

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院にかかる調査結果について

北海道保健福祉部地域医療推進局地域医療課

1 調査の目的

診療体制や在宅医療の推進に向けて検討すべき課題について、在宅医療の中心的な役割を担う在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の診療体制・実施状況・課題等を把握し、今後の施策の参考とするために実施した。

2 実施時期等

- (1) 実施時期 平成29年6月～7月
- (2) 調査対象 在宅療養支援診療所・病院（平成29年4月1日現在）
※北海道厚生局へ診療報酬上の施設基準の届出をしている病院・診療所
- (3) 調査方法 郵送によるアンケート形式

3 回答状況

区分	対象施設数			回答施設数（回答率）		
	市所在	町村所在		市所在	町村所在	
在支診	258	217	41	155 (60.1%)	137 (63.1%)	18 (43.9%)
在支病	52	45	7	36 (69.2%)	32 (71.1%)	4 (57.1%)
合計	310	262	48	191 (61.6%)	169 (64.5%)	22 (45.8%)

4 主な結果

(1) 診療所の状況

回答のあった155施設のうち、有床診療所は34施設（21.9%）、無床診療所は121施設（78.1%）だった。

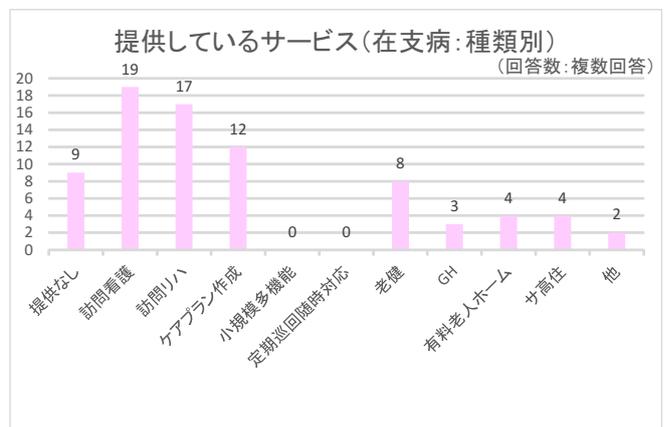
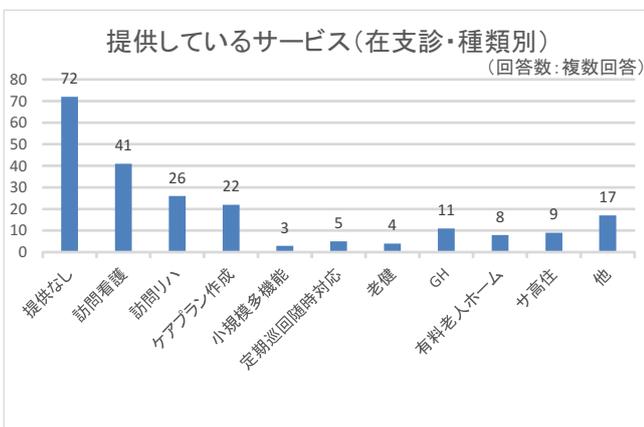
(2) 院内又は併設施設で提供しているサービス（複数回答）

在支診では、「訪問看護」を提供しているとの回答が41施設と最も多く、次いで「訪問リハ」が26施設、ケアプラン作成が22施設であった。

在支病では、「訪問看護」を提供しているとの回答が19施設と最も多く、次いで「訪問リハ」が17施設、ケアプラン作成が12施設であった。

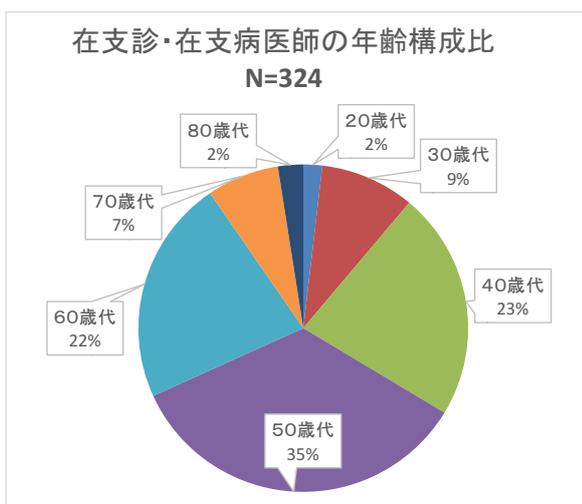
<回答施設におけるサービス提供施設の割合（%）>

	訪問看護	訪問リハ	ケアプラン作成	小規模多機能	定期巡回 随時対応	老健	GH	有料老人ホーム	サ高住	他
在支診	26.5	16.8	14.2	1.9	3.2	2.6	7.1	5.2	5.8	11.0
在支病	52.8	47.2	33.3	0.0	22.2	8.3	11.1	11.1	11.1	5.6



