

平成30年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

有床診療所と介護支援専門員との円滑な連携に向けた
調査研究事業

報告書

平成31（2019）年3月

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

■ 目 次 ■

第1章 調査実施概要.....	1
1. 事業の目的	1
2. 事業の実施方法.....	2
第2章 有床診療所調査.....	4
第1節 調査の概要	4
第2節 調査の結果	5
1. 施設の概要等.....	5
2. 医療・介護サービスの提供状況.....	14
3. 短期入所療養介護の取組状況等.....	26
4. 居宅介護支援事業所との連携状況等.....	39
5. 今後の意向等.....	62
第3章 介護支援専門員調査.....	82
第1節 調査の概要	82
第2節 調査の結果	83
1. 回答者・事業所の概要.....	83
2. 担当する利用者や介護サービス等の利用状況.....	91
3. 有床診療所の利用状況・意向等.....	97
4. 有床診療所との連携等.....	105
第4章 まとめ	117
1. 有床診療所調査の主な調査結果.....	117
2. 介護支援専門員調査の主な調査結果.....	120
3. 今後の課題と提案	123
調査票	

第 1 章 調査実施概要

1. 事業の目的

近年、有床診療所においても機能分化が進んでおり、専門医療を担う有床診療所もあれば、病床を活用して、医療ニーズの高い利用者の身近なところで短期入所療養介護を提供するなど、介護事業にも積極的に取り組んでいる有床診療所もある。

先行研究である「有床診療所の通所機能・宿泊機能を活かした介護サービスのあり方等に関する研究事業」（平成 29 年度老人保健健康増進等事業）等によると、実際に有床診療所の短期入所療養介護を利用した経験がある介護支援専門員からは、有床診療所の提供する介護サービスについての期待・評価が高いことが明らかとなっている。一方で、介護サービスの提供実績が少ない有床診療所や、介護事業に関心はあるものの積極的に取り組めない有床診療所が多いことも明らかとなっている。

有床診療所は、近年、その数が急速に減少しているものの、通所機能・宿泊機能を有する、地域に密着した貴重な医療・介護資源であり、医療ニーズの高い利用者が増加していく中で、利用者や家族、介護支援専門員にとって、利用者の身近なところで医療ニーズに対応した介護サービスを提供できる貴重な存在といえる。

こうしたニーズとシーズのミスマッチを早期に解消することが必須であり、その一つの解決策として、有床診療所と介護支援専門員との相互理解・連携の強化が強く望まれている。

そこで、本事業では、有床診療所と介護支援専門員の双方における連携上の阻害要因や、介護支援専門員の有床診療所に対するニーズ等をアンケート調査で明確にした上で、有床診療所と介護支援専門員の双方にとって有用な実践的なガイドブックを作成し、両者の円滑な連携を促進し、地域包括ケアシステム強化の一助とすることを目的とする。

2. 事業の実施方法

①検討委員会の設置・開催

学識者、有床診療所の関係者、介護支援専門員の団体関係者等からなる委員会を設置・開催した。

<委員等構成>

(敬称略)

【委員長】

尾形 裕也 九州大学 名誉教授
東京大学政策ビジョン研究センター 特任教授

【委員】(五十音順)

江口 成美 日本医師会総合政策研究機構 研究部専門部長
鹿子生 健一 全国有床診療所連絡協議会 会長
木村 丹 全国有床診療所連絡協議会 常任理事
小玉 弘之 公益社団法人日本医師会 常任理事
七種 秀樹 一般社団法人日本介護支援専門員協会 副会長
佐藤 理 千葉県 健康福祉部 医療整備課 課長
高岡 里佳 西東京市在宅療養連携支援センターにしのわ センター長
医療法人財団緑秀会田無病院 医療福祉連携部
長島 徹 全国有床診療所連絡協議会 常任理事
原 速 全国有床診療所連絡協議会 常任理事

【オブザーバー】

南 亮介 厚生労働省老健局老人保健課 薬事サービス専門官
長江 翔平 厚生労働省老健局老人保健課 老人保健施設係長
川部 勝一 厚生労働省老健局振興課 課長補佐
増田 岳史 厚生労働省老健局振興課 人材研修係長
杉浦 康友 厚生労働省老健局振興課 人材研修係

【事務局】 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

田極 春美 社会政策部 主任研究員
星芝 由美子 社会政策部 主任研究員
田村 浩司 経済政策部 主任研究員

<委員会開催状況>

回数	開催日	議題
第1回	平成30年12月13日	・事業概要案について ・有床診療所調査の調査票案について ・介護支援専門員調査の調査票案について
第2回	平成31年3月28日	・報告書素案について

②有床診療所調査の実施

有床診療所における、短期入所療養介護をはじめとする介護サービスの提供状況や、介護支援専門員との連携に関する実態及びニーズ、課題等を把握することを目的として、全国有床診療所連絡協議会の会員を対象に郵送によるアンケート調査を実施した。

②介護支援専門員調査の実施

医療ニーズの高い利用者に対する介護サービスの充足状況や、今後、介護支援専門員が実施してほしいと考えるサービス、有床診療所に期待する役割等を把握することを目的として、日本介護支援専門員協会の会員が所属する居宅介護支援事業所の介護支援専門員 3,000人（抽出）を対象に郵送によるアンケート調査を実施した。

第2章 有床診療所調査

第1節 調査の概要

(1) 調査の目的

有床診療所における、短期入所療養介護をはじめとする介護サービスの提供状況や、介護支援専門員との連携に関する実態及びニーズ、課題等を把握することを目的として、全国有床診療所連絡協議会の会員を対象に郵送によるアンケート調査を実施した。

(2) 調査対象

全国有床診療所連絡協議会の会員の中から有床診療所 2,000 施設（抽出）を対象とした。

(3) 調査方法

- ・有床診療所に対して自記式調査票の郵送配布・回収とした。
- ・調査期間は平成 31 年 1 月 31 日～平成 31 年 2 月 28 日。

(4) 回収結果

客体数 1,983 件に対し、有効回答数は 487 件、有効回答率は 24.6%であった。

図表 回収結果

①客体数	②有効回答数	③有効回答率 (②/①)
1,983	487	24.6%

(注) 2,000 件に対して発送を行ったが 17 件については未着となったため、客体数は 1,983 件とした。

第2節 調査の結果

1. 施設の概要等

(1) 施設の概要等

①所在地

図表 2-1 所在地

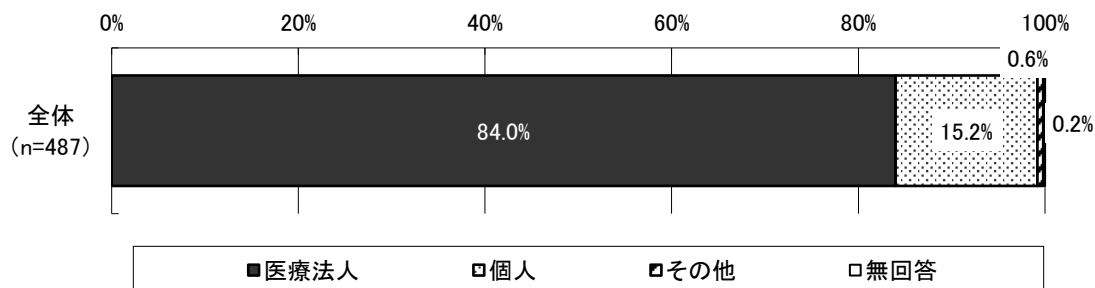
都道府県	施設数 (件)	構成割合 (%)	都道府県	施設数 (件)	構成割合 (%)
北海道	24	4.9	滋賀県	6	1.2
青森県	7	1.4	京都府	0	0.0
岩手県	8	1.6	大阪府	1	0.2
宮城県	10	2.1	兵庫県	9	1.8
秋田県	4	0.8	奈良県	0	0.0
山形県	2	0.4	和歌山県	6	1.2
福島県	6	1.2	鳥取県	4	0.8
茨城県	15	3.1	島根県	6	1.2
栃木県	12	2.5	岡山県	6	1.2
群馬県	8	1.6	広島県	28	5.7
埼玉県	5	1.0	山口県	10	2.1
千葉県	14	2.9	徳島県	9	1.8
東京都	0	0.0	香川県	17	3.5
神奈川県	5	1.0	愛媛県	17	3.5
新潟県	4	0.8	高知県	8	1.6
富山県	3	0.6	福岡県	55	11.3
石川県	10	2.1	佐賀県	26	5.3
福井県	6	1.2	長崎県	24	4.9
山梨県	3	0.6	熊本県	31	6.4
長野県	3	0.6	大分県	10	2.1
岐阜県	7	1.4	宮崎県	20	4.1
静岡県	4	0.8	鹿児島県	31	6.4
愛知県	0	0.0	沖縄県	0	0.0
三重県	2	0.4	無回答	1	0.2
			全体	487	100.0

(注) 平成30年10月1日時点。

②開設者

本調査で有効回答が得られた 487 施設について開設者をみると、「医療法人」が 84.0%、「個人」が 15.2%であった。

図表 2-2 開設者



(注)・「その他」の内容としては「公益財団法人」、「医療生協」等が挙げられた。
・平成 30 年 10 月 1 日時点。

③院長の年齢

院長の年齢をみると、平均 64.2 歳（中央値 65.0）であった。
院長の年齢が 70 歳以上の診療所が 3 分の 1 近くを占めている。

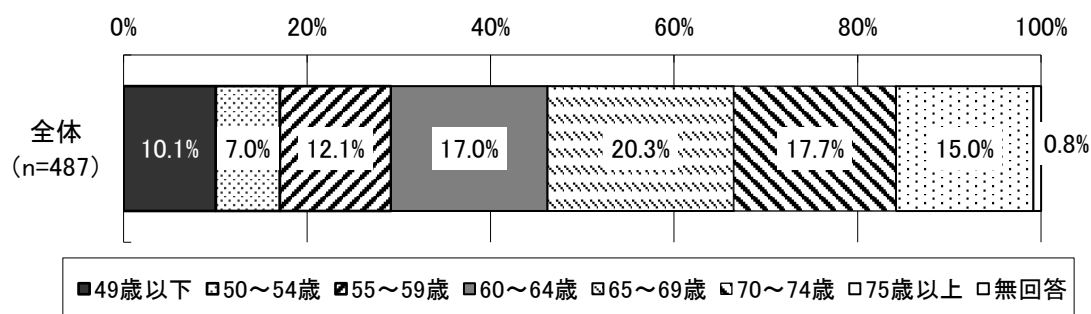
図表 2-3 院長の年齢 (n=483)

(単位：歳)

平均値	標準偏差	中央値
64.2	10.3	65.0

(注)・院長の年齢について記入のあった 483 施設を集計対象とした。
・平成 30 年 10 月 1 日時点。

図表 2-4 院長の年齢階級別分布

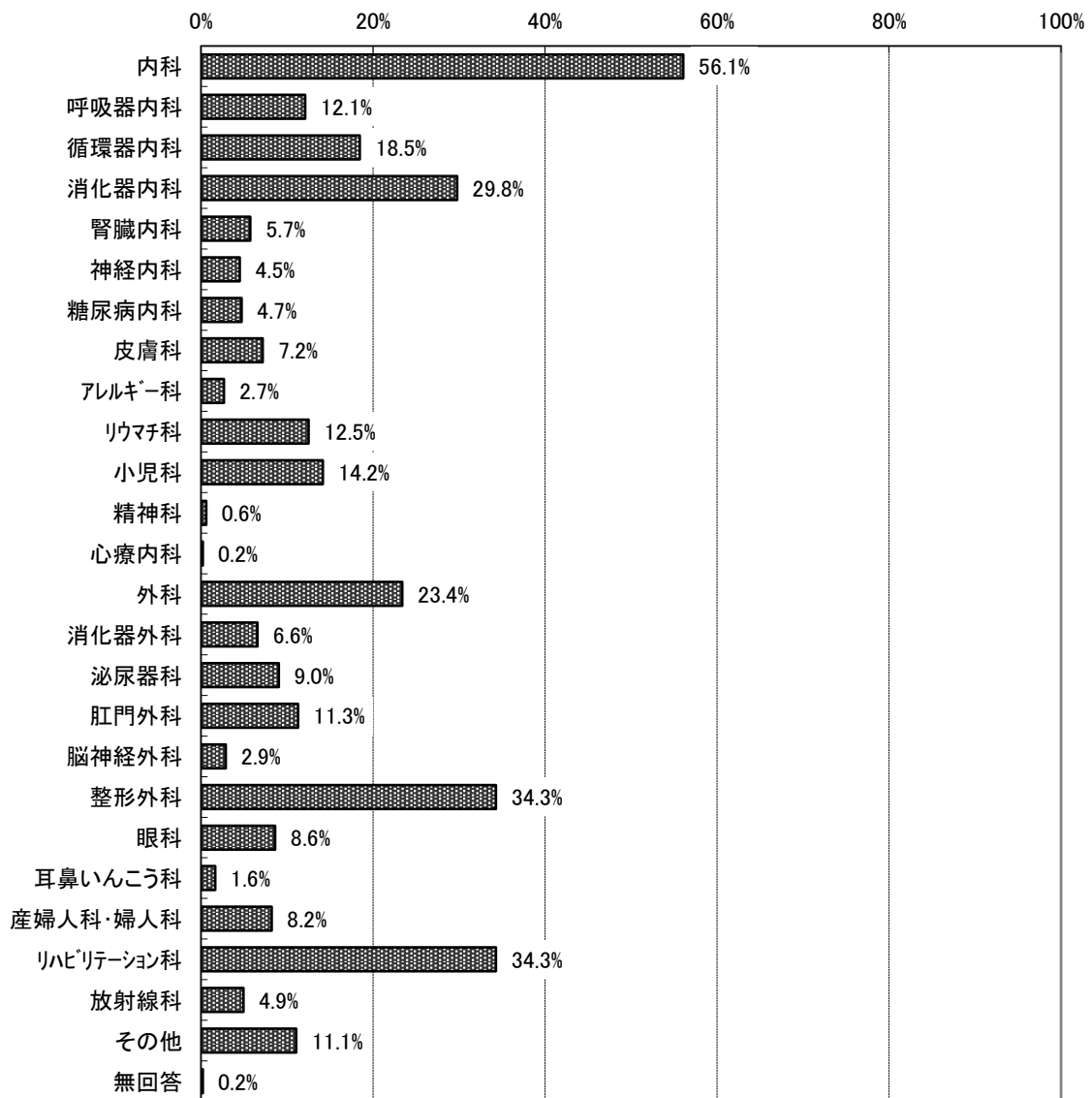


(注) 平成 30 年 10 月 1 日時点。

④標榜している診療科

標榜している診療科をみると、「内科」が56.1%で最も多く、次いで「整形外科」「リハビリテーション科」（それぞれ34.3%）、「消化器内科」（29.8%）、「外科」（23.4%）であった。

図表 2-5 標榜している診療科（複数回答、n=487）

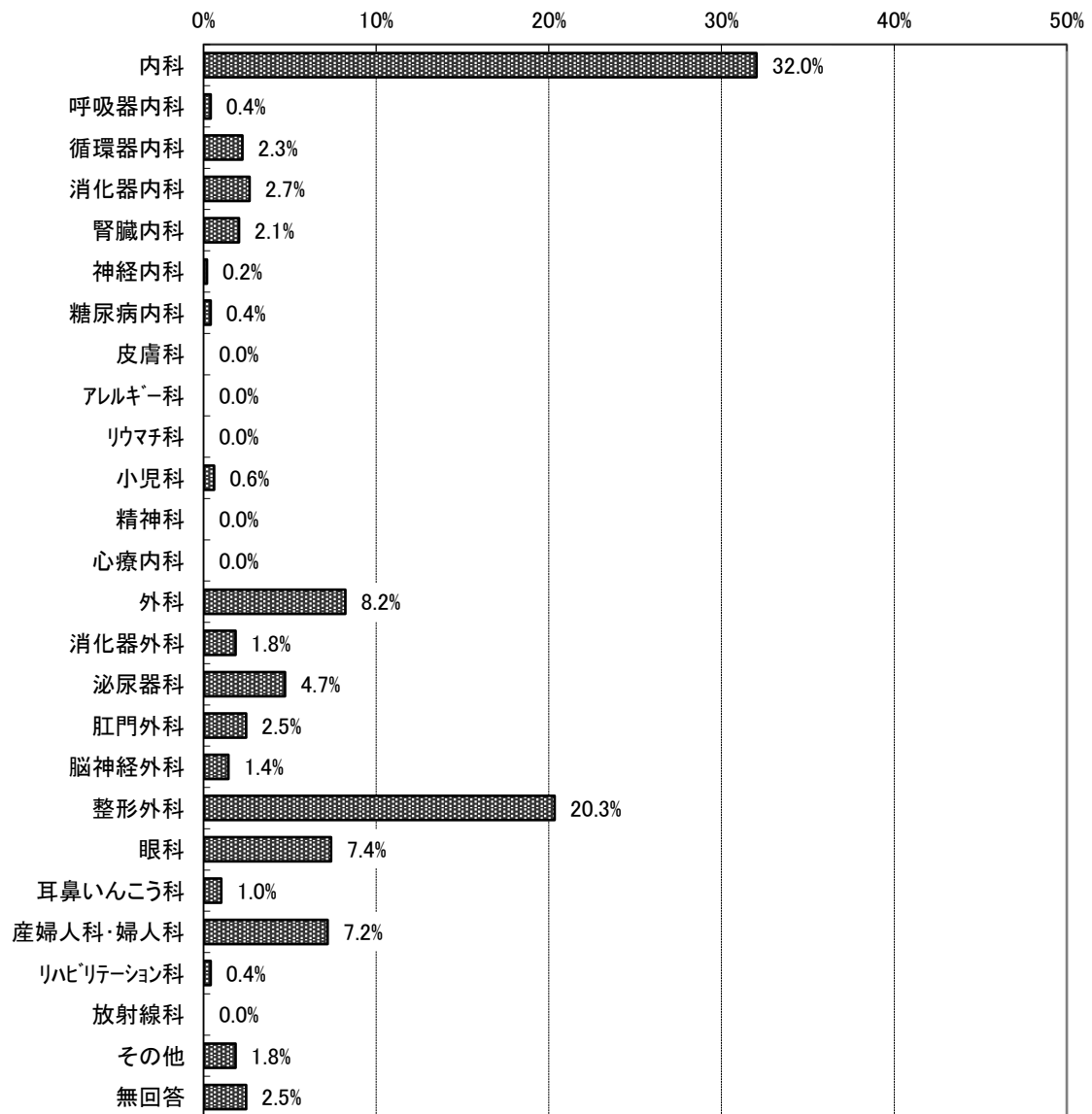


(注) 平成 30 年 10 月 1 日時点。

⑤主たる診療科

主たる診療科をみると、「内科」が32.0%で最も多く、次いで「整形外科」(20.3%)、「外科」(8.2%)、「眼科」(7.4%)、「産婦人科・婦人科」(7.2%)であった。

図表 2-6 主たる診療科 (単数回答、n=487)



(注) 平成 30 年 10 月 1 日時点。

⑥1日平均外来診察患者数

1日平均外来診察患者数は、平均78.3人（中央値70.0）であった。

図表 2-7 1日平均外来診察患者数

（単位：人）

	回答施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値
全体	454	78.3	49.5	70.0
(うち)内科	143	58.6	33.4	53.0
(うち)外科	39	71.0	46.3	58.0
(うち)整形外科	95	123.3	54.8	120.0
(うち)眼科	34	98.9	44.5	90.5
(うち)産婦人科・婦人科	30	56.4	30.6	54.5

(注) ・1日平均外来診察患者数について記入のあった施設を集計対象とした。
・平成30年10月。

⑦許可病床数

許可病床数は、一般病床が平均14.1床、医療療養病床が平均1.8床、介護療養病床が平均0.6床で、全体が平均16.4床であった。

図表 2-8 許可病床数 (n=463)

（単位：床）

	平均値	標準偏差	中央値
一般病床	14.1	5.7	16.0
医療療養病床	1.8	4.1	0.0
介護療養病床	0.6	2.3	0.0
全体	16.4	4.3	19.0

(注) 許可病床数について記入のあった463施設を集計対象とした。

⑧1日あたり平均入院患者数

1日あたり平均入院患者数は、一般病床が平均8.7人、医療療養病床が平均5.1人、介護療養病床が平均6.1人で、全体が平均10.0人であった。

図表 2-9 1日あたり平均入院患者数

（単位：人）

	回答施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値
一般病床	388	8.7	5.7	8.7
医療療養病床	81	5.1	4.9	4.0
介護療養病床	32	6.1	3.4	6.0
全体	396	10.0	6.0	10.4

(注) 各病床がある施設のうち、1日あたり平均入院患者数について記入のあった施設を集計対象とした。

⑨平均稼働率

各病床の平均稼働率は、一般病床が 61.8%、医療療養病床が 68.4%、介護療養病床が 86.3%、全体が 60.6%であった。介護療養病床を有する診療所は 31 施設であったが、病床稼働率が平均 86.3%で最も高かった。

図表 2-10 平均稼働率

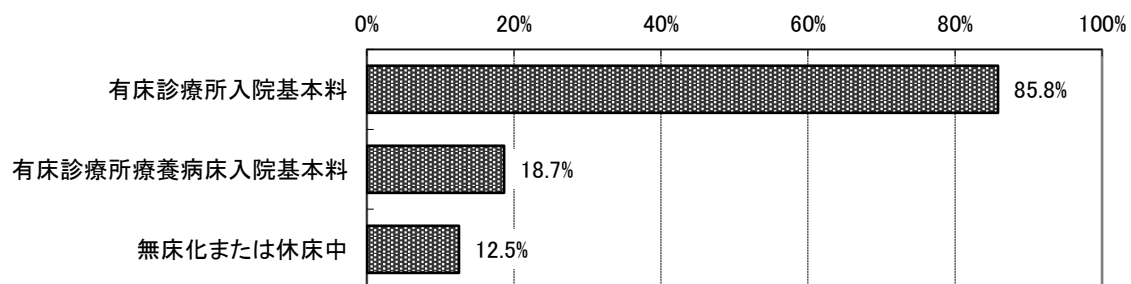
	回答施設数 (件)	①許可病床数 (床)	②1日あたり平均 入院患者数(人)	③病床稼働率 (②/①)(%)
一般病床	368	14.8	9.1	61.8
医療療養病床	67	9.0	6.2	68.4
介護療養病床	31	7.3	6.3	86.3
全体	396	16.5	10.0	60.6

(注)「施設数」は、各病床がある施設の件数であり、「①許可病床数」、「②1日あたり平均入院患者数」も当該病床がある診療所での平均値を記載している。

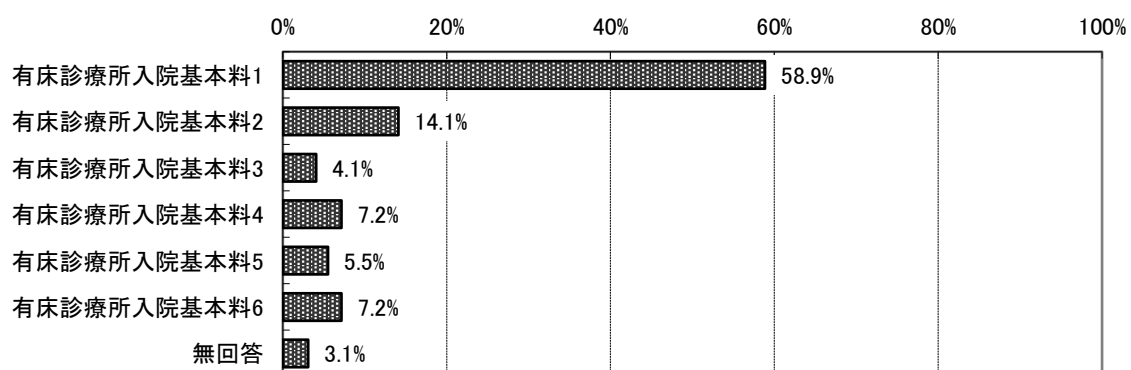
⑩入院基本料等

平成 30 年 10 月 1 日時点の入院基本料等は、次のとおりである。

図表 2-11 入院基本料等（複数回答、n=487）

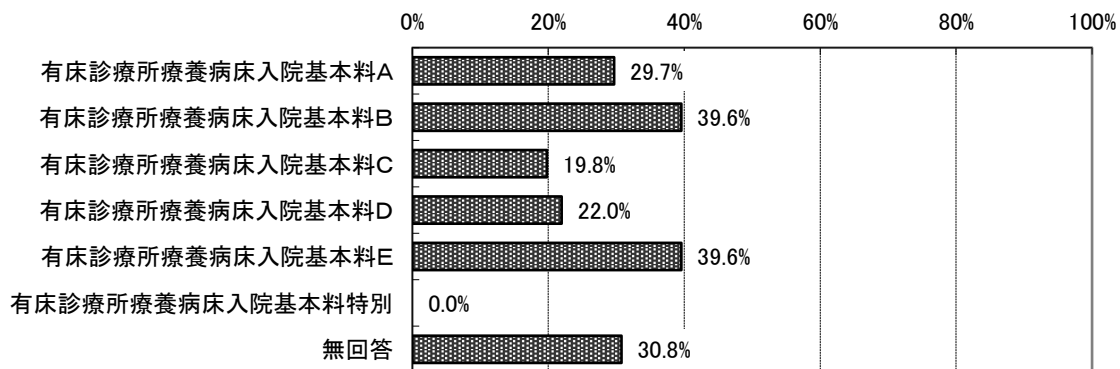


図表 2-12 有床診療所入院基本料の内訳（複数回答、n=418）



(注) 有床診療所入院基本料を算定している施設を集計対象とした。

図表 2-13 有床診療所療養病床入院基本料の内訳（複数回答、n=91）



(注) 有床診療所療養病床入院基本料を算定している施設数を集計対象とした。

(2) 職員

①1 施設あたりの職員数

1施設あたりの職員数について常勤の主な職員数をみると、医師は平均1.5人、看護師が平均4.0人、准看護師が平均4.5人、看護補助者・介護職員が平均2.1人であった。医療社会事業従事者（MSW）は平均0.1人であった。

図表 2-14 1施設あたりの職員数（n=477）

(単位：人)

	常勤			非常勤		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
医師	1.5	0.8	1.0	0.3	0.7	0.0
薬剤師	0.1	0.4	0.0	0.0	0.1	0.0
保健師	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0
助産師	0.3	1.1	0.0	0.1	0.4	0.0
看護師	4.0	5.0	3.0	0.7	1.2	0.0
准看護師	4.5	3.2	4.0	0.8	1.5	0.0
理学療法士(PT)	1.0	2.2	0.0	0.1	0.5	0.0
作業療法士(OT)	0.2	0.7	0.0	0.0	0.2	0.0
言語聴覚士(ST)	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0
管理栄養士	0.3	0.6	0.0	0.1	0.2	0.0
栄養士	0.2	0.6	0.0	0.0	0.2	0.0
看護補助者・介護職員	2.1	3.3	1.0	0.7	1.9	0.0
医療社会事業従事者(MSW)	0.1	0.9	0.0	0.0	0.4	0.0
事務職員	3.9	3.0	3.0	0.5	1.1	0.0
その他	2.4	3.6	1.0	0.8	1.9	0.0
合計	20.8	14.9	17.0	4.2	6.0	2.5

(注) ・職員数について全て記入のあった477施設を集計対象とした。

・非常勤は常勤換算した人数である。

②有資格者数

各該当の有資格者がいる診療所における、1施設あたりの職員数を見たものが次の図表である。

「介護支援専門員」の資格を有する職員がいる診療所における、1施設あたりの「介護支援専門員」の有資格者数は平均2.0人（中央値2.0）であった。

同様にみると、「精神保健福祉士」は1施設あたり平均1.3人（中央値1.0）、「社会福祉士」は平均1.4人（中央値1.0）、「介護福祉士」は平均3.5人（中央値2.0）であった。

図表 2-15 有資格者数（各有資格者がいる診療所）

（単位：人）

	回答施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値
介護支援専門員	135	2.0	1.4	2.0
精神保健福祉士	3	1.3	0.6	1.0
社会福祉士	32	1.4	0.7	1.0
介護福祉士	102	3.5	3.1	2.0

（注）図表中の「施設数」は各該当の有資格者について「0」以外の職員数の記入があった施設数である。

（3）建物・設備の状況等

①現在の診療所の築年数

現在の診療所の築年数は、平均29.7年（中央値30.0）であった。

築年数別分布をみると、「30年以上～40年未満」が27.5%で最も多く、次いで「20年以上～30年未満」が25.7%であった。

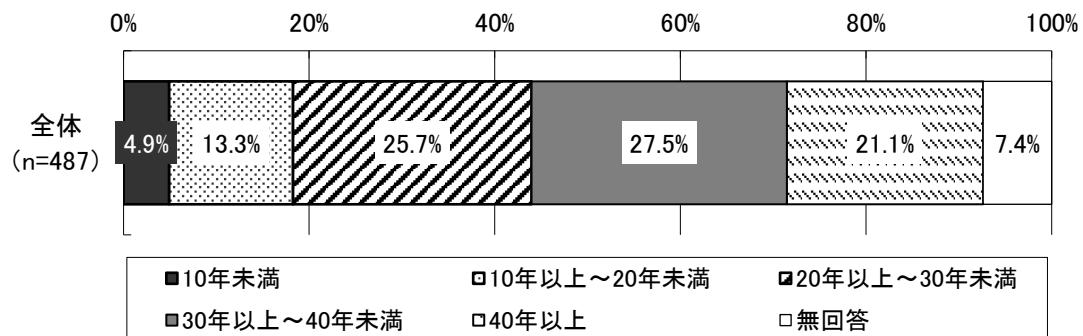
図表 2-16 現在の診療所の築年数（n=451）

（単位：年）

平均値	標準偏差	中央値
29.7	12.3	30.0

（注）現在の診療所の築年数について記入のあった451施設を集計対象とした。

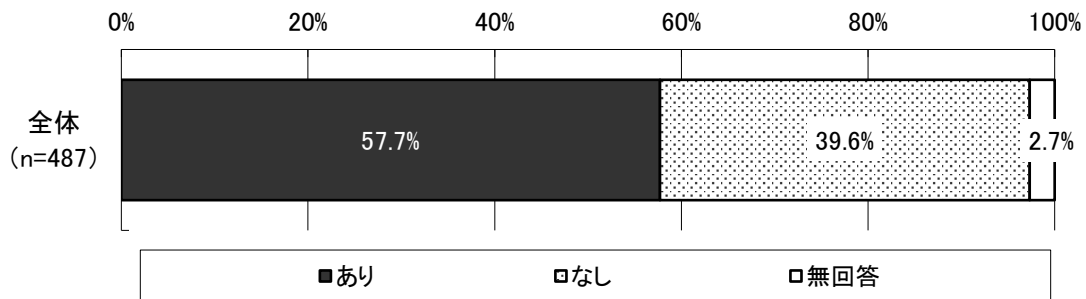
図表 2-17 現在の診療所の築年数別分布



②食堂

食堂の有無をみると、「あり」が57.7%、「なし」が39.6%であった。

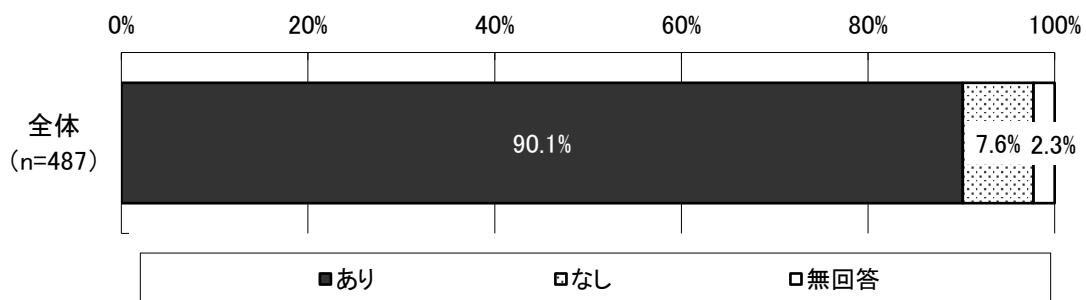
図表 2-18 食堂の有無



③浴室

浴室の有無をみると、「あり」が90.1%、「なし」が7.6%であった。

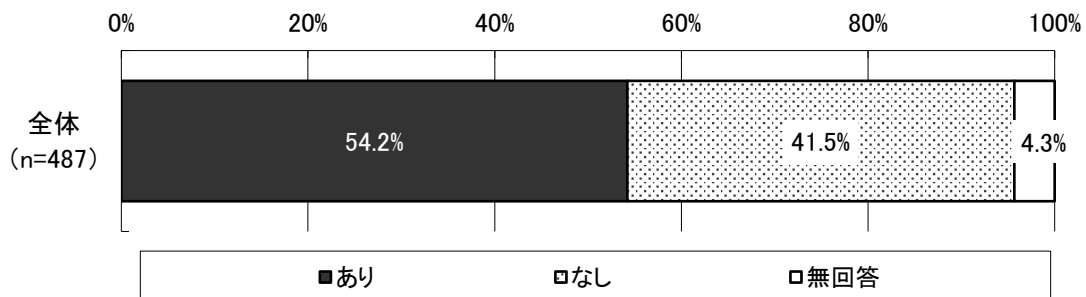
図表 2-19 浴室の有無



⑦機能訓練をする場所

機能訓練をする場所の有無をみると、「あり」が54.2%、「なし」が41.5%であった。

図表 2-20 機能訓練をする場所の有無



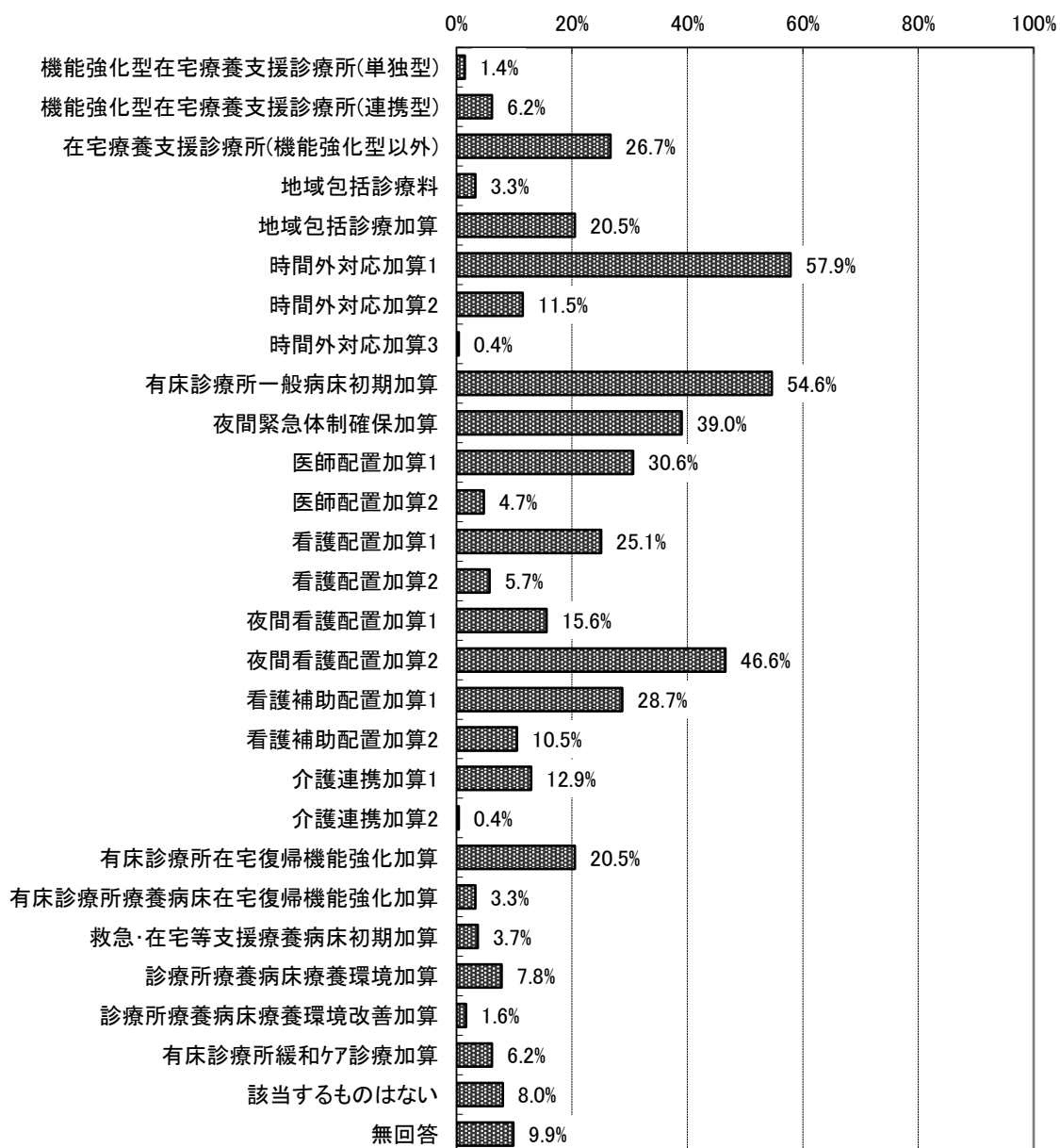
2. 医療・介護サービスの提供状況

(1) 診療報酬の算定状況等

① 診療報酬上の施設基準の届出のあるもの

診療報酬上の施設基準の届出のあるものをみると、次の図表のとおりであった。

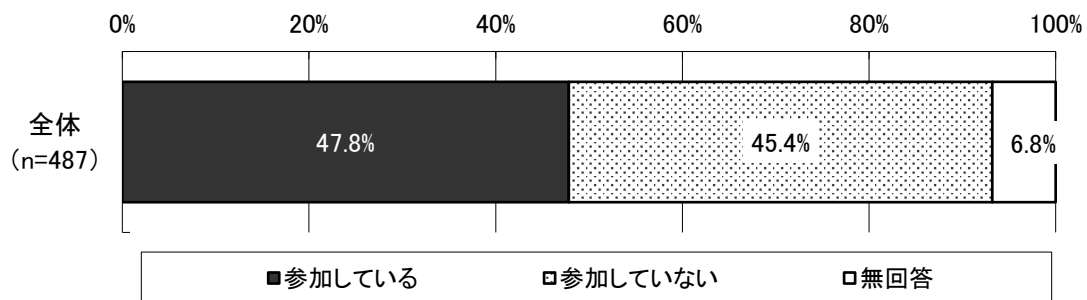
図表 2-21 診療報酬上の施設基準の届出のあるもの（複数回答、n=487）



②在宅当番医制または病院群輪番制への参加状況

「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制または病院群輪番制への参加状況についてみると、「参加している」が47.8%、「参加していない」が45.4%であった。

図表 2-22 在宅当番医制または病院群輪番制への参加状況



③看取りの数

平成30年4月～9月の6か月間における看取りの数は、「院内」が平均2.48件（中央値0.00）、「在宅」が平均1.50件（中央値0.00）であった。

図表 2-23 看取りの数（平成30年4月～9月6か月間）

（単位：件）

	回答施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値
院内	439	2.48	5.29	0.00
在宅	423	1.50	4.86	0.00

（注）看取りの数についてそれぞれ記入のあった施設を集計対象とした。

図表 2-24 看取りの数（平成30年4月～9月6か月間）

（「0」と回答した診療所を除く）

（単位：件）

	回答施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値
院内	185	5.89	6.81	4.00
在宅	117	5.43	8.02	2.00

（注）看取りの数について「0」以外の件数の記入があった施設をそれぞれ集計対象とした。

④急変時の入院の受入れ数

平成30年4月～9月の6か月間における急変時の入院の受入れ数は、平均11.4件（中央値0.0）であった。

図表 2-25 急変時の入院の受入れ数（平成30年4月～9月6か月間）

（単位：件）

平均値	標準偏差	中央値
11.4	24.5	0.0

図表 2-26 急変時の入院の受入れ数（平成30年4月～9月6か月間）

（「0」と回答した診療所を除く）

（単位：件）

平均値	標準偏差	中央値
23.2	30.8	10.0

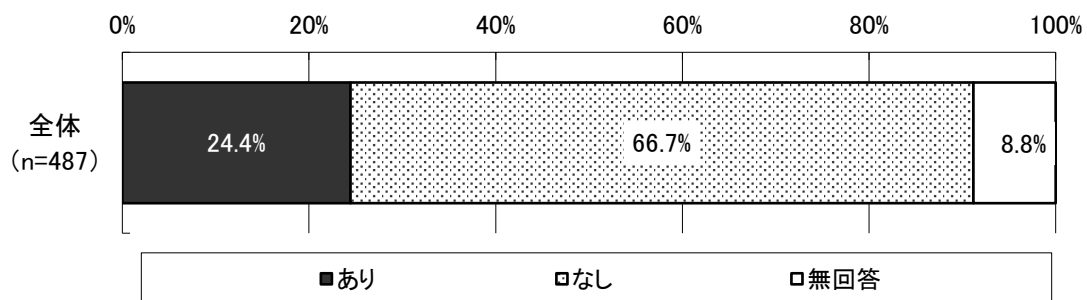
（注）急変時の入院の受入れ数について「0」以外の件数の記入があった施設をそれぞれ集計対象とした。

⑤無床診療所からの紹介による入院患者の受入実績

平成30年4月～9月の6か月間における、無床診療所からの紹介による入院患者の受入が「あり」は24.4%、「なし」が66.7%であった。

図表 2-27 無床診療所からの紹介による入院患者の受入実績

（平成30年4月～9月6か月間）



図表 2-28 無床診療所からの紹介による入院患者の受入実績

（平成30年4月～9月6か月間）（n=106）

（単位：件）

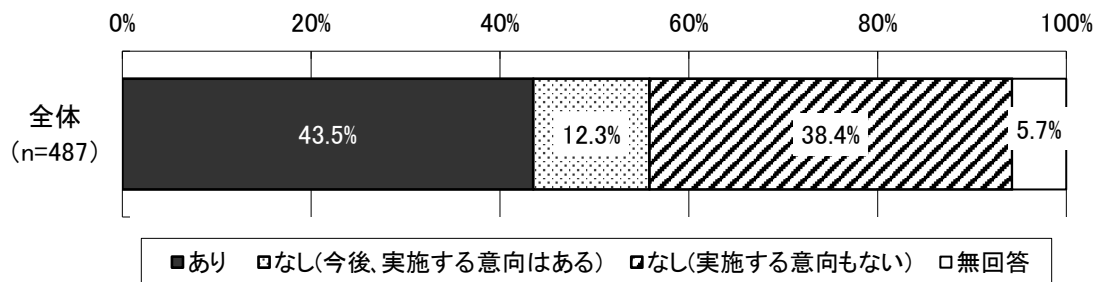
平均値	標準偏差	中央値
4.7	7.4	3.0

（注）無床診療所からの紹介による入院患者の受入が「あり」と回答した施設のうち、受入れ入院患者数について記入があった施設をそれぞれ集計対象とした。

⑥訪問診療の実施状況

平成30年4月～9月の6か月間における訪問診療の実施状況をみると、「あり」が43.5%、「なし（今後、実施する意向はある）」が12.3%、「なし（実施する意向もない）」が38.4%であった。

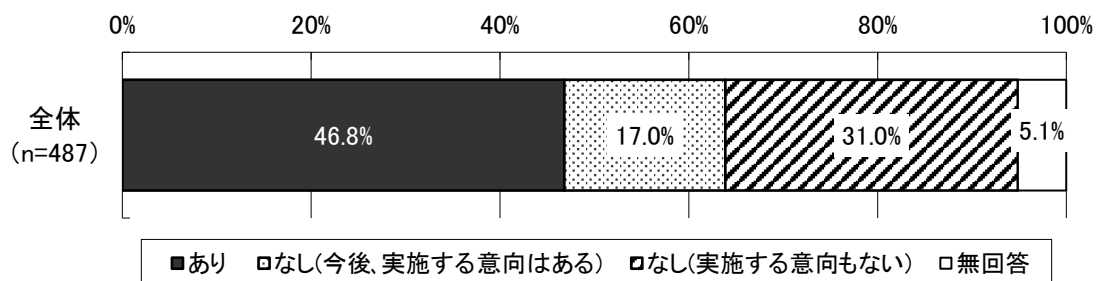
図表 2-29 訪問診療の実施状況（平成30年4月～9月6か月間）



⑦往診の実施状況

平成30年4月～9月の6か月間における往診の実施状況をみると、「あり」が46.8%、「なし（今後、実施する意向はある）」が17.0%、「なし（実施する意向もない）」が31.0%であった。

