

平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査
(平成25年度調査)

地域包括ケアシステムにおける有床診療所に関する調査研究事業
(13) 有床診療所における医療・介護の提供実態に関する調査
報告書

— 目 次 —

I.	背景と目的	1
1.	背景.....	1
2.	目的.....	1
II.	研究事業の実施体制.....	2
1.	検討委員会の設置・運営.....	2
2.	検討委員会における検討内容.....	2
III.	調査研究の流れ	3
IV.	調査の実施	4
1.	有床診療所における医療・介護の提供実態に関する調査（アンケート調査）	4
(1)	調査の概要	4
(2)	調査対象	4
(3)	調査方法	4
(4)	調査期間	4
(5)	調査内容	4
2.	ヒアリング調査	7
(1)	調査の概要	7
(2)	調査対象	7
(3)	調査方法	7
(4)	調査期間	7
(5)	調査内容	7
V.	調査結果	9
1.	有床診療所における医療・介護の提供実態に関する調査（アンケート調査）	9
(1)	回収の状況	9
(2)	施設票	10
(3)	患者票	65
2.	ヒアリング調査	106
VII.	まとめ	146
	参考資料	149

有床診療所における医療・介護の提供実態に関する調査

調査検討組織

設置要綱

1. 設置目的

(株)三菱総合研究所は「有床診療所における医療・介護の提供実態に関する調査」を実施するにあたり、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計、分析、検証、報告書の作成等の検討を行うため、以下のとおり有床診療所における医療・介護の提供実態に関する調査の調査検討組織（以下、「調査検討組織」という。）を設置する。

2. 実施体制

- (1) 本調査検討組織は、奈良県立医科大学教授 今村知明氏を委員長とし、その他の委員は以下のとおりとする。
- (2) 委員長が必要があると認めるときは、本調査検討組織において、関係者から意見を聞くことができる。

3. 調査検討組織の運営

- (1) 調査検討組織の運営は、(株)三菱総合研究所が行う。
- (2) 前号に定めるもののほか、本調査検討組織の運営に関する事項その他必要な事項については、本調査検討組織が定める。

有床診療所における医療・介護の提供実態に関する調査の 調査検討組織 委員等

委員長	今村 知明	(奈良県立医科大学 教授)
委 員	井出 博生	(千葉大学医学部附属病院 客員准教授)
	鹿子生 健一	(全国有床診療所連絡協議会 副会長)
	木村 丹	(全国有床診療所連絡協議会 常任理事)
	田中 圭一	(日本慢性期医療協会 理事)
	新田 國夫	(全国在宅療養支援診療所連絡会会长 国立市医師会会长)

(敬称略、五十音順)

【オブザーバー】

- 厚生労働省老健局老人保健課 介護保険データ分析室長 松岡輝昌
- 厚生労働省老健局老人保健課 主査 村上有佳
- 厚生労働省老健局老人保健課 主査 米倉なほ

有床診療所における医療・介護の提供実態に関する調査
(地域包括ケアシステムにおける有床診療所に関する調査研究事業) 調査概要

1. 調査の目的

本調査は、平成 27 年度の介護報酬改定に向けて、社会保障審議会介護給付費分科会等において、有床診療所における医療・介護提供のあり方に関する検討を行うための基礎資料を得ることを目的として実施する。そのため、有床診療所および病院を対象とし、介護保険サービスへの参入状況・提供の状況や、介護保険サービスへの参入意向等を把握し、今後、地域における有床診療所の位置づけを検証して必要な施策検討に資することを目的として実施する。

2. 調査客体

①アンケート調査

- ・介護療養病床を有する有床診療所（550 施設：悉皆）
- ・介護療養病床を有さない有床診療所（約 8,500 施設：悉皆）
- ・介護療養病床を有する病院（約 1400 施設：抽出）

②ヒアリング調査

- ・厚生局ブロック別に 9 施設

3. 主な調査項目

①アンケート調査

- ・事業所の属性（開設主体、病床数、患者数、職員体制、提供している医療機能等）
- ・介護サービスの提供状況、今後の介護サービスへの参入意向
- ・病床転換に対する意向
- ・入院患者・短期入所療養介護利用者の状況（入院目的、提供している医療等） 等

②ヒアリング調査

- ・施設所在地の地域特性と施設の位置づけ
- ・提供している介護サービス及び介護サービスの提供における課題、工夫等
- ・地域包括ケアシステムにおける有床診療所のあり方についての意見 等

4. 調査内容（調査票種類、調査内容等）

アンケート調査においては、調査票は施設票および患者票とで構成され、施設票では介護サービスの提供状況、参入意向、病床転換の意向等について調査する。患者票では入院・入所患者の特性について把握する。ヒアリング調査においては、介護サービス提供について、具体的な課題や工夫を把握するとともに、地域包括ケアシステムにおける有床診療所のあり方についての意見を収集する。

5. 調査方法（郵送調査等）

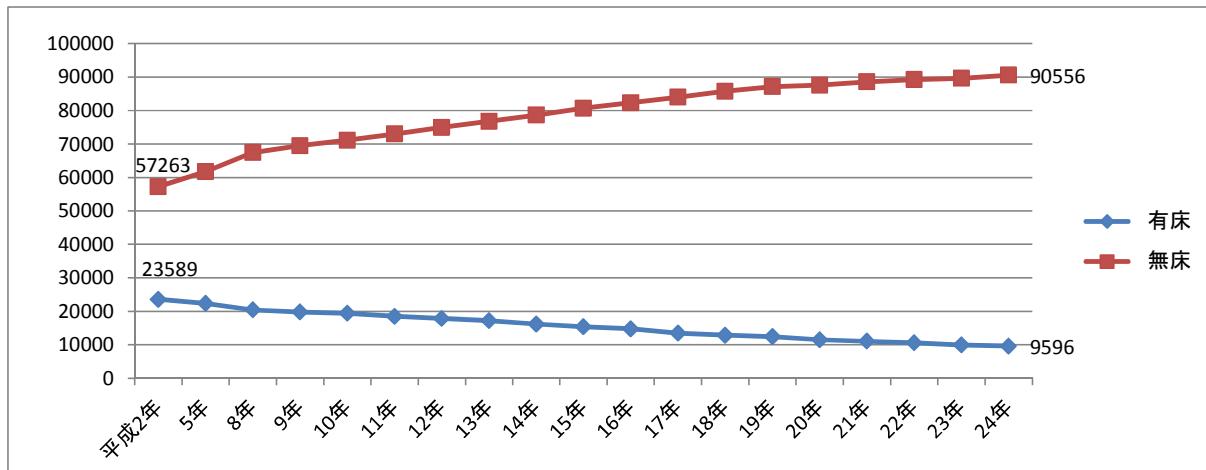
①～③の調査客体に対し、自記式調査票の郵送配布・回収を行う。また、厚生局ブロック別に、全国で 9 施設の有床診療所に対してヒアリング調査を行う

I. 背景と目的

1. 背景

有床診療所は、介護療養型医療施設、短期入所療養介護を始め、居宅サービス事業所の併設等、地域の介護保険サービスニーズを担う存在の一つである。しかし、無床化や閉鎖を選択する有床診療所が増加を続ける一方で、厚生労働省の「医療施設調査」によると、全国の有床診療所の数は平成19年度の12,399箇所から、平成24年度は9,596箇所と、5年間で約3,000箇所減少した。現在は、おおよそ中学校区にひとつの割合で存在していることとなる。

図表 有床診療所と無床診療所の推移



厚生労働省「医療施設調査」より三菱総合研究所作成

有床診療所は病床を有し、往診や訪問診療を始め、一時的な入院の受け入れなど、在宅療養を推進する中で地域医療の中心的な役割を果たせるポテンシャルを有していると考えられる。しかし、介護療養型医療施設や短期入所療養介護などの算定件数は低く、医療・介護を一体的に進めしていくために、有している資源をうまく活用できていない可能性がある。

2. 目的

本調査の目的は、これまで地域包括ケアを主として医療的側面から担ってきた有床診療所について、どの程度の介護サービスの参入可能性があるのか、その阻害要因は何か等を把握し、平成27年度の介護報酬改定に向けて、社会保障審議会介護給付費分科会等において、地域における有床診療所のあり方に関する検討を行うための基礎資料を得ることである。そのため、有床診療所および病院を対象とした調査を行い、介護保険サービスへの参入状況・提供の状況や、介護保険サービスへの参入意向等を把握し、今後の有床診療所の位置づけを検証して必要な施策検討に資することを念頭に実施した。

II. 研究事業の実施体制

1. 検討委員会の設置・運営

本研究の実施に際し、調査研究の企画、調査方法・様式の検討、調査結果の分析・まとめを行う場として、検討委員会を設置した。

＜検討委員会の構成＞ (敬称略)

	委員名	所属
委員長	今村 知明	奈良県立医科大学 教授
委 員	井出 博生	千葉大学医学部附属病院 客員准教授
委 員	鹿子生 健一	全国有床診療所連絡協議会 副会長
委 員	木村 丹	全国有床診療所連絡協議会 常任理事
委 員	田中 圭一	日本慢性期医療協会 理事
委 員	新田 國夫	全国在宅療養支援診療所連絡会 会長 国立市医師会 会長

＜オブザーバー＞

厚生労働省老健局老人保健課

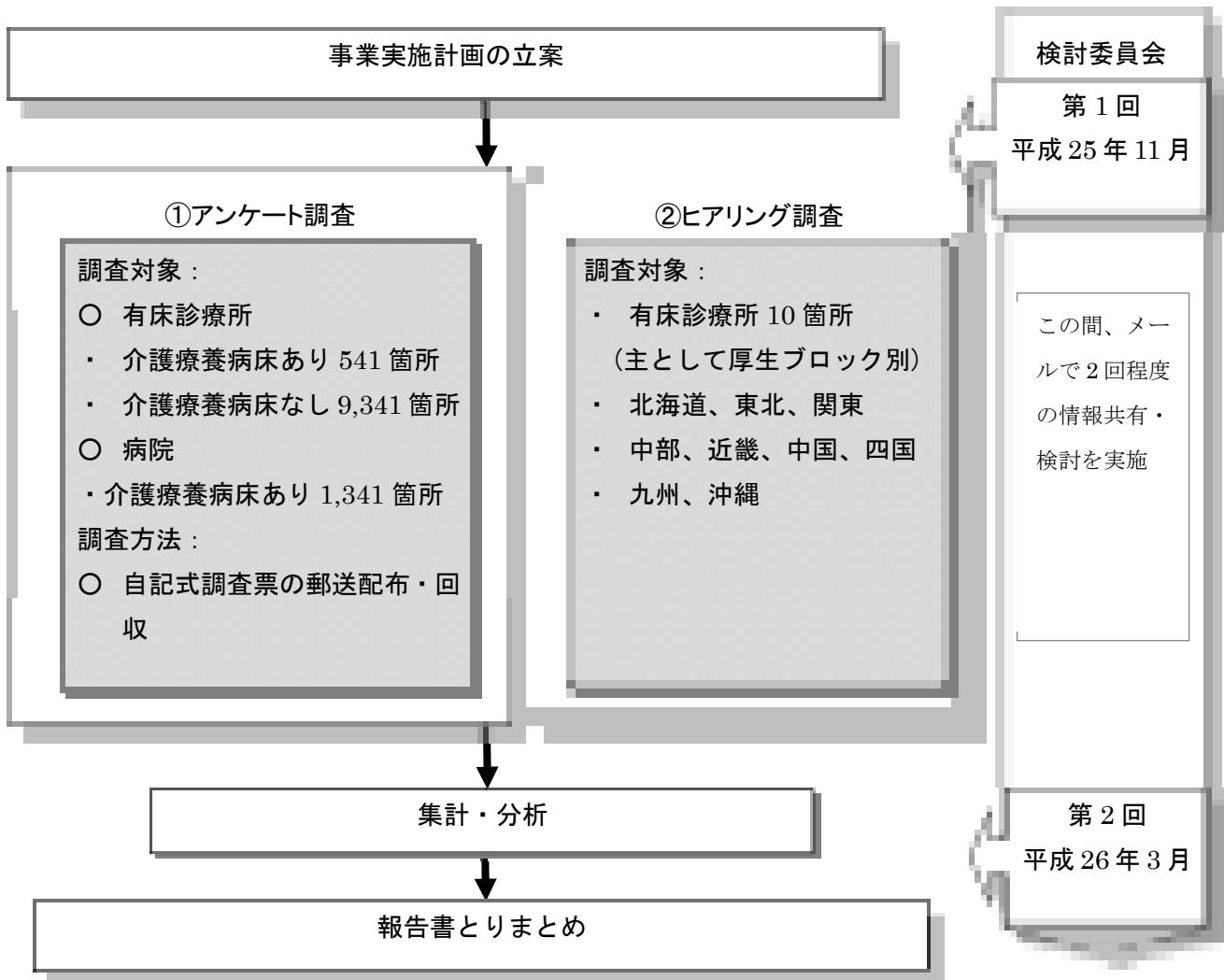
＜事務局＞

株式会社 三菱総合研究所 人間・生活研究本部

2. 検討委員会における検討内容

回	時期	議題
第1回	11月	○実施計画書（案）について ○調査票（案）について
第2回	3月	○アンケート調査結果について ○結果分析方針、結果について ○報告書の取りまとめについて

III. 調査研究の流れ



IV. 調査の実施

1. 有床診療所における医療・介護の提供実態に関する調査（アンケート調査）

（1）調査の概要

全国の有床診療所、および介護療養病床を有する病院を対象として、施設形態（有する病床種）別に調査票（施設票と患者票の2種）を送付し、調査を実施した。

（2）調査対象

全国の有床診療所、および介護療養病床を有する病院を対象とした。ただし有床診療所に関しては、介護療養病床を有する有床診療所と、有していない有床診療所で、調査票の種別が異なっている。

調査発送先名簿は、いずれも、厚生労働省から提供を受けた名簿と、各厚生局のウェブサイトで掲載されている医療機関リストを用いて作成した。

医療機関区分	対象数
有床診療所（介護療養病床あり）	541
有床診療所（介護療養病床なし）	9,341
病院（介護療養病床あり）	1,341
計	11,223

※平成25年12月時点

（3）調査方法

自記式調査票の郵送配布・郵送回収により実施した。

（4）調査期間

平成25年12月～平成26年1月

（5）調査内容

調査票の種類および、各種調査票の記入を依頼した職種は以下のとおりである。

調査票名	部数	記入者
施設票	1部	問1, 2：管理者（院長等） 問3～5：事務職員 ※複数の場合は、任意に選択
患者票	1部	看護職員 ※複数の場合は、任意に選択

調査内容は以下の各項目から構成されており、資料編に添付した各調査票を用いて調査を行った。

1) 施設票

【①有床診療所（介護療養病床あり）】

1. 診療所の属性

管理者の年齢、診療科、診療所全体の機能、診療所の今後の方針、今後の看取りの方針

2. 介護療養病床での介護保険サービス提供の状況等

要介護認定等への関わり、短期入所療養介護の提供、短期入所療養介護提供に関する今後の意向、複合型サービスについて、病床転換の予定、介護サービス事業参入への課題

3. 診療所の基本情報

診療所名、所在地、回答担当者名、経営主体、医業収益、介護収益、前年との収益比較、介護療養病床届出年月

4. 診療所の設備、患者数

平均外来数、病床数、職員数、入院レセプトの件数

5. 提供している医療機能等

在宅療養支援診療所の届出について、医療サービス実績、診療内容、併設の介護保険サービス

ス

【②有床診療所（介護療養病床なし）】

1. 診療所の属性

管理者の年齢、診療科、診療所全体の機能、診療所の今後の方針、今後の看取りの方針

2. 介護療養病床での介護保険サービス提供の状況等

要介護認定等への関わり、短期入所療養介護の提供について、複合型サービスについて、病床転換の予定、介護サービス事業参入への課題

3. 診療所の基本情報

診療所名、所在地、回答担当者名、経営主体、医業収益、介護収益、前年との収益比較

4. 診療所の設備、患者数

平均外来数、病床数、職員数、入院レセプトの件数

5. 提供している医療機能等

在宅療養支援診療所の届出について、医療サービス実績、診療内容、併設の介護保険サービス

ス

【③病院（介護療養病床あり）】

1. 病院の属性

管理者の年齢、診療科、介護療養病床を有する病院としての機能、診療所の今後の方針、今後の看取りの方針

2. 介護療養病床での介護保険サービス提供の状況等

短期入所療養介護の提供について、短期入所療養介護提供に関する今後の意向、複合型サー

ビスについて、病床転換の予定、介護サービス事業参入への課題

3. 病院の基本情報

病院名、所在地、回答担当者名、経営主体、医業収益、介護収益、前年との収益比較、介護療養病床届出年月

4. 診療所の設備、患者数

平均外来数、病床数、職員数、入院レセプトの件数

5. 提供している医療機能等

在宅療養支援診療所の届出について、医療サービス実績、診療内容、併設の介護保険サービス

2) 患者票

【A.診療所（全入院患者が対象）】

- ・年代 　・入院日から調査日までの期間 　・要介護度
- ・入院および入所の形態 　・認知症高齢者の日常生活自立度
- ・障害高齢者の日常生活自立度 　・保有疾患 　・医療区分
- ・提供している医療 　・入院および入所の理由
- ・入院および入所直前の居場所 　・退院先（予定含む）

【B.病院（療養病床への入院患者が対象）】

- ・年代 　・入院日から調査日までの期間 　・要介護度
- ・入院および入所の形態 　・認知症高齢者の日常生活自立度
- ・障害高齢者の日常生活自立度 　・保有疾患 　・医療区分
- ・提供している医療 　・入院および入所の理由
- ・入院および入所直前の居場所 　・退院先（予定含む）

2. ヒアリング調査

(1) 調査の概要

有床診療所の管理者を対象に、介護サービス導入状況や導入に際しての課題、施設内の体制整備の面における具体的な取り組み内容や工夫点、課題等についてヒアリング調査を実施した。

(2) 調査対象

調査対象診療所は以下のとおり。各厚生局のブロックから原則として1診療所を選出した。選出にあたり、全国有床診療所連絡協議会にご協力を頂いた。対象職種は、管理者（院長等）および介護保険サービス提供に関わる職員（事務長、各種介護職員等）とした。

図表1 ヒアリング対象診療所

No	医療機関名	地域*	市区町村の 人口規模	実施日
1	A診療所	北海道市街部	13万人	2013/12/25
2	B診療所	岩手県地方部	30万人	2014/1/14
3	C診療所	千葉県地方部	4万人	2014/1/28
4	D診療所	岐阜県都市部	15万人	2014/1/31
5	E診療所	兵庫県地方部	4万人	2013/12/20
6	F診療所	岡山県地方部	7万人	2014/1/10
7	G診療所	岡山県都市部	48万人	2014/1/9
8	H診療所	徳島県地方部	4万人	2014/1/23
9	I診療所	福岡県都市部	22万人	2014/2/14
10	J診療所	沖縄県都市部	11万人	2014/1/29

*平成22年国勢調査にて、当該市町村の人口密度（人/km²）が1,000人/km²以上の場合を「都市部」、500~999人/km²の場合を「市街部」、500人/km²未満の場合を「地方部」とした。

(3) 調査方法

訪問によるヒアリング調査を実施した。

(4) 調査期間

平成25年12月～平成26年2月

(5) 調査内容

調査内容は次ページのとおりである。

1. 診療所の属性について

- ・診療所の地域特性、診療所の位置づけ、提供している医療機能
- ・入院・入所患者の状況
- ・具体的に現在導入している介護保険サービスと内容、実施体制

2. 介護保険サービスの提供について

- ・介護保険サービスを導入するに至った経緯と、その際の課題
- ・実際に介護保険サービスを提供するうえでの課題
- ・病床転換に関する意向、課題

3. 今後の地域における有床診療所のあり方について

- ・医療・介護連携についての意見、要望
- ・地域の中での有床診療所のあり方、今後果たすべき役割

V. 調査結果

1. 有床診療所における医療・介護の提供実態に関する調査（アンケート調査）

（1）回収の状況

調査票の回収状況は以下のとおりであった。

図表 2 回収の状況（施設票ベース）

医療機関区分	対象数	回収数	回収率	有効回収数	有効回収率
有床診療所（介護療養病床あり）	541	235	43.4%	220	40.7%
有床診療所（介護療養病床なし）	9341	3639	39.0%	3218	34.5%
病院（介護療養病床あり）	1341	502	37.4%	462	34.5%
計	11223	4376	39.0%	4376	34.8%

※有効回収数以外の調査票は、白票または無床化した旨のコメント等の記載がある票などである。

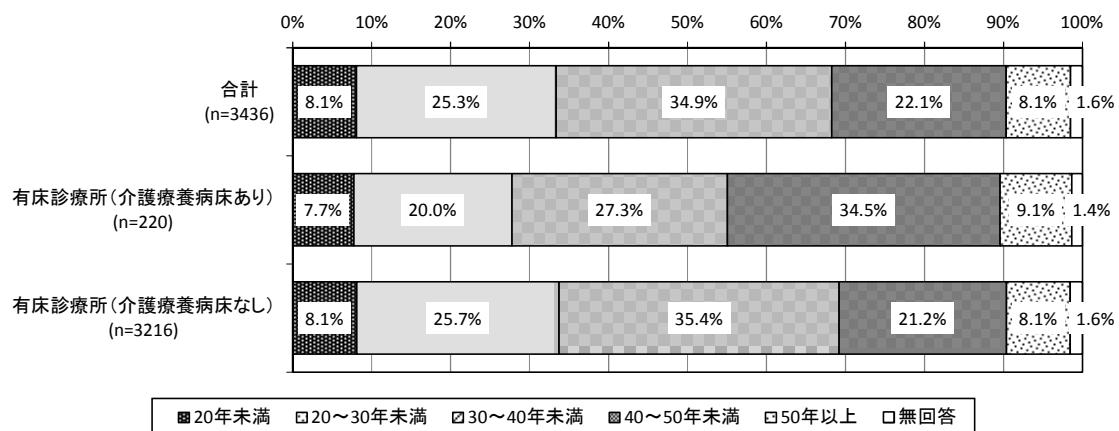
(2) 施設票

①医師の属性（診療所のみ）

- 医師の通算経験年数は、有床診療所（介護療養病床あり）では 35.88 年、有床診療所（介護療養病床なし）では 33.77 年であった。経験年数が 20 年未満の医師は 1 割弱であり、30 年～50 年未満に属する医師が多くなっている。
- 医師（管理者）の年齢については、それぞれ平均 62.90 歳、60.26 歳となっている。

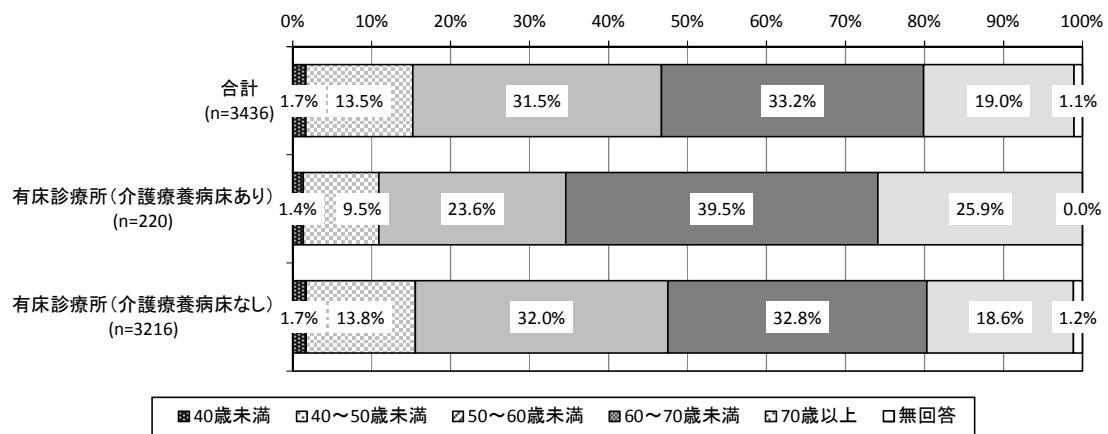
図表 3 医師としての通算経験年数（施設：①②）

	施設数	20 年未満	20 年満	30 年未満	30 年満	40 年未満	40 年満	50 年以上	無回答	（単位均年値）	（標準偏差：年差）
合計	3,436	277	869	1,199	758	279	54	8.1%	33.90	10.56	
有床診療所（介護療養病床あり）	220	17	44	60	76	20	3	7.7%	35.88	10.85	
有床診療所（介護療養病床なし）	3,216	260	825	1,139	682	259	51	8.1%	33.77	10.53	



図表 4 医師の年齢（施設：①②）

	施 設 數	4 0 歳 未 滿	4 満 0 歳 未 滿	5 満 0 歳 未 滿	6 満 0 歳 未 滿	7 0 歳 以 上	無 回 答	(平 均 単 位 年 齢 値)	(標 準 位 偏 差 年 齢)
合 計	3,436	58	465	1,081	1,141	654	37	60.43	10.64
有床診療所(介護療養病床あり)	220	3	21	52	87	57	-	62.90	10.34
有床診療所(介護療養病床なし)	3,216	55	444	1,029	1,054	597	37	60.26	10.64



②標榜診療科

- 調査対象の医療機関が標榜している診療科は以下のとおりであった。

図表 5 標榜診療科（施設：①②③）

	施設数	内科	呼吸器内科	循環器内科	消化器内科	腎臓内科	神経内科	糖尿病（尿代謝内科科）	血液内科	アレルギー科	リウマチ科	感染症内科	精神科	心療内科
合計	3,898 100.0%	1,834 47.0%	346 8.9%	568 14.6%	743 19.1%	128 3.3%	172 4.4%	131 3.4%	17 0.4%	87 2.2%	257 6.6%	14 0.4%	118 3.0%	78 2.0%
有床診療所 (介護療養病床あり)	220 100.0%	177 80.5%	37 16.8%	55 25.0%	81 36.8%	4 1.8%	10 4.5%	14 6.4%	1 0.5%	13 5.9%	17 7.7%	2 0.9%	8 3.6%	9 4.1%
有床診療所 (介護療養病床なし)	3,216 100.0%	1,206 37.5%	188 5.8%	328 10.2%	481 15.0%	108 3.4%	68 2.1%	86 2.7%	8 0.2%	62 1.9%	199 6.2%	10 0.3%	44 1.4%	36 1.1%
病院 (介護療養病床あり)	462 100.0%	451 97.6%	121 26.2%	185 40.0%	181 39.2%	16 3.5%	94 20.3%	31 6.7%	8 1.7%	12 2.6%	41 8.9%	2 0.4%	66 14.3%	33 7.1%
	外科	呼吸器外科	心臓血管外科	乳腺外科	気管食道外科	消化器外科	泌尿器科	肛門外科	脳神経外科	整形外科	リショーピンリ科	放射線科	麻酔科	救急科
合計	817 21.0%	25 0.6%	26 0.7%	50 1.3%	12 0.3%	234 6.0%	284 7.3%	275 7.1%	163 4.2%	801 20.5%	910 23.3%	266 6.8%	187 4.8%	14 0.4%
有床診療所 (介護療養病床あり)	76 34.5%	2 0.9%	2 0.9%	1 0.5%	1 0.5%	26 11.8%	9 4.1%	14 6.4%	10 4.5%	48 21.8%	80 36.4%	27 12.3%	6 2.7%	- -
有床診療所 (介護療養病床なし)	539 16.8%	12 0.4%	18 0.6%	34 1.1%	11 0.3%	166 5.2%	191 5.9%	224 7.0%	83 2.6%	538 16.7%	503 15.6%	119 3.7%	138 4.3%	12 0.4%
病院 (介護療養病床あり)	202 43.7%	11 2.4%	6 1.3%	15 3.2%	- -	42 9.1%	84 18.2%	37 8.0%	70 15.2%	215 46.5%	327 70.8%	120 26.0%	43 9.3%	2 0.4%
	皮膚科	小児科	形成外科	美容外科	眼科	耳鼻咽喉科	小児外科	産婦人科	産科	婦人科	病理診断科	臨床検査科	その他	無回答
合計	320 8.2%	468 12.0%	49 1.3%	16 0.4%	416 10.7%	126 3.2%	20 0.5%	780 20.0%	74 1.9%	171 4.4%	1 0.0%	8 0.2%	75 1.9%	412 10.6%
有床診療所 (介護療養病床あり)	20 9.1%	53 24.1%	1 0.5%	- -	4 1.8%	3 1.4%	3 1.4%	2 0.9%	2 0.9%	- -	- -	4 1.8%	12 5.5%	- -
有床診療所 (介護療養病床なし)	187 5.8%	342 10.6%	28 0.9%	16 0.5%	341 10.6%	81 2.5%	15 0.5%	758 23.6%	73 2.3%	141 4.4%	- -	- -	39 1.2%	400 12.4%
病院 (介護療養病床あり)	113 24.5%	73 15.8%	20 4.3%	- -	71 15.4%	42 9.1%	2 0.4%	20 4.3%	1 0.2%	28 6.1%	1 0.2%	8 1.7%	32 6.9%	- -

- このうち、本調査においては医療と介護の提供実態を把握するため、図表5において皮膚科以降に掲げる診療科を単科標榜している診療所については、分析から除外することとした。皮膚科～臨床検査科に単科標榜がない診療所について、主たる診療科の状況をみると、以下のとおりであった。

図表 6 主たる診療科（施設：①②）

	施設数	内科	呼吸器内科	循環器内科	消化器内科	腎臓内科	神経内科	糖謝尿病内科～代	血液内科	アレルギー科	リウマチ科	感染症内科	精神科	心療内科
合計	1,818 100.0%	682 37.5%	21 1.2%	60 3.3%	84 4.6%	34 1.9%	5 0.3%	6 0.3%	-	-	5 0.3%	-	10 0.6%	4 0.2%
有床診療所(介護療養病床あり)	214 100.0%	120 56.1%	3 1.4%	8 3.7%	7 3.3%	-	-	1 0.5%	-	-	-	-	2 0.9%	-
有床診療所(介護療養病床なし)	1,604 100.0%	562 35.0%	18 1.1%	52 3.2%	77 4.8%	34 2.1%	5 0.3%	5 0.3%	-	-	5 0.3%	-	8 0.5%	4 0.2%
外科	呼 吸 器 外 科	心 臟 血 管 外 科	乳 腺 外 科	氣 管 食 道 外 科	消 腸 化 外 科 ～胃	泌 尿 器 科	肛 門 外 科	腦 神 經 外 科	整 形 外 科	リ ヨ ン ハ ン ビ リ テ ー シ	放 射 線 科	麻 醉 科	救 急 科	
合計	196 10.8%	3 0.2%	2 0.1%	6 0.3%	-	40 2.2%	98 5.4%	-	62 3.4%	312 17.2%	6 0.3%	-	6 0.3%	1 0.1%
有床診療所(介護療養病床あり)	30 14.0%	-	-	-	-	5 2.3%	1 0.5%	-	6 2.8%	19 8.9%	-	-	-	-
有床診療所(介護療養病床なし)	166 10.3%	3 0.2%	2 0.1%	6 0.4%	-	35 2.2%	97 6.0%	-	56 3.5%	293 18.3%	6 0.4%	-	6 0.4%	1 0.1%
皮膚科	小 兒 科	形 成 外 科	美 容 外 科	眼 科	耳 鼻 咽 喉 科	小 兒 外 科	產 婦 人 科	產 科	婦 人 科	病 理 診 斷 科	臨 床 檢 查 科	そ の 他	無 回 答	
合計	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10 0.6%	165 9.1%
有床診療所(介護療養病床あり)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12 5.6%
有床診療所(介護療養病床なし)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10 0.6%
														153 9.5%

- なお調査の趣旨を鑑み、上記の診療所からさらに「肛門外科」「小児科」「産婦人科」「産科」「婦人科」を主たる診療項目と回答とした診療所を除外し、最終的な分析対象医療機関の数は以下のとおりとなった。
- その他の診療所および病院の属性については、図表 49～58 に示す。

- 施設① 有床診療所（介護療養病床あり）：214 施設
 - 施設② 有床診療所（介護療養病床なし）：1604 施設
 - 施設③ 病院（介護療養病床あり）：462 施設

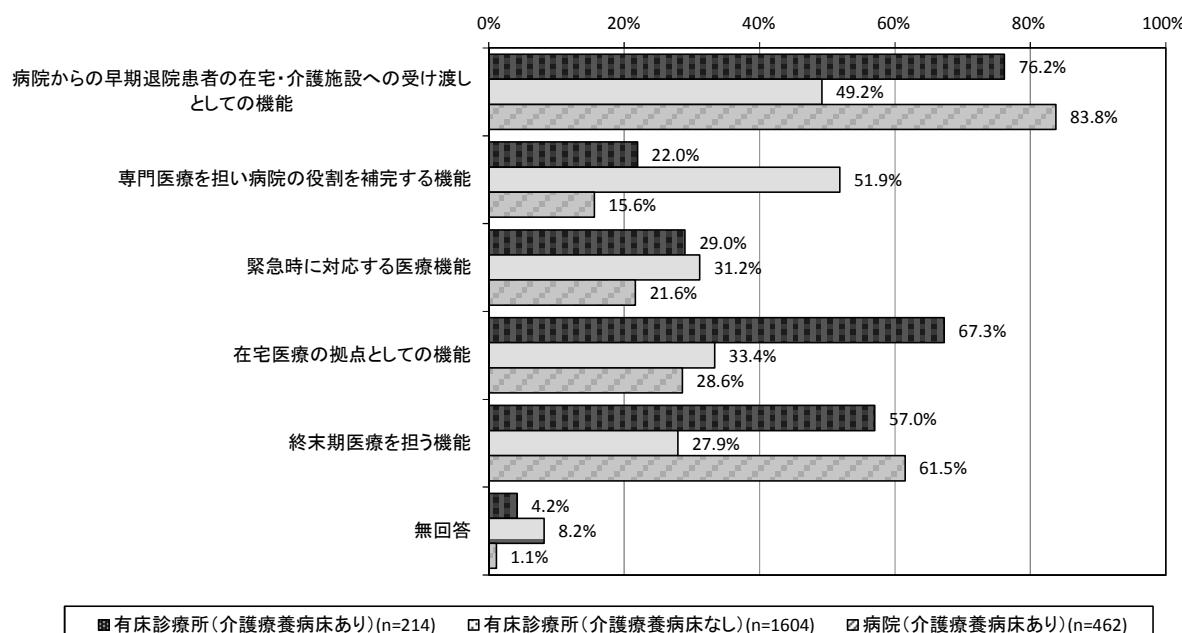
- なお、有床診療所（介護療養病床あり）および病院（介護療養病床あり）の開設主体の分布について、平成 24 年度介護サービス施設・事業所調査（介護療養型医療施設）と比較したところ、有意な差は見られなかった。

③診療所／病院の機能

- ・ 診療所全体の機能についてみると、有床診療所（介護療養病床あり）においては、「病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能」が最も多く 76.2%、次いで「在宅医療の拠点としての機能」が 67.3%、「終末期医療を担う機能」が 57.0%となっている。
- ・ 一方、有床診療所（介護療養病床なし）については「専門医療を担い病院の役割を補完する機能」が 51.9%と最も高くなっています、「在宅医療の拠点としての機能」「終末期医療を担う機能」は介護療養病床ありの有床診療所と比較すると低い割合となっていました。

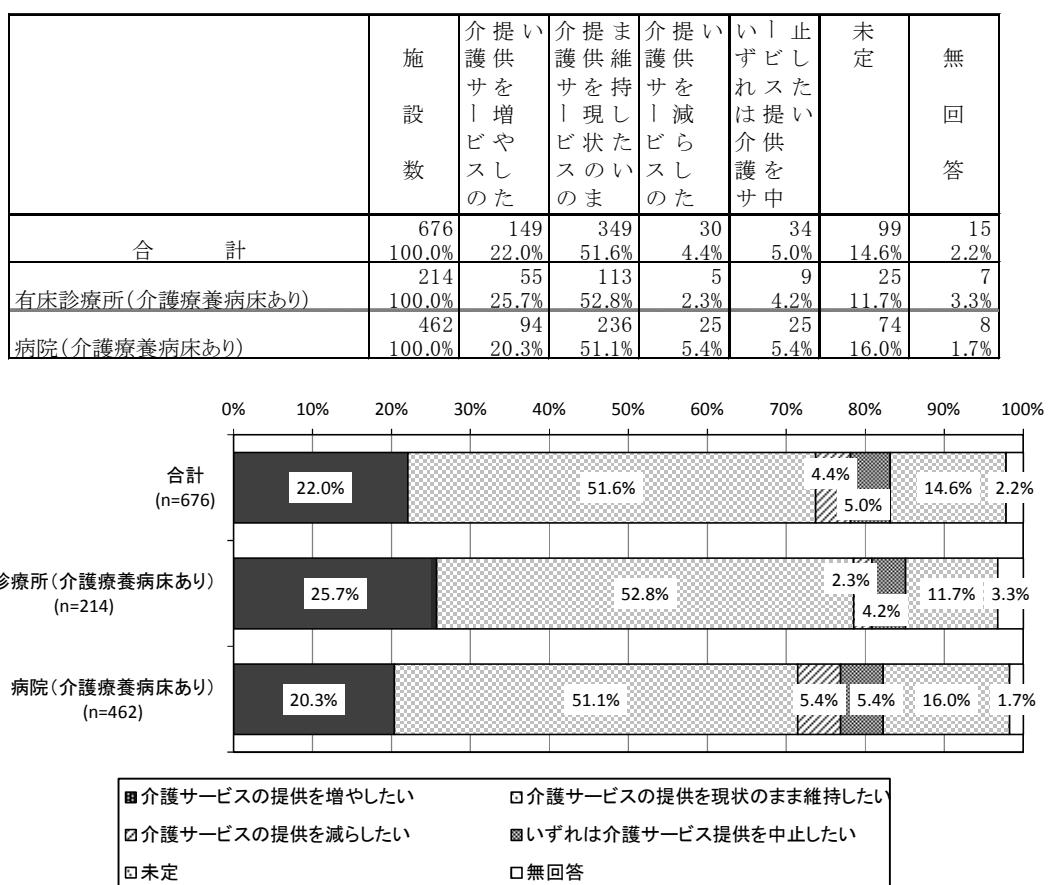
図表 7 貴診療所・病院全体の機能（施設：①②③）

	施設数	病のけ院在渡か宅しら・との介し早護て期施の退設機院へ能患の者受	専割門を医補療完をする担るい機病能院の役	緊能急時に対応する医療機	在機宅能医療の拠点としての	終末期医療を担う機能	無回答
合計	2,280 100.0%	1,339 58.7%	951 41.7%	662 29.0%	811 35.6%	854 37.5%	145 6.4%
有床診療所（介護療養病床あり）	214 100.0%	163 76.2%	47 22.0%	62 29.0%	144 67.3%	122 57.0%	9 4.2%
有床診療所（介護療養病床なし）	1,604 100.0%	789 49.2%	832 51.9%	500 31.2%	535 33.4%	448 27.9%	131 8.2%
病院（介護療養病床あり）	462 100.0%	387 83.8%	72 15.6%	100 21.6%	132 28.6%	284 61.5%	5 1.1%



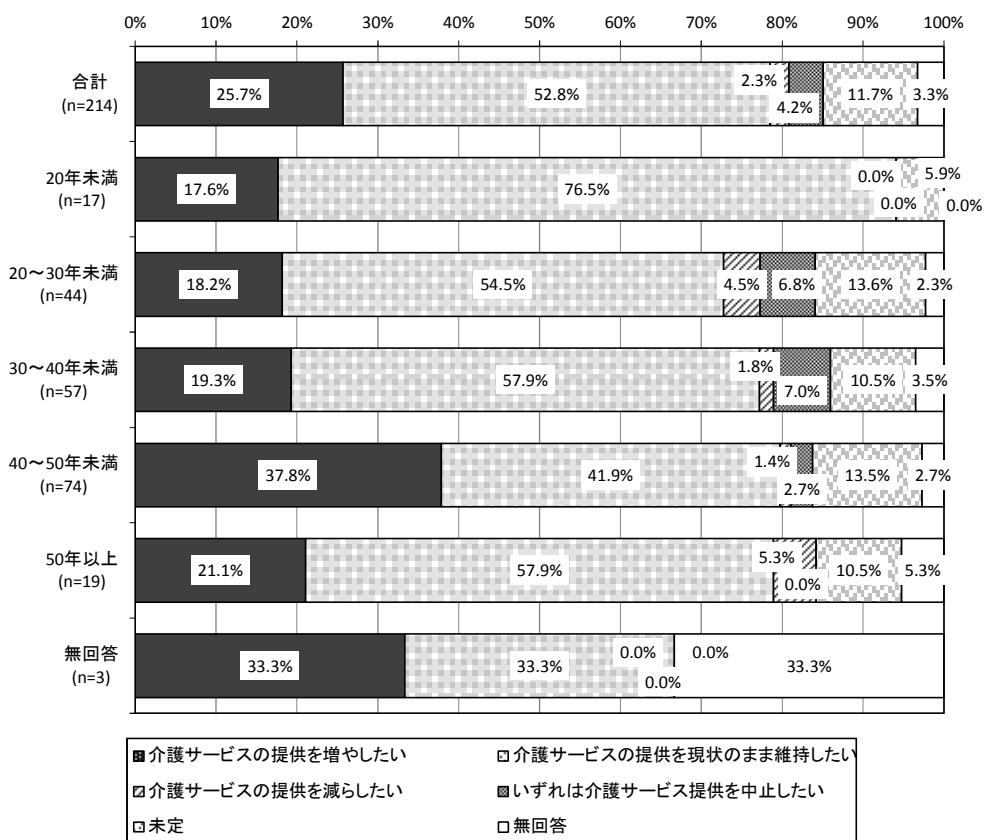
- 介護サービスに対する意向については、有床診療所（介護療養病床あり）は病院（介護療養病床あり）と比較して、「介護サービスの提供を増やしたい」の割合が高く、それぞれ 25.7%、20.3%となっている。「介護サービスの提供を現状のまま維持したい」はほぼ同様の割合であり（それぞれ 52.8%、51.1%）、「介護サービスの提供を減らしたい」「いずれは介護サービス提供を中止したい」についてはいずれも低い割合にとどまっており、特に有床診療所（介護療養病床あり）では、「介護サービスの提供を増やしたい」が、「減らしたい」や「中止したい」よりも 20%近く多い。
- 病床数については、「病床数を維持したい」が最も多く、ほぼ同様の割合（それぞれ 65.0%、65.8%）であり、病院においては「減床したい」との回答もみられている。
- また、有床診療所（介護療養病床なし）においては、「介護サービスを診療所内で提供したい（すでに提供している場合も含む）」が 16.7%である一方、「介護サービスに参入する予定はない」との回答が 22.2%となっている。

図表 8 今後の貴診療所の方針：介護サービスについて（施設：①③）



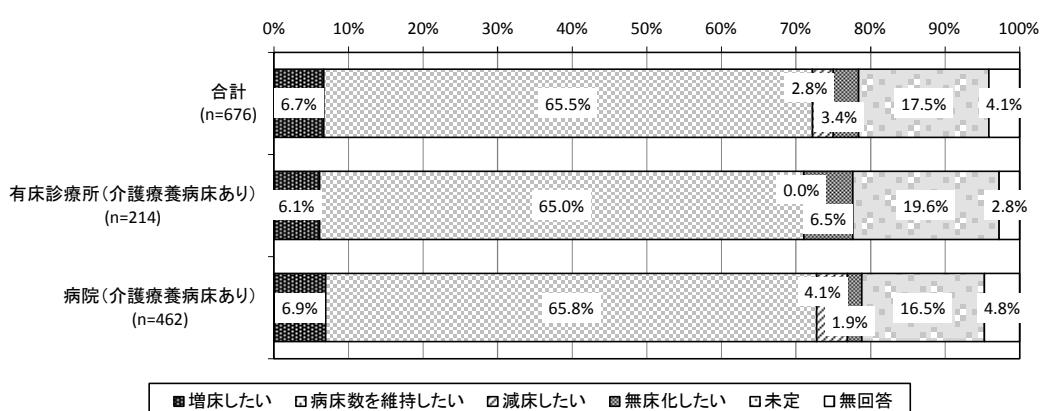
図表 9 今後の貴診療所の方針：介護サービスについて（経験年数別 施設：①）

	施設数	介護提供を増やすやしたい	介護提供維持現しのままのた	介護提供を減らしたい	介護提供を中止されたい	未定	無回答
合計	214 100.0%	55 25.7%	113 52.8%	5 2.3%	9 4.2%	25 11.7%	7 3.3%
20年未満	17 100.0%	3 17.6%	13 76.5%	-	-	1 5.9%	-
20～30年未満	44 100.0%	8 18.2%	24 54.5%	2 4.5%	3 6.8%	6 13.6%	1 2.3%
30～40年未満	57 100.0%	11 19.3%	33 57.9%	1 1.8%	4 7.0%	6 10.5%	2 3.5%
40～50年未満	74 100.0%	28 37.8%	31 41.9%	1 1.4%	2 2.7%	10 13.5%	2 2.7%
50年以上	19 100.0%	4 21.1%	11 57.9%	1 5.3%	-	2 10.5%	1 5.3%
無回答	3 100.0%	1 33.3%	1 33.3%	-	-	-	33.3%



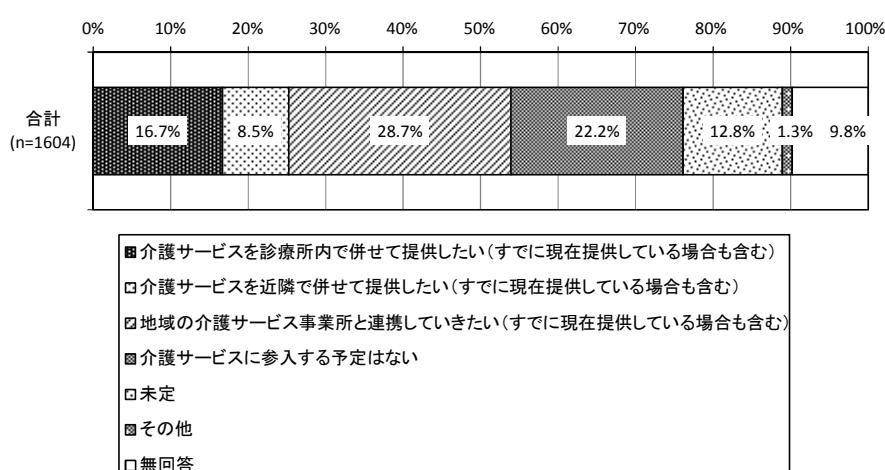
図表 10 今後の貴診療所の方針：有床診療所について（施設：①③）

	施設数	増床したい	病床数を維持したい	減床したい	無床化したい	未定	無回答
合計	676 100.0%	45 6.7%	443 65.5%	19 2.8%	23 3.4%	118 17.5%	28 4.1%
有床診療所(介護療養病床あり)	214 100.0%	13 6.1%	139 65.0%	-	14 6.5%	42 19.6%	6 2.8%
病院(介護療養病床あり)	462 100.0%	32 6.9%	304 65.8%	19 4.1%	9 1.9%	76 16.5%	22 4.8%



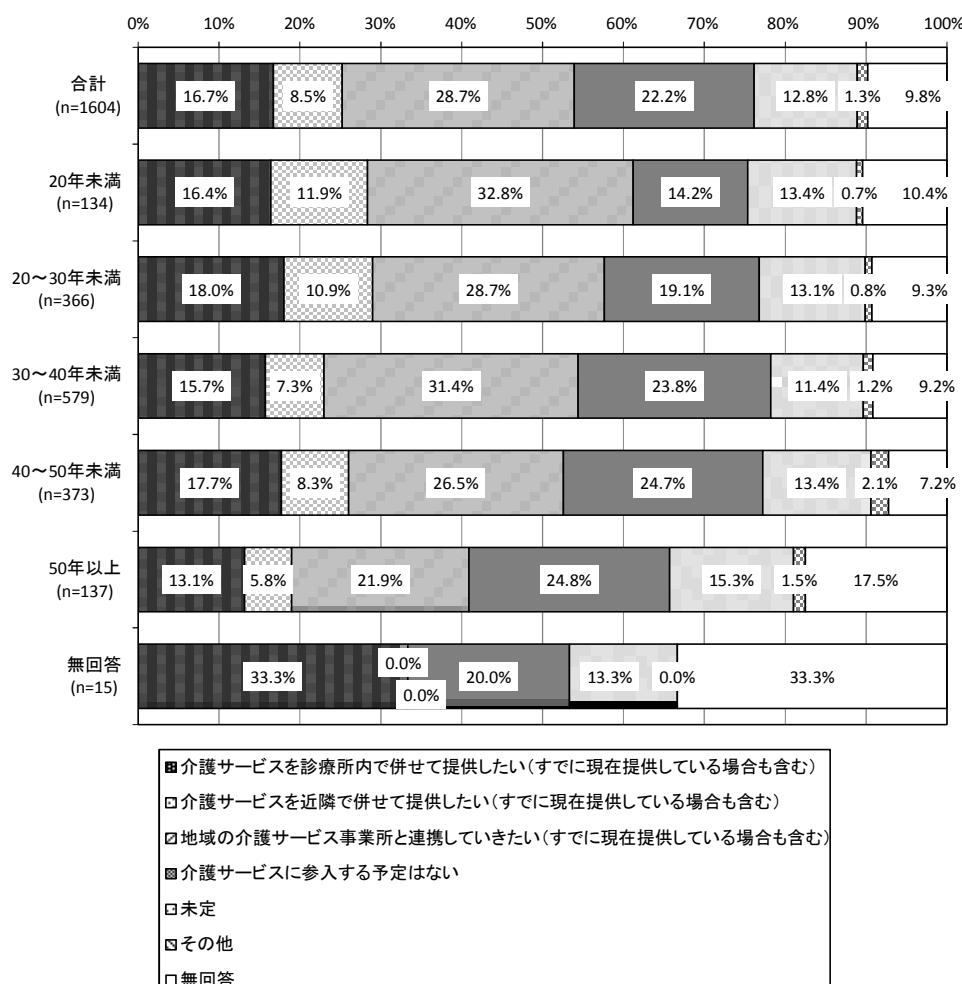
図表 11 今後の貴診療所の方針（施設：②）

	施設数	介護サービス提供体制	地域連携	介護事業	未定	その他	無回答
有床診療所(介護療養病床なし)	1,604 100.0%	268 16.7%	137 8.5%	460 28.7%	356 22.2%	205 12.8%	21 1.3%



図表 12 今後の貴診療所の方針（経験年数別 施設：②）

	施設数	介護サービス提供を希望する場合に、介護サービスを併せて提供したい（すでに現在提供している場合も含む）	介護サービス提供を希望する場合に、介護サービスを併せて提供したい（すでに現在提供している場合も含む）	地域連携提携の事業所と連携していくことを希望する場合に、介護サービスを併せて提供したい（すでに現在提供している場合も含む）	介護サービスに参入する予定はない	未定	その他	無回答
合計	1,604 100.0%	268 16.7%	137 8.5%	460 28.7%	356 22.2%	205 12.8%	21 1.3%	157 9.8%
20年未満	134 100.0%	22 16.4%	16 11.9%	44 32.8%	19 14.2%	18 13.4%	1 0.7%	14 10.4%
20～30年未満	366 100.0%	66 18.0%	40 10.9%	105 28.7%	70 19.1%	48 13.1%	3 0.8%	34 9.3%
30～40年未満	579 100.0%	91 15.7%	42 7.3%	182 31.4%	138 23.8%	66 11.4%	7 1.2%	53 9.2%
40～50年未満	373 100.0%	66 17.7%	31 8.3%	26.5% 26.5%	99 24.7%	50 13.4%	8 2.1%	27 7.2%
50年以上	137 100.0%	18 13.1%	8 5.8%	30 21.9%	34 24.8%	21 15.3%	2 1.5%	24 17.5%
無回答	15 100.0%	5 33.3%	-	-	3 20.0%	2 13.3%	-	5 33.3%



- ・ 有床診療所（介護療養病床なし）が「介護サービスに参入する予定はない」を選ぶ理由について、「(専門) 医療への特化」、「人員に余裕がない」、「標榜診療科の対象外」等が挙げられた。

一部抜粋

<標榜診療科の対象外>

- ・ 産婦人科診療が主体のため、内科を標榜するが介護への関わりがない。
- ・ 血液透析患者で緊急に入院を必要とする場合のみのベッドである。
- ・ 小児科主体の診療所で、現在入院はやっていない。在宅医療もする予定はない。
- ・ 当診療所は、睡眠時無呼吸症候群の診断を目的とした検査施設であり、有床診療所扱いだが治療目的のための入院はない。

< (専門) 医療への特化>

- ・ 専門医療及び緊急時医療を中心にする。
- ・ よりよい医療の提供に専心したい。
- ・ 専門医療、救急医療が主で介護サービスの提供まで出来ない。
- ・ 本来当院が担っている役割を果たせなくなる可能性があるため。
- ・ 外来・入院医療を軸に医療を行うため。

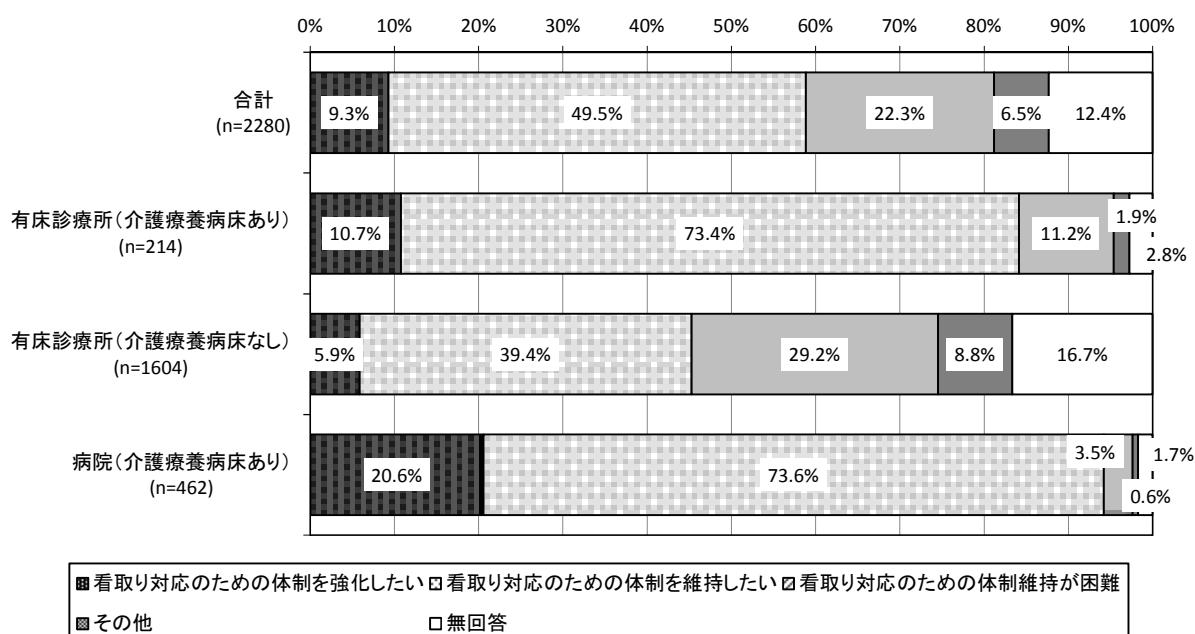
<人員に余裕がない>

- ・ この制度がはじまてすぐ、在宅及び終末期医療を行っていたが、終末期は 24 時間 365 日の診療を契約しているため、四六時中往診依頼があり、1 人での対応は困難であった。
- ・ 医師、職員とも今の診療で手いっぱい他の仕事まで手が廻らないため。
- ・ 業務が繁雑になり対応する自信がない。

- 今後の看取りの方針についてみると、病床での看取りにおいては、「看取り対応のための体制を維持したい」が有床診療所（介護療養病床あり）と病院（介護療養病床あり）においてそれぞれ73.4%、73.6%となっている。一方、有床診療所（介護療養病床なし）においては39.4%であり、「看取り対応のための体制維持が困難」という回答も約3割見られている。
- 一方、在宅での看取りについては、有床診療所（介護療養病床あり）において49.1%の施設が「看取り対応体制を維持したい」と回答していた。有床診療所（介護療養病床なし）、病院（介護療養病床あり）においては「看取り対応のための体制維持が困難」が最も多く、それぞれ39.0%、34.0%であった。

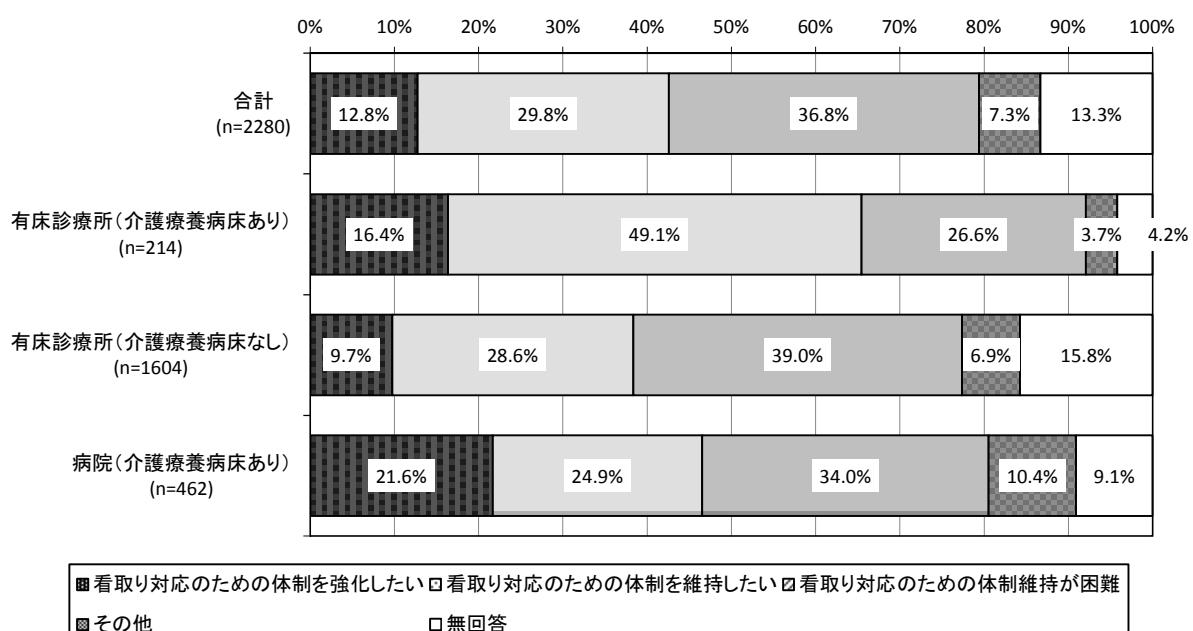
図表 13 今後の看取りの方針：病床での看取り（施設：①②③）

	施設数	看めし 取り体い 対制 応を の強 化	看めし 取り体い 対制 応を の維 持た	看め困 り体 対制 応の持 たが	その 他	無 回 答
合計	2,280	212 9.3%	1,129 49.5%	509 22.3%	148 6.5%	282 12.4%
有床診療所（介護療養病床あり）	214 100.0%	23 10.7%	157 73.4%	24 11.2%	4 1.9%	6 2.8%
有床診療所（介護療養病床なし）	1,604 100.0%	94 5.9%	632 39.4%	469 29.2%	141 8.8%	268 16.7%
病院（介護療養病床あり）	462 100.0%	95 20.6%	340 73.6%	16 3.5%	3 0.6%	8 1.7%



図表 14 今後の看取りの方針：在宅での看取り（施設：①②③）

	施 設 数	看めし 取のた り体い 対制 応を の強 化	看めし 取のた り体い 対制 応を の維 持	看め困 取の難 り体 対制 応を の持 たが	そ の 他	無 回 答
合 計	2,280	291	679	840	166	304
	100.0%	12.8%	29.8%	36.8%	7.3%	13.3%
有床診療所(介護療養病床あり)	214	35	105	57	8	9
	100.0%	16.4%	49.1%	26.6%	3.7%	4.2%
有床診療所(介護療養病床なし)	1,604	156	459	626	110	253
	100.0%	9.7%	28.6%	39.0%	6.9%	15.8%
病院(介護療養病床あり)	462	100	115	157	48	42
	100.0%	21.6%	24.9%	34.0%	10.4%	9.1%

