

**長野県医師会**  
**令和4年度 在宅医療推進にかかる実態調査**  
**結果報告書**

**令和5年3月**

**長野県医師会在宅医療推進委員会**

## 序 文

長野県医師会は、長野県における在宅医療の体制整備ならびに医療介護の多職種の連携推進を検討することを目的として、平成 25 年 4 月に在宅医療推進委員会を設立しました。

在宅医療は地域包括ケアの根幹をなすものであり、かかりつけ医の延長に在宅医療が存在し、穏やかな看取りまでを提供する体制が求められています。各地域で求められている地域包括ケアシステム構築のために、かかりつけ医の在宅医療推進を目指して取り組みを進めてきております。

今回、平成 25 年度からの在宅医療推進に係る事業の効果検証及び、在宅医療の実態把握を目的とした第 4 回目の調査を実施しました。本調査の結果と意義は以下の通りです。

- 1) 郡市医師会の協力より、長野県内の 890 医療機関に対する横断調査が実施でき、65.4%の高い回収率が得られ、長野県全体を表すデータとして解釈できる結果となっています。
- 2) これまで経年的に増加が見られていた訪問診療を実施している医療機関は、全体の 48.8%と高い値ではあるものの若干の減少に転じていました。訪問診療に従事する医師数も減少していました。
- 3) 長野県の在宅看取りの実態は、平成 25 年度からの在宅医療推進に係る事業の効果として期待していた「在宅看取りのロングテール化」として、年間看取り数 1-4 件の小規模で在宅医療を実施している医療機関を増やすことには残念ながら繋がっていませんでした。一方で、年間在宅看取り 15 件以上の中規模・大規模で在宅医療を実施している医療機関は大幅に増加し、地域の在宅死亡者数の増加に対応していることがわかりました。
- 4) 訪問診療を実施している医療機関では、これまでの調査と変わらず 4 分の 3 以上の医療機関が一人医師体制で、訪問診療に従事する 60 歳以上の医師割合は 50%を超えたことがわかりました。24 時間対応における負担の軽減は確認できず、緊急事ファーストコールは訪問看護の果たす役割が更に大きくなっていることがわかりました。

本調査では平成 25 年度からの在宅医療推進に係る事業についてのたくさんのご意見を自由記載の形でいただきました。社会福祉法の改正（令和 2 年 6 月）に示された「地域共生社会」を構築するためには、これまで高齢者を主な対象とした介護保険法を中心に培われた地域包括ケアシステム・在宅医療の知見と人材を障害児者支援、子ども支援、精神科医療等に拡大していくことが求められています。提供する在宅医療の質を高め、在宅医療を担う医療機関の力が維持継承されることの重要性を念頭において引き続き議論を重ね、地域の在宅医療の体制整備ならびに医療介護の多職種の連携推進に寄与するよう事業計画に役立てていきたいと思っております。

本調査結果が、今後の在宅医療推進に各郡市医師会ならびに長野県在宅医療推進連絡協議会において活用され、また現在進行中の第8次長野県保健医療計画策定のための基礎資料となりますようお願いしております。

令和5年3月

長野県医師会在宅医療推進委員会 委員長 杉山 敦  
副委員長 小松 裕和

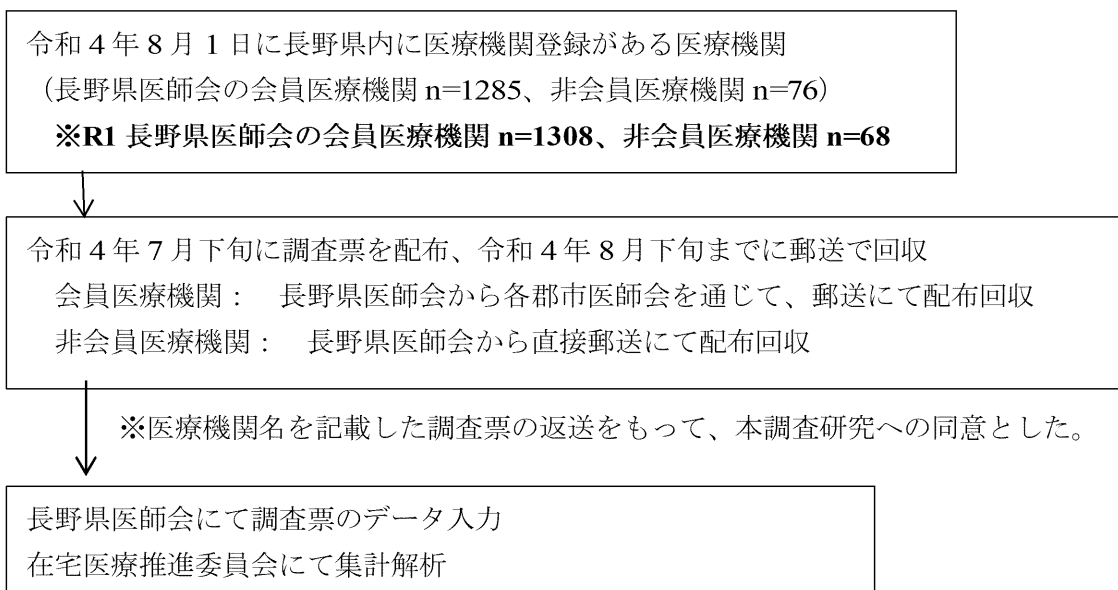
# 調査概要

## ■目的■

「長野県医師会在宅医療推進にかかる実態調査」は、長野県内における在宅医療推進のための基礎データを把握し、今後の長野県と連携した県医師会・郡市医師会の施策・事業として展開するための根拠データとすることを目的として平成25年度、平成28年度及び令和元年度に調査を実施した。今回、前回調査から3年が経過し、事業効果の検証と今後の在宅医療推進事業の基礎資料とするために、令和4年度調査を実施した。

## ■対象と方法■

### 1) シェーマ



### 2) 研究デザイン

横断研究

### 3) 対象の選択

令和4年8月1日に長野県医師会の会員である医療機関と、長野県内の非会員の医療機関を対象とした。

### 4) 調査方法

「在宅医療推進にかかる実態調査票」を令和4年7月下旬に全医療機関に配布した。長野県医師会会員の医療機関に対しては、各郡市医師会を通じて郵送にて配付回収を行った。非会員の医療機関に対しては、長野県医師会から直接郵送にて配付回収を行った。また、研究への同意に関しては、調査票への医療機関名の記入と調査票の返送をもって研究同意とみなした。なお、調査票督促も各郡市医師会を通じて行った。

5) 調査項目

- ✓ 医療機関の基本属性  
 郡市医師会名、医療機関名、開業年数、病床数、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の届出
- ✓ 在宅医療の実施状況  
 往診の実施、訪問診療の実施、在宅看取りの実施、年間の看取り対応数、長野県医師会が実施している在宅医療推進に係る事業への評価
- ✓ 在宅医療を実施している医療機関の現状  
 医師数、医師の年齢構成、在宅医療のスタイル、24時間対応の負担、緊急時ファーストコール体制、訪問看護の継続性、夜間休日の電話対応や往診対応、連携医療機関、夜間呼吸停止時の対応、訪問診療の実数、入退院時の連携、小児在宅医療、自由記載
- ✓ 在宅医療を今後検討している医療機関の現状  
 在宅医療の実施にあたっての障壁、自由記載意見
- ✓ 在宅医療を今後も検討していない医療機関の現状  
 在宅医療への新規にあたって必要なサポート、自由記載意見

■回収率■

全体では 890 医療機関から調査票を回収し、65.4%の回収率であった。長野県医師会の会員医療機関では 843 医療機関から調査票を回収し、65.6%の回収率であった。非会員医療機関では 47 医療機関から調査票を回収し、61.8%の回収率であった。

No	郡市医師会	会員医療機関数	回収数	回収率	R1年度 回収率 (参考)
1	佐久	75	29	38.7%	59.2%
2	小県	33	31	93.9%	90.3%
3	諏訪郡	49	25	51.0%	56.3%
4	上伊那	111	90	81.1%	51.3%
5	飯田	99	88	88.9%	84.8%
6	木曾	9	9	100.0%	100.0%
7	塩筑	41	24	58.5%	81.8%
8	安曇野市	62	25	40.3%	49.2%
9	大北	39	37	94.9%	70.7%
10	更級	63	46	73.0%	95.2%
11	千曲	41	25	61.0%	47.4%
12	須高	48	35	72.9%	79.2%
13	中高	31	21	67.7%	65.6%
14	上水内	15	14	93.3%	66.7%
15	飯水	15	15	100.0%	78.6%
16	長野市	174	128	73.6%	53.1%
17	松本市	195	90	46.2%	45.3%
18	上田市	76	42	55.3%	84.6%
19	岡谷市	25	16	64.0%	64.0%
20	諏訪市	39	32	82.1%	63.2%
21	小諸北佐久	45	21	46.7%	75.6%
	会員合計	1,285	843	65.6%	64.1%
	非会員	76	47	61.8%	70.6%
	合計	1,361	890	65.4%	64.4%

# 調査結果 概要

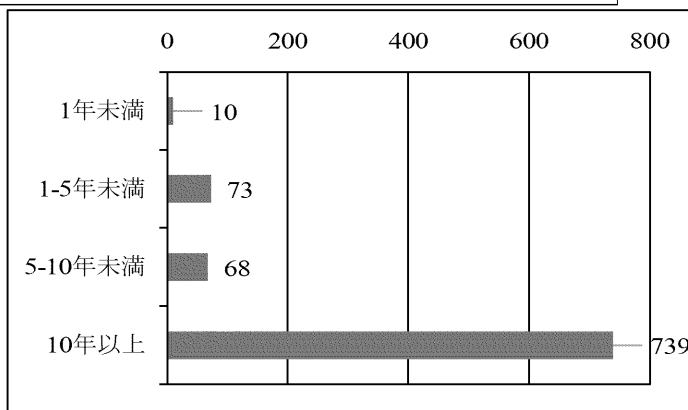
## ■主な調査結果■

調査協力が得られた 890 医療機関からの主な調査結果を以下に示す。

### 1) 開業年数（令和4年8月1日時点）

1. 1年未満    2. 1年～5年未満    3. 5年～10年未満    4. 10年以上

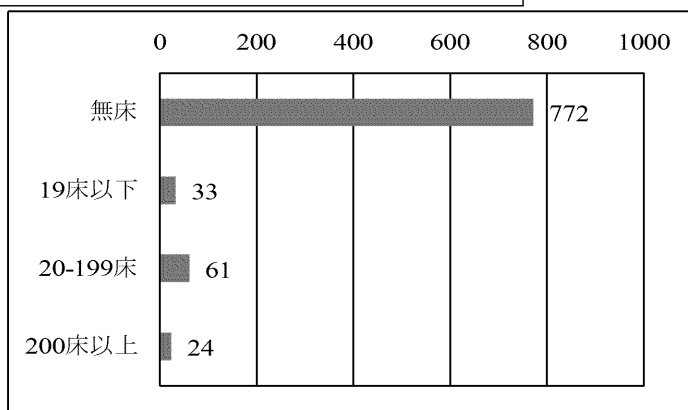
	度数	%
1年未満	10	1.1
1-5年未満	73	8.2
5-10年未満	68	7.7
10年以上	739	83.0
合計	890	100



### 2) 病床数（令和4年8月1日時点）

1. 無床    2. 19床以下    3. 20-199床    4. 200床以上

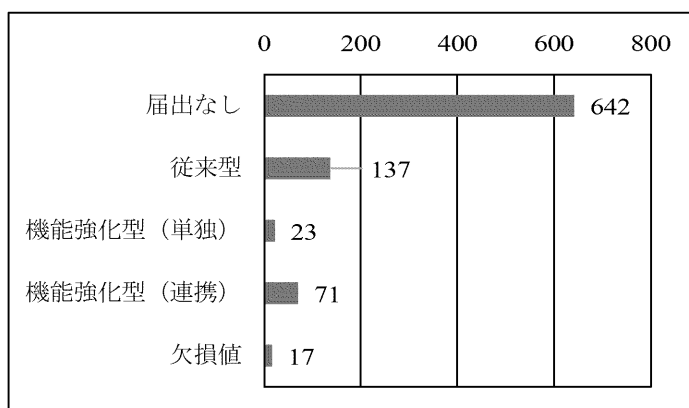
	度数	%
無床	772	86.7
19床以下	33	3.7
20-199床	61	6.9
200床以上	24	2.7
合計	890	100



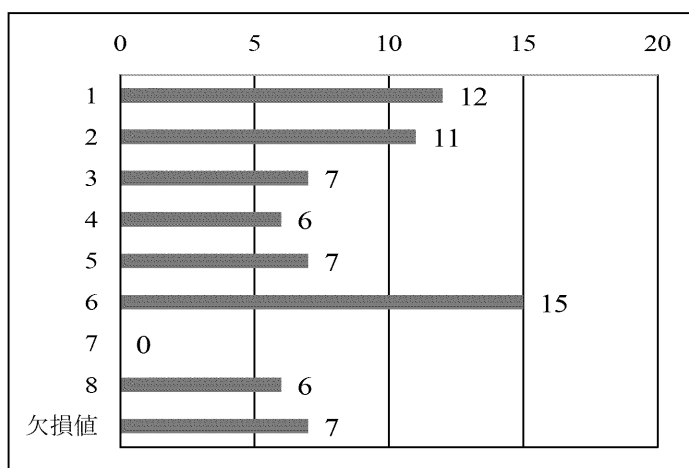
3) 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の届出の状況（令和4年8月1日時点）

1. 届出なし      2. 従来型で届出あり      3. 機能強化型（単独）で届出あり  
 4. 機能強化型（連携）で届出あり → （自院以外の連携医療機関数：\_\_\_\_\_）

	度数	%
届出なし	642	72.1
従来型	137	15.4
機能強化型(単独)	23	2.6
機能強化型(連携)	71	8.0
欠損値	17	1.9
合計	890	100



連携医療機関数	度数	%
1	12	16.9
2	11	15.4
3	7	9.8
4	6	8.5
5	7	9.9
6	15	21.1
7	0	0.0
8	6	8.5
欠損値	7	9.9
合計	71	100



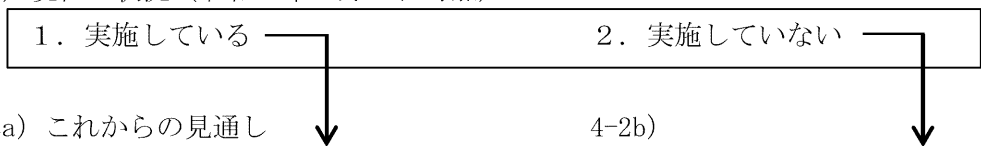
経年的変化

	令和4年	令和1	平成28	平成25
届出なし	642	642	763	777
従来型	137	147	173	161
機能強化型(単独)	23	17	12	6
機能強化型(連携)	71	69	66	57
欠損値	17	11	14	20
合計	890	886	1028	1021

- ・令和4年度調査では、合計231か所の在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院が協力している。
- ・経年的変化からは、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院数の増加は見られないが、従来型から機能強化型（単独）や機能強化型（連携）への転換が増加している。

4) 往診の実施状況（臨時の在宅診療）

4-1) 現在の状況（令和4年8月1日時点）



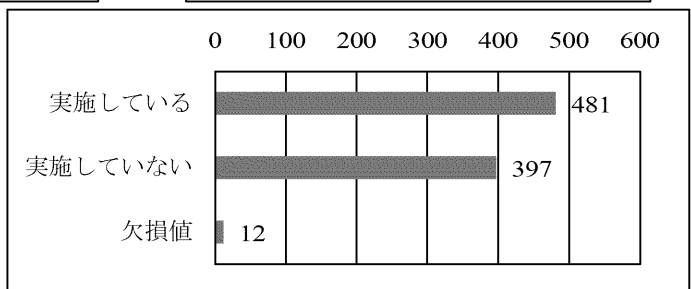
4-2a) これからの見通し

- 1. 今後も実施する意向である
- 2. 今後は縮小を検討している

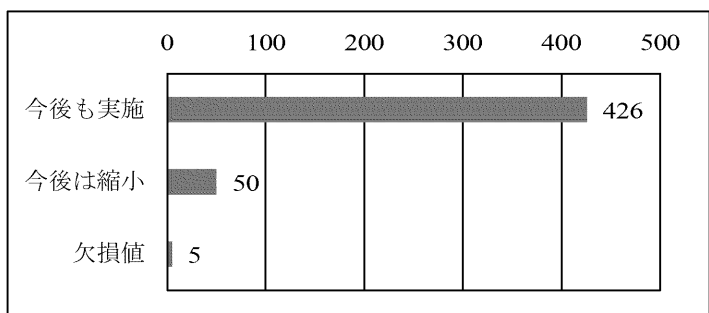
4-2b)

- 1. 今後も実施する予定はない
- 2. 今後は実施を検討している

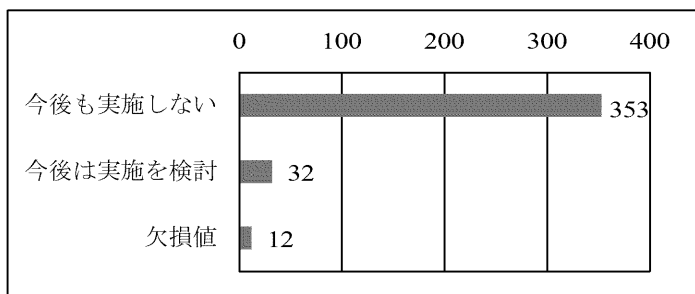
4-1)	度数	%
実施している	481	54.0
実施していない	397	44.6
欠損値	12	1.4
合計	890	100



4-2a)	度数	%
今後も実施	426	88.6
今後は縮小	50	10.4
欠損値	5	1.0
合計	481	100



4-2b)	度数	%
今後も実施しない	353	88.9
今後は実施を検討	32	8.1
欠損値	12	3.0
合計	397	100



経年的変化

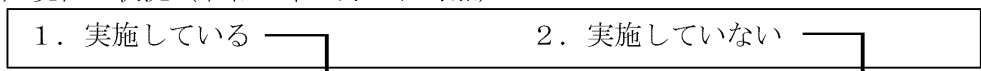
往診	令和4年	令和1	平成28	平成25
実施している	481	540	633	592
(%)	(54.0)	(61.0)	(61.6)	(58.0)
今後は縮小	50	55	64	65
(%)	(10.4)	(10.2)	(10.1)	(10.9)
今後は実施を検討	32	29	40	51
(%)	(8.1)	(8.4)	(10.2)	(12.3)

- ・令和4年度調査では、往診は481医療機関（54.0%）が実施しており、そのうち50医療機関（10.4%）が縮小方針であった。往診を実施していないと回答した医療機関のうち、32医療機関（8.1%）が今後は実施を検討したい意向であった
- ・経年的変化からは、往診を実施している医療機関は減少に転じており、往診の縮小を検討している医療機関も変化はみられない。新規に往診実施の意向も減少している。