図表 2-30 往診の実施状況（平成30年4月～9月6か月間）



⑧在宅・訪問看護に関する各診療報酬の算定患者数・算定回数

平成30年9月1か月間における各診療報酬の算定患者数・算定回数は、次の図表のとおりである。

図表 2-31 各診療報酬の算定患者数（平成30年9月1か月間）

（単位：人）

	回答施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値
往診料	421	2.2	6.6	0.0
在宅患者訪問診療料	411	13.5	33.0	0.0
在宅時医学総合管理料(在総管)	403	5.4	17.7	0.0
施設入居時等医学総合管理料(施設総管)	395	6.7	20.8	0.0
在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	389	0.1	1.2	0.0
訪問看護指示料	408	3.8	12.5	0.0

（注）各診療報酬の算定患者数について記入のあった施設をそれぞれ集計対象とした。

図表 2-32 各診療報酬の算定回数（平成30年9月1か月間）

（単位：回）

	回答施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値
往診料	416	3.2	11.0	0.0
在宅患者訪問診療料	410	31.3	89.8	0.0
在宅時医学総合管理料(在総管)	401	5.7	18.0	0.0
施設入居時等医学総合管理料(施設総管)	394	7.1	21.6	0.0
在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	389	0.2	2.0	0.0
訪問看護指示料	404	3.7	12.5	0.0

⑨介護連携加算1・2の算定患者数

平成30年9月1か月間における介護連携加算1・2の算定患者数は、平均2.1人（中央値0.0）であった。

図表 2-33 介護連携加算1・2の算定患者数（平成30年9月1か月間）（n=275）

（単位：人）

平均値	標準偏差	中央値
2.1	6.2	0.0

⑩有床診療所一般病床初期加算の算定患者数

平成 30 年 9 月 1 か月間における有床診療所一般病床初期加算の算定患者数は、平均 9.1 人（中央値 5.0）であった。

図表 2-34 有床診療所一般病床初期加算の算定患者数（平成 30 年 9 月 1 か月間）（n=356）

（単位：人）

平均値	標準偏差	中央値
9.1	16.8	5.0

⑪救急・在宅等支援病床初期加算の算定患者数

平成 30 年 9 月 1 か月間における救急・在宅等支援病床初期加算の算定患者数は、平均 0.17 人（中央値 0.00）であった。

図表 2-35 救急・在宅等支援病床初期加算の算定患者数（平成 30 年 9 月 1 か月間）（n=244）

（単位：人）

平均値	標準偏差	中央値
0.17	1.64	0.00

⑫有床診療所緩和ケア診療加算の算定患者数

平成 30 年 9 月 1 か月間における有床診療所緩和ケア診療加算の算定患者数は、平均 0.40 人（中央値 0.00）であった。

図表 2-36 有床診療所緩和ケア診療加算の算定患者数（平成 30 年 9 月 1 か月間）（n=242）

（単位：人）

平均値	標準偏差	中央値
0.40	4.50	0.00

⑬（介護予防）居宅療養管理指導費（医師によるもの）の算定回数

平成 30 年 9 月 1 か月間における、（介護予防）居宅療養管理指導費（医師によるもの）の算定回数は、平均 10.9 回（中央値 0.0）であった。

図表 2-37 （介護予防）居宅療養管理指導費（医師によるもの）の算定回数
（平成 30 年 9 月 1 か月間）（n=310）

（単位：回）

平均値	標準偏差	中央値
10.9	42.7	0.0

（注）算定回数について記入があった 310 施設を集計対象とした。

⑭主治医意見書の作成回数

平成30年9月1か月間における、主治医意見書の作成回数をみると、平均5.7回（中央値4.0）であった。

図表 2-38 主治医意見書の作成回数（平成30年9月1か月間）（n=421）

（単位：回）

平均値	標準偏差	中央値
5.7	6.1	4.0

（注）主治医意見書の作成回数について記入があった421施設を集計対象とした。

⑮介護認定審査会への参加回数

平成30年4月～9月6か月間における、介護認定審査会への参加回数をみると、平均1.6回（中央値0.0）であった。

図表 2-39 介護認定審査会への参加回数（平成30年4月～9月6か月間）（n=399）

（単位：回）

平均値	標準偏差	中央値
1.6	3.8	0.0

（注）介護認定審査会への参加回数について記入があった399施設を集計対象とした。

⑯地域ケア会議への参加回数

平成30年4月～9月6か月間における、地域ケア会議への参加回数をみると、平均0.72回（中央値0.00）であった。

図表 2-40 地域ケア会議への参加回数（平成30年4月～9月6か月間）（n=393）

（単位：回）

平均値	標準偏差	中央値
0.72	2.84	0.00

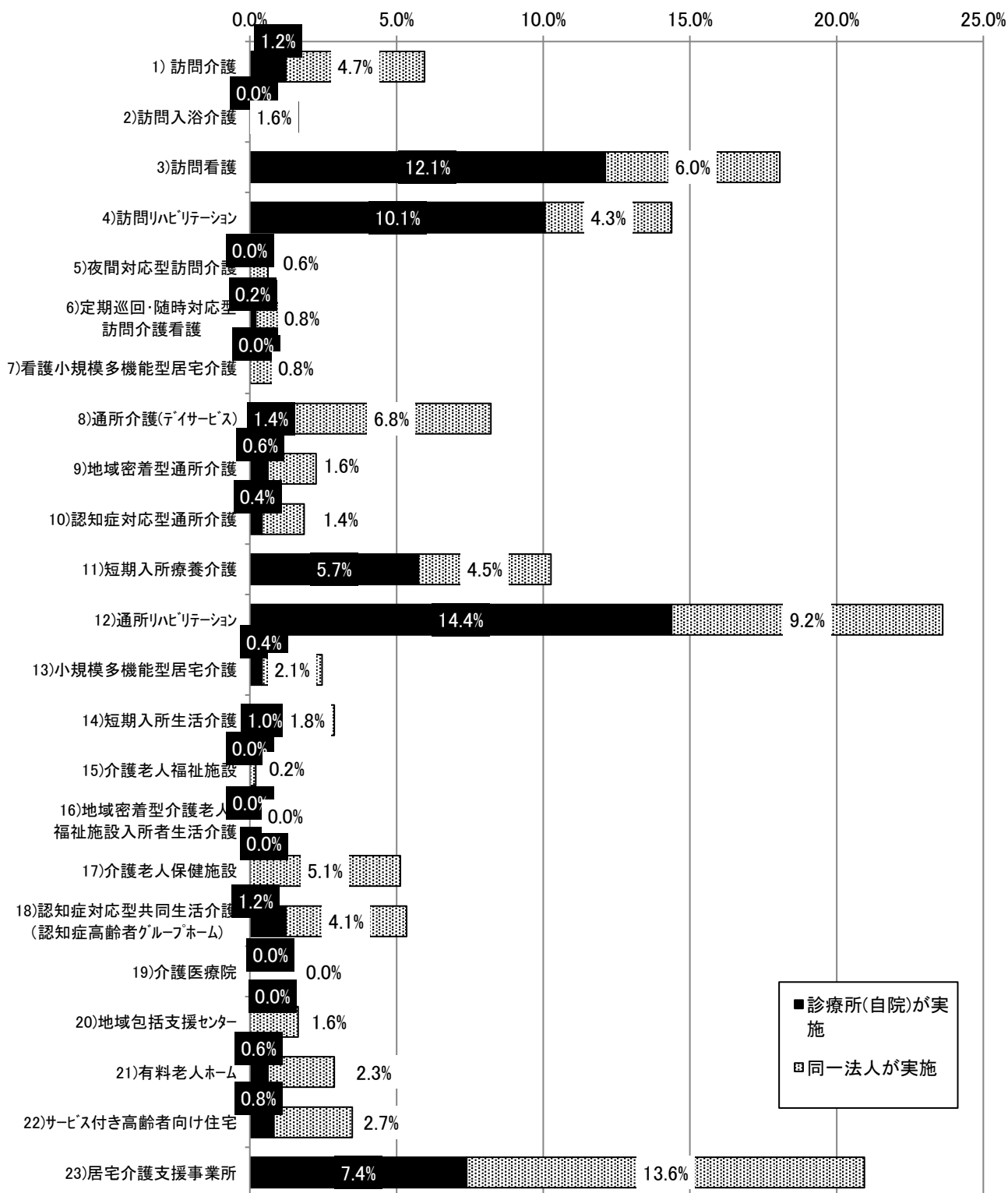
（注）地域ケア会議への参加回数について記入があった393施設を集計対象とした。

(2) 介護サービスの取組状況等

①現在の介護サービスの取組状況

現在の介護サービスの取組状況を見ると、次の図表のとおりであった。

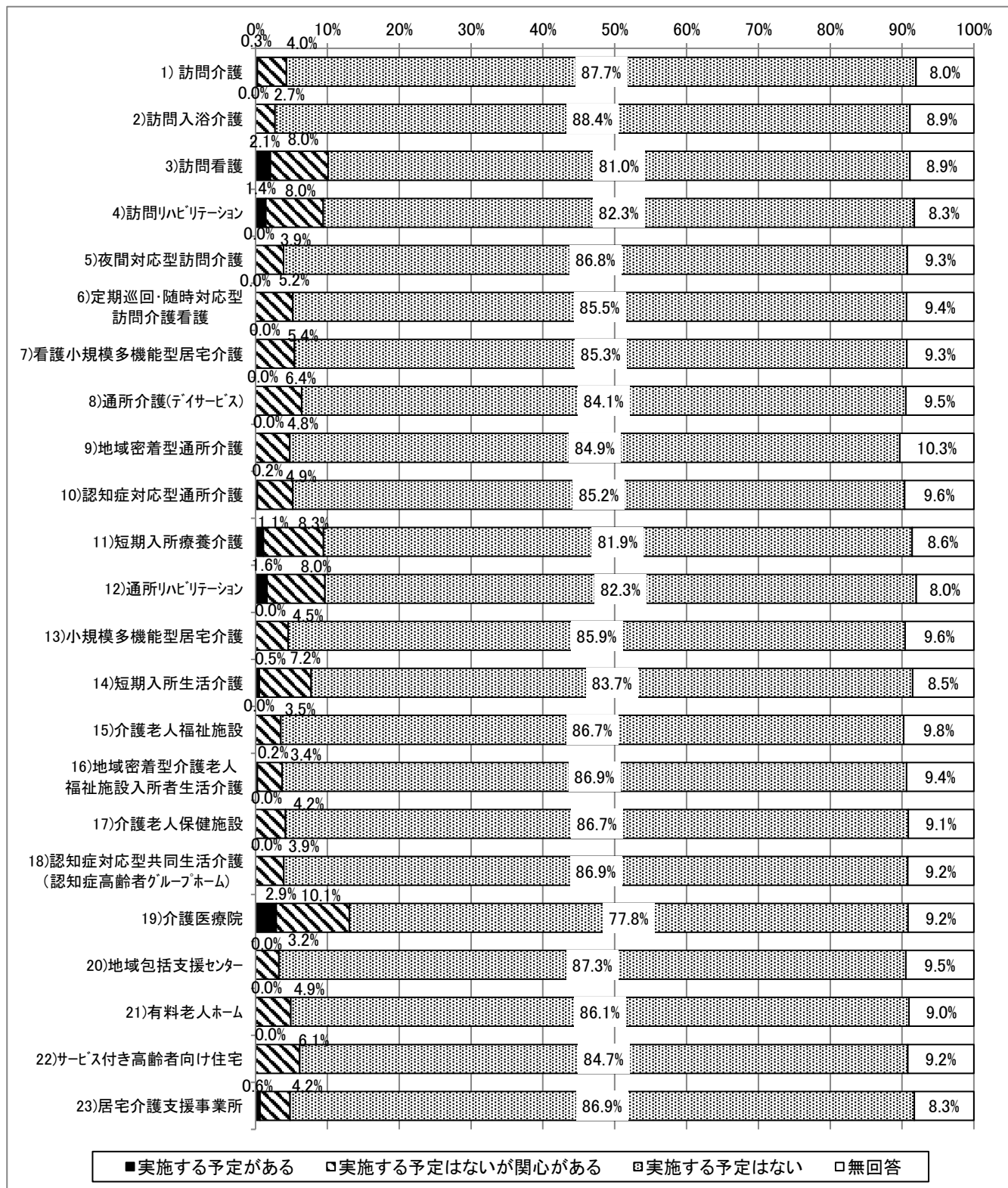
図表 2-41 現在の介護サービスの取組状況（複数回答、n=487）



②今後の介護サービスの取組予定

今後の介護サービスの取組予定をみると、次の図表のとおりであった。

図表 2-42 今後の介護サービスの取組予定
(各取組について現在実施していない施設)



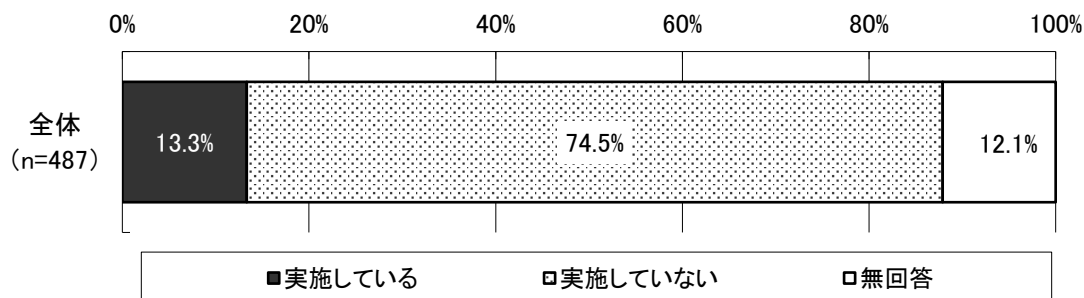
③事業の実施状況と外来受診者の割合

1) 通所介護（デイサービス）

通所介護（デイサービス）の実施状況をみると、「実施している」が13.3%であった。

通所介護（デイサービス）を実施している診療所における、通所介護利用者のうち平均4.2割が自院の外来に定期的に受診している。

図表 2-43 通所介護（デイサービス）の実施状況



図表 2-44 通所介護（デイサービス）の利用者のうち、自院の外来に定期的に受診している利用者の割合（通所介護（デイサービス）を実施している診療所）（n=51）

（単位：割）

平均値	標準偏差	中央値
4.2	3.0	3.0

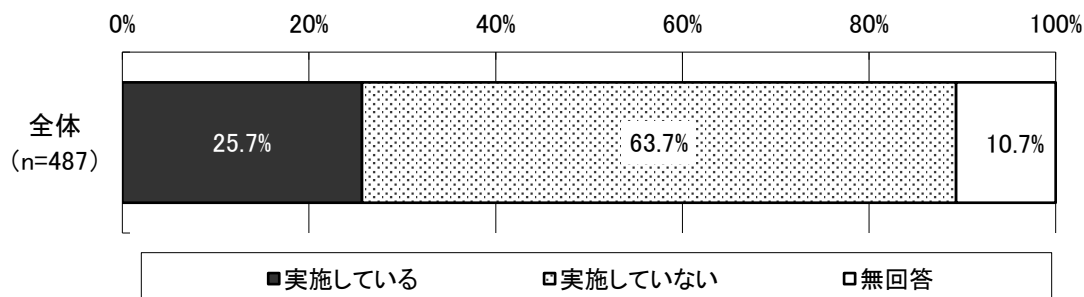
（注）通所介護（デイサービス）の利用者のうち、診療所の外来に定期的に受診している利用者の割合について記入があった51施設を集計対象とした。

2) 通所リハビリテーション（デイケア）

通所リハビリテーション（デイケア）の実施状況をみると、「実施している」が25.7%であった。

通所リハビリテーション（デイケア）を実施している診療所における、通所リハビリテーション利用者のうち平均5.3割が自院の外来に定期的に受診している。

図表 2-45 通所リハビリテーション（デイケア）の実施状況



図表 2-46 通所リハビリテーション（デイケア）の利用者のうち、診療所の外来に定期的に受診している利用者の割合

（通所リハビリテーション（デイケア）を実施している診療所）（n=104）

（単位：割）

平均値	標準偏差	中央値
5.3	3.1	6.0

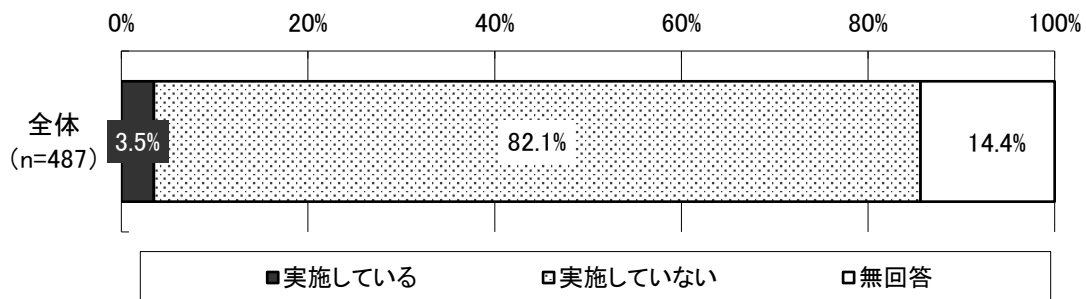
（注）通所リハビリテーション（デイケア）の利用者のうち、診療所の外来に定期的に受診している利用者の割合について記入があった 104 施設を集計対象とした。

3) 小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護の実施状況をみると、「実施している」が 3.5%であった。

小規模多機能型居宅介護を実施している診療所における、小規模多機能型居宅介護利用者のうち平均 5.4 割が自院の外来に定期的に受診している。

図表 2-47 小規模多機能型居宅介護の実施状況



図表 2-48 小規模多機能型居宅介護の利用者のうち、診療所の外来に定期的に受診している利用者の割合

（小規模多機能型居宅介護を実施している診療所）（n=13）

（単位：割）

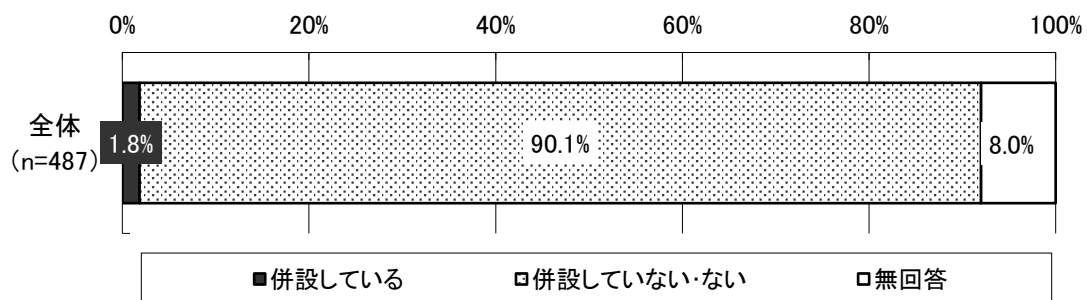
平均値	標準偏差	中央値
5.4	3.2	5.0

（注）小規模多機能型居宅介護の利用者のうち、診療所の外来に定期的に受診している利用者の割合について記入があった 13 施設を集計対象とした。

④介護医療院の併設の有無

介護医療院の併設の有無をみると、「併設している」が 1.8%、「併設していない・ない」が 90.1%であった。

図表 2-49 介護医療院の併設の有無



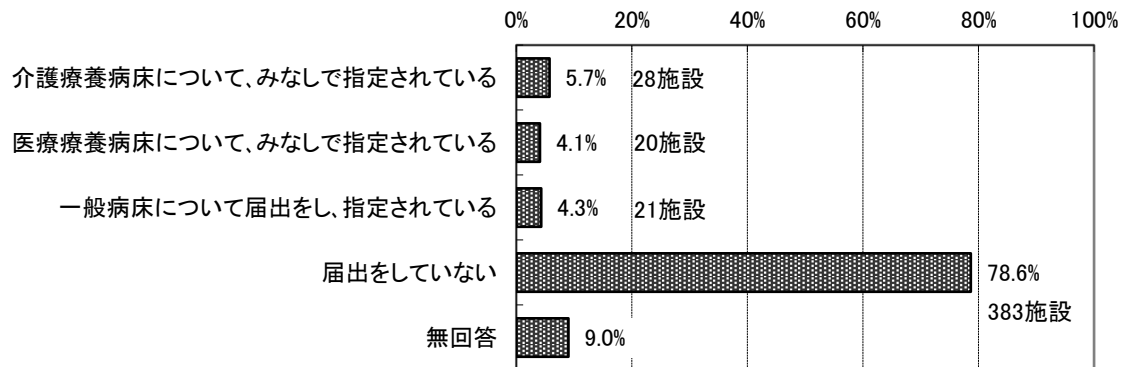
3. 短期入所療養介護の取組状況等

(1) 短期入所療養介護の届出状況等

①短期入所療養介護の指定の届出状況

短期入所療養介護の指定の届出状況をみると、次の図表のとおりであった。

図表 2- 50 短期入所療養介護の指定の届出状況（複数回答、n=487）



図表 2- 51 短期入所療養介護の指定の届出状況（主たる診療科別）（複数回答、n=487）

（単位：上段「件」、下段「%」）

	総数	介護療養病床について、みなしで指定されている	医療療養病床について、みなしで指定されている	一般病床について届出をし、指定されている	届出をしていない	無回答
全体	487 100.0	28 5.7	20 4.1	21 4.3	383 78.6	44 9.0
内科系	195 100.0	14 7.2	12 6.2	15 7.7	145 74.4	14 7.2
整形外科	99 100.0	6 6.1	4 4.0	1 1.0	78 78.8	11 11.1
外科系	51 100.0	3 5.9	1 2.0	2 3.9	41 80.4	5 9.8

(注)・「主たる診療科」は、以下の区分で整理した。

- ・「内科系」：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科（胃腸内科）、腎臓内科、神経内科、糖尿病内科（代謝内科）
- ・「外科系」：外科（呼吸器外科含む）、消化器外科（胃腸外科）、泌尿器科、肛門外科、脳神経外科

図表 2- 52 短期入所療養介護の指定病床数（一般病床）（n=20）

（単位：床）

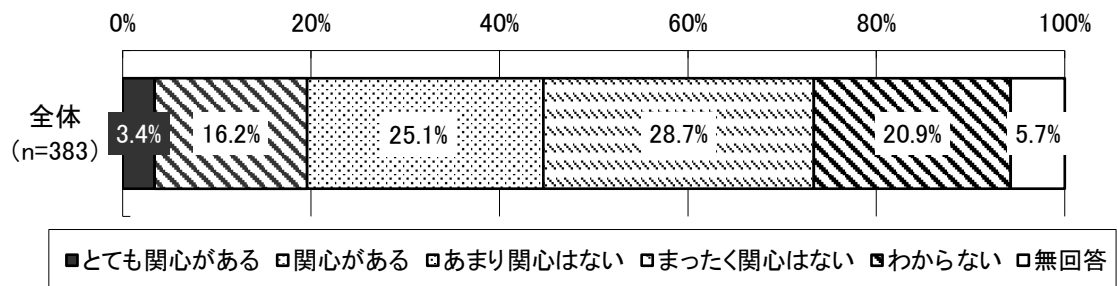
平均値	標準偏差	中央値
8.9	6.5	6.5

(注) 指定病床数について記入があった施設を集計対象とした。

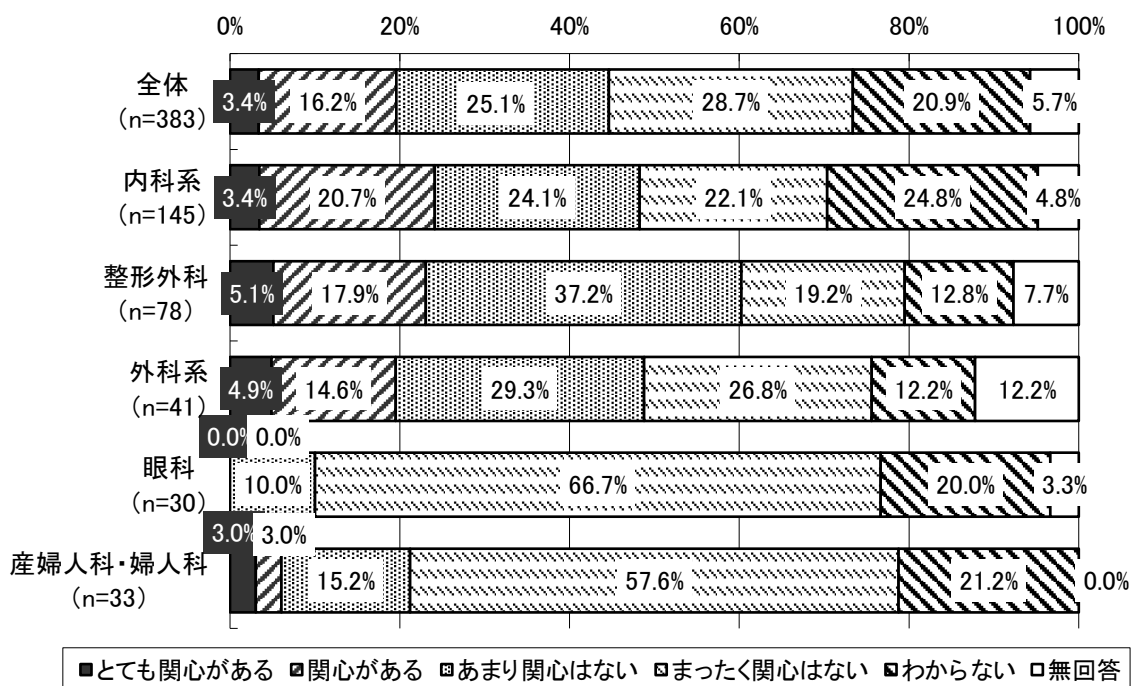
②短期入所療養介護を今後実施することに対する関心

短期入所療養介護を今後実施することに対する関心をみると、「とても関心がある」が3.4%、「関心がある」が16.2%、「あまり関心はない」が25.1%、「まったく関心はない」が28.7%、「わからない」が20.9%であった。

図表 2-53 短期入所療養介護を今後実施することに対する関心
(短期入所療養介護の届出をしていない診療所)



図表 2-54 短期入所療養介護を今後実施することに対する関心の有無
(短期入所療養介護の届出をしていない診療所、主たる診療科別)



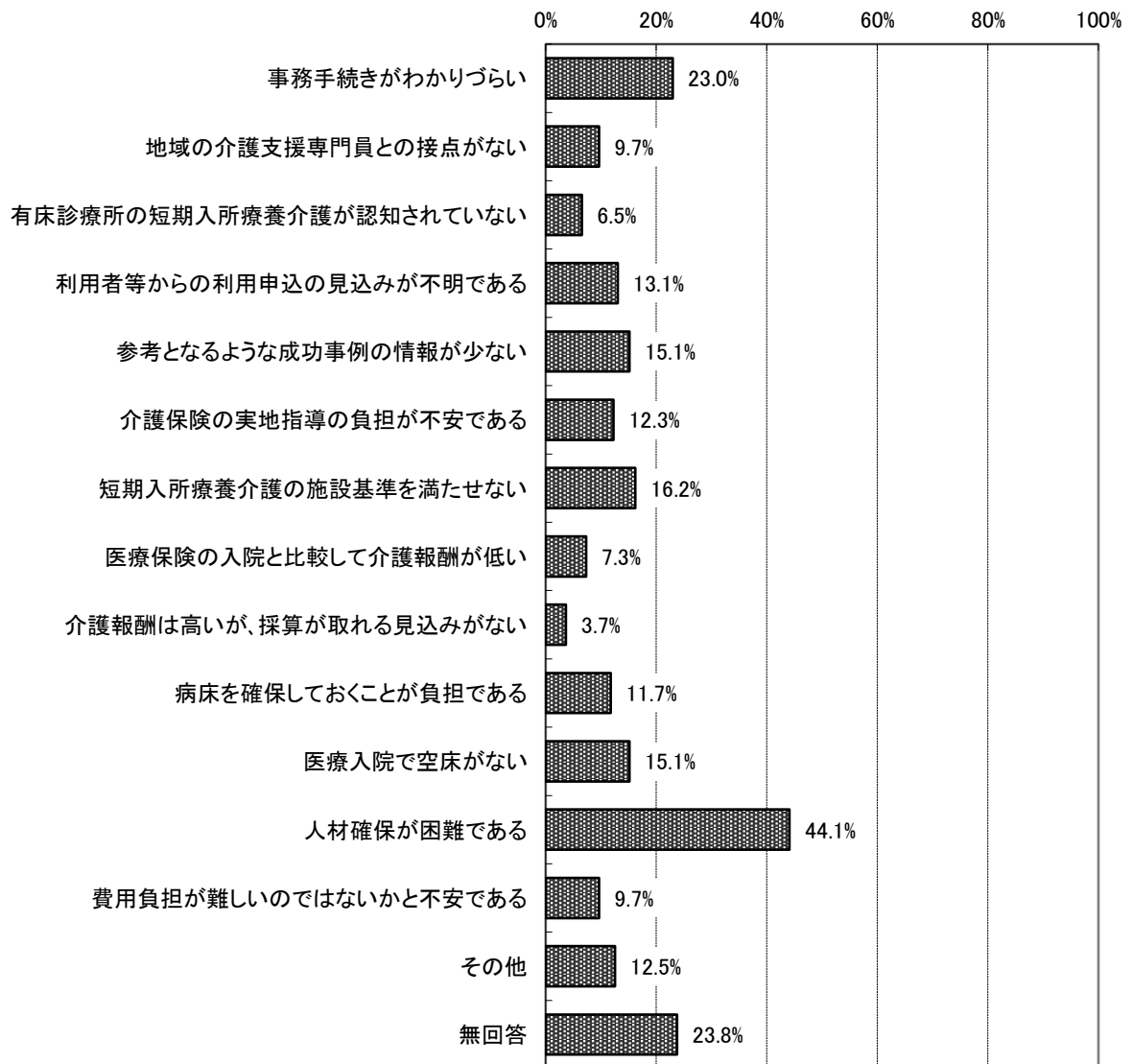
(注)・「主たる診療科」は、以下の区分で整理した。

- ・「内科系」：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科（胃腸内科）、腎臓内科、神経内科、糖尿病内科（代謝内科）
- ・「外科系」：外科（呼吸器外科含む）、消化器外科（胃腸外科）、泌尿器科、肛門外科、脳神経外科

③短期入所療養介護を行う上での課題

短期入所療養介護を行う上での課題をみると、「人材確保が困難である」が44.1%で最も多く、次いで「事務手続きがわかりづらい」が23.0%、「短期入所療養介護の施設基準を満たせない」が16.2%であった。

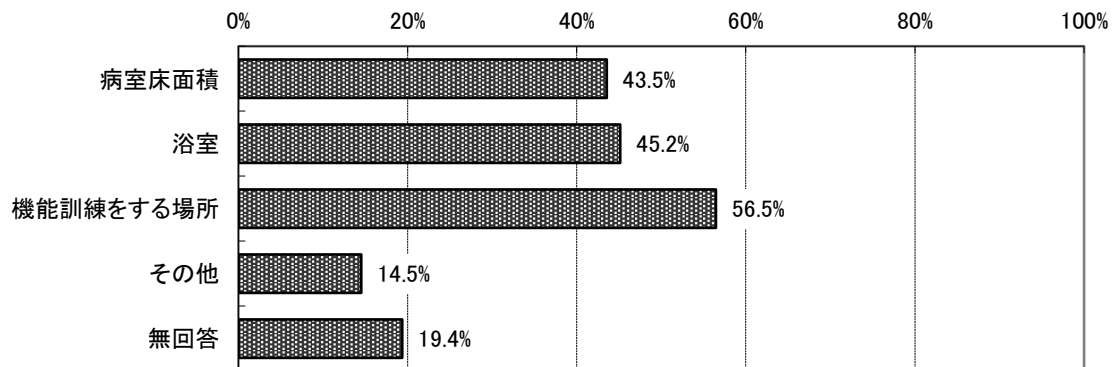
図表 2-55 短期入所療養介護を行う上での課題
(短期入所療養介護の届出をしていない診療所、複数回答、n=383)



(注)「その他」の内容としては「専門外である」、「診療科が適していない」、「院長の高齢化」、「スタッフの意識の切替ができない」、「ベッドコントロール」、「要件を満たす人的、空間的、設備的な余裕がない」、「稼働率が低下してしまう」、「認知症対応が難しい」等が挙げられた。

図表 2-56 満たせない短期入所療養介護の施設基準

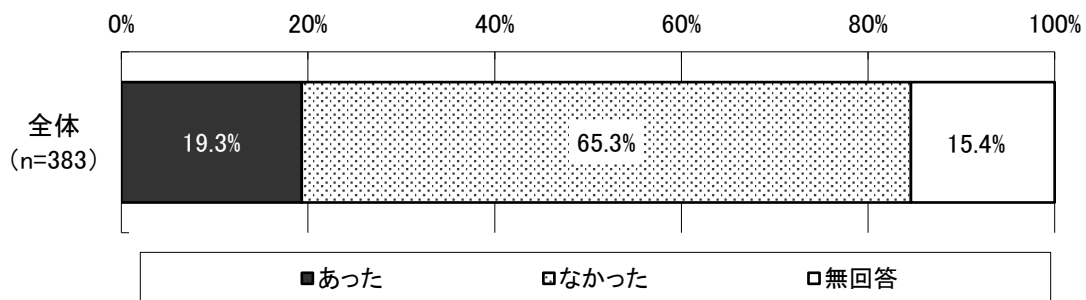
(「短期入所療養介護の施設基準を満たさない」と回答した診療所、複数回答、n=62)



④短期入所療養介護の利用者であるが医療保険での入院として受け入れざるを得なかった患者の有無

直近 1 年間における、短期入所療養介護の利用者であるが医療保険での入院として受け入れざるを得なかった患者の有無をみると、「あった」が 19.3%、「なかった」が 65.3%であった。

図表 2-57 短期入所療養介護の利用者であるが医療保険での入院として受け入れざるを得なかった患者の有無 (直近 1 年間)
(短期入所療養介護の届出をしていない診療所)



図表 2-58 短期入所療養介護の利用者であるが医療保険での入院として受け入れざるを得なかった患者数 (1 年間) (該当患者が「あった」と回答した診療所) (n=70)

(単位：人)

平均値	標準偏差	中央値
7.1	12.3	3.0

(注) 該当患者数について記入があった施設を集計対象とした。

(2) 短期入所療養介護の届出施設における取組状況等

①短期入所療養介護の指定の届出時期

短期入所療養介護の指定の届出時期は、次のとおりであった。平成30年に3施設の届出があった。

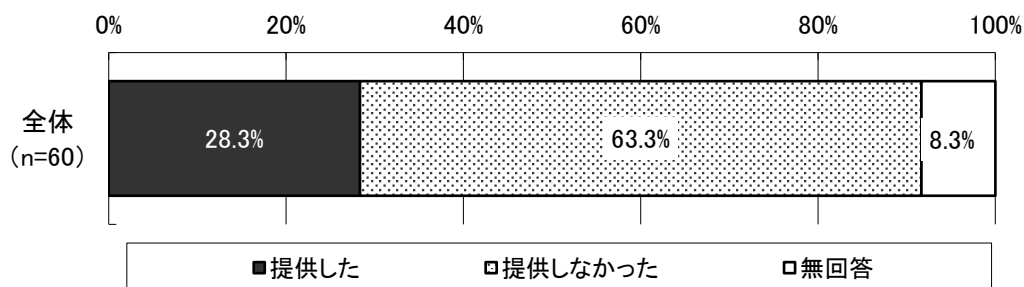
図表 2-59 短期入所療養介護の指定時期（届出診療所）

	施設数(件)	構成割合(%)
平成12年	15	25.0
平成13年	1	1.7
平成14年	0	0.0
平成15年	0	0.0
平成16年	1	1.7
平成17年	1	1.7
平成18年	0	0.0
平成19年	0	0.0
平成20年	1	1.7
平成21年	2	3.3
平成22年	4	6.7
平成23年	1	1.7
平成24年	3	5.0
平成25年	1	1.7
平成26年	0	0.0
平成27年	3	5.0
平成28年	2	3.3
平成29年	1	1.7
平成30年	3	5.0
無回答	21	35.0
全体	60	100.0

②短期入所療養介護の提供の有無

平成30年4月～9月の6か月間における、短期入所療養介護の提供の有無をみると、「提供した」が28.3%、「提供しなかった」が63.3%であった。

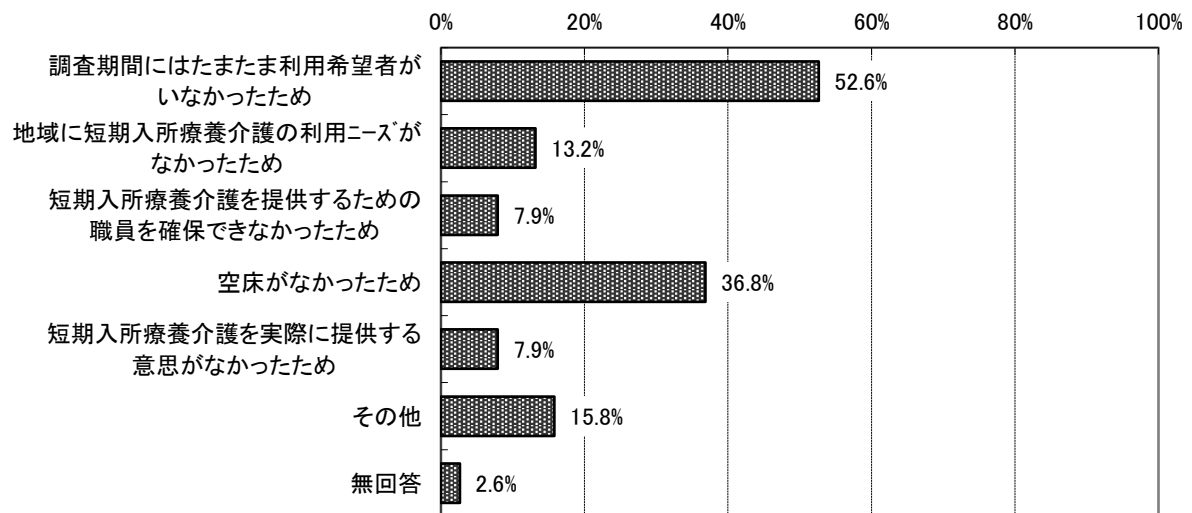
図表 2-60 短期入所療養介護の提供の有無（平成30年4月～9月の6か月間）
（届出診療所）



③短期入所療養介護の提供実績がなかった理由

平成30年4月～9月の6か月間において、短期入所療養介護を提供しなかった診療所にその理由を尋ねたところ、「調査期間にはたまたま利用希望者がいなかったため」が52.6%で最も多く、次いで「空床がなかったため」が36.8%であった。

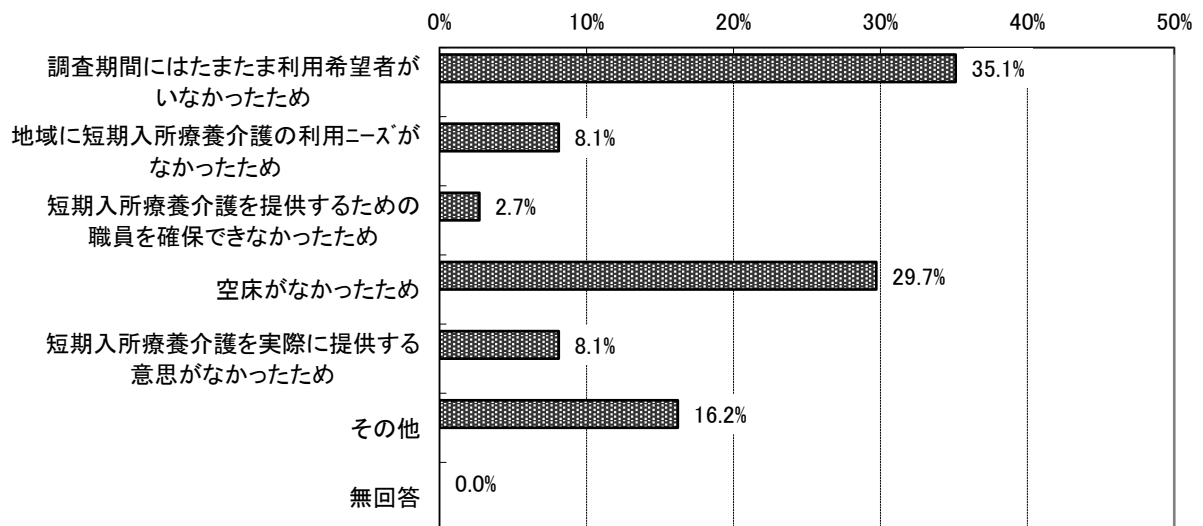
図表 2-61 短期入所療養介護の提供実績がなかった理由
(平成30年4月～9月の6か月間、複数回答、提供実績がなかった届出診療所) (n=38)



(注)・「短期入所療養介護を提供するための職員を確保できなかったため」と回答した施設は3施設であり、確保できなかった職種としていずれも「看護職員」「介護職員」と回答した。
・「その他」の内容として、「休止中」、「医院建替えのため一時的に病床を休床しているため」、「老健併設のため」が挙げられた。

平成30年4月～9月の6か月間において、短期入所療養介護を提供しなかった診療所にその最大の理由を尋ねたところ、「調査期間にはたまたま利用希望者がいなかったため」が35.1%で最も多く、次いで「空床がなかったため」が29.7%であった。

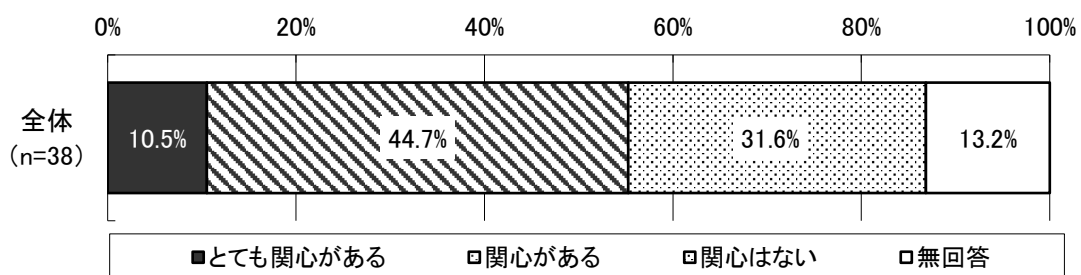
図表 2- 62 短期入所療養介護の提供実績がなかった最大の理由
(平成30年4月～9月の6か月間、単数回答、提供実績がなかった届出診療所) (n=37)



④短期入所療養介護を実施することへの関心の有無

平成30年4月～9月の6か月間において、短期入所療養介護を提供しなかった診療所に対して、短期入所療養介護を実施することへの関心の有無を尋ねたところ、「とても関心がある」が10.5%、「関心がある」が44.7%、「関心はない」が31.6%であった。

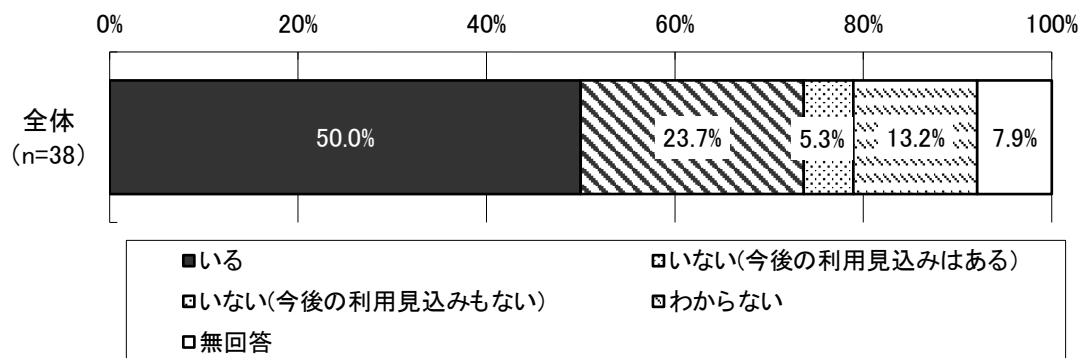
図表 2- 63 短期入所療養介護を実施することへの関心の有無
(平成30年4月～9月の6か月間) (提供実績がなかった届出診療所)