(3) 医師の年齢構成

50歳代の医師が112人（34.6%）が最も多く、次に40歳代が73人（22.5%）、60歳代が72人（22.2%）の順であった。



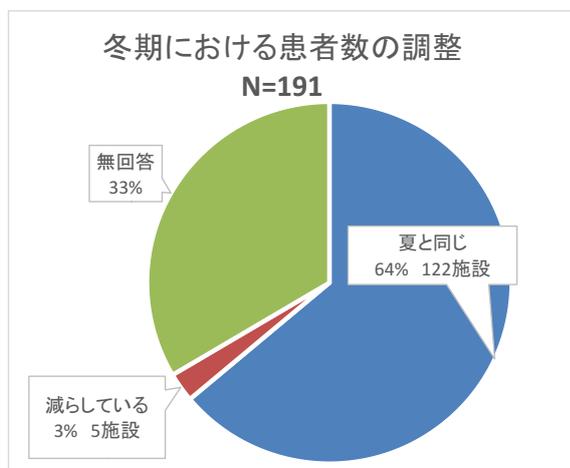
年代	人数	%
20歳代	6	1.9
30歳代	30	9.3
40歳代	73	22.5
50歳代	112	34.6
60歳代	72	22.2
70歳代	23	7.1
80歳代	8	2.5
合計	324	100.0

(4) 冬期における患者数の調整

冬期において、移動時間が増加することを踏まえ、「患者数を減らしている」と回答した医療機関は5施設（3%）であった。

「患者数を減らしている」と回答した施設は、冬期における1施設あたりの平均移動時間の増加が1.1時間であり、「夏と同じ」と回答した施設より0.4時間長かった。

また、看護師が訪問診療に同行する割合については、「全て同行する（約100%）」との回答が89施設（47%）で回答があり、「半数（50%）以上同行する」との回答があった施設は127施設（67%）であった。



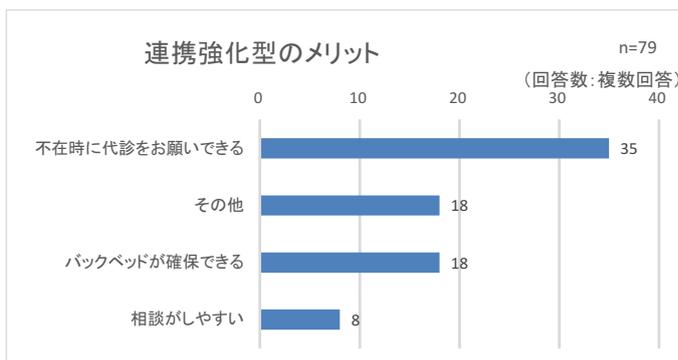
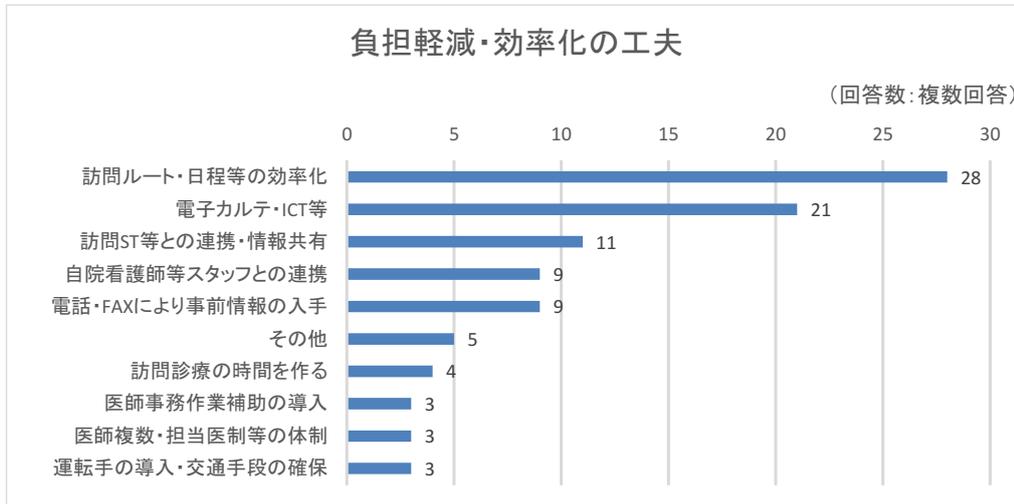
冬期の対応	増加した移動時間（平均）
夏と同じ（122施設）	0.7
患者数を減らしている（5施設）	1.1
無回答（64施設）	—

