

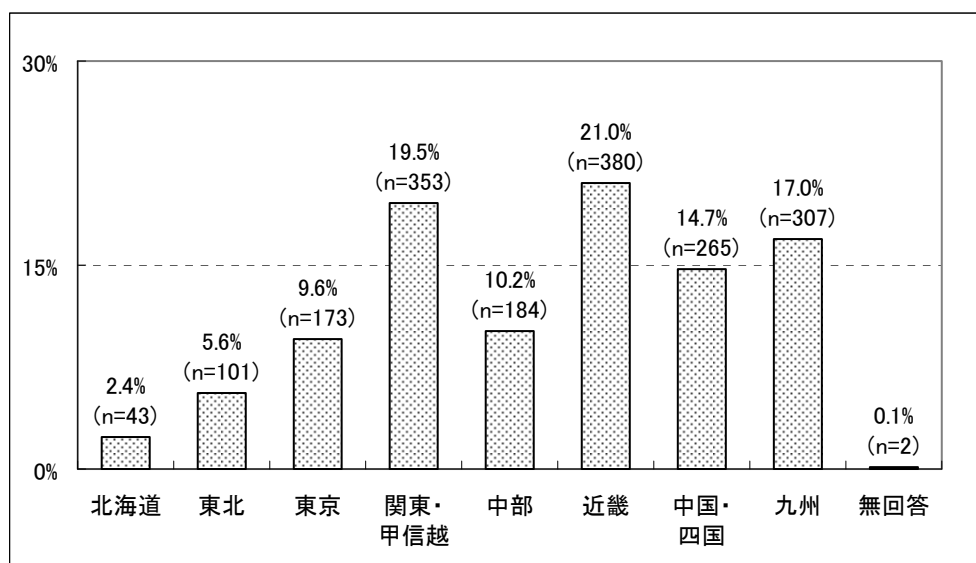
2. 調査結果

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

（1）届出診療所の概要

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

図2 地域別（n=1,808）

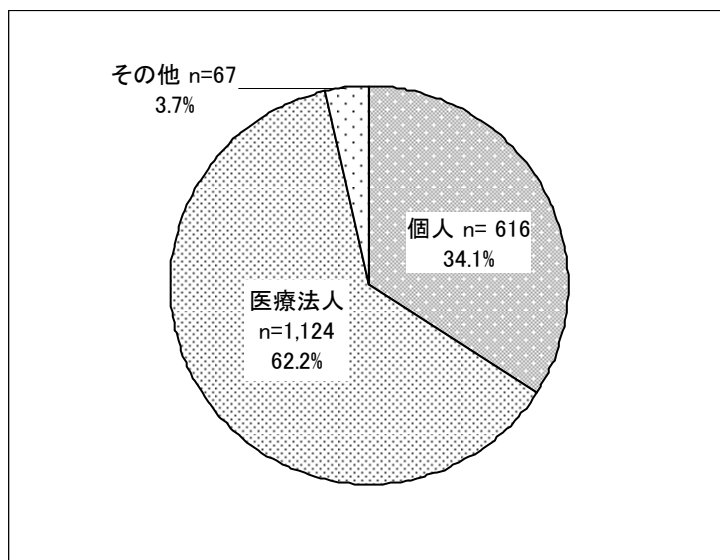


開設者別

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

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

図 3 開設者別（n=1,807 無回答を除く）



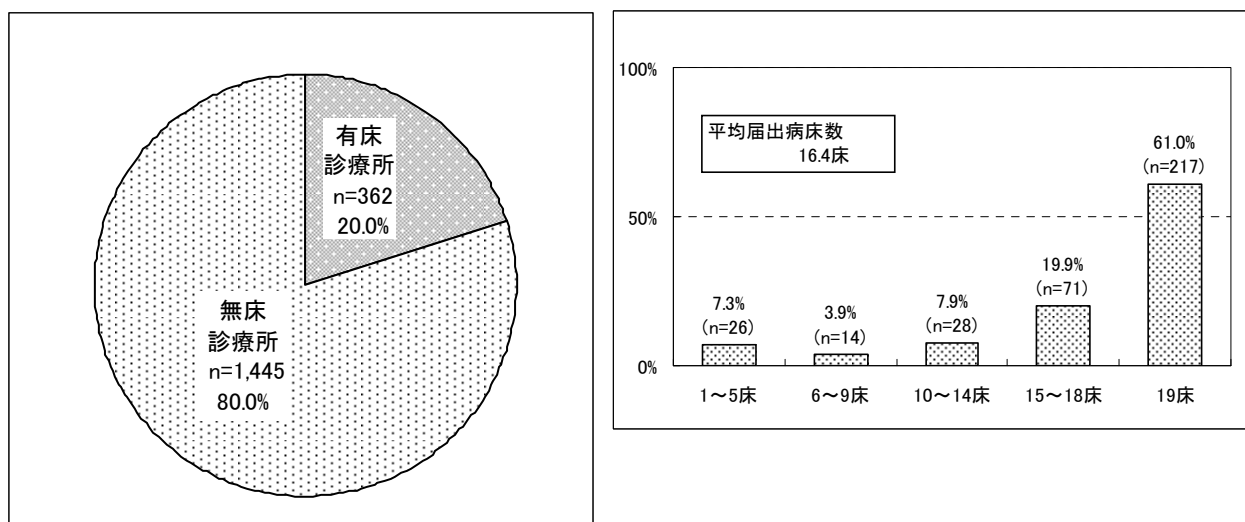
² 厚生労働省「医療施設動態調査」2008年8月末概数

病床の有無

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

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

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



³ 厚生労働省「医療施設動態調査」2008年8月末概数

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

診療科別

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

図5 診療科別の施設数分布（n=1,785 無回答を除く）

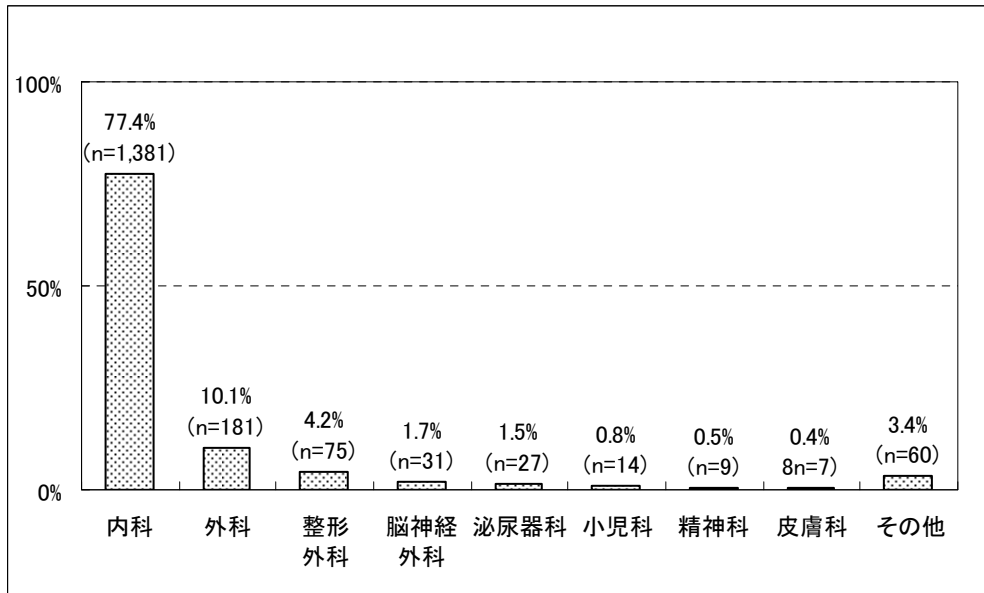
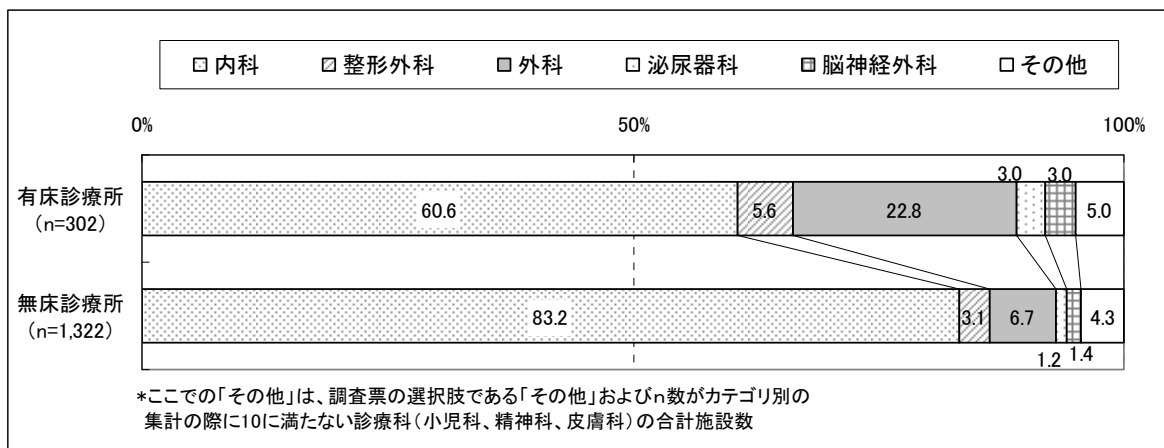


図6 有床無床別にみた診療科別の施設数分布（n=1,784 無回答を除く）



同一法人による併設事業

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

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

図7 同一法人による併設事業の実施の有無（n=1,762 無回答を除く）

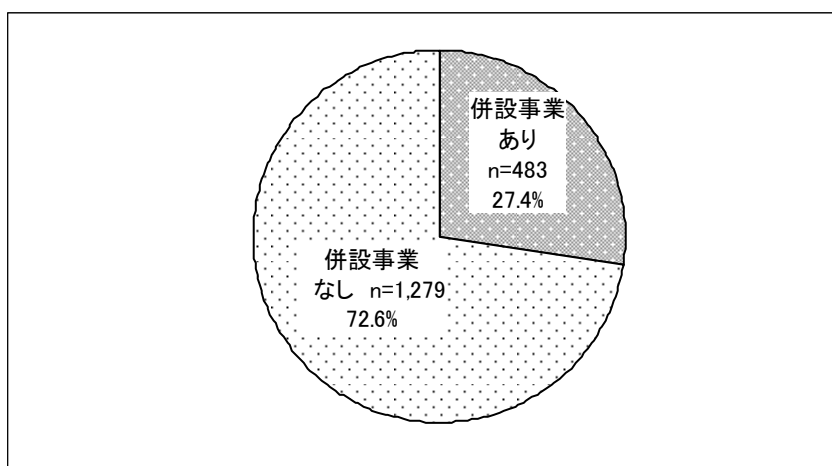
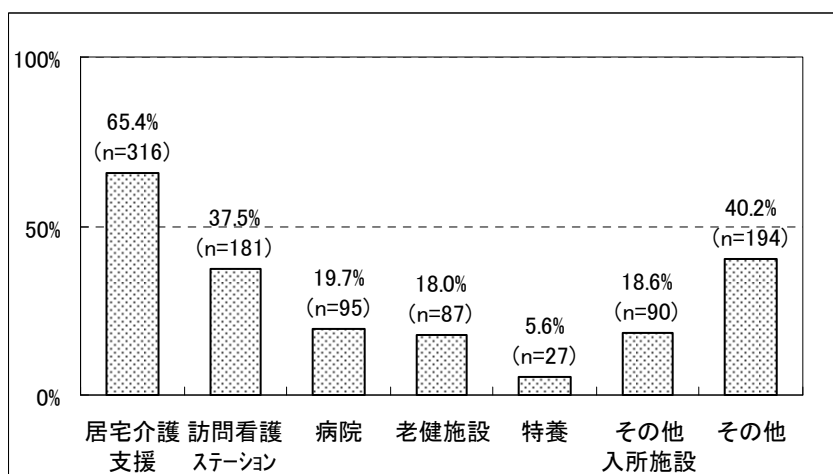


