

平成 22 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 23 年度調査）

在宅医療の実施状況と医療と介護の連携状況調査

報告書

◇ ◆目 次◆ ◇

1. 目的	1
2. 調査対象	1
3. 調査方法	2
4. 調査項目	3
5. 回収の状況	7
6. 入院医療機関調査の概要	8
(1) 施設の概況	9
①開設者	9
②標榜診療科	10
③病院の種別	10
④職員数（常勤換算）	11
⑤病床数、1日平均入院患者数	12
⑥平均在院日数の変化	12
(2) 退院調整の実施状況	13
①地域連携を担当する部署の有無	13
②退院調整の体制	13
③施設基準の届出状況等	15
④外泊中の訪問看護等	28
⑤定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている施設・事業所数	30
⑥連携を行っている施設・事業所との定期会合の回数	32
⑦連携を行っている病院・診療所のうち、当該施設を入院医療機関としている病院・診療所数	34
(3) 退院患者数の状況（平成21年6月及び平成23年6月1か月間）	35
①退院患者数の状況（平成21年6月及び平成23年6月1か月間）	35
②退院調整を効果的に行うために工夫していること（事例）	36
③在宅医療を実施していく上で受けたい研修	39
(4) 退院後のフォロー状況	41
①訪問診療や訪問看護の実施状況等	41
②緊急入院の対応状況等の実績	42
(5) 他医療機関等との連携による効果等	45
(6) 東日本大震災の影響等	49
(7) 入院医療機関における患者の概要（患者調査）	51
①性別	51
②年齢	52
③主たる傷病	53
④同居家族の有無	54

⑤入院前の所在	55
⑥入院期間	56
⑦手術の有無	56
⑧退院調整に向けた関与の有無	57
⑨退院調整に向けた関与の時期	57
⑩退院調整時に連携した施設・事業所	58
⑪退院調整のカンファレンスの回数・平均所要時間	59
⑫退院調整のカンファレンスの参加者	60
⑬退院後の状況等	62
(8) 在宅医療を推進していく上での、入院医療機関としての課題等	64
①入院医療機関における課題	64
②受け皿における課題	66
③患者・家族に関する課題	67
7. 在宅医療調査の結果概要	69
(1) 施設の状況	69
①回答施設の種別	69
②開設者	70
③病床規模	70
④在宅医療を開始した時期	72
⑤在宅療養支援病院・診療所の届出時期	72
⑥在宅療養支援病院の届出をしていない理由	73
(2) 施設の診療体制	74
①訪問診療を行う時間の定め方	74
②職員数	75
③1 か月間の外来延べ患者数	76
(3) 回答施設が主治医として在宅医療を提供している患者数	77
①年齢別患者数	77
②主たる疾患別患者数 (1 施設あたりの平均値)	79
③NICU から在宅医療に移行した患者受入れ数	79
④診療報酬項目別算定患者数	79
(4) 緊急時の対応・往診体制	82
①在宅の患者に対する緊急時に連絡のとれる電話番号の通知方法	82
②緊急時の連絡への主な対応者	83
③緊急時の往診体制	84
④緊急時の往診体制の構築方法	85
⑤緊急時の対応実績	86
⑥緊急時の入院先の病床確保について	92
(5) 他の医療機関との連携	95

①定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている医療機関等と共同で実施した会議（カンファレンス）の回数	95
②カンファレンスに参加することのある連携機関	96
③他の在宅療養支援病院との連携の有無	97
④他の施設・事業所との連携状況	99
⑤在宅医療を推進する上で必要と思われるサービス等	107
(6) 特別訪問看護指示書	109
(7) ターミナルケア	111
(8) 在宅医療に関する考え	112
①現在の体制で在宅医療の提供件数を増やすことができるかどうか	112
②在宅医療の推進に関する負担感	113
(9) 東日本大震災の影響	122
(10) 在宅医療を推進していく上での在宅医療実施機関としての課題等	124
①在宅医療提供機関における課題	124
②他機関との連携に関する課題	126
③患者・家族との関係に関する課題	128
④その他	129
8. 訪問看護調査の概要	130
(1) 回答事業所・訪問看護部門の属性	130
①種別	130
②開設者	131
③併設施設種別	132
④訪問看護を開始した時期	134
⑤職員数（常勤換算）	135
(2) 利用者数	136
①平成 21 年 6 月（診療報酬改定前）と平成 23 年 6 月（診療報酬改定後）の利用者数	136
②精神疾患のある利用者数	144
(3) 精神疾患のある利用者に対する訪問看護	148
①訪問看護療養費又は精神科訪問看護・指導料を算定している利用者数・件数	148
②精神疾患のある利用者に対しての訪問看護を実施する際に、工夫している点、対応が困難な点（自由記述形式）	149
(4) 長時間の訪問看護について	150
①長時間の訪問看護の利用者数	150
②人工呼吸器を使用している利用者以外に長時間訪問看護が必要となる利用者の状態	153
③長時間訪問看護の利用者のうち週 1 回の訪問ではサービスが足りないケースの有無	153
(5) 乳幼児への訪問看護の体制について	154
①NICU から退院した乳幼児の受け入れ数と NICU 以外からの乳幼児の受け入れ数	154
②入院期間別乳幼児利用者数	155

③乳児への訪問看護の増減について	156
④幼児への訪問看護の増減について	157
⑤乳幼児への訪問看護にあたり、特に重要な連携先.....	158
⑥乳幼児の在宅移行につながる連携体制	159
⑦乳幼児への訪問看護にあたり、特別に用意している準備や工夫をしていること	160
(6) 複数名による訪問看護	161
①複数名の職員が同時に訪問した利用者の有無	161
②看護職員が医療職以外の職種の職員と同時に訪問した利用者の有無.....	163
③複数名の職員が同時に訪問する利用者の理由別人数	165
④複数名の職員が同時に訪問する利用者の理由別人数	168
⑤看護職と医療職以外の職員（看護補助者など）でも問題がないと考えられるケースの場合、医療職以外の職員（看護補助者など）に実際に依頼可能な業務	170
⑥複数名でのサービスの提供が必要と考えられるケース	170
(7) 訪問看護ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算の状況.....	171
①ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定した利用者	171
②ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定できなかった場合の理由	174
③ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算に関する課題	175
④ターミナルケア後 24 時間以内に在宅以外で死亡した利用者数.....	175
⑤在宅以外の場所で死亡した理由	176
(8) 同一建物内に居住する複数の利用者への訪問看護	177
(9) 訪問管理療養費とその加算等について	179
①事業所の設備や備品等.....	179
②訪問看護管理療養費の増額分についての使途	180
(10) サービス提供時間について	181
①「24 時間対応体制加算」および「24 時間連絡体制加算」の届出の有無	181
②「24 時間対応体制加算」を届出していない理由.....	181
③利用者の希望によりサービス提供時間外にサービス提供を行い、その費用をその他の利用料として徴収することの有無.....	182
④時間外料金を徴収しないケース	185
⑤早朝、夜間、深夜に訪問看護を実施した利用者の状態別人数.....	186
(11) 退院直後の利用者への訪問看護の実施について	187
①退院直後の利用者への訪問看護の実績	187
②退院支援指導加算を算定できなかったケース	188
(12) 重症者管理加算について.....	189
①真皮を越える褥瘡があった利用者数.....	189
②特別の管理を必要とする利用者であっても、月に 4 日以上 of 訪問看護が提供できず、重症者管理加算を算定できない利用者	190
(13) 複数事業所による訪問看護療養費の算定	191

①複数事業所による訪問看護を受けた利用者数	191
②複数事業所でのサービスの提供が有効と考えられるケース	192
(14) 他の医療機関との連携について	194
①退院時共同指導を実施した利用者数	194
②他の医療機関への平均訪問回数と1回あたりの所要時間	195
③退院時共同指導に関する課題	196
④在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院に夜間の対応を依頼した際に断られた経験の有無	197
(15) 東日本大震災の影響	198
(16) 訪問看護を推進する意義や課題等	199
①訪問看護を推進する意義	199
②訪問看護提供機関における課題	200
③他機関との連携に関する課題	203
④指示書等に関する課題	205
⑤その他	205
9. 患者調査の概要	207
(1) 患者の属性・病状等（患者調査施設記入分）	207
①性別	207
②年齢	208
③現在の住まい	210
④医療区分	212
⑤退院転帰	214
⑥在宅移行前の入院・入所場所	216
⑦NICUの入院の有無	218
⑧障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	219
⑨認知症高齢者の日常生活自立度	221
⑩要介護認定の状況	223
⑪障害者手帳などの種類	225
⑫受けている医療	230
⑬現在在宅医療を続けている原因の病名（指示書にある傷病名）	232
⑭在宅医療を続けている原因の病気が発症した時期	235
⑮在宅医療を続けている原因の病気で入院した時期（直近）	237
⑯往診を開始した時期	239
⑰訪問看護を開始した時期	241
⑱褥瘡の状態（NPUAP分類）	243
(2) 医師の訪問診療について	245
①医師の訪問頻度	245
②夜間や休日に具合が悪くなった時の対応	247

③医師が自宅に訪問してくれることに対する満足度.....	249
④医師の訪問診療についての要望.....	251
(3) 訪問看護について.....	252
①1 か月以内における訪問看護師の訪問の有無.....	252
②1 か月以内における訪問看護師の訪問頻度.....	254
③訪問看護師が自宅に訪問してくれることに対する満足度.....	256
④訪問看護師が自宅に訪問する際の人数.....	258
⑤訪問看護師の事業所への緊急連絡.....	260
⑥訪問看護サービスについての要望.....	261
(4) その他のサービスについて.....	262
①歯や口の中で気になることなどの有無.....	262
②歯科訪問診療の受診状況.....	264
③歯科の訪問診療についての要望.....	270
④普段飲んでいる薬の受け取り方法.....	271
⑤薬剤師による訪問についての要望.....	273
(5) 病院からの退院時の説明について.....	274
①退院にむけての説明を受けた時期.....	274
②退院にむけての説明を聞いたかった時期.....	276
③退院後の生活に対する希望が実現できる体制を整えてくれたか.....	279
④退院後の生活について家族に十分説明してくれたか.....	281
⑤自宅で行う治療について十分に説明してくれたか.....	283
⑥自宅での生活に必要な地域の関係機関を紹介してもらったか.....	285
(6) 在宅医療に対する満足度.....	287
①自宅で（家族と）生活できることについて.....	287
②自宅にいながら専門家に相談できることについて.....	289
③体調等で心配なことがあった場合の連絡先.....	291
(7) 自宅で生活することについての意見・要望等.....	293
①自宅で生活することの満足度.....	293
②在宅医療に対する不安.....	293
③自宅で生活を希望する理由.....	294
④要望.....	294
10. まとめ.....	299
(1) 入院医療機関調査.....	299
①施設調査.....	299
②入院医療機関における患者の概要（患者調査）.....	303
(2) 在宅医療調査.....	304
(3) 訪問看護調査.....	309
(4) 患者調査.....	316

1. 目的

平成 22 年度の診療報酬改定に向けての中央社会保険医療協議会（以下、「中医協」）における議論の中で、在宅医療については、「実際に在宅医療を行っているところに評価をすることが重要ではないか」「在宅療養支援病院の要件が厳しすぎるのではないか」「NICU 等から在宅に移行した患者を地域で支えるための診療報酬上の仕組みが必要ではないか」、また訪問看護については、「訪問看護ステーションの回数制限を撤廃し、複数の訪問看護ステーションが訪問看護を行えるようにすべきではないか」等の意見が出された。

こうした議論を受けて、平成 22 年度診療報酬改定では、個々の患者に対して適切な場所での医療を提供する観点から、退院後における医療機関同士や介護サービス事業者等との連携における各種取組について評価が行われた。また、往診料の引上げや小児に対する在宅医療の評価の新設、在宅ターミナルケア加算の要件見直し、在宅療養支援病院の拡大、同月に訪問看護療養費を算定できる訪問看護ステーション数の制限の緩和、訪問看護ターミナルケア療養費及びターミナルケア加算の要件見直しなど、在宅医療の提供を行う医療機関や訪問看護の実施についての評価も行われた。

本調査では、上記の診療報酬改定の内容や中医協における議論等を踏まえ、①各種医療機関間の連携状況や介護との連携状況等、②在宅医療・訪問看護の実施状況等、及び③患者の意識等を把握し、平成 22 年度診療報酬改定の結果検証を行うことを目的とする。

2. 調査対象

本調査では、「入院医療機関調査」「在宅医療調査」「訪問看護調査」「患者調査」の 4 つの調査を実施した。各調査の対象は、次のとおりである。

- ・入院医療機関調査：以下の施設基準の届出を行っている病院の中から、無作為抽出した病院（①②を合わせて）1,500 施設を対象とした。
 - ①在宅療養支援病院（悉皆）
 - ②総合評価加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、急性期病棟等退院調整加算、慢性期病棟等退院調整加算、地域連携診療計画退院時指導料のいずれかの施設基準について届出を行っている施設（無作為抽出）
- ・在宅医療調査：在宅療養支援診療所から無作為に抽出した 1,500 施設、及び在宅療養支援病院（悉皆、上記「入院医療機関票」に同封して送付）、その他の在宅医療実施機関（上記「入院医療機関票」に同封して送付）。
- ・訪問看護調査：全国の訪問看護ステーションの中から無作為抽出した 1,000 事業所、及び病院の訪問看護部門（上記「入院医療機関票」に同封して送付）。
- ・患者調査：上記「在宅医療調査」と「訪問看護調査」の対象施設・事業所において調査期間中に在宅医療を提供した患者。ただし、1 施設・事業所につき、医療区分 1～3 毎にそれぞれ 1 名、計 3 名の患者を対象とした。

※調査客体数は上記のとおりである。調査客体は全国の保険医療機関等のうち、東日本大震災の影響が甚大な地域を除外した上で無作為抽出した。また、東日本大震災による被災地とし

て配慮すべき地域については、調査発送前に電話により調査可否についての確認を実施した。このため、実際の配布数は7頁の図表1に記載したとおりである。

3. 調査方法

本調査では、対象施設・患者が記入する自記式調査票の郵送配布・回収とした。調査実施時期は、平成23年8月19日～平成23年9月26日とした。

- ・入院医療機関調査については、入院医療機関における患者の退院調整の実施状況、退院後のフォロー状況等を尋ねる「入院医療機関票」を配布した。
- ・在宅医療調査については、在宅医療の実施状況、在宅医療を実施する上での連携状況、緊急時の対応状況等を尋ねる「在宅医療票」を配布した。
- ・訪問看護調査については、訪問看護ステーション及び訪問看護を提供する医療機関における訪問看護の実施状況、患者の状況等を尋ねる「訪問看護票」を配布した。
- ・患者調査については、①退院支援状況、在宅医療・訪問看護の利用状況、意識等を患者・家族に対して尋ねる「患者調査（患者記入分）」と、②当該患者の病状や医療の内容を在宅医療・訪問看護を提供している施設・事業所等に対して尋ねる「患者調査（施設・事業所記入分）」といった2種類の調査票を配布した。
- ・「患者調査（患者記入分）」と「患者調査（施設・事業所記入分）」には、共通のIDを付与し、「患者調査（患者記入分）」を配布した患者に対して、同一IDの「患者調査（施設・事業所記入分）」に施設・事業所が回答するように依頼した。
- ・「患者票（患者記入分）」の回収は、各患者から、事務局宛の返信用専用封筒にて直接回収した。

4. 調査項目

区分	主な調査項目
(1) 入院医療機関 調査	<ul style="list-style-type: none"> ○施設概要 <ul style="list-style-type: none"> ・ 開設主体、標榜診療科、施設種別等（DPC 対象病院、DPC 準備病院、地域医療支援病院、特定機能病院、がん診療連携拠点病院） ・ 職員数（医師、看護師、薬剤師、事務職員 等） ・ 病床数、入院患者数、平均在院日数等 ○退院調整の実施状況等 <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域連携担当部署の有無、退院調整に関わる職種別職員数 ・ 総合評価加算、介護支援連携指導料、慢性期病棟等退院調整加算等の届出状況、算定回数等 ・ 外泊中の訪問看護の状況 ・ 在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション等との連携状況 ・ 退院後状況別の退院患者数等 ○退院後のフォロー状況 <ul style="list-style-type: none"> ・ 自施設、関連施設・事業所での訪問診療、訪問看護の実施状況 ・ 救急・在宅等支援療養病床初期加算、在宅患者緊急入院診療加算の算定回数 ・ 在宅療養支援診療所等から連絡を受け、入院した患者数等 ・ 他医療機関等との会合や患者情報の共有などによる効果等 ○退院患者の基本属性、入院中の状況、退院調整の状況等 <ul style="list-style-type: none"> ・ 他の医療機関に転院した患者 ・ 特別養護老人ホーム、認知症高齢者グループホームに入居した患者 ・ 自院に外来通院となった患者 ・ 自院の在宅医療を受けている患者 ・ 他院の在宅医療を受けている患者 ○その他 <ul style="list-style-type: none"> ・ 東日本大震災の影響
(2) 在宅医療調査	<ul style="list-style-type: none"> ○施設概況 <ul style="list-style-type: none"> ・ 開設主体、施設種別、病床数 ・ 在宅医療を開始した時期 ・ 在宅療養支援病院・診療所の届出の有無、届出の時期、届出がない場合の理由等 ○診療体制 <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問診療を行う時間 ・ 職員数・在宅医療の職員数（医師、看護師、薬剤師、事務職員 等） ・ 1 か月間の外来患者数等

	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅医療の実施状況等 <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者数（年齢別、主たる疾病別） ・ 往診料や在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料などの算定患者数・回数等 ○緊急時の対応状況 <ul style="list-style-type: none"> ・ 緊急時に連絡をとれる番号の通知方法、主な対応者 ・ 緊急時の往診の状況、体制構築の内容 ・ 緊急時の対応実績 ・ 緊急入院時に病床が確保できなかった場合の有無とその対応 ・ 緊急時の対応のために工夫していること等 ○在宅医療を実施する上での各医療機関等との連携状況 <ul style="list-style-type: none"> ・ 定期的な会合や患者の情報共有などの連携を行っている機関と共同で実施した会議（カンファレンス）開催回数と参加連携機関 ・ 他の在宅療養支援病院との連携の有無 ・ 他の医療機関等との連携内容 ・ 在宅医療を推進する上で有効と考えられる連携機関・情報共有内容 ・ 連携している施設数・事業所数、連携状況に関する評価、連携が不十分と評価した場合の理由 ・ 在宅医療を推進する上で特に必要と思われるサービス ○特別訪問看護指示書について <ul style="list-style-type: none"> ・ 特別訪問看護指示書を交付した人数（状態別） ○ターミナルケアについて <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療を提供していた患者のうちの死亡患者数・在宅での死亡患者数 ○在宅医療に関する考え方 <ul style="list-style-type: none"> ・ 現体制での在宅医療の提供件数の増加の可否とその患者数 ・ 在宅医療の推進にかかる負担感 ・ 在宅医療の推進にかかる負担感を減らすための工夫等 ○その他 <ul style="list-style-type: none"> ・ 東日本大震災の影響
(3) 訪問看護調査	<ul style="list-style-type: none"> ○事業所概況 <ul style="list-style-type: none"> ・ 開設主体、施設種別 ・ 他の医療機関等の併設状況等 ○訪問看護の実施状況等 <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護を開始した時期 ・ 職員数（看護師、事務職員 等）等 ○訪問看護の利用者数（年齢別） <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者数、複数の事業所から訪問看護を受けた利用者数、特別訪問

	<p>看護指示書が出た利用者数、同月に医療・介護保険両方の訪問看護を受けた利用者数</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 精神疾患のある利用者数 <p>○精神疾患のある利用者に関する訪問看護の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護療養費又は精神科訪問看護・指導料を算定している利用者数・件数 ・ 精神疾患のある利用者に対しての訪問看護を実施する際に、工夫している点、対応が困難な点等 <p>○訪問看護基本療養費及び在宅患者訪問看護・指導料の加算等について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 長時間の訪問看護を実施した利用者の人数（年齢別） ・ 長時間訪問看護加算及び長時間訪問看護・指導加算を算定した利用者数等 ・ 長時間訪問看護が必要となる利用者の状態 ・ 長時間の訪問看護を利用する利用者のうち、週 1 回の訪問では、サービスが不足すると考えられるケースの有無とその状態像 ・ NICU から退院した乳幼児の受け入れ数と NICU 以外からの乳幼児の受け入れ数 ・ 乳幼児利用者数（年齢別・入院していた期間別） ・ 診療報酬改定後の乳幼児の利用の増加の有無、増加の場合の理由 ・ 乳幼児への訪問看護にあたって、重要な連携先と連携体制、乳幼児への訪問看護にあたり特別に用意している準備や工夫 ・ 複数名での訪問の有無とその理由別利用者数 ・ 複数名でのサービス提供が必要なケースと、看護職・医療職以外でも問題がないと考えられるケース ・ ターミナルケアの件数・期間（がん・がん以外別） ・ ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定できなかった場合の理由 ・ ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した利用者数とその理由 <p>○同一建物内に居住する複数の利用者への訪問看護の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護基本療養費Ⅲ（同一建物居住者訪問看護・指導料）の対象利用者数等 <p>○訪問看護管理療養費とその加算等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所の設備や備品等 ・ 訪問看護管理療養費の増額分の使途 ・ 24 時間対応体制加算および 24 時間連絡体制加算の届出の有無、24 時間対応体制加算を届出していない場合の理由
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 時間外の料金徴収の有無、徴収がある場合の料金と利用者実績 ・ 利用者の希望により時間外にサービス提供したが、利用料を徴収していないケースの有無、徴収しなかった理由 ・ 早朝、夜間、深夜の訪問看護を実施した利用者数（状態別） ・ 退院直後の利用者への訪問看護を実施した利用者数、退院支援指導加算算定者数、退院支援指導加算を算定できなかった利用者数（理由別） ・ 真皮を超える褥瘡があった利用者の人数、重症者管理加算を算定できない利用者の有無と人数、その主な理由 ・ 複数の訪問看護ステーションから訪問看護を実施した利用者数、その理由、複数事業所でのサービス提供が有効と考えられるケース等 <p>○他の医療機関との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 退院時共同指導を実施した利用者数 ・ 他の医療機関への平均訪問回数と1回あたりの所要時間 ・ 退院時共同指導に関する課題 ・ 在宅療養支援診療所・病院に夜間の対応を断られた経験の有無等 <p>○その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 東日本大震災の影響 ・ 訪問看護を推進する意義や課題等
(4) 患者調査	<p>○患者記入分</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 記入者 ・ 性別、年齢、同居家族の有無 ・ 医師の訪問頻度、緊急時の対応、満足度、要望 ・ 訪問看護師の訪問頻度、緊急時の対応、満足度、訪問者数、緊急の連絡をした経験の有無とその時の対応、要望 ・ 歯科の訪問診療の有無、希望等 ・ 薬の受取り方と頻度、薬剤師による訪問の要望 ・ 退院時の調整時期、退院調整の評価 ・ 在宅医療の満足度等 <p>○施設記入分</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 性別、年齢、住居形態 ・ 医療区分、退院転帰、在宅移行前の入院・入所場所、NICUへの入院有無、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、要介護認定の状況、障害者手帳の種類 ・ 受けている医療、病名、病気の発症時期、入院日、往診開始時期、訪問看護開始時期、褥瘡の状態等

5. 回収の状況

図表 1 回収の状況

調査区分	有効回収数	配布数
①入院医療機関調査		
施設数	374	1,453 件
②在宅医療調査		
施設数	400	1,474 件 (別途①にも同封して送付)
③訪問看護調査		
施設・事業所数	400	962 件 (別途①にも同封して送付)
④患者調査		
患者調査(施設・事業所記入分)	1,000	11,667 件 (①、②、③に各 3 通ずつ同封して送付)
患者調査(患者記入分)	1,000	
うち、両調査が回収でき、回答が一致したもの	569	

(注)「配布数」は実際に配布した調査票数である。東日本大震災の被災地域に所在する施設・事業所に対して電話により調査協力可能の可否を事前に確認し、「調査不可能」と回答のあった調査対象施設を除いている。

6. 入院医療機関調査の概要

【調査対象等】

調査対象：以下の施設基準の届出を行っている病院の中から、無作為抽出した病院（①②を合わせて）1,500 施設を対象とした。

①在宅療養支援病院（悉皆）

②総合評価加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、急性期病棟等退院調整加算、慢性期病棟等退院調整加算、地域連携診療計画退院時指導料、のいずれかの施設基準について届出を行っている施設（無作為抽出）

※ただし、東日本大震災の被災地域については、電話により調査協力可能の可否を事前に確認した。このため、「調査不可能」と回答のあった 47 施設を除く 1,453 施設を調査対象とした。

回答数：374 施設

回答者：開設者・管理者など

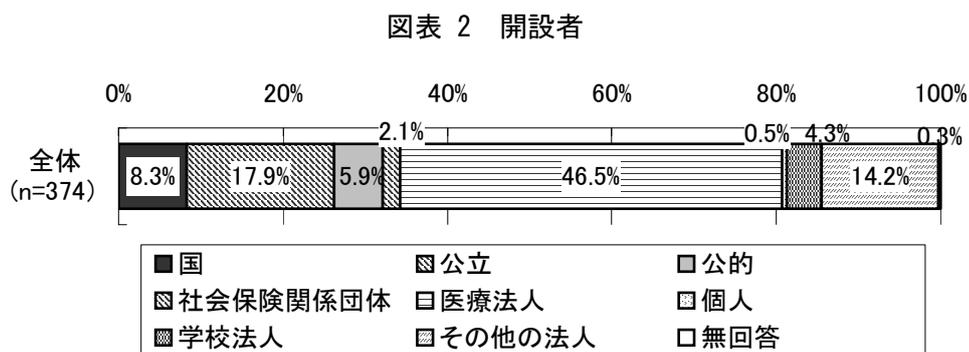
回答者：開設者・管理者宛に送付し、施設の中でご担当者に配布・記入いただいた。
各設問毎の回答者の職種は以下のとおり。

	施設 の状況 につ いて	退 院 調 整 の 実 施 状 況 につ いて	退 院 後 の フ ォ ロ ー 状 況 につ いて	東 日 本 大 震 災 の 影 響 につ いて	課 題 につ いて	患 者 調 査
医師	9	20	23	14	19	14
歯科医師	0	0	0	0	0	0
看護師	22	142	121	78	87	111
准看護師	1	4	9	1	4	4
薬剤師	2	2	2	0	0	0
理学療法士	1	2	4	1	0	0
作業療法士	0	2	3	1	0	0
言語聴覚士	0	0	2	1	0	0
歯科衛生士	0	0	1	0	0	0
看護補助者	1	0	1	0	0	0
その他の医療職種	0	8	7	6	6	8
社会福祉士	22	197	169	110	114	190
事務職員	327	209	166	157	73	78
その他	7	22	18	12	12	16
無回答	23	23	40	52	136	68
全体	374	374	374	374	374	374

(1) 施設の概況

①開設者

「入院医療機関調査」において有効回答が得られた病院374施設の開設者についてみると、「医療法人」(46.5%)が最も多く、次いで「公立」(17.9%)、「その他の法人」(14.2%)、「国」(8.3%)であった。



(注) 開設者の凡例の内訳は以下の通りである。

国 : 厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、その他(国、独立行政法人)

公立 : 都道府県、市町村、地方独立行政法人

公的 : 日本赤十字社、済生会、北海道社会事業協会、全国厚生農業協同組合連合会、国民健康保険団体連合会

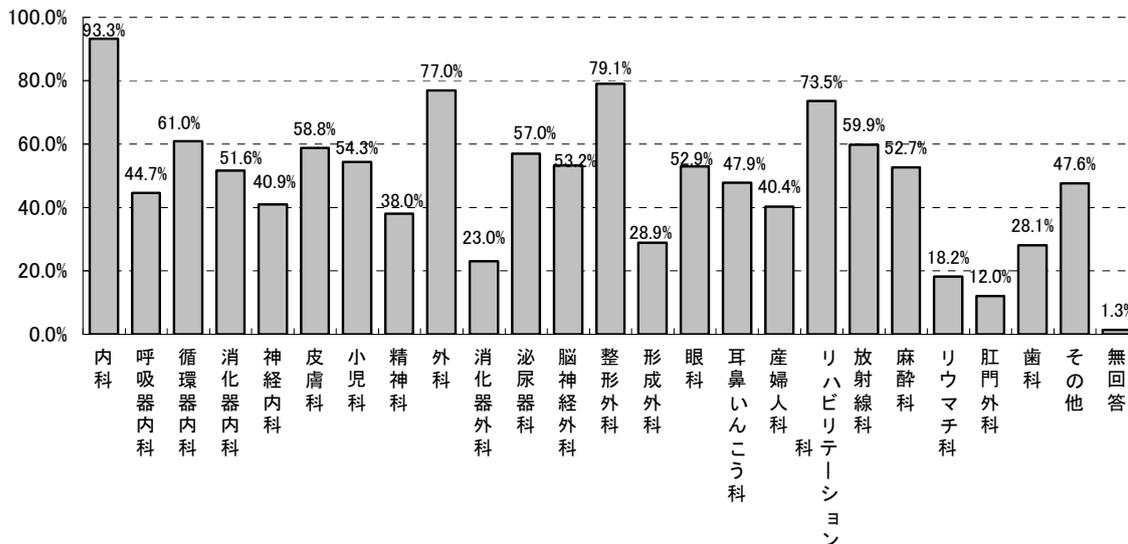
社会保険関係団体 : 全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合

その他の法人 : 公益法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人

②標榜診療科

標榜診療科についてみると、「内科」(93.3%)が最も多く、次いで「整形外科」(79.1%)、「外科」(77.0%)、「リハビリテーション科」(73.5%)であった。

図表 3 標榜診療科 (複数回答、n=374)

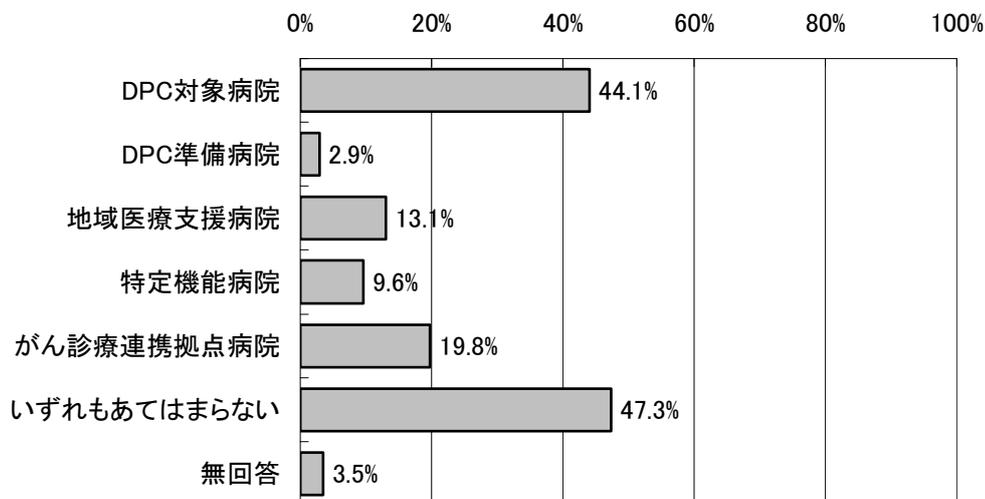


(注)「その他」の内容として、「血液内科」「呼吸器外科」「心臓血管外科」等が挙げられた。

③病院の種別

病院の種別についてみると、「DPC対象病院」が44.1%、「DPC準備病院」が2.9%、「地域医療支援病院」が13.1%、「特定機能病院」が9.6%、「がん診療連携拠点病院」が19.8%であった。

図表 4 施設種別 (n=374、複数回答)



④職員数（常勤換算）

1施設あたりの職員数（常勤換算）についてみると、総職員数は平均523.8（標準偏差580.2、中央値252.3）人であった。「社会福祉士」については、1施設あたり平均2.7人、中央値で2人であった。

図表 5 1施設あたりの職員数（常勤換算、n=367）

（単位：人）

	平均値	標準偏差	中央値
医師	86.8	142.4	17.6
歯科医師	6.1	27.8	0.0
看護師	237.5	281.4	92.7
准看護師	14.6	12.6	11.9
薬剤師	13.0	16.0	5.0
理学療法士	10.4	10.6	7.0
作業療法士	5.2	7.4	3.0
言語聴覚士	2.4	3.1	2.0
看護補助者	30.0	24.0	24.4
その他の医療職種	47.3	62.4	19.2
社会福祉士	2.7	2.5	2.0
事務職員	47.8	59.5	25.5
その他の職員	19.8	26.7	10.9
合計	523.8	580.2	252.3

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

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

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

・有効回答の得られた367施設を集計対象とした。

⑤病床数、1日平均入院患者数

1施設あたりの病床数は平均309.5（標準偏差269.2、中央値199）床であった。また、1日平均入院患者数は平均251.8（標準偏差228.9、中央値161.6）人であった。

図表 6 病床数及び1日平均入院患者数（n=357）

	病床数(床)			1日平均入院患者数(人)		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
一般病棟	254.5	277.5	132	204.2	236.0	99.1
療養病棟	27.4	50.4	0	25.2	48.6	0
回復期リハビリテーション病棟	10.5	28.7	0	9.3	25.7	0
精神病棟	10.5	34.6	0	8.3	29.0	0
その他の病棟	6.6	21.9	0	4.9	18.4	0
病院全体	309.5	269.2	199	251.8	228.9	161.6

(注) 病床数及び1日平均入院患者数について記入のあった357施設を集計対象とした。

⑥平均在院日数の変化

平成21年、22年、23年の各6月における平均在院日数の変化について中央値をみると、一般病棟、回復期リハビリテーション病棟、その他の病棟、及び病院全体においては、やや短かくなったが、療養病棟、精神病棟では平成23年は平成21年と比較して長かった。

図表 7 平均在院日数の変化（n=203）

(単位：日)

	平均値			中央値		
	H21.6	H22.6	H23.6	H21.6	H22.6	H23.6
一般病棟	23.0	25.6	23.6	15.8	15.6	15.0
療養病棟	236.4	222.7	331.1	146.9	139.6	153.2
回復期リハビリテーション病棟	83.4	82.5	81.1	81.2	78.3	77.6
精神病棟	81.1	98.8	102.1	58.0	59.8	63.5
その他の病棟	90.1	106.2	95.9	45.1	34.5	33.0
病院全体	44.0	44.0	43.0	17.6	17.1	16.8

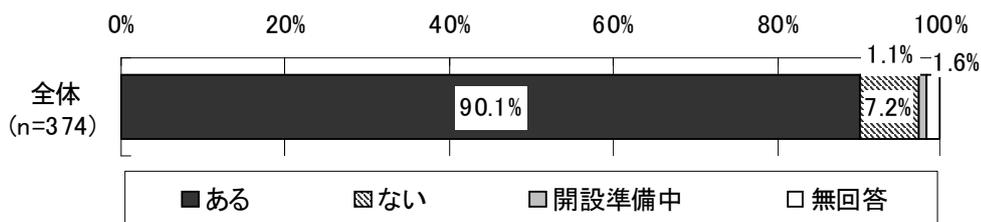
(注) 各病棟の平均在院日数は当該病棟がある施設での有効回答を集計した結果である。n数は病院全体の平均在院日数を回答した施設数。

(2) 退院調整の実施状況

①地域連携を担当する部署の有無

地域連携を担当する部署の有無については、「ある」が 90.1%、「開設準備中」が 1.1%、「ない」が 7.2%であった。

図表 8 地域連携を担当する部署の有無



図表 9 地域連携を担当する部署の有無別平均在院日数（平成 23 年 6 月）

(単位：日)

ある(n=186)			ない(n=12)			開設準備中(n=2)		
平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
41.8	86.8	16.3	52.2	66.5	30.1	23.8	13.8	23.8

②退院調整の体制

退院調整の体制についてみると、1施設あたりの専従者数は平均 2.43 人（標準偏差 3.04、中央値 1）人であった。また、専任者数は平均 2.36（標準偏差 2.65、中央値 1）人であった。職種としては、専従・専任いずれも「社会福祉士」が多かった。

図表 10 退院調整の体制（1施設あたりの人数、n=365）

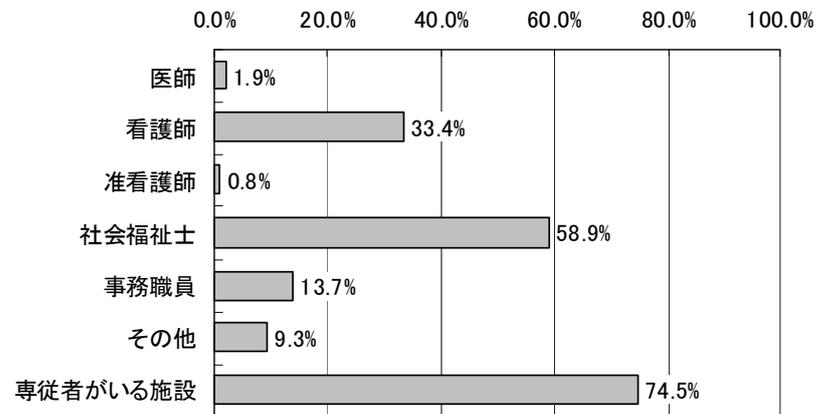
	専従(人)			専任(人)		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
医師	0.09	1.23	0.00	0.29	0.83	0.00
看護師	0.52	0.88	0.00	0.79	1.18	0.00
准看護師	0.01	0.13	0.00	0.02	0.15	0.00
社会福祉士	1.40	1.87	1.00	0.81	1.42	0.00
事務職員	0.28	0.91	0.00	0.30	0.80	0.00
その他	0.12	0.43	0.00	0.15	0.49	0.00
合計	2.43	3.04	1.00	2.36	2.65	1.00

(注)・専従・専任の人数について記入のあった 365 施設を集計対象とした。

・「その他」の具体的な内容として、「介護支援専門員」「精神保健福祉士」等が挙げられた。

退院調整部署に「専従」の担当者がいる施設の割合は74.5%であった。専従担当者として「社会福祉士」がいる施設が58.9%、「看護師」がいる施設が33.4%であった。

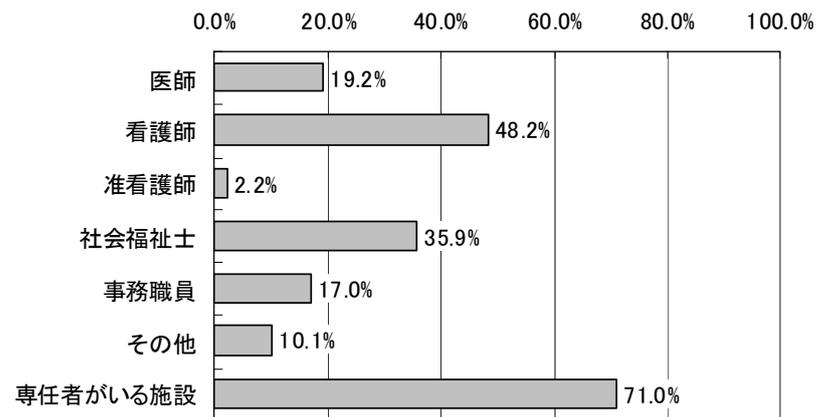
図表 11 退院調整部署に専従担当者がいる施設の割合 (n=365)



(注)「医師 1.9%」とは、医師の専従者がいる施設 (7 施設) が全施設 (365 施設) の 1.9% であるということを示す。

退院調整部署に「専任」の担当者がいる施設の割合は71.0%であった。専任担当者として「看護師」がいる施設が48.2%、「社会福祉士」がいる施設が35.9%、「医師」がいる施設が19.2%であった。

図表 12 退院調整部署に専任担当者がいる施設の割合 (n=365)

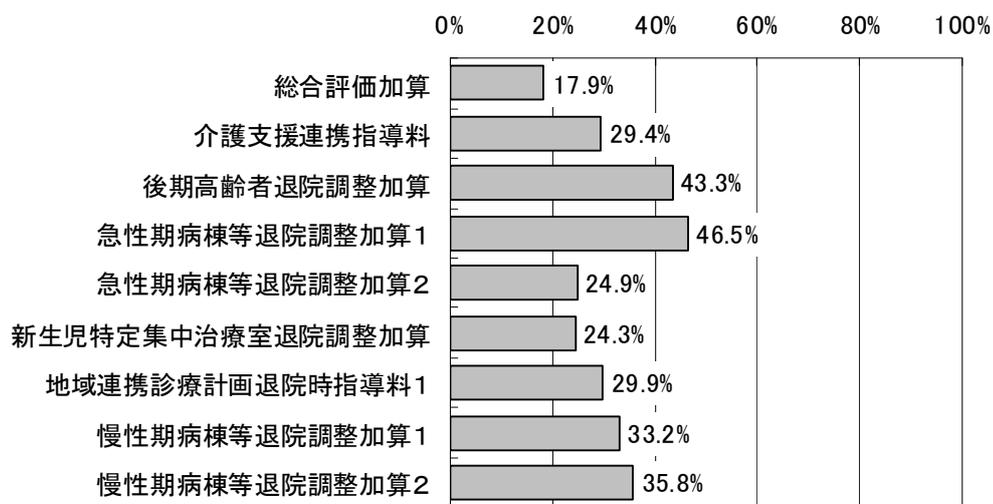


(注)「医師 19.2%」とは、医師の専任者がいる施設 (70 施設) が全施設 (365 施設) の 19.2% であるということを示す。

③施設基準の届出状況等

施設基準の届出について多い順に挙げると、「急性期病棟等退院調整加算 1」が 46.5%、「後期高齢者退院調整加算」が 43.3%、「慢性期病棟等退院調整加算 2」が 35.8%、「慢性期病棟等退院調整加算 1」が 33.2%、「地域連携診療計画退院時指導料 1」が 29.9%、「介護支援連携指導料」が 29.4%、「急性期病棟等退院調整加算 2」が 24.9%、「新生児特定集中治療室退院調整加算」が 24.3%、「総合評価加算」が 17.9%であった。

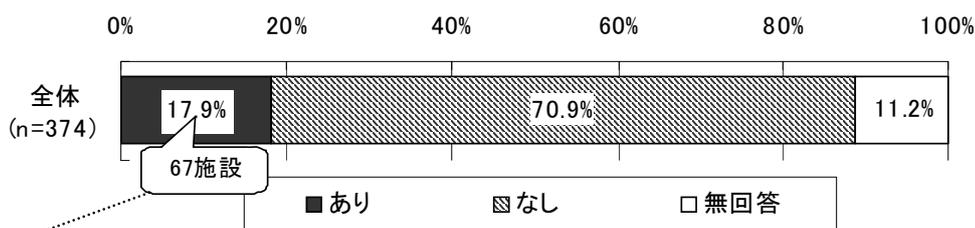
図表 13 施設基準の届出状況等 (n=374)



1) 総合評価加算

「総合評価加算」の施設基準の届出が「あり」という施設が 17.9%であった。施設基準の届出時期は「平成 20 年 4 月～平成 21 年 3 月」が 71.6%で最も多いが、平成 22 年 4 月以前は「後期高齢者総合評価加算」である。なお、「総合評価加算」となった平成 22 年 4 月以降の届出は 20.9%であった。平成 23 年 6 月 1 か月間の「総合評価加算」の算定回数は平均 68.0（標準偏差 124.5、中央値 4）回であった。

図表 14 「総合評価加算」施設基準の届出状況



(注) 平成 22 年度診療報酬改定以前は「後期高齢者総合評価加算」。

図表 15 「総合評価加算」施設基準の届出時期

届出時期	施設数	構成割合
平成 20 年 4 月～平成 21 年 3 月	48	71.6%
平成 21 年 4 月～平成 22 年 3 月	3	4.5%
平成 22 年 4 月～平成 23 年 3 月	9	13.4%
平成 23 年 4 月～	5	7.5%
無回答	2	3.0%
全体	67	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定以前は「後期高齢者総合評価加算」。

図表 16 「総合評価加算」の算定回数（各年 1 か月間）

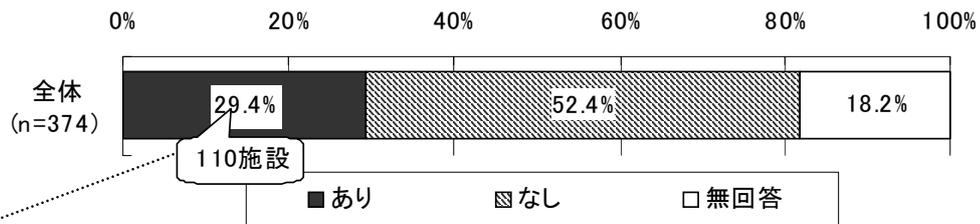
	平成 21 年 6 月	平成 23 年 6 月	増減率
平均値	30.2	68.0	125.3%
標準偏差	53.1	124.5	
中央値	0	4	-

(注) 平成 22 年度診療報酬改定以前は「後期高齢者総合評価加算」。

2) 介護支援連携指導料

「介護支援連携指導料」の施設基準の届出が「あり」という施設は 29.4%であった。届出時期は「平成 22 年 4 月」が 40.0%で最も多かった（ただし、無回答が 55.5%であったことに留意が必要）。平成 23 年 6 月 1 か月間の「介護支援連携指導料」の算定回数は「～10 回未満」が 52.7%で最も多かった。算定実績のある施設は 77.3%であった。

図表 17 「介護支援連携指導料」施設基準の届出状況



(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

図表 18 「介護支援連携指導料」施設基準の届出時期

	施設数	構成割合
平成 22 年 4 月	44	40.0%
平成 22 年 7 月	1	0.9%
平成 23 年 3 月	1	0.9%
平成 23 年 4 月	2	1.8%
平成 23 年 6 月	1	0.9%
無回答	61	55.5%
全体	110	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

図表 19 「介護支援連携指導料」の算定回数分布（平成 23 年 6 月 1 か月間）

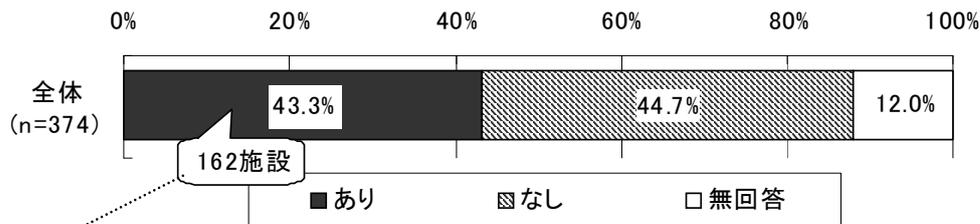
	施設数	構成割合
0 回	18	16.4%
～10 回未満	58	52.7%
～20 回未満	16	14.5%
～30 回未満	6	5.5%
30 回以上	5	4.5%
無回答	7	6.4%
全体	110	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

3) 後期高齢者退院調整加算

「後期高齢者退院調整加算」の施設基準の届出が「あり」という施設は 43.3%であった（本加算は平成 22 年度診療報酬改定で廃止となった）。届出時期は「平成 20 年 4 月～平成 21 年 3 月」が 83.3%であった。平成 21 年 6 月 1 か月間の「後期高齢者退院調整加算」の算定回数は「～10 回未満」が 27.8%、「～20 回未満」が 14.8%であった。また、「0 回」が 44.4%であった。

図表 20 「後期高齢者退院調整加算」施設基準の届出状況



(注) 平成 22 年度診療報酬改定で廃止となった。

図表 21 「後期高齢者退院調整加算」施設基準の届出時期

	施設数	構成割合
平成 20 年 4 月～平成 21 年 3 月	135	83.3%
平成 21 年 4 月～平成 22 年 3 月	8	4.9%
無回答	19	11.7%
全体	162	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で廃止となった。

図表 22 「後期高齢者退院調整加算」の算定回数分布
(平成 21 年 6 月 1 か月間)

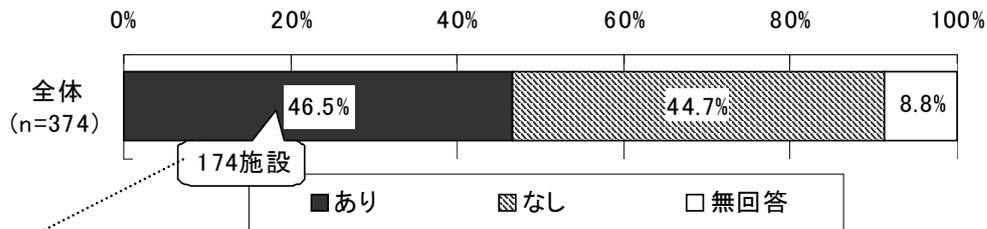
	施設数	構成割合
0 回	72	44.4%
～10 回未満	45	27.8%
～20 回未満	24	14.8%
～30 回未満	9	5.6%
30 回以上	5	3.1%
無回答	7	4.3%
全体	162	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で廃止となった。

4) 急性期病棟等退院調整加算 1

「急性期病棟等退院調整加算 1」の施設基準の届出が「あり」という施設は 46.5%であった（本加算は平成 22 年度診療報酬改定で創設された）。届出時期は「平成 22 年 4 月」が 79.9%で最も多かった。平成 23 年 6 月 1 か月間の「急性期病棟等退院調整加算 1」の算定回数は「30 回以上」が 28.7%で最も多く、次いで「～10 回未満」が 23.6%であった。また、「0 回」が 17.2%であった。

図表 23 「急性期病棟等退院調整加算 1」施設基準の届出状況



(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

図表 24 「急性期病棟等退院調整加算 1」施設基準の届出時期

	施設数	構成割合
平成 22 年 4 月	139	79.9%
平成 22 年 5 月	6	3.4%
平成 22 年 6 月	4	2.3%
平成 22 年 7 月～平成 23 年 3 月	4	2.3%
平成 23 年 4 月～	13	7.5%
無回答	8	4.6%
全体	174	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

図表 25 「急性期病棟等退院調整加算 1」の算定回数分布
(平成 23 年 6 月 1 か月間)

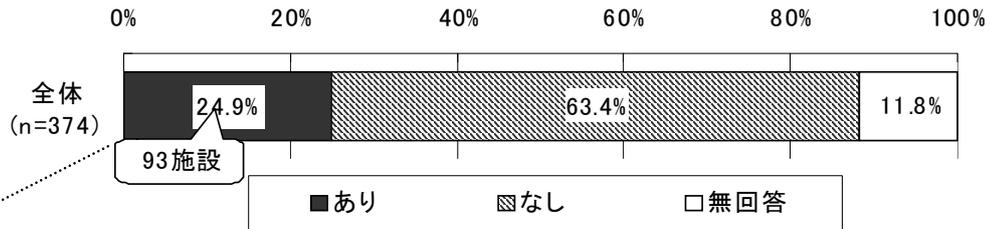
	施設数	構成割合
0 回	30	17.2%
～10 回未満	41	23.6%
～20 回未満	29	16.7%
～30 回未満	17	9.8%
30 回以上	50	28.7%
無回答	7	4.0%
全体	174	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

5) 急性期病棟等退院調整加算 2

「急性期病棟等退院調整加算 2」の施設基準の届出が「あり」という施設は 24.9%であった（本加算は平成 22 年度診療報酬改定で創設された）。届出時期は「平成 22 年 4 月」が 75.3%で最も多かった。平成 23 年 6 月 1 か月間の「急性期病棟等退院調整加算 2」の算定回数は「～10 回未満」が 23.7%で最も多く、次いで「～20 回未満」が 16.1%であった。また、「0 回」が 43.0%であった。

図表 26 「急性期病棟等退院調整加算 2」施設基準の届出状況



(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

図表 27 「急性期病棟等退院調整加算 2」施設基準の届出時期

届出時期	施設数	構成割合
平成 22 年 4 月	70	75.3%
平成 22 年 5 月	1	1.1%
平成 22 年 6 月	3	3.2%
平成 22 年 7 月～平成 23 年 3 月	11	11.8%
平成 23 年 4 月～	4	4.3%
無回答	4	4.3%
全体	93	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

図表 28 「急性期病棟等退院調整加算 2」の算定回数分布
(平成 23 年 6 月 1 か月間)

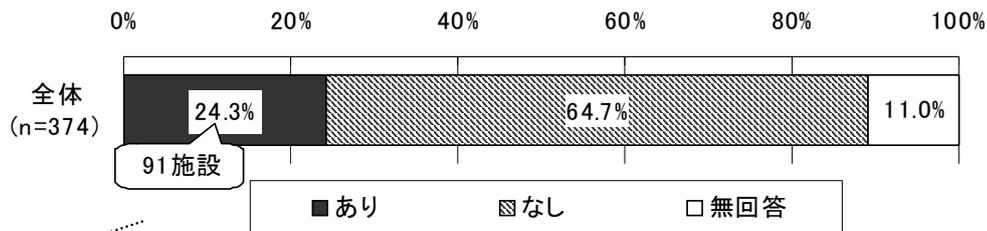
算定回数	施設数	構成割合
0 回	40	43.0%
～10 回未満	22	23.7%
～20 回未満	15	16.1%
～30 回未満	3	3.2%
30 回以上	13	14.0%
無回答	0	0.0%
全体	93	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

6) 新生児特定集中治療室退院調整加算

「新生児特定集中治療室退院調整加算」の施設基準の届出が「あり」という施設は 24.3%であった(本加算は平成 22 年度診療報酬改定で創設された)。届出時期は「平成 22 年 4 月」が 87.9%で最も多かった。平成 23 年 6 月 1 か月間の「新生児特定集中治療室退院調整加算」の算定回数は「0 回」が 64.8%で最も多く、「～10 回未満」が 22.0%、「～20 回未満」が 6.6%であった。

図表 29 「新生児特定集中治療室退院調整加算」施設基準の届出状況



(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

図表 30 「新生児特定集中治療室退院調整加算」施設基準の届出時期

	施設数	構成割合
平成 22 年 4 月	80	87.9%
平成 22 年 5 月	0	0.0%
平成 22 年 6 月	1	1.1%
平成 22 年 7 月～平成 23 年 3 月	4	4.4%
平成 23 年 4 月～	3	3.3%
無回答	3	3.3%
全体	91	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

図表 31 「新生児特定集中治療室退院調整加算」の算定回数分布

(平成 23 年 6 月 1 か月間)

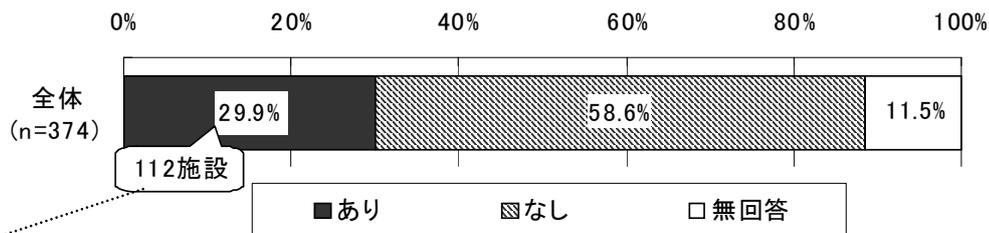
	施設数	構成割合
0 回	59	64.8%
～10 回未満	20	22.0%
～20 回未満	6	6.6%
～30 回未満	2	2.2%
30 回以上	1	1.1%
無回答	3	3.3%
全体	91	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

7) 地域連携診療計画退院時指導料 1

「地域連携診療計画退院時指導料 1」の施設基準の届出が「あり」という施設は 29.9%であった。届出時期は「平成 20 年度」が 29.5%で最も多く、次いで「平成 22 年度」が 22.3%、「平成 18 年度」が 15.2%と続いた。1 か月間の「地域連携診療計画退院時指導料 1」の算定回数の平均は、平成 21 年 6 月に 1.5 回であったが、平成 23 年 6 月には 2.4 回と増えた。

図表 32 「地域連携診療計画退院時指導料 1」施設基準の届出状況



図表 33 「地域連携診療計画退院時指導料 1」施設基準の届出時期

	施設数	構成割合
平成 18 年度	17	15.2%
平成 19 年度	9	8.0%
平成 20 年度	33	29.5%
平成 21 年度	15	13.4%
平成 22 年度	25	22.3%
平成 23 年度	9	8.0%
無回答	4	3.6%
全体	112	100.0%

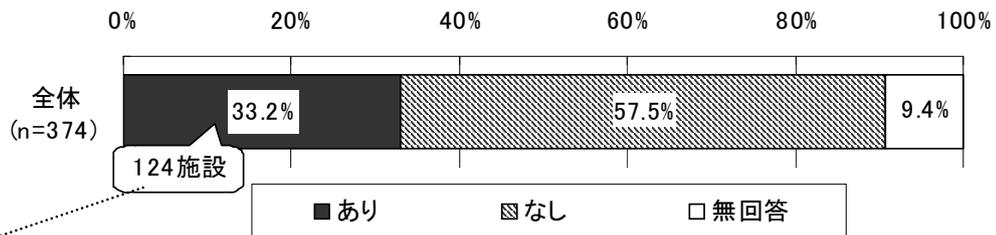
図表 34 「地域連携診療計画退院時指導料 1」の算定回数 (n=108)

	平成 21 年 6 月	平成 23 年 6 月	増減率
平均値	1.5	2.4	63.4%
標準偏差	2.6	4.8	
中央値	0.0	0.0	-

8) 慢性期病棟等退院調整加算 1

「慢性期病棟等退院調整加算 1」の施設基準の届出が「あり」という施設は 33.2%であった（本加算は平成 22 年度診療報酬改定で創設された）。届出時期は「平成 22 年 4 月」が 69.4%で最も多かった。平成 23 年 6 月 1 か月間の「慢性期病棟等退院調整加算 1」の算定回数は「0 回」が 53.2%であり、「～5 回未満」が 24.2%、「～10 回未満」が 8.1%であった。また、「退院支援計画作成加算」の算定実績がある施設は 31.6%、「退院加算」の算定実績がある施設は 24.6%であった。

図表 35 「慢性期病棟等退院調整加算 1」施設基準の届出状況



(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

図表 36 「慢性期病棟等退院調整加算 1」施設基準の届出時期

	施設数	構成割合
平成 22 年 4 月	86	69.4%
平成 22 年 5 月	7	5.6%
平成 22 年 6 月	3	2.4%
平成 22 年 7 月～平成 23 年 3 月	10	8.1%
平成 23 年 4 月～	12	9.7%
無回答	6	4.8%
全体	124	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

図表 37 「慢性期病棟等退院調整加算 1」の算定回数分布（平成 23 年 6 月 1 か月間）

	施設数	構成割合
0 回	66	53.2%
～5 回未満	30	24.2%
～10 回未満	10	8.1%
～20 回未満	1	0.8%
20 回以上	0	0.0%
無回答	17	13.7%
全体	124	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

図表 38 「慢性期病棟等退院調整加算 1」のうち退院支援計画作成加算及び退院加算の算定回数分布（平成 23 年 6 月 1 か月間）

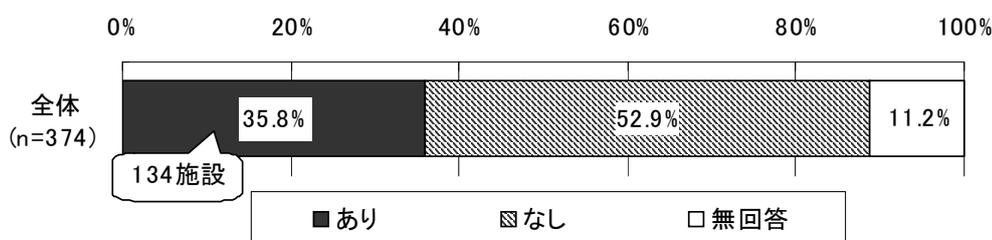
	退院支援計画作成加算		退院加算	
	施設数	構成割合	施設数	構成割合
0 回	41	36.0%	46	40.4%
～5 回未満	27	23.7%	22	19.3%
～10 回未満	3	2.6%	1	0.9%
～20 回未満	1	0.9%	3	2.6%
20 回以上	5	4.4%	2	1.8%
無回答	37	32.5%	40	35.1%
全体	114	100.0%	114	100.0%

（注）平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

9) 慢性期病棟等退院調整加算 2

「慢性期病棟等退院調整加算 2」の施設基準の届出が「あり」という施設は 35.8%であった（本加算は平成 22 年度診療報酬改定で創設された）。届出時期は「平成 22 年 4 月」が 62.7%で最も多かった。平成 23 年 6 月 1 か月間の「慢性期病棟等退院調整加算 2」の算定回数は「0 回」が 72.4%、「～5 回未満」が 11.2%、「～10 回未満」「～20 回未満」がそれぞれ 3.7%であった。「退院支援計画作成加算」の算定実績がある施設は 16.9%、「退院加算」の算定実績がある施設は 16.1%であった。

図表 39 「慢性期病棟等退院調整加算 2」施設基準の届出状況



（注）平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

図表 40 「慢性期病棟等退院調整加算 2」施設基準の届出時期

	施設数	構成割合
平成 22 年 4 月	84	62.7%
平成 22 年 5 月	1	0.7%
平成 22 年 6 月	5	3.7%
平成 22 年 7 月～平成 23 年 3 月	31	23.1%
平成 23 年 4 月～	6	4.5%
無回答	7	5.2%
全体	134	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

図表 41 「慢性期病棟等退院調整加算 2」の算定回数分布（平成 23 年 6 月 1 か月間）

	施設数	構成割合
0 回	97	72.4%
～5 回未満	15	11.2%
～10 回未満	5	3.7%
～20 回未満	5	3.7%
20 回以上	1	0.7%
無回答	11	8.2%
全体	134	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

図表 42 「慢性期病棟等退院調整加算 2」のうち退院支援計画作成加算及び退院加算の算定回数分布（平成 23 年 6 月 1 か月間）

	退院支援計画作成加算		退院加算	
	施設数	構成割合	施設数	構成割合
0 回	74	59.7%	74	59.7%
～5 回未満	12	9.7%	12	9.7%
～10 回未満	6	4.8%	7	5.6%
～20 回未満	3	2.4%	1	0.8%
20 回以上	0	0.0%	0	0.0%
無回答	29	23.4%	30	24.2%
全体	124	100.0%	124	100.0%

(注) 平成 22 年度診療報酬改定で創設された。

10) 退院時共同指導料 2

「退院時共同指導料 2」の算定回数の平均値についてみると、平成 21 年 6 月は 0.42 回、平成 23 年 6 月は 0.65 回であった。このうち、「当該施設の医師が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師と共同して指導を行った場合（300 点）」を算定した回数は、平成 21 年 6 月が 0.24 回、平成 23 年 6 月が 0.40 回であった。また、「当該施設の医師が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師若しくは看護師等、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）、居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか 3 者以上と共同して指導を行った場合（2,000 点）」の算定回数は、平成 21 年 6 月が 0.09 回、平成 23 年 6 月が 0.13 回であった。このうち、「ケアマネジャーと連携した回数」は、平成 21 年 6 月が 0.08 回、平成 23 年 6 月が 0.12 回であった。

図表 43 「退院時共同指導料 2」の算定回数 (n=246)

(単位：回)

		平成 21 年 6 月	平成 23 年 6 月	増減率
退院時共同指導料 2	平均値	0.42	0.65	54.8%
	標準偏差	1.48	1.98	
	中央値	0	0	-
当該施設の医師が、患者の退院後の在宅療養を担う 保険医療機関の医師と共同して指導を行った場合 (300 点)	平均値	0.24	0.40	63.3%
	標準偏差	0.95	1.49	
	中央値	0	0	-
当該施設の医師が、患者の退院後の在宅療養を担う 保険医療機関の医師若しくは看護師等、歯科医師若し くはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤 師、訪問看護ステーションの看護師等 (准看護師を除 く)、居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちい ずれか 3 者以上と共同して指導を行った場合 (2,000 点)	平均値	0.09	0.13	40.9%
	標準偏差	0.40	0.55	
	中央値	0	0	-
ケアマネジャーと連携した回数	平均値	0.08	0.12	45.0%
	標準偏差	0.42	0.64	
	中央値	0	0	-

(注) 平成 21 年 6 月及び平成 23 年 6 月について数値の記入があった 246 施設を集計対象とした。

11) 退院時リハビリテーション指導料

1 か月間の「退院時リハビリテーション指導料」の算定回数の平均は、平成 21 年 6 月が 23.3 回、平成 23 年 6 月が 29.2 回であった。

図表 44 「退院時リハビリテーション指導料」の算定回数

(単位：回)

	平成 21 年 6 月	平成 23 年 6 月	増減率
平均値	23.3	29.2	25.5%
標準偏差	41.9	59.8	
中央値	10	12	20.0%

(注) 平成 21 年 6 月及び平成 23 年 6 月について数値の記入があった 278 施設を集計対象とした。

12) 退院前訪問指導料

1 か月間の「退院前訪問指導料」の算定回数は、平成 21 年 6 月が 0.67 回、平成 23 年 6 月が 0.70 回であった。

図表 45 「退院前訪問指導料」の算定回数

(単位：回)

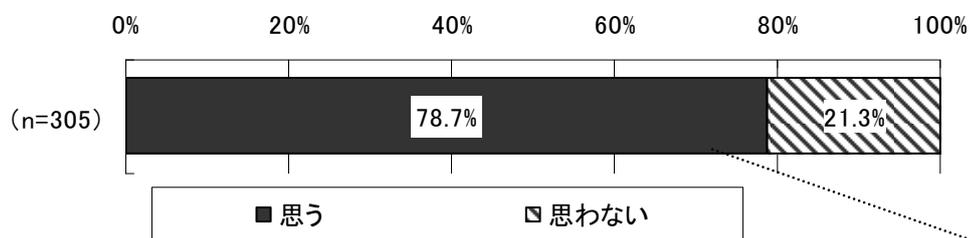
	平成 21 年 6 月	平成 23 年 6 月	増減率
平均値	0.67	0.70	5.6%
標準偏差	1.68	1.85	
中央値	0	0	-

(注) 平成 21 年 6 月及び平成 23 年 6 月について数値の記入があった 267 施設を集計対象とした。

④外泊中の訪問看護等

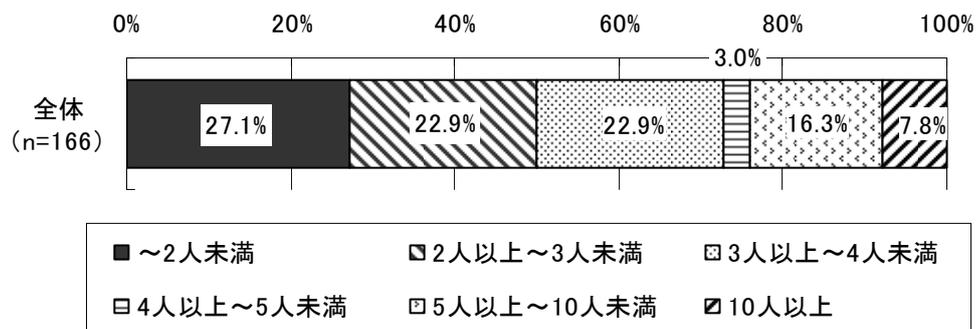
「外泊中に訪問看護が利用できることは患者の退院を促進すると思うか」という質問に対して、「思う」と回答した施設が78.7%、「思わない」と回答した施設が21.3%であった。また、「思う」と回答した施設に対して、外泊中の訪問看護利用で退院が促進できると考えられる患者数（1か月あたりの患者数）を尋ねたところ、「～2人未満」が27.1%、「2人以上～3人未満」「3人以上～4人未満」がそれぞれ22.9%、「5人以上～10人未満」が16.3%、「10人以上」が7.8%であった。

図表 46 外泊中の訪問看護が利用できることは、患者の退院を促進すると思うか
(回答のあった施設のみ)



(注) 無回答 69 件を除いた 305 件を集計対象とした。

図表 47 外泊中に訪問看護が利用できれば、退院が促進されると思われる患者数
(月あたり、退院を促進すると思うと回答した施設<回答のあった施設のみ>)



(注) 「外泊中の訪問看護が利用できることは、患者の退院を促進すると思うか」という質問に対して「思う」という回答のあった 240 件のうち、患者数について記入のあった 166 件を集計対象とした。

【外泊中に訪問看護が必要な患者】（自由記述式）

- ・ がん・がん末期の患者（同旨を含め 42 件）
- ・ ターミナル期の患者（同旨を含め 35 件）
- ・ 医療依存度の高い患者（同旨を含め 24 件）
- ・ 胃ろうの患者（同旨を含め 20 件）
- ・ インスリン療養中の患者（同旨を含め 15 件）
- ・ 吸引が必要な患者（同旨を含め 11 件）
- ・ 家族の不安が強い患者（同旨を含め 10 件）
- ・ 神経難病の患者（同旨を含め 9 件）
- ・ 不安が強い患者（同旨を含め 9 件）
- ・ 認知症の患者（同旨を含め 5 件）
- ・ 経鼻栄養の患者（同旨を含め 3 件）／等

⑤定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている施設・事業所数

当該施設が定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている施設・事業所数についてみると、「①病院・診療所」「②在宅療養支援病院・診療所」「③訪問看護ステーション」については年ごとに連携施設・事業所の数が増加している。一方で、「④歯科保険医療機関」「⑤保険薬局」「⑥介護老人保健施設」「⑦介護老人福祉施設」についてはほぼ横ばいであった。

平成23年6月1か月間における連携施設・事業所数は「①病院・診療所」が平均41.12箇所でもっとも多く、次いで「④歯科保険医療機関」が12.27箇所、「⑨居宅介護支援事業所」が8.17箇所であった。「①病院・診療所」「⑥介護老人保健施設」「⑨居宅介護支援事業所」を除くと中央値が「0」となっており、定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携施設・事業所がないという施設が多いことがわかる。

図表 48 定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている施設・事業所数
(n=131)

(単位：箇所)

		平成21年 6月	平成22年 6月	平成23年 6月
①病院・診療所	平均値	36.44	39.52	41.12
	中央値	5	5	5
②①のうち、在宅療養支援病院・診療所	平均値	2.69	3.14	3.23
	中央値	0	0	0
③訪問看護ステーション	平均値	2.95	3.05	3.43
	中央値	0	0	0
④歯科保険医療機関	平均値	12.27	12.23	12.27
	中央値	0	0	0
⑤保険薬局	平均値	2.31	2.35	2.45
	中央値	0	0	0
⑥介護老人保健施設	平均値	1.90	1.82	1.93
	中央値	1	1	1
⑦介護老人福祉施設	平均値	1.70	1.65	1.71
	中央値	0	0	0
⑧その他の施設	平均値	3.51	3.63	3.83
	中央値	0	1	0
⑨居宅介護支援事業所	平均値	6.99	6.85	8.17
	中央値	1	1	1

(注) 全ての項目について数値の記入があった131施設を集計対象とした。

連携施設・事業所がある施設に限定してみると、平成23年6月1か月間における連携施設・事業所数の中央値は「①病院・診療所」が9箇所でもっとも多く、次いで「⑨居宅介護支援事業所」が7箇所であった。

図表 49 定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている施設・事業所数
 <前記図表のうち、連携を行っている施設・事業所がある施設>

(単位：箇所)

		平成21年 6月	平成22年 6月	平成23年 6月
①病院・診療所	施設数	97	101	100
	平均値	49.2	51.3	53.9
	中央値	9	9	9
②①のうち、在宅療養支援病院・診療所	施設数	42	53	53
	平均値	8.4	7.8	8.0
	中央値	5	4	4
③訪問看護ステーション	施設数	59	60	64
	平均値	6.6	6.7	7.0
	中央値	3	3	3
④歯科保険医療機関	施設数	33	34	34
	平均値	48.7	47.1	47.3
	中央値	1	1.5	1
⑤保険薬局	施設数	27	28	30
	平均値	11.2	11.0	10.7
	中央値	1	1	1
⑥介護老人保健施設	施設数	69	67	67
	平均値	3.6	3.6	3.8
	中央値	2	2	3
⑦介護老人福祉施設	施設数	55	53	57
	平均値	4.1	4.1	3.9
	中央値	2	2	2
⑧その他の施設	施設数	65	66	64
	平均値	7.1	7.2	7.8
	中央値	3	3	4
⑨居宅介護支援事業所	施設数	72	73	74
	平均値	12.7	12.3	14.5
	中央値	7	7	7

(注)・前記の図表のうち、連携箇所が0でない施設のみを集計対象とした。

・「施設数」は連携施設・事業所があるという施設数。

⑥連携を行っている施設・事業所との定期会合の回数

連携施設・事業所がある施設における定期会合数についてみると、いずれも平均値が1未満で中央値が0という状況であった。

図表 50 連携を行っている施設・事業所との定期会合の回数 (n=145)

(単位：回)

		平成 21 年 6 月	平成 22 年 6 月	平成 23 年 6 月
①病院・診療所	平均値	0.66	0.74	0.71
	中央値	0	0	0
②①のうち、在宅療養支援病院・診療所	平均値	0.12	0.19	0.19
	中央値	0	0	0
③訪問看護ステーション	平均値	0.27	0.30	0.43
	中央値	0	0	0
④歯科保険医療機関	平均値	0.03	0.03	0.03
	中央値	0	0	0
⑤保険薬局	平均値	0.07	0.09	0.10
	中央値	0	0	0
⑥介護老人保健施設	平均値	0.34	0.38	0.40
	中央値	0	0	0
⑦介護老人福祉施設	平均値	0.15	0.19	0.18
	中央値	0	0	0
⑧その他の施設	平均値	0.23	0.24	0.39
	中央値	0	0	0
⑨居宅介護支援事業所	平均値	0.34	0.37	0.50
	中央値	0	0	0

(注) 全ての項目について数値の記入があった 145 施設を集計対象とした。

定期会合の実績のあった施設に限定してみると、実績のある施設数は平成 21 年、22 年、23 年で大きくは増加していない。また、定期会合数についても「③訪問看護ステーション」「⑧その他の施設」「⑨居宅介護支援事業所」では若干増加したものの、他の施設・事業所はほとんど変化がみられなかった。

図表 51 連携を行っている施設・事業所との定期会合の回数
 <前記図表のうち、定期会合を行った実績がある施設>

(単位：回)

		平成 21 年 6 月	平成 22 年 6 月	平成 23 年 6 月
①病院・診療所	施設数	39	41	41
	平均値	2.2	2.4	2.3
	中央値	1	1	1
②①のうち、在宅療養支援病院・診療所	施設数	10	13	15
	平均値	1.5	1.9	1.6
	中央値	1	1	1
③訪問看護ステーション	施設数	23	26	27
	平均値	1.6	1.6	2.2
	中央値	1	1	1
④歯科保険医療機関	施設数	4	4	4
	平均値	1.0	1.0	1.0
	中央値	1	1	1
⑤保険薬局	施設数	9	11	11
	平均値	1.0	1.1	1.2
	中央値	1	1	1
⑥介護老人保健施設	施設数	25	27	29
	平均値	1.8	2.0	1.9
	中央値	1	1	1
⑦介護老人福祉施設	施設数	15	18	17
	平均値	1.4	1.5	1.4
	中央値	1	1	1
⑧その他の施設	施設数	13	14	15
	平均値	2.4	2.5	3.6
	中央値	1	1	1
⑨居宅介護支援事業所	施設数	26	28	29
	平均値	1.7	1.8	2.2
	中央値	1	1	1

(注)・前記の図表のうち、定期会合数が 0 でない施設のみを集計対象とした。

・「施設数」は連携施設・事業所との定期会合の実績があるという施設数。

⑦連携を行っている病院・診療所のうち、当該施設を入院医療機関としている病院・診療所数
 当該施設と連携している病院・診療所数は平均 40.5（中央値は 5）箇所であり、このうち、当該施設を緊急時の入院医療機関としている病院・診療所は 7.0（中央値は 0）箇所であった。このうち在宅療養支援病院・診療所は 2.2（中央値 0）箇所であった。

図表 52 連携を行っている病院・診療所のうち、当該施設を入院医療機関としている病院・診療所数（1施設あたり、n=119）

（単位：箇所）

	平均値	標準偏差	中央値
①連携を行っている病院・診療所	40.5	108.4	5
②①のうち、当該施設を緊急時の入院医療機関としている病院・診療所数	7.0	26.8	0
③②のうち在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所の数	2.2	8.1	0

（注）全ての項目について数値の記入があった 119 施設を集計対象とした。

(3) 退院患者数の状況（平成21年6月及び平成23年6月1か月間）

①退院患者数の状況（平成21年6月及び平成23年6月1か月間）

本調査で回答のあった158施設についてみると、平成21年6月に退院した患者数は48,311人であったが、平成23年6月には50,763人と5.1%増加した。このうち退院調整をした患者数は、平成21年6月には5,056人であったのが平成23年6月には6,377人と26.1%増加し、退院患者数に占める割合も10.5%から12.6%に増加した。また、在宅医療に移行した患者数は、平成21年6月には402人であったのが平成23年6月には493人と22.6%増加した。特に他院の在宅医療を受けている患者数が226人から306人へと35.4%と大きく増加した。

図表 53 退院患者数の状況（158施設での総人数）

	平成21年6月		平成23年6月		増加率
	人数 (人)	構成 割合	人数 (人)	構成 割合	
①退院患者数	48,311	100.0%	50,763	100.0%	5.1%
②退院調整をした患者数(加算算定の有無を問わず)	5,056	10.5%	6,377	12.6%	26.1%
③他医療機関へ転院した患者数	2,567	5.3%	2,858	5.6%	11.3%
④特別養護老人ホーム、認知症高齢者グループホーム等の施設に入所した患者数	816	1.7%	996	2.0%	22.1%
⑤自院に外来通院となった患者数	16,573	34.3%	17,691	34.9%	6.7%
⑥在宅医療(訪問診療及び訪問看護)に移行した患者数	402	0.8%	493	1.0%	22.6%
⑦自院の在宅医療を受けている患者数	142	0.3%	166	0.3%	16.9%
⑧他院の在宅医療を受けている患者数	226	0.5%	306	0.6%	35.4%
⑨退院時共同指導料を算定した患者数	19	0.0%	37	0.1%	94.7%
⑩死亡退院患者数	1,549	3.2%	1,741	3.4%	12.4%

(注)・全ての項目について記入のあった158施設を集計対象とした。

・構成割合は、「①退院患者数」に対する該当患者数の割合。

図表 54 退院患者数の状況（1施設あたり平均、n=158）

	平成 21 年 6 月		平成 23 年 6 月	
	人数 (人)	構成 割合	人数 (人)	構成 割合
①退院患者数	305.8	100.0%	321.3	100.0%
②退院調整をした患者数(加算算定の有無を問わず)	32.0	10.5%	40.4	12.6%
③他医療機関へ転院した患者数	16.2	5.3%	18.1	5.6%
④特別養護老人ホーム、認知症高齢者グループホーム等の施設に入所した患者数	5.2	1.7%	6.3	2.0%
⑤自院に外来通院となった患者数	104.9	34.3%	112.0	34.9%
⑥在宅医療(訪問診療及び訪問看護)に移行した患者数	2.5	0.8%	3.1	1.0%
⑦自院の在宅医療を受けている患者数	0.9	0.3%	1.1	0.3%
⑧他院の在宅医療を受けている患者数	1.4	0.5%	1.9	0.6%
⑨退院時共同指導料を算定した患者数	0.1	0.0%	0.2	0.1%
⑩死亡退院患者数	9.8	3.2%	11.0	3.4%

(注)・全ての項目について記入のあった 158 施設を集計対象とした。

・構成割合は、「①退院患者数」に対する該当患者数の割合。

②退院調整を効果的に行うために工夫していること（事例）

退院調整を効果的に行うために工夫していることを自由記述形式で記載していただいた。以下は、その事例である。

【退院調整を効果的に行うために工夫していること】（自由記述形式、事例）

- ・ 患者が入院した時点で、退院調整の必要性の有無をスクリーニングして、各病棟からオーダーリング上で後方支援の依頼を当院地域医療連携センターに行えるようにしている。これにより、退院調整を行っていく上での問題点等を早期に確認できている。
- ・ 急性発症直後から、今後の方針に関するチームカンファレンスを行っている。評価において、残存する後遺障害の予測を立て、家族や患者の目指すゴール設定を行っている。病状の安定が確認できた時点で、介護保険や身体障害者手帳の申請に関する説明を行う。随時チームカンファレンスや担当看護師による家族面談を行い、最終的には家族を交えたカンファレンスを実施することで、効果的な退院調整が実施できている。
- ・ 入院早期より主治医、病棟看護師が要退院支援患者をスクリーニングし医療ソーシャルワーカーに介入依頼するシステムとしている。医療ソーシャルワーカーを病棟担当制とし、定期的に病棟を訪問したりカンファレンスに参加することで要退院支援患者の早期発見、早期対応に努めている。
- ・ 病棟看護師の退院調整に関するアセスメント能力を向上させるために、退院支援調整研

修を実施している。また、退院支援・調整マニュアルを作成し、退院フローシート、情報サポート用紙、退院調整アセスメントシートを使用し、スムーズに退院調整ができるようにしている。

- ・ 退院調整看護師と病棟看護師（プライマリナース）との連携・患者の情報共有。
- ・ 週 1 回退院調整看護師・MSW が各病棟のカンファレンスに参加している。
- ・ 入院後早い時期（1 週間以内くらい）に退院調整が必要な患者かどうかの評価を行い、早期に介入することで病棟からの情報を収集するようにしている。また、外部の方々とはなるべく顔の見える関係を築くということで、地域の会議等に積極的に参加し、連携をとりやすくしている。
- ・ 入院時に退院調整が必要になる可能性の高い患者をスコア化してリストアップしておく。緊急入院の受入れ病棟等退院調整が必要になりそうな患者については頻度高く病棟をラウンドし、情報を集めておく。転院先となる病院との定期的な連携懇談会を開催してコミュニケーションを図っておく。
- ・ 在宅に移行する場合は、退院前に外泊を行い問題点を抽出し、（入院中に問題を）解決してから在宅に移行する。
- ・ 週 1 回退院調整会議を行っている。
- ・ 本人や家族の希望を聞きながら調整するのと同時に、介護者の状況を把握し、介護力評価を行っている。
- ・ ケアマネジャーや行政などと連絡を取り合う。
- ・ 地域連携パスの導入（脳外、整形、5 大がん）。
- ・ 地域との連携の強化、ネットワークづくり（地域とノウハウ共有会の参加、退院支援看護師の集まりを定期的実施し参加している）。
- ・ 一般診療では、入院時より、主治医・MSW 等による退院調整に入る。回復期病棟では、カンファレンス時に在宅生活を想定した退院時期を可能な限り決定している。
- ・ 退院支援スクリーニングシートを入院時に看護師がチェックし、24 時間以内に連携室に FAX を送付する体制で早期に介入している。
- ・ 病棟にて全患者 48 時間以内にスクリーニングを行い、入院後 1 週間以内にアセスメントを退院調整部門に伝えるシステムを構築し、早期介入を行っている。
- ・ 他の医療機関から、メールや FAX で空床状況の連絡を頂いている。
- ・ 週に 2 回退院支援看護師と MSW が病棟ラウンドを行い、退院支援について医師や病棟看護師と患者情報の共有・交換を行い、患者が安心して退院できるように努めている。
- ・ 院内スタッフの退院支援に対する意識、レベルを高めるため、セミナーを年に 5 回開催している。
- ・ 退院支援に関わる業務を事例研究としてとりまとめ、院内の研究会で発表している。
- ・ ①入院時と入院後 7 日目頃、退院支援が必要か否かのスクリーニング。②入院時のスクリーニングで退院支援必要と判断した患者、介護保険利用者に対して病室訪問。③「介護支援連携指導」ケアマネ、患者、家族、看護師との情報交換、退院支援プラン立案。④「退院支援計画」65 歳以上退院困難な患者に対して計画を立案し、退院調整を行う。

⑤「総合評価」認知機能を評価し、早期退院支援。

- ・ ①電子カルテシステムを用いた退院調整目的のスクリーニングシステムの構築。②電子カルテシステムを用いた、退院調整依頼のシステム構築。③退院調整依頼の多い診療科、病棟との定期カンファレンス（週1回程度）。
- ・ 医療連携は基本的に電話1本、シームレスな連携を促す。さらに社会的な問題で転院先が受入れを判断しないという暗黙の合意を地域で形成している。それを実現するため、転院後の未収金発生の防止、社会的入院の防止などの対策を紹介元が責任をもって実施。退院困難が予測されるものの、入院時スクリーニングにおいて、経済的問題があるものを広く発見し、入院日より援助できるシステムを採用している。それを未収金対策にとどめることなく治療終了後の転院や施設入所の必要を予測しつつ援助計画を立てる。そのことがシームレスな医療連携や、長期の社会的入院の回避に貢献している。
- ・ 「退院後の生活についてチームで支援します」リーフレットを作成し、入院案内に入れて入院患者へ情報提供している。
- ・ 地域医療連携室、MSW2名の担当病棟（診療科）を決め、各々の担当病棟カンファレンスには参加している。地域連携係長（看護師長）が定期的に病棟ラウンドして、PTのスクリーニングを始めた。
- ・ 退院が間近な患者については、ケアマネジャーと連携をとり、自宅での生活がスムーズにできるようにしている。介護保険の申請が必要な患者については申請代行をしたり、介護保険利用者については担当のケアマネジャーと連携をとるようにしている。
- ・ 退院支援・退院調整のマニュアルを作成し、院内で統一して対応できるようにしている。退院調整を推進するため、他職種で構成された院内委員会と看護部内の委員会の2つを設置し連携して取り組んでいる。退院調整を担当する地域医療室職員（看護師、MSW）を交えた退院支援カンファレンスを各病棟で週1回開催している。
- ・ 入院当初より、介護サービスが必要な人には区役所に介護保険の申請を手続きし、訪問調査には退院後に担当してもらうケアマネジャーに同席してもらい、できるだけ早く課題とサービスをつなげて自宅に退院してもらうように取り組んでいる。必要であれば、担当PTと家屋評価も行っている。／等

③在宅医療を実施していく上で受けてみたい研修

在宅医療を実施していく上で受けてみたい研修を自由記述形式で記載していただいた。以下は、その抜粋である。

【在宅医療を実施していく上で受けてみたい研修】（自由記述形式、抜粋）

- ・ 在宅で行う医療行為（点滴・経管栄養・酸素吸入・人工呼吸器等）の実際／在宅医療の知識、見学・体験ができる研修により本人や家族へ説明ができる（同旨を含め 26 件）
- ・ 訪問看護／訪問看護の事例検討／体験（同旨を含め 23 件）
- ・ 在宅の症例／在宅医療を実施している医師から在宅医療の実際について話を聞きたい（同旨を含め 22 件）
- ・ 法令関係／介護保険制度／介護保険、医療保険の対象と違い（同旨を含め 19 件）
- ・ 病院から在宅に移行するための研修／退院支援・連携・調整業務の方法／退院調整の成功事例（同旨を含め 17 件）
- ・ 診療報酬／報酬上のルール（同旨を含め 14 件）
- ・ ターミナルケア／ターミナル時の連携のとり方／在宅での看取り（同旨を含め 14 件）
- ・ 在宅での緩和ケア（同旨を含め 9 件）
- ・ 円滑な情報共有を行える地域ネットワークづくりの研修（同旨を含め 8 件）
- ・ 多職種による連携についての合同研修会（同旨を含め 7 件）
- ・ 社会資源の把握（同旨を含め 7 件）
- ・ 地域連携をスムーズに行うための病院・診療所・訪問看護ステーション等の合同研修（同旨を含め 7 件）
- ・ 各関係者が在宅医療の先進事例について学ぶ連携の場やトータルケアを実践していく上での知識・技術の向上を図れる研修（同旨を含め 6 件）
- ・ 在宅で必要な医療材料などに関する医師・看護師への研修／在宅で使用可能な医療機器の情報（同旨を含め 5 件）
- ・ 保健分野の活動や制度／福祉制度（同旨を含め 4 件）
- ・ 在宅にて介護を行う家族に対する心理的な支援等についての講習（同旨を含め 4 件）
- ・ 在宅スタッフとの症例検討会などを通じた、現在の退院調整に関する評価（同旨を含め 3 件）。
- ・ 患者・家族へのアプローチなどの研修（同旨を含め 2 件）
- ・ 往診医・訪問看護師による、退院前に病院内で指導しておいた方がよいこと、提供した方がよい情報などに関する研修（同旨を含め 2 件）。
- ・ 特定疾患患者の医療／がん・神経難病・小児それぞれを得意としている在宅医療ネットワークを作るにはどうすればよいか（同旨を含め 2 件）
- ・ 福祉用具、在宅改修に関する研修（同旨を含め 2 件）
- ・ 在宅医療の今後の動向、在宅医療の可能性（同旨を含め 2 件）
- ・ 専門外の取組（例えば、歯科医・ST が主催している研修など）（同旨を含め 2 件）
- ・ 連携パスにおけるかかりつけ医の役割

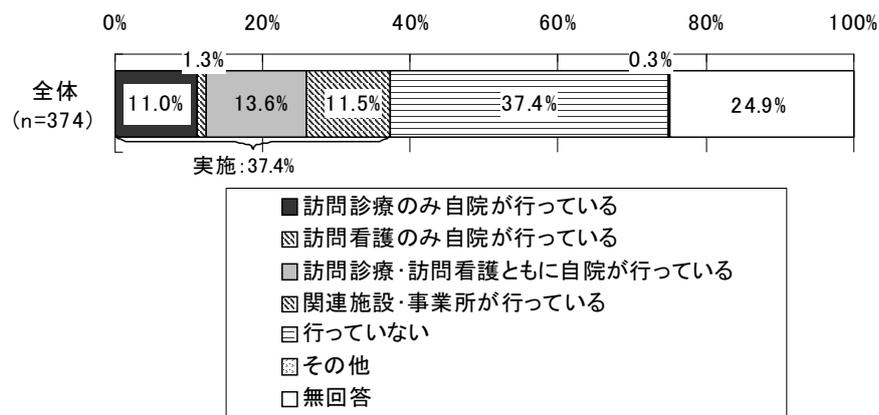
- ・ 病状悪化、急変時等の対応についての研修
- ・ 感染対策・医療安全対策
- ・ 在宅医療を支える病院の役割
- ・ 在宅医学統計
- ・ 窓口担当者との連携方法
- ・ 在宅側との退院前カンファレンスの開催方法
- ・ 虐待対応
- ・ 認知症の今後の対応策
- ・ 透析の今後の対応策
- ・ 総合的短期型支援の方法と実際
- ・ 老人保健施設の活かし方
- ・ 海外の在宅医療
- ・ 在宅療養支援病院
- ・ 在宅調整の困難事例
- ・ トラブルケーススタディ
- ・ 施設入所のための手続き・連絡方法
- ・ 基礎的医療知識
- ・ 体交・移動・オムツの替え方などの具体的な介護知識 / 等

(4) 退院後のフォロー状況

① 訪問診療や訪問看護の実施状況等

訪問診療や訪問看護の実施状況については、「訪問診療のみ自院が行っている」が 11.0%、「訪問看護のみ自院が行っている（併設の訪問看護ステーションは含まない）」が 1.3%、「訪問診療・訪問看護ともに自院が行っている」が 13.6%、「関連施設・事業所が行っている」が 11.5%、「行っていない」が 37.4%であった。

図表 55 訪問診療や訪問看護などの在宅医療の状況



(注) 「その他」の内容として、「関連の事業所が行っているが、年数件のみ自院で訪問診療を行う」が挙げられた。

②緊急入院の対応状況等の実績

緊急入院の対応状況等の実績についてみると、「救急・在宅等支援療養病床初期加算」の算定回数は、平成23年5月が平均27.5回、6月が27.2回であった。「在宅患者緊急入院診療加算－連携医療機関（1300点）」及び「在宅患者緊急入院診療加算－連携医療機関以外（650点）」の算定回数は平成23年5月、6月ともに0.0回であった。

図表 56 緊急入院等に関する算定回数（n=248）

（単位：回）

	平成23年5月			平成23年6月		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
救急・在宅等支援療養病床初期加算	27.5	68.9	0	27.2	67.6	0
在宅患者緊急入院診療加算－連携医療機関(1300点)	0.0	0.2	0	0.0	0.5	0
在宅患者緊急入院診療加算－連携医療機関以外(650点)	0.0	0.3	0	0.0	0.2	0

（注）全ての項目について記入のあった248施設を集計対象とした。

次に、算定実績のある施設に限定してみると、「救急・在宅等支援療養病床初期加算」を算定した実績を有する施設は、平成23年5月及び6月ともに51施設であり、その平均算定回数は5月が133.6回、6月が132.2回であった。また、「在宅患者緊急入院診療加算－連携医療機関（1300点）」を算定した実績を有する施設は、平成23年5月が4施設、6月が3施設であり、その平均算定回数はそれぞれ1.3回、4.0回であった。さらに、「在宅患者緊急入院診療加算－連携医療機関以外（650点）」を算定した実績を有する施設は、平成23年5月が4施設、6月が6施設であり、その平均算定回数はそれぞれ2.0回、1.3回であった。

図表 57 緊急入院等に関する算定回数<前記図表のうち、算定実績のある施設>

（単位：施設数は「件」、他は「回」）

	平成23年5月				平成23年6月			
	施設数	平均値	標準偏差	中央値	施設数	平均値	標準偏差	中央値
救急・在宅等支援療養病床初期加算	51	133.6	94.8	113	51	132.2	91.8	117
在宅患者緊急入院診療加算－連携医療機関(1300点)	4	1.3	0.5	1	3	4.0	3.5	2
在宅患者緊急入院診療加算－連携医療機関以外(650点)	4	2.0	1.4	1.5	6	1.3	0.8	1

（注）・前記の図表のうち、算定回数が0でない施設のみを集計対象とした。

・施設数は算定実績がある施設数。

緊急入院の患者数として、「在宅療養支援診療所等の医療機関から連絡を受け、入院した患者数」についてみると、1施設あたりの平均患者数は、平成21年6月が14.5人であり、平成23年6月が15.1人であった。このうち、「緊急入院した患者数」の平均は、平成21年6月が7.9人であり、平成23年6月が7.5人であった。また、「当該施設を緊急時の入院医療機関として連携している医療機関から連絡を受け、入院した患者数」は、平成21年6月が6.2人であり、平成23年6月が5.3人であった。このうち、「緊急入院した患者数」の平均は、平成21年6月が3.2人であり、平成23年6月が2.4人であった。

図表 58 緊急入院の患者数等 (n=173)

(単位：人)

		平成21年 6月	平成23年 6月
①在宅療養支援診療所等の医療機関から連絡を受け、入院した患者数	平均値	14.5	15.1
	標準偏差	65.9	69.2
	中央値	0	0
②(うち)緊急入院した患者数	平均値	7.9	7.5
	標準偏差	38.3	41.6
	中央値	0	0
③①のうち当該施設を緊急時の入院医療機関として連携している医療機関から連絡を受け、入院した患者数	平均値	6.2	5.3
	標準偏差	29.3	22.3
	中央値	0	0
④(うち)緊急入院した患者数	平均値	3.2	2.4
	標準偏差	13.4	10.5
	中央値	0	0

(注) 全ての項目について記入のあった173施設を集計対象とした。

次に、該当患者がいた施設に限定してみると、「在宅療養支援診療所等の医療機関から連絡を受け、入院した患者数」の1施設あたりの平均は、平成21年6月が53.4人であり、平成23年6月が50.2人であった。このうち、「緊急入院した患者数」の平均は、平成21年6月が34.9人であり、平成23年6月が30.0人であった。また、「当該施設を緊急時の入院医療機関として連携している医療機関から連絡を受け、入院した患者数」は、平成21年6月が33.3人であり、平成23年6月が26.8人であった。このうち、「緊急入院した患者数」の平均は、平成21年6月が18.9人であり、平成23年6月が14.2人であった。

図表 59 緊急入院の患者数等<前記図表のうち、該当患者がいた施設>

(単位：施設数は「件」、他は「人」)

		平成21年 6月	平成23年 6月
①在宅療養支援診療所等の医療機関から連絡を受け、入院した患者数	施設数	47	52
	平均値	53.4	50.2
	標準偏差	118.9	119.8
	中央値	10	6
②(うち)緊急入院した患者数	施設数	39	43
	平均値	34.9	30.0
	標準偏差	75.3	80.0
	中央値	6	4
③(うち)当該施設を緊急時の入院医療機関として連携している医療機関から連絡を受け、入院した患者数	施設数	32	34
	平均値	33.3	26.8
	標準偏差	61.9	44.6
	中央値	6	6
④(うち)緊急入院した患者数	施設数	29	29
	平均値	18.9	14.2
	標準偏差	28.2	22.5
	中央値	4	3

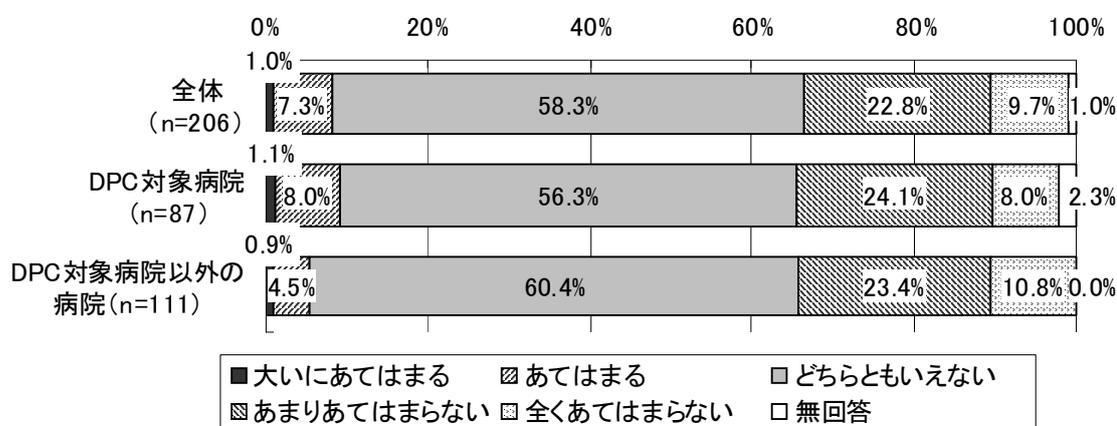
(注)・前記の図表のうち、患者数が0でない施設のみを集計対象とした。

・「施設数」は該当患者がいた施設数。

(5) 他医療機関等との連携による効果等

他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有などの連携を行うことで、「救急外来受診や再入院が減った」かを尋ねたところ、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合は8.3%であった。「どちらともいえない」が58.3%で最も多かった。一方、「あまりあてはまらない」「あてはまらない」を合わせた割合は32.5%で「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合よりも高い結果となった。

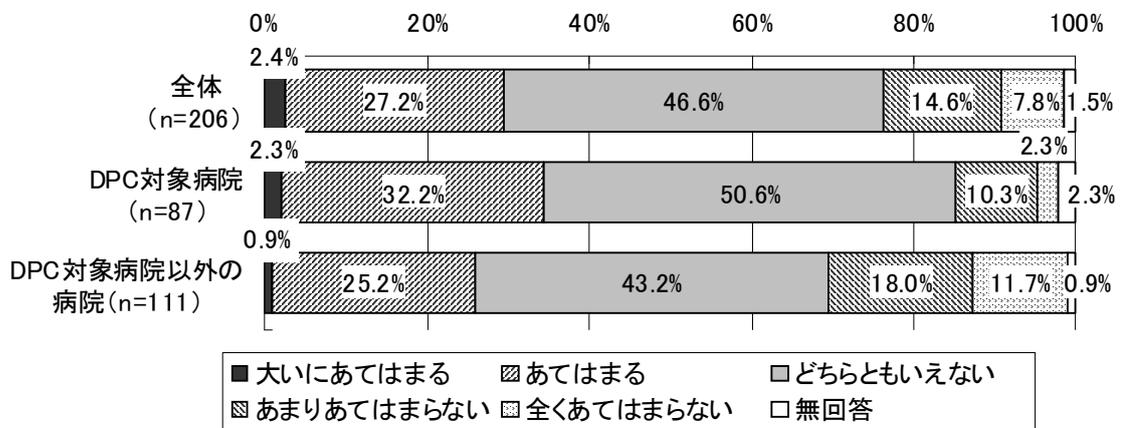
図表 60 他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携による効果等
 <救急外来受診や再入院が減った>



(注) 対象施設 280 施設のうち、7つの効果等について全て無回答であった 74 施設を除いて集計した。

他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有などの連携を行うことで、「在宅医療を提供する在宅療養支援診療所等の他医療機関からの紹介入院が増えた」かを尋ねたところ、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合は29.6%であった。「どちらともいえない」が46.6%で最も多かった。一方、「あまりあてはまらない」「あてはまらない」を合わせた割合は22.4%で「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合のほうが高かった。

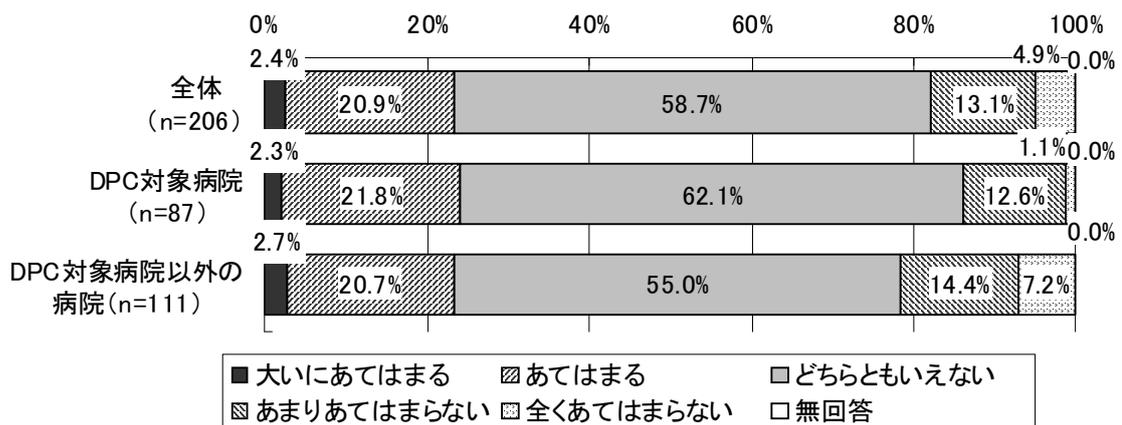
図表 61 他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携による効果等
 <在宅医療を提供する在宅療養支援診療所等の他医療機関からの紹介入院が増えた>



(注) 対象施設 280 施設のうち、7つの効果等について全て無回答であった 74 施設を除いて集計した。

他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有などの連携を行うことで、「自宅退院が増えた」かを尋ねたところ、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合は 23.3%であった。「どちらともいえない」が 58.7%で最も多かった。一方、「あまりあてはまらない」「あてはまらない」を合わせた割合は 18.0%で「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合のほうが高かった。

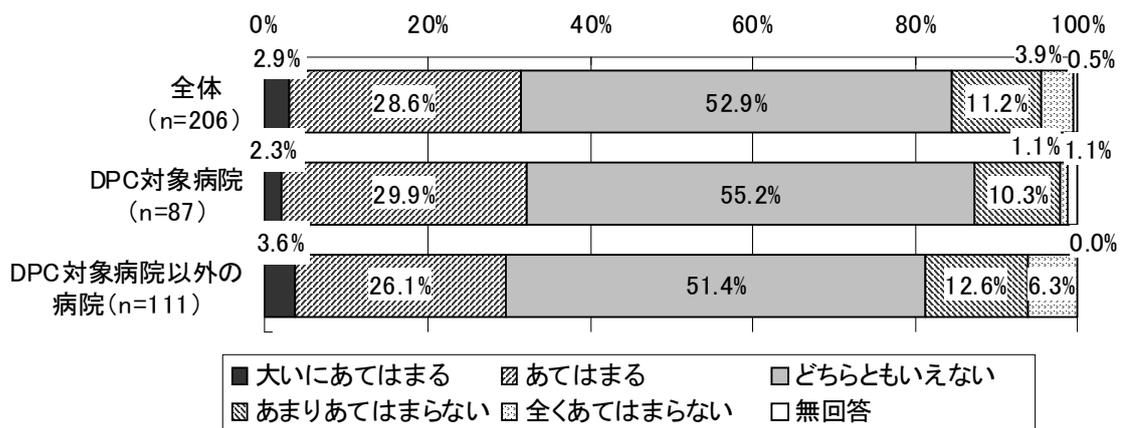
図表 62 他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携による効果等
 <自宅退院が増えた>



(注) 対象施設 280 施設のうち、7つの効果等について全て無回答であった 74 施設を除いて集計した。

他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有などの連携を行うことで、「退院・転院に関する患者の苦情やトラブルが減った」かを尋ねたところ、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合は31.5%であった。「どちらともいえない」が52.9%で最も多かった。一方、「あまりあてはまらない」「あてはまらない」を合わせた割合は15.1%で「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合のほうが高かった。

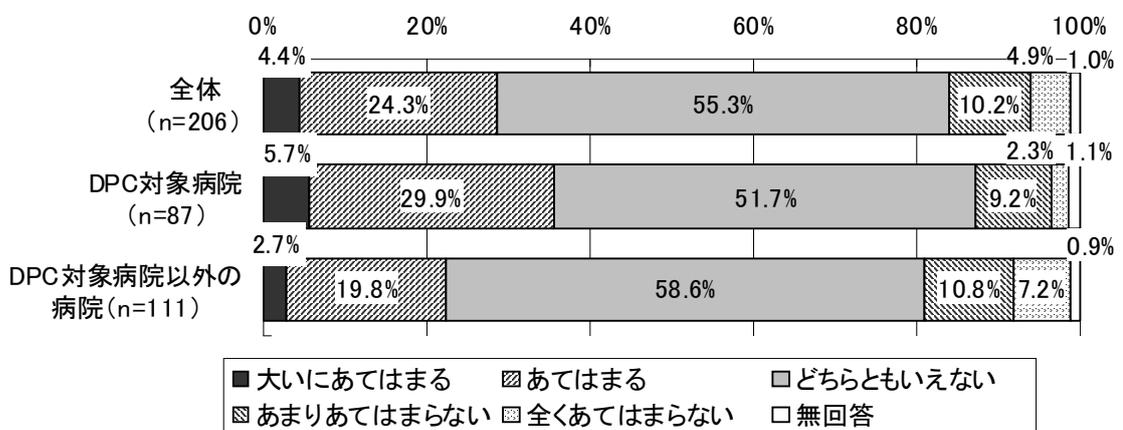
図表 63 他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携による効果等
 <退院・転院に関する患者の苦情やトラブルが減った>



(注) 対象施設 280 施設のうち、7つの効果等について全て無回答であった74施設を除いて集計した。

他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有などの連携を行うことで、「平均在院日数が減った」かを尋ねたところ、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合は28.7%であった。「どちらともいえない」が55.3%で最も多かった。一方、「あまりあてはまらない」「あてはまらない」を合わせた割合は15.1%で「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合のほうが高かった。特にDPC対象病院で肯定的な評価の割合が高かった。

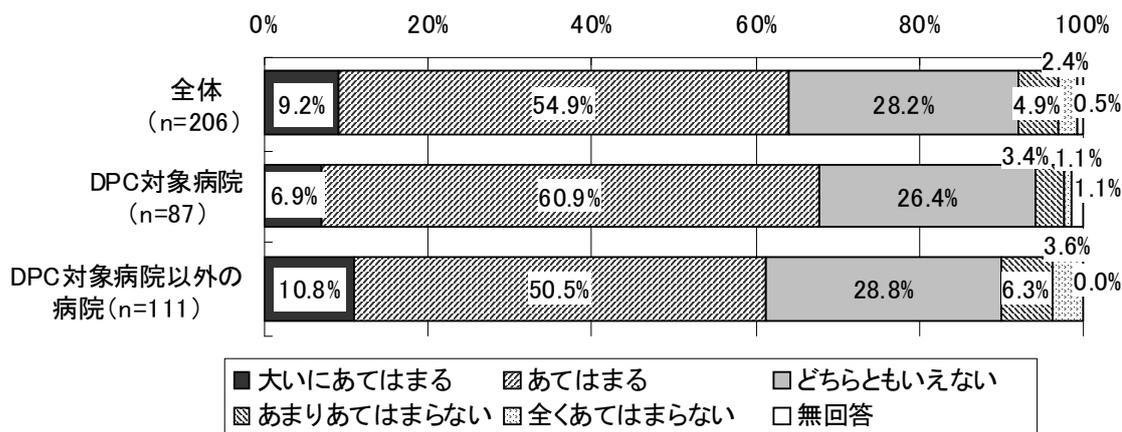
図表 64 他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携による効果等
 <平均在院日数が減った>



(注) 対象施設 280 施設のうち、7つの効果等について全て無回答であった74施設を除いて集計した。

他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有などの連携を行うことで、「他施設との連携の重要性について、院内のスタッフの理解が深まった」かを尋ねたところ、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合は 64.1%であった。「どちらともいえない」は 28.2%であった。「あまりあてはまらない」「あてはまらない」を合わせた割合は 7.3%で「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合のほうが高かった。

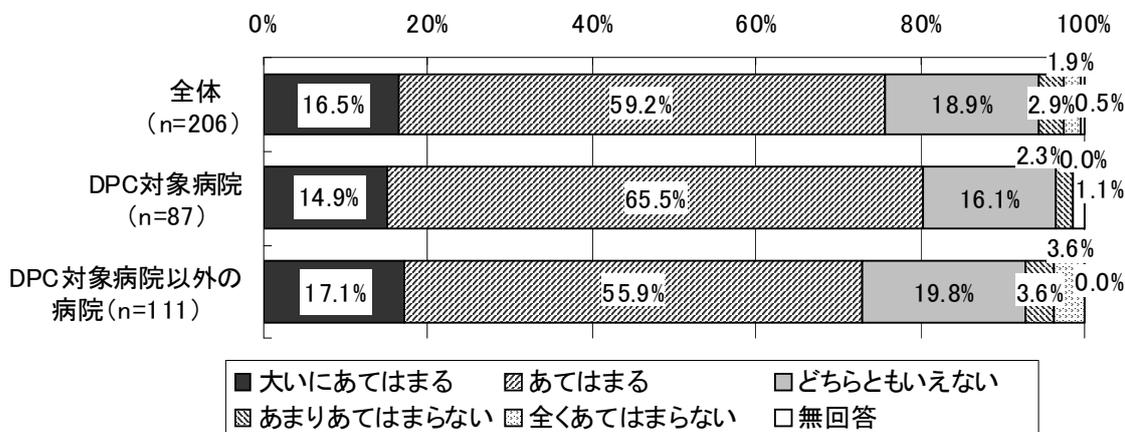
図表 65 他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携による効果等
 <他施設との連携の重要性について、院内のスタッフの理解が深まった>



(注) 対象施設 280 施設のうち、7つの効果等について全て無回答であった 74 施設を除いて集計した。

他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有などの連携を行うことで、「他の医療機関や介護保険施設・事業所等との連携が良くなった」かを尋ねたところ、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合は 75.7%であった。「どちらともいえない」は 18.9%で、「あまりあてはまらない」「あてはまらない」を合わせた割合は 4.8%であった。他の項目と比較しても、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合が高かった。

図表 66 他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携による効果等
 <他の医療機関や介護保険施設・事業所等との連携が良くなった>

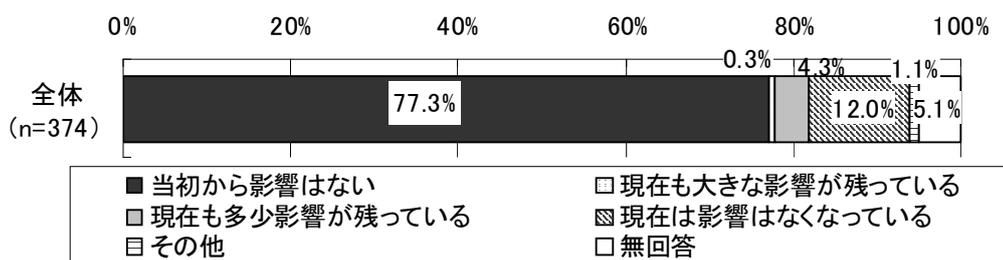


(注) 対象施設 280 施設のうち、7つの効果等について全て無回答であった 74 施設を除いて集計した。

(6) 東日本大震災の影響等

平成 23 年 3 月 11 日の東日本大震災によって退院調整や退院後のフォロー等に関して患者数などに影響があったかを尋ねたところ、「当初から影響はない」が 77.3%と最も多かった。「現在も大きな影響が残っている」が 0.3%、「現在も多少影響が残っている」が 4.3%、「現在は影響はなくなっている」が 12.0%であった。

図表 67 東日本大震災によって、現在においても退院調整や退院後のフォロー等に関して患者数などに影響があるか



【影響の具体的な内容】（自由記述形式）

<地震の影響>

- ・ 被災した特養や老健があり、入所やショートステイが利用できなくなっている。
- ・ 被災者の退院先や介護保険、医療福祉サービスの調整に苦慮。
- ・ 被災地より入院した患者の退院後転帰場所の問題。
- ・ 退院調整のためキーパーソンとなる家族が東北在住であり、連絡がつかなくなって調整が延期となった。
- ・ 物品の確保／薬や注入食に制限／介護用ベッド、車椅子等の福祉用具の確保。
- ・ 住宅改修を利用しないと在宅での生活が難しい患者で、材料不足による改修工事の延期で入院が延びた。
- ・ スタッフの人数の確保／往診医、訪問看護師などの確保。
- ・ 被災地住民の転院・退院支援が増加した。
- ・ 遠方からの受入れのため、入院時間が夜間、深夜（当院規定外）であった。
- ・ 当院から精神病院への転院の際に、転院先病院も避難患者を受け入れていたため、受け入れ先を探すのに難渋した。
- ・ 後方支援病院として入院患者を受け入れるため、病床オーバーがみられた。在院患者の退院調整期間を短くせざるを得なかった。

<停電の影響>

- ・ 地震や停電（計画停電も含む）に対する不安が強く、退院できない／人工呼吸器患児の退院延期（停電時の不安や大きな震災時の対応への不安のため）（同旨を含め 10 件）。
- ・ 地震に伴う、電力不足問題により、自宅生活（介護施設）ができなくなるとのことで療養目的での入院依頼があった（同旨を含め 2 件）。
- ・ 退院調整の連絡中に先方が停電になり、その日は連絡がつかなくなった。
- ・ 停電予定表を見ながら、入院日・時間の調整をした。エレベーターの使用可能時間も考慮しなければならなかった。
- ・ 転院が決まっていたが、停電により交通手段がなくなり、家族が来院できなくなった。
- ・ 計画停電が医療機関でも実施されたことにより、CT や MRI など十分な検査ができないとの理由で、埼玉県東部や遠方から患者が搬送され、近隣の患者受入れや転院支援に苦慮した。 / 等

(7) 入院医療機関における患者の概要 (患者調査)

「入院医療機関票」に個別の対象患者の状態や退院調整の実績などを尋ねる質問を設けた。下記①～⑤の症例に当てはまる患者それぞれ1名について、患者の状態や退院調整の実績などを質問し、施設調査項目と合わせて回答していただいた。

【有効回答症例数】

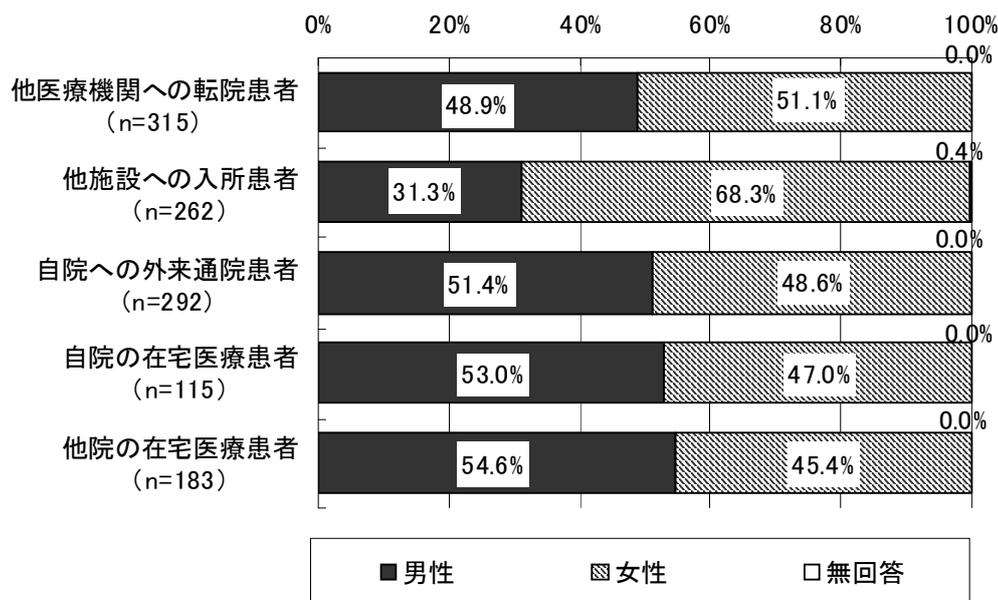
- ①他医療機関への転院患者 (315名)
- ②他施設への入所患者 (262名)
- ③自院への外来通院患者 (292名)
- ④自院の在宅医療患者 (115名)
- ⑤他院の在宅医療患者 (183名)

※上記の症例数は、各施設に①～⑤に該当する患者を1名ずつ抽出・本調査に回答していただいた結果であり、実際の転帰別該当患者数の分布を反映した症例数ではないことに注意する必要がある。

