

四病院団体協議会
在宅療養支援病院に関するアンケート調査
集計結果

令和元年

四病院団体協議会

在宅療養支援病院に関する委員会

調査対象 在宅療養支援病院を届け出た全国 1241 病院

調査時期 平成 31 年 3 月 11 日～平成 31 年 3 月 25 日

回答状況 調査対象数 1241 病院
アンケート回答病院 241
回答率 19.4%

※参考 平成 27 年 2 月 25～3 月 9 日調査

調査対象数 1038 病院
アンケート回答病院 190 病院
回答率 18.3%

【設問 1】 貴院の基本情報をお伺いします。

地域別回答状況

地域	回答数
北海道	13
東北	20
北関東	15
南関東	29
東京	23
中部	30
近畿	42
中国	14
四国	10
九州	45
計	241

地域について 北関東：茨城・栃木・群馬
南関東：埼玉・千葉・神奈川
中部：新潟・富山・石川・福井・山梨・長野・岐阜・静岡・愛知
近畿：京都・大阪・兵庫・奈良・三重・滋賀・和歌山
中国：鳥取・島根・岡山・広島・山口
九州：沖縄を含む

規模別回答状況 (n=238)

許可病床数	回答数	割合
20～49	17	7.1%
50～99	89	37.4%
100～149	61	25.6%
150～199	72	30.3%
計	238	100.0%

在支病施設基準区分【全体】 (n=234)

施設基準区分		回答数	割合
従来型		113	48.3%
強化型	単独型	42	17.9%
	連携型	79	33.8%

経営主体【全体】 (n=236)

医療法人	161
社会医療法人	28
都道府県	2
市町村	17
公益法人	8
社会福祉法人	4
医療生協	8
日赤	1
個人	1
株式会社	1
学校法人	1
その他	4
計	236

関連施設

有床診療所 (n=9)

有床診療所の設置数	回答数	割合
1～2	5	55.6%
3～4	4	44.4%
5以上	0	0.0%

在支診登録をしている有床診の有無 (n=115)

有床診の有無	回答数	割合
ある	9	7.8%
ない	106	92.2%

在支診登録をしている有床診がある場合の登録数 (n=8)

有床診療所の設置数	回答数	割合
1～2	6	75.0%
3～4	0	0.0%
5以上	2	25.0%

無床診療所 (n=69)

無床診療所の設置数	回答数	割合
1～2	46	66.7%
3～4	14	20.3%
5以上	9	13.0%

在支診登録をしている無床診の有無 (n=132)

無床診の有無	回答数	割合
ある	47	35.6%
ない	85	64.4%

在支診登録をしている無床診がある場合の登録数 (n=36)

無床診療所の設置数	回答数	割合
1～2	15	41.2%
3～4	12	33.3%
5以上	9	25.0%

訪問看護ステーションの設置数 (n=137)

訪問看護の設置数	回答数	割合
1～2	122	89.1%
3～4	9	6.6%
5以上	6	4.4%

地域包括ケア病棟入院料の届出 (n=220)

届出の有無	回答数	割合
ある	128	58.2%
ない	92	41.8%

地域包括ケア入院料の届出がある場合の病棟数 (n=78)

病棟数	回答数	割合
1	69	88.5%
2	7	9.0%
3以上	2	2.6%

地域包括ケア入院料の届出がある場合の病床数 (n=80)

病床数	回答数	割合
1～9	1	1.3%
10～19	0	0.0%
20～29	7	8.8%
30～39	19	23.8%
40～49	28	35.0%
50以上	25	31.3%

地域包括ケア入院料の届出がある場合の地域包括ケア病棟医療管理料病床数 (n=84)

病床数	回答数	割合
1～9	17	20.2%
10～19	28	33.3%
20～29	18	21.4%
30～39	15	17.9%
40～49	5	6.0%
50以上	1	1.2%

地域包括診療料の算定 (n=218)

届出の有無	回答数	割合
ある	16	7.3%
ない	202	92.7%

在宅医療介護支援センター（仮称）の委託 (n=199)

届出の有無	回答数	割合
ある	9	4.5%
ない	190	95.5%

【調査概要】

在宅療養支援病院（在支病）に関するアンケート調査は1241病院を対象に、平成31年3月11日から平成31年3月25日までの間に実施。241病院から回答を得た。

【分析】

設問1 基本情報について

○病床数

回答病院の病床規模は50床以上が多く、前回、前々回の調査と変わりはなかった。

○在宅療養支援病院施設区分

届出の施設区分は従来型48.3%、強化型・単独型17.9%、強化型・連携型33.8%と前回調査と比較して、従来型が減少し、強化型・単独型が増えている。

○経営主体

経営主体は医療法人161病院、68.2%を占めている。

社会医療法人28病院、個人1病院と合わせ、計190病院が私的病院であり、在宅療養支援病院の80.5%を占めていた。

都道府県、市町村の公立の在宅療養支援病院は少なかった（19病院：8.1%）。公的医療機関についても、日赤（1病院：4.3%）だけであり、極めて少ない状況にある。

○関連施設

関連施設として「有床診療所を設置している」が9病院、「無床診療所を設置している」が69病院であった。特に無床診は前回調査時の59病院から大きく増加をしている。

有床診・無床診ともに、1～2か所の設置しているところが多い。

訪問看護の設置については、1～2か所が89.1%となっている。

在宅医療介護支援センター（仮称）の委託は9病院（4.5%）であり、在宅療養支援病院が委託を受けている件数は少ない。

【設問 2】 在支病に関する事項についてお伺いします。

届出時期 (n=226)

届出時期	回答数	割合
～平成 24 年 3 月	50	22.1%
平成 24 年 4 月～	50	22.1%
平成 26 年 4 月～	126	55.8%

在宅療養支援病院届出変更 (平成 24 年改定後に届出変更した病院)

届出変更	回答数
変更した	27

在宅療養支援病院届出変更 (平成 24 年改定後に届出変更した時期) (n=27)

届出変更時期	回答数	割合
平成 24 年 4～6 月	16	59.3%
平成 24 年 7～9 月	1	3.7%
平成 24 年 10～12 月	0	0.0%
平成 25 年 1～3 月	3	11.1%
平成 25 年 4～6 月	2	7.4%
平成 25 年 7～9 月	1	3.7%
平成 25 年 10～12 月	4	14.8%

在宅療養支援病院届出変更 (平成 26 年改定後に届出変更した病院)

届出変更	回答数
変更した	78

在宅療養支援病院届出変更 (平成 26 年改定後に届出変更した時期) (n=78)

届出変更時期	回答数	割合
平成 26 年 4～6 月	11	14.1%
平成 26 年 7～9 月	4	5.1%
平成 26 年 10～12 月	21	26.9%
平成 27 年 1～3 月	1	1.3%
平成 27 年 4～6 月	3	3.8%
平成 27 年 7～9 月	3	3.8%

平成 27 年 10～12 月	1	1.3%
平成 28 年 1～3 月	1	1.3%
平成 28 年 4～6 月	5	6.4%
平成 28 年 7～9 月	2	2.6%
平成 28 年 10～12 月	2	2.6%
平成 29 年 1～3 月	5	6.4%
平成 29 年 4～6 月	2	2.6%
平成 29 年 7～9 月	1	1.3%
平成 29 年 10～12 月	1	1.3%
平成 30 年 1 月以降	15	19.2%