図8 実施している併設事業（併設事業あり n=483 複数回答）

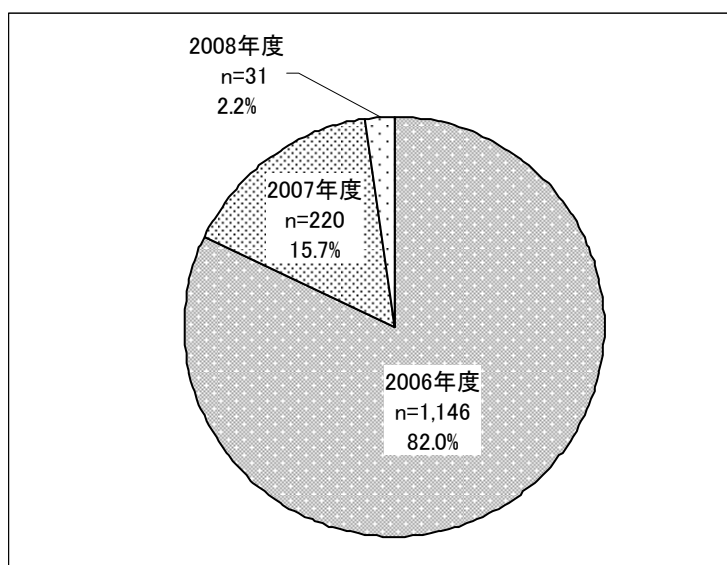


⁵ 厚生労働省「平成17年 医療施設（静態・動態）調査」

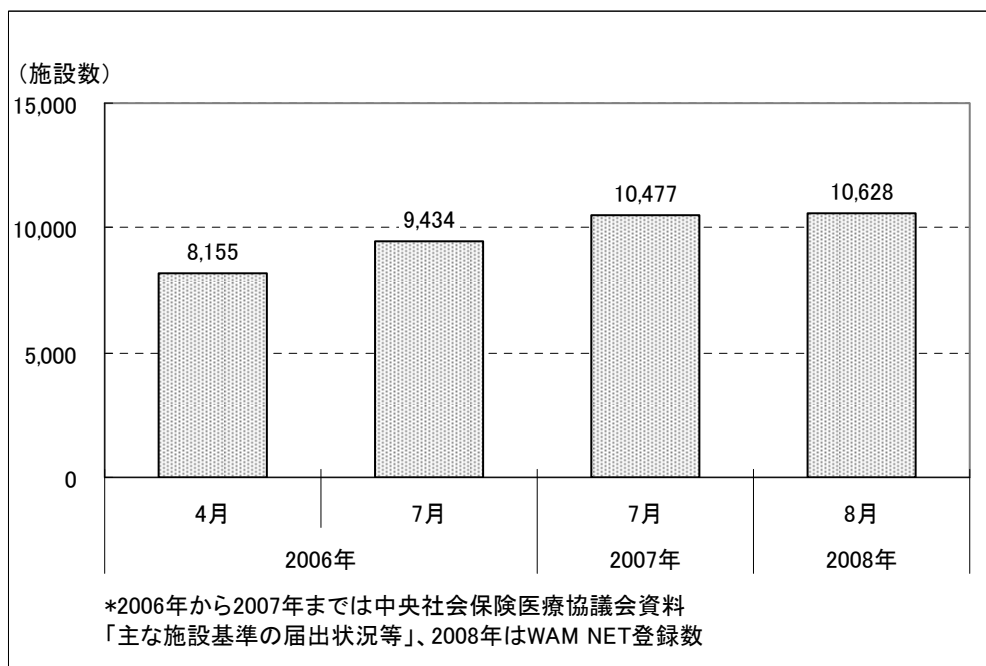
届出時期

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

図9 在宅療養支援診療所の届出時期（n=1,397 無回答を除く）



【参考】 図10 在宅療養支援診療所の届出施設数の推移—全国



(2) 届出診療所の運営体制

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

表1 在宅療養支援診療所の主な要件

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

1 施設当たりの在宅医療の従事者

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

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

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

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

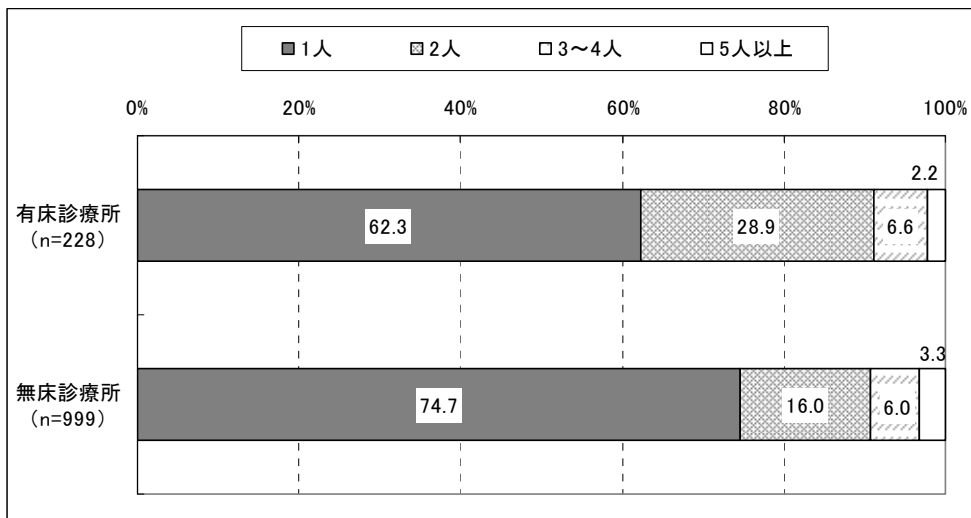
職種	合計 (n=1,227)	有床 (n=228)	無床 (n=999)
医師数(常勤・非常勤実人数)	2.2	2.8	2.1
《再掲》在宅医療に従事する医師数	1.5	1.6	1.5
《再掲》24時間体制に対応する医師数	1.3	1.4	1.3
看護職員数	3.0	5.4	2.5
《再掲》24時間体制に対応する看護職員数	1.5	3.0	1.2
上記以外の職員	2.3	2.8	2.1
《内訳》事務職員	1.8	1.9	1.8
ソーシャルワーカー	0.1	0.1	0.1
その他の職種	0.4	0.8	0.3

⁶ 本調査で得た回答は、常勤換算をしない実人数である

医師

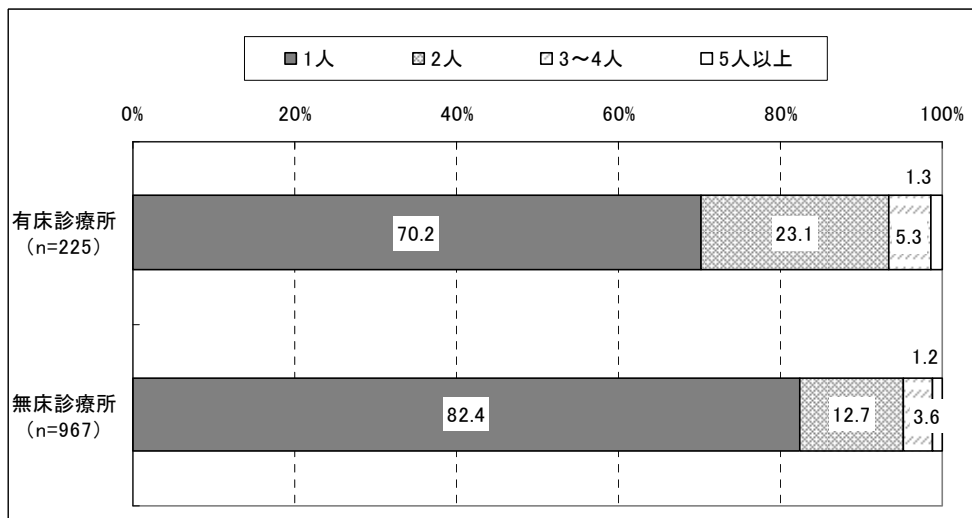
在宅担当医師数の分布をみると、届出診療所全体の72.4%が一人体制であった。病床有無別でみると、在宅担当医師一人体制の占める割合は、無床診療所の方が有床診療所より10ポイント多い(図11)。

図11 在宅担当医師数別の施設数 (n=1,227 無回答を除く)



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

図12 24時間対応医師数別の施設数分布 (n=1,192 無回答を除く)



看護職員

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

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

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

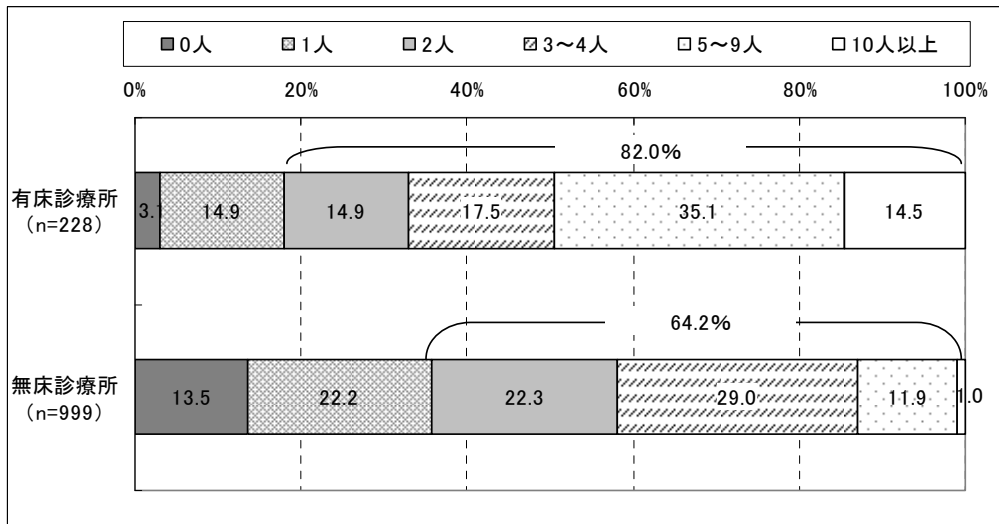
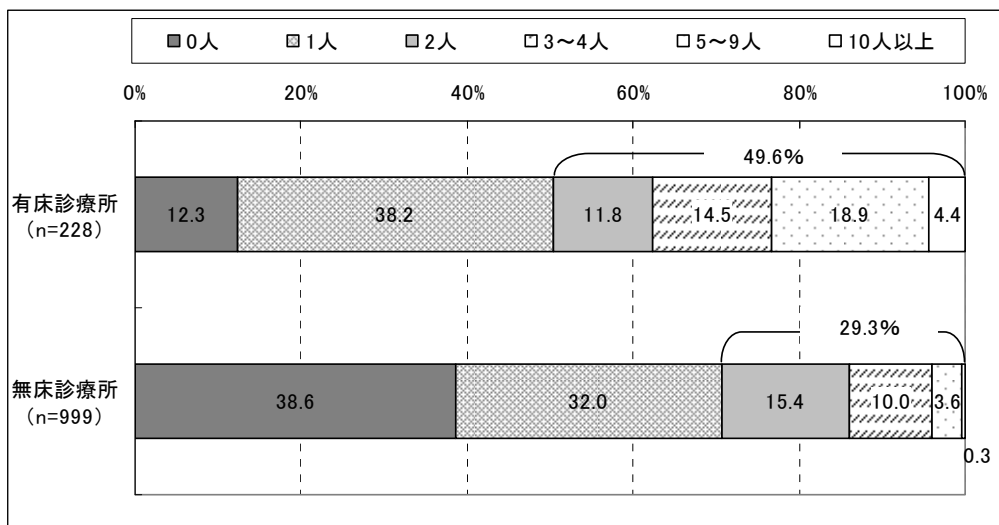
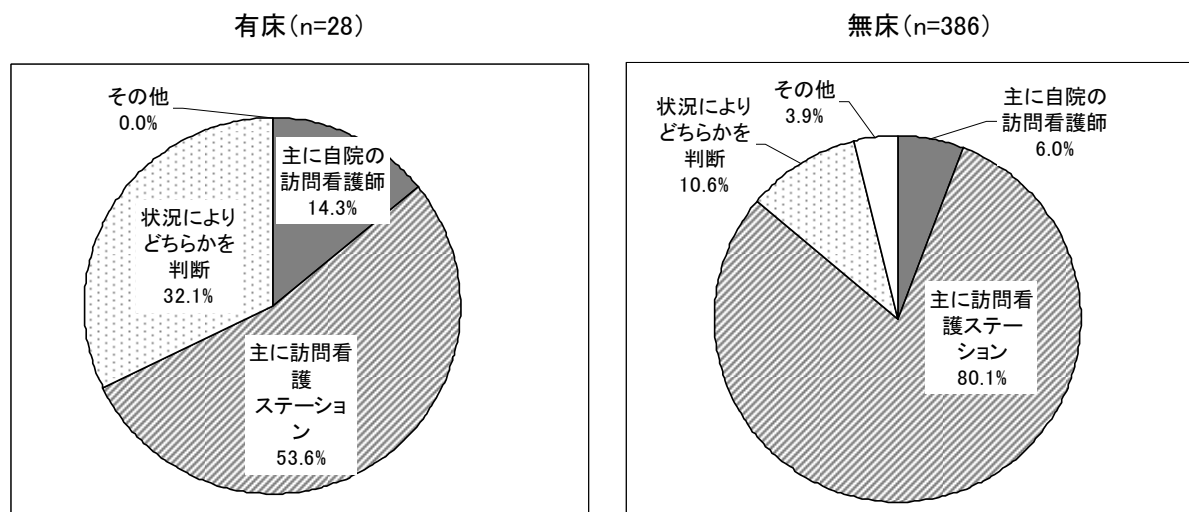


図14 24時間体制に従事する看護職員数(n=1,227 平均1.5人 無回答を除く)



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

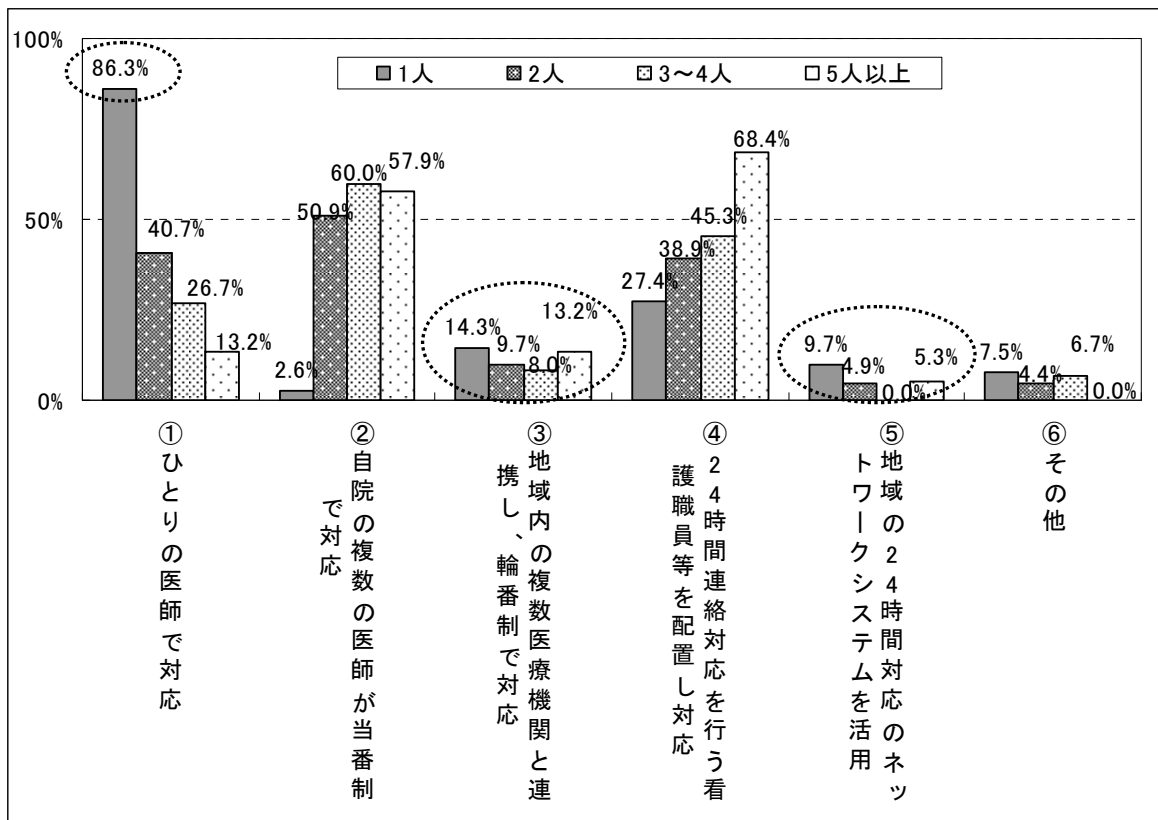
図 15 緊急時の訪問看護対応－24 時間体制に従事する看護職員が 0 人の届出診療所



