

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、
地域における在宅医療・介護提供体制の強化のための研究

「新型コロナウイルス感染症の在宅医療・介護提供体制への影響に関するアンケート調査」

研究分担者 村松圭司（産業医科大学 医学部 公衆衛生学 准教授）
研究協力者 松垣竜太郎（産業医科大学 医学部 公衆衛生学 助教）
研究協力者 劉寧（産業医科大学 医学部 公衆衛生学 助教）
研究協力者 今村英香（産業医科大学 医学部 公衆衛生学 研究員）

研究要旨

地域における新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）の在宅医療・介護提供体制への影響を検討するため、医療機関及び介護保険事業所へのアンケート調査を実施した。在宅療養支援病院400施設、在宅療養支援診療所302施設、訪問看護ステーション222施設、居宅介護支援事業所175施設から回答を得た。在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所では、令和2年2月・5月・8月に訪問診療・往診・訪問看護を行った平均患者数の推移では、在宅医療関連の指標のほぼ全てで前年同月比が100%以上となっていた。特に「オンライン診療や電話等による診療を行った延べ患者数（実患者数）」「看取りに向けて在宅に移行した新規の実患者数」「在宅ターミナルケア加算の算定件数」は前年同月比150%を越す月も認められた。訪問看護ステーション及び居宅介護支援事業所では、新規利用者のうち、在宅医療に移行した（訪問看護を導入した）理由として増えているものとして、「入院していたが、看取りに向けて在宅での療養を希望したため」が最も多く、2番目は「入院していたが、医療機関に退院を促されたため」であった。在宅医療・介護の需要はCOVID-19の流行によって増加したと考えられた。

A 研究目的

地域における新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）の在宅医療・介護提供体制への影響を検討するため、医療機関及び介護保険事業所へのアンケート調査を実施した。

B 研究方法

在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所に対し、郵送にて調査用ウェブサイトへのログイン方法を送付し、インターネット上にて自記式調査票への入力を依頼した（調査期間：令和2年12月11日～令和3年2月28日）。倫理的配慮のため、研究の目的について書面にて説明を行い

調査票の回答をもって調査協力への同意確認を行った。なお、本研究は千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会の承認（承認日：令和2年11月19日、承認番号：3926）を得て行った。発出数はそれぞれ在宅療養支援病院：1,518件、在宅療養支援診療所：982件、訪問看護ステーション：494件、居宅介護支援事業所：496件であった。

C 研究成果

在宅療養支援病院400施設、在宅療養支援診療所302施設、訪問看護ステーション222施設、居宅介護支援事業所175施設から回答を得た。

【在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所】

・単純集計（施設共通基本票、n=702）

回答が得られた医療機関のうち73%は医療法人であった。（Q1）在宅療養支援病院の平均一般病床数（許可病床）は63床で、そのうち非稼働病床は平均1.1床、COVID-19患者受入のため整備した病床は0.5床、ICUは0.1床であった。在宅療養支援診療所の平均一般病床数（許可病床）は1.3床で、そのうち非稼働病床は0.3床であった。在宅療養支援病院の療養病床、精神科病床、結核病床の平均一般病床数（許可病床）は36床、0.5床、0.1床であった。（Q2）常勤換算平均職員数は、医師、看護職員、臨床工学技士、その他医療職、その他職員がそれぞれ在宅療養支援病院において11人、62人、1.7人、35人、44人で、在宅療養支援診療所においては1.6人、4.0人、0.1人、1.2人、4.5人であった。（Q3）

COVID-19のPCR検査が可能と回答した医療機関の割合は、在宅療養支援病院で29%、在宅療養支援診療所で15%であった。そのうち、24時間対応・休日対応可と回答した医療機関数は在宅療養支援病院で11%、在宅療養支援診療所で2%であった。（Q4）

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策の教育について、実施者で最も多かったのは、在宅療養支援病院では自施設の感染症専門医以外の医師及び自施設の感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師以外の看護師でどちらも35%、在宅療養支援診療所では自施設の感染症専門医以外の医師で35%であった。研修を実施していないと回答した割合は、在宅療養支援病院で16%、在宅療養支援診療所で41%であった。（Q6）个人防护具（PPE）をCOVID-19の流行前から備蓄していた割合は在宅療養支援病院で52%、在宅療養支援診療所で30%であった。備蓄していた医療機関では、在宅療養支援病院で平均30日

分、在宅療養支援診療所で平均24日分のPPEを備蓄していた。（Q7）

令和2年1月以前の事業継続計画（BCP）策定状況について、在宅療養支援病院では「自然災害を想定した事業継続計画（BCP）を策定していた」「感染症（新型コロナウイルス等）のパンデミックを想定した事業継続計画（BCP）を策定していた」「上記の両方を策定していた」がそれぞれ28%、5%、5%であり、在宅療養支援診療所では、7%、5%、2%であった。いずれかのBCPを策定していたこれらの医療機関のうち、COVID-19対応に有効であったと回答した医療機関割合は、在宅療養支援病院で21%、在宅療養支援診療所で46%であった。（Q9）

COVID-19患者（疑い含む）を受け入れた医療機関は、在宅療養支援病院では外来75%、入院28%であり、在宅療養支援診療所では外来60%、入院1%であった。外来・入院とも受け入れなかった場合の理由として最も多かったのは、在宅療養支援病院では「十分な感染対策が講じられなかった」（46%）であり、在宅療養支援診療所では「地域に患者がいなかった」（41%）であった。（Q10）COVID-19患者（疑い含む）の入院を受け入れた在宅療養支援病院において10%が、休床中であった（職員を配置していなかった）病床を、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）（疑い含む）受け入れのために稼働させたと回答した。そのうち、稼働させた病床数が10未満の在宅療養支援病院は8施設、10以上の在宅療養支援病院は3施設であった。（Q11）

令和2年3～10月における入院患者延べ数（当日末在院患者数＋退院患者数の1カ月合計）平均値の前年同月比は、在宅療養支援病院において各月99%、96%、95%、

98%、97%、96%、98%、98%であり、在宅療養支援診療所においては93%、91%、94%、96%、93%、92%、91%、95%であった。(Q15)

・単純集計（在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所基本票、n=702）

在宅医療を担当する職員数（常勤換算）は、医師、看護職員、薬剤師、理学療法士・作業療法士・言語療法士、管理栄養士、上記以外の医療職、その他の医療職以外の職員がそれぞれ、在宅療養支援病院では2.5人、6.5人、0.3人、2.5人、0.3人、1.2人、4.6人、在宅療養支援診療所では1.4人、2.7人、0.1人、0.3人、0.1人、0.4人、2.6人であった。(Q40) 機能強化型在宅療養支援病院・診療所の届出区分別では、単独型と回答した医療機関が在宅療養支援病院で17%、在宅療養支援診療所で5%であり、連携型と回答した医療機関が在宅療養支援病院で27%、在宅療養支援診療所で31%であった。(Q42)

24時間訪問看護の提供体制について、「自施設のみで24時間訪問看護の提供が可能」「他の保険医療機関との連携により24時間訪問看護の提供が可能」「他の訪問看護ステーションとの連携により24時間訪問看護の提供が可能」「24時間訪問看護の提供が可能な体制となっていない」と回答した医療機関は、それぞれ在宅療養支援病院で29%、5%、52%、15%であり、在宅療養支援診療所で10%、10%、69%、12%であった。(Q43) 24時間対応の薬局と連携していると回答した割合は、在宅療養支援病院で14%、在宅療養支援診療所で47%であった。(Q44)

令和2年2月・5月・8月に訪問診療・往診・訪問看護を行った平均患者数の推移では、在宅医療関連の指標のほぼ全てで前年同月比が100%以上となっていた。特に在宅療養支援病院・在宅療養支援診療