⑤自院をかかりつけ医とする患者における短期入所療養介護の利用ニーズがあると思われる患者の有無

平成30年4月～9月の6か月間において、短期入所療養介護を提供しなかった診療所に対して、自院をかかりつけ医とする患者における短期入所療養介護の利用ニーズがあると思われる患者の有無を尋ねたところ、「いる」が50.0%、「いない（今後の利用見込みはある）」が23.7%であった。一方、「いない（今後の利用見込みもない）」が5.3%であった。

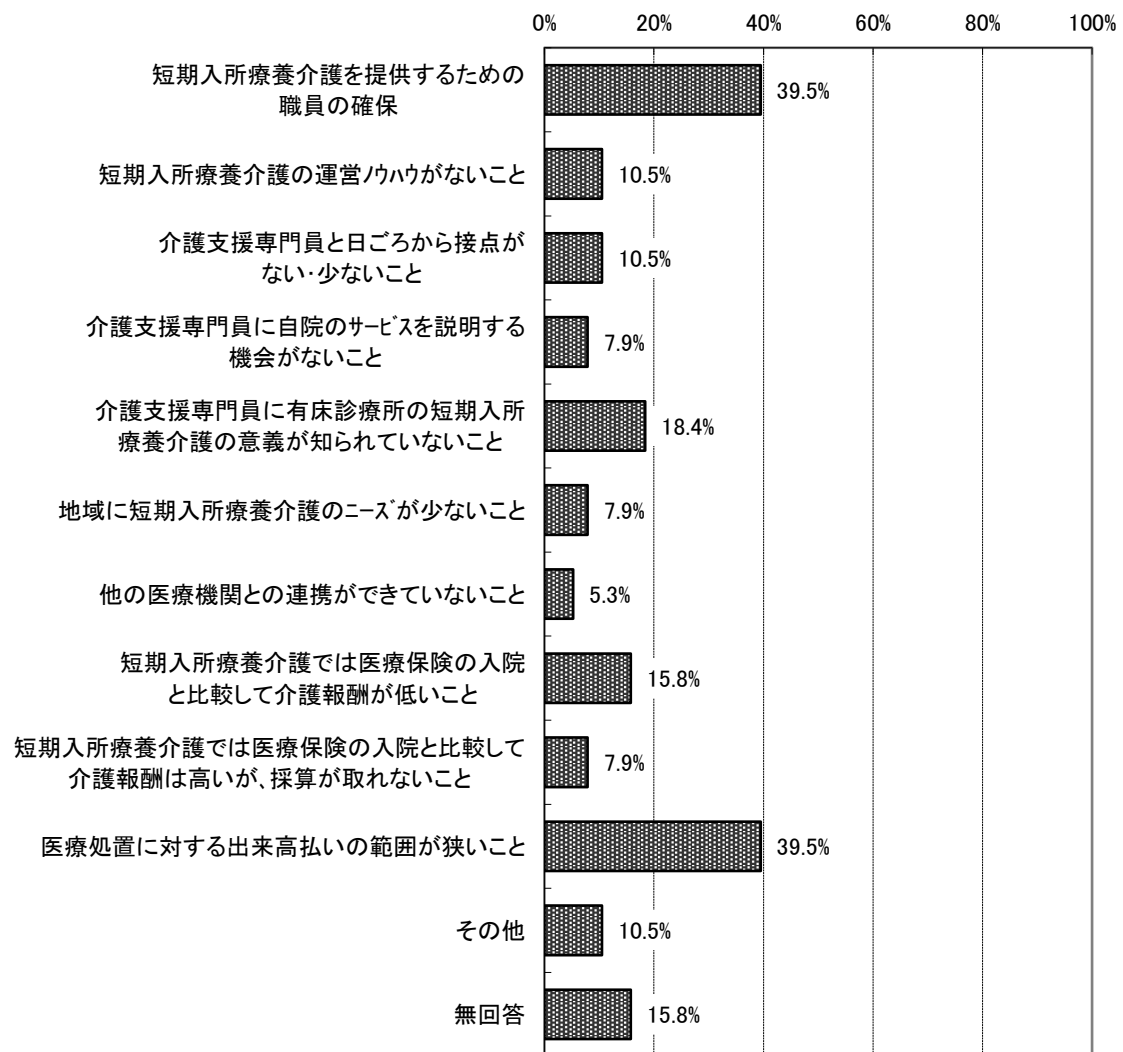
図表 2-64 自院をかかりつけ医とする患者における短期入所療養介護の利用ニーズがあると思われる患者の有無
(平成30年4月～9月の6か月間) (提供実績がなかった届出診療所)



⑥提供実績がない施設での短期入所療養介護を行う上での課題

平成30年4月～9月の6か月間において、短期入所療養介護を提供しなかった診療所に対して、短期入所療養介護を行う上での課題を尋ねたところ、「短期入所療養介護を提供するための職員の確保」、「医療処置に対する出来高払いの範囲が狭いこと」がそれぞれ39.5%で最も多かった。

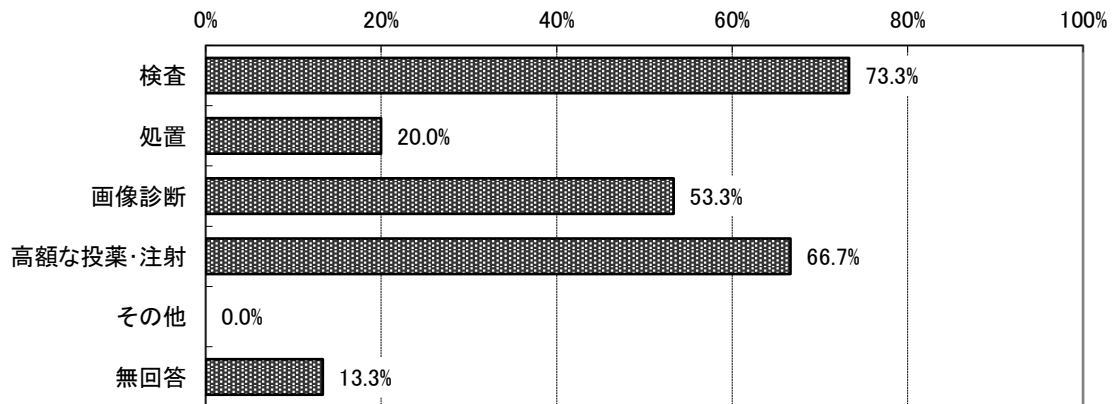
図表 2- 65 短期入所療養介護を行う上での課題（平成30年4月～9月の6か月間）
（提供実績がなかった届出診療所、複数回答、n=38）



(注)「その他」の内容として、「病床が少なく採算がとれない」、「病床が満床」、「ベッドの定期的な利用のマネジメントが困難」、「介護職員の確保が困難」等が挙げられた。

図表 2- 66 現行では負担が重い医療処置

(「医療処置に対する出来高払いの範囲が狭いこと」を課題として回答した診療所、複数回答、n=15)



⑦短期入所療養介護の提供実績

平成 30 年 4 月～9 月の 6 か月間における、短期入所療養介護の利用者数・延べ利用者数・延べ日数は次のとおりであった。

図表 2- 67 短期入所療養介護の提供実績 (平成 30 年 4 月～9 月の 6 か月間)
(提供実績があった届出診療所)

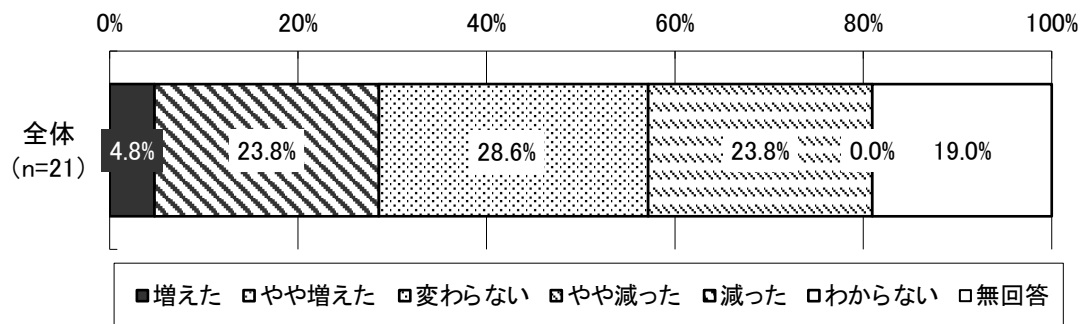
	回答施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値
利用者数(人)	15	9.9	10.0	5.0
延べ利用者数(人)	16	37.4	42.4	22.0
延べ日数(日)	16	535.1	719.6	100.0

(注) 短期入所療養介護の提供実績の各項目について記入があった施設をそれぞれ集計対象とした。

⑧1年前と比較した短期入所療養介護の利用者数の変化

1年前と比較した短期入所療養介護の利用者数の変化をみると、「増えた」が4.8%、「やや増えた」が23.8%であった。また、「変わらない」が28.6%であった。一方、「やや減った」が23.8%、「減った」が0.0%であった。

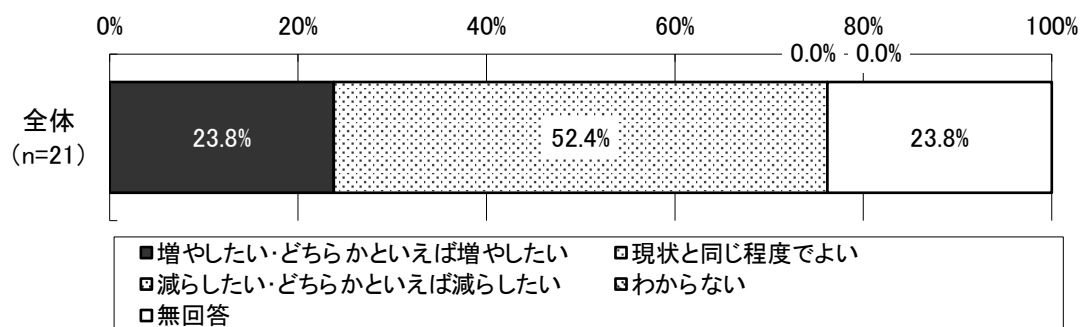
図表 2- 68 1年前と比較した短期入所療養介護の利用者数の変化
(提供実績があった届出診療所)



⑨短期入所療養介護の提供に関する今後の意向

短期入所療養介護の提供に関する今後の意向をみると、「増やしたい・どちらかといえば増やしたい」が23.8%、「現状と同じ程度でよい」が52.4%であった。

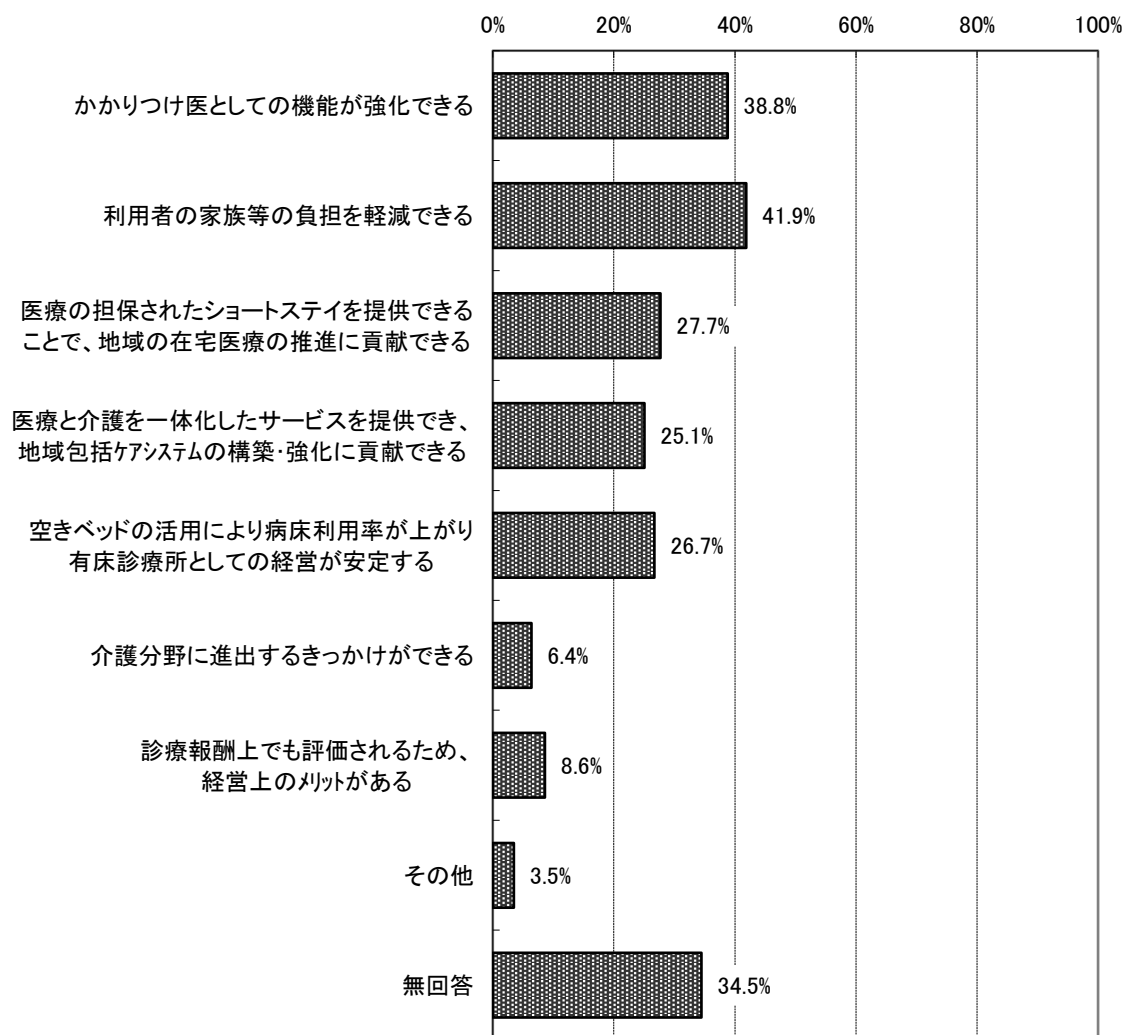
図表 2- 69 短期入所療養介護の提供に関する今後の意向
(提供実績があった届出診療所)



(3) 有床診療所が短期入所療養介護を提供する効果

有床診療所が短期入所療養介護を提供する効果を尋ねたところ、「利用者の家族等の負担を軽減できる」が41.9%で最も多く、次いで「かかりつけ医としての機能が強化できる」が38.8%、「医療の担保されたショートステイを提供できることで、地域の在宅医療の推進に貢献できる」が27.7%、「空きベッドの活用により病床利用率が上がり、有床診療所としての経営が安定する」が26.7%、「医療と介護を一体化したサービスを提供でき、地域包括ケアシステムの構築・強化に貢献できる」が25.1%であった。

図表 2-70 有床診療所が短期入所療養介護を提供する効果（複数回答、n=487）



(注)「その他」の内容として、「地域に一層信頼される要素となる」、「スムーズに入院できる」等が挙げられた。

図表 2- 71 有床診療所が短期入所療養介護を提供する効果（主たる診療科別）
（複数回答、n=487）

（単位：上段「件」、下段「%」）

	総数	かかりつけ医としての機能が強化できる	利用者の家族等の負担を軽減できる	地域の在宅医療の推進に貢献できる	地域包括ケアシステムの構築・強化に貢献できる	有床診療所としての経営が安定する	介護分野に進出するきっかけができる	経営上のメリットがある	その他	無回答
全体	487 100.0	189 38.8	204 41.9	135 27.7	122 25.1	130 26.7	31 6.4	42 8.6	17 3.5	168 34.5
内科系	195 100.0	90 46.2	97 49.7	67 34.4	62 31.8	66 33.8	14 7.2	17 8.7	6 3.1	57 29.2
整形外科	99 100.0	37 37.4	43 43.4	29 29.3	28 28.3	30 30.3	8 8.1	12 12.1	2 2.0	29 29.3
外科系	51 100.0	17 33.3	20 39.2	11 21.6	12 23.5	11 21.6	3 5.9	4 7.8	2 3.9	19 37.3

4. 居宅介護支援事業所との連携状況等

(1) 居宅介護支援事業所との連携状況等

①よく連携している居宅介護支援事業所数

よく連携している居宅介護支援事業所数は平均 3.8 事業所（中央値 2.0）であった。

図表 2-72 よく連携している居宅介護支援事業所数（n=301）

（単位：事業所）

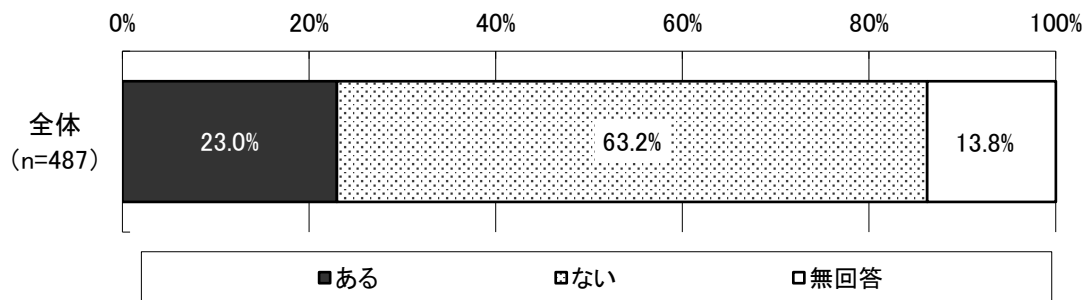
平均値	標準偏差	中央値
3.8	5.4	2.0

（注）よく連携している居宅介護支援事業所数について記入があった 301 施設を集計対象とした。

②同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所の有無

同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所の有無をみると、「ある」が 23.0%、「ない」が 63.2%であった。

図表 2-73 同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所の有無



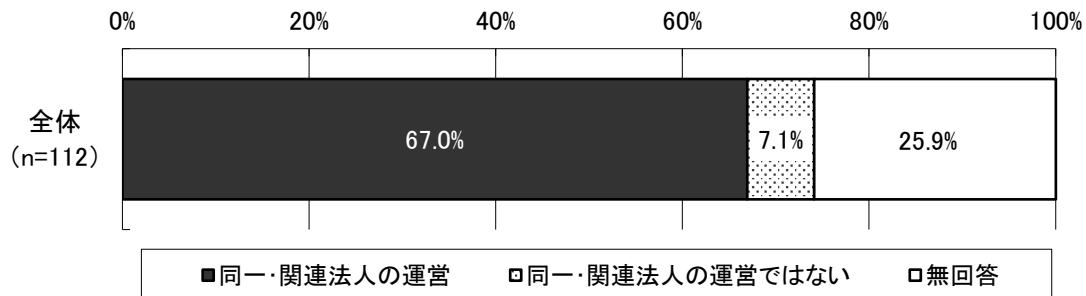
図表 2-74 同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所の有無

（単位：上段「件」、下段「%」）

	総数	ある	ない	無回答
全体	487	112	308	67
	100.0	23.0	63.2	13.8
内科系	195	67	107	21
	100.0	34.4	54.9	10.8
整形外科	99	23	66	10
	100.0	23.2	66.7	10.1
外科系	51	7	35	9
	100.0	13.7	68.6	17.6

同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所の運営者をみると、「同一・関連法人の運営」が67.0%、「同一・関連法人の運営ではない」が7.1%であった。

図表 2-75 同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所の運営者



図表 2-76 同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所の運営者

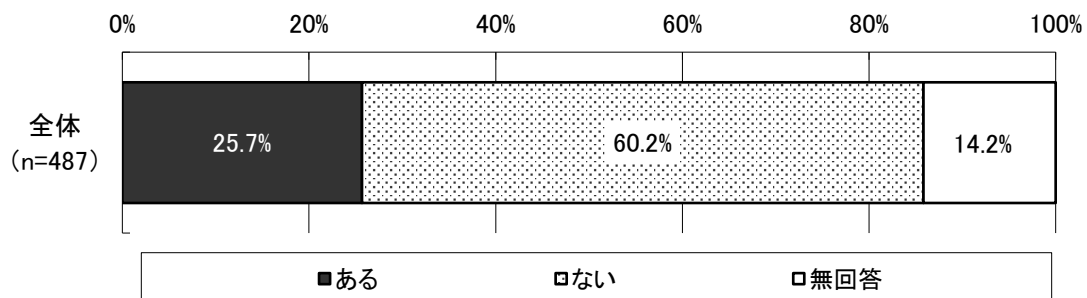
(単位：上段「件」、下段「%」)

	総数	同一・関連法人の運営	同一・関連法人の運営ではない	無回答
全体	112	75	8	29
	100.0	67.0	7.1	25.9
内科系	67	47	3	17
	100.0	70.1	4.5	25.4
整形外科	23	16	1	6
	100.0	69.6	4.3	26.1
外科系	7	2	2	3
	100.0	28.6	28.6	42.9

③同一・関連法人による居宅介護支援事業所の有無

同一・関連法人による居宅介護支援事業所の有無をみると、「ある」が25.7%、「ない」が60.2%であった。

図表 2-77 同一・関連法人による居宅介護支援事業所の有無



図表 2- 78 同一・関連法人による居宅介護支援事業所の有無

(単位：上段「件」、下段「%」)

	総数	ある	ない	無回答
全体	487	125	293	69
	100.0	25.7	60.2	14.2
内科系	195	75	102	18
	100.0	38.5	52.3	9.2
整形外科	99	21	67	11
	100.0	21.2	67.7	11.1
外科系	51	8	32	11
	100.0	15.7	62.7	21.6

図表 2- 79 同一・関連法人による居宅介護支援事業所数

(同一・関連法人による居宅介護支援事業所が「ある」と回答した施設) (n=122)

(単位：事業所)

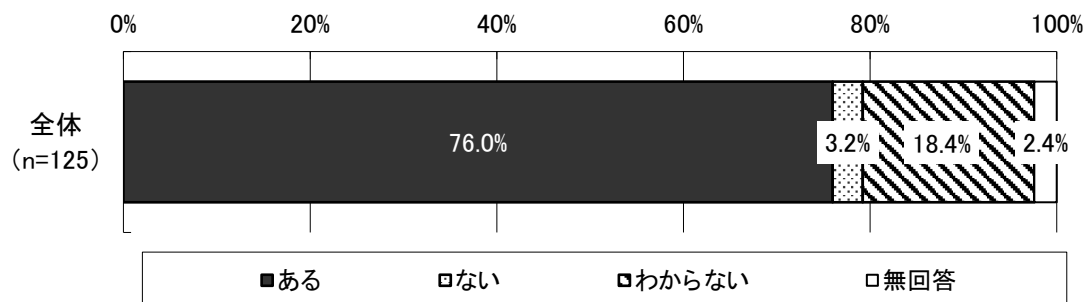
平均値	標準偏差	中央値
1.34	1.08	1.00

④居宅介護支援事業所を同一・関連法人が運営する場合のメリット

居宅介護支援事業所を同一・関連法人が運営する場合のメリットの有無をみると、「ある」が76.0%、「ない」が3.2%であった。

図表 2- 80 居宅介護支援事業所を同一・関連法人が運営する場合のメリットの有無

(同一・関連法人による居宅介護支援事業所が「ある」と回答した施設)



図表 2- 81 居宅介護支援事業所を同一・関連法人が運営する場合のメリットの有無
 (同一・関連法人による居宅介護支援事業所が「ある」と回答した施設)

(単位：上段「件」、下段「%」)

	総数	ある	ない	わからない	無回答
全体	125	95	4	23	3
	100.0	76.0	3.2	18.4	2.4
内科系	75	59	2	12	2
	100.0	78.7	2.7	16.0	2.7
整形外科	21	16	1	4	0
	100.0	76.2	4.8	19.0	0.0
外科系	8	6	0	2	0
	100.0	75.0	0.0	25.0	0.0

図表 2- 82 居宅介護支援事業所を同一・関連法人が運営する場合のメリット
 (居宅介護支援事業所を同一・関連法人が運営する場合のメリットが
 「ある」と回答した施設) (自由記述式)

○連携がとりやすい

- ・連携がとりやすい (10 件)。
- ・すぐに連絡がとれる。
- ・医師及び、通所リハビリ、デイサービス、介護施設との連携がとりやすい。
- ・気軽に相談ができる事と、利用者の紹介をしてくれる。
- ・お互いの状況が把握できる。
- ・他の医療機関との連携。

○情報共有がスムーズ

- ・スムーズな連携、患者の情報共有が速い。
- ・情報の共有、伝達等がスムーズである。
- ・患者情報の共有が常時行える。
- ・同一法人内のほとんどの利用者が同一法人医科診療所の患者なので、情報の把握が容易である。
- ・患者の細かい情報のやりとりがスムーズ。
- ・利用者の情報交換が密に行える。
- ・情報共有のやり方やシステムを一本化しやすくなる。
- ・情報伝達がスムーズに行われる。
- ・有事の際、すぐに相談できる。
- ・情報の共有が可能。

○適切なサービスの提供

- ・患者に対し、医療と連携しやすいのできめ細かいサポート・ケアプランが立てられる。

- ・患者の状態、生活環境等よく理解できているから。
- ・患者の状態に応じ、医療と連携したケアプランを立てることができる。
- ・対応が速い。
- ・診療で必要性を感じたらすぐに対応できる。患者・家族の相談が増える。
- ・情報がスピーディに伝わり、ケアプラン等に反映でき、また家族への連絡が一体化した情報なので説明しやすい。

○医療から介護への円滑な移行

- ・介護が必要な人への早期発見・医療介護の連携がとれる。
- ・外来患者で医療でなく介護保険によるリハビリを勧めたい時にスムーズである。
- ・患者への介護保険利用の説明（がしやすい）。
- ・介護サービスを利用したい患者がいる場合、すぐに対応できる。気軽に相談・質問できる。
- ・介護サービス利用を希望している、かかりつけ患者に対応できるから。
- ・外来等で相談が必要な場合すぐ対応ができる。
- ・介護導入容易。
- ・入院患者で完治後自宅に帰れない方などの行き先を事前に相談し探せることで入院期間を短くできる。
- ・介護認定を受ける時に相談しやすい。支援・サービスの確認ができる。
- ・受診時、介護について相談された場合、ケアマネとの連携がすぐにとれる。介護保険の説明、利用方法など。
- ・当院外来患者の介護認定の調査依頼ができる。訪問診療をしているので、介護サポートを相談できる。
- ・情報共有のしやすさ。関連法人の他事業所（訪問介護）との連携がとりやすい。

○医療と介護の連携

- ・介護と医療の連携がスムーズである。
- ・医療的ニーズの高い患者の情報がスムーズに共有できるのですばやい行動ができる。
- ・外来通院が困難になった時、介護サービスを入れたり、訪問診療につなげたりできる。
- ・連絡が密に可能である。医療と介護の受け渡しがスムーズに行える。
- ・多職種連携は大切。
- ・入所中または入院中の方について、本人や家族が、介護保険の更新や、在宅へ帰るためのことをたずねられた際にくわしく話をしていただける。入退院があった後、サービスの調整を組み直す際、利便性がある。
- ・対応がスムーズに行く。

○医療ニーズへの対応ができる

- ・介護支援事業所内での病変にすばやく対応可能。

- ・土、日、祝日に利用者が急変した時の対応がやりやすい。他事業所だと連絡がつきにくい。
- ・合併症が多い、重症の患者を在宅でみることができる。
- ・入院転院がスムーズ。

○情報収集

- ・地域高齢者世帯状況把握・地域サービス事業所把握・地域連携システム状況。
- ・地域のニーズを把握しやすい。
- ・情報が入りやすくなる。
- ・情報収集。
- ・利用者及びその家族の要望がより具体的に把握できる。
- ・利用者の身体状況がわかりやすい。
- ・利用者・患者の動向がわかる。
- ・地域支援の情報交換ができる。
- ・施設ごと、事業ごとのニーズをとらえやすい。

○調整がしやすい

- ・退院調整について、相談・調整が行いやすい。
- ・他スタッフ等の協力が得られやすい。時間の融通がきく。
- ・退院調整時、カンファレンスの時間調整がしやすい。病棟・外来・ケアマネの連携がしやすい。

○患者・利用者・家族にとってのメリット

- ・患者の要望が介護施設にも伝わりやすい。
- ・医療介護の両面で患者をサポートしやすい。
- ・介護サービス利用者のニーズが把握しやすい。より適切なサービス提供につながる。
- ・入退院支援を行ううえで、連携を図りやすい。患者・家族にとっても、情報が早く行き来するため、メリットが大きい。

○経営上のメリット

- ・併設のデイケア利用者獲得の上でとても重要と考える。
- ・病床入院患者の確保につながる。
- ・限られた資源を有効に活用できやすくなり、また在宅に帰る場合や透析通院の手段等が多様になった。
- ・自院の通所リハ、通所介護に誘導しやすい。

○その他

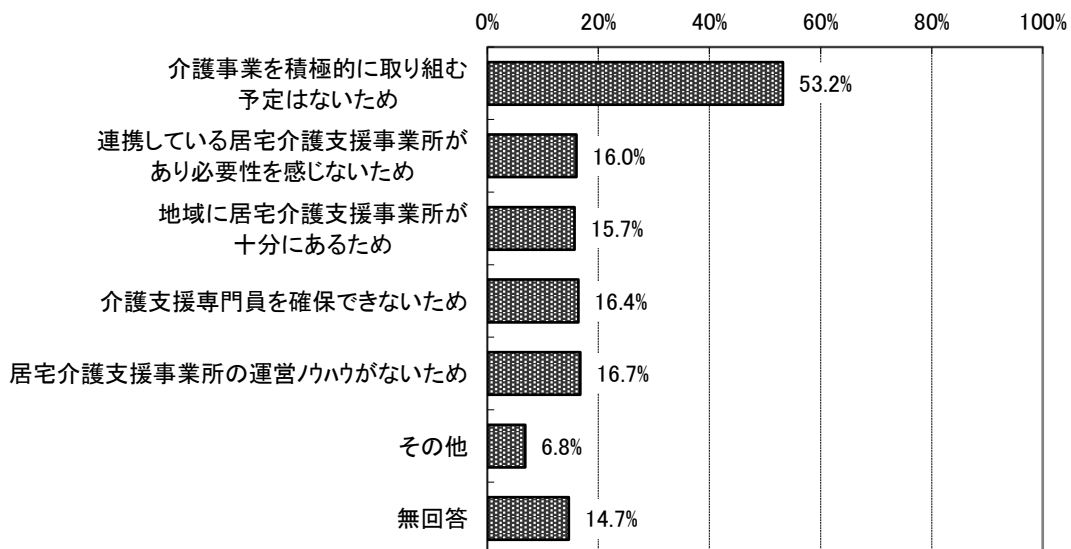
- ・同一の理念、方針でサービス提供できる。

- ・家族の思い等を情報共有できる。
- ・外来、入院、デイケアを同一法人で行うメリットは大きい。患者＝利用者のひも付けが一連しているので把握しやすい、相手にも信頼されやすい。
- ・社会福祉士、介護支援専門員からの見地で意見が聴け、アドバイスを受けることができる。他施設との連携の際に役立つ。

⑤居宅介護支援事業所を同一・関連法人が運営していない理由

居宅介護支援事業所を同一・関連法人が運営していない理由をみると、「介護事業を積極的に取り組む予定はないため」が53.2%で最も多く、他の理由は同程度であった。

図表 2-83 居宅介護支援事業所を同一・関連法人が運営していない理由
(同一・関連法人による居宅介護支援事業所が「ない」と回答した施設) (複数回答)
(n=293)



(注) 「その他」の内容として、「現在、専門医院のため」、「急性期医療が忙しく時間がとれないため」、「診療業務に手一杯で余裕がないため」、「本院の機能を阻害するから」、「人材不足により経営困難」、「採算が合わないため」、「スタッフの定年により、平成28年で居宅支援事業所を廃止」、「介護事業を行っていないため」等が挙げられた。

図表 2- 84 居宅介護支援事業所を同一・関連法人が運営していない理由
 (同一・関連法人による居宅介護支援事業所が「ない」と回答した施設) (複数回答)
 (n=293)

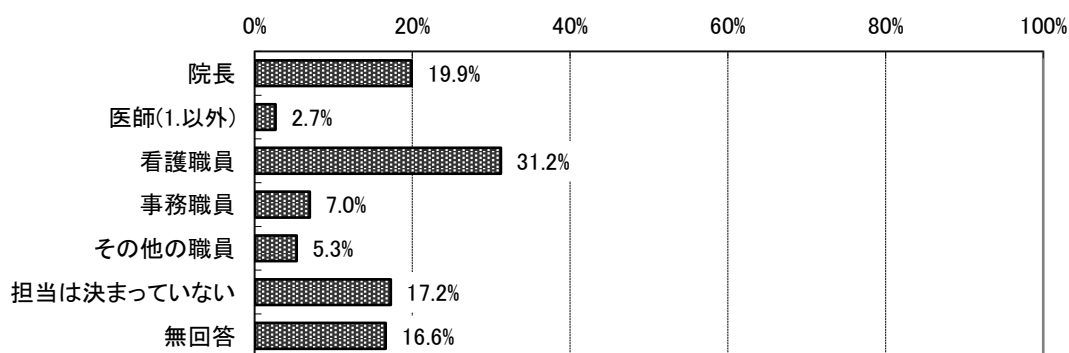
(単位：上段「件」、下段「%」)

	総数	介護事業を積極的に取り組む予定はないため	連携している居宅介護支援事業所があり必要性を感じないため	地域に居宅介護支援事業所が十分にあるため	介護支援専門員を確保できないため	居宅介護支援事業所の運営ノウハウがないため	その他	無回答
全体	293 100.0	156 53.2	47 16.0	46 15.7	48 16.4	49 16.7	20 6.8	43 14.7
内科系	102 100.0	51 50.0	29 28.4	22 21.6	21 20.6	19 18.6	8 7.8	8 7.8
整形外科	67 100.0	31 46.3	6 9.0	11 16.4	14 20.9	13 19.4	1 1.5	15 22.4
外科系	32 100.0	22 68.8	6 18.8	3 9.4	5 15.6	4 12.5	1 3.1	4 12.5

⑥有床診療所における介護支援専門員との主な連携窓口担当者

有床診療所における介護支援専門員との主な連携窓口担当者は、「看護職員」が31.2%で最も多く、次いで「院長」(19.9%)であった。また、「担当は決まっていない」という施設も17.2%であった。

図表 2- 85 有床診療所における介護支援専門員との主な連携窓口担当者
 (単数回答、n=487)



(注)「その他」の内容として、「ケアマネジャー」(17件)、「理学療法士」(4件)、「デイケア職員」(3件)、「MSW」(2件)、「社会福祉士」(2件)、「薬剤師」、「作業療法士」、「介護福祉士」等が挙げられた。

図表 2- 86 有床診療所における介護支援専門員との主な連携窓口担当者
(主たる診療科別) (単数回答、n=487)

(単位：上段「件」、下段「%」)

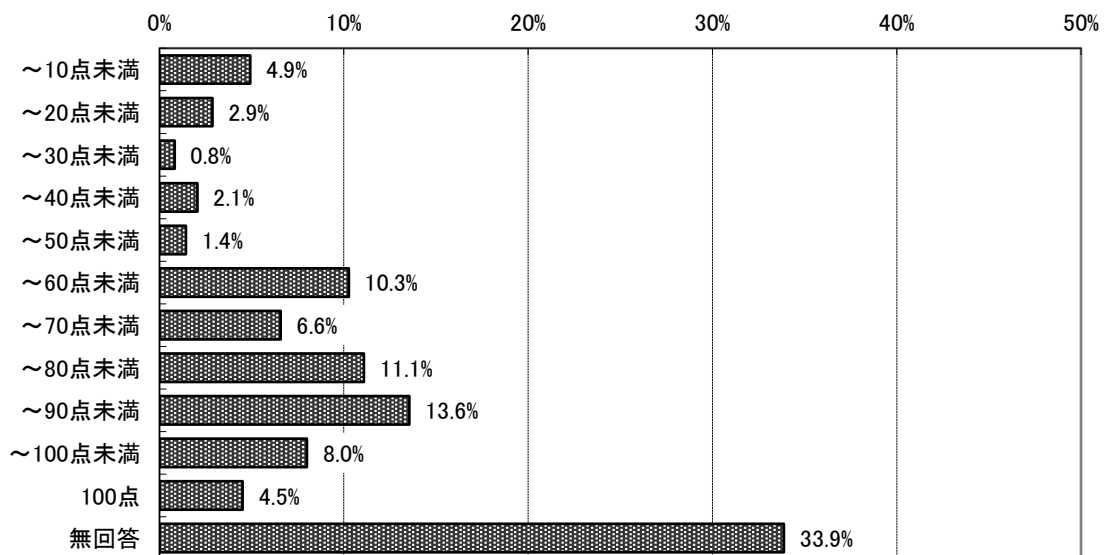
	総数	院長	医師	看護職員	事務職員	その他の職員	担当は決まっていない	無回答
全体	487	97	13	152	34	26	84	81
	100.0	19.9	2.7	31.2	7.0	5.3	17.2	16.6
内科系	195	49	9	73	16	16	12	20
	100.0	25.1	4.6	37.4	8.2	8.2	6.2	10.3
整形外科	99	14	2	39	7	6	20	11
	100.0	14.1	2.0	39.4	7.1	6.1	20.2	11.1
外科系	51	10	0	11	3	2	12	13
	100.0	19.6	0.0	21.6	5.9	3.9	23.5	25.5

⑦地域の介護支援専門員との連携に関する評価

地域の介護支援専門員との連携に関する評価として、十分に連携ができている場合を 100 点とした場合の点数を尋ねたところ、無回答を除くと、「～90 点未満」が 13.6%で最も多く、次いで「～80 点未満」が 11.1%、「～60 点未満」が 10.3%であった。70 点以上が全体の 4 割近くを占めた。

また、平均 62.3 点（中央値 70.0）であった。

図表 2- 87 地域の介護支援専門員との連携に関する評価 (単数回答、n=487)



図表 2- 88 地域の介護支援専門員との連携に関する評価 (n=322)

(単位：点)

平均値	標準偏差	中央値
62.3	27.7	70.0

(2) 介護支援専門員と円滑に連携を行うためのポイント等

①介護支援専門員と円滑に連携を行うためのポイント

介護支援専門員と円滑に連携を行うためのポイントは次のとおりである。

図表 2-89 介護支援専門員と円滑に連携を行うためのポイント（自由記述式）

○顔の見える関係づくり

- ・顔の見える関係づくり（3件）。
- ・顔の見える関係づくりを定期的に行うことによって相談しやすい関係を築くこと。
- ・顔の見える多職種交流事業を実施している。
- ・もともと通院中の患者が介護保険利用者であればケアマネジャーは主治医を把握していると思うので、何かの機会がある時に顔がわかる関係を持っておくと報告しやすい。

○直接会うこと

- ・直接会って面談する（4件）。
- ・まず会うこと。主治医意見書は依頼が多いので、その後ケアマネジャーと会う習慣をつければ、デイケアやショートステイの利用者が増える。
- ・ケアマネジャーが来院すること。
- ・事業所ごとにまとめて、指示書・ケアプランなどの書類を診療所窓口を持ってきてほしい（診療・病棟業務があり、指示書を記入する医師、書類を受けとる事務窓口も慌ただしくしているため）。
- ・頻繁に会って話をする。
- ・必要な時は、その都度、面談を行う。
- ・面談の機会を得ること。

○コミュニケーション、密な連絡・情報共有

- ・ふだんから、連絡を密にする（4件）。
- ・日頃からのコミュニケーション（2件）。
- ・日頃から頻繁にコミュニケーションをとる。地域のケア会議等に参加する。
- ・常日頃から接点を持つ。
- ・連絡をとりあう。相談する。状態報告する。
- ・細かな連絡調整での情報提供の共有。
- ・常に利用者に関して連絡をとり合っていること。変わったことがあったら、医師との面談をすぐ行う。
- ・患者の変化があった時にお互いに電話連絡する。
- ・定期的に（頻繁に）連絡を取り、情報交換を行っている。
- ・問題点が発生した場合の情報交換。ケアマネジャーと話し合いのもと対策を立てている。

- ・電話・書面などによるこまめなやりとりを日常的に行う。
- ・電話やFAX、メールのやりとりを変更があった時にすぐ行う。
- ・頻回に電話等で情報交換する。自宅訪問が不可能の場合、写真等、メールでのやりとりで情報共有する。
- ・問題があれば電話にて状況を伝達する。
- ・連絡。任せるところは任せる。

○気軽に連絡がとれる。

- ・電子メール等で気軽に連絡がとれれば良いと思う。
- ・メールでの連絡を主に行うことで互いのストレスが減る。ただし、セキュリティの問題が懸念され、当院では「あじさいネット」上のセキュアメールを利用できるケアマネとの連携を進めている。

○診療所側での話しやすい環境づくり等

- ・ケアマネジャーが相談しやすい環境を作っている。関係のあるケアマネジャーと2か月に1回院内カンファレンスを実施している。
- ・当方から積極的に関わっていくこと。介護保険の中での担当者会議への参加。
- ・医師への相談の垣根をできるだけ低くすること。
- ・常に行き来して気さくに話せる環境を築く。ケアマネジャーの訪問面会を嫌がらない。
- ・日頃から連絡を取り合い、些細なことでも相談できる体制づくりが必要。
- ・平素から良好な対応をするように心懸けること。
- ・顔の見える関係を築くこと。医師側が敷居を低くして相談できやすい雰囲気をつくること。

○診療所側の体制整備

- ・院内に連携に長けた者がおり円滑に行えているが、その者の退職後は不安である。窓口となるスタッフ個人によるところがある。
- ・外来・入院ともに看護部内で担当チームを設置し、スクリーニングを行っている。また、入院時や外来患者でも必要な時には、早期にケアマネジャーとコンタクトをとるようシステムの構築を進めている。
- ・地域の医療・介護に対して円滑に共有できる体制を取ることがポイント。
- ・当院で運営している居宅介護支援事業所のケアマネジャーを活用して、地域の他のケアマネジャーとの連携を推進している。当院のケアマネジャーに、仲介役・情報収集等をしてもらっている。
- ・当院に2名のケアマネジャーがいるので連携はスムーズ。
- ・当方に専門の係を配置する必要がある。
- ・連携担当者を決め、診療情報を担当者に全て伝えておくこと。また、担当者を通じて、ケアマネジャーからの情報を収集すること。

○患者・利用者情報の共有

- ・患者が介護保険を持っているのか、また、持っている場合の利用状況（デイケア・デイサービスの確認）はどうかなど、情報を提供していただくこと。
- ・頻回な面接・患者情報の共有。
- ・利用者の状態等をこまめに連絡していただけるとこちらも連絡がとりやすい。
- ・患者（利用者）の状態、特性、ニーズの情報共有。
- ・患者の情報を密にやりとりし、情報共有していくことが大切。
- ・介護支援を受けている患者が外来通院する場合は、お互いに情報を提供し合って患者の日常生活の計画に役立てたいと思う。
- ・治療や介護の方針が十分に共有できること。
- ・相互に良く話し合った上で、介護支援に役立つよう協力するしかないと思う。今のところ円滑に進んでいる。
- ・多職種との情報共有。
- ・患者に関し、情報の共有を日頃から行う。
- ・在宅での生活状況の把握ができること。

○情報提供シート等の活用

- ・担当のケアマネジャーを把握する。入退院連携のフローチャート等を活用して確認し連携を行う。情報提供シートを活用し、情報を共有する。
- ・連携を円滑にするため当地域では医療機関（医師・歯科医師・薬剤師等）とケアマネジャーの連絡票（書式を統一している）を作成し、互いの連携を促進している。
- ・定期的に居宅介護支援事業所を訪問している。患者・家族を通してカンファレンスや連携ノートを活用し情報を共有している。問題点の改善にむけた話し合いの頻度を増やす。

○入院・退院等での情報共有

- ・入院・退院後の在宅に向けての情報提供を細めに行いサービスの見直し等、情報交換を頻繁に行う。
- ・入院時の情報収集、退院前早期からの情報提供、カンファレンスの開催。
- ・入院時はもちろん、外来診察でもちょっと変化があった場合、ケアマネジャーに連絡を入れている。退院前カンファへの参加を求める。
- ・入院当初からケアマネジャーと情報を共有し、早期の退院調整を行っていく。早期からの介入により、退院後のADL状況に合わせた支援や、家族の協力、または社会的資源活用がしやすい。入院前の介護状況を確認し、退院調整につなげていく。
- ・入退院を含めた連絡を密に取り合っている。退院時には、情報提供を行っている。退院後、通院を継続している患者については、こうしたらどうかという提案をケアマネジャーに話している。入院中は、担当者会議まで参加していただき、退院後すぐにサービスを使用できるよう退院日の調整を家族・ケアマネジャーと一緒に検討する。