緊急時における医師の対応

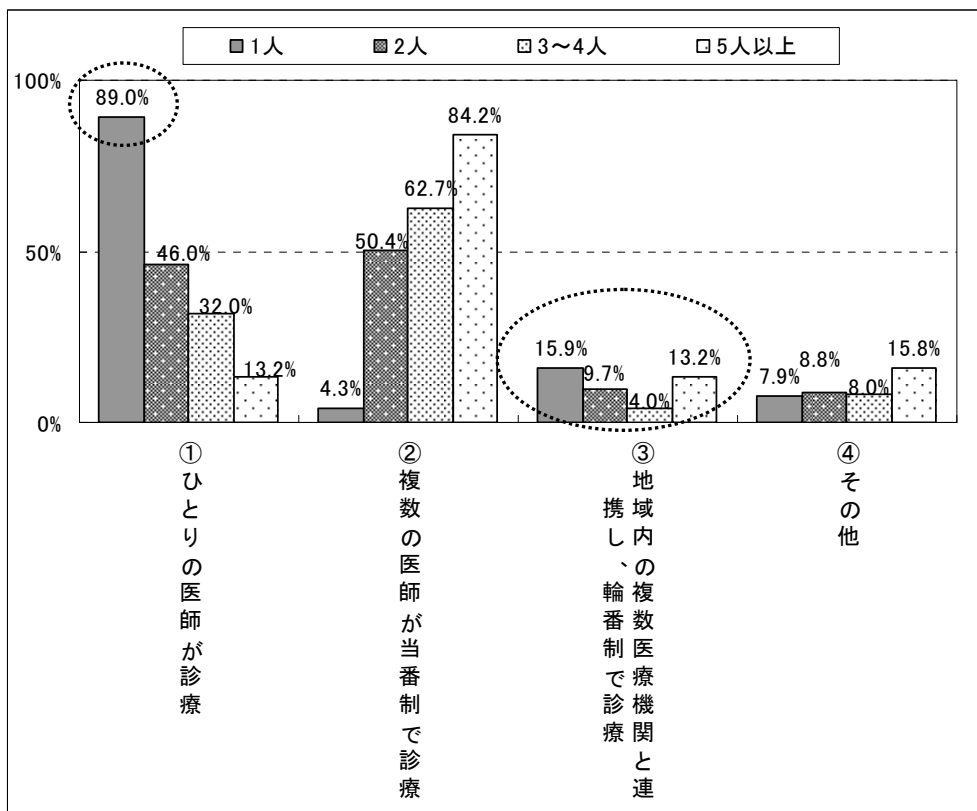
緊急時の診療体制を在宅担当医師人数別にみると、医師一人体制の届出診療所では、「①ひとりの医師で対応」が86.3%を占め、「②自院の複数の医師が当番で対応」は2.6%であった。一方、医師の人数規模が大きいほど、「④24時間連絡対応を行う看護職員」による対応が多かった。「③地域内の複数医療機関と連携し、輪番制で対応」は、どの医師の人数規模でも1割前後であった。また、「⑤地域の24時間対応のネットワークシステムを活用」についても、どの人数規模でも1割に達していなかった。24時間ネットワークシステムが限られた地域でのみ展開されていない、あるいは機能している地域が少ないためと考えられる（図16）。

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



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

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



在宅担当医師の待機日数

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

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

図 18 医師の1週当たり待機日数(n=1,187 無回答は除く)

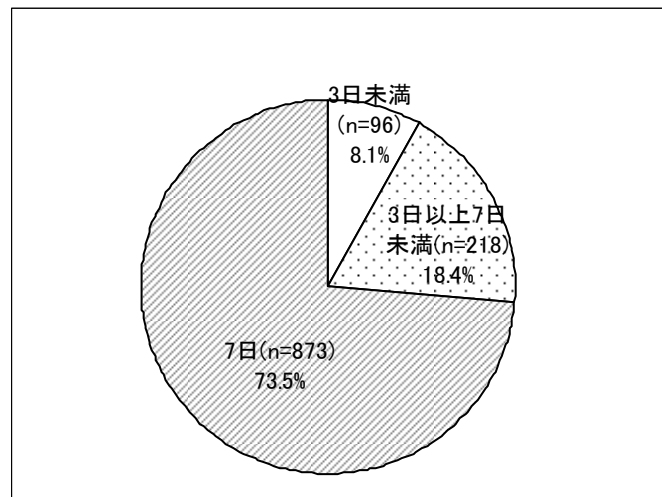
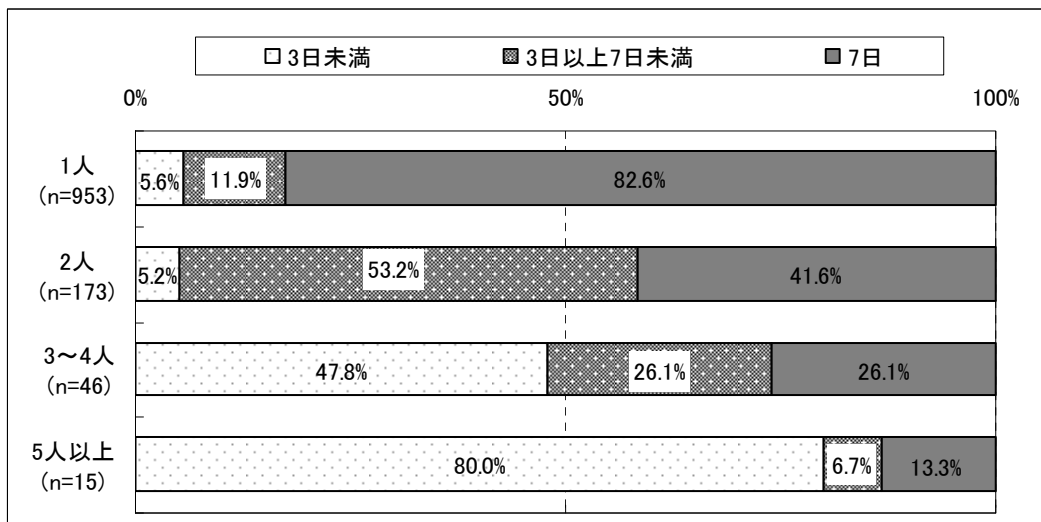


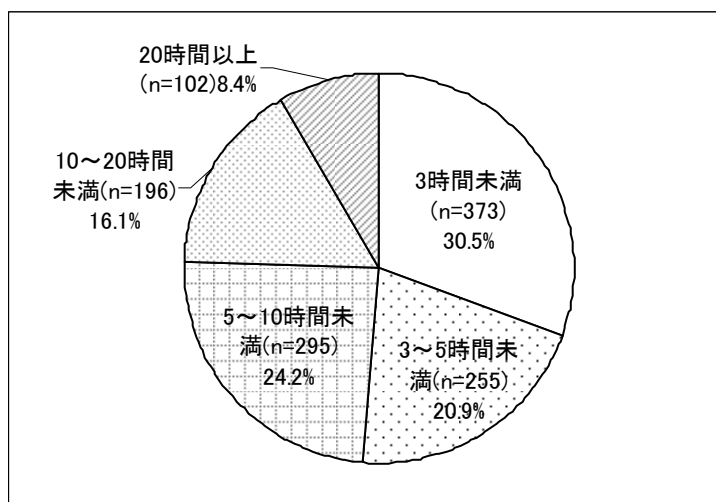
図 19 24 時間体制担当医師数区分別の1週当たり待機日数(n=1,187 無回答は除く)



在宅担当医師の1週間当たりの訪問時間

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

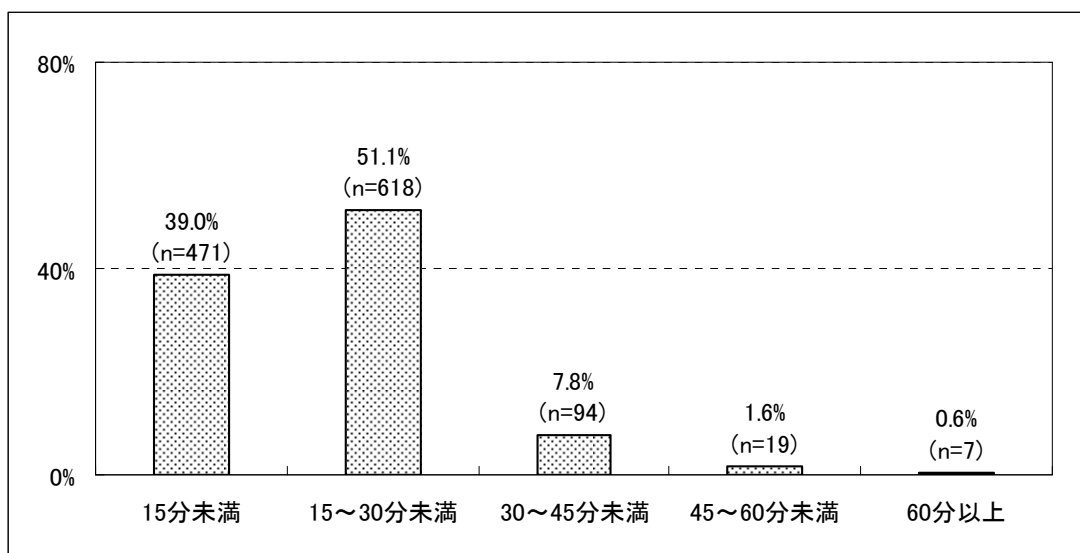
図20 担当医師一人当たりの1週間の訪問時間（n=1,221 平均 7.3時間/週 無回答は除く）



平均的な移動時間

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

図21 平均的な移動時間別施設数（n=1,209 無回答は除く）

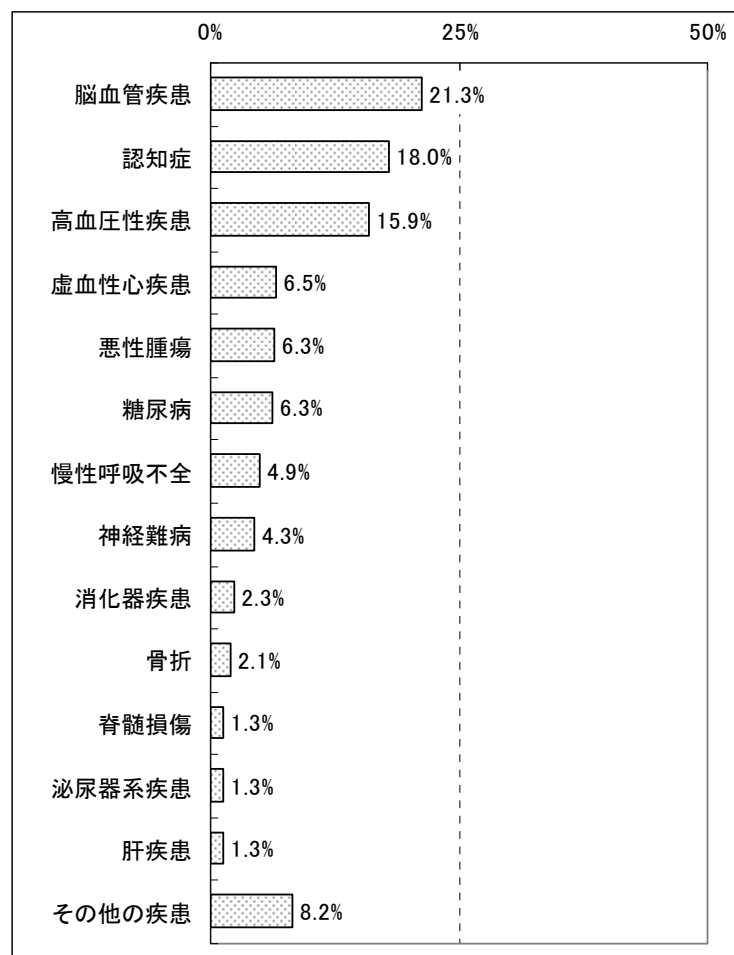


(3) 患者の状況

主傷病別

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

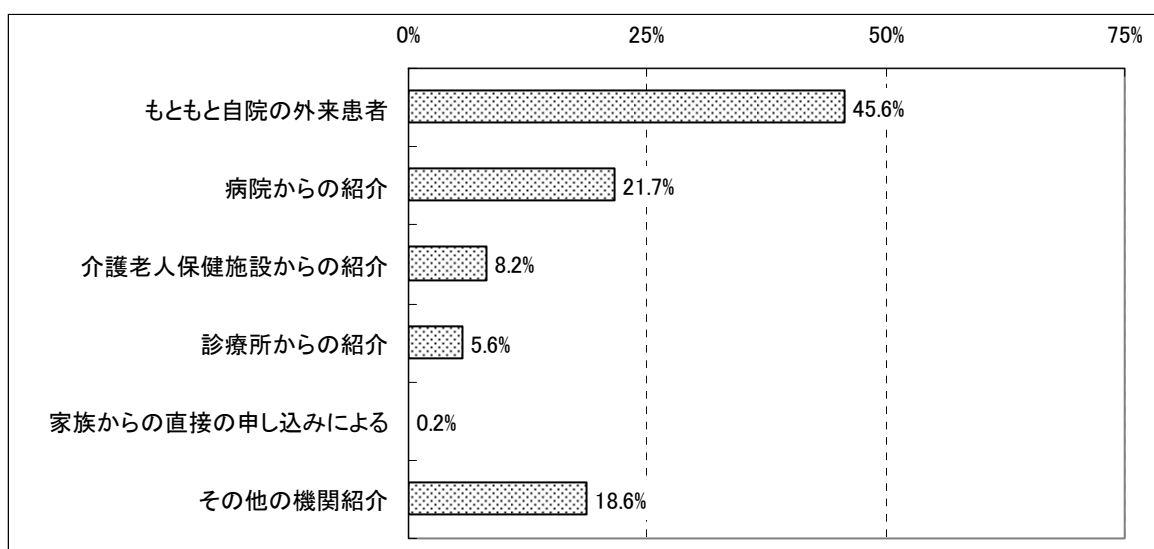
図22 主傷病別にみた在宅患者数（1,135施設の有効患者数 n=24,677）