①性別

性別についてみると、「他施設への入所患者」では男性が31.3%、女性が68.3%と女性の割合が他の患者と比較して高かった。

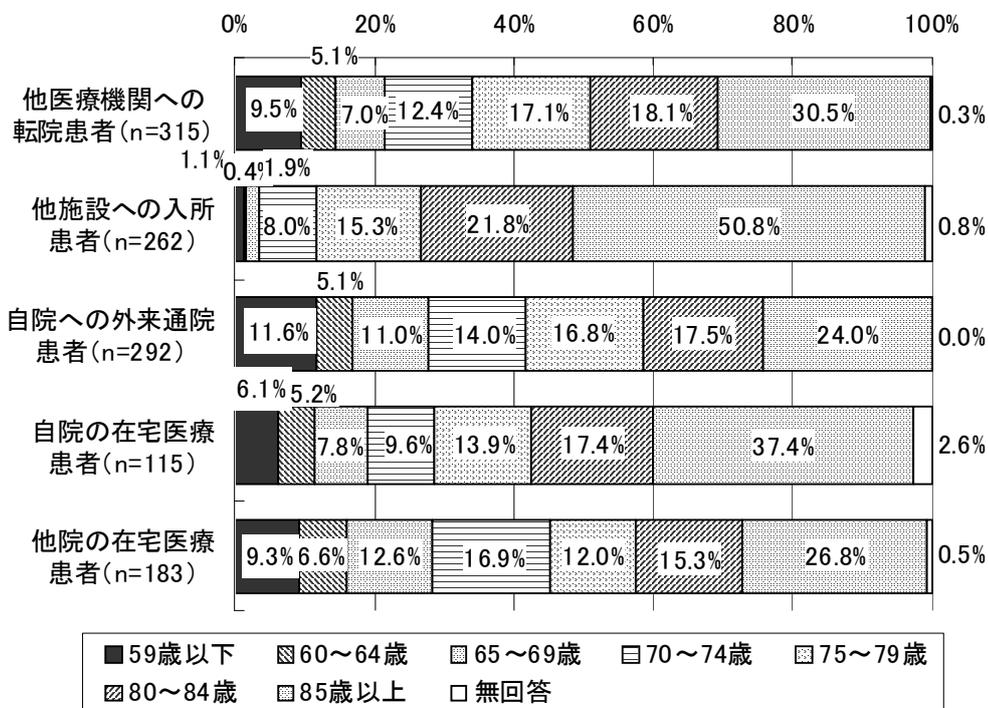
図表 68 性別



②年齢

年齢についてみると、「他施設への入所患者」では85歳以上が50.8%を占めた。

図表 69 年齢分布



平均年齢についてみると、「他施設への入所患者」では83.8歳と最も高かった。次いで「自院の在宅医療患者」(78.6歳)、「他医療機関への転院患者」(76.4歳)、「他院の在宅医療患者」(75.0歳)、「自院への外来通院患者」(73.9歳)となった。

図表 70 年齢

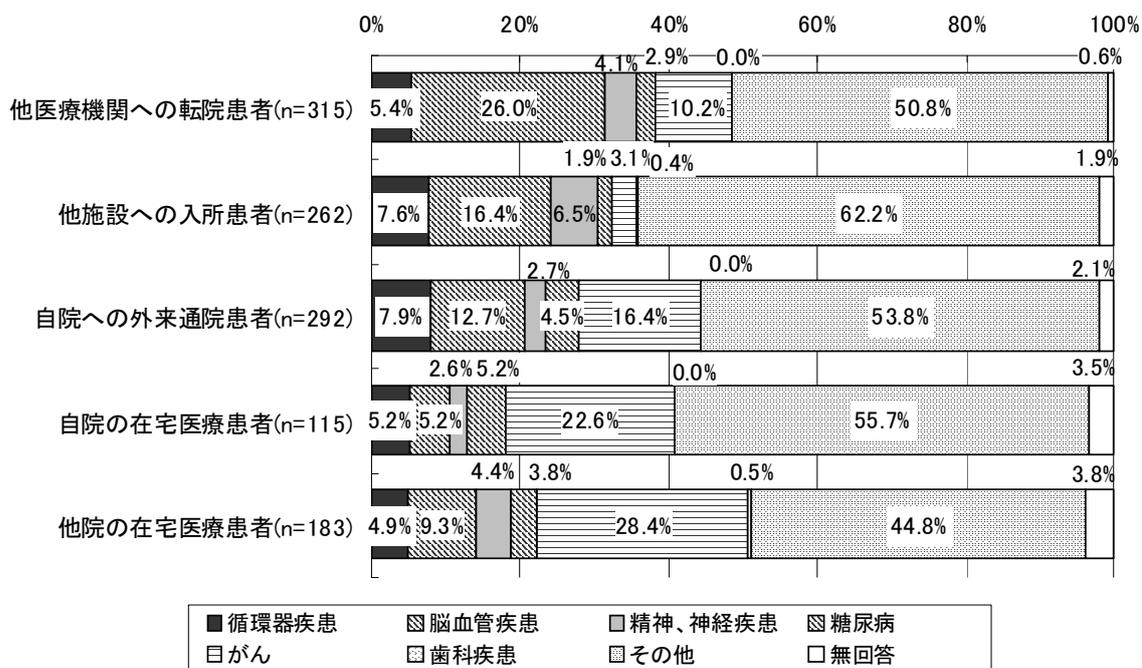
(単位：歳)

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
他医療機関への転院患者	314	76.4	14.9	79.0
他施設への入所患者	260	83.8	7.9	85.0
自院への外来通院患者	292	73.9	16.2	77.0
自院の在宅医療患者	112	78.6	12.7	81.5
他院の在宅医療患者	182	75.0	15.5	76.0

③主たる傷病

主たる傷病についてみると、「他医療機関への転院患者」では他の患者と比較して、「脳血管疾患」の割合が高い結果となった。「自院の在宅医療患者」では22.6%、「他院の在宅医療患者」では28.4%が「がん」であった。

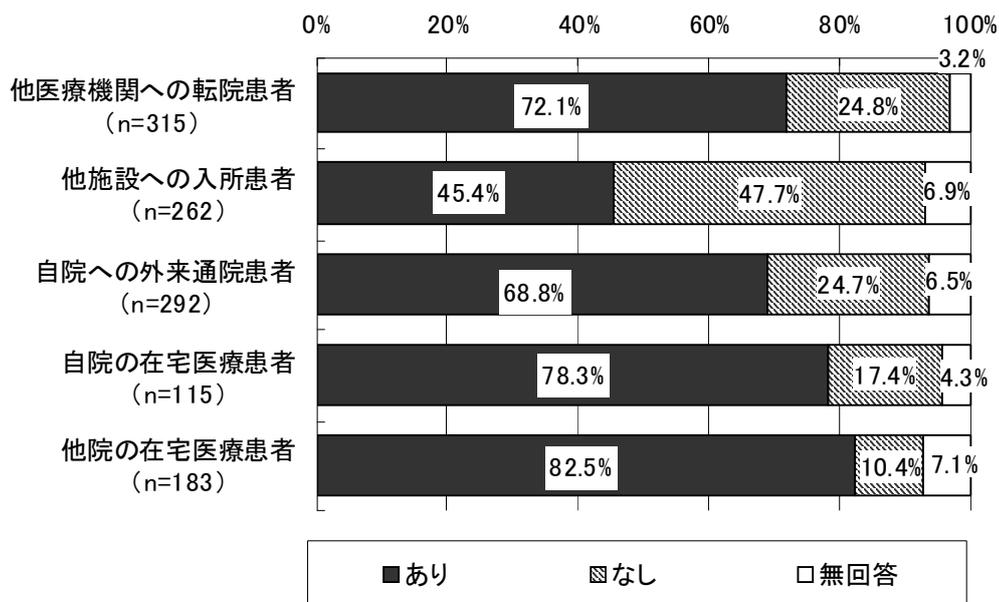
図表 71 主たる傷病



④同居家族の有無

同居家族の有無についてみると、「他施設への入所患者」では「あり」が45.4%、「なし」が47.7%となり、「なし」が「あり」を上回った。一方、他の患者では、「あり」が「なし」を上回っている。特に在宅医療患者では、同居家族が「あり」という患者が8割近くを占めた。

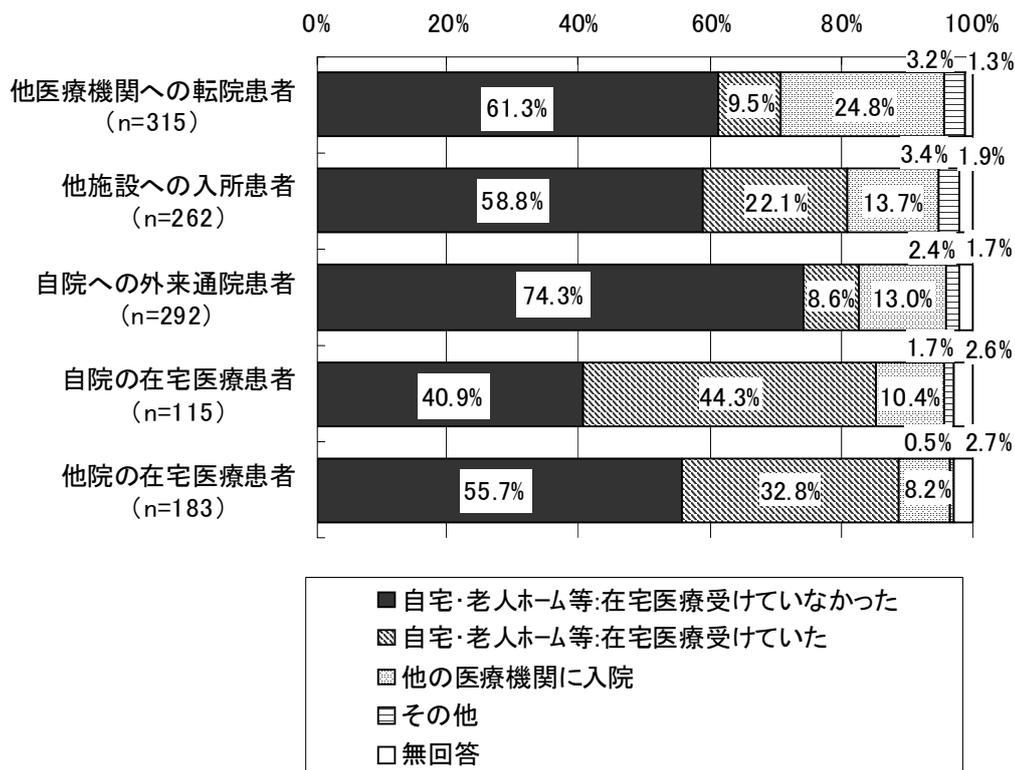
図表 72 同居家族の有無



⑤入院前の所在

入院前の所在についてみると、「自院の在宅医療患者」では 44.3%、「他院の在宅医療患者」では 32.8%の患者が、調査対象施設に入院する前に在宅医療を受けていた。一方、入院前には在宅医療を受けていなかったが、調査対象施設からの退院後、在宅医療を受けるようになった患者も、「自院の在宅医療患者」の 40.9%、「他院の在宅医療患者」の 55.7%を占めている。

図表 73 入院前の所在



⑥入院期間

調査対象施設での入院期間についてみると、「他医療機関への転院患者」が109.1日で最も長く、次いで「他施設への入所患者」が76.9日となった。一方で、「自院への外来通院患者」では49.7日で最も短かった。「自院の在宅医療患者」では51.5日、「他院の在宅医療患者」では56.4日であった。

図表 74 入院期間

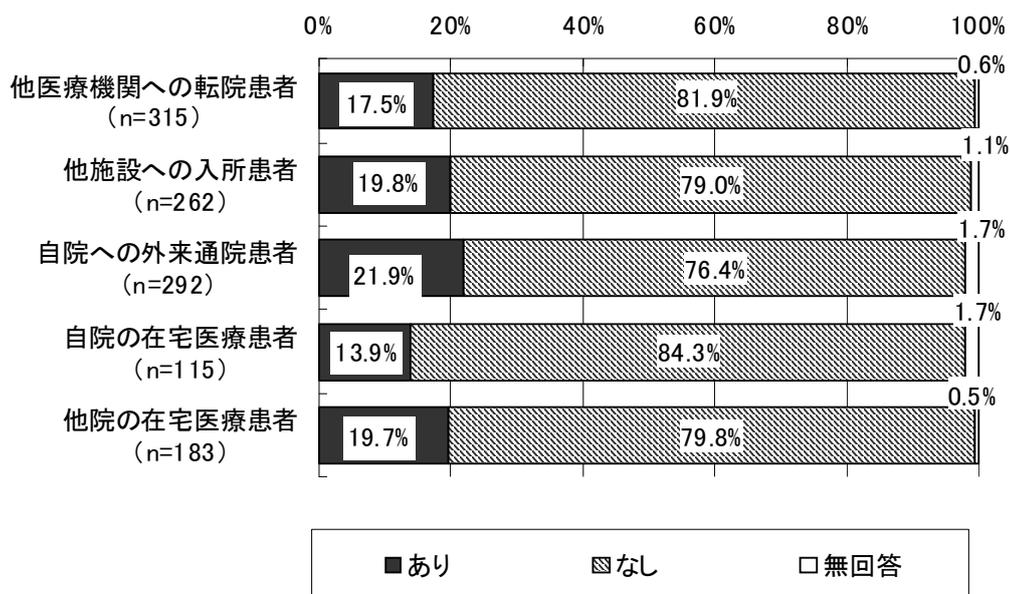
(単位：日)

	人数(人)	平均値	標準偏差	中央値
他医療機関への転院患者	311	109.1	295.7	45
他施設への入所患者	258	76.9	124.7	42
自院への外来通院患者	286	49.7	49.3	33
自院の在宅医療患者	113	51.5	59.3	30
他院の在宅医療患者	183	56.4	66.7	37

⑦手術の有無

入院期間中における手術の有無についてみると、手術が「あり」という割合は「自院への外来通院患者」では21.9%で最も高く、次いで「他施設への入所患者」(19.8%)、「他院の在宅医療患者」(19.7%)であった。

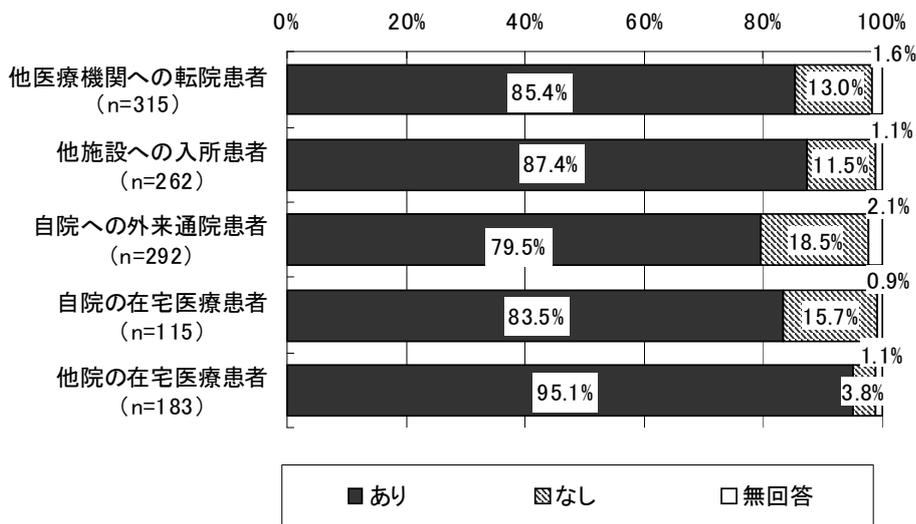
図表 75 手術の有無



⑧退院調整に向けた関与の有無

退院調整に向けた関与の有無についてみると、関与が「あり」という割合は、「他院の在宅医療患者」が95.1%で最も高く、「自院への外来通院患者」が79.5%で最も低かった。

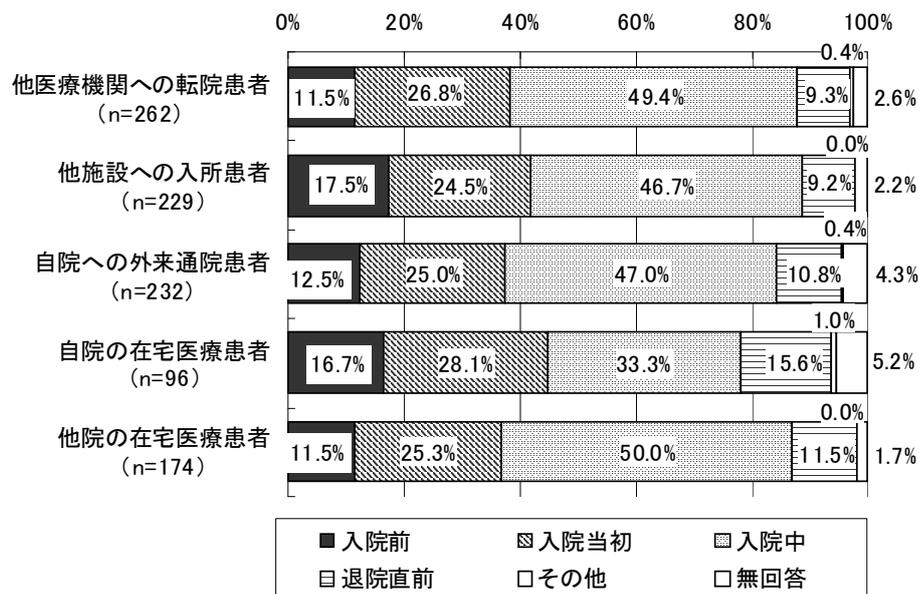
図表 76 退院調整に向けた関与の有無



⑨退院調整に向けた関与の時期

退院調整に向けた関与があった患者についてその関与時期をみると、最も多いのが、いずれの患者でも「入院中」という回答であった。一方で、「入院前」あるいは「入院当初」で退院調整の関与を行っている場合も合わせて4割程度あった。

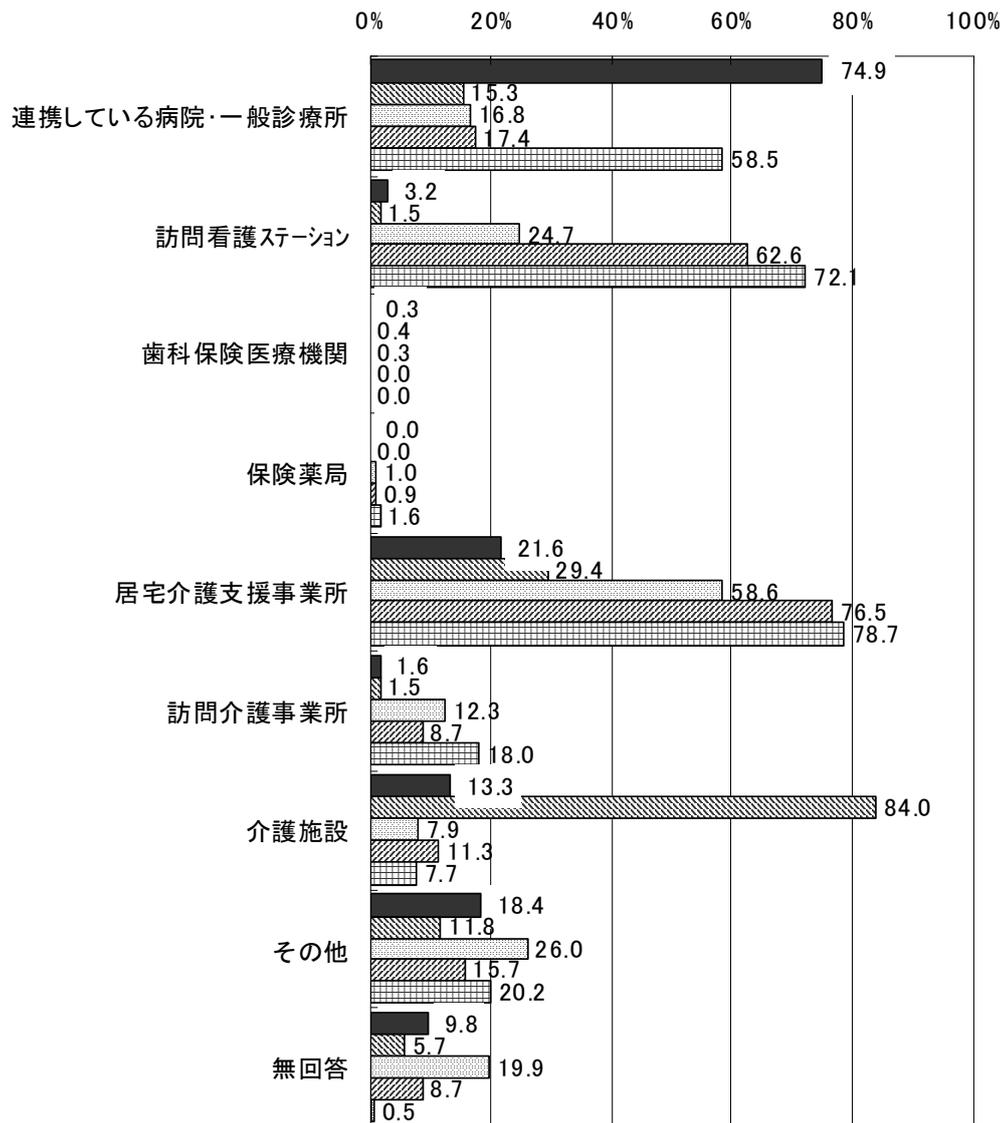
図表 77 退院調整に向けた関与の時期（退院調整の関与があった患者）



⑩退院調整時に連携した施設・事業所

退院調整時に連携した施設・事業所についてみると、特に「他院の在宅医療患者」では、「連携している病院・一般診療所」「訪問看護ステーション」「居宅介護支援事業所」などで割合が高かった。また、「自院の在宅医療患者」では、「訪問看護ステーション」「居宅介護支援事業所」で割合が高かった。

図表 78 退院調整時に連携した施設・事業所（複数回答）



■ 他医療機関への転院患者 (n=315) ▨ 他施設への入所患者 (n=262)
 ▩ 自院への外来通院患者 (n=292) ▪ 自院の在宅医療患者 (n=115)
 ▧ 他院の在宅医療患者 (n=183)

⑪退院調整のカンファレンスの回数・平均所要時間

退院調整のカンファレンスの回数についてみると、「他医療機関への転院患者」が2.6回で最も多く、「自院の在宅医療患者」が1.9回で最も少ない結果となった。

また、カンファレンスの平均所要時間は、「他院の在宅医療患者」が39.5分で最も長く、次いで「自院への外来通院患者」(35.5分)、「自院の在宅医療患者」(35.2分)、「他施設への入所患者」(27.4分)、「他医療機関への転院患者」(26.8分)となった。

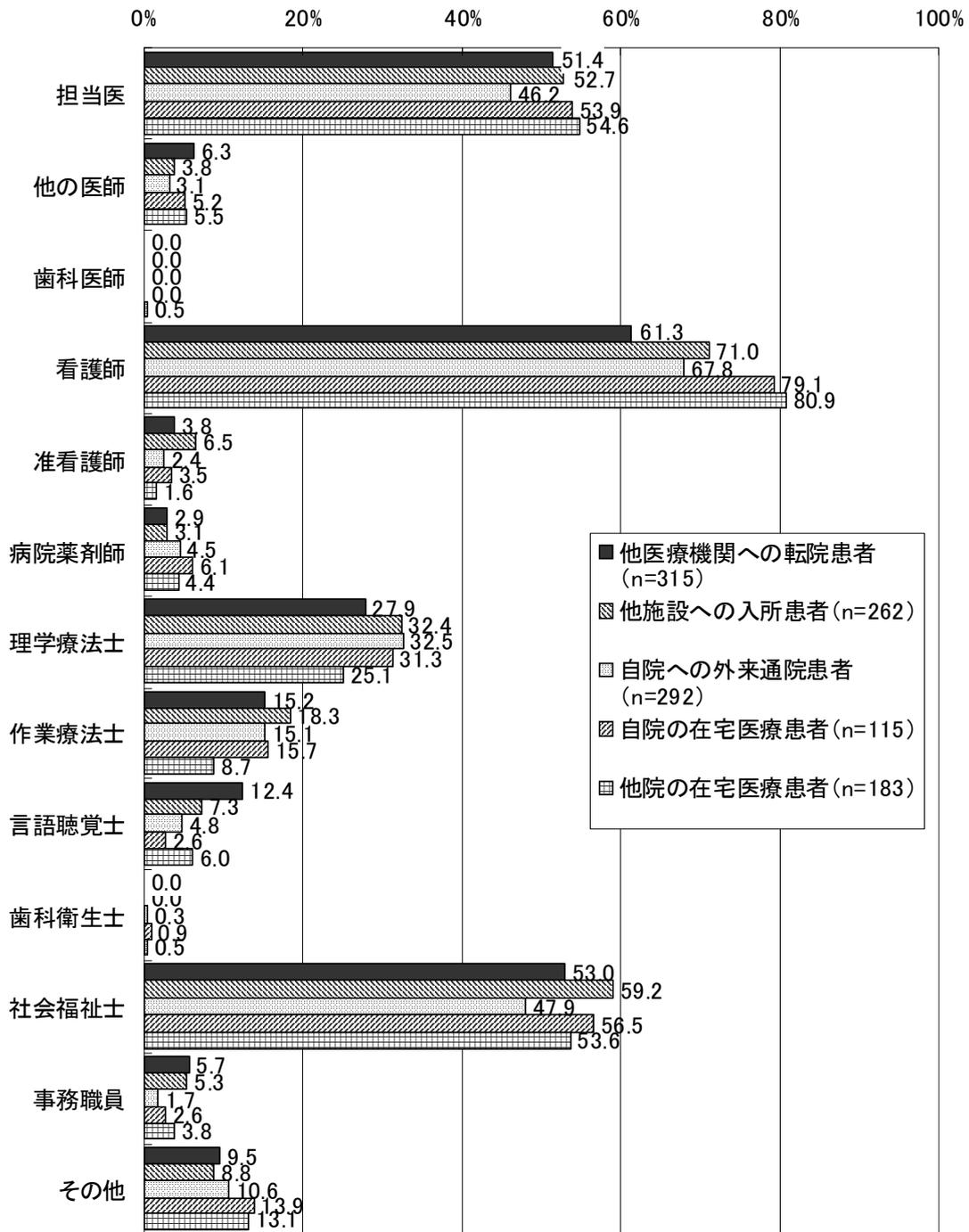
図表 79 退院調整のカンファレンスの回数・平均所要時間（平成23年6月1か月間）

	回数(回)				平均所要時間(分)			
	人数 (人)	平均値	標準 偏差	中央値	人数 (人)	平均値	標準 偏差	中央値
他医療機関への転院患者	221	2.6	2.6	2.0	202	26.8	16.7	20.0
他施設への入所患者	216	2.4	2.3	2.0	200	27.4	16.3	30.0
自院への外来通院患者	234	2.0	1.8	1.0	214	35.5	18.6	30.0
自院の在宅医療患者	100	1.9	1.4	1.0	91	35.2	22.0	30.0
他院の在宅医療患者	154	2.0	2.1	1.0	152	39.5	18.9	40.0

⑫退院調整のカンファレンスの参加者

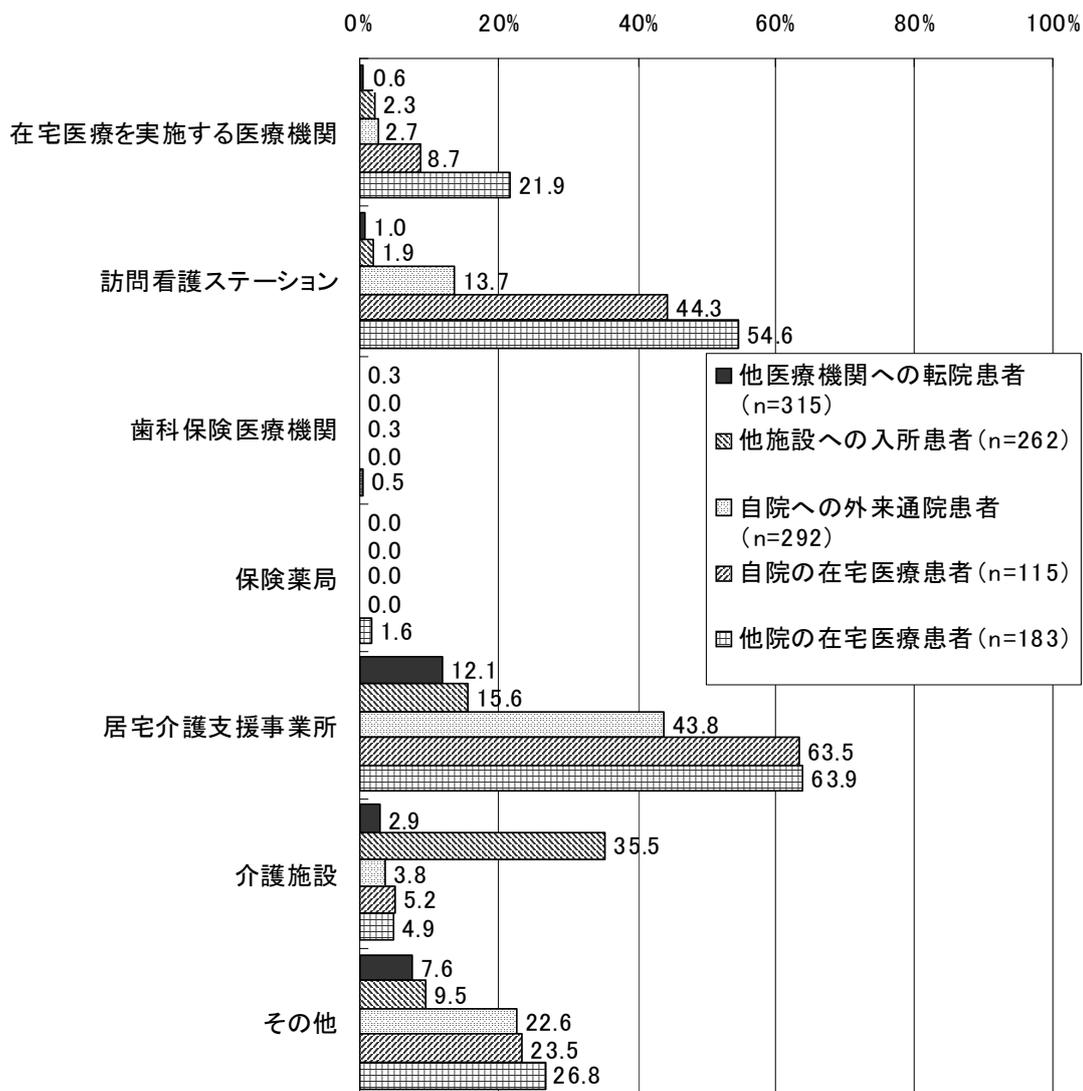
退院調整における院内のカンファレンス参加者についてみると、いずれの患者においても「看護師」「担当医」「社会福祉士」「理学療法士」の参加割合が高かった。

図表 80 退院調整のカンファレンスの参加者（院内）



次いで退院調整における外部のカンファレンス参加者についてみると、「自院の在宅医療患者」「他院の在宅医療患者」の場合、「居宅介護支援事業所」「訪問看護ステーション」の割合が高かった。いずれの患者においても、「歯科保険医療機関」「保険薬局」の割合は低かった。

図表 81 退院調整のカンファレンスの参加者（外部）

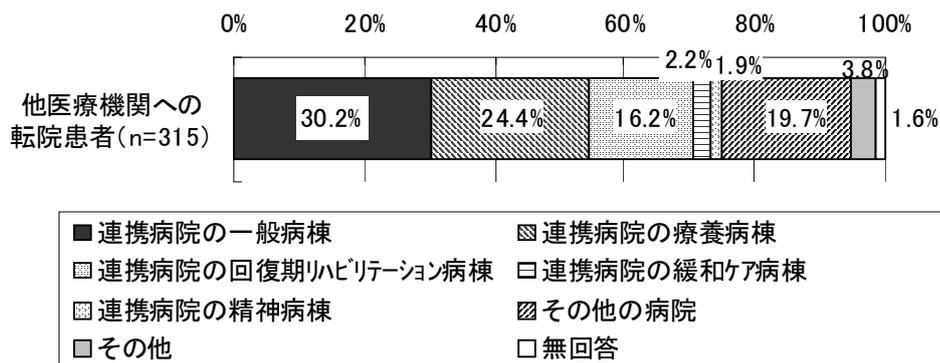


⑬退院後の状況等

1) 他医療機関に転院した患者の転院先

他医療機関に転院した患者の転院先についてみると、「連携病院の一般病棟」が30.2%で最も多く、次いで「連携病院の療養病棟」(24.4%)、「(連携先でない) その他の病院」(19.7%)、「連携病院の回復期リハビリテーション病棟」(16.2%)となった。

図表 82 他医療機関に転院した患者の転院先

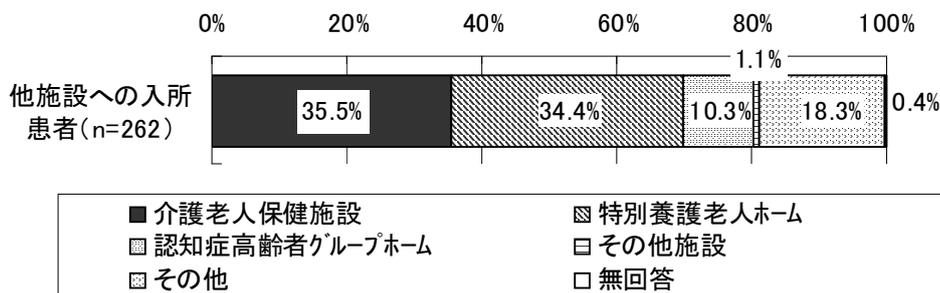


(注) 「その他」の内容として、「急性期病院へ搬送」が挙げられた。

2) 他施設へ入所した患者の入所先

他施設へ入所した患者の入所先についてみると、「介護老人保健施設」が35.5%で最も多く、次いで「特別養護老人ホーム」(34.4%)となった。

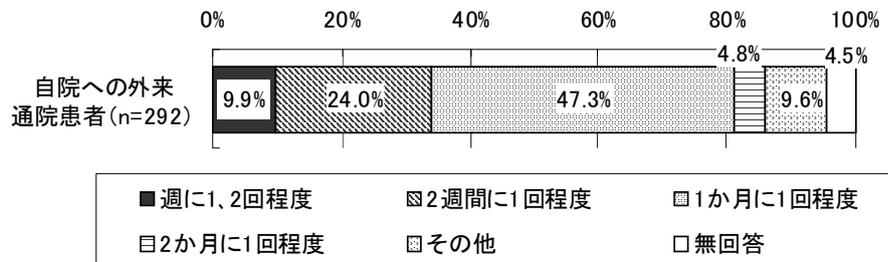
図表 83 他施設へ入所した患者の入所した先



3) 自院に外来通院している患者の通院頻度

自院に外来通院している患者における通院頻度についてみると、「1か月に1回程度」が47.3%で最も多く、次いで「2週間に1回程度」(24.0%)、「週に1、2回程度」(9.9%)となった。

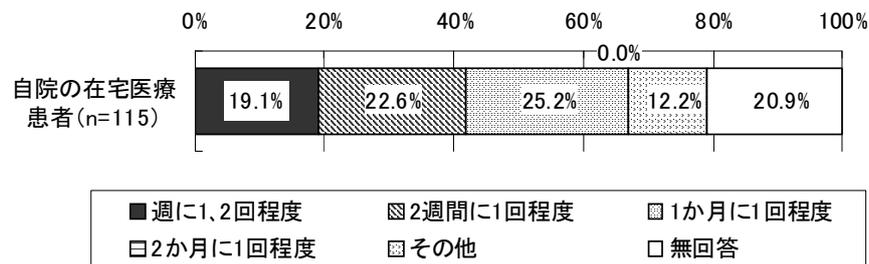
図表 84 自院に外来通院している患者の通院頻度



4) 自院の在宅医療患者への訪問診療の頻度

自院の在宅医療患者への訪問診療の頻度についてみると、「1か月に1回程度」が25.2%で最も多く、次いで「2週間に1回程度」(22.6%)、「週に1、2回程度」(19.1%)となった。

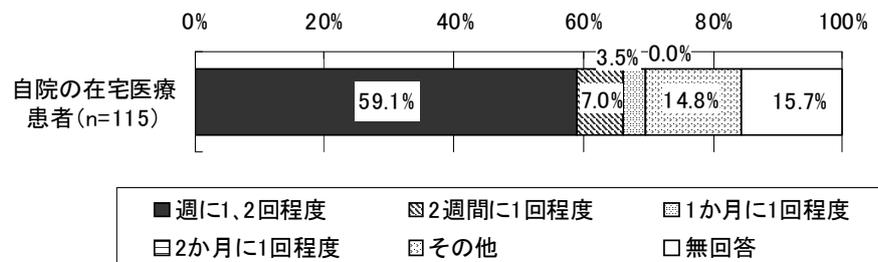
図表 85 自院の在宅医療患者における訪問診療の頻度



5) 自院の在宅医療患者への訪問看護の頻度

自院の在宅医療患者への訪問看護の頻度についてみると、「週に1、2回程度」が59.1%で最も多く、次いで「2週間に1回程度」(7.0%)となった。

図表 86 他院の在宅医療患者における訪問看護の頻度



(8) 在宅医療を推進していく上での、入院医療機関としての課題等

以下は、在宅医療を推進していく上での入院医療機関としての課題等を自由記述形式で記載していただいたものをまとめたものである。

①入院医療機関における課題

○在宅医療等に関する医療スタッフの知識不足

- ・病院勤務の医療スタッフが在宅療養生活場面を想定して、手技の指導や在宅の準備を進めることが困難であること（在宅のイメージをもっていないこと）。
- ・医療者が治療等の選択の際に患者の家族の生活を考慮する視点を持つこと。
- ・院内スタッフの意識の改革、生活モデルでの捉え方ができるような教育が必要。
- ・認知症の方への接し方がわからず、「在宅は無理」と考える人が多い（医療者も含め）。
- ・在宅療養にスムーズに移行できるよう医療・看護処置をシンプルなものにする必要がある（在宅手順の統一化）。また、在宅療養の様子を病院職員にフィードバックできる機会を設け、職員1人1人の在宅医療について理解を深める。
- ・診療科、コメディカルが在宅医療の実際を知り、患者家族に説明（情報提供）できるようにしていく必要があると思う。 /等

○在宅医療等に向けた院内の体制整備

- ・病院としての方針が不明瞭であり、地域との連携のあり方も不明瞭。また、診療報酬の算定においても力を入れておらず、退院調整部門としてのモチベーションの向上につながっていない現状がある。在宅へのパスの活用促進においても院内の動きが悪く、そのようなツールでの在宅連携システムにのれない現状がある。入院患者が多く、退院調整部署のマンパワー不足もあり、全ての入院患者の把握ができず介入ができていない現状がある。
- ・患者の様子をよくみて、タイミングを逃さず退院できるよう準備をすること。医師・看護師をはじめ、ひとりひとりのスタッフに在宅医療につないでいくために、病院内で行うべきことについて意識づけること。
- ・入院と同時に患者の退院時の状況アセスメントを行い、早期から調整していく。①介護認定を受ける手順を知る（介護保険のシステムを知る）、②退院調整ナースの業務を理解し、患者が在宅により良い意味で生活できるようにカンファレンスする、③社会的にサービスを受けることができる機関を知り連携を図る。
- ・在宅医療への移行に関して、早期に多職種が協働して支援できるような体制を強化すること。
- ・退院調整を行うスタッフのマンパワー整備・質の確保、退院調整を行うスタッフの研修。

/等

○在宅医療機関等との連携強化・情報共有化

- ・在宅診療医、訪問看護ステーション等の名簿（病院マップ）の作成が必要。地域連携部門スタッフの確保（退院調整看護師、MSW等）と研修、在宅医療機関と拠点病院との症例検討会の開催、緩和ケアチームとの連携。

- ・当院をかかりつけとしていて、在宅サービスを利用している患者のサービス事業所との情報共有の問題。
- ・ケアマネジャー等の在宅関連機関との連携（入院時、退院時、普段）。
- ・入院前の患者の情報収集はもちろん、退院先でも良いケアが受けられるよう継続的に観察していけたらと思う（特に地域の患者で当院かかりつけの場合）。また、地域包括や居宅介護支援事業所等在宅関連事業と、日頃のコミュニケーションを増やしていくことによって、スムーズなやりとりができる。
- ・各在宅療養支援診療所の特色（訪問診療可能地域、麻薬の取扱いの有無、医師の専門診療科等）の把握が困難。1軒ずつ個別相談しているが、なかなか情報量が増えない。／等

○在宅医療のサポート体制（急変時の受け入れ、レスパイト入院など）の整備

- ・回復期リハから患者を在宅に退院させる場合、入院の医療機関のフォローが必要であっても回復期リハが後方病床になれない為に在宅往診医に迷惑をかける。
- ・訪問診療をしている方の急変時に備えて、ベッドを確保しておきたいが、急性期病院の後方支援病院的な役割をしているため、そこからの患者だけで満床になってしまう。
- ・在宅患者が入院を要する状態になった時に、自院に空床が全くなく、緊急性がある場合、どうしても自院での入院が不可能な場合があり他院に紹介することになると、当初の「自院で責任をもって診る」という方針に反することが起こり得る。この問題を解決するには、常に空床を作っておくことが必要だが、現実には困難な場合が多い。
- ・緩和ケア病棟を持っていないので、終末期の緊急入院やレスパイト入院を受けられない診療科がある。
- ・在宅を支える医師が、後方支援医療機関へ望むものは「疾病の増悪時の診療」と「介護者の都合による緊急入院」と考えているが、私たち慢性期病院としては満床に近い状況を維持しなければならない経営事情もあり、矛盾を感じている。／等

○退院調整に関する課題

- ・在宅医療の準備のためには程度の差はあるものの、ある程度時間を必要とする。対象者1人1人が安心して帰れるように、また、フォローしていく在宅支援の事業所や病院（診療所）も安心して引き受けられるよう、十分な引継ぎが必要である。殊に、急性期病院では、早く退院させたがるが、退院調整の目的が在院日数の短縮が第一となつてはならないと思う。質の良い退院調整をした結果として、在院日数が減つたとならなければならないと思う。
- ・退院時に必要な体制を適切にスピーディにコーディネートする力を持つ。
- ・ぎりぎりまで治療し、在院日数も短いため、退院調整にかけられる時間がない。家族も意思決定を急かされてしまう。
- ・退院調整業務を行う人員不足。病院収益に関して診療報酬のインセンティブが不足している。
- ・①通院治療をしている段階から在宅医療の可能性について患者・家族と共に検討しておく。
②入院中の患者と退院先について相談をする時、転院と同様に在宅療養という選択肢を提示する。
③在宅医療の時に活用できる介護、福祉サービスについての知識を職員が有し、患者・

家族の相談に応じることができるようになる。④退院時共同指導、介護支援連携等が効率的に実施できるよう話し合いの方法や記録用紙の改善を図る必要がある。／等

②受け皿における課題

○在宅医療実施機関・医師の確保

- ・訪問診療可能な医療機関や訪問看護の事業所が不足している。
- ・24時間対応してくれる往診専門の医師が3名しかいない。在宅療養支援診療所に登録されていても、外来診療している診療所に重症の医療依存度が高い人は頼めない。
- ・地域により、往診医の数や体制（24時間対応や在宅で行う、医療行為等）に格差があること。
- ・在宅医療の受け皿が少なく、質も高くないので退院できない。
- ・地域的に集中することがあり、受け皿となる医師の負担が大となっている状況がうかがえるため、依頼する際に躊躇する（現在は利用者のニーズに十分対応していただいている）。
- ・がん末期等で中心静脈栄養や疼痛コントロール等の濃厚な医療処置が必要な場合、対応可能なクリニックが少なく、また、地域的に偏在している。そのため在宅移行の調整に時間がかかり、本人・家族の望みが叶えられなかったり、在宅療養期間が短くなることがある。
- ・がん末期患者のペインコントロールや神経難病に対して得意とする医師が極めて少ない。特に小児等に関しては患者数も少なく各施設の力量が向上しない。
- ・専門外分野に対応できる開業医が少ない（在宅医療においてグループ診療が必要）。／等

○訪問看護に関する課題

- ・訪問看護ステーションが少ないため、在宅へ移行する患者で、訪問看護や往診が必要な患者の支援が行き届いてない。
- ・訪問看護が医療保険では疾病名、介護保険では介護ヘルパーとのバランスにより制限がかかっているため、もっと訪問看護が入れたら在宅移行可能なケースもある。
- ・医療的処置や人工呼吸器などを必要とする方が増えている中で、技術を訪問看護ステーションの方へ伝えることでスムーズな在宅への移行となる→手技の伝達方法。
- ・24時間対応できる訪問看護の不足。
- ・在宅ニーズが高い患者は在宅受入れが困難であり、また、訪問看護ステーション等の資源も少なく、結果的に入院期間が延長される。／等

○転院先や施設などに関する課題

- ・認知症の患者が多くなり、急性期の治療は終了したが、その後の施設を探すのが困難になっている。
- ・急性期と在宅をつなぐ亜急性期治療とADL拡大に向けたケアの充実した医療機関が少ない（回復期リハビリを適応しにくい高齢者や認知障害のある患者の転院が難しい）。
- ・ケアマネジャーに訪問看護や往診導入について相談すると「医療のことはわからない」という人が多い。確かに範囲外の部分はあるが、包括的に支援していくために必要な部分であり、ケアマネジャーにはそういう知識を身につけてほしい。

- ・グループホームや有料老人ホームの質の向上（患者状態が悪化したら、再入所できないという施設が多すぎる）。／等

③患者・家族に関する課題

○病態として転院・在宅移行が困難な患者への対応

- ・当院の機能・役割から考えると、人工透析を行っている患者が多く、その中で、要介護状態となってしまう方々や、回復期にあり専門的なりハビリテーションが必要な方の受け入れ先を見つけ出すのが困難である。例えば、体調は安定していて、要介護認定後の透析患者が介護保険施設に入所を申し込んでも、透析中であるからと断られたり、透析患者が脳卒中を発症し、密なりハビリを必要としても、診療報酬の仕組みなどから、回復期リハ病棟で受け入れてもらえなかったりする状況があり、透析患者にどのようにして適切な医療福祉サービスを提供するかという課題がある。
 - ・胃ろう、IVH、吸引等医療行為があると、デイやショートステイ先がないため、家族のレスパイトができない。そのため、入院医療機関がその役割を担っている現実があり、家族も安心して退院していけない（検査目的や胃ろう交換目的で入院させる等）。
 - ・栄養管理について胃ろうなど経管栄養や中心静脈栄養に入院中に切り換えられると、医療依存度が高くなり、在宅医を探すことが難しくなる。結局転院という選択肢に切り換えざるを得なくなり、在院日数は延長する。現状では、夜間・休日での対応が難しく、医療依存度の高い患者の往診医は増加していないので、在宅医療を推進していくことには困難が伴う。
 - ・ALSの支援をしてくれる医師が限られている（在宅人工呼吸器管理をしてくれる医師）。
 - ・がん末期の患者に対して、主に往診を行う医療機関、有床の診療所や医療機関の連携が図れていない。そのため、一度在宅に移行した後に入院が必要になった場合の対応が不安で、在宅療養に踏み切れない患者が多い。
 - ・小児患者の在宅医療（訪問医、訪問看護等）を行える施設が少ない。地域で連携し小児の在宅医療を実施してくれる施設を増やしていくような働きかけが必要である。
 - ・老人保健施設や療養病院では、心臓疾患や麻薬を利用する患者は薬代が高価で受け入れが困難となっている。
 - ・40歳未満の難病患者の行き場がない。在宅しかないが、年齢的に親が介護にあたっている。
- ／等

○介護者不足等により在宅移行が困難な患者への対応

- ・介護者が不在の高齢者が増加傾向にあるため、高齢者施設を在宅とみなし、往診医師や訪問看護師との連携を強化していくことが望まれる。
- ・少子化に伴う家族構成の問題もあり、在宅医療を推進する上ではこの事がかなりの障害になっていると思う。在宅に戻そうとしても面倒を看ることができないという（家族がいない、いても働きに出て留守が多い）等である。医療機関に置き去り感がある。在宅に移行することが難しい。
- ・高齢の患者が多く、在宅への移行が難しい。介護保険施設、福祉施設への入所希望が多い。

- ・患者の医療・介護度が重症化すればするほど、在宅復帰の選択を同居者である患者家族の受入れ状況に委ねることも少なくない。今後も、在宅医療、介護促進の観点からサービスの充実を図っていくことは重要と考えるが、入院医療機関において、更なる在宅復帰の向上を図っていくには、今以上に患者家族への相談支援機能を充実させていく必要があると考える。充実した患者家族の負担軽減や生活問題への解決方法の立案を促すものとする。
- ・日中 1 人暮らしが支えきれない。単身者や老々介護の場合。土日祝日や夜間のフォローが難しい。 / 等

○在宅医療に関する患者・家族の知識不足・不安の解消

- ・急性期病院から介護療養型医療施設へ転院した時点で、家族には在宅療養困難との思いがあり、たとえ医療の必要度が低くなったとしても、介護が必要な状況であれば、在宅を進めることは容易ではない。入院生活が長くなると家族側も患者がいない生活リズムに慣れてしまうため、在宅療養に対し抵抗を持ちやすいのではないかとと思われる。
- ・医療行為があると在宅で介護ができないと考えている家族が多くみられるため、訪問看護、訪問診療等、医療的なバックアップもしっかりあるということを理解してもらえるようにしていく必要がある。
- ・患者や家族が、在宅医療を知ることが大切、特に看取り＝病院という固定観念が強い。公開講座などを通じて、市民へ広く在宅療養について広報が必要。また、ホームドクター、かかりつけ医を推進することが必要。
- ・在宅医療に関して、家族や周りの方々が不安に感じるが多く、取り除けていない。病院側は自宅で過ごせると思っても、なかなか納得・理解して頂けない。どのように話を進めていけば在宅医療を進められるかを検討していく必要がある。
- ・病院への入院継続を強く希望することが多いため、在宅医療についての患者・家族の認識を高めること。 / 等

7. 在宅医療調査の結果概要

【調査対象等】

調査対象：在宅療養支援診療所から無作為に抽出した 1,500 施設、及び在宅療養支援病院（悉皆、「入院医療機関票」に同封して送付）、その他の在宅医療実施機関（施設数不明、「入院医療機関票」に同封して送付）

※ただし、東日本大震災の被災地域については、電話により調査協力可能の可否を事前に確認した。このため、在宅療養支援診療所 1,500 施設のうち「調査不可能」と回答のあった 26 施設を除く 1,474 施設を調査対象とした。

回答数：400 施設

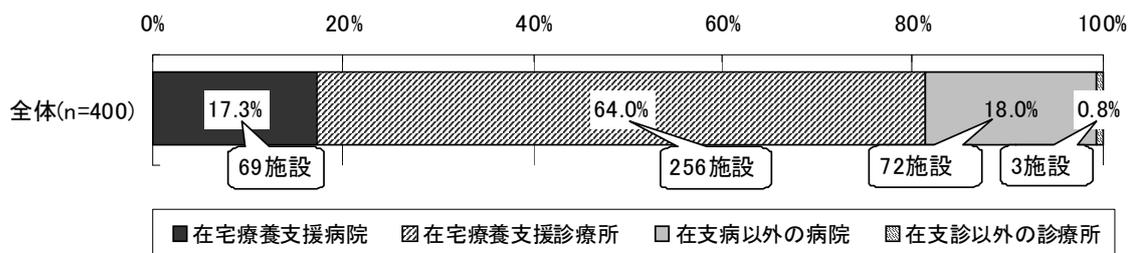
回答者：開設者・管理者

（1）施設の状況

①回答施設の種別

回答施設 400 施設の種別をみると、「在宅療養支援病院（以下、「在支病」）」が 17.3%（69 施設）、「在宅療養支援診療所（以下、「在支診」）」が 64.0%（256 施設）、「在支病以外の病院」が 18.0%（72 施設）、「在支診以外の診療所」が 0.8%（3 施設）であった。

図表 87 回答施設の種別

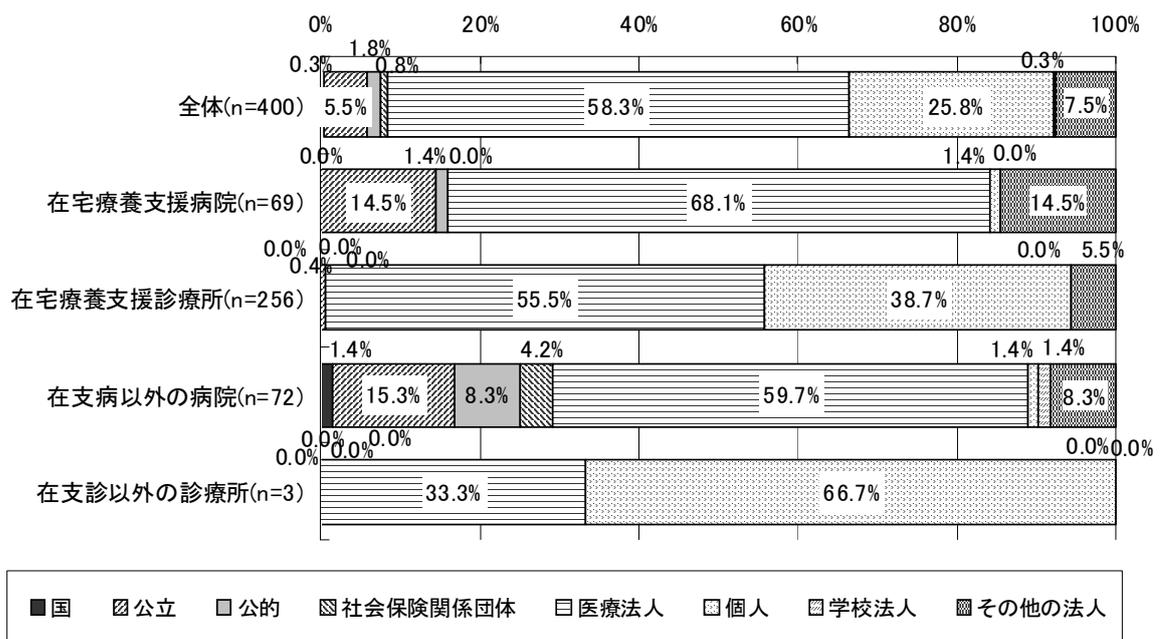


（注）「在支病」は「在宅療養支援病院」、「在支診」は「在宅療養支援診療所」を指す（以下、同様）。

②開設者

施設の開設者についてみると、在支病では「医療法人」が68.1%で最も多く、次いで「公立」と「その他の法人」がそれぞれ14.5%であった。また、在支診では「医療法人」が55.5%で最も多く、次いで「個人」が38.7%となった。在支病以外の病院では「医療法人」が59.7%で最も多く、次いで「公立」が15.3%となった。

図表 88 開設者



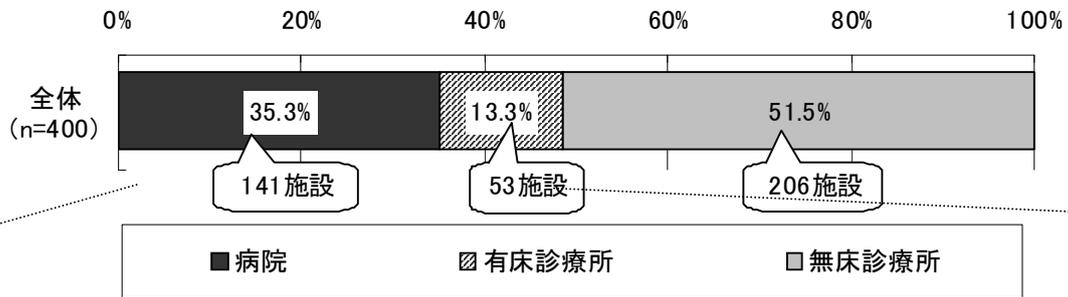
(注) 「在支診以外の診療所」は3施設であり、割合をみる際には注意が必要である（以下、同様）。

③病床規模

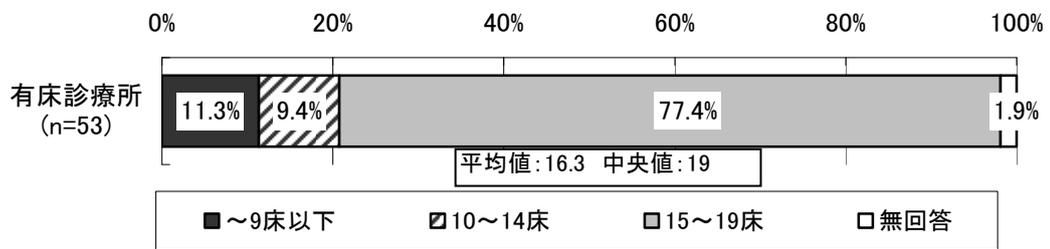
有床診療所53施設の病床規模をみると、「15～19床」が77.4%で最も多く、次いで「～9床以下」が11.3%、「10～14床」が9.4%となった。また、病床数の平均は16.3（中央値19）床であった。

病院141施設の病床規模についてみると、在支病では「50～99床」が34.8%で最も多く、次いで「100～149床」が21.7%となった。一方、在支病以外の病院では「150～199床」が22.2%で最も多く、次いで「300～499床」が16.7%となった。また、病床数の平均は在支病では102.1（中央値94）床、在支病以外の病院では225.5（中央値184.5）床となった。在支病の施設要件があるため、在支病のほうが在支病以外の病院と比較して平均病床数が小さかった。

図表 89 医療機関の種別

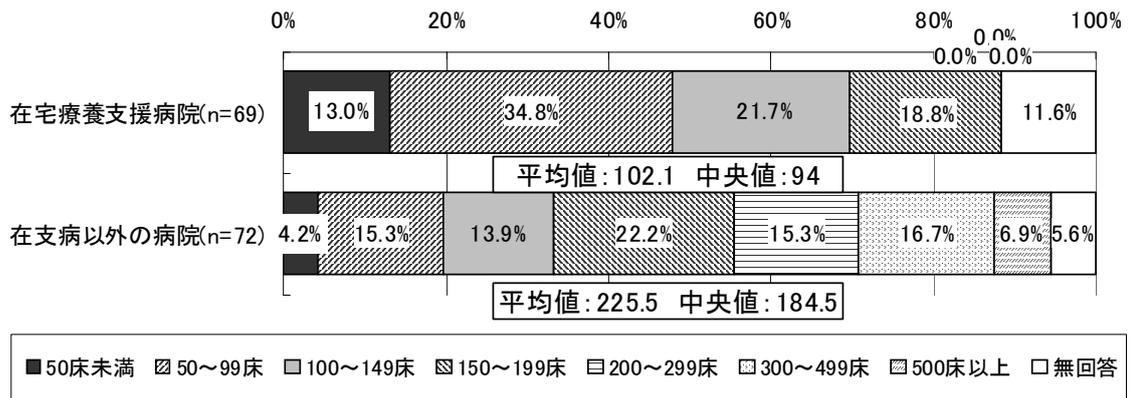


図表 90 有床診療所の病床規模



(注) 有床診療所 53 施設は全て在宅療養支援診療所であった。

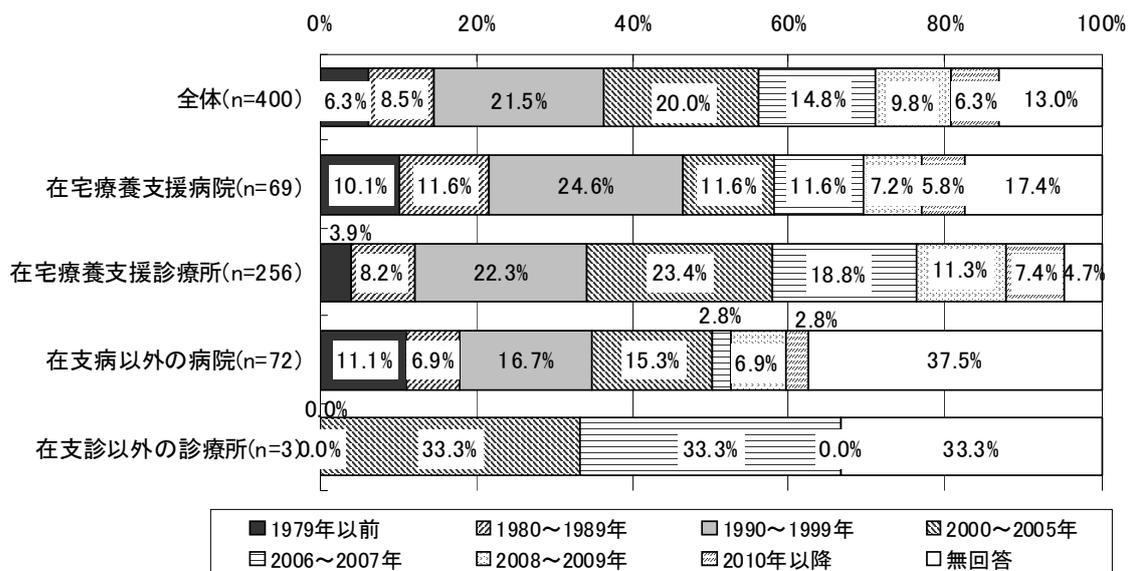
図表 91 病院の病床規模



④在宅医療を開始した時期

在宅医療を開始した時期についてみると、在支病では「1990～1999年」が24.6%で最も多かった。これに「1979年以前」「1980～1989年」も加えると半数近くが1999年以前の開始となっている。在支診では「2000～2005年」が23.4%で最も多く、次いで「1990～1999年」が22.3%となった。在支病と比較して、「2000～2005年」に在宅医療を開始した施設が多い。

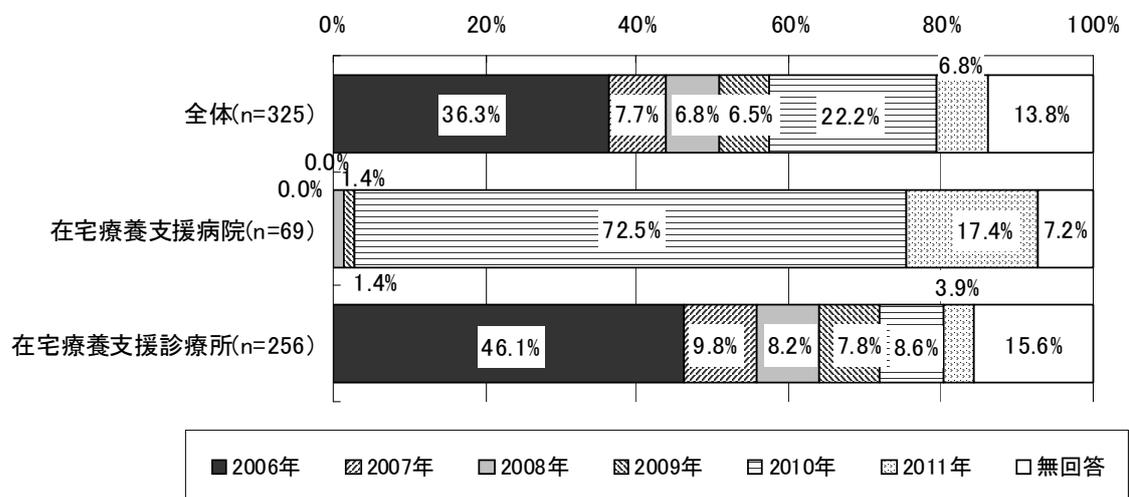
図表 92 在宅医療を開始した時期



⑤在宅療養支援病院・診療所の届出時期

在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所の届出時期についてみると、在支病では「2010年」が72.5%で最も多く、次いで「2011年」が17.4%であった。また、在支診では「2006年」が46.1%で最も多く、次いで「2007年」が9.8%、「2010年」が8.6%となった。

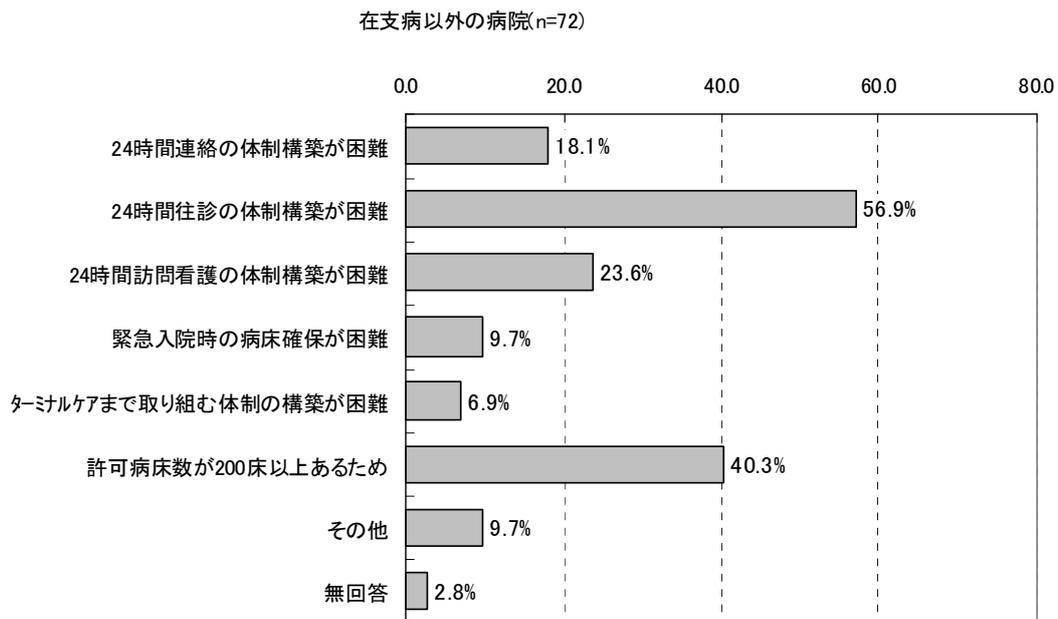
図表 93 在宅療養支援病院・診療所の届出時期



⑥在宅療養支援病院の届出をしていない理由

在支病以外の病院に在宅療養支援病院の届出をしていない理由を尋ねたところ、「24時間往診の体制構築が困難」が56.9%で最も多く、次いで「許可病床数が200床以上であるため」が40.3%、「24時間訪問看護の体制構築が困難」が23.6%、「24時間連絡の体制構築が困難」が18.1%と続いた。

図表 94 在宅療養支援病院の届出をしていない理由（在支病以外の病院のみ、複数回答）



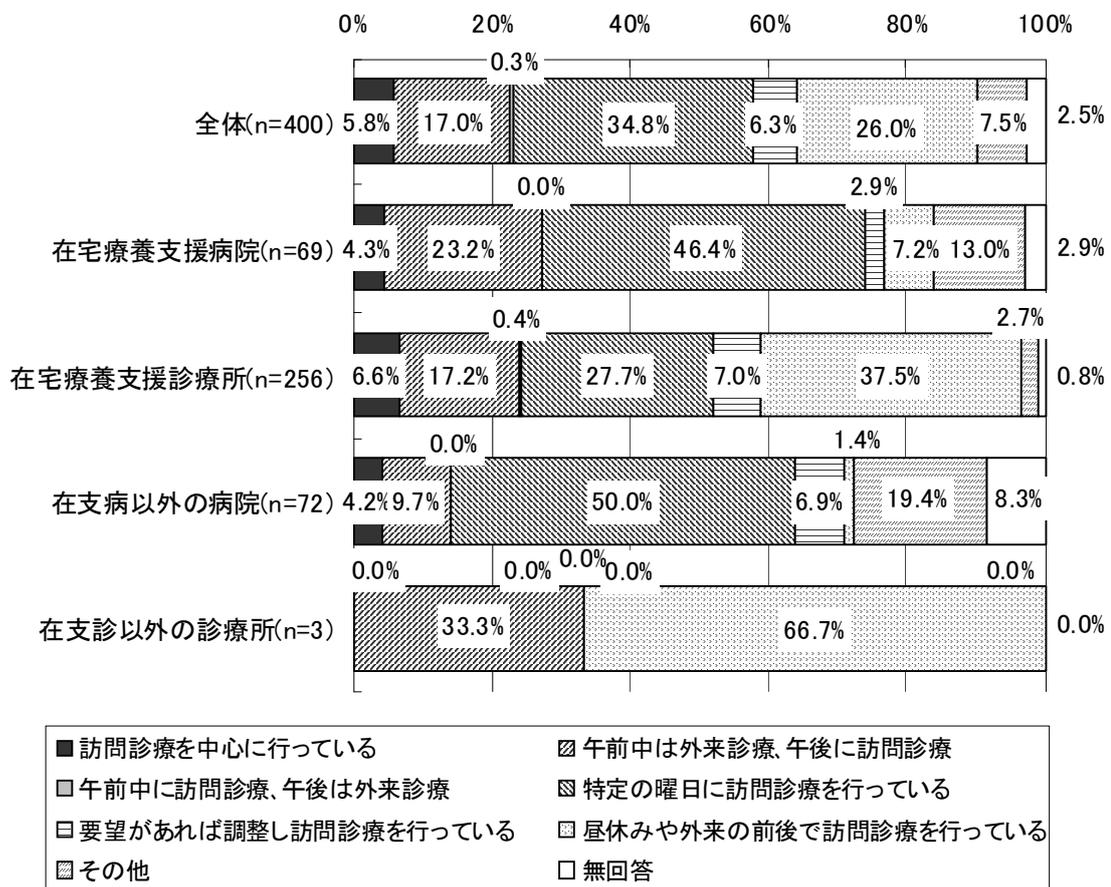
(注) 「その他」の内容として、「4km以内に診療所が存在する」(3件)、「急性期医療を目標としている病院であるため」、「在宅療養支援病院の届出を準備している」、「町の訪問看護ステーションで対応」等が挙げられた。

(2) 施設の診療体制

① 訪問診療を行う時間の定め方

訪問診療を行う時間の定め方についてみると、在支病では「特定の曜日に訪問診療を行っている」が46.4%で最も多く、次いで「午前中は外来受診、午後に訪問診療」が23.2%となった。また、在支診では「昼休みや外来の前後で訪問診療を行っている」が37.5%で最も多く、次いで「特定の曜日に訪問診療を行っている」が27.7%、「午前中は外来診療、午後に訪問診療を行っている」が17.2%となった。在支病以外の病院では「特定の曜日に訪問診療を行っている」が50.0%で最も多く、次いで「その他」が19.4%、「午前中は外来受診、午後に訪問診療」が9.7%となった。

図表 95 訪問診療を行う時間の定め方



(注) 「その他」の内容として、「外来担当医と別に訪問診療担当医が行っている」、「主治医によって違う」等が挙げられた。

②職員数

職員数についてみると、在支病では在支病以外の病院と比較して、1施設あたりの平均職員数が少ないが、「在宅医療の実施のため、患家を訪問する職員数」については、医師数や職員数合計などで上回っている。一方、在支診では在支診以外の診療所と比較して、1施設あたりの平均職員数と「在宅医療の実施のため、患家を訪問する職員数」が多い。

図表 96 職種別平均値（常勤換算）

（単位：人）

	回答施設数	医師	歯科医師	保健師 助産師 看護師	准看護師	薬剤師	その他 医療職 職員	事務 職員他	計
全職員数									
在宅療養支援病院	60	9.3	0.2	34.8	14.0	2.8	36.6	20.8	118.4
在宅療養支援診療所	225	1.6	0.0	3.0	2.1	0.1	2.5	3.5	12.8
在支病以外の病院	55	31.7	0.6	118.9	17.5	6.8	68.2	57.4	301.2
在支診以外の診療所	3	1.3	0.0	0.5	1.0	0.0	0.3	2.2	5.3
うち、在宅医療の実施のため、患家を訪問する職員数									
在宅療養支援病院	60	1.9	0.0	1.4	0.5	0.0	0.3	0.3	4.5
在宅療養支援診療所	225	1.1	0.0	0.8	0.8	0.0	0.2	0.2	3.1
在支病以外の病院	55	1.5	0.0	1.4	0.1	0.1	0.3	0.2	3.7
在支診以外の診療所	3	1.0	0.0	0.3	0.3	0.0	0.0	0.7	2.3

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

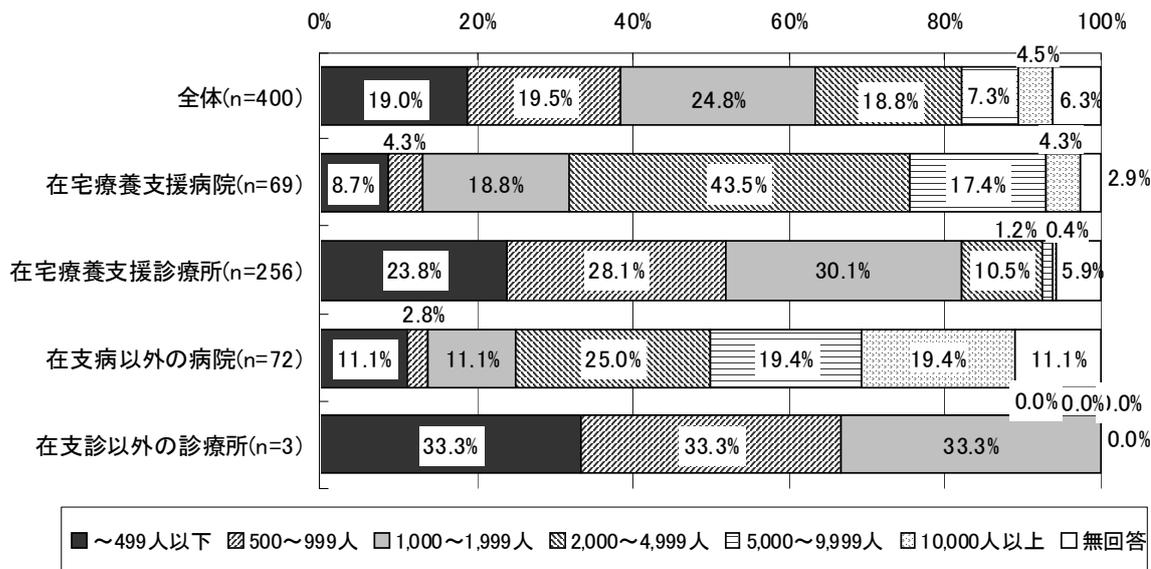
- ・1週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の1週間の勤務時間）÷（当該施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間）
- ・1か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の1か月の勤務時間）÷（当該施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4）

全ての項目について回答があった施設を対象に集計。

③1 か月間の外来延べ患者数

1 か月間の外来延べ患者数についてみると、在支病では「2,000～4,999 人」が 43.5%で最も多く、次いで「1,000～1,999 人」が 18.8%となった。外来延べ患者数の中央値は 2,865 人であった。また、在支診では「1,000～1,999 人」が 30.1%で最も多く、次いで「500～999 人」が 28.1%、「～499 人以下」が 23.8%であった。外来延べ患者数の中央値は 936 人であった。

図表 97 1 か月間の外来延べ患者数（平成 23 年 6 月 1 か月間）



図表 98 1 か月間の外来延べ患者数（1 施設あたり）（平成 23 年 6 月 1 か月間）

（単位：人）

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
在宅療養支援病院	67	3,580.2	2,735.3	2,865
在宅療養支援診療所	241	1,167.1	1,156.2	936
在支病以外の病院	64	7,146.3	8,687.7	4,109
在支診以外の診療所	3	675.7	454.0	700

(3) 回答施設が主治医として在宅医療を提供している患者数

①年齢別患者数

回答施設が主治医として在宅医療を提供している患者数について平成23年6月1か月間の実績をみると、平均患者数は在支病が39.56人、在支診が43.91人、在支病以外の病院が20.32人、在支診以外の診療所が1.50人であった。在支病、在支診、在支診以外の診療所では平成21年6月と比較して、患者数は増加している。特に、在支病、在支診では、「75歳以上」「65歳以上75歳未満」の患者数が増加している。

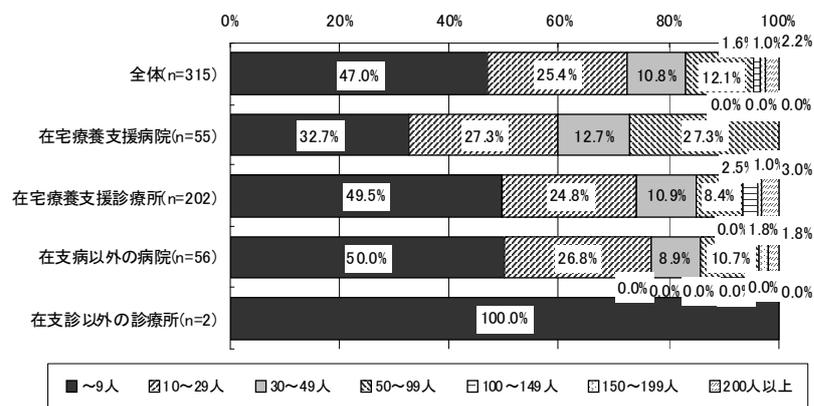
図表 99 年齢別患者数（1施設あたりの平均値）（平成21年・平成23年6月1か月間）

（単位：人）

	在宅療養支援病院		在宅療養支援診療所		在支病以外の病院		在支診以外の診療所	
	H21	H23	H21	H23	H21	H23	H21	H23
回答施設数	55	55	202	202	56	56	2	2
3歳未満	0.02	0.00	0.05	0.09	0.09	0.16	0.00	0.00
3歳以上6歳未満	0.02	0.04	0.10	0.15	0.07	0.02	0.00	0.00
6歳以上15歳未満	0.02	0.00	0.42	0.41	0.11	0.09	0.00	0.00
15歳以上40歳未満	0.22	0.49	1.79	2.20	0.68	0.55	0.00	0.00
40歳以上65歳未満	1.13	2.44	4.46	5.20	1.95	1.80	0.00	0.00
65歳以上75歳未満	2.49	3.64	4.86	6.38	3.07	2.63	0.00	0.00
75歳以上	26.58	32.96	23.35	29.48	18.02	15.07	1.00	1.50
合計	30.47	39.56	35.04	43.91	23.98	20.32	1.00	1.50

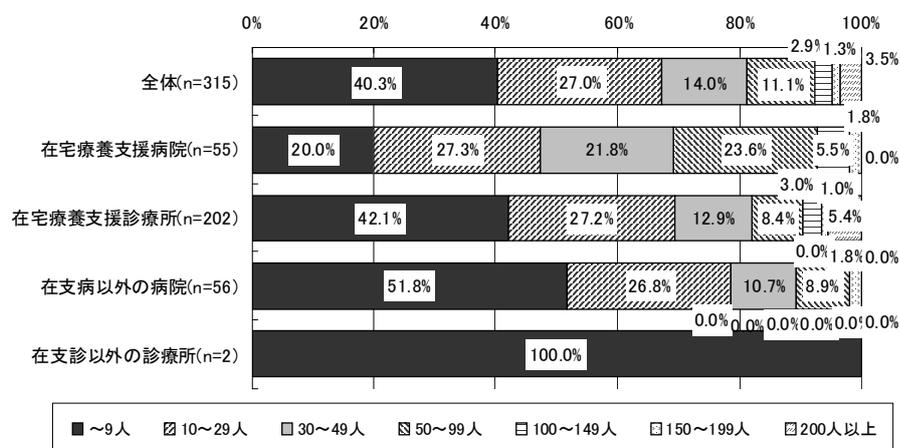
（注）全ての項目について回答があった施設を対象に集計。

図表 100 患者数（平成21年6月【診療報酬改定前】）



（注）全ての項目について回答があった施設を対象に集計、無回答を除いた315件を集計対象とした。

図表 101 患者数（平成23年6月【診療報酬改定後】）



（注）全ての項目について回答があった施設を対象に集計、無回答を除いた315件を集計対象とした。

②主たる疾患別患者数（1施設あたりの平均値）

主たる疾患別患者数についてみると、在支病、在支診、在支病以外の病院、いずれも「認知症」の患者が平成21年と比較して増加している。また、在支病、在支診では、すべての疾患で患者数の増加がみられた。

図表 102 主たる疾患別患者数（1施設あたりの平均値）（平成21年・平成23年6月1か月間）
（単位：人）

	在宅療養支援病院		在宅療養支援診療所		在支病以外の病院		在支診以外の診療所	
	H21	H23	H21	H23	H21	H23	H21	H23
回答施設数	54	54	200	200	57	57	2	2
悪性新生物	1.78	1.94	1.06	1.62	1.61	1.56	0.50	0.00
認知症	4.37	6.04	7.68	10.89	2.28	2.58	0.00	0.00
特定疾患(難病)	1.74	1.89	1.87	2.29	2.67	2.56	0.00	0.00
脳血管障害後遺症	8.00	8.87	7.11	9.73	7.96	6.88	0.00	0.00
呼吸器系疾患	2.67	3.04	2.45	4.81	3.05	1.67	0.00	0.00
その他の疾病	12.22	17.80	8.03	19.69	7.81	6.82	0.50	1.50

(注) 全ての項目について回答があった施設を対象に集計。

③NICU から在宅医療に移行した患者受入れ数

NICU から在宅医療に移行した患者の受入れ数についてみると、平成23年6月の1施設あたりの平均は、在支病が2.44人、在支診が1.43人、在支病以外の病院が1.79人であった。平成21年6月と比較して大きな変化はみられない。

図表 103 NICU から在宅医療に移行した患者受入れ数（1施設あたりの平均値）
（平成21年・平成23年6月1か月間）

（単位：人）

	在宅療養支援病院		在宅療養支援診療所		在支病以外の病院		在支診以外の診療所	
	H21	H23	H21	H23	H21	H23	H21	H23
回答施設数	54	54	200	200	57	57	2	2
NICU から移行した患者	2.28	2.44	1.08	1.43	1.58	1.79	0.00	0.00

(注) 全ての項目について回答があった施設を対象に集計。

④診療報酬項目別算定患者数

診療報酬項目別算定患者数をみると、在支病、在支診、在支病以外の病院、いずれも「往診」「在宅患者訪問診療料（同一建物以外）」、「在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）」、「在宅時医学総合管理料」、「在宅移行早期加算」、「訪問看護指示料」については、平成21年6月と比較して増加した。特に、「在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）」「在宅時医学総合管理料」では大きく増加した。

図表 104 診療報酬項目別算定患者数（1施設あたりの平均値）

（単位：人）

	在宅療養支援病院		在宅療養支援診療所		在支病以外の病院		在支診以外の診療所	
	平成21年6月【診療報酬改定前】	平成23年6月【改定後】	平成21年6月【診療報酬改定前】	平成23年6月【改定後】	平成21年6月【診療報酬改定前】	平成23年6月【改定後】	平成21年6月【診療報酬改定前】	平成23年6月【改定後】
回答施設数	61	61	215	215	59	59	3	3
1) 往診料	3.18	3.56	5.73	6.32	1.41	1.78	1.33	1.67
2) 在宅患者訪問診療料（同一建物以外）	18.90	21.44	13.24	14.45	11.97	13.12	0.67	0.67
在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）	9.21	17.75	11.08	16.86	1.78	4.58	0.00	0.00
3) 上記2)の在宅ターミナルケア加算	0.10	0.16	0.27	0.36	0.20	0.08	0.00	0.00
4) 在宅時医学総合管理料	12.33	18.05	18.53	22.88	1.51	2.61	0.00	0.00
5) 上記4)の在宅移行早期加算	0.00	1.72	0.01	1.04	0.00	0.36	0.00	0.00
6) 訪問看護指示料	11.41	13.49	5.18	6.41	13.97	15.29	0.00	0.00
7) 上記6)の特別訪問看護指示加算	0.23	0.30	0.40	0.33	0.19	0.25	0.00	0.00
8) 在宅自己腹膜灌流指導管理料	0.03	0.02	0.03	0.00	2.80	2.66	0.00	0.00
9) 在宅血液透析指導管理料（一回目）	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
在宅血液透析指導管理料（二回目以降）	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
10) 在宅酸素療法指導管理料	7.74	8.46	1.60	1.81	16.10	16.54	0.00	0.67
11) 在宅中心静脈栄養法指導管理料	0.18	0.28	0.14	0.22	0.75	0.73	0.00	0.00
12) 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	0.85	0.72	0.73	0.75	1.15	1.63	0.00	0.00
13) 在宅人工呼吸指導管理料	0.84	1.28	0.15	0.28	2.59	2.41	0.00	0.00
14) 在宅悪性腫瘍患者指導管理料	0.62	0.64	0.21	0.22	0.83	0.25	0.00	0.00
15) 在宅患者訪問薬剤管理指導料（同一建物以外）	0.11	0.02	0.06	0.07	0.39	0.51	0.00	0.00
在宅患者訪問薬剤管理指導料（同一建物居住者）	0.02	0.07	0.00	0.01	0.05	0.05	0.00	0.00
16) 退院時共同指導料1	0.11	0.13	0.03	0.09	0.00	0.00	0.00	0.00

（注）全ての診療報酬各項目について回答があった施設を対象に集計。

診療報酬項目別算定回数をみると、在支病、在支診、在支病以外の病院、いずれも「在宅患者訪問診療料（同一建物以外）」の算定回数は平成21年6月と比較して減少しているが、「在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）」では大きく増加している。

図表 105 診療報酬項目別算定回数（1施設あたりの平均値）

（単位：回）

	在宅療養支援病院		在宅療養支援診療所		在支病以外の病院		在支診以外の診療所	
	平成21年6月【診療報酬改定前】	平成23年6月【改定後】	平成21年6月【診療報酬改定前】	平成23年6月【改定後】	平成21年6月【診療報酬改定前】	平成23年6月【改定後】	平成21年6月【診療報酬改定前】	平成23年6月【改定後】
回答施設数	61	61	215	215	59	59	3	3
1) 往診料	5.33	5.67	9.54	10.32	1.69	2.49	3.00	3.33
2) 在宅患者訪問診療料（同一建物以外）	43.23	39.54	30.78	28.73	21.29	21.27	1.33	1.33
在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）	23.62	37.74	26.72	39.91	4.83	8.81	0.00	0.00
7) 訪問看護指示料の特別訪問看護指示加算	0.28	0.36	0.09	0.27	0.34	0.36	0.00	0.00

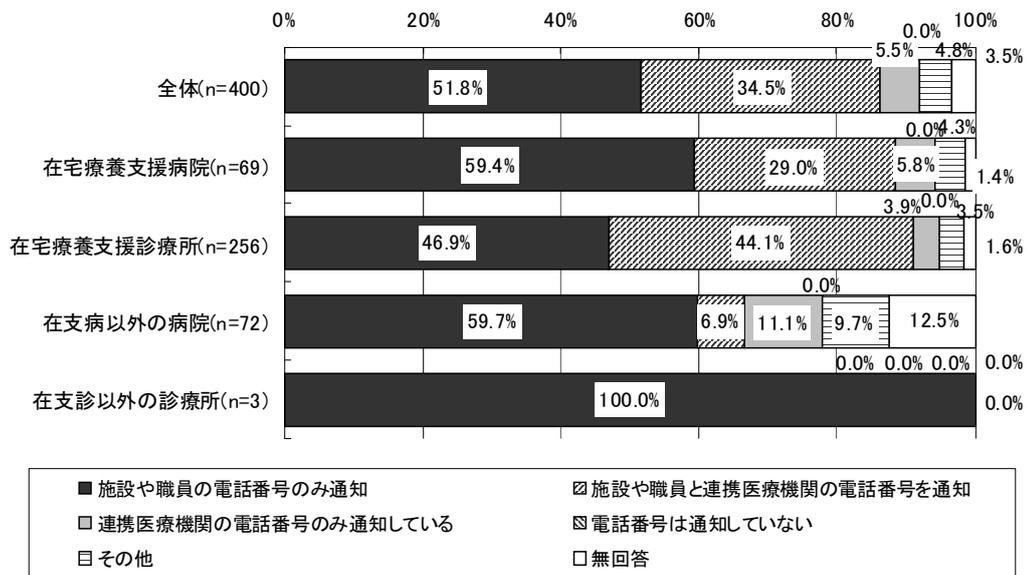
（注）全ての診療報酬各項目について回答があった施設を対象に集計。

(4) 緊急時の対応・往診体制

①在宅の患者に対する緊急時に連絡のとれる電話番号の通知方法

在宅の患者に対する緊急時に連絡のとれる電話番号の通知方法については、いずれの施設も「施設や職員の電話番号のみ通知」が最も多かった。この他の通知方法として、在支病と在支診では「施設や職員と連携医療機関の電話番号を通知」が多くなっている（在支病 29.0%、在支診 44.1%）。

図表 106 在宅の患者に対する緊急時に連絡のとれる電話番号の通知方法

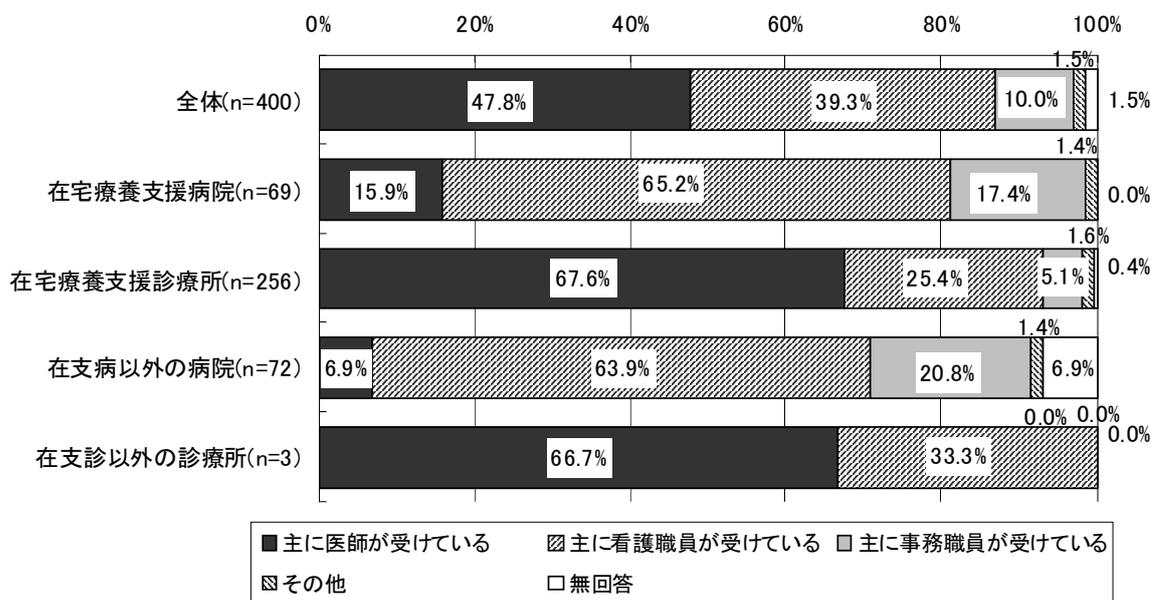


(注) 「その他」の内容として、「医師の携帯電話番号を通知」(5件)、「訪問看護ステーションの電話番号を通知」(4件)、「診療時間外は医師携帯へ転送」、「病院の守衛より訪問看護師携帯に連絡」、「訪問看護師の連絡先を通知」等が挙げられた。

②緊急時の連絡への主な対応者

緊急時の連絡への対応者についてみると、在支病や在支病以外の病院では、「主に看護職員が受けている」がそれぞれ65.2%、63.9%で最も多く、次いで「主に事務職員が受けている」がそれぞれ17.4%、20.8%で続いた。また、在支病と在支病以外の病院とで比較すると、在支病のほうが「主に医師が受けている」の割合が高かった。一方、在支診では「主に医師が受けている」が67.6%で最も多く、次いで「主に看護職員が受けている」(25.4%)となった。

図表 107 緊急時の連絡への主な対応者

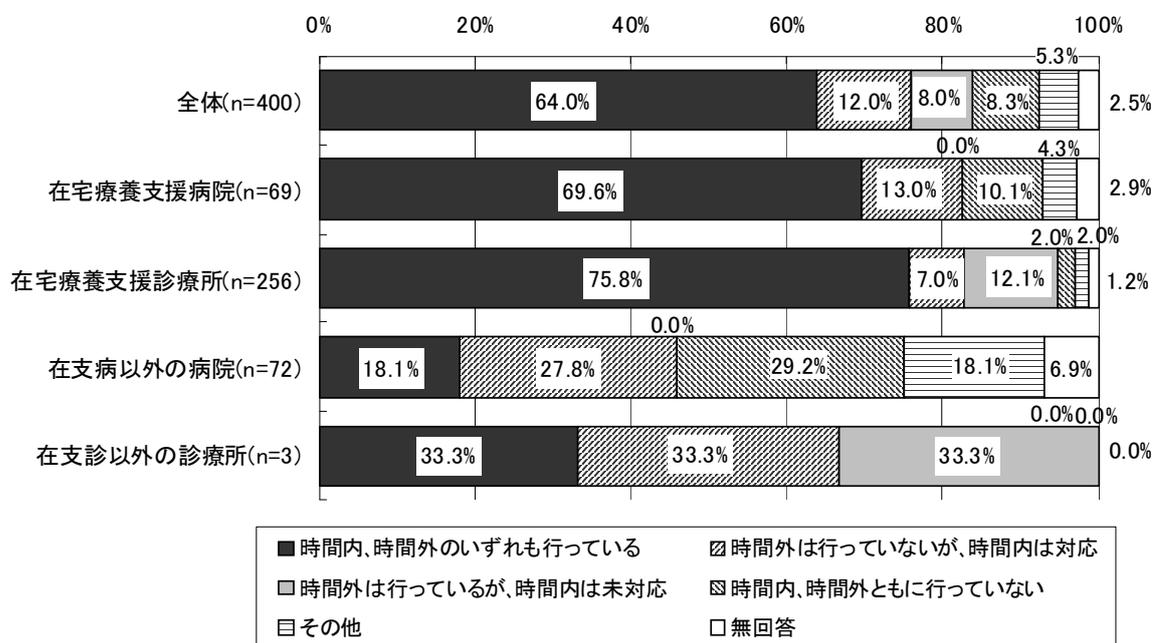


(注) 「その他」の内容として、「薬剤師」、「在宅療養部」、「時間内は受付、時間外は看護師」、「訪問看護ステーションの看護師」等が挙げられた。

③緊急時の往診体制

緊急時の往診体制についてみると、在支病、在支診では「時間内、時間外のいずれも行っている」がそれぞれ69.6%、75.8%で最も多かった。在支病では、次いで「時間外は行っていないが、時間内は対応」が13.0%、「時間内、時間外ともに行っていない」が10.1%と続いた。また、在支診では「時間外は行っているが、時間内は未対応」が12.1%、「時間外は行っていないが、時間内は対応」が7.0%となった。在支病以外の病院では、「時間内、時間外ともに行っていない」が29.2%で最も多く、次いで「時間外は行っていないが、時間内は対応」が27.8%、「時間内、時間外のいずれも行っている」が18.1%であった。

図表 108 緊急時の往診をどのように行っているか

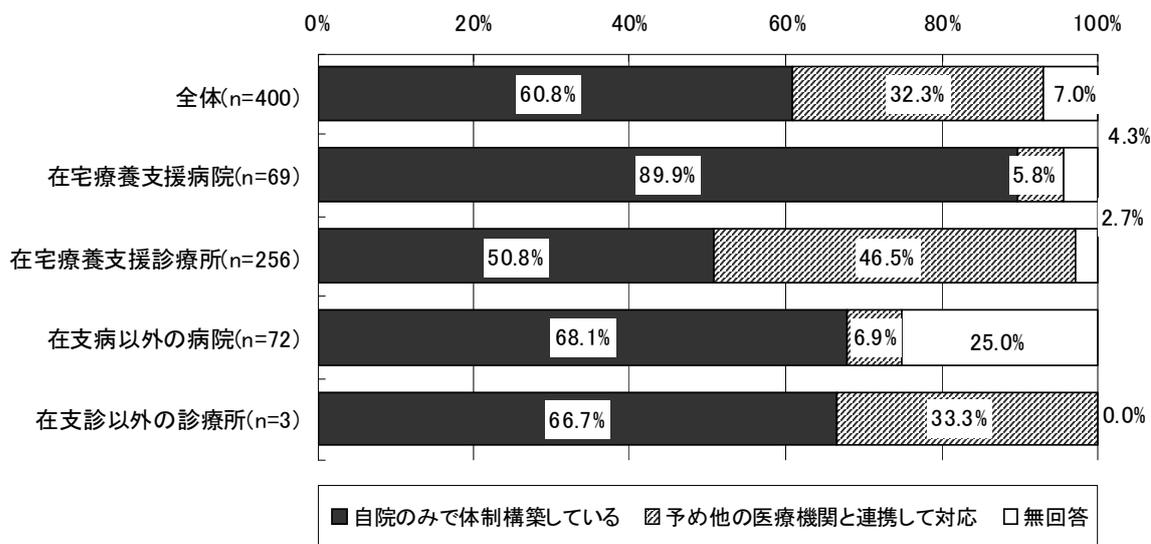


(注) 「その他」の内容として、「対応できない場合は救急搬送」、「医師が往診可能かどうか判断」、「ケース毎に対応」、「患者の症状と医師の状況による」、「看取り等に限って時間外も対応」、「訪問看護師が訪問し、指示を受けて必要時医師往診」等が挙げられた。

④緊急時の往診体制の構築方法

緊急時の往診体制の構築方法についてみると、在支病では「自院のみで体制構築している」が 89.9%、「予め他の医療機関と連携して対応できる体制を構築している」が 5.8%であった。一方、在支診では「自院のみで体制構築している」が 50.8%で、「予め他の医療機関と連携して対応できる体制を構築している」が 46.5%となった。在支診では在支病と比較して、他の医療機関と連携して緊急時の往診体制を構築している施設の割合が高い。

図表 109 緊急時の往診体制はどのように構築しているか



⑤緊急時の対応実績

緊急時に往診した回数についてみると、在支病では診療報酬改定前1年間の平均回数は24.5回であったのが、改定後の1年間の平均回数は31.3回となり、緊急時の往診回数は増加している。中央値でも、改定前が8.0回であったのに対し、改定後は9.5回と増加している。同様に、在支診についてみると、改定前の平均回数は19.8回で、改定後は22.8回と増加している。中央値でも改定前4.0回に対し、改定後は5.0回と増加している。

図表 110 緊急時に往診した回数（診療報酬改定前後）

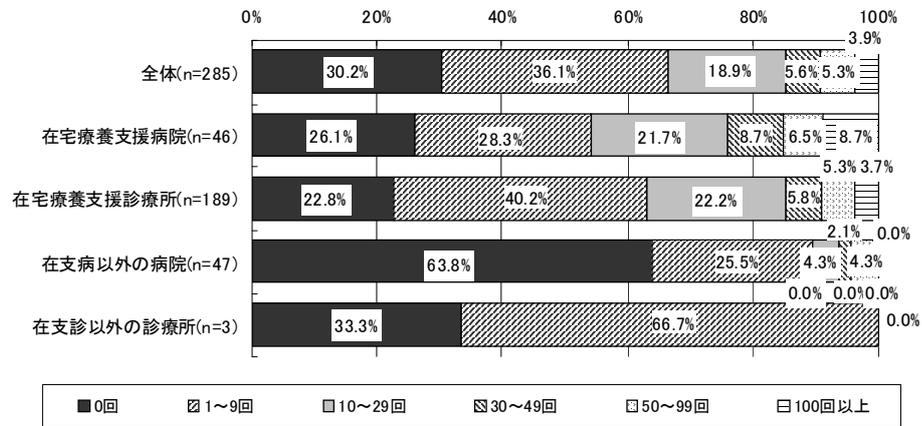
（単位：回）

	在宅療養支援病院		在宅療養支援診療所		在支病以外の病院		在支診以外の診療所	
	診療報酬改定前	診療報酬改定後	診療報酬改定前	診療報酬改定後	診療報酬改定前	診療報酬改定後	診療報酬改定前	診療報酬改定後
回答施設数	46	46	189	189	47	47	3	3
平均値	24.5	31.3	19.8	22.8	5.9	6.3	2.7	2.3
標準偏差	43.4	63.0	63.2	77.1	16.1	17.7	2.5	2.5
合計値	1,126	1,438	3,734	4,317	278	298	8	7
中央値	8.0	9.5	4.0	5.0	0.0	0.0	3.0	2.0

（注）・「診療報酬改定前」は、平成21年度・改定前の1年間、「診療報酬改定後」は、平成22年度・直近1年間の期間を示す。

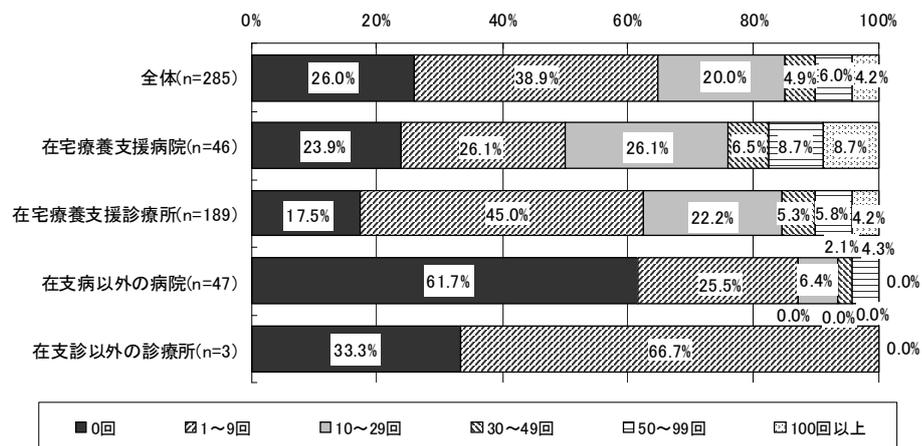
・全ての項目について回答があった施設を対象に集計。

図表 111 緊急時に往診した回数（平成 21 年度 1 年間 診療報酬改定前）



(注) 全ての項目について回答があった施設を対象に集計、無回答を除いた 286 件を集計対象とした。

図表 112 緊急時に往診した回数（平成 22 年度 1 年間 診療報酬改定後）



(注) 全ての項目について回答があった施設を対象に集計、無回答を除いた 286 件を集計対象とした。

緊急入院が必要と判断された回数についてみると、在支病では診療報酬改定前 1 年間の平均回数は 5.5 回であったのが、改定後の 1 年間の平均回数は 6.1 回となり、緊急入院が必要と判断された回数はやや増加している。在支診も同様に、改定前が 4.7 回で改定後が 5.4 回とやや増加している。一方、在支病以外の病院、在支診以外の診療所では、改定前と比較して改定後の平均回数は若干減少している。

図表 113 緊急入院が必要と判断された回数

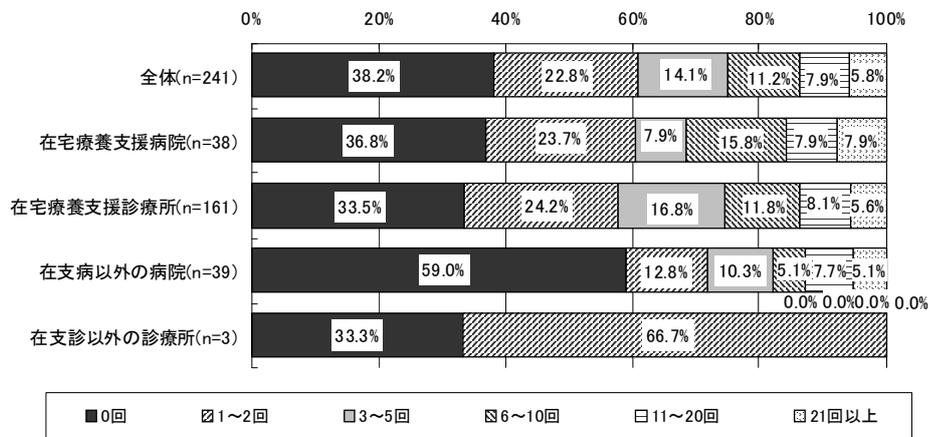
(単位：回)

	在宅療養支援病院		在宅療養支援診療所		在支病以外の病院		在支診以外の診療所	
	診療報酬改定前	診療報酬改定後	診療報酬改定前	診療報酬改定後	診療報酬改定前	診療報酬改定後	診療報酬改定前	診療報酬改定後
回答施設数	38	38	161	161	39	39	3	3
平均値	5.5	6.1	4.7	5.4	5.6	5.0	0.7	0.3
標準偏差	8.6	9.2	7.6	8.5	17.1	15.4	0.6	0.6
合計値	208	233	760	875	219	194	2	1
中央値	2	2	2	2	0	0	1	0

(注)・「診療報酬改定前」は、平成 21 年度・改定前の 1 年間、「診療報酬改定後」は、平成 22 年度・直近 1 年間の期間を示す。

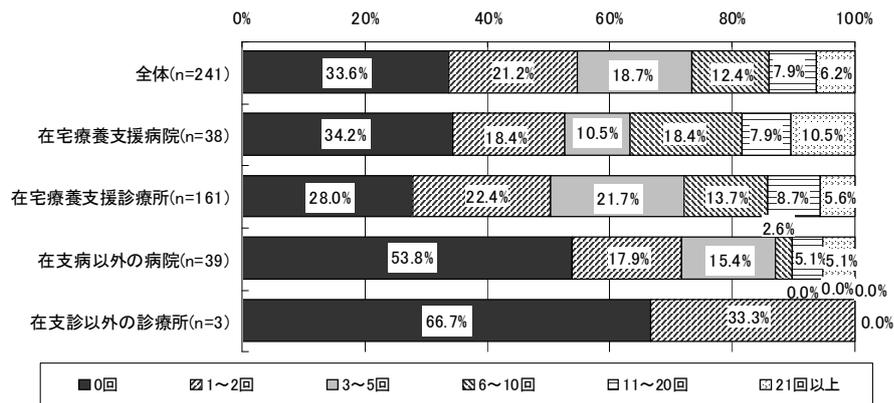
・全ての項目について回答があった施設を対象に集計。

図表 114 緊急入院が必要と判断された回数（平成 21 年度 診療報酬改定前）



(注) 全ての項目について回答があった施設を対象に集計、無回答を除いた 243 件を集計対象とした。

図表 115 緊急入院が必要と判断された回数（平成 22 年度 診療報酬改定後）



(注) 全ての項目について回答があった施設を対象に集計、無回答を除いた 243 件を集計対象とした。

在宅で看取りを行った回数についてみると、在支病では診療報酬改定前 1 年間の平均回数は 3.5 回であったのが、改定後の 1 年間の平均回数は 4.9 回となり、在宅で看取りを行った回数は増加している。同様に、在支診についてみると、改定前の平均回数は 3.9 回で、改定後は 4.5 回と若干増加している。在支病以外の病院でも 1.9 回から 2.9 回と増加している。

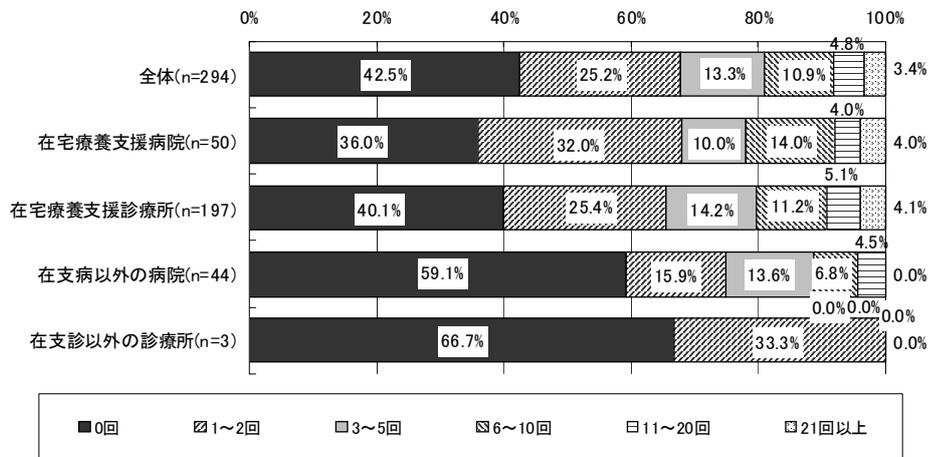
図表 116 在宅で看取りを行った回数（診療報酬改定前後）

（単位：回）

	在宅療養支援病院		在宅療養支援診療所		在支病以外の病院		在支診以外の診療所	
	診療報酬改定前	診療報酬改定後	診療報酬改定前	診療報酬改定後	診療報酬改定前	診療報酬改定後	診療報酬改定前	診療報酬改定後
回答施設数	50	50	197	197	44	44	3	3
平均値	3.5	4.9	3.9	4.5	1.9	2.9	0.7	1.0
標準偏差	5.5	7.3	7.9	9.9	3.4	6.8	1.2	1.7
合計値	175	243	775	892	82	126	2	3
中央値	1	2	1	1	0	0	0	0

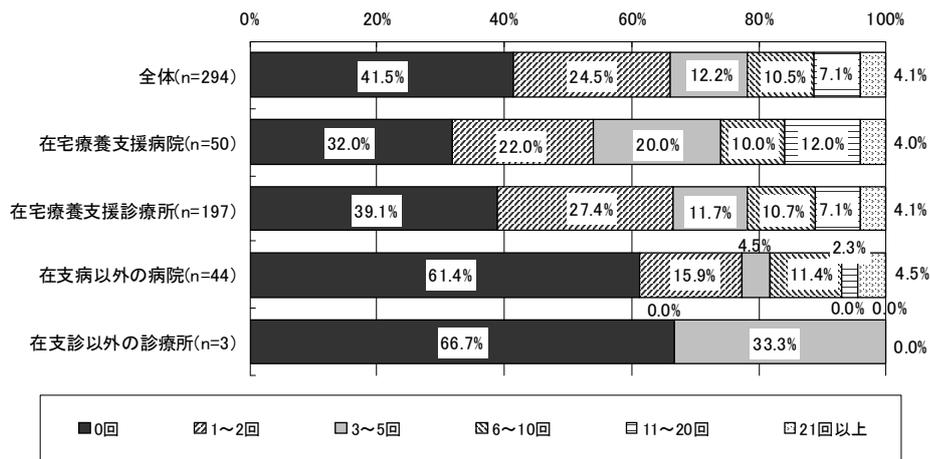
（注）「診療報酬改定前」は、平成 21 年度・改定前の 1 年間、「診療報酬改定後」は、平成 22 年度・直近 1 年間の期間を示す。

図表 117 在宅で看取りを行った回数（平成 21 年度 診療報酬改定前）



(注) 全ての項目について回答があった施設を対象に集計、無回答を除いた 294 件を集計対象とした。

図表 118 在宅で看取りを行った回数（平成 22 年度 診療報酬改定後）

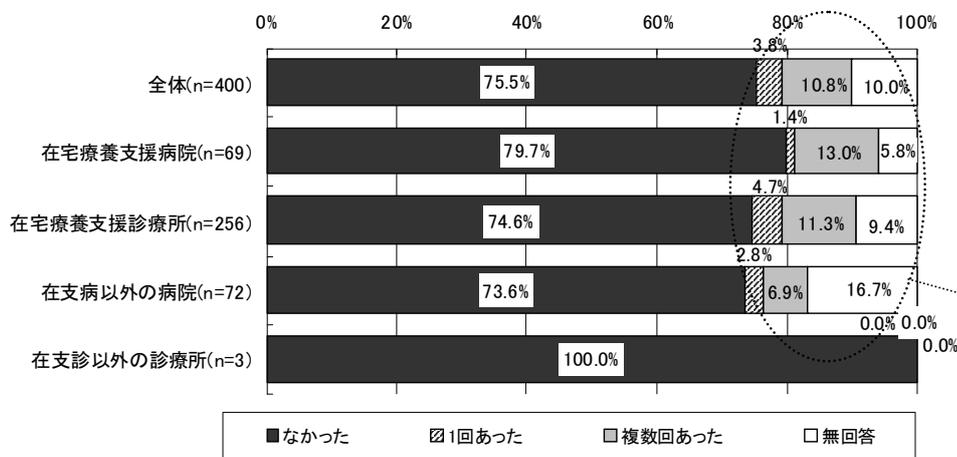


(注) 全ての項目について回答があった施設を対象に集計、無回答を除いた 294 件を集計対象とした。

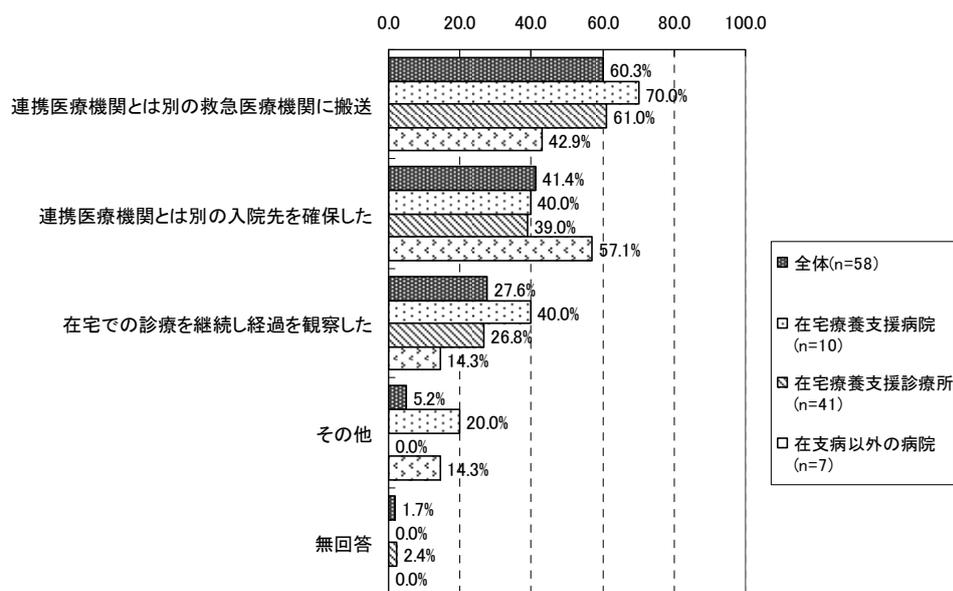
⑥緊急時の入院先の病床確保について

平成23年4月以降、在宅患者について、自院や連携医療機関に緊急入院を行おうとして、入院先の病床が確保できなかった経験の有無についてみると、在支病では13.0%、在支診では11.3%、在支病以外の病院では6.9%が「複数回あった」と回答している。また、「1回あった」という回答も、在支病では1.4%、在支診では4.7%、在支病以外の病院では2.8%となった。病床が確保できなかった理由を自由記述形式で尋ねたところ、「満床であったため」(47件)、「医師不足、専門医師の不足」(7件)、「専門治療が必要」(4件)、「認知症対応できない」(2件)が挙げられた。また、その際の対処法としては、在支病、在支診のいずれも「連携医療機関とは別の救急医療機関に搬送」がそれぞれ70.0%、61.0%で最も多かった。

図表 119 自院や連携医療機関に緊急入院を行おうとして、病床が確保できなかった経験の有無



図表 120 自院や連携医療機関に緊急入院を行おうとして、病床が確保できなかった際の対処 (緊急入院に際して病床が確保できなかったことがあった施設、複数回答)



(注) 「その他」の内容として、「在宅での診療を継続し、入院予約として空くのを待った」、「救急にて他院へ搬送」が挙げられた。

【緊急時の対応のために工夫していること】（自由記述式、事例）

○連絡方法

- ・ 日中、外来受付時間外にも常時職員が待機し、電話等受けることができるようにしている。夜間・休日等にはクリニック電話より医師携帯へ自動転送になるようにしている。
- ・ PHS の待機を医師だけでなく事務にも担当してもらい、負担を軽減している。
- ・ 医師の携帯電話番号を家族に教えている。
- ・ オンコール表を使用して担当医には必ず電話連絡ができるようにしている。
- ・ 緊急時対応や救急車の呼び方の一覧表を作成し家族に渡し説明している。
- ・ 緊急時連絡方法のパンフレットを渡している。
- ・ 診療所電話、医師携帯（24 時間対応）、訪問看護師携帯（24 時間対応）を予め患者・家族に連絡している。／等

○病床確保

- ・ 一定数の緊急用の空床確保。
- ・ 当院に病床があるため、あらかじめの状態報告をしておき緊急時の対応依頼をしている。また、他病院との連携により、当院での対応不可能と判断された場合、急性期病院への依頼により確保できるようにした。
- ・ 空床の病棟へまず入院して頂き、予定の病棟が空き次第に転院して頂く流れをとっている。
- ・ 予め病院 2 か所と連携している。
- ・ 複数の受け入れ先医療機関を確保する。／等

○患者情報の共有化

- ・ あらかじめ連携病院へ病状・投薬・検査データ・医療情報提供書を送付し、万が一に備えている。
- ・ 関連病院と電子カルテにて、情報を共有している。
- ・ 緊急来院時、在宅での方向性など電子カルテでわかるようコメントを記入しておく。
- ・ 当院の往診患者であることを、電子カルテ上明記して担当医以外の医師に当院管理なので対応しなければならないという意識を持ってもらう。急変が予想される患者は、担当看護師より外来当直看護師へ申し送りする。／等

○その他

- ・ 紹介元の病院（在宅復帰直前に入院していた病院）へ緊急時にスムーズに入院できるよう、日頃から主治医同士（紹介元病院の主治医と自院の主治医）で情報共有するよう努めている。自院から訪問診療を開始する際、患者に対して緊急時の対応についてあらかじめ説明し、同意を得るようにしている。（緊急時の入院先…1）自院 2）紹介元の病院、自院が満床の場合 3）当日の救急当番病院（患者の症状＝危険度に応じて）。紹介元がない患者（自院がかかりつけである場合）については、患者の症状に応じて救急当番病院に受け入れてもらうようにしている（受け入れ先の地域連携室に診療情報を送った上で）。
- ・ 静岡市医師会の病院連携のネットワークを活用している。
- ・ ターミナルの患者がいる場合、予め消防に伝えておく。
- ・ 定期的に医師を含め看護職員と在宅患者の状況のカンファレンスを実行している
- ・ 当院では 24 時間体制で当直医、副待機の 2 名体制をとっている。また、訪問看護ステーションも 24 時間体制であり、迅速な動きと連携にて対応している。
- ・ 連携先とコミュニケーションをよくとるようにする。カンファレンスへ出席する。／等

(5) 他の医療機関との連携

① 定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている医療機関等と共同で実施した会議（カンファレンス）の回数

回答施設が定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている医療機関等と共同で実施した会議（カンファレンス）の回数（平成23年6月1か月間）は、在支病が2.25回、在支診が1.50回、在支病以外の病院が3.30回、在支診以外の診療所が0.67回であった。

図表 121 定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている医療機関等と共同で実施した会議（カンファレンス）の回数（平成23年6月1か月間）