所の「オンライン診療や電話等による診療を行った延べ患者数（実患者数）」

「看取りに向けて在宅に移行した新規の実患者数」、在宅療養支援病院の「在宅ターミナルケア加算の算定件数」は前年同月比150%を超える月も認められた。在宅療養支援診療所において、訪問看護を行った平均実患者数は減少傾向をみとめたが、前年同月比は100%以上となっていた。(Q45, 46)

個人防護具（PPE）の入手経路としては、在宅療養支援病院では「国や都道府県からの配布」「通常と同じ業者からの購入」が最も多く85%であり、在宅療養支援診療所では「国や都道府県からの配布」が最も多く79%であった。(Q47)

令和2年1月以前より災害時等の非常時に備えて事業継続計画（BCP）を策定していたと回答した医療機関割合は、在宅療養支援病院で32%、在宅療養支援診療所で11%であった。(Q48) そのうち、「地域の関係医療機関等との連携」「物資の流通業者や医療機器メーカーとの調整や事前の取り決め等」「パンデミックを踏まえた内容」が含まれているのはそれぞれ在宅療養支援病院で50%、37%、19%、在宅療養支援診療所で59%、28%、38%であった。

(Q49) 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）を踏まえて、パンデミックに備えた事業継続計画（BCP）を策定した割合は、在宅療養支援病院で8%、在宅療養支援診療所で11%（Q50）

都道府県等と契約等を行い、PCR検査に協力する医療機関となっている医療機関の割合は、在宅療養支援病院で76%、在宅療養支援診療所で57%であった。現在都道府県などと調整中の医療機関は在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所ともに3%であった。(Q51)

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大によって、ターミナルケアを

行った件数について、在宅療養支援病院の95%、在宅療養支援診療所の90%は「変わらない」と回答した。(Q52)・単純集計(分野別調査票、n=554)

令和2年1～10月にオンライン在宅管理料を算定した割合は5%であった。(Q1) 算定しなかった理由としては「適応可能な患者がいらないから」が最も多く、63%であった。(Q2)

令和2年1～10月に、新規患者のうち、在宅医療に移行した理由として増えているものとしては「入院していたが、看取りに向けて在宅での療養を希望したため」が最多で35%で、次いで「入院していたが、医療機関に退院を促されたため」「通院していたが、外出自粛によりフレイルが進行し、通院困難となったため」がそれぞれ16%、15%であった。また、「増えている理由は特になし」と回答した医療機関は43%であった。(Q3)

感染対策について、感染症を専門とした職員について、82%の医療機関は「感染症専門はいない」と回答した。(Q4) COVID-19に関わる感染症対策の教育・指導は約半数が受けたと回答した。(Q5) 教育・指導の実施者は感染症専門医貴施設外が最多で44%であった。(Q6) 令和2年1月以前より、地域における在宅医療・介護関係者間で、感染症対策にかかる研修会など統一した感染対策を行うための学習・共有の機会があったと回答した医療機関の割合は31%であった。(Q11)

人員確保について、令和2年1～10月の間で在宅医療を担当する職員で、予定外の人材確保が必要となったことがあると回答した医療機関の割合は9%であった。

(Q13) 予定外の人材確保が必要となった理由としては「職員で急な退職者が発生したため」が最多で44%であり、次いで「事務作業が増加したため」「患者数が急に増加したため」「1人当たりの訪問診療にかかる時間が長くなり、より多くの

人材が必要となったため」がそれぞれ40%、28%、22%であった。(Q14) 予定外の人材確保を必要とした職種では、「看護職員」が最多で74%であり、次いで「事務職員」「医師」がそれぞれ52%、38%であった。(Q15)

COVID-19の感染拡大によって負担になったことについて、「感染防護対策」が最多で91%であり、次いで「患者・家族等とのコミュニケーション」「事務作業の増加」がそれぞれ50%、46%であった。(Q16)

【訪問看護ステーション】

回答の得られた訪問看護ステーションの常勤換算職員数は、「看護師・保健師・助産師」「准看護師」「理学療法士・作業療法士・言語聴覚士」「その他の職員」の平均がそれぞれ5.2人、0.3人、2.0人、0.7人であった。(Q2) 「看護体制強化加算」「機能強化型訪問看護管理療養費」「ターミナルケア加算(介護保険)」「訪問看護ターミナルケア療養費(医療保険)」「緊急時訪問看護加算(介護保険)」「24時間対応体制加算(医療保険)」「特別管理加算(医療保険)」「特別管理加算(介護保険)」を届け出していない事業所割合はそれぞれ89%、91%、16%、25%、13%、14%、14%、11%であった。(Q3)

令和2年4～10月に、電話等による訪問看護を行った場合に訪問看護管理療養費(医療保険)や20分未満の訪問看護費(介護保険)を算定したと回答した事業所割合は10%であった。(Q8) 算定していない理由としては「適応可能な利用者がいらないから」が最も多く78%であった。(Q9)

令和2年1～10月に、新規利用者のうち、在宅医療に移行した(訪問看護を導入した)理由として増えているものとして、「入院していたが、看取りに向けて在宅

での療養を希望したため」が最も多く58%であり、次いで「入院していたが、医療機関に退院を促されたため」が37%であった。(Q10)

新型コロナウイルス感染症（COVID - 19）に関わる感染症対策の教育・指導を受けたと回答した事業所割合は58%であった。

(Q11) 教育・指導の実施者は「自施設の職員感染症看護専門看護師または感染管理認定看護師以外の職員」が34%で最も多く、次いで「施設外の職員感染症看護専門看護師または感染管理認定看護師」が29%であった。(Q12) 令和2年1月以前より、地域における在宅医療・介護関係者間で、感染症対策にかかる研修会など統一した感染対策を行うための学習・共有の機会があったと回答した事業所割合は50%であった。(Q19)

人材確保について、令和2年1～10月の間で予定外の人材確保が必要となったことがあると回答した事業所割合は23%であった。(Q20) 予定外の人材確保が必要となった理由としては「職員で急な退職者が発生したため」が最多で58%であり、次いで「利用者数が急に増加したため」「1人当たりの訪問時間が長くなり、より多くの人材が必要となったため」「保育所等の休園に伴い職員の出勤が困難となったため」がそれぞれ34%、24%、22%であった。(Q21)

個人防護具（PPE）をCOVID - 19の流行前から備蓄していたと回答した事業所割合は40%であった。備蓄していた事業所では、平均20日分を備蓄していた。(Q23) PPEの入手方法では、「国や都道府県からの配布」が最も多く64%であり、次いで「通常と同じ業者からの購入」「同一法人内で在庫の融通をした」がそれぞれ55%、43%であった。(Q24)

令和2年1月以前から、災害時等の非常時に備えて事業継続計画（BCP）を策定していたと回答した事業所割合は28%であっ

た。(Q25) BCPを策定していた事業所において、「地域の関係医療機関や訪問看護ステーション等との連携」「物資の流通業者や医療機器メーカーとの調整や事前の取り決め等」「パンデミックを踏まえた内容」が含まれていると回答した事業所割合はそれぞれ51%、22%、24%であった。(Q26)

COVID - 19の感染拡大によって負担になったことについて、「感染防護対策」が最多で91%であり、次いで「利用者・家族等とのコミュニケーション」「職員の罹患や濃厚接触等によるシフト変更」「事務作業の増加」がそれぞれ49%、32%、26%であった。(Q28) COVID - 19の感染拡大によって、ターミナルケアの件数が増加したと回答した事業所割合は24%であった。(Q29)

【居宅介護支援事業所】

回答の得られた居宅介護支援事業所の常勤換算平均介護支援専門員数は2.8人で、うち、主任介護支援専門員は1.3人であった。(Q2) 特定事業所加算の届出状況について、「特定事業所加算（I）」「特定事業所加算（II）」「特定事業所加算（III）」「届出なし」はそれぞれ2%、23%、14%、61%であった。(Q3) 令和2年1～10月に、新規利用者のうち、在宅医療に移行した理由として増えているものでは、「入院していたが、看取りに向けて在宅での療養を希望したため」が最多で39%で、次いで「入院していたが、医療機関に退院を促されたため」が26%であった。(Q6)