紹介元別

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

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

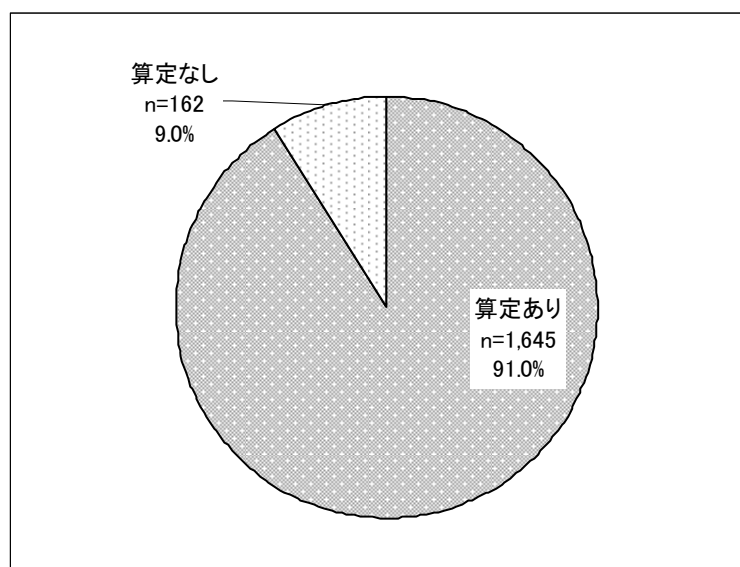


在宅医療に係る算定状況

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

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

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



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

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

⁹ 例えば、血糖自己測定器加算、注入器加算、輸液セット加算等

個別の算定状況

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

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

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

		① 在宅時 医学 総合 管理 料 1	② 特定 施設 入居 者等 医学 総合 管理 料	③ 往診 料 (緊急 往診 加算)	④ 往診 料 (夜間 加算)	⑤ 往診 料 (深夜 加算)	⑥ 在宅 患者 訪問 診療 料 1 (自宅)	⑦ 在宅 患者 施設 訪問 診療 料 2 (居宅 系施 設入 居者)	⑧ 在宅 ター ミナ ルケ ア加 算	⑨ 在宅 末期 医療 総合 診療 料	⑩ 在宅 患者 緊急 時等 カン ファ レン ス料
合計 (n=1,369)		84.2%	19.4%	29.7%	24.3%	13.7%	86.9%	35.4%	14.1%	7.2%	3.0%
病床 有 無	有床 (n=275)	77.8%	20.0%	29.1%	18.5%	13.1%	82.2%	38.9%	11.3%	4.7%	0.7%
	無床 (n=1,094)	85.8%	19.3%	29.9%	25.7%	13.8%	87.9%	34.5%	14.8%	7.8%	3.6%

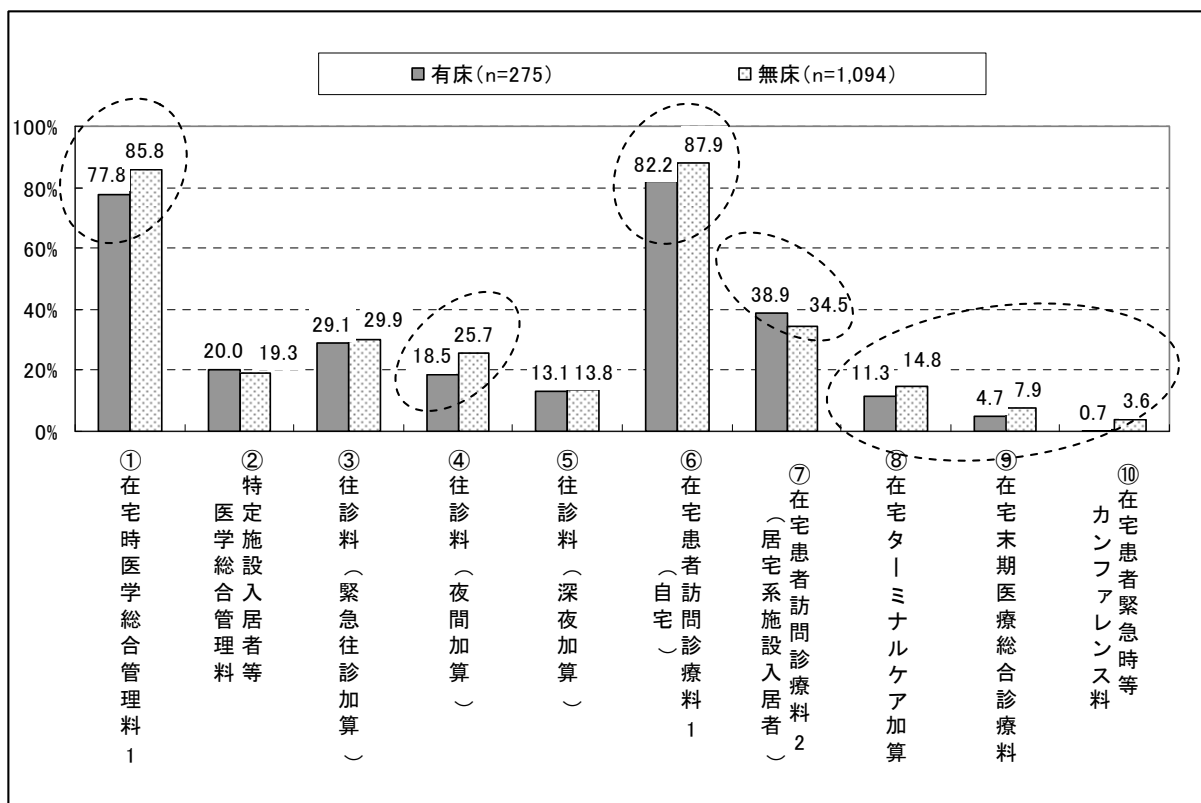
¹⁰ 特定施設入居者生活介護を算定する施設

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

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

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

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



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

表 4 1 施設あたりの算定件数(n=1,369 無回答を除く)

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

自宅以外の「多様な居宅の場」への対応

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

図26 在宅時医学総合管理料 種類別の算定件数の内訳(n=1,352)

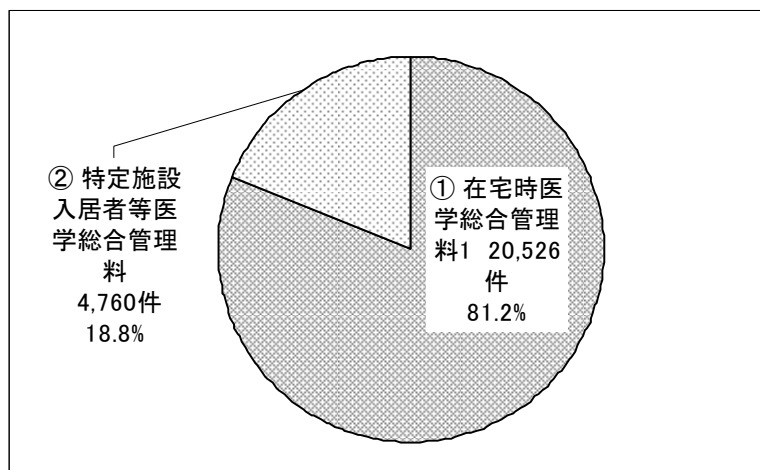
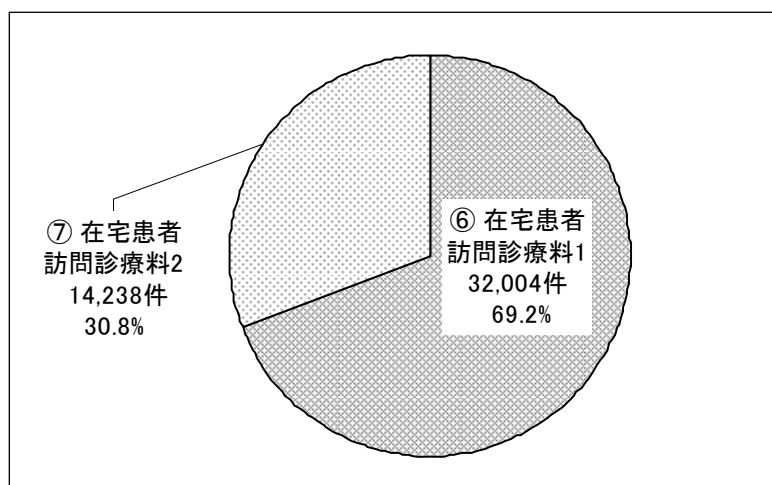


図27 在宅患者訪問診療料 種類別の算定件数の内訳(n=1,352)



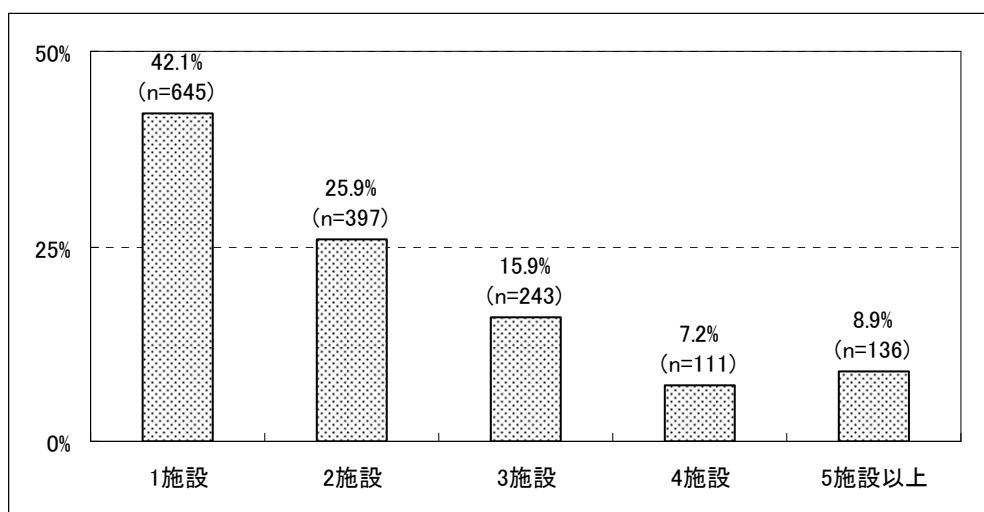
(4) 連携状況

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

病院との連携

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

図 28 連携病院数 (n=1,532 平均 2.3 病院)



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

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

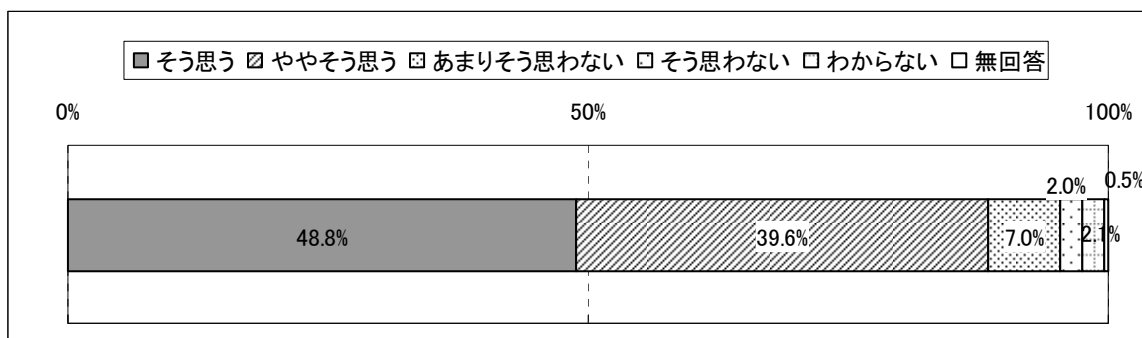
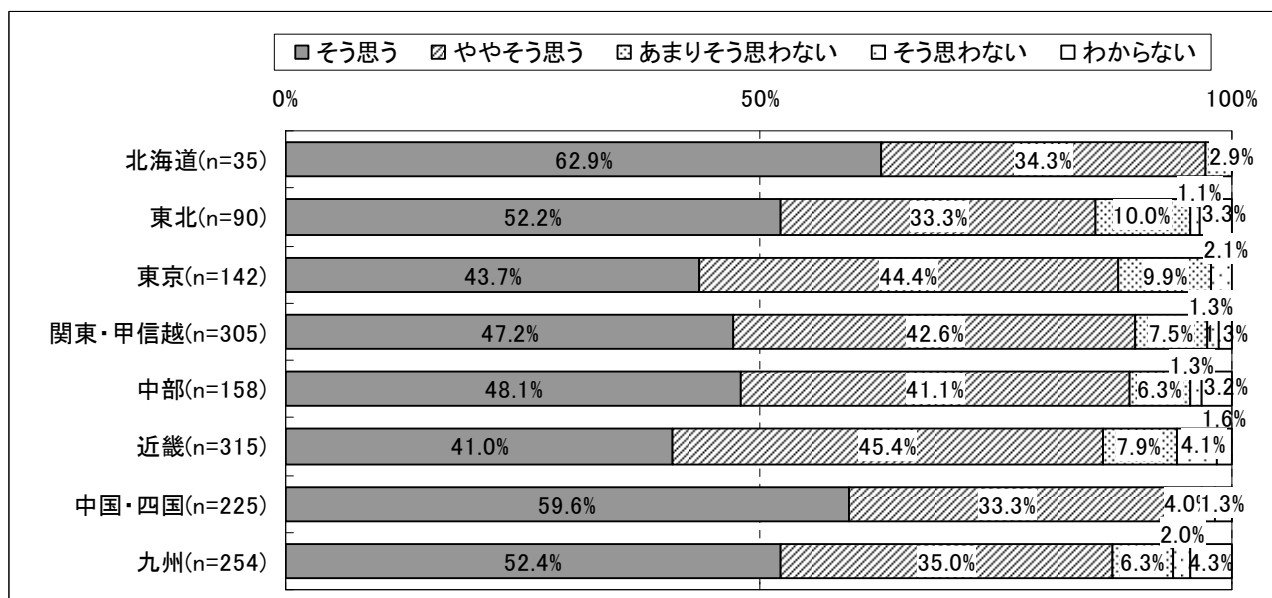


