については「退院調整部門で行っていること」が「病棟で行っていること」と比較して高い割合となった。一方、「退院困難者の抽出」については、「病棟で行っていること」が「退院調整部門で行っていること」と比較して高い割合となった。

図表 48 退院調整部門の業務内容（退院調整部門がある施設、複数回答、n=162）



④退院調整部門の体制

退院調整部門の1施設あたりの職員数を、平成23年9月と平成24年9月で比較すると、平成23年9月は専従が平均1.86人、専任が1.98人であったのが、平成24年9月は専従が平均2.09人、専任が2.21人となっており、合計人数では3.84人から4.30人へと0.46人増加している。

図表 49 退院調整部門の体制（1施設あたりの職員数、n=152）

		平成23年9月			平成24年9月		
		平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
専従	医師	0.06	0.40	0.00	0.06	0.40	0.00
	保健師・助産師・看護師	0.41	0.87	0.00	0.49	1.01	0.00
	准看護師	0.01	0.08	0.00	0.01	0.11	0.00
	社会福祉士	1.12	1.42	1.00	1.24	1.55	1.00
	事務職員	0.10	0.46	0.00	0.12	0.53	0.00
	その他	0.16	0.52	0.00	0.17	0.52	0.00
	専従合計	1.86	2.23	1.00	2.09	2.49	1.00
専任	医師	0.16	0.53	0.00	0.16	0.55	0.00
	保健師・助産師・看護師	0.65	0.86	0.00	0.83	1.03	1.00
	准看護師	0.03	0.18	0.00	0.03	0.18	0.00
	社会福祉士	0.82	1.43	0.00	0.86	1.53	0.00
	事務職員	0.22	0.82	0.00	0.25	0.90	0.00
	その他	0.10	0.44	0.00	0.08	0.40	0.00
	専任合計	1.98	2.21	1.00	2.21	2.44	1.00

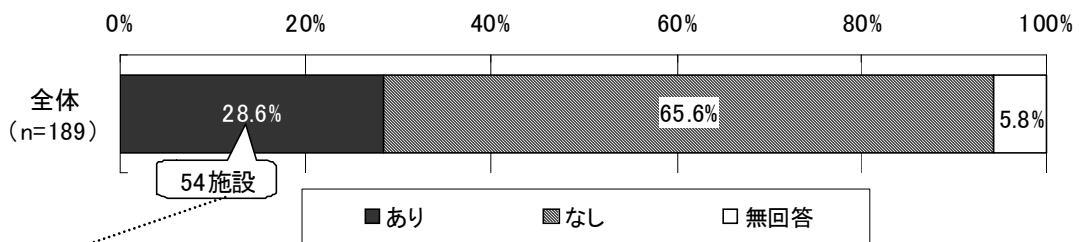
(注) 平成23年9月及び平成24年9月の専従・専任の人数について記載のあった152施設を集計対象とした。

⑤各診療報酬項目に関する状況等

1) 総合評価加算

総合評価加算の施設基準の届出が「あり」という施設は 28.6%であった。施設基準の届出時期は「平成 24 年 4 月～」が 40.7%で最も多かった。平成 23 年 9 月 1 か月間の算定回数は平均 52.9 回（標準偏差 110.8、中央値 11.0）、平成 24 年 9 月 1 か月間の算定回数は平均 54.9 回（標準偏差 113.4、中央値 13.0）であり、2.0 回増加した。

図表 50 総合評価加算の施設基準の届出状況



図表 51 総合評価加算の施設基準の届出時期

	施設数	割合
平成 20 年 4 月～平成 21 年 3 月	15	27.8%
平成 21 年 4 月～平成 22 年 3 月	2	3.7%
平成 22 年 4 月～平成 23 年 3 月	10	18.5%
平成 23 年 4 月～平成 24 年 3 月	4	7.4%
平成 24 年 4 月～	22	40.7%
無回答	1	1.9%
全体	54	100.0%

図表 52 総合評価加算の算定回数

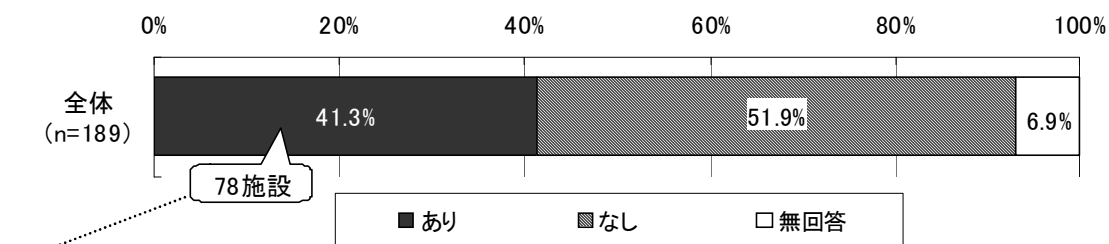
(単位：回)

	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
平均値	52.9	54.9
標準偏差	110.8	113.4
中央値	11.0	13.0

2) 地域連携診療計画退院時指導料

地域連携診療計画退院時指導料の届出が「あり」という施設は 41.3%であった。施設基準の届出時期は「平成 22 年 4 月～平成 24 年 3 月」が 46.2%で最も多く、「平成 24 年 4 月～」は 5.1%であった。平成 23 年 9 月 1 か月間の算定回数は平均 1.5 回（標準偏差 2.5、中央値 0.0）、平成 24 年 9 月の算定回数は平均 1.9 回（標準偏差 3.1、中央値 0.0）であり、0.4 回増加した。

図表 53 地域連携診療計画退院時指導料の施設基準の届出状況



図表 54 地域連携診療計画退院時指導料の施設基準の届出時期

	施設数	割合
平成 18 年 4 月～平成 20 年 3 月	8	10.3%
平成 20 年 4 月～平成 22 年 3 月	28	35.9%
平成 22 年 4 月～平成 24 年 3 月	36	46.2%
平成 24 年 4 月～	4	5.1%
無回答	2	2.6%
全体	78	100.0%

図表 55 地域連携診療計画退院時指導料の算定回数

(単位：回)

	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
平均値	1.5	1.9
標準偏差	2.5	3.1
中央値	0.0	0.0

3) 介護支援連携指導料

1か月間の介護支援連携指導料の算定回数は、平成23年9月が平均6.8回(標準偏差15.3、中央値1.0)、平成24年9月が平均6.0回(標準偏差9.9、中央値2.0)であり、平均値では0.8回減少しているが、中央値で見ると1.0回から2.0回に増加している。

図表 56 介護支援連携指導料の算定回数 (n=155)

(単位：回)

	平成23年9月	平成24年9月
平均値	6.8	6.0
標準偏差	15.3	9.9
中央値	1.0	2.0

(注) 平成23年9月及び平成24年9月について数値の記入があった155施設を集計対象とした。

平成24年9月1か月間の介護支援連携指導料の算定回数分布について、平成23年9月と平成24年9月で比較すると、「0回」は36.0%から29.1%に減少し、算定実績のある施設の割合が増えている。

図表 57 介護支援連携指導料の算定回数分布

	平成23年9月		平成24年9月	
	施設数	割合	施設数	割合
0回	68	36.0%	55	29.1%
～10回未満	52	27.5%	68	36.0%
～20回未満	24	12.7%	19	10.1%
～30回未満	5	2.6%	5	2.6%
30回以上	6	3.2%	8	4.2%
無回答	34	18.0%	34	18.0%
全体	189	100.0%	189	100.0%

(注) 平成23年9月及び平成24年9月について数値の記入があった189施設を集計対象とした。

4) 退院時共同指導料 2

退院時共同指導料 2 の 1 か月間の算定回数について、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月で比較すると、平成 23 年 9 月は平均 0.33 回（標準偏差 1.18、中央値 0.00）、平成 24 年 9 月は 0.59 回（標準偏差 2.37、中央値 0.00）であり、0.26 回増加した。このうち、「医師が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師と共同して指導を行った場合（300 点）」を算定した回数は、平成 23 年 9 月が平均 0.16 回（標準偏差 0.85、中央値 0.00）、平成 24 年 9 月が平均 0.31 回（標準偏差 2.08、中央値 0.00）であり、0.15 回増加している。また、「医師が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師若しくは看護師等、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等、居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれ 3 者以上と共同して指導を行った場合（2000 点）」の算定回数は、平成 23 年 9 月が平均 0.16 回（標準偏差 0.60、中央値 0.00）、平成 24 年 9 月が平均 0.15 回（標準偏差 0.50、中央値 0.00）であり、大きな変化はみられなかった。さらに、このうち、「ケアマネジャーと連携した回数」をみると、平成 23 年 9 月が平均 0.23 回（標準偏差 0.72、中央値 0.00）、平成 24 年 9 月が平均 0.42 回（標準偏差 2.03、中央値 0.00）であり、0.19 回増加している。

図表 58 退院時共同指導料 2 の算定回数

(単位：回)

		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
1) 退院時共同指導料 2 (n=143)	平均値	0.33	0.59
	標準偏差	1.18	2.37
	中央値	0.00	0.00
2) 医師が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師と共同して指導を行った場合 (300 点) (n=116)	平均値	0.16	0.31
	標準偏差	0.85	2.08
	中央値	0.00	0.00
3) 医師が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師若しくは看護師等、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等、居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれ 3 者以上と共同して指導を行った場合 (2000 点) (n=117)	平均値	0.16	0.15
	標準偏差	0.60	0.50
	中央値	0.00	0.00
4) 上記 3) のうちケアマネジャーと連携した回数 (n=106)	平均値	0.23	0.42
	標準偏差	0.72	2.03
	中央値	0.00	0.00

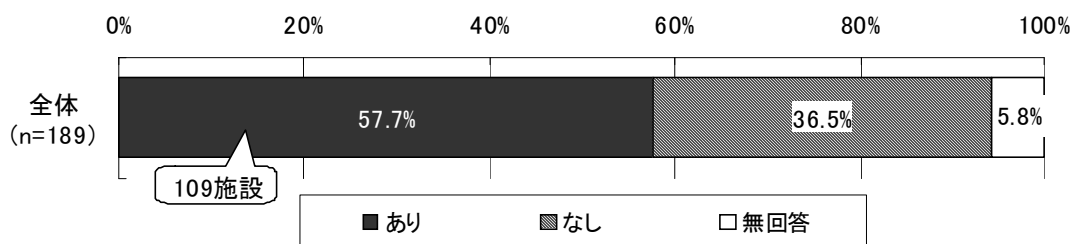
(注) 平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月について数値の記入があった 143 施設を集計対象とした。

5) 退院調整加算 1

退院調整加算 1 の施設基準の届出が「あり」という施設は 57.7%、「なし」という施設は 36.5%であった。施設基準の届出時期は、平成 24 年の「4 月」が 63.3%で最も多く、次いで「9 月」(23.9%)、「6 月」、「10 月」(それぞれ 2.8%) であった。

平成 24 年 9 月 1 か月間の退院調整加算 1 の算定回数は平均 21.31 回(標準偏差 28.45、中央値 14.00)であり、このうち、地域連携計画加算を算定した回数は平均 0.48 回(標準偏差 1.91、中央値 0.00)であった。

図表 59 退院調整加算 1 の施設基準の届出状況



図表 60 退院調整加算 1 の施設基準の届出時期

	施設数	割合
4 月	69	63.3%
5 月	0	0.0%
6 月	3	2.8%
7 月	1	0.9%
8 月	1	0.9%
9 月	26	23.9%
10 月	3	2.8%
無回答	6	5.5%
全体	109	100.0%

図表 61 退院調整加算 1 の算定回数 (平成 24 年 9 月 1 か月、n=103)

(単位: 回)

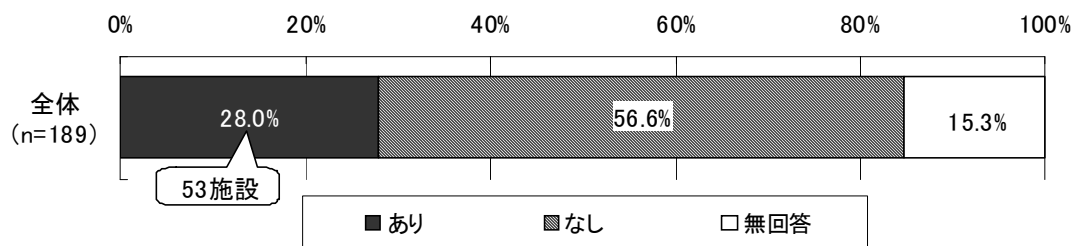
	平均値	標準偏差	中央値
退院調整加算 1 の算定回数	21.31	28.45	14.00
うち、地域連携計画加算を算定した回数	0.48	1.91	0.00

6) 退院調整加算 2

退院調整加算 2 の施設基準の届出が「あり」という施設は 28.0%、「なし」という施設は 56.6%であった。施設基準の届出時期は、平成 24 年「4 月」が 75.5%で最も多く、次いで「9 月」(15.1%)、「6 月」、「8 月」、「10 月」(それぞれ 1.9%) であった。

平成 24 年 9 月 1 か月間の退院調整加算 2 の算定回数は平均 4.04 回 (標準偏差 7.13、中央値 1.50) であり、このうち、地域連携計画加算を算定した回数は平均 0.89 回 (標準偏差 5.07、中央値 0.00) であった。

図表 62 退院調整加算 2 の施設基準の届出状況



図表 63 退院調整加算 2 の施設基準の届出時期

	施設数	割合
4 月	40	75.5%
5 月	0	0.0%
6 月	1	1.9%
7 月	0	0.0%
8 月	1	1.9%
9 月	8	15.1%
10 月	1	1.9%
無回答	2	3.8%
合計	53	100.0%

図表 64 退院調整加算 2 の算定回数

(単位：回)

	平均値	標準偏差	中央値
退院調整加算 2 の算定回数	4.04	7.13	1.50
うち、地域連携計画加算を算定した回数	0.89	5.07	0.00

7) 退院前訪問指導料

退院前訪問指導料の1か月間の算定回数は、平成23年9月が平均0.8回（標準偏差3.0、中央値0.0）、平成24年9月が平均0.8回（標準偏差1.9、中央値0.0）であり、大きな変化はみられなかった。

図表 65 退院前訪問指導料の算定回数

(単位：回)

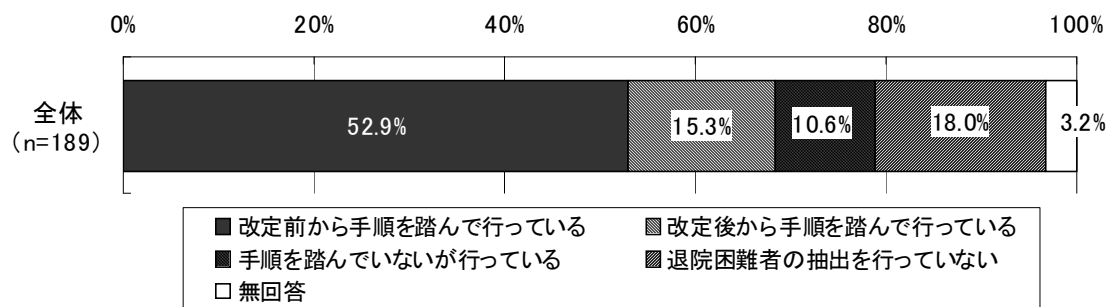
	平成23年9月	平成24年9月
平均値	0.8	0.8
標準偏差	3.0	1.9
中央値	0.0	0.0

⑥退院困難者の抽出

1) 退院困難者の抽出状況

退院困難者の抽出状況についてみると、「改定前から手順を踏んで行っている」が52.9%で最も多く、次いで「退院困難者の抽出を行っていない」が18.0%、「改定後から手順を踏んで行っている」が15.3%、「手順を踏んでいないが行っている」が10.6%であった。

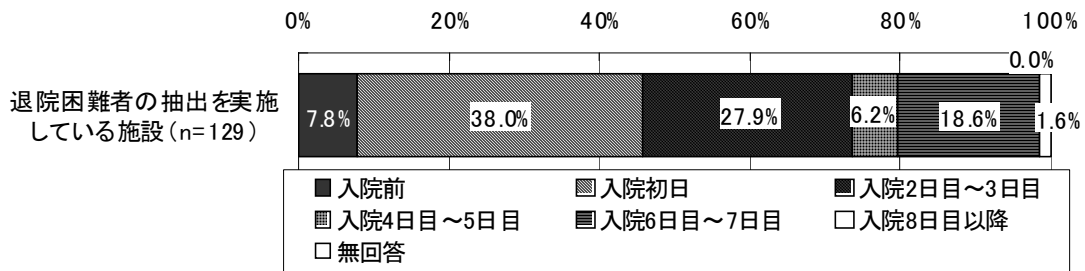
図表 66 退院困難者の抽出状況



2) 退院困難者の抽出のタイミング

退院困難者抽出のタイミングについてみると、「入院初日」が38.0%で最も多く、次いで「入院2日目～3日目」が27.9%、「入院6日目～7日目」が18.6%、「入院前」が7.8%、「入院4日目～5日目」が6.2%であった。

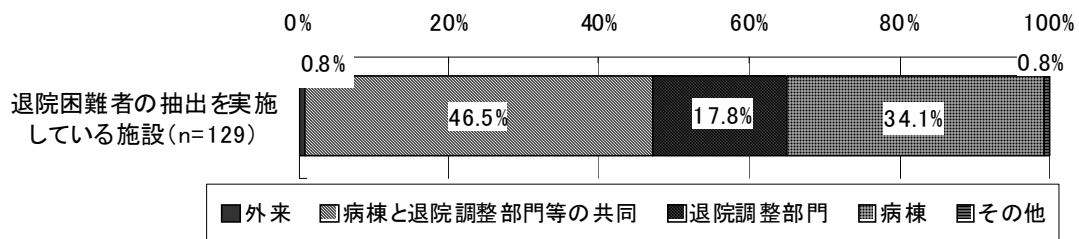
図表 67 退院困難者の抽出のタイミング（退院困難者の抽出を実施している施設）



3) 退院困難者の抽出実施部門

退院困難者の抽出を実施している施設における、退院困難者の抽出実施部門をみると、「病棟と退院調整部門等の共同」が46.5%で最も多く、次いで「病棟」が34.1%、「退院調整部門」が17.8%、「外来」が0.8%であった。

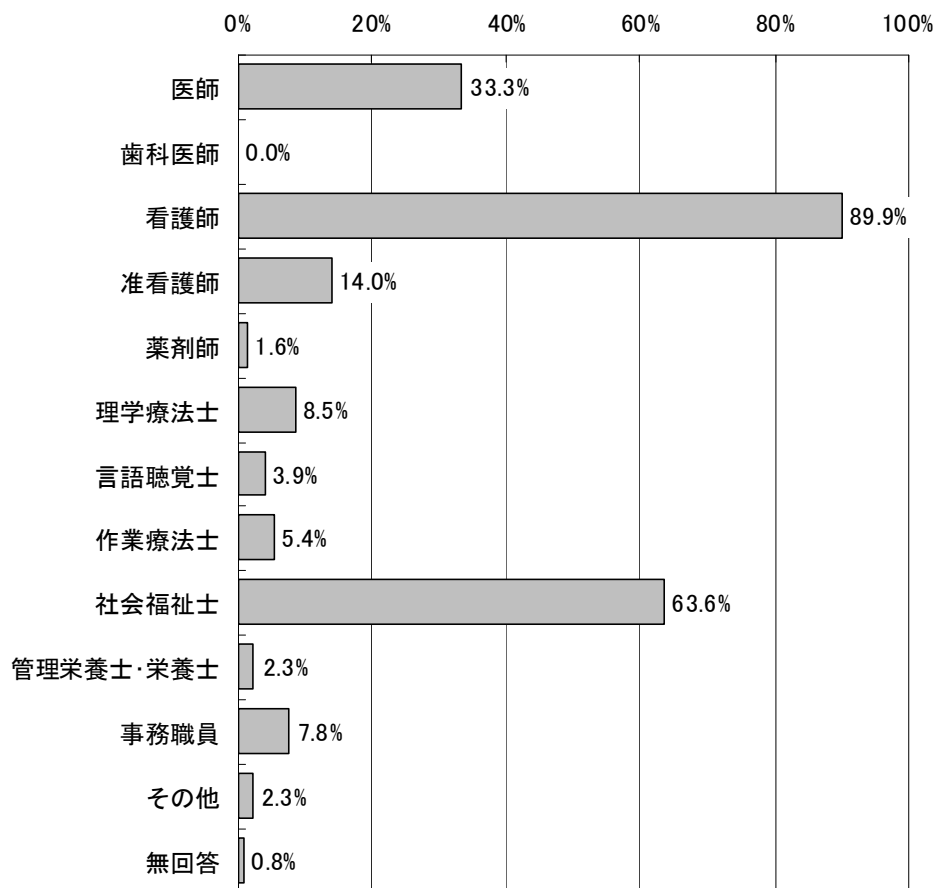
図表 68 退院困難者の抽出実施部門



4) 退院困難者の抽出実施者

退院困難者の抽出実施者についてみると、「看護師」(89.9%)が最も多く、次いで「社会福祉士」(63.6%)、「医師」(33.3%)、「准看護師」(14.0%)、「理学療法士」(8.5%)であった。

図表 69 退院困難者の抽出実施者（複数回答、n=129）



⑦退院困難者の患者数

退院困難者の患者数についてみると、まず、「平成 24 年 9 月 1 か月間の入院患者数」は平均 324.2 人（標準偏差 932.0、中央値 127.0）で、このうちの「抽出を行った退院困難な要因を有する患者数」は平均 74.8 人（標準偏差 176.7、中央値 35.5）であった。さらに、「一定の手順を踏んで抽出を行った退院困難な要因を有する患者数」は平均 49.1 人（標準偏差 112.6、中央値 26.0）であった。

患者の状況を詳細にみると、「悪性腫瘍、認知症・誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかの患者数」は平均 17.4 人（標準偏差 31.8、中央値 9.5）、「退院後に医療処置（胃ろう等の経管栄養法やたんの吸引を含む）が必要な患者数」が平均 7.5 人（標準偏差 9.8、中央値 3.0）、「入退院を繰り返している患者数」が平均 10.5 人（標準偏差 39.6、中央値 3.0）であった。

図表 70 平成 24 年 9 月 1 か月間における退院困難者等 (n=112)

(単位：人)

	平均値	標準偏差	中央値
1)平成 24 年 9 月 1 か月間の入院患者数	324.2	932.0	127.0
2)抽出を行った退院困難な要因を有する患者数	74.8	176.7	35.5
一定の手順を踏んで抽出を行った退院困難な要因を有する患者数	49.1	112.6	26.0
3)悪性腫瘍、認知症・誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかの患者数【症例 A】	17.4	31.8	9.5
4)緊急入院の患者数	35.9	90.9	10.0
5)介護保険が未申請の患者数	27.6	116.3	4.5
6)入院前に比べ ADL が低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者数	29.5	74.9	12.0
7)排泄に介護を要する患者数	23.3	32.9	12.5
8)同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にない患者数	17.6	39.8	7.0
9)退院後に医療処置(胃ろう等の経管栄養法やたんの吸引を含む)が必要な患者数【症例 B】	7.5	9.8	3.0
10)入退院を繰り返している患者数【症例 C】	10.5	39.6	3.0
11)上記 3)～10)以外で、患者の状況から判断して 3)～10)に準ずると認められる患者数	5.1	12.4	0.0

(注) 3)～10)は重複する場合があるため、合計は 1)と一致しない。

⑧転帰別患者数

1 施設あたりの転帰別患者数を、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月で比較すると、1 か月間の「退院患者数」は平均 194.6 人から 195.6 人と変化はほとんどみられないが、「退院調整をした患者数」は平均 26.2 人から 32.5 人へと 6.3 人増加している。また、「退院後に療養が必要で、かつ通院が困難な患者数」は平均 3.8 人から 4.8 人へと 1.0 人増加している。「在宅医療（訪問診療及び訪問看護）に移行した患者数」は平均 2.1 人から 2.9 人へと 0.8 人増加している。この患者のうち、平成 24 年 9 月をみると、「自院の在宅医療を受けている患者数」が 1.2 人であるのに対し「他院の在宅医療を受けている患者数」は 1.5 人とやや他院の患者が多くなっている。また、平成 23 年 9 月と比較すると、「退院時共同指導料を算定した患者数」は 0.1 人から 0.4 人へと増加している。さらに、「入院前に在宅医療を受けていた患者で在宅医療に移行した患者数」は平成 23 年 9 月には 0.8 人であったのが平成 24 年 9 月には 3.8 人と大きく増加している。

図表 71 転帰別患者数

(単位：人)

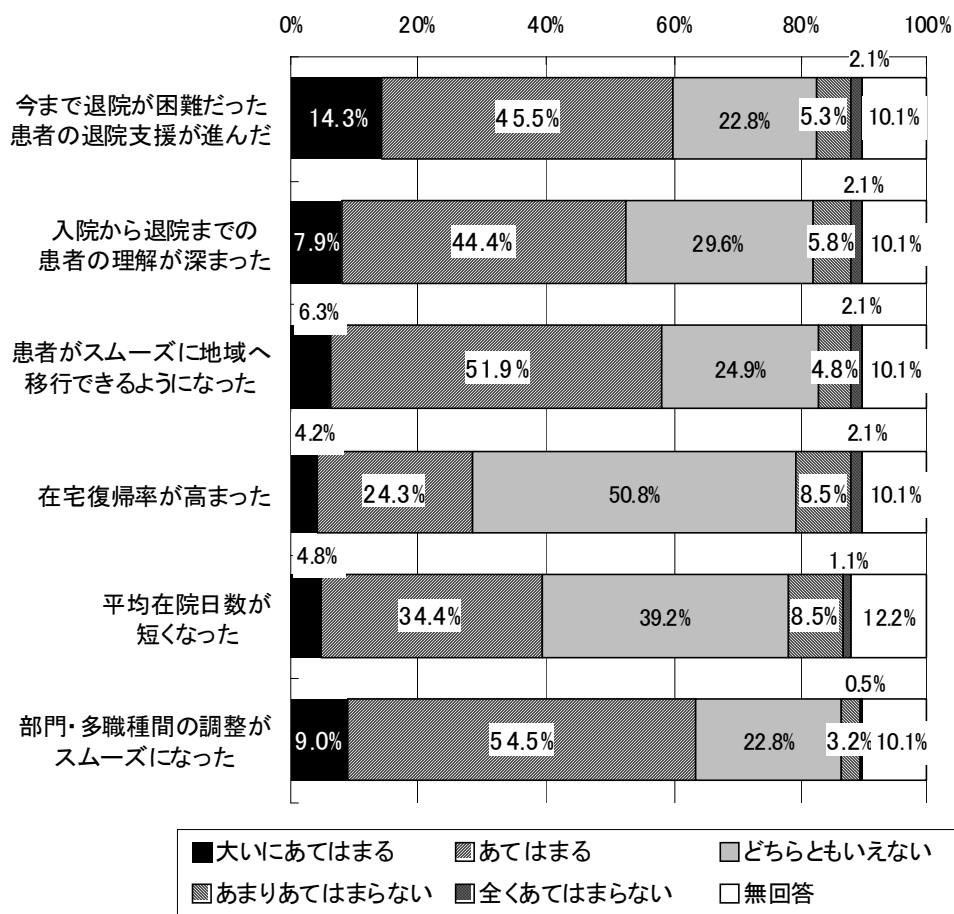
	平成 23 年 9 月			平成 24 年 9 月		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
1) 退院患者数	194.6	295.8	67.0	195.6	299.5	67.0
2) 退院調整をした患者数(加算算定の有無は問わず)	26.2	30.2	16.0	32.5	38.5	23.5
3) 退院調整加算を算定した患者数	7.1	15.5	0.0	11.7	19.6	3.0
4) 他医療機関へ転院した患者数	9.3	15.6	4.0	9.6	15.9	4.0
5) 特別養護老人ホーム、認知症高齢者グループホーム等の施設に入所した患者数	5.1	6.1	3.0	6.1	6.7	4.0
6) 自院に外来通院となった患者数	45.7	134.9	6.0	47.3	139.6	8.0
7) 他院に外来通院となった患者数	10.6	36.9	1.0	11.5	37.4	2.0
8) 退院後に療養が必要で、かつ通院が困難な患者数	3.8	7.8	1.0	4.8	7.8	2.0
9) 在宅医療(訪問診療及び訪問看護)に移行した患者数	2.1	4.0	1.0	2.9	5.0	1.0
10) 自院の在宅医療を受けている患者数	0.8	1.8	0.0	1.2	2.1	0.0
11) 他院の在宅医療を受けている患者数	1.1	3.4	0.0	1.5	3.8	0.0
12) 退院時共同指導料を算定した患者数	0.1	0.4	0.0	0.4	1.4	0.0
13) 入院前に在宅医療を受けていた患者で在宅医療に移行した患者数	0.8	2.7	0.0	3.8	26.5	0.0
14) 死亡退院患者数	7.0	9.0	4.0	7.5	9.2	4.0

(注) 平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月について回答のあった 130 施設を集計対象とした。

⑨退院調整による効果

退院調整による効果についてみると、「大いにあてはまる」、「あてはまる」を合わせた割合は、「部門・多職種間の調整がスムーズになった」で 63.5%と最も高く、次いで「今まで退院が困難だった患者の退院支援が進んだ」が 59.8%、「患者がスムーズに地域へ移行できるようになった」が 58.2%、「入院から退院までの患者の理解が深まった」が 52.3%であった。一方、「在宅復帰率が高まった」では 50.8%、「平均在院日数が短くなった」では 39.2%が「どちらともいえない」と回答しており、この割合が他の項目と比較して高い。

図表 72 退院調整による効果 (n=189)



(4) 医療機関等との連携状況等

①連携している施設・事業所数

1 施設あたりの連携している施設・事業所数について、平成23年9月と平成24年9月で比較すると、連携施設・事業所数は概して増加している。「在宅療養支援病院・診療所」は平均4.3か所から5.2か所に、「緊急時の入院医療機関としている病院・診療所」は平均5.5か所から6.4か所に、「訪問看護ステーション」は1.5か所から2.1か所に、「居宅介護支援事業所」は4.7か所から5.1か所に、それぞれ増加している。一方、「歯科保険医療機関」、「保険薬局」は依然として平均が1.0か所を下回っている。

図表 73 1施設あたりの連携している施設・事業所数 (n=134)

(単位：か所)

	平成23年9月			平成24年9月		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
1) 病院・診療所	21.9	73.6	1.0	24.1	82.7	1.5
2) 在宅療養支援病院・診療所	4.3	17.4	0.0	5.2	18.3	0.0
3) 緊急時の入院医療機関としている病院・診療所	5.5	40.9	0.0	6.4	43.7	0.0
4) 他の医療機関	13.0	53.0	0.0	11.6	51.2	0.0
5) 訪問看護ステーション	1.5	3.8	0.0	2.1	5.2	1.0
6) 歯科保険医療機関	0.9	3.8	0.0	0.9	3.8	0.0
7) 保険薬局	0.7	4.0	0.0	0.8	4.0	0.0
8) 介護老人保健施設	1.7	3.3	0.0	1.8	3.2	1.0
9) 介護老人福祉施設	1.3	3.4	0.0	1.5	3.6	0.0
10) その他の施設	2.9	13.0	0.0	3.3	14.6	0.0
11) 居宅介護支援事業所	4.7	10.6	1.0	5.1	11.0	1.0

②定期的なカンファレンスの開催数

対施設・事業所との連携がある場合、定期的なカンファレンスの開催数について、平成23年9月と平成24年9月で比較すると、いずれにおいても増加している。特に「居宅介護支援事業所」との定期的なカンファレンスの開催数は平均2.6回（標準偏差4.1、中央値1.0）で最も多く、次いで「訪問看護ステーション」が平均1.8回（標準偏差2.0、中央値1.0）となっている。

図表 74 定期的なカンファレンスの開催数（連携している施設・事業所がある施設）

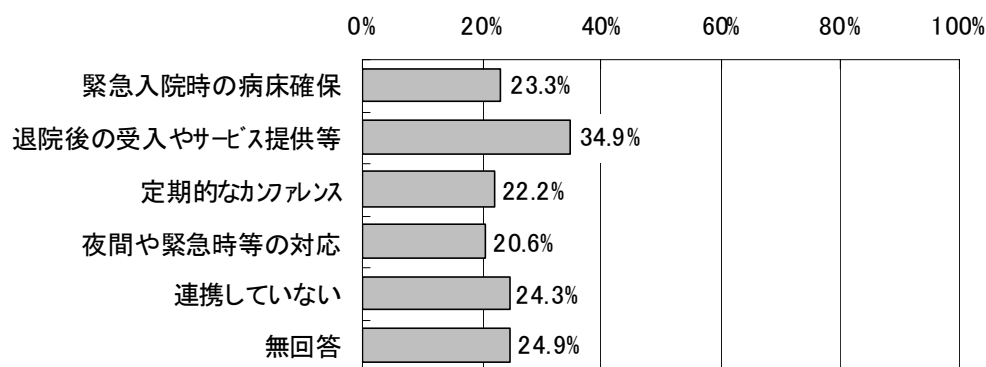
（単位：回）

	平成23年9月				平成24年9月			
	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
1) 病院・診療所	78	1.3	2.6	0.0	74	1.7	2.4	1.0
2) 在宅療養支援病院・診療所	61	0.4	1.4	0.0	62	0.6	0.9	0.0
3) 緊急時の入院医療機関としている病院・診療所								
4) 他の医療機関								
5) 訪問看護ステーション	55	1.4	1.7	1.0	55	1.8	2.0	1.0
6) 歯科保険医療機関	24	0.2	0.4	0.0	24	0.3	0.5	0.0
7) 保険薬局	19	0.5	0.6	0.0	19	0.8	1.0	1.0
8) 介護老人保健施設	49	1.5	2.0	1.0	49	1.7	1.6	1.0
9) 介護老人福祉施設	36	0.7	1.2	0.0	36	1.2	1.4	1.0
10) その他の施設	29	1.0	2.2	0.0	29	1.3	3.0	0.0
11) 居宅介護支援事業所	72	2.3	3.2	1.0	72	2.6	4.1	1.0

③連携内容

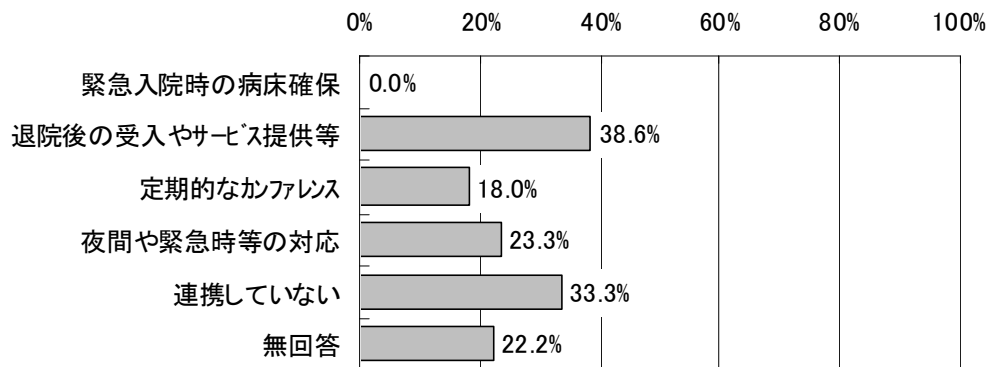
病院・診療所との連携内容についてみると、「退院後の受入やサービス提供等」が34.9%で最も多く、次いで「緊急入院時の病床確保」(23.3%)、「定期的なカンファレンス」(22.2%)、「夜間や緊急時等の対応」(20.6%)であった。

図表 75 連携内容～①病院・診療所～（複数回答、n=189）



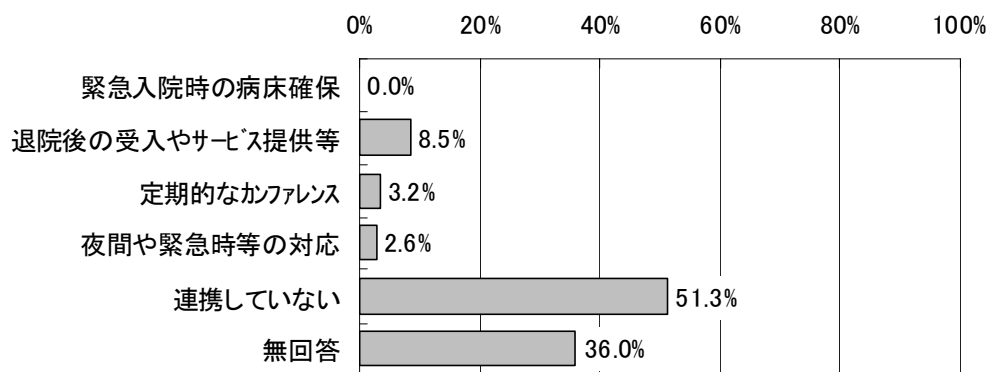
訪問看護ステーションとの連携内容についてみると、「退院後の受入やサービス提供等」が 38.6%で最も多く、次いで「夜間や緊急時等の対応」(23.3%)、「定期的なカンファレンス」(18.0%)であった。

図表 76 連携内容～②訪問看護ステーション～（複数回答、n=189）



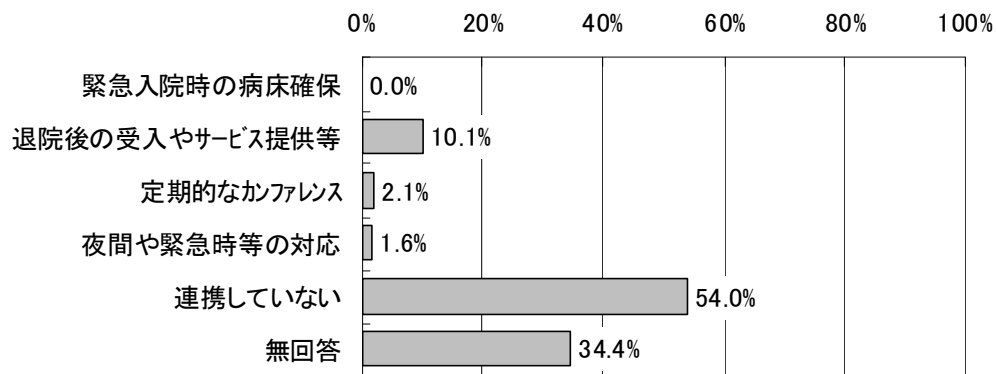
歯科保険医療機関との連携内容についてみると、「連携していない」が 51.3%、無回答と合わせると 9 割近くを占めていることに留意する必要がある。その上で最も多いのは、「退院後の受入やサービス提供等」で 8.5%となった。「定期的なカンファレンス」は 3.2%にとどまった。

図表 77 連携内容～③歯科保険医療機関（複数回答、n=189）



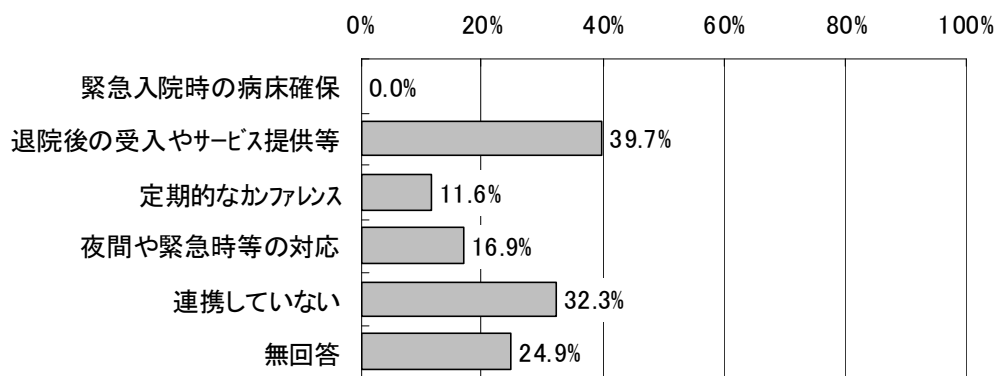
保険薬局との連携内容についてみると、「連携していない」が54.0%、無回答と合わせると9割近くを占めていることに留意する必要がある。その上で最も多いのは、「退院後の受入やサービス提供等」で10.1%となった。「定期的なカンファレンス」は2.1%にとどまった。

図表 78 連携内容～④保険薬局（複数回答、n=189）



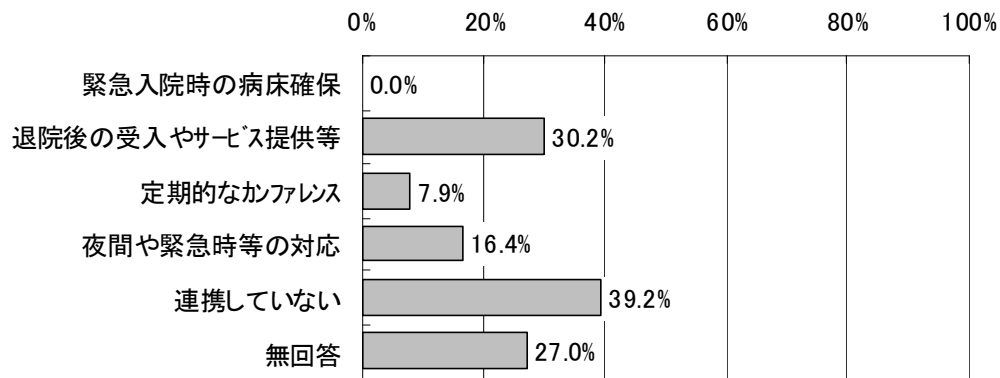
介護老人保健施設との連携内容についてみると、「退院後の受入やサービス提供等」が39.7%で最も多く、次いで「夜間や緊急時等の対応」(16.9%)、「定期的なカンファレンス」(11.6%)であった。

図表 79 連携内容～⑤介護老人保健施設（複数回答、n=189）



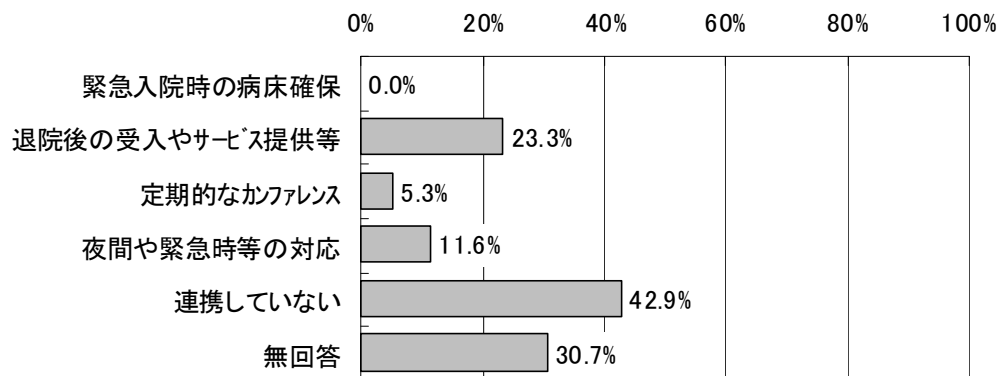
介護老人福祉施設との連携内容についてみると、「退院後の受入やサービス提供等」が30.2%で最も多く、次いで「夜間や緊急時等の対応」(16.4%)、「定期的なカンファレンス」(7.9%)であった。

図表 80 連携内容～⑥介護老人福祉施設（複数回答、n=189）



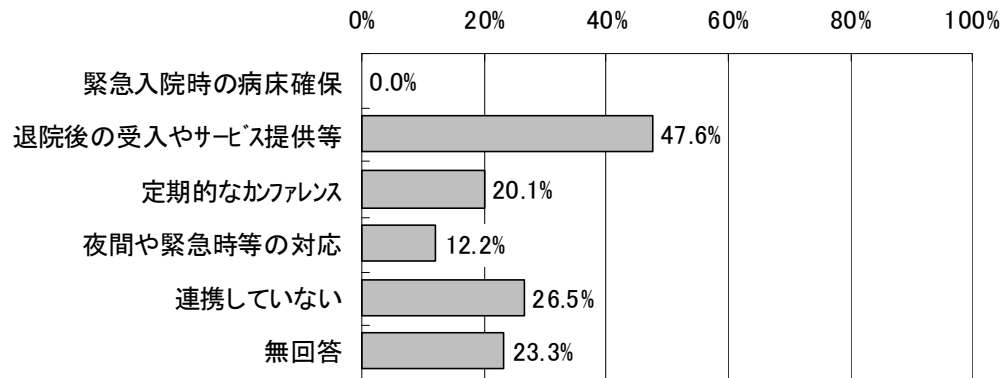
その他の施設との連携内容についてみると、「連携していない」が42.9%、無回答と合わせると7割近くを占めていることに留意する必要がある。その上で最も多いのは、「退院後の受入やサービス提供等」で23.3%となった。次いで「夜間や緊急時等の対応」(11.6%)、「定期的なカンファレンス」(5.3%)であった。

図表 81 連携内容～⑦その他の施設（複数回答、n=189）



居宅介護支援事業所との連携内容についてみると、「退院後の受入やサービス提供等」が47.6%で最も多く、次いで、「定期的なカンファレンス」(20.1%)、「夜間や緊急時等の対応」(12.2%)であった。

図表 82 連携内容～⑧居宅介護支援事業所（複数回答、n=189）



④各診療報酬項目の算定状況等

各診療報酬項目の算定状況等についてみると、「在宅患者緊急入院診療加算 機能強化型の在宅療養支援診療所・病院間での受入の場合(2500点)」の1か月間の算定回数は、平成24年8月が平均0.01回(標準偏差0.17、中央値0.00)、平成24年9月が平均0.02回(標準偏差0.15、中央値0.00)であった。「在宅患者緊急入院診療加算 連携医療機関である場合(2000点)」の1か月間の算定回数は、平成24年8月が平均0.07回(標準偏差0.55、中央値0.00)、平成24年9月が平均0.07回(標準偏差0.48、中央値0.00)であった。これ以外の「在宅患者緊急入院診療加算(1000点)」の1か月間の算定回数は、平成24年8月が平均0.08回(標準偏差0.38、中央値0.00)、平成24年9月が0.07回(標準偏差0.35、中央値0.00)であった。

また、「リンパ浮腫指導管理料」の1か月間の算定回数は、平成24年8月が平均0.80回(標準偏差2.97、中央値0.00)、平成24年9月が平均0.69回(標準偏差2.54、中央値0.00)であった。「がん患者カウンセリング料」の1か月間の算定回数は、平成24年8月が平均0.53回(標準偏差2.00、中央値0.00)、平成24年9月が平均0.31回(標準偏差1.24、中央値0.00)であった。

図表 83 各診療報酬項目の算定回数 (n=137)

(単位：回)

	平成24年8月			平成24年9月		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
1)在宅患者緊急入院診療加算 —機能強化型の在宅療養支援診療所・病院間での受入の場合(2500点)	0.01	0.17	0.00	0.02	0.15	0.00
2)在宅患者緊急入院診療加算 —連携医療機関である場合(上記1)の場合を除く)(2000点)	0.07	0.55	0.00	0.07	0.48	0.00
3)在宅患者緊急入院診療加算 —上記1)及び2)以外の場合(1000点)	0.08	0.38	0.00	0.07	0.35	0.00
4)リンパ浮腫指導管理料	0.80	2.97	0.00	0.69	2.54	0.00
5)がん患者カウンセリング料	0.53	2.00	0.00	0.31	1.24	0.00

(注) 平成24年8月及び平成24年9月のすべての項目について回答のあった137施設を集計対象とした。

⑤連携医療機関等から受け入れた患者数等

連携医療機関等から受け入れた患者数について、平成23年9月と平成24年9月で比較すると、「在宅療養支援診療所等の医療機関からの連絡を受け、入院した患者数」は、平成23年9月が平均7.40人（標準偏差22.33、中央値0.00）、平成24年9月が7.42人（標準偏差20.91、中央値0.00）であり、大きな変化はみられなかった。このうち、「緊急入院した患者数」は、平成23年9月が平均2.71人（標準偏差7.68、中央値0.00）、平成24年9月が平均2.87人（標準偏差7.55、中央値0.00）であった。

また、「当該施設を緊急時の入院医療機関として連携している医療機関から連絡を受け、入院した患者数」は、平成23年9月が平均1.65人（標準偏差5.96、中央値0.00）、平成24年9月が平均2.14人（標準偏差7.13、中央値0.00）であり、0.49人増加している。このうち、「緊急入院した患者数」は、平成23年9月が平均0.79人（標準偏差2.86、中央値0.00）、平成24年9月が平均1.19人（標準偏差3.71、中央値0.00）であり、0.40人増加している。

図表 84 連携医療機関等から受け入れた患者数等 (n=124)

(単位：人)

	平成23年9月			平成24年9月		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
1)在宅療養支援診療所等の医療機関からの連絡を受け、入院した患者数	7.40	22.33	0.00	7.42	20.91	0.00
(うち)緊急入院した患者数	2.71	7.68	0.00	2.87	7.55	0.00
2)上記1)のうち当該施設を緊急時の入院医療機関として連携している医療機関から連絡を受け、入院した患者数	1.65	5.96	0.00	2.14	7.13	0.00
(うち)緊急入院した患者数	0.79	2.86	0.00	1.19	3.71	0.00

(注) 平成23年9月及び平成24年9月の「1 在宅療養支援診療所等の医療機関からの連絡を受け、入院した患者数」について回答のあった124施設を集計対象とした。

⑥専門性の高い看護師による訪問看護の実施状況等

専門性の高い看護師（褥瘡ケア）の人数別施設分布についてみると、「0人」が50.3%で最も多く、次いで「1人」が15.3%、「2人」が2.6%であった。1人以上いるという施設は21.1%であった。

図表 85 専門性の高い看護師（褥瘡ケア）の人数別施設分布

	施設数	割合
0人	95	50.3%
1人	29	15.3%
2人	5	2.6%
3人	4	2.1%
4人	2	1.1%
5人	0	0.0%
無回答	54	28.6%
全体	189	100.0%

(注)「専門性の高い看護師」とは、他の訪問看護ステーション等との看護師と同一日に訪問看護ができる看護師で、5年以上褥瘡ケアの看護に従事した経験を有し、6か月以上の適切な専門研修を修了した者。

専門性の高い看護師（緩和ケア）の人数別施設分布についてみると、「0人」が54.0%で最も多く、次いで「1人」が12.2%、「2人」が3.2%であった。1人以上いるという施設は18.6%であった。

図表 86 専門性の高い看護師（緩和ケア）の人数別施設分布

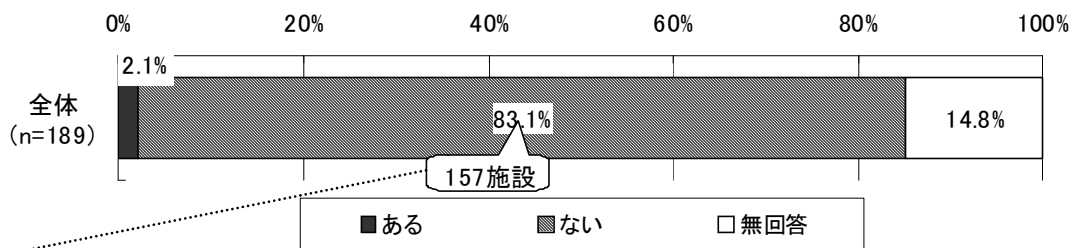
	施設数	割合
0人	102	54.0%
1人	23	12.2%
2人	6	3.2%
3人	3	1.6%
4人	1	0.5%
5人	2	1.1%
無回答	52	27.5%
全体	189	100.0%

(注)「専門性の高い看護師」とは、他の訪問看護ステーション等との看護師と同一日に訪問看護ができる看護師で、5年以上緩和ケアの看護に従事した経験を有し、6か月以上の適切な専門研修を修了した者。

専門性の高い看護師による訪問看護の実施状況等についてみると、「ある」と回答した施設は2.1%、「ない」と回答した施設が83.1%であった。

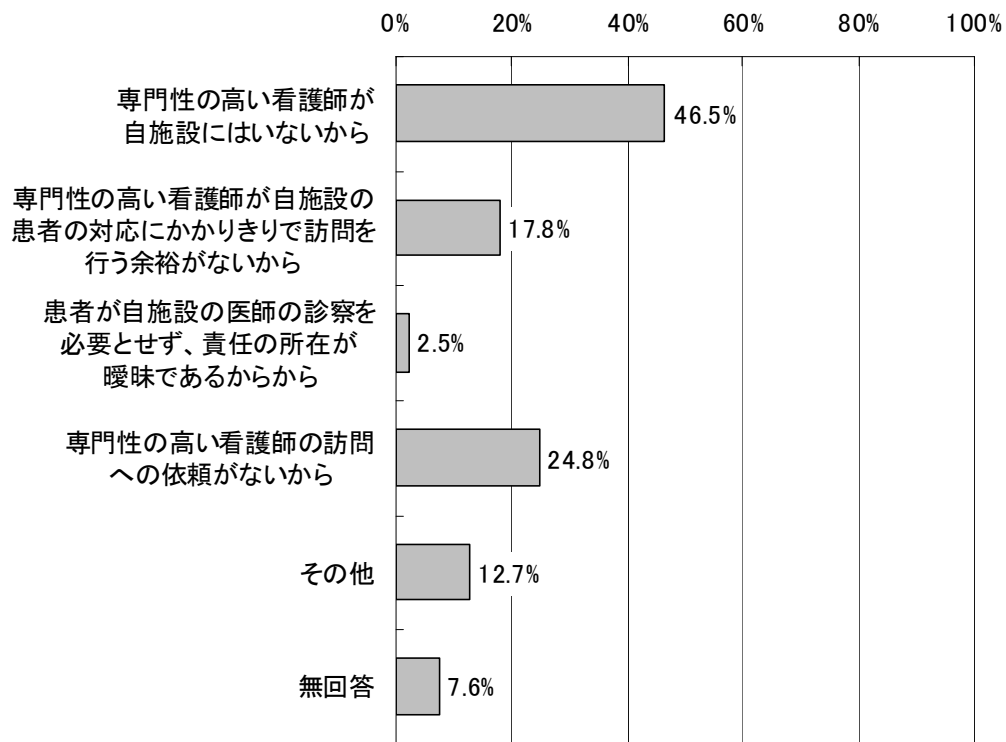
専門性の高い看護師による訪問看護の実施が「ない」と回答した施設において、実績がない理由についてみると、「専門性の高い看護師が自施設にはいないから」が46.5%で最も多く、次いで「専門性の高い看護師の訪問への依頼がないから」が24.8%、「専門性の高い看護師が自施設の患者の対応にかかりきりで訪問を行う余裕がないから」が17.8%であった。

図表 87 専門性の高い看護師による訪問看護の実施状況等



図表 88 専門性の高い看護師による訪問看護の実績がない理由

(複数回答、n=157)

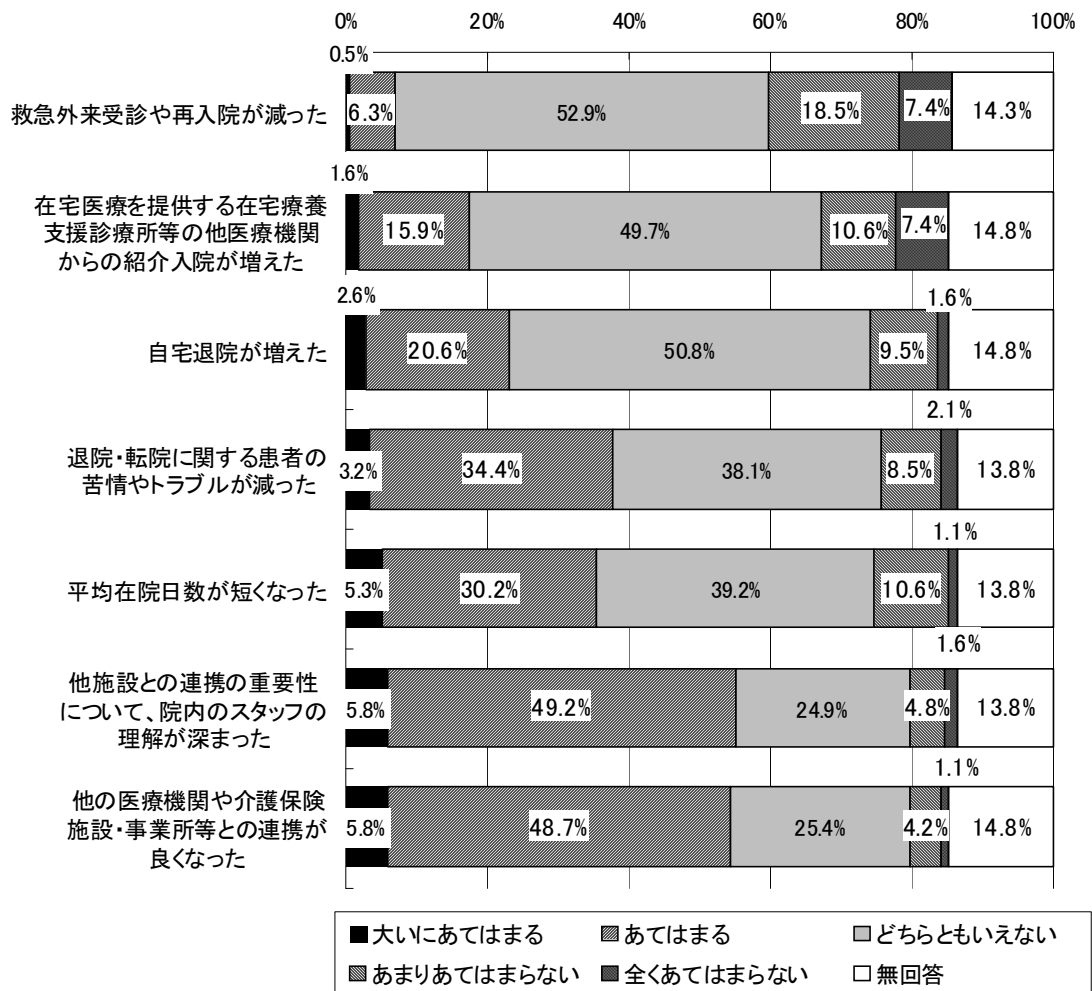


(5) パスの活用や退院調整部門による早期退院調整、連携等による効果等

パスの活用や退院調整部門による早期退院調整、連携等による効果についてみると、「大いにあてはまる」、「あてはまる」を合わせた割合は、「他施設との連携の重要性について、院内のスタッフの理解が深まった」が 55.0%で最も高く、次いで「他の医療機関や介護保険施設・事業所等との連携が良くなった」(54.5%)、「退院・転院に関する患者の苦情やトラブルが減った」(37.6%)、「平均在院日数が短くなった」(35.5%)であった。

一方、「救急外来受診や再入院が減った」、「在宅医療を提供する在宅療養支援診療所等の他医療機関からの紹介入院が増えた」、「自宅退院が増えた」は「大いにあてはまる」、「あてはまる」を合わせた割合が低く、「どちらともいえない」が5割近くを占めている。

図表 89 パスの活用や退院調整部門による早期退院調整、連携等による効果



(6) 退院調整や在宅医療を推進していく上での課題等

退院調整や在宅医療を推進していく上での課題等を自由記述形式で記載していただいた主な内容は以下の通りである。

- ・スタッフの確保。
- ・地元診療所、医師会との顔が見える連携。
- ・退院時、在宅を選択した患者の訪問診療、訪問看護の強化。
- ・院内スタッフがより一層在宅医療の現状を知る必要がある。在宅へつなげていくため、現状理解が進めばより多角的なアプローチが可能になると考える。
- ・情報が正確でなく、受け入れたら別の症状があったり、知らされていない薬剤が処方されていたりする。
- ・主治医の理解（医療機関と地域の両者）。
- ・社会資源が不足している（訪問サービス、入所施設）。
- ・在宅医療の実態を把握すること。
- ・スタッフの退院支援に関する意識付け。
- ・在宅看取りを進めたいが、患者・家族に看取りの知識がないためスムーズに進まない。在宅看取りに対する世論を高め地域住民への啓蒙が必要。
- ・家族の介護力が低下しており、また介護の制度等に関する知識も乏しいため、在宅に戻る際の調整に時間がかかる。
- ・家族が求めるニーズとマッチングするまで時間がかかるケースが増えてきている。
- ・在宅療養支援診療所等の確保。
- ・診療報酬のアップが不可欠。入院の意義を考え直すべき。
- ・提供する情報と要求される情報の差がある。統一のフォーマットなども必要と感じている。退院調整に充てる日数が短く、カンファレンスなどの情報共有をもっと効率よく行う方法がないかと感じている。
- ・地域住民の理解（家族の介護力）。
- ・連携室のマンパワー不足により、早期からの退院支援が遅れるケースがある。
- ・近隣の病院・医院との連携が深まると良いと思う。
- ・元々在宅に戻れない患者が入院している。回復期リハと療養では役割が異なるため、回復期リハでは積極的に実施している。
- ・医師の退院調整に関する意識を高めていくこと。
- ・退院後も医療処置が必要な患者が増えており、在宅医（往診医）の負担が増えていると思われる。
- ・在宅で介護を担当する家族がいないケースが多い。
- ・地域全体で役割分担できる体制を整える。在宅医療を受けている患者の病床を複数の病院で検討できるようになるとよい。
- ・連携先が多岐にわたるため、定期カンファレンスが開催できない。患者の状態に応じて開催している。

- ・家族の受入れが困難で在宅へと移行できないことが多い。
- ・通院できない経管栄養患者の行き先確保。病院が最終の生活場所ではないことを本人、家族に理解してもらうこと。
- ・地域の福祉・医療資源を知ること。顔と顔の見えるスムーズな連携が図れるよう、地域会議等へ積極的に参加すること。
- ・院内教育、スムーズな連携システムの構築。
- ・在宅医との連携についてサービス担当者会議への主治医参加調整がなかなか進まない。
- ・社会資源の不足。
- ・院内スタッフ（医師、看護師）が在宅で療養するイメージが持ちにくく、積極的に在宅を進めることが少ない。
- ・在宅療養時に病状悪化した場合、入院できるベッドの保障が容易にできない。
- ・一部の医療行為（胃瘻交換、PCA ポンプの使用、管理、輸血等）が往診医で対応できない場合があり、自宅退院の調整が進まないことがある。
- ・家族の介護力の不足。
- ・経済力の不足。
- ・医療ニーズがある患者の在宅調整。
- ・ケアマネジャーの力量の差。
- ・患者・家族が逆紹介（かかりつけ、往診医）にあまり積極的でない。
- ・逆紹介をした患者の緊急時の対応が困難な場合がある。
- ・カンファレンスを行うのに多忙のため参加できないスタッフがいる。
- ・MSW を平成 23 年 4 月に 2 名初めて採用したが、まだまだ軌道に乗った状態ではないと思われる。ただ、平成 23 年 4 月までに長期入院していた患者は 30 名程度であったが残り 10 名にまで退院調整を図ることができた。
- ・有料老人ホーム等において看護師の配置がなく、インスリンや透析等、医療行為が必要な患者の受入れが難しい。また、山間部において在宅医療は困難。
- ・在宅医療へすべて委ねるのではなく、お互いの役割分担を明確にし、依頼するところにして、受ける時はしっかり受けるという連携体制が必要である。この関係があれば患者も安心して家に帰れるのではないか。
- ・患者及び家族の在宅医療への理解。
- ・急性期病院のため、病状が安定しづらく、入院日数短縮につながりにくい。
- ・低所得者や支払困難者、高齢者の独居、家族との疎遠等、退院困難な事例が増えている。在宅へ移行するためには、国の保証やシステムが追いついていない実感がある。
- ・医療依存度の高い患者を在宅でみる場合、介護者の意欲や介護力の問題がある。
- ・へき地であり、24 時間の巡回型サービスがないなど、在宅サービス（社会資源）に乏しい。地域全体でインフォーマルな支援を充実させていく仕組みが必要。

(7) 入院医療機関における患者調査【患者調査】

「入院医療機関票」に個別の対象患者の状態や退院調整の実績などを尋ねる質問を設けた。下記 A～C の各症例に当てはまる患者それぞれ 1 名について、患者の状態や退院調整の実績などを質問し、施設調査項目と合わせて回答していただいた。

【対象症例】

症例 A：悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかの患者

症例 B：退院後に医療処置（胃ろう等の経管栄養法やたんの吸引を含む）が必要な患者

症例 C：入退院を繰り返している患者

各症例の有効回答数は、以下の通り。

症例 A：139 名

症例 B：114 名

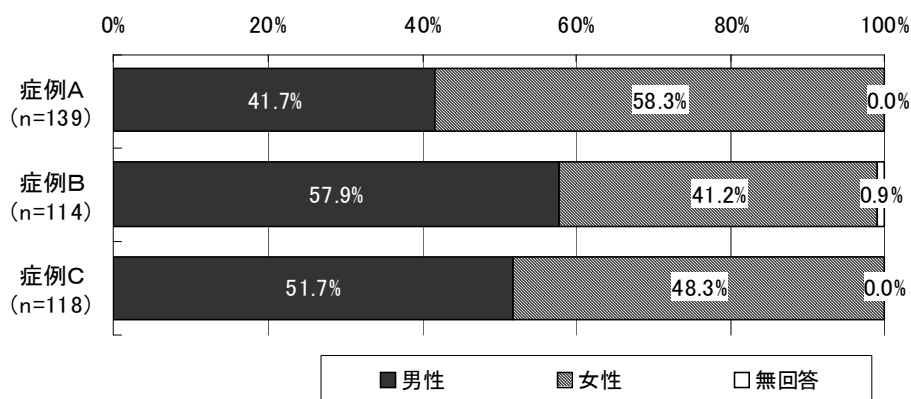
症例 C：119 名

※上記の症例数は、各施設に症例 A～C に該当する患者を 1 名ずつ抽出・本調査に回答していただいた結果であり、実際の症例分布を反映した症例数ではないことに留意する必要がある。

①性別

対象患者の性別についてみると、症例 A では、「男性」が 41.7%、「女性」が 58.3%であった。症例 B では、「男性」が 57.9%、「女性」が 41.2%であった。症例 C では、「男性」が 51.7%、「女性」が 48.3%であった。

図表 90 性別



②年齢

対象患者の平均年齢についてみると、症例Aでは79.4歳（標準偏差12.0、中央値81.0）、症例Bでは79.0歳（標準偏差10.6、中央値80.0）、症例Cでは79.0歳（標準偏差11.9、中央値81.0）であった。症例による平均年齢に大きな差異はみられなかった。

図表 91 年齢

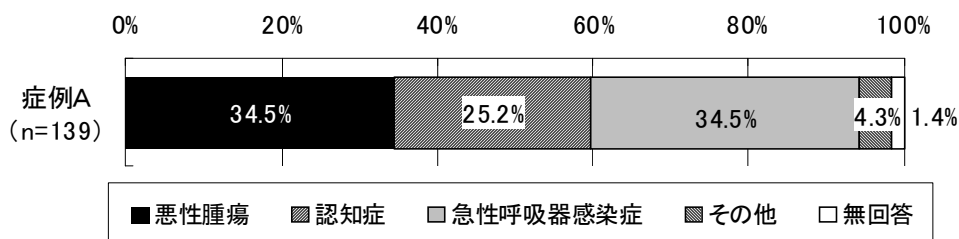
（単位：歳）

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
症例A	137	79.4	12.0	81.0
症例B	111	79.0	10.6	80.0
症例C	114	79.0	11.9	81.0

③主たる傷病名

主たる傷病名についてみると、症例Aでは、「悪性腫瘍」、「急性呼吸器感染症」がそれぞれ34.5%、「認知症」が25.2%であった。

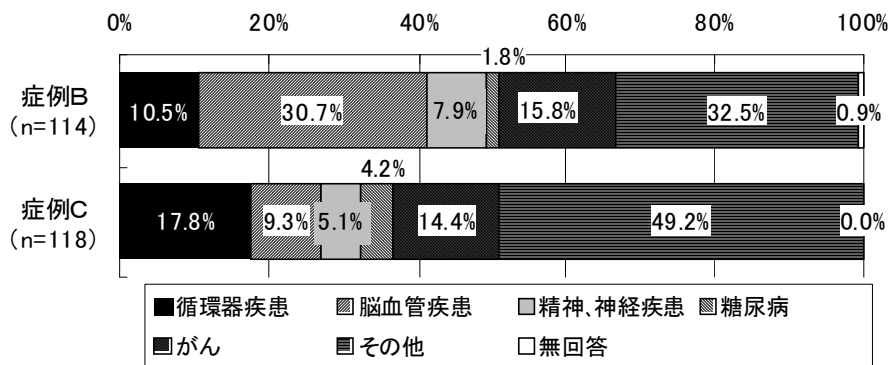
図表 92 主たる傷病名（症例A）



症例Bでは、「脳血管疾患」が30.7%で最も多く、次いで「がん」(15.8%)、「循環器疾患」(10.5%)、「精神、神経疾患」(7.9%)、「糖尿病」(1.8%)であった。

症例Cでは、「循環器疾患」が17.8%で最も多く、次いで「がん」(14.4%)、「脳血管疾患」(9.3%)、「精神、神経疾患」(5.1%)、「糖尿病」(4.2%)であった。

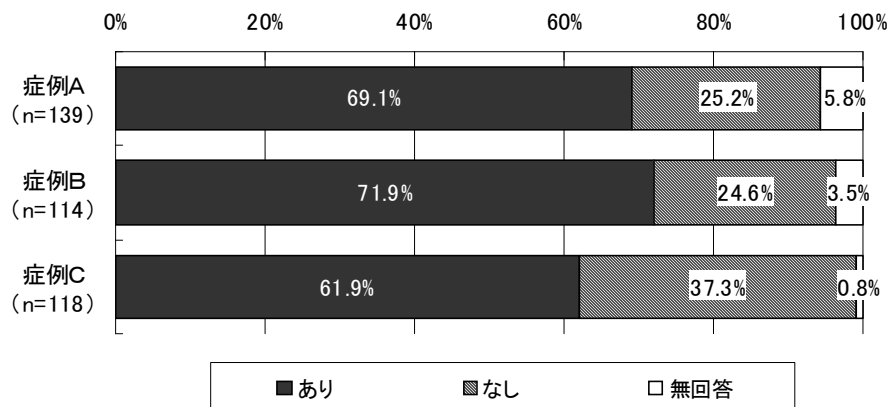
図表 93 主たる傷病名（症例B／症例C）



④同居家族の有無

同居家族の有無についてみると、同居家族が「あり」という患者は、症例Aでは69.1%、症例Bでは71.9%、症例Cでは61.9%であった。

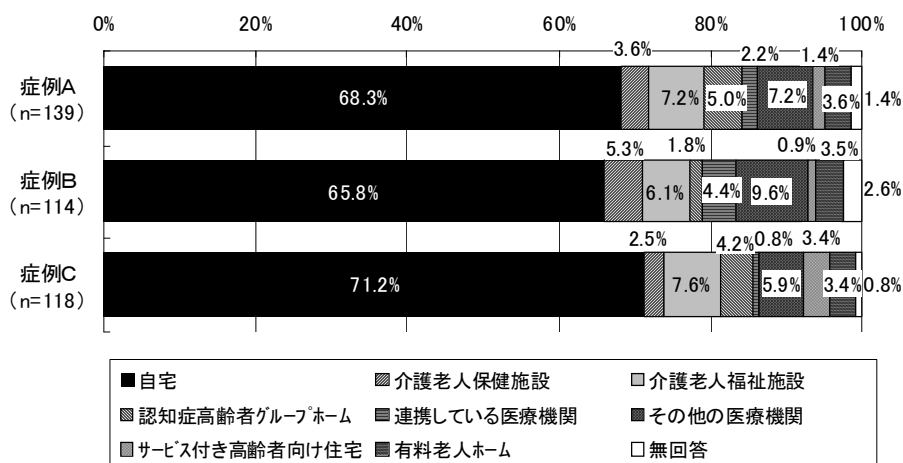
図表 94 同居家族の有無



⑤入院前の所在

入院前の所在についてみると、いずれの症例でも「自宅」が最も多く、症例Aでは68.3%、症例Bでは65.8%、症例Cでは71.2%となった。2位以下をみると、症例Aでは「介護老人福祉施設」、「その他の医療機関」(それぞれ7.2%)、症例Bでは「その他の医療機関」(9.6%)、「介護老人福祉施設」(6.1%)、症例Cでは「介護老人福祉施設」(7.6%)、「その他の医療機関」(5.9%)であった。

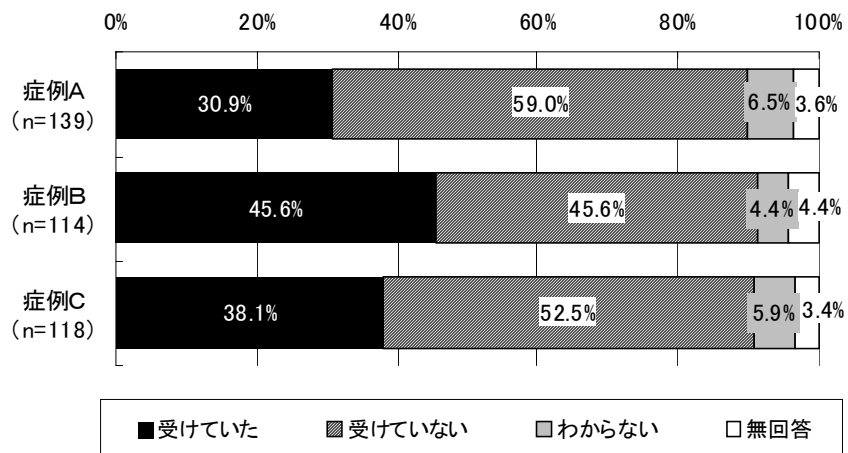
図表 95 入院前の所在



⑥入院前の在宅医療の受療状況

入院前の在宅医療の受療状況についてみると、在宅医療を「受けていた」という割合は症例 A では 30.9%、症例 B では 45.6%、症例 C では 38.1%であった。

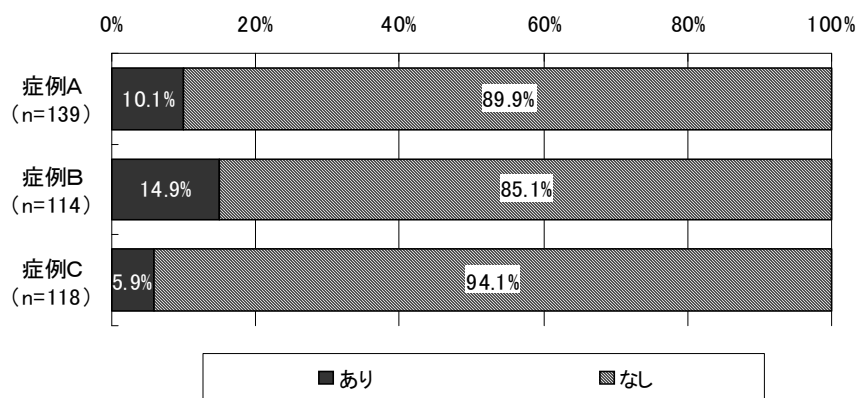
図表 96 入院前の在宅医療の受療状況



⑦入院中の手術の有無

入院中の手術の有無についてみると、手術が「あり」の割合は、症例 A では 10.1%、症例 B では 14.9%、症例 C では 5.9%であった。

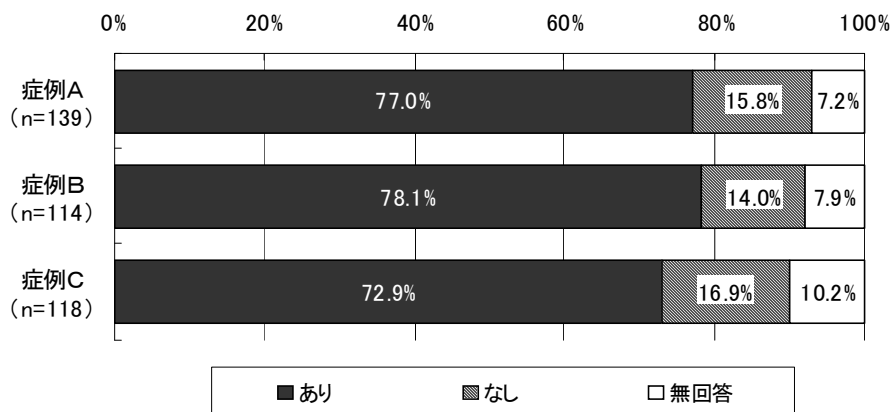
図表 97 入院中の手術の有無



⑧退院調整に当たり一定の手順を踏んだ抽出の有無

退院調整に当たり一定の手順を踏んだ抽出の有無についてみると、「あり」という割合は、症例Aでは77.0%、症例Bでは78.1%、症例Cでは72.9%であった。

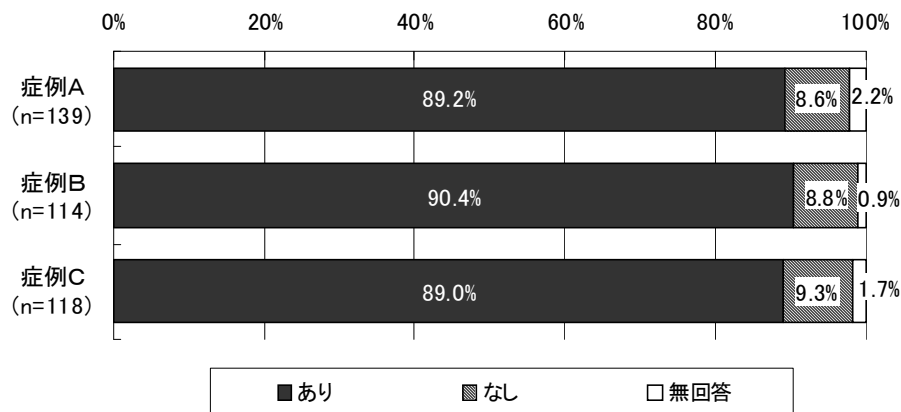
図表 98 退院調整に当たり一定の手順を踏んだ抽出の有無



⑨退院調整に向けた、退院調整部門の関与の有無と時期

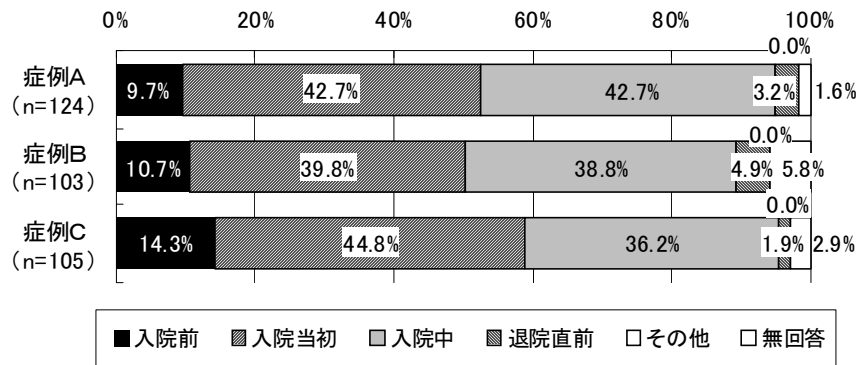
退院調整に向けた、退院調整部門の関与の有無についてみると、関与が「あり」という割合は、いずれの症例においても9割近くを占めた。

図表 99 退院調整に向けた、退院調整部門の関与の有無



また、退院調整部門が関与を開始した時期についてみると、いずれの症例でも最も多いのが、「入院当初」という回答で4割近くを占め、「入院中」も同じく4割程度あった。

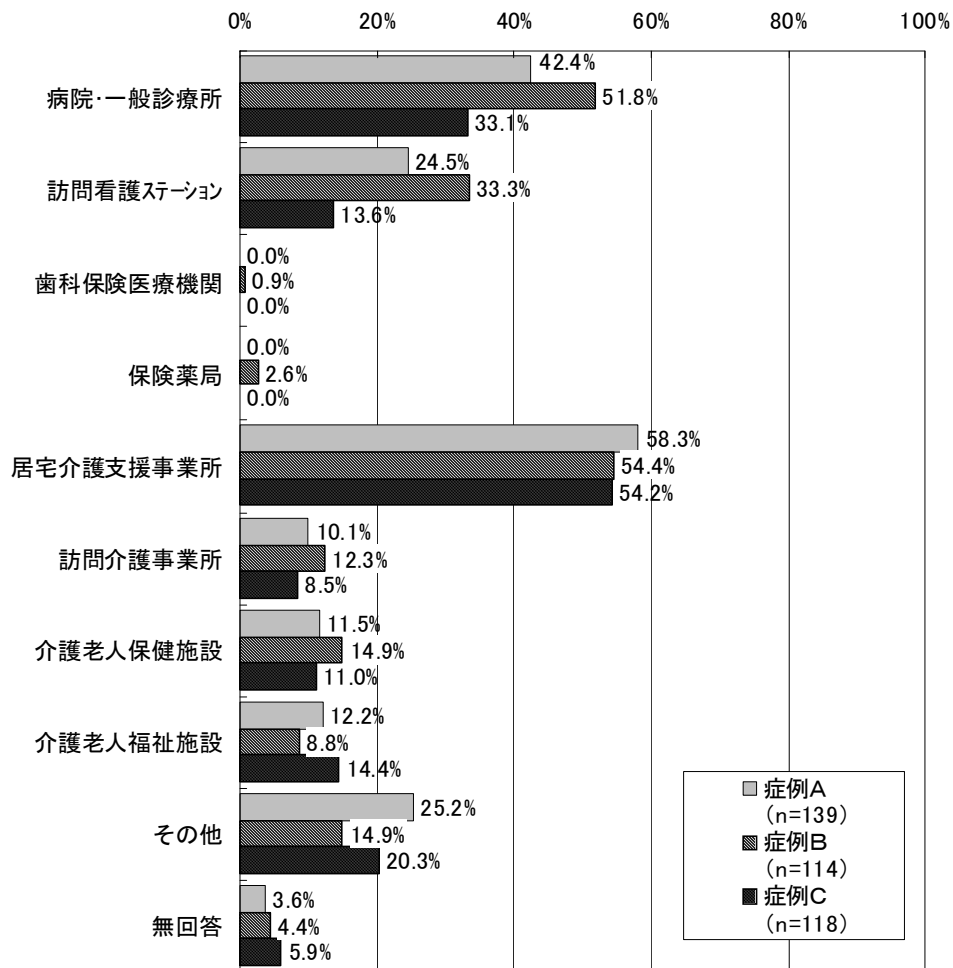
図表 100 退院調整部門が関与を開始した時期



⑩退院調整に際して連携した施設・事業所

退院調整に際して連携した施設・事業所についてみると、いずれの症例においても「居宅介護支援事務所」の割合が最も高く、次いで「病院・一般診療所」であった。特に症例Bでは他の症例と比較して、「病院・一般診療所」、「訪問看護ステーション」の割合が高かった。

図表 101 退院調整に際して連携した施設・事業所（複数回答）



⑪退院調整のカンファレンスの回数・平均所要時間

退院調整のカンファレンスの平均回数についてみると、症例 A では平均 2.3 回（標準偏差 2.2、中央値 2.0）、症例 B では平均 2.6 回（標準偏差 3.3、中央値 2.0）、症例 C では平均 2.0 回（標準偏差 2.0、中央値 1.0）であった。

図表 102 退院調整のカンファレンスの回数

（単位：回）

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
症例A	117	2.3	2.2	2.0
症例B	103	2.6	3.3	2.0
症例C	100	2.0	2.0	1.0

また、カンファレンスの 1 回あたりの平均所要時間についてみると、症例 A では平均 31.8 分（標準偏差 20.1、中央値 30.0）、症例 B では平均 30.9 分（標準偏差 18.1、中央値 30.0）、症例 C では平均 32.3 分（標準偏差 17.0、中央値 30.0）であった。

図表 103 退院調整のカンファレンスの 1 回あたりの平均所要時間

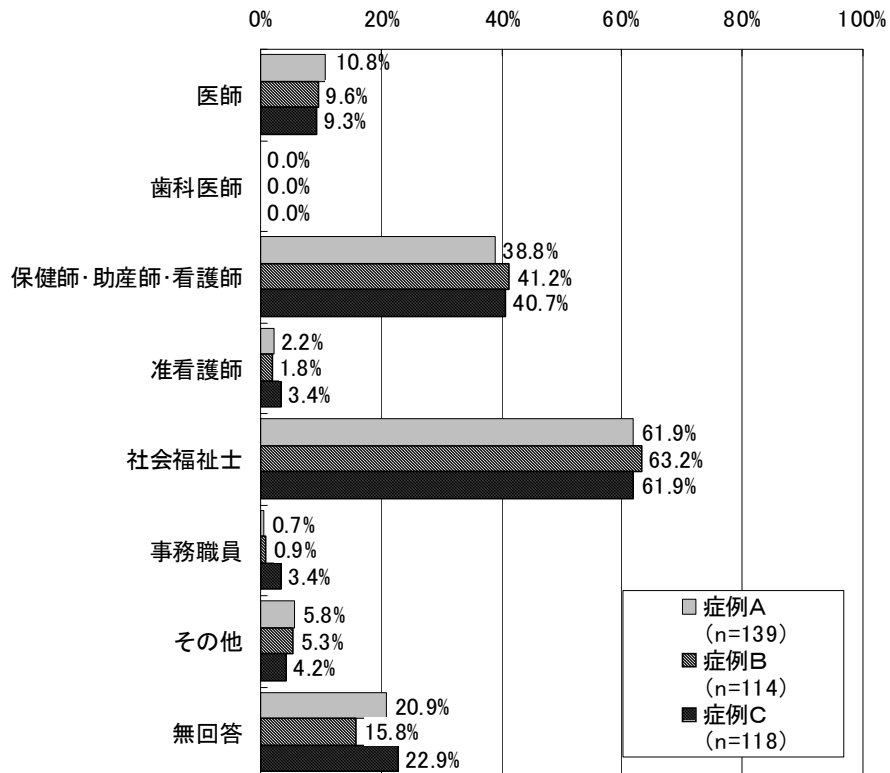
（単位：分）

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
症例A	116	31.8	20.1	30.0
症例B	101	30.9	18.1	30.0
症例C	90	32.3	17.0	30.0

⑫退院調整のカンファレンスの参加者

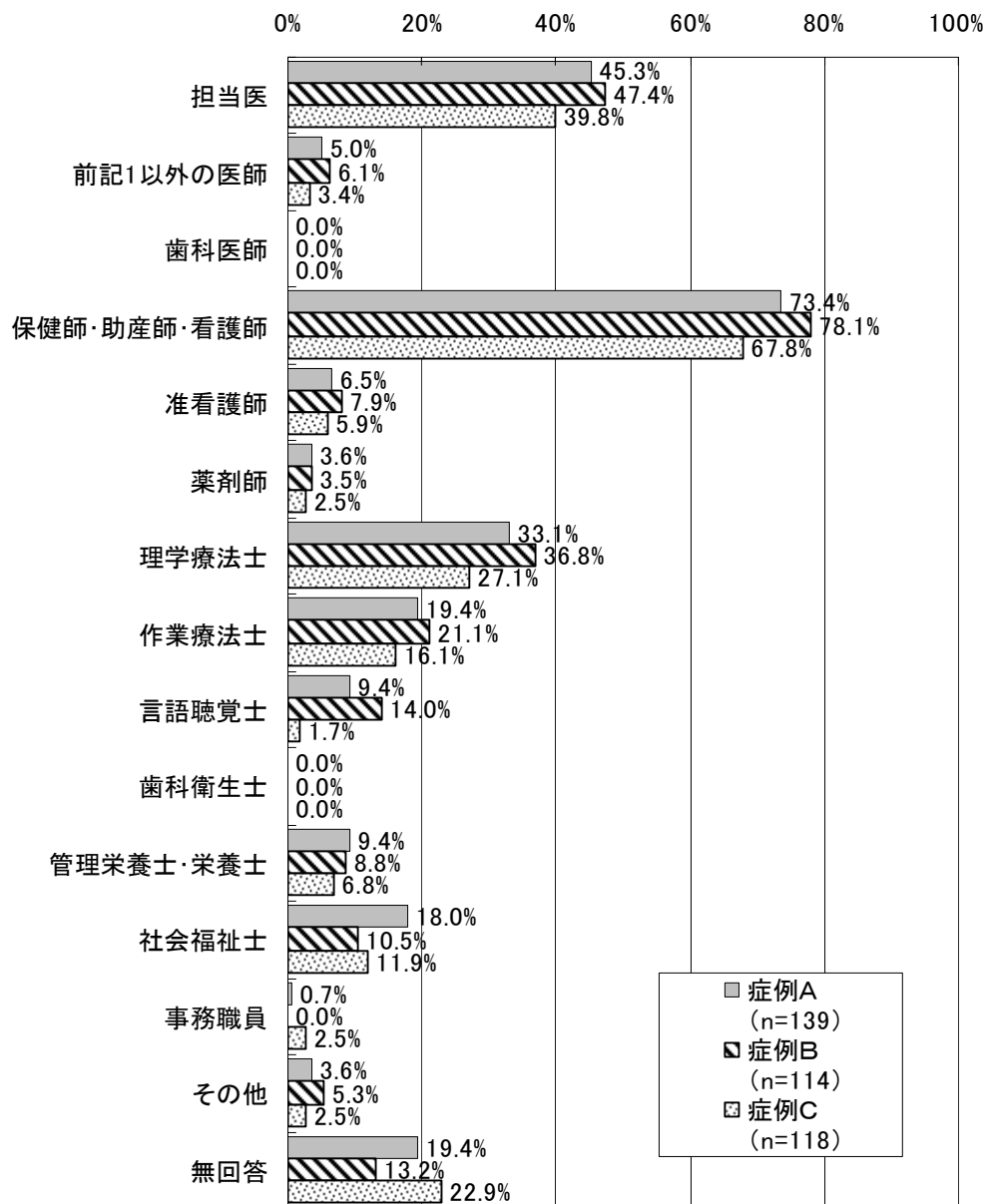
退院調整のカンファレンスの参加者（いつも参加したメンバー）についてみると、退院調整部門では、いずれの症例においても「社会福祉士」が最も高かった。次いで「保健師・助産師・看護師」であった。

図表 104 退院調整のカンファレンスの参加者（いつも参加したメンバー）
～退院調整部門～（複数回答）



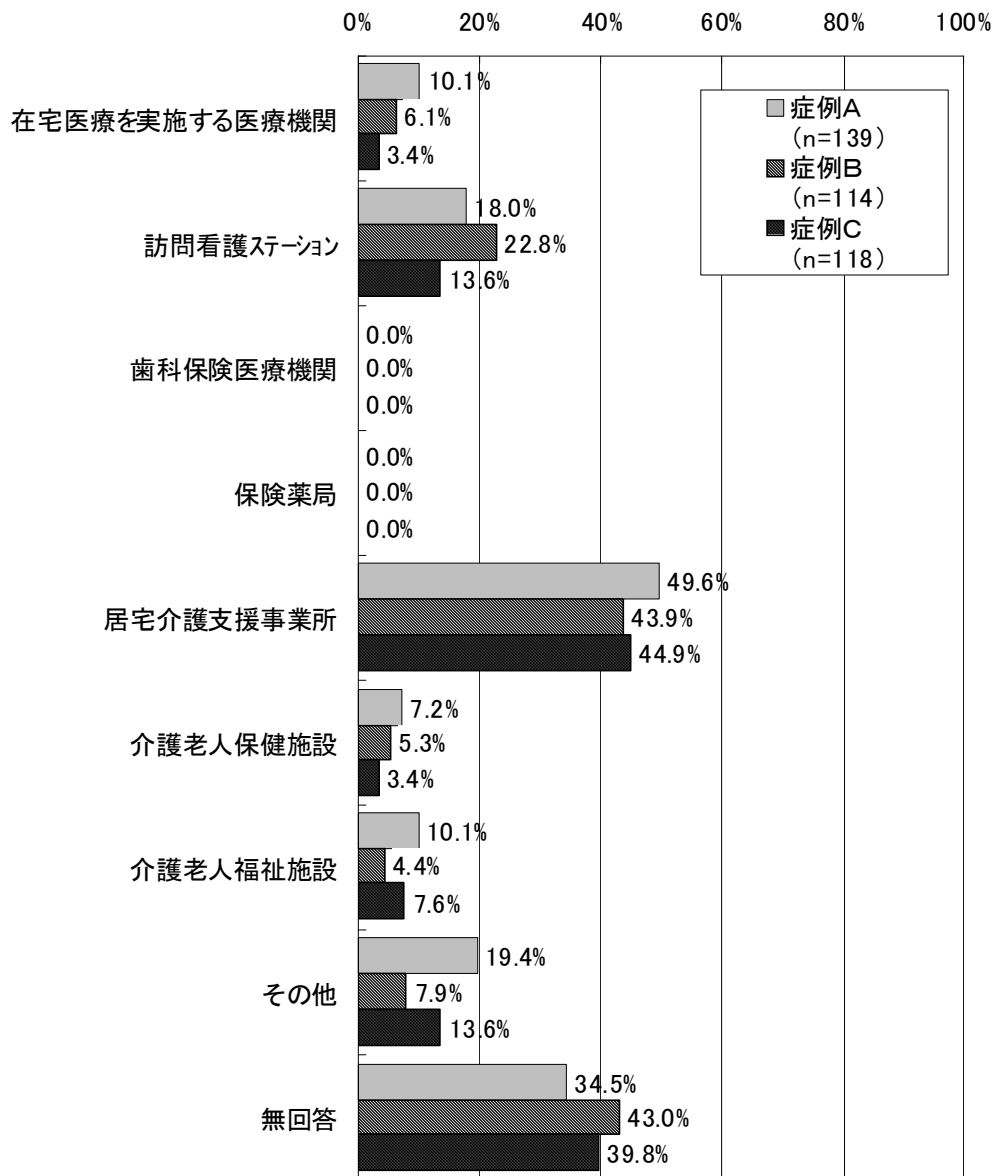
退院調整のカンファレンスの参加者（いつも参加したメンバー）についてみると、退院調整部門を除く院内では、いずれの症例においても「保健師・助産師・看護師」が最も高く、次いで「担当医」、「理学療法士」であった。