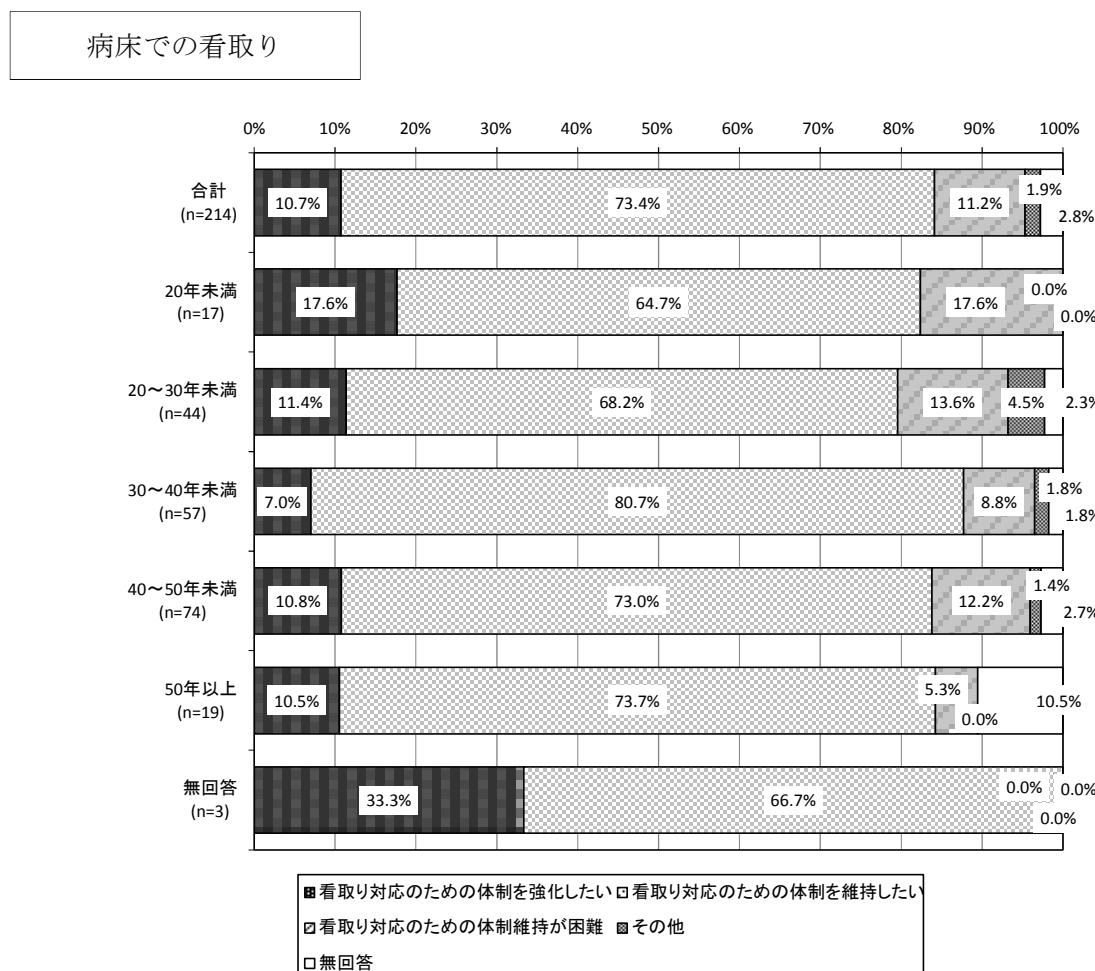


■ 看取り対応のための体制を強化したい □ 看取り対応のための体制を維持したい ▨ 看取り対応のための体制維持が困難
 ▨ その他 □ 無回答

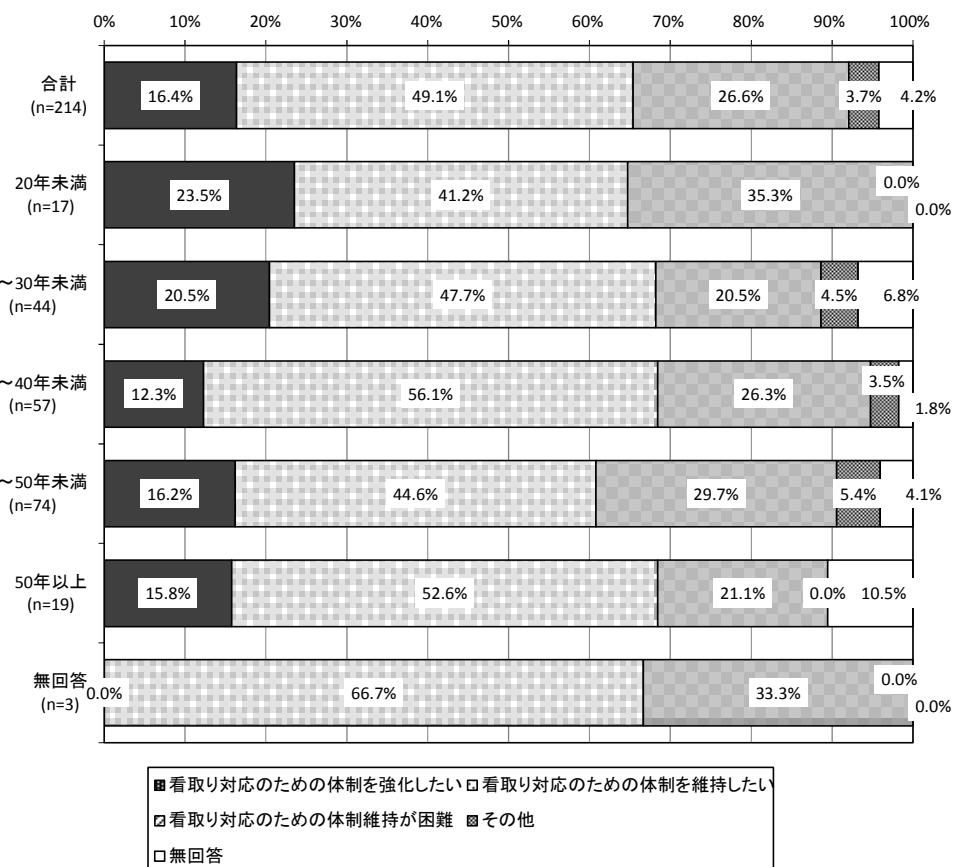
- 看取りへの方針を医師としての経験年数区別にみると、有床診療所（介護療養病床なし）において特に、経験年数 20 年未満の医師が、在宅の看取りについて「看取り対応のための体制を強化したい」（22.4%）と回答しており、他の年代区別よりも高くなっている。

図表 15 今後の看取りの方針（経験年数別 施設：①有床診療所（介護療養病床あり）

施設数	病床での看取り					在宅での看取り					
	看めし 取りたい 対制 応をの 強化 た化	看めし 取りたい 対制 応をの 維持	看め困 り体 対制 応維 の持 たが	その 他	無 回答	看めし 取りたい 対制 応をの 強化 た化	看めし 取りたい 対制 応をの 維持	看め困 り体 対制 応維 の持 たが	その 他	無 回答	
合計	214 100.0%	23 10.7%	157 73.4%	24 11.2%	4 1.9%	6 2.8%	35 16.4%	105 49.1%	57 26.6%	8 3.7%	9 4.2%
20年未満	17 100.0%	3 17.6%	11 64.7%	3 17.6%	-	-	4 23.5%	7 41.2%	6 35.3%	-	-
20～30年未満	44 100.0%	5 11.4%	30 68.2%	6 13.6%	2 4.5%	1 2.3%	1 20.5%	9 47.7%	21 20.5%	2 4.5%	3 6.8%
30～40年未満	57 100.0%	4 7.0%	46 80.7%	5 8.8%	1 1.8%	1 1.8%	1 12.3%	7 56.1%	32 26.3%	2 3.5%	1 1.8%
40～50年未満	74 100.0%	8 10.8%	54 73.0%	9 12.2%	1 1.4%	2 2.7%	12 16.2%	33 44.6%	22 29.7%	4 5.4%	3 4.1%
50年以上	19 100.0%	2 10.5%	14 73.7%	1 5.3%	-	2 10.5%	3 15.8%	10 52.6%	4 21.1%	-	2 10.5%
無回答	3 100.0%	1 33.3%	2 66.7%	-	-	-	-	2 66.7%	1 33.3%	-	-

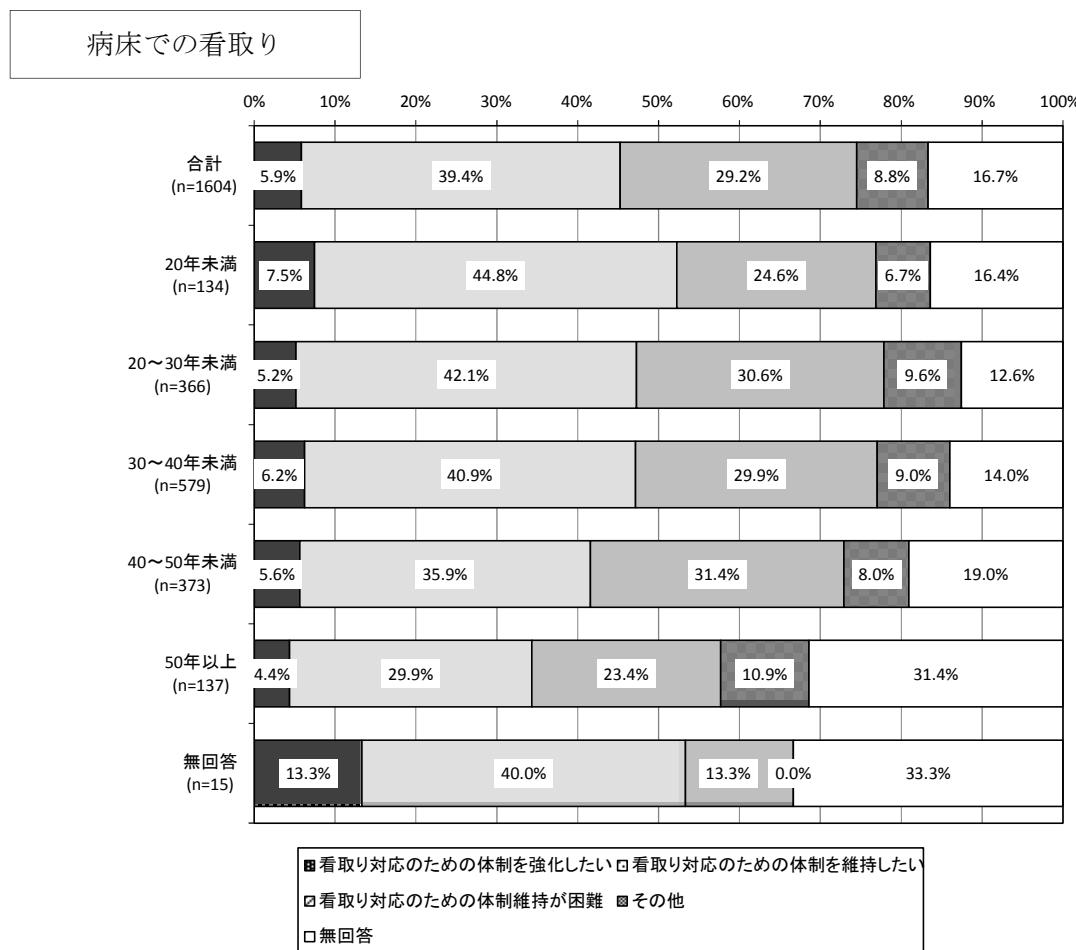


在宅での看取り

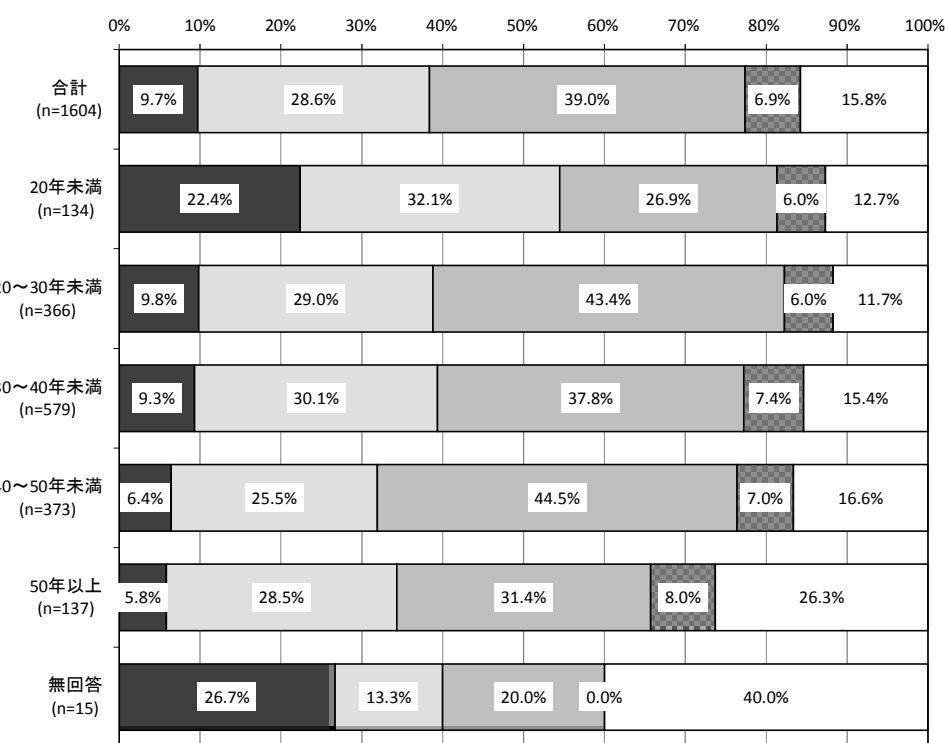


図表 16 今後の看取りの方針（経験年数別 施設：②有床診療所（介護療養病床なし）

	施設数	病床での看取り					在宅での看取り				
		看めし 取り体い 対制 応を の強 化た り持	看めし 取り体い 対制 応を の強 化た り持	看め困 り体 対制 応維 の持 たが	その 他	無 回 答	看めし 取り体い 対制 応を の強 化た り持	看めし 取り体い 対制 応を の強 化た り持	看め困 り体 対制 応維 の持 たが	その 他	無 回 答
合 計	1,604 100.0%	94 5.9%	632 39.4%	469 29.2%	141 8.8%	268 16.7%	156 9.7%	459 28.6%	626 39.0%	110 6.9%	253 15.8%
20年未満	134 100.0%	10 7.5%	60 44.8%	33 24.6%	9 6.7%	22 16.4%	30 22.4%	43 32.1%	36 26.9%	8 6.0%	17 12.7%
20～30年未満	366 100.0%	19 5.2%	154 42.1%	112 30.6%	35 9.6%	46 12.6%	36 9.8%	106 29.0%	159 43.4%	22 6.0%	43 11.7%
30～40年未満	579 100.0%	36 6.2%	237 40.9%	173 29.9%	52 9.0%	81 14.0%	54 9.3%	174 30.1%	219 37.8%	43 7.4%	89 15.4%
40～50年未満	373 100.0%	21 5.6%	134 35.9%	117 31.4%	30 8.0%	71 19.0%	24 6.4%	95 25.5%	166 44.5%	26 7.0%	62 16.6%
50年以上	137 100.0%	6 4.4%	41 29.9%	32 23.4%	15 10.9%	43 31.4%	8 5.8%	39 28.5%	43 31.4%	11 8.0%	36 26.3%
無回答	15 100.0%	2 13.3%	6 40.0%	2 13.3%	—	33.3%	4 26.7%	2 13.3%	3 20.0%	—	6 40.0%



在宅での看取り

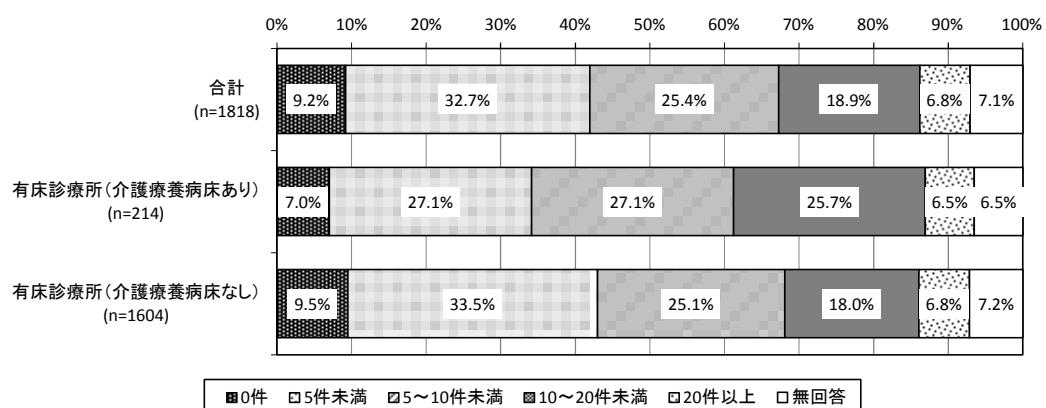


看取り対応のための体制を強化したい
 看取り対応のための体制を維持したい
 看取り対応のための体制維持が困難
 その他
 無回答

- ・ また、平成 25 年 11 月における主治医意見書を記載した枚数をみると、有床診療所（介護療養病床あり）では平均 9.28 枚、有床診療所（介護療養病床なし）では 7.85 枚となっている。サービス担当者会議・地域ケア会議への出席回数を見ると、それぞれ平均 1.25 件、0.81 件であった。
- ・ 認定審査会の合議体委員経験のあるスタッフについてみると、そのようなスタッフがいる施設はそれぞれ 63.1%、44.0% となっており、その職種はほとんどが医師であった。

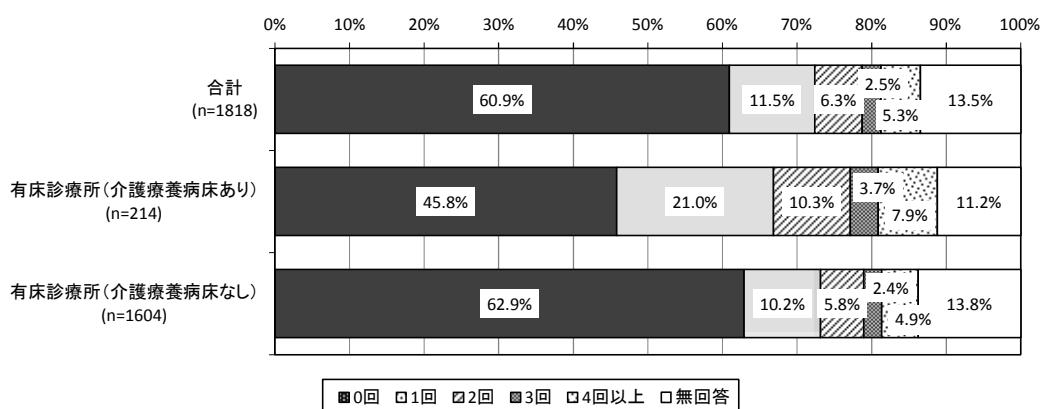
図表 17 平成 25 年 11 月の記入者の実績：主治医意見書の枚数（施設：①②）

施設数	0 件	5 件 未 満	5 件 未 満	1 満 0 件 未 満	2 0 件 以 上	無 回 答	（ 平 単 位 均 ： 件 値 ）	（ 標 準 位 偏 ： 差 件 ）
合計	1,818 100.0%	167 9.2%	595 32.7%	461 25.4%	343 18.9%	123 6.8%	129 7.1%	8.01 13.33
有床診療所 (介護療養病床あり)	214 100.0%	15 7.0%	58 27.1%	58 27.1%	55 25.7%	14 6.5%	14 6.5%	9.28 19.05
有床診療所 (介護療養病床なし)	1,604 100.0%	152 9.5%	537 33.5%	403 25.1%	288 18.0%	109 6.8%	115 7.2%	7.85 12.36



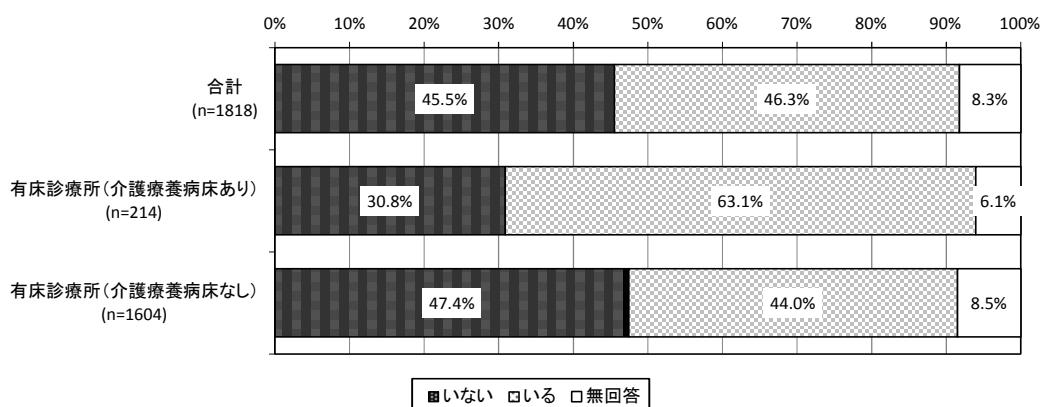
図表 18 平成 25 年 11 月の記入者の実績：サービス担当者会議・地域ケア会議の出席回数
(施設：①②)

	施設数	0回	1回	2回	3回	4回以上	無回答	(単位均：回値)	(標準偏差：回)
合計	1,818	1,107 60.9%	209 11.5%	115 6.3%	46 2.5%	96 5.3%	245 13.5%	0.86	2.64
有床診療所 (介護療養病床あり)	214	98 45.8%	45 21.0%	22 10.3%	8 3.7%	17 7.9%	24 11.2%	1.25	2.31
有床診療所 (介護療養病床なし)	1,604	1,009 62.9%	164 10.2%	93 5.8%	38 2.4%	79 4.9%	221 13.8%	0.81	2.67



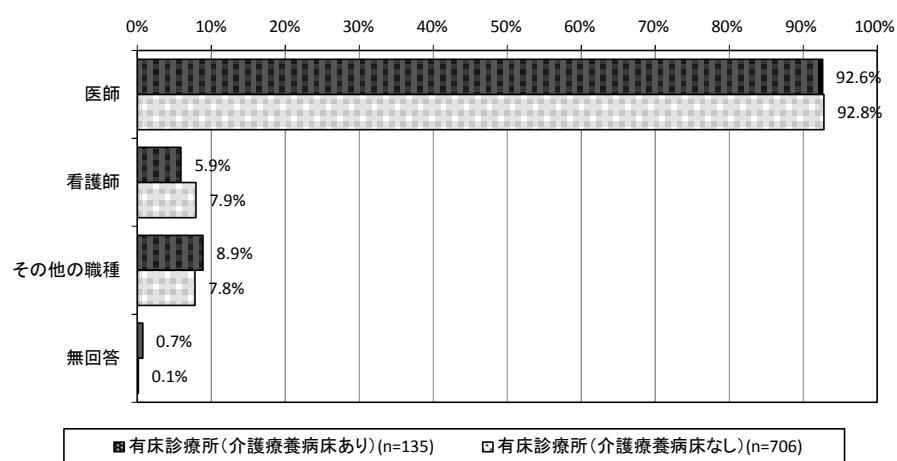
図表 19 認定審査会の合議体委員の経験があるスタッフ

	施設数	いらない	いる	無回答
合計	1,818 100.0%	827 45.5%	841 46.3%	150 8.3%
有床診療所(介護療養病床あり)	214 100.0%	66 30.8%	135 63.1%	13 6.1%
有床診療所(介護療養病床なし)	1,604 100.0%	761 47.4%	706 44.0%	137 8.5%



図表 20 認定審査会の合議体委員または経験をしたスタッフの職種

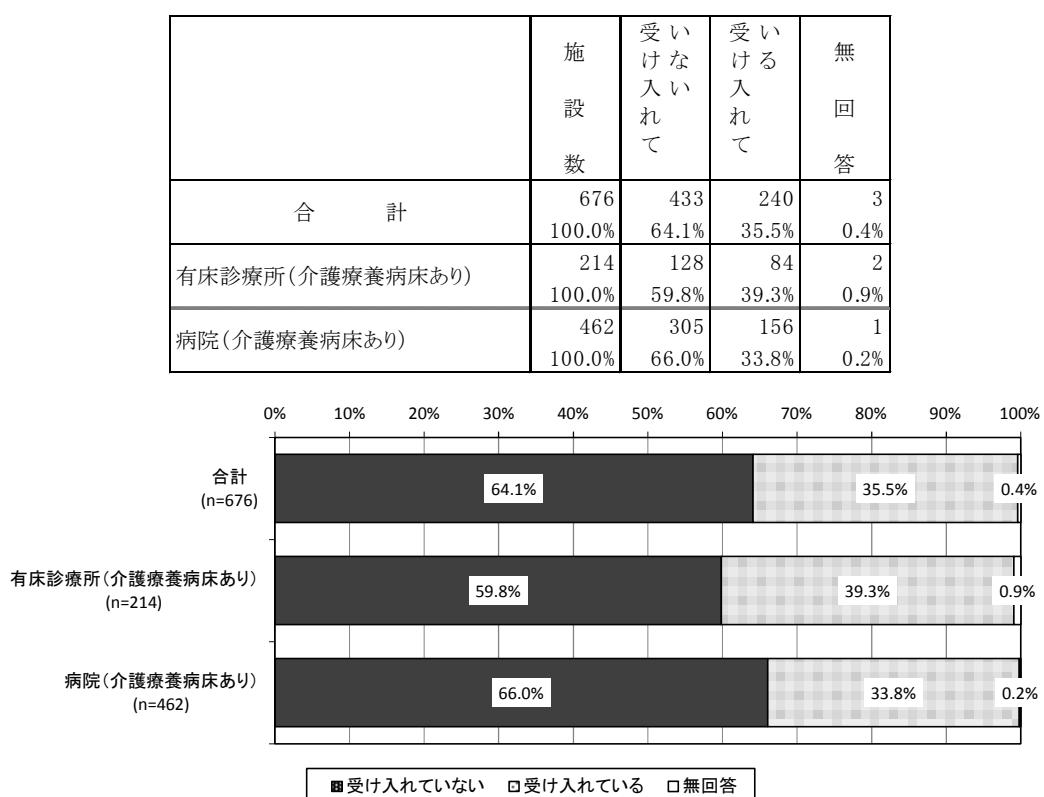
	施設数	医師	看護師	その他の職種	無回答
合計	841 100.0%	780 92.7%	64 7.6%	67 8.0%	2 0.2%
有床診療所(介護療養病床あり)	135 100.0%	125 92.6%	8 5.9%	12 8.9%	1 0.7%
有床診療所(介護療養病床なし)	706 100.0%	655 92.8%	56 7.9%	55 7.8%	1 0.1%



④短期入所療養介護について

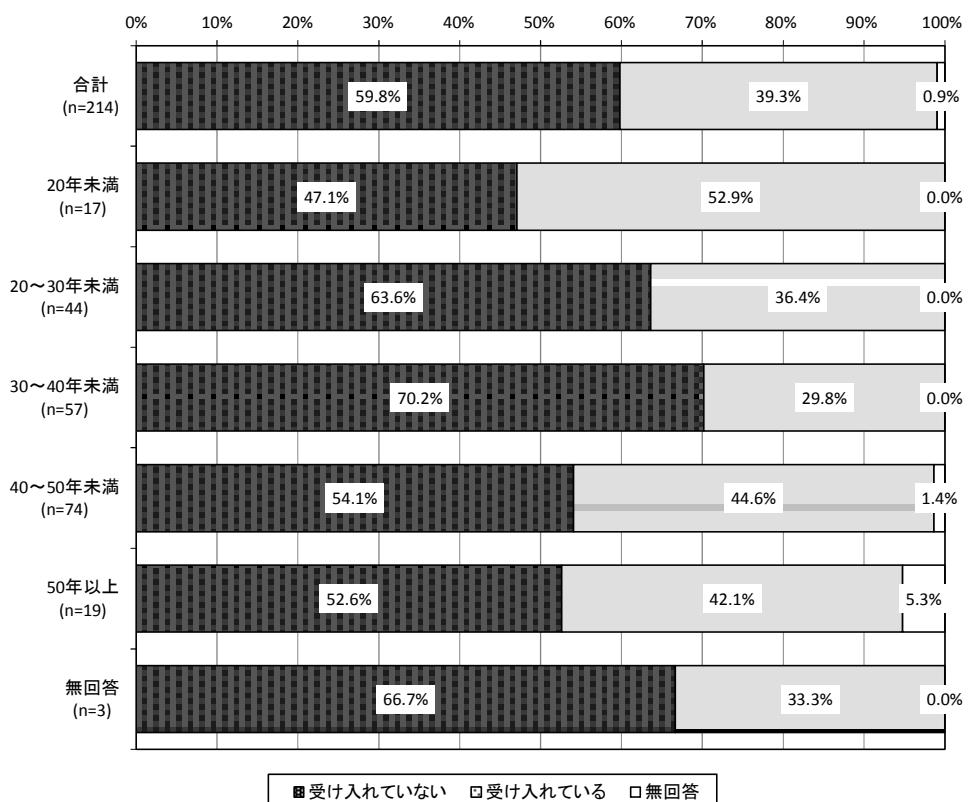
- 短期入所療養介護については、積極的に「受け入れている」と回答した施設が有床診療所（介護療養病床あり）では 39.3%、病院（介護療養病床あり）では 33.8%であった。また、直近 3 ヶ月の受け入れ状況についてみると、受け入れがあった施設はそれぞれ 22.9%、25.1%であり、およそ 4 分の 3 の施設では受け入れがない状況であった。

図表 21 短期入所療養介護利用者の積極的受け入れ（施設：①③）

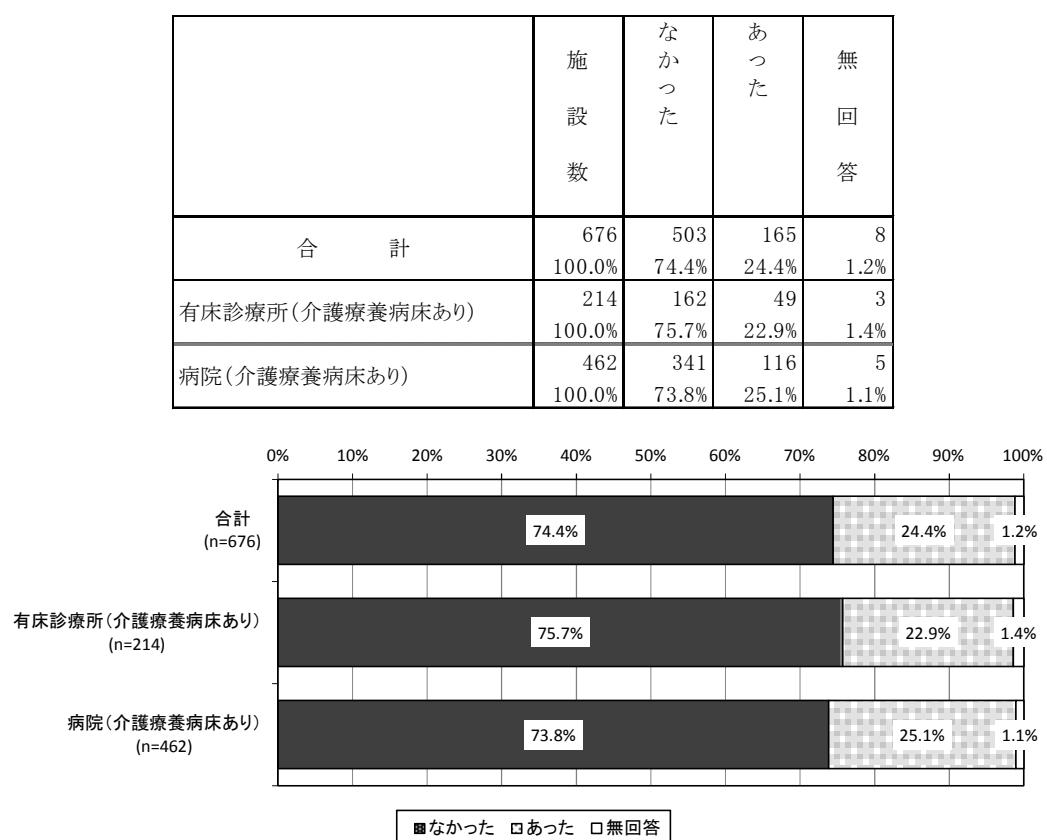


図表 22 短期入所療養介護利用者の積極的受け入れ（経験年数別 施設：①）

	施設数	受け入れていな	受け入れている	無回答
合計	214 100.0%	128 59.8%	84 39.3%	2 0.9%
20年未満	17 100.0%	8 47.1%	9 52.9%	-
20～30年未満	44 100.0%	28 63.6%	16 36.4%	-
30～40年未満	57 100.0%	40 70.2%	17 29.8%	-
40～50年未満	74 100.0%	40 54.1%	33 44.6%	1 1.4%
50年以上	19 100.0%	10 52.6%	8 42.1%	1 5.3%
無回答	3 100.0%	2 66.7%	1 33.3%	-

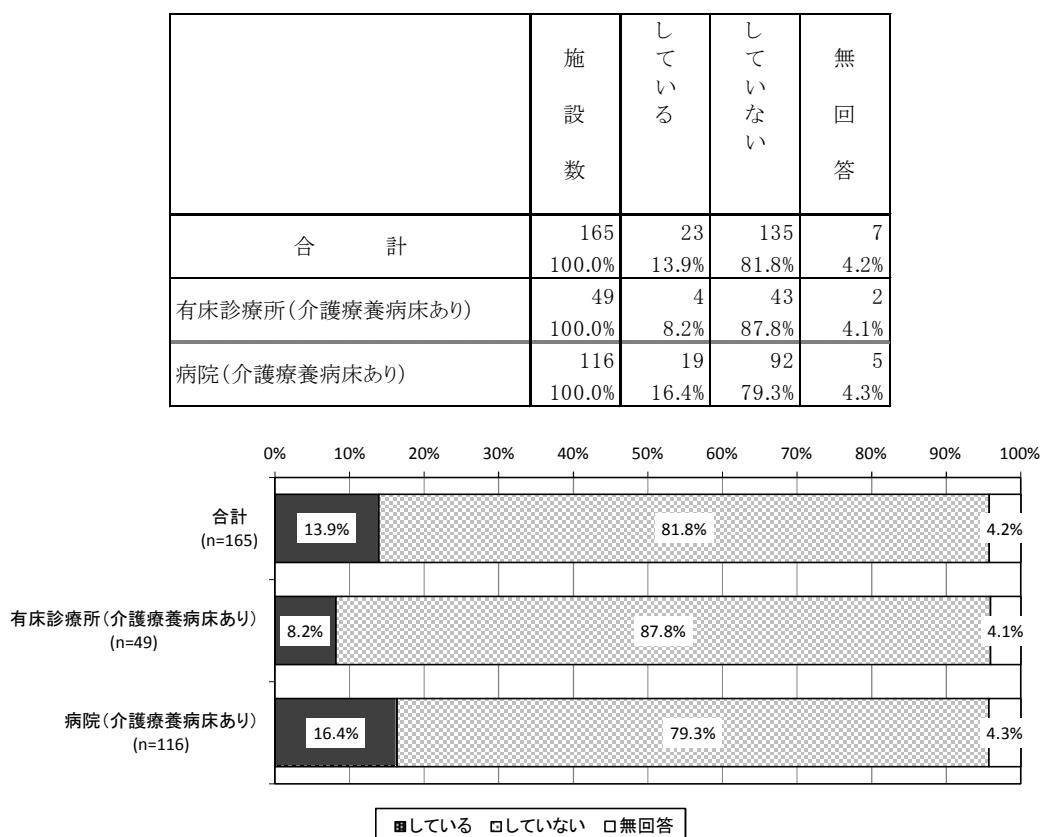


図表 23 診療所・直近 3か月間の短期入所療養介護利用者の受け入れ（施設：①③）



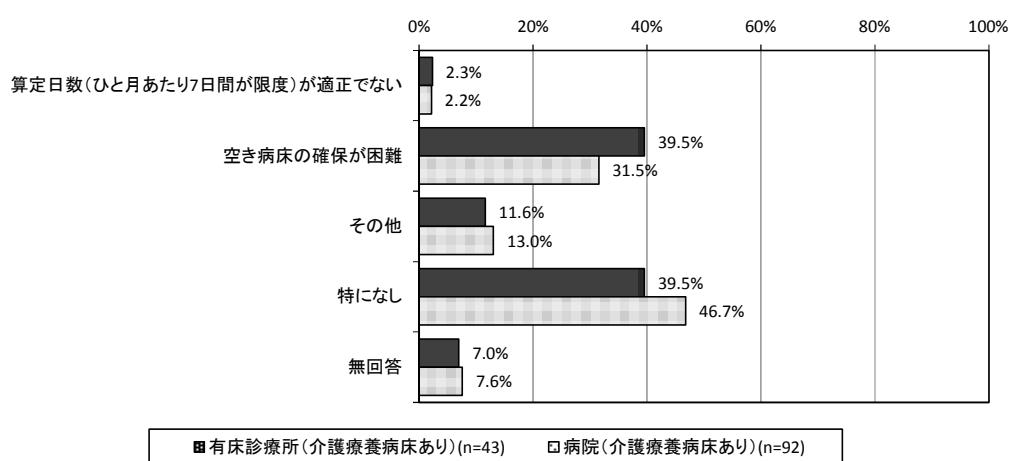
- ・ また、直近 3 ヶ月間に短期入所療養介護を受け入れた施設において、緊急短期入所受入加算の算定状況についてみると、有床診療所（介護療養病床あり）では 87.8%、病院（介護療養病床あり）では 79.3% の施設で算定していなかった。
- ・ 加算を算定していない施設についてその理由をみると、「空き病床の確保が困難」がそれぞれ 39.5%、31.5% となっている。

図表 24 診療所・直近の 3 か月間に緊急短期入所受入加算の算定（施設：①③）



図表 25 診療所・直近 3か月間の緊急短期入所受入加算未計上の理由（施設：①③）

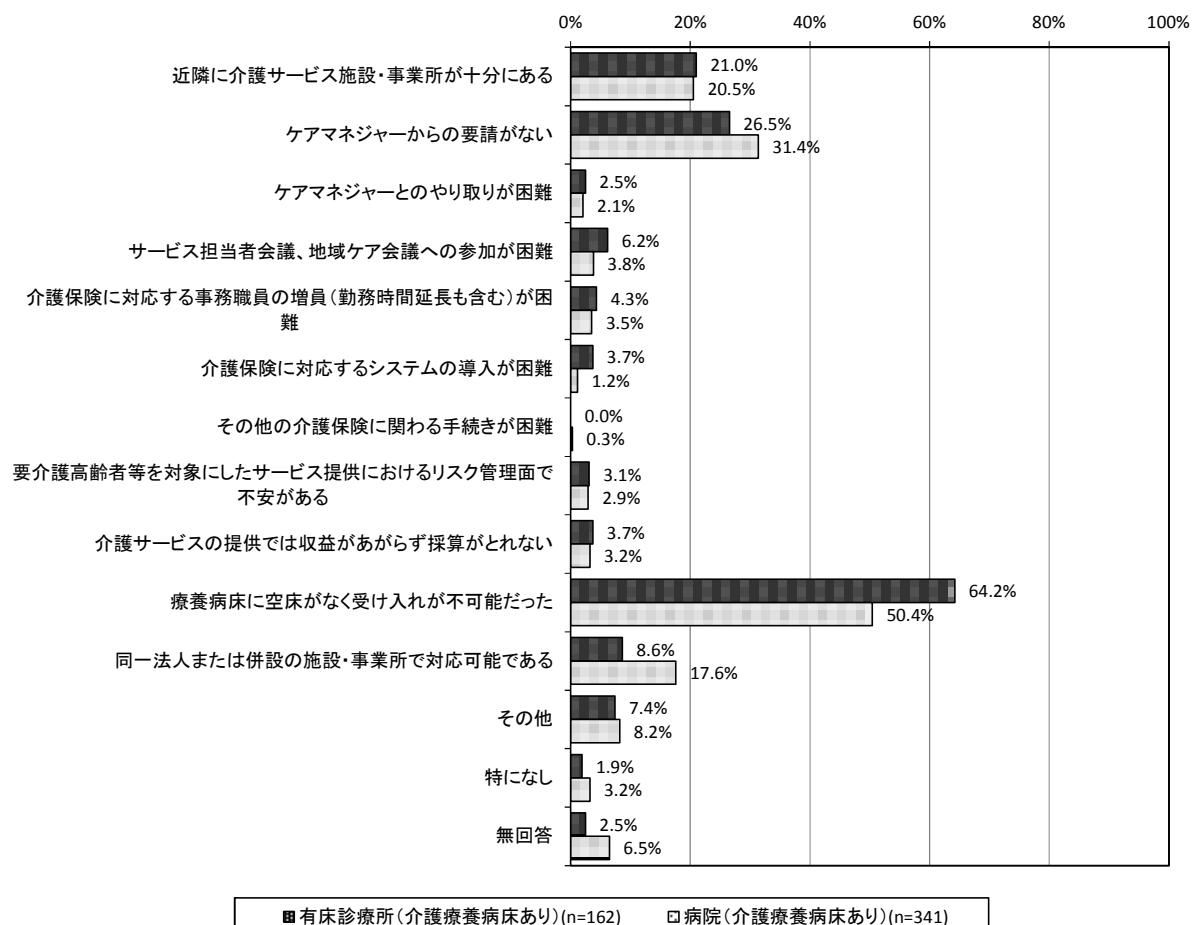
	施設数	算定日数(ひと月あたり7日間が限度)が適正でない	空き病床の確保が困難	その他	特になし	無回答
合計	135 100.0%	3 2.2%	46 34.1%	17 12.6%	60 44.4%	10 7.4%
有床診療所(介護療養病床あり)	43 100.0%	1 2.3%	17 39.5%	5 11.6%	17 39.5%	3 7.0%
病院(介護療養病床あり)	92 100.0%	2 2.2%	29 31.5%	12 13.0%	43 46.7%	7 7.6%



- 直近3ヶ月間に短期入所療養介護を受け入れた実績がない施設において、受け入れがない理由についてみると、有床診療所（介護療養病床あり）では「療養病床に空床がなく受け入れが不可能だった」が64.2%と最も多く、次いで「ケアマネジャーからの要請がない」(26.5%)、「近隣に介護サービス施設・事業所が十分にある」(21.0%)となっている。
- 病院（介護療養病床あり）においても同様の傾向があり、それぞれ 50.4%、31.4%、20.5% となっている。

図表 26 直近3か月間の短期入所療養介護利用者の受け入れがなかった理由（施設：①③）

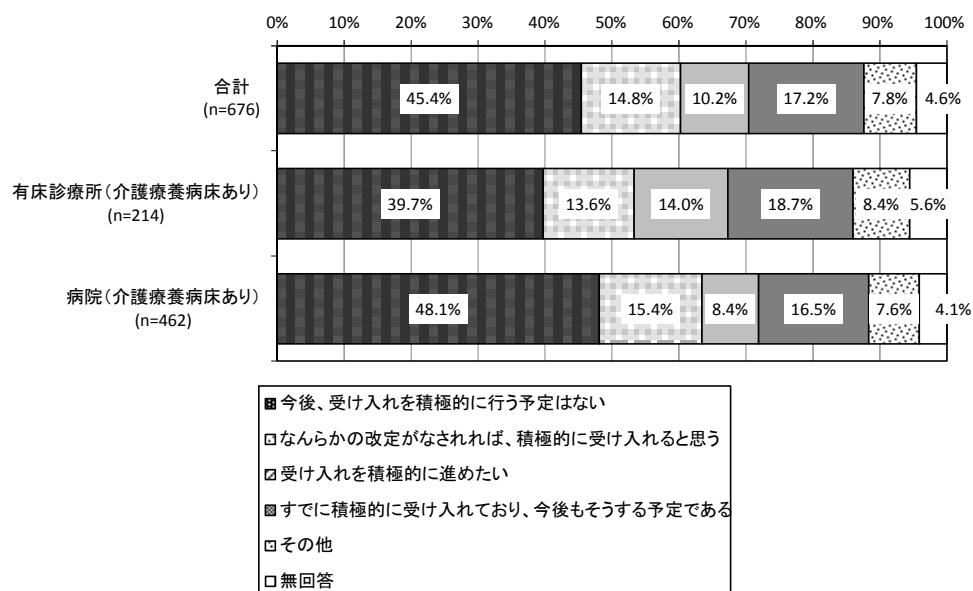
	施設数	近隣に介護サービスがある施設からの要請	ケアマネジヤーとのやり取り	ケアマネジヤーが困難	サービス会議への参加	介員含む保険担当者の参加	介護保険員が勤務時間延長で困る	その他の介護難民	要介護高齢者等の対応	介護保険のリスク管理	要介護者が受け入れを拒否する	疗養病床に空床がない	同一法人または併設の施設で対応可能	その他	特になし	無回答
合計	503	104 20.7%	150 29.8%	11 2.2%	23 4.6%	19 3.8%	10 2.0%	1 0.2%	15 3.0%	17 3.4%	276 54.9%	74 14.7%	40 8.0%	14 2.8%	26 5.2%	
有床診療所 (介護療養病床あり)	162 100.0%	34 21.0%	43 26.5%	4 2.5%	10 6.2%	7 4.3%	6 3.7%	-	5 3.1%	6 3.7%	104 64.2%	14 8.6%	12 7.4%	3 1.9%	4 2.5%	
病院 (介護療養病床あり)	341 100.0%	70 20.5%	107 31.4%	7 2.1%	13 3.8%	12 3.5%	4 1.2%	1 0.3%	10 2.9%	11 3.2%	172 50.4%	60 17.6%	28 8.2%	11 3.2%	22 6.5%	



- 今後の短期入所療養介護サービス提供の意向についてみると、有床診療所（介護療養病床あり）、病院（介護療養病床あり）とともに「今後、受け入れを積極的に行う予定はない」が最も多く、それぞれ 39.7%、48.1%であり、次いで「すでに積極的に受け入れており、今後もそうする予定である」がそれぞれ 18.7%、16.5%であった。
- ただし、有床診療所（介護療養病床あり）においては、「受け入れを積極的に進めたい」も 14.0%であり、病院（介護療養病床あり）と比較して高い割合となっている。

図表 27 診療所・短期入所療養介護サービス提供の意向（施設：①③）

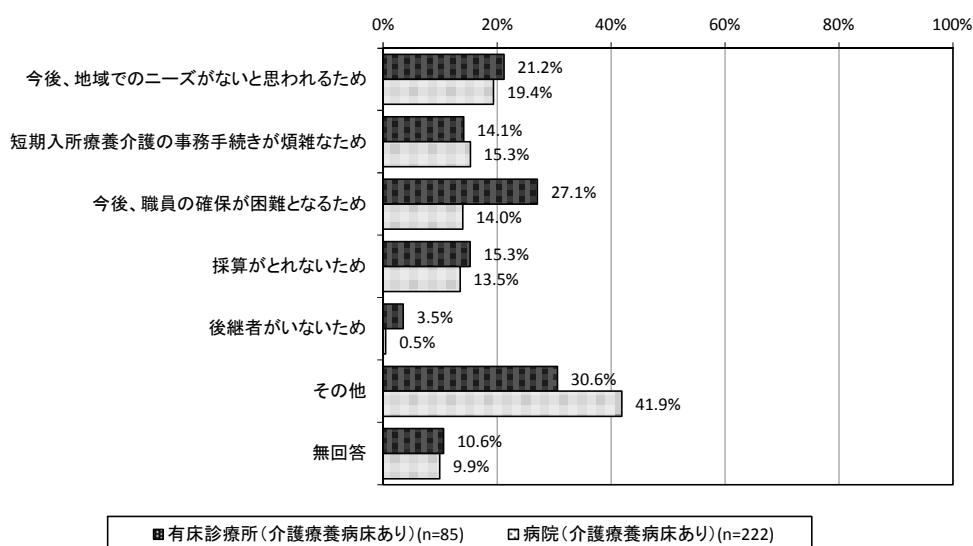
	施設数	今極い 後、に 受け 行け う入 予れ れ定 をは 積な	なさ受 んれけ られ入 かばれ の、る 改積と 定極思 が的う なに	受け 進め たれい を積 極的 的に	す入そ でれう にてす 積おる 極り予 的、定 に今で 受後あ けもる	その 他	無 回 答
合計	676	307	100	69	116	53	31
	100.0%	45.4%	14.8%	10.2%	17.2%	7.8%	4.6%
有床診療所（介護療養病床あり）	214	85	29	30	40	18	12
	100.0%	39.7%	13.6%	14.0%	18.7%	8.4%	5.6%
病院（介護療養病床あり）	462	222	71	39	76	35	19
	100.0%	48.1%	15.4%	8.4%	16.5%	7.6%	4.1%



- 「今後、受け入れを積極的に行う予定はない」と回答した施設に対し、その理由を尋ねたところ、有床診療所（介護療養病床あり）においては「今後、職員の確保が困難となる」が 27.1%と多く、病院（介護療養病床あり）においては「今後、地域でのニーズがないと思われるため」が 19.4%と多くなっていた。
- また、「何らかの改定がなされれば、積極的に受け入れると思う」と回答した施設に対し、その理由を尋ねたところ、有床診療所（介護療養病床あり）、病院（介護療養病床あり）とともに「介護報酬単位数」が最も多く、それぞれ 58.6%、71.8%、次いで「介護報酬算定要件」がそれぞれ 55.2%、69.0%となっている。

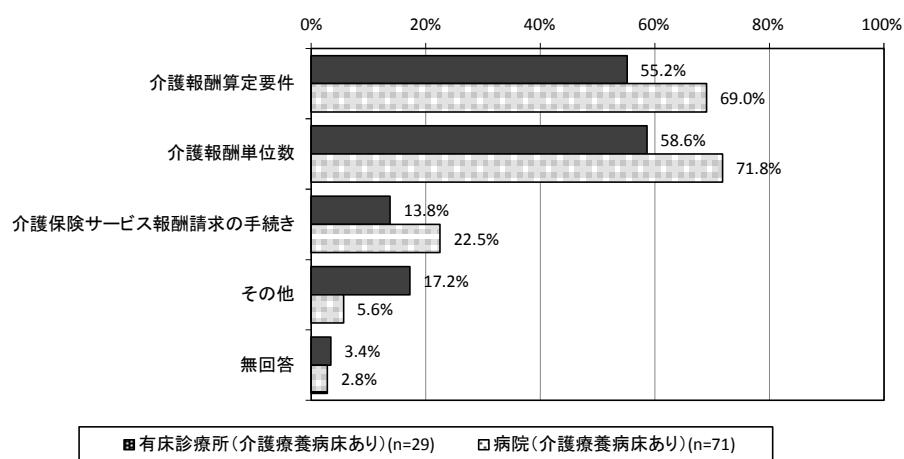
図表 28 積極的に受け入れを行う予定のない理由（施設：①③）

	施設数	今ニ思 後 わ 期の煩 、ズれ 入事難 地がる 所務な 域なた 職難 でいめ 療手た 員と のな のと 養続め 介き	短護が め て 後がめ 、困 職難 員と のな 確る	今保た がめ 、困 職難 員と のな 確る	採た 算め が と れ な い	後た 繼め 者 が い な い	そ の 他	無 回 答
合 計	307 100.0%	61 19.9%	46 15.0%	54 17.6%	43 14.0%	4 1.3%	119 38.8%	31 10.1%
有床診療所（介護療養病床あり）	85 100.0%	18 21.2%	12 14.1%	23 27.1%	13 15.3%	3 3.5%	26 30.6%	9 10.6%
病院（介護療養病床あり）	222 100.0%	43 19.4%	34 15.3%	31 14.0%	30 13.5%	1 0.5%	93 41.9%	22 9.9%



図表 29 積極的受け入れに必要な改定内容（施設：①③）

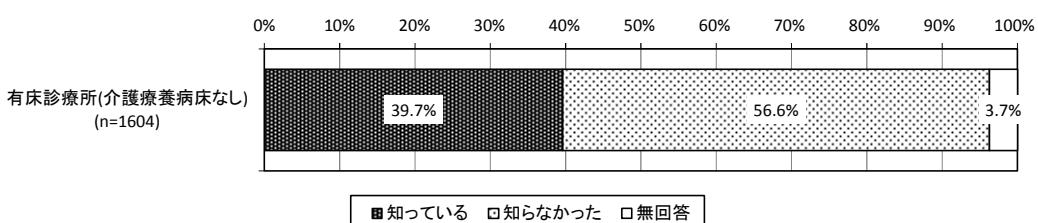
	施設数	介護報酬算定要件	介護報酬単位数	介護統報き保険請求サリの手	その他	無回答
合計	100 100.0%	65 65.0%	68 68.0%	20 20.0%	9 9.0%	3 3.0%
有床診療所(介護療養病床あり)	29 100.0%	16 55.2%	17 58.6%	4 13.8%	5 17.2%	1 3.4%
病院(介護療養病床あり)	71 100.0%	49 69.0%	51 71.8%	16 22.5%	4 5.6%	2 2.8%



- また、有床診療所（介護療養病床なし）において、短期入所療養介護サービスの提供が可能であることを知っていた施設は 39.7%、知らなかつた事業所は 56.6% であった。
- さらに、提供可能であることを知っていた施設のうち、「指定を有しており、提供している」施設は 7.4%、「指定を有しているが、提供していない」施設が 8.2%、「施設を有しておらず、提供もしていない」施設は 84.0% であった。

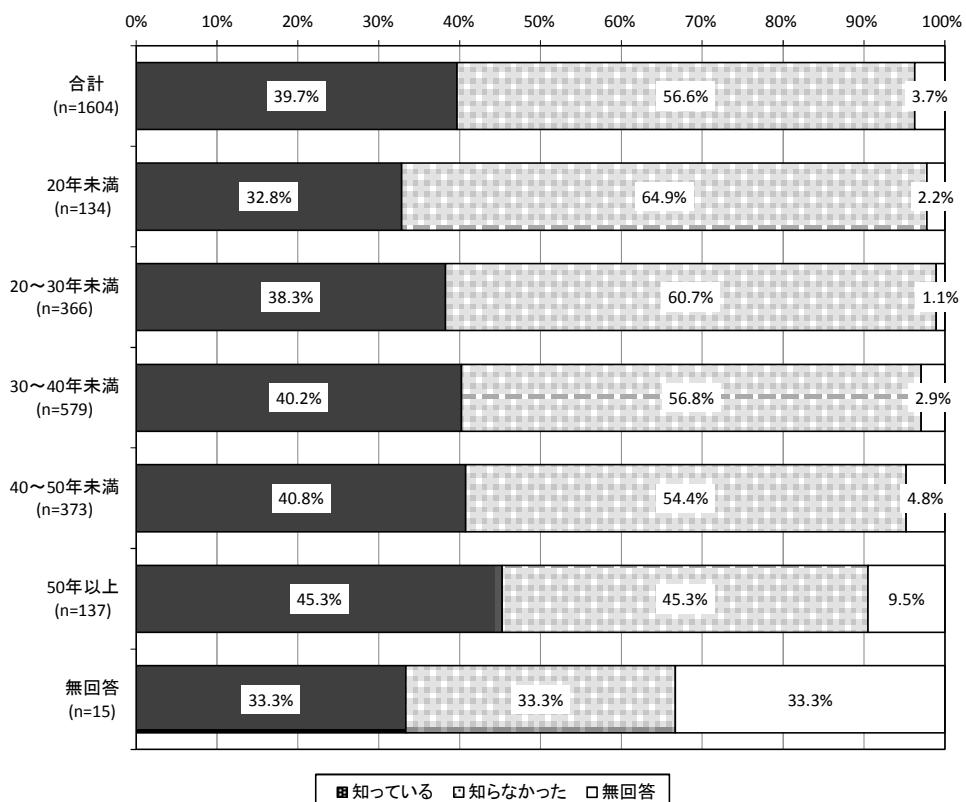
図表 30 有床診療所における短期入所療養介護サービスの提供（施設：②）

	施設数	知っている	知らなかつた	無回答
有床診療所(介護療養病床なし)	1,604 100.0%	636 39.7%	908 56.6%	60 3.7%

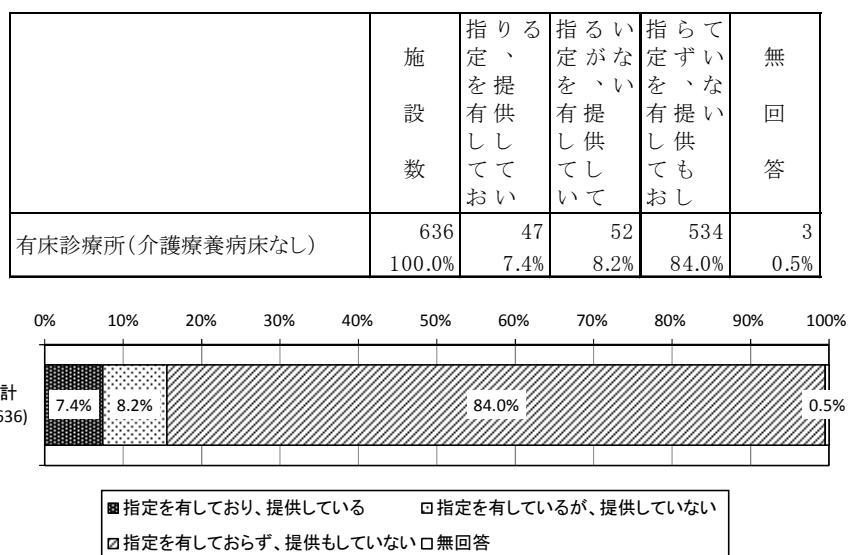


図表 31 有床診療所における短期入所療養介護サービスの提供（経験年数別 施設：②）

	施 設 数	知 つ て い る	知 ら な か つ た	無 回 答
合 計	1,604 100.0%	636 39.7%	908 56.6%	60 3.7%
20年未満	134 100.0%	44 32.8%	87 64.9%	3 2.2%
20～30年未満	366 100.0%	140 38.3%	222 60.7%	4 1.1%
30～40年未満	579 100.0%	233 40.2%	329 56.8%	17 2.9%
40～50年未満	373 100.0%	152 40.8%	203 54.4%	18 4.8%
50年以上	137 100.0%	62 45.3%	62 45.3%	13 9.5%
無回答	15 100.0%	5 33.3%	5 33.3%	5 33.3%



図表 32 短期入所療養介護の指定有無及び短期入所療養介護サービスの提供有無（施設：②）



- 今後の短期入所療養介護の提供意向について、「指定を有しており、提供している」施設（47施設）に尋ねたところ、「すでに積極的に提供しており、今後もそうする予定である」が36.2%と最も多くなっていた。
- 一方、「指定を有しているが提供していない施設」「指定を有しておらず、提供もしていない施設」「診療所で介護サービスを提供できることを知らなかつた施設」（計1494施設）においては、「今後も提供する予定はない」（58.1%）が最も多く、次いで「関連する情報を把握したうえで検討したい」（19.2%）となっていた。
- 「今後も提供する予定はない」と回答した868施設において、その理由を尋ねたところ、「今後、職員の確保が困難となるため」が52.8%と最も多く、「関連する情報を把握したうえで検討したい」と回答した287施設において、把握したい情報を尋ねたところ、「介護報酬算定要件」が最も多く、75.6%であった。
- 図表32の「指定を有しており、提供している」有床診療所（介護療養病床なし）において、短期入所療養介護サービスの提供を始めた経緯としては、「利用者および家族の希望」「空床の効率的な利用」という背景を持ったものが多かった。

一部抜粋

<利用者および家族の希望>

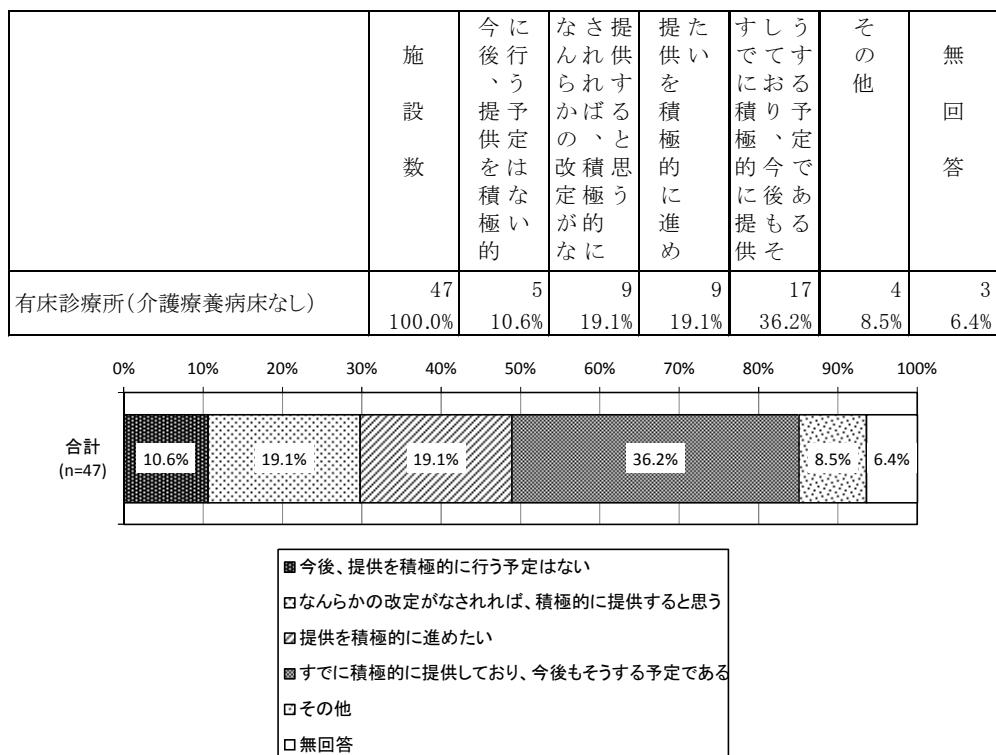
- 外来患者、デイケアの利用者の希望、家族の希望。
- 利用者のニーズに答えるため、介護療養型医療施設を運営している時に、短期入所を行なつていた。療養型を転換し老健施設にした際、一般病床の空床を利用した指示を受けた。
- 当院を利用されている患者様にとって、必要と思う対象の方がいると思ったため。
- 法人内で在宅医療に力を入れており、介護者が休息できる場、在宅での処置がそのまま継続できるサービスを提供したいと考えたため。