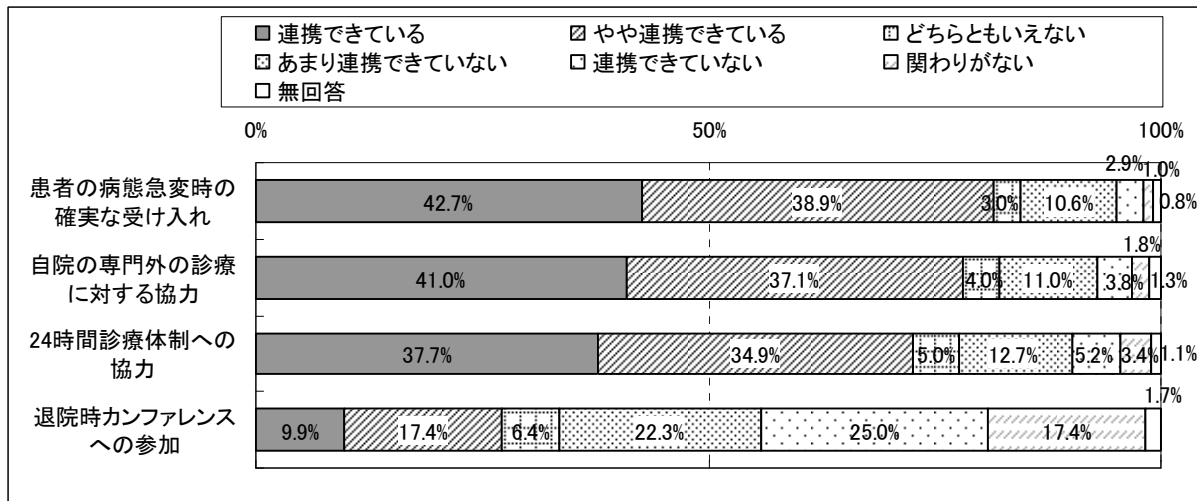
図 30 病院との連携は全般的にうまくいっているか-地域ブロック別

(n=1,524 連携病院 1 施設以上 無回答を除く)



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

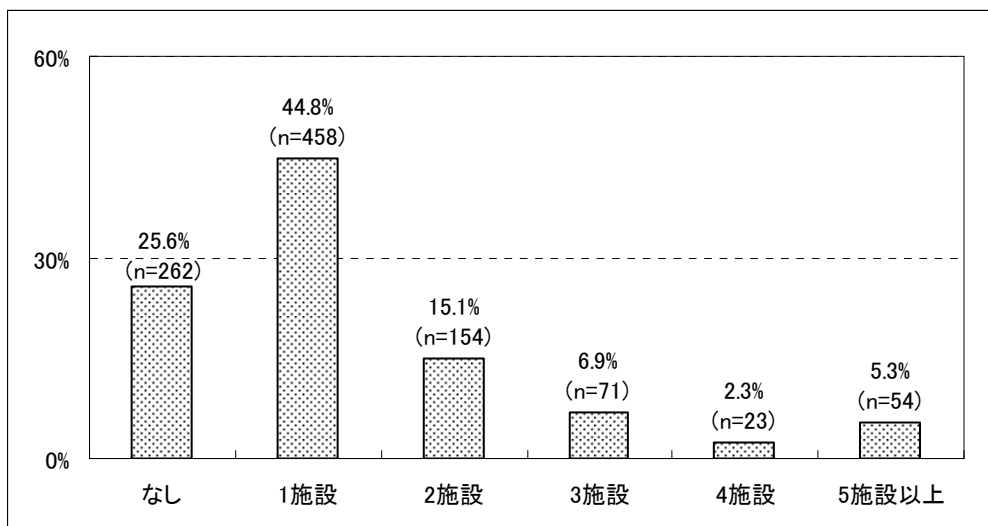
図31 病院との連携状況-(n=1,532 連携病院1施設以上)



診療所との連携

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

図32 連携診療所数(n=1,022 無回答を除く 平均1.5施設)



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

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

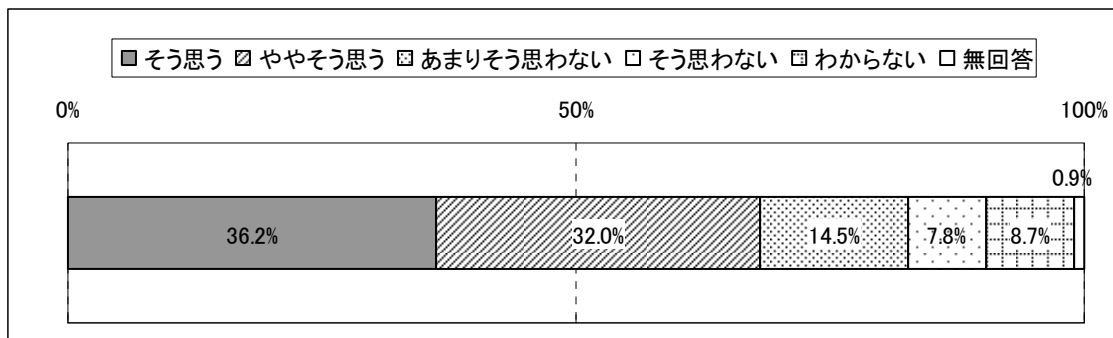
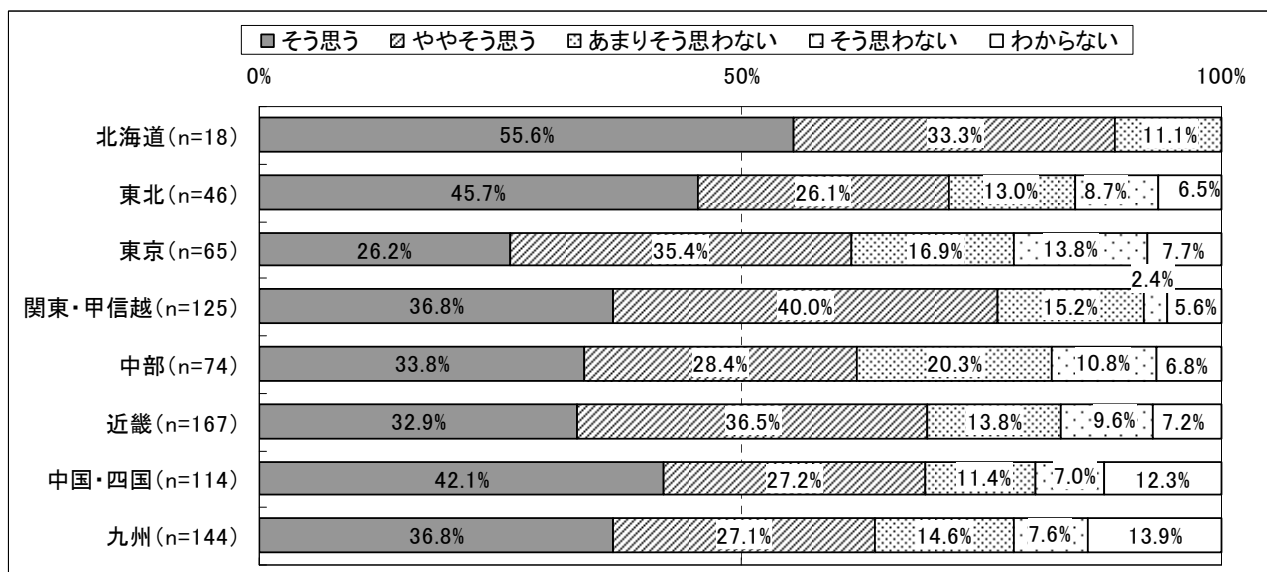
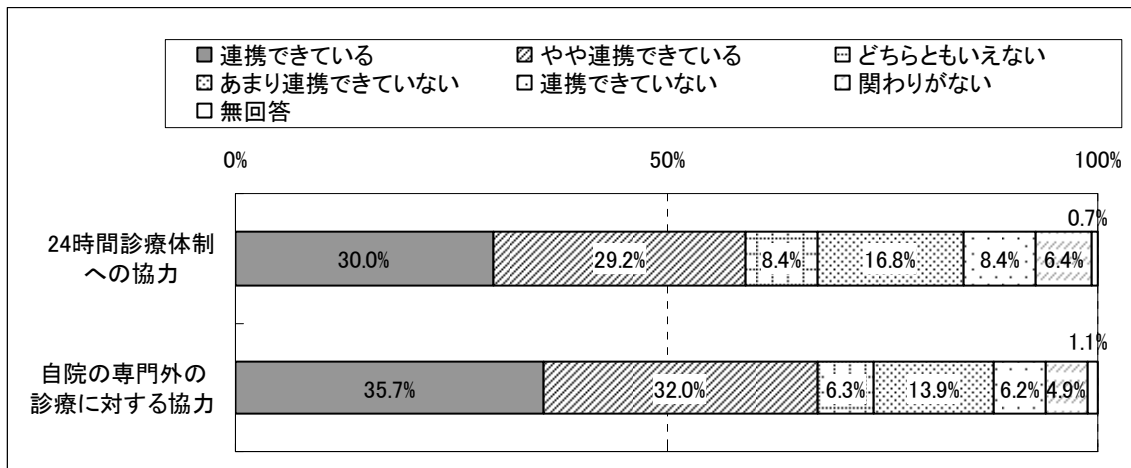


図34 診療所との連携は全般にうまくいっているか-地域ブロック別
(n=753 連携診療所1施設以上 無回答を除く)



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

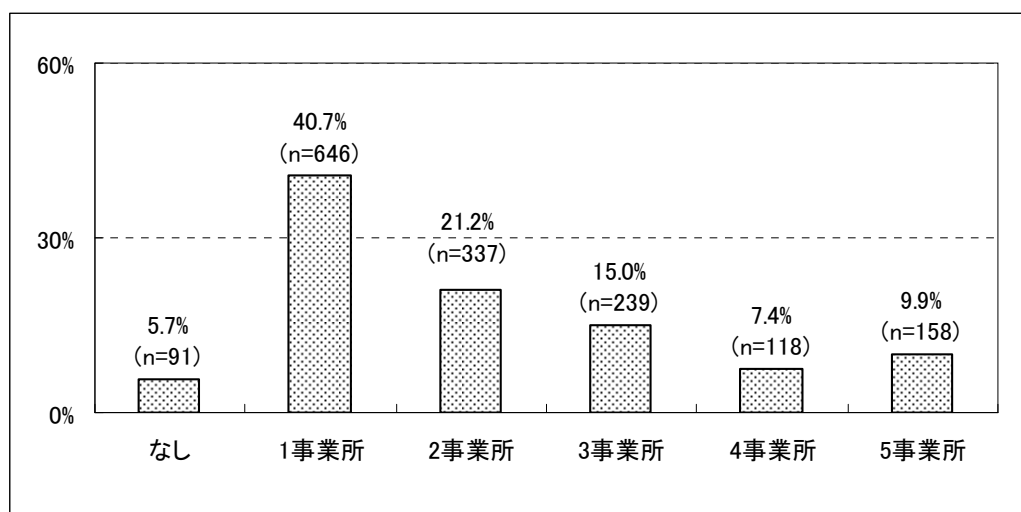
図 35 診療所の項目別連携状況（n=760 連携診療所 1 施設以上）



訪問看護ステーションとの連携

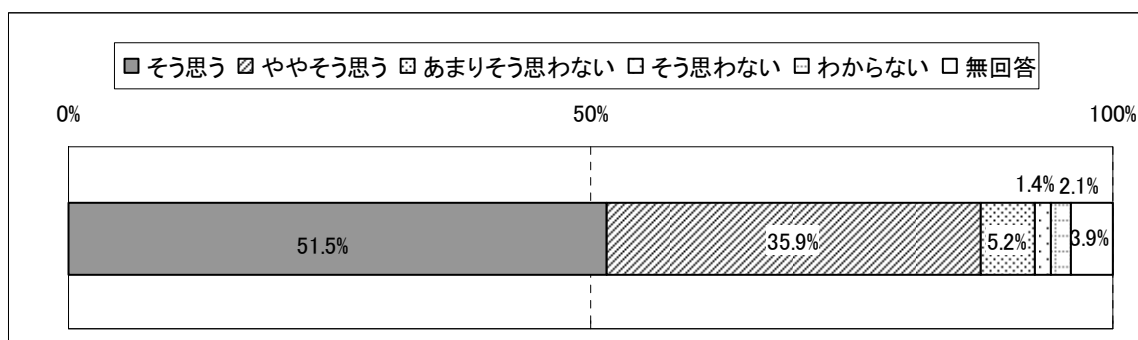
連携訪問看護ステーション数は、「1事業所」が40.7%と最も多く、「2事業所」が21.2%、「3事業所」が15.0%の順であった。4事業所以上と連携している届出診療所は17.3%を占めていた（図36）。