(5) 訪問診療業務の負担軽減・効率化のために取り入れている工夫及び連携強化型のメリット
記述式の回答を集計の便宜上、10項目に分類して集計した。

「訪問ルート・日程等の効率化」が28施設、「電子カルテ・ICT等の活用」が21施設、「訪問看護ステーション等との連携・情報共有」が11施設、「電話・FAX等による事前情報の入手」及び「自院看護師等スタッフとの連携」が9施設であった。

また、連携強化型のメリットについては、記述式の回答を集計の便宜上、4項目に分類して集計したところ、1番回答が多い内容としては、「不在時に代診をお願いできる」と回答した施設が35施設、次いで、「バックベッドが確保できる」との回答が18施設であった。

その他としては、「他医療機関の取組を教えてもらえる」「自院でできない検査や処置のお願いができる」といった回答があった。



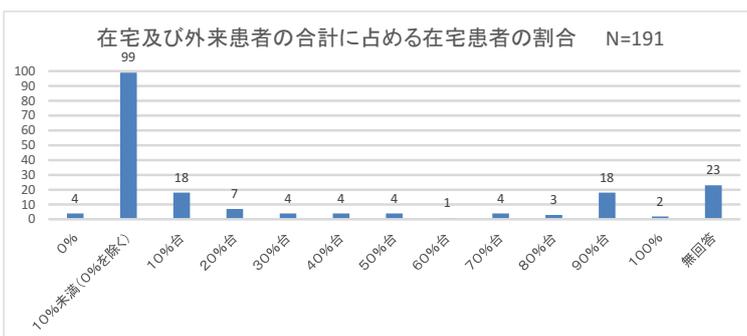
(6) 訪問診療の実績

平成29年4月2日～8日の1週間の在宅及び外来患者における在宅患者の割合は、「10%未満」が最も多く、99施設(52%)であった。

また、「0%」の施設が4施設あった。

訪問診療を専門に行っている(回答が「100%」若しくは「90%台」の)医療施設は20施設(10%)であった。

1施設あたりの訪問診療の実患者数は、回答のあった187施設の平均が約80人であった。



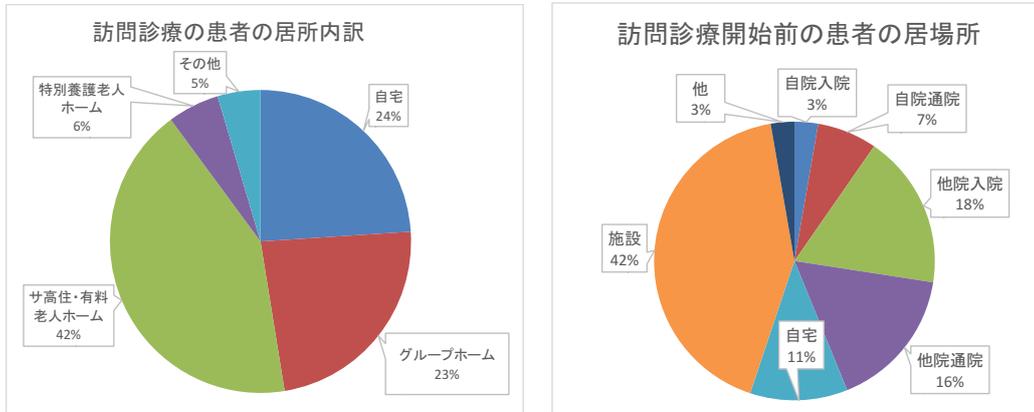
訪問診療の実患者数(1ヶ月あたり)	(人)
延べ患者数(187施設)	14,947
平均患者数(187施設)	79.9

(7) 訪問診療の患者の居所及び訪問診療開始前の患者の居場所

患者の居所で最も多いのは、「サ高住・有料ホーム」との回答が42%、次いで「自宅」が24%、「グループホーム」が23%であった。

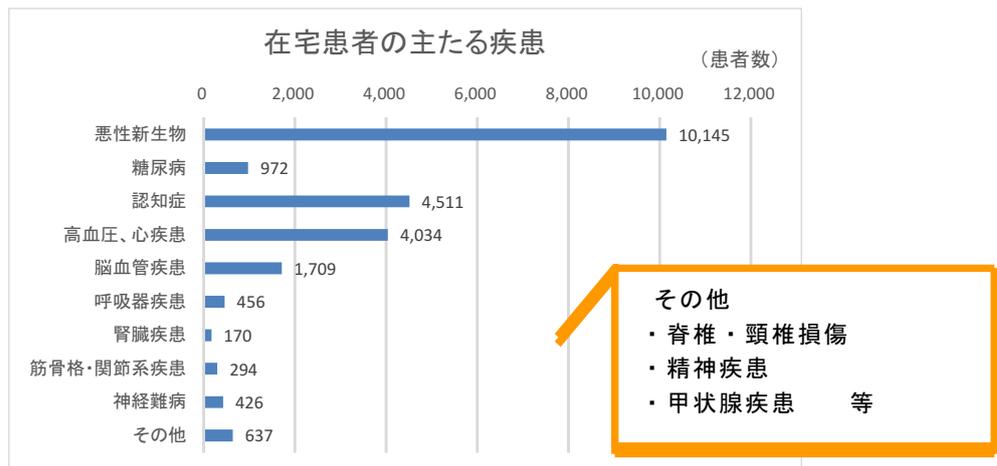
その他として、「障がい者施設」、「ケアハウス」、「(看護)小規模多機能」といった回答があった。