COVID-19に関わる感染症対策の教育・指導を受けたと回答した事業所割合は59%であった。(Q7) 教育・指導の実施者は感染症専門医以外の医師が35%であった。(Q8) 令和2年1月以前より、地域における在宅医療・介護関係者間で、感染症対策にかかる研修会など統一した感染

対策を行うための学習・共有の機会があったと回答した事業所割合は53%であった。(Q13)

人材確保について、令和2年1～10月の間で予定外の人材確保が必要となったことがあると回答した事業所割合は7%であった。(Q14) 予定外の人材確保が必要となった理由としては、「職員で急な退職者が発生したため」が最多で54%であり、次いで「事務作業が増加したため」が31%、「1人当たりの対応時間が長くなり、より多くの人材が必要となったため」「保育所等の休園に伴い職員の出勤が困難となったため」がどちらも23%であった。(Q15)

個人防護具(PPE)をCOVID-19の流行前から備蓄していた事業所割合は21%であった。備蓄していた事業所では平均24日分のPPEを備蓄していた。(Q16) 令和2年1月以前より、災害時等の非常時に備えて事業継続計画(BCP)を策定していた事業所の割合は31%であった。(Q17) BCPに、地域の関係医療機関や訪問看護ステーション等との連携を踏まえた内容が含まれていると回答したのは、BCPを策定している事業所のうち49%であった。(Q18)

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の感染拡大によって負担になったことについては、「利用者・家族等とのコミュニケーション」が最も多く88%で、次いで「感染防護対策」「訪問前の電話等による利用者の状態確認及び訪問順の調整」「事務作業の増加」がそれぞれ69%、47%、35%であった。(Q19) COVID-19の感染拡大によって、ターミナルケアを行った件数について、「変わらない」と回答した事業所が最も多く、その割合は89%であった。(Q20)

D考察

在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所の令和2年3月～10月の入院患者延べ

数平均値は前年同月比で100%を下回った一方で、訪問診療や往診を行った平均延べ患者数は前年同月と比較し令和2年3月、5月、8月の各月で100%を上回っていた。また、在宅療養支援病院では、訪問看護を行った平均延べ患者数も前年同月と比較し令和2年2月、5月、8月の各月で100%を上回っていた。全体として、在宅医療の需要がCOVID-19の流行によって増加した可能性が示唆された。

オンライン診療や電話等による診療を行った平均延べ患者数は前年同月と比較し令和2年令和2年5月は在宅療養支援病院で406%、在宅療養支援診療所で227%と増加しているが、令和2年8月にはそれぞれ312%、156%と低下傾向を示しており、オンライン診療が定着しなかった可能性が示唆された。また、その原因としてオンライン診療等の適用可能範囲が影響している可能性が示唆された。今後、レセプトデータ等を活用しオンライン診療等の定着について評価するとともに、オンライン診療等の適用範囲や算定要件の合理化等について検討することが必要になると考えられた。

在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーションにおいて、新規患者のうち、在宅医療に移行した理由として増えているものとしては「入院していたが、看取りに向けて在宅での療養を希望したため」が最多であったことや、看取り加算や在宅ターミナルケア加算の平均算定件数も在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所共に前年同月比が令和2年5月、8月の各月で100%を上回っていることから、COVID-19の流行によって在宅での看取りが選択されるケースが増加した可能性が示唆された。

在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所で行われた訪問看護については、在宅療養支援病院では平均延べ患者数と平均実患者数の前年同月比が同様の推移を示

した一方で、在宅療養支援診療所では平均延べ患者数、令和2年平均実患者数ともに減少傾向をみとめていた。

人員確保について、訪問看護ステーションの約1/4が予定外の人員確保が必要となったと回答したことや、在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所のうち、予定外の人員確保が必要となったと回答した医療機関の74%が看護師の確保が必要になったと回答したことから、特に看護職員確保施策の推進が重要である可能性が示唆された。

予定外の人員確保が必要となった理由のうち、需要側（患者数・利用者数の増加・1件あたり時間の増加、等）以外のものでは、訪問看護ステーションと居宅介護支援事業所で「保育所等の休園に伴い職員の出勤が困難となったため」が20%以上となっていた。子育て世代の就労支援施策が医療・介護関係者の確保にも重要であると考えられた。

BCPについては、COVID-19流行前に策定していた医療機関・介護事業所の方が少なく、また、策定していたBCPが有効であったと回答した割合も在宅療養支援病院で約2割であったことから、有効性のあるBCPの策定方法の共有が必要であると考えられた。地域包括ケアシステム実現のために、地域における役割の明確化が必要とされており、COVID-19流行下におい

てもその重要性は変わらないと考えられる。

E 結論

在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等にアンケート調査を実施した。在宅医療・介護の需要はCOVID-19の流行によって増加したと考えられた。特に居宅におけるターミナルケアが増加し、在宅療養を選択する意識の変化に影響を与えたと考えられた。また、保育等の非医療施策の影響や地域全体で有効性のあるBCPを策定することが重要である可能性が示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

【共】Q1_1 貴施設の開設主体に、最もあてはまるものをお答えください。（回答はひとつ）施設共通基本票質問は最大 28 問です。（特に断りのない場合は、令和 2 年 11 月 1 日現在の状況をお答えください。）◎ 貴施設についてお伺いします。貴施設について回答できる管理者の方等がご回答くださいますようお願いいたします。

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1 段目 度数 2 段目 横%		TOTAL	国立 大学 法人	国立 大学 法人 以外 の国 立法 人	都道 府県	市町 村	公立 大学 法人	日赤	済生 会	厚生 連	上記 以外 の公 的医 療機 関	社会 保険 関係 団体	公益 法人	医療 法人	学校 法人	社会 福祉 法人	医療 生協	株式 会社	その 他の 法人	個人
0	在宅療養支援 病院	400 100.0	0 0.0	0 0.0	3 0.8	30 7.5	0 0.0	3 0.8	3 0.8	4 1.0	1 0.3	0 0.0	9 2.3	307 76.8	0 0.0	5 1.3	15 3.8	1 0.3	16 4.0	3 0.8
1	在宅療養支援 診療所	302 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	3 1.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 0.7	205 67.9	0 0.0	3 1.0	8 2.6	0 0.0	3 1.0	78 25.8
2	TOTAL	702 100.0	0 0.0	0 0.0	3 0.4	33 4.7	0 0.0	3 0.4	3 0.4	4 0.6	1 0.1	0 0.0	11 1.6	512 72.9	0 0.0	8 1.1	23 3.3	1 0.1	19 2.7	81 11.5

【共】Q2 貴施設の許可病床数をご記入ください。なお、一般病床については、そのうちの非稼働病床、並びに新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者受入のため整備した病床（医療法上の特例病床等）についてもご記入ください。（回答は半角数字）

平均値		0	1
		在宅療養支援病院	在宅療養支援診療所
1	【1】一般病床	62.6	1.3
1_1	【1】のうち非稼働病床	1.1	0.3
1_2	【1】のうち新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者受入のため整備した病床（医療法上の特例病床等）	0.5	0.0
1_3	【1】のうち ICU	0.1	0.0
2	【2】療養病床	35.8	0.0
3	【3】精神科病床	0.5	0.0
4	【4】感染症病床	0.0	0.0
5	【5】結核病床	0.1	0.0

【共】Q3 貴施設の職員数（常勤換算※1）をご記入ください。（回答は半角数字）

平均値		0	1
		在宅療養支援病院	在宅療養支援診療所
1	医師	10.8	1.6
2	看護職員※2	61.7	4.0
3	臨床工学技士	1.7	0.1
4	上記以外の医療職※3	35.1	1.2
5	その他の職員	43.9	4.5