在宅療養支援病院届出取下げ（平成 26 年改定後に取り下げた時期）

取り下げ	回答数
取り下げた	6

在宅療養支援病院届出取下げ（平成 26 年改定後に取り下げた病院）（n=6）

取り下げ時期	回答数	割合
平成 26 年 4～6 月	0	0.0%
平成 26 年 7～9 月	1	16.7%
平成 26 年 10～12 月	0	0.0%
平成 27 年 1～3 月	0	0.0%
平成 27 年 4～6 月	0	0.0%
平成 27 年 7～9 月	2	33.2%
平成 27 年 10～12 月	0	0.0%
平成 28 年 1～3 月	1	16.7%
平成 28 年 4～6 月	1	16.7%
平成 28 年 7～9 月	0	0.0%
平成 28 年 10～12 月	0	0.0%
平成 29 年 1～3 月	0	0.0%
平成 29 年 4～6 月	0	0.0%
平成 29 年 7～9 月	0	0.0%
平成 29 年 10～12 月	0	0.0%
平成 30 年 1 月以降	1	16.7%

連絡担当者（複数回答）

連絡担当者	回答数
医師	90
看護師	144
MSW	6
事務員	34
その他	0

連絡担当部門（複数回答）

連絡担当部門	回答数
看護	55
外来	30
地域連携	25
在宅	11
訪問	20
事務	11
医事	13
その他	13

往診担当医師数【全体】(n=223)

医師数	回答数	割合（前年比）	前回調査割合
1人	26	11.7%（↓）	16.8%
2人	34	15.2%（↓）	17.9%
3人	60	26.9%（↓）	29.6%
4人	22	9.9%（↓）	11.7%
5人以上	81	36.3%（↑）	24.0%

往診担当医師数【20～49床】(n=21)

医師数	回答数	割合
1人	2	9.5%
2人	5	23.8%
3人	7	33.4%
4人	2	9.5%
5人以上	5	23.8%

往診担当医師数【50～99床】(n=74)

医師数	回答数	割合
1人	10	13.5%
2人	13	17.6%
3人	17	23.0%
4人	10	13.5%
5人以上	24	32.4%

往診担当医師数【100～149床】(n=54)

医師数	回答数	割合
1人	3	5.4%
2人	8	14.3%
3人	14	25.0%
4人	7	12.5%
5人以上	24	42.9%

往診担当医師数【150～199床】(n=72)

医師数	回答数	割合
1人	11	15.3%
2人	8	11.1%
3人	22	30.6%
4人	3	4.2%
5人以上	28	38.8%

一日における往診担当医師配置数【全体】(n=236)

医師数	回答数	割合
1人	128	54.2%
2人	37	15.7%
3人	41	17.4%
4人	7	3.0%
5人以上	23	9.7%

一日における往診担当医師配置数【20～49床】(n=22)

医師数	回答数	割合
1人	13	59.1%
2人	2	9.1%
3人	4	18.2%
4人	1	4.5%
5人以上	2	9.1%

一日における往診担当医師配置数【50～99床】(n=86)

医師数	回答数	割合
1人	52	60.5%
2人	12	14.0%
3人	13	15.1%
4人	2	2.3%
5人以上	7	8.1%

一日における往診担当医師配置数【100～149床】(n=56)

医師数	回答数	割合
1人	29	51.8%
2人	8	14.3%
3人	10	17.9%
4人	3	5.4%
5人以上	6	10.7%

一日における往診担当医師配置数【150～199床】(n=72)

医師数	回答数	割合
1人	34	47.2%
2人	15	20.8%
3人	14	19.4%
4人	1	1.4%
5人以上	8	11.1%

在宅医療担当医師数（訪問診療を含む）(n=235)

医師数	回答数	割合
1人	44	18.7%
2人	45	19.1%
3人	66	28.1%
4人	22	9.4%
5人以上	58	24.7%

訪問看護の体制（複数回答）

訪問看護の提供	回答数
病院の看護師等による 訪問看護の提供	59
自法人訪問看護ステーションとの 連携による訪問看護の提供	128
他法人訪問看護ステーションとの 連携による訪問看護の提供	60

情報媒体の共有 (n=230)

情報共有	回答数	割合
文書	152	65.5%
電位媒体	59	25.4%
文書及び電子媒体	21	9.1%

緊急時入院のための常時確保病床【全体】 (n=203)

病床数	回答数	割合
1床	81	40.0%
2床	57	28.1%
3床	36	17.7%
4床	12	5.9%
5床以上	17	8.4%

緊急時入院のための常時確保病床【20～49床】 (n=24)

病床数	回答数	割合
1床	12	50.0%
2床	5	20.8%
3床	5	20.8%
4床	0	0.0%
5床以上	2	8.3%

緊急時入院のための常時確保病床【50～99床】 (n=70)

病床数	回答数	割合
1床	28	40.0%
2床	24	34.3%
3床	12	17.1%
4床	4	5.7%
5床以上	2	2.9%

緊急時入院のための常時確保病床【100～149床】(n=50)

病床数	回答数	割合
1床	19	38.0%
2床	14	28.0%
3床	7	14.0%
4床	5	10.0%
5床以上	5	10.0%

緊急時入院のための常時確保病床【150～199床】(n=59)

病床数	回答数	割合
1床	24	40.7%
2床	12	20.3%
3床	12	20.3%
4床	5	8.5%
5床以上	6	10.1%

【分析】

設問2 在宅療養支援病院に関する事項について

○在支病届出年月日

平成26年3月までの届出が100病院、平成26年4月改定後の届出が126病院であった。

○24時間連絡を受ける担当者もしくは担当部門

24時間連絡を受ける担当者は看護師が144病院、医師が90病院、事務員が34となっており、MSWは6病院と少なかった。

○往診担当医師総数

往診担当医師の総数は「5人以上」が81病院(36.3%)と最多であり、前回調査では「3人」が最多であったため、往診担当医師数が増加していると考えられる。

1日における往診担当医師配置数でみると「1人」128病院(54.2%)が最も多くなっている。

○訪問看護の体制

訪問看護の体制は、「自法人訪問看護ステーションとの連携による訪問看護の提供」が 128 病院、「他法人訪問看護ステーションとの連携による訪問看護の提供」が 60 病院であった。

○情報共有の媒体

電子媒体による情報共有をしている病院は 59 病院（25.4%）であった。

前回 40 病院（22.1%）、前々回 28 病院（20.7%）であったことから、徐々に増加をしている。

設問「在支病の在り方として今後どのような取り組みが必要でしょうか（自由記載）」では「IT化の促進」が課題としている意見も複数見られたため、今後も電子媒体が進むと考えられる。

○緊急入院時のための常時確保病床数

緊急入院用の病床は「1～2床」確保している病院が 138 病院（68.0%）が大部分を占め、「5床以上」確保している病院は 17 病院（8.4%）であった。

「5床以上」確保している病院は前回調査時は 11.8%、前々回調査時が 18.3%であったことから、緊急時入院の病床は減少傾向にあり、「在宅からの緊急入院のが少ない」もしくは「緊急時病床の確保が難しい」と考えられる。

【設問3】在宅療養支援病院の平成27年～平成29年の実績についてお伺いします。

往診件数

往診件数	0件	1～10件	11～30件	31件以上
平成27年度	22	44	32	84
平成28年度	26	41	35	102
平成29年度	31	45	40	100

緊急往診件数

緊急往診件数	0件	1～10件	11～30件	31件以上
平成27年度	38	70	47	24
平成28年度	42	75	53	31
平成29年度	47	81	55	34