- ・入退院時には必ず連絡を取り合い、情報提供書のやりとりをしている。退院後の方針（在宅あるいは施設）について、相談にのってもらい連携を図っている。
- ・入退院の時にケアマネジャーに連絡を入れることにより、退院後の自宅への生活がスムーズに進む印象がある。
- ・入退院時はもちろん、在宅生活に安心して戻れるよう、まめに情報交換やカンファレンスなどを行うこと。

○症例カンファレンス等

- ・ケアマネジャーが積極的にケースに関われると連携がとりやすい。
- ・医療機関とケアマネジャーとのセミナー・カンファレンスがあれば、その情報がほしい（当院は、整形外科であるため、情報が少ない）。
- ・月に1回、当院で他事業所のケアマネジャー、訪問看護師とのカンファレンスを開催中。
- ・担当者会議に参加することにより、ケアマネジャーを始め関係者との接点ができ、また、同じ状況（自宅等）でアセスメントができることで、より問題点が明確になり、情報の共有がスムーズになった。顔を知ることも重要。さらに居宅療養指導票を月2回報告することで利用者のことがよくわかる。連絡・報告の体制が充実し、情報共有ができて、利用者のニーズに応えることができている。
- ・定期的にケアマネと医療機関との会合。

○地域ケア会議、研修、交流の場等への参加

- ・地域ケア会議の参加。地域の介護に関する研修への参加。
- ・ケアマネ合同の研修会に参加。
- ・地域での介護支援専門員の集まりに積極的に参加していくこと。交流を深めていくこと。
- ・研修に参加して他事業所との交流を図り、地域の情報提供の交換をする。
- ・院長やスタッフが積極的に地域に参画し、顔のみえる関係を構築する。
- ・カンファレンスや勉強会などで顔の見える関係や「どこでも連絡帳」などを利用する。
- ・自院のスタッフが多職種との会議に参加する。
- ・地域ケア会議、地域包括支援センター会議に出席している。
- ・地域の勉強会などに積極的に参加し、情報収集がスムーズに行えるようにする。
- ・地域の共同事業の実施（イベント等）。

○相互理解、尊重

- ・お互いの役割、立場、できること、できないことを理解し、尊重する。それぞれの得意分野を活かし積極的に協力する。
- ・ケアマネジャーの話を傾聴する。わからないことがあればケアマネジャーに質問する。
- ・多職種連携は相互尊敬。

○連携のために必要な情報

- ・患者ごとのケアマネジャーが誰かわかりづらい。
- ・利用施設名やケアマネジャーの名前がわからず困ったことがあった。ヘルパーの名前だけは覚えていた。
- ・連絡先の確認。患者の訴えはなるべく早く連絡、相談。担当が交替した場合の確認。

○ケアマネジャーの中立性

- ・ケアマネジャーには公的と私的所属の方がおり私的からの依頼は少ない。
- ・ケアマネジャーが自分の組織（会社）へ囲い込みしている場合、必要な介護サービスが受けられないケースもある。ケアマネジャーの質の向上、中立的な立場。
- ・フリーのケアマネジャーと連携する。
- ・ほぼすべてのケアマネジャーはヒモ付きなので、自分の法人に利益誘導している印象がある。今から割り込む気にならない。

○ケアマネジャーの資質向上

- ・担当する介護支援専門員の医療知識によるところが重要であると思われる。
- ・ケアマネジャーの能力向上。
- ・ケアマネジャーのレベルに差がある。
- ・もう少し現場に足を運び、次に起こり得る状況を予測し早めに対応、または連絡してほしい。

○その他

- ・ケアマネジャーとの面会や電話相談などについて診療報酬で評価していただく。
- ・高齢者支援センターに参加し連携を取っている。
- ・休みを取る時に、代替りのケアマネジャーがフォローしてもらえるとよい。

②介護支援専門員との連携により、医療ニーズの高い介護利用者に適切なサービスが提供できた事例

介護支援専門員との連携により、医療ニーズの高い介護利用者に適切なサービスが提供できた事例は次のとおりである。

図表 2-90 介護支援専門員との連携により、医療ニーズの高い介護利用者に適切なサービスが提供できた事例（自由記述式）

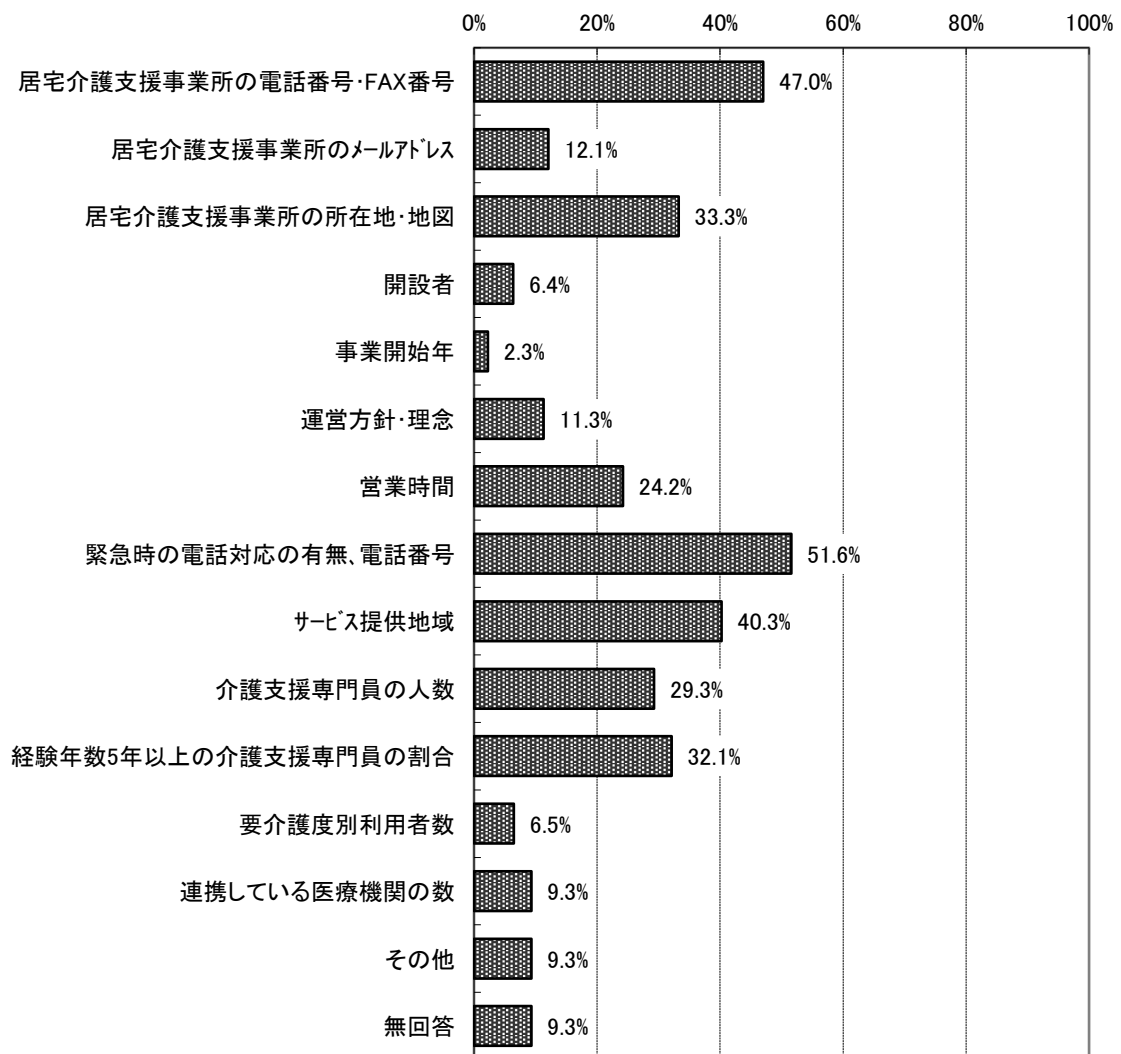
- ・3週間に1回抗がん剤治療のため、当院へ2泊3日の入院をしている。妻が脳出血後で介護が必要であり、その間、妻はショートステイ利用。日にちの認定に連絡をとりあうことでスムーズに、夫婦ともに入退院・入通所ができており、本人の治療も安心して続けられている。がん末期の症状悪化に伴い、手早く、ヘルパー、福祉用具の支援ができています。
- ・介護サービスが入っていない状態で介護不全に陥っているケース。速やかにケアマネジャーから当院に連絡が入り当日往診し医療的状态の確認を行い、ケアマネジャーと連携し、必要度の高い介護サービスや訪問看護などの導入にて在宅生活を支えた例などがある。
- ・在宅でがん終末期の患者への連携がうまくいっている。コミュニケーションをできるだけとれるように対応し、多職種連携がとれている。ケアマネジャーの役割が大きい。
- ・在宅介護で子供がおらず、高齢夫婦の2人暮らしのケース。退院可能な状況（身体的に）であったため、家族（夫）に居宅介護支援事業所とケアマネジャーの必要性を説明し、ケアマネジャーを決定してもらい、在宅状況に合わせて福祉用具レンタル、デイサービス（1週間に2日）、1日1回訪問ヘルパー、2週間に1回ショートステイ利用ができるようにカンファレンスを開催し、調整を行うことでスムーズに退院することができた。
- ・患者の周辺状況を逐次報告してもらえることで、急変を事前に回避できた。
- ・家族の意見調整を（介護支援専門員に）担ってもらい、医療の理解度が高まっている。
- ・連絡・相談・確認をくり返したことにより主治医意見書の作成が円滑にできた事例が2～3件ある。
- ・89歳女性。介護申請まで寝たきり。その後、褥瘡発生し訪問看護師から入院加療となる。金銭的に問題があるため生活保護申請中。褥瘡も軽快傾向。現在施設検討中。
- ・糖尿病患者で服薬管理ができず、入退院を繰り返していた方について退院前担当者会議を開催し、医師からの提案で定期巡回型訪問介護を導入することにより改善した。
- ・がん末期の看取りなどの際に介護ベッドの手配やヘルパーの援助などがスムーズに進んだ。メリットが多い（特に重症の在宅患者）。
- ・ケアマネジャーからの依頼による緊急入院先の確保。
- ・どのショートステイも断られた時、急性の上腕骨骨折で入院を断られた時に利用。
- ・ターミナルで家族が疲弊した時に利用。
- ・在宅でケアしている患者。現在、104才。ミーティングを重ね、家族のサポートを含め、うまくいっていると思う。

- ・一人暮らしの患者のケアマネジャーとの連携により、生活状況の把握がすぐでき、適切な医療ができた。
- ・院内ラインや他のツールを使って、ケアマネジャーと常に情報のやりとりをしていると、急変時の対応はほぼ問題なくできる。
- ・看取り。
- ・看取りの段階で、家族の方との連携がスムーズに取れ、本人も満足でき、家族に感謝される対応ができた。
- ・終末期ケアでは、ケアマネジャーがいつも細やかに動いてくれている。
- ・終末期の在宅患者について、訪問看護、訪問介護、訪問診療で在宅ケアしながら、当院の外来透析に通院治療するため、多職種が連携をとりすすめることが出来た。また、家族も含め患者を支え、看取りまで行うことができた。
- ・経管栄養者やターミナル状態の方の在宅支援。
- ・施設を持っている居宅のケアマネジャーに依頼をし、退院後通院が必要だったため、冬の間だけ施設に入所して通院してもらい、春になってから退所され、自宅に戻ったケースがあった。
- ・心不全で在宅酸素療法中の患者では、本人と家族のニーズに合ったサービスを円滑に提供するため、多職種との連携により週2回ヘルパー訪問、週1回訪問入浴、2週に1回訪問診療と薬剤師による服薬指導、また家族による食事介助など適切なサービス提供ができています。現在103才を迎えたが、毎日元気に過ごされている。
- ・内科系疾患、整形外科的疾患、がん及び終末期医療に特に事例がある。事例は多く具体的には記載が難しい。
- ・入院治療から外来治療への不安が強かったがケアマネジャーと相談し不安が軽減され外来通院となった。
- ・認知機能が落ちてきている患者が、理解力不足から経過観察中の受診をしてもらえず、担当ケアマネジャーに相談し、受診を促してもらい、付き添いによる受診が可能となった。
- ・認知症の患者のデイサービスでの入浴時に皮膚の状態が悪いとの連絡あり、訪問診療時ですぐ診察できた。連絡がないと気づけないと思う。
- ・訪問診療時にケアマネジャーも一諸に訪問し、家族とともに皆で話し合うことで必要なサービスを提供できた。
- ・末期がん患者の満足あり。
- ・要介護5の寝たきりの独居の方でも医療と介護支援専門員が連携することにより安定して生活することができている。 / 等

③居宅介護支援事業所に関する情報ニーズ

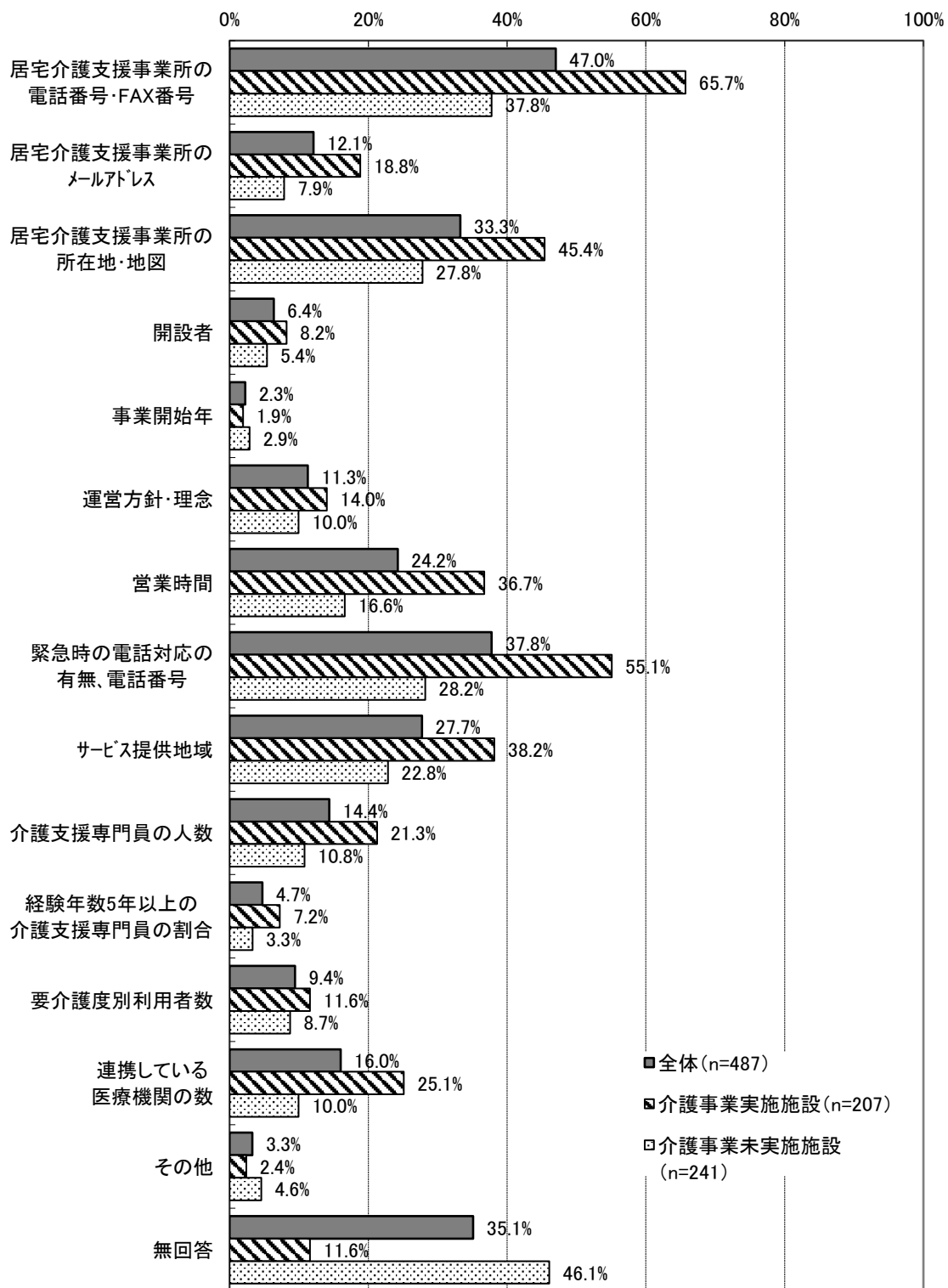
居宅介護支援事業所についてあるとよい情報を尋ねたところ、「緊急時の電話対応の有無、電話番号」が51.6%で最も多く、次いで「居宅介護支援事業所の電話番号・FAX番号」(47.0%)であり、連絡先に関するニーズが高かった。また、「サービス提供地域」が40.3%、「居宅介護支援事業所の所在地・地図」が33.3%、「経験年数5年以上の介護支援専門員の割合」が32.1%であった。

図表 2-91 居宅介護支援事業所についてあるとよい情報（複数回答、n=487）



(注) 「その他」の内容として、「休日、時間外の対応」、「受持ちの残人数（キャパ）の情報」、「介護事業所、生活関連情報検索にのっている内容」、「連携方法」、「仕事内容」等が挙げられた。

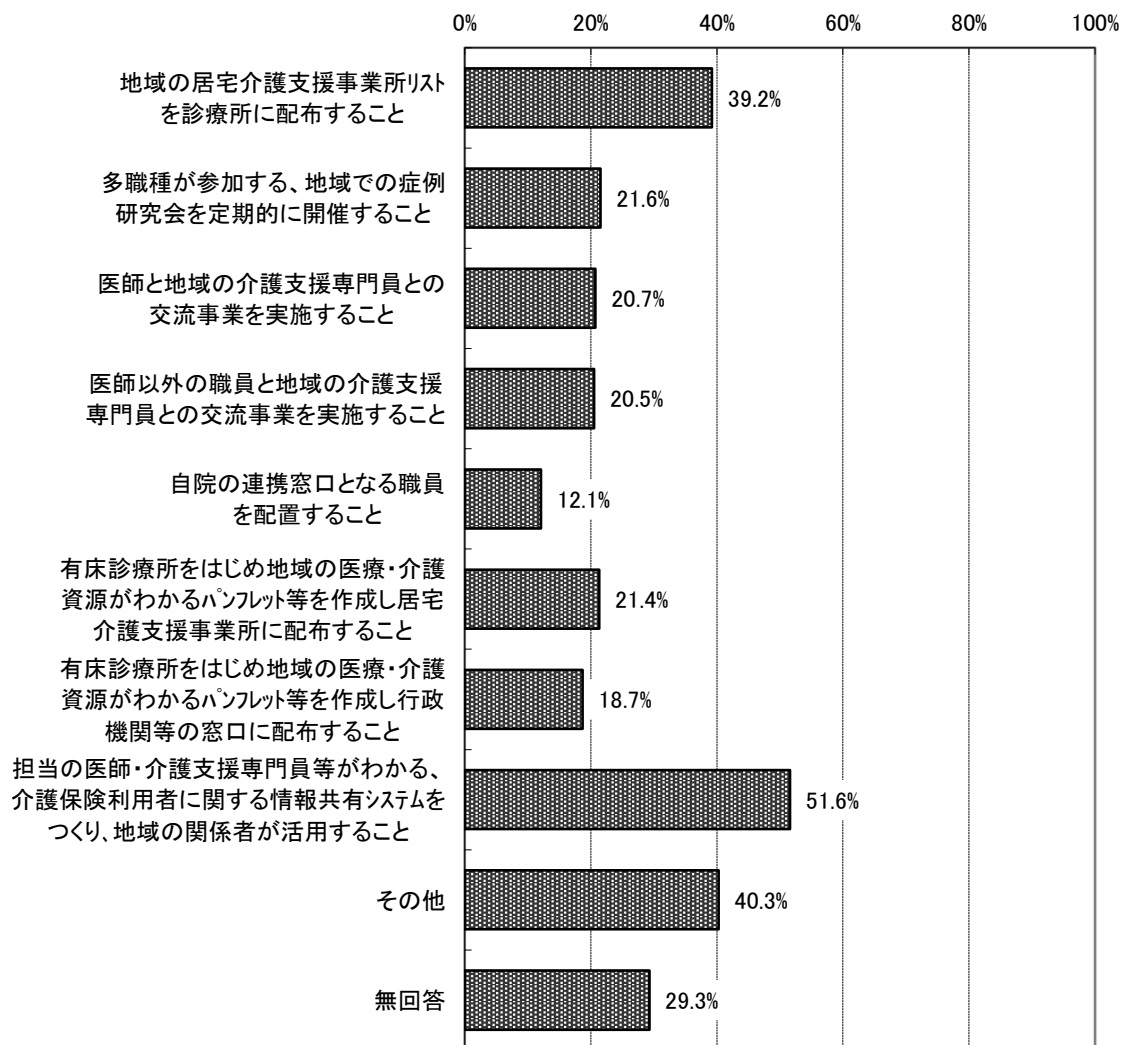
図表 2-92 居宅介護支援事業所についてあるとよい情報（介護事業の実施状況別）
（複数回答、n=487）



④介護支援専門員との連携をより強化していくために行政や関係団体に行ってほしい取組

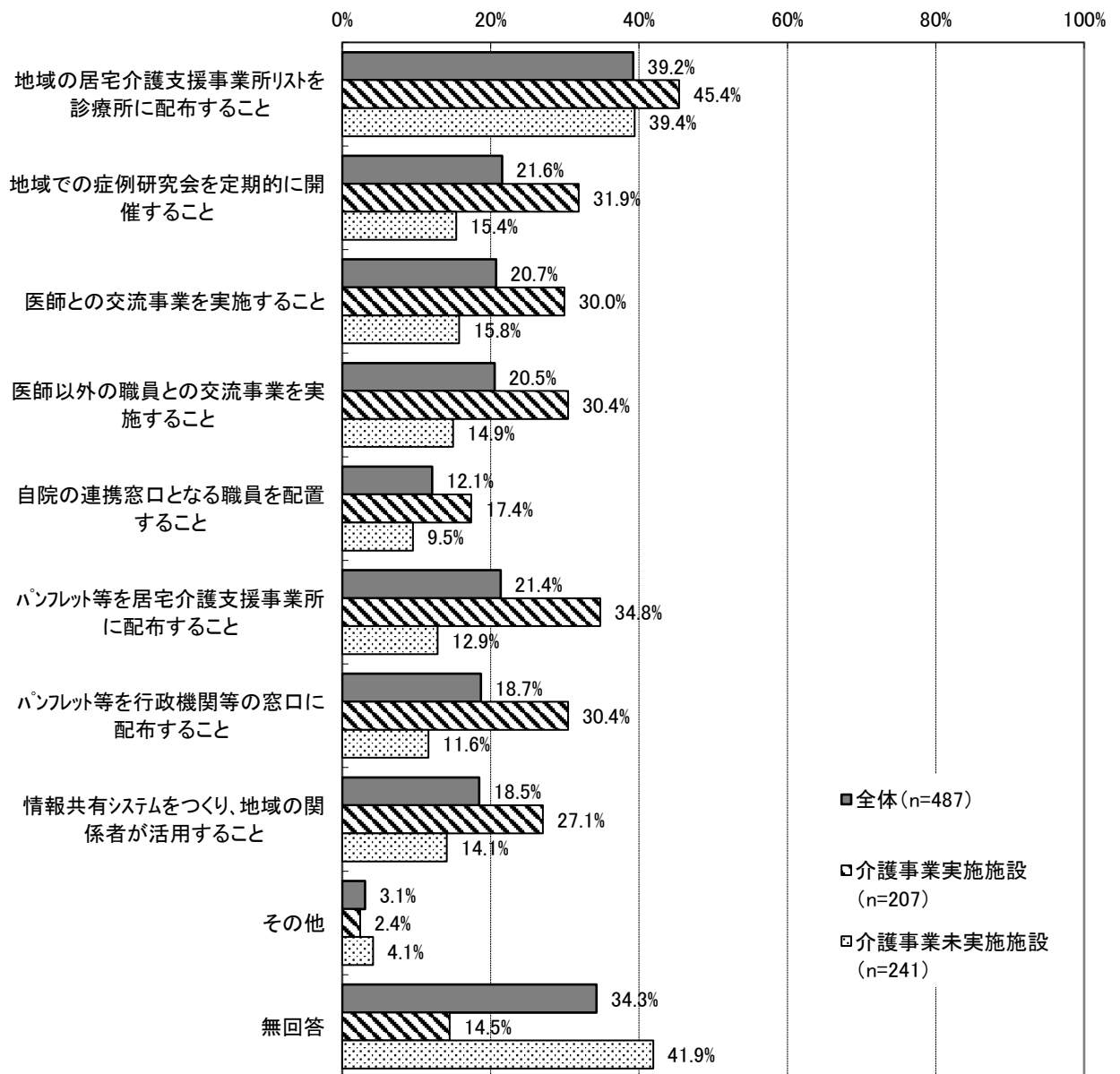
介護支援専門員との連携をより強化していくために行政や関係団体に行ってほしい取組を尋ねたところ、「担当の医師・介護支援専門員等がわかる、介護保険利用者に関する情報共有システムをつくり、地域の関係者が活用すること」が51.6%で最も多く、次いで「地域の居宅介護支援事業所リストを診療所に配布すること」が39.2%であった。

図表 2-93 介護支援専門員との連携をより強化していくために行政や関係団体に行ってほしい取組（複数回答、n=487）



(注) 「その他」の内容として、「インターネット上でのリスト公開」、「多職種の中に地域の民生委員や福祉協力員が入ること」、「具体例を上げて内容を理解していただくようにする。顔を合わせること」、「ICTの上手な利用」等が挙げられた。

図表 2-94 介護支援専門員との連携をより強化していくために行政や関係団体に
行ってほしい取組（介護事業の実施状況別）（複数回答、n=487）



⑤居宅介護支援事業所と連携を行う上で困っていることや改善を望む点

居宅介護支援事業所と連携を行う上で困っていることや改善を望む点として、以下の意見が挙げられた。

図表 2-95 居宅介護支援事業所と連携を行う上で困っていることや改善を望む点
(自由記述式)

○担当のケアマネジャーがわからない

- ・医療面や生活面において介護サービスの利用が必要と思われる場合に、担当のケアマネジャーを把握できていないため直接連絡が取れない。
- ・居宅介護支援事業所の担当の方の顔と名前がわかりにくい。事業所の特色もわかりにくい。
- ・地域の居宅介護支援事業所リストがあると助かる。なるべく地域に戻したい。
- ・担当ケアマネジャーの顔が見えない。入院時に確認の連絡を入れても途中経過の確認がなく、退院の相談で在宅サービスの調整をお願いする時にスムーズにできないことが多々ある。
- ・地域包括支援センターのケアマネジャーが何をしているのか不明、全くコンタクトがとれていない。

○連絡が取れない

- ・医師・ケアマネジャーがともに多忙で不在。連絡が取りづらい。
- ・時間がない(情報交換のための)。
- ・土、日、祝日の緊急時に担当ケアマネジャーと連絡がとれないこと。
- ・土・日・祝日連絡がとれず、早期対応まで至らない時がある。地域包括支援センターが窓口となっているが、その地域包括支援センターの対応が悪いとその地区は困ってしまう。
- ・担当者が不在時の情報交換や伝達の不備。
- ・パートの方や出勤数の少ない方がいる。その方が続けて休むと、伝わっているのか、連絡に時間がかかっている。
- ・ケアマネジャーが休んだ時に連絡がとれず、代理の対応が望まれる。

○ケアマネジャーとの関係づくり

- ・関係ができあがったケアマネジャーが、他の居宅介護支援事業所に移ること。居宅介護支援事業所のトップの理解が得られないとひとりひとりのケアマネジャーとの関係も表面的になる。
- ・自院の認知度が低い。他の特定の医療機関との連携を重視し、当院への相談は少ない(連携機関の偏りあり)。
- ・ケアマネジャーは、医師に直接相談しにくいという印象をもっているため、医師と地域の介護支援専門員との交流事業を実施することで垣根をなくすとよい。

○ケアプランの内容

- ・診療の方針とケアプランが合っていないことが多い。
- ・サービス提供プランと利用者の現状と、整合性が合わない時がある。何回も電話頂くが現場に行っていないので、かみ合わない。できれば直ぐ訪問してほしい。
- ・依頼しても動きが鈍い時や意見を取り入れてもらえない時。
- ・ケアプランが中途半端となり、最終的に社会的入院を余儀なくされること。

○共有が困難

- ・医師の参加できる時間に行うこと。
- ・医療者側との温度差があり、退院時の在宅環境や必要物品等を決められないことがある。
- ・患者・家族との関係性の情報が手に入らない。在宅での様子等情報提供がほしい。患者の状態を把握できていない方が多いため、情報共有が難しい。
- ・患者の情報共有。
- ・双方とも、患者介護に関する情報提供を遵守すること。
- ・包括から事業所に変わる際、患者情報がうまく伝わっていないことがあった。

○ケアマネジャー間の格差

- ・色々な職種の方がケアマネジャーになっているが、医療・介護系の方、それ以外の方とでレベルの差がかなりある。ケアマネジャーもランクづけしてほしい。
- ・ケアマネジャーの質が統一ではない。
- ・介護支援専門員の知識や経験レベルの差。

○ケアマネジャーの質向上

- ・ケアマネジャーの質の向上と、各人の能力の平均化を図ること。
- ・ケアマネジャーの質が非常に悪い。
- ・ケアマネジャー個人の質によるところが大きく、連携する上で、すべてをこちらが教えねばならないような事業所もあり、ケアマネジャーの質の向上をお願いしたい。また、当法人のケアマネジャーの質も向上せねばならない。
- ・ケアマネジャーの経験不足（HPの運用など理解してほしい）。
- ・ヘルパーや介護福祉士であったケアマネジャーの方が担当だと、悪性腫瘍の終末期や進行性の疾患のある患者のカンファレンスを行っても、疾患や身体的、精神的変化の予想が行えず、支援が後手にまわってしまうケースが多い。予想される困りごとや、今でなければ自宅で過ごすことが困難になることをカンファレンスにあげても、対応が遅く、タイミングを逃してしまう場合が多い。
- ・医療知識の乏しいケアマネジャーはもう少し勉強してほしい。医療（入院）で全てが解決できていると思っている。

○事業所の開設者との関係で連携しにくい

- ・居宅介護支援事業所と同じ法人の医療機関とのつながりがあるから他医療機関への紹介はない。
- ・居宅介護支援事業所に紹介する場合、その居宅介護支援事業所のケアマネジャーによっては同事業所と同じ運営母体のサービスを中心に受けるようになり、デイサービスにはしっかり通うが当院への通院が減少したり、処方のみを希望される等通院状態が逆に不安定になる場合が多く、囲い込みで運営母体の特養に入所となってしまう例もかなり多く困っている（自院で居宅介護支援事業所を持つか、単体に近い事業所を使うしかない）。
- ・事業所毎に嘱託医が決まっているところが多く、やはり、割込は面倒くさい。
- ・本来デイケアが地域の老人のリハビリや健康管理の中心となって効果が高まると思うが、デイケアもデイサービスも違いを誰も理解していない。ケアマネジャーの所属するデイサービスへ囲い込みが行われている。デイケアの悪口を言ってまで利用させないケアマネジャーもいる。

○その他

- ・居宅介護支援事業所、医療機関にとって業務実態に即し、わかりやすい加算や診療報酬のあり方の検討。介護保険制度、介護サービス高齢者の生活に対する理解。
- ・セキュリティの高いネットワークにケアマネジャーや事業所が参加しやすいように費用の負担をサポートしてあげてほしい。「あじさいネット」は医療機関でも費用負担があるものの費用対効果で十分補うことができているが、居宅介護支援事業所はそれだけの費用対効果は望めていない。
- ・相互理解を充分つくしてから利用者の望み・疑問点があれば、Fax 等を利用して解決している。連携を充分に行う気持を相互に持ち合う。
- ・地域でDr ネットを立ち上げて多職種で看取り事例検討会や意見交流会など行っている。
- ・当地域では医師会立の在宅支援センターがあり、多職種連携のための研修会等を定期的に行っている。医療・介護資源の情報は既にセンターのホームページ上で公開されて活用されている。
- ・独居の方で、手術や病院へ紹介が必要な時、本人が何も決めることができず、どうしていいかわからない時があった。
- ・勉強会の実施をしてほしい。
- ・情報の共有方法。サービス担当者会議等、時間的・物理的な負担。

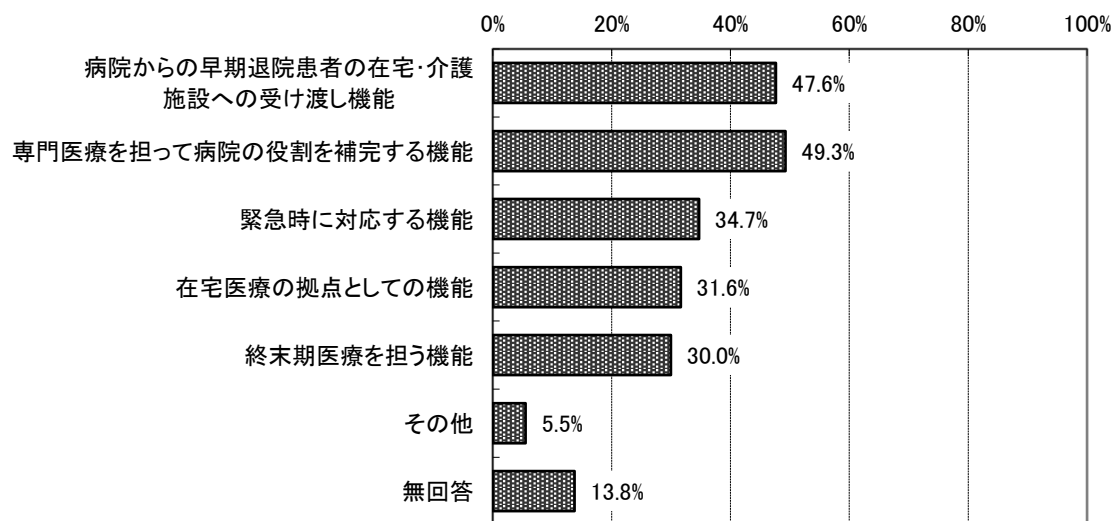
5. 今後の意向等

(1) 有床診療所の担う機能

①現在、自院が担っている機能

現在、自院が担っている機能をみると、「専門医療を担って病院の役割を補完する機能」が49.3%、「病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能」が47.6%、「緊急時に対応する機能」が34.7%、「在宅医療の拠点としての機能」が31.6%「終末期医療を担う機能」が30.0%であった。

図表 2-96 現在、自院が担っている機能（複数回答、n=487）



(注)「その他」の内容としては「周産期医療」（同旨含め4件）、「地域のかかりつけ医」（同旨含め2件）、「かかりつけ医として、比較的軽症な入院患者（急性期）の受入れ」、「レスパイト」、「自院通院患者の救急車受入れ」、「2～3回/月 夜間救急当番（輪番）を担っている」、「手術後の経過観察目的」等が挙げられた。

図表 2-97 現在、自院が担っている機能（主たる診療科別）（複数回答、n=487）

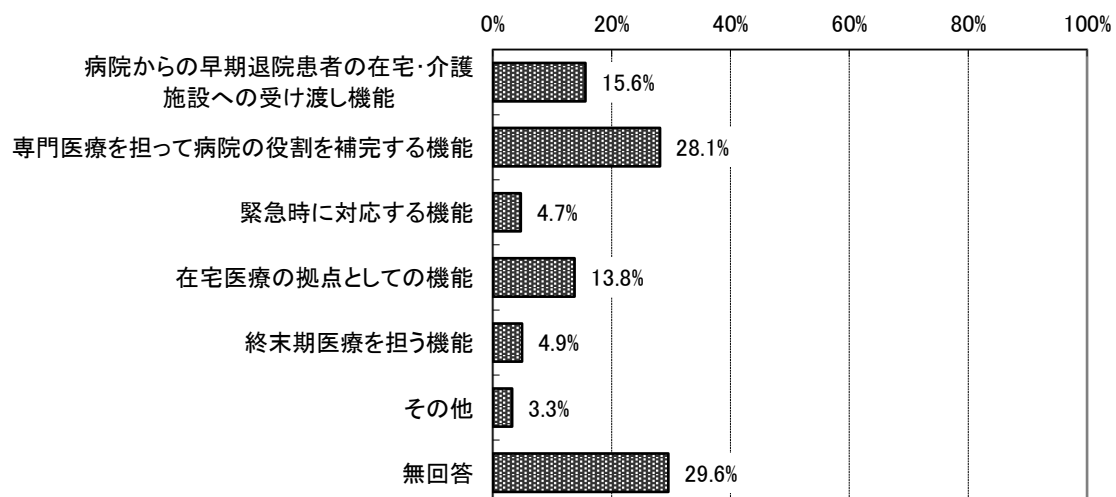
（単位：上段「件」、下段「%」）

	総数	病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能	専門医療を担って病院の役割を補完する機能	緊急時に対応する機能	在宅医療の拠点としての機能	終末期医療を担う機能	その他	無回答
全体	487 100.0	232 47.6	240 49.3	169 34.7	154 31.6	146 30.0	27 5.5	67 13.8
内科系	195 100.0	116 59.5	77 39.5	74 37.9	97 49.7	95 48.7	6 3.1	23 11.8
整形外科	99 100.0	57 57.6	63 63.6	46 46.5	16 16.2	13 13.1	6 6.1	9 9.1
外科系	51 100.0	20 39.2	34 66.7	14 27.5	13 25.5	13 25.5	2 3.9	5 9.8
眼科	36 100.0	2 5.6	25 69.4	2 5.6	1 2.8	0 0.0	2 5.6	8 22.2
産婦人科・婦人科	35 100.0	2 5.7	17 48.6	6 17.1	2 5.7	1 2.9	6 17.1	9 25.7

②今後、最も強化したいと考えている機能

今後、最も強化したいと考えている機能をみると、「専門医療を担って病院の役割を補完する機能」が28.1%、「病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能」が15.6%、「在宅医療の拠点としての機能」が13.8%であった。

図表 2-98 今後、最も強化したいと考えている機能（単数回答、n=487）



（注）「その他」の内容としては「地域のかかりつけ医」（2件）、「周産期医療」、「病院の水準をはるかに超えた最高水準治療の更なる強化」、「在宅患者の初期対応での1次医療から2次医療病院へ紹介」、「レスパイト」、「専門分野を強化しての地域医療」、「専門医院としての役割」、「高度医療を伴わない比較的軽症な急性期医療」、「現在の眼科手術を中心とした急性期医療の継続」、「リハビリテーションの充実」、「肛門外科治療」等が挙げられた。

図表 2-99 今後、最も強化したいと考えている機能（単数回答、n=487）

（単位：上段「件」、下段「%」）

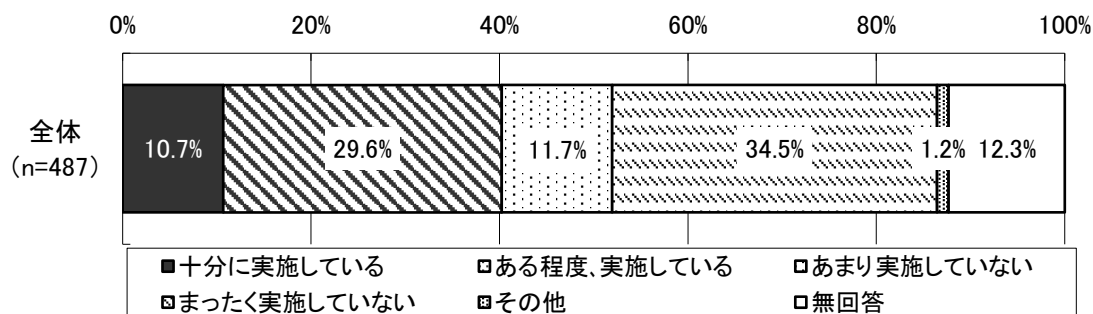
	総数	病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能	専門医療を担って病院の役割を補完する機能	緊急時に対応する機能	在宅医療の拠点としての機能	終末期医療を担う機能	その他	無回答
全体	487 100.0	76 15.6	137 28.1	23 4.7	67 13.8	24 4.9	16 3.3	144 29.6
内科系	195 100.0	35 17.9	32 16.4	8 4.1	45 23.1	17 8.7	2 1.0	56 28.7
整形外科	99 100.0	23 23.2	30 30.3	6 6.1	8 8.1	2 2.0	3 3.0	27 27.3
外科系	51 100.0	4 7.8	26 51.0	2 3.9	2 3.9	1 2.0	1 2.0	15 29.4
眼科	36 100.0	2 5.6	22 61.1	2 5.6	1 2.8	0 0.0	2 5.6	7 19.4
産婦人科・ 婦人科	35 100.0	1 2.9	16 45.7	1 2.9	1 2.9	0 0.0	3 8.6	13 37.1

(2) 介護事業に関する意向等

①自院・同一法人における介護事業の実施状況

自院・同一法人における介護事業の実施状況をみると、「十分に実施している」が10.7%、「ある程度、実施している」が29.6%、「あまり実施していない」が11.7%、「まったく実施していない」が34.5%であった。

図表 2- 100 自院・同一法人における介護事業の実施状況



図表 2- 101 自院・同一法人における介護事業の実施状況（主たる診療科別）

(単位：上段「件」、下段「%」)

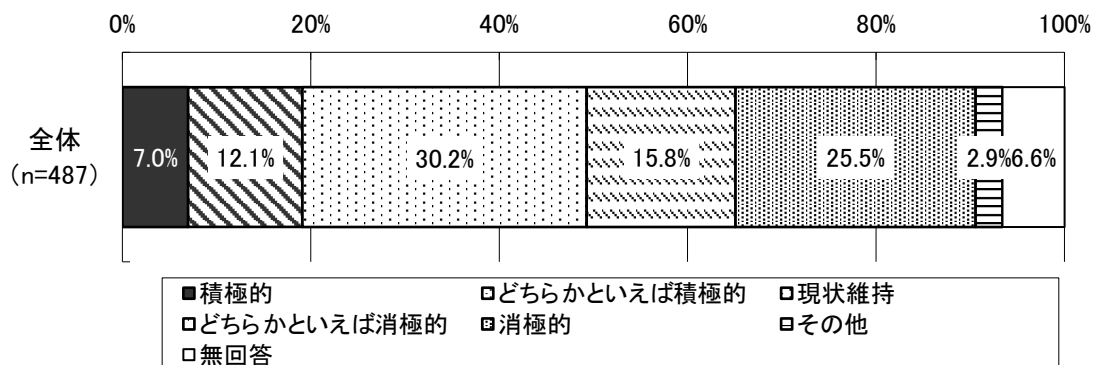
	総数	十分に実施している	ある程度、実施している	あまり実施していない	まったく実施していない	その他	無回答
全体	487	52	144	57	168	6	60
	100.0	10.7	29.6	11.7	34.5	1.2	12.3
内科系	195	31	78	27	38	1	20
	100.0	15.9	40.0	13.8	19.5	0.5	10.3
整形外科	99	12	27	10	43	1	6
	100.0	12.1	27.3	10.1	43.4	1.0	6.1
外科系	51	3	12	6	25	0	5
	100.0	5.9	23.5	11.8	49.0	0.0	9.8
眼科	36	0	1	2	25	0	8
	100.0	0.0	2.8	5.6	69.4	0.0	22.2
産婦人科・婦人科	35	1	3	2	20	0	9
	100.0	2.9	8.6	5.7	57.1	0.0	25.7

②今後の介護事業のサービス展開

今後の介護事業のサービス展開をみると、「積極的」が7.0%、「どちらかといえば積極的」が12.1%で両者を合わせると、19.1%であった。一方、「消極的」が25.5%、「どちらかといえば消極的」が15.8%で両者を合わせると41.3%であった。