【共】Q4_1 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の検査体制について、貴施設内でPCR検査の実施は可能ですか。(回答はひとつ)

1 段目 度数		0	1	2
2 段目 横%		TOTAL	可能	不可能
0	在宅療養支援病院	400 100.0	115 28.8	285 71.3
1	在宅療養支援診療所	302 100.0	44 14.6	258 85.4

【共】Q4_2 貴施設内におけるPCR検査の検体の受付について、あてはまるものをお答えください。(回答はひとつ)(可能と回答した施設に伺います。)

1 段目 度数		0	1	2
2 段目 横%		TOTAL	24 時間対応・休日対応可	対応可能な時間・曜日等制限有り
0	在宅療養支援病院	115 100.0	13 11.3	102 88.7
1	在宅療養支援診療所	44 100.0	1 2.3	43 97.7

【共】Q4_3 貴施設内におけるPCR検査の結果が出るまでの時間についてあてはまるものをお答えください。(回答はひとつ)(可能と回答した施設に伺います。)

		0	1	2	3	4	5
1 段目 度数		TOTAL	1 時間以内	1 時間超 ～2 時間 以内	2 時間超 ～4 時間 以内	4 時間超 ～6 時間 以内	6 時間超
0	在宅療養支援病院	115 100.0	19 16.5	16 13.9	9 7.8	5 4.3	66 57.4
1	在宅療養支援診療所	44 100.0	1 2.3	1 2.3	2 4.5	2 4.5	38 86.4

【共】Q6_1 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策の教育を実施しましたか。実施した場合はその時の教育者について、あてはまるものをすべてお答えください。（回答はいくつでも）

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 段目 度数 2 段目 横%		TOTAL	自施設の 感染症 専門医	自施設の その他の 医師 診療科：	自施設の 感染症看 護専門看 護師・感染 管理認定 看護師	自施設の その他の 看護師	他施設の 感染症 専門医	他施設の その他の 医師 診療科：	他施設の 感染症看 護専門看 護師・感染 管理認定 看護師	他施設の その他の 看護師	その他	実施してい ない
0	在宅療養支援 病院	400 100.0	39 9.8	141 35.3	56 14.0	141 35.3	45 11.3	10 2.5	53 13.3	6 1.5	46 11.5	62 15.5
1	在宅療養支援 診療所	302 100.0	2 0.7	105 34.8	0 0.0	38 12.6	21 7.0	5 1.7	14 4.6	6 2.0	24 7.9	125 41.4

【共】Q7 個人防護具（PPE）は新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行前から備蓄していましたか。あてはまるものをお答えください。また、備蓄していた施設では何日分の備蓄をしていたかについてもお答えください。（回答はひとつ）

		0	1	2	3
1 段目 度数 2 段目 横%		TOTAL	していた（約）	していなかった	<していた（約）> 備蓄日数平均値
0	在宅療養支援病院	400 100.0	208 52.0	192 48.0	29.9
1	在宅療養支援診療所	302 100.0	89 29.5	213 70.5	24.4

【共】Q9_1 令和２年１月以前に事業継続計画（BCP）を策定していましたか。最もあてはまるものをお答えください。（回答はひとつ）

		0	1	2	3	4
1 段目 度数 2 段目 横%		TOTAL	自然災害を想定した事業継続計画（BCP）を策定していた	感染症（新型コロナウイルス等）のパンデミックを想定した事業継続計画（BCP）を策定していた	上記の両方を策定していた	どちらも策定していなかった
0	在宅療養支援	400	112	20	18	250
	病院	100.0	28.0	5.0	4.5	62.5
1	在宅療養支援	302	20	14	7	261
	診療所	100.0	6.6	4.6	2.3	86.4

【共】Q9_2 令和２年１月以前に策定した事業継続計画（BCP）は、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応に有効でしたか。（回答はひとつ）（いずれかの事業継続計画（BCP）を策定したと回答した施設に伺います。）

		0	1	2	3
1 段目 度数 2 段目 横%		TOTAL	有効であった	有効でなかった	不明
0	在宅療養支援病	150	32	117	1
	院	100.0	21.3	78.0	0.7
1	在宅療養支援診	41	19	22	0
	療所	100.0	46.3	53.7	0.0

【共】Q10_1 外来で新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者(疑い含む。)を受け入れましたか。(回答はひとつ)

1 段目 度数		0	1	2
2 段目 横%		TOTAL	はい	いいえ
0	在宅療養支援	400	300	100
	病院	100.0	75.0	25.0
1	在宅療養支援	302	181	121
	診療所	100.0	59.9	40.1

【共】Q10_2 入院で新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者(疑い含む。)を受け入れましたか。(回答はひとつ)

1 段目 度数		0	1	2
2 段目 横%		TOTAL	はい	いいえ
0	在宅療養支援	400	113	287
	病院	100.0	28.3	71.8
1	在宅療養支援	302	3	299
	診療所	100.0	1.0	99.0

【共】Q10_3 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者を受け入れなかった場合、その理由は何ですか。(回答はいくつでも)(新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者の外来・入院とも受け入れていないと回答した施設に伺います。)

1 段目 度数 2 段目 横%		0	1	2	3	4	5	6	7	8
		TOTAL	地域に患者 がいなかつ た	他の医療機 能を担って いた	病床に空き がなかった	十分な感染 対策が講じ られなかつ た	感染症診療 に当たる医 師の不足	看護職員の 不足	その他医療 スタッフの不 足	その他
0	在宅療養支援病院	95	29	41	9	44	32	21	6	21
		100.0	30.5	43.2	9.5	46.3	33.7	22.1	6.3	22.1
1	在宅療養支援診療所	121	50	28	3	42	26	18	15	23
		100.0	41.3	23.1	2.5	34.7	21.5	14.9	12.4	19.0

【共】Q11 休床中であった(職員を配置していなかった)病床を、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)(疑い含む)受け入れのために稼働させましたか。あてはまるものをお答えください。
(回答はひとつ)(新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者の入院を受け入れたと回答した施設に伺います。)

1 段目 度数		0	1	2
2 段目 横%		TOTAL	はい 最大	稼働させていない
0	在宅療養支援病院	113 100.0	11 9.7	102 90.3
1	在宅療養支援診療所	3 100.0	0 0.0	3 100.0

【共】<はい 最大> Q11 また、稼働させた場合は最大稼働病床数についてもお答えください。(回答はひとつ)(新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者の入院を受け入れたと回答した施設に伺います。)

		最大稼働病床数						
		2	4	6	7	10	20	27
0	度数	4	2	1	1	1	1	1

【共】＜【A】入院患者延べ数＞ Q14_1 令和2年3～10月における貴施設の入院患者延べ数(当日末在院患者数+退院患者数の1カ月合計)についてご記入ください。

【共】＜【A】入院患者延べ数＞ Q15_1 平成31年3月～令和元年10月における貴施設の入院患者延べ数(当日末在院患者数+退院患者数の1カ月合計)についてご記入ください。

※「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)感染患者の疑い」には、PCR検査または抗原検査を行った者のうち、症状の有無にかかわらず全件に実施するスクリーニング目的で実施した患者は除く。(病床数>0の施設に回答をお願いします。)

在宅療養支援病院		Q14_1	Q15_1	Q14_1/Q15_1
		令和2年入院患者延べ数 平均値	平成31年入院患者延べ数 平均値	前年同月比%
1	3月	2284.8	2306.3	99.1
2	4月	2130.7	2228.3	95.6
3	5月	2157.0	2279.0	94.6
4	6月	2181.0	2215.8	98.4
5	7月	2219.3	2293.5	96.8
6	8月	2234.8	2320.9	96.3
7	9月	2172.5	2227.0	97.6
8	10月	2236.9	2276.7	98.2