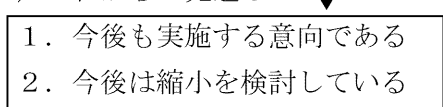


5) 訪問診療（定期的・計画的な在宅診療）

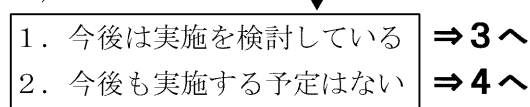
5-1) 現在の状況（令和4年8月1日時点）



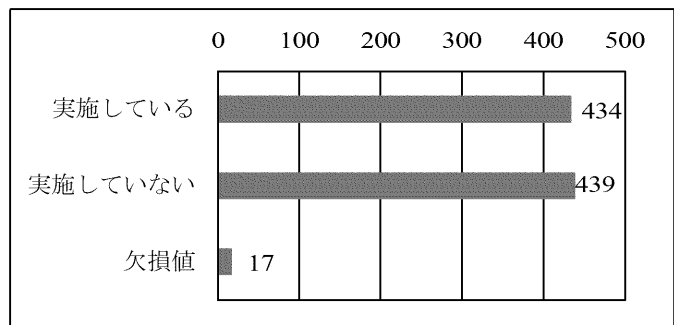
5-2a) これからの見通し



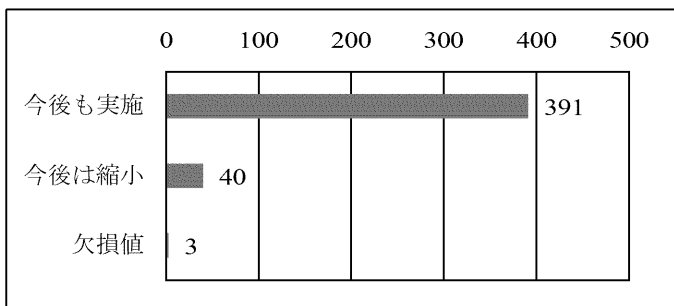
5-2b)



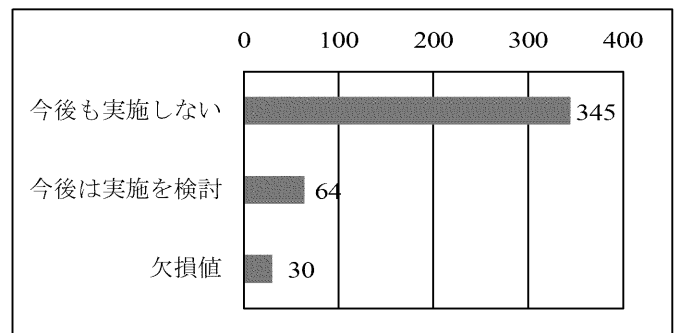
5-1)	度数	%
実施している	434	48.8
実施していない	439	49.3
欠損値	17	1.9
合計	890	100



5-2a)	度数	%
今後も実施	391	90.1
今後は縮小	40	9.2
欠損値	3	0.7
合計	434	100



5-2b)	度数	%
今後も実施しない	345	78.6
今後は実施を検討	64	14.6
欠損値	30	6.8
合計	439	100



経年的変化

訪問診療	令和4年	令和1	平成28	平成25
実施している	434	461	502	468
(%)	(48.8)	(52.0)	(48.8)	(45.8)
今後は縮小	40	41	38	42
(%)	(9.2)	(8.9)	(7.6)	(9.0)
今後は実施を検討	64	68	87	69
(%)	(14.6)	(16.2)	(17.0)	(12.8)

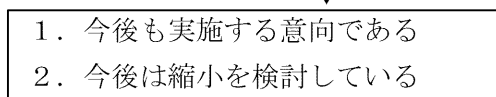
- ・令和4年度調査では、訪問診療は434医療機関（48.8%）が実施しており、そのうち40医療機関（9.2%）が縮小方針であった。訪問診療を実施していないと回答した医療機関のうち、64医療機関（14.6%）が今後は実施を検討したい意向であった
- ・経年的変化からは、訪問診療を実施している医療機関は減少に転じており、訪問診療の縮小を検討している医療機関も変化はみられない。新規に訪問診療実施の意向も減少している。

6) 在宅での看取り

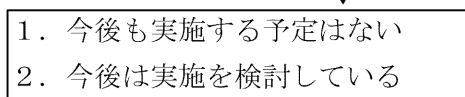
6-1) 現在の状況（令和4年8月1日時点）



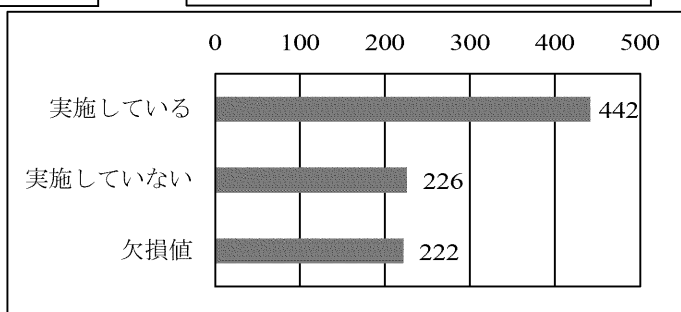
6-2a) これからの見通し



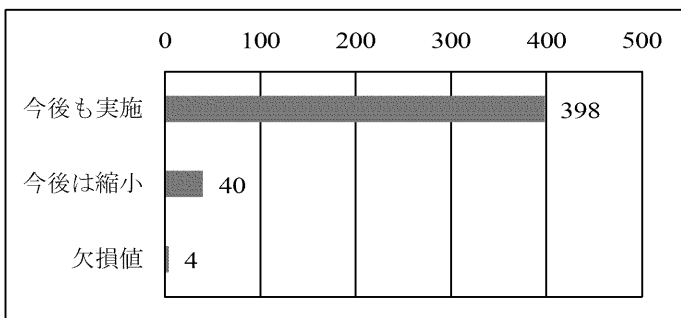
6-2b)



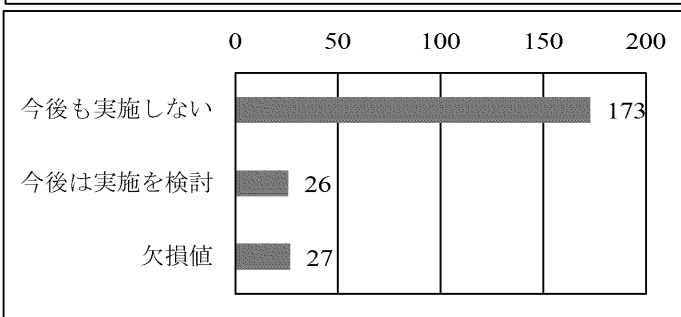
6-1)	度数	%
実施している	442	49.7
実施していない	226	25.4
欠損値	222	24.9
合計	890	100



6-2a)	度数	%
今後も実施	398	90.0
今後は縮小	40	9.1
欠損値	4	0.9
合計	442	100



6-2b)	度数	%
今後も実施しない	173	76.5
今後は実施を検討	26	11.5
欠損値	27	12.0
合計	226	100



経年的変化

在宅看取り	令和4年	令和1	平成28	平成25
実施している	442	455	510	474
(%)	(49.7)	(51.4)	(49.6)	(46.4)
今後は縮小	40	39	42	47
(%)	(9.1)	(8.6)	(8.2)	(9.9)
今後は実施を検討	26	38	46	39
(%)	(11.5)	(15.1)	(18.2)	(14.7)

- ・令和4年度調査では、在宅看取りは442医療機関(49.7%)が実施しており、そのうち40医療機関(9.1%)が縮小方針であった。在宅看取りを実施していないと回答した医療機関のうち、26医療機関(11.5%)が今後は実施を検討したい意向であった
- ・経年的変化からは、在宅看取りを実施している医療機関は変化みられず、在宅看取りの縮小を検討している医療機関も変化はみられない。新規に在宅看取り実施の意向も減少している。

7) 令和3年7月1日～令和4年6月30日の1年間の看取り対応数

在宅や施設での看取り対応数

_____	名
-------	---

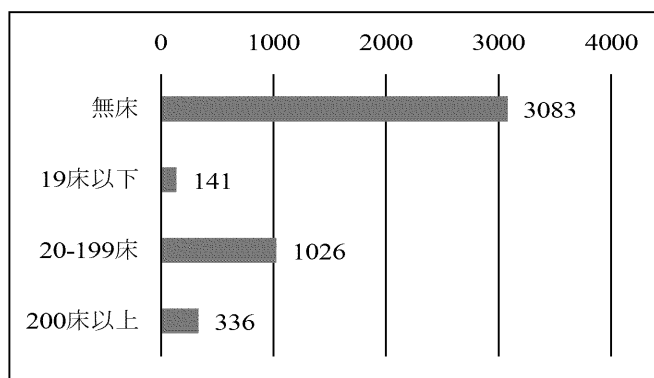
【看取り数の内訳：合計と内訳が合うように記載】

純粋な自宅での看取り数	_____ 名
訪問診療で対応していた施設※1での看取り数	_____ 名
嘱託医診療で対応していた施設※2での看取り数	_____ 名

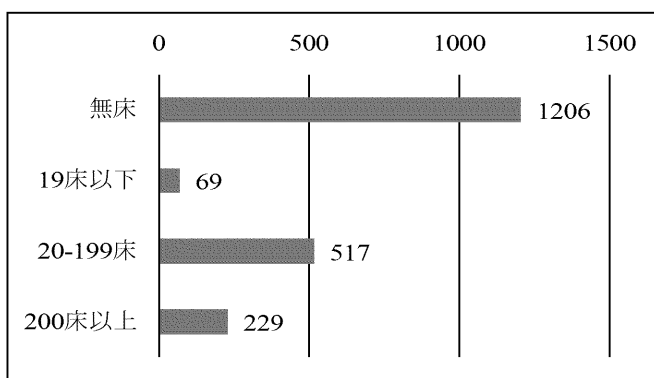
※1 グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅などの居住系施設で看取り対応した場合

※2 特別養護老人ホーム、老人保健施設、身体障がい者施設、救護施設などに嘱託医として看取り対応した場合

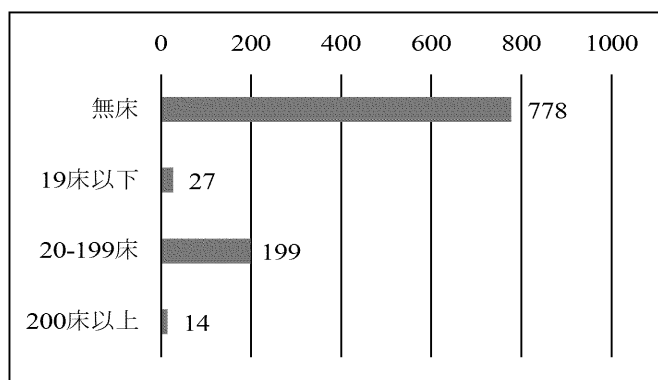
在宅・施設 看取り合計	度数 (欠損)	看取り 総数	%
無床	313 (459)	3083	67.2
19床以下	8 (25)	141	3.1
20-199床	36 (25)	1026	22.4
200床以上	14 (10)	336	7.3
合計	371 (519)	4586	100



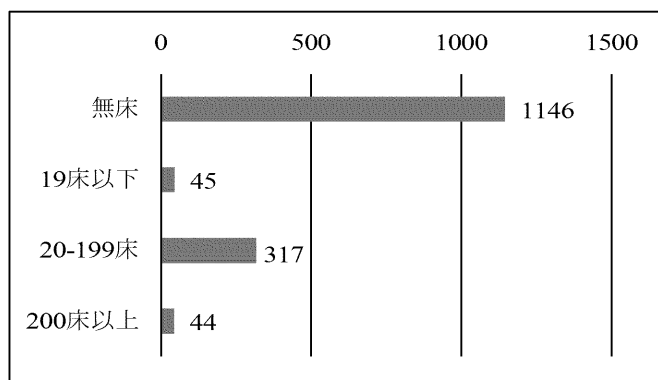
純粋な自宅 看取り	度数 (欠損)	看取り 総数	%
無床	269 (503)	1206	59.7
19床以下	7 (26)	69	3.4
20-199床	30 (31)	517	25.6
200床以上	13 (11)	229	11.3
合計	319 (571)	2021	100



訪問診療 対応施設 看取り	度数 (欠損)	看取り 総数	%
無床	145 (627)	778	76.4
19床以下	6 (27)	27	2.6
20-199床	20(41)	199	19.6
200床以上	4(20)	14	1.4
合計	175(715)	1018	100



嘱託医診療 対応施設 看取り	度数 (欠損)	看取り 総数	%
無床	95(667)	1146	73.8
19床以下	3(30)	45	2.9
20-199床	20(41)	317	20.4
200床以上	1(23)	44	2.9
合計	119(771)	1552	100



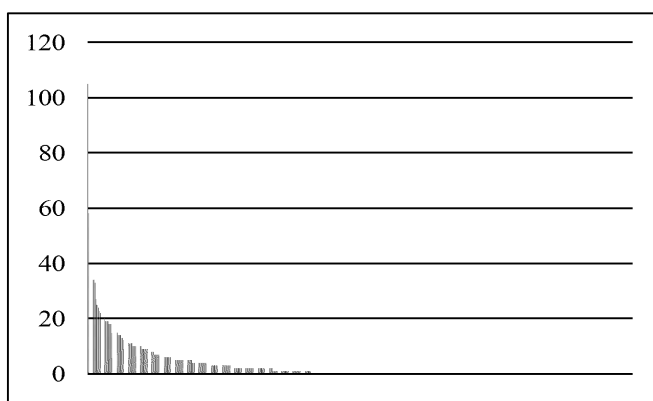
経年的変化

	令和4年	令和1	平成28	平成25
在宅・施設看取り合計	4586	3850	3444	2730
無床診療所による割合(%)	(67.2)	(69.2)	(83.8)	(69.8)
19床以下	(3.1)	(4.1)	(3.8)	(5.1)
20-199床以下	(22.4)	(18.1)	(8.3)	(15.8)
200床以上	(7.3)	(8.6)	(4.0)	(9.2)
純粋な自宅看取り	2021	1506	1484	1534
訪問診療対応施設看取り	1018	794	592	589
嘱託医診療対応施設看取り	1552	1437	1324	826

- ・令和4年度調査では、在宅や施設での看取り対応数が4586人であった。看取りの場所は、純粋な自宅が2021人と約半数を占め、訪問診療対応施設が1018人、嘱託医診療対応施設が1552人であった。
- ・無床診療所による看取りは全体の67.2%であり、地域の看取りを支えている実態が示されている。一方で経年的変化では無床診療所による看取りがゆっくりと減少傾向であり、20-199床の病院が在宅看取りを支える割合が増えてきている。
- ・経年的変化からは、在宅や施設での看取り対応数は増加傾向であり、いずれの看取りの場所においても同じ傾向であった。多死時代における死亡者数増加を反映していると考えられるが、それに対応できる在宅医療が提供できている実態を示している。

※在宅医療を実施（往診、訪問診療、在宅看取りのいずれかに対応）している医療機関の在宅・施設看取り数（嘱託医診療対応施設による看取りは除外）

年間看取り数	看取り数合計	(%)	医療機関数	(%)
30件以上	1004	33.0	16	3.0
15-29件	705	23.2	35	6.6
5-14件	931	30.6	117	22.0
3-4件	222	7.3	64	12.1
1-2件	183	6.0	122	23.0
0件	0	0	177	33.3
合計	3045	100	531	100



・令和4年度調査では、年間看取り数30件以上の16医療機関で1004名の看取りに対応、年間看取り数15-29件の35医療機関で705名の看取りに対応、年間看取り数5-14件の117医療機関で931名の看取りに対応していた。これらの医療機関で全体の86.8%の看取りに対応していた。

### 経年的変化

令和1年					平成28年				
年間看取り数	看取り数合計	(%)	医療機関数	(%)	年間看取り数	看取り数合計	(%)	医療機関数	(%)
30件以上	408	17.7	8	1.5	30件以上	296	13.9	5	0.7
15-29件	562	27.0	28	5.2	15-29件	469	22.0	25	3.7
5-14件	852	37.0	110	20.3	5-14件	861	40.4	114	17.1
3-4件	257	11.2	73	13.4	3-4件	283	13.3	84	12.6
1-2件	221	9.6	158	29.1	1-2件	222	10.4	156	23.4
0件	0	0	166	30.6	0件	0	0.0	284	42.5
合計	2300	100	543	100	合計	2131	100	668	100

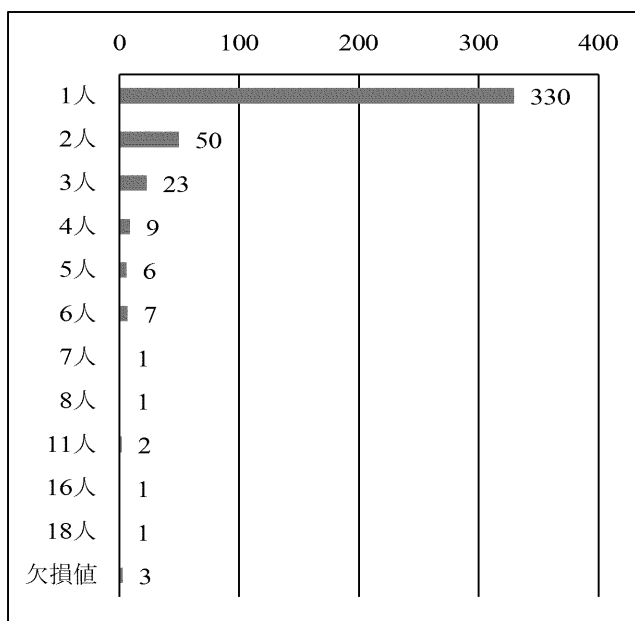
  

平成25年				
年間看取り数	看取り数合計	(%)	医療機関数	(%)
30件以上	440	20.6	8	1.2
15-29件	402	18.8	21	3.2
5-14件	771	36.1	96	14.7
3-4件	307	14.4	90	13.8
1-2件	218	10.2	154	23.5
0件	0	0.0	285	43.6
合計	2138	100.0	654	100.0

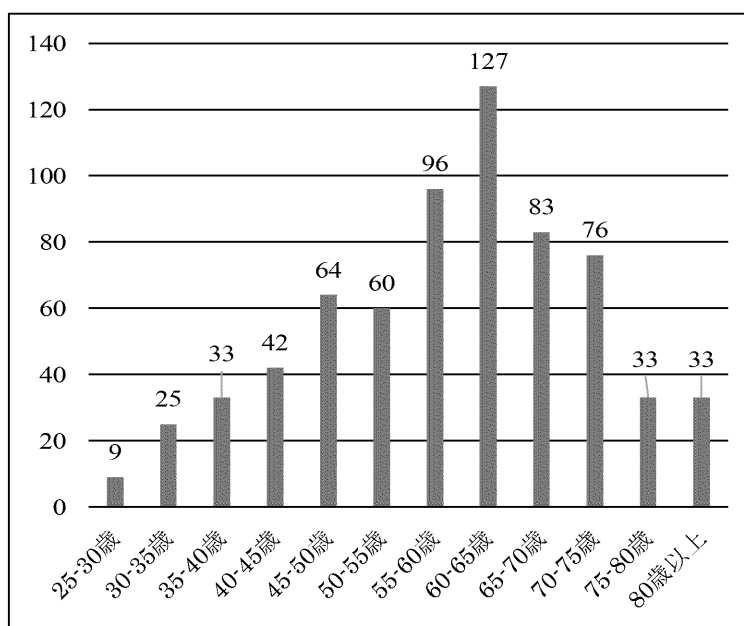
・経年的変化からは、大規模（年間在宅看取り30件以上）に在宅医療を実施しているカテゴリと、中規模（年間在宅看取り15-29件）に在宅医療を実施しているカテゴリにおいて、医療機関数と看取り数の増加が確認された。特に大規模に在宅医療を実施しているカテゴリにおいてその増加が大きかった。一方で、小規模（年間看取り数1-2件、3-4件）に在宅医療を実施しているカテゴリでは、医療機関数と看取り数は減少していた。

8) 訪問診療をしている医療機関の医師数、年齢構成

医師数	度数	%
1人	330	76.1
2人	50	11.5
3人	23	5.3
4人	9	2.1
5人	6	1.4
6人	7	1.6
7人	1	0.2
8人	1	0.2
11人	2	0.5
16人	1	0.2
18人	1	0.2
欠損値	3	0.7
合計	434	100