（単位：回）

	在宅療養支援 病院	在宅療養支援 診療所	在支病以外の 病院	在支診以外の 診療所
回答施設数	58	215	54	3
平均値	2.25	1.50	3.30	0.67
標準偏差	4.18	2.99	5.88	0.58
合計値	130.5	323.5	178.0	2.0
中央値	1.0	1.0	1.0	1.0

平成23年6月1か月間に実際にカンファレンスを開催した実績のある施設でのカンファレンスの回数をみると、在支病が4.35回、在支診が2.91回、在支病以外の病院が5.56回、在支診以外の診療所が1.00回であった。

図表 122 定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている医療機関等と共同で実施した会議（カンファレンス）の回数（平成23年6月1か月間）

＜前記図表のうち、会議実績のある施設＞

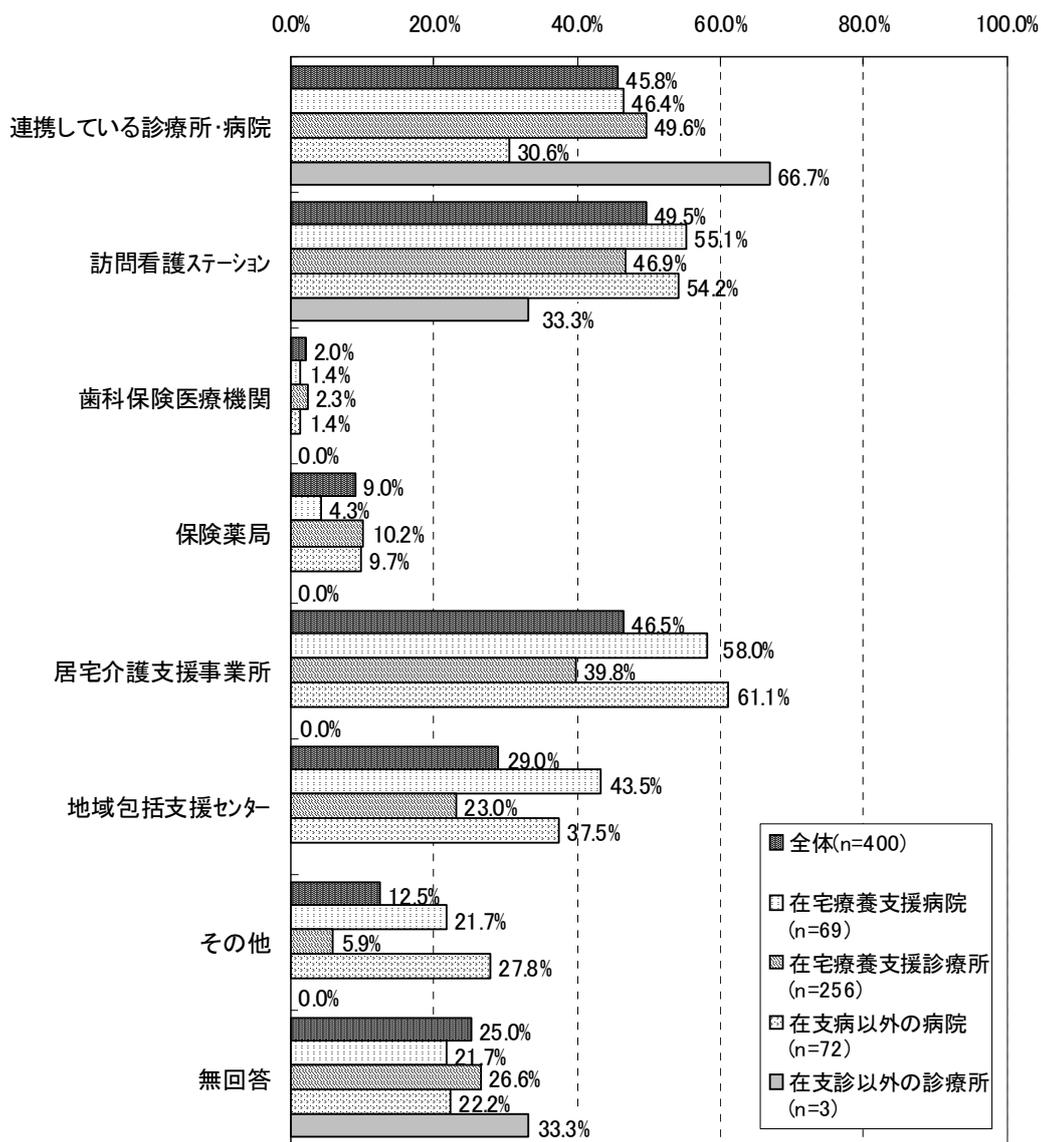
（単位：回）

	在宅療養支援 病院	在宅療養支援 診療所	在支病以外の 病院	在支診以外の 診療所
回答施設数	30	111	32	2
平均値	4.35	2.91	5.56	1.00
標準偏差	4.98	3.64	6.79	0.00
合計値	130.5	323.5	178.0	2.0
中央値	3.0	2.0	2.0	1.0

②カンファレンスに参加することのある連携機関

カンファレンスに参加することのある連携機関についてみると、在支病では「居宅介護支援事業所」が58.0%、「訪問看護ステーション」が55.1%、「連携している診療所・病院」が46.4%、「地域包括支援センター」が43.5%という状況であった。また、在支診では「連携している診療所・病院」が49.6%、「訪問看護ステーション」が46.9%、「居宅介護支援事業所」が39.8%、「地域包括支援センター」が23.0%であった。

図表 123 カンファレンスに参加することのある連携機関（複数回答）

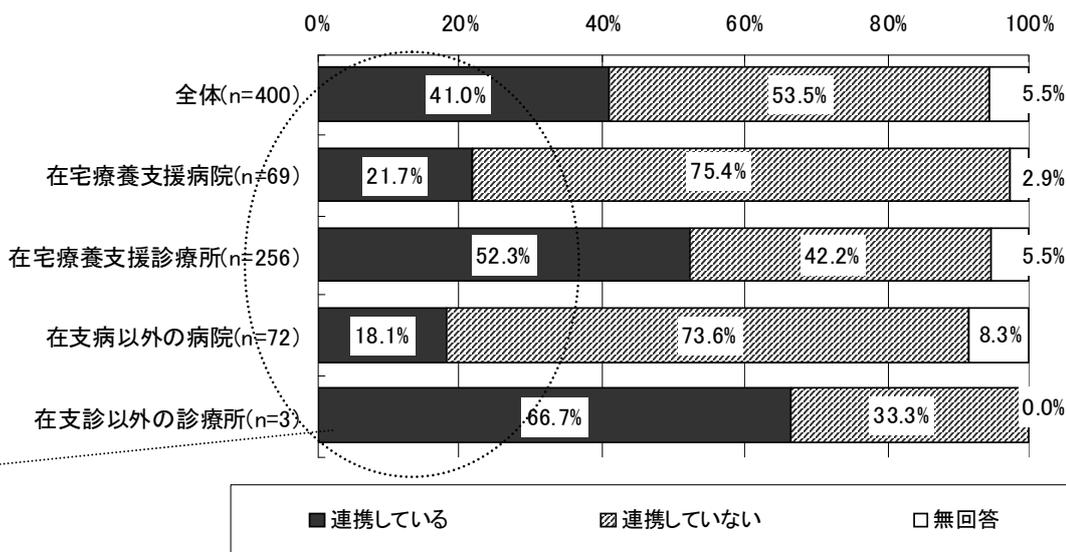


(注)「その他」の内容として、「老人福祉施設」(30件)「福祉用具業者」(8件)「市町村関係者」(3件)等が挙げられた。

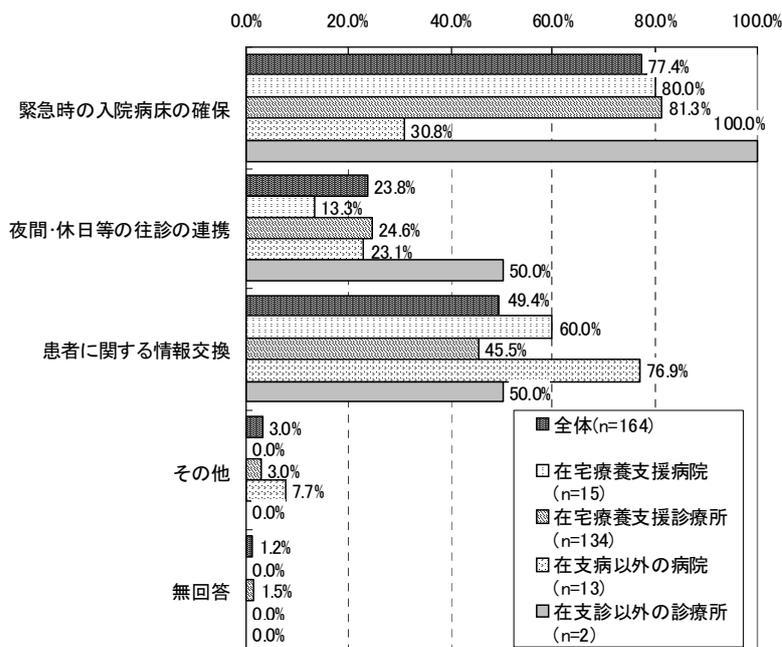
③他の在宅療養支援病院との連携の有無

平成 23 年 6 月 1 か月間における他の在宅療養支援病院との連携の有無についてみると、「連携している」という回答は、在支病が 21.7%、在支診が 52.3%、在支病以外の病院が 18.1%であり、在支診で割合が高かった。在支診における連携内容としては、「緊急時の入院病床の確保」が 81.3%、「患者に関する情報交換」が 45.5%、「夜間・休日等の往診の連携」が 24.6%であった。

図表 124 他の在宅療養支援病院との連携の有無（平成 23 年 6 月 1 か月間）



図表 125 平成 23 年 6 月 1 か月間の他の在宅療養支援病院との連携の内容
(在宅療養支援病院と連携している施設、複数回答)



(注) 「その他」の内容として、「認知症の対応」「褥瘡処置」「レスパイト入院」が挙げられた。

【在宅医療を推進する上で有効と考えられる状況の共有化】（自由記述式、事例）

- ・ 緊急時に入院できる病院の空床の状況、専門医の体制。
- ・ 入院可能な病院と患者の病歴・病状の共有。
- ・ 地域の病院の医療機器の整備状況。
- ・ 入院先病床確保のため、連携先の相談室、連携室職員との情報交換。
- ・ 入院先の医師とのコミュニケーション。
- ・ 在支病、在支診、訪問看護ステーション等と、基本情報、生活状況、状態、身体状況・状態、診療記録などを共有化すること。
- ・ 訪問看護ステーションと24時間体制で情報を共有する。
- ・ 居宅介護支援事業所に退院時のサマリーを提供すること。
- ・ 患者に関わる全ての職種がその人の病状、家庭環境、地域の状況、受けているサービス、今後の希望など、様々な情報を共有するのが理想。／等

④他の施設・事業所との連携状況

連携している施設・事業所の数についてみると、在支病では「連携している診療所・病院」が平均 6.3 箇所、「訪問看護ステーション」が 2.0 箇所、「歯科保険医療機関」が 0.7 箇所、「保険薬局」が 1.0 箇所、「居宅介護支援事業所」が 5.3 箇所、「地域包括支援センター」が 1.8 箇所であった。また、在支診では「連携している診療所・病院」が平均 3.5 箇所、「訪問看護ステーション」が 2.4 箇所、「歯科保険医療機関」が 0.3 箇所、「保険薬局」が 1.3 箇所、「居宅介護支援事業所」が 3.4 箇所、「地域包括支援センター」が 0.8 箇所であった。

図表 126 連携している他の施設・事業所の数

(単位：箇所)

		連携している診療所・病院	訪問看護ステーション	歯科保険医療機関	保険薬局	居宅介護支援事業所	地域包括支援センター
在宅療養支援病院(n=62)	平均値	6.3	2.0	0.7	1.0	5.3	1.8
	標準偏差	12.2	2.2	1.1	1.4	8.6	2.5
	合計値	389	124	42	65	328	113.5
	中央値	4	1	0	1	1	1
在宅療養支援診療所(n=230)	平均値	3.5	2.4	0.3	1.3	3.4	0.8
	標準偏差	3.9	2.5	0.6	1.8	8.3	1.2
	合計値	794	552	72	293	784	192
	中央値	3	2	0	1	1	0
在支病以外の病院(n=52)	平均値	16.7	2.8	0.4	1.2	8.6	1.8
	標準偏差	54.9	5.0	0.8	3.7	15.4	3.2
	合計値	866	146	21	61	445	91
	中央値	1	1	0	0	2	1
在支診以外の診療所(n=3)	平均値	2.7	1.7	0.7	1.0	0.7	0.7
	標準偏差	0.6	1.2	0.6	1.0	1.2	1.2
	合計値	8	5	2	3	2	2
	中央値	3	1	1	1	0	0

実際に連携施設・事業所がある施設に限定して、その連携施設・事業所の数の中央値をみると、在支病では「連携している診療所・病院」が4箇所、「訪問看護ステーション」が1箇所、「歯科保険医療機関」が1箇所、「保険薬局」が2箇所、「居宅介護支援事業所」が3箇所、「地域包括支援センター」が2箇所であった。また、在支診では「連携している診療所・病院」が3箇所、「訪問看護ステーション」が2箇所、「歯科保険医療機関」が1箇所、「保険薬局」が1箇所、「居宅介護支援事業所」が3箇所、「地域包括支援センター」が1箇所であった。

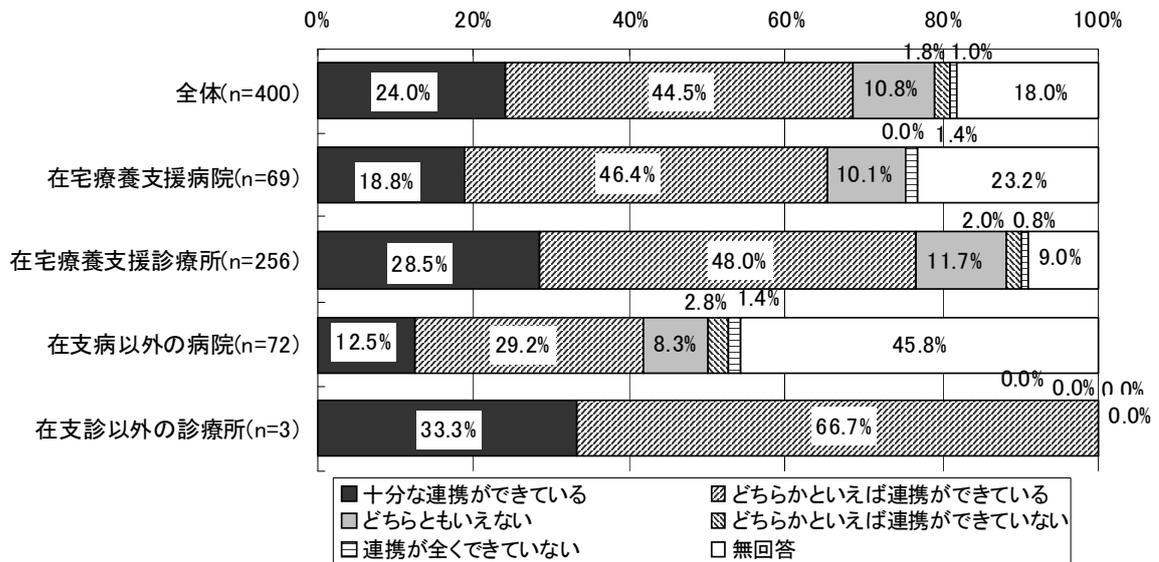
図表 127 連携している他の施設・事業所の数<前記図表のうち、連携実績のある施設>

(単位：箇所)

		連携している診療所・病院	訪問看護ステーション	歯科保険医療機関	保険薬局	居宅介護支援事業所	地域包括支援センター
在宅療養支援病院	件数	49	50	26	33	48	42
	平均値	7.9	2.5	1.6	2.0	6.8	2.7
	標準偏差	13.3	2.2	1.1	1.4	9.3	2.7
	合計値	389	124	42	65	328	113.5
	中央値	4	1	1	2	3	2
在宅療養支援診療所	件数	221	192	57	136	134	114
	平均値	3.6	2.9	1.3	2.2	5.9	1.7
	標準偏差	3.9	2.5	0.6	1.9	10.2	1.2
	合計値	794	552	72	293	784	192
	中央値	3	2	1	1	3	1
在支病以外の病院	件数	26	38	13	18	38	28
	平均値	33.3	3.8	1.6	3.4	11.7	3.3
	標準偏差	74.6	5.5	1.0	5.7	17.0	3.8
	合計値	866	146	21	61	445	91
	中央値	5	2	1	2	4	2
在支診以外の診療所	件数	3	3	2	2	1	1
	平均値	2.7	1.7	1.0	1.5	2.0	2.0
	標準偏差	0.6	1.2	0.0	0.7	-	-
	合計値	8	5	2	3	2	2
	中央値	3	1	1	2	2	2

「連携している診療所・病院」との連携状況についての評価をみると、在支病では18.8%、在支診では28.5%が「十分な連携ができています」と回答した。これに「どちらかといえば連携ができています」を合わせるとそれぞれ65.2%、76.5%となった。

図表 128 連携状況の評価：連携している診療所・病院との連携状況

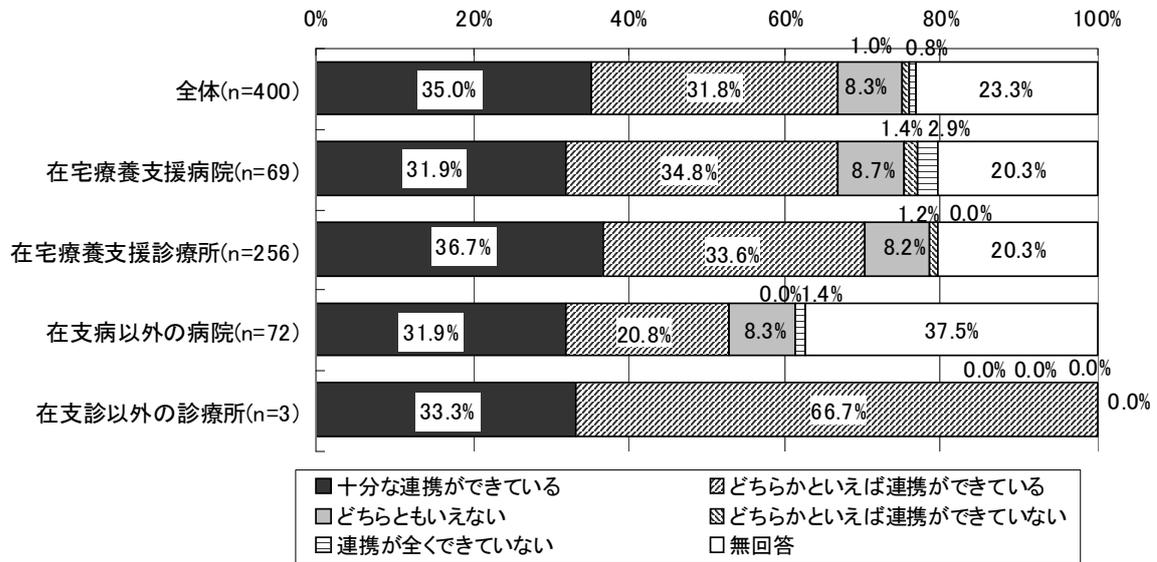


【連携が不十分だと感じている場合の理由】（自由記述式）

- ・ 連携している施設がない。
- ・ カンファレンスの調整がうまくいかない。
- ・ 両者の積極性の欠如。
- ・ 必要な時しか交流しない。
- ・ 地域の病院数が少なく、自院で抱えやすい。患者も望んでいるため。／等

「訪問看護ステーション」との連携状況についての評価をみると、在支病では 31.9%、在支診では 36.7%が「十分な連携ができています」と回答した。これに「どちらかといえば連携ができています」を合わせるとそれぞれ 66.7%、70.3%となった。

図表 129 連携状況の評価：訪問看護ステーションとの連携

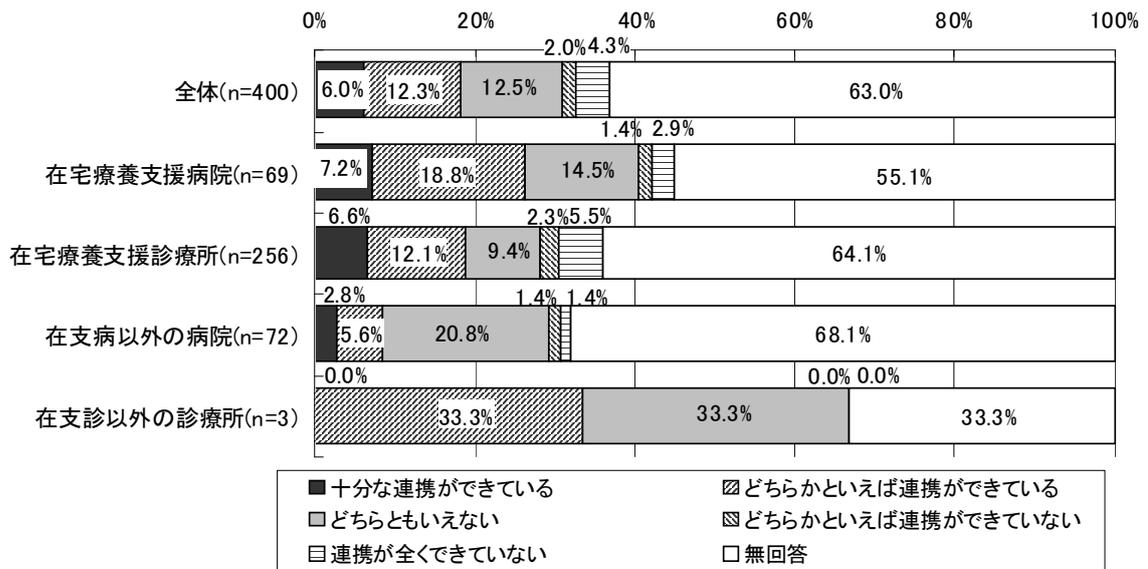


【連携が不十分だと感じている場合の理由】（自由記述式）

- ・ 連携していない。
- ・ 文書のみやりとり。報告が遅い。
- ・ 数が少ない。依頼しても受けってもらえないこともある。
- ・ 24時間対応していない。
- ・ 両者の積極性の欠如。／等

「歯科保険医療機関」との連携状況についての評価をみると、「十分な連携ができている」という回答は在支病が 7.2%、在支診が 6.6%に留まった。本設問ではおそらく連携している歯科保険医療機関がない場合、無回答としたことが推察される。この場合、「連携が全くできていない」と同様に捉えることも可能であることから、無回答が多いことを斟酌しても「十分な連携ができている」と評価する施設が少ないといえる。

図表 130 連携状況の評価：歯科保険医療機関との連携

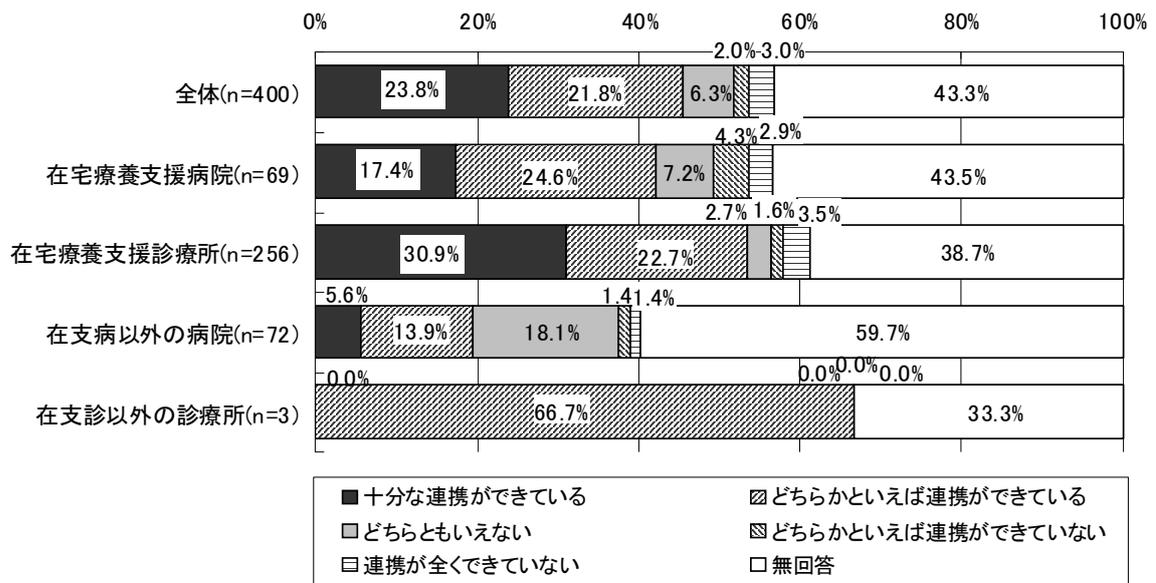


【連携が不十分だと感じている場合の理由】（自由記述式）

- ・ 連携していない。
- ・ 連携先がない／該当機関がない。
- ・ 連携すべき症例がない／患者のニーズがない。
- ・ 知らない／地域情報が少ない／情報の共有が少ない。
- ・ 訪問歯科診療しているのは歯科医師会未入会が多い。
- ・ 医療・介護・福祉などに関する知識・認識のレベルが低い。
- ・ 数が少ない。依頼しても受けてもらえないこともある。
- ・ 連携のための電話連絡や面談の申し入れやサービス担当者会議への参加要請などがあまり行われていない。
- ・ 紙面や口頭での情報提供・交換を共にしていない。患者を介してのみ。／等

「保険薬局」との連携状況についての評価をみると、「十分な連携ができている」という回答は在支病が 17.4%、在支診が 30.9%であった。これに「どちらかといえば連携ができている」を合わせるとそれぞれ 42.0%、53.6%となった。しかし、前述の「歯科保険医療機関」との連携状況の評価と同様、無回答が多くなっている点にも留意する必要がある。

図表 131 連携状況の評価：保険薬局との連携

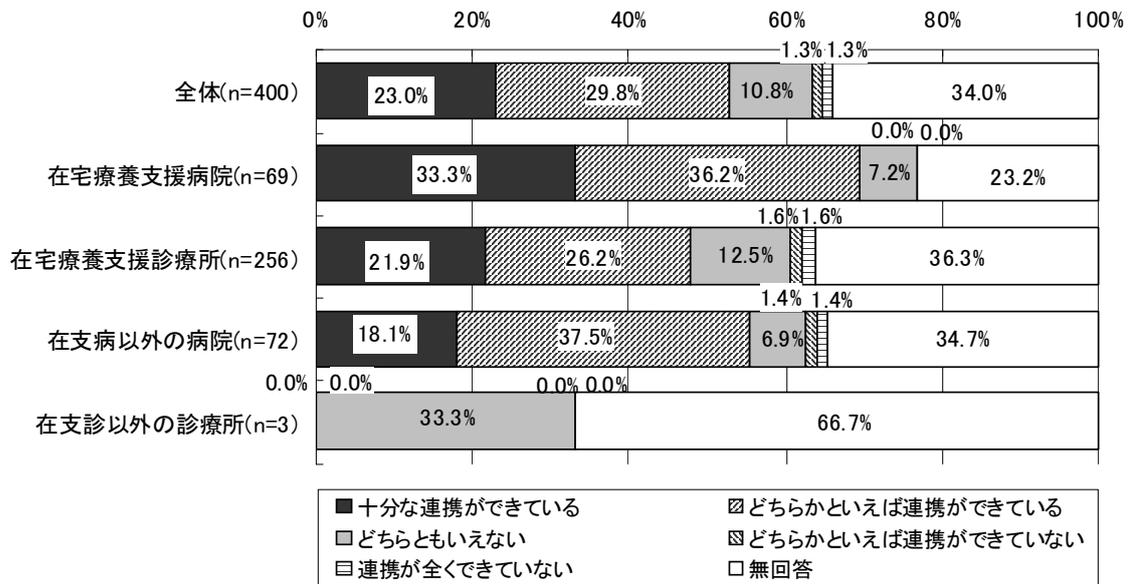


【連携が不十分だと感じている場合の理由】（自由記述式）

- ・ 連携していない。
- ・ 連携先がない／該当機関がない。
- ・ 院内調剤のため。
- ・ 往診患者の近くでお薬を処方する為、数が少ない。
- ・ （薬局の）時間外対応、休日対応ができていない。
- ・ 医療・介護・福祉などに関する知識・認識のレベルが低い。
- ・ 職員の意識が連携していこうと思っていない。
- ・ 連携のための電話連絡や面談の申し入れやサービス担当者会議への参加要請などがあまり行われていない。
- ・ 来月より連携をとる予定。／等

「居宅介護支援事業所」との連携状況についての評価をみると、「十分な連携ができている」という回答は在支病が 33.3%、在支診が 21.9%であった。これに「どちらかといえば連携ができている」を合わせるとそれぞれ 69.5%、48.1%となった。

図表 132 連携状況の評価：居宅介護支援事業所との連携

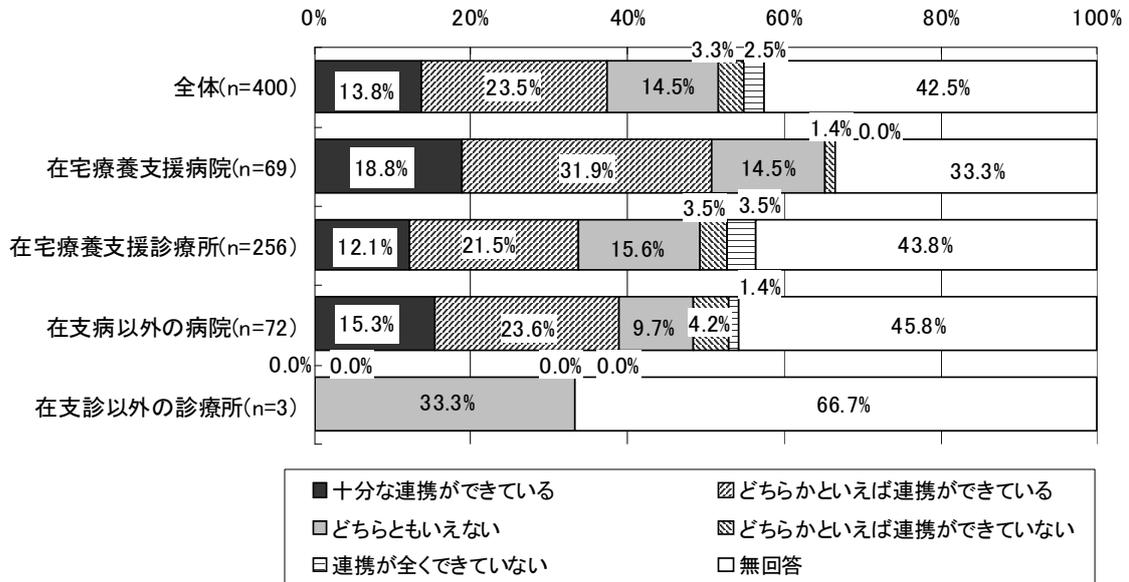


【連携が不十分だと感じている場合の理由】（自由記述式）

- ・ 連携していない／実績がない。
- ・ 情報のやりとりが互いに十分にできず、電話のみでの対応のため。
- ・ 連携のための電話連絡や面談の申し入れやサービス担当者会議への参加要請などがあまり行われていない。
- ・ ケアマネジャーの医療に対する（時に末期）理解が低すぎる。少し状態が悪化するとすぐに「入院」と騒ぎ立てる人もいる。
- ・ 時間的に困難。電話にての応答は可。
- ・ 別の医療機関に転院させてしまうから。／等

「地域包括支援センター」との連携状況についての評価をみると、「十分な連携ができている」という回答は在支病が 18.8%、在支診が 12.1%であった。これに「どちらかといえば連携ができている」を合わせるとそれぞれ 50.7%、33.6%となった。

図表 133 連携状況の評価：地域包括支援センターとの連携



【連携が不十分だと感じている場合の理由】（自由記述式）

- ・ 連携していない／実績がない／連携数が少ない。
- ・ 全く交流がない／顔が見えない。
- ・ 接触する機会が少ない。
- ・ 連携の必要性がない。
- ・ 軽度介護の患者になるので病院との連携をする機会が少ない。
- ・ 要支援患者のためケアマネとの連携困難。
- ・ まず問い合わせや相談はほとんどない。患者のために介護サービスを使用したほうが良いと思ってケアマネの担当の名前を問うが担当ケアマネの名前すらきちんと教えてもらえない（個人情報だからと言って）。
- ・ 転居になると対応が必要。
- ・ 事務など職員が各自自治体（広域連合）の出向のため交代が早い。
- ・ 依頼数自体が少ない。
- ・ 居宅介護支援センターで事足りている。
- ・ 連携のための電話連絡や面談の申し入れやサービス担当者会議への参加要請などがあまり行われていない。
- ・ ケアマネジャーの医療に対する（時に末期）理解が低すぎる。少し状態が悪化するとすぐに「入院」と騒ぎ立てる人もいる。
- ・ 時間的に困難。電話にての応答は可。／等

⑤在宅医療を推進する上で必要と思われるサービス等

在宅医療を推進する上で必要と思われるサービスについて自由記述式により記載していた結果を以下にとりまとめた。

○訪問看護

- ・ 訪問看護ステーションの役割が大きい。
- ・ 状態悪化時の夜間の訪問看護、その情報提供。
- ・ 病状の変化に対し、医師との連携をとりやすい。危機介入がしやすい。
- ・ ターミナルケースに有効。
- ・ 24時間緊急対応可能で患者とその家族をサポートして頂き、緊急時には速やかに対応できる。
- ・ がん患者には必須のサービス。
- ・ 医療的フォローとして欠かせない。
- ・ 終末期や通院が困難な方、入院病床が確保できない時や入院を拒否する方の場合、在宅で点滴、状態把握ができ有用。
- ・ 在宅看取り時に死後処置の依頼。
- ・ 医療依存度の高いケースやターミナルケースにおいては、訪問看護ステーションの訪問は特に有効であるが、在宅医療を提供するケースは、さまざまな生活上の課題も抱えており、ケースに応じて必要なサービス事業所との連携は必要である。／等

○訪問看護・訪問介護

- ・ 患者・家族の状況などが日々訪問するごとに情報が有り有効と考える。
- ・ 訪問看護・訪問介護・デイサービス・デイケア。自宅のみでは行うのが困難なので、人の手を借りた方が家族の負担が減らせる。
- ・ 在宅療養の介護力不足の場合に有効。
- ・ 訪問看護・往診・ヘルパー（病状により）終末期が不安定な状態であるケースほどサービスが一定金額で十分入ることができれば退院の不安を軽減し、在宅療養に結び付けられると思う。
- ・ ヘルパーによる経管栄養の注入、吸痰処置ができれば在宅介護者の負担を軽減できる。／等

○医師

- ・ 24時間対応できる往診医の確保。がんのターミナル期だけではなく全ての人のターミナル期に。
- ・ 高齢者の訴えである、膝・腰・肩の疼痛を和らげるため、内科だけではなく総合的な治療が行える医師が必要。
- ・ 慢性期の患者のために地域に往診医が必要。／等

○訪問リハビリテーション

- ・ 社会生活を維持させる上で ADL 維持。
- ・ 高齢者で寝たきり状態の患者がほとんどであり、訪問リハビリが重要。／等

○地域包括支援センター・居宅介護支援事業所

- ・ 独居老人や家族の協力が得られない患者。虐待が疑われる患者。
- ・ ケアマネジャーや地域包括支援センターが中心となってコーディネートしてもらえると、歯科や薬局などとの連携がより進みやすい。
- ・ 医療の内容のわかるケアマネジャー。／等

○レスパイト

- ・ 医療依存度が高い方を介護している介護者の休息の意味での短期ショートステイ。
- ・ レスパイトが必要な方に在宅療養支援病院。
- ・ 家族のレスパイトを目的とした、医療依存度の高い患者も受け入れられる施設の確保。
- ・ 医療的ケアが多い、あるいは病状が不安定な患者が利用できる、デイケア、ナイトケア、ショートステイ、ミドルステイ。介護が大変なのに現状ではサービス利用が困難で、家族も休息できないために在宅医療を勧めにくいようなケースに。
- ・ 社会的入院や介護者の救済のためのショートステイ等のサービスの充実が必要。
- ・ 介護者の負担を軽減させるためのサービス。寝たきり患者のケースもそうであるが、それ以上に認知症患者の在宅は介護者の負担がかなり厳しい。
- ・ 入所施設。状態の変化や家族の急な用事等で入所が必要となる。／等

○その他

- ・ 保険薬局。独居者や家族の協力が得られない高カロリー輸液使用患者。
- ・ 緊急時の入院先の確保。特に夜間の受け入れ先の確保。
- ・ デイサービスのリハビリの充実。
- ・ ショートステイ中に医療が利用できること。医療と介護保険サービス同日・同時間に必要な場合がある。
- ・ 特に独居（昼間独居）の患者に対しては、医療に加えて介護サービスが必要とされる。
- ・ 独居認知症患者や日中独居や、認知症同士の夫婦世帯に朝・晩（1日2回）の見回りや、オムツ、食事の世話をする人を派遣ないし常駐。
- ・ 各医療機関の役割をコーディネートする役割。
- ・ 理想としては24時間対応の支援サービス。
- ・ 電話相談センターのようなものがあるとよい。
- ・ 在宅酸素療法を行う際、在宅酸素を扱う会社と素早く連絡がとれ、即日より対応がとれること。
- ・ 地域で頻回の連携の機会を持つこと。
- ・ 開業医の負担増にならないよう各種機関によるサポートが大事。
- ・ 毎日のリアルタイム情報共有。特に病態が不安定な患者の場合。／等

(6) 特別訪問看護指示書

平成23年6月1か月間に特別訪問看護指示書を交付した患者数をみると、1施設あたりの平均患者数は、在支病が0.30人、在支診が0.79人、在支病以外の病院が0.45人であった。

図表 134 特別訪問看護指示書の交付人数とその状態別内訳（平成23年6月1か月間）
（単位：人）

		特別訪問看護 指示書を交付	うち、急性増悪	うち、非がんの 終末期	うち、胃瘻、経 管栄養の管理 が必要な人	うち、その他の 状態の人
在宅療養支援 病院(n=56)	平均値	0.30	0.11	0.05	0.05	0.13
	標準偏差	0.74	0.41	0.23	0.23	0.57
	合計値	17	6	3	3	7
	中央値	0	0	0	0	0
在宅療養支援 診療所 (n=219)	平均値	0.79	0.42	0.09	0.10	0.26
	標準偏差	2.06	1.33	0.33	0.34	1.23
	合計値	172	91	19	22	56
	中央値	0	0	0	0	0
在支病以外の 病院(n=58)	平均値	0.45	0.26	0.07	0.02	0.14
	標準偏差	1.01	0.69	0.26	0.13	0.40
	合計値	26	15	4	1	8
	中央値	0	0	0	0	0
在支診以外の 診療所(n=3)	平均値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	標準偏差	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	合計値	0	0	0	0	0
	中央値	0	0	0	0	0

平成 23 年 6 月 1 か月間に特別訪問看護指示書を交付した実績のある施設に限定してみると、実績のある施設数は、在支病が 10 施設、在支診が 70 施設、在支病以外の病院が 13 施設であった。これら実績のある施設での平均患者数は、在支病が 1.70 人、在支診が 2.46 人、在支病以外の病院が 2.00 人であった。在支病では、交付患者 1.70 人のうち、「急性増悪」の患者が 1.50 人、「非がんの終末期」の患者が 1.00 人、「胃瘻、経管栄養の管理が必要な人」が 1.00 人であった。在支診では、交付患者 2.46 人のうち、「急性増悪」の患者が 2.17 人、「非がんの終末期」の患者が 1.19 人、「胃瘻、経管栄養の管理が必要な人」が 1.16 人であった。在支病以外の病院では、交付患者 2.00 人のうち、「急性増悪」の患者が 1.67 人、「非がんの終末期」の患者が 1.00 人、「胃瘻、経管栄養の管理が必要な人」が 1.00 人であった。

図表 135 特別訪問看護指示書の交付人数とその状態別内訳（平成 23 年 6 月 1 か月間）

<前記図表のうち、実績のある施設>

（単位：人）

		特別訪問看護指示書を交付	うち、急性増悪	うち、非がんの終末期	うち、胃瘻、経管栄養の管理が必要な人	うち、その他の状態の人
在宅療養支援病院	件数	10	4	3	3	3
	平均値	1.70	1.50	1.00	1.00	2.33
	標準偏差	0.82	0.58	0.00	0.00	1.15
	合計値	17	6	3	3	7
	中央値	2	2	1	1	3
在宅療養支援診療所	件数	70	42	16	19	25
	平均値	2.46	2.17	1.19	1.16	2.24
	標準偏差	3.03	2.36	0.40	0.37	3.00
	合計値	172	91	19	22	56
	中央値	1	1	1	1	1
在支病以外の病院	件数	13	9	4	1	7
	平均値	2.00	1.67	1.00	1.00	1.14
	標準偏差	1.22	0.87	0.00	-	0.38
	合計値	26	15	4	1	8
	中央値	1	1	1	1	1
在支診以外の診療所	件数	0	0	0	0	0
	平均値	-	-	-	-	-
	標準偏差	-	-	-	-	-
	合計値	-	-	-	-	-
	中央値	-	-	-	-	-

(7) ターミナルケア

在宅医療を提供していた患者のうち1年間に死亡した患者数についてみると、1施設あたりの平均患者数は、在支病が10.5人、在支診が7.2人、在支病以外の病院が2.3人、在支診以外の診療所が1.7人であった。また、このうち、自宅等（在宅）にて死亡した患者数は、在支病が4.0人、在支診が4.3人、在支病以外の病院が0.6人、在支診以外の診療所が1.0人であった。

図表 136 在宅医療を提供していた患者のうち1年間に死亡した患者数と、このうち在宅にて死亡した患者数

(単位：人)

	在宅医療を提供していた患者のうち、1年間に死亡した患者				うち自宅等(在宅)にて死亡した患者			
	平均値	標準偏差	合計値	中央値	平均値	標準偏差	合計値	中央値
在宅療養支援病院(n=59)	10.5	15.3	622	4	4.0	7.1	235	1
在宅療養支援診療所(n=233)	7.2	12.7	1,680	3	4.3	9.3	993	1
在支病以外の病院(n=45)	2.3	5.7	102	0	0.6	1.4	27	0
在支診以外の診療所(n=3)	1.7	2.9	5	0	1.0	1.7	3	0

在宅医療を提供していた患者のうち、1年間に死亡した患者がいた施設数は、在支病では59施設中48施設、在支診では233施設中172施設、在支病以外の病院では45施設中18施設、在支診以外の診療所は3施設中1施設であった。これらの施設における死亡した患者数の平均は、在支病が13.0人、在支診が9.8人、在支病以外の病院が5.7人、在支診以外の診療所が5.0人であった。また、このうち、自宅等（在宅）にて死亡した患者数の平均は、在支病が6.5人、在支診が6.8人、在支病以外の病院が2.3人、在支診以外の診療所が3.0人であった。

図表 137 在宅医療を提供していた患者のうち1年間に死亡した患者数と、このうち在宅にて死亡した患者数<前記図表のうち、実績のある施設>

(単位：人)

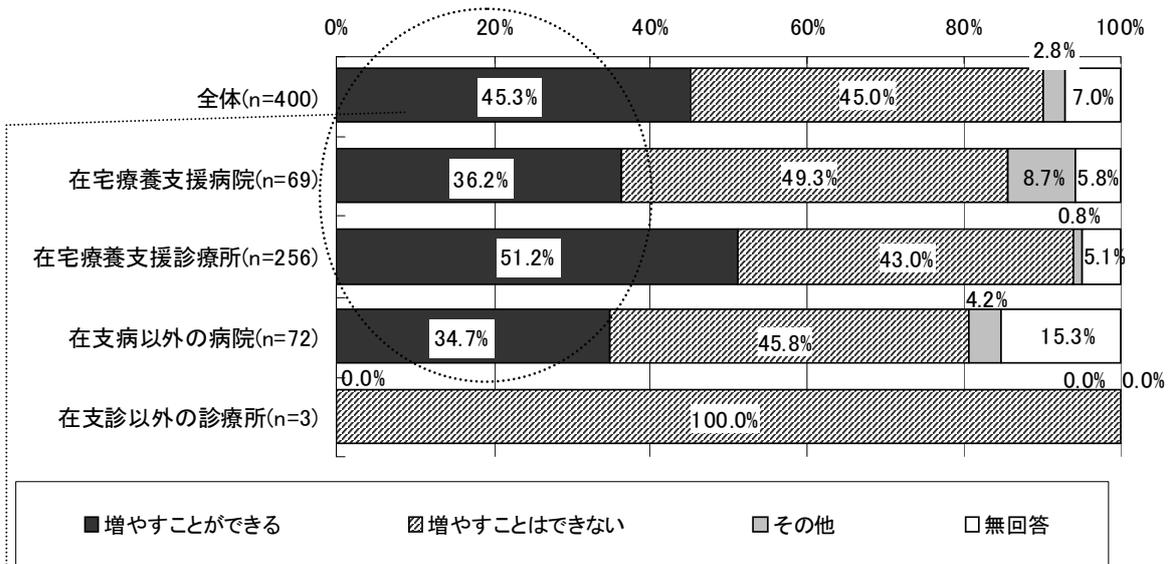
	在宅医療を提供していた患者のうち、1年間に死亡した患者					うち自宅等(在宅)にて死亡した患者				
	件数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	件数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
在宅療養支援病院	48	13.0	16.0	622	8	36	6.5	8.1	235	3
在宅療養支援診療所	172	9.8	13.9	1,680	5	145	6.8	11.1	993	3
在支病以外の病院	18	5.7	8.0	102	3	12	2.3	2.0	27	2
在支診以外の診療所	1	5.0	-	5	5	1	3.0	-	3	3

(8) 在宅医療に関する考え

①現在の体制で在宅医療の提供件数を増やすことができるかどうか

現在の体制で在宅医療の提供件数を増やすことができるか尋ねたところ、「増やすことができる」という回答は、在支病が36.2%、在支診が51.2%、在支病以外の病院が34.7%であった。「増やすことができる」と回答した施設に、増やすことが可能な患者数を尋ねたところ、1施設あたりの平均は、在支病が7.9人、在支診が10.6人、在支病以外の病院が11.0人であった。

図表 138 現在の体制で在宅医療の提供件数を増やすことができるかどうか



(注) 「その他」の内容として、「わからない」、「人材確保できれば」、「なんとも言えない」が挙げられた。

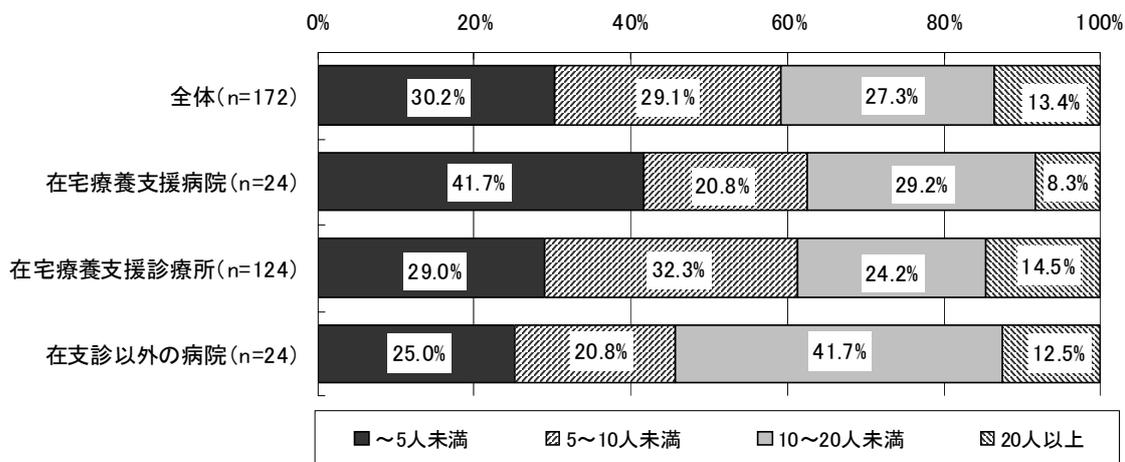
図表 139 増やすことの可能な1か月あたりの提供人数（患者数ベース）

(単位：人)

	回答施設数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
全体	172	10.3	15.1	1,773	5
在宅療養支援病院	24	7.9	8.3	188.5	5
在宅療養支援診療所	124	10.6	16.3	1,320.5	5
在支病以外の病院	24	11.0	14.0	264	10
在支診以外の診療所	0	-	-	-	-

(注) 現在の体制で在宅医療の提供件を「増やすことができる」と回答した181施設のうち、増やすことの可能な提供人数について記入のあった172施設を集計対象とした。

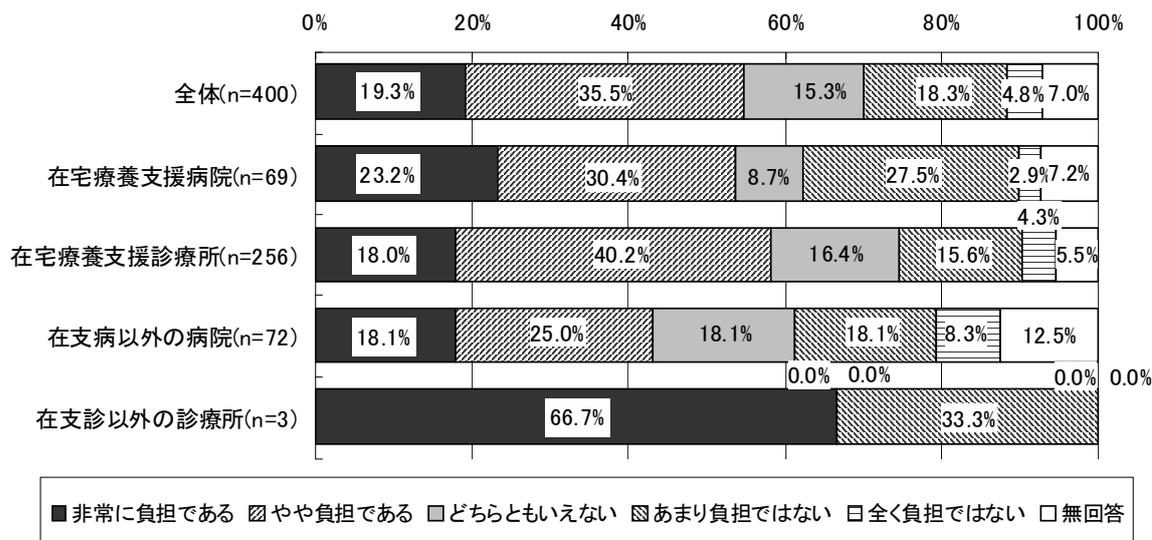
図表 140 増やすことの可能な1か月あたりの提供人数（分布）



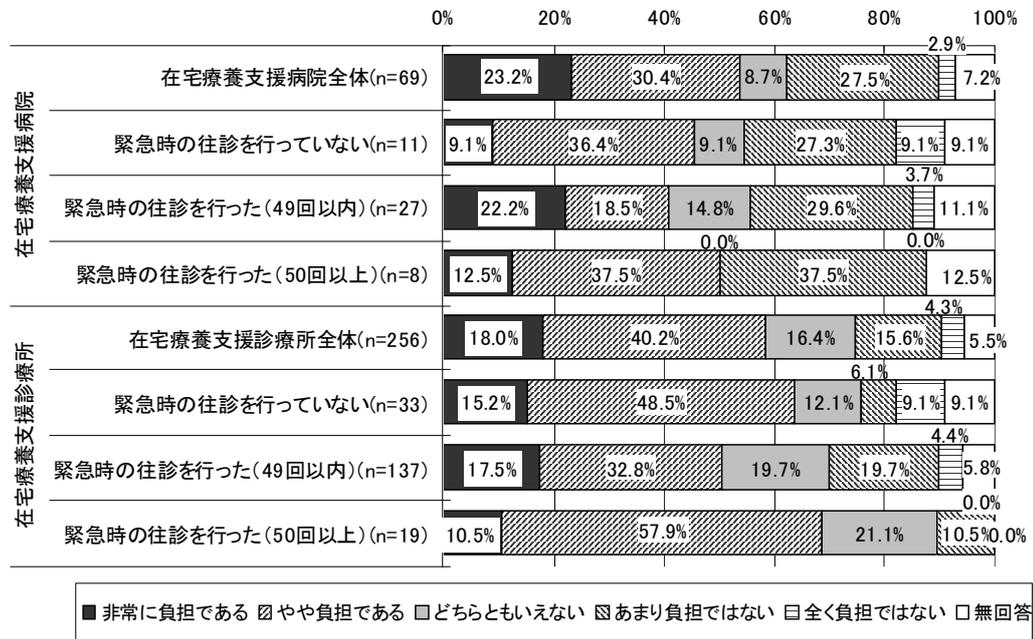
②在宅医療の推進に関する負担感

在宅医療の推進に際しての負担感として「24時間連絡できる体制の構築またはそのための連携」について尋ねたところ、「非常に負担である」と回答した割合は、在支病が23.2%、在支診が18.0%、在支病以外の病院が18.1%であり、これに「やや負担である」を合わせるとそれぞれ53.6%、58.2%、43.0%となった。一方で、「あまり負担ではない」という回答が、在支病では27.5%で他の施設と比較するとやや高い割合となった。

図表 141 負担感：24時間連絡できる体制の構築またはそのための連携

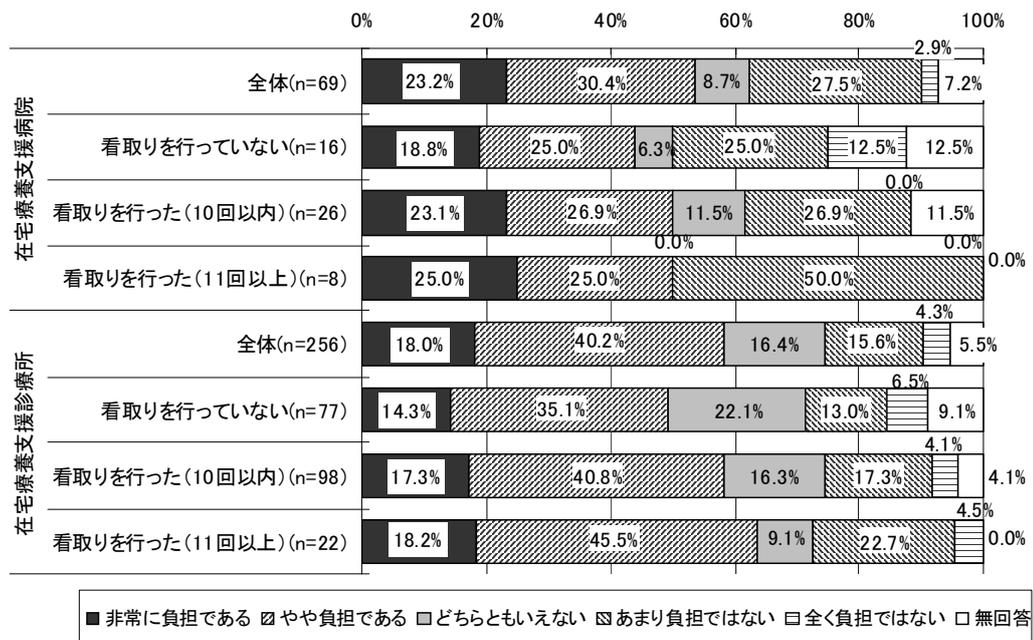


図表 142 負担感：24 時間連絡できる体制の構築またはそのための連携（在宅療養支援病院・診療所のみ、平成 22 年度 1 年間の緊急時の往診回数別）



(注) 「在宅療養支援病院全体」「在宅療養支援診療所全体」には、「緊急時の往診」について無回答であった施設も含まれる。

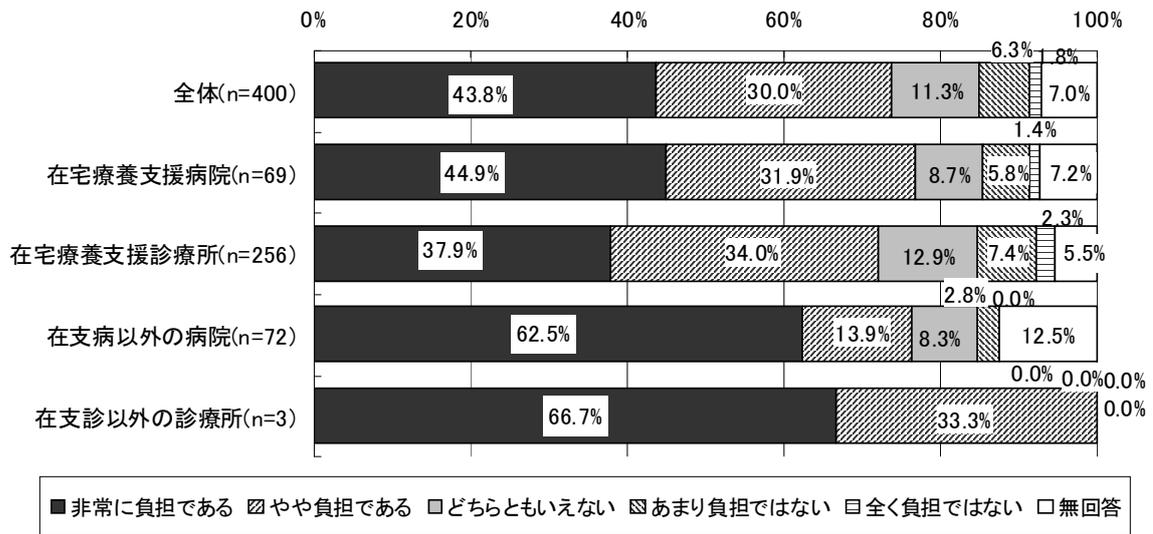
図表 143 負担感：24 時間連絡できる体制の構築またはそのための連携（在宅療養支援病院・診療所のみ、平成 22 年度 1 年間の看取りの回数別）



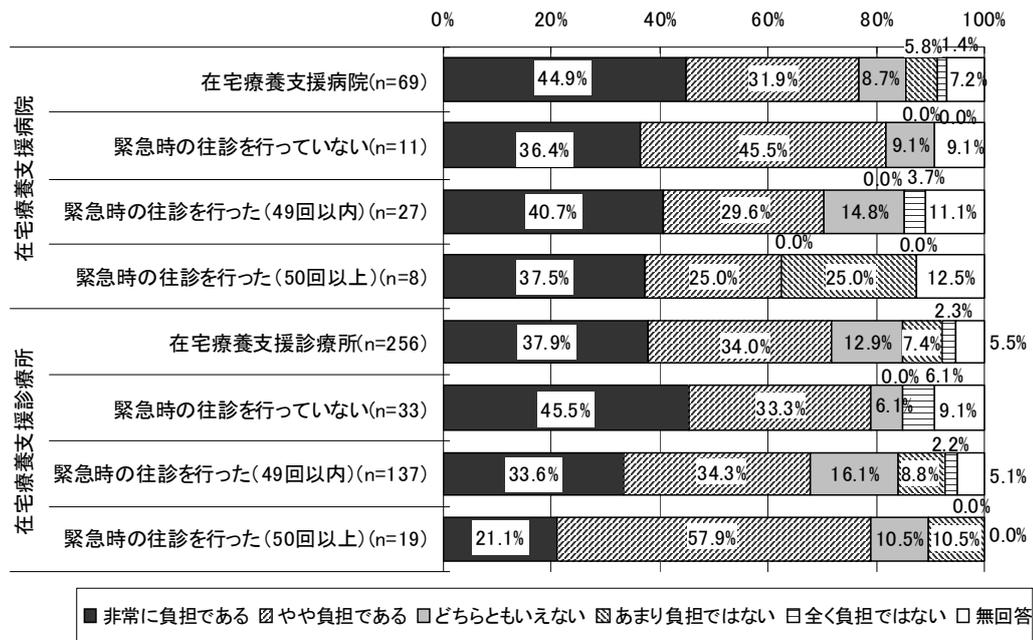
(注) 「全体」には、「看取りの回数」について無回答であった施設も含まれる。

在宅医療の推進に際しての負担感として「24時間往診できる体制の構築またはそのための連携」について尋ねたところ、いずれの施設でも「非常に負担である」という回答が最も多かった。これに「やや負担である」を合わせると、7割以上の施設が負担と回答している。

図表 144 負担感：24時間往診できる体制の構築またはそのための連携

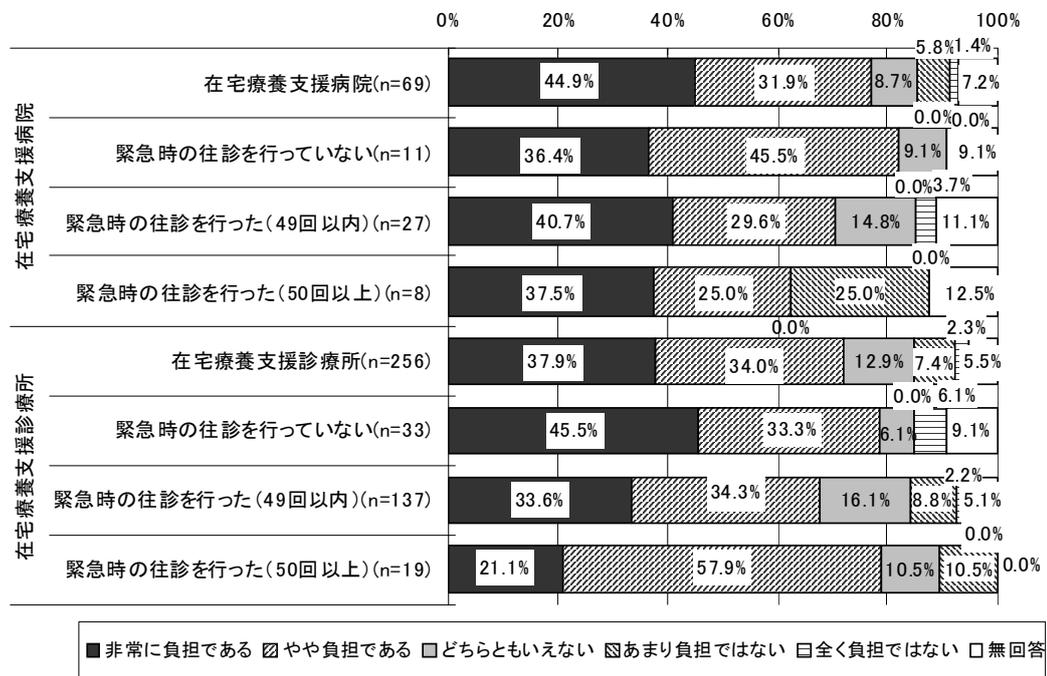


図表 145 負担感：24時間往診できる体制の構築またはそのための連携（在宅療養支援病院・診療所のみ、平成22年度1年間の緊急時の往診回数別）



(注)「在宅療養支援病院」「在宅療養支援診療所」には、「緊急時の往診」について無回答であった施設も含まれる。

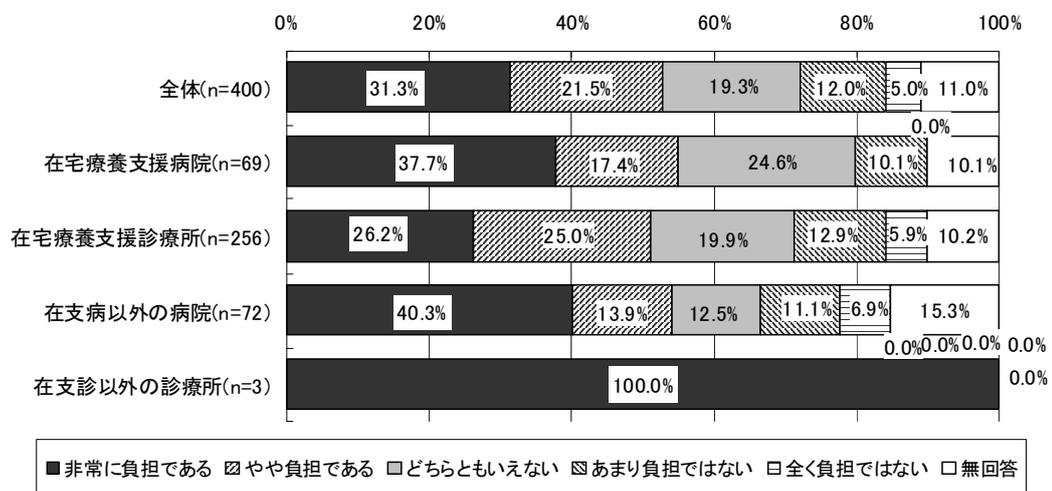
図表 146 負担感：24 時間往診できる体制の構築またはそのための連携（在宅療養支援病院・診療所のみ、平成 22 年度 1 年間の看取りの回数別）



(注)「在宅療養支援病院」「在宅療養支援診療所」には、「看取り」について無回答であった施設も含まれる。

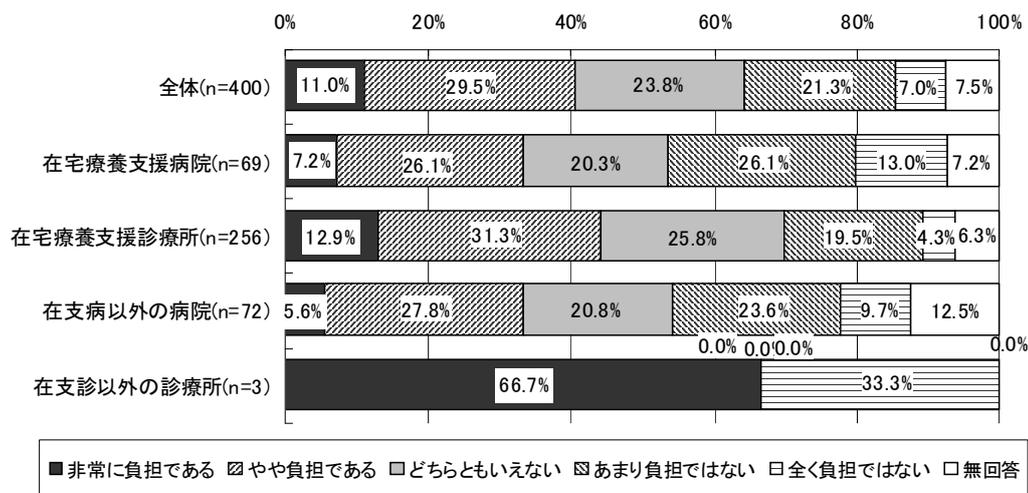
在宅医療の推進に際しての負担感として「24 時間訪問看護を提供できる体制の構築またはそのための連携」について尋ねたところ、いずれの施設でも「非常に負担である」という回答が最も多かった。これに「やや負担である」を合わせると半数を超える施設が負担と回答している。

図表 147 負担感：24 時間訪問看護を提供できる体制の構築またはそのための連携



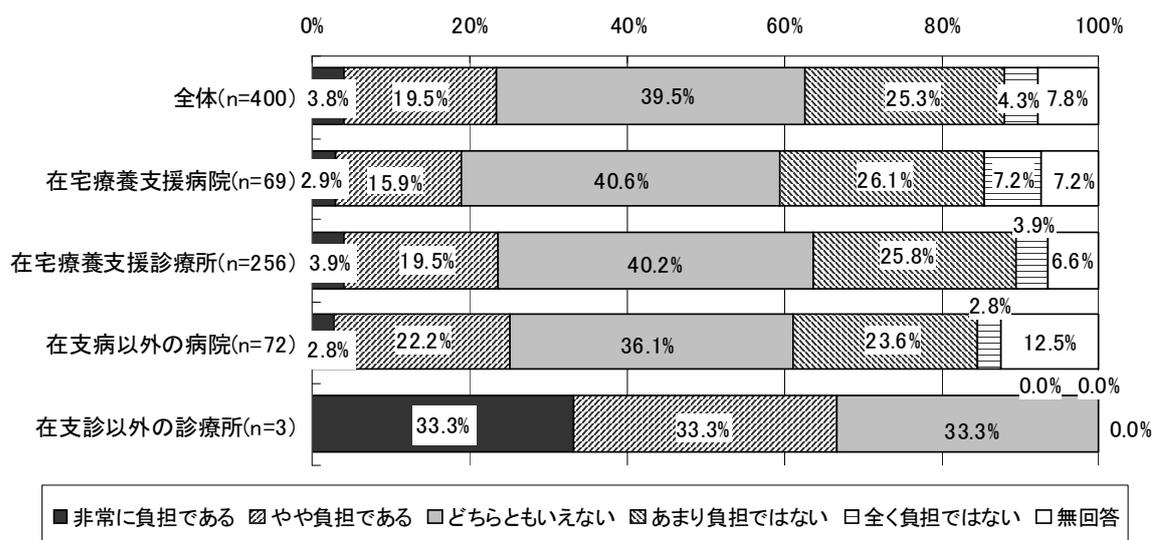
在宅医療の推進に際しての負担感として「緊急時に入院できる病床の確保またはそのための連携」について尋ねたところ、在支病では「やや負担である」と「あまり負担ではない」がいずれも26.1%で最も多かった。次いで「どちらともいえない」が20.3%となった。また、「非常に負担である」が7.2%、「全く負担ではない」が13.0%であった。在支診では「やや負担である」が31.3%で最も多く、次いで「どちらともいえない」が25.8%、「あまり負担ではない」が19.5%であった。また、「非常に負担である」という回答は在支病よりも5.7ポイント高かった。

図表 148 負担感：緊急時に入院できる病床の確保またはそのための連携



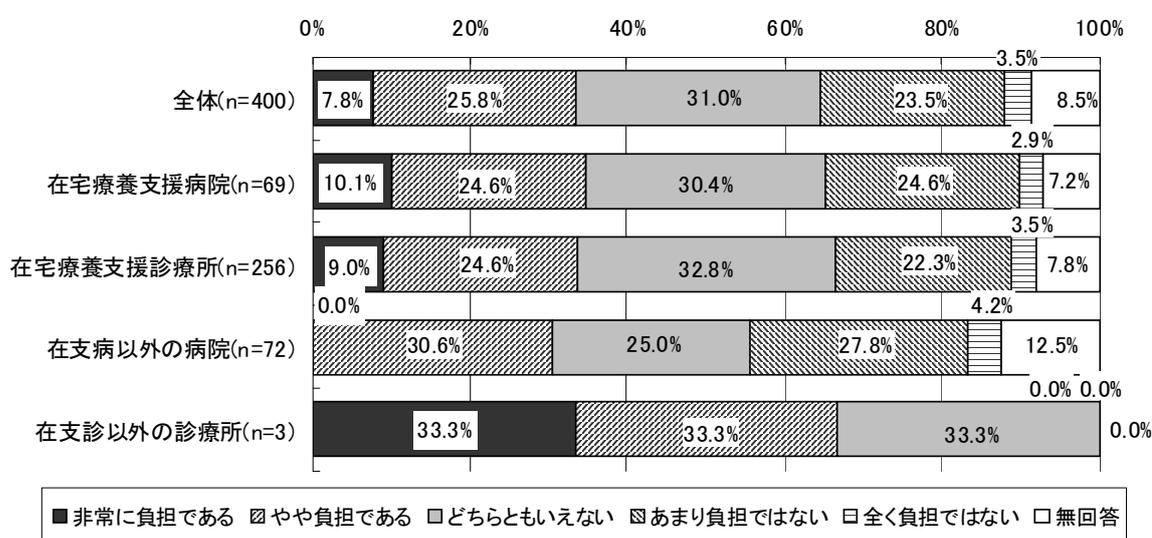
在宅医療の推進に際しての負担感として「スタッフの在宅医療に関する知識・技術の向上」について尋ねたところ、在支病、在支診、在支病以外の病院、いずれの施設も「どちらともいえない」が最も多かった。また、「やや負担である」と「あまり負担ではない」はほぼ同じ割合であり、「非常に負担である」という回答は少なかった。

図表 149 負担感：スタッフの在宅医療に関する知識・技術の向上



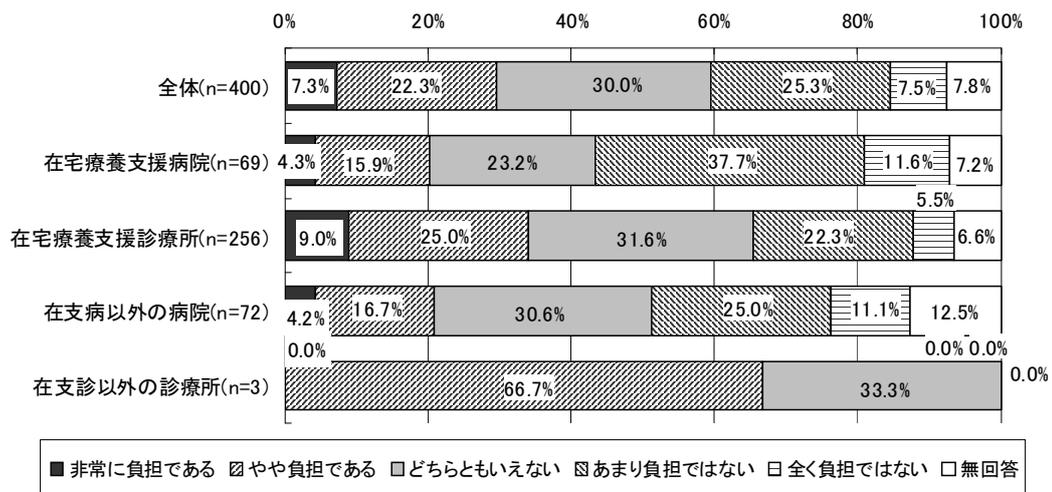
在宅医療の推進に際しての負担感として「ケアカンファレンス等他の医療・介護関係者等との緊密な連携」について尋ねたところ、在支病、在支診では「どちらともいえない」が最も多いものの、「やや負担である」と「あまり負担ではない」も多かった。在支病、在支診では「非常に負担である」が1割程度であった。

図表 150 負担感：ケアカンファレンス等他の医療・介護関係者等との緊密な連携



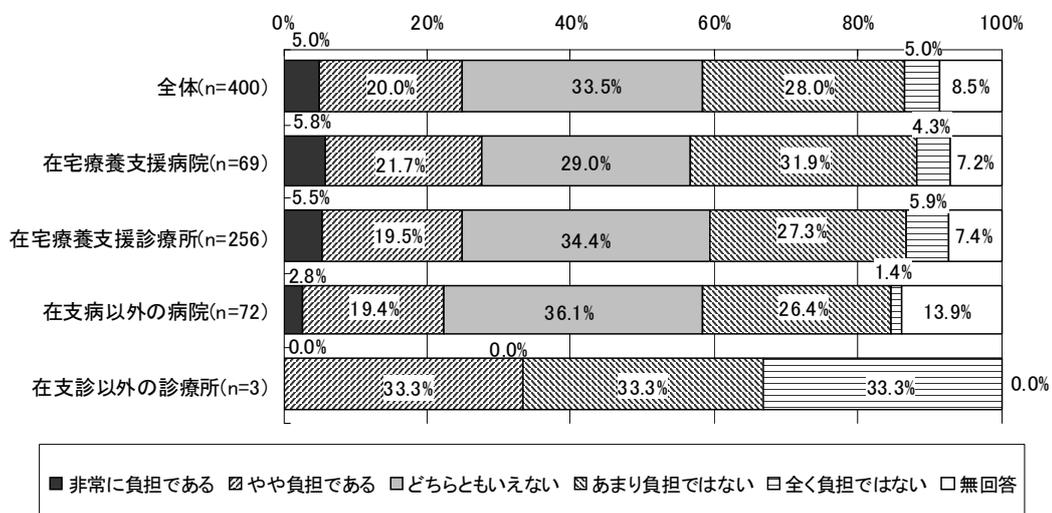
在宅医療の推進に際しての負担感として「在宅医療に関する医療材料・機器の確保」について尋ねたところ、在支病では「あまり負担ではない」が 37.7%で最も多かった。次いで「どちらともいえない」が 23.2%、「やや負担である」が 15.9%、「全く負担ではない」が 11.6%で、「非常に負担である」は 4.3%であった。在支診では、在支病と比較して、「非常に負担である」「やや負担である」の割合が高かった。

図表 151 負担感：在宅医療に関する医療材料・機器の確保



在宅医療の推進に際しての負担感として「患者や家族の理解・協力を得ること」について尋ねたところ、在支病、在支診、在支病以外の病院では「どちらともいえない」が最も多かった。一方で、「非常に負担である」「負担である」を合わせた割合は、在支病では 26.8%、在支診では 25.0%、在支病以外の病院では 22.2%であった。

図表 152 負担感：患者や家族の理解・協力を得ること



【在宅医療を推進する際の負担を減らすために行っている工夫】（自由記述式、事例）

○スタッフの確保等

- ・ ケア科という単位で当直体制ができ、24時間往診対応をしている。
- ・ 在宅医療を行うためのドクターの確保。
- ・ 医師・看護師の確保に努めるが、人材不足で困難を極める。
- ・ スタッフの人員確保、働きやすい体制づくり。スタッフが参加しやすい研修時間。ケアカンファレンスが短時間で済むよう情報収集し頻回に連絡する。より安価な材料を提供できる業者との連携。信頼関係を保つ。
- ・ 入院患者への対応もあり、必ず往診可能とは限らないため、院内医師間の連携をとる。
- ・ 地域医療研修に研修医を確保している。当直の医師や他科の医師にも往診協力依頼。
- ・ 病棟に所属する全ての医師が在宅担当している（5名）。在宅支援にパート医師 2名。24時間訪看ステーションが3か所法人内にあり。在宅担当看護師2名に外来の常勤看護師8名の支援体制。／等

○他機関との連携

- ・ 他機関と日頃より緊密にしておく必要あり。
- ・ 後方支援病院と在宅療養支援診療所（チーム）との連携を日頃より大切にしている。
- ・ 主に連携しているうち1か所の病院の受け入れ体制が整っているので、緊急入院に際しての負担が少なく助かっている。
- ・ 訪問看護師との共働が欠かせない／訪問看護ステーションとの連携。
- ・ スタッフ側の連携を密にする。
- ・ 地域連携室の活用、退院調整ナースなど他事業所との窓口を増やす。
- ・ 他医療機関と連携をとるよう心がけている。
- ・ 近隣の在宅療養支援診療所との連携。
- ・ 訪問看護ステーションはもちろんのこと、病院の多職種が地域包括ケアシステムの中で協働している。
- ・ 緩和ケア病棟や一般病棟と連携し、いつでも後方病床の確保ができるようシステム作りを整えている。／等

○患者情報の共有化等

- ・ 緊急時の入院が必要と思われる患者については、関連部署に文書で情報提供している。
- ・ 週に1回、多種職での院内カンファレンスを開催し、情報の共有を図る。／等

○介護者への教育・連絡

- ・ 夜間、診療時間外の緊急連絡は受けているが、どんな時に連絡したら良いか介護者への病態対応の教育などふだんから行い、生命への緊急性が高いものはすぐに対応できるよう連絡の整理を行っている。
- ・ 患者や家族の協力を得るように詳しく説明すること。

- ・ 患者の体調変化を丁寧に説明（ご本人やご家族）することで早い対応ができる。急変などを少なくする、または、急変に対して家族が準備でき慌てることなく連絡ができるように説明している。また、訪問看護ステーションとともに状況の把握に努める。
- ・ インフォームドコンセントに力を入れている。具体的には、訪問診療開始前に MSW が患者・家族に対し、訪問診療のシステムや費用、緊急時の対応について説明し、同意を得るようにしている（契約書を取り交わしている）。／等

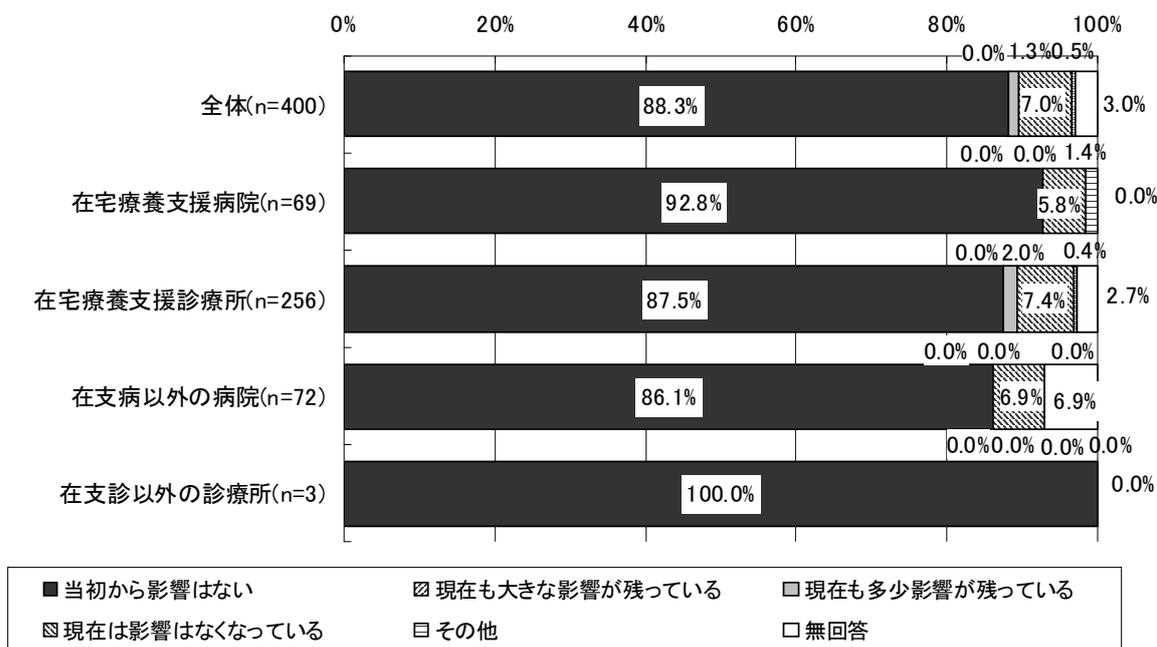
○その他

- ・ 近隣診療所との医療連携、緊急一時入院病床確保事業、月 1 回の院内カンファレンスや月数回の学習会。ケアマネジャーとの情報交換などのツールを利用。
- ・ 緊急時連絡体制。ご家族、本人、CM、薬剤師、訪問ヘルパー、デイサービス、ショートステイ先よりの情報を受けて、その情報の確認（状況や病状）を明確に把握して主治医指示を受け日勤帯で対応している。
- ・ 専門スタッフが、知識、技術を向上させることで医師の負担を減らす。
- ・ 深夜の往診はタクシーを利用することを、患者・利用者に了解して頂き、職員の負担を軽減している。深夜の看取り後の死後処置は葬儀社に依頼することもある。
- ・ 院内研修などを通しスタッフ教育を積極的に行っている。在宅ホスピス勉強会等の院内研修を毎月数回開催。／等

(9) 東日本大震災の影響

平成 23 年 3 月 11 日の東日本大震災によって在宅医療に関して調査時点においても影響があるかどうかを尋ねたところ、8 割を超える施設が「当初から影響がない」と回答した。「現在も大きな影響が残っている」と回答した施設はなく、「現在も多少影響が残っている」が全体の 1.3%、「現在は影響はなくなっている」が 7.0%であった。

図表 153 東日本大震災により、現在においても患者数などの影響はあるか



【東日本大震災の影響等】（自由記述式）

○物品の不足

- ・ エンシュアリキッドの不足による流動食の確保（4件）。
- ・ 漢方薬がなかった。
- ・ 経管栄養剤が手に入らなかった。
- ・ 往診車両のガソリンが手に入らず大変だった。
- ・ 一部の薬品の欠品などがあり対応に苦慮した。／等

○ガソリン不足による影響等

- ・ ガソリンがなく往診に不便を感じた。訪問診療・往診のため、緊急時ガソリンの確保をお願いしたい。
- ・ ガソリン不足により、訪問診療回数を減らさなくてはならなかった。
- ・ ガソリン不足で酸素ポンベの交換に來られなくなると酸素吸入ができなくなる。／等

○停電による影響等

- ・ 停電時に備え、在宅酸素の携帯ポンベを患者の家に必ず置くようにした。
- ・ 計画停電で人工呼吸器を使用している患者で内部バッテリーが付いていない機械を使用している患者の避難入院。
- ・ 計画停電により、在宅人工呼吸器使用できず。
- ・ 計画停電時、在宅酸素療法、エアーマット、電動ベッド利用者は使用できず支障をきたした。
- ・ 在宅患者において、吸引している患者が吸引できなくなり、救急隊に来てもらい対応した。訪問診療自体に影響はなかった。
- ・ 在宅酸素の患者がいるので、停電が長時間続くと酸素吸入ができなくなる。／等

○被災者の受入れ

- ・ 福島県で被災した寝たきり老人を都内で家族が引き受けたので、在宅医療を行った。
- ・ 寝たきり患者を含む家族が短期滞在（約1か月半）しその間の訪問診療を行った。
- ・ がん末期被災者を空輸にて受け入れ、在宅医療を行い、その後死亡。／等

○その他

- ・ 訪問回数を減らすよう申し出がある。
- ・ 大震災による不安増大、精神的不安定を生じたケースあり。
- ・ 震災をきっかけに発生した褥そうが治らないまま経過している患者がいる。連携していた歯科クリニックが全壊して歯科との連携がしにくくなった。／等

(10) 在宅医療を推進していく上での在宅医療実施機関としての課題等

以下は、在宅医療を推進していく上での在宅医療実施機関としての課題等を自由記述形式で記載していただいたものをまとめたものである。

①在宅医療提供機関における課題

○在宅医療の負担

- ・在宅での医療は本人にとってはとても精神的肉体的に有意義なことであり、可能な限りは在宅での医療の継続が重要と考える。ただ、急変時の状況においては当院のような体制の施設には設備・マンパワーの両面から荷が重く、限界を感じる。
- ・個人の診療所が1施設のみで24時間体制で対応することは非常に負担(言葉通り24時間365日できるところはゼロと思われる)。症例数を限らないと対応できない。
- ・今後の高齢社会において病院より在宅への流れは必要不可欠と思われる。在宅での独居や老々介護によるマンパワー不足、診療連携の不充分さと緊急入院の受け皿不足などの今後の課題も多く、診療所の1人医師でできることにも限界を感じている。
- ・夜間外来と病棟を対応する医師以外に患者・家族の求めに往診ができる医師の確保が困難である。ターミナル期の患者に対しては、担当の医師が泊り込みで待機したり、オンコール呼び出し態勢をとっておりストレスが大きい。
- ・夜間の往診体制については、複数の医療機関や診療所で連携し、輪番制を作るなどの工夫が必要だと考える。
- ・24時間体制の維持について。他診療所との連携では、よほど日頃から患者情報共有の努力をし、診療内容の意思統一をしていない限り自院と同レベルの診療ができるか不明の点で難しい。自院で一定レベルの24時間体制を維持するためには1人では限界があり、複数医師体制の在宅専門診療所を目指しているが、将来的に現在よりも在宅関連の診療報酬が減ることになったりするとそのような体制構築は困難になると考える。
- ・5年以上在宅医療に従事している。24時間体制の維持が医師と常勤職員の給与に反映しない労働で成り立っているのが現状。年数を重ねると利用のネットワークが増えてくるが、新たにスタートする医師には負担が大きいと思われる。また専門医がいないと治療や対応が難しい疾患のフォローが難しいと感じている。総合管理と特異な疾患の治療の両立で苦労している。 /等

○在宅医療機関・スタッフの不足

- ・課題としては、在宅医療の経験がある医師・看護師の確保。
- ・地域的に医師数が少なく、カバーする範囲が広いので在宅医療が進みにくい。
- ・急性期病院もしくはがんセンターで末期に帰される患者のフォローができる在宅医療機関が特に県内においては少ない。また痛みのコントロール方法に慣れていない医師が多い。在宅医療に関心を持つ医師の研修・教育の推進ももっと必要。
- ・在宅医療専門施設を増やす。現状のいわゆる開業医、とりわけ専門性を有している医院が、

在宅医療を兼務することは不可能。1人医師の医療機関が24時間を標榜することは実際は不可能。連携で、というのが情報共有の問題があり、極めて困難。

- ・在宅医療を診療所で実施するにはいくら連携医療機関を確保していても1人の医師では限界がある。複数医師体制が不可欠と思う。
- ・在宅医療を推進するためには、マンパワーが必要であり、少人数で行うのは非常に負担が大きいと考える。最低でも複数名の医師と数名の看護師がいるような施設でないと推進していくことは難しい。
- ・在宅や介護を支えるマンパワーを増やせるようにしてほしい(在宅や介護の報酬を上げる、人材の育成、学校の定員の増加など)。このままでは、小規模な開業医や訪問看護ステーションの継続は難しくなってくると思う。がんの終末期を在宅で看取るケースが増えている。入院できる病院が少なくなってきたこともあり、この傾向は増加すると思う。地域連携を広げるためには積極的な合同カンファレンスや在宅への調整会議、学習会などを行ったほうが良いと思う。在宅死を望む人、在宅死しか選択肢がない人(経済的な理由)も増えている。家で安心して暮らせる医療、介護のシステムを目指す必要がある。
- ・在宅医療をする施設が少しずつ増えてきたのはいいことだが、チームや連携の難しさがある。数件のクリニックでチームを組んでいなければと思う。
- ・在宅患者がますます高齢化・重度化しているため、病院や訪問看護ステーションなどとの連携が重要になっている。しかし診療所におけるマンパワーなどには限界があるため、これからもっと増えてくるであろう在宅患者に十分対応できるものかどうか不安を感じる。

／等

○診療報酬に関する問題等

- ・多くの看取りをやっている診療所とあまりやっていない診療所とで差をつけるべきである。例えば在医管の点数等。
- ・国が在宅医療を推進している割に、規制が多く報酬も少ない。
- ・在宅医療を推進するならば、在宅医療について適正な報酬を出すべき。「在宅＝入院の代わり」というニュアンスで推進されてきたが、診療報酬上は入院費の項目から在宅医療の項目へ報酬を移すようにしないと外来診療が削られてしまえば論外ではないか。いわゆる「利益誘導」として来た在宅の保険点数は見直していかなければならない。
- ・在総管、在医総の算定に関して在宅専門のクリニックに優遇があっても良いと考えている。近医だからといって夜間も安心かという、電話に出ない、往診をしない、などの現状が存在しているため、必ずしも安心はできない。少し遠くても24時間電話が繋がり、往診をしてくれる在宅専門クリニックに委託しようという考えが患者にとってよい医療を提供することになるのではないか。そのためにも制度的に在宅専門、非専門クリニックの差別化や介護従事者(主にケアマネジャー)に在宅医療の現状を周知させる伝達等の工夫があると、さらに在宅医療は発展していくと思う。
- ・支援診同士で連携をとりやすくしてほしい。現在の1人診療所では医師の負担が大きすぎる。在宅療養支援診療所の報酬も条件を考慮すると高いとはいいがたい。体制を整えていることに対してもう少し評価すべきである。そうすれば参入する医療機関も増えると思う。

報酬を上げることにより患者負担も増えて在宅をあきらめる患者もいる。在宅診療を行っている患者の負担上限を設けるなど、負担の軽減を行ってほしい。病院に入院している場合に関しては負担が大きくなるようにするべきである。現在のように長期で入院している方が、診療報酬が安くなり負担が減るとするのは本末転倒だと思われる。

- ・ 今年の日本緩和医療学会に発表した論文では、家で看取ってよかったとアンケートで答えた方は 97% (175/182 名中) と大変大きな満足を示していることがわかる。年間 70、80 名を在宅にて看取っているが、常勤医 1 人で 24 時間いつも待機することの負担は絶大で使命感がなければできない仕事と思う。今後、当直医を夜間雇っても支払いができるような診療報酬体系とならなければ現実的には広がっていかないと思う。在宅ターミナルケア加算の条件の緩和を検討してほしい。24 時間以内ではなく、もう少し死亡の前日などの緩和した表現が必要と思う。
- ・ 65 歳以下のがん末期の人の医療費について、経済的に余裕がなく 3 割負担が大きく、訪問看護や往診の回数に制限が出て十分なケアができない。介護保険が使えるのはとても良かったと思う。在宅看取りを支援して、やはり家で、その人らしい最期を迎えられることはとても意義があると思う。病院からの訪問診療に対する診療報酬があまり評価されていないが、医療依存度の高い患者や、ターミナルケア、在宅看取りの患者が増えていて需要が高くなっている。
- ・ 在宅ターミナルケア加算を在宅で療養している月は毎月、加算できるようにしてほしい。
- ・ 在宅医療を推進していきたいと思うが、在宅での医療材料等の持ち出しが多かったり、特別な材料が必要とされたり (高度・高価)、死亡により在庫が残るなど、難しい。診療所としたら、在宅を中心にとと思うが、進められないのが現状。
- ・ 同一建物内の訪問診療料が 200 点はほぼ外来診療の再診+外管と変わらず下げすぎではないか。同一建物でも 2 人のことも 3 人のこともあり、5 名以上くらいなら 200 点も理解できるが、中間の点数を設定してほしい。／等

②他機関との連携に関する課題

○入院医療機関との関係

- ・ 在宅総合診療患者が、例えば他疾患で連携病院に入院かつがんとなった場合に、例 1：大腸がんにて入院手術、当初は急性期病棟→共同診療にて連携可能、退院予定前に肺炎及び栄養障害→改善後回復期病棟となり共同診療打ち切り、退院時共同指導できず。例 2：大腿骨頸部骨折、手術、当初は急性期→共同診療。2 週間後リハビリ病院転院→共同診療打ち切りとなり退院後の在宅リハビリに支障。急性期病棟より直接帰宅となる症例は半数位にとどまり、退院後の在宅療養開始時に困難を感じる。
- ・ 後方病院との連携・ベッド確保が非常に困難。「連携病院」とされていても実際には勤務されている医師の理解がなく入院を断られることもしばしばある。また最近では病院からの在宅への紹介が多いが患者や家族が十分に理解・納得されていないのに半ば強引に押し付けられて後は一切関知しないというようなケースも増えている。
- ・ 医療依存度が高くない状態でできるだけシンプルな状態で退院させることを支援するこ

とが必要。そのために HPN や経腸栄養等の代替栄養の方針は医師 1 人で決めないで、メディカルスタッフ複数で検討することが必要。そのためにカンファレンスのあり方の検討が必要。入院中に訪問看護ステーションを巻き込んだ検討が必要。

- ・ 往診が必要である患者にとって重要なのは往診だけではなく、増悪時に入院を受け入れてくれる施設の存在である。そうした場所が確保されていて初めて、自宅で安心して過ごせるのだと思う。在宅医療の推進に不安であるのは、入院できる体制作りであると考え。
- ・ 医療依存度がありながら在宅生活を営むためには、医療モデルと生活モデルの両方の視点の融合が不可欠であるため、在宅医療を進める上では、医療者だけではなく生活モデルの視点を持った MSW の存在は不可欠であると考え。在宅に帰る意思決定ができれば、そこから CM や在宅サービス事業者の参加もありえるが、入院中の自宅生活への迷いや社会的問題を早期にスクリーニングすることについては、院内にいる MSW や Ns、Dr、心理士等による多職種の間わりが必要になってくるため、入院時から多面的に患者を捉えられる環境を作っておくことが在宅医療をスムーズに進められる秘訣ではないかと考える。

／等

○訪問看護との関係

- ・ 訪問診療は医師 1 人では困難で訪問看護との連携が非常に重要であるが、訪問看護の担い手がいないのが現状。看護師の偏在（大病院の 7：1 体制など）を早急に何とかしていただかないと地域医療はつぶれてしまう。24 時間 365 日の往診体制を「医師 1 人で」担っている。非常に負担が大きくいつまで続けられるか疑問。
- ・ 地方においては 24 時間訪問看護ステーションが困難であり、在宅医の負担が多い。
- ・ 高齢化社会また医療依存度の高い事例も多く、退院後も病状管理などが引き続き必要なケースが多い。そのためには、病院の訪問診療体制の充実とステーションや担当ケアマネとの連携が必要である。
- ・ がんのターミナルの方が自宅へ戻る際、訪問看護が必要となる場合が多い。訪問看護への新しい医療機器の情報提供や取り扱いの説明を行う機会を作った方が良いと思う。連携が大切なことはわかるが、訪問看護ステーションから大病院の医師、看護師には敷居が高く、病棟の看護師もどこに繋がれば良いのかわからない人が多い。衛生材料なども病棟には普通にあるので、訪問看護ステーション等が持っていると思い違いをしているナースもいる。在宅医療と連携についての啓発活動や地域との交流が大事と思う。
- ・ 特別訪問看護指示について。老衰など、非がん疾患で在宅看取りをする場合、経口摂取不能となって家族が点滴を希望することも多い。特別指示による訪問看護で 2 週間までは点滴できるが、2 週を超える場合、家族の希望（続けてほしい）と制度の制約の間で困ることが多い。
- ・ 訪問看護料について。65 歳未満等、若い年齢で 3 割負担患者では費用負担が高いことを理由に訪問看護導入を渋っていたり回数を減らしたりして十分なケアを受けていないこともある。一定額以上を定額負担にする等できるとよいかも。独居患者の看取り→夜間等含めた訪問介護体制が整備されないと、すぐに病院へ戻ることになる。／等

○介護施設等との関係

- ・在宅看取りができない人も増加。老人施設（特にここ数年で新しく建った施設）での看取りができず安易に救急病院に運ばれてくる。①夜間吸引のできるスタッフがいないという理由だけで、何も入院疾患がないのに運ばれてくる。②施設内で、明らかに老衰の経過を辿り、家族も施設で看取ってほしいと希望があるにも関わらず「食欲不振」「看取りはできない」という理由で救急搬送。③施設で褥創を造り入院し治癒の目処が立ち退院の話をして施設では治療はできないという理由でやむなく自宅に帰る患者。④MRSA がプラスという理由だけで入所を断る施設。
- ・在宅医療を推進するためには家族の介護力が充分になければならない。このような恵まれた家庭は少ない。新たな介護施設が必要。特養、老健施設、療養型病床群、小規模多機能の他に新たな軽度の認知症の独居老人を入所させることができる施設が望まれる。
- ・在宅医療を推進するのであれば、介護保険の自己負担分をもう少し何とかできないものか。経管栄養など、医療依存度の高い場合や家族状況によって限度額を上げる、または自己負担分を減らすなどの対応を考えてほしい。今のままでは、不本意に施設へ入るお年寄りが増えるばかり。
- ・長期在宅療養の患者で介護者が疲労、事故、急病などで在宅療養が一時的に不可能になった時に、その患者を一時的に入所か入院させてくれる施設、病院が必要。

③患者・家族との関係に関する課題

- ・日中、独居の老人が多く、家族の協力が得にくい。後手に回ることが多い。
- ・在宅医療が患者にとって、残された時間を充実させる一つの方策であることをPRしてほしい。
- ・自宅で看取ることによって家族から非常に喜ばれることが多く、緊急時の往診もなるべく早急に対応することを心がけており、患者や家族からは有り難く思われている。今後も自宅で看取ることができるよう、環境を整えていく必要はあるが、家族の介護力の問題もあり、途中で訪問診療を中断し、入院されるケースもある。
- ・薬の管理ができないため、過去の薬が家に多量に残っていたりすることがある。調剤薬局が、他医のお薬を届けて冷蔵庫内にお薬（インシュリン）を入れようとしたところ、100本ぐらいのストックがあったので期限切れを処分したことがあるということだった。ちなみに100本ストックしていた人は生活保護受給患者である。
- ・患家に1か月にかかる費用の概算を説明すること。患家との信頼関係を築くこと。
- ・地域では、歩行がままならなかったり、通院が困難な患者が多い。しかし、往診料が高く、簡単には在宅を勧められない現状がある。医療保険で入院していると入院料はそう高くないが、在宅に帰ってくると介護保険料、医療費等で負担が重くなる。逆転している。
- ・在宅医療には家族の協力が欠かせない。
- ・いつでも困った時に診察、話を聞いてもらえる体制づくりが必要で患者に安心感をあたえられるようなかかりつけ医院の充実。在宅で生活できるような補助金の充実。夜間、診療できるかが課題。 / 等

④その他

- ・ 入院治療と施設介護の隙間を埋めるという意味で在宅医療は大きな存在となると思う。高齢化が進み、純粹に自宅で暮らせる人は減少し、介護付き老人ホームなどに入居される方がどんどん増加している。在宅扱いとは言いながらその施設を管理している側の都合で主治医の交代・限定などの傾向が出てきている。嘱託契約を結び、多数の入居者を訪問診療で診ていくということが良いことなのか悪いことなのか議論の必要なところである。
- ・ 医療材料も点数に含まれていないものは全て病院サイドの負担になる。
- ・ 一部の家庭環境に恵まれた患者にとっては、在宅医療は有用であるが、その他の人にとっては、病院・施設入所のほうが快適であると考えられる。現在の在宅医療は入所（入院）中の施設から「追い出され」、やむなく在宅での医療となっている。家庭にもマンパワーが充分になく、ヘルパー等により何とか生活するわけだが、実態は悲惨。医療費削減は、ひとつの政策としては理解できるが、「国にお金がないから在宅医療を推進します」と言わず、「ご自宅で過ごすのが一番幸せなことですね」とするのは多くの場合、詐欺的行為になると考える。無床の一般開業医は、この厳しい経営環境の中で、背に腹は変えられぬと日夜在宅医療をしているわけで、多くの医師は「本当は施設での医療が良いのに」と感じているのでは。このアンケートが、医療費削減のために利用されないことを祈っている。
- ・ 緊急時受入れ病院の確保。緊急往診の24時間対応の整備。できれば在宅療養支援診療所の24時間連携。在宅医療全般にわたる講演会や講習会、保険説明会（点数）。特に地区単位の医師会で。伝達講習会のようなもの。
- ・ 住み慣れた自宅で療養するということは、ある意味で「人間の尊厳」に関わるような大事なことだと思う。そして在宅療養を選択できる自由があるという我が国の医療システムは素晴らしいと思う。そのために私を含め多くの在宅医は患者の24時間を1人で支えなくてはならず、相当な覚悟と志を持って日夜業務を遂行している。しかし、昨今、この在宅医療をビジネスにする在宅患者斡旋業者が横行している。在宅患者を見つけてきて医療機関に紹介し、毎月手数料を取るようだ。当院にも先日勧誘の電話があった。非常に不健全なビジネスだと思う。調査、規制をお願いしたい。
- ・ 在宅療養者は複数の疾患を抱え、自宅での生活を送っている。在宅医療は、疾患やADL、生活環境、理解力、価値観なども把握し、慎重に行う必要があるが、そのためには、介護者や他職種との連携が重要である。
- ・ 歯科訪問診療は細かな機器を使用するため、診療にあたって準備が大変である。在宅でも安全な医療が提供できるよう、マンパワーと機器の整備が必要である。在宅医療を望んでいる在宅療養者のために提供・推進していきたいが、そのためには歯科訪問診療要件の緩和が必要である。 / 等

8. 訪問看護調査の概要

【調査対象等】

調査対象：全国の訪問看護ステーションの中から無作為抽出した 1,000 事業所（※）、及び病院の訪問看護部門（施設数不明、「入院医療機関票」に同封して送付）

※ただし、東日本大震災の被災地域については、電話により調査協力可能の可否を事前に確認した。このため、「調査不可能」と回答のあった 38 事業所を除く 962 事業所を調査対象とした。

回答数：400 事業所

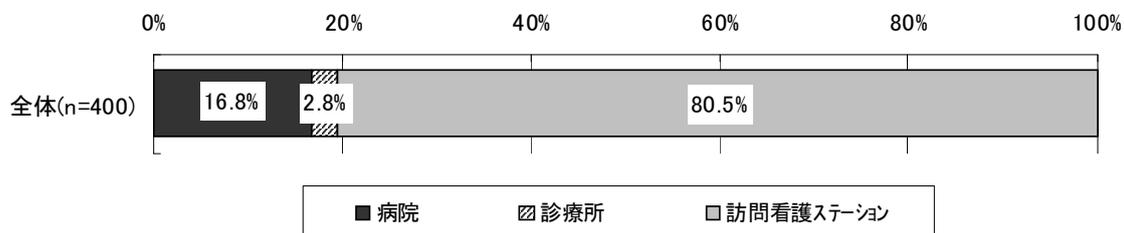
回答者：管理者

（1）回答事業所・訪問看護部門の属性

①種別

「訪問看護調査」において有効回答が得られた事業所・訪問看護部門 400 施設の属性についてみると、「病院」が 16.8%（67 施設）、「診療所」が 2.8%（11 施設）「訪問看護ステーション」が 80.5%（322 事業所）であった。

図表 154 種別



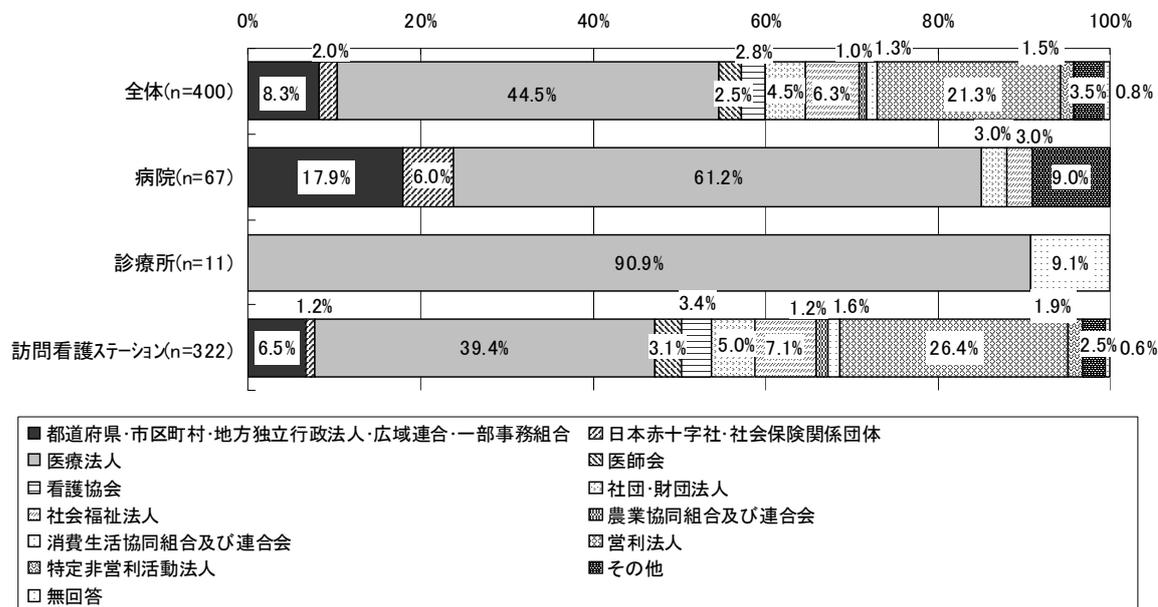
②開設者

開設者についてみると、病院は、「医療法人」(61.2%)が最も多く、次いで「都道府県・市区町村・地方独立行政法人・広域連合・一部事務組合」(17.9%)、「その他」(9.0%)、「日本赤十字社・社会保険関係団体」(6.0%)であった。

診療所は、「医療法人」(90.9%)が最も多く、次いで「消費生活協同組合及び連合会」(9.1%)であった。

訪問看護ステーションは、「医療法人」(39.4%)が最も多く、次いで「営利法人」(26.4%)、「社会福祉法人」(7.1%)、「都道府県・市区町村・地方独立行政法人・広域連合・一部事務組合」(6.5%)であった。

図表 155 開設者



※「病院」では、医師会、看護協会、農業協同組合及び連合会、消費生活協同組合及び連合会、営利法人、特定非営利活動法人という回答、無回答はなかった。

※「診療所」では、日本赤十字社・社会保険関係団体、医師会、看護協会、社団・財団法人、社会福祉法人、農業協同組合及び連合会、消費生活協同組合及び連合会、営利法人、特定非営利活動法人、その他という回答はなかった。

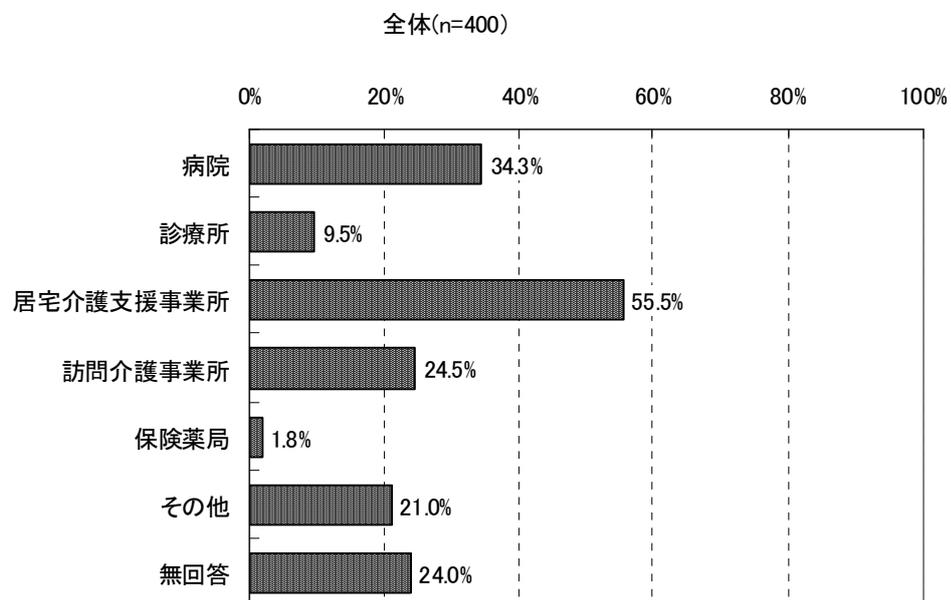
(注)「その他」の内容として、「学校法人」(3件)「医療生活協同組合」(3件)「社会医療法人」(2件)等が挙げられた。

③併設施設種別

回答施設・事業所における同一敷地内に併設されている施設についてみると、「居宅介護支援事業所」(55.5%)が最も多く、次いで「病院」(34.3%)、「訪問介護事業所」(24.5%)、「診療所」(9.5%)、「保険薬局」(1.8%)であった。

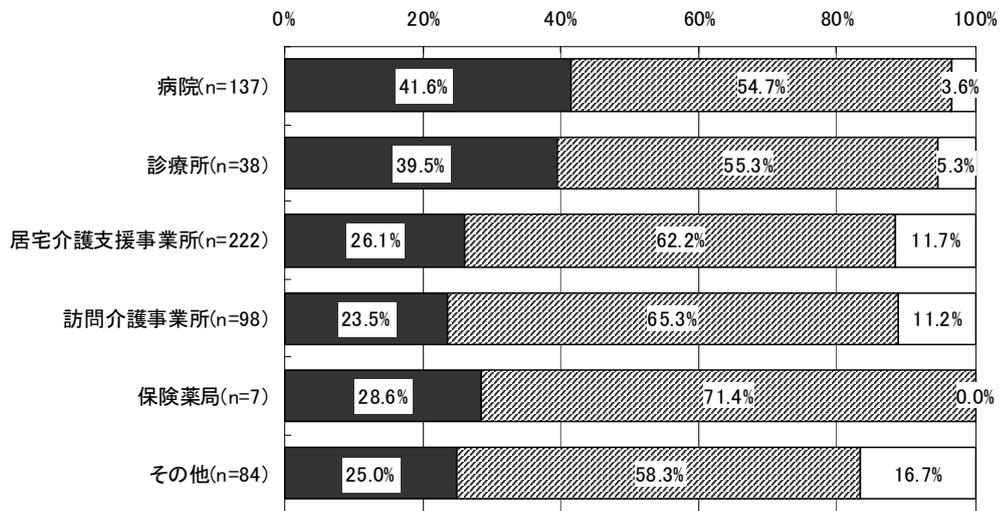
併設施設がある回答施設・事業所と該当併設施設との関係についてみると、併設施設・事業所のいずれにおいても「回答施設事業所・または医療機関があり、当該施設がそこに併設されている場合」が半数以上を占めた。「回答施設事業所・または医療機関が主となり当該施設が併設されている場合」は、病院が41.6%、診療所が39.5%、居宅介護支援事業所が26.1%、訪問介護事業所が23.5%、保険薬局が28.6%であった。

図表 156 回答施設・事業所の同一敷地内に併設されている施設



(注)「その他」の内容として、「老人福祉施設」(69件)「地域包括支援センター」(7件)「福祉用具貸与」(3件)等が挙げられた。

図表 157 併設施設との関係（併設施設がある場合）

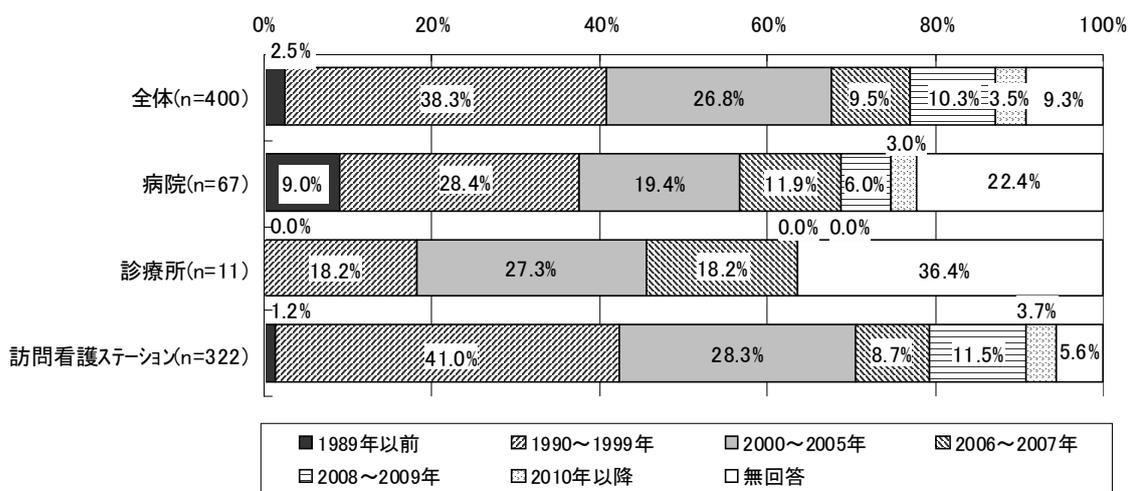


■ 回答施設・事業所・または医療機関が主となり当該施設が併設されている場合
 ▨ 回答施設・事業所・または医療機関があり、当該施設がそこに併設されている場合
 □ 併設の主従無回答

④訪問看護を開始した時期

訪問看護を開始した時期についてみると、病院では「1990～1999年」(28.4%)が最も多く、次いで「2000～2005年」(19.4%)、「2006～2007年」(11.9%)であった。診療所では、「2000～2005年」(27.3%)が最も多く、次いで「1990～1999年」「2006～2007年」(それぞれ18.2%)であった。訪問看護ステーションでは、「1990～1999年」(41.0%)が最も多く、次いで「2000～2005年」(28.3%)、「2008～2009年」(11.5%)であった。

図表 158 訪問看護を開始した時期



⑤職員数（常勤換算）

1事業所あたり平均職員数（常勤換算）についてみると、「保健師・助産師・看護師」は、病院で平均57.6人、診療所で平均4.4人、訪問看護ステーションで平均4.1人であった。「准看護師」は、病院で平均5.9人、診療所で平均4.7人、訪問看護ステーションで平均0.4人であった。「福祉職」は、病院で平均1.3人、診療所で平均5.0人、訪問看護ステーションで平均0.1人であった。「事務職員」は、病院では平均14.8人、診療所では平均4.2人、訪問看護ステーションでは平均0.4人であった。

看護職のうち「助産師資格保有者」についてみると、病院は平均3.3人、診療所は平均0.0人、訪問看護ステーションは平均0.1人であった。また、看護職のうち「ケアマネジャー資格保有者」についてみると、病院は平均1.4人、診療所は平均1.3人、訪問看護ステーションは平均1.3人であった。さらに、福祉職のうち「精神保健福祉士」についてみると、病院は平均0.1人、診療所は平均0.0人、訪問看護ステーションは平均0.0人であった。

図表 159 1事業所あたり平均職員数（常勤換算）

	事業所数	保健師 助産師 看護師	准看護師	ケアマネジャー (看護職以外)	リハビリ職 (PT・OT・ST)	福祉職	事務職員	その他の職員	計
病院	60	57.6	5.9	0.4	3.8	1.3	14.8	46.4	130.3
診療所	11	4.4	4.7	1.0	3.2	5.0	4.2	5.0	27.6
訪問看護ステーション	316	4.1	0.4	0.1	0.9	0.1	0.4	0.0	6.0

図表 160 看護職のうち助産師・ケアマネジャーの資格保有者、福祉職のうち精神保健福祉士の平均職員数

(単位：人)

	看護職のうち 助産師資格保有者	看護職のうち ケアマネジャー資格保有者	福祉職のうち 精神保健福祉士
病院	3.3	1.4	0.1
診療所	0.0	1.3	0.0
訪問看護ステーション	0.1	1.3	0.0

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

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

(2) 利用者数

①平成 21 年 6 月（診療報酬改定前）と平成 23 年 6 月（診療報酬改定後）の利用者数

平成 21 年 6 月（診療報酬改定前）と平成 23 年 6 月（診療報酬改定後）の医療保険と介護保険を合わせた訪問看護実施利用者数の平均値をみると、病院では、「3 歳未満」「3 歳以上 6 歳未満」「40 歳以上 65 歳未満」で平成 21 年 6 月（診療報酬改定前）より平成 23 年 6 月（診療報酬改定後）の利用者数が多く、「65 歳以上」では少なかった。

診療所では、改定後の「3 歳未満」の平均利用者数が少なくなったが、他の年齢階層では利用者数は改定後のほうが多かった。ただし、診療所においては母体数が少ないために注意が必要である（以下、同様）。