在宅看取件数

看取件数	0件	1～10件	11～30件	31件以上
平成27年度	34	103	37	9
平成28年度	42	101	48	14
平成29年度	41	111	47	20

在宅患者訪問診療料件数

診療料件数	0件	1～10件	11～30件	31件以上
平成27年度	11	41	36	85
平成28年度	14	37	41	109
平成29年度	12	33	42	127

在宅ターミナル加算件数

加算件数	0件	1～10件	11～30件	31件以上
平成27年度	80	58	27	3
平成28年度	73	63	29	8
平成29年度	92	62	25	13

緊急時訪問看護加算件数

加算件数	0 件	1～10 件	11～30 件	31 件以上
平成 27 年度	129	6	2	6
平成 28 年度	143	6	2	8
平成 29 年度	154	11	1	11

サービス付き高齢者向け住宅への往診・訪問件数

往診・訪問件数	0 件	1～10 件	11～30 件	31 件以上
平成 27 年度	62	12	4	61
平成 28 年度	55	12	6	72
平成 29 年度	62	13	7	87

在支診からの在宅患者入院受入数

受入件数	0 件	1～10 件	11～30 件	31 件以上
平成 27 年度	57	27	14	19
平成 28 年度	59	29	19	23
平成 29 年度	69	36	18	26

在支診以外からの在宅患者入院受入数

受入件数	0 件	1～10 件	11～30 件	31 件以上
平成 27 年度	33	15	13	49
平成 28 年度	34	15	14	54
平成 29 年度	41	17	14	60

年間総入院数

入院数	0 件	1～10 件	11～30 件	31 件以上
平成 27 年度	11	5	7	120
平成 28 年度	2	5	5	147
平成 29 年度	8	9	3	166

【分析】

設問3 在宅療養支援病院の実績について

○往診件数・緊急往診件数・在宅看取件数

往診を行っている病院は平成27年182病院、平成28年204病院、平成29年216病院と増加傾向にある。

年間11件以上の往診を行っている病院数は平成27年116病院、平成28年137病院、平成29年140病院と年々増加している。

緊急往診を年間11件以上の往診を行っている病院数は平成27年71病院、平成28年84病院、平成29年89病院と徐々に増加をしている。

在宅看取を行っている件数は平成27年149病院、平成28年163病院、平成29年178病院と年々増加をしている。

○在宅患者訪問診療料件数・在宅ターミナル加算件数・緊急訪問看護加算件数

平成29年の在宅ターミナル加算算定10件以下の病院が154病院（80.2%）あり、算定していない病院が多い。

また緊急訪問看護加算についても算定していない病院が多い傾向が続いている。

○サービス付き高齢者向け住宅への往診・訪問件数

サービス付き高齢者向け住宅への往診・訪問は1～30件は平成27～29年を通じて横ばいであるが、31件以上については平成27年61病院、平成28年72病院、平成29年87病院と増加している。

【設問4】在宅療養支援病院として現在の連携体制についてお伺いします。

ある程度の初期救急機能を有していますか (n=236)

	回答数	割合	前回調査割合
はい	191	80.9%	85.3%
いいえ	45	19.1%	14.7%
計	236	100.0%	100.0%

救急告示はありますか (n=233)

	回答数	割合	前回調査割合
はい	147	62.3%	59.4%
いいえ	89	37.7%	40.6%
計	233	100.0%	100.0%

専門医とのオンコールがある程度とれますか (n=235)

	回答数	割合	前回調査割合
はい	167	71.1%	74.9%
いいえ	68	28.9%	25.1%
計	235	100.0%	100.0%

在宅療養支援診療所との後方病床の連携をしていますか (n=234)

	回答数	割合	前回調査割合
はい	115	49.1%	50.5%
いいえ	119	50.9%	49.5%
計	234	100.0%	100.0%

在宅療養支援診療所との連携をしている場合、定期的に情報交換をしていますか (n=140)

	回答数	割合	前回調査割合
はい	100	71.4%	81.3%
いいえ	40	28.6%	18.7%
計	140	100.0%	100.0%

在宅療養支援診療所との連携の具体的方法（自由記載）（内容は抜粋）

方法	件数	内容
カンファレンス	45	月1回のカンファレンス・定期的なカンファレンス
定期会議	13	月1回の定期的な会議
情報交換	6	情報共有のための会議を定期的開催
地域の連携会議	13	定期的な連携会議への出席
電話・FAX	5	FAX・文書でのやりとり
訪問	3	定期的な病院・診療所への訪問
その他	5	在宅医療介護連携支援センター主催の会議 地域ケア会議・ICTの活用・カルテ共有 等

在宅療養支援診療所との連携をしている場合、後方病床契約を締結していますか（n=133）

	回答数	割合	前回調査割合
はい	36	27.1%	32.9%
いいえ	97	72.9%	67.1%
計	133	100.0%	100.0%

在宅療養支援診療所との連携をしている在宅療養支援診療所は何施設ですか（n=94）

	1施設	2～3施設	4～5施設	6施設以上
回答数	21	28	20	25
割合	22.3%	29.9%	21.3%	26.6%

在宅療養支援診療所の24時間輪番体制に参加していますか（n=238）

	回答数	割合	前回調査割合
はい	39	16.4%	13.4%
いいえ	199	83.6%	86.6%
計	238	100.0%	100.0%

在宅療養支援診療所の医師が利用できる開放型の病床を有していますか（n=234）

	回答数	割合	前回調査割合
はい	27	11.5%	9.9%
いいえ	207	88.5%	90.1%
計	234	100.0%	100.0%

開放型の病床を有している場合、何床ありますか (n=24)

	1床	2~3床	4~5床	6床以上
回答数	2	3	14	5
割合	8.3%	12.5%	58.3%	20.8%

今後、在支病を継続するご意向ですか (n=233)

	回答数	割合	前回調査割合
はい	226	97.0%	96.2%
いいえ	7	3.0%	3.8%
計	233	100.0%	100.0%

在支病を継続しない場合、その時期はいつですか (n=1)

令和元年7月 1件

在支病を継続しない場合、その理由はなんですか (n=2) (複数回答)

看取り件数 2件

緊急の往診 1件

在宅療養支援診療所以外の診療所との後方病床の連携をしていますか (n=219)

	回答数	割合
はい	54	24.7%
いいえ	165	75.3%
計	219	100.0%

在宅療養支援診療所以外の診療所との連携をしている場合、定期的に情報交換をしていますか (n=96)

	回答数	割合
はい	30	31.2%
いいえ	66	68.8%
計	96	100.0%

在宅療養支援診療所以外の診療所との連携の具体的方法（自由記載）（内容は抜粋）

方法	件数	内容
カンファレンス	4	月1回のカンファレンス・定期的なカンファレンス
定期会議	4	月1回の定期的な会議
情報交換	1	医師会の在宅部会
地域の連携会議	1	毎月の連携会議・地域の連携会議への出席
電話・FAX	4	FAX・文書でのやりとり
訪問	2	定期的な病院・診療所への訪問
その他	2	勉強会への参加・市のイベントへの参加