	医師数	%
25-30歳	9	1.3
30-35歳	25	3.6
35-40歳	33	4.8
40-45歳	42	6.1
45-50歳	64	9.4
50-55歳	60	8.8
55-60歳	96	14.1
60-65歳	127	18.7
65-70歳	83	12.2
70-75歳	76	11.2
75-80歳	33	4.9
80歳以上	33	4.9
合計	681	100

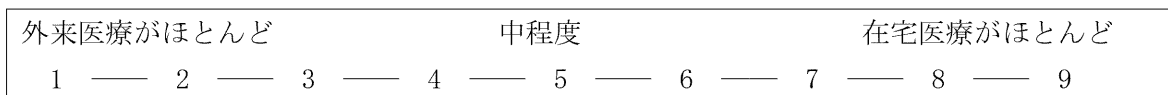


経年的変化

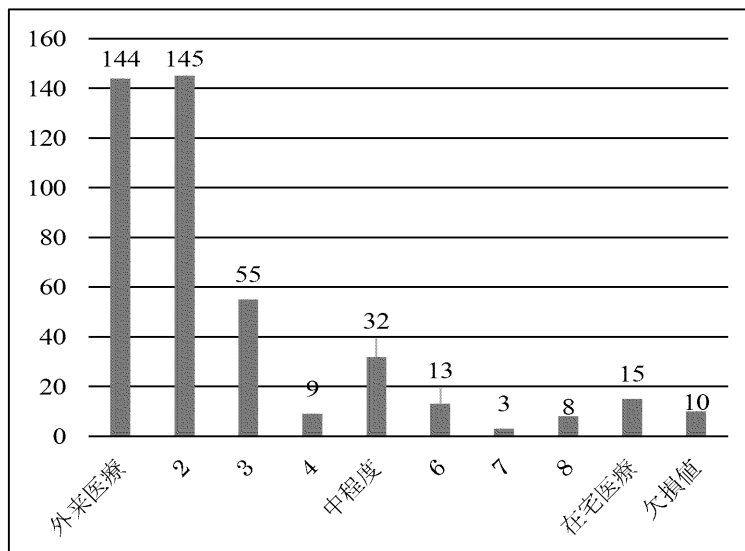
	令和4年	令和1	平成28	平成25
医師一人体制	330	355	392	353
(%)	(76.1)	(77.0)	(78.1)	(75.4)
60歳以上医師数	352	353	327	262
(%)	(51.9)	(48.7)	(44.7)	(36.7)
65歳以上医師数	225	227	216	148
(%)	(33.0)	(31.3)	(29.5)	(20.7)
訪問診療医師数	681	724	733	714

- ・令和4年度調査では、一人医師体制の訪問診療が330医療機関（76.1%）、60歳以上の医師数は352名（51.7%）、65歳以上の医師数は225名（33.0%）であった。訪問診療に従事する医師数の最大カテゴリは60-65歳だった。
- ・経年的変化からは、一人医師体制の訪問診療の割合は大きく変化していない。訪問診療に関わる医師数は減少傾向で、60歳以上医師割合も65歳以上医師割合も計年的に増加の一途を辿っている。

9) 訪問診療をしている医療機関の在宅医療のスタイル



	度数	%
1 外来ほとんど	144	33.2
2	145	33.4
3	55	12.7
4	9	2.1
5 中程度	32	7.4
6	13	3.0
7	3	0.7
8	8	1.8
9 在宅ほとんど	15	3.4
欠損値	10	2.3
合計	434	100



経年的変化

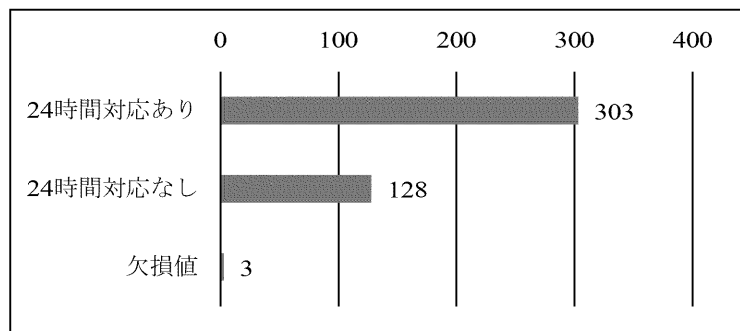
	令和4年	令和1	平成28	平成25
在宅医療のウェイト 大きい医療機関	39	36	39	50
(%)	(8.9)	(7.8)	(7.8)	(10.7)

- ・令和4年度調査では、外来診療がほとんどの医療機関が多数を占め、在宅医療のウェイトが多い医療機関（回答で6以上を選択）は39医療機関（8.9%）であった。
- ・経年的変化からは、在宅医療のウェイトが大きい医療機関の増加はみられていない。

10) 訪問診療をしている医療機関の24時間対応

1. 24時間対応している      2. 24時間対応していない

	度数	%
24時間対応あり	303	69.8
24時間対応なし	128	29.5
欠損値	3	0.7
合計	434	100



経年的変化

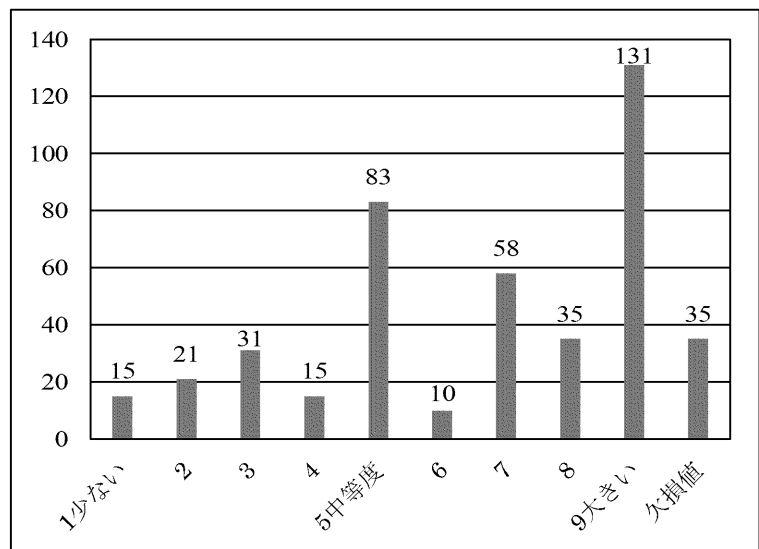
	令和4年	令和1	平成28	平成25
24時間対応あり	303	316	346	-
(%)	(69.8)	(68.5)	(68.9)	-

- ・令和4年度調査では、24時間対応を実施している医療機関は303医療機関（69.8%）であった。
- ・経年的変化からは、24時間対応を実施している医療機関の増加や減少はみられていない。

11) 訪問診療をしている医療機関の24時間対応に対する負担

- 少ない                                  中程度                                  大きい  
1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9

	度数	%
1 少ない	15	3.4
2	21	4.8
3	31	7.1
4	15	3.5
5 中程度	83	19.1
6	10	2.3
7	58	13.4
8	35	8.1
9 大きい	131	30.2
欠損値	35	8.1
合計	434	100





経年的変化

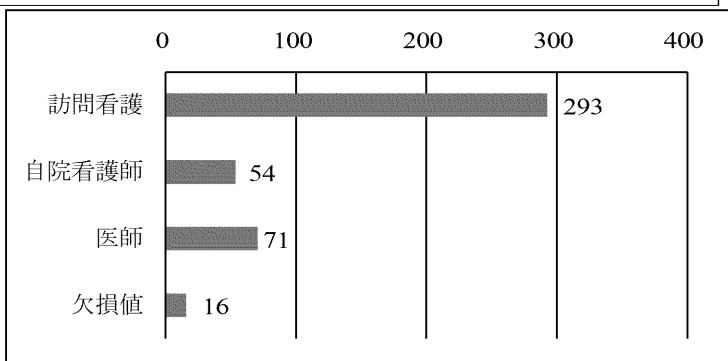
	令和4年	令和1	平成28	平成25
24時間対応の負担が大きい	234	247	275	194
(%)	(54)	(53.5)	(54.8)	(41.4)

- ・令和4年度調査では、24時間対応の負担が大きい医療機関(回答で6以上を選択)は234医療機関(54%)であった。
- ・経年的変化からは、24時間対応の負担が大きい医療機関の増加や減少はみられていない。

12) 訪問診療をしている医療機関の緊急時ファーストコール体制

- |                        |                    |
|------------------------|--------------------|
| 1. 訪問看護ステーションがファーストコール | 2. 自院の看護師がファーストコール |
| 3. 医師がファーストコール         |                    |

	度数	%
訪問看護	293	67.5
自院看護師	54	12.4
医師	71	16.4
欠損値	16	3.7
合計	434	100



経年的変化

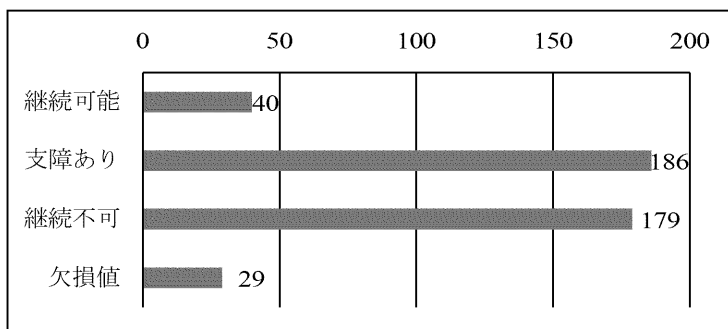
	令和4年	令和1	平成28	平成25
訪問看護	293	289	285	223
(%)	(67.5)	(62.7)	(56.8)	(47.6)
自院看護師	54	56	68	70
(%)	(12.4)	(12.1)	(13.5)	(15.0)
医師	71	99	137	160
(%)	(16.4)	(21.5)	(27.3)	(34.2)

- ・令和4年度調査では、緊急時ファーストコールで訪問看護と答えた医療機関は293医療機関(67.5%)、医師と答えた医療機関は71医療機関(16.4%)だった。
- ・経年的変化からは、緊急時ファーストコールで訪問看護が対応する医療機関が増加傾向にあり、医師が対応する医療機関は減少傾向となっている。

13) 訪問看護ステーションが緊急時ファーストコールを中止した場合

1. 問題なく継続できる      2. 支障はでるが継続できる      3. 継続できない

	度数	%
継続可能	40	9.2
支障あり	186	42.9
継続不可	179	41.2
欠損値	29	6.7
合計	434	100



経年的変化

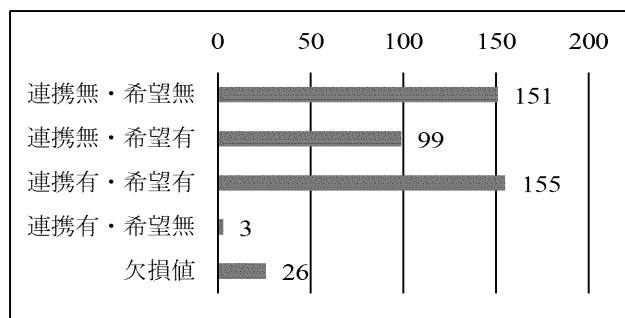
	令和4年	令和1	平成28	平成25
支障あり+継続不可	365	376	414	362
(%)	(84.1)	(81.6)	(82.5)	(77.3)

- ・令和4年度調査では、訪問看護ステーションが緊急時ファーストコールを中止した場合に、「支障あり+継続不可」と答えた医療機関は365医療機関（84.1%）だった。
- ・経年的変化からは、「支障あり+継続不可」と答えた医療機関は増加傾向で過去最大となった。

14) 訪問診療をしている医療機関の夜間休日における連携意向

1. 連携しておらず、今後も連携希望なし      2. 連携しておらず、今後は連携希望あり  
3. 連携しており、今後も連携希望あり      4. 連携しており、今後は連携希望なし

	度数	%
連携無・希望無	151	34.8
連携無・希望有	99	22.8
連携有・希望有	155	35.7
連携有・希望無	3	0.7
欠損値	26	6.0
合計	434	100

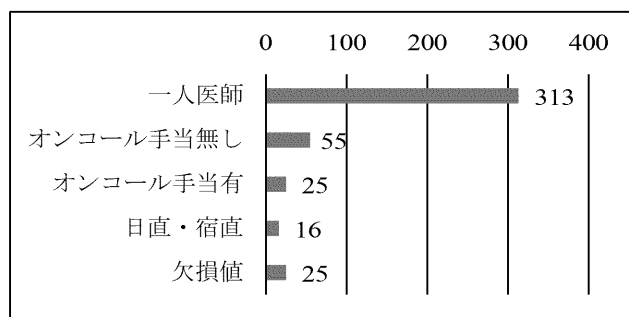


- ・「連携しておらず、今後は連携希望あり」と答えた医療機関は99医療機関（22.8%）だった。

15) 訪問診療をしている医療機関の夜間休日における勤務体系

1. 事業主一人医師体制 1.に該当しない場合以下の2～4を選択ください。  
 2. オンコール体制（待機手当なし）      3. オンコール体制（待機手当あり）  
 4. 日直・宿直体制

	度数	%
一人医師	313	72.1
オンコール手当無	55	12.6
オンコール手当有	25	5.8
日直・宿直	16	3.7
欠損値	25	5.8
合計	434	100

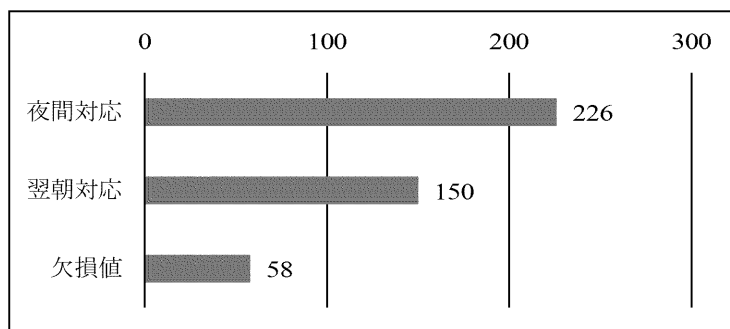


- ・事業主一人医師体制と答えた医療機関は313医療機関（72.1%）だった。
- ・オンコール体制で待機手当ありと答えた医療機関は25医療機関（5.8%）だった。
- ・日直宿直体制と答えた医療機関は16医療機関（3.7%）であり、病院がほとんどを占めた。

16) 予測された看取りにおける夜間呼吸停止時の対応

1. 夜間に往診して死亡確認      2. 事前に説明をして翌朝に往診して死亡確認

	度数	%
夜間確認	226	52.0
翌朝確認	150	34.6
欠損値	58	13.4
合計	434	100

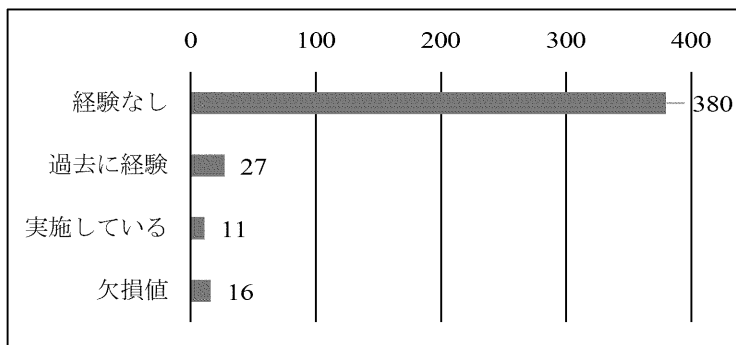


- ・翌朝に往診して確認と答えた医療機関は150医療機関（34.6%）であり、訪問診療を実施している医療機関の3分の1で翌朝看取りが実施されていた。
- ・翌朝看取りの支障としては、家族への迷惑、死亡時間のずれ、エンゼル処置対応、翌朝業務への影響などが挙げられた。

17) 小児在宅医療の経験

1. 経験したことがない      2. 過去に経験したことがある      3. 現在実施している

	度数	%
経験なし	380	87.6
過去に経験	27	6.2
実施している	11	2.5
欠損値	16	3.7
合計	434	100



経年的変化

	令和4年	令和1	平成28	平成25
過去に経験+実施	38	33	42	36
(%)	(8.7)	(7.2)	(8.4)	(7.2)

- ・令和4年度調査では、小児在宅医療を「過去に経験+実施している」と答えた医療機関は38医療機関(8.7%)だった。
- ・経年的変化からは、「過去に経験+実施している」と答えた医療機関の増減は見られなかった。

## ■考察■

令和4年度調査は、890の医療機関の協力を得て回収率65.4%と、これまでの調査に引き続き長野県内の在宅医療の実態を表すデータとなっている。在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院数の増加は見られないが、従来型から機能強化型（単独）や機能強化型（連携）への転換が増加している。

### 1) 在宅医療の実施状況

これまでの調査で経年的に増加していた訪問診療の実施状況は48.8%となり、前回調査から減少となった。訪問診療を実施している医療機関の9.2%が縮小を検討していることは前回調査と同じだったが、新規に訪問診療の実施を検討している医療機関は14.6%と前回調査より減少となった。往診や在宅での看取りの実施状況も同様に前回調査から減少となっており、今回の調査結果からは長野県内の在宅医療を実施する医療機関数が減少に転じている可能性も考えられる。

### 2) 在宅看取りの現状

居住系施設、嘱託医施設、純粹自宅の看取りの実態については、看取りの67.2%を無床診療所が対応しており、地域の看取りを支えている実態が示されている。一方で経年的変化では無床診療所による看取りがゆっくりと減少傾向であり、20-199床の病院が在宅看取りを支える割合が増えてきている。在宅や施設での看取り対応数は増加傾向であり、いずれの看取りの場所においても同じ傾向であった。多死時代における死亡者数増加を反映していると考えられるが、それに対応できる在宅医療が提供できている実態を示している。

嘱託医施設を除いた在宅看取りの実態としては、今回の調査では大規模（年間在宅看取り30件以上）に在宅医療を実施しているカテゴリと、中規模（年間在宅看取り15-29件）に在宅医療を実施しているカテゴリにおいて、医療機関数と看取り数の増加が確認された。特に大規模に在宅医療を実施しているカテゴリにおいてその増加が大きかった。一方で、小規模（年間看取り数1-2件、3-4件）に在宅医療を実施しているカテゴリでは、医療機関数と看取り数は減少していた。年間1件でも在宅看取りに対応する医療機関を増やすという「在宅看取りのロングテール化」は実現していない。

### 3) 訪問診療に従事する医師

訪問診療を実施している医療機関の実態は、これまでと変わらず一人医師体制の医療機関が4分の3以上を占め、訪問診療を担う医師の高齢化率は計年的に増加して33.0%となった。訪問診療に従事する医師数の最大カテゴリは60-65歳であり、60歳以上の医師数は全体の51.9%となり、こちらも計年的に増加していた。なお、訪問診療に従事する医師数は減少傾向となっている。

### 4) 24時間対応

24時間対応は69.8%の医療機関が実施しており、24時間対応の負担はこれまでと変わらず5割を超える医療機関が負担は大きいと回答した。緊急時ファーストコール体制は67.5%の医療機関が訪問看護に依頼しており、医師の対応は16.4%だった。経年的に訪問看護への依頼が増加し、医師の対応は減少している。そのため24時間対応の継続に訪問看護が必要と回答した割合は84.1%と過去最大となった。

夜間休日の連携意向については、「連携しておらず、今後は連携希望あり」と答えた医療機関は99医療機関（22.8%）あり、今後の具体的な対応が望まれる。夜間休日の勤務体系については、ほとんどが事業主一人医師体制であり、オンコール体制で手当ありの医療機関は5.8%、日直宿直体制の医療機関は病院を中心に3.7%であった。