また、「現状維持」が30.2%であった。

図表 2-102 今後の介護事業のサービス展開



図表 2-103 今後の介護事業のサービス展開（主たる診療科別）

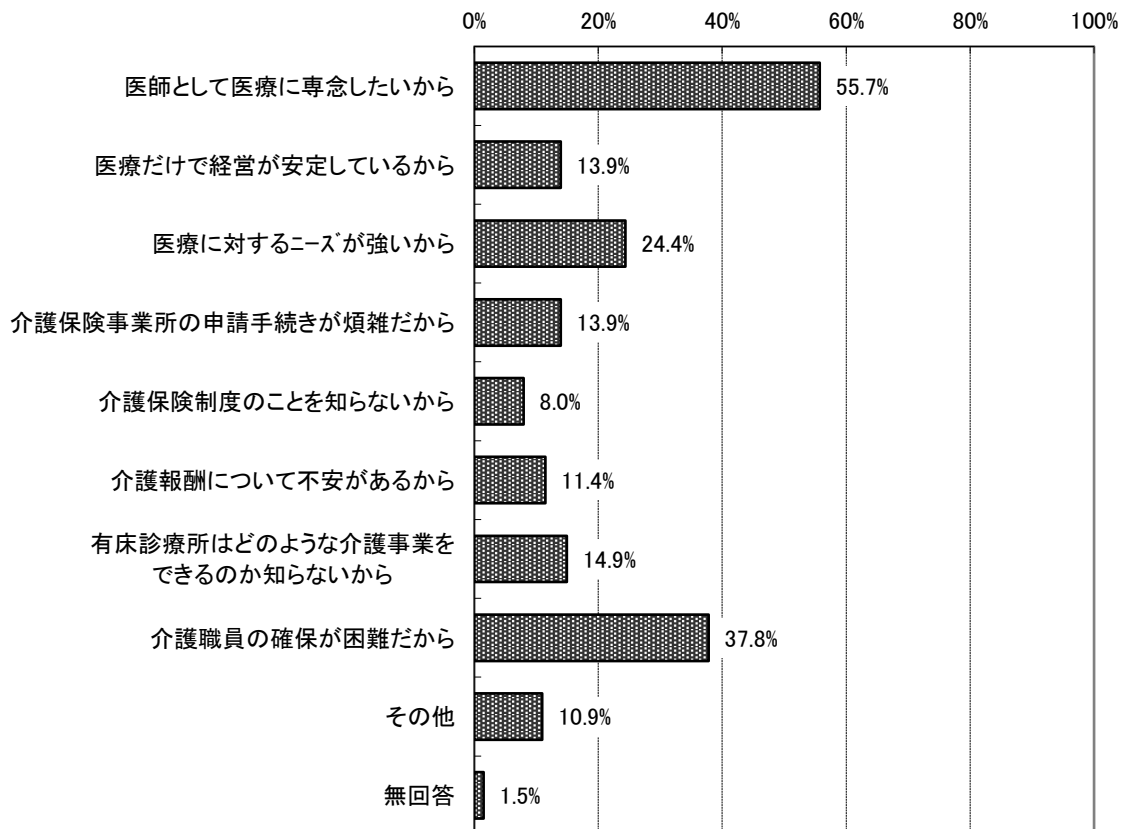
(単位：上段「件」、下段「%」)

	総数	積極的	どちらかとい えば積 極的	現状維持	どちらかとい えば消 極的	消極的	その他	無回答
全体	487	34	59	147	77	124	14	32
	100.0	7.0	12.1	30.2	15.8	25.5	2.9	6.6
内科系	195	21	29	74	28	32	1	10
	100.0	10.8	14.9	37.9	14.4	16.4	0.5	5.1
整形外科	99	6	17	30	17	23	2	4
	100.0	6.1	17.2	30.3	17.2	23.2	2.0	4.0
外科系	51	5	4	9	12	17	1	3
	100.0	9.8	7.8	17.6	23.5	33.3	2.0	5.9
眼科	36	0	0	4	6	18	5	3
	100.0	0.0	0.0	11.1	16.7	50.0	13.9	8.3
産婦人科・ 婦人科	35	0	0	5	3	19	4	4
	100.0	0.0	0.0	14.3	8.6	54.3	11.4	11.4

③介護事業のサービス展開について消極的な理由

介護事業のサービス展開について消極的な理由をみると、「医師として医療に専念したいから」が55.7%が最も多く、次いで「介護職員の確保が困難だから」が37.8%、「医療に対するニーズが強いから」が24.4%であった。

図表 2-104 介護事業のサービス展開について消極的な理由
(今後の介護事業のサービス展開について「消極的」「どちらかといえば消極的」と回答した施設、複数回答、n=201)



(注) 「その他」の内容としては「産科のみ」(5件)、「眼科専門のため」(3件)、「専門外」(2件)、「小児科」、「診療科が適していないから」、「内視鏡専門クリニックのため」、「介護事業が煩雑すぎる」、「介護保険制度への不信」、「誠意をもってしても、家族の要望が多く、マスコミも含め、仕事の量・質に対する評価もなくむしろ批判が多い」、「手間のみ増えて当院メリットがないから」、「需要がない」、「興味がない」等が挙げられた。

図表 2-105 介護事業のサービス展開について消極的な理由
 (今後の介護事業のサービス展開について「消極的」「どちらかといえば消極的」と
 回答した施設、複数回答、n=201) (主たる診療科別)

(単位：上段「件」、下段「%」)

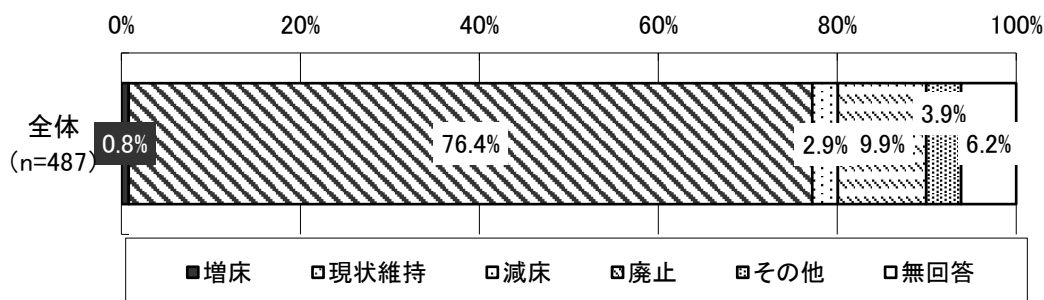
	総数	医師として医療に専念したいから	医療だけで経営が安定しているから	医療に対するイメージが強いから	介護保険事業所の申請手続きが煩雑だから	介護保険制度のことを知らないから	介護報酬について不安があるから	どのような介護事業をできるのか知らないから	介護職員の確保が困難だから	その他	無回答
全体	201 100.0	112 55.7	28 13.9	49 24.4	28 13.9	16 8.0	23 11.4	30 14.9	76 37.8	22 10.9	3 1.5
内科系	60 100.0	32 53.3	4 6.7	10 16.7	11 18.3	3 5.0	11 18.3	8 13.3	30 50.0	5 8.3	1 1.7
整形外科	40 100.0	27 67.5	6 15.0	12 30.0	10 25.0	6 15.0	6 15.0	9 22.5	17 42.5	2 5.0	0 0.0
外科系	29 100.0	17 58.6	5 17.2	11 37.9	3 10.3	0 0.0	1 3.4	4 13.8	8 27.6	1 3.4	1 3.4
眼科	24 100.0	14 58.3	6 25.0	6 25.0	0 0.0	2 8.3	0 0.0	2 8.3	3 12.5	4 16.7	1 4.2
産婦人科・ 婦人科	22 100.0	14 63.6	3 13.6	2 9.1	1 4.5	3 13.6	2 9.1	3 13.6	5 22.7	5 22.7	0 0.0

(3) 病床の運営予定

①この1～2年における病床運営予定

この1～2年における病床運営予定について尋ねたところ、「増床」が0.8%、「現状維持」が76.4%、「減床」が2.9%、「廃止」が9.9%であった。

図表 2-106 この1～2年における病床運営予定



(注)「その他」の内容としては「休床・廃止」(7件)、「未定」(2件)、「専門外」(2件)、「検討中」、「未定、後継者の判断待ち」、「需要に応じて増床する計画」、「現在休床中で今後検討していく」、「他施設への転換」、「ショートステイへ変換」、「一般病床、介護療養病床を介護医療院へ変更予定」、「まだ確定ではないが、介護医療院への変更も候補に上がっている」、「不明」等が挙げられた。

図表 2-107 この1～2年における病床運営予定 (主たる診療科別)

(単位：上段「件」、下段「%」)

	総数	増床	現状維持	減床	廃止	その他	無回答
全体	487	4	372	14	48	19	30
	100.0	0.8	76.4	2.9	9.9	3.9	6.2
内科系	195	0	148	7	22	6	12
	100.0	0.0	75.9	3.6	11.3	3.1	6.2
整形外科	99	1	73	3	11	6	5
	100.0	1.0	73.7	3.0	11.1	6.1	5.1
外科系	51	1	44	1	1	1	3
	100.0	2.0	86.3	2.0	2.0	2.0	5.9
眼科	36	0	27	0	6	1	2
	100.0	0.0	75.0	0.0	16.7	2.8	5.6
産婦人科・ 婦人科	35	0	27	3	2	0	3
	100.0	0.0	77.1	8.6	5.7	0.0	8.6

図表 2-108 この1～2年における病床運営予定 (主たる診療科別)

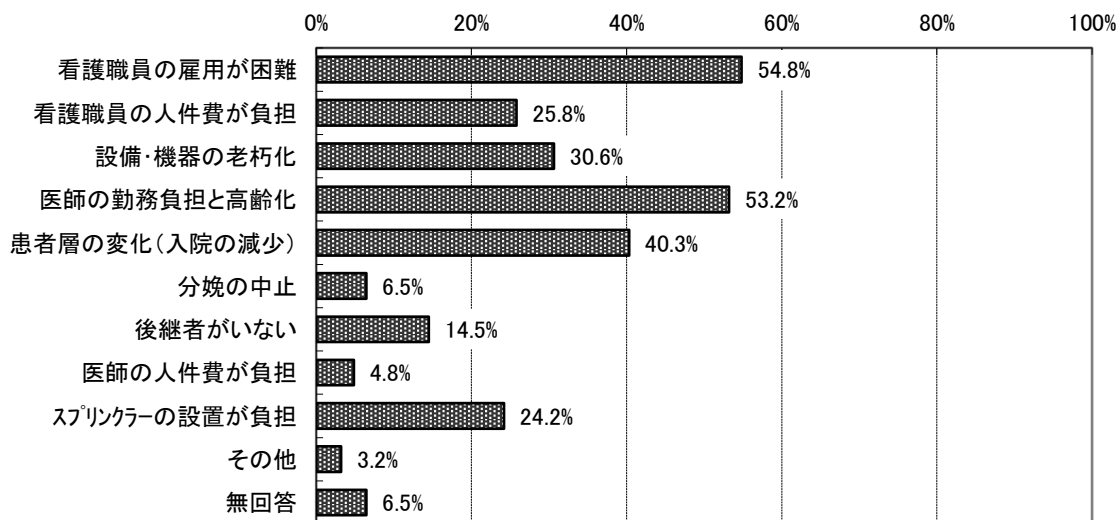
(単位：上段「件」、下段「%」)

	総数	増床	現状維持	減床	廃止	その他	無回答
全体	487	4	372	14	48	19	30
	100.0	0.8	76.4	2.9	9.9	3.9	6.2
介護事業実 施施設	207	3	168	7	11	8	10
	100.0	1.4	81.2	3.4	5.3	3.9	4.8
介護事業未 実施施設	241	1	185	3	36	8	8
	100.0	0.4	76.8	1.2	14.9	3.3	3.3

②減床または廃止の理由

この1～2年に「減床」または「廃止」と回答した診療所に、その理由を尋ねたところ、「看護職員の雇用が困難」が54.8%で最も多く、次いで「医師の勤務負担と高齢化」が53.2%、「患者層の変化（入院の減少）」が40.3%、「設備・機器の老朽化」が30.6%であった。

図表 2-109 減床または廃止の理由（この1～2年における病床運営予定で「減床」「廃止」と回答した施設、複数回答、n=62）



(注)「その他」の内容としては「経営が厳しい」、「看護師を雇える報酬ではない」、「外来患者数の減少」、「移転計画、立地条件より」等が挙げられた。

(4) 今後の事業展開

①地域包括ケアシステムの中での事業

地域包括ケアシステムの中で、有床診療所はどのような医療・介護・予防・住居・生活支援事業を実施すると、地域のニーズに応え、経営の安定化を図れると考えるかを尋ねたところ、以下の意見が挙げられた。

図表 2-110 地域包括ケアシステムの中での事業（自由記述式）

○かかりつけ医の機能

- ・地域のかかりつけ外来・在宅医療・軽度な救急対応・在宅患者のレスパイト・急性期病床から、在宅、外来へのトランジット。
- ・かかりつけ医として患者への緊急対応、病気の予防のための定期的な検査が必要と思う。
- ・かかりつけ医の機能を活かし、往診・訪問看護等を含め今後も在宅支援や介護事業に注力していくことで総合的に経営の安定を図りたい。それに伴う、人材確保の面からいうと決して安定はしない。
- ・初期診断治療について地元診療所主治医の優先化。

○専門医療の実施

- ・採算の取れる専門医療を推進するしかない（従業員を確保しがたい）。
- ・当院の入院患者は全例手術症例（肛門疾患）であり、現況は地域医療圏と連携がうまくいっている（急性期病院に肛門専門医がいないため）。
- ・特色を持った、専門に特化した事業。

○入院機能

- ・軽症の入院患者を扱う施設として、役割を果たす。
- ・軽症患者の緊急入院、在宅への橋渡し。
- ・小回りのきく入院治療。
- ・入院機能。

○入院から在宅等への橋渡し機能

- ・二次対応病院より在宅・施設に戻れない患者が少なからず存在する。このような患者の受皿として有床診療所はニッチの需要をとっていけばよい。在宅、施設に戻れる患者ばかりではない。メインではないが、サブ的な需要が必ずある。
- ・入所が決定するまでの一時預り。栄養状態、清潔の保持が必要なため、ケアマネジャーとの連携が必要である。主治医の機能強化。
- ・診療所はベッド数が少ないのでターミナルの方を受け入れすぎると融通が効かなくな

る。高齢化に伴い、早めに入院などで対応すると、在宅への移行もスムーズで「家で過ごしたい」と思われる方の希望は叶う。空床があると経営的には厳しい。そのバランス、在宅復帰への加算か。

- ・病院、介護施設の中間的役割で必要な医療の提供、在宅時の医療の不安の解消。
- ・病院からの早期退院患者の在宅、介護施設への受け渡し、あるいは、在宅診療の積極的な取組が重要と考える。
- ・方向性としては病院からの早期退院患者の在宅、介護施設への受け渡し機能を担うのが一番良いと思うが、それでは現状まったく採算がとれない。

○医療機関の連携

- ・病診連携・無床診療所との連携を今まで以上に推進していく。介護分野では、通所リハビリテーションとデイサービスとの連携を一層進めていく。疾病予防・介護予防にも積極的に参画。地域支援事業にも協力していく。
- ・〈当院の場合〉医療：専門性の機能充実による紹介率アップ。介護：医療分野の専門性を活かした通所リハや訪看・訪リハの促進。住居・生活支援は行政とのつながりを密にし、情報交換を図る。

○在宅支援

- ・在宅支援サービス（デイ、ショート、配食サービスなど）。
- ・在宅看取り、急変時の受入れ。
- ・施設入所者に対する医療や診療所がチームをつくり 24 時間対応の在宅医療を推進する。
- ・すべての時間帯で、疾病的に大規模施設で受け入れてもらえない高齢者の受入れ、または治療後の受入れの確証が必要。「時々入院、ほぼ在宅を実践」。
- ・地域密着型有床診療所としての役割を果たす。地域包括ケアシステムの中での在宅支援診療所としての役割を果たす。
- ・在宅医療の拠点としての機能を果たすことが肝要と考える。
- ・長期療養病床の活用と訪問診療・訪問看護を継続。

○終末期医療の実施

- ・総合病院が医療ニーズの高い退院患者の受入れ。在宅や施設から、医療を行っての終末期医療・介護。
- ・慢性期医療、終末期医療には常勤医が在籍する有床診療所が最適。病院病床よりコストパフォーマンス的に優れており、特養よりも常勤医がいて安心であり、何よりも地域のかかりつけ医が在宅、外来から入院、看取りまで継続して対応でき、たらい回しによる高齢者や家族の肉体的負担軽減の上でとても役立つ。慢性期病床機能は病院よりも有床診療所に担わせるべき。

○医療介護の連携

- ・医療と介護の連携（2件）。
- ・医療サービスと介護サービスの連携がとれることが、重要と考える。
- ・医療と介護の連携を密にし、有床診療所には介護を主とした病床（10床程度）を19床の他に設けることによって経営の安定化が図れると考える。
- ・医療ニーズがあるのに、医療のない介護施設へ入所する患者を治療したい。

○介護事業の実施

- ・介護事業の実施により、医療での長期休日等の収入減を補える。窓口の一本化となり、利用者が利用しやすい。
- ・透析患者を中心にサービス付高齢者住宅を運営し、介護サービスを実施している。通院患者を当地域で対応できる施設充実（拡張他）を考えている。

○ショートステイ

- ・ショートステイ、レスパイト入院等による介護負担の軽減（3件）。
- ・ショートステイをもっと利用しやすく、“介護”の位置付けでなく、医療、例えば“リハビリ目的”で利用、“施設入所の前の状態確認”などで利用。
- ・ショートステイの利用料を上げていただき、常に病床が回転できるようであれば運営が成り立つのではないかと思う。人材確保が難しい。

○リハビリテーション

- ・術後、早期に退院した患者を受け入れ、リハビリテーションを実施すること。
- ・当院は整形外科であるため、医療・介護分野でのリハビリの提供に力を入れていくことで地域のニーズに応えることができると考える。
- ・当院は整形外科単科の医療機関で運動器リハビリを行う要介護の患者もいる。現在そのような方々について医療のリハビリの日数を超えた後もリハビリを提供できるよう、通所リハビリの実施を検討している。
- ・慢性的な整形疾患をもっている患者において長期間の専門的なフォローが必要。今後、短時間における通所リハを始めることにより、患者のニーズも満たせ経営の安定化も図れると考える。

○介護医療院

- ・介護医療院への転換により長期にわたって介護と医療のサービスを提供できる。

○居宅介護支援事業所

- ・近隣の居宅介護支援事業所との連携には限度があり、同一法人内に居宅介護支援事業所の併設が望ましいと考える。

○認知症対応

- ・寝たきりの認知症の方は、基本的に入院期間の制限なしで良いと思う。

○多様なサービス

- ・訪問看護の充実、リハ室の設置・充実、理学療法士の確保、認知症対応スタッフの養成、地域連携対応専属スタッフの確保、送迎用自家用車の確保（法的整備）、病院（診療所）で終末期～最期を迎えたい人を受け入れる体制。
- ・介護及び地域医療の中で無床診療所とともに患者に最も近く相談しやすい位置に立っている状態でいろいろと活動範囲はあり、うまく連携がとれれば専門分野の有床診療所も含めてその役割は非常にパフォーマンスが期待できると思う。
- ・高齢者の増加に伴う在宅医療と地域のニーズに応じた施設医療の実施。
- ・最も身近なかかりつけ医としての有床診療所は、初期医療から、予防、慢性期医療、介護、終末期介護・医療に至るまで、老健、特養、介護医療院等の施設類型にこだわることなく、もっと柔軟に対応できるような施設とすべきである。

○地域ニーズへの対応

- ・常時、地域住民の生活のなかに、医師自らが飛び込むことで、地域の真のニーズを察知できる。そこに積極対応するだけでも、経営の安定化が図れる。
- ・地域で生活する高齢者が今後ますます増えていくことを考え、生活支援に力を入れた取組を行っていききたい。在宅生活とつながりを深めることで、地域ニーズに応えたい。
- ・地域の小さなお子様からお年寄りの方、障害のある方の共生を目指す。拠点病院からの紹介をスムーズにするために、算定要件のハードルを下げる。
- ・地域医療に努めることと、高次病院からの逆紹介の受入れ。
- ・入院と外来での医療提供を主に生活支援を行う。

○有床診療所の役割

- ・有床診療所ということももっとアピールする。理解してもらう。
- ・有床診療所の医師が一生懸命に地域の人々の命を守るための砦をすればよい。
- ・有床診療所は専門医療に特化しているところと、そうでないところにはっきりと分けられるので、それをひとつにして考えると混乱する。特に療養病床を営むところは介護事業を併設しないと経営は難しいと思われる。
- ・有床診療所は汎用性が高く地域包括ケアシステムには非常に有用な医療機関と考えているが、その特徴である入院基本料が低いことと人員の確保が困難なため経営が安定しないのが現状である。年間数百件の有床診療所が無床化、閉院している現状では社会的な認識を変えない限り、安定は困難である。
- ・有床診療所が医療介護の着地点とならないようにする。
- ・有床診療所は病院・無床診療所と比較して病床を維持するだけで精一杯で介護にまでは手が回らないのが現状。地域のニーズに応えるのはなかなか困難を極める。

- ・有床診療所入院基本料の増額をしないと経営は厳しい。地域包括ケア病棟が近隣ではないためリハビリなどの受入をする。リハビリか介護に移行するので通所リハ等を準備。

○人口減少地域での経営

- ・人口減少ひどく不明。
- ・人口減少地域であり患者数の激減が見込まれるが、地域に住む人々の生活を守るために必要な施設であるので自前で後継者も育てて子供に託すが、中山間地では経営の安定化が不安。
- ・大都市以外の地域では、人口減はもうそこに来ている。老人人口も減少し看護・介護職員の確保も厳しくとても経営の安定は望めない。残念だが地域の現実。
- ・地方では、高齢者はすでに老人施設に取り込まれ、さらに介護医療院に入所が進んで、地域で入院医療や在宅医療を必要とする高齢者は減少している。

○経営が困難

- ・現況では有床診療所の内科の経営は困難となりそう。介護事業は人手が多くなければ対応できない。
- ・それを知りたい。現状では赤字続き。設備・機器の老朽化もありスプリンクラーの設置も負担。閉院せずに現状維持できるよう模索している。
- ・従業員の報酬維持で手一杯。また、人員確保が困難。診療報酬への反映や、人材確保への支援がなければ、当院もゆくゆくは閉鎖せざるを得ない。
- ・整形外科単科なので難しい。既に地域に役に立つように介護の分野には進出しているが、人件費等がかさみ医療ほど経営の安定に貢献してないことは事実。

○診療報酬・介護報酬等の引上げ

- ・まずは有床診療所の診療報酬の大幅改定。
- ・医療・介護報酬の増点。なぜなら独居の方は、在宅医療できないケースが多い。
- ・看護補助者（助手職）の評価を反映させる。ほとんど点数化されていないが実際に病棟で患者のケアをしているのは助手職がほとんど。離職率の高い看護師よりよっぽど仕事ができる。病棟は介護現場とほとんど変わらない今、わざわざ介護・医療に分ける必要はない。事務請求で分別するので余計なコストがかかる。
- ・診療報酬・介護報酬の設定や人員配置などの施設基準次第。
- ・地域包括ケアシステムの強化と有床診療所の経営安定化とは別の問題。人件費を考えると種々の入院保険点数のアップが必要。特に人口減少、高齢化進行の地方都市においては、医院経営の安定がないと介護事業への積極参入も難しいと思われる。
- ・労務管理上、労基署の指導を守っても人件費が充分賄えるほどの患者単価のとれる点数配分が必要。労働時間が短くなるとその分お世話できる患者数も減る。

○マンパワー不足

- ・マンパワー確保が困難。
- ・人員の確保及び入院部門のみで経営が維持できるようにしてほしい。
- ・人員配置困難な現状では新たな事業は困難。
- ・人材確保と診療費の充実。
- ・人手不足。介護サービスのコストアップ。
- ・人手不足で困っている。
- ・成功すれば安定化は図れると思うが、人材確保やランニングコストを考えると慎重になる。
- ・地域に有床診療所が少なく、地域のニーズや経営の安定化よりも、人員不足が深刻であり、自院でできる範囲でのサービス提供に限られる。
- ・当院は眼科で 3 床の診療所である。近隣の在宅の患者をデイサービス等の形で預けることができれば喜ばれると思うが、スタッフは、外来・入院業務で手一杯の状態。物理的に不可能である。

○わからない

- ・わからない。
- ・わからない。そこまで手が回らないと思う。
- ・眼科医院として介護事業等にどう関わっていくかがよくわからない。モデルケース等などがあればいいと思う。
- ・答えにくい、難しい。「例」があればいい。「ケーススタディ」も必要。

○余力がない

- ・高齢化、へき地で、私が高齢で精一杯。
- ・報酬が抑えられている状況では経営の安定化が難しい。診療所（有床）には、多種多様なニーズが集まってくるため、スタッフの手をとられることが多く、コストもかかってしまう。逆に事業縮小ということも考えなければならない。

○その他

- ・とにかく書類作成量が多く本業に集中できない。医療機関にとって書類作成の手間を減らすことが最大の要件である。
- ・経営の安定化のためなら無床化する。
- ・困難。

②有床診療所が介護事業を展開しやすくなるための行政からの支援

今後、国・都道府県・市町村からどのような支援があれば、有床診療所にとって、介護事業を実施しやすくなると思うかを尋ねたところ、以下の意見が挙げられた。

図表 2-111 有床診療所が介護事業を実施しやすくなるための行政からの支援
(自由記述式)

○医師・介護支援専門員等との交流の場の設置

- ・ 県・市町村主体で、医療機関と介護事業所の意見交換の場を作ってほしい。
- ・ ケアマネジャーや介護事業者との懇談会。

○情報提供

- ・ 施設基準等の広報や相談窓口の設置、介護士確保の支援等。
- ・ 地域における適正な介護事業所数や要介護者数について長期的な見通しを出し、今後介護事業を展開・拡大したい医療機関に、その情報やニーズを公開してほしい。
- ・ 医療と介護事業の両立のノウハウがわかりやすい資料の作成を早急にお願ひできれば。
- ・ 市町村毎に有床診療所の現状を把握し対策を個別に立てない限りは介護事業を実施することは困難である。
- ・ 終末期医療及び在宅での看取りに対する情報、システム機能。
- ・ 寝たきりになると受診できない患者がたくさんいる。介護施設への訪問診療、在宅での往診などできることはありそうだが、どう行っていけばいいのか、わからない状態だ。
- ・ 地域における、(虚弱者等の)情報を十分に把握して医療機関と十分に連携していることが重要。
- ・ 地域団体(自治会、社協、老人会などなど)との連携ができるように、ある程度の地域内の個人情報を開示していくこと。現在は、ポツリポツリと医療・介護に関わらなかった患者が急病などで医院にかつぎ込まれているが、多死社会になり、短期間に高齢者がおしよせてきたら、対応はできなくなるだろう。

○支援

- ・ 届出事項の緩和、手続き等をサポートして頂ける部署、サービスがあれば実施しやすいと考える。

○人材確保のための支援

- ・ 人材の確保に対する支援。
- ・ スタッフを確保しやすい環境整備(人件費補助、保育所の充実、院内保育所整備)。特に子育て中の看護師。
- ・ 必要人員の確保を可能に。
- ・ 看護職員の不足解消。

- ・看護職員の補充。
- ・有床診療所での看護人材の確保。
- ・経営の安定化には人員の確保（夜勤できるスタッフ）と十分な診療報酬が必要。
- ・建物の維持管理や、人員確保を簡便にできるようにしてもらいたい。
- ・人材確保が至難で国や自治体の支援で解決するものではないと感じる。特に夜間に働いてくれる看護師、介護士がいない。
- ・人材確保のシステム、経営基盤を得るための診療報酬のアップ。
- ・人材確保のための支援。
- ・人的支援が必要。
- ・人的補強・補充。
- ・夜勤可能な看護スタッフの確保（新人看護師はティーチングスタッフのいない施設には入職困難）。今のライフスタイルに合わない（結婚出産の僅かな時期・保育施設の確保（夜勤者のための））。

○看護・介護職員の人材育成

- ・看護・介護職員の早期育成。
- ・職員の質と数の確保。

○介護支援専門員の人材育成

- ・ケアマネジャーの教育・指導。

○人材紹介

- ・ケアマネの人材紹介。
- ・介護職員の紹介。
- ・介護職員、看護職員の人材派遣支援。

○病床の借上げ

- ・診療所のベッドを行政からの委託で受けるという形が望ましい。例えば、5床を行政枠として、借り上げていただくような形。

○診療報酬・介護報酬のアップ

- ・診療報酬、介護報酬の引上げ（2件）。
- ・一時預りの点数の追加（入院）、情報共有のための点数の追加。
- ・通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションの報酬のアップを図る。
- ・診療や介護報酬をアップすること。
- ・採算上妥当な（収支上赤字にならない）入院診療報酬。
- ・とにかく入院基本料が低すぎる。介護は出来高払いのしぼりの関係で同様となる。同じ棟内で医療保険の患者には、スタッフのアクションがあるのに、介護保険の患者はコ

ストが発生しないので放置するなんてことができるのか。現場のことを全く理解していない。

- ・まずは、有床診療所が安定運営できるよう基本的報酬の増額が望まれる（加算等ではなく）。
- ・医療・介護ともに報酬点数のアップを望む（医療は入院）。
- ・一般病床維持だけでも、経営と人手の確保が、立地条件の悪さもあり非常に困難なので、さらに介護の分の人手や少ない働き手に支払うための介護報酬の設定が高くなければ難しい。
- ・介護サービス・介護報酬の引上げを行う。
- ・介護事業を行っている診療所への単価（加算など）が高くなれば実施しやすくなると考える。介護事業への参入は人材の確保、人件費の問題など労力がかかるためなかなか難しい問題と考える。
- ・介護、特にリハビリテーション等を充実しようとするれば人件費が高くなり、採算が合わなくなる。有床診療所は、診療報酬の面で冷遇されてきている。有床診療所を活用する際、報酬面でも適切な施策が必要である。
- ・採算性のある報酬。
- ・診療報酬の充実。
- ・診療料の点数を2倍にしてほしい。
- ・十分に職員の確保が可能な診療報酬。
- ・従業員の報酬維持で手一杯。また、人員確保が困難。これに対しての診療報酬への反映や人材確保への支援がなければ、当院もゆくゆくは閉鎖せざるを得ない。
- ・有床診療所に対して、点数をアップすることで、ニーズがあること、国がバックアップしていることをアピールすれば、認識も変わるはず。
- ・有床診療所の診療報酬を少なくとも慢性期病院程度にする。
- ・有床診療所が必要と考えるならばもう少し入院基本料の点数を底上げして外来の収入で入院の赤字を補うような経営にならないようにしてほしい。介護事業への介入は経営が安定しないと難しい。
- ・有床診療所に対する適切な診療報酬・介護報酬の設定。
- ・入院基本料のアップ→経営の安定→介護事業の充実。
- ・病院なみの報酬上の評価。
- ・早くから介護事業をしているが、年々難しい状況になっている。
- ・職員確保が難しく収入は年々減少、賃金は上げられない、職員は集まらないという負のスパイラルから脱却できなくなっている。まずは介護報酬を上げることではないか。
- ・点数の優遇など経済的援助。
- ・報酬改定が必要（現状は、改定により加算が増えてもその要件具備のため、持ち出しが増え、できかねる）。

○財政的支援

- ・ 公的資金の支援・人材の確保（介護教育の推進）。
- ・ 人材確保に対する助成金・基準を満たせば保険点数を上げる（有床診療所の入院費が安いので、人件費を上げられない。病院並みの給料が出せないで看護師不足になる。介護事業などの貢献ができない）。
- ・ 何事もアクションを起こすには雇用の確保と人件費がかかるのでそれらの問題点が解消されるのであれば参入も考えたい。
- ・ 救急に対する補助金を考えてほしい。
- ・ 今後、一時的な泊まりの場所（ショートステイ、小規模多機能など）のニーズが高まると思う。これらの事業の開始にあたり、助成金等があると、民間参入が増え、特養待機者または有料老人ホームに金銭的な負担で入居できない利用者の利用が増えると思う。
- ・ 最初のみ支援して途中で廃止するような施策が続くので信用できない。
- ・ 在宅で介護に本当に困っている方の経済的支援が必要だと思う。その負担を診療所の方だけで（又は一部）するのは経営上難しい。有床診療所が閉鎖していく原因だと思う。医療依存が重い方に細やかな対応ができるのが有床診療所の良い所だと思うので。
- ・ 助成金は助かると思う。
- ・ 賃金を上げられる補助。

○施設基準の緩和

- ・ 療養病床の施設基準の緩和（病室などの広さ：現状のままでは使用できず、改築や増築が必要になり、多額の経費が必要となる）。
- ・ 急性期のベッド←→慢性期・介護用・看取りなどのベッドを流動的に利用できる制度。
- ・ 各有床診療所の所在地の実情に合った施設基準等を設定して柔軟な許認可を与える。
- ・ 再び病床を19床まで可として頂ければよいと思う。
- ・ 施設基準や職員の資格基準をもっと緩めてほしい。
- ・ 人員基準の弾力化。
- ・ 診療所はもともと病院と違い組織力が弱いので、複数法人での介護事業指定ができればと思う。

○リハビリのための支援

- ・ 通所リハとデイサービスの連携がうまくいくような支援がほしい。
- ・ 施設改築、増設のための援助（リハ施設をもたない診療所の新設）→リハビリができる「場」を増やす。

○PR

- ・ PR。
- ・ 地域包括システムのエリアごとのマップ作成と市民への配布。
- ・ 慢性期、終末期医療の病院病床から有床診療所病床への医療行政的な誘導（安価で安心

な看取りが実現できる)。また介護事業所（特に施設系）と有床診療所の連携により、スムーズな看取りが実現できるため、その告知が必要であり、有床診療所の施設系介護参入をバックアップ願いたい。

○制度・手続きの簡素化

- ・申請手続きの簡素化。
- ・手続きの煩雑さ。医療と介護が違うので同一事業所（医院）では混乱する。
- ・書類関係の（必要書類）整備の軽減。
- ・制度の簡素化。
- ・介護でも、医療（治療が必要なとき）が必要な時、包括ではなく、算定できるようにしてほしい。
- ・病床があれば、みなし指定として、ショートステイ等の手続きを簡素化できないか。
- ・手続き書類が多すぎるのも問題だと思う。

○その他

- ・運転免許証返納による交通弱者世帯への通院援助のシステム。
- ・リハビリ、浴室、厨房などの設備投資の補助、人的支援、経営指導などが必要と思われるが、当院では建物の構造、面積、移動などの問題で補助があっても困難である。
- ・安定した制度、すぐに変わるので信頼できない。入り口を広くしておいて安定したら狭くする、現在の調剤薬局の問題と同じだから。
- ・依頼がない限り、積極的になれない。スプリンクラーを設置しても減価償却できない。
- ・医療・介護をとともに必要とする患者はやはりまず医療機関での選別をして介護施設へ移す。従来の流れが必要と思う。
- ・医療で手一杯で積極的に介護支援事業を行う余裕がない。
- ・医療と介護は異なる。医師は医療にだけ勤めるべし。
- ・経営が安定し、余裕がないとなかなか参加できない。
- ・人件費を賄うために患者を集める営業努力が必要になりすぎるとサービスは低下すると思う。

第3章 介護支援専門員調査

第1節 調査の概要

(1) 目的

介護支援専門員における、有床診療所の利用実態、利用ニーズ、連携を行う上での課題、必要な情報等を把握する。

(2) 対象

全国の介護支援専門員 3,500 人
(一般社団法人日本介護支援専門員協会の会員から抽出)

(3) 調査手法

郵送配布/郵送回収

(4) 調査期間

平成 31 年 2 月 5 日～2 月 22 日
※回収状況を考慮し、3 月 7 日までに当社到着分を対象に集計を行った。

(5) 調査項目

- ・介護支援専門員としての経験年数、要介護度別の担当利用者数、保有資格、医療機関勤務経験の有無等
- ・勤務する居宅介護支援事業所の開設者、所属する介護支援専門員、同一法人の実施する事業
- ・担当する利用者の要介護度自立度、介護サービス等の利用状況
- ・地域の診療所についての認知度、有床診療所の有無、担当する利用者の有床診療所利用実績、利用意向
- ・有床診療所の連携のために必要な情報、課題等
- ・研修を行ってほしい内容、研修への参加意向 / 等

(6) 回収状況

調査票の有効回収数は 1,173 件、有効回収率は 33.5%であった。

第2節 調査の結果

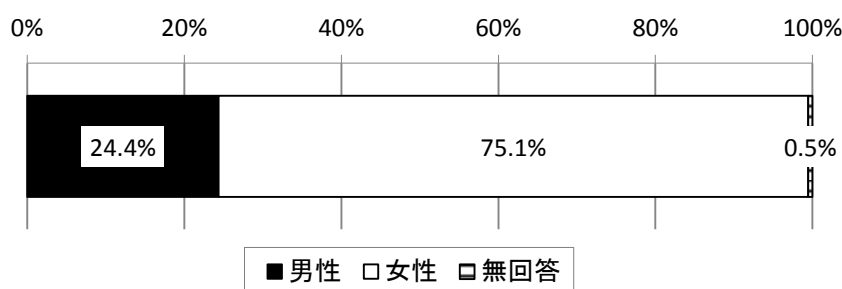
1. 回答者・事業所の概要

(1) 回答者の概要

①性別

回答者の性別は、「男性」が24.4%、「女性」が75.1%であった。

図表 3-1 性別 (n=1,173)



②年齢

回答者の年齢は、平均 51.6 歳であった。

図表 3-2 年齢

単位：歳

回答件数	平均	標準偏差	中央値
1,161	51.6	8.8	52.0

③介護支援専門員としての経験年月

1)介護支援専門員としての経験年月

介護支援専門員としての経験年月は、平均 11.5 年であった。

図表 3-3 介護支援専門員としての経験年月

単位：年

回答件数	平均	標準偏差	中央値
1,162	11.5	5.0	11.9

2)現在の事業所での、介護支援専門員としての経験年月

現在の事業所での、介護支援専門員としての経験年月は、平均 8.4 年であった。

図表 3-4 現在の事業所での、介護支援専門員としての経験年月

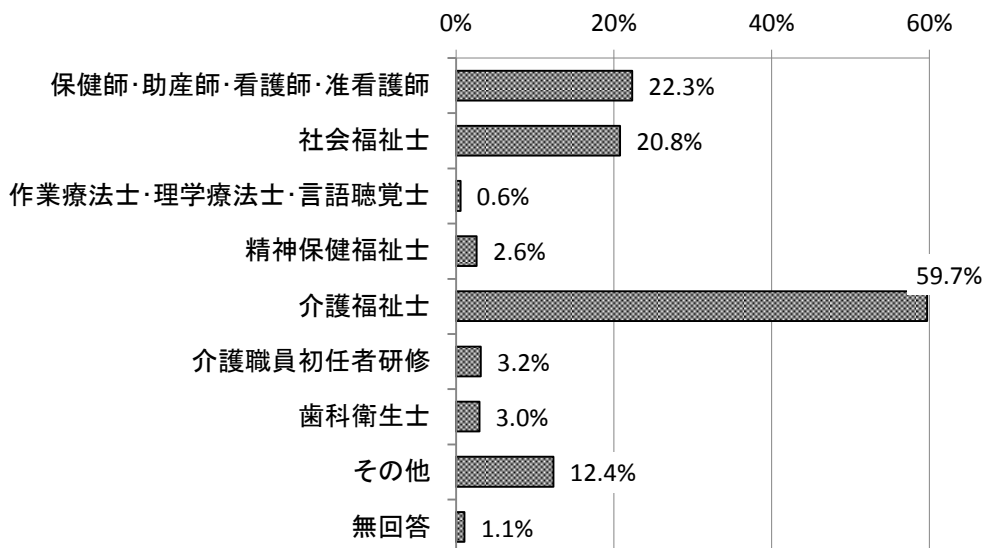
単位：年

回答件数	平均	標準偏差	中央値
1,151	8.4	5.4	7.8

④保有資格

保有資格は、「介護福祉士」が 59.7%、「保健師・助産師・看護師・准看護師」が 22.3%、「社会福祉士」が 20.8%であった。

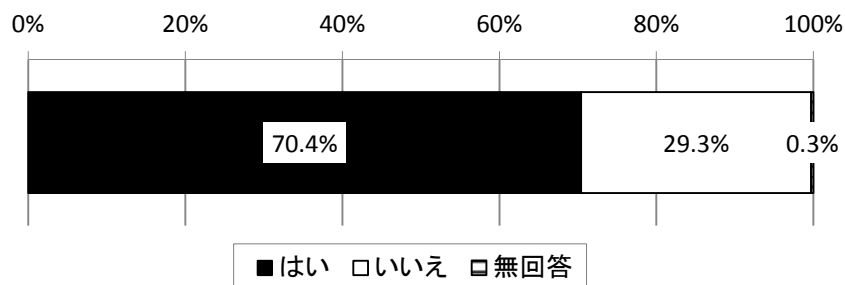
図表 3-5 保有資格 (複数回答) (n=1,173)



⑤主任介護支援専門員か

主任介護支援専門員かをたずねたところ、「はい」が 70.4%であった。

図表 3-6 主任介護支援専門員か (n=1,173)

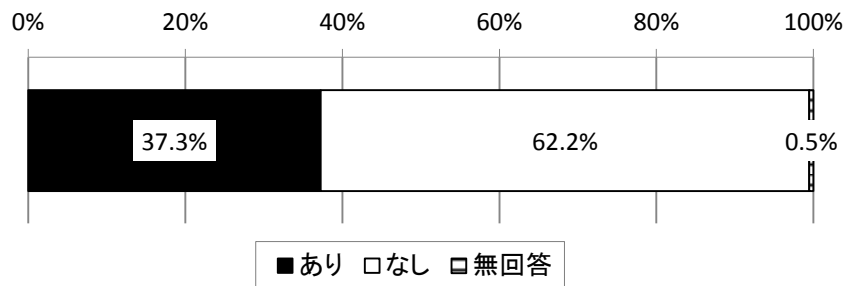


⑥医療機関での勤務経験

1)病院での勤務経験の有無

病院での勤務経験の有無は、「あり」が37.3%であった。

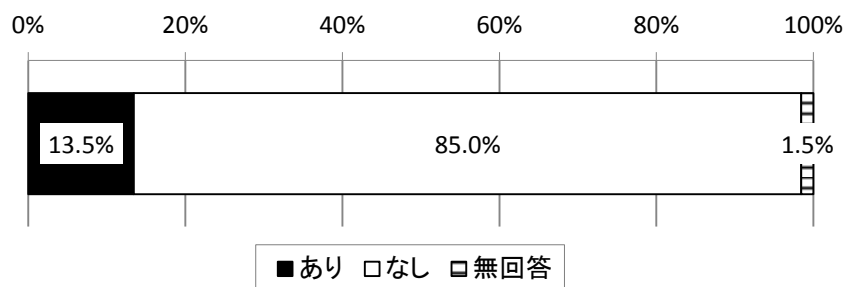
図表 3-7 病院での勤務経験の有無 (n=1,173)



2)診療所での勤務経験の有無

診療所での勤務経験の有無は、「あり」が13.5%であった。

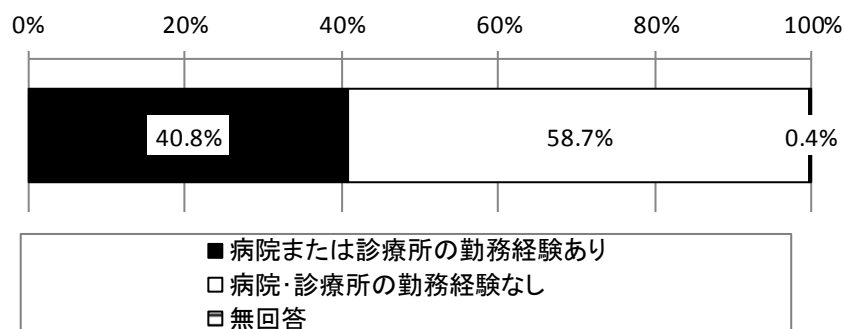
図表 3-8 診療所での勤務経験の有無 (n=1,173)



3)病院または診療所での勤務経験の有無

病院・または診療所での勤務経験の有無は、「あり」が40.8%であった。

図表 3-9 病院または診療所での勤務経験の有無 (n=1,173)



(2) 事業所の概要

①所在地

事業所の所在地は、「大分県」が 4.4%、「北海道」が 3.8%、「岡山県」が 3.5%であった。

図表 3-10 所在地 (n=1,173)