図表 105 退院調整のカンファレンスの参加者（いつも参加したメンバー）
～院内（退院調整部門を除く）～（複数回答）



退院調整のカンファレンスの参加者（いつも参加したメンバー）についてみると、院外（外部）では、いずれの症例においても「居宅介護支援事業所」が最も高く、次いで「訪問看護ステーション」であった。

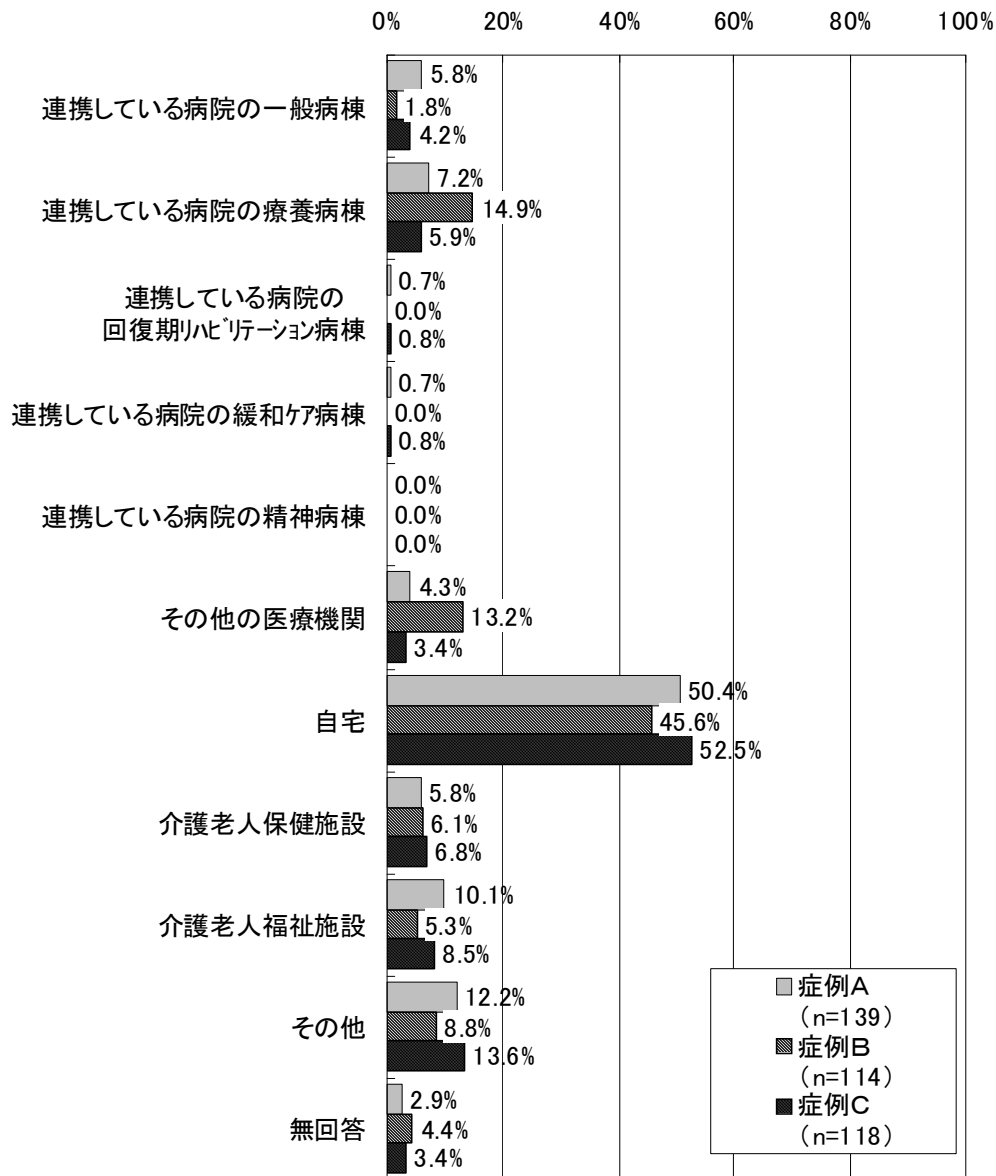
図表 106 退院調整のカンファレンスの参加者（いつも参加したメンバー）
～外部～（複数回答）



⑬退院後の所在

退院後の所在についてみると、いずれの症例においても「自宅」が最も高く、半数近くを占めた。症例 B では、症例 A や症例 C と比較して「連携している病院の療養病棟」、「その他の医療機関」の割合が高かった。

図表 107 退院後の所在（単数回答）



⑭入院予定期間

入院予定期間についてみると、症例 A では平均 31.1 日（標準偏差 32.4、中央値 21.0）、症例 B では平均 37.4 日（標準偏差 46.3、中央値 21.0）、症例 C では平均 24.2 日（標準偏差 19.8、中央値 14.0）であった。

図表 108 入院予定期間

(単位：日)

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
症例A	112	31.1	32.4	21.0
症例B	94	37.4	46.3	21.0
症例C	105	24.2	19.8	14.0

⑮実際の入院期間

実際の入院期間についてみると、症例 A では平均 60.7 日（標準偏差 54.3、中央値 40.0）、症例 B では平均 52.1 日（標準偏差 39.0、中央値 42.0）、症例 C では平均 40.5 日（標準偏差 32.2、中央値 31.0）であった。

また、予定期間内退院者の割合はいずれの症例においても 2 割弱であった。

図表 109 実際の入院期間

	人数(人)	入院期間(日)			予定期間内退院者(人)	
		平均値	標準偏差	中央値	人数	割合
症例A	129	60.7	54.3	40.0	24	18.6%
症例B	99	52.1	39.0	42.0	18	18.2%
症例C	112	40.5	32.2	31.0	20	17.9%

3. 在宅医療調査の結果

【調査対象等】

調査対象：①在宅療養支援診療所（機能強化型を含む）の中から無作為抽出した 1,500 施設、②在宅療養支援病院 500 施設（「入院医療機関調査」の対象）、及び③在宅療養支援病院・診療所の届出のない全国の保険医療機関の中から無作為抽出した 500 施設の計 2,500 施設

回答数：549 施設

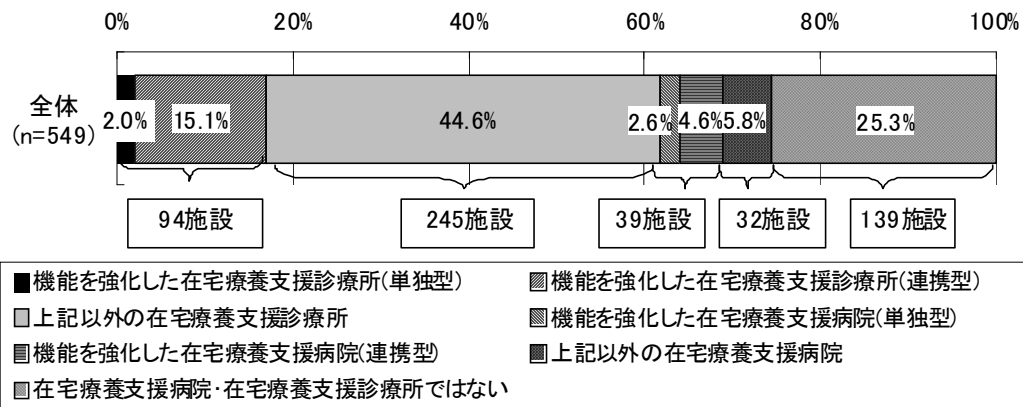
回答者：管理者

（1）施設の概要

①届出区分

有効回答が得られた 549 施設の届出区分についてみると、「機能を強化した在宅療養支援診療所（単独型）」が 2.0%、「機能を強化した在宅療養支援診療所（連携型）」が 15.1%、それ以外の「在宅療養支援診療所」が 44.6%、「機能を強化した在宅療養支援病院（単独型）」が 2.6%、「機能を強化した在宅療養支援病院（連携型）」が 4.6%、それ以外の「在宅療養支援病院」が 5.8%、「在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所ではない」が 25.3%であった。

図表 110 届出区分



※上記「在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所ではない」施設 139 施設中、病院が 2 施設、診療所が 137 施設であった。在支病以外の病院については本調査の対象ではないため、分析の対象から外した。

※本調査では、以下の分類で分析を実施した。

機能強化型在支診：94 施設、在支診：245 施設

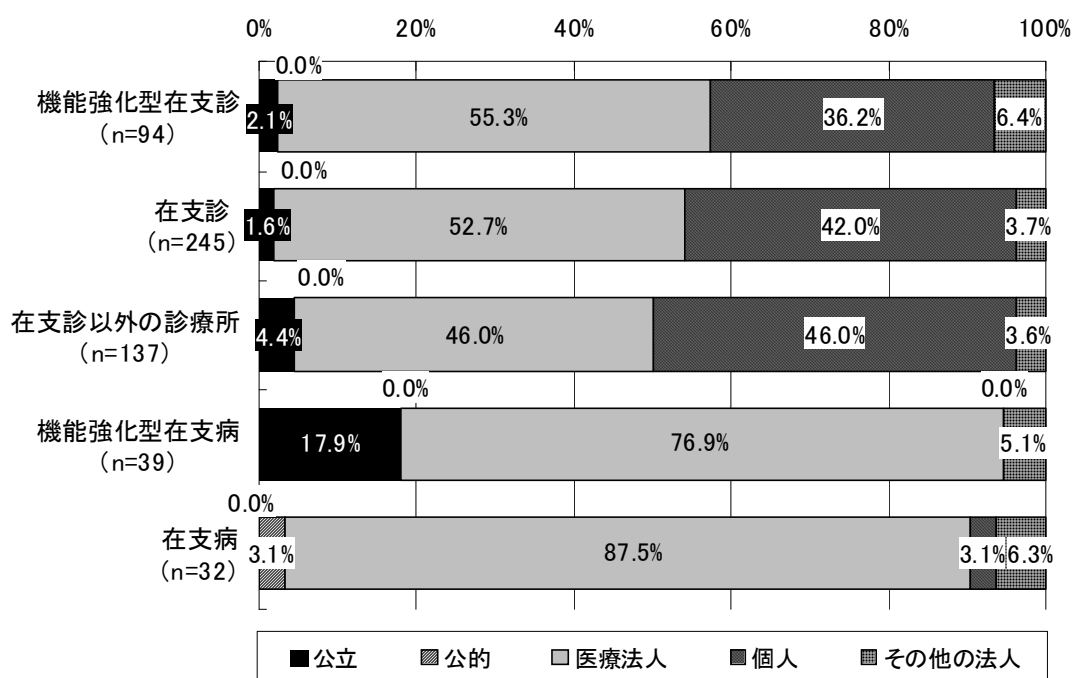
機能強化型在支病：39 施設、在支病：32 施設

在支診以外の診療所：137 施設

②開設者

施設の開設者についてみると、機能強化型在支診では「医療法人」が55.3%で最も多く、次いで「個人」が36.2%であった。在支診では「医療法人」が52.7%で最も多く、次いで「個人」が42.0%であった。在支診以外の診療所では、「医療法人」、「個人」がそれぞれ46.0%であった。機能強化型在支病では、「医療法人」が76.9%で最も多く、次いで「公立」が17.9%であった。在支病では「医療法人」が87.5%で最も多かった。

図表 111 開設者



(注) 「国」、「社会保険関係」、「学校法人」は該当がなかった。

③標榜診療科

主たる標榜診療科についてみると、いずれの診療所、病院ともに「内科」（機能強化型在支診 73.4%、在支診 77.1%、在支診以外の診療所 70.1%、機能強化型在支病 61.5%、在支病 56.3%）が最も多く、次いで「外科」（機能強化型在支診 8.5%、在支診 6.9%、在支診以外の診療所 7.3%、機能強化型在支病 5.1%、在支病 9.4%）であった。

図表 112 標榜診療科（主たる診療科）

（単位：上段「件」、下段「%」）

	総数	内科	外科	整形外科	脳神経外科	小児科	呼吸器科	消化器科	循環器科	精神科	皮膚科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	その他	無回答
機能強化型 在支診	94 100.0	69 73.4	8 8.5	3 3.2	2 2.1	0 0.0	0 0.0	1 1.1	3 3.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 1.1	4 4.3	3 3.2
在支診	245 100.0	189 77.1	17 6.9	11 4.5	1 0.4	3 1.2	1 0.4	4 1.6	2 0.8	0 0.0	2 0.8	1 0.4	4 1.6	9 3.7	1 0.4
在支診以外 の診療所	137 100.0	96 70.1	10 7.3	8 5.8	2 1.5	2 1.5	0 0.0	2 1.5	2 1.5	3 2.2	1 0.7	1 0.7	3 2.2	5 3.6	2 1.5
機能強化型 在支病	39 100.0	24 61.5	2 5.1	1 2.6	1 2.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	10 25.6	0 0.0
在支病	32 100.0	18 56.3	3 9.4	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	10 31.3	1 3.1

（注）「眼科」は該当がなかった。

④医療機関種別

医療機関種別についてみると、機能強化型（単独型）在支診では「有床診療所」が 36.4%、「無床診療所」が 63.6%であった。機能強化型（連携型）在支診では「有床診療所」が 8.4%、「無床診療所」が 91.6%であった。在支診では「有床診療所」が 14.7%、「無床診療所」が 85.3%であった。在支診以外の診療所では「有床診療所」が 6.6%、「無床診療所」が 93.4%であった。

図表 113 医療機関種別

（単位：上段「件」、下段「%」）

	総数	有床 診療所	無床 診療所
機能強化型(単独型)在支診	11 100.0	4 36.4	7 63.6
機能強化型(連携型)在支診	83 100.0	7 8.4	76 91.6
在支診	245 100.0	36 14.7	209 85.3
在支診以外の診療所	137 100.0	9 6.6	128 93.4

⑤許可病床数

許可病床数についてみると、機能強化型在支診は平均 17.5 床（標準偏差 3.9、中央値 19.0）、在支診は平均 15.8 床（標準偏差 5.2、中央値 19.0）、在支診以外の診療所は平均 15.7 床（標準偏差 5.3、中央値 18.0）であった。また、機能強化型在支病は平均 116.3 床（標準偏差 49.5、中央値 110.5）、在支病は平均 120.6 床（標準偏差 50.0、中央値 120.0）であった。

図表 114 許可病床数

（単位：床）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	11	17.5	3.9	19.0
在支診	35	15.8	5.2	19.0
在支診以外の診療所	9	15.7	5.3	18.0
機能強化型在支病	36	116.3	49.5	110.5
在支病	31	120.6	50.0	120.0

（注）診療所については、有床診療所での回答。

⑥平均在院日数

平均在院日数についてみると、機能強化型在支診は 27.4 日（標準偏差 26.1、中央値 19.5）、在支診は 45.5 日（標準偏差 76.6、中央値 21.5）、在支診以外の診療所は 26.7 日（標準偏差 5.8、中央値 30.0）、機能強化型在支病は 38.4 日（標準偏差 52.8、中央値 18.5）、在支病は 86.3 日（標準偏差 140.9、中央値 20.1）であった。

図表 115 平均在院日数

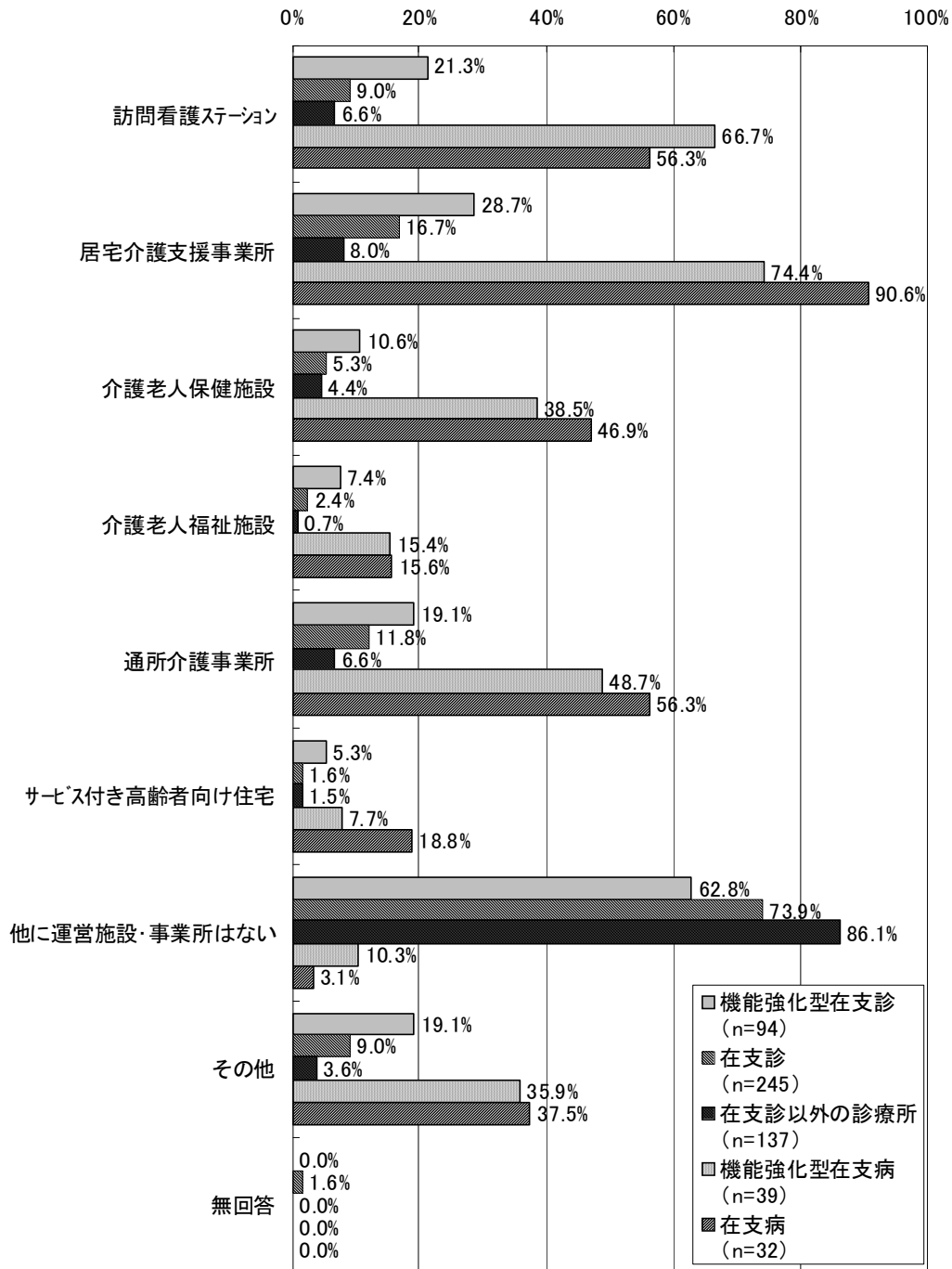
（単位：日）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	6	27.4	26.1	19.5
在支診	20	45.5	76.6	21.5
在支診以外の診療所	3	26.7	5.8	30.0
機能強化型在支病	32	38.4	52.8	18.5
在支病	25	86.3	140.9	20.1

⑦自法人・関連法人が運営している施設・事業所

自法人・関連法人が運営している施設・事業所についてみると、機能強化型在支診では他の診療所と比較して、運営している施設・事業所の割合が高かった。一方、機能強化型在支病では在支病と比較して「訪問看護ステーション」の割合が高かったが、それ以外の施設・事業所については割合が低かった。

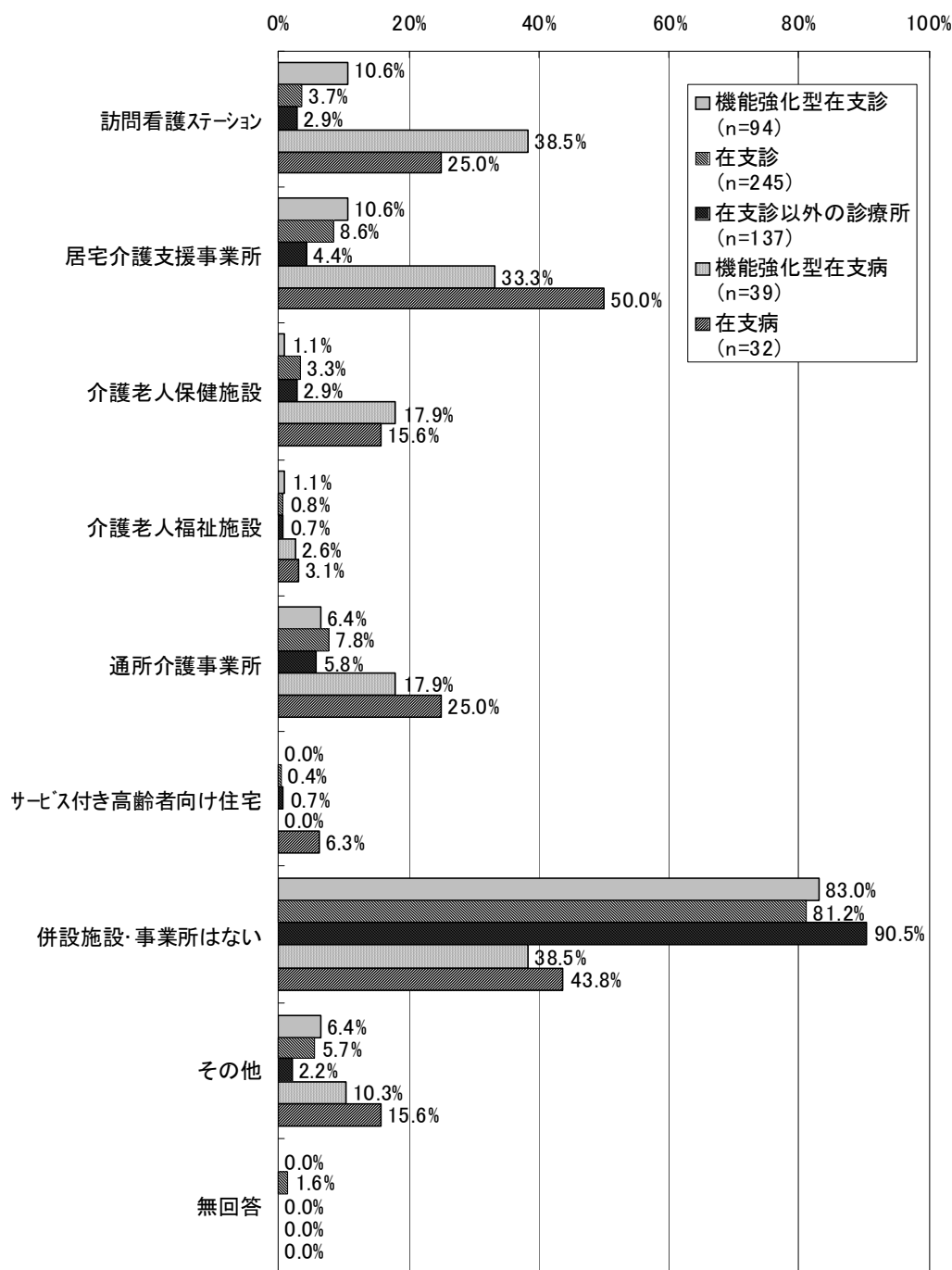
図表 116 自法人・関連法人が運営している施設・事業所（複数回答）



⑧自法人・関連法人が運営している併設施設・事業所

自法人・関連法人が運営している併設施設・事業所についてみると、機能強化型在支診では「訪問看護ステーション」、「居宅介護支援事業所」がそれぞれ 10.6%で、在支診や在支診以外の診療所と比較して高かった。また、機能強化型在支病では「訪問看護ステーション」を併設している施設が 38.5%であり、他の施設と比較して高かった。在支病では「居宅介護支援事業所」が 50.0%、「通所介護事業所」が 25.0%で他の施設と比較して高かった。

図表 117 自法人・関連法人が運営している併設施設・事業所（複数回答）

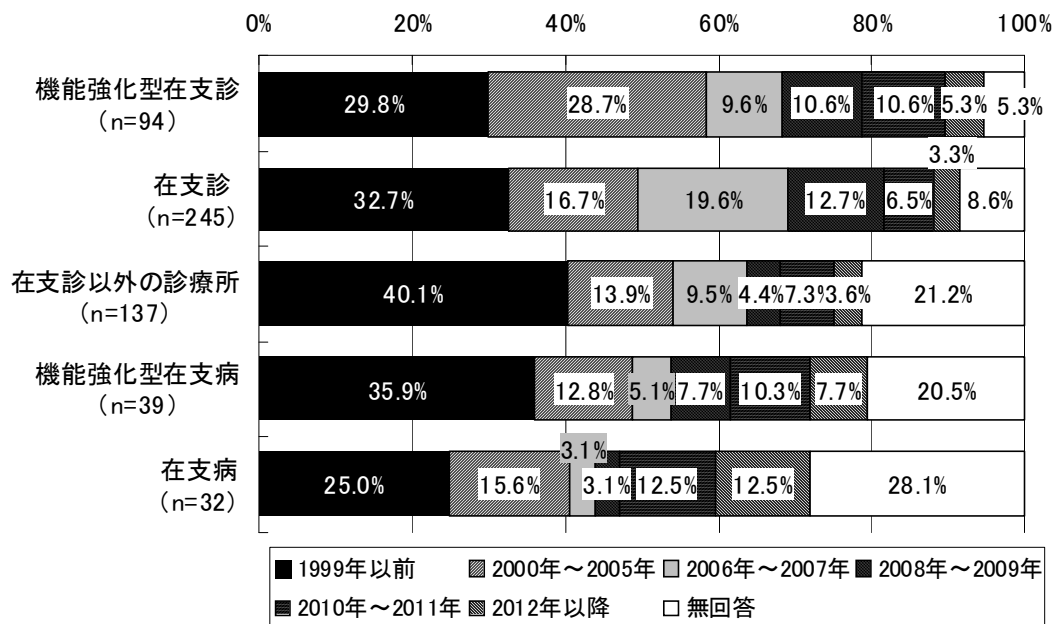


(2) 在宅医療の体制等

①在宅医療を開始した時期

在宅医療を開始した時期についてみると、機能強化型在支診では「1999年以前」が29.8%で最も多く、次いで「2000～2005年」(28.7%)であった。在支診では「1999年以前」が32.7%で最も多く、次いで「2006～2007年」(19.6%)であった。在支診以外の診療所では「1999年以前」が40.1%で最も多く、次いで「2000～2005年」(13.9%)であった。また、機能強化型在支病では「1999年以前」が35.9%で最も多く、次いで「2000～2005年」(12.8%)であった。在支病では「1999年以前」が25.0%で最も多く、次いで「2000～2005年」(15.6%)であった。

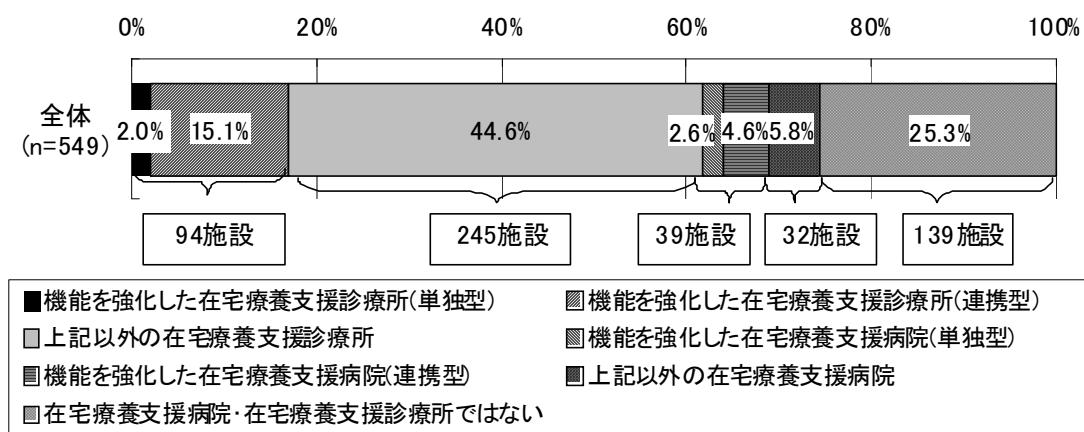
図表 118 在宅医療を開始した時期



②在宅療養支援病院・診療所の届出状況

有効回答が得られた 549 施設の届出区分についてみると、「機能を強化した在宅療養支援診療所（単独型）」が 2.0%、「機能を強化した在宅療養支援診療所（連携型）」が 15.1%、それ以外の「在宅療養支援診療所」が 44.6%、「機能を強化した在宅療養支援病院（単独型）」が 2.6%、「機能を強化した在宅療養支援病院（連携型）」が 4.6%、それ以外の「在宅療養支援病院」が 5.8%、「在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所ではない」が 25.3%であった。

図表 119 在宅療養支援病院・診療所の届出状況（再掲）



在宅療養支援病院・診療所の届出時期についてみると、機能強化型在支診では「平成 18 年 4 月～平成 20 年 3 月」が 42.6%で最も多く、次いで「平成 22 年 4 月～平成 24 年 3 月」が 12.8%であった。在支診では「平成 18 年 4 月～平成 20 年 3 月」が 34.3%で最も多く、次いで「平成 20 年 4 月～平成 22 年 3 月」が 9.4%であった。また、機能強化型在支病では「平成 22 年 4 月～平成 24 年 3 月」が 56.4%で最も多く、次いで「平成 24 年 4 月～」が 33.3%であった。在支病では「平成 22 年 4 月～平成 24 年 3 月」が 43.8%で最も多く、次いで「平成 24 年 4 月～」が 9.4%であった。

図表 120 在宅療養支援病院・診療所の届出時期

	機能強化型 在支診		在支診		機能強化型 在支病		在支病	
	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
平成 18 年 4 月～平成 20 年 3 月	40	42.6%	84	34.3%	1	2.6%	0	0.0%
平成 20 年 4 月～平成 22 年 3 月	9	9.6%	23	9.4%	1	2.6%	2	6.3%
平成 22 年 4 月～平成 24 年 3 月	12	12.8%	18	7.3%	22	56.4%	14	43.8%
平成 24 年 4 月～	9	9.6%	5	2.0%	13	33.3%	3	9.4%
無回答	24	25.5%	115	46.9%	2	5.1%	13	40.6%
合計	94	100.0%	245	100.0%	39	100.0%	32	100.0%

機能強化型在宅療養支援病院・診療所の届出時期についてみると、機能強化型在支診では平成24年の「4月」が70.2%で最も多く、次いで「7月」が6.4%であった。機能強化型在支病でも「4月」が74.4%で最も多く、次いで「5月」、「6月」、「7月」がそれぞれ5.1%であった。

図表 121 機能強化型在宅療養支援病院・診療所の届出時期

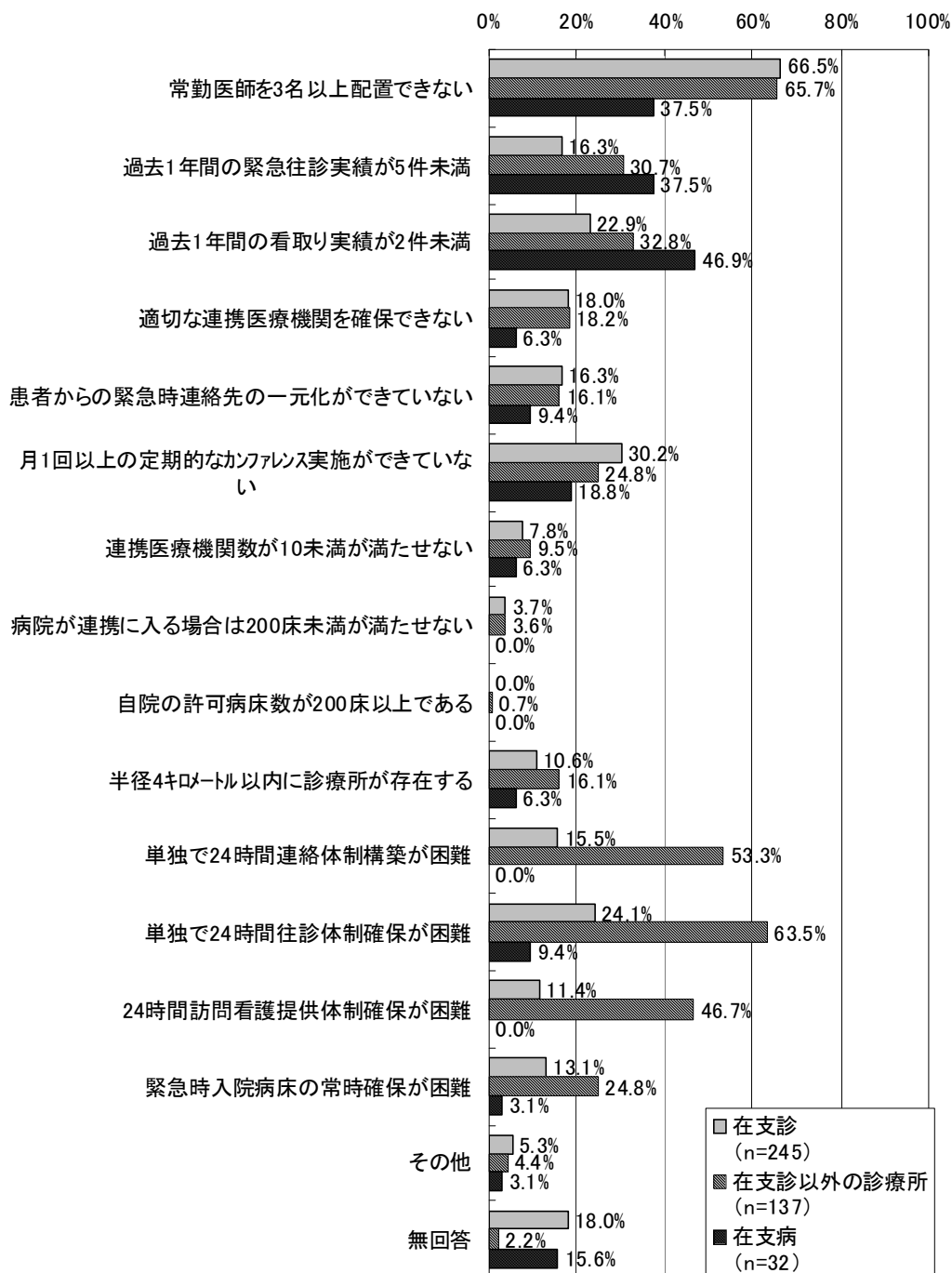
	機能強化型在支診		機能強化型在支病	
	施設数	割合	施設数	割合
4月	66	70.2%	29	74.4%
5月	2	2.1%	2	5.1%
6月	5	5.3%	2	5.1%
7月	6	6.4%	2	5.1%
8月	2	2.1%	1	2.6%
9月	1	1.1%	0	0.0%
無回答	12	12.8%	3	7.7%
合計	94	100.0%	39	100.0%

機能強化型在宅療養支援病院・診療所または在宅療養支援病院・診療所の届出をしていない施設にその理由を尋ねた。在支診が機能強化型在支診の届出をしていない理由として、「常勤医師を3名以上配置できない」が66.5%で最も多く、次いで「月1回以上の定期的なカンファレンス実施ができていない」(30.2%)であった。

在支診以外の診療所が在支診または機能強化型在支診の届出をしていない理由としては「常勤医師を3名以上配置できない」が65.7%で最も多く、次いで「単独で24時間往診体制確保が困難」(63.5%)、「単独で24時間連絡体制構築が困難」(53.3%)であった。

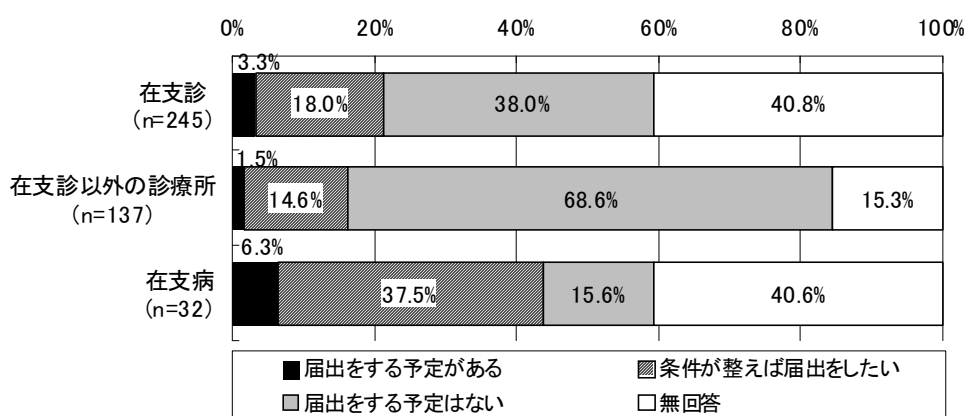
在支病が機能強化型在支病の届出をしていない理由としては「過去1年間の看取り実績が2件未満」が46.9%で最も多く、次いで「常勤医師を3名以上配置できない」、「過去1年間の緊急往診実績が5件未満」(それぞれ37.5%)であった。

図表 122 機能強化型在宅療養支援病院・診療所または在宅療養支援病院・診療所の届出をしていない理由（複数回答）



機能強化型在宅療養支援病院・診療所の届出を行う予定についてみると、在支診では「届出をする予定はない」(38.0%)が最も多く、次いで「条件を整えば届出をしたい」(18.0%)、「届出をする予定がある」(3.3%)であった。在支診以外の診療所では「届出をする予定はない」(68.6%)が最も多く、次いで「条件を整えば届出をしたい」(14.6%)、「届出をする予定がある」(1.5%)であった。在支病では「条件を整えば届出をしたい」(37.5%)が最も多く、次いで「届出をする予定はない」(15.6%)、「届出をする予定がある」(6.3%)であった。

図表 123 機能強化型在宅療養支援病院・診療所の届出を行う予定



③機能強化型（連携型）在宅支援連携体制

機能強化型在支診における連携医療機関数についてみると、「連携診療所数（病床あり）」は平均 0.5 か所（標準偏差 0.8、中央値 0.0）、「連携診療所数（病床なし）」は平均 2.9 か所（標準偏差 2.3、中央値 3.0）、「連携病院数」は平均 1.0 か所（標準偏差 1.5、中央値 1.0）であった。1 施設あたりの連携医療機関数の合計は平均 4.4 か所（標準偏差 2.7、中央値 4.0）であった。

図表 124 届出をしている病院・診療所別の連携医療機関数
 <機能強化型（連携型）在支診> (n=82)

	平均値	標準偏差	中央値
連携診療所数(病床あり)	0.5	0.8	0.0
連携診療所数(病床なし)	2.9	2.3	3.0
連携病院数	1.0	1.5	1.0
合計	4.4	2.7	4.0

機能強化型在支病における連携医療機関数についてみると、「連携診療所数（病床あり）」は平均 0.3 か所（標準偏差 0.7、中央値 0.0）、「連携診療所数（病床なし）」は平均 2.4 か所（標準偏差 1.8、中央値 2.0）、「連携病院数」は平均 0.2 か所（標準偏差 0.4、中央値 0.0）であった。1 施設あたりの連携医療機関数の合計は平均 2.9 か所（標準偏差 2.2、中央値 2.0）であった。

図表 125 届出をしている病院・診療所別の連携医療機関数
 <機能強化型（連携型）在支病> (n=25)

	平均値	標準偏差	中央値
連携診療所数(病床あり)	0.3	0.7	0.0
連携診療所数(病床なし)	2.4	1.8	2.0
連携病院数	0.2	0.4	0.0
合計	2.9	2.2	2.0

在宅医療を担当する常勤医師数（自施設＋連携施設）についてみると、機能強化型（連携型）在支診では平均 4.7 人（標準偏差 2.6、中央値 4.0）、機能強化型（連携型）在支病では平均 5.2 人（標準偏差 2.5、中央値 4.0）であった。

図表 126 在宅医療を担当する常勤医師数（自施設＋連携施設）

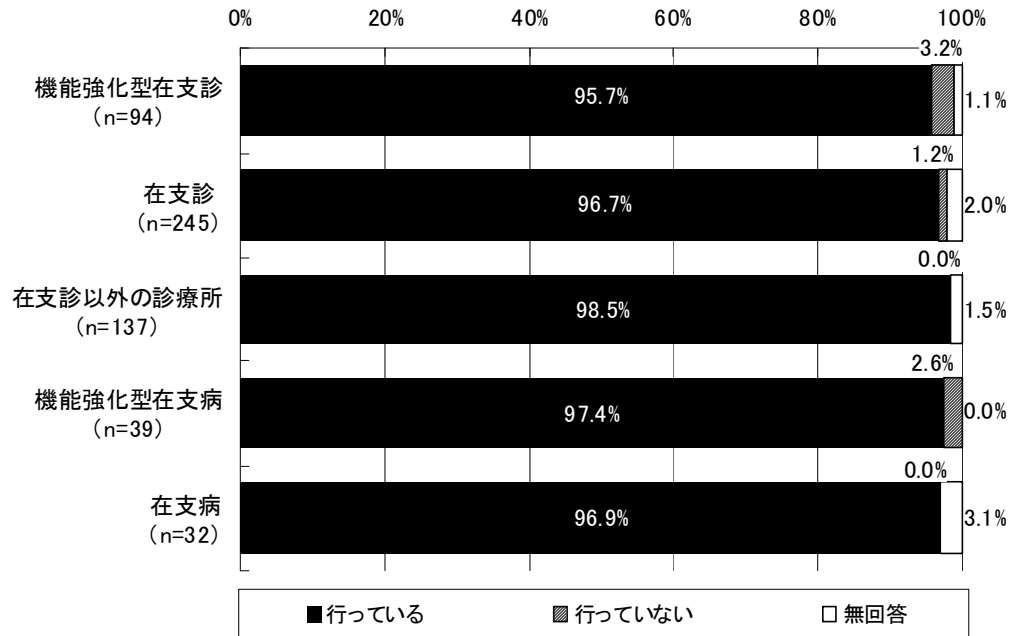
(単位：人)

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型(連携型)在支診	78	4.7	2.6	4.0
機能強化型(連携型)在支病	24	5.2	2.5	4.0

④外来診療の実施状況

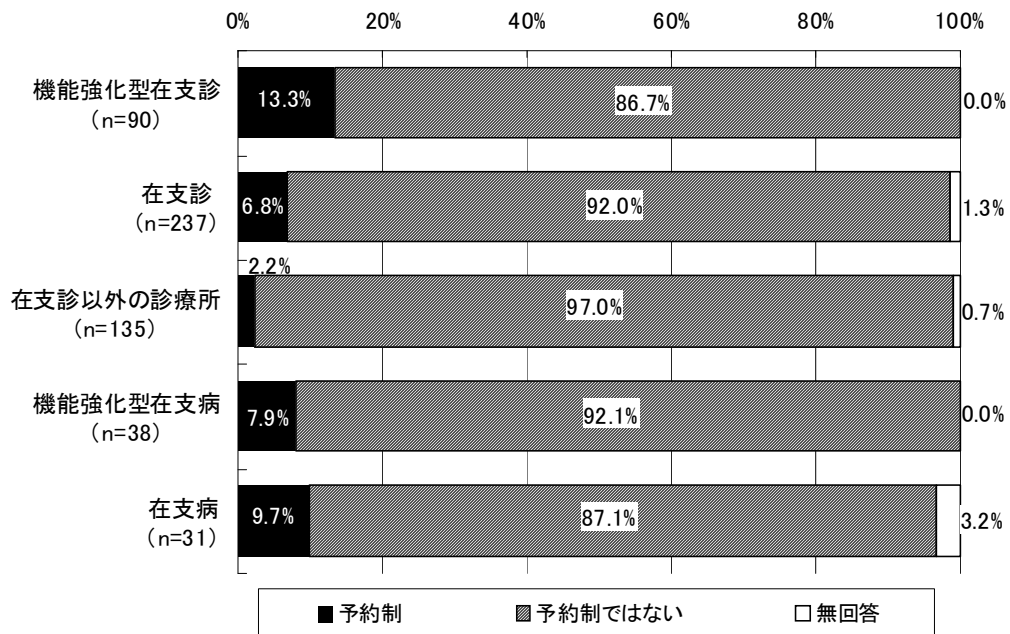
外来診療の実施状況についてみると、いずれの病院・診療所においても「行っている」が100%近くを占めた。

図表 127 外来診療の実施状況

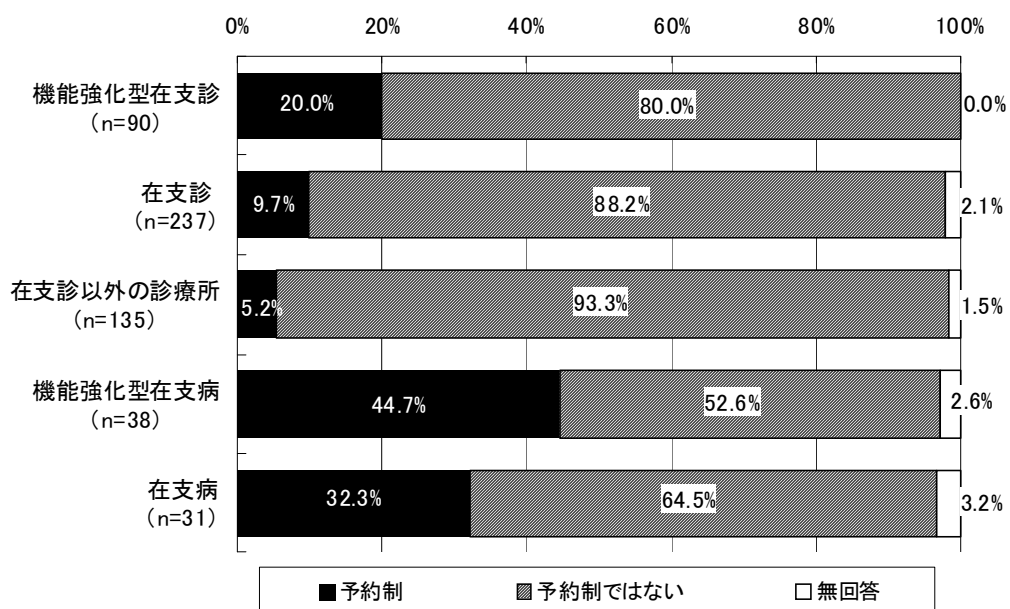


外来診療の予約制についてみると、初診ではいずれの病院・診療所においても「予約制ではない」が9割程度を占めた。再診においては「予約制」という施設は、「機能強化型在支病」(44.7%)で最も高く、次いで「在支病」(32.3%)、「機能強化型在支診」(20.0%)であった。

図表 128 外来診療の予約制（初診）



図表 129 外来診療の予約制（再診）



1 施設あたりの外来延べ患者数を平成 23 年と平成 24 年で比較すると、在支病を除く施設では前年同月比で減少している。

図表 130 1 施設あたり外来延べ患者数

(単位：人)

	機能強化型在支診 (n=72)			在支診 (n=201)			在支診以外の診療所 (n=110)		
	平成 23 年	平成 24 年	前年同月比	平成 23 年	平成 24 年	前年同月比	平成 23 年	平成 24 年	前年同月比
4 月	1,228.8	1,134.5	-7.7%	1,189.9	1,109.5	-6.8%	1,178.3	1,124.8	-4.5%
5 月	1,183.0	1,162.3	-1.8%	1,124.3	1,141.6	1.5%	1,116.1	1,142.8	2.4%
6 月	1,228.4	1,152.8	-6.2%	1,161.5	1,139.9	-1.9%	1,155.6	1,128.0	-2.4%
7 月	1,160.3	1,152.9	-0.6%	1,139.3	1,137.4	-0.2%	1,128.9	1,122.9	-0.5%
8 月	1,182.0	1,138.1	-3.7%	1,131.1	1,089.8	-3.7%	1,128.4	1,079.3	-4.3%
9 月	1,150.2	1,102.6	-4.1%	1,118.1	1,069.7	-4.3%	1,129.0	1,070.5	-5.2%

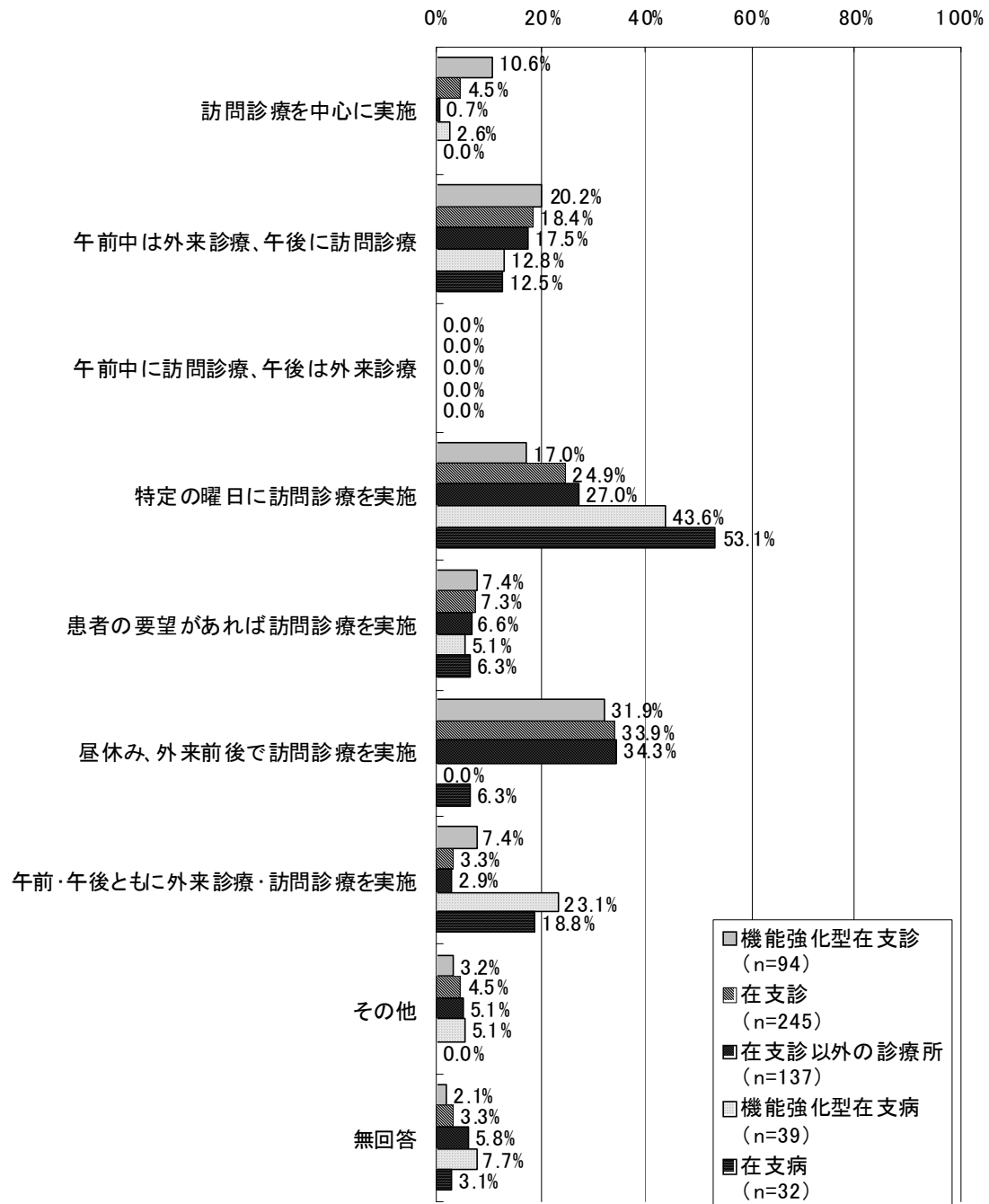
	機能強化型在支病 (n=34)			在支病 (n=29)		
	平成 23 年	平成 24 年	前年同月比	平成 23 年	平成 24 年	前年同月比
4 月	4,882.3	4,546.9	-6.9%	3,284.9	3,204.8	-2.4%
5 月	4,829.2	4,830.5	0.0%	3,224.0	3,402.0	5.5%
6 月	5,011.8	4,748.6	-5.3%	3,337.3	3,336.9	0.0%
7 月	4,876.2	4,868.8	-0.2%	3,284.6	3,423.2	4.2%
8 月	5,093.2	4,884.9	-4.1%	3,419.3	3,514.6	2.8%
9 月	4,792.3	4,463.9	-6.9%	3,182.6	3,213.9	1.0%

⑤訪問診療を行う時間帯

訪問診療を行う時間帯についてみると、機能強化型在支診では「昼休み、外来前後で訪問診療を実施」(31.9%)が最も多く、次いで「午前中は外来診療、午後に訪問診療」(20.2%)、「特定の曜日に訪問診療を実施」(17.0%)であった。在支診では「昼休み、外来前後で訪問診療を実施」(33.9%)が最も多く、次いで「特定の曜日に訪問診療を実施」(24.9%)、「午前中は外来診療、午後に訪問診療」(18.4%)であった。在支診以外の診療所では「昼休み、外来前後で訪問診療を実施」(34.3%)が最も多く、次いで「特定の曜日に訪問診療を実施」(27.0%)、「午前中は外来診療、午後に訪問診療」(17.5%)であった。

また、機能強化型在支病では「特定の曜日に訪問診療を実施」(43.6%)が最も多く、次いで「午前・午後ともに外来診療・訪問診療を実施」(23.1%)、「午前中は外来診療、午後に訪問診療」(12.8%)であった。在支病では「特定の曜日に訪問診療を実施」(53.1%)が最も多く、次いで「午前・午後ともに外来診療・訪問診療を実施」(18.8%)、「午前中は外来診療、午後に訪問診療」(12.5%)であった。

図表 131 訪問診療を行う時間帯（単数回答）



⑥職員数

1 施設あたりの職員数のうち医師数をみると、機能強化型在支診では 2.17 人、在支診は 1.37 人、在支診以外の診療所では 1.14 人であった。また、機能強化型在支病では 11.27 人、在支病では 10.11 人であった。

図表 132 1 施設あたりの職員数（常勤換算）

（単位：人）

	機能強化型 在支診	在支診	在支診以外 の診療所	機能強化型 在支病	在支病
医師	2.17	1.37	1.14	11.27	10.11
歯科医師	0.02	0.03	0.01	0.42	0.18
保健師・助産師・看護師	3.06	1.76	1.22	48.51	42.06
准看護師	2.13	1.69	1.47	14.75	19.55
薬剤師	0.07	0.05	0.08	3.64	3.55
リハビリ職	0.78	0.31	0.36	15.78	18.24
その他医療職職員	0.88	0.74	0.55	25.71	24.05
社会福祉士	0.08	0.05	0.05	1.59	1.58
事務職員他	4.76	2.88	2.75	35.94	27.32
合計	13.95	8.89	7.63	157.60	146.63

在宅医療のため、患者に訪問をする職員数合計をみると、機能強化型在支診では 4.32 人、在支診は 2.93 人、在支診以外の診療所では 2.39 人であった。また、機能強化型在支病では 6.65 人、在支病では 4.81 人であった。

図表 133 在宅医療のため、患者に訪問をする職員数

（単位：人）

	機能強化型 在支診	在支診	在支診以外 の診療所	機能強化型 在支病	在支病
医師	1.47	1.09	1.00	2.31	2.17
歯科医師	0.00	0.02	0.00	0.10	0.05
保健師・助産師・看護師	1.58	0.79	0.58	1.69	1.15
准看護師	0.55	0.75	0.57	0.34	0.43
薬剤師	0.00	0.01	0.01	0.21	0.07
リハビリ職	0.25	0.05	0.04	0.77	0.50
その他医療職職員	0.09	0.05	0.03	0.07	0.11
社会福祉士	0.05	0.00	0.00	0.13	0.11
事務職員他	0.32	0.16	0.16	1.03	0.22
合計	4.32	2.93	2.39	6.65	4.81

在宅医療を担当する常勤の医師数（施設単独）についてみると、機能強化型在支診では平均 1.3 人（標準偏差 0.8、中央値 1.0）、在支診では平均 1.0 人（標準偏差 0.3、中央値 1.0）、在支診以外の診療所では平均 1.0 人（標準偏差 0.4、中央値 1.0）、機能強化型在支病では平均 2.9 人（標準偏差 1.8、中央値 3.0）、在支病では平均 2.3 人（標準偏差 2.5、中央値 2.0）であった。

図表 134 在宅医療を担当する常勤の医師数（施設単独）

（単位：人）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	93	1.3	0.8	1.0
在支診	231	1.0	0.3	1.0
在支診以外の診療所	124	1.0	0.4	1.0
機能強化型在支病	39	2.9	1.8	3.0
在支病	31	2.3	2.5	2.0

介護支援専門員専従者数（常勤換算）についてみると、機能強化型在支診では平均 0.3 人（標準偏差 1.0、中央値 0.0）、在支診では平均 0.4 人（標準偏差 1.2、中央値 0.0）、在支診以外の診療所では平均 0.2 人（標準偏差 0.8、中央値 0.0）、機能強化型在支病では平均 1.5 人（標準偏差 2.1、中央値 0.5）、在支病では平均 0.7 人（標準偏差 1.0、中央値 0.5）であった。

図表 135 介護支援専門員専従者数（常勤換算）

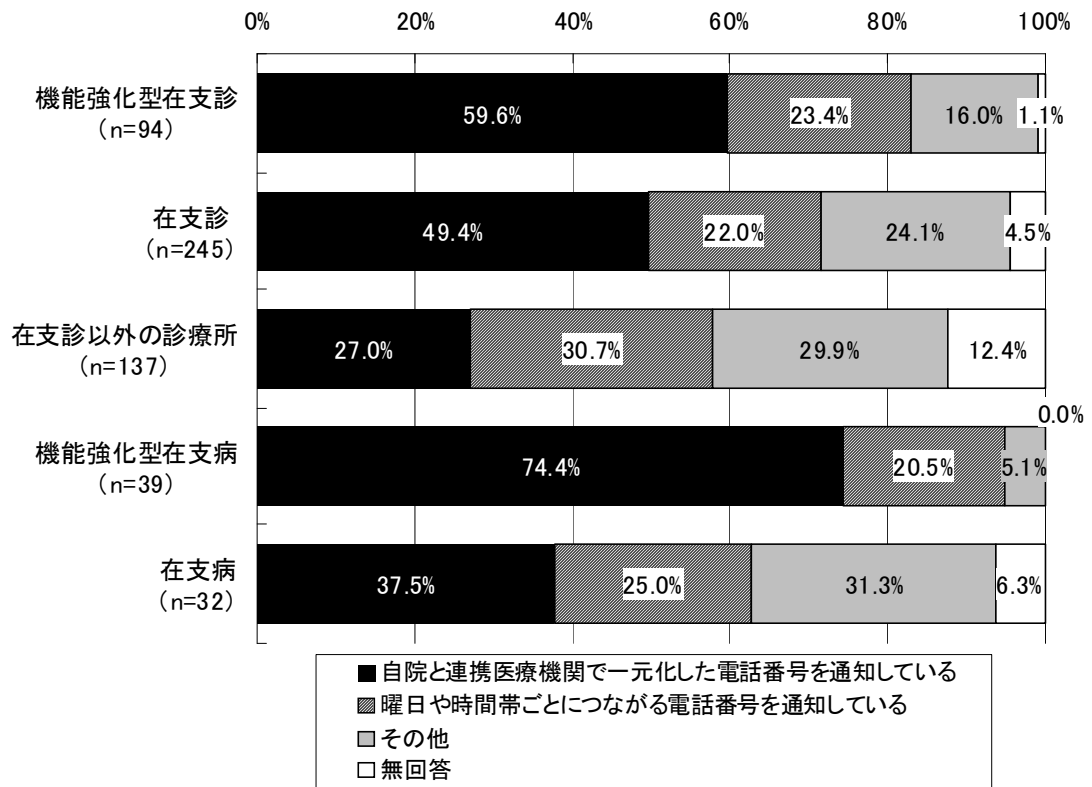
（単位：人）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	83	0.3	1.0	0.0
在支診	205	0.4	1.2	0.0
在支診以外の診療所	105	0.2	0.8	0.0
機能強化型在支病	32	1.5	2.1	0.5
在支病	27	0.7	1.0	0.5

⑦在宅患者に対する緊急時の連絡先の通知状況

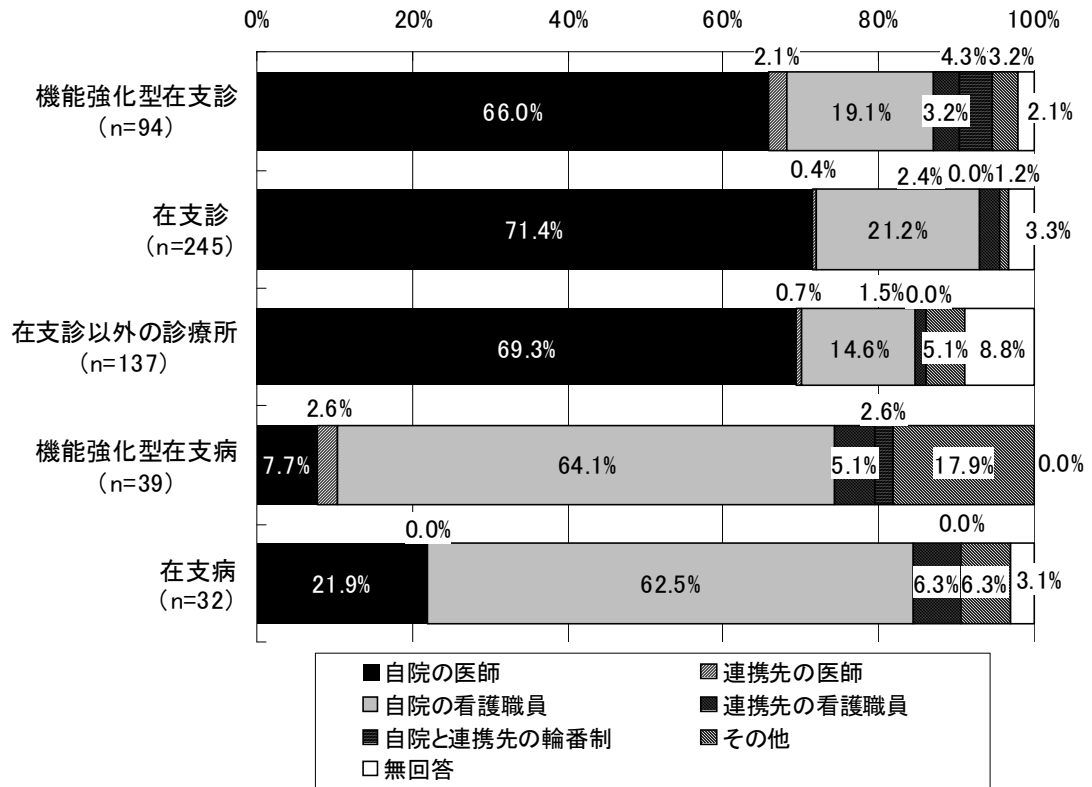
在宅患者に対する緊急時の連絡先の通知状況についてみると、在支診以外の診療所においては「曜日や時間帯ごとにつながる電話番号を通知している」(30.7%)が最も多かったが、それ以外の病院・診療所では、「自院と連携医療機関で一元化した電話番号を通知している」(機能強化型在支診 59.6%、在支診 49.4%、機能強化型在支病 74.4%、在支病 37.5%)が最も多かった。

図表 136 在宅患者に対する緊急時の連絡先の通知状況



緊急時におけるルール上の主たる連絡担当者についてみると、いずれの診療所においても「自院の医師」が最も多く 7 割程を占め、次いで「自院の看護職員」であった。また病院においてはいずれの施設でも「自院の看護職員」が最も多く 6 割程を占め、次いで「自院の医師」であった。

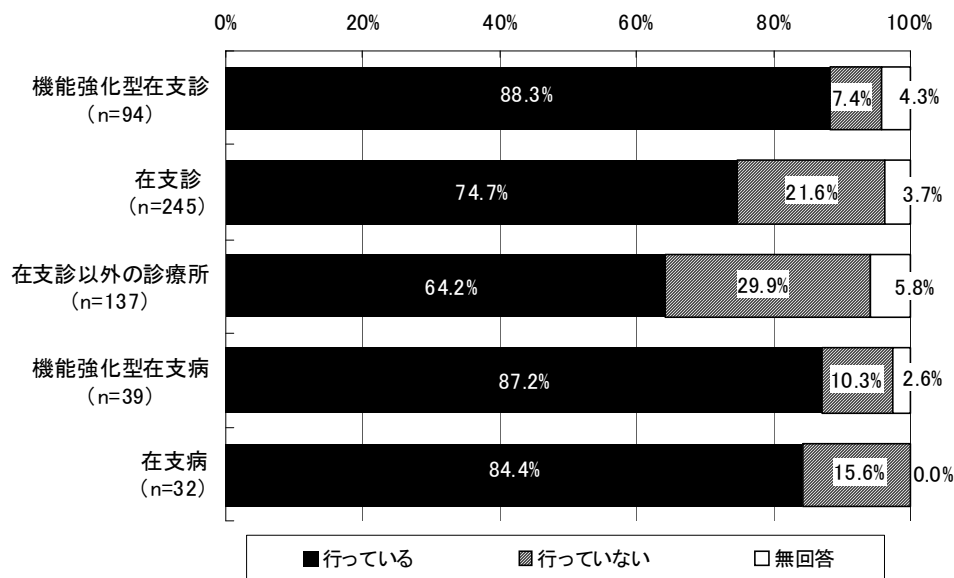
図表 137 緊急時におけるルール上の主たる連絡担当者



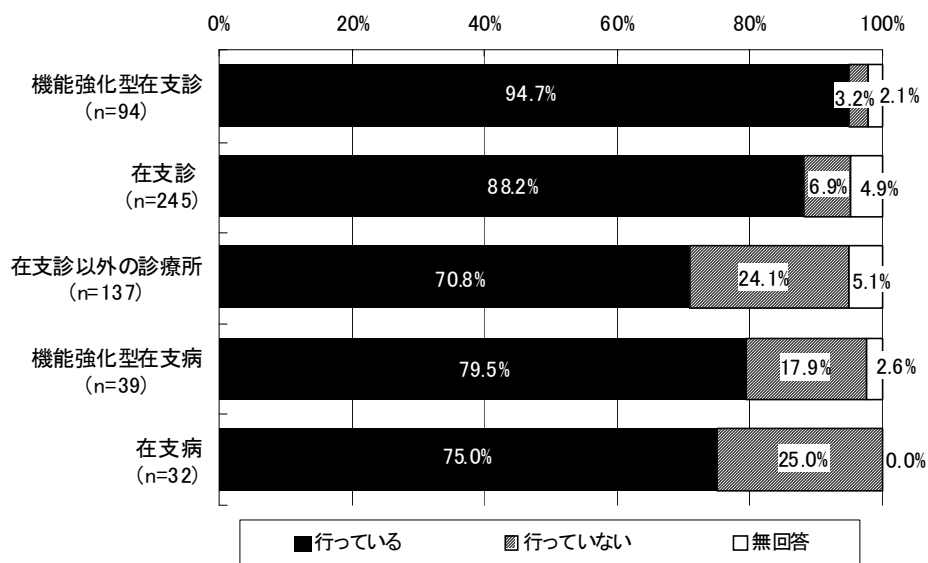
⑧在宅患者に対する緊急時の往診状況

診療時間内における在宅患者に対する緊急時の往診を「行っている」施設は、「機能強化型在支診」(88.3%)が最も多く、次いで「機能強化型在支病」(87.2%)、「在支病」(84.4%)であった。また診療時間外において在宅患者に対する緊急時の往診を「行っている」施設は、「機能強化型在支診」(94.7%)が最も多く、次いで「在支診」(88.2%)、「機能強化型在支病」(79.5%)であった。

図表 138 在宅患者に対する緊急時の往診状況（診療時間内）



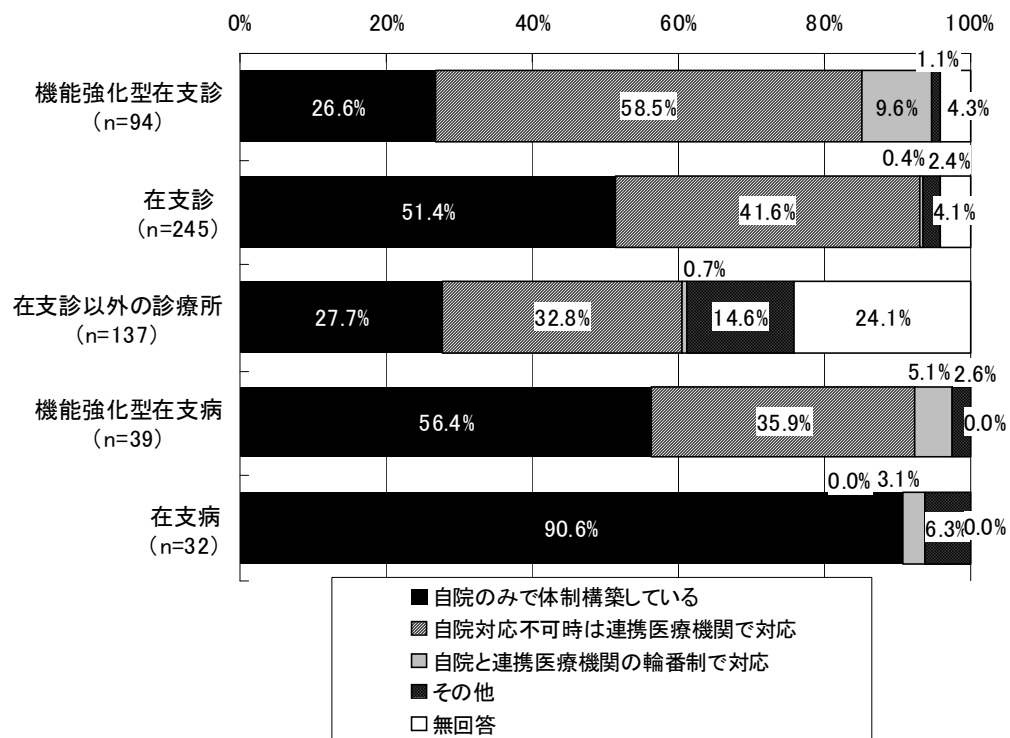
図表 139 在宅患者に対する緊急時の往診状況（診療時間外）



⑨24 時間往診が可能な体制の構築状況

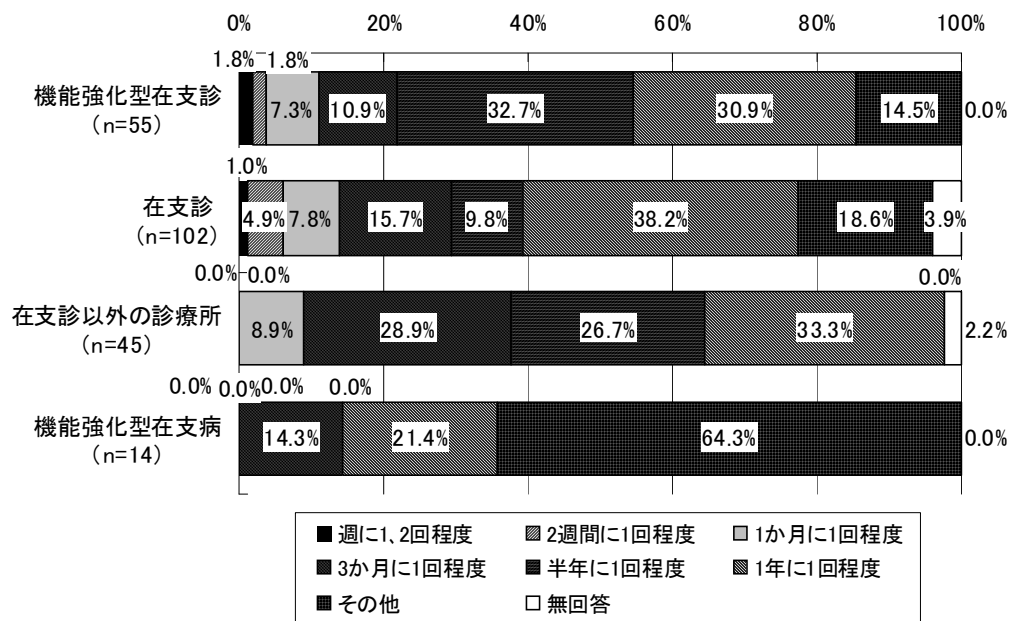
24 時間往診が可能な体制の構築状況についてみると、機能強化型在支診では「自院対応不可時は連携医療機関で対応」(58.5%) が最も多く、次いで「自院のみで体制構築している」(26.6%)、「自院と連携医療機関の輪番制で対応」(9.6%) であった。在支診では「自院のみで体制構築している」(51.4%) が最も多く、次いで「自院対応不可時は連携医療機関で対応」(41.6%) であった。在支診以外の診療所では「自院のみで体制構築している」(27.7%) が最も多く、次いで「自院対応不可時は連携医療機関で対応」(32.8%) であった。また、機能強化型在支病では「自院のみで体制構築している」(56.4%) が最も多く、次いで「自院対応不可時は連携医療機関で対応」(35.9%) であった。在支病では「自院のみで体制構築している」が 90.6% で最も多かった。

図表 140 24 時間往診が可能な体制の構築状況



緊急時に自院で対応できず、連携医療機関で対応している頻度についてみると、機能強化型在支診では「半年に1回程度」(32.7%)が最も多く、次いで「1年に1回程度」(30.9%)であった。在支診では「1年に1回程度」(38.2%)が最も多く、次いで「3か月に1回程度」(15.7%)であった。在支診以外の診療所では「1年に1回程度」(33.3%)が最も多く、次いで「3か月に1回程度」(28.9%)、「半年に1回程度」(26.7%)であった。機能強化型在支病では「1年に1回程度」(21.4%)が最も多く、次いで「3か月に1回程度」(14.3%)であった。

図表 141 緊急時に自院で対応できず、連携医療機関で対応している頻度
(自院で対応できない場合は連携医療機関で対応している施設)

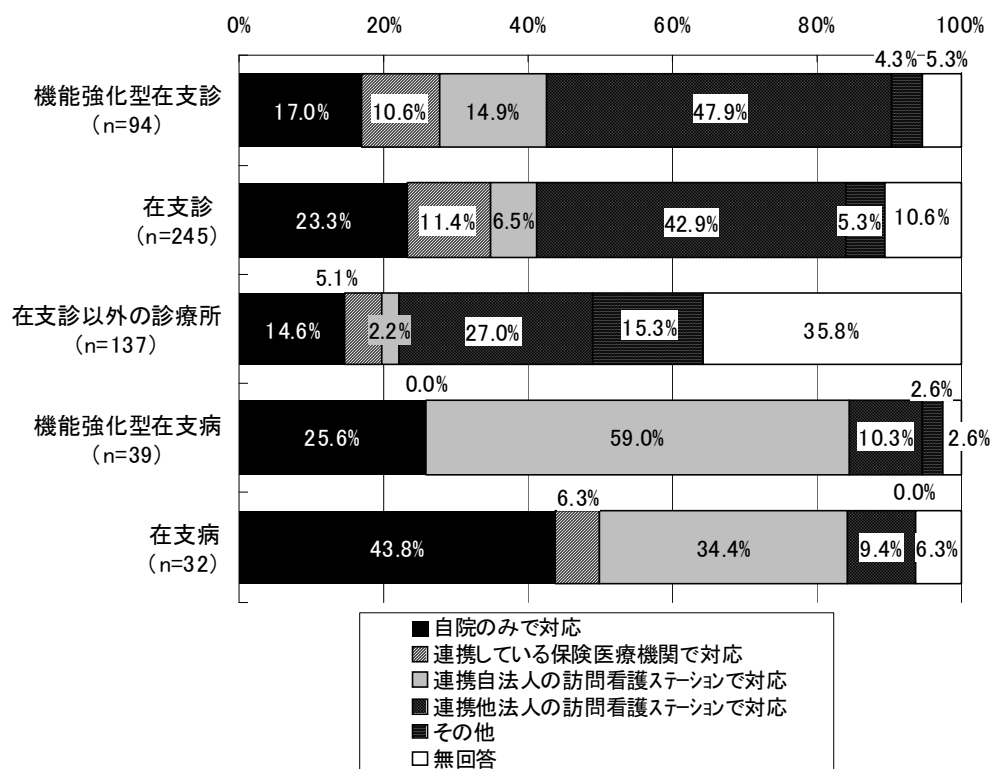


⑩24 時間訪問看護の体制の構築状況

24 時間訪問看護の体制の構築状況についてみると、機能強化型在支診では「連携他法人の訪問看護ステーションで対応」(47.9%)が最も多く、次いで「自院のみで対応」(17.0%)であった。在支診では「連携他法人の訪問看護ステーションで対応」(42.9%)が最も多く、次いで「自院のみで対応」(23.3%)であった。在支診以外の診療所では「連携他法人の訪問看護ステーションで対応」(27.0%)が最も多く、次いで「自院のみで対応」(14.6%)であった。

また、機能強化型在支病では「連携自法人の訪問看護ステーションで対応」(59.0%)が最も多く、次いで「自院のみで対応」(25.6%)であった。在支病では「自院のみで対応」(43.8%)が最も多く、次いで「連携自法人の訪問看護ステーションで対応」(34.4%)であった。

図表 142 24 時間訪問看護の構築状況

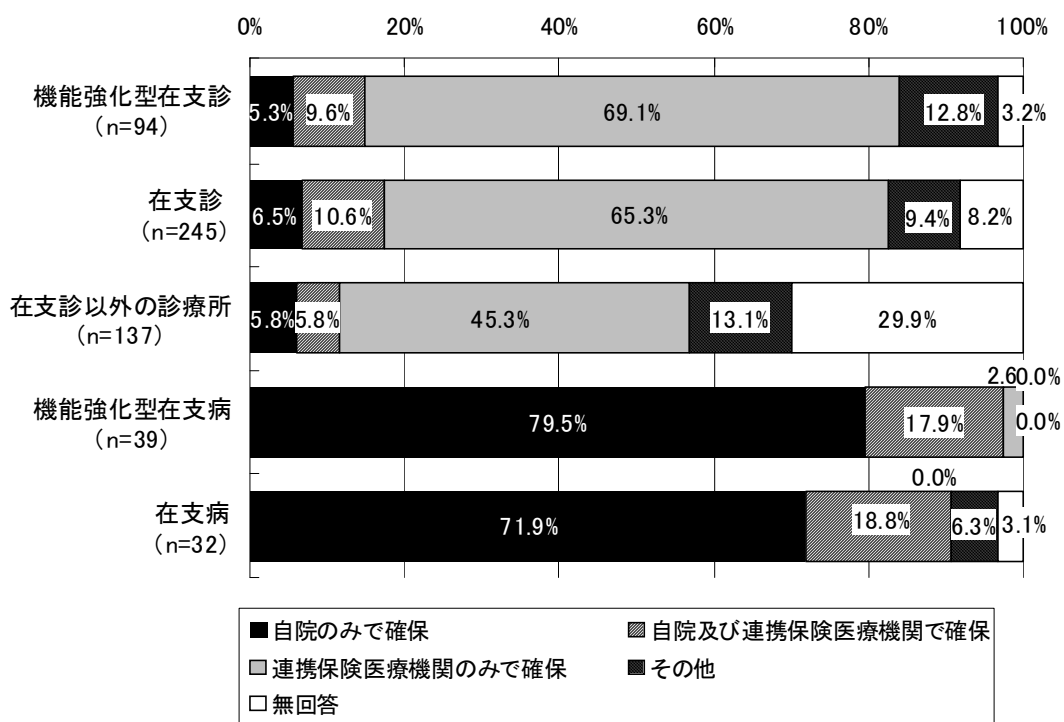


⑪緊急時に入院できる病床の確保体制

緊急時に入院できる病床の確保体制についてみると、機能強化型在支診では「連携保険医療機関のみで確保」(69.1%)が最も多く、次いで「自院及び連携保険医療機関で確保」(9.6%)であった。在支診では「連携保険医療機関のみで確保」(65.3%)が最も多く、次いで「自院及び連携保険医療機関で確保」(10.6%)であった。在支診以外の診療所では「連携保険医療機関のみで確保」(45.3%)が最も多く、次いで「自院のみで確保」、 「自院及び連携保険医療機関で確保」(それぞれ5.8%)であった。

また、機能強化型在支病では「自院のみで確保」(79.5%)が最も多く、次いで「自院及び連携保険医療機関で確保」(17.9%)であった。在支病では「自院のみで確保」(71.9%)が最も多く、次いで「自院及び連携保険医療機関で確保」(18.8%)であった。

図表 143 緊急時に入院できる病床の確保体制



(3) 在宅医療の実施状況等

①在宅医療提供場所

1) 在宅医療提供場所

在宅医療提供場所別患者数についてみると、機能強化型在支診では「自宅」が平均 27.0 人（標準偏差 43.0、中央値 13.5）、「居住系施設」が平均 27.2 人（標準偏差 52.7、中央値 5.5）であった。在支診では「自宅」が平均 11.8 人（標準偏差 19.8、中央値 5.0）、「居住系施設」が平均 20.8 人（標準偏差 62.5、中央値 0.0）であった。在支診以外の診療所では「自宅」が平均 6.2 人（標準偏差 11.3、中央値 3.0）、「居住系施設」が平均 11.5 人（標準偏差 29.1、中央値 0.0）であった。また、機能強化型在支病では「自宅」が平均 27.6 人（標準偏差 30.7、中央値 19.0）、「居住系施設」が平均 23.2 人（標準偏差 31.5、中央値 11.5）であった。在支病では「自宅」が平均 14.8 人（標準偏差 20.1、中央値 4.5）、「居住系施設」が平均 54.6 人（標準偏差 89.2、中央値 19.0）であった。

在宅医療を提供している居住系施設の数を見ると、機能強化型在支診では平均 2.6 か所（標準偏差 4.2、中央値 1.0）、在支診では平均 1.5 か所（標準偏差 3.4、中央値 0.0）、在支診以外の診療所では平均 0.7 か所（標準偏差 1.2、中央値 0.0）、機能強化型在支病では平均 1.6 か所（標準偏差 1.8、中央値 1.0）、在支病では平均 1.8 か所（標準偏差 2.3、中央値 1.0）であった。

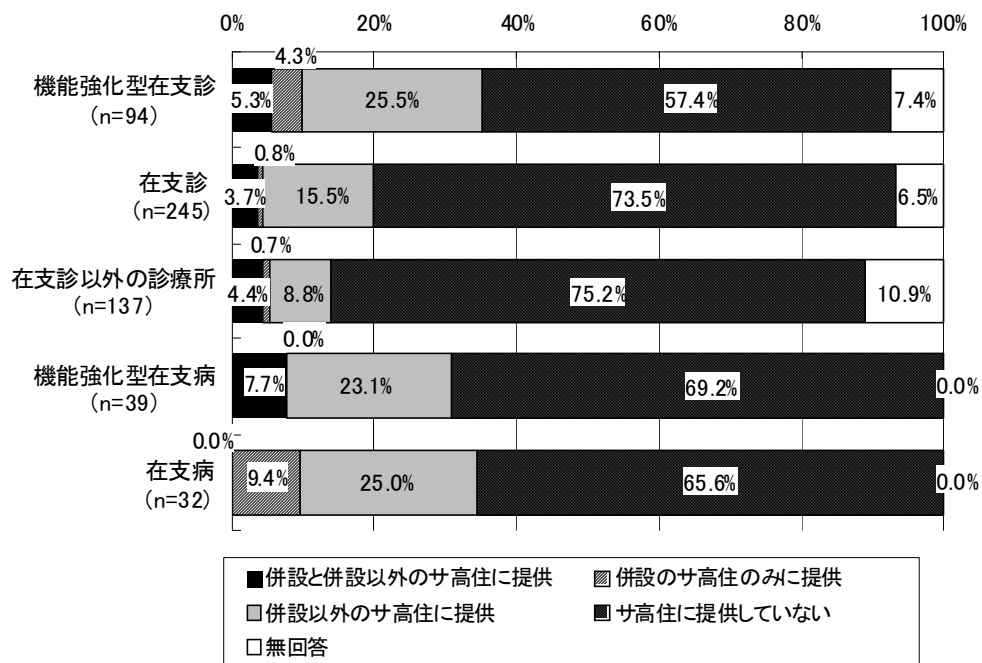
図表 144 在宅医療提供場所別患者数等（平成 24 年 9 月 1 か月間）

	施設数	自宅【患者数】 (人)			居住系施設【患者数】 (人)			居住系施設【施設数】 (か所)		
		平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	90	27.0	43.0	13.5	27.2	52.7	5.5	2.6	4.2	1.0
在支診	230	11.8	19.8	5.0	20.8	62.5	0.0	1.5	3.4	0.0
在支診以外の診療所	123	6.2	11.3	3.0	11.5	29.1	0.0	0.7	1.2	0.0
機能強化型在支病	38	27.6	30.7	19.0	23.2	31.5	11.5	1.6	1.8	1.0
在支病	28	14.8	20.1	4.5	54.6	89.2	19.0	1.8	2.3	1.0

2) サービス付き高齢者向け住宅に居住する患者への在宅医療の提供状況等

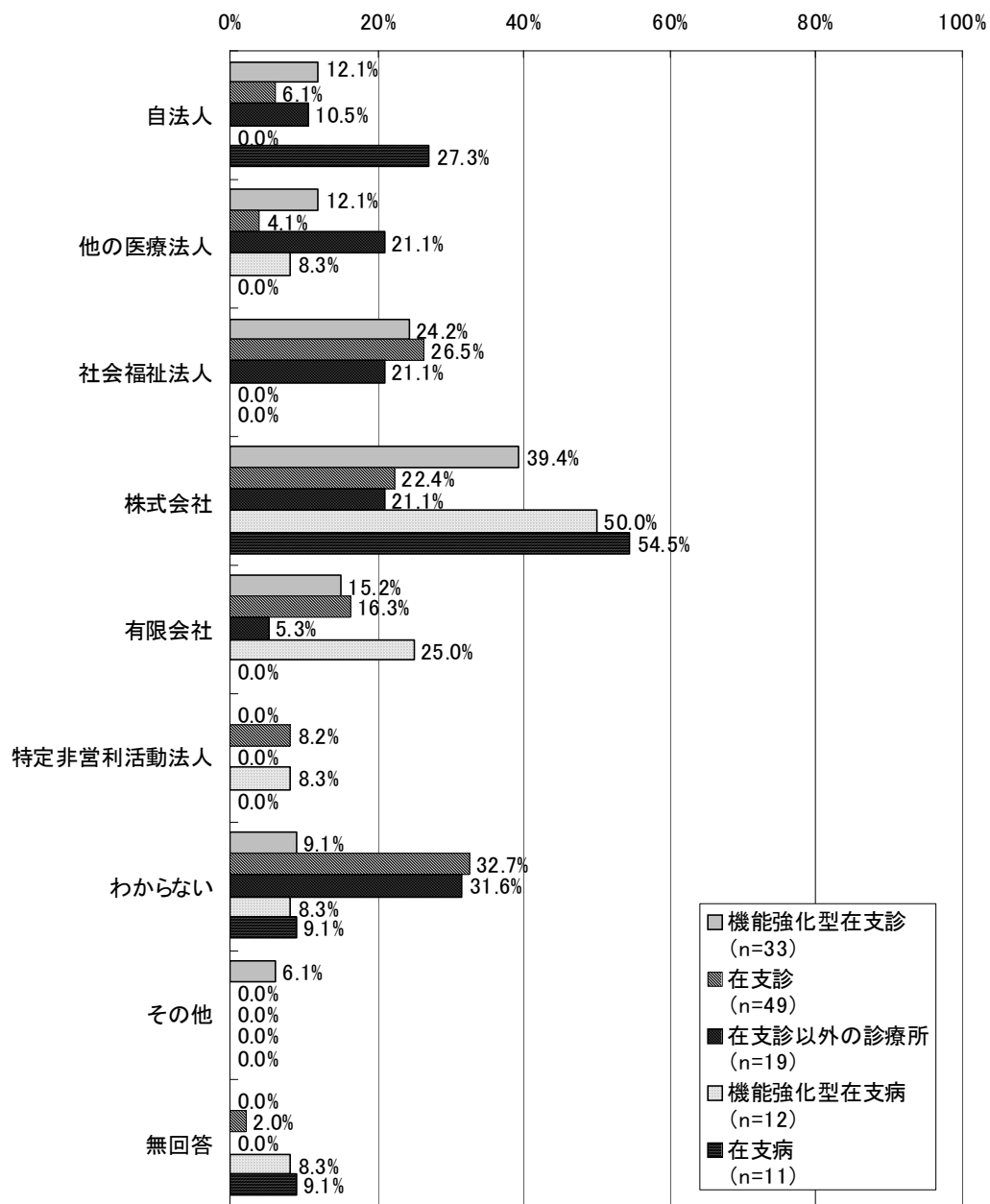
サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）に居住する患者への在宅医療の提供状況等についてみると、機能強化型在支診では「併設と併設以外のサ高住に提供」が 5.3%、「併設のサ高住のみに提供」が 4.3%、「併設以外のサ高住に提供」が 25.5%であり、合わせると 35.1%がサ高住に在宅医療を提供している。在支診ではこの割合は 20.0%、在支診以外の診療所では 13.9%となった。また、機能強化型在支病では 30.4%、在支病では 34.4%となった。

図表 145 サービス付き高齢者向け住宅に居住する患者への在宅医療の提供状況等



在宅医療を提供しているサービス付き高齢者向け住宅の設置主体についてみると、機能強化型在支診、機能強化型在支病、在支病では「株式会社」が最も多く、在支診では「社会福祉法人」が、在支診以外の診療所では「他の医療法人」、「社会福祉法人」、「株式会社」が最も多かった。

図表 146 在宅医療を提供しているサービス付き高齢者向け住宅の設置主体（複数回答）



3) 在宅医療提供日（1日あたり）における医師1人あたりの訪問件数（提供場所）

在宅医療提供日（1日あたり）における医師1人あたりの訪問件数についてみると、機能強化型在支診では平均 5.6 か所（標準偏差 5.9、中央値 4.0）、在支診では平均 4.0 か所（標準偏差 5.6、中央値 2.3）、在支診以外の診療所では平均 2.4 か所（標準偏差 3.2、中央値 1.5）、機能強化型在支病では平均 5.3 か所（標準偏差 4.5、中央値 4.0）、在支病では平均 7.2 か所（標準偏差 7.4、中央値 5.0）であった。

図表 147 在宅医療提供日（1日あたり）における医師1人あたりの訪問件数（提供場所）
（単位：か所）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	85	5.6	5.9	4.0
在支診	202	4.0	5.6	2.3
在支診以外の診療所	107	2.4	3.2	1.5
機能強化型在支病	34	5.3	4.5	4.0
在支病	29	7.2	7.4	5.0

4) 在宅医療提供日（1日あたり）における移動時間、診療時間、カルテ等の記載時間

在宅医療提供日（1日あたり）における医師1人あたりの提供場所までの移動時間についてみると、機能強化型在支診では平均 43.7 分（標準偏差 46.9、中央値 25.0）、在支診では平均 32.4 分（標準偏差 32.1、中央値 20.0）、在支診以外の診療所では平均 23.7 分（標準偏差 24.5、中央値 15.0）、機能強化型在支病では平均 44.4 分（標準偏差 34.5、中央値 30.0）、在支病では平均 24.9 分（標準偏差 20.5、中央値 20.0）であった。

図表 148 在宅医療提供日（1日あたり）における医師1人あたりの
提供場所までの移動時間

（単位：分）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	81	43.7	46.9	25.0
在支診	195	32.4	32.1	20.0
在支診以外の診療所	103	23.7	24.5	15.0
機能強化型在支病	29	44.4	34.5	30.0
在支病	27	24.9	20.5	20.0

在宅医療提供日（1日あたり）における医師1人あたりの診療時間についてみると、機能強化型在支診では平均 63.7 分（標準偏差 64.2、中央値 30.0）、在支診では平均 54.9 分（標準偏差 64.5、中央値 30.0）、在支診以外の診療所では平均 41.3 分（標準偏差 41.0、中央値 27.5）、機能強化型在支病では平均 52.9 分（標準偏差 44.1、中央値 40.0）、在支病では平均 40.2 分（標準偏差 35.9、中央値 30.0）であった。

図表 149 在宅医療提供日（1日あたり）における医師1人あたりの診療時間

（単位：分）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	81	63.7	64.2	30.0
在支診	196	54.9	64.5	30.0
在支診以外の診療所	102	41.3	41.0	27.5
機能強化型在支病	31	52.9	44.1	40.0
在支病	25	40.2	35.9	30.0

在宅医療提供日（1日あたり）における医師1人あたりのカルテ等の記載時間についてみると、機能強化型在支診では平均 31.2 分（標準偏差 32.5、中央値 17.5）、在支診では平均 25.8 分（標準偏差 41.3、中央値 12.5）、在支診以外の診療所では平均 16.2 分（標準偏差 14.6、中央値 10.0）、機能強化型在支病では平均 29.1 分（標準偏差 23.7、中央値 25.0）、在支病では平均 18.5 分（標準偏差 23.1、中央値 10.0）であった。