24時間対応の軽減策の1つとして、34.6%の医療機関が予測された看取りにおける夜間呼吸停止時の対応を翌朝対応にしていた。

## 5) その他

小児在宅医療を「過去に経験+実施している」と答えた医療機関は38医療機関（8.7%）であり、経年的変化でも増減は見られなかった。今後の在宅医療への参入の障壁としては、24時間体制と入院ベッドの確保がこれまでと同様に上位を占めた。

長野県内の医療機関の半数程度が往診や訪問診療や看取りなどの在宅医療を実施しており、他県の調査と比べても高い水準であるが、今回の調査結果からはその数が減少に転じていた。訪問診療に従事する医師数も減少しており、その半数以上が60歳以上の医師となっており、一人医師体制の医療機関がこれまでと変わらず4分の3以上を占めている。24時間対応においてファーストコールは訪問看護に依頼する医療機関が増えてきたが、24時間対応の負担が軽減されてきたデータは確認できない。医師の高齢化に伴い、今後更に在宅医療を実施する医療機関が減少する懸念もある。また、在宅看取りにおいては中規模から大規模に在宅医療を実施する医療機関の果たす役割が大きくなっており、小規模に在宅医療を実施する医療機関の果たす役割は減少していた。長野県医師会が目指してきた「在宅看取りのロングテール化」は実現されておらず、今後の在宅医療推進の方策の再検討も必要だろう。

人口が密集している地域においては、在宅医療の需要はまだピークアウトはしていないと考えられており、これから地域の医師の高齢化が進んでも、中規模から大規模に在宅医療を実施する医療機関の果たす役割が更に高まる可能性が高い。一方で人口が密集していない地域においては、在宅医療の需要はピークアウトしている地域もあると考えられるが、医師の高齢化により在宅医療を担える医療機関が減少するため、在宅医療への新規参入を促す方策や地域の医療を担っている病院を支援する方策などが必要だろう。

地域の在宅医療体制を維持するため、訪問診療を実施している医療機関の24時間対応の負担をできるだけ軽減し、訪問診療を継続できるような支援が望まれる。夜間休日の連携において「連携しておらず、今後は連携希望あり」と回答した99医療機関に対して、郡市医師会での連携構築の支援は1つの対策であろう。在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の従来型から連携型への転換を進めることにより負担が少なくなったという意見も多い。在宅医療体制の維持において24時間対応において訪問看護ステーションの果たす役割が非常に大きくなっていることから、訪問看護ステーションの体制支援も大事な対策である。また、在宅医療に新規参入希望のある医療機関への支援も引き続き重要であり、若手医師の参入を促していく方策が望まれる。

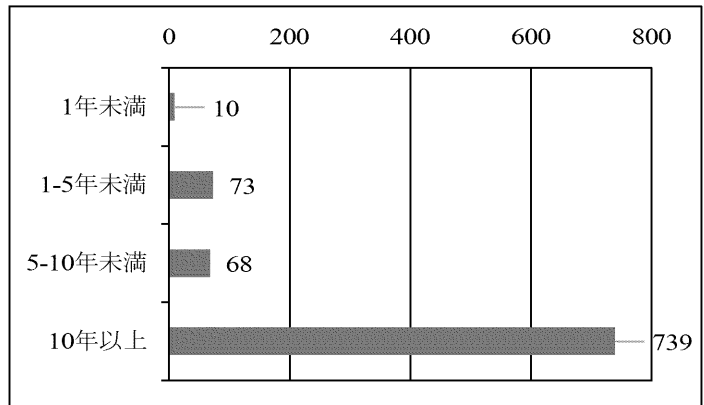
## 調査結果 詳細

### 1. 「すべての医療機関」のみなさまが以下についてお答えください。

#### 1) 開業年数（令和4年8月1日時点）

1. 1年未満    2. 1年～5年未満    3. 5年～10年未満    4. 10年以上

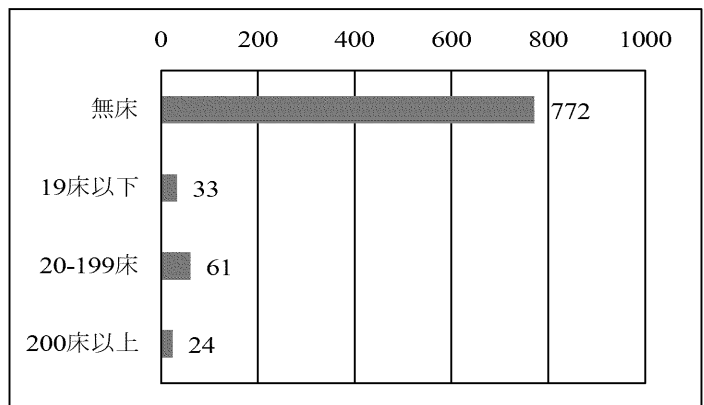
	度数	%
1年未満	10	1.1
1-5年未満	73	8.2
5-10年未満	68	7.7
10年以上	739	83.0
合計	890	100



#### 2) 病床数（令和4年8月1日時点）

1. 無床    2. 19床以下    3. 20-199床    4. 200床以上

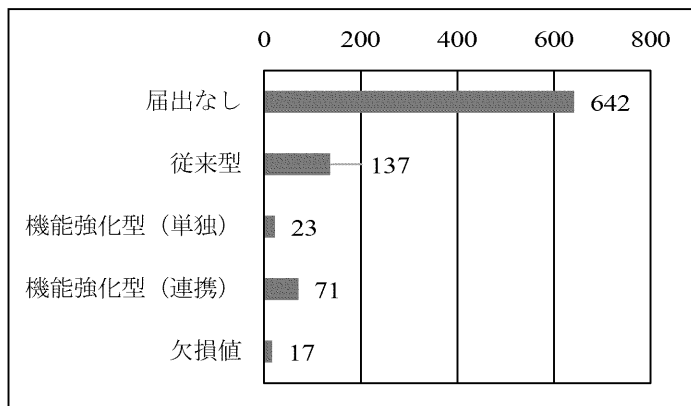
	度数	%
無床	772	86.7
19床以下	33	3.7
20-199床	61	6.9
200床以上	24	2.7
合計	890	100



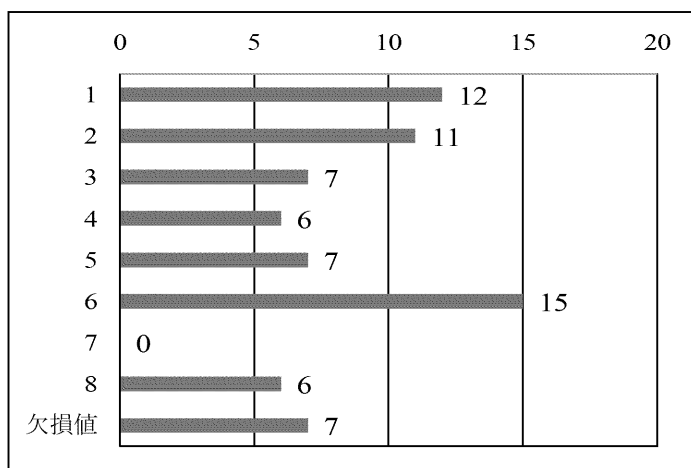
3) 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の届出（令和4年8月1日時点）

1. 届出なし      2. 従来型で届出あり      3. 機能強化型（単独）で届出あり  
 4. 機能強化型（連携）で届出あり → （自院以外の連携医療機関数：\_\_\_\_\_）

	度数	%
届出なし	642	72.1
従来型	137	15.4
機能強化型(単独)	23	2.6
機能強化型(連携)	71	8.0
欠損値	17	1.9
合計	890	100



連携医療機関数	度数	%
1	12	16.9
2	11	15.4
3	7	9.8
4	6	8.5
5	7	9.9
6	15	21.1
7	0	0.0
8	6	8.5
欠損値	7	9.9
合計	71	100



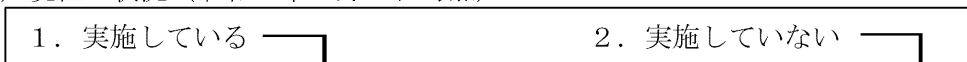
経年的変化

	令和4年	令和1	平成28	平成25
届出なし	642	642	763	777
従来型	137	147	173	161
機能強化型(単独)	23	17	12	6
機能強化型(連携)	71	69	66	57
欠損値	17	11	14	20
合計	890	886	1028	1021

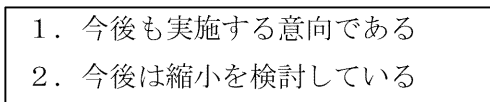


4) 往診（臨時の在宅診療）

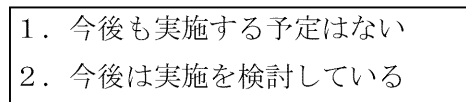
4-1) 現在の状況（令和4年8月1日時点）



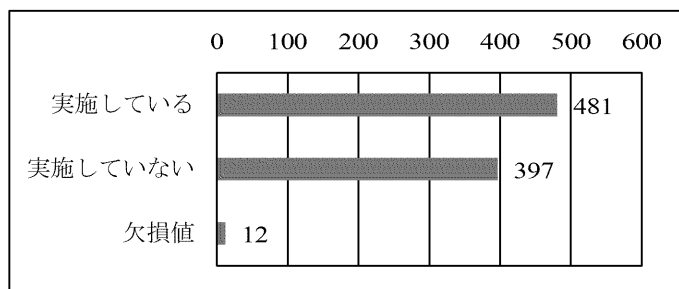
4-2a) これからの見通し



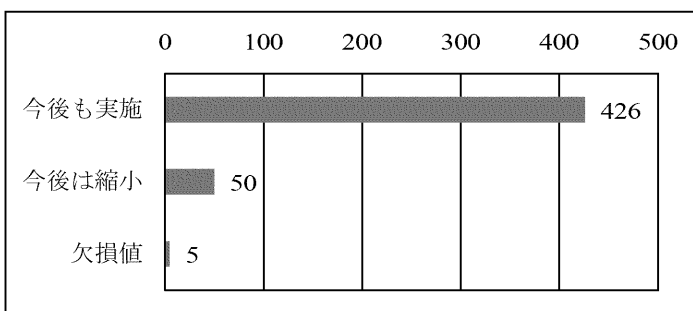
4-2b)



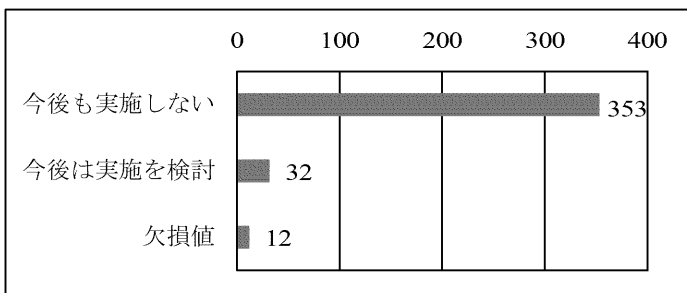
4-1)	度数	%
実施している	481	54.0
実施していない	397	44.6
欠損値	12	1.4
合計	890	100



4-2a)	度数	%
今後も実施	426	88.6
今後は縮小	50	10.4
欠損値	5	1.0
合計	481	100



4-2b)	度数	%
今後も実施しない	353	88.9
今後は実施を検討	32	8.1
欠損値	12	3.0
合計	397	100

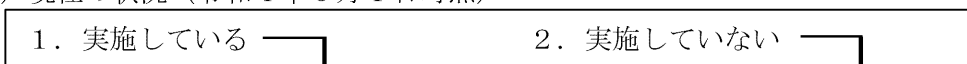


経年的変化

往診	令和4年	令和1	平成28	平成25
実施している	481	540	633	592
(%)	(54.0)	(61.0)	(61.6)	(58.0)
今後は縮小	50	55	64	65
(%)	(10.4)	(10.2)	(10.1)	(10.9)
今後は実施を検討	32	29	40	51
(%)	(8.1)	(8.4)	(10.2)	(12.3)

5) 訪問診療（定期的・計画的な在宅診療）

5-1) 現在の状況（令和4年8月1日時点）



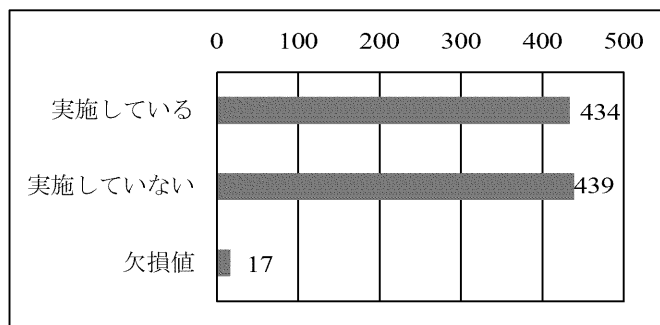
5-2a) これからの見通し

- 1. 今後も実施する意向である
- 2. 今後は縮小を検討している

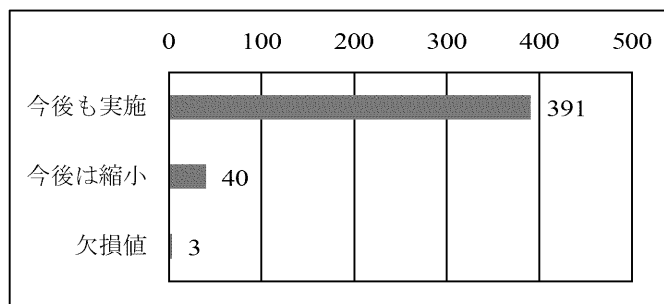
5-2b)

- 1. 今後は実施を検討している ⇒ 3へ
- 2. 今後も実施する予定はない ⇒ 4へ

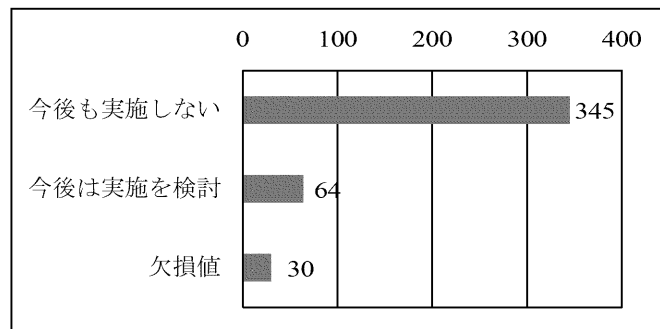
5-1)	度数	%
実施している	434	48.8
実施していない	439	49.3
欠損値	17	1.9
合計	890	100



5-2a)	度数	%
今後も実施	391	90.1
今後は縮小	40	9.2
欠損値	3	0.7
合計	434	100



5-2b)	度数	%
今後も実施しない	345	78.6
今後は実施を検討	64	14.6
欠損値	30	6.8
合計	439	100

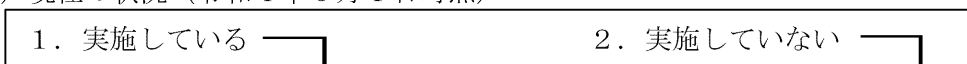


経年的変化

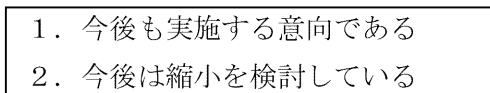
訪問診療	令和4年	令和1	平成28	平成25
実施している	434	461	502	468
(%)	(48.8)	(52.0)	(48.8)	(45.8)
今後は縮小	40	41	38	42
(%)	(9.2)	(8.9)	(7.6)	(9.0)
今後は実施を検討	64	68	87	69
(%)	(14.6)	(16.2)	(17.0)	(12.8)

6) 在宅での看取り

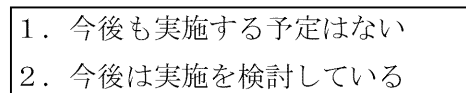
6-1) 現在の状況（令和4年8月1日時点）



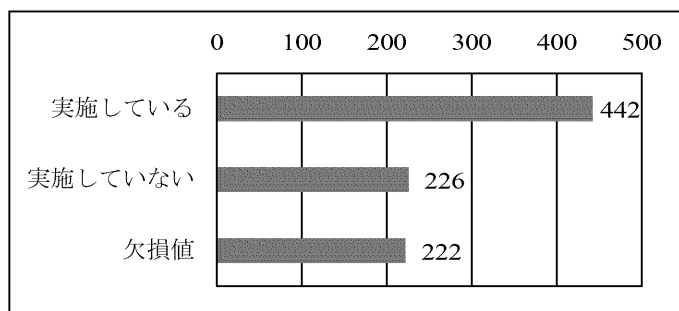
6-2a) これからの見通し



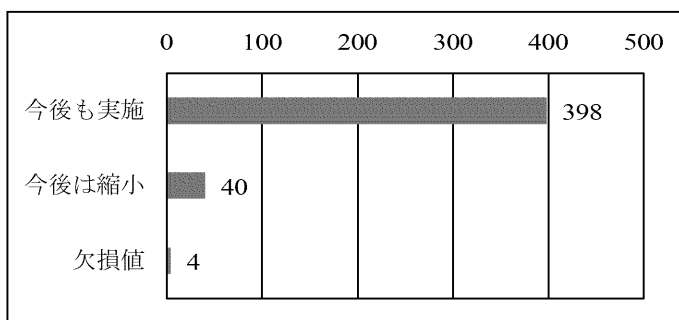
6-2b)



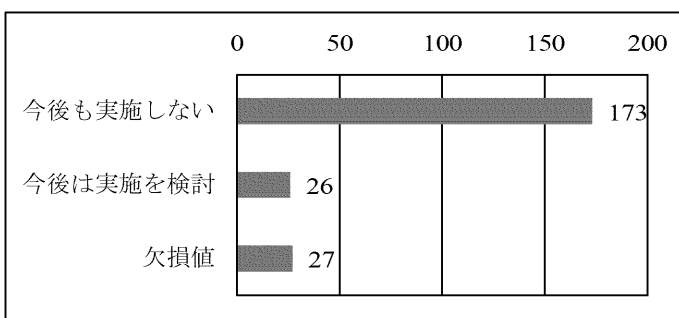
6-1)	度数	%
実施している	442	49.7
実施していない	226	25.4
欠損値	222	24.9
合計	890	100



6-2a)	度数	%
今後も実施	398	90.0
今後は縮小	40	9.1
欠損値	4	0.9
合計	442	100



6-2b)	度数	%
今後も実施しない	173	76.5
今後は実施を検討	26	11.5
欠損値	27	12.0
合計	226	100



経年的変化

在宅看取り	令和4年	令和1	平成28	平成25
実施している	442	455	510	474
(%)	(49.7)	(51.4)	(49.6)	(46.4)
今後は縮小	40	39	42	47
(%)	(9.1)	(8.6)	(8.2)	(9.9)
今後は実施を検討	26	38	46	39
(%)	(11.5)	(15.1)	(18.2)	(14.7)

7) 令和3年7月1日～令和4年6月30日の1年間の看取り対応数

在宅や施設での看取り対応数

\_\_\_\_\_名

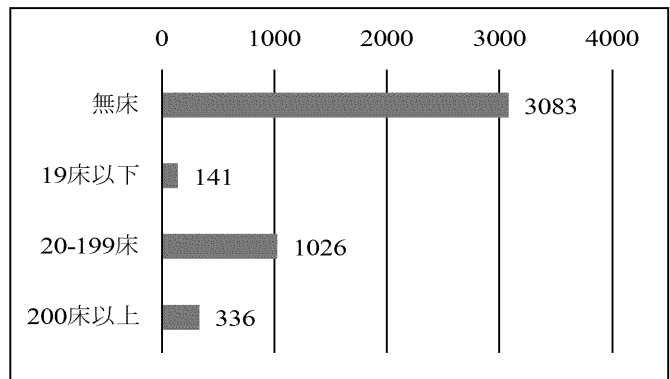
【看取り数の内訳：合計と内訳が合うように記載】

純粋な自宅での看取り数	_____名
訪問診療で対応していた施設※ <sup>1</sup> での看取り数	_____名
嘱託医診療で対応していた施設※ <sup>2</sup> での看取り数	_____名