訪問看護ステーションでは、全ての年齢階級で平均利用者数が平成 21 年 6 月（診療報酬改定前）より平成 23 年 6 月（診療報酬改定後）のほうが多かった。

対象者がいた事業所において改定前である平成 21 年 6 月と改定後の平成 23 年 6 月 1 か月間の平均利用者数をみると、訪問看護ステーションでは、「40 歳以上 65 歳未満」では若干利用者数が少なくなったものの他の年齢階級では増加した。

図表 161 訪問看護実施利用者数（医療保険と介護保険の両方）

(単位：人)

		平成 21 年 6 月(診療報酬改定前)						平成 23 年 6 月(診療報酬改定後)					
		3 歳未満	3 歳以上 6 歳未満	6 歳以上 15 歳未満	15 歳以上 40 歳未満	40 歳以上 65 歳未満	65 歳以上	3 歳未満	3 歳以上 6 歳未満	6 歳以上 15 歳未満	15 歳以上 40 歳未満	40 歳以上 65 歳未満	65 歳以上
病院 (n=53)	平均値	0.09	0.06	0.15	0.66	1.17	19.15	0.15	0.08	0.13	0.57	1.57	18.92
	標準偏差	0.40	0.23	0.46	1.29	1.63	21.36	0.74	0.33	0.48	1.14	2.45	23.27
	合計値	5	3	8	35	62	1,015	8	4	7	30	83	1,003
	中央値	0	0	0	0	1	14	0	0	0	0	1	11
診療所 (n=8)	平均値	0.13	0.00	0.00	0.25	0.75	8.25	0.00	0.13	0.13	0.38	1.13	9.88
	標準偏差	0.35	0.00	0.00	0.71	1.75	11.88	0.00	0.35	0.35	0.74	2.80	14.31
	合計値	1	0	0	2	6	66	0	1	1	3	9	79
	中央値	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	4
訪問看護ステーション (n=287)	平均値	0.16	0.16	0.30	1.07	6.86	45.08	0.28	0.24	0.70	1.63	7.31	51.86
	標準偏差	0.51	0.50	1.33	1.99	18.08	39.16	1.19	1.14	5.54	5.35	9.53	40.66
	合計値	47	46	85	306	1,968	12,939	80	69	201	469	2,097	14,885
	中央値	0	0	0	0	4	40	0	0	0	0	4	42

(注) ・利用者数は、医療保険と介護保険の利用者。
 ・全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。

図表 162 訪問看護実施利用者数（医療保険と介護保険の両方）

<前記図表のうち、対象者がいた事業所のみ>

(単位：人)

		平成 21 年 6 月(診療報酬改定前)						平成 23 年 6 月(診療報酬改定後)					
		3 歳未 満	3 歳 以上 6 歳 未満	6 歳 以上 15 歳 未満	15 歳 以上 40 歳 未満	40 歳 以上 65 歳 未満	65 歳 以上	3 歳未 満	3 歳 以上 6 歳 未満	6 歳 以上 15 歳 未満	15 歳 以上 40 歳 未満	40 歳 以上 65 歳 未満	65 歳 以上
病院	件数	3	3	6	18	29	43	3	3	5	17	27	41
	平均値	1.67	1.00	1.33	1.94	2.14	23.60	2.67	1.33	1.40	1.76	3.07	24.46
	標準偏差	0.58	0.00	0.52	1.55	1.66	21.38	2.08	0.58	0.89	1.39	2.69	23.77
	合計値	5	3	8	35	62	1,015	8	4	7	30	83	1,003
	中央値	2	1	1	1	1	19	2	1	1	1	2	15
診療 所	件数	1	0	0	1	2	6	0	1	1	2	2	5
	平均値	1.00	-	-	2.00	3.00	11.00	-	1.00	1.00	1.50	4.50	15.80
	標準偏差	-	-	-	-	2.83	12.70	-	-	-	0.71	4.95	15.53
	合計値	1	-	-	2	6	66	-	1	1	3	9	79
	中央値	1	-	-	2	3	6	-	1	1	2	5	10
訪 問 看護 ステーション	件数	33	33	36	120	227	264	34	38	48	137	245	282
	平均値	1.42	1.39	2.36	2.55	8.67	49.01	2.35	1.82	4.19	3.42	8.56	52.78
	標準偏差	0.66	0.70	3.06	2.39	19.95	38.40	2.68	2.66	13.11	7.36	9.79	40.42
	合計値	47	46	85	306	1,968	12,939	80	69	201	469	2,097	14,885
	中央値	1	1	1	2	5	43	1	1	1	2	6	43

- (注) ・利用者数は、医療保険と介護保険の利用者。
 ・対象者がいた事業所のみを対象に集計した。

訪問看護実施利用者のうち、複数の事業所から訪問看護を受けた平均利用者数を平成21年6月（診療報酬改定前）と平成23年6月（診療報酬改定後）で比較すると、いずれの施設・事業所でも該当者数は少なかった。そこで、対象者がいた施設・事業所に限定してみると、訪問看護ステーションでは、平成21年6月と比較して平成23年6月のほうが平均利用者数が若干増えた。

図表 163 訪問看護実施利用者数
（訪問看護実施利用者のうち、複数の事業所から訪問看護を受けた利用者数）

（単位：人）

		平成21年6月(診療報酬改定前)						平成23年6月(診療報酬改定後)					
		3歳未満	3歳以上 6歳未満	6歳以上 15歳未満	15歳以上 40歳未満	40歳以上 65歳未満	65歳以上	3歳未満	3歳以上 6歳未満	6歳以上 15歳未満	15歳以上 40歳未満	40歳以上 65歳未満	65歳以上
病院 (n=53)	平均値	0.04	0.00	0.00	0.02	0.08	0.11	0.02	0.04	0.00	0.04	0.06	0.19
	標準偏差	0.27	0.00	0.00	0.14	0.38	0.38	0.14	0.27	0.00	0.27	0.30	0.62
	合計値	2	0	0	1	4	6	1	2	0	2	3	10
	中央値	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
診療所 (n=8)	平均値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.13	0.00	0.00	0.00	0.13	0.00	0.25
	標準偏差	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.35	0.00	0.00	0.00	0.35	0.00	0.71
	合計値	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
	中央値	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
訪問看護ステーション (n=287)	平均値	0.01	0.02	0.01	0.06	0.26	0.54	0.02	0.03	0.03	0.11	0.39	0.78
	標準偏差	0.10	0.14	0.08	0.36	0.71	1.56	0.16	0.18	0.23	0.57	1.04	2.32
	合計値	3	6	2	18	75	155	5	8	10	31	111	225
	中央値	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

(注)・利用者数は、医療保険と介護保険の利用者。
・全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。

図表 164 訪問看護実施利用者数

(訪問看護実施利用者のうち、複数の事業所から訪問看護を受けた利用者数)

<前記図表のうち、対象者がいた事業所のみ>

(単位：人)

		平成 21 年 6 月 (診療報酬改定前)						平成 23 年 6 月 (診療報酬改定後)					
		3 歳未 満	3 歳 以上 6 歳 未満	6 歳 以上 15 歳 未満	15 歳 以上 40 歳 未満	40 歳 以上 65 歳 未満	65 歳 以上	3 歳未 満	3 歳 以上 6 歳 未満	6 歳 以上 15 歳 未満	15 歳 以上 40 歳 未満	40 歳 以上 65 歳 未満	65 歳 以上
病院	件数	1	0	0	1	2	5	1	1	0	1	2	6
	平均値	2.00	-	-	1.00	2.00	1.20	1.00	2.00	-	2.00	1.50	1.67
	標準偏差	-	-	-	-	0.00	0.45	-	-	-	-	0.71	1.03
	合計値	2	-	-	1	4	6	1	2	-	2	3	10
	中央値	2	-	-	1	2	1	1	2	-	2	2	1
診療 所	件数	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
	平均値	-	-	-	-	-	1.00	-	-	-	1.00	-	2.00
	標準偏差	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	合計値	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	2
	中央値	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	2
訪 問 看 護 入 会 社	件数	3	6	2	12	48	67	4	7	7	17	68	83
	平均値	1.00	1.00	1.00	1.50	1.56	2.31	1.25	1.14	1.43	1.82	1.63	2.71
	標準偏差	0.00	0.00	0.00	1.00	1.01	2.54	0.50	0.38	0.53	1.59	1.61	3.66
	合計値	3	6	2	18	75	155	5	8	10	31	111	225
	中央値	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2

- (注) ・利用者数は、医療保険と介護保険の利用者。
 ・対象者がいた事業所のみを対象に集計した。

訪問看護実施利用者のうち、特別訪問看護指示書が出た平均利用者数を平成21年6月（診療報酬改定前）と平成23年6月（診療報酬改定後）と比較すると、いずれの施設・事業所でも該当者数は少なかった。そこで、対象者がいた施設・事業所に限定してみると、訪問看護ステーションでは、「40歳以上65歳未満」で平成21年6月と比較して平成23年6月のほうがやや少なくなったものの他の年齢階級では高くなった。

図表 165 訪問看護実施利用者数

（訪問看護実施利用者のうち、特別訪問看護指示書が出た利用者数）

（単位：人）

		平成21年6月(診療報酬改定前)						平成23年6月(診療報酬改定後)					
		3歳未満	3歳以上 6歳未満	6歳以上 15歳未満	15歳以上 40歳未満	40歳以上 65歳未満	65歳以上	3歳未満	3歳以上 6歳未満	6歳以上 15歳未満	15歳以上 40歳未満	40歳以上 65歳未満	65歳以上
病院 (n=53)	平均値	0.00	0.00	0.00	0.04	0.06	0.66	0.00	0.00	0.00	0.00	0.09	0.43
	標準偏差	0.00	0.00	0.00	0.27	0.30	2.37	0.00	0.00	0.00	0.00	0.35	1.34
	合計値	0	0	0	2	3	35	0	0	0	0	5	23
	中央値	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
診療所 (n=8)	平均値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.13
	標準偏差	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.35
	合計値	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	中央値	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
訪問看護ステーション (n=287)	平均値	0.01	0.00	0.00	0.01	0.10	0.65	0.00	0.00	0.01	0.05	0.08	0.95
	標準偏差	0.10	0.00	0.00	0.08	0.76	1.37	0.06	0.06	0.08	0.34	0.32	2.68
	合計値	3	0	0	2	29	187	1	1	2	13	23	274
	中央値	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

- (注)・利用者数は、医療保険と介護保険の利用者。
 ・全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。

図表 166 訪問看護実施利用者数
 (訪問看護実施利用者のうち、特別訪問看護指示書が出た利用者数)
 <前記図表のうち、対象者がいた事業所のみ>

(単位：人)

		平成 21 年 6 月 (診療報酬改定前)						平成 23 年 6 月 (診療報酬改定後)					
		3 歳未 満	3 歳 以上 6 歳 未満	6 歳 以上 15 歳 未満	15 歳 以上 40 歳 未満	40 歳 以上 65 歳 未満	65 歳 以上	3 歳未 満	3 歳 以上 6 歳 未満	6 歳 以上 15 歳 未満	15 歳 以上 40 歳 未満	40 歳 以上 65 歳 未満	65 歳 以上
病院	件数	0	0	0	1	2	7	0	0	0	0	4	9
	平均値	-	-	-	2.00	1.50	5.00	-	-	-	-	1.25	2.56
	標準偏差	-	-	-	-	0.71	4.83	-	-	-	-	0.50	2.35
	合計値	-	-	-	2	3	35	-	-	-	-	5	23
	中央値	-	-	-	2	2	2	-	-	-	-	1	1
診療 所	件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	平均値	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.00
	標準偏差	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	合計値	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	中央値	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
訪問 看護 ステーション	件数	3	0	0	2	16	89	1	1	2	9	20	107
	平均値	1.00	-	-	1.00	1.81	2.10	1.00	1.00	1.00	1.44	1.15	2.56
	標準偏差	0.00	-	-	0.00	2.76	1.74	-	-	0.00	1.33	0.49	3.90
	合計値	3	-	-	2	29	187	1	1	2	13	23	274
	中央値	1	-	-	1	1	2	1	1	1	1	1	2

- (注) ・利用者数は、医療保険と介護保険の利用者。
 ・対象者がいた事業所のみを対象に集計した。

訪問看護実施利用者のうち、介護保険での訪問看護を受けた平均利用者数を平成21年6月（診療報酬改定前）と平成23年6月（診療報酬改定後）で比較すると、診療所、訪問看護ステーションでは「65歳以上」で改定前より改定後のほうが多かった。対象者がいた施設・事業所に限定すると、訪問看護ステーションでは、「40歳以上 65歳未満」は改定後は少なかったが、「65歳以上」は多かった。

図表 167 訪問看護実施利用者数
（訪問看護実施利用者のうち、介護保険での訪問看護を受けた利用者数）

（単位：人）

		平成21年6月（診療報酬改定前）		平成23年6月（診療報酬改定後）	
		40歳以上 65歳未満	65歳以上	40歳以上 65歳未満	65歳以上
病院 (n=53)	平均値	0.17	11.66	0.36	11.94
	標準偏差	0.43	17.61	0.88	19.84
	合計値	9	618	19	633
	中央値	0	5	0	3
診療所 (n=8)	平均値	0.00	0.63	0.00	5.25
	標準偏差	0.00	1.41	0.00	11.47
	合計値	0	5	0	42
	中央値	0	0	0	0
訪問看護 ステーション (n=287)	平均値	2.89	35.13	2.34	40.30
	標準偏差	16.80	32.46	4.43	34.66
	合計値	830	10,083	672	11,567
	中央値	1	32	1	34

（注）・利用者数は、医療保険と介護保険の利用者。
・全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。

図表 168 訪問看護実施利用者数
（訪問看護実施利用者のうち、介護保険での訪問看護を受けた利用者数）

<前記図表のうち、対象者がいた事業所のみ>

（単位：人）

		平成21年6月（診療報酬改定前）		平成23年6月（診療報酬改定後）	
		40歳以上 65歳未満	65歳以上	40歳以上 65歳未満	65歳以上
病院	件数	8	34	10	33
	平均値	1.13	18.18	1.90	19.18
	標準偏差	0.35	19.15	1.10	22.28
	合計値	9	618	19	633
	中央値	1	14	2	11
診療所	件数	0	2	0	3
	平均値	-	2.50	-	14.00
	標準偏差	-	2.12	-	16.64
	合計値	-	5	-	42
	中央値	-	3	-	7
訪問看護 ステーション	件数	154	240	165	258
	平均値	5.39	42.01	4.07	44.83
	標準偏差	22.67	31.15	5.21	33.66
	合計値	830	10,083	672	11,567
	中央値	2	38	2	37

（注）・利用者数は、医療保険と介護保険の利用者。
・対象者がいた事業所のみを対象に集計した。

介護保険での訪問看護のみでなく、同月に特別訪問看護指示の期間のみ医療保険の訪問看護も受けた平均利用者数を平成21年6月（診療報酬改定前）と平成23年6月（診療報酬改定後）と比較すると、いずれの施設・事業所でも該当者数は少なかった。そこで、対象者がいた施設・事業所に限定してみると、訪問看護ステーションでは、「65歳以上」の該当者がいる事業所数及び平均利用者数について改定後のほうが多かった。

図表 169 訪問看護実施利用者数（介護保険での訪問看護のみでなく、同月に特別訪問看護指示の期間のみ医療保険の訪問看護も受けた利用者数）

（単位：人）

		平成21年6月（診療報酬改定前）		平成23年6月（診療報酬改定後）	
		40歳以上 65歳未満	65歳以上	40歳以上 65歳未満	65歳以上
病院 (n=53)	平均値	0.00	0.40	0.02	0.45
	標準偏差	0.00	2.61	0.14	2.14
	合計値	0	21	1	24
	中央値	0	0	0	0
診療所 (n=8)	平均値	0.00	0.50	0.00	0.63
	標準偏差	0.00	1.41	0.00	1.77
	合計値	0	4	0	5
	中央値	0	0	0	0
訪問看護 ステーション (n=287)	平均値	0.07	0.38	0.04	0.73
	標準偏差	0.73	1.01	0.20	2.69
	合計値	21	109	12	209
	中央値	0	0	0	0

（注）・利用者数は、介護保険での利用者のみであり、医療保険での利用者は含まれない。
 ・全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。

図表 170 訪問看護実施利用者数（介護保険での訪問看護のみでなく、同月に特別訪問看護指示の期間のみ医療保険の訪問看護も受けた利用者数）

<前記図表のうち、対象者がいた事業所のみ>

（単位：人）

		平成21年6月（診療報酬改定前）		平成23年6月（診療報酬改定後）	
		40歳以上 65歳未満	65歳以上	40歳以上 65歳未満	65歳以上
病院	件数	0	3	1	5
	平均値	-	7.00	1.00	4.80
	標準偏差	-	10.39	-	5.76
	合計値	-	21	1	24
	中央値	-	1	1	3
診療所	件数	0	1	0	1
	平均値	-	4.00	-	5.00
	標準偏差	-	-	-	-
	合計値	-	4	-	5
	中央値	-	4	-	5
訪問看護 ステーション	件数	10	61	12	79
	平均値	2.10	1.79	1.00	2.65
	標準偏差	3.48	1.52	0.00	4.64
	合計値	21	109	12	209
	中央値	1	1	1	1

（注）・利用者数は、介護保険での利用者のみであり、医療保険での利用者は含まれない。
 ・対象者がいた事業所のみを対象に集計した。

②精神疾患のある利用者数

平成 23 年 6 月 1 か月間の回答事業所・訪問看護部門が訪問看護を実施している利用者全体のうち、精神疾患のある利用者数について利用保険種別にみると、病院では、医療保険利用者は平均 0.21 人、介護保険利用者は平均 0.95 人であった。訪問看護ステーションでは、医療保険利用者は平均 2.82 人、介護保険利用者は平均 3.34 人であった。

対象者がいた事業所に限定してみると、病院では、医療保険利用者は平均 1.80 人、介護保険利用者は平均 4.56 人であった。訪問看護ステーションでは、医療保険利用者は平均 7.75 人、介護保険利用者は平均 6.18 人であった。

図表 171 回答事業所・訪問看護部門が訪問看護を実施している利用者全体のうち、精神疾患のある利用者数（平成 23 年 6 月 1 か月間）

（単位：人）

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
医療保険	43	0.21	0.64	9	0	5	0.00	0.00	0	0	250	2.82	8.24	705	0
介護保険	43	0.95	2.90	41	0	5	0.00	0.00	0	0	250	3.34	7.18	834	1

（注）全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。

図表 172 回答事業所・訪問看護部門が訪問看護を実施している利用者全体のうち、精神疾患のある利用者数（平成 23 年 6 月 1 か月間）＜前記図表のうち、対象者がいた事業所のみ＞

（単位：人）

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
医療保険	5	1.80	0.84	9	2	0	-	-	-	-	91	7.75	12.22	705	3
介護保険	9	4.56	5.08	41	1	0	-	-	-	-	135	6.18	8.83	834	2

（注）対象者がいた事業所のみを対象に集計した。

平成 23 年 6 月 1 か月間の回答事業所・訪問看護部門が訪問看護を実施している利用者全体のうち、統合失調症のある利用者数について利用保険種別にみると、病院では、医療保険利用者は平均 0.79 人、介護保険利用者は平均 0.08 人であった。訪問看護ステーションでは、医療保険利用者は平均 2.08 人、介護保険利用者は平均 0.57 人であった。また、うつ病のある利用者数について同様にみると、病院では、医療保険利用者は平均 0.10 人、介護保険利用者は平均 0.08 人であった。訪問看護ステーションでは、医療保険利用者は平均 0.39 人、介護保険利用者は平均 0.81 人であった。

次に対象者がいた施設・事業所に限定してみると、統合失調症のある利用者数については、病院では、医療保険利用者は平均 5.17 人、介護保険利用者は平均 1.00 人であった。訪問看護ステーションでは、医療保険利用者は平均 6.47 人、介護保険利用者は平均 1.81 人であった。また、うつ病のある利用者数について同様にみると、病院では、医療保険利用者は平均 1.00 人、介護保険利用者は平均 1.00 人であった。訪問看護ステーションでは、医療保険利用者は平均 1.60 人、介護保険利用者は平均 1.93 人であった。

図表 173 回答事業所・訪問看護部門が訪問看護を実施している利用者全体のうち、統合失調症・うつ病のある利用者数（医療保険・介護保険別）（平成 23 年 6 月 1 か月間）

（単位：人）

		病院					診療所					訪問看護ステーション				
		事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
統合失調症	医療保険	39	0.79	3.54	31	0	6	0.00	0.00	0	0	230	2.08	6.66	479	0
	介護保険	39	0.08	0.27	3	0	6	0.00	0.00	0	0	230	0.57	1.46	132	0
うつ病	医療保険	39	0.10	0.31	4	0	7	0.14	0.38	1	0	225	0.39	0.81	88	0
	介護保険	39	0.08	0.27	3	0	7	0.14	0.38	1	0	225	0.81	1.35	183	0

（注）「統合失調症」「うつ病」のある利用者数について、医療保険・介護保険とも記入があった事業所を対象に集計した。

図表 174 回答事業所・訪問看護部門が訪問看護を実施している利用者全体のうち、統合失調症・うつ病のある利用者数（医療保険・介護保険別）（平成 23 年 6 月 1 か月間）

<前記図表のうち、対象者がいた事業所のみ>

（単位：人）

		病院					診療所					訪問看護ステーション				
		事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
統合失調症	医療保険	6	5.17	8.26	31	2	0	-	-	-	-	74	6.47	10.51	479	2
	介護保険	3	1.00	0.00	3	1	0	-	-	-	-	73	1.81	2.13	132	1
うつ病	医療保険	4	1.00	0.00	4	1	1	1.00	-	1	1	55	1.60	0.85	88	1
	介護保険	3	1.00	0.00	3	1	1	1.00	-	1	1	95	1.93	1.48	183	1

（注）「統合失調症」「うつ病」の利用者数について、医療保険・介護保険とも記入があった事業所のうち、対象者がいた事業所のみを対象に集計した。

平成 23 年 6 月 1 か月間の回答事業所・訪問看護部門が訪問看護を実施している利用者全体のうち、日常生活自立度別の認知症のある利用者数について利用保険種別にみると、病院では、「Ⅱ以下」の介護保険利用者が平均 5.98 人で最も多く、次いで「Ⅲ」の介護保険利用者（平均 2.00 人）、「Ⅳ」の介護保険利用者（平均 1.50 人）となった。訪問看護ステーションでは、「Ⅱ以下」の介護保険利用者が平均 10.24 人で最も多く、次いで「Ⅲ」の介護保険利用者（平均 3.91 人）、「Ⅳ」の介護保険利用者（平均 2.42 人）となった。

次に対象者がいた施設・事業所に限定してみると、病院では、「Ⅱ以下」の介護保険利用者が平均 14.06 人で最も多く、次いで「Ⅲ」の介護保険利用者（平均 5.71 人）、「Ⅳ」の介護保険利用者（平均 5.45 人）となった。訪問看護ステーションでは、「Ⅱ以下」の介護保険利用者が平均 13.32 人で最も多く、次いで「Ⅲ」の介護保険利用者（平均 5.94 人）、「Ⅱ以下」の医療保険利用者（平均 5.78 人）となった。

図表 175 回答事業所・訪問看護部門が訪問看護を実施している利用者全体のうち、日常生活自立度別認知症のある利用者数（医療保険・介護保険別）（平成 23 年 6 月 1 か月間）

（単位：人）

		病院					診療所					訪問看護ステーション				
		事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
Ⅱ 以下	医療保険	40	0.98	2.93	39	0	8	0.00	0.00	0	0	225	2.75	5.34	618	0
	介護保険	40	5.98	12.93	239	0	8	0.25	0.46	2	0	225	10.24	16.95	2,304	4
Ⅲ	医療保険	40	0.25	0.63	10	0	8	0.00	0.00	0	0	225	0.50	1.17	113	0
	介護保険	40	2.00	4.29	80	0	8	0.88	1.13	7	1	225	3.91	5.30	879	2
Ⅳ	医療保険	40	0.13	0.52	5	0	8	0.00	0.00	0	0	225	0.40	1.08	89	0
	介護保険	40	1.50	3.64	60	0	8	0.25	0.71	2	0	225	2.42	3.77	545	1
M	医療保険	40	0.08	0.35	3	0	8	0.00	0.00	0	0	225	0.41	2.74	92	0
	介護保険	40	0.10	0.38	4	0	8	0.00	0.00	0	0	225	0.71	1.96	160	0

（注）全ての項目について回答があった事業所を対象に集計した。

図表 176 回答事業所・訪問看護部門が訪問看護を実施している利用者全体のうち、日常生活自立度別認知症のある利用者数（医療保険・介護保険別）（平成 23 年 6 月 1 か月間）

＜前記図表のうち、対象者がいた事業所のみ＞

（単位：人）

		病院					診療所					訪問看護ステーション				
		事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
Ⅱ 以下	医療保険	9	4.33	5.05	39	2	0	-	-	-	-	107	5.78	6.52	618	4
	介護保険	17	14.06	16.94	239	8	2	1.00	0.00	2	1	173	13.32	18.25	2,304	7
Ⅲ	医療保険	7	1.43	0.79	10	1	0	-	-	-	-	63	1.79	1.61	113	1
	介護保険	14	5.71	5.69	80	4	4	1.75	0.96	7	2	148	5.94	5.54	879	4
Ⅳ	医療保険	3	1.67	1.15	5	1	0	-	-	-	-	49	1.82	1.68	89	1
	介護保険	11	5.45	5.28	60	2	1	2.00	-	2	2	122	4.47	4.14	545	3
M	医療保険	2	1.50	0.71	3	2	0	-	-	-	-	33	2.79	6.76	92	1
	介護保険	3	1.33	0.58	4	1	0	-	-	-	-	55	2.91	3.06	160	1

（注）全ての項目について回答があった事業所のうち、対象者がいた事業所のみを対象に集計した。

(3) 精神疾患のある利用者に対する訪問看護

①訪問看護療養費又は精神科訪問看護・指導料を算定している利用者数・件数

病院において、平成23年6月1か月間に精神科訪問看護・指導料Ⅰを算定した利用者数についてみると、施設が平均0.02人、居宅が平均0.84人であった。また、訪問看護ステーションにおいて、平成23年6月1か月間に訪問看護基本療養費Ⅰを算定した精神疾患のある利用者数についてみると、施設が平均0.08人、居宅が平均3.03人であった。

さらに、病院において、精神科訪問看護・指導料Ⅱを算定した利用者のうち「(一度の訪問で)1名に対して訪問を実施した件数」は平均0.22件であり、「(一度の訪問で)複数名に対して訪問を実施した件数」は平均0.00件であった。一方、訪問看護ステーションにおいて、訪問看護基本療養費Ⅱを算定した利用者のうち「1名に対して訪問を実施した件数」は平均1.15件であり、「複数名に対して訪問を実施した件数」は平均0.63件であった。

図表 177 訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護・指導料の算定利用者数・件数
(精神疾患のある利用者、平成23年6月1か月間)

		病院					診療所					訪問看護ステーション				
		事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
訪問看護基本療養費Ⅰ	施設(人)	43	0.02	0.15	1	0	5	0.00	0.00	0	0	263	0.08	0.60	20	0
	居宅(人)	43	0.84	4.88	36	0	5	0.00	0.00	0	0	263	3.03	9.47	797	0
訪問看護基本療養費Ⅱ	1名に対して訪問を実施した件数(件)	36	0.22	1.33	8	0	5	0.00	0.00	0	0	229	1.15	13.20	263	0
	複数名に対して訪問を実施した件数(件)	36	0.00	0.00	0	0	5	0.00	0.00	0	0	229	0.63	5.87	145	0

(注)・病院・診療所では「訪問看護基本療養費Ⅰ」は「精神科訪問看護・指導料Ⅰ」、「訪問看護基本療養費Ⅱ」は「精神科訪問看護・指導料Ⅱ」を指す。
・全ての項目について回答があった事業所を対象に集計した。

次に算定実績のある施設・事業所に限定してみると、病院における平成23年6月1か月間に精神科訪問看護・指導料Ⅰを算定した利用者数は、施設が平均1.00人、居宅が平均12.00人であった。また、訪問看護ステーションにおける、平成23年6月1か月間に訪問看護基本療養費Ⅰを算定した精神疾患のある利用者数は、施設が平均2.86人、居宅が平均9.38人であった。さらに、病院において、精神科訪問看護・指導料Ⅱを算定した利用者のうち「1名に対して訪問を実施した件数」は平均8.00件であり、「複数名に対して訪問を実施した件数」は該当がなかった。一方、訪問看護ステーションにおいて、訪問看護基本療養費Ⅱを算定した利用者のうち「1名に対して訪問を実施した件数」は平均29.22件であり、「複数名に対して訪問を実施した件数」は平均29.00件であった。

図表 178 訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護・指導料の算定利用者数・件数（精神疾患のある利用者、平成 23 年 6 月 1 か月間）＜前記図表のうち、算定実績のある事業所のみ＞

		病院					診療所					訪問看護ステーション				
		事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
訪問看護基本療養費 I	施設(人)	1	1.00	-	1	1	0	-	-	-	-	7	2.86	2.54	20	2
	居宅(人)	3	12.00	17.32	36	2	0	-	-	-	-	85	9.38	14.81	797	3
訪問看護基本療養費 II	1名に対して訪問を実施した件数(件)	1	8.00	-	8	8	0	-	-	-	-	9	29.22	63.56	263	4
	複数名に対して訪問を実施した件数(件)	0	-	-	-	-	0	-	-	-	-	5	29.00	30.56	145	16

(注)・病院・診療所では「訪問看護基本療養費 I」は「精神科訪問看護・指導料 I」、「訪問看護基本療養費 II」は「精神科訪問看護・指導料 II」を指す。

・全ての項目について回答があった事業所のうち、対象者がいた事業所のみを対象に集計した。

②精神疾患のある利用者に対しての訪問看護を実施する際に、工夫している点、対応が困難な点（自由記述形式）

精神疾患のある利用者に対しての訪問看護を実施する際に、工夫している点、対応が困難な点を自由記述形式で記載していただいた。以下は、その内容をまとめたものである。

【精神疾患のある利用者に対しての訪問看護を実施する際に、工夫している点、対応が困難な点】（自由記述形式）

○工夫している点

- ・ 傾聴を心がける（同旨を含め 7 件）。
- ・ ことばづかいや話し方（同旨を含め 6 件）。
- ・ 対応困難な人などには 2 名で訪問（同旨を含め 6 件）。
- ・ 他機関との連携を密にしている（同旨を含め 4 件）。
- ・ 訪問予定日を忘れて留守のことがあるので事前に電話する（同旨を含め 3 件）。
- ・ 頻回に電話がある時の対応（同旨を含め 3 件）。 / 等

○対応が困難な点

- ・ スタッフを変更しにくい（同旨を含め 9 件）。
- ・ 服薬拒否（同旨を含め 3 件）。
- ・ 訪問拒否（同旨を含め 3 件）。
- ・ 精神疾患に対する知識、スキルを持った看護師がいない（同旨を含め 3 件）。
- ・ 1 人で訪問することに対する不安（同旨を含め 2 件）。
- ・ 訪問中の暴力行為（同旨を含め 2 件）。 / 等

(4) 長時間の訪問看護について

①長時間の訪問看護の利用者数

平成22年4月1日～平成23年3月31日の間で2時間を超える長時間の訪問看護を実施した平均利用者数を年齢階級別にみると、病院では「65歳以上」が0.29人で最も多く、「総数」の平均が0.45人であった。訪問看護ステーションでは「65歳以上」が0.51人で最も多く、次いで「40歳以上65歳未満」(0.39人)、「3歳以上6歳未満」(0.37人)で、「総数」の平均が1.43人であった。

次に対象者がいた事業所に限定してみると、平成22年4月1日～平成23年3月31日の間で2時間を超える長時間の訪問看護を実施した平均利用者数は、病院では2.88人、訪問看護ステーションでは4.35人であった。

図表 179 2時間を超える長時間の訪問看護を実施した利用者数（年齢階級別）
（平成22年4月1日～平成23年3月31日の間）

（単位：人）

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
3歳未満	51	0.02	0.14	1	0	7	0.00	0.00	0	0	289	0.03	0.23	9	0
3歳以上6歳未満	51	0.04	0.28	2	0	7	0.00	0.00	0	0	289	0.37	5.82	106	0
6歳以上15歳未満	51	0.00	0.00	0	0	7	0.00	0.00	0	0	289	0.04	0.28	13	0
15歳以上40歳未満	51	0.02	0.14	1	0	7	0.00	0.00	0	0	289	0.09	0.34	25	0
40歳以上65歳未満	51	0.08	0.34	4	0	7	0.00	0.00	0	0	289	0.39	2.23	114	0
65歳以上	51	0.29	1.33	15	0	7	0.00	0.00	0	0	289	0.51	2.23	146	0
総数	51	0.45	1.50	23	0	7	0.00	0.00	0	0	289	1.43	8.25	413	0

（注）全ての項目について回答があった事業所を対象に集計した。

図表 180 2時間を超える長時間の訪問看護を実施した利用者数
（平成22年4月1日～平成23年3月31日の間）
＜前記図表のうち、対象者がいた事業所のみ＞

（単位：人）

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
総数	8	2.88	2.85	23	2	0	-	-	-	-	95	4.35	1398	413	2

（注）全ての項目について回答があった事業所のうち、対象者がいた事業所のみを対象に集計した。

病院では、長時間訪問看護を実施した利用者のうち、長時間訪問看護・指導加算を算定した利用者数は平均 0.12 人であり、長時間訪問看護・指導加算の算定対象者ではない利用者数は平均 0.06 人であった。訪問看護ステーションでは、長時間訪問看護を実施した利用者のうち、長時間訪問看護加算を算定した利用者数は平均 0.33 人であり、長時間訪問看護加算の算定対象者ではない利用者数は平均 0.33 人であった。このうち、訪問看護ステーションにおいて、その他の利用料として訪問看護ステーションが定める額を徴収した利用者数は、平均 0.13 人であった。

次に対象者がいた事業所に限定してみると、病院では、長時間訪問看護を実施した利用者のうち、長時間訪問看護・指導加算を算定した利用者数は平均 3.00 人であり、長時間訪問看護・指導加算の算定対象者ではない利用者数は平均 1.00 人であった。訪問看護ステーションでは、長時間訪問看護を実施した利用者のうち、長時間訪問看護加算を算定した利用者数は平均 1.73 人であり、長時間訪問看護加算の算定対象者ではない利用者数は平均 2.29 人であった。このうち、訪問看護ステーションにおいて、その他の利用料として訪問看護ステーションが定める額を徴収した利用者数は、平均 1.77 人であった。

図表 181 長時間訪問看護を実施した利用者のうち、長時間訪問看護加算及び長時間訪問看護・指導加算を算定した利用者数、長時間訪問看護加算及び長時間訪問看護・指導加算の対象者ではない利用者数、その他の利用料として訪問看護ステーションが定める額を徴収した利用者数
(単位：人)

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
①長時間訪問看護加算及び長時間訪問看護・指導加算を算定した利用者数	51	0.12	0.71	6	0	7	0.00	0.00	0	0	289	0.33	0.81	95	0
②長時間訪問看護加算及び長時間訪問看護・指導加算の対象者ではない利用者数	51	0.06	0.24	3	0	7	0.00	0.00	0	0	289	0.33	1.08	94	0
③②のうち、その他の利用料として訪問看護ステーションが定める額を徴収した利用者数											289	0.13	0.60	39	0

(注)・全ての項目について回答があった事業所を対象に集計した。

- ・「③②のうち、その他の利用料として訪問看護ステーションが定める額を徴収した利用者数」は、訪問看護ステーションのみが回答対象。

図表 182 長時間訪問看護を実施した利用者のうち、長時間訪問看護加算及び長時間訪問看護・指導加算を算定した利用者数、長時間訪問看護加算及び長時間訪問看護・指導加算の対象者ではない利用者数、その他の利用料として訪問看護ステーションが定める額を徴収した利用者数
 <前記図表 180 のうち、対象者がいた事業所のみ>

(単位：人)

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
①長時間訪問看護加算及び長時間訪問看護・指導加算を算定した利用者数	2	3.00	2.83	6	3	0	-	-	-	-	55	1.73	1.03	95	1
②長時間訪問看護加算及び長時間訪問看護・指導加算の対象者ではない利用者数	3	1.00	0.00	3	1	0	-	-	-	-	41	2.29	1.94	94	2
③②のうち、その他の利用料として訪問看護ステーションが定める額を徴収した利用者数	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	22	1.77	1.38	39	1

(注)・全ての項目について回答があった事業所のうち、対象者がいた事業所のみを対象に集計した。

・「③②のうち、その他の利用料として訪問看護ステーションが定める額を徴収した利用者数」は、訪問看護ステーションのみが回答対象。

②人工呼吸器を使用している利用者以外に長時間訪問看護が必要となる利用者の状態

人工呼吸器を使用している利用者以外に長時間訪問看護が必要となる利用者の状態を自由記述形式で記載していただいた。

【人工呼吸器を使用している利用者以外に長時間訪問看護が必要となる利用者の状態】

(自由記述形式)

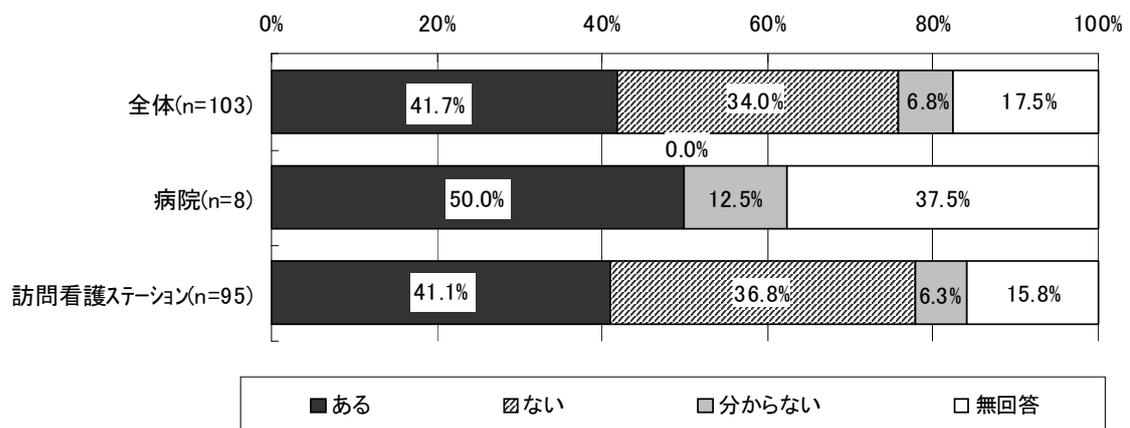
- ・ターミナル期で医療処置の多い患者や終末期を迎える患者のケア (同旨を含め 17 件)。
- ・気管切開で吸引が頻回に必要な方、褥創処置が必要な方 (同旨を含め 15 件)。
- ・常時見守りが必要な患者の介護者のレスパイト、留守番 (同旨を含め 13 件)。
- ・医療処置の指導や、本人・家族の精神的ケアに時間を要する (同旨を含め 13 件)。
- ・排便コントロール (同旨を含め 8 件)。 / 等

③長時間訪問看護の利用者のうち週 1 回の訪問ではサービスが足りないケースの有無

2 時間を超える長時間の訪問看護を実施している利用者のうち、週 1 回の訪問ではサービスが足りないケースの有無についてみると、「ある」という回答は病院では 50.0%、訪問看護ステーションでは 41.1%であった。

図表 183 2 時間を超える長時間の訪問看護を実施している利用者のうち、週 1 回の訪問ではサービスが足りないケースの有無

(2 時間を超える長時間の訪問看護を実施している利用者総数が 1 人以上の事業所)



【週 1 回の訪問ではサービスが足りない場合の利用者の状態像】(自由記述形式)

- ・人工呼吸器装着の利用者 (ALS を除く、同旨を含め 7 件)。
- ・終末期のケースで病状変化が著しい場合 (同旨を含め 7 件)。
- ・ALS で人工呼吸器の利用者 (同旨を含め 6 件)。
- ・小児の利用者の場合の介護者のレスパイトのための訪問 (同旨を含め 3 件)。
- ・レスピレーター装着者 (同旨を含め 3 件) / 等

(5) 乳幼児への訪問看護の体制について

①NICU から退院した乳幼児の受け入れ数と NICU 以外からの乳幼児の受け入れ数

平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 年 3 月 31 日の間の NICU から退院した乳幼児の平均受け入れ数についてみると、病院では、「NICU から直接移行」が 0.22 人、「NICU 以外から移行」が 0.09 人、「NICU 入室経験あり」が 0.07 人であった。訪問看護ステーションでは、「NICU から直接移行」が 0.07 人、「NICU 以外から移行」が 0.21 人、「NICU 入室経験あり」が 0.12 人であった。

次に対象者がいた事業所に限定してみると、NICU から退院した乳幼児の平均受け入れ数は、病院では、「NICU から直接移行」が 10.00 人、「NICU 以外から移行」が 1.33 人、「NICU 入室経験あり」が 1.50 人であった。訪問看護ステーションでは、「NICU から直接移行」が 2.11 人、「NICU 以外から移行」が 1.74 人、「NICU 入室経験あり」が 1.48 人であった。

図表 184 NICU から退院した乳幼児の受け入れ数と NICU 以外からの乳幼児の受け入れ数
(平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 年 3 月 31 日の間)

(単位：人)

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
NICU から直接移行	46	0.22	1.47	10	0	5	0.00	0.00	0	0	276	0.07	0.43	19	0
NICU 以外から移行	46	0.09	0.35	4	0	5	0.40	0.89	2	0	276	0.21	0.74	59	0
NICU 入室経験あり	46	0.07	0.33	3	0	5	0.40	0.89	2	0	276	0.12	0.49	34	0

(注)・全ての項目について回答があった事業所を対象に集計した。

・「NICU 入室経験あり」は「NICU 以外から移行」のうち、NICU 入室経験がある乳幼児数を指す。

図表 185 NICU から退院した乳幼児の受け入れ数と NICU 以外からの乳幼児の受け入れ数
(平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 年 3 月 31 日の間)

<前記図表のうち、対象者がいた事業所のみ>

(単位：人)

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
NICU から直接移行	1	10.00	-	10	10	0	-	-	-	-	9	2.11	1.17	19	2
NICU 以外から移行	3	1.33	0.58	4	1	1	2.00	-	2	2	34	1.74	1.36	59	1
NICU 入室経験あり	2	1.50	0.71	3	2	1	2.00	-	2	2	23	1.48	0.95	34	1

(注)・全ての項目について回答があった事業所のうち、対象者がいた事業所のみを対象に集計した。

・「NICU 入室経験あり」は「NICU 以外から移行」のうち、NICU 入室経験がある乳幼児数を指す。

②入院期間別乳幼児利用者数

入院期間別に回答事業所・訪問看護部門で受け入れた平均乳幼児利用者数をみると、「3歳未満」において、病院では「6か月以上1年未満」が0.22人で最も多く、次いで「1年以上」(0.05人)、「3か月以上6か月未満」(0.02人)となった。訪問看護ステーションでは「3か月以上6か月未満」が0.07人で最も多く、次いで「1か月以上3か月未満」「6か月以上1年未満」「1年以上」(それぞれ0.06人)、「1か月未満」(0.03人)となった。

同様に「3歳以上6歳未満」についてみると、病院では「3か月以上6か月未満」「1年以上」がそれぞれ0.03人で最も多かったが、「総数」でも0.05人と3歳未満と比較して少なかった。訪問看護ステーションでは「1か月以上3か月未満」が0.06人で最も多く、次いで「1年以上」(0.05人)、「1か月未満」(0.04人)となった。

図表 186 回答事業所・訪問看護部門で受け入れた乳幼児利用者数（入院期間別）
（平成22年4月1日～平成23年3月31日の間）

（単位：人）

		病院					診療所					訪問看護ステーション				
		事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
3才未満	総数	41	0.29	1.57	12	0	5	0.40	0.89	2	0	232	0.28	0.77	65	0
	1か月未満	41	0.00	0.00	0	0	5	0.40	0.89	2	0	232	0.03	0.22	7	0
	1か月以上 3か月未満	41	0.00	0.00	0	0	5	0.00	0.00	0	0	232	0.06	0.35	15	0
	3か月以上 6か月未満	41	0.02	0.16	1	0	5	0.00	0.00	0	0	232	0.07	0.33	16	0
	6か月以上 1年未満	41	0.22	1.11	9	0	5	0.00	0.00	0	0	232	0.06	0.30	14	0
	1年以上	41	0.05	0.31	2	0	5	0.00	0.00	0	0	232	0.06	0.25	13	0
3歳以上 6歳未満	総数	40	0.05	0.22	2	0	4	0.00	0.00	0	0	220	0.18	0.83	39	0
	1か月未満	40	0.00	0.00	0	0	4	0.00	0.00	0	0	220	0.04	0.21	8	0
	1か月以上 3か月未満	40	0.00	0.00	0	0	4	0.00	0.00	0	0	220	0.06	0.63	13	0
	3か月以上 6か月未満	40	0.03	0.16	1	0	4	0.00	0.00	0	0	220	0.02	0.16	4	0
	6か月以上 1年未満	40	0.00	0.00	0	0	4	0.00	0.00	0	0	220	0.01	0.10	2	0
	1年以上	40	0.03	0.16	1	0	4	0.00	0.00	0	0	220	0.05	0.43	12	0

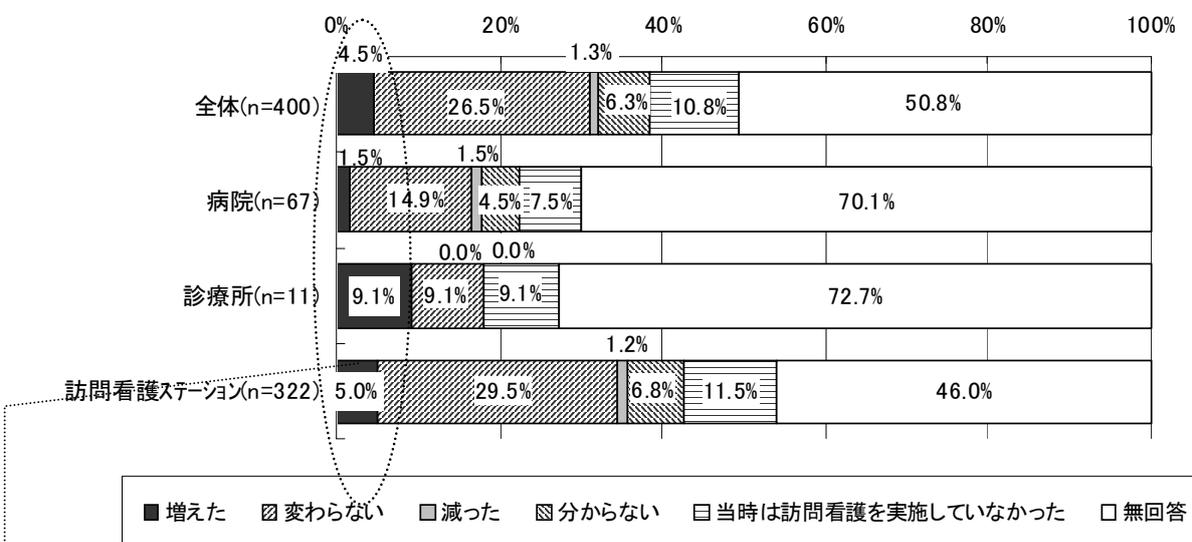
（注）全ての項目について回答があった事業所を対象に集計した。

③乳児への訪問看護の増減について

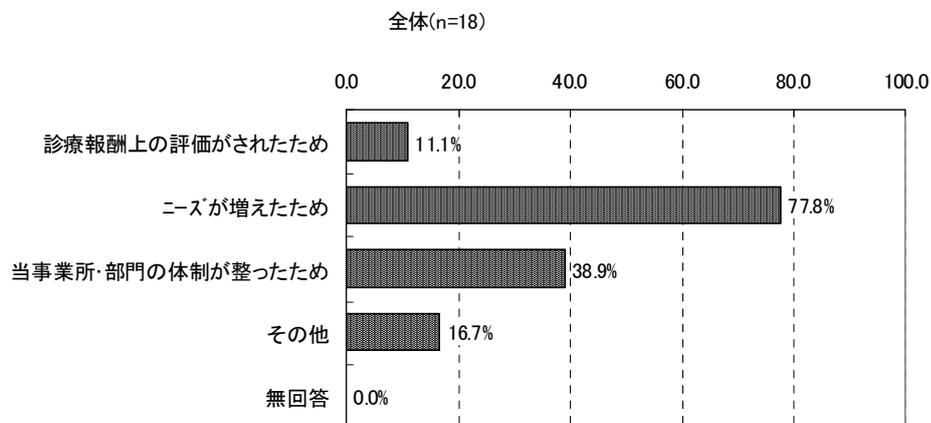
平成22年度の診療報酬改定前と比較して、3歳未満の乳児への訪問看護の増減を尋ねたところ、「増えた」と回答した施設・事業所は、病院で1.5%、診療所で9.1%、訪問看護ステーションで5.0%に留まった。一方、「変わらない」という回答は、病院で14.9%、診療所で9.1%、訪問看護ステーションで29.5%であった。

「増えた」と回答した事業所に対して増加した理由を尋ねたところ、「ニーズが増えたため」(77.8%)が最も多く、次いで「当事業所・部門の体制が整ったため」(38.9%)、「診療報酬上の評価がされたため」(11.1%)となった。

図表 187 平成22年度の診療報酬改定前と比較しての3歳未満の乳児への訪問看護の増減



図表 188 平成22年度の診療報酬改定前と比較して3歳未満の乳児への訪問看護が増加した理由（「増えた」と回答した事業所、複数回答）



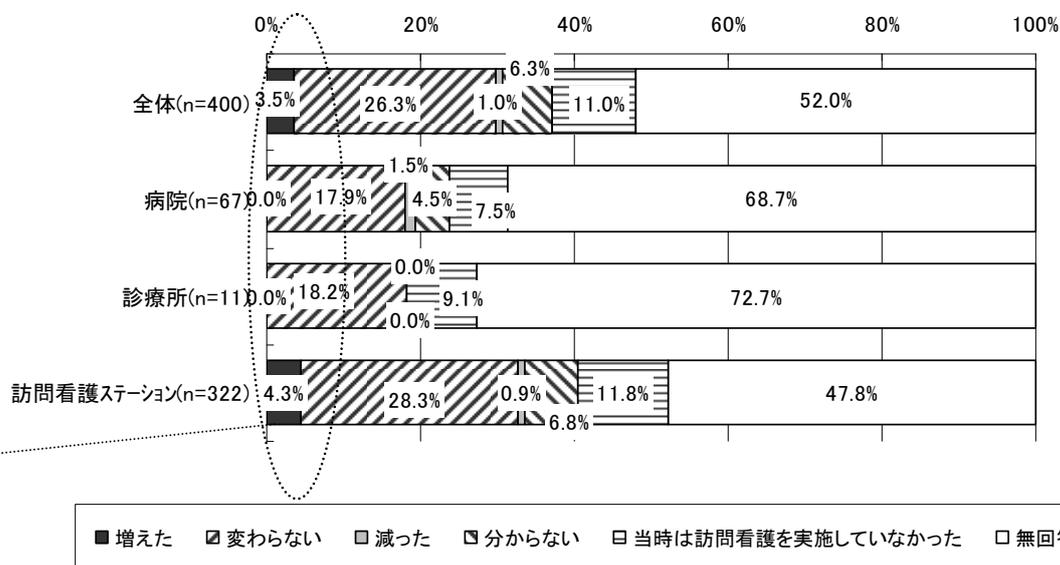
(注)「その他」の内容として、「乳幼児の訪問をしているステーションがない」「定期カンファレンス（病棟との）」等が挙げられた。

④ 幼児への訪問看護の増減について

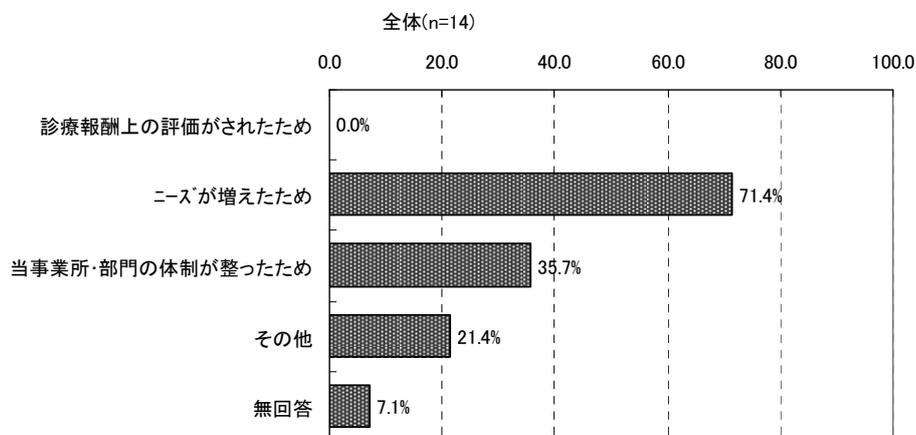
平成22年度の診療報酬改定前と比較して、3歳以上6歳未満の幼児への訪問看護の増減を尋ねたところ、「増えた」と回答した施設・事業所は、病院・診療所ではなく、訪問看護ステーションで4.3%に留まった。一方、「変わらない」という回答は、病院で17.9%、診療所で18.2%、訪問看護ステーションで28.3%であった。

「増えた」と回答した事業所に対して増加した理由を尋ねたところ、「ニーズが増えたため」(71.4%)が最も多く、次いで「当事業所・部門の体制が整ったため」(35.7%)となった。

図表 189 平成22年度の診療報酬改定前と比較しての3歳以上6歳未満の幼児への訪問看護の増減



図表 190 平成22年度の診療報酬改定前と比較しての3歳以上6歳未満の幼児への訪問看護が増加した理由（「増えた」と回答した事業所、複数回答）

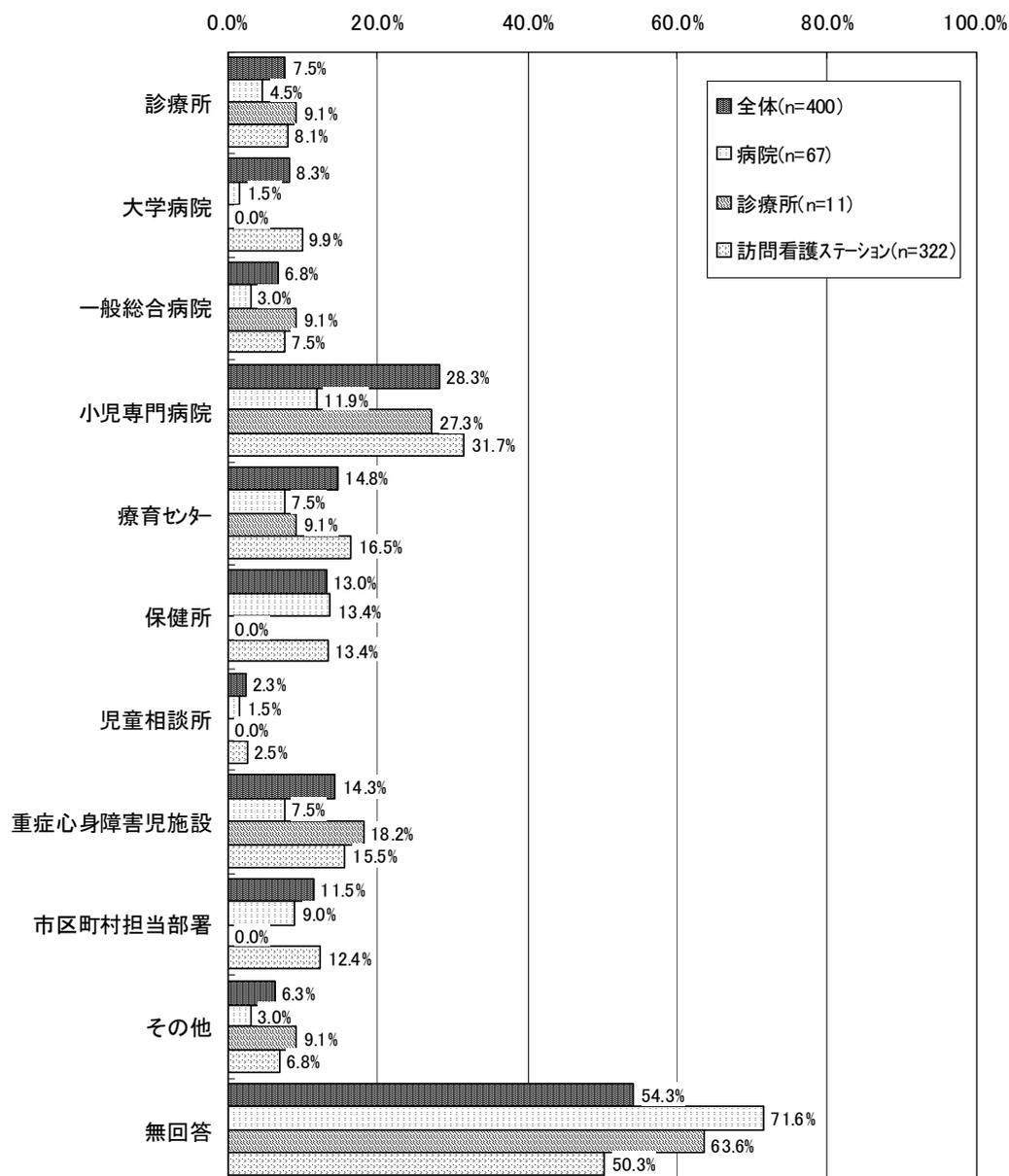


(注)「その他」の内容として、「周辺に小児訪問看護を受けるところが少ない」「依頼は多いが、看護師不足で減っている」が挙げられた。

⑤乳幼児への訪問看護にあたり、特に重要な連携先

乳幼児への訪問看護にあたり、特に重要な連携先についてみると、病院では、「保健所」が13.4%で最も多く、次いで「小児専門病院」(11.9%)、「市区町村担当部署」(9.0%)、「療育センター」「重症心身障害児施設」(それぞれ7.5%)であった。訪問看護ステーションでは、「小児専門病院」が31.7%で最も多く、次いで「療育センター」(16.5%)、「重症心身障害児施設」(15.5%)、「保健所」(13.4%)、「市区町村担当部署」(12.4%)であった。

図表 191 乳幼児への訪問看護にあたって、特に重要だと考えられる連携先医療機関など
(複数回答、3つまで)

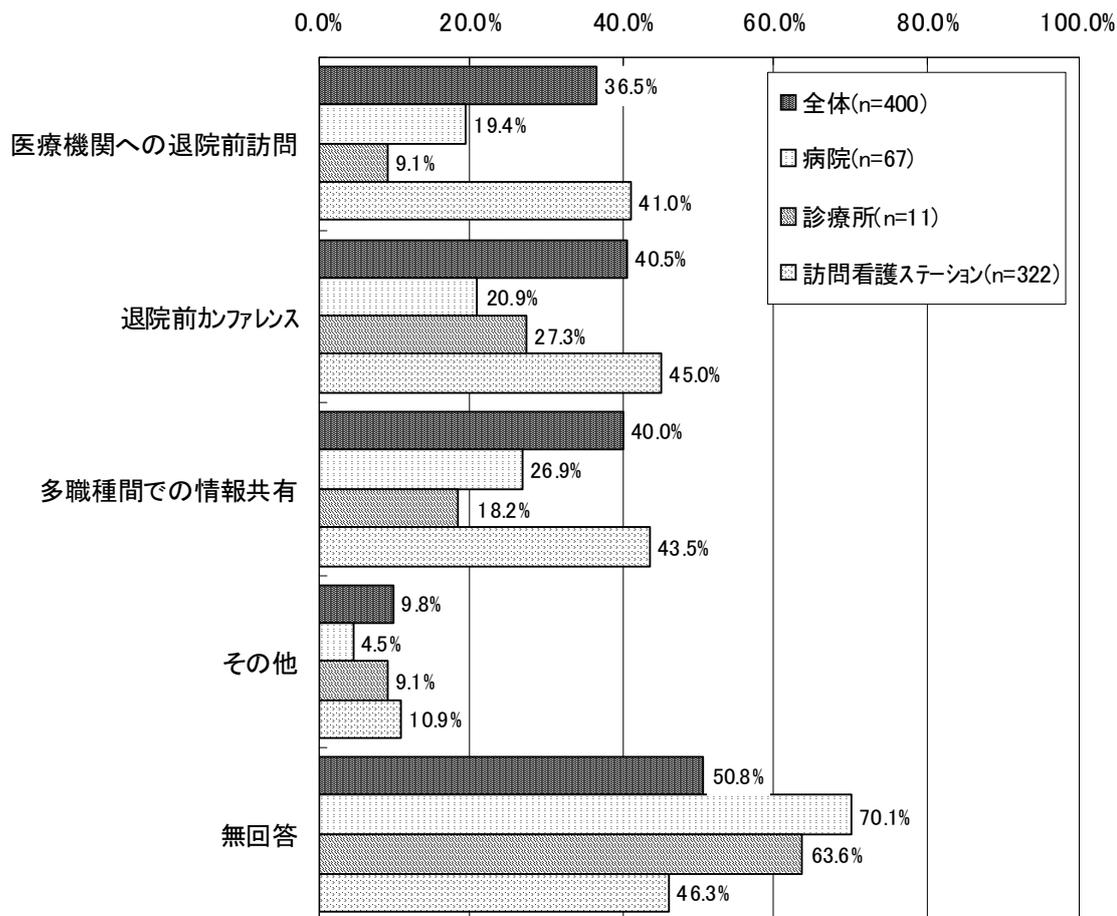


(注) 「その他」の内容として、「かかりつけ医」(6件)「往診医」(3件)「緊急時に受け入れ可能な病院」(2件)「地域連携室」「リハビリ施設」等が挙げられた。

⑥乳幼児の在宅移行につながる連携体制

乳幼児の在宅移行につながる連携体制についてみると、病院では、「多職種間での情報共有」が 26.9%で最も多く、次いで「退院前カンファレンス」(20.9%)、「医療機関への退院前訪問」(19.4%)となった。訪問看護ステーションでは、「退院前カンファレンス」が 45.0%で最も多く、次いで「多職種間での情報共有」(43.5%)、「医療機関への退院前訪問」(41.0%)であった。

図表 192 どのような連携体制があれば乳幼児の在宅移行につながると考えるか（複数回答）



(注) 「その他」の内容として、「レスパイト先の確保」(同旨を含め 8 件)、「家族のサポート体制」(同旨を含め 4 件)、「在宅医」(同旨を含め 4 件)、「訪問看護師の増員」(同旨を含め 3 件)、「病院側の急変時の対応」(同旨を含め 2 件)等が挙げられた。

⑦乳幼児への訪問看護にあたり、特別に用意している準備や工夫をしていること

乳幼児への訪問看護にあたり、特別に用意している準備や工夫をしていることを自由記述形式で記載していただいた。

【乳幼児への訪問看護にあたり、特別に用意している準備や工夫をしていること】

(自由記述形式)

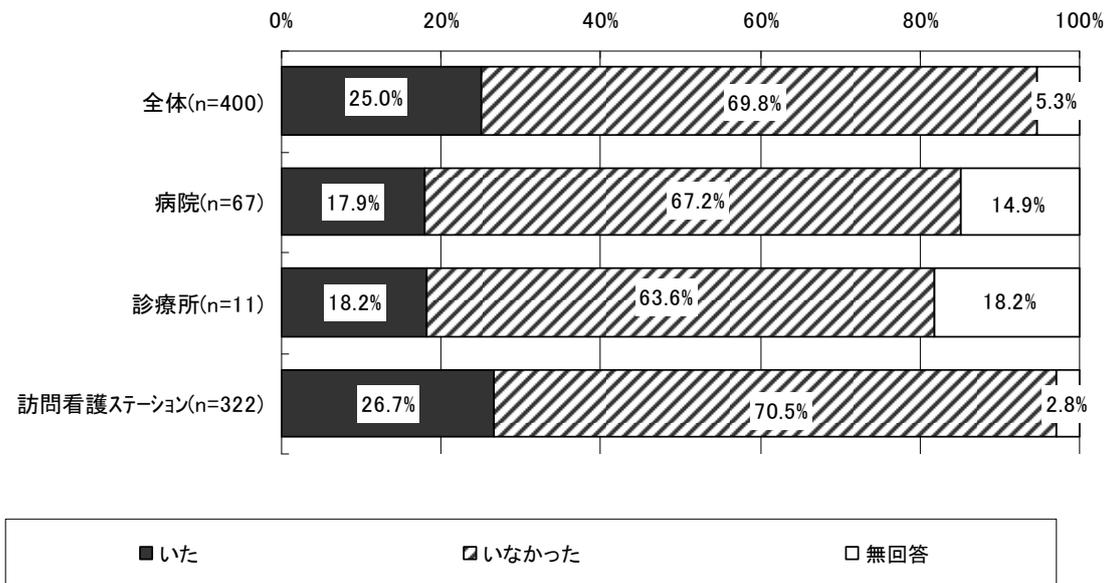
- ・ 母親・介護者に対する精神的サポート（同旨を含め 15 件）。
- ・ 血圧計・聴診器などの乳幼児用の診療用具（同旨を含め 8 件）。
- ・ 勉強会・研修会への参加（同旨を含め 7 件）。
- ・ 消防署や救急隊、小児科医との連携など、緊急時の対応や連絡体制の確認（同旨を含め 6 件）。
- ・ 小児病棟経験のある看護師の確保（同旨を含め 4 件）。
- ・ 感染予防の消毒液など（同旨を含め 3 件）。 / 等

(6) 複数名による訪問看護

①複数名の職員が同時に訪問した利用者の有無

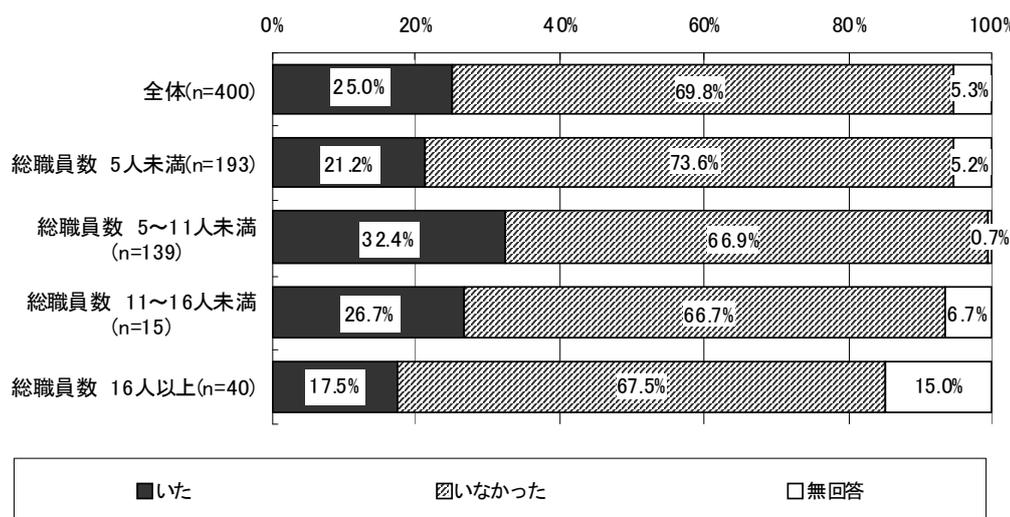
複数名の職員（保健師、助産師、看護師、PT、OT、ST、准看護師）が同時に訪問した利用者の有無についてみると、「いた」という回答は、病院で17.9%、診療所で18.2%、訪問看護ステーションで26.7%であった。

図表 193 複数名の職員（保健師、助産師、看護師、PT、OT、ST、准看護師）が同時に訪問を行った利用者の有無（平成23年6月1か月間）



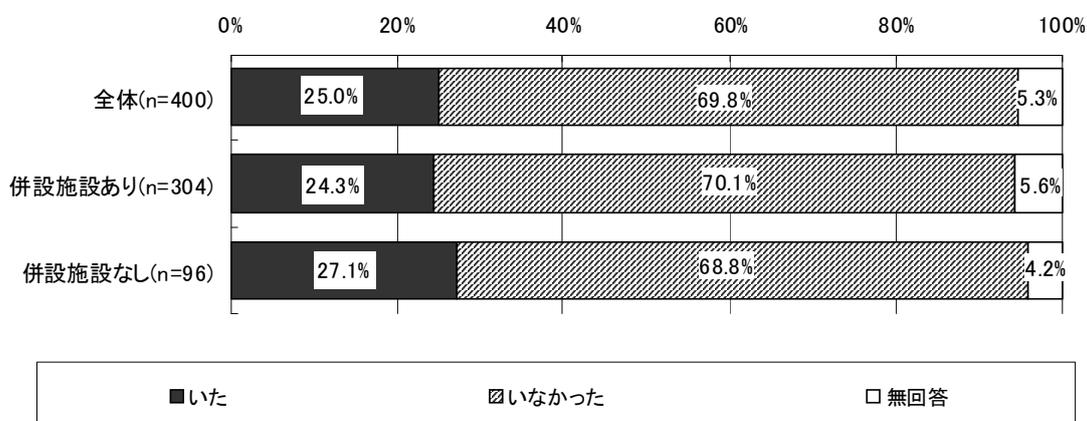
複数名の職員（保健師、助産師、看護師、PT、OT、ST、准看護師）が同時に訪問した利用者の有無について総職員数（常勤換算）別にみると、「いた」という回答は、「5人未満」では21.2%、「5～11人未満」では32.4%、「11～16人未満」では26.7%、「16人以上」では17.5%であった。総職員数との関係はみられなかった。

図表 194 複数名の職員（保健師、助産師、看護師、PT、OT、ST、准看護師）が同時に訪問を行った利用者の有無（平成23年6月1か月間、総職員数(常勤換算)別）



複数名の職員（保健師、助産師、看護師、PT、OT、ST、准看護師）が同時に訪問した利用者の有無について併設施設の有無別にみると、「いた」という回答は、「併設施設あり」では24.3%、「併設施設なし」では27.1%であった。

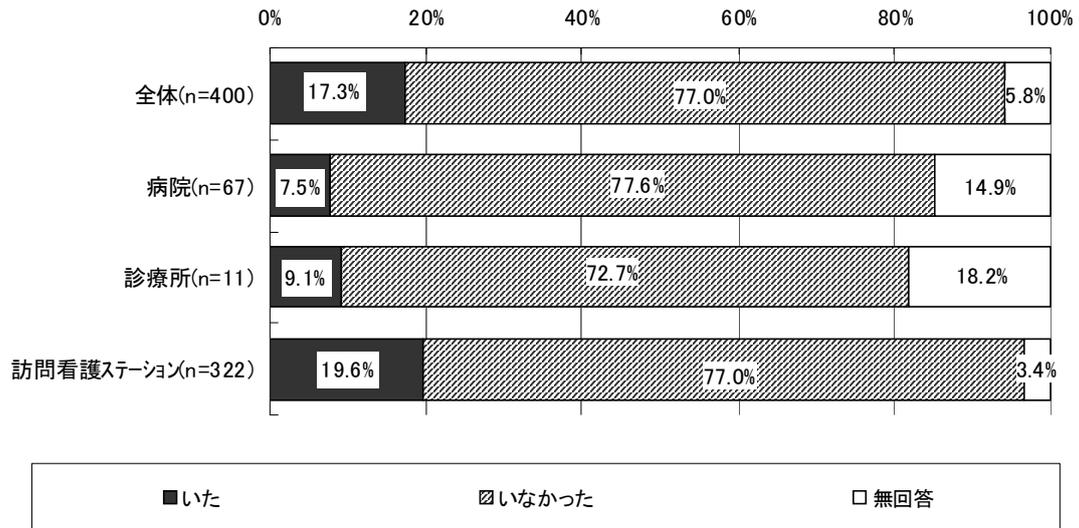
図表 195 複数名の職員（保健師、助産師、看護師、PT、OT、ST、准看護師）が同時に訪問を行った利用者の有無（平成23年6月1か月間、併設施設の有無別）



②看護職員が医療職以外の職種の職員と同時に訪問した利用者の有無

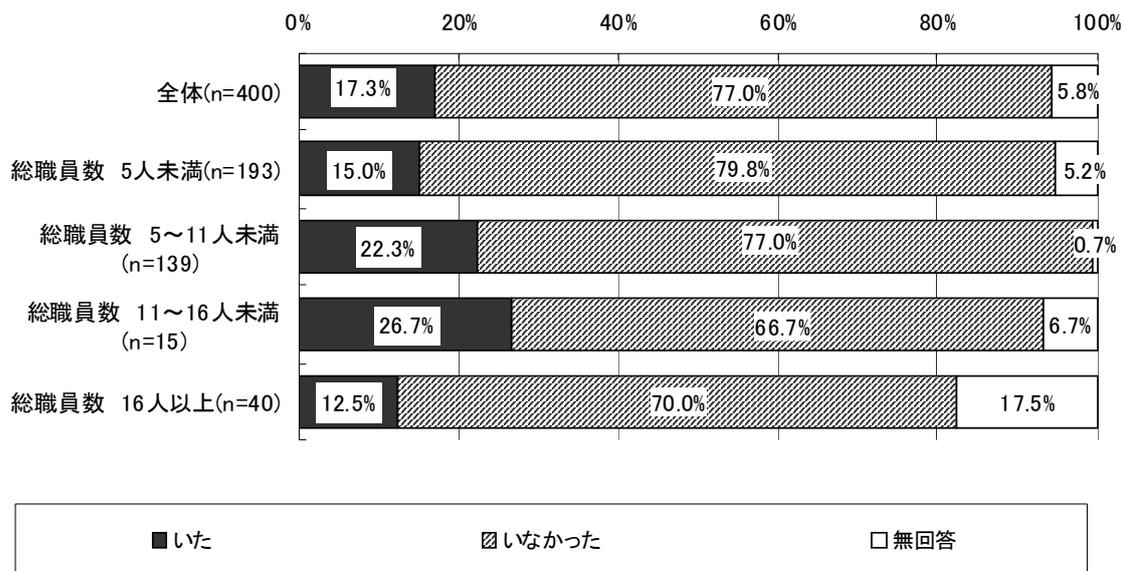
看護職員が医療職以外の職種の職員と同時に訪問した利用者の有無についてみると、「いた」という回答は、病院で7.5%、診療所で9.1%、訪問看護ステーションで19.6%であった。

図表 196 看護職員が医療職以外の職種（看護補助者など）と同時に訪問する利用者の有無
（平成23年6月1か月間）



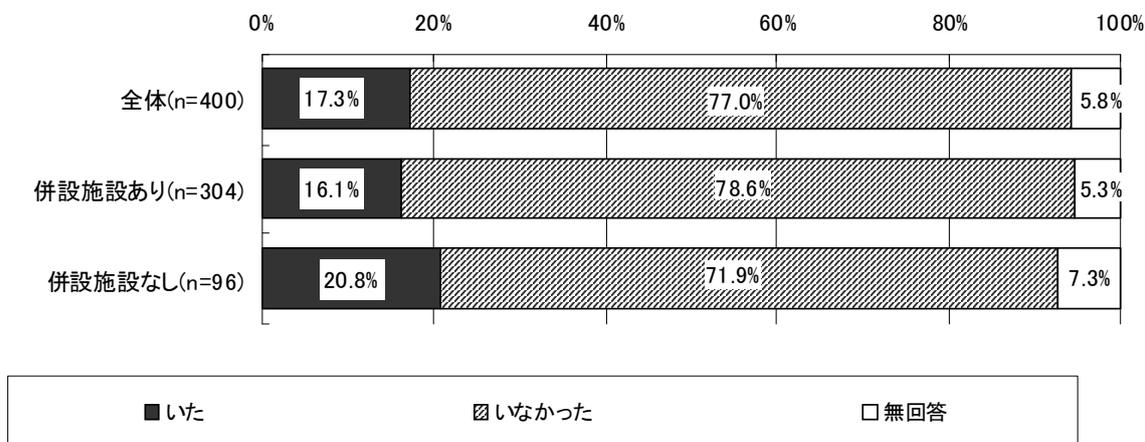
看護職員が医療職以外の職種の職員と同時に訪問した利用者の有無について総職員数（常勤換算）別にみると、「いた」という回答は、「5人未満」では15.0%、「5～11人未満」では22.3%、「11～16人未満」では26.7%、「16人以上」では12.5%であった。総職員数との関係はみられなかった。

図表 197 看護職員が医療職以外の職種（看護補助者など）と同時に訪問する利用者の有無（総職員数（常勤換算）別）（平成23年6月1か月間）



看護職員が医療職以外の職種の職員と同時に訪問した利用者の有無について総職員数（常勤換算）別にみると、「いた」という回答は、「併設施設あり」では16.1%、「併設施設なし」では20.8%であった。

図表 198 看護職員が医療職以外の職種（看護補助者など）と同時に訪問する利用者の有無（平成23年6月1か月間、併設施設の有無別）



③複数名の職員が同時に訪問する利用者の理由別人数

複数名の職員が同時に訪問する利用者について理由別人数をみると、「末期がんや神経難病など（特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる）の利用者」は、病院が平均 0.70 人、訪問看護ステーションが平均 1.10 人であった。このうち、「週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は、病院が平均 0.62 人、訪問看護ステーションが平均 0.80 人であった。また、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は、病院が平均 0.24 人、訪問看護ステーションが平均 0.43 人であった。

図表 199 複数名の職員が同時に訪問する利用者のその理由別の人数

【末期がんや神経難病など（特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる）の利用者】

（単位：人）

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
対象利用者数	37	0.70	1.39	26	0	5	1.20	1.64	6	0	196	1.10	2.19	216	0
うち、週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数	37	0.62	1.30	23	0	5	1.00	1.41	5	0	196	0.80	1.64	157	0
うち、医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数	37	0.24	0.72	9	0	5	0.40	0.89	2	0	196	0.43	0.93	84	0

（注）全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。

【特掲診療料の施設基準等別表第七】

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

複数名の職員が同時に訪問する利用者の理由別人数をみると、「特別訪問看護指示期間中の利用者」は、病院が平均 0.09 人、訪問看護ステーションが平均 0.16 人であった。このうち、「週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は、病院が平均 0.09 人、訪問看護ステーションが平均 0.12 人であった。また、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は、病院が平均 0.03 人、訪問看護ステーションが平均 0.04 人であった。

図表 200 複数名の職員が同時に訪問する利用者の理由別人数
【特別訪問看護指示期間中の利用者】

(単位：人)

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
対象利用者数	33	0.09	0.29	3	0	3	0.00	0.00	0	0	171	0.16	0.61	28	0
うち、週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数	33	0.09	0.29	3	0	3	0.00	0.00	0	0	171	0.12	0.42	20	0
うち、医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数	33	0.03	0.17	1	0	3	0.00	0.00	0	0	171	0.04	0.23	7	0

(注) 全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。

複数名の職員が同時に訪問する利用者の理由別人数をみると、「重症者管理加算の対象となる利用者」は、病院が平均 0.24 人、訪問看護ステーションが平均 0.77 人であった。このうち、「週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は、病院が平均 0.24 人、訪問看護ステーションが平均 0.48 人であった。また、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は、病院が平均 0.09 人、訪問看護ステーションが平均 0.24 人であった。

図表 201 複数名の職員が同時に訪問する利用者のその理由別の人数
【重症者管理加算の対象となる利用者】

(単位：人)

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
対象利用者数	34	0.24	0.70	8	0	3	0.00	0.00	0	0	181	0.77	1.68	139	0
うち、週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数	34	0.24	0.70	8	0	3	0.00	0.00	0	0	181	0.48	1.23	87	0
うち、医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数	34	0.09	0.38	3	0	3	0.00	0.00	0	0	181	0.24	0.86	43	0

(注) 全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。

複数名の職員が同時に訪問する利用者の理由別人数をみると、「暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損などが認められる利用者」は、病院が平均 0.03 人、訪問看護ステーションが平均 0.15 人であった。このうち、「週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は、病院が平均 0.03 人、訪問看護ステーションが平均 0.11 人であった。また、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は、病院が平均 0.00 人、訪問看護ステーションが平均 0.08 人であった。

図表 202 複数名の職員が同時に訪問する利用者のその理由別の人数
【暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損などが認められる利用者】

(単位：人)

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
対象利用者数	35	0.03	0.17	1	0	3	0.00	0.00	0	0	171	0.15	0.58	26	0
うち、週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数	35	0.03	0.17	1	0	3	0.00	0.00	0	0	171	0.11	0.55	19	0
うち、医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数	35	0.00	0.00	0	0	3	0.00	0.00	0	0	171	0.08	0.33	13	0

(注) 全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。

④複数名の職員が同時に訪問する利用者の理由別人数

複数名の職員が同時に訪問する利用者数を全利用者数に占める割合でみると、「末期がんや神経難病など(特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる)の利用者」については、病院では 2.8% であり、このうち「週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は 2.6%、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は 1.0% であった。訪問看護ステーションでは 2.8% であり、このうち「週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は 2.1%、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は 1.0% であった。

同様に「特別訪問看護指示期間中の利用者」については、病院では 0.2% であり、このうち「週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は 0.2%、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は 0.1% であった。訪問看護ステーションでは 0.7% であり、このうち「週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は 0.6%、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は 0.3% であった。

「重症者管理加算の対象者となる利用者」については、病院では 0.7% であり、このうち「週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は 0.7%、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は 0.4% であった。訪問看護ステーションでは 4.0% であり、このうち「週 1

回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は 3.1%、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は 1.1%であった。

「暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損などが認められる利用者」については、病院では 0.1%であり、このうち「週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は 0.1%、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は 0.0%であった。訪問看護ステーションでは 0.3%であり、このうち「週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は 0.2%、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は 0.1%であった。

図表 203 複数名の職員が同時に訪問する利用者のその理由別の人数
(全利用者数に占める割合)

	病院			診療所			訪問看護ステーション		
	対象利用者数	うち、週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数	うち、医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数	対象利用者数	うち、週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数	うち、医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数	対象利用者数	うち、週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数	うち、医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数
末期がんや神経難病など(特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる)の利用者	(n=34)			(n=5)			(n=179)		
	2.8%	2.6%	1.0%	7.0%	5.2%	3.6%	2.8%	2.1%	1.0%
特別訪問看護指示期間中の利用者	(n=30)			(n=3)			(n=156)		
	0.2%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	0.6%	0.3%
重症者管理加算の対象となる利用者	(n=31)			(n=3)			(n=168)		
	0.7%	0.7%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	4.0%	3.1%	1.1%
暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損などが認められる利用者	(n=32)			(n=3)			(n=157)		
	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.2%	0.1%

(注) 利用者数、および複数名の職員が同時に訪問する利用者のその理由別の人数の各理由において、全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。訪問看護実施利用者数のうち、複数名の職員が同時に訪問する利用者とその理由別の人数の割合を集計。

⑤看護職と医療職以外の職員（看護補助者など）でも問題がないと考えられるケースの場合、
医療職以外の職員（看護補助者など）に実際に依頼可能な業務

看護職と医療職以外の職員（看護補助者など）でも問題がないと考えられるケースの場合、
医療職以外の職員（看護補助者など）に実際に依頼可能な業務を自由記述形式で記載していただいた。

**【看護職と医療職以外の職員（看護補助者など）でも問題がないと考えられるケースの場合、
医療職以外の職員（看護補助者など）に実際に依頼可能な業務】（自由記述形式）**

- ・ 保清・保清補助（入浴介助・清拭・洗髪・更衣など）（同旨を含め 66 件）。
- ・ 利用者の体位保持・変換、移乗等（同旨を含め 55 件）。
- ・ 物品や入浴の準備・後片付け（同旨を含め 22 件）。
- ・ 医療行為の補助（同旨を含め 11 件）。
- ・ 服薬管理や点滴の見守り（同旨を含め 5 件）。
- ・ 暴力行為や迷惑行為があったときの外部への連絡と防衛（同旨を含め 4 件）。 / 等

⑥複数名でのサービスの提供が必要と考えられるケース

「末期がんや神経難病など（特掲診療科の施設基準等別表第七に掲げる）の利用者」「特別訪問看護指示期間中の利用者」「重症者管理加算の対象となる利用者」「暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損などが認められる利用者」の 4 つのケース以外で複数名でのサービス提供が必要と考えられるケースについて自由記述形式で記載していただいた。以下は、そのケースである。

【複数名でのサービスの提供が必要と考えられるケース】（自由記述形式）

- ・ 身体が大きく、重い患者（同旨を含め 22 件）。
- ・ 入浴介助（同旨を含め 15 件）。
- ・ 寝たきり全介助や ADL 低下の患者（同旨を含め 14 件）。
- ・ 移動・移乗が困難な場合（同旨を含め 10 件）。
- ・ 精神症状で被害妄想などが著しいケース（同旨を含め 8 件）。
- ・ ケアが多く時間を要する患者（同旨を含め 4 件）。
- ・ ターミナル期の利用者（同旨を含め 3 件）。 / 等

(7) 訪問看護ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算の状況

①ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定した利用者

平成22年4月1日～平成23年3月31日までの1年間のターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定した平均利用者についてみると、「がん」の利用者数は、病院が1.26人、訪問看護ステーションが2.92人であった。「がん以外」の利用者数は、病院が0.39人、訪問看護ステーションが1.43人であった。

訪問看護ステーションの職員数規模別にみると、「がん」の平均利用者数は、職員数5人未満が1.53人、職員数5人以上10人未満が3.62人、職員数10人以上が8.00人であった。「がん以外」の平均利用者数は、職員数5人未満が1.13人、職員数5人以上10人未満が1.76人、職員数10人以上が1.71人であった。

図表 204 ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定した利用者数
(平成22年4月1日～平成23年3月31日までの1年間)

(単位：人)

		病院					診療所					訪問看護ステーション				
		事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
平均	がん	42	1.26	2.50	53	0	6	1.33	2.42	8	0	243	2.92	5.81	709	1
	がん以外	41	0.39	1.16	16	0	5	0.00	0.00	0	0	229	1.43	2.69	327	0

(注) 病院・診療所については「在宅ターミナルケア加算」を、訪問看護ステーションについては「ターミナルケア療養費」を算定した利用者数。

図表 205 ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定した利用者数
(訪問看護ステーション職員数規模別、平成22年4月1日～平成23年3月31日までの1年間)

(単位：人)

		職員数5人未満					職員数5人以上10人未満					職員数10人以上				
		事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
平均	がん	123	1.53	2.41	188	1	95	3.62	5.27	344	2	22	8.00	13.76	176	4
	がん以外	114	1.13	2.56	129	0	89	1.76	2.76	157	1	24	1.71	3.06	41	1

(注) 職員数およびターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定した利用者数全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。

訪問看護開始から死亡までの期間についてみると、「がん」の場合の「平均」は、病院が平均 2.29 か月、訪問看護ステーションが平均 3.32 か月であった。「がん以外」の場合の「平均」は、病院が平均 10.38 か月、訪問看護ステーションが平均 11.95 か月と「がん」よりも期間が長くなった。

「がん」の場合の「直近にあったケース」は、病院が平均 1.16 か月、訪問看護ステーションが平均 3.11 か月であった。「がん以外」の場合の「直近にあったケース」は、病院が平均 2.36 か月、訪問看護ステーションが平均 10.91 か月と「がん」よりも期間が長くなった。

図表 206 訪問看護開始から死亡までの期間

(単位：月)

		病院					診療所					訪問看護ステーション				
		事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
平均	がん	18	2.29	4.57	41	1	4	0.45	0.53	2	0	169	3.32	6.93	561	2
	がん以外	15	10.38	21.41	156	0	2	0.00	0.00	0	0	134	11.95	20.88	1,602	3
直近にあったケース	がん	10	1.16	1.74	12	0	4	0.73	0.95	3	0	130	3.11	7.98	405	1
	がん以外	13	2.36	3.99	31	0	2	0.00	0.00	0	0	103	10.91	22.17	1,124	3

最後の退院から死亡までの期間についてみると、「がん」の場合の「平均」は、病院が平均 2.56 か月、訪問看護ステーションが平均 2.55 か月であった。「がん以外」の場合の「平均」は、病院が平均 8.46 か月、訪問看護ステーションが平均 5.74 か月と「がん」よりも期間が長くなった。

「がん」の場合の「直近にあったケース」は、病院が平均 1.61 か月、訪問看護ステーションが平均 3.61 か月であった。「がん以外」の場合の「直近にあったケース」は、病院が平均 1.36 か月、訪問看護ステーションが平均 5.77 か月となった。

図表 207 最後の退院から死亡までの期間

(単位：月)

		病院					診療所					訪問看護ステーション				
		事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
平均	がん	18	2.56	4.95	46	1	3	0.33	0.58	1	0	144	2.55	4.38	367	2
	がん以外	14	8.46	19.54	119	0	2	0.00	0.00	0	0	96	5.74	13.77	551	2
直近にあったケース	がん	10	1.61	3.13	16	0	4	0.73	0.95	3	0	117	3.61	10.61	423	1
	がん以外	11	1.36	3.29	15	0	2	0.00	0.00	0	0	86	5.77	16.71	497	2

死亡前 14 日以内の訪問回数についてみると、「がん」の場合の「平均」は、病院が平均 5.56 回、訪問看護ステーションが平均 7.74 回であった。「がん以外」の場合の「平均」は、病院が平均 2.73 回、訪問看護ステーションが平均 6.44 回であり、「がん」の方が訪問回数が多かった。

「がん」の場合の「直近にあったケース」は、病院が平均 3.60 回、訪問看護ステーションが平均 8.35 回であった。「がん以外」の場合の「直近にあったケース」は、病院が平均 3.08 回、訪問看護ステーションが平均 6.23 回であり、「がん」の方が訪問回数が多かった。

図表 208 死亡前 14 日以内の訪問回数

(単位：回)

		病院					診療所					訪問看護ステーション				
		事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
平均	がん	19	5.56	4.64	106	5	4	4.00	4.62	16	4	164	7.74	5.70	1,270	7
	がん以外	15	2.73	4.06	41	0	2	0.00	0.00	0	0	129	6.44	5.61	831	6
直近にあったケース	がん	10	3.60	4.06	36	3	4	4.25	5.32	17	3	131	8.35	7.94	1,094	6
	がん以外	12	3.08	4.52	37	0	2	0.00	0.00	0	0	105	6.23	5.88	654	5

死亡前 14 日以内の 1 回あたりの訪問時間についてみると、「がん」の場合の「平均」は、病院が平均 39.91 分、訪問看護ステーションが平均 60.19 分であった。「がん以外」の場合の「平均」は、病院が平均 19.64 分、訪問看護ステーションが平均 49.52 分であり、「がん」の方が 1 回あたりの訪問時間が長かった。

「がん」の場合の「直近にあったケース」は、病院が平均 35.50 分、訪問看護ステーションが平均 66.61 分であった。「がん以外」の場合の「直近にあったケース」は、病院が平均 19.17 分、訪問看護ステーションが平均 50.77 分であり、「がん」の方が 1 回あたりの訪問時間が長かった。

図表 209 死亡前 14 日以内の 1 回あたりの訪問時間

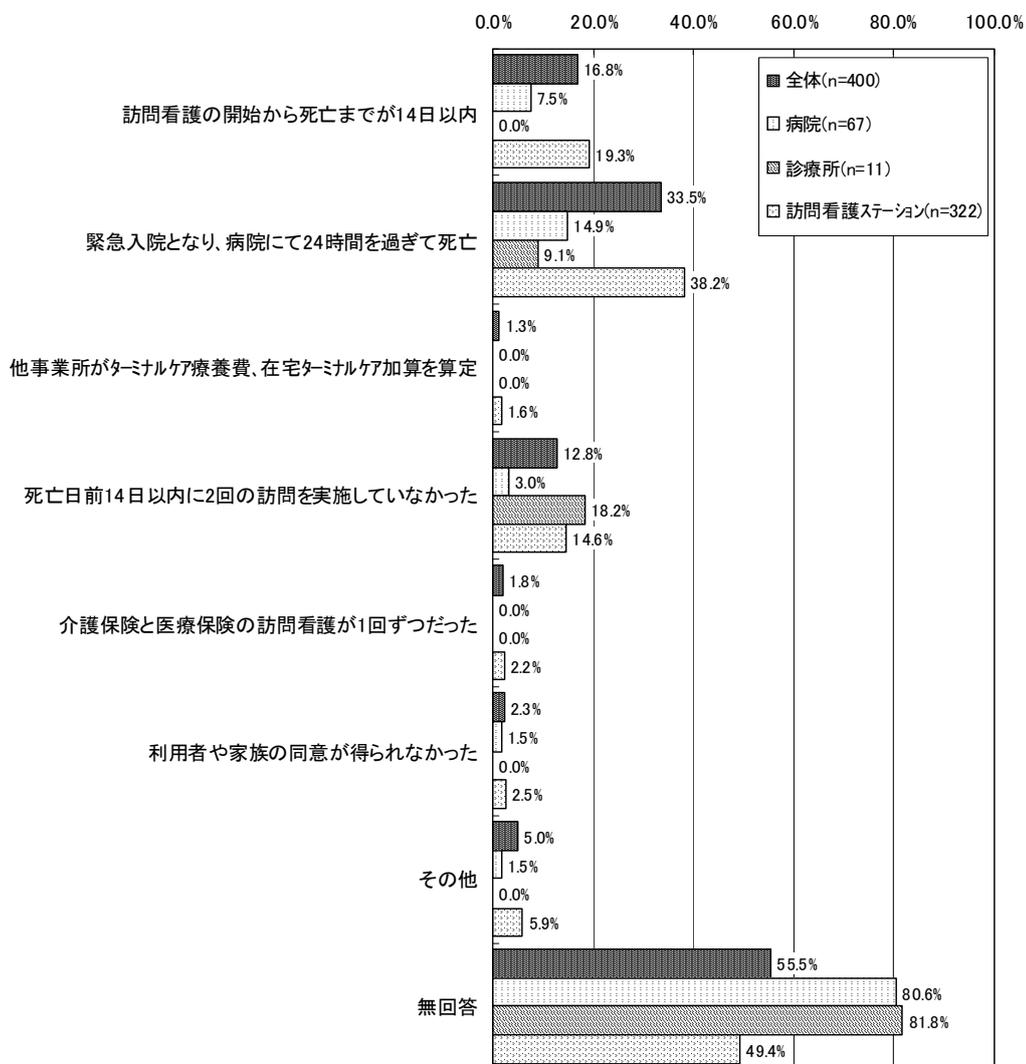
(単位：分)

		病院					診療所					訪問看護ステーション				
		事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
平均	がん	19	39.91	26.48	758	60	4	27.50	32.02	110	25	170	60.19	60.48	10,233	60
	がん以外	14	19.64	25.90	275	0	2	0.00	0.00	0	0	132	49.52	54.86	6,537	60
直近にあったケース	がん	10	35.50	35.94	355	30	4	30.00	34.64	120	30	132	66.61	178.15	8,793	60
	がん以外	12	19.17	26.44	230	0	2	0.00	0.00	0	0	104	50.77	68.10	5,280	60

②ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定できなかった場合の理由

ターミナルケアを行っていたにもかかわらず、ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定できなかった場合の理由についてみると、病院では、「緊急入院となり、病院にて24時間を過ぎて死亡」が14.9%で最も多く、次いで「訪問看護の開始から死亡までが14日以内」(7.5%)となった。訪問看護ステーションでは、「緊急入院となり、病院にて24時間を過ぎて死亡」が38.2%で最も多く、次いで「訪問看護の開始から死亡までが14日以内」(19.3%)、「死亡日前14日以内に2回の訪問を実施していなかった」(14.6%)となった。

図表 210 ターミナルケアを行っていたにもかかわらず、ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定できなかった場合の理由
(平成22年4月1日～平成23年3月31日までの1年間)(複数回答)



(注)・病院・診療所については「在宅ターミナルケア加算」を、訪問看護ステーションについては「ターミナルケア療養費」を算定できなかった場合の理由。

- ・「その他」の内容として、「介護保険で24時間体制をとっていないため」(同旨を含め3件)、「急変し、家族に同意を求める前に死亡」(同旨を含め3件)、「加算をとっていない」(同旨を含め2件)等が挙げられた。

③ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算に関する課題

ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算に関する課題について、自由記述形式で記載していただいた。

【ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算に関する課題】（自由記述形式）

- ・ターミナルケアをしていても算定できないケースが多い。時間や回数の制限緩和（同旨を含め 30 件）。
- ・在宅ターミナルケア加算について、説明をするタイミングが難しい。また、家族が受け入れられない場合もあり、同意を得るのが難しい（同旨を含め 12 件）。
- ・ターミナルケア療養費の引上げ（同旨を含め 5 件）。 / 等

④ターミナルケア後 24 時間以内に在宅以外で死亡した利用者数

ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した利用者数についてみると、病院が平均 0.37 人、訪問看護ステーションが平均 1.02 人であった。このうち、救急搬送されて医療機関で亡くなった利用者数は、病院が平均 0.37 人、訪問看護ステーションが平均 0.57 人であった。

対象者がいた事業所に限定してみると、ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した利用者数は、病院が平均 1.67 人、訪問看護ステーションが平均 2.63 人であった。このうち、救急搬送されて医療機関で亡くなった利用者数は、病院が平均 1.67 人、訪問看護ステーションが平均 1.80 人であった。

図表 211 ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した利用者数等
（平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 年 3 月 31 日までの 1 年間）

（単位：人）

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した利用者数	27	0.37	1.01	10	0.0	4	0.25	0.50	1	0	205	1.02	2.28	210	0
うち、救急搬送されて医療機関で亡くなった利用者数	27	0.37	1.01	10	0.0	4	0.25	0.50	1	0	205	0.57	1.09	117	0

（注）全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。

図表 212 ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した利用者数等
(平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 年 3 月 31 日までの 1 年間)

＜前記図表のうち、対象者がいた事業所＞

(単位：人)

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した利用者数	6	1.67	1.63	10	1	1	1.00	-	1	1	80	2.63	3.03	210	2
うち、救急搬送されて医療機関で亡くなった利用者数	6	1.67	1.63	10	1	1	1.00	-	1	1	65	1.80	1.24	117	1

(注) 全ての項目について回答があった事業所のうち、対象者がいた事業所のみを対象に集計。

⑤在宅以外の場所で死亡した理由

在宅以外の場所で死亡した理由について自由記述形式で記載していただいた。

【在宅以外の場所で死亡した理由】(自由記述形式)

- ・ 家族が介護疲れ、急激な症状悪化や看取りに対する不安等による介護力の低下により入院してしまった (同旨を含め 24 件)。
- ・ 本人、家族が最期は病院を希望したため (同旨を含め 18 件)。
- ・ 患者の急変時に家族が対応できず、病院へ救急搬送してしまった (同旨を含め 11 件)。
- ・ 主治医が対応できず、病院への救急搬送となった (同旨を含め 9 件)。
- ・ 在宅で十分な症状コントロールができなかった (同旨を含め 6 件)。
- ・ 外来通院者や訪問診療を受けていない患者は、自宅で死亡確認ができないため救急搬送となる (同旨を含め 4 件)。
- ・ 往診医が見つからなかった (同旨を含め 3 件)。 / 等

(8) 同一建物内に居住する複数の利用者への訪問看護

病院における、平成23年6月1か月間の同一建物居住者訪問看護・指導料の対象となった利用者数は平均1.48人であった。また、訪問看護ステーションにおける、訪問看護基本療養費Ⅲの対象となった利用者数は平均0.50人であった。

対象者がいた事業所に限定してみると、病院における、平成23年6月1か月間の同一建物居住者訪問看護・指導料の対象となった利用者数は平均10.33人であった。また、訪問看護ステーションにおける、訪問看護基本療養費Ⅲの対象となった利用者数は平均4.31人であった。

図表 213 「訪問看護基本療養費Ⅲ（同一建物居住者訪問看護・指導料）」の診療報酬の対象となった利用者数（平成23年6月）

(単位：人)

病院					診療所					訪問看護ステーション				
事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
42	1.48	4.92	62	0	5	0.00	0.00	0	0	274	0.50	2.66	138	0

図表 214 「訪問看護基本療養費Ⅲ（同一建物居住者訪問看護・指導料）」の診療報酬の対象となった利用者数（平成23年6月）＜前記図表のうち、対象者がいた事業所＞

(単位：人)

病院					診療所					訪問看護ステーション				
事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
6	10.33	9.40	62	8	0	-	-	-	-	32	4.31	6.72	138	2

医療保険で訪問看護を提供している利用者と同一建物に住み、医療保険の利用者と同一日に、医療保険以外で訪問看護を受けている利用者数についてみると、病院は平均 0.05 人、訪問看護ステーションは平均 0.25 人であった。

対象者がいた事業所に限定してみると、病院は平均 1.00 人、訪問看護ステーションは平均 2.83 人であった。

図表 215 医療保険で訪問看護を提供している利用者と同一建物に住み、医療保険の利用者と同一日に、医療保険以外で訪問看護を受けている利用者数（平成 23 年 6 月）

（単位：人）

病院					診療所					訪問看護ステーション				
事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
38	0.05	0.23	2	0	5	0.00	0.00	0	0	268	0.25	1.46	68	0

図表 216 医療保険で訪問看護を提供している利用者と同一建物に住み、医療保険の利用者と同一日に、医療保険以外で訪問看護を受けている利用者数（平成 23 年 6 月）

<前記図表のうち、対象者がいた事業所>

（単位：人）

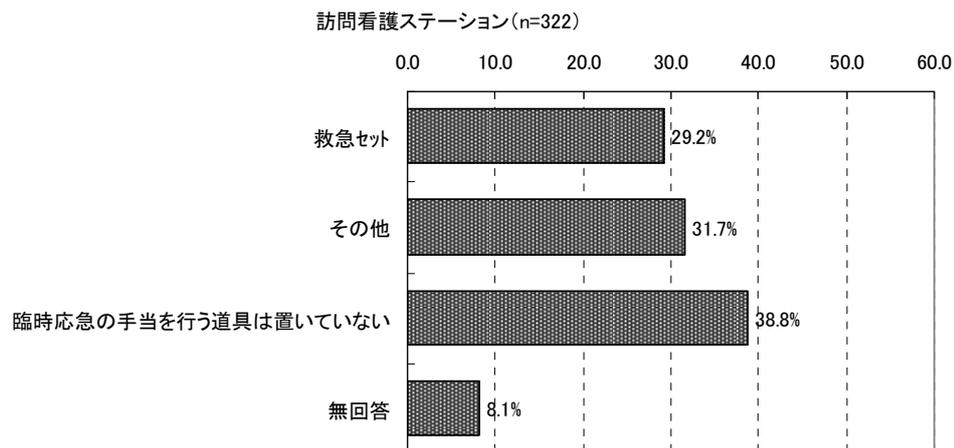
病院					診療所					訪問看護ステーション				
事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
2	1.00	0.00	2	1	0	-	-	-	-	24	2.83	4.14	68	2

(9) 訪問管理療養費とその加算等について

①事業所の設備や備品等

臨時応急の手当を行うための道具についてみると、「救急セット」が 29.2%で、「臨時応急の手当を行う道具は置いていない」が 38.8%であった。

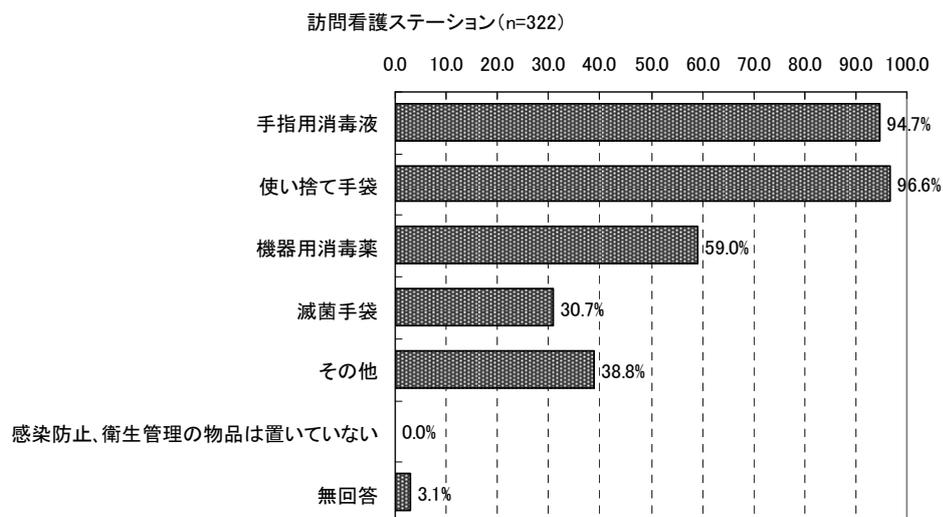
図表 217 臨時応急の手当を行うための道具（訪問看護ステーション、複数回答）



(注) 「その他」の内容として、「吸引器」(同旨を含め 50 件)、「消毒液、ガーゼなどの衛生材料」(同旨を含め 30 件)、「導尿カテーテル」(同旨を含め 13 件)、「アンビューバッグ」(同旨を含め 5 件) 等が挙げられた。

事業所における感染防止、衛生管理に要する物品についてみると、「使い捨て手袋」(96.6%)と「手指用消毒液」(94.7%)を置いている事業所が9割を超えた。「機器用消毒薬」は 59.0%、「滅菌手袋」は 30.7%であった。

図表 218 感染防止、衛生管理に要する物品（訪問看護ステーション、複数回答）

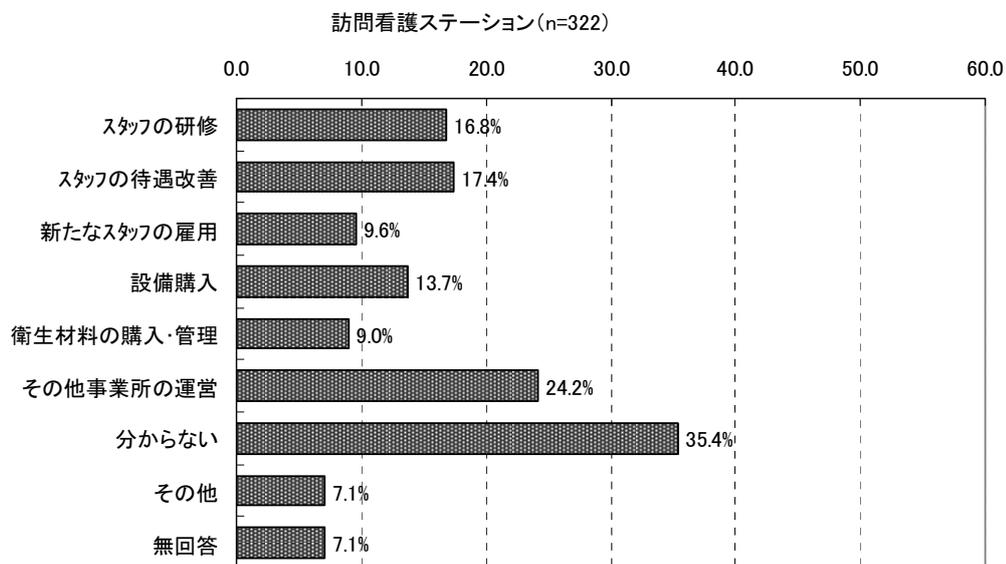


(注) 「その他」の内容として、「使い捨てエプロン」(70 件)、「使い捨てマスク」(65 件)、「オートクレーブ」(15 件)、「滅菌ガーゼ」(6 件)、「医薬廃棄物箱」(3 件) 等が挙げられた。

②訪問看護管理療養費の増額分についての使途

平成22年度の診療報酬改定における訪問看護管理療養費が増額した分の使途についてみると、「その他事業所の運営」(24.2%)が最も多く、次いで「スタッフの待遇改善」(17.4%)、「スタッフの研修」(16.8%)、「設備購入」(13.7%)、「新たなスタッフの雇用」(9.6%)、「衛生材料の購入・管理」(9.0%)であった。

図表 219 平成22年度の診療報酬改定における訪問看護管理療養費が増額した分の使途
(訪問看護ステーション、複数回答)



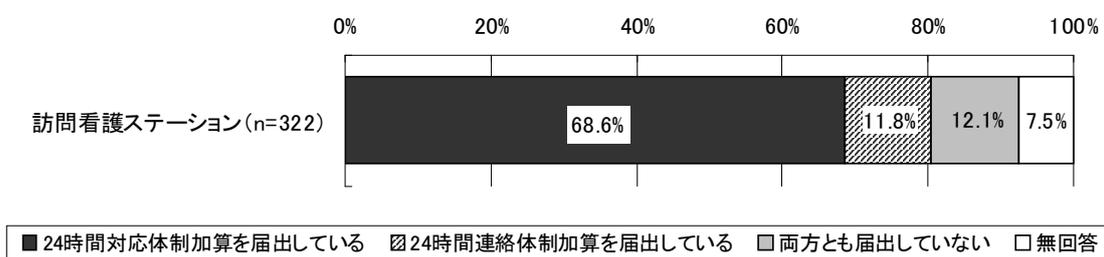
(注) 「その他」の内容として、「法人全体の利益として計上」(同旨を含め6件)「赤字分へ吸収」(同旨を含め3件)「ディスポ予防疫」「パルスオキシメータ」等が挙げられた。

(10) サービス提供時間について

① 「24 時間対応体制加算」 および 「24 時間連絡体制加算」 の届出の有無

訪問看護ステーションにおける「24 時間対応体制加算」および「24 時間連絡体制加算」の届出の有無についてみると、「24 時間対応体制加算を届出している」事業所が 68.6%、「24 時間連絡体制加算を届出している」事業所が 11.8%、「両方とも届出していない」事業所が 12.1%であった。

図表 220 「24 時間対応体制加算」および「24 時間連絡体制加算」の届出の有無
(訪問看護ステーション)



② 「24 時間対応体制加算」を届出していない理由

「24 時間対応体制加算」を届出していない理由について、自由記述形式で記載していただいた。

【「24 時間対応体制加算」を届出していない理由】(自由記述形式)

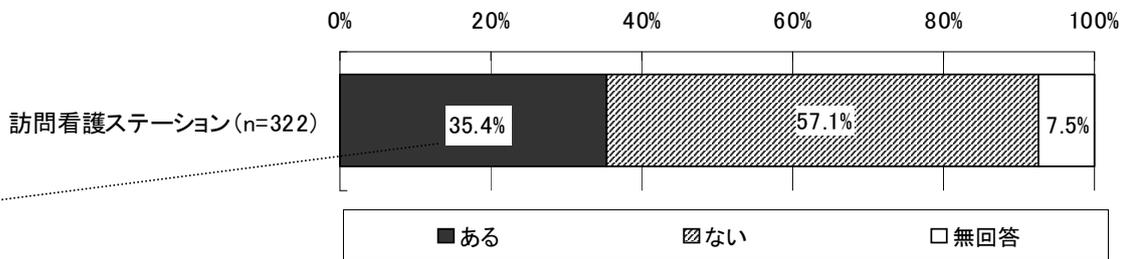
- ・ 人員が不足しているため (同旨を含め 45 件)。
- ・ 24 時間対応が難しいため (同旨を含め 10 件)。
- ・ 夜間や土日の労働の代休や代わりにのスタッフを補充することが難しいため (同旨を含め 8 件)。
- ・ 人員が少ないため届出はしていないが状況に応じて対応している (同旨を含め 6 件)。
- ・ 法人の方針のため (同旨を含め 5 件)。
- ・ 申請準備中 (同旨を含め 4 件)。
- ・ 医師との連絡調整が難しいため (同旨を含め 3 件)。
- ・ 夜間や休日手当を出すのが難しいため (同旨を含め 3 件)。
- ・ 母体病院が対応するため (同旨を含め 3 件)。
- ・ 精神疾患の利用者が多く、深夜、状態悪化(暴力行為等)時の対応が女性スタッフでは困難の為 (同旨を含め 2 件)。
- ・ 緊急訪問体制が整わないため。
- ・ 在宅療養支援病院として、医師、看護師とも 24 時間体制をとっているため。
- ・ 届出をしていたが利用者がなかったため。 / 等

③利用者の希望によりサービス提供時間外にサービス提供を行い、その費用をその他の利用料として徴収することの有無

訪問看護ステーションにおいて、利用者の希望によりサービス提供時間外にサービス提供を行い、その費用をその他の利用料として徴収することの有無についてみると、「ある」と回答した事業所が 35.4%、「ない」と回答した事業所が 57.1%であった。

サービス提供時間外の「設定している時間帯」についてみると、早朝では「6時00分～8時00分」(31.9%)、夜間では「18時00分～22時00分」(41.8%)、深夜では「22時00分～6時00分」(66.7%)が最も多かった。

図表 221 利用者の希望によりサービス提供時間外にサービス提供を行い、その費用をその他の利用料として徴収することの有無（訪問看護ステーション）



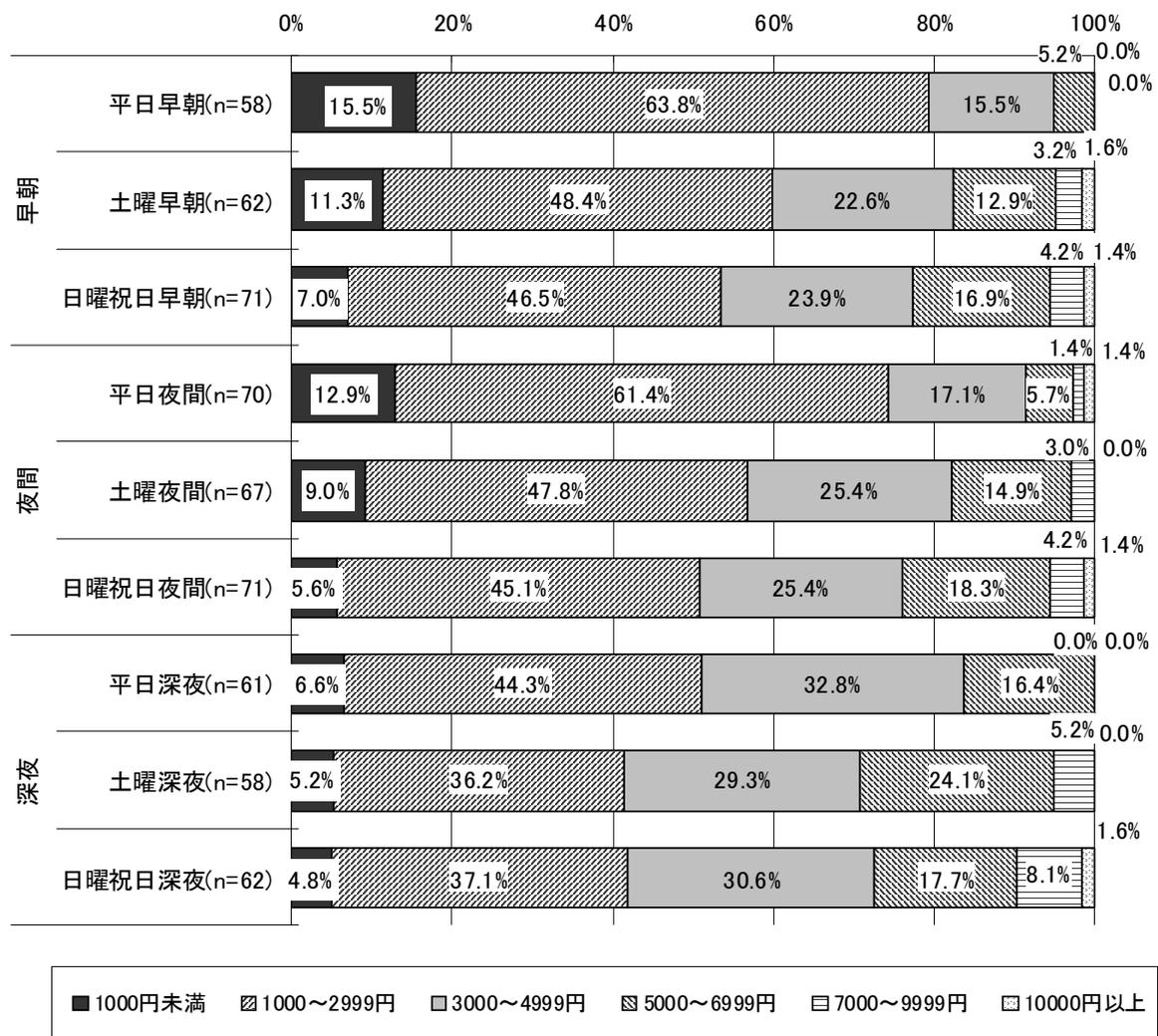
図表 222 時間外として設定している時間帯（早朝・夜間・深夜）

早朝(n=72)			夜間(n=79)			深夜(n=72)		
時間帯	回答事業所数	割合 (%)	時間帯	回答事業所数	割合 (%)	時間帯	回答事業所数	割合 (%)
6時00分～8時00分	23	31.9%	18時00分～22時00分	33	41.8%	22時00分～6時00分	48	66.7%
6時00分～8時30分	14	19.4%	17時00分～22時00分	11	13.9%	22時00分～7時00分	6	8.3%
6時00分～9時00分	10	13.9%	17時30分～22時00分	7	8.9%	22時00分～5時00分	5	6.9%

(注) 早朝、夜間、深夜のそれぞれの時間帯の開始時間、終了時間について記入のあった事業所のみを集計対象とし、各時間帯で回答の多かった回答パターンを上位3つまで掲載した。

サービス提供時間外の「料金設定」についてみると、全ての時間帯において「1000～2999円」が最も多くなり、平日よりも土曜や日曜祝日の方が3000円以上の料金設定が多くなり、料金が高めに設定されていた。