図表 150 在宅医療提供日（1日あたり）における医師1人あたりのカルテ等の記載時間

（単位：分）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	80	31.2	32.5	17.5
在支診	194	25.8	41.3	12.5
在支診以外の診療所	103	16.2	14.6	10.0
機能強化型在支病	31	29.1	23.7	25.0
在支病	25	18.5	23.1	10.0

②主治医として在宅医療を提供している患者数

1) 年齢別患者数

主治医として在宅医療を提供している患者数を、平成23年9月と平成24年9月で比較すると、機能強化型在支診では61.59人から65.81人へ、在支診では38.17人から41.27人へ、在支診以外の診療所では15.15人から16.39人へと増加している。また、機能強化型在支病では50.93人から51.43人へ、在支病では38.68人から41.27人へと、いずれも増加している。平成24年9月における年齢別患者数をみると、いずれの施設も75歳以上が多くを占めるが、機能強化型在支診では15歳未満の患者が平均0.85人となっており、他の施設と比較してやや多くなっている。

図表 151 主治医として在宅医療を提供している患者数（年齢別、1施設あたり平均値）

（単位：人）

	機能強化型在支診 (n=80)			在支診 (n=197)			在支診以外の診療所 (n=114)		
	平成23年9月	平成24年9月	対前年 比増減率	平成23年9月	平成24年9月	対前年 比増減率	平成23年9月	平成24年9月	対前年 比増減率
3歳未満	0.13	0.15	20.0%	0.09	0.10	17.6%	0.02	0.02	0.0%
3歳以上6歳未満	0.23	0.24	5.6%	0.13	0.13	0.0%	0.05	0.04	-16.7%
6歳以上15歳未満	0.53	0.46	-11.9%	0.18	0.19	2.8%	0.05	0.05	0.0%
15歳以上40歳未満	2.40	2.85	18.8%	0.70	0.92	32.1%	0.23	0.25	7.7%
40歳以上65歳未満	6.90	7.46	8.2%	2.57	2.98	16.0%	0.37	0.32	-14.3%
65歳以上75歳未満	8.24	8.34	1.2%	4.04	4.62	14.3%	1.10	1.22	11.2%
75歳以上	43.18	46.31	7.3%	30.46	32.32	6.1%	13.33	14.50	8.8%
合計	61.59	65.81	6.9%	38.17	41.27	8.1%	15.15	16.39	8.2%

	機能強化型在支病 (n=28)			在支病 (n=22)		
	平成23年9月	平成24年9月	対前年 比増減率	平成23年9月	平成24年9月	対前年 比増減率
3歳未満	0.00	0.00	—	0.00	0.00	—
3歳以上6歳未満	0.04	0.04	0.0%	0.00	0.00	—
6歳以上15歳未満	0.00	0.00	—	0.00	0.00	—
15歳以上40歳未満	0.43	0.46	8.3%	0.18	0.18	0.0%
40歳以上65歳未満	3.82	3.43	-10.3%	2.59	2.55	-1.8%
65歳以上75歳未満	5.11	5.46	7.0%	4.77	5.27	10.5%
75歳以上	41.54	42.04	1.2%	31.14	33.27	6.9%
合計	50.93	51.43	1.0%	38.68	41.27	6.7%

（注）平成23年9月及び平成24年9月のいずれについても回答のあった施設を集計対象とした。

2) 疾病別患者数

主治医として在宅医療を提供している患者数を、疾患別に平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月で比較すると、機能強化型在支診では「悪性新生物」の患者が平均 3.55 人から 4.03 人へ、在支診では平均 1.31 人から 1.43 人へ、在支診以外の診療所では 0.19 人から 0.31 人へ、機能強化型在支病では 2.96 人から 3.96 人へと増加している。一方、在支病では 1.21 人から 1.06 人へと減少している。

同様に「認知症」についてみると、機能強化型在支診では平均 17.81 人から 22.00 人へ、在支診では平均 17.30 人から 20.97 人へ、在支診以外の診療所では 6.08 人から 7.75 人へ、機能強化型在支病では 11.00 人から 11.26 人へ、在支病では 14.26 人から 16.88 人へといずれの施設でも増加している。

さらに、「特定疾患（難病）」についてみると、機能強化型在支診では平均 3.51 人から 4.21 人へ、在支診以外の診療所では 0.56 人から 0.57 人へ、在支病では 9.95 人から 10.88 人へと増加しているが、在支診では平均 3.49 人から 3.29 人へ、機能強化型在支病では 3.27 人から 2.83 人へと減少している。

図表 152 主治医として在宅医療を提供している患者数（疾病別、1 施設あたり平均値）

（単位：人）

	機能強化型在支診			在支診			在支診以外の診療所		
	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	対前年比増減率	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	対前年比増減率	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	対前年比増減率
回答施設数	73	66		168	143		93	67	
悪性新生物	3.55	4.03	13.6%	1.31	1.43	9.5%	0.19	0.31	61.9%
認知症	17.81	22.00	23.5%	17.30	20.97	21.2%	6.08	7.75	27.5%
特定疾患(難病)	3.51	4.21	20.1%	3.49	3.29	-5.7%	0.56	0.57	1.4%

	機能強化型在支病			在支病		
	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	対前年比増減率	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	対前年比増減率
回答施設数	26	23		19	16	
悪性新生物	2.96	3.96	33.6%	1.21	1.06	-12.2%
認知症	11.00	11.26	2.4%	14.26	16.88	18.3%
特定疾患(難病)	3.27	2.83	-13.6%	9.95	10.88	9.3%

3) 状態別患者数

主治医として在宅医療を提供している患者数を、状態別に平成23年9月と平成24年9月で比較すると、対前年比増減率が高かったのは機能強化型在支診、在支診、在支病では「その他の創傷処置」でそれぞれ25.7%増、32.8%増、50.0%増であった。在支診以外の診療所、機能強化型在支病では「中心静脈栄養」でそれぞれ55.6%増であった。

平成24年9月において最も患者数が多いのは、機能強化型在支診では「喀痰吸引」で4.78人、在支診では「褥瘡処置」で1.82人、在支診以外の診療所では「胃ろう」で1.35人、機能強化型在支病では「胃ろう」が4.04人、在支病では「喀痰吸引」で2.69人であった。

図表 153 主治医として在宅医療を提供している患者数（状態別、1施設あたり平均値）

（単位：人）

	機能強化型在支診 (n=68)			在支診 (n=161)			在支診以外の診療所 (n=77)		
	平成23年9月	平成24年9月	対前年比増減率	平成23年9月	平成24年9月	対前年比増減率	平成23年9月	平成24年9月	対前年比増減率
喀痰吸引	4.47	4.78	6.9%	1.48	1.59	7.1%	0.62	0.84	35.4%
胃ろう	3.94	4.13	4.9%	1.72	1.76	2.5%	1.25	1.35	8.3%
経鼻経管栄養	0.96	1.03	7.7%	0.43	0.50	14.3%	0.12	0.10	-11.1%
中心静脈栄養	0.65	0.60	-6.8%	0.24	0.24	0.0%	0.12	0.18	55.6%
気管切開又は気管内挿管	0.93	1.15	23.8%	0.39	0.42	6.3%	0.17	0.18	7.7%
褥瘡処置	2.93	2.68	-8.5%	1.70	1.82	7.5%	0.74	0.84	14.0%
その他の創傷処置	0.51	0.65	25.7%	0.40	0.53	32.8%	0.25	0.23	-5.3%
人工呼吸器	1.04	1.21	15.5%	0.32	0.36	13.7%	0.04	0.03	-33.3%

	機能強化型在支病 (n=25)			在支病 (n=16)		
	平成23年9月	平成24年9月	対前年比増減率	平成23年9月	平成24年9月	対前年比増減率
喀痰吸引	3.36	2.92	-13.1%	3.13	2.69	-14.0%
胃ろう	4.48	4.04	-9.8%	3.25	2.56	-21.2%
経鼻経管栄養	0.36	0.28	-22.2%	1.38	1.25	-9.1%
中心静脈栄養	0.36	0.56	55.6%	0.25	0.31	25.0%
気管切開又は気管内挿管	1.16	1.00	-13.8%	0.94	0.75	-20.0%
褥瘡処置	2.20	1.80	-18.2%	1.63	1.63	0.0%
その他の創傷処置	0.64	0.68	6.3%	0.38	0.56	50.0%
人工呼吸器	0.48	0.68	41.7%	0.38	0.31	-16.7%

③診療報酬項目別算定患者数と算定回数

1) 診療報酬項目別算定患者数

1 施設あたりの診療報酬項目別算定患者数について、往診料、緊急加算、夜間加算、深夜加算をみると、機能強化型在支診では平成 23 年 9 月と比較すると平成 24 年 9 月の算定患者数は概ね減少しているが、在支診や在支診以外の診療所と比較すると算定患者数は多い。

在宅患者訪問診療料についてみると、同一建物以外、同一建物ともに、いずれの施設も算定患者数が増加している。在支診や在支診以外の診療所では同一建物のほうが算定患者数が多いが、機能強化型在支診では同一建物以外の算定患者数が多い。

在宅ターミナルケア加算を、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月で比較すると、機能強化型在支診では 0.70 人から 0.77 人へ、在支診では 0.21 人から 0.31 人へ、在支診以外の診療所では 1.12 人から 1.26 人へ増加している。3 種類の施設の中では、在支診以外の診療所で算定患者数が最も多かった。一方、平成 24 年 4 月の診療報酬改定で新設された看取り加算については、機能強化型在支診が 0.78 人、在支診が 0.32 人、在支診以外の診療所が 0.24 人で機能強化型在支診で最も算定患者数が多かった。

在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月で比較すると、いずれの施設も増加していた。

在宅患者訪問診療料の乳幼児加算・幼児加算や、在宅患者緊急入院診療加算、在宅がん医療総合診療料、在宅悪性腫瘍患者指導管理料、在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料などは算定患者数が少ない状況であった。

図表 154 診療報酬項目別算定患者数（1施設あたり平均値）

（単位：人）

	機能強化型在支診		在支診		在支診以外の診療所	
	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
回答施設数	75	75	170	170	88	88
1) 往診料	10.24	9.77	5.16	5.17	3.36	3.70
2) 上記 1) の緊急加算	0.72	0.77	0.45	0.46	0.20	0.26
3) 上記 1) の夜間加算	0.69	0.47	0.38	0.43	0.13	0.23
4) 上記 1) の深夜加算	0.40	0.29	0.16	0.22	0.06	0.05
5) 在宅患者訪問診療料 （同一建物以外）	33.01	33.96	10.98	11.29	4.69	5.17
在宅患者訪問診療料（同 一建物：特定施設）	21.37	13.61	16.57	6.37	5.63	1.94
在宅患者訪問診療料（同 一建物：特定施設以外）		9.24		13.38		4.01
6) 在宅患者訪問診療料 在 宅ターミナルケア加算	0.70	0.77	0.21	0.31	1.12	1.26
7) 在宅患者訪問診療料 看 取り加算		0.78		0.32		0.24
8) 在宅患者訪問診療料 乳 幼児加算・幼児加算	0.07	0.07	0.06	0.09	0.00	0.07
9) 在宅時医学総合管理料	29.08	32.51	21.01	23.55	5.39	5.58
10) 特定施設入居時等医学 総合管理料	12.84	12.86	7.02	8.21	4.76	4.91
11) 在宅患者緊急入院診療 加算	0.02	0.02	0.01	0.02	0.00	0.00
12) 在宅がん医療総合診療 料	0.24	0.35	0.09	0.10	0.00	0.00
13) 在宅悪性腫瘍患者指導 管理料	0.03	0.07	0.02	0.04	0.05	0.05
14) 在宅難治性皮膚疾患処 置指導管理料	0.00	0.00	0.02	0.01	0.00	0.00
15) 在宅療養指導料（170 点）	0.39	0.37	0.12	0.10	0.38	0.49
16) 在宅患者訪問リハビリテ ーション指導管理料	0.24	0.19	0.06	0.07	0.48	0.50

（注）平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月のいずれにおいても「往診料」について回答のあった施設を集計対象とした。

1 施設あたりの診療報酬項目別算定患者数について、病院の場合では、往診料、緊急加算をみると、機能強化型在支病、在支病ともに平成 23 年 9 月と比較して平成 24 年 9 月の算定患者数は増加している。

在宅患者訪問診療料についてみると、機能強化型在支病では同一建物以外では増加しているが、同一建物は減少している。一方、在支病では同一建物以外では減少しているが、同一建物では増加している。

在宅ターミナルケア加算を、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月で比較すると、機能強化型在支病では 0.14 人から 0.32 人へ、在支病では 0.09 人から 0.18 人へと算定患者数は少ないものの平成 23 年 9 月と比較すると増加している。

(単位：人)

	機能強化型在支病 (n=31)		在支病 (n=15)	
	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
回答施設数	31	31	15	15
1) 往診料	5.48	7.00	4.60	6.53
2) 上記 1) の緊急加算	0.16	0.52	0.33	0.47
3) 上記 1) の夜間加算	0.13	0.29	0.07	0.07
4) 上記 1) の深夜加算	0.13	0.16	0.07	0.00
5) 在宅患者訪問診療料(同一建物以外)	19.00	21.11	12.71	11.24
在宅患者訪問診療料(同一建物:特定施設)	16.93	5.04	11.10	4.86
在宅患者訪問診療料(同一建物:特定施設以外)		9.14		8.43
6) 在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算	0.14	0.32	0.09	0.18
7) 在宅患者訪問診療料 看取り加算		0.27		0.14
8) 在宅患者訪問診療料 乳幼児加算・幼児加算	0.00	0.00	0.00	0.00
9) 在宅時医学総合管理料	16.62	14.72	12.00	13.63
10) 特定施設入居時等医学総合管理料	4.23	4.64	4.00	3.54
11) 在宅患者緊急入院診療加算	1.96	1.96	0.00	0.00
12) 在宅がん医療総合診療料	0.04	0.08	0.00	0.00
13) 在宅悪性腫瘍患者指導管理料	0.04	0.09	0.17	0.25
14) 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	0.00	0.00	0.00	0.00
15) 在宅療養指導料(170 点)	1.74	1.91	0.33	0.33
16) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	1.13	0.96	1.00	1.08

(注) 平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月のいずれにおいても「往診料」について回答のあった施設を集計対象とした。

2) 診療報酬項目別算定回数

1 施設あたりの診療報酬項目別算定回数のうち、在宅患者訪問診療料をみると、同一建物以外、同一建物ともに、いずれの施設も算定回数が増加している。

在宅ターミナルケア加算についても、いずれの施設でも算定回数がやや増加している。

この他、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月で比較すると、機能強化型在支診では在宅移行早期加算、在宅がん医療総合診療料の算定回数が増加している。

図表 155 診療報酬項目別算定回数

(単位：回)

	機能強化型在支診		在支診		在支診以外の診療所	
	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
回答施設数	75	75	170	169	88	88
1) 往診料	17.43	15.27	7.45	7.22	4.88	5.48
2) 上記 1) の緊急加算	0.83	0.92	0.51	0.58	0.20	0.27
3) 上記 1) の夜間加算	0.87	0.51	0.40	0.44	0.17	0.27
4) 上記 1) の深夜加算	0.49	0.33	0.18	0.23	0.07	0.05
5) 在宅患者訪問診療料(同一建物以外)	86.11	86.73	24.64	25.14	8.33	8.89
在宅患者訪問診療料(同一建物:特定施設)	64.59	47.06	37.01	12.53	13.40	4.60
在宅患者訪問診療料(同一建物:特定施設以外)		20.27		30.73		9.80
6) 在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算	0.72	0.80	0.21	0.31	1.12	1.26
7) 在宅患者訪問診療料 看取り加算		0.76		0.32		0.24
8) 在宅患者訪問診療料 乳幼児加算・幼児加算	0.10	0.19	0.21	0.27	0.00	0.02
9) 在宅時医学総合管理料	29.22	33.03	20.77	23.39	6.32	6.76
上記 9) 重症者加算算定回数	1.23	1.26	0.34	0.36	0.07	0.07
上記 9) 在宅移行早期加算算定回数	2.05	3.09	0.81	0.97	0.07	0.05
10) 特定施設入居時等医学総合管理料	12.84	12.86	7.02	8.23	4.80	4.91
上記 10) 重症者加算算定回数	0.26	0.12	0.01	0.00	0.00	0.00
上記 10) 在宅移行早期加算算定回数	0.21	0.79	0.08	0.18	0.20	0.13
11) 在宅患者緊急入院診療加算	0.02	0.02	0.01	0.02	0.00	0.00
12) 在宅がん医療総合診療料	2.85	3.89	1.45	2.16	0.00	0.00
13) 在宅悪性腫瘍患者指導管理料	0.03	0.07	0.02	0.04	0.05	0.05
14) 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	0.00	0.00	0.03	0.02	0.00	0.00
15) 在宅療養指導料(170 点)	0.39	0.37	0.13	0.11	0.38	0.49
16) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	1.03	0.83	0.13	0.23	2.14	2.17

次に、機能強化型在支病と在支病における算定回数を、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月と比較すると、機能強化型在支病では、往診料、在宅患者訪問診療料（同一建物以外）、在宅患者訪問診療料（ターミナルケア加算）、在宅移行早期加算、在宅がん医療総合診療料などで増加がみられた。また、在支病では、往診料、在宅患者訪問診療料（同一建物）、在宅患者訪問診療料（ターミナルケア加算）、在宅移行早期加算、在宅がん医療総合診療料などで増加がみられた。

(単位：回)

	機能強化型在支病		在支病	
	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
回答施設数	31	31	15	15
1) 往診料	7.68	8.45	5.40	16.20
2) 上記 1) の緊急加算	0.16	0.55	0.40	0.47
3) 上記 1) の夜間加算	0.13	0.29	0.07	0.07
4) 上記 1) の深夜加算	0.13	0.16	0.07	0.00
5) 在宅患者訪問診療料(同一建物以外)	31.57	33.36	28.62	27.29
在宅患者訪問診療料(同一建物:特定施設)	29.96	7.25	27.76	12.29
在宅患者訪問診療料(同一建物:特定施設以外)		14.39		21.76
6) 在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算	0.14	0.32	0.09	0.18
7) 在宅患者訪問診療料 看取り加算		0.27		0.14
8) 在宅患者訪問診療料 乳幼児加算・幼児加算	0.00	0.00	0.00	0.00
9) 在宅時医学総合管理料	16.72	14.79	12.00	13.63
上記 9) 重症者加算算定回数	0.07	0.17	0.06	0.06
上記 9) 在宅移行早期加算算定回数	1.31	1.83	1.00	1.56
10) 特定施設入居時等医学総合管理料	4.27	4.64	4.00	3.54
上記 10) 重症者加算算定回数	0.00	0.00	0.00	0.00
上記 10) 在宅移行早期加算算定回数	0.32	0.00	0.08	0.15
11) 在宅患者緊急入院診療加算	11.00	9.35	0.00	0.00
12) 在宅がん医療総合診療料	0.29	0.96	0.00	0.00
13) 在宅悪性腫瘍患者指導管理料	0.04	0.09	0.17	0.25
14) 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	0.00	0.00	0.00	0.00
15) 在宅療養指導料(170 点)	1.74	1.91	0.33	0.33
16) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	6.78	5.70	3.42	3.83

④緊急時に往診した回数等

平成23年4月～9月の半年間と平成24年4月～9月の半年間を比較すると、機能強化型在支診では「緊急時に往診した回数」は平均17.8回から19.8回に、このうち「緊急入院が必要と判断した回数」が1.6回から2.0回に、「看取りを行った回数」が2.7回から3.3回に、「自施設の医師が副主治医として緊急往診した回数」が0.0回から0.1回へとそれぞれ増加した。在支診では「緊急時に往診した回数」は平均8.0回から9.5回に増加したが、このうち「緊急入院が必要と判断した回数」は1.5回から1.5回、「看取りを行った回数」が1.0回から1.1回、「自施設の医師が副主治医として緊急往診した回数」が0.0回から0.0回となり、大きな変化はみられなかった。在支診以外の診療所では「緊急時に往診した回数」は平均2.1回から2.7回に、このうち「緊急入院が必要と判断した回数」が0.5回から0.7回に、「看取りを行った回数」が0.3回から0.4回にやや増加した。同様に、機能強化型在支病では「緊急時に往診した回数」は平均11.2回から12.4回に、このうち「緊急入院が必要と判断した回数」が0.9回から1.6回に、「看取りを行った回数」が1.0回から1.8回に増加したが、「自施設の医師が副主治医として緊急往診した回数」は0.0回のまま変化がみられなかった。在支病では「緊急時に往診した回数」は平均3.0回から2.2回に減少したが、このうち「緊急入院が必要と判断した回数」が0.0回から0.1回に、「看取りを行った回数」が0.2回から0.6回にやや増加した。

図表 156 緊急時に往診した回数等

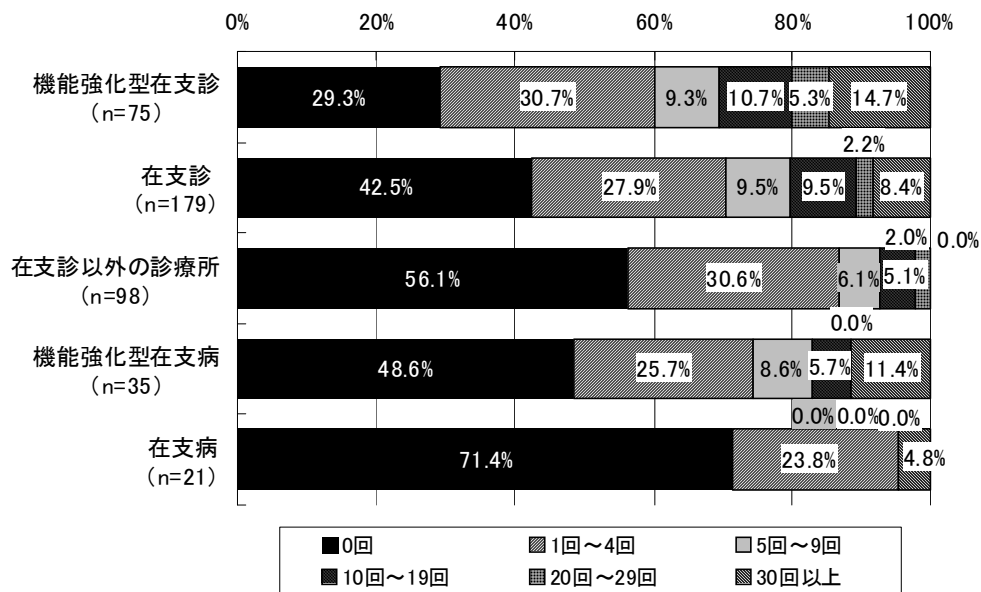
(単位：回)

	機能強化型在支診		在支診		在支診以外の診療所	
	平成23年 4月～9月	平成24年 4月～9月	平成23年 4月～9月	平成24年 4月～9月	平成23年 4月～9月	平成24年 4月～9月
回答施設数	75	75	179	179	98	98
1) 緊急時に往診した回数	17.8	19.8	8.0	9.5	2.1	2.7
2) 上記1)のうち、緊急入院が必要と判断した回数	1.6	2.0	1.5	1.5	0.5	0.7
3) 上記1)のうち、看取りを行った回数	2.7	3.3	1.0	1.1	0.3	0.4
4) 上記1)のうち、自施設の医師が副主治医として緊急往診した回数	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0

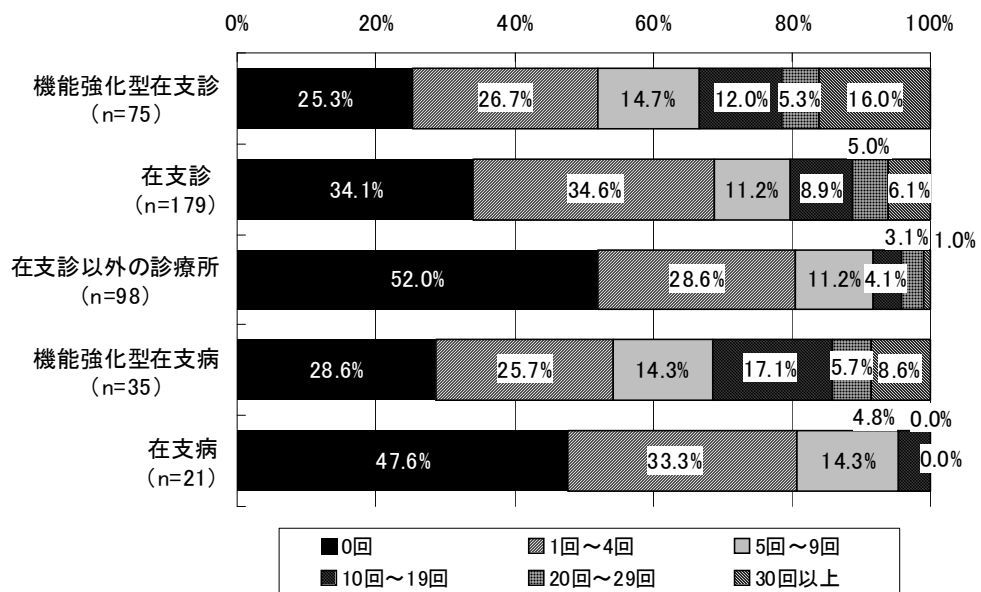
	機能強化型在支病		在支病	
	平成23年 4月～9月	平成24年 4月～9月	平成23年 4月～9月	平成24年 4月～9月
回答施設数	35	35	21	21
1) 緊急時に往診した回数	11.2	12.4	3.0	2.2
2) 上記1)のうち、緊急入院が必要と判断した回数	0.9	1.6	0.0	0.1
3) 上記1)のうち、看取りを行った回数	1.0	1.8	0.2	0.6
4) 上記1)のうち、自施設の医師が副主治医として緊急往診した回数	0.0	0.0	0.0	0.0

緊急時に往診した回数を、平成23年4月～9月の半年間と平成24年4月～9月の半年間で比較すると、いずれの施設も「0回」の割合が大きく減少している。5回以上の割合は機能強化型在支診では40.0%から48.0%、在支診では29.6%から31.3%、在支診以外の診療所では13.3%から19.4%、機能強化型在支病では25.7%から45.7%、在支病では4.8%から19.1%にそれぞれ増加している。

図表 157 緊急時に往診した回数【平成23年4月～9月】

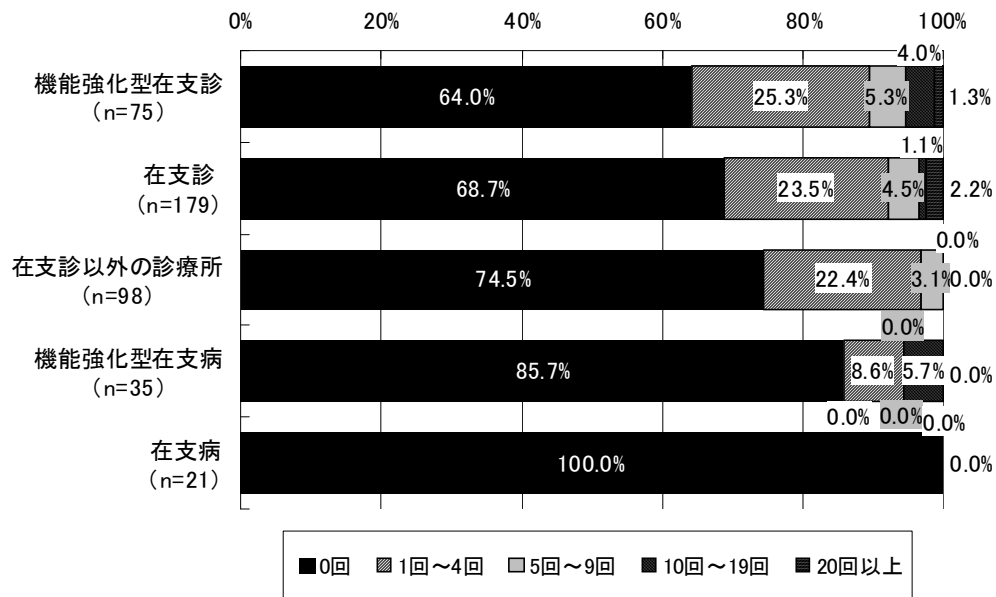


図表 158 緊急時に往診した回数【平成24年4月～9月】

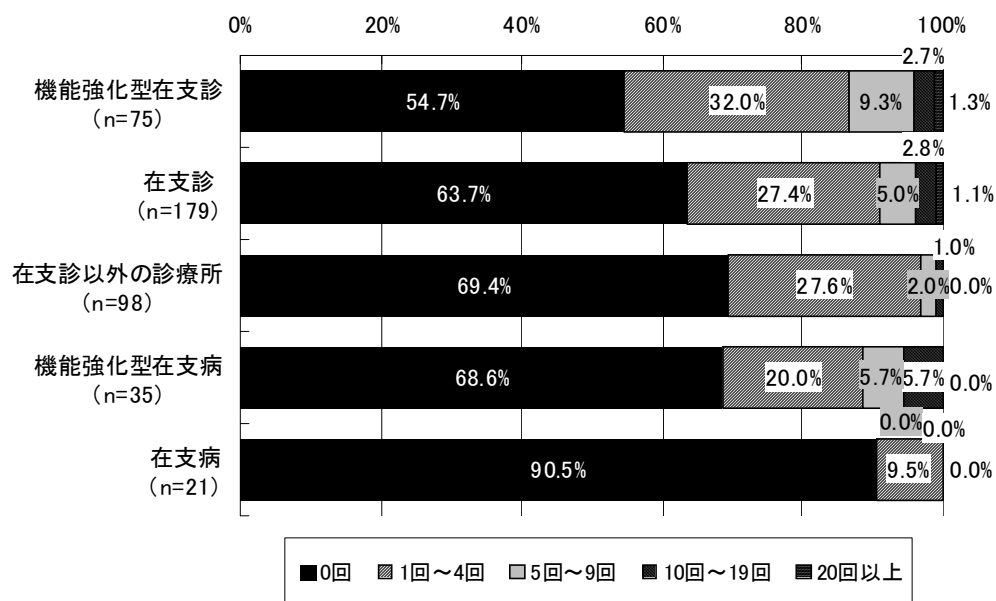


緊急入院が必要と判断された回数を、平成23年4月～9月の半年間と平成24年4月～9月の半年間で比較すると、いずれの施設も「0回」の割合が減少している。1回以上の割合は機能強化型在支診では36.0%から45.3%、在支診では31.3%から36.3%、在支診以外の診療所では25.5%から30.6%、機能強化型在支病では14.3%から31.4%、在支病では0.0%から9.5%にそれぞれ増加している。

図表 159 緊急入院が必要と判断された回数【平成23年4月～9月】

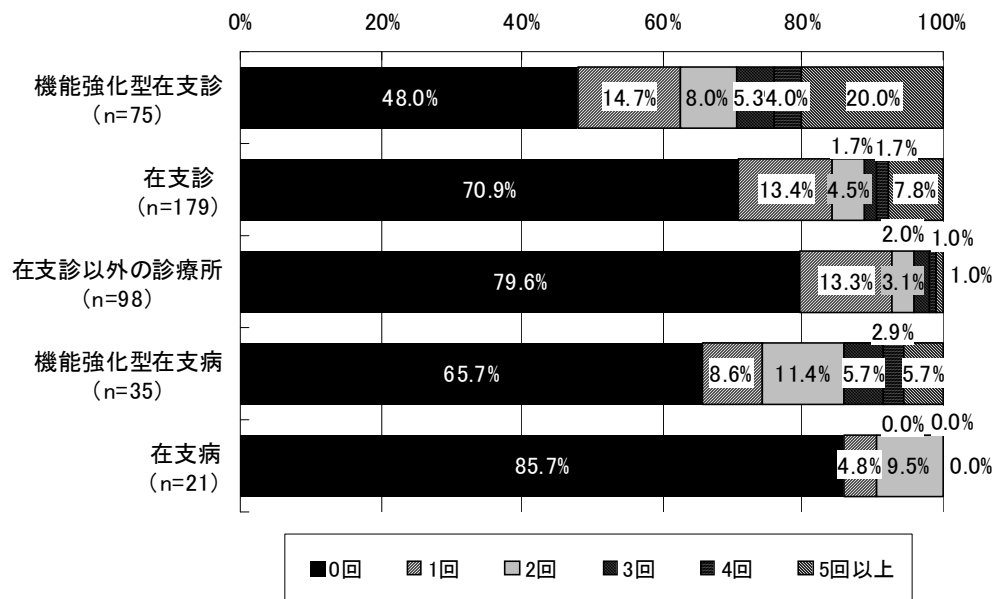


図表 160 緊急入院が必要と判断された回数【平成24年4月～9月】

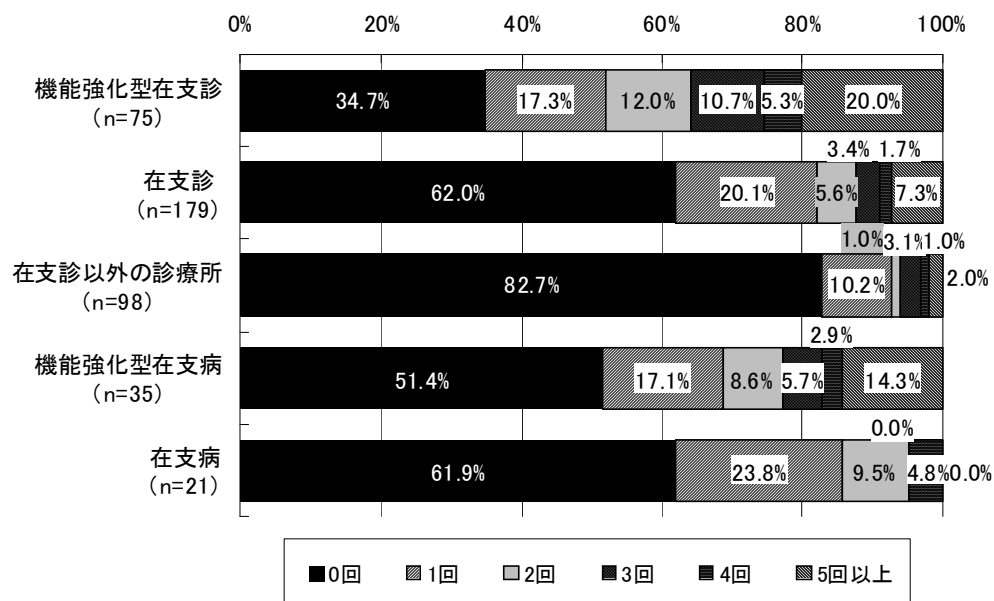


在宅で看取りを行った回数を、平成23年4月～9月の半年間と平成24年4月～9月の半年間で比較すると、多くの施設で「0回」の割合が減少している。1回以上の割合は機能強化型在支診では52.0%から65.3%、在支診では29.1%から38.0%、機能強化型在支病では34.3%から48.6%、在支病では14.3%から38.1%にそれぞれ増加している。一方、在支診以外の診療所では20.4%から17.3%に減少している。

図表 161 在宅で看取りを行った回数【平成23年4月～9月】

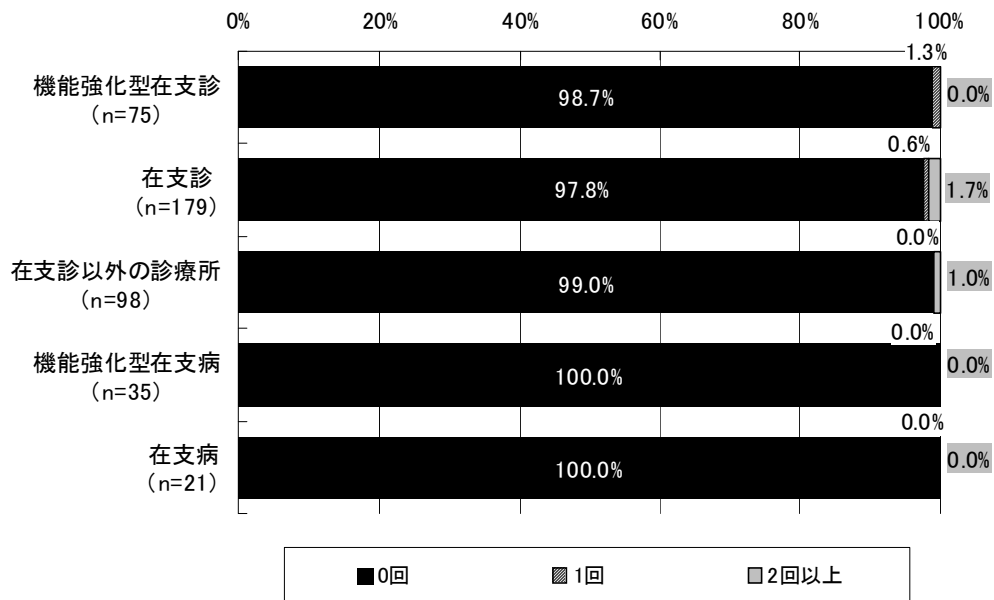


図表 162 在宅で看取りを行った回数【平成24年4月～9月】

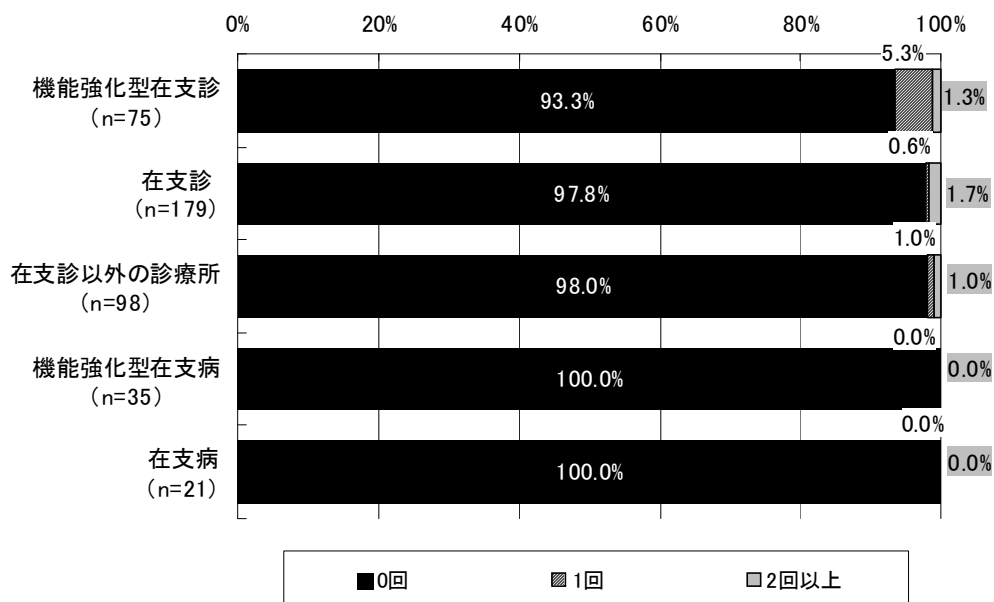


自施設の医師が副主治医として緊急往診した回数を、平成 23 年 4 月～9 月の半年間と平成 24 年 4 月～9 月の半年間で比較すると、機能強化型在支診で「1 回」が 1.3%から 5.3%に、「2 回以上」が 0.0%から 1.3%に増えたが、多くの施設で実績がなかった。

図表 163 自施設の医師が副主治医として緊急往診した回数【平成 23 年 4 月～9 月】



図表 164 自施設の医師が副主治医として緊急往診した回数【平成 24 年 4 月～9 月】



(4) 他の医療機関等との連携状況等

①連携している他の施設・事業所等

1) 連携している他の施設・事業所数

連携している施設・事業所数をみると、機能強化型在支診、機能強化型在支病で連携施設・事業所数が多くなっている。

図表 165 連携している他の施設・事業所数（1施設あたり平均値）

(単位：か所)

	機能強化型在支診	在支診	在支診以外の診療所	機能強化型在支病	在支病
回答施設数	87	204	89	36	23
診療所・病院	4.85	3.38	2.15	11.08	7.35
届出上の在宅療養支援病院	0.94	1.21	0.37	0.15	0.00
届出上の在宅療養支援診療所	1.44	1.65	0.11	3.08	1.00
届出上の機能強化型在宅療養支援病院	0.75	0.26	0.03	0.11	0.00
届出上の機能強化型在宅療養支援診療所	2.91	0.12	0.00	1.82	0.00
訪問看護ステーション	3.38	2.72	1.55	2.66	1.63
届出上の訪問看護ステーション	1.42	1.01	0.26	1.72	0.74
歯科保険医療機関	0.88	0.38	0.40	1.45	1.00
保険薬局	2.75	1.64	0.86	1.17	0.92
居宅介護支援事業所	7.65	3.58	0.77	7.82	6.17
地域包括支援センター	1.89	1.27	0.69	1.88	1.69

図表 166 連携している他の施設・事業所数（連携実績のある施設）

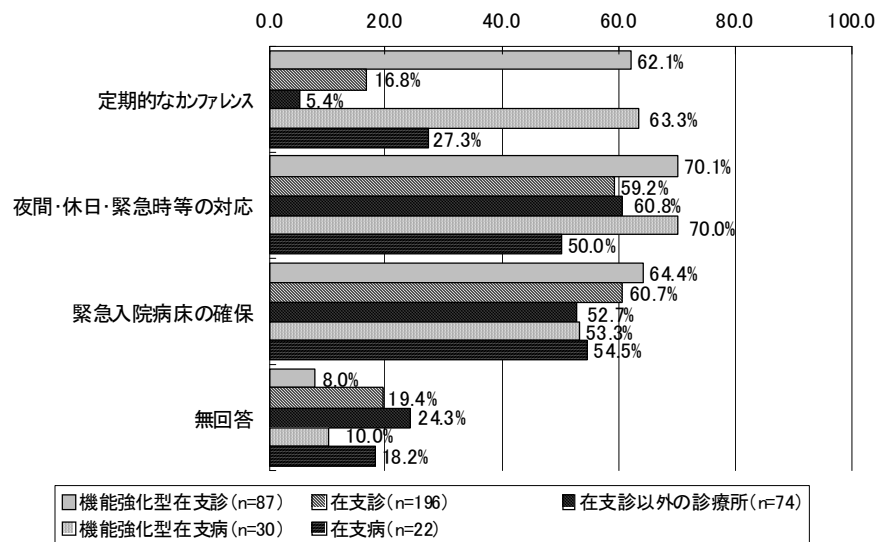
(単位：か所)

	機能強化型在支診	在支診	在支診以外の診療所	機能強化型在支病	在支病
回答施設数	87	196	74	30	22
診療所・病院	4.85	3.52	2.58	13.30	7.68
届出上の在宅療養支援病院	1.76	1.63	2.00	1.00	—
届出上の在宅療養支援診療所	3.25	3.25	1.00	6.15	1.50
届出上の機能強化型在宅療養支援病院	1.39	1.82	1.00	1.00	—
届出上の機能強化型在宅療養支援診療所	3.31	1.80	—	2.55	—
訪問看護ステーション	3.61	2.96	2.09	3.27	2.07
届出上の訪問看護ステーション	2.14	1.73	1.90	2.75	1.75
歯科保険医療機関	2.06	1.26	2.33	3.20	1.50
保険薬局	3.15	2.37	1.73	2.00	1.33
居宅介護支援事業所	9.95	5.12	2.13	9.52	6.53
地域包括支援センター	2.64	1.89	1.42	2.35	2.20

2) 連携の内容等

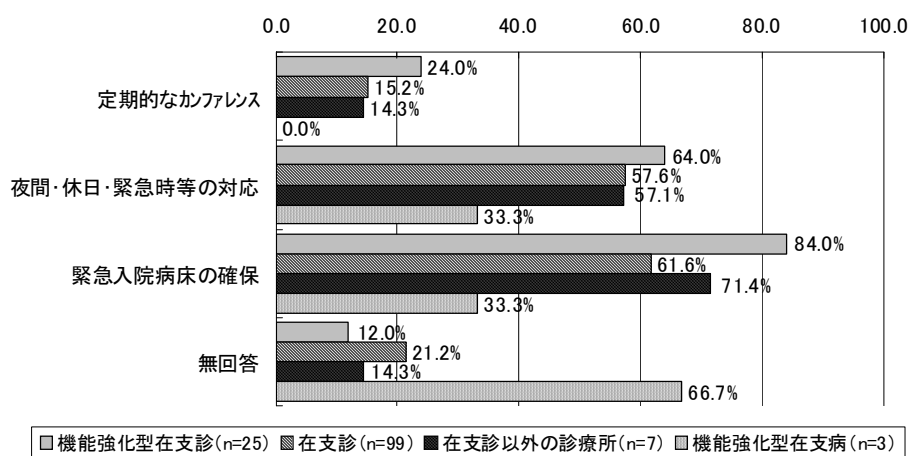
診療所・病院との連携内容をみると、「夜間・休日・緊急時等の対応」や「緊急入院病床の確保」はいずれの施設でも50.0%以上であったが、「定期的なカンファレンス」については機能強化型在支診と機能強化型在支病では60.0%を上回ったものの、他の施設では低い割合となった。

図表 167 連携している施設における連携内容：診療所・病院（複数回答）



届出上の在宅療養支援病院との連携内容をみると、機能強化型在支診では「緊急入院病床の確保」が84.0%で最も多く、次いで「夜間・休日・緊急時等の対応」(64.0%)、「定期的なカンファレンス」(24.0%)となった。

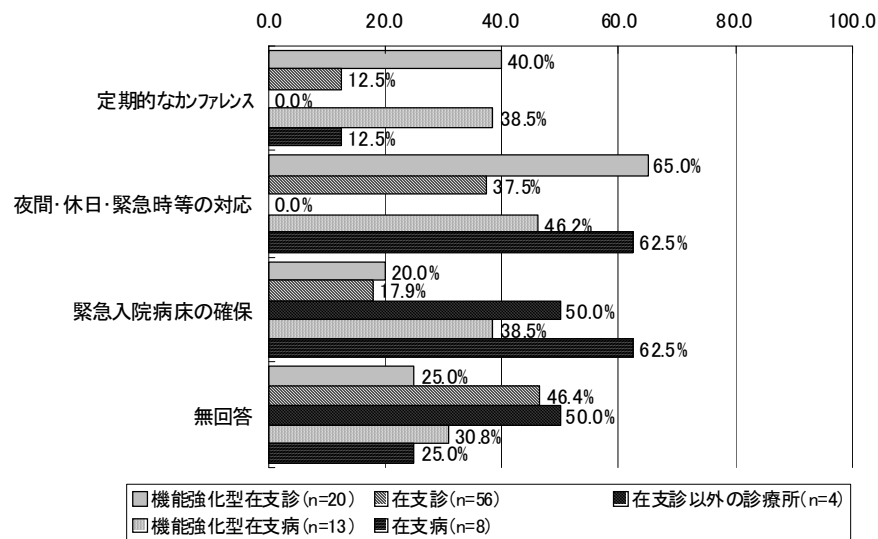
図表 168 連携している施設における連携内容：届出上の在宅療養支援病院（複数回答）



(注) 在支病の回答はなかった。

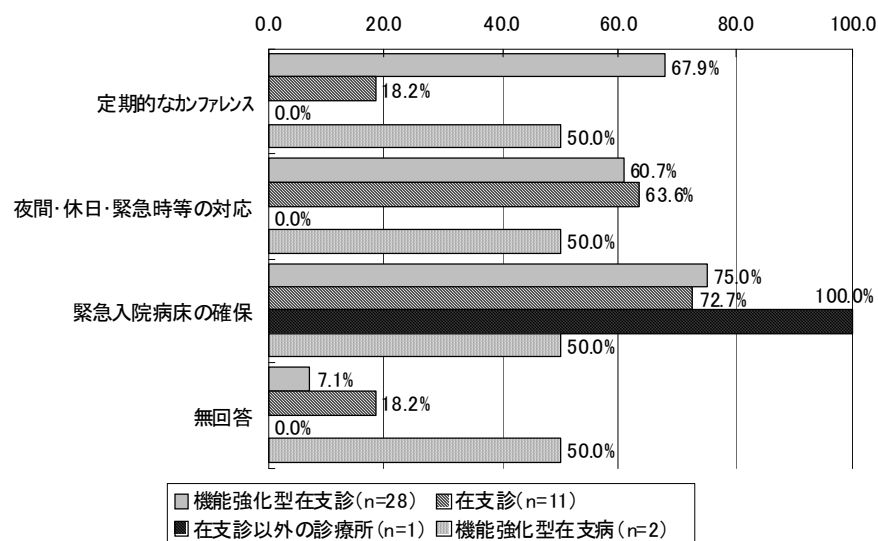
届出上の在宅療養支援診療所との連携内容をみると、機能強化型在支診では「夜間・休日・緊急時等の対応」が 65.0%で最も高く、次いで「定期的なカンファレンス」(40.0%)となった。機能強化型在支病では「夜間・休日・緊急時等の対応」が 46.2%で最も高く、次いで「定期的なカンファレンス」、「緊急入院病床の確保」(いずれも 38.5%)であった。

図表 169 連携している施設における連携内容：届出上の在宅療養支援診療所（複数回答）



届出上の機能強化型在宅療養支援病院との連携内容をみると、機能強化型在支診では「緊急入院病床の確保」が 75.0%で最も高く、次いで「定期的なカンファレンス」(67.9%)、「夜間・休日・緊急時等の対応」(60.7%)であった。

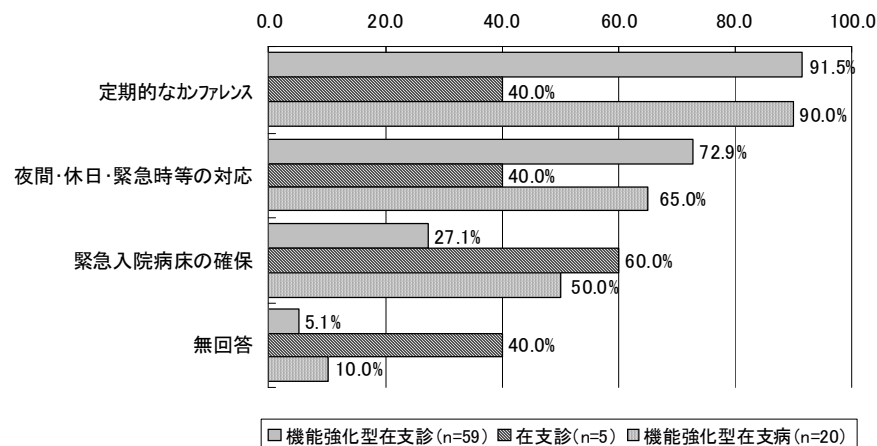
図表 170 連携している施設における連携内容：届出上の機能強化型在宅療養支援病院（複数回答）



(注) 在支病の回答はなかった。

届出上の機能強化型在宅療養支援診療所との連携内容をみると、機能強化型在支診では「定期的なカンファレンス」が91.5%で最も高く、次いで「夜間・休日・緊急時等の対応」(72.9%)となった。機能強化型在支病でも「定期的なカンファレンス」が90.0%で最も高く、次いで「夜間・休日・緊急時等の対応」(65.0%)となった。

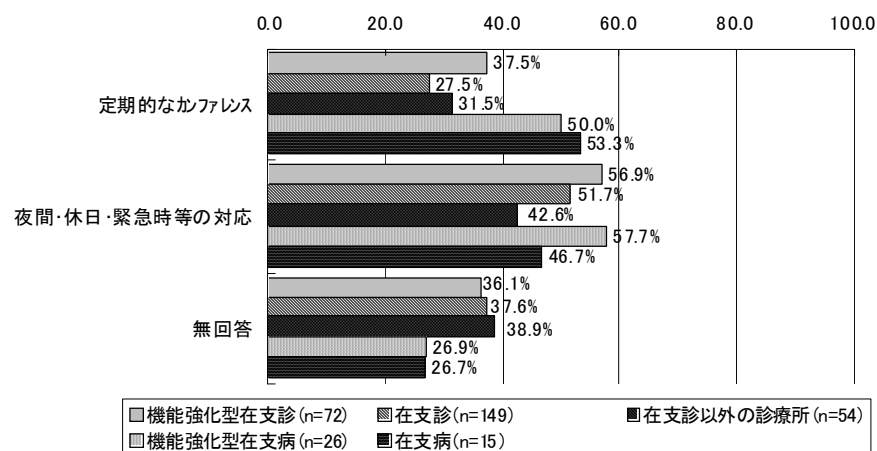
図表 171 連携している施設における連携内容：届出上の機能強化型在宅療養支援診療所
(複数回答)



(注) 在支診以外の診療所、在支病の回答はなかった。

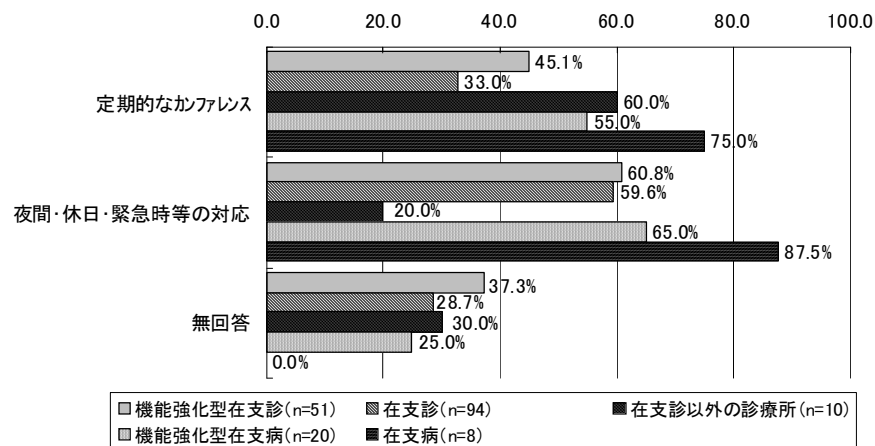
訪問看護ステーションとの連携内容をみると、「定期的なカンファレンス」を挙げた施設の割合は機能強化型在支病と在支病で50.0%を超えたが、機能強化型在支診では37.5%、在支診では27.5%、在支診以外の診療所では31.5%であった。また、「夜間・休日・緊急時等の対応」を挙げた施設の割合は、機能強化型在支病で57.7%、機能強化型在支診で56.9%、在支診で51.7%、在支病で46.7%、在支診以外の診療所で42.6%であった。

図表 172 連携している施設における連携内容：訪問看護ステーション (複数回答)



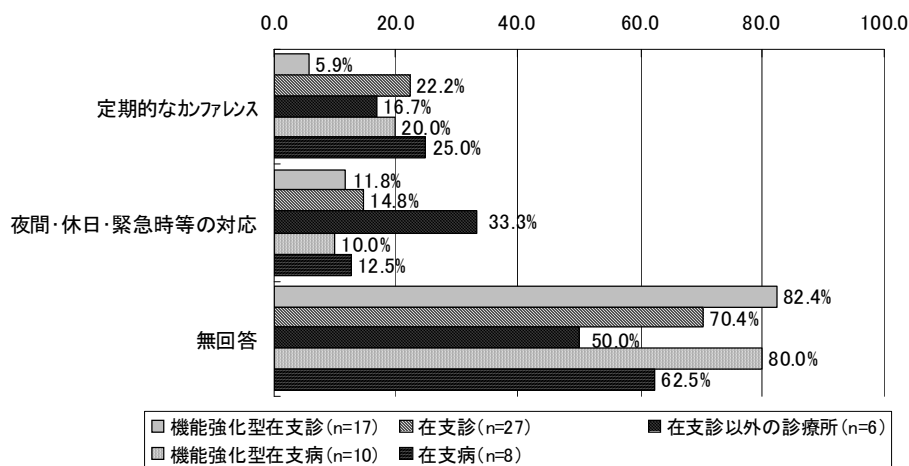
届出上の訪問看護ステーションとの連携内容をみると、機能強化型在支診では「夜間・休日・緊急時等の対応」が 60.8%、「定期的なカンファレンス」が 45.1%であった。また、機能強化型在支病では「夜間・休日・緊急時等の対応」が 65.0%、「定期的なカンファレンス」が 55.0%であった。

図表 173 連携している施設における連携内容：届出上の訪問看護ステーション（複数回答）



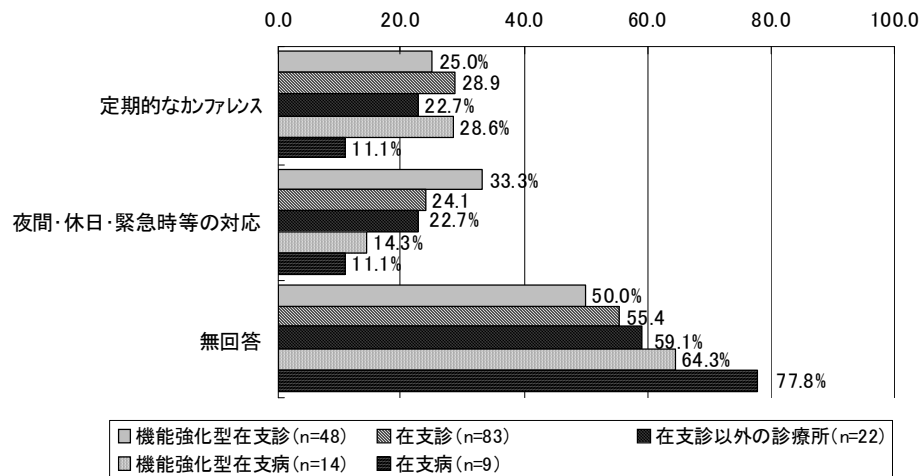
歯科保険医療機関との連携内容をみると、在支診以外の診療所で「夜間・休日・緊急時等の対応」が 33.3%となっているが、他の施設、他の項目はいずれも 3 割未満であった。

図表 174 連携している施設における連携内容：歯科保険医療機関（複数回答）



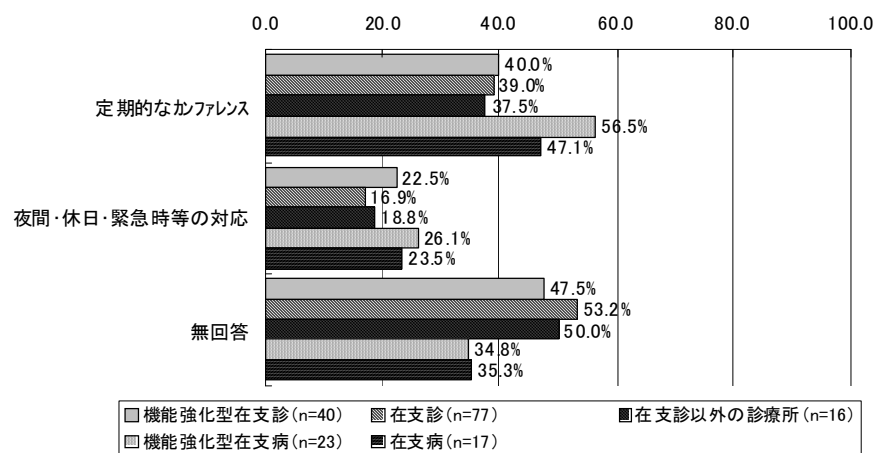
保険薬局との連携内容をみると、機能強化型在支診では「夜間・休日・緊急時等の対応」が33.3%、「定期的なカンファレンス」が25.0%であった。また、機能強化型在支病では「定期的なカンファレンス」が28.6%、「夜間・休日・緊急時等の対応」が14.3%であった。

図表 175 連携している施設における連携内容：保険薬局（複数回答）



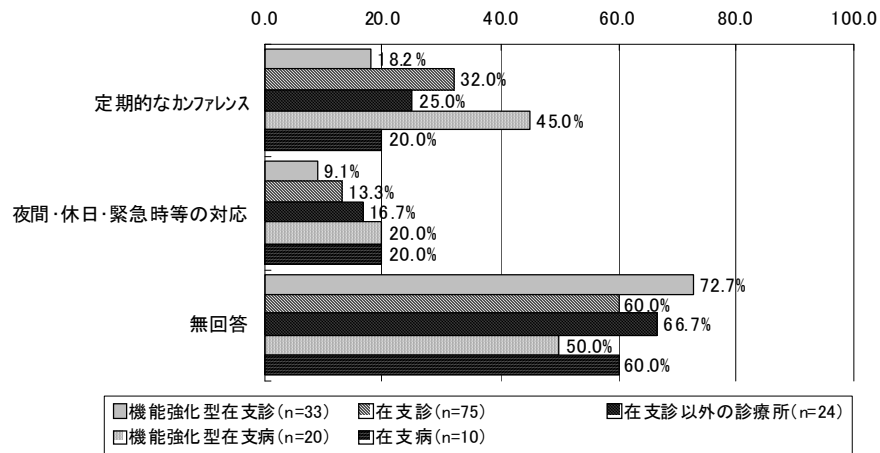
居宅介護支援事業所との連携内容をみると、「定期的なカンファレンス」を挙げた割合は、機能強化型在支診で40.0%、在支診で39.0%、在支診以外の診療所で37.5%、機能強化型在支病で56.5%、在支病で47.1%であった。また、「夜間・休日・緊急時等の対応」を挙げた割合は、機能強化型在支診で22.5%、在支診で16.9%、在支診以外の診療所で18.8%、機能強化型在支病で26.1%、在支病で23.5%であった。

図表 176 連携している施設における連携内容：居宅介護支援事業所（複数回答）



地域包括支援センターとの連携内容をみると、「定期的なカンファレンス」を挙げた割合は、機能強化型在支診で 18.2%、在支診で 32.0%、在支診以外の診療所で 25.0%、機能強化型在支病で 45.0%、在支病で 20.0%であった。また、「夜間・休日・緊急時等の対応」を挙げた割合は、機能強化型在支診で 9.1%、在支診で 13.3%、在支診以外の診療所で 16.7%、機能強化型在支病で 20.0%、在支病で 20.0%であった。

図表 177 連携している施設における連携内容：地域包括支援センター（複数回答）



3) 定期的なカンファレンス（患者の診療情報の共有）の開催数

平成 24 年 9 月 1 か月間における定期的なカンファレンス（患者の診療情報の共有）の回数についてみると、機能強化型在支診では平均 1.5 回（標準偏差 1.1、中央値 1.0）、在支診では平均 2.1 回（標準偏差 3.3、中央値 1.0）、在支診以外の診療所では平均 2.9 回（標準偏差 4.1、中央値 1.0）、機能強化型在支病では平均 3.4 回（標準偏差 6.6、中央値 1.0）、在支病では平均 3.1 回（標準偏差 2.2、中央値 4.0）であった。

図表 178 定期的なカンファレンス（患者の診療情報の共有）の回数
（平成 24 年 9 月 1 か月間）

（単位：回）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	72	1.5	1.1	1.0
在支診	72	2.1	3.3	1.0
在支診以外の診療所	22	2.9	4.1	1.0
機能強化型在支病	31	3.4	6.6	1.0
在支病	15	3.1	2.2	4.0

平成 24 年 9 月 1 か月間における定期的なカンファレンス（患者の診療情報の共有）の 1 回あたりの平均時間についてみると、機能強化型在支診では平均 60.3 分（標準偏差 35.6、中央値 60.0）、在支診では平均 32.9 分（標準偏差 27.3、中央値 30.0）、在支診以外の診療所では平均 28.3 分（標準偏差 22.6、中央値 20.0）、機能強化型在支病では平均 48.5 分（標準偏差 25.2、中央値 40.0）、在支病では平均 19.7 分（標準偏差 10.8、中央値 20.0）であった。

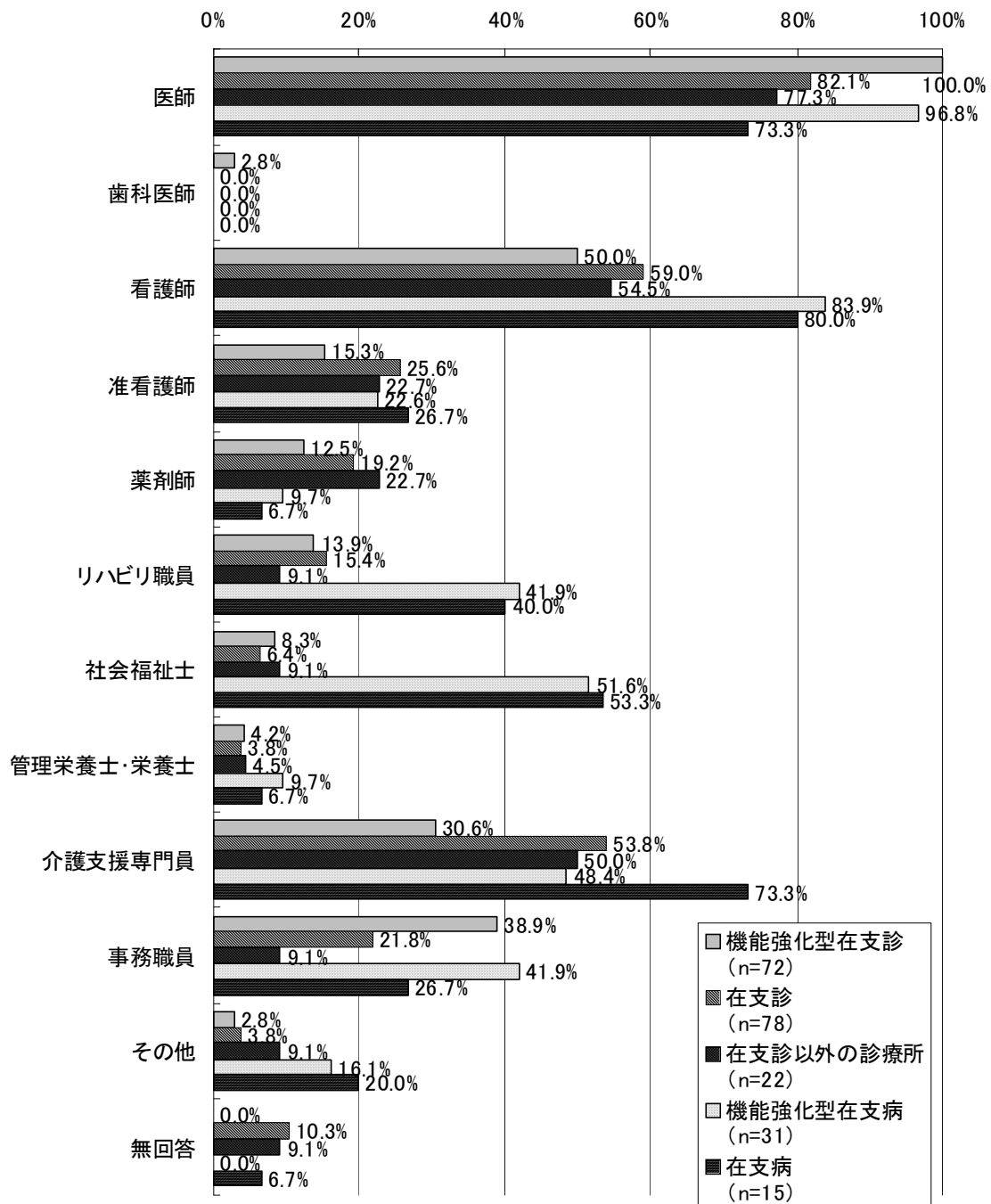
図表 179 定期的なカンファレンスの 1 回あたりの平均時間（平成 24 年 9 月 1 か月間）

（単位：分）

	件数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	72	60.3	35.6	60.0
在支診	70	32.9	27.3	30.0
在支診以外の診療所	20	28.3	22.6	20.0
機能強化型在支病	31	48.5	25.2	40.0
在支病	15	19.7	10.8	20.0

定期的なカンファレンスの出席者（自施設+連携施設）をみると、「医師」の割合は機能強化型在支診では 100.0%、機能強化型在支病では 96.8%となった。「看護師」、「リハビリ職員」、「社会福祉士」については病院で診療所よりも割合が高かった。在支病では、他の施設と比較して「介護支援専門員」の割合が高かった。

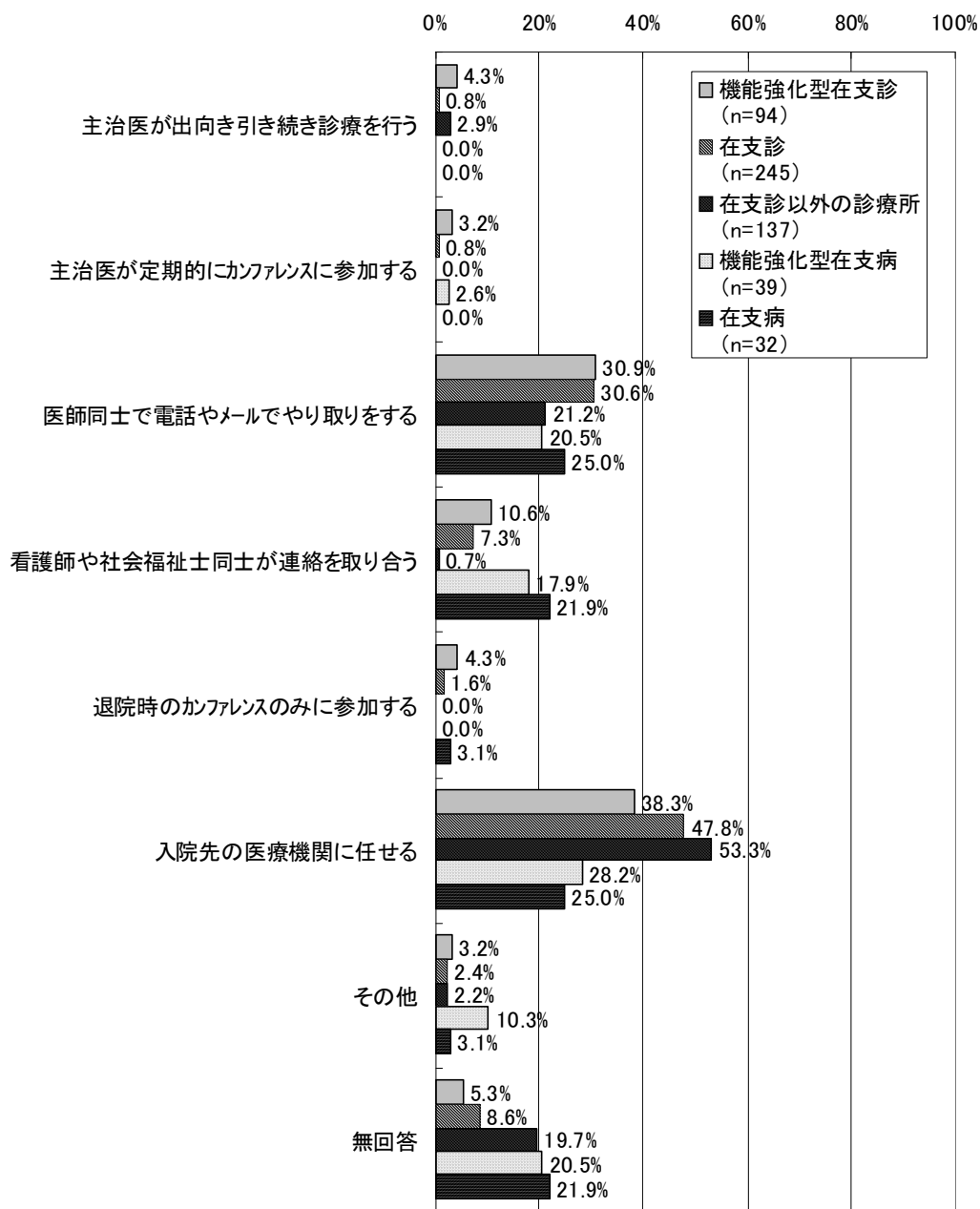
図表 180 定期的なカンファレンスの出席者（自施設+連携施設）（複数回答）



②患者が連携医療機関に緊急入院した場合の、連携医療機関や患者との関わり方

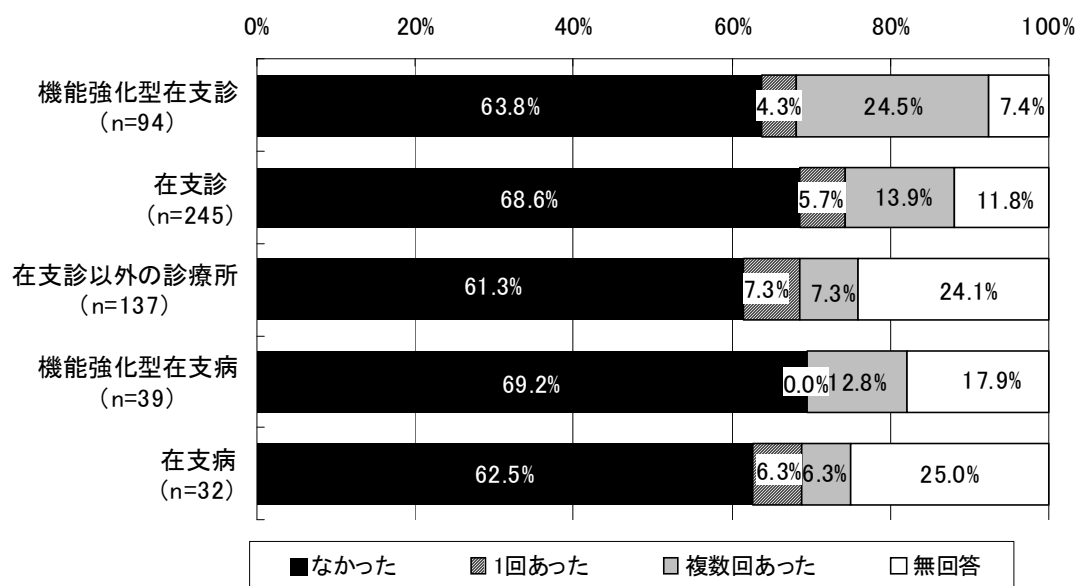
患者が連携医療機関に緊急入院した場合の、連携医療機関や患者との関わり方についてみると、「入院先の医療機関に任せる」、「医師同士で電話やメールでやり取りをする」の割合が高かった。「主治医が出向き引き続き診療を行う」、「主治医が定期的にカンファレンスに参加する」については、最も割合が高かった機能強化型在支診でも、それぞれ4.3%、3.2%に過ぎなかった。

図表 181 患者が連携医療機関に緊急入院した場合の、連携医療機関や患者との関わり方（単数回答）



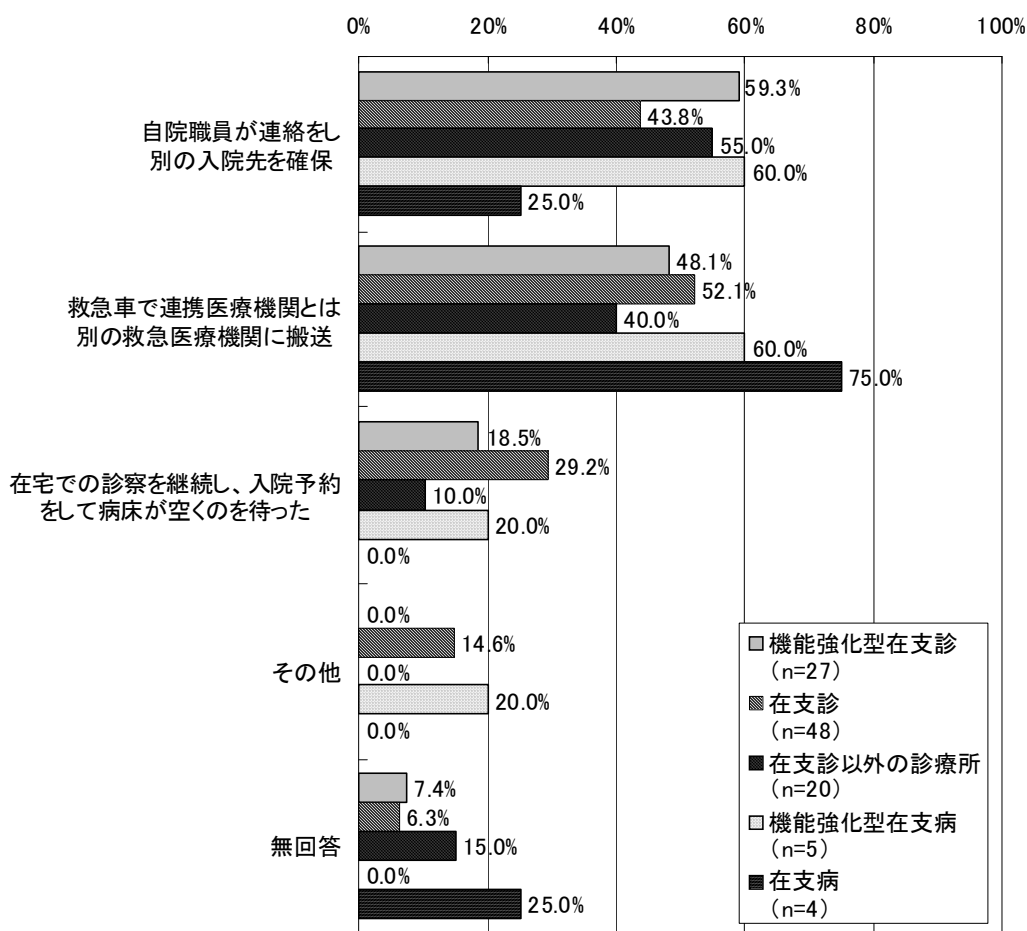
平成 24 年 4 月以降、在宅患者を連携医療機関に入院させようとして入院できなかった経験の有無についてみると、機能強化型在支診では 24.5%、在支診では 13.9%、在支診以外の診療所では 7.3%、機能強化型在支病では 12.8%、在支病では 6.3%が「複数回あった」と回答している。また、「1 回あった」という回答も、機能強化型在支診では 4.3%、在支診では 5.7%、在支診以外の診療所では 7.3%、在支病では 6.3%となった。

図表 182 平成 24 年 4 月以降、在宅患者を連携医療機関に緊急入院させようとして入院できなかった経験の有無



平成 24 年 4 月以降、在宅患者を連携医療機関に入院させようとして入院できなかったときの対応についてみると、機能強化型在支診では「自院職員が連絡をし別の入院先を確保」(59.3%) が最も多く、在支診では「救急車で連携医療機関とは別の救急医療機関に搬送」(52.1%)、在支診以外の診療所では「自院職員が連絡をし別の入院先を確保」(55.0%)、機能強化型在支病では「自院職員が連絡をし別の入院先を確保」、「救急車で連携医療機関とは別の救急医療機関に搬送」(それぞれ 60.0%)、在支病では「救急車で連携医療機関とは別の救急医療機関に搬送」(75.0%) が最も多かった。

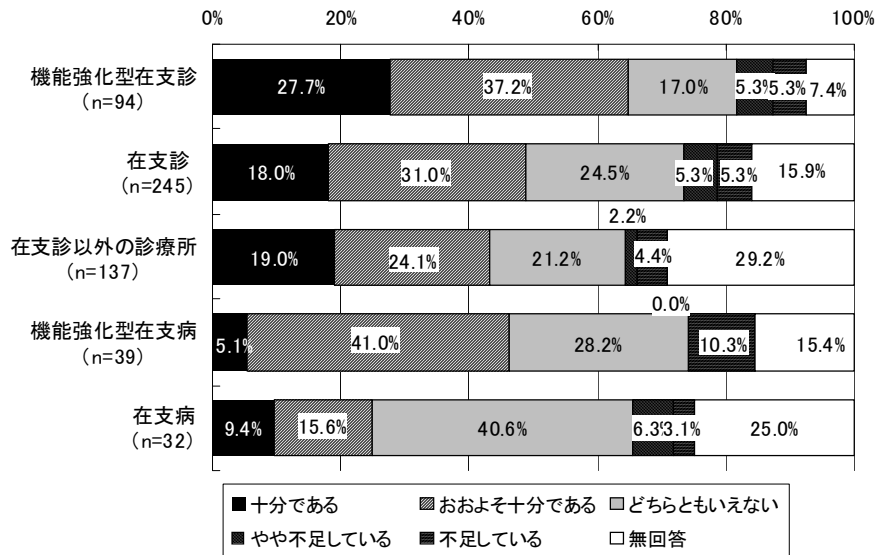
図表 183 平成 24 年 4 月以降、在宅患者を連携医療機関に緊急入院させようとして入院できなかったときの対応 (複数回答)



③連携の充足感

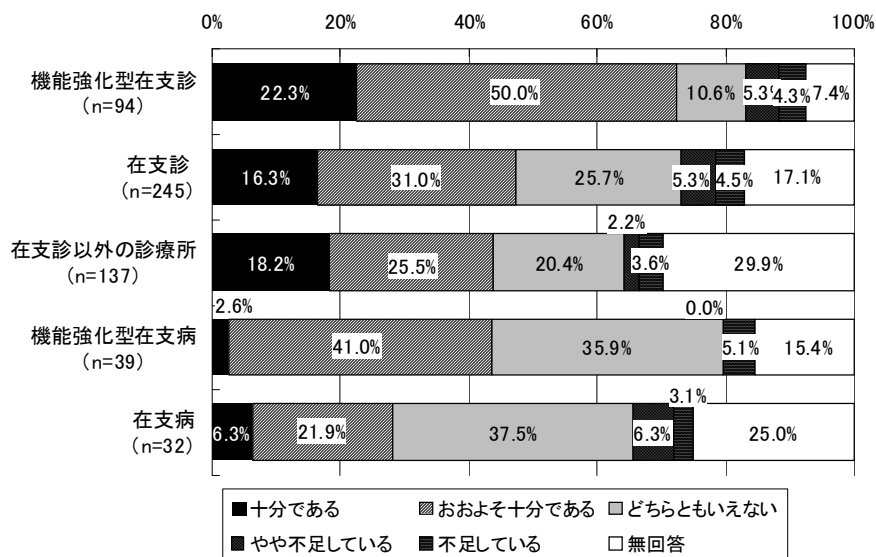
医療機関の連携数の充足感についてみると、「十分である」、「おおよそ十分である」を合わせた割合は、機能強化型在支診が 64.9%、在支診が 49.0%、在支診以外の診療所が 43.1%、機能強化型在支病が 46.1%、在支病が 25.0%であった。在支病では「どちらともいえない」が 40.6%で高かった。

図表 184 連携の充足感：医療機関の連携数



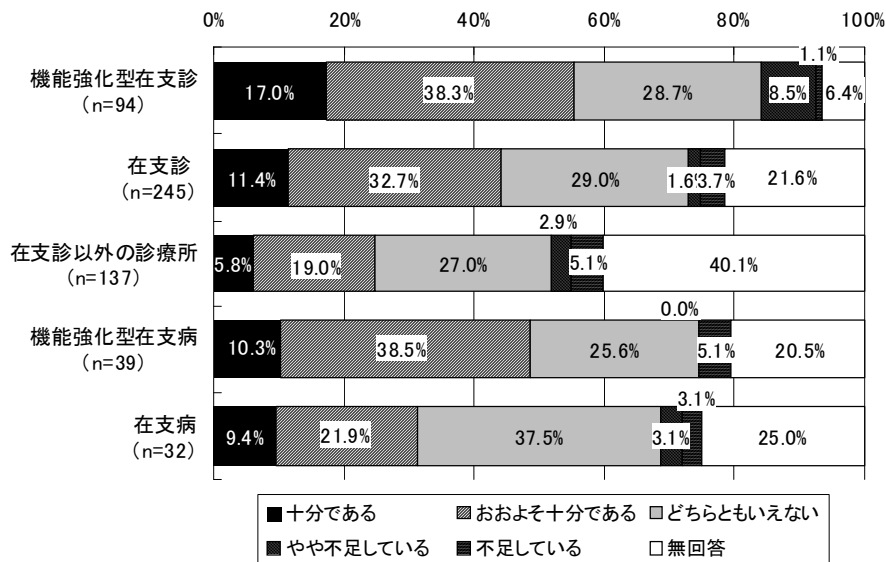
医療機関の連携内容の充足感についてみると、「十分である」、「おおよそ十分である」を合わせた割合は、機能強化型在支診が 72.3%、在支診が 47.3%、在支診以外の診療所が 43.7%、機能強化型在支病が 43.6%、在支病が 28.2%であった。機能強化型在支病、在支病では、「どちらともいえない」がそれぞれ 35.9%、37.5%であった。

図表 185 連携の充足感：医療機関の連携内容



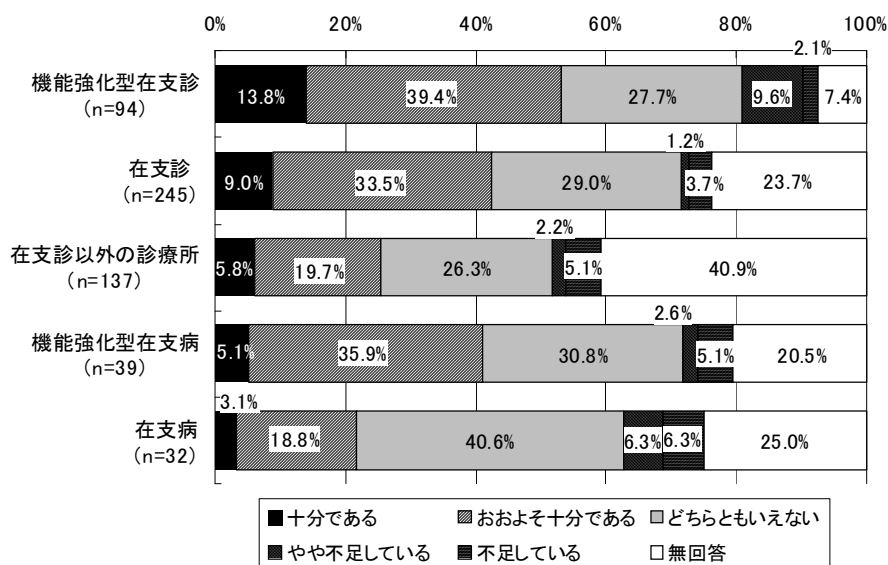
居宅介護支援事業所との連携数の充足感についてみると、「十分である」、「おおよそ十分である」を合わせた割合は、機能強化型在支診が 55.3%、在支診が 44.1%、在支診以外の診療所が 24.8%、機能強化型在支病が 48.8%、在支病が 31.3%であった。

図表 186 連携の充足感：居宅介護支援事業所との連携数



居宅介護支援事業所との連携内容の充足感についてみると、「十分である」、「おおよそ十分である」を合わせた割合は、機能強化型在支診が 53.2%、在支診が 42.5%、在支診以外の診療所が 25.5%、機能強化型在支病が 41.0%、在支病が 21.9%であった。

図表 187 連携の充足感：居宅介護支援事業所との連携内容

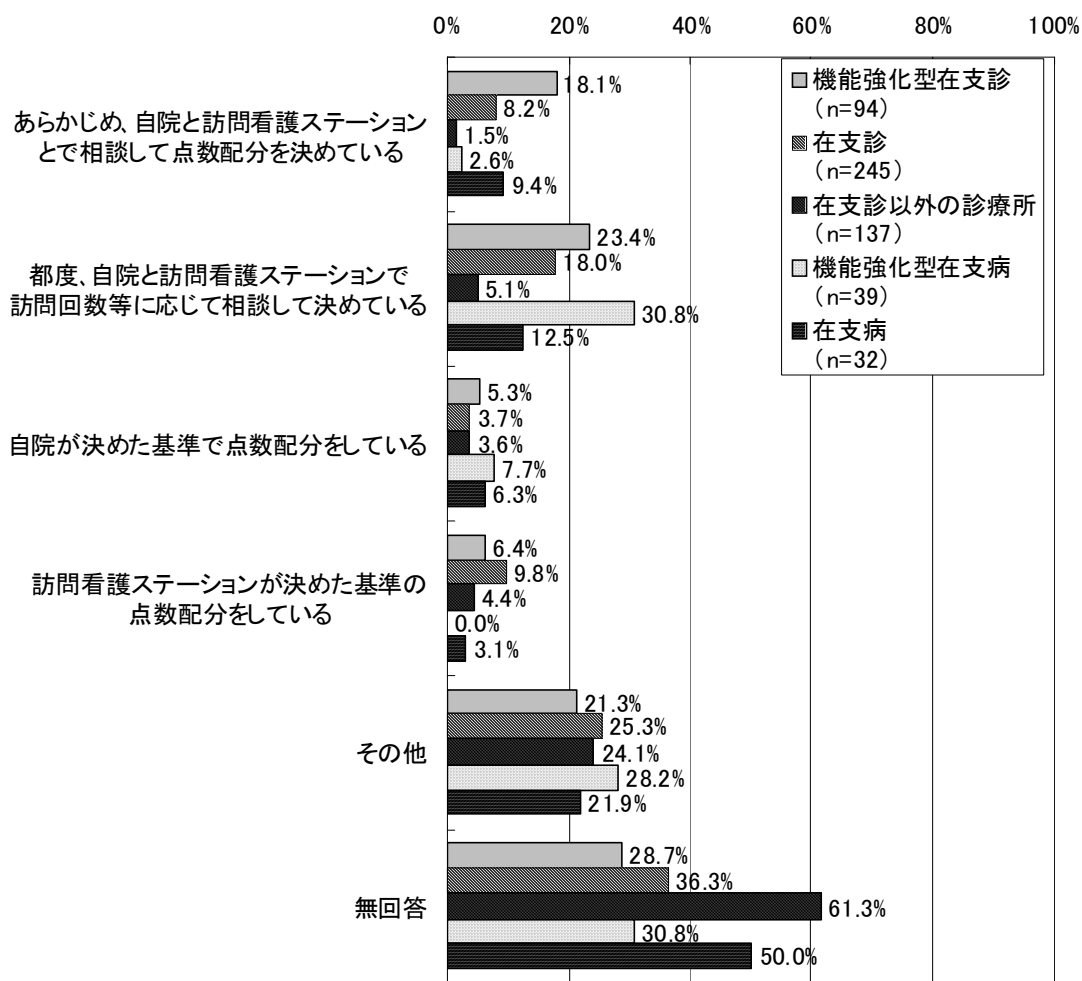


④連携している施設・事業所との報酬配分の取り決め

1) 連携している訪問看護ステーション等との報酬配分方法

連携している訪問看護ステーション等との報酬配分方法についてみると、いずれの施設においても「都度、自院と訪問看護ステーションで訪問回数等に応じて相談して決めていく」という回答が最も多かった。

図表 188 連携している訪問看護ステーションとの報酬配分方法（複数回答）

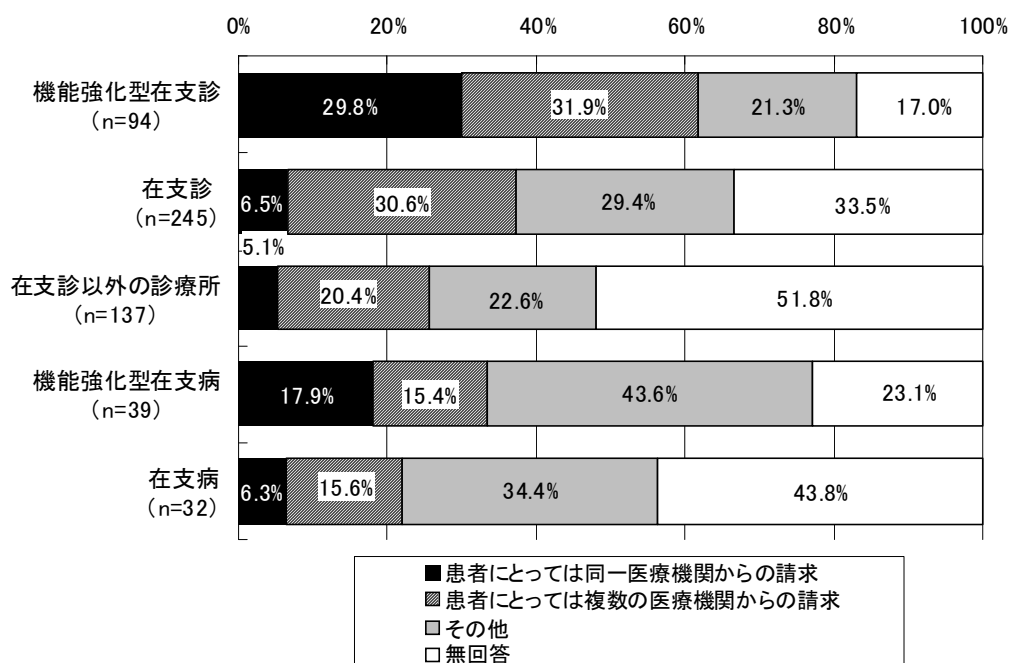


(注) 「在宅がん医療総合診療料」のように医療機関が一括して算定し、訪問看護ステーションに点数配分する必要がある場合の対応方法について尋ねた質問。

2) 連携している医療機関との報酬配分方法

連携している医療機関との報酬配分方法についてみると、機能強化型在支診では「患者にとっては複数の医療機関からの請求」(31.9%)が最も多く、次いで「患者にとっては同一医療機関からの請求」(29.8%)であった。在支診、在支診以外の診療所では「患者にとっては複数の医療機関からの請求」が最も多く、それぞれ30.6%、20.4%であった。機能強化型在支病では「患者にとっては同一医療機関からの請求」(17.9%)が最も多く、次いで「患者にとっては複数の医療機関からの請求」(15.4%)であった。在支病では「患者にとっては複数の医療機関からの請求」(15.6%)が最も多かった。

図表 189 連携している医療機関との報酬配分方法



(注)・調査票での質問は「主治医として在宅医療を行っている患者について、当該医師の不在時の対応として、連携している医療機関の医師が当該患者の看取りを行った場合、連携している医療機関との間で「看取り加算」の配分をどのように行うかを尋ねた。