図36 連携ステーション数 (n=1,589 無回答を除く)



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

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



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

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

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

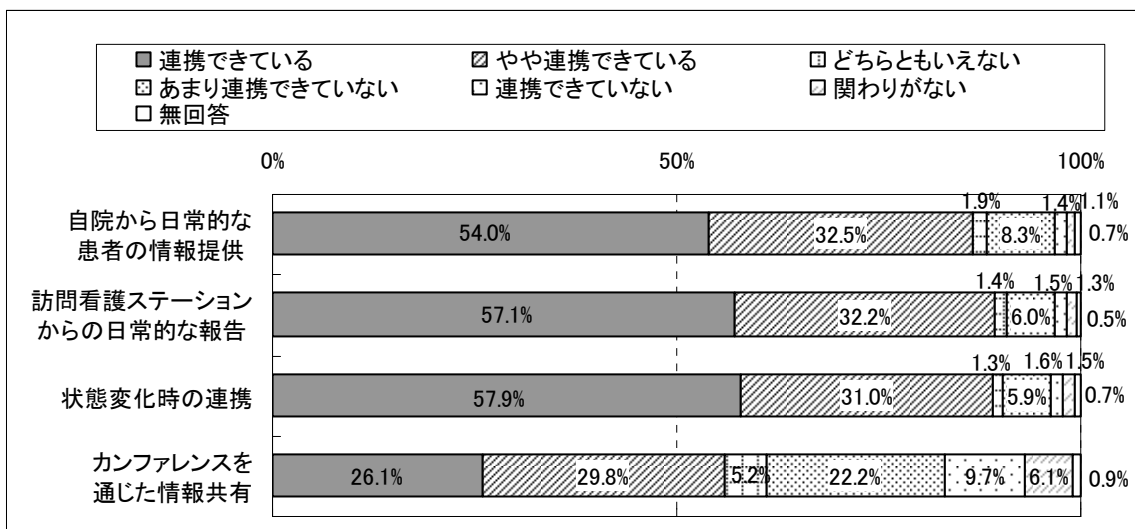
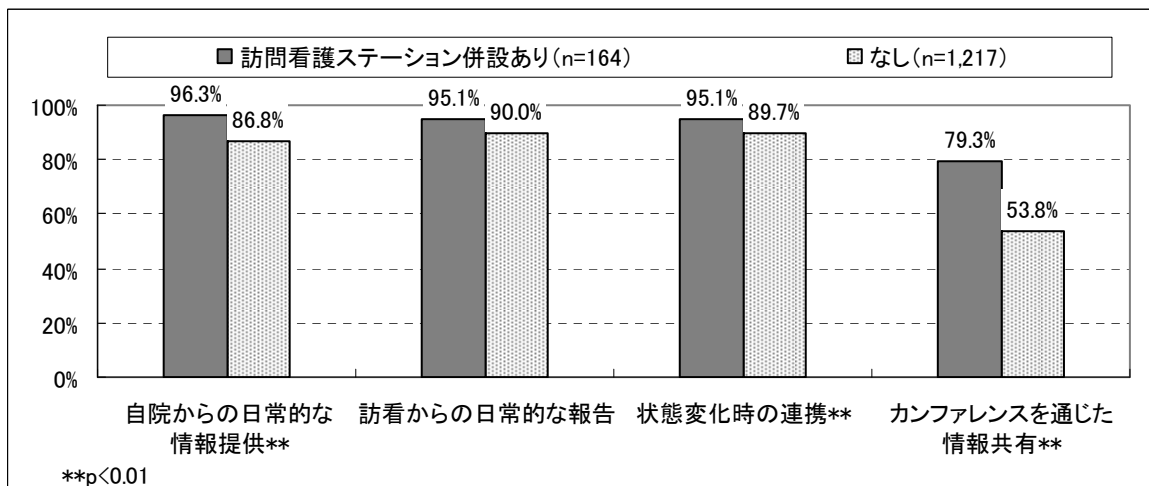


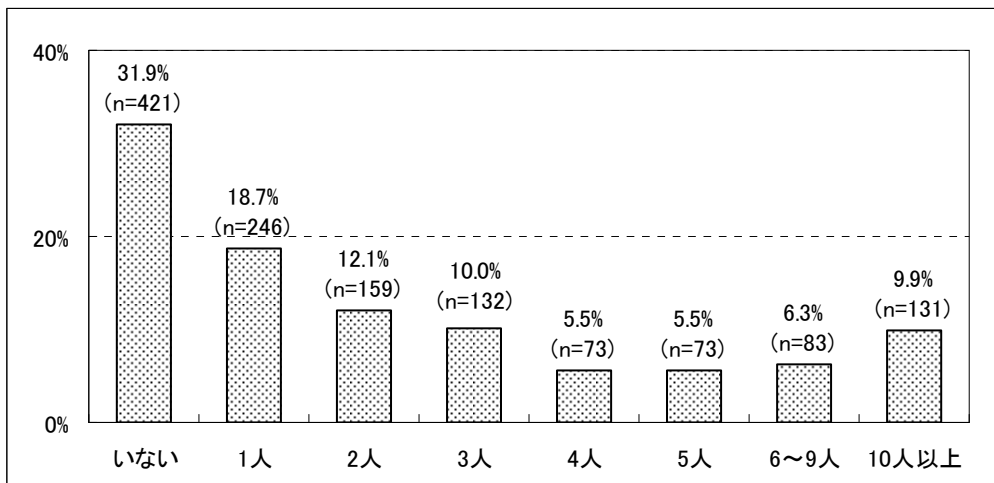
図39 訪問看護ステーション併設有無別にみた個別の連携状況（「連携できている」「やや連携できている」の計 n=1,381 連携数1事業所以上）



介護支援専門員との連携

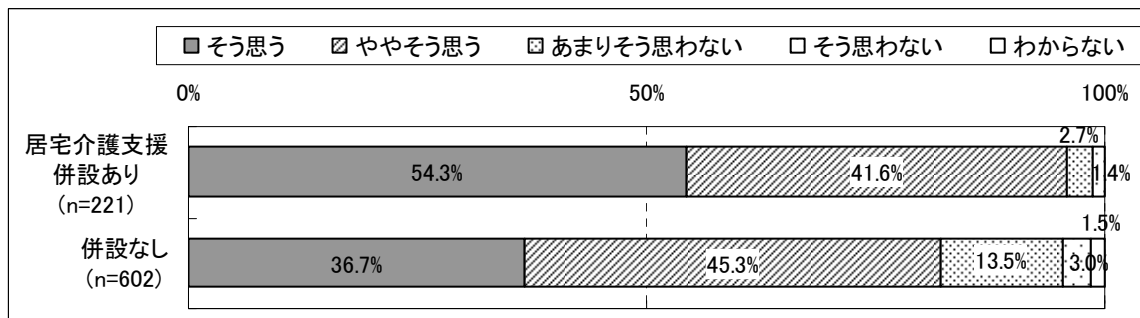
介護支援専門員（ケアマネージャー）との連携については、68.1%の届出診療所では連携はあるが、31.9%が連携していないという結果であった。診療所間で大きくばらつきが見られている（図 40）。

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



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

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



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

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

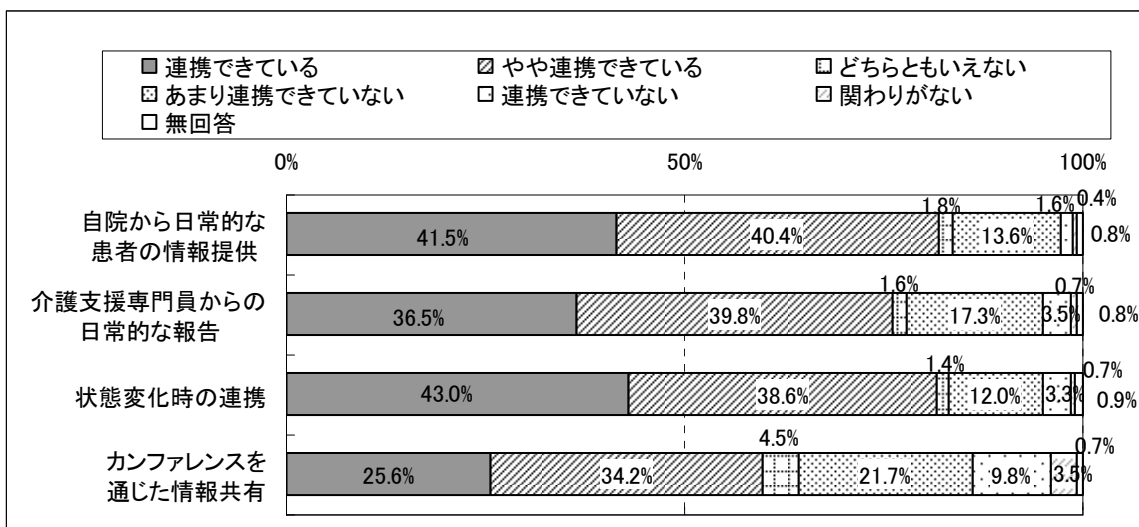
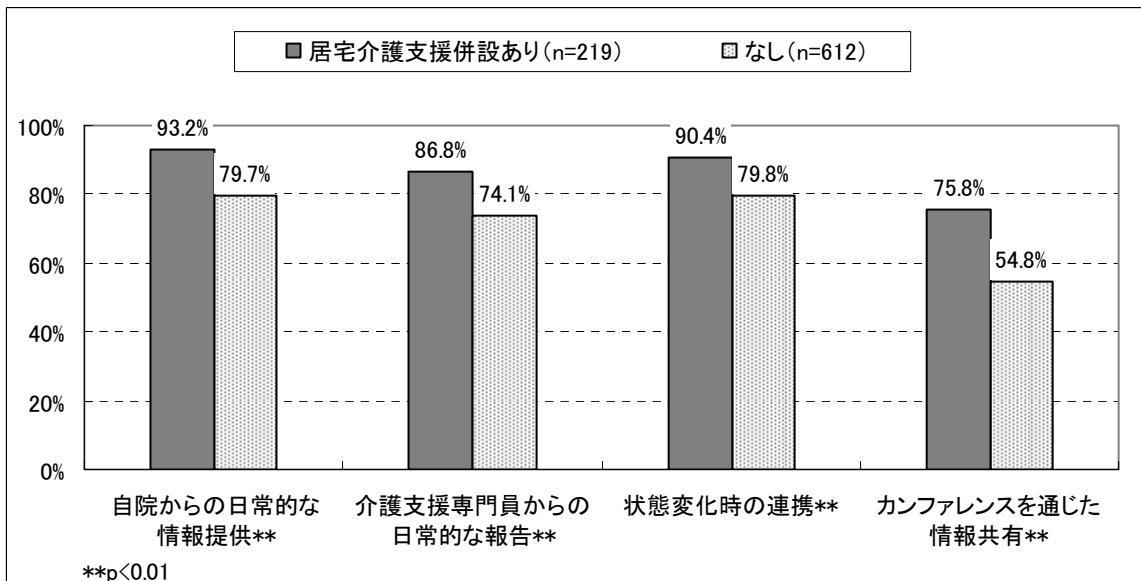


図43 居宅介護支援事業併設の有無別にみた個別の連携状況

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

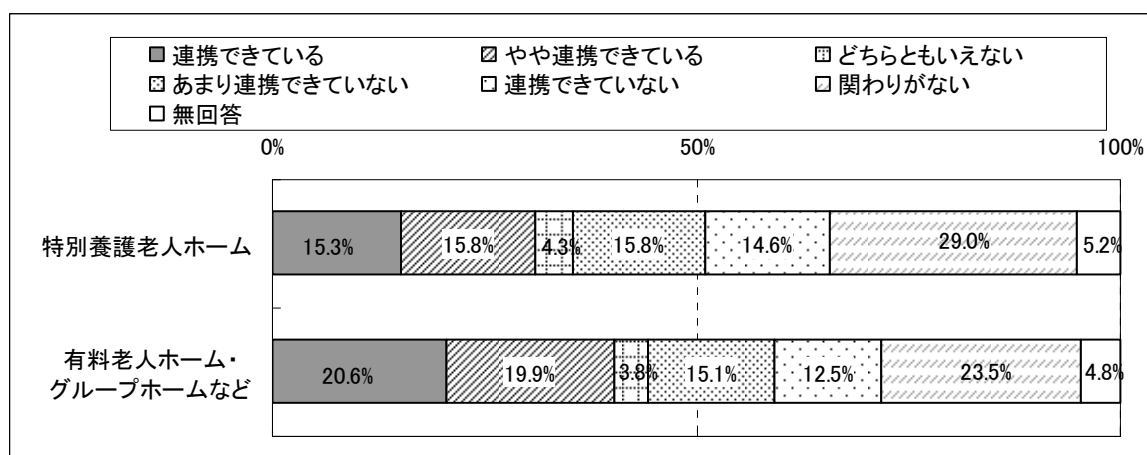


施設との連携

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

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

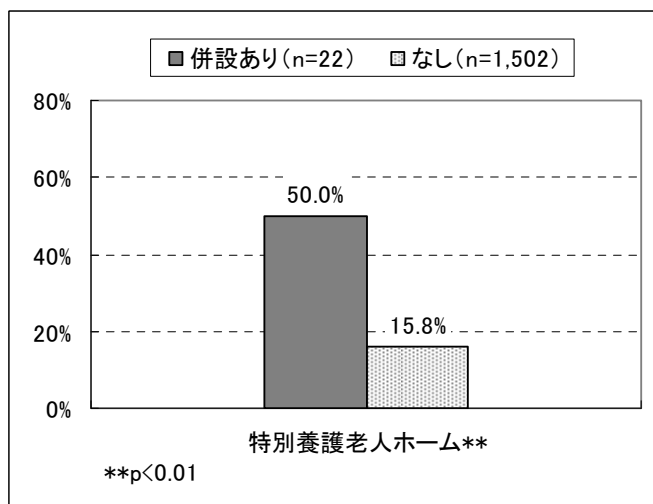
図 44 施設種類別の連携状況 (n=1,808)