<空床の効率的な利用>

- ・ 療養病床、一般病床の空床が多いため。
- ・ 空きベッドを有効に活用するため。
- ・ 時期によってはベッドが空くことがある為、そのベッドを短期入所で使用するほうが有意であろうと考えた為。

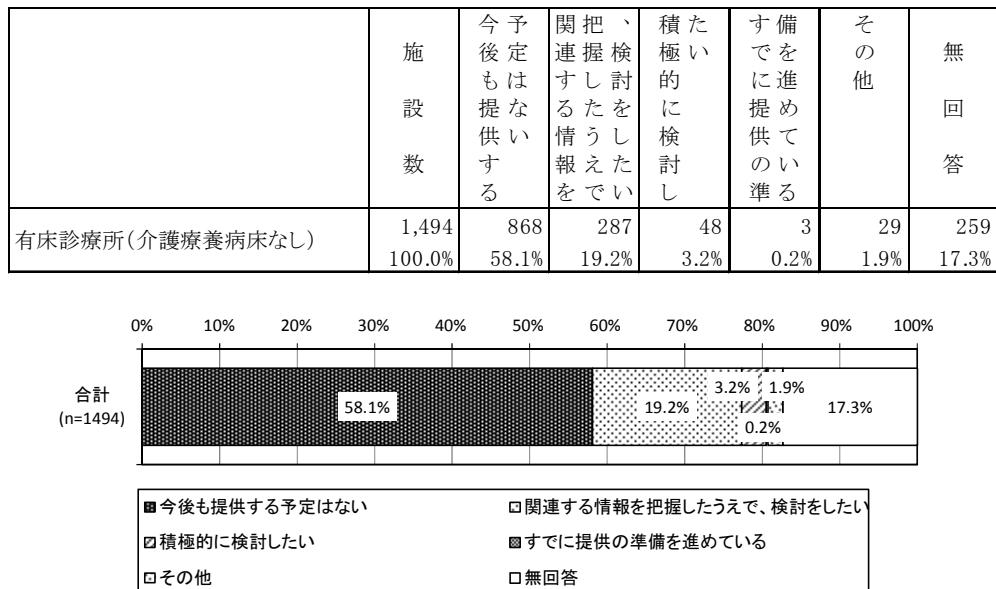
図表 33 短期入所療養介護サービス提供への意向（施設：②）

「短期入所療養介護の指定を有しております、提供している施設」

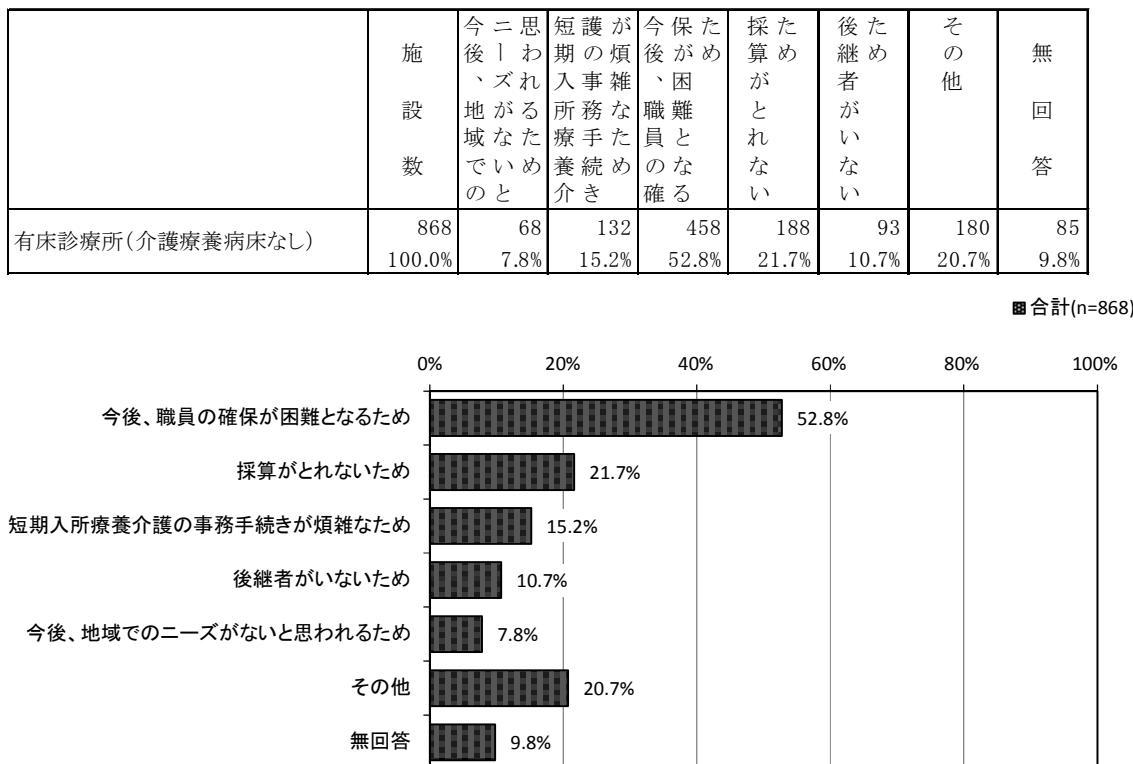


図表 34 短期入所療養介護サービス提供への意向（施設：②）

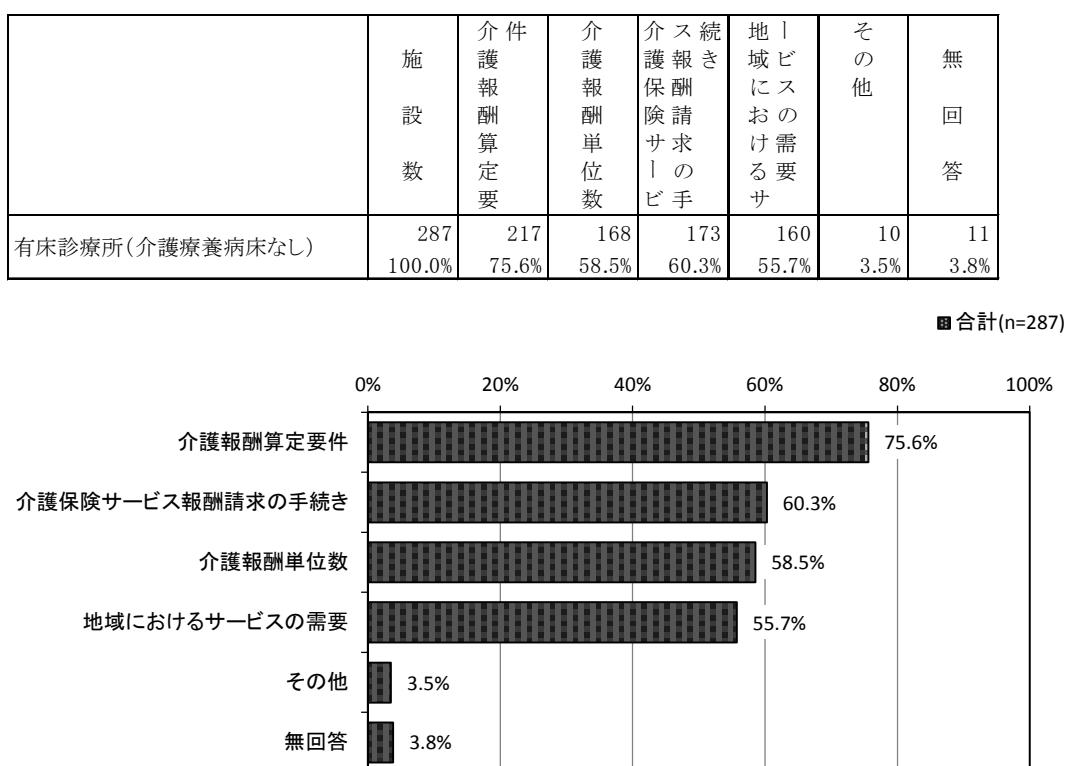
「短期入所療養介護の指定を有しているが提供していない施設・指定を有していない施設、診療所で短期入所療養介護サービスが可能であることを知らなかった施設」



図表 35 短期入所療養介護サービスの提供予定のない理由（施設：②）



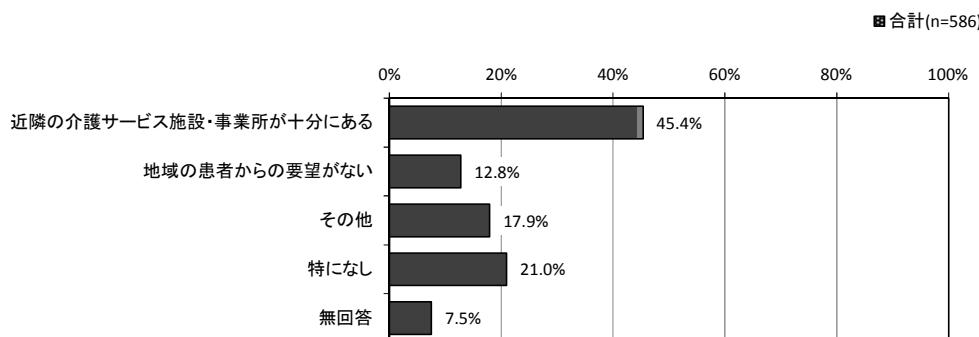
図表 36 短期入所療養介護サービス提供の検討に必要な情報（施設：②）



- 「短期入所療養介護の指定を有しているが提供していない施設」および「指定を有していない施設」（計 586 施設）における、短期入所療養介護サービス未提供の理由について、地域での需要の観点からは「近隣の介護サービス施設・事業所が十分にある」（45.4%）が最も多くなっていた。

図表 37 短期入所療養介護サービス未提供の理由：地域の需要について（施設：②）

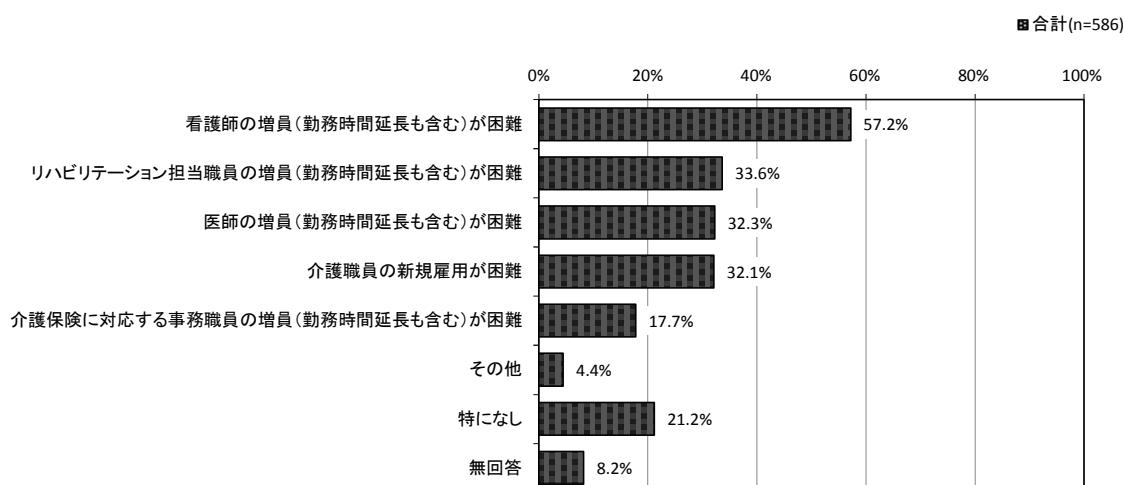
施設数	近隣所 の施設 介護・サ 事あ る	地の 域要 の望 患者な かいら ら	その 他	特 にな し	無 回 答	
有床診療所(介護療養病床なし)	586 100.0%	266 45.4%	75 12.8%	105 17.9%	123 21.0%	44 7.5%



- 「短期入所療養介護の指定を有しているが提供していない施設」および「指定を有していない施設」（計 586 施設）における、短期入所療養介護サービス未提供の理由について、職員の確保の観点からは「看護師の増員（勤務時間延長も含む）が困難」（57.2%）が最も多く、それに次いで「リハビリテーション担当職員の増員（勤務時間延長も含む）が困難」（33.6%）、「医師の増員（勤務時間延長も含む）が困難」（32.3%）が挙げられていた。

図表 38 短期入所療養介護サービス未提供の理由：職員の確保について（施設：②）

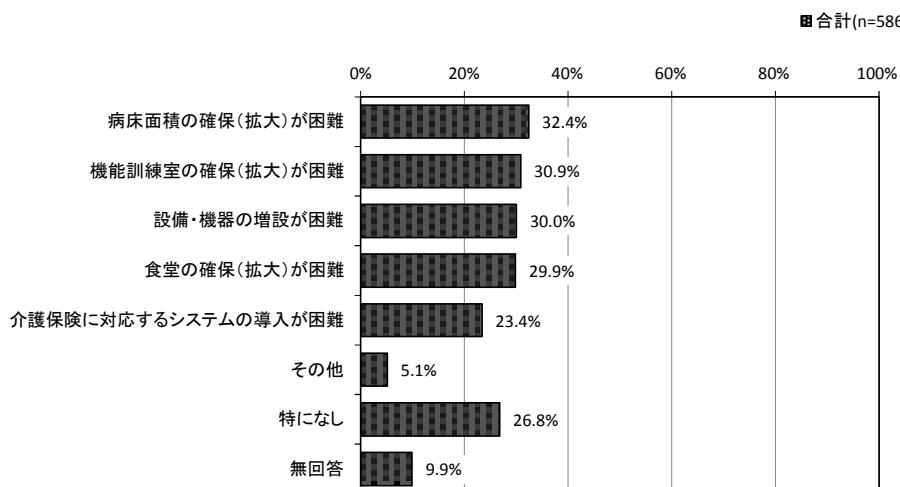
施設数	医師長の増員も含む（勤務時間が困難）	看護師長の増員も含む（勤務時間が困難）	リハビリテーション担当職員の増員も含む（勤務時間が困難）	介護職員の新規雇用が困難	介護保険に対応する事務職員の増員（勤務時間延長も含む）が困難	その他	特になし	無回答
有床診療所(介護療養病床なし)	586 100.0%	189 32.3%	335 57.2%	197 33.6%	188 32.1%	104 17.7%	26 4.4%	124 21.2%
								48 8.2%



- 「短期入所療養介護の指定を有しているが提供していない施設」および「指定を有していない施設」（計 586 施設）における、短期入所療養介護サービス未提供の理由について、介護サービス提供に伴う施設等の整備の観点からは「病床面積の確保（拡大）が困難」（32.4%）が最も多く、それに次いで「機能訓練室の確保（拡大）が困難」（30.9%）、「設備・機器の増設が困難」（30.0%）が挙げられていた。

図表 39 短期入所療養介護サービス未提供の理由：
介護サービス提供に伴う施設等の整備（施設：②）

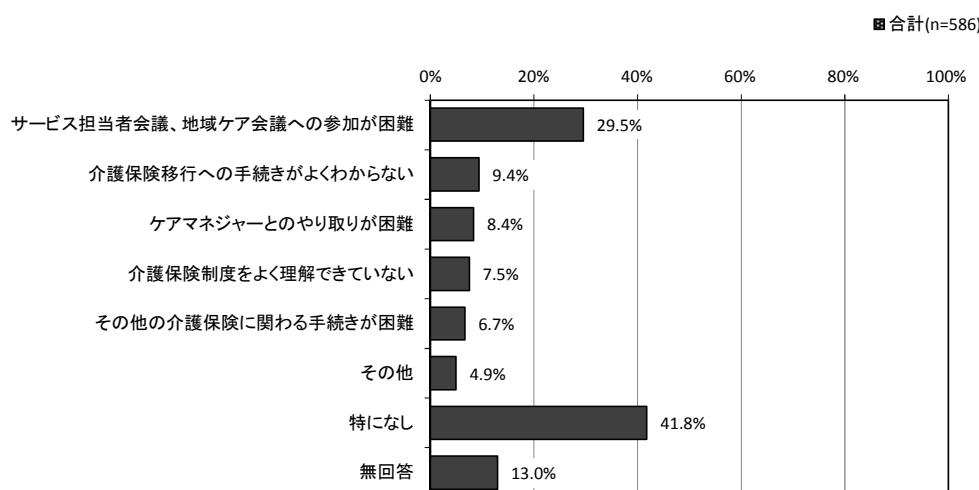
	施設数	食堂の大堂（）のが確保困難（）	病床の大面積（）のが確保困難（）	機能訓練室の大室（）のが確保困難（）	機器の増設が困難（）	設備が機器の増設が困難（）	介護する導入保険にテスム対応の困難（）	その他	特になし	無回答
有床診療所(介護療養病床なし)	586 100.0%	175 29.9%	190 32.4%	181 30.9%	176 30.0%	137 23.4%	30 5.1%	157 26.8%	58 9.9%	



- 「短期入所療養介護の指定を有しているが提供していない施設」および「指定を有していない施設」（計 586 施設）における、短期入所療養介護サービス未提供の理由について、介護保険の手続きの観点からは「特になし」という意見が 4 割を占めたものの、「サービス担当者会議、地域ケア会議への参加が困難」（29.5%）、「介護保険移行への手続きがよくわからない」（9.4%）等の意見も挙げられていた。

図表 40 短期入所療養介護サービス未提供の理由：介護保険の手続きについて（施設：②）

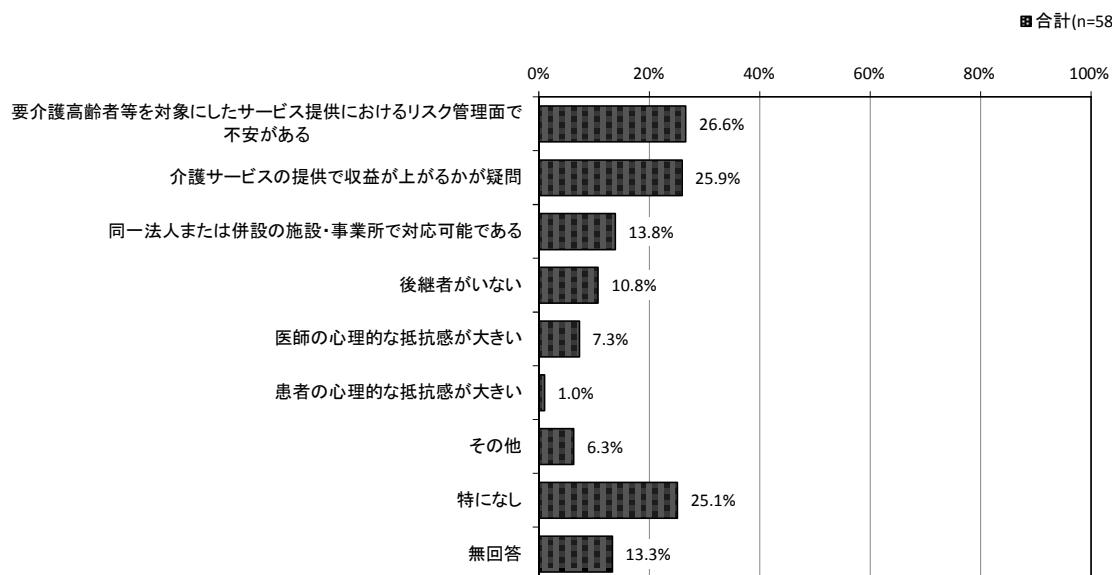
施設数	介くい 護理 解 保 制 度 を い よ な	介手ら 続な 保 きい 移 よ 行 く へ わ の か	ケの アや マリ ネ取 ジり ヤが ト困 難	サ議 へ い 、 ビ 地 参 ス 域 加 担 ヶ が 当 ア 困 者 会 難 会 議	そ に 困 の 関 難	そ の 他 わ る 介 手 護 続 保 き 險 が	そ の 他	特 に な し	無 回 答
有床診療所(介護療養病床なし)	586	44	55	49	173	39	29	245	76
	100.0%	7.5%	9.4%	8.4%	29.5%	6.7%	4.9%	41.8%	13.0%



- 「短期入所療養介護の指定を有しているが提供していない施設」および「指定を有していない施設」（計 586 施設）における、短期入所療養介護サービス未提供の理由について、その他の観点からは、「要介護者等を対象にしたサービス提供におけるリスク管理面で不安がある」（26.6%）、「介護サービスの提供で収益が上がるかが疑問」（25.9%）等の意見が挙げられていた。

図表 41 短期入所療養介護サービス未提供の理由：その他（施設：②）

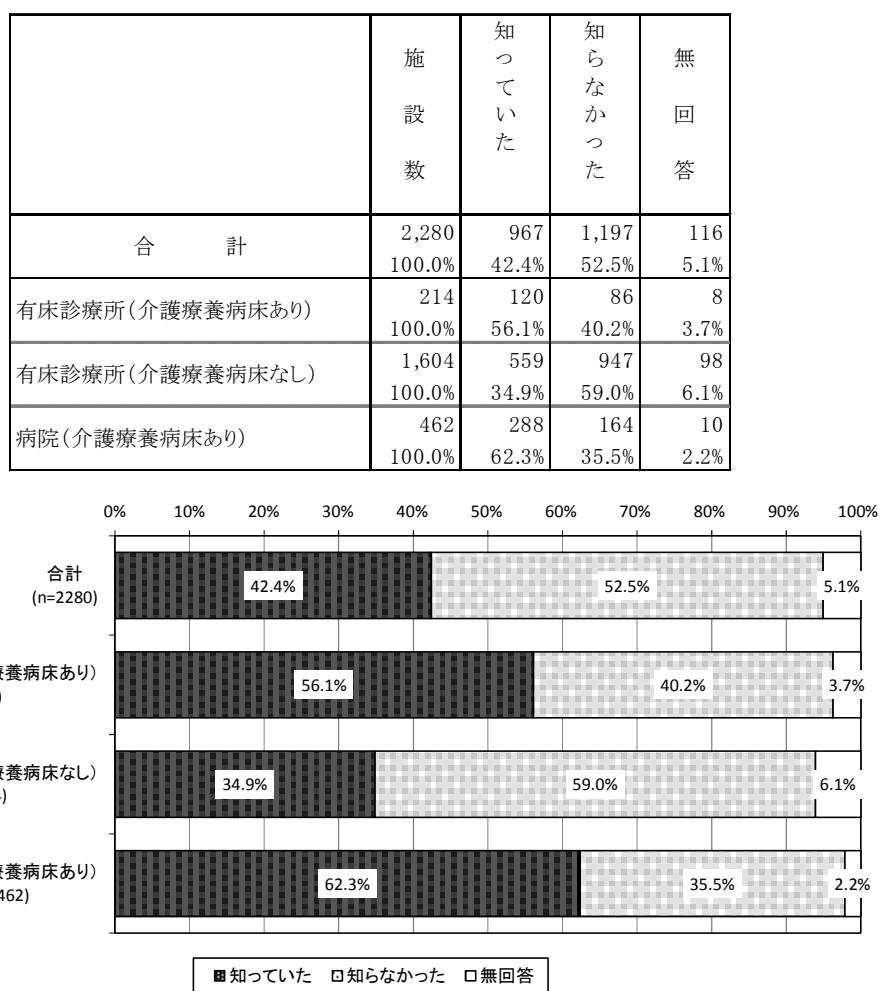
施設数	要たス 介サク 護 管 高ビ理 齢ス面 者提 等供不 を安 対おが 象けあ にるる しり	介が 護上 サが ーる ビカ スが の疑 提問 供 で 収 益	同・ 一事 法業 人所 まで た対 は応 併可 設能 ので 施あ 設る	患 き い の 心 理 的 な 抵 抗 感 が 大	医 師 の 心 理 的 な 抵 抗 感 が 大	後 繼 者 が い な い	そ の 他	特 に な し	無 回 答	
有床診療所(介護療養病床なし)	586 100.0%	156 26.6%	152 25.9%	81 13.8%	6 1.0%	43 7.3%	63 10.8%	37 6.3%	147 25.1%	78 13.3%



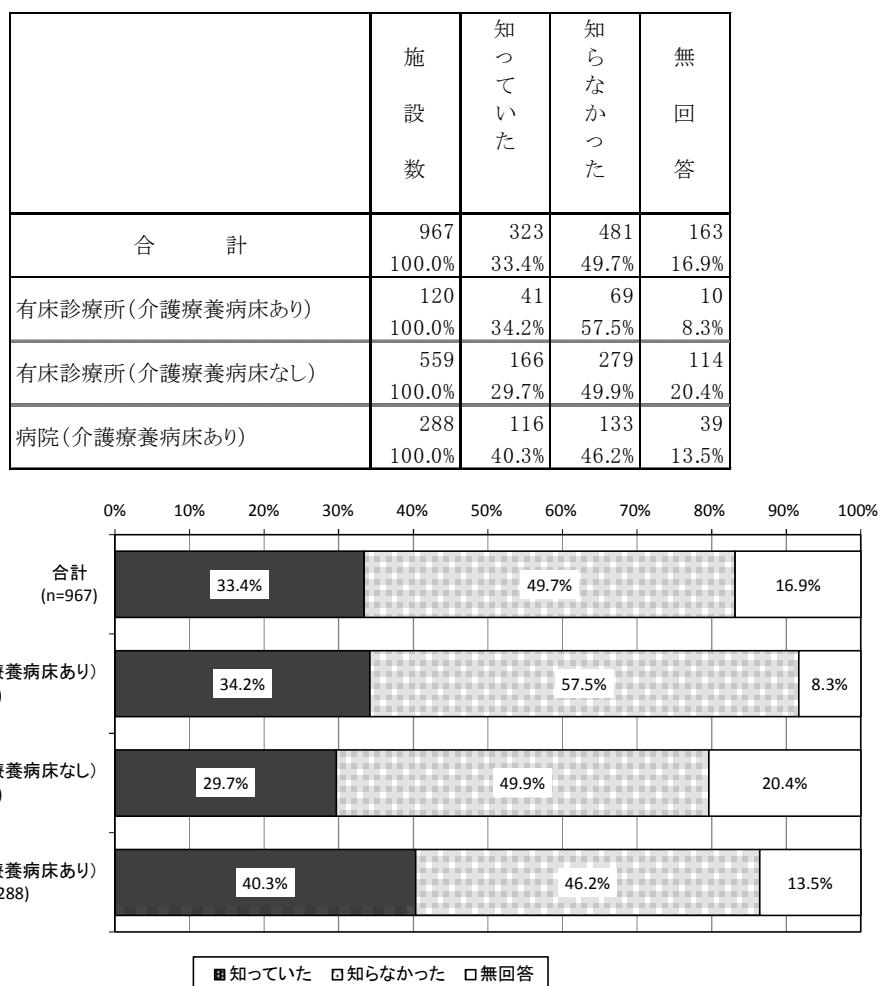
⑤複合型サービスについて

- 複合型サービスについて知っていたと回答した施設は、有床診療所（介護療養病床あり）では 56.1%、有床診療所（介護療養病床なし）では 34.9%、病院（介護療養病床あり）では 62.3% となっている。
- また、「知っていた」施設において、複合型サービスを医療機関が実施する場合の床面積基準（6.40 m²以上／床）についての知識を尋ねると、「知っていた」と回答した施設は、それぞれ 34.2%、29.7%、40.3% であった。
- さらに、「知っていた」施設において、開設を検討したことがない施設がいずれの区分でも多くなっていたが、「検討したことがある」施設も、それぞれ 43.3%、34.2%、33.0% であり、有床診療所（介護療養病床あり）の施設においては、他の区分より割合が高かった。

図表 42 複合型サービスの内容（施設：①②③）

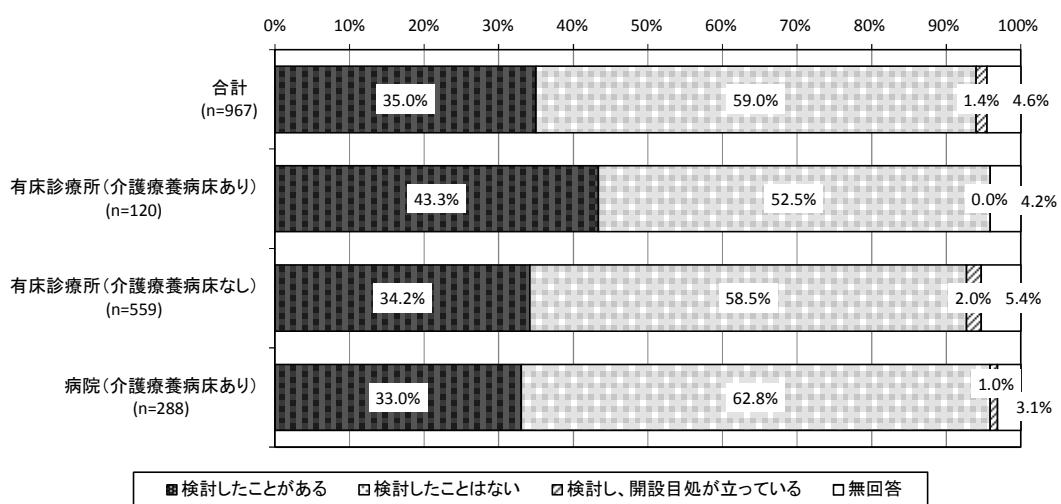


図表 43 複合型サービス事業所の施設基準が 6.40 m²以上 (施設 : ①②③)



図表 44 複合型サービス開設への検討（施設：①②③）

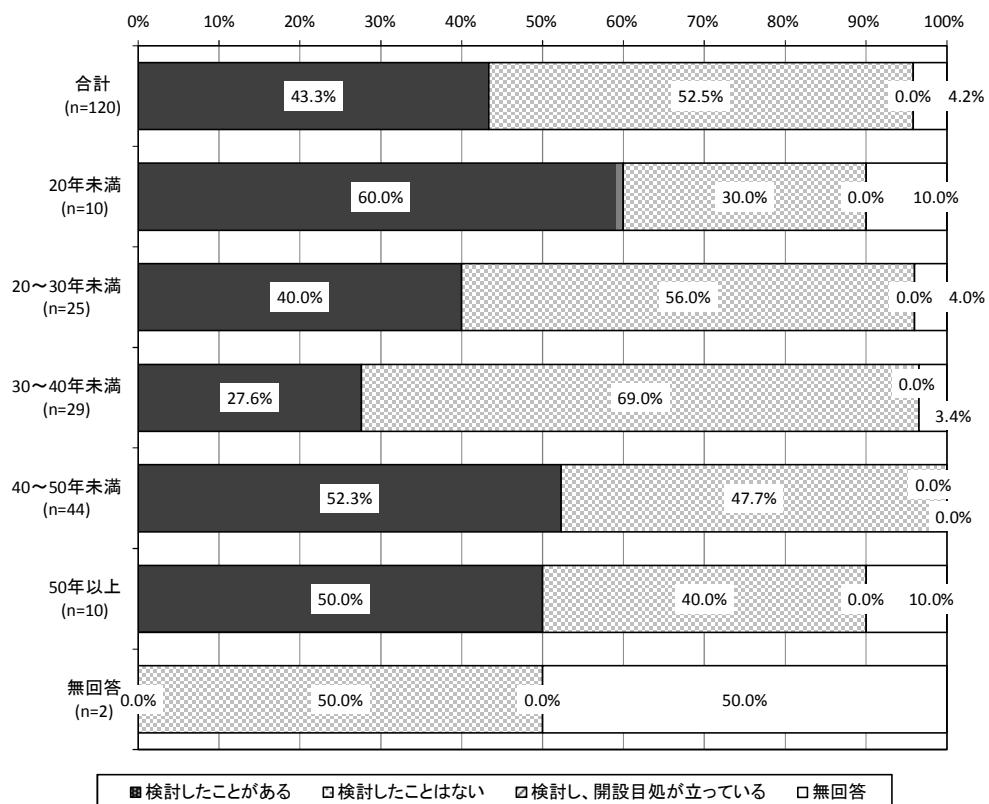
	施 設 数	検 あ 討 し た こと が し た こと は	検 な 討 い し た こと は	検 処 討 が し 立 、 つ 開 て 設 い 目 る	無 回 答
合 計	967 100.0%	338 35.0%	571 59.0%	14 1.4%	44 4.6%
有床診療所(介護療養病床あり)	120 100.0%	52 43.3%	63 52.5%	-	5 4.2%
有床診療所(介護療養病床なし)	559 100.0%	191 34.2%	327 58.5%	11 2.0%	30 5.4%
病院(介護療養病床あり)	288 100.0%	95 33.0%	181 62.8%	3 1.0%	9 3.1%



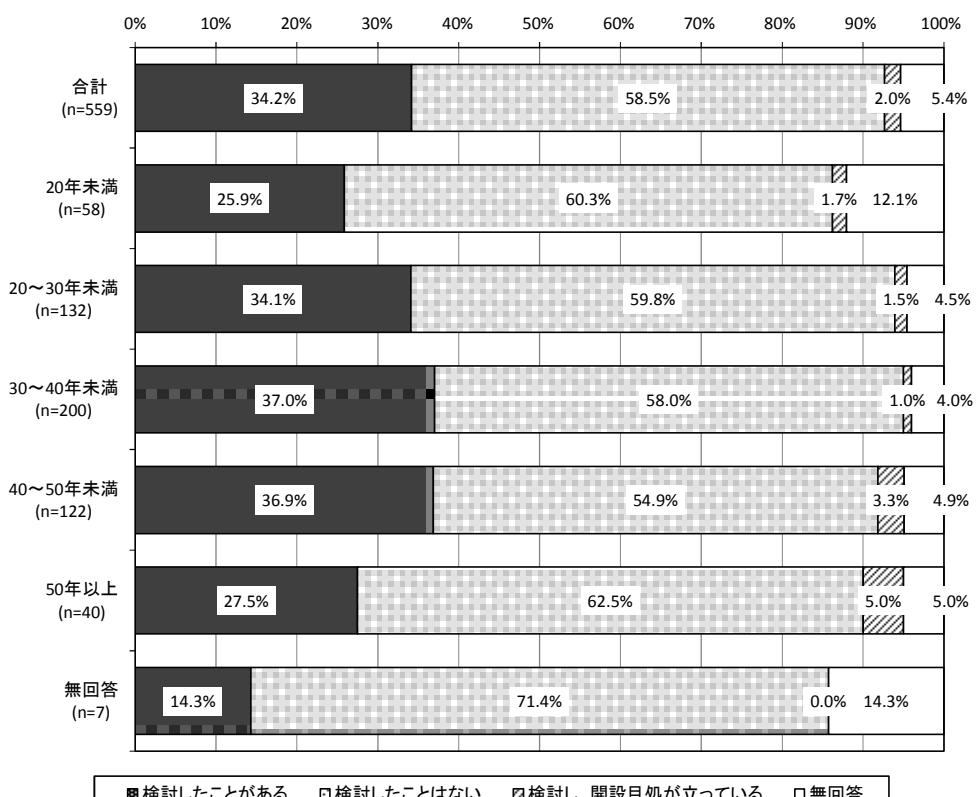
図表 45 複合型サービス開設への検討（経験年数別 施設：①②）

	①有床診療所(介護療養病床あり)			②有床診療所(介護療養病床なし)						
	施設数	検討したことはある	検討したことはない	検討がし立つ開て設いる目	無回答	施設数	検討したことはある	検討したことはない	検討がし立つ開て設いる目	無回答
合計	120 100.0%	52 43.3%	63 52.5%	-	4.2%	559 100.0%	191 34.2%	327 58.5%	11 2.0%	30 5.4%
20年未満	10 100.0%	6 60.0%	3 30.0%	-	10.0%	58 100.0%	15 25.9%	35 60.3%	1 1.7%	7 12.1%
20～30年未満	25 100.0%	10 40.0%	14 56.0%	-	4.0%	132 100.0%	45 34.1%	79 59.8%	2 1.5%	6 4.5%
30～40年未満	29 100.0%	8 27.6%	20 69.0%	-	3.4%	200 100.0%	74 37.0%	116 58.0%	2 1.0%	8 4.0%
40～50年未満	44 100.0%	23 52.3%	21 47.7%	-	-	122 100.0%	45 36.9%	67 54.9%	4 3.3%	6 4.9%
50年以上	10 100.0%	5 50.0%	4 40.0%	-	10.0%	40 100.0%	11 27.5%	25 62.5%	2 5.0%	2 5.0%
無回答	2 100.0%	-	1 50.0%	-	50.0%	100.0%	1 14.3%	7 71.4%	-	1 14.3%

① 有床診療所（介護療養型病床あり）



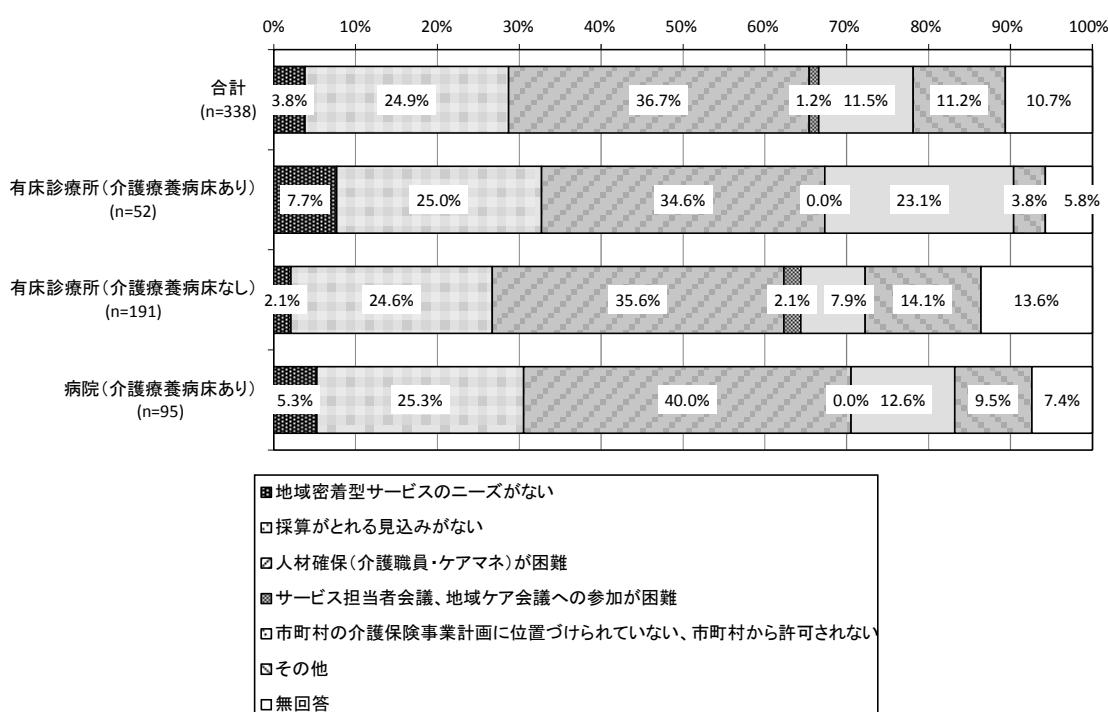
② 有床診療所（介護療養型病床なし）



- 中でも、複合型サービスの開設を「検討したことがある施設」において、開設が決まらない理由を尋ねたところ、「人材確保（介護職員・ケアマネ）の確保が困難」がいずれも多く、有床診療所（介護療養病床あり）で34.6%、有床診療所（介護療養病床なし）で35.6%、病院（介護療養病床あり）で40.0%となっていた。
- また、複合型サービスの開設を「検討したことがない」施設に、その理由を尋ねたところ、有床診療所（介護療養病床あり）においては「複合型サービス開設のメリットを感じない」と「運用について制度が良くわからない」が最も多くともに31.7%、有床診療所（介護療養病床なし）および病院（介護療養病床あり）においては「複合型サービス開設のメリットを感じない」が多く、それぞれ31.8%、49.7%であった。

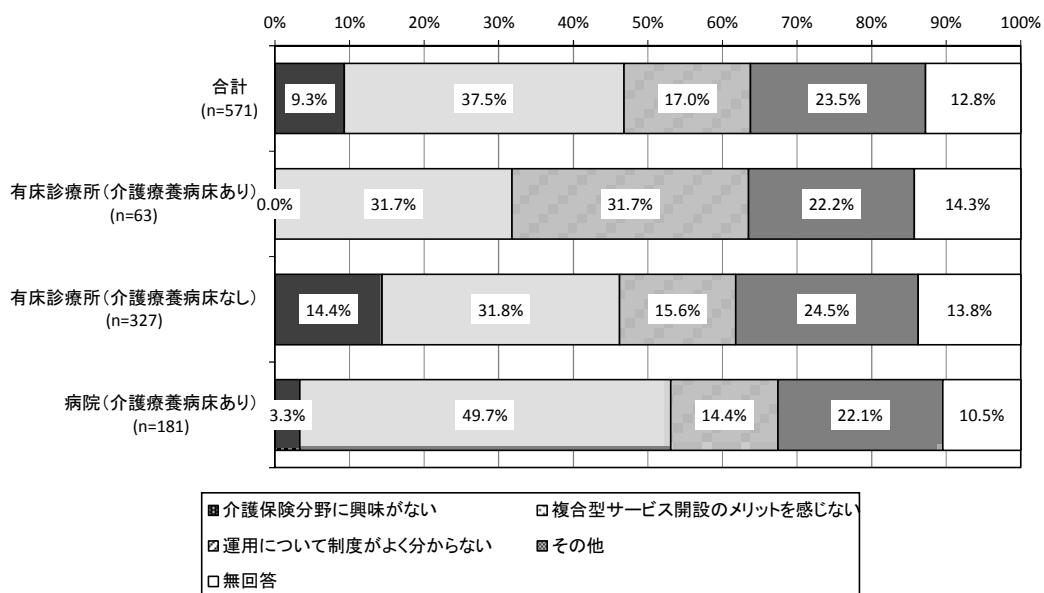
図表 46 複合型サービスの開設が決まらない理由（施設：①②③）

	施設数	地域が密着型サービスのニーズがない	採算がとれる見込みがない	人材確保が困難	サービス担当者会議への参加が困難	市町村の介護保険事業計画に位置づけられていない、市町村から許可されない	その他	無回答
合計	338 100.0%	13 3.8%	84 24.9%	124 36.7%	4 1.2%	39 11.5%	38 11.2%	36 10.7%
有床診療所（介護療養病床あり）	52 100.0%	4 7.7%	13 25.0%	18 34.6%	-	12 23.1%	2 3.8%	3 5.8%
有床診療所（介護療養病床なし）	191 100.0%	4 2.1%	47 24.6%	68 35.6%	4 2.1%	15 7.9%	27 14.1%	26 13.6%
病院（介護療養病床あり）	95 100.0%	5 5.3%	24 25.3%	38 40.0%	-	12 12.6%	9 9.5%	7 7.4%



図表 47 複合型サービス検討に至らない理由（施設：①②③）

	施設数	介護保険が複開を運度な 分野に合設感用がいによ にリスク型のじつく にサメない分 にリいか制ら	その他	無回答
合計	571 100.0%	53 9.3%	214 37.5%	97 17.0%
有床診療所(介護療養病床あり)	63 100.0%	-	20 31.7%	20 31.7%
有床診療所(介護療養病床なし)	327 100.0%	47 14.4%	104 31.8%	51 15.6%
病院(介護療養病床あり)	181 100.0%	6 3.3%	90 49.7%	26 14.4%



⑥病床転換について

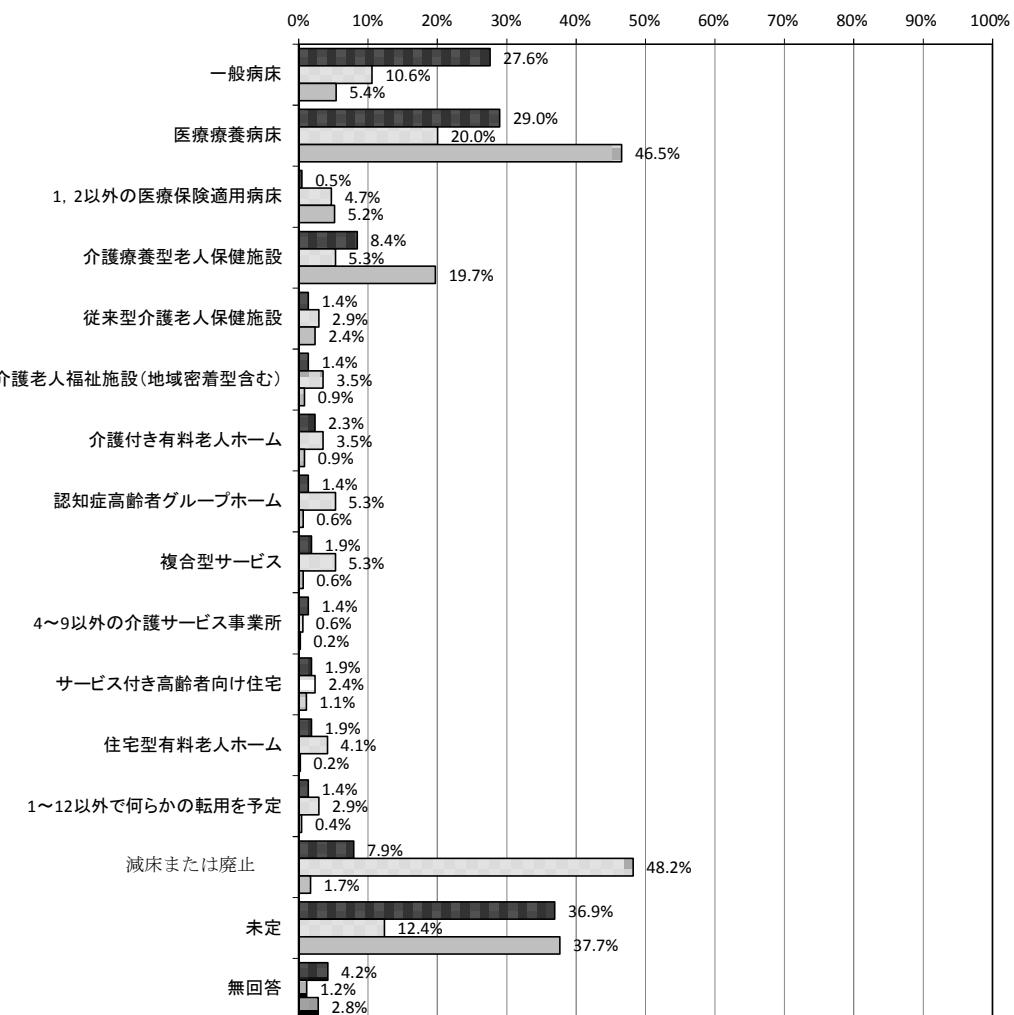
- 介護療養病床の病床転換の予定については、有床診療所（介護療養病床あり）では「医療療養病床」が 29.0%、「一般病床」が 27.6%であった。病院（介護療養病床あり）では、「医療療養病床」が 46.5%、「介護療養型老人保健施設」が 19.7%で、有床診療所（介護療養病床なし）においては、病床転換の予定について、「減床または廃止」が 48.2%にのぼった。
- 有床診療所（介護療養病床あり）および病院（介護療養病床あり）においては、5 割～6 割が医療系への病床転換を予定していた。

図表 48 病床転換の予定（施設：①②③）

	施設数	一般病床	医療療養病床	1療保2以外用の病床	介護健診施設型老人	従来型施設型老人	介護老人福祉着施型	介護付き有料老人	認知症高齢者ムグ	複合型サービス	4歳所9岁以下ビスの事業	サル者向け住高	住宅型有料老人	1何予ら定1か2の以転外用でを	減床または廃止	未定	無回答
合計	846	102	311	33	118	19	13	15	15	16	5	13	12	10	107	274	24
	100.0%	12.1%	36.8%	3.9%	13.9%	2.2%	1.5%	1.8%	1.8%	1.9%	0.6%	1.5%	1.4%	1.2%	12.6%	32.4%	2.8%
有床診療所 (介護療養病床あり)	214	59	62	1	18	3	3	5	3	4	3	4	4	3	17	79	9
	100.0%	27.6%	29.0%	0.5%	8.4%	1.4%	1.4%	2.3%	1.4%	1.9%	1.4%	1.9%	1.9%	1.4%	7.9%	36.9%	4.2%
有床診療所 (介護療養病床なし)	170	18	34	8	9	5	6	6	9	9	1	4	7	5	82	21	2
	100.0%	10.6%	20.0%	4.7%	5.3%	2.9%	3.5%	3.5%	5.3%	5.3%	0.6%	2.4%	4.1%	2.9%	48.2%	12.4%	1.2%
病院 (介護療養病床あり)	462	25	215	24	91	11	4	4	3	3	1	5	1	2	8	174	13
	100.0%	5.4%	46.5%	5.2%	19.7%	2.4%	0.9%	0.9%	0.6%	0.6%	0.2%	1.1%	0.2%	0.4%	1.7%	37.7%	2.8%

※有床診療所（介護療養病床あり）と病院（介護療養病床あり）については、介護療養病床の病床転換の予定を回答

※有床診療所（介護療養病床なし）については、病床転換の予定ありと回答した170施設が対象



■有床診療所(介護療養病床あり)(n=214) □有床診療所(介護療養病床なし)(n=170) ▨病院(介護療養病床あり)(n=462)

- ・ 病床転換を行うとした場合に必要となる支援について、有床診療所では、「改装費用負担、補助等の支援」、「一般病床等の介護報酬単価の引き上げ（経営支援含む）」、「職員の確保への支援」、「制度・規制の緩和や見直し」等が挙げられた。また病院（介護療養病床あり）では、有床診療所からはあまり聞かれなかつた「明確な政策の方向性提示」や、「院内の重度要介護者の受皿の設置」等が要望されていた。

一部抜粋

【有床診療所（介護療養病床あり）】

<改装費用負担、補助等の支援>

- ・ 病室の改築が必要なため、まず資金が必要。
- ・ 建物改修の為の経済的支援。
- ・ 増改築に係る費用の補助金見直し。

<一般病床等の介護報酬単価の引き上げ（経営支援含む）>

- ・ 入所サービスに対する介護報酬（又は診療報酬）が有床診療所では極端に低く設定されているため、経営が困難である。大幅な引上げが必要である。
- ・ 介護療養型診療所では医師、看護師が24時間張り付いて、最後の看取りまで責任をもって診療に従事している。しかしその割に他の施設等に比べて報酬が安いと思われます。

<制度・規制の緩和、見直し>

- ・ 周辺土地・農地転用規制地域のため転用が困難なため、農地転用への支援が欲しい。
- ・ 介護療養型医療施設と一般病床との間で認められている、ベッド移動をしなくとも医療保険と介護保険の切り替えができる制度を、有床診の老健にも適用してほしい。
- ・ 必要書類の簡素化と施設基準の見直し。

【有床診療所（介護療養病床なし）】

<一般病床等の介護報酬単価の引き上げ（経営支援含む）>

- ・ 今後の保険改定の状況をみて、有床診療所での緩和ケアが採算がとれないようであれば、転換を考えたい。
- ・ 介護用員に支払える報酬が補償されること。いつも100%稼動とはいかないので、余裕が必要だが、赤字経営では無理である。
- ・ 有床であるが故に大病院と同じ設備を有しているが、人数等の諸条件ばかりが厳しくして、報酬は病院の1/2程度である。
- ・ 現在の介護保険制度では、種々の介護施設を開設しても赤字経営となるリスクが大きく、また事業参入にかかる費用も大きなものであることから、なかなか参入しづらい。

<職員の確保への支援>

- ・ 人材確保が困難であり、有床を維持できない。
- ・ 医療及び介護スタッフが確保できなければ、病床廃止も検討課題となりうる。
- ・ ナースやドクター不足の解消、人件費の高騰化の歯止め。

- ・ 看護師、介護職員の増員雇用が困難。
- ・ 介護職員の給料も安くなかなかよい人材が見つかりにくいのも現状です。スタッフの環境改善の必要性を強く感じます。
- ・ 介護の経験乏しく、一からノウハウを蓄積する事、職員を募集し採算性まで考えることの煩雑さを考えると参入しようとする気になれない。

<制度・規制の緩和、見直し>

- ・ 介護用病床を医院から離れた場所に移しても良いといった規制緩和。
- ・ 老健の入所者数の自治体（県）における定員の制限が大きい。
- ・ 医療機関の規模に応じた認可の制度の整備を希望します。
- ・ 老人福祉の事業転換への相談窓口が必要である。

【病院（介護療養病床あり）】

<改修費用負担、補助等の支援>

- ・ 転換すれば建物が改築だけでなく、人員削減による早期退職の上乗支給や再就職の支援が必要になるなど通常では不要な費用が多く発生する。転換補助金は改築で1床85万円の設定はまだまだ不十分のため引き上げてほしい。
- ・ より良い療養環境のため、リフォームしたいのでそのための補助をしてほしい。
- ・ 耐震補助が50%以上あれば転換の可能性あり。
- ・ 病室の機能改善に対する補助

<一般病床等の介護報酬単価の引き上げ（経営支援含む）>

- ・ 現在の床面積では転換が困難な為、移転等に伴う資金。
- ・ 新しく病床転換を考えた場合、病床数が減ってしまい、経営的に採算が取れない。
- ・ 経済的支援。特に助成金申請方法の再考（申請期間の延長、申請から許可までの時間短縮等）
- ・ 介護度が高い患者でも、医療への転換を考えたとき、医療区分が低くランク付けされることから、病床転換を行う場合の単価が比例しない。医療への転換は日数の縛りなどの問題もある。

<制度・規制の緩和、見直し>

- ・ 地域の小病院における病床選択の自由度を上げてほしい。
- ・ 夜勤看護職員基準（41：1以上）等の緩和をお願いしたい。（看護師不足のため）
- ・ 転換が必要となった場合は受け入れ先を確保する事が困難であるため医療区分等の規制をなくして欲しい。
- ・ 療養病床として医療・介護の両方の療養を実施している病院における介護療養病床の医療療養病棟転換時の入院基本料算定要件の緩和。
- ・ 医療区分の見直し。（特に区分1）
- ・ 当院周辺は高齢者が多く医療依存度の高い要介護者が多いので療養病床は地域包括ケアシステムの大黒柱。これまで棚上げされている病床を減らす政策は廃止して欲しい。

<明確な政策の方向性提示>

- ・ 行政の方針の早期明示
- ・ 制度があまりに変わる為、すぐに動いてもまた変わる可能性があり、うかつに動けない。
- ・ 老人医療の長期的展望を具体的に示して欲しい。
- ・ 制度や方針の一貫性が必要。

<院内の重度要介護者の受皿の設置>

- ・ 病院と併設し介護度の高い人を預っており、現状当地域では必要。提携している老人施設で管理出来ない重度な人の受入等が多い。
- ・ 退院しない（できない）患者の受皿がなく、対処ができない。
- ・ 現在入院中の患者のうち、どうしても在宅に帰れない人の行き先の確保。
- ・ 老健施設の増加と医療必要度の高い患者を受けいれる施設の増加。

- ・ 介護サービス事業への参入にあたっての課題として、「職員の確保が困難」「採算性が悪い」といった点が多く挙げられている。また有床診療所（介護療養病床なし）では、「介護に関する知識がない」「医師自身が高齢であり余裕が無い」「後継者がいない」等の事情も挙げられていた。

一部抜粋

【有床診療所（介護療養病床あり）】

<職員の確保が困難>

- ・ 看護職の不足等があり、医療機関（特に有床診）の看護職が柔軟に対応できるよう各種兼務について緩和してほしい。
- ・ 各部署の職員数が少ないので人集めがたいへんです。管理栄養士の問題も同様で人件費も増し、欠員になった時を考えると薄氷を踏む思いです。
- ・ 今後介護職員の確保が困難と予想される。現在のように様々なサービス事業者が色々なサービス提供している。そこに職員も数名～数十名いるが、この様に分散した形で、はたして質の高いサービス提供出来るのだろうか？
- ・ 職員のモチベーションを保つ給与額と職員数の確保。

<採算性が悪い>

- ・ サービス単価が低い為、人件費など採算がとれない。
- ・ 経営および雇用の維持、安定化が可能か否か。
- ・ 採算がとれるようになるまでの運転資金が必要。
- ・ 現在の収支をくずさないこと。

【有床診療所（介護療養病床なし）】

<職員の確保が困難>

- 介護職員の給料も安くなかなかよい人材が見つかりにくいのも現状です。スタッフの環境改善の必要性を強く感じます。
- 介護の経験乏しく、一からノウハウを蓄積する事、職員を募集し採算性まで考えることの煩雑さを考えると参入しようとする気になれない。
- 夜勤可能な看護師等の人材がない。
- 介護事業の事務的処理の専門職がいない。
- 人材確保、職員への給与が満足のいく報酬が払えない。
- 職員の確保、現在の診療体制と介護サービスとの両立が困難。
- ベッドはあっても即戦力となる人材が雇用出来ない。特に看護師は全く居ない。
- 要員の確保と教育が大変であること。
- 介護保険に長けた職員の確保が難しいのが現状です。現在併設しているヘルパーステーションも人員不足です。新しい事業を立ち上げるための人員は、既存の事業所から、引き抜くしかなく、既存の事業所の存続が危くなるという悪循環です。
- 看護師である職員が介護という点では不慣れだと思う。今後の教育に関して課題あり。
- 制度等に対して専門的な知識を持つ、若しくは精通しているスタッフの確保と、スキルアップのための体制作り。
- 医療施設であり人的要件を充分適応するためには、夜間勤務を介護職も併せて複数人でしないと充分なサービスと医療を担保できない。
- 充分なマンパワーが確保出来ないと思わぬ事故が発生したり火災地震など緊急事態に対処出来ない事を心配する。

<その他>

- 介護サービスのことが詳しくわからない。
- 介護サービス事業の詳細がわからず、知識不足。
- 後継者がない。自身の年齢を考えると新しい事業は責任が持てない。
- 現時点では介護サービス事業へ参入する余裕がない。
- 毎日手術を行っているため、医療で手いっぱい介護まではとても手がまわりません。
- 年齢のため新規分野（事業）の進出は難しい。後継者はいるが、介護について興味があるか否かは現時点ではわからない。
- 健康に自信がない（これ以上仕事量を増やせない）。

【病院（介護療養病床あり）】

<職員の確保が困難>

- この地域の土地の特性（周りが海）なので、新しい看護師がなかなか確保できない。
- 当院の地域には老人向け施設が多いため人材の確保（特に介護職員）が非常に困難です。
- 看護師、介護福祉士等人材の確保（絶対的不足）、および介護福祉士・ケアマネ等介護従事者の医療知識の高揚。
- 人員の確保。当地域はヘルパーが少なく、介護職員を集めるために苦労しています。ヘルパー

養成をする場を自治体でもっと作って、資格をとる人を増やしてほしい。

- ・離島の為、老人の独居・老人夫妻での居宅者が多い。医療及び生活介護が特に夜間必要とされる。その為のスタッフのローテーションとスタッフの確保が課題である。
- ・スタッフの数の確保と同時に、外部研修等の内容の継続の一貫した教育の機会がない。

<採算性が悪い>

- ・認知症患者が多いが認知症患者に対する報酬が少ない。
- ・介護保険制度への財勢支援が必要。人件費がまかなえるような制度改正が望れます。
- ・重度の患者が多く老健での職員人数では対応できず収支が減ってしまう。
- ・介護職の仕事に見合う給与を提供するだけの介護報酬になっていない。医療は非営利、介護は営利企業が参入しており、気持ちの切り換えが困難。
- ・介護サービス事業は全般的に人件費比率が高く、効率化の余地が少ないため採算確保が容易ではない。