・凡例の詳細は以下のとおり。

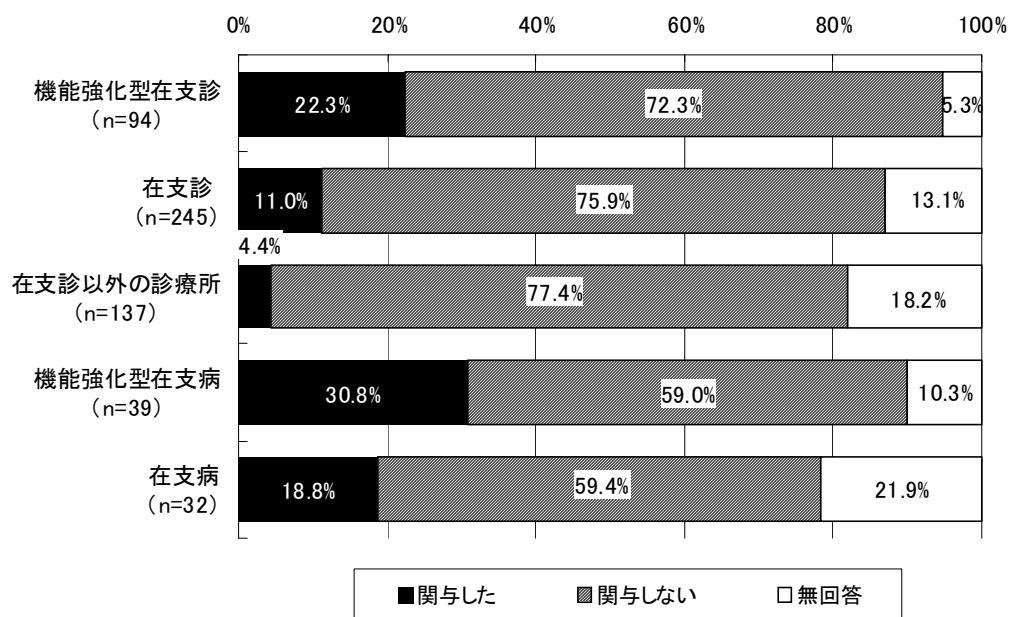
「患者にとっては同一医療機関からの請求」:「自院が『看取り加算』等診療報酬を請求し、看取りを行った連携医療機関の医師は自院の非常勤医師として報酬を得ている」

「患者にとっては複数の医療機関からの請求となる」:「看取りを実際に行った連携医療機関が診療報酬を請求している」

⑤退院調整への関与の状況等

平成 24 年 4 月以降、他の施設に入院中の患者に対しての退院調整への関与の有無についてみると、「関与した」という回答割合は機能強化型在支病が 30.8%で最も高く、次いで機能強化型在支診（22.3%）、在支病（18.8%）、在支診（11.0%）、在支診以外の診療所（4.4%）であった。

図表 190 平成 24 年 4 月以降、他の施設に入院中の患者に対しての退院調整への関与の有無



平成 24 年 4 月～9 月における、他の施設に入院中の患者に対する退院調整で関与した患者数は、機能強化型在支診では平均 11.5 人（標準偏差 15.7、中央値 5.0）、在支診では平均 4.3 人（標準偏差 6.0、中央値 2.0）、在支診以外の診療所では平均 2.0 人（標準偏差 1.2、中央値 2.0）、機能強化型在支病では平均 19.1 人（標準偏差 34.4、中央値 4.0）、在支病では平均 105.3 人（標準偏差 100.0、中央値 60.0）であった。このうち、入院前から自施設で在宅医療を提供していた患者数は、機能強化型在支診では平均 2.8 人（標準偏差 3.5、中央値 1.0）、在支診では平均 1.6 人（標準偏差 1.6、中央値 1.0）、在支診以外の診療所では平均 1.0 人（標準偏差 1.2、中央値 1.0）、機能強化型在支病では平均 3.8 人（標準偏差 6.7、中央値 0.0）、在支病では平均 9.0 人（標準偏差 5.6、中央値 10.0）であった。入院前は自施設で在宅医療を手供していなかった患者数は、機能強化型在支診では平均 7.7 人（標準偏差 11.9、中央値 3.0）、在支診では平均 2.7 人（標準偏差 5.0、中央値 1.0）、在支診以外の診療所では平均 0.8 人（標準偏差 0.5、中央値 1.0）、機能強化型在支病では平均 15.3 人（標準偏差 33.8、中央値 2.0）、在支病では平均 96.3 人（標準偏差 96.2、中央値 57.0）であった

図表 191 他の施設に入院中の患者に対する退院調整で関与した患者数
（平成 24 年 4 月～9 月）

（他の施設に入院中の患者に対する退院調整へ関与したことがある施設）

（単位：人）

		機能強化型 在支診	在支診	在支診 以外の 診療所	機能強化型 在支病	在支病
回答施設数		19	27	4	10	3
退院調整に関与した患者数合計	平均値	11.5	4.3	2.0	19.1	105.3
	標準偏差	15.7	6.0	1.2	34.4	100.0
	中央値	5.0	2.0	2.0	4.0	60.0
（うち）入院前から自施設で在宅医療を提供していた患者数	平均値	2.8	1.6	1.0	3.8	9.0
	標準偏差	3.5	1.6	1.2	6.7	5.6
	中央値	1.0	1.0	1.0	0.0	10.0
（うち）入院前は自施設で在宅医療を提供していなかった患者数	平均値	7.7	2.7	0.8	15.3	96.3
	標準偏差	11.9	5.0	0.5	33.8	96.2
	中央値	3.0	1.0	1.0	2.0	57.0

⑥各診療報酬項目の算定患者数等

平成 24 年 9 月 1 か月間における、退院時共同指導料 1 の算定患者数についてみると、機能強化型在支診では平均 1.89 人（標準偏差 3.62、中央値 0.00）、在支診では平均 0.22 人（標準偏差 0.51、中央値 0.00）、在支診以外の診療所では平均 0.50 人（標準偏差 1.22、中央値 0.00）、機能強化型在支病では平均 0.18 人（標準偏差 0.40、中央値 0.00）、在支病では平均 0.80 人（標準偏差 1.30、中央値 0.00）であった。

実績のある施設に限定してみると、機能強化型在支診では平均 4.00 人（標準偏差 4.47、中央値 2.00）、在支診では平均 1.20 人（標準偏差 0.45、中央値 1.00）、在支病では平均 2.00 人（標準偏差 1.41、中央値 2.00）であった。

図表 192 退院時共同指導料 1（平成 24 年 9 月 1 か月分）

	施設数	算定患者数(人)			算定回数(回)		
		平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	19	1.89	3.62	0.00	1.89	3.62	0.00
在支診	27	0.22	0.51	0.00	0.22	0.51	0.00
在支診以外の診療所	6	0.50	1.22	0.00	0.50	1.22	0.00
機能強化型在支病	11	0.18	0.40	0.00	0.18	0.40	0.00
在支病	5	0.80	1.30	0.00	0.80	1.30	0.00

図表 193 退院時共同指導料 1（平成 24 年 9 月 1 か月分）（実績のある施設）

	施設数	算定患者数(人)			算定回数(回)		
		平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	9	4.00	4.47	2.00	4.00	4.47	2.00
在支診	5	1.20	0.45	1.00	1.20	0.45	1.00
在支診以外の診療所	1	3.00	-	3.00	3.00	-	3.00
機能強化型在支病	2	1.00	-	1.00	1.00	-	1.00
在支病	2	2.00	1.41	2.00	2.00	1.41	2.00

平成 24 年 9 月 1 か月間における、特別管理指導加算の算定患者数についてみると、機能強化型在支診では平均 0.21 人（標準偏差 0.54、中央値 0.00）であった。

実績のある施設に限定してみると、機能強化型在支診では平均 1.33 人（標準偏差 0.58、中央値 1.00）であった。

図表 194 特別管理指導加算（平成 24 年 9 月 1 か月分）

	施設数	算定患者数(人)			算定回数(回)		
		平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	19	0.21	0.54	0.00	0.21	0.54	0.00
在支診	27	0.00	-	0.00	0.00	-	0.00
在支診以外の診療所	6	0.00	-	0.00	0.00	-	0.00
機能強化型在支病	11	0.00	-	0.00	0.00	-	0.00
在支病	5	0.00	-	0.00	0.00	-	0.00

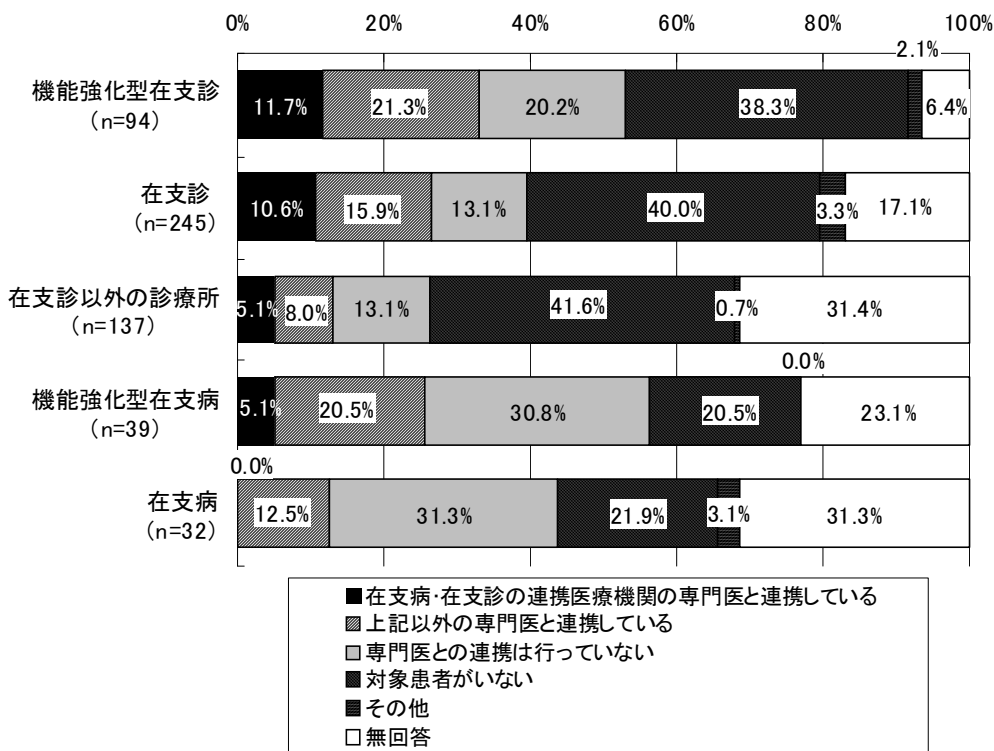
図表 195 特別管理指導加算（平成 24 年 9 月 1 か月分）（実績のある施設）

	施設数	算定患者数(人)			算定回数(回)		
		平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	3	1.33	0.58	1.00	1.33	0.58	1.00

⑦専門医との連携状況等

悪性新生物について専門医との連携状況等をみると、「在支病・在支診の連携医療機関の専門医と連携している」と「上記以外の専門医と連携している」を合わせた連携している割合は、機能強化型在支診では33.0%、在支診では26.5%、在支診以外の診療所では13.1%、機能強化型在支病では25.6%、在支病12.5%であった。

図表 196 専門医との連携状況等：悪性新生物



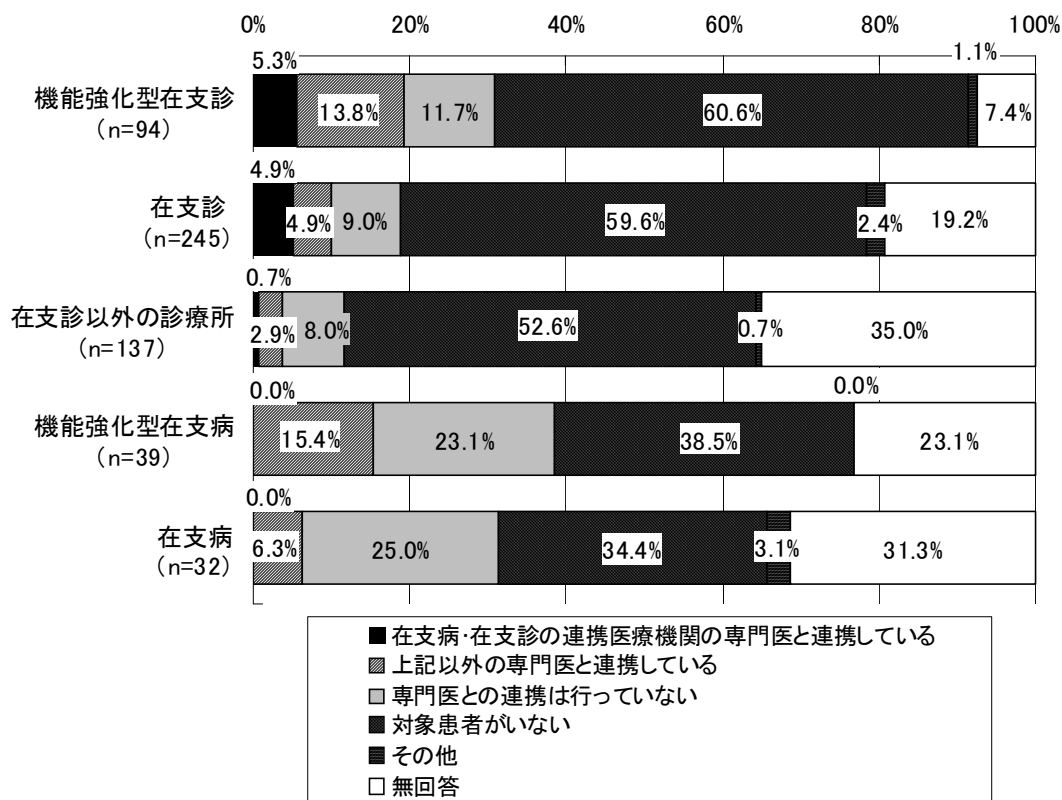
平成24年9月1か月間の悪性新生物における専門医と連携して対応した患者数についてみると、機能強化型在支診では平均4.6人（標準偏差5.6、中央値2.0）、在支診では平均2.3人（標準偏差2.6、中央値1.0）、在支診以外の診療所では平均1.8人（標準偏差1.5、中央値1.0）、機能強化型在支病では平均4.2人（標準偏差4.1、中央値2.5）であった。

図表 197 専門医と連携して対応した患者数（平成24年9月1か月間）：悪性新生物
(単位：人)

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	20	4.6	5.6	2.0
在支診	39	2.3	2.6	1.0
在支診以外の診療所	13	1.8	1.5	1.0
機能強化型在支病	6	4.2	4.1	2.5
在支病	1	3.0	—	3.0

難治性皮膚疾患について専門医との連携状況等をみると、「在支病・在支診の連携医療機関の専門医と連携している」と「上記以外の専門医と連携している」を合わせた連携している割合は、機能強化型在支診では 19.1%、在支診では 9.8%、在支診以外の診療所では 3.6%、機能強化型在支病では 15.4%、在支病 6.3%であった。

図表 198 専門医との連携状況等：難治性皮膚疾患



平成 24 年 9 月 1 か月間の難治性皮膚疾患における専門医と連携して対応した患者数についてみると、機能強化型在支診では平均 3.4 人（標準偏差 3.8、中央値 2.0）、在支診では平均 2.1 人（標準偏差 1.6、中央値 1.0）、在支診以外の診療所では平均 1.2 人（標準偏差 0.4、中央値 1.0）であった。

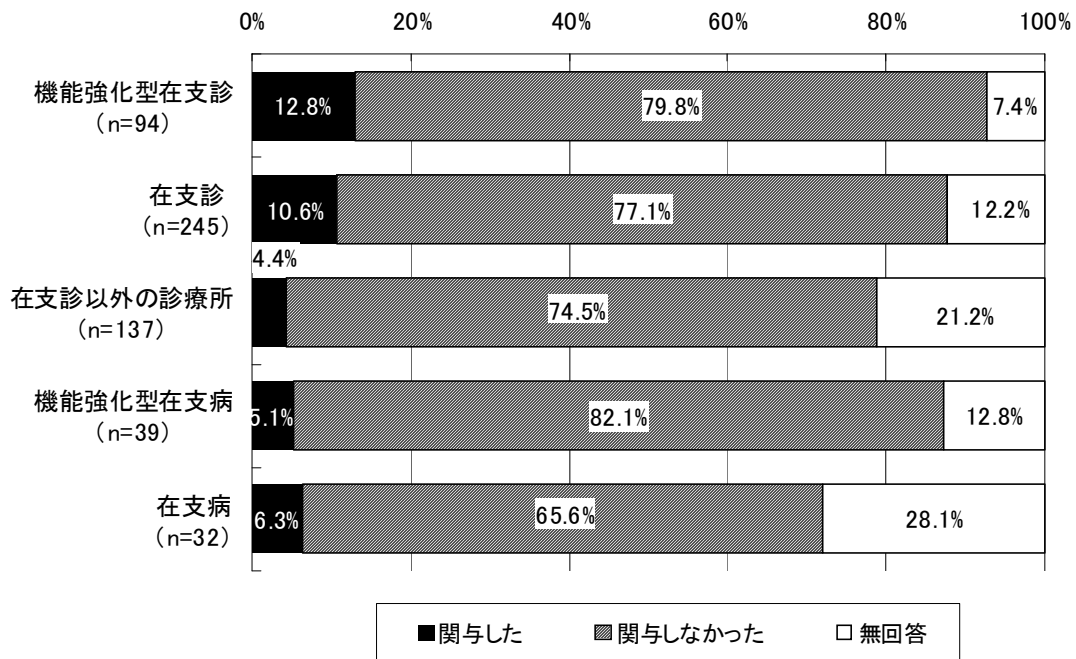
図表 199 専門医と連携して対応した患者数（平成 24 年 9 月 1 か月間）：難治性皮膚疾患

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	8	3.4	3.8	2.0
在支診	8	2.1	1.6	1.0
在支診以外の診療所	5	1.2	0.4	1.0
機能強化型在支病	4	1.0	—	1.0
在支病	0	—	—	—

⑧在宅医療提供患者の他医療機関入院時の治療方針への関与状況等

在宅医療提供患者の他医療機関入院時の治療方針への関与状況等についてみると、「関与した」は機能強化型在支診で12.8%と最も高く、次いで在支診（10.6%）、在支病（6.3%）、機能強化型在支病（5.1%）、在支診以外の診療所（4.4%）であった。

図表 200 在宅医療提供患者の他医療機関入院時の治療方針への関与状況等



在宅医療を提供していた患者で、他の医療機関での入院中に継続して関与した患者数についてみると、機能強化型在支診では平均 12.2 人（標準偏差 24.1、中央値 4.0）、在支診では平均 3.7 人（標準偏差 4.1、中央値 2.0）、在支診以外の診療所では平均 5.7 人（標準偏差 9.6、中央値 1.0）であった。

このうち、他の医療機関から退院した患者数についてみると、機能強化型在支診では平均 10.7 人（標準偏差 20.4、中央値 3.5）、在支診では平均 3.2 人（標準偏差 3.5、中央値 1.0）、在支診以外の診療所では平均 5.6 人（標準偏差 8.2、中央値 1.0）であった。

さらにこのうち、再び自施設で在宅医療を提供した患者数についてみると、機能強化型在支診では平均 12.8 人（標準偏差 22.6、中央値 5.0）、在支診では平均 3.0 人（標準偏差 3.2、中央値 1.0）、在支診以外の診療所では平均 1.7 人（標準偏差 1.2、中央値 1.0）であった。

図表 201 他医療機関入院中に治療方針等に関与した患者数等
（平成 24 年 4 月～9 月、実績のある施設）

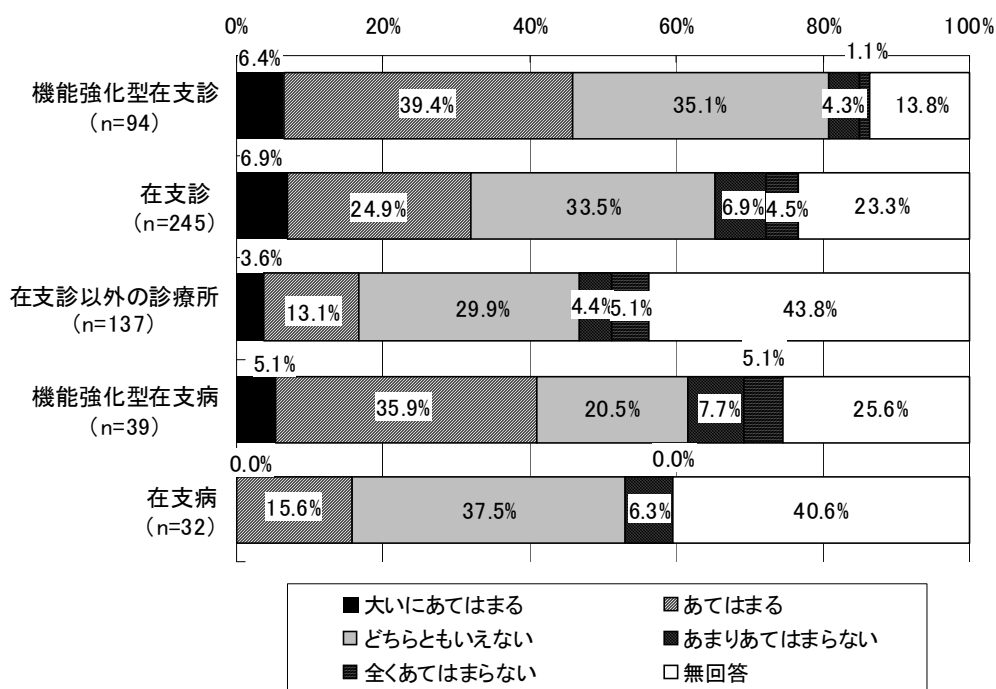
（単位：人）

		機能強化型 在支診	在支診	在支診 以外の 診療所	機能強化型 在支病	在支病
1) 在宅医療を提供していた患者で、他の医療機関での入院中に継続して関与した患者数	施設数	10	24	6	2	1
	平均値	12.2	3.7	5.7	10.0	1.0
	標準偏差	24.1	4.1	9.6		
	中央値	4.0	2.0	1.0	10.0	1.0
2) 上記 1) のうち他の医療機関から退院した患者数	施設数	10	23	5	2	1
	平均値	10.7	3.2	5.6	8.0	1.0
	標準偏差	20.4	3.5	8.2	2.8	
	中央値	3.5	1.0	1.0	8.0	1.0
3) 上記 2) のうち再び自施設で在宅医療を提供した患者数	施設数	8	20	3	2	1
	平均値	12.8	3.0	1.7	7.0	1.0
	標準偏差	22.6	3.2	1.2	4.2	
	中央値	5.0	1.0	1.0	7.0	1.0

⑨他の医療機関等との連携による効果等

他の医療機関等との連携による効果として、患者の在宅医療への移行がスムーズになったかを尋ねたところ、「大いにあてはまる」、「あてはまる」を合わせた割合は、機能強化型在支診では 45.8%、在支診では 31.8%、在支診以外の診療所では 16.7%、機能強化型在支病では 41.0%、在支病では 15.6%であった。

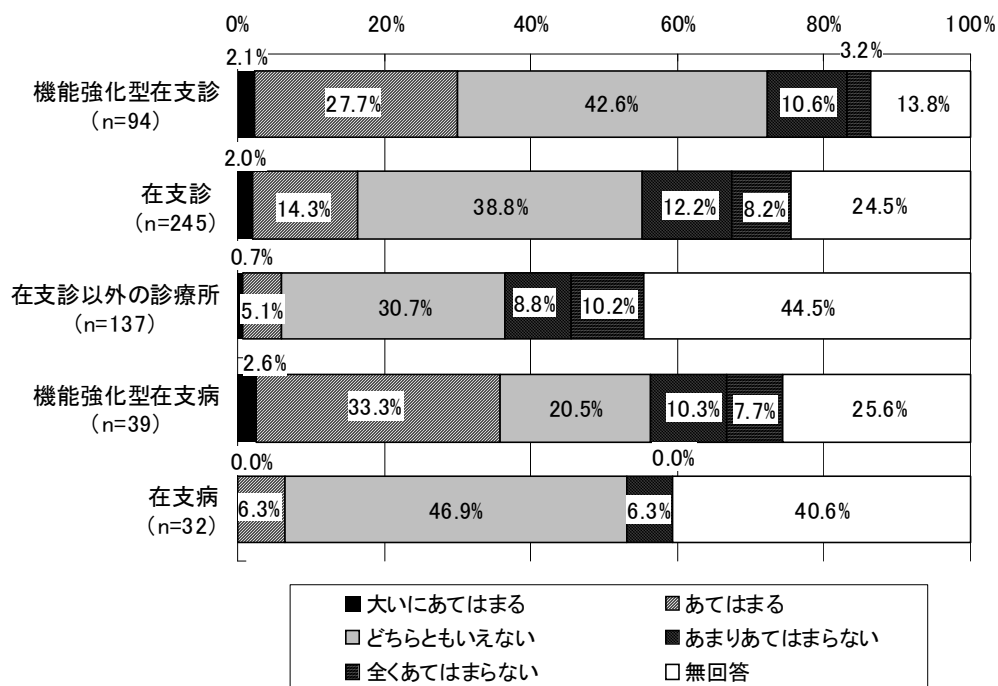
図表 202 他の医療機関等との連携による効果
 ～患者の在宅医療への移行がスムーズになった～



他の医療機関等との連携による効果として、在宅医療を提供できる患者数が増えたかを尋ねたところ、「大いにあてはまる」、「あてはまる」を合わせた割合は、機能強化型在支診では 29.8%、在支診では 16.3%、在支診以外の診療所では 5.8%、機能強化型在支病では 35.9%、在支病では 6.3%であった。

機能強化型在支病を除く施設では、「どちらともいえない」の割合が最も高く、機能型在支診では 42.6%、在支診では 38.8%、在支診以外の診療所では 30.7%、在支病では 46.9%であった。

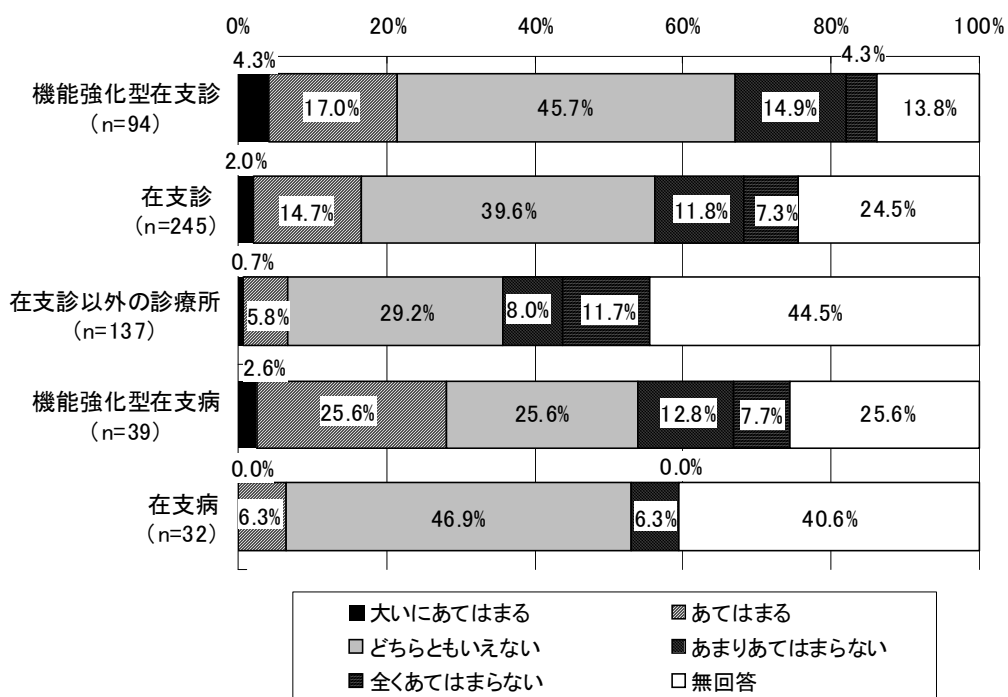
図表 203 他の医療機関等との連携による効果
～在宅医療を提供できる患者数が増えた～



他の医療機関等との連携による効果として、在宅医療で対応できる疾患が増えたかを尋ねたところ、「大いにあてはまる」、「あてはまる」を合わせた割合は、機能強化型在支診では21.3%、在支診では16.7%、在支診以外の診療所では6.5%、機能強化型在支病では28.2%、在支病では6.3%であった。

機能強化型在支病を除く施設では、「どちらともいえない」の割合が最も高く、機能強化型在支診では45.7%、在支診では39.6%、在支診以外の診療所では29.2%、在支病では46.9%であった。

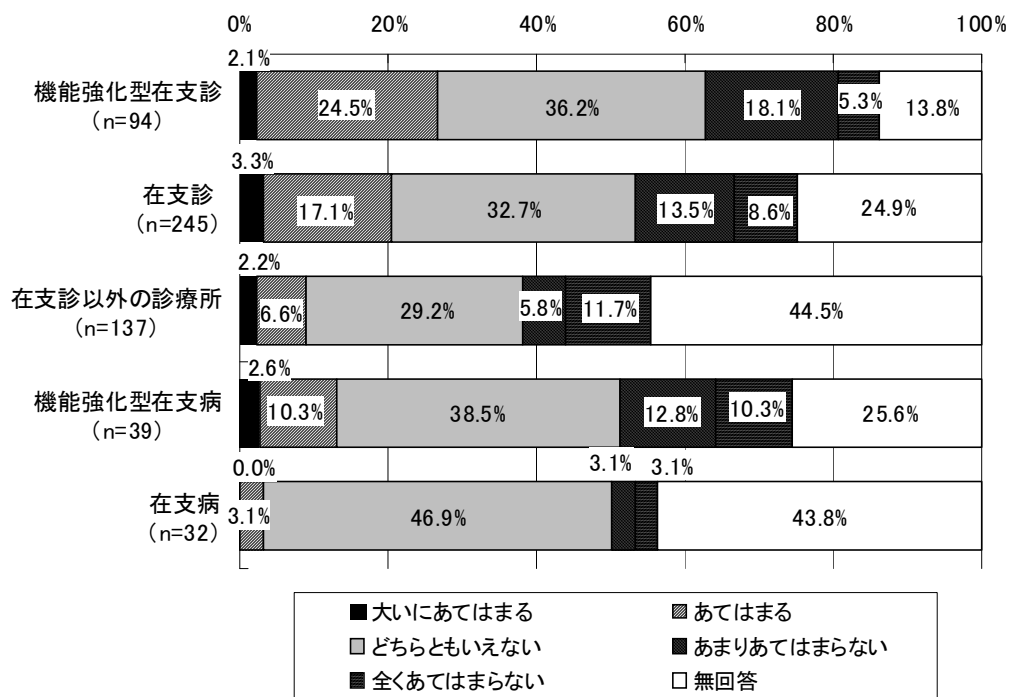
図表 204 他の医療機関等との連携による効果
～在宅医療で対応できる疾患が増えた～



他の医療機関等との連携による効果として、24 時間体制の負担が軽減されたかを尋ねたところ、「大いにあてはまる」、「あてはまる」を合わせた割合は、機能強化型在支診では 26.6%、在支診では 20.4%、在支診以外の診療所では 8.8%、機能強化型在支病では 12.9%、在支病では 3.1%であった。

いずれの施設でも、「どちらともいえない」の割合が最も高く、機能強化型在支診では 36.2%、在支診では 32.7%、在支診以外の診療所では 29.2%、機能強化型在支病では 38.5%、在支病では 46.9%であった。

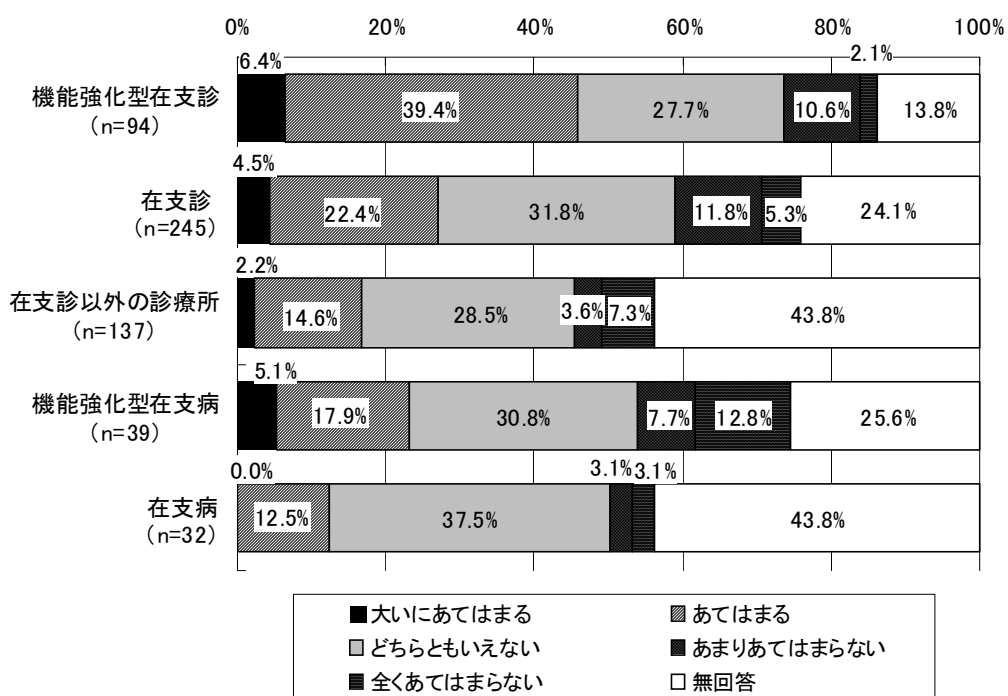
図表 205 他の医療機関等との連携による効果
～24 時間体制の負担が軽減された～



他の医療機関等との連携による効果として、緊急時の対応がより可能となったかを尋ねたところ、「大いにあてはまる」、「あてはまる」を合わせた割合は、機能強化型在支診では45.8%、在支診では26.9%、在支診以外の診療所では16.8%、機能強化型在支病では23.0%、在支病では12.5%であった。

機能強化型在支診では「あてはまる」の割合が最も高かったが、他の施設では「どちらともいえない」の割合が最も高く、在支診では31.8%、在支診以外の診療所では28.5%、機能強化型在支病では30.8%、在支病では37.5%であった。

図表 206 他の医療機関等との連携による効果
～緊急時の対応がより可能となった～



(5) 訪問看護事業所や介護事業所への指示書交付等

①特別訪問看護指示書を交付した患者数

特別訪問看護指示書を交付した医療保険の患者数を平成23年9月と平成24年9月と比較すると、いずれの施設でも平成24年9月のほうがやや増えており、機能強化型在支診では平均0.79人、在支診では平均0.49人、在支診以外の診療所では平均0.74人、機能強化型在支病では平均0.59人、在支病では平均1.90人であった。

平成24年9月の患者数について内訳をみると、最も多いのは、機能強化型在支診では「急性増悪」で平均0.59人、在支診でも「急性増悪」で平均0.27人、在支診以外の診療所では「胃ろう、経管栄養の管理が必要な人」で平均0.33人、機能強化型在支病では「急性増悪」で平均0.41人、在支病では「胃ろう、経管栄養の管理が必要な人」で平均0.19人であった。

図表 207 特別訪問看護指示書を交付した患者数【医療保険】

(単位：人)

	機能強化型 在支診		在支診		在支診以外の 診療所		機能強化型 在支病		在支病	
	平成23 年9月	平成24 年9月	平成23 年9月	平成24 年9月	平成23 年9月	平成24 年9月	平成23 年9月	平成24 年9月	平成23 年9月	平成24 年9月
回答施設数	78	78	177	177	87	87	34	34	21	21
1)特別訪問看護指示書 を交付した人数	0.63	0.79	0.43	0.49	0.59	0.74	0.32	0.59	1.38	1.90
2)うち、急性増悪	0.37	0.59	0.23	0.27	0.03	0.06	0.21	0.41	0.14	0.14
3)うち、非がんの終末期	0.06	0.06	0.04	0.03	0.01	0.01	0.03	0.03	0.00	0.14
4)うち、退院直後	0.01	0.03	0.02	0.02	0.07	0.10	0.09	0.09	0.00	0.05
5)うち、胃ろう、経管栄養 の管理が必要な人	0.08	0.13	0.05	0.06	0.18	0.33	0.06	0.00	0.19	0.19

特別訪問看護指示書を交付した介護保険の患者数を、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月で比較すると、機能強化型在支診ではやや減少、在支病では実績がなかったものの、他の施設では増加した。

平成 24 年 9 月の患者数について内訳をみると、最も多いのは、機能強化型在支診では「急性増悪」で平均 0.83 人、在支診でも「急性増悪」で平均 0.07 人、在支診以外の診療所では「胃ろう、経管栄養の管理が必要な人」で平均 0.30 人、機能強化型在支病では「胃ろう、経管栄養の管理が必要な人」で平均 0.21 人、在支病ではすべて 0.0 人であった。

図表 208 特別訪問看護指示書を交付した患者数【介護保険】

(単位：人)

	機能強化型 在支診		在支診		在支診以外の 診療所		機能強化型 在支病		在支病	
	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
回答施設数	64	64	138	138	73	73	29	29	17	17
1) 特別訪問看護指示書 を交付した人数	1.30	1.28	0.32	0.39	0.27	0.47	0.21	0.28	0.00	0.00
2) うち、急性増悪	0.48	0.83	0.04	0.07	0.03	0.03	0.17	0.00	0.00	0.00
3) うち、非がんの終末期	0.03	0.05	0.02	0.03	0.01	0.04	0.03	0.03	0.00	0.00
4) うち、退院直後	0.02	0.00	0.04	0.04	0.00	0.01	0.00	0.24	0.00	0.00
5) うち、胃ろう、経管栄 養の管理が必要な人	0.16	0.09	0.03	0.02	0.16	0.30	0.03	0.21	0.00	0.00

②各指示料を算定した患者数

1 施設あたりの介護職員等喀痰吸引等指示料を算定した患者数についてみると、機能強化型在支診では平均 0.0 人（標準偏差 0.3、中央値 0.0）、在支診では平均 0.1 人（標準偏差 0.5、中央値 0.0）、在支診以外の診療所では平均 0.0 人（標準偏差 0.2、中央値 0.0）であった。このうち、実績のある施設に限定すると、機能強化型在支診では平均 1.5 人（標準偏差 0.7、中央値 1.5）、在支診では平均 1.8 人（標準偏差 1.4、中央値 1.0）であった。

図表 209 介護職員等喀痰吸引等指示料を算定した患者数（1施設あたり）

（単位：人）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	71	0.0	0.3	0.0
在支診	157	0.1	0.5	0.0
在支診以外の診療所	73	0.0	0.2	0.0
機能強化型在支病	35	0.0	—	0.0
在支病	21	0.0	—	0.0

図表 210 介護職員等喀痰吸引等指示料を算定した患者数

（1施設あたり、実績のある施設）

（単位：人）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	2	1.5	0.7	1.5
在支診	9	1.8	1.4	1.0
在支診以外の診療所	1	2.0	—	2.0
機能強化型在支病	0	—	—	—
在支病	0	—	—	—

1 施設あたりの精神科訪問看護指示料を算定した患者数についてみると、機能強化型在支診では平均 0.0 人（標準偏差 0.1、中央値 0.0）、在支診では平均 0.0 人（標準偏差 0.5、中央値 0.0）であった。

図表 211 精神科訪問看護指示料を算定した患者数（1施設あたり）

（単位：人）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	73	0.0	0.1	0.0
在支診	155	0.0	0.5	0.0
在支診以外の診療所	72	0.0	—	0.0
機能強化型在支病	35	0.0	—	0.0
在支病	21	0.0	—	0.0

図表 212 精神科訪問看護指示料を算定した患者数
(1施設あたり、実績のある施設)

(単位：人)

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	1	1.0	-	1.0
在支診	1	6.0	-	6.0
在支診以外の診療所	0	-	-	-
機能強化型在支病	0	-	-	-
在支病	0	-	-	-

1施設あたりの訪問看護指示料を算定した患者数についてみると、機能強化型在支診では平均 14.1 人（標準偏差 29.6、中央値 5.0）、在支診では平均 6.3 人（標準偏差 13.2、中央値 2.0）、在支診以外の診療所では平均 2.1 人（標準偏差 3.5、中央値 1.0）、機能強化型在支病では平均 19.3 人（標準偏差 23.2、中央値 13.0）、在支病では平均 8.6 人（標準偏差 15.0、中央値 1.0）であった。このうち、実績のある施設に限定すると、機能強化型在支診では平均 18.1 人（標準偏差 32.4、中央値 8.0）、在支診では平均 9.5 人（標準偏差 15.2、中央値 4.0）、在支診以外の診療所では平均 4.1 人（標準偏差 4.0、中央値 2.0）、機能強化型在支病では平均 22.0 人（標準偏差 23.6、中央値 15.0）、在支病では平均 12.1 人（標準偏差 16.6、中央値 3.0）であった。

図表 213 訪問看護指示料を算定した患者数（1施設あたり）

(単位：人)

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	82	14.1	29.6	5.0
在支診	185	6.3	13.2	2.0
在支診以外の診療所	92	2.1	3.5	1.0
機能強化型在支病	33	19.3	23.2	13.0
在支病	21	8.6	15.0	1.0

図表 214 訪問看護指示料を算定した患者数
(1施設あたり、実績のある施設)

(単位：人)

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	64	18.1	32.4	8.0
在支診	123	9.5	15.2	4.0
在支診以外の診療所	47	4.1	4.0	2.0
機能強化型在支病	29	22.0	23.6	15.0
在支病	15	12.1	16.6	3.0

1 施設あたりの訪問看護指示料を算定した患者のうち、定期巡回・随時対応型訪問看護又は複合型サービスの利用者数についてみると、機能強化型在支診では平均 1.0 人（標準偏差 3.7、中央値 0.0）、在支診では平均 0.3 人（標準偏差 1.5、中央値 0.0）、在支診以外の診療所では平均 0.2 人（標準偏差 0.8、中央値 0.0）、機能強化型在支病では平均 0.2 人（標準偏差 0.7、中央値 0.0）であった。このうち、実績のある施設に限定すると、機能強化型在支診では平均 8.8 人（標準偏差 7.9、中央値 6.0）、在支診では平均 3.2 人（標準偏差 3.5、中央値 2.0）、在支診以外の診療所では平均 2.3 人（標準偏差 2.2、中央値 1.0）、機能強化型在支病では平均 2.5 人（標準偏差 2.1、中央値 2.5）であった。

図表 215 訪問看護指示料を算定した患者のうち、定期巡回・随時対応型訪問看護又は複合型サービスの利用者数（1 施設あたり）

（単位：人）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	82	1.0	3.7	0.0
在支診	185	0.3	1.5	0.0
在支診以外の診療所	92	0.2	0.8	0.0
機能強化型在支病	33	0.2	0.7	0.0
在支病	21	0.0		0.0

図表 216 訪問看護指示料を算定した患者のうち、定期巡回・随時対応型訪問看護又は複合型サービスの利用者数（1 施設あたり、実績のある施設）

（単位：人）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	9	8.8	7.9	6.0
在支診	20	3.2	3.5	2.0
在支診以外の診療所	7	2.3	2.2	1.0
機能強化型在支病	2	2.5	2.1	2.5
在支病	0	-	-	-

③介護職員等喀痰吸引等指示料の指示期間等

実績のある施設において介護職員等喀痰吸引等指示料の指示期間等についてみると、機能強化型在支診では平均 48.5 日（標準偏差 58.7、中央値 48.5）、在支診では平均 60.0 日（標準偏差 26.8、中央値 60.0）であった。

図表 217 介護職員等喀痰吸引等指示書の平均指示期間（実績のある施設）

（単位：日）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診	2	48.5	58.7	48.5
在支診	6	60.0	26.8	60.0
在支診以外の診療所	1	3.0	-	3.0
機能強化型在支病	0	-	-	-
在支病	0	-	-	-

上記のうち、現行の指示期間が望ましいと思わない施設で回答があった 2 施設の内容は、以下の通り。

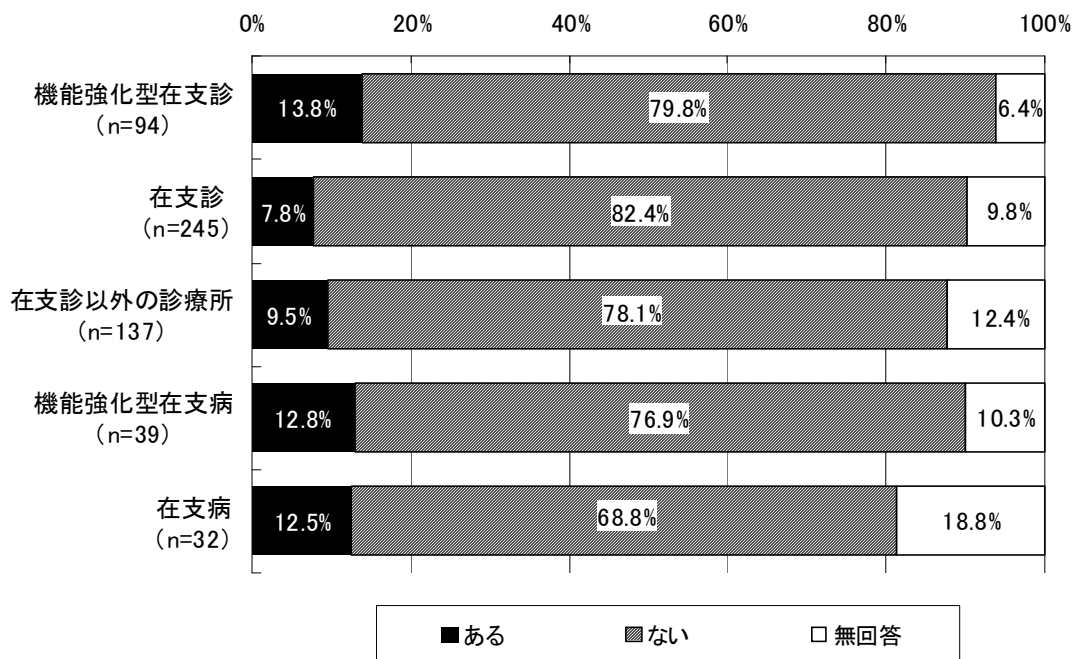
現行の平均指示期間	実際に望ましいと考えられる指示期間
7 日	22.5 日
90 日	180 日

(6) 緩和ケア・ターミナルケア及び看取りの状況等

①介護老人福祉施設における看取りの有無等

介護老人福祉施設における看取りの有無等についてみると、「ある」と回答した施設は、機能強化型在支診では 13.8%、在支診では 7.8%、在支診以外の診療所では 9.5%、機能強化型在支病では 12.8%、在支病では 12.5%であった。

図表 218 介護老人福祉施設における看取りの有無（平成 24 年 4 月～9 月）



平成 24 年 4 月～9 月の間に介護老人福祉施設において看取りを行った患者数についてみると、機能強化型在支診では平均 3.23 人（中央値 2.00）、在支診では平均 3.82 人（中央値 2.00）、在支診以外の診療所では平均 4.69 人（中央値 3.00）、機能強化型在支病では平均 3.75 人（中央値 2.50）、在支病では平均 2.00 人（中央値 2.00）であった。

図表 219 介護老人福祉施設において看取りを行った患者数
（平成 24 年 4 月～9 月、実績のある施設）

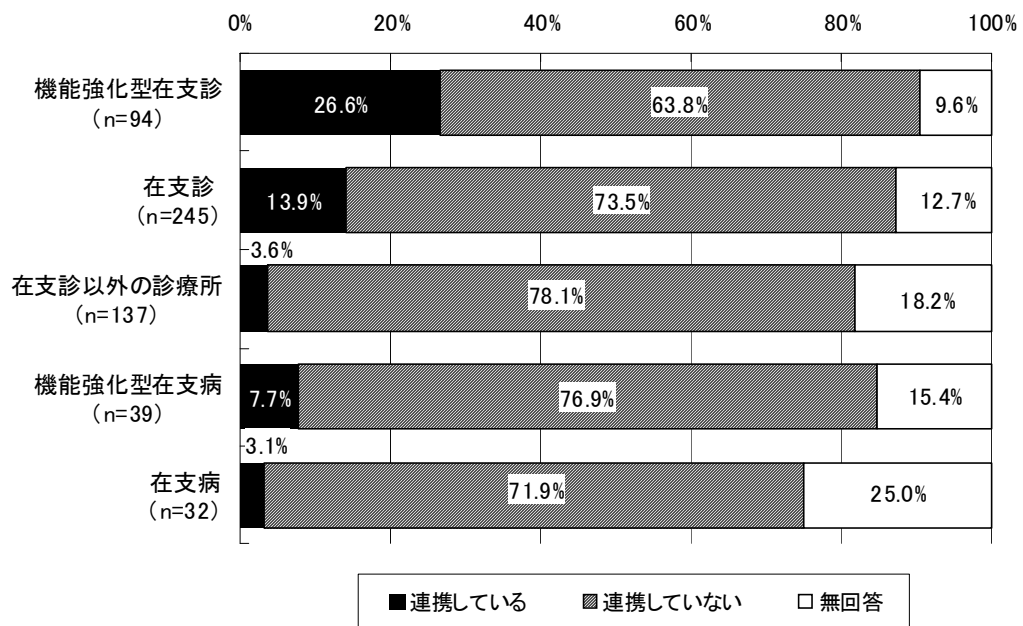
（単位：人）

		機能強化型 在支診	在支診	在支診 以外の 診療所	機能強化型 在支病	在支病
1) 介護老人福祉施設で看取りを行った患者数	施設数	13	17	13	4	4
	平均値	3.23	3.82	4.69	3.75	2.00
	中央値	2.00	2.00	3.00	2.50	2.00
2) うち在宅患者訪問診療料を算定した患者数	施設数	6	7	1	1	2
	平均値	2.67	2.86	1.00	3.00	2.50
	中央値	1.50	2.00	1.00	3.00	2.50
3) うち特定施設入居時等医学管理料を算定した患者数	施設数	3	6	1	0	0
	平均値	2.00	1.50	1.00	-	-
	中央値	2.00	1.50	1.00	-	-
4) うち末期の悪性腫瘍の患者数	施設数	1	2	0	0	0
	平均値	1.00	1.00	-	-	-
	中央値	1.00	1.00	-	-	-

②在宅における緩和ケア・ターミナルケアでの緩和病棟の医師等との連携の有無

在宅における緩和ケア・ターミナルケアでの緩和病棟の医師等との連携の有無についてみると、「連携している」と回答した施設は、機能強化型在支診では26.6%、在支診では13.9%、在支診以外の診療所では3.6%、機能強化型在支病では7.7%、在支病では3.1%であった。

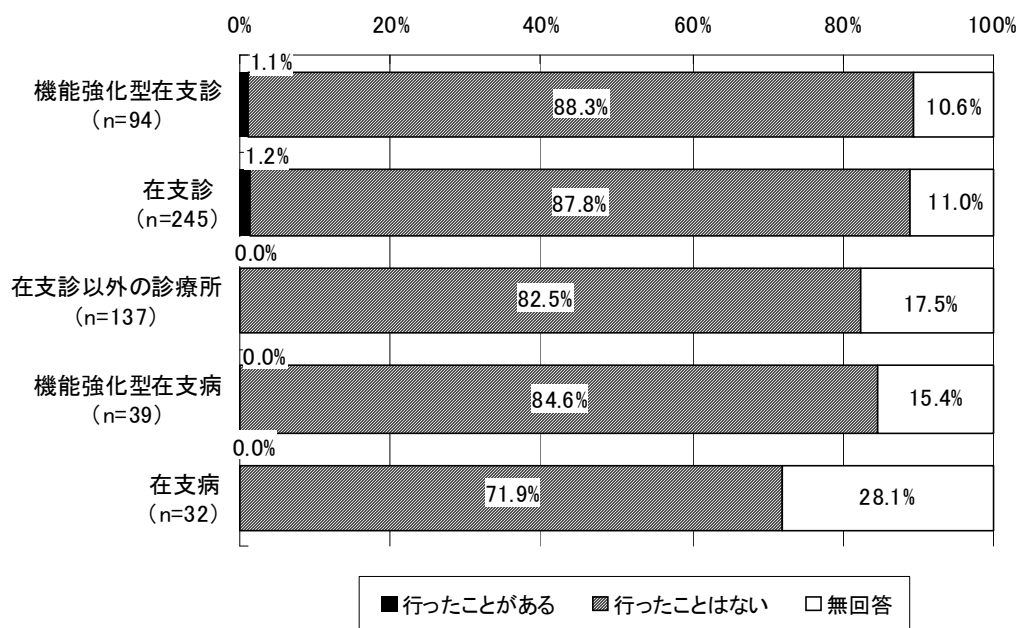
図表 220 在宅における緩和ケア・ターミナルケアでの緩和病棟の医師等との連携の有無



③他医療機関の緩和ケアの研修を受けた医師と共同で同一日に在宅医療患者に指導管理を行った経験の有無

他医療機関の緩和ケアの研修を受けた医師と共同で同一日に在宅医療患者に指導管理を行った経験の有無についてみると、「行ったことがある」と回答した施設は機能強化型在支診では1.1%、在支診では1.2%であった。

図表 221 他医療機関の緩和ケアの研修を受けた医師と共同で同一日に在宅医療患者に指導管理を行った経験の有無



④定例報告による在宅医療の実績

定例報告による在宅医療の1年間の実績についてみると、在宅療養を担当した患者のうち1年間に死亡した患者数は、機能強化型在支診では平均25.6人（標準偏差39.9、中央値13.5）、在支診では平均6.9人（標準偏差13.3、中央値3.0）、在支診以外の診療所では平均1.0人（標準偏差1.5、中央値0.0）、機能強化型在支病では平均39.4人（標準偏差52.6、中央値17.0）、在支病では平均6.9人（標準偏差9.2、中央値3.0）であった。

このうち、医療機関以外で死亡した患者数は、機能強化型在支診では平均15.9人（標準偏差24.0、中央値7.5）、在支診では平均4.0人（標準偏差9.4、中央値1.0）、在支診以外の診療所では平均0.6人（標準偏差1.2、中央値0.0）、機能強化型在支病では平均18.0人（標準偏差26.0、中央値7.0）、在支病では平均2.5人（標準偏差4.2、中央値1.0）であった。

また、連携医療機関で死亡した患者数は、機能強化型在支診では平均3.0人（標準偏差5.1、中央値1.0）、在支診では平均1.7人（標準偏差3.8、中央値0.0）、在支診以外の診療所では平均0.1人（標準偏差0.4、中央値0.0）、機能強化型在支病では平均8.3人（標準偏差13.9、中央値3.0）、在支病では平均3.3人（標準偏差6.1、中央値0.0）であった。

図表 222 定例報告による在宅医療の実績（1年間の実績）

（単位：人）

		機能強化型在支診	在支診	在支診以外の診療所	機能強化型在支病	在支病
回答施設数		76	173	24	29	19
①在宅療養を担当した患者のうち、1年間に死亡した患者数	平均値	25.6	6.9	1.0	39.4	6.9
	標準偏差	39.9	13.3	1.5	52.6	9.2
	中央値	13.5	3.0	0.0	17.0	3.0
②上記①のうち、医療機関以外で死亡した患者数	平均値	15.9	4.0	0.6	18.0	2.5
	標準偏差	24.0	9.4	1.2	26.0	4.2
	中央値	7.5	1.0	0.0	7.0	1.0
③上記②のうち、自宅での死亡者数	平均値	12.9	2.9	0.5	14.6	2.2
	標準偏差	21.9	8.3	0.9	20.7	4.0
	中央値	6.0	0.0	0.0	5.0	1.0
④上記②のうち、自宅以外での死亡者数	平均値	3.0	1.1	0.1	3.4	0.3
	標準偏差	5.5	3.4	0.4	7.3	0.7
	中央値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
⑤上記①のうち、医療機関で死亡した患者数	平均値	9.7	2.8	0.3	21.4	4.4
	標準偏差	18.9	5.4	0.8	42.2	5.9
	中央値	4.0	1.0	0.0	9.0	3.0
⑥上記⑤のうち、連携医療機関で死亡した患者数	平均値	3.0	1.7	0.1	8.3	3.3
	標準偏差	5.1	3.8	0.4	13.9	6.1
	中央値	1.0	0.0	0.0	3.0	0.0
⑦上記⑤のうち、連携医療機関以外で死亡した患者数	平均値	6.7	1.2	0.3	13.1	1.1
	標準偏差	17.8	3.0	0.5	31.0	2.1
	中央値	1.0	0.0	0.0	3.0	0.0

(7) 在宅医療に関する今後の課題等

在宅医療に関する今後の課題等を自由記述形式で記載していただいた主な内容は以下の通りである。

- ・ 在宅医療の連携は、医師会を中心とするべき。無策の連携では営利目的や企業的な医療機関に対して歯止めが利かない状態である。在宅という人の眼に触れない場所だけに、不要なサービスや不正請求が行われる可能性が高い。在宅でも DPC を実施すべき。
- ・ 一般開業医が、一人でできる範囲のいわゆる「往診」の範囲でかなり在宅患者がカバーできると思われる。3 人医師がいないとダメとか、24 時間対応でなくてはダメとかでは担い手は増えない。患者の大半は認知症と歩行機能の低下による外出困難である。もっと制度を使いやすく改善したらいいか。
- ・ 在宅医療は大切である。なるべく責任を持って主治医として患者を診ていこうとする時、外来の延長上に在宅医療があるといつも考えている。そのためには信頼できる訪問看護ステーションと地域の他科の医師とごく普通に連絡を取れば、あとはバックアップしてくれる入院のできる病院があるだけで充分なのではないかと思う。
- ・ 訪問看護ステーションの訪問は、往診より高い場合があり、利用者が受けない時がある。結果、安いクリニック内看護師の訪問看護を行う（加算が少ないので安い）。保険算定上からもクリニック内訪看が節約できることから、これについては医療保険を原則としてもいいのではないか。
- ・ 都会と違い、在宅を行う連携医療機関は同じ市にほとんどない。強化型はとても無理。
- ・ 連携医療機関の連絡先を一元化する意味がどうしても理解できない。連携はしていても、実際に主治医以外の医師が訪問するケースは極めて稀と思われる。連絡先が一元化されると直接主治医に連絡が取れず、患者も医師も非常に不便。我々の連携ではそれぞれの主治医が 24 時間 365 日オンコールで待機しているので、一元化を義務化されると、とても不便を感じる。どうしても主治医が対応できない場合には医師同士で直接お願いをすることにしていく。
- ・ 在宅はケアする家族がいて、理解がある場合に依頼される。家族の負担は大きい。デイサービス、ショートステイや入浴サービス等介護サービスやヘルパーの支援で負担が軽減される。
- ・ 独居患者をどうするか。
- ・ 在宅医療への患者本人・家族の理解(何をどこまで自宅で実施できるのかを知ること)。
- ・ 政府は医療費削減のため在宅医療を進めているようだが、本当に医療費削減となっているのか。
- ・ 特養老人ホーム等において、きちんと最期の看取りまで行っているのか。最期の看取りの段階で病院に移送するというのはあまりにご都合主義と言われなければならない。最期の看取りまで責任を持って管理のできる（医療を含めて）施設をもっと増加させる政策が必要と思われる。有床診療所の活用を考えるべき。
- ・ 在宅医療は病院、診療所と違い、ストレスが多く、やり手もない状況である。連携

する意味合いが不明確である。地域連携は病院に再入院させず、地域の中で急性期疾患（肺炎、尿路感染、脳卒中、骨折）も連携者と協力しながら在宅で看るということで、最終的にはがんや老衰の看取りまで行うことである。眼科や皮膚科、耳鼻科といった科の医師が往診しても往診料が安すぎる。医学管理料として在宅点数を上げるのではなく、1回の往診料をきちんとした点数、例えば訪問診療料 830 点→3000 点くらいにすべきである。訪問診療料より往診料のほうが低く設定されているが、往診は急性疾患のために出向くのでそれなりに手がかかり、ストレスも大きい。せめて 720 点の 2 倍～3 倍の点数をつけてほしい。夜間、深夜は 5～6 倍が必要と思う。移動にかかる時間が保険点数に反映されていない。60 分以上かかることもある。交通費として患者に請求することはできない。

- 連携の名のもと、押しつけ医療、押しつけ介護が目に見える。患者・家族が望む時、必要な医療のみを行うことにしている。一律に 24 時間とか多職種との連携など必要ない。
- 平成 24 年 4 月より「機能強化型在宅療養支援病院、診療所」が定義づけられたが、高齢化率の高い地方では医療機関数が少なく、一人の医師が何でもやらなければならない、そもそも周囲に連携をとれる医療機関がない（物理的に存在しない）。したがって、「機能強化型云々」というのは都市部の医療過密地域で可能たりえるスタイルであって、「いわゆる過疎地域」では在宅医療促進策にはなっていない（「絵に描いたモチ」となっている印象が強い。そのような地域を救う、本当に有効な促進策を望む。
- 他職種との情報共有ツール（システム）がばらばらなので、統一したものにしたい。連携拠点がトップダウン方式でシステムを決めてしまえば他の職種もついてくるものと思う。電子メールよりもセキュリティの高いものにしたい。有料老人ホームへの訪問診察が増加すると考えられ、ホームでの在宅医療が可能なことも施設側に教育し、看取りだけのために救急搬送する事態とならないようにしたい。
- 末期がんの方は一度自宅に戻ると家族・本人が病院へ戻ることを希望しても、病院側では受け入れてもらえないことがあり、在宅を進める上で非常に問題である。
- 重症感染症や心不全では CV を挿入するケースが多いが、保険上は CV=IVH と考えられているようで、点滴指示書が使えないため、抗生剤、昇圧剤、強心剤等のコストは自腹を切って捨てざるを得ない状況である。
- 入院医療から在宅医療への移行を厚労省は考えているようだが、患者家族は入院医療を希望するケースが多い。
- 24 時間体制では医師、介護士、看護師の負担が非常に大きい。
- 介護者のレスパイトに対する公的な支援制度が必要。
- 医療依存度の高い患者が利用できるショートステイの制度が必要。
- 高齢者のみ 2 人世帯、認知症の方同士の世帯、独居の方などへの支援が必要。
- ターミナル期を過ごす場所の問題。在宅が受け皿になれるケースと、なれないケースの傾向の分析が必要。
- 在宅医療を担う医療・介護スタッフの人材育成が必要。卒後教育の中での位置付けを明確にして研修プログラムを作る。質量ともにひとまわり大きな在宅医療を担う集団。

病院医療との良い連携がとれるスタッフの育成。

- 在宅医療に対する国民の中での意識を育てる。外来医療、入院医療に並ぶ医療として安心感をもって受けられる一般的な医療になるといい。
- 医療依存度の高い患者は病院退院後、退院先が限定されるため、在宅に戻ることが多い現状がある。また介護者の高齢化も進んでいるため、介護者の入院治療が必要となった場合、緊急に入院（社会的入院）する場所を確保できない現状がある。
- 院外処方是在宅患者にとって負担が大きいと思う。薬局に行ける人がいなく、配達もお金がかかるので、周りのケアする人が無料で行うことになる。訪問診療をして薬を出す、自院に戻ってから処方せん発行となり、処方せんを取りに来る家族等がない場合は、自院から各々の患者指定の薬局に持っていかねばならない。
- 在宅医療を希望する人がめっきり減少した。多くの人は施設に入所してしまう。ここからヘルパーが車で通院させてくれる。このため、以前1か月16人位往診していたが、現在では3人になっている。
- 24時間連絡体制は自院で作るしかない。ほとんどの患者は連携先の病院から送られて来ない。再入院する時は紹介先の病院に（直接）入院したがることが多い。
- 最近末期がんの在宅を依頼されることが多く、これらの患者は1~2か月で死亡することが多く、この間医師は自宅を離れることができない。当院は在宅療養支援診療所の申請を取り下げる予定である。
- 外来、在宅型の「かかりつけ医」として地域医療に関わっている。診療で多忙なのは仕方ないことだが、ケアマネ、訪問ナース等への毎月提出する書類の多さに辟易している。検討いただきたい。地域における患者、家族のニーズは増えてゆくばかりである。「在宅医療」に取り組む若い医師を強く切望する。
- 人員、人材不足。管理者の育成。他施設、多職種の連携。訪問看護、医療の広報活動。
- 質の向上・標準化などで、地域格差が大きい。
- スタッフの確保（スタッフの資質に依存する医療である）。
- 24時間体制の維持（診、看、薬それぞれの連携強化）。
- チーム医療の推進、医療と介護の連携強化。
- 独居患者、高齢者世帯の在宅支援。
- 介護施設での緩和ケア（終末期ケア）の推進。
- 在宅コーディネーターの設置（病院と在宅ケアチームの橋渡し）。
- 地域への啓発活動。
- 認知症がないが四肢等の運動障害で特養に入らなければいけない患者の場合、周りは認知症の方ばかりで話し相手になる方は一人もいないという場合がある。そういう患者のための施設があればと思う。
- 慢性疾患で訪問診療の対象例であるにもかかわらず、患家先（家族）は定期的往診の算定を希望する事例が増加している（訪問診療の算定を拒否）。この場合、算定する点数が低いと思われるが、医療法上は往診料の算定は緊急時であるため、定期的往診は齟齬が生じる。このような風潮が広がると訪問診療の意義が損なわれるため、定

期的往診を拒否したいが、これを拒否すると医師法の応招義務違反にあたり、苦悩する現実がある。

- 課題だけである。
- ショートステイについて。ショートステイとは、在宅での療養が主体で、在宅で介護に当たっている家族の身体的・精神的負担の軽減、また家族の病気や冠婚葬祭、仕事、旅行などで一時的に介護ができない場合などに、家族に代わって施設で介護を提供する短期入所サービスと定義されている（メディカル・ケア・プランニングによる）。しかし、現状は上記定義とはほど遠いショートステイの現状がある。ショートステイ入所者の大半は、在宅での療養ができない患者ばかりである。病院を退院したものの、在宅療養不可能な患者、認知症高度で家にいられない患者、経管栄養の患者、呼吸不全で在宅酸素療法の患者、高齢で寝たきりの患者などが大半を占めている。いずれも、在宅では対処しきれない患者ばかりである。特別養護老人ホーム入所待機者の集団でもある。患者は、ショートステイ、介護老人保健施設などを転々としている。ショートステイでは初診、再診はおろか往診料しか請求できないという「給付調整告示」は改正されるべきと考えるがいかがか。
- 施設入居し、看取りを希望しながら、結局終末期入院となる例のほとんどは吸引の問題だった。吸引を実施すれば一時的に呼吸は楽になる。家族思いの家庭ほど、死期に付添い希望が多く、また、吸引の要求も多い。吸引は5～10分ごとに吸引せざるを得ない患者もおり、それにはナースまたは医師が深夜にはりつく必要もでてくる。これには訪問看護ステーションを利用しても対応しきれない。施設スタッフの研修を全員にさせれば吸引のみのための入院は減るのでは。
- 震災の影響で外来患者数が増え（近隣の医院の閉院や避難民の増加による）在宅医療にほとんど手が回らなくなった。
- 在宅医療は理想と思うが、家族の努力がいつまで如何に続くかが問題点と思われる。
- 在宅は、自分が対応しても薬局・検査会社が24時間稼働は無理なので、病院（救急）と連携するしかないと思う。
- 平成24年5月頃より在宅医療を始めた。在宅療養支援診療所には12月よりなっただけで、まだ手探りのなか診療を行っている。高齢化、核家族化が進んだため、老々介護が地域に残されている。地域包括や保健所が動いているが、まず介護保険の利用にこぎつけるまでが大変。つまり主治医探しに苦勞する。私が訪問を始めたのは、医療機関に行くことができない家庭の事情を持っている方のためにと考えたからである。ただ、在宅医療は経済的負担が大きく、患者は二の足を踏むことが多く、苦勞している。税と社会保障の改革できちんと分配されることを望む。
- 多職種連携が効率良く広がるような仕組みがほしい。
- 独居の患者の在宅は見守る人がいないので大変困難である。「見守る」システムが必要。
- 手間のかかる患者ほど持ち出しが多くなるのが問題。
- 在宅とは直接関係ないが、特別養護老人ホームの配置医師の負担が大きすぎる。なり手がいない。

- 在宅医療は「自宅で看取り」という意味で大切だと思う。しかし医療に関連した事業所間で点数を分けあったり、治療と関係のない「診療報酬の勉強」をしなければならなかったり雑務の負担を軽減してほしい。もっとわかりやすい、不公平のない診療報酬を考えてほしい。
- 24時間診療を実施するとき、医師の精神的・肉体的負担がとても大きい。スタッフもそのために多く配置しなければならない。それに見合う人件費の分の収入も必要になる。
- 在宅での医療と介護は24時間継続して必要なため、限度があると思う。地域の中の有床診療所を大切にし、活用したほうが効果的ではないかと思う。
- 訪問範囲の広い北海道と人が密集している東京とで移動時間が算定に加味されていないこと。明らかに土地の広い北海道は非効率であり、運転手などの人件費等もかかる。
- 在宅医療に関する医療保険と介護保険の仕組みが複雑過ぎ。今後の在宅医療への意欲が低下する。
- 在宅医療に対する算定要件の複雑化が在宅医療をスムーズに行う上で制限になり、今後良識ある医師の在宅医療の介入が減少する恐れがあり、荒廃につながらないか心配。
- (私は)81才の高齢。自宅から20キロ離れた郷里の診療所へ9時~18時まで在院し、診療をしている。高齢なので、ほとんどの患者には救急車で20キロ離れた救急病院へ行ってもらっている。病院から逆紹介のあった患者を指示通りの処方・診療をするのがほとんど。在院しているだけで、住民は安心するようだ。
- 保険手続きが難解で理解しづらい点が多い。院内処方の医療機関では不利になっているのではないか。
- 認知症のターミナル等も大変大きな問題だと考える。患者数ではがんをはるかに上回り、家族にとっても仕事ができなくなる等、今後経済に与える影響も大きいと思う。がんだけに注目がいきすぎているような風潮はいかがか。
- 機能を強化した在宅療養支援診療所ができたが、非常に使い勝手が悪く、在宅医療を推進するという意義からはずれている。地域医療を担っていく診療所にとって使い勝手の良いものにしていく必要がある。

4. 患者調査の結果

【調査対象等】

調査票の種類：患者票（施設記入分）、患者票（患者記入分）

調査対象：①在宅療養支援診療所（機能強化型を含む）1,500施設、及び②在宅療養支援病院500施設において、調査期間中に在宅医療を提供した患者。医療区分1～3に該当する患者で、同意を得られた順。

回答数：患者票（施設記入分）と患者票（患者記入分）のID番号、性別、年齢（±1歳の範囲）が一致した調査票364票。

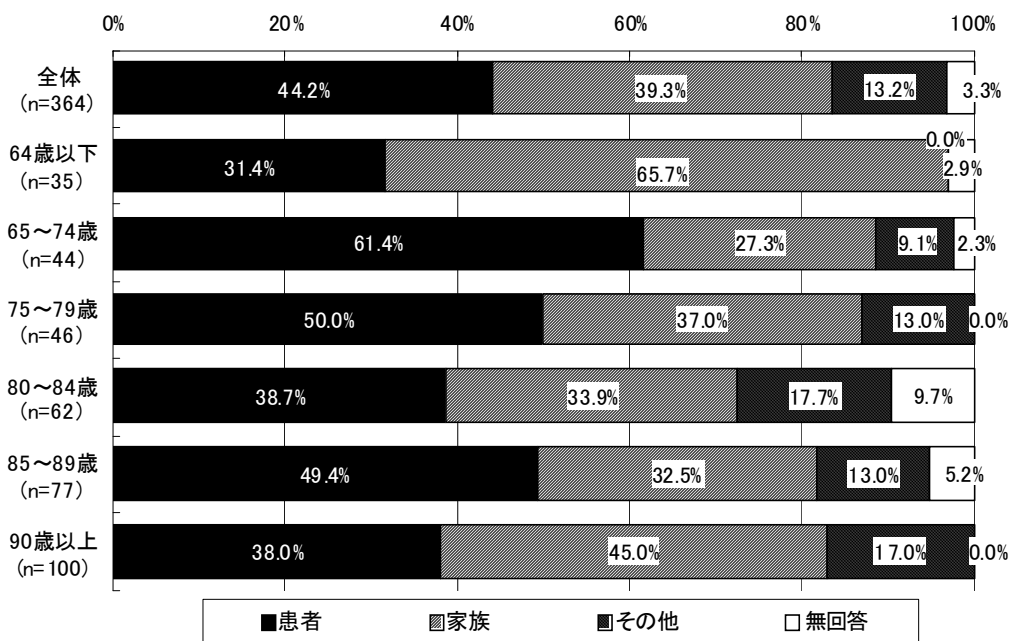
回答者：患者票（施設記入分）：施設職員
患者票（患者記入分）：患者本人・家族等

（1）患者の属性等

①調査票記入者

患者の年齢階級別に調査票の記入者についてみると、「患者」という割合は64歳以下では31.4%、65～74歳では61.4%、75～79歳では50.0%、80～84歳では38.7%、85～89歳では49.4%、90歳以上では38.0%であった。

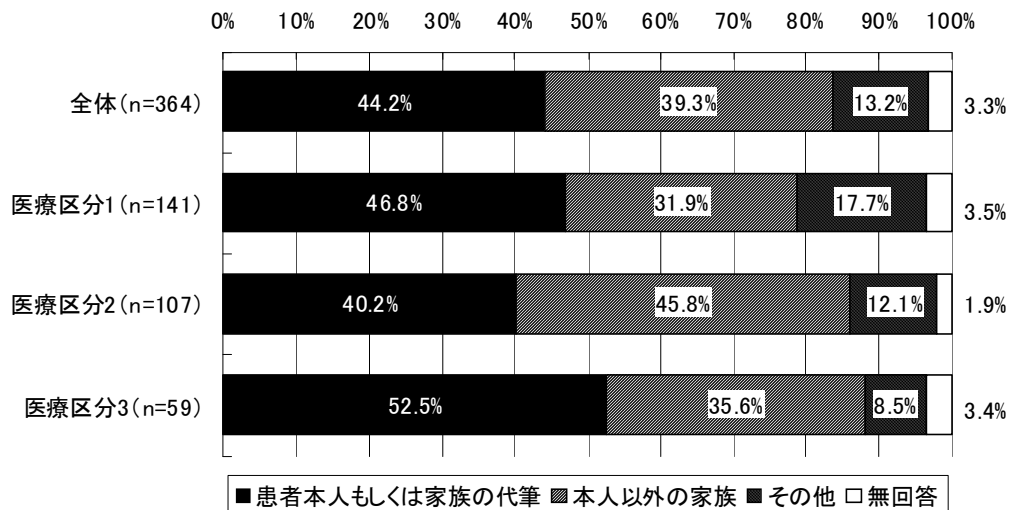
図表 223 調査票記入者（患者の年齢階級別）



(注) 年齢は患者本人の年齢。

調査票記入者を医療区分別にみると、医療区分 1 では「患者本人もしくは家族の代筆」が 46.8%、「本人以外の家族」が 31.9%であった。医療区分 2 では「患者本人もしくは家族の代筆」が 40.2%、「本人以外の家族」が 45.8%であった。医療区分 3 では「患者本人もしくは家族の代筆」が 52.5%、「本人以外の家族」が 35.6%であった。

図表 224 調査票記入者（医療区分別）



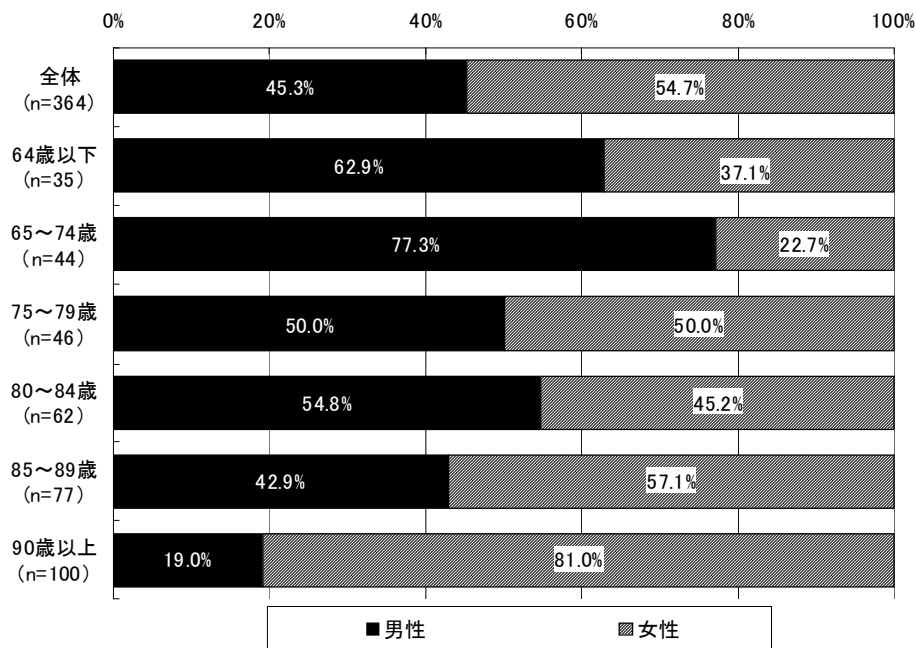
(注) 「全体」には「医療区分」について無回答の 57 人が含まれる。

②性別

患者の性別についてみると、「男性」が45.3%、「女性」が54.7%であった。

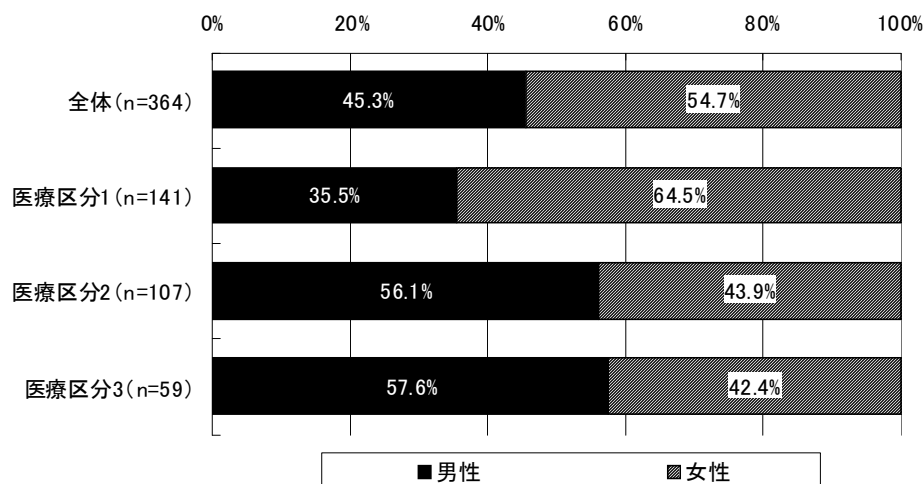
また、年齢階級別にみると、65～74歳では「男性」の割合が77.3%で他の年齢階級と比較して高かった。一方、90歳以上では「女性」の割合が81.0%で他の年齢階級と比較して高かった。

図表 225 性別（年齢階級別）



患者の性別を医療区別にみると、医療区分1では「男性」が35.5%、「女性」が64.5%であった。医療区分2では「男性」が56.1%、「女性」が43.9%であった。医療区分3では「男性」が57.6%、「女性」が42.4%であった。

図表 226 性別（医療区分別）



(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

③年齢

患者の年齢をみると、平均 81.6 歳（標準偏差 12.8、中央値 84.0）であった。

また、患者の年齢を男女別にみると、男性が平均 77.6 歳（標準偏差 11.8、中央値 80.0）、女性が平均 84.9 歳（標準偏差 12.6、中央値 88.0）であり、男性と比較して女性の年齢が高かった。

図表 227 年齢（男女別）

（単位：歳）

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	364	81.6	12.8	84.0
男性	165	77.6	11.8	80.0
女性	199	84.9	12.6	88.0

患者の年齢を医療区分別にみると、医療区分 1 では平均 83.7 歳（標準偏差 10.4、中央値 86.0）、医療区分 2 では平均 77.9 歳（標準偏差 13.4、中央値 81.0）、医療区分 3 では平均 80.4 歳（標準偏差 16.5、中央値 84.0）で、医療区分 1 で患者の年齢が高かった。

図表 228 年齢（医療区分別）

（単位：歳）

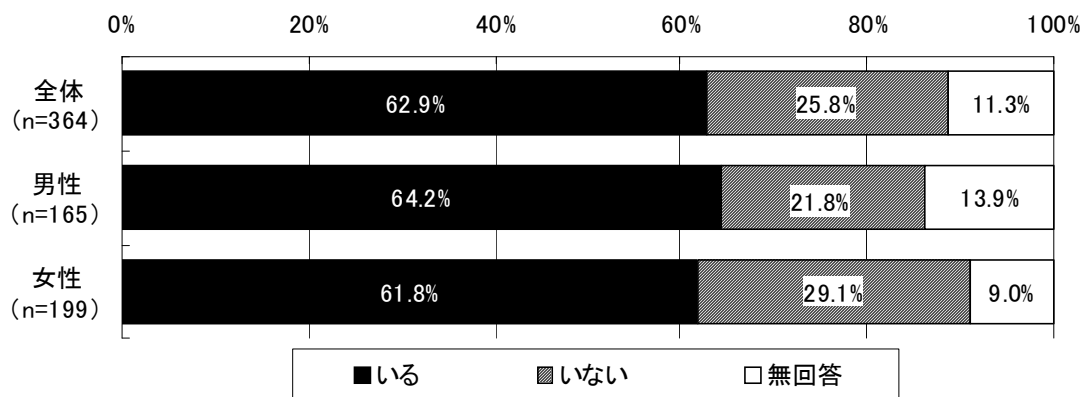
	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	364	81.6	12.8	84.0
医療区分1	141	83.7	10.4	86.0
医療区分2	107	77.9	13.4	81.0
医療区分3	59	80.4	16.5	84.0

④同居家族の有無

同居家族の有無をみると、全体では「いる」が62.9%、「いない」が25.8%であった。

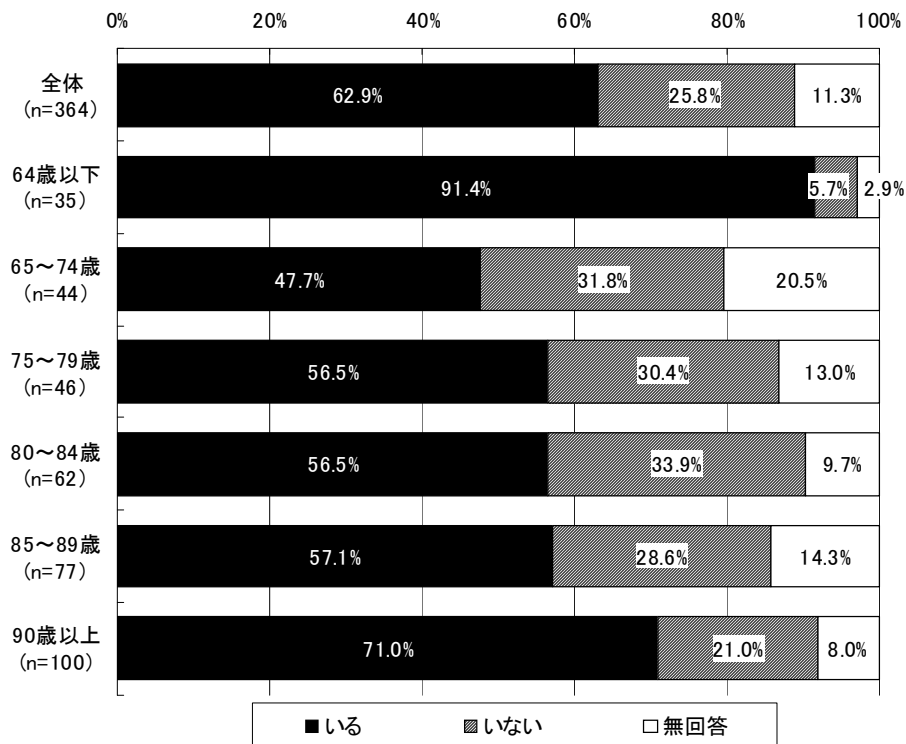
同居家族の有無を男女別にみると、男性では「いる」が64.2%、「いない」が21.8%であった。女性では「いる」が61.8%、「いない」が29.1%であった。

図表 229 同居家族の有無（男女別）



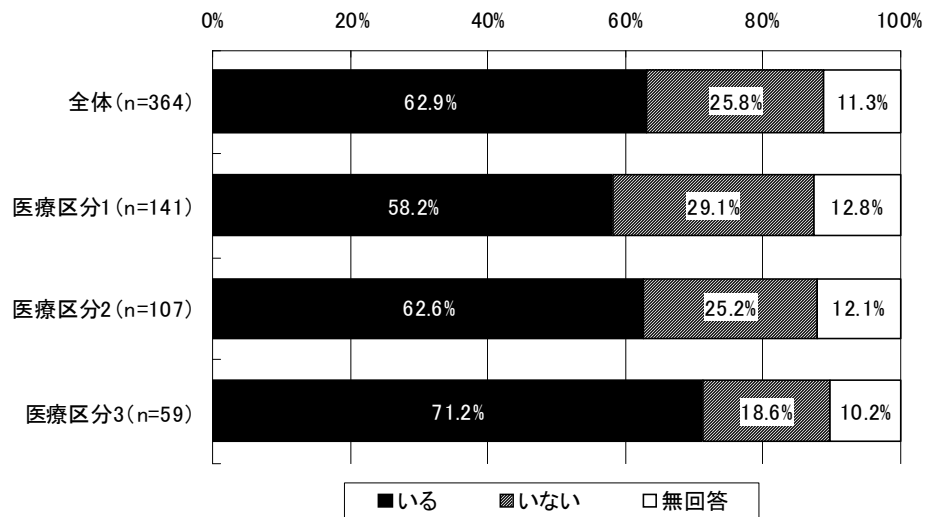
同居家族の有無を年齢階級別にみると、「いる」という患者の割合は、64歳以下で91.4%、90歳以上で71.0%となった。

図表 230 同居家族の有無（年齢階級別）



同居家族の有無を医療区分別にみると、「いる」という割合は、医療区分 1 では 58.2%、医療区分 2 では 62.6%、医療区分 3 では 71.2%であった。

図表 231 同居家族の有無（医療区分別）



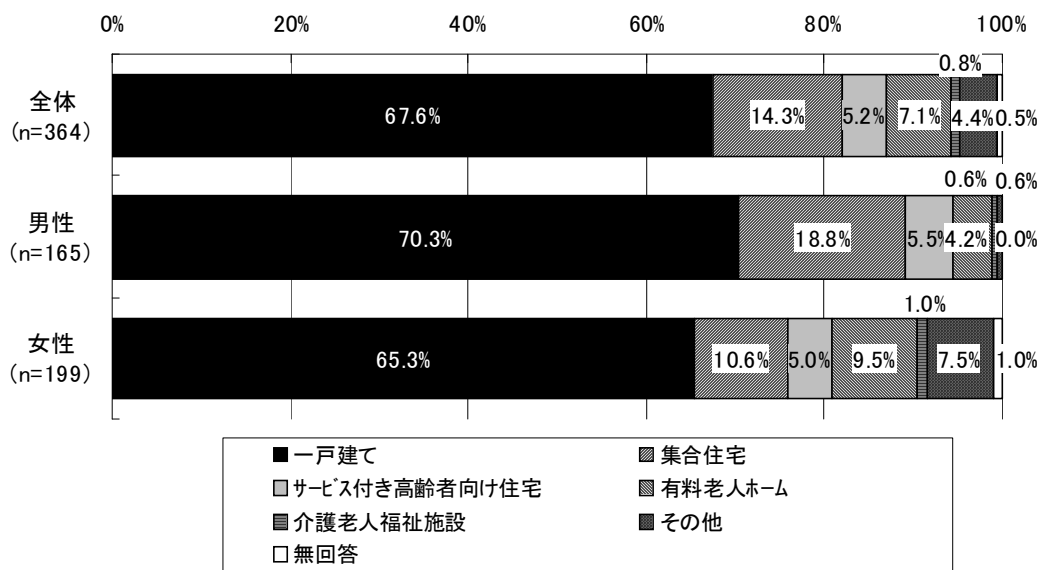
(注) 「全体」には「医療区分」について無回答の 57 人が含まれる。

⑤現在の住まい

現在の住まいをみると、全体では「一戸建て」(67.6%)が最も多く、次いで「集合住宅」(14.3%)、「有料老人ホーム」(7.1%)となった。

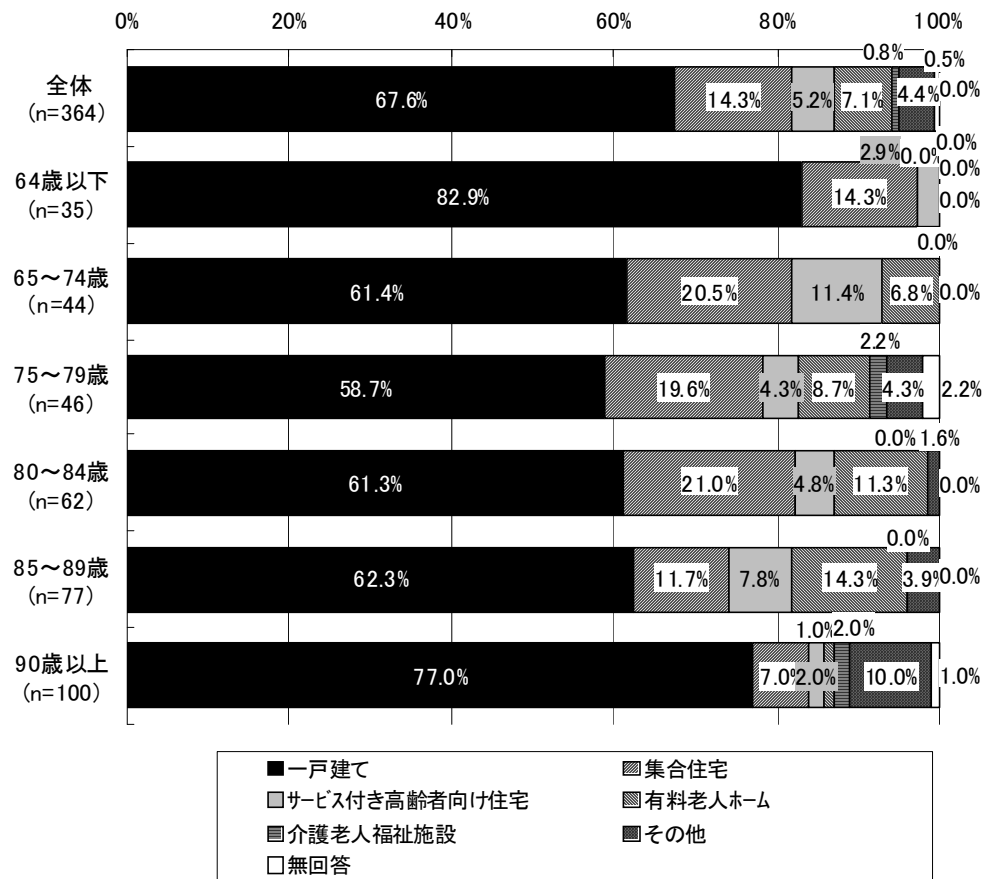
また、現在の住まいを男女別にみると、男性では「一戸建て」(70.3%)が最も多く、次いで「集合住宅」(18.8%)、「サービス付き高齢者向け住宅」(5.5%)となった。女性では「一戸建て」(65.3%)が最も多く、次いで「集合住宅」(10.6%)、「有料老人ホーム」(9.5%)となった。男性では女性と比較して「集合住宅」の割合が5.0ポイント高かった。

図表 232 現在の住まい（男女別）



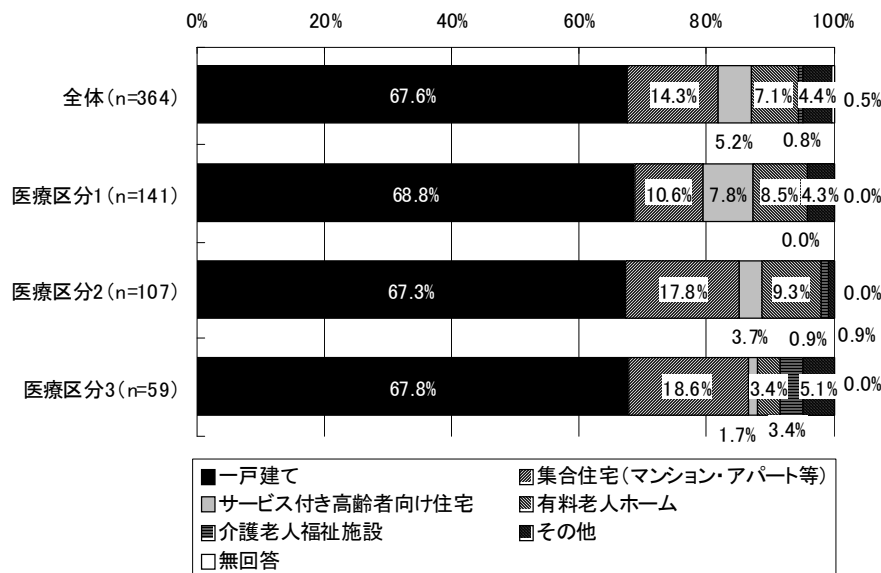
現在の住まいを年齢階級別にみると、64歳以下と90歳以上では「一戸建て」が8割近くを占め、他の年齢階級と比較して高かった。また、65～74歳では、「サービス付き高齢者向け住宅」が11.4%となり、他の年齢階級と比較して割合が高かった。