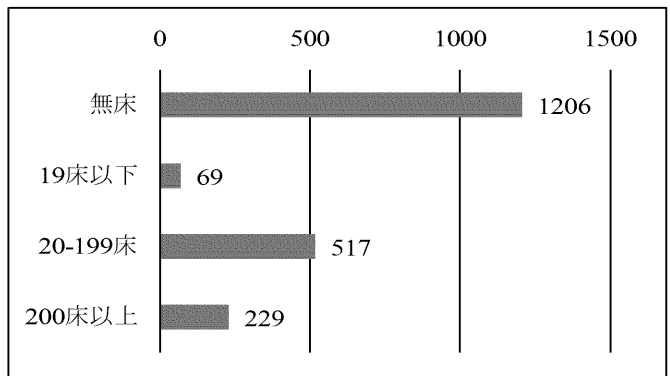
※1 グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅などの居住系施設で看取り対応した場合

※2 特別養護老人ホーム、老人保健施設、身体障がい者施設、救護施設などに嘱託医として看取り対応した場合

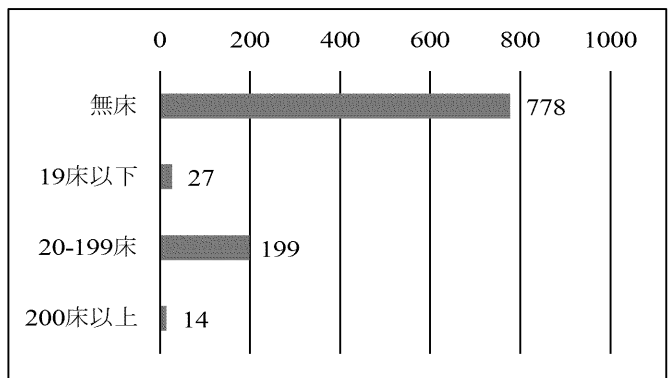
在宅・施設 看取り合計	度数 (欠損)	看取り 総数	%
無床	313 (459)	3083	67.2
19床以下	8 (25)	141	3.1
20-199床	36 (25)	1026	22.4
200床以上	14 (10)	336	7.3
合計	371 (519)	4586	100



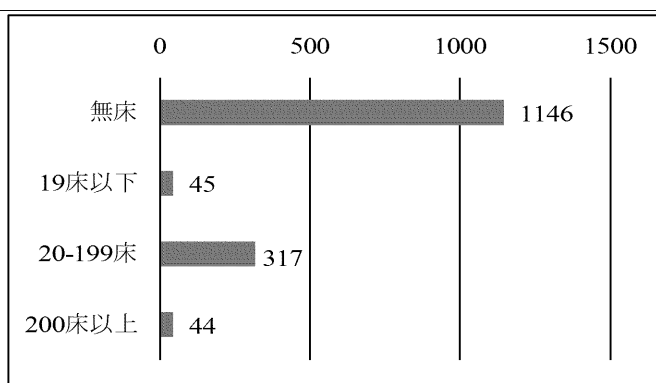
純粋な自宅 看取り	度数 (欠損)	看取り 総数	%
無床	269 (503)	1206	59.7
19床以下	7 (26)	69	3.4
20-199床	30 (31)	517	25.6
200床以上	13 (11)	229	11.3
合計	319 (571)	2021	100



訪問診療 対応施設 看取り	度数 (欠損)	看取り 総数	%
無床	145 (627)	778	76.4
19床以下	6 (27)	27	2.6
20-199床	20 (41)	199	19.6
200床以上	4 (20)	14	1.4
合計	175 (715)	1018	100



嘱託医診療 対応施設 看取り	度数 (欠損)	看取り 総数	%
無床	95(667)	1146	73.8
19床以下	3(30)	45	2.9
20-199床	20(41)	317	20.4
200床以上	1(23)	44	2.9
合計	119(771)	1552	100



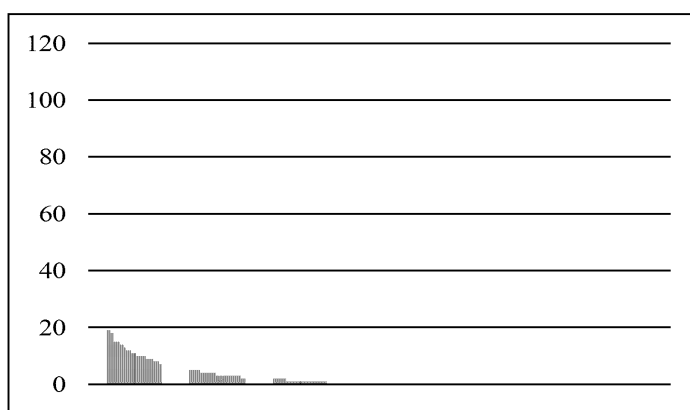
### 経年的変化

	令和4年	令和1	平成28	平成25
在宅・施設看取り合計	4586	3850	3444	2730
無床診療所による割合(%)	(67.2)	(69.2)	(83.8)	(69.8)
19床以下	(3.1)	(4.1)	(3.8)	(5.1)
20-199床以下	(22.4)	(18.1)	(8.3)	(15.8)
200床以上	(7.3)	(8.6)	(4.0)	(9.2)
純粋な自宅看取り	2021	1506	1484	1534
訪問診療対応施設看取り	1018	794	592	589
嘱託医診療対応施設看取り	1552	1437	1324	826

※在宅医療を実施（往診、訪問診療、在宅看取りのいずれかに対応）している医療機関の在宅・施設看取り数（嘱託医診療対応施設による看取りは除外）

・在支診・在支病の届出の回答について、無記入の医療機関(12医療機関、看取り件数70件)を含む。

年間看取り 数	看取り 数合計	(%)	医療機 関数	(%)
30件以上	1004	33.0	16	3.0
15-29件	705	23.2	35	6.6
5-14件	931	30.6	117	22.0
3-4件	222	7.3	64	12.1
1-2件	183	6.0	122	23.0
0件	0	0	177	33.3
合計	3045	100	531	100



**経年的変化**

令和1年

年間看取り数	看取り数合計	(%)	医療機関数	(%)
30件以上	408	17.7	8	1.5
15-29件	562	27.0	28	5.2
5-14件	852	37.0	110	20.3
3-4件	257	11.2	73	13.4
1-2件	221	9.6	158	29.1
0件	0	0	166	30.6
合計	2300	100	543	100

平成28年

年間看取り数	看取り数合計	(%)	医療機関数	(%)
30件以上	296	13.9	5	0.7
15-29件	469	22.0	25	3.7
5-14件	861	40.4	114	17.1
3-4件	283	13.3	84	12.6
1-2件	222	10.4	156	23.4
0件	0	0.0	284	42.5
合計	2131	100	668	100

平成25年

年間看取り数	看取り数合計	(%)	医療機関数	(%)
30件以上	440	20.6	8	1.2
15-29件	402	18.8	21	3.2
5-14件	771	36.1	96	14.7
3-4件	307	14.4	90	13.8
1-2件	218	10.2	154	23.5
0件	0	0.0	285	43.6
合計	2138	100.0	654	100.0

**8. 平成25年度からの県医師会の在宅医療推進に係る事業への評価**

- 在宅医療に対する評価、補助はありがたい
- ここ数年で訪問件数、看取り数ともに増加している
- 積極的に取り組んでいる
- 在宅医療にかかわる医師の増加のための事業展開をお願いしたい
- 事業内容を存じ上げません
- 定期的に県医の研修会 etc に参加して内容の充実をはかっている
- 市保健師、DS、SS 施設から主治医への報告、義務化が強化されていない（連携が出来ない）。施設によっては SS 中の報告を拒否する施設もある。「利用者と契約しているので主治医に対する報告の義務はない」と主張し、嘱託医もそういう Nr. に指導していない。
- 本県の地方都市、町、村の中でも当地域は医師数も少なく、住民の高齢化も年々進んでおり、今後この事業の継続と更なる充実を望みます
- 補助金をいただけるのは有難いことです
- 在宅を希望する患者・家族には希望に沿うようにするのが良い。希望しない患者・家族に在宅がベストというふうにするのは良くない考える。

- 詳細につき不詳。この調査結果は何に反映されているのでしょうか
- 県医師会の在宅医療推進への対応、訪問診療への評価などで患者様も利用に前向きで医療の充実も高まり、継続をお願いいたします
- 評価しています
- よくわかっていません
- 精神科の訪問診療が主体である当院では訪問診療の主旨が異なる。同じ枠でのアンケートは意味があるのかよくわからない。
- 実績に応じて評価されているので公平性があってよい
- 活動内容を存じ上げておりません。すみません
- 主に在宅看取りの方が対象となるかと思いますが、モルヒネや鎮静剤など皮下注の薬剤調剤してくれる薬局が市内にはなく苦勞しました
- 良
- 認知症（小規模）グループホームの協力医の登録の実態、特に協力契約、特に協力医契約費の実態が不明
- 高齢者は最期まで自宅に居たいと思っているか。その家族は最期まで面倒を見るつもりはあるのか？聴いて欲しいです。
- まだ当院始めたばかり（1年少々）なので解りません
- 経済的助成をしていただいで感謝しています
- 在宅医療の推進に賛同し、可能な限り協力していきたいと考えます
- 訪問医療を対応できる医療機関の拡大・拡充に対する施策をもっと充実させた方が良いと考えます
- 在宅医療推進を担う（リーダーも含め）皆さんの若返り、世代継承をはかってまいりましょう
- 推進事業を継続してほしい
- 当地域では医師会の中で在宅医療推進に係る話し合いが全く行われておらず、20年前より何らの進展もない。また、病診連携（特に在宅医療）に関する話し合いも全くなし。改善を医師会に進言しているが何らの改善もない。県医師会からの正式指導を求める。
- 高齢者が増加し通院困難者が多くなって来る状況に対応した事業で大変望ましいと思います
- 在宅医療推進自体は望ましい事である
- 開業の先生の在宅医療のあとおしを評価します
- 事業に参加の予定あり

2. 「訪問診療を実施している医療機関」のみなさまがお答えください。

1) 訪問診療の体制について（令和4年8月1日時点）

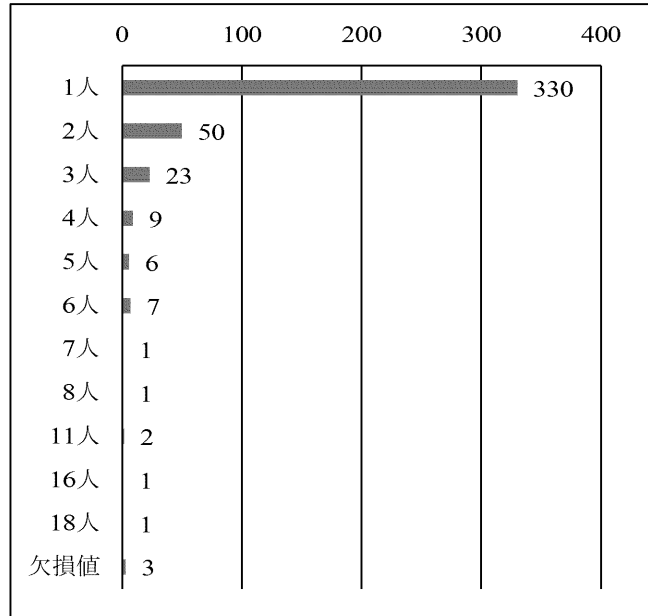
1-1) 訪問診療を行っている医師（非常勤含む）は何名いますか。

また医師の年齢の内訳もお答えください。

_____名
--------

【訪問診療を実施している医師数の合計】

医師数	度数	%
1人	330	76.1
2人	50	11.5
3人	23	5.3
4人	9	2.1
5人	6	1.4
6人	7	1.6
7人	1	0.2
8人	1	0.2
11人	2	0.5
16人	1	0.2
18人	1	0.2
欠損値	3	0.7
合計	434	100



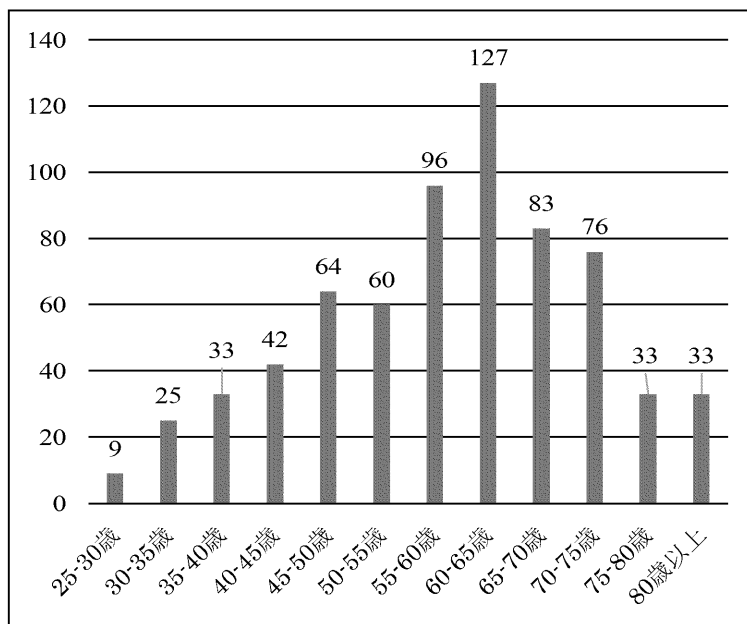
【訪問診療を実施している医師の年齢内訳】

25～30 歳未満	_____名
30～35 歳未満	_____名
35～40 歳未満	_____名
40～45 歳未満	_____名
45～50 歳未満	_____名
50～55 歳未満	_____名

55～60 歳未満	_____名
60～65 歳未満	_____名
65～70 歳未満	_____名
70～75 歳未満	_____名
75～80 歳未満	_____名
80 歳以上	_____名



	医師数	%
25-30歳	9	1.3
30-35歳	25	3.6
35-40歳	33	4.8
40-45歳	42	6.1
45-50歳	64	9.4
50-55歳	60	8.8
55-60歳	96	14.1
60-65歳	127	18.7
65-70歳	83	12.2
70-75歳	76	11.2
75-80歳	33	4.9
80歳以上	33	4.9
合計	681	100

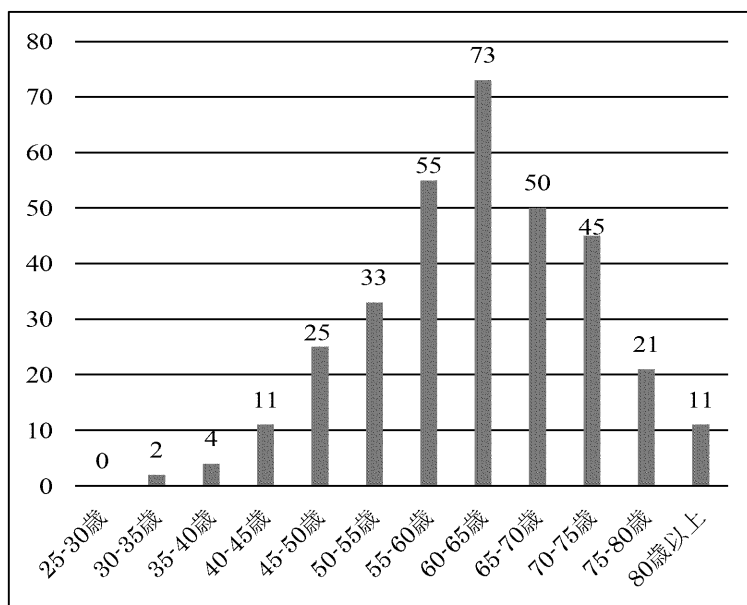


経年の変化

	令和4年	令和1	平成28	平成25
医師一人体制	330	355	392	353
(%)	(76.1)	(77.0)	(78.1)	(75.4)
60歳以上医師数	225	227	216	148
(%)	(33.0)	(31.3)	(29.5)	(20.7)
訪問診療医師数	681	724	733	714

※医師一人体制で在宅医療を実施している医療機関における年齢分布

	医師数	%
25-30歳	0	0.0
30-35歳	2	0.6
35-40歳	4	1.2
40-45歳	11	3.3
45-50歳	25	7.6
50-55歳	33	10.0
55-60歳	55	16.7
60-65歳	73	22.1
65-70歳	50	15.2
70-75歳	45	13.6
75-80歳	21	6.4
80歳以上	11	3.3
合計	330	100

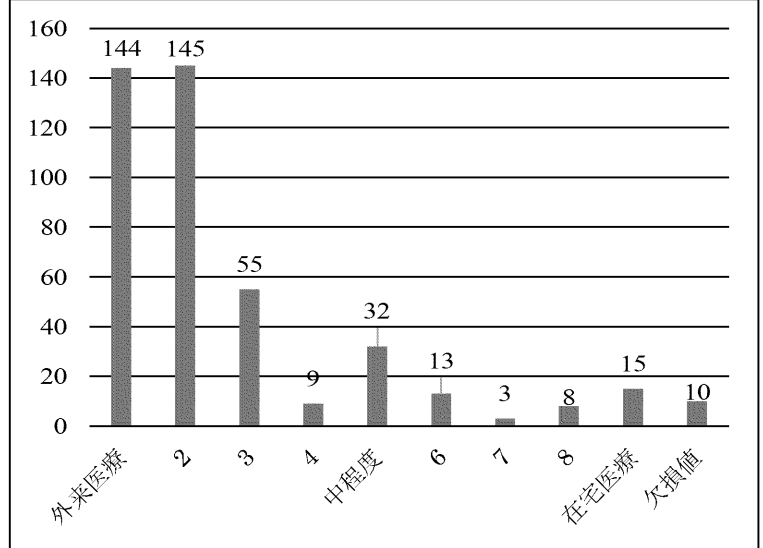


1-2) 在宅医療のスタイル（9段階で○をつけて回答ください）

外来医療がほとんど    中程度    在宅医療がほとんど

1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9

	度数	%
1 外来ほとんど	144	33.2
2	145	33.4
3	55	12.7
4	9	2.1
5 中程度	32	7.4
6	13	3.0
7	3	0.7
8	8	1.8
9 在宅ほとんど	15	3.4
欠損値	10	2.3
合計	434	100



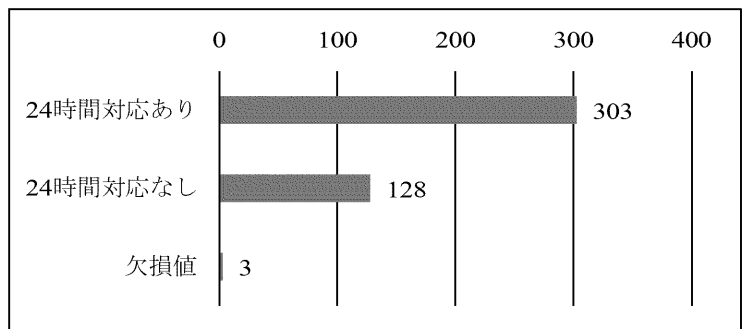
経年的変化

	令和4年	令和1	平成28	平成25
在宅医療のウェイト 大きい医療機関	39	36	39	50
(%)	(8.9)	(7.8)	(7.8)	(10.7)