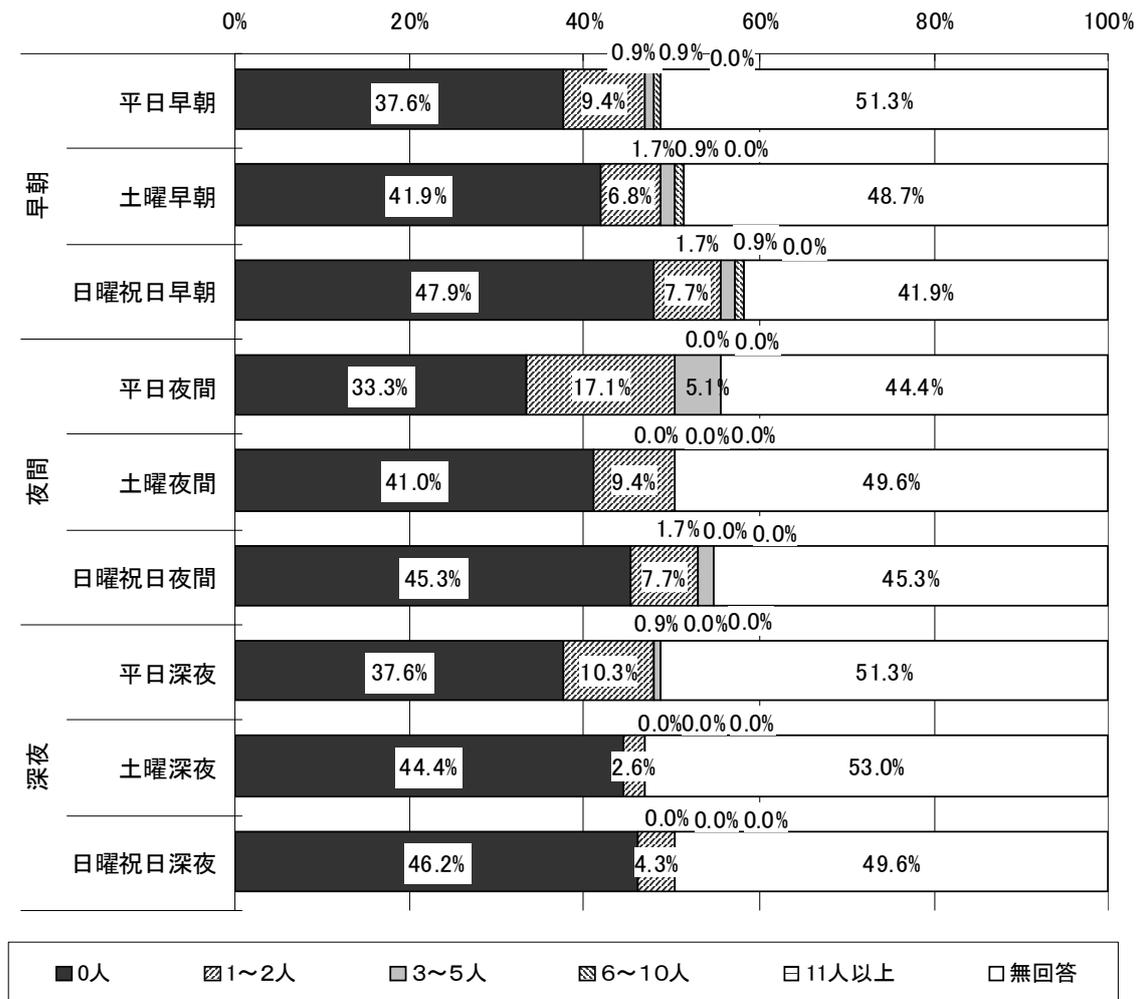
図表 223 時間外の料金設定（訪問看護ステーション）



(注) 時間帯について記入のあった事業所のみを集計対象とした。

サービス提供時間外の「利用者数」についてみると、「平日夜間」が平均 0.74 人で最も多く、次いで「平日早朝」（平均 0.46 人）、「土曜早朝」（平均 0.43 人）、「日曜祝日早朝」（平均 0.38 人）となった。

図表 224 時間外の利用者数（平成 23 年 6 月 1 か月）（訪問看護ステーション）（n=117）



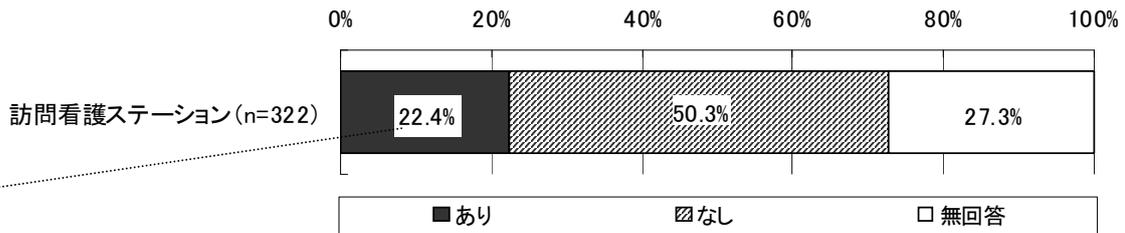
（単位：人）

	平日早朝	土曜早朝	日曜祝日早朝	平日夜間	土曜夜間	日曜祝日夜間	平日深夜	土曜深夜	日曜祝日深夜
事業所数	57	60	68	65	59	64	57	55	59
平均値	0.46	0.43	0.38	0.74	0.19	0.25	0.28	0.05	0.08
標準偏差	1.25	1.39	1.21	1.23	0.39	0.64	0.59	0.23	0.28
合計値	26	26	26	48	11	16	16	3	5
中央値	0	0	0	0	0	0	0	0	0

④時間外料金を徴収しないケース

訪問看護ステーションにおいて、利用者の希望によりサービス提供時間外にサービスを提供した場合でも時間外料金他の料金を徴収しないケースの有無についてみると、「あり」と回答した事業所が 22.4%、「なし」と回答した事業所が 50.3%であった。

図表 225 利用者の希望によりサービス提供時間外にサービスを提供した場合でも時間外料金他の料金を徴収しないケースの有無（訪問看護ステーション）



【徴収しなかった理由】（自由記述形式）

- ・ 時間外料金の設定をしていないため（同旨を含め 18 件）。
- ・ 経済的負担により頼みたくても頼めないという状況にならないようにするため（同旨を含め 15 件）。
- ・ 時間外が短時間であったため（同旨を含め 6 件）。
- ・ 24 時間対応体制加算をとっていたため（同旨を含め 6 件）。
- ・ 緊急時対応体制加算で算定しているため（同旨を含め 5 件）。
- ・ 生活保護や低所得者で請求できなかったため（同旨を含め 5 件）。
- ・ 事前に説明して了解を得ていなかったため（同旨を含め 4 件）。
- ・ 緊急時訪問看護加算を算定しているため（同旨を含め 2 件）。
- ・ 法人の方針のため（同旨を含め 2 件）。
- ・ 予定訪問として訪問を組んだため。
- ・ 経営母体が役場であり、別枠での利用料を言い出しにくいいため。
- ・ 昼間の定時訪問でカテーテル交換をした後のトラブル対応（途中の接続や流出が良くない等）で利用者側の問題だけではなかったため。 / 等

⑤早朝、夜間、深夜に訪問看護を実施した利用者の状態別人数

早朝、夜間、深夜に訪問看護を実施した利用者の状態別人数についてみると、「医療処置（胃ろう、吸引、内服介助、バルン管理等）を実施」が平均 0.47 人で最も多く、次いで「病状不安定」（0.41 人）、「ターミナルケア」（平均 0.38 人）、「急性増悪」（平均 0.34 人）であった。

対象者がいた事業所に限定してみると、「急性増悪」が平均 1.89 人で最も多く、次いで「病状不安定」（1.76 人）、「医療処置（胃ろう、吸引、内服介助、バルン管理等）を実施」（平均 1.69 人）、「ターミナルケア」（平均 1.57 人）であった。

図表 226 早朝、夜間、深夜に訪問看護を実施した利用者の状態別人数
（平成 23 年 6 月 1 か月、訪問看護ステーション）

（単位：人）

	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
ADL 支援(排泄介助など)を実施	210	0.10	0.30	21	0
急性増悪	210	0.34	1.05	72	0
病状不安定	210	0.41	0.92	86	0
ターミナルケア	210	0.38	0.88	80	0
医療処置(胃ろう、吸引、内服介助、バルン管理等)を実施	210	0.47	0.98	98	0
その他	210	0.04	0.23	9	0

(注) 全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。

図表 227 早朝、夜間、深夜に訪問看護を実施した利用者の状態別人数
（平成 23 年 6 月 1 か月、訪問看護ステーション）＜前記図表のうち、対象者がいた事業所＞

（単位：人）

	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
ADL 支援(排泄介助など)を実施	21	1.00	0.00	21	1
急性増悪	38	1.89	1.78	72	1
病状不安定	49	1.76	1.13	86	1
ターミナルケア	51	1.57	1.17	80	1
医療処置(胃ろう、吸引、内服介助、バルン管理等)を実施	58	1.69	1.19	98	1
その他	8	1.13	0.35	9	1

(注) ・全ての項目について回答があった事業所のうち、対象者がいた事業所のみを対象に集計。

- ・「その他」の内容として、「排便処理」、「呼吸器トラブル」、「統合失調症の薬管理」、「けいれん発作」、「IVH ポンプのトラブル」、「転倒していた」が挙げられた。

(11) 退院直後の利用者への訪問看護の実施について

①退院直後の利用者への訪問看護の実績

平成23年6月1か月間における、訪問看護を実施した退院直後の平均利用者数をみると、「退院当日に訪問看護を実施した人数」は0.41人で、このうち「退院支援指導加算算定者数」は0.19人であった。

対象者がいた事業所に限定してみると、「退院当日に訪問看護を実施した人数」は1.76人であり、「退院支援指導加算算定者数」は1.77人であった。

図表 228 訪問看護を実施した退院直後の利用者数
(平成23年6月1か月、訪問看護ステーション)

(単位：人)

	事業 所数	平均値	標準 偏差	合計値	中央値
退院当日に訪問看護を実施した人数	286	0.41	1.00	116	0
うち、退院支援指導加算算定者数	286	0.19	0.73	53	0

(注) 全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。

図表 229 訪問看護を実施した退院直後の利用者数 (平成23年6月1か月)

<前記図表のうち、対象者がいた事業所>

(単位：人)

	事業 所数	平均値	標準 偏差	合計値	中央値
退院当日に訪問看護を実施した人数	66	1.76	1.41	116	1
うち、退院支援指導加算算定者数	30	1.77	1.52	53	1

(注) 全ての項目について回答があった事業所のうち、対象者がいた事業所のみを対象に集計。

②退院支援指導加算を算定できなかったケース

平成23年6月1か月間における、退院支援指導加算を算定できなかった理由別利用者数をみると、「介護保険の適用となったため、算定できなかった」が平均0.38人で最も多く、次いで「特別な関係にある医療機関からの退院のため」（平均0.28人）となった。

図表 230 退院支援指導加算を算定できなかった理由別利用者数
(平成23年6月1か月、訪問看護ステーション)

(単位：人)

	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
加算の要件に該当しない(厚生労働大臣の定める疾病等又は状態等にある利用者)	149	0.20	0.65	30	0
退院してすぐに死亡したため訪問看護につながらなかった	149	0.02	0.14	3	0
退院してすぐに再入院や施設入所のため訪問看護につながらなかった	149	0.02	0.14	3	0
介護保険の適用となったため、算定できなかった	149	0.38	0.84	57	0
特別な関係にある医療機関からの退院のため	149	0.28	0.88	41	0
その他	149	0.09	0.56	13	0

(注)・全ての項目について回答があった事業所を対象に集計。

・「その他」の内容として、「退院日が営業日以外」、「退院後数日自宅で過ごしてから依頼」、「在宅にいる利用者」、「遠方病院からの退院調整で電話のみのため」等が挙げられた。

図表 231 退院支援指導加算を算定できなかった理由別利用者数
(平成23年6月1か月、訪問看護ステーション)

<前記図表のうち、対象者がいた事業所>

(単位：人)

	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
加算の要件に該当しない(厚生労働大臣の定める疾病等又は状態等にある利用者)	17	1.76	0.97	30	1
退院してすぐに死亡したため訪問看護につながらなかった	3	1.00	0.00	3	1
退院してすぐに再入院や施設入所のため訪問看護につながらなかった	3	1.00	0.00	3	1
介護保険の適用となったため、算定できなかった	33	1.73	0.91	57	1
特別な関係にある医療機関からの退院のため	24	1.71	1.55	41	1
その他	6	2.17	1.94	13	2

(注) 全ての項目について回答があった事業所のうち、対象者がいた事業所のみを対象に集計。

(12) 重症者管理加算について

① 真皮を越える褥瘡があった利用者数

平成 21 年と平成 23 年の各 6 月 1 か月間の重症者管理加算算定利用者のうち「真皮を越える褥瘡があった」利用者数をみると、平成 21 年は平均 0.43 人、平成 23 年は平均 0.53 人であった。

対象者がいた事業所に限定してみると、平成 21 年は平均 1.98 人、平成 23 年は平均 1.93 人であった。

図表 232 重症者管理加算算定利用者のうち「真皮を越える褥瘡があった」利用者数
(平成 21 年 6 月 1 か月及び平成 23 年 6 月 1 か月、訪問看護ステーション)

(単位：人)

	事業 所数	平均値	標準 偏差	合計値	中央値
平成 21 年 6 月	269	0.43	1.18	115	0
平成 23 年 6 月	269	0.53	1.32	143	0

(注)・全ての項目について回答があった事業所を対象に集計した。

・平成 21 年 6 月時点では、重症者管理加算の対象に「真皮を越える褥瘡があった」利用者は含まれないが、平成 22 年度以降の算定要件に則した場合、重症者管理加算に該当すると考えられる「真皮を越える褥瘡があった」利用者数について回答していただいた。

図表 233 重症者管理加算算定利用者のうち「真皮を越える褥瘡があった」利用者数
(平成 21 年 6 月 1 か月及び平成 23 年 6 月 1 か月、訪問看護ステーション)

<前記図表のうち、対象者がいた事業所>

(単位：人)

	事業 所数	平均値	標準 偏差	合計値	中央値
平成 21 年 6 月	58	1.98	1.85	115	1.00
平成 23 年 6 月	74	1.93	1.91	143	1.00

(注) 全ての項目について回答があった事業所のうち、対象者がいた事業所のみを対象に集計。

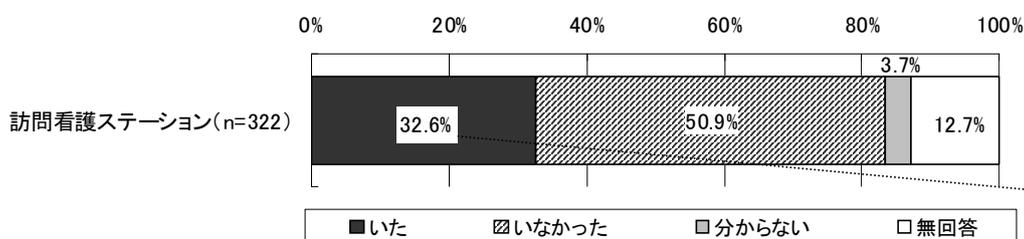
②特別の管理を必要とする利用者であっても、月に4日以上訪問看護が提供できず、重症者管理加算を算定できない利用者

平成22年4月1日から平成23年3月31日までの1年間において、特別の管理を必要とする利用者であっても、月に4日以上訪問看護が提供できず、重症者管理加算を算定できない利用者の有無についてみると、「いた」と回答した事業所が32.6%、「いなかった」と回答した事業所が50.9%であった。

「いた」と回答した事業所において、特別の管理を必要とする利用者であっても、月に4日以上訪問看護が提供できず、重症者管理加算を算定できなかった利用者数についてみると、平均7.09人であった。

図表 234 特別の管理を必要とする利用者であっても、月に4日以上訪問看護が提供できず、重症者管理加算を算定できない利用者の有無

(平成22年4月1日～平成23年3月31日までの1年間、訪問看護ステーション)



図表 235 特別の管理を必要とする利用者であっても、月に4日以上訪問看護が提供できなかった利用者的人数 (該当利用者がいた訪問看護ステーション)

(単位:人)

事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
93	7.09	13.22	659	2

【月4日以上訪問間が提供できなかった理由】(自由記述形式)

- ・途中で入院してしまったため(同旨を含め41件)。
- ・症状の安定や自己管理によって、必要性がなかったため(同旨を含め22件)。
- ・途中でショートステイ等のサービスを利用したため(同旨を含め13件)。
- ・利用者の都合でキャンセルされたため(同旨を含め11件)。
- ・退院後4日以内に亡くなったため(同旨を含め10件)。
- ・入退院を繰り返したため(同旨を含め8件)。
- ・診察日と重なったため(同旨を含め7件)。
- ・月末利用開始で4日に満たないため(同旨を含め6件)。
- ・訪問日が祝日・祭日の場合、振替希望がないと月4日以上訪問ができないため(同旨を含め5件)。
- ・経済的理由で利用者が回数を制限しているため(同旨を含め5件)。
- ・本人の希望で月に4日の利用がなかったため(同旨を含め3件)。
- ・遠距離で頻回な訪問ができないため。／等

(13) 複数事業所による訪問看護療養費の算定

①複数事業所による訪問看護を受けた利用者数

回答事業所を含めた複数の訪問看護ステーションから訪問看護を実施した利用者数についてみると、平成21年は平均0.68人、平成23年は平均0.99人であった。このうち、「同一日に複数事業所から訪問看護を実施したことがある利用者数」についてみると、平成21年は平均0.04人、平成23年は平均0.06人であった。

複数事業所からの訪問看護を受けた利用者がある事業所において、その理由についてみると、「利用者に頻回な訪問看護が必要である」が66.0%で最も多く、次いで「各訪問看護ステーションの専門性が異なる」(31.4%)、「利用者数が多く、受入可能な範囲を超えている」(20.9%)、「近くに訪問看護ステーションがない」(3.9%)となった。

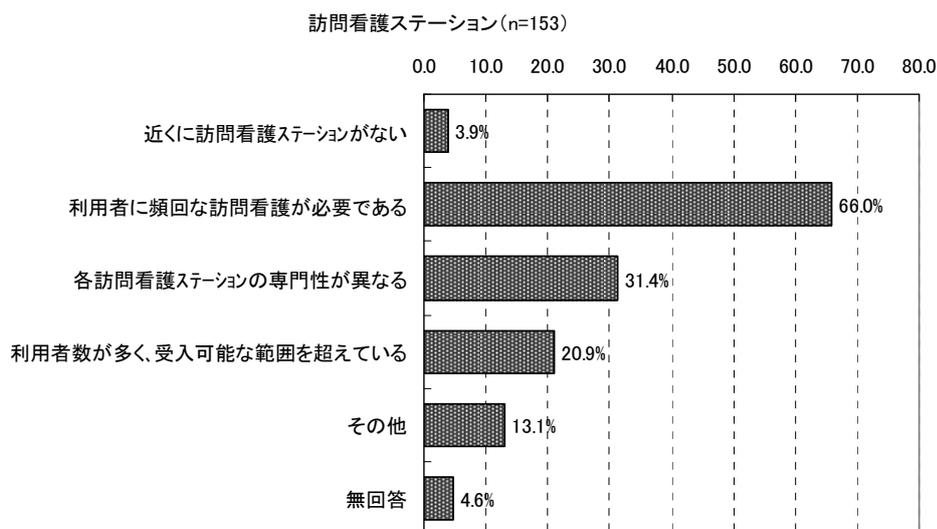
図表 236 回答事業所を含めた複数の訪問看護ステーションから訪問看護を実施した利用者数、および上記期間内に同一日に複数事業所から訪問看護を実施したことがある利用者数
(平成21年6月1か月、平成23年6月1か月、訪問看護ステーション)

(単位：人)

	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
回答事業所を含めた複数の訪問看護ステーションから訪問看護を実施した利用者数	平成21年6月	265	0.68	181	0
	平成23年6月	265	0.99	263	0
うち、上記期間内に同一日に複数事業所から訪問看護を実施したことがある利用者数	平成21年6月	265	0.04	10	0
	平成23年6月	265	0.06	17	0

(注) 全ての項目について回答があった事業所を対象に集計

図表 237 回答事業所を含めた複数の訪問看護ステーションから訪問看護を実施した理由
(複数事業所からの訪問看護を受けた利用者がある事業所のみ)



(注) 「その他」の内容として、「利用者の希望」(同旨を含め3件)、「理学療法士の訪問」(同旨を含め3件)、「他事業所が24時間体制でないため」(同旨を含め3件)、「言語聴覚士が配置されていなかったため」(同旨を含め2件)等が挙げられた。

②複数事業所でのサービスの提供が有効と考えられるケース

複数事業所でのサービスの提供が有効と考えられるケースについて、利用者の状態と有効と思われる連携方法等について、自由記述形式で記載していただいた。

【複数事業所でのサービスの提供が有効と考えられるケース】（自由記述形式）

①1日のうちに何度も訪問が必要なケース（同旨を含め45件）

○難病患者やターミナル期の患者等、医療処置が多い患者（同旨を含め19件）

- ・麻薬管理や点滴管理の必要な利用者で、麻薬や点滴など薬物管理を病院からの訪問看護で実施し、訪問看護ステーションの訪問でケア面を主に実施するような方法が有効かと思われる。
- ・難病の方で日中1人で過ごされている方。家族に代わり、胃ろう栄養注入やトイレ介助、安否確認などを実施。介護連絡帳で訪問時の状態を伝えている。
- ・医療依存度の高い方で毎日の訪問が必要な方にはメールと連絡ノートを使用している。メールの利点は、利用者・家族が見えないので報告がしやすい、専門的な内容で報告できる。欠点は時間を要す。連絡ノートの利点は、家族や他サービス事業所とも情報共有できる。欠点は、専門用語等の言葉の使い方や内容に注意が必要である。 /等

○人工呼吸器を装着している患者（同旨を含め13件）

- ・人工呼吸器装着患者・重症患者など。毎日の状態観察を訪問看護報告書等で情報共有、異常時の電話・FAX等による情報共有をしている。
- ・急ぎの時はメールを活用。急ぎではない時はノートを活用。
- ・訪問看護ステーション間での連携にはお互いの訪問記録を利用者宅に常に置いて情報を共有。急ぐ場合は、FAXや電話でのやりとりを行っている。 /等

②訪問看護ステーションの専門性が異なるケース（同旨を含め18件）

- ・作業療法士、理学療法士、言語聴覚士のいる訪問看護ステーションと、いない訪問看護ステーションがあるので、専門職が必要となる進行性疾患（筋ジス、ALS、多系統萎縮症など）の方を長期的に在宅で支えるために必要だと思う。記録の共有が大事である。
- ・難病で寝たきりの患者、廃用性症候群予防のためにリハビリ希望あり。他事業所の理学療法士が訪問。ケアマネジャーを介し、情報交換を行っている。また、介護の中心を担っている家政婦がいるため、その方を介し、連携が図れている。
- ・精神疾患のある利用者に対して、精神科専門のステーションに依頼することがある。

/等

③毎日の訪問が必要なケース（同旨を含め17件）

- ・医療依存度が高い患者の場合、1か所のステーションでケアを行うには負担が大きいため、複数の事業所でのサービス提供が有効である。
- ・2つのステーションでノートやTELをし合いながら、それぞれの役割で行ったので良かった。

- ・ ケアにも時間を要し、移動時間を含めると訪問が半日かかる。1か所の訪問看護ステーションでケアを行うには負担が大きい。スタッフは、小さな子どもを抱えて勤務しているため、病気などで休むこともあり、そのような際に調整が難しい。ステーション間での連携にはお互いの訪問記録を利用者宅に常に置いて情報を共有。急ぐ場合は、FAX や電話でのやりとりを行っている。／等

④1つの訪問看護ステーションでは対応できなかったケース（同旨を含め7件）

- ・ 利用者または家族が強く方法などにこだわりを持っておられる利用者で、訪問看護ステーション1か所だけでは抱えきれなかった。
- ・ 営業日の関係で、土日祝日に営業可能な事業所と連携し、変化のある時はすぐ連絡をとり合う（連絡ノート活用）。
- ・ 主治医の問題（人工呼吸器に関する診療材料の準備）でAステーションの介入が必要であるが、交通事情やマンパワーの問題より、Bステーションの介入が有効であるケース。

／等

⑤24時間対応できるステーションが近くになく利用者が遠方のケース（同旨を含め5件）

- ・ 地域性もあり24時間対応できるステーションが少ない。そのため遠方の場合、事業所の利用者数を考え、他と連携し、情報を共有することが必要だと思う。
- ・ ステーションより遠距離の利用者が多く、連日訪問が困難な場合は曜日別、時間別で交換に訪問できると良いと思う。毎日情報交換をすることが必須である。
- ・ 24時間体制をとっているステーションとの併用で、頻回訪問の対応と、利用者・家族の安心感につながった。病状の進行に伴い、要の時期にサービス担当者会議開催を、担当ケアマネジャーに提案し、個々に連絡しあうよう時間を有効に使えた。顔が見えることの安心感・一体感につながった。／等

⑥その他

- ・ 利用者に対して異なる事業所が関わることで、サービス提供時の工夫や取組について、情報交換ができて良い。連携方法は書面や直接連絡したり会議を設けたりすると良い。
- ・ 事業所間の情報提供を密にしないと、継続性がなくなり難しい。普段の訪問内容や利用者情報をノートに記載するなどして、情報を提供している。
- ・ メールなどでの意見交換により、多様な考え方・方法論など集約することができ、ケアの質が高まった。／等

(14) 他の医療機関との連携について

①退院時共同指導を実施した利用者数

平成23年6月1か月間における、訪問看護を実施している利用者全体のうち、退院時共同指導を実施した利用者数についてみると、病院は平均0.34人、訪問看護ステーションは平均0.35人であった。

対象者がいた事業所に限定してみると、病院は平均2.29人、訪問看護ステーションは平均1.77人であった。

図表 238 訪問看護を実施している利用者全体のうち、退院時共同指導を実施した利用者数
(平成23年6月1か月)

(単位：人)

病院					診療所					訪問看護ステーション				
事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
47	0.34	0.96	16	0	8	0.13	0.35	1	0	291	0.35	0.96	101	0

図表 239 訪問看護を実施している利用者全体のうち、退院時共同指導を実施した利用者数
(平成23年6月1か月) <前記図表のうち、対象者がいた事業所>

(単位：人)

病院					診療所					訪問看護ステーション				
事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
7	2.29	1.38	16	2	1	1.00	-	1	1	57	1.77	1.48	101	1

(注) 対象者がいた事業所のみを対象に集計。

②他の医療機関への平均訪問回数と1回あたりの所要時間

平成23年6月1か月間における、他の医療機関への平均訪問回数（退院時カンファレンス等のために訪問した場合等）と1回あたりの所要時間についてみると、病院では、訪問は平均0.58回、1回あたりのカンファレンス所要時間は平均54.75分であった。訪問看護ステーションでは、訪問は平均1.40回、1回あたりのカンファレンス所要時間は平均56.26分であった。

訪問実績のある事業所に限定してみると、病院では、訪問は平均1.64回、1回あたりのカンファレンス所要時間は平均54.75分であった。訪問看護ステーションでは、訪問は平均1.96回、カンファレンス所要時間は平均56.26分であった。

図表 240 他の医療機関への平均訪問回数（退院時カンファレンス等のために訪問した場合等）と1回あたりの所要時間（平成23年6月1か月）

（単位：人）

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
他の医療機関への平均訪問回数(回)	31	0.58	1.06	18	0	4	0.25	0.50	1	0	165	1.40	1.75	231	1
カンファレンスの1回あたりの所要時間(分)	12	54.75	31.80	657	60	1	60.00	-	60	60	124	56.26	27.70	6,976	60

図表 241 他の医療機関への平均訪問回数（退院時カンファレンス等のために訪問した場合等）と1回あたりの所要時間（平成23年6月1か月）＜前記図表のうち、訪問実績のある事業所＞

（単位：人）

	病院					診療所					訪問看護ステーション				
	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値	事業所数	平均値	標準偏差	合計値	中央値
他の医療機関への平均訪問回数(回)	11	1.64	1.21	18	1	1	1.00	-	1	1	118	1.96	1.79	231	1
カンファレンスの1回あたりの所要時間(分)	12	54.75	31.80	657	60	1	60.00	-	60	60	124	56.26	27.70	6,976	60

（注）訪問回数実績があった事業所のみを対象に集計。

③退院時共同指導に関する課題

退院時共同指導に関する課題について、自由記述形式で記載していただいた。

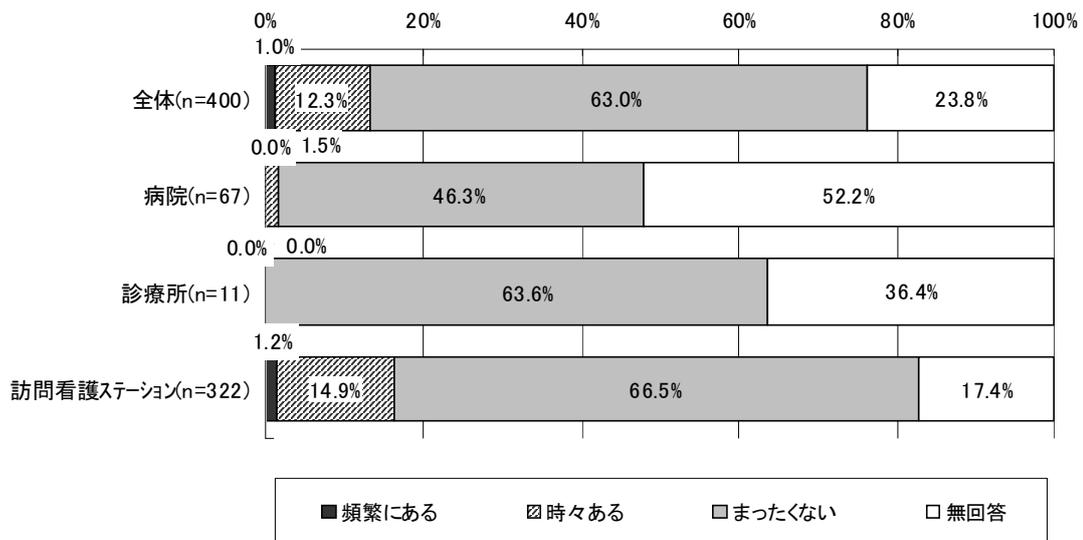
【退院時共同指導に関する課題】（自由記述形式）

- ・ 退院時共同指導に関する調整をしても、特別な関係に当たるため、費用算定ができない（同旨を含め28件）。
- ・ 医療機関が遠方であると、時間の調整や移動時間がかかり、人件費や交通費が全くの持ち出しとなってしまふ（同旨を含め9件）。
- ・ 退院にならなかったケース等の算定できなかったケースがある（同旨を含め5件）。
- ・ 事前に情報を提供していただけることが少なく、状況が把握できていないまま進行し、さらに意見を求められることがある（同旨を含め4件）。
- ・ 状況によってカンファレンスを開催したりしなかったり、病院によってその時によって変わる。病院の連携の意識を統一してほしい（同旨を含め4件）。
- ・ ケアマネジャーや主治医との時間調整が大変である（同旨を含め4件）。
- ・ 医師の参加が少ない（同旨を含め3件）。
- ・ 介護保険対象者であっても、ほとんど退院時カンファレンスを行っているため、介護保険でも算定できるようになってほしい（同旨を含め3件）。
- ・ 医療機関は、ケアマネと連携することで加算がつくため、直接訪問看護に連絡が来なくなってしまった。またはずっと後に連絡が来たりするようになった（同旨を含め3件）。
- ・ 形だけの開催になって、ここで話し合われたことが在宅に戻ると活かされないことが多い。病院からの一方的な説明や場当たりのケアプランでなく、実のあるものにするために在宅と施設が平等な立場になる必要がある。
- ・ 人員を割くことができない。
- ・ 文書による利用者への指導となると具体的になく、どちらかというと退院時カンファレンスは、申し送りや確認的要素が強いので、共同指導を加算としてとりにくい。／等

④在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院に夜間の対応を依頼した際に断られた経験の有無

平成 22 年 4 月以降、在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院に夜間の対応を依頼した際に断られた経験の有無についてみると、「頻繁にある」という回答が訪問看護ステーションでは 1.2%であったが、病院・診療所ではなかった。また、「時々ある」という回答が、病院では 1.5%、訪問看護ステーションでは 14.9%であった。

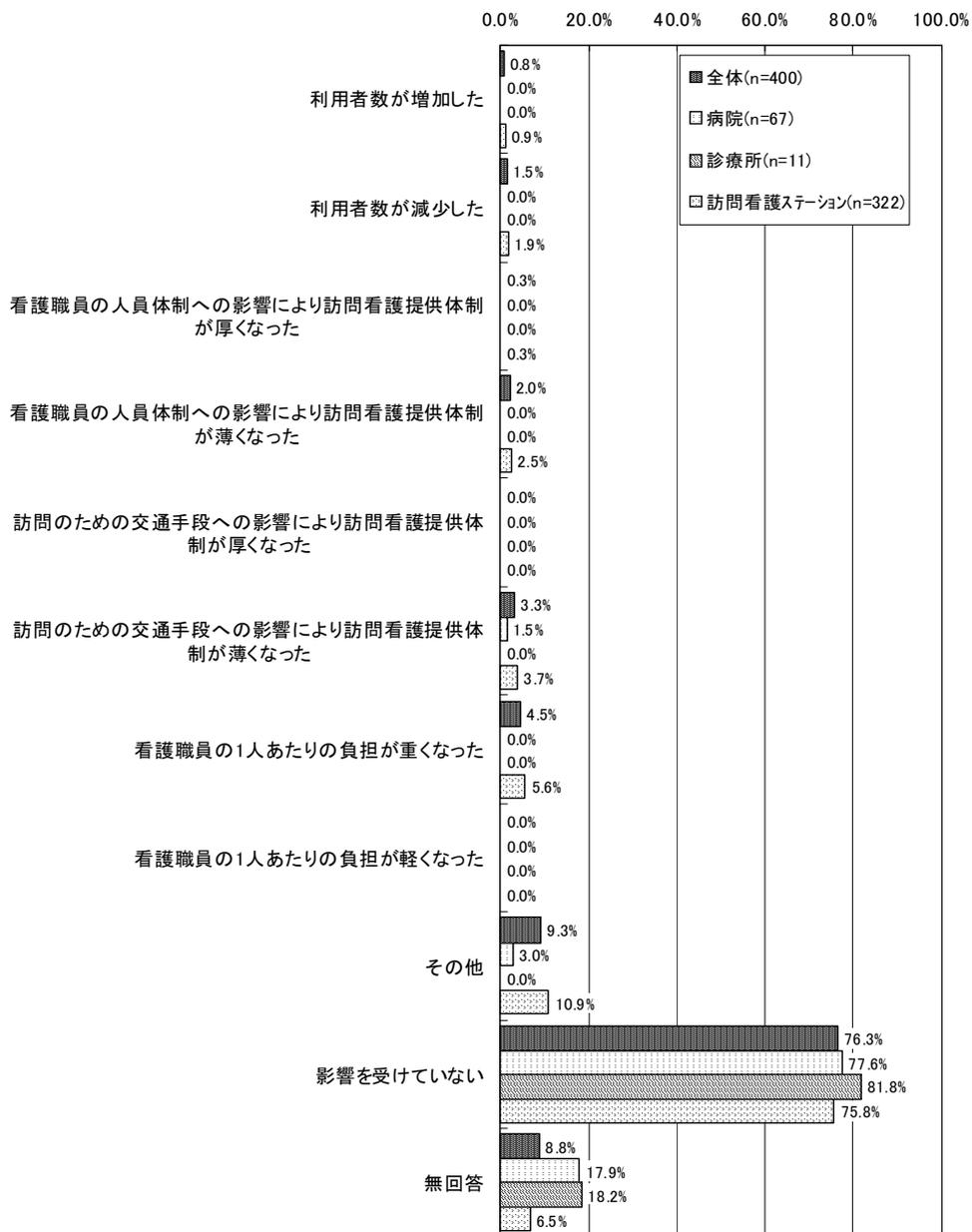
図表 242 在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院に夜間の対応を依頼した際に断られた経験の有無（平成 22 年 4 月以降）



(15) 東日本大震災の影響

東日本大震災により訪問看護の実施にあたり、どのような影響があったかについて尋ねたところ、病院、診療所、訪問看護ステーションのいずれも「影響を受けていない」が7割を超えた。一方で、訪問看護ステーションでは「看護職員の1人あたりの負担が重くなった」が5.6%、「訪問のための交通手段への影響により訪問看護提供体制が薄くなった」が3.7%であった。

図表 243 東日本大震災により訪問看護の実施にあたり、どのような影響があったか



(注) 「その他」の内容として、「ガソリン不足など交通機関の乱れによる負担」(同旨を含め13件)、「内服、栄養剤など物品の入手困難への対応」(同旨を含め10件)、「計画停電による影響への対応」(同旨を含め5件)、「災害時の対応を見直した」(同旨を含め4件)等が挙げられた。

(16) 訪問看護を推進する意義や課題等

以下は、訪問看護を推進する意義や課題等を自由記述形式で記載していただいたものをまとめたものである。

①訪問看護を推進する意義

- ・ 住み慣れた環境で、自分らしく生活することを望まれる方が大変多くなった。それらを可能にするのが訪問看護ステーションの役割と思っている。
- ・ 住み慣れた自宅での生活をより長く、安全に行ってもらえるよう努力したいと考える。自宅生活にゆとりが持てるよう、七夕の笹飾りやひな祭り、鯉のぼりのお祝いカード、誕生日のお祝いカードやイベントなどいろいろと利用者に合った内容で、お金をかけず心のこもったものをと考え少ないスタッフで行っている。マンパワーも大切だが、一人ひとりの看護師の質、心構え、意欲を失わない工夫が大切と考える。
- ・ 独居の高齢者及び老々介護と高齢化が加速する現状の中で、訪問看護の必要性は高まっている。限られた人員でスタッフ一人ひとりの負担は大きく（24時間体制を維持することに困難さを感じる）、訪問看護師の育成、燃えつきなく継続的に働ける環境づくりや他職種との円滑な連携などの多くの課題を抱えながら、在宅療養者の方々の「自分の住み慣れた家で家族に看取られながら最期を迎えたい」との思いを支援していきたい。
- ・ 家族と共に看護ができる。利用者により深く寄り添える。利用者のニーズに合わせやすい。利用料、経費がはっきりしている。
- ・ 病院を早期退院となる今日、家族・患者自身、不安を多く抱え、自宅で療養生活をされている方に対して、療養上の相談相手として、訪問看護師の果たす役割は大きいと感じている。認知症、糖尿病の患者は増える一方で、今後多くの方が死を迎えるという現実。自宅で最期まで生活したいと考える患者は多くいる。体制を整えて、しっかり受け入れられるようにしたいが、高齢者の妻や夫が介護するケースも多く、共倒れしないよう病院以外の施設（ケアハウス等）を充実させる必要性も感じている。
- ・ 高齢化社会や入院期間短縮などにより医療的ケアを必要として在宅生活を送られる方が増える中、訪問看護は今後更に必要とされていくと思う。
- ・ 訪問することで、在宅で療養を希望する患者への処置をはじめ相談指導、異常の早期発見、また、その方をお世話している家族の相談指導、介護負担の軽減ができるものと考えている。さらに顕在化されていない問題点も「気づき」ができて、早目の対応ができると思う。
- ・ 訪問看護師は「医療の視点」を持って、療養者の生活、健康状態をみている。医師の指示の元に、療養者（利用者）の生活をアセスメントする役割があり、在宅での医療、地域医療をしっかり支えていると思う。
- ・ 在宅で医療（看護）を受けることは、本人にとって QOL や精神面の安定を図ることと思う。
- ・ 在宅療養を続けられる。特に側に支援する人がいれば、精神疾患においては割と在宅での生活ができる人が多いのではないかと思われる。 / 等

②訪問看護提供機関における課題

○訪問看護師の不足・訪問看護提供機関の不足

- ・ 訪問看護を希望する看護師が少なくなっている。
- ・ 人員確保（増員）が困難である。募集をしても、就職希望者が少ない。
- ・ 看護師不足である。募集しても集まらない。人員が足りないことで訪問依頼を断ることが増えてきた。
- ・ 訪問看護自体は素晴らしい職業だと思うし、やりがいがあるが、どこの事業所も人材が不足しているように思う。待遇面等の改善が必要と思われる。母体の考え方も関与していると思われる。利用者が安心して在宅で療養できるように仕組みづくりが重要だと思う。
- ・ 訪問看護スタッフ求人を出しても、なかなかスタッフの確保ができない。もっともっと在宅医療の環境、労働条件など整備が必要である。
- ・ DPC 導入の病院が増え、医療依存度の高い患者さんや在宅緩和ケアを必要とする患者が増えており、24 時間対応の往診や訪問看護の体制が望まれるが、対応できる診療所や訪問看護ステーションの数が足りない。ステーションの経営が困難で閉鎖したり、定着率が悪く、人員不足に陥るステーションが多く、なかなか増えない現状がある。
- ・ 訪問看護師の数が増えないことも大きな問題である。少ない人数で行っていると、経営もうまくいかず、一人に対する負担が大きくなりすぎて辞めていく人も多い。
- ・ 24 時間 365 日対応できる場所を探しての依頼があるが、病棟並みに休日・夜間・代休のシフトを組めるだけの人数はなく、加算だけでは人件費を確保できない。規模的に中途半端でいつでも訪問可能とすると、自己犠牲が発生し長続きしない。（法人の病院・診療所・訪問看護の看護師の給料、基本給同一）夜勤できる方は病棟中心、訪問看護・夜間休日対応できる人は限られる。
- ・ 看護師不足で、今まで連携した訪問看護事業所は、看護師 2.5 人確保できずになくなってしまった。難病患者、小児、がんターミナル患者など、病院の在院日数の縛りもあり、在宅に戻るケースが増えている。はっきり言って断るケースもある。看護師は確保できない。さらに赤字であったら訪問看護事業を続けられない。
- ・ 訪問看護を推進されても、訪問看護ステーションの数は増加するどころか閉鎖するステーションまで出ている状況である。土日祝の訪問に対してスタッフが訪問したがない、人員を募集しても訪問看護をやりたいという人がいないなどである。実際に、スタッフは疲弊している状態だ。やりがいのある素晴らしい仕事だが、オーバーワークが継続すると燃えつき症候群となる可能性が大きい。
- ・ 24 時間だが、訪問看護師は日中及び帰宅後も精神的に縛られている。このような状況で訪問看護師が長続きするためには、看護師の労働条件をどのように整理すればよいのか課題だ。

／等

○人材教育

- ・ 入院日数が短縮され、医療行為の多い方が退院を余儀なくされている今日、それに対応できる訪問看護を充実していかなければいけないと思う。受入れの人材育成が思うように進まないのが大きな課題だ。

- ・ 経営の安定化、効率化、サービスの質の維持・向上のために、教育体制の整備は重要だ。利用者の対応に追われ教育が十分にできない現状がある。教育に出す余裕がない(時間・資金)。
- ・ 訪問看護を目指す人材を養成するシステムも必要である。 / 等

○医療保険と介護保険の一本化

- ・ 医療保険と介護保険に分かれて病院スタッフ・利用者自体も制度について理解しづらいため、よりわかりやすく制度の一本化が必要である。
- ・ 介護保険と医療保険の2通りが存在することが課題だ。利用する患者は大半が高齢の障害者であるため、いつ特別指示書の対象者に移行するかわからない。その時に支払う料金が違ったり、訪問の要領が違ったり契約があったりで、混乱するばかりである。一本化をお願いしたい。「医療」を介護保険の中に加えるのは不都合が多いと思う。
- ・ 介護保険・医療保険の差をなくしてほしい。医療保険一本にし、介護保険単位枠からはずれての対応とし、算定方法もスリム化してほしい。わかりやすい算定方法であれば業務しやすい。ケアマネとの連携は必要であるが、医療保険の看護としての連携を考えるべきだ。
- ・ 訪問看護を利用する方は、全て医療保険が適用と思う。その理由として、高齢者で排痰ケア、吸引を必要とする頻度が多く、低栄養となり、輸液が必要な方が多くなっているが、病名により医療保険を使用できない。ケアマネジャーのプランにより、介護保険にて訪問看護利用回数が少なく、サービスはヘルパー利用が多く、またはショート・デイサービス利用の方に時間をとり、訪問看護利用時間が少ない。点数的に無理といわれ困っている事例が多くなっている。医療保険にすると、担当医師と直接連携がとれ、指示も受けやすく、訪問利用時間も状態に応じて入れる。利用者、家族も安心する。
- ・ 介護保険では単価(報酬)が低い。ケアマネジャーとの考えの相違でうまくケアが入らないこともある。できれば医療保険だけに訪問看護はまとめてほしい。
- ・ 訪問看護が医療保険と介護保険との二段構えになっていることが同じサービスなのにおかしいと思う。退院支援指導加算や共同指導加算など、すぐ入院して実績につながらなかったり、退院できなかったりで請求できないことも多い。
- ・ 介護保険と医療保険の使い分けが利用者には理解しにくい。 / 等

○診療報酬に関する問題等

- ・ 介護保険が時間単位で訪問料金が変わるが医療保険は1割負担と3割負担で変わる。医療保険の場合、医療依存度の高い利用者が多く、滞在時間も長くなる場合がある。ターミナルケアの患者の在宅移行が増加する傾向なので、今後この基準を考えてほしい。医療依存度の高い利用者は夜間の訪問看護も必要なため、24時間体制のとれる診療報酬に改定してほしい。
- ・ 退院当日、退院支援のため訪問しても、予定していた訪問前に再入院してしまうと、退院前カンファレンスの分も合わせて請求できない現実がある。他訪問看護ステーションからOTがリハビリのため訪問した場合、同日に状態変化のためこちらの訪問看護が訪問しても、医療請求できない。かといって断るわけにもいかず、ボランティアになってしまう。介護保険では、訪問の都度請求できるので、医療保険でも同様にしていきたい。小規模のステー

ションであっても、利用者一人一人に対しては、必要な看護を時間外でも適切に行わなければならない。訪問したものに対しての報酬は必要だと思う。

- 在宅への移行や在宅での看取りの推進については診療報酬の見直しが必要と考える。加算について、1) 同一法人の場合でも退院支援指導加算がとれる、2) 特別管理加算（カテーテル）を4日目ではなく初日に加算できる、3) 複数加算の見直し（週に1回ではなくその都度）、4) ターミナルケア加算について、退院後、数回の訪問の場合も多く、2回目の訪問が死亡日にあたることも少なくない。死亡日を含む、死亡前14日以内との見直しを要望したい。さらに現行の20,000円の引上げも同様に考える。
- 悪性腫瘍でターミナルステージの場合、2号被保険者で介護保険を申請しても3割負担の医療保険でしか対応できないので患者は経済的に仕事もできず大変だと思う。また、療養通所介護は医療でも使用できるように考えてほしい。
- 医療保険での診療報酬で、訪問看護療養費が月の3日目以降の訪問看護を行っても請求できないこと。医療保険は、介護保険で対応できない重症者（ターミナル）や難病患者での活動であり、看護が必要となる。訪問看護利用日の頻度が高くなるのに13日目以降から療養費がとれなくなるのは、どうだろうか。退院時支援について。現在の制度では、医療保険の重症者しか対象となっていない。軽度の方や介護保険の利用者であっても、退院時の不安は同じだと思うし、実際、退院時のカンファレンスや導入時の訪問（要望の調整）を行っているため、退院時支援加算は必要と思う。医療保険へ一本化してほしい。
- 3割負担の若いがん末期の方への訪問看護は、在宅で生活する上でとても重要な役割があるが、利用料が重く、なかなか十分に利用することができない。
- 医療保険の場合、利用者の負担が多く、必要性があっても思うような回数が控えられたり、拒否がある（回数制限）。退院支援のためにカンファレンスや病室を訪問したりしても退院にならないケースもある。このような場合の評価があればよいと思う。退院日の訪問でも必要性があり、実施していることなのでぜひ評価をしてほしい。
- 症状の観察、異常の早期発見、病状の悪化予防のため、毎日の訪問看護が必要でも介護保険では単位数が不足し、十分なケアができず再入院してしまったり、施設入所になったりする。訪問看護を医療保険での拡大をしてほしい。介護保険では不十分だと感じる。
- 医療保険における訪問看護の回数制限を緩和できるといいと思う。
- 国は在宅療養を推進しているようだが、経済的な面で受けられる人、受けられない人の格差がある。要件により、週3回までの訪問しか受けられないことがあり、2つのステーションの訪問はその要件をなくしてほしい。国にも経済面での制限はあると思うが、どんな状態（経済的、身体的）であっても安心して医療が受けられること、また、それを支援する事業所などの報酬がきちんとなされることを望みたい。
- 精神障害者への訪問看護を実施するうえで、精神保健福祉士の同伴訪問が必要と考えられる利用者が多いが、費用請求ができず、事業所の持ち出しになっている。早急に病院からの訪問看護同様当面指導料が請求できるようになること。／等

○訪問看護に対する理解

- ・ 訪問看護がどのようなものか、地域への浸透がまだ不十分のように感じる。単価も安く、サービスを利用しやすい状況を整えることが大切だと思う。
- ・ 住民の人が訪問看護について知らないことにより、利用が進まない現状がある。もっと地域住民に向けたPRが必要と思われる。
- ・ 訪問看護に対するケアマネジャーや住民の理解・意識が薄いように感じる。医療処置のある患者、いよいよ褥創が悪化した患者が訪問看護の依頼者としてケアマネジャーから連絡がある。より快適な生活を送るためにも、予防の段階で看護に係わる意義は大きいと思う。ケアマネジャーや包括スタッフ・地域住民と看護がかかわる機会がもっと増えてくると良いと思う。
- ・ 介護保険制度も始まり、在宅医療が推進されている中でも、多くの患者家族が訪問看護など知らないことが多いのが現状だ。もう少し早い時期に導入できれば、と振り返るケースがある。地域にもっと広報し、必要な患者が受けられるようにする必要があると思う。
- ・ 病院サイドの看護師が訪問看護についての理解があまりない状況だ。今後、在院日数を少なくするためには入院と同時に在宅支援が必要である。その時から介入できれば病院看護師もステーションの理解ができると思う。それら活動が活発になっていくことでステーションの魅力を知ってもらえるのではないか。そのためステーションサイドの看護師も病院看護師へ働きかけをしていく必要があると思う。
- ・ 訪問看護の推進とあるが、訪問看護師のレベルはずいぶん変化したと思われるが、病院の在宅への理解が進んでおらず、主治医や看護師、事務職の研修が必要と思われる。
- ・ 比較的大きな病院であれば、医療ソーシャルワーカーや精神保健福祉士がおり訪問看護の使い方を解っているが、クリニックや高齢の医師が経営している医院などは訪問看護を家政婦的に考えているところが多い。訪問看護の認知度を上げるため、活動が必要。
- ・ 看護師等の医療職がこの分野にもっと関心を持つべきだと思う。そのための啓蒙活動を推進してほしい。
- ・ 訪問看護ができることを一般の方や病院看護師、医師も知らないことが多い。具体的に「こんなことができる」ということが一般的に認知されたいと思う。／等

③他機関との連携に関する課題

○医師や医療機関との関係

- ・ 医師の理解や協力を促してほしい。指示書がなかなか来ない。利用者が必要としているのに「必要ない」と言う等、色々ある。一番気を遣うところである。
- ・ 在宅の力量は地域差が大きく、間違った解釈の在宅療養支援診療所の医師もいる。医師会等での研修や啓蒙活動を今更だがお願いしたい。訪問看護や在宅医が孤立することなく、連携が図れるよう、合同での研修などをしていかないといつまでたっても平行線のままである。
- ・ 課題は、医療機関との連携、特に医師。医師の指示書がないと動けない現状があるが、指示書を書くだけでこちらの情報提供に反応がない。在宅往診医の不足している地域がある。地域の実情に合わせて均等な配置が必要である。例えば、医師の意見書の有無等の居宅管理指導の加算の利用しやすい改善策が必要である。

- ・ 高齢化社会の到来、在院日数の短縮、医療依存度の高い利用者の増加など、医療施設と在宅との連携を密にする必要があり、安心して在宅療養してもらうためには病棟・外来の看護師と訪問看護師の連携も必要不可欠であると思う。しかし、同じ看護職でありながら病院看護師に訪問看護があまりに理解されていないことを日々感じることが多い。また、ケアマネジャーも福祉職の人が多く、訪問看護の利用に至るのは少ない。一般の人たちにも認知されていない。
- ・ 在院日数を減らして医療費を削減する上で、自宅で医療管理を必要とする人が増えている。退院時の指導が充分ではなく、自宅に戻ってから困る方も多くいるが、医療連携が充分ではないと感じる。診療報酬に訪問看護との連携に対する評価がなく、未だ訪問看護が何たるかを知らない開業医の先生もいる現状で、指示書を書いていただけないケースもあり、利用者が困ってしまうことがあった。訪問看護との連携を促進するためには、きちんと位置づけていただきたい。
- ・ 訪問看護サービスは医師の指示書を必要とするが、転院などで主治医が交代した場合に、病院側では訪問看護の指示書を発行していることを引き継ぐことが全くされていない。改めて、指示書を新しい主治医に依頼しても快く書いてくれることは稀で、依頼して1、2か月も待たされることもしばしばである。利用者本人に診察の際に医師に依頼してもらおうとして、本人が忘れてしまい、期限に遅れて依頼をかけたら、依頼日から過去にさかのぼっての指示は出さないと医師が頑として書いてくれず、指示のない空白期間が生じてしまったケースもある(何度も依頼したが結局ダメで、その間の訪問の利用料を保険者に返納することになった)。在宅サービスの継続性を担保すべく、訪問看護事業者として努力しているが、医療機関も利用者の利益のために協力してもらえるとありがたい。在宅療養に無関心な医師が多い。特に先進医療を標榜する急性期病院。厚労省から、働きかけをしてくれるとありがたい。
- ・ 在宅での患者の状態を病院に情報を送っても外来等でとまってしまい、実際には患者を看ていないことがほとんどなので、病院での情報の共有を徹底してほしいと思う。
- ・ 医療処置の多い人が増えているが、病院によって使用する針などの違いもあり、退院時カンファに行けない病院もあるので説明してほしい。／等

○訪問看護同士の連携

- ・ 在宅医療を充実させるためには、訪問看護の連携が非常に重要である。医療処置が多いケースなど多くの訪問看護が協力して同一家庭に訪問できるように診療報酬などの改定を考える必要がある。／等

○特別な医療機関との連携

- ・ 特別な関係の医療機関こそ連携ができるのではないか。
- ・ 同一法人の縛りはとても困る。利用者の状況が外からしかもらえない。協力体制をとるのにかかる時間・労力は一緒だ。連携しやすいような体制づくりをしてほしい。／等

④指示書等に関する課題

- ・ 体調が増悪して訪問看護を依頼しているのに、医師からの指示書到着を待っている間（平均1か月～1か月半）に悪化し、入院し、永眠されることが月に何例もあり、訪問看護指示書の撤廃を求める。医師の指示書ではなく、情報提供だけあれば充分である。6か月ごとに内容の全く変わっていない指示書を郵送でやりとりする意味はない。無駄である。「指示書」から「情報提供」とすれば、情報が必要な時だけやりとりすればよくなる。
- ・ 特別指示書と指示書の区分けが複雑であり、点滴指示書の記入方法について、例文があるとよい。書類が多いため、簡略化していただきたい。
- ・ 特別指示にかかると利用者で、2週間を過ぎても訪問看護が必要となる場合が多く、対応に困っている。月2回、発行可能な条件の見直しをお願いしたい。
- ・ 書類や記録などが多い（計画書・報告書・関係機関への連絡等）が、その割に評価が低い。

／等

⑤その他

- ・ 小児看護について課題が多い。医療の進歩により、重度障害を持ちながら生活する子供が増加傾向にあり、在宅での生活が可能となってきているが、1) 成人や高齢者に比較すると障害が重く、医療ニーズが高い、2) 小児に対して訪問診療や往診を提供できる医療機関が少ないなど、受け入れる訪問看護が少ない。受け入れると、全身状態の観察や機能訓練など予防的な関わりも必要となる。また、必要な社会資源についての情報提供や相談、日常ケア、指導、家族の介護負担の軽減なども進めなければならず、かなりの時間や技術が必要となる。スタッフの不足（小児看護経験者の不在）、緊急時の体制等問題が多く、ニーズがあっても受け入れられなかったり、経営的にも苦しくなる。安心して小児の訪問が受けることができるよう受け入れる看護をする側へも補助金などが助成されてより良い看護ができるようにしてもらいたい。また、研修会や小児看護医療を学べる機会を望む。
- ・ 訪問看護利用者数の伸び悩みがある。私たちは営利事業所である。医療機関でステーションを開設しているところは、その大半がステーションからの訪問となっているところもあるだろう。医療機関の医師や看護師も患者が退院しても自宅から近いところのステーション等の説明や利用方法について本人や家族に説明してほしい。
- ・ 在宅での看取りが多くなっているが、それに対応する医師がいない。往診をしてくれる医師もいないため在宅での看取りも増えていない。
- ・ 准看護師の単位について、小規模の事業所では、採用職員に限界があり、人件費の面で大変である。同じ仕事をするのだから考えて欲しい。
- ・ 入院期間が短くなり、訪問依頼が集中して対応できないこともあるが、亡くなるとターミナルの人が多いため、一度に件数が減ってしまう。
- ・ 医療の訪問看護においては、行政でも担当課がなく、相談窓口がない。困難事例など困った時の窓口が欲しい。
- ・ 地域の現状とニーズ（国の目指すところ）に大きなギャップを感じている。今までは、看護師の特性である生真面目さと、慈愛の精神でこなしてきたところ、ひたすら利用者や家族のためにと突っ走ってきたのだと思う。各事業所のスタッフ数が少人数でも、体制が充分とれ

なくても、24時間体制を行っていたりする。雇用体制から無理があれば、なおさら看護師は「訪問=大変そう」で勤務したい人も現れないだろう。

- 過疎化といわれる当事業所より遠隔地への訪問を依頼されることがあるが、実際、距離的に受けられないケースもあり、残念に思う。サテライトとして国なり地方自治体でステーションを設置することは不可能なのか。
- 訪問看護実施にあたり、独り暮らし、家族同居の中における対応の難しさ、考え方の違い等によりトラブルが発生することがある。／等

9. 患者調査の概要

【調査対象等】

○調査票 患者票（施設記入分）、患者票（患者記入分）

調査対象：

回答数：患者票（施設記入分）と患者票（患者記入分）のID番号、性別、年齢（±1歳の範囲）が一致した調査票 569 票

回答者：患者票（施設記入分） - 施設・事業所職員

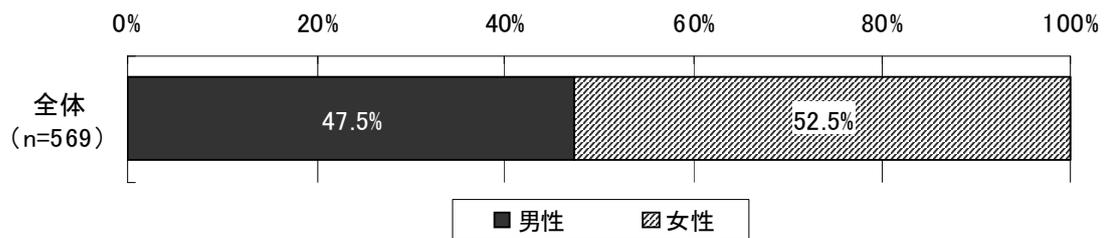
患者票（患者記入分） - 患者本人、家族、医療介護関係者

（1）患者の属性・病状等（患者調査施設記入分）

①性別

患者の性別についてみると、「男性」が47.5%、「女性」が52.5%であった。

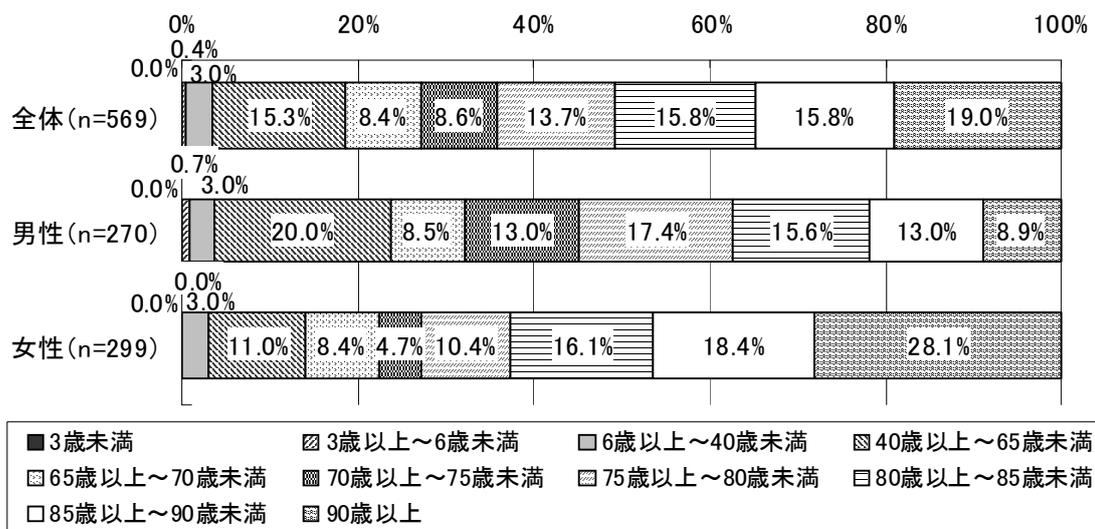
図表 244 性別



②年齢

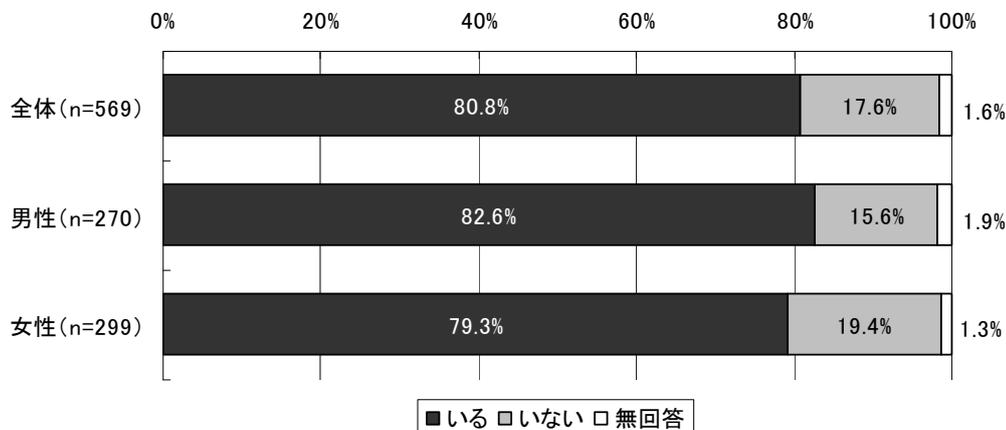
男女別に年齢をみると、男性では「40歳以上～65歳未満」が20.0%で最も多く、次いで「75歳～80歳未満」(17.4%)、「80歳以上～85歳未満」(15.6%)、「70歳以上～75歳未満」「85歳以上～90歳未満」(それぞれ13.0%)であった。女性では、「90歳以上」が28.1%で最も多く、次いで「85歳以上～90歳未満」(18.4%)、「80歳以上～85歳未満」(16.1%)、「40歳以上～65歳未満」(11.0%)であった。男性と比較して女性のほうが高年齢階級の患者割合が高かった。

図表 245 年齢 (男女別)



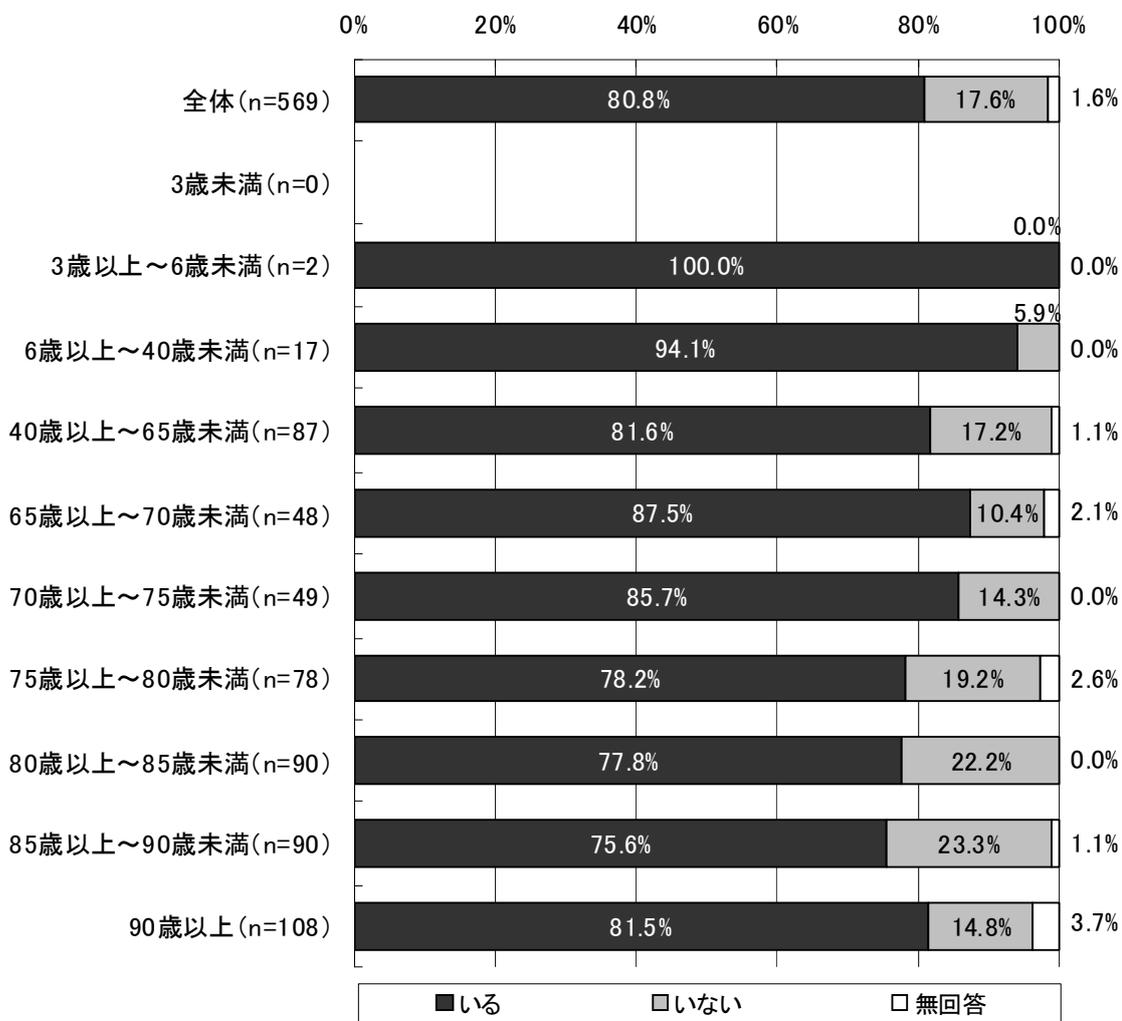
同居家族の有無についてみると、全体では「いる」が80.8%、「いない」が17.6%であった。男女別にみると、男性では「いる」が82.6%、「いない」が15.6%であった。女性では「いる」が79.3%、「いない」が19.4%であった。

図表 246 同居家族の有無 (男女別)



年齢階級別に同居家族の有無についてみると、75歳未満までの患者と90歳以上の患者では同居家族が「いる」という回答は8割以上となった。

図表 247 同居家族の有無（年齢階級別）

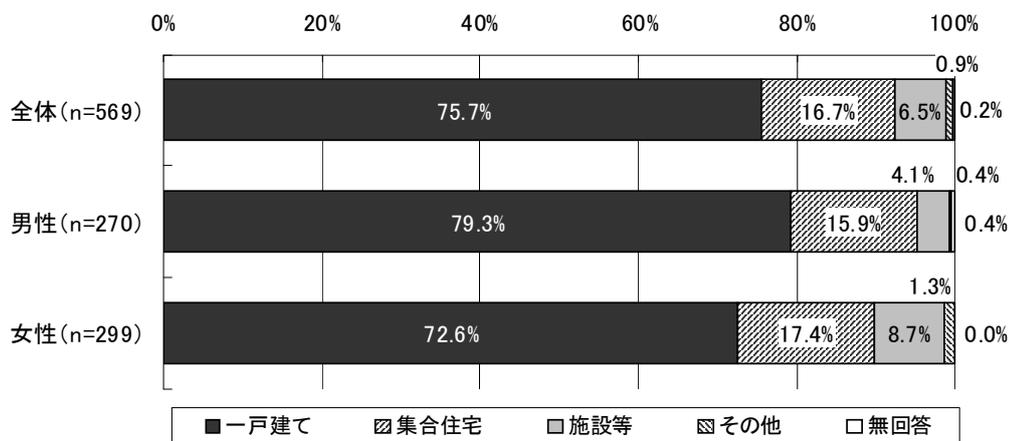


③現在の住まい

現在の住まいについてみると、全体では「一戸建て」(75.7%)が最も多く、次いで「集合住宅」(16.7%)、「施設等」(6.5%)となった。

男女別にみると、男性では「一戸建て」が79.3%で最も多く、次いで「集合住宅」(15.9%)、「施設等」(4.1%)となった。また、女性では「一戸建て」が72.6%で最も多く、次いで「集合住宅」(17.4%)、「施設等」(8.7%)となった。女性は男性と比較して、「施設等」の割合が高かった。

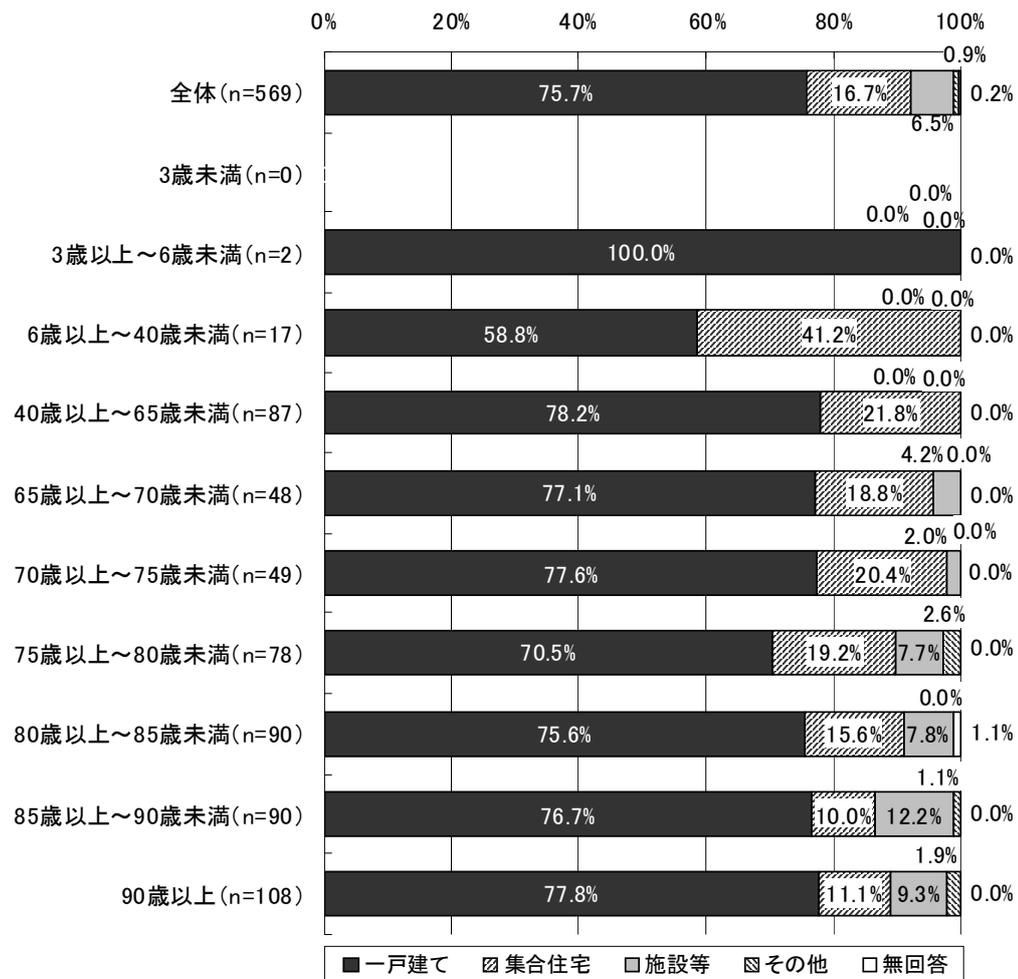
図表 248 現在の住まい（男女別）



(注)「その他」の内容として、「兄弟宅」が挙げられた。

年齢階級別に現在の住まいについてみると、40歳以上の年齢階級では「一戸建て」が7割以上を占めた。「6歳以上～40歳未満」では、「集合住宅」が41.2%と他の年齢階級と比較して集合住宅の割合が高かった。また、75歳以上の年齢階級では、他の年齢階級と比較して「施設等」の割合が高かった。

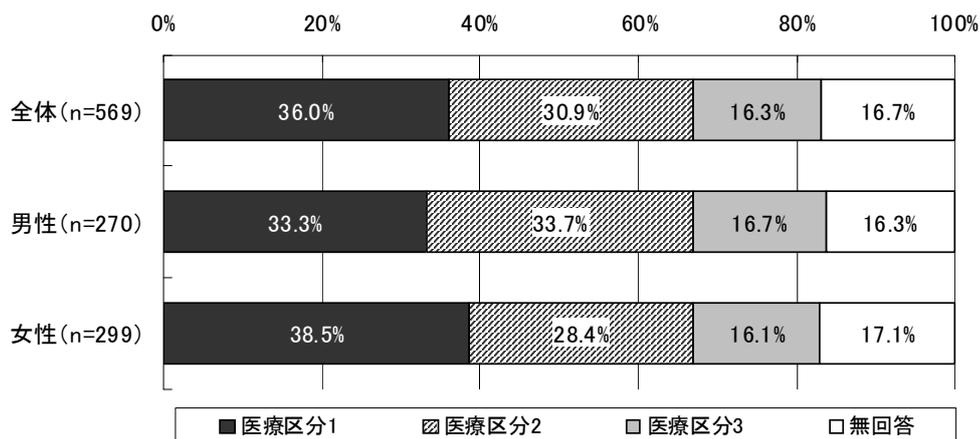
図表 249 現在の住まい（年齢階級別）



④医療区分

医療区分についてみると、男性では、「医療区分2」が33.7%で最も多く、次いで「医療区分1」(33.3%)、「医療区分3」(16.7%)であった。女性では、「医療区分1」が38.5%で最も多く、次いで「医療区分2」(28.4%)、「医療区分3」(16.1%)であった。

図表 250 医療区分 (男女別)

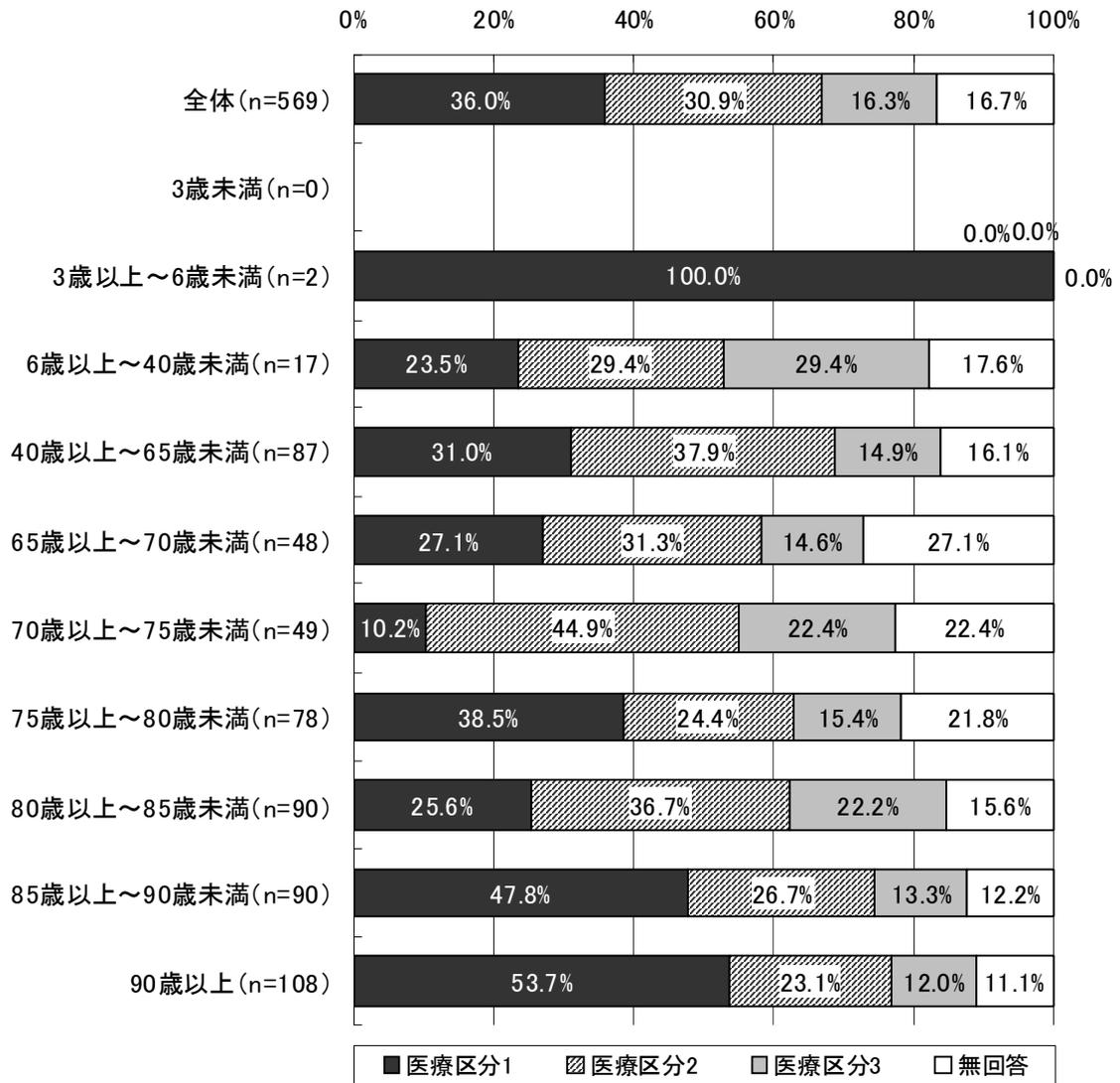


(注) 医療区分は以下のとおり。

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

年齢階級別に医療区分をみると、「85歳以上～90歳未満」「90歳以上」では「医療区分1」の割合がそれぞれ47.8%、53.7%となっており、他の年齢階級と比較して割合が高かった。

図表 251 医療区分（年齢階級別）

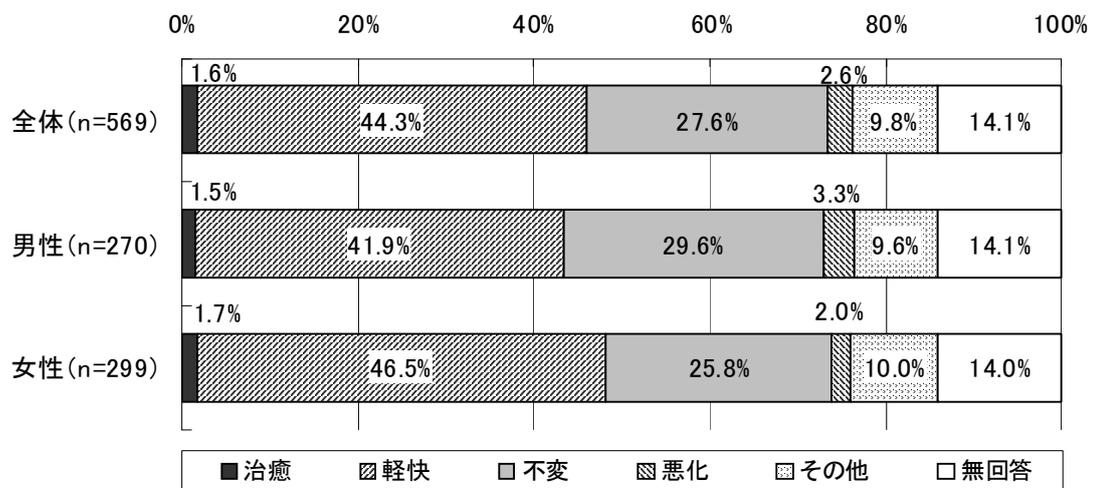


⑤退院転帰

退院転帰についてみると、全体では「軽快」(44.3%)が最も多く、次いで「不変」(27.6%)、「悪化」(2.6%)、「治癒」(1.6%)であった。

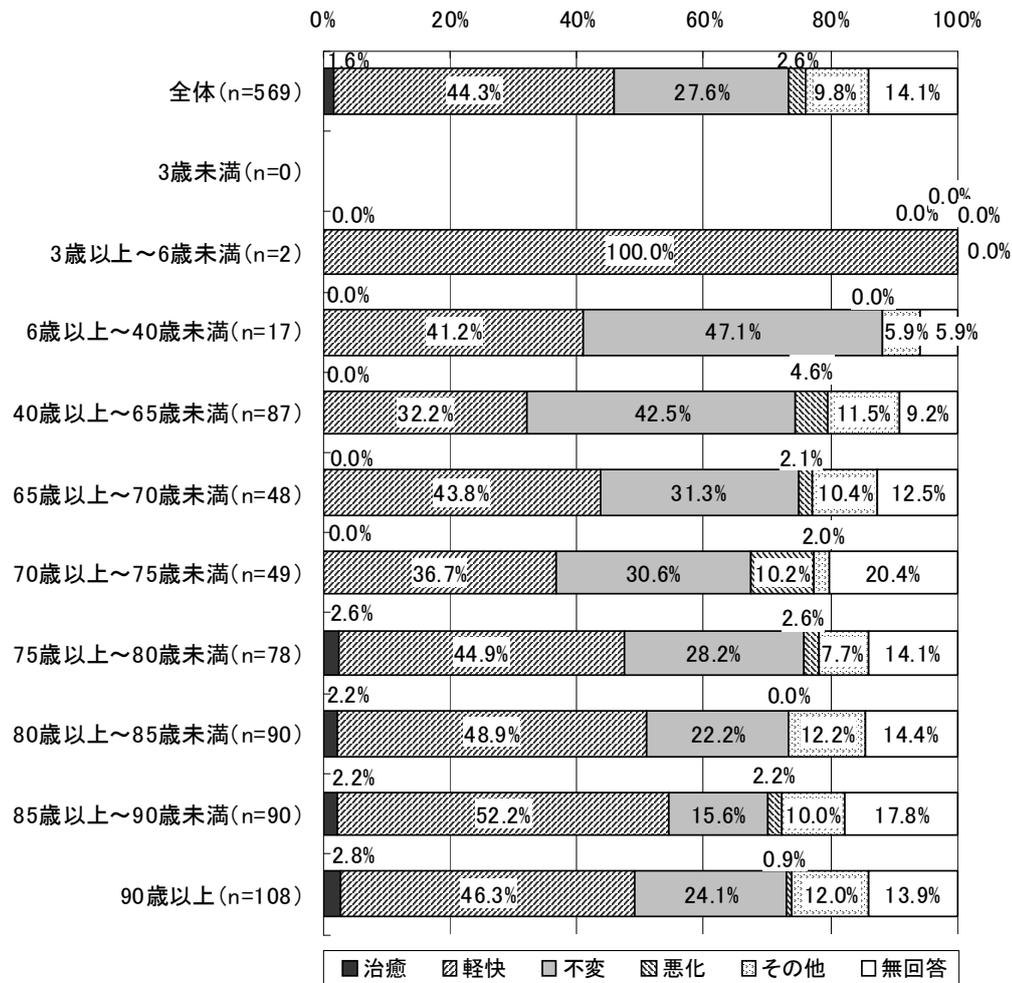
男女別にみると、男女ともに「軽快」(男性41.9%、女性が46.5%)が最も多く、次いで「不変」(男性29.6%、女性25.8%)となった。女性のほうが男性と比較して「軽快」の割合が4.6ポイント高かった。

図表 252 退院転帰（男女別）



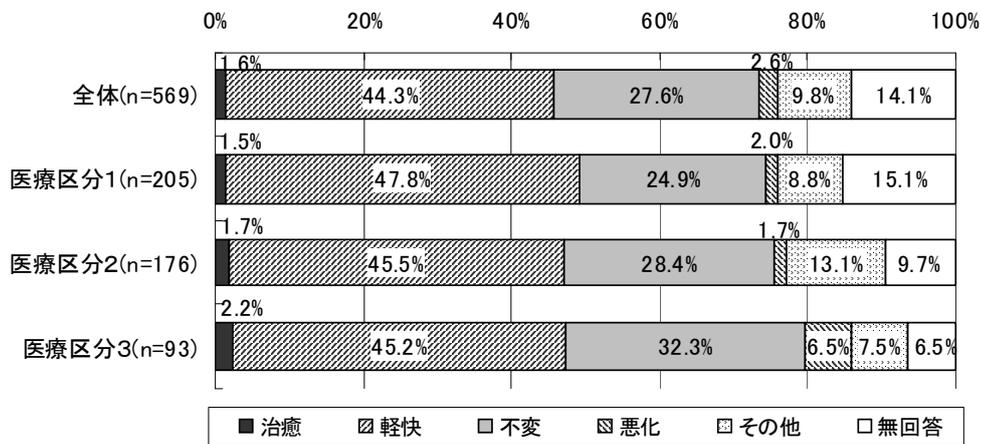
年齢階級別に退院転帰についてみると、「6歳以上～40歳未満」と「40歳以上～65歳未満」では「不変」（それぞれ47.1%、42.5%）が最も多く、次いで「軽快」（それぞれ41.2%、32.2%）となった。また、65歳以上の各年齢階級では「軽快」が最も多く、次いで「不変」となった。

図表 253 退院転帰（年齢階級別）



医療区別に退院転帰についてみると、医療区分 1 から 3 へ高くなるのに伴い「不変」の割合が高くなった。

図表 254 退院転帰 (医療区分別)

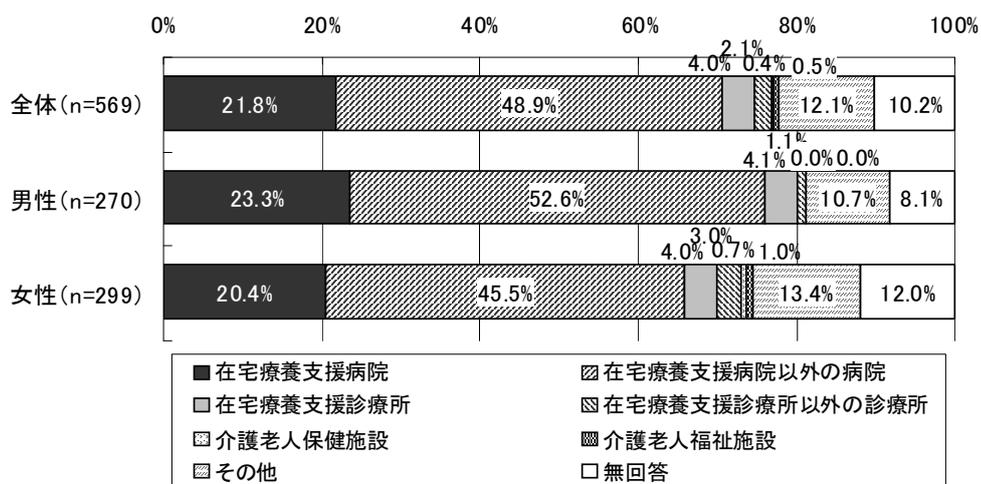


⑥在宅移行前の入院・入所場所

在宅移行前の入院・入所場所についてみると、全体では「在宅療養支援病院以外の病院」(48.9%) がもっとも多く、次いで「在宅療養支援病院」(21.8%) であった。

男女別にみると、男女ともに「在宅療養支援病院以外の病院」(男性 52.6%、女性 45.5%) が最も多く、次いで「在宅療養支援病院」(それぞれ 23.3%、20.4%) となった。男性のほうが女性と比較して「在宅療養支援病院以外の病院」の割合が 7.1 ポイント高かった。

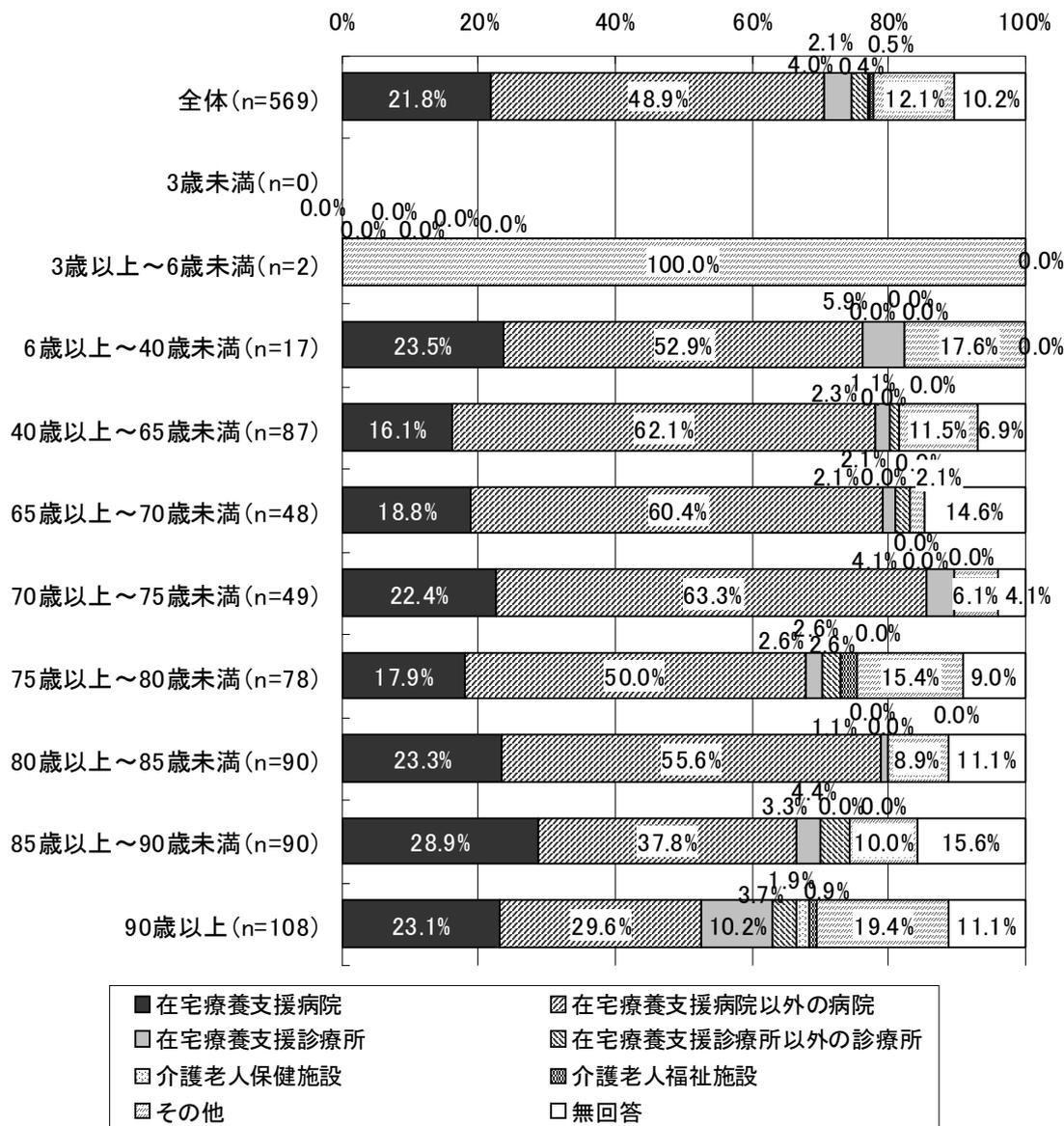
図表 255 在宅移行前の入院・入所場所 (男女別)



(注) 「その他」の内容として、「自宅」(同旨を含め 44 件)、「有料老人ホーム」(同旨を含め 3 件)、「グループホーム」(同旨を含め 2 件)、「急性期病院」(同旨を含め 2 件)等が挙げられた。

年齢階級別に在宅移行前の入院・入所場所についてみると、6歳以上の各年齢階級では「在宅療養支援病院以外の病院」が最も多くなり、特に40歳以上から75歳未満では、約6割を占めた。

図表 256 在宅移行前の入院・入所場所（年齢階級別）

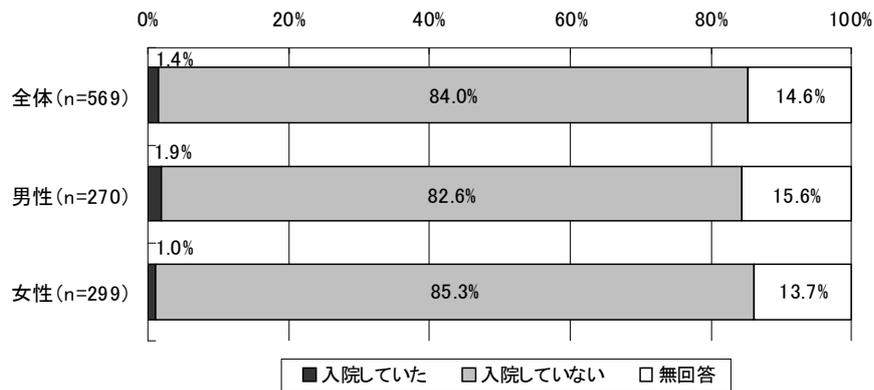


⑦NICU の入院の有無

NICU の入院の有無についてみると、全体では「入院していた」患者が 1.4%、「入院していない」患者が 84.0%であった。

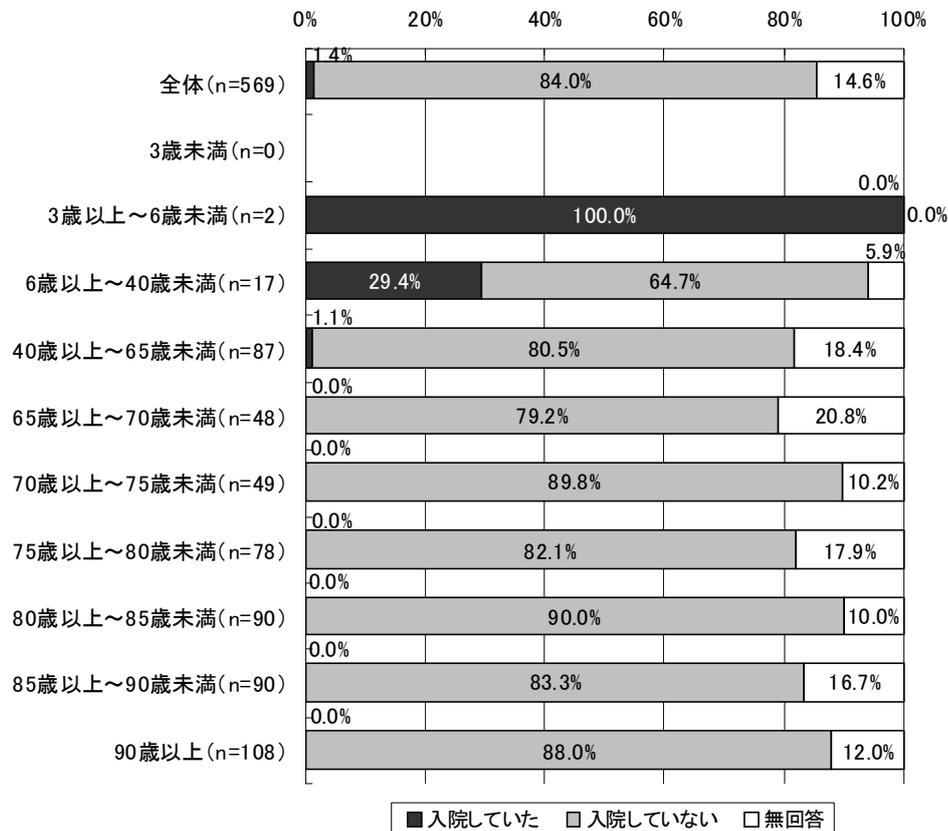
男女別にみると、男性では「入院していた」が 1.9%、女性では「入院していた」が 1.0%であった。

図表 257 NICU の入院の有無（男女別）



年齢階級別に NICU の入院の有無についてみると、「3 歳以上～6 歳未満」の患者では 100.0%、「6 歳以上～40 歳未満」の患者では 29.4%が「入院していた」という回答であった。

図表 258 NICU の入院の有無（年齢階級別）

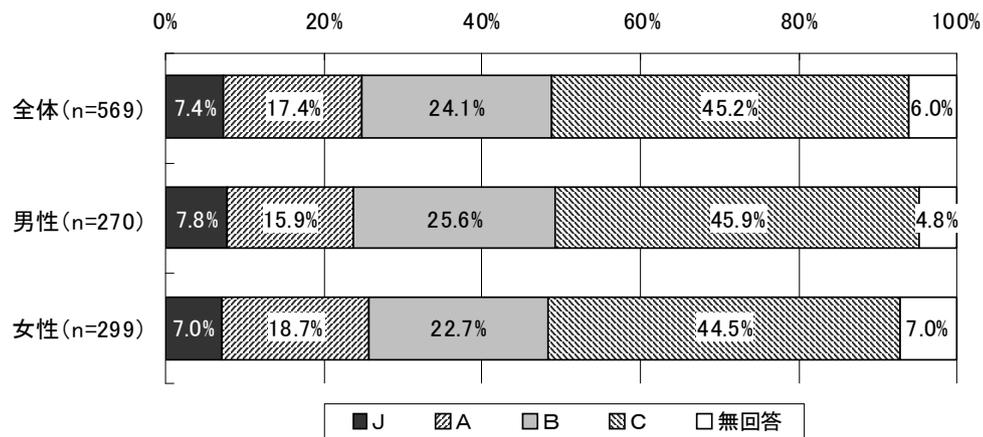


⑧障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）についてみると、全体では「C」（45.2%）が最も多く、次いで「B」（24.1%）、「A」（17.4%）、「J」（7.4%）であった。

男女別にみると、男女ともに「C」（男性が45.9%、女性が44.5%）が最も多く、次いで「B」（25.6%、22.7%）、「A」（15.9%、18.7%）、「J」（7.8%、7.0%）であった。

図表 259 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）（男女別）

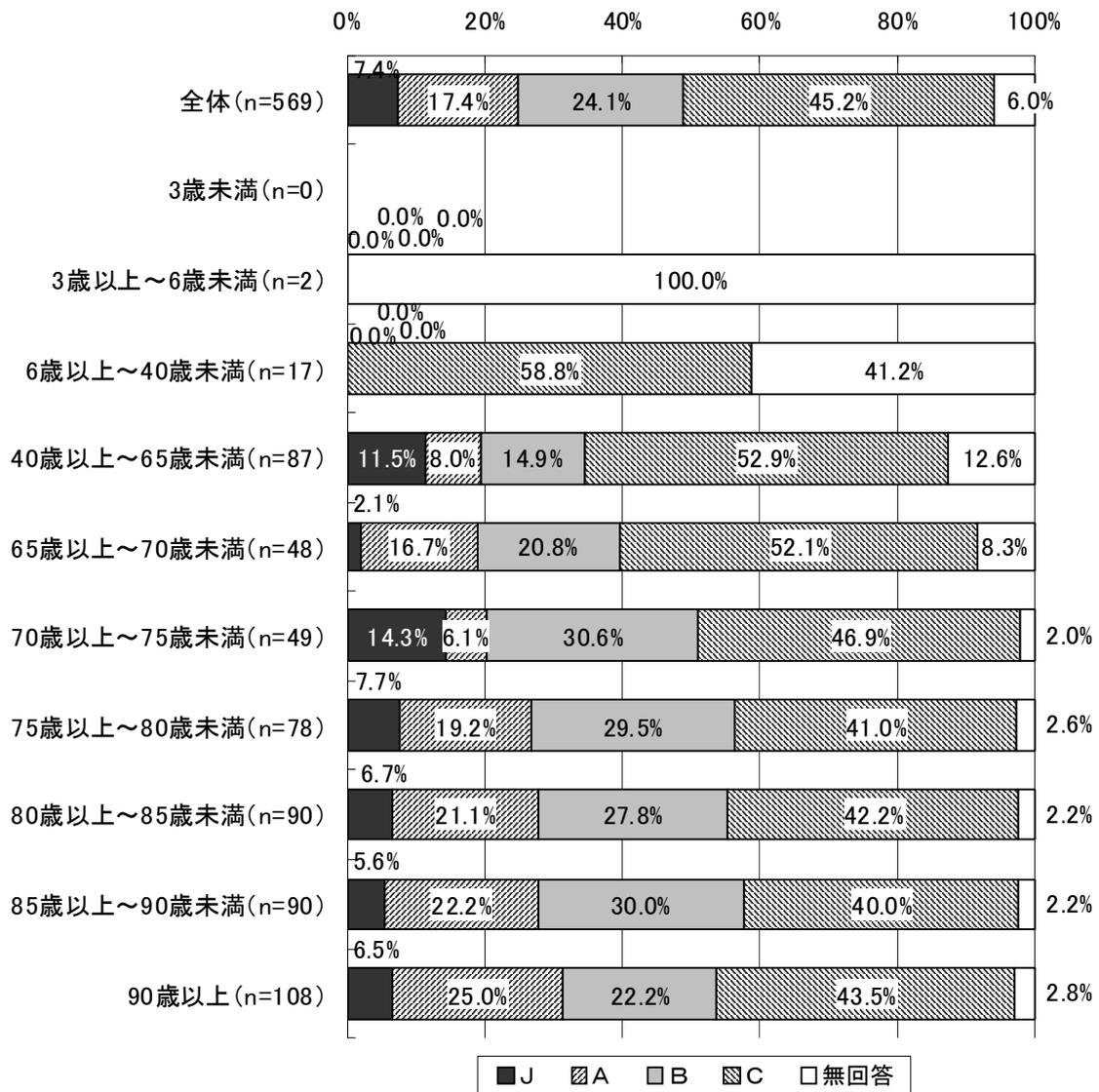


(注) 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

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

年齢階級別に障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）をみると、年齢階級が高いほど「J」と「A」を合わせた割合が高くなる傾向がみられた。一方で、6歳以上70歳未満では「C」の割合が半数を超えた。

図表 260 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）（年齢階級別）

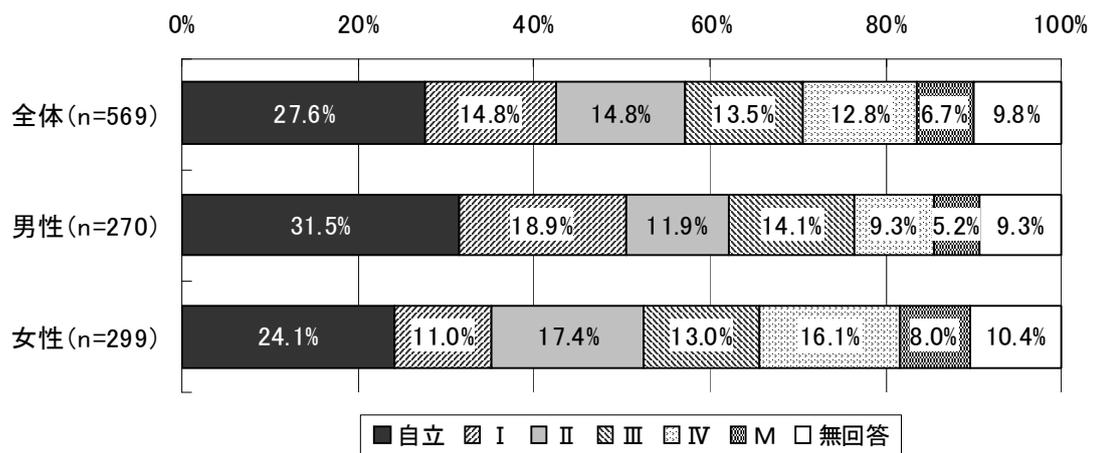


⑨認知症高齢者の日常生活自立度

認知症高齢者の日常生活自立度についてみると、全体では「自立」(27.6%)が最も多く、次いで「I」「II」(それぞれ14.8%)、「III」(13.5%)、「IV」(12.8%)、「M」(6.7%)であった。

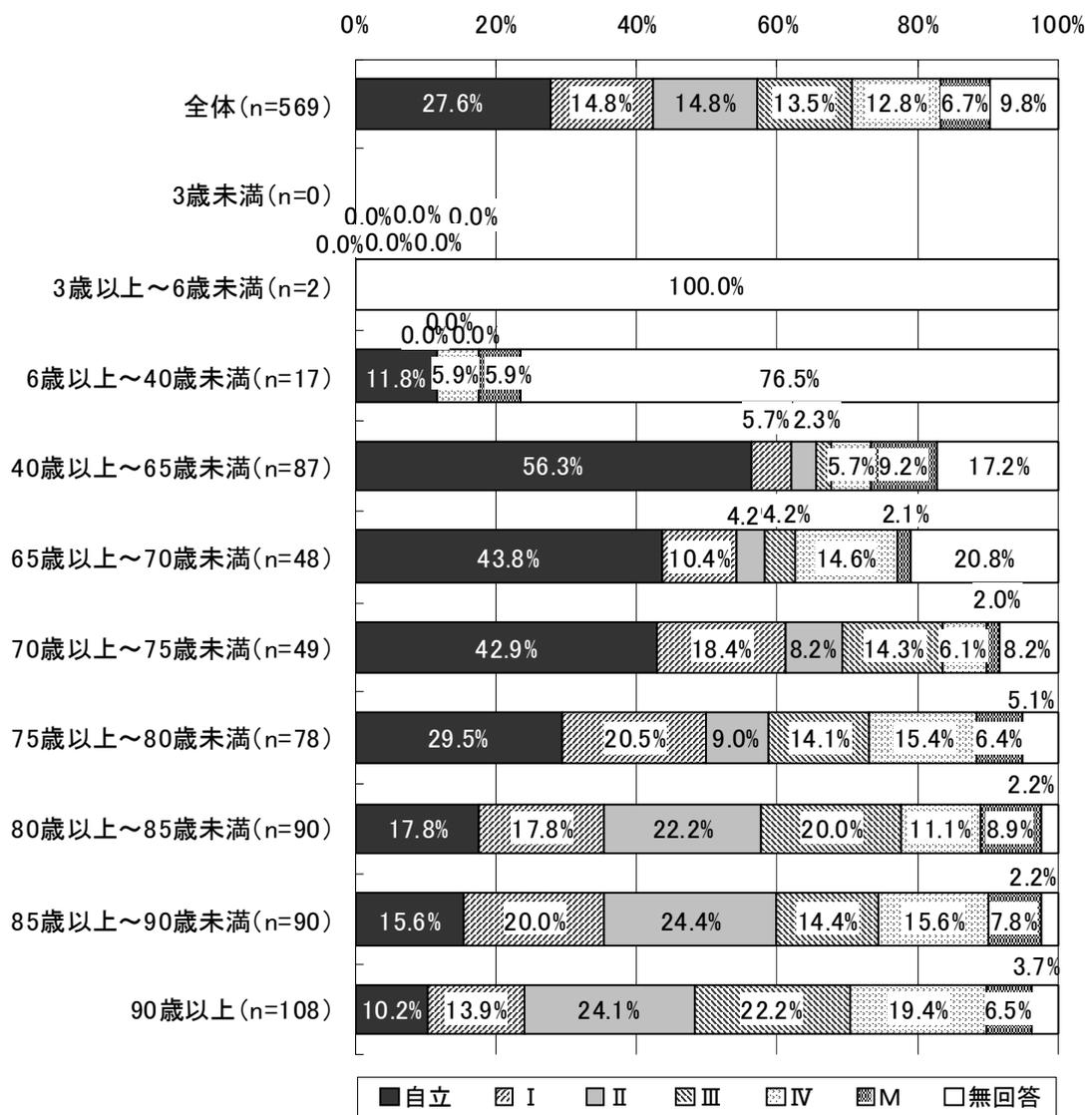
男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「自立」「I」の割合が高かった。女性は男性と比較して「II」「IV」「M」の割合が高かった。

図表 261 認知症高齢者の日常生活自立度 (男女別)



年齢階級別に認知症高齢者の日常生活自立度についてみると、40歳以上では年齢が高くなるにつれて「自立」の患者の割合が低くなった。80歳以上の患者では、日常生活自立度が「II」以上の患者の割合が高くなった。

図表 262 認知症高齢者の日常生活自立度（年齢階級別）

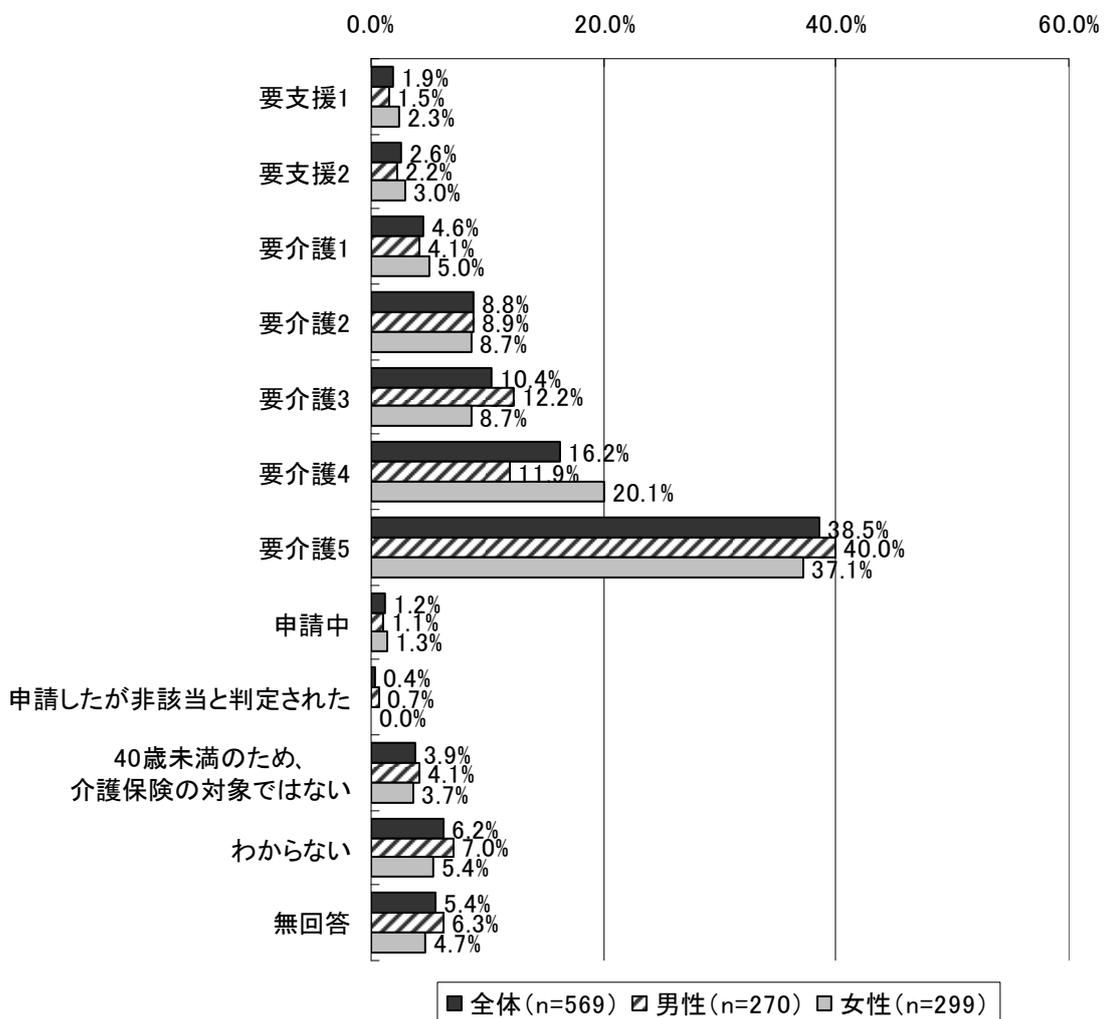


⑩要介護認定の状況

要介護認定の状況についてみると、全体では「要介護 5」(38.5%) が最も多く、次いで「要介護 4」(16.2%)、「要介護 3」(10.4%)、「要介護 2」(8.8%)、「要介護 1」(4.6%) であった。

男女別にみると、男性では、「要介護 5」(40.0%) が最も多く、次いで「要介護 3」(12.2%)、「要介護 4」(11.9%)、「要介護 2」(8.9%)、「要介護 1」(4.1%) であった。女性では、「要介護 5」(37.1%) が最も多く、次いで「要介護 4」(20.1%)、「要介護 2」「要介護 3」(それぞれ 8.7%)、「要介護 1」(5.0%) であった。

図表 263 要介護認定の状況（男女別）



(注) 「40歳未満のため、介護保険の対象ではない」の中には、介護保険の適用に該当しない40歳以上の患者も含まれている。

年齢階級別に要介護認定の状況についてみると、40歳以上で「要介護 5」の患者の割合が高くなった。特に「70歳以上 75歳未満」では約半数を占めた。

図表 264 要介護認定の状況（年齢階級別）

（上段：人 下段：％）

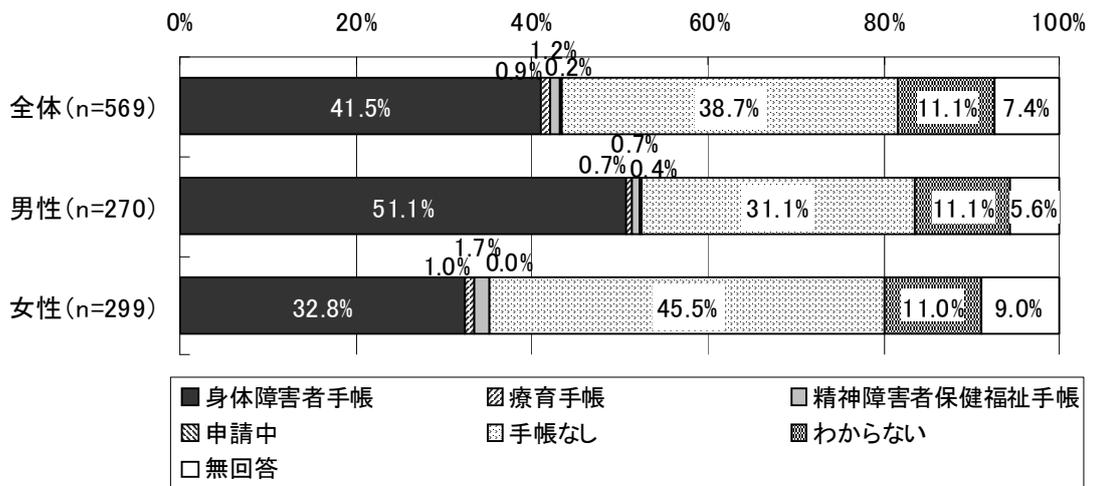
	全体	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4
全体	569	11	15	26	50	59	92
	100.0	1.9	2.6	4.6	8.8	10.4	16.2
3歳未満	0	0	0	0	0	0	0
	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
3歳以上 6歳未満	2	0	0	0	0	0	0
	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
6歳以上 40歳未満	17	0	0	0	0	0	0
	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
40歳以上65歳未満	87	1	0	1	1	4	4
	100.0	1.1	0.0	1.1	1.1	4.6	4.6
65歳以上70歳未満	48	2	2	0	5	3	9
	100.0	4.2	4.2	0.0	10.4	6.3	18.8
70歳以上75歳未満	49	3	1	0	5	4	6
	100.0	6.1	2.0	0.0	10.2	8.2	12.2
75歳以上80歳未満	78	1	5	4	6	13	14
	100.0	1.3	6.4	5.1	7.7	16.7	17.9
80歳以上85歳未満	90	3	2	4	8	13	15
	100.0	3.3	2.2	4.4	8.9	14.4	16.7
85歳以上90歳未満	90	0	2	7	10	12	24
	100.0	0.0	2.2	7.8	11.1	13.3	26.7
90歳以上	108	1	3	10	15	10	20
	100.0	0.9	2.8	9.3	13.9	9.3	18.5
	要介護5	申請中	申請したが非該当と判定された	40歳未満のため、介護保険の対象ではない	わからない	無回答	
全体	219	7	2	22	35	31	
	38.5	1.2	0.4	3.9	6.2	5.4	
3歳未満	0	0	0	0	0	0	
	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
3歳以上 6歳未満	0	0	0	0	0	2	
	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	
6歳以上 40歳未満	0	0	0	15	0	2	
	0.0	0.0	0.0	88.2	0.0	11.8	
40歳以上 65歳未満	34	1	1	6	15	19	
	39.1	1.1	1.1	6.9	17.2	21.8	
65歳以上 70歳未満	23	0	0	1	1	2	
	47.9	0.0	0.0	2.1	2.1	4.2	
70歳以上 75歳未満	24	2	1	0	1	2	
	49.0	4.1	2.0	0.0	2.0	4.1	
75歳以上 80歳未満	29	0	0	0	5	1	
	37.2	0.0	0.0	0.0	6.4	1.3	
80歳以上 85歳未満	38	2	0	0	5	0	
	42.2	2.2	0.0	0.0	5.6	0.0	
85歳以上 90歳未満	31	1	0	0	3	0	
	34.4	1.1	0.0	0.0	3.3	0.0	
90歳以上	40	1	0	0	5	3	
	37.0	0.9	0.0	0.0	4.6	2.8	