在宅療養支援診療所以外の診療所との連携をしている場合、後方病床契約を締結していますか（n=90）

	回答数	割合
はい	11	12.2%
いいえ	79	87.8%
計	90	100.0%

在宅療養支援診療所以外の診療所との連携をしている在宅療養支援診療所は何施設ですか（n=28）

	1施設	2～3施設	4～5施設	6施設以上
回答数	5	10	4	9
割合	17.9%	35.7%	14.3%	32.1%

【分析】

設問4 在宅療養支援病院の連携体制について

○初期救急の有無・救急告示の有無・専門医のオンコール体制の有無

初期救急の機能は80.9%の病院が「あり」としているが、前回調査85.3%からやや減少している。

専門医のオンコール体制の有無についても71.1%が「あり」としているが、前回調査74.9%からやや減少をしている。

○在宅療養支援診療所との後方病床連携の有無

在宅療養支援診療所との後方病床の連携は115病院(49.1%)と約半数の病院が連携をしている。しかし後方病床の契約締結については27.1%と契約を行っている病院は少ない。

在宅療養支援診療所以外の診療所との後方病床の連携は54病院(24.7%)となっており、在宅療養支援診療所との連携と比較すると低い値となっている。

○在宅療養支援診療所への輪番への参加の有無・開放型病床の有無・在支病継続の意向

在宅療養支援診療所への輪番については参加している病院は37病院(15.7%)と少数である。開放型の病床有無については「あり」が26病院となっており、前回調査18病院から増加をしている。

在支病を継続するご意向については97.0%の病院が継続する意向を示している。

【設問5】在宅療養支援病院として維持継続するうえで苦勞されている点をお伺いします。

(複数回答)

訪問看護の提供	回答数
24時間連絡を受ける医師または看護師の配置・確保	164
24時間往診が可能な体制の確保（当直医以外に往診医を配置する体制）	175
24時間訪問看護を提供する体制の確保または訪問看護ステーションとの連携の確保	55
緊急時における患者が入院できる病床の常時確保	64
患家への情報提供方法	17
患者に関する診療録管理を行う体制の整備	21
他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整	25
緊急の往診及び在宅における看取りの実績	96

苦勞されている点（自由記載）（抜粋）

介護保険サービスの時間を避けないといけないため訪問する時間が限られる。
緊急時の入院ベッドを確保していても病状的に対応できずに総合病院に送るケースがある。看取りを含めた在宅療養を治療方針で決めても結局家族が入院治療に依存してしまう。
施設での看取りの場合、看護師がいない時間はどうするか、となる為看取りが難しくなる。
冬季における交通事情の担保（雪など）。
連携型機能強化型在支診・在支病の要件である定期的なカンファレンスで集まる時間の確保に苦勞している。
看護師は待機番制をとっているが、2名でまわしているため、待機の割り振りが難しい。病床が満床のときがあり、入院の受入が困難なことが稀にある。
在宅患者さんの看取りが深夜になった時の死後処置。
駐車場所の確保に苦勞しています。災害時における訪問診療の体制と移動手段の確保。
訪問診療及び往診診療時に往診医が専門領域外の病状の場合、対応が難しい場合がある。
「他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整」についてそれぞれのサービス提供者との情報共有が一元化されていないため、連携調整に苦勞することがある。
外来診療を受け持つ医師が診問も行う為、診察以外の患者対応や書類作成、院内外と

<p>の会議、学会などがあり 24 時間対応に十分な体制が取りにくい。 在宅対応を理解している NS が不足している。</p>
<p>限られたベッド数しかないため、入院が必要な時にすぐに対応ができず、一時的に連携病院をお願いすることがまれにある。常に受け入れ病床を確保することに苦労している</p>
<p>緊急搬送先への情報提供方法が決まっていない、</p>
<p>在宅看取りを支援する介護サービス以外の機関がないため、老々介護、高齢夫婦世帯などの場合、物理的に在宅介護のむずかしさがある</p>
<p>当直以外の往診医の確保が厳しい。在宅看取り希望の方が少ない</p>
<p>難病公費の取扱い、複数医療機関の上限額管理が難しい。</p>

【分析】

設問 5 在宅療養支援病院として維持継続するうえで苦労されている点について

24 時間往診が可能な体制の確保が 175 病院、24 時間連絡を受ける医師または看護師の配置・確保が 164 病院となっており、24 時間体制の整備が病院にとって負担となっている。

また緊急の往診及び看取りの実績数を満たすことが難しいと感じている病院が 96 病院ある。

【設問 6】在宅療養支援病院の施設基準として、今後検討して欲しい要件をお伺いします。

(自由記載) (抜粋)

24 時間往診が可能な体制を整備について、緩和を検討して頂きたい。
24 時間往診可能についての緩和を検討してほしい。
往診後自院へ入院した場合の往診の算定とその評価、看護師(訪問看護師)数の評価
緊急往診と看取りの数の実績は要件として厳しいときがあるので検討して欲しい。
在宅医療の確保の緩和。
在宅における看取りの実績の要件緩和。
当該病院の当直を認めて欲しい。
働き方改革実施による要件の緩和。
連携型の機能強化型在支診・在支病でのカンファレンスをテレビ会議などを含めたものとしてほしい。
24 時間往診が可能な体制の確保・看護緊急往診の件数の緩和。
24 時間往診が可能な体制の確保の緩和。
24 時間電話による相談が可能で、必要時健診または病院外来・入院で対応可能にしてほしい。
緊急往診の実施数の緩和。
常勤医師 3 名以上の撤廃 医師体制は厳しい
当直医以外の医師が院内にいる場合、又は当直代理医を確保出来る場合、当直担当医の訪問診療を可能にして欲しい。通常訪問診療を行っている医師と患者・家族の人間関係を考慮して欲しい。
24 時間往診が可能な体制の確保の緩和。
院内処方を出来高算定にしてほしい。
緊急往診の実績件数の緩和。
緊急時に患者が入院できる病床を常に確保しておくことは難しい時があるので、他の病院との連携等も考慮してもらえると良いと思います。
折角スタートした在支病の基準を厳しくして、かけた梯子を外すことのないようにしてほしい(現基準の維持を希望)。
通院困難な患者に対するオンライン診療の実績など。
看取り看護件数の緩和。
24 時間 365 日往診の要件の緩和。
患者家族の求めに応じて 24 時間往診が可能な体制の確保の緩和。
要件を緩和してもらいたい。例えば「訪問看護を通じて情報をする」「オンライン(TV 型)診療を可とする」など。

ケアマネと連携した場合の評価をしてほしい。
厚生局への定例報告の撤廃。
後方支援体制による評価。
在支診と連携しやすい体制（在支診を届出しやすくする要件）。
在宅における見取りの実績緩和または廃止。
施設利用者の診療報酬単価を引き上げてほしい。また、同一建物居住者の制限についても改善してほしい。
常勤医3名の緩和。
常勤医師と在宅看取りの実績緩和。
常勤職員だけでは維持できず、管理が難しいこと。一方で働き方改革への対応を求められていること。
情報共有システムを持つこと（EHRあるいは電子的なコミュニケーションツール）。
体制に見合う点数にしてほしい。オンライン診療（在宅）の要件緩和。
常に入院できるのがより大切と考える。
看取りを行うように家族は医師がずっとついていてくれるイメージを持っている。
要件の緩和、点数アップ。

【分析】

設問6 在宅療養支援病院の施設基準についての要望について

主な意見として、「24時間往診が可能な体制の確保」「24時間連絡を受ける医師または看護師の配置・確保」「緊急の往診及び在宅における看取りの実績」の緩和に関する意見が多くみられた。

また「診療報酬単価の引き上げ」に関する要望も多かった。

【設問 7】機能強化型を維持継続していく上で苦勞されている点をお伺いします。

(機能強化型の在宅療養支援病院のみ回答)

苦勞をしている点 (複数回答)