1-3) 在宅医療を行なっている患者に対して24時間対応を行なっていますか。

1. 24時間対応している    2. 24時間対応していない

	度数	%
24時間対応あり	303	69.8
24時間対応なし	128	29.5
欠損値	3	0.7
合計	434	100



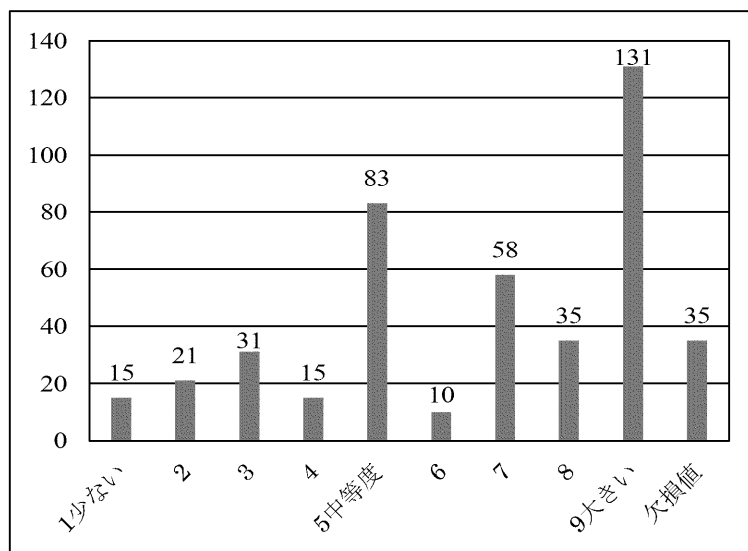
経年的変化

	令和4年	令和1	平成28	平成25
24時間対応あり	303	316	346	-
(%)	(69.8)	(68.5)	(68.9)	-

1-4) 24時間対応に対する負担（9段階で○をつけて回答ください）

少ない	中程度				大きい			
1	2	3	4	5	6	7	8	9

	度数	%
1 少ない	15	3.4
2	21	4.8
3	31	7.1
4	15	3.5
5 中程度	83	19.1
6	10	2.3
7	58	13.4
8	35	8.1
9 大きい	131	30.2
欠損値	35	8.1
合計	434	100



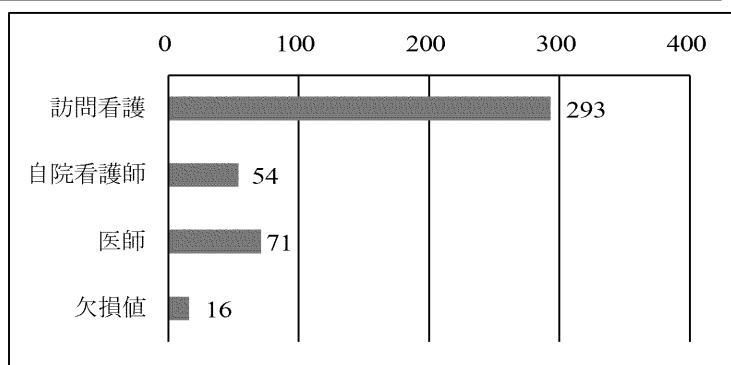
経年的変化

	令和4年	令和1	平成28	平成25
24時間対応の負担が大きい	234	247	275	194
(%)	(54)	(53.5)	(54.8)	(41.4)

1-5) 患者からの緊急時ファーストコール体制で一番多いもの

1. 訪問看護ステーションがファーストコール      2. 自院の看護師がファーストコール  
3. 医師がファーストコール

	度数	%
訪問看護	293	67.5
自院看護師	54	12.4
医師	71	16.4
欠損値	16	3.7
合計	434	100



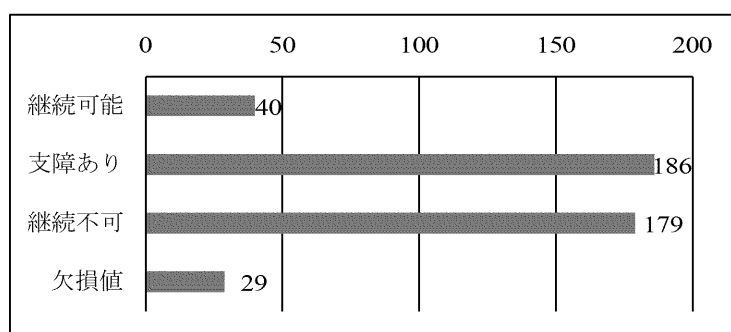
経年的変化

	令和4年	令和1	平成28	平成25
訪問看護	293	289	285	223
(%)	(67.5)	(62.7)	(56.8)	(47.6)
自院看護師	54	56	68	70
(%)	(12.4)	(12.1)	(13.5)	(15.0)
医師	71	99	137	160
(%)	(16.4)	(21.5)	(27.3)	(34.2)

1-6) 訪問看護ステーションが緊急時ファーストコールを中止した場合の在宅医療の継続性

1. 問題なく継続できる      2. 支障はでるが継続できる      3. 継続できない

	度数	%
継続可能	40	9.2
支障あり	186	42.9
継続不可	179	41.2
欠損値	29	6.7
合計	434	100



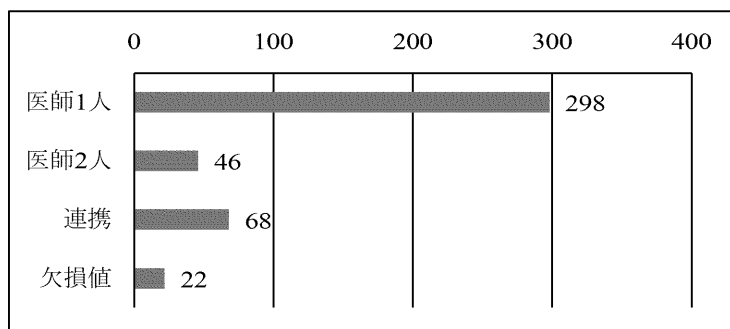
経年的変化

	令和4年	令和1	平成28	平成25
支障あり+継続不可	365	376	414	362
(%)	(84.1)	(81.6)	(82.5)	(77.3)

1-7) 現在の夜間休日の電話対応や往診対応

1. 自院（医師一人）で対応 2. 自院（医師二人以上）で対応 3. 連携医療機関と対応

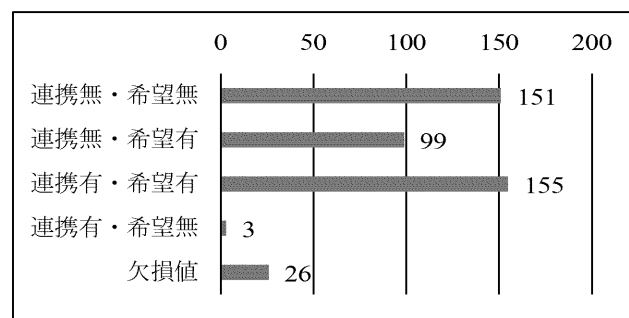
	度数	%
医師1人	298	68.7
医師2人	46	10.6
連携	68	15.6
欠損値	22	5.1
合計	434	100



1-8) 今後の夜間休日の電話対応や往診対応における連携意向

1. 連携しておらず、今後も連携希望なし 2. 連携しておらず、今後は連携希望あり  
3. 連携しており、今後も連携希望あり 4. 連携しており、今後は連携希望なし

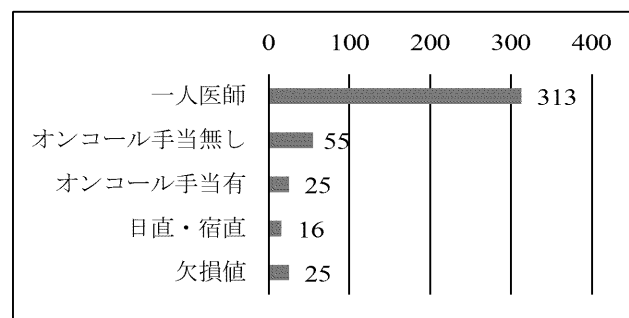
	度数	%
連携無・希望無	151	34.8
連携無・希望有	99	22.8
連携有・希望有	155	35.7
連携有・希望無	3	0.7
欠損値	26	6.0
合計	434	100



1-9) 夜間休日の電話対応や往診対応の勤務体系

1. 事業主一人医師体制 1. に該当しない場合以下の2~4を選択ください。  
2. オンコール体制（待機手当なし） 3. オンコール体制（待機手当あり）  
4. 日直・宿直体制

	度数	%
一人医師	313	72.1
オンコール手当無し	55	12.6
オンコール手当有	25	5.8
日直・宿直	16	3.7
欠損値	25	5.8
合計	434	100

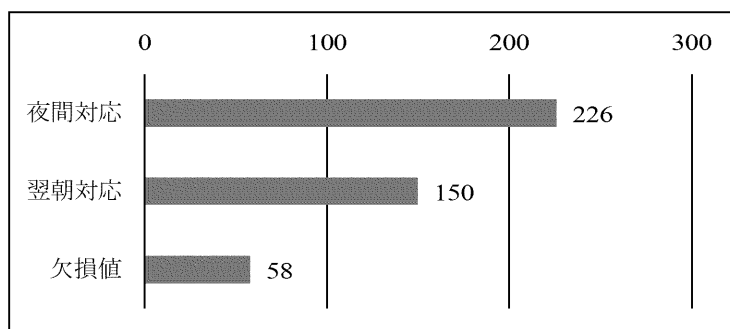


1-10) 予測された看取りにおける、夜間呼吸停止時の対応

1. 夜間に往診して死亡確認

2. 事前に説明をして翌朝に往診して死亡確認

	度数	%
夜間確認	226	52.0
翌朝確認	150	34.6
欠損値	58	13.4
合計	434	100



1-10). 予測された看取りにおける、夜間呼吸停止時の対応（翌朝対応において困る点）

- 家族に迷惑がかかる、朝の外来に支障が出る
- 他の医療従事者の理解が乏しい場合がある
- 説明を聞いていない人の対応
- 日付をまたいだ場合どちらの日付にするか
- 死亡時間がずれるので不満と思われる家族もいらっしゃいます
- 事前に十分な了解を得ることが難しい
- 診療時間と重なると困る
- エンゼル処置の対応
- 出張時などのバックアップ体制
- 翌日の通常業務に影響

2) 訪問診療を行っている患者について（令和4年8月1日時点）

2-1) 訪問診療を実施している患者数

\_\_\_\_\_ 名

2-2) 2-1) の患者の中で、訪問看護利用者数

\_\_\_\_\_ 名

2-3) 2-1) の患者の中で、車で15分を越えて訪問する患者数

\_\_\_\_\_ 名

2-4) 2-1) の患者の中で、居住系施設<sup>※3</sup>へ入居者数

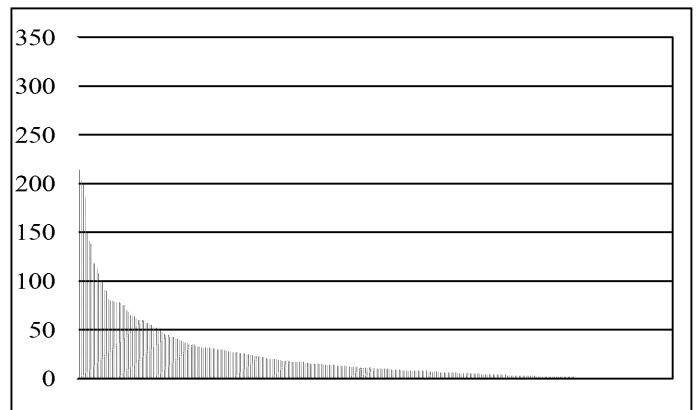
\_\_\_\_\_ 名

2-5) 2-1) の患者に加えて、訪問診療で対応できる追加患者数

\_\_\_\_\_ 名

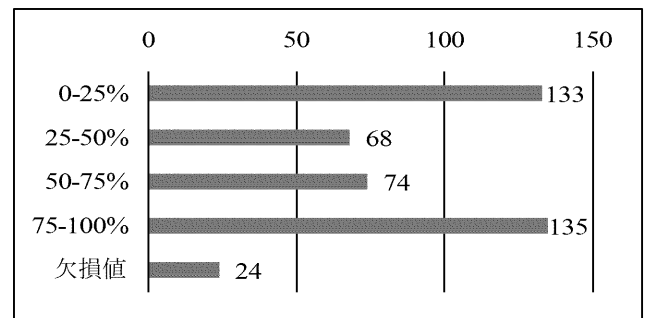
※3 グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅など、嘱託医としてではなく訪問診療・往診対応している施設

訪問診療	患者数	(%)	医療機関数	(%)
100人以上	4394	35.4	22	5.0
50-99人	3538	28.5	50	11.5
30-49人	1753	14.1	46	10.6
10-29人	2025	16.3	115	26.5
0-9人	701	5.7	199	45.9
欠損値	0	0.0	2	0.5
合計	12411	100	434	100



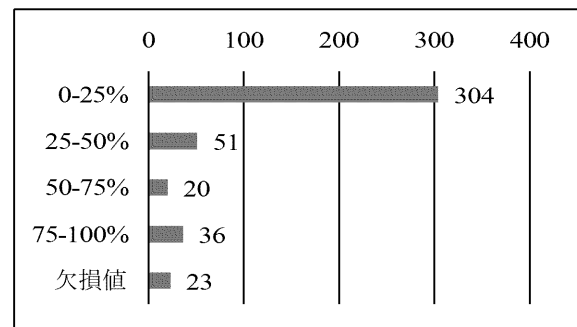
2-2) 訪問看護利用

訪問看護利用	度数	%
0-25%	133	30.7
26-50%	68	15.7
51-75%	74	17.0
76-100%	135	31.1
欠損値	24	5.5
合計	434	100



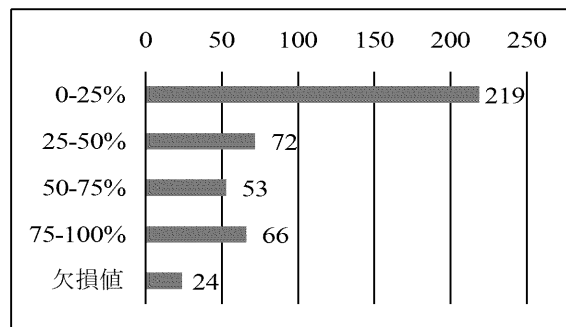
2-3) 車で15分以上

車で15分以上	度数	%
0-25%	304	70.0
26-50%	51	11.8
51-75%	20	4.6
76-100%	36	8.3
欠損値	23	5.3
合計	434	100



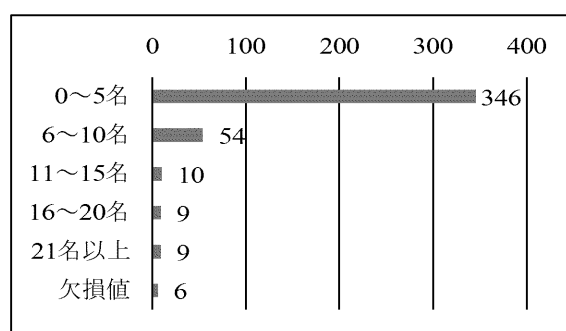
2-4) 居住系施設利用

居住系施設利用	度数	%
0-25%	219	50.5
26-50%	72	16.6
51-75%	53	12.2
76-100%	66	15.2
欠損値	24	5.5
合計	434	100



2-5) 2-1) の患者に加えて、今後訪問診療で対応可能な追加患者数

今後訪問診療で対応可能な追加患者数	度数	%
0~5名	346	79.7
6~10名	54	12.4
11~15名	10	2.3
16~20名	9	2.1
21名以上	9	2.1
欠損値	6	1.4
合計	434	100

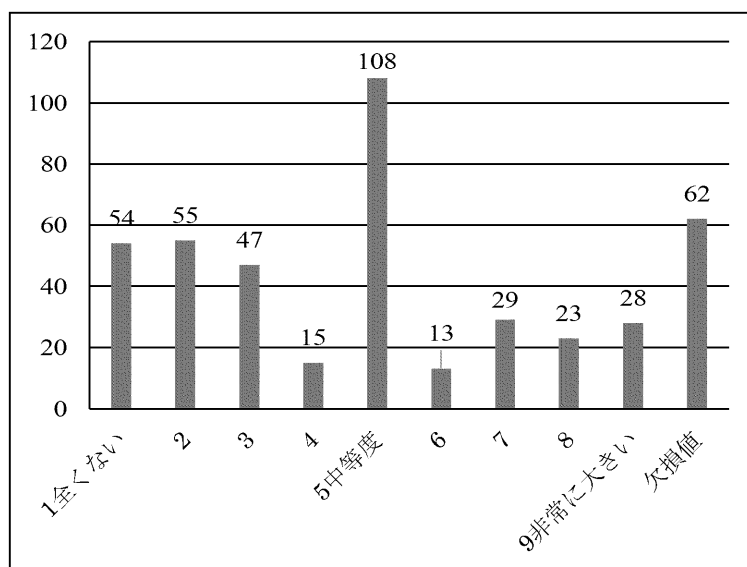


3) 入院時・退院時の連携について

3-1) 緊急時の入院ベッドの確保に対する負担（9段階で○をつけて回答ください）

全くない	中程度				非常に大きい			
1	2	3	4	5	6	7	8	9

	度数	%
1 全くない	54	12.4
2	55	12.7
3	47	10.8
4	15	3.5
5 中程度	108	24.9
6	13	3.0
7	29	6.7
8	23	5.3
9 非常に大きい	28	6.4
欠損値	62	14.3
合計	434	100







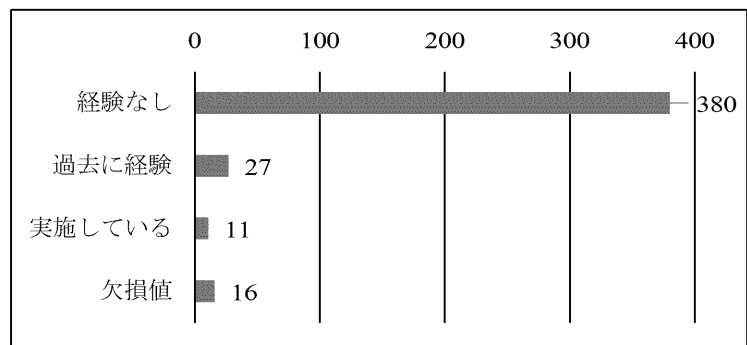
- リモートカンファレンス6回実施（キッセイのトリニティケアクラウド）
- 時間が無く、さらに病院までの往復の時間も無いです。WEBなら可ですか。
- 今まで一度もカンファの連絡なし
- 時間が取れないし、メリットが感じられない
- 主治医が訪問診療を担当するためcfに参加しなくても状況が把握できる
- カンファレンス出席の時間ありません
- 関係者の事前連絡調整
- 必要ない
- そもそも地域の病院では開業医を交えての退院時カンファレンスが10年ほど前から全く行われていない
- 夜間カンファなら対応できます
- 遠方の為

#### 4) 小児在宅医療（15歳以下）について

##### 4-1) 小児在宅医療の経験

1. 経験したことがない      2. 過去に経験したことがある      3. 現在実施している

	度数	%
経験なし	380	87.6
過去に経験	27	6.2
実施している	11	2.5
欠損値	16	3.7
合計	434	100



##### 経年的変化

	令和4年	令和1	平成28	平成25
過去に経験+実施	38	33	42	36
(%)	(8.7)	(7.2)	(8.4)	(7.2)

##### 4-2) 小児在宅医療を実践するにあたっての困難点（自由記載）

- チーム医療の立ち上げ、組織が出来ていない
- 小児科医との連携
- 小児在宅適応疾患に対し経験がない
- 専門医からの十分な情報提供。状態変化時の対応に子供専門医からのアドバイス。入院可能な後方病院の確保。
- 小児科特有の内服薬調整、制度の問題