訪問診療を開始する前の患者の居場所は、「施設」の回答が1番多く42%で、次いで、「他院入院」が18%、「他院通院」が16%であった。



(8) 在宅患者の主な疾患

主な疾患としては、「悪性新生物」が1番多く、次いで「認知症」「高血圧・心疾患」の回答だった。

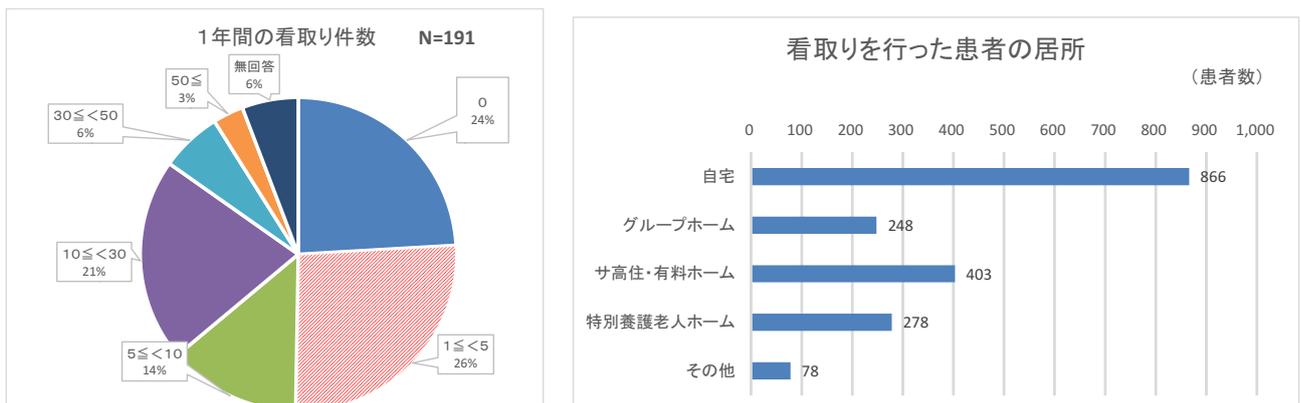


(9) 看取り

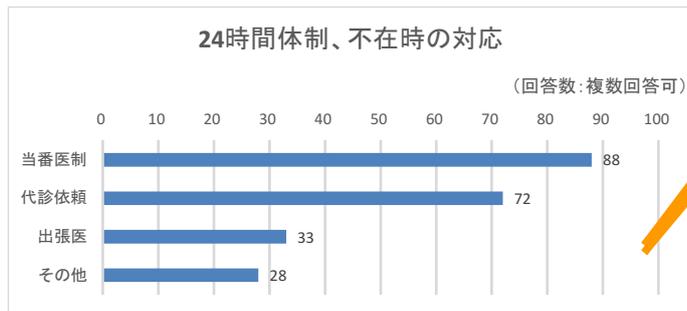
平成28年度 (H28.4~H29.3) 1年間の看取り件数は、無回答11施設を除く180施設の平均をみると10.47件であった。

また、「0件」との回答が46施設 (24%)、「1件以上5件未満」の施設が50施設 (26%)、「5件以上10件未満」の施設が26施設 (14%)、「10件以上30件未満の施設」が40施設 (21%)であり、「30件以上」と回答する施設が18施設 (9%)であった。