図表 233 現在の住まい（年齢階級別）



現在の住まいを医療区別にみると、いずれの医療区分においても「一戸建て」が7割近くを占めた。医療区分2と医療区分3では「集合住宅（マンション・アパート等）」の割合がそれぞれ17.8%、18.6%となっており、医療区分1（10.6%）と比較して割合が高かった。

図表 234 現在の住まい（医療区分別）



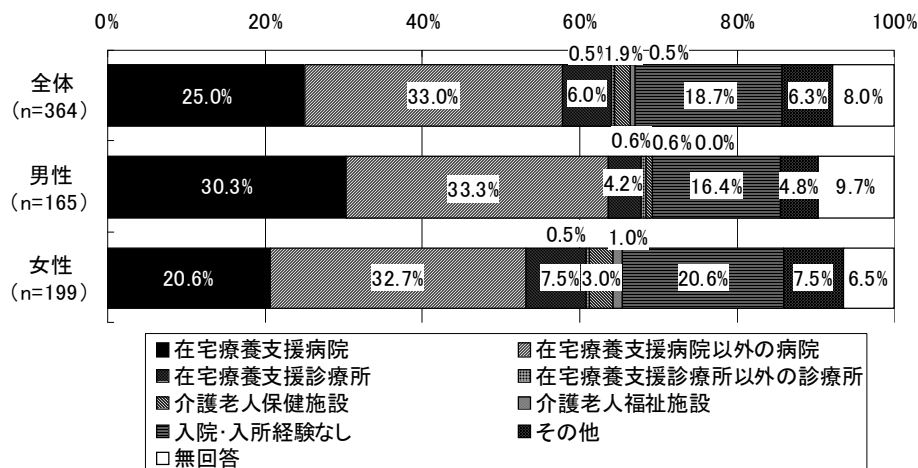
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑥在宅移行前の入院・入所場所

在宅移行前の入院・入所場所をみると、全体では「在宅療養支援病院以外の病院」(33.0%)が最も多く、次いで「在宅療養支援病院」(25.0%)であった。

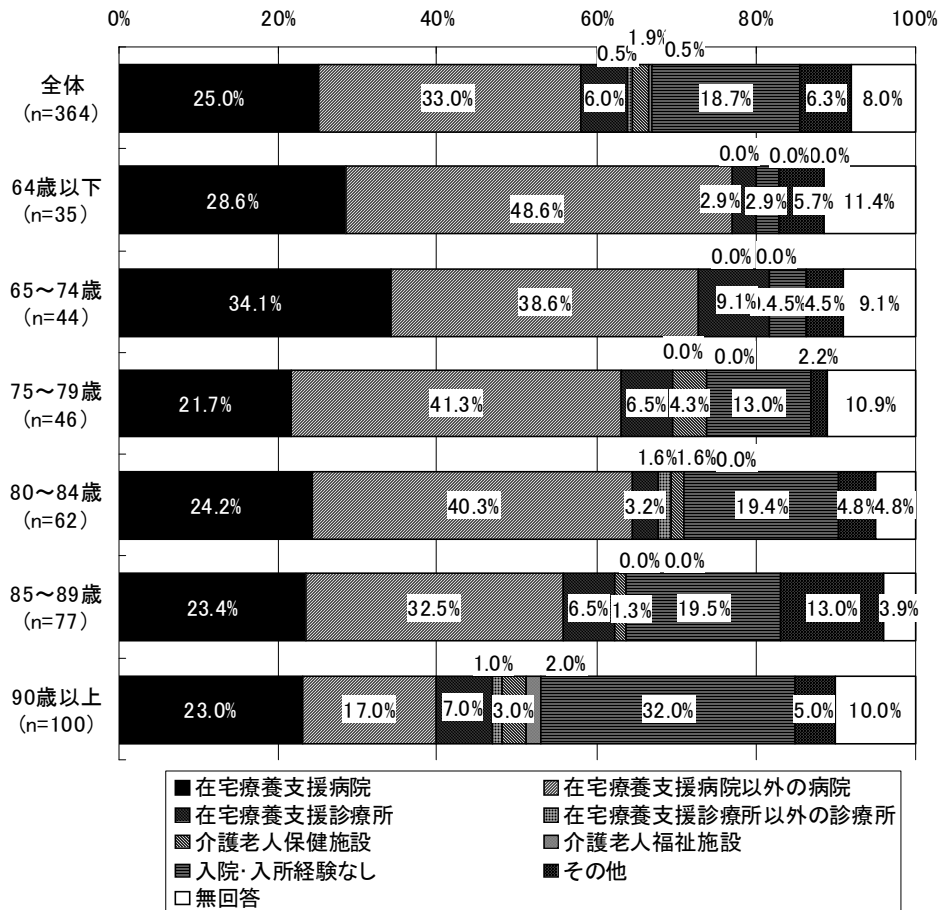
また、在宅移行前の入院・入所場所を男女別にみると、男女ともに「在宅療養支援病院以外の病院」(男性33.3%、女性32.7%)が最も多かった。男性のほうが女性と比較して「在宅療養支援病院」の割合が9.7ポイント高かった。

図表 235 在宅移行前の入院・入所場所（男女別）



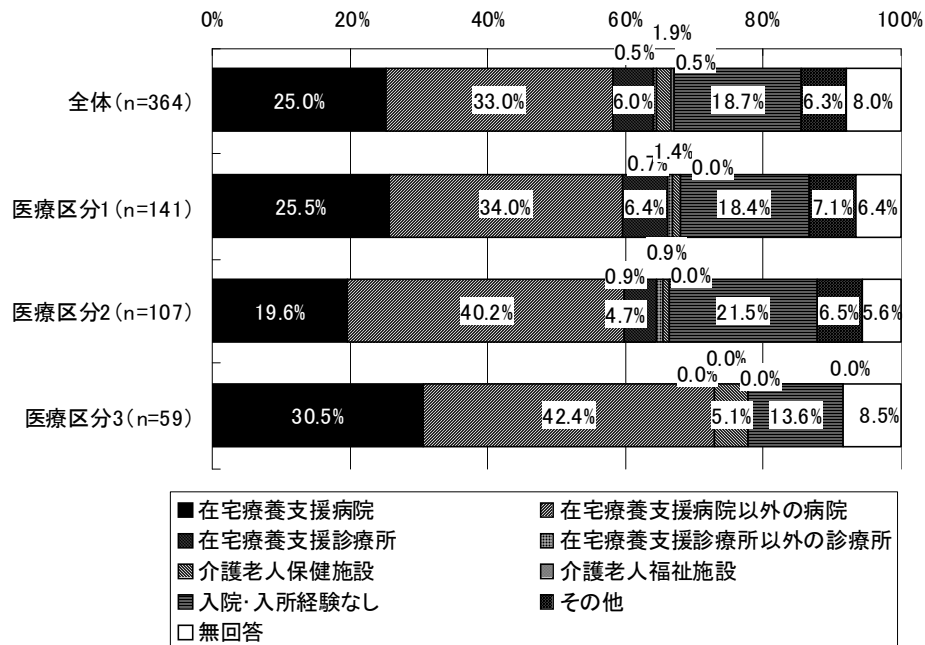
在宅移行前の入院・入所場所を年齢階級別にみると、90歳未満の各年齢階級では「在宅療養支援病院以外の病院」の割合が最も高く、90歳以上では「入院・入所経験なし」(32.0%)が最も高かった。

図表 236 在宅移行前の入院・入所場所（年齢階級別）



在宅移行前の入院・入所場所を医療区分別にみると、各医療区分において「在宅療養支援病院以外の病院」が最も多く、医療区分1から3へ高くなるのに伴い割合が高くなった。

図表 237 在宅移行前の入院・入所場所（医療区分別）



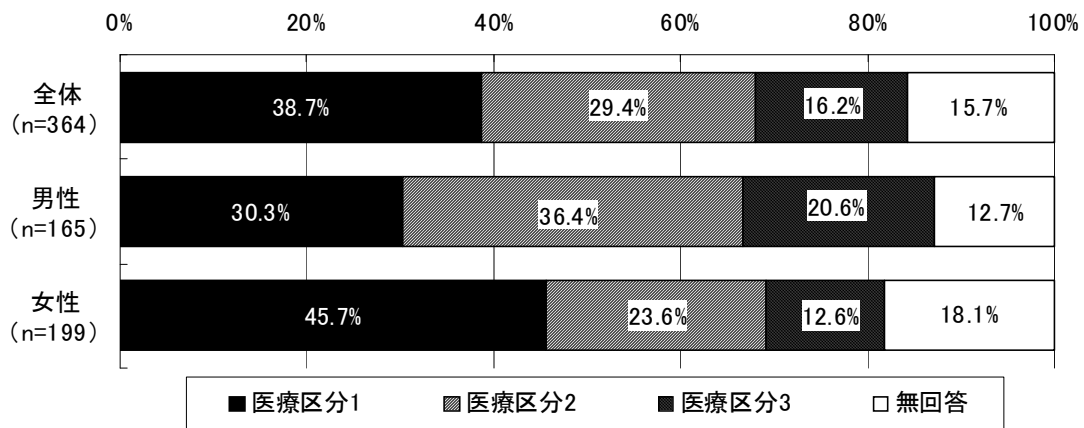
(注) 「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

(2) 患者の状態・病状等

①医療区分

医療区分をみると、男性では「医療区分 2」(36.4%) が最も多く、次いで「医療区分 1」(30.3%)、「医療区分 3」(20.6%) であった。女性では「医療区分 1」(45.7%) が最も多く、次いで「医療区分 2」(23.6%)、「医療区分 3」(12.6%) であった。

図表 238 医療区分 (男女別)

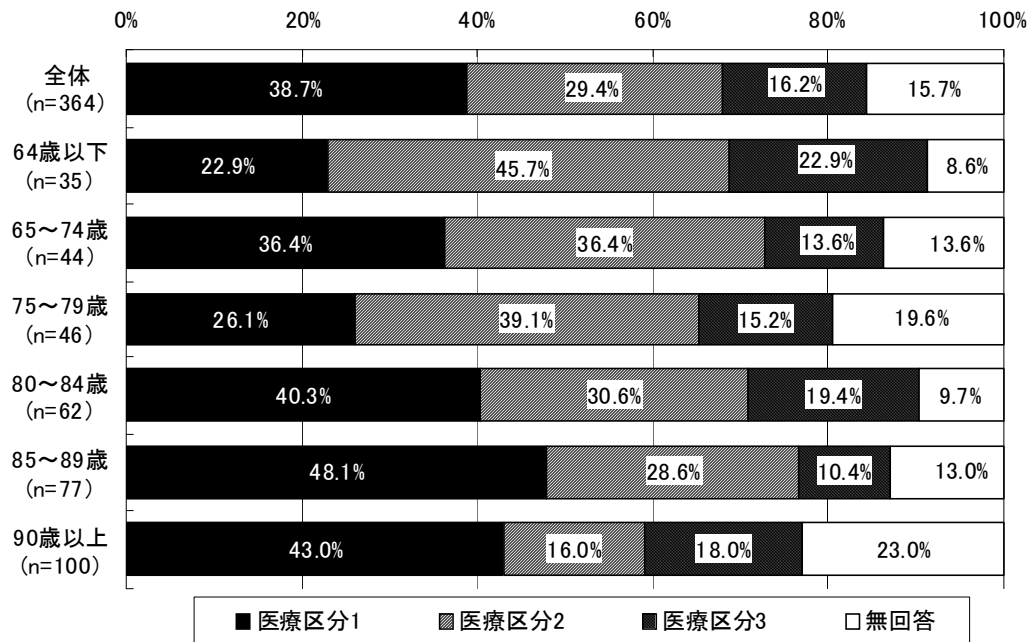


【医療区分の分類】

医療区分 3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師による 24 時間体制での監視・管理を要する状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養 ・24 時間持続点滴 ・レスピレーター使用 ・ドレーン法・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管のケア ・酸素療法 ・感染隔離室におけるケア
医療区分 2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他神経難病 (スモンを除く) ・神経難病以外の難病 ・脊髄損傷 ・肺気腫・慢性閉塞性肺疾 (COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・創感染 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから 30 日以内 ・脱水 ・体内出血 ・頻回の嘔吐 ・褥瘡 ・うっ血性潰瘍 ・せん妄の兆候 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経管栄養 ・喀痰吸引 ・気管切開・気管内挿管のケア ・血糖チェック ・皮膚の潰瘍のケア ・手術創のケア ・創傷処置 ・足のケア
医療区分 1	医療区分 2・3 に該当しない者

医療区分を年齢階級別にみると、85歳～89歳では「医療区分1」（48.1%）、64歳以下では「医療区分2」（45.7%）と「医療区分3」（22.9%）の割合が他の年齢階級と比較して高かった。

図表 239 医療区分（年齢階級別）

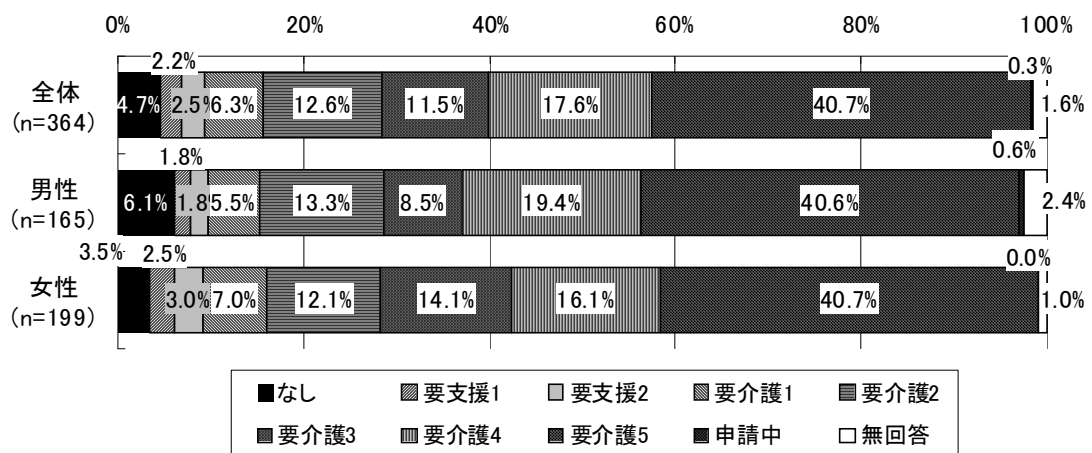


②要介護度

要介護度をみると、全体では「要介護5」（40.7%）が最も多く、次いで「要介護4」（17.6%）、「要介護2」（12.6%）、「要介護3」（11.5%）、「要介護1」（6.3%）であった。

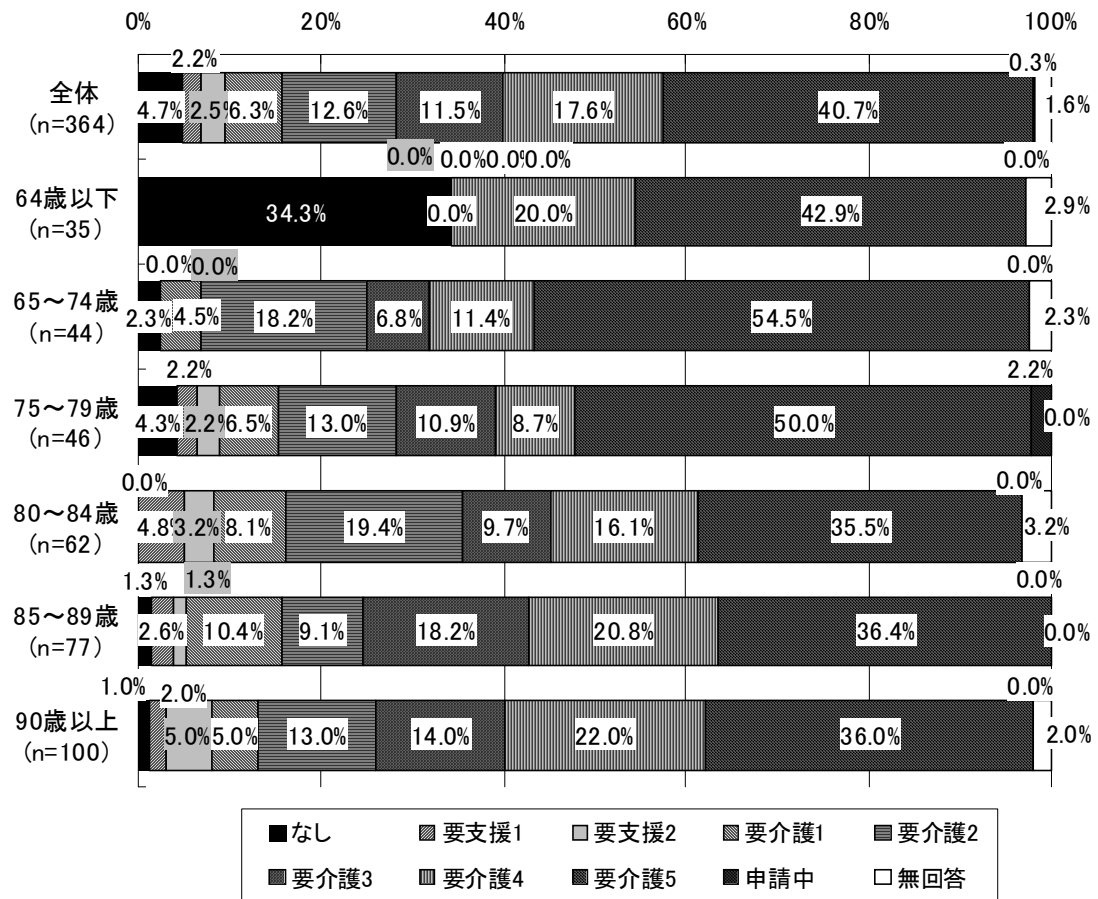
要介護度を男女別にみると、男性では「要介護5」（40.6%）が最も多く、次いで「要介護4」（19.4%）、「要介護2」（13.3%）、「要介護3」（8.5%）であった。女性では「要介護5」（40.7%）が最も多く、次いで「要介護4」（16.1%）、「要介護3」（14.1%）、「要介護2」（12.1%）であった。

図表 240 要介護度（男女別）



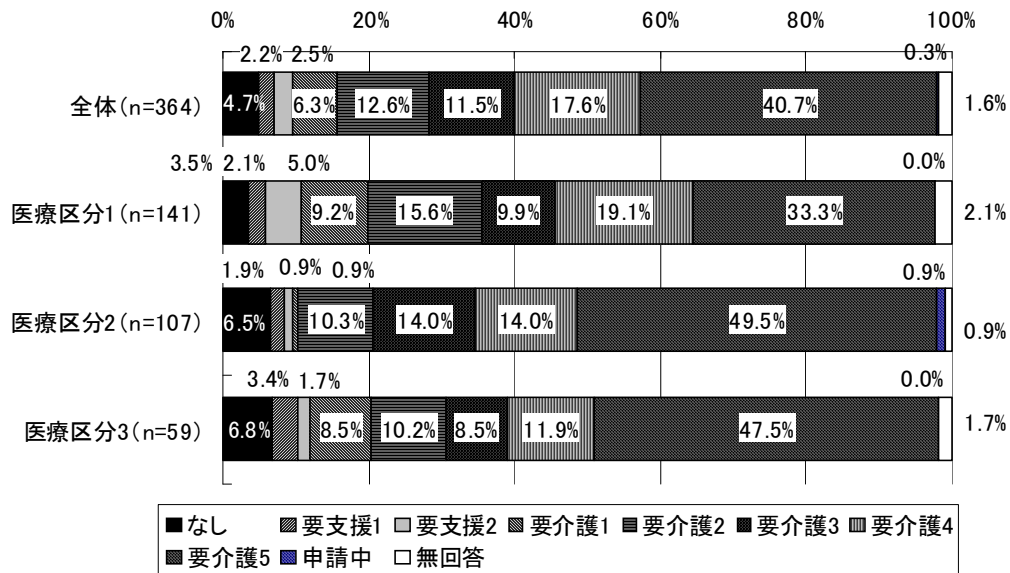
要介護度を年齢階級別にみると、他の各年齢階級と比較して、65～74歳、75歳～79歳では「要介護5」の割合が高く、約半数を占めた。

図表 241 要介護度（年齢階級別）



要介護度を医療区分別にみると、医療区分 2 と医療区分 3 では、「要介護 5」の割合が 5 割近くを占め、医療区分 1 と比較して高かった。

図表 242 要介護度（医療区分別）



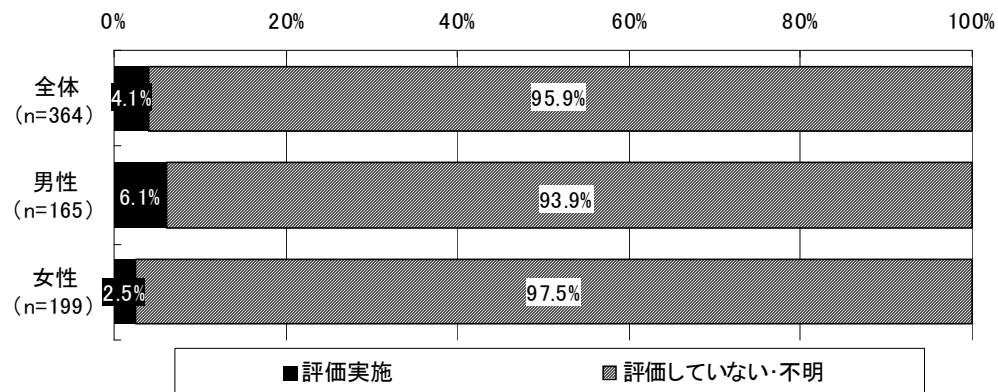
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の 57 人が含まれる。

③機能的自立度評価表（FIM）点数

機能的自立度評価表（FIM）点数をみると、全体では「評価実施」は 4.1%であった。

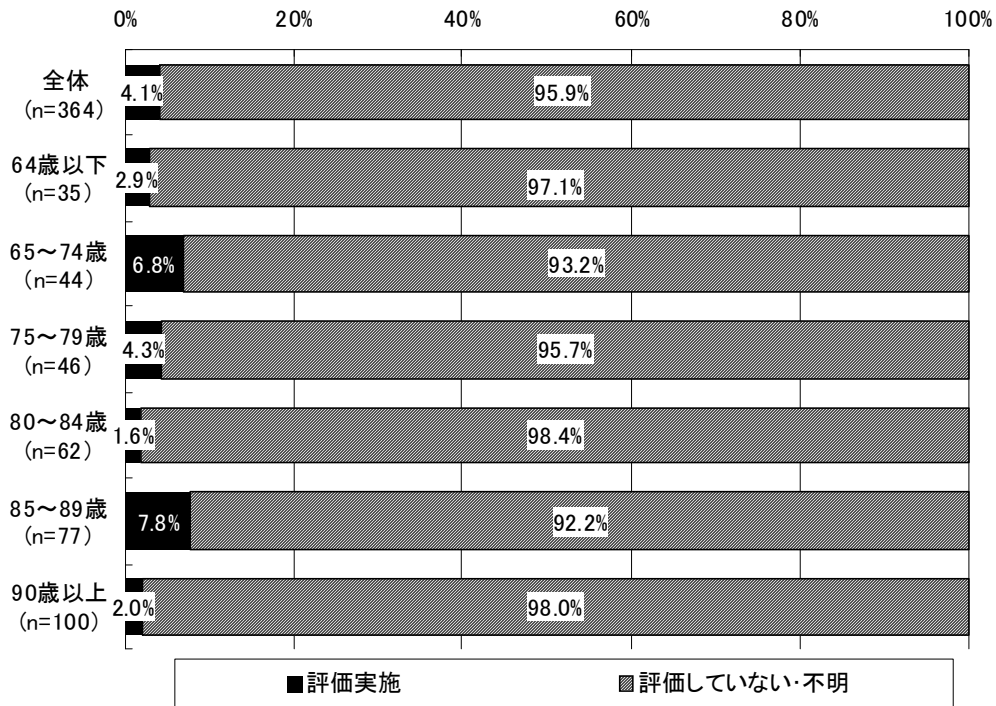
また、機能的自立度評価表（FIM）点数を男女別にみると、男性では「評価実施」が 6.1%、女性では 2.5%であり、男性のほうが女性と比較して割合が高かった。

図表 243 機能的自立度評価表（FIM）点数（男女別）



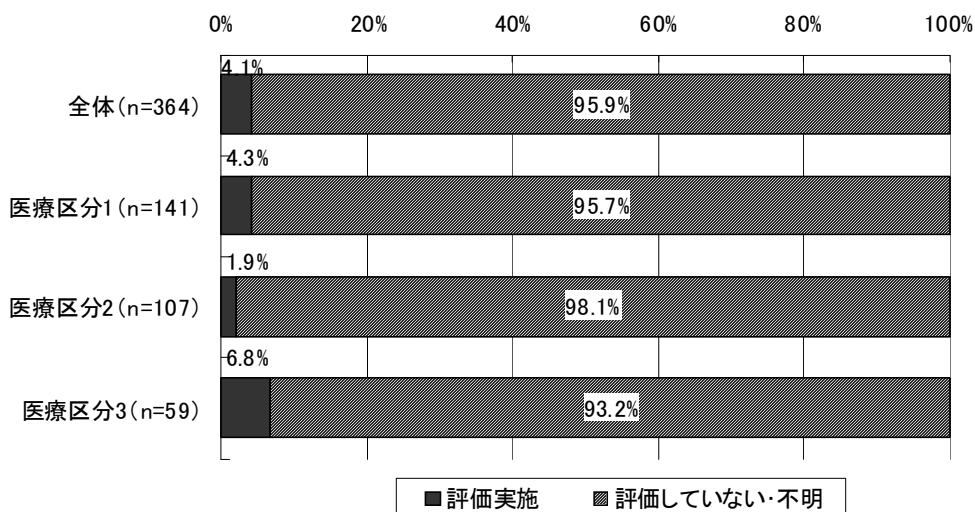
機能的自立度評価表（FIM）点数を年齢階級別にみると、「評価実施」の割合は65～74歳で6.8%、85～89歳では7.8%となっており、他の年齢階級と比較して割合が高かった。

図表 244 機能的自立度評価表（FIM）点数（年齢階級別）



機能的自立度評価表（FIM）点数を医療区分別にみると、「評価実施」の割合は医療区分1では4.3%、医療区分2では1.9%、医療区分3では6.8%であった。

図表 245 機能的自立度評価表（FIM）点数（医療区分別）



(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

機能的自立度評価表（FIM）点数をみると、全体では平均 35.7（標準偏差 31.8、中央値 33.0）であった。

また、機能的自立度評価表（FIM）点数を男女別にみると、男性が平均 36.5（標準偏差 32.5、中央値 26.0）、女性が平均 34.0（標準偏差 34.2、中央値 33.0）であった。

図表 246 機能的自立度評価表（FIM）点数（男女別）

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	15	35.7	31.8	33.0
男性	10	36.5	32.5	26.0
女性	5	34.0	34.2	33.0

機能的自立度評価表（FIM）点数を年齢階級別にみると、85～89 歳では平均 43.3（標準偏差 49.3、中央値 29.0）で最も高く、次いで 90 歳以上の平均 43.0（標準偏差 14.1、中央値 43.0）であった。

図表 247 機能的自立度評価表（FIM）点数（年齢階級別）

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	15	35.7	31.8	33.0
64 歳以下	1	18.0	-	18.0
65～74 歳	3	32.0	14.1	34.0
75～79 歳	2	28.5	14.8	28.5
80～84 歳	1	18.0	-	18.0
85～89 歳	6	43.3	49.3	29.0
90 歳以上	2	43.0	14.1	43.0

機能的自立度評価表（FIM）点数を医療区分別にみると、医療区分 1 では平均 59.5（標準偏差 35.7、中央値 53.5）、医療区分 2 では平均 28.0（標準偏差 15.6、中央値 28.0）、医療区分 3 では平均 25.3（標準偏差 18.0、中央値 26.0）であった。

図表 248 機能的自立度評価表（FIM）点数（医療区分別）

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	15	35.7	31.8	33.0
医療区分1	6	59.5	35.7	53.5
医療区分2	2	28.0	15.6	28.0
医療区分3	4	25.3	18.0	26.0

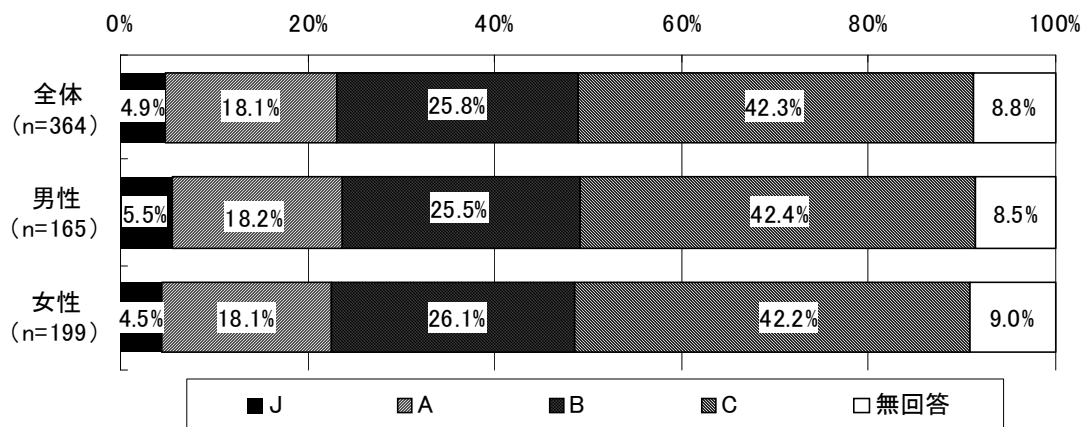
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の 57 人が含まれる。

④障害高齢者の日常生活自立度

障害高齢者の日常生活自立度をみると、全体では「C」(42.3%)が最も多く、次いで「B」(25.8%)、「A」(18.1%)、「J」(4.9%)であった。

また、障害高齢者の日常生活自立度を男女別にみると、男女による大きな差異はみられなかった。

図表 249 障害高齢者の日常生活自立度（男女別）

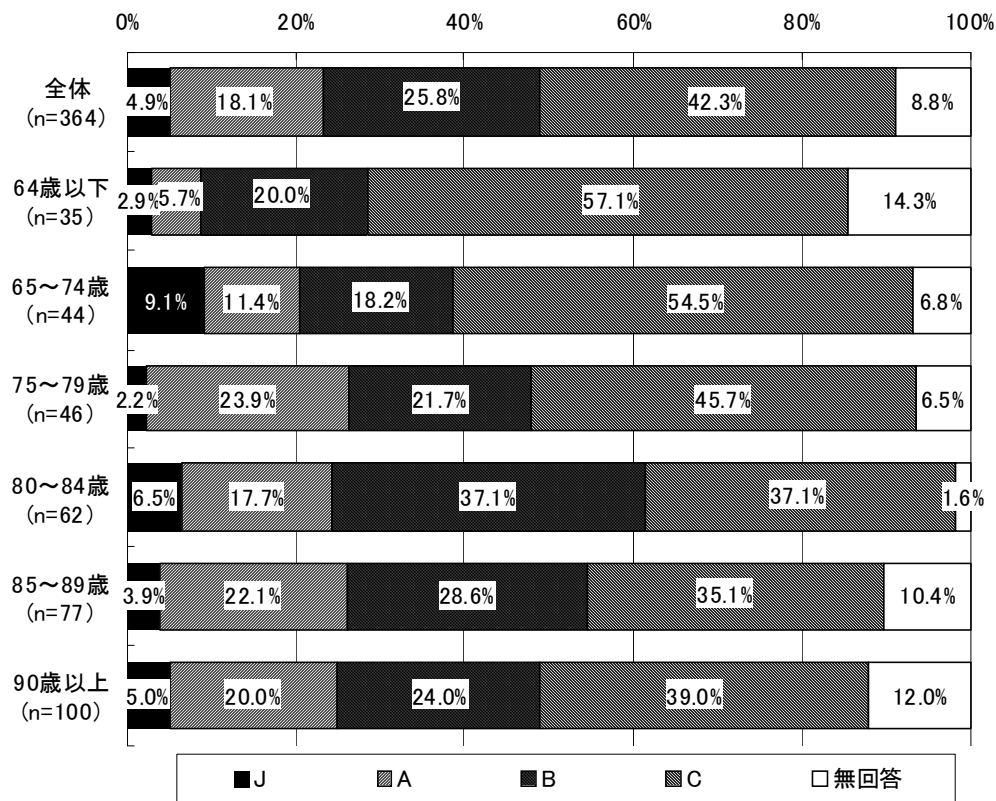


【障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）】

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
	ランク C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りもうたない

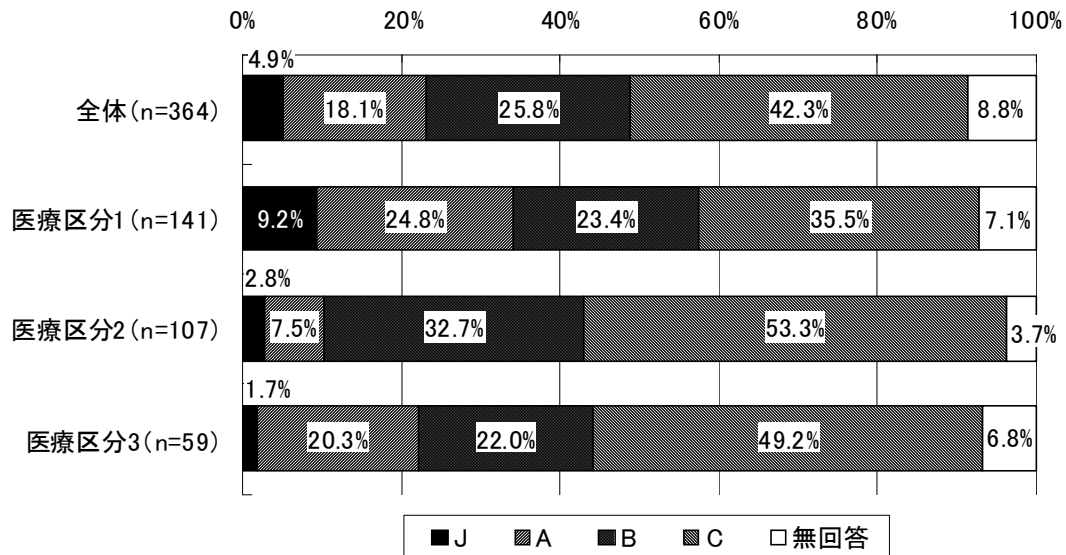
障害高齢者の日常生活自立度を年齢階級別にみると、64歳以下では57.1%、65～74歳では54.5%と「C」が5割を超え、他の年齢階級と比較しても高かった。80～84歳では「B」が37.1%で他の年齢階級と比較して高かった。

図表 250 障害高齢者の日常生活自立度（年齢階級別）



障害高齢者の日常生活自立度を医療区分別にみると、医療区分2と医療区分3では「C」の割合が約半数を占めた。医療区分1では他の医療区分と比較して「A」の割合が高かった。

図表 251 障害高齢者の日常生活自立度（医療区分別）



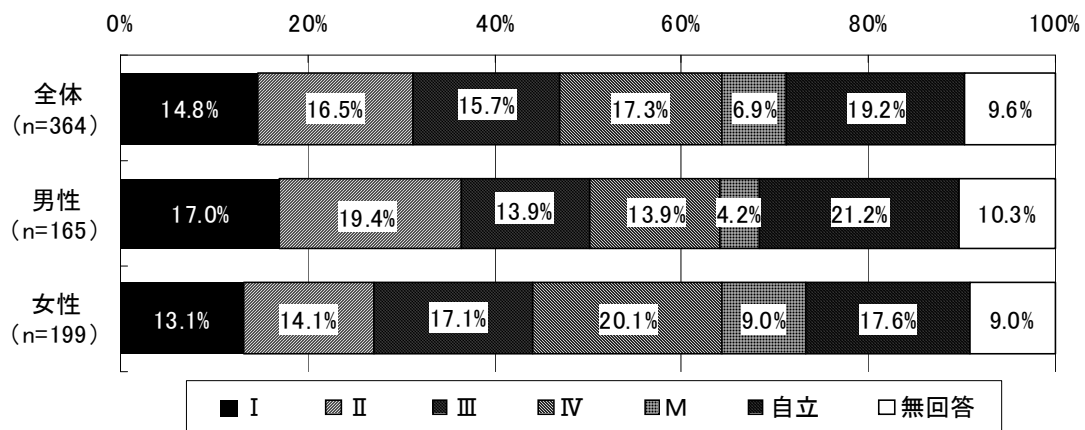
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑤認知症高齢者の日常生活自立度

認知症高齢者の日常生活自立度をみると、全体では「自立」(19.2%)が最も多く、次いで「IV」(17.3%)、「II」(16.5%)、「III」(15.7%)、「I」(14.8%)、「M」(6.9%)であった。

また、認知症高齢者の日常生活自立度を男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「I」、「II」、「自立」の割合が高かった。女性は男性と比較して「III」、「IV」、「M」の割合が高かった。

図表 252 認知症高齢者の日常生活自立度（男女別）

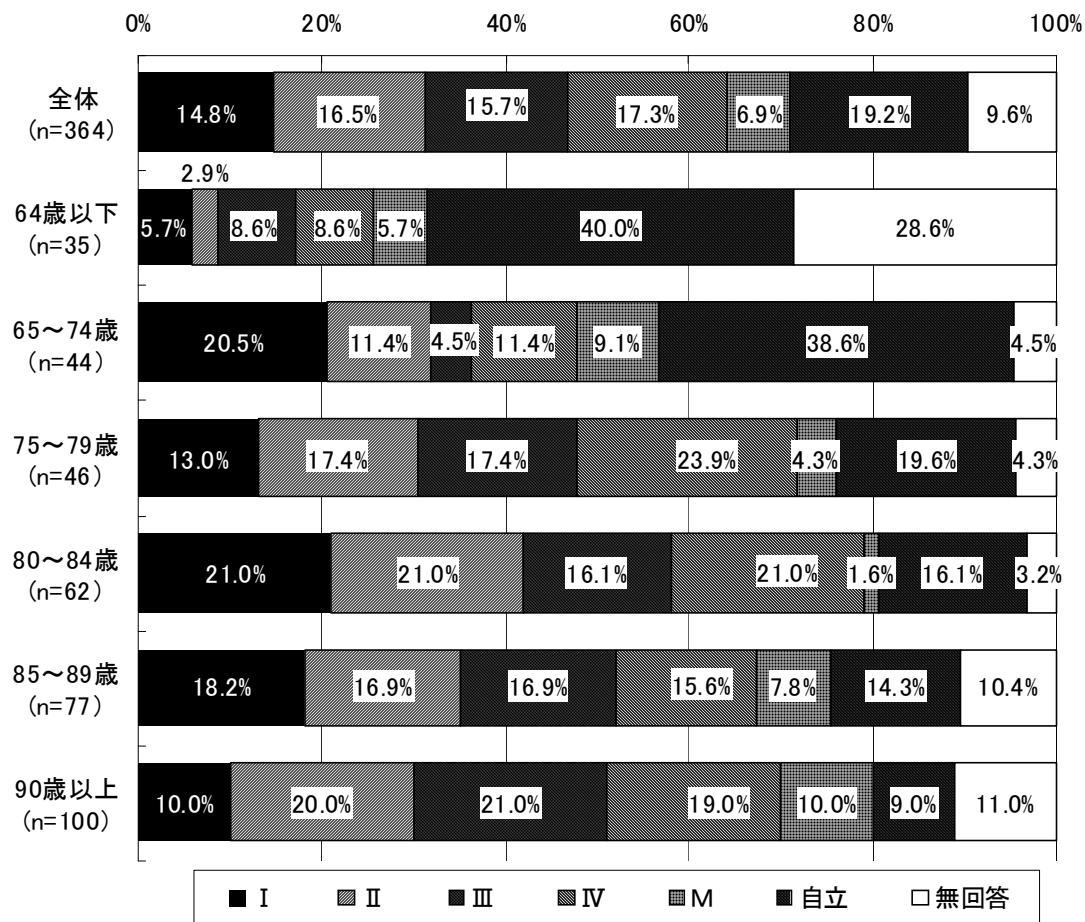


【認知症高齢者の日常生活自立度】

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にはほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応答や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない・時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

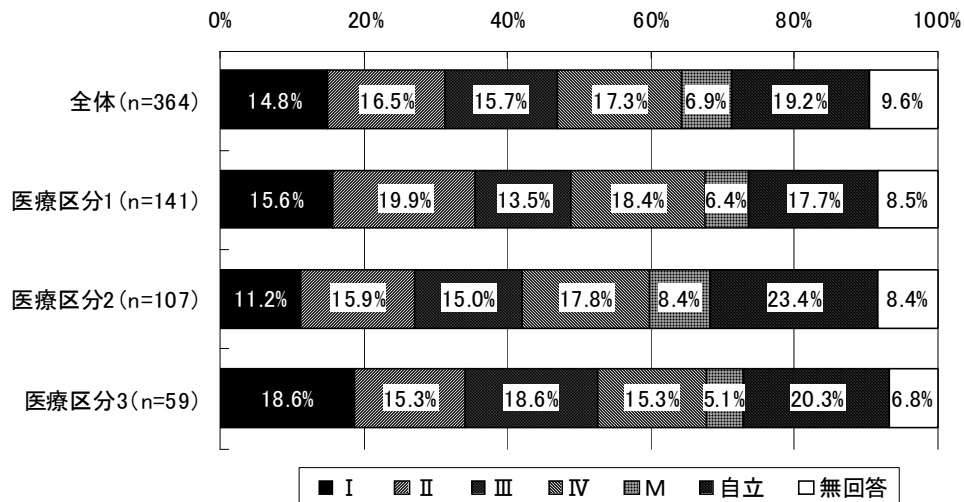
認知症高齢者の日常生活自立度を年齢階級別にみると、年齢が高くなるにつれて「自立」の患者の割合が低くなった。また、65～74歳（9.1%）、85～89歳（7.8%）、90歳以上（10.0%）では「M」の割合が他の年齢階級と比較して高かった。

図表 253 認知症高齢者の日常生活自立度（年齢階級別）



認知症高齢者の日常生活自立度を医療区分別にみると、医療区分1では「II」（19.9%）が最も多く、次いで「自立」（17.7%）であった。医療区分2では「自立」（23.4%）が最も多く、次いで「IV」（17.8%）であった。医療区分3では「自立」（20.3%）が最も多く、次いで「I」、「III」（それぞれ18.6%）であった。

図表 254 認知症高齢者の日常生活自立度（医療区分別）



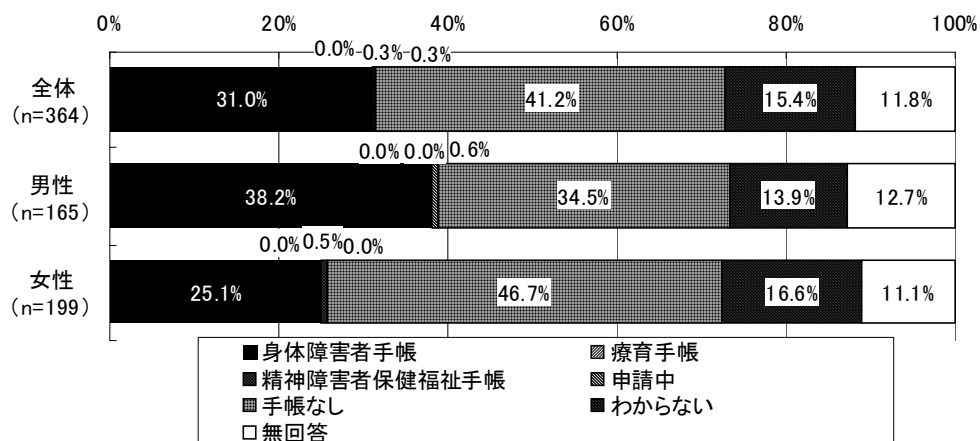
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑥障害者手帳などの種類

障害者手帳などの種類をみると、全体では「身体障害者手帳」を持っている患者が31.0%であり、「手帳なし」の患者は41.2%であった。

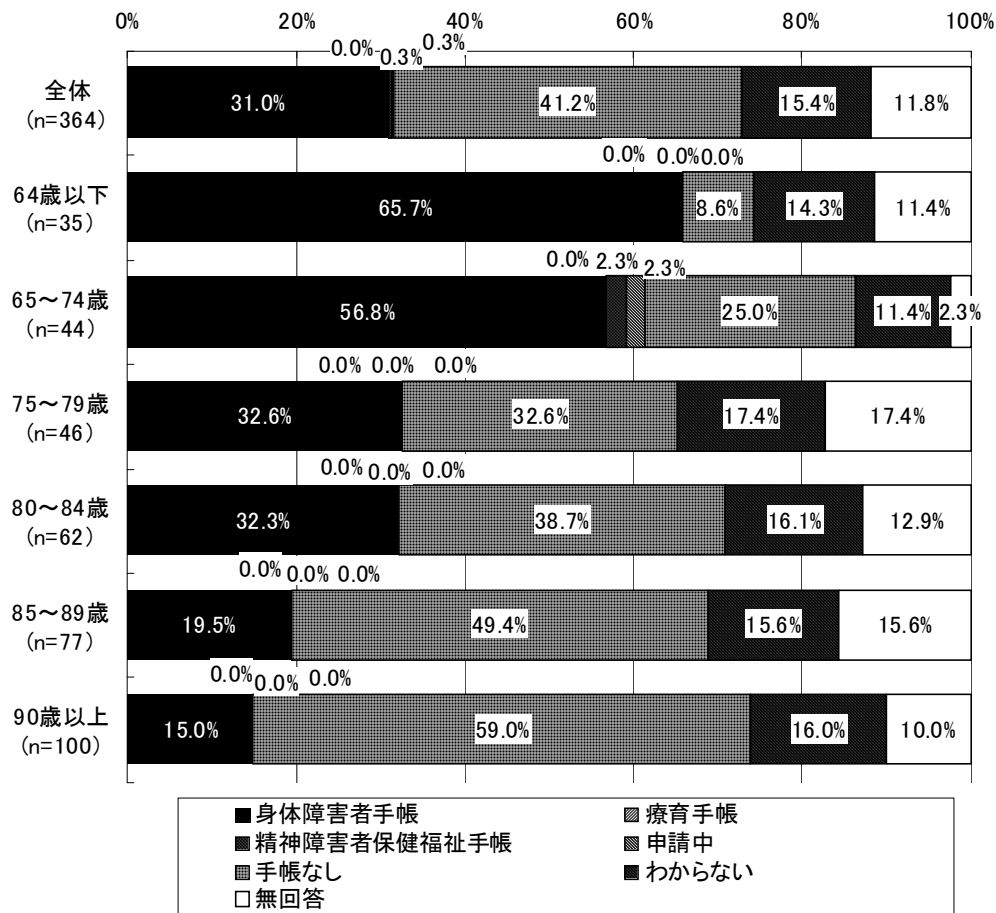
また、障害者手帳などの種類を男女別にみると、「身体障害者手帳」を持っている患者の割合は、男性では38.2%、女性では25.1%となっており、男性は女性と比較して13.1ポイント高かった。

図表 255 障害者手帳などの種類（男女別）



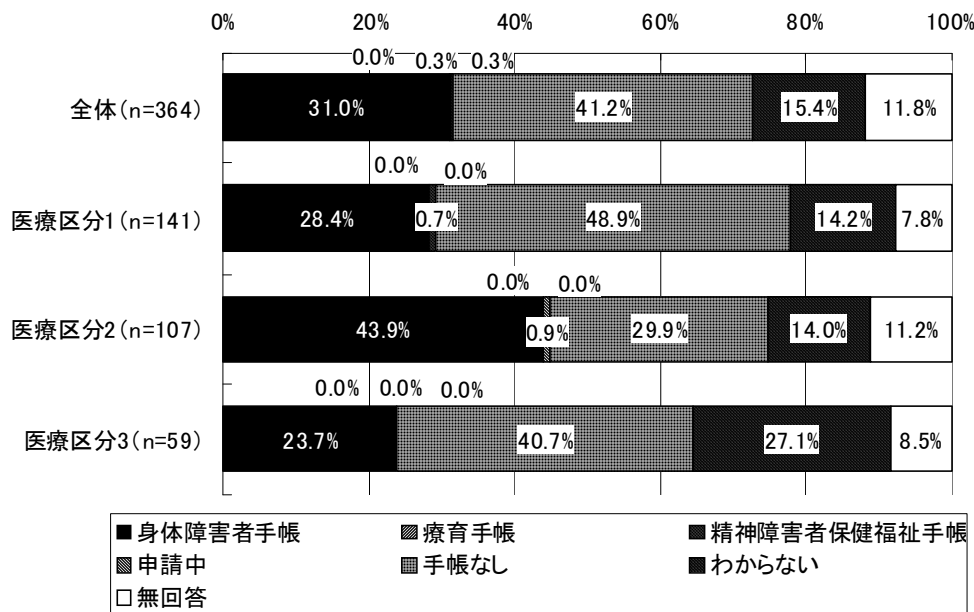
障害者手帳などの種類を年齢階級別にみると、74歳以下の患者では半数以上の患者が「身体障害者手帳」を持っており、年齢階級が高くなるほど持っている患者の割合は低くなった。「手帳なし」の割合は年齢階級が高くなるほど高くなり、90歳以上（59.0%）では約6割を占めた。

図表 256 障害者手帳などの種類（年齢階級別）



障害者手帳などの種類を医療区分別にみると、「身体障害者手帳」を持っている患者の割合は、医療区分2では43.9%と最も高く、次いで、医療区分1では28.4%、医療区分3では23.7%であった。

図表 257 障害者手帳などの種類（医療区分別）



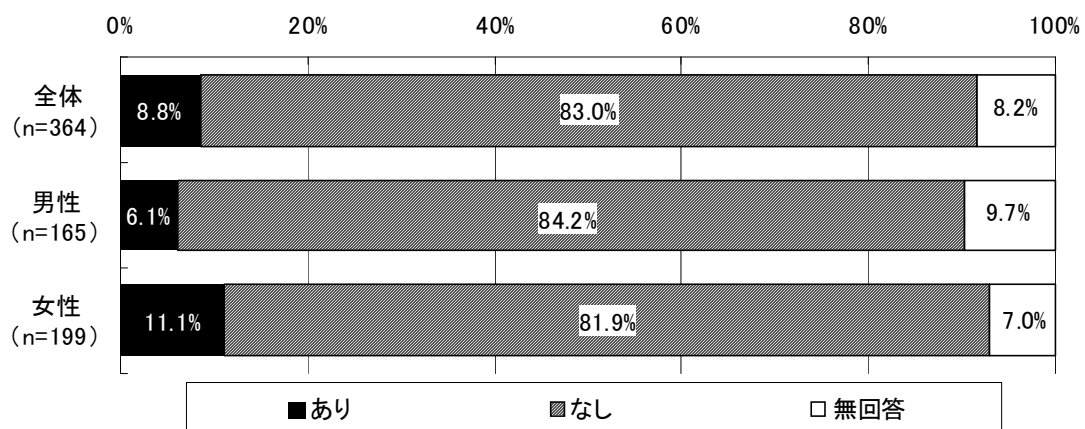
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑦精神疾患の有無

精神疾患の有無をみると、全体では「あり」が8.8%、「なし」が83.0%であった。

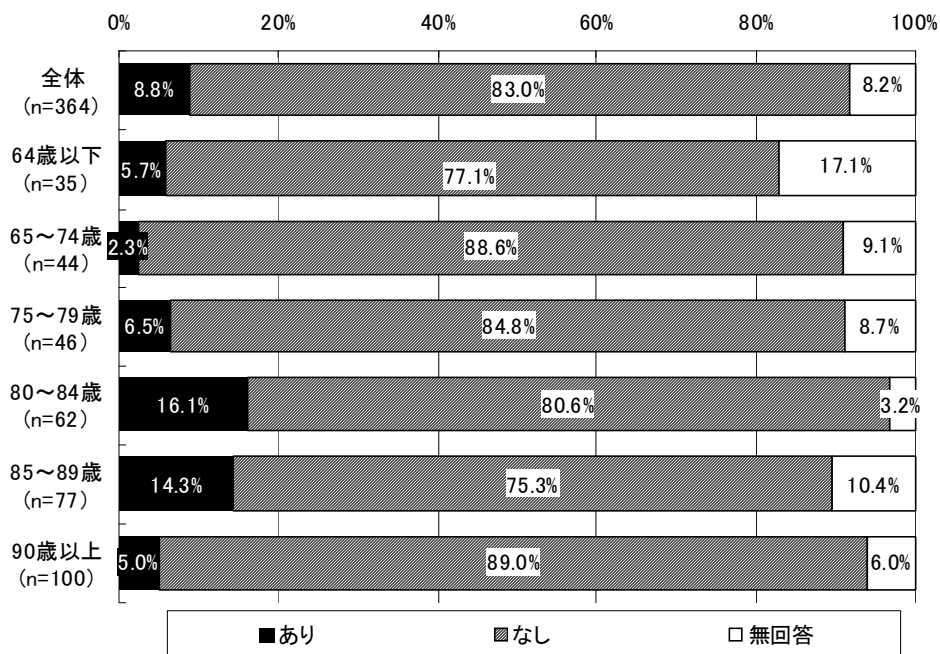
また、精神疾患の有無を男女別にみると、男性では「あり」が6.1%、女性では11.1%で女性での割合が高かった。

図表 258 精神疾患の有無（男女別）



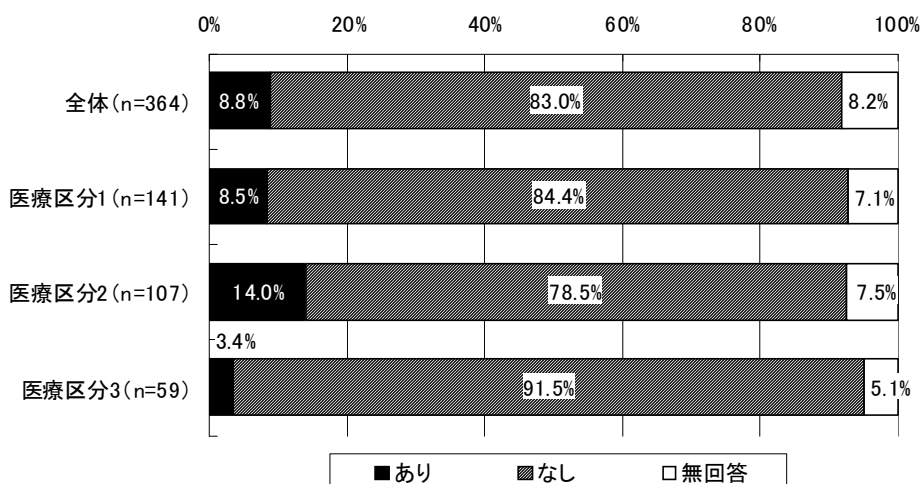
精神疾患の有無を年齢階級別にみると、「あり」の割合は、80～84 歳が 16.1%、85～89 歳が 14.3%となっており、他の年齢階級と比較して高かった。

図表 259 精神疾患の有無（年齢階級別）



精神疾患の有無を医療区分別にみると、「あり」の割合は、医療区分2が 14.0%で他の医療区分と比較して高かった。

図表 260 精神疾患の有無（医療区分別）



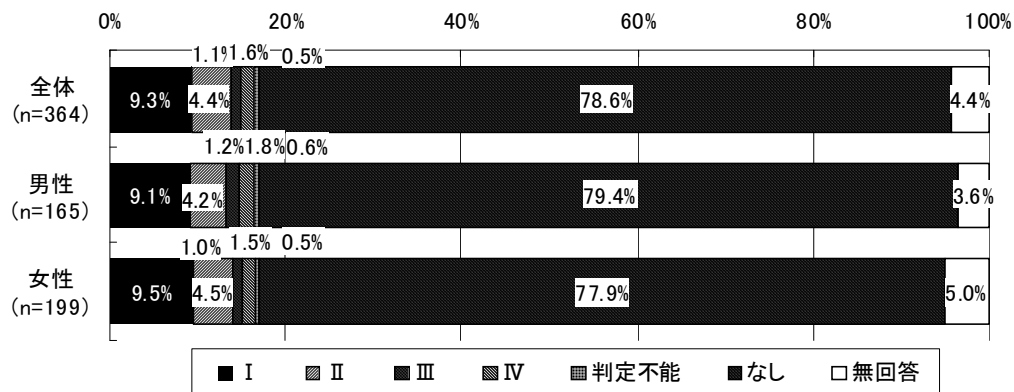
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の 57 人が含まれる。

⑧褥瘡の状態（NPUAP）

褥瘡の状態（NPUAP）をみると、全体では「なし」（78.6%）が最も多く、次いで「I」（9.3%）、「II」（4.4%）、「IV」（1.6%）、「III」（1.1%）となった。

また、褥瘡の状態（NPUAP）を男女別にみると、男女による大きな差異はみられなかった。

図表 261 褥瘡の状態（NPUAP）（男女別）

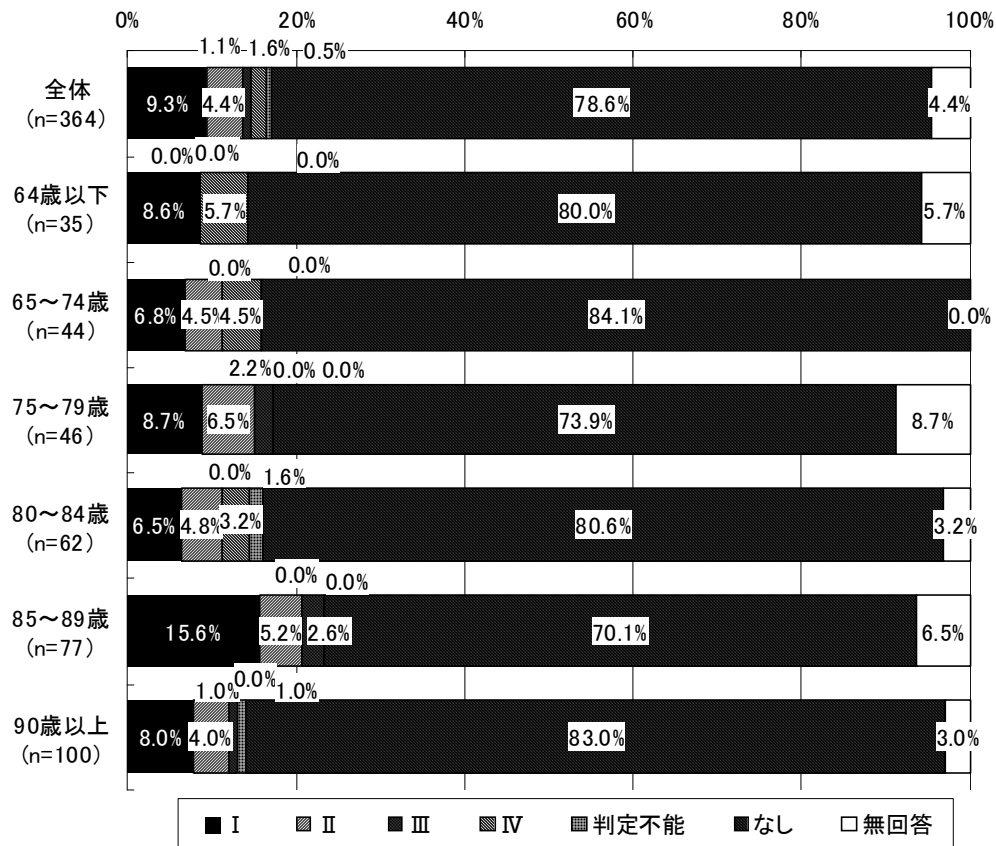


【褥瘡の状態（NPUAP 分類）】

ステージ I	通常骨突出部位に局限する消退しない発赤を伴う、損傷のない皮膚。暗色部位の明白な消退は起こらず、その色は周囲の皮膚と異なることがある。
ステージ II	スラフを伴わない、赤色または薄赤色の創底をもつ、浅い開放潰瘍として現れる真皮の部分欠損。破れていないまたは開放した/破裂した血清で満たされた水疱として現れることがある。
ステージ III	全層組織欠損。皮下脂肪は確認できるが、骨、腱、筋肉は露出していないことがある。スラフが存在することがあるが、組織欠損の深度が分からなくなるほどではない。ポケットや瘻孔が存在することがある。
ステージ IV	骨、腱、筋肉の露出を伴う全層組織欠損。黄色または黒色壊死が創底に存在することがある。ポケットや瘻孔を伴うことが多い。
判定不能	創底で、潰瘍の底面がスラフ（黄色、黄褐色、灰色または茶色）および/またはエスカー（黄褐色、茶色、または黒色）で覆われている全層組織欠損。

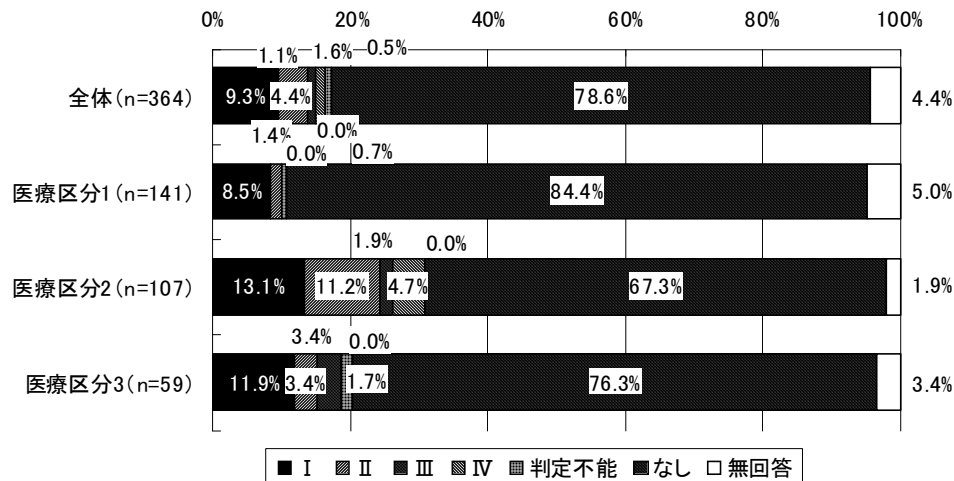
褥瘡の状態 (NPUAP) を年齢階級別にみると、85～89 歳では他の年齢階級と比較して「I」の割合が高かった。また、64 歳以下、65～74 歳、80～84 歳では、他の年齢階級と比較して「IV」の割合が高かった。

図表 262 褥瘡の状態 (NPUAP) (年齢階級別)



褥瘡の状態(NPUAP)を医療区分別にみると、医療区分2では「I」(13.1%)、「II」(11.2%)、「IV」(4.7%)のステージの割合が他の医療区分と比較して高かった。医療区分3ではステージ「III」(3.4%)の割合が他の医療区分と比較して高かった。

図表 263 褥瘡の状態 (NPUAP) (医療区分別)



(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑨褥瘡の状態 (DESIGN)

褥瘡の状態 (DESIGN) をみると、全体では「d0」(27.5%)が最も多く、次いで「d1」(8.8%)、「d2」(2.7%)であった。

また、褥瘡の状態 (DESIGN) を男女別にみると、男女ともに「d0」(それぞれ27.9%、27.1%)が最も多く、次いで「d1」(それぞれ7.9%、9.5%)、「d2」(それぞれ3.6%、2.0%)であった。

図表 264 褥瘡の状態 (DESIGN) (男女別)

(単位：上段「人」、下段「%」)

	総数	d1	d2	D3	D4	D5	U	d0	無回答
全体	364	32	10	5	7	0	0	100	210
	100.0	8.8	2.7	1.4	1.9	0.0	0.0	27.5	57.7
男性	165	13	6	2	4	0	0	46	94
	100.0	7.9	3.6	1.2	2.4	0.0	0.0	27.9	57.0
女性	199	19	4	3	3	0	0	54	116
	100.0	9.5	2.0	1.5	1.5	0.0	0.0	27.1	58.3

【褥瘡の状態 (DESIGN)】

d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織を越える損傷
D5	関節腔・体腔に至る損傷
U	深さ判定が不能な場合

褥瘡の状態（DESIGN）を年齢階級別にみると、85～89 歳では「d1」（13.0%）、80～84 歳では「d2」（4.8%）、75～79 歳では「D3」（4.3%）の割合が他の年齢階級と比較して高かった。

図表 265 褥瘡の状態（DESIGN）（年齢階級別）

（単位：上段「人」、下段「%」）

	総数	d1	d2	D3	D4	D5	U	d0	無回答
全体	364 100.0	32 8.8	10 2.7	5 1.4	7 1.9	0 0.0	0 0.0	100 27.5	210 57.7
64 歳以下	35 100.0	3 8.6	0 0.0	0 0.0	2 5.7	0 0.0	0 0.0	8 22.9	22 62.9
65～74 歳	44 100.0	3 6.8	1 2.3	0 0.0	2 4.5	0 0.0	0 0.0	17 38.6	21 47.7
75～79 歳	46 100.0	4 8.7	1 2.2	2 4.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	17 37.0	22 47.8
80～84 歳	62 100.0	3 4.8	3 4.8	1 1.6	1 1.6	0 0.0	0 0.0	22 35.5	32 51.6
85～89 歳	77 100.0	10 13.0	3 3.9	2 2.6	1 1.3	0 0.0	0 0.0	16 20.8	45 58.4
90 歳以上	100 100.0	9 9.0	2 2.0	0 0.0	1 1.0	0 0.0	0 0.0	20 20.0	68 68.0

褥瘡の状態（DESIGN）を医療区分別にみると、医療区分 2 の「d1」（14.0%）、「d2」（7.5%）、「D3」（1.9%）、「D4」（4.7%）の各状態において他の医療区分と比較して割合が高かった。

図表 266 褥瘡の状態（DESIGN）（医療区分別）

（単位：上段「人」、下段「%」）

	総数	d1	d2	D3	D4	D5	U	d0	無回答
全体	364 100.0	32 8.8	10 2.7	5 1.4	7 1.9	0 0.0	0 0.0	100 27.5	210 57.7
医療 区分 1	141 100.0	10 7.1	1 0.7	1 0.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0	46 32.6	83 58.9
医療 区分 2	107 100.0	15 14.0	8 7.5	2 1.9	5 4.7	0 0.0	0 0.0	28 26.2	49 45.8
医療 区分 3	59 100.0	6 10.2	1 1.7	1 1.7	2 3.4	0 0.0	0 0.0	19 32.2	30 50.8

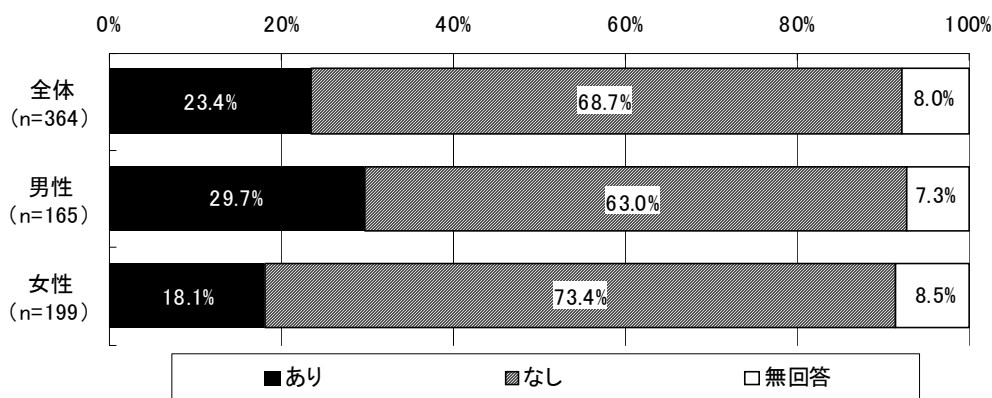
（注）「全体」には「医療区分」について無回答の 57 人が含まれる。

⑩厚生労働大臣の定める疾病等の有無（別表第七）

厚生労働大臣の定める疾病等の有無（別表第七）をみると、全体では「あり」が 23.4%で、「なし」が 68.7%であった。

また、厚生労働大臣の定める疾病等の有無（別表第七）を男女別にみると、男性では「あり」の割合が 29.7%、女性では 18.1%となっており、男性は女性と比較して 11.6 ポイント高かった。

図表 267 厚生労働大臣の定める疾病等の有無（別表第七）（男女別）

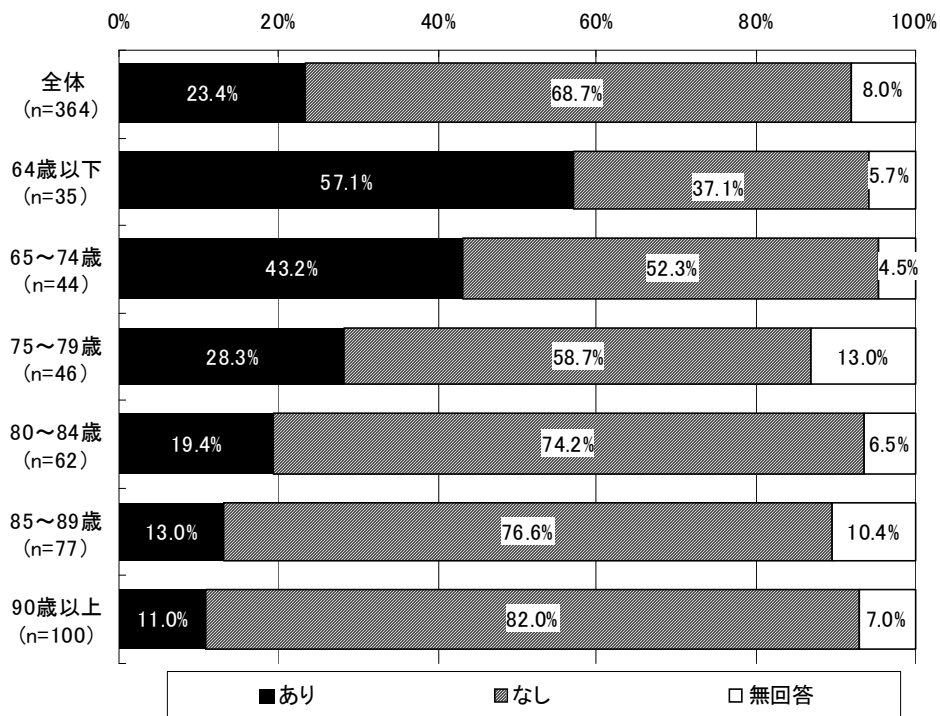


【厚生労働大臣の定める疾病等の有無（特掲診療料の施設基準等別表七）】

- 末期の悪性腫瘍
- 筋萎縮性側索硬化症
- 進行性筋ジストロフィー症
- パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）
- 多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群）
- プリオン病
- 慢性炎症性脱髄性多発神経炎
- 頸髄損傷
- 多発性硬化症
- 脊髄小脳変性症
- 亜急性硬化性全脳炎
- 脊髄性筋萎縮症
- 人工呼吸器を使用している状態
- 重症筋無力症
- ハンチントン病
- ライソゾーム病
- 球脊髄性筋萎縮症
- 後天性免疫不全症候群

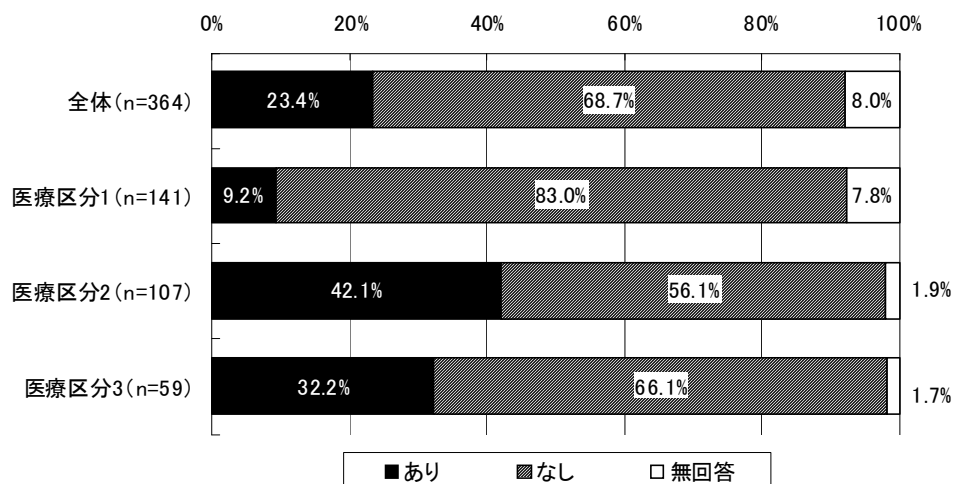
厚生労働大臣の定める疾病等の有無（別表第七）を年齢階級別にみると、「あり」という割合は、64歳以下（57.1%）で最も高く、年齢階級が高くなるほど「あり」の割合は低くなった。

図表 268 厚生労働大臣の定める疾病等の有無（別表第七）（年齢階級別）



厚生労働大臣の定める疾病等の有無（別表第七）を医療区分別にみると、「あり」という割合は医療区分2（42.1%）で他の医療区分と比較して高く、医療区分1（9.2%）と比較して32.9ポイント高かった。

図表 269 厚生労働大臣の定める疾病等の有無（別表第七）（医療区分別）



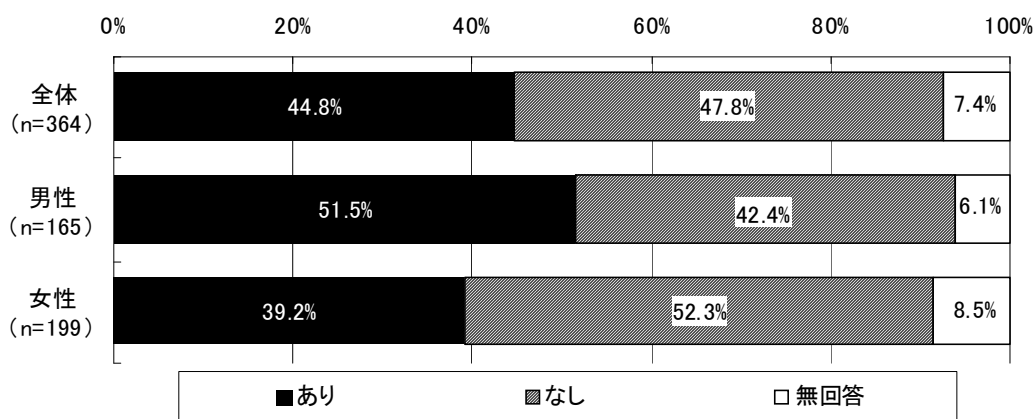
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑪在宅医療の指導管理料の算定の有無（別表第八）

在宅医療の指導管理料の算定の有無（別表第八）をみると、全体では「あり」が44.8%、「なし」が47.8%であった。

また、在宅医療の指導管理料の算定の有無（別表第八）を男女別にみると、「あり」は男性では51.5%、女性では39.2%となり、男性は女性と比較して「あり」の割合が12.3ポイント高かった。

図表 270 在宅医療の指導管理料の算定の有無（別表第八）（男女別）

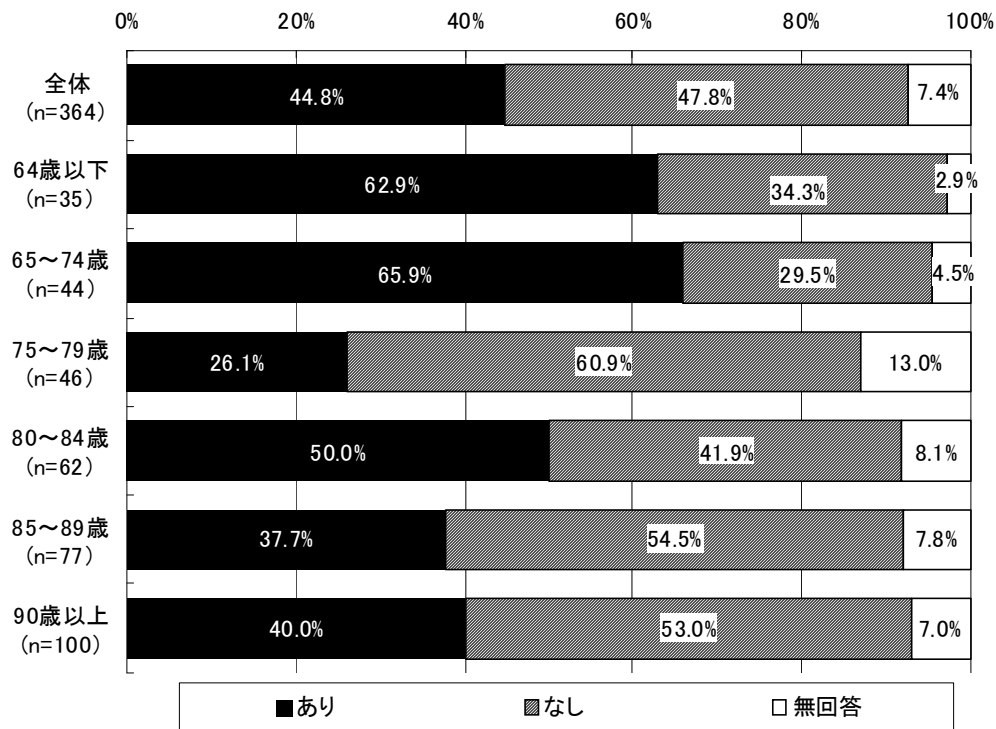


【在宅医療の指導管理料の算定の有無（特掲診療料の施設基準等別表八）】

- 一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
- 三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 四 真皮を越える褥瘡の状態にある者
- 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

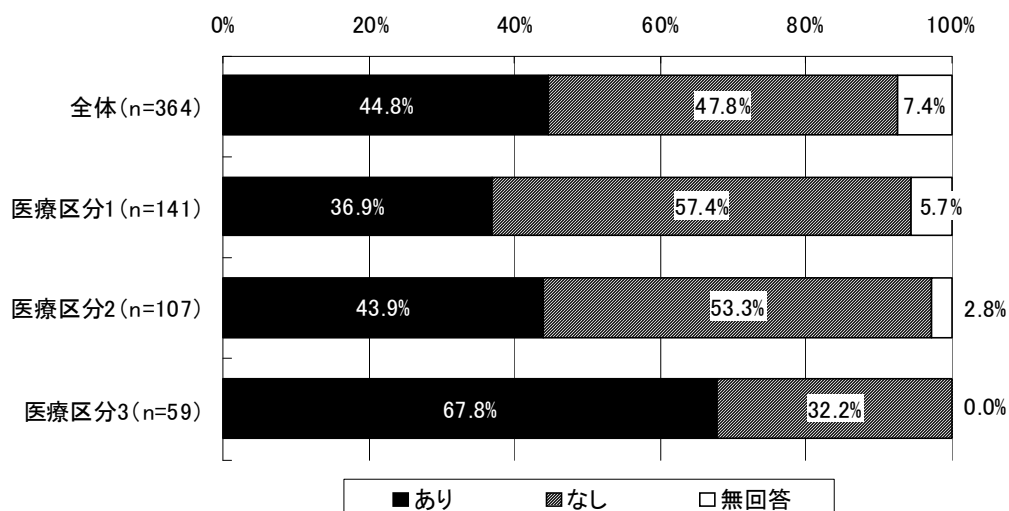
在宅医療の指導管理料の算定の有無（別表第八）を年齢階級別にみると、「あり」という割合は、64歳以下、65～74歳では6割を超え、75歳以上と比較すると高かった。

図表 271 在宅医療の指導管理料の算定の有無（別表第八）（年齢階級別）



在宅医療の指導管理料の算定の有無（別表第八）を医療区分別にみると、医療区分 3 では「あり」という割合は 67.8% となり、他の医療区分と比較して高かった。

図表 272 在宅医療の指導管理料の算定の有無（別表第八）（医療区分別）



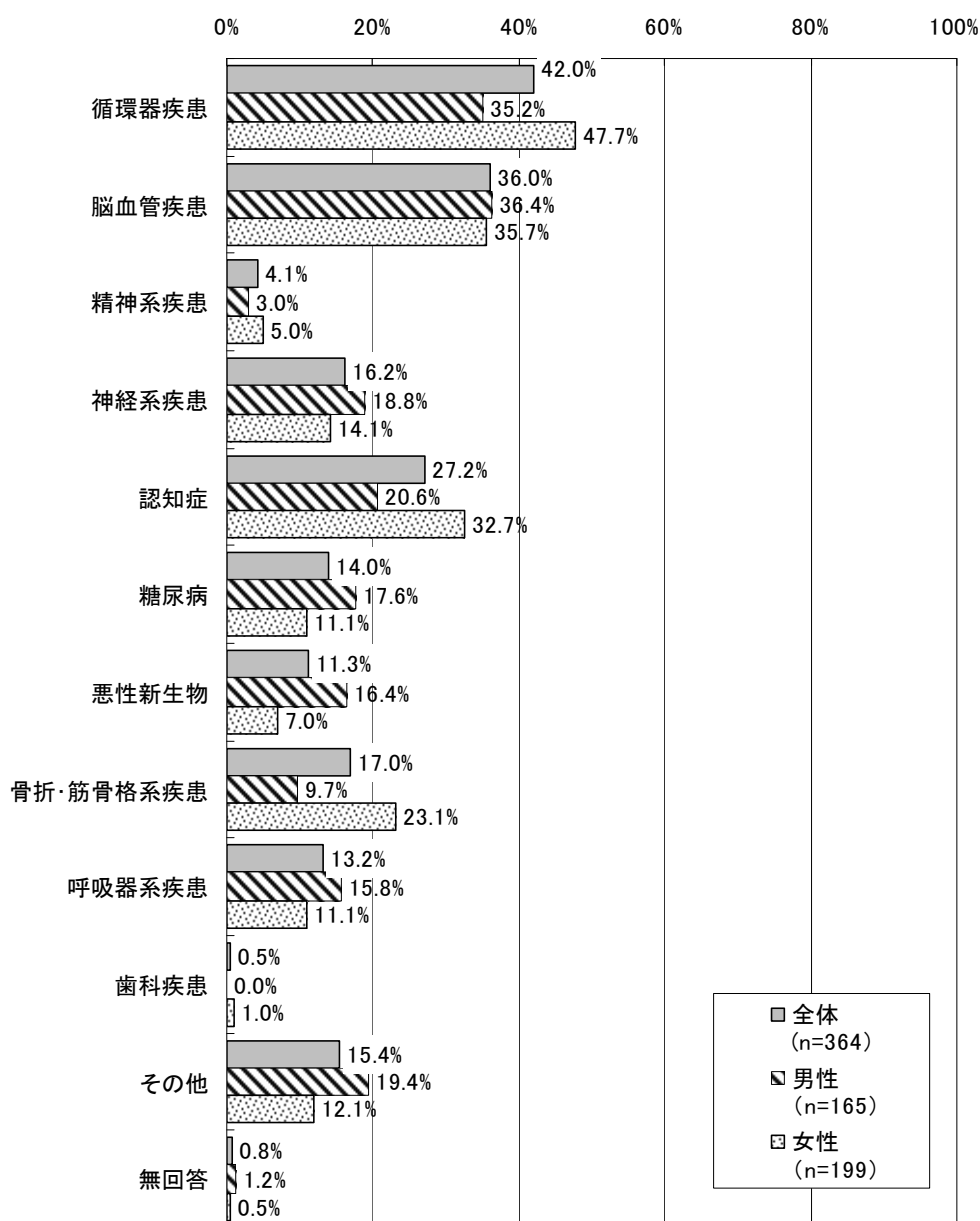
(注) 「全体」には「医療区分」について無回答の 57 人が含まれる。

⑫現在、在宅医療を受けている原因の病名（指示書にある傷病名）

現在、在宅医療を受けている原因の病名（指示書にある傷病名）をみると、全体では「循環器疾患」（42.0％）が最も多く、次いで「脳血管疾患」（36.0％）、「認知症」（27.2％）であった。

また、現在、在宅医療を受けている原因の病名（指示書にある傷病名）を男女別にみると、女性のほうが男性と比較して「骨折・筋骨格系疾患」が13.4ポイント、「循環器疾患」が12.5ポイント、「認知症」が12.1ポイント高かった。

図表 273 現在、在宅医療を受けている原因の病名（指示書にある傷病名）
（男女別、複数回答）



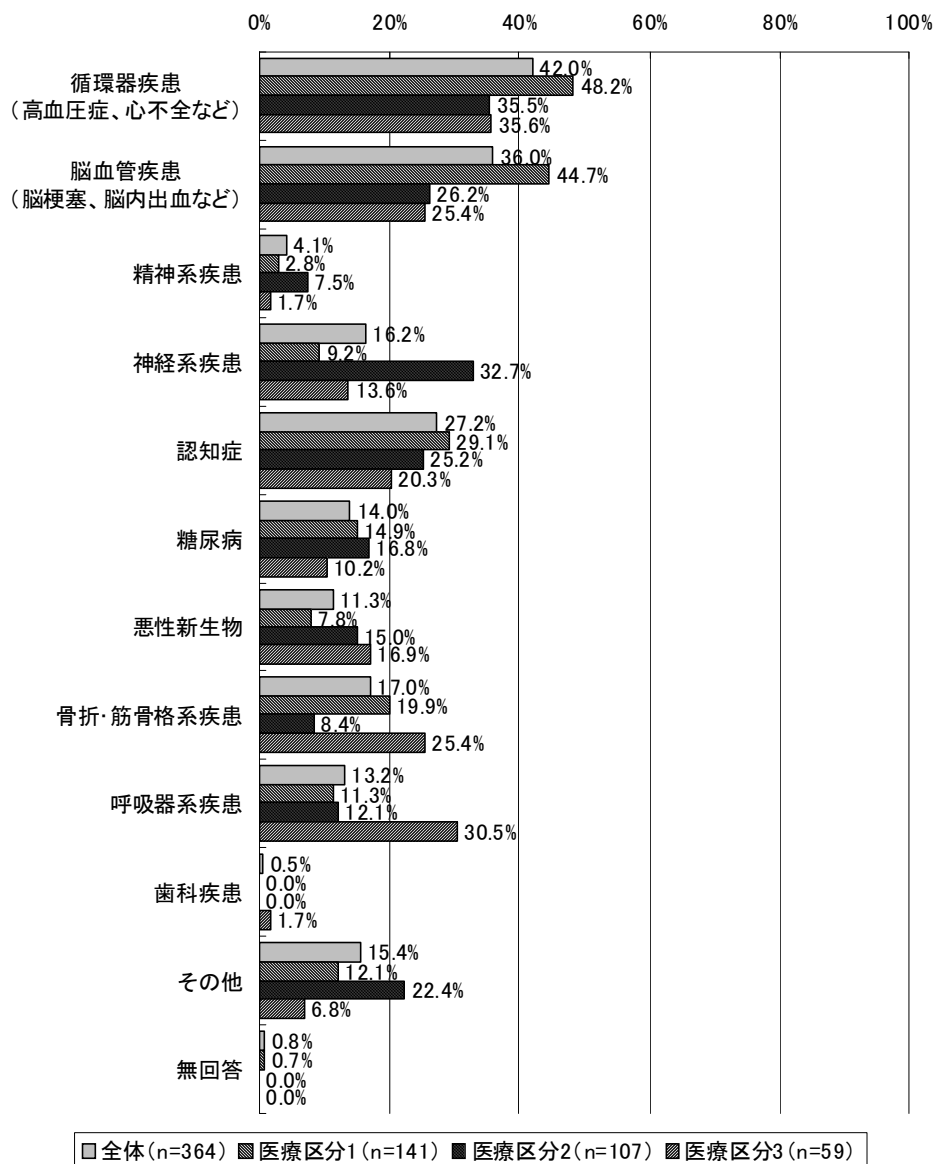
現在、在宅医療を受けている原因の病名（指示書にある傷病名）を年齢階級別にみると、64歳以下では「神経系疾患」（34.3%）、65～74歳では「脳血管疾患」（50.0%）、75～79歳では「脳血管疾患」（41.3%）、80～84歳では「循環器疾患」（45.2%）、85～89歳では「循環器疾患」（57.1%）、90歳以上では「循環器疾患」（51.0%）が最も多かった。

図表 274 現在、在宅医療を受けている原因の病名（指示書にある傷病名）
（年齢階級別、複数回答）

	総数	循環器疾患	脳血管疾患	精神系疾患	神経系疾患	認知症	糖尿病	悪性新生物	骨折・筋骨格系疾患	呼吸器系疾患	歯科疾患	その他	無回答
全体	364 100.0	153 42.0	131 36.0	15 4.1	59 16.2	99 27.2	51 14.0	41 11.3	62 17.0	48 13.2	2 0.5	56 15.4	3 0.8
64歳以下	35 100.0	2 5.7	9 25.7	0 0.0	12 34.3	1 2.9	4 11.4	4 11.4	2 5.7	2 5.7	0 0.0	8 22.9	0 0.0
65～74歳	44 100.0	14 31.8	22 50.0	1 2.3	14 31.8	4 9.1	11 25.0	5 11.4	2 4.5	5 11.4	0 0.0	4 9.1	0 0.0
75～79歳	46 100.0	14 30.4	19 41.3	3 6.5	11 23.9	15 32.6	6 13.0	10 21.7	5 10.9	6 13.0	0 0.0	9 19.6	0 0.0
80～84歳	62 100.0	28 45.2	22 35.5	6 9.7	6 9.7	16 25.8	11 17.7	8 12.9	13 21.0	12 19.4	1 1.6	8 12.9	0 0.0
85～89歳	77 100.0	44 57.1	26 33.8	3 3.9	8 10.4	24 31.2	12 15.6	9 11.7	17 22.1	8 10.4	0 0.0	13 16.9	1 1.3
90歳以上	100 100.0	51 51.0	33 33.0	2 2.0	8 8.0	39 39.0	7 7.0	5 5.0	23 23.0	15 15.0	1 1.0	14 14.0	2 2.0

現在、在宅医療を受けている原因の病名（指示書にある傷病名）を医療区分別にみると、医療区分1では「循環器疾患（高血圧症、心不全など）」（48.2%）が最も多く、次いで「脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血など）」（44.7%）、「認知症」（29.1%）となった。医療区分2では「循環器疾患（高血圧症、心不全など）」（35.5%）が最も多く、次いで「神経系疾患」（32.7%）、「脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血など）」（26.2%）となった。医療区分3では「循環器疾患（高血圧症、心不全など）」（35.6%）が最も多く、次いで「呼吸器系疾患」（30.5%）、「脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血など）」、「骨折・筋骨格系疾患」（それぞれ 25.4%）となった。

図表 275 現在、在宅医療を受けている原因の病名（指示書にある傷病名）
（医療区分別、複数回答）



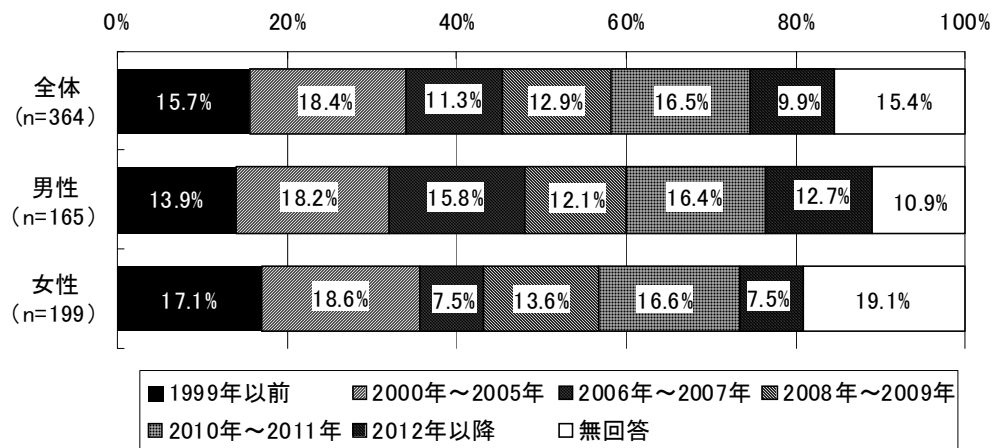
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑬病気が発症した時期

病気が発症した時期をみると、全体では「2000年～2005年」(18.4%)が最も多く、次いで「2010年～2011年」(16.5%)、「1999年以前」(15.7%)であった。