⑦診療所・病院の属性

- 本調査における診療所・病院の主な属性の概要は以下のとおりであった。

図表 49 経営主体（施設：①②③）

	施設数	國人（独む立）行政法	公行政法人	公生的会員（等日）赤字	社会保険関係団	医療法人	社会福祉法人	その他の法人	個人	無回答
合計	2,280 100.0%	-	70 3.1%	7 0.3%	-	1,650 72.4%	13 0.6%	57 2.5%	404 17.7%	79 3.5%
有床診療所（介護療養病床あり）	214 100.0%	-	6 2.8%	1 0.5%	-	166 77.6%	-	-	35 16.4%	6 2.8%
有床診療所（介護療養病床なし）	1,604 100.0%	-	29 1.8%	3 0.2%	-	1,108 69.1%	9 0.6%	36 2.2%	356 22.2%	63 3.9%
病院（介護療養病床あり）	462 100.0%	-	35 7.6%	3 0.6%	-	376 81.4%	4 0.9%	21 4.5%	13 2.8%	10 2.2%

図表 50 収益に占める介護収益の割合[平成 25 年 11 月]（施設：①②③）

	施設数	0%（未）	0満超（25%）	2満（50%）	5満（75%）	7未満（100%）	10%（0%）	無回答	（単位均：%値）	（標準偏差%）
合計	2,280 100.0%	677 29.7%	746 32.7%	254 11.1%	85 3.7%	30 1.3%	1 0.0%	487 21.4%	13.13 19.50	
有床診療所（介護療養病床あり）	214 100.0%	15 7.0%	102 47.7%	46 21.5%	19 8.9%	-	-	32 15.0%	22.25 26.9%	16.92 5.26
有床診療所（介護療養病床なし）	1,604 100.0%	662 41.3%	416 25.9%	72 4.5%	18 1.1%	4 0.2%	-	432 26.9%	5.26 12.49	
病院（介護療養病床あり）	462 100.0%	-	228 49.4%	136 29.4%	48 10.4%	26 5.6%	1 0.2%	23 5.0%	30.35 30.35	22.86

図表 51 医師数（常勤換算数）（施設：①②③）

	施設数	3人未満	3人未満	5人未満	10人以上	無回答	（単位均：人値）	（標準偏差人）
合計	2,280 100.0%	1,764 77.4%	235 10.3%	148 6.5%	55 2.4%	78 3.4%	2.26	2.94
有床診療所（介護療養病床あり）	214 100.0%	203 94.9%	7 3.3%	-	-	4 1.9%	1.30	0.64
有床診療所（介護療養病床なし）	1,604 100.0%	1,397 87.1%	107 6.7%	26 1.6%	5 0.3%	69 4.3%	1.50	1.28
病院（介護療養病床あり）	462 100.0%	164 35.5%	121 26.2%	122 26.4%	50 10.8%	5 1.1%	5.25	4.96

図表 52 訪問診療に関わった医師数（11月中、実人数）（施設：①②③）

	施設数	0人	3人未満	3人～5人未満	5人～10人未満	10人以上	無回答	(単位均：人値)	(標準位偏：差人)
合計	2,280 100.0%	1,245 54.6%	823 36.1%	93 4.1%	32 1.4%	9 0.4%	78 3.4%	0.74	1.38
有床診療所(介護療養病床あり)	214 100.0%	71 33.2%	133 62.1%	5 2.3%	1 0.5%	— —	4 1.9%	0.84	0.78
有床診療所(介護療養病床なし)	1,604 100.0%	917 57.2%	553 34.5%	43 2.7%	16 1.0%	6 0.4%	69 4.3%	0.65	1.33
病院(介護療養病床あり)	462 100.0%	257 55.6%	137 29.7%	45 9.7%	15 3.2%	3 0.6%	5 1.1%	1.01	1.68

図表 53 前年同月との収益比較（施設：①②③）

	施設数	1た%以上増加し	1た%以上減少し	ほへ未ぼ変満変化～わ率らがな1い%	無回答
合計	2,280 100.0%	478 21.0%	925 40.6%	600 26.3%	277 12.1%
有床診療所(介護療養病床あり)	214 100.0%	18 8.4%	90 42.1%	66 30.8%	40 18.7%
有床診療所(介護療養病床なし)	1,604 100.0%	355 22.1%	653 40.7%	408 25.4%	188 11.7%
病院(介護療養病床あり)	462 100.0%	105 22.7%	182 39.4%	126 27.3%	49 10.6%

図表 54 緊急時対応の空床の確保（施設：①②③）

	施設数	設けている	特いに設けていな	無回答
合計	2,280 100.0%	430 18.9%	1,486 65.2%	364 16.0%
有床診療所(介護療養病床あり)	214 100.0%	30 14.0%	161 75.2%	23 10.7%
有床診療所(介護療養病床なし)	1,604 100.0%	313 19.5%	991 61.8%	300 18.7%
病院(介護療養病床あり)	462 100.0%	87 18.8%	334 72.3%	41 8.9%

図表 55 在宅療養支援診療所・病院の届出の有無（施設：①②③）

	施 設 数	し て い な い	し て い る	無 回 答
合 計	2,280 100.0%	1,455 63.8%	750 32.9%	75 3.3%
有床診療所(介護療養病床あり)	214 100.0%	71 33.2%	137 64.0%	6 2.8%
有床診療所(介護療養病床なし)	1,604 100.0%	982 61.2%	556 34.7%	66 4.1%
病院(介護療養病床あり)	462 100.0%	402 87.0%	57 12.3%	3 0.6%

図表 56 直近3か月間の「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」のいずれかの算定の有無（施設：①②③）

	施 設 数	算 定 し て い な い	算 定 し た	無 回 答
合 計	750 100.0%	263 35.1%	460 61.3%	27 3.6%
有床診療所(介護療養病床あり)	137 100.0%	39 28.5%	95 69.3%	3 2.2%
有床診療所(介護療養病床なし)	556 100.0%	196 35.3%	340 61.2%	20 3.6%
病院(介護療養病床あり)	57 100.0%	28 49.1%	25 43.9%	4 7.0%

図表 57 直近3か月間の往診料の「緊急加算」「夜間加算」「深夜加算」のいずれかの算定の有無（施設：①②③）

	施 設 数	算 定 し て い な い	算 定 し た	無 回 答
合 計	750 100.0%	398 53.1%	308 41.1%	44 5.9%
有床診療所(介護療養病床あり)	137 100.0%	66 48.2%	63 46.0%	8 5.8%
有床診療所(介護療養病床なし)	556 100.0%	290 52.2%	235 42.3%	31 5.6%
病院(介護療養病床あり)	57 100.0%	42 73.7%	10 17.5%	5 8.8%

図表 58 直近3か月間に提供した医療サービス（施設：①②③）

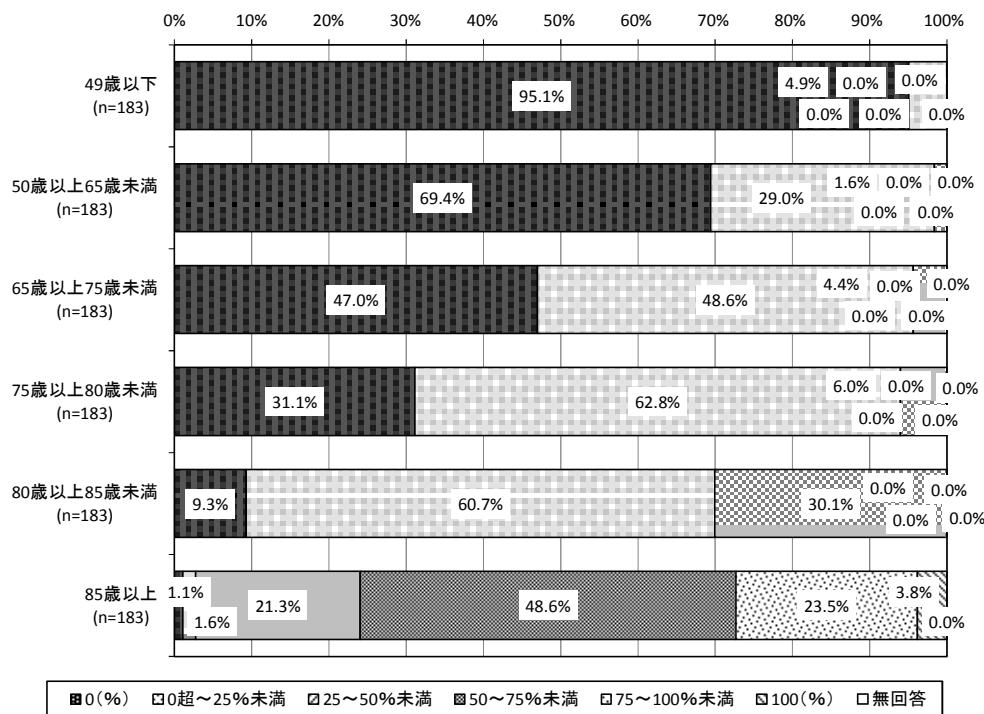
	施設数	救急医療	一般外来診療	夜間・休日診療	在宅医療	手術	MRI検査	カナル検査	リヨハンビリテーション	健診・検診	無回答
合計	2,280 100.0%	502 22.0%	2,003 87.9%	1,259 55.2%	1,031 45.2%	841 36.9%	322 14.1%	79 3.5%	985 43.2%	1,620 71.1%	144 6.3%
有床診療所(介護療養病床あり)	214 100.0%	33 15.4%	198 92.5%	141 65.9%	140 65.4%	45 21.0%	9 4.2%	1 0.5%	74 34.6%	175 81.8%	4 1.9%
有床診療所(介護療養病床なし)	1,604 100.0%	344 21.4%	1,418 88.4%	884 55.1%	683 42.6%	638 39.8%	212 13.2%	53 3.3%	536 33.4%	1,083 67.5%	114 7.1%
病院(介護療養病床あり)	462 100.0%	125 27.1%	387 83.8%	234 50.6%	208 45.0%	158 34.2%	101 21.9%	25 5.4%	375 81.2%	362 78.4%	26 5.6%

(3) 患者票

- 患者票を提出した医療機関において、各設問における患者の状態像を医療機関あたりの割合として算出し、集計した。
- 介護療養病床を有する医療機関では、年齢が85歳以上の患者が平均6割程度を占めていた。

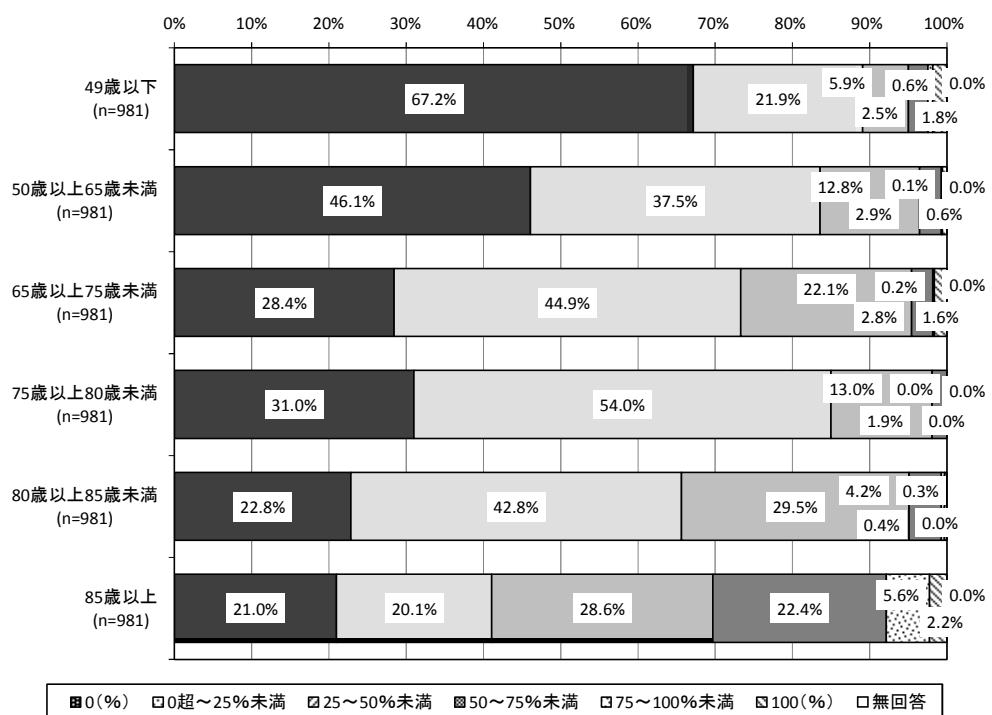
図表 59 年代（施設：①有床診療所（介護療養病床あり））

	施設数	0（%）	0満超（%）	2満（%）	5満（%）	7未満（%）	1（%）	無回答（%）	（平単位均：%値）	（標準偏差：%値）
49歳以下	183	174 100.0%	95.1% 9.4%	4.9%	-	-	-	-	0.51	2.66
50歳以上65歳未満	183	127 100.0%	69.4% 29.0%	53 1.6%	3	-	-	-	3.06	5.78
65歳以上75歳未満	183	86 100.0%	47.0% 48.6%	89 4.4%	8 0.0%	-	-	-	6.51	8.34
75歳以上80歳未満	183	57 100.0%	31.1% 62.8%	115 6.0%	11 0.0%	-	-	-	9.24	8.87
80歳以上85歳未満	183	17 100.0%	9.3% 60.7%	111 30.1%	55 0.0%	-	-	-	18.04	11.31
85歳以上	183	2 100.0%	1.1% 1.6%	3 21.3%	39 48.6%	89 23.5%	7 3.8%	-	62.20	19.75



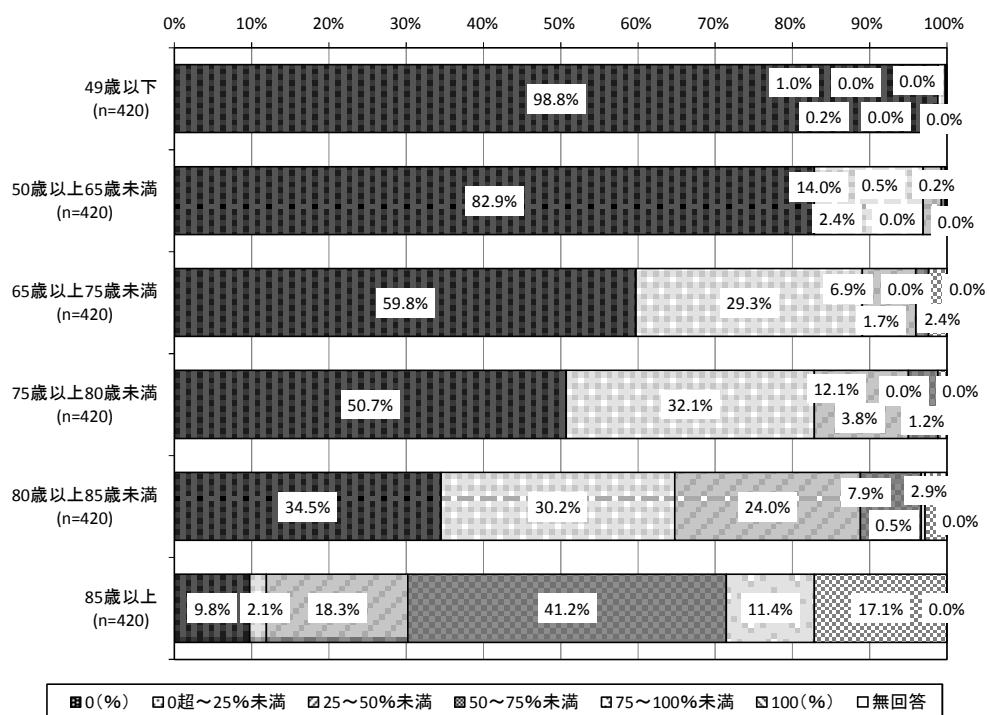
図表 60 年代（施設：②有床診療所（介護療養病床なし））

	施設数	0（%）	0満超（%）	2満（%）	5満（%）	7未満（%）	1（%）	無回答（%）	（単位均値）	（標準偏差）		
49歳以下	981	659	21.9%	58	2.5%	6	1.8%	-	8.07	18.29		
50歳以上65歳未満	981	452	37.5%	126	2.9%	1	0.6%	-	10.88	15.19		
65歳以上75歳未満	981	279	44.9%	440	21.7%	27	2	16	-	16.53	17.79	
75歳以上80歳未満	981	304	54.0%	530	13.0%	19	-	-	-	12.30	12.24	
80歳以上85歳未満	981	224	42.8%	420	29.5%	41	4	3	-	18.65	15.77	
85歳以上	981	206	20.1%	197	28.6%	281	220	55	22	-	33.08	27.06



図表 61 年代（施設：③病院（介護療養病床あり））

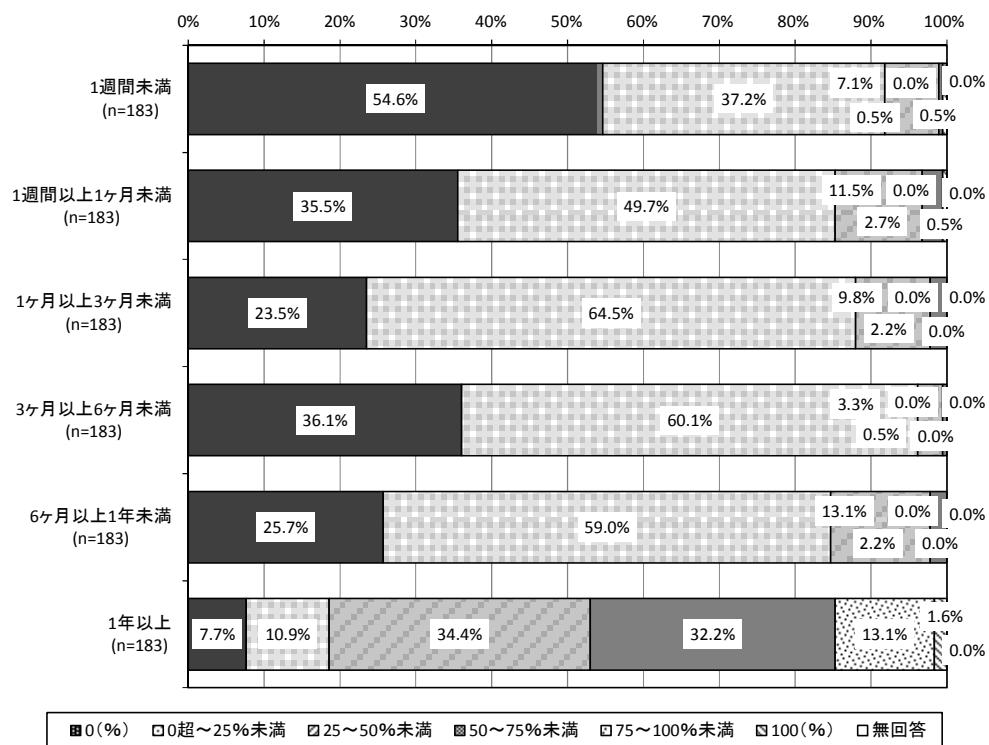
	施設数	0（%）	0満超（%）	2満（%）	5満（%）	7未満（%）	1（%）	無回答（単位均：%値）	（標準偏差：差%）
49歳以下	420	415	4 1.0%	1 0.2%	-	-	-	-	0.17 1.99
50歳以上65歳未満	420	348	59 82.9%	10 14.0%	2 2.4%	0.5 0.5%	-	1 0.2%	- 2.47 8.06
65歳以上75歳未満	420	251	123 59.8%	29 29.3%	7 6.9%	1 1.7%	-	10 2.4%	- 8.78 17.93
75歳以上80歳未満	420	213	135 50.7%	51 32.1%	16 12.1%	3.8 3.8%	-	5 1.2%	- 10.83 16.64
80歳以上85歳未満	420	145	127 34.5%	101 30.2%	33 24.0%	7.9 7.9%	0.5 0.5%	12 2.9%	- 19.85 22.08
85歳以上	420	41	9 9.8%	77 2.1%	173 18.3%	41.2 41.2%	11.4 11.4%	72 17.1%	- 57.89 29.04



- ・ 入院日から調査日までの期間についても同様に、療養病床を有する医療機関では1年以上入院している患者の割合が多い。

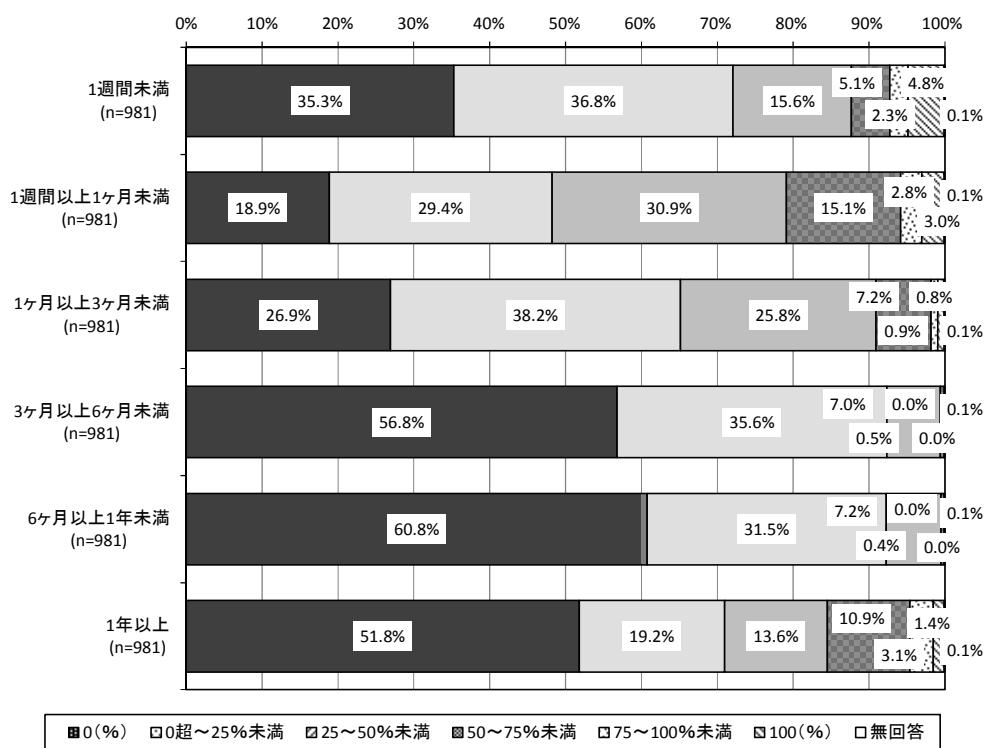
図表 62 入院日から調査日までの期間（施設：①有床診療所（介護療養病床あり））

	施設数	0（%）	0満超（%）	2満（%）	5満（%）	7未満（%）	1（%）	無回答（%）	（単位均値）	（標準偏差）
1週間未満	183	100	68	13	1	-	1	-	6.95	12.24
	100.0%	54.6%	37.2%	7.1%	0.5%		0.5%			
1週間以上1ヶ月未満	183	65	91	21	5	-	1	-	12.16	14.87
	100.0%	35.5%	49.7%	11.5%	2.7%		0.5%			
1ヶ月以上3ヶ月未満	183	43	118	18	4	-	-	-	12.12	11.65
	100.0%	23.5%	64.5%	9.8%	2.2%					
3ヶ月以上6ヶ月未満	183	66	110	6	1	-	-	-	8.11	8.52
	100.0%	36.1%	60.1%	3.3%	0.5%					
6ヶ月以上1年未満	183	47	108	24	4	-	-	-	12.52	11.43
	100.0%	25.7%	59.0%	13.1%	2.2%					
1年以上	183	14	20	63	59	24	3	-	47.18	24.92
	100.0%	7.7%	10.9%	34.4%	32.2%	13.1%	1.6%			



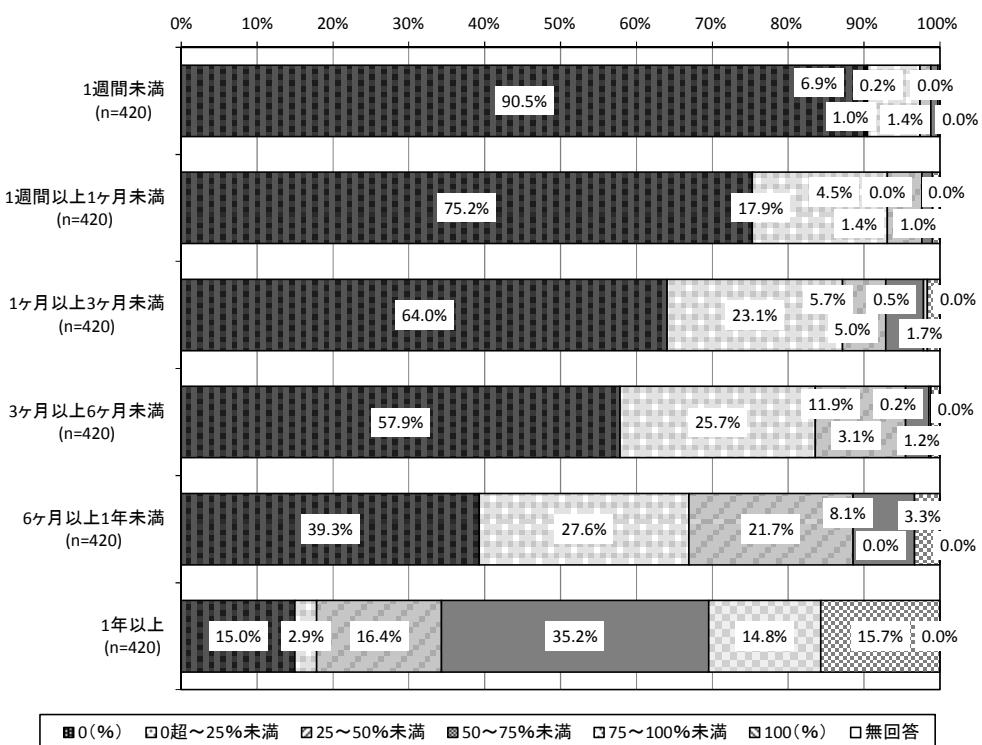
図表 63 入院日から調査日までの期間 (施設 : ②有床診療所 (介護療養病床なし))

	施設数	0超(%)	0満(%)	2満(%)	5満(%)	7未満(%)	1(%)	無回答(%)	(平均単位値)(%)	(標準偏差)(%)
1週間未満	981	346 100.0%	361 35.3%	153 36.8%	50 15.6%	23 5.1%	47 2.3%	1 4.8%	0.1%	19.89 26.03
1週間以上1ヶ月未満	981	185 100.0%	288 18.9%	303 29.4%	148 30.9%	27 15.1%	29 2.8%	1 3.0%	0.1%	28.84 24.67
1ヶ月以上3ヶ月未満	981	264 100.0%	375 26.9%	253 38.2%	71 25.8%	9 7.2%	8 0.9%	1 0.8%	0.1%	19.67 19.53
3ヶ月以上6ヶ月未満	981	557 100.0%	349 56.8%	69 35.6%	5 7.0%	- 0.5%	- -	1 0.1%	6.56 6.56	9.79
6ヶ月以上1年未満	981	596 100.0%	309 60.8%	71 31.5%	4 7.2%	0.4% 0.4%	- -	1 0.1%	6.35 6.35	9.88
1年以上	981	508 100.0%	188 51.8%	133 19.2%	107 13.6%	30 10.9%	14 3.1%	1 1.4%	0.1%	17.81 25.39



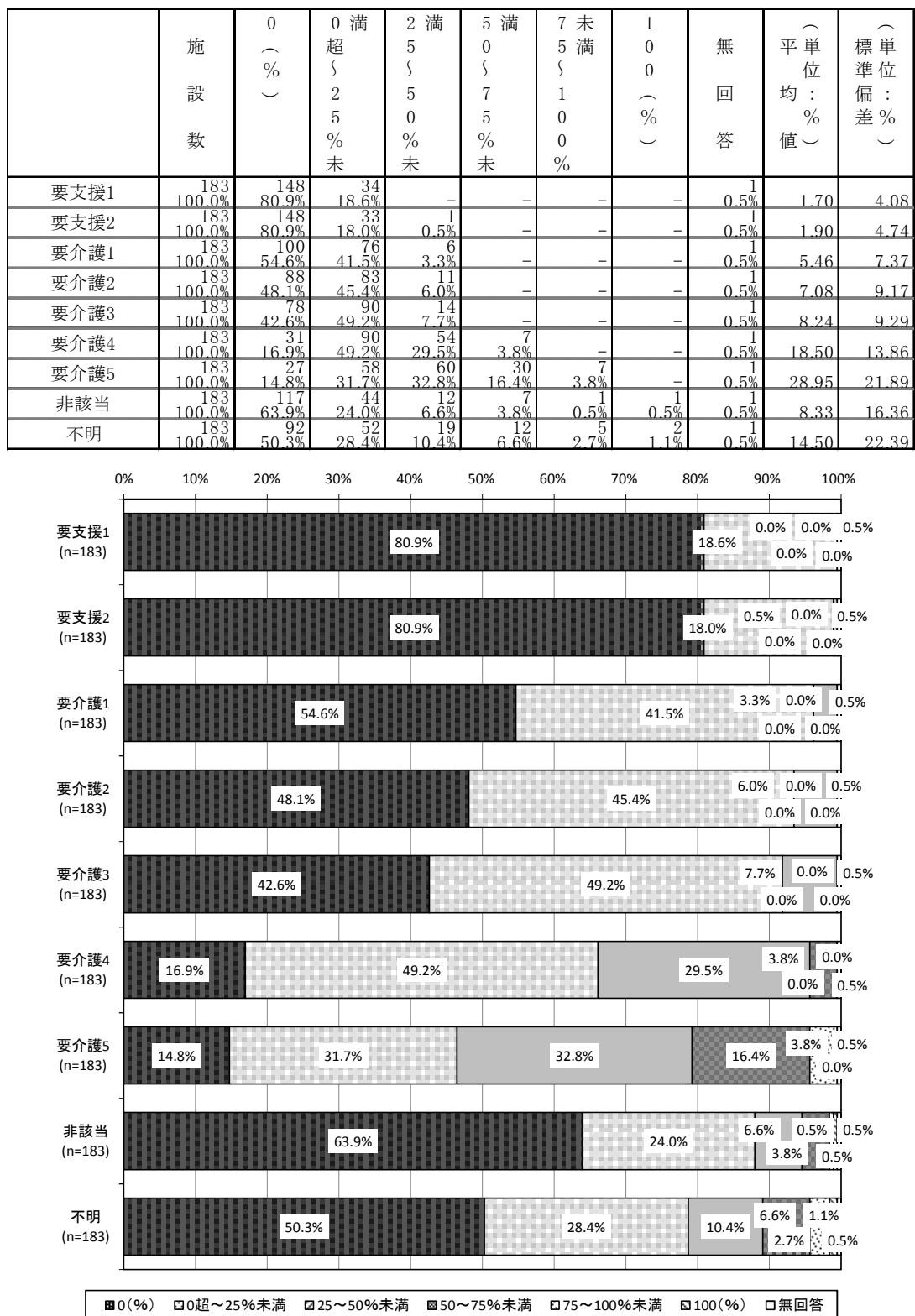
図表 64 入院日から調査日までの期間（施設：③病院（介護療養病床あり））

	施設数	0超 (%)	0満 (%)	2満 (%)	5満 (%)	7未 (%)	1 (%)	無回答 (%)	（平均単位値）	（標準偏差）
1週間未満	420	380	29	6	4	1	-	-	1.84	7.68
	100.0%	90.5%	6.9%	1.4%	1.0%	0.2%	-	-		
1週間以上1ヶ月未満	420	316	75	19	6	-	4	-	5.02	13.52
	100.0%	75.2%	17.9%	4.5%	1.4%	-	1.0%	-		
1ヶ月以上3ヶ月未満	420	269	97	24	21	2	7	-	9.12	18.71
	100.0%	64.0%	23.1%	5.7%	5.0%	0.5%	1.7%	-		
3ヶ月以上6ヶ月未満	420	243	108	50	13	1	5	-	9.76	16.55
	100.0%	57.9%	25.7%	11.9%	3.1%	0.2%	1.2%	-		
6ヶ月以上1年未満	420	165	116	91	34	-	14	-	18.68	22.71
	100.0%	39.3%	27.6%	21.7%	8.1%	-	3.3%	-		
1年以上	420	63	12	69	148	62	66	-	55.29	32.00
	100.0%	15.0%	2.9%	16.4%	35.2%	14.8%	15.7%	-		

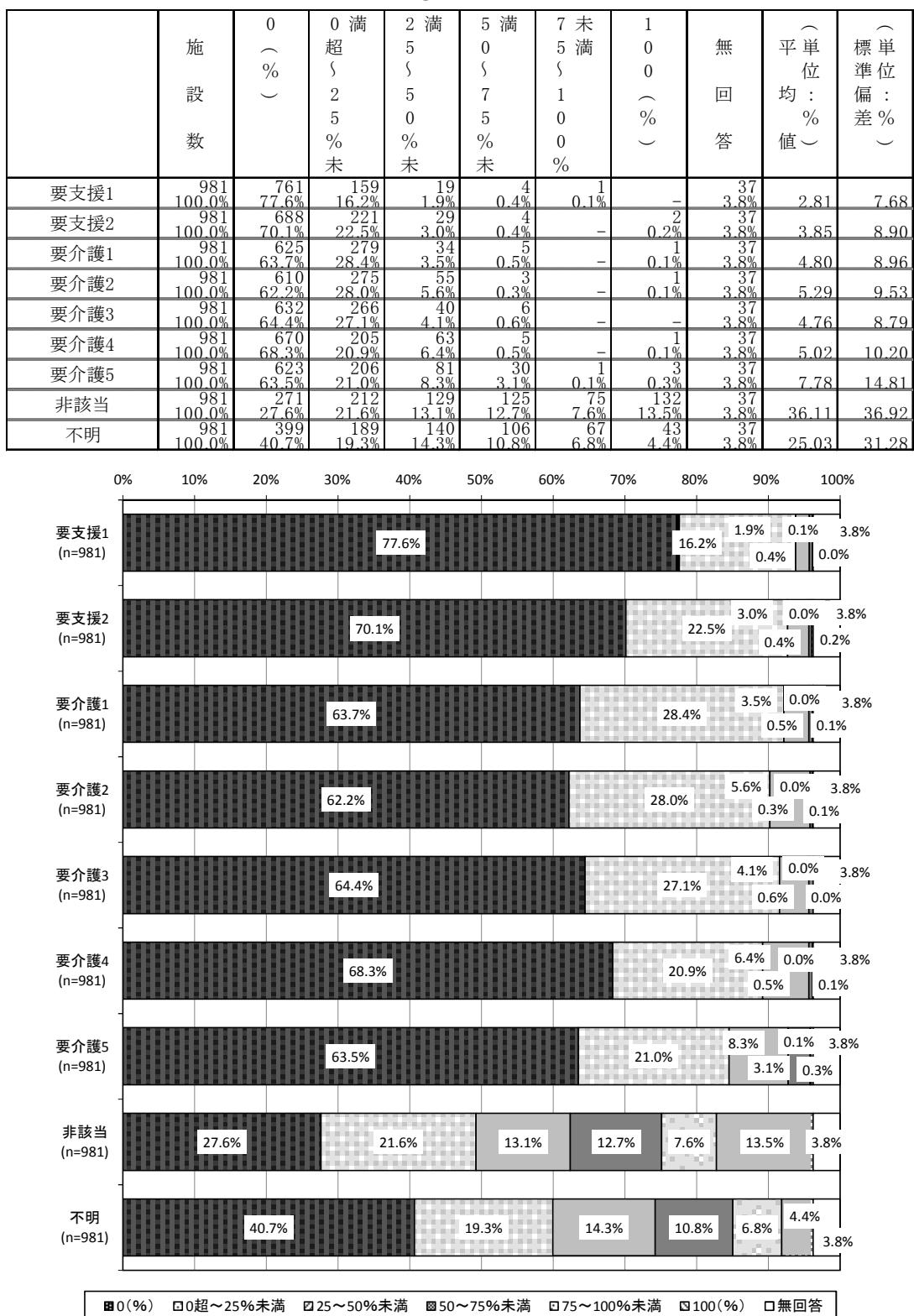


- 療養病床がない有床診療所では、要介護度「非該当」の割合が高くなっている。

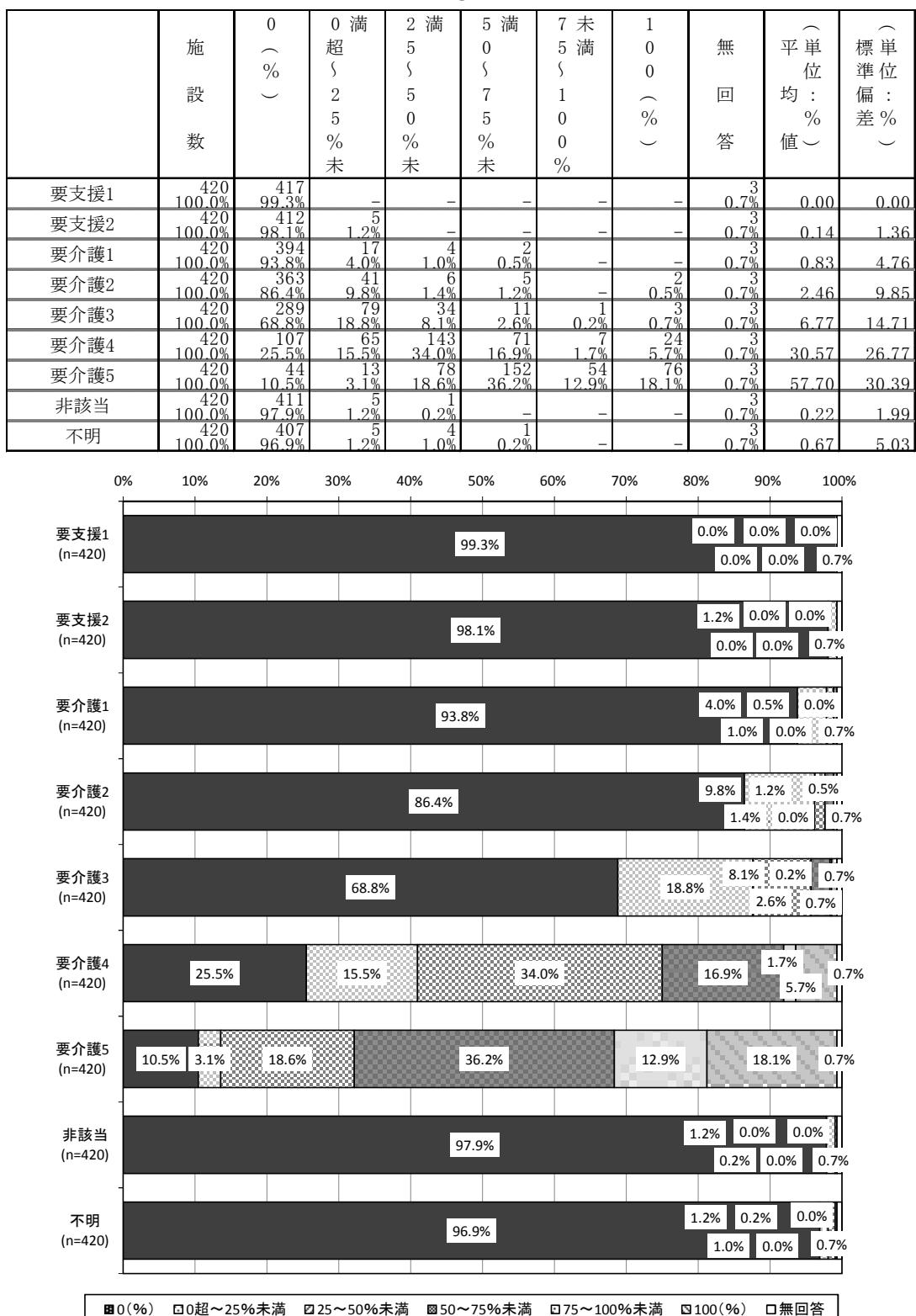
図表 65 要介護度（施設：①有床診療所（介護療養病床あり））



図表 66 要介護度（施設：②有床診療所（介護療養病床なし））



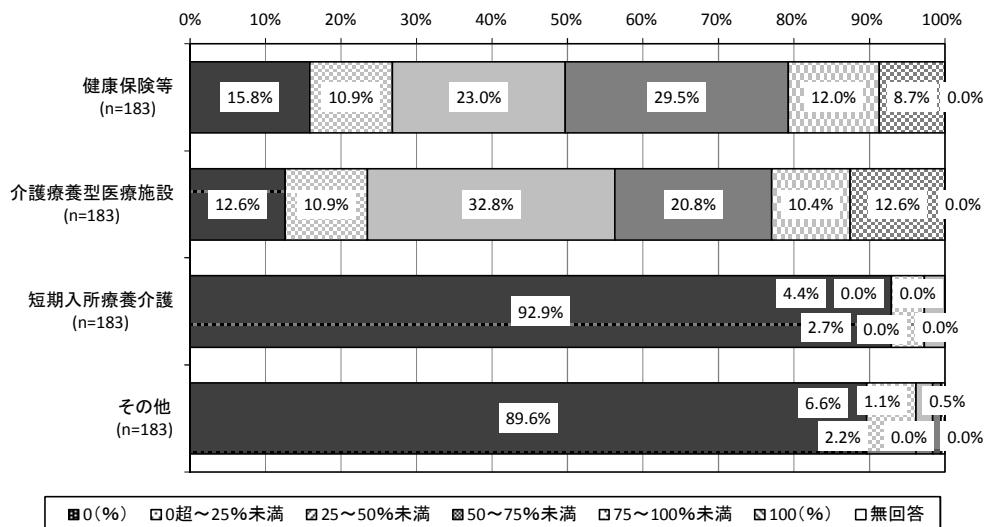
図表 67 要介護度（施設：③病院（介護療養病床あり））



- ・ 入院・入所の形態については以下のとおり。
- ・ 病院（介護療養病床あり）については、図表 70 に示すように介護療養病床における入院・入所の形態を回答している。

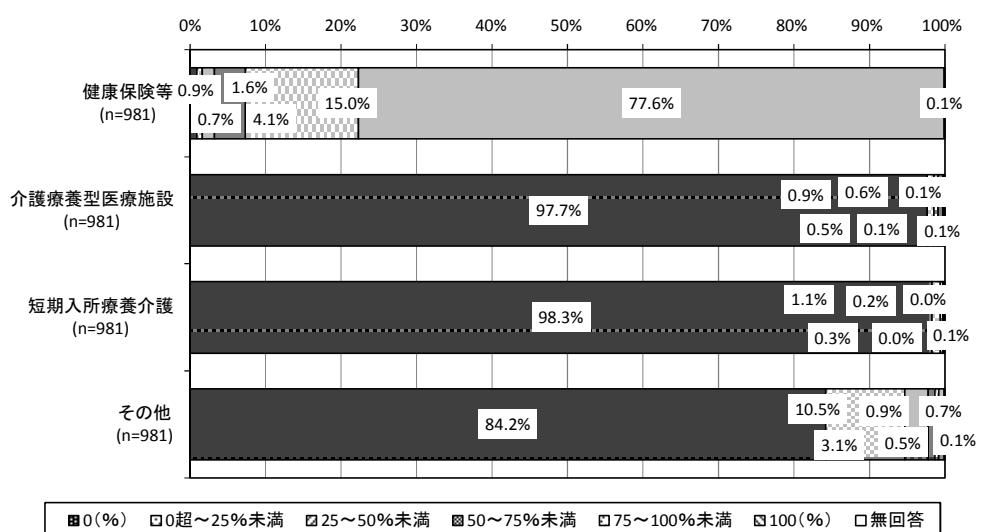
図表 68 入院・入所の形態（施設：①有床診療所（介護療養病床あり））

	施設数	0 (%)	0満超 (%未)	2満 (%未)	5満 (%未)	7未 (%未)	1 (%)	無回答 (%)	（平単位均：%値）	（標準偏差：%）
健康保険等	183	29	20	42	54	22	16	-	46.82	31.67
	100.0%	15.8%	10.9%	23.0%	29.5%	12.0%	8.7%	-		
介護療養型医療施設	183	23	20	60	38	19	23	-	47.71	31.41
	100.0%	12.6%	10.9%	32.8%	20.8%	10.4%	12.6%	-		
短期入所療養介護	183	170	8	5	-	-	-	-	1.45	6.05
	100.0%	92.9%	4.4%	2.7%	-	-	-	-		
その他	183	164	12	4	2	1	0.5%	-	2.55	10.73
	100.0%	89.6%	6.6%	2.2%	1.1%	-	-	-		



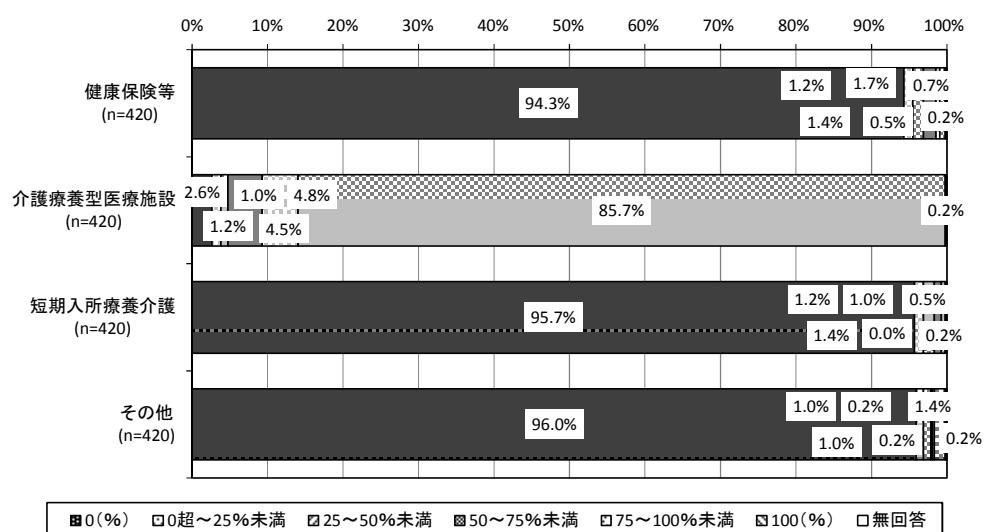
図表 69 入院・入所の形態（施設：②有床診療所（介護療養病床なし））

	施設数	0（%）	0満超（%）	2満（%）	5満（%）	7未満（%）	1（%）	無回答（%）	（単位均値）	（標準偏差：差%）
健康保険等	981	9 100.0%	0.9% 0.7%	7 1.6%	16 4.1%	40 15.0%	147 77.6%	761 0.1%	1 94.14	16.08
介護療養型医療施設	981	958 100.0%	97.7% 9.9%	9 0.5%	5 0.6%	6 0.1%	1 0.1%	1 0.1%	1 0.81	6.59
短期入所療養介護	981	964 100.0%	98.3% 98.3%	11 1.1%	3 0.3%	2 0.2%	- -	- 0.1%	1 0.35	3.41
その他	981	826 100.0%	84.2% 84.2%	103 10.5%	30 3.1%	9 0.9%	5 0.5%	7 0.7%	1 0.1%	3.87 13.23



図表 70 介護療養病床における入院・入所の形態（施設：③病院（介護療養病床あり））

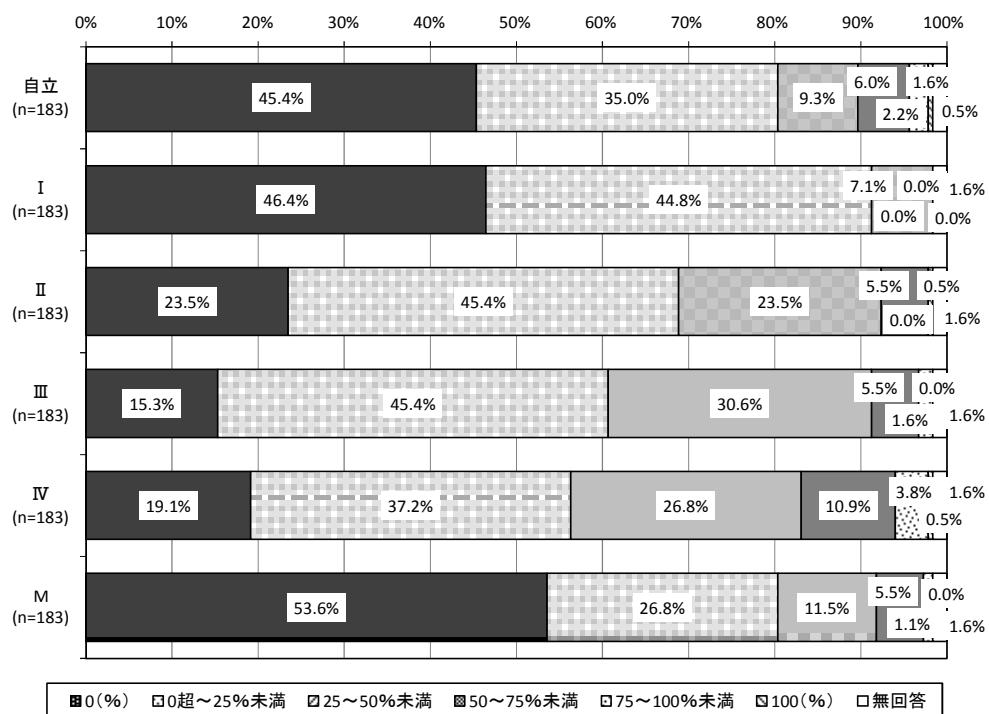
	施設数	0（%）	0満超（%）	2満（%）	5満（%）	7未満（%）	1（%）	無回答（%）	（平均単位均値）	（標準偏差：差%）
健康保険等	420	396	5	6	7	2	3	1	2.63	12.87
	100.0%	94.3%	1.2%	1.4%	1.7%	0.5%	0.7%	0.2%		
介護療養型医療施設	420	11	5	4	19	20	360	1	93.40	20.51
	100.0%	2.6%	1.2%	1.0%	4.5%	4.8%	85.7%	0.2%		
短期入所療養介護	420	402	5	6	4	-	2	1	1.47	9.12
	100.0%	95.7%	1.2%	1.4%	1.0%	-	0.5%	0.2%		
その他	420	403	4	4	1	1	6	1	2.14	13.19
	100.0%	96.0%	1.0%	1.0%	0.2%	0.2%	1.4%	0.2%		



- 認知症高齢者の日常生活自立度・障害高齢者の日常生活自立度については以下のとおり。

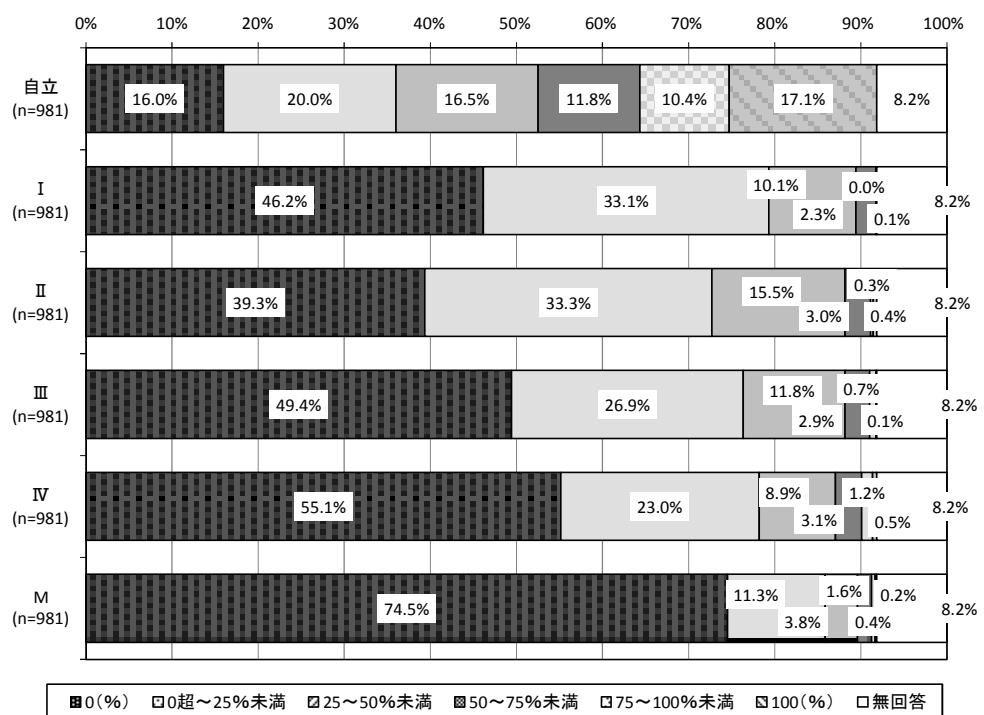
図表 71 認知症高齢者の日常生活自立度（施設：①有床診療所（介護療養病床あり））

	施設数	0 (%)	0満超 (%)	2満 (%)	5満 (%)	7未満 (%)	1 (%)	無回答 (%)	（平単位均：%値）	（標準偏差：%）
自立	183 100.0%	83 45.4%	64 35.0%	17 9.3%	11 6.0%	4 2.2%	1 0.5%	3 1.6%	13.68	20.51
I	183 100.0%	85 46.4%	82 44.8%	13 7.1%	- -	- -	- -	3 1.6%	7.31	9.41
II	183 100.0%	43 23.5%	83 45.4%	43 23.5%	10 5.5%	- -	1 0.5%	3 1.6%	17.69	17.65
III	183 100.0%	28 15.3%	83 45.4%	56 30.6%	10 5.5%	3 1.6%	- -	3 1.6%	21.24	17.27
IV	183 100.0%	35 19.1%	68 37.2%	49 26.8%	20 10.9%	7 3.8%	1 0.5%	3 1.6%	24.88	23.02
M	183 100.0%	98 53.6%	49 26.8%	21 11.5%	10 5.5%	2 1.1%	- -	3 1.6%	11.36	17.56



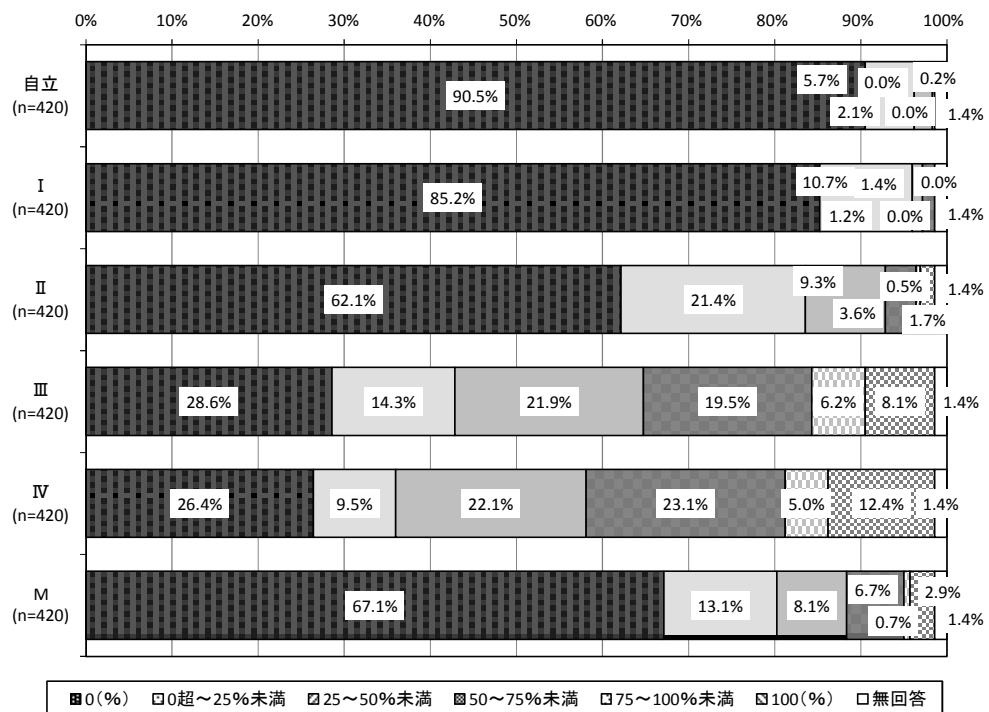
図表 72 認知症高齢者の日常生活自立度（施設：②有床診療所（介護療養病床なし））

	施設数	0超 (%)	0満 (%)	2満 (%)	5満 (%)	7未 (%)	1 (%)	無回答 (%)	（平均単位偏：標準偏差）
自立	981	157 100.0%	196 16.0%	162 20.0%	116 16.5%	102 11.8%	168 10.4%	80 17.1%	8.2% 45.10 37.43
I	981	453 100.0%	325 46.2%	99 33.1%	23 10.1%	23 2.3%	1 -	1 0.1%	80 8.2% 9.50 13.57
II	981	386 100.0%	327 39.3%	152 33.3%	29 15.5%	3 3.0%	4 0.3%	80 0.4%	8.2% 12.71 16.18
III	981	485 100.0%	264 49.4%	116 26.9%	28 11.8%	7 2.9%	1 0.7%	80 0.1%	8.2% 10.20 15.61
IV	981	541 100.0%	226 55.1%	87 23.0%	30 8.9%	12 3.1%	5 1.2%	80 0.5%	8.2% 9.96 18.15
M	981	731 100.0%	111 74.5%	37 11.3%	16 3.8%	4 1.6%	2 0.4%	80 0.2%	8.2% 4.39 12.83



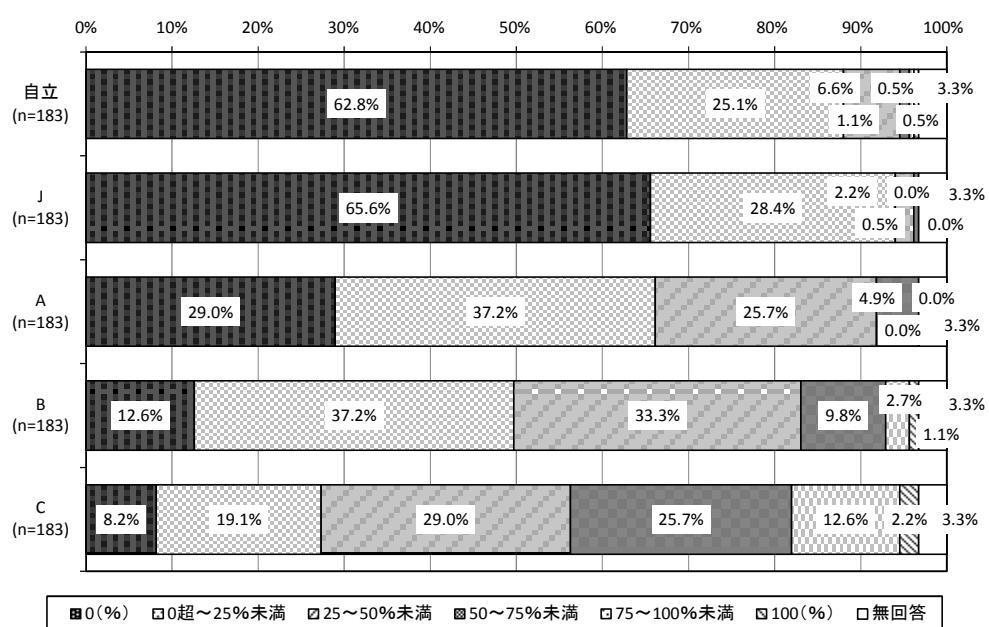
図表 73 認知症高齢者の日常生活自立度（施設：③病院（介護療養病床あり））

	施設数	0超 (%)	0満 (%)	2満 (%)	5満 (%)	7未 (%)	1 (%)	無回答 (%)	（平均単位値）	（標準偏差）
自立	420	380	24	9	-	-	1	6	1.47	7.16
	100.0%	90.5%	5.7%	2.1%			0.2%	1.4%		
I	420	358	45	5	6	-	-	6	2.17	7.52
	100.0%	85.2%	10.7%	1.2%	1.4%			1.4%		
II	420	261	90	39	15	2	7	6	9.77	18.63
	100.0%	62.1%	21.4%	9.3%	3.6%	0.5%	1.7%	1.4%		
III	420	120	60	92	82	26	34	6	34.34	31.46
	100.0%	28.6%	14.3%	21.9%	19.5%	6.2%	8.1%	1.4%		
IV	420	111	40	93	97	21	52	6	39.61	33.74
	100.0%	26.4%	9.5%	22.1%	23.1%	5.0%	12.4%	1.4%		
M	420	282	55	34	28	3	12	6		
	100.0%	67.1%	13.1%	8.1%	6.7%	0.7%	2.9%	1.4%	11.60	23.06