看取りを行った患者の居所では、「自宅」が最も多く、次いで「サ高住・有料ホーム」、「特別養護老人ホーム」、「グループホーム」であった。



(10) 24時間体制を確保するため、または、学会参加などで不在となる場合にとっている対応

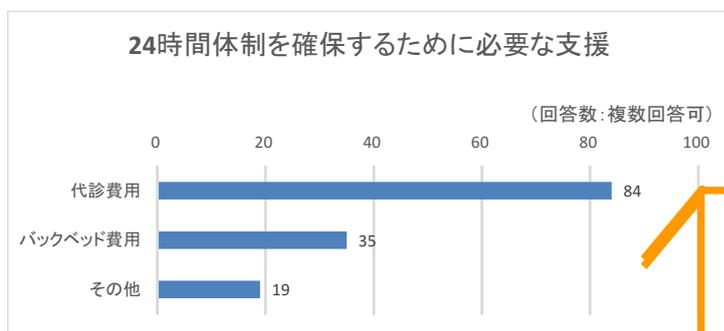


178施設から回答があり、「院内での当番医制」の回答が88施設、次いで「近医や在宅グループ内医師への代診依頼」が72施設であった。

- その他
- ・電話対応
 - ・訪問看護ステーションとの連携
 - ・法人内の電話待機当番制
 - ・一人に対応のため、外出困難 等

(11) 24時間体制に必要な支援

必要な支援として、「代診を依頼したときの費用に関する補助」を回答した施設が84施設、「バックベッドを受け入れたときの補助」と回答した施設は35施設であった。

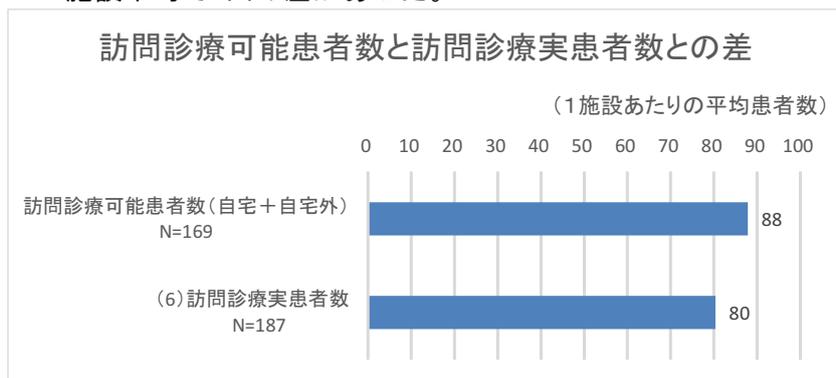


- その他
- ・医師会や病院のサポート体制
 - ・連携センターを中心に輪番制で Dr のオンコール体制を作る 等

(12) 訪問診療可能患者数

現体制を維持した状態で、1ヶ月あたり何人まで訪問診療が可能かの問いに対し、1施設あたり「自宅（患者）」は29.36人、「自宅外」は58.48名だった。（併せて回答のあった場合には「自宅」に計上した）

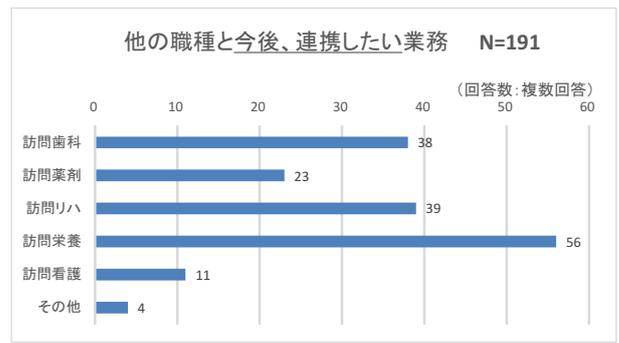
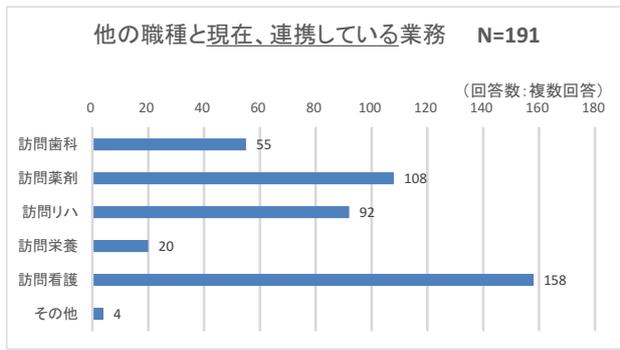
（6）で、1施設あたりの訪問診療の実患者数は平均80人であり、可能患者数と実患者数では1施設平均で8人の差があった。