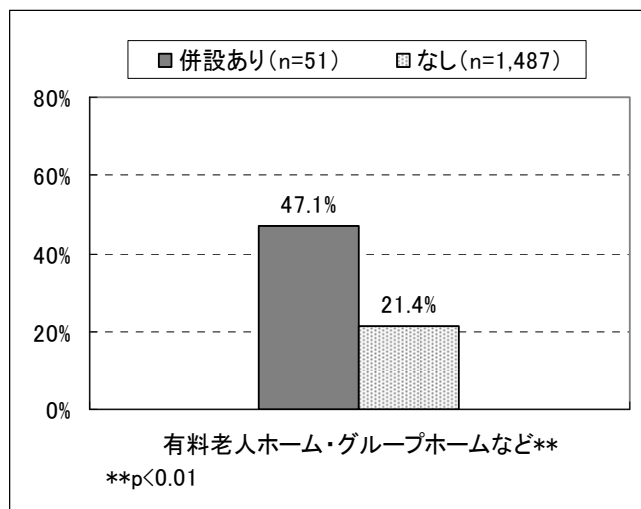
施設種類別の併設有無別にみると、「特別養護老人ホーム」について連携がうまくいっている（「連携できている」「やや連携できている」の計）回答の占める割合は、同一法人内に併設している診療所が併設していない診療所を 35.2 ポイント上回っていた。また、「有料老人ホーム・グループホームなど」についても同様に、併設している診療所が併設していない診療所を 25.7 ポイント上回っており、併設施設がある診療所とそうでないところでは、各施設との連携状況に隔たりがあることが確認された。

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

①特別養護老人ホーム(n=1,524 無回答を除く)



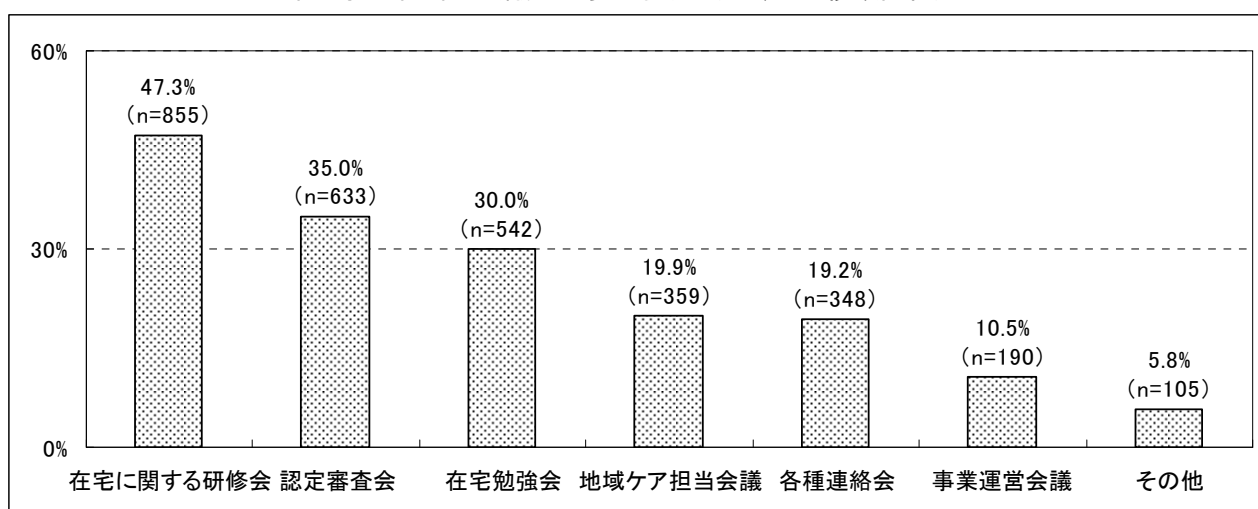
②有料老人ホーム・グループホームなど(n=1,539 無回答を除く)



地域会議への参加

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

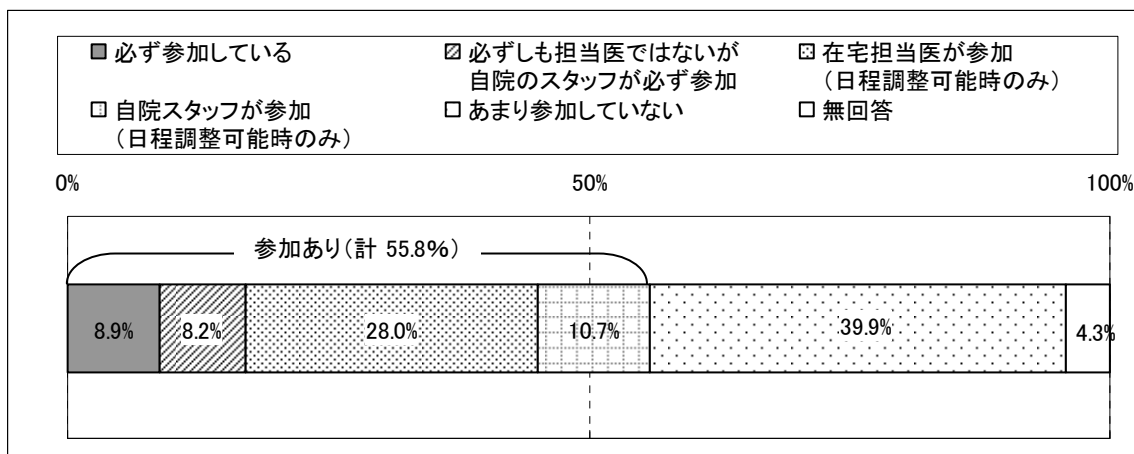
図 46 在宅担当医師の会議への参加状況（n=1,808 複数回答）



カンファレンスへの参加

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

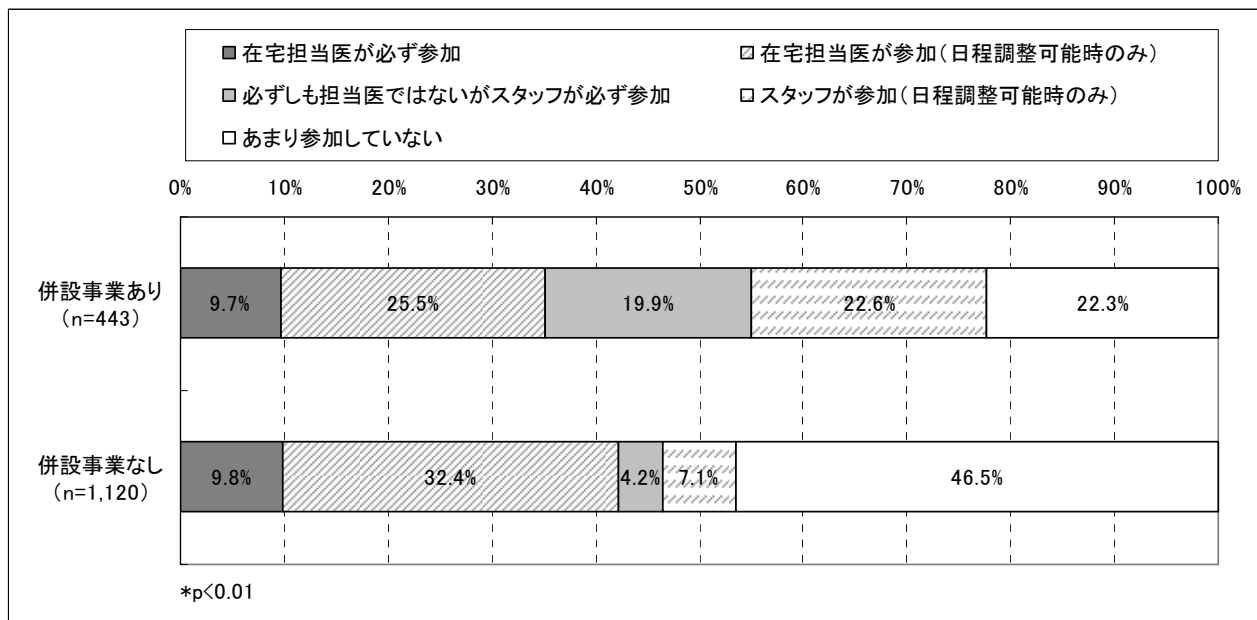
図 47 カンファレンスの参加状況（n=1,808）



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

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

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



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

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

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

(5) 課題

24 時間体制への負担感とその理由

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

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

図 49 24 時間体制は負担になっていますか(n=1,808)

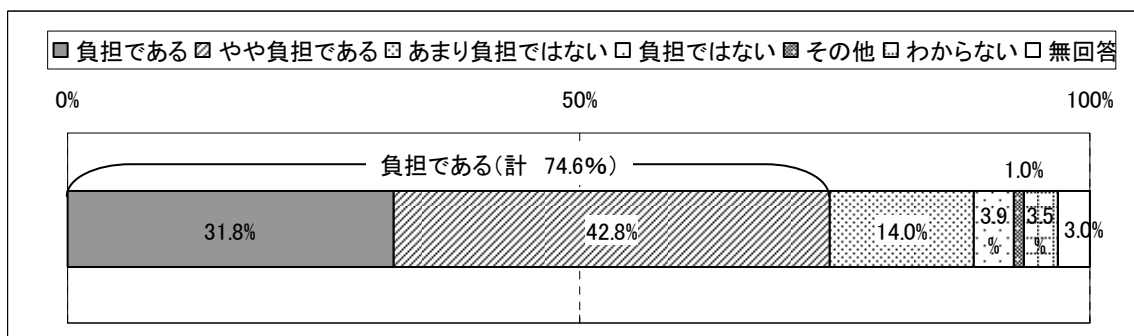
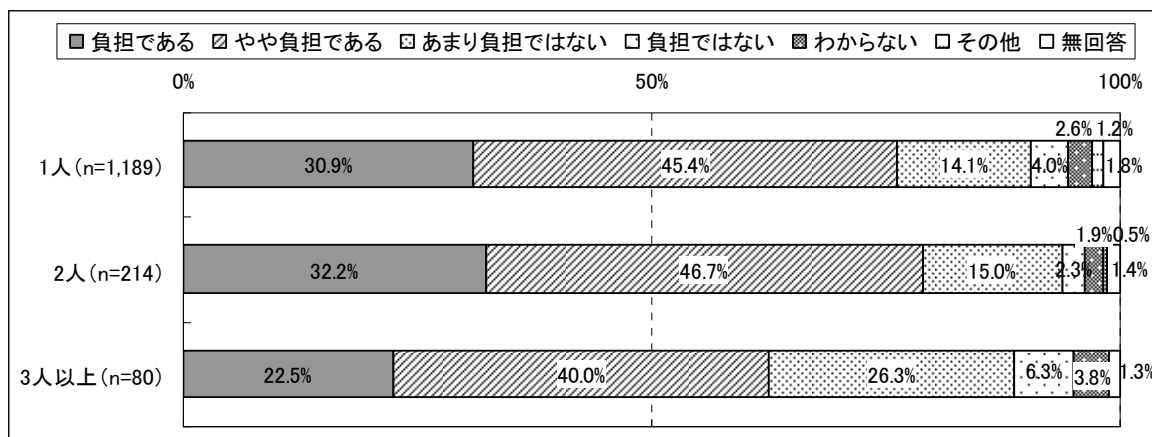
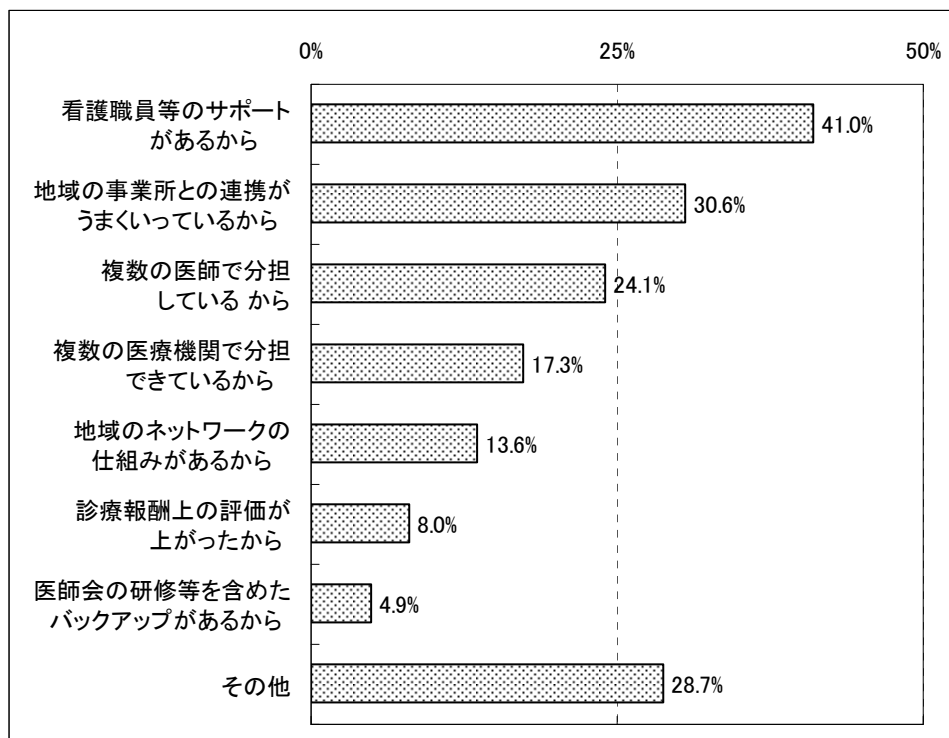