苦勞している点	回答数
在宅医療を担当する常勤医師 3 名以上の確保	47
緊急往診の実績確保	51
在宅看取りの実績確保	60

その他の苦勞に関する意見 (自由記載)

人員確保、スタッフへの待遇。
連携型機能強化型在支診・在支病の要件である定期的なカンファレンスで集まる時間の確保に苦勞している。
医師確保が難しい。年間実績ギリギリ。緊急往診は診療時間外となると厳しい。
看護師の確保
月一回以上の連携医療機関のカンファレンス。
医師の確保を継続していくのに苦勞している。医師の生涯プログラムでの位置づけとして、終末期医療への貢献について評価するようなシステムを強化してはどうか。
緊急往診対応が可能な医師の確保。深夜往診時の送迎の問題。

【設問 8】機能強化型の届出ができない理由をお伺いいたします。

(機能強化型以外の在宅療養支援病院の医療機関のみ回答)

届出ができない理由 (複数回答)

届出できない理由	回答数
在宅医療を担当する常勤医師 3 名以上の確保	60
緊急往診の実績確保	66
在宅看取りの実績確保	75

その他の理由に関する意見 (自由記載)

連携を組んでいる医療機関との調整・連絡に事務員等の業務負担が大きい。

【設問 9】機能強化型の要件として検討していただきたい要件についてお伺いいたします。

(自由記載)

がん患者以外の看取りも多数ある。評価が低いのではないか。
緊急往診及び在宅看取り件数の緩和。
緊急往診の実績の緩和（訪問看護ステーションで対応できる場合が多い）。
直近 1 年での実績が要件となっており、件数がないときは、ない期間が続く時もあり厳しい。実績要件に代わるものを検討して欲しい。
入院後数日以内の死亡も実績とするなど。
複数の医療機関との連携の緩和。定期的なカンファレンスの実施の緩和。他の連携事業と共催でも可能にして欲しい。
訪問看護ステーションの質向上により、患者の評価が看護師からの情報で十分行えるようになっているケースも増え、緊急往診を行うことなく電話指示のみでの対応や病院への救急搬送などにつながっており、医師の負担軽減にもなっている。緊急往診についての要件は検討して頂きたい。
連携型の機能強化型在支診・在支病でのカンファレンスをテレビ会議などを含めたものとしてほしい。
1 年間のカンファレンス開催。
緊急往診の実績数。
実際に在宅・訪問診療を行っている施設が動きやすい基準にしないと在宅看取りは拡大困難。
常勤医師数 緊急往診数の緩和。
電話オンライン対応加算など。
看取り実績要件にある 6 か月以上の訪問診療の実施と、入院 7 日以内までの期間要件の廃止。
常勤医師数の要件緩和。
地域包括病床の活用。
日中で緊急往診が必要になった場合、外来診療を担当していない時間帯であっても実績としてカウントできるように緩和してほしい。
看取りなどの実績は在支診からの受け入れを含めトータルで評価すべき。

【分析】

設問 7 機能強化型を維持継続していく上で苦勞されている点について

「在宅医療を担当する常勤医師 3 名以上の確保」「緊急往診の実績確保」「在宅看取りの実績確保」それぞれの項目に対して難しいと感じている病院が多かった。
自由記載の欄でも医師や看護師の確保が難しいといった意見が散見された。

設問 8 機能強化型の届出ができない理由について

機能強化型が算定できない理由として「在宅医療を担当する常勤医師 3 名以上の確保」「緊急往診の実績確保」「在宅看取りの実績確保」について複数の回答をしている病院が多くあった。

設問 9 在宅療養支援病院として維持継続するうえで苦勞されている点について

主な意見として、「24 時間往診が可能な体制の確保」「24 時間連絡を受ける医師または看護師の配置・確保」「緊急の往診及び在宅における看取りの実績」の緩和に関する意見が多くみられた。
「緊急往診ではなく、訪問看護で対応できることが多い」「テレビ会議の導入を認めてほしい」といった意見も見られている。

【設問10】精神科に関する事項についてお伺いします。

在支病として扱った患者について、精神疾患を合併した例がありましたか (n=225)

	回答数	割合
ある	154	68.4%
ない	71	31.6%
計	225	100.0%

在支病として精神疾患を扱ったことがある場合、具体的にどのような疾患でしたか
(複数回答)

	回答数
認知症	159
うつ病 (躁うつ病)	88
統合失調症	79
その他	4

その他：アルコール依存症・神経症・せん妄・難病指定疾患・てんかん・
パーキンソン病等

在支病として、精神科との連携や相談等の体制がありますか (n=221)

	回答数	割合
ある	106	48.0%
ない	115	52.0%
計	221	100.0%

在支病として、精神科との連携がある場合、具体的な連携や相談先等として
挙げられる精神科医療機関を選択してください。(複数回答)

	回答数
自院の精神科	30
精神科病院	65
精神科診療所	24
その他	30

その他：認知症疾患医療センター・地域包括支援センター・
自院の神経内科や心療内科・認知症専門医診療所等

在支病として、精神科との連携や相談等の体制がない場合、精神科疾患を合併した患者について望まれる、または予定している連携や相談先として考えている精神科医療機関を選択してください。(複数回答)

	回答数
精神科病院	85
精神科診療所	22
大学病院や総合病院の精神科	31
その他	30

その他：認知症疾患医療センター等

在支病として扱った患者について、精神科病院へ入院した例はありましたか
(概ね過去2年間以内で) (n=216)

	回答数	割合
ある	65	30.0%
ない	151	7.0%
計	216	100.0%

在支病として扱った患者について、精神科病院へ入院した件数 (n=31)

	回答数	割合
1件	15	48.4%
2~3件	9	29.0%
4~5件	6	19.5%
6件以上	1	3.2%
計	31	100.0%

在支病として、精神科医療に対してのご意見をお書きください。

精神科医師による訪問診療、医療機関受診が困難な事例(家族の協力が無い等)や拒否が強い事例がある
精神科ドクターにも積極的に関わって欲しい。
精神病院からの紹介が多い。
認知症の患者について連携したいと思うが通院が困難なためつなぐことが困難である
往診やカウンセリングを対応していただきたい。

精神疾患を合併した患者の入院受入先が非常に少なく苦勞している。
依存症としての精神疾患のコントロールを相説しやすい体制づくり（日中、夜間問わず）。
24時間相談可能な精神科やかかりつけ以外の患者も速やかに診察して頂ける体制。
BPSD悪化時に在宅から入院しているパターンがあり、対応に苦慮している。
重症化の際に入院を受け入れてくれる病院が少ない。
精神科医療のニーズが高いため診療科併設（受診）や専門病院への入院がスムーズにできると良い。
精神科救急体制の充実をしてほしい。
精神科との併診や精神科のデイケアを利用すると主治医が精神科に移行するので、訪問診療の継続ができなくなることがある。
精神科を標榜していないため、他医療機関の精神科医と連携が必要になるため、連携を強化している医療機関に対して診療報酬上のインセンティブを与えてほしい（連携医療機関双方に）。
認知症（又は近い症例）への投薬などのアドバイスがもらえれば有難い。概ね精神医療における入院加療はかなり少ないので、高齢期におけるレビー小体型などの要な攻撃性が強いもの以外は地域病院で対応できると考える。
認知症の鑑別診断のため受診をいただきさいに、独居や経済的な理由で受診が難しい場合、精神科の往診可能なクリニックがもっとあると良い。
夜間せん妄時の対応について苦勞している。