- 小児科専門医にお任せしたいです
- 保健・福祉との強い連携が必要になると考えられる
- 対応できる医師が不在
- 小児の診療をしていない（ワクチンや軽症のみ受け入れている）
- 小児科医が1人の為これ以上の業務ができない
- 専門外であり、小児を診察する機会も少ないので
- 成人と同じ
- 保護者の理解
- 村では症例がない
- 自分の専門外なので今後もないと思う
- 未熟な者が対応すると患者に不利益が生ずる
- 疾患の特殊性
- 親の期待が大きい
- 主治医がいる病院で入院または状態によっては対応することができない事
- 発熱その他の急性期症状に対し、往診が困難な場合があり、緊急時や初期対応を急性期医療機関への受診に頼らざるを得ない点です
- 専門性が大きい
- 急変時の対応
- 小児の在宅医療をする医師がいない
- 家族が内科医で良いと判断してくれるのか
- 小児科医（病院）のバックアップ
- 特殊な物品の調達、在庫管理（不良在庫の問題も含む）、コーディネーターの育成が必要、福祉制度の複雑さ
- 高齢者の在宅医療と根本的に治療方針が異なる。緊急対応が多いイメージがある。
- 当院の体制ではほぼ不可能
- 現在のところ対応できない。今以上の負担はできない。
- 成人で手一杯
- 小児科医でないとほぼ不可能と思われる
- 負担が大きい
- 外来診療と並立は難しい。保険の指導を受けやすい。
- 家族の病院依存が強い
- 連携病院で行っておらずバックアップが受けられない
- 地域中枢病院との連携（小児科専門病院は遠方のことが多く顔が見える関係をつくりにくい）

5) どのようなサポートがあるとこれからの在宅医療の継続になると考えられますか（自由記載）

- 後方支援病院の確保
- 診療報酬の増額等、金銭面でのサポートの向上
- 24時間オンコール体制に対するサポート

- レセプト簡単化、訪問時間場所記載はストレス、算定項目が分かりにくい。上記の点をクリアーに分かりやすくしてほしい→整理できればよりやりやすい。
- 時間外対応を行う医療機関とのスムーズな連携
- 小児科医との連携
- 主な医師の休日の確保（応援連携が十分機能すること）
- 当院は国保診療所で村に雇われている立場。在宅医療を拓げることに行政が全く協力的でないことが最大の障壁です
- 訪問看護、ケアマネージャーとの連携の強化があると良い
- 介護支援病棟の拡充、病棟 Nr. の在宅介護に対する理解の強化。国が唱えている医・福の連携を強化（義務化）しないと Dr. だけの在宅専門の医療が増えないし、利用者の最善を行使できない。
- 対応できる医師がいること
- 若い Dr の参加
- 法的な免責、24 時間のバックアップ（相談や転送を断らない、嫌がらない対応）
- 他の医療機関との連携
- 訪問看護
- 往診依頼されて往診した場合、保険請求時に理由を記入する必要があり煩わしい。時間外で往診した際、入院や急死でないと時間外請求があたかも不必要のような扱いで査定されてしまうことがある。診療報酬支払いに理不尽さを感じることがあり、在宅医療を委縮させていると思う。
- 学会や旅行などで留守をする際のカバーしてもらえる体制
- 複数医師による主治医制（365 日 24 時間の対応は一人では困難）
- 医師の確保
- 在宅や施設での看取り時に回避出来ない急用が発生した時に看取り代行システムなどがあるといいのですが…
- 緊急時の連携体制
- 多施設、多職種間の連携の強化
- （小児は）バックベッドが常にあるか、いつ何時でも入院できるかが全て。当院は利用者が 120 名を超える障がい者施設の嘱託だが、診療報酬の評価が余りに低く大きな負担となって継続が困難になっている。
- 入院も含め多施設との連携が進むと良い
- 病院で小児の対応を学ぶ機会があると良い
- 診療報酬 UP
- 複数人の医師によるチーム→当番制など
- チーム形成（複数医師・診療所）
- 年齢的にそろそろ限界です
- 全ての患者さんに訪問看護がついて月 1 回でも訪問して緊急時対応して頂けると助かります。不在時にお願いできる体制。
- 訪問看護体制の充実、ショートステイの利用（家人の負担軽減）
- 各開業医が自分の患者の往診をする

- 困った時に電話などで専門医へ相談できる体制
- 継続的バックアップ体制と連携強化
- レセプト請求事務があまりに複雑すぎる→返戻が多い
- それまでの小児科病院との連携体制の充実
- 地域医療機関の連携。特に24時間対応において。
- 小児科専門医との連携
- 緊急時の対応が全て近くの医療機関で出来れば継続できると思う
- 医師総数の増員
- 介護保険下の運用先（地域包括支援センターやケアマネジャー）のみならず、福祉関係の行政担当者様、相談支援専門員様等支援者様がアクセスできる情報連携のプラットフォームがあると連携しやすいと思います
- 以前在宅療養支援診療所の届出を出していたが、完全な24時間365日は精神的負担で返上した。しかし現実には現在もほぼ24時間365日対応している。不在時の連携システムが欲しい。
- 診療点数増、連携が気軽にできること
- 在宅主治医が不在の際の看取り体制が輪番制または当番制になっていけば有難いと思います。
- 急変時の受け入れ先の確保
- 医師の増員、診療報酬の増額
- 退院カンファレンスに「医師は声がかからない」のは問題！！かかっても「WEB不可」だったりする！！どうにかしてほしい！！
- 専門医療機関のフォロー
- 在宅医療を専門に行う医師の確保。一人の医師が負担にならないように在宅医療が連携できるシステム作り
- 訪問看護との連携がしっかりとれること
- 看取りの段階で遠距離への外出が出来ないのは不自由。簡単な情報交換で看取りの代診を依頼できれば本当に助かる。
- 医師同士又は病院のサポートがあれば可能
- 在宅を主とした、もしくは専門とする医療機関の開設を積極的に認めてほしい。緊急車両として動けるようにしてほしい時もある。
- 交通費のサポート
- 看取りに関する社会の理解
- 病院の受け入れ、バックアップを今後もお願いしたい
- 後方病院の充実、看取り時の当番制など（負担が大きく学会など気軽に行けない）オンラインでの看取りの検討など
- 在宅医療の保険点数をさらに手厚くする
- 訪問看護の充実
- ショートステイ、レスパイト入院を受けていただける施設、病院があると非常に助かる
- 現時点ではこれ以上の負担は追えない
- 小児は病院小児科医師が行うべきだと考えます

- 訪問看護との連携。専門病院の指導。
- 小児が成人になった時点での在宅移行
- Net4U などコミュニケーションツール使用の徹底
- 医師会、薬剤師会などとの連携、日常的なカンファレンスやディスカッションの場を作ること
- 緊急時に紹介状がなくても総合病院で診ていただける体制
- 小児専門医との連携（月に1回の往診など）

## 6) 在宅医療の推進のために歯科医師、薬剤師、ケアマネジャー、訪問看護への要望（自由記載）

- 全員医師より熱心に対応している
- 訪問看護の判断で深入りしてトラブル例あり
- まずまず連携はうまくいっていると思います
- 訪問診療には訪問看護が必須であるという認識が欲しい
- お互いに自由に積極的に意見を出し合えるようになると良い
- 連携の強化
- 主治医と連携の上での実施。東京では（全部ではないかもしれませんが）私の知っている調剤薬局の薬剤師は医師の訪診に同行して専門的な立場から意見を言っているとの事。毎回でなくてもいいので年に数回同行するとよいと思う。
- 医学知識全般
- 連携グループ内に歯科医師の参入をしてもらいたい（歯科診療や嚥下訓練等）
- 入院施設と歯科医師、薬剤師、ケアマネジャー、訪問看護の連携
- チーム医療の推進
- 訪問看護の24時間体制が原則
- 多職種が関わることは良いことですが、それに伴い指示書など書類作成も多くなり、負担が増大する懸念もあります
- 連携・情報共有を継続することを希望します
- お互いにコミュニケーションが取れるようにカルテを共有する
- 訪問看護の存在が絶大です
- 訪問歯科実施施設がよく分からない事
- 看護師による死亡確認を進めてほしい
- 各職種との密な情報交換が必要
- ケアマネ、訪問看 もっと積極的に医師と連携を
- 訪問看護師には本当に助けられています
- 在宅医療は主治医がリーダーシップを取るべきである
- 連絡が取りやすくなれば良いと思う
- こまめに連絡を取り合う。カンファでなく短文のFAXで充分。
- かかりつけ調剤薬局機能をさらに充実させていただき、点滴の払い出し等が可能になると非常に助かります。
- 多職種連携票の継続
- 「医療者」の皆様はやる気があると思われる。問題は「非医療者」と常を感じる。
- 顔の見える連携が必要です

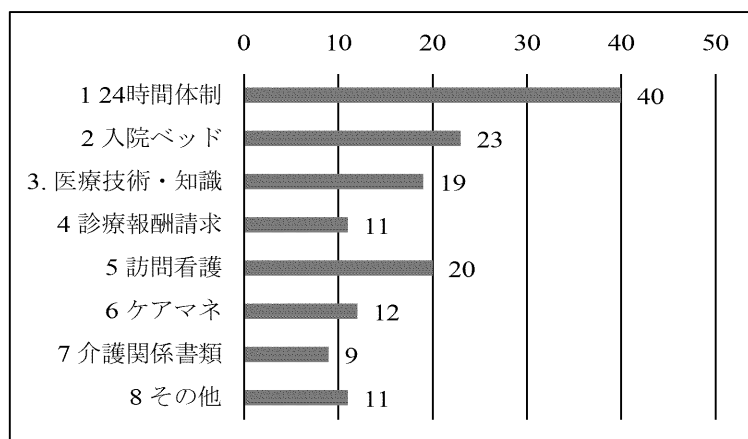
- まだこちらが教えていただく事ばかりですのであまりありません。情報交換の手段が統一出来れば有難いです。
- （ケアマネにもよるが）なんでも医者頼みはやめてほしい
- 当院の場合、薬剤師、ケアマネージャー、訪問看護、いずれの方にも大変よく協力していただいているので変わらずご協力をお願いしたい
- ケアマネによって温度差がある（やる気や知識）
- 訪問看護との連携は必須
- 現在も必要に応じて連携しており、特にありません
- 「地域共生社会」を作る為には介護保険で培ったケアマネ、包括支援センター、訪問看護、在宅医療の力を応用することが必要です。法律の谷を越える行政施策を考えましょう。
- 推進の為にはその職種でなく、病院の医師への働きかけが必要と思います
- 歯科医師の訪問を希望、報告書も希望
- 病院の訪問看護を多く利用しているが、急変時など病院との間での連携は全く取れていない
- 現状維持
- Net4U などコミュニケーションツール使用の徹底
- 在宅での治療方針への理解を深めてほしい
- 地域の薬剤師の方に PCA への理解・協力が必要です（特に年末年始など連休対応）

3. 「訪問診療を実施していない 1. 今後は実施を検討している医療機関」のみなさまがお答えください。

1) 在宅医療を実施するにあたっての障壁（複数回答可）

- |                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| 1. 24 時間体制（バックアップ体制） | 2. 入院ベッドの確保       |
| 3. 在宅での医療技術・知識       | 4. 診療報酬請求事務       |
| 5. 訪問看護との連携方法        | 6. ケアマネージャーとの連携方法 |
| 7. 介護関係の書類作成         | 8. その他（ ）         |

	度数	%
1. 24 時間体制	40	27.6
2. 入院ベッド	23	15.8
3. 医療技術・知識	19	13.1
4. 診療報酬請求	11	7.6
5. 訪問看護	20	13.8
6. ケアマネ	12	8.3
7. 介護関係書類	9	6.2
8. その他	11	7.6



※64 医療機関が回答

## 8. その他（ ）

- 医師1名看護師0の小さな施設では無理な話です
- 高齢のため
- ともかく時間がない、忙しい
- 人手不足・業務過多
- スタッフの人数が少ないこと
- 医師の体調の問題
- 予定ありません
- 総合診療は専門的に困難
- 持参器械の多様性と量。医師側の体位のとり方が難しいです(照明含)。
- 医師不足
- 現在新規申し出なし
- 現時点で需要がない
- 診療所内での診察・治療で手一杯です
- 現在特別養護老人ホームの嘱託医として100~120人前後のフォローをしている（24時間拘束の状態である）為その他の在宅は困難である
- やりがい
- 検査機器が必要でありほとんど持ち運び可の物がないので診療内容に制限がある
- 外来だけで忙しく時間的体力的余裕がない

## 2) どのようなサポートがあるとこれからの在宅医療への参入が進むと考えられますか（自由記載）

- 24時間体制（バックアップ体制）、入院ベッドの確保のサポート
- 病院の支援が充実しており紹介して診て頂いている
- 受診歴、紹介を受けた患者さんが対象であること
- サポートがあっても無理です
- 24時間体制で機能する「ハブ」組織の構築など
- 診療報酬UP、外部Dr.との連携
- 眼科のみの診療（往診）等は可能性あるが、医師1人では難しい
- 依頼があれば検討
- 医師が1名なので、24時間体制は不可能
- 導入研修
- 医師間の連携が進むこと
- 限られた職員で連絡や事務的なことが複雑すぎる、時間も取られる。全面的なサポートが必要と考えています。
- 休日・夜間のバックアップ
- 後方支援体制の強化
- これまで末期癌患者に限り定期的な訪問を行っていましたが、今後も同じ方向性を原則として家族からの切実な定期の訪問の要望がある場合には定期の訪問診療となることも充分あり得ます。あくまで「患者の求めに応じた往診」を基本スタイルとして継続したいと思っておりますので「手あたり次第の定期訪問」は念頭にありません。



- 育児中で24時間対応するのは不可能なため、バックアップ体制が必要と思います
- もう少し簡略化した締りにしてほしい。往診の方が請求業務が容易である。
- 診療報酬制度の簡素化。複雑で理解困難。
- 講習会又は指導を受けれると助かります。何から始めればよいかわからない。
- 24時間対応は非人間的なのでやめた方が良い。3交代制の病院なら可能かもしれない。
- 行政の支援、患者・家族のニーズはどの程度あるのか知りたい
- まず希望者が発生すること。PTがない。

#### 4. 「訪問診療を実施していない 2 今後も実施を検討していない医療機関」のみなさまがお答えください。

##### 1) どのようなサポートがあるとこれからの在宅医療への参入が進むと考えられますか（自由記載）

- 金銭的サポート
- 24時間体制のサポート、入院のサポート
- 各科別の参入ガイドを作るなど（具体的な方法・事例・診療報酬等）
- 当科では必要ないと思われず。
- スタッフの数
- 産婦人科診療は訪問診療困難と思います
- 時間がないので無理です
- 小児科なので特殊な症例以外は考えられません
- 現在は小児科医院の特性から必要を感じていない。以前は患者さんの在宅診療を実施していましたが。
- 医療従事者の充足が必要です
- 業務に余裕があれば
- マンパワーの充足
- 耳鼻咽喉科では難しいと思います
- 在宅医療への時間をどのように確保するかが課題です（答えになりませんが）
- 医師1名体制で精神科クリニックですと訪問診療はハードルが高いです
- 在宅患者容態急変悪化の受け皿（入院）可能なら有難い
- 当院は透析専門である為、在宅医療への参入は検討しておりません
- 医師が1名の為、新規参入は検討していない
- 当科について、需要・希望なし
- 複数医師の共同による在宅医療チームの体制づくり
- 人手不足・時間が取れない
- 当院では時間なく、人員不足で新規参入は不可能
- 小児では対象者が限られる為クリニックではすすまないだろう
- 体力が落ちた、不可能
- 当院では医師が高齢であり、スタッフも少ないので実施は考えません
- 精神科医が少ない為この解消が必要
- 小児科で対象となる患者が少ない

- 備品購入の補助
- 訪問する時間がない、医師が2人以上いないと無理
- 医師・看護師のタスク・シフトの実現と体制に見合った報酬が必要と考える
- 医療スタッフ（医師・看護師が複数在籍すれば）
- 複数の医療機関が在宅診療している際、指導料が1医療機関しかレセプト請求できず、協議が必要になるのが煩わしいので改善を希望
- 看護職員が多人数確保可能であれば可能
- 眼科としては訪問診療は難しいと考えています
- 緊急の対応ができない時のバックアップ
- スタッフが充実すれば検討する
- 外来診療をメインと考えているため。往診は行う予定。
- Dr. が増員できれば可能かもしれないが極めて難しい
- 事業主一人医師体制の場合に不在時の連携ができるようにする
- 通常の外来診療に時間的余裕が出てくれば
- 自分の年齢も考えて今後とも取り組むことはないと思う
- 現在の状況に対し、時間的、人的余裕がなければ実施困難です（発熱外来、ワクチン接種、学校医、産業医、医師会役員、介護保険、健診、施設入所診断…）
- もう年で出来ません
- 自宅出産という選択肢があれば考えます。分娩中他医師の交替が可能ならば考えます。
- 訪問看護師（ステーション）の更なるサポート
- 医師1人での診療所では体力的にも時間的にも困難である
- サポートがあったとしても体力的に困難
- 診療報酬を上げれば良いのでは？夜間・休日も拘束されるので、その分も加算してはどうか？
- 地域医療構想をもっと社会全体で考えるべきと思う
- 看護師などのサポート
- 整形外科の場合、介護医療で既に行われており、参入が逆に難しい
- 職務形態上在宅医療の施行は困難な状態
- 要望があるのか？情報が無いor情報を知らない
- 在宅医療専門の病院や医院をつくるしかないと思います
- 地域で標準化された訪問診療システムの構築
- 診療科の特性上、訪問診療のニーズがありません
- 当院は内科、眼科を標ぼうしている事から時間的に訪問診療を広げてゆくことは困難。訪問診療を手伝う医師の存在が必要。
- 医師は応召義務を負っているため患者が往診を依頼すればよいだけの事だと思います
- 導入研修
- 当院の機能との関係で訪問診療は未検討です
- 医師が複数存在しなければ診療に支障を生じる（外来診療を制限するなど）
- 24hのサポート体制の充実や医療・看護・介護のスムーズな連携が必須
- オンラインでの診療が進むのではないかと考えます

- 人的確保
- 複数の医師が所属する診療所が増えればよいと思います
- 地区民生委員との連携
- 有床診療所の待遇の改善
- 特に意見はありません(20年前には何軒か往診を行っていましたが不都合を感じませんでした)
- マンパワーの拡充ができれば
- 眼科診療機械の開発・運搬
- 訪問している間の代診のDr. がいるなら実施を検討できると考えられる
- 診療報酬の増額
- スリットランプあるいは眼圧を軽く見る程度のことは可能であるが、検査には様々な検査機器が必要で持ち運び可能な物を購入する必要があり、それに見合う診療報酬は得られない為進まないのではないかと。それこそマイクロバス・検査機器を揃えれば可能であるが、個人で行えるものではない。
- 本医院は形成外科、美容外科であり不可能
- 院長自身がもう年です
- 眼科の外来で手一杯です
- 当院は有床であり、入院患者への対応で人的余裕がありません。無床の診療所に在宅医療をお願いし、状況に応じて入院での対応を取るべきと考えています。
- 保険点数が高くなっても指導を免除される
- 整形外科専科の訪問診療が制度化(点数化)されると参入したいと考えます
- 報酬が見合わない。往診の移動時間も含めた単位時間当たりの点数にするなど外来診療に劣らない点数にならないと骨折りになる。
- 人材の確保
- 当院は耳鼻咽喉科クリニックなので、ニーズがないものと思われます
- ナースなどサポートがあればよい
- エコー・内診台など運べない為婦人科は不可
- 年齢的に予定はなし
- 現在特別養護老人ホームの嘱託医をしており、外来診療も合わせて手一杯である為訪問まで余裕がない
- 医師が二人以上の体制があること
- 時間外はPCR、産業医などがあり、時間を取ることが不可能
- 24時間のバックアップ体制、入院ベッドの確保
- 時間的な余裕とそれに見合う収入の確保があれば
- 介護との連携
- 行政等、在宅を必要としている人々の情報共有をどうするか→ニーズ、やり方等わかるようになるのでは
- 私としては訪問診療をやる気はありません
- 訪問距離に比例した診療報酬
- 立ち上げ方がわかれば進むと考える