(13) 他職種との連携

現在連携している職種では、「訪問看護」が158施設（83%）、次いで「訪問薬剤」が108施設（57%）、「訪問リハ」92施設（48%）であった。

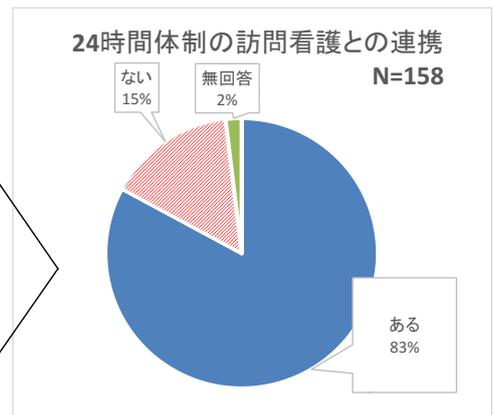
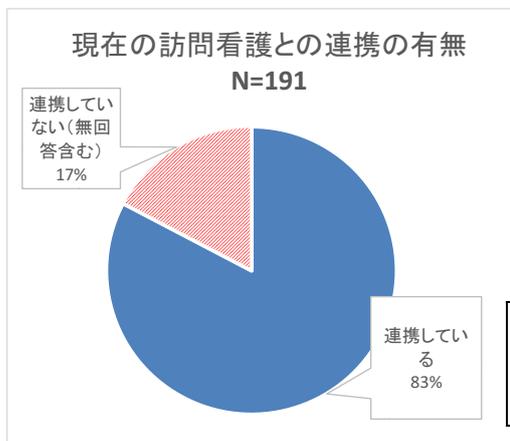
今後連携したい職種としては、「訪問栄養」が56施設（29%）、「訪問リハ」が39施設（20%）、「訪問歯科」が38施設（20%）であった。



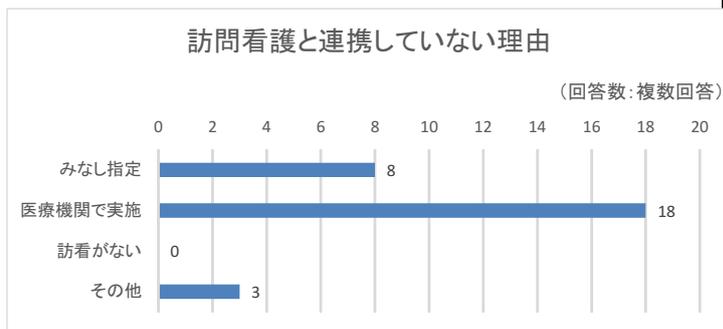
(14) 訪問看護との連携

(13)の設問で、「現在、訪問看護と連携している」と回答した医療機関158施設のうち、連携訪問看護の中に24時間体制の所が「ある」と回答した施設は131施設(83%)であった。医療機関1施設当たり平均3.84施設の訪問看護と連携しており、24時間体制以外の訪問看護との連携は、1施設当たり平均0.7施設だった。

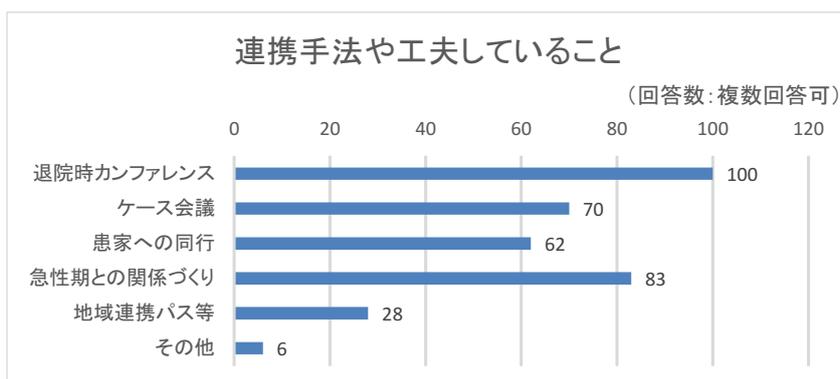
また、訪問看護と連携していない施設における、連携していない理由としては、「医療機関のみなし指定で実施している」は8施設、「医療機関で実施している」は18施設であった。



連携している
158施設



(15) 退院支援、日常の療養支援、急変時対応などで他の医療機関や他職種と行っている連携手法や工夫



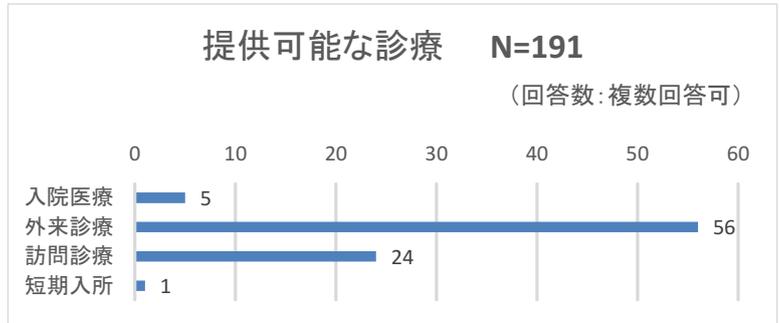
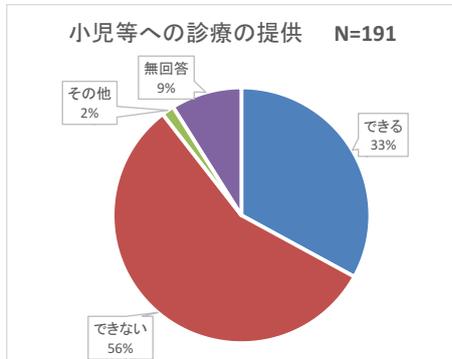
医療機関における連携手法や工夫として、「退院時カンファレンス」の回答が100施設と最も多く、次いで、「急性期医療機関との関係づくり」が83施設、「ケース会議」が70施設、「患家への同行」が62施設であった。