図 50 24 時間体制の医師数別にみた 24 時間体制負担感(n=1,483)



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

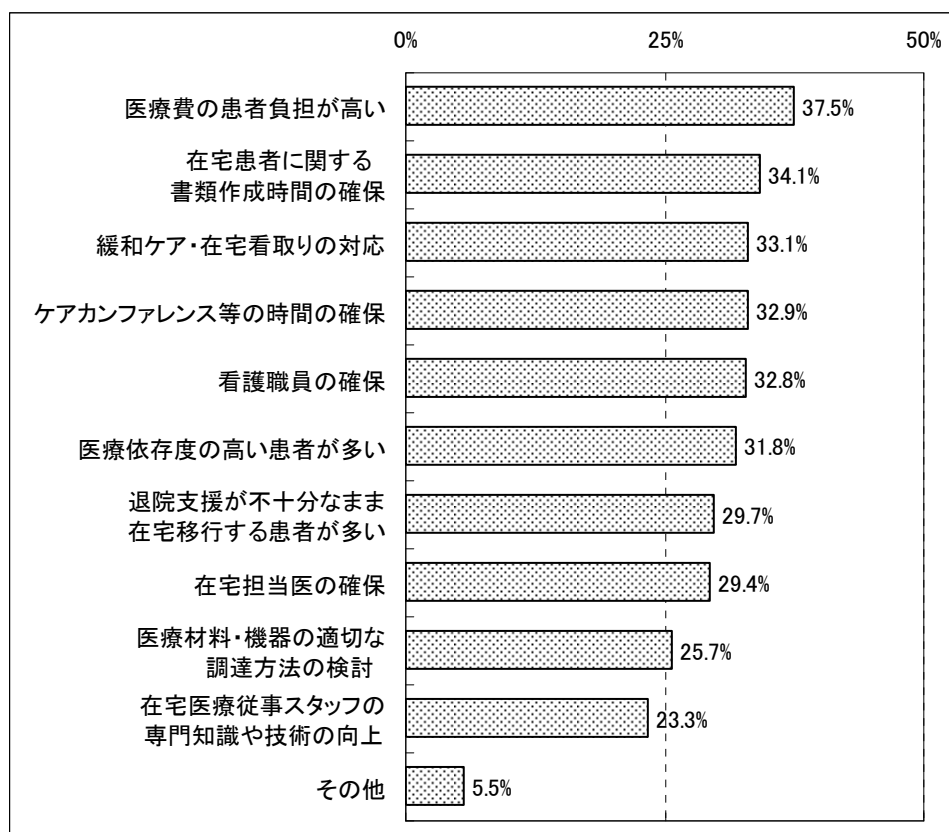
図 51 24 時間体制が負担ではない理由（複数回答 n=324）



提供上の課題

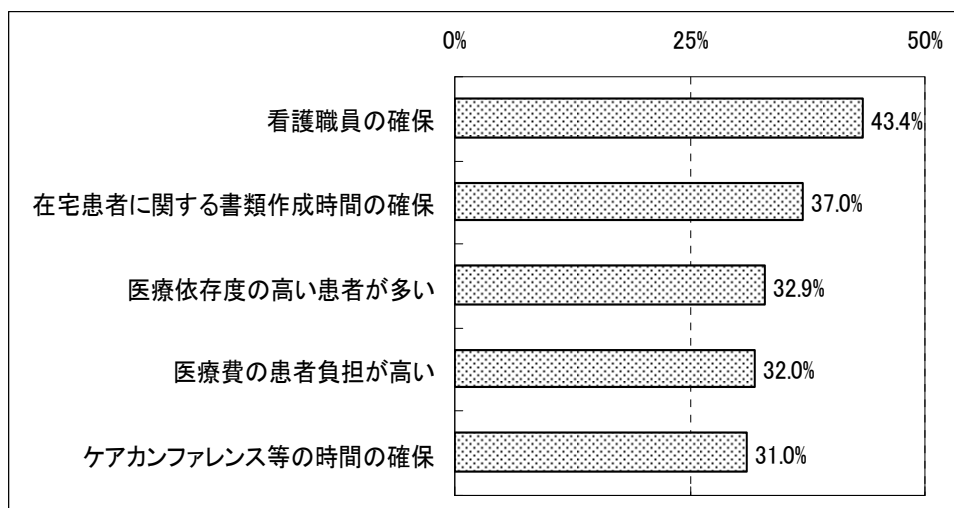
在宅医療の提供上の課題として最も多いのは「医療費の患者負担が高い」37.5%で、続いて「在宅患者に関する書類作成時間の確保」34.1%、「緩和ケア・在宅見取りの対応」33.1%、「ケアカンファレンス等の（連携のための）時間の確保」32.9%、「看護職員の確保」32.8%の順であった（図 52）。在宅医療を行う医師は診療提供上患者負担を気にしている、「在宅患者に関する書類作成時間の確保」および「ケアカンファレンス等の時間の確保」など、連携業務に関する時間が十分確保できていないという課題が浮かび上がった。

図 52 提供上の課題 (n=1,558 複数回答 無回答を除く)



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

図53 提供上の課題-有床診療所の上位5項目（n=316 複数回答）



地域における運営課題

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

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

図 54 運営課題(n=1,576 無回答を除く 複数回答)

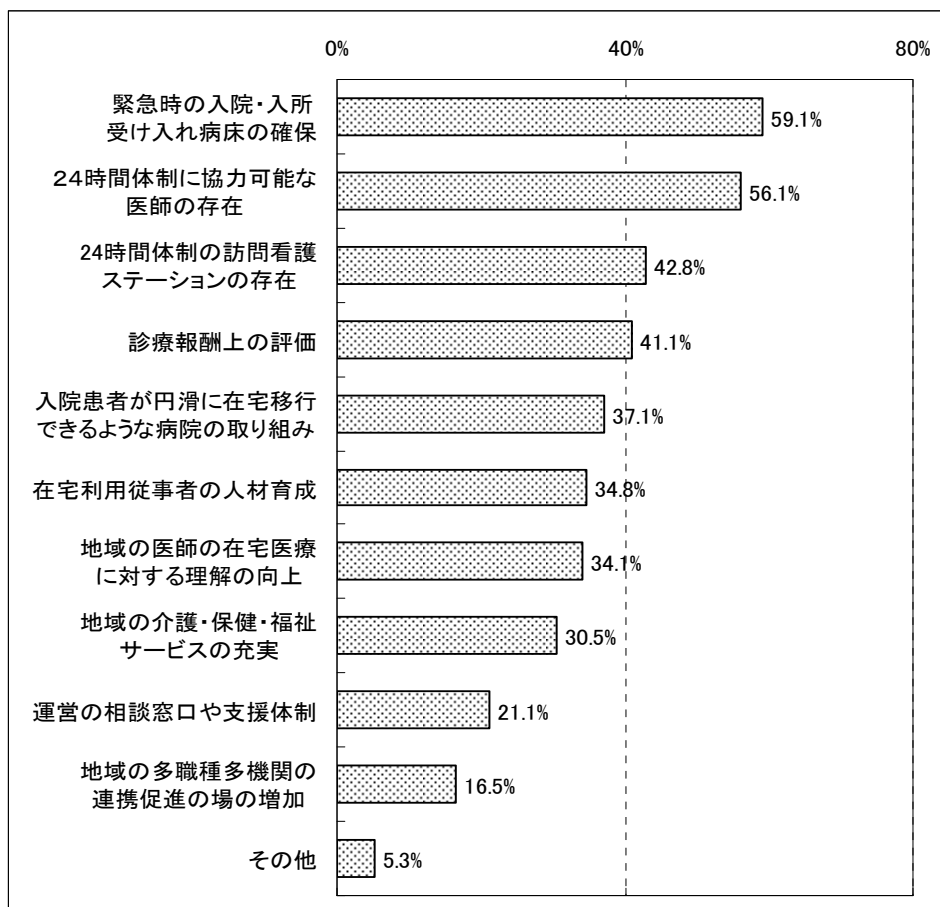
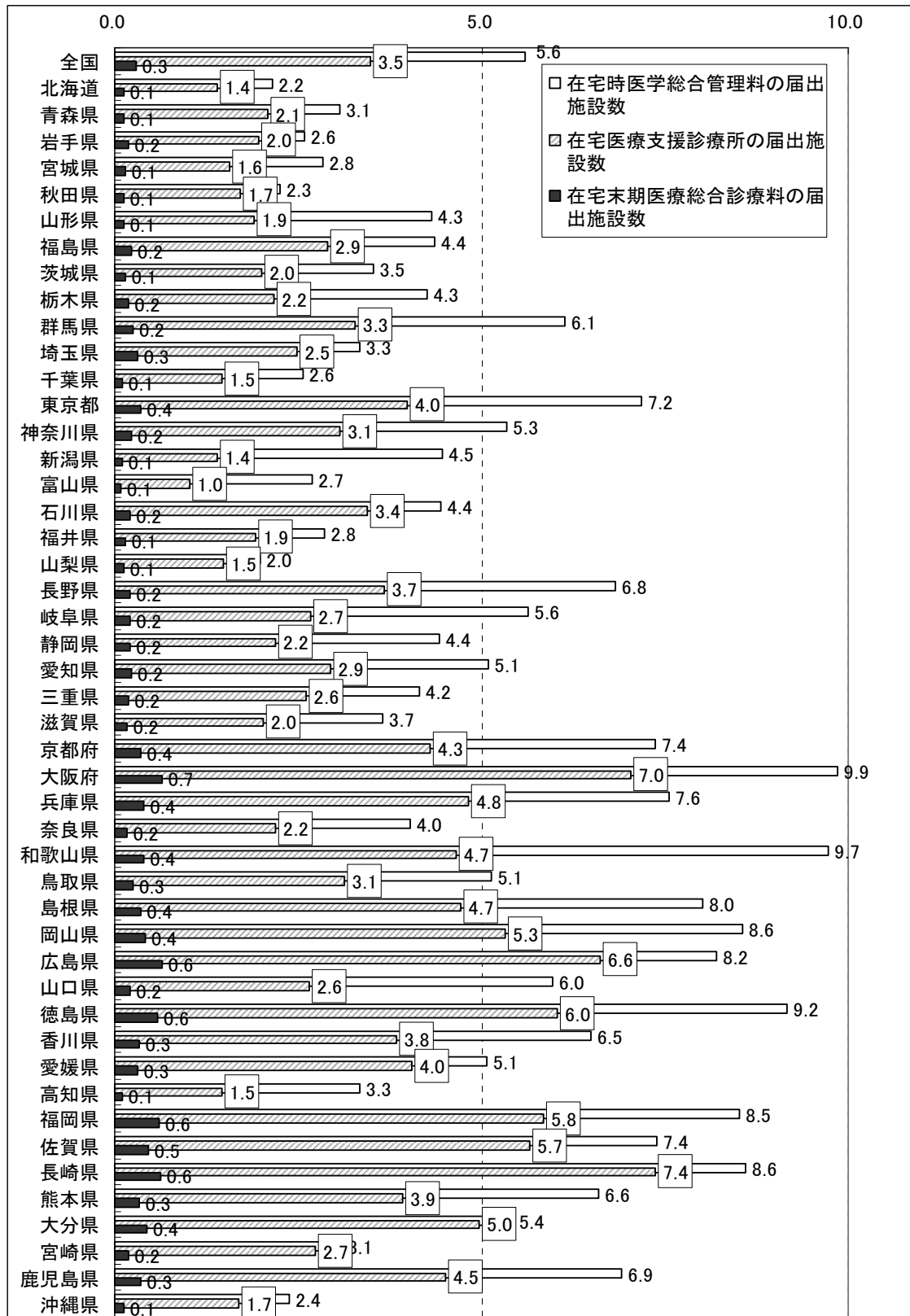


図 55 都道府県別にみた在宅医療に関する算定項目別の届出状況－75 歳以上人口1万人診療所数

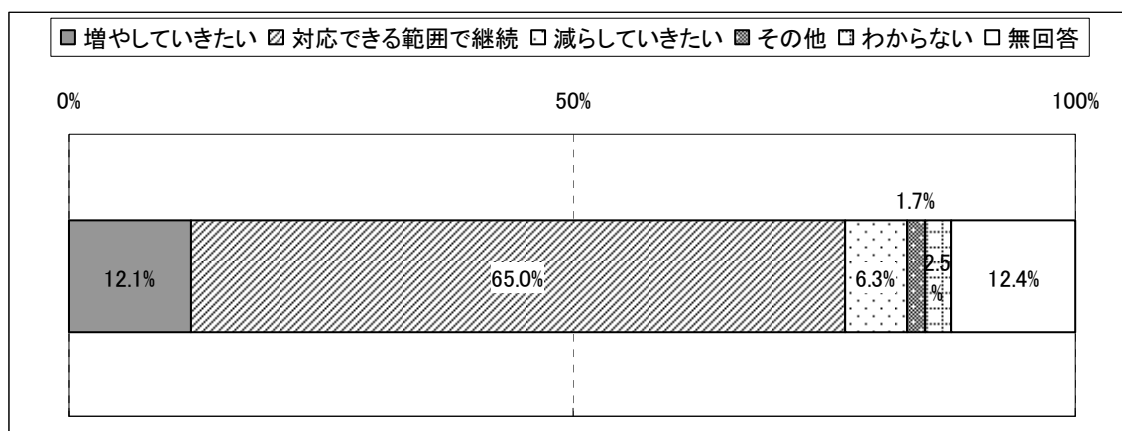


* 総務省「人口推計」(2007年)および独立行政法人福祉医療機構 WAM NET 登録数より作成

方向性

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

図 56 今後の方向性(n=1,808)



(6) 調査のまとめ

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

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

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

(7) 考察

これまで示してきた本調査結果より、以下のような示唆が得られた。

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

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

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

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

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