在宅療養支援診療所		Q14_1	Q15_1	Q14_1/Q15_1
		令和2年入院患者延べ数 平均値	平成31年入院患者延べ数 平均値	前年同月比%
1	3月	193.3	208.7	92.6
2	4月	176.1	193.8	90.9
3	5月	180.4	192.0	93.9
4	6月	176.0	183.0	96.2
5	7月	184.1	197.8	93.1
6	8月	179.6	195.9	91.7
7	9月	168.5	184.6	91.3
8	10月	178.2	187.6	95.0

【共】＜【A-1】うち新型コロナウイルス感染症(COVID-19) 患者延べ数(疑い含む)＞ Q14.2 令和2年3～10月における貴施設の入院患者延べ数(当日末在院患者数＋退院患者数の1ヵ月合計)、手術実施数についてご記入ください。

【共】＜【A-1-1】うち新型コロナウイルス感染症(COVID-19) 患者延べ数(診断確定のみ)＞ Q14.3 令和2年3～10月における貴施設の入院患者延べ数(当日末在院患者数＋退院患者数の1ヵ月合計)、手術実施数についてご記入ください。

※「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)感染患者の疑い」には、PCR検査または抗原検査を行った者のうち、症状の有無にかかわらず全件に実施するスクリーニング目的で実施した患者は除く。(回答は半角数字) ◎次の質問項目では、月別の新型コロナウイルス感染症(COVID-19)感染患者受入数や患者延数等を入力いただきます。あらかじめお手元に資料をご用意ください。(病床数＞0の施設に回答をお願いします。)

		Q14.2	Q14.3
		新型コロナウイルス感染症(COVID-19) 患者延べ数(疑い含む) 平均値	新型コロナウイルス感染症(COVID-19) 患者延べ数(診断確定のみ) 平均値
在宅療養支援病院			
1	3月	0.6	0.3
2	4月	2.2	0.9
3	5月	1.9	0.7
4	6月	1.7	0.4
5	7月	2.5	0.6
6	8月	4.4	1.1
7	9月	4.3	1.0
8	10月	5.0	0.8

【在】Q40_2 貴施設の在宅医療を担当する職員数(実人数／常勤換算数※1)についてお答えください。

平均値		0	1
		在宅療養支援病院	在宅療養支援診療所
1	医師	2.5	1.4
2	看護職員※2	6.5	2.7
3	薬剤師	0.3	0.1
4	理学療法士作業療法士言語療法士	2.5	0.3
5	管理栄養士	0.3	0.1
6	上記以外の医療職※3	1.2	0.4
7	その他の医療職以外の職員	4.6	2.6

【在】Q42 貴施設の届出区分をお答えください。（回答はひとつ）

		0	1	2	3	4
		TOTAL	機能強化型 在宅療養支 援病院・診療 所(単独型)	機能強化型 在宅療養支 援病院・診療 所(連携型)	上記以外の 在宅療養支 援病院・診療 所	在宅療養支 援病院・診療 所ではない (現在は届出 を撤回)
1 段目 度数						
2 段目 横%						
0	在宅療養支援病院	400 100.0	67 16.8	106 26.5	226 56.5	1 0.3
1	在宅療養支援診療所	302 100.0	14 4.6	94 31.1	193 63.9	1 0.3

【在】Q43 貴施設の患者に対する 24 時間訪問看護の提供体制についてお答えください。

(回答はひとつ)

		0	1	2	3	4
1 段目 度数 2 段目 横%		TOTAL	自施設のみ で 24 時間訪 問看護の提 供が可能	他の保険医 療機関との 連携により 24 時間訪問 看護の提供 が可能	他の訪問看 護ステーショ ンとの連携に より 24 時間 訪問看護の 提供が可能	24 時間訪問 看護の提供 が可能な体 制となってい ない
0	在宅療養支援病院	400 100.0	115 28.8	18 4.5	206 51.5	61 15.3
1	在宅療養支援診療所	302 100.0	29 9.6	30 9.9	207 68.5	36 11.9

【在】Q44 貴施設は 24 時間対応の薬局と連携していますか。(回答はひとつ)

1 段目 度数 2 段目 横%		0	1	2
		TOTAL	連携している	連携していない
0	在宅療養支援病院	400 100.0	55 13.8	345 86.3
1	在宅療養支援診療所	302 100.0	142 47.0	160 53.0

【在】Q45 令和2年2月・5月・8月に訪問診療・往診・訪問看護を行った患者について、以下の質問をお答えください。患者数は延べ人数と（人）には実患者数をお答えください。（回答は半角数字）

【在】Q46 平成31年2月・令和元年5月・8月に訪問診療・往診・訪問看護を行った患者について、以下の質問をお答えください。患者数は延べ人数と（人）には実患者数をお答えください。（回答は半角数字）

平均患者数				前年同月比					
				2月	5月	8月			
在宅療養支援病院									
訪問診療を行った延べ患者数				97	97	105	110%	105%	112%
(実患者数)				54	54	57	111%	109%	113%
うち、オンライン診療や電話等による診療を行った延べ患者数				0.7	4.2	2.9	78%	406%	312%
(実患者数)				0.7	3.0	2.0	88%	362%	262%
うち、新規の実患者数				1.5	1.7	1.8	115%	123%	132%
うち、看取りに向けて在宅に移行した新規の実患者数				0.4	0.5	0.5	146%	168%	154%
うち、オンライン在宅管理料の算定件数				0.00	0.02	0.00			
うち、看取り加算の算定件数				0.4	0.5	0.6	98%	141%	140%
うち、在宅ターミナルケア加算の算定件数				0.4	0.5	0.5	108%	159%	129%
うち、死亡診断加算の算定件数				0.3	0.3	0.2	96%	123%	92%
うち、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に感染した実患者数				0.000	0.003	0.000			
往診を行った延べ患者数				7.5	8.4	8.1	108%	111%	117%
(実患者数)				5.3	5.6	5.7	113%	116%	121%
訪問看護を行った延べ患者数				14	16	16	105%	108%	110%
(実患者数)				3.3	3.6	3.8	104%	110%	110%
在宅療養支援診療所									
訪問診療を行った延べ患者数				116	120	125	112%	112%	114%
(実患者数)				58	60	61	120%	117%	117%
うち、オンライン診療や電話等による診療を行った延べ患者数				3.8	6.8	4.4	166%	227%	156%
(実患者数)				2.3	4.8	2.6	142%	225%	130%
うち、新規の実患者数				2.6	2.1	2.5	120%	103%	123%
うち、看取りに向けて在宅に移行した新規の実患者数				0.9	0.9	1.0	121%	153%	159%
うち、オンライン在宅管理料の算定件数				0.00	0.00	0.02			
うち、看取り加算の算定件数				0.8	1.0	0.8	141%	145%	133%
うち、在宅ターミナルケア加算の算定件数				0.7	0.9	0.8	139%	141%	129%
うち、死亡診断加算の算定件数				0.2	0.3	0.2	123%	132%	87%
うち、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に感染した実患者数				0	0	0			
往診を行った延べ患者数				17	18	17	126%	128%	120%
(実患者数)				9.3	9.9	9.6	110%	116%	110%
訪問看護を行った延べ患者数				9.7	8.4	8.8	132%	99%	94%
(実患者数)				3.2	2.9	2.8	143%	111%	107%

【在】Q47 個人防護具(PPE)をどのように入手しましたか。(回答はいくつでも)

		0	1	2	3	4	5	6	7	8
1 段目 度数		TOTAL	国や都道府 県からの配布	寄付	通常と同じ業 者からの購入	通常とは異な る業者からの 購入	G-MIS におけ る SOS 機能 の活用	同一法人内で 在庫の融通	地域の他の 医療機関から の支援	その他
2 段目 横%										
0	在宅療養支援 病院	400	339	120	339	167	38	72	14	10
		100.0	84.8	30.0	84.8	41.8	9.5	18.0	3.5	2.5
1	在宅療養支援 診療所	302	239	65	193	120	3	33	15	28
		100.0	79.1	21.5	63.9	39.7	1.0	10.9	5.0	9.3