- 普段の外来でいっぱいなので難しい
- 小児科なので実施しておりません
- 自治体が公的な訪問診療機関を設立して運営するのはいかがでしょう。
- 通常業務のみで手一杯です
- スキルの向上や相談できることがわかればと思います
- 24時間体制が取れないので新規参入は考えられない
- 午前・午後通常の外来診療をしていたら訪問診療は困難です。外来のスタイルを変更するしかありません。
- 患者さんとの話し合い
- 医者も年を取るし、病気になることもあるのでそれを前提とした制度を作ればよいと思います
- 休日夜間24時間対応できる後方施設のサポートが気軽に受けられる
- 物理的に時間が無い状態です
- 時間外診療の輪番制導入
- 診療回が月2の為
- 24時間体制の緩和
- マンパワー不足
- 当院は診療科が在宅向きではないので考えていない
- 365日24時間対応をサポートしてくれる体制
- 実際の経験を積まないと踏み切れないと思います
- 人材確保の為のサポート。診療報酬の確保。
- サポートということではありませんが、十分な医師数がないと実施できません。
- 動けない老人が多くなって、病院通院で出来ない状況が進行したら考えなければいけない。
- 家人の協力体制
- 複数の医師での持ち回り体制があれば進むと考えられます。
- 使用器具の整備、現在の診療体制では難しい
- 不明
- 医師が増えれば、訪問も考えたいと思います。
- 休日夜間対応におけるバックアップ体制づくり
- 診療科が産婦人科のため対応できない
- 当センターは24時間体制をとっていません、バックアップ体制ができない。
- 医師・看護師とも人数・時間が足りません
- 皮膚科の場合、訪問診療の必要がありません
- 訪問する医療従事者への法的保護。以前、患者宅に呼び出された医師が殺害されました。
- 医師数が増えれば
- 特に予定なしです。ニーズがあれば検討
- 多忙と本人(医師)高齢化のため無理な状況
- 診療報酬次第だと思います
- 当院は不可能（多老人施設対応中で既に限界です

- 高齢にて今後も無理
- わがままな患者や家族で、過去に大変なことがあったため、今はやらないことにしている。
- 当院は耳鼻咽喉科なのでそれほど需要が無いのであまり考えたことがありません。ただ休診にして行くわけですから、点数などの補償が必要と考えます。

## 2) 在宅医療についてのお考え・ご意見、医師会への要望（自由記載）

- マイナー科であり、在宅医療は考えていない
- 特に積極的ではない
- 時間がないので無理です
- 患家から要請がある時に往診しているので訪問診療の必要性は少ないと思います
- 在宅医療は重要と思います。小児科では病診連携が不可欠です
- 診療科の特性上（皮膚科）往診で間に合っている
- 婦人科については特殊な機器などもあり、在宅診療は困難
- 一人暮らし、高齢夫婦のみの世帯が増加する中、在宅医療をどのように推進すべきか地域の課題として検討が必要
- 自院においてはマンパワーの不足と自身の高齢が原因です
- 医師1名の診療所では難しいと考えます
- 最低限のスタッフで診療しているので訪問診療をする余裕がない
- 通院できなければ往診でとやっています。やらないで済む医者がいるのが不思議。
- 重要だと思いますが、通常外来業務で精一杯です
- 耳鼻科は在宅医療は難しい
- 在宅医療は内科的問題を中心としたもので当院では縁の薄いものと考えております
- 協力する意向です
- 分娩を扱う産科診療所では、いつ自院で分娩があるかわからない為訪問は難しい
- 必要とは思いますが、当院ではできず・・・です
- 訪問看護の充実。現在の様に訪問看護指示書を提出した上で訪問看護を行っていただき時々受診していただく形態であれば継続可能です。
- 在宅クリニックを増やすことが望ましい
- 外来診療で精一杯、肉体的・精神的に困難
- 自分の時間を大切にしたいと開業している人が多いと思う。もちろん訪問診療をしたい人もいると思う。休日もなく働くことになり、過労死になりはしないか？実働がなくても拘束され、ストレス。
- 通常診療+特別養護老人ホーム嘱託なので昼間の訪問診療の時間を作るのが困難。在宅訪問診療の専門クリニックでなければ多人数の診療は困難。
- 少子高齢化社会、夫婦共働きの時代には在宅診療はかなり無理があると思います
- 在宅支援診療所以外の一般の診療所での在宅医療は可能な医療に限られることを周知すべきである（何でも可能と思われる）
- 各個人機関でなく、医師会単位でまとまった在宅医療が良いのではないかと

- 非常に大事と考えております
- 新しい「看取り」医療についての理念が生まれるまで難しい
- 要望があるのか？情報が無い、情報を知らない
- 在宅医療を専門に行っている医療機関がある為
- 総合福祉施設付設クリニックのため往診不可
- 定期的な訪問診療の回数、診療内容サービスの範囲など、患者さんサイドのニーズも考慮して進めていく方が良いと思われま
- 定期的な往診ではなく、患者側の要請に従いたいと思います
- 在宅医療は必要と思います
- 重症心身障害児（者）の通所支援事業及び短期入所の各事業を継続するとともに、可能な限り神経難病等のレスパイト入院について、今後も受け入れていくこととしている。また地域のニーズを踏まえた上で、当院の特色を生かした訪問看護ステーションの解説を検討していくこととしている。
- 医療機関の努力や熱意だけでは難しい。地域も含めて体制づくりを考えていかないと負担が大きいと感じる。
- 外来・入院・透析医療で手一杯で在宅医療まで手が回りません
- 現状、通常診療に加えカルテ記載業務等含め、時間を確保するのが厳しい状況です
- 有床診療所は無床に比べて本来訪問診療において大きな役割を果たせるはず
- スタッフが充実していない事からみて在宅医療を考えるのは難しいです（充実させるのも困難）
- 在宅医療が重要なのは理解しているが、現時点での導入は難しい。現在行っている先生方を応援したい。
- 医師が複数名在籍していないと看取りまでするのは難しい
- いかなる診療もやりたい人がやる
- ドクター1人体制のHD室ではどうしてもできない
- 当院は有床であり、入院患者への対応で人的余裕がありません。無床の診療所に在宅医療をお願いし、状況に応じて入院での対応を取るべきと考えています。
- 訪問診療で行える医療は少なく、往診と看取りで十分ではないかと考えている。一人で夜中に患者さん宅へ訪問するリスクもある（訪問医が埼玉県で猟銃で撃ち殺された）
- ここで出来ることは取り組んでいきたい
- 当院は専門医療が中心の為往診を行う余裕はありません。すみ分けが大切だと思います。
- 今後ますます必要になる分野だが、外来診療の合間に時間を割いても割に合う診療体系への見直しが必要。皮膚科などマイナー科が参入するには手続きが煩雑。
- 整形外科単科の診療所が在宅医療に関わる機会なし
- 外来診療が忙しく、行かれません
- 可能であれば在宅医療も行いたいが、現状では時間的、肉体的に対応が困難である
- 以前、訪問診療をしていた際、訪問先の患者さんが急変し、外来でお待ちの数十人の患者さんを3時間以上お待たせしたことがあり、以来訪問診療はしないこととしました
- 医師に対しては働き方改革をしようという考えはないのでしょうか

- 外来診療で精一杯ですみません。ひきこもり、孤独死等必要な医療の形態だと思っています。危険な場合家族に投げかけたりし行政につなげています。
- 当院の能力では無理です
- 眼科は医師の数が少なく訪問診療は負担がある。眼科医全員が対応可になれば参加できる可能性はあります。
- 整形の場合は医師が訪問をするのは少し厳しい。XP とれないので。
- 小児の在宅医療の需要があれば検討したいとは思っています
- 個人開設としては体力面、スタッフの面から難しいです
- 地域医療の為にやりたいもスタッフ・時間・スキルが不足しています
- 在宅専門のクリニックが増えることが望ましいです
- 患者さんの希望による
- 現在非常勤医師の診療が週1回、オンライン診療1回という状況です。現時点では訪問診療が難しい状態です。
- 精神科という診療科の性質上、在宅医療は困難
- 在宅医療専門の医療機関の充実が望まれる
- 高齢化社会で訪問看護のニーズはあると思いますが、診療報酬が訪問にかかる時間等に見合わないと参入が厳しい気持ちがいたします。病気で車を運転できない患者さんやご高齢で外来診療が厳しい方を見ますと往診出来たらと思う事がありますが、現実的には外来を懸命にするのが精一杯で往診までなかなか手が回りません。
- 365日24時間対応を強要しない事
- 自宅から動けない老人にとっては、ありがたい制度と思います。
- 当院は透析主体の診療所です。透析施術中は、診療所を離れられないため、訪問診療は不可能です。
- 皮膚科の場合、多くが往診で対応可能です。往診をする皮膚科は増えたほうが良いと考えます。
- 今後もニーズは高まると思います。個々の医療機関の努力をサポートする公的体制の充実を。
- 医師一名での外来診療の対応で、余裕がないのが現状である。
- 特にありません
- 患者さんたちの要求が多すぎるため、参加したくない
- 高齢化にともない、いっそう重要になります。ただ Corona の直撃を受けた耳鼻科にその余裕がないのが実情かと思います。
- 1) の3. が確実にあればと思います。(研修会の実施・講演会)

## 資料編

- ・令和4年度 在宅医療推進にかかる実態調査票



# 令和4年度在宅医療推進にかかる実態調査票

## 調査目的

長野県医師会では平成25年度より3年ごとに在宅医療推進にかかる実態調査を実施し、調査結果をもとに在宅医療推進のための各種事業を進めております。この度、前回調査から3年が経ち、事業効果の検証と今後の在宅医療推進のための各種事業を計画するにあたり、基礎データ取得を目的として、フォローアップ調査を実施することとなりました。つきましては、本調査の趣旨をご理解の上、調査にご協力くださいますようお願い申し上げます。

## 0. 調査研究への同意の確認(以下の記入と返信をもって同意確認とさせていただきます)

今回の実態調査の趣旨に同意いただき、ご協力いただける場合は、まず以下の所属郡市医師会名、医療機関名をご記入くださいますようお願いいたします。なお、調査結果の公表にあたっては郡市医師会単位や市町村単位での集計を行うことはありますが、医療機関名を掲載することはありません。ただし、所属郡市医師会長より請求のあった場合は調査内容を提供し、所属郡市医師会内の在宅医療体制整備に利用できるものとします。同意いただけない場合でもこれからの医師会活動に不利益につながることは一切ありません。また、一旦同意いただいた場合でも申し出により同意を取り消すこともできます。ただし、結果の公表後の申し出の場合は、すでに公表した資料の修正を行うことはできません。

所属郡市医師会名	:	_____
医療機関名	:	_____

## 1. 「すべての医療機関」のみなさまが以下についてお答えください。

1) 開業年数 (令和4年8月1日時点)

- |         |            |             |          |
|---------|------------|-------------|----------|
| 1. 1年未満 | 2. 1年～5年未満 | 3. 5年～10年未満 | 4. 10年以上 |
|---------|------------|-------------|----------|

2) 病床数 (令和4年8月1日時点)

- |       |          |            |           |
|-------|----------|------------|-----------|
| 1. 無床 | 2. 19床以下 | 3. 20～199床 | 4. 200床以上 |
|-------|----------|------------|-----------|

3) 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の届出 (令和4年8月1日時点)

- |                   |             |                         |
|-------------------|-------------|-------------------------|
| 1. 届出なし           | 2. 従来型で届出あり | 3. 機能強化型(単独)で届出あり       |
| 4. 機能強化型(連携)で届出あり |             | → (自院以外の連携医療機関数: _____) |

4) 往診 (臨時の在宅診療)

4-1) 現在の状況 (令和4年8月1日時点)

- |           |            |
|-----------|------------|
| 1. 実施している | 2. 実施していない |
|-----------|------------|

4-2a) これからの見通し

- |                 |
|-----------------|
| 1. 今後も実施する意向である |
| 2. 今後は縮小を検討している |

4-2b)

- |                 |
|-----------------|
| 1. 今後も実施する予定はない |
| 2. 今後は実施を検討している |

5) 訪問診療（定期的・計画的な在宅診療）

5-1) 現在の状況（令和4年8月1日時点）

1. 実施している	2. 実施していない
-----------	------------

5-2a) これからの見通し

1. 今後も実施する意向である
2. 今後は縮小を検討している

5-2b)

1. 今後は実施を検討している	⇒ 3へ
2. 今後も実施する予定はない	⇒ 4へ

6) 在宅での看取り

6-1) 現在の状況（令和4年8月1日時点）

1. 実施している	2. 実施していない
-----------	------------

6-2a) これからの見通し

1. 今後も実施する意向である
2. 今後は縮小を検討している

6-2b)

1. 今後も実施する予定はない
2. 今後は実施を検討している

7) 令和3年7月1日～令和4年6月30日の1年間の看取り対応数

在宅や施設での看取り対応数

【看取り数の内訳：合計と内訳が合うように記載】

	合計 _____ 名
純粋な自宅での看取り数	_____ 名
訪問診療で対応していた施設 <sup>※1</sup> での看取り数	_____ 名
嘱託医診療で対応していた施設 <sup>※2</sup> での看取り数	_____ 名

※1 グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅などの居住系施設で看取り対応した場合

※2 特別養護老人ホーム、老人保健施設、身体障がい者施設、救護施設などに嘱託医として看取り対応した場合

8) 平成25年度からの県医師会の在宅医療推進に係る事業への評価（自由記載）

**2. 「訪問診療を実施している医療機関」のみなさまがお答えください。**

1) 訪問診療の体制について（令和4年8月1日時点）

1-1) 訪問診療を行っている医師（非常勤含む）は何名いますか。

また、医師の年齢の内訳もお答えください。

【訪問診療を実施している医師数の合計】

_____	名
-------	---

【訪問診療を実施している医師の年齢内訳】

25～30 歳未満	_____	名	55～60 歳未満	_____	名
30～35 歳未満	_____	名	60～65 歳未満	_____	名
35～40 歳未満	_____	名	65～70 歳未満	_____	名
40～45 歳未満	_____	名	70～75 歳未満	_____	名
45～50 歳未満	_____	名	75～80 歳未満	_____	名
50～55 歳未満	_____	名	80 歳以上	_____	名

1-2) 在宅医療のスタイル (9段階で○をつけて回答ください)

外来医療がほとんど	中程度	在宅医療がほとんど
1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9		

1-3) 在宅医療を行なっている患者に対して24時間対応を行なっていますか。

1. 24時間対応している	2. 24時間対応していない
---------------	----------------

1-4) 24時間対応に対する負担 (9段階で○をつけて回答ください)

少ない	中程度	大きい
1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9		

1-5) 患者からの緊急時ファーストコール体制で一番多いもの

1. 訪問看護ステーションがファーストコール	2. 自院の看護師がファーストコール
3. 医師がファーストコール	

1-6) 訪問看護ステーションが緊急時ファーストコールを中止した場合の在宅医療の継続性

1. 問題なく継続できる	2. 支障はでるが継続できる	3. 継続できない
--------------	----------------	-----------

1-7) 現在の夜間休日の電話対応や往診対応

1. 自院 (医師一人) で対応	2. 自院 (医師二人以上) で対応	3. 連携医療機関と対応
------------------	--------------------	--------------

1-8) 今後の夜間休日の電話対応や往診対応における連携意向

1. 連携しておらず、今後も連携希望なし	2. 連携しておらず、今後は連携希望あり
3. 連携しており、今後も連携希望あり	4. 連携しており、今後は連携希望なし

1-9) 夜間休日の電話対応や往診対応の勤務体系

1. 事業主一人医師体制	<b>1. に該当しない場合以下の2~4を選択ください。</b>
2. オンコール体制 (待機手当なし)	3. オンコール体制 (待機手当あり)
4. 日直・宿直体制	

1-10) 予測された看取りにおける、夜間呼吸停止時の対応

1. 夜間に往診して死亡確認	2. 事前に説明をして翌朝に往診して死亡確認
(翌朝対応において困る点: )	

2) 訪問診療を行っている患者について (令和4年8月1日時点)

2-1) 訪問診療を実施している患者数	名
---------------------	---

2-2) 2-1) の患者の中で、訪問看護利用者数	名
---------------------------	---

2-3) 2-1) の患者の中で、車で15分を越えて訪問する患者数	名
-----------------------------------	---

2-4) 2-1) の患者の中で、居住系施設*3へ入居者数	名
-------------------------------	---

2-5) 2-1) の患者に加えて、今後訪問診療で対応できる追加患者数	名
-------------------------------------	---

※3 グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅など訪問診療・往診対応している施設 (嘱託医として対応している施設ではない)

3) 入院時・退院時の連携について

3-1) 緊急時の入院ベッドの確保に対する負担 (9段階で○をつけて回答ください)

全くない	中程度	非常に大きい
1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9		

3-2) 退院時カンファレンスへの参加 (9段階で○をつけて回答ください)

参加していない	半分程度参加	毎回参加
1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9		

3-3) 退院時カンファレンスへ参加しやすくなる改善点 (複数回答可)

1. 設定時間帯	2. 内容の充実	3. 時間の短縮	4. 診療報酬の増額
5. 距離的問題の改善 (Web 会議など)	6. 入院医療機関からの連絡徹底		
7. その他 (			)

4) 小児在宅医療 (15歳以下) について

4-1) 小児在宅医療の経験

1. 経験したことがない	2. 過去に経験したことがある	3. 現在実施している
--------------	-----------------	-------------

4-2) 小児在宅医療を実践するにあたっての困難点 (自由記載)

--

5) どのようなサポートがあるとこれからの在宅医療の継続になると考えられますか (自由記載)

--

6) 在宅医療の推進のために歯科医師、薬剤師、ケアマネジャー、訪問看護への要望 (自由記載)

--

**3. 「訪問診療を実施していない 1. 今後は実施を検討している医療機関」のみなさまがご答えください。**

1) 在宅医療を実施するにあたっての障壁 (複数回答可)

1. 24時間体制 (バックアップ体制)	2. 入院ベッドの確保	
3. 在宅での医療技術・知識	4. 診療報酬請求事務	5. 訪問看護との連携方法
6. ケアマネジャーとの連携方法	7. 介護関係の書類作成	
8. その他 (		)

2) どのようなサポートがあるとこれからの在宅医療への新規参入が進むと考えられますか (自由記載)

--

**4. 「訪問診療を実施していない 2. 今後も実施を検討していない医療機関」のみなさまがご答えください。**

1) どのようなサポートがあるとこれからの在宅医療への新規参入が進むと考えられますか (自由記載)

--

2) 在宅医療についてのお考え・ご意見、医師会への要望 (自由記載)

--

\*\*ご協力ありがとうございました。令和4年8月5日(金)までに所属都市医師会へご提出ください。



**令和4年度 在宅医療推進にかかる実態調査**

**結果報告書**

令和5年3月

編集：長野県医師会在宅医療推進委員会

発行者：長野県医師会長 竹重王仁

〒380-8571 長野市大字三輪 1316 番地 9

TEL 026-219-3600

FAX 026-235-6120

URL <https://www.nagano.med.or.jp>