(16) 小児等に対する診療の提供及び小児等の在宅医療を実施する際の必要な支援

小児等に対してどのような診療を提供をすることが可能かの問いに対しては、「入院医療」「外来診療」「訪問診療」「短期入所」のいずれかを「提供できる」と回答した施設は63施設（33%）、「提供できない」との回答が108施設（56%）であった。

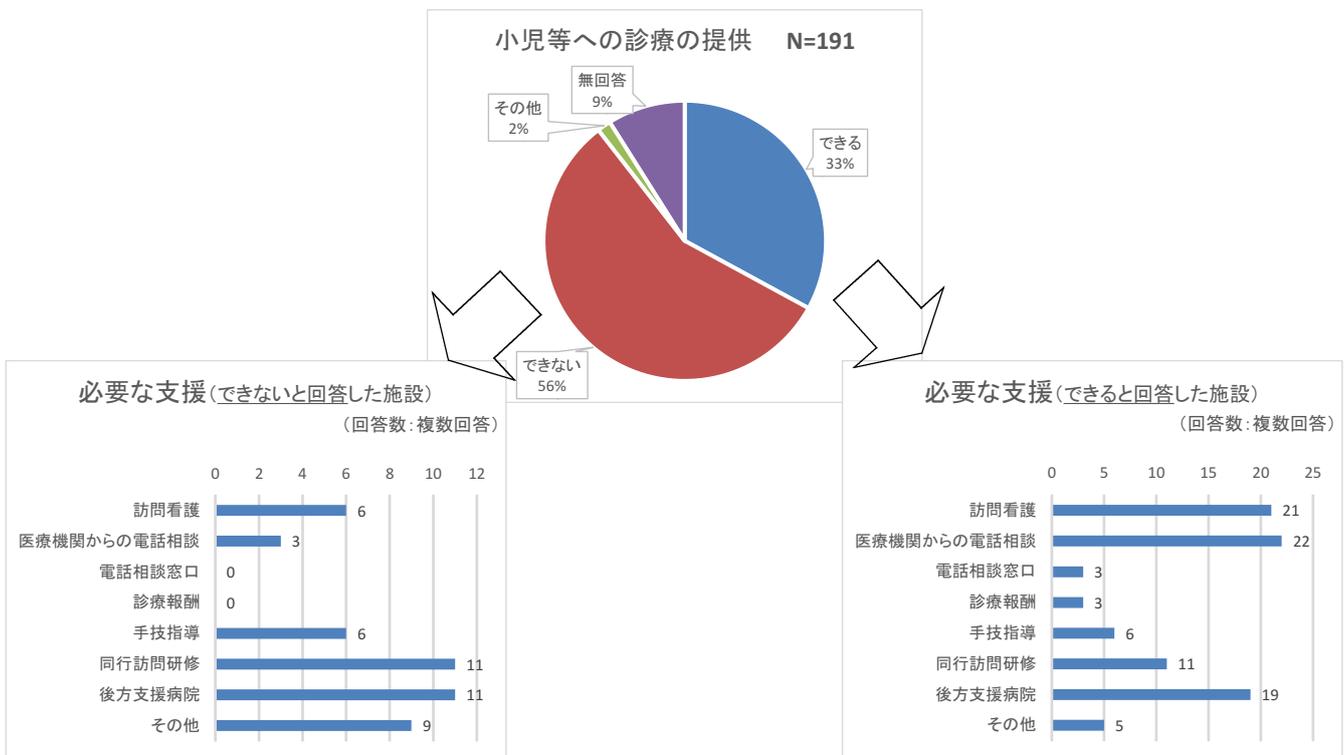
提供できる診療では「外来診療」と回答した施設が56施設、「訪問診療」は24施設、「入院施設」は5施設だった。

「その他」としては「救急当番」「予防接種」等の回答があった。



「小児等への診療を提供することができる」と回答した63施設（「訪問診療」と回答した24施設を含む。）において、どのような支援があれば小児等の在宅医療を実施できるかの問いに対しては、「訪問看護ステーションとの連携」をあげた医療機関は21施設、「診療に関する医療機関からの相談支援」が22施設、「後方支援病院の確保」が19施設、「小児在宅医療の経験のある医師による同行訪問研修」が11施設であった。