⑪障害者手帳などの種類

障害者手帳などの種類についてみると、全体では「身体障害者手帳」を持っている患者が41.5%であり、「手帳なし」の患者は38.7%であった。

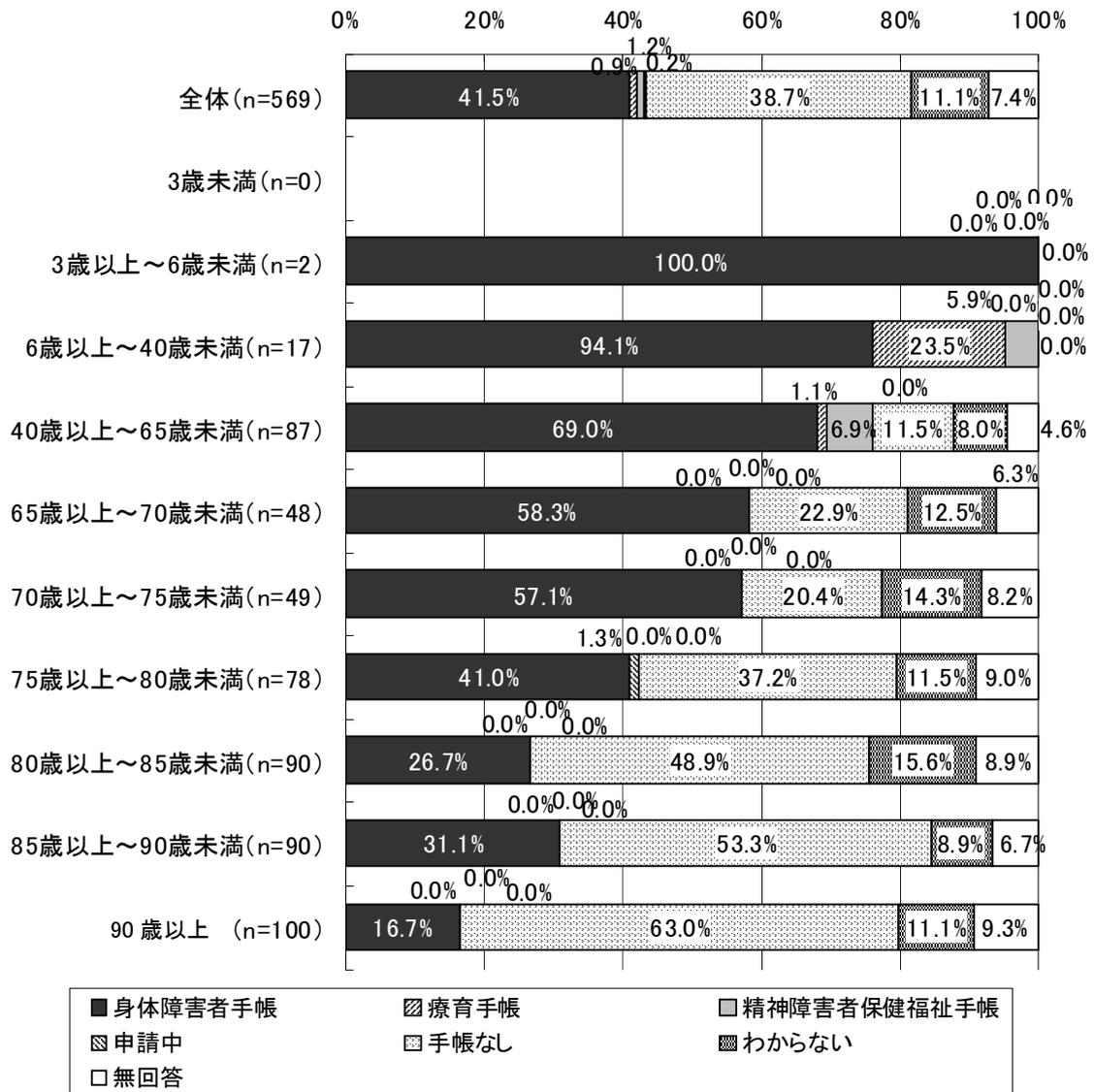
男女別にみると、「身体障害者手帳」を持っている患者は、男性が51.1%、女性が32.8%となっており、男性のほうが女性と比較して18.3ポイント高かった。「手帳なし」の患者は、男性が31.1%、女性が45.5%となっており、女性のほうが男性と比較して14.4ポイント高かった。

図表 265 障害者手帳などの種類（男女別）



年齢階級別に障害者手帳などの種類についてみると、3歳以上から75歳未満では半数以上の患者が「身体障害者手帳」を持っており、年齢階級が低いほど患者の割合は高くなった。「6歳以上～40歳未満」では「療育手帳」が23.5%であった。

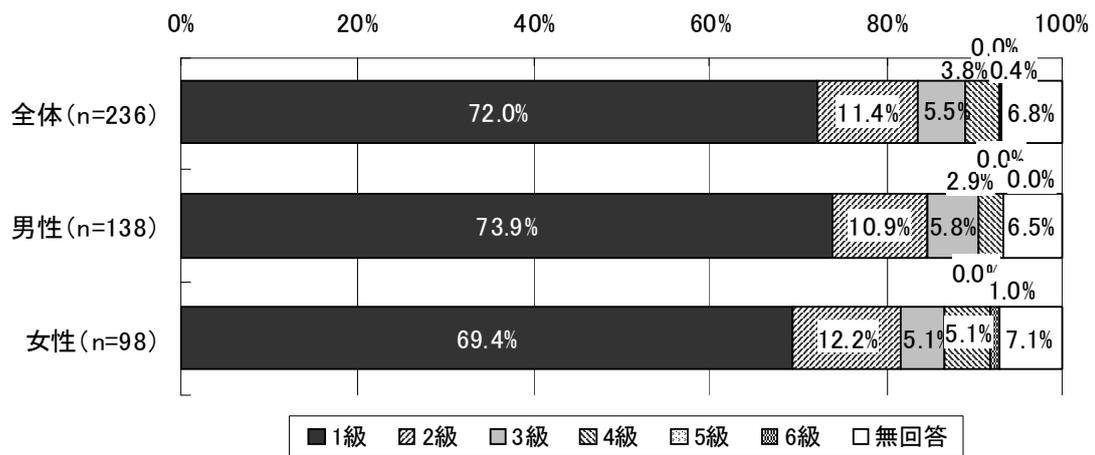
図表 266 障害者手帳などの種類（年齢階級別）



身体障害者手帳がある人についてその等級をみると、全体では「1級」(72.0%)が最も多く、次いで「2級」(11.4%)、「3級」(5.5%)、「4級」(3.8%)であった。

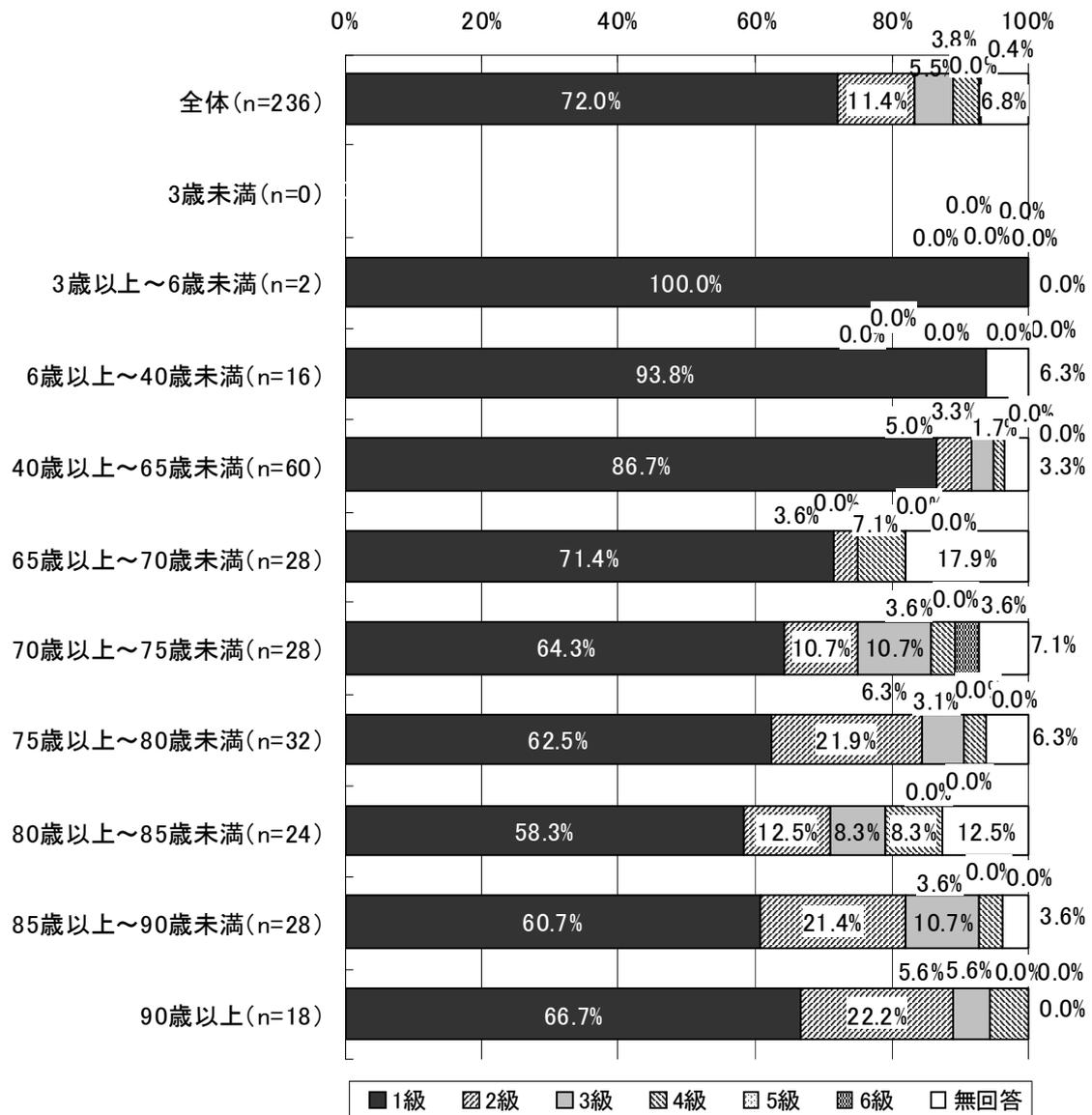
男女別にみると、男女ともに「1級」(男性が73.9%、女性が69.4%)が最も多く、次いで「2級」(10.9%、12.2%)となった。男性のほうが女性と比較して「1級」の割合が4.5ポイント高かった。

図表 267 身体障害者手帳の等級 (男女別、身体障害者手帳がある人)



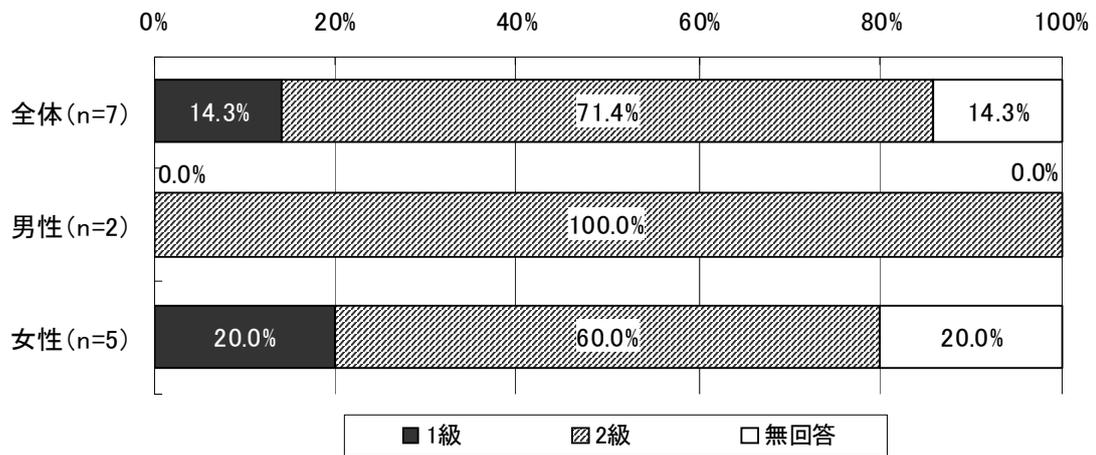
年齢階級別に身体障害者手帳の等級についてみると、3歳以上70歳未満の各年齢階級の患者の約7割以上が「1級」であり、年齢階級が低くなるほどその割合は高くなった。70歳以上の各年齢階級では6割前後の患者が「1級」であった。

図表 268 身体障害者手帳の等級（年齢階級別）



精神障害者保健福祉手帳を持っている人は7人であり、男性が2人、女性が5人であった。男性は「2級」が100.0%であり、女性は「2級」が60.0%、「1級」が20.0%であった。

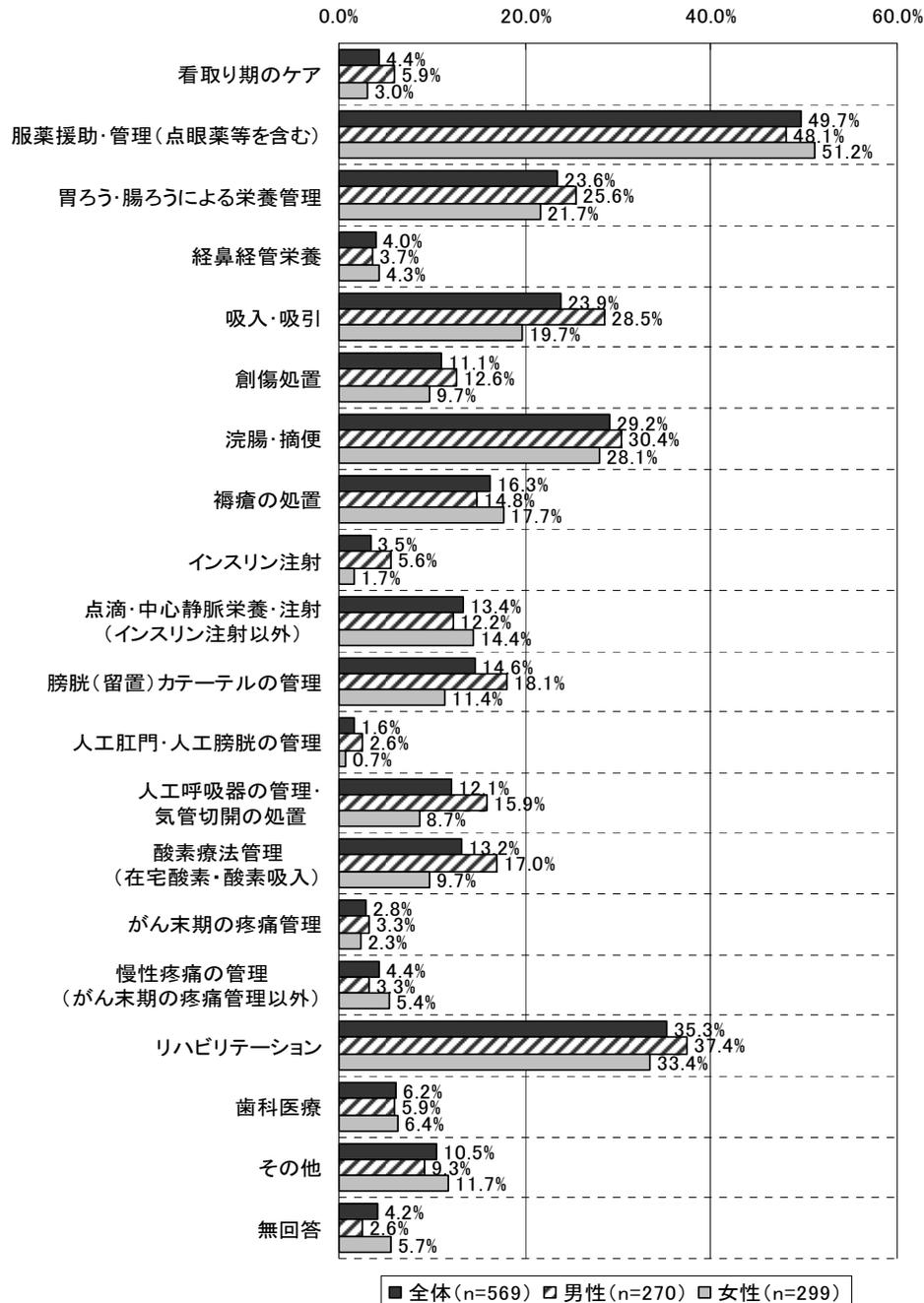
図表 269 精神障害者保健福祉手帳の等級（男女別）



⑫受けている医療

受けている医療についてみると、全体では「服薬援助・管理（点眼薬等を含む）」が49.7%で最も多く、次いで「リハビリテーション」（35.3%）、「浣腸・摘便」（29.2%）、「吸入・吸引」（23.9%）、「胃ろう・腸ろうによる栄養管理」（23.6%）であった。

図表 270 受けている医療（男女別、複数回答）



(注) 「その他」の内容として、「入浴介助、保清」（同旨を含め 23 件）、「訪問診療」（同旨を含め 18 件）、「状態観察」（同旨を含め 12 件）、「導尿」（同旨を含め 8 件）、「相談」（同旨を含め 8 件）等が挙げられた。

年齢階級別に受けている医療についてみると、6歳以上の各年齢階級において「服薬援助・管理（点眼薬等を含む）」が高い割合を占めた。特に「85歳以上90歳未満」（62.2%）、「6歳以上40歳未満」（58.8%）、「90歳以上」（54.6%）が他の年齢階級と比較して割合が高かった。また、3歳以上75歳未満の各年齢階級では、「リハビリテーション」が4割以上を占めた。「6歳以上40歳未満」では、「胃ろう・腸ろうによる栄養管理」（47.1%）、「経鼻経管栄養」（23.5%）、「吸入・吸引」（52.9%）、「創傷処置」（23.5%）、「膀胱（留置）カテーテルの管理」（29.4%）、「人工呼吸器の管理・気管切開の処置」（47.1%）、「酸素療法管理（在宅酸素・酸素吸入）」（41.2%）が他の年齢階級と比較して割合が高かった。

図表 271 受けている医療（年齢階級別、複数回答）

（上段：人、下段：％）

	合計	看取り期のケア	服薬援助・管理（点眼薬等を含む）	胃ろう・腸ろうによる栄養管理	経鼻経管栄養	吸入・吸引	創傷処置	洗腸・排便	褥瘡の処置	インスリン注射	点滴・中心静脈栄養・注射（インスリン注射以外）
全体	569	25	283	134	23	136	63	166	93	20	76
	100.0	4.4	49.7	23.6	4.0	23.9	11.1	29.2	16.3	3.5	13.4
3歳未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
3歳以上6歳未満	2	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0
	100.0	0.0	0.0	50.0	50.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
6歳以上40歳未満	17	0	10	8	4	9	4	6	1	0	0
	100.0	0.0	58.8	47.1	23.5	52.9	23.5	35.3	5.9	0.0	0.0
40歳以上	87	0	43	28	4	25	9	33	10	0	8
65歳未満	100.0	0.0	49.4	32.2	4.6	28.7	10.3	37.9	11.5	0.0	9.2
65歳以上	48	3	18	14	3	18	6	22	8	3	5
70歳未満	100.0	6.3	37.5	29.2	6.3	37.5	12.5	45.8	16.7	6.3	10.4
70歳以上	49	5	22	12	0	16	8	17	7	3	7
75歳未満	100.0	10.2	44.9	24.5	0.0	32.7	16.3	34.7	14.3	6.1	14.3
75歳以上	78	2	31	19	2	15	7	14	10	2	7
80歳未満	100.0	2.6	39.7	24.4	2.6	19.2	9.0	17.9	12.8	2.6	9.0
80歳以上	90	6	44	20	4	18	11	21	16	6	14
85歳未満	100.0	6.7	48.9	22.2	4.4	20.0	12.2	23.3	17.8	6.7	15.6
85歳以上	90	5	56	12	1	15	8	22	19	5	13
90歳未満	100.0	5.6	62.2	13.3	1.1	16.7	8.9	24.4	21.1	5.6	14.4
90歳以上	108	4	59	20	4	18	10	31	22	1	22
	100.0	3.7	54.6	18.5	3.7	16.7	9.3	28.7	20.4	0.9	20.4

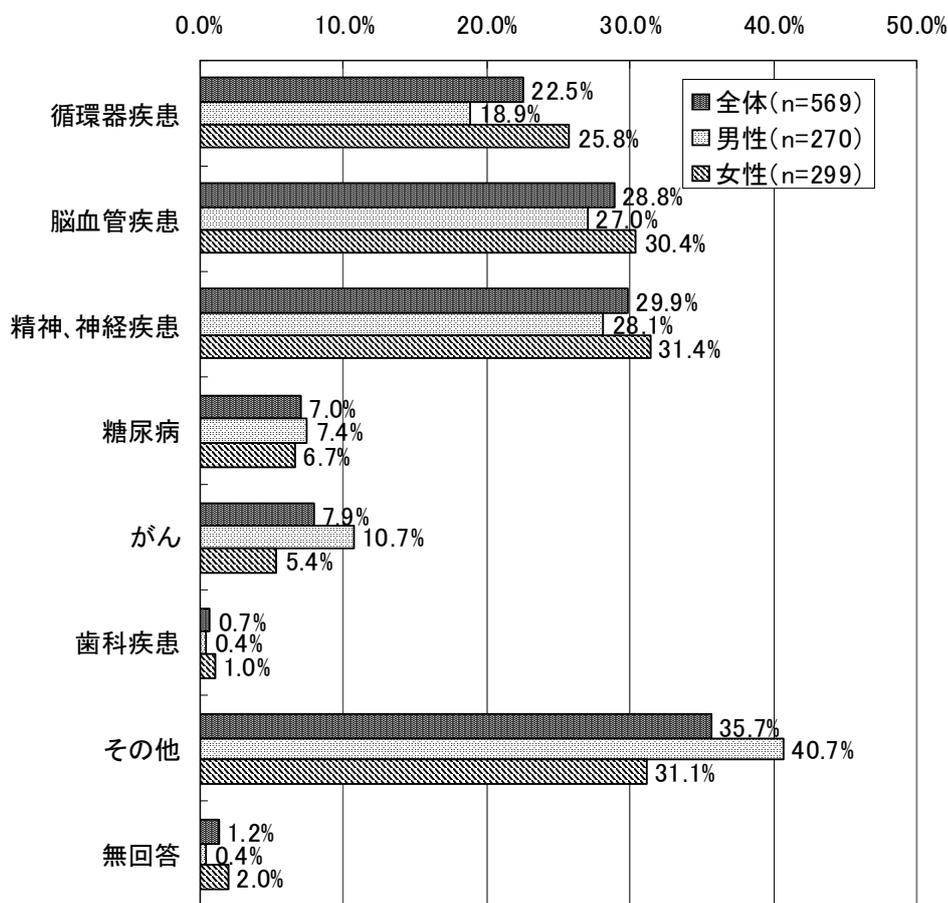
	膀胱（留置）カテーテルの管理	人工肛門・人工膀胱の管理	人工呼吸器の管理・気管切開の処置	酸素療法管理（在宅酸素・酸素吸入）	がん末期の疼痛管理	慢性疼痛の管理（がん末期の疼痛管理以外）	リハビリテーション	歯科医療	その他	無回答
全体	83	9	69	75	16	25	201	35	60	24
	14.6	1.6	12.1	13.2	2.8	4.4	35.3	6.2	10.5	4.2
3歳未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
3歳以上6歳未満	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0
	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0
6歳以上40歳未満	5	0	8	7	0	1	7	1	4	0
	29.4	0.0	47.1	41.2	0.0	5.9	41.2	5.9	23.5	0.0
40歳以上	17	0	27	12	2	4	40	6	9	2
65歳未満	19.5	0.0	31.0	13.8	2.3	4.6	46.0	6.9	10.3	2.3
65歳以上	7	2	9	2	4	2	23	6	6	7
70歳未満	14.6	4.2	18.8	4.2	8.3	4.2	47.9	12.5	12.5	14.6
70歳以上	6	2	7	7	1	1	20	5	3	0
75歳未満	12.2	4.1	14.3	14.3	2.0	2.0	40.8	10.2	6.1	0.0
75歳以上	9	2	7	10	2	3	24	8	8	3
80歳未満	11.5	2.6	9.0	12.8	2.6	3.8	30.8	10.3	10.3	3.8
80歳以上	16	2	4	14	3	6	31	5	9	2
85歳未満	17.8	2.2	4.4	15.6	3.3	6.7	34.4	5.6	10.0	2.2
85歳以上	14	1	5	15	3	4	30	1	5	2
90歳未満	15.6	1.1	5.6	16.7	3.3	4.4	33.3	1.1	5.6	2.2
90歳以上	9	0	2	6	1	4	24	3	16	8
	8.3	0.0	1.9	5.6	0.9	3.7	22.2	2.8	14.8	7.4

⑬現在在宅医療を続けている原因の病名（指示書にある傷病名）

現在在宅医療を続けている原因の病名（指示書にある傷病名）についてみると、全体では「精神、神経疾患」が29.9%で最も多く、次いで「脳血管疾患」（28.8%）、「循環器疾患」（22.5%）であった。

男女別にみると、女性のほうが男性と比較して「循環器疾患」が6.9ポイント、「脳血管疾患」が3.4ポイント、「精神、神経疾患」が3.3ポイント高かった。

図表 272 現在在宅医療を続けている原因の病名（指示書にある傷病名）
（男女別、複数回答）



(注)「その他」の内容として、「脊髄損傷」（34件）、「筋萎縮性側索硬化症」（23件）、「呼吸不全」（22件）、「慢性閉塞性肺疾患」（18件）、「肺気腫」（12件）等が挙げられた。

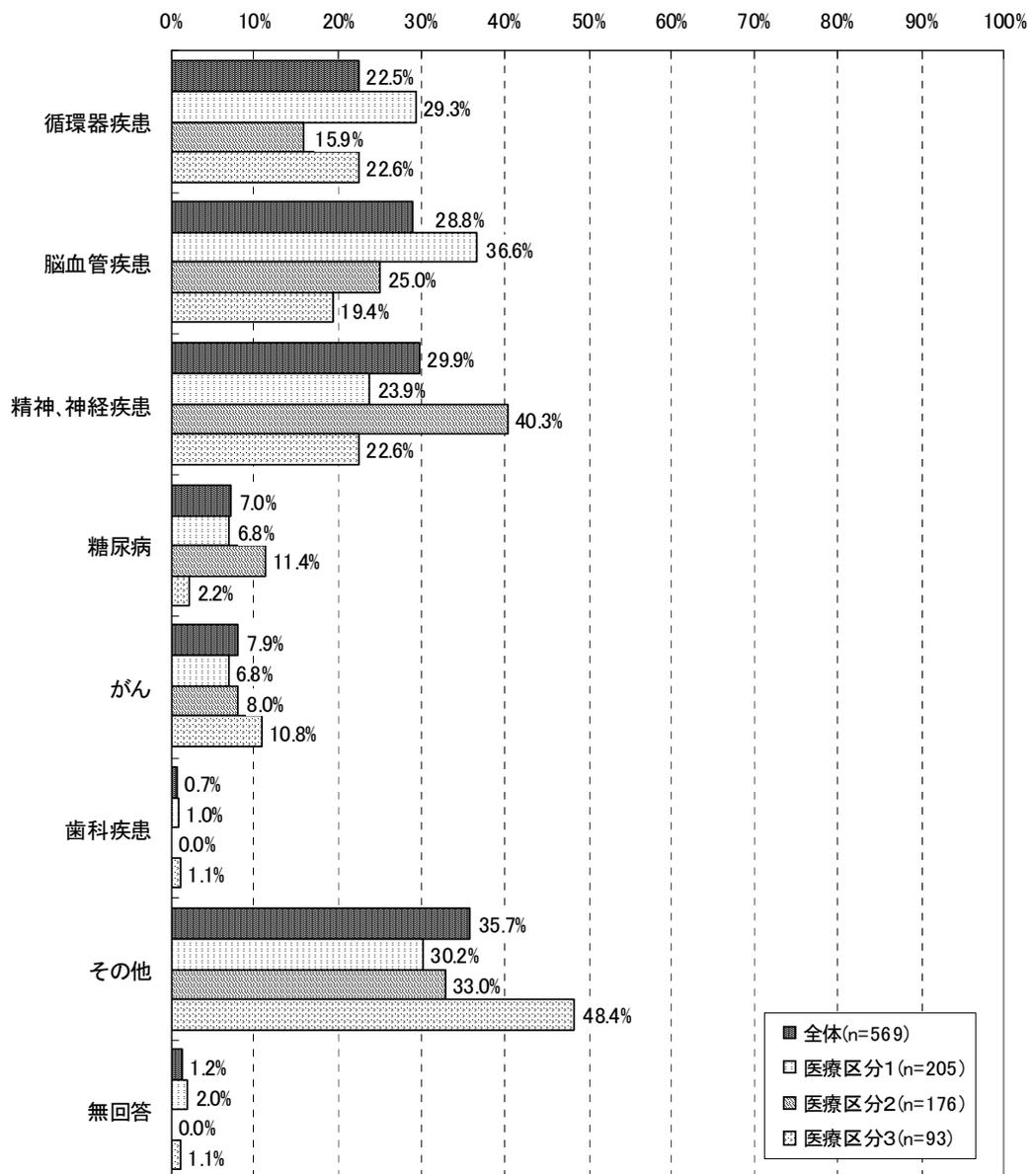
年齢階級別に現在在宅医療を続けている原因の病名（指示書にある傷病名）についてみると、年齢階級が高くなるにつれ「循環器疾患」の割合が高くなり、「90歳以上」では約半数を占めた。75歳以上では、「脳血管疾患」の割合も高く、3割以上を占めた。「70歳以上～75歳未満」では「精神・神経疾患」（44.9%）の割合が他の年齢階級と比較して高かった

図表 273 現在在宅医療を続けている原因の病名（指示書にある傷病名）
（年齢階級別、複数回答）

	総数	循環器疾患	脳血管疾患	精神、神経疾患	糖尿病	がん	歯科疾患	その他	無回答
全体	569 100.0%	128 22.5%	164 28.8%	170 29.9%	40 7.0%	45 7.9%	4 0.7%	203 35.7%	7 1.2%
3歳未満	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
3歳以上～6歳未満	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%	0 0.0%
6歳以上～40歳未満	17 100.0%	1 5.9%	0 0.0%	5 29.4%	0 0.0%	2 11.8%	0 0.0%	10 58.8%	0 0.0%
40歳以上～65歳未満	87 100.0%	7 8.0%	13 14.9%	30 34.5%	2 2.3%	4 4.6%	0 0.0%	44 50.6%	0 0.0%
65歳以上～70歳未満	48 100.0%	3 6.3%	12 25.0%	16 33.3%	2 4.2%	4 8.3%	0 0.0%	15 31.3%	3 6.3%
70歳以上～75歳未満	49 100.0%	7 14.3%	11 22.4%	22 44.9%	5 10.2%	8 16.3%	1 2.0%	12 24.5%	0 0.0%
75歳以上～80歳未満	78 100.0%	15 19.2%	25 32.1%	21 26.9%	4 5.1%	9 11.5%	2 2.6%	21 26.9%	0 0.0%
80歳以上～85歳未満	90 100.0%	19 21.1%	32 35.6%	31 34.4%	11 12.2%	7 7.8%	0 0.0%	32 35.6%	0 0.0%
85歳以上～90歳未満	90 100.0%	24 26.7%	33 36.7%	20 22.2%	10 11.1%	4 4.4%	0 0.0%	35 38.9%	1 1.1%
90歳以上	108 100.0%	52 48.1%	38 35.2%	25 23.1%	6 5.6%	7 6.5%	1 0.9%	32 29.6%	3 2.8%

医療区分別に現在在宅医療を続けている原因の病名（指示書にある傷病名）についてみると、医療区分1では、「脳血管疾患」が36.6%で最も多く、次いで「循環器疾患」（29.3%）、「精神、神経疾患」（23.9%）となった。医療区分2では、「精神、神経疾患」が40.3%で最も多く、次いで「脳血管疾患」（25.0%）、「循環器疾患」（15.9%）、「糖尿病」（11.4%）となった。医療区分3では、「循環器疾患」「精神、神経疾患」がそれぞれ22.6%で最も多く、次いで「脳血管疾患」（19.4%）、「がん」（10.8%）であった。

図表 274 現在在宅医療を続けている原因の病名（指示書にある傷病名）
（医療区分別、複数回答）

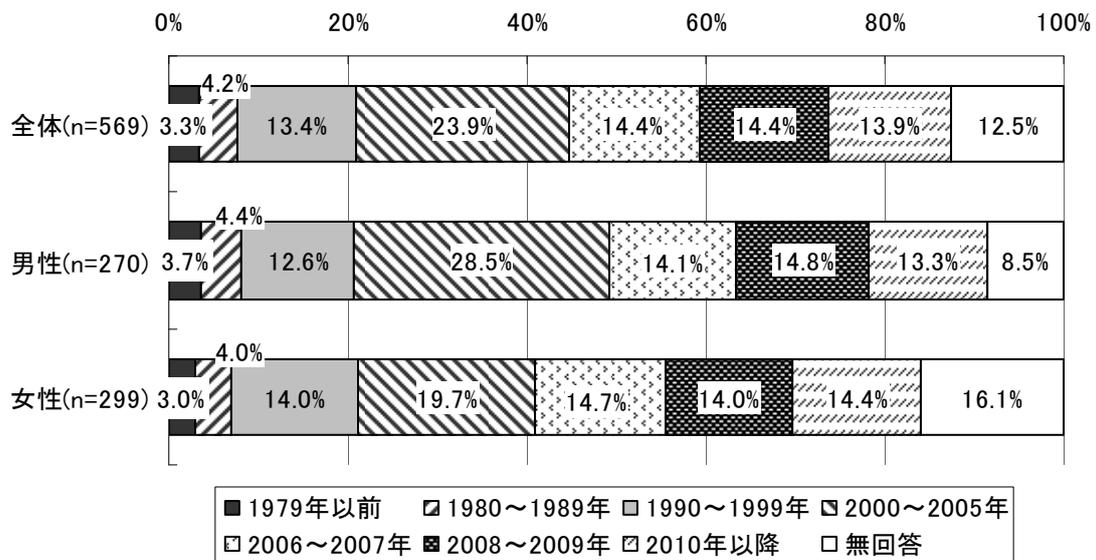


⑭在宅医療を続けている原因の病気が発症した時期

在宅医療を続けている原因の病気が発症した時期についてみると、全体では「2000～2005年」が23.9%で最も多く、次いで「2006～2007年」「2008～2009年」（それぞれ14.4%）、「2010年以降」（13.9%）、「1990～1999年」（13.4%）であった。

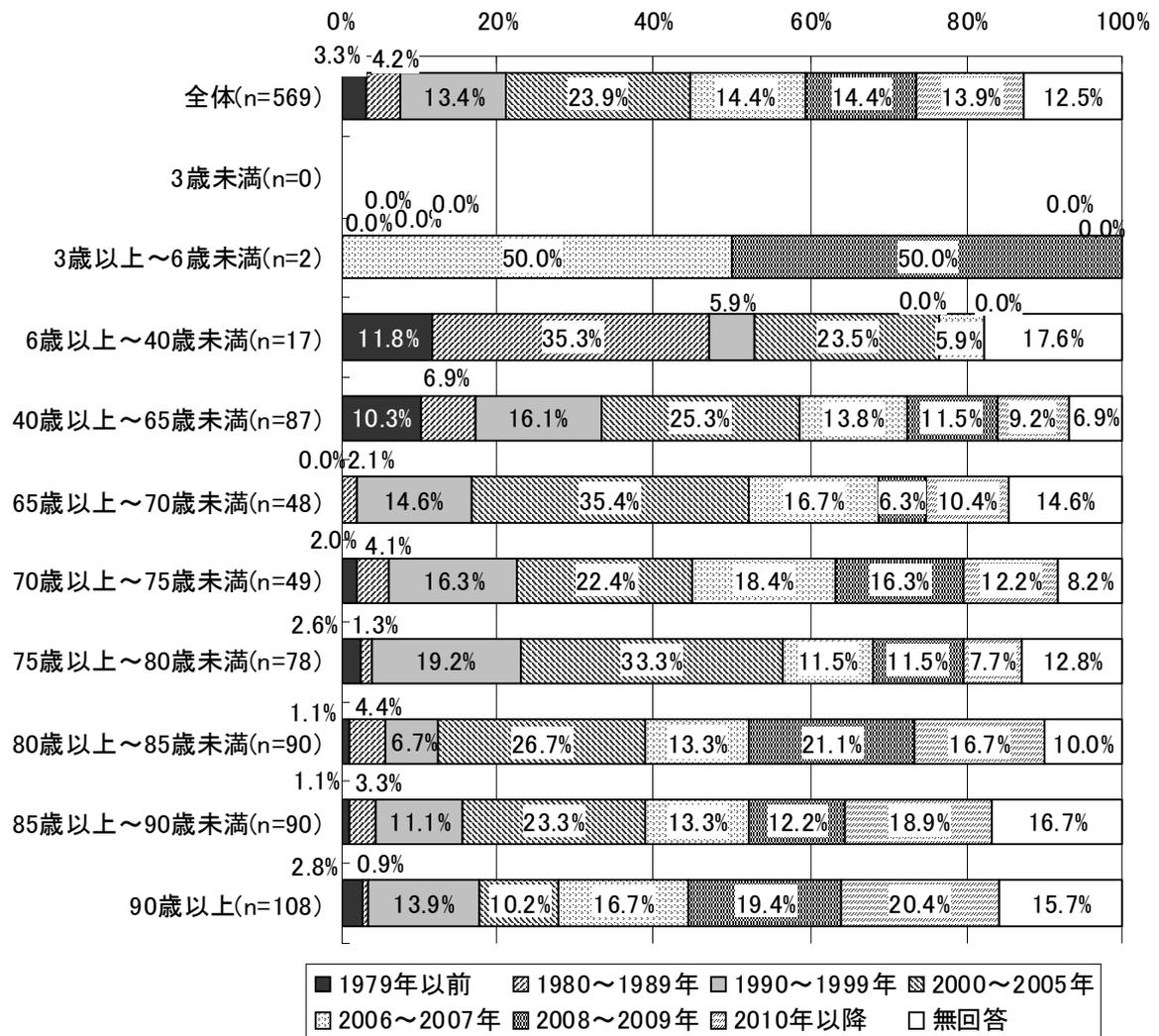
男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「2000～2005年」が8.8ポイント高いが、女性では男性と比較して無回答が多いことにも留意する必要がある。

図表 275 在宅医療を続けている原因の病気が発症した時期（男女別）



年齢階級別に在宅医療を続けている原因の病気が発症した時期についてみると、「6歳以上～40歳未満」と「40歳以上～65歳未満」の年齢階級で「1979年以前」（それぞれ11.8%、10.3%）が他の年齢階級と比較して高かった。80歳以上の各年齢階級では、2000年以降に発症した割合が他の年齢階級と比較して高かった。

図表 276 在宅医療を続けている原因の病気が発症した時期（年齢階級別）

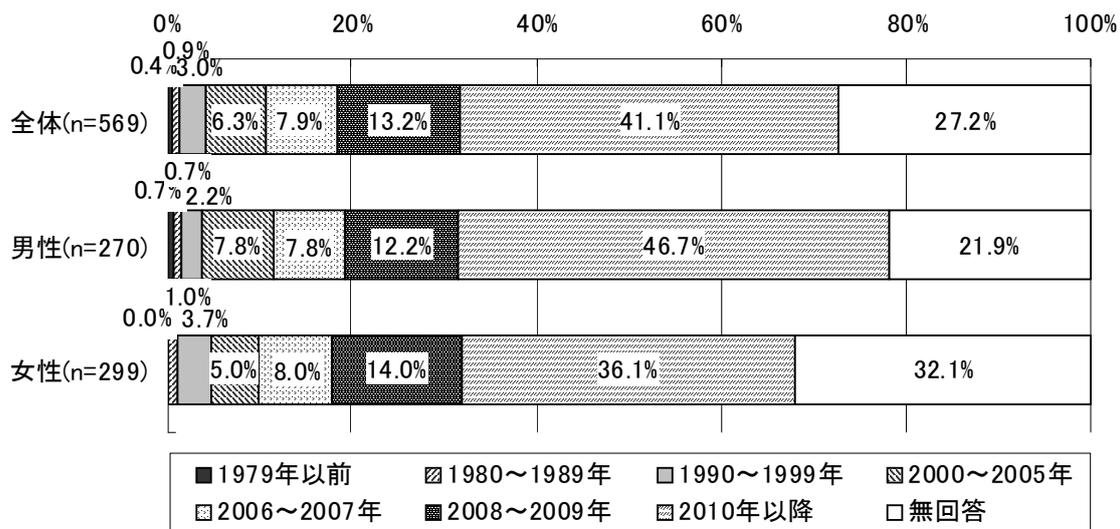


⑮在宅医療を続けている原因の病気で入院した時期（直近）

直近で在宅医療を続けている原因の病気で入院した時期についてみると、全体では「2010年以降」（41.1%）が最も多くなった。ただし、無回答が多かった点に留意する必要がある。

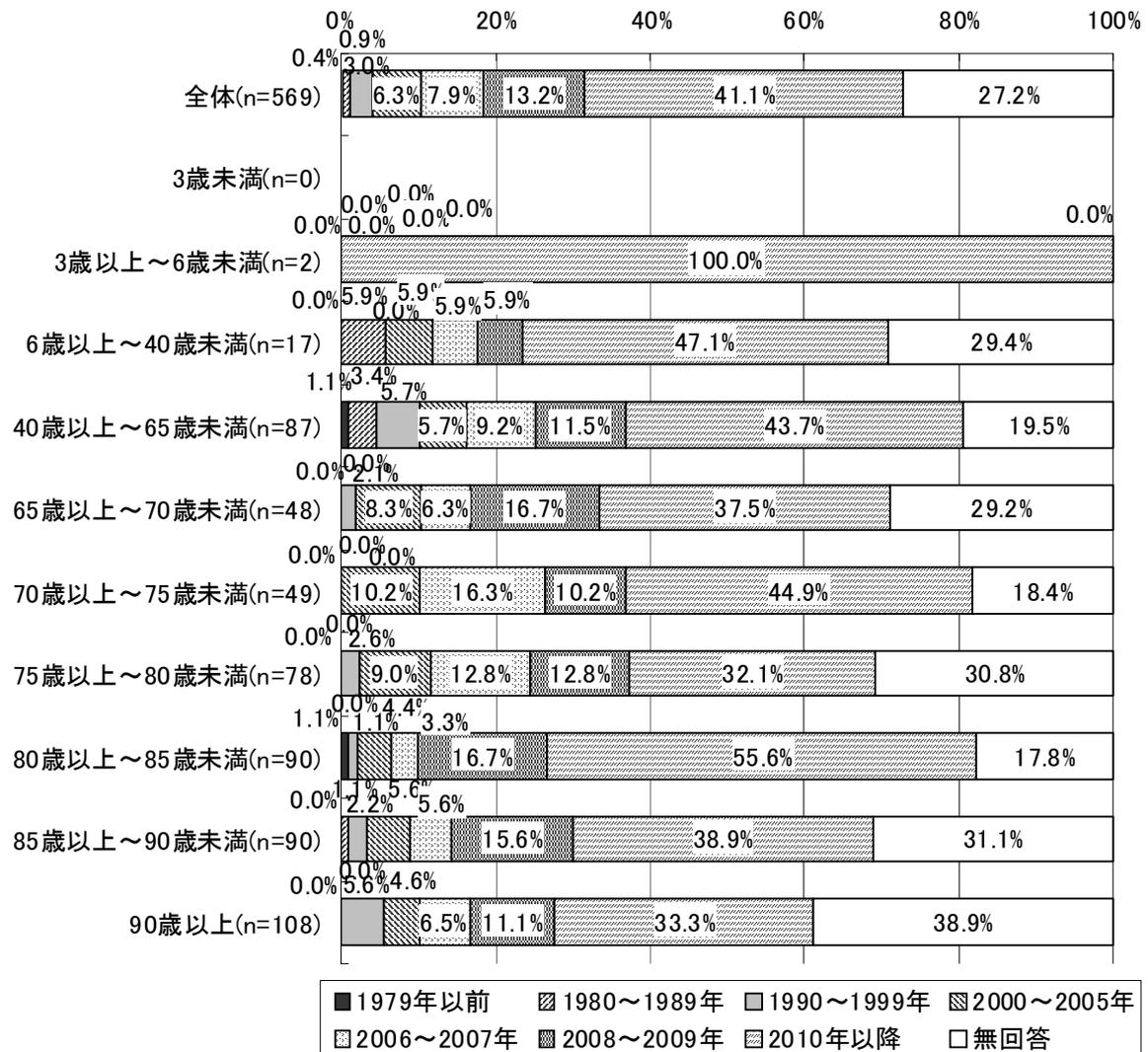
男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「2010年以降」の割合が10.6ポイント高いが、女性では男性よりも無回答の割合が高くなっている点にも留意する必要がある。

図表 277 在宅医療を続けている原因の病気で入院した時期（直近、男女別）



年齢階級別に、直近で在宅医療を続けている原因の病気で入院した時期についてみると、全ての年齢階級で「2010年以降」が最も多くなった。特に「80歳以上～85歳未満」(55.6%)では、他の年齢階級と比較してその割合が高かった。

図表 278 在宅医療を続けている原因の病気で入院した時期（直近、年齢階級別）

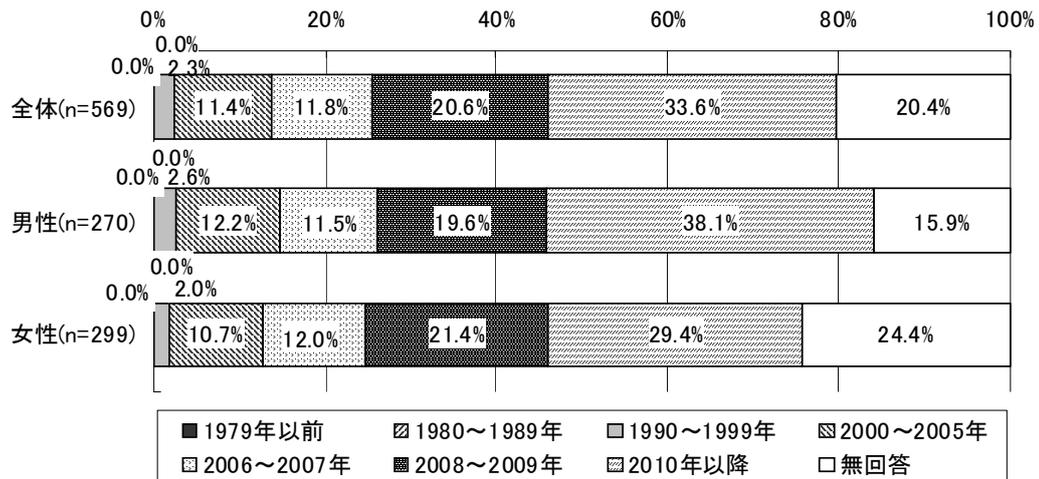


⑩往診を開始した時期

往診を開始した時期についてみると、全体では「2010年以降」が33.6%で最も多く、次いで「2008～2009年」（20.6%）、「2006～2007年」（11.8%）となった。

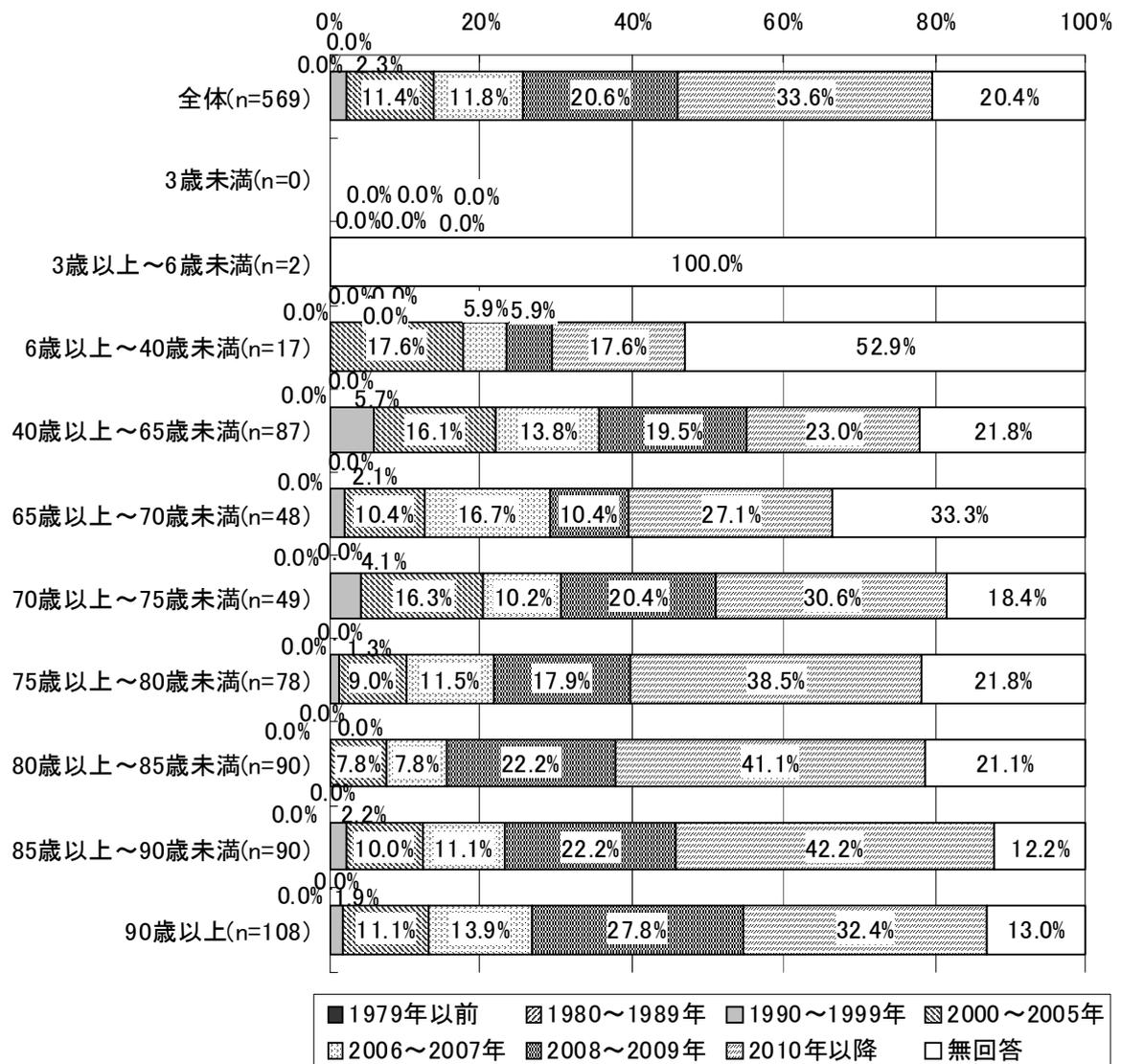
男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「2010年以降」の割合が8.7ポイント高いが、女性では男性よりも無回答の割合が高くなっている点にも留意する必要がある。

図表 279 往診を開始した時期（男女別）



年齢階級別に往診を開始した時期についてみると、40歳以上の各年齢階級では「2010年以降」が最も多かった。「6歳以上～40歳未満」では、「2000～2005年」「2010年以降」がそれぞれ17.6%で最も多かった。

図表 280 往診を開始した時期（年齢階級別）

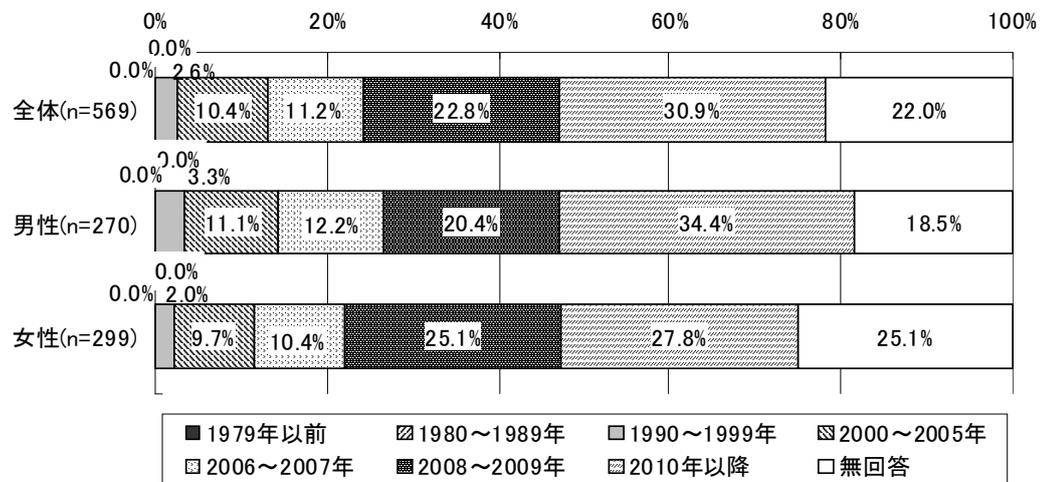


⑰訪問看護を開始した時期

訪問看護を開始した時期についてみると、全体では「2010年以降」が30.9%で最も多く、次いで「2008～2009年」(22.8%)、「2006～2007年」(11.2%)となった。2000年以降が7割以上を占めた。男女別にみても同じ傾向であった。

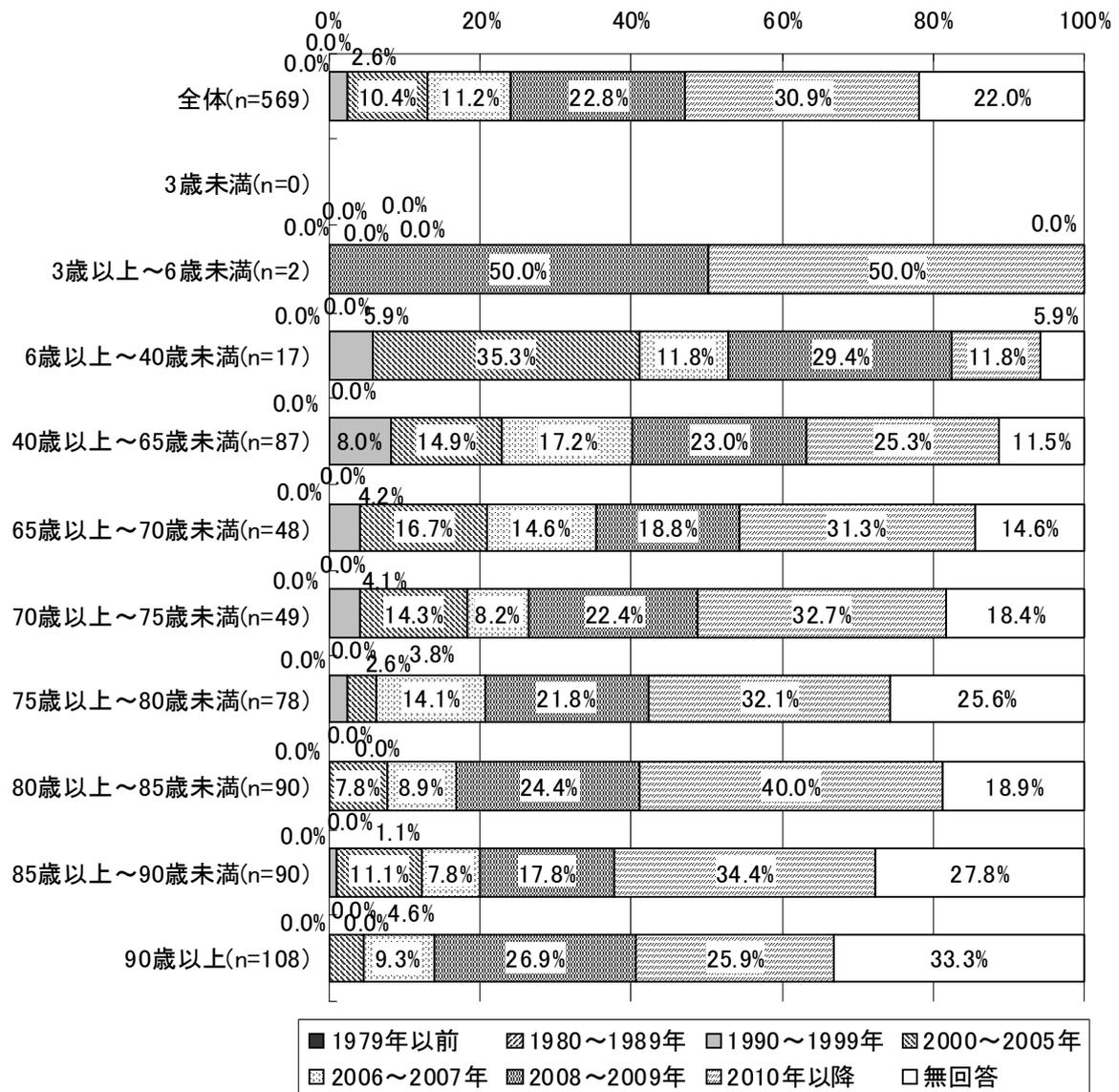
男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「2010年以降」の割合が6.6ポイント高いが、女性では男性よりも無回答の割合が高くなっている点にも留意する必要がある。一方、女性では男性と比較して「2008～2009年」の割合が4.7ポイント高かった。

図表 281 訪問看護を開始した時期（男女別）



年齢階級別に訪問看護を開始した時期についてみると、「6歳以上～40歳未満」では「2000～2005年」が35.3%で最も多く、他の年齢階級と比較しても高かった。40歳以上90歳未満の各年齢階級では、「2010年以降」が最も多かった。「90歳以上」では、「2008～2009年」が26.9%で最も多く、次いで「2010年以降」（25.9%）となった。

図表 282 訪問看護を開始した時期（年齢階級別）

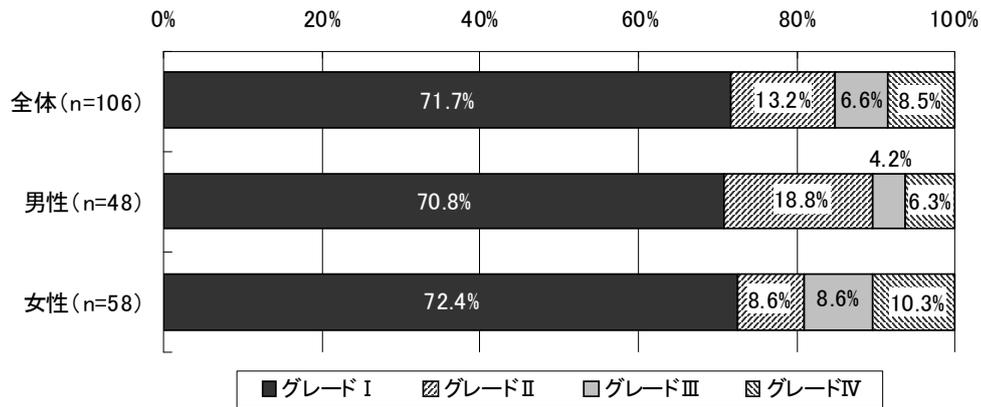


⑱褥瘡の状態（NPUAP 分類）

褥瘡の状態についてみると、全体では「グレードⅠ」が 71.7%で最も多く、次いで「グレードⅡ」（13.2%）、「グレードⅣ」（8.5%）、「グレードⅢ」（6.6%）となった。

男女別にみると、男女ともに「グレードⅠ」が 7 割以上を占めた。男性では、女性と比較して「グレードⅡ」が 10.2 ポイント高く、女性では、男性と比較して「グレードⅢ」が 4.4 ポイント、「グレードⅣ」が 4.0 ポイント高かった。

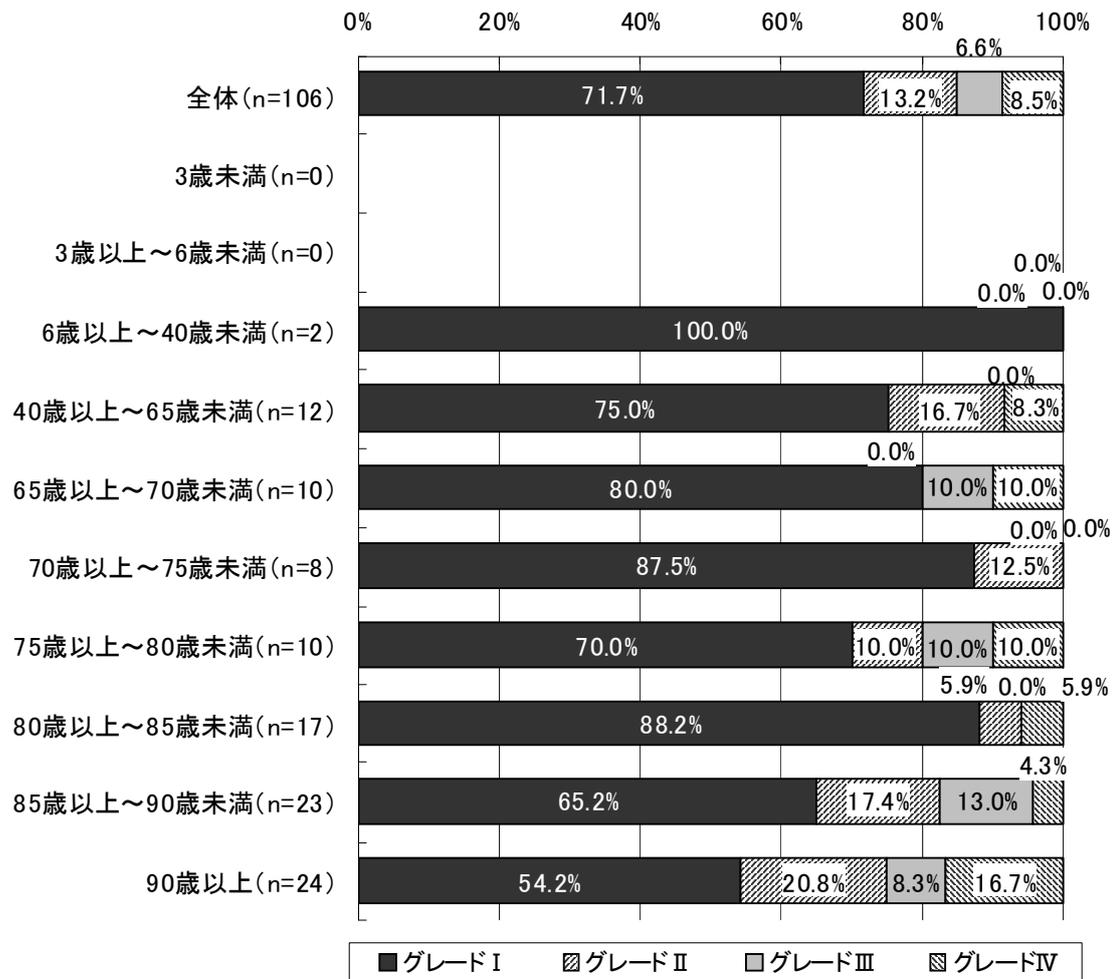
図表 283 褥瘡の状態（NPUAP 分類）（男女別、回答があった者のみ）



(注) 無回答を除いた 106 件を集計対象とした。

年齢階級別に褥瘡の状態についてみると、「85歳～90歳未満」「90歳以上」では他の年齢階級と比較して「グレードⅡ」以上の割合が高かった。特に「90歳以上」では「グレードⅣ」の割合が他の各年齢階級と比較して高かった。

図表 284 褥瘡の状態（NPUP分類）（年齢階級別、回答があった者のみ）



(注) 無回答を除いた 106 件を集計対象とした。

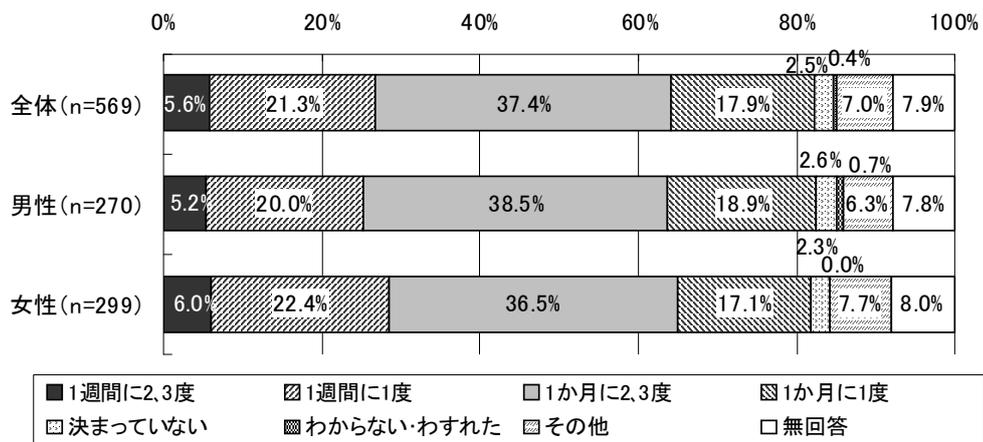
(2) 医師の訪問診療について

① 医師の訪問頻度

医師の訪問頻度についてみると、全体では「1か月に2、3度」が37.4%で最も多く、次いで「1週間に1度」(21.3%)、「1か月に1度」(17.9%)となった。

男女別にみても同様の傾向がみられた。

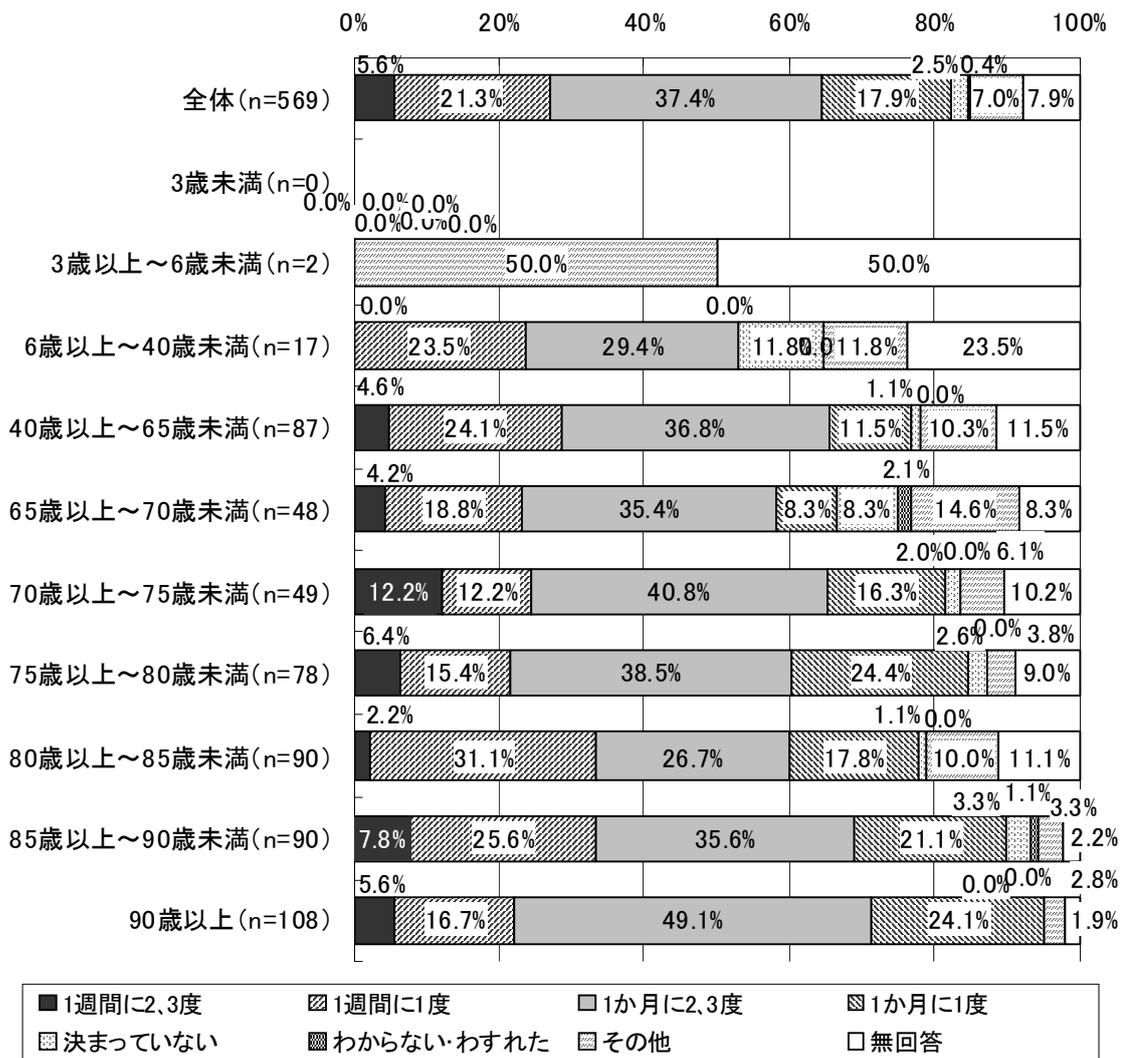
図表 285 医師の訪問頻度 (男女別)



(注) 「その他」の内容として、「通院している」(同旨を含め 40 件)、「訪問はない」(同旨を含め 23 件)、「2週間に1度」(同旨を含め 20 件)、「体調が悪い時など必要時に」(同旨を含め 11 件)等が挙げられた。

年齢階級別に医師の訪問頻度についてみると、6歳以上の「80歳以上～85歳未満」を除く各年齢階級で「1か月に2、3度」が最も多かった。特に「90歳以上」では、「1か月に2、3度」が半数近くを占めた。「80歳以上～85歳未満」では、「1週間に1度」が31.1%で最も多く、次いで「1か月に2、3度」(26.7%)となった。

図表 286 医師の訪問頻度（年齢階級別）

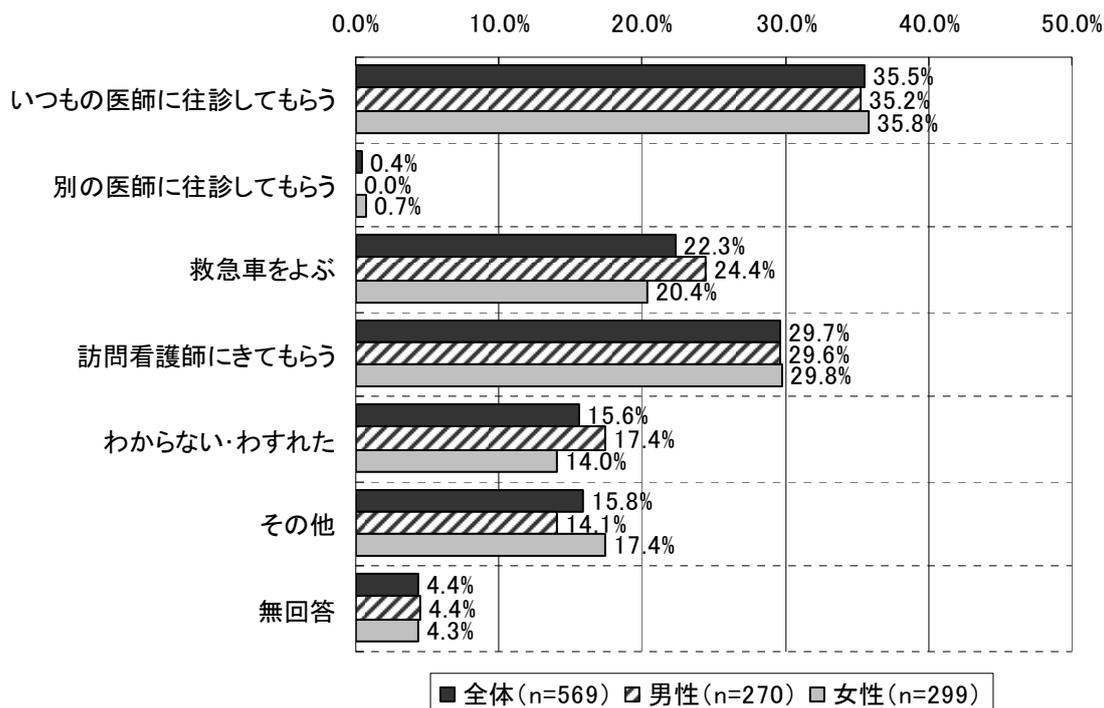


②夜間や休日に具合が悪くなった時の対応

夜間や休日に具合が悪くなった時の対応についてみると、全体では「いつもの医師に往診してもらう」が35.5%で最も多く、次いで「訪問看護師にきてもらう」(29.7%)、「救急車をよぶ」(22.3%)となった。

男女別にみても同じ傾向であった。

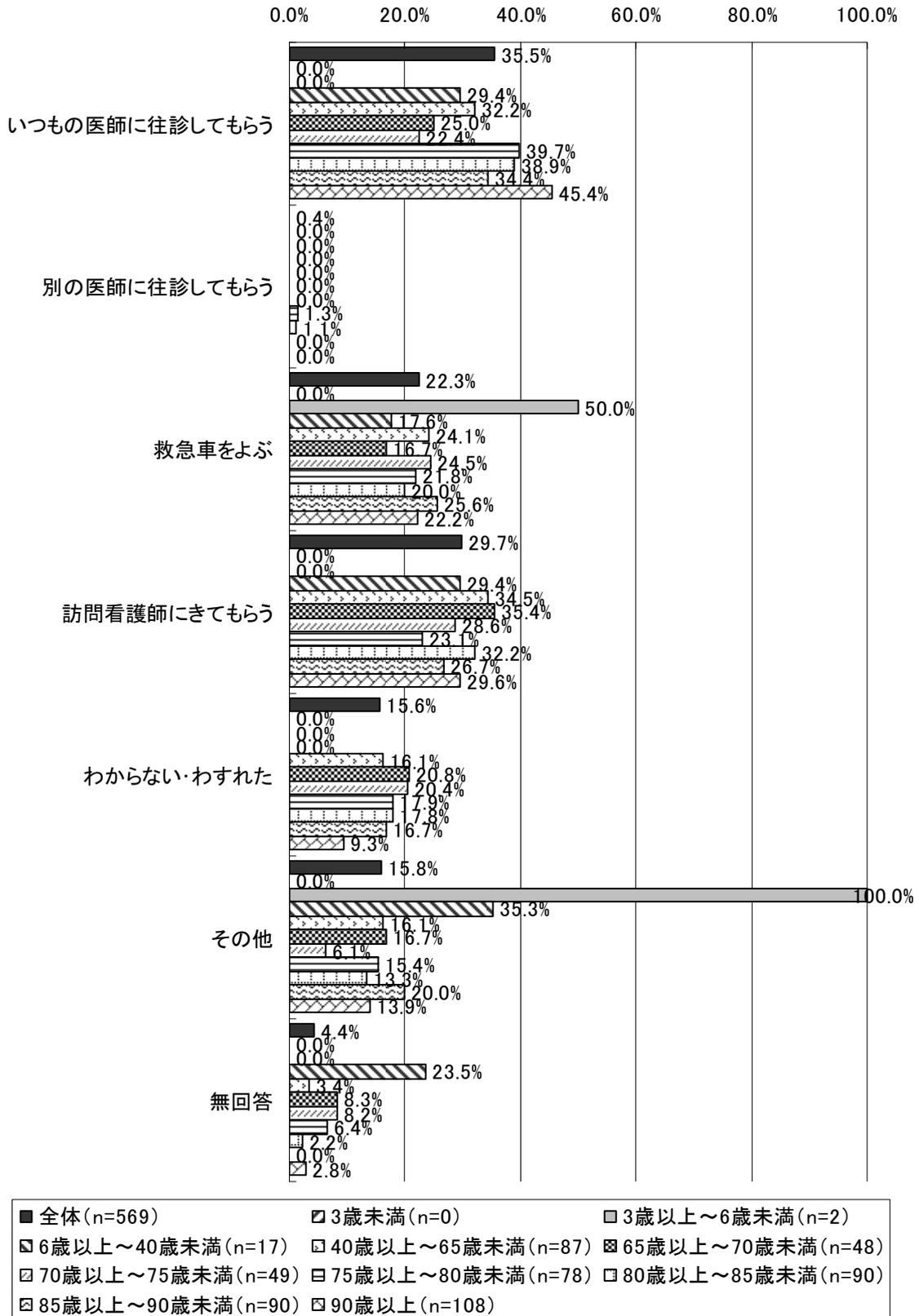
図表 287 夜間や休日に具合が悪くなった時の対応（複数回答、男女別）



(注) 「その他」の内容として、「病院・医師・看護師などに連絡して指示を仰ぐ」(同旨を含め 69 件)、「病院へ連れて行く」(同旨を含め 24 件)、「老人ホームに任せている」(同旨を含め 3 件)等が挙げられた。

年齢階級別に夜間や休日に具合が悪くなった時の対応についてみると、「6歳以上～40歳未満」では、「いつもの医師に往診してもらう」「訪問看護師にきてもらう」(それぞれ 29.4%)が最も多かった。40歳以上75歳未満の各年齢階級では、「いつもの医師に往診してもらう」よりも「訪問看護師にきてもらう」と回答した患者の割合が高かった。一方、75歳以上では、「訪問看護師にきてもらう」よりも「いつもの医師に往診してもらう」と回答した患者の割合が高かった。「90歳以上」では、「いつもの医師に往診してもらう」が45.4%で最も多く、他の年齢階級と比較して割合が高かった。

図表 288 夜間や休日に具合が悪くなった時の対応（複数回答、年齢階級別）

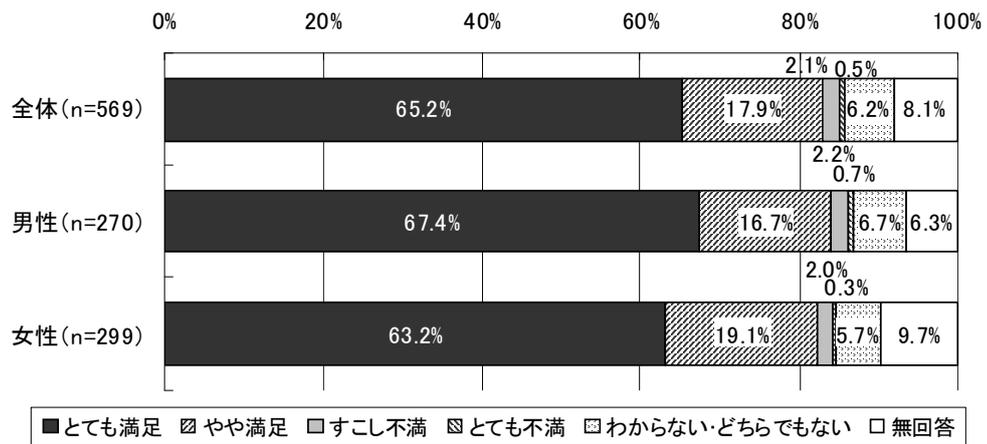


③医師が自宅に訪問してくれることに対する満足度

医師が自宅に訪問してくれることに対する満足度についてみると、全体では「とても満足」が65.2%で最も多く、「やや満足」(17.9%)と合わせると8割を超えた。

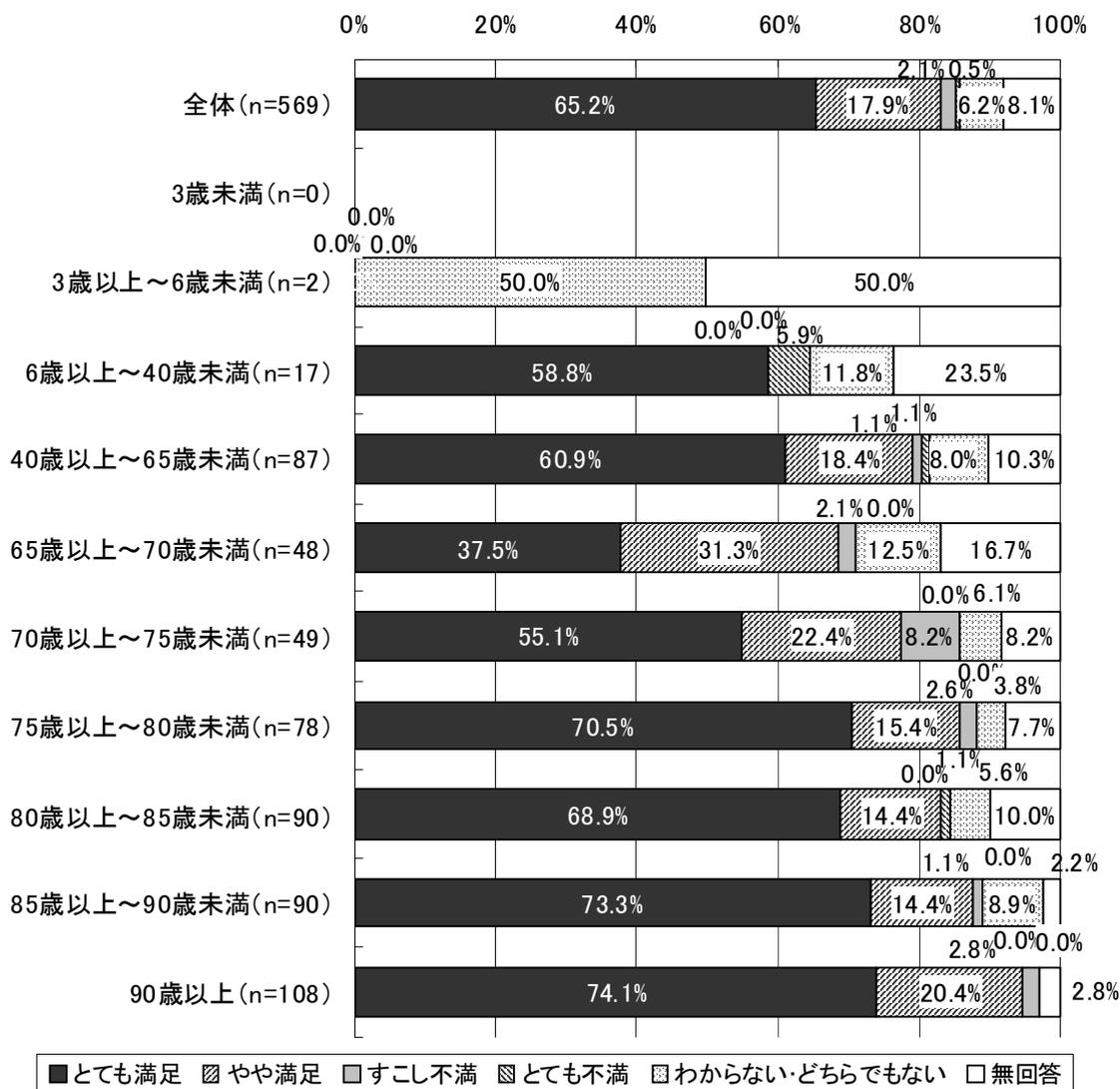
男女別にみても同じ傾向であり、男女ともに「とても満足」「やや満足」を合わせた割合は8割を超えた。

図表 289 医師が自宅に訪問してくれることに対する満足度（男女別）



年齢階級別に医師が自宅に訪問してくれることに対する満足度についてみると、75歳以上の各年齢階級では「満足（とても満足+やや満足）」と回答した患者が8割を超えた。特に「90歳以上」ではこの割合は9割を超えた。「6歳以上～40歳未満」では「満足（とても満足+やや満足）」の割合が他の年齢階級と比較して低いものの6割超を占めた。

図表 290 医師が自宅に訪問してくれることに対する満足度（年齢階級別）



④医師の訪問診療についての要望

医師の訪問診療についての要望を自由記述形式で記載していただいた。

【医師の訪問診療についての要望】（自由記述形式）

- ・ 医師の訪問診療に満足している（同旨を含め 91 件）。
- ・ 急変時や具合の悪い時に対応してほしい（同旨を含め 11 件）。
- ・ いつも忙しそうで、時間が短い。患者・家族の願いや希望をしっかりと聞く等、もっとじっくりと患者と向き合ってほしい（同旨を含め 11 件）。
- ・ 専門医の訪問も受けてほしい（同旨を含め 9 件）。
- ・ 訪問診療を受けたいのに訪問してくれる医師が見つからない。訪問医を増やしてほしい（同旨を含め 6 件）。
- ・ 病気の進行状況やこれからの注意点、状況などを説明していただき、適切なアドバイスがほしい（同旨を含め 5 件）。
- ・ 訪問回数を増やしてほしい（同旨を含め 4 件）。
- ・ 訪問時間を決めてほしい（同旨を含め 2 件）。
- ・ 医師の訪問時に立ち会えない場合（仕事の都合等）診断がわかるようにしてほしい。訪問看護師の方とは連絡ノートを使用している。
- ・ 最低限のバイタルチェックぐらいは必須にしてほしい。
- ・ 訪問診療は良いが、その他との連携がちゃんととれてない印象を受ける。情報の共有がいまひとつである。ちゃんとサポートされているという安心感が欲しい。
- ・ 1 か月に訪問が 2 回を超えた場合の費用が割高である。
- ・ 在宅中は調子が良いように見えるので、特に月 1 回位の訪問で問題はないが、検査などがあまりないので、本当の調子がわかりづらい。
- ・ 在宅で介護している以上、本人に使う医療器具は豊富に頂きたい。
- ・ 薬を薬局までとりに行かなくてはならないので、時間の都合がつけにくい。
- ・ 訪問診療の時に処方せんがもらえると助かる。病院までその都度行くのは人手の面で大変である。
- ・ 在宅医療を受けているのが子どものためなのか（気切、胃ろう、寝たきり）医師の訪問診療自体やってもらえるのかやってももらえないのかさえの話もない。老人ばかりという思いだ。 / 等

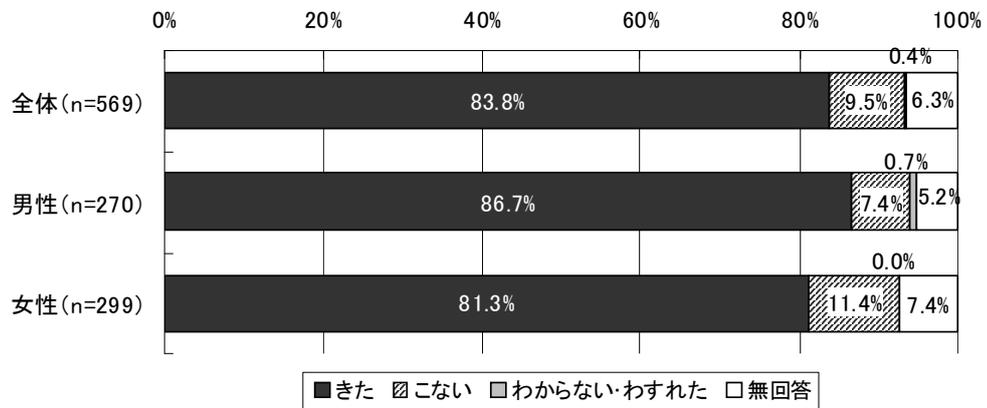
(3) 訪問看護について

① 1か月以内における訪問看護師の訪問の有無

1か月以内における訪問看護師の訪問の有無について、全体では「きた」と回答した患者が8割を超えた。

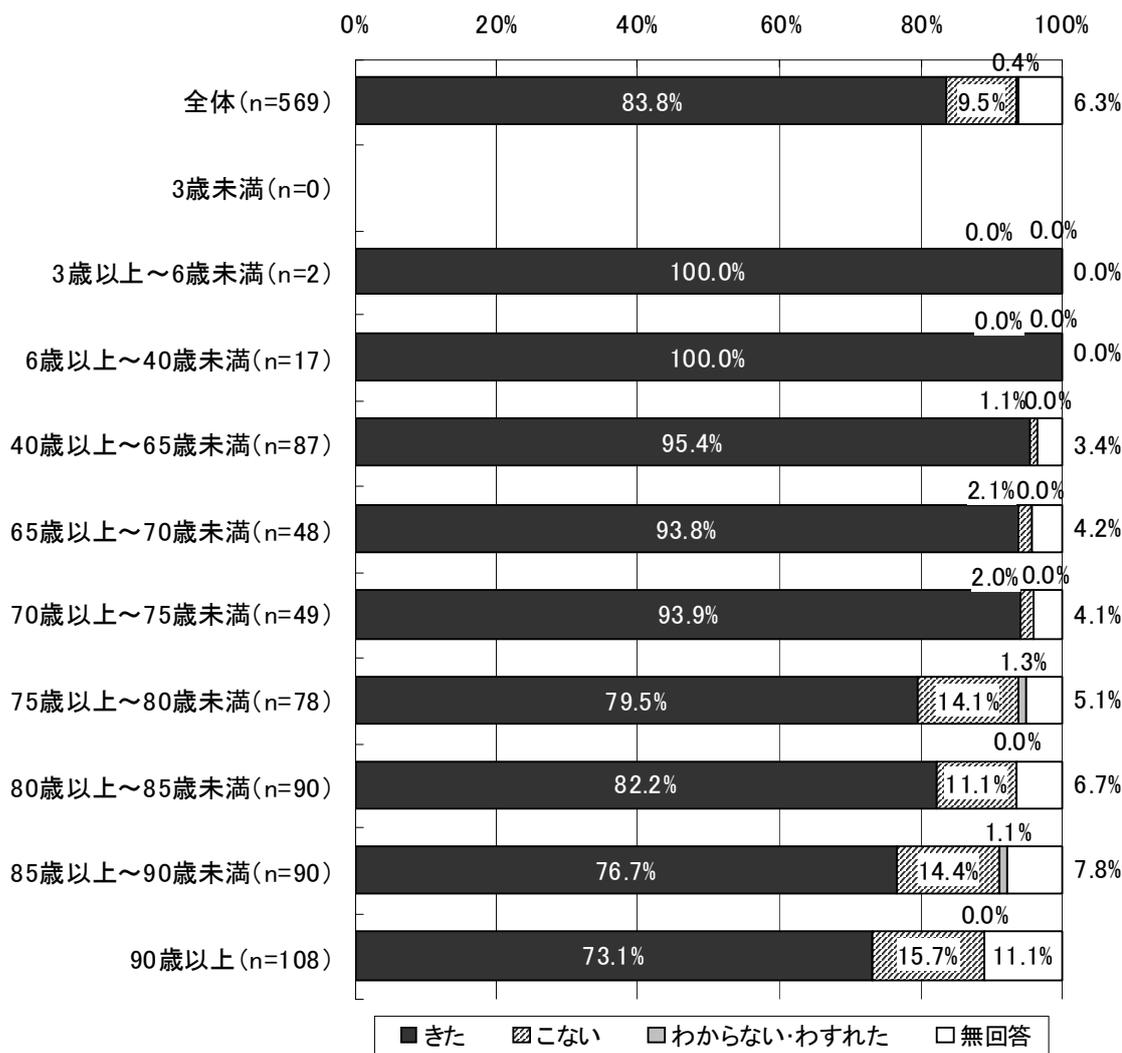
男女別にみると、男女ともに「きた」と回答した患者が8割を超えたが、男性が女性よりも5.4ポイント高かった。

図表 291 1か月以内における訪問看護師の訪問の有無（男女別）



年齢階級別に1か月以内における訪問看護師の訪問の有無についてみると、3歳以上75歳未満の年齢階級では、「きた」と回答した患者が9割以上を占めた。75歳以上では、75歳未満と比較して「こない」と回答した患者の割合が高く、1割以上となった。「こない」と回答した患者は「90歳以上」で15.7%と他の年齢階級と比較して高かった。

図表 292 1か月以内における訪問看護師の訪問の有無（年齢階級別）

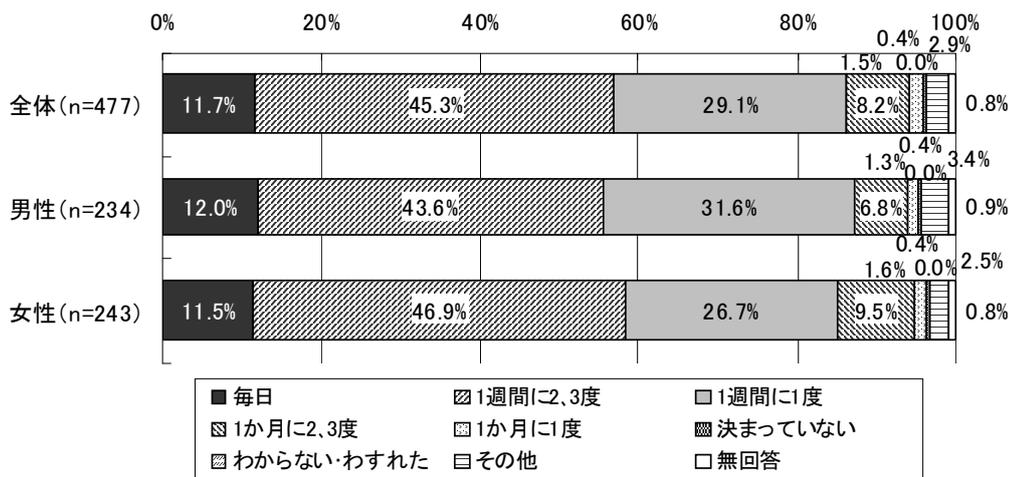


② 1か月以内における訪問看護師の訪問頻度

1か月以内における訪問看護師の訪問頻度についてみると、全体では「1週間に2、3度」が45.3%で最も多く、次いで「1週間に1度」(29.1%)、「毎日」(11.7%)、「1か月に2、3度」(8.2%)となった。

男女別にみると、男性では女性と比較して「1週間に1度」の割合が4.9ポイント高かった。

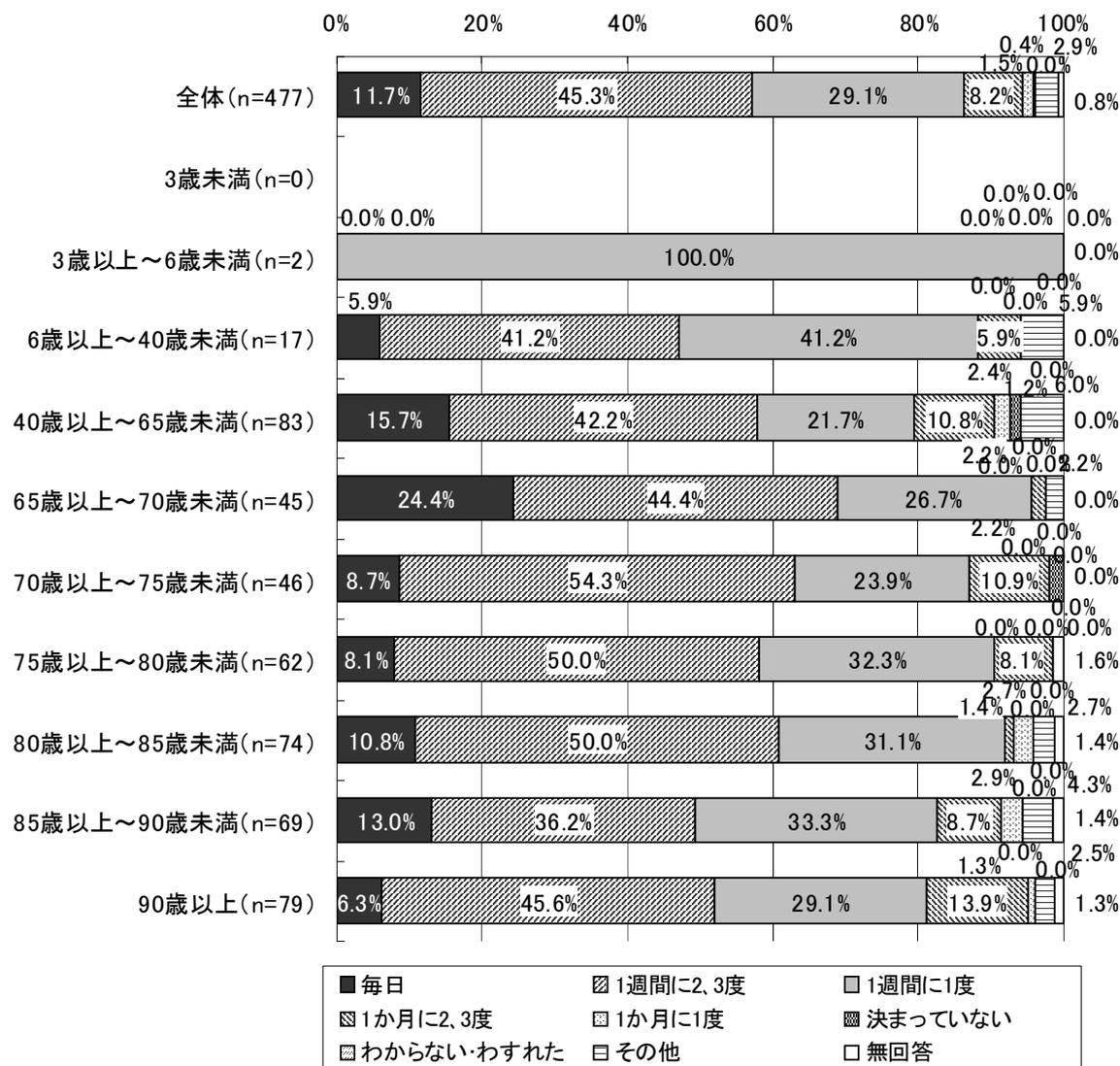
図表 293 看護師の訪問頻度（男女別）



(注) 「その他」の内容として、「ほぼ毎日」(同旨を含め19件)、「1週間に4回」(同旨を含め8件)等が挙げられた。

年齢階級別に看護師の訪問頻度についてみると、6歳以上の全ての年齢階級で「1週間に2、3度」が最も多かった。「65歳以上～70歳未満」では、「毎日」(24.4%)の割合が他の各年齢階級と比較して高かった。

図表 294 看護師の訪問頻度（年齢階級別）

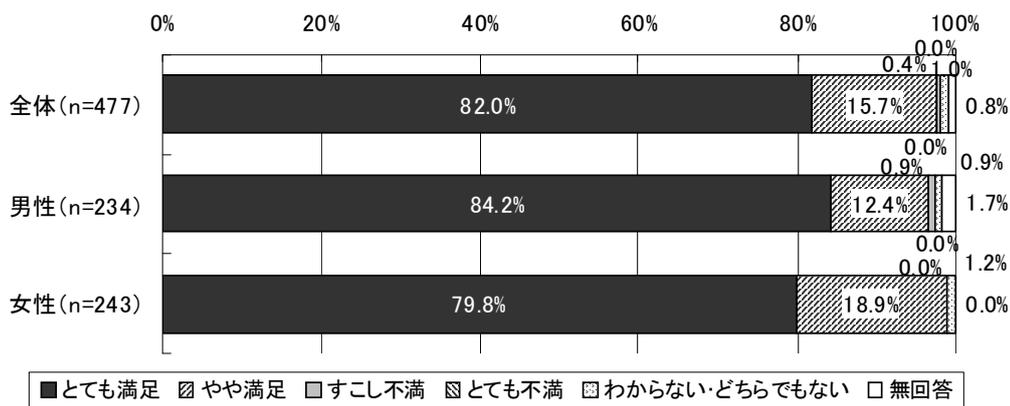


③訪問看護師が自宅に訪問してくれることに対する満足度

看護師が自宅に訪問してくれることに対する満足度についてみると、全体では「とても満足」が82.0%で最も多く、「満足（「とても満足」＋「やや満足）」と回答した患者が9割を超えた。

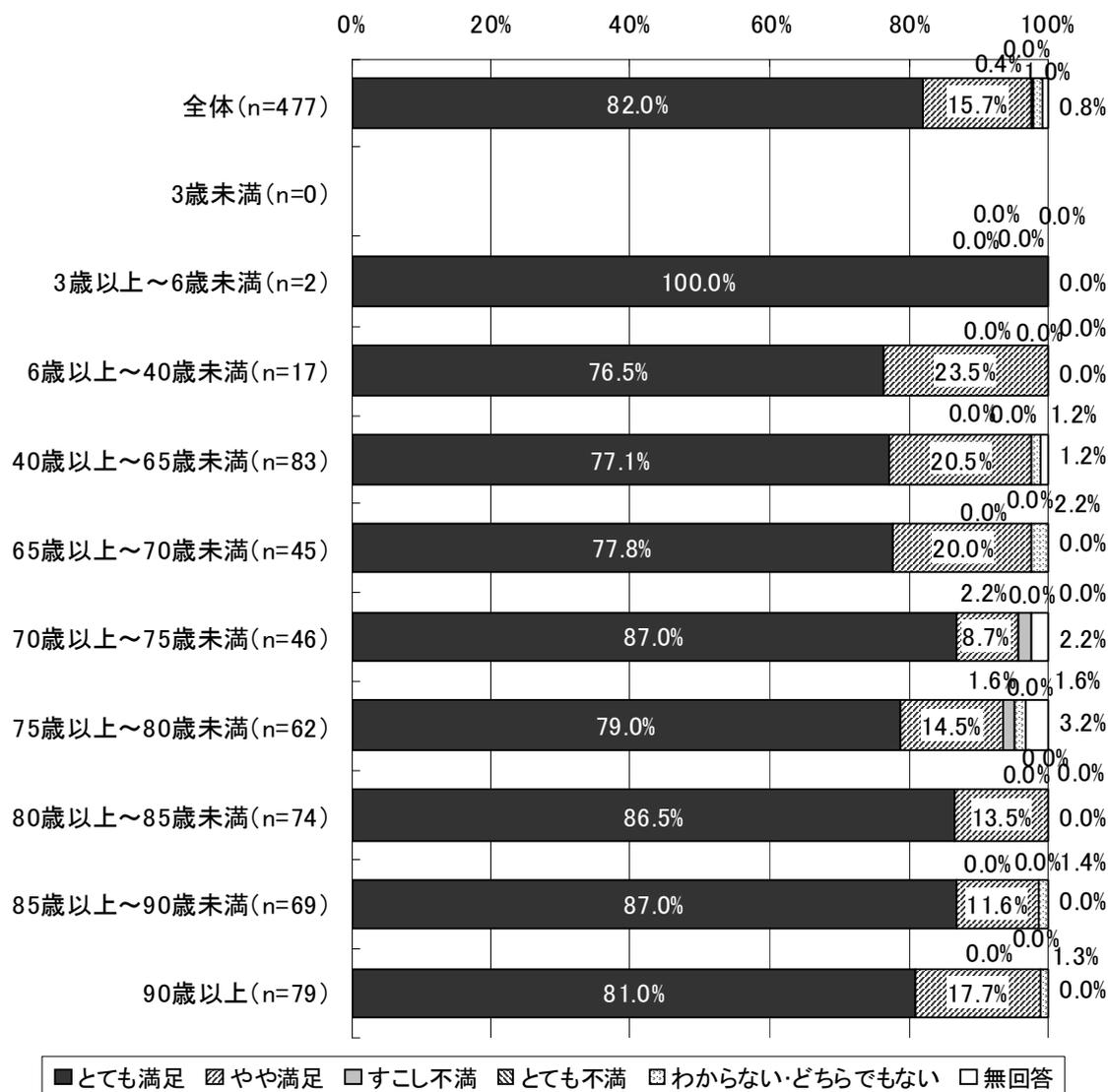
男女別にみても同じ傾向であったが、男性のほうが女性と比較して「とても満足」の割合が4.4ポイント高かった。

図表 295 看護師が自宅に訪問してくれることへの満足度（男女別）



年齢階級別に看護師が自宅に訪問してくれることに対する満足度についてみると、全ての年齢階級で「満足（「とても満足」＋「やや満足）」と回答した患者が9割を超えた。

図表 296 看護師が自宅に訪問してくれることへの満足度（年齢階級別）

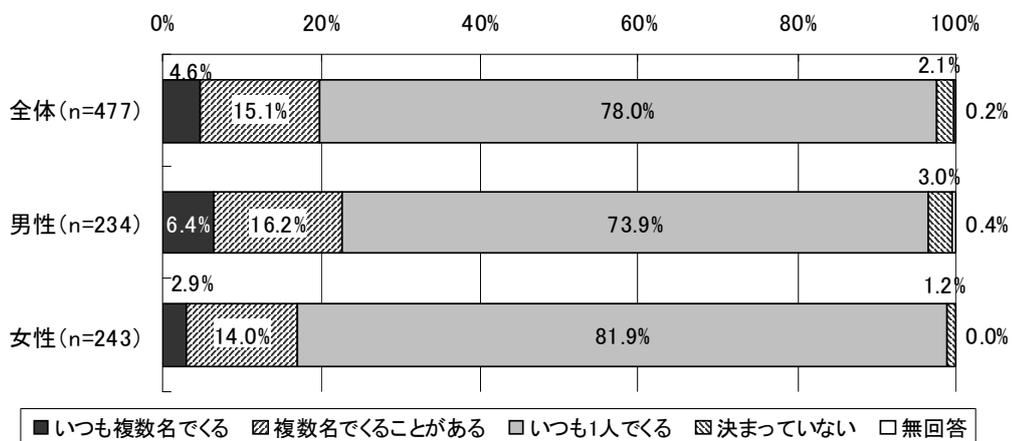


④訪問看護師が自宅に訪問する際の人数

訪問看護師が自宅に訪問する際の人数についてみると、全体では「いつも1人で行く」が78.0%で最も多く、次いで「複数名で行くことがある」(15.1%)、「いつも複数名で行く」(4.6%)となった。

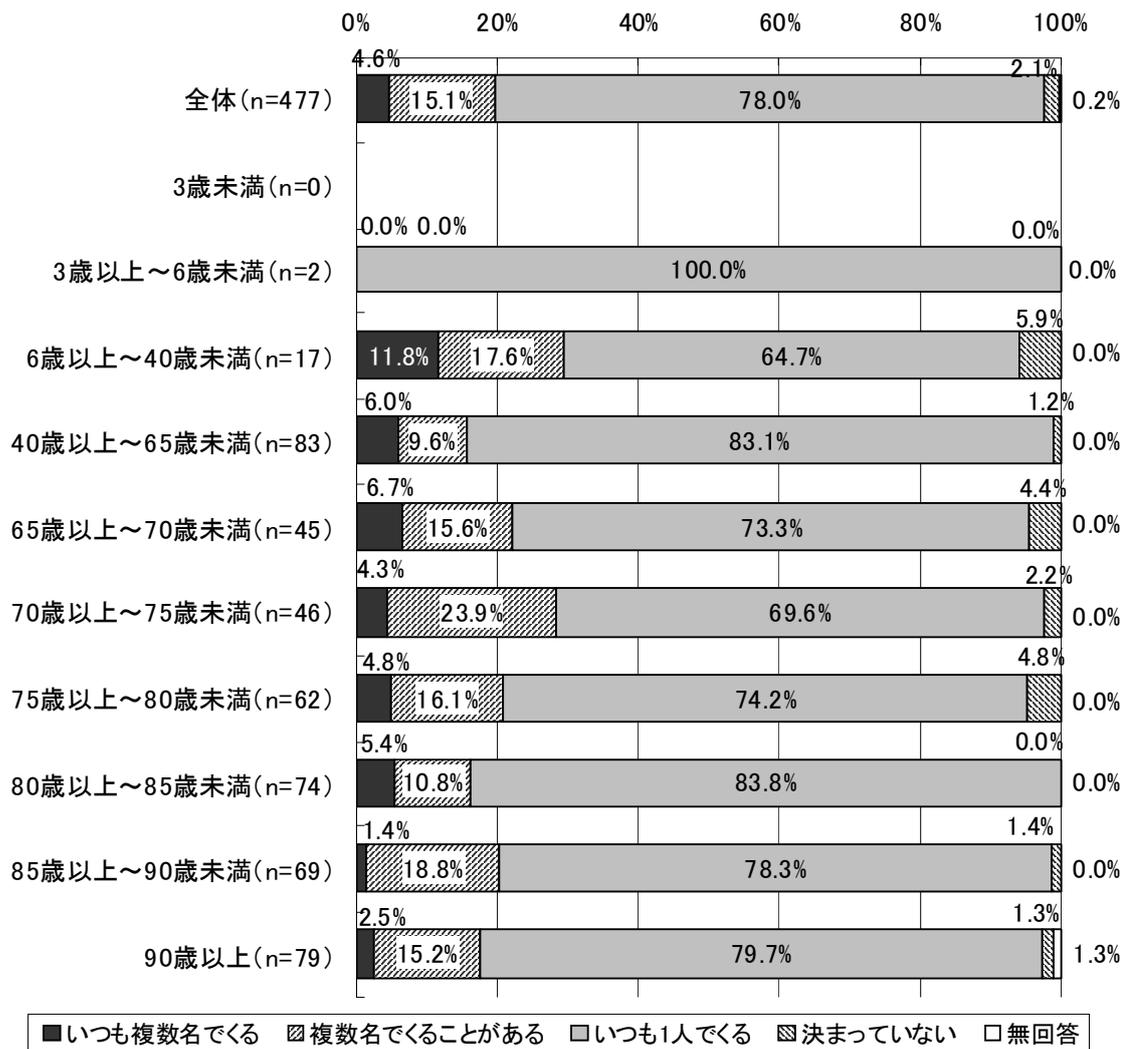
男女別で見ると、男性では女性と比較して「いつも複数名で行く」が3.5ポイント高く、女性では男性と比較すると「いつも1人で行く」が8.0ポイント高かった。

図表 297 訪問看護師が自宅に訪問する際の人数（男女別）



年齢階級別に訪問看護師が自宅に訪問する際の人数についてみると、全ての年齢階級で「いつも1人である」が多かった。「6歳以上～40歳未満」では、「いつも複数名である」(11.8%)が他の各年齢階級と比較して高かった。また、「70歳以上～75歳未満」では、「複数名であることがある」の割合が他の各年齢階級と比較して高かった。

図表 298 訪問看護師が自宅に訪問する際の人数（年齢階級別）

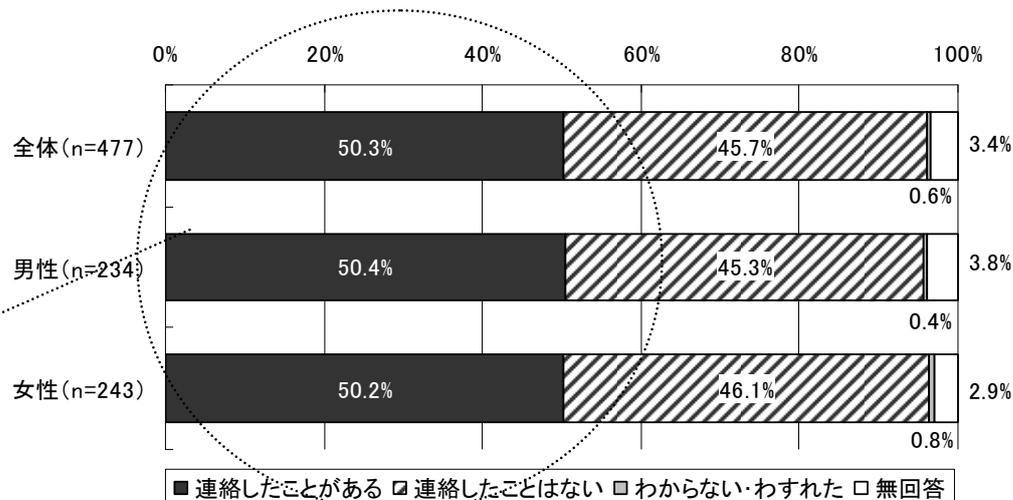


⑤訪問看護師の事業所への緊急連絡

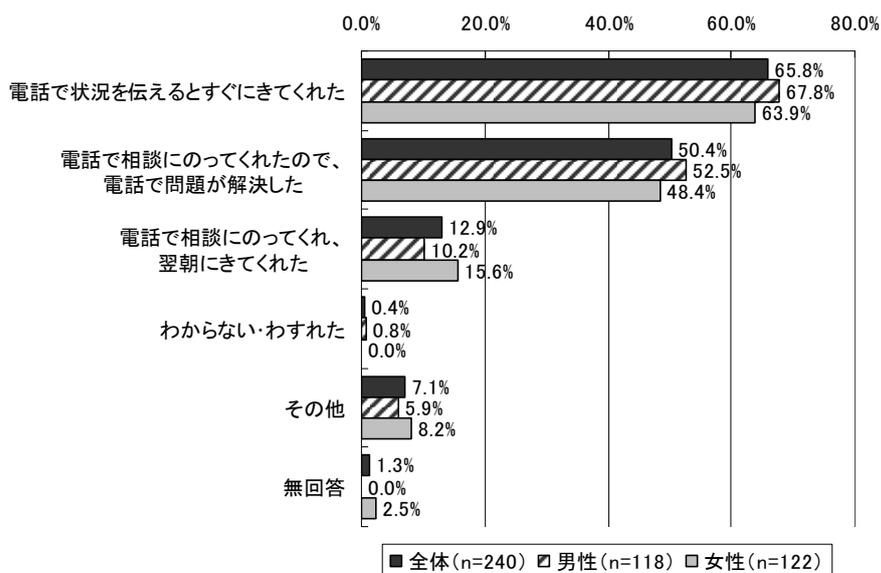
訪問看護師の事業所への緊急連絡についてみると、全体では「連絡したことがある」と回答した患者が半数を占めた。男女別にみても同じ傾向であった。

「連絡をしたことがある」と回答した患者において、緊急連絡時の訪問看護師の対応についてみると、全体では「電話で状況を伝えるとすぐにきてくれた」が 65.8%で最も多く、次いで「電話で相談にのってくれたので、電話で問題が解決した」(50.4%)、「電話で相談にのってくれ、翌朝にきてくれた」(12.9%)となった。

図表 299 訪問看護師の事業所への緊急連絡（男女別）



図表 300 緊急連絡時の訪問看護師の対応（男女別、複数回答）



(注) 「その他」の内容として、「電話をしてから病院へ」(同旨を含め 8 件)、「様子をみてくださいと言われた」(同旨を含め 3 件)、「連絡したが連絡がつかなかった」(同旨を含め 2 件)、「電話で相談にのってくれ、翌朝電話をくれた」(同旨を含め 2 件)、「病院へ連絡してくれた」(同旨を含め 2 件)等が挙げられた。

⑥訪問看護サービスについての要望

訪問看護サービスについての要望を自由記述形式で記載していただいた。

【訪問看護サービスについての要望】（自由記述形式）

- ・ 訪問看護サービスに満足している（同旨を含め 78 件）。
- ・ 人によって内容や丁寧さ、知識や技術に差があるので、看護師の均一化を図ってほしい（同旨を含め 13 件）。
- ・ 緊急日や休日・祝日等の対応をしてほしい（同旨を含め 13 件）。
- ・ 1 回の訪問時間をもっと長くしてほしい（同旨を含め 11 件）。
- ・ 訪問回数を増やしてほしい（同旨を含め 9 件）。
- ・ 家族の相談にのってほしい（同旨を含め 4 件）。
- ・ 精神面のフォローをしてほしい（同旨を含め 2 件）。
- ・ 訪問看護師の数が少なく、サービスを受けられないことがある（同旨を含め 2 件）。
- ・ 訪問看護サービス費用を安価に均一化してほしい（同旨を含め 2 件）。
- ・ 1 日の訪問回数を増やしてほしい。
- ・ 時間の希望をできるようにしてほしい。
- ・ もっと気軽に電話相談できる雰囲気にしてほしい。
- ・ 看護師がもっと判断して対応できて良いのではと思う場面がある。
- ・ 他の訪問看護ステーションやヘルパーステーションとの連携をとり、協調性を持って「患者さんにとって何が必要か？」を考えて行動してほしい。
- ・ 右も左もわからない状態で、自力で訪問看護ステーションを探すのは本当にしんどい。
- ・ 主治医とよく連絡を取って適切な処置をしてもらいたい。
- ・ 症状の原因などについて医学的なことも聞きたいが、あまり詳しくはわかっていないようであいまいだったりする。色々なことが考えられ、はっきりと言えないと思うが、自信を持って行ってほしい。 / 等

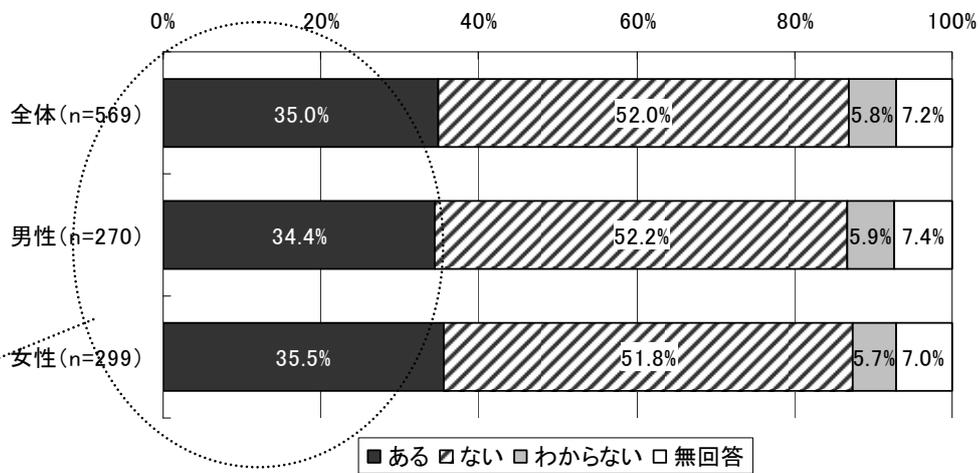
(4) その他のサービスについて

① 歯や口の中で気になることなどの有無

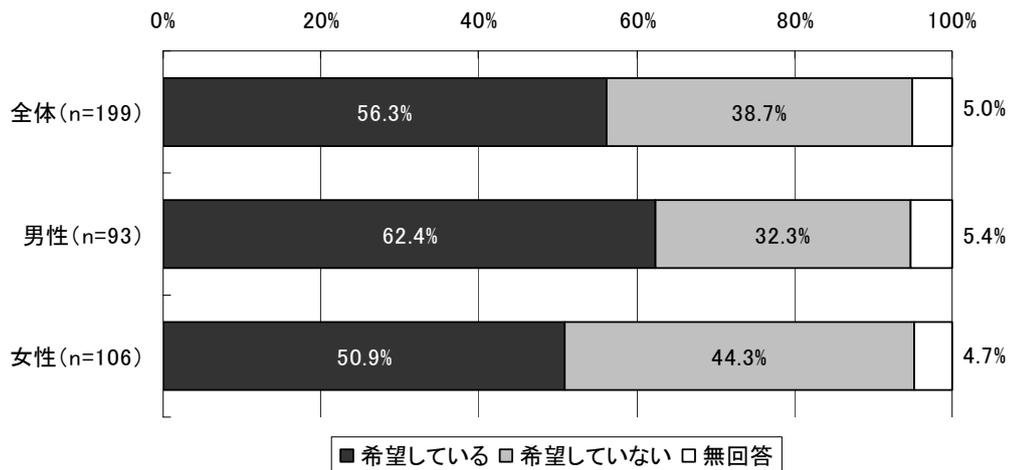
現在、歯や口の中に気になることなどがあるかについてみると、全体では「ある」と回答した患者が 35.0%であった。男女別にみても同じ傾向であった。