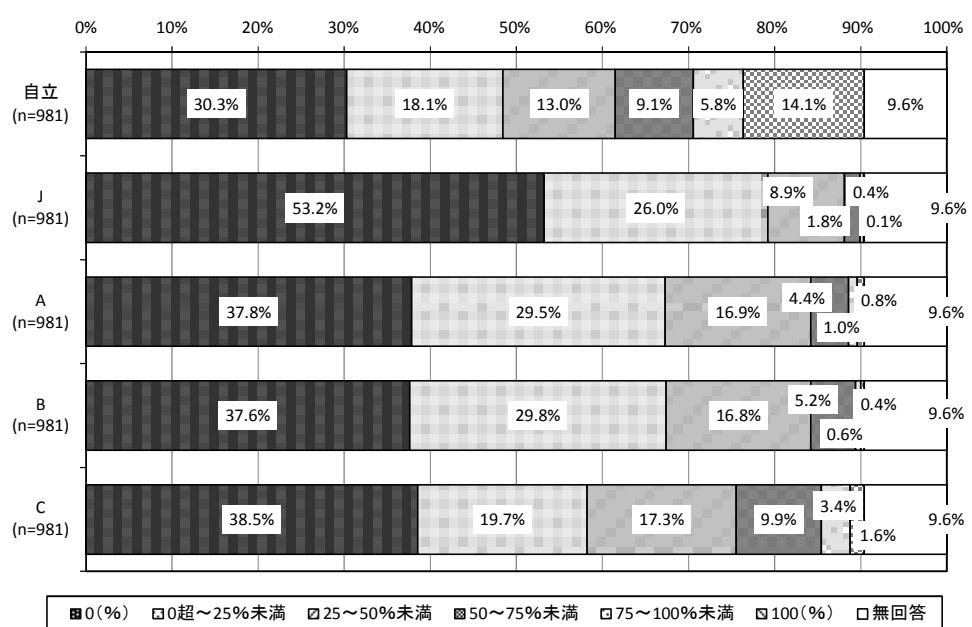
図表 74 障害高齢者の日常生活自立度（施設：①有床診療所（介護療養病床あり））

	施設数	0 超 2 5 % 未	0 満 5 % 未	2 満 5 % 未	5 満 0 % 未	7 未 5 滿 1 % 未	1 0 % 未	無回答	(平単位均値)	(標準偏差)
自立	183 100.0%	115 62.8%	46 25.1%	12 6.6%	2 1.1%	1 0.5%	1 0.5%	6 3.3%	6.88	14.49
J	183 100.0%	120 65.6%	52 28.4%	4 2.2%	1 0.5%	- -	- -	6 3.3%	4.51	9.01
A	183 100.0%	53 29.0%	68 37.2%	47 25.7%	9 4.9%	- -	- -	6 3.3%	16.01	15.87
B	183 100.0%	23 12.6%	68 37.2%	61 33.3%	18 9.8%	5 2.7%	2 1.1%	6 3.3%	26.26	20.96
C	183 100.0%	15 8.2%	35 19.1%	53 29.0%	47 25.7%	23 12.6%	4 2.2%	6 3.3%	43.59	27.46



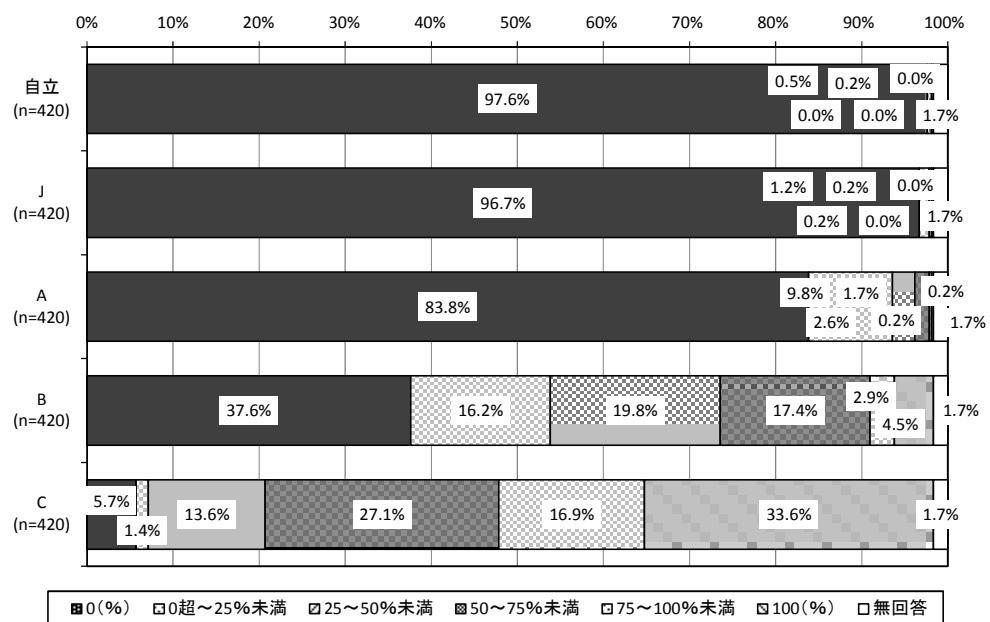
図表 75 障害高齢者の日常生活自立度（施設：②有床診療所（介護療養病床なし））

	施設数	0（%）	0満超（%）	2満（%）	5満（%）	7未満（%）	1（%）	無回答（%）	（平均単位均値：%）	（標準偏差：差%）
自立	981	297 100.0%	30.3%	178 18.1%	128 13.0%	89 9.1%	57 5.8%	138 14.1%	94 9.6%	34.52 37.65
J	981	522 100.0%	53.2%	255 26.0%	87 8.9%	18 1.8%	4 0.4%	1 0.1%	94 9.6%	8.03 13.63
A	981	371 100.0%	37.8%	289 29.5%	166 16.9%	43 4.4%	10 1.0%	8 0.8%	94 9.6%	15.18 19.81
B	981	369 100.0%	37.6%	292 29.8%	165 16.8%	51 5.2%	6 0.6%	4 0.4%	94 9.6%	14.92 18.78
C	981	378 100.0%	38.5%	193 19.7%	170 17.3%	97 9.9%	33 3.4%	16 1.6%	94 9.6%	21.16 26.32



図表 76 障害高齢者の日常生活自立度（施設：③病院（介護療養病床あり））

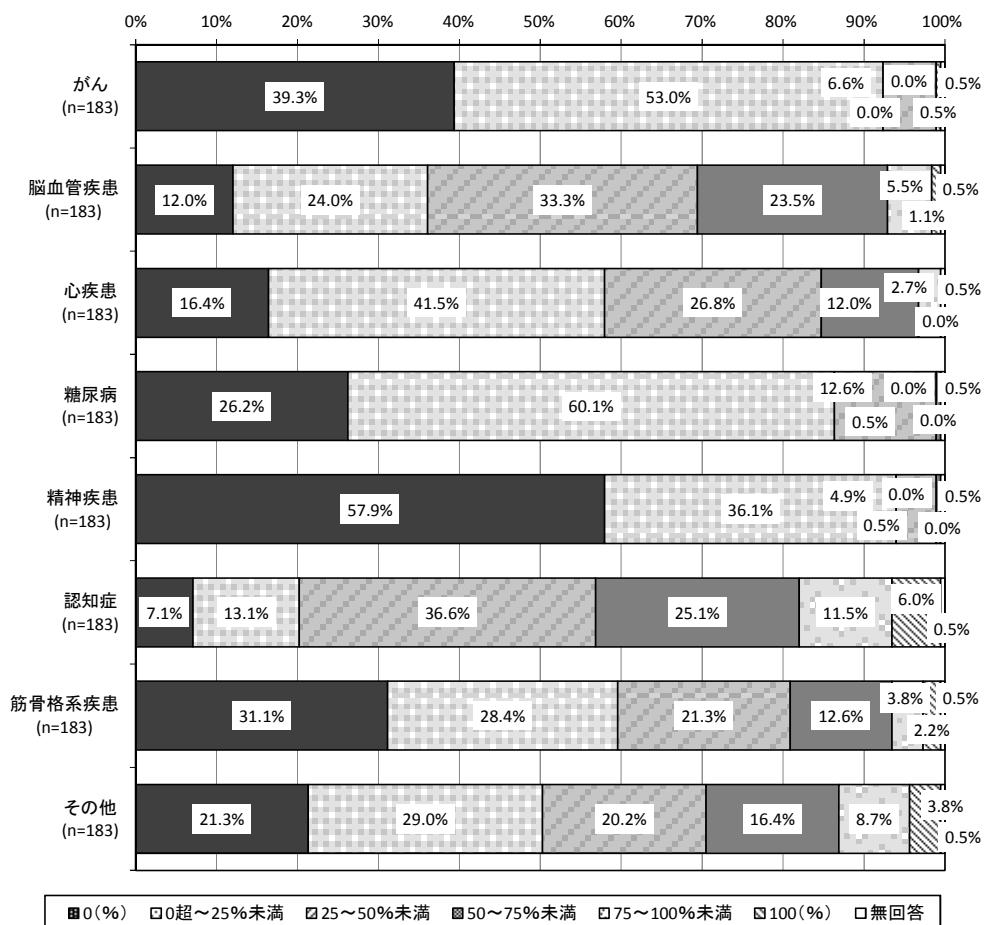
	施設数	0超 (%)	0満 (%)	2満 (%)	5満 (%)	7未 (%)	1 (%)	無回答 (%)	（平均単位値）	（標準偏差）
自立	420	410	2	-	1	-	-	7	0.16	2.53
J	420	406	5	1	1	-	-	7	0.31	3.37
A	420	352	41	11	7	1	1	7	2.94	10.32
B	420	158	68	83	73	12	19	7	25.99	28.37
C	420	24	6	57	114	71	141	7	69.90	29.95



- 入院患者の保有疾患については、療養病床ありの医療機関において、「認知症」を有する患者の割合は平均4~5割であった。

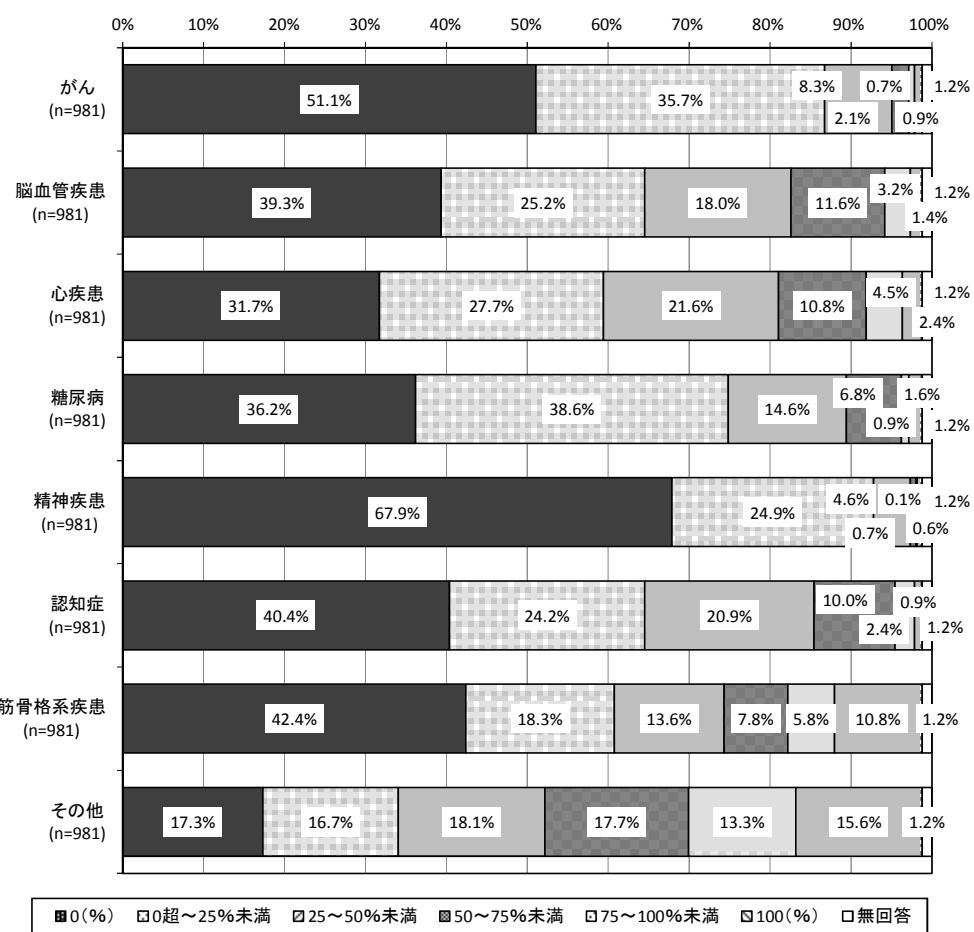
図表 77 保有疾患（施設：①有床診療所（介護療養病床あり））

	施設数	0（%）	0満超（%）	2満（%）	5満（%）	7未満（%）	1（%）	無回答（%）	（単位均値：%）	（標準偏差：%）
がん	183	72 100.0%	39.3%	97 53.0%	6.6%	-	-	1 0.5%	1 0.5%	8.49 11.15
脳血管疾患	183	22 100.0%	12.0%	44 24.0%	33.3%	61 23.5%	43 5.5%	10 1.1%	2 0.5%	35.36 25.25
心疾患	183	30 100.0%	16.4%	76 41.5%	26.8%	49 12.0%	22 2.7%	5 -	0.5 0.5%	24.42 21.45
糖尿病	183	48 100.0%	26.2%	110 60.1%	12.6%	0.5 0.5%	-	-	0.5 0.5%	11.58 10.90
精神疾患	183	106 100.0%	57.9%	66 36.1%	4.9%	9 0.5%	1 -	-	1 0.5%	6.28 10.24
認知症	183	13 100.0%	7.1%	24 13.1%	36.6%	67 25.1%	46 11.5%	21 6.0%	11 0.5%	45.35 27.25
筋骨格系疾患	183	57 100.0%	31.1%	52 28.4%	21.3%	39 12.6%	23 3.8%	7 2.2%	4 0.5%	23.93 26.73
その他	183	39 100.0%	21.3%	53 29.0%	20.2%	37 16.4%	30 8.7%	7 3.8%	1 0.5%	32.20 30.23



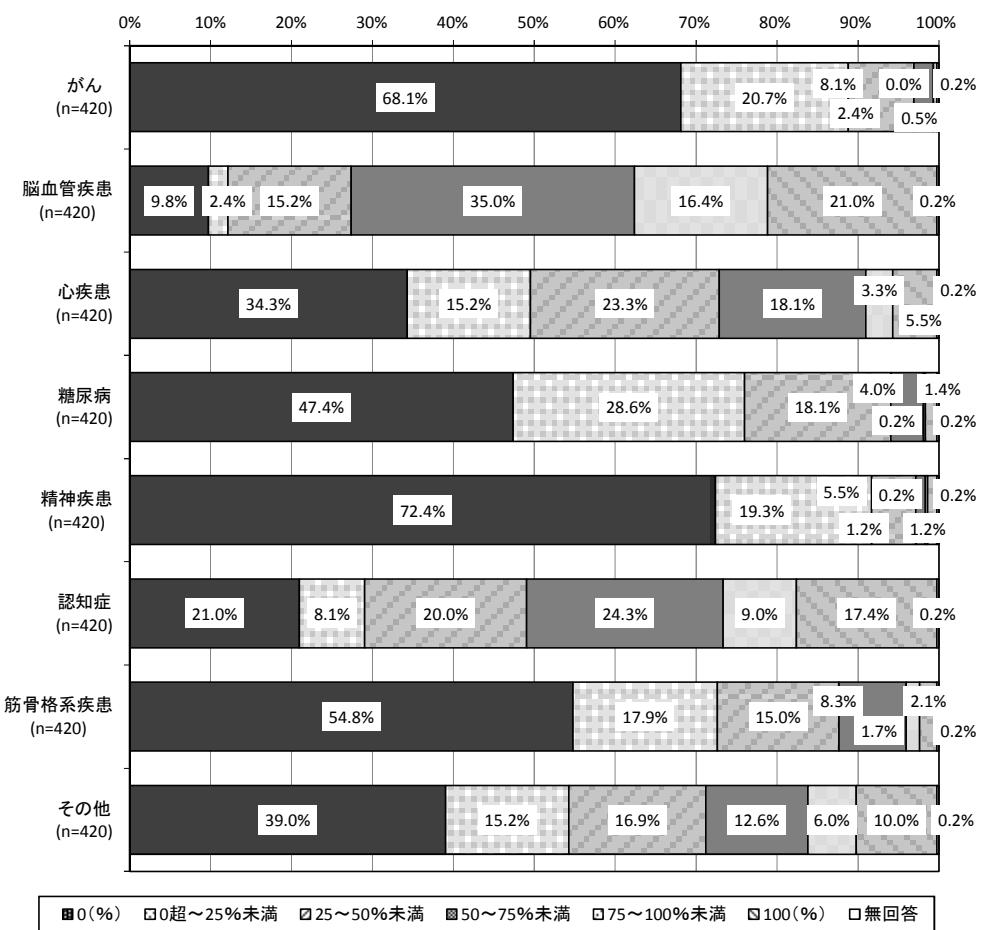
図表 78 保有疾患（施設：②有床診療所（介護療養病床なし））

	施設数	0	0満超	2満	5満	7未満	1	無回答	（単位均値）	（標準偏差：差%）
		(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
		2	5	5	7	1	0	(%)	(%)	(%)
		5	0	0	5	0	0	(%)	(%)	(%)
		%	%	%	%	%	%	(%)	(%)	(%)
		未	未	未	未	未	未	未	未	未
がん	981	501	35.7%	350	8.3%	21	7	9	12	9.64 16.35
脳血管疾患	981	386	39.3%	247	17.7%	114	31	14	12	20.41 25.06
心疾患	981	311	25.2%	272	21.6%	106	44	24	12	23.62 26.06
糖尿病	981	355	36.2%	379	14.6%	67	9	16	12	16.09 20.48
精神疾患	981	666	67.9%	244	24.9%	45	7	1	6	5.53 12.42
認知症	981	396	40.4%	237	24.2%	205	98	24	9	19.25 23.27
筋骨格系疾患	981	416	42.4%	180	13.6%	133	77	57	106	27.85 35.38
その他	981	170	17.3%	164	16.7%	178	174	130	153	46.96 35.91



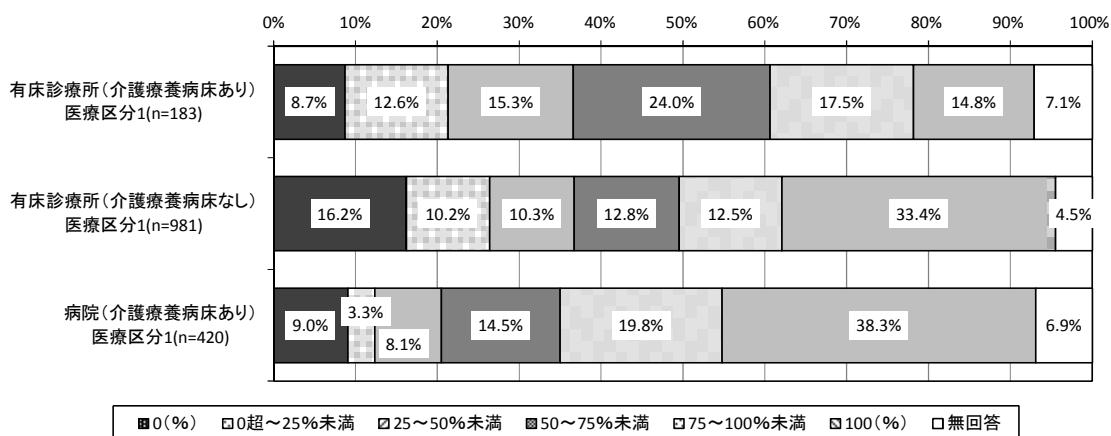
図表 79 保有疾患（施設：③病院（介護療養病床あり））

	施設数	0	0満超	2満	5満	7未満	1	無回答	（単位均値）	（標準偏差）
		(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
がん	420	286	87	34	10	-	2	1	0.2%	6.38 13.45
がん	100.0%	68.1%	20.7%	8.1%	2.4%	-	0.5%	0.2%	0.2%	0.5%
脳血管疾患	420	41	10	64	147	69	88	1	0.2%	61.45 30.41
脳血管疾患	100.0%	9.8%	2.4%	15.2%	35.0%	16.4%	21.0%	0.2%	0.2%	0.2%
心疾患	420	144	64	98	76	14	23	1	0.2%	28.45 29.19
心疾患	100.0%	34.3%	15.2%	23.3%	18.1%	3.3%	5.5%	0.2%	0.2%	0.2%
糖尿病	420	199	120	76	17	1	6	1	0.2%	13.49 18.31
糖尿病	100.0%	47.4%	28.6%	18.1%	4.0%	0.2%	1.4%	0.2%	0.2%	0.2%
精神疾患	420	304	81	23	5	1	5	1	0.2%	5.84 15.03
精神疾患	100.0%	72.4%	19.3%	5.5%	1.2%	0.2%	1.2%	0.2%	0.2%	0.2%
認知症	420	88	34	84	102	38	73	1	0.2%	47.43 34.84
認知症	100.0%	21.0%	8.1%	20.0%	24.3%	9.0%	17.4%	0.2%	0.2%	0.2%
筋骨格系疾患	420	230	75	63	35	7	9	1	0.2%	15.48 23.38
筋骨格系疾患	100.0%	54.8%	17.9%	15.0%	8.3%	1.7%	2.1%	0.2%	0.2%	0.2%
その他	420	164	64	71	53	25	42	1	0.2%	30.25 34.42
その他	100.0%	39.0%	15.2%	16.9%	12.6%	6.0%	10.0%	0.2%	0.2%	0.2%



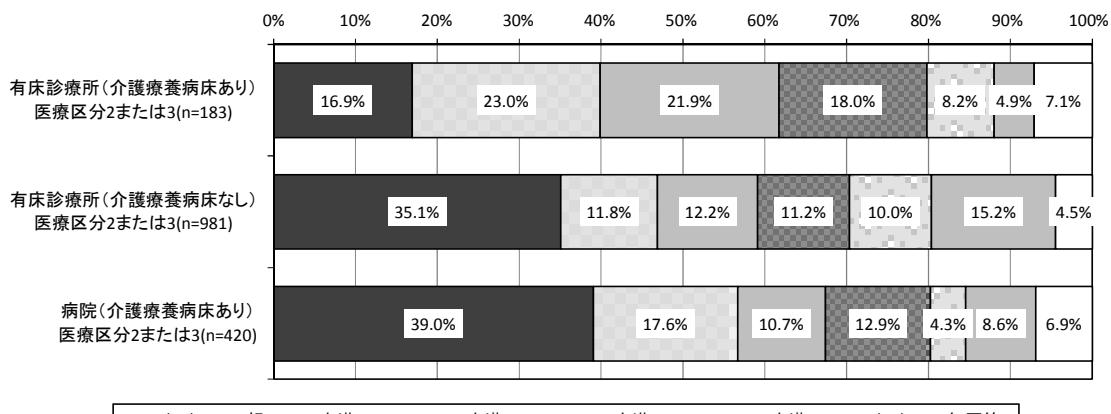
図表 80 医療区分1の患者・入所者割合

	施設数	0(%)	0満超(%)	2満(%)	5満(%)	7未満(%)	100(%)	無回答(%)	(平均値: %)	(標準偏差: %)
①有床診療所 (介護療養病床あり)	183	16	23	28	44	32	27	13	55.59	33.86
②有床診療所 (介護療養病床なし)	981	159	100	101	126	123	328	44	59.88	39.52
③病院 (介護療養病床あり)	420	38	14	34	61	83	161	29	71.62	34.07



図表 81 医療区分2または3の患者・入所者割合

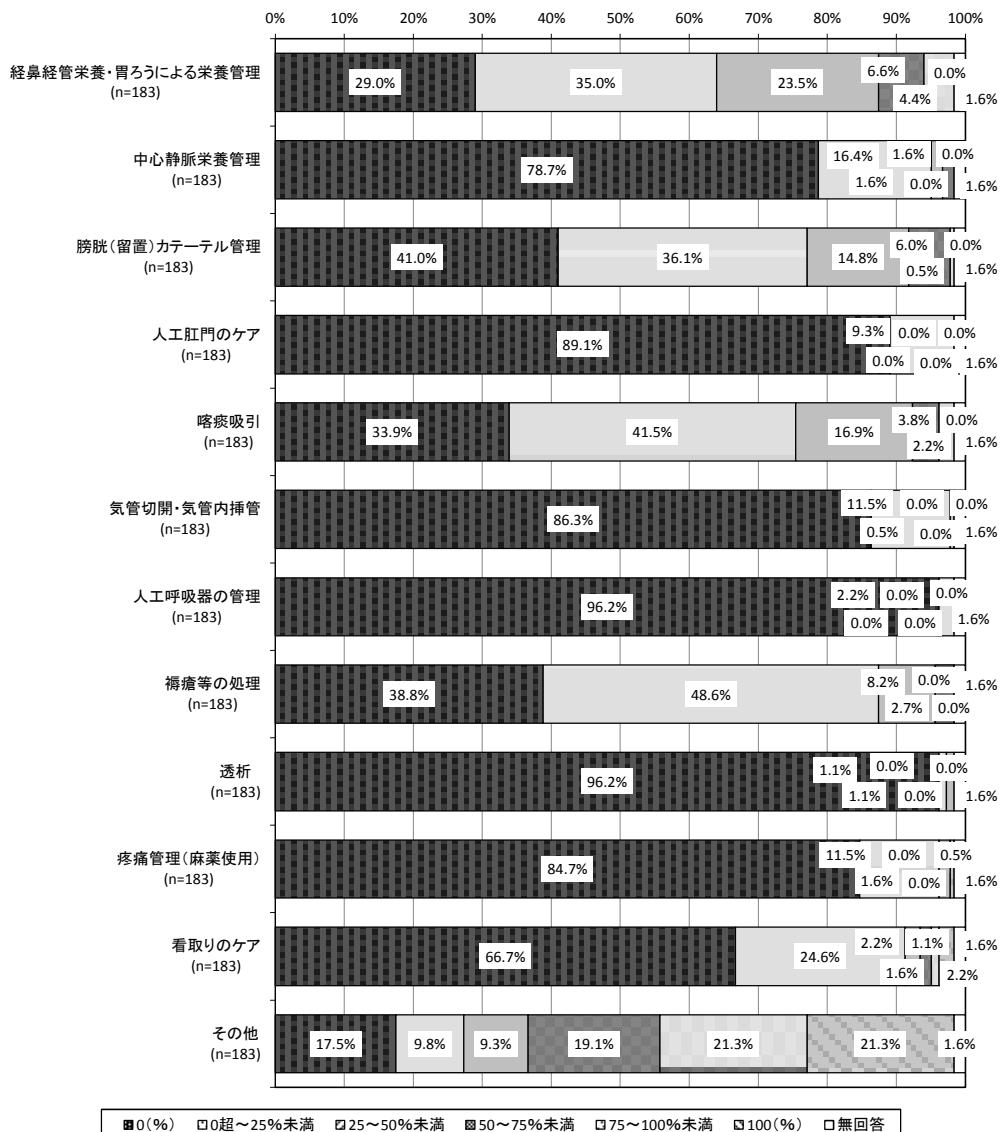
	施設数	0(%)	0満超(%)	2満(%)	5満(%)	7未満(%)	100(%)	無回答(%)	(平均値: %)	(標準偏差: %)
①有床診療所 (介護療養病床あり)	183	31	42	40	33	15	9	13	36.04	30.78
②有床診療所 (介護療養病床なし)	981	344	116	120	110	98	149	44	38.10	39.07
③病院 (介護療養病床あり)	420	164	74	45	54	18	36	29	27.30	33.51



- 提供している医療についてみると、有床診療所（介護療養病床あり）では「経鼻経管栄養・胃ろうによる栄養管理」「喀痰吸引」などが多くなっている。病院においては同様の傾向がみられるが、割合は診療所と比べて高くなっている。

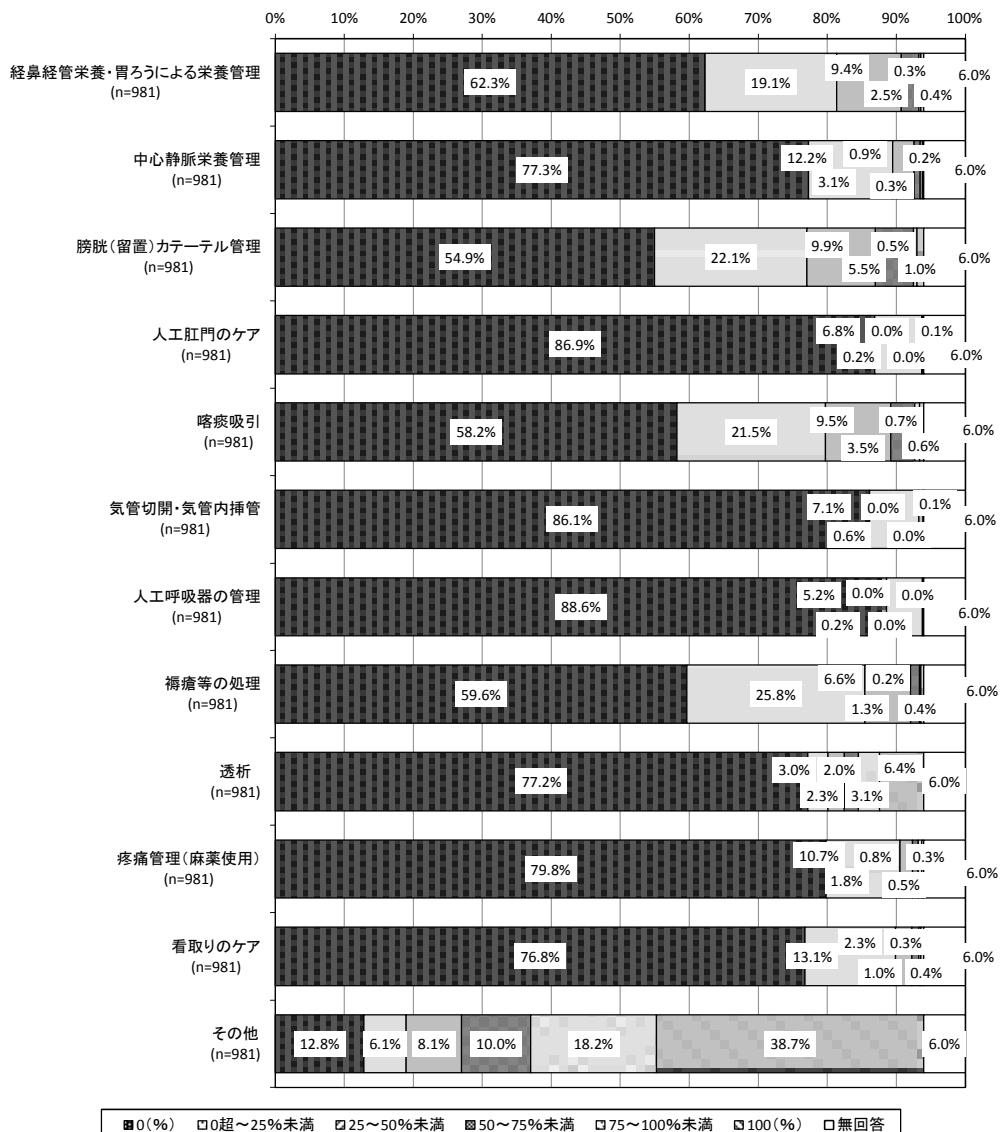
図表 82 提供している医療（施設：①有床診療所（介護療養病床あり））

	施 設 数	0 (%)	0 満 超 5 2 5 0 % 未	2 満 5 5 0 5 0 % 未	5 満 0 7 1 5 0 % 未	7 未 5 滿 0 1 0 0 % 未	1 (%)	無 回 答	(平 單 位 均 ： %)	(標 單 準 位 偏 ： 差 %)
経鼻経管栄養・胃ろうによる栄養管理	183 100.0%	53 29.0%	64 35.0%	43 23.5%	12 6.6%	8 4.4%	-	3 1.6%	20.31	21.93
中心静脈栄養管理	183 100.0%	144 78.7%	30 16.4%	3 1.6%	3 1.6%	-	-	3 1.6%	3.08	8.55
膀胱(留置)カテーテル管理	183 100.0%	75 41.0%	66 36.1%	27 14.8%	11 6.0%	1 0.5%	-	3 1.6%	13.67	17.82
人工肛門のケア	183 100.0%	163 89.1%	17 9.3%	-	-	-	-	3 1.6%	0.83	2.87
喀痰吸引	183 100.0%	62 33.9%	76 41.5%	31 16.9%	7 3.8%	4 2.2%	-	3 1.6%	14.70	18.01
気管切開・気管内挿管	183 100.0%	158 86.3%	21 11.5%	1 0.5%	-	-	-	3 1.6%	1.13	4.13
人工呼吸器の管理	183 100.0%	176 96.2%	4 2.2%	-	-	-	-	3 1.6%	0.19	1.29
褥瘡等の処理	183 100.0%	71 38.8%	89 48.6%	15 8.2%	5 2.7%	-	-	3 1.6%	9.84	12.41
透析	183 100.0%	176 96.2%	2 1.1%	2 1.1%	-	-	-	3 1.6%	0.55	4.61
疼痛管理(麻薬使用)	183 100.0%	155 84.7%	21 11.5%	3 1.6%	-	-	1 0.5%	3 1.6%	2.07	8.81
看取りのケア	183 100.0%	122 66.7%	45 24.6%	4 2.2%	3 1.6%	2 1.1%	4 2.2%	3 1.6%	7.25	19.00
その他	183 100.0%	32 17.5%	18 9.8%	17 9.3%	35 19.1%	39 21.3%	39 21.3%	3 1.6%	56.80	37.59



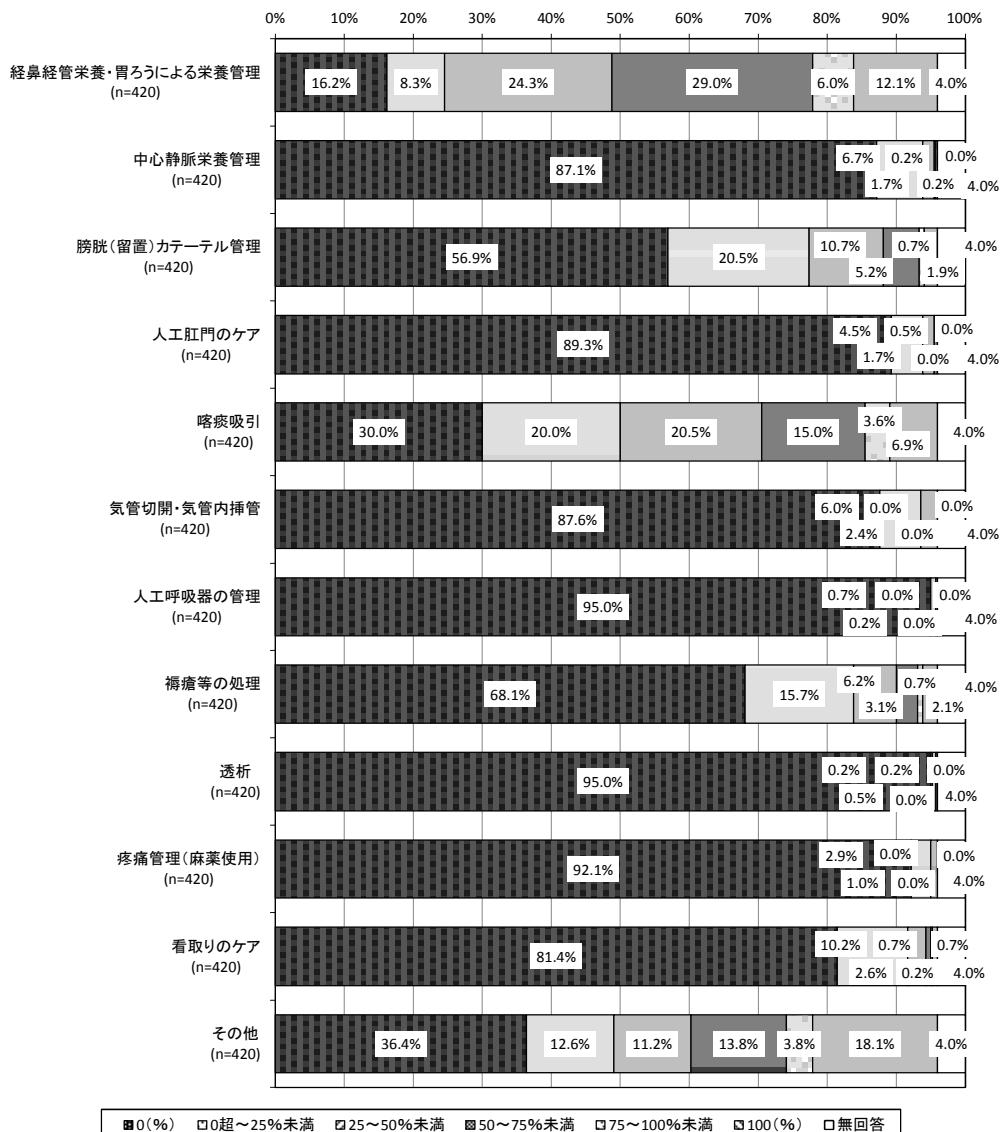
図表 83 提供している医療（施設：②有床診療所（介護療養病床なし））

	施設数	0	0満超	2満	5満	7未満	10	無回答	(平均値)	(標準偏差)
		(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)			
経鼻経管栄養・胃ろうによる栄養管理	981	611	187	92	25	3	4	59	8.14	15.51
	100.0%	62.3%	19.1%	9.4%	2.5%	0.3%	0.4%	6.0%		
中心静脈栄養管理	981	758	120	30	9	3	2	59		
	100.0%	77.3%	12.2%	3.1%	0.9%	0.3%	0.2%	6.0%	3.76	11.35
膀胱(留置)カテーテル管理	981	539	217	97	54	5	10	59		
	100.0%	54.9%	22.1%	9.9%	5.5%	0.5%	1.0%	6.0%	11.43	19.49
人工肛門のケア	981	852	67	2			1	59		
	100.0%	86.9%	6.8%	0.2%			0.1%	6.0%	0.78	4.23
喀痰吸引	981	571	211	93	34	7	6	59		
	100.0%	58.2%	21.5%	9.5%	3.5%	0.7%	0.6%	6.0%	9.86	17.93
気管切開・気管内挿管	981	845	70	6			1	59		
	100.0%	86.1%	7.1%	0.6%			0.1%	6.0%	1.06	5.12
人工呼吸器の管理	981	869	51	2				59		
	100.0%	88.6%	5.2%	0.2%				6.0%	0.53	2.59
褥瘡等の処理	981	585	253	65	13	2	4	59		
	100.0%	59.6%	25.8%	6.6%	1.3%	0.2%	0.4%	6.0%	6.77	13.18
透析	981	757	29	23	20	30	63	59		
	100.0%	77.2%	3.0%	2.3%	2.0%	3.1%	6.4%	6.0%	12.21	29.82
疼痛管理(麻薬使用)	981	783	105	18	8	5	3	59		
	100.0%	79.8%	10.7%	1.8%	0.8%	0.5%	0.3%	6.0%	2.99	11.23
看取りのケア	981	753	129	23	10	3	4	59		
	100.0%	76.8%	13.1%	2.3%	1.0%	0.3%	0.4%	6.0%	3.57	11.54
その他	981	126	60	79	98	179	380	59	68.34	37.80
	100.0%	12.8%	6.1%	8.1%	10.0%	18.2%	38.7%	6.0%		



図表 84 提供している医療（施設：③病院（介護療養病床あり））

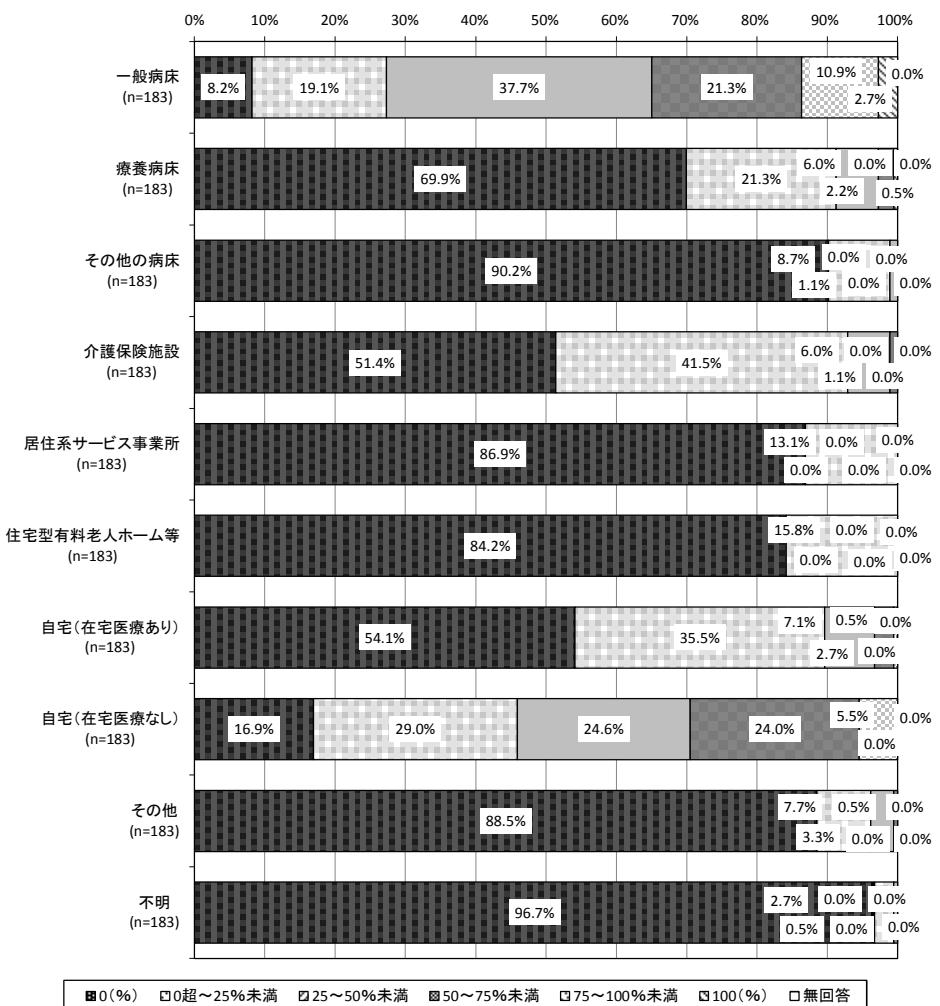
	施 設 数	0 (%)	0 満 超 2 5 7 1 無 回 答	0 满 5 7 0 5 1 0 0 %	2 满 5 0 5 0 0 %	5 满 0 5 0 0 0 %	7 未 5 满 1 0 0 0 %	1 0 0 0 %	無 回 答	(平 单 位 均 ： % 值)	(单 位 偏 差 %)
経鼻経管栄養・胃ろうによる栄養管理	420 100.0%	68 16.2%	35 8.3%	102 24.3%	122 29.0%	25 6.0%	51 12.1%	17 4.0%	45.10 31.26		
中心静脈栄養管理	420 100.0%	366 87.1%	28 6.7%	7 1.7%	1 0.2%	1 0.2%	- -	17 4.0%	1.70 7.45		
膀胱(留置)カテーテル管理	420 100.0%	239 56.9%	86 20.5%	45 10.7%	22 5.2%	3 0.7%	8 1.9%	17 4.0%	11.88 20.96		
人工肛門のケア	420 100.0%	375 89.3%	19 4.5%	7 1.7%	2 0.5%	- -	- -	17 4.0%	1.18 5.71		
喀痰吸引	420 100.0%	126 30.0%	84 20.0%	86 20.5%	63 15.0%	15 3.6%	29 6.9%	17 4.0%	28.72 30.05		
気管切開・気管内挿管	420 100.0%	368 87.6%	25 6.0%	10 2.4%	- -	- -	- -	17 4.0%	1.39 5.42		
人工呼吸器の管理	420 100.0%	399 95.0%	3 0.7%	1 0.2%	- -	- -	- -	17 4.0%	0.19 2.12		
褥瘡等の処理	420 100.0%	286 68.1%	66 15.7%	26 6.2%	13 3.1%	3 0.7%	9 2.1%	17 4.0%	8.28 19.61		
透析	420 100.0%	399 95.0%	1 0.2%	2 0.5%	1 0.2%	- -	- -	17 4.0%	0.32 3.59		
疼痛管理(麻薬使用)	420 100.0%	387 92.1%	12 2.9%	4 1.0%	- -	- -	- -	17 4.0%	0.67 4.07		
看取りのケア	420 100.0%	342 81.4%	43 10.2%	11 2.6%	3 0.7%	1 0.2%	3 0.7%	17 4.0%	3.56 12.66		
その他	420 100.0%	153 36.4%	53 12.6%	47 11.2%	58 13.8%	16 3.8%	76 18.1%	17 4.0%	36.38 38.88		



- ・ 有床診療所（介護療養病床あり）においては、一般病床からの入院患者が平均で4割を占めており、次いで自宅（在宅医療は受けていない）からの入院が3割程度となっている。
- ・ 入院の理由は慢性期の入院が多く、退院先のめどは半数が立っていないが、退院のめどが立っている者の中では自宅が退院予定先として最も多く、全体の1割強であった。

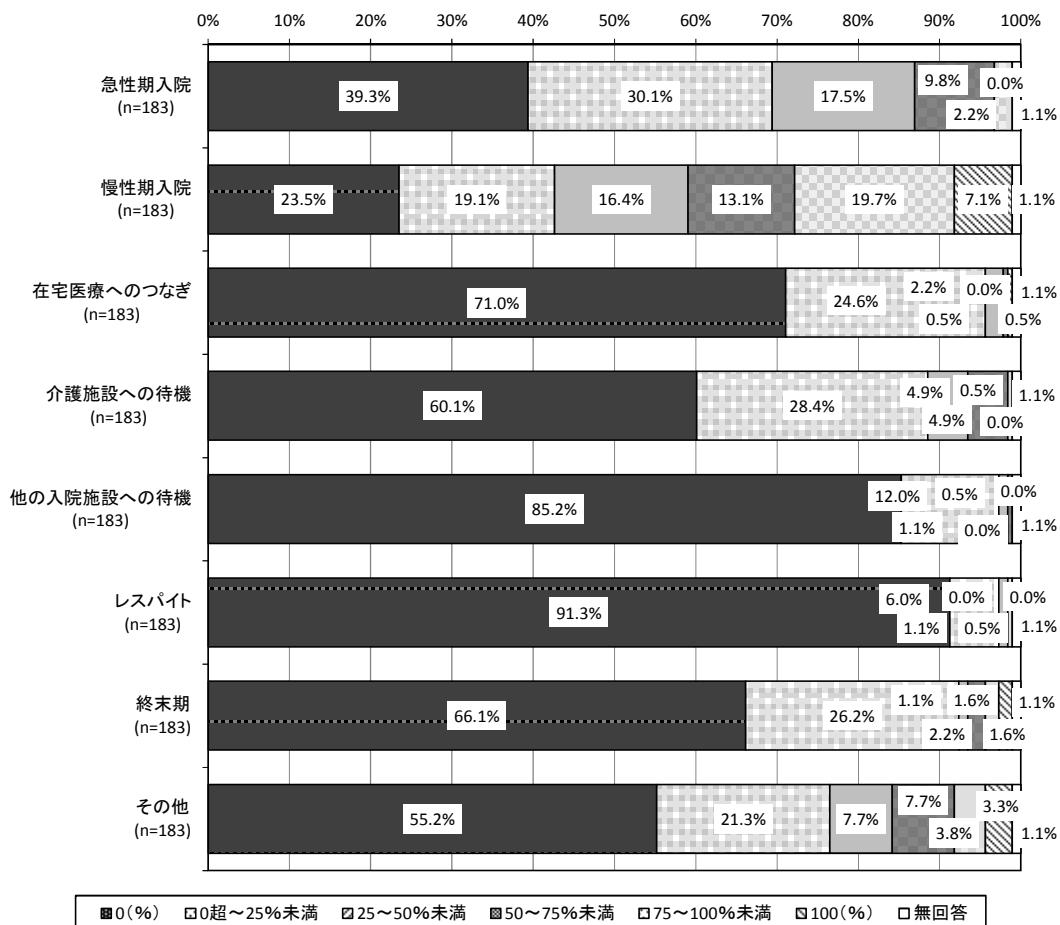
図表 85 入院・入所直前の居場所（施設：①有床診療所（介護療養病床あり））

	施設数	0 (%)	0満超 （%）	2満 （%）	5満 （%）	7未満 （%）	1 （%）	無回答 （%）	（平単位均：%値）	（標準偏差：%）
一般病床	183 100.0%	15 8.2%	35 19.1%	69 37.7%	39 21.3%	20 10.9%	5 2.7%	-	40.57	26.33
療養病床	183 100.0%	128 69.9%	39 21.3%	11 6.0%	4 2.2%	-	1 0.5%	-	5.78	13.77
その他の病床	183 100.0%	165 90.2%	16 8.7%	2 1.1%	-	-	-	-	1.06	4.22
介護保険施設	183 100.0%	94 51.4%	76 41.5%	11 6.0%	2 1.1%	-	-	-	6.92	10.06
居住系サービス事業所	183 100.0%	159 86.9%	24 13.1%	-	-	-	-	-	1.04	3.04
住宅型有料老人ホーム等	183 100.0%	154 84.2%	29 15.8%	-	-	-	-	-	1.56	4.11
自宅(在宅医療あり)	183 100.0%	99 54.1%	65 35.5%	13 7.1%	5 2.7%	1 0.5%	-	-	8.61	14.39
自宅(在宅医療なし)	183 100.0%	31 16.9%	53 29.0%	45 24.6%	44 24.0%	10 5.5%	-	-	31.34	25.07
その他	183 100.0%	162 88.5%	14 7.7%	6 3.3%	1 0.5%	-	-	-	2.30	8.38
不明	183 100.0%	177 96.7%	5 2.7%	1 0.5%	-	-	-	-	0.48	2.98



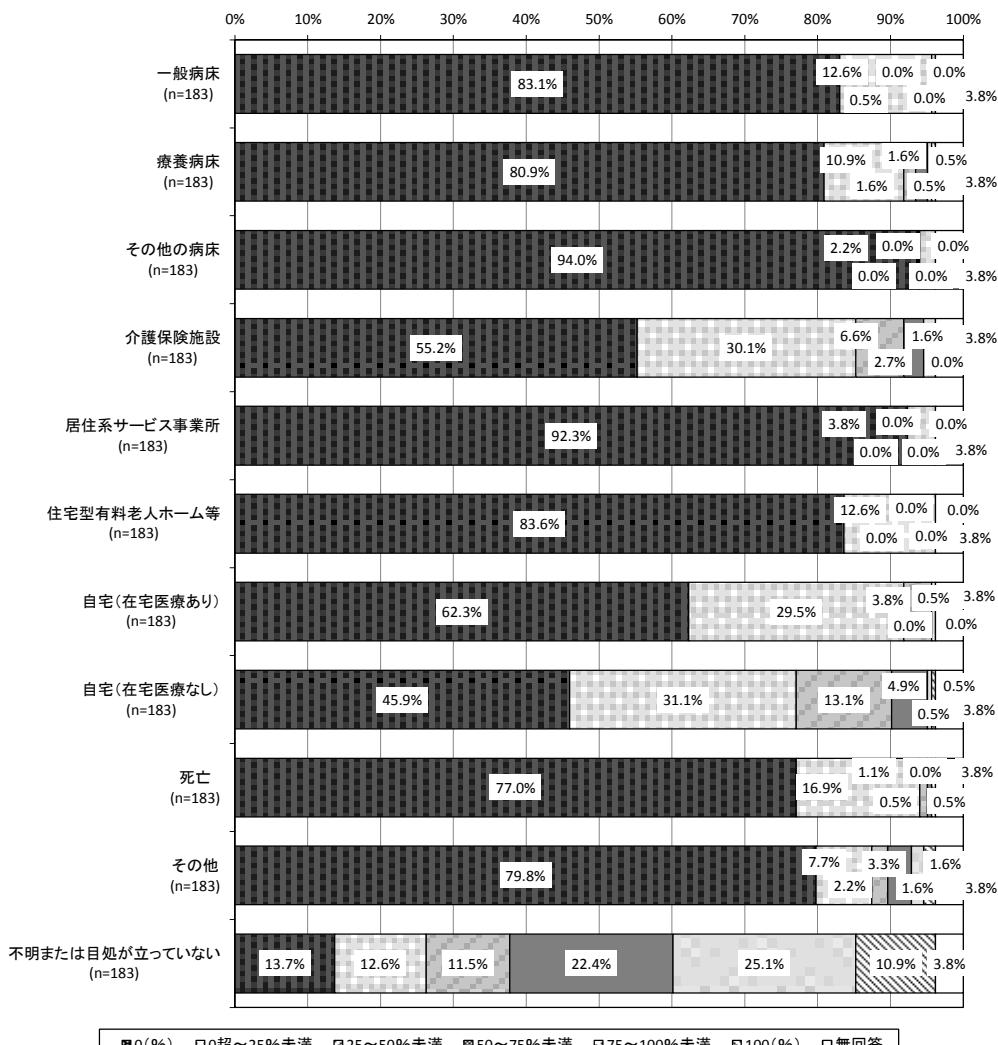
図表 86 入院・入所の理由（施設：①有床診療所（介護療養病床あり））

	施設数	0超 (%)	0満 (%)	2満 (%)	5満 (%)	7未 (%)	1 (%)	無回答 (%)	（平均単位：%）	（標準偏差：%）
急性期入院	183	72	55	32	18	4	-	2	17.99	22.23
	100.0%	39.3%	30.1%	17.5%	9.8%	2.2%	-	1.1%		
慢性期入院	183	43	35	30	24	36	13	2	40.92	36.40
	100.0%	23.5%	19.1%	16.4%	13.1%	19.7%	7.1%	1.1%		
在宅医療へのつなぎ	183	130	45	4	1	-	1	2	4.52	11.22
	100.0%	71.0%	24.6%	2.2%	0.5%	-	0.5%	1.1%		
介護施設への待機	183	110	52	9	9	1	-	2	8.05	15.30
	100.0%	60.1%	28.4%	4.9%	4.9%	0.5%	-	1.1%		
他の入院施設への待機	183	156	22	2	1	-	-	2	1.52	5.43
	100.0%	85.2%	12.0%	1.1%	0.5%	-	-	1.1%		
レスパイト	183	167	11	2	-	1	-	2	1.41	7.05
	100.0%	91.3%	6.0%	1.1%	-	0.5%	-	1.1%		
終末期	183	121	48	2	4	3	3	2	7.45	18.45
	100.0%	66.1%	26.2%	1.1%	2.2%	1.6%	1.6%	1.1%		
その他	183	101	39	14	14	7	6	2	16.60	27.89
	100.0%	55.2%	21.3%	7.7%	7.7%	3.8%	3.3%	1.1%		



図表 87 退院先（予定含む）（施設：①有床診療所（介護療養病床あり））

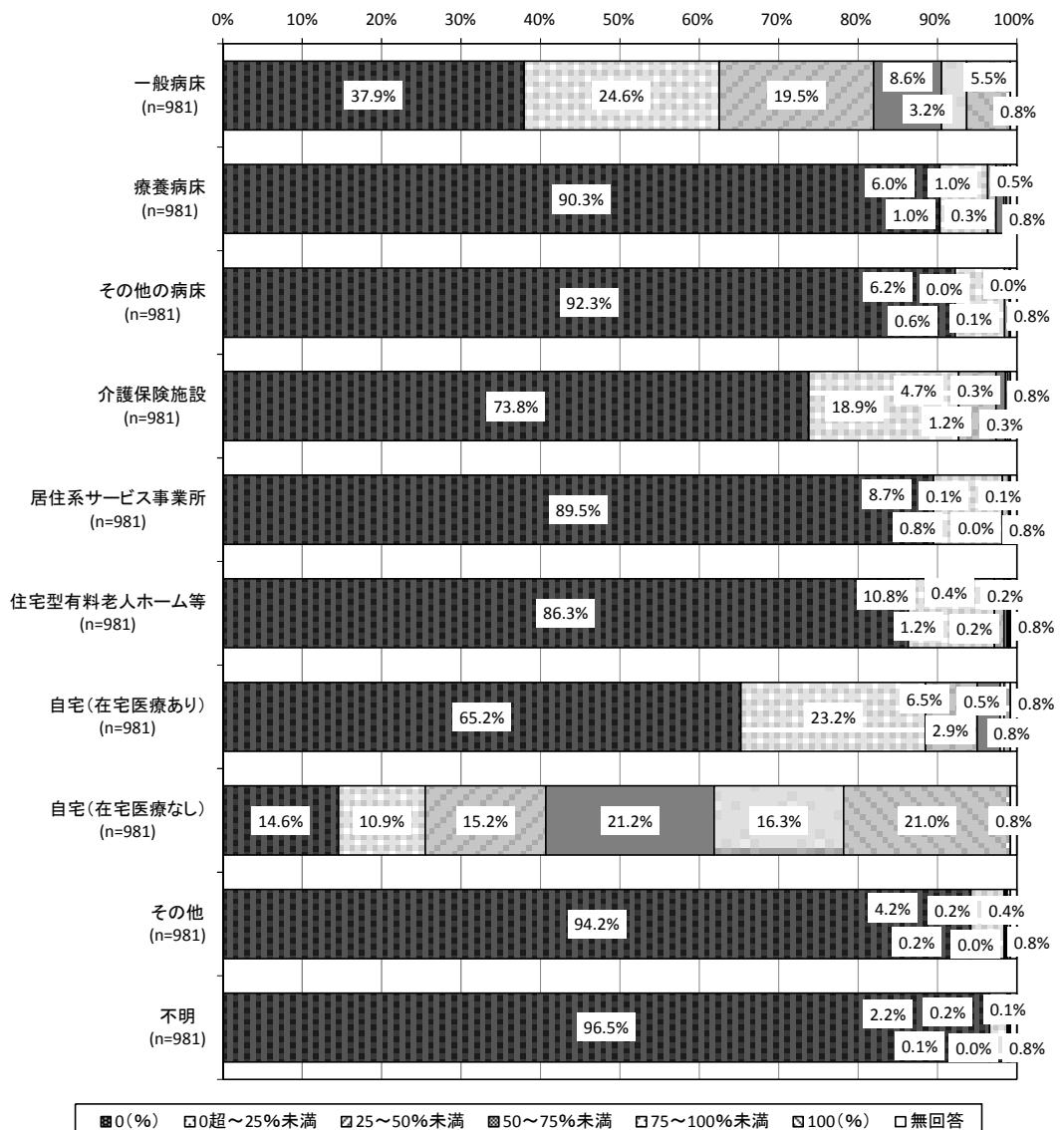
	施設数	0(%)	0満超(%)	2満(%)	5満(%)	7未満(%)	1(%)	無回答(%)	(平均単位回答:%)	(標準偏差:%)
一般病床	183	152 100.0%	12.6% 83.1%	1 0.5%	-	-	-	7 3.8%	1.14	3.51
療養病床	183	148 100.0%	10.9% 80.9%	3 1.6%	3 1.6%	1 0.5%	1 0.5%	7 3.8%	3.80	13.38
その他の病床	183	172 100.0%	2.2% 94.0%	4 -	-	-	-	7 3.8%	0.17	1.11
介護保険施設	183	101 100.0%	30.1% 55.2%	55 6.6%	12 2.7%	5 1.6%	3 -	7 3.8%	8.62	16.34
居住系サービス事業所	183	169 100.0%	3.8% 92.3%	7 -	-	-	-	7 3.8%	0.32	1.71
住宅型有料老人ホーム等	183	153 100.0%	12.6% 83.6%	23 -	-	-	-	7 3.8%	1.15	3.42
自宅(在宅医療あり)	183	114 100.0%	29.5% 62.3%	54 3.8%	7 -	1 0.5%	-	7 3.8%	5.22	10.94
自宅(在宅医療なし)	183	84 100.0%	31.1% 45.9%	57 13.1%	24 4.9%	9 0.5%	1 0.5%	7 3.8%	12.26	17.59
死亡	183	141 100.0%	16.9% 77.0%	31 1.1%	2 0.5%	1 -	1 0.5%	7 3.8%	2.86	9.84
その他	183	146 100.0%	7.7% 79.8%	14 2.2%	4 3.3%	6 1.6%	3 1.6%	7 3.8%	7.24	21.21
不明または目処が立っていない	183	25 100.0%	12.6% 13.7%	23 11.5%	21 22.4%	41 25.1%	46 20	7 10.9%	54.26	34.90



- ・ 有床診療所（介護療養病床なし）においては、自宅（在宅医療は受けていない）からの入院患者は、平均で半数を超えており、次いで一般病床からの入院患者が2割程度となっている。
- ・ 入院の理由は急性期の入院が最も多い。退院先のめどは2割が立っていないが、「自宅（在宅医療あり）」と「自宅（在宅医療なし）」に該当する者を合わせると、5割強の者は自宅へ退院する予定となっていた。