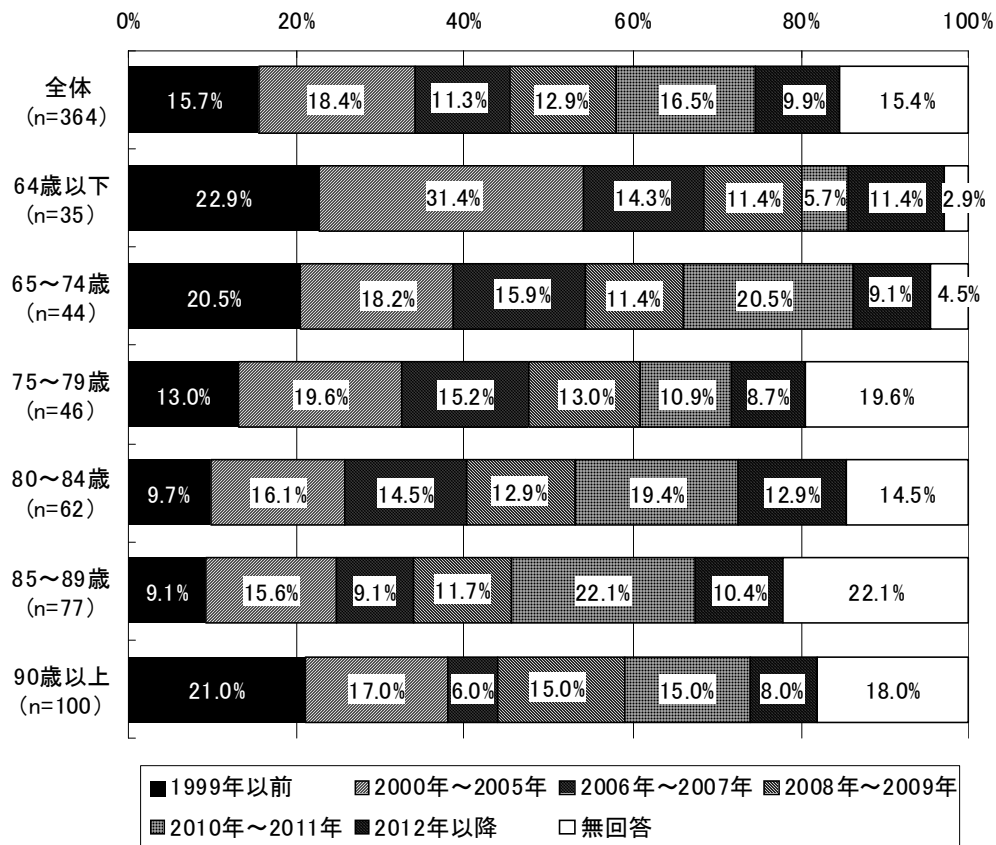
また、病気が発症した時期を男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「2006年～2007年」が8.3ポイント高いが、女性では男性と比較して無回答が多いことにも留意する必要がある。

図表 276 病気が発症した時期（男女別）



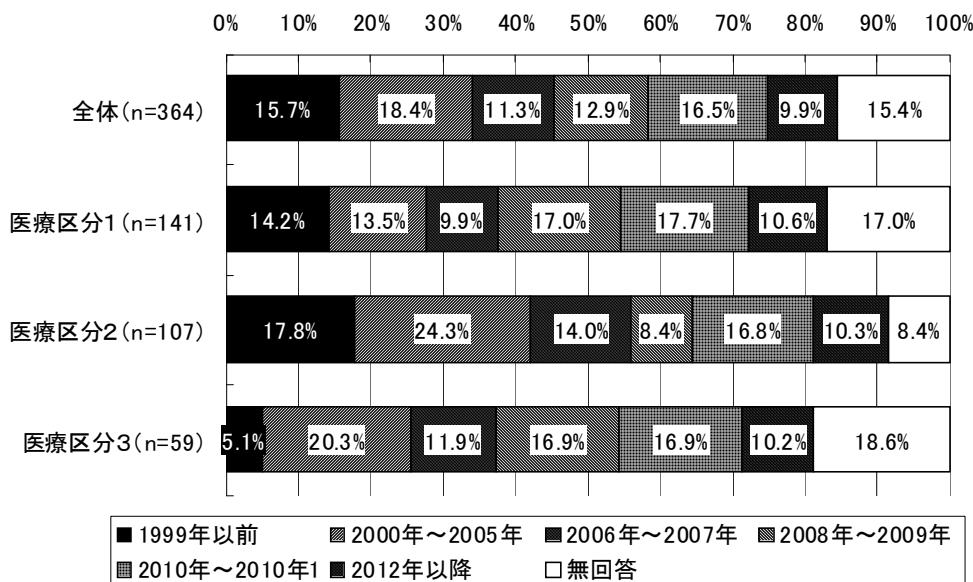
病気が発症した時期を年齢階級別にみると、64歳以下では半数以上が2005年以前に発症しており、特に「2000年～2005年」が31.4%で他の年齢階級と比較して割合が高かった。

図表 277 病気が発症した時期（年齢階級別）



病気が発症した時期を医療区分別にみると、医療区分2では半数以上が2007年以前に発症しており、「1999年以前」(17.8%)、「2000年～2005年」(24.3%)、「2006年～2007年」(14.0%)の割合が他の医療区分と比較して高かった。

図表 278 病気が発症した時期（医療区分別）



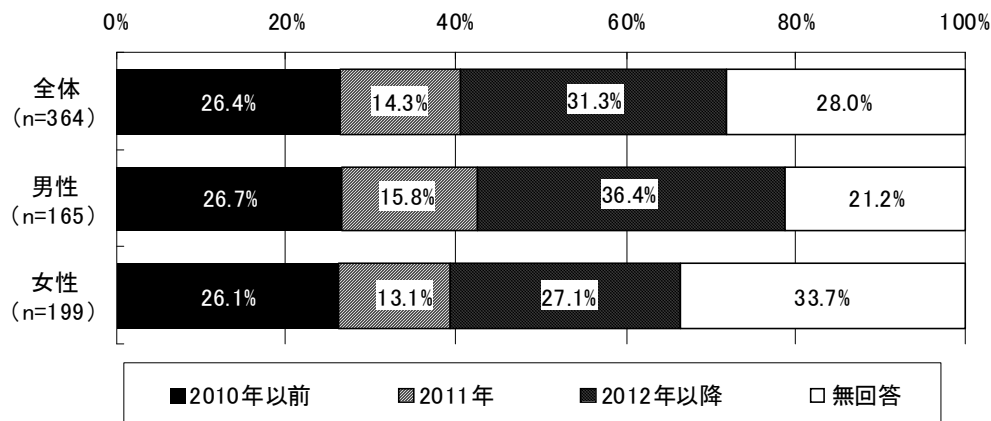
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑭直近の入院日

直近の入院日をみると、全体では「2012年以降」(31.3%)が最も多く、次いで「2010年以前」(26.4%)、「2011年」(14.3%)であった。

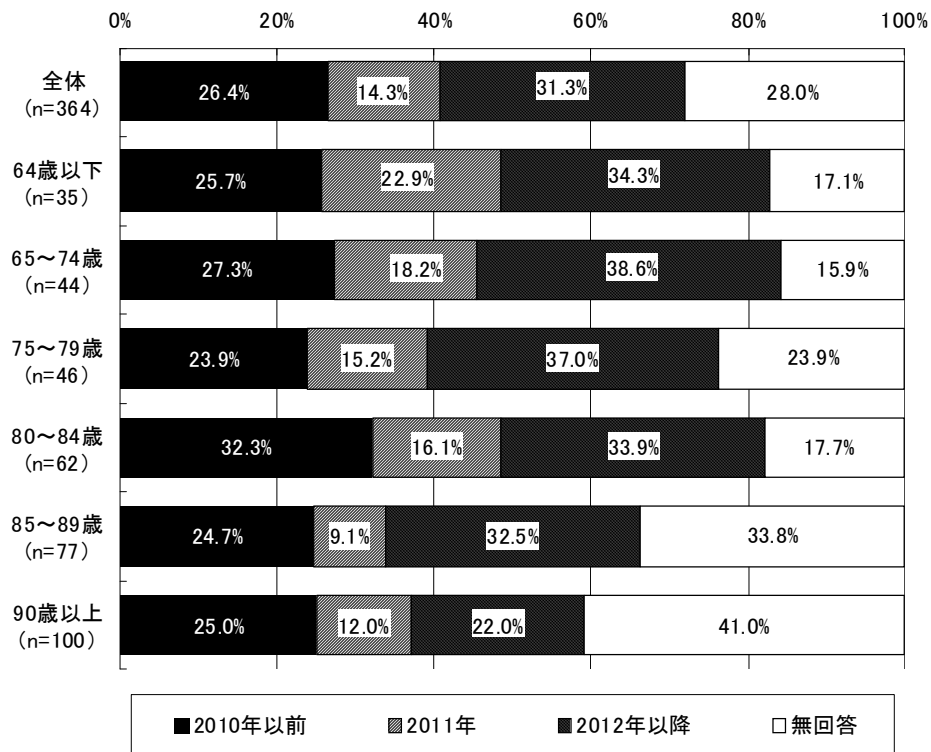
また、直近の入院日を男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「2012年以降」の割合が9.3ポイント高いが、女性の「無回答」の割合が高い点にも留意する必要がある。

図表 279 直近の入院日（男女別）



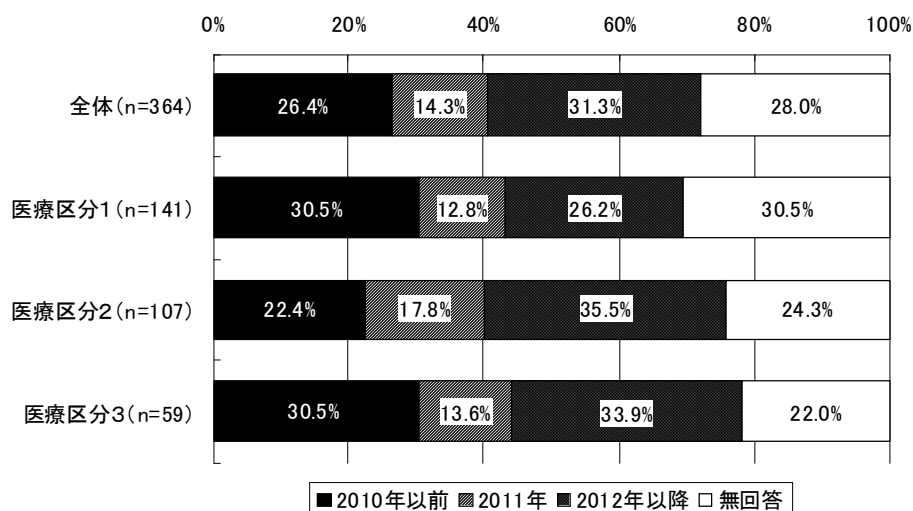
直近の入院日を年齢階級別にみると、80～84歳では「2010年以前」(32.3%)の割合が他の年齢階級と比較して高かった。

図表 280 直近の入院日（年齢階級別）



直近の入院日を医療区分別にみると、医療区分2の「2012年以降」(35.5%)の割合が他の医療区分と比較して高かった。

図表 281 直近の入院日（医療区分別）



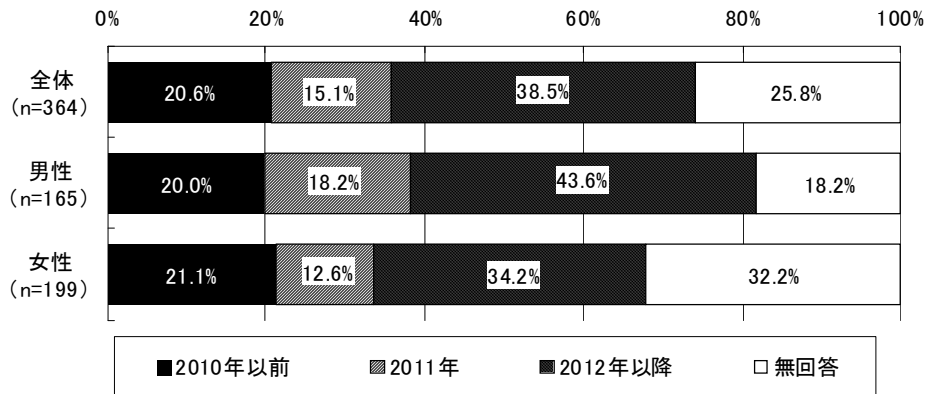
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑮直近の退院日

直近の退院日をみると、全体では「2010年以前」が20.6%、「2011年」が15.1%、「2012年以降」が38.5%であった。

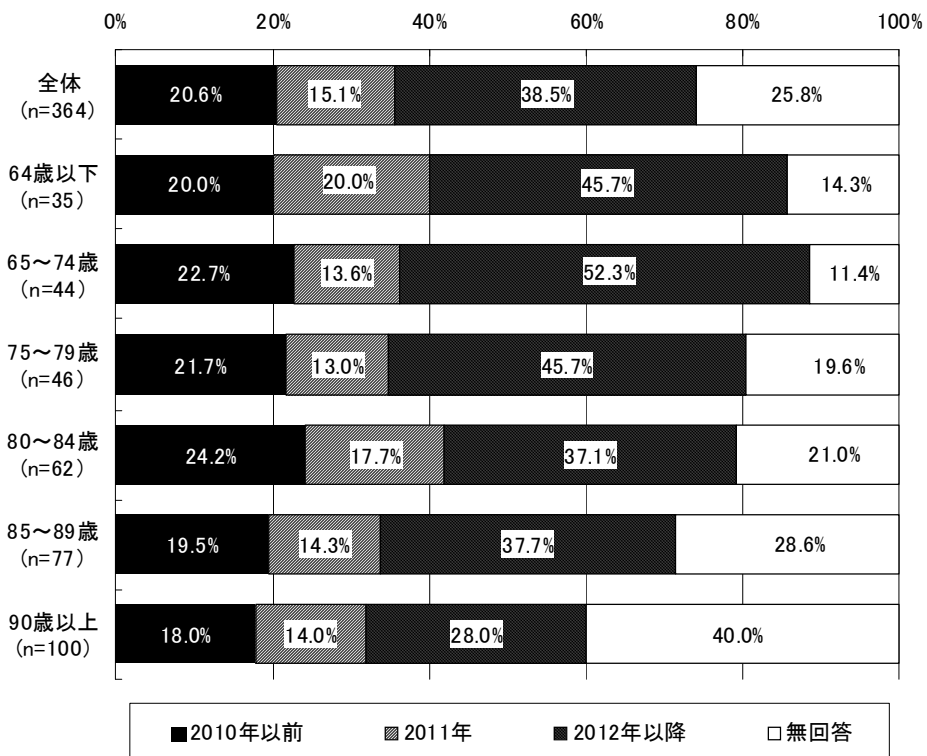
直近の退院日を男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「2012年以降」の割合が9.4ポイント高いが、女性では男性よりも「無回答」の割合が高い点にも留意する必要がある。

図表 282 直近の退院日（男女別）



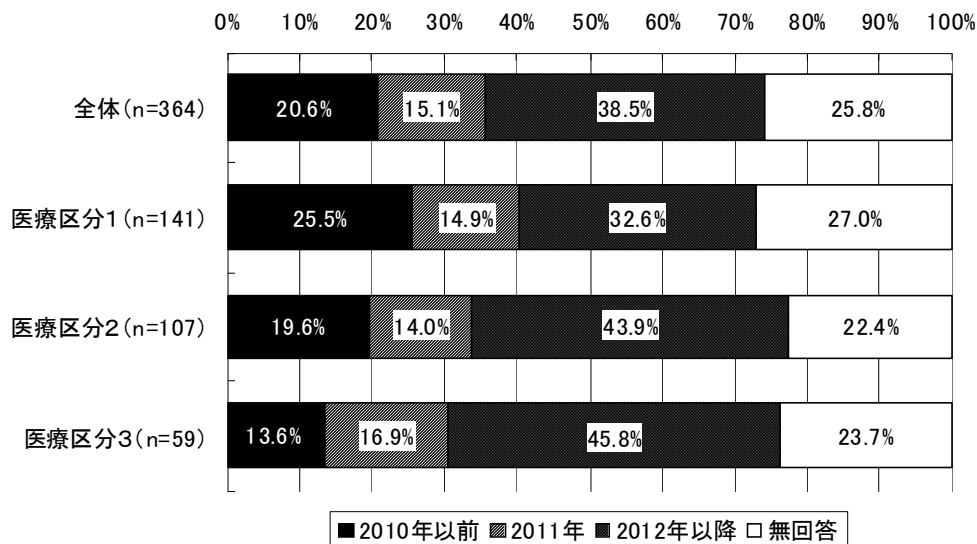
直近の退院日を年齢階級別にみると、全ての年齢階級で「2012年以降」が最も多くなった。特に「65～74歳」（52.3%）では半数を超えた。

図表 283 直近の退院日（年齢階級別）



直近の退院日を医療区分別にみると、全ての医療区分で「2012年以降」が最も多く、医療区分が1から3へ高くなるのに伴いその割合も高くなった。

図表 284 直近の退院日（医療区分別）



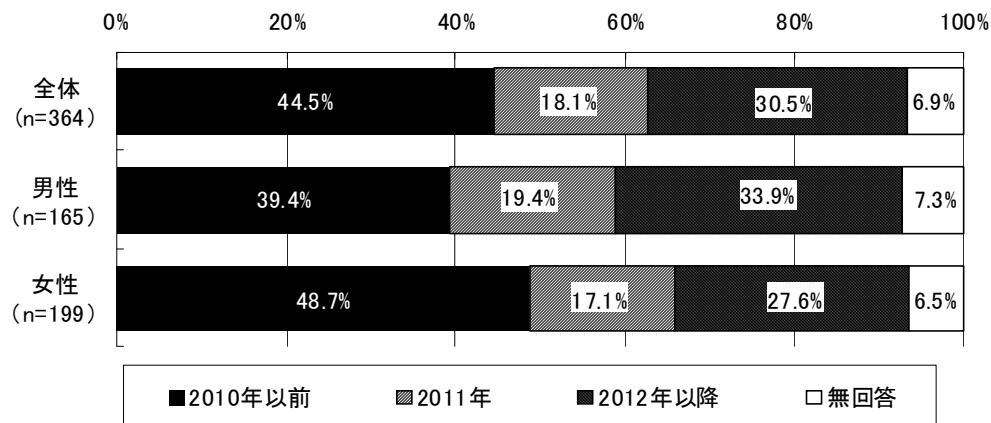
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑩往診を開始した時期

往診を開始した時期をみると、全体では「2010年以前」が44.5%、「2011年」が18.1%、「2012年以降」が30.5%であった。

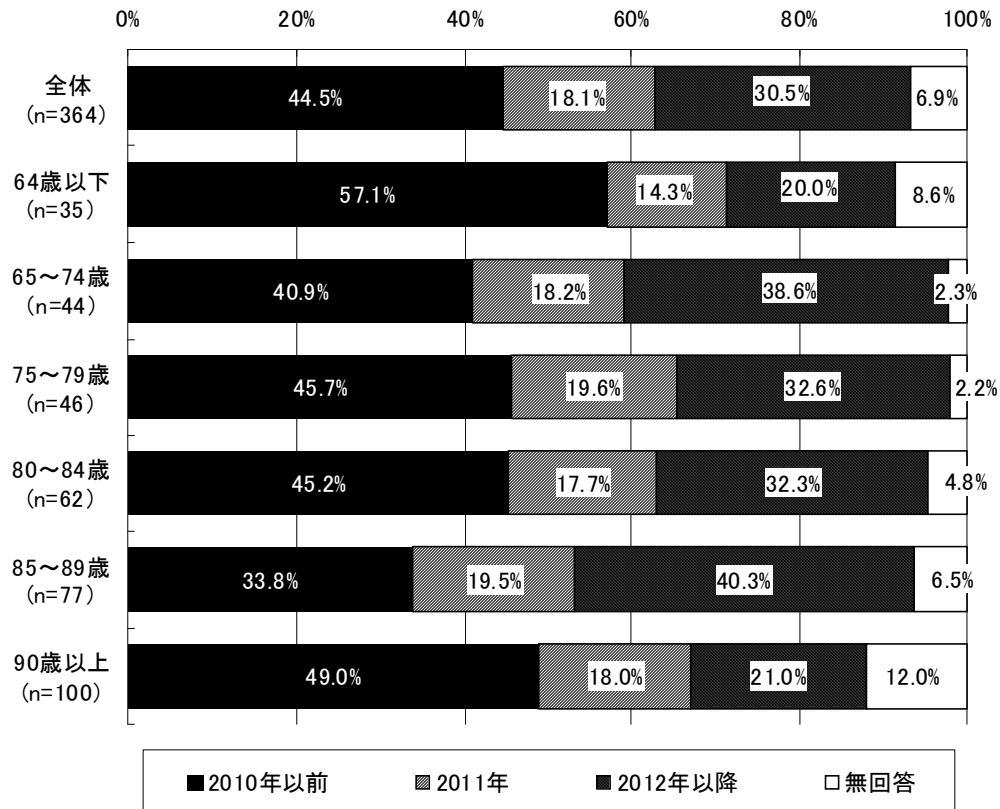
往診を開始した時期を男女別にみると、女性のほうが男性と比較して「2010年以前」の割合が9.3ポイント高かった。

図表 285 往診を開始した時期（男女別）



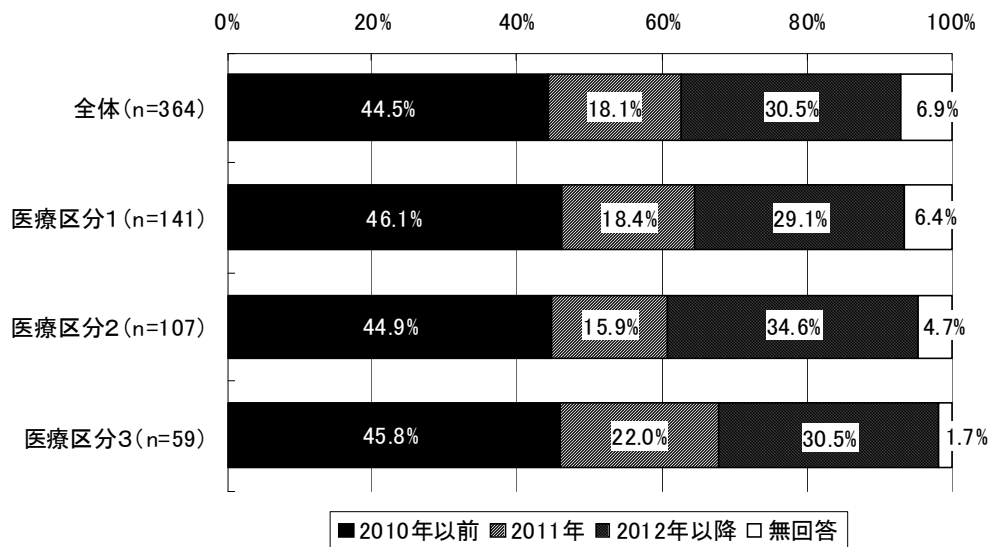
往診を開始した時期を年齢階級別にみると、64歳以下では「2010年以前」が57.1%で他の年齢階級と比較して高かった。85～89歳では「2012年以降」(40.3%)が最も多かったが、その他の年齢階級では「2010年以前」が最も多かった。

図表 286 往診を開始した時期（年齢階級別）



往診を開始した時期を医療区分別にみると、全ての医療区分において「2010年以前」が最も多かった。

図表 287 往診を開始した時期（医療区分別）



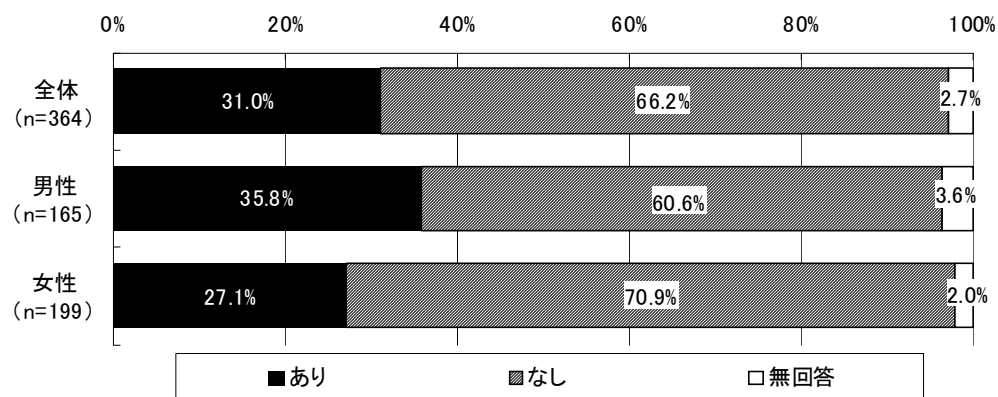
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑰在宅医療提供中に肺炎になった経験の有無

在宅医療提供中に肺炎になった経験の有無をみると、全体では「あり」が31.0%、「なし」が66.2%であった。

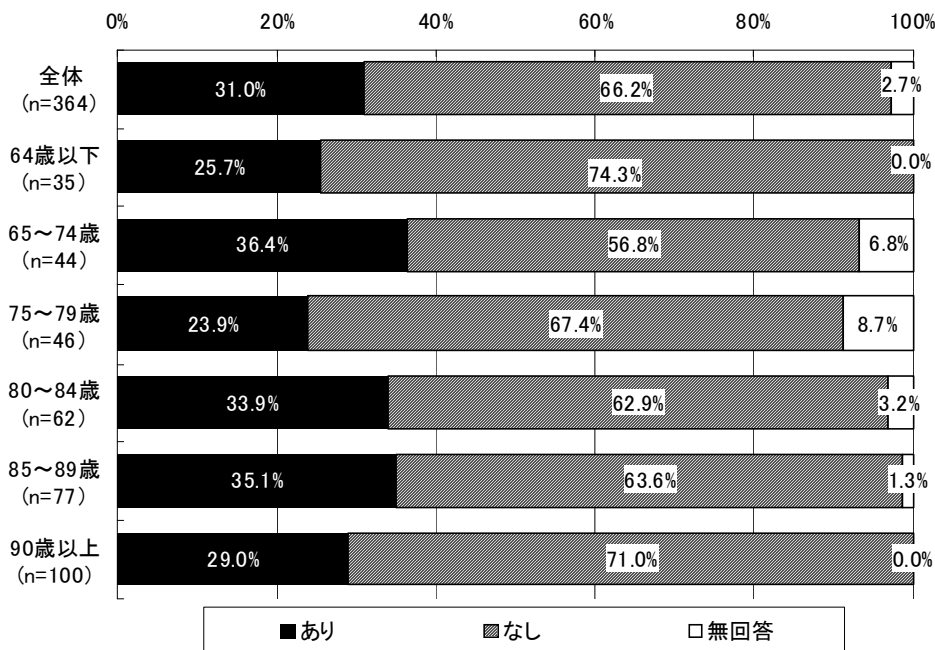
在宅医療提供中に肺炎になった経験の有無を男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「あり」の割合が8.7ポイント高かった。

図表 288 在宅医療提供中に肺炎になった経験の有無（男女別）



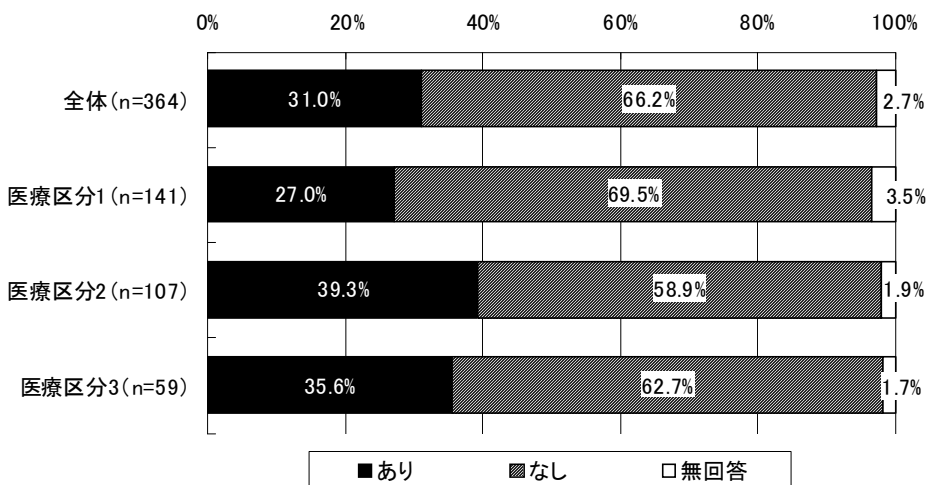
在宅医療提供中に肺炎になった経験の有無を年齢階級別にみると、「あり」という割合は、65～74歳で36.4%と最も高く、次いで、85～89歳(35.1%)、80～84歳(33.9%)であった。

図表 289 在宅医療提供中に肺炎になった経験の有無（年齢階級別）



在宅医療提供中に肺炎になった経験の有無に医療区分別にみると、「あり」という割合は医療区分2では39.3%で、他の医療区分と比較して高かった。

図表 290 在宅医療提供中に肺炎になった経験の有無（医療区分別）



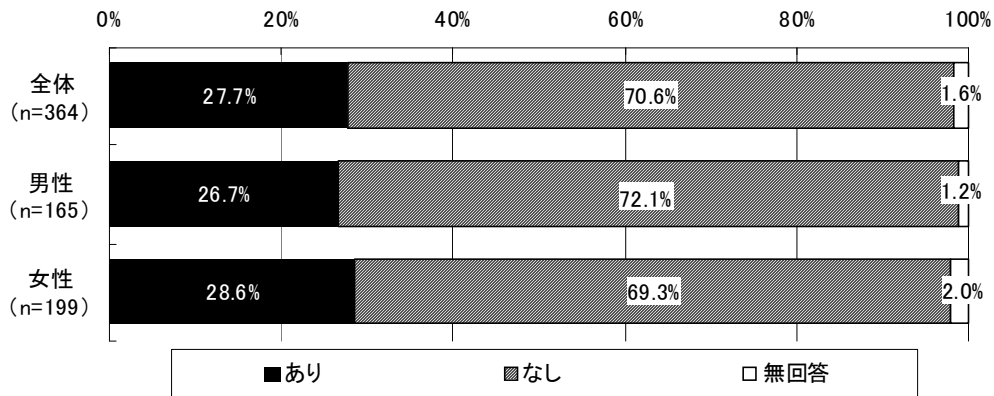
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑱在宅医療提供中に尿路感染症になった経験の有無

在宅医療提供中に尿路感染症になった経験の有無をみると、全体では「あり」が27.7%、「なし」が70.6%であった。

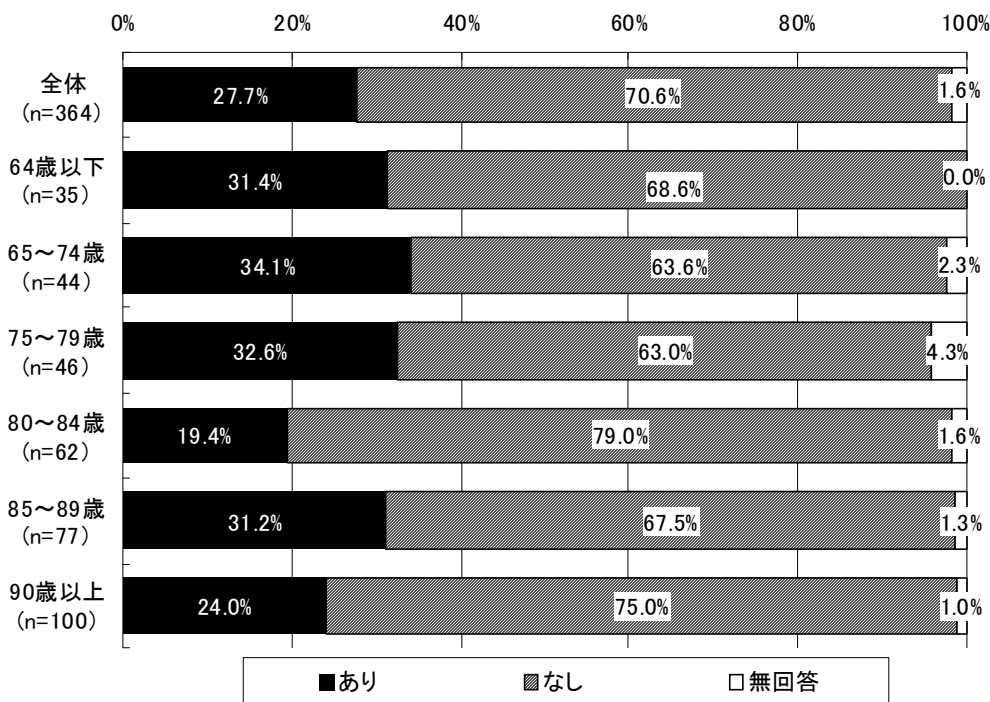
在宅医療提供中に尿路感染症になった経験の有無を男女別にみると、男女による大きな差異はみられなかった。

図表 291 在宅医療提供中に尿路感染症になった経験の有無（男女別）



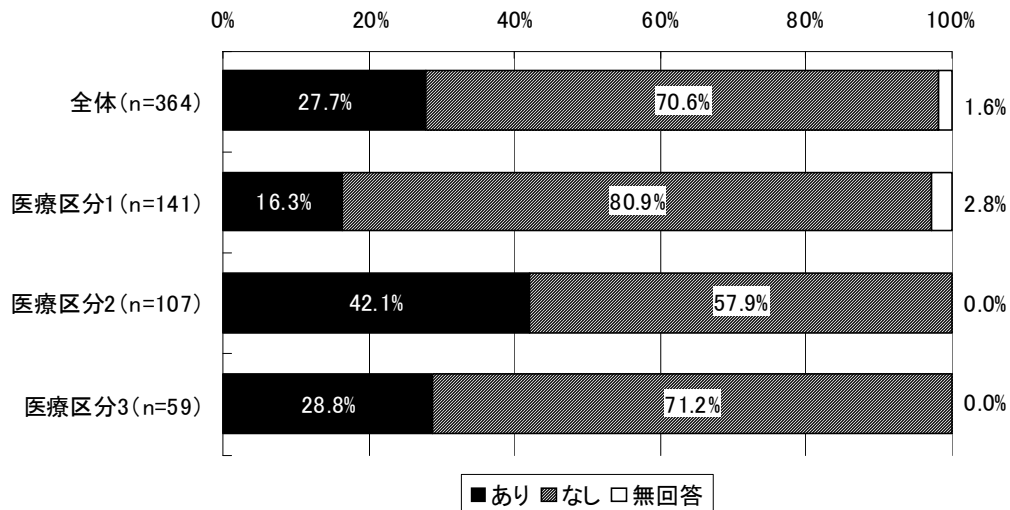
在宅医療提供中に尿路感染症になった経験の有無を年齢階級別にみると、「あり」という割合は、80～84歳、90歳以上を除く他の年齢階級では3割を超えた。

図表 292 在宅医療提供中に尿路感染症になった経験の有無（年齢階級別）



在宅医療提供中に尿路感染症になった経験の有無を医療区分別にみると、「あり」という割合は、医療区分2では42.1%となり、他の医療区分と比較して高かった。特に、「あり」の割合が最も低い医療区分1とでは25.8ポイント高かった。

図表 293 在宅医療提供中に尿路感染症になった経験の有無（医療区分別）



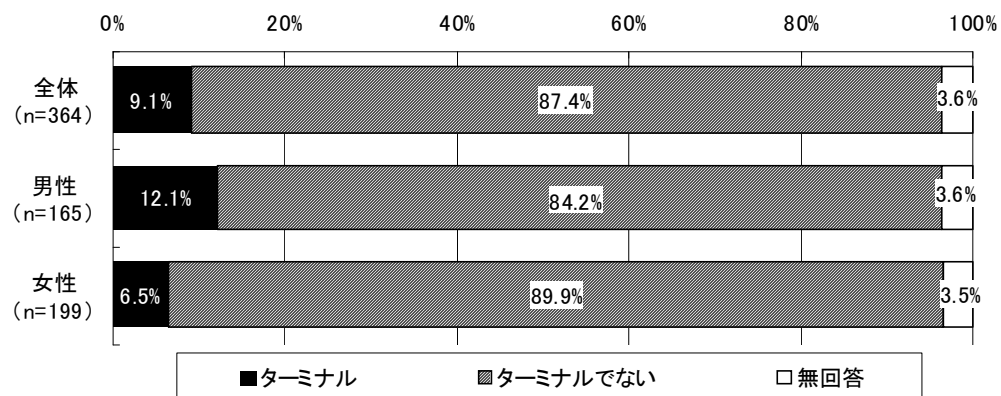
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑱ターミナルかどうか

ターミナルかどうかをみると、全体では「ターミナル」が9.1%、「ターミナルでない」が87.4%であった。

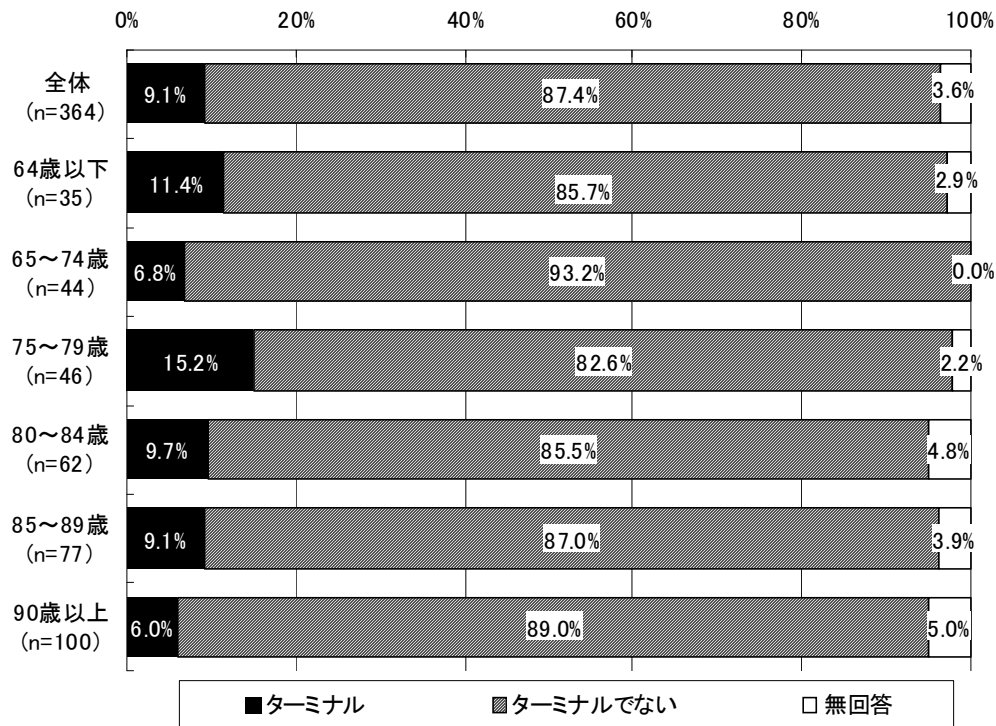
また、ターミナルかどうかを男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「ターミナル」の割合が5.6ポイント高かった。

図表 294 ターミナルかどうか（男女別）



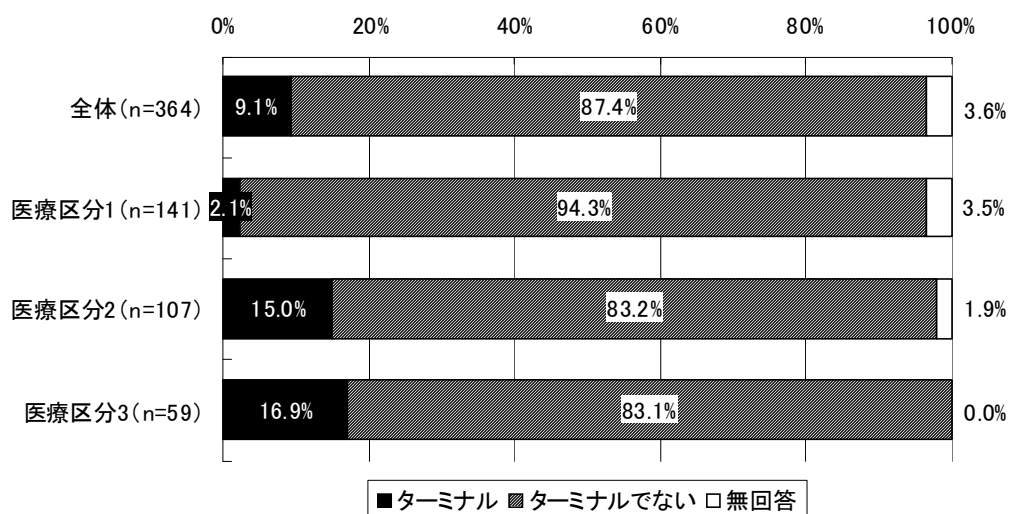
ターミナルかどうかを年齢階級別にみると、「ターミナル」という割合は、75～79 歳が 15.2%、64 歳以下が 11.4%で、他の年齢階級と比較して高かった。

図表 295 ターミナルかどうか（年齢階級別）



ターミナルかどうかを医療区分別にみると、「ターミナル」の割合は医療区分1では2.1%、医療区分2では15.0%、医療区分3では16.9%であった。

図表 296 ターミナルかどうか（医療区分別）



(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

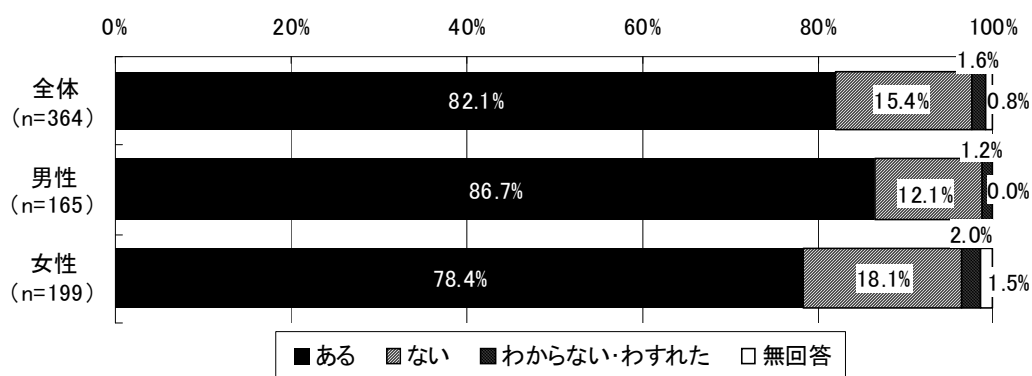
(3) 入院中の状況等

①在宅医療を受けている間または在宅医療を受ける前に入院した経験の有無

在宅医療を受けている間または在宅医療を受ける前に入院した経験の有無をみると、全体では「ある」が82.1%、「ない」が15.4%、「わからない・わすれた」が1.6%であった。

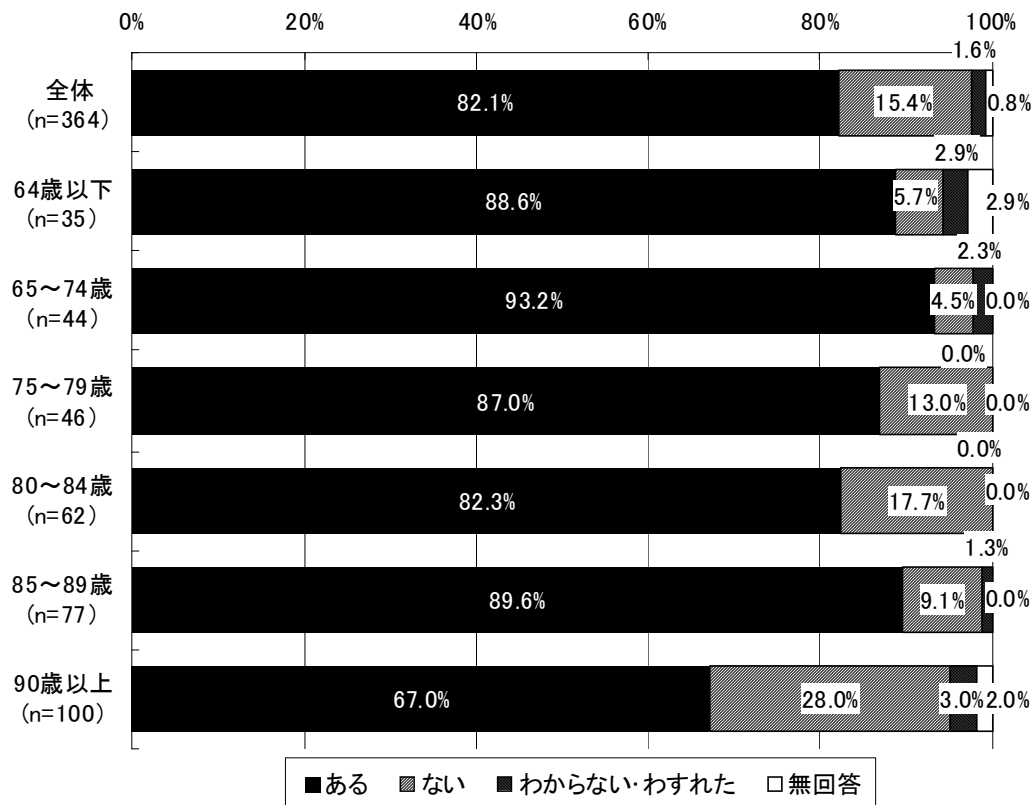
また、在宅医療を受けている間または在宅医療を受ける前に入院した経験の有無を男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「あり」の割合が8.3ポイント高かった。

図表 297 在宅医療を受けている間または在宅医療を受ける前に入院した経験の有無
(男女別)



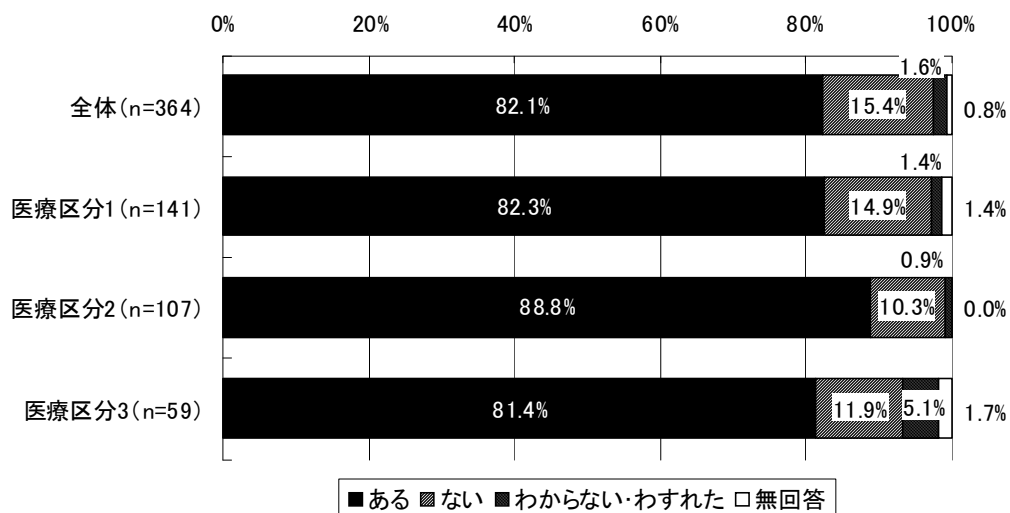
在宅医療を受けている間または在宅医療を受ける前に入院した経験の有無を年齢階級別にみると、「ある」という割合は、65～74歳で93.2%となっており、他の年齢階級と比較して高かった。一方、90歳以上では「ある」という割合は67.0%となっており、他の年齢階級と比較して最も低かった。

図表 298 在宅医療を受けている間または在宅医療を受ける前に入院した経験の有無
(年齢階級別)



在宅医療を受けている間または在宅医療を受ける前に入院した経験の有無を医療区分別にみると、「ある」という割合は、医療区分1では82.3%、医療区分2では88.8%、医療区分3では81.4%であった。

図表 299 在宅医療を受けている間または在宅医療を受ける前に入院した経験の有無
(医療区分別)



(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

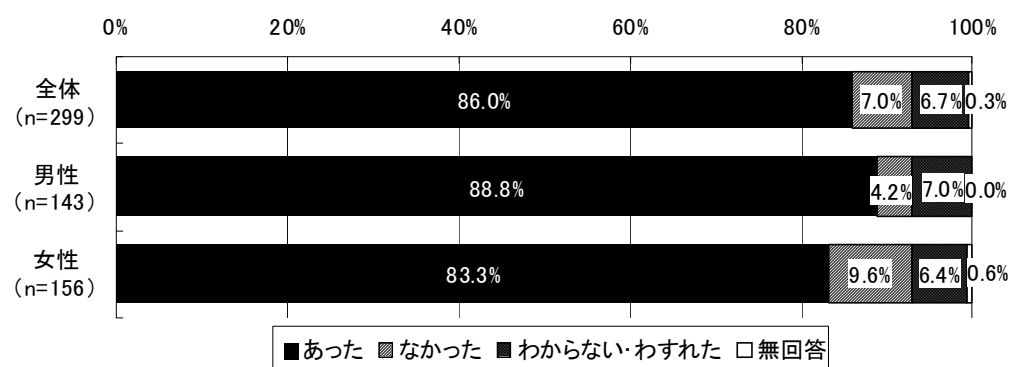
②入院前・入院中に、退院後の医療や介護サービスなどについての説明を受けた経験の有無等

1) 退院後の医療や介護サービスについての説明を受けた経験の有無

入院前・入院中に、退院後の医療や介護サービスなどについての説明を受けた経験の有無をみると、全体では「あった」が86.0%、「なかった」が7.0%であった。

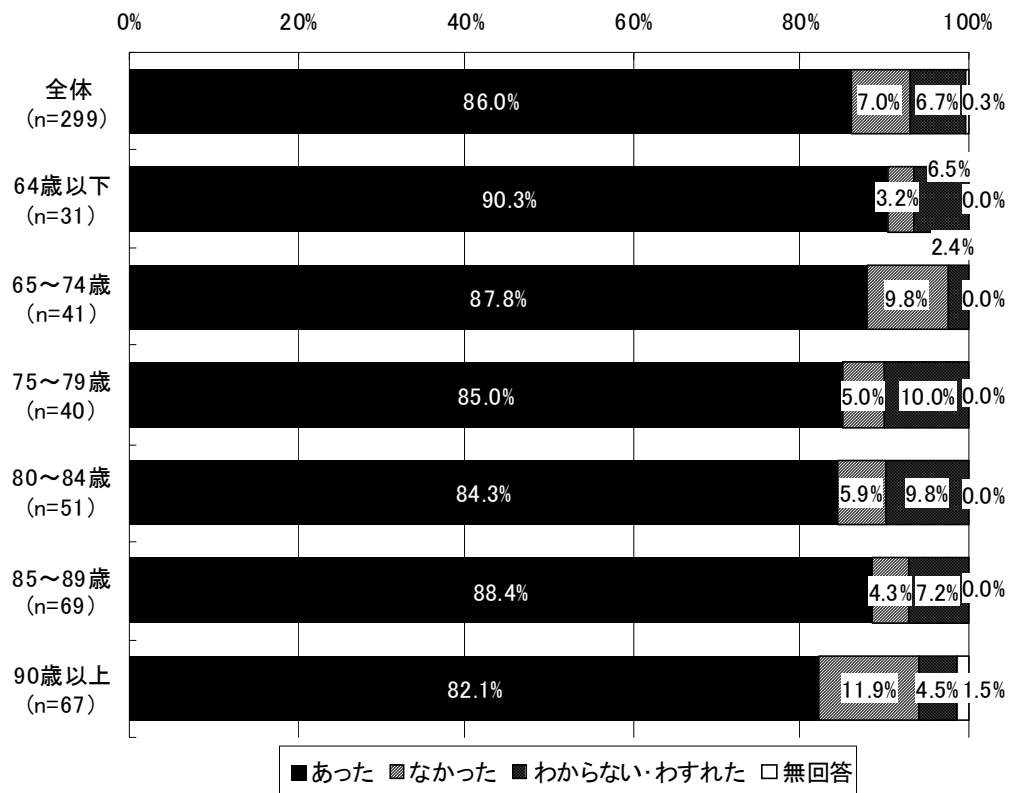
入院前・入院中に、退院後の医療や介護サービスなどについての説明を受けた経験の有無を男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「あった」の割合が5.5ポイント高かった。

図表 300 入院前・入院中に、退院後の医療や介護サービスなどについての説明を受けた経験の有無 (入院経験のある人、男女別)



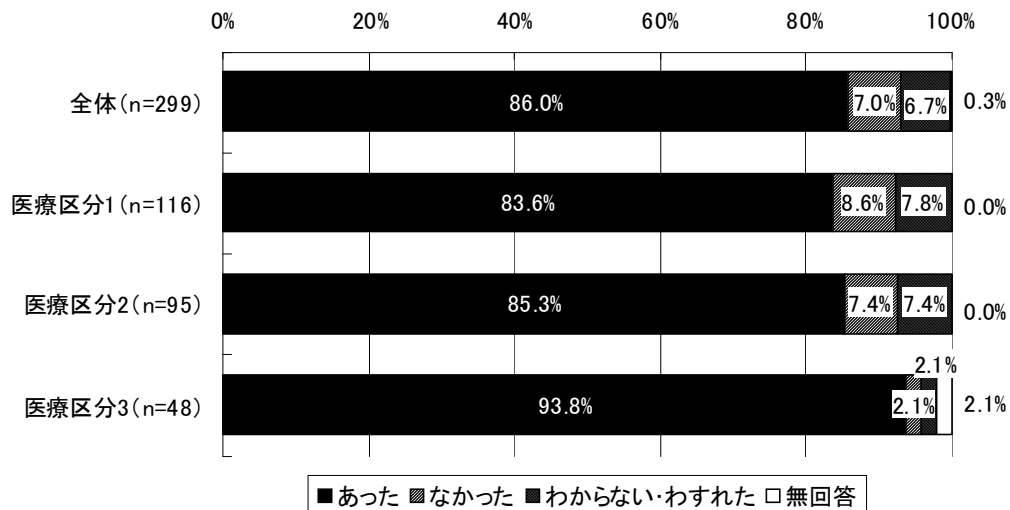
入院前・入院中に、退院後の医療や介護サービスなどについての説明を受けた経験の有無を年齢階級別にみると、65～74歳、90歳以上では他の年齢階級と比較して「なかった」の割合が高かった。

図表 301 入院前・入院中に、退院後の医療や介護サービスなどについての説明を受けた経験の有無（入院経験のある人、年齢階級別）



入院前・入院中に、退院後の医療や介護サービスなどについての説明を受けた経験の有無を医療区分別にみると、「あった」の割合は、医療区分1では83.6%、医療区分2では85.3%、医療区分3では93.8%であった。

図表 302 入院前・入院中に、退院後の医療や介護サービスなどについての説明を受けた経験の有無（入院経験のある人、医療区分別）



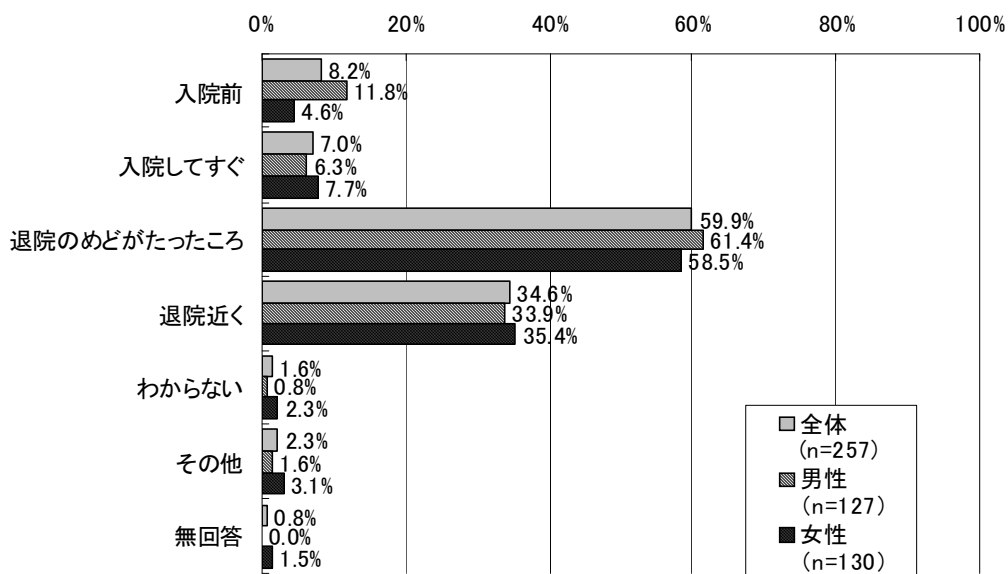
(注) 「全体」には「医療区分」について無回答の40人が含まれる。

2) 退院後の医療や介護サービスについての説明を受けた時期

退院後の医療や介護サービスなどについての説明を受けた時期をみると、全体では「退院のめどがたったころ」(59.9%)が最も多く、次いで「退院近く」(34.6%)、「入院前」(8.2%)、「入院してすぐ」(7.0%)であった。

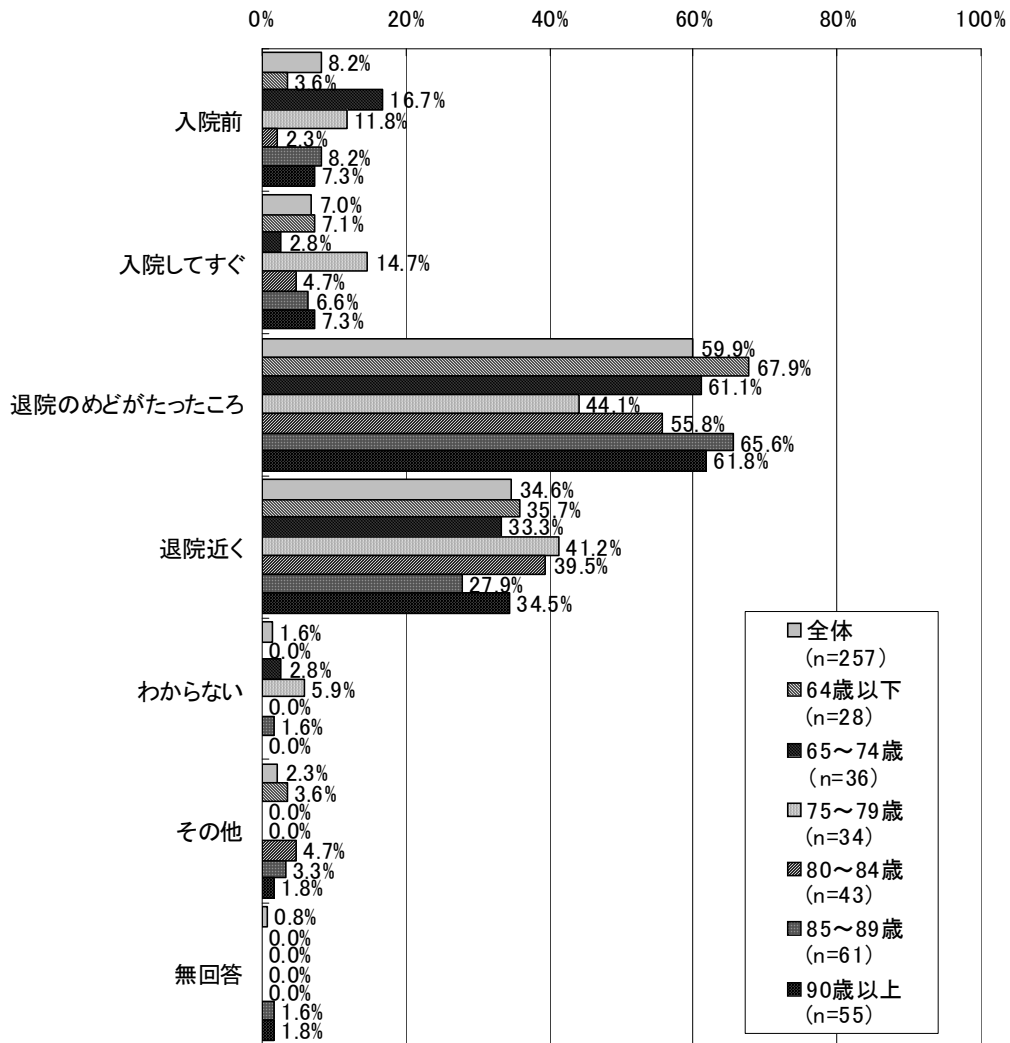
退院後の医療や介護サービスなどについての説明を受けた時期を男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「入院前」の割合が7.2ポイント高かった。

図表 303 退院後の医療や介護サービスなどについての説明を受けた時期
(説明を受けた人、男女別、複数回答)



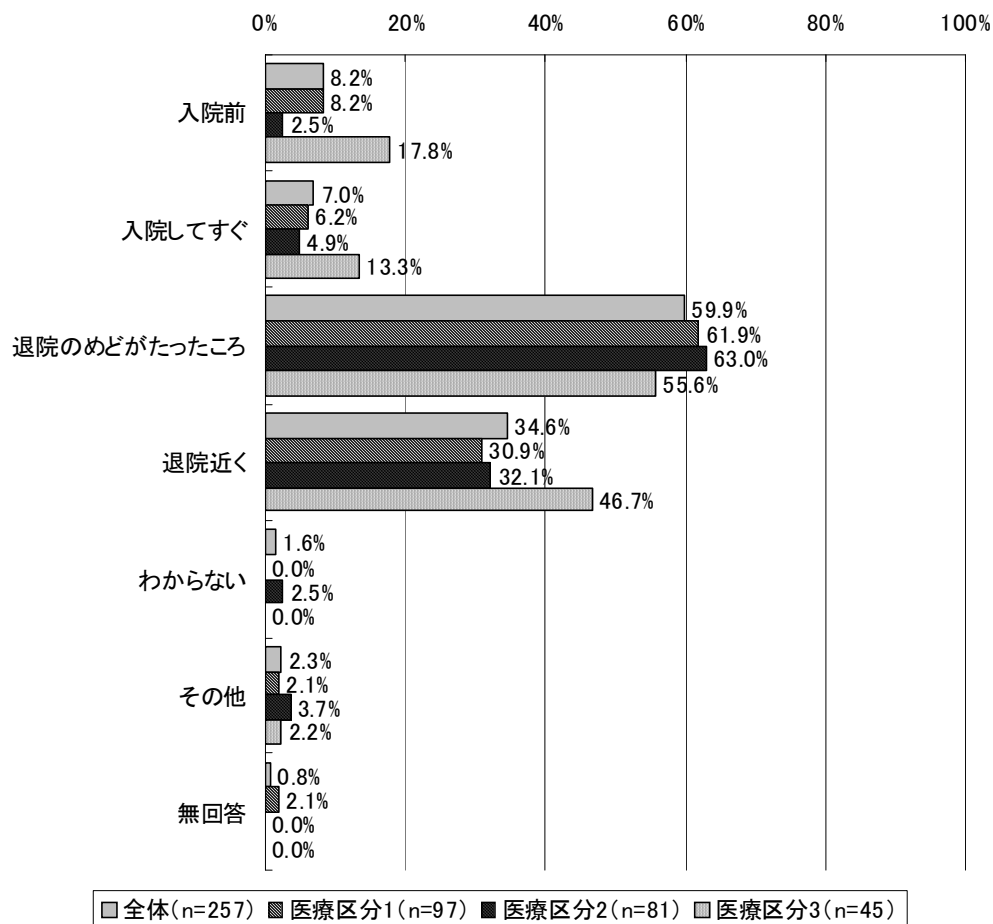
退院後の医療や介護サービスなどについての説明を受けた時期を年齢階級別にみると、全ての年齢階級で「退院のめどがたったころ」と回答した患者の割合が高かった。また、75～79歳では「入院してすぐ」（14.7%）が他の年齢階級と比較して割合が高かった。

図表 304 退院後の医療や介護サービスなどについての説明を受けた時期
（説明を受けた人、年齢階級別、複数回答）



退院後の医療や介護サービスなどについての説明を受けた時期を医療区分別にみると、全ての医療区分で「退院のめどがたったころ」の割合が最も高かった。また、医療区分3では、「入院前」(17.8%)、「入院してすぐ」(13.3%)、「退院近く」(46.7%)が他の医療区分と比較して割合が高かった。

図表 305 退院後の医療や介護サービスなどについての説明を受けた時期
(説明を受けた人、医療区分別、複数回答)



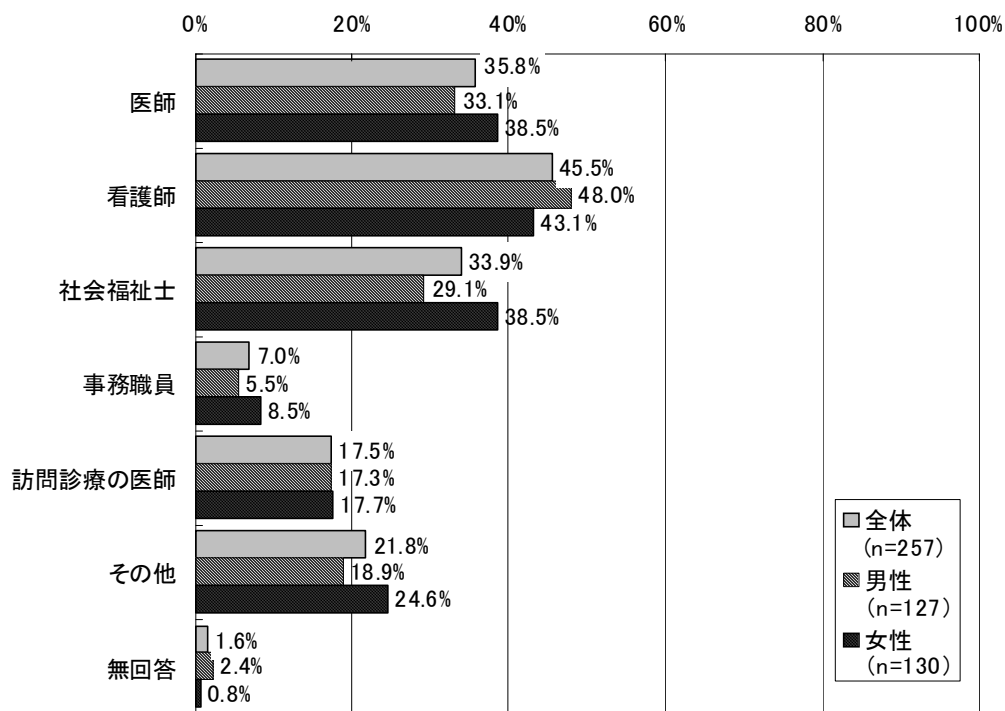
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の34人が含まれる。

3) 退院後の医療や介護サービスについての説明者

退院後の医療や介護サービスなどについての説明者をみると、全体では「看護師」(45.5%)が最も多く、次いで「医師」(35.8%)、「社会福祉士」(33.9%)であった。

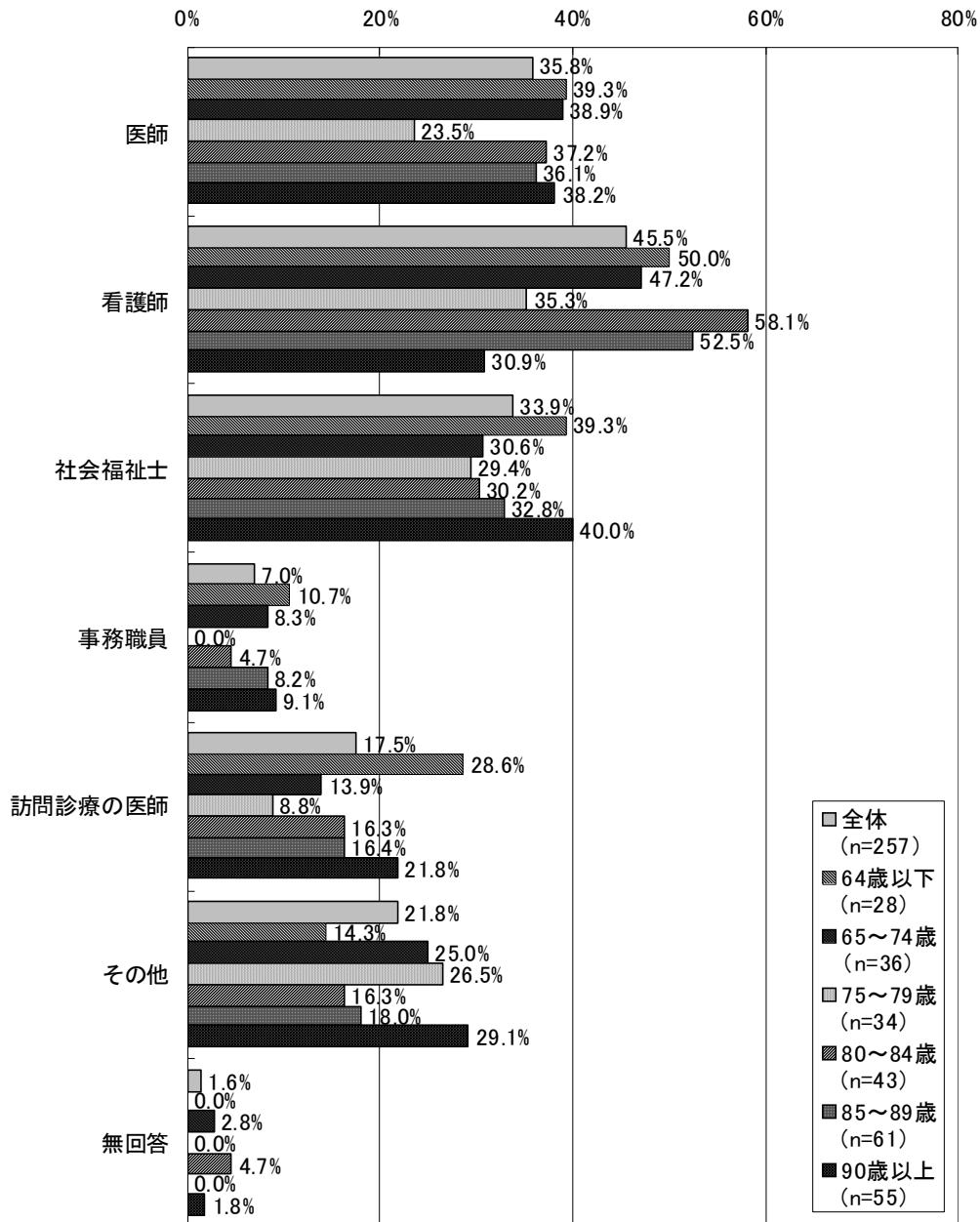
また、退院後の医療や介護サービスなどについての説明者を男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「社会福祉士」の割合が9.4ポイント低かった。

図表 306 退院後の医療や介護サービスなどについての説明者
(説明を受けた人、男女別、複数回答)



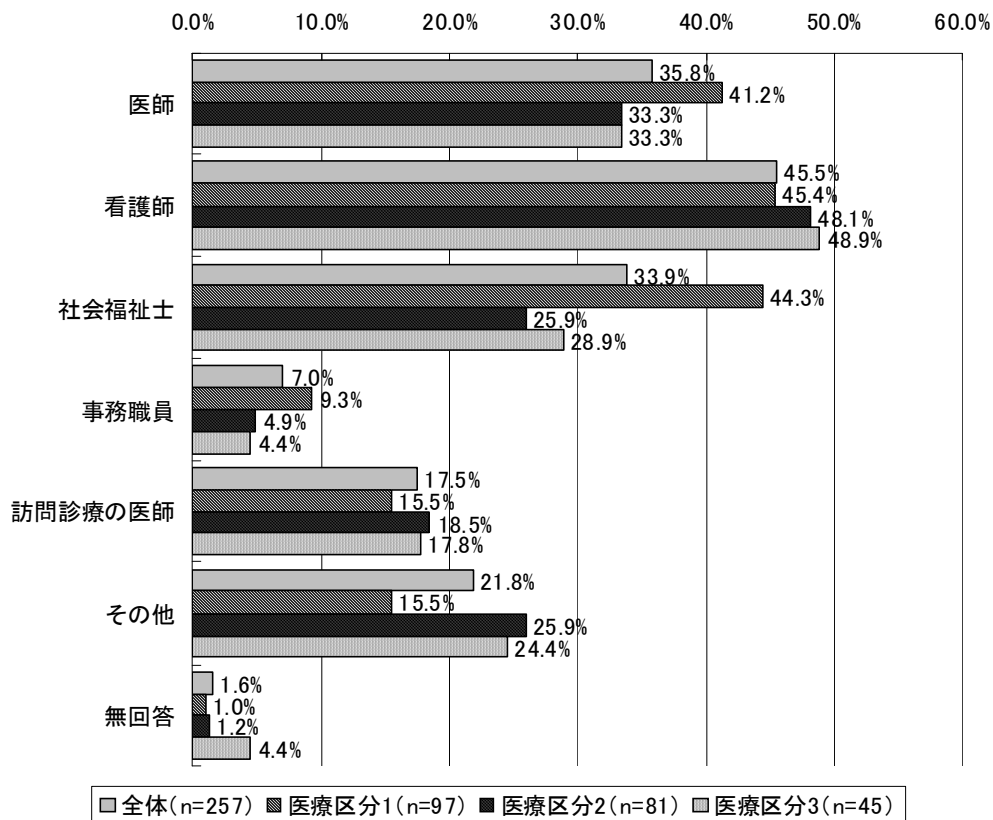
退院後の医療や介護サービスなどについての説明者を年齢階級別にみると、全ての年齢階級で「看護師」の割合が最も高かった。

図表 307 退院後の医療や介護サービスなどについての説明者
(説明を受けた人、年齢階級別、複数回答)



退院後の医療や介護サービスなどについての説明者を医療区分別にみると、全ての医療区分で「看護師」の割合が最も高かった。また、医療区分1では「社会福祉士」(44.3%)が他の医療区分と比較して割合が高かった。

図表 308 退院後の医療や介護サービスなどについての説明者
(説明を受けた人、医療区分別、複数回答)



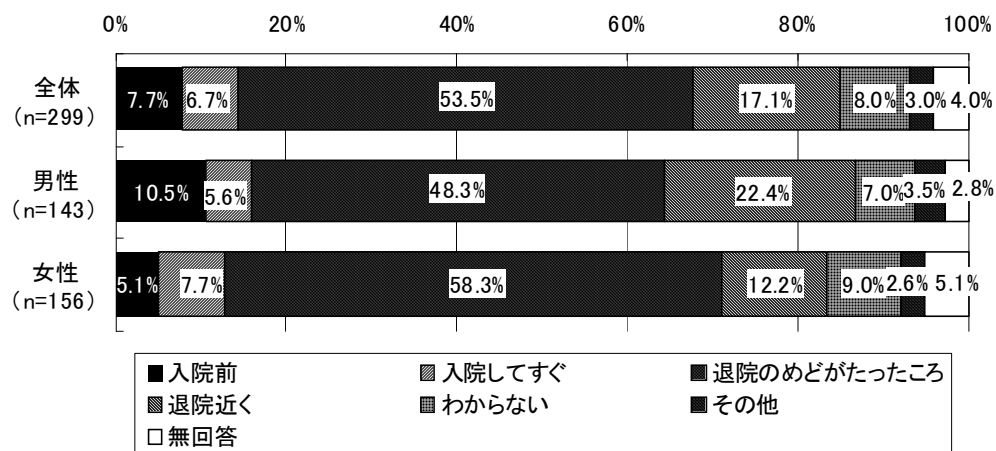
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の34人が含まれる。

4) 退院後の医療や介護サービスについての説明を聞きたいタイミング

退院後の医療や介護サービスについての説明を聞きたいタイミングをみると、全体では「退院のめどがたったころ」(53.5%)が最も多く、次いで「退院近く」(17.1%)であった。

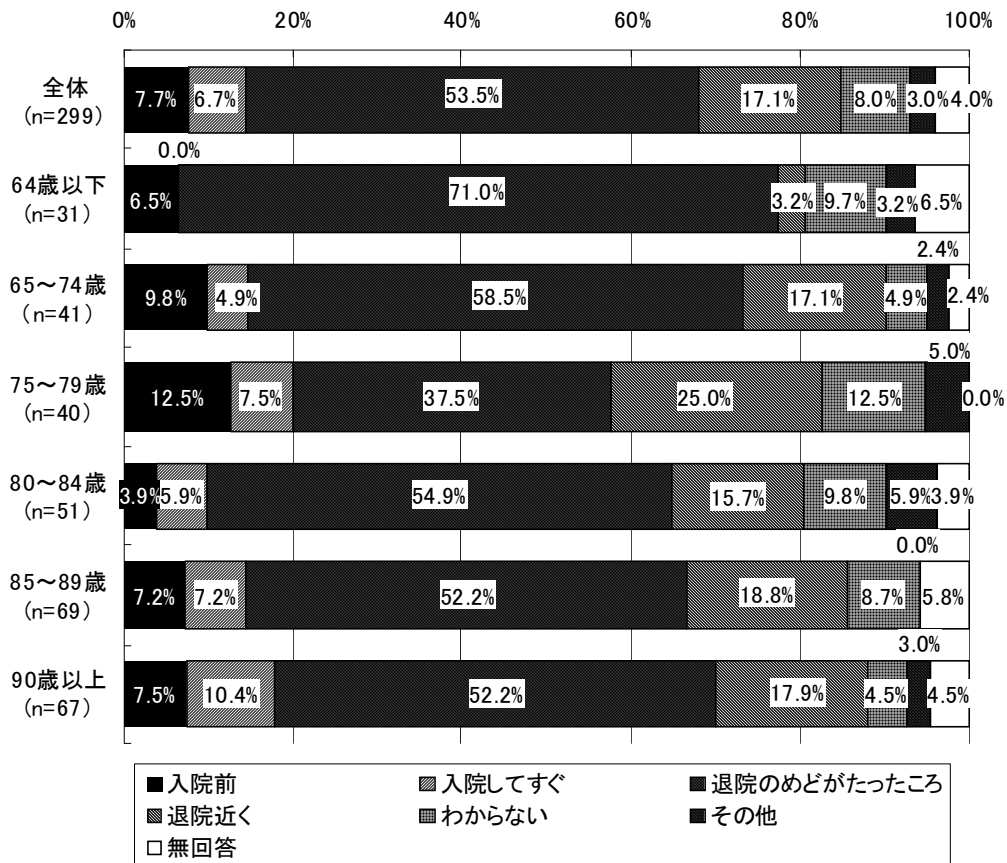
また、退院後の医療や介護サービスについての説明を聞きたいタイミングを男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「退院近く」の割合が10.2ポイント高かった。一方、女性のほうが男性と比較して「退院のめどがたったころ」が10.0ポイント高かった。

図表 309 退院後の医療や介護サービスなどについての説明を聞きたいタイミング
(入院経験のある人、男女別)



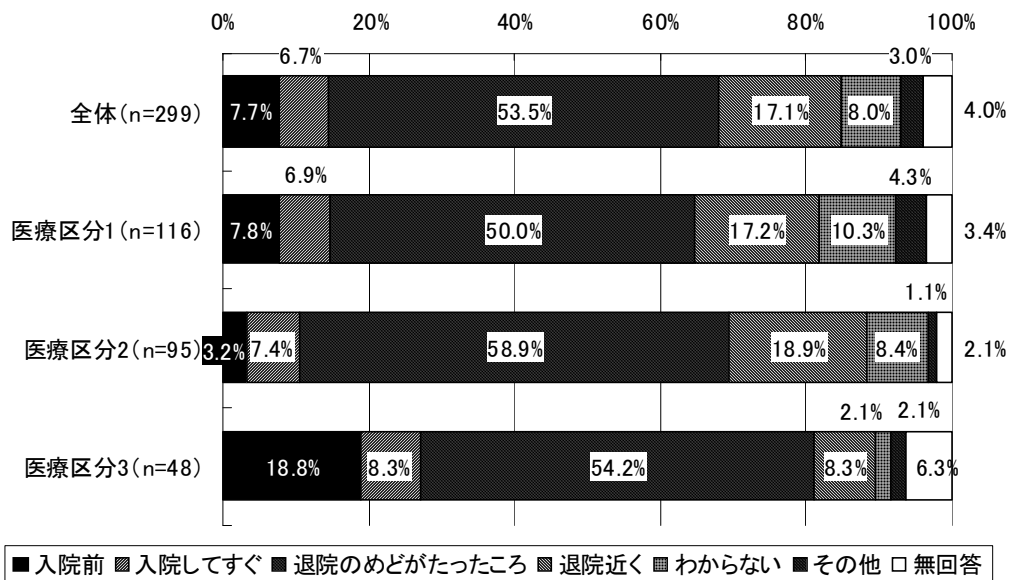
退院後の医療や介護サービスについての説明を聞きたいタイミングを年齢階級別にみると、全ての年齢階級において「退院のめどがたったころ」が最も多かった。特に64歳以下(71.0%)ではその割合が他の年齢階級と比較して高かった。

図表 310 退院後の医療や介護サービスなどについての説明を聞きたいタイミング
(入院経験のある人、年齢階級別)



退院後の医療や介護サービスについての説明を聞きたいタイミングを医療区分別にみると、全ての医療区分において「退院のめどがたったころ」が最も多かった。また、医療区分3では、「入院前」(18.8%)が他の医療区分と比較して割合が高かった。

図表 311 退院後の医療や介護サービスなどについての説明を聞きたいタイミング
(入院経験のある人、医療区分別)



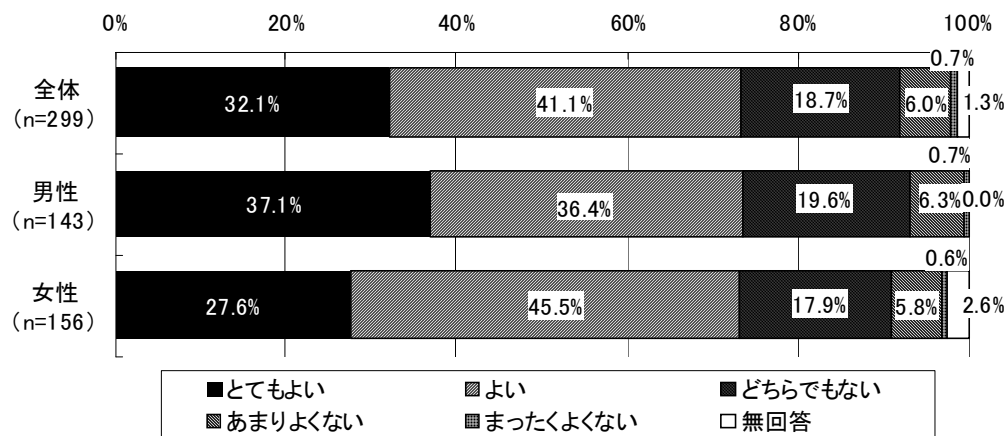
(注) 「全体」には「医療区分」について無回答の40人が含まれる。

5) 入院の早い段階で、退院後の医療や介護サービスについての説明があることに対する評価

入院の早い段階で、退院後の医療や介護サービスについての説明があることに対する評価をみると、全体では「とてもよい」が 32.1%、「よい」が 41.1%、「どちらでもない」が 18.7%、「あまりよくない」が 6.0%、「まったくよくない」が 0.7%であった。また、「とてもよい」と「よい」を合わせた割合は7割を超えた。

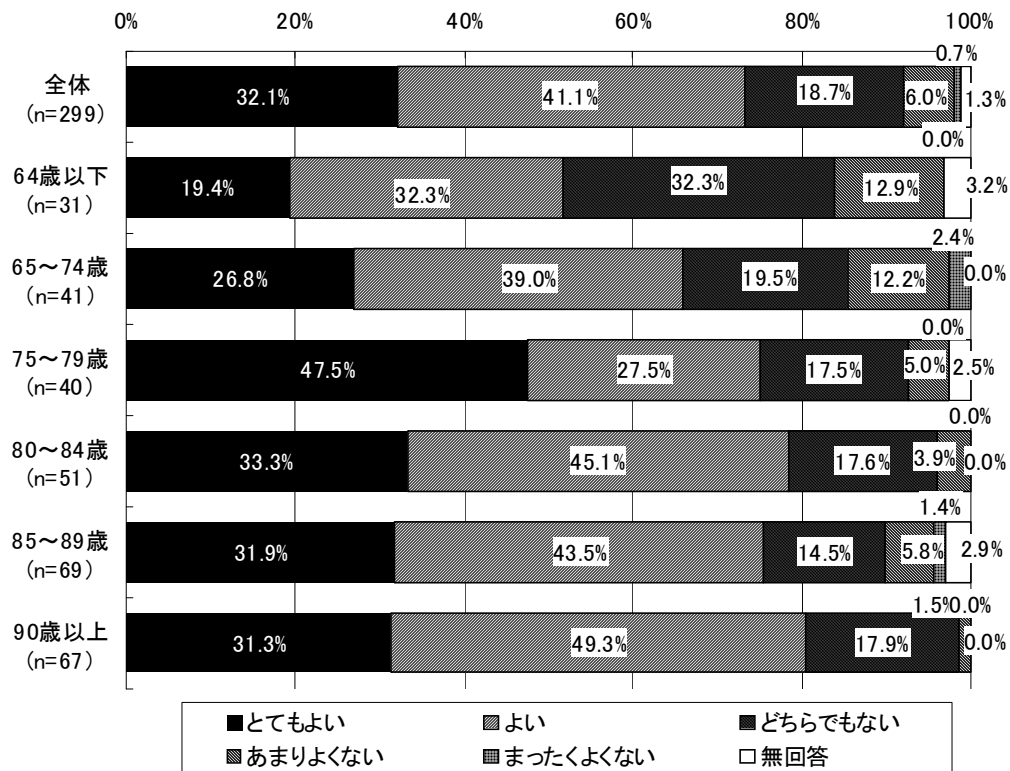
入院の早い段階で、退院後の医療や介護サービスについての説明があることに対する評価を男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「とてもよい」の割合が9.5ポイント高かった。

図表 312 入院の早い段階で、退院後の医療や介護サービスについての説明があることに対する評価（入院経験のある人、男女別）



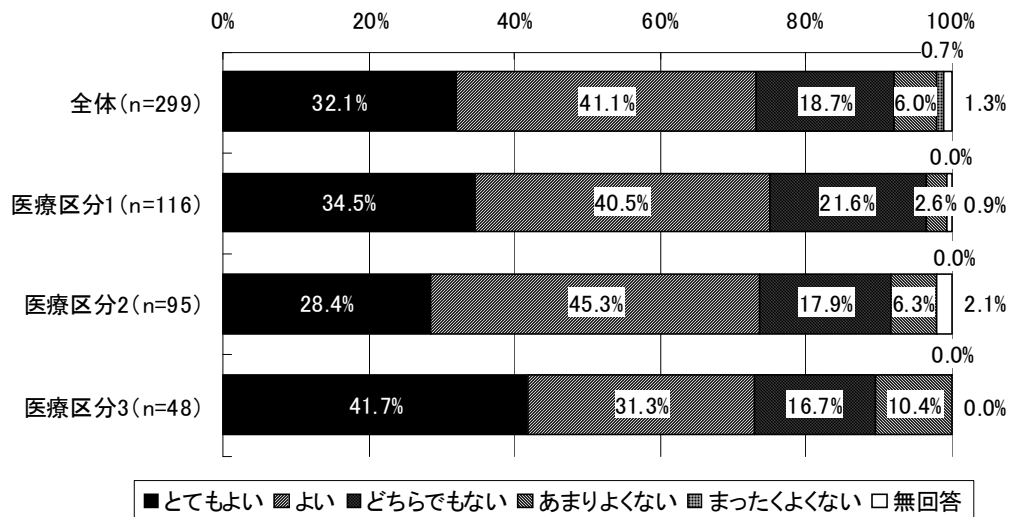
入院の早い段階で、退院後の医療や介護サービスについての説明があることに対する評価を年齢階級別にみると、75～79歳では「とてもよい」（47.5%）の割合が他の年齢階級と比較して高かった。

図表 313 入院の早い段階で、退院後の医療や介護サービスについての説明があることに対する評価（入院経験のある人、年齢階級別）



入院の早い段階で、退院後の医療や介護サービスについての説明があることに対する評価を医療区分別にみると、医療区分3では「とてもよい」(41.7%)の割合が他の医療区分と比較して高かった。

図表 314 入院の早い段階で、退院後の医療や介護サービスについての説明があることに対する評価（入院経験のある人、医療区分別）



(注)「全体」には「医療区分」について無回答の40人が含まれる。

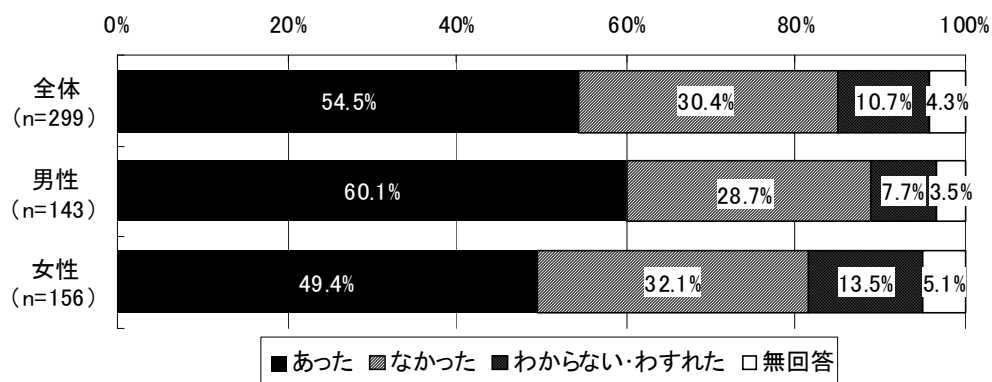
③入院中の訪問診療を行う医師の紹介の有無と満足度

1) 入院中の訪問診療を行う医師の紹介の有無

入院中の訪問診療を行う医師の紹介の有無をみると、全体では「あった」が54.5%、「なかった」が30.4%、「わからない・わすれた」が10.7%であった。

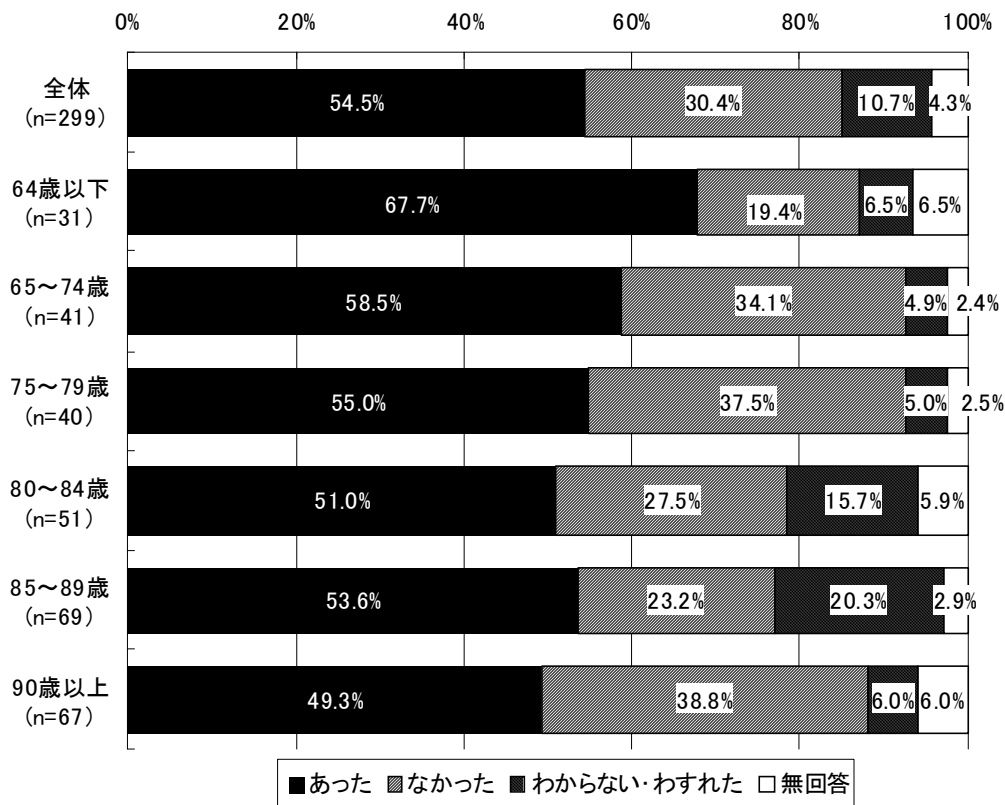
入院中の訪問診療を行う医師の紹介の有無を男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「あった」の割合が10.7ポイント高かった。

図表 315 入院中の訪問診療を行う医師の紹介の有無（入院経験のある人、男女別）



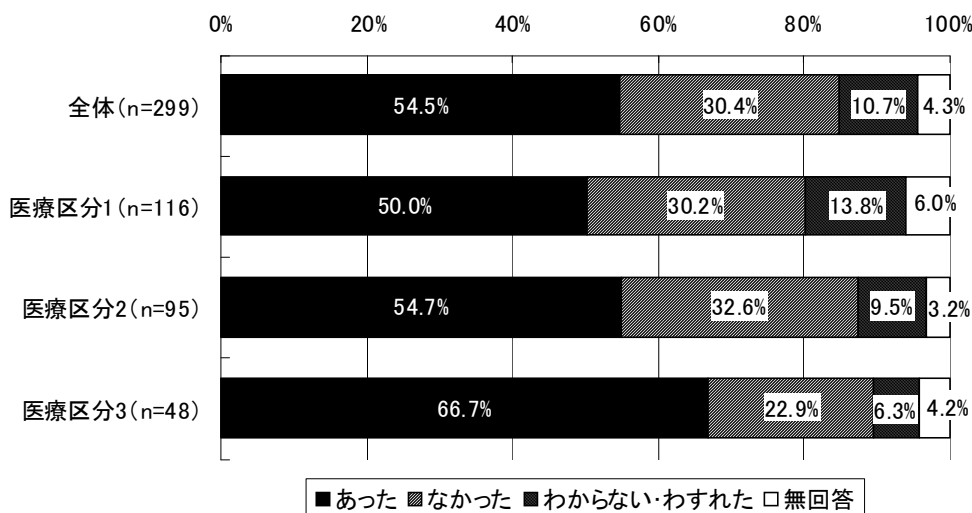
入院中の訪問診療を行う医師の紹介の有無を年齢階級別にみると、「あった」の割合は64歳以下（67.7%）で最も高く、他の年齢階級と比較して高かった。