【分析】

設問 10 精神科に関する事項について

○在支病として扱った患者について、精神疾患を合併した例

154 病院（68.4%）が精神疾患の合併症の患者を扱ったことがあると回答している。
そのなかでも認知症が 159 病院と非常に多い。

○在支病として、精神科との連携や相談等の体制

精神科との連携体制がある病院は 106 病院（48.0%）であり約半数は連携ができていない。

連携先としては「精神科病院（65 病院）」「自院の精神科（30 病院）」となっている。
連携相談先としては認知症疾患医療センターが 20 病院となっており、認知症疾患医療センターの認知度が高まっていると考えられる。

精神科との連携体制がない病院について、今後連携を望むもしくは予定している先としては「精神科病院（85 病院）」「大学病院や総合病院の精神科（31 病院）」が挙げられている。「精神疾患の合併症でも入院ができる」医療機関との連携を望んでいる結果と考えられる。

【設問 1 1】 地域包括ケアシステムの中で地域医療連携拠点病院として在宅療養支援病院の役割についてお伺いします。(自由記載)

いつでも対応できる地域の受け皿として緊急時にも体制を整える。入院患者のスムーズな退院支援の構築を行う。
24 時間 365 日の在宅医療に対する緊急時の受入体制や連携。
24 時間体制を確保できなくなった診療所の協力体制及び入院先としての連携を行う。
外来通院が困難な在宅希望者を支える重要な柱のひとつ。
かかりつけ医を中心とした病診（療病・病介）連携と院内の多職種連携による円滑な入院⇔在宅医療の提供。
関わっていくすべての支援者に対し、情報の共有を行う場所（カンファ）などを提供していく。
患者が希望する場所でできるだけ長く療養生活ができるように在宅医療、急変時の入院、介護保険の申請などを行うこと。
急性期からの転退院支援を強化し、地域医療・介護のマネジメントを行う。
緊急時の入院対応。
近隣の患者様との信頼関係と各施設との連携による安心できる街作り。
後方支援病院として救急患者を受け入れることが多いので在宅医療とリンクした形での救急医療の整備、二次救急医療への支援の強化が必要。
今後看取りも含め重要な役割になってくると思われる。
在宅医療については医療ソーシャルワーカーがいることで円滑に進むと考えられるので医療ソーシャルワーカーを配置条件にするべき。それにより在宅での医療や介護に関する連携も進む。
在宅医療の提供、必要時入院の対応、24 時間対応体制、地域包括ケアシステムに関わる多職種との連携・協働・啓蒙活動。
在宅医療を行っている診療所の病床でもある。
在宅及び施設で対応困難な患者の受入。
在宅で生活する患者が長く在宅での生活が続けられるようなサポート必要時入院・リハビリを行い、短期間で再び在宅に戻れるようにする。
在宅で生活するために必要な量の医療を提供する。
在宅療養者が安心して生活できるよう 24 時間体制での往診等医療体制を整える。
地域住民が安心して療養生活を送ることができ、退院後も住み慣れた環境で安心して生活できるよう支援できる機能を持つこと。
地域での療養と看取りをシームレスに支える役割。
地域包括ケア病床の更なる有効活用。在宅医療サービス事業所との情報交換など。
独居老人、交通手段の手薄な地域、ADL 高区分者へのケア。
訪問診療を行っている患者様の入院が必要な場合に、いつでも入院できる体制やレスパイト入院の

受入れ体制を整えておく必要がある。
他の病院・施設との密なる連携が必要。
いつでも相談から治療までみられること。
患者様が住み慣れた地域で安心して療養できるようかかりつけ医として一元的に療養管理する役割。
患者様が住み慣れた地域で療養生活を送れるよう訪問看護や介護保険事業所と連携しながら医療及び看護を提供すること。
患者さんが地域で24時間安心して生活できるように支援するためには医学的管理のみではなく、その生活を支えられるように他職種地域行政との連携を強化していく。
急性期医療を残しつつ、地域のお施設と連携し、その地域で医療・介護が完結することに貢献すること。
急変時はすぐに対応できる体制を確保し、安心して在宅で療養を行える環境づくりに寄与することと思っています。
急変等の際に24時間対応できる安心感を患者・家族に提供すること。
高齢社会が進み、在宅医療が拡大する中、地域の在宅医療を支える中心的な役割を担う医療機関である。
在宅医療・介護サービスのバックアップ及びサポート機能。
在宅患者に関わる診療所、施設、訪問看護、ケアマネ等と連携し患者の緊急時に対応出来る体制をとること。
在宅で療養を行っている患者様が直に入院できるなど必要に応じた医療看護を提供できる役割。
在宅療養支援、地域包括ケア病棟、訪問看護ステーションを併設するような病院は、地域包括ケアシステムの重責を担う必要がある。
自宅療養を続けられる支援（レスパイト・治療入院）。
診療所・介護施設と連携し、患者が必要な時にスムーズに入院でき、病状改善した後スムーズに地域に帰れるようにすること。
住み慣れた地域で、在宅医療するにあたり医療的な視点から安心して療養できるように支援していくことを考えています。
退院後の在宅医療の確保としての役割を担うものと考えます。
地域における在宅患者の医療療養を支え地域医療に貢献する。
地域の患者様が利用しやすい環境を整えることが大切であると考えます。
地域包括ケア病床のシームレスな活用、療養の質向上につなげる。病診連携を充実化させ、より広域な住民の方に利用していただく。
点在する在宅療養支援診療所の取りまとめを行い、在宅療養のための病床確保に努め、円滑な在宅医療を提供すること。
病院機能を地域の医療資源としてフル活用してもらうこと。また、退院先の確保として受け皿が在

宅に広がるように支援し、主導すること。
不安であること、気にいつでも相談できる医療機関であり、いつでも入院できる体制が整っていること。
基本的に診療所（かかりつけ医）が在宅を担い、病院として後方支援（入院）の役割。現実には診療所の在宅医療が思うように進まない。
緊急時は基幹病院にて対応して、翌日は在支病にて受け入れできる対応にしてほしい。
後方病院としての役割が重要。
在支診、地域一般診療所との病診連携、特に後方支援病院としての役割を果たすこと。
在宅医療での地域づくり（社会問題の解決に結びつける）。
在宅看取りを含めた在宅診療を推進するためにはバックベットの体系が不可欠であり、地域の診療所に連携をとれる病院の役割を担う必要があると考えます。
在宅療養（訪問診療等）の継続を支援し、緊急時に添えたベッド確保は必要なじょうけんだと言える
在支病ではなく、時々入院の地域ケア病棟の60日制限をなくしてもらわないと、時々入院を支えることができなくなる。
自宅退院後、特に初期の時点や人工呼吸器、中心静脈栄養等医療行為の継続が必要な患者のサポートと同時に急変時等の病床提供は救急告示病院でかつ在宅療養支援病院にしか担えない役割と思います。
疾患による通院困難な方や、介護認定を受けていない治療の必要な高齢者等を介護支援専門員や多職種と共に連携して医療等介護サービスにつながっていけるような体制を整えていきたいと思っています。
地域の介護事業所との「顔の見える連携」を通して、在宅で暮らす患者様の医療を支える事。その人らしい最期を迎えられるよう支援すること。
地域の住民が住み慣れた場所で元気に日常生活が送れるよう、医療・介護の両方でサポートすること。
地域の診療所からの信頼を得て連携をとること。
地域の診療所と連携して密にして診療所からの入院応需に迅速に対応できること。
当然のことと考えているか？儲からなくなっても手を引かないでほしい（病院への要望）。
病床機能分化や高齢者増に伴い、多様化・高度化する在宅療養の需要を担う。近隣医療機関と連携して、重症者で入院が必要な患者の受入れ。
保健・医療・介護・福祉の連携を進め、地域高齢者ケアを一層充実する。
ポストアキュート>サブアキュート（超強化型老健との競合）。
自ら提供する在宅診療+地域在宅医のフォロー（バックアップ病床救急対応）。
看取り看護を含めたトータルな在宅医療の提供。
看取り期をはじめ、本人でご家族へのサポート、情報提供、レスパイト対応等 安心を確保してい