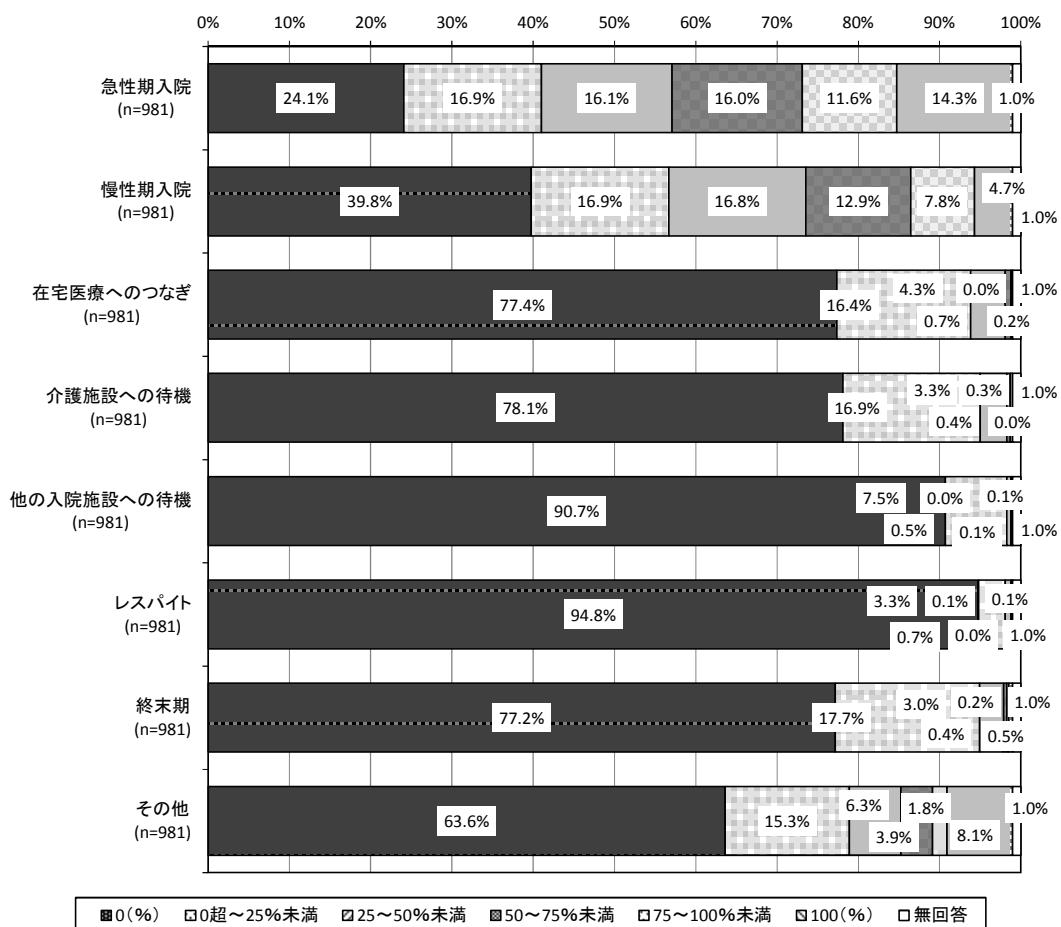
図表 88 入院・入所前の居場所（施設：②有床診療所（介護療養病床なし））

	施設数	0 （%）	0 満超 （%）	2 満 （%）	5 満 （%）	7 未満 （%）	1 （%）	無回答 （%）	（平単位均：%）	（標準偏差 %）
一般病床	981 100.0%	372 37.9%	241 24.6%	191 19.5%	84 8.6%	31 3.2%	54 5.5%	8 0.8%	23.32	29.04
療養病床	981 100.0%	886 90.3%	59 6.0%	10 1.0%	10 1.0%	3 0.3%	5 0.5%	8 0.8%	2.34	11.05
その他の病床	981 100.0%	905 92.3%	61 6.2%	6 0.6%	- -	1 0.1%	- -	8 0.8%	0.88	4.38
介護保険施設	981 100.0%	724 73.8%	185 18.9%	46 4.7%	12 1.2%	3 0.3%	3 0.3%	8 0.8%	4.96	12.24
居住系サービス事業所	981 100.0%	878 89.5%	85 8.7%	8 0.8%	1 0.1%	- -	1 0.1%	8 0.8%	1.37	5.89
住宅型有料老人ホーム等	981 100.0%	847 86.3%	106 10.8%	12 1.2%	4 0.4%	2 0.2%	2 0.2%	8 0.8%	2.13	8.46
自宅（在宅医療あり）	981 100.0%	640 65.2%	228 23.2%	64 6.5%	28 2.9%	5 0.5%	8 0.8%	8 0.8%	7.79	16.28
自宅（在宅医療なし）	981 100.0%	143 14.6%	107 10.9%	149 15.2%	208 21.2%	160 16.3%	206 21.0%	8 0.8%	55.13	35.99
その他	981 100.0%	924 94.2%	41 4.2%	2 0.2%	2 0.2%	- -	4 0.4%	8 0.8%	1.00	7.54
不明	981 100.0%	947 96.5%	22 2.2%	1 0.1%	2 0.2%	- -	1 0.1%	8 0.8%	0.49	4.85



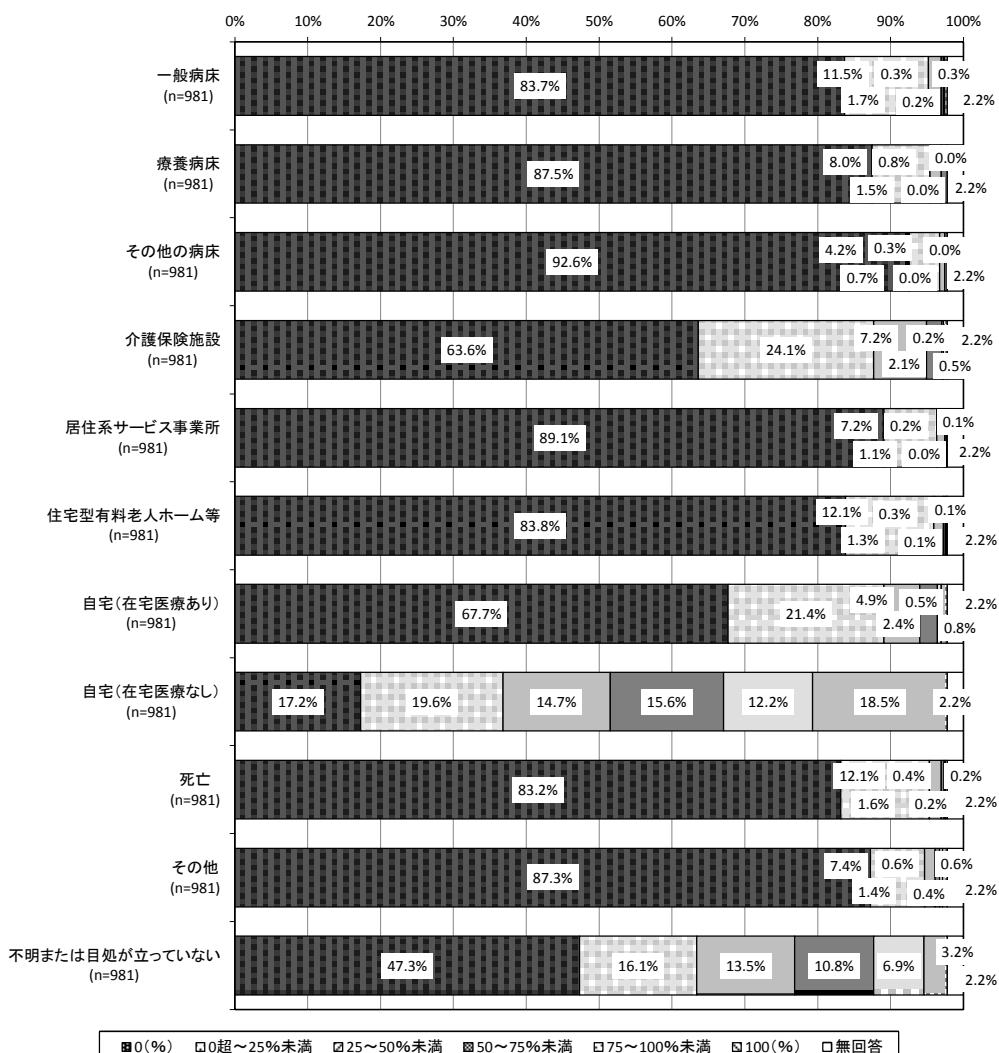
図表 89 入院・入所の理由（施設：②有床診療所（介護療養病床なし））

	施設数	0超 (%)	0満 (%)	2満 (%)	5満 (%)	7未 (%)	1 (%)	無回答 (%)	（平均：単位均値） (%)	（標準偏差：差 %） (%)
急性期入院	981	236 100.0%	166 24.1%	158 16.9%	157 16.1%	114 16.0%	140 11.6%	10 14.3%	1.0% 1.0%	42.57 36.87
慢性期入院	981	390 100.0%	166 39.8%	165 16.9%	127 16.8%	77 12.9%	46 7.8%	10 4.7%	1.0% 1.0%	27.35 31.57
在宅医療へのつなぎ	981	759 100.0%	161 77.4%	42 16.4%	7 4.3%	- 0.7%	2 -	0.2% 0.2%	1.0% 1.0%	3.77 10.02
介護施設への待機	981	766 100.0%	166 78.1%	32 16.9%	4 3.3%	3 0.4%	0.3% 0.3%	- -	1.0% 1.0%	3.39 9.08
他の入院施設への待機	981	890 100.0%	74 90.7%	5 7.5%	0.5% 0.5%	- -	0.1% 0.1%	1 0.1%	1.0% 1.0%	1.02 5.29
レスパイト	981	930 100.0%	32 94.8%	7 3.3%	0.7% 0.7%	1 0.1%	- -	1 0.1%	1.0% 1.0%	0.78 5.27
終末期	981	757 100.0%	174 77.2%	29 17.7%	4 3.0%	4 0.4%	2 0.2%	5 0.5%	10 1.0%	3.61 10.75
その他	981	624 100.0%	150 63.6%	62 15.3%	38 6.3%	18 3.9%	79 1.8%	10 8.1%	1.0% 1.0%	15.77 30.42



図表 90 退院先（予定含む）（施設：②有床診療所（介護療養病床なし））

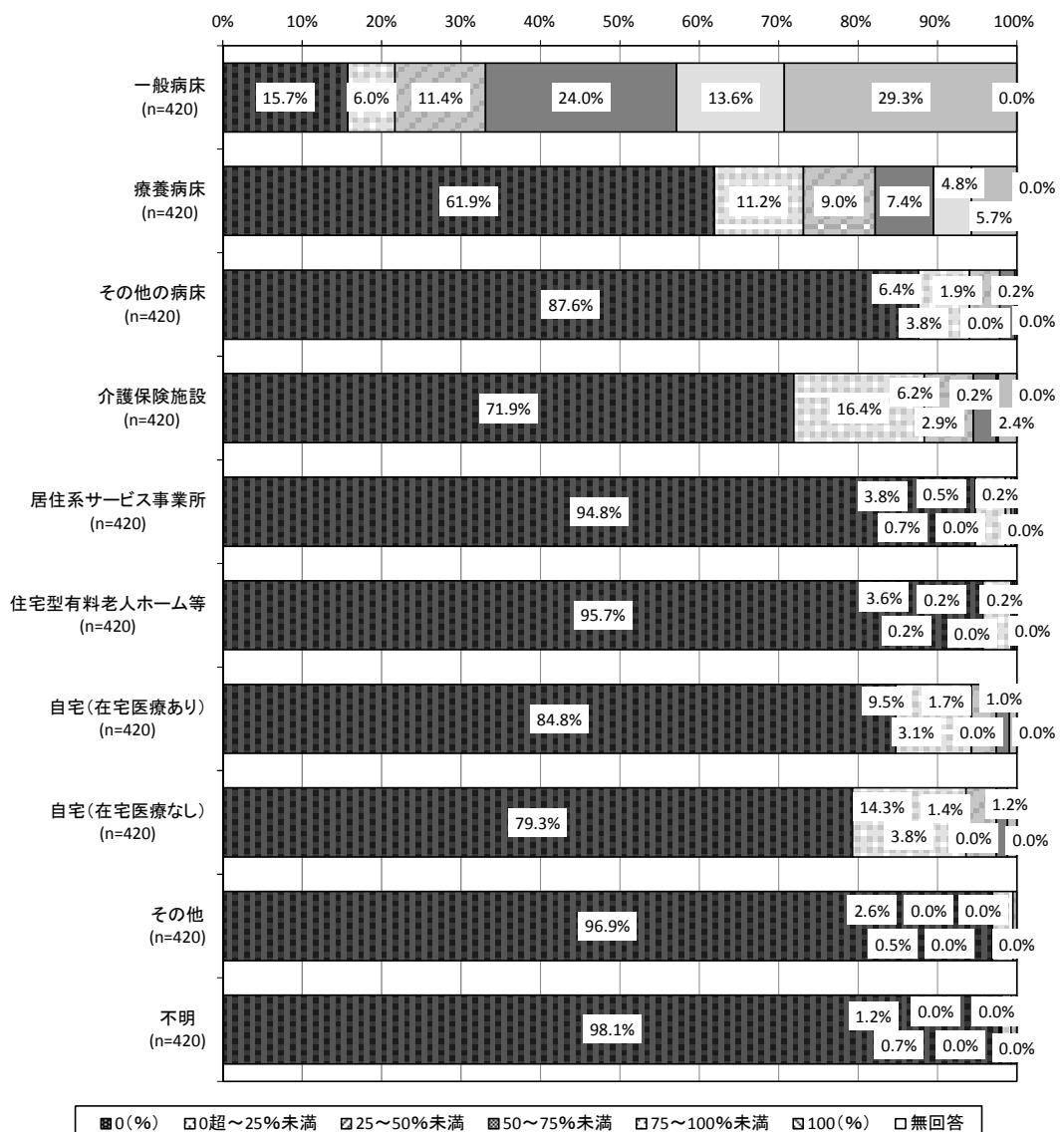
	施設数	0(%)	0満超(%)	2満(%)	5満(%)	7未満(%)	1(%)	無回答(%)	(平均値)%	(標準偏差)%
一般病床	981	821	113	17	3	2	3	22	2.2%	2.35 9.13
	100.0%	83.7%	11.5%	1.7%	0.3%	0.2%	0.3%			
療養病床	981	858	78	15	8	-	-	22	2.2%	1.77 7.13
	100.0%	87.5%	8.0%	1.5%	0.8%					
その他の病床	981	908	41	7	3	-	-	22	2.2%	0.81 4.65
	100.0%	92.6%	4.2%	0.7%	0.3%					
介護保険施設	981	624	236	71	21	2	5	22	2.2%	7.33 14.60
	100.0%	63.6%	24.1%	7.2%	2.1%	0.2%	0.5%			
居住系サービス事業所	981	874	71	11	2	-	1	22	2.2%	1.33 6.21
	100.0%	89.1%	7.2%	1.1%	0.2%		0.1%			
住宅型有料老人ホーム等	981	822	119	13	3	1	1	22	2.2%	2.06 7.30
	100.0%	83.8%	12.1%	1.3%	0.3%	0.1%	0.1%			
自宅(在宅医療あり)	981	664	210	48	24	5	8	22	2.2%	6.98 15.72
	100.0%	67.7%	21.4%	4.9%	2.4%	0.5%	0.8%			
自宅(在宅医療なし)	981	169	192	144	153	120	181	22	2.2%	46.98 37.46
	100.0%	17.2%	19.6%	14.7%	15.6%	12.2%	18.5%			
死亡	981	816	119	16	4	2	2	22	2.2%	2.45 8.66
	100.0%	83.2%	12.1%	1.6%	0.4%	0.2%	0.2%			
その他	981	856	73	14	6	4	6	22	2.2%	2.60 11.61
	100.0%	87.3%	7.4%	1.4%	0.6%	0.4%	0.6%			
不明または目処が立っていない	981	464	158	132	106	68	31	22	2.2%	22.65 30.22
	100.0%	47.3%	16.1%	13.5%	10.8%	6.9%	3.2%			



- 病院（介護療養病床なし）においては、一般病床からの入院患者は、平均で半数を超えており、次いで療養病床からの入院患者が2割弱となっている。
- 入院の理由は慢性期の入院が最も多く、次いで介護施設への待機（2割）が多い。退院先のめどは6割弱が立っていないが、約2割の者は介護保険施設へ退院する予定となっていた。

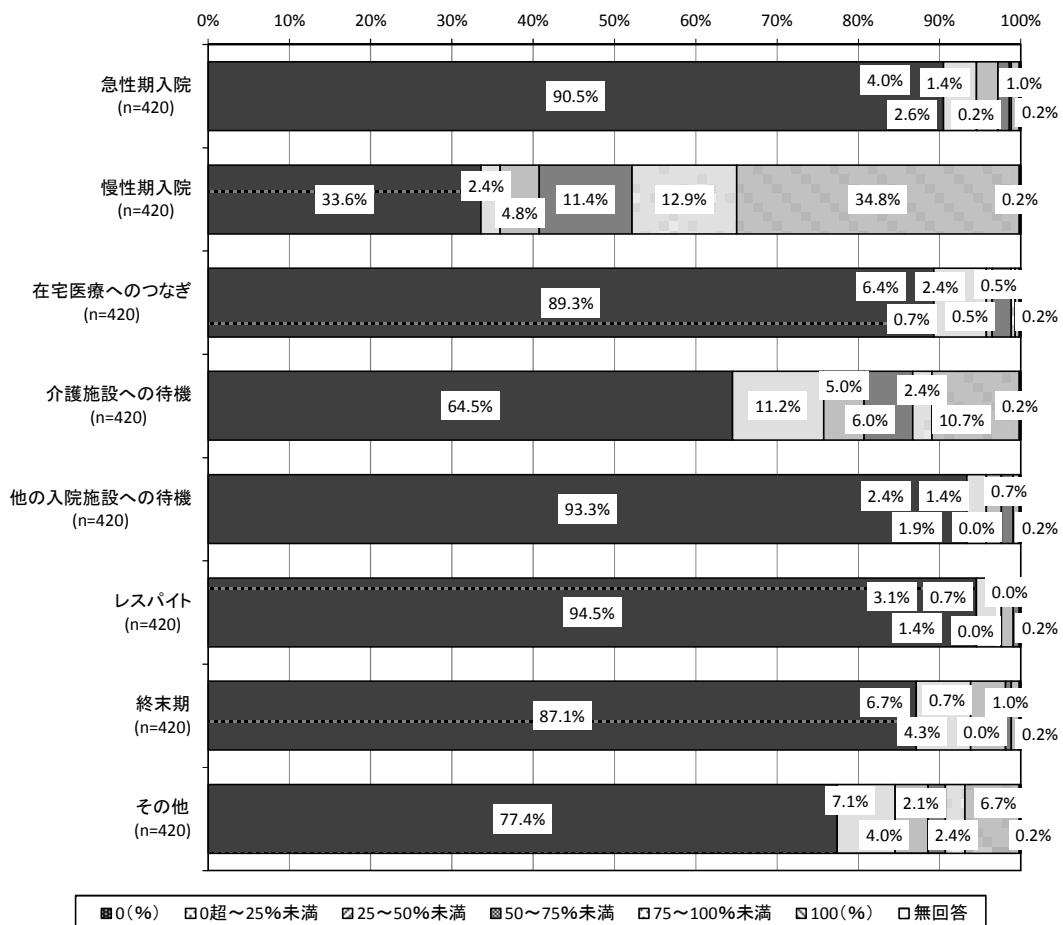
図表 91 入院・入所直前の居場所（施設：③病院（介護療養病床あり））

	施設数	0 (%)	0満超 （%）	2満 （%）	5満 （%）	7未満 （%）	1 （%）	無回答 （%）	（平単位均：%値）	（標準偏差：%）
一般病床	420	66 100.0%	25 15.7%	48 6.0%	101 11.4%	57 24.0%	123 13.6%	29.3%	-	59.41 36.51
療養病床	420	260 100.0%	47 61.9%	38 11.2%	31 9.0%	20 7.4%	24 4.8%	5.7%	-	18.22 30.59
その他の病床	420	368 100.0%	27 87.6%	16 6.4%	8 3.8%	1 1.9%	1 -	0.2%	-	3.09 10.76
介護保険施設	420	302 100.0%	69 71.9%	26 16.4%	12 6.2%	1 2.9%	10 0.2%	2.4%	-	7.90 18.92
居住系サービス事業所	420	398 100.0%	16 94.8%	3 3.8%	2 0.7%	1 0.5%	1 -	0.2%	-	1.01 6.63
住宅型有料老人ホーム等	420	402 100.0%	15 95.7%	1 3.6%	1 0.2%	1 0.2%	1 -	0.2%	-	0.70 5.83
自宅(在宅医療あり)	420	356 100.0%	40 84.8%	13 9.5%	7 3.1%	4 1.7%	4 -	1.0%	-	3.73 12.99
自宅(在宅医療なし)	420	333 100.0%	60 79.3%	16 14.3%	6 3.8%	5 1.4%	5 -	1.2%	-	4.73 14.13
その他	420	407 100.0%	11 96.9%	2 2.6%	2 0.5%	1 -	1 -	1 -	-	0.43 2.81
不明	420	412 100.0%	5 98.1%	3 1.2%	0.7% 0.7%	- -	- -	- -	-	0.33 2.69



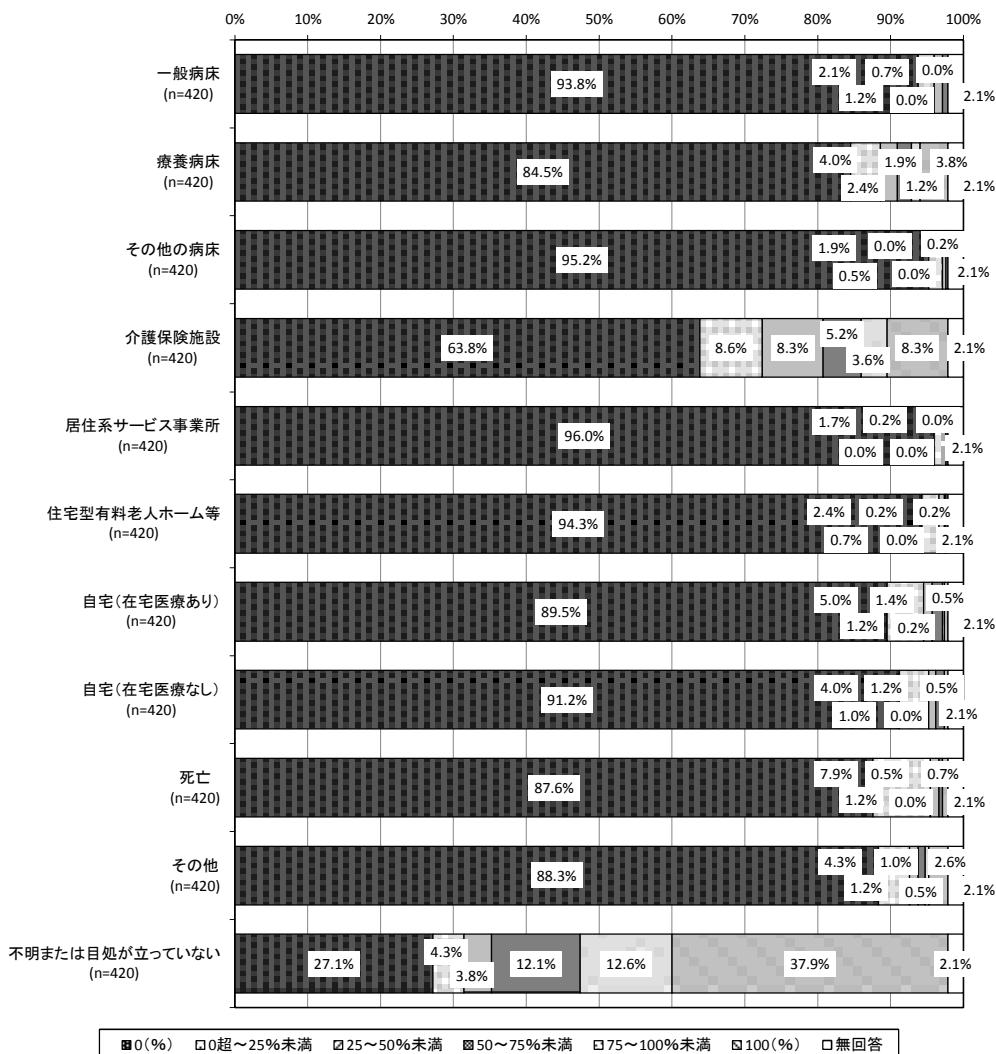
図表 92 入院・入所の理由（施設：③病院（介護療養病床あり））

	施設数	0	0満超	2満	5満	7未満	1	無回答	(単位均値)	(標準偏差)
急性期入院	420	380	17	11	6	1	4	1	0.2%	3.21 13.57
	100.0%	90.5%	4.0%	2.6%	1.4%	0.2%	1.0%	0.2%		
慢性期入院	420	141	10	20	48	54	146	1		
	100.0%	33.6%	2.4%	4.8%	11.4%	12.9%	34.8%	0.2%	54.77 43.99	
在宅医療へのつなぎ	420	375	27	3	10	2	2	1		
	100.0%	89.3%	6.4%	0.7%	2.4%	0.5%	0.5%	0.2%	3.16 12.21	
介護施設への待機	420	271	47	21	25	10	45	1		
	100.0%	64.5%	11.2%	5.0%	6.0%	2.4%	10.7%	0.2%	18.90 33.78	
他の入院施設への待機	420	392	10	8	6	3	1		2.35 11.50	
	100.0%	93.3%	2.4%	1.9%	1.4%	—	0.7%	0.2%		
レスパイト	420	397	13	6	3	—	—	1		
	100.0%	94.5%	3.1%	1.4%	0.7%	—	—	0.2%	1.11 6.10	
終末期	420	366	28	18	3	—	4	1		
	100.0%	87.1%	6.7%	4.3%	0.7%	—	1.0%	0.2%	3.52 12.73	
その他	420	325	30	17	9	10	28	1		
	100.0%	77.4%	7.1%	4.0%	2.1%	2.4%	6.7%	0.2%	11.93 28.55	



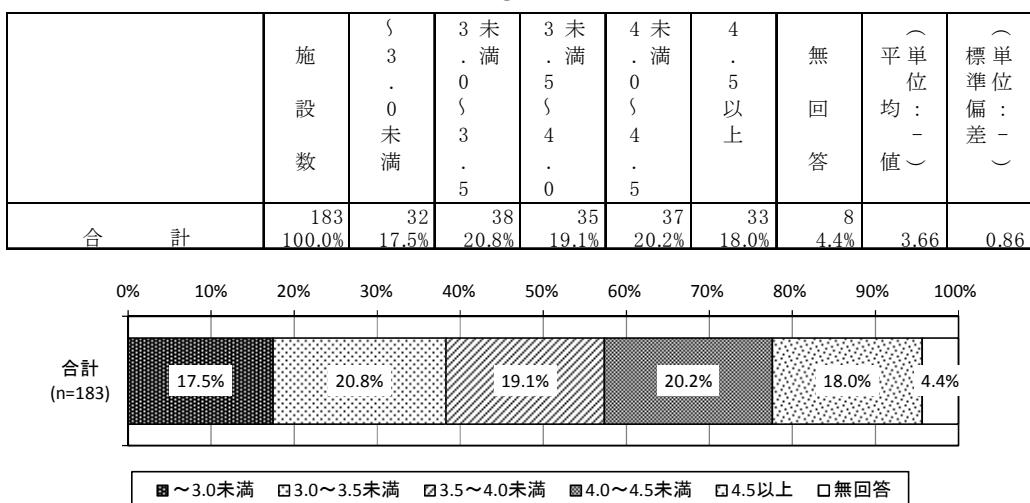
図表 93 退院先（予定含む）（施設：③病院（介護療養病床あり））

	施設数	0(%)	0満超(%)	2満(%)	5満(%)	7未満(%)	1(%)	無回答(%)	(平単位均：%)	(標準偏差：%)
一般病床	420	394	9	5	3	-	-	9	2.1%	0.97 5.93
	100.0%	93.8%	2.1%	1.2%	0.7%					
療養病床	420	355	17	10	8	5	16	9		
	100.0%	84.5%	4.0%	2.4%	1.9%	1.2%	3.8%	2.1%	7.27	22.90
その他の病床	420	400	8	2	-	-	1	9		
	100.0%	95.2%	1.9%	0.5%	-	-	0.2%	2.1%	0.56	5.50
介護保険施設	420	268	36	35	22	15	35	9		
	100.0%	63.8%	8.6%	8.3%	5.2%	3.6%	8.3%	2.1%	18.70	32.71
居住系サービス事業所	420	403	7	-	1	-	-	9		
	100.0%	96.0%	1.7%	-	0.2%	-	-	2.1%	0.30	2.89
住宅型有料老人ホーム等	420	396	10	3	1	-	1	9		
	100.0%	94.3%	2.4%	0.7%	0.2%	-	0.2%	2.1%	0.80	6.49
自宅(在宅医療あり)	420	376	21	5	6	1	2	9		
	100.0%	89.5%	5.0%	1.2%	1.4%	0.2%	0.5%	2.1%	2.46	10.94
自宅(在宅医療なし)	420	383	17	4	5	-	2	9		
	100.0%	91.2%	4.0%	1.0%	1.2%	-	0.5%	2.1%	1.82	9.54
死亡	420	368	33	5	2	-	3	9		
	100.0%	87.6%	7.9%	1.2%	0.5%	-	0.7%	2.1%	2.26	10.73
その他	420	371	18	5	4	2	11	9		
	100.0%	88.3%	4.3%	1.2%	1.0%	0.5%	2.6%	2.1%	4.55	18.41
不明または目処が立っていない	420	114	18	16	51	53	159	9		
	100.0%	27.1%	4.3%	3.8%	12.1%	12.6%	37.9%	2.1%	59.16	42.87

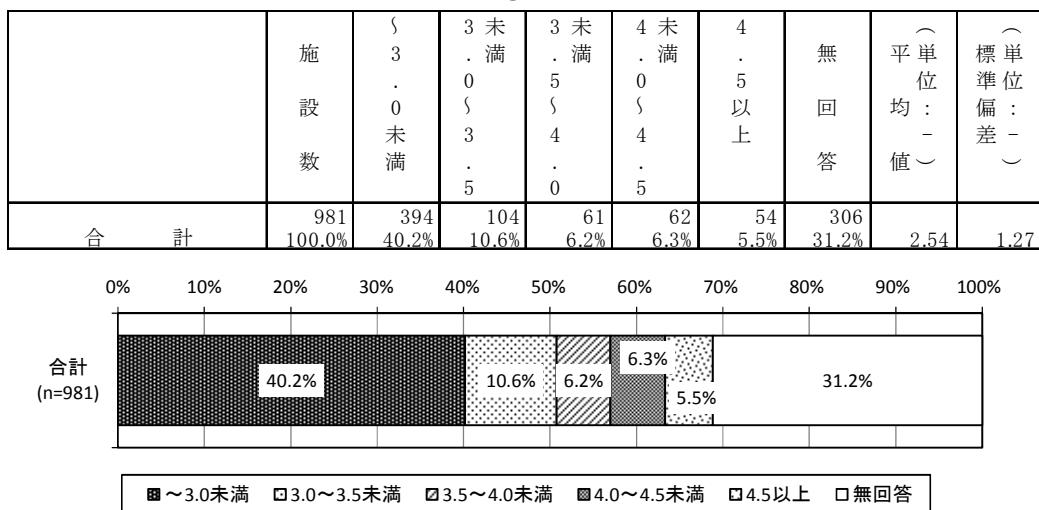


- 各施設の入院患者の平均要介護度については以下のとおり。

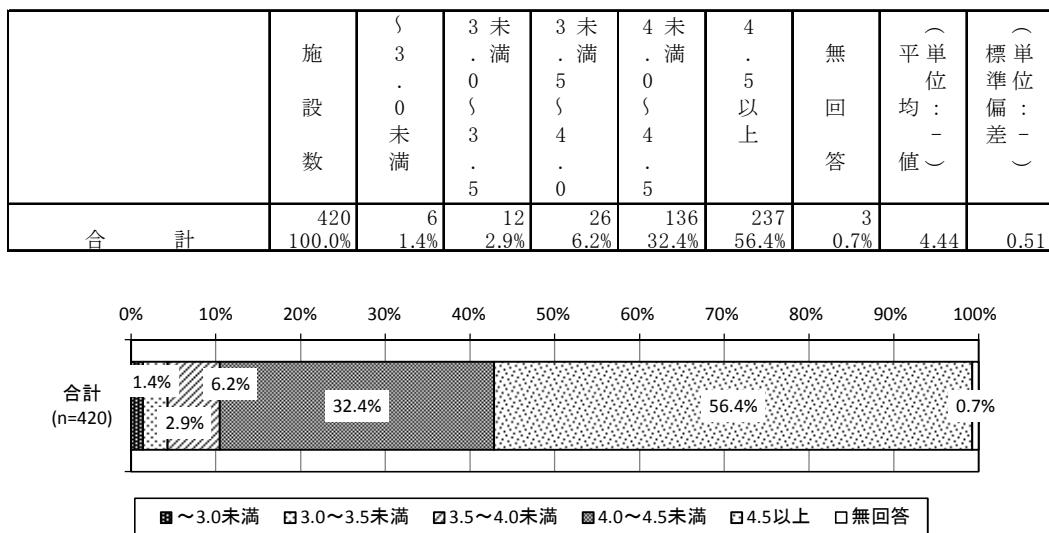
図表 94 平均要介護度（施設：①有床診療所（介護療養病床あり））



図表 95 平均要介護度（施設：②有床診療所（介護療養病床なし））



図表 96 平均要介護度（施設：③病院（介護療養病床あり））



2. ヒアリング調査

本調査研究事業においては、介護療養病床を有する有床診療所の管理者の方を対象に、介護サービス導入状況や導入に際しての課題、施設内の体制整備の面における具体的な取り組み内容や工夫点、課題等についてヒアリング調査を実施した。

図表 97 ヒアリング対象診療所

No	医療機関名	地域*	市区町村の 人口規模	実施日
1	A診療所	北海道市街部	13万人	2013/12/25
2	B診療所	岩手県地方部	30万人	2014/1/14
3	C診療所	千葉県地方部	4万人	2014/1/28
4	D診療所	岐阜県都市部	15万人	2014/1/31
5	E診療所	兵庫県地方部	4万人	2013/12/20
6	F診療所	岡山県地方部	7万人	2014/1/10
7	G診療所	岡山県都市部	48万人	2014/1/9
8	H診療所	徳島県地方部	4万人	2014/1/23
9	I診療所	福岡県都市部	22万人	2014/2/14
10	J診療所	沖縄県都市部	11万人	2014/1/29

*平成 22 年国勢調査にて、当該市町村の人口密度 (人/km²) が 1,000 人/km²以上の場合を「都市部」、500~999 人/km²の場合を「市街部」、500 人/km²未満の場合を「地方部」とした。

以下、10 診療所のヒアリング記録を示す。

Case1：A 診療所

都道府県	北海道
地域	市街部（人口 13 万人）
病床数	14 床（うち介護療養病床 12 床、一般病床 2 床）
標榜診療科	内科・リウマチ科・アレルギー科
提供している介護サービス	介護療養型医療施設 短期入所療養介護（現在実績なし）
診療所の職員体制	医師 1 名、看護師 9 名（病棟：常勤 3 名、夜勤のみの非常勤 2 名、外来：常勤 2 名、非常勤 2 名）、介護職員 4 名（常勤 1 名、非常勤 3 名）、管理栄養士 1 名（非常勤）

I. 診療所の状況および地域特性

1. 地域の状況

当該地域では高齢化・人口減少がかなり進んでいる。高齢の患者は市内で医療を完結させたいという人も多い一方で、市内の医療資源は、循環器科、消化器科、脳外科等は充実しているが、その他は充実しているとは言い難い。産科・小児科で入院が可能なのは、市内で 1 病院のみである。また、片道 1 時間ほどの都市部の医療機関まで通院している患者も少なくない。介護療養病床を有する病院は市内で 4 か所（診療所では当院を含めて 3 ヶ所）のみである。高齢者介護施設については、老健等は比較的多く存在している。

2. 提供している医療機能

当診療所は主としてリウマチ治療を専門としている。当該地区におけるリウマチ専門医は当院の院長のみであり、市内および近隣地域から紹介を受けて来院する患者が多く紹介率は 45%程度となっており、市外からの患者が全体の 1/4 ほどを占める。外来が多忙のため訪問診療にまで手がまわらない状況にある。既に予約が詰まっている中、1 日平均一人のリウマチ性疾患の新患が訪れるが、新患一人を診るのにかなりの時間がかかるため、訪問診療に割ける時間的余裕がない。なお、地域独自のシステムなのかもしれないが、基本的に救急で患者が搬送される場合、余程の重症患者でない限り、かかりつけの診療所、もしくは至近の診療所に搬送されるため、そのような外来診療の状況の中で救急患者に応対することが求められている。

3. 入院（入所）患者の状況

介護保険制度が導入される前の時代には、いわゆる越冬入院と呼ばれる社会的入院も見られたが、現在の介護療養型医療施設の利用者は基本的に終の棲家として入院してくるため季節の影響は受けていない。介護療養病床の利用者の家庭介護力は乏しく、高齢者の独居であったり、子供は本州にいるなどのケースが多い。札幌に子供が住んでいる患者の場合、札幌市内の介護施設や子供の家で引き取る高齢者もいる。

現在の入院患者は要介護 4 や 5 の方が多い。10 年を超える入院患者もいるくらいであり、概ね年単位の入院期間である。また当院は、退院＝死亡退院という状況で、最期まで看取る患者がほとんどであり、家庭に戻られた例は今まで 1 例もない。1 年間に死亡退院する患者数は 3 ~ 4 人程度である。一般病床のうちの 1 床には、現在リウマチ患者の高齢者が 3 年ほど入院している。病状としては介護と医療の間に位置しているが、高額なりウマチの生物学的製剤が欠かせないため、医療の一般病床に入れざるを得ず、当然ながら入院基本料は一番低いランクとなっている。介護と医療の間に位置するような病状の患者をどのように扱うべきかは判断が難しい。介護保険適用では包括の報酬体系なので、生物学的製剤などの高額な薬剤は投与できなくなる。現行の制度では長期療養しつつ、高額医療を受けられる選択肢がないのが我々リウマチ診療に携わる者の悩みである。

4. 現在提供している介護サービス

現在は介護療養型医療施設サービスを 12 床で実施しているが、短期入所療養介護については休眠状態である。空床利用ということになるが、患者の多くは亡くなるまで入院しているため、ベッドが空くタイミングが利用希望者のニーズとなかなか合わない。また、当院で診療していた患者さんが入所するのであれば対応も容易であるが、全く新規の患者が短期入所療養介護で 2 週間程度入所することとなると、初めて接するスタッフ側も困惑してしまうという部分もある。

II. 介護保険サービス提供における課題等

1. 介護保険サービス導入の経緯

介護保険サービスを導入した当時は、19 床の昔ながらの有床診療所であり、先代が院長を務めていた。平成 9 年から息子である自分も加わり、常勤医師 2 名の体制で診療していたが、外来患者対応を考えると、(医療資源を取られない) 療養患者もある程度必要であり、介護保険サービスを開始した。施設基準の関係で定員数等が決まり、今年に入って個室を潰し特殊浴室を設けたために 14 床に減床している。無床化することも考えたが、外来が当時はまだ現在ほど忙しくなかったことと、2 フロアを全く使わないと建物の傷みも加速化すると考え、介護療養病床として存続させた。

2. 導入時の課題

各種届出や事務関連の書類手続きが複雑すぎると感じた。診療所の医師になるまでは病院勤務医であったため、介護保険制度についてもわからず、今から振り返ると相当無駄なことにも時間を割いていたようにも思う。手続きにおいて管理者でなければ分からぬこともあり、全部院長である自分が何とか処理しているような状態であった。

また、介護への心理的抵抗感を当時はかなり抱えていた。介護をやりたくて医師になる人間は少ないと思うし、医師としては専門医指向が強い。診療所において介護保険サービスの提供が浸透しない原因は、医師として「介護」に対するモチベーションが上がらないことも理由の一つではないか。自院に介護療養病床を導入する際も、やはり葛藤があった。ただし、実際の導入後はケアマネジャーの資格も取り、3 年ほど実際にケアプランの作成等も自ら行った。ただし、その

後資格更新のために必要な講習への参加時間（概ね1週間）が取れず資格の更新は放棄した。現在では非常勤のケアマネジャーを雇用している。

3. 現在の介護サービス提供に関する課題

介護従事者の人間関係のトラブルが絶えず、職員の出入りが激しかった。それに伴う管理者としての精神的ストレスも大きいと感じる。施設の規模が小さいと人間関係も悪化する傾向があるようと思われる。当初は介護の素人である看護職員や看護補助者でケアを行っていたこともありそれなりに専門性のあるスタッフで運営できるようになるまで10年ほどが費やされたと思われる。小規模な施設では、スタッフを自分の職場で育てる余裕がないため、経験のある人を戦力として雇用していかなければならないことを痛感している。

4. 介護保険サービスを実施したことの意義・メリット

社会的入院を排除しつつ、スタッフの介護技術の専門性を徐々に高めていくことで、長期療養病床としてベッドを有効活用できている。また当診療所では結果的に院内で亡くなる方がほとんどであり、治療のみではなくケアを行いながら看取りまで実施できているため、「通院できなくなったら入れてほしい」「死に水を取ってほしい」というような地域の患者のニーズに応えられていると考えている。

5. 病床転換について

介護老人保健施設に移行するメリットが何もないため現在のところ転換は考えていない。仮に新たに事業を開始するとなると、行政から求められることとして、「地域住民への説明会開催」があるが、当院は地域で開設してから30年以上が経過しており、いまさら説明会を実施する必要が感じられない（老健になるとどのように変わらのか、と問われても実際は何も変わりませんよとしか言えない）。転換を促進するのであれば、施設の現況に合わせて柔軟な要件の緩和措置が必要と考える。

III. 今後の有床診療所の在り方について

1. 医療介護連携について

入院患者の現状として医療も介護も両方必要な人が多い。それを色分けしていく発想が不可解である。行政が縦割りであることにより現場では多大な事務処理業務を課されている。

2. 今後の有床診療所の地域におけるあり方

現在在宅医療における有床診療所は常勤医師3名以上の施設に手厚い診療報酬を定め、その方向に誘導を図っているところであるが、方向性としては間違っていないと思う。しかしながら、既存の有床診療所の大半において実現は困難であると思われる。そのため他の診療所との連携において実現されるよう緩めた基準も設定されているが、実際に連携がうまく在宅診療に生かされていくとは到底思われない。

当施設の状況から考えると、既存の有床診療所からの介護療養病床は施設基準のためにベッド

数を減らさざるを得ず、そうなるとさらに短期入所のために常にベッドを開けておくということも難しくなる。

ハード面で今の基準に合ったものに建て替えるのが理想であるが現在の経営状況からは望むべくもない。今後在宅診療や介護に意欲のある有志が3人集まり新しく有床診療所を建設するというケースが出てこない限り、理想の有床診療所の姿は見えてこない。今後の在宅診療は無床診療所のグループ化、もしくは地域の中～小病院が担うことになっていくと思われる。有床診療所は確実に消滅していくものと思われる。

3. その他

今後育ってくる医師の中に、介護分野に対してモチベーションを見いだせる人がどの程度いるだろうか。介護とはいえ、実情は「看取り」であり、そのためにモチベーションを上げるというのは医師には難しい。現状のように一線を退いた医師が介護施設の施設長になっているようなあり方では看取りは急性期医療機関に任せてしまうという現状から抜け出せない。施設においては非医師職スタッフが看取りを敬遠する傾向があることも巷ではよく聞く話である。

結局は、このことは急性期医療機関のスタッフの疲弊要因のひとつにもつながっている。高齢者を看取るのは医師ではなく、特別な資格を持つ看護師等を適宜活用していくほうが現実的ではないかと考える。その上で医師は専門性を磨くように住み分けすることも、一つの方策かもしれないが議論の分かれどころであろう。

リウマチを専門とする当院の状況から見て、高額な生物学的製剤を投与しなければそれなりのADLを保てない患者も一定数存在しており、そのような患者が介護療養型医療施設で包括報酬が適用されると、必然的に生物学的製剤は中止せざるを得ず、要介護度も重度化してしまう。そのため、別途出来高で請求できる薬剤（腎不全患者におけるエリスロポエチンなど）の枠を拡大すべきと考える。

介護サービスには医療業界以外の他業種が参入しているため、ハード面・ソフト面双方でハーダルが高く設定されている。医療機関が参入する場合、医療保険対応の入院施設にさらに介護領域の基準等を加味する必要があるので、運営面における事務負担が膨大となる。そのため、医療機関が運営する介護施設においては基準を緩和したり、事務負担を低減したりという措置が取られるべきと思われる。

病院クラスの介護療養型医療施設の廃止には異論は唱えない。診療所におけるそれと比較すると基本料等が高く、大雑把に言えば加算抜きでも1ベッドあたり10万円は診療所よりも収益が上がっているはずであるから、診療報酬を老健並みに低減するのを目的に廃止するのであればそれはそれでよい。

しかしながら診療所においてはすでに老健並みの介護報酬で運営していることから、これを廃止する理由はない。老健等への転換のための事務処理等を考えると無駄が多くすぎるものと思われる。

Case2：B 診療所

都道府県	岩手県
地域	地方部（人口 30 万人）
病床数	18 床（うち介護療養病床 14 床、一般病床 4 床）
標榜診療科	内科・胃腸科・神経内科・リハビリテーション科
提供している介護サービス	介護療養型医療施設 短期入所療養介護 通所リハビリテーション 訪問リハビリテーション 居宅介護支援（2014 年 4 月に開設予定）
診療所の職員体制	医師 3 名（常勤 1 名、非常勤 2 名）、看護師 15 名（常勤 10 名、非常勤 5 名）、介護福祉士 10 名（常勤 10 名）、PT,OT8 名（常勤 7 名、非常勤 1 名）、ケアマネジャー 2 名（常勤 2 名）、介護補助員 9 名（常勤 2 名、非常勤 7 名）、事務職 4 名（常勤 2 名、非常勤 2 名）

I . 診療所の状況および地域特性

1 . 地域の状況

市内の中心部に位置する住宅地域だが、高齢化率が高く核家族化が進行している。外来医療の診療圏としては、市内半径約 2km の地域の患者が多く、往診はさらに広く約半径 4km の地域をカバーしている。入院患者は必ずしも患者本人が近辺に住んでいるわけではなく、その子供世代が当診療所の近くに住んでいるという理由で当診療所へ来る場合もあるが、やはり市内の住民が多い。通所リハビリテーションの利用者は、市内の北部地域の住民が中心である。

当地域で、内科の有床診療所でかつ通所リハビリテーションの併設があるのは、当診療所のみである。認知症に関しては岩手医大の専門センターがあり、神経内科、精神科、脳神経外科の関心がある医師が中心となって認知症治療に携わっている状況である。リハビリテーションは零石のいわてリハビリテーションセンターが中心的な存在であり、大学病院や急性期病院はリハビリテーションを担う位置づけではない。

認知症のケア体制として、市内にはグループホームや通所介護の事業所はあるものの、なかなかグループホームでは認知症の重度・終末期のケアは難しいという実情がある。

2 . 提供している医療機能

18 床のうち、一般病床 4 床は緊急患者用として確保しているため、原則として空けるようにしている。一般病床が 4 床では十分ではないと感じることもあるが、これ以上位増やすことはスペース確保の観点から難しい。例えばがんの終末期の患者の場合、在宅診療を経て看取りに至るまでを当診療所で引き受けるため、入院期間は比較的長期にわたる。当地域には、がんの終末期において緩和ケア病棟に自発的に入る考え方があまりないので、緩和ケア病棟への入院は医師の勧

めによるものが多い。家族は遠方の病院より自宅に近い診療所のほうが、通院が楽だと感じるようだ。現在、特定の介護保険施設に対しての往診は行っていない。当院に通院されていた患者が有料老人ホームや、認知症のグループホーム、サービス付き高齢者向け住宅等に入居すればそこに往診に伺う。

療養病床 14 床については、容態が安定している患者が多いため、看護師等の負担に関してはそれほど重くはないが、基本的に看取りまで引き受けている。ほとんどの患者が認知症を患っており、高カロリー輸液（IVH）や経管栄養を利用していること多いため、在宅の老老介護等では対応困難となり入院となる。治療方針は出来る限り家族の希望を汲み取るようにしている。

介護保険の開始以前から通所リハビリテーションは提供していた。当時市内にリハビリテーションを専門にしている診療所がなく、急性期病院から退院した患者は、郊外のリハビリの専門病院へ通院するしか選択肢がなかったため、リハビリテーションを受ける患者の回復レベルが全般的に落ちていたという事情があった。この状況を危惧し、専門は消化器内科であったが、平成 8 年に通所リハビリテーションの提供を開始した。リハビリテーションに関しての勉強は独学で行ったため、苦労をした経験がある。

有床診療所を設立した目的は、入院設備を有して、「生活を支える医療」を提供することである。しかし内科の外来には様々な症状の患者さんが来られ、なかには通院が困難な患者も散見されたので、患者の要望によって訪問診療も行うようになっていった。

医療の外来リハビリテーションについて、利用者は 3~4 人程度で、ほとんどの利用者は介護保険サービスで対応している。2~3 時間のサービスも行っているが、6~8 時間のサービスのほうの需要が高い。介護をしている家族としては後者のサービスを利用し、半日預かってもらうほうが、都合が良いのではないか。1 か月間集中的にリハビリテーションを受けたいというような要望が患者からあっても、一般病床における入院患者のリハビリテーションには回数の制限があるため応じられない。少ない病床を有効に使えるようこういった規制を緩和して、一般病床でも介護老人保健施設や短期入所療養介護のように、短期集中リハが可能となるようにしてほしい。

3. 入院（入所）患者の状況

病院の急性期病床から回復期を経ずにそのまま当診療所へ転院してくるケースや、骨折等で搬送された際にかかりつけ医である当診療所を指定して、搬送されてくるケースもあり、入院経路は様々である。入所者全員が認知症を患っているわけではないが、認知症の患者への対応は負担が重い。

4. 現在提供している介護サービス

主に介護療養型医療施設、通所リハビリテーション（定員 40 名）、訪問リハビリテーションを提供している。短期入所療養介護も提供可能ではあるが、空床利用型なのであまり受け入れが出来ずにいる。

比較的若いスタッフが多いため、24 時間の対応体制が可能となっており、夜間は通所リハビリテーションのスタッフや夜勤専門の看護師も交代で体制に入っている。

訪問リハビリテーションは、スタッフ 1 名につき、1 日あたり平均 7 名の利用者のもとへ訪問している。スタッフは 3 人体制で、月～土曜日に平均週 2 回の訪問を行っている。

II. 介護保険サービス提供における課題等

1. 介護保険サービス導入の経緯

一般病床 12 床で開設された有床診療所であったが、途中で 19 床まで増床した。その後、療養病床の設置が診療所に認められた際に、施設基準の問題で 14 床を療養病床とし、4 床は一般病床として残したため、結果として 1 床減床した（現在は 18 床）。ほぼ同時期に通所リハビリテーションの提供も開始した。

療養病床の利用の仕方としては、介護療養病床か医療療養病床かという 2 つの選択肢があるが、当院としては地域における介護の需要を感じていたため、介護療養病床として利用し始めた。当時医療保険にて入院していた患者も、全員要介護認定がなされたので、支障なく介護への移行が可能だった。

介護報酬は規模が小さい事業所においては報酬単価が高く設定されているが、医療の報酬単価は逆の傾向があり、規模が小さい医療機関のほうが入院基本料が低いという体系である。平米数やスタッフの基準は全く同じであるのに、そのような報酬体系となっていることへの不満がきっかけとなって、医療を縮小し介護を始めた経緯もある。

2. 導入時の課題

介護分野はオムツ等の費用も含めた包括的な報酬体系を設けているため、それを経営上の問題点としている医師もいたが、当診療所ではそういった懸念は特になかった。施設基準等のための改築はこれまでに医院部分で 2 回、通所リハビリテーションの建物部分も 1 回改築しており、現在行われている道路拡張工事に合わせ、さらなる改築をしようとしている。

3. 現在の介護サービス提供に関する課題

ケアマネジャーとのやり取りはしていきたいが、院長は往診や外来に追われ、時間的な余裕がない。こちらが多忙と分かっているので、ケアマネジャー側も声を掛けにくいようだ。近々医師が 2 人体制なるので、「ケアマネタイム」（定期的にケアマネジャーと話す時間）を作れるのではないかと考えている。また、介護職員の不足が著しく、当診療所のみならず、周辺の介護事業所等でも不足しているという声をよく耳にする。

入院部分の収益性が低く、スタッフの人工費が入院部分の収入では賄えない。ちなみに当院では看護師 1 名、介護福祉士 1 名による 2 名の夜勤体制である。介護報酬単価は、各施設や事業所全体の収益というよりも、各サービスごとの収益性を見て点数を上下させているように思われる。しかし当院のような有床診療所では、入院部分とそれ以外の部門（通所や訪問のサービス等）を合わせて収益を判断しており、収益性の高いサービスが低いサービスの分を補てんすることで、全体としては採算がとれている場合もあるということを、考慮してほしい。

医院の改築に合わせ、短期入所療養介護をもっと提供していきたいという思いはあるが、患者の状況に空床のタイミングが左右されてしまうため、当院のようなベッド数の少ない医療機関での利用は難しいのではないか。

主治医意見書だが、大規模病院等ではベテランの医師が多忙なため、新人医師に作成を任せて

いることが多い。本来介護サービスの提供上、参考になることを主治医意見書には書かねばならないのに、こうした場合高齢者の生活の現実を意識していない内容となるのではないかと危惧している。

4. 介護保険サービスを実施したことの意義・メリット

当診療所のモットーとしている「生活を支える医療」を実践し、点と点を結ぶサービスから線と線を結ぶサービスへ近づいている。収益の観点では、通所リハビリテーションは収益性が高く、外来診療とともに当診療所の収益を支えている。

5. 病床転換について

当地域の地域包括支援センターから、医療必要度の高い介護サービス利用者の受け皿が必要と聞いている。郊外の老人保健施設はいくつかあるものの、住み慣れた地域を離れるため利用者にとっては友人付き合いが疎遠になってしまうという欠点がある。当院は市街地に属するため、医院の建て替え時に介護療養型老人保健施設への転換を検討していたが、あくまで現在有する病床数分の転換しか出来ないということが分かり、再度設計等の調整をしている。

また、老人保健施設のための広い土地の確保が、特に市街地では難しい。医療機関併設型に関しては基準緩和が行われているが、徒歩圏の敷地であれば併設事業所として取り扱う等、人員等についてさらなる基準緩和が望ましい。老人保健施設へ転換するにあたり、増床したいという希望はあるものの、アメニティの点を充実させようとすると厳しい。本体部分は数床の老人保健施設として、少し離れた場所にサテライト型の老人保健施設を作るという案は可能性があるかもしれないが、その場合別途スタッフを集める必要は出てくる。介護療養型医療施設からの病床転換が望まれているが、それらを進めるうえで、保険者である市の介護保険担当者等との折衝は隨時必要になってくる。

有床診療所の管理者の感覚として、老人保健施設の収益が低いとは思っていないが、病院からするとだいぶ報酬が下がるという印象があるので参入のハードルは高いのではないか。介護療養型医療施設の廃止等、政策決定については方針の変更が起こる場合も否めないので、病床転換については様子見をしている医療機関が多いのだろう。当診療所は、「介護療養病床が今後継続されるかもしれない」という希望的観測はせず、早めに病床転換の決断をすることに決めた。

III. 今後の有床診療所の在り方について

1. 医療介護連携について

地方の行政は、医療介護の連携にまだ消極的である声をよく耳にする。医師会をはじめ現場の医師は比較的積極的で、ケアマネジャーとの交流等もしているのだが、行政側が間に立ってうまく立ちまわっていない印象がある。カジュアルなコミュニケーションが足りていないのかもしれない。

福祉系のケアマネジャーと医療系ケアマネジャーには大きな違いが生じていると感じる。医療機関を併設した介護施設・事業所に所属しているかどうかも影響が大きいが、福祉系のケアマネジャーであると主治医に相談がなされずにケアプランが作成されてしまうような事態も発生して

いる。また、介護利用者が訪問介護、通所介護を希望した際に、ケアマネジャーがその意見に流されてしまい、訪問看護や医療系のサービス等が入っていないケアプランになってしまふこともあり、是正が必要であると感じている。

有床診療所においては、介護保険適用病床で医療保険への乗入が可能となつたことで、播種性血管内凝固症候群(DIC)を患う患者に、介護の定額報酬ではとても対応できない高額の薬剤投与をできた例がある。がんの終末期等、出来高報酬でないと対応出来ないケースにも非常に有効な政策であると思う。

2. 今後の有床診療所の地域におけるあり方

手術を積極的に行っている産科・眼科・肛門科等の有床診療所と慢性期患者を中心に扱う有床診療所では、診療の内容や目的も異なるため報酬体系も違つてしかるべきではないか。多くの有床診療所が、地域で 24 時間・365 日患者の対応を行つてゐる点を適切に評価されるようになつてほしい。たとえば患者が外来終了間際に来ても、夜勤体制がある有床診療所は、必要に応じ点滴等の対応をしている。これらは時間外対応とは認められないが、夜勤の看護師がいるために可能な対応であり、頻度として 2 日に 1,2 回程度は必ずある。そうした目に見えない手間や時間のかかる対応を日々こなしながら地域医療を担つてゐるのが有床診療所である。その機能も非常に多岐にわたつてゐるため、報酬の差別化はなかなかしづらいが、外来や立ち上げた介護事業所の収益で入院部門の不足分を補てんしているような状況が続ければ、有床診療所は減少していくのではないかと考える。

Case3 : C 診療所

都道府県	千葉県
地域	地方部（人口 4 万人）
病床数	19 床（療養病床 18 床、介護療養病床 1 床）
標榜診療科	外科・整形外科・内科・小児科
提供している介護サービス	介護療養型医療施設 居宅療養管理指導 短期入所療養介護 介護予防短期入所療養介護
診療所の職員体制	医師 1 名、看護職員 5 名、介護職員 5 名、介護支援専門員 1 名、管理栄養士 1 名、その他 7 名

I . 診療所の状況および地域特性

1 . 地域の状況

市の人口は約 4 万 2 千人で、横ばいから微減傾向にある。高齢者人口は約 10,600 人（25%）である。地域の主な医療施設は、病院が 3 施設、一般診療所が約 30 施設ある。主な介護施設・事業所は、介護老人保健施設が 2 施設、特別養護老人ホームが 3 施設あり、介護療養型医療施設が 3 施設ある。

当地域は都市部とは異なり「家族のバックアップが無くて困る」というケースはあまりみられない。患者の中には、長期入院になり、自宅の借家を引き払ったケースがある。（そのケースでも家族は経済的に支援している。）

市は平成元年から在宅フォーラムに取り組むなど、在宅診療を長年取り組んできた経緯がある。さらに、認知症ケアを考える取り組みを、薬品メーカーも参加して活動している。近隣の A 病院でも介護の講習会を開催するようになった。この地域では、在宅診療が定着している。

2 . 提供している医療機能

当院で提供する医療機能は、次の通り。

- ①. 外科・整形外科・内科・小児科の一部に渡る外来診療
- ②. 往診による在宅医療
- ③. 療養型病室による療養環境の提供
- ④. 介護保険利用による介護療養病床の提供
- ⑤. 機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）による 24 時間在宅支援
- ⑥. 病診連携・診診連携によるバスの運用
- ⑦. 介護との連携支援

一日平均外来患者数は 70～80 名（健康診断含む）である。ほぼ受け入れ能力上限のため、患

者数は横ばいである。往診も実施しているが、外来患者に診察時間がかかり、往診に対応できる時間は限られている。

市の医師会の9医療機関で連携し、機能強化型の在宅療養支援診療所（連携型）として、60～100名の患者24時間で対応している（夜間は電話当番を週毎の持ち回り）。平成24年の報酬改定以前は11機関で連携していた。最近は診療所の医師でも、千葉市に暮らして通勤する医師も増えており、夜間対応できない診療所も少なくない。強化型では9機関に限定されてしまい、負担が重いので、国が制度を再改定してくれることを強く期待している。

脳卒中と糖尿病のクリニカルパスは地域で共有している。連携先の病院はA病院であるが、最近は、千葉市方面の病院と連携するケースもある。また、A病院とカルテの一部情報を共有しており、病院側が診療所の限界を理解してくれているので、連携はうまくできていると思う。

3. 入院（入所）患者の状況

1月現在の入院患者のうち、独居で療養困難な方が4名、家族介護力が不足している方が15名である。入院期間は長くなる傾向にあり、最長では15年以上入院している患者もいる。