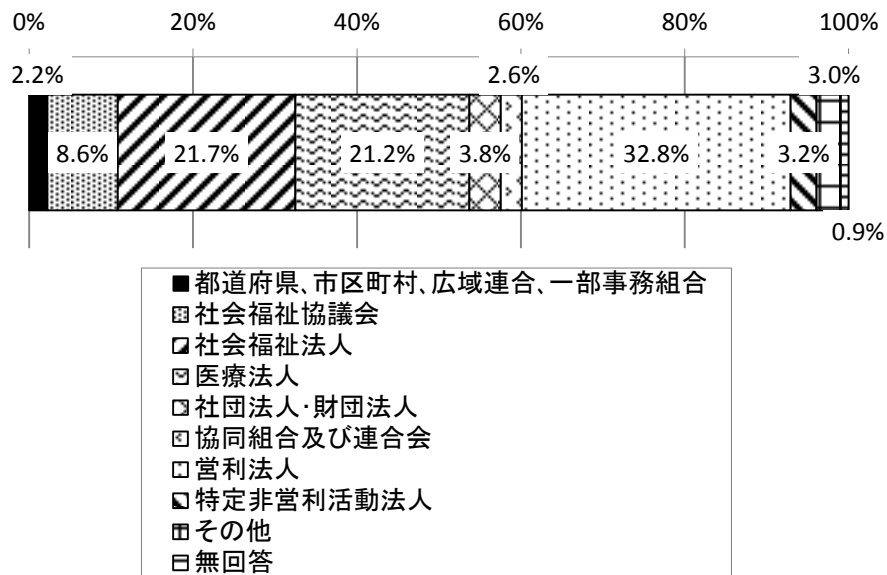
	件数	構成割合
北海道	45	3.8%
青森県	30	2.6%
岩手県	36	3.1%
宮城県	7	0.6%
秋田県	32	2.7%
山形県	39	3.3%
福島県	31	2.6%
茨城県	31	2.6%
栃木県	9	0.8%
群馬県	8	0.7%
埼玉県	15	1.3%
千葉県	16	1.4%
東京都	19	1.6%
神奈川県	28	2.4%
新潟県	14	1.2%
富山県	16	1.4%
石川県	32	2.7%
福井県	24	2.0%
山梨県	29	2.5%
長野県	40	3.4%
岐阜県	9	0.8%
静岡県	33	2.8%
愛知県	35	3.0%
三重県	26	2.2%

	件数	構成割合
滋賀県	18	1.5%
京都府	18	1.5%
大阪府	33	2.8%
兵庫県	26	2.2%
奈良県	9	0.8%
和歌山県	18	1.5%
鳥取県	1	0.1%
島根県	18	1.5%
岡山県	41	3.5%
広島県	30	2.6%
山口県	27	2.3%
徳島県	11	0.9%
香川県	30	2.6%
愛媛県	3	0.3%
高知県	12	1.0%
福岡県	39	3.3%
佐賀県	9	0.8%
長崎県	40	3.4%
熊本県	36	3.1%
大分県	52	4.4%
宮崎県	33	2.8%
鹿児島県	38	3.2%
沖縄県	22	1.9%
無回答	5	0.4%
全体	1,173	100.0%

②開設主体

事業所の開設主体は、「営利法人」が 32.8%、「社会福祉法人」が 21.7%、「医療法人」が 21.2%であった。

図表 3-11 開設主体 (n=1,173)



③所属する事業所の介護支援専門員の人数

所属する事業所の介護支援専門員の人数は、平均 4.1 人であった。

図表 3-12 所属する事業所の介護支援専門員の人数

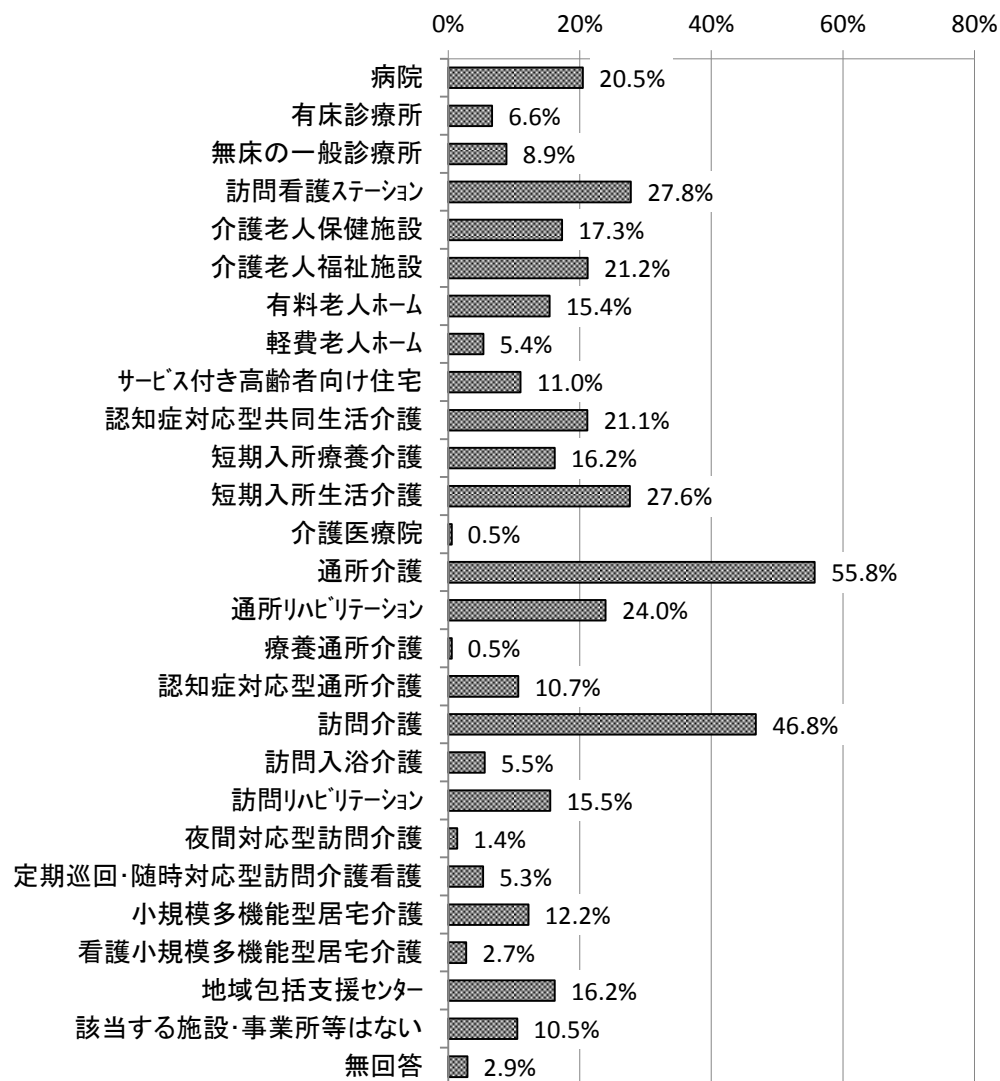
単位：人

回答件数	平均	標準偏差	中央値
1,144	4.1	2.9	4.0

④同一法人または関連法人が運営している施設・事業所等

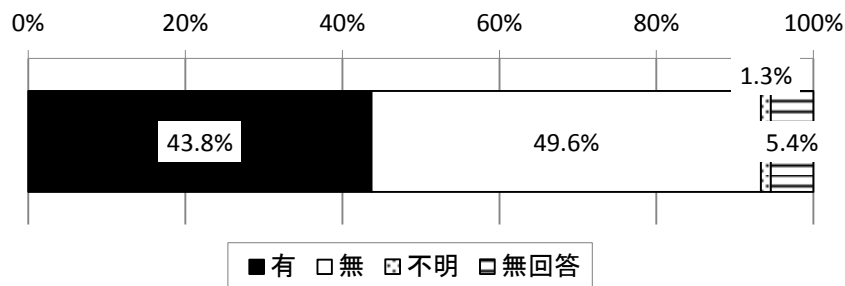
同一法人または関連法人が運営している施設・事業所等は、「通所介護」が55.8%、「訪問介護」が46.8%、「訪問看護ステーション」が27.8%、「短期入所生活介護」が27.6%であった。

図表 3-13 同一法人または関連法人が運営している施設・事業所等 (複数回答) (n=1,173)



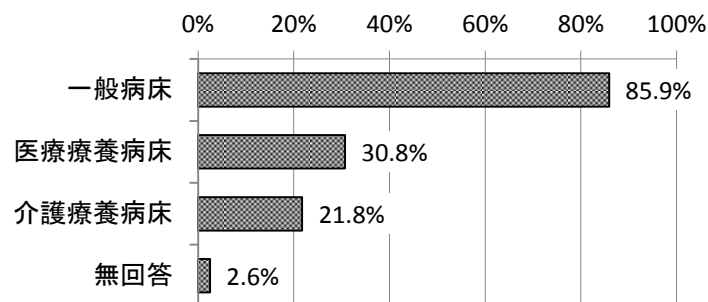
「病院」を運営している場合、介護療養病床は「有」が43.8%であった。

図表 3-14 「病院」の場合：介護療養病床の有無 (n=240)



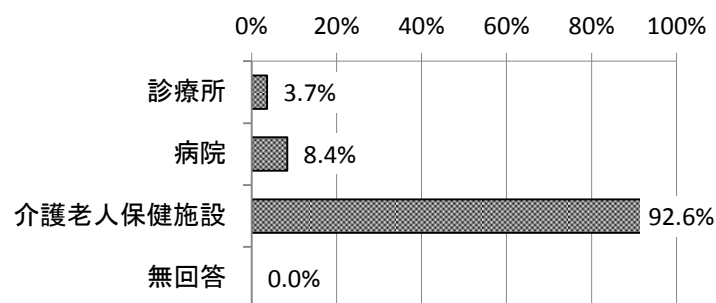
「有床診療所」を運営している場合、有する病床の種類は、「一般病床」が85.9%であった。

図表 3-15 「有床診療所」の場合：有する病床の種類 (複数回答) (n=78)



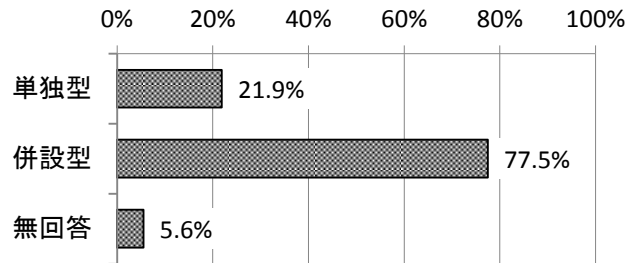
「短期入所療養介護」を運営している場合、運営施設は、「介護老人保健施設」が92.6%であった。

図表 3-16 「短期入所療養介護」の場合：実施施設 (複数回答) (n=190)



「短期入所生活介護」を運営している場合、「併設型」が77.5%、「単独型」が21.9%であった。

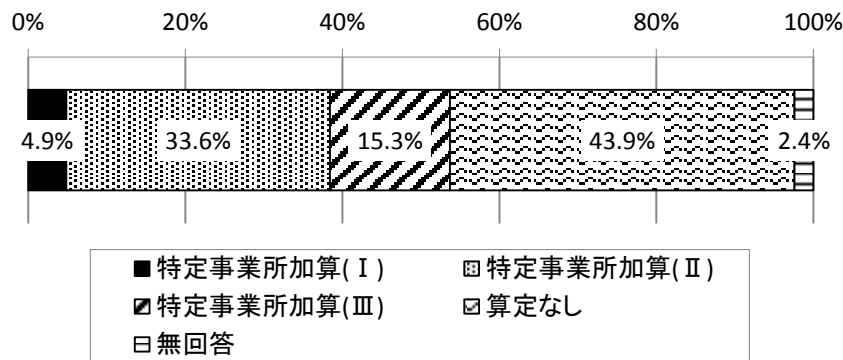
図表 3-17 「短期入所生活介護」の場合：種別 (複数回答) (n=324)



⑤ 特定事業所加算の算定状況

特定事業所加算の算定状況は、「特定事業所加算(Ⅱ)」が33.6%、「特定事業所加算(Ⅲ)」が15.3%、「特定事業所加算(Ⅰ)」が4.9%であり、「算定なし」は43.9%であった。

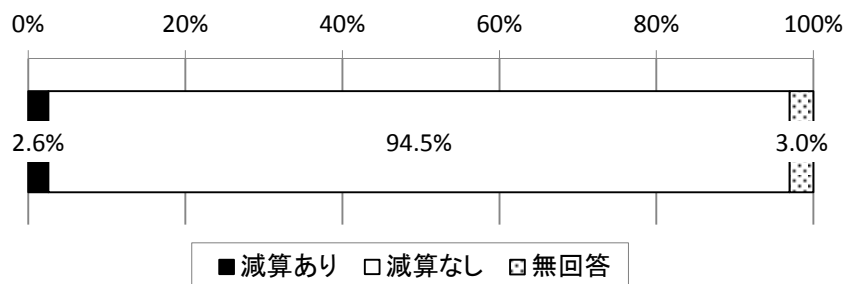
図表 3-18 特定事業所加算の算定状況 (n=1,173)



⑥ 特定事業所集中減算の有無

特定事業所集中減算は、「減算あり」が2.6%であった。

図表 3-19 特定事業所集中減算の有無 (複数回答) (n=324)



2. 担当する利用者や介護サービス等の利用状況

①担当利用者の要介護度別人数

平成30年12月の給付管理で実績があった担当する利用者数は、平均30.6人であった。分布をみると20人以上30人未満が23.4%であった。

要介護度別にみると、「要介護1」が平均8.8人、「要介護2」が平均7.5人、「要支援1・2」が平均4.9人であった。

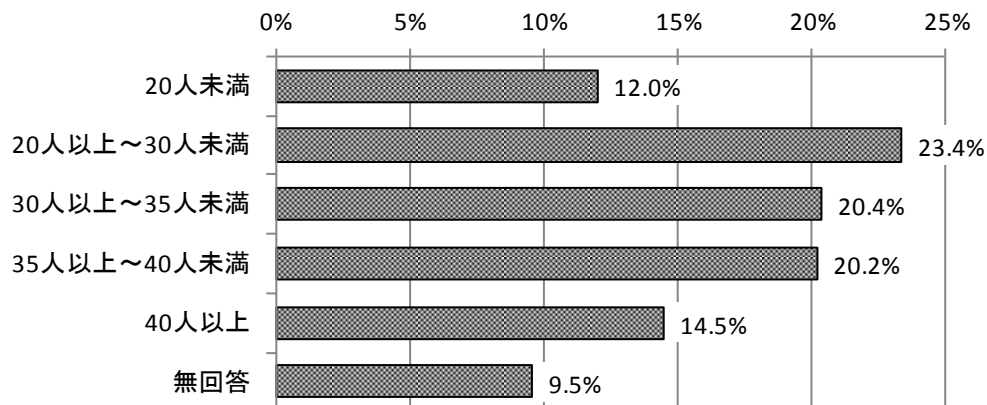
「要介護5」の利用者が1人以上いる人は、71.1%であった。

図表 3-20 要介護度別：担当利用者数：実人数

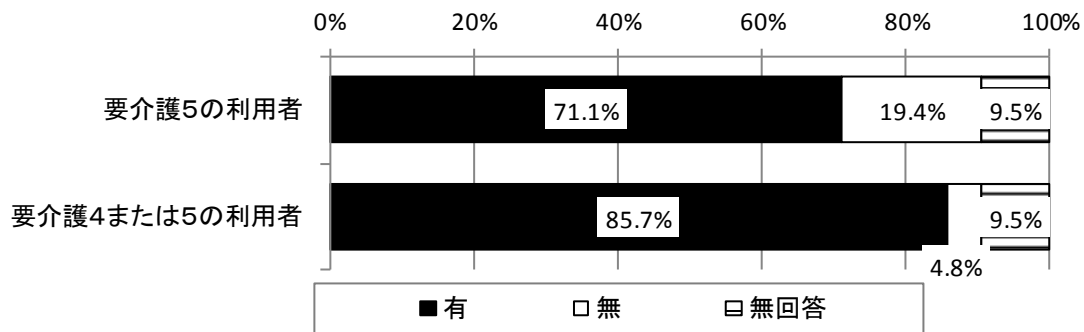
単位：人

	回答件数	平均	標準偏差	中央値
要支援1・2	1,061	4.9	5.1	4.0
要介護1	1,061	8.8	4.8	8.0
要介護2	1,061	7.5	3.9	7.0
要介護3	1,061	4.5	2.7	4.0
要介護4	1,061	2.9	2.1	3.0
要介護5	1,061	2.0	1.9	2.0
合計	1,061	30.6	9.9	32.0

図表 3-21 担当利用者数：実人数



図表 3-22 担当する利用者のうち、「要介護5の利用者」要介護4または5の利用者」の有無



②「障害高齢者の日常生活自立度がランク C 以上」の利用者数

担当する利用者のうち、「障害高齢者の日常生活自立度がランク C 以上」の利用者数は、平均 2.6 人であった。

図表 3-23 担当する利用者のうち、「障害高齢者の日常生活自立度がランク C 以上」の利用者数：実人数

単位：人

回答件数	平均	標準偏差	中央値
1,031	2.6	3.0	2.0

	件数	構成比
0 人	231	19.7%
1 人	209	17.8%
2 人	200	17.1%
3 人	129	11.0%
4 人	84	7.2%
5 人	62	5.3%
6 人～10 人	94	8.0%
11 人以上	22	1.9%
無回答	142	12.1%
全体	1,173	100.0%

③「認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ以上」の利用者数

担当する利用者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ以上」の利用者数は、平均5.7人であった。

図表 3-24 担当する利用者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ以上」の利用者数：実人数

単位：人

回答件数	平均	標準偏差	中央値
1,015	5.7	4.3	5.0

	件数	構成比
2人以下	252	21.5%
3人～5人	299	25.5%
6人～10人	341	29.1%
11人以上	123	10.5%
無回答	158	13.5%
全体	1,173	100.0%

④「訪問看護（医療保険を含む）を利用している」利用者数

担当する利用者のうち、「訪問看護（医療保険を含む）を利用している」利用者数は、平均5.2人であった。

図表 3-25 担当する利用者のうち、「訪問看護（医療保険を含む）を利用している」利用者数：実人数

単位：人

回答件数	平均	標準偏差	中央値
1,052	5.2	4.6	4.0

	件数	構成比
2人以下	341	29.1%
3人～5人	319	27.2%
6人～10人	281	24.0%
11人以上	111	9.5%
無回答	121	10.3%
全体	1,173	100.0%

⑤「医療ニーズが高い」利用者数

担当する利用者のうち、「医療ニーズが高い」利用者数は、平均 1.8 人であった。

図表 3-26 担当する利用者のうち、「医療ニーズが高い」利用者数：実人数

単位：人

回答件数	平均	標準偏差	中央値
1,049	1.8	1.9	1.0

	件数	構成比
0 人	286	24.4%
1 人	259	22.1%
2 人	222	18.9%
3 人	126	10.7%
4 人	70	6.0%
5 人	43	3.7%
6 人以上	43	3.7%
無回答	124	10.6%
全体	1,173	100.0%

⑥担当する利用者の短期入所生活介護の延べ利用回数（平成 30 年 10 月～12 月）

平成 30 年 10 月から 12 月における、担当する利用者の短期入所生活介護の延べ利用回数は、平均 59.8 回であった。

図表 3-27 担当する利用者の短期入所生活介護の延べ利用回数（平成 30 年 10 月～12 月）

単位：回

回答件数	平均	標準偏差	中央値
1,088	59.8	94.6	20.0

	件数	構成比
0 回	151	12.9%
1 回～10 回	261	22.3%
11 回～20 回	147	12.5%
21 回～50 回	183	15.6%
51 回～100 回	142	12.1%
101 回～200 回	106	9.0%
201 回以上	98	8.4%
無回答	85	7.2%
全体	1,173	100.0%

⑦担当する利用者の短期入所療養介護の延べ利用回数（平成30年10月～12月）

平成30年10月から12月における、担当する利用者の短期入所療養介護の延べ利用回数は、平均4.8回であった。

利用先施設別にみると、「老人保健施設」が平均4.3回、「有床診療所」が平均0.3回、「病院」が平均0.2回であった。それぞれの施設について、1回以上の利用の有無をみたところ、有床診療所は「有」が0.9%、「病院」が1.8%、「老人保健施設」が26.3%であった。

図表 3-28 担当する利用者の短期入所療養介護の延べ利用回数（平成30年10月～12月）

単位：回

回答件数	平均	標準偏差	中央値
1,106	4.8	14.4	0.0

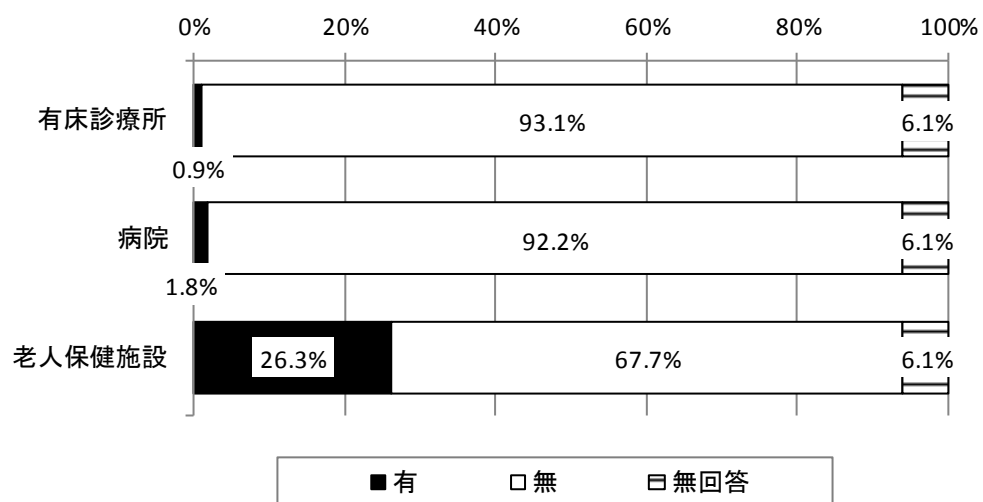
	件数	構成比
0回	771	65.7%
1回	41	3.5%
2回	40	3.4%
3回	39	3.3%
4回	21	1.8%
5回	9	0.8%
6回～10回	60	5.1%
11回以上	125	10.7%
無回答	67	5.7%
全体	1,173	100.0%

図表 3-29 利用先施設別：延べ利用回数

単位：回

	回答件数	平均	標準偏差	中央値
有床診療所	1,102	0.3	4.7	0.0
病院	1,102	0.2	2.3	0.0
老人保健施設	1,102	4.3	13.5	0.0

図表 3-30 短期入所療養介護の利用先施設



3. 有床診療所の利用状況・意向等

①事業所のサービス提供地域内の医療機関数

事業所のサービス提供地域内の医療機関数は、「医科」が平均 88.2 施設、「歯科」が平均 57.8 施設であった。

図表 3-31 サービス提供地域内の医療機関数

単位：施設

	回答件数	平均	標準偏差	中央値
医科	805	88.2	156.4	24.0
歯科	754	57.8	101.8	18.0

サービス提供地域内の医療機関のうち、積極的な交流がある医療機関数は、「医科」が平均 6.1 施設、「歯科」が平均 1.6 施設であった。

図表 3-32 サービス提供地域内の医療機関のうち、積極的な交流がある医療機関数

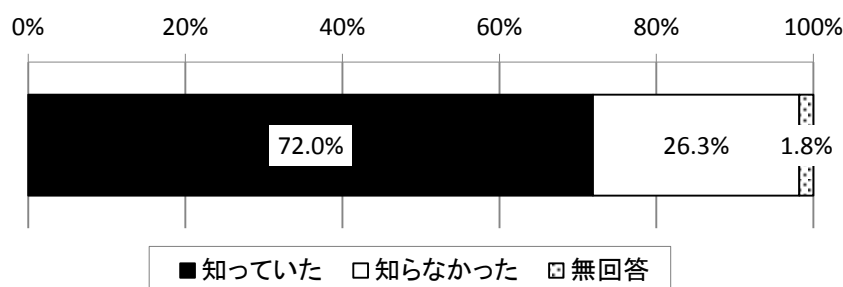
単位：施設

	回答件数	平均	標準偏差	中央値
医科	971	6.1	7.1	4.0
歯科	852	1.6	2.3	1.0

②有床診療所の認知状況

有床診療所の認知状況は、「知っていた」が 72.0%であった。

図表 3-33 有床診療所の認知状況 (n=1,173)

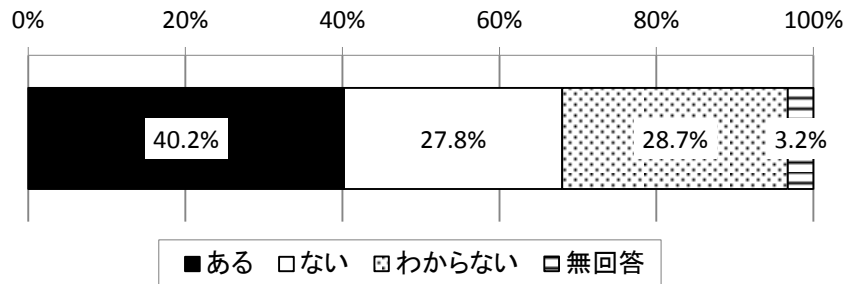


③サービス提供地域内の有床診療所の有無

サービス提供地域内の有床診療所は、「ある」が40.2%であった。

「ある」場合、その数は、平均6.2施設であった。

図表 3-34 サービス提供地域内の有床診療所の有無 (n=1,173)



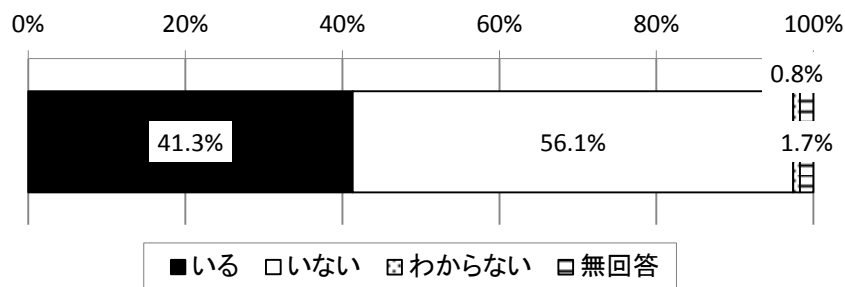
図表 3-35 「ある」場合：サービス提供地域内での有床診療所数

単位：施設

回答件数	平均	標準偏差	中央値
352	6.2	12.4	2.0

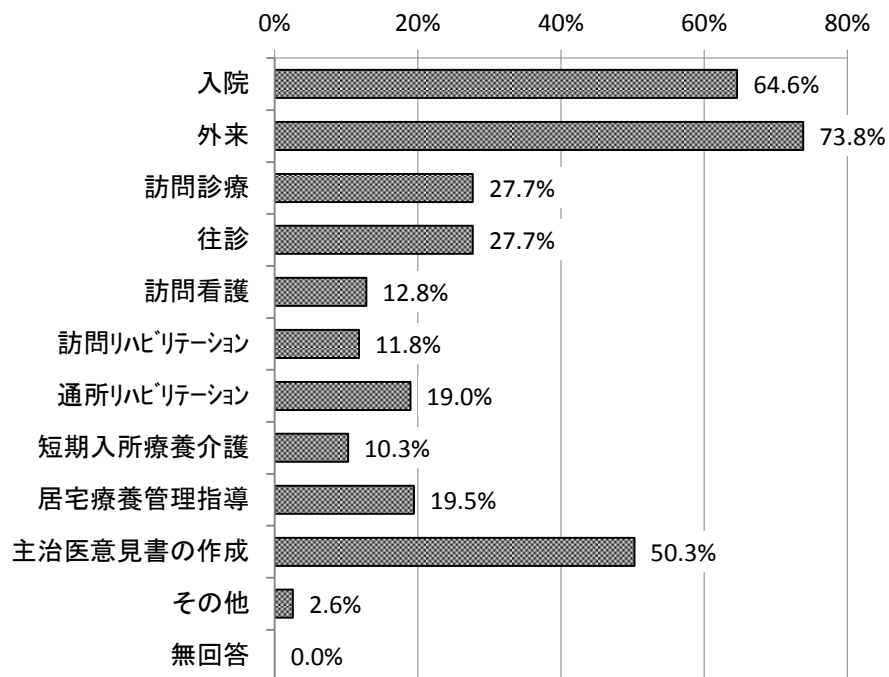
「ある」場合、平成30年12月の給付管理で実績があった、担当する利用者のうち、過去半年間に有床診療所を利用した人は「いる」が41.3%であった。

図表 3-36 「ある」場合：平成30年12月の給付管理で実績があった、担当する利用者のうち、過去半年間に有床診療所を利用した人の有無 (n=472)



「いる」場合、有床診療所の利用目的は、「外来」が73.8%、「入院」が64.6%、「主治医意見書の作成」が50.3%であった。

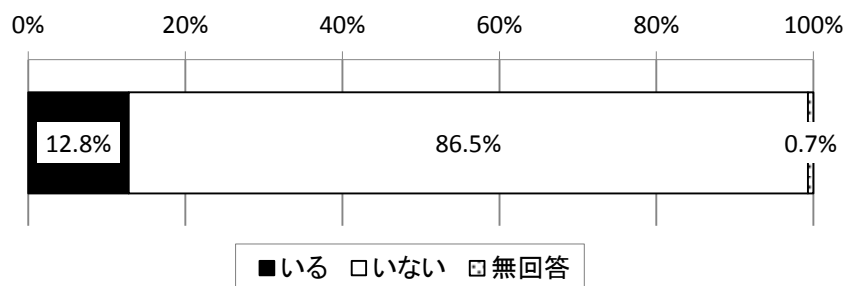
図表 3-37 「いる」場合：有床診療所の利用目的（複数回答）(n=195)



④現在の事業所で担当した利用者のうち、有床診療所の提供する短期入所療養介護の利用者の有無

現在の事業所で担当した利用者のうち、有床診療所の提供する短期入所療養介護の利用者は、「いる」が12.8%であった。

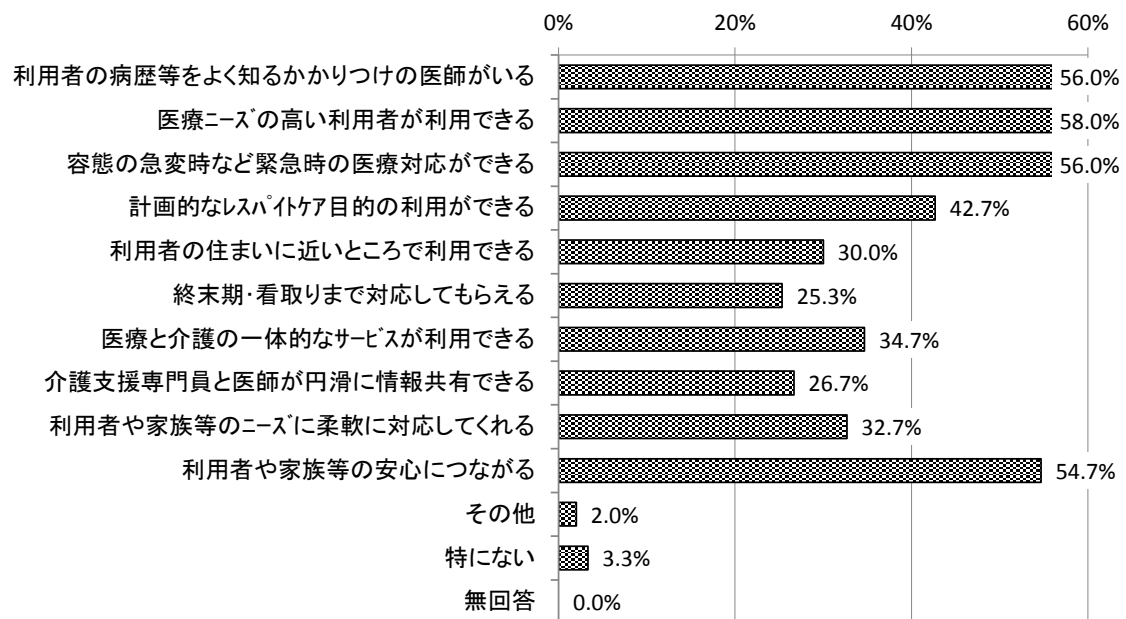
図表 3-38 現在の事業所で担当した利用者のうち、有床診療所の提供する短期入所療養介護の利用者の有無 (n=1,173)



1) 「いる」場合：有床診療所の短期入所療養介護の良い点

「いる」場合、有床診療所の短期入所療養介護の良い点は、「医療ニーズの高い利用者が利用できる」が 58.0%、「利用者の病歴等をよく知るかかりつけの医師がいる」、「容態の急変時など緊急時の医療対応ができる」がそれぞれ 56.0%、「利用者や家族等の安心につながる」が 54.7%であった。

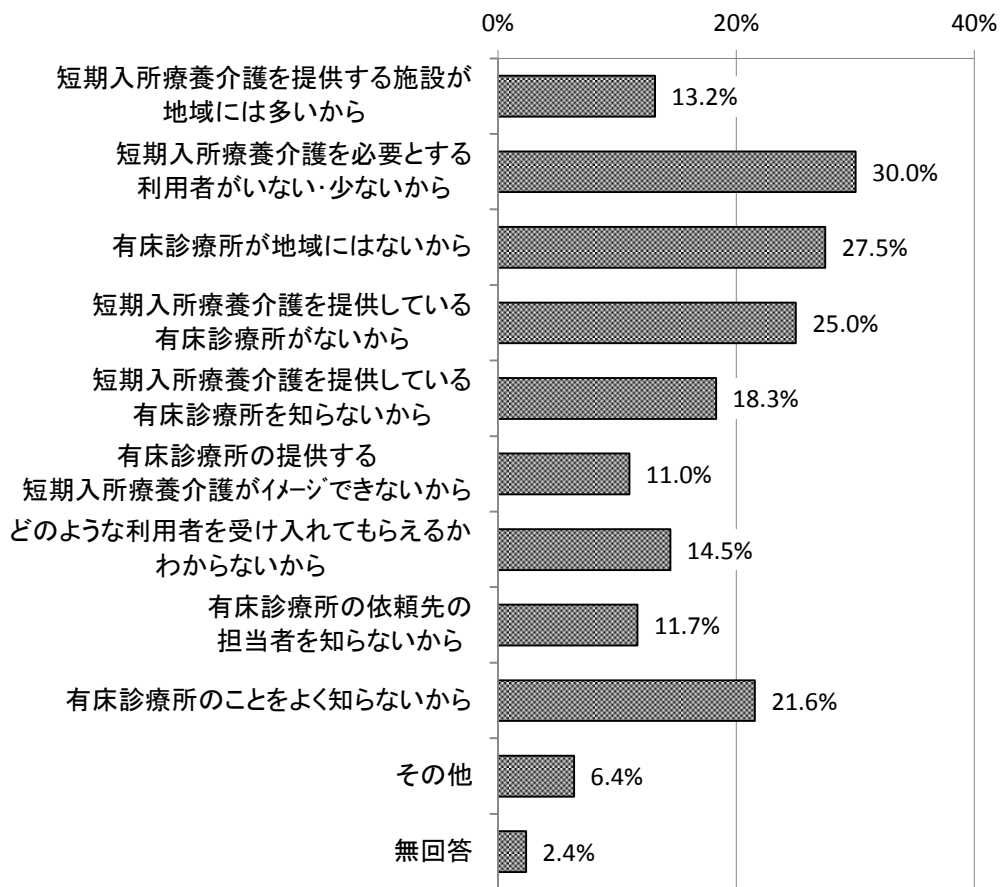
図表 3-39 「いる」場合：有床診療所の短期入所療養介護の良い点 (複数回答) (n=150)



2) 「いない」場合：有床診療所の短期入所療養介護を利用したことがない理由

「いない」場合、有床診療所の短期入所療養介護を利用したことがない理由は、「短期入所療養介護を必要とする利用者がいない・少ないから」が 30.0%、「有床診療所が地域にはないから」が 27.5%、「短期入所療養介護を提供している有床診療所がないから」が 25.0%であった。

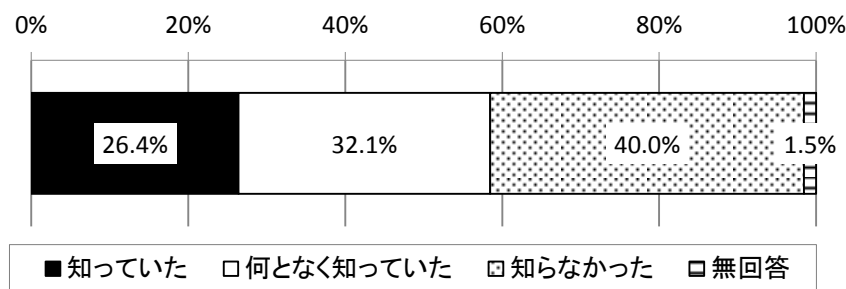
図表 3-40 「いない」場合：有床診療所の短期入所療養介護を利用したことがない理由
(複数回答)(n=1,015)



⑤届出等をしていれば、有床診療所が医療ニーズの高い利用者に対して短期入所療養介護を提供できることの認知状況

届出等をしていれば、有床診療所が医療ニーズの高い利用者に対して短期入所療養介護を提供できることの認知状況は、「知っていた」が26.4%、「何となく知っていた」が32.1%であり、「知らなかった」は40.0%であった。

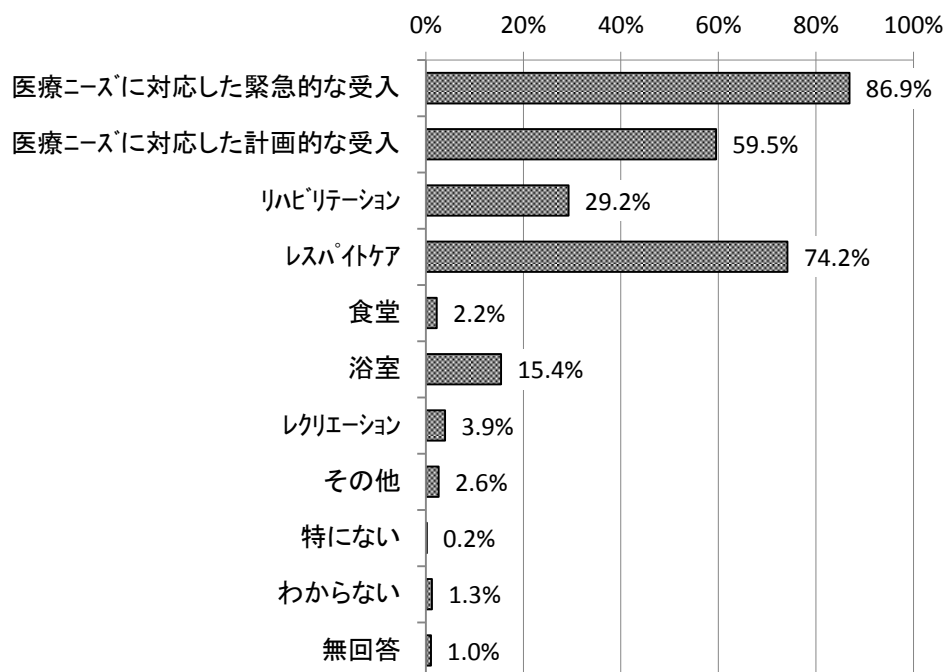
図表 3-41 有床診療所が医療ニーズの高い利用者に対して短期入所療養介護を提供できることの認知状況 (n=1,173)



⑥医療ニーズの高い利用者の短期入所療養介護において重視するサービス等

医療ニーズの高い利用者の短期入所療養介護において重視するサービス等は、「医療ニーズに対応した緊急的な受入」が86.9%、「レスパイトケア」が74.2%、「医療ニーズに対応した計画的な受入れ」が59.5%であった。

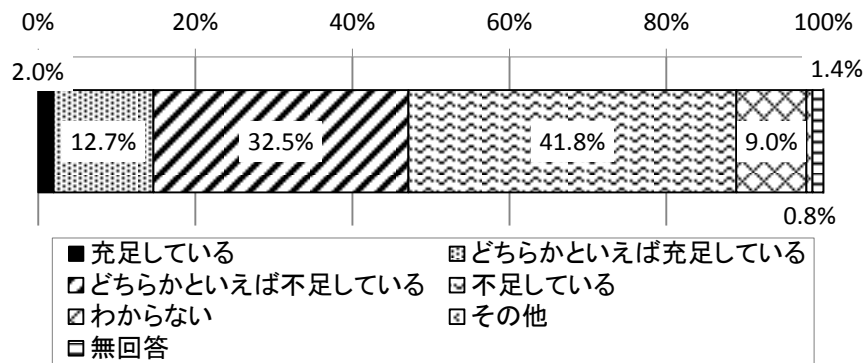
図表 3-42 医療ニーズの高い利用者の短期入所療養介護において重視するサービス等 (複数回答) (n=1,173)



⑦担当する地域における、医療ニーズの高い利用者に対する短期入所療養介護等の介護サービスの充足状況

担当する地域における、医療ニーズの高い利用者に対する短期入所療養介護等の介護サービスの充足状況は、「不足している」が41.8%、「どちらかといえば不足している」が32.5%であった。

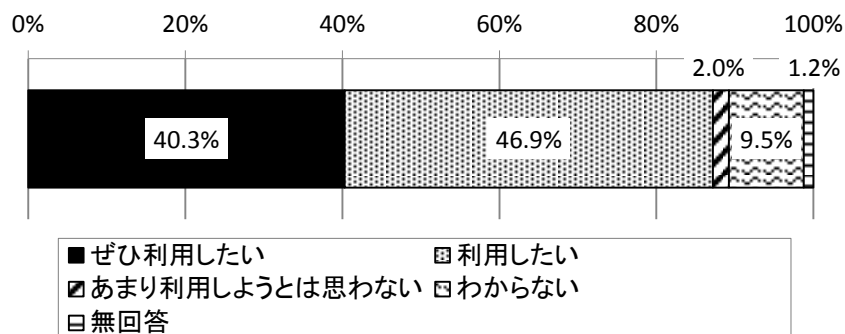
図表 3-43 医療ニーズの高い利用者に対する短期入所療養介護の介護サービスの充足状況 (n=1,173)



⑧医療と介護を一体的に提供する有床診療所の利用意向

医療と介護を一体的に提供する有床診療所が地域にあると仮定した場合の利用意向は、「利用したい」が46.9%、「ぜひ利用したい」が40.3%であった。

図表 3-44 医療と介護を一体的に提供する有床診療所の利用意向 (n=1,173)



⑨医療と介護を一体的に提供する有床診療所に対して提供を期待するサービス

医療と介護を一体的に提供する有床診療所に対してどのような利用者に、どのようなサービスを提供してほしいかをたずねたところ、多くで、「医療ニーズが高い方」、「医療依存度が高い人」という回答であった。また、具体的に、以下のような状態があげられた。

- インスリン、胃瘻、経鼻経管栄養、中心静脈栄養、バルーン留置
- 吸引、在宅酸素、気管切開
- 難病、ALS等人工呼吸器装着の人
- 褥瘡が悪化した場合
- 透析患者
- 重度の認知症
- 精神疾患
- 終末期
- 疼痛コントロールが必要な人／等

また、独居で、インフルエンザ、高熱のとき、といった回答もあった。

- 独居
- 家族介護力が少ない人

に対してサービスを提供してほしい、という回答もあった。

サービス内容としては、利用者にかかわらず、共通で、

- 医療処置
- リハビリ
- 家族のレスパイト
- 緊急時の受け入れ
- ショートステイ
- 入院
- 訪問診療

といった回答が主であった。

さらに、在宅支援の視点で、以下のような回答があった。

- 自宅での生活に近いケアの提供
- 自宅での療養生活上の留意点指導
- 在宅に戻ったときを想定してサービスをお願いしたい
- 在宅へ戻れるよう、状態維持と退院支援
- 在宅と有床診療所を行き来でき、安心できるサービス／等