【在】Q48 令和 2 年 1 月以前より災害時等の非常時に備えて事業継続計画

(BCP)を策定していましたか。(回答はひとつ)

1 段目 度数		0	1	2
2 段目 横%		TOTAL	はい	いいえ
0	在宅療養支援病院	400	129	271
		100.0	32.3	67.8
1	在宅療養支援診療所	302	32	270
		100.0	10.6	89.4

【在】Q49 災害時等の非常時に備えて令和２年１月以前に策定した事業継続計画（BCP）について、以下の質問にお答えください。（回答は横の行ごとにひとつずつ）（Q48「はい」と回答した施設に伺います。）

事業継続計画（BCP）に地域の関係医療機関等との連携を踏まえた内容が含まれていますか

1 段目 度数		0	1	2
2 段目 横%		TOTAL	はい	いいえ
0	在宅療養支援病院	129	65	64
		100.0	50.4	49.6
1	在宅療養支援診療所	32	19	13
		100.0	59.4	40.6

事業継続計画（BCP）に物資の流通業者や医療機器メーカーとの調整や事前の取り決め等が含まれていますか

1 段目 度数		0	1	2
2 段目 横%		TOTAL	はい	いいえ
0	在宅療養支援病院	129	48	81
		100.0	37.2	62.8
1	在宅療養支援診療所	32	9	23
		100.0	28.1	71.9

事業継続計画（BCP）にパンデミックを踏まえた内容が含まれていますか

1 段目 度数		0	1	2
2 段目 横%		TOTAL	はい	いいえ
0	在宅療養支援病院	129	25	104
		100.0	19.4	80.6
1	在宅療養支援診療所	32	12	20
		100.0	37.5	62.5

【在】Q50 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）を踏まえて、パンデミックに備えた事業継続計画（BCP）を策定しましたか。（回答はひとつ）

1 段目 度数		0	1	2
2 段目 横%		TOTAL	はい	いいえ
0	在宅療養支援病院	400	33	367
		100.0	8.3	91.8
1	在宅療養支援診療所	302	32	270
		100.0	10.6	89.4

【在】Q51 都道府県等と契約等を行い、PCR 検査に協力する医療機関となっていますか。

(回答はひとつ)

		0	1	2	3
1 段目 度数		TOTAL	はい	いいえ	現在、都道府県等と調整中
2 段目 横%					
0	在宅療養支援病院	400 100.0	303 75.8	85 21.3	12 3.0
1	在宅療養支援診療所	302 100.0	172 57.0	120 39.7	10 3.3

【在】Q52 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の感染拡大によって、ターミナルケアを行った件数はどのように変化しましたか。 ※在宅ターミナルケア加算や看取り加算等を算定された利用者だけではなく、加算は算定されなかったが算定要件に合致するような状態の利用者についてご回答ください。(回答はひとつ)

		0	1	2	3
1 段目 度数		TOTAL	増加した	変わらない	減少した
2 段目 横%					
0	在宅療養支援病院	400 100.0	15 3.8	381 95.3	4 1.0
1	在宅療養支援診療所	302 100.0	23 7.6	273 90.4	6 2.0

【在】Q53 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の感染拡大によって、ターミナルケアを行った件数が変化した理由として最もあてはまるものについてお答えください。(回答はひとつ)

(「増加した」または「減少した」と回答した施設に伺います。)

		0	1	2	3	4
1 段目 度数		TOTAL	現在入院・入所中の医療機関・介護施設からの依頼	患者本人からの希望	患者家族等からの希望	その他
2 段目 横%						
0	在宅療養支援病院	19 100.0	4 21.1	2 10.5	10 52.6	3 15.8
1	在宅療養支援診療所	29 100.0	9 31.0	3 10.3	13 44.8	4 13.8

Q1 令和2年1～10月に、在宅医療を担当している先生方は、オンライン在宅管理料を算定しましたか。

(回答はひとつ)(特に断りのない場合は、令和2年11月1日現在の状況をお答えください。)

1 段目 度数 2 段目 横%		0	1	2
		TOTAL	算定した	算定していない
0		554	29	525
		100.0	5.2	94.8

Q2 令和2年1～10月に、在宅医療を担当している先生方が、オンライン在宅管理料を算定しなかった理由をお答えください。

(回答はいくつでも)(「オンライン在宅管理料を算定していない」と回答した施設に伺います。)

1 段目 度数 2 段目 横%		0	1	2	3	4	5	6
		TOTAL	適応可能な患者が いないから	適切な対応方法が わからないから	ICT 機器などの数 が十分でないから	患者側の同意が 得られないから	診療報酬が少ない から	その他
0		525	329	94	249	46	56	59
		100.0	62.7	17.9	47.4	8.8	10.7	11.2

Q3 令和2年1～10月に、新規患者のうち、在宅医療に移行した理由として増えているものを3つまでお答えください。（回答は3つまで）

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 段目 度数 2 段目 横%		TOTAL	通院していたが、待合室等での感染リスクがあると考え訪問診療を希望したため	通院していたが、通院介助者が感染リスクを恐れて通院の介助ができなくなったため	通院していたが、外出自粛によりフレイルが進み、通院困難となったため	入院していたが、感染リスクがあると考えて退院を希望したため	入院していたが、看取りに向けて在宅での療養を希望したため	入院していたが、医療機関に退院を促されたため	入所施設が新規の受け入れを中断しており、在宅療養を行うしかなかったため	その他	増えている理由は特にない
0		554 100.0	48 8.7	21 3.8	81 14.6	19 3.4	196 35.4	91 16.4	18 3.2	62 11.2	238 43.0

Q4 貴施設の感染症を専門とした職員をすべてお答えください。（回答はいくつでも）

		0	1	2	3	4
1 段目 度数 2 段目 横%		TOTAL	感染症専門医	感染症看護専門看護師・ 感染管理認定看護師	その他	感染症専門はいない
0		554 100.0	38 6.9	53 9.6	27 4.9	452 81.6

Q5 先生は貴施設の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染症対策の教育・指導を受けましたか。

（回答はひとつ）

		0	1	2
1 段目 度数		TOTAL	受けた	受けていない
2 段目 横%				
0		554	275	279
		100.0	49.6	50.4

Q6 先生が受けた新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染症対策の教育・指導は、どなたから受けましたか。該当するものをすべてお答えください。（回答はいくつでも）（「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染症対策の教育・指導を受けた」と回答した施設に伺います。）

		0	1	2	3	4	5	6	7	8
1 段目 度数		TOTAL	感染症専門 医貴施設内 の職員	その他の医 師貴施設内 の職員	感染症看護 専門看護師・ 感染管理認 定看護師貴 施設内の職 員	貴施設内の 職員その他	感染症専門 医貴施設外	その他の医 師貴施設外	感染症看護 専門看護師・ 感染管理認 定看護師貴 施設外	貴施設外そ の他
2 段目 横%										
0		275	21	60	38	24	122	62	50	36
		100.0	7.6	21.8	13.8	8.7	44.4	22.5	18.2	13.1

Q7 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染対策や最新の知見について、どのように情報を収集しましたか。あてはまるものをすべてお答えください。（回答はいくつでも）

		0	1	2	3	4	5	6
		TOTAL	感染症専門医や感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師から提供される情報	行政からの事務連絡	学会や職能団体等のガイドライン	国立感染症研究所の指針	その他	情報収集はしていない
1 段目	度数	554	242	509	410	242	68	3
2 段目	横%	100.0	43.7	91.9	74.0	43.7	12.3	0.5