歯や口の中に気になることなどが「ある」と回答した患者において、歯科の訪問診療の希望についてみると、全体では「希望している」と回答した患者が 56.3%であった。男女別にみると、「希望している」と回答した患者は、男性が女性と比較して 11.5 ポイント高かった。

図表 301 現在、歯や口の中に気になることなどがあるか（男女別）

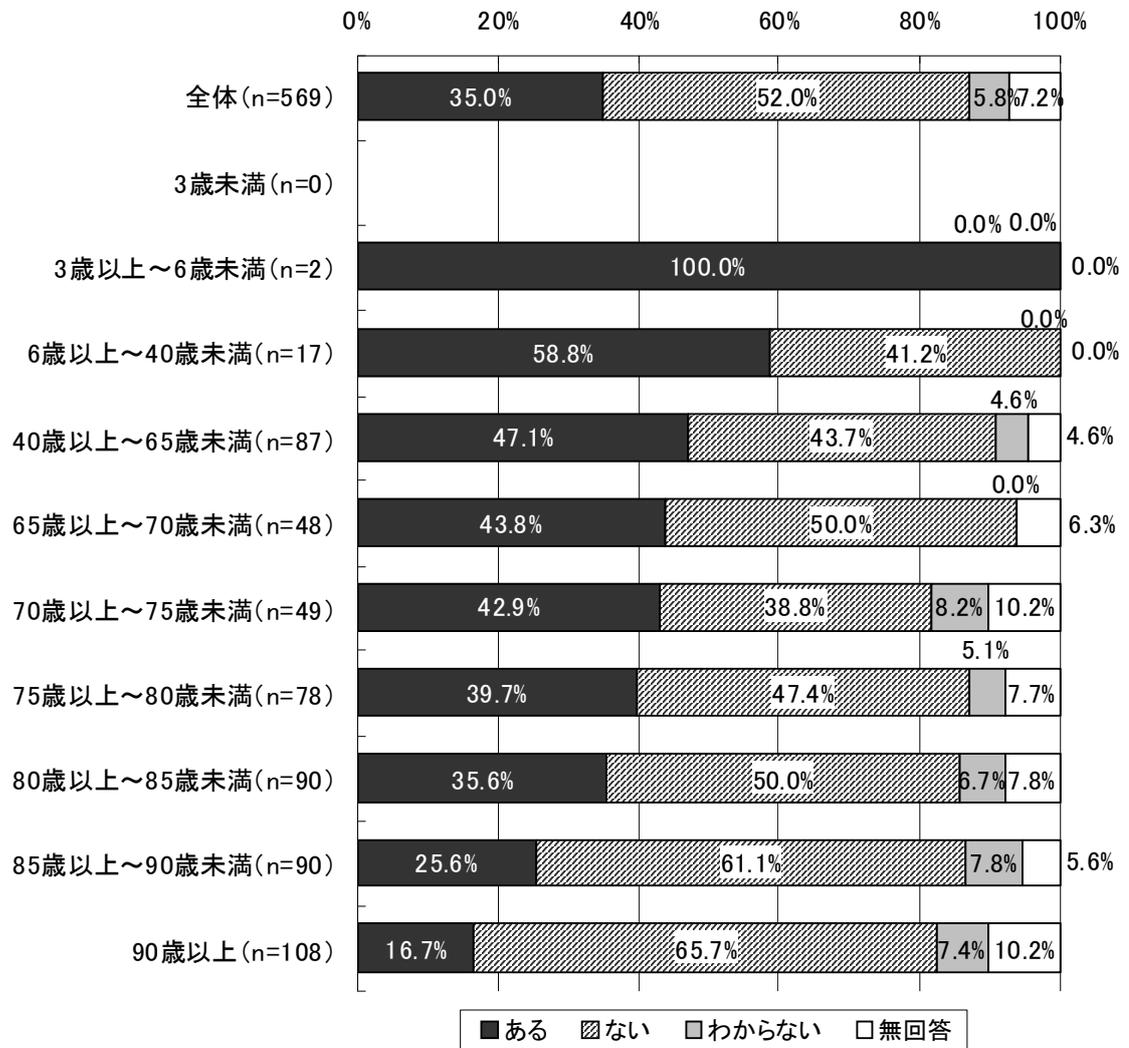


図表 302 歯科の訪問診療の希望（男女別）



年齢階級別に、現在、歯や口の中に気になることなどがあるかについてみると、年齢階級が高くなるにつれて「ある」と回答した患者の割合は低くなった。

図表 303 現在、歯や口の中に気になることなどがあるか（年齢階級別）

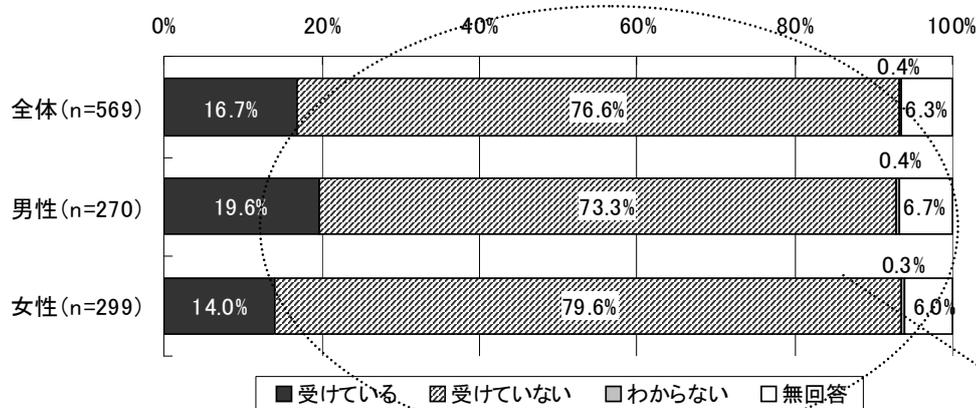


② 歯科訪問診療の受診状況

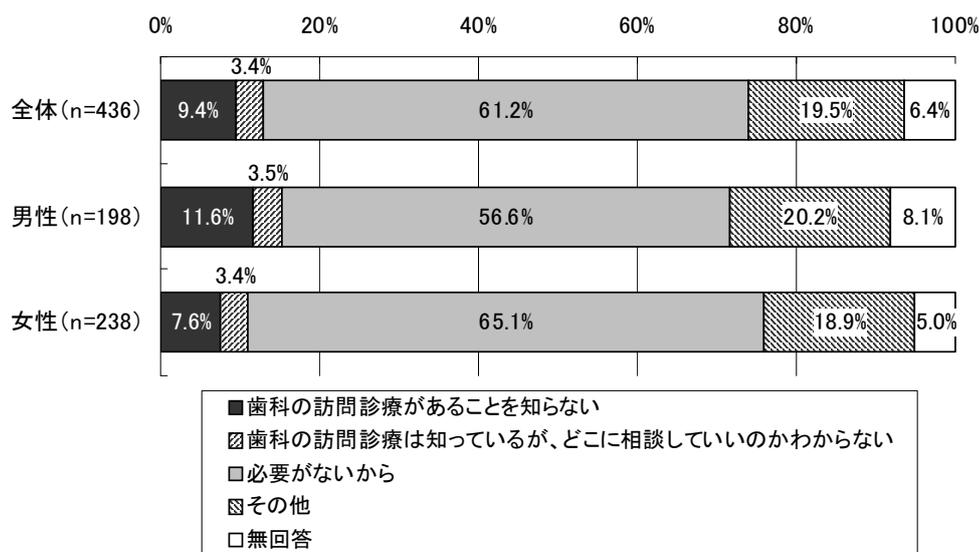
歯科訪問診療の受診状況についてみると、全体では「受けている」と回答した患者が 16.7%、「受けていない」と回答した患者が 76.6%であった。男女別にみると、女性は男性と比較して「受けていない」の割合が 6.3 ポイント高かった。

歯科訪問診療を「受けていない」と回答した患者において、歯科訪問診療を受けていない理由についてみると、全体では「必要がないから」が 61.2%で最も多かったが、「歯科の訪問診療があることを知らない」が 9.4%、「歯科の訪問診療は知っているが、どこに相談していいのかわからない」が 3.4%となり、1 割を超える患者が歯科訪問診療自体や相談窓口を知らないと回答した。特に男性では「歯科の訪問診療があることを知らない」と回答した患者が 1 割以上となった。

図表 304 歯科訪問診療の受診状況（男女別）



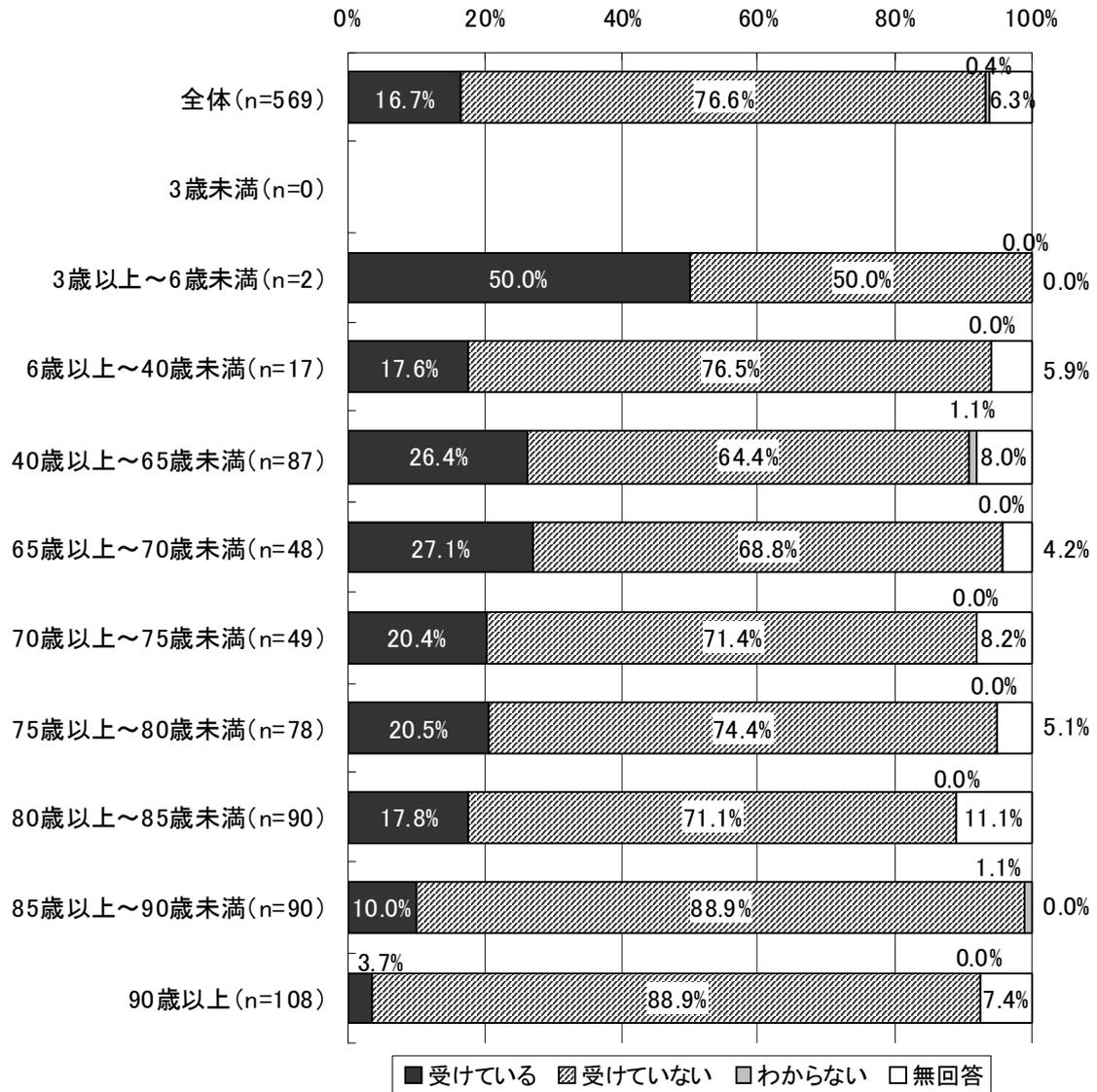
図表 305 歯科訪問診療を受けていない理由（男女別）



(注) 「その他」の内容として、「通院している」(同旨を含め 22 件)、「治療終了」(同旨を含め 11 件)、「本人が希望しない」(同旨を含め 11 件)、「歯がない」(同旨を含め 7 件)、「お金がない」(同旨を含め 4 件)等が挙げられた。

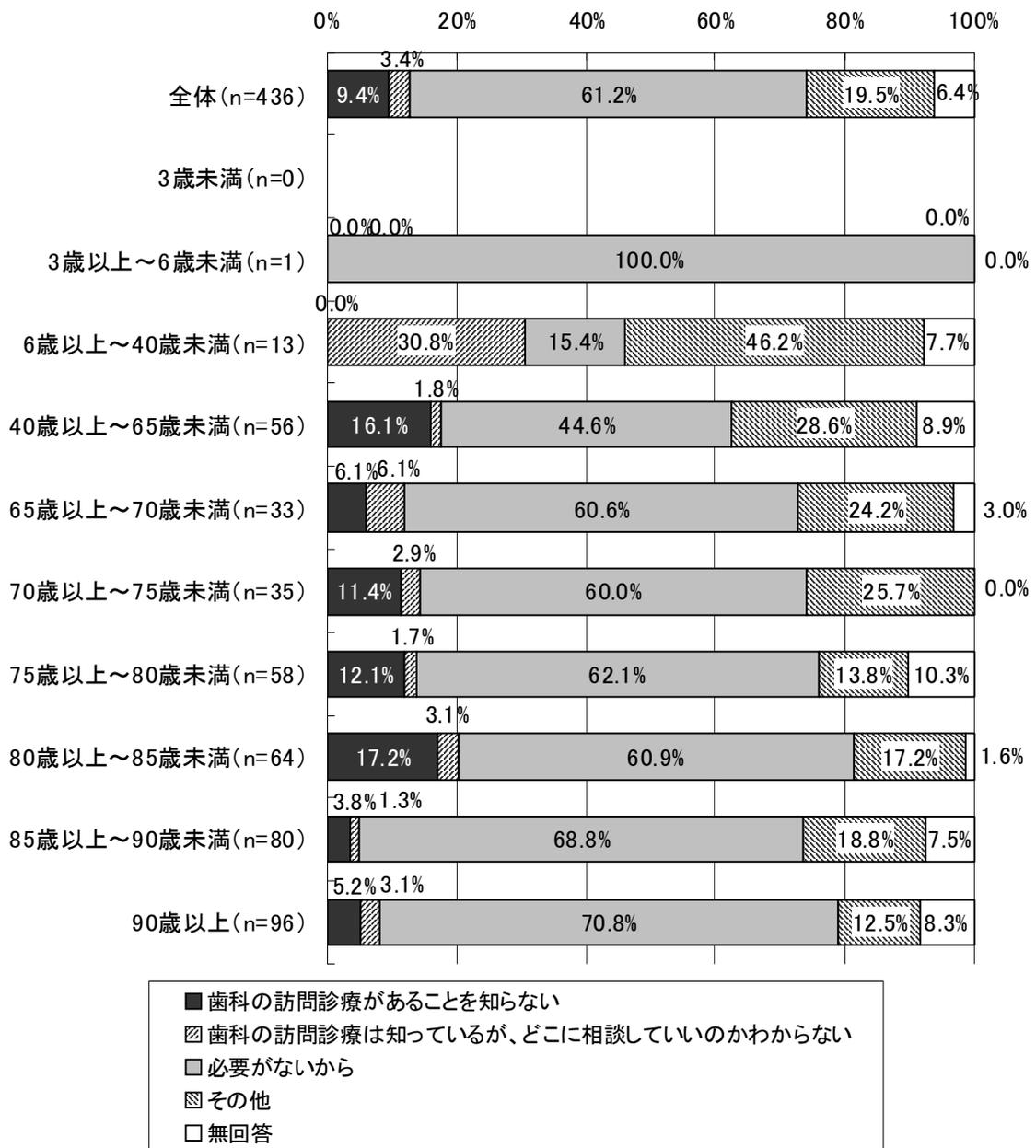
年齢階級別に歯科訪問診療の受診状況についてみると、年齢階級が高くなるにつれ「受けていない」と回答した患者の割合が高くなる傾向がみられた。

図表 306 歯科訪問診療の受診状況（年齢階級別）



年齢階級別に歯科訪問診療を受けていない理由についてみると、40歳以上では「必要がないから」が最も多かった。「6歳以上～40歳未満」では、「歯科の訪問診療は知っているが、どこに相談していいのかわからない」（30.8%）と回答した患者の割合が、他の各年齢階級と比較して高かった。「80歳以上～85歳未満」と「40歳以上～65歳未満」では、「歯科の訪問診療があることを知らない」の割合が他の年齢階級と比較して高かった。

図表 307 歯科訪問診療を受けていない理由（年齢階級別）

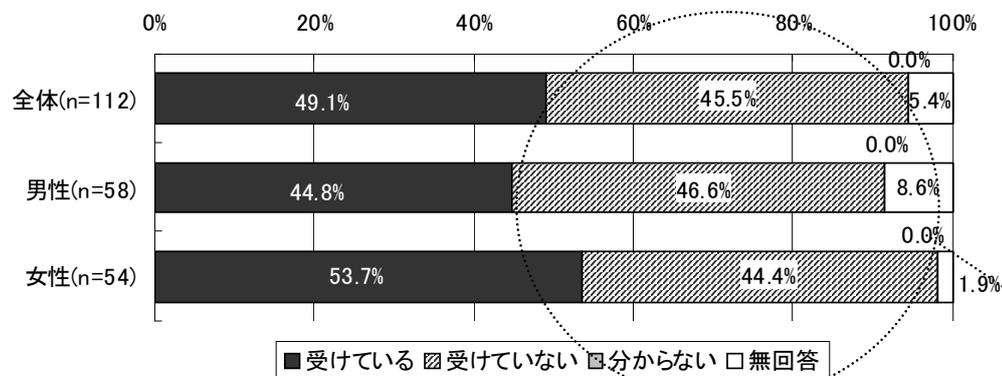


現在、歯や口の中に気になることがあり、歯科の訪問診療を希望している者において、歯科訪問診療の受診状況についてみると、全体では「受けている」と回答した患者が49.1%、「受けていない」と回答した患者が45.5%であった。

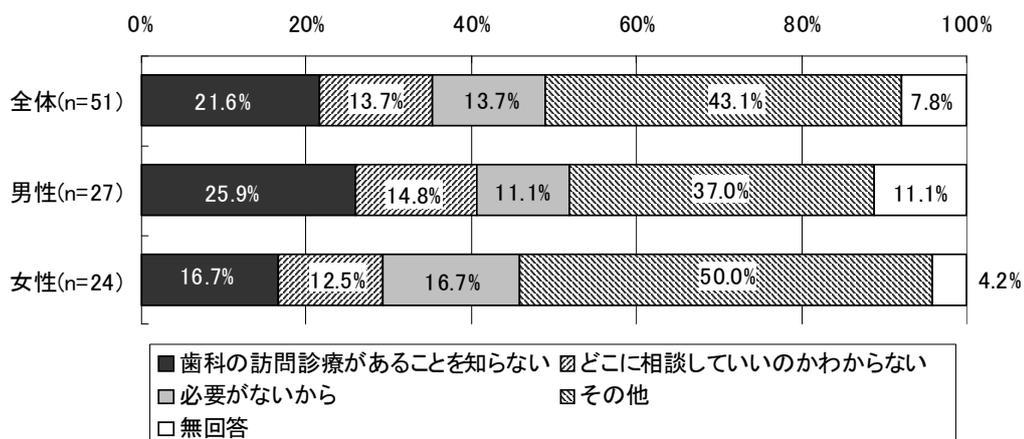
歯科訪問診療を「受けていない」と回答した患者における、訪問診療を受けていない理由についてみると、全体では「歯科の訪問診療があることを知らない」が21.6%、「どこに相談していいのかわからない」が13.7%となった。

男女別にみると、男性は女性と比較して、「歯科の訪問診療があることを知らない」の割合が9.2ポイント、「どこに相談していいのかわからない」の割合が2.3ポイント高かった。

図表 308 歯科訪問診療の受診状況（現在、歯や口の中に気になることがあり、歯科の訪問診療を希望している者のみ、男女別）

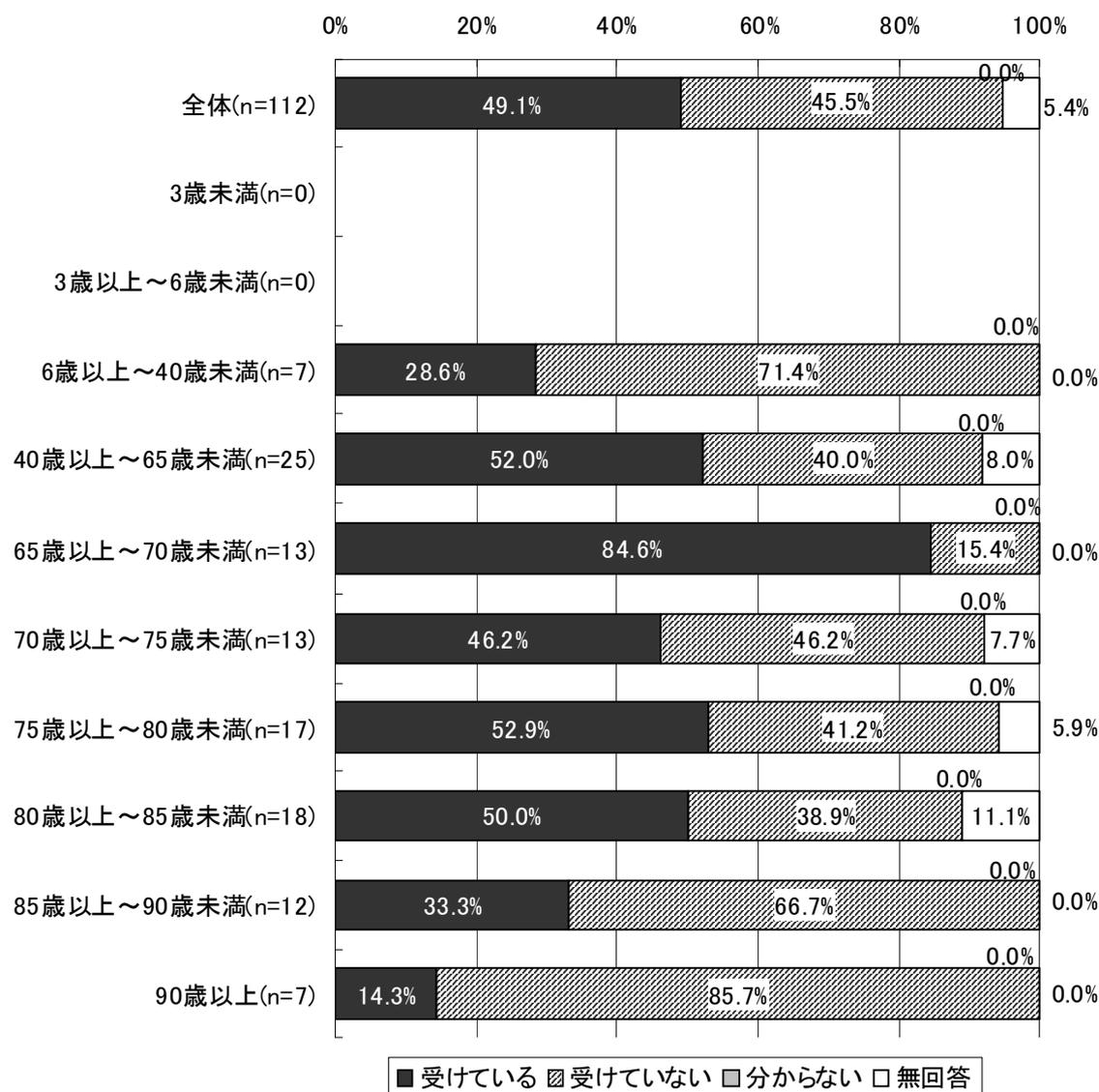


図表 309 歯科訪問診療を受けていない理由（現在、歯や口の中に気になることがあり、歯科の訪問診療を希望している者のうち、現在診療を受けていない者のみ、男女別）

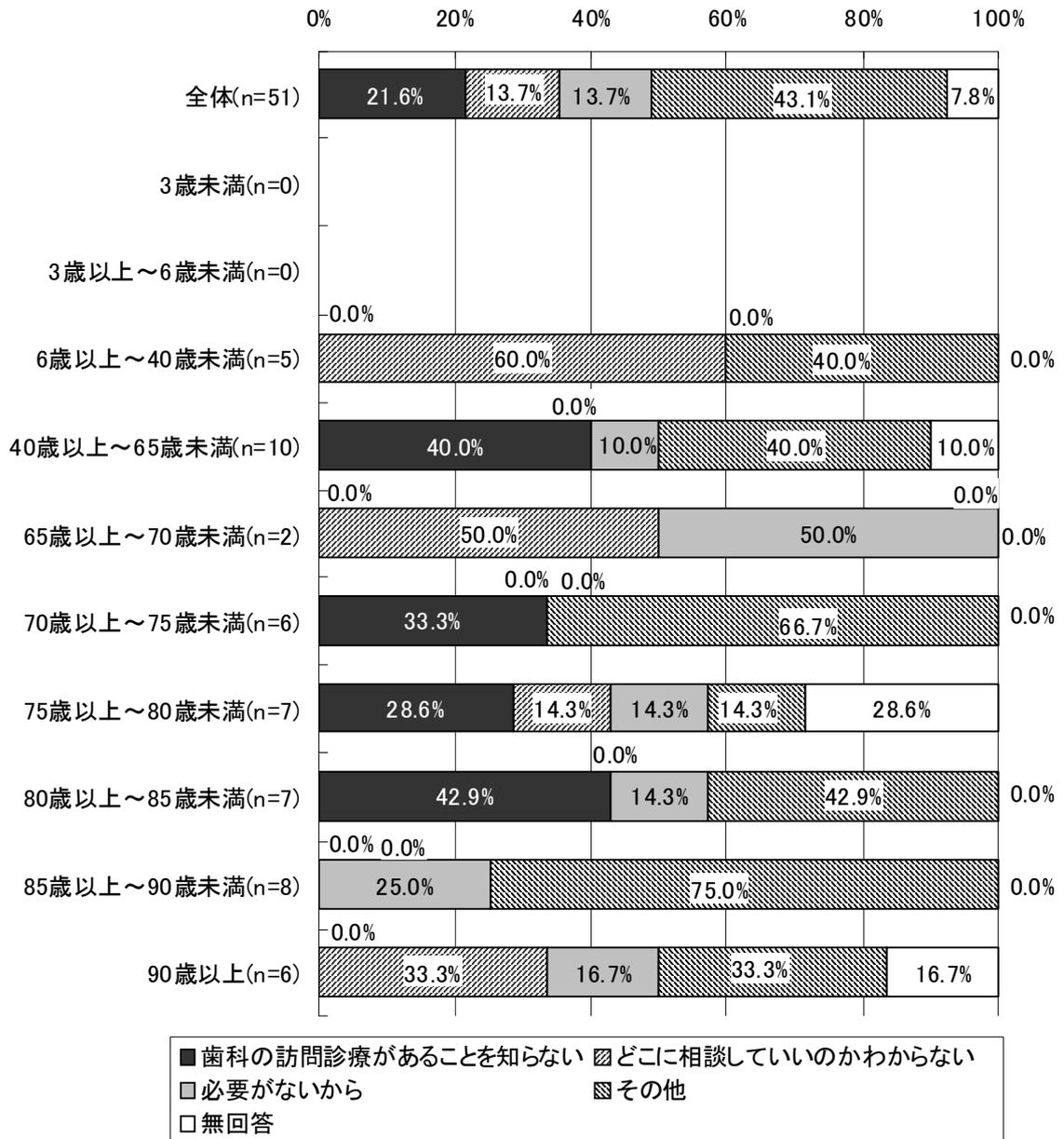


年齢階級別に、現在、歯や口の中に気になることがあり、歯科の訪問診療を希望している者における歯科訪問診療の受診状況についてみると、「65歳以上～70歳未満」で「受けている」の割合が84.6%で他の各年齢階級と比較して高かった。ただし、全ての年齢階級において人数(n)が少ない点を留意する必要がある(歯科訪問診療を受けていない理由も同様)。

図表 310 歯科訪問診療の受診状況(現在、歯や口の中に気になることがあり、歯科の訪問診療を希望している者のみ、年齢階級別)



図表 311 歯科の訪問診療を受けていない理由（現在、歯や口の中に気になることがあり、
 歯科の訪問診療を希望している者のうち、現在診療を受けていない者のみ、
 年齢階級別）



③ 歯科の訪問診療についての要望

歯科の訪問診療についての要望を自由記述形式で記載していただいた。

【歯科の訪問診療についての要望】（自由記述形式）

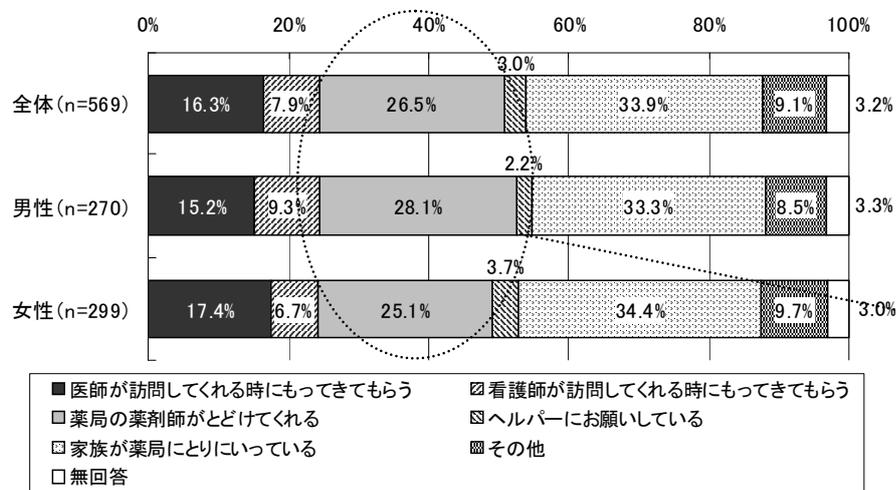
- ・ 歯科の訪問診療について満足している（同旨を含め 23 件）。
- ・ 訪問の回数を増やしてほしい（同旨を含め 5 件）。
- ・ 近くに訪問歯科を行っている歯科があるかわからない（同旨を含め 5 件）。
- ・ 訪問歯科で入歯を作成または調整してほしい（同旨を含め 5 件）。
- ・ 訪問歯科で口腔ケアも行ってほしい（同旨を含め 5 件）。
- ・ 技術的に家ではできないことがある（同旨を含め 3 件）。
- ・ 希望する日時を選択したい（同旨を含め 2 件）。
- ・ 優しく対応してほしい（同旨を含め 2 件）。
- ・ 週に 1 回しか訪問に出られないそうなので緊急の時など不安になる。随時、訪問してもらいたい。
- ・ 診療間隔があくので診察に時間がかかることが多く、体が疲れやすい。
- ・ 訪問診療を行う医師をもっとたくさんお願いできれば、必要で我慢している人が減ると思う。
- ・ ほとんどの歯科医は訪問をしていないので選びようがない。
- ・ 訪問してくれる歯科医師の連絡先が知りたい。
- ・ 1 回の診療時間が短く、治療時間（トータル）が長くなってしまう。
- ・ 定期的に半年に 1 度は来てほしい。呼ばなくても来てほしい。
- ・ 小児で人工呼吸器が付いているというのと、すぐ専門医に行ってくださいといわれる。別に何も変わらないし、同じ人間なのだから、専門にこだわらないでほしい。
- ・ 老人ばかりのサービスのため、寝たきりの子を連れて市外の専門の歯科へ行っている。
- ・ 口腔ケアについてもっと詳しく教えてほしい。
- ・ 訪問でも義歯の治療、義歯を作っていただければと思う。 / 等

④ 普段飲んでいる薬の受け取り方法

普段飲んでいる薬の受け取り方法についてみると、全体では「家族が薬局にとりにっている」が33.9%で最も多く、次いで「薬局の薬剤師がとどけてくれる」(26.5%)、「医師が訪問してくれる時にもってきてもらう」(16.3%)、「看護師が訪問してくれる時にもってきてもらう」(7.9%)であった。男女別でも同じ傾向であった。

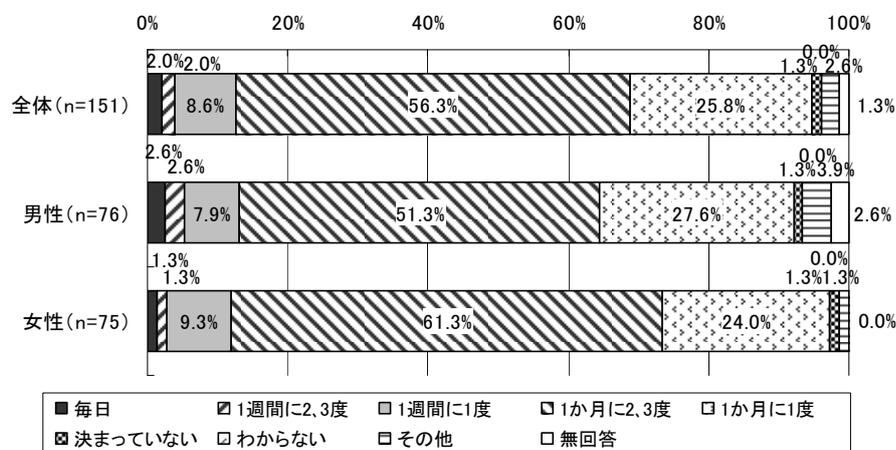
普段飲んでいる薬を薬局の薬剤師から受け取ると回答した患者における、受け取る頻度についてみると、全体では「1か月に2、3度」が56.3%で最も多く、次いで「1か月に1度」(25.8%)、「1週間に1度」(8.6%)であった。女性では男性と比較して、「1か月に2、3度」の割合が10ポイント高かった。

図表 312 普段飲んでいる薬の受け取り方法 (男女別)



(注) 「その他」の内容として、「通院時に受け取る」(同旨を含め32件)、「自分でとりにっている」(同旨を含め8件)、「施設職員がとりにっている」(同旨を含め8件)、「家族が病院にとりにっている」(同旨を含め3件)等が挙げられた。

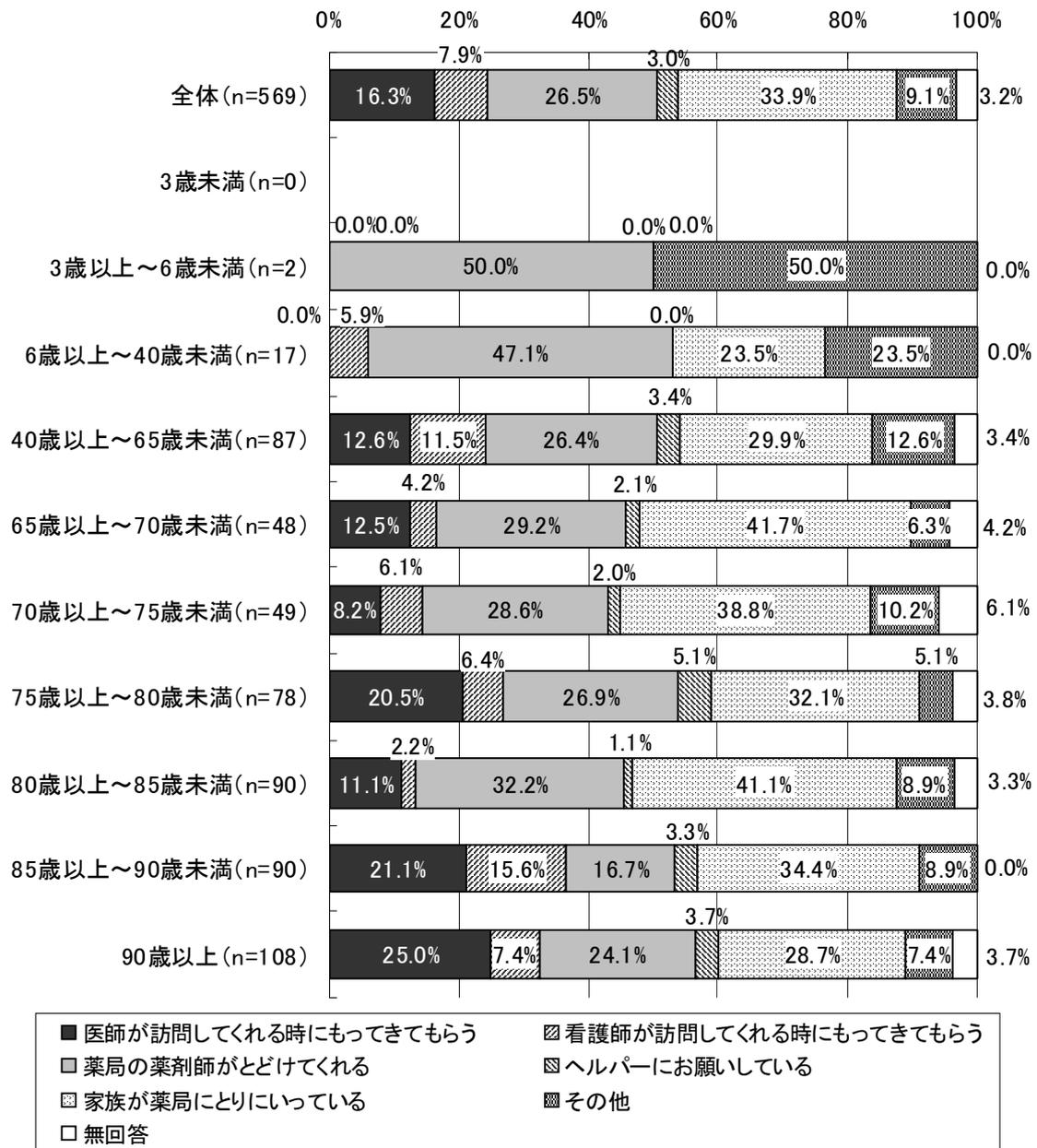
図表 313 普段飲んでいる薬を薬局の薬剤師から受け取る頻度 (男女別)



(注) 「その他」の内容として、「2週間に1度」(同旨を含め12件)、「2か月に1度」(同旨を含め5件)等が挙げられた。

年齢階級別に普段飲んでいる薬の受け取り方法についてみると、40歳以上の各年齢階級では、「家族が薬局にとりにっている」が最も多かった。「6歳以上～40歳未満」では、「薬局の薬剤師がとどけてくれる」の割合が47.1%で最も高かった。「90歳以上」では、「医師が訪問してくれる時にもってきてもらう」の割合が他の各年齢階級と比較して高かった。

図表 314 普段飲んでいる薬の受け取り方法（年齢階級別）



⑤薬剤師による訪問についての要望

薬剤師による訪問についての要望を自由記述形式で記載していただいた。

【薬剤師による訪問についての要望】（自由記述形式）

- ・ 薬剤師が薬を届けてくれることについて満足している（同旨を含め 31 件）。
- ・ 薬の効果や副作用、処方に変更になった際など直接説明してほしい（同旨を含め 11 件）。
- ・ 薬剤師の訪問は不要である（同旨を含め 4 件）。
- ・ 薬を届けてもらっているが、その都度「居宅療養管理指導料」として介護保険より 500 円（5000 円の 10%負担）支払っている。何の費用かわからない。
- ・ 月 4 回まで 1 回につき 500 円必要なので、これが 5 回目から必要等に変更になればありがたい。
- ・ 薬はできれば医師か看護師に持ってきてほしい。
- ・ もう少し早く薬を処方してほしい。 / 等

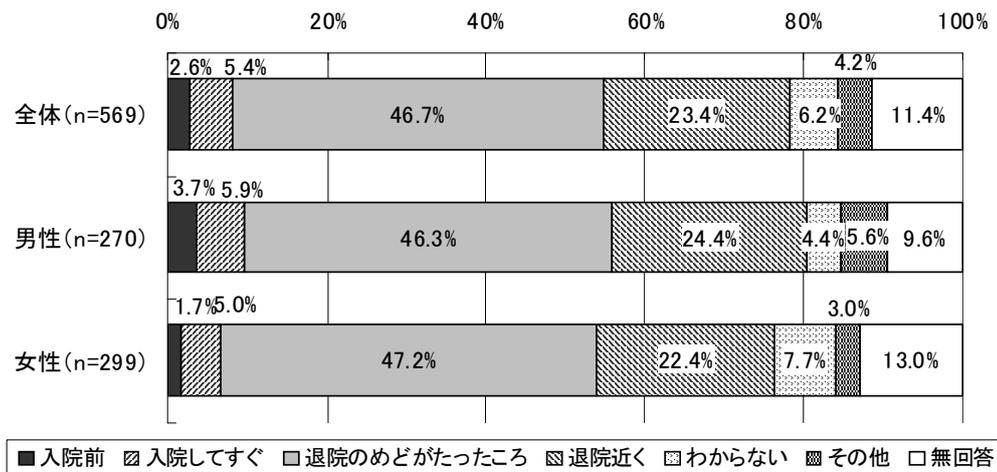
(5) 病院からの退院時の説明について

①退院にむけての説明を受けた時期

退院にむけての説明を受けた時期についてみると、全体では「退院のめどがたったころ」が46.7%で最も多く、次いで「退院近く」(23.4%)であった。

男女別による大きな差異はみられなかった。

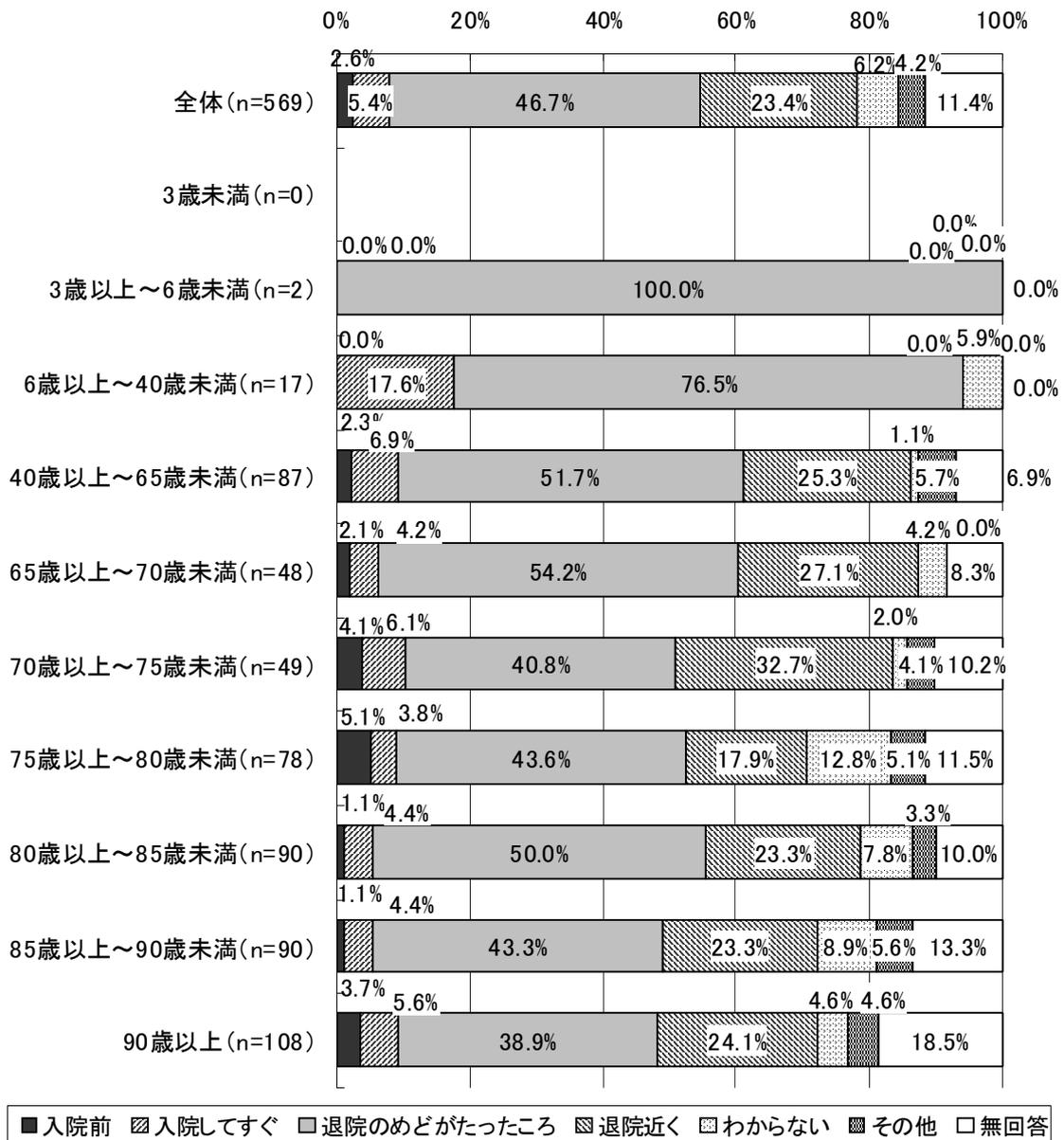
図表 315 退院にむけての説明を受けた時期 (男女別)



(注) 「その他」の内容として、「入院していない」(同旨を含め28件)、「説明はなかった」(同旨を含め5件)、「退院当日」(同旨を含め3件)等が挙げられた。

年齢階級別に退院にむけての説明を受けた時期についてみると、年齢階級が低くなるにつれて「退院のめどがたったころ」の割合が高くなる傾向がみられた。「6歳以上～40歳未満」では、「入院してすぐ」（17.6%）が他の各年齢階級と比較して高かった。また、「70歳以上～75歳未満」では「退院近く」（32.7%）が他の各年齢階級と比較して高かった。

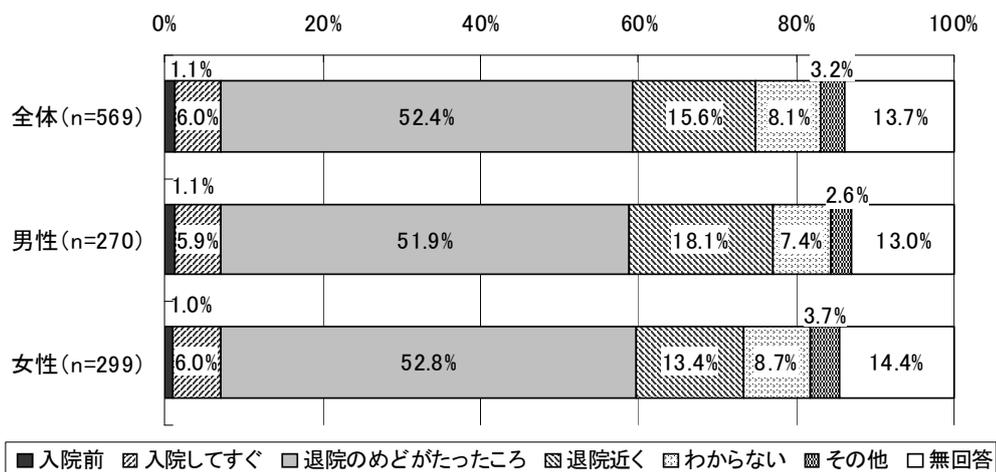
図表 316 退院にむけての説明を受けた時期（年齢階級別）



②退院にむけての説明を聞いたかった時期

退院にむけての説明を聞いたかった時期についてみると、全体では「退院のめどがたったころ」が52.4%で最も多く、次いで「退院近く」(15.6%)、「入院してすぐ」(6.0%)となった。
男女別による大きな差異はみられなかった。

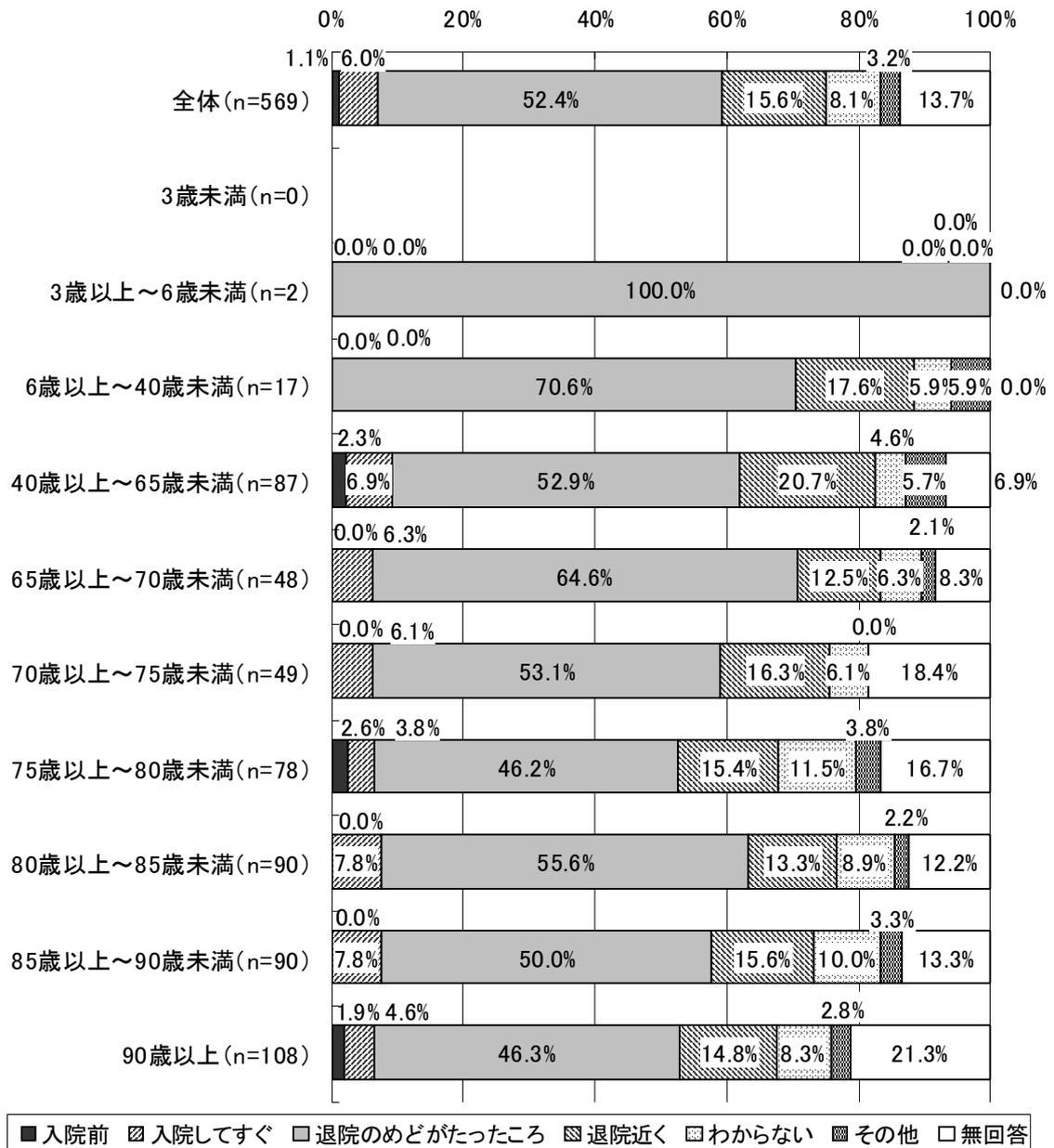
図表 317 退院にむけての説明を聞いたかった時期 (男女別)



(注) 「その他」の内容として、「入院していない」(同旨を含め9件)、「適宜自分から聞く」(同旨を含め2件)等が挙げられた。

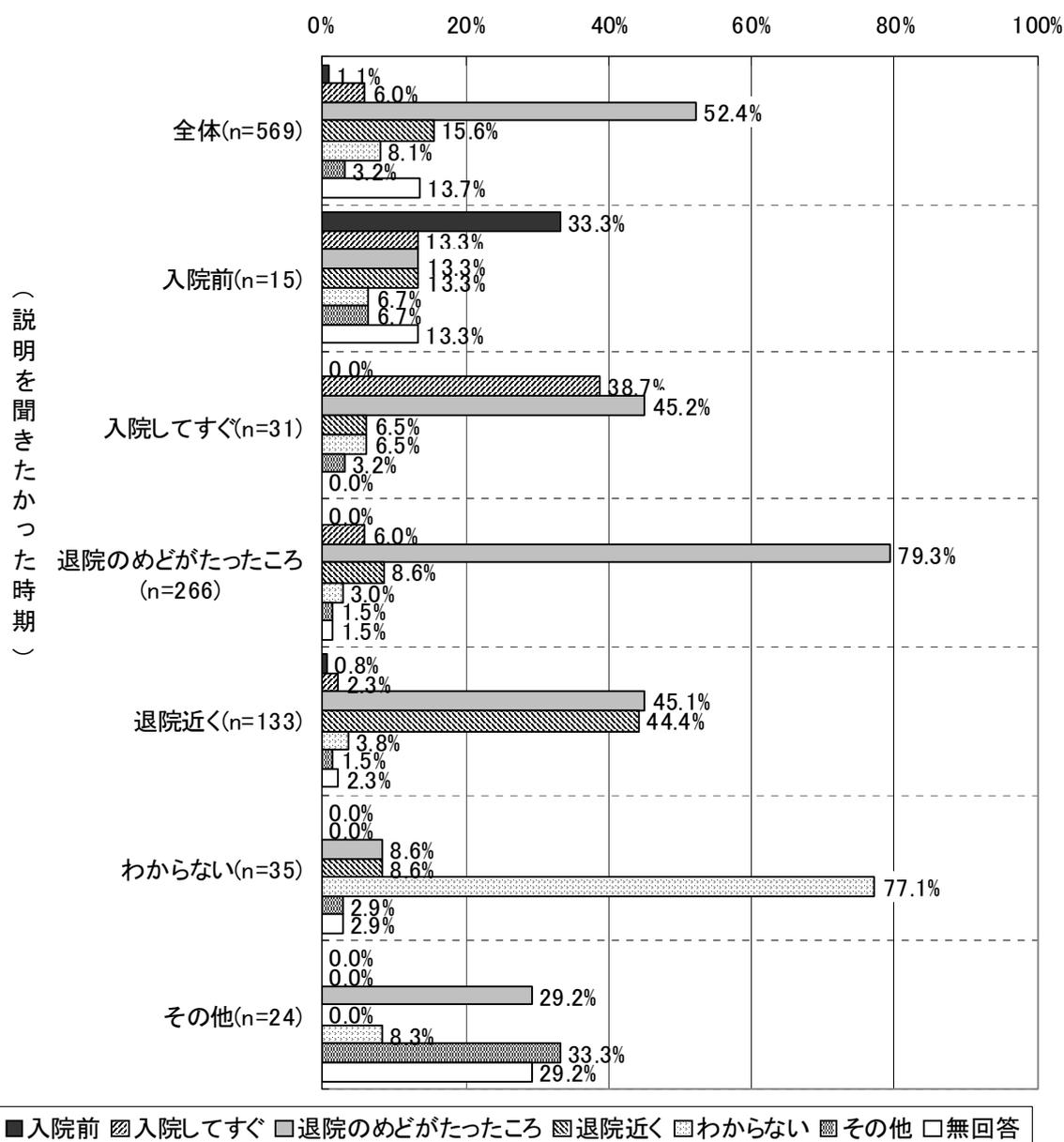
年齢階級別に退院にむけての説明を聞きたかった時期についてみると、全ての年齢階級で「退院のめどがたったころ」と回答した患者の割合が高かった。特に40歳未満の低い年齢階級で割合が高かった。

図表 318 退院にむけての説明を聞きたかった時期（年齢階級別）



退院にむけての説明を聞きたかった時期別に実際に説明を受けた時期をみると、「入院前」を希望していた患者で実際に「入院前」に説明を聞いた患者は33.3%であった。「入院してすぐ」を希望していた患者で実際に「入院してすぐ」に説明を聞いた患者は38.7%であり、「退院のめどがたったころ」のほうが45.2%で多かった。「退院のめどがたったころ」を希望していた患者で実際に「退院のめどがたったころ」に説明を聞いた患者は79.3%であり、他の患者と比較して、希望どおりの説明時期となった患者の割合が高かった。「退院近く」を希望していた患者で実際に「退院近く」に説明を聞いた患者は44.4%であり、「退院のめどがたったころ」のほうが45.1%で多かった。

図表 319 退院にむけての説明を実際に受けた時期
(説明を聞きたかった時期別)

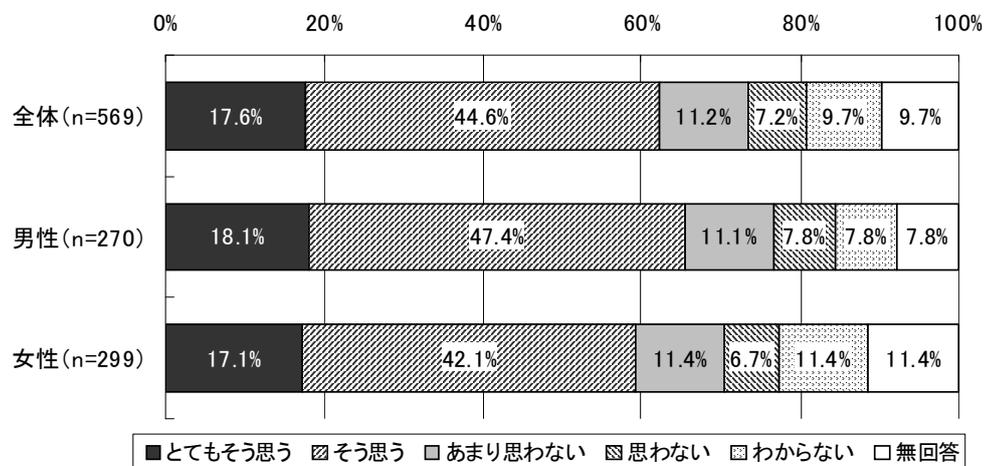


③退院後の生活に対する希望が実現できる体制を整えてくれたか

病院の医師や看護師などが退院後の生活に対する希望を実現できる体制を整えてくれたかについて尋ねたところ、全体では「そう思う」が 44.6%で最も多く、これに「とてもそう思う」を合わせると 62.2%となった。

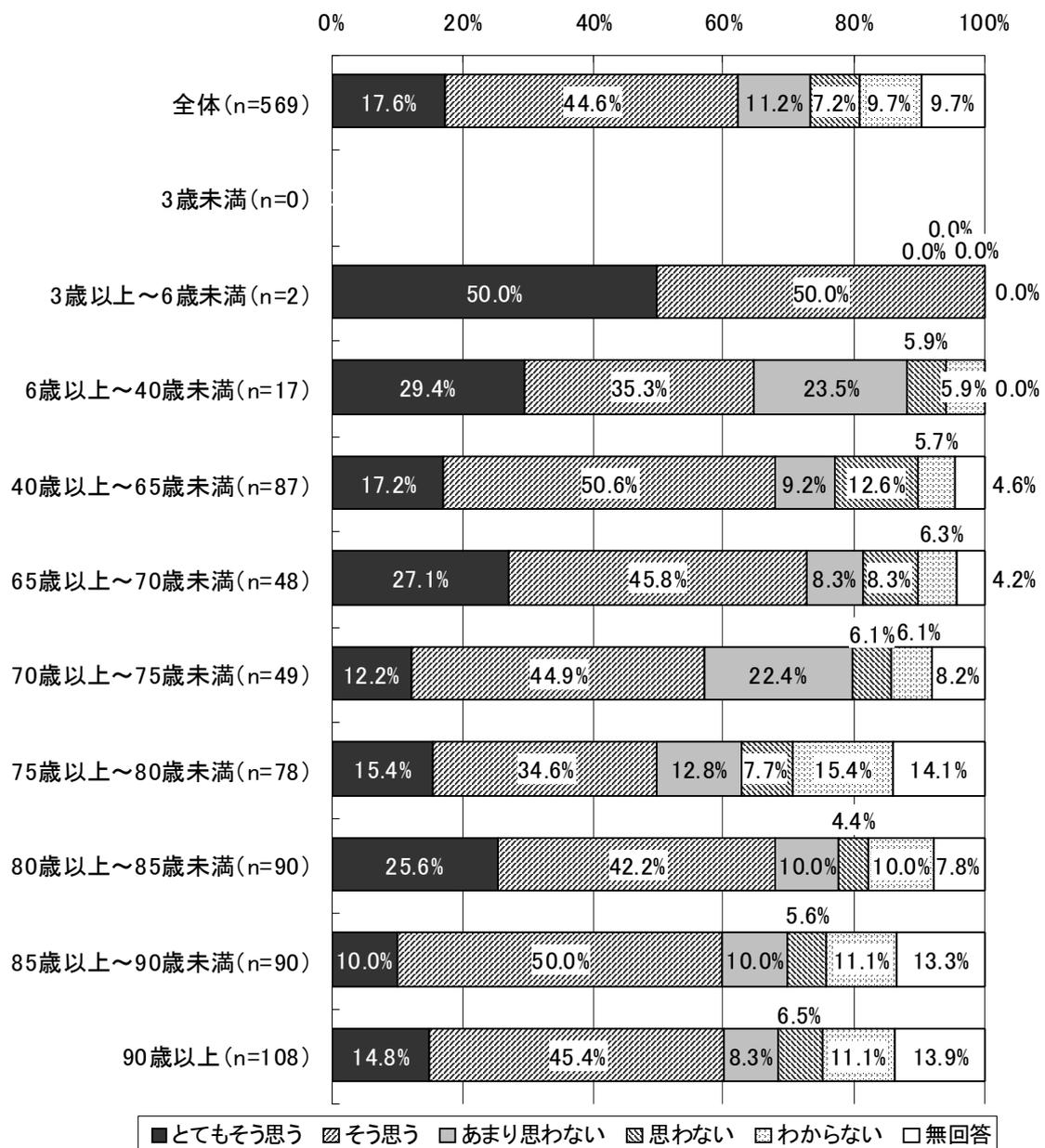
男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「そう思う（「とてもそう思う」+「そう思う）」の割合が 6.3 ポイント高かった。

図表 320 病院の医師や看護師などは退院後の生活に対する希望が実現できる体制を整えてくれたか（男女別）



年齢階級別に、病院の医師や看護師などは退院後の生活に対する希望が実現できる体制を整えてくれたかについてみると、全ての年齢階級で「そう思う（「とてもそう思う」＋「そう思う」）」が半数以上を占めた。「6歳以上～40歳未満」「70歳以上～75歳未満」では、「思わない（「あまり思わない」＋「思わない」）」が約3割を占め、他の各年齢階級と比較して高かった。

図表 321 病院の医師や看護師などは退院後の生活に対する希望が実現できる体制を整えてくれたか（年齢階級別）

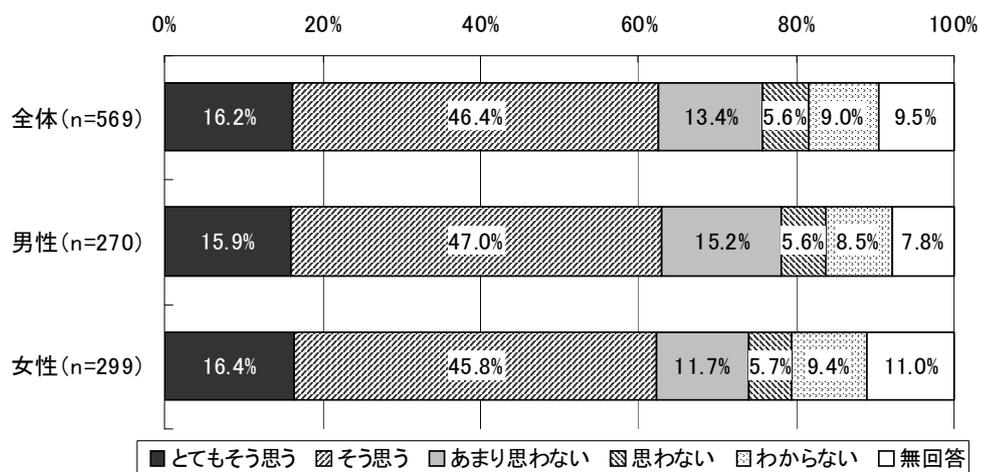


④退院後の生活について家族に十分説明してくれたか

病院の医師や看護師などは退院後の生活について家族に十分説明してくれたかについて尋ねたところ、全体では「そう思う」が 46.4%で最も多く、これに「とてもそう思う」を合わせると 62.6%となった。

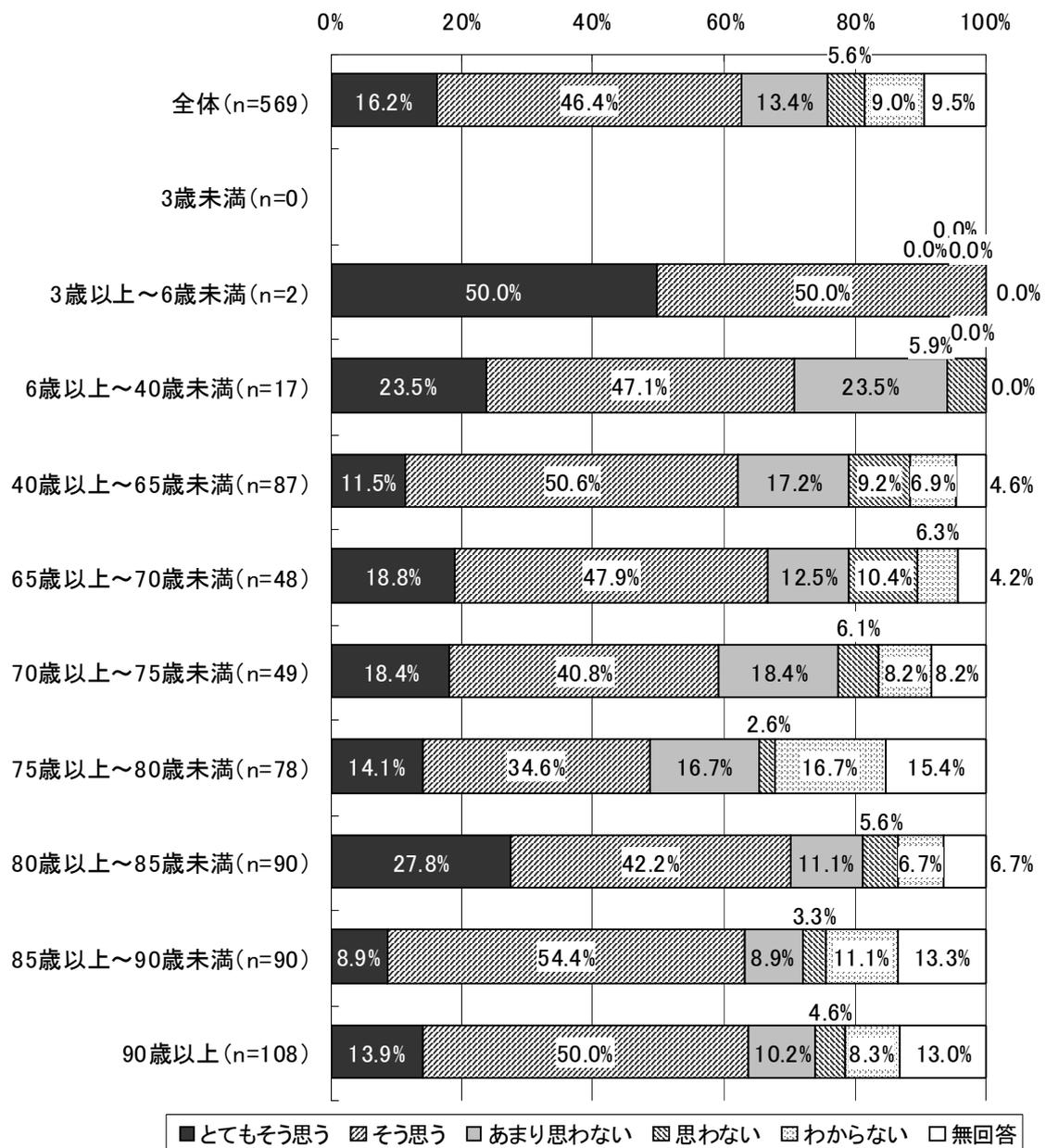
男女別による大きな差異はみられなかった。

図表 322 病院の医師や看護師などは退院後の生活について家族に十分説明してくれたか
(男女別)



年齢階級別に、病院の医師や看護師などは退院後の生活について家族に十分説明してくれたかについてみると、全ての年齢階級で「そう思う」が最も多かった。

図表 323 病院の医師や看護師などは退院後の生活について家族に十分説明してくれたか
(年齢階級別)

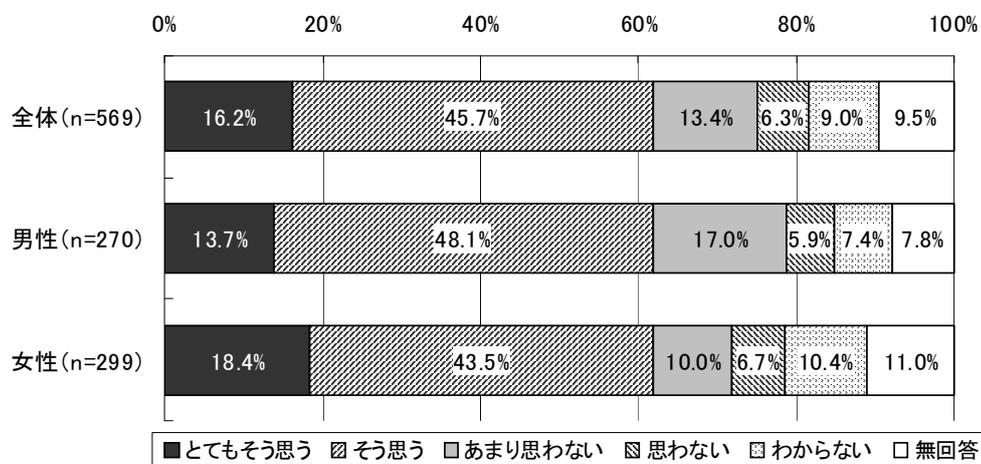


⑤自宅で行う治療について十分に説明してくれたか

病院の医師や看護師などは自宅で行う治療について十分に説明してくれたかについて尋ねたところ、全体では「そう思う」が 45.7%で最も多く、これに「とてもそう思う」を合わせると 61.9%となった。

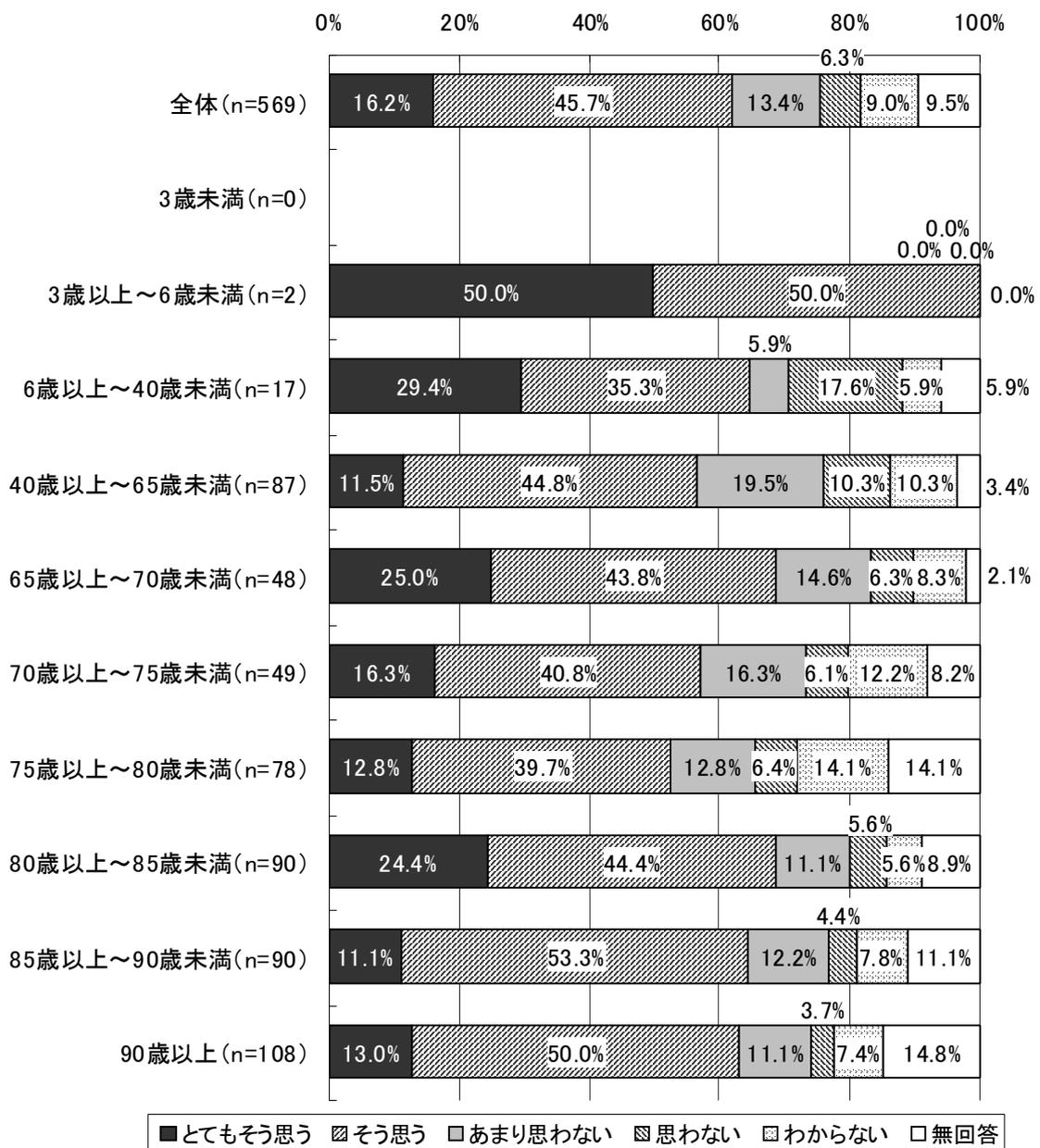
男女別にみると、男性は女性と比較して「あまり思わない」と回答した患者の割合が 7.0 ポイント高かった。

図表 324 病院の医師や看護師などは自宅で行う治療について十分に説明してくれたか (男女別)



年齢階級別に、病院の医師や看護師などは自宅で行う治療について十分に説明してくれたかについてみると、6歳以上の全ての年齢階級で「そう思う」が最も多かった。「40歳以上～65歳未満」では「あまり思わない」と「思わない」を合わせた割合が29.8%となり、他の年齢階級と比較して高かった。

図表 325 病院の医師や看護師などは自宅で行う治療について十分に説明してくれたか
(年齢階級別)

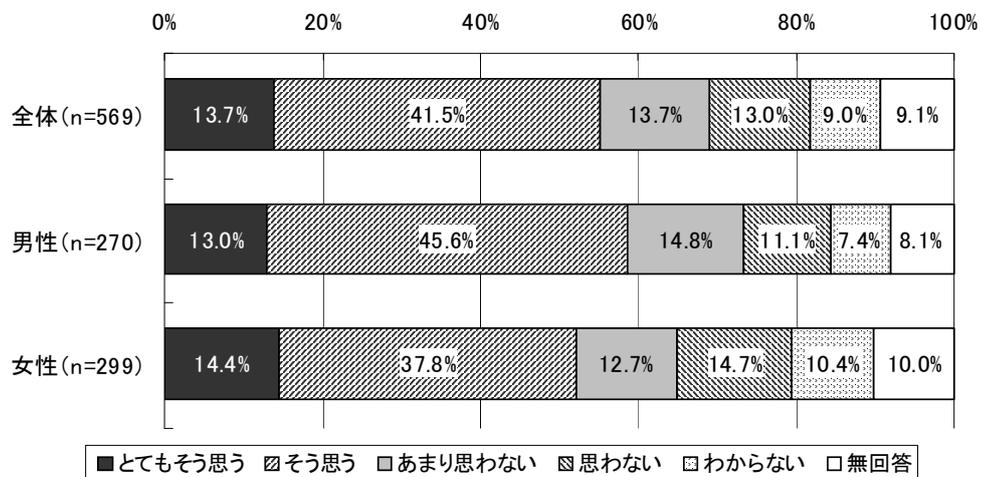


⑥自宅での生活に必要な地域の関係機関を紹介してもらったか

病院の医師や看護師などから自宅での生活に必要な地域の関係機関を紹介してもらったと思うか尋ねたところ、全体では「そう思う」が 41.5%で最も多く、これに「とてもそう思う」を合わせると 55.2%となった。

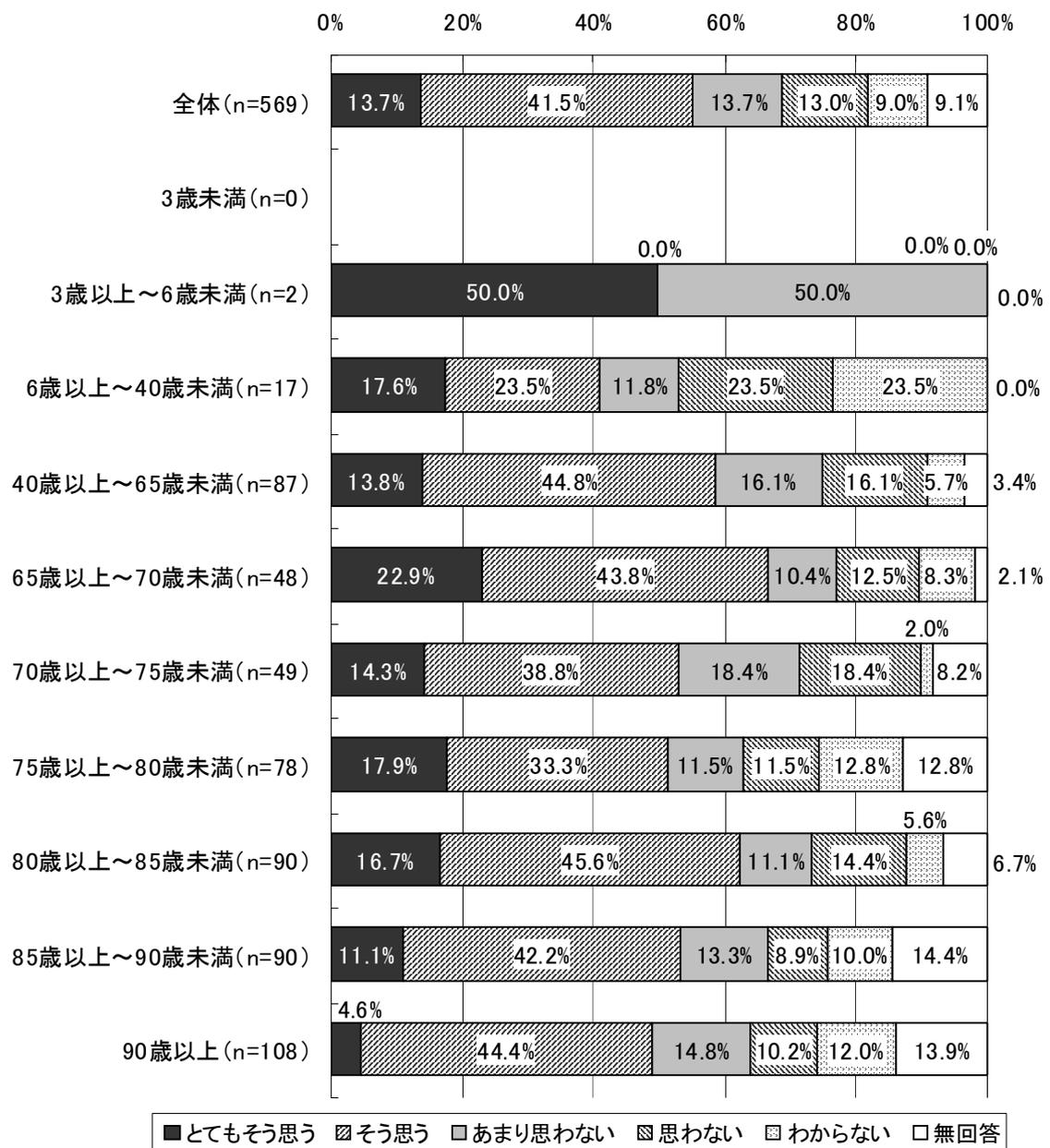
男女別にみると、男性のほうが女性と比較して「そう思う（「とてもそう思う」+「そう思う）」の割合が 6.4 ポイント高かった。

図表 326 病院の医師や看護師などから自宅での生活に必要な地域の関係機関を紹介してもらったと思うか（男女別）



年齢階級別に、病院の医師や看護師などから自宅での生活に必要な地域の関係機関を紹介してもらったと思うかについてみると、40歳以上～90歳未満の各年齢階級では「そう思う（「とてもそう思う」＋「そう思う）」と回答した患者は半数以上を占めた。「6歳以上～40歳未満」では「思わない」（23.5%）が他の年齢階級と比較して高かった。

図表 327 病院の医師や看護師などから自宅での生活に必要な地域の関係機関を紹介してもらったと思うか（年齢階級別）



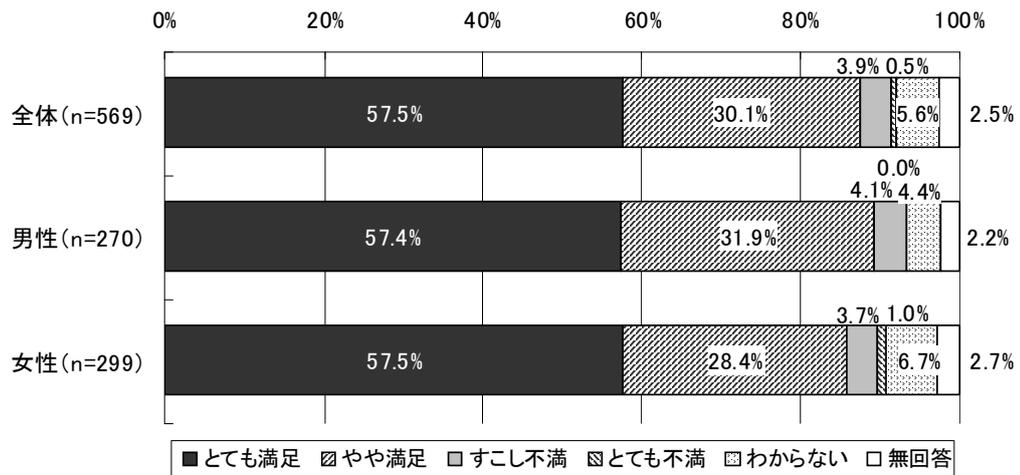
(6) 在宅医療に対する満足度

① 自宅で（家族と）生活できることについて

自宅で（家族と）生活できることについての満足度をみると、全体では「とても満足」が 57.5% で最も多く、これに「やや満足」（30.1%）を合わせると 9 割近くとなった。

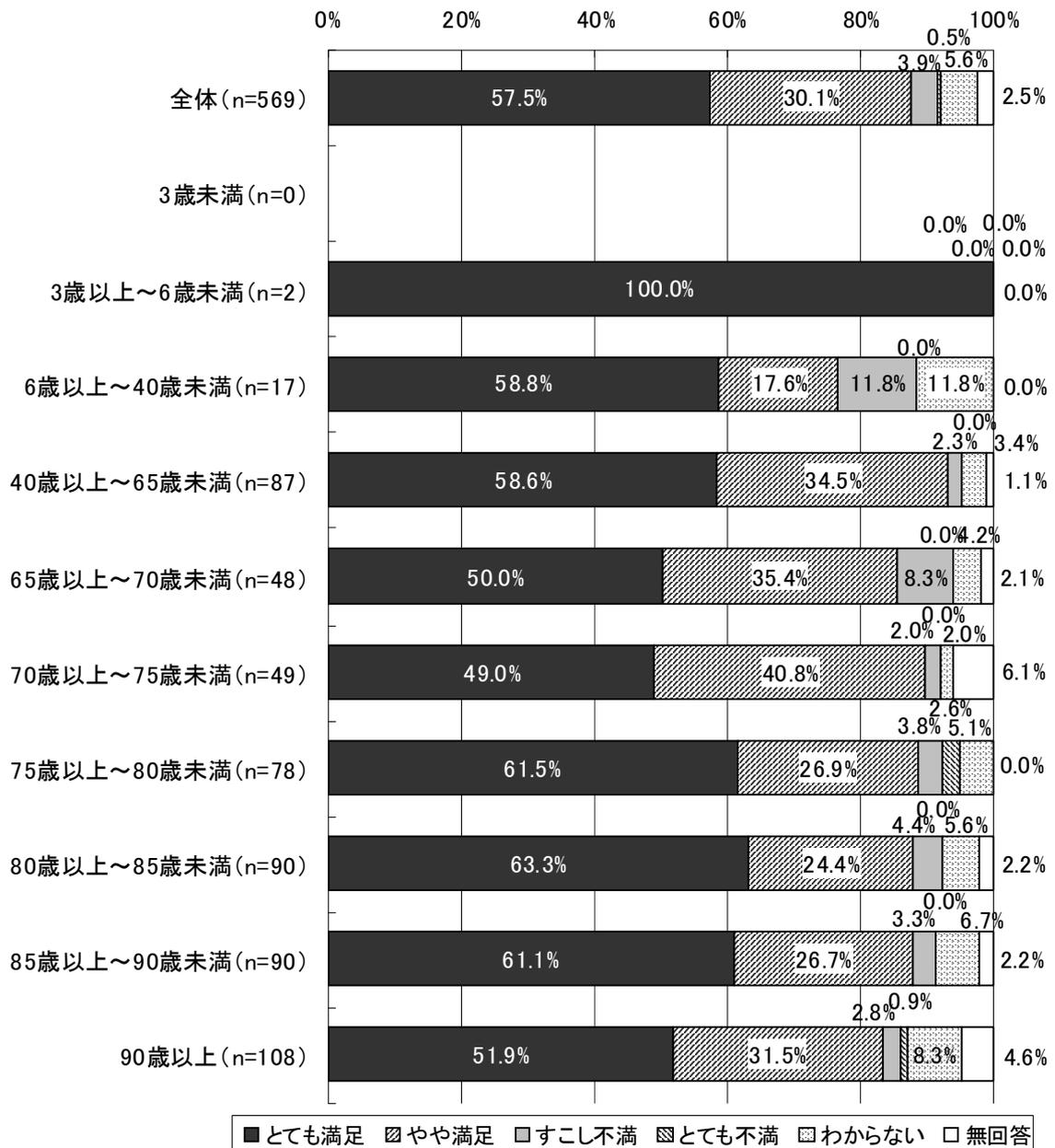
男女による大きな差異はみられなかった。

図表 328 自宅で（家族と）生活できることについての満足度（男女別）



年齢階級別に、自宅で（家族と）生活できることについての満足度をみると、40歳以上では「満足（「とても満足」＋「やや満足）」と回答した患者は8割以上となった。「6歳以上～40歳未満」では、「すこし不満」（11.8%）と回答した患者の割合が他の各年齢階級と比較して高かった。

図表 329 自宅で（家族と）生活できることについての満足度（年齢階級別）

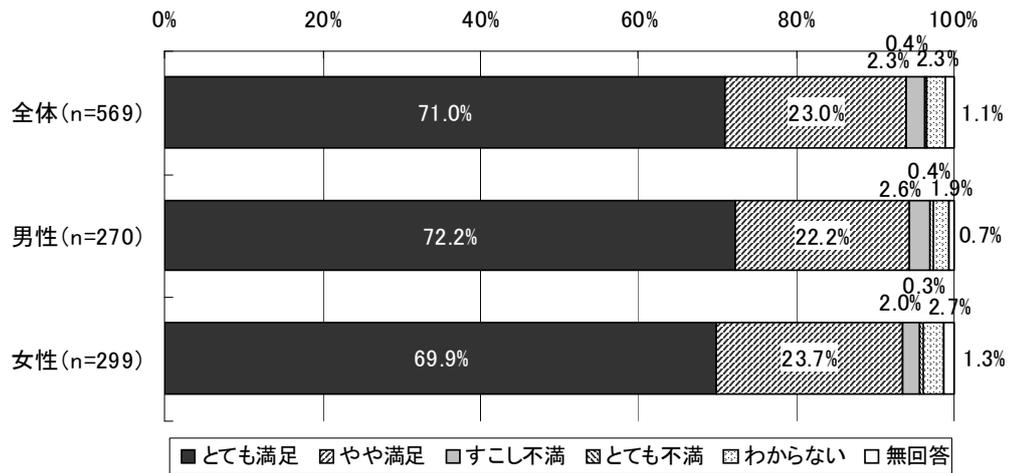


②自宅にしながら専門家に相談できることについて

自宅にしながら専門家に相談できることについての満足度をみると、全体では「とても満足」が71.0%で最も多く、これに「やや満足」(23.0%)を合わせると9割を超えた。

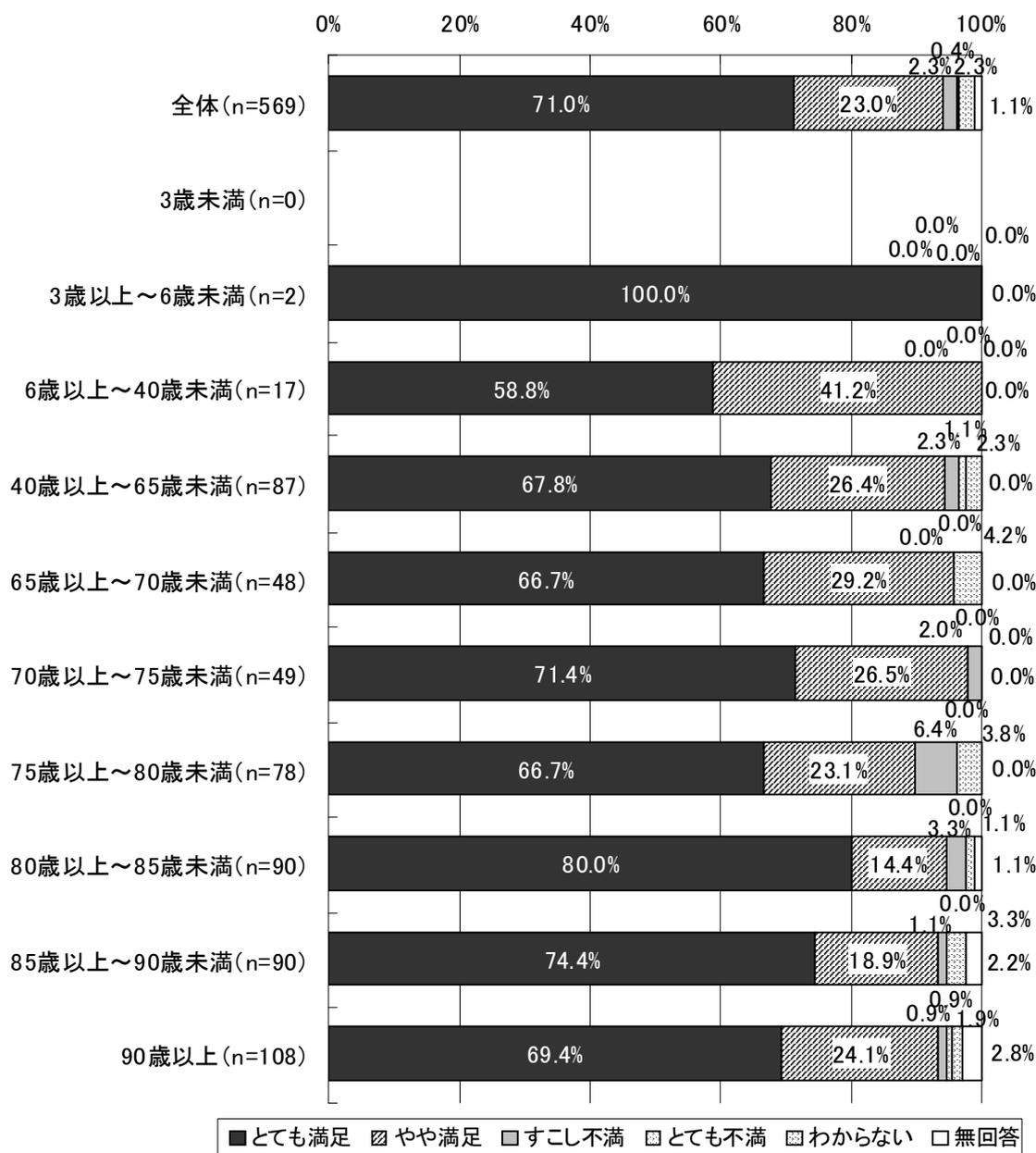
男女による大きな差異はみられなかった。

図表 330 自宅にしながら専門家に相談できることについての満足度（男女別）



年齢階級別に、自宅にしながら専門家に相談できることについての満足度をみると、全ての年齢階級で「満足（「とても満足」＋「やや満足）」と回答した患者は8割以上であった。

図表 331 自宅にしながら専門家に相談できることについての満足度（年齢階級別）

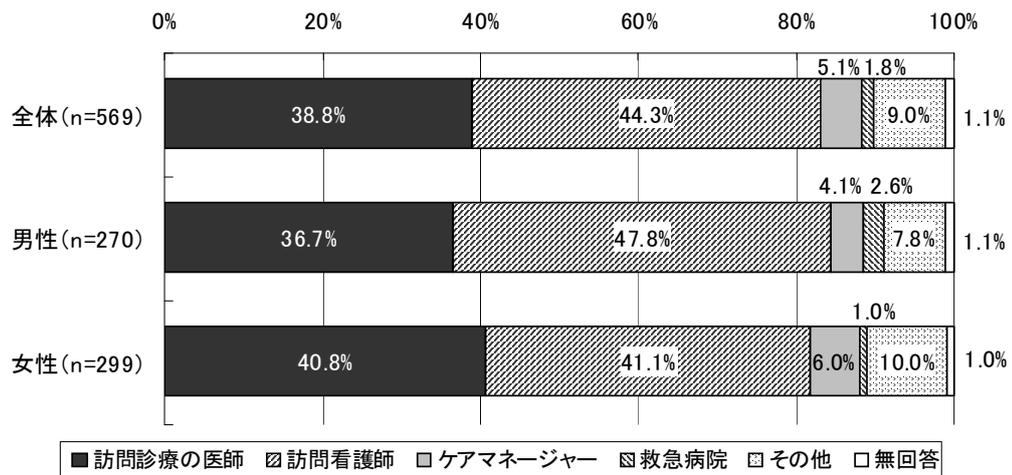


③体調等で心配なことがあった場合の連絡先

体調等で心配なことがあった場合の連絡先についてみると、「訪問看護師」が44.3%で最も多く、次いで「訪問診療の医師」(38.8%)、「ケアマネージャー」(5.1%)となった。

男女別にみると、男性では女性と比較して「訪問看護師」の割合が6.7ポイント高く、「訪問診療の医師」が4.1ポイント低かった。

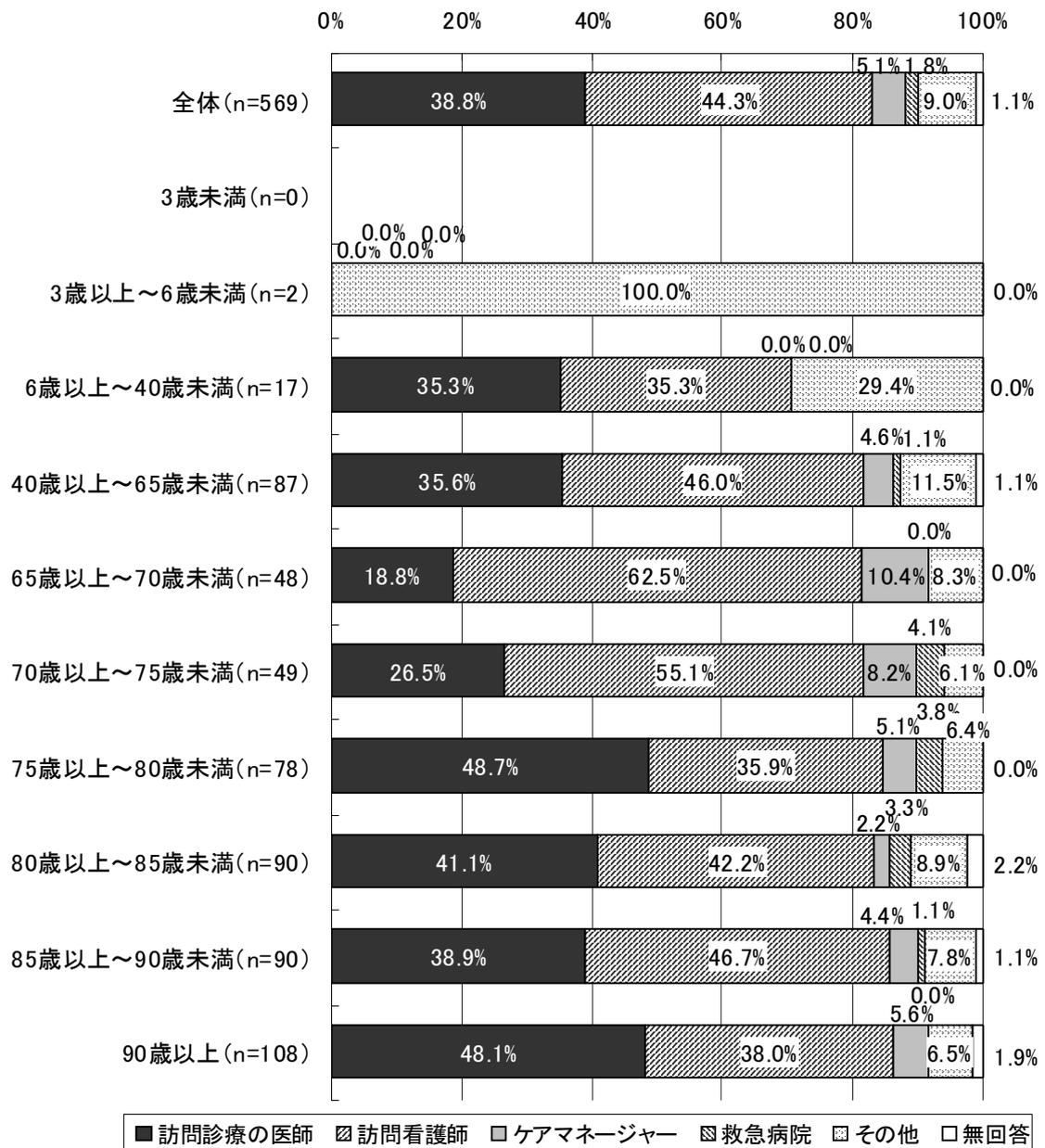
図表 332 体調等で心配なことがあった場合の連絡先（男女別）



(注) 「その他」の内容として、「かかりつけの病院・医師」(同旨を含め18件)、「家族」(同旨を含め14件)、「施設職員」(同旨を含め6件)、「施設の看護師」(同旨を含め4件)等が挙げられた。

年齢階級別に、体調等で心配なことがあった場合の連絡先についてみると、40歳以上～75歳未満と80歳以上～90歳未満の各年齢階級では、「訪問看護師」が最も多かった。特に「65歳以上～70歳未満」では62.5%と、他の各年齢階級と比較して高かった。「6歳以上～40歳未満」では、「訪問診療の医師」と「訪問看護師」がそれぞれ35.3%であった。「75歳以上～80歳未満」「90歳以上」では、「訪問診療の医師」（それぞれ48.7%、48.1%）が最も多かった。

図表 333 体調等で心配なことがあった場合の連絡先（年齢階級別）



(7) 自宅で生活することについての意見・要望等

①自宅で生活することの満足度

- ・ 往診・訪問看護、訪問リハビリ、ケアマネジャーの連携がとれてありがたく思っている。それぞれに細やかな対応に満足しており、できる限り在宅で過ごさせたい。
- ・ 退院後心配はあったが、ケアマネジャー、訪問看護師、医師の方々の連携で大変助かった。まだ退院1週間ほどだがとても行き届いた体制である。
- ・ 介護ヘルパー、訪問看護師、往診の医師にはとてもお世話になり、助けていただいている。昼間一人のため、本人も自宅で生活していることにとっても満足で、先生たちに感謝している。
- ・ 医師や看護師は患者だけではなく、家族の不安も聞いてくれ、とても安心できる。このような医療が患者にとってとても望ましい。病院より、家のほうが患者も家族も安心である。
- ・ 想像以上に大変なことに気付き、精神的にもしんどいと思うこともあるが、医師や看護師、ケアマネジャーに助けていただいて頑張っている。看護は専門の方の助けがあってこそできるものと思う。
- ・ 体調で心配事があった時は、訪問看護師かケアマネジャーに相談する。そうすると病院の訪問診療の医師・看護師と関係するところに連絡をとってくれるので安心である。
- ・ 体調が急変した時など、訪問看護師が医師と連絡を取り対処してくれる。いつでも即行動してくれることが安心と心のケアにつながっている。
- ・ 訪問看護ステーションが24時間体制でいつでも相談にのってくれ、主治医との連携も充分取ってもらい、在宅での患者が安心して継続できている。薬剤師も訪問してもらっており、相談しやすい体制がありがたい。
- ・ 介護している私（患者の長女）がもし急用で出かける場合、ケアマネジャーに連絡するとすぐデイサービスまたは1・2日預かってくれることになっているので安堵している。
- ・ 以前から訪問看護師に本当に助けてもらっている。訪問看護師がいなければ、在宅は難しいと思った。訪問看護師の役割、これからの重要性を改めて感じている。／等

②在宅医療に対する不安

○症状が進行したときの不安

- ・ 末期症状になった場合、医師、看護師がどのような対応をしてくれるのかわからない。なかなか家庭では末期は看られない。
- ・ 現在の症状のままであればすべて今のままで大満足だが、病状が先々進行してくることを考えたら不安である。／等

○災害時のときの不安

- ・ 今回、大きな地震を自宅で体験し、寝たきりの子供を前に何もすることができず、とても不安であった。震災時の避難についても考えていかなければならないし、そのような時に受け入れてくれる場所があるのかという不安もある。
- ・ いま特に気になるのは災害時の対応である。要介護5の寝たきりの人間に対しての避難援助体制が不備だと、家族だけではどうにもできない。

- ・ 医師、看護師、家族、みな良く手当てしてくれて助かっている。ただ災害など、1人である時寝たきりなので、どうしていいかわからない。
- ・ 肺気腫なので24時間酸素吸入が必要である。もし地震や停電になったらどうしようと不安である。 /等

○介護者が倒れたときの不安

- ・ 患者本人を看ている家族の方でもいつ家族が具合が悪くなるかわからないし、その時の患者をどうしたらいいとか、すぐ家族の代わりになる人も探せず、その時の対処の仕方がなく、在宅で看る時は重い患者ほど不安がいつもある。吸引をしているので、代わりがいなくて不安である。
- ・ 夫が健常なので今は安心しているが、夫に万が一のことがあったらその後の在宅医療や生活がうまく回るか不安がある。
- ・ 生活環境は一応整えたが、介護する自分の体力がいつまで持つか不安である。
- ・ 脳卒中で倒れて5年目になる。老々介護になりつつある。介護している者が体調を崩した時に患者を抱えてどうするか、いつも心配している。
- ・ 高齢で夫婦二人暮らしたが、現状のサービスを利用し、長女の援助を受けながら在宅での療養を続けたい。妻が病気になり介護が困難になった時のことを考えると不安である。 /等

③自宅で生活を希望する理由

- ・ 医学的、あるいは看護学的には不十分でも、家族（夫・娘・孫）のいる自宅で療養したい。
- ・ 認知症のあるお年寄りにとって、入院生活は機能だけではなく精神的にもとても大変な状況になり、ぐっとレベルが落ちてしまう。できれば、在宅（グループホーム）で往診を受けながら、入院が必要であれば短期間でいければ一番良い。
- ・ 自宅で終末期を迎え、主治医に看取られたい。
- ・ 自分の意思を伝えることが困難なので、自宅での生活がよい。
- ・ 病後を自宅で生活できることは一番幸せなことと思う。事情によってはそうもいかないが理想だと思う。老々介護は厳しいが体力の続く限りやっていく。
- ・ どうしても家が良いと本人が言うのであれば希望を叶えてあげたい。最終的にどうしても入院しなければならない時がくるまではなるべく家で自由に過ごしてもらい。今まで育ててもらったお返しとして心から接していきたい。 /等

④要望

○家族介護の負担軽減

- ・ 24時間人工呼吸器装着のため、ヘルパーを依頼した短時間しか（家族が）安心して外出できない。いつも緊張状態が続いている。訪問看護が30分、あと1時間あけて30分、と吸引に来てもらえれば、家族がゆっくりできる。週に1日か2日、そんな日を作っていただきたい。吸引可能なヘルパーの事業所が少ないため、十分利用できていない。すべてのヘルパーが吸引できるよう制度を変えてほしい。

- ・ 介護者は 24 時間 365 日介護をしているので、レスパイト入院ができるようにしてほしい。
- ・ 介護者が腰痛で治療したいが、時間的に余裕がなく困っている。
- ・ 在宅で過ごせることは嬉しいが、時々は休みたくなる。家族の負担が大きい。医療関係の人からの根拠に基づいた励ましは非常に嬉しいし、やる気が出てくる。レスパイト施設をもっと入りやすくしてほしい。医療ケアありでも預けて働ける仕組みを作ってほしい。
- ・ 24 時間 365 日休む間もない（睡眠は 4 時間位しかとれない）くらい介護に手がかかり家族が疲れ果ててしまうことがある。2、3 か月に一度、10 日間位入院できる病院があるととても助かる。
- ・ デイサービスやショートステイ、訪問看護、訪問リハビリなど介護サービスを多く利用しているが、自宅では私しか介護するものがないため負担が大きい。
- ・ 主治医・在宅医・訪問看護・訪問マッサージ・訪問入浴・ヘルパーと多くの人の力を借りて在宅療養しているが、状態が悪くなったら（痰の吸引、意思の疎通ができない、胃ろうなど）デイサービスの引き受け手がない。24 時間妻 1 人で頑張らねばならず、発病して 8 年限界を感じ始めている。
- ・ 病院の入院ができないので特別の病気で自宅といわれ、本人も病院の入院は嫌だといっている。家族としては時間がなく毎日毎日体力も衰えを待っているばかりで、これから先はどうなるかと不安である。家族も休養が欲しい時がある。／等

○ショートステイの利用拡大

- ・ 泊まりがけでの用事するとき、1 日か 2 日くらいのショートステイができたらいいと思う。
- ・ 退院する時はショートステイを利用できると言われたが、痰の吸引があるとの理由で実現していない。
- ・ 介護の休息を取るためのショートステイがとりにくい。介護施設では吸引などの関係で預かってくれない。
- ・ 胃ろうなどがあっても、ショートステイを利用できるようにしてほしい。
- ・ 呼吸器をつけているので、ショートステイなどが使えない。重症者は制度からはじかれているのかと思ってしまう。
- ・ 在宅を始める前は、医療や介護のいろいろなサポートがあるから大丈夫といわれたが、実際に生活を始めてみると、使うのに制約があるなど不自由なことばかりだった。ショートステイを利用することで、家族も休息できるという話だったが、受け入れ先がなく、実態をよくわかってない人が多すぎる。／等

○24 時間体制や緊急時、土日祝日への対応

- ・ 心配な時に 24 時間体制で連携できると安心だ。
- ・ 夜間や休日はとても不安なので健常者のように別の時間帯に診てもらえるところを作ってほしい。
- ・ 夜間の急変への対応が充実できるようにしてほしい。
- ・ 緊急の時の連絡網を明確にしてほしい。

- ・ 体調が日々変化するので電話 1 本で対応していただけることは家族の生活を守ることであり、もちろん、本人にとっても大変重要なことである。
- ・ 利用している訪問看護ステーションは、かかりつけの病院併設だが、平日夜間、休日夜間は医師不在のため、急変には応じてもらえないので不安だ。
- ・ 緊急時とはいえないけれど、体調の悪いときに救急車を呼ぶのか様子をみるのか判断することにいつも困る。救急車を呼んでもかかりつけの病院に搬送許可があるまで時間がかかりすぎる。もっとシステム化してスムーズに搬送して診療してほしい。／等

○医療・介護に係る費用

- ・ 要介護 5 で医療保険と介護保険を併用してサービスを受けているが、介護保険の利用限度額が不足する。
- ・ 入院している時には、尿バッグ、ガーゼ・アルコール他の費用はいらなかったのに、在宅になったら負担になり、家計に響いてくるので困っている。
- ・ 自力歩行が困難なため、常に車椅子を利用しているが、介護タクシーの料金が高すぎて利用できない。
- ・ 医師は異常がなくても定期的に訪問し、2〜3 分で終了して帰るが、月々の医療費は高額だ。安心料としては仕方ないのか。
- ・ バルーンのセット等、保険で出してほしい。
- ・ 訪問看護の負担金をもっと安くしてほしい。／等

○サービス提供者のレベルアップ

- ・ 看護師やヘルパーのミスが多すぎる。プロだったらしっかり業務をやって頂きたいと思う。
- ・ サービス事業者によって受けるサービスに大きな差がある。サービス事業者だけに任せると、大きな不利益につながることもある。
- ・ 呼吸器をつけているので独居になったら全部、訪問看護・訪問介護に依頼することになる。同じ人が来ないと毎日恐怖に近い。介護者のレベルアップが望ましい。
- ・ 患者本人もそうだが、家族のケアもまたとても重要だ。何が必要か、何で困っているのか、またこうしたらよい、こういう便利なものもあるなど、ささやかなことでも話せる訪問看護師、ケアマネジャーは絶対に必要だ。訪問看護師などには、心、思いやりも重要で、人材育成に特に心、精神ケアの重要性を学んできてもらいたい。／等

○訪問診療を行うスタッフの増員

- ・ 訪問看護師の人手不足があり、少人数で回るため、患者へのケア時間が不足している。体全体のチェックが難しくなる。待遇を良くして国は訪問看護師を増やしてほしい。
- ・ 訪問看護を受けられるので、自宅で一緒に生活ができる。聞くところによると、まだまだ訪問看護に携わるスタッフの数が足りないとのことなので、多くの方が我が家と同じように、家族が望む生活を送れるよう、看護師の数が増えていくことを望む。
- ・ 在宅で安心して生活できるように訪問医療、看護のスタッフがもっと増えてほしい。障害者

をみてくれるところが少ない。

- ・ 訪問診療を行う医師が増えてほしい。 / 等

○訪問回数の増加

- ・ 在宅治療をできるだけ続けたいので、訪問看護師の回数を増やしてほしい。
- ・ いつも点数や回数を考えながら医師や看護師に来ていただいているので、そんなことを考えなくても必要な医療が必要なだけ自宅で受けられるようになってほしい。 / 等

○医療と介護の連携

- ・ 自宅で生活するには医師や看護師の協力もそうだが、介護をする家族の負担が大きく自宅で生活するのは介護をする者の健康が大きく左右する。医療と合わせ介護サービスも強化しなければ続けられない。両方セットで考えていただきたい。
- ・ 訪問に関わる全ての人員や設備が整っていない中で、現在の看護は比較的頑張っていてやってくれていると思うが、もっと医療機関（難病患者でも診てくれるような）も含めて在宅での看護・介護がスムーズにいくように努力してほしい。
- ・ 自宅で安心して生活できるような、医療・看護・介護の充実を強く希望する。
- ・ ケアマネジャー、訪問診療、訪問看護、訪問入浴、介護用品レンタル業者との連携をうまくいく仕組みを作ってほしい。患者に関わる関係者との話し合い、会議などの義務化をしてもらいたい。 / 等

○小児の在宅

- ・ 小児に対する補助を拡大してほしい。
- ・ 「在宅医療=老人」ではない。患者が子どものため、ケアマネジャーがつくこともなく、医療ケアがあるため訪問看護師しか利用できず、送迎サービス（患者一人では気切部の吸引があり車に乗れない）さえ利用できない。在宅6年だが何も変わってない。
- ・ 訪問（自宅）だけではなく、その子が通う就学先までを生活の一部として捉え、医療的ケアが必要なことに対して、訪問看護の枠組み内で学校生活の付き添い（スクールナースとして）ができるよう、制度改革をしてほしい。 / 等

○その他

- ・ 訪問診療のできる医療機関の（歯科、耳鼻科等）一覧表などを配布してほしい。
- ・ 訪問看護の中で歯のケアや口腔ケアをしてほしい。
- ・ 就労しながら単身者が介護する場合、仕事の関係もあり、医師の訪問は助かるが、眼科や耳鼻科の訪問サービスがないので困っている。薬も医師に受診しないと投与してもらえないので困る。歯科も含め、制度としてもっと在宅介護せざるを得ない世帯に対して支援を頂きたい。介護者が単身の場合、仕事休んで通院させることはかなり困難である。
- ・ 生活が成り立つように、様々なサービスを紹介してもらい、自分で選びたい。
- ・ 何をどこまで利用できるのかわからない。今の介護でよいのかもわからない。家族からも要

求に対しての対応になるので、利用できるものも知らないことが多い。各県によって受けられるサービス内容も違うので、不平等感がある。介護サービスは平等に、申請期間も短くし、退院したらすぐ利用できるようにしてほしい。入院中にできる申請を多くしてほしい。

- 外出支援を充実させてほしい。また、インターネットを使用するサポートを充実させてほしい。
- 障害者なのでケアマネジャーがおらず、困った時には相談する人がいない。介護保険以外の方もケアマネジャーがいれば安心だ。 / 等

10. まとめ

本調査より明らかとなった点は、以下のとおりである。

(1) 入院医療機関調査

①施設調査

- ・ 開設者は、「医療法人」(46.5%)が最も多く、次いで「公立」(17.9%)、「その他の法人」(14.2%)、「国」(8.3%)であった(図表2)。
- ・ 標榜診療科は、「内科」(93.3%)が最も多く、次いで「整形外科」(79.1%)、「外科」(77.0%)、「リハビリテーション科」(73.5%)であった(図表3)。
- ・ 病院の種別は、「DPC対象病院」が44.1%、「DPC準備病院」が2.9%、「地域医療支援病院」が13.1%、「特定機能病院」が9.6%、「がん診療連携拠点病院」が19.8%であった(図表4)。
- ・ 1施設あたりの職員数(常勤換算)についてみると、総職員数は平均523.8(標準偏差580.2、中央値252.3)人であった。「社会福祉士」については、1施設あたり平均2.7人、中央値で2人であった(図表5)。
- ・ 1施設あたりの病床数は平均309.5(標準偏差269.2、中央値199)床であった。また、1日平均入院患者数は平均251.8(標準偏差228.9、中央値161.6)人であった(図表6)。
- ・ 平成21年、22年、23年の各6月における平均在院日数の変化について中央値をみると、一般病棟、回復期リハビリテーション病棟、その他の病棟、及び病院全体においては、やや短くなったが、療養病棟、精神病棟では平成23年は平成21年と比較して長かった(図表7)。
- ・ 地域連携を担当する部署について、「ある」が90.1%、「開設準備中」が1.1%、「ない」が7.2%であった(図表8)。
- ・ 退院調整の体制は、1施設あたりの専従者数は平均2.43人(標準偏差3.04、中央値1)人であった。また、専任者数は平均2.36(標準偏差2.65、中央値1)人であった。職種としては、専従・専任いずれも「社会福祉士」が多かった(図表10)。
- ・ 退院調整部署に「専従」の担当者がある施設の割合は74.5%であった。専従担当者として「社会福祉士」がいる施設が58.9%、「看護師」がいる施設が33.4%であった(図表11)。
- ・ 退院調整部署に「専任」の担当者がある施設の割合は71.0%であった。専任担当者として「看護師」がいる施設が48.2%、「社会福祉士」がいる施設が35.9%、「医師」がいる施設が19.2%であった(図表12)。
- ・ 「総合評価加算」の施設基準の届出が「あり」という施設は17.9%であった。平成23年6月1か月間の算定回数は平均68.0(標準偏差124.5、中央値4)回であった(図表14、図表16)。
- ・ 「介護支援連携指導料」の施設基準の届出が「あり」という施設は29.4%であった。平成23年6月1か月間の算定回数は「～10回未満」が52.7%で最も多かった。算定実績のある施設は77.3%であった(図表17、図表19)。
- ・ 「後期高齢者退院調整加算」の施設基準の届出が「あり」という施設は43.3%であった(本加算は平成22年度診療報酬改定で廃止となった)。平成21年6月1か月間の算定回数は