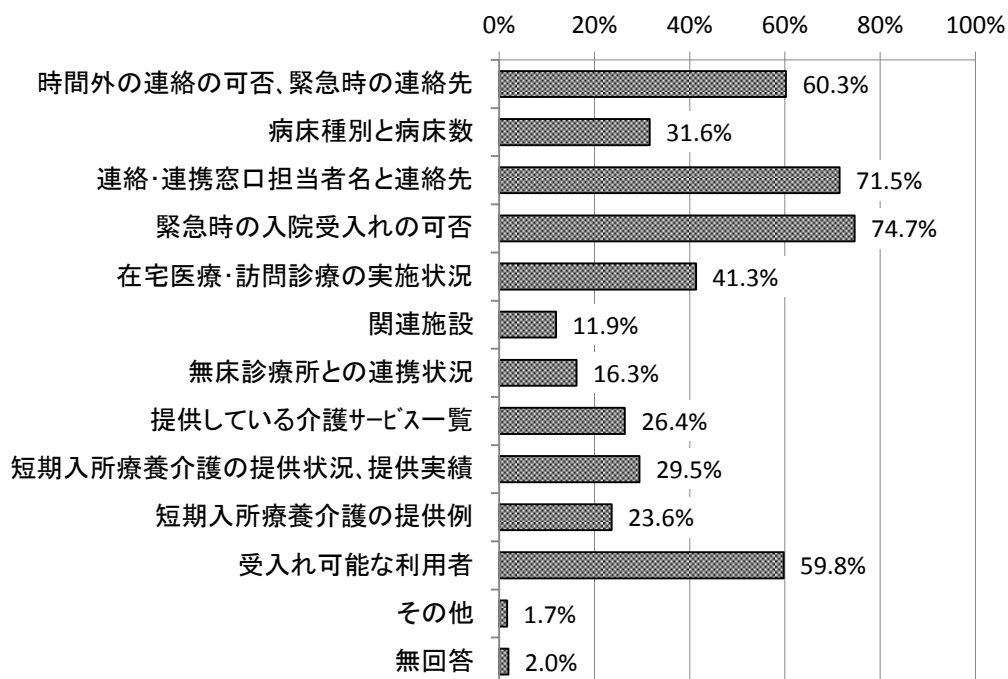
また、「身体拘束のないケア」「寝かせきりにせず、リハビリ対応もしてほしい」「送迎をほしい」といった回答もあった。

4. 有床診療所との連携等

①有床診療所との連携を円滑に行うために、あるとよいと思う情報

有床診療所との連携を行うために、あるとよいと思う情報は、「緊急時の入院受入れの可否」が74.7%、「連絡・連携窓口担当者名と連絡先」が71.5%、「時間外の連絡の可否、緊急時の連絡先」が60.3%であった。

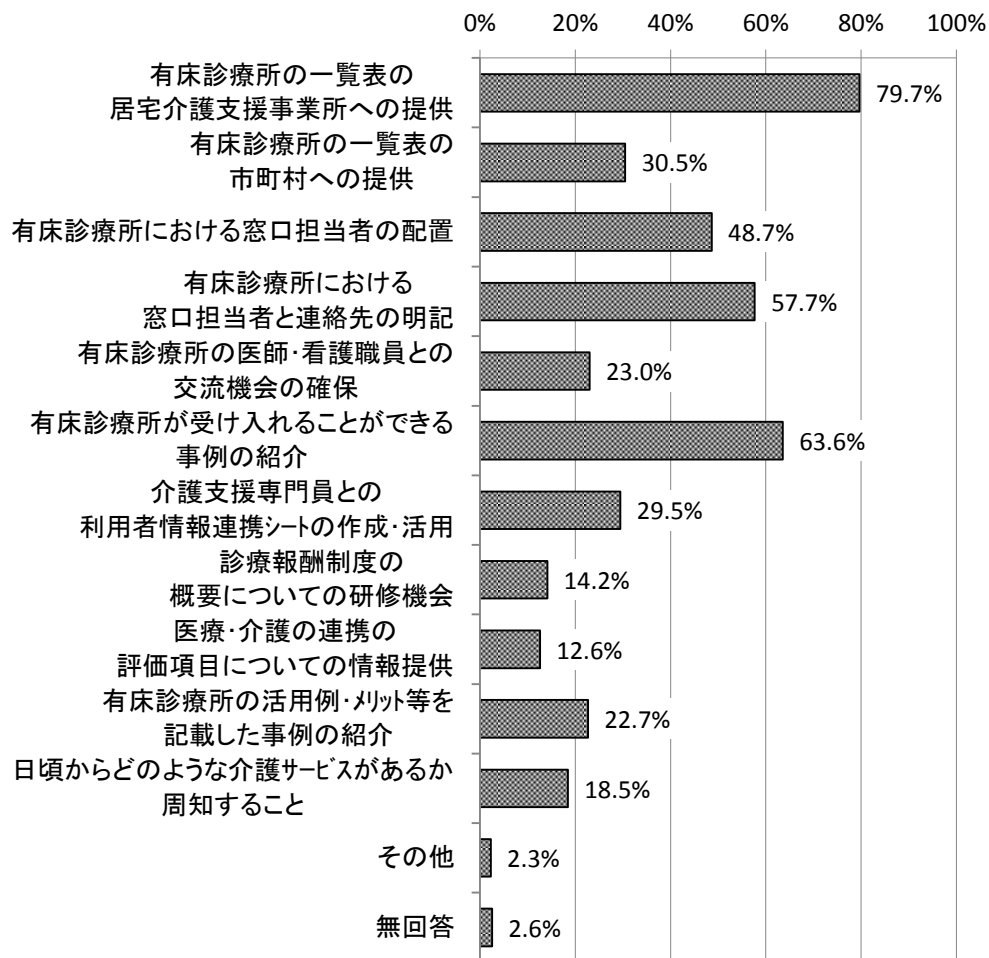
図表 3-45 有床診療所との連携を行うために、あるとよいと思う情報 (複数回答)
(n=1,173)



②有床診療所と連携がしやすくなる取組

有床診療所と連携がしやすくなる取組は、「有床診療所の一覧表の居宅介護支援事業所への提供」が79.7%、「有床診療所が受け入れることができる事例の紹介」が63.6%、「有床診療所における窓口担当者との連絡先の明記」が57.7%であった。

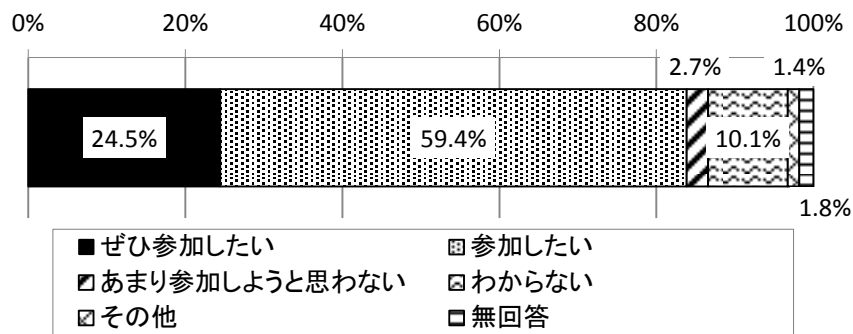
図表 3-46 有床診療所と連携がしやすくなる取組 (複数回答) (n=1,173)



③有床診療所との連携に関する講習会への参加意向

有床診療所との連携に関する講習会を実施した場合の参加意向は、「参加したい」が59.4%、「ぜひ参加したい」が24.5%であった。

図表 3-47 有床診療所との連携に関する講習会への参加意向(n=1,173)



④医療機関と連携する上で困っていること

医療機関と連携するうえで困っていることとしては以下のとおりであった。

○連絡がとりにくい

- ・連絡がとれる窓口がない医療機関があるため、ケア窓口を作ってもらいたい。
- ・連携室のない病院との連携方法。
- ・連携手段におけるツールや定型例がない。
- ・有床の医療機関においては、MSWの必置またはそれに替わる、人員配置をしていただきたい。入退院時情報、連携がとりにくいいため。
- ・病院等によって連携方法や連絡方法が違うため、とまどってしまう。
- ・医師と連絡がとれない。
- ・病院の人は忙しい。
- ・入院した際に電話では入院状況を教えてくれない。直接病院に行かないといけない。また、本人受診に合わせて病院に行かないといけない。電話でも情報のやりとりがしたい。
- ・担当者会議の連絡をしたり、照会を依頼したら個人情報保護によりできないと断われた。担当者会議の参加は全て断われたり、診察時間に行っても大病院、町病院も面会できない場合が多い。
- ・大病院の場合、だれに連絡したら、きちんと対応してもらえるのかわからない。

○急な退院

- ・連絡をくれるのはとてもありがたいが、特に急性期の病院は、連絡が来てからの日数がとても短く、対応が間に合わないこともある。

- ・緊急な退院連絡、それに伴うサービス調整・入院受け入れ拒否。
- ・月末・週末の急な退院。

○連絡のないままの転院、退院

- ・入院情報提供をしているが、連絡もないまま転院している。
- ・退院した情報等が入ってこない時がある。

○退院促進の仕方

- ・利用者の状態を家族が理解できない、受け入れられない状況の時に退院を促し、退院を行うこと。
- ・急性期病院からの退院だと、退院準備ができなくても退院して来てしまうケースがあった。
- ・退院後の受入れ先がない時や急な退院をせまられる時。

○在宅への理解、介護保険の理解

- ・利用者の在宅での生活に目を向けていただきたい。自宅での看取りについて医師にもっと理解してほしい。
- ・無床診療所の先生方の介護との連携への消極的なところを改善してもらいたい。
- ・病院のレベルの問題なのか、看護師やその他のスタッフが全く介護保険制度を理解していない人が多く、利用者や家族に不適切なサービス案内をして責任をとらない。
- ・訪問診療の医師が少ない。
- ・主治医意見書をなかなか書いてもらえないことがある。

○敷居が高い、専門用語がわからない

- ・敷居の高さを感じる。外来患者・入院患者があり、診療などで多忙と理解できるがゆえにとまどってしまう。
- ・医師と会うのがこわい。
- ・退院時の情報シートについて、医療用語・専門用語がわからない時がある。

○利用者の状態の総合的な把握

- ・複数の疾病や、既往歴をもっている利用者の、担当医や担当病院がそれぞれ異なる場合（内科、外科、神経科など）、利用者の状態を総合的に把握することが難しいと感じる。

○受け入れてもらうことが難しい利用者

- ・認知症があり、医療ニーズの高い方を受け入れてくれる医療機関がほとんどない。BPSD等で騒いだり、点滴を抜いたりするため、嫌がられる。受け入れてくれる所がほしい。
- ・透析治療病院が少なく他県への転院を余儀なくされる。透析治療利用者を受け入れる施設（福祉施設）がなく在宅療養が困難な場合、行き場がない状態である。

○有床診療所の設備

- ・有床診療所にエレベーターがなく、入浴も機械浴がなく重度の方を受け入れる状況ではないと感じる。

○有床診療所の利用方法

- ・有床診療所でのショートステイを利用したい場合、外来患者であれば情報があるため、受け入れしやすいと思うが、まったく外来にもかかっている初診の患者をショートステイで受け入れる決断をされるとは思えない。まずは、外来を受診させて下さいと必ず言われると思う。利用者・家族へ負担が増えると思う。
- ・短期入所の届出をしている有床診療所にいくつか問い合わせたことがあるが、届出をしているだけで実際には受入れをしていなかった。その後はもう何年も問い合わせしていない。

○老人保健施設のショートステイが利用しにくい・医療ニーズのある方のショートステイ

- ・老健は施設長が医師なのにショートの高度の受入れを断られることが多い。特養のショートの方がかなり重度でも対応してくれるのはおかしいような気がする
- ・老健のショートステイは空床数がもともと少ないため、利用が難しい部分がある。
- ・医療依存度の高い方のショートステイは、受入れ先が少ないため、急な時など困ることがある。

⑤有床診療所との連携の成功事例

有床診療所との連携が成功し、利用者に適切なサービスが提供できた事例としては、以下のような回答があった。

<p>情報をいただけたおかげで退院後に必要なサービスの選択もしやすく、本人の在宅生活継続に資することができた。理学療法士にも状況や目標値を伝えられ、短期間で自宅内を独歩できるまでに回復した。有床診療所の職員（主治医、看護職員、理学療法士、作業療法士）それぞれの立場、視点からの在宅生活における注意点やアドバイスを、カンファレンスで話し合うことができ、介護保険サービス事業者との連携が円滑にできた。本人の病状・状態をわかりやすく説明してもらい在宅療養が行えた。最期は有床診療所で看取ってもらい、家族も安心してお願いすることができた。</p>
<p>ネグレクト、同居の息子が知的障害。緊急介入し、避難・ケアの目的で介護施設の入所を検討するが空きがない。栄養状態悪く、脱水をおこしていたこともあり療養病床へ入院。1か月弱で施設入所先が決まり、その頃には患者の全身状態も改善していた。</p>
<p>介護者、家族が在宅復帰を拒否していた。食事がとれなくなり胃ろう造設を拒否（家族）されて困った時に入院を受け入れていただいた。</p>
<p>在宅で一人暮らしの軽度認知高齢者。家族遠方で関係があまりよくなく援助を望めない方で、ストーマを利用している方。ヘルパー、デイサービス、療養ショート、訪問看護の各サービスが連携し毎日何らかのサービスが関与して、在宅生活を継続した。有床診療所には、日常生活上の医療上の指導や経過観察を主に担ってもらった。訪問看護は、診療所とは別事業所であり、医療情報の円滑な共有が大切であったが、円滑に行えた。</p>
<p>他院にて、胃瘻造設後、かかりつけ医である有床診療所に転院。家族が（妻）が、吸引や胃瘻を難しく思い、在宅介護になかなか踏み出せなかったが、入院中に、吸引方法や胃瘻からの注入方法の指導を受けた。また、入院中や退院前に家族やケアマネ、サービス事業所など集まり、医師からの説明、看護師長も入り情報の共有を行うことで、現在も在宅介護が継続している。</p>
<p>えん下困難で24時間の持続点滴で過ごしていた利用者は、家族の介護疲れが生じるため定期的にショートステイを利用して在宅介護が継続できた。</p>
<p>脳梗塞、骨折後の患者が急性期・回復期を過ごし、在宅復帰しようと、試験外泊を行ってみた。ちょうど介護者が体調を崩したり、予期せぬアクシデントがあり、2～3日在宅で過ごした後、有床診療所に相談、入院決定し、更なるリハビリや作業習熟等、うまく連携でき、安心した生活が送れ、利用者、家族が喜んだ事例は3～4例ある。</p>
<p>重度要介護者で在宅介護が困難なケース。特養や老健施設を申込、待機の中のショート利用長期化したケースで、体調悪化時、誤嚥や肺炎などをくり返し起こし、吸引や酸素吸入など医療ニーズが時として必要になる状態の方を、ショート機関と連携する有床診療所をもつ主治医がいてくれた事で、診療所で加療が必要な状態になった場合は、速やかに入院。回復して、再びショート利用へつなげるなど利用者、家族、関係するスタッフ共に、連携がスムーズに行え、継続して、長くお世話をすることができた。</p>
<p>何かあれば診療所の先生に相談して入院として受け入れて頂いたり、サービス導入時や変化時にアドバイスを頂いたりしている。話しやすく環境に恵まれていると思う。</p>

結果的に看取りまで行って頂き、1人息子の仕事の継続もでき、お互いが安心できた。
リハビリを行って頂いたため ADL 低下が予防できた。
自宅での転倒をきっかけに寝たきりになり介護者が高齢で介護が困難になった時に受け入れてもらい、そこに介護者に通ってもらって手技を伝えてもらって在宅での生活ができた。
息子にがんが見つかり、入院手術が必要となった時、主治医のいる有床診療所が、ベッドの手配をしてくれ、息子の検査入院期間中、10 日程ショートを利用できた。
災害時に前もって入院できた。
がん末期の方がぎりぎりまで在宅で生活し、痛みが強く、在宅での生活が困難になった時、夜間であったが、受け入れてもらえた。日頃から往診、訪問診療を利用していた。自宅にいる時も医師と FAX で連絡をとりあえた。
貧困や家族の都合で必要な介護を受けられず、病状が悪化し短い期間ではあるものの、入院させて頂き、病状が改善に向かった事例がある。
重度の褥瘡を治療中の方が有床診療所のショートステイを繰り返す中で褥瘡が改善していたことがある。自宅でのケアには限界があったので大変助かった。
退院前の家屋調査やカンファレンスを開催していただき、退院後の生活をスムーズに行うことができた。
難病など専門的な分野では連携が図りやすく、レスパイトの受入れもしていただき助かった。
食事が非常に少なくなっている利用者だったが、自宅では家族が準備される、本人が好きなものを少しずつ食べている状況で体力も落ちていた。家族不在の時には支援が必要な状況でいろいろと紹介をしたが、主治医であれば…と短期入所（療養）の利用を納得した。顔見知りのスタッフがいたことで不安も少なく、更に管理栄養士による食事の指導や自宅に帰ってからの補助食品の紹介、リハビリや介護による体力の回復、意欲の向上が見られ、更に自宅での生活への思いを受け止めていただいたことで入院や施設入所にならず、在宅生活が続けられた。
有床診療所の通所リハビリを利用されている A さん。A さんはレビー小体認知症があり自宅では幻視、幻聴もある。自宅では次男と二人暮らしであったが、次男の急病・OP で介護者不在となる。家族よりショートステイの依頼があるが、認知症の事も考え、慣れた通りハと同じ建物にある有床診療所の短期入所療養介護を利用する事となった。この利用者は、医療度の高い方ではありませんが、認知症というキーワードから慣れた場所を選びました。無事計画した日数のショートを利用できた。
認定判定がおおりてサービス調整ができるまで一時帰宅や外泊などを経て、安心して在宅復帰ができる。
日中独居、末期がんの方（について）、相談員が入院を手配してくれた。その後、併設の入居施設で生活ができた。
身体機能が低下したため、整形外科の有床診療所に入院し、リハビリを行っていたが、ショートステイに切り替えてリハビリ期間を延長し、福祉用具の活用も理学療法士と一緒に検討し、在宅で利用する用具の選定も行えた。

<p>ターミナル期で、介護力も弱い利用者が、有床診療所に計画的に入院し、看取りまでして頂けた。</p>
<p>ケアマネが常に通院に付き添い、医師と直接話すことでリアルタイムに適切なサービス提供ができた。</p>
<p>介護者の孫の結婚式に出席する際、食前後の痰吸引が必要な利用者が短期入所療養介護を利用できた。</p>
<p>難病の夫婦二人の生活で夫の介護が妻の負担になっている。月の半分程度レスパイト入院をした。これを継続できた。</p>
<p>虐待のケースで、診療所へ入院、施設（老健）の空きが出た所へ入所がスムーズにできた。</p>
<p>有床診療所の場合、点滴や医療処置が必要な方は、本当に助かります。</p>
<p>退院前に複数回カンファレンスを呼びかけ、チームで情報共有が行え、在宅に復帰する事ができた。</p>
<p>長期入院から在宅退院になるケースについては退院前にショートの入入れなど事前に相談ができる。</p>
<p>医療ニーズが高いが、老々介護で疲れが増していた。どのようにして自宅で暮らせるかを主治医が共に考えてくれ、同法人の看護小規模多機能型居宅介護との連携に尽力して下さり、今もレスパイトしながらうまく生活できている。</p>
<p>入院、訪問診療、訪問看護、ヘルパー、ケアマネジャーが情報共有しつつ、柔軟に病院と自宅生活を繰り返したケースがあった。末期がんだったが亡くなる1か月前まで行ったり来たりして孫との時間も楽しんだ。また、進行性核上性麻痺の祖母を自営業の孫夫婦が介護するケースでは出張時など有床診療所へ入院させた。</p>
<p>退院前カンファレンスで理学療法士・作業療法士が生活指導してくれた。管理栄養士の食事指導もあった。</p>
<p>要介護5で、よく、体調急変する利用者に対して入院受け入れが早急にできたこと、家族は仕事で、自宅で介護や病気などに対応することが難しい場合、大変助かった。</p>
<p>院内の生活の様子を時間も細かく教えてくれたので在宅生活もスムーズに移行できた。</p>
<p>在宅での看取りか、入院しての看取りか、ゆれ動く家族の気持ちに添った、対応ができた。有床診療所からの訪問診療だったので、どちらになってもいつでも対応できる。家族・関係者の安心感につながった。</p>
<p>往診もしている有床診療所の医師が介護保険、ケアマネジャーへの理解があり、連携が図りやすい。デイケア先で体調不良となったことがあったが緊急受診対応などスムーズに実施してくれた。</p>
<p>原因不明の発熱→有床診療所へ相談受診→有床診療所が医療機関へスムーズに連携をとってくれ、医療機関で早めの精密検査ができ、早期に肺炎がみつかって治療につながった。</p>

<p>家族と同居しており、日中は老夫婦のみ、奥様が認知症のご主人の見守りを行っていた。ご主人は週2回有床診療所に併設されているデイケアを利用、奥様の体調が悪くなりペースメーカー植込みのため緊急入院、認知症の夫は夜間徘徊あるため日中仕事をされているご家族は介護ができないため認知症の夫を入院させてもらった。日頃より顔見知りの医師や看護師、介護職員が対応してくれるため、環境が変わっても混乱することなく、奥様は安心して体力が回復するまで入院ができた。</p>
<p>ICT 多職種連携情報共有システムを活用し、利用者の生活状況が把握でき、共有できた。</p>
<p>有床診療所からターミナルの方が退院される際に、院長自らがサービスを提案、事業者も招集され、情報共有を図り、早期に退院、サービス利用ができたケースがある。院長が在宅サービスに詳しい方だったので、療養上の具体的な指示も頂け、不安なく対応ができた。</p>
<p>主治医が有床診療所だったため、定期的なレスパイト入院ができ、年単位で在宅療養が続いている。</p>
<p>独居の利用者が腰痛で動けなくなり、有床診療所でショートステイとして受け入れてくれたが、検査結果ががん転移で、そのまま医療入院に移行し看取ってくれた。</p>
<p>有床診療所併設の通所サービス利用の方で状態の変化時、医師より、早く指示をもらい早期に対応ができた。</p>
<p>有床診療所の医師が、訪問診療（居宅療養管理指導含む）をし、訪問薬剤、訪問看護等も利用しながら、自宅で最期まで家族と過ごすことができた。何かあれば入院できるという安心感が、本人・家族にあった。</p>
<p>空き状況にもよるが、転院先等が見つからない時は、状況に応じて対応してもらえ、在宅へもスムーズに移行でき、在宅診療・訪問看護等につなげることができた。在宅でも体調管理ができ維持できた。</p>
<p>虐待を受けていた方に対して、市や有床診療所、包括と連携を取りながら、準備を重ね、無事に保護できたケースがあった。</p> <p>医療依存度の高い利用者家族へのレスパイト先として予定していた、ショートステイより、受入れ困難と急きょ断われた時に地域の有床診療所のドクターに相談したら、何とか受入れて下さり、家族共に本当に助かったことがあった。</p>
<p>特養のショートの予約をしていたが、体調に不安があり受入れが難しい、または家族が遠方に外出するので急な受診等が難しかった時に、療養ショートを利用することで安心して過ごすことができた。</p>
<p>親子で疾患のある方々がレスパイト入院を利用しながら在宅生活を維持している。なお、ケアマネジャーは関わっていない。医療機関と本人家族との間で調整されている。</p>
<p>状態に応じてデイケアとショートステイの利用ができ、本人にとって慣れている場所で生活できる。</p>
<p>熱発した時等、すぐに入院させてもらえた。</p>
<p>退院調整ルールを活用により、入退院時の連携がとりやすくなった。</p>

病識なく、かなり頑固な男性、認知症もⅢaレベル。くり返しイレウスを起こしているが、治療拒否あり。長く診療している有床診療所の医師の言うことは素直にきくため、治療目的に限らず、レスパイトも柔軟に受けて頂き、とても助かった。

とある有床診療所は在宅での過ごし方を理解され、共有した上で一緒に退院を目指すという形を多く作っている。

老老介護の介護者のレスパイトで一時的入院。

腹部大動脈瘤の方で痛みの強い方の看取りの入院。

慢性的な肺炎の方の施設でインフルエンザが感染拡大しそうになったところで、予防的入院で悪化せず戻れた。

退院時から関わり、退院カンファレンスを開催していただき、生活状況、リハビリ内容、今後の生活の意向、在宅生活の相談など、多職種が集って会議を行うことができた。退院後も併設の通所リハビリに通いながら在宅生活の継続ができている。

⑥有床診療所に対する意見・要望

有床診療所に対する意見・要望のうち、主な回答は、以下のとおりであった。

○有床診療所が地域にあるとよい

- ・有床診療所の存在を知らなかった。医療ニーズが高い方の利用できるショートステイがあれば本人にとっても介護する家族にとってもケアマネにとっても助かる存在だと思う。
- ・有床診療所が近くにあり、療養介護等対応できると助かる。
- ・有床診療所がショートステイを提供することで入院でしかレスパイトができない利用者、家族が助かると思う。多くの有床診療所にショートステイを実施してほしいし、実施している有床診療所は情報提供してほしい。
- ・日頃、かかりつけ医として通っている医院が有床診療所であることにより、住みなれた地域で安心して最期を迎えられたり、老老介護等のレスパイトとなったり、在宅での医療の拠点になると思う。

○有床診療所について知りたい

- ・有床診療所の数が少なく、具体的にどのような動きがあるかがよくわからない。有床診療所についてのパンフレット等があると良い。
- ・有床診療所の情報等がもっとあれば、また分かりやすく情報提供して頂ければと思う。
- ・有床診療所の情報が少なく、あまり周知していなかった。過去にレスパイトを探すにあたり、苦勞をした覚えがある。もっと情報を流していただきたいかった。
- ・有床診療所のうち、どこの診療所が短期入所療養介護サービスを実施しているのか、わからない。
- ・未だ周知が足りないように思う。

○有床診療所の体制等の課題・不安

- ・有床診療所もスタッフが少ない状況の中で、ショートを受け入れる体制をつくれるかどうか疑問がある。また、医療ニーズの高い利用者を受け入れられる、スタッフのスキルが保っているのか不安もあり、難しいのでは。
- ・有床診療所の介護の質に不安がある。人員はいるのかなど。
- ・有床診療所は医療に密接しているため雰囲気は病院という感覚が強い。もう少し、医療の雰囲気をなくし、介護療養という部分で、療養しやすい、雰囲気作りを出してほしい。
- ・有床診療所になると看護師等の医療スタッフの入数も限られると思うし、医療依存度の高い利用者への十分なケアや医療処置が可能か不安な所がある。安心して、依頼できる所があれば利用もお願いしやすい。
- ・有床診療所にお願ひできたとしても、ベッド数に限りがあるから、そこで終末を迎えることは難しいのではないか。経済的にも施設より低価なのか、今までのように、退院→リハビリ病棟→（在宅、特養、老健）のように、診療所も退院後の選択肢にあげて問題ないのか。

- ・有床診療所では人員、環境面でまだ医療と介護を一体的に提供するに至っていないと感じる。今後の地域包括ケアシステム構築のため、利用者が安心して利用できる有床診療所の協力が急務と思う。
- ・認知症高齢者に対する理解が少し欠けているような気がする。「認知症の人は受入れできない」等の言葉が聞かれることがあるが、今後、その対応は不可欠なものだと思う。
- ・入所中にリハビリが受けられると助かる。日頃から利用者に説明することで在宅生活を継続していく上での安心感が得られると思う。地域に是非ほしい施設である。
- ・入院に近い形なので ADL の低下が心配。

○有床診療所の認知度向上が課題

- ・有床診療所の機能・利用実態が浸透していないため、利用者への説明、紹介等が難しいと思われる。

○福祉介護の職員の配置、介護保険に関する理解

- ・有床診療所や病院に社会福祉士などの福祉介護の職員を配置することで医療者（医師や看護師）の負担軽減、介護側の負担軽減になると思う。また、介護側の医療に対する苦手意識、医療側の介護はわからないという意識が減り、「ほぼ在宅、時々入院」の意識が出現すると考えられる。
- ・介護保険の制度（一連のサービス利用までの流れ）を理解してほしい。

第4章 まとめ

ここでは、本事業で明らかになった、有床診療所の介護事業の実施状況や介護支援専門員との連携状況、今後の意向等、介護支援専門員における有床診療所との連携状況や有床診療所に期待する役割、連携上の課題等の結果を踏まえ、有床診療所と介護支援専門員との円滑な連携に向けた支援策についての提案と今後の課題を整理した。

1. 有床診療所調査の主な調査結果

有床診療所調査の結果から、有床診療所の有する経営資源や機能等について以下のように整理することができる。

(有床診療所における介護サービスの取組状況)

- ・ 有床診療所 487 施設のうち、介護事業に取り組んでいる施設（以下、「介護事業実施施設」とする）は 207 施設（全体の 42.5%）、取り組んでいない施設（以下、「介護事業未実施施設」あるいは「未実施施設」とする）が 241 施設（49.5%）、「不明」が 39 施設（8.0%）であった。
- ・ 現在、有床診療所・同一法人が取り組んでいる介護事業としては、「通所リハビリテーション」が 23.6%で最も多く、次いで「居宅介護支援事業所」（21.0%）、「訪問看護」（18.1%）、「訪問リハビリテーション」（14.4%）、「短期入所療養介護」（10.2%）であった。
- ・ 現在は取り組んでいないが、今後の予定として、「介護医療院」、「短期入所療養介護」、「通所リハビリテーション」、「訪問看護」、「訪問リハビリテーション」について関心を持っている有床診療所が存在する。

(有床診療所における短期入所療養介護の取組状況)

- ・ 短期入所療養介護について、「とても関心がある」、「関心がある」という回答は「内科系」（24.1%）、「整形外科」（23.0%）、「外科系」（19.5%）で 2 割程度を占めている。一方で「あまり関心はない」、「まったく関心はない」が半数近くを占めている。この他、「わからない」という回答が特に内科系で高くなっている。
- ・ 短期入所療養介護の届出施設は 60 施設（全体の 12.3%）であった。このうち、平成 30 年に届出をした診療所が 3 施設あった。
- ・ 届出施設 60 施設のうち、平成 30 年 4 月～9 月の 6 か月間に短期入所療養介護提供実績があった診療所は 28.3%であった。提供実績がなかった理由としては、「調査期間にはたまたま利用希望者がいなかったため」が 52.6%で最も多く、次いで「空床がなかったため」（36.8%）であった。
- ・ 提供実績がなかった 38 施設でも、今後、短期入所療養介護を実施することについて「とても関心がある」が 10.5%、「関心がある」が 44.7%で両者を合わせると 5 割強となっている。実際にかかりつけ医として自院を利用している患者の中に、短期入所療養介護の利

用ニーズがあると思われる患者が「いる」と回答した施設が半数であった。

- ・ 6 か月間に提供実績がなかった施設における短期入所療養介護を行う上での課題としては、「短期入所療養介護を提供するための職員の確保」、「医療処置に対する出来高払いの範囲が狭いこと」が 39.5%で最も多かったが、「介護支援専門員に有床診療所の短期入所療養介護の意義が知られていないこと」という回答も 18.4%あった。なお、出来高払いの範囲が狭く診療所として負担が重いと感じているのは「検査」、「高額な投薬・注射」、「画像診断」であった。
- ・ 平成 30 年 4 月～9 月の 6 か月間に短期入所療養介護の提供実績があった施設では、1 施設あたりの利用者は中央値ベースで 5 人、延べ利用者数は中央値 22 人、延べ日数は 100 日であった。
- ・ 1 年前と比較して利用者数が「増えた」は 4.8%、「やや増えた」が 23.8%、「変わらない」が 28.6%、「減った」が 23.8%であった。
- ・ 今後の移行としては、「増やしたい・どちらかといえば増やしたい」が 23.8%、「現状と同じ程度でよい」が 52.4%であった。
- ・ 短期入所療養介護の効果について、有床診療所 487 施設に尋ねたところ、「利用者の家族等の負担を軽減できる」が 41.9%、「かかりつけ医としての機能が強化できる」が 38.8%、「医療の担保されたショートステイを提供できることで、地域の在宅医療の推進に貢献できる」が 27.7%、「空きベッドの活用により病床利用率が上がり、有床診療所としての経営が安定する」が 26.7%、「医療と介護を一体化したサービスを提供でき、地域包括ケアシステムの構築・強化に貢献できる」が 25.1%であった。「介護分野に進出するきっかけができる」が 6.4%、「診療報酬上でも評価されるため、経営上のメリットがある」が 8.6%でこれらの効果についての評価は低かった。

(居宅介護支援事業所との連携状況等)

- ・ よく連携している居宅介護支援事業所数は平均 3.8 事業所（中央値 2.0）であった。
- ・ 同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所が「ある」という有床診療所は 23.0%、「ない」が 63.2%であった。
- ・ また、同一・関連法人による居宅介護支援事業所が「ある」という施設が 125 施設（全体の 25.7%）であった。
- ・ この 125 施設にメリットの有無を尋ねたところ、「ある」が 76.0%、「ない」が 3.2%、「わからない」が 18.4%であった。メリットとしては、「医療から介護への円滑な移行ができること」、「連携が取りやすいこと」、「情報共有がスムーズであること」、「利用者に適切なサービスを提供できること」、「地域のニーズを把握しやすくなること」等が挙げられた。
- ・ 地域の介護支援専門員との連携について自己評価をさせていただいたところ、「80 点以上～90 点未満」が 13.6%、「70 点以上～80 点未満」が 11.1%、「50 点以上～60 点未満」が 10.3%であった。80 点以上は 26.1%であった。一方で 50 点未満は 12.1%あった。

(介護支援専門員との連携におけるポイント等)

- ・ 介護支援専門員と円滑に連携を行うためのポイントとしては、「直接会うこと」、「顔の見える関係づくり」、「こまめに連絡・情報共有を行うこと」、「診療所側で介護支援専門員が話しやすい環境づくりをすること」、「院内の担当者を決めるなど、診療所内の体制を整備すること」、「情報提供シート等を活用して情報共有を図ること」、「入退院時での情報共有を行うこと」、「症例カンファレンス等を開催すること」、「地域ケア会議や研修、交流の場等に参加すること」等が挙げられた。一方で、介護支援専門員の中立性や資質向上を求める意見も挙げられた。
- ・ 実際に、介護支援専門員との連携により、医療ニーズの高い介護利用者に適切なサービス提供ができた事例として、在宅看取りの例などが多く挙げられた。

(介護支援専門員との円滑な連携のために必要なこと)

- ・ 居宅介護支援事業所について円滑な連携のためにあるとよい情報としては、「緊急時の電話対応の有無、電話番号」が 51.6%で最も多く、次いで「居宅介護支援事業所の電話番号・FAX 番号」(47.0%)、「サービス提供地域」(40.3%)、「居宅介護支援事業所の所在地・地図」(33.3%)、「経験年数 5 年以上の介護支援専門員の割合」が 32.1%であった。
- ・ 介護支援専門員との連携をより強化していくために行政や関係団体に行ってほしい取組としては、「担当の医師・介護支援専門員等がわかる、介護保険利用者に関する情報共有システムをつくり、地域の関係者が活用すること」が 51.6%で最も多く、次いで「地域の居宅介護支援事業所リストを診療所に配布すること」(39.2%)であった。
- ・ 連携を行う上で困っていることとしては、「担当のケアマネジャーがわからないこと」、「特に休日など担当のケアマネジャーと連絡がとれないこと」、「情報共有が円滑でないこと」、「ケアマネジャーの質の格差が大きいこと」、「ケアマネジャーによっては自法人・関連法人との関係で連携しにくいこと」などの意見が挙げられた。

(有床診療所の今後の意向等)

- ・ 現在、自院が担っている機能について尋ねたところ、「専門医療を担って病院の役割を補完する機能」が 49.3%で最も多く、次いで「病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能」(47.6%)、「緊急時に対応する機能」(34.7%)、「在宅医療の拠点としての機能」(31.6%)、「終末期医療を担う機能」(30.0%)であった。
- ・ 自院・同一法人における介護事業の実施状況については、「十分に実施している」が 10.7%、「ある程度、実施している」が 29.6%で、両者を合わせると 40.3%であった。
- ・ 今後の介護事業のサービス展開については「積極的」が 7.0%、「どちらかといえば積極的」が 12.1%で両者を合わせると 19.1%であった。また、「現状維持」が 30.2%であった。一方、「どちらかといえば消極的」が 15.8%、「消極的」が 25.5%であり、両者を合わせると 41.3%であった。
- ・ 介護事業のサービス展開について消極的な理由を尋ねたところ、「医師として医療に専念したいから」が 55.7%で最も多く、次いで「介護職員の確保が困難だから」が 37.8%であった。

- ・この1～2年における病床運営の予定としては、「現状維持」が76.4%で「減床」が2.9%、「廃止」が9.9%であった。
- ・減床・廃止の理由としては、「看護職員の雇用が困難」が54.8%で最も多く、次いで「医師の勤務負担と高齢化」(53.2%)、「患者層の変化(入院の減少)」(40.3%)、「設備・機器の老朽化」(30.6%)、「看護職員の人件費が負担」(25.8%)、「スプリンクラーの設置が負担」(24.2%)であった。
- ・地域包括ケアシステムの中で有床診療所がどのような医療・介護・予防・住居・生活支援事業を実施すると、地域のニーズに応え、経営の安定化を図れるかを尋ねたところ、「かかりつけ医の機能を活かし、往診・訪問看護等を含め今後も在宅支援や介護事業に注力していくことで総合的に経営の安定化を図りたい」、「軽症患者の緊急入院、在宅への橋渡し」、「病診連携や無床診療所との連携」、「専門医療の提供」、「医療・介護のリハビリテーションの実施」等多様な意見が挙げられたが、一方で、「人手不足」や「経営困難」、「人口減少に伴う患者数の減少」等、今後の事業展開以前の問題を指摘する意見も多く挙げられた。
- ・有床診療所が介護事業を展開しやすくするために望まれる行政からの支援としては、「制度・手続きに関する情報提供」や「人材確保のための支援」、「看護職員・介護職員の人材育成」、「診療報酬・介護報酬の引上げ」、「財政的支援」、「制度・手続きの簡素化」、「施設基準等の緩和」等について広く意見が挙げられた。

2. 介護支援専門員調査の主な調査結果

介護支援専門員調査の結果から、有床診療所の利用状況や連携状況、連携を行う上での課題、有床診療所への要望等について以下のように整理することができる。

(介護支援専門員の経験等)

- ・介護支援専門員の性別は、「男性」が24.4%、「女性」が75.1%で、年齢は平均51.6歳であった。
- ・介護支援専門員としての経験年月は平均11.5年で、現在の事業所での、介護支援専門員としての経験年月は、平均8.4年であった。
- ・保有資格は、「介護福祉士」が59.7%、「保健師・助産師・看護師・准看護師」が22.3%、「社会福祉士」が20.8%であった。
- ・主任介護支援専門員が70.4%であった。
- ・病院での勤務経験が「あり」は37.3%で、診療所での勤務経験が「あり」は13.5%であった。病院または診療所での勤務経験が「あり」は40.8%であった。

(居宅介護支援事業所の概要等)

- ・事業所の開設主体は、「営利法人」が32.8%、「社会福祉法人」が21.7%、「医療法人」が21.2%であった。

- ・ 所属する事業所の介護支援専門員の人数は、平均 4.1 人であった。
- ・ 同一法人または関連法人が運営している施設・事業所等は、「通所介護」が 55.8%、「訪問介護」が 46.8%、「訪問看護ステーション」が 27.8%、「短期入所生活介護」が 27.6%であった。
- ・ 「病院」を運営している場合、介護療養病床は「有」が 43.8%であった。「有床診療所」を運営している場合、有する病床の種類は、「一般病床」が 85.9%であった。「短期入所療養介護」を運営している場合、運営施設は、「介護老人保健施設」が 92.6%であった。「短期入所生活介護」を運営している場合、「併設型」が 77.5%、「単独型」が 21.9%であった。
- ・ 特定事業所加算の算定状況は、「特定事業所加算（Ⅱ）」が 33.6%、「特定事業所加算（Ⅲ）」が 15.3%、「特定事業所加算（Ⅰ）」が 4.9%であり、「算定なし」は 43.9%であった。
- ・ 特定事業所集中減算は、「減算あり」が 2.6%であった。

（介護支援専門員が担当する利用者の状況等）

- ・ 平成 30 年 12 月の給付管理で実績があった担当する利用者数は、平均 30.6 人であった。分布をみると 20 人以上 30 人未満が 23.4%であった。
- ・ 要介護度別にみると、「要介護 1」が平均 8.8 人、「要介護 2」が平均 7.5 人、「要支援 1・2」が平均 4.9 人であった。「要介護 5」の利用者が 1 人以上いる人は、71.1%であった。
- ・ 担当する利用者のうち、「障害高齢者の日常生活自立度がランク C 以上」の利用者数は平均 2.6 人、「認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ以上」の利用者数は平均 5.7 人、「訪問看護（医療保険を含む）を利用している」利用者数は平均 5.2 人、「医療ニーズが高い」利用者数は平均 1.8 人であった。
- ・ 平成 30 年 10 月から 12 月における、担当する利用者の短期入所生活介護の延べ利用回数は平均 59.8 回であった。
- ・ 平成 30 年 10 月から 12 月における、担当する利用者の短期入所療養介護の延べ利用回数は平均 4.8 回であった。利用先施設別にみると、「老人保健施設」が平均 4.3 回、「有床診療所」が平均 0.3 回、「病院」が平均 0.2 回であった。
- ・ 事業所のサービス提供地域内の医療機関数は、「医科」が平均 88.2 施設、「歯科」が平均 57.8 施設であった。
- ・ サービス提供地域内の医療機関のうち、積極的な交流がある医療機関数は、「医科」が平均 6.1 施設、「歯科」が平均 1.6 施設であった。

（有床診療所の利用状況等）

- ・ 有床診療所の認知状況は、「知っていた」が 72.0%であった。
- ・ サービス提供地域内の有床診療所は、「ある」が 40.2%であった。「ある」場合、平成 30 年 12 月の給付管理で実績があった、担当する利用者のうち、過去半年間に有床診療所を利用した人が「いる」は 41.3%であった。「いる」場合、有床診療所の利用目的は、「外来」が 73.8%、「入院」が 64.6%、「主治医意見書の作成」が 50.3%であった。
- ・ 現在の事業所で担当した利用者のうち、有床診療所の提供する短期入所療養介護の利用

者は、「いる」が12.8%であった。

- ・ 「いる」場合、有床診療所の短期入所療養介護の良い点は、「医療ニーズの高い利用者が利用できる」が58.0%、「利用者の病歴等をよく知るかかりつけの医師がいる」、「容態の急変時など緊急時の医療対応ができる」がそれぞれ56.0%、「利用者や家族等の安心につながる」が54.7%であった。
- ・ 「いない」場合、有床診療所の短期入所療養介護を利用したことがない理由は、「短期入所療養介護を必要とする利用者がいない・少ないから」が30.0%、「有床診療所が地域にはないから」が27.5%、「短期入所療養介護を提供している有床診療所がないから」が25.0%であった。
- ・ 届出等をしていれば、有床診療所が医療ニーズの高い利用者に対して短期入所療養介護を提供できることの認知状況は、「知っていた」が26.4%、「何となく知っていた」が32.1%であり、「知らなかった」は40.0%であった。
- ・ 医療ニーズの高い利用者の短期入所療養介護において重視するサービス等は、「医療ニーズに対応した緊急的な受入」が86.9%、「レスパイトケア」が74.2%、「医療ニーズに対応した計画的な受入れ」が59.5%であった。
- ・ 担当する地域における、医療ニーズの高い利用者に対する短期入所療養介護等の介護サービスの充足状況は、「不足している」が41.8%、「どちらかといえば不足している」が32.5%であった。
- ・ 医療と介護を一体的に提供する有床診療所が地域にあると仮定した場合の利用意向は、「利用したい」が46.9%、「ぜひ利用したい」が40.3%であった。
- ・ 医療と介護を一体的に提供する有床診療所に対してどのような利用者に、どのようなサービスを提供してほしいかをたずねたところ、多くで、「医療ニーズが高い方」、「医療依存度が高い人」という回答であった。また、具体的に、「インスリン、胃瘻、経鼻経管栄養、中心静脈栄養、バルーン留置」、「吸引、在宅酸素、気管切開」、「難病、ALS等人工呼吸器装着の人」、「褥瘡が悪化した場合」、「透析患者」、「重度の認知症」、「精神疾患」、「終末期」、「疼痛コントロールが必要な人」等が挙げられた。

(有床診療所との連携等)

- ・ 有床診療所との連携を行うために、あるとよいと思う情報は、「緊急時の入院受入れの可否」が74.7%、「連絡・連携窓口担当者名と連絡先」が71.5%、「時間外の連絡の可否、緊急時の連絡先」が60.3%であった。
- ・ 有床診療所と連携がしやすくなる取組は、「有床診療所の一覧表の居宅介護支援事業所への提供」が79.7%、「有床診療所が受け入れることができる事例の紹介」が63.6%、「有床診療所における窓口担当者と連絡先の明記」が57.7%であった。
- ・ 有床診療所との連携に関する講習会を実施した場合の参加意向は、「参加したい」が59.4%、「ぜひ参加したい」が24.5%であった。
- ・ 医療機関と連携するうえで困っていることとしては、「連絡がとりにくい」、「急な退院」、「連絡のないままの転院、退院」、「退院促進の仕方」、「在宅への理解、介護保険の理解」、