Q8 貴施設の感染症対策について、貴施設外で相談しましたか。あてはまるものをすべてお答えください。（回答はいくつでも）

		0	1	2	3	4	5	6	7
		TOTAL	外部の感染症専門医や感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師	保健所	地区医師会	在宅医療関連団体	他の医療機関の専門家	その他	貴施設内で解決できた（貴施設外に相談したことはなかった）
1 段目	度数	554	130	278	197	23	83	33	129
2 段目	横%	100.0	23.5	50.2	35.6	4.2	15.0	6.0	23.3

Q9 地域の在宅医療・介護関係機関が統一した感染対策を行えるようマニュアルを整備・運用しましたか。（回答はひとつ）

1 段目 度数		0	1	2
2 段目 横%		TOTAL	はい	いいえ
0		554 100.0	133 24.0	421 76.0

Q10 マニュアル等は、どのように作成しましたか。最もあてはまるものをひとつお答えください。

（回答はひとつ）（「マニュアルを整備・運用した」と回答した施設に伺います。）

		0	1	2	3	4
1 段目 度数		TOTAL	貴施設職員が主体的に作成した	地域の関係者で共同作成した	学会や職能団体等のガイドライン、国立感染症研究所の指針などを共有した	その他
2 段目 横%						
0		133 100.0	61 45.9	11 8.3	54 40.6	7 5.3

Q11 令和2年1月以前より、地域における在宅医療・介護関係者間で、感染症対策にかかる研修会など統一した感染対策を行うための学習・共有の機会がありましたか。（回答はひとつ）

1 段目 度数		0	1	2
2 段目 横%		TOTAL	はい	いいえ
0		554 100.0	174 31.4	380 68.6

Q12 貴施設は他の在宅医療・介護関係機関に対し感染症対策について助言・指導を行いましたか。（回答はひとつ）

1 段目 度数		0	1	2
2 段目 横%		TOTAL	はい	いいえ
0		554 100.0	232 41.9	322 58.1

Q13 令和2年1～10月の間で在宅医療を担当する職員で、予定外の人材確保が必要となったことがありましたか。（回答はひとつ）

1 段目 度数		0	1	2
2 段目 横%		TOTAL	はい	いいえ
0		554 100.0	50 9.0	504 91.0

Q14 予定外の人材確保が必要となった理由として、当てはまるものをすべてお答えください。（回答はいくつでも）（「予定外の人材確保が必要となったことがある」と回答した施設に伺います。）

		0	1	2	3	4	5	6	7
1 段目 度数 2 段目 横%		TOTAL	職員に新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染者・濃厚接触者が発生したため	職員で急な退職者が発生したため	患者数が急に増加したため	1人当たりの訪問診療にかかる時間が長くなり、より多くの人材が必要となったため	保育所等の休園に伴い職員の出勤が困難となったため	事務作業が増加したため	その他
0		50 100.0	5 10.0	22 44.0	14 28.0	11 22.0	8 16.0	20 40.0	3 6.0

Q15 予定外の人材確保を必要とした職種をすべてお答えください。（回答はいくつでも）（「予定外の人材確保が必要となったことがある」と回答した施設に伺います。）

		0	1	2	3	4	5
1 段目 度数 2 段目 横%		TOTAL	医師	看護職員	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	事務職員	その他
0		50 100.0	19 38.0	37 74.0	3 6.0	26 52.0	4 8.0

Q16 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の感染拡大によって、どのようなことが負担になりましたか。主なものを3つまでお答えください。(回答は3つまで)

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		TOTAL	感染防護対策	患者・家族等とのコミュニケーション	職員の罹患や濃厚接触等によるシフト変更	保育所等の休園に伴う職員の出勤困難	事務作業の増加	訪問前の電話等による患者の状態確認及び訪問順の調整	離職を希望する職員の増加該当する職種:	その他	特に負担になることはなかった
1 段目	度数	554	504	277	102	55	256	131	10	16	13
2 段目	横%	100.0	91.0	50.0	18.4	9.9	46.2	23.6	1.8	2.9	2.3

Q1 貴訪問看護ステーションの開設主体をお答えください。（回答はひとつ）◎ 貴施設についてお伺いします。貴施設について回答できる管理者の方等
 にご回答くださいますようお願いいたします。（特に断りのない場合は、令和2年11月1日現在の状況をお答えください。）

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 段目 度数		TOTAL	都道府 県・市区 町村・地 方独立 行政法 人・広域 連合・一 部事務 組合	日本赤 十字社・ 社会保 険関係 団体	医療法 人	医師会	看護協 会	社団・財 団法人 （医師 会・看護 協会は 含まな い）	社会福 祉法人 （社会福 祉協議 会含む）	農業協 同組合 及び連 合会	消費生 活協同 組合及 び連合 会	営利法 人（株 式・合 名・合 資・有限 会社）	特定非営 利活動法 人（NPO）	その他
2 段目 横%														
0		222 100.0	9 4.1	1 0.5	55 24.8	6 2.7	4 1.8	7 3.2	18 8.1	5 2.3	2 0.9	104 46.8	5 2.3	6 2.7

<実人数> Q2_1 貴訪問看護ステーションの(実人数／常勤換算)について以下の質問にお答えください。(回答は半角数字) ※該当がないものは0を入力してください。

1 段目 度数		0	1
		TOTAL	平均値
2 段目 横%			
1	看護師・保健師・助産師	222 100.0	7.0
2	准看護師	222 100.0	0.5
3	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	222 100.0	3.0
4	その他の職員	222 100.0	1.0

<常勤換算> Q2.2 貴訪問看護ステーションの(実人数／常勤換算)について以下の質問にお答えください。(回答は半角数字) ※該当がないものは0を入力してください。

1 段目 度数		0	1
		TOTAL	平均値
2 段目 横%			
1	看護師・保健師・助産師	222 100.0	5.2
2	准看護師	222 100.0	0.3
3	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	222 100.0	2.0
4	その他の職員	222 100.0	0.7

Q3_1 貴訪問看護ステーションの以下の届出区分について、あてはまるものをお答えください。（回答はいくつでも）

		0	1	2	3	4
1 段目 度数		TOTAL	(訪問看護事業所) 看護体制強化加算	(訪問看護事業所) 看護体制強化加算	(介護予防訪問看護 事業所)看護体制強 化加算	届出なし
2 段目 横%			(I)	(II)		
0		222 100.0	11 5.0	11 5.0	5 2.3	198 89.2

Q3_2 貴訪問看護ステーションの以下の届出区分について、あてはまるものをお答えください。（回答はひとつ）

		0	1	2	3	4
1 段目 度数		TOTAL	機能強化型訪問看 護管理療養費 1	機能強化型訪問看 護管理療養費 2	機能強化型訪問看 護管理療養費 3	届出なし
2 段目 横%						
0		222 100.0	7 3.2	9 4.1	3 1.4	203 91.4

Q3_3 貴訪問看護ステーションのターミナルケア加算の届出状況【介護保険】（回答はひとつ）

		0	1	2
1 段目 度数		TOTAL	届出なし	届出あり
2 段目 横%				
0		222 100.0	36 16.2	186 83.8

Q3_4 貴訪問看護ステーションの訪問看護ターミナルケア療養費の届出状況【医療保険】(回答はひとつ)

		0	1	2	3
1 段目 度数		TOTAL	訪問看護ターミナルケア療養費 1	訪問看護ターミナルケア療養費 2	なし
2 段目 横%					
0		222 100.0	163 73.4	3 1.4	56 25.2

Q3_5 貴訪問看護ステーションの緊急時訪問看護加算の届出状況【介護保険】(回答はひとつ)