「～10回未満」が27.8%、「～20回未満」が14.8%であった。また、「0回」が44.4%であった（図表20、図表22）。

- ・ 「急性期病棟等退院調整加算1」の施設基準の届出が「あり」という施設は46.5%であった（本加算は平成22年度診療報酬改定で創設された）。平成23年6月1か月間の算定回数は「30回以上」が28.7%、「～10回未満」が23.6%であった。また、「0回」が17.2%であった（図表23、図表25）。
- ・ 「急性期病棟等退院調整加算2」の施設基準の届出が「あり」という施設は24.9%であった（本加算は平成22年度診療報酬改定で創設された）。平成23年6月1か月間の算定回数は「～10回未満」が23.7%、「～20回未満」が16.1%であった。また、「0回」が43.0%であった（図表26、図表28）。
- ・ 「新生児特定集中治療室退院調整加算」の施設基準の届出が「あり」という施設は24.3%であった（本加算は平成22年度診療報酬改定で創設された）。平成23年6月1か月間の算定回数は「～10回未満」が22.0%、「～20回未満」が6.6%であった。また、「0回」が64.8%であった（図表29、図表31）。
- ・ 「地域連携診療計画退院時指導料1」の施設基準の届出が「あり」という施設は29.9%であった。1か月間の算定回数の平均は、平成21年6月に1.5回であったが、平成23年6月には2.4回と増えた（図表32、図表34）。
- ・ 「慢性期病棟等退院調整加算1」の施設基準の届出が「あり」という施設は33.2%であった（本加算は平成22年度診療報酬改定で創設された）。平成23年6月1か月間の算定回数は「～5回未満」が24.2%、「～10回未満」が8.1%であった。また、「0回」が53.2%であった（図表35、図表37）。
- ・ 「慢性期病棟等退院調整加算2」の施設基準の届出が「あり」という施設は35.8%であった（本加算は平成22年度診療報酬改定で創設された）。平成23年6月1か月間の算定回数は「0回」が72.4%、「～5回未満」が11.2%、「～10回未満」「～20回未満」が3.7%であった（図表39、図表41）。
- ・ 「退院時共同指導料2」の算定回数の平均値は、平成21年6月が0.42回、平成23年6月が0.65回であった。このうち、「当該施設の医師が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師と共同して指導を行った場合（300点）」を算定した回数は、平成21年6月が0.24回、平成23年6月が0.40回であった。また、「当該施設の医師が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師若しくは看護師等、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）、居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合（2,000点）」の算定回数は、平成21年6月が0.09回、平成23年6月が0.13回であった。このうち、「ケアマネジャーと連携した回数」は、平成21年6月が0.08回、平成23年6月が0.12回であった（図表43）。
- ・ 1か月間の「退院時リハビリテーション指導料」の算定回数は、平成21年6月が23.3回、平成23年6月が29.2回であった（図表44）。
- ・ 1か月間の「退院前訪問指導料」の算定回数は、平成21年6月が0.67回、平成23年6月

が 0.70 回であった（図表 45）。

- ・ 「外泊中に訪問看護が利用できることは患者の退院を促進すると思うか」という質問に対して、「思う」と回答した施設が 78.7%、「思わない」と回答した施設が 21.3%であった（図表 46）。
- ・ 定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている施設・事業所数についてみると、「病院・診療所」「在宅療養支援病院・診療所」「訪問看護ステーション」については年ごとに連携施設・事業所数が増加している（図表 48）。
- ・ 定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている施設・事業所との定期会合数についてみると、いずれも平均値が 1 未満で中央値が 0 という状況であった（図表 50）。
- ・ 当該施設と連携している病院・診療所数は平均 40.5（中央値は 5）箇所であり、このうち、当該施設を緊急時の入院医療機関としている病院・診療所は 7.0（中央値は 0）箇所であった。このうち在宅療養支援病院・診療所は 2.2（中央値は 0）箇所であった（図表 52）。
- ・ 回答のあった 158 施設における、平成 21 年 6 月及び平成 23 年 6 月 1 か月間の退院患者数についてみると、平成 21 年 6 月に退院した患者数は 48,311 人であったが、平成 23 年 6 月には 50,763 人と 5.1%増加した。このうち退院調整した患者数は、平成 21 年 6 月には 5,056 人であったのが平成 23 年 6 月には 6,377 人と 26.1%増加した。また、在宅医療に移行した患者数は、平成 21 年 6 月には 402 人であったのが、平成 23 年 6 月には 493 人と 22.6%増加した。特に他院の在宅医療を受けている患者が 35.4%と大きく増加した（図表 53）。
- ・ 訪問診療や訪問看護の実施状況については、「訪問診療のみ自院が行っている」が 11.0%、「訪問看護のみ自院が行っている（併設の訪問看護ステーションは含まない）」が 1.3%、「訪問診療・訪問看護ともに自院が行っている」が 13.6%、「関連施設・事業所が行っている」が 11.5%、「行っていない」が 37.4%であった（図表 55）。
- ・ 「救急・在宅等支援療養病床初期加算」の算定回数は、平成 23 年 5 月が平均 27.5 回、同年 6 月が 27.2 回であった。「在宅患者緊急入院診療加算－連携医療機関（1300 点）」及び「在宅患者緊急入院診療加算－連携医療機関以外（650 点）」の算定回数は平成 23 年 5 月、6 月ともに 0.0 回であった（図表 56）。
- ・ 緊急入院の患者数として、「在宅療養支援診療所等の医療機関から連絡を受け、入院した患者数」についてみると、1 施設あたりの平均患者数は、平成 21 年 6 月が 14.5 人であり、平成 23 年 6 月が 15.1 人であった。このうち、「緊急入院した患者数」の平均は、平成 21 年 6 月が 7.9 人であり、平成 23 年 6 月が 7.5 人であった。また、「当該施設を緊急時の入院医療機関として連携している医療機関から連絡を受け、入院した患者数」は、平成 21 年 6 月が 6.2 人であり、平成 23 年 6 月が 5.3 人であった。このうち、「緊急入院した患者数」の平均は、平成 21 年 6 月が 3.2 人であり、平成 23 年 6 月が 2.4 人であった（図表 58）。
- ・ 他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有などを行うことで、「救急外来受診や再入院が減った」かを尋ねたところ、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合は 8.3%であった。「どちらともいえない」が 58.3%で最も多かった。一方、「あまりあてはまらない」「あてはまらない」を合わせた割合は 32.5%で「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合よりも高い結果となった（図表 60）。

- 他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有などを行うことで、「在宅医療を提供する在宅療養支援診療所等の他医療機関からの紹介入院が増えた」かを尋ねたところ、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合は 29.6%であった。「どちらともいえない」が 46.6%で最も多かった。一方、「あまりあてはまらない」「あてはまらない」を合わせた割合は 22.4%で「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合のほうが高かった（図表 61）。
- 他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有などを行うことで、「自宅退院が増えた」かを尋ねたところ、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合は 23.3%であった。「どちらともいえない」が 58.7%で最も多かった。一方、「あまりあてはまらない」「あてはまらない」を合わせた割合は 18.0%で「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合のほうが高かった（図表 62）。
- 他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有などを行うことで、「退院・転院に関する患者の苦情やトラブルが減った」かを尋ねたところ、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合は 31.5%であった。「どちらともいえない」が 52.9%で最も多かった。一方、「あまりあてはまらない」「あてはまらない」を合わせた割合は 15.1%で「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合のほうが高かった（図表 63）。
- 他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有などを行うことで、「平均在院日数が減った」かを尋ねたところ、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合は 28.7%であった。「どちらともいえない」が 55.3%で最も多かった。一方、「あまりあてはまらない」「あてはまらない」を合わせた割合は 15.1%で「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合のほうが高かった。DPC 対象病院では肯定的な評価の割合が高かった（図表 64）。
- 他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有などを行うことで、「他施設との連携の重要性について、院内のスタッフの理解が深まった」かを尋ねたところ、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合は 64.1%であった。「どちらともいえない」は 28.2%であった。また、「あまりあてはまらない」「あてはまらない」を合わせた割合は 7.3%であり、肯定的な評価の割合の方が高かった（図表 65）。
- 他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有などを行うことで、「他の医療機関や介護保険施設・事業所等との連携が良くなった」かを尋ねたところ、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合は 75.7%であった。「どちらともいえない」は 18.9%で、「あまりあてはまらない」「あてはまらない」を合わせた割合は 4.8%であった。他の項目と比較しても、「大いにあてはまる」「あてはまる」を合わせた割合が高かった（図表 66）。
- 平成 23 年 3 月 11 日の東日本大震災によって退院調整や退院後のフォロー等に関して患者数などに影響があったかを尋ねたところ、「当初から影響はない」が 77.3%と最も多かった。「現在も大きな影響が残っている」が 0.3%、「現在も多少影響が残っている」が 4.3%、「現在は影響はなくなっている」が 12.0%であった（図表 67）。

②入院医療機関における患者の概要（患者調査）

- ・ 性別は、「他施設への入所患者」では男性が 31.3%、女性が 68.3%と女性の割合が他の患者と比較して高かった（図表 68）。
- ・ 年齢は、「他施設への入所患者」では 85 歳以上が 50.8%を占めた（図表 69）。
- ・ 主たる傷病は、「他医療機関への転院患者」では他の患者と比較して、「脳血管疾患」の割合が高い結果となった。「自院の在宅医療患者」では 22.6%、「他院の在宅医療患者」では 28.4%が「がん」であった（図表 71）。
- ・ 同居家族の有無は、「他施設への入所患者」では「あり」が 45.4%、「なし」が 47.7%となり、「なし」が「あり」を上回った。一方、他の患者では、「あり」が「なし」を上回った。特に在宅医療患者では、同居家族が「あり」という患者が 8 割近くを占めた（図表 72）。
- ・ 入院前の所在は、「自院の在宅医療患者」では 44.3%、「他院の在宅医療患者」では 32.8%の患者が、調査対象施設に入院する前に在宅医療を受けていた。一方、入院前には在宅医療を受けていなかったが、調査対象施設からの退院後、在宅医療を受けるようになった患者も、「自院の在宅医療患者」の 40.9%、「他院の在宅医療患者」の 55.7%を占めている（図表 73）。
- ・ 調査対象施設での入院期間は、「他医療機関への転院患者」が 109.1 日で最も長く、次いで「他施設への入所患者」が 76.9 日となった。一方で、「自院への外来通院患者」では 49.7 日で最も短かった。「自院の在宅医療患者」では 51.5 日、「他院の在宅医療患者」では 56.4 日であった（図表 74）。
- ・ 入院期間中における手術の有無は、手術が「あり」という割合は「自院への外来通院患者」では 21.9%で最も高く、次いで「他施設への入所患者」（19.8%）、「他院の在宅医療患者」（19.7%）であった（図表 75）。
- ・ 退院調整に向けた関与の有無について、関与が「あり」という割合は、「他院の在宅医療患者」が 95.1%で最も高く、「自院への外来通院患者」が 79.5%で最も低かった（図表 76）。
- ・ 退院調整に向けた関与を行った患者について関与した時期として、最も多いのが、いずれの患者でも「入院中」という回答であった。一方で、「入院前」あるいは「入院当初」で退院調整の関与を行っている場合も合わせて 4 割程度あった（図表 77）。
- ・ 退院調整時に連携した施設・事業所については、特に「他院の在宅医療患者」では、「連携している病院・一般診療所」「訪問看護ステーション」「居宅介護支援事業所」などで割合が高かった。また、「自院の在宅医療患者」では、「訪問看護ステーション」「居宅介護支援事業所」で割合が高かった（図表 78）。
- ・ 退院調整のカンファレンスの回数は、「他医療機関への転院患者」が 2.6 回で最も多く、「自院の在宅医療患者」が 1.9 回で最も少ない結果となった。カンファレンスの平均所要時間は、「他院の在宅医療患者」が 39.5 分で最も長く、次いで「自院への外来通院患者」（35.5 分）、「自院の在宅医療患者」（35.2 分）、「他施設への入所患者」（27.4 分）、「他医療機関への転院患者」（26.8 分）となった（図表 79）。
- ・ 退院調整における院内のカンファレンス参加者についてみると、いずれの患者においても「看護師」「社会福祉士」「担当医」「理学療法士」の参加割合が高かった。次いで外部の

カンファレンス参加者についてみると、「自院の在宅医療患者」「他院の在宅医療患者」の場合、「居宅介護支援事業所」「訪問看護ステーション」の割合が高かった。いずれの患者においても、「歯科保険医療機関」「保険薬局」の割合は低かった（図表 80、図表 81）。

- ・ 「他医療機関に転院した患者の転院先」は、「連携病院の一般病棟」が 30.2%で最も多く、次いで「連携病院の療養病棟」(24.4%)、「(連携先でない) その他の病院」(19.7%)、「連携病院の回復期リハビリテーション病棟」(16.2%)となった（図表 82）。
- ・ 「他施設へ入所した患者の入所先」は、「介護老人保健施設」が 35.5%で最も多く、次いで「特別養護老人ホーム」(34.4%)となった（図表 83）。
- ・ 「自院に外来通院している患者の通院頻度」は、「1 か月に 1 回程度」が 47.3%で最も多く、次いで「2 週間に 1 回程度」(24.0%)、「週に 1、2 回程度」(9.9%)となった（図表 84）。
- ・ 「自院の在宅医療患者の訪問診療の頻度」は、「1 か月に 1 回程度」が 25.2%で最も多く、次いで「2 週間に 1 回程度」(22.6%)、「週に 1、2 回程度」(19.1%)となった（図表 85）。
- ・ 「他院の在宅医療患者の訪問看護の頻度」は、「週に 1、2 回程度」が 59.1%で最も多く、次いで「2 週間に 1 回程度」(7.0%)となった（図表 86）。

（2）在宅医療調査

- ・ 回答施設 400 施設の種別は、「在宅療養支援病院（以下、「在支病」）」が 17.3%（69 施設）、「在宅療養支援診療所（以下、「在支診」）」が 64.0%（256 施設）、「在支病以外の病院」が 18.0%（72 施設）、「在支診以外の診療所」が 0.8%（3 施設）であった（図表 87）。
- ・ 施設の開設者は、在支病では「医療法人」が 68.1%で最も多く、次いで「公立」と「その他の法人」が 14.5%となった。また、在支診では「医療法人」が 55.5%で最も多く、次いで「個人」が 38.7%となった（図表 88）。
- ・ 有床診療所 53 施設の病床規模は、「15～19 床」が 77.4%で最も多く、次いで「～9 床以下」が 11.3%、「10～14 床」が 9.4%となった。また、病床数の平均は 16.3 床（中央値 19 床）であった。病院 141 施設の病床規模は、在支病では「50～99 床」が 34.8%で最も多く、次いで「100～149 床」が 21.7%となった。一方、在支病以外の病院では「150～199 床」が 22.2%で最も多く、次いで「300～499 床」が 16.7%となった。また、病床数の平均は在支病では 102.1 床（中央値 94 床）、在支病以外の病院では 225.5 床（中央値 184.5 床）となった。在支病の施設要件があるため、在支病のほうが在支病以外の病院と比較して平均病床数が小さかった（図表 90、図表 91）。
- ・ 在宅医療を開始した時期は、在支病では「1990～1999 年」が 24.6%で最も多かった。これに「1979 年以前」「1980～1989 年」も加えると半数近くが 1999 年以前の開始となっている。在支診では「2000～2005 年」が 23.4%で最も多く、次いで「1990～1999 年」が 22.3%となった。在支病と比較して、「2000～2005 年」に在宅医療を開始した施設が多い（図表 92）。
- ・ 在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所の届出時期は、在支病では「2010 年」が 72.5%で最も多く、次いで「2011 年」が 17.4%であった。また、在支診では「2006 年」が 46.1%で最も多く、次いで「2007 年」が 9.8%、「2010 年」が 8.6%となった（図表 93）。

- ・ 在支病以外の病院における在宅療養支援病院の届出をしていない理由としては、「24 時間往診の体制構築が困難」が 56.9%で最も多く、次いで「許可病床数が 200 床以上であるため」が 40.3%、「24 時間訪問看護の体制構築が困難」が 23.6%、「24 時間連絡の体制構築が困難」が 18.1%と続いた（図表 94）。
- ・ 訪問診療を行う時間の定め方は、在支病では「特定の曜日に訪問診療を行っている」が 46.4%で最も多く、次いで「午前中は外来受診、午後に訪問診療」が 23.2%となった。また、在支診では「昼休みや外来の前後で訪問診療を行っている」が 37.5%で最も多く、次いで「特定の曜日に訪問診療を行っている」が 27.7%、「午前中は外来診療、午後に訪問診療を行っている」が 17.2%となった（図表 95）。
- ・ 職員数は、在支病では在支病以外の病院と比較して、1 施設あたりの平均職員数が少ないが、「在宅医療の実施のため、患家を訪問する職員数」については、医師数や職員数合計などで上回っている。一方、在支診では在支診以外の診療所と比較して、1 施設あたりの平均職員数と「在宅医療の実施のため、患家を訪問する職員数」が多い（図表 96）。
- ・ 1 か月間の外来延べ患者数についてみると、在支病では「2,000～4,999 人」が 43.5%で最も多く、次いで「1,000～1,999 人」が 18.8%となった。外来延べ患者数の中央値は 2,865 人であった。また、在支診では「1,000～1,999 人」が 30.1%で最も多く、次いで「500～999 人」が 28.1%、「～499 人以下」が 23.8%であった。外来延べ患者数の中央値は 936 人であった（図表 97、図表 98）。
- ・ 回答施設が主治医として在宅医療を提供している患者数の平成 23 年 6 月の実績は、在支病が平均 39.56 人、在支診が平均 43.91 人、在支病以外の病院が平均 20.32 人、在支診以外の診療所が平均 1.50 人であった。在支病、在支診、在支診以外の診療所では平成 21 年 6 月と比較して、患者数は増加している。特に、在支病、在支診では、「75 歳以上」「65 歳以上 75 歳未満」の患者数が増加している（図表 99）。
- ・ 主たる疾患別患者数は、在支病、在支診、在支病以外の病院、いずれも「認知症」の患者が平成 21 年と比較して増加している。また、在支病、在支診では、すべての疾患で患者数の増加がみられた（図表 102）。
- ・ NICU から在宅医療に移行した患者の受入れ数について、平成 23 年 6 月の 1 施設あたりの平均は、在支病が 2.44 人、在支診が 1.43 人、在支病以外の病院が 1.79 人であった。平成 21 年 6 月と比較して大きな変化はみられない（図表 103）。
- ・ 診療報酬項目別算定患者数は、在支病、在支診、在支病以外の病院、いずれも「往診」「在宅患者訪問診療料（同一建物以外）」「在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）」「在宅時医学総合管理料」「在宅移行早期加算」「訪問看護指示料」については、平成 21 年 6 月と比較して増加した。特に、「在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）」「在宅時医学総合管理料」では大きく増加した（図表 104）。
- ・ 診療報酬項目別算定回数は、在支病、在支診、在支病以外の病院、いずれも「在宅患者訪問診療料（同一建物以外）」の算定回数は平成 21 年 6 月と比較して減少しているが、「在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）」では大きく増加している（図表 105）。
- ・ 在宅の患者に対する緊急時に連絡のとれる電話番号の通知方法については、いずれの施設

も「施設や職員の電話番号のみ通知」が最も多かった。この他の通知方法として、在支病と在支診では「施設や職員と連携医療機関の電話番号を通知」が多くなっている（在支病 29.0%、在支診 44.1%）（図表 106）。

- ・ 緊急時の連絡への対応者については、在支病や在支病以外の病院では、「主に看護職員が受けている」がそれぞれ 65.2%、63.9%で最も多く、次いで「主に事務職員が受けている」がそれぞれ 17.4%、20.8%で続いた。また、在支病と在支病以外の病院とで比較すると、在支病のほうが「主に医師が受けている」の割合が高かった。一方、在支診では「主に医師が受けている」が 67.6%で最も多く、次いで「主に看護職員が受けている」（25.4%）となった（図表 107）。
- ・ 緊急時の往診体制については、在支病、在支診では「時間内、時間外のいずれも行っている」がそれぞれ 69.6%、75.8%で最も多かった。在支病では、次いで「時間外は行っていないが、時間内は対応」が 13.0%、「時間内、時間外ともに行っていない」が 10.1%と続いた（図表 108）。
- ・ 緊急時の往診体制の構築方法については、在支病では「自院のみで体制構築している」が 89.9%、「予め他の医療機関と連携して対応できる体制を構築している」が 5.8%であった。一方、在支診では「自院のみで体制構築している」が 50.8%で、「予め他の医療機関と連携して対応できる体制を構築している」が 46.5%となった。在支診では在支病と比較して、他の医療機関と連携して緊急時の往診体制を構築している施設の割合が高い（図表 109）。
- ・ 緊急時に往診した回数については、在支病では診療報酬改定前 1 年間の平均回数は 24.5 回であったのが、改定後の 1 年間の平均回数は 31.3 回となり、緊急時の往診回数は増加している。中央値でも、改定前が 8.0 回であったのに対し、改定後は 9.5 回と増加している。同様に、在支診についてみると、改定前の平均回数は 19.8 回で、改定後は 22.8 回と増加している。中央値でも改定前 4.0 回に対し、改定後は 5.0 回と増加している（図表 110）。
- ・ 緊急入院が必要と判断された回数については、在支病では診療報酬改定前 1 年間の平均回数は 5.5 回であったのが、改定後の 1 年間の平均回数は 6.1 回となり、緊急入院が必要と判断された回数はやや増加している。一方、在支病以外の病院、在支診以外の診療所では、改定前と比較して改定後の平均回数は若干減少している（図表 113）。
- ・ 在宅で看取りを行った回数については、在支病では診療報酬改定前 1 年間の平均回数は 3.5 回であったのが、改定後の 1 年間の平均回数は 4.9 回となり、在宅で看取りを行った回数は増加している。同様に、在支診についてみると、改定前の平均回数は 3.9 回で、改定後は 4.5 回と若干増加している（図表 116）。
- ・ 平成 23 年 4 月以降、在宅患者について、自院や連携医療機関に緊急入院を行おうとして、入院先の病床が確保できなかった経験の有無として、在支病では 13.0%、在支診では 11.3% が「複数回あった」と回答している。また、「1 回あった」という回答も、在支病では 1.4%、在支診では 4.7%となった（図表 119）。
- ・ 回答施設が定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている医療機関等と共同で実施した会議（カンファレンス）の回数（平成 23 年 6 月 1 か月間）は、在支病が

2.25回、在支診が1.50回、在支病以外の病院が3.30回、在支診以外の診療所が0.67回であった（図表121）。

- 平成23年6月1か月間に実際にカンファレンスを開催した実績のある施設でのカンファレンスの回数は、在支病が4.35回、在支診が2.91回、在支病以外の病院が5.56回、在支診以外の診療所が1.00回であった（図表122）。
- カンファレンスに参加することのある連携機関については、在支病では「居宅介護支援事業所」が58.0%、「訪問看護ステーション」が55.1%、「連携している診療所・病院」が46.4%、「地域包括支援センター」が43.5%という状況であった。また、在支診では「連携している診療所・病院」が49.6%、「訪問看護ステーション」が46.9%、「居宅介護支援事業所」が39.8%、「地域包括支援センター」が23.0%であった（図表123）。
- 平成23年6月1か月間における他の在宅療養支援病院との連携の有無について、「連携している」という回答は、在支病が21.7%、在支診が52.3%、在支病以外の病院が18.1%であり、在支診で割合が高かった（図表124）。
- 連携している施設・事業所の数は、在支病では「連携している診療所・病院」が平均6.3箇所、「訪問看護ステーション」が2.0箇所、「歯科保険医療機関」が0.7箇所、「保険薬局」が1.0箇所、「居宅介護支援事業所」が5.3箇所、「地域包括支援センター」が1.8箇所であった。また、在支診では「連携している診療所・病院」が平均3.5箇所、「訪問看護ステーション」が2.4箇所、「歯科保険医療機関」が0.3箇所、「保険薬局」が1.3箇所、「居宅介護支援事業所」が3.4箇所、「地域包括支援センター」が0.8箇所であった（図表126）。
- 「連携している診療所・病院」との連携状況に関する評価については、在支病では18.8%、在支診では28.5%が「十分な連携ができています」と回答した。これに「どちらかといえば連携ができています」を合わせると、それぞれ65.2%、76.5%となった（図表128）。
- 「訪問看護ステーション」との連携状況に関する評価については、在支病では31.9%、在支診では36.7%が「十分な連携ができています」と回答した。これに「どちらかといえば連携ができています」を合わせると、それぞれ66.7%、70.3%となった（図表129）。
- 「歯科保険医療機関」との連携状況に関する評価については、「十分な連携ができています」という回答は在支病が7.2%、在支診が6.6%に留まった（図表130）。
- 「保険薬局」との連携状況に関する評価については、「十分な連携ができています」という回答は在支病が17.4%、在支診が30.9%であった。これに「どちらかといえば連携ができています」を合わせると、それぞれ42.0%、53.6%となった（図表131）。
- 「居宅介護支援事業所」との連携状況に関する評価については、「十分な連携ができています」という回答は在支病が33.3%、在支診が21.9%であった。これに「どちらかといえば連携ができています」を合わせると、それぞれ69.5%、48.1%となった（図表132）。
- 「地域包括支援センター」との連携状況についての評価は、「十分な連携ができています」という回答は在支病が18.8%、在支診が12.1%であった。これに「どちらかといえば連携ができています」を合わせるとそれぞれ50.7%、33.6%となった（図表133）。
- 平成23年6月1か月間に特別訪問看護指示書を交付した患者数について、1施設あたりの平均患者数は、在支病が0.30人、在支診が0.79人、在支病以外の病院が0.45人であった

(図表 134)。

- ・ 平成 23 年 6 月 1 か月間に特別訪問看護指示書を交付した実績のある施設は、在支病では 10 施設、在支診では 70 施設、在支病以外の病院では 13 施設であった。これら実績のある施設での平均患者数は、在支病が 1.70 人、在支診が 2.46 人、在支病以外の病院が 2.00 人であった。在支病では、交付患者 1.70 人のうち、「急性増悪」の患者が 1.50 人、「非がんの終末期」の患者が 1.00 人、「胃瘻、経管栄養の管理が必要な人」が 1.00 人であった。在支診では、交付患者 2.46 人のうち、「急性増悪」の患者が 2.17 人、「非がんの終末期」の患者が 1.19 人、「胃瘻、経管栄養の管理が必要な人」が 1.16 人であった。在支病以外の病院では、交付患者 2.00 人のうち、「急性増悪」の患者が 1.67 人、「非がんの終末期」の患者が 1.00 人、「胃瘻、経管栄養の管理が必要な人」が 1.00 人であった (図表 135)。
- ・ 在宅医療を提供していた患者のうち、1 年間に死亡した患者数についてみると、1 施設あたりの平均患者数は、在支病が 10.5 人、在支診が 7.2 人、在支病以外の病院が 2.3 人、在支診以外の診療所が 1.7 人であった。また、このうち、自宅等 (在宅) にて死亡した患者数は、在支病が 4.0 人、在支診が 4.3 人、在支病以外の病院が 0.6 人、在支診以外の診療所が 1.0 人であった (図表 136)。
- ・ 現在の体制で在宅医療の提供件数を増やすことができるか尋ねた結果、「増やすことができる」という回答は、在支病が 36.2%、在支診が 51.2%、在支病以外の病院が 34.7%であった。「増やすことができる」と回答した施設に、増やすことが可能な患者数を尋ねたところ、1 施設あたりの平均は、在支病が 7.9 人、在支診が 10.6 人、在支病以外の病院が 11.0 人であった (図表 138、図表 139)。
- ・ 在宅医療の推進に際しての負担感として「24 時間連絡できる体制の構築またはそのための連携」については、「非常に負担である」と回答した割合は、在支病が 23.2%、在支診が 18.0%、在支病以外の病院が 18.1%であり、これに「やや負担である」を合わせるとそれぞれ 53.6%、58.2%、43.0%となった。一方で、「あまり負担ではない」という回答が、在支病では 27.5%で他の施設と比較するとやや高い割合となった (図表 141)。
- ・ 在宅医療の推進に際しての負担感として「24 時間往診できる体制の構築またはそのための連携」については、いずれの施設でも「非常に負担である」という回答が最も多かった。これに「やや負担である」を合わせると、7 割以上の施設が負担と回答している (図表 144)。
- ・ 在宅医療の推進に際しての負担感として「24 時間訪問看護を提供できる体制の構築またはそのための連携」については、いずれの施設でも「非常に負担である」という回答が最も多かった。これに「やや負担である」を合わせると半数を超える施設が負担と回答している (図表 147)。
- ・ 在宅医療の推進に際しての負担感として「緊急時に入院できる病床の確保またはそのための連携」については、在支病では「やや負担である」と「あまり負担ではない」がいずれも 26.1%で最も多かった。次いで「どちらともいえない」が 20.3%となった。また、「非常に負担である」が 7.2%、「全く負担ではない」が 13.0%であった。在支診では「やや負担である」が 31.3%で最も多く、次いで「どちらともいえない」が 25.8%、「あまり負担ではない」が 19.5%であった。また、「非常に負担である」という回答は在支病よりも 5.7

ポイント高かった（図表 148）。

- ・ 在宅医療の推進に際しての負担感として「スタッフの在宅医療に関する知識・技術の向上」については、在支病、在支診、在支病以外の病院、いずれの施設も「どちらともいえない」が最も多かった。また、「やや負担である」と「あまり負担ではない」はほぼ同じ割合であり、「非常に負担である」という回答は少なかった（図表 149）。
- ・ 在宅医療の推進に際しての負担感として「ケアカンファレンス等他の医療・介護関係者等との緊密な連携」については、在支病、在支診では「どちらともいえない」が最も多いものの、「やや負担である」と「あまり負担ではない」も多かった。在支病、在支診では「非常に負担である」が1割程度であった（図表 150）。
- ・ 在宅医療の推進に際しての負担感として「在宅医療に関する医療材料・機器の確保」については、在支病では「あまり負担ではない」が37.7%で最も多かった。次いで「どちらともいえない」が23.2%、「やや負担である」が15.9%、「全く負担ではない」が11.6%で、「非常に負担である」は4.3%であった。在支診では、在支病と比較して、「非常に負担である」「やや負担である」の割合が高かった（図表 151）。
- ・ 在宅医療の推進に際しての負担感として「患者や家族の理解・協力を得ること」については、在支病、在支診、在支病以外の病院では「どちらともいえない」が最も多かった。一方で、「非常に負担である」「負担である」を合わせた割合は、在支病では26.8%、在支診では25.0%、在支病以外の病院では22.2%であった（図表 152）。
- ・ 平成23年3月11日の東日本大震災によって在宅医療に関して調査時点においても影響があるかどうかを尋ねた結果、8割を超える施設が「当初から影響がない」と回答した。「現在も大きな影響が残っている」と回答した施設はなく、「現在も多少影響が残っている」が全体の1.3%、「現在は影響はなくなっている」が7.0%であった（図表 153）。

（3）訪問看護調査

- ・ 訪問看護調査において有効回答が得られた事業所・訪問看護部門400施設の属性については、「病院」が16.8%（67施設）、「診療所」が2.8%（11施設）「訪問看護ステーション」が80.5%（322事業所）であった（図表 154）。
- ・ 開設者は、病院は、「医療法人」（61.2%）が最も多く、次いで「都道府県・市区町村・地方独立行政法人・広域連合・一部事務組合」（17.9%）、「その他」（9.0%）、「日本赤十字社・社会保険関係団体」（6.0%）であった。診療所は、「医療法人」（90.9%）が最も多く、次いで「消費生活協同組合及び連合会」（9.1%）であった。訪問看護ステーションは、「医療法人」（39.4%）が最も多く、次いで「営利法人」（26.4%）、「社会福祉法人」（7.1%）、「都道府県・市区町村・地方独立行政法人・広域連合・一部事務組合」（6.5%）であった（図表 155）。
- ・ 回答施設・事業所における同一敷地内に併設されている施設は、「居宅介護支援事業所」（55.5%）が最も多く、次いで「病院」（34.3%）、「訪問介護事業所」（24.5%）、「診療所」（9.5%）、「保険薬局」（1.8%）であった（図表 156）。
- ・ 訪問看護を開始した時期については、病院では「1990～1999年」（28.4%）が最も多く、

次いで「2000～2005年」(19.4%)、「2006～2007年」(11.9%)であった。診療所では、「2000～2005年」(27.3%)が最も多く、次いで「1990～1999年」「2006～2007年」(それぞれ18.2%)であった。訪問看護ステーションでは、「1990～1999年」(41.0%)が最も多く、次いで「2000～2005年」(28.3%)、「2008～2009年」(11.5%)であった(図表158)。

- ・ 1事業所あたり平均職員数(常勤換算)については、「保健師・助産師・看護師」は、病院で平均57.6人、診療所で平均4.4人、訪問看護ステーションで平均4.1人であった。「福祉職」は、病院で平均1.3人、診療所で平均5.0人、訪問看護ステーションで平均0.1人であった。また、看護職のうち「ケアマネジャー資格保有者」についてみると、病院は平均1.4人、診療所は平均1.3人、訪問看護ステーションは平均1.3人であった。(図表159、図表160)。
- ・ 平成21年6月(診療報酬改定前)と平成23年6月(診療報酬改定後)の医療保険と介護保険を合わせた訪問看護実施利用者数については、病院では、「3歳未満」「3歳以上6歳未満」「40歳以上65歳未満」で平成21年6月(診療報酬改定前)より平成23年6月(診療報酬改定後)の利用者数が多く、「65歳以上」では少なかった。訪問看護ステーションでは、全ての年齢階級で平均利用者数が平成21年6月(診療報酬改定前)より平成23年6月(診療報酬改定後)のほうが多かった(図表161)。
- ・ 対象者がいた訪問看護ステーションにおいて、訪問看護実施利用者のうち、複数の事業所から訪問看護を受けた平均利用者数を平成21年6月(診療報酬改定前)と平成23年6月(診療報酬改定後)と比較すると、平成21年6月と比較して平成23年6月のほうが平均利用者数が若干増えた(図表164)。
- ・ 対象者がいた訪問看護ステーションにおいて、訪問看護実施利用者のうち、特別訪問看護指示書が出た平均利用者数を平成21年6月(診療報酬改定前)と平成23年6月(診療報酬改定後)と比較すると、「40歳以上65歳未満」では平成21年6月と比較して平成23年6月のほうがやや少なくなったものの他の年齢階級では高くなった(図表166)。
- ・ 訪問看護実施利用者のうち、介護保険での訪問看護を受けた平均利用者数を平成21年6月(診療報酬改定前)と平成23年6月(診療報酬改定後)と比較すると、診療所、訪問看護ステーションでは「65歳以上」で改定前より改定後のほうが多かった。対象者がいた施設・事業所に限定すると、訪問看護ステーションでは、「40歳以上65歳未満」は改定後は少なかったが、「65歳以上」は多かった(図表167)。
- ・ 対象者がいた訪問看護ステーションにおいて、介護保険での訪問看護のみでなく、同月に特別訪問看護指示の期間のみ医療保険の訪問看護も受けた平均利用者数を平成21年6月(診療報酬改定前)と平成23年6月(診療報酬改定後)と比較すると、「65歳以上」の該当者がいる事業所数及び平均利用者数について改定後のほうが多かった(図表169)。
- ・ 平成23年6月1か月間の回答事業所・訪問看護部門が訪問看護を実施している利用者全体のうち、精神疾患のある利用者数について利用保険種別にみると、病院では、医療保険利用者は平均0.21人、介護保険利用者は平均0.95人であった。訪問看護ステーションでは、医療保険利用者は平均2.82人、介護保険利用者は平均3.34人であった(図表171)。
- ・ 平成23年6月1か月間の回答事業所・訪問看護部門が訪問看護を実施している利用者全体

のうち、統合失調症のある利用者数について利用保険種別にみると、病院では、医療保険利用者は平均 0.79 人、介護保険利用者は平均 0.08 人であった。訪問看護ステーションでは、医療保険利用者は平均 2.08 人、介護保険利用者は平均 0.57 人であった。また、うつ病のある利用者数について同様にみると、病院では、医療保険利用者は平均 0.10 人、介護保険利用者は平均 0.08 人であった。訪問看護ステーションでは、医療保険利用者は平均 0.39 人、介護保険利用者は平均 0.81 人であった（図表 173）。

- 平成 23 年 6 月 1 か月間に医療保険・介護保険別に回答事業所・訪問看護部門が訪問看護を実施している利用者全体のうち、日常生活自立度別認知症のある平均利用者数についてみると、病院では、「Ⅱ以下」の介護保険利用者が平均 5.98 人で最も多く、次いで「Ⅲ」の介護保険利用者（平均 2.00 人）、「Ⅳ」の介護保険利用者（平均 1.50 人）となった。訪問看護ステーションでは、「Ⅱ以下」の介護保険利用者が平均 10.24 人で最も多く、次いで「Ⅲ」の介護保険利用者（平均 3.91 人）、「Ⅳ」の介護保険利用者（平均 2.42 人）となった（図表 175）。
- 平成 23 年 6 月 1 か月間に訪問看護基本療養費Ⅰを算定した利用者数についてみると、病院では、施設が平均 0.02 人、居宅が平均 0.84 人であった。また、訪問看護ステーションでは、施設が平均 0.08 人、居宅が平均 3.03 人であった。また、訪問看護基本療養費Ⅱのうち、「1 名に対して訪問を実施した件数」は病院が平均 0.22 件、訪問看護ステーションが平均 1.15 件であった。同様に訪問看護基本療養費Ⅱのうち、「複数名に対して訪問を実施した件数」は病院が平均 0.00 件、訪問看護ステーションが平均 0.63 件であった（図表 177）。
- 平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 年 3 月 31 日の間で 2 時間を超える長時間の訪問看護を実施した平均利用者数を年齢階級別にみると、病院では「65 歳以上」が 0.29 人で最も多く、「総数」の平均が 0.45 人であった。訪問看護ステーションでは「65 歳以上」が 0.51 人で最も多く、次いで「40 歳以上 65 歳未満」（0.39 人）、「3 歳以上 6 歳未満」（0.37 人）で、「総数」の平均が 1.43 人であった（図表 179）。
- 長時間訪問看護を実施した利用者のうち、長時間訪問看護加算及び長時間訪問看護・指導加算を算定した利用者数は、病院では平均 0.12 人、訪問看護ステーションでは平均 0.33 人であった。また、長時間訪問看護加算及び長時間訪問看護・指導加算の対象者ではない利用者数は、病院では平均 0.06 人、訪問看護ステーションでは平均 0.33 人であった。さらに、このうち、訪問看護ステーションにおいて、その他の利用料として訪問看護ステーションが定める額を徴収した利用者数は、平均 0.13 人であった（図表 181）。
- 2 時間を超える長時間の訪問看護を実施している利用者のうち、週 1 回の訪問ではサービスが足りないケースの有無については、「ある」という回答は病院では 50.0%、訪問看護ステーションでは 41.1%であった（図表 183）。
- 平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 年 3 月 31 日の間の NICU から退院した乳幼児の平均受け入れ数についてみると、病院では、「NICU から直接移行」が 0.22 人、「NICU 以外から移行」が 0.09 人、「NICU 入室経験あり」が 0.07 人であった。訪問看護ステーションでは、「NICU から直接移行」が 0.07 人、「NICU 以外から移行」が 0.21 人、「NICU 入室経験あり」が 0.12

人であった（図表 184）。

- ・ 入院期間別に回答事業所・訪問看護部門で受け入れた平均乳幼児利用者数をみると、「3歳未満」において、病院では「6か月以上1年未満」が0.22人で、訪問看護ステーションでは「3か月以上6か月未満」が0.07人で最も多かった。同様に「3歳以上6歳未満」についてみると、病院では「3か月以上6か月未満」「1年以上」がそれぞれ0.03人で、訪問看護ステーションでは「1か月以上3か月未満」が0.06人で最も多かった（図表 186）。
- ・ 平成22年度の診療報酬改定前と比較した、3歳未満の乳児への訪問看護の増減について、「増えた」と回答した施設・事業所は、病院で1.5%、診療所で9.1%、訪問看護ステーションで5.0%に留まった。「増えた」理由としては、「ニーズが増えたため」（77.8%）が最も多く、次いで「当事業所・部門の体制が整ったため」（38.9%）、「診療報酬上の評価がされたため」（11.1%）となった（図表 187、図表 188）。
- ・ 平成22年度の診療報酬改定前と比較した、3歳以上6歳未満の幼児への訪問看護の増減について、「増えた」と回答した施設・事業所は、病院・診療所では該当がなく、訪問看護ステーションで4.3%に留まった。「増えた」理由としては、「ニーズが増えたため」（71.4%）が最も多く、次いで「当事業所・部門の体制が整ったため」（35.7%）となった（図表 189、図表 190）。
- ・ 乳幼児への訪問看護にあたり、特に重要な連携先としては、病院では「保健所」が13.4%で最も多く、次いで「小児専門病院」（11.9%）、「市区町村担当部署」（9.0%）、「療育センター」「重症心身障害児施設」（それぞれ7.5%）であった。訪問看護ステーションでは、「小児専門病院」が31.7%で最も多く、次いで「療育センター」（16.5%）、「重症心身障害児施設」（15.5%）、「保健所」（13.4%）、「市区町村担当部署」（12.4%）であった（図表 191）。
- ・ 乳幼児の在宅移行につながる連携体制についてみると、病院では、「多職種間での情報共有」が26.9%で最も多く、次いで「退院前カンファレンス」（20.9%）、「医療機関への退院前訪問」（19.4%）となった。訪問看護ステーションでは、「退院前カンファレンス」が45.0%で最も多く、次いで「多職種間での情報共有」（43.5%）、「医療機関への退院前訪問」（41.0%）であった（図表 192）。
- ・ 複数名の職員（保健師、助産師、看護師、PT、OT、ST、准看護師）が同時に訪問した利用者の有無については、「いた」という回答が、病院で17.9%、診療所で18.2%、訪問看護ステーションで26.7%であった（図表 193）。
- ・ 看護職員が医療職以外の職種と同時に訪問した利用者の有無は、「いた」と回答した事業所は、病院は7.5%、診療所は9.1%、訪問看護ステーションは19.6%であった（図表 196）。
- ・ 複数名の職員が同時に訪問する利用者についてその理由別人数をみると、「末期がんや神経難病など（特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる）の利用者」は、病院が平均0.70人、訪問看護ステーションが平均1.10人であった。このうち、「週1回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は、病院が平均0.62人、訪問看護ステーションが平均0.80人であった。また、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は、病院が平均0.24人、訪問看護ステーションが平均0.43人であった（図表 199）。
- ・ 複数名の職員が同時に訪問する利用者についてその理由別人数をみると、「特別訪問看護

指示期間中の利用者」は、病院が平均 0.09 人、訪問看護ステーションが平均 0.16 人であった。このうち、「週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は、病院が平均 0.09 人、訪問看護ステーションが平均 0.12 人であった。また、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は、病院が平均 0.03 人、訪問看護ステーションが平均 0.04 人であった（図表 200）。

- ・ 複数名の職員が同時に訪問する利用者についてその理由別人数をみると、「重症者管理加算の対象となる利用者」は、病院が平均 0.24 人、訪問看護ステーションが平均 0.77 人であった。このうち、「週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は、病院が平均 0.24 人、訪問看護ステーションが平均 0.48 人であった。また、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は、病院が平均 0.09 人、訪問看護ステーションが平均 0.24 人であった（図表 201）。
- ・ 複数名の職員が同時に訪問する利用者についてその理由別人数をみると、「暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損などが認められる利用者」は、病院が平均 0.03 人、訪問看護ステーションが平均 0.15 人であった。このうち、「週 1 回以上の訪問が必要と考えられる利用者数」は、病院が平均 0.03 人、訪問看護ステーションが平均 0.11 人であった。また、「医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数」は、病院が平均 0.00 人、訪問看護ステーションが平均 0.08 人であった（図表 202）。
- ・ 平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 年 3 月 31 日までの 1 年間のターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定した平均利用者についてみると、「がん」の利用者数は、病院が 1.26 人、訪問看護ステーションが 2.92 人であった。「がん以外」の利用者数は、病院が 0.39 人、訪問看護ステーションが 1.43 人であった（図表 204）。
- ・ 訪問看護開始から死亡までの期間についてみると、「がん」の場合の平均は、病院が 2.29 か月、訪問看護ステーションが 3.32 か月であった。「がん以外」の場合の平均は、病院が 10.38 か月、訪問看護ステーションが 11.95 か月と「がん」よりも期間が長くなった（図表 206）。
- ・ 最後の退院から死亡までの期間についてみると、「がん」の場合の平均は、病院が 2.56 か月、訪問看護ステーションが 2.55 か月であった。「がん以外」の場合の平均は、病院が 8.46 か月、訪問看護ステーションが 5.74 か月と「がん」よりも期間が長くなった（図表 207）。
- ・ 死亡前 14 日以内の訪問回数についてみると、「がん」の場合の平均は、病院が 5.56 回、訪問看護ステーションが 7.74 回であった。「がん以外」の場合の平均は、病院が 2.73 回、訪問看護ステーションが 6.44 回であり、「がん」の方が訪問回数が多かった（図表 208）。
- ・ 死亡前 14 日以内の 1 回あたりの訪問時間についてみると、「がん」の場合の平均は、病院が 39.91 分、訪問看護ステーションが 60.19 分であった。「がん以外」の場合の平均は、病院が 19.64 分、訪問看護ステーションが 49.52 分であり、「がん」の方が 1 回あたりの訪問時間が長かった（図表 209）。
- ・ ターミナルケアを行っていたにもかかわらず、ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定できなかった場合の理由についてみると、病院では、「緊急入院となり、病院にて 24 時間を過ぎて死亡」が 14.9%で最も多く、次いで「訪問看護の開始から死亡

までが 14 日以内」(7.5%) となった。訪問看護ステーションでは、「緊急入院となり、病院にて 24 時間を過ぎて死亡」が 38.2%で最も多く、次いで「訪問看護の開始から死亡までが 14 日以内」(19.3%)、「死亡日前 14 日以内に 2 回の訪問を実施していなかった」(14.6%) となった (図表 210)。

- ・ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した利用者数についてみると、病院が平均 0.37 人、訪問看護ステーションが平均 1.02 人であった。このうち、救急搬送されて医療機関で亡くなった利用者数は、病院が平均 0.37 人、訪問看護ステーションが平均 0.57 人であった (図表 211)。
- ・平成 23 年 6 月 1 か月間における「訪問看護基本療養費Ⅲ (同一建物居住者訪問看護・指導料)」の診療報酬の対象となった利用者数についてみると、病院は平均 1.48 人、訪問看護ステーションは平均 0.50 人であった (図表 213)。
- ・医療保険で訪問看護を提供している利用者と同一建物に住み、医療保険の利用者と同一日に、医療保険以外で訪問看護を受けている利用者数についてみると、病院は平均 0.05 人、訪問看護ステーションは平均 0.25 人であった (図表 215)。
- ・臨時応急の手当を行うための道具についてみると、「救急セット」が 29.2%で、「臨時応急の手当を行う道具は置いていない」が 38.8%であった (図表 217)。
- ・事業所における感染防止、衛生管理に要する物品についてみると、「使い捨て手袋」(96.6%) と「手指用消毒液」(94.7%) を置いている事業所が 9 割を超えた。「機器用消毒薬」は 59.0%、「滅菌手袋」は 30.7%であった (図表 218)。
- ・平成 22 年度の診療報酬改定における訪問看護管理療養費が増額した分の使途についてみると、「その他事業所の運営」(24.2%) が最も多く、次いで「スタッフの待遇改善」(17.4%)、「スタッフの研修」(16.8%)、「設備購入」(13.7%)、「新たなスタッフの雇用」(9.6%)、「衛生材料の購入・管理」(9.0%) であった (図表 219)。
- ・訪問看護ステーションにおける「24 時間対応体制加算」および「24 時間連絡体制加算」の届出の有無についてみると、「24 時間対応体制加算を届出している」事業所が 68.6%、「24 時間連絡体制加算を届出している」事業所が 11.8%、「両方とも届出していない」事業所が 12.1%であった (図表 220)。
- ・訪問看護ステーションにおいて、利用者の希望によりサービス提供時間外にサービス提供を行い、その費用をその他の利用料として徴収することの有無についてみると、「ある」と回答した事業所が 35.4%、「ない」と回答した事業所が 57.1%であった。サービス提供時間外の「設定している時間帯」についてみると、早朝では「6 時 00 分～8 時 00 分」(31.9%)、夜間では「18 時 00 分～22 時 00 分」(41.8%)、深夜では「22 時 00 分～6 時 00 分」(66.7%) が最も多かった (図表 221、図表 222)。
- ・訪問看護ステーションにおけるサービス提供時間外の「料金設定」についてみると、全ての時間帯において「1000～2999 円」が最も多くなり、平日よりも土曜や日曜祝日の方が 3000 円以上の料金設定が多くなり、料金が高めに設定されていた (図表 223)。
- ・サービス提供時間外の「利用者数」についてみると、「平日夜間」が平均 0.74 人で最も多く、次いで「平日早朝」(平均 0.46 人)、「土曜早朝」(平均 0.43 人)、「日曜祝日早朝」(平

均 0.38 人) となった (図表 224)。

- ・ 訪問看護ステーションにおいて、利用者の希望によりサービス提供時間外にサービスを提供した場合でも時間外料金他の料金を徴収しないケースの有無についてみると、「あり」と回答した事業所が 22.4%、「なし」と回答した事業所が 50.3%であった (図表 225)。
- ・ 早朝、夜間、深夜に訪問看護を実施した利用者の状態別人数についてみると、「医療処置 (胃ろう、吸引、内服介助、バルン管理等) を実施」が平均 0.47 人で最も多く、次いで「病状不安定」(0.41 人)、「ターミナルケア」(平均 0.38 人)、「急性増悪」(平均 0.34 人) であった (図表 226)。
- ・ 平成 23 年 6 月 1 か月間における、訪問看護を実施した退院直後の平均利用者数をみると、「退院当日に訪問看護を実施した人数」は 0.41 人で、このうち「退院支援指導加算算定者数」は 0.19 人であった (図表 228)。
- ・ 平成 23 年 6 月 1 か月間における、退院支援指導加算を算定できなかった理由別利用者数をみると、「介護保険の適用となったため、算定できなかった」が平均 0.38 人で最も多く、次いで「特別な関係にある医療機関からの退院のため」(平均 0.28 人) となった (図表 230)。
- ・ 訪問看護ステーションにおいて、平成 21 年と平成 23 年の各 6 月 1 か月間の重症者管理加算算定利用者のうち「真皮を越える褥瘡があった」利用者数をみると、平成 21 年は平均 0.43 人、平成 23 年は平均 0.53 人であった (図表 232)。
- ・ 平成 22 年 4 月 1 日から平成 23 年 3 月 31 日までの 1 年間において、特別の管理を必要とする利用者であっても、月に 4 日以上訪問看護が提供できず、重症者管理加算を算定できない利用者の有無について、「いた」と回答した事業所が 32.6%、「いなかった」と回答した事業所が 50.9%であった。「いた」と回答した事業所における該当利用者数は平均 7.09 人であった (図表 234、図表 235)。
- ・ 複数の訪問看護ステーションから訪問看護を実施した利用者数については、平成 21 年が平均 0.68 人、平成 23 年が 0.99 人であった。このうち、「同一日に複数事業所から訪問看護を実施したことがある利用者数」は、平成 21 年が平均 0.04 人、平成 23 年が平均 0.06 人であった。理由をみると、「利用者に頻回な訪問看護が必要である」が 66.0%で最も多く、次いで「各訪問看護ステーションの専門性が異なる」(31.4%)、「利用者数が多く、受入可能な範囲を超えている」(20.9%)、「近くに訪問看護ステーションがない」(3.9%) となつ (図表 236、図表 237)。
- ・ 平成 23 年 6 月 1 か月間における、訪問看護を実施している利用者全体のうち、退院時共同指導を実施した利用者数は、病院が平均 0.34 人、訪問看護ステーションが平均 0.35 人であった (図表 238)。
- ・ 平成 23 年 6 月 1 か月間における、他の医療機関への平均訪問回数 (退院時カンファレンス等のために訪問した場合等) と 1 回あたりの所要時間については、病院では、訪問が平均 0.58 回、1 回あたりのカンファレンス所要時間が平均 54.75 分であった。訪問看護ステーションでは、訪問が平均 1.40 回、1 回あたりのカンファレンス所要時間が平均 56.26 分であった (図表 240)。
- ・ 平成 22 年 4 月以降、在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院に夜間の対応を依頼した際

に断られた経験の有無については、「頻繁にある」という回答が訪問看護ステーションでは1.2%であったが、病院・診療所ではなかった。また、「時々ある」という回答が病院では1.5%、訪問看護ステーションでは14.9%であった（図表242）。

- ・ 東日本大震災により訪問看護の実施にあたり、どのような影響があったかについて尋ねた結果、病院、診療所、訪問看護ステーションのいずれも「影響を受けていない」が7割を超えた。一方で、訪問看護ステーションでは「看護職員の1人あたりの負担が重くなった」が5.6%、「訪問のための交通手段への影響により訪問看護提供体制が薄くなった」が3.7%であった（図表243）。

（4）患者調査

- ・ 患者の性別は、「男性」が47.5%、「女性」が52.5%であった（図表244）。
- ・ 年齢については、男性では「40歳以上～65歳未満」が20.0%で最も多く、次いで「75歳～80歳未満」（17.4%）、「80歳以上～85歳未満」（15.6%）、「70歳以上～75歳未満」「85歳以上～90歳未満」（それぞれ13.0%）であった。女性では、「90歳以上」が28.1%で最も多く、次いで「85歳以上～90歳未満」（18.4%）、「80歳以上～85歳未満」（16.1%）、「40歳以上～65歳未満」（11.0%）であった。男性と比較して女性のほうが高齢階級の患者割合が高かった（図表245）。
- ・ 同居家族の有無は、全体で「いる」患者が80.8%、「いない」患者が17.6%であった（図表246）。
- ・ 現在の住まいは、全体で「一戸建て」（75.7%）が最も多く、次いで「集合住宅」（16.7%）、「施設等」（6.5%）となった（図表248）。
- ・ 医療区分についてみると、男性では、「医療区分2」が33.7%で最も多く、次いで「医療区分1」（33.3%）、「医療区分3」（16.7%）であった。女性では、「医療区分1」が38.5%で最も多く、次いで「医療区分2」（28.4%）、「医療区分3」（16.1%）であった（図表250）。
- ・ 退院転帰についてみると、全体で「軽快」（44.3%）が最も多く、次いで「不変」（27.6%）、「悪化」（2.6%）、「治癒」（1.6%）であった（図表252）。
- ・ 在宅移行前の入院・入所場所は、全体では「在宅療養支援病院以外の病院」（48.9%）がもっとも多く、次いで「在宅療養支援病院」（21.8%）であった（図表255）。
- ・ NICUの入院の有無は、全体では「入院していた」患者が1.4%、「入院していない」患者が84.0%であった（図表257）。
- ・ 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）は、全体では「C」（45.2%）が最も多く、次いで「B」（24.1%）、「A」（17.4%）、「J」（7.4%）であった（図表259）。
- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度についてみると、全体では「自立」（27.6%）が最も多く、次いで「I」「II」（それぞれ14.8%）、「III」（13.5%）、「IV」（12.8%）、「M」（6.7%）であった（図表261）。
- ・ 要介護認定の状況は、全体では「要介護5」（38.5%）が最も多く、次いで「要介護4」（16.2%）、「要介護3」（10.4%）、「要介護2」（8.8%）、「要介護1」（4.6%）であった（図表263）。
- ・ 障害者手帳などの種類は、全体では「身体障害者手帳」を持っている患者が41.5%であり、

- 「手帳なし」の患者は 38.7%であった（図表 265）。
- 身体障害者手帳の等級は、全体では「1 級」（72.0%）が最も多く、次いで「2 級」（11.4%）、「3 級」（5.5%）、「4 級」（3.8%）であった（図表 267）。
 - 受けている医療についてみると、全体では「服薬援助・管理（点眼薬等を含む）」が 49.7%で最も多く、次いで「リハビリテーション」（35.3%）、「浣腸・排便」（29.2%）、「吸入・吸引」（23.9%）、「胃ろう・腸ろうによる栄養管理」（23.6%）であった（図表 270）。
 - 現在在宅医療を続けている原因の病名（指示書にある傷病名）についてみると、全体では「精神、神経疾患」が 29.9%で最も多く、次いで「脳血管疾患」（28.8%）、「循環器疾患」（22.5%）であった（図表 272）。
 - 在宅医療を続けている原因の病気が発症した時期についてみると、全体では「2000～2005 年」が 23.9%で最も多く、次いで「2006～2007 年」「2008～2009 年」（それぞれ 14.4%）、「2010 年以降」（13.9%）、「1990～1999 年」（13.4%）であった（図表 275）。
 - 直近で在宅医療を続けている原因の病気で入院した時期についてみると、全体では「2010 年以降」（41.1%）が最も多くなった。ただし、無回答が多かった点に留意する必要がある（図表 277）。
 - 往診を開始した時期についてみると、全体では「2010 年以降」が 33.6%で最も多く、次いで「2008～2009 年」（20.6%）、「2006～2007 年」（11.8%）となった（図表 279）。
 - 訪問看護を開始した時期についてみると、全体では「2010 年以降」が 30.9%で最も多く、次いで「2008～2009 年」（22.8%）、「2006～2007 年」（11.2%）となった。2000 年以降が 7 割以上を占めた。男女別にみても同じ傾向であった（図表 281）。
 - 褥瘡の状態についてみると、全体では「グレードⅠ」が 71.7%で最も多く、次いで「グレードⅡ」（13.2%）、「グレードⅣ」（8.5%）、「グレードⅢ」（6.6%）となった（図表 283）。
 - 医師の訪問頻度についてみると、全体では「1 か月に 2、3 度」が 37.4%で最も多く、次いで「1 週間に 1 度」（21.3%）、「1 か月に 1 度」（17.9%）となった（図表 285）。
 - 夜間や休日に具合が悪くなった時の対応についてみると、全体では「いつもの医師に往診してもらおう」が 35.5%で最も多く、次いで「訪問看護師にきてもらおう」（29.7%）、「救急車をよぶ」（22.3%）となった（図表 287）。
 - 医師が自宅に訪問してくれることに対する満足度についてみると、全体では「とても満足」が 65.2%で最も多く、「やや満足」（17.9%）と合わせると 8 割を超えた（図表 289）。
 - 1 か月以内における訪問看護師の訪問の有無について、全体では「きた」と回答した患者が 8 割を超えた（図表 291）。
 - 1 か月以内における訪問看護師の訪問頻度についてみると、全体では「1 週間に 2、3 度」が 45.3%で最も多く、次いで「1 週間に 1 度」（29.1%）、「毎日」（11.7%）、「1 か月に 2、3 度」（8.2%）となった（図表 293）。
 - 看護師が自宅に訪問してくれることに対する満足度についてみると、全体では「とても満足」が 82.0%で最も多く、「満足（「とても満足」＋「やや満足）」と回答した患者が 9 割を超えた（図表 295）。
 - 訪問看護師が自宅に訪問する際の人数についてみると、全体では「いつも 1 人でくる」が

78.0%で最も多く、次いで「複数名でくることがある」(15.1%)、「いつも複数名でくる」(4.6%)となった(図表 297)。

- ・ 訪問看護師の事業所への緊急連絡についてみると、全体では「連絡したことがある」と回答した患者が半数を占めた。「連絡をしたことがある」と回答した患者において、緊急連絡時の訪問看護師の対応についてみると、全体では「電話で状況を伝えるとすぐにきてくれた」が 65.8%で最も多く、次いで「電話で相談にのってくれたので、電話で問題が解決した」(50.4%)、「電話で相談にのってくれ、翌朝にきてくれた」(12.9%)となった(図表 299、図表 300)。
- ・ 現在、歯や口の中に気になることなどがあるかについてみると、全体では「ある」と回答した患者が 35.0%であった。歯や口の中に気になることなどが「ある」と回答した患者において、歯科の訪問診療の希望についてみると、全体では「希望している」と回答した患者が 56.3%であった(図表 301、図表 302)。
- ・ 歯科訪問診療の受診状況についてみると、全体では「受けている」と回答した患者が 16.7%、「受けていない」と回答した患者が 76.6%であった。歯科訪問診療を「受けていない」と回答した患者において、歯科訪問診療を受けていない理由についてみると、全体では「必要がないから」が 61.2%で最も多かったが、「歯科の訪問診療があることを知らない」が 9.4%、「歯科の訪問診療は知っているが、どこに相談していいのかわからない」が 3.4%となり、1 割を超える患者が歯科訪問診療自体や相談窓口を知らないと回答した(図表 304、図表 305)。
- ・ 現在、歯や口の中に気になることがあり、歯科の訪問診療を希望している者において、歯科訪問診療の受診状況についてみると、全体では「受けている」と回答した患者が 49.1%、「受けていない」と回答した患者が 45.5%であった。歯科訪問診療を「受けていない」と回答した患者における、訪問診療を受けていない理由についてみると、全体では「歯科の訪問診療があることを知らない」が 21.6%、「どこに相談していいのかわからない」が 13.7%となった(図表 308、図表 309)。
- ・ 普段飲んでいる薬の受け取り方法についてみると、全体では「家族が薬局にとりにいっている」が 33.9%で最も多く、次いで「薬局の薬剤師がとどけてくれる」(26.5%)、「医師が訪問してくれる時にもってきてもらう」(16.3%)、「看護師が訪問してくれる時にもってきてもらう」(7.9%)であった。普段飲んでいる薬を薬局の薬剤師から受け取ると回答した患者における、受け取る頻度についてみると、全体では「1 か月に 2、3 度」が 56.3%で最も多く、次いで「1 か月に 1 度」(25.8%)、「1 週間に 1 度」(8.6%)であった(図表 312、図表 313)。
- ・ 退院にむけての説明を受けた時期についてみると、全体では「退院のめどがたったころ」が 46.7%で最も多く、次いで「退院近く」(23.4%)であった(図表 315)。
- ・ 退院にむけての説明を聞いたかった時期についてみると、全体では「退院のめどがたったころ」が 52.4%で最も多く、次いで「退院近く」(15.6%)、「入院してすぐ」(6.0%)となった(図表 317)。
- ・ 病院の医師や看護師などが退院後の生活に対する希望を実現できる体制を整えてくれた

かについて尋ねたところ、全体では「そう思う」が44.6%で最も多く、これに「とてもそう思う」を合わせると62.2%となった（図表320）。

- ・ 病院の医師や看護師などは退院後の生活について家族に十分説明してくれたかについて尋ねたところ、全体では「そう思う」が46.4%で最も多く、これに「とてもそう思う」を合わせると62.6%となった（図表322）。
- ・ 病院の医師や看護師などは自宅で行う治療について十分に説明してくれたかについて尋ねたところ、全体では「そう思う」が45.7%で最も多く、これに「とてもそう思う」を合わせると61.9%となった（図表324）。
- ・ 病院の医師や看護師などから自宅での生活に必要な地域の関係機関を紹介してもらったと思うか尋ねたところ、全体では「そう思う」が41.5%で最も多く、これに「とてもそう思う」を合わせると55.2%となった（図表326）。
- ・ 自宅で（家族と）生活できることについての満足度をみると、全体では「とても満足」が57.5%で最も多く、これに「やや満足」(30.1%)を合わせると9割近くとなった(図表328)。
- ・ 自宅にいながら専門家に相談できることについての満足度をみると、全体では「とても満足」が71.0%で最も多く、これに「やや満足」(23.0%)を合わせると9割を超えた(図表330)。
- ・ 体調等で心配なことがあった場合の連絡先についてみると、「訪問看護師」が44.3%で最も多く、次いで「訪問診療の医師」(38.8%)、「ケアマネージャー」(5.1%)となった(図表332)。

平成 22 年度診療報酬改定の結果検証に係る調査(平成 23 年度調査)
在宅医療の実施状況と医療と介護の連携状況 調査票

- ※ 以下のラベルに、電話番号をご記入ください。また、施設名、施設の所在地をご確認の上、記載内容に間違いおよび不備がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。
- ※ この「入院医療機関票」は、病院の開設者・管理者の方に、貴施設における退院調整の実施状況や医療と介護の連携状況、在宅医療や各施設・事業所との連携に関するお考え等についてお伺いするものです。
- ※ ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、() 内には具体的な数値、用語等をお書きください。() 内に数値を記入する設問で、該当なしは「0 (ゼロ)」を、わからない場合は「-」をお書きください。
- ※ 特に断りのない場合は、平成 23 年 6 月末現在の状況についてご記入ください。

施設名	()
施設の所在地	
電話番号	

- ※ 質問のセクション（1～5の番号など）ごとに、ご回答者様の所属する部署名、職種番号をお書きください。職種に関しては、下記の【職種選択肢】の中からあてはまる番号を太線枠の回答欄にお書きください。

質問のセクション	部署名	職種
(記入例) 2. 退院調整の実施状況	地域連携室	3、10
1. 貴施設の状況について		
2. 退院調整の実施状況について		
3. 退院後のフォロー状況について		
4. 東日本大震災の影響について		
5. 課題について		
患者調査 (p7～p11)		

【職種選択肢】

- | | | | | |
|---------------|-----------|----------|----------|-----------|
| 1. 医師 | 2. 歯科医師 | 3. 看護師 | 4. 准看護師 | 5. 薬剤師 |
| 6. 理学療法士 | 7. 作業療法士 | 8. 言語聴覚士 | 9. 歯科衛生士 | 10. 看護補助者 |
| 11. その他の医療職種 | 12. 社会福祉士 | 13. 事務職員 | | |
| 14. その他 (具体的に |) | | | |

1. 貴施設の状況についてお伺いします。

①開設者 ※○は1つだけ	1. 国	2. 公立	3. 公的	4. 社会保険関係団体
	5. 医療法人	6. 個人	7. 学校法人	8. その他の法人

②標榜診療科 ※〇はいくつでも	1. 内科	2. 呼吸器内科	3. 循環器内科	4. 消化器内科
	5. 神経内科	6. 皮膚科	7. 小児科	8. 精神科
	9. 外科	10. 消化器外科	11. 泌尿器科	12. 脳神経外科
	13. 整形外科	14. 形成外科	15. 眼科	16. 耳鼻いんこう科
	17. 産婦人科	18. リハビリテーション科	19. 放射線科	
	20. 麻酔科	21. リウマチ科	22. 肛門外科	23. 歯科
	24. その他（具体的に			

③貴施設に該当するものを選択してください。 ※〇はいくつでも	1. D P C 対象病院	2. D P C 準備病院
	3. 地域医療支援病院	4. 特定機能病院
	5. がん診療連携拠点病院	6. いずれもあてはまらない

④貴施設の職員数を常勤換算でお書きください。

医師	歯科医師	看護師	准看護師	薬剤師	理学療法士	作業療法士
.
言語聴覚士	看護補助者	その他の医療職種	社会福祉士	事務職員	その他の職員	計
.

*非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。
 ■1週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)
 ■1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)

⑤貴施設の病床数、1日平均入院患者数（小数点以下第1位まで）をお書きください。

	一般病棟	療養病棟	回復期リハビリテーション病棟	精神病棟	その他の病棟	計
1) 病床数	床	床	床	床	床	床
2) 1日平均入院患者数	. 人	. 人	. 人	. 人	. 人	. 人

⑥貴施設における各年の平均在院日数（小数点以下第1位まで）をお書きください。

1) 平成21年6月	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日
2) 平成22年6月	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日
3) 平成23年6月	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日

2. 貴施設における退院調整の実施状況等についてお伺いします。

①貴施設には、地域連携を担当する部署がありますか。※〇は1つ	1. ある	2. ない	3. 開設準備中	
			専従	専任
②貴施設では、退院調整をどのような体制で実施していますか。実人数を専従、専任別にお書きください。	1) 医師	() 人	() 人	() 人
	2) 看護師	() 人	() 人	() 人
	3) 准看護師	() 人	() 人	() 人
	4) 社会福祉士	() 人	() 人	() 人
	5) 事務職員	() 人	() 人	() 人
	6) その他()	() 人	() 人	() 人
	合計	() 人	() 人	() 人
③施設基準の「届出状況」と、届出がある場合、「届出時期」、「算定回数（平成21年6月と平成23年6月）」についてお答えください。				

施設基準等	届出状況	届出時期	算定回数	
			平成 21 年 6 月 【診療報酬改定前】	平成 23 年 6 月 【改定後】
1) 総合評価加算 ※平成 21 年は、「後期高齢者 総合評価加算」	1. あり → 2. なし	() 年 () 月	() 回	() 回
2) 介護支援連携指導料	1. あり → 2. なし	() 年 () 月		() 回
3) 後期高齢者退院調整加算	1. あり → 2. なし	() 年 () 月	() 回	
4) 急性期病棟等退院調整 加算 1	1. あり → 2. なし	() 年 () 月		() 回
5) 急性期病棟等退院調整 加算 2	1. あり → 2. なし	() 年 () 月		() 回
6) 新生児特定集中治療室 退院調整加算	1. あり → 2. なし	() 年 () 月		() 回
7) 地域連携診療計画退院時 指導料 1	1. あり → 2. なし	() 年 () 月	() 回	() 回
8) 慢性期病棟等退院調整 加算 1	1. あり → 2. なし	() 年 () 月		() 回
9) 慢性期病棟等退院調整 加算 2	1. あり → 2. なし	() 年 () 月		() 回
10) 8) 9) のうち 退院支援計画作成加算			() 回	() 回
11) 8) 9) のうち 退院加算			() 回	() 回
施設基準等			算定回数	
			平成 21 年 6 月 【診療報酬改定前】	平成 23 年 6 月 【改定後】
12) 退院時共同指導料 2			() 回	() 回
13) 上記 12) のうち、貴施設の医師が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療 機関の医師と共同して指導を行った場合 (300 点)			() 回	() 回
14) 上記 12) のうち、貴施設の医師が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医 師若しくは看護師等、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬 剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く)、居宅介護支援事業者の介 護支援専門員のうちいずれか 3 者以上と共同して指導を行った場合(2,000 点)			() 回	() 回
15) 上記 14) のうち、ケアマネジャーと連携した回数			() 回	() 回
16) 退院時リハビリテーション指導料			() 回	() 回
17) 退院前訪問指導料			() 回	() 回
④外泊中の訪問看護について貴施設の状況等をお答えください。				
1) 外泊中に訪問看護が利用できることは、患者の退院を促進すると思いますか。			1. 思う	2. 思わない
2) 外泊中に訪問看護を利用できれば、退院が促進されると思われる患者は月に何名くらいいますか。			() 名	
3) どのような患者 (疾患・状態) に外泊中の訪問看護が必要だと思えますか。ご自由にお書きください。				

⑤貴施設で定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている医療機関・介護保険施設・事業所の数（各年6月末現在）、定期会合の回数（各年6月1か月間）についてお答えください。

	連携している施設・事業所数			定期会合の月間開催数		
	平成21年6月	平成22年6月	平成23年6月	平成21年6月	平成22年6月	平成23年6月
1) 病院・診療所	(箇所)	(箇所)	(箇所)	(回)	(回)	(回)
2) 上記1)のうち、在宅療養支援病院・診療所	(箇所)	(箇所)	(箇所)	(回)	(回)	(回)
3) 訪問看護ステーション	(箇所)	(箇所)	(箇所)	(回)	(回)	(回)
4) 歯科保険医療機関	(箇所)	(箇所)	(箇所)	(回)	(回)	(回)
5) 保険薬局	(箇所)	(箇所)	(箇所)	(回)	(回)	(回)
6) 介護老人保健施設	(箇所)	(箇所)	(箇所)	(回)	(回)	(回)
7) 介護老人福祉施設	(箇所)	(箇所)	(箇所)	(回)	(回)	(回)
8) その他の施設	(箇所)	(箇所)	(箇所)	(回)	(回)	(回)
9) 居宅介護支援事業者	(箇所)	(箇所)	(箇所)	(回)	(回)	(回)
⑥上記⑤の1)のうち、貴施設を緊急時の入院医療機関としている病院・診療所数をお答えください。	() 箇所					
⑦上記⑥のうち、在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所の数をお答えください。	() 箇所					

⑧1か月に貴施設から退院した患者についてその人数をお答えください。

	平成21年6月 【診療報酬改定前】	平成23年6月 【改定後】
1) 退院患者数	() 人	() 人
2) 上記1)のうち、退院調整をした患者数（加算算定の有無は問わず）	() 人	() 人
3) 上記1)のうち、他医療機関へ転院した患者数・・・【症例A】	() 人	() 人
4) 上記1)のうち、特別養護老人ホーム、認知症高齢者グループホーム等の施設に入所した患者数・・・【症例B】	() 人	() 人
5) 上記1)のうち、自院に外来通院となった患者数・・・【症例C】	() 人	() 人
6) 上記1)のうち、在宅医療（訪問診療及び訪問看護）に移行した患者数	() 人	() 人
7) 上記6)のうち、自院の在宅医療（訪問診療及び訪問看護（併設の訪問看護ステーションも含む））を受けている患者数・・・【症例D】	() 人	() 人
8) 上記6)のうち、他院の在宅医療（訪問診療及び訪問看護）を受けている患者数・・・【症例E】	() 人	() 人
9) 上記8)のうち、退院時共同指導料を算定した患者数	() 人	() 人
10) 上記1)のうち、死亡退院患者数	() 人	() 人

【症例A】、【症例B】、【症例C】、【症例D】、【症例E】に該当する患者についての、

患者調査（このアンケートの7ページ以降）につきましても、重要な調査ですので、後程、ご協力をお願いいたします。

⑨退院調整を効果的に行うために工夫していることがございましたら、ご自由にお書きください。

⑩在宅医療を実施していく上で、どのような研修を受けたいと思いますか。ご自由にお書きください。

3. 退院後のフォロー状況についてお伺いします。

①貴施設・関連施設・事業所では、訪問診療や訪問看護などの在宅医療を行っていますか。※〇は1つだけ

1. 訪問診療のみ自院が行っている →質問②以降へお進みいただき、**在宅医療票**にもご協力をお願いします。
2. 訪問看護のみ自院（併設の訪問看護ステーションは含まない（下記 4.に該当するため））が行っている →質問②以降へお進みいただき、**訪問看護票**にもご協力をお願いします。
3. 訪問診療・訪問看護ともに自院が行っている →質問②以降へお進みいただき、**在宅医療票**、**訪問看護票**にもご協力をお願いします。
4. 関連施設・事業所が行っている →質問②へ**在宅医療票**、**訪問看護票**はお答えいただく必要はございません
5. 行っていない →質問②へ**在宅医療票**、**訪問看護票**はお答えいただく必要はございません
6. その他（具体的に _____）→6ページの4.へお進みください。

②下記加算の「算定回数（平成 23 年 5 月と 6 月）」についてお答えください。

施設基準等	算定回数	
	平成 23 年 5 月	平成 23 年 6 月
1) 救急・在宅等支援療養病床初期加算	() 回	() 回
2) 在宅患者緊急入院診療加算 ー連携医療機関である場合（1300 点）	() 回	() 回
3) 在宅患者緊急入院診療加算 ー連携医療機関以外の場合（650 点）	() 回	() 回

③次の患者数についてお答えください。

	平成 21 年 6 月 【診療報酬改定前】	平成 23 年 6 月 【改定後】
1) 在宅療養支援診療所等の医療機関から連絡を受け、入院した患者数	() 人	() 人
うち緊急入院した患者数	() 人	() 人
2) 上記 1) のうち貴施設を緊急時の入院医療機関として連携している医療機関から連絡を受け、入院した患者数	() 人	() 人
うち緊急入院した患者数	() 人	() 人

④貴施設では、他医療機関等との定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携により、以下のような効果がありましたか。

※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として5段階で評価し、あてはまる番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

	大いにあてはまる	あてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1) 救急外来受診や再入院が減った	5	4	3	2	1
2) 在宅医療を提供する在宅療養支援診療所等の他医療機関からの紹介入院が増えた	5	4	3	2	1
3) 自宅退院が増えた	5	4	3	2	1
4) 退院・転院に関する患者の苦情やトラブルが減った	5	4	3	2	1
5) 平均在院日数が減った	5	4	3	2	1
6) 他施設との連携の重要性について、院内のスタッフの理解が深まった	5	4	3	2	1
7) 他の医療機関や介護保険施設・事業所等との連携が良くなった	5	4	3	2	1

4. 東日本大震災の影響についてお伺いします。

①平成 23 (2011) 年 3 月 11 日の東日本大震災によって退院調整や退院後のフォロー等に関して、多かれ少なかれ影響があったと思いますが、貴施設では、現在においても退院調整や退院後のフォロー等に関して、患者数などに影響がありますか。
※○は1つだけ

1. 当初から影響はない
 2. 現在も、退院調整や退院後のフォロー等に関して大きな影響が残っている
 3. 現在も、退院調整や退院後のフォロー等に関して多少影響が残っている
 4. 現在は、退院調整や退院後のフォロー等に関して影響はなくなっている
 5. その他 (具体的に)

①-1 影響があった場合、具体的にどのような影響がありますか。具体的にお書きください。

5. 在宅医療を推進していく上で、入院医療機関としてどのような課題がありますか。ご自由にお書きください。

平成 22 年度診療報酬改定の結果検証に係る調査(平成 23 年度調査)
在宅医療の実施状況と医療と介護の連携状況 調査票

※この「在宅医療票」は、在宅医療を実施している医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における在宅医療及び医療と介護の連携状況やお考えについてお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、() 内には具体的な数値、用語等をお書きください。() 内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をお書きください。

※特に断りのない場合は、平成 23 年 6 月末現在の状況についてお書きください。

1. 貴施設の状況についてお伺いします。

①開設者 ※○は1つだけ	1. 国 5. 医療法人	2. 公立 6. 個人	3. 公的 7. 学校法人	4. 社会保険関係団体 8. その他の法人
②医療機関の種別 ※○は1つだけ	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所	②-1 許可病床数をお書きください。() 床		
③貴施設が在宅医療を開始した時期	西暦 () 年 () 月頃			
④在宅療養支援病院・診療所の届出 ※○は1つだけ	1. 届出をしている		2. 届出をしていない	
⑤上記④で届出をしている場合、貴施設が在宅療養支援病院・診療所となった時期	西暦 () 年 () 月頃			
⑥上記④で届出をしていない場合、その理由をお答えください。※○はいくつでも				
1. 24 時間連絡を受ける体制を構築することが困難 2. 24 時間往診を実施する体制を構築することが困難 3. 24 時間訪問看護を実施する体制を構築することが困難 4. 緊急入院時の病床確保が困難 5. ターミナルケアまで責任を持って取り組む体制を構築することが困難 6. 許可病床数が 200 床以上あるため施設基準を満たさない 7. その他 (具体的に)				

2. 貴施設の診療体制についてお伺いします。

①貴施設では、訪問診療を行う時間をどのように定めていますか。※最も近いものに○は1つだけ
1. 訪問診療を中心に行っている 2. 午前中は外来診療のみを行い、午後に訪問診療を行っている 3. 午前中に訪問診療を行い、午後は外来診療のみを行っている 4. 特定の曜日に訪問診療を行っている 5. 患者の要望があれば、随時、外来診療の実施時間を調整し訪問診療を行っている 6. 昼休みまたは外来の前後で訪問診療を行っている 7. その他 (具体的に)

②全職員数（常勤換算*） ※小数点以下第1位まで	医師	歯科 医師	保健師 助産師 看護師	准看 護師	薬剤師	その他 医療職 職員	事務 職員他	計
	
③うち在宅医療の実施のため、 患家に訪問をする職員数 ※小数点以下第1位まで								
*非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。 ■1週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間) ■1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)								
④1か月間の外来延べ患者数 ※平成23年6月1か月間	() 人							

3. 貴施設が主治医として在宅医療を提供している患者の人数についてお伺いします。

※それぞれ、平成21年6月【診療報酬改定前】と平成23年6月【改定後】の各1か月間に訪問診療を実施した患者数（実人数）をお答えください。

		平成21年6月 【診療報酬改定前】	平成23年6月 【改定後】
①年齢別の患者数	1) 3歳未満	人	人
	2) 3歳以上6歳未満	人	人
	3) 6歳以上15歳未満	人	人
	4) 15歳以上40歳未満	人	人
	5) 40歳以上65歳未満	人	人
	6) 65歳以上75歳未満	人	人
	7) 75歳以上	人	人
②主たる疾病別の患者数 ※1人の患者に複数の疾病がある場合は、最も重篤な疾病名を当該患者の疾病名とお考えください。	1) 悪性新生物	人	人
	2) 認知症	人	人
	3) 特定疾患（難病）	人	人
	4) 脳血管障害後遺症	人	人
	5) 呼吸器系疾患	人	人
	6) その他の疾病	人	人
③NICUから在宅医療に移行した患者数		人	人
④平成23（2011）年3月11日の東日本大震災によって在宅医療に関して、多かれ少なかれ影響があったと思いますが、貴施設では、現在においても在宅医療に関して、患者数などに影響がありますか。 ※○は1つだけ			
1. 当初から影響はない 2. 現在も、在宅医療に関して大きな影響が残っている 3. 現在も、在宅医療に関して多少影響が残っている 4. 現在は、在宅医療に関して影響はなくなっている 5. その他（具体的に)			

④-1 影響があった場合、具体的にどのような影響がありますか。具体的にお書きください。

4. 診療報酬の算定状況についてお伺いします。

①貴施設における平成21年及び平成23年の6月に下記の診療報酬の対象となった患者数・算定回数をお答えください。

	平成21年6月 【診療報酬改定前】		平成23年6月 【改定後】	
	患者数	算定回数	患者数	算定回数
1) 往診料	人	回	人	回
2) 在宅患者訪問診療料（同一建物以外）	人	回	人	回
在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）	人	回	人	回
3) 上記2)の在宅ターミナルケア加算	人		人	
4) 在宅時医学総合管理料	人		人	
5) 上記4)の在宅移行早期加算	人		人	
6) 訪問看護指示料	人		人	
7) 上記6)の特別訪問看護指示加算	人	回	人	回
8) 在宅自己腹膜灌流指導管理料	人		人	
9) 在宅血液透析指導管理料（一回目）	人		人	
在宅血液透析指導管理料（二回目以降）	人		人	
10) 在宅酸素療法指導管理料	人		人	
11) 在宅中心静脈栄養法指導管理料	人		人	
12) 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	人		人	
13) 在宅人工呼吸指導管理料	人		人	
14) 在宅悪性腫瘍患者指導管理料	人		人	
15) 在宅患者訪問薬剤管理指導料（同一建物以外）	人		人	
在宅患者訪問薬剤管理指導料（同一建物居住者）	人		人	
16) 退院時共同指導料1	人		人	

5. 緊急時の連絡体制・往診体制についてお伺いします。

①貴施設では、在宅の患者に対して緊急時に連絡をとれる電話番号をどのように通知していますか。※〇は1つだけ

- 貴施設もしくは貴施設の職員の電話番号のみ通知している
- 貴施設もしくは貴施設の職員と連携医療機関の電話番号を通知している
- 連携医療機関の電話番号のみ通知している
- 電話番号は通知していない
- その他（具体的に

②貴施設では、在宅の患者からの緊急時の連絡を主にどなたが受けていますか。※○は1つだけ		
1. 主に医師が受けている	2. 主に看護職員が受けている	
3. 主に事務職員が受けている	4. その他（具体的に _____）	
③貴施設では、在宅の患者の緊急時への往診をどのように行っていますか。※○は1つだけ		
1. 時間内、時間外のいずれも往診を行っている		
2. 時間外の往診は行っていないが、時間内は対応する		
3. 時間外の往診は行っているが、時間内は対応していない		
4. 時間内、時間外ともに往診を行っていない		
5. その他（具体的に _____）		
④緊急時の往診体制はどのように構築していますか。※○は1つだけ	1. 自院のみで体制構築している	
	2. 予め他の医療機関と連携して対応できる体制を構築している	
⑤緊急時に貴施設が以下の対応を行った実績についてお答えください。		
	平成 21 年度・改定前の 1 年間 【診療報酬改定前】	平成 22 年度・直近 1 年間 【改定後】
1) 1 年間の緊急時に往診した回数	() 回	() 回
2) 1 年間の緊急入院が必要と判断された回数	() 回	() 回
3) 1 年間の在宅で看取りを行った回数	() 回	() 回
⑥平成 23 年 4 月以降、在宅患者について、自院や連携医療機関に緊急入院を行おうとして、入院先の病床が確保できなかったことはありますか。※○は1つだけ		
1. なかった →質問⑧へ 2. 1 回あった 3. 複数回あった	⑥-1 確保できなかった理由をお書きください。	
⑦病床が確保できなかったことがあった場合、どのように対処しましたか。 ※○はいくつでも	1. 連携医療機関とは別の救急医療機関に搬送した 2. 貴施設の職員が連絡し、連携医療機関とは別の入院先を確保した 3. 在宅での診療を継続し、経過を観察した 4. その他（具体的に _____）	
⑧緊急時の対応のために工夫していることがございましたら、お書きください。		

6. 他の医療機関等との連携についてお伺いします。

①貴施設が定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている医療機関等と共同で実施した会議（カンファレンス）の回数をお答えください。 ※平成 23 年 6 月 1 か月間	() 回	
②カンファレンスに参加することのある連携機関を全て選択してください。 ※○はいくつでも		
1. 連携している診療所・病院	2. 訪問看護ステーション	3. 歯科保険医療機関
4. 保険薬局	5. 居宅介護支援事業所	6. 地域包括支援センター
7. その他（具体的に _____）		

③貴施設は、平成23年6月1か月間に他の在宅療養支援病院と連携していましたか。 ※〇は1つだけ

1. 連携していた 2. 連携していなかった→質問⑤へ

④連携していた場合、その連携内容をお答えください。
※〇はいくつでも

1. 緊急時の入院病床の確保
2. 夜間・休日等の往診の連携
3. 患者に関する情報交換
4. その他（具体的に _____）

⑤在宅医療を推進する上で、どのような機関とどのような情報を共有することが有効と考えられますか。

⑥貴施設では、他の医療機関等との連携状況をどのように評価していますか。

	A) 連携をしている施設・事業所数	B) 連携の状況を5段階で評価し、あてはまる番号にそれぞれ1つだけ〇をつけてください。				
		十分な連携ができていない	どちらかといえは連携ができていない	どちらともいえない	どちらかといえは連携ができていない	連携が全くできていない
1) 連携している診療所・病院	か所	5	4	3	2	1
2) 訪問看護ステーション	か所	5	4	3	2	1
3) 歯科保険医療機関	か所	5	4	3	2	1
4) 保険薬局	か所	5	4	3	2	1
5) 居宅介護支援事業所	か所	5	4	3	2	1
6) 地域包括支援センター	か所	5	4	3	2	1

【上記⑥B) で選択肢「2」、「1」を回答した場合】

⑦連携が不十分だと感じている場合、なぜそのように考えるのか、理由を具体的にお書きください。

1) 連携している診療所・病院	
2) 訪問看護ステーション	
3) 歯科保険医療機関	
4) 保険薬局	
5) 居宅介護支援事業所	
6) 地域包括支援センター	

⑧在宅医療を推進する上で、特に必要と思われるサービスとそのサービスが特にどのようなケースに有効と考えられるかお書きください。

7. 特別訪問看護指示書についてお伺いします。

①平成23年6月1か月間に「特別訪問看護指示書」を交付した人数を患者の状態別にお答えください。
 ※4)については、2)～3)と重複する場合、両方の項目に計上してください。
 5)については、具体的な状態と該当者数をお書きください。

1) 特別訪問看護指示書を交付した人数	() 人
2) 上記1)のうち、「急性増悪」	() 人
3) 上記1)のうち、「非がんの終末期」	() 人
4) 上記1)のうち、「胃瘻、経管栄養の管理が必要な人」	() 人
5) 上記1)のうち、2)、3)、4)以外の人	状態 () 該当者 () 人
	状態 () 該当者 () 人

8. ターミナルケアについてお伺いします。

①在宅医療を提供していた患者のうち、1年間に死亡した患者数※	() 人
②上記①のうち自宅等（在宅）にて死亡した患者数※	() 人

※在宅医療支援診療所、在宅療養支援病院に係る報告書で届け出た人数をお書きください。

9. 在宅医療に関するお考えについてお伺いします。

①貴施設では、現在の体制で在宅医療の提供件数を増やすことができますか。 ※○は1つだけ

1. 増やすことができる 2. 増やすことはできない 3. その他（具体的に)

①-1 貴施設では、現在の体制で、どのくらい増やすことができますか。 1か月当たりの患者数ベースでお答えください。 約 () 人

②貴施設では、在宅医療の推進に際してそれぞれの項目の負担をどのようにお考えですか。

※「非常に負担である」を「5」、「全く負担ではない」を「1」として5段階で評価し、あてはまる番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

	担 非 常 に 負 担 である	で や や 負 担 ある	い も ど ち い え な と	い 担 あ ま り は な い	で 全 く 負 担 は な い
1) 24時間連絡できる体制の構築またはそのための連携	5	4	3	2	1
2) 24時間往診できる体制の構築またはそのための連携	5	4	3	2	1
3) 24時間訪問看護を提供できる体制の構築またはそのための連携	5	4	3	2	1
4) 緊急時に入院できる病床の確保またはそのための連携	5	4	3	2	1
5) スタッフの在宅医療に関する知識・技術の向上	5	4	3	2	1
6) ケアカンファレンス等他の医療・介護関係者等との緊密な連携	5	4	3	2	1
7) 在宅医療に関する医療材料・機器の確保	5	4	3	2	1
8) 患者や家族の理解・協力を得ること	5	4	3	2	1

④上記③の項目に関して、負担を減らすために行っている工夫等がございましたら、ご自由にお書きください。

10. 在宅医療を推進する意義や課題等がございましたら、お書きください。

Blank area for writing responses to question 10.

アンケートにご協力いただきましてありがとうございました。

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください。

訪問看護票

訪問看護票

ID

平成 22 年度診療報酬改定の結果検証に係る調査(平成 23 年度調査)

在宅医療の実施状況と医療と介護の連携状況 調査票

※この「訪問看護票」は、訪問看護ステーション、または訪問看護を提供する医療機関の開設者・管理者の方に、貴事業所・部門における訪問看護および医療と介護の連携状況やお考えについてお伺いするものです。※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をお書きください。（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をお書きください。

※特に断りのない場合は、平成 23 年 6 月末現在の状況についてお書きください。

※特に断りがない場合、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください。介護保険等、医療保険以外の訪問看護に関しては、設問内で指定がない場合、含みません。

1. 貴事業所・訪問看護部門の状況についてお伺いします。

①開設者	1. 都道府県・市区町村・地方独立行政法人・広域連合・一部事務組合 2. 日本赤十字社・社会保険関係団体 3. 医療法人 4. 医師会 5. 看護協会 6. 社団・財団法人（医師会と看護協会は含まない） 7. 社会福祉法人（社会福祉協議会含む） 8. 農業協同組合及び連合会 9. 消費生活協同組合及び連合会 10. 営利法人（株式・合名・合資・有限会社） 11. 特定非営利活動法人（NPO） 12. その他（具体的に)		
②施設種別 ※○は1つだけ	1. 病院	2. 診療所	3. 訪問看護ステーション
③併設施設種別 ※同一敷地内に併設している施設の欄に○をお書きください。また、貴事業所が主となり当該施設が併設されている場合は「1. 主」に、貴事業所以外の主たる施設があり、そこに併設されている場合は「2. 従」に、○をしてください。	併設施設	併設している施設に○	併設している場合の主従に○
	1) 病院		1. 主 2. 従
	2) 診療所		1. 主 2. 従
	3) 居宅介護支援事業所		1. 主 2. 従
	4) 訪問介護事業所		1. 主 2. 従
	5) 保険薬局		1. 主 2. 従
6) その他（具体的に)		1. 主 2. 従	

※特に断りがない場合は、医療保険の訪問看護に関してお答えください。

2. 貴事業所・訪問看護部門の体制や訪問看護の実施状況等についてお伺いします。

①訪問看護を開始した時期		西暦（ ）年					
②貴事業所の職員数を常勤換算*でお答えください。							
保健師・助産師・看護師	准看護師	ケアマネジャー (看護職以外)	リハビリ職 (PT・OT・ST)	福祉職	事務職員	その他の職員	合計
看護職のうち助産師とケアマネジャーの資格を持つ職員の人数（常勤換算）				福祉職のうち 精神保健福祉士の人数（常勤換算）		うち、精神保健福祉士	
				うち、助産師		うち、ケアマネジャー	
*非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。							
■1週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間) ÷ (貴事業所が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)							
■1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間) ÷ (貴事業所が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)							

3. 貴事業所・訪問看護部門の利用者数についてお伺いします。

①平成21年6月(H21)と平成23年6月(H23)の1か月間の訪問看護の利用者数をお書きください。 ※上段に平成21年6月(診療報酬改定前)、下段に平成23年6月(診療報酬改定後)の人数をお書きください。							
※下記の利用者数には、精神疾患利用者を含みます。		3歳未満	3歳以上 6歳未満	6歳以上 15歳未満	15歳以上 40歳未満	40歳以上 65歳未満	65歳以上
1) 訪問看護実施利用者数 医療保険と介護保険の両方	H21	人	人	人	人	人	人
	H23	人	人	人	人	人	人
2) 上記1)のうち、複数の事業所から訪問看護を受けた利用者数(医・介両方)	H21	人	人	人	人	人	人
	H23	人	人	人	人	人	人
3) 上記1)のうち、特別訪問看護指示書が出た利用者数(医・介両方)	H21	人	人	人	人	人	人
	H23	人	人	人	人	人	人
4) 上記1)のうち、介護保険での訪問看護を受けた利用者数(介のみ)	H21					人	人
	H23					人	人
5) 介護保険での訪問看護だけでなく、同月に特別訪問看護指示の期間のみ医療保険の訪問看護も受けた利用者数(医・介両方)	H21					人	人
	H23					人	人
②平成23年6月1か月間で、貴事業所・訪問看護部門が訪問看護を実施している利用者全体のうち、精神疾患のある利用者数、疾患別利用者数、日常生活自立度別の認知症利用者数を医療保険と介護保険に分けてお書きください。 ※ 疾患別人数は、1名の利用者に複数の疾患がある場合は、訪問看護指示書に記載されている主傷病名に基づきお書きください。 ※ 「精神疾患のある」とは、主傷病として、または主傷病以外に精神疾患を有する場合とお考えください。						1)医療保険	2)介護保険
		精神疾患のある利用者全数				人	人
		疾患別人数		統合失調症		人	人
				うつ病		人	人
		日常生活自立度別認知症のある利用者数		Ⅱ以下		人	人
Ⅲ				人	人		
Ⅳ				人	人		
		M		人	人		

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください。

4. 精神疾患のある利用者に関する訪問看護についてお伺いします。

①訪問看護療養費又は精神科訪問看護・指導料を算定している利用者数・件数を「Ⅰ」と「Ⅱ」の算定結果別にお書きください。※平成23年6月1か月間

◇「Ⅰ」は、訪問先の施設・居宅の別の利用者数をお書きください。
 ◇「Ⅱ」は、一度の訪問で、1名に対して訪問を実施しているのか、複数名に対して訪問しているのか別に訪問件数をお書きください。

1) 訪問看護基本療養費Ⅰ (精神科訪問看護・指導料Ⅰ) ※精神疾患利用者に訪問した場合についてのみお書きください。	a) 施設	人	b) 居宅	人
2) 訪問看護基本療養費Ⅱ (精神科訪問看護・指導料Ⅱ)	a) 1名に対して訪問を実施した件数	件	b) 複数名に対して訪問を実施した件数	件

②精神疾患のある利用者に対しての訪問看護を実施する際に、工夫している点、対応が困難な点などをご自由にお書きください。

5. 貴事業所・訪問看護部門の訪問看護基本療養費及び在宅患者訪問看護・指導料の加算等についてお伺いします。※**医療保険**の訪問看護に関してのみお答えください。

(1) 長時間の訪問看護についてお伺いします。

①平成22年4月1日～平成23年3月31日までのうち、2時間を超える長時間の訪問看護を実施した利用者の人数とその状態による内訳数をお書きください。(医療保険限定)

1) 加算の算定の有無に関わらず、2時間を超える長時間の訪問看護を実施した利用者の年齢区分別人数

総数	3歳未満	3歳以上 6歳未満	6歳以上 15歳未満	15歳以上 40歳未満	40歳以上 65歳未満	65歳以上
人	人	人	人	人	人	人

2) 上記1)の「総数」のうち、長時間訪問看護加算及び長時間訪問看護・指導加算を算定した利用者数

3) 上記1)の「総数」のうち、長時間訪問看護加算及び長時間訪問看護・指導加算の算定対象利用者(人工呼吸器を使用)ではない利用者数

【訪問看護ステーションの方のみお答えください。】

4) 上記3)のうち、その他の利用料として訪問看護ステーションが定める額を徴収した利用者数

②人工呼吸器を使用している利用者以外に長時間訪問看護が必要となる利用者の状態について具体的にお書きください。

③2時間を超える長時間の訪問看護を実施している利用者のうち、週1回の訪問ではサービスが足りないケースはありますか。ある場合は、どのような利用者のケースか、その状態像を具体的にお書きください。

1. ある → ③-1 利用者の状態像を具体的にお書きください。
 2. ない
 3. 分からない

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください。

(2) 乳幼児への訪問看護体制についてお伺いします。

①平成22年4月1日～平成23年3月31日の間のNICUから退院した乳幼児の受け入れ数とNICU以外からの乳幼児の受け入れ数をお書きください。	1)NICUから直接移行		2)NICU以外から移行				
	人		人				
			3)上記2)のうち、NICU入室経験がある乳幼児数 人				
②平成22年4月1日～平成23年3月31日の間に貴事業所・訪問看護部門で受け入れた乳幼児利用者数を年齢の別に入院していた期間別に分けてお書きください。							
年齢	入院期間	総数	1か月未満	1か月以上 3か月未満	3か月以上 6か月未満	6か月以上 1年未満	1年以上
3歳未満		人	人	人	人	人	人
3歳以上6歳未満		人	人	人	人	人	人
③平成22年度の診療報酬改定前と比較して、 3歳未満の乳児 への訪問看護は増えましたか。増えた場合は、その理由としてあてはまるものをお答えください。							
1. 増えた 2. 変わらない 3. 減った 4. 分からない 5. 当時は、訪問看護を実施していなかった		③-1 増えた理由をお答えください。 ※〇はいくつでも 1. 診療報酬上の評価がされたため 2. 乳幼児への訪問看護に関するニーズが増えたため 3. 乳幼児への訪問看護について当事業所・部門の体制が整ったため 4. その他（具体的に)					
④平成22年度の診療報酬改定前と比較して、 3歳以上6歳未満の幼児 への訪問看護は増えましたか。増えた場合は、その理由としてあてはまるものをお答えください。							
1. 増えた 2. 変わらない 3. 減った 4. 分からない 5. 当時は、訪問看護を実施していなかった		④-1 増えた理由をお答えください。 ※〇はいくつでも 1. 診療報酬上の評価がされたため 2. 乳幼児への訪問看護に関するニーズが増えたため 3. 乳幼児への訪問看護について当事業所・部門の体制が整ったため 4. その他（具体的に)					
⑤乳幼児への訪問看護にあたって、特に重要だと考えられる連携先医療機関などはどこですか。 ※〇は3つまで							
1. 診療所		2. 大学病院		3. 一般総合病院		4. 小児専門病院	
5. 療育センター		6. 保健所		7. 児童相談所		8. 重症心身障害児施設	
9. 市区町村担当部署		10. その他（具体的に)					
⑥どのような連携体制があれば乳幼児の在宅移行につながるとお考えですか。 ※〇はいくつでも							
1. 医療機関への退院前訪問		2. 退院前カンファレンス			3. 多職種間での情報共有		
4. その他（具体的に)							
⑦乳幼児への訪問看護にあたり、特別に用意している準備や工夫をされていることはありますか。具体的にお書きください。							

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください。

(3) 複数名による訪問看護についてお伺いします。

①貴事業所・訪問看護部門では、平成23年6月1か月の間に 複数名の職員 (保健師、助産師、看護師、PT、OT、ST、准看護師)が同時に訪問を行った利用者はいましたか。 ※○は1つだけ	1. いた 2. いなかった															
②看護職員が医療職以外の職種(看護補助者など)と同時に訪問する利用者はいましたか。 ※○は1つだけ	1. いた 2. いなかった															
③複数名の職員が同時に訪問する利用者のその理由別の人数をケース別にお書きください。あわせて、うち、週1回以上の訪問が必要と考えられる利用者の数をお書きください。また、現在、複数名として算定できる職種は、看護職同士又は看護職とリハビリ職に限られていますが、各ケースのうち、看護職と医療職以外の職員(看護補助者など)でも問題がないと考えられる利用者数はどのくらいいますか。																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="687 568 874 757">対象利用者数</th> <th data-bbox="879 568 1177 757">対象利用者全体のうち、週1回以上の訪問が必要と考えられる利用者数</th> <th data-bbox="1182 568 1481 757">対象利用者全体のうち、医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="687 763 874 840">1) 末期がんや神経難病など(特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる)の利用者</td> <td data-bbox="879 763 1177 840">人</td> <td data-bbox="1182 763 1481 840">人</td> </tr> <tr> <td data-bbox="687 846 874 900">2) 特別訪問看護指示期間中の利用者</td> <td data-bbox="879 846 1177 900">人</td> <td data-bbox="1182 846 1481 900">人</td> </tr> <tr> <td data-bbox="687 907 874 960">3) 重症者管理加算の対象となる利用者</td> <td data-bbox="879 907 1177 960">人</td> <td data-bbox="1182 907 1481 960">人</td> </tr> <tr> <td data-bbox="687 967 874 1043">4) 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損などが認められる利用者</td> <td data-bbox="879 967 1177 1043">人</td> <td data-bbox="1182 967 1481 1043">人</td> </tr> </tbody> </table>	対象利用者数	対象利用者全体のうち、週1回以上の訪問が必要と考えられる利用者数	対象利用者全体のうち、医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数	1) 末期がんや神経難病など(特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる)の利用者	人	人	2) 特別訪問看護指示期間中の利用者	人	人	3) 重症者管理加算の対象となる利用者	人	人	4) 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損などが認められる利用者	人	人
対象利用者数	対象利用者全体のうち、週1回以上の訪問が必要と考えられる利用者数	対象利用者全体のうち、医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数														
1) 末期がんや神経難病など(特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる)の利用者	人	人														
2) 特別訪問看護指示期間中の利用者	人	人														
3) 重症者管理加算の対象となる利用者	人	人														
4) 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損などが認められる利用者	人	人														
④看護職と医療職以外の職員(看護補助者など)でも問題がないと考えられるケースの場合、医療職以外の職員(看護補助者など)には、実際にどのような業務の依頼が可能だとお考えになりますか。具体的にお書きください。																
⑤複数名でのサービスの提供が必要と考えられるケースには上記③の4つのケース以外にどのようなものがありますか。具体的にお書きください。																

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください。

(4) 訪問看護ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算についてお伺いします。

①平成22年4月1日～平成23年3月31日までの1年間にターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定した利用者についてお伺いします。その人数と、死亡までの平均期間を「がん」と「がん以外」の疾病で亡くなった場合に分けてお書きください。 <u>期間内の平均と、直近であった1ケースの状況をお書きください。</u> ※小数点第1位まで						
		1) ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定した利用者数	2) 訪問看護開始から死亡までの期間	3) 最後の退院から死亡までの期間	4) 死亡前14日以内の訪問回数	5) 死亡前14日以内の1回あたりの訪問時間(分)
平均	がん	. 人	. 月	. 月	. 回	. 分
	がん以外	. 人	. 月	. 月	. 回	. 分
直近にあったケース	がん	/	. 月	. 月	. 回	. 分
	がん以外	/	. 月	. 月	. 回	. 分
②ターミナルケアを行っていたにもかかわらず、ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定できなかった場合の理由をお答えください。 ※○はいくつでも ※平成22年4月1日～平成23年3月31日の間						
1. 訪問看護の開始から死亡までの間が14日以内だったため 2. 緊急入院となった後、病院にて24時間を過ぎてから死亡したため 3. 当該利用者にサービスを提供する他の事業所がターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定したため 4. 利用者の死亡日前14日以内に2回の訪問を実施していなかったため 5. 介護保険と医療保険の訪問看護が1回ずつだったため 6. 利用者や家族の同意が得られなかったため 7. その他(具体的に)						
③ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算に関する課題がありましたら、ご自由にお書きください。						
④ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した利用者数をお答えください。 ※平成22年4月1日～平成23年3月31日の間		1) ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した利用者数		人		
		2) うち救急搬送されて医療機関で亡くなったケース		人		
⑤在宅以外の場所で死亡した理由にはどのようなケースがありますか。ご自由にお書きください。						

(5) 同一建物内に居住する複数の利用者への訪問看護の実施についてお伺いします。

①貴事業所・訪問看護部門における平成23年6月の「訪問看護基本療養費Ⅲ(同一建物居住者訪問看護・指導料)」の診療報酬の対象となった利用者数をお答えください。	人
②貴事業所・訪問看護部門が 医療保険 で訪問看護を提供している利用者と同一建物に住み、 医療保険 の利用者と 同一日に、医療保険以外 で訪問看護を受けている利用者数をお答えください。	人

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください。

6. 訪問看護管理療養費とその加算等についてお伺いします。

本セクションの設問は、**訪問看護ステーションの方のみ**お答えください。
医療機関の訪問看護部門の方は、9 ページの「7. 貴事業所・訪問看護部門の他の医療機関との連携に
関してお伺いします。」まで進んでください。

(1) 貴事業所の設備等についてお伺いします。

①訪問看護ステーションの指定基準には、必要に応じて臨時応急の手当てをすることやステーションの設備や備品等について衛生的な管理に努めなければならないとされていますが、貴事業所において、下記のうち、置いてあるものをお答えください。 ※1)、2)ともに○はいくつでも

1) 臨時応急の手当を行うための道具

1. 救急セット（心肺蘇生術、補液等に使用する物品）		
2. その他（具体的に)
3. 臨時応急の手当を行うための道具は置いていない		

2) 感染防止、衛生管理に要する物品

1. 手指用消毒液	2. 使い捨て手袋	3. 機器用消毒薬
4. 滅菌手袋	5. その他（具体的に)
6. 感染防止、衛生管理に要する物品は置いていない		

②平成 22 年度の診療報酬改定で、訪問看護管理療養費が増額されましたが、その増額分は何に対して使用しましたか。
※○はいくつでも

1. スタッフの研修	2. スタッフの待遇改善
3. 新たなスタッフの雇用	4. 設備購入（パソコン等購入費）
5. 衛生材料の購入・管理	6. その他事業所の運営
7. 分からない	8. その他（具体的に

(2) 貴事業所のサービス提供時間等についてお伺いします。

①貴施設では、「24 時間対応体制加算」および「24 時間連絡体制加算」の届出をしていますか。 ※○は1つだけ

1. 「24 時間対応体制加算」を届出している→8ページの質問③へ
2. 「24 時間連絡体制加算」を届出している→質問②へ
3. 両方とも届出していない→質問②へ

②「24 時間対応体制加算」を届出していない場合（上記①の選択肢 1.以外）、その理由をご自由にお書きください。

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください。

訪問看護票

③貴事業所が、利用者の希望によりサービス提供時間外にサービス提供を行い、その費用をその他の利用料として徴収することはありますか。		1. ある		2. ない→質問⑤へ		
④サービス提供時間外の費用を徴収している場合、設定している 時間とその料金 をお答えください。また、平成23年6月1か月間の各時間帯のサービス利用者の実績数（実人数）をお書きください。 ※サービスを提供していない時間帯には、「-（ハイフン）」をお書きください。						
	早朝 (: ~ :)		夜間 (: ~ :)		深夜 (: ~ :)	
1) 平日	円	人	円	人	円	人
2) 土曜日	円	人	円	人	円	人
3) 日曜日・祝祭日	円	人	円	人	円	人
⑤利用者の希望によりサービス提供時間外にサービスを提供した場合でも、上記のその他の利用料を徴収していないケースはありますか。						
1. はい		→ (徴収しなかった理由をお書きください。)				
2. いいえ						
⑥平成23年6月1か月の間に早朝、夜間、深夜に訪問看護を実施した利用者のうち、下記にあげた状態像にあてはまる人数をお書きください。						
1) ADL支援（排泄介助など）を実施	人		2) 急性増悪	人		
3) 病状不安定	人		4) ターミナルケア	人		
5) 医療処置（胃ろう、吸引、内服介助、バルン管理等）を実施	人		6) その他 ()	人		

(3) 退院直後の利用者への訪問看護の実施についてお伺いします。

①平成23年6月1か月間の間に退院直後の利用者への訪問看護を実施した人数等をお書きください。	1) 退院当日に訪問看護を実施した人数	2) うち、退院支援指導加算算定者数
	人	人
②新たに訪問看護を開始した利用者のうち、平成23年6月1か月間に退院支援指導加算を算定できなかった利用者の理由別の人数をお書きください。		
1) 加算の要件に該当しない（厚生労働大臣の定める疾病等又は状態等※にある利用者）		人
2) 退院してすぐに死亡したため訪問看護につながらなかった		人
3) 退院してすぐに再入院や施設入所のため訪問看護につながらなかった		人
4) 介護保険の適用となったため、算定できなかった		人
5) 特別な関係にある医療機関からの退院のため		人
6) その他 ()		人

※同封いたしました「調査要綱」をご参照ください。

(4) 重症者管理加算についてお伺いします。

①平成21年6月と平成23年6月のそれぞれの期間で重症者管理加算算定利用者のうち「真皮を超える褥瘡があった」利用者数※をお書きください。	平成21年6月	平成23年6月
	人	人

※平成21年6月時点では、重症者管理加算の対象に「真皮を超える褥瘡があった」利用者は含まれませんが、平成22年度以降の算定要件に則した場合、重症者管理加算に該当すると考えられる「真皮を超える褥瘡があった」利用者数をお書きください。

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください。

訪問看護票

8. 東日本大震災の影響についてお伺いします。

①平成 23 (2011) 年 3 月 11 日の東日本大震災により、貴事業所・訪問看護部門には訪問看護の実施にあたり、どのような影響がありましたか。(選択肢 1～4 を選択した場合は、その変化の内容に関して、選択肢中の(増加・減少)(厚く・薄く)(重く・軽く)のいずれかを○で囲んでください。) ※○はいくつでも

1. 利用者数が(増加・減少)した
2. 看護職員の人員体制への影響により、訪問看護提供体制が(厚く・薄く)なった
3. 訪問のための交通手段がなく、訪問看護提供体制が(厚く・薄く)なった
4. 利用者数の増減や人員体制、交通手段等の影響により、看護職員の 1 人あたりの負担が(重く・軽く)なった
5. その他(具体的に)
6. 影響を受けていない

9. 訪問看護の推進についてお伺いします。訪問看護を推進する意義や課題等がございましたら、お書きください。

アンケートにご協力いただきましてありがとうございました。

平成 22 年度診療報酬改定の結果検証に係る調査(平成 23 年度調査)
在宅医療の実施状況と医療と介護の連携状況 調査票

※この調査票は、ご自宅で静養されている方に、在宅医療の状況やお考えについておうかがいするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、()内には具体的な数字、ことば等をお書きください。

0. 最初に、この調査票のご記入者について、おうかがいします。

この調査票のご記入者は、患者の方でしょうか。それともご家族の方等でしょうか。

- | | |
|-------------|-----------------|
| 1. ご本人 | 2. ご家族など(具体的に) |
| 3. 医療・介護関係者 | |

1. 患者の方についておうかがいします。

① 性別	1. 男性 2. 女性	② 年齢	() 歳
③ 同居しているご家族の方はいらっしゃいますか。	1. いる 2. いない		

2. **医師**の訪問診療についておうかがいします。

① 医師はどのくらいの頻度で自宅にきてくれますか。 ※○は1つだけ

- | | | |
|---------------|------------|---------------|
| 1. 1週間に2、3度 | 2. 1週間に1度 | 3. 1か月に2、3度 |
| 4. 1か月に1度 | 5. 決まっていない | 6. わからない・わすれた |
| 7. その他(具体的に) | | |

② 夜間や休日に具合が悪くなった時は、どうしていますか。 ※○はいくつでも

- | | |
|------------------------------------|-----------------|
| 1. いつもの医師に往診してもらう | 2. 別の医師に往診してもらう |
| 3. 救急車をよぶ | 4. 訪問看護師にきてもらう |
| 5. 夜間や休日に具合が悪くなったことがないのでわからない・わすれた | |
| 6. その他(具体的に) | |

③ 医師が自宅に訪問してくれることに満足していますか。 ※○は1つだけ

- | | | |
|----------|----------|------------------|
| 1. とても満足 | 2. やや満足 | |
| 3. すこし不満 | 4. とても不満 | 5. わからない・どちらでもない |

④ 医師の訪問診療についてご要望があればご自由にお書きください。

3. 訪問看護師による訪問看護についておうかがいします。

① ここ1か月の間に訪問看護師はきましたか。 ※○は1つだけ

1. きた 2. こない→質問⑥へ 3. わからない・わすれた→質問⑥へ

② ここ1か月の間に訪問看護師はどれくらいきてくれましたか。 ※○は1つだけ

1. 毎日 2. 1週間に2、3度 3. 1週間に1度
4. 1か月に2、3度 5. 1か月に1度 6. 決まっていない
7. わからない・わすれた 8. その他（具体的に)

③ 訪問看護師が自宅にきてくれることに満足していますか。 ※○は1つだけ

1. とても満足 2. やや満足
3. すこし不満 4. とても不満 5. わからない・どちらでもない

④ 訪問看護師が自宅にくるときは、何名できてくれますか。 ※○は1つだけ

1. いつも複数名でくる 2. 複数名でくることがある
3. いつも1人でくる 4. 決まっていない

⑤ あなたは、夜間や休日に急に具合が悪くなって、いつも自宅にきてくれる訪問看護師の事業所に緊急の連絡をしたことがありますか。 ※○は1つだけ

1. 連絡したことがある 2. 連絡したことはない 3. わからない・わすれた

→ ⑤-1 訪問看護師はどのような対応をしてくれましたか。 ※○はいくつでも

1. 電話で状況を伝えるとすぐにきてくれた
2. 電話で相談にのってくれたので、電話で問題が解決した
3. 電話で相談にのってくれ、翌朝にきてくれた
4. わからない・わすれた
5. その他（具体的に)

⑥ 訪問看護サービスについてご要望があればご自由にお書きください。

4. その他の訪問サービスについておうかがいします。

① 現在、歯やお口の中に気になることなどがありますか。 ※○は1つだけ

1. ある 2. ない→質問②へ 3. わからない→質問②へ

→ ①-1 歯科の訪問診療を希望していますか。 ※○は1つだけ

1. 希望している 2. 希望していない

② 現在、歯科の訪問診療を受けていますか。 ※〇は1つだけ

- | | |
|----------------|---------------|
| 1. 受けている →質問③へ | 3. わからない→質問③へ |
| 2. 受けていない | |

→ ②-1 歯科の訪問診療を受けていない理由は何ですか。 ※〇は1つだけ

- | |
|------------------------------------|
| 1. 歯科の訪問診療があることを知らない |
| 2. 歯科の訪問診療は知っているが、どこに相談していいのかわからない |
| 3. 必要がないから |
| 4. その他（具体的に _____） |

③ 歯科の訪問診療についてご要望があればご自由にお書きください。

[Empty box for patient response]

④ 普段飲んでいるお薬はどのように受け取っていますか。 ※〇は1つだけ

- | |
|-------------------------------|
| 1. 医師が訪問してくれる時にもってきてもらう→質問⑤へ |
| 2. 看護師が訪問してくれる時にもってきてもらう→質問⑤へ |
| 3. 薬局の薬剤師がとどけてくれる |
| 4. ヘルパーにお願いしている→質問⑤へ |
| 5. 家族が薬局にとりにいっている→質問⑤へ |
| 6. その他（具体的に _____） →質問⑤へ |

→ ④-1 普段飲んでいるお薬を受け取る頻度はどれぐらいですか。 ※〇は1つだけ

- | | | |
|-------------|----------------|------------|
| 1. 毎日 | 2. 1週間に2、3度 | 3. 1週間に1度 |
| 4. 1か月に2、3度 | 5. 1か月に1度 | 6. 決まっていない |
| 7. わからない | 8. その他（ _____） | |

⑤ 薬剤師による訪問についてご要望があればご自由にお書きください。

[Empty box for patient response]

5. 病院から退院するときのことについておうかがいします。

① 病院の医師や看護師などが、退院にむけての説明をしてくれたのはいつでしたか。

※〇は1つだけ

- | | | |
|--------------------|-----------|----------------|
| 1. 入院前 | 2. 入院してすぐ | 3. 退院のめどがたったころ |
| 4. 退院近く | 5. わからない | |
| 6. その他（具体的に _____） | | |

② 病院の医師や看護師などから、退院にむけての説明をいつ聞いたかったですか。 ※〇は1つだけ

- | | | |
|--------------------|-----------|----------------|
| 1. 入院前 | 2. 入院してすぐ | 3. 退院のめどがたったころ |
| 4. 退院近く | 5. わからない | |
| 6. その他（具体的に _____） | | |

③ 病院の医師や看護師などは、あなたの退院後の生活に対する希望が実現できる体制を整えてくれたと思いますか。 ※○は1つだけ

1. とてもそう思う	2. そう思う	
3. あまり思わない	4. 思わない	5. わからない

④ 病院の医師や看護師などは、退院後の生活について家族に十分に説明してくれたと思いますか。 ※○は1つだけ

1. とてもそう思う	2. そう思う	
3. あまり思わない	4. 思わない	5. わからない

⑤ 病院の医師や看護師などは、自宅で行う治療について十分に説明してくれたと思いますか。 ※○は1つだけ

1. とてもそう思う	2. そう思う	
3. あまり思わない	4. 思わない	5. わからない

⑥ 病院の医師や看護師などから自宅で生活するために必要な地域の関係機関を紹介してもらったと思いますか。 ※○は1つだけ

1. とてもそう思う	2. そう思う	
3. あまり思わない	4. 思わない	5. わからない

6. 在宅医療に対する満足度についておうかがいします。

① 自宅で（家族と）生活できることについてどう思いますか。 ※○は1つだけ

1. とても満足	2. やや満足	
3. すこし不満	4. とても不満	5. わからない

② 自宅にしながら医師や訪問看護師などの専門家に相談できることについてどう思いますか。 ※○は1つだけ

1. とても満足	2. やや満足	
3. すこし不満	4. とても不満	5. わからない

③ 体調のことなどで心配なことがあった場合、まず誰に連絡をしますか。 ※○は1つだけ

1. 訪問診療の医師	2. 訪問看護師	3. ケアマネジャー
4. 救急病院（救急車）	5. その他（具体的に	）

7. 自宅で生活することについてご意見・ご要望等がございましたら、ご自由にお書きください。

--

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。