「その他」等の意見では「困難」「実施は難しい」の意見の他、「対象患者がいれば」「コーディネーター、医師不在時の診療応援」「小児の訪問診療についての研修参加」という意見もあった。



(17) 診療報酬に対する要望や意見

・入院から在宅へと促されていますが、それを支える人件費がまかなえる様な診療報酬にしてほしい

(18) 道・市町村に対する要望や意見、提案したい施策

【連携のコーディネート、仕組みづくり】

- ・行政や医師会などがもっと開業医、民間病院が在宅医療に取り組めるようにコーディネートして欲しい。現状では少ない医療機関に負担が片寄っている。
- ・独居の高齢者のうち入所が適当な例は事前に予想できると思われるが、事態が深刻化してから医療機関に入院依頼をしてくるようなケースが目立つ。事前に市側から入所を積極的に進めるような仕組みを構築して欲しい。
- ・地域の公立病院が中心となりサポート体制の協議
- ・市町村が精神保健の窓口機能を有している以上、病院中心の考え方ではなく在宅中心の考え方で市町村が在宅医療に積極的にかかわってほしい
- ・それぞれの地域で連携をはかる時に、窓口になる人が欲しい
- ・保育所との連携が必要と思っています
- ・在宅医療を行う医療機関は、病院と違い、医療機関の持つ機能が分かりづらい（ベッド数、手術件数）可視化できる資料を出したい
- ・道と市がうまく連携していない。お互い情報を共有し施策をそもそも行っていると思えない

【人材育成】

- ・在宅でも看取りを普及させるために、介護・福祉関係者への講習会

【補助等の支援】

- ・ICT活用に対する援助、サーバー代など。
- ・16Kmを超える場所も、他に訪問診療する医療機関がない場合は認められている。児童精神科片道50Kmとなり、交通費が自立支援医療の範囲外となり、低所得者の負担が重くなる。へき地の交通費の加算若しくは補助をお願いしたい。
- ・低所得、身寄りのない方への対応の柔軟性と制度の改革を希望します。

【普及啓発】

- ・将来の医療介護予想をきちんと行政は市民に説明するべきだと思う。
- ・訪問診療＝（イコール）その患者様の生活全ての面倒を見るという訳ではない（可能な限りはしていますが）と言う事を介護者が分かっていない事が多いので説明が必要

【その他】

- ・過疎地域やほとんどが高齢者の住民しかいない地域などをこれ以上、増やさない様、企業誘致、住環境整備（まちづくり）、地元が活性化するような再開発を行ってほしい。
- ・地域毎に必要なとされる、求められる地域包括ケアシステムの姿が異なっている現状があることから、トップダウンの支援ではなく、各地域の要望に添った支援の形が必要
- ・必要時に入院できる病床の確保。特にADLの低下、認知症の人がスムーズに入院できるように。病床削減はやめて、実情に合った病床再編を。
- ・自宅と施設（あるいは入院）をつなぐ、中間型施設の充実。例）足寄町の生活支援長屋

(19) 在宅療養のメリット

- ・住みなれた自宅で最期を迎えられることが、患者本人、家族の思いに寄り添った医療につながるが多い
- ・患者の自宅での生活の様子がわかるのは、非常に有益である。(内服状況、生活の様子等を把握できることは大きい。)
- ・退院前カンファレンス、看取り、ブリーフケア、デスカンファレンスを一貫して行えると残された家族と医療・介護関係者にも多くの喜びとエンパワーメントとなります
- ・施設に入れる人に限りがあるのでやっているというのが現状です。ただ、ご本人にとっては、住み慣れた自宅で極力長く暮らせることが一番のメリットではないでしょうか。
- ・独居者や要介護度が高く、老老介護の状態では最後まで在宅医療で看取りを行うのは困難とされますが、家族がおられれば、在宅医療は患者も安らかに最後を迎える事ができます。老衰などで亡くなる時、がんでなくなられる時も疼痛に適切に対応出来れば、患者の多くは自宅で亡くなって行きたいと思われていると思われます。在宅で亡くなるのは「平穏死」に繋がります。
- ・30数年前より自宅で看取りを行っております。特別な事ではありません。
- ・「老衰」と死亡診断書に記載できるかかりつけ医としての役割を開業23年目にして実感しています。
- ・総合診療医として多科受診患者の薬剤整理をすることによって、体調改善するケースがかなり多い。定期的に生活環境を含めた患者の診察をすることで、悪化の原因が判明しやすかったり、予防できたりする。
- ・認知症診療においては、住宅環境もわかるため、診療にとっても役に立つ。特に受診拒否のある人、病院嫌いのある人にとって相手のテリトリーに入っていくため、介入しやすい。