図表 316 入院中の訪問診療を行う医師の紹介の有無（入院経験のある人、年齢階級別）



入院中の訪問診療を行う医師の紹介の有無を医療区分別にみると、「あった」という割合は、医療区分3では66.7%で他の医療区分と比較して高かった。

図表 317 入院中の訪問診療を行う医師の紹介の有無（入院経験のある人、医療区分別）



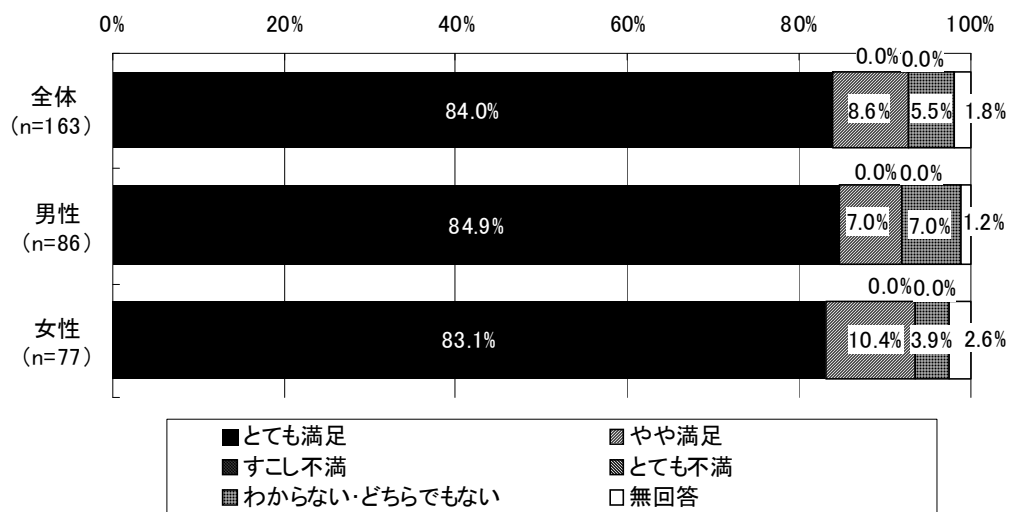
(注) 「全体」には「医療区分」について無回答の40人が含まれる。

2) 入院中の訪問診療を行う医師の紹介があったことに対する満足度

入院中の訪問診療を行う医師の紹介があったことに対する満足度をみると、全体では「とても満足」(84.0%)が最も多く、これに「やや満足」(8.6%)を合わせると9割を超えた。

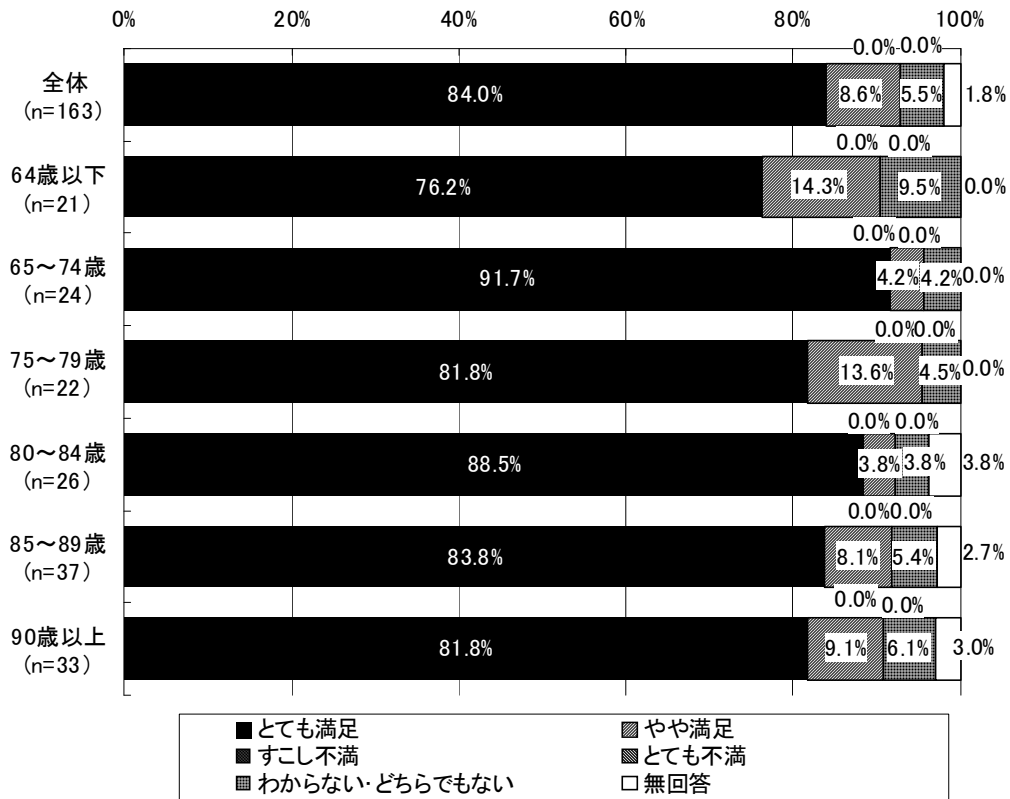
入院中の訪問診療を行う医師の紹介があったことに対する満足度を男女別にみると、男女による大きな差異はみられなかった。

図表 318 入院中の訪問診療を行う医師の紹介があったことに対する満足度
(入院中に訪問診療を行う医師の紹介があった人、男女別)



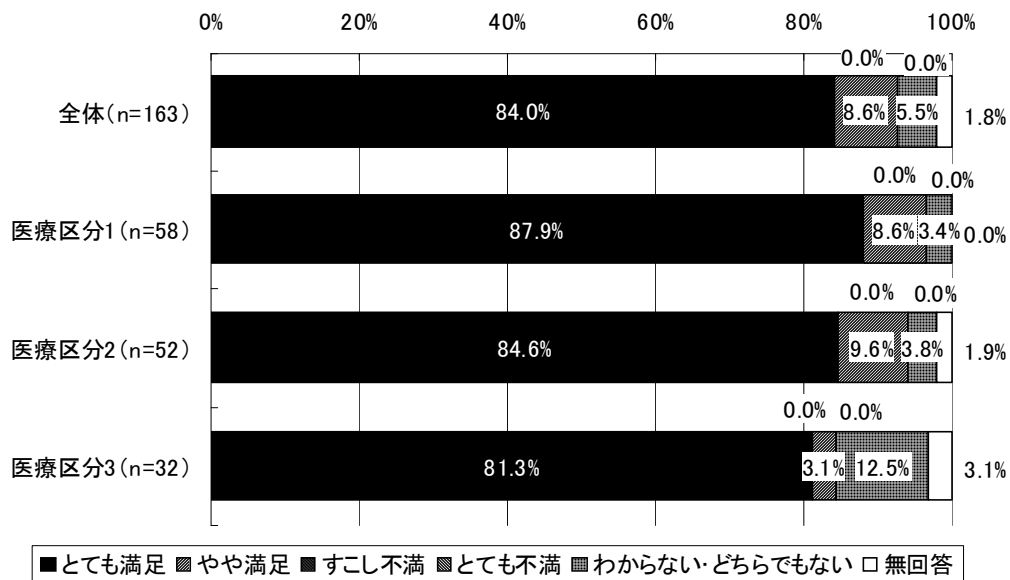
入院中の訪問診療を行う医師の紹介があったことに対する満足度を年齢階級別にみると、65～74歳では「とても満足」が91.7%で他の年齢階級と比較して高かった。

図表 319 入院中の訪問診療を行う医師の紹介があったことに対する満足度
(入院中に訪問診療を行う医師の紹介があった人、年齢階級別)



入院中の訪問診療を行う医師の紹介があったことに対する満足度を医療区分別にみると、「とても満足」の割合は、医療区分1では87.9%、医療区分2では84.6%、医療区分3では81.3%となった。

図表 320 入院中の訪問診療を行う医師の紹介があったことに対する満足度
(入院中に訪問診療を行う医師の紹介があった人、医療区分別)



(注) 「全体」には「医療区分」について無回答の21人が含まれる。

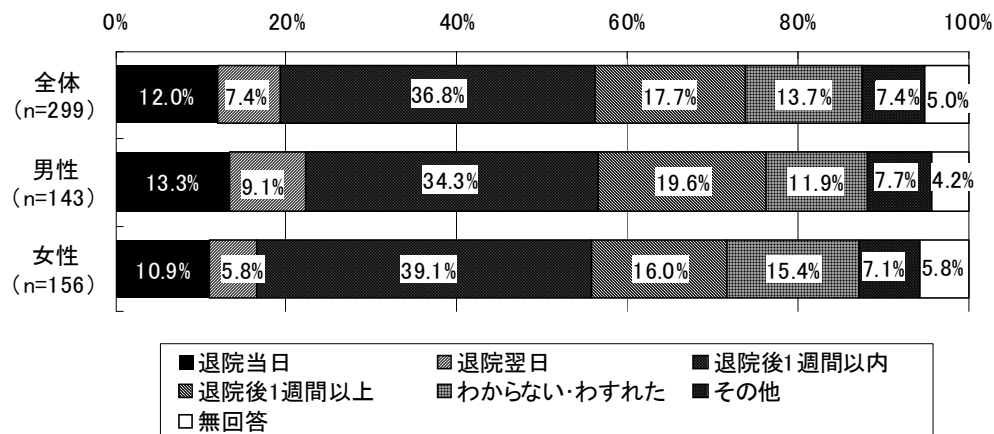
④退院してから医師による初めての訪問診療があった時期と満足度

1) 退院してから医師による初めての訪問診療があった時期

退院してから医師による初めての訪問診療があった時期をみると、「退院後1週間以内」が36.8%で最も多く、次いで「退院後1週間以上」(17.7%)、「退院当日」(12.0%)、「退院翌日」(7.4%)であった。

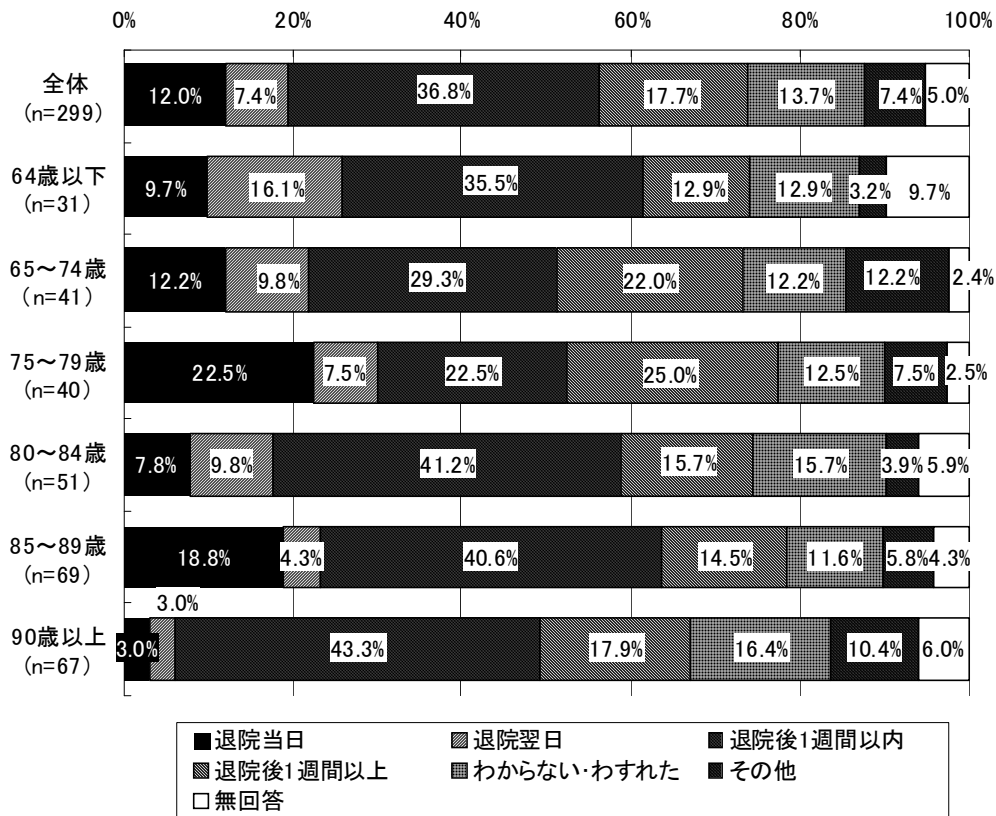
また、退院してから医師による初めての訪問診療があった時期を男女別にみると、「退院後1週間以内」が男性は女性と比較して4.8ポイント低かった。

図表 321 退院してから医師による初めての訪問診療があった時期
(入院経験のある人、男女別)



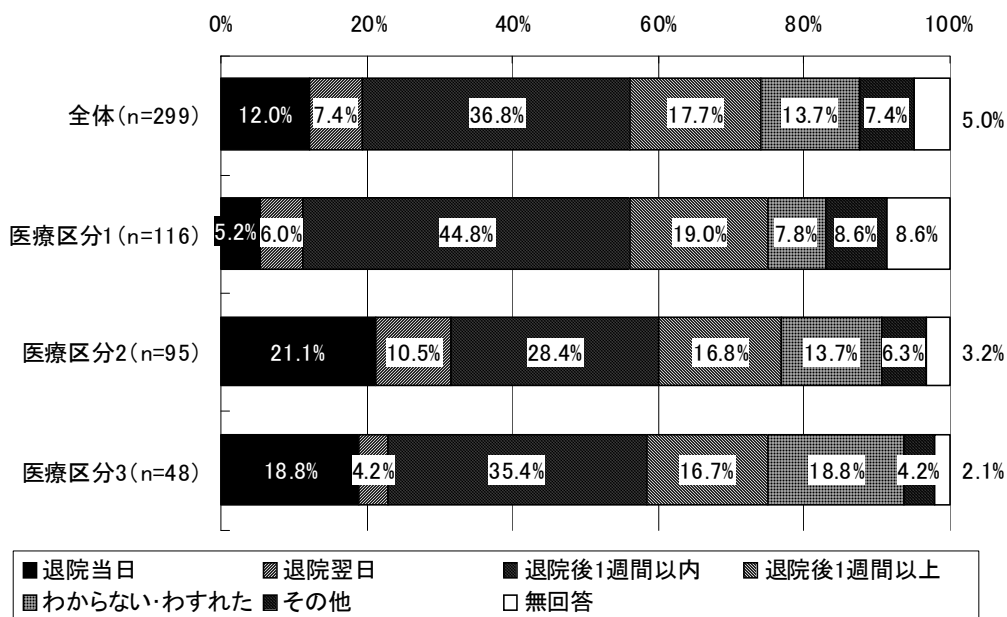
退院してから医師による初めての訪問診療があった時期を年齢階級別にみると、75～79歳では22.5%、85～89歳では18.8%が「退院当日」となっており、他の年齢階級と比較して高かった。

図表 322 退院してから医師による初めての訪問診療があった時期
(入院経験のある人、年齢階級別)



退院してから医師による初めての訪問診療があった時期を医療区分別にみると、医療区分1では「退院後1週間以内」の割合が44.8%で他の医療区分と比較して高かった。一方、医療区分2、医療区分3では「退院当日」が約2割であった。

図表 323 退院してから医師による初めての訪問診療があった時期
(入院経験のある人、医療区分別)



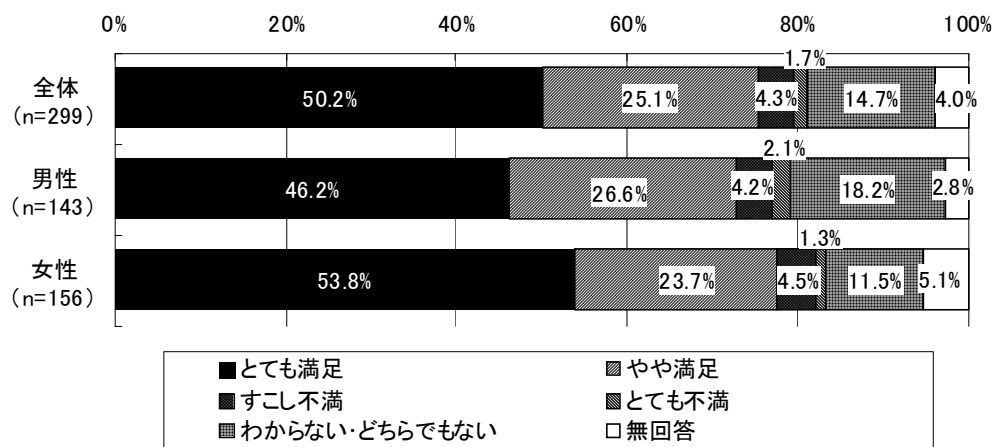
(注) 「全体」には「医療区分」について無回答の40人が含まれる。

2) 退院してから医師による初めての訪問診療があった時期についての満足度

退院してから医師による初めての訪問診療があった時期についての満足度をみると、「とても満足」が 50.2%、「やや満足」が 25.1%で合わせると 75.3%であった。また、「わからない・どちらでもない」が 14.7%であった。

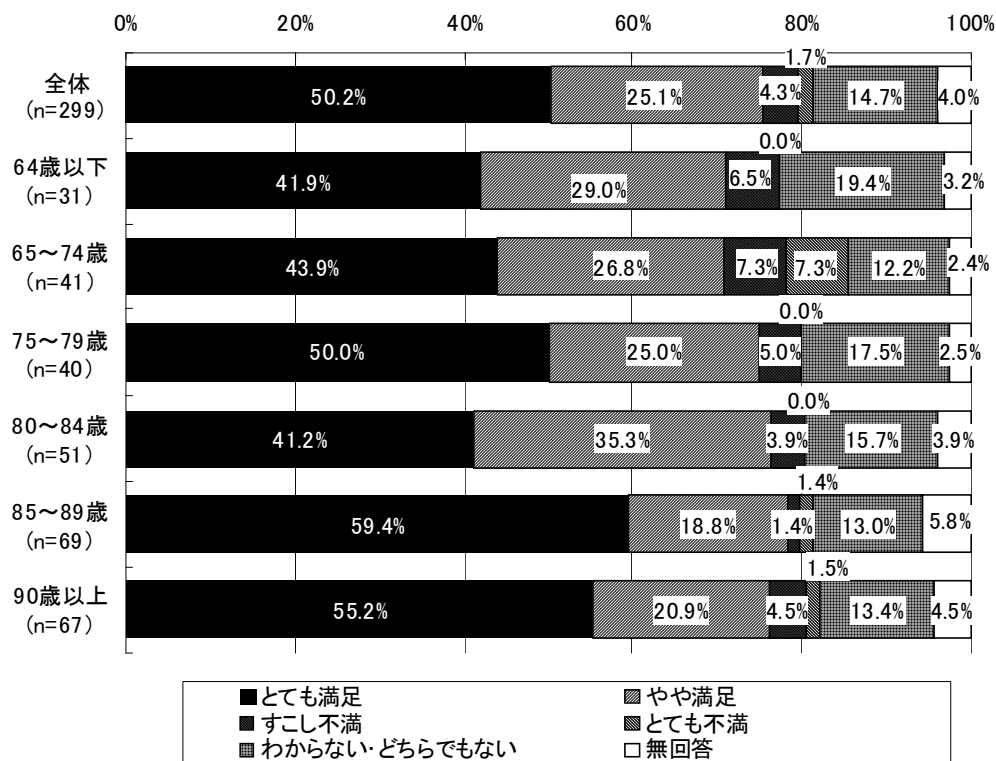
また、退院してから医師による初めての訪問診療があった時期についての満足度を男女別にみると、「とても満足」の割合は女性のほうが男性よりも 7.6 ポイント高かった。

図表 324 退院してから医師による初めての訪問診療があった時期についての満足度
(入院経験のある人、男女別)



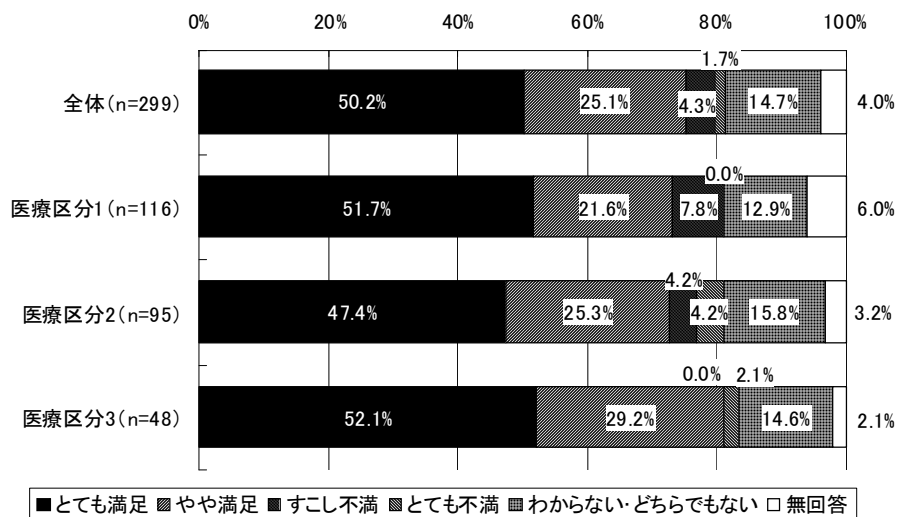
退院してから医師による初めての訪問診療があった時期についての満足度を年齢階級別にみると、「とても満足」の割合が85～89歳では59.4%、90歳以上では55.2%と5割を超え、他の年齢階級と比較して高かった。

図表 325 退院してから医師による初めての訪問診療があった時期についての満足度
(入院経験のある人、年齢階級別)



退院してから医師による初めての訪問診療があった時期についての満足度を医療区分別にみると、医療区分3では「とても満足」、「やや満足」を合わせた割合は8割を超えた。

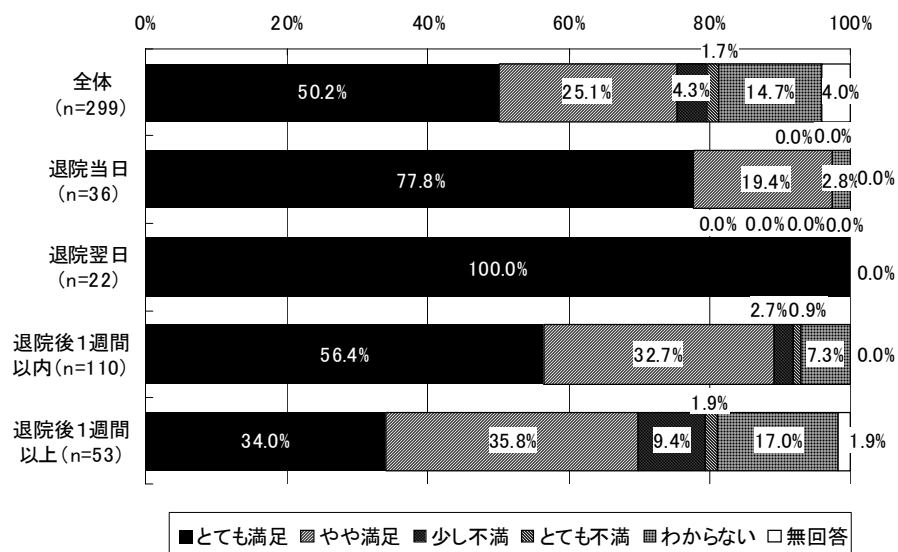
図表 326 退院してから医師による初めての訪問診療があった時期についての満足度
(入院経験のある人、医療区分別)



(注)「全体」には「医療区分」について無回答の40人が含まれる。

退院してから医師による初めての訪問診療があった時期についての満足度を医師の初回訪問時期別にみると、「とても満足」の割合は「退院翌日」が100.0%で最も高く、次いで「退院当日」が77.8%であった。

図表 327 退院してから医師による初めての訪問診療があった時期についての満足度
(入院経験のある人、医師の初回訪問時期別)



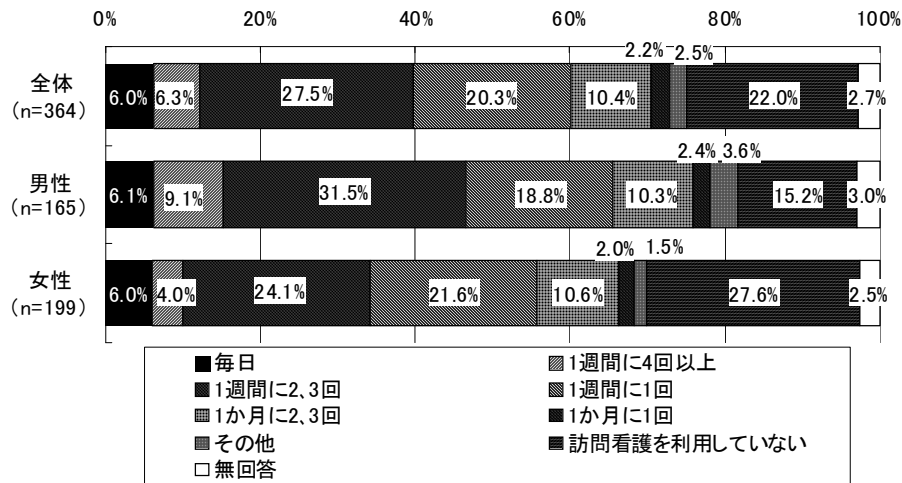
(4) 在宅医療の利用状況等

①訪問看護の利用頻度

訪問看護の利用頻度をみると、全体では「1週間に2、3回」が27.5%で最も多く、次いで、「1週間に1回」が20.3%、「1か月に2、3回」が10.4%であった。「訪問看護を利用していない」という割合は22.0%であった。

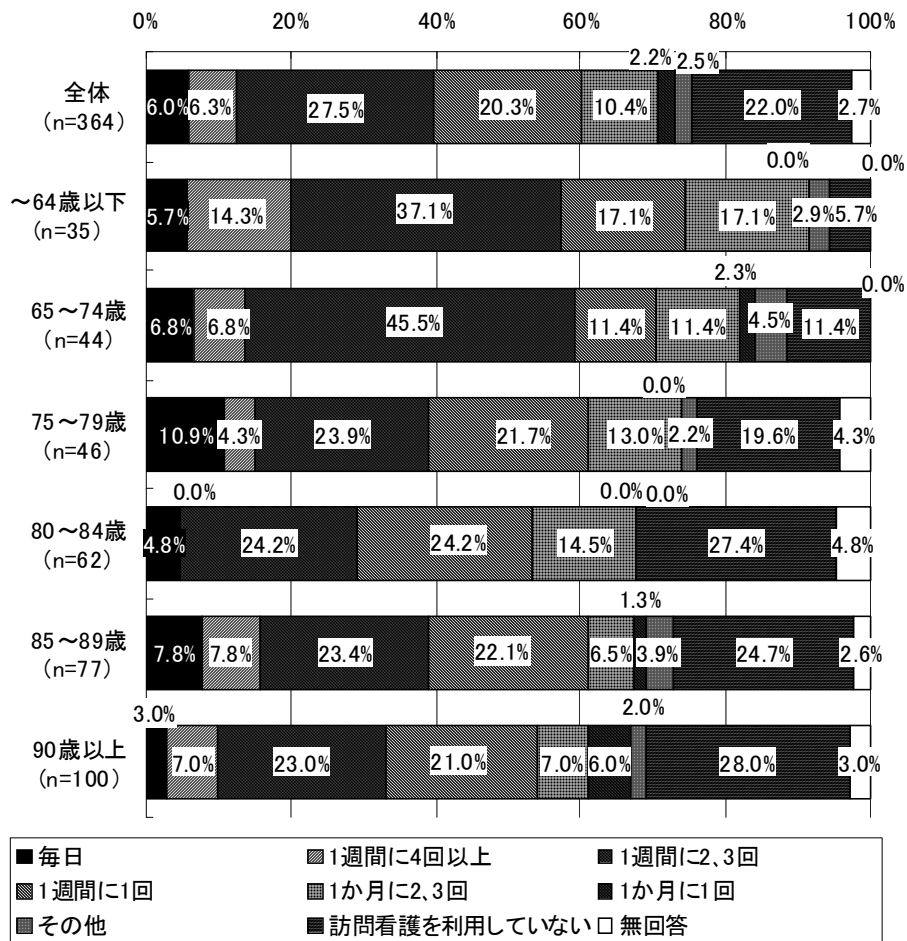
また、訪問看護の利用頻度を男女別にみると、男性では女性と比較して「1週間に4回以上」が5.1ポイント、「1週間に2、3回」が7.4ポイント高かった。一方、女性では男性と比較して「訪問看護を利用していない」が12.4ポイント高かった。

図表 328 訪問看護の利用頻度（男女別）



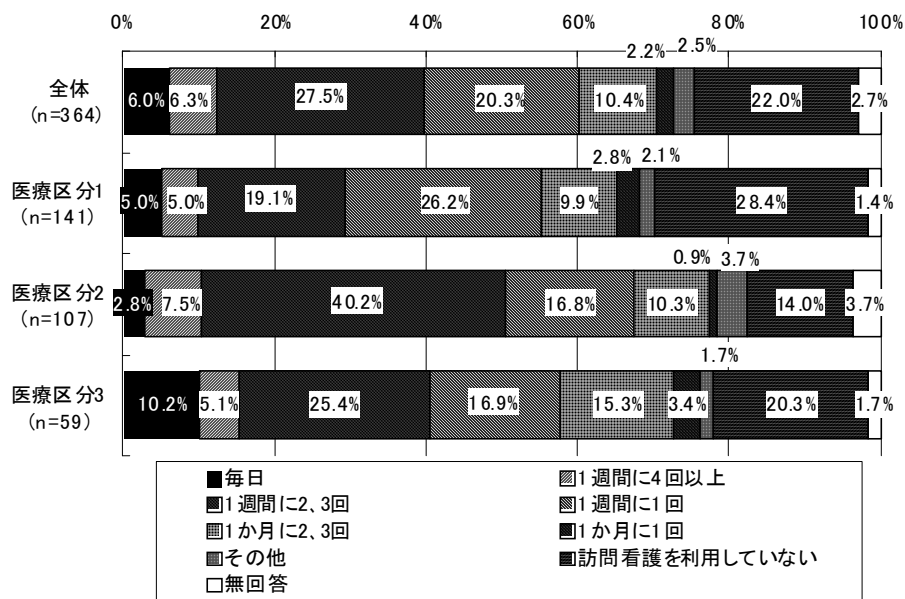
訪問看護の利用頻度を年齢階級別にみると、75～79歳では「毎日」が10.9%で他の年齢階級と比較して高かった。また、「1週間に2、3回」の割合が65～74歳では45.5%、64歳以下では37.1%と他の年齢階級と比較して高かった。79歳以下では年齢階級が低いほど訪問看護を利用している人の割合が高い傾向がみられた。

図表 329 訪問看護の利用頻度（年齢階級別）



訪問看護の利用頻度を医療区分別にみると、医療区分1では、「訪問看護を利用していない」という割合が他の医療区分と比較して高く、訪問看護の利用においても「1週間に1回」の割合が最も高かった。医療区分2では「訪問看護を利用していない」という割合が14.0%で他の医療区分と比較して低く、訪問看護の利用においても「1週間に2、3回」が40.2%と4割を占め、「毎日」、「1週間に4回以上」を合わせると1週間に2、3回以上の利用者が半数近くを占めた。医療区分3では、「毎日」が10.2%で他の医療区分と比較して高かった。

図表 330 訪問看護の利用頻度（医療区分別）



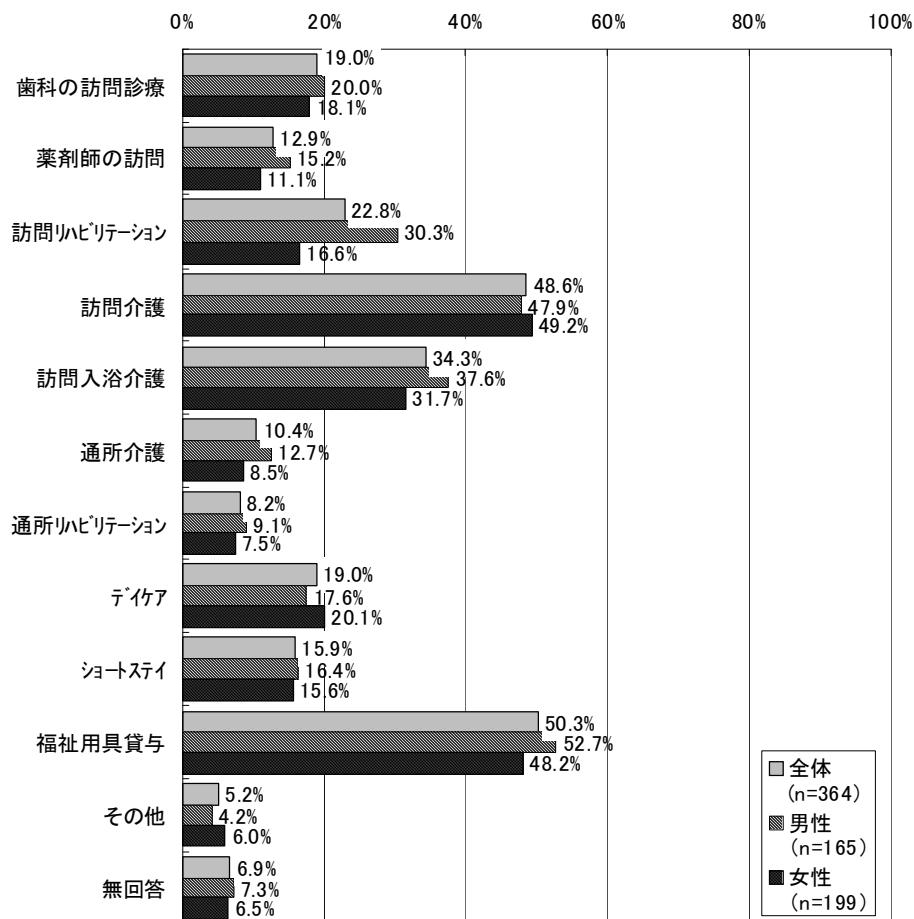
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

②利用している医療・介護サービス

利用している医療・介護サービスをみると、全体では「福祉用具貸与」が50.3%で最も多く、次いで「訪問介護」(48.6%)、「訪問入浴介護」(34.3%)、「訪問リハビリテーション」(22.8%)となった。

利用している医療・介護サービスを男女別にみると、男性では「福祉用具貸与」が52.7%で最も多く、次いで「訪問介護」(47.9%)、「訪問入浴介護」(37.6%)であった。女性では「訪問介護」が49.2%で最も多く、次いで「福祉用具貸与」(48.2%)、「訪問入浴介護」(31.7%)であった。「訪問リハビリテーション」については、男性のほうが女性と比較して13.7ポイント高かった。

図表 331 利用している医療・介護サービス（男女別、複数回答）



利用している医療・介護サービスを年齢階級別にみると、最も割合が高かったのは、64歳以下では「福祉用具貸与」(54.3%)、65～74歳では「訪問介護」、「福祉用具貸与」(いずれも56.8%)、75～79歳でも「訪問介護」、「福祉用具貸与」(いずれも56.5%)、80～84歳では「訪問介護」(53.2%)、85～89歳でも「訪問介護」(48.1%)、90歳以上では「福祉用具貸与」(49.0%)であった。また、64歳以下では他の年齢階級と比較して「訪問リハビリテーション」の割合が高かった。65～74歳では他の年齢階級と比較して「歯科の訪問診療」、「薬剤師の訪問」、「訪問介護」、「デイケア」、「福祉用具貸与」の割合が高かった。75～79歳では他の年齢階級と比較して「通所介護」、「通所リハビリテーション」、「ショートステイ」の割合が高かった。一方、90歳以上では、概して、他の年齢階級と比較して割合の低い項目が多かった。

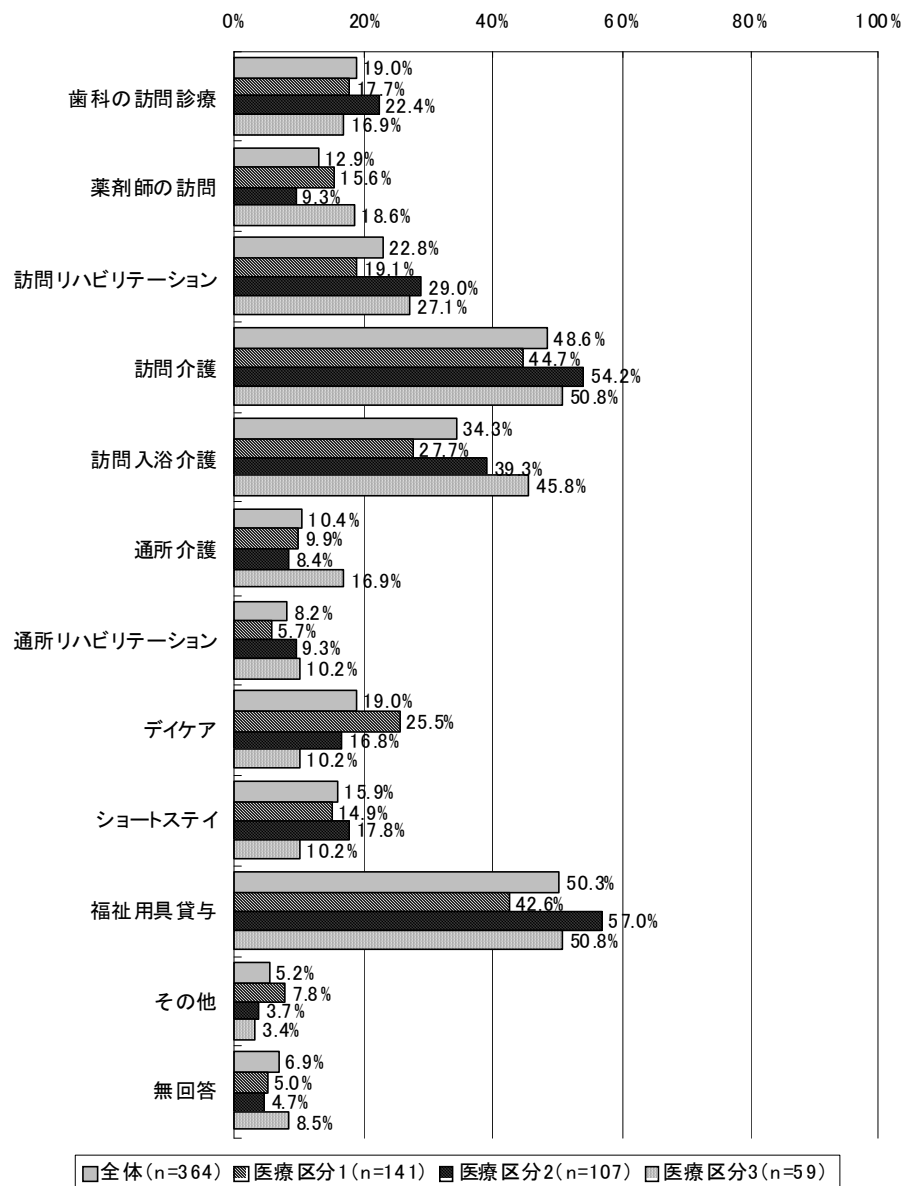
図表 332 利用している医療・介護サービス（年齢階級別、複数回答）

(単位：上段「人」、下段「%」)

	総数	歯科の訪問診療	薬剤師の訪問	訪問リハビリテーション	訪問介護	訪問入浴介護	通所介護	通所リハビリテーション	デイケア	ショートステイ	福祉用具貸与	その他	無回答
全体	364 100.0	69 19.0	47 12.9	83 22.8	177 48.6	125 34.3	38 10.4	30 8.2	69 19.0	58 15.9	183 50.3	19 5.2	25 6.9
64歳以下	35 100.0	8 22.9	4 11.4	18 51.4	17 48.6	16 45.7	3 8.6	3 8.6	4 11.4	5 14.3	19 54.3	4 11.4	1 2.9
65～74歳	44 100.0	14 31.8	11 25.0	20 45.5	25 56.8	20 45.5	3 6.8	5 11.4	11 25.0	6 13.6	25 56.8	3 6.8	0 0.0
75～79歳	46 100.0	11 23.9	8 17.4	13 28.3	26 56.5	19 41.3	6 13.0	7 15.2	5 10.9	10 21.7	26 56.5	1 2.2	4 8.7
80～84歳	62 100.0	13 21.0	10 16.1	13 21.0	33 53.2	21 33.9	7 11.3	4 6.5	14 22.6	8 12.9	32 51.6	3 4.8	5 8.1
85～89歳	77 100.0	13 16.9	7 9.1	11 14.3	37 48.1	20 26.0	7 9.1	5 6.5	19 24.7	9 11.7	32 41.6	3 3.9	7 9.1
90歳以上	100 100.0	10 10.0	7 7.0	8 8.0	39 39.0	29 29.0	12 12.0	6 6.0	16 16.0	20 20.0	49 49.0	5 5.0	8 8.0

利用している医療・介護サービスを医療区分別にみると、医療区分 1 では「訪問介護」が 44.7%で最も高く、次いで「福祉用具貸与」(42.6%)であった。医療区分 2 では「福祉用具貸与」が 57.0%で最も高く、次いで「訪問介護」(54.2%)であった。医療区分 3 では「訪問介護」、「福祉用具貸与」が 50.8%で最も高かった。「訪問入浴介護」については、医療区分 3 のほうが医療区分 1 と比較して 18.1 ポイント高かった。

図表 333 利用している医療・介護サービス（医療区分別、複数回答）



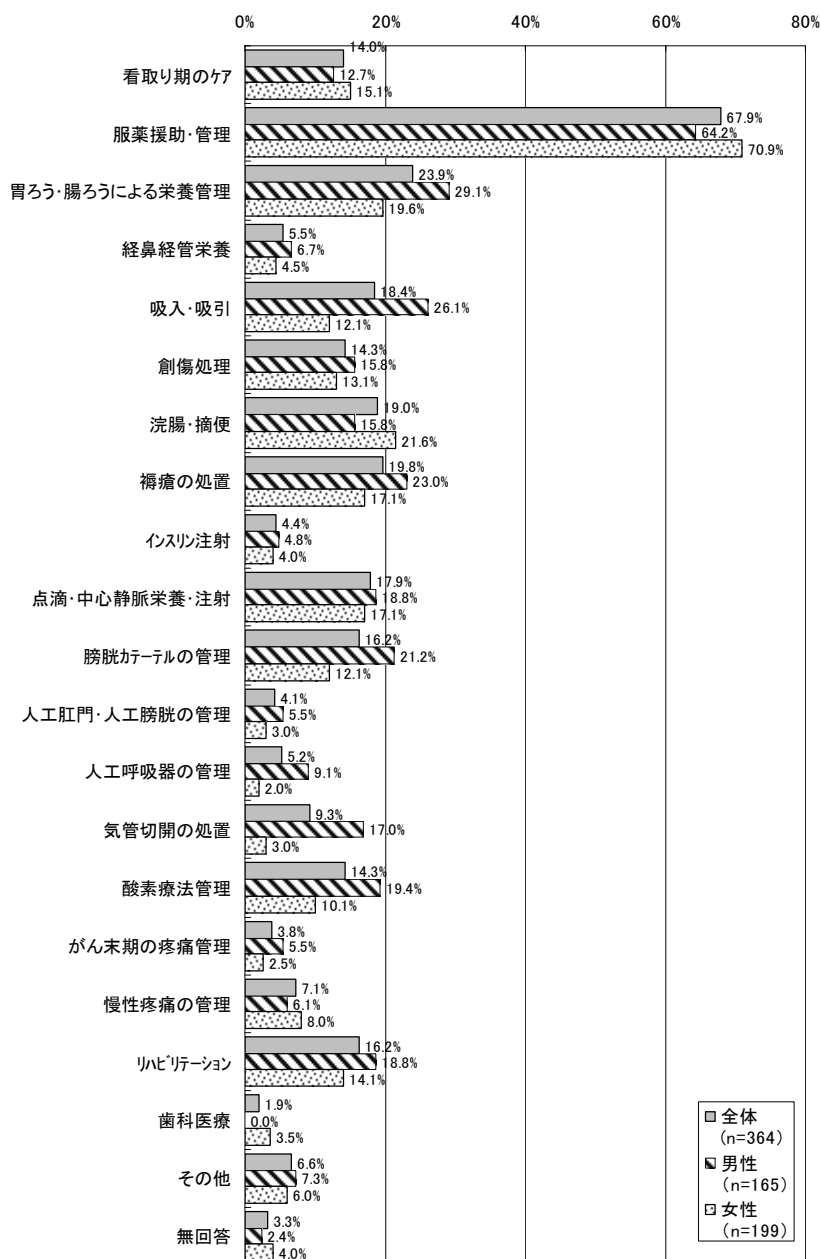
(注) 「全体」には「医療区分」について無回答の 57 人が含まれる。

③受けている医療

受けている医療をみると、全体では「服薬援助・管理」が67.9%で最も高く、次いで「胃ろう・腸ろうによる栄養管理」(23.9%)、「褥瘡の処置」(19.8%)、「浣腸・摘便」(19.0%)、「吸入・吸引」(18.4%)であった。

また、受けている医療を男女別にみると、男性では女性と比較して「吸入・吸引」、「気管切開の処置」が各14.0ポイント、「胃ろう・腸ろうによる栄養管理」が9.5ポイント、「酸素療法管理」が9.3ポイント、「膀胱カテーテルの管理」が9.1ポイント高かった。一方、女性の割合が男性よりも高かったのは「服薬援助・管理」(6.7ポイント)、「浣腸・摘便」(5.8ポイント)、「看取り期のケア」(2.4ポイント)、「慢性疼痛の管理」(1.9ポイント)のみであった。

図表 334 受けている医療（男女別、複数回答）



受けている医療を年齢階級別にみると、最も割合が高いのは、いずれの年齢階級でも「服薬援助・管理」であった。また、他の年齢階級と比較して、64歳以下では「胃ろう・腸ろうによる栄養管理」、「創傷処理」、「膀胱カテーテルの管理」、「人工呼吸器の管理」、「気管切開の処置」、「酸素療法管理」が、75～79歳では「がん末期の疼痛管理」、「慢性疼痛の管理」、「リハビリテーション」が、85～89歳では「看取り期のケア」、「服薬援助・管理」、「点滴・中心静脈栄養・注射」の割合がそれぞれ高かった。

図表 335 受けている医療（年齢階級別、複数回答）

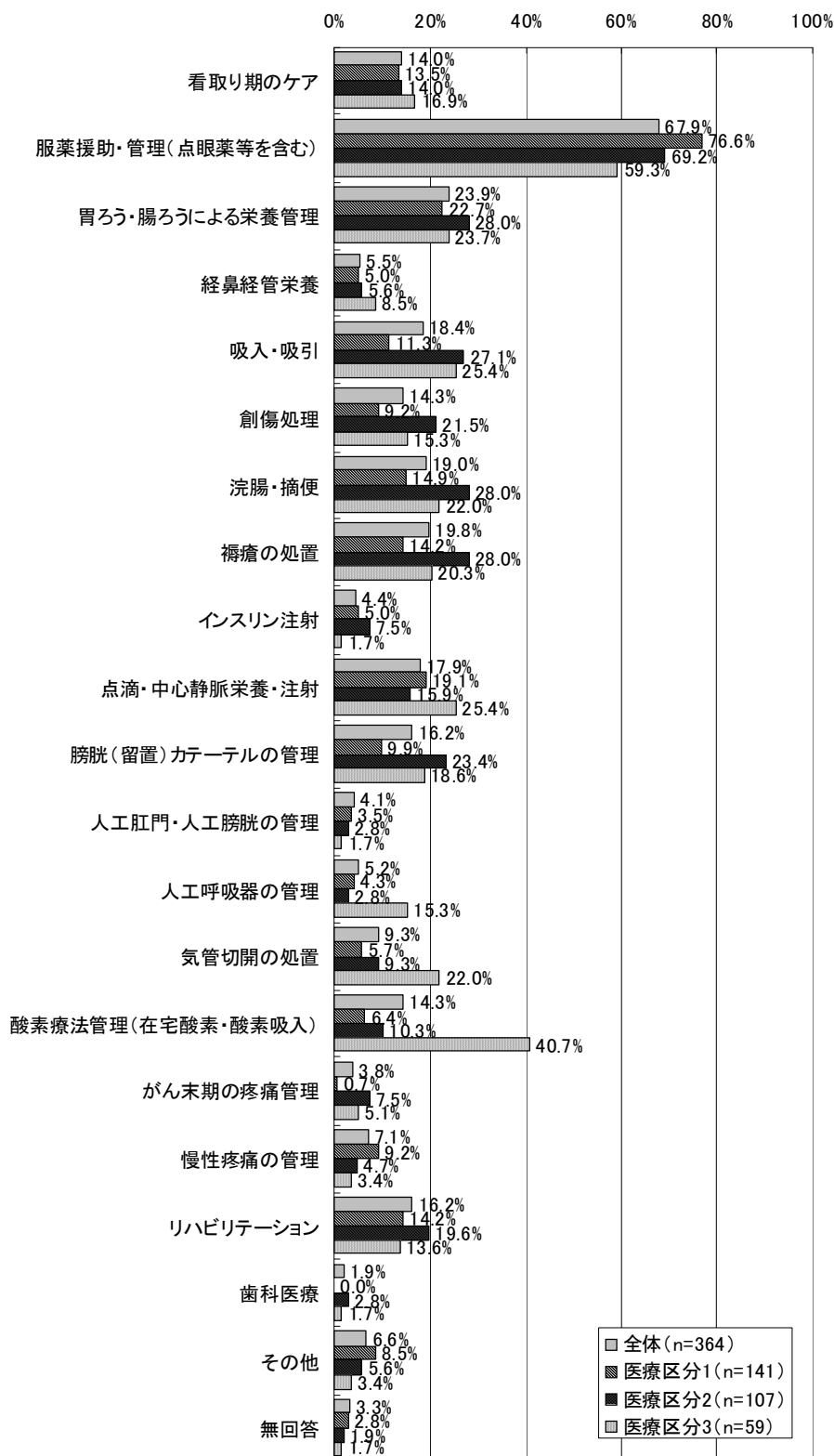
（単位：上段「人」、下段「%」）

	総数	看取り期のケア	服薬援助・管理	胃ろう・腸ろうによる栄養管理	経鼻経管栄養	吸入・吸引	創傷処理	浣腸・摘便	褥瘡の処置	インスリン注射	点滴・中心静脈栄養・注射
全体	364 100.0	51 14.0	247 67.9	87 23.9	20 5.5	67 18.4	52 14.3	69 19.0	72 19.8	16 4.4	65 17.9
64歳以下	35 100.0	2 5.7	14 40.0	14 40.0	1 2.9	12 34.3	7 20.0	6 17.1	8 22.9	2 5.7	2 5.7
65～74歳	44 100.0	4 9.1	31 70.5	17 38.6	1 2.3	16 36.4	5 11.4	9 20.5	5 11.4	0 0.0	5 11.4
75～79歳	46 100.0	8 17.4	35 76.1	12 26.1	4 8.7	11 23.9	8 17.4	11 23.9	11 23.9	3 6.5	10 21.7
80～84歳	62 100.0	5 8.1	41 66.1	13 21.0	2 3.2	5 8.1	9 14.5	10 16.1	10 16.1	2 3.2	11 17.7
85～89歳	77 100.0	14 18.2	59 76.6	13 16.9	6 7.8	9 11.7	14 18.2	13 16.9	17 22.1	6 7.8	19 24.7
90歳以上	100 100.0	18 18.0	67 67.0	18 18.0	6 6.0	14 14.0	9 9.0	20 20.0	21 21.0	3 3.0	18 18.0

	膀胱カテーテルの管理	人工肛門・人工膀胱の管理	人工呼吸器の管理	気管切開の処置	酸素療法管理	がん末期の疼痛管理	慢性疼痛の管理	リハビリテーション	歯科医療	その他	無回答
全体	59 16.2	15 4.1	19 5.2	34 9.3	52 14.3	14 3.8	26 7.1	59 16.2	7 1.9	24 6.6	12 3.3
64歳以下	11 31.4	0 0.0	7 20.0	11 31.4	7 20.0	2 5.7	0 0.0	5 14.3	0 0.0	3 8.6	2 5.7
65～74歳	10 22.7	1 2.3	4 9.1	10 22.7	6 13.6	2 4.5	1 2.3	11 25.0	0 0.0	4 9.1	0 0.0
75～79歳	9 19.6	1 2.2	3 6.5	4 8.7	4 8.7	4 8.7	7 15.2	9 19.6	4 8.7	2 4.3	1 2.2
80～84歳	7 11.3	2 3.2	0 0.0	4 6.5	12 19.4	1 1.6	6 9.7	9 14.5	2 3.2	1 1.6	0 0.0
85～89歳	11 14.3	5 6.5	3 3.9	3 3.9	9 11.7	3 3.9	5 6.5	11 14.3	0 0.0	9 11.7	3 3.9
90歳以上	11 11.0	6 6.0	2 2.0	2 2.0	14 14.0	2 2.0	7 7.0	14 14.0	1 1.0	5 5.0	6 6.0

受けている医療を医療区分別にみると、最も割合が高いのは、いずれの医療区分でも「服薬援助・管理」であった。また、医療区分 1 が他の医療区分と比較して高かったのは「服薬援助・管理」であった。医療区分 2 が他の医療区分と比較して高かったのは、「胃ろう・腸ろうによる栄養管理」、「吸入・吸引」、「創傷処理」、「浣腸・摘便」、「褥瘡の処置」、「インスリン注射」、「膀胱カテーテルの管理」、「がん末期の疼痛管理」、「リハビリテーション」、「歯科医療」であった。医療区分 3 が他の医療区分と比較して高かったのは、「看取り期のケア」、「経鼻経管栄養」、「点滴・中心静脈栄養・注射」、「人工呼吸器の管理」、「気管切開の処置」、「酸素療法管理」であった。医療区分 3 の「酸素療法管理」の割合は他の医療区分と比較して特に高かった。

図表 336 受けている医療（医療区分別、複数回答）



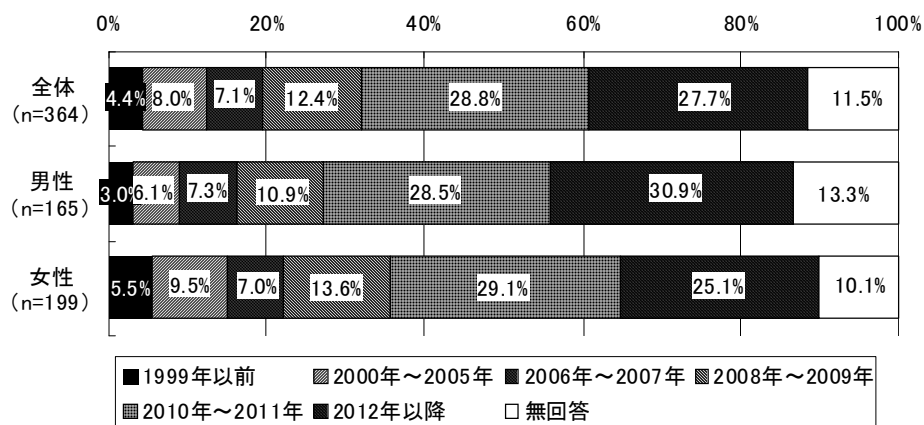
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

④訪問診療（往診）の利用開始時期

訪問診療（往診）の利用開始時期をみると、全体では「2010年～2011年」が28.8%で最も多く、次いで「2012年以降」が27.7%、「2008年～2009年」が12.4%となった。2007年以前が約2割となった。

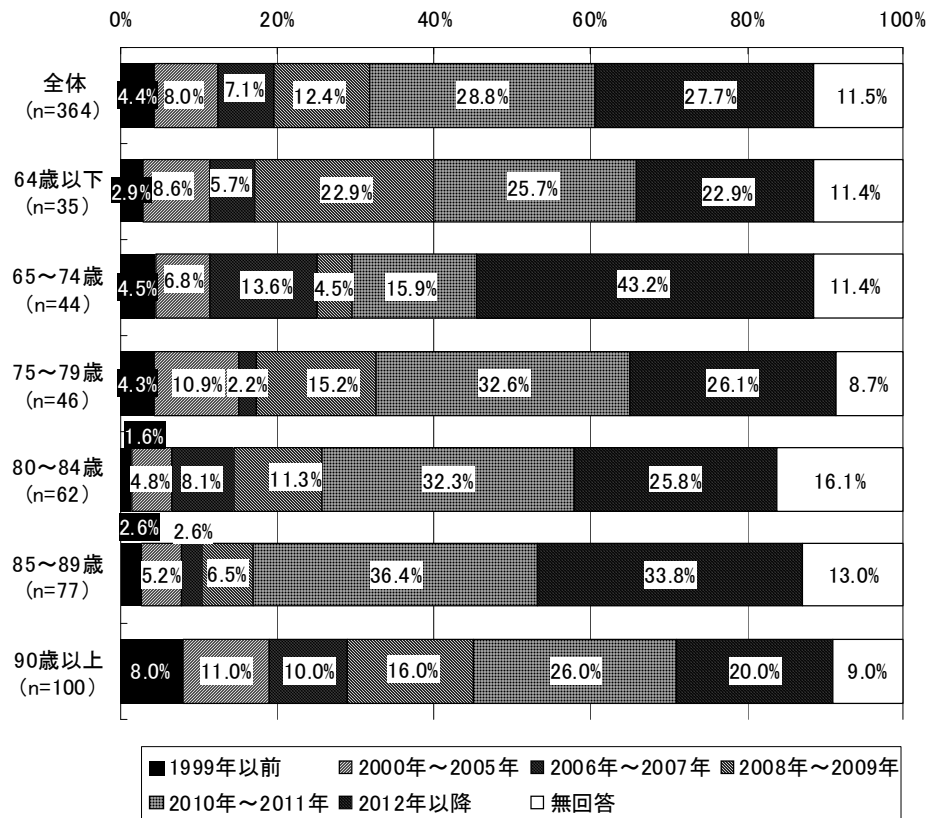
また、訪問診療（往診）の利用開始時期を男女別にみると、男性では女性と比較して「2012年以降」が5.8ポイント高かった。一方、女性では男性と比較して2009年以前の割合が8.3ポイント高かった。

図表 337 訪問診療（往診）の利用開始時期（男女別）



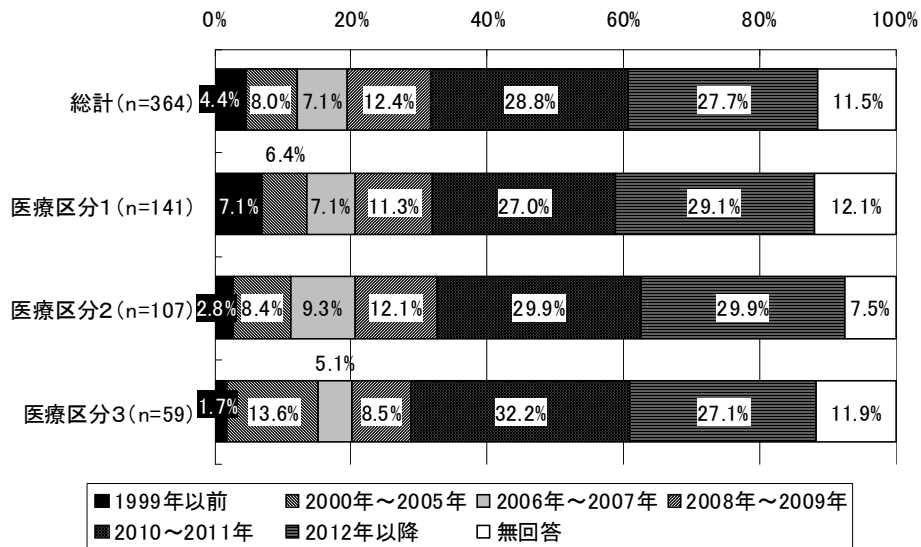
訪問診療（往診）の利用開始時期を年齢階級別にみると、64歳以下と90歳以上では「2012年以降」の割合が他の年齢階級と比較して低く、2009年以前が4割を占め、他の年齢階級と比較して以前からの利用者の割合が高かった。

図表 338 訪問診療（往診）の利用開始時期（年齢階級別）



訪問診療（往診）の利用開始時期を医療区分別にみると、医療区分1では「1999年以前」の割合が他の医療区分と比較して高かった。

図表 339 訪問診療（往診）の利用開始時期（医療区分別）

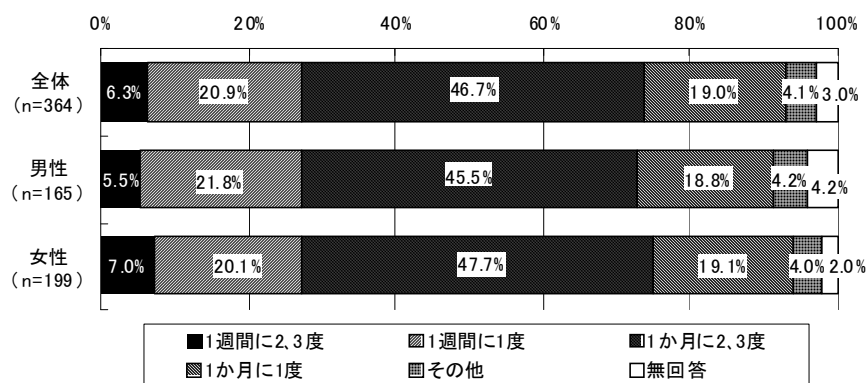


(注) 「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑤医師の訪問頻度

医師の訪問頻度をみると、全体では「1か月に2、3度」が46.7%で最も多く、次いで「1週間に1度」が20.9%、「1か月に1度」が19.0%、「1週間に2、3度」が6.3%となった。また、医師の訪問頻度を男女別にみると、男女による大きな差異はみられなかった。

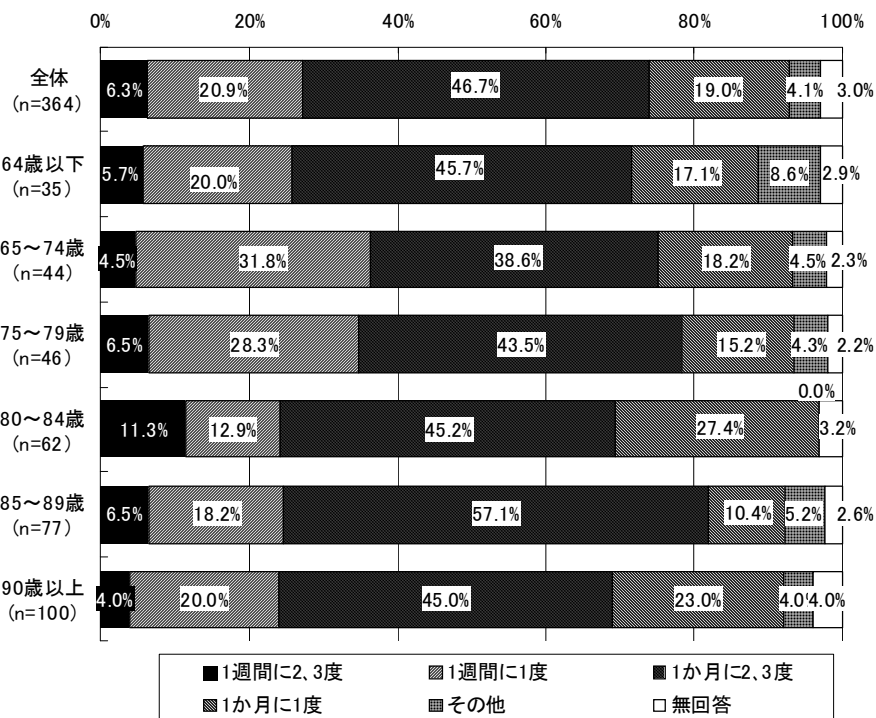
図表 340 医師の訪問頻度（男女別）



(注)「その他」には「2～3か月に1度」、「決まっていない」、「わからない・忘れた」、「その他」が含まれる。

医師の訪問頻度を年齢階級別にみると、80～84歳では「1週間に2、3度」の割合が他の年齢階級と比較して高かったが、一方で「1か月に1度」の割合も他の年齢階級と比較して高かった。65～74歳、75～79歳では他の年齢階級と比較して「1週間に1度」の割合が高かった。

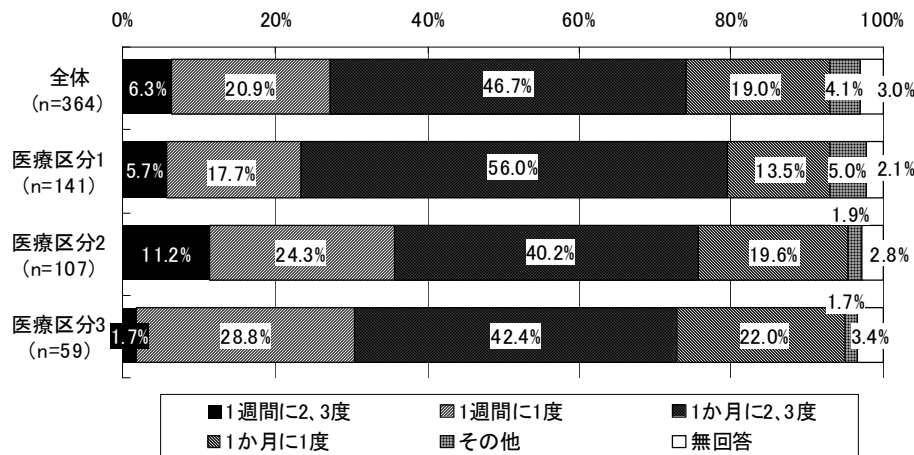
図表 341 医師の訪問頻度（年齢階級別）



(注)「その他」には「2～3か月に1度」、「決まっていない」、「わからない・忘れた」、「その他」が含まれる。

医師の訪問頻度を医療区分別にみると、医療区分1では「1か月に2、3度」が56.0%となり、他の医療区分と比較しても割合が高かった。医療区分2では「1週間に2、3度」が11.2%で他の医療区分と比較して高かった。

図表 342 医師の訪問頻度（医療区分別）



(注)・「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。
 ・「その他」には「2~3か月に1度」、「決まっていない」、「わからない・忘れた」、「その他」が含まれる。

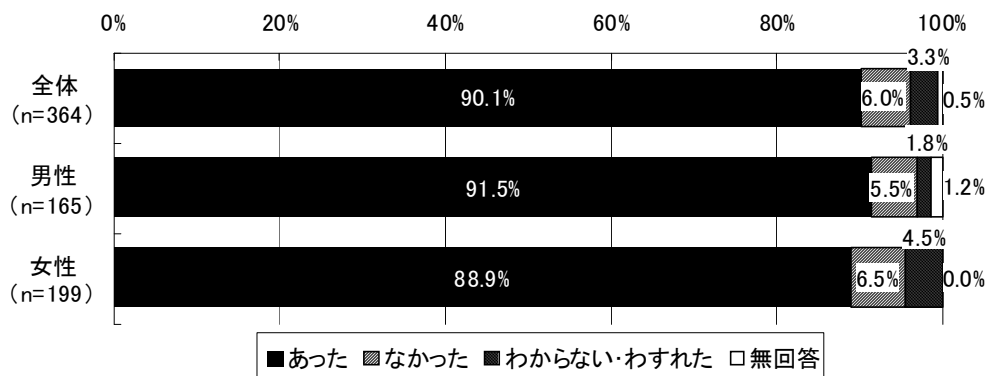
⑥夜間や緊急時の連絡等

1) 夜間や緊急時の連絡方法についての医師からの指示の有無

夜間や緊急時の連絡方法についての医師からの指示の有無をみると、全体では「あった」が90.1%、「なかった」が6.0%、「わからない・わすれた」が3.3%であった。

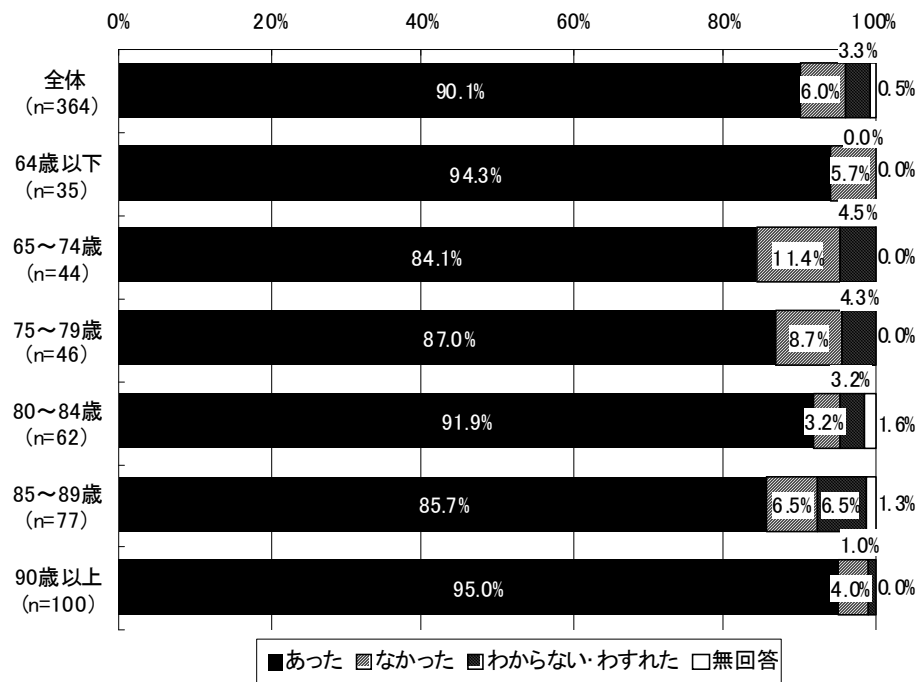
また、夜間や緊急時の連絡方法についての医師からの指示の有無を男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「あった」の割合が2.6ポイント高かった。

図表 343 夜間や緊急時の連絡方法についての医師からの指示の有無（男女別）



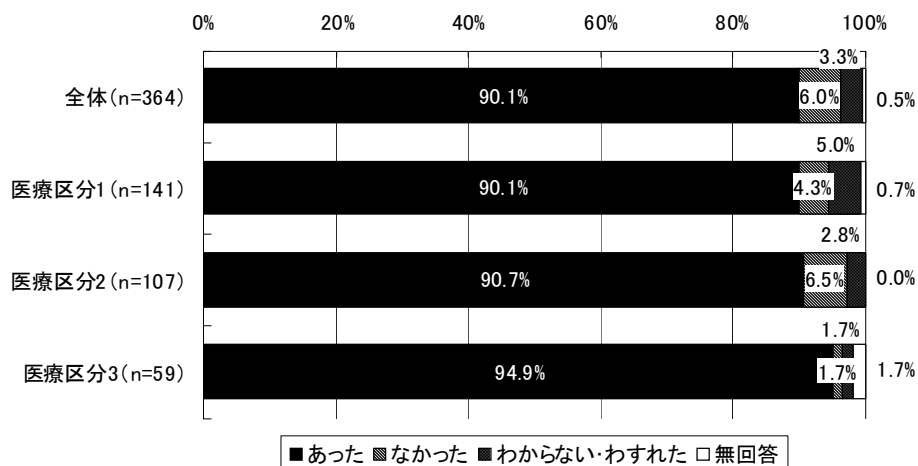
夜間や緊急時の連絡方法についての医師からの指示の有無を年齢階級別にみると、「あった」の割合は、90歳以上では95.0%で他の年齢階級と比較して最も高かった。一方、65～74歳では「あった」の割合は84.1%と8割を超えているものの他の年齢階級と比較すると低く、「なかった」の割合が他の年齢階級と比較して高かった。

図表 344 夜間や緊急時の連絡方法についての医師からの指示の有無（年齢階級別）



夜間や緊急時の連絡方法についての医師からの指示の有無を医療区分別にみると、「あった」の割合は、医療区分3で最も高かった。

図表 345 夜間や緊急時の連絡方法についての医師からの指示の有無（医療区分別）



(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

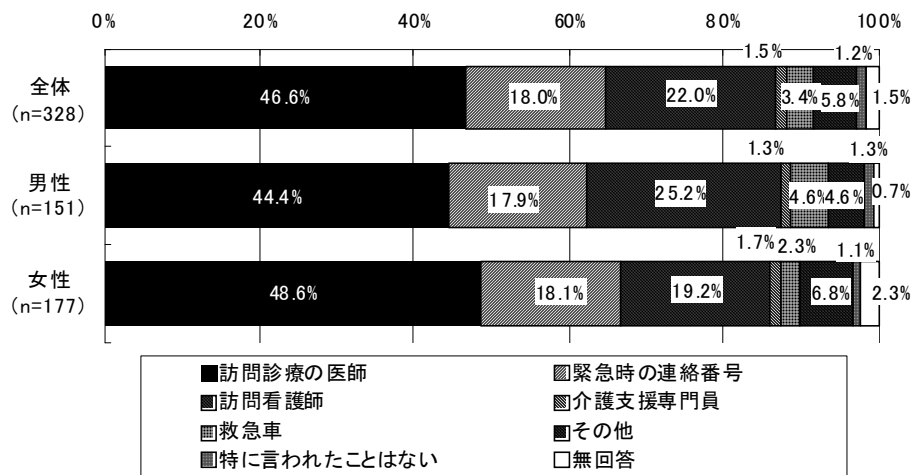
2) 夜間や緊急時の連絡先

夜間や緊急時の連絡先をみると、全体では「訪問診療の医師」が 46.6%で最も多く、次いで「訪問看護師」が 22.0%、「緊急時の連絡番号」が 18.0%となった。

また、夜間や緊急時の連絡先を男女別にみると、女性のほうが男性と比較して「訪問診療の医師」の割合が 4.2 ポイント高く、「訪問看護師」の割合が 6.1 ポイント低かった。

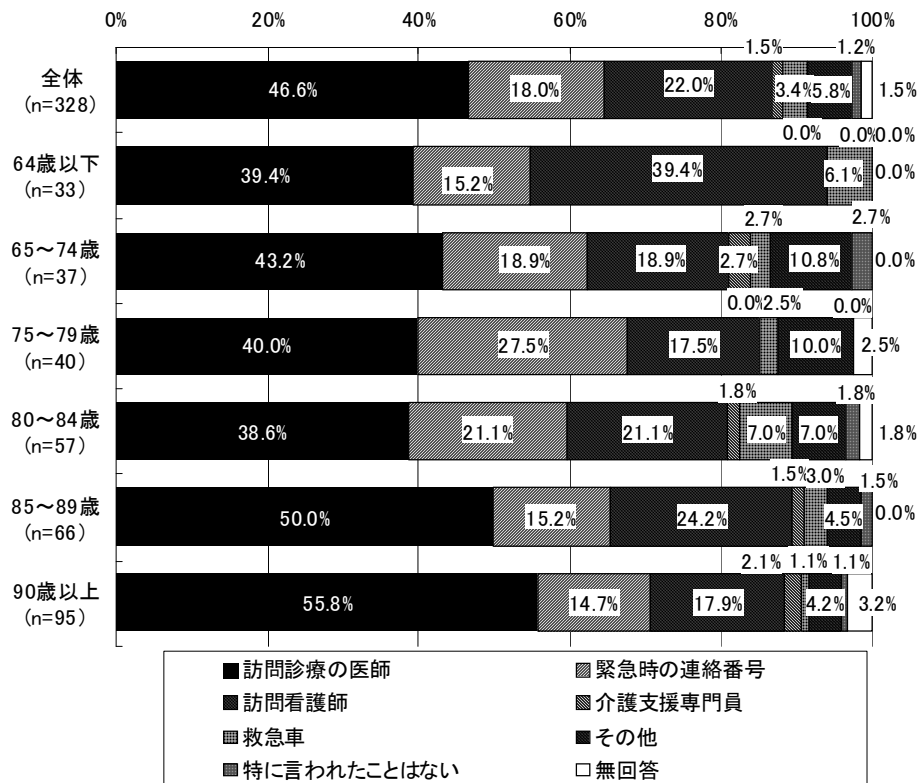
図表 346 夜間や緊急時の連絡先

(夜間や緊急時の連絡方法について医師より指示を受けている人、男女別)



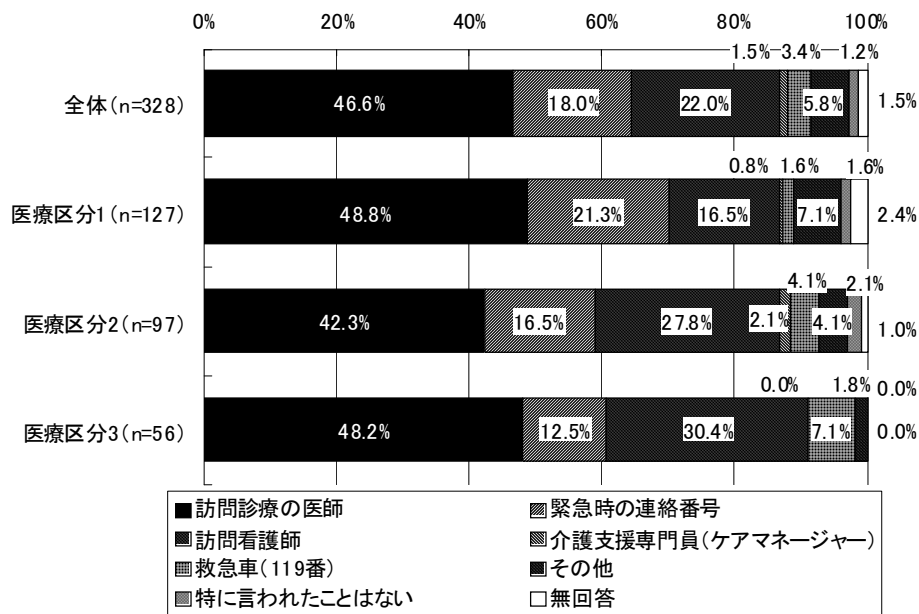
夜間や緊急時の連絡先を年齢階級別にみると、90歳以上では「訪問診療の医師」の割合が55.8%で他の年齢階級と比較しても高かった。一方、64歳以下では「訪問診療の医師」と「訪問看護師」の割合がいずれも39.4%で最も多く、「訪問看護師」の割合は他の年齢階級と比較して高かった。

図表 347 夜間や緊急時の連絡先
(夜間や緊急時の連絡方法について医師より指示を受けている人、年齢階級別)



夜間や緊急時の連絡先を医療区分別にみると、いずれの医療区分でも「訪問診療の医師」の割合が最も高かった。医療区分 1 では他の医療区分と比較して「緊急時の連絡番号」の割合が高く「訪問看護師」の割合が低かった。

図表 348 夜間や緊急時の連絡先
(夜間や緊急時の連絡方法について医師より指示を受けている人、医療区分別)



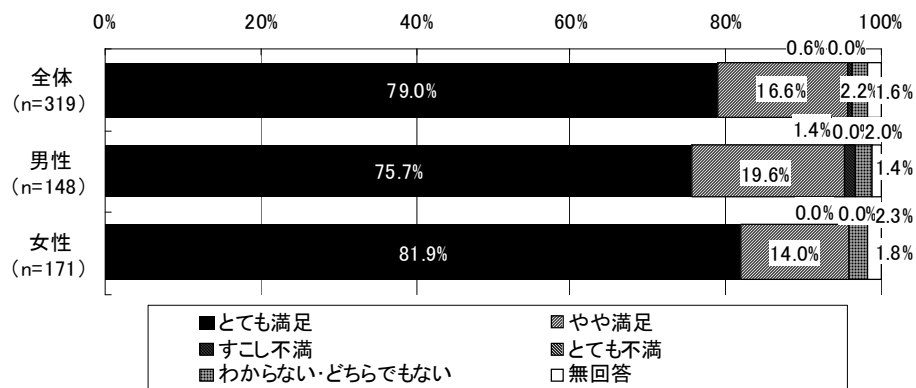
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の48人が含まれる。

3) 夜間や緊急時の連絡先を教えてもらっていることについての満足度

夜間や緊急時の連絡先を教えてもらっていることについての満足度をみると、全体では「とても満足」が79.0%、「やや満足」が16.6%で合わせると95.6%となった。

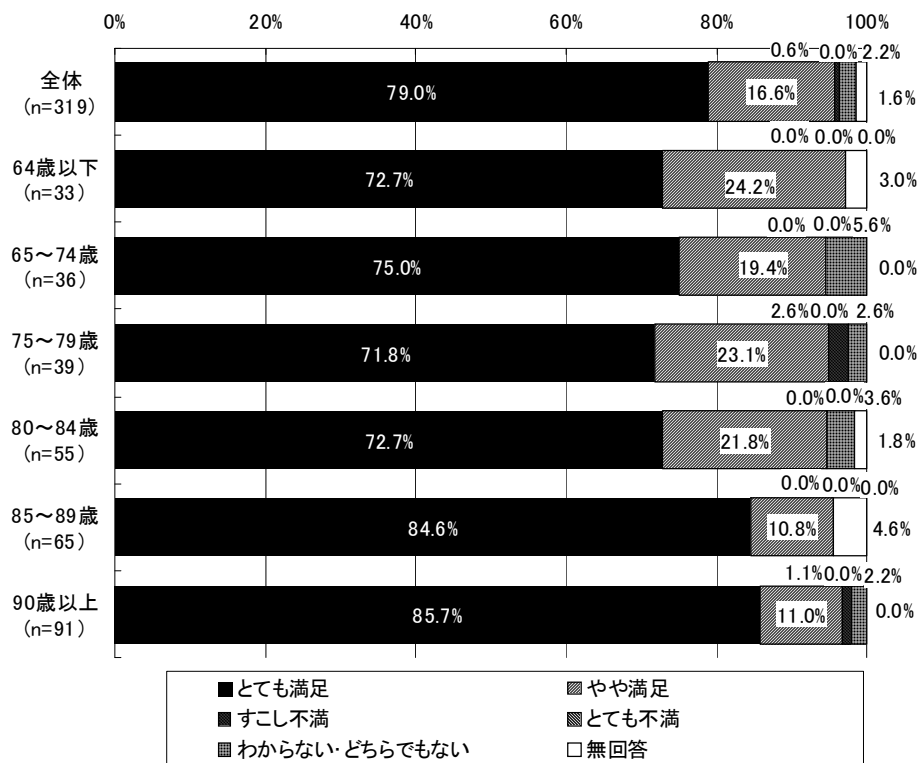
また、夜間や緊急時の連絡先を教えてもらっていることについての満足度を男女別にみると、女性のほうが男性と比較して「とても満足」の割合が6.2ポイント高かった。

図表 349 夜間や緊急時の連絡先を教えてもらっていることについての満足度
(夜間や緊急時の連絡方法について医師より指示を受けている人、男女別)



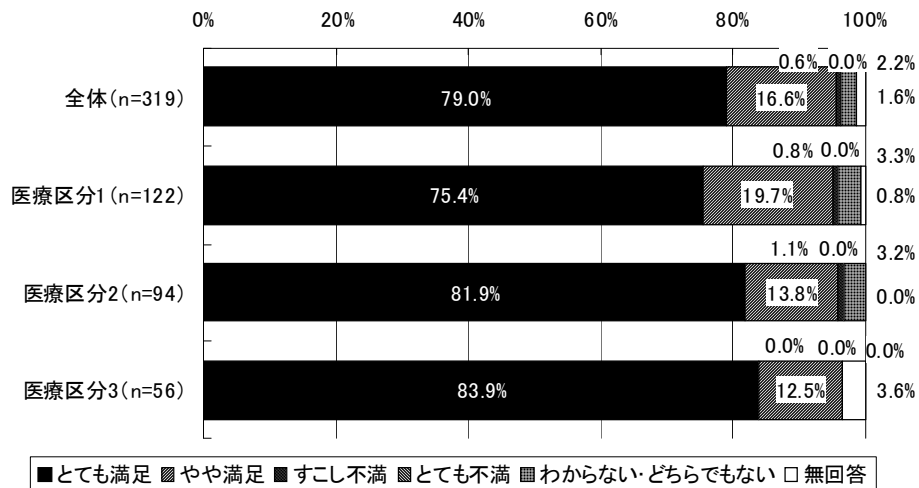
夜間や緊急時の連絡先を教えてもらっていることについての満足度を年齢階級別にみると、85～89歳、90歳以上では「とても満足」の割合が8割を超え、他の年齢階級と比較しても高かった。

図表 350 夜間や緊急時の連絡先を教えてもらっていることについての満足度
(夜間や緊急時の連絡方法について医師より指示を受けている人、年齢階級別)



夜間や緊急時の連絡先を教えてもらっていることについての満足度を医療区分別にみると、医療区分3では「とても満足」の割合が8割を超え、医療区分1と比較すると8.5ポイント、医療区分2と比較すると2.0ポイント高かった。

図表 351 夜間や緊急時の連絡先を教えてもらっていることについての満足度
(夜間や緊急時の連絡方法について医師より指示を受けている人、医療区分別)



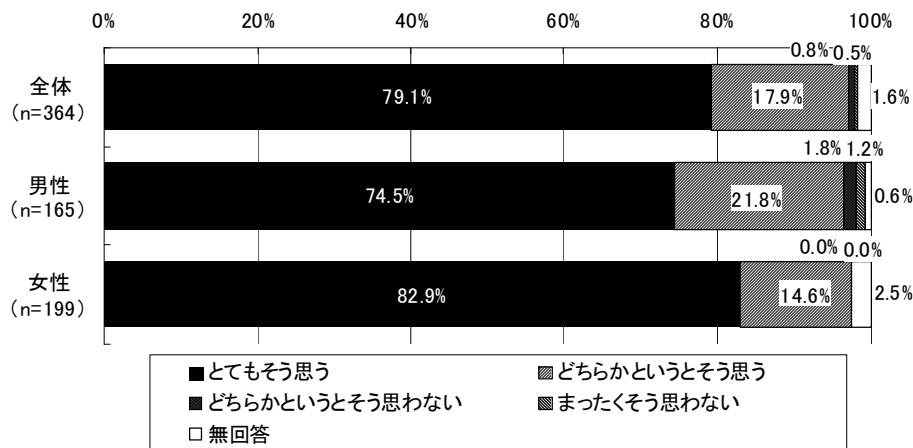
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の47人が含まれる。

⑦他の医療機関との連携による夜間・緊急時の対応体制についての評価

訪問診療の医師が他の医療機関と連携して夜間・緊急時の対応体制を整えていることは、在宅医療を受ける上での安心感を高めると思うかを尋ねたところ、全体では「とてもそう思う」が79.1%、「どちらかというと思う」が17.9%で、両者を合わせた割合は97.0%となった。

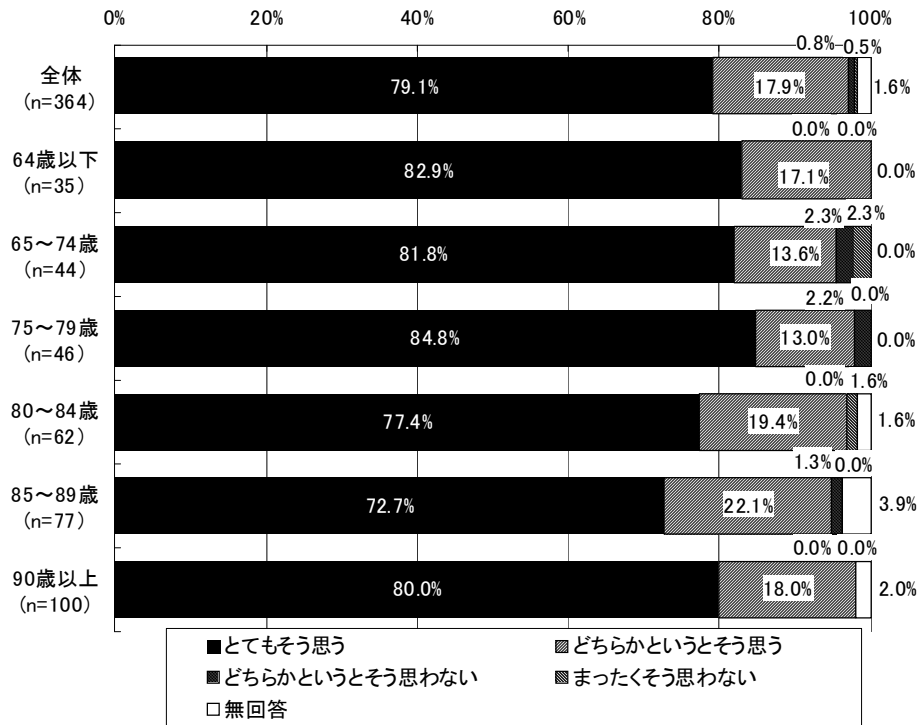
訪問診療の医師が他の医療機関と連携して夜間・緊急時の対応体制を整えていることは、在宅医療を受ける上での安心感を高めると思うかという質問に対する回答を男女別にみると、女性では「とてもそう思う」の割合が男性よりも8.4ポイント高かった。

図表 352 訪問診療の医師が他の医療機関と連携して夜間・緊急時の対応体制を整えていることは、在宅医療を受ける上での安心感を高めると思うか（男女別）



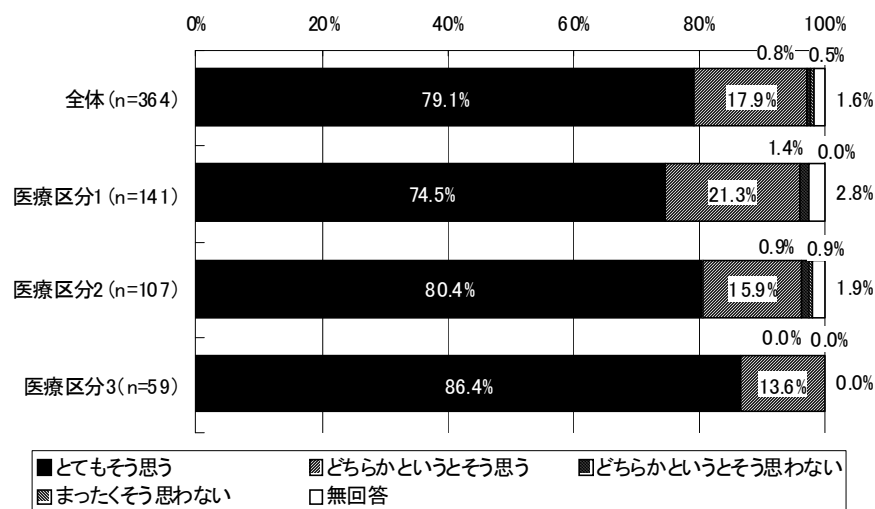
訪問診療の医師が他の医療機関と連携して夜間・緊急時の対応体制を整えていることは、在宅医療を受ける上での安心感を高めると思うかという質問に対する回答を年齢階級別にみると、「とてもそう思う」の割合が最も高かったのは75～79歳（84.8%）であり、次いで90歳以上（80.0%）であった。

図表 353 訪問診療の医師が他の医療機関と連携して夜間・緊急時の対応体制を整えていることは、在宅医療を受ける上での安心感を高めると思うか（年齢階級別）



訪問診療の医師が他の医療機関と連携して夜間・緊急時の対応体制を整えていることは、在宅医療を受ける上での安心感を高めると思うかという質問に対する回答を医療区分別にみると、「とてもそう思う」の割合は医療区分1では74.5%、医療区分2では80.4%、医療区分3では86.4%であり、医療区分3は医療区分1と比較して11.9ポイント、医療区分2と比較して6.0ポイント高かった。

図表 354 訪問診療の医師が他の医療機関と連携して夜間・緊急時の対応体制を整えていることは、在宅医療を受ける上での安心感を高めると思うか（医療区分別）



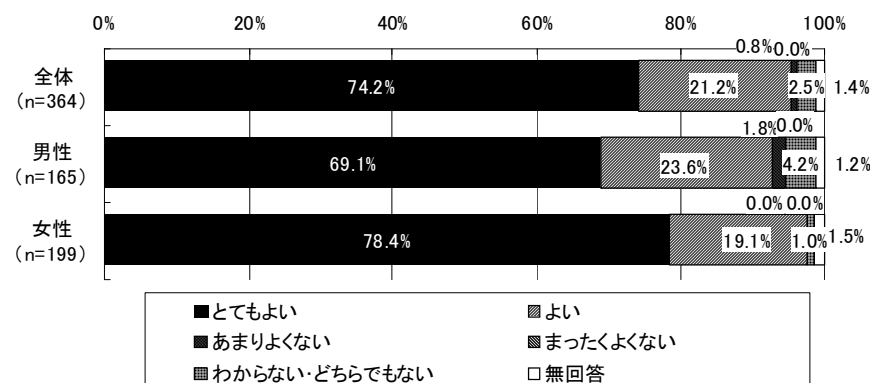
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑧医療機関や訪問看護が連携して夜間や緊急時の対応を行うことについての評価

医療機関や訪問看護が連携して夜間や緊急時の対応を行うことについての評価をみると、全体では「とてもよい」が74.2%、「よい」が21.2%で両者を合わせると95.4%であった。