くこと。
症状増悪時の一時的な入院や○を看取り困難症例に対しての入院対応等。
・地域支援病院として回復期及び維持期医療を提供する。・地域包括ケア病棟の確保。・在宅期の医学総合管理。・施設入居時等の医学総合管理。
24時間365日患者家族が安心して「在宅医療を続けられる医療、介護体制を構築すること。
24時間体制で訪問診療などの在宅医療・療養をサポートすること。また、在宅急変時での入院医療の提供。高度急性期病院と在宅の中継。
24時間連携の構築に関しては、きちんと情報共有し、責任もって往診の対応をすることによって連携医療機関及び在宅患者と信頼関係に努め、安心して在宅生活を継続できるように支援していく。
医療と介護・病院と在宅を円滑につなぐための病院。
医療と介護が一体となって患者を看っていく上で重要なポジションであると考えている。
介護と医療のICT化連携が必要。
緊急時における患者が入院できる体制を整えること。
在宅診療の後方病床としての役割、地域医療提携の拠点。
在宅医療を受けている患者の一時的な入院の受け入れ等。
在宅患者の急変増悪に対する入院受け入れ体制の確保。
在宅最前線を担い強い連携をもって病院、施設と共働すべき。
在宅生活を安定するために必要に応じてレスパイト等の入院の対応ができれば地域に根付いた医療としての役割を果たせると思っております
在宅における患者さんの医療においての市区町村や地域包括支援センターなどとの連携を取り、在宅医療を拡充させる。
在宅に関連されてる医療機関（クリニック）が安心して紹介していただける病院。
在宅看取りを推進しているが、いざとなると家族などの要望や住環境側の申出により終末期と分かった上でも入院収容せざる負えない場面がある。この役割について理解してほしい。法人としては、有床診療所を傘下にして対応しようとしている。有床診療所の終末期受け入れの強化（加算など）をお願いしたい。
自院のみならず、地域医療機関や介護事業所の要請に応える。
住み慣れた場所(在宅)で生活を送るための医療的支援。
地域住民が安心して生活を送ることができ、どのような状態においても医療が受けられるようなサービスや安心感を提供する。
地域住民が必要な時（レスパイトを含む）に、入院や訪問診療の対応ができる。在宅生活へのシームレスな連携調整を図る。
地域住民のことを把握できている状態が望ましいと考えます。
地域において多職種共同による包括的かつ継続的な患者支援の中心的な役割。

地域における医療・介護機関が連携して包括的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要。
地域に根差し包括的な支援ができる体制を構築すること。
地域の医療機関と連携し入院退院をスムーズに行い、頼りにされる病院になる。
地域のかかりつけ医機能を持ち 24 時間受け入れ体制。
地域のクリニックとの連携と情報共有 その役割は欠かせない。
地域の在宅医療を提供している医療機関、事業所のまとめ役、レスパイトを含めた入院加療。
地域の診療所・居宅-訪問などからの相談受け入れ体制を整備し、必要とされる病院となること。 また、急性期治療終了後の受け皿となり地域に変えられるように支援すること。
地域包括ケアシステムにおける医療連携の中核にある。
地域での看取りの支援をする。
二次医療圏として地域包括ケアシステムの構築自体が難しいが、医療と介護のシームレスな対応の強化は推進すべき。
病床を有効活用し、地域高齢者への医療提供から安全安心な在宅生活への寄与。
連携医療機関の広報ベッドとして役割をいかにはたせるか。
入院機能、在宅機能の両方を有する在宅療養支援病院は地域包括ケアシステムの中心的役割を担うと考えられる。

【設問 1 2】在宅医療・介護連携支援センター（仮称）は在宅病が該当すべきと思いますか？（n=182）

	回答数	割合
はい	81	44.5%
いいえ	101	55.5%
計	182	100.0%

【設問 1 3】地域医療構想調整会議や在宅医療に関する地域での協議の場へ出席していますか。（n=226）

	回答数	割合
はい	191	84.5%
いいえ	35	15.5%
計	226	100.0%

【設問 1 4】在宅病の在り方として今後どのような取り組みが必要でしょうか。（自由記載）

医師の確保、医療機関が疲弊しない診療報酬の制度設計。
医師の確保、都市部への集中が問題である、
医療・介護事業所との情報共有の IT 化、在宅医の養成、病院医師の増員。
医療機関同士、在宅事業所との情報共有がもっと容易にできたら良いと思う。入院になったこと、薬の処方の変更や追加（複数の医療機関から貰っている場合把握困難である）。
介護施設、ケアマネさんなど介護の係の人たちとのネットワークづくりが必要に感じております。
介護保険事業所、町役場との連携、退院先の確保。
介護保険事業所との情報共有、在宅医療をする医師が不足していると思われるので増やせるような取り組み。
介護保険事業所との情報共有の IT 化。
近隣施設との顔が見える関係が重要であり、院長以下職員数名により定期的に挨拶回りを行っている。
在宅病に勤務している医師の在宅医療に関する知識。また、施設基準のみでなく医師にも基準があると良い。
在宅医療の増員（魅力をアピール）。
在宅医療が受けられる医療職・介護職など人材の確保。情報共有化、IT、熊本メディカルネットワーク等。
在宅医療に取り組んでいない地域の診療所やクリニックの医師・スタッフと定期的に情報交換が

できる機会を設ける。
在宅医療を目指す医師の確保と訪問看護師の養成と人員確保。
施設基準の可視化による地域医療機関の理解と協力支援。
情報共有ツールの普及、医師の育成、在宅医療報酬の簡素化。
情報共有の整備、効率化。
相談窓口の拡大と周知させていく事。情報共有の I T 化は言うまでもなく必要。
多職種と IOT による在宅支援、福祉系サービスと医療連携の強化。
他職種や介護事業所との緊密な連携が必要であるが、時間・人手・経済的負担が大きい。連携に 関しての何らかの補助等が必要。
地域住民また地域医療に従事している職員に対する啓蒙活動。
地域の社会資源についての情報収集、在宅病としてのスタッフの育成。
訪問診療を行う医師不足が問題であるため、地域で複数の医療機関がネットワークを因る取組が 必要。
公的病院から訪問診療患者を受け入れる場合に医療依存度の高い患者の場合は、紹介状から読み 取れないこともあり、退院日に医師が在宅に状態を確認に行くことがあるので加算の検討をお願い したい。
医療依存度の高い患者の場合、訪問診療時に看護師がついていく必要がある。医師一人では難し い。看護師の加算の検討をお願いしたい。
診療報酬による優遇がないと手上げる医療機関は増加しないと考えます。
24h 体制が安定して継続できるよう、訪問看護師、医師の育成及び確保。
ACP の徹底、安定的な在宅医の確保、ICT 導入しやすさ、専従常勤 Dr の育成採用はもちろん、院 内常勤 Dr による院内業務との在宅業務の業務のしやすさ等の改善など。
ICT の活用と経済的（診療報酬上）手当を明確に打ち出してほしい。
ICT を活用した医療と介護の情報共有。
阿波あいネットワーク（医療情報共有 ICT）の普及・活用、訪問看護 ST との連携強化。
医学教育からの在宅医の養成、地域で入学した医学生在宅での従事の義務化、行政がイニシア チブをとり、地域の医療・介護事業所の IT 化をすすめてほしい。
医師の負担軽減。
介護保険事業所との情報共有の I T 化、訪問看護師の養成、在宅医療を目指す医師の育成。
近隣診療所のバックアップ体系の強化、地域住民への啓発活動など。
継続するための人的要件などの維持、省力化。
在宅診療だけでなく、在宅医療に関心を持つクリニックとの連携が追尾するよう報酬面での手当等 が必要。
在宅医療に対する知識のある訪問看護師と医師の育成
在宅医療を目指す医師の育成