特別養護老人ホームのユニットケア（1ベッドあたり15万円／月）には、経費が負担できずに入所できない高齢者も多いが、当院のベッド（1ベッドあたり10万円／月）は厚生年金収入で何とか入院できる。国民年金の方の収入では入院は難しく、家族の経済的なバックアップを受けて大部屋に入院している。

入院者は、「独居で認知症のために生活ができない」「独居で、入院が長期化し、自宅を維持できなくなって引き払った」といった独居者や、「家族も高齢者」「娘と離婚した元旦那が面倒を見ている」「独居だけど弟が面倒を見ている」「妻と死別して、未婚の娘・息子が面倒を見ている」「本人が認知症、子どもは東海地域在住」など、家族の介護力が不足している高齢者が多い。

一般病床では、脳梗塞等で入院すると、「所定の日数」で（強制的に）退院させられるため、当院はそうしたケースの受け皿にもなっている。特別養護老人ホームの入所待ちで入院している方で、結局当院が気に入り、自宅にも近くて便利なのでそのまま居続けているケースもみられている。

4. 現在提供している介護サービス

居宅療養管理指導、介護療養病床の提供、短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護を提供している。

職員は、看護師も介護職員も定着率が高く、看護師で最も年数が短い職員が15年、最長で40年。ヘルパーでは1年半～8年（30歳）であり、当該市と生活圏を共有しているA市に居住している職員が多い。勉強会のような活動は、それほど積極的ではない。

II. 介護保険サービス提供における課題等

1. 介護保険サービス導入の経緯

平成11年に病床編成問題（ベッド数削減・報酬減点）があり、改修工事補助金の交付や介護保険利用のミックス病床（一般ベッド、療養ベッド、介護保険ベッド）が容認されたため、導入

を決めた。

2. 導入時の課題

一般病床の診療報酬点数が低かったこと、ベッドの回転率が高められないこと。資金の調達が大変だったこと、新ベッド規制（6.4 m²、廊下幅、食堂面積その他の問題）があったが、幸いすべての課題を改修工事で解決することができた。

3. 現在の介護サービス提供に関する課題

介護保険は、契約書作成、定期的な書類の再作成、会議の開催義務、部屋で単価が変わる、といった点で細かい書類作成が求められる。書類を整えるために、事務長や医師は他の仕事が出来なくなるのが困る。専任者が配置できる規模の病院であれば良いのだろうが、当院では皆が兼務者なので、夜勤などの時間の空きを見つけて作成している。提出すべき書類を無視したり手抜きしたりするわけにはいかない。

短期入所療養介護については、空きベッドが無いため、利用希望者をお断りするしかない。

4. 介護保険サービス提供の工夫

スタッフは介護スキルをマスターし、現場をよく知っているので、どのようなケースでも対応できると自負している。

この地域では、長年住み続けている住民の方だけでなく、成田空港に勤める人が思い立って家を購入して住み始めたり、A市にある工業団地の従業者の親族を受入れたり、など意外に人口が流動している。そのため見知らぬ患者が来院することも少なくない。対応可能であれば、引き受けるという方針で臨んでいる。

5. 介護保険サービスを実施したことの意義・メリット

医院経営上の収入を維持する効果と、介護難民発生に対する解消の手伝いに貢献していると考えている。ただし、この地域における介護難民への支援のニーズは、それほど多くないと思っている。

6. 病床転換について

将来のことは、国の都合で制度がよく変わるために見通しつかないが、現状を維持可能なら現状のまま推移させたい。制度の変更があるたびに考えるしかない。

今流行の、地域包括ケアの中のサービス付き高齢者向け住宅を整備するのは、資金もかかるし、運営が難しいと思っている。

III. 今後の有床診療所の在り方について

1. 医療介護連携について

医療も介護もそれぞれが企業体として存在しているので、自分の施設存続が第1の目標であり、その中でいかに情報を発信したり、受けたりするかという話になる。特に有床診療所は入院患者については自己完結型になることが多く、特養施設入所あるいは病院入院との関係での連携は必要である。他医療施設受診時の報酬算定の問題（入院中の患者が入院基本料に含まれる診療を他医療施設で受診した場合は報酬算定できず、結果的に入院患者は自由に他医療施設を受診できなくなってしまう、という大きな問題）等もあり、医療連携という点では、病院同士は「商売仇」であり、何でも共有するものではないと考えている一方で、困ったときには助け合いたいとも思う。

診療所の医師の労働時間から、単独の診療所で24時間のかかりつけ医機能の維持は困難なため、診療所連携による在宅支援システム維持は必要で意義も大きい。地域包括ケアシステムが構築されなければ、大きな株式会社組織等の囲い込みにもなる可能性があり、地域の医療福祉の崩壊を含めた再編になるのではないかと心配している。

連携システムの活動としては、ケアマネを束ねている地域包括支援センターと、9医療機関+αで顔を合わせる定例会議を開催している。中には、介護サービス事業所（ヘルパー、訪問入浴、訪問看護）にも参加してもらい、連携クリニカルパスや、「個人情報は冷蔵庫に事前に貼っておく」工夫（消防（救急）が迷わず情報を持っていく）や、「主治医に照会するためのFAX様式」などを共有している。「月1回の定例会議」にはメーリングリストを活用している。

2. 今後の有床診療所の地域におけるあり方

厚生労働省は空きベッド利用をうたっている（現在病床利用率は全国平均60%）。当院のように常に満床のところはかろうじて在宅復帰の中間的存在としては存在しているが、当院から在宅あるいは施設への流れは芳しくない（在宅受け入れ困難事例が多い）。医療機関としてして「退院できる」と考えても、家族が受け入れられないケースは多い。

空床利用に対する報酬設定がないと経営維持が出来ず、空床があるところは経営が苦しい。そんな意味で地域の中での存在意義は現在あまり大きくない。

だが、地域住民からの入院を含めた相談は多いので悩みは多い。在宅での看取りのためには、家族ができる看護者に仕立て上げる必要がある。なので、往診のたびごとに自宅での介護・看取りのやり方を教えている。

3. その他

管理栄養士の雇用確保に困っている。仮に有床診療所において管理栄養士の配置が義務化された場合は、診療所の6割では基準を満たせなくなるのではないかまた、医師の勤務形態と診療報酬のアンバランス、入院患者対看護師数と報酬の問題などが見えない。有床診療所単独で入院費がマイナスにならない診療報酬としてほしい。

Case4 : D 診療所

都道府県	岐阜県
地域	都市部（人口 15 万人）
病床数	19 床（うち療養型 6 床、一般 13 床）
標榜診療科	内科一般・循環器科・小児科・消化器科・神経内科・呼吸器科・皮膚科
提供している介護サービス	介護療養型医療施設
診療所の職員体制	医師 5 名(常勤 1 名、非常勤 4 名)、正看護師 2 名、准看護師 3 名、パート看護師 5 名、管理栄養士 1 名

I . 診療所の状況および地域特性

1 . 地域の状況

市内は高齢化が進んでおり、人口 15 万人に対して、高齢化率は 21% を超えている。近隣に 200 床の共済組合の病院が 1 施設、高齢者向けの医療を中心とした病院が 1 施設、精神病院が 1 施設、有床診療所が 4 施設程度に留まっており、地域内における医療機能の充実という点では充実度が低い地域であると考えている。特に、高齢化の普及に伴い、産婦人科や小児科の数が減少しており、ますます若い世代においては、医療資源が不足していくのではと懸念している。また、当院の夕方の診察時間は 17:00～19:30 であるが、「夜間・早期加算」対象となる 18:00 以降は、外来の患者数が極端に減少する。

2 . 提供している医療機能

当診療所では、一般病床が 13 床、医療型の療養病床を 6 床有している。昭和 61 年からは救急指定も受けており、施設単独で 365 日対応している（輪番制では無い）。その他、提供している医療機能としては、警察医、産業医を行っていることと、学校医についても以前は行っていたが、現在では多忙を理由として辞退をしている。

3 . 入院（入所）患者の状況

外来患者は一日 100 名程度であり、うち 6 割以上が 65 歳以上、全体の 1 割程度が小児科患者という状況である。特に、ここ数年、他施設が小児科の標榜をやめたこともあり、自ずと当施設の小児科患者が増えている状況である。ベッドの稼働状況は、ほぼフル稼働が続いている状況であり、実質的に短期入所療養介護の受け入れ対応は出来かねる状況である。また、当院の在院日数の平均は長く（他施設も同様だとは思うが）、治癒退院は多くとも 2 割程度であり、重症化して紹介元に戻すのが 2 割（家族や本人の希望により）、残りの 6 割以上の患者が看取り退院である（2 割の紹介元施設は、県内の総合病院等である）。

4. 現在提供している介護サービス

短期入所療養介護を申請したがほとんど利用しておらず、5年くらいで返上した。返上した理由としては、医療をやっている中で一部介護が入ってくると介護事務の煩雑さがあるためと感じたからである。なお、地域密着型の特養の配置医（1か所）、および2か所の有料老人ホームの協力医療機関となっている。

常勤医師は自分1人だが、非常勤医師を含め常勤換算すると4-5人（常勤計算は就労規則により1週間38時間）である。大学の若手の医師が在宅訪問診療を希望し、週1回行っている。1年間終わって交代して帰っても、また在宅を希望しやってくれる医師が8-9人はいる状況である。地域医療への貢献としての評価を受けるためには基本的に医師1人では無理だと思う。2人以上は必要であり、医師が雇える報酬をつけるべきであると考える。

II. 介護保険サービス提供における課題等

1. 介護保険サービス導入の経緯

平成12年の介護保険施行に伴い、地域の高齢化患者（療養を必要とする患者）の増加や地域の介護力資源の不足等の現状を鑑み、介護保険サービスを開始した。しかしながら、短期入所療養介護については、事務手続き的に医療と介護の両立は困難と考えたのと、収入的に介護でみるのではなく、医療でみた方が安定するとの判断から、導入から5年程度で返上した。

2. 導入時の課題

各種届出の事務手続きが複雑すぎるということが、導入時の課題であった。特に、介護保険制度についての理解が進むメンバーがおらず、その理解に多くの時間を割く状態であった。また、収入の安定という観点においても、現時点では収入増につながらず、自ずと介護への取り組みに対する意識や意欲が低下した。

3. 現在の介護サービス提供に関する課題

介護サービスに対する需要がいつの時点でどの程度あるのかが不明であることが課題であると考える。その需要度が明確になれば、有床診療所として何ができるかがより具体的に検討することができるのだと考えている。また、当地域においては（他の多くの地域も同様だと考えるが）、家族の介護力はほとんど期待出来ない状態であることも大きな問題と捉えている。家族が介護できない理由としては、介護する側がそもそも高齢者であり体力的に不可能であることや、若い世代になると勤労等の理由により時間的制約が多いことが挙げられる。結果として、当院に入院している患者の介護者も、患者を当院に預けっぱなしというのが実情である。

4. 介護保険サービス提供の工夫

介護保険の本来の趣旨が守られていない現状を危惧している。特に、ケア会議の場自体が少ないと、ケア会議 자체が形骸化していることを問題と捉え、新しいケア会議のあり方を考える必要があると考えている。例えば、サービス担当者会議を義務付け、会議を実施した際はケアマネジャーの費用を保障する等の対応をしなければ、いつまでたってもケア会議が有効的に機能しな

いと考えている。

5. 病床転換

可能な限り、現在の体制を維持したいと考えている。

III. 今後の有床診療所の在り方について

1. 医療介護連携について

在宅支援診療連携医療機関カンファレンスの更なる活性化が望まれると考えている。現在では、当院の他、6施設（3つの診療所、1つの病院、1つの歯科診療所、1つの調剤薬局）にて、患者情報の情報交換会の開催や紹介患者・入院患者情報の提供活動、また、感染症情報や様々な症例の検討会等を定期的に行っている。このような取り組みが医療介護連携の強化につながるものと考えている。また、当地域では、特別養護老人ホームにて第二火曜日に実施しており、地元の民生委員や警察・奉仕団体も参加して実施している。これも良い効果をあげている事例の一つであると考えられる。

2. 今後の有床診療所の地域におけるあり方

充実した有床診療所を運営するために最も重要なことは医師の確保である。看護師等は最近では採用しやすくなってきたが、一般的には医師の確保は困難である。最低でも診療所に3名の常勤医師を確保することは、診療所の機能を充実させるために必須であり、そのための報酬体制を考慮する必要があると思う。

3. その他

大学に勤務する若手医師の多くが、地域ニーズをきめ細かく汲み取る有床診療所に対し、やりがいや興味を抱いているのが現状であり、大学の医局に声をかけると、多くの医師が競って“働きたい”と手をあげてくれる。他の有床診療所では医師の確保が難しいという声を聞くことがあるが、それは地域の病院とのネットワークが不足しているか、あるいは有床診療所の本来の意義や必要性を正しく発信し、理解されていないからだと思う。必要なのはコミュニケーションの量であり、定期的に地域の病院の医局に顔を出し、積極的に有床診療所の意義や必要性に関する交流の時間を確保すれば、多くの医師が有床診療所に興味を持つものだと考えている。

看護体制の充実という点では、当然ながら7:1の施設は10:1よりも看護体制が充実しているということになるが、同様に医師体制の充実という点で1施設内における医師数を評価する対象とすべきであると考える。あるいは、医師+看護体制で施設の充実度をみるべきであり、現在の看護体制でみることには違和感がある。

Case5：E 診療所

都道府県	兵庫県
地域	地方部（人口4万人）
病床数	16床（うち介護療養病床12床、一般病床4床）
標榜診療科	内科・胃腸科・神経内科・リハビリテーション科
提供している介護サービス	介護療養型医療施設
診療所の職員体制	医師5名（常勤2名、非常勤3名）、介護職員6名、栄養士1名、検査技師2名、調理員3名、ケアマネジャー2名

I. 診療所の状況および地域特性

1. 地域の状況

町内でも過疎化・高齢化が進行している地域のため、患者も高齢者中心である。公共交通機関のアクセスも不便なため、通院時は家族が患者を車で連れてくることが多い。

2. 提供している医療機能

現在3代目の院長が就任しており、主に内科・消化器・精神腫瘍科（サイコオンコロジー科）を提供している。外来患者は1日80~120人ほどにのぼる。

3. 入院（入所）患者の状況

高齢の患者が多く、生活習慣病の罹患率が高い。家庭介護力も乏しく、老々介護の家庭や若い世代が仕事等で日中は家を空けてしまうケースが多い。入所者としては要介護度が高い、終末期の人が多い。

4. 現在提供している介護サービス

介護療養型医療施設として介護サービスを提供してきたが、将来的に介護療養病床を廃止するという国の方針に従い、現在新規の入所者・入院患者は断っている。約2年をかけて入所者・入院患者を徐々に減らしており、雇用していたスタッフの次の就職先も取り付けた。現在介護療養病床を利用しているのは1名のみである。

II. 介護保険サービス提供における課題等

1. 介護保険サービス導入の経緯

遠くの総合病院ではなく、近くの診療所に入院したい、あるいは家族を入院させたいという希望が地域から寄せられていたため、介護保険サービスを始めた。しかし介護保険制度に精通している者が医院内におらず、勉強会を行いながら、最終的にはケアマネジャーの資格を複数の職員

が取得した。制度について学ぶうちに、介護保険サービスの報酬が医療保険サービスと比較して高く設定されていることも分かり、介護保険サービス提供の準備を推し進める一つの動機となつた。

2. 導入時の課題

地域の需要を満たしたいという気持ちが介護保険サービス導入の大きな理由であり、介護への心理的抵抗感は全くなかった。ただし、サービス提供を始めるために必要な書類の数が膨大で、手続きも煩雑だった。

施設基準についても当時の医院の設備状況では満たせず、改修が必要となり、特浴・機能訓練室・食堂等を新たに設けることとなった。

3. 現在の介護サービス提供に関する課題

介護療養病床を廃止するとなると、導入時に行った改修のための設備投資も使い道がなくなってしまい、困惑している。なお、短期入所療養介護については、導入時に指定が下りなかつたため、これまで一度も提供していない。

利用者の家族と利用者の意向が食い違っている場合はその対応に苦労する。多くの場合、利用者は家に帰りたがり、家族は在宅復帰を支える余裕がなく受け入れられない。家族が様子を見に来る機会が少ない場合は、利用者の入浴に合わせて下着や洋服を持参してもらうよう、出来る限り事前に連絡をしている。

当院ではケアマネジャーと円滑にコミュニケーションがとれているので、その他については特に課題はない。

4. 介護保険サービスを実施したことの意義・メリット

地域の方に安心や喜びをもたらすことができる事が意義としては大きい。また、医院にとつては介護保険サービスへの報酬が高く、経営的に安定することもあり、経営的な面からもメリットが挙げられる。

5. 病床転換について

日々外来患者も多く、一般病床化するためにはマンパワーが絶対的に足りないため、今後は無床化することを考えている。あるいは数床だけを残し、検査等のための短期入院用として利用することも視野に入れている。

地域の人から、「入院できる診療所が近所にある」という安心感を奪ってしまったような罪悪感を抱くことがあり、医師としての葛藤を感じる。入院したいと来られる患者がいても、スタッフも順次退職していっているため、断らなくてはならない。

III. 今後の有床診療所の在り方について

1. 医療介護連携について

医療と介護は一体的な運用をしていくべきではないかと思う。連携を強化することにより、手続き等を簡素化できれば、有床診療所の医師の負担を軽減することは可能である。

2. 今後の有床診療所の地域におけるあり方について

国の施策としては在宅介護を推進しているが、介護力の乏しい家庭や老々介護をしている家庭には、やはり困難と思われる。介護ヘルパーの数も少なく在宅介護への十分な体制がとれていない当地域では、有床診療所のような地域に根ざした介護療養病床が在宅での介護が困難な高齢者の受け皿を担っていく必要があると考える。

Case6：F 診療所

都道府県	岡山県
地域	地方部（人口7万人）
病床数	19床（うち一般病床が9床、療養病床が10床）
標榜診療科	内科/胃腸科/呼吸器科/リハビリテーション科
提供している介護サービス	介護療養型医療施設 短期入所療養介護 通所リハビリテーション 居宅介護支援
診療所の職員体制	医師2名、看護師8名、介護職員4名（常勤1名、非常勤3名）、管理栄養士1名、PT1名

I. 診療所の状況および地域特性

1. 地域の状況

市周辺の村との合併時(2005年)に人口自体は増加したが、当該市はベッドタウンであるため、子どもが都市部へ移動してしまい独居となってしまう高齢者が多い。

市内に総合病院がないため、高齢者等の身体状態が悪化した場合、隣市の総合病院に搬送されることが多い。隣市に医療体制が整っているため、逆に市内の医療体制を充実させる動きが生まれないのかもしれない。車等の移動手段を持たない高齢者からは、医療機関への交通の便が悪く困るとの声をよく耳にする。隣市の総合病院へ搬送されても、入院後約1週間程度で退院を余儀なくされるため、その後の在宅療養に対応出来ない家族が多い。総合病院は急性期対応に特化する傾向にあるため、その後の療養をフォロー出来るような医療機関が乏しい。特に高齢患者の緊急時において、患者が間もなく亡くなる可能性が高いような場合、呼吸器を付けない処置等、急性期医療以外の役割が求められると、総合病院では受け付けてもらえないこともある。

2. 提供している医療機能

内科、胃腸科、呼吸器科、リハビリテーション科の外来および入院患者のケアを行っている。

3. 入院（入所）患者の状況

寝たきりの高齢者が多く、なかには胃瘻を利用する患者もいる。入院期間は年単位で、療養病床のうち6~7床は寝たきりの高齢者が利用し、3~4床は短期入所療養介護の提供に利用している。

介護をする家族が一名しかおらず、それが特に夫・息子である場合、下の世話等に困難を覚えていることが多い。家庭で家族からネグレクトを受けている患者もいた。このように家庭の介護力が乏しいために家族が入院を希望する、いわゆる社会的入院のようなケースも少なくない。

4. 現在提供している介護サービス

介護療養型医療施設、短期入所療養介護、通所リハビリテーション、居宅介護支援を提供している。

II. 介護保険サービス提供における課題等

1. 介護保険サービス導入の経緯

介護保険開始と同時に、当院でもサービス提供の導入をした。当時は現院長の父親が管理者であったため、どのような経緯で導入に至ったかは把握できない。地域の高齢者人口の増加に対応するため、院内でも介護保険サービスを提供する必要性を感じていたのではないかと思う。

現在の建物を新築したのは7年前で、それまでは市内の別の場所でクリニックを運営していた。通所介護は当時既に提供していたが、移転後に介護療養型医療施設を始めたのは、その報酬に魅力を感じたためである。

2. 導入時の課題

介護サービス導入に当たっての課題は、特になかった。

3. 現在の介護サービス提供に関する課題

看護師、介護職員の多くが女性のため、体重の重い患者のケアでは苦労している。腹膜透析をしている患者等、これまでにケアの経験がない疾患を持つ患者にどう対応していくかが課題である。

スタッフのマンパワーに限界があるため、患者の状況によっては入所を断らざるを得ない場合も生じている。特に夜間は看護師が1名の体制になるため、様々な疾患・様態の利用者に対応することは難しい。当診療所は19床の病床を有しているが、満床となると、看護師・医師とともに負担が重いため、概ね15床利用を目処として利用している。

看護職の不足は、恒常的な課題である。新規の入院患者を受け入れたくても、マンパワーの不足のために時に断らざるを得ないが、その分当然減収となる。現在は定年を超えて引退した人材を再度雇用したり、非常勤の看護師を多く雇用する等の対策を講じている。

4. 介護保険サービスを実施したことの意義・メリット

地域ニーズを汲み取って介護保険サービスを提供できている点と、通所リハビリテーションを通して、当診療所の患者の状態等をこまめに把握することが可能な点が挙げられる。

5. 病床転換について

無床化してしまうと地域住民の期待には添えなくなってしまうため、療養病床を一般病床に転換することも考えている。しかし一般病床19床に転換した場合の看護体制への負担を考えると、減床が現実的な策ではないかと感じる。完全に無床化してしまうと、患者の急性増悪が起った際の対応が困難となる。近隣の病院が満床等で受け入れてもらえない場合、患者はひとまず入院できる医療機関を探し続けなくてはならなくなる。

III. 今後の有床診療所の在り方について

1. 医療介護連携について

当院では連携に関して問題は特にないが、自宅での患者の様子を把握しているという意味でケアマネジャーの存在は重要と感じる。当診療所では1名を雇用しているが、医療側の事情をよく理解しているため、入院の必要性を示唆する等医療介護連携の一端を担っている。

2. 今後の有床診療所の地域におけるあり方

総合病院は急性期に特化した対応をするため、慢性期の高齢者等が長期入院することはできず、退院を余儀なくされる。その後在宅療養に対応出来ない家庭の患者に対してのアプローチが、有床診療所の重要な機能ではないか。

Case7：G診療所

都道府県	岡山県
地域	都市部（人口48万人）
病床数	19床（すべて一般病床）
標榜診療科	内科、精神科、婦人科
提供している介護サービス	訪問看護 訪問リハビリテーション 短期入所療養介護
診療所の職員体制	医師6名（常勤4名、非常勤2名）、看護師15名（常勤13名、非常勤2名）、介護職員4名、管理栄養士1名

I. 診療所の状況および地域特性

1. 地域の状況

市内は交通の便も良く、人口自体は漸増している。当診療所の周りはマンションが立ち並んでおり、若年層の住民も比較的多い。その一方で、児島湾干拓地付近にて、かつて繊維工業を担っていた年代が一気に高齢化を迎えている一面もある。

岡山県内は大学病院が2つあり、さらに市内に中央病院が1つあることを考慮すると、県内の医療体制はかなり充実している。診療科目も基本的にはすべて揃っている。診療所から病院への患者の紹介、連携もスムーズに行われており、満床以外の理由で入院、転院先が見つからない事は少ない。総じてそれぞれの医療機関における役割が出来ている。当地域で稼働している有床診療所は当院のみである。

2. 提供している医療機能

機能強化型在宅療養支援診療所として、訪問、外来、入院医療をバランスをとって診療をしている。実績として、平成25年の在宅、病棟での総看取り件数は57件にのぼる。外来は予約制で、主に高齢の認知症患者に対応している。

3. 入院（入所）患者の状況

患者像としては大きく3つに分けることができるが、共通する点として、ADLの低下・認知症が挙げられる。

1つめのグループは、在宅・施設入所者で呼吸器・尿路感染症の軽度から中等度の患者群で、1-2週間の入院を経て従来の居住場所に帰る患者である。

2つめのグループは、重症、もしくは診療所において診断・治療が行えない疾患を有する患者で、2次・3次救急病院で診断・初期治療を受けたあと、転院されてくる方達である。この群の患者の入院期間は、2週間から1年近くまで多岐にわたる。DPCの導入によって、病院は患者の在院日数をできる限り短くしようとする傾向にあり、患者は病院からの転院を余儀なくされるようであ

る。

3 つめのグループは、医療上の問題のため施設や在宅では療養不可能で、かつ医療療養病床の対象にならない患者群である。具体的には、がんの終末期の患者で出血などの合併症がある方、IVH、腎瘻、膀胱瘻、開放創、術後無頭蓋骨などがありかつ全身状態の悪い患者等が挙げられる。この群の患者は、他施設等になかなか受け入れ先が確保できず、長期入院となる傾向がある。

患者の家庭としては、介護力が乏しいことが多いものの、近年はデイサービスやホームヘルパーを上手に利用しているケースが以前より増えている。

4. 現在提供している介護サービス

当診療所を新築した 8 年前から、段階的に短期入所療養介護、訪問看護、訪問リハビリテーションの提供を始めた。短期入所療養介護については、病床の空床利用という形で提供しており、訪問看護については、以前より医療保険対象の訪問看護が必要だった患者を中心に、外来の看護師が訪問して対応している。訪問リハビリテーションについては、専属の PT1 名、パートの ST1 名の体制で提供している。

II. 介護保険サービス提供における課題等

1. 介護保険サービス導入の経緯

訪問看護及び訪問リハビリテーションに関しては、訪問診療に取り組み始めた 8 年前からその必要性を痛感しており、体制が整い次第開始することに躊躇はなかった。短期入所療養介護に関しては、制度創設時に病床稼働率の安定化に繋がるのではないかと考え、導入を決定した。

2. 導入時の課題

介護施設への転換も将来的な選択肢の一つと考えていたため、そのための基準を満たすように設計したうえで、8 年前に当診療所の新築を行った。そのため施設基準に関しては問題がなかった。また、同一法人内で複数の介護施設を運営しており、介護保険手続きに慣れている介護老人保健施設のスタッフに導入時の事務手続きを頼んだため、手続きに関しても大きな支障はなかった。

医療は医師の決断一つで物事が動くが、介護は関係者会議等を経る必要がある点や（病状が悪い時の即時入院は普通であるが、緊急ショートでの即日開始はかなり困難である）、保険外の利用も可能な点（医療における混合診療のような取り扱いが認められている）等、医療法上の手続きと比較すると、基本概念の違いがあると感じた。サービスの規模に関わりなく作成書類量があまり変わらない点を考えると、元来、介護保険上の手続きが大規模な介護施設を対象として想定しているように感じる。監査にしても規模の大小に関わらず同じ長さの時間を要するので、対象規模に応じた対応や医療機関によるみなしへの介護提供を認めることが必要ではないか。

3. 現在の介護サービス提供に関する課題

24 時間切れ目のない対応を必要とするため、夜勤が可能なスタッフの確保には常に苦労している。特に看護職の確保が最も難しく、特に夜勤や往診に対応することを考えると、体力のある若

年層のスタッフが求められる。当院の場合、比較的フレキシブルな勤務体制を認めることにより、家庭のある女性の看護師や医師が勤務できる環境となっているのではないかと思う。大規模病院では気軽に休暇がとれないため、働くことを諦めざるを得ない女性も、小規模な有床診療所であれば勤務時間の融通がききやすく働きやすいのかもしれない。具体的には、スタッフ同士互いにタイミングをはかって、勤務中に一度帰宅する時間を持つ等、家庭と仕事の両立を実現している。倉敷市を含む岡山県南地域は若年層の住民が比較的多いため、スタッフの確保も県北部程の絶望的困難さはないように思う。

短期入所療養介護は当初、在宅療養している患者等の緊急時の対応として提供していた。当診療所は療養病床を有していないので、短期入所療養介護の利用者は一般病床の空床を利用する形となるのだが、短期入所療養介護の利用者を1人でも受け入れれば、入所のためにカンファレンス等の事前準備を行い、医療保険とは別に介護保険の請求をし、監査の対応も求められる。このような状況では、あえて手続きが煩雑な短期入所療養介護を選択するメリットがあまり感じられない。またレスパイトで入所したいという利用者もいるが、当診療所の場合は、短期入所療養介護の利用者が通常の病室に入所することになるため、感染症等の危険性の観点から受け入れがない。短期入所療養介護専用の居室を保有する有床診療所であれば、このような事態は発生しないと思う。

4. 介護保険サービスを実施したことの意義・メリット

病院からの転院を余儀なくされて困っている高齢者や、在宅での療養に限界を感じている高齢者の家族の悩みを解消できている点や、地域の介護ニーズに応えているという点に意義を感じている。

5. 病床転換について

当院は、医療療養病床・介護療養病床ともに有しておらず、19床すべてが一般病床である。在宅療養支援診療所を運営するにあたり、病床の保有は必須であり、経済的には多額の赤字を計上しているものの、現在病床廃止の考えはないし、施設に移行することも考えていない。ただし恒常に病床を維持するためには、しっかりした経済的裏付けが必須だと思う。現行の診療報酬体系では、在宅療養支援のための報酬が比較的高く設定されているため、診療所全体の経営としては採算がとれている状況であるが、今後の報酬体系の変化によっては病床維持が難しくなる危険性がある。

また新たな事業を開始するにあたって、行政より「地域住民への説明会開催」を求められる場合があるが、当院は地域で開設してから20年以上が経過しており、いまさら説明会を実施する必要性はあまりないのではないか。病床転換を促進するのであれば、施設の現況に合わせて柔軟な要件の緩和措置が必要と考える。

III. 今後の有床診療所の在り方について

1. 医療介護連携について

一般内科有床診療所の対応する患者は、圧倒的に高齢者が多い。高齢者医療は決して医療サービスだけでは完結せず、介護サービスの提供も必須となる。有床診療所は小規模であるために、地域介護サービス事業者との敷居が病院と比べ相対的に低い点、提供している医療提供対象者が所在地域に密着している点、福祉・介護サービス事業者が医療の分野に関してはイニシアチブをとることが難しい点等を勘案すると、有床診療所がその地域における医療介護連携の中心的役割を果たすべきと考える。

2. 今後の有床診療所の地域におけるあり方

平常時の患者の生活や人柄を知っているため、病状がたとえ悪化しても、有床診療所はその患者に適切なレベルの医療が提供可能である。2次、3次の高機能病院の提供する医療は、高齢者には必ずしも適切とは言えず、特に慢性期疾患については有床診療所が一番適切な医療供給体制を整えていると考える。医療を切り離した高齢者介護は成り立たず、地域の高齢者をよく理解している有床診療所が、その地域での医療介護連携の中心となり得ると思う。

3. その他

在宅療養支援診療所にとって、自院の病床の存在は非常に有用である。病床を有することにより、高次の医療機能が必要な患者だけを病院に紹介することができ、医療資源の有効利用につながっている。だがその一方で、有床診療所は入院の報酬だけではもはや採算が到底とれなくなってきた現状があり、適切な評価を求めたい。有床診療所における入院の報酬が改定されるならば、中小病院の今後の選択肢として、入院機能を完全になくすのではなく、減床して有床診療所化するという方策も考えられるのではないか。

Case8：H診療所

都道府県	徳島県
地域	地方部（人口4万人）
病床数	19床（うち介護療養病床6床、一般病床13床）
標榜診療科	内科・呼吸器科・循環器内科・小児科
提供している介護サービス	介護療養型医療施設、小規模多機能型居宅介護、通所介護、訪問介護、サービス付き高齢者向け住宅（30室）、居宅介護支援事業所
診療所の職員体制	医師2名、看護職員11名（常勤換算10名）、PT,OT,ST3名（常勤）、管理栄養士1名（非常勤）、その他8名

I. 診療所の状況および地域特性

1. 地域の状況

当地域は高齢化率が高く（約30%）、高齢者はこの10年で増加の一途をたどっている。地域に若い人は少ない。

自宅で暮らしている高齢者でも、食事の苦労（調理できない、買い物できない）や、収入が少ないとなどの課題を抱えている。公共交通機関がきめ細かくないため、自家用車がないと買い物もできない。通院者は、家族や親しい知り合いが居れば自家用車で連れてきてもらっているが、居なければタクシーを利用している。診療所がバスで送迎することは、医師会として自粛している。

近隣の医療機関としては、農協系、独法系、など大きな病院がある。民間病院も複数ある。いずれも、医療・介護サービスを有している。

2. 提供している医療機能

一般病床13床、医療療養病床6床を有し、強化型の在宅療養支援診療所である。

平均外来患者数は、114名／月（月25日換算）。昨年同月では80～90名／月なので、増加している。

3. 入院（入所）患者の状況

高齢独居の方、老老介護状態の方、夫婦いずれも認知症という方などが多い。子世代は大都市圏に転出してそのまま住み続けていることも多く、徳島県にUターンしても当地域まで戻らずに都市部に家を構えることもあり、介護者として日々の生活を支えることはできない。

地域の中での自治会活動は活発で、年中行事を仲間内で一緒に活動している。こうした集まりを通じて、独居高齢者に対する「目配り」が効いている。大都市圏で生活する自分の子供に転居を勧められても、高齢者は「見知らぬ土地に行くと、知り合いがおらず、本当に一人ぼっちになってしまう」と同意しないことが多い。

平均在院日数は、一般病床で29.6日、療養病床で800日。療養病床では最大で5年入院して

いる患者がいる。療養病床では看取りを覚悟して引き受けている。そのような患者さんは、自宅の介護力が低く、他所の施設でも預かってもらえないため、行く当てがない。

在宅看取りを行うには、介護を必要に応じてスピードーに導入することが必要。家庭の「介護力」の低下が著しく、多くの世帯が「自宅で介護ができない」ために患者の入院を希望している。介護者は昼に仕事を持っているため、その間は患者の面倒を見る時間がとれない。

国は、「家で終末期を迎える」ことを目指しているようだが、家庭が「看取りをする力」を持っていないのではないか。無理に在宅介護を導入しようとすると、介護者がたまに暴力的な行為に至ることも懸念される。

4. 現在提供している介護サービス

居宅介護支援、小規模多機能型居宅介護、通所介護、訪問介護、サービス付き高齢者向け住宅を提供している。

サービス付き高齢者向け住宅の利用者は、基本は地元の高齢者がほとんどである。地元以外からの受け入れは、市内に住む子供世帯からの要請で、熊本に居住する利用者を受入れた例がある程度である。ただし、入居できるのは厚生年金受給者レベルであり、国民年金受給者が費用を負担することは難しい。今後サービス付き高齢者住宅は、国民年金受給者の入居を視野に入れて整備する必要があると思っている。

II. 介護保険サービス提供における課題等

1. 介護保険サービス導入の経緯

そもそも「介護保険サービスの使い方がわからない」「どこにどんな申請をすればよいのかわからない」という患者さんを支援するところから始まった。

介護を必要に応じてスピードーに導入するにあたり、介護の基本的なことを知らない利用者や介護者に、必要な説明をタイミングよく行うことが必要と考えていた。患者は昼夜を問わず容態が変化する。緊急事態が夜間や日曜日発生したとき、患者さんの状態を一番把握しているケアマネジャーとの連携が取れず苦労した。在宅で看取りを行う上で必要なサービスであると実感した。また、外来利用者の希望などもあったので導入した。当院にケアマネジャーを所属させることで連携がしやすくなった。

2. 導入時の課題

介護保険制度自体が分かりにくい。特に人員配置の基準や、提出が必要な書類が多いことなど、医療制度との違いが大きいためわかりにくい。保険者（市）でも介護と医療の両方に精通している人材がいないと感じている。この地域は病床数も多く、市は保険者として介護保険料の抑制が念頭にあるためか、どちらかと言えば介護保険の利用よりも入院を勧めるような雰囲気を感じることもある。例えば小規模多機能の立ち上げ時には、市が保険料が高くなることを懸念して、サービス開始に難色を示したという経緯もあった。

介護サービスを開始するにあたり、介護職員、ケアマネジャーが不足していて、ハローワークなどを使って募集するなど、職員の確保に苦労した。我々医師も事務長もケアマネジャーの資格

を有しているが、実務に関わると医師としての医療活動ができなくなるため難しい。

この地域のケアマネジャーは、絶対的に不足しているので、魅力に感じてくれる給料を支払うことによって確保している。内部の職員を育成するまでには手が回っていない。ただし優秀なケアマネジャーになるためには、知識と経験が必要であり、資格を持っていれば誰でもできる仕事ではない。

ケアマネジャーは、利用者の意向を踏まえたうえで、市役所、医師、介護サービス事業所等と密に連携して調整を行う大変な役割である。時には文句を言われるにもかかわらず報酬単価は低く、これでは人材が育たないのではないかと危惧している。

なお、当院では、就職した職員が辞めていくことは少ない。介護従事者（職員）側のトラブルも特にない。法令通りに遂行することが労務管理の基本と考えている。

3. 現在の介護サービス提供に関する課題

看護師の雇用も同様に苦労した。当院では、給与水準を高めに設定するとともに、内部研修や外部研修を積極的に取り入れ、仕事の理屈（なぜこんなことをするのか？）を理解してもらったり、重度者のケアや看取り対応などを経験してもらうなど、やる気ができる職場環境づくりに留意している。

サービス付き高齢者向け住宅（30室）は、4月に始めた。開設したきっかけは通院する患者の「行き先」が無いことである。徳島は高齢化が進んでおり地域のニーズも高く、現在の入居率は100%である。入居時に1ヶ月の家賃を前払いしてもらうが敷金（一時金）は徴収しておらず、利用者には、安心して住んでもらえている。実際に建設してみると、防災基準、入居者1人当たり面積基準等を満たす必要があるためコストは高く、現状の1割補助では、事業として採算をとるような建設は難しいと感じた。

小規模多機能型居宅介護については、制度を活用しやすく改善して欲しい。それまで夜に徘徊していた認知症の患者が、小規模多機能で手厚く対応した結果、症状が劇的に改善した例が複数あった。有床診療所と小規模多機能を組み合わせると、すぐに発熱する患者や認知症の患者の面倒をとても診やすい。

しかし、現在の小規模多機能型居宅介護では、1事業所しか利用できること、リハビリ等を入れる点数の余裕がないことなどの課題がある。今後、通いサービスを利用して事業所に来ているときでも事業所でリハビリ等が受けられるように複数の事業所のデイサービスを使用可能にしたり、リハが組み込めるように介護報酬点数をアップしたりすることで、小規模多機能を有効に使える様に改善して欲しい。

有床診療所のショートステイは利用していない。理由としては仮に1床でもショートステイで利用すると、必要な設備（介護ソフト等）を導入する必要があるため、採算性が確保できないためである。

また、知らない患者さんを急に引き受けることは難しい。その点でも、受入数をすぐに拡大することは困難である。利用者にはショートステイのニーズはあると思うが、現状ではコストに見合わないため提供できない。

4. 介護保険サービスを実施したことの意義・メリット

診療所で介護まで世話してもらえるということに対する安心感から、外来患者が増加するとともに、介護との連携により在宅復帰、入院の受け入れが増加した。また、リハビリテーションに重点を置き、医療のリハと介護のリハの連続性を意識している。同じ理学療法士が医療と介護のリハビリテーションを連続的・継続的に提供できるメリットを生かして、早期離床、退院が可能となつた。

総括すると、地域との関わりが一層強くなった。地域とのかかわりというのは、医療は待っていれば患者が来るが、介護は利用者に働きかける努力を続けないと、来院してもらえない。そこが医療と介護の大きな違いであり、日々工夫しているところである。医療と介護が隣接することで、介護サービス利用時に医療機関も利用して予防接種や受診などができるというメリットを生かしたい。老人会での講演や予防活動に医師や理学療法士が出向いて、地域住民との接点を増やしたり、地域ボランティアや民生委員さんの会合に参加し、お手伝いいただくように要請している。

5. 病床転換について

有床診療所の入院基本料が低いため、ゆとりを持って診療に取り組めない。「苦しい時に入院できる」ことが有床診療所のメリットであり、長年「次の報酬改定こそは・・・」と思いながら有床診療所を続けてきたが、全く単価が上がらない。13床で看護師が8人おり、病院よりもより手厚くケアを提供できているのに、病院より単価が安いのは納得できない。

このような状況では、小規模多機能と訪問看護の組み合わせの方がよほど経営しやすい。将来、現在の院長が引退し、医師が1人になる時期になつたら、そのような転換も考えることになるかもしれない。

III. 今後の有床診療所の在り方について

1. 医療介護連携について

医療と介護に精通したケアマネジャーに対する評価を与えて欲しい。ペーパードライバーとベテラン運転手に差があるように、ケアマネジャーの有資格者と言っても、実務処理能力には大きな差がある。そこを正しく評価することが大切だと思う。

市や県の担当者と連絡が気軽にとれる様な窓口やシステムが欲しい。医師のような24時間体制の確保は困難だとしても、平日の17時になると連絡が取れなくなるために話が進められないという状況が生じるのは困る。

2. 今後の有床診療所の地域におけるあり方

在宅での看取り、緩和ケア等を行う上で、夜間でも看護師が常駐し点滴や処置が行える有床診療所は「地域におけるICU」の役割を果たしている。病院の「ICUと病棟」の関係を、在宅療養支援になぞらえると、有床診療所がICUであり、利用者のご自宅が病棟に当たる。いざというときに、入院も含めて引き受けられる有床診療所は、在宅介護に欠かせない存在と考える。

今後、地域のボランティア活用、民生委員との連携などを深めて、地域全体で看取れる体制を

整えていきたい。

3. その他

電子カルテと共にフォーマットを持つ介護ソフトや、インターネットなどを活用した情報共有のシステムを開発して欲しい。電子カルテについては、両方のシステムを出している大手ベンダーでも、フォーマットの共通化はできていない。

また、介護ソフトには、医療事項が記載できる場所が少なく、医療関係者には使いにくい。電子カルテ、介護ソフト等に最低限の互換性を持たせて情報を共有できる様にして欲しい。

Case9 : I 診療所

都道府県	福岡県
地域	都市部（人口 22 万人）
病床数	8 床（うち一般病床 8 床）
標榜診療科	外科・消化器外科・胃腸科内科・肛門科
提供している介護サービス	通所介護 訪問介護 住宅型有料老人ホーム 認知症対応型共同生活介護
診療所の職員体制	医師 1 名、看護師 12 名（常勤 6 名、非常勤 6 名）、事務員 3 名

I . 診療所の状況および地域特性

1 . 地域の状況

当地域は福岡市のベッドタウンとして開発中のため、地域の人口は増加している。高齢者が介護施設入所等のために他地域へ流出したため、高齢化率も比較的低い。地域として高齢者を支える仕組みが弱い。

介護老人福祉施設（以下、特養）が一軒近隣にあるものの、なかなか空室が出ない状況である。低所得層が少なくない地域のため、有料老人ホームよりも安価に入所できる特養等の介護施設を利用したがる人が多い。また、自分が住み慣れた地域でできる限り暮らしたいという人も多く当診療所の向かいに、有料老人ホームを開設したときは、一時期他の地域の介護施設に入所していた地域の高齢者が戻ってきたケースもあった。

2 . 提供している医療機能

現在は 8 床の一般病床を有し、消化器系の検査や治療、交通事故等の外傷治療から看取りまで様々な患者に対応している。

3 . 入院（入所）患者の状況

介護施設からの紹介を経て入院する患者も多い。外来は 1 日平均 80-100 人で、様々な疾患・疾病的患者を診療している。

4 . 現在提供している介護サービス

通所介護、居宅介護支援、訪問介護、住宅型有料老人ホーム、認知症のグループホーム（以下 GH）を提供している。通所介護と住宅型有料老人ホームを診療所と同じ建物内に開設した。導入当時は専門職の確保が難しかったことと、初めての介護事業参入であったため、通所リハビリテーションよりも容易に開始できる通所介護を開始した。通所介護は 1 日あたり平均 14~15 名の利用者があり、登録者は 35 名程度、併設の住宅型有料老人ホームの入居者と外部からの通いの

利用者が半々の割合である。1回のサービスの長さは5~7時間としている。より長いサービスを提供することも可能であるが、地域の利用者の負担金が高くなることを考え選択した。介護サービスを提供するようになってから、患者からの相談が増加し、雇用するケアマネジャーも1名から3名へと増やした。当地域では民間の居宅介護支援事務所が度々倒産してしまい、その度に利用者やその家族が困惑し、他の事業所へ相談に来るというケースが見られる。訪問介護の事業所は居宅介護支援と同じスペースに設けている。診療所と道路を挟んだ向かい側に、訪問介護と居宅介護支援の事務所を開設している。

住宅型有料老人ホームは道路を挟んだ向かい側に開設し、22室は現在満室である。また、小学校区の異なる地域に、去年4月にグループホームを開設した（広域連合内で認知症の高齢者が増加したため、これまであった1つのグループホームでは足りず、公募があったため応募をした）。しかしスタッフの人数が不足しているため、空室はあるが入所は待機してもらう事態が生じている。現在、複合型サービスの開設を検討しているが、サービスとしてあまり知られておらず、ニーズはあまり感じられない。当診療所では、あくまで在宅療養へ戻るクッションとして住宅型有料老人ホームやグループホームを利用してもらおうと考えているため、入居しても在宅での暮らしに戻れる方法を模索している。1年に1人あるかないかの頻度ではあるが、そうした取り組みが実現することもある。

II. 介護保険サービス提供における課題等

1. 介護保険サービス導入の経緯

病床はもともと18床であったが、平成21年の建替え時に8床まで減床した。建て替え時に有床診療所のみの計画では銀行の融資がつかなかったため、減床することとして同建物内に通所介護事業所と住宅型有料老人ホームとを開設した。

2. 導入時の課題

介護保険サービスを始めたことで建替えは成功したが、当初は介護職員が確保できず、派遣会社等に依頼したため費用がかさんだ。介護事務にも慣れていなかつたため、苦戦を強いられた。

3. 現在の介護サービス提供に関する課題

当地域においては、介護職員の安定的な確保が極めて難しい。特養等の施設の給与水準に並ぶことは困難なため、限られたマンパワーの取り合いとなると勝ち目がない。看護職もDPC病院と比べれば、当診療所のほうが給与は低い。職員が足らず、訪問介護を一時期休眠させていた時期もあったが、つい先日再開が可能となった。介護職員が求めているのは、待遇と安定性の高さである。事業所のなかには、サービス提供を開始したものの、結局利用者が集まらず、半年ほどで倒産してしまうような例も絶えない。介護職員の数が少ないにもかかわらず介護施設や事業所が乱立してしまうと、人材の引き抜き合いが起こり、給与水準がどんどん上昇していく悪循環が起こる。中には、介護職員のほうが、看護職員より給与が高いような条件も見受けられる。民間の施設や事業所が利益を追求するのは当然であるが、当診療所のような医療法人とはスタンスが異なるため、このような状況に対応していくのは難しい。

当診療所では無資格のスタッフでも雇用して教育をすることや、正社員として採用することを提示している。しかしハローワーク経由の応募があっても、働いてわずか1日足らずで辞職する人もいるため、求人をしている当診療所の評価も下がってしまう。実際の業務は研修と異なる部分も多く、たとえば体重が重い人や寝たきりの人も利用している。求人が多いために、ささいなことであっても見限りが早い。教育を重ねてきても早期に辞職されてしまうと、すべて無駄となってしまう。雇用関連の事務手続きの手間もその度にかかるため、まずは非正規雇用として試用期間を経てもらう必要があるかもしれない。

短期入所療養介護については、医療機関の病床での提供がもととなるようになれば、呼吸器等のチューブが入っている患者や脊椎損傷の患者にも対応できるため、有用である。現在必須設備となっている食堂や浴室等は、一般病床のみの医療機関ではまず設置されていない。患者の疾患・容態によっては必ずしも必要ないのではないか。フレキシブルな規制緩和を期待したい。

4. 介護保険サービスを実施したことの意義・メリット

通所介護や訪問介護を通して、外来患者の生活がより詳細に見えるようになり、各スタッフが利用者の小さな異変にも気がつくようになった。これまで大事に至ってから搬送されていたものが、重症化するまでの経緯が見える利点がある。患者の数は、介護サービスの提供を開始してから増加した。

介護はより看護に近く、看護はより介護に近くなっていると感じている。介護職員も医療的な視点を持って患者に接することが可能である。介護は24時間休憩なく利用者に誰かが対応し続けなくてはならないので、職員が全員そろって研修会や会議に出席することは出来ない。そのため、月1回の看護職員・介護職員合同の研修会は、1日に2回開催し、どちらかに出席してもらうようにしている。

現在、在宅医療ネットワークを隣市の医療センターを中心として築いており、医療機関や介護サービス事業所だけではなく、行政・消防も参加をしている。顔合わせを随時行っているので、協力して動きやすい。その他、町内の医療・介護の集いも院長が中心となって開催しており、地域のなかで顔の見えるコミュニケーションをとって、利用者にとって益となる転院を実現させる体制を整えている。

5. 病床転換について

当診療所の場合、事故の外傷や末期がんの終末期の患者等で、満床であることが多い。病床がもう少しあれば、やや緊急度の高い高齢者の対応も可能である。短期入所療養介護というサービスもあるが、介護はまず要介護認定を受けなければ給付を受けられないため、急性期病院に入院するほどではないが緊急度が高い、という容態の患者の受け皿が乏しい。病床は一度手放してしまうと、新たに増床することは非常に困難なため困っている。

III. 今後の有床診療所の在り方について

1. 医療介護連携について

町内の医療・介護の集いを長い時間をかけて設立したが、当初は介護職員が医師に対して気おくれしている様子が見受けられた。「共通言語がない、いつも忙しそうである、怒られるのではないか」といった医療職への悪いイメージを取り払い、垣根を取り除く必要があるだろうし、それは医療側のスタッフが積極的に行うべきである。

2. 今後の有床診療所の地域におけるあり方

地域包括ケアシステムの土台を担い、地域住民を支えていくことが、今後有床診療所が果たしていくべきあり方だと思う。レスパイトへの対応を考えると、在宅療養を安心して出来るように、ある程度病床を増やしてゆとりを設けたほうが地域包括ケアシステムとして、円滑に機能するのではないか。できるだけ住み慣れた土地で患者や利用者が生活できるようにしていきたい。

有床診療所が地域包括ケアシステムのハブとなる際は、有床診療所に患者を囲い込まないということが重要である。夜間帯では有床診療所で対応する等、門戸を広げておく必要があるが、その後は最適な医療機関への転院を行う必要がある。

3. その他

短期入所療養介護が中小病院等を含む医療機関で提供できれば、在宅医療が飛躍的に促進されると思う。よりフレキシブルな制度への変更を経て、参入障壁が減ることを期待する。

特定健診については今でもあまり有用と考えている医師が少ないが、しっかりと内容を知ると、低コストでここまで効果を望める健診は他にないと思う。しかしながらその周知があまりされていない現状がある。地域包括ケアシステムも同様で、今後の日本の 20 年間を支える画期的なシステムであるのに、その価値を理解している人が少ない。まずは各自治体に対して国からその意義と重要性を強くレクチャーする必要がある。このシステムをうまく機能させることができれば、必ず効果があると思う。

Case10：J 診療所

都道府県	沖縄県
地域	都市部（人口 11 万人）
病床数	19 床（うち介護療養病床 13 床、一般病床 6 床）
標榜診療科	一般内科・呼吸器科・循環器科・胃腸科・小児科・アレルギー科・リウマチ科・リハビリテーション科・放射線科
提供している介護サービス	介護療養型医療施設 短期入所療養介護 訪問介護 通所介護 訪問リハビリテーション 居宅介護支援
診療所の職員体制	医師 5 名（常勤 1 名、非常勤 4 名）、看護師 17 名（常勤 10 名、非常勤 7 名）、介護職員 11 名（常勤 7 名、非常勤 4 名）、管理栄養士 1 名、ケアマネジャー 3 名

I . 診療所の状況および地域特性

1 . 地域の状況

当該市はベッドタウンとして約 11 万人の人口を抱えている。高齢化率は約 15% と、全国平均と比較して低い。市内では総合病院が急性期患者の対応をしており、地域の各診療所と連携体制をとっている。

2 . 提供している医療機能

当診療所は現院長が 42 歳で開設し、30 年以上地域住民を中心に、かかりつけ医として医療を提供してきた。院長の専門は呼吸器内科で、県内のあらゆる地域から患者が専門外来に来ている。その一方、広く一般内科を取り扱っているため、内視鏡検査程度であれば院内で対応している。病床は一般病床が 6 床、療養病床が 13 床設置されている。

3 . 入院（入所）患者の状況

大多数は外来からや在宅療養中の方が入院するケースで占められているが、急性期病床を持つ病院から退院したものの、在宅では対応できない患者が、当診療所に入院するケースも多い。なかには、訪問診療を利用しても、独居等の理由で対応が困難な状況の患者も多い。

訪問医療は、毎週 1 回、院長または非常勤の医師と看護師で担当している。毎回 10 名弱の在宅療養者とグループホームの住民のもとを訪問する。

4. 現在提供している介護サービス

療養病床 13 床を利用し、介護療養型医療施設サービスを提供しているが、常に満床のためニーズが多い療養病床を利用したショートステイ（短期入所療養介護）の利用者を受け入れられない現状が有る。また、近隣に定員 9 名の認知症のグループホームを設けていて、さらに現在もう 1 箇所新設予定である。

II. 介護保険サービス提供における課題等

1. 介護保険サービス導入の経緯

30 年間同じ患者を診療していると、加齢に伴う要介護度の重症化が進んでいることや、認知症への対応が必要な状況が発生するなどの事案が増加し、介護サービスの必要性を感じた。有料老人ホーム等を紹介する対応だけでは不十分だと感じ在宅医療に加え、訪問介護やデイサービス等の介護保険事業を開始した。往診に関しては 30 年前から行っていたため、特に介護サービス提供への心理的抵抗感はなかった。つまり、かかりつけ医として患者に対して包括的なケアを行っていたため、その延長線上にあるものという認識である。

当診療所は、医療必要度の高い患者がなるべく自宅療養で過ごせる時間を長く取れるように各患者のニーズに合わせて介護サービスの種類を増やしていった。

2. 導入時の課題

居宅介護支援事業所を診療所内に開設し、専従のケアマネと事務職員を配置し、法人内外のサービス事業所と連携を構築していった。その際に一番苦労したのはこれまで経験したことがないぐらいの書類業務が発生し、また、各市町村での対応も異なるなど非常に手間がかかった事である。その後も改定毎に要求される資料が増えておりなんとか改善の方法を検討してほしい。

3. 現在の介護サービス提供に関する課題

居宅介護支援事業所について 24 時間・365 日対応が必要な状況にもかかわらず、その評価が介護報酬上で十分反映されているとは思えない。特に診療所併設の居宅支援事業所が抱えるケースはターミナルや医療依存度の高いケースが多く、その負担感が強い。特定事業所加算等の加算で評価される部分もあるが、より踏み込んだ対応が望まれる。

また、有床診療所に関する入院の基本料の設定が一般病床及び療養病床の両方で、病院よりも低く設定されているが、人員配置は一般病院ほぼ同等の配置で運営されており人件費に関する負担分は持ち出しになっている。なお、当法人のように 19 床の内訳が医療病床 6 床、療養病床 13 床というケアミックスなっている場合、それぞれの病床で人員配置を満たす必要があるが、非効率的な割合での運用のため負担が大きい。（具体的には診療報酬上の一般病床の人員配置は基本 19 床を前提に看護職員の配置基準を設定しており、6 床の運用でも 19 床と同じ人数の配置を求められる。）これは入院患者数に応じた評価に変更をお願いしたい。

また、療養病床については介護保険上で 6 人に対して一人の看護職員の配置が求められているが、当法人のように 13 床の場合、たった 1 床のために人員を一人増やして 18 床分の配置をかけなければならないため、負担が大きい。なお平成 12 年当時は、県の設置予定の療養病床上限と

の関係で、当院の希望通りの病床数内訳とはならなかった。(県に確認したところ、現在は原則各医療機関の希望に則っているとのことである。)

有床診療所のような存在は本来様々な対応ができるフレキシブルな施設であり、それを活かしてほしい。端数を考慮しない施設基準の関係で医療では19床分、介護では18床分の計37床の人員（単独の施設基準で配置かけた場合）を19床の病床に配置していることになり、制度の矛盾を感じざるを得ない。

次に、短期入所療養介護は、療養病床が満床のことが多いため利用しづらいが、レスパイト等によるニーズはある。高齢者の介護を家族が一人で行っていると、介護者が鬱状態になることが多いので、できるだけサポートしたいと感じている。通常は2週間を一期間としているが、1週間ほどであれば一般病床で対応する場合もあり、基本的に基礎疾患があり在宅療養されているため医療保険での対応も可能であるが、治療としてはほとんど出来ることがないので、収入としては非常に低い。在宅介護を続けていきたいと意欲の高い家族をサポートしていくため、短期入所療養介護は非常に重要なサービスだと感じているが、療養病床の範囲内でしか利用できないのであれば実際の空き状況はほとんど発生せず、絵に描いた餅のような状態にある。

なお、有床診療所については一般病床の範囲で短期入所療養介護の指定を受けることができるが、県に確認した所指定を受けた病床は一般病床としての利用ができなくなるとの問題もあり、当院では指定を受けていない状況である。

また、当法人では介護請求事務及び在宅医療に関わる専用事務員を配置し、介護保険事業の管理ソフトを導入しているため、ケアマネジャー各事業所の膨大な資料作成の負担軽減を図っている。しかし、サービスが多岐にわたる場合、それぞれの事業ごとにソフトを購入する必要があるため、非常に高額になってしまい、その導入コストを負担するのは一法人の数事業所では厳しいものがある。

看取りに関しては、家族が世間体を気にして病院で手を尽くした状態で亡くなることを望む場合も多く、総合病院の救急へ搬送するときもある。当診療所で看取る場合には、周辺の医療機関で医師会を中心に連携体制をとっているが、実際には主治医が患者の状態をずっと把握していくなければならないため、体力の側面として厳しい。

看護職員との役割分担において、喀痰吸引の指導を受けている介護職員がまだまだ少なく、また研修を受ける時間がなかなかとれておらず、吸引を介護職員が受け持つことができていない。

4. 介護保険サービスを実施したことの意義・メリット

診療所が介護サービスを実施することは、地域における医療から介護への連携をスムーズに実施できることのメリットは大きく、かつ経営的にも、介護サービスを導入していくことでリスクの分散を図ることができる。

また、認知症への対応をグループホームで実施できるなど、有床診療所の病床機能とはまた別の機能を持つことができるので、患者さんや利用者さんへの対応の幅が広がるメリットがあった。

5. 病床転換について

特に看護職員の採用に関する負担感が大きいため、病床の継続には不安がある。特に一般病床の負担は大きいため、いろんな角度から今後の継続について検討が必要と考えている。なお、小

規模多機能型居宅介護や複合型サービスは、有床診療所と役割が似ていると思われるかもしれないのだが、現場の状況を勘案するとかなり異なる形態であると思われ、有床診療所からの転換は難しいのではないかと思う。

III. 今後の有床診療所の在り方について

1. 医療介護連携について

地域の患者を支えていくためには、医療と介護を途切れなく提供していく必要があり、連携していくのが自然である。介護保険事業については行政手続き等の参入障壁が高いため、個々の医療機関が各々手続きをするのではなく、中心医療機関によって事務処理も一元化できれば、コストも削減され、参入がよりスムーズになるのではないか。患者の一生を通して診療をしている診療所は、相談窓口機能も担っているため、地域包括ケアセンターと連携をとれれば、情報を補填し合うことができるのではないかと思う。各中学校区で中心となっている有床診療所があれば、地域包括ケアセンターの窓口を設置するなどの検討があっても良いのではないか。

2. 今後の有床診療所の地域におけるあり方

単独の法人で地域の医療や介護を支えていくには限界がある。複数の法人（各医療法人・社会福祉法人・一般法人による介護事業所等）でより密な連携ができる関係性を構築することで、地域住民の医療や介護の情報を共有し、地域包括ケアの範囲で完結するような体制を考えるべきではないか。また、この関係性の中に医師や医療スタッフを多く抱える地域医療支援病院等と有床診療所との連携体制を構築し、夜間帯のカバーや何かの時のスタッフ派遣をより強化する仕組みを考えてほしい。

VII. まとめ

1. 調査対象施設等の属性

- 調査の主旨を鑑み、皮膚科、小児科、産婦人科等の単科標榜および、それらの診療科を主たる診療科と回答した有床診療所を分析対象から除外した。その結果、有床診療所（介護療養病床あり）の主たる診療科の内訳としては、内科（56.1%）、外科（14.0%）、整形外科（8.9%）、有床診療所（介護療養病床なし）の主たる診療科としては、内科（35.0%）、整形外科（18.3%）、外科（10.3%）といった状況である。
- 有床診療所の医師の通算経験年数は、有床診療所（介護療養病床あり）では35.88年、有床診療所（介護療養病床なし）では33.77年であった。経験年数が20年未満の医師は1割弱であり、30年～40年未満の医師が最も多く、3割強を占める。