「敷居が高い、専門用語が分からない」、「利用者の状態の総合的な把握」、「受け入れてもらうことが難しい利用者」、「有床診療所の設備不足」等の意見が挙げられた。

- ・また、有床診療所との連携の成功事例として、「えん下困難で24時間の持続点滴で過ごしていた利用者は、家族の介護疲れが生じるため定期的にショートステイを利用して在宅介護が継続できた」、「重度の褥瘡を治療中の方が有床診療所のショートステイを繰り返す中で褥瘡が改善していったことがある。自宅でのケアには限界があったので大変助かった」、「退院前の家屋調査やカンファレンスを開催していただき、退院後の生活をスムーズに行うことができた」、「難病など専門的な分野では、連携がはかりやすく、レスパイトの受入れもしていただき助かった」、「今後の生活の意向、在宅生活の相談など、多職種が集って会議を行うことができた。退院後も併設の通所リハビリに通いながら在宅生活の継続ができています」等が挙げられた。
- ・有床診療所に対する意見・要望として、「日頃、かかりつけ医として通っている医院が有床診療所であることにより、住みなれた地域で安心して最期を迎えられたり、老老介護等のレスパイトとなったり、在宅での医療の拠点になると思う」、「有床診療所の数が少なく、具体的にどのような動きがあるかがよくわからない。有床診療所についてのパンフレット等があると良い」、「有床診療所の情報が少なく、あまり周知していなかった。過去にレスパイトを探すにあたり、苦勞をした覚えがある。もっと情報を流していただきたいかった」、「有床診療所のうち、どこの診療所が短期入所療養介護サービスを実施しているのか、わからない」等の意見が挙げられた。

3. 今後の課題と提案

我が国では急速に少子高齢化が進んでおり、有床診療所の患者数や患者層も急激に変化しそのニーズも変化している。また、診療報酬・介護報酬をはじめ医療・介護保険制度の改正などもあり、有床診療所を取り巻く経営環境は大きく変化している。こうした状況の中、介護事業に積極的に取り組んでいる診療所もある一方で、関心はあるものの介護事業にどのように取り組んでよいかわからないと悩んでいる診療所も少なくない。また、専門医療に特化している有床診療所も多く、「有床診療所」と一言でいっても、地域包括ケアシステムの中で果たしている役割・機能は実に多様である。

介護支援専門員の担当する利用者においても、医療ニーズの高い利用者に対して、どのようなサービス提供者がどのようなサービスを提供できるのか、適切なケアプランを作成していくことが求められている。医療と介護、施設（医療機関・介護施設）と在宅といったように、制度や提供主体の間をいかにシームレスにつなげていくかが重要となっている。

こうした認識を持ちながら、介護事業に取り組んでいる、あるいは取り組みたいと考えている有床診療所と、医療ニーズの高い利用者に対して適切なサービスの提供を望む介護支援専門員との円滑な連携に向けての課題と、それに対する提案を整理した。

(有床診療所の機能の明確化と対外的な周知)

有床診療所をはじめ医療機関を取り巻く経営環境は厳しい状況が続いている。自院に通院していた患者が高齢化し介護ニーズが高まる、あるいは介護のニーズはなくても通院が困難になるなど、患者の状況やニーズも大きく変化している。今、有床診療所は、地域包括ケアシステムの中で自院がどのような役割を果たしていくのか、経営ビジョンを明確にすることが求められている。

日本医師会総合政策研究機構では、有床診療所が担っている機能として、以下の5つの機能を提示している。

<有床診療所が担っている役割>

- ①病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能
- ②専門医療を担って病院の役割を補完する機能
- ③緊急時に対応する医療機能
- ④在宅医療の拠点としての機能
- ⑤終末期医療を担う機能

また、今後は、「短期入所療養介護等の介護サービスの実施により、医療と介護を一体的に提供すること」も期待されている。平成30年度診療報酬改定ではこうした有床診療所に対する診療報酬上の評価も行われた。

自院がどのような機能を発揮していくのかを明確にし、それを職員だけではなく、患者・家族、介護支援専門員や他の医療機関等をはじめとする地域の関係者に明確に伝えていくことが必要となっている。

介護支援専門員調査の結果によると、有床診療所自体が知られていない、有床診療所がどのような事業を展開しているか知られていないということが明らかになった。また、有床診療所に対する期待が高いことも明らかとなった。

したがって、まずは、有床診療所がどのようなことができるのか、情報を発信していくことが必要である。

地域単位で有床診療所を含め医療・介護資源を紹介するリストを作成し、居宅介護支援事業所や行政など関係者に配布することも有効と思われる。

(居宅介護支援事業所及び介護支援専門員に関する情報提供)

有床診療所がどのような介護事業を実施しているのかを介護支援専門員をはじめとする地域の関係者に案内する必要性を述べたが、居宅介護支援事業所や介護支援専門員に関する情報についても、有床診療所に十分に伝わっていない場合があることも本調査の結果から明らかとなった。そもそも、有床診療所の医師からは「担当者がわからない」といった意見や「担当の介護支援専門員が不在の場合にフォロー体制がない」などの意見が挙げられた。特に医療ニーズの高い利用者の場合、緊急時の連絡をとる可能性が比較的高

いことから、有床診療所に対して、担当者名や緊急時の連絡方法などを伝えておく必要がある。有床診療所調査の結果では、介護支援専門員との連携をより強化していくために行政や関係団体に行ってほしい取組として「地域の居宅介護支援事業所リストを診療所に配布すること」と回答した診療所が約4割となっており、そもそもの入り口の情報に関するニーズが高いことが明らかとなった。

(有床診療所における連携窓口担当者の配置と介護保険制度に関する研修会等の開催)

医療・介護の制度改正や報酬改定が経営に与える影響も大きいため、有床診療所の経営者は医療と介護の両制度・報酬関係を熟知し、環境の変化にも目配りをすることが求められる。このようなことを院長1人で行うことは容易なことではないため、介護分野の経営や管理について目配りのできる人材を確保することが望まれる。

また、介護支援専門員や他施設・事業所との連携も介護事業を積極的に実施していく上では必要不可欠である。このため、限られた人材の中で専従者を配置することは厳しいものの、連携窓口となる担当者を決めておき、地域の介護支援専門員や他施設・事業所に対して“顔の見える関係”を構築していくことが望ましい。こうした連携窓口の担当者は、“診療所の窓口”として地域の介護支援専門員や他施設・事業所と連携し、医療・介護ニーズを把握するなど営業チャネルとしても機能することが期待される。

既存の経営資源を有効活用する場合においても、このような人員体制の整備等が必要と思われるが、介護事業に取り組んでいない有床診療所では、介護事業を行うための環境整備や運営のイメージがしにくいことも想定される。今後、介護事業を始める有床診療所のために、介護保険制度の概要や手続き等の他、既存の経営資源を有効活用して取り組める介護事業などの実践的な事例を紹介する研修会といった取組等も有効と思われる。

また、介護支援専門員の中には、最初、診療所の医師と会うのはハードルが高いと感じている人もいる。自院のかかりつけ患者だけではなく、広く介護事業を展開していくためには、連携窓口の担当者を決め、担当者名・連絡先を明示していくことが円滑な連携を行う上でも重要となる。

こうしたことから、診療所が取り組んでいる介護事業の内容や連携窓口（連絡先、担当者名）等を記載した地域の診療所リストを、例えば、市町村や地域の医師会等で作成し、介護支援専門員等に配布・周知していくような活動も有効と考える。

(有床診療所と介護支援専門員との“顔の見える”関係づくり)

有床診療所と介護支援専門員との円滑な連携のためには、常日頃からの“顔の見える”関係づくりが必要である。有床診療所調査の結果によると、介護支援専門員と直接会う機会を設けることが円滑な連携のためのポイントとして挙げられている。介護支援専門員の中には医師と直接会うことはハードルが高いと感じている人もいるが、診療所側でもこの点は意識して、介護支援専門員が相談しやすい、話しやすい環境を心掛けているところもある。

まずは、相互理解が進むよう、例えば症例カンファレンスや実際に有床診療所のショー

トステイ活用事例の紹介など、地域単位で診療所の医師と介護支援専門員との交流の機会を設けるといった取組も望まれる。

(介護支援専門員における有床診療所に関する認知度向上)

本調査の結果、介護支援専門員における、有床診療所の介護サービスに対する利用ニーズは高いものの、有床診療所がどのような利用者に対してどのような介護サービスを提供できるのか具体的にイメージできていないことが明らかとなった。介護支援専門員に対する調査の結果からは、医療ニーズの高い利用者に対する介護サービスの提供が不足しているという回答も多かった。

地域の貴重な医療・介護資源を有効に活用し、利用者にとって必要かつ適切なサービスを確保するという観点から、介護支援専門員をはじめ関係者に有床診療所を認知・理解していただくことが必要である。このため、有床診療所の特徴や具体的なサービス利用例などを紹介した資料を作成・配布し、地域での講習会を開催するなどの取組が有効と思われる。

こうしたことから、本事業では、介護支援専門員をはじめとする関係者に有床診療所を周知・理解していただくための第一歩としてガイドブックを作成した。今後、有床診療所と介護支援専門員との円滑な連携が進み、利用者にとって必要かつ適切なサービスが提供されることを望む。

調 査 票

平成 30 年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業
「有床診療所と介護支援専門員との円滑な連携に向けた調査研究事業」

有床診療所における介護事業の展開と連携に関する調査 調査票

※この調査票は、有床診療所の開設者・管理者の方に、貴院における医療・介護サービスの実施状況や今後のご意向、介護支援専門員との連携状況、連携上の課題等を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、用語等をご記入ください。（ ）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「-」をご記入ください。

※特に断りのない場合は、平成 30 年 10 月 1 日現在の状況についてご記入ください。

1. 貴院の状況についてお伺いします。

①貴院名			
②所在地	() 都・道・府・県 () 市・郡		
③院長先生の年齢	() 歳		
④開設者※○は1つだけ	1. 医療法人 2. 個人 3. その他（具体的に)		
⑤標榜している診療科 ※あてはまる番号すべてに○	1. 内科 2. 呼吸器内科 3. 循環器内科 4. 消化器内科（胃腸内科） 5. 腎臓内科 6. 神経内科 7. 糖尿病内科（代謝内科） 8. 皮膚科 9. アレルギー科 10. リウマチ科 11. 小児科 12. 精神科 13. 心療内科 14. 外科（呼吸器外科含む） 15. 消化器外科（胃腸外科） 16. 泌尿器科 17. 肛門外科 18. 脳神経外科 19. 整形外科 20. 眼科 21. 耳鼻いんこう科 22. 産婦人科・婦人科 23. リハビリテーション科 24. 放射線科 25. その他（具体的に)		
⑥主たる診療科 ※○は1つだけ	1. 内科 2. 呼吸器内科 3. 循環器内科 4. 消化器内科（胃腸内科） 5. 腎臓内科 6. 神経内科 7. 糖尿病内科（代謝内科） 8. 皮膚科 9. アレルギー科 10. リウマチ科 11. 小児科 12. 精神科 13. 心療内科 14. 外科（呼吸器外科含む） 15. 消化器外科（胃腸外科） 16. 泌尿器科 17. 肛門外科 18. 脳神経外科 19. 整形外科 20. 眼科 21. 耳鼻いんこう科 22. 産婦人科・婦人科 23. リハビリテーション科 24. 放射線科 25. その他（具体的に)		
⑦ 1日平均外来診察患者数（平成 30 年 10 月）	約 () 人/日		
⑧1) 病床数（平成 30 年 10 月 1 日時点）と 2) 1日あたり平均入院患者数（平成 30 年 7 月～9 月の 3 か月間） ※病床が稼働していない場合、平均入院患者数は「0」とお書きください。	1) 許可病床数		2) 1日あたり平均入院患者数
	一般病床	() 床	() 人/日
	医療療養病床	() 床	() 人/日
	介護療養病床	() 床	() 人/日
	全 体	() 床	() 人/日
⑨貴院の入院基本料等は次のいずれに該当しますか。（平成 30 年 10 月 1 日時点） ※あてはまる番号すべてに○			
0. 無床化または休床中			
1. 有床診療所入院基本料→ (1 2 3 4 5 6)			
2. 有床診療所療養病床入院基本料→ (A B C D E 特別)			

③看取りの数（平成30年4月～9月の6か月間）	院内：（ ）人／6か月間 在宅：（ ）人／6か月間		
④急変時の入院の受入れ数 （平成30年4月～9月の6か月間）	（ ）人／6か月間		
⑤無床診療所からの紹介による入院患者の受入実績 （平成30年4月～9月の6か月間）	1. あり→受入れ入院患者数：（ ）人／6か月間 2. なし		
⑥訪問診療の実績（平成30年4月～9月の6か月間） ※〇は1つだけ	1. あり 2. なし（今後、実施する意向はある） 3. なし（実施する意向もない）		
⑦往診の実績（平成30年4月～9月の6か月間） ※〇は1つだけ	1. あり 2. なし（今後、実施する意向はある） 3. なし（実施する意向もない）		
⑧各診療報酬項目の 算定患者数 （算定した患者数）と 算定回数 をご記入ください。（平成30年9月1か月間） ※「算定患者数」は、患者Aさんに対して同月に2回以上算定があった場合でも「1人」と数えてください。 実績がないものは「0」とご記入ください。			
	算定患者数	算定回数	
1) 往診料	（ ）人／月	（ ）回／月	
2) 在宅患者訪問診療料	（ ）人／月	（ ）回／月	
3) 在宅時医学総合管理料（在総管）	（ ）人／月	（ ）回／月	
4) 施設入居時等医学総合管理料（施設総管）	（ ）人／月	（ ）回／月	
5) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	（ ）人／月	（ ）回／月	
6) 訪問看護指示料	（ ）人／月	（ ）回／月	
⑨各診療報酬項目の 算定患者数 をご記入ください。（平成30年9月1か月間） ※届出のないものは「-」、実績がないものは「0」とご記入ください。			
1) 介護連携加算1・2	（ ）人／月	2) 有床診療所一般病床初期加算	（ ）人／月
3) 救急・在宅等支援病床初期加算	（ ）人／月	4) 有床診療所緩和ケア診療加算	（ ）人／月
⑩【介護保険】（介護予防）居宅療養管理指導費（医師によるもの）の算定回数 （平成30年9月1か月間）		（ ）回／月	
⑪主治医意見書の作成（平成30年9月1か月間）		（ ）回／月	
⑫介護認定審査会への参加（平成30年4月～9月の6か月間）		（ ）回／6か月間	
⑬地域ケア会議への参加（平成30年4月～9月の6か月間）		（ ）回／6か月間	

⑭以下の介護保険の各サービス・事業等について

ア. 現在、貴院や同一法人・関連法人が実施しているものに○をつけてください。※○はそれぞれ1つだけ

イ. 【上記ア. で「4. 実施していない」と回答したサービス・事業】

今後の予定として最も近いものに○をつけてください。※○はそれぞれ1つだけ

	ア. 現在の実施状況				(左のア. で「4」と回答した場合)	イ. 今後の予定		
	診療所(自院)が実施	同一法人が実施	関連法人が実施	実施していない		実施する予定がある	実施する予定はないが、関心がある	実施する予定はない
1) 訪問介護(ホームヘルプ)	1	2	3	4	→	1	2	3
2) 訪問入浴介護	1	2	3	4	→	1	2	3
3) 訪問看護	1	2	3	4	→	1	2	3
4) 訪問リハビリテーション	1	2	3	4	→	1	2	3
5) 夜間対応型訪問介護	1	2	3	4	→	1	2	3
6) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1	2	3	4	→	1	2	3
7) 看護小規模多機能型居宅介護	1	2	3	4	→	1	2	3
8) 通所介護(デイサービス)	1	2	3	4	→	1	2	3
9) 地域密着型通所介護(小規模デイサービス)	1	2	3	4	→	1	2	3
10) 認知症対応型通所介護	1	2	3	4	→	1	2	3
11) 短期入所療養介護(ショートステイ)	1	2	3	4	→	1	2	3
12) 通所リハビリテーション(デイケア)	1	2	3	4	→	1	2	3
13) 小規模多機能型居宅介護	1	2	3	4	→	1	2	3
14) 短期入所生活介護(ショートステイ)	1	2	3	4	→	1	2	3
15) 介護老人福祉施設	1	2	3	4	→	1	2	3
16) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	1	2	3	4	→	1	2	3
17) 介護老人保健施設	1	2	3	4	→	1	2	3
18) 認知症対応型共同生活介護(認知症高齢者グループホーム)	1	2	3	4	→	1	2	3
19) 介護医療院	1	2	3	4	→	1	2	3
20) 地域包括支援センター	1	2	3	4	→	1	2	3
21) 有料老人ホーム	1	2	3	4	→	1	2	3
22) サービス付き高齢者向け住宅	1	2	3	4	→	1	2	3
23) 居宅介護支援事業所	1	2	3	4	→	1	2	3

⑮貴院または同一法人・関連法人で、以下のサービスを実施している場合、その利用者のうち、どのくらいの利用者が貴院の外来に定期的に受診していますか。※○は1つだけ

1) 通所介護(デイサービス)	1. 実施していない 2. 実施している→約()割の利用者が定期受診
2) 通所リハビリテーション(デイケア)	1. 実施していない 2. 実施している→約()割の利用者が定期受診
3) 小規模多機能型居宅介護	1. 実施していない 2. 実施している→約()割の利用者が定期受診

⑩介護医療院の併設の有無	1. 併設している	2. 併設していない・ない
--------------	-----------	---------------

3. 貴院における短期入所療養介護（ショートステイ）の取組状況等についてお伺いします。

①有床診療所が「短期入所療養介護（ショートステイ）」を提供する効果としてあてはまると思うものをお選びください。
※あてはまる番号すべてに○

1. かかりつけ医としての機能が強化できる
2. 利用者の家族等の負担を軽減できる
3. 医療の担保されたショートステイを提供できることで、地域の在宅医療の推進に貢献できる
4. 医療と介護を一体化したサービスを提供でき、地域包括ケアシステムの構築・強化に貢献できる
5. 空きベッドの活用により、病床利用率が上がり、有床診療所としての経営が安定する
6. 介護分野に進出するきっかけができる
7. 診療報酬上でも評価されるため、経営上のメリットがある
8. その他（具体的に

②貴院では、「短期入所療養介護（ショートステイ）」指定の届出をしていますか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 介護療養病床について、みなしで指定されている
2. 医療療養病床について、みなしで指定されている
3. 一般病床について届出をし、指定されている →指定病床数：（ ）床
4. 届出をしていない（指定を受けていない）

【「4.届出をしていない（指定を受けていない）」と回答した施設の方】

- ②-1 今後、貴院で「短期入所療養介護（ショートステイ）」を実施することに関心はありますか。※○は1つだけ
- | | | |
|-------------|--------------|----------|
| 1. とても関心がある | 2. 関心がある | |
| 3. あまり関心はない | 4. まったく関心はない | 5. わからない |

②-2 貴院で、「短期入所療養介護（ショートステイ）」を行うにあたっての課題は何ですか。
※あてはまる番号すべてに○

1. 短期入所療養介護の指定を受けるための事務手続き（申請書類）がわかりづらい
2. 地域の介護支援専門員（ケアマネジャー）との接点がない
3. 介護支援専門員（ケアマネジャー）に、有床診療所の短期入所療養介護が認知されていない
4. 利用者や介護支援専門員（ケアマネジャー）等からの利用申込の見込みが不明である
5. 参考となるような成功事例の情報が少ない
6. 介護保険の实地指導（行政の立入調査）の負担が不安である
7. 短期入所療養介護の施設基準を満たせない
→満たさない基準：（01 病室床面積 02 浴室 03 機能訓練をする場所
04 その他（具体的に
8. 診療所における短期入所療養介護では、医療保険の入院と比較して介護報酬が低い
9. 診療所における短期入所療養介護では、医療保険の入院と比較して介護報酬は高いが、採算が取れる見込みがない
10. 緊急利用ニーズ対応に向けた病床を確保しておくことが負担である
11. 医療入院で空床がない
12. 人材確保が困難である
13. 利用者に頻回に処置等を行い、介護報酬だけでは費用負担が難しいのではないかと不安である
14. その他（具体的に

【「4.届出をしていない(指定を受けていない)」と回答した施設の方】

②-3 届出をしていれば、短期入所療養介護(ショートステイ)の利用者となるが、実際にはレスパイト入院として医療保険で受け入れざるを得なかったケースがありましたか。
また、そのようなケースがあった場合、1年間にどのくらいの患者がいましたか。
※同じ患者が2回入院した場合は、「2人」と数えてください。

1. あった→1年間に()人くらい 2. なかった

(→この後は、7ページの4.質問①へ)

【短期入所療養介護(ショートステイ)の届出等のある施設の方】

③貴院では、いつ、有床診療所での短期入所療養介護(ショートステイ)の指定を受けましたか。

平成()年()月頃

④貴院では、平成30年4月~9月の6か月間に「短期入所療養介護(ショートステイ)」を提供しましたか。
※〇は1つだけ

1. 提供しなかった 2. 提供した(→7ページの質問⑤-1へ)

【短期入所療養介護(ショートステイ)を提供しなかった施設の方】

④-1 貴院で「短期入所療養介護(ショートステイ)」を提供しなかった理由はなぜですか。※あてはまる番号すべてに〇

1. 調査期間にはたまたま利用希望者がいなかったため
2. 地域に短期入所療養介護(ショートステイ)の利用ニーズがなかったため
3. 短期入所療養介護を提供するための職員を確保できなかったため
→確保できなかった職種:(01 看護職員 02 介護職員 03 事務職員 04 その他())
4. 空床がなかったため
5. 短期入所療養介護を実際に提供する意思がなかったため
6. その他(具体的に)

④-2 上記④-1のうち、最も大きな理由を1つだけ選んで、その番号をお書きください。

④-3 今後、貴院で「短期入所療養介護(ショートステイ)」を実施することに関心はありますか。 ※〇は1つだけ

1. とても関心がある 2. 関心がある 3. 関心はない

④-4 貴院をかかりつけ医とする患者の中に、短期入所療養介護(ショートステイ)の利用ニーズがあると思われる患者はいますか。 ※〇は1つだけ

1. いる 2. いない(今後の利用見込みはある)
3. いない(今後の利用見込みもない) 4. わからない

④-5 貴院で、「短期入所療養介護(ショートステイ)」を行うにあたっての課題は何ですか。
※あてはまる番号すべてに〇

1. 短期入所療養介護を提供するための職員の確保
2. 短期入所療養介護の運営ノウハウがないこと
3. 介護支援専門員(ケアマネジャー)と日ごろから接点がない・少ないこと
4. 介護支援専門員(ケアマネジャー)に自院のサービスを説明する機会がないこと
5. 介護支援専門員(ケアマネジャー)に有床診療所の短期入所療養介護の意義(例:どのような状態の利用者を受け入れられるのか)が知られていないこと
6. 地域に短期入所療養介護のニーズが少ないこと
7. 他の医療機関との連携ができていないこと
8. 短期入所療養介護では、医療保険の入院と比較して介護報酬が低いこと

9. 短期入所療養介護では、医療保険の入院と比較して介護報酬は高いが、採算が取れないこと
10. 医療処置に対する出来高払いの範囲が狭いこと
→現行では負担が重いもの
- | | | | | |
|-------------|-------|---------|------------------|---|
| 01 検査 | 02 処置 | 03 画像診断 | 04 高額な投薬・注射（具体的に |) |
| 06 その他（具体的に | | | |) |
11. その他（具体的に

(→この後は、4. 質問①へ)

【短期入所療養介護（ショートステイ）の提供実績があった施設の方】			
⑤-1 貴院でのショートステイの提供実績について具体的にご記入ください。			
※1) 利用者数：対象期間中に同じ人が何回利用しても「1人」と数えてください。			
2) 延べ利用者数：例えば、利用者Aさんが対象期間中に3回利用していれば「3人」と数えてください。			
3) 延べ日数：ショートステイを提供した延べ日数をお書きください。例えば、Aさんが通算10日利用、Bさんが15日利用、Cさんが2日利用の場合、「27日」と数えます。			
	1)利用者数	2)延べ利用者数	3)延べ日数
平成30年4月～9月の6か月間	()人	()人	()日
【短期入所療養介護（ショートステイ）の提供実績があった施設の方】			
⑤-2 貴院でのショートステイ利用者数は1年前と比較してどのように変化していますか。 ※最も近いもの1つに○			
1. 増えた	2. やや増えた	3. 変わらない	
4. やや減った	5. 減った	6. わからない	
⑤-3 貴院では、今後、ショートステイの提供についてどのようなご意向をお持ちですか。 ※最も近いもの1つに○			
1. 増やしたい・どちらかといえば増やしたい	2. 現状と同じ程度でよい		
3. 減らしたい・どちらかといえば減らしたい	4. わからない		

4. 居宅介護支援事業所との連携状況等についてお伺いします。

①貴院がよく連携している居宅介護支援事業所数 ※名前と顔がわかる介護支援専門員がいる事業所の数	() 事業所
②貴院と同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所の有無 ※○は1つだけ	
1. ある→ (01 同一・関連法人の運営 02 同一・関連法人の運営ではない)	
2. ない	
③貴院と同一・関連法人による居宅介護支援事業所の有無 ※○は1つだけ	
1. ある→事業所数：() 事業所	
2. ない (→質問③-3へ)	
【同一法人・関連法人による居宅介護支援事業所がある場合】	
③-1 居宅介護支援事業所を同一・関連法人が運営する場合、地域のニーズを把握しやすくなるなど、メリットはありますか。 ※○は1つだけ	
1. ある	2. ない (→質問④へ)
3. わからない (→質問④へ)	
③-2 上記③-1について具体的にどのようなメリットがあるかご記入ください。	

(→この後は、質問④へ)

【同一法人・関連法人による居宅介護支援事業所がない場合】

③-3 現在、居宅介護支援事業所を同一・関連法人で運営していない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 介護事業を積極的に取り組む予定はないため
2. 連携している居宅介護支援事業所があり必要性を感じないため
3. 地域に居宅介護支援事業所が十分にあるため
4. 介護支援専門員を確保できないため
5. 居宅介護支援事業所の運営ノウハウがないため
6. その他（具体的に

④貴院では、どなたが地域の介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携窓口を担当していますか。 ※○は1つだけ

1. 院長
2. 医師（1.以外）
3. 看護職員
4. 事務職員
5. その他の職員（具体的に
6. 担当は決まっていない

⑤貴院における、地域の介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携状況はいかがですか。
量的・質的に十分に連携ができている場合を「100点」とした場合に、何点くらいですか。

() 点（※100点満点中）

⑥地域の介護支援専門員（ケアマネジャー）と円滑に連携を行うためのポイントがあれば、お書きください。

⑦地域の介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携により、医療ニーズの高い介護利用者に適切なサービスが提供できた事例などがあれば、お書きください。

⑧居宅介護支援事業所についてどのような情報があるとよいですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 居宅介護支援事業所の電話番号・FAX番号
2. 居宅介護支援事業所のメールアドレス
3. 居宅介護支援事業所の所在地・地図
4. 開設者
5. 事業開始年
6. 運営方針・理念
7. 営業時間
8. 緊急時の電話対応の有無、電話番号
9. サービス提供地域
10. 介護支援専門員の人数
11. 経験年数5年以上の介護支援専門員の割合
12. 要介護度別利用者数
13. 連携している医療機関の数
14. その他（具体的に

⑨地域の介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携をより円滑に、あるいは強化していくために、行政や関係団体にごどのような取組を行ってほしいと思いますか。 ※あてはまる番号すべてに○
1. 地域の居宅介護支援事業所リストを作成し、診療所に配布すること 2. 多職種が参加する、地域での症例研究会を定期的に開催すること 3. 医師と地域の介護支援専門員（ケアマネジャー）との交流事業を実施すること 4. 医師以外の職員と地域の介護支援専門員（ケアマネジャー）との交流事業を実施すること 5. 自院の連携窓口となる職員を配置すること 6. 有床診療所をはじめ地域の医療・介護資源がわかるパンフレット等を作成し、居宅介護支援事業所に配布すること 7. 有床診療所をはじめ地域の医療・介護資源がわかるパンフレット等を作成し、行政機関等の窓口に配布すること 8. 担当の医師・介護支援専門員等がわかる、介護保険利用者に関する情報共有システムをつくり、地域の関係者が活用すること 9. その他（具体的に)
⑩居宅介護支援事業所と連携を行う上で、お困りのことや改善を望まれる点がございましたら、お書きください

5. 貴院の今後のご意向・お考え等についてお伺いします。

①貴院が、 <u>現在、担っている機能</u> としてあてはまるものは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○
1. 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能 2. 専門医療を担って病院の役割を補完する機能 3. 緊急時に対応する機能 4. 在宅医療の拠点としての機能 5. 終末期医療を担う機能 6. その他（具体的に)
②今後、貴院が <u>最も強化したい</u> と考えている機能は何ですか。 ※○は1つだけ
1. 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能 2. 専門医療を担って病院の役割を補完する機能 3. 緊急時に対応する機能 4. 在宅医療の拠点としての機能 5. 終末期医療を担う機能 6. その他（具体的に)
③現在、貴院・同一法人における介護事業の実施状況をどのように評価していますか。 ※○は1つだけ
1. 十分に実施している 2. ある程度、実施している 3. あまり実施していない 4. まったく実施していない 5. その他（具体的に)

④今後、貴院では、介護事業のサービス展開についてどのような姿勢で臨むお考えでしょうか。※〇は1つだけ

- | | |
|----------------|----------------|
| 1. 積極的 | 2. どちらかといえば積極的 |
| 3. 現状維持 | |
| 4. どちらかといえば消極的 | 5. 消極的 |
| 6. その他（具体的に | ） |

【「4. どちらかといえば消極的」、「5. 消極的」と回答した施設の方】

④-1 介護事業のサービス展開について消極的な理由を教えてください。 ※あてはまる番号すべてに〇

- | | |
|--------------------------------|------------------------|
| 1. 医師として医療に専念したいから | 2. 医療だけで経営が安定しているから |
| 3. 医療に対するニーズが強いから | 4. 介護保険事業所の申請手続きが煩雑だから |
| 5. 介護保険制度のことを知らないから | 6. 介護報酬について不安があるから |
| 7. 有床診療所はどのような介護事業をできるのか知らないから | |
| 8. 介護職員の確保が困難だから | 9. その他（ |
| | ） |

⑤貴院では、この1～2年に、貴院の病床をどのようにしていく予定ですか。※〇は1つだけ

- | | |
|-------------|---------|
| 1. 増床→（ ）床に | 2. 現状維持 |
| 3. 減床→（ ）床に | 4. 廃止 |
| 5. その他（具体的に | ） |

【「3. 減床」、「4. 廃止」の場合】

⑤-1 減床または廃止の理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇

- | | | |
|----------------|------------------|------------------|
| 1. 看護職員の雇用が困難 | 2. 看護職員の人件費が負担 | 3. 設備・機器の老朽化 |
| 4. 医師の勤務負担と高齢化 | 5. 患者層の変化（入院の減少） | 6. 分娩の中止 |
| 7. 後継者がいない | 8. 医師の人件費が負担 | 9. スプリンクラーの設置が負担 |
| 10. その他（具体的に | | ） |

⑥地域包括ケアシステムの中で、有床診療所はどのような医療・介護・予防・住居・生活支援の事業を実施すると、地域のニーズに応え、経営の安定化が図れるとお考えになりますか。

⑦上記⑥のためには、今後、国・都道府県・市町村からどのような支援があれば、有床診療所にとって、介護事業を実施しやすくなると思いますか。

アンケート調査にご協力いただきまして、ありがとうございました。

平成 30 年度老人保健健康増進等事業
「有床診療所と介護支援専門員との円滑な連携に向けた調査研究事業」
「有床診療所の利用と連携に関するアンケート調査」 調査票

○有床診療所は地域包括ケアシステムの中で、以下の役割を果たすことが期待されています。

＜有床診療所が担っている役割＞

- ①病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能
- ②専門医療を担って病院の役割を補完する機能
- ③緊急時に対応する医療機能
- ④在宅医療の拠点としての機能
- ⑤終末期医療を担う機能

○また、今後は、短期入所療養介護等の介護サービスの実施により、医療と介護を一体的に提供することも期待されています。平成 30 年度診療報酬改定では、こうした有床診療所に対して診療報酬上の評価も行われました。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○で囲んでください。○をつける数は原則 1 つです。○を複数につけていただく場合は、質問文に「複数回答可」と記載しております。

※具体的な数値等をご記入いただく部分があります。該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。また、わからない場合は「-」と記入してください。

1 あなたや、あなたが所属する事業所についてお伺いします（平成 30 年 12 月末時点）。

①性別	1 男性 2 女性	②年齢	() 歳
③介護支援専門員としての経験年月	() 年 () か月		
④現在の事業所での、介護支援専門員としての経験年月	() 年 () か月		
⑤保有資格 (複数回答可)	1 保健師・助産師・看護師・准看護師 2 社会福祉士 3 作業療法士・理学療法士・言語聴覚士 4 精神保健福祉士 5 介護福祉士 6 介護職員初任者研修 7 歯科衛生士 8 その他 (具体的に)		
⑥あなたは主任介護支援専門員ですか	1 はい 2 いいえ		
⑦病院での勤務経験の有無	1 あり 2 なし		
⑧診療所での勤務経験の有無	1 あり 2 なし		
⑨事業所の所在地	() 都・道・府・県 () 市・郡		
⑩事業所の開設主体	1 都道府県、市区町村、広域連合、一部事務組合 2 社会福祉協議会 3 社会福祉法人 (社協以外) 4 医療法人 5 社団法人・財団法人 6 協同組合及び連合会 7 営利法人 (会社) 8 特定非営利活動法人 (NPO) 9 その他 (具体的に)		
⑪所属の事業所の介護支援専門員の人数 (あなたを含めた実人数でご記入ください)	() 人		

⑫所属する事業所の同一法人または関連法人が運営している施設・事業所等(複数回答可)	
0 下記の1～25に該当する施設・事業所等はない	
1 病院 →介護療養病床 (01 有 02 無 03 不明)	
2 有床診療所 →有する病床の種類 (01 一般病床 02 医療療養病床 03 介護療養病床)	
3 無床の一般診療所 4 訪問看護ステーション 5 介護老人保健施設	
6 介護老人福祉施設 7 有料老人ホーム 8 軽費老人ホーム	
9 サービス付き高齢者向け住宅 10 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	
11 短期入所療養介護 →実施施設 (01 診療所 02 病院 03 介護老人保健施設)	
12 短期入所生活介護 → (01 単独型 02 併設型)	
13 介護医療院	
14 通所介護(地域密着型を含む) 15 通所リハビリテーション 16 療養通所介護	
17 認知症対応型通所介護 18 訪問介護(ホームヘルプ) 19 訪問入浴介護	
20 訪問リハビリテーション 21 夜間対応型訪問介護	
22 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 23 小規模多機能型居宅介護	
24 看護小規模多機能型居宅介護 25 地域包括支援センター	
⑬特定事業所加算の算定状況	1 特定事業所加算(Ⅰ) 2 特定事業所加算(Ⅱ) 3 特定事業所加算(Ⅲ) 4 算定なし
⑭特定事業所集中減算の有無	1 減算あり 2 減算なし

2 あなたが担当する利用者や介護サービス等の利用状況についてお伺いします。

①あなたが担当する、平成30年12月の給付管理で実績があった利用者について、要介護度別の実人数をご記入ください。						
要支援1・2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
人	人	人	人	人	人	人
②あなたが担当する利用者(上記①)のうち、「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)が <u>ランクC以上</u> 」の利用者数(実人数)をご記入ください。(平成30年12月時点)						人
③あなたが担当する利用者(上記①)のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度が <u>Ⅲ以上</u> 」の利用者数(実人数)をご記入ください。(平成30年12月時点)						人
④あなたが担当する利用者(上記①)のうち、「訪問看護(医療保険を含む)を利用している利用者数(実人数)をご記入ください。(平成30年12月時点)						人
⑤あなたが担当する利用者(上記①)のうち、「医療ニーズが高い」(気管切開の方や、人工肛門、膀胱留置カテーテルを装着している方、重い褥瘡のある方、がん末期の方、IVHの方、頻回の点滴が必要な方等)の利用者数(実人数)をご記入ください。(平成30年12月時点)						人
⑥平成30年10月～12月の3か月間に、あなたが担当する全ての利用者が利用した短期入所生活介護(ショートステイ)の合計利用回数(延べ回数)を教えてください。						回
⑦平成30年10月～12月の3か月間に、あなたが担当する全ての利用者が利用した短期入所療養介護(ショートステイ)の合計利用回数(延べ回数)を教えてください。						回
⑦-1 上記⑦の回数について、利用先施設別の回数(延べ回数)を教えてください。		有床診療所	病院	老人保健施設		
		() 回	() 回	() 回		

3 有床診療所の利用状況・意向等についてお伺いします。

①あなたが所属する事業所のサービス提供地域内に医療機関(診療所・病院)は何施設ありますか。

医科 () 施設 歯科 () 施設

②上記①のうち、医療機関側からあなたの事業所に連絡・相談・情報提供等があるなど、積極的な交流がある医療機関は何施設ありますか。

医科 () 施設 歯科 () 施設

③診療所のうち、19床以下の病床(ベッド)のある診療所を「有床診療所」と言います。
あなたは「有床診療所」をご存知でしたか。

1 知っていた 2 知らなかった

④サービス提供地域内に**有床診療所**はありますか。

1 ある→有床診療所数：() 施設
2 ない(→質問⑤へ) 3 わからない(→質問⑤へ)

【上記④で「1 ある」と回答した方にお伺いします】

④-1あなたが担当する、平成30年12月の給付管理で実績があった利用者のうち、この半年間に**有床診療所**を利用した人はいますか。

1 いる 2 いない(→質問⑤へ) 3 わからない(→質問⑤へ)

【質問④-1で「1 いる」と回答した方にお伺いします】

④-1-1 どのような目的で**有床診療所**を利用しましたか。(複数回答可)

1 入院 2 外来 3 訪問診療
4 往診 5 訪問看護 6 訪問リハビリテーション
7 通所リハビリテーション 8 短期入所療養介護 9 居宅療養管理指導
10 主治医意見書の作成 11 その他(具体的に)

【すべての方にお伺いします】

⑤現在の事業所に介護支援専門員として勤務してから今までに、あなたの担当する利用者の中で、**有床診療所**の提供する**短期入所療養介護(ショートステイ)**を利用した利用者はいますか。

1 いる 2 いない(→質問⑤-2へ)

【上記⑤で「1 いる」と回答した方にお伺いします】

⑤-1 **有床診療所**の**短期入所療養介護(ショートステイ)**の良い点を教えてください。(複数回答可)

1 利用者の病歴等をよく知るかかりつけの医師がいる
2 医療ニーズの高い利用者が利用できる
3 容態の急変時など緊急時の医療対応ができる
4 計画的なレスパイトケア目的の利用ができる
5 利用者の住まいに近いところで利用できる
6 終末期・看取りまで対応してもらえる
7 医療と介護の一体的なサービスが利用できる
8 介護支援専門員と医師が円滑に情報共有できる
9 利用者や家族等のニーズに柔軟に対応してくれる
10 利用者や家族等の安心につながる
11 その他(具体的に)
12 特にない

【上記⑤で「2 いない」と回答した方にお伺いします】

⑤-2 今まで、有床診療所の短期入所療養介護(ショートステイ)を利用したことがないのはなぜですか。
(複数回答可)

- 1 短期入所療養介護を提供する施設が地域には多いから
- 2 短期入所療養介護を必要とする利用者がいない・少ないから
- 3 有床診療所が地域にはないから
- 4 短期入所療養介護を提供している有床診療所がないから
- 5 短期入所療養介護を提供している有床診療所を知らないから
- 6 有床診療所の提供する短期入所療養介護がイメージできないから
- 7 どのような利用者を受け入れてもらえるかわからないから
- 8 有床診療所の依頼先の担当者(担当窓口)を知らないから
- 9 有床診療所のことをよく知らないから
- 10 その他(具体的に)

【すべての方にお伺いします】

⑥医療機関である有床診療所が届出等をしていれば、例えば、気管切開の方や、人工肛門、膀胱留置カテーテルを装着している方、重い褥瘡のある方など、医療ニーズの高い利用者に対しても、短期入所療養介護(ショートステイ)を提供できることをご存知でしたか。

- 1 知っていた
- 2 何となく知っていた
- 3 知らなかった

⑦気管切開の方や、人工肛門、膀胱留置カテーテルを装着している方、重い褥瘡のある方など医療ニーズの高い利用者の短期入所療養介護(ショートステイ)において、重視するサービス等は何ですか。(複数回答可)

- 1 医療ニーズに対応した緊急的な受入
- 2 医療ニーズに対応した計画的な受入
- 3 リハビリテーション
- 4 レスパイトケア
- 5 食堂
- 6 浴室
- 7 レクリエーション
- 8 その他(具体的に)
- 9 特にない
- 10 わからない

⑧あなたの担当する地域において、医療ニーズの高い利用者に対する短期入所療養介護(ショートステイ)などの介護サービスは充足していると思いますか。

- 1 充足している
- 2 どちらかといえば充足している
- 3 どちらかといえば不足している
- 4 不足している
- 5 わからない
- 6 その他(具体的に)

⑨医療と介護を一体的に提供する有床診療所が担当する地域にあると仮定した場合、利用したいと思いますか。

- 1 ぜひ利用したい
- 2 利用したい
- 3 あまり利用しようとは思わない
- 4 わからない

⑩医療と介護を一体的に提供する有床診療所に、どのような利用者に対してどのようなサービスを提供してほしいと思いますか。

【利用者】

【サービス内容】

4 有床診療所との連携等についてお伺いします。

①有床診療所との連携を円滑に行うために、どのような情報があるとよいと思いますか。(複数回答可)

- | | |
|----------------------|------------------|
| 1 時間外の連絡の可否、緊急時の連絡先 | 2 病床種別と病床数 |
| 3 連絡・連携窓口担当者名と連絡先 | 4 緊急時の入院受入れの可否 |
| 5 在宅医療・訪問診療の実施状況 | 6 関連施設 |
| 7 無床診療所との連携状況 | 8 提供している介護サービス一覧 |
| 9 短期入所療養介護の提供状況、提供実績 | 10 短期入所療養介護の提供例 |
| 11 受入れ可能な利用者 | |
| 12 その他 (具体的に |) |

②今後、どのような取組があれば、有床診療所と連携がしやすくなりますか。(複数回答可)

- 1 介護サービスを提供する有床診療所を紹介した一覧表の居宅介護支援事業所への提供
- 2 介護サービスを提供する有床診療所を紹介した一覧表の市町村への提供
- 3 有床診療所における窓口担当者の配置
- 4 有床診療所における窓口担当者との連絡先の明記
- 5 有床診療所の医師・看護職員との交流機会の確保
- 6 有床診療所がどのような利用者を受け入れることができるのか具体的な事例の紹介
- 7 有床診療所と介護支援専門員との利用者情報連携シートの作成・活用
- 8 診療報酬制度の概要についての研修機会
- 9 診療報酬における、医療・介護の連携の評価項目についての情報提供
- 10 地域包括ケアモデルの有床診療所の活用例・メリット等を記載した事例の紹介
- 11 日頃から、外来・入院患者や家族等にどのような介護サービスがあるか周知すること
- 12 その他 (具体的に

③地域での症例研究会や有床診療所との連携事例の発表会など、有床診療所との連携に関する講習会を実施した場合、参加したいと思いますか。

- | | | |
|-----------|-------------|-----------------|
| 1 ぜひ参加したい | 2 参加したい | 3 あまり参加しようと思わない |
| 4 わからない | 5 その他 (具体的に |) |

④日頃、有床診療所に限らず、医療機関と連携する上でお困りになっていることがございましたら、具体的にお書きください。

平成 30 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
有床診療所と介護支援専門員との円滑な連携に向けた
調査研究事業

報 告 書

平成 31 (2019) 年 3 月

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

〒105-8501 東京都港区虎ノ門 5-11-2

電話 : 03-6733-1024