在宅タイプの介護施設との連携、在支診との共存・分担。
在宅看取りに導いていくためのご家族様への指導や教育等。
住み慣れた環境でより長く生活できるようターミナル患者の往診受け入れや看取り希望の方が最期まで自宅で暮らせるよう支援やフォローが必要。
地域での情報共有とケアに対する考え方などの方向性を合わせること。
地域の開業医様との連携をどうするか、カルテ等の情報共有の方法。
地域の診療所・介護事業所との連携強化。
夜間・休日の診療体制強化。
連携する医療・介護事業所とのリアルタイムな情報共有、在宅医療に関わる従事者のスキルアップ。
訪問看護師の養成、在宅医療を目指す医師の育成。
在支診の連携強化として電子カルテ等の共有の為の支援。在宅医療を担う医師・看護師・コメディカルの不足への対応（給与に直結する様なもの）。夜間の出勤への報酬の強化による往診モチベーションの向上手段◎事前登録など IT を活用したいが、そういった開発費の補助制度（実用検証を含んだ）。
・24時間訪問診療、訪問看護の体制の強化・医師確保。
IT化、在宅支援診療所を増やす。
医師の育成、市民への啓蒙。
医師の確保、24時間体制の仕組化。ITによる情報共有、連携など。
医師の確保・（在宅担当医）・看護師の確保。
医師の負担を減らし適切な医療の提供。 例：在宅で看取るといふ家族とケアマネの覚悟ができず、最後に救急車を呼び延命してしまった。
医療保険・介護保険について共通の理解。ケアマネ・MSWの育成強化。在宅医療を担う人材確保。
オンライン診療の拡充。
介護訪問看護、医師が一人一人、多々の書式を作っているため作業量が多く共有化が必要。
介護保険事業所との情報共有のIT化、訪問看護師の養成、在宅医療を目指す医師の育成、介護保険事業所及び急性期病院・診療所との調整役。
介護保険事業所や連携病院との情報の共有化、IT化。在宅医療を目指しやすい環境づくり。
居宅介護支援事業者との情報交換。
高齢化の進展に対応するため、在宅医療を行う医師の育成。
在支病も地域包括支援センターの担当区域に合わせて設置するなど、整合性を持ち協力し在宅医療介護連携支援センター(仮)の業務を行うべき。
在宅医療を目指す医師の育成、特に総合診療専門医の研修プログラムを作り、巢合意育成を目指すこと。

在宅医療を目指す医師の育成。茨城県は医師不足が深刻。
在宅医療を目指す医師の育成と地方群市圏への配置。在宅医療を担う診療所の推進。
在宅と病院をつなぎ、患者家族に生活背景も含めて包括的に系統だっがかかわれる、介護保険事業所と情報共有のIT化、訪問看護師の養成、在宅医療を目指す医師の育成が必要。なお、病院としての立場から、総合診療専門医はじめ、看護師、セラピストなどが養成されること。
在宅入院携わる医師・訪問看護師の確保。
実施している（MCS）総合診療の医師を確保・定着させること。まず、医師不足で解消してもらいたい。
職種間や本人家族とのタイムリーな情報共有化、在宅診療を行う医師・診療所のバックアップ体制。
人材養成（各職種の研修を受け入れている学生やスタッフ）。
診療所及び各事業所との情報共有。
制度の簡素化や基準の緩和。
当院は在支病として救急対応と在支医療両方必要と考えています。
訪問看護に力を入れていく必要はあると思っています。

【設問15】 その他、在支病に関するご意見等がございましたらご記入ください。

地域包括支援センターと同程度の規模で整備されるときは、在宅医療・介護連携支援センターは在支病が該当すべきだと思う。市で一カ所などならば医師会などで良いと思う。
24時間体制の往診は現実的にはかなり困難であり、要件の緩和をお願いしたい。
医師の確保が困難です。
診療報酬の内容が年々変更し複雑になっています。現場スタッフも理解できるような分かり易い仕組みになることを望みます。
更に細分化され超強化型など必要かもしれないが、診療報酬の一層の複雑化を懸念します。
自院だけの利益にとらわれず、広く地域の視点を持って取り組んでほしい（病院の要望）。
要件なしではできないのか？ 今後必要なら、要件は不要では？
いつ何時でも相談や訪問診療に対応するためのマンパワー確保が必要。病院と介護施設、自宅の中間的な役割のできる事業の展開と整備。
在支病側の悩みとして、症例が終末期に偏ると、そもそも治療を目的とした病院としてのステータスが保てなくなってしまうのではと危惧して増えないのではと思う。多死社会という現実を直視して対応している病院などを優遇し、医療と称してムダな資源（税金）を投下させる病院への減益をもっと明確にすべきと考える。
在支病の役割はますます重要になってきています。 しかしマンパワーと、それに見合う報酬がついていません。
在宅での看取りより、介護施設での看取りを進めたほうが現実的に患者や家族の負担が少なく、

医事や看護師、他の職種との交流が良いと思う。

在宅看取りについて、患者家族への案内や正しい情報など、公的に伝えることも重要であり、それに伴う 24 時間体制の仕組化をして、医師・看護師が確保できるような働きが必要。

自院での看取り、往診の実績が必要であるため、本来在宅医と連携すべき患者であっても自院で対応することがある。

診療報酬の評価をもう少ししてほしい。

特に、地方では、医師や看護師の高齢化や偏在化により、在宅医療や慢性期医療に係る医療従事者が減ってきているので、初めから在宅医療や回復期、慢性期医療を志す若い医師を増やせるような施策の展開を希望します。

【分析】

設問 1 2 在宅医療・介護連携支援センター（仮称）について

○在宅医療・介護連携支援センター（仮称）は在宅療養支援病院が該当すべきとの回答は 81 病院（44.5%）と約半数であった。

在宅療養支援病院が担うべきと考えていても、実際には、他の設問でも多かった「人員不足」等の問題もあり、積極的に担うことができないと考えられる。

設問 1 3 地域医療構想調整会議や在宅医療に関する地域での協議の場へ出席について

○地域医療構想や、在宅医療の協議の場に出席している病院が 191 病院（84.5%）と非常に多くなっている。

「地域でそのような医療機能を担うべきか」「他の医療機関や介護施設との連携」を課題と捉えている病院が多いため、会議や協議に参加している病院が多いと考えられる、

設問 1 4 在宅療養支援病院の在り方としてどのような取り組みが必要かについて

○今後の取り組みのキーワードとして「医師・看護師の確保」「在宅を担う医師・看護師の育成」「他の医療機関や介護施設との連携」「ICT の導入・活用」を挙げているいる病院が複数あった。