図表 98 医師としての通算経験年数（施設：①②）（再掲）

	施設数	2年未満	2満	3満	4満	5年以上	無回答	（平均年齢）	（標準偏差）
合計	3,436 100.0%	277 8.1%	869 25.3%	1,199 34.9%	758 22.1%	279 8.1%	54 1.6%	33.90	10.56
有床診療所（介護療養病床あり）	220 100.0%	17 7.7%	44 20.0%	60 27.3%	76 34.5%	20 9.1%	3 1.4%	35.88	10.85
有床診療所（介護療養病床なし）	3,216 100.0%	260 8.1%	825 25.7%	1,139 35.4%	682 21.2%	259 8.1%	51 1.6%	33.77	10.53

2. 有床診療所の在宅医療への関与

医療機関の機能についてみると、有床診療所（介護療養病床あり）においては、「病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能」（76.2%）、「在宅医療の拠点としての機能」を持つ割合（67.3%）、「終末期医療を担う機能」（57.0%）などが多くなかでも「在宅医療を担う拠点としての機能」は、病院（28.6%）と比較して高かった。また、有床診療所（介護療養病床なし）でも在宅医療の拠点としての機能を果たしている診療所は3分の1を占めるとともに、「専門医療を担い病院の役割を補完する機能」を有している施設が5割を超えていた。

在宅療養支援診療所としての届出は有床診療所（介護療養病床あり）の64.0%が行っており、直近3ヶ月で在宅医療を実施した割合も65.4%と高い。また、ヒアリング調査からも、急性期から介護への連携や高齢者の軽度の急変に対応する役割、終末期や看取り対応等、在宅医療にとどまらない様々な医療機能を、地域の中で提供していることが明らかとなった。

さらに、今後の看取りの方針についてみると、病床での看取りにおいては、「看取り対応のための体制を維持したい」が有床診療所（介護療養病床あり）と病院（介護療養病床あり）においてそれぞれ73.4%、73.6%となっている。一方、在宅での看取りについては、有床診療所（介護療養病床あり）において49.1%の施設が「看取り対応体制を維持したい」と回答していたが、有床診療所（介護療養病床なし）、病院（介護療養病床あり）においてはそれぞれ28.6%、24.9%とやや低くなっていた。

3. 有床診療所の患者属性と入院目的

介護療養病床を有する病院と有床診療所を比較すると、医療区分1の入院患者の割合については、病院では7割程度であったが、診療所では5割～6割となり診療所の方がやや低くなっていた。一方で、「経鼻経管栄養・胃ろうによる栄養管理」と「喀痰吸引」を提供している患者については、診療所（介護療養病床あり）ではそれぞれ20.3%、14.7%であるのに対し、病院ではそれぞれ45.1%、28.7%と、病院の入院患者のほうが提供している医療の割合が多かったが、「看取りのケア」については診療所（介護療養病床あり）では7.3%、病院では3.6%など、診療所の方が高い項目もみられた。

また、入院目的については診療所・病院ともに慢性期入院が多く、特に病院では施設への入所待機のための入院が多かったが、その他については明確な傾向はみられなかった。

4. 介護サービスへの参入意向について

介護サービスへの参入についてみると、有床診療所（介護療養病床あり）は病院（介護療養病床あり）と比較して、「介護サービスの提供を増やしたい」の割合が高く、それぞれ25.7%、20.3%となっている。「介護サービスの提供を現状のまま維持したい」については、ほぼ同様の割合であった。医師の経験年数の観点から見ると、有床診療所（介護療養病床あり）においては、経験年数40～50年未満において「介護サービスの提供を増やしたい」との回答割合が、他の年代よりも高くなっていた（約4割）。一方、有床診療所（介護療養病床なし）においては、「介護サービスに参入する予定はない」との回答が、経験年数が多くなるにつれてやや増加していた。

また、終末期医療対応の観点から、在宅看取りへの方針を医師としての経験年数区別にみると、有床診療所（介護療養病床あり）においては、「看取り対応のための体制を強化したい」経験年数20年未満では23.5%、20～30年未満では20.5%と、若手の医師で在宅看取り対応に積極的な意見が多かった。有床診療所（介護療養病床なし）においても、特に経験年数20年未満の若手医師が「看取り対応のための体制を強化したい」と回答している割合（22.4%）が、他の年代区別（10%未満）よりも高かった。

5. 医療機関の短期入所療養介護提供への参入について

短期入所療養介護の積極的な受け入れについてみると、有床診療所（介護療養病床あり）では半数以上で受け入れがなされていなかった。実際、調査時に短期入所療養介護の利用者がいないとした有床診療所は92.9%にのぼった。

受け入れがなかった理由としては、「療養病床に空床がなく受け入れが不可能だった」が6割強と多く、ついで「ケアマネジャーからの要請がない」「近隣に介護サービス施設・事業所が十分にある」が挙げられた。病院においても、ほぼ同様の理由が示されていた。

今後の短期入所療養介護への参入について、有床診療所（介護療養病床なし）で、現在短期入所療養介護を提供していない診療所では、6割弱が「今後も提供する予定はない」とした。その理由としては「今後、職員の確保が困難となるため」を始め、「採算がとれないため」、「短期入所療養介護の事務手続きが煩雑なため」といった理由が挙げられた。職員の確保については、短期入所療養介護に限った問題というよりも、有床診療所全体に係る問題であることがヒアリングや検討委員会において指摘されていた。短期入所療養介護特有の問題としては、診療所のマンパワー

一に対する初期事務手続きの負担が重いとの指摘がなされた。短期入所療養介護を利用することが可能な高齢者を、手続きの煩雑さから医療保険の請求対象としている現状があることから、具体的な方策としては、みなしの訪問看護のように、書類1枚で介護サービスの提供ができるような手続き等が望ましいとの声も聞かれた。

6. 病床転換について

有床診療所（介護療養病床あり）については、医療療養病床、次いで一般病床への病床転換を予定する診療所が多かった。病院については、約半数が医療療養病床への病床転換を予定しており、介護療養型老人保健施設への転換も約2割の病院で考えられていた。

病床転換への必要な支援策についての自由回答では、必要な支援策として「改修資金の補助」「職員確保への支援」等が挙げられており、ヒアリング調査においても「施設の現況に合わせた柔軟な要件の緩和措置が必要」等の意見が挙げられていた。

参考資料

有床診療所における医療・介護の提供実態に関する調査 調査票

有床診療所における医療・介護の提供実態に関する調査 施設票①有床診療所（介護療養病床あり）

この調査票は、介護療養病床を有する有床診療所の管理者の方に、貴施設における医療と介護の提供状況やお考えについておうかがいするものです。

ご回答の際には、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、太枠内には具体的な数値、用語等をご記入ください。該当するものがない場合は「○（ゼロ）」を記入してください。

特に期間指定のない設問以外は、調査当日の状況について記入してください。

**問1、2については、管理者（院長等）にあたる医師の方が記入してください。
(問3～5については、事務職員の方が記入してください。)**

問1. ご記入者及び貴診療所の属性をお答えください。

①医師としての通算経験年数 年 ②年齢 歳

- | | | | |
|-----------------|-----------------|-----------|----------------|
| ③診療科
(複数回答可) | 1. 内科 | 2. 呼吸器内科 | 3. 循環器内科 |
| | 4. 消化器内科 | 5. 腎臓内科 | 6. 神經内科 |
| | 7. 糖尿病内科(代謝内科) | 8. 血液内科 | 9. アレルギー科 |
| | 10. リウマチ科 | 11. 感染症内科 | 12. 精神科 |
| | 13. 心療内科 | 14. 外科 | 15. 呼吸器外科 |
| | 16. 心臓血管外科 | 17. 乳腺外科 | 18. 気管食道外科 |
| | 19. 消化器外科(胃腸外科) | 20. 泌尿器科 | 21. 肛門外科 |
| | 22. 脳神経外科 | 23. 整形外科 | 24. リハビリテーション科 |
| | 25. 放射線科 | 26. 麻酔科 | 27. 救急科 |
| | 28. 皮膚科 | 29. 小児科 | 30. 形成外科 |
| | 31. 美容外科 | 32. 眼科 | 33. 耳鼻咽喉科 |
| | 34. 小児外科 | 35. 産婦人科 | 36. 産科 |
| | 37. 婦人科 | 38. 病理診断科 | 39. 臨床検査科 |
| | 99. その他 | | |

28～39の診療科のみを単体標榜している場合は、これ以降の調査に記入していただく必要はありませんので、お手数をおかけしますがこのまま調査票を返送してください。

上記で○をつけた診療科のうち、主たる診療科の番号を記入してください。 番

- ④貴診療所
全体の機能
(複数回答可)
- 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能
 - 専門医療を担い病院の役割を補完する機能
 - 緊急時に対応する医療機能
 - 在宅医療の拠点としての機能
 - 終末期医療を担う機能

- ⑤今後の貴
診療所の方針
- 介護サービスについて（○はひとつ）
- 介護サービスの提供を増やしたい
 - 介護サービスの提供を現状のまま維持したい
 - 介護サービスの提供を減らしたい
 - いずれは介護サービス提供を中止したい
 - 未定

- 有床診療所について（○はひとつ）
- 増床したい
 - 病床数を維持したい
 - 減床したい
 - 無床化したい
 - 未定

- ⑥今後の看
取りの方針
(それぞれ○は
ひとつ)
- | | | |
|-------------|----------------------|----------------------|
| 病床での
看取り | 1. 看取り対応のための体制を強化したい | 2. 看取り対応のための体制を維持したい |
| | 3. 看取り対応のための体制維持が困難 | 4. その他() |
| 在宅での
看取り | 1. 看取り対応のための体制を強化したい | 2. 看取り対応のための体制を維持したい |
| | 3. 看取り対応のための体制維持が困難 | 4. その他() |

問2. 介護療養病床での介護保険サービスについておうかがいします。

(1) 要介護認定等への関わりについて記入してください。

平成25年11月の記入者の方の実績について記入してください。

主治医意見書の枚数	件
サービス担当者会議・地域ケア会議の出席回数	回

認定審査会の合議体委員をしている、または過去に経験したことのあるスタッフがいますか。（○はひとつ）

1. いない 2. いる→スタッフの職種を下記から選んでください。(複数回答可)

1. 医師 2. 看護師 3. その他の職種→()

(2) 貴診療所において、短期入所療養介護（※）利用者を積極的に受け入れていますか。（○はひとつ）

1. 受け入れていない

2. 受け入れている

※要介護者へ医学的管理下の介護、機能訓練等を提供するショートステイ。

(3) 貴診療所において、直近の3か月間（平成25年9月～11月）に短期入所療養介護利用者の受け入れがありましたか。（○はひとつ）

1. なかった 2. (4)と(6)以降の質問にお答えください。（(5)の回答は不要です）

2. あった →(5)以降の質問にお答えください。（(4)の回答は不要です）

(4) (3)で「1. なかった」を選んだ方にうかがいます。短期入所療養介護利用者の受け入れが直近の3か月間（平成25年9月～11月）に行われなかった理由は何ですか。（複数回答可）

1. 近隣に介護サービス施設・事業所が十分にある

2. ケアマネジャーからの要請がない

3. ケアマネジャーとのやり取りが困難

4. サービス担当者会議、地域ケア会議への参加が困難

5. 介護保険に対応する事務職員の増員(勤務時間延長も含む)が困難

6. 介護保険に対応するシステムの導入が困難

7. その他の介護保険に関する手続きが困難→具体的な内容()

8. 要介護高齢者等を対象にしたサービス提供におけるリスク管理面で不安がある

9. 介護サービスの提供では収益があがらず採算がとれない

10. 療養病床に空床がなく受け入れが不可能だった

11. 同一法人または併設の施設・事業所で対応可能である

12. その他() 13. 特になし

(5) (3)で「2. あった」を選んだ方にうかがいます。直近の3か月間（平成25年9月～11月）に緊急短期入所受入加算を計上していますか。（○はひとつ）

1. している 2. していない→理由を下記から選んでください。(○はひとつ)

1. 算定日数(ひと月あたり7日間が限度)が適正でない 2. 空き病床の確保が困難

3. その他() 4. 特になし

(6) 短期入所療養介護サービス提供について、今後の意向についてお聞かせ下さい。（○はひとつ）	
1. 今後、受け入れを積極的に行う予定はない →1. を選択した場合、下記の1~6よりその理由に○をつけてください。（複数回答可） 1. 今後、地域でのニーズがないと思われるため 2. 短期入所療養介護の事務手続きが煩雑なため 3. 今後、職員の確保が困難となるため 4. 採算がとれないため 5. 後継者がいないため 6. その他()	
2. なんらかの改定がなされれば、積極的に受け入れると思う →2. を選択した場合、下記の1~4より改定を望むものに○をつけてください。（複数回答可） 1. 介護報酬算定要件 2. 介護報酬単位数 3. 介護保険サービス報酬請求の手続き 4. その他()	
3. 受け入れを積極的に進めたい	
4. すでに積極的に受け入れており、今後もそうする予定である	
5. その他()	
(7) 複合型サービス（※）の内容についてご存知ですか。（○はひとつ）	
※複合型サービスとは、要介護度が高く医療的なケアを必要とする人に対応するため、「小規模多機能型居宅介護」と「訪問看護」の両方が提供できる事業所のサービスです。	
1. 知っていた→(8)以降の質問にお答えください。	
2. 知らなかった→(10)以降の質問にお答えください。（(8)、(9)の回答は不要です）	
(8) (7)で「1. 知っていた」を選んだ方にうかがいます。複合型サービスの開設を検討したことがありますか。（○はひとつ）	
1. 検討したことがある →開設が決まらない理由は何ですか。下記から選んでください。（○はひとつ） 1. 地域密着型サービスのニーズがない 2. 採算がとれる見込みがない 3. 人材確保（介護職員・ケアマネ）が困難 4. サービス担当者会議、地域ケア会議への参加が困難 5. 市町村の介護保険事業計画に位置づけられていない、市町村から許可されない 6. その他()	
2. 検討したことない →検討に至らない理由は何ですか。下記から選んでください。（○はひとつ） 1. 介護保険分野に興味がない 2. 複合型サービス開設のメリットを感じない 3. 運用について制度がよく分からない 4. その他()	
3. 検討し、開設目処が立っている→平成()年()月頃	
(9) (7)で「1. 知っていた」を選んだ方にうかがいます。 複合型サービス事業所の指定にあたり、宿泊室の床面積は7.43m ² 以上としなければなりませんが、複合型サービス事業所が病院又は診療所の場合は6.40m ² 以上として差し支えないことをご存知でしたか。（○はひとつ）	
1. 知っていた 2. 知らなかった	
(10) 貴診療所の介護療養病床の病床転換の予定について、記入してください。（複数回答可）	
※各介護サービスの内容についての詳細は、記入要領を参照してください。	
1. 一般病床 2. 医療療養病床 3. 1, 2以外の医療保険適用病床 4. 介護療養型老人保健施設 5. 従来型介護老人保健施設 6. 介護老人福祉施設（地域密着型含む） 7. 介護付き有料老人ホーム 8. 認知症高齢者グループホーム 9. 複合型サービス 10. 4~9以外の介護サービス事業所→() 11. サービス付き高齢者向け住宅 12. 住宅型有料老人ホーム 13. 1~12以外で何らかの転用を予定→() 14. 減少または廃止 15. 未定	

(11) 介護療養病床の病床転換を行うとした場合、どのような支援が必要ですか。（自由記述）
(12) 介護サービス事業への参入にあたって、課題となるものは何ですか。（自由記述）

このページ以降は、事務職員の方が記入してください。

問3. 貴診療所の基本情報についておうかがいします。

① 診療所名			
② 所在地	〒 -		
	電話 ()		
③ 回答担当者	ご氏名	(お役職:)	
④ 経営主体 (○はひとつ)	1. 国(独立行政法人含む) 2. 公立(地方独立行政法人含む) 3. 公的(日赤・済生会等) 4. 社会保険関係団体 5. 医療法人 6. 社会福祉法人 7. その他の法人 8. 個人		
⑤ 平成25年11月の貴診療所の医業収益	千円	※法人ではなく、診療所単位の収益を記入してください。	
⑥ 平成25年11月の貴診療所の介護収益	千円	※法人ではなく、診療所単位の収益を記入してください。	
⑦ 前年同月との収益比較 (○はひとつ)	平成24年11月の収益総額(医業収益と介護収益の合計)と比べ、平成25年11月の収益総額は 1. 1%以上増加した 2. 1%以上減少した 3. ほぼ変わらない(変化率が1%未満)		
⑧ 介護療養病棟届出	介護療養病棟の届出年月	平成	年 月

問4. 貴診療所の設備、患者数等についておうかがいします。

①一日の平均外来患者数	人 ※平成25年11月の平均値を記入してください。				
	平均在院日数及び病床稼働率の数値は、小数点以下第2位を四捨五入して、小数点第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は、0.1と記入してください。				
②病床について (平成25年12月1日時点の状況を記入してください。)	一般病床	床	床	床	床
	平均在院日数	※	. 日	. 日	. 日
	病床稼働率	.	%	.	%
9~11月の3か月間の在院患者延べ数 $\text{※平均在院日数} = \frac{9~11月の3か月間の在院患者延べ数}{0.5 \times (3か月間の新入院患者数 + 3か月間の退院患者数)}$					
緊急のために意図的に、常に空床を設けていますか。(○はひとつ)					
1. 設けている→約()床 2. 特に設けていない					
③職員数 (平成25年12月1日時点の状況を記入してください。)	※各職種の範囲に関する説明は、記入要領を参照してください。				
	常勤実人員	非常勤実人員	常勤換算人数	うち往診や訪問診療に11月中に従事した実人員	
	※				
	1. 医師	人	人	.	人
	2. 看護職員	人	人	.	人
	3. 介護職員	人	人	.	人
	4. PT,OT,ST	人	人	.	人
	5. 管理栄養士	人	人	.	人
	6. その他	人	人	.	人
7. ケアマネ	人	人	.	人	
※「7. ケアマネ」は上記2~6のうちケアマネジャー資格を有する人数を再掲で記入してください。					
※常勤換算人数には、下記計算式によって得られた数値を、小数点以下第2位を四捨五入して、小数点第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は、0.1と記入してください。 $\text{常勤換算人数} = \frac{\text{職員の1週間}(11/25~12/1)\text{の勤務時間}}{\text{貴診療所が定めている1週間}(11/25~12/1)\text{の勤務時間}}$					
④入院レセプトの請求状況 (平成25年11月の実績をご記入ください。)	平成25年11月のレセプト請求(診療報酬)方法についてご回答ください。(○はひとつ)				
	1. 紙のみ 2. 電子のみ 3. 紙と電子併用				
	一般病床	医療療養病床	介護療養病床		
	件	件	自立	件	
			要支援1	件	
			要支援2	件	
			要介護1	件	
			要介護2	件	
			要介護3	件	
			要介護4	件	
		要介護5	件		

問5. 貴診療所の提供している医療機能等についておうかがいします。

(1) 在宅療養支援診療所の届出をしていますか。 (○はひとつ)

1. していない

2. している →下記①、②にお答えください。

①直近3か月間(平成25年9月～11月)に「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」のいずれかを算定しましたか。(○はひとつ)

1. 算定していない 2. 算定した→()件

②直近3か月間(平成25年9月～11月)に往診料の「緊急加算」「夜間加算」「深夜加算」のいずれかを算定しましたか。(○はひとつ)

1. 算定していない 2. 算定した→()件

(2) 直近の3か月間(9月～11月)に提供した実績のある医療サービスに○をつけてください。(複数回答可)

- | | | |
|------------|--------------|------------|
| 1. 救急医療 | 2. 一般外来診療 | 3. 夜間・休日診療 |
| 4. 在宅医療 | 5. 手術 | 6. MRI検査 |
| 7. カテーテル検査 | 8. リハビリテーション | 9. 健診・検診 |

(3) 主な診療内容について、実績をご記入ください。

以下は、平成25年11月の1か月の実績をご記入ください。

入院基本料 (該当するひとつに○)	1. 入院基本料1	2. 入院基本料2	3. 入院基本料3
医師配置加算1	件	看護配置加算1	件
医師配置加算2	件	看護配置加算2	件
緊急短期入所受入加算	件	夜間看護配置加算1	件
重度療養管理	件	夜間看護配置加算2	件

以下は、平成25年9月～11月の3か月の実績をご記入ください。

在宅ターミナルケア加算	件	看取り加算(在宅)	件
看取り加算(入院)	件		

(4) 貴診療所内・近接・隣接で併せて提供している介護保険サービスがあれば、実施している項目の欄に○をつけてください。(複数回答可)

※いずれも介護予防サービスを含む

- | | | |
|----------------------|----------------|------------------|
| 1. 訪問介護 | 2. 訪問入浴介護 | 3. 訪問看護(ステーション) |
| 4. 訪問看護(医療機関によるみなし) | 5. 訪問リハビリテーション | 6. 居宅療養管理指導 |
| 7. 福祉用具貸与 | 8. 通所介護 | 9. 通所リハビリテーション |
| 10. 短期入所生活介護 | 11. 短期入所療養介護 | 12. 特定施設入居者生活介護 |
| 13. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 14. 夜間対応型訪問介護 | 15. 認知症対応型通所介護 |
| 16. 小規模多機能型居宅介護 | 17. 複合型サービス | 18. 認知症対応型共同生活介護 |
| 19. 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 20. 居宅介護支援 | 21. 介護老人福祉施設 |
| 22. 介護老人保健施設 | 23. 介護療養型医療施設 | 24. 在宅介護支援センター |
| 25. 地域包括支援センター | | |

質問は以上です。調査へのご協力、誠にありがとうございました。

後日、調査担当よりご記入内容について確認させて頂く場合もありますので、記入の終わった調査票は**コピーをとり、控えとして2月末までお持ちください。**

記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒に入れ、**1月17日(金)**までにポストに投函してください。(切手は不要です)

有床診療所における医療・介護の提供実態に関する調査 施設票②有床診療所（介護療養病床なし）

この調査票は、介護療養病床を有さない有床診療所の管理者の方に、貴施設における医療と介護の提供状況やお考えについておうかがいするものです。

ご回答の際には、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、太枠内には具体的な数値、用語等をご記入ください。該当するものがない場合は「○（ゼロ）」を記入してください。特に期間指定のない設問以外は、調査当日の状況について記入してください。

**問1、2については、管理者（院長等）にあたる医師の方が記入してください。
(問3～5については、事務職員の方が記入してください。)**

問1. ご記入者及び貴診療所の属性をお答えください。

①医師としての通算経験年数 年 ②年齢 歳

③診療科 (複数回答可)	1. 内科	2. 呼吸器内科	3. 循環器内科
	4. 消化器内科	5. 腎臓内科	6. 神經内科
	7. 糖尿病内科（代謝内科）	8. 血液内科	9. アレルギー科
	10. リウマチ科	11. 感染症内科	12. 精神科
	13. 心療内科	14. 外科	15. 呼吸器外科
	16. 心臓血管外科	17. 乳腺外科	18. 気管食道外科
	19. 消化器外科（胃腸外科）	20. 泌尿器科	21. 肛門外科
	22. 脳神経外科	23. 整形外科	24. リハビリテーション科
	25. 放射線科	26. 麻酔科	27. 救急科
	28. 皮膚科	29. 小児科	30. 形成外科
	31. 美容外科	32. 眼科	33. 耳鼻咽喉科
	34. 小児外科	35. 産婦人科	36. 産科
	37. 婦人科	38. 病理診断科	39. 臨床検査科
	99. その他		

28～39の診療科のみを単体標榜している場合は、これ以降の調査に記入していただく必要はありませんので、お手数をおかけしますがこのまま調査票を返送してください。

上記で○をつけた診療科のうち、主たる診療科の番号を記入してください。 番

④貴診療所 全体の機能 (複数回答可)	1. 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能
	2. 専門医療を担い病院の役割を補完する機能
	3. 緊急時に応じる医療機能
	4. 在宅医療の拠点としての機能
	5. 終末期医療を担う機能

⑤今後の貴 診療所の方針 (〇はひとつ)	1. 介護サービスを診療所内で併せて提供したい（すでに現在提供している場合も含む）
	2. 介護サービスを近隣で併せて提供したい（すでに現在提供している場合も含む）
	3. 地域の介護サービス事業所と連携していく（すでに現在提供している場合も含む）
	4. 介護サービスに参入する予定はない
	→4. を選択した場合、その理由をお書きください。（自由回答） <input type="text"/>
	5. 未定 6. その他()

⑥今後の看 取りの方針 (それぞれ〇は ひとつ)	病床での 看取り	1. 看取り対応のための体制を強化したい	2. 看取り対応のための体制を維持したい
	在宅での 看取り	3. 看取り対応のための体制維持が困難	4. その他()

問2. 介護保険サービスについておうかがいします。

(1) 平成25年11月の要介護認定等への関わりについて記入してください。

平成25年11月の記入者の方の実績について記入してください。

主治医意見書の枚数	件
サービス担当者会議・地域ケア会議の出席回数	回

認定審査会の合議体委員をしている、または過去に経験したことのあるスタッフがいますか。（〇はひとつ）

1. いない 2. いる→スタッフの職種を下記から選んでください。（複数回答可）

1. 医師	2. 看護師	3. その他の職種→()
-------	--------	---------------

(2) 有床診療所において、短期入所療養介護サービス（※）の提供ができるることをご存知ですか。（〇はひとつ）

1. 知っている →(3)の質問にお答えください。

2. 知らなかった →(7)以降の質問にお答えください。（(3)～(6)の回答は不要です）

※要介護者へ医学的管理下の介護、機能訓練等を提供するショートステイ。療養病床を有する診療所や、一般病床であっても施設基準等の一定の基準を満たした診療所が、申請により指定を受けられます。

(3) (2)で「1. 知っている」を選んだ方におうかがいします。貴診療所は、短期入所療養介護の指定を有していますか。また、短期入所療養介護サービスの提供をしていますか。（〇はひとつ）

1. 指定を有しており、提供している →(4)、(5)と(8)以降の質問にお答えください。（(6)、(7)の回答は不要です）

2. 指定を有しているが、提供していない →(6)以降の質問にお答えください。（(4)、(5)の回答は不要です）

3. 指定を有しておらず、提供もしていない →(6)以降の質問にお答えください。（(4)、(5)の回答は不要です）

(4) (3)で「1. 指定を有しており、提供している」を選んだ方におうかがいします。貴診療所にて、短期入所療養介護サービスの提供を始めた経緯をお聞かせください。（自由記述）

(5) (3)で「1. 指定を有しており、提供している」を選んだ方におうかがいします。短期入所療養介護サービス提供について、今後の意向についてお聞かせ下さい。（〇はひとつ）

1. 今後、提供を積極的に実行予定はない

2. なんらかの改定がなされれば、積極的に提供すると思う

→2. を選択した場合、下記の1～4より改定を望むものに〇をつけてください。（複数回答可）

1. サービス内容	2. 介護報酬	3. 介護保険サービス報酬請求の手続き
4. その他()		

3. 提供を積極的に進めたい

4. すでに積極的に提供しており、今後もそうする予定である

5. その他()

(6) (3)で「2. 指定を有しているが、提供していない」または「3. 指定を有しておらず、提供もしていない」を選んだ方におうかがいします。
短期入所療養介護サービスの提供を、貴診療所で行っていない理由についてお聞かせ下さい。（各複数回答可）

①地域での需要について

1. 近隣の介護サービス施設・事業所が十分にある	2. 地域の患者からの要望がない
3. その他()	4. 特になし

②職員の確保について

1. 医師の増員(勤務時間延長も含む)が困難	2. 看護師の増員(勤務時間延長も含む)が困難
3. リハビリテーション担当職員の増員(勤務時間延長も含む)が困難	
4. 介護職員の新規雇用が困難	5. 介護保険に対応する事務職員の増員(勤務時間延長も含む)が困難
6. その他()	7. 特になし

③介護サービス提供に伴う施設等の整備

1. 食堂の確保(拡大)が困難	2. 病床面積の確保(拡大)が困難
3. 機能訓練室の確保(拡大)が困難	4. 設備・機器の増設が困難
5. 介護保険に対応するシステムの導入が困難	
6. その他()	7. 特になし

④介護保険の手続きについて

1. 介護保険制度をよく理解できていない	2. 介護保険移行への手続きがよくわからない
3. ケアマネジャーとのやり取りが困難	4. サービス担当者会議、地域ケア会議への参加が困難
5. その他の介護保険に関わる手続きが困難→具体的な内容()	
6. その他()	7. 特になし

⑤その他

1. 要介護高齢者等を対象にしたサービス提供におけるリスク管理面で不安がある	
2. 介護サービスの提供で収益が上がるかが疑問	
3. 同一法人または併設の施設・事業所で対応可能である	4. 患者の心理的な抵抗感が大きい
5. 医師の心理的な抵抗感が大きい	6. 後継者がいない
7. その他()	8. 特になし

(7) (2)で「2. 知らなかった」を選んだ方、および(3)で「2. 指定を有しているが、提供していない」または「3. 指定を有しておらず、提供もしていない」を選んだ方におうかがいします。
短期入所療養介護サービス提供について、今後の意向についてお聞かせ下さい。（〇はひとつ）

1. 今後も提供する予定はない

→1. を選択した場合、下記の1~6よりその理由に〇をつけてください。(複数回答可)	
1. 今後、地域でのニーズがないと思われるため	2. 短期入所療養介護の事務手続きが煩雑なため
3. 今後、職員の確保が困難となるため	4. 採算がとれないため
5. 後継者がいないため	6. その他()

2. 関連する情報を把握したうえで、検討をしたい

→2. を選択した場合、下記の1~4より、把握したい情報に〇をつけてください。(複数回答可)	
1. 介護報酬算定要件	2. 介護報酬単位数
3. 介護保険サービス報酬請求の手続き	
4. 地域におけるサービスの需要	5. その他()

3. 積極的に検討したい

4. すでに提供の準備を進めている

5. その他()

(8) 複合型サービス（※）の内容についてご存知ですか。（〇はひとつ）

*複合型サービスとは、要介護度が高く医療的なケアを必要とする人に対応するため、「小規模多機能型居宅介護」と「訪問看護」の両方が提供できる事業所のサービスです。

1. 知っていた→(9)以降の質問にお答えください。

2. 知らなかった→(11)以降の質問にお答えください。((9)、(10)の回答は不要です)

(9) (8)で「1. 知っていた」を選んだ方にうかがいます。複合型サービスの開設を検討したことがありますか。（〇はひとつ）

1. 検討したことがある

→開設が決まらない理由は何ですか。下記から選んでください。(〇はひとつ)	
1. 地域密着型サービスのニーズがない	2. 採算がとれる見込みがない
3. 人材確保(介護職員・ケアマネ)が困難	4. サービス担当者会議、地域ケア会議への参加が困難
5. 市町村の介護保険事業計画に位置づけられていない、市町村から許可されない	
6. その他()	

2. 検討したことはない

→検討に至らない理由は何ですか。下記から選んでください。(〇はひとつ)	
1. 介護保険分野に興味がない	2. 複合型サービス開設のメリットを感じない
3. 運用について制度がよく分からない	4. その他()

3. 検討し、開設目処が立っている→平成()年()月頃

(10) (8)で「1. 知っていた」を選んだ方にうかがいます。
複合型サービス事業所の指定にあたり、宿泊室の床面積は7.43m²以上としなければなりませんが、複合型サービス事業所が病院又は診療所の場合は6.40m²以上として差し支えないことをご存知でしたか。（〇はひとつ）

1. 知っていた 2. 知らなかった

(11) 貴診療所において、病床転換の予定はありますか。

1. ある →(12)以降の質問にお答えください。

2. ない →(14)以降の質問にお答えください。((12)、(13)の回答は不要です)

(12) (11)で「1. ある」を選んだ方にうかがいます。貴診療所の病床転換の予定について記入してください。（複数回答可）

※各介護サービスの内容についての詳細は、記入要領を参照してください。

1. 一般病床	2. 医療療養病床	3. 1, 2以外の医療保険適用病床
4. 介護療養型老人保健施設	5. 従来型介護老人保健施設	6. 介護老人福祉施設(地域密着型含む)
7. 介護付き有料老人ホーム	8. 認知症高齢者グループホーム	9. 複合型サービス
10. 4~9以外の介護サービス事業所→()		
11. サービス付き高齢者向け住宅	12. 住宅型有料老人ホーム	
13. 1~12以外で何らかの転用を予定→()		
14. 減少または廃止	15. 未定	

(13) (11)で「1. ある」を選んだ方にうかがいます。病床転換を行うとした場合、どのような支援が必要ですか。（自由記述）

(14) 介護サービス事業への参入にあたって、課題となるものは何ですか。（自由記述）

このページ以降は、事務職員の方が記入してください。

問3. 貴診療所の基本情報についておうかがいします。

①診療所名			
②所在地	〒 - 電話 ()		
③回答担当者	ご氏名	(役職:)	
④経営主体 (○はひとつ)	1. 国(独立行政法人含む) 2. 公立(地方独立行政法人含む) 3. 公的(日赤・済生会等) 4. 社会保険関係団体 5. 医療法人 6. 社会福祉法人 7. その他の法人 8. 個人		
⑤平成25年11月 の貴診療所の医業 収益	千円	※法人ではなく、診療所単位の収益を記入してください。	
⑥平成25年11月 の貴診療所の介護 収益	千円	※法人ではなく、診療所単位の収益を記入してください。	
⑦前年同月との収 益比較 (○はひとつ)	平成24年11月の収益総額(医業収益と介護収益の合計)と比べ、平成25年11月の収益総額は 1. 1%以上増加した 2. 1%以上減少した 3. ほぼ変わらない(変化率が1%未満)		

問4. 貴診療所の設備、患者数等についておうかがいします。

①一日の平均外来 患者数	人 ※平成25年11月の平均値を記入してください。			
平均在院日数及び病床稼働率の数値は、小数点以下第2位を四捨五入して、小数点第1位まで計上してください。得られた結果が0. 1に満たない場合は、0. 1と記入してください。				
②病床について (平成25年12月 1日時点の状況を 記入してください。)	病床数	一般病床 床	療養病床 床	その他病床 床
	平均在院日数	※ . 日	. 日	. 日
	病床稼働率	. %	. %	. %
9~11月の3か月間の在院患者延べ数 ※平均在院日数 = $0.5 \times (3\text{か月間の新入院患者数} + 3\text{か月間の退院患者数})$				
緊急のために意図的に、常に空床を設けていますか。(○はひとつ)				
1. 設けている→約()床 2. 特に設けていない				
※各職種の範囲に関する説明は、記入要領を参照してください。				
③職員数 (平成25年12月 1日時点の状況を 記入してください。)	常勤実人員	非常勤実人員	常勤換算人数 ※	うち往診や訪問診療に11 月中に従事した 実人員
	1. 医師	人	人	人
	2. 看護職員	人	人	人
	3. PT,OT,ST	人	人	人
	4. 管理栄養士	人	人	人
	5. その他	人	人	人
※常勤換算人数には、下記計算式によって得られた数値を、小数点以下第2位を四捨五入して、小数点第1位まで計上してください。得られた結果が0. 1に満たない場合は、0. 1と記入してください。				
常勤換算人数 = $\frac{\text{職員の1週間}(11/25 \sim 12/1)\text{の勤務時間}}{\text{貴診療所が定めている1週間}(11/25 \sim 12/1)\text{の勤務時間}}$				
平成25年11月のレセプト請求(診療報酬)方法についてご回答ください。(○はひとつ)				
1. 紙のみ 2. 電子のみ 3. 紙と電子併用				
一般病床		療養病床		
件		件		

問5. 貴診療所の提供している医療機能等についておうかがいします。

(1) 在宅療養支援診療所の届出をしていますか。 (○はひとつ)

1. していない

2. している →下記①、②にお答えください。

①直近3か月間(平成25年9月～11月)に「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」のいずれかを算定しましたか。(○はひとつ)

1. 算定していない 2. 算定した→()件

②直近3か月間(平成25年9月～11月)に往診料の「緊急加算」「夜間加算」「深夜加算」のいずれかを算定しましたか。(○はひとつ)

1. 算定していない 2. 算定した→()件

(2) 直近の3か月間(平成25年9月～11月)に提供した実績のある医療サービスに○をつけてください。

(複数回答可)

- | | | |
|------------|--------------|------------|
| 1. 救急医療 | 2. 一般外来診療 | 3. 夜間・休日診療 |
| 4. 在宅医療 | 5. 手術 | 6. MRI検査 |
| 7. カテーテル検査 | 8. リハビリテーション | 9. 健診・検診 |

(3) 主な診療内容について、実績をご記入ください。

以下は、平成25年11月の1か月の実績をご記入ください。

入院基本料 (該当するひとつに○)	1. 入院基本料1	2. 入院基本料2	3. 入院基本料3
医師配置加算1	件	看護配置加算1	件
医師配置加算2	件	看護配置加算2	件
緊急短期入所受入加算	件	夜間看護配置加算1	件
重度療養管理	件	夜間看護配置加算2	件

以下は、平成25年9月～11月の3か月の実績をご記入ください。

在宅ターミナルケア加算	件	看取り加算(在宅)	件
看取り加算(入院)	件		

(4) 貴診療所内・近接・隣接で併せて提供している介護保険サービスがあれば、実施している項目の欄に○をつけてください。(複数回答可)

※いずれも介護予防サービスを含む

- | | | |
|----------------------|----------------|------------------|
| 1. 訪問介護 | 2. 訪問入浴介護 | 3. 訪問看護(ステーション) |
| 4. 訪問看護(医療機関によるみなし) | 5. 訪問リハビリテーション | 6. 居宅療養管理指導 |
| 7. 福祉用具貸与 | 8. 通所介護 | 9. 通所リハビリテーション |
| 10. 短期入所生活介護 | 11. 短期入所療養介護 | 12. 特定施設入居者生活介護 |
| 13. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 14. 夜間対応型訪問介護 | 15. 認知症対応型通所介護 |
| 16. 小規模多機能型居宅介護 | 17. 複合型サービス | 18. 認知症対応型共同生活介護 |
| 19. 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 20. 居宅介護支援 | 21. 介護老人福祉施設 |
| 22. 介護老人保健施設 | 23. 介護療養型医療施設 | 24. 在宅介護支援センター |
| 25. 地域包括支援センター | | |

質問は以上です。調査へのご協力、誠にありがとうございました。

後日、調査担当よりご記入内容について確認させて頂く場合もありますので、記入の終わった調査票はコピーをとり、控えとして2月末までお持ちください。

記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒に入れ、1月17日(金)までにポストに投函してください。(切手は不要です)

介護療養病床に関する調査 施設票③病院（介護療養病床あり）

この調査票は、「有床診療所における医療・介護の提供実態に関する調査」の一環として、介護療養病床を有する病院の管理者の方に、貴施設における医療と介護の提供状況やお考えについておうかがいするものです。
ご回答の際には、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、太枠内には具体的な数値、用語等をご記入ください。該当するものがない場合は「○（ゼロ）」を記入してください。
特に期間指定のない設問以外は、調査当日の状況について記入してください。

**問1、2については、管理者（院長等）にあたる医師の方が記入してください。
(問3～5については、事務職員の方が記入してください。)**

問1. 貴院の属性をお答えください。

①診療科 (複数回答可)	1. 内科	2. 呼吸器内科	3. 循環器内科
	4. 消化器内科	5. 腎臓内科	6. 神経内科
	7. 糖尿病内科（代謝内科）	8. 血液内科	9. アレルギー科
	10. リウマチ科	11. 感染症内科	12. 精神科
	13. 心療内科	14. 外科	15. 呼吸器外科
	16. 心臓血管外科	17. 乳腺外科	18. 気管食道外科
	19. 消化器外科（胃腸外科）	20. 泌尿器科	21. 肝門外科
	22. 脳神経外科	23. 整形外科	24. リハビリテーション科
	25. 放射線科	26. 麻酔科	27. 救急科
	28. 皮膚科	29. 小児科	30. 形成外科
	31. 美容外科	32. 眼科	33. 耳鼻咽喉科
	34. 小児外科	35. 産婦人科	36. 産科
	37. 婦人科	38. 病理診断科	39. 臨床検査科
	99. その他		
28～39の診療科のみを単体標榜している場合は、これ以降の調査に記入していただく必要はありませんので、お手数をおかけしますがこのまま調査票を返送してください。			
②介護療養病床を有する貴院の機能 (複数回答可)	1. 近隣の急性期病院から在宅・介護施設への受け渡しとしての機能		
	2. 専門医療を担い、近隣の急性期病院の役割を補完する機能		
	3. 緊急時に応する医療機能		
	4. 在宅医療の拠点としての機能		
	5. 終末期医療を担う機能		
③今後の貴院の方針	介護サービスについて（○はひとつ）		
	1. 介護サービスの提供を増やしたい 2. 介護サービスの提供を現状のまま維持したい		
	3. 介護サービスの提供を減らしたい 4. いずれは介護サービス提供を中止したい		
	5. 未定		
	病院について（○はひとつ）		
	1. 増床したい 2. 病床数を維持したい 3. 減床したい 4. 無床化したい 5. 未定		
④今後の看取りの方針 (それぞれ○はひとつ)	病床での看取り	1. 看取り対応のための体制を強化したい 2. 看取り対応のための体制を維持したい	
		3. 看取り対応のための体制維持が困難 4. その他()	
	在宅での看取り	1. 看取り対応のための体制を強化したい 2. 看取り対応のための体制を維持したい	
		3. 看取り対応のための体制維持が困難 4. その他()	

問2. 介護療養病床での介護保険サービスについておうかがいします。

(1) 貴院において、短期入所療養介護（※）利用者を積極的に受け入れていますか。（○はひとつ）

1. 受け入れていない

2. 受け入れている

※要介護者へ医学的管理下の介護、機能訓練等を提供するショートステイ。

(2) 貴院において、直近の3か月間（平成25年9月～11月）に短期入所療養介護利用者の受け入れがありましたか。（○はひとつ）

1. なかった →(3)と(5)以降の質問にお答えください。（(4)の回答は不要です）

2. あった →(4)以降の質問にお答えください。（(3)の回答は不要です）

(3) (2)で「1. なかった」を選んだ方にうかがいます。短期入所療養介護利用者の受け入れが直近の3か月間（平成25年9月～11月）に行われなかつた理由は何ですか。（各複数回答可）

1. 近隣に介護サービス施設・事業所が十分にある

2. ケアマネジャーからの要請がない

3. ケアマネジャーとのやり取りが困難

4. サービス担当者会議、地域ケア会議への参加が困難

5. 介護保険に対応する事務職員の増員（勤務時間延長も含む）が困難

6. 介護保険に対応するシステムの導入が困難

7. その他の介護保険に関わる手続きが困難→具体的な内容()

8. 要介護高齢者等を対象にしたサービス提供におけるリスク管理面で不安がある

9. 介護サービスの提供では収益があがらず採算がとれない

10. 療養病床に空床がなく受け入れが不可能だった

11. 同一法人または併設の施設・事業所で対応可能である

12. その他() 13. 特になし

(4) (2)で「2. あった」を選んだ方にうかがいます。直近の3か月間（平成25年9月～11月）に緊急短期入所受入加算を計上していますか。（○はひとつ）

1. している 2. していない→理由を下記から選んでください。（複数回答可）

1. 算定日数（ひと月あたり7日間が限度）が適正でない 2. 空き病床の確保が困難

3. その他() 4. 特になし

(5) 短期入所療養介護サービス提供について、今後の意向についてお聞かせ下さい。（○はひとつ）

1. 今後、受け入れを積極的に行う予定はない

→1. を選択した場合、下記の1～6よりその理由に○をつけてください。（複数回答可）

1. 今後、地域でのニーズがないと思われるため 2. 短期入所療養介護の事務手続きが煩雑なため

3. 今後、職員の確保が困難となるため 4. 採算がとれないため

5. 後継者がいないため 6. その他()

2. なんらかの改定がなされれば、積極的に受け入れると思う

→2. を選択した場合、下記の1～4より改定を望むものに○をつけてください。（複数回答可）

1. 介護報酬算定要件 2. 介護報酬単位数 3. 介護保険サービス報酬請求の手続き

4. その他()

3. 受け入れを積極的に進めたい 4. すでに積極的に受け入れており、今後もそうする予定である

5. その他()

(6) 複合型サービス（※）の内容についてご存知ですか。（○はひとつ）

1. 知っていた→(7)以降の質問にお答えください。

2. 知らなかつた→(9)以降の質問にお答えください。（(7)、(8)的回答は不要です）

*複合型サービスとは、要介護度が高く医療的なケアを必要とする人に対応するため、「小規模多機能型居宅介護」と「訪問看護」の両方が提供できる事業所のサービスです。

(7) (6)で「1. 知っていた」を選んだ方にうかがいます。複合型サービスの開設を検討したことがありますか。（○はひとつ）

1. 検討したことがある

→開設が決まらない理由は何ですか。下記から選んでください。（○はひとつ）

- 1. 地域密着型サービスのニーズがない 2. 採算がとれる見込みがない
- 3. 人材確保(介護職員・ケアマネ)が困難 4. サービス担当者会議、地域ケア会議への参加が困難
- 5. 市町村の介護保険事業計画に位置づけられていない、市町村から許可されない
- 6. その他()

2. 検討したことない

→検討に至らない理由は何ですか。下記から選んでください。（○はひとつ）

- 1. 介護保険分野に興味がない 2. 複合型サービス開設のメリットを感じない
- 3. 運用について制度がよく分からない 4. その他()

3. 検討し、開設目処が立っている→平成()年()月頃

(8) (6)で「1. 知っていた」を選んだ方にうかがいます。

複合型サービス事業所の指定にあたり、宿泊室の床面積は7.43m²以上としなければなりませんが、複合型サービス事業所が病院又は診療所の場合は6.40m²以上として差し支えないことをご存知でしたか。（○はひとつ）

- 1. 知っていた 2. 知らなかつた

(9) 貴院の介護療養病床の病床転換の予定について、記入してください。（複数回答可）

*各介護サービスの内容についての詳細は、記入要領を参照してください。

- 1. 一般病床 2. 医療療養病床 3. 1, 2以外の医療保険適用病床
- 4. 介護療養型老人保健施設 5. 従来型介護老人保健施設 6. 介護老人福祉施設(地域密着型含む)
- 7. 介護付き有料老人ホーム 8. 認知症高齢者グループホーム 9. 複合型サービス
- 10. 4~9以外の介護サービス事業所→()
- 11. サービス付き高齢者向け住宅 12. 住宅型有料老人ホーム
- 13. 1~12以外で何らかの転用を予定→()
- 14. 減少または廃止 15. 未定

(10) 介護療養病床の病床転換を行うとした場合、どのような支援が必要ですか。（自由記述）

(11) 介護サービス事業への参入にあたって、課題となるものは何ですか。（自由記述）

このページ以降は、事務職員の方が記入してください。

問3. 貴院の基本情報についておうかがいします。

①病院名		
②所在地	〒 -	電話 ()
③回答担当者	ご氏名 (役職:)	
④経営主体 (該当するひとつに○)	1. 国(独立行政法人含む) 2. 公立(地方独立行政法人含む) 3. 公的(日赤・済生会等) 4. 社会保険関係団体 5. 医療法人 6. 社会福祉法人 7. その他の法人 8. 個人	
⑤平成25年11月 の貴院の医業収益	千円	※法人ではなく、診療所単位の収益を記入してください。
⑥平成25年11月 の貴院の介護収益	千円	※法人ではなく、診療所単位の収益を記入してください。
⑦前年同月との収 益比較 (○はひとつ)	平成24年11月の収益総額(医業収益と介護収益の合計)と比べ、平成25年11月の収益総額は 1. 1%以上増加した 2. 1%以上減少した 3. ほぼ変わらない(変化率が1%未満)	
⑧介護療養病棟届出	介護療養病棟の届出年月 平成 [] 年 [] 月	

問4. 貴院の設備、患者数等についておうかがいします。

問5. 貴院の提供している医療機能等についておうかがいします。

- (1) 在宅療養支援病院の届出をしていますか。 (○はひとつ)

- ## 1. していない

2. している → 下記①、②にお答えください。

①直近3か月間(平成25年9月～11月)に「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」のいずれかを算定しましたか。(○はひとつ)

1. 算定していない 2. 算定した→()件

②直近3か月間(平成25年9月～11月)に往診料の「緊急加算」「夜間加算」「深夜加算」のいずれかを算定しましたか。(○はひとつ)

- 1 算定していない 2 算定した→()件

(2)直近の3か月間(平成25年9月～11月)に提供した実績のある医療サービスに○をつけてください。
(複数回答可)

- | | | |
|------------|--------------|------------|
| 1. 救急医療 | 2. 一般外来診療 | 3. 夜間・休日診療 |
| 4. 在宅医療 | 5. 手術 | 6. MRI検査 |
| 7. カテーテル検査 | 8. リハビリテーション | 9. 健診・検診 |

(3) 主な診療内容について、実績をご記入ください。

以下は、平成25年11月の1か月の実績をご記入ください。

入院基本料 (該当するひとつに○)	一般病床	1. 7対1 2. 10対1 3. 13対1 4. 15対1	
	療養病床	1. 療養病棟入院基本料1 2. 療養病棟入院基本料2	
医師配置加算1	件	看護配置加算1	件
医師配置加算2	件	看護配置加算2	件
緊急短期入所受入加算	件	夜間看護配置加算1	件
重度療養管理	件	夜間看護配置加算2	件

以下は、平成25年9月～11月の3か月の実績をご記入ください。

看取り加算（在宅）

(4) 貴院内・近接・隣接で併せて提供している介護保険サービスがあれば、実施している項目の欄に○をつけてください。(複数回答可)

※いすれも介護予防サービスを含む

- | | | |
|----------------------|----------------|------------------|
| 1. 訪問介護 | 2. 訪問入浴介護 | 3. 訪問看護(ステーション) |
| 4. 訪問看護(医療機関によるみなし) | 5. 訪問リハビリテーション | 6. 居宅療養管理指導 |
| 7. 福祉用具貸与 | 8. 通所介護 | 9. 通所リハビリテーション |
| 10. 短期入所生活介護 | 11. 短期入所療養介護 | 12. 特定施設入居者生活介護 |
| 13. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 14. 夜間対応型訪問介護 | 15. 認知症対応型通所介護 |
| 16. 小規模多機能型居宅介護 | 17. 複合型サービス | 18. 認知症対応型共同生活介護 |
| 19. 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 20. 居宅介護支援 | 21. 介護老人福祉施設 |
| 22. 介護老人保健施設 | 23. 介護療養型医療施設 | 24. 在宅介護支援センター |
| 25. 地域包括支援センター | | |

質問は以上です。調査へのご協力、誠にありがとうございました。

後日、調査担当よりご記入内容について確認させて頂く場合もありますので、記入の終わった調査票はコピーをとり、控えとして2月までお持ちください。

記入の終わった調査票は、**同封の返信用封筒**に入れ、**1月17日（金）**までに**ポスト**に投函してください。（切手は不要です）

患者票（診療所用） *全入院患者について記載してください*

入院患者様全員についてご記入ください。（調査日時：平成25年12月　日）

No	年代	入院日から調査日までの期間	要介護度	入院・入所の形態	日認常知症高齢自立者度の度	保有疾患（複数回答可）	医療区分※	提供している医療（複数回答可）	入院・入所の理由	入院・入所直前の居場所	退院先（予定含む）
	1. 49歳以下 2. 50歳以上 65歳未満 3. 65歳以上 75歳未満 4. 75歳以上 80歳未満 5. 80歳以上 85歳未満 6. 85歳以上	1. 1週間未満 2. 1週間以上 1か月末満 3. 1か月以上 3か月末満 4. 3か月以上 6か月末満 5. 6か月以上 1年未満 6. 1年以上	1.健康保険等 2.介護療養型医療施設 3.短期入所療養介護 4.その他	1.がん 2.脳血管疾患 3.心疾患 4.糖尿病 5.精神疾患 6.認知症 7.筋骨格系疾患 8.その他	1.医療区分1 2.医療区分2 または3	1.経鼻経管栄養・胃ろうによる栄養管理 2.中心静脈栄養管理 3.膀胱（留置）カテーテル管理 4.人工肛門のケア 5.膀胱吸引 6.気管切開・気管内挿管 7.人工呼吸器の管理 8.褥瘡等の処理 9.透析 10.疼痛管理（麻薬使用） 11.看取りのケア 12.その他	1.急性期入院 2.慢性期入院 3.在宅医療へのつなぎ 4.介護施設への待機 5.他の入院施設への待機 6.気管切開・気管内挿管 7.人工呼吸器の管理 8.褥瘡等の処理 9.透析 10.疼痛管理（麻薬使用） 11.看取りのケア 12.その他	1.一般病床 2.療養病床 3.その他の病床 4.介護保険施設 5.居住系サービス事業所 6.住宅型有料老人ホーム等 7.自宅（在宅医療あり） 8.自宅（在宅医療なし） 9.その他 10.その他 11.不明または自効が立ってない	1.一般病床 2.療養病床 3.その他の病床 4.介護保険施設 5.居住系サービス事業所 6.住宅型有料老人ホーム等 7.自宅（在宅医療あり） 8.自宅（在宅医療なし） 9.その他 10.その他 11.不明または自効が立ってない		
1	1・2・3 4・5・6	1・2・3 4・5・6	支援1, 2 介護1, 2, 3, 4, 5 非該当,不明	自立・ I・II・ III・IV・ M	自立・ J・A・ B・C	1・2・3・4 5・6・7・8	1・2	1・2・3・4・5・6・7 8・9・10・11・12	1・2・3・4 5・6・7・8	1・2・3・4・5 6・7・8・9・10	1・2・3・4・5・6 7・8・9・10・11
2	1・2・3 4・5・6	1・2・3 4・5・6	支援1, 2 介護1, 2, 3, 4, 5 非該当,不明	自立・ I・II・ III・IV・ M	自立・ J・A・ B・C	1・2・3・4 5・6・7・8	1・2	1・2・3・4・5・6・7 8・9・10・11・12	1・2・3・4 5・6・7・8	1・2・3・4・5 6・7・8・9・10	1・2・3・4・5・6 7・8・9・10・11
3	1・2・3 4・5・6	1・2・3 4・5・6	支援1, 2 介護1, 2, 3, 4, 5 非該当,不明	自立・ I・II・ III・IV・ M	自立・ J・A・ B・C	1・2・3・4 5・6・7・8	1・2	1・2・3・4・5・6・7 8・9・10・11・12	1・2・3・4 5・6・7・8	1・2・3・4・5 6・7・8・9・10	1・2・3・4・5・6 7・8・9・10・11
4	1・2・3 4・5・6	1・2・3 4・5・6	支援1, 2 介護1, 2, 3, 4, 5 非該当,不明	自立・ I・II・ III・IV・ M	自立・ J・A・ B・C	1・2・3・4 5・6・7・8	1・2	1・2・3・4・5・6・7 8・9・10・11・12	1・2・3・4 5・6・7・8	1・2・3・4・5 6・7・8・9・10	1・2・3・4・5・6 7・8・9・10・11
5	1・2・3 4・5・6	1・2・3 4・5・6	支援1, 2 介護1, 2, 3, 4, 5 非該当,不明	自立・ I・II・ III・IV・ M	自立・ J・A・ B・C	1・2・3・4 5・6・7・8	1・2	1・2・3・4・5・6・7 8・9・10・11・12	1・2・3・4 5・6・7・8	1・2・3・4・5 6・7・8・9・10	1・2・3・4・5・6 7・8・9・10・11

※資料1参照

※既に退院した場合のみ

*当該調査は、個人情報保護を含め、秘密の保持について厳重な管理・監督の下、実施しております。また、ご回答いただいた情報を本調査の目的以外に使用することはありません。

1

患者票（病院用） *介護療養病床の入院患者について、記載してください*（10分の1抽出）

介護療養病床の入院患者様についてご記入ください。（調査日時：平成25年12月　日）

※記入欄が足りない場合（記入対象患者が21名以上いる場合）は、お手数をおかけいたしますが調査票をコピーした上でご記入をお願いします。

No	年代	入院日から調査日までの期間	要介護度	入院・入所の形態	日認常知症高齢自立者度の度	保有疾患（複数回答可）	医療区分※	提供している医療（複数回答可）	入院・入所の理由	入院・入所直前の居場所	退院先（予定含む）
	1. 49歳以下 2. 50歳以上 65歳未満 3. 65歳以上 75歳未満 4. 75歳以上 80歳未満 5. 80歳以上 85歳未満 6. 85歳以上	1. 1週間未満 2. 1週間以上 1か月末満 3. 1か月以上 3か月末満 4. 3か月以上 6か月末満 5. 6か月以上 1年未満 6. 1年以上	1.健康保険等 2.介護療養型医療施設 3.短期入所療養介護 4.その他	1.がん 2.脳血管疾患 3.心疾患 4.糖尿病 5.精神疾患 6.認知症 7.筋骨格系疾患 8.その他	1.医療区分1 2.医療区分2 または3	1.経鼻経管栄養・胃ろうによる栄養管理 2.中心静脈栄養管理 3.膀胱（留置）カテーテル管理 4.人工肛門のケア 5.膀胱吸引 6.気管切開・気管内挿管 7.人工呼吸器の管理 8.褥瘡等の処理 9.透析 10.疼痛管理（麻薬使用） 11.看取りのケア 12.その他	1.急性期入院 2.慢性期入院 3.在宅医療へのつなぎ 4.介護施設への待機 5.他の入院施設への待機 6.気管切開・気管内挿管 7.人工呼吸器の管理 8.褥瘡等の処理 9.透析 10.疼痛管理（麻薬使用） 11.看取りのケア 12.その他	1.一般病床 2.療養病床 3.その他の病床 4.介護保険施設 5.居住系サービス事業所 6.住宅型有料老人ホーム等 7.自宅（在宅医療あり） 8.自宅（在宅医療なし） 9.その他 10.その他 11.不明または自効が立ってない	1.一般病床 2.療養病床 3.その他の病床 4.介護保険施設 5.居住系サービス事業所 6.住宅型有料老人ホーム等 7.自宅（在宅医療あり） 8.自宅（在宅医療なし） 9.その他 10.その他 11.不明または自効が立ってない		
1	1・2・3 4・5・6	1・2・3 4・5・6	支援1, 2 介護1, 2, 3, 4, 5 非該当,不明	自立・ I・II・ III・IV・ M	自立・ J・A・ B・C	1・2・3・4 5・6・7・8	1・2	1・2・3・4・5・6・7 8・9・10・11・12	1・2・3・4 5・6・7・8	1・2・3・4・5 6・7・8・9・10	1・2・3・4・5・6 7・8・9・10・11
2	1・2・3 4・5・6	1・2・3 4・5・6	支援1, 2 介護1, 2, 3, 4, 5 非該当,不明	自立・ I・II・ III・IV・ M	自立・ J・A・ B・C	1・2・3・4 5・6・7・8	1・2	1・2・3・4・5・6・7 8・9・10・11・12	1・2・3・4 5・6・7・8	1・2・3・4・5 6・7・8・9・10	1・2・3・4・5・6 7・8・9・10・11
3	1・2・3 4・5・6	1・2・3 4・5・6	支援1, 2 介護1, 2, 3, 4, 5 非該当,不明	自立・ I・II・ III・IV・ M	自立・ J・A・ B・C	1・2・3・4 5・6・7・8	1・2	1・2・3・4・5・6・7 8・9・10・11・12	1・2・3・4 5・6・7・8	1・2・3・4・5 6・7・8・9・10	1・2・3・4・5・6 7・8・9・10・11
4	1・2・3 4・5・6	1・2・3 4・5・6	支援1, 2 介護1, 2, 3, 4, 5 非該当,不明	自立・ I・II・ III・IV・ M	自立・ J・A・ B・C	1・2・3・4 5・6・7・8	1・2	1・2・3・4・5・6・7 8・9・10・11・12	1・2・3・4 5・6・7・8	1・2・3・4・5 6・7・8・9・10	1・2・3・4・5・6 7・8・9・10・11
5	1・2・3 4・5・6	1・2・3 4・5・6	支援1, 2 介護1, 2, 3, 4, 5 非該当,不明	自立・ I・II・ III・IV・ M	自立・ J・A・ B・C	1・2・3・4 5・6・7・8	1・2	1・2・3・4・5・6・7 8・9・10・11・12	1・2・3・4 5・6・7・8	1・2・3・4・5 6・7・8・9・10	1・2・3・4・5・6 7・8・9・10・11

※資料1参照

※既に退院した場合のみ

*当該調査は、個人情報保護を含め、秘密の保持について厳重な管理・監督の下、実施しております。また、ご回答いただいた情報を本調査の目的以外に使用することはありません。

1