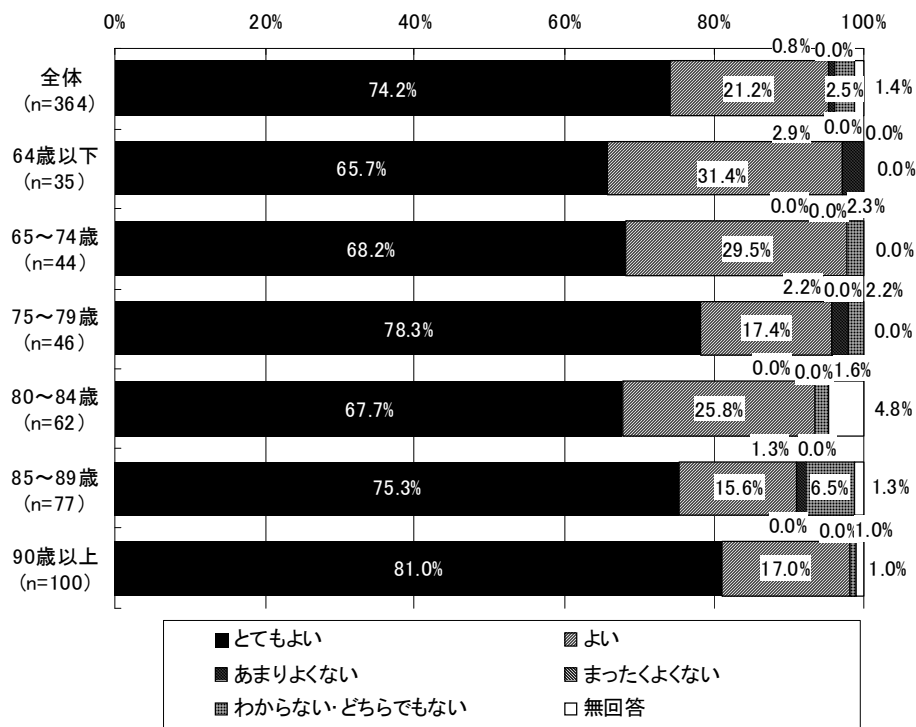
また、医療機関や訪問看護が連携して夜間や緊急時の対応を行うことについての評価を男女別にみると、女性では「とてもよい」の割合が男性と比較して9.3ポイント高かった。

図表 355 医療機関や訪問看護が連携して夜間や緊急時の対応を行うことについての評価（男女別）



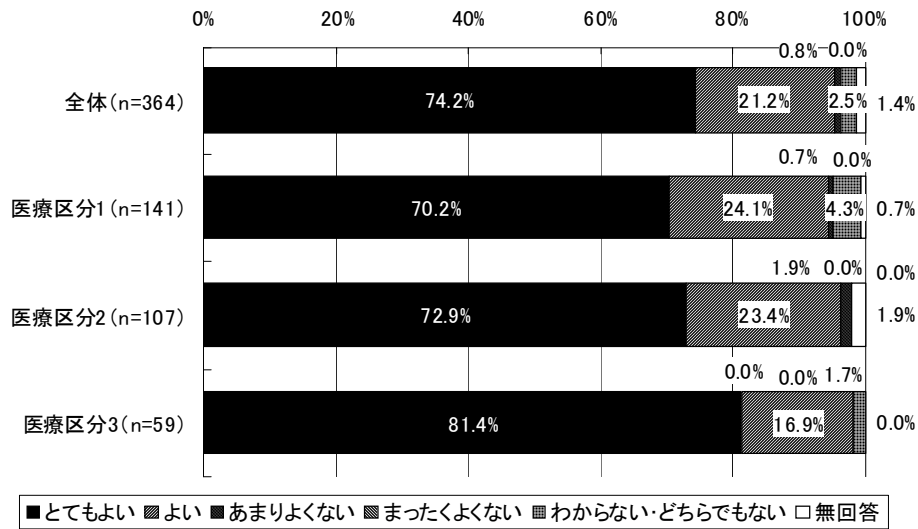
医療機関や訪問看護が連携して夜間や緊急時の対応を行うことについての評価を年齢階級別にみると、「とてもよい」の割合は90歳以上で81.0%と他の年齢階級と比較して高く、64歳以下で65.7%と他の年齢階級と比較して低かった。しかし、「よい」も合わせるとすべての年齢階級でよいという回答は9割を超えた。

図表 356 医療機関や訪問看護が連携して夜間や緊急時の対応を行うことについての評価（年齢階級別）



医療機関や訪問看護が連携して夜間や緊急時の対応を行うことについての評価を医療区分別にみると、「とてもよい」の割合は医療区分1では70.2%、医療区分2では72.9%、医療区分3では81.4%であり、医療区分3では医療区分1と比較して11.2ポイント、医療区分2と比較して8.5ポイント高かった。

図表 357 医療機関や訪問看護が連携して夜間や緊急時の対応を行うことについての評価（医療区分別）



(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

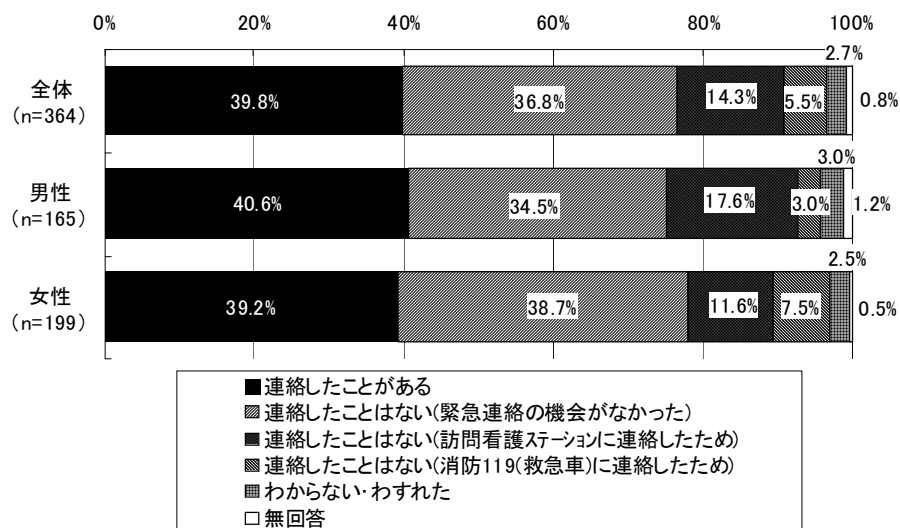
⑨夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をした経験の有無等

1) 夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をした経験の有無

夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をした経験の有無をみると、全体では「連絡をしたことがある」が39.8%、「連絡したことはない（緊急連絡の機会がなかった）」が36.8%、「連絡したことはない（訪問看護ステーションに連絡したため）」が14.3%であった。

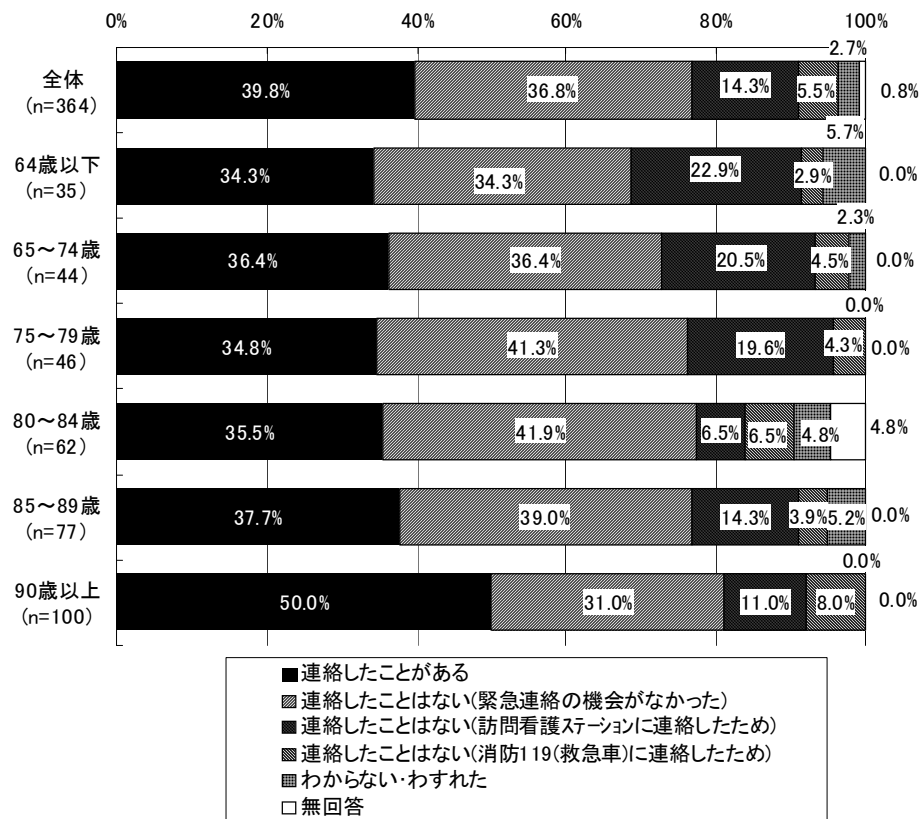
また、夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をした経験の有無を男女別にみると、男性では女性と比較して「連絡したことはない（訪問看護ステーションに連絡したため）」の割合が6.0ポイント高かった。また、女性では男性と比較して「連絡したことはない（消防119（救急車）に連絡したため）」の割合が4.5ポイント高かった。

図表 358 夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をした経験の有無（男女別）



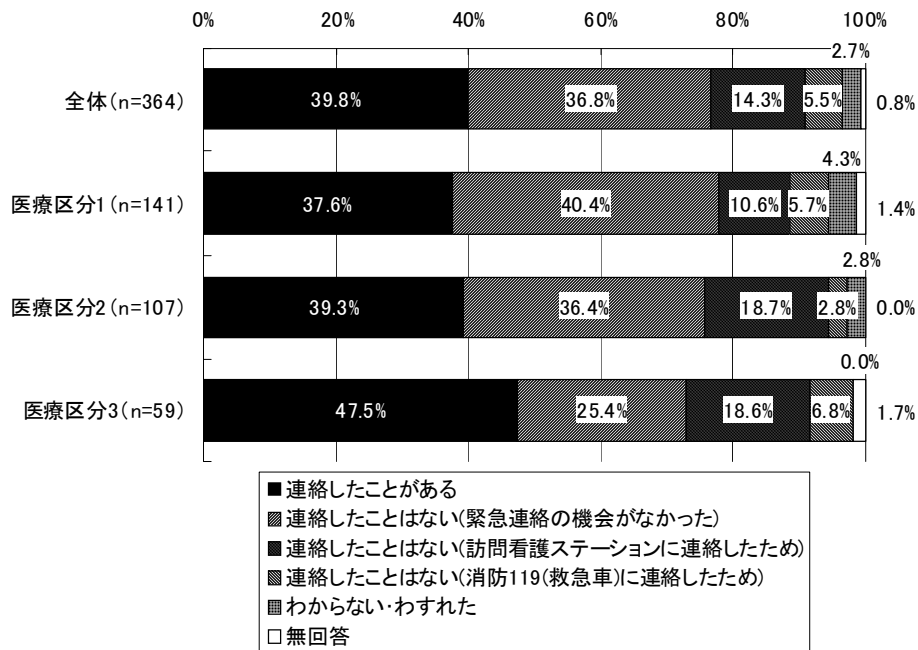
夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をした経験の有無を年齢階級別にみると、90歳以上では「連絡したことがある」の割合は50.0%であり、他の年齢階級と比較して高かった。また、90歳以上では「連絡したことはない（消防119（救急車）に連絡したため）」の割合も他の年齢階級と比較して高かった。

図表 359 夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をした経験の有無（年齢階級別）



夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をした経験の有無を医療区分別にみると、「連絡したことがある」の割合は、医療区分1では37.6%、医療区分2では39.3%、医療区分3では47.5%となり、医療区分3では医療区分1と比較して9.9ポイント、医療区分2と比較して8.2ポイント高かった。

図表 360 夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をした経験の有無
(医療区分別)



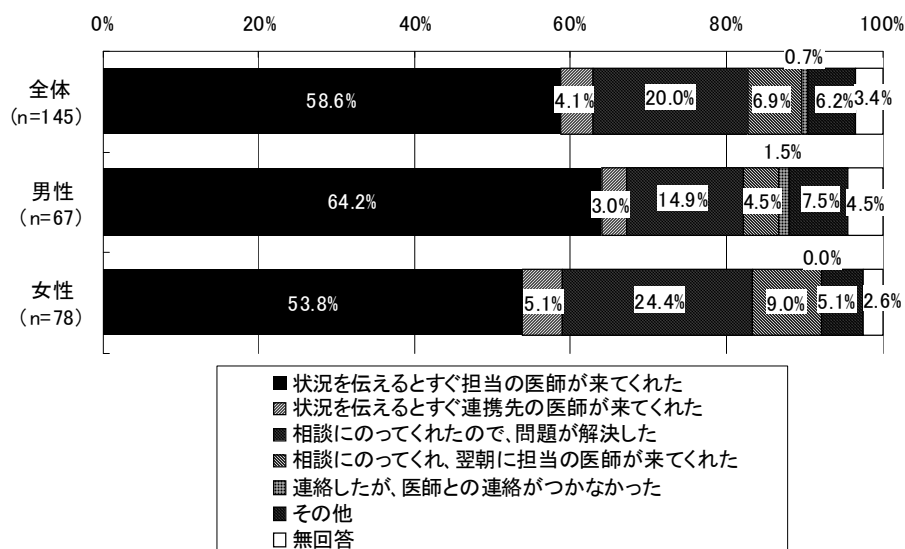
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

2) 夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をしたときの訪問医師の対応

夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をしたときの訪問医師の対応をみると、全体では、「状況を伝えるとすぐ担当の医師が来てくれた」が58.6%で最も多く、次いで「相談にのってくれたので、問題が解決した」が20.0%、「相談にのってくれ、翌朝に担当の医師が来てくれた」が6.9%、「状況を伝えるとすぐ連携先の医師が来てくれた」が4.1%となった。

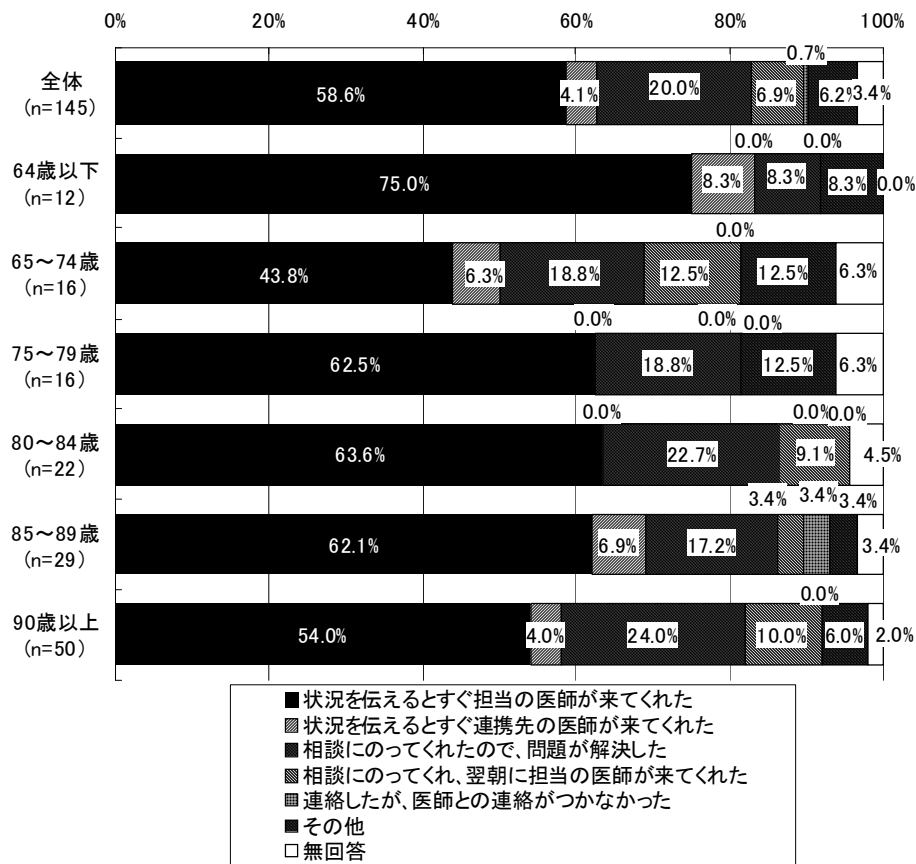
また、夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をしたときの訪問医師の対応を男女別にみると、男性では女性と比較して「状況を伝えるとすぐ担当の医師が来てくれた」の割合が10.4ポイント高かった。

図表 361 夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をしたときの訪問医師の対応（連絡したことがある人、男女別）



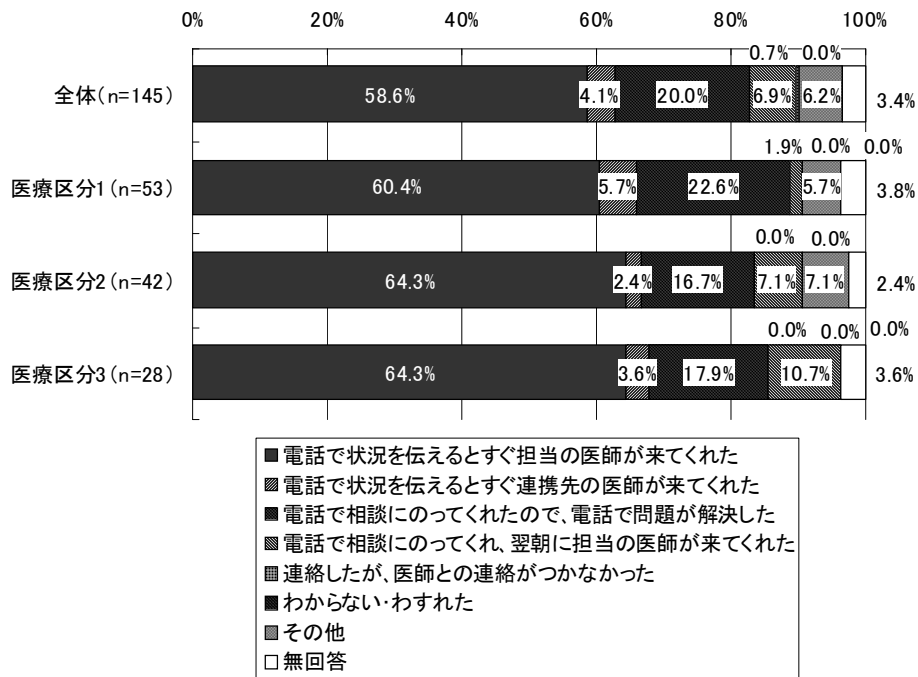
夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をしたときの訪問医師の対応を年齢階級別にみると、いずれの年齢階級でも「状況を伝えるとすぐ担当の医師が来てくれた」の割合が最も高かったが、特に高かったのは64歳以下（75.0%）で、低かったのは65～74歳（43.8%）であった。

図表 362 夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をしたときの訪問医師の対応（連絡したことがある人、年齢階級別）



夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をしたときの訪問医師の対応を医療区分別にみると、いずれの医療区分でも「状況を伝えるとすぐ担当の医師が来てくれた」の割合が60%以上となり最も高かった。

図表 363 夜間・休日に訪問診療を行っている医師に緊急連絡をしたときの訪問医師の対応（連絡したことがある人、医療区分別）



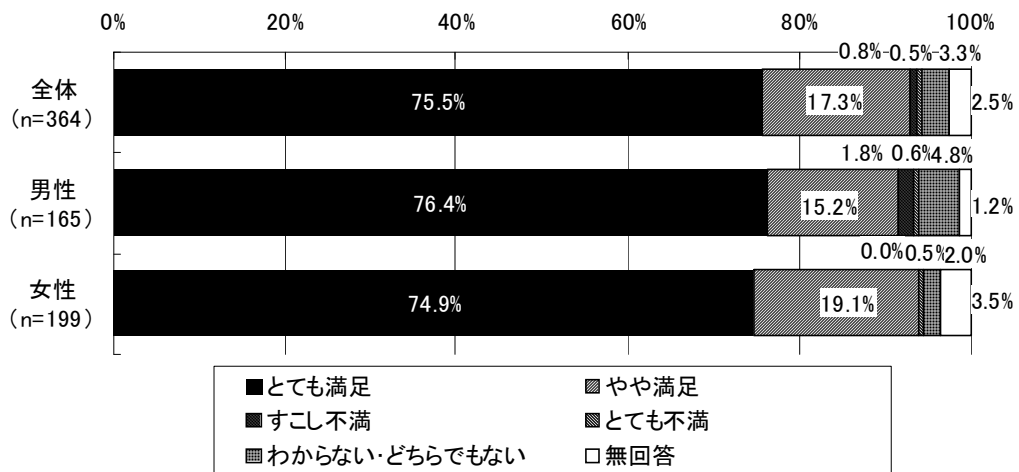
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の22人が含まれる。

⑩訪問診療の医師による自宅への訪問診療についての満足度

訪問診療の医師による自宅への訪問診療についての満足度をみると、全体では、「とても満足」が75.5%、「やや満足」が17.3%であり、両者を合わせると92.8%となった。

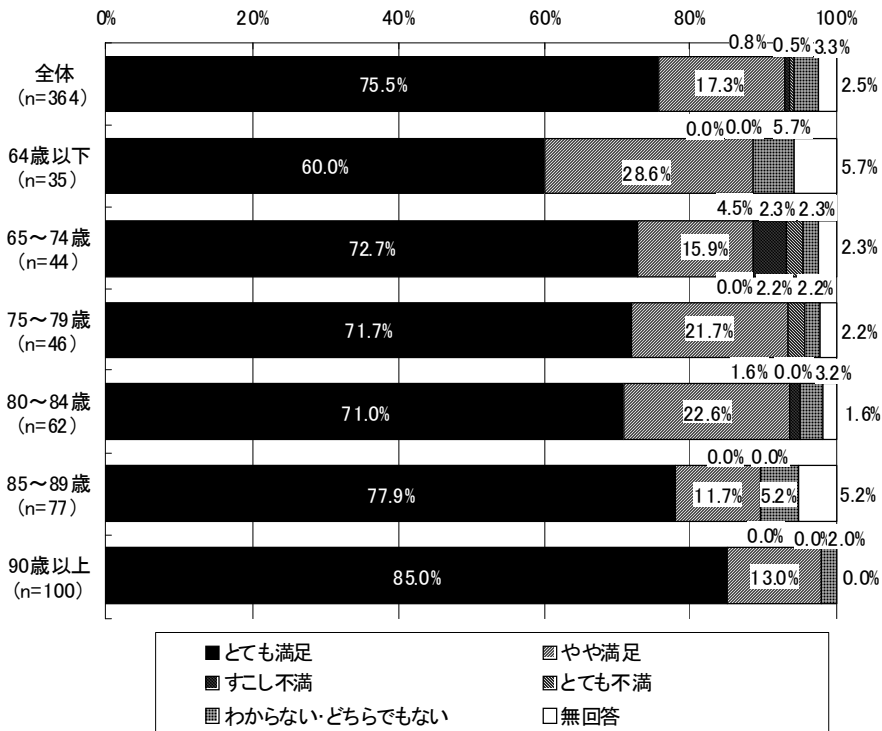
また、訪問診療の医師による自宅への訪問診療についての満足度を男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「とても満足」の割合が1.5ポイント、「やや満足」の割合が3.9ポイント低かった。しかし、いずれとも両者を合わせると9割を超えた。

図表 364 訪問診療の医師による自宅への訪問診療についての満足度（男女別）



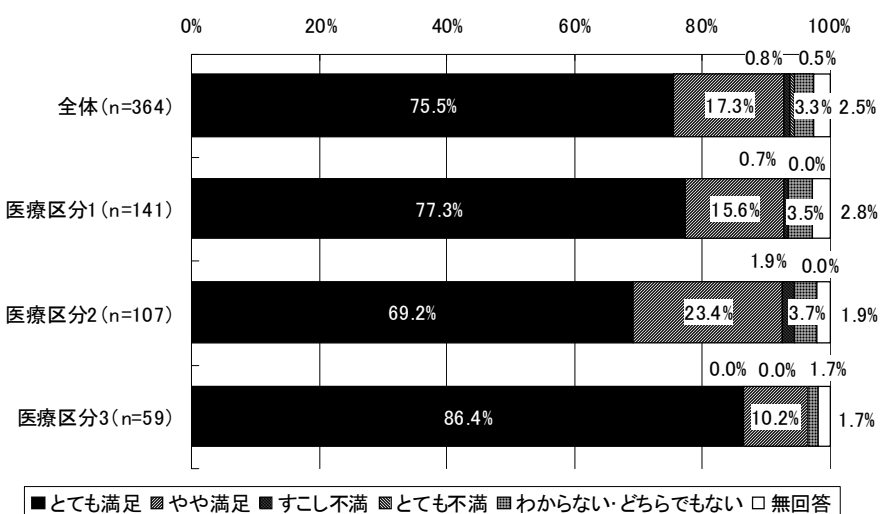
訪問診療の医師による自宅への訪問診療についての満足度を年齢階級別にみると、年齢階級が高くなるほど「とても満足」の割合が高くなる傾向がみられた。

図表 365 訪問診療の医師による自宅への訪問診療についての満足度（年齢階級別）



訪問診療の医師による自宅への訪問診療についての満足度を医療区分別にみると、「とても満足」の割合は、医療区分1では77.3%、医療区分2では69.2%、医療区分3では86.4%であり、医療区分3では医療区分1と比較して9.1ポイント、医療区分2と比較して17.2ポイント高かった。

図表 366 訪問診療の医師による自宅への訪問診療についての満足度（医療区分別）



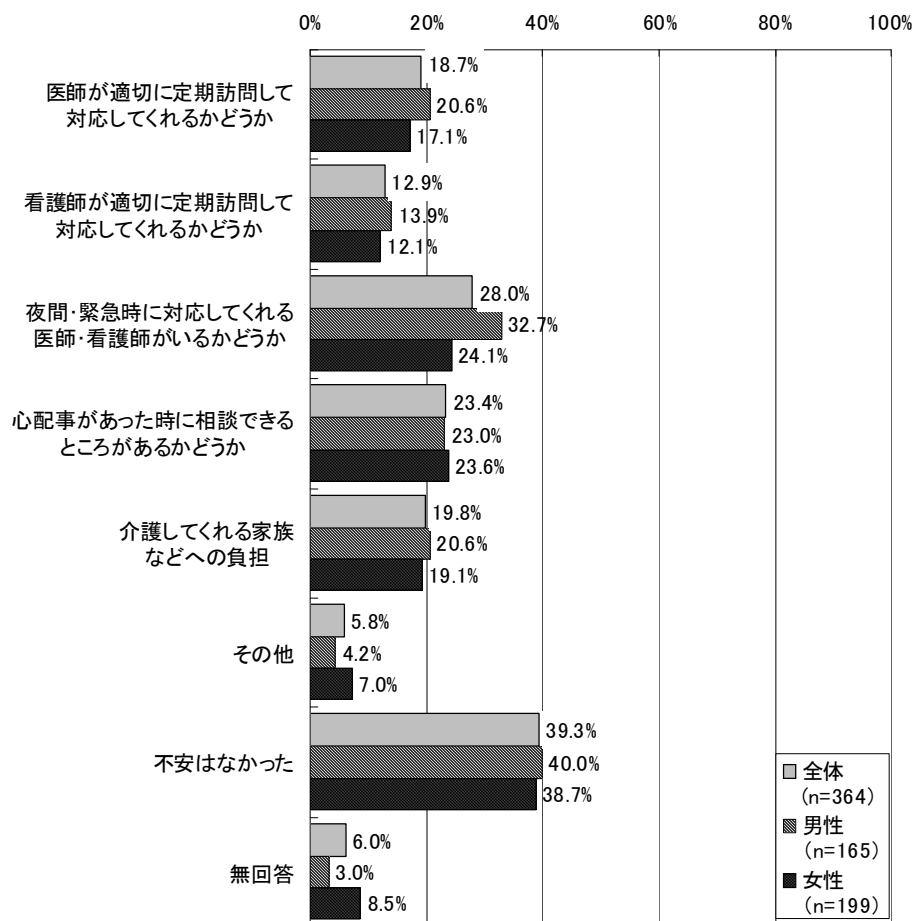
(注)「全体」には「医療区分」について無回答の57人が含まれる。

⑪病院から在宅へ移行するときに不安だったこと

病院から在宅へ移行するときに不安だったことをみると、全体では、「夜間・緊急時に対応してくれる医師・看護師がいるかどうか」が 28.0%で最も高く、次いで「心配事があった時に相談できるところがあるかどうか」(23.4%)、「介護してくれる家族などへの負担」(19.8%)、「医師が適切に定期訪問して対応してくれるかどうか」(18.7%)であった。なお、「不安はなかった」という回答割合が 39.3%であった。

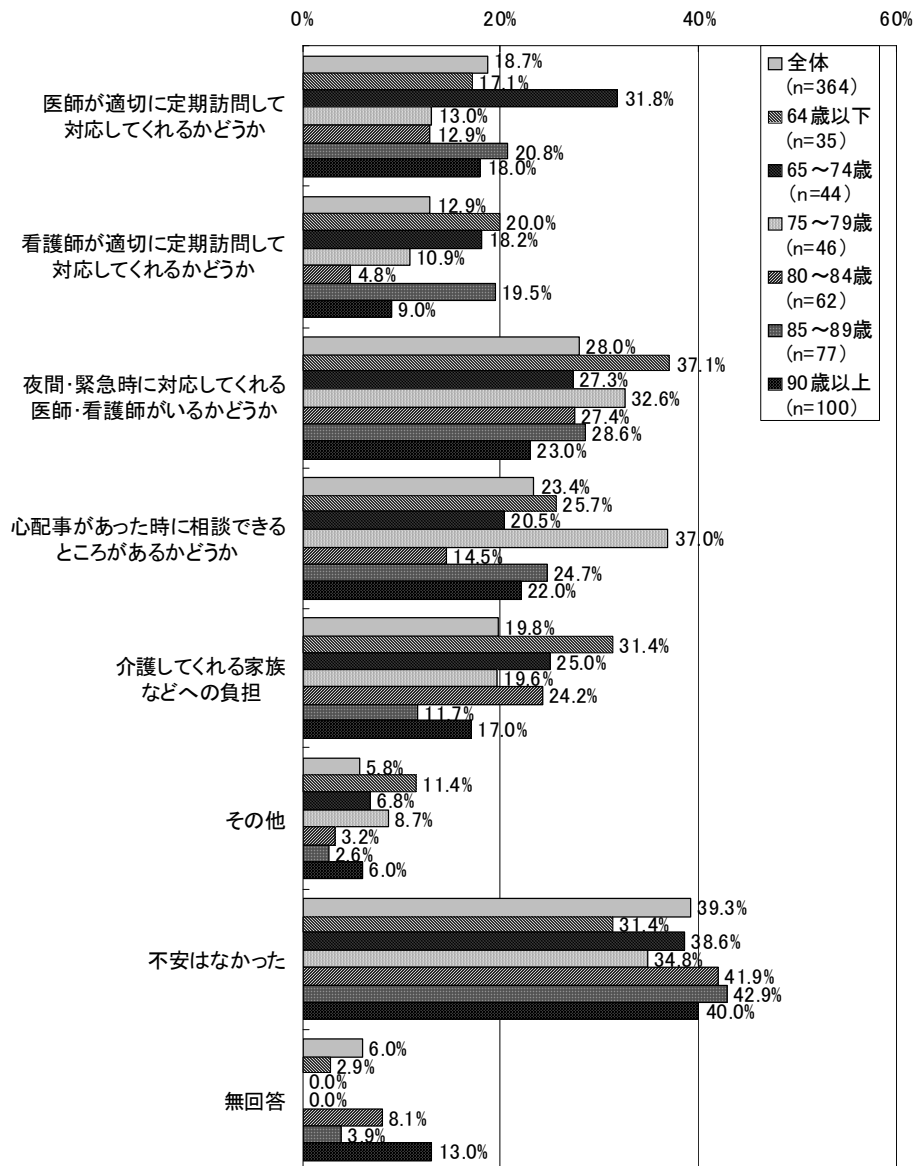
また、病院から在宅へ移行するときに不安だったことを男女別にみると、男性では「夜間・緊急時に対応してくれる医師・看護師がいるかどうか」の割合が女性と比較して 8.6 ポイント高かった。

図表 367 病院から在宅へ移行するときに不安だったこと（男女別、複数回答）



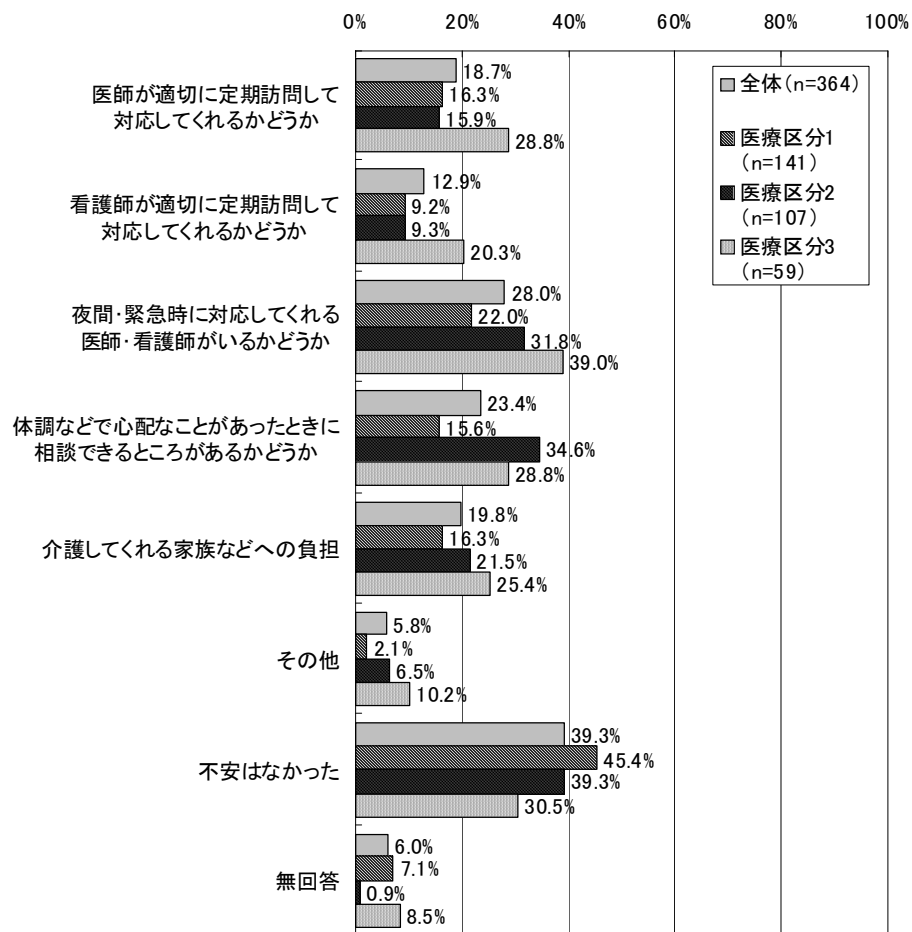
病院から在宅へ移行するときに不安だったことを年齢階級別にみると、64歳以下、80～84歳、85～89歳、90歳以上では「夜間・緊急時に対応してくれる医師・看護師がいるかどうか」が、65～74歳では「医師が適切に定期訪問して対応してくれるかどうか」が、75～79歳では「心配事があった時に相談できるところがあるかどうか」が最も高かった。

図表 368 病院から在宅へ移行するときに不安だったこと（年齢階級別、複数回答）



病院から在宅へ移行するときに不安だったことを医療区分別にみると、医療区分 1 と医療区分 3 では「夜間・緊急時に対応してくれる医師・看護師がいるかどうか」が、医療区分 2 では「心配事があった時に相談できるところがあるかどうか」が最も高かった。また、「不安はなかった」の割合は医療区分 1 では 45.4%、医療区分 2 では 39.3%、医療区分 3 では 30.5%となり、医療区分 1 では医療区分 2 と比較して 6.1 ポイント、医療区分 3 と比較して 14.9 ポイント高かった。

図表 369 病院から在宅へ移行するときに不安だったこと（医療区分別、複数回答）



(注)「全体」には「医療区分」について無回答の 57 人が含まれる。

⑤貴法人・関連法人が運営する施設・事業所 ※〇はいくつでも	1. 訪問看護ステーション	2. 居宅介護支援事業所
	3. 介護老人保健施設	4. 介護老人福祉施設
	5. 通所介護事業所	6. サービス付き高齢者向け住宅
	7. 有料老人ホーム	8. 一般診療所
	9. その他（具体的に	10. 他に運営する施設・事業所はない

⑥貴施設の1) 病床数（平成24年9月30日時点）、2) 1日平均入院患者数（平成24年9月1か月間、小数点以下第1位まで）、3) 病床利用率（平成24年9月1か月間、小数点以下第1位まで）を病棟ごとにお書きください。
※「病院全体」には感染症病床や介護療養病床を含めた病院全体の許可病床数をお書きください。

	一般病棟	医療療養病棟	回復期リハビリテーション病棟	精神病棟	結核病棟	病院全体
1) 病床数	床	床	床	床	床	床
うち「亜急性期入院医療管理料1・2」算定病床数	床					
2) 1日平均入院患者数	. 人	. 人	. 人	. 人	. 人	. 人
3) 病床利用率	. %	. %	. %	. %	. %	. %

⑦-1 貴施設における平成23年9月30日及び平成24年9月30日時点の、入院基本料等の施設基準に係る平均在院日数（詳細は調査要綱をご覧ください）（小数点以下第1位まで）を病棟ごとにお書きください。
※「病院全体」には、介護療養病床を除いた病院全体の平均在院日数をお書きください。

	一般病棟	医療療養病棟	回復期リハビリテーション病棟	精神病棟	結核病棟	病院全体
1) 平成23年9月	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日
2) 平成24年9月	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日

⑦-2 貴施設における平成23年9月30日及び平成24年9月30日時点の、以下の計算式による平均在院日数（小数点以下第1位まで）をお書きください。
※「病院全体」には、感染症病床や介護療養病床を含めた病院全体の平均在院日数をお書きください。
<計算式>（平均在院日数）＝（在院患者延数）÷（1/2×（新規入院患者数＋退院患者数））

	一般病棟	医療療養病棟	回復期リハビリテーション病棟	精神病棟	結核病棟	病院全体
1) 平成23年9月	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日
2) 平成24年9月	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日

⑧貴施設における平成23年9月及び平成24年9月1か月間に退院した患者について、病棟別に在院期間別の人数をお書きください。

⑧-1 一般病棟	7日以内	8日～14日以内	15日～30日以内	31日～90日以内	91日～120日以内	121日以上
1) 平成23年9月	人	人	人	人	人	人
2) 平成24年9月	人	人	人	人	人	人
⑧-2 療養病棟	7日以内	8日～14日以内	15日～30日以内	31日～90日以内	91日～120日以内	121日以上
1) 平成23年9月	人	人	人	人	人	人
2) 平成24年9月	人	人	人	人	人	人
⑧-3 精神病棟	7日以内	8日～14日以内	15日～30日以内	31日～90日以内	91日～120日以内	121日以上
1) 平成23年9月	人	人	人	人	人	人
2) 平成24年9月	人	人	人	人	人	人
⑧-4 結核病棟	7日以内	8日～14日以内	15日～30日以内	31日～90日以内	91日～120日以内	121日以上
1) 平成23年9月	人	人	人	人	人	人
2) 平成24年9月	人	人	人	人	人	人

3. 貴施設における退院調整の実施状況等についてお伺いします。

①貴施設には、退院調整部門はありますか。※○は1つ		1. ある 2. 開設準備中 3. ない				} 問①-3へお進みください。
【上記①で「1.ある」を選択した方】 ①-1 退院調整部門はどこに設置していますか。 ※○は1つ		1. 独立部門として設置 2. 地域連携を担う部署の中に設置 3. 看護部門の中に設置 4. その他（具体的に)				
【上記①で「1.ある」を選択した方】 ①-2 退院調整にあたり、退院調整部門と病棟でそれぞれ行っていることは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	1) 退院調整部門	1. 退院困難者の抽出 2. 退院支援計画の作成 3. 患者・家族に対する退院支援計画の説明 4. 退院後に必要な医療・看護・介護等に関する調整 5. 内部・外部カンファレンス等の調整や参加 6. その他（具体的に)				
	2) 病棟	1. 退院困難者の抽出 2. 退院支援計画の作成 3. 患者・家族に対する退院支援計画の説明 4. 退院後に必要な医療・看護・介護等に関する調整 5. 内部・外部カンファレンス等の調整や参加 6. その他（具体的に)				
【上記①で「2. 開設準備中」「3. ない」を選択した方】 ①-3 退院調整機能を担っている部門は主にどこですか。 ※あてはまる番号すべてに○		1. 病棟 2. 医療相談室 3. 外来 4. 事務部門 5. その他（具体的に) ----▶ 質問③へお進みください。				
②貴施設では、退院調整をどのような体制で実施していますか。平成23年9月と平成24年9月の常勤換算人数を専従、専任別にお書きください。			平成23年9月		平成24年9月	
			専従	専任	専従	専任
	1) 医師	()人	()人	()人	()人	
	2) 保健師・助産師・看護師	()人	()人	()人	()人	
	3) 准看護師	()人	()人	()人	()人	
	4) 社会福祉士	()人	()人	()人	()人	
	5) 事務職員	()人	()人	()人	()人	
	6) その他()	()人	()人	()人	()人	
合計	()人	()人	()人	()人		
③施設基準の「届出状況」と、届出がある場合、「届出時期」、「算定回数（平成23年9月と平成24年9月の各1か月間）」についてお答えください。						
施設基準等	届出状況	届出時期	算定回数			
			平成23年9月	平成24年9月		
1) 総合評価加算	1. あり → 2. なし	平成()年()月	()回	()回		
2) 地域連携診療計画退院時指導料	1. あり → 2. なし	平成()年()月	()回	()回		
3) 介護支援連携指導料			()回	()回		
4) 退院時共同指導料2			()回	()回		
5) 上記4)のうち、貴施設の医師が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師と共同して指導を行った場合（300点）			()回	()回		

6) 上記 4) のうち、貴施設の医師が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師若しくは看護師等、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く)、居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか 3 者以上と共同して指導を行った場合(2,000 点)		() 回	() 回
7) 上記 6) のうち、ケアマネジャーと連携した回数		() 回	() 回
8) 退院調整加算 1	1. あり → 平成 24 年 () 月 2. なし		() 回
9) 上記 8) のうち地域連携計画加算を算定した回数			() 回
10) 退院調整加算 2	1. あり → 平成 24 年 () 月 2. なし		() 回
11) 上記 10) のうち地域連携計画加算を算定した回数			() 回
12) 退院前訪問指導料		() 回	() 回
④平成 24 年度の診療報酬の改定前後において、一定の手順を踏んで退院困難者の抽出を行っていますか。※○は 1 つ			
1. 改定前から一定の手順を踏んで退院困難者の抽出を行っている		} 問④-1 へお進みください。	
2. 改定後から一定の手順を踏んで退院困難者の抽出を行っている			
3. 一定の手順を踏んでいないが、退院困難者の抽出を行っている			→問⑤へお進みください。
4. 退院困難者の抽出を行っていない			→問⑥へお進みください。
④-1 退院困難者の評価や抽出は、いつ・どこで・誰が行っていますか。			
④-1-1【いつ】 ※○は 1 つ	1. 入院前 3. 入院 2 日目～3 日目 5. 入院 6 日目～7 日目	2. 入院初日 4. 入院 4 日目～5 日目 6. 入院 8 日目以降 →入院 () 日目	
④-1-2【どこで】 ※○は 1 つ	1. 外来 3. 退院調整部門 5. その他 (具体的に)	2. 病棟と退院調整部門等の共同 4. 病棟	
④-1-3【誰が】 ※あてはまる番号すべてに○	1. 医師 5. 薬剤師 9. 社会福祉士 12. その他 (具体的に)	2. 歯科医師 6. 理学療法士 10. 管理栄養士・栄養士	3. 看護師 7. 言語聴覚士 11. 事務職員 4. 准看護師 8. 作業療法士
⑤平成 24 年 9 月 1 か月間に貴施設が抽出を行った退院困難な要因を有する患者の抽出人数をお答えください。			
1) 平成 24 年 9 月 1 か月間の入院患者数		() 人	
2) 上記 1) のうち、抽出を行った退院困難な要因を有する患者数		() 人	
上記 2) のうち、一定の手順を踏んで抽出を行った退院困難な要因を有する患者数		() 人	
3) 上記 1) のうち、悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかの患者数 ・・・【症例 A】		() 人	
4) 上記 1) のうち、緊急入院の患者数		() 人	
5) 上記 1) のうち、介護保険が未申請の患者数		() 人	
6) 上記 1) のうち、入院前に比べ ADL が低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者数		() 人	
7) 上記 1) のうち排泄に介護を要する患者数		() 人	
8) 上記 1) のうち同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にない患者数		() 人	
9) 上記 1) のうち退院後に医療処置 (胃ろう等の経管栄養法やたんの吸引を含む) が必要な患者数 ・・・【症例 B】		() 人	
10) 上記 1) のうち入退院を繰り返している患者数・・・【症例 C】		() 人	
11) 上記 3) ～10) 以外で、患者の状況から判断して 3) ～10) に準ずると認められる患者数		() 人	

6ページの【症例A】、【症例B】、【症例C】に該当する患者についての

患者調査（このアンケートの10ページ以降）につきましても、重要な調査ですので、
後程、ご協力をお願いいたします。 →問⑥へお進みください。

⑥平成23年9月と平成24年9月の各1か月間に貴施設から退院した患者についてその人数をお答えください。		
	平成23年9月	平成24年9月
1) 退院患者数	()人	()人
2) 上記1)のうち、退院調整をした患者数（加算算定の有無は問わず）	()人	()人
3) 上記2)のうち、退院調整加算を算定した患者数	()人	()人
4) 上記1)のうち、他医療機関へ転院した患者数	()人	()人
5) 上記1)のうち、特別養護老人ホーム、認知症高齢者グループホーム等の施設に入所した患者数	()人	()人
6) 上記1)のうち、自院に外来通院となった患者数	()人	()人
7) 上記1)のうち、他院に外来通院となった患者数	()人	()人
8) 上記1)のうち、退院後に療養が必要で、かつ通院が困難な患者数	()人	()人
9) 上記1)のうち、在宅医療（訪問診療及び訪問看護）に移行した患者数	()人	()人
10) 上記9)のうち、自院の在宅医療（訪問診療及び訪問看護（併設の訪問看護ステーションも含む））を受けている患者数	()人	()人
11) 上記9)のうち、他院の在宅医療（訪問診療及び訪問看護）を受けている患者数	()人	()人
12) 上記11)のうち、退院時共同指導料を算定した患者数	()人	()人
13) 上記1)のうち、入院前に在宅医療を受けていた患者で在宅医療に移行した患者数	()人	()人
14) 上記1)のうち、死亡退院患者数	()人	()人

⑦貴施設では、退院調整の取組により、以下のような効果がありましたか。					
※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として5段階で評価し、あてはまる番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。	大い にあて はまる	あて はまる	い ど ち ら と も い え な い	あ ま り あ て は ま ら な い	い 全 く あ て は ま ら な い
	1) 今まで退院が困難だった患者の退院支援が進んだ	5	4	3	2	1
2) 入院から退院までの患者の理解が深まった	5	4	3	2	1
3) 患者がスムーズに地域へ移行できるようになった	5	4	3	2	1
4) 在宅復帰率が高まった	5	4	3	2	1
5) 平均在院日数が短くなった	5	4	3	2	1
6) 部門・多職種間の調整がスムーズになった	5	4	3	2	1
7) その他（具体的に)	5	4	3	2	1

⑧退院調整を効果的に行うために工夫していることや課題がございましたら、ご自由にお書きください。

4. 貴施設における医療機関等との連携状況等についてお伺いします。

①貴施設で、患者の診療情報の共有を図る等の定期的なカンファレンスを行うなどの連携を行っている医療機関・介護保険施設・事業所の数（平成23年9月30日及び平成24年9月30日時点）、定期的なカンファレンスの回数（平成23年9月及び平成24年9月の各1か月間）についてお答えください。

	連携している施設・事業所数		定期的なカンファレンスの 月間開催数	
	平成23年9月	平成24年9月	平成23年9月	平成24年9月
1) 病院・診療所	() 箇所	() 箇所	() 回	() 回
2) 上記1)のうち、在宅療養支援病院・診療所（機能強化型も含む）	() 箇所	() 箇所	() 回	() 回
3) 上記1)のうち、貴施設を緊急時の入院医療機関としている病院・診療所	() 箇所	() 箇所		
4) 他の医療機関	() 箇所	() 箇所		
5) 訪問看護ステーション	() 箇所	() 箇所	() 回	() 回
6) 歯科保険医療機関	() 箇所	() 箇所	() 回	() 回
7) 保険薬局	() 箇所	() 箇所	() 回	() 回
8) 介護老人保健施設	() 箇所	() 箇所	() 回	() 回
9) 介護老人福祉施設	() 箇所	() 箇所	() 回	() 回
10) その他の施設	() 箇所	() 箇所	() 回	() 回
11) 居宅介護支援事業所	() 箇所	() 箇所	() 回	() 回

②平成24年9月30日時点で、患者の診療情報の共有を図る等の定期的なカンファレンスを行うなどの連携を行っている医療機関・介護保険施設・事業所について、その連携内容はどのようなものですか。あてはまる連携内容の番号に○をつけてください。※あてはまる番号すべてに○

	緊急入院時の 病床確保	退院後の受入や サービス提供等	定期的なカンファ レンス	夜間や緊急時 等の対応	連携して いない
1) 病院・診療所	1	2	3	4	5
2) 訪問看護ステーション		2	3	4	5
3) 歯科保険医療機関		2	3	4	5
4) 保険薬局		2	3	4	5
5) 介護老人保健施設		2	3	4	5
6) 介護老人福祉施設		2	3	4	5
7) その他の施設		2	3	4	5
8) 居宅介護支援事業所		2	3	4	5

③下記診療報酬項目の「算定回数（平成24年8月と9月の各1か月間）」についてお答えください。

診療報酬項目	算定回数	
	平成24年8月	平成24年9月
1) 在宅患者緊急入院診療加算 －機能強化型の在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院間での受入の場合（2500点）	() 回	() 回
2) 在宅患者緊急入院診療加算 －連携医療機関である場合（上記1）の場合を除く（2000点）	() 回	() 回
3) 在宅患者緊急入院診療加算－上記1）及び2）以外の場合（1000点）	() 回	() 回
4) リンパ浮腫指導管理料	() 回	() 回
5) がん患者カウンセリング料	() 回	() 回

患者調査

【症例A】平成24年9月1か月間に貴施設が抽出を行った退院困難な要因を有する患者で、悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかの患者

①性別	1. 男性 2. 女性	②年齢（入院時）	() 歳
③主たる傷病名	1. 悪性腫瘍 2. 認知症 3. 急性呼吸器感染症 4. その他	④同居家族の有無	1. あり 2. なし
⑤入院前の所在	1. 自宅 2. 介護老人保健施設 3. 介護老人福祉施設 4. 認知症高齢者グループホーム 5. 連携している医療機関 6. その他の医療機関 7. サービス付き高齢者向け住宅 8. 有料老人ホーム		
⑥入院前の在宅医療の受療状況	1. 受けていた 2. 受けていない 3. わからない		
⑦貴施設における入院開始日	平成()年()月()日		
⑧予定入院期間	()日間		
⑨貴施設における退院日	平成()年()月()日		
⑩入院中の手術の有無	1. あり 2. なし	⑪（手術があった場合）手術日	平成()年()月()日
⑫入院診療計画を患者に説明した日	平成()年()月()日		
⑬退院調整に当たり一定の手順を踏んだ抽出の有無	1. あり 2. なし		
⑭退院調整に向けて、退院調整部門の関与はありましたか。	1. あり → ⑭-1 関与を開始した時期 1. 入院前 2. 入院当初 3. 入院中 4. 退院直前 5. その他（具体的に) 2. なし		
⑮退院調整としてどの施設・事業所と連携を行いましたか。※〇はいくつでも	1. 病院・一般診療所 2. 訪問看護ステーション 3. 歯科保険医療機関 4. 保険薬局 5. 居宅介護支援事業所 6. 訪問介護事業所 7. 介護老人保健施設 8. 介護老人福祉施設 9. その他（具体的に)		
⑯退院調整の初回カンファレンス時期	平成()年()月()日		
⑰退院調整のカンファレンスの回数・平均所要時間	()回 1回あたりの平均所要時間：()分程度		
⑱退院調整のカンファレンスの参加者（いつも参加したメンバー）※〇はいくつでも	【退院調整部門】 1. 医師 2. 歯科医師 3. 保健師・助産師・看護師 4. 准看護師 5. 社会福祉士 6. 事務職員 7. その他（具体的に) 【院内】（退院調整部門を除く） 1. 担当医 2. 前記1以外の医師 3. 歯科医師 4. 保健師・助産師・看護師 5. 准看護師 6. 薬剤師 7. 理学療法士 8. 作業療法士 9. 言語聴覚士 10. 歯科衛生士 11. 管理栄養士・栄養士 12. 社会福祉士 13. 事務職員 14. その他（具体的に) 【外部】 1. 在宅医療を実施する医療機関 2. 訪問看護ステーション 3. 歯科保険医療機関 4. 保険薬局 5. 居宅介護支援事業所 6. 介護老人保健施設 7. 介護老人福祉施設 8. その他（具体的に)		
⑲退院後の所在（予定も含む）※〇は1つ	1. 連携している病院の一般病棟 2. 連携している病院の療養病棟 3. 連携している病院の回復期リハビリテーション病棟 4. 連携している病院の緩和ケア病棟 5. 連携している病院の精神病棟 6. その他の医療機関 7. 自宅 8. 介護老人保健施設 9. 介護老人福祉施設 10. その他（具体的に)		

【症例B】平成24年9月1か月間に貴施設が抽出を行った退院困難な要因を有する患者で、退院後に医療処置（胃ろう等の経管栄養法やたんの吸引を含む）が必要な患者

①性別	1. 男性 2. 女性	②年齢（入院時）	（ ）歳
③主たる傷病名	1. 循環器疾患 2. 脳血管疾患 3. 精神、神経疾患 4. 糖尿病 5. がん 6. その他		
④同居家族の有無	1. あり 2. なし		
⑤入院前の所在	1. 自宅 2. 介護老人保健施設 3. 介護老人福祉施設 4. 認知症高齢者グループホーム 5. 連携している医療機関 6. その他の医療機関 7. サービス付き高齢者向け住宅 8. 有料老人ホーム		
⑥入院前の在宅医療の受療状況	1. 受けていた 2. 受けていない 3. わからない		
⑦貴施設における入院開始日	平成（ ）年（ ）月（ ）日		
⑧予定入院期間	（ ）日間		
⑨貴施設における退院日	平成（ ）年（ ）月（ ）日		
⑩入院中の手術の有無	1. あり 2. なし	⑪（手術があった場合）手術日	平成（ ）年（ ）月（ ）日
⑫入院診療計画を患者に説明した日	平成（ ）年（ ）月（ ）日		
⑬退院調整に当たり一定の手順を踏んだ抽出の有無	1. あり 2. なし		
⑭退院調整に向けて、退院調整部門の関与はありましたか。	1. あり → ⑭-1 関与を開始した時期 1. 入院前 2. 入院当初 3. 入院中 4. 退院直前 5. その他（具体的に ） 2. なし		
⑮退院調整としてどの施設・事業所と連携を行いましたか。※〇はいくつでも	1. 病院・一般診療所 2. 訪問看護ステーション 3. 歯科保険医療機関 4. 保険薬局 5. 居宅介護支援事業所 6. 訪問介護事業所 7. 介護老人保健施設 8. 介護老人福祉施設 9. その他（具体的に ）		
⑯退院調整の初回カンファレンス時期	平成（ ）年（ ）月（ ）日		
⑰退院調整のカンファレンスの回数・平均所要時間	（ ）回 1回あたりの平均所要時間：（ ）分程度		
⑱退院調整のカンファレンスの参加者（いつも参加したメンバー）※〇はいくつでも	【退院調整部門】 1. 医師 2. 歯科医師 3. 保健師・助産師・看護師 4. 准看護師 5. 社会福祉士 6. 事務職員 7. その他（具体的に ） 【院内】（退院調整部門を除く） 1. 担当医 2. 前記1以外の医師 3. 歯科医師 4. 保健師・助産師・看護師 5. 准看護師 6. 薬剤師 7. 理学療法士 8. 作業療法士 9. 言語聴覚士 10. 歯科衛生士 11. 管理栄養士・栄養士 12. 社会福祉士 13. 事務職員 14. その他（具体的に ） 【外部】 1. 在宅医療を実施する医療機関 2. 訪問看護ステーション 3. 歯科保険医療機関 4. 保険薬局 5. 居宅介護支援事業所 6. 介護老人保健施設 7. 介護老人福祉施設 8. その他（具体的に ）		
⑲退院後の所在（予定も含む）※〇は1つ	1. 連携している病院の一般病棟 2. 連携している病院の療養病棟 3. 連携している病院の回復期リハビリテーション病棟 4. 連携している病院の緩和ケア病棟 5. 連携している病院の精神病棟 6. その他の医療機関 7. 自宅 8. 介護老人保健施設 9. 介護老人福祉施設 10. その他（具体的に ）		

【症例C】平成24年9月1か月間に貴施設が抽出を行った退院困難な要因を有する患者で、入退院を繰り返している患者

①性別	1. 男性 2. 女性	②年齢（入院時）	（ ）歳
③主たる傷病名	1. 循環器疾患 2. 脳血管疾患 3. 精神、神経疾患 4. 糖尿病 5. がん 6. その他		
④同居家族の有無	1. あり 2. なし		
⑤入院前の所在	1. 自宅 2. 介護老人保健施設 3. 介護老人福祉施設 4. 認知症高齢者グループホーム 5. 連携している医療機関 6. その他の医療機関 7. サービス付き高齢者向け住宅 8. 有料老人ホーム		
⑥入院前の在宅医療の受療状況	1. 受けていた 2. 受けていない 3. わからない		
⑦貴施設における入院開始日	平成（ ）年（ ）月（ ）日		
⑧予定入院期間	（ ）日間		
⑨貴施設における退院日	平成（ ）年（ ）月（ ）日		
⑩入院中の手術の有無	1. あり 2. なし	⑪（手術があった場合） 手術日	平成（ ）年（ ）月（ ）日
⑫入院診療計画を患者に説明した日	平成（ ）年（ ）月（ ）日		
⑬退院調整に当たり一定の手順を踏んだ抽出の有無	1. あり 2. なし		
⑭退院調整に向けて、退院調整部門の関与はありましたか。	1. あり → ⑭-1 関与を開始した時期 1. 入院前 2. 入院当初 3. 入院中 4. 退院直前 5. その他（具体的に ） 2. なし		
⑮退院調整としてどの施設・事業所と連携を行いましたか。※〇はいくつでも	1. 病院・一般診療所 2. 訪問看護ステーション 3. 歯科保険医療機関 4. 保険薬局 5. 居宅介護支援事業所 6. 訪問介護事業所 7. 介護老人保健施設 8. 介護老人福祉施設 9. その他（具体的に ）		
⑯退院調整の初回カンファレンス時期	平成（ ）年（ ）月（ ）日		
⑰退院調整のカンファレンスの回数・平均所要時間	（ ）回 1回あたりの平均所要時間：（ ）分程度		
⑱退院調整のカンファレンスの参加者（いつも参加したメンバー）※〇はいくつでも	【退院調整部門】 1. 医師 2. 歯科医師 3. 保健師・助産師・看護師 4. 准看護師 5. 社会福祉士 6. 事務職員 7. その他（具体的に ） 【院内】（退院調整部門を除く） 1. 担当医 2. 前記1以外の医師 3. 歯科医師 4. 保健師・助産師・看護師 5. 准看護師 6. 薬剤師 7. 理学療法士 8. 作業療法士 9. 言語聴覚士 10. 歯科衛生士 11. 管理栄養士・栄養士 12. 社会福祉士 13. 事務職員 14. その他（具体的に ） 【外部】 1. 在宅医療を実施する医療機関 2. 訪問看護ステーション 3. 歯科保険医療機関 4. 保険薬局 5. 居宅介護支援事業所 6. 介護老人保健施設 7. 介護老人福祉施設 8. その他（具体的に ）		
⑲退院後の所在（予定も含む）※〇は1つ	1. 連携している病院の一般病棟 2. 連携している病院の療養病棟 3. 連携している病院の回復期リハビリテーション病棟 4. 連携している病院の緩和ケア病棟 5. 連携している病院の精神病棟 6. その他の医療機関 7. 自宅 8. 介護老人保健施設 9. 介護老人福祉施設 10. その他（具体的に ）		

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査(平成 24 年度調査)

在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況調査 調査票

- ※ 以下のラベルに、電話番号とご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名と施設の所在地をご確認の上、記載内容に不備等がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号とお名前は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。
- ※ この「在宅医療票」は、在宅医療を実施している医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況やお考え等についてお伺いするものです。
- ※ ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、() 内には具体的な数値、用語等をお書きください。() 内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をお書きください。
- ※ 特に断りのない場合は、平成 24 年 9 月 30 日時点の状況についてご記入ください。

施設名	
施設の所在地	
電話番号	()
ご回答者名	()

1. 貴施設の状況についてお伺いします。

①開設者 ※○は1つだけ	1. 国 5. 医療法人	2. 公立 6. 個人	3. 公的 7. 学校法人	4. 社会保険関係団体 8. その他の法人
②標榜診療科 ※主たる診療科に ○は1つだけ	1. 内科 5. 小児科 9. 精神科 13. 泌尿器科	2. 外科 6. 呼吸器科 10. 眼科 14. その他 ()	3. 整形外科 7. 消化器科 11. 皮膚科	4. 脳神経外科 8. 循環器科 12. 耳鼻咽喉科
③医療機関の種別 ※○は1つだけ	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所	→	③-1 許可病床数 () 床 ③-2 平均在院日数(平成 24 年 9 月 1 か月) (.) 日	
④自法人・関連法人 が運営している 施設・事業所 ※○はいくつでも	1. 訪問看護ステーション 3. 介護老人保健施設 5. 通所介護事業所 7. 他に運営施設・事業所はない		2. 居宅介護支援事業所 4. 介護老人福祉施設 6. サービス付き高齢者向け住宅 8. その他 (具体的に)	
⑤自法人・関連法人 が運営している 併設施設・事業所 ※○はいくつでも	1. 訪問看護ステーション 3. 介護老人保健施設 5. 通所介護事業所 7. 併設施設・事業所はない		2. 居宅介護支援事業所 4. 介護老人福祉施設 6. サービス付き高齢者向け住宅 8. その他 (具体的に)	
⑥貴施設が在宅医療を開始した時期	西暦 () 年 () 月頃			

<p>⑦貴施設の在宅療養支援病院・診療所の届出区分はどのようになっていますか。 ※次の 1.~7.の中から○を1つだけつけ たうえで、次の質問にお進みください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 機能を強化した在宅療養支援診療所（単独型）→質問⑧へ 2. 機能を強化した在宅療養支援診療所（連携型）→質問⑦-3へ 3. 上記以外の在宅療養支援診療所→質問⑦-1へ 4. 機能を強化した在宅療養支援病院（単独型）→質問⑧へ 5. 機能を強化した在宅療養支援病院（連携型）→質問⑦-3へ 6. 上記以外の在宅療養支援病院→質問⑦-1へ 7. 在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所ではない→質問⑦-1へ
--	---

⑦-1【上記⑦で「機能強化型在宅療養支援病院・診療所」または「在宅療養支援病院・診療所」の届出をしていない場合】その理由をお答えください。※○はいくつでも

1. 在宅医療を担当する常勤の医師を3名以上配置することができない（連携医療機関の分も含めて）
2. 過去1年間の緊急の往診実績が5件未満である（連携医療機関の分も含めて）
3. 過去1年間の看取り実績が2件未満である（連携医療機関の分も含めて）
4. 適切な連携医療機関を確保できない
5. 連携型の要件である「患者からの緊急時の連絡先の一元化」ができていない
6. 連携型の要件である「患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月1回以上の定期的なカンファレンスを実施する」ことができていない
7. 連携型の要件である「連携医療機関数が10未満である」が満たせない
8. 連携型の要件である「病院が連携に入る場合は200床未満である」が満たせない
9. 自院の許可病床数が200床以上である
10. 半径4キロメートル以内に診療所が存在する
11. 単独で24時間連絡を受ける体制を構築することが困難
12. 単独で24時間往診体制を確保することが困難
13. 24時間訪問看護の提供体制を確保することが困難
14. 在宅療養患者のための緊急時の入院病床を常に確保することが困難
15. その他（具体的に _____）

⑦-2【上記⑦で「機能強化型在宅療養支援病院・診療所」または「在宅療養支援病院・診療所」の届出をしていない場合】今後、届出を行う予定がありますか。※○は1つだけ

1. 届出をする予定がある→いつ頃：平成（ ）年（ ）月頃
→届出の内容： ※○は1つだけ

1. 機能強化型在宅療養支援病院・診療所（単独型）
 2. 機能強化型在宅療養支援病院・診療所（連携型）
 3. 在宅療養支援病院・診療所
2. 条件を整えば届出をしたい
3. 届出をする予定はない
-----▶質問⑧へお進みください。

⑦-3【上記⑦で「機能強化型（連携型）」の届出をしている場合】在宅支援連携体制についてお伺いします。

1) 届出をしている病院・診療所別の連携医療機関数	連携診療所数（病床あり）	（ ）施設
	連携診療所数（病床なし）	（ ）施設
	連携病院数	（ ）施設
	合計	（ ）施設

2) 在宅医療を担当する常勤の医師数（自施設＋連携施設）	() 人
⑧在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の届出を行った時期はいつですか。機能強化型の場合、機能強化型の届出時期もお答えください。在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所の届出のない施設の方は、2.へお進みください。	
1) 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の届出時期	平成()年()月
2) 【機能強化型の場合】機能強化型の届出時期	平成24年()月

2. 貴施設の診療体制についてお伺いします。

①貴施設では、外来診療を行っていますか。※〇は1つだけ	1. 行っている →問①-1へお進みください									
	2. 行っていない →問②へお進みください									
①-1 外来診療は予約制ですか。 ※〇は1つだけ	1) 初診	1. 予約制 2. 予約制ではない								
	2) 再診	1. 予約制 2. 予約制ではない								
①-2 平成23年と平成24年の各4月～9月における各月の外来延べ患者数（初診＋再診延べ患者数）										
	4月	5月	6月	7月	8月	9月				
平成23年	()人	()人	()人	()人	()人	()人				
平成24年	()人	()人	()人	()人	()人	()人				
②貴施設では、訪問診療を行う時間をどのように定めていますか。 ※最も近いものに〇は1つだけ										
1. 訪問診療を中心に行っている 2. 午前中は外来診療のみを行い、午後に訪問診療を行っている 3. 午前中に訪問診療を行い、午後は外来診療のみを行っている 4. 特定の曜日に訪問診療を行っている 5. 患者の要望があれば、随時、外来診療の実施時間を調整し訪問診療を行っている 6. 昼休みまたは外来の前後で訪問診療を行っている 7. 午前・午後ともに外来診療も訪問診療も行っている（医師が複数名体制） 8. その他（具体的に)										
③全職員数（常勤換算*） ※小数点以下第1位まで	医師	歯科医師	保健師 助産師 看護師	准看護師	薬剤師	リハビリ職	その他医療職 職員	社会福祉士	事務職員他	計
うち在宅医療の実施のため、患家に訪問をする職員数	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
*非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。										
■1週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の1週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間）										
■1か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の1か月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4）										
④上記③のうち、以下の職員数をお書きください。										
1) 在宅医療を担当する常勤の医師数（貴施設単独）							() 人			
2) 介護支援専門員（ケアマネージャー）専従者数（常勤換算）							() 人			
⑤貴施設では、在宅の患者に対して緊急時に連絡をとれる電話番号をどのように通知していますか。 ※〇は1つだけ										
1. 自院と連携医療機関で一元化した電話番号を通知している 2. 曜日や時間帯ごとにつながる電話番号を通知している 3. その他（具体的に)										

⑥上記⑤の緊急時の連絡は、ルールとして主にどなたが電話を受けることになっていますか。
※〇は1つだけ、「看護職員」には准看護師が含まれます。

1. 自院の医師	2. 連携先の医師	3. 自院の看護職員
4. 連携先の看護職員	5. 自院と連携先の輪番制	6. その他 ()

⑦貴施設では、診療時間内と診療時間外において在宅の患者の緊急時の往診を行っていますか。※それぞれ〇は1つだけ

1) 診療時間内	1. 行っている	2. 行っていない	2) 診療時間外	1. 行っている	2. 行っていない
----------	----------	-----------	----------	----------	-----------

⑧24時間往診が可能な体制をどのように構築していますか。※〇は1つだけ

1. 自院のみで体制構築している

2. 自院で対応できない場合は連携医療機関で対応している

3. 自院と連携医療機関の輪番制で対応している

4. その他 (具体的に)

【上記⑧で選択肢2を回答した場合】

⑧-1 緊急時に自院で対応できず、連携医療機関で対応している頻度はどのくらいですか。※最も近いものに〇は1つだけ

1. 週に1、2回程度	2. 2週間に1回程度	3. 1か月に1回程度	4. 3か月に1回程度
5. 半年に1回程度	6. 1年に1回程度	7. その他 ()	

⑨24時間訪問看護の体制をどのように構築していますか。※〇は1つだけ

1. 自院のみで対応している

2. 連携している保険医療機関（訪問看護部門）で対応している

3. 連携している自法人の訪問看護ステーションで対応している

4. 連携している他法人の訪問看護ステーションで対応している

5. その他 (具体的に)

⑩緊急時に入院できる病床の確保体制はどのようになっていますか。※〇は1つだけ

1. 自院のみで確保している

2. 自院及び連携している保険医療機関で確保している

3. 連携している保険医療機関のみで確保している

4. その他 (具体的に)

⑪緊急時の対応のために工夫していることや課題等がございましたら、お書きください。

3. 貴施設の在宅医療の実施状況についてお伺いします。

①貴施設で在宅医療を提供している患者について、場所別に施設数と患者数についてお答えください（平成24年9月1か月間）。

自宅	居住系施設（特別養護老人ホームや有料老人ホーム等）	
【患者数】	【施設数】	【患者数】
() 人	() 施設	() 人

②貴施設では、サービス付き高齢者向け住宅に居住する患者に在宅医療を提供していますか。※〇は1つだけ			
<ul style="list-style-type: none"> 1. 併設と併設以外のサービス付き高齢者向け住宅に在宅医療を提供している 2. 併設しているサービス付き高齢者向け住宅のみに在宅医療を提供している 3. 併設以外のサービス付き高齢者向け住宅に在宅医療を提供している 4. サービス付き高齢者向け住宅にはサービス提供していない 			
②-1 貴施設が在宅医療を提供しているサービス付き高齢者向け住宅の設置主体はどこですか。※〇はいくつでも			
1. 自法人		2. 他の医療法人	
4. 株式会社		5. 有限会社	
7. わからない		8. その他（具体的に	
3. 社会福祉法人		6. 特定非営利活動法人	
③在宅医療提供日（1日あたり）において、貴施設の医師1人あたり何		（ ）件程度	
件程度提供場所に行きますか。			
④在宅医療提供日（1日あたり）において、貴施設の医師1人あたりの提供場所までの移動時間、診療時間、カルテ等の記載時間の合計はおおよそ何分ですか。また、それはその日の全ての日常業務のうち、どのくらいの割合を占めますか（時間ベース）。			
1) 提供場所までの移動時間		（ ）分 （ ）%程度	
2) 診療時間		（ ）分 （ ）%程度	
3) カルテ等の記載時間		（ ）分 （ ）%程度	
⑤貴施設が主治医として在宅医療を提供している患者の人数についてお伺いします。平成23年9月と平成24年9月の各1か月間に訪問診療を実施した患者数（実人数）についてお答えください。			
		平成23年9月	
		平成24年9月	
⑤-1 年齢別の患者数	1) 3歳未満	人	人
	2) 3歳以上6歳未満	人	人
	3) 6歳以上15歳未満	人	人
	4) 15歳以上40歳未満	人	人
	5) 40歳以上65歳未満	人	人
	6) 65歳以上75歳未満	人	人
	7) 75歳以上	人	人
⑤-2 貴施設で在宅医療を提供している患者のうち、次の1)～3)の主たる疾病別の患者数 ※1人の患者に複数の疾病がある場合は、最も重篤な疾病名を当該患者の疾病名とお考えください。	1) 悪性新生物	人	人
	2) 認知症	人	人
	3) 特定疾患（難病）	人	人
⑤-3 貴施設で在宅医療を提供している患者のうち、次の1)～8)の状態別の患者数 ※1人の患者に複数の状態が該当する場合は、それぞれに人数を入れてください。このため、合計は在宅提供患者数よりも多くなります。	1) 喀痰吸引	人	人
	2) 胃ろう	人	人
	3) 経鼻経管栄養	人	人
	4) 中心静脈栄養	人	人
	5) 気管切開又は気管内挿管	人	人
	6) 褥瘡処置	人	人
	7) その他の創傷処置	人	人
	8) 人工呼吸器	人	人

⑥貴施設における平成23年9月と平成24年の9月の各1か月間に下記の診療報酬の対象となった患者数・算定回数をお答えください。

	平成23年9月		平成24年9月	
	患者数	算定回数	患者数	算定回数
1) 往診料	人	回	人	回
2) 上記1)の緊急加算	人	回	人	回
3) 上記1)の夜間加算	人	回	人	回
4) 上記1)の深夜加算	人	回	人	回
5) 在宅患者訪問診療料（同一建物以外）	人	回	人	回
在宅患者訪問診療料（同一建物：特定施設）	人	回	人	回
在宅患者訪問診療料（同一建物：特定施設以外）			人	回
6) 在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算	人	回	人	回
7) 在宅患者訪問診療料 看取り加算			人	回
8) 在宅患者訪問診療料 乳幼児加算・幼児加算	人	回	人	回
9) 在宅時医学総管理料	人	回	人	回
上記9) 重症者加算算定回数		回		回
上記9) 在宅移行早期加算算定回数		回		回
10) 特定施設入居時等医学総管理料	人	回	人	回
上記10) 重症者加算算定回数		回		回
上記10) 在宅移行早期加算算定回数		回		回
11) 在宅患者緊急入院診療加算	人	回	人	回
12) 在宅がん医療総合診療料 ※平成23年は「在宅末期医療総合診療料」	人	回	人	回
13) 在宅悪性腫瘍患者指導管理料	人	回	人	回
14) 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	人	回	人	回
15) 在宅療養指導料（170点）	人	回	人	回
16) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	人	回	人	回

⑦平成23年4月～9月及び平成24年4月～9月の各半年間において、緊急時に貴施設が以下の対応を行った実績についてお答えください。

	平成23年4月～9月	平成24年4月～9月
1) 緊急時に往診した回数	() 回	() 回
2) 上記1)のうち、緊急入院が必要と判断した回数	() 回	() 回
3) 上記1)のうち、看取りを行った回数	() 回	() 回
4) 上記1)のうち、貴施設医師が副主治医として緊急往診した回数（連携施設が主治医）	() 回	() 回

⑧特別養護老人ホーム等の自宅以外の場所への在宅医療提供の対応で課題等がございましたらご自由にお書きください。

4. 他の医療機関等との連携についてお伺いします。

①貴施設における連携施設・事業所数と連携内容についてお答えください。ここでの「連携」とは、特に断りのない限り、在宅療養支援病院・診療所の届出の内容に限定せず、自主的なものも含めてお答えください。

	①-1 連携をしている 施設・事業所数	①-2 連携の内容 ※あてはまる番号すべてに○をつけてください。		
		情報 の共有 (患者の診療 ファレンス 定期的なカン ファレンス)	夜間・休日・ 緊急時等の対 応	緊急入院 病床 の確保
1) 診療所・病院	か所	1	2	3
2) 届出上の在宅療養支援病院	か所	1	2	3
3) 届出上の在宅療養支援診療所	か所	1	2	3
4) 届出上の機能強化型在宅療養支援病院	か所	1	2	3
5) 届出上の機能強化型在宅療養支援診療所	か所	1	2	3
6) 訪問看護ステーション	か所	1	2	
7) 届出上の訪問看護ステーション	か所	1	2	
8) 歯科保険医療機関	か所	1	2	
9) 保険薬局	か所	1	2	
10) 居宅介護支援事業所	か所	1	2	
11) 地域包括支援センター	か所	1	2	
12) その他 ()	か所	1	2	

【上記①-2で選択肢「1」を回答した場合】

②貴施設が行っている定期的なカンファレンス（患者の診療情報の共有）の平均回数をお答えください。※平成24年9月1か月間 () 回

③上記②のカンファレンスの1回あたりの平均時間をお答えください。 () 分

④上記②のカンファレンスの出席者は誰ですか（貴施設と連携施設を合わせて）。※○はいくつでも

1. 医師 2. 歯科医師 3. 看護師 4. 准看護師 5. 薬剤師

6. リハビリ職員 7. 社会福祉士 8. 管理栄養士・栄養士

9. 介護支援専門員（ケアマネージャー） 10. 事務職員

11. その他（具体的に)

⑤患者が連携医療機関へ緊急入院した時、貴施設は連携医療機関や患者とどのような関わり方をしますか。
※最も多いものに○は1つだけ

1. 主治医が入院先の医療機関へ出向き、引き続き診療を行う
2. 主治医が定期的に患者の容態等の情報共有をするためにカンファレンスに参加する
3. 患者の容態等の情報共有をするために医師同士で電話やメールでやり取りをする
4. 患者の容態等の情報共有をするために看護師や社会福祉士同士が連絡を取り合う
5. 医師又は看護師や社会福祉士等が退院時のカンファレンスのみに参加する
6. 入院先の医療機関に任せる
7. その他（具体的に _____)

⑥平成 24 年 4 月以降、在宅患者を連携医療機関に緊急入院させようとして入院できなかったことはありますか。
※○は1つだけ

<ol style="list-style-type: none"> 1. なかった →問⑦へ 2. 1回あった 3. 複数回あった 	}	→	<p>⑥-1 どのような対応をとりましたか。※○はいくつでも</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 自院職員が連絡をし、連携医療機関とは別の入院先を確保した 2. 救急車で連携医療機関とは別の救急医療機関に搬送した 3. 在宅での診察を継続し、入院予約をして病床が空くのを待った 4. その他（具体的に _____)
---	---	---	--

⑦連携の充足感についてお伺いします。
※「十分である」を「5」、「不足している」を「1」として5段階で評価し、あてはまる番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

	十分である	おおよそ十分である	どちらともいえない	やや不足している	不足している
1) 医療機関の連携数	5	4	3	2	1
2) 医療機関の連携内容	5	4	3	2	1
3) 居宅介護支援事業所との連携数	5	4	3	2	1
4) 居宅介護支援事業所との連携内容	5	4	3	2	1

⑦-1 「不足している」と感じる理由をお答えください。

⑧在宅がん医療総合診療料のように貴施設が一括して算定し、訪問看護ステーション等に点数配分する必要がある場合、どのように行っていますか。※あてはまる番号すべてに○

1. あらかじめ、自院と訪問看護ステーションとで相談して点数配分を決めている
2. 都度、自院と訪問看護ステーションで訪問回数等に応じて相談して決めている
3. 自院が決めた基準の点数配分をしている
4. 訪問看護ステーションが決めた基準の点数配分をしている
5. その他（具体的に _____)

⑬-1 平成24年4月～9月の半年間における患者数の実績についてお答えください。

1) 貴施設が在宅医療を提供していた患者で、他の医療機関での入院中に貴施設が継続して関与していた患者数	2) 1)のうち、他の医療機関から退院した患者数	3) 2)のうち、貴施設で再び在宅医療を提供した患者数
()人	()人	()人

⑭他の医療機関等との連携による効果についてお伺いします。
 ※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として5段階で評価し、あてはまる番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

	大いにあてはまる	あてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1) 患者の在宅医療への移行がスムーズになった	5	4	3	2	1
2) 在宅医療を提供できる患者数が増えた	5	4	3	2	1
3) 在宅医療で対応できる疾患が増えた	5	4	3	2	1
4) 24時間体制の負担が軽減された	5	4	3	2	1
5) 緊急時の対応がより可能となった	5	4	3	2	1
6) その他 ()	5	4	3	2	1

⑮他の医療機関との連携における課題がございましたら、ご自由にお書きください。

5. 訪問看護事業所や介護事業所への指示書交付についてお伺いします。

①平成23年9月と平成24年9月の各1か月間における「特別訪問看護指示書」を交付した人数を患者の状態別、医療保険と介護保険別についてお答えください。

	平成23年9月		平成24年9月	
	医療保険	介護保険	医療保険	介護保険
1) 特別訪問看護指示書を交付した人数	()人	()人	()人	()人
2) 上記1)のうち、「急性増悪」	()人	()人	()人	()人
3) 上記1)のうち、「非がんの終末期」	()人	()人	()人	()人
4) 上記1)のうち、「退院直後」	()人	()人	()人	()人
5) 上記1)のうち「胃ろう、経管栄養の管理が必要な人」	()人	()人	()人	()人

②平成24年9月1か月間に下記指示料を算定した患者数についてお答えください。

1) 介護職員等喀痰吸引等指示料	()人
2) 精神科訪問看護指示料	()人
3) 訪問看護指示料	()人
4) 上記3)のうち、定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は複合型サービスの利用者数	()人

7. 在宅医療に関する今後の課題等がございましたら、お書きください。

アンケートにご協力いただきましてありがとうございました。

患者ID

平成 24 年度診療報酬改定の結果検証に係る調査(平成 24 年度調査)
在宅医療に関するアンケート調査 調査票

※この調査票は、在宅で静養されている方に、在宅医療の状況やお考えについておうかがいするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、() 内には具体的な数字、ことば等をお書きください。

0. 最初に、この調査票のご記入者について、おうかがいします。
 この調査票のご記入者は、患者の方でしょうか。それともご家族の方等でしょうか。

- | |
|----------------------|
| 1. 患者ご本人もしくは家族の方の代筆 |
| 2. 本人以外のご家族（具体的に () |
| 3. その他（具体的に () |

1. 患者の方についておうかがいします。

① 性別	1. 男性 2. 女性	② 年齢	() 歳
③ 同居しているご家族の方はいらっしゃいますか。	1. いる 2. いない		
④ お住まいの状況 ※○は1つだけ	1. 一戸建て 2. 集合住宅（マンション・アパート等） 3. サービス付き高齢者向け住宅 4. 有料老人ホーム 5. 介護老人福祉施設 6. その他（具体的に ()		
⑤ 要介護度 ※○は1つだけ	1. なし（非該当・未申請） 4. 要介護1 7. 要介護4	2. 要支援1 5. 要介護2 8. 要介護5	3. 要支援2 6. 要介護3 9. 申請中
⑥ 訪問看護の利用頻度 ※○は1つだけ	0. 訪問看護を利用していない 1. 毎日 2. 1週間に4回以上 3. 1週間に2、3回 4. 1週間に1回 5. 1か月に2、3回 6. 1か月に1回 7. 決まっていない 8. わからない・わすれた 9. その他（具体的に ()		
⑦ 利用している医療・介護サービス (平成 24 年 9 月) ※○はいくつでも	1. 歯科の訪問診療 2. 薬剤師の訪問 3. 訪問リハビリテーション 4. 訪問介護 5. 訪問入浴介護 6. 通所介護 7. 通所リハビリテーション 8. デイケア 9. ショートステイ 10. 福祉用具貸与 11. その他（具体的に ()		

2. 病院から退院するときのことについておうかがいします。

① 在宅医療を受けている間または在宅医療を受ける前に入院したことがありますか。 ※〇は1つだけ

1. ある	2. ない→3ページ3. ①へ	3. わからない・わすれた→3ページ3. ①へ
-------	-----------------	-------------------------

②入院前・入院中に、退院後の医療や介護サービスなどについて説明を受けましたか。 ※〇は1つだけ

1. はい	2. いいえ→質問⑤へ	3. わからない・わすれた→質問⑤へ
-------	-------------	--------------------

③退院後の医療や介護サービスなどについての説明はいつ受けましたか。 ※〇はいくつでも

1. 入院前	2. 入院してすぐ	3. 退院のめどがたったころ
4. 退院近く	5. わからない	6. その他（具体的に)

④ 退院後の医療や介護サービスなどについての説明は誰からされましたか。 ※〇はいくつでも

1. 医師	2. 看護師	3. 社会福祉士	4. 事務職員
5. 訪問診療の医師	6. その他（具体的に)		

⑤ 退院後の医療や介護サービスなどについての説明は、どのタイミングでお聞きになりたいですか。 ※〇は1つだけ

1. 入院前	2. 入院してすぐ	3. 退院のめどがたったころ
4. 退院近く	5. わからない	6. その他（具体的に)

⑥ 入院の早い段階で、退院後の医療や介護サービスなどについて説明があることをどのように思いますか。 ※〇は1つだけ

1. とてもよい	2. よい	3. どちらでもない
4. あまりよくない	5. まったくよくない	

⑦ 入院中に訪問診療（往診）を行う医師の紹介はありましたか。 ※〇は1つだけ

1. はい	2. いいえ→質問⑨へ	3. わからない・わすれた→質問⑨へ
-------	-------------	--------------------

⑧ 入院中に訪問診療（往診）を行う医師の紹介があったことに満足していますか。 ※〇は1つだけ

1. とても満足	2. やや満足	5. わからない・どちらでもない
3. すこし不満	4. とても不満	

⑨ 退院してから医師が初めて訪問診療をしてくれたのはいつですか。 ※〇は1つだけ

1. 退院当日	2. 退院翌日	3. 退院後1週間以内
4. 退院後1週間以上	5. わからない・わすれた	
6. その他（具体的に)		

⑩ 退院から訪問診療を開始するまでの期間について満足していますか。 ※〇は1つだけ

1. とても満足	2. やや満足	5. わからない・どちらでもない
3. すこし不満	4. とても不満	

3. **【すべての方におうかがいします】** 医師の訪問診療についておうかがいします。

① 訪問診療（往診）の利用を始めた時期はいつですか。

平成（ ）年 （ ）月頃から

② 医師はどのくらいの頻度で自宅に来てくれますか。 ※〇は1つだけ

1. 1週間に2、3度	2. 1週間に1度	3. 1か月に2、3度
4. 1か月に1度	5. 2～3か月に1度	6. 決まっていない
7. わからない・わすれた	8. その他（具体的に	）

③ 夜間や緊急時の連絡方法について医師から知らされていますか。 ※〇は1つだけ

1. はい	2. いいえ→質問⑥へ	3. わからない・わすれた→質問⑥へ
-------	-------------	--------------------

④ 夜間や緊急時に急に具合が悪くなった場合は、まず、誰に連絡をするように医師から言われていますか。 ※〇は1つだけ

1. 訪問診療の医師	2. 緊急時の連絡番号	3. 訪問看護師
4. 介護支援専門員（ケアマネージャー）		5. 救急車（119番）
6. その他（具体的に		）
7. 特に言われたことはない→質問⑥へ		

⑤ 夜間や緊急時の連絡先を医師から知らされていることについてどう思いますか。 ※〇は1つだけ

1. とても満足	2. やや満足	
3. すこし不満	4. とても不満	5. わからない・どちらでもない

⑥ （すべての方）いつも訪問してくれる医師が、他の病院や診療所などと連携して、夜間や緊急時にも対応できるように体制をととのえていることは、在宅医療を受ける上で安心感を高めると思えますか。 ※〇は1つだけ

1. とてもそう思う	2. どちらかというそう思う
3. どちらかというそう思わない	4. まったくそう思わない

⑥-1 その理由をお書きください。

--

⑦ 医療機関や訪問看護が連携して、夜間や緊急時の対応を行うことをどう思いますか。

※〇は1つだけ

1. とてもよい	2. よい	
3. あまりよくない	4. まったくよくない	5. わからない・どちらでもない

⑧ あなたは、夜間や休日に急に具合が悪くなって、いつも自宅にきてくれる訪問診療の医師に緊急の連絡をしたことがありますか。 ※〇は1つだけ

- 1. 連絡したことがある
- 2. 連絡したことはない（緊急連絡の機会がなかった）
- 3. 連絡したことはない（訪問看護ステーションに連絡したため）
- 4. 連絡したことはない（消防 119（救急車）に連絡したため）
- 5. わからない・わすれた→質問⑨へ

▶⑧-1 訪問医師はどのような対応をしてくれましたか。 ※〇は1つだけ

- 1. 電話で状況を伝えるとすぐ担当の医師が来てくれた
- 2. 電話で状況を伝えるとすぐ連携先の医師が来てくれた
- 3. 電話で相談にのってくれたので、電話で問題が解決した
- 4. 電話で相談にのってくれ、翌朝に担当の医師が来てくれた
- 5. 連絡したが、医師との連絡がつかなかった
- 6. わからない・わすれた
- 7. その他（具体的に)

⑨ 訪問診療の医師による自宅への訪問診療についてどのように思いますか。 ※〇は1つだけ

- 1. とても満足
- 2. やや満足
- 3. すこし不満
- 4. とても不満
- 5. わからない・どちらでもない

4. 在宅医療への要望についておうかがいします。

① 病院から在宅へ移行するときに不安だったことは何ですか。 ※〇はいくつでも

- 0. 不安はなかった
- 1. 医師が適切に定期訪問して対応してくれるかどうか
- 2. 看護師が適切に定期訪問して対応してくれるかどうか
- 3. 夜間や緊急時に対応してくれる医師や看護師がいるかどうか
- 4. 体調などで心配なことがあったときに相談できるところがあるかどうか
- 5. 介護してくれる家族などへの負担
- 6. その他（具体的に)

② 在宅医療についてのご意見・ご要望等がございましたら、ご自由にお書きください。

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

※この「患者票（施設記入分）」は、医療関係者の方に、患者さんの状況についてお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。

1) 性別	1. 男性 2. 女性	2) 年齢	() 歳
3) 同居家族の有無	1. あり 2. なし		
4) 医療区分 ※○は1つ	1. 医療区分1	2. 医療区分2	3. 医療区分3
5) 在宅医療を受ける前に入院・入所していた場所 ※○は1つ	1. 在宅療養支援病院 2. 在宅療養支援病院以外の病院 3. 在宅療養支援診療所 4. 在宅療養支援診療所以外の診療所 5. 介護老人保健施設 6. 介護老人福祉施設 7. 入院・入所経験なし 8. その他（具体的に ）		
6) 当該患者に貴施設で提供している医療 ※○はいくつでも	1. 看取り期のケア 2. 服薬援助・管理（点眼薬等を含む） 3. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理 4. 経鼻経管栄養 5. 吸入・吸引 6. 創傷処置 7. 浣腸・摘便 8. 褥瘡の処置 9. インスリン注射 10. 点滴・中心静脈栄養・注射（9.以外） 11. 膀胱（留置）カテーテルの管理 12. 人工肛門・人工膀胱の管理 13. 人工呼吸器の管理 14. 気管切開の処置 15. 酸素療法管理（在宅酸素・酸素吸入） 16. がん末期の疼痛管理 17. 慢性疼痛の管理（16.以外） 18. リハビリテーション 19. 歯科医療 20. その他（具体的に ）		
7) 現在在宅医療を続けている原因の病名 ※指示書にある傷病名を転記ください。 ※○はいくつでも	1. 循環器疾患（高血圧症、心不全など） 2. 脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血など） 3. 精神系疾患 4. 神経系疾患 5. 認知症 6. 糖尿病 7. 悪性新生物 8. 骨折・筋骨格系疾患 9. 呼吸器系疾患 10. 歯科疾患 11. その他（具体的に ）		
8) その病気が発症した時期	西暦（ ）年（ ）月頃		
9) その病気で入院した日（直近）	西暦（ ）年（ ）月頃		
10) 直近の退院日	西暦（ ）年（ ）月頃		
11) 貴施設が往診を開始した時期	西暦（ ）年（ ）月頃		

（→裏面に続く）

12) 訪問看護を開始した時期	西暦（ ）年（ ）月頃
13) 在宅医療提供中に肺炎になった経験	1. あり 2. なし
14) 在宅医療提供中に尿路感染症になった経験	1. あり 2. なし
15) (15歳未満の方) NICUの入院経験の有無	1. 入院していた 2. 入院していない
16) (15歳未満の方) 超重症児・準超重症児スコア	1. 超重症児 2. 準超重症児 3. その他
17) 機能的自立度評価表（FIM）点数	1. 評価実施→（ ）点 2. 評価していない・不明
18) 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	1. J 2. A 3. B 4. C
19) 認知症高齢者の日常生活自立度	0. 自立 1. I 2. II 3. III 4. IV 5. M
20) 精神疾患の有無	1. あり 2. なし
21) 障害者手帳などの種類	1. 身体障害者手帳（ ）級 2. 療育手帳（ ）度 3. 精神障害者保健福祉手帳（ ）級 4. 申請中 5. 手帳なし 6. わからない
22) 褥瘡の状態（NPUAP分類） ※○は1つ	0. なし 1. I 2. II 3. III 4. IV 5. 判定不能
23) 褥瘡の状態（DESIGN）：深さ ※○は1つ	0. d0 1. d1 2. d2 3. D3 4. D4 5. D5 6. U
24) 厚生労働大臣の定める疾病等の有無（別表第七）	1. あり 2. なし
25) 在宅医療の指導管理料の算定の有無（別表第八）	1. あり 2. なし
26) ターミナルかどうか（医師が余命6か月以内と判断）	1. ターミナル 2. ターミナルでない