		0	1	2
1 段目 度数		TOTAL	届出なし	届出あり
2 段目 横%				
0		222 100.0	28 12.6	194 87.4

Q3_6 貴訪問看護ステーションの 24 時間対応体制加算の届出状況【医療保険】（回答はひとつ）

1 段目 度数		0	1	2
		TOTAL	届出なし	届出あり
2 段目 横%				
0		222 100.0	32 14.4	190 85.6

Q3_7 貴訪問看護ステーションの特別管理加算の届出状況【医療保険】（回答はひとつ）

1 段目 度数		0	1	2
		TOTAL	届出なし	届出あり
2 段目 横%				
0		222 100.0	30 13.5	192 86.5

Q3_8 貴訪問看護ステーションの特別管理加算の届出状況【介護保険】（回答はひとつ）

1 段目 度数		0	1	2
		TOTAL	届出なし	届出あり
2 段目 横%				
0		222 100.0	24 10.8	198 89.2

＜令和 2 年＞ Q4_1 令和 2 年及び平成 31 年～令和元年の 2 月・5 月・8 月における緊急時訪問看護加算の算定件数をお答えください。（回答は半角数字）※該当がないものは 0 を入力してください。（「緊急時訪問看護加算の届出あり」と回答した施設に伺います。）

1 段目 度数		0	1
		TOTAL	平均値
2 段目 横%			
1	2 月	194 100.0	31.3
2	5 月	194 100.0	44.5
3	8 月	194 100.0	36.2

<平成 31 年・令和元年 > Q4_2 令和 2 年及び平成 31 年～令和元年の 2 月・5 月・8 月における緊急時訪問看護加算の算定件数をお答えください。

(回答は半角数字)※該当がないものは 0 を入力してください。(「緊急時訪問看護加算の届出あり」と回答した施設に伺います。)

1 段目 度数		0	1
		TOTAL	平均値
2 段目 横%			
1	2 月	194 100.0	29.2
2	5 月	194 100.0	29.8
3	8 月	194 100.0	31.0

<令和2年> Q5_1 令和2年及び平成31年～令和元年の2月・5月・8月における24時間対応体制加算の算定件数をお答えください。（回答は半角数字）※該当がないものは0を入力してください。（「24時間対応体制加算の届出あり」と回答した施設に伺います。）

1 段目 度数		0	1
		TOTAL	平均値
2 段目 横%			
1	2 月	190 100.0	16.7
2	5 月	190 100.0	17.5
3	8 月	190 100.0	18.3

<平成 31 年・令和元年 > Q5_2 令和 2 年及び平成 31 年～令和元年の 2 月・5 月・8 月における 24 時間対応体制加算の算定件数をお答えください。

(回答は半角数字)※該当がないものは 0 を入力してください。(「24 時間対応体制加算の届出あり」と回答した施設に伺います。)

1 段目 度数		0	1
		TOTAL	平均値
2 段目 横%			
1	2 月	190 100.0	14.7
2	5 月	190 100.0	15.6
3	8 月	190 100.0	16.5

<【1】訪問看護を行った利用者実数(医療保険と介護保険の合計)> Q6_1 令和2年の2月・5月・8月に訪問看護を行った利用者についてお答えください。(回答は半角数字)※該当がないものは0を入力してください。

1 段目 度数		0	1
		TOTAL	平均値
2 段目 横%			
1	令和2年2月	222 100.0	96.9
2	令和2年5月	222 100.0	97.7
3	令和2年8月	222 100.0	102.4

<【2】うち、訪問看護を行った新規利用者実数> Q6_2 令和2年の2月・5月・8月に訪問看護を行った利用者についてお答えください。（回答は半角数字）※該当がないものは0を入力してください。

1 段目 度数		0	1
		TOTAL	平均値
2 段目 横%			
1	令和2年2月	222 100.0	3.8
2	令和2年5月	222 100.0	3.9
3	令和2年8月	222 100.0	4.0

<【3】うち、電話等による訪問看護を行った※利用者実数> Q6_3 令和2年の2月・5月・8月に訪問看護を行った利用者についてお答えください。（回答は半角数字）※該当がないものは0を入力してください。

1 段目 度数		0	1
		TOTAL	平均値
2 段目 横%			
1	令和2年5月	222 100.0	0.8
2	令和2年8月	222 100.0	0.6

<【4】うち、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者であった利用者実数> Q6_4 令和2年の2月・5月・8月に訪問看護を行った利用者についてお答えください。(回答は半角数字)※該当がないものは0を入力してください。

1 段目 度数		0	1
		TOTAL	平均値
2 段目 横%			
1	令和2年2月	222 100.0	0.0
2	令和2年5月	222 100.0	0.0
3	令和2年8月	222 100.0	0.0

<【1】訪問看護を行った利用者実数(医療保険と介護保険の合計)> Q7_1 平成31年2月・令和元年の5月・8月に訪問看護を行った利用者についてお答えください。(回答は半角数字)※該当がないものは0を入力してください。

1 段目 度数		0	1
		TOTAL	平均値
2 段目 横%			
1	平成31年2月	222 100.0	87.8
2	令和元年5月	222 100.0	92.9
3	令和元年8月	222 100.0	95.1

<【2】うち訪問看護を行った新規利用者実数> Q7_2 平成 31 年 2 月・令和元年の 5 月・8 月に訪問看護を行った利用者についてお答えください。（回答は半角数字）※該当がないものは 0 を入力してください。

1 段目 度数		0	1
		TOTAL	平均値
2 段目 横%			
1	平成 31 年 2 月	222 100.0	4.2
2	令和元年 5 月	222 100.0	4.4
3	令和元年 8 月	222 100.0	4.5

Q8 令和2年4～10月に、電話等による訪問看護を行った場合に訪問看護管理療養費(医療保険)や20分未満の訪問看護費(介護保険)を算定しましたか。(回答はひとつ)

1 段目 度数		0	1	2
		TOTAL	算定した	算定していない
2 段目 横%				
0		222 100.0	23 10.4	199 89.6

Q9 電話等による訪問看護を行った場合に訪問看護管理療養費(医療保険)や20分未満の訪問看護費(介護保険)を算定しなかった理由をお答えください。(回答はいくつでも) (「訪問看護管理療養費(医療保険)や20分未満の訪問看護費(介護保険)を算定していない」と回答した施設に伺います。)

1 段目 度数		0	1	2	3	4	5
		TOTAL	適応可能な利用者がいないから	適切な対応方法がわからないから	ICT 機器や電話などの数が十分でないから	利用者側の同意が得られないから	その他
2 段目 横%							
0		199 100.0	156 78.4	34 17.1	6 3.0	25 12.6	20 10.1

Q10 令和2年1～10月に、新規利用者のうち、在宅医療に移行した（訪問看護を導入した）理由として増えているものを3つまでお答えください。

（回答は3つまで）

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 段目 度数		TOTAL	通院していたが、待合室等での感染リスクがあると考え訪問看護を希望したため	通院していたが、通院介助者が感染リスクを恐れて通院の介助ができなくなったため	通院していたが、外出自粛によりフレイルが進行し、通院困難となったため	入院していたが、感染リスクがあると考えて退院を希望したため	入院していたが、看取りに向けて在宅での療養を希望したため	入院していたが、医療機関に退院を促されたため	入所施設が新規の受け入れを中断しており、在宅療養を行うしかなかったため	その他	増えている理由は特にない
2 段目 横%											
0		222	12	13	29	29	129	81	13	37	48
		100.0	5.4	5.9	13.1	13.1	58.1	36.5	5.9	16.7	21.6

Q11 貴施設は新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染症対策の教育・指導を受けましたか。（回答はひとつ）

1 段目 度数		0	1	2
		TOTAL	受けた	受けていない
2 段目 横%				
0		222 100.0	128 57.7	94 42.3

Q12 あなたが受けた新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染症対策の教育・指導は、どなたから受けましたか。あてはまるものをすべてお答えください。（「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染症対策の教育・指導を受けた」と回答した施設に伺います。）

1 段目 度数		0	1	2	3	4	5	6
		TOTAL	貴施設の職員 感染症看護専門看護師または 感染管理認定看護師	貴施設の職員 その他	感染症専門医	その他の医師	施設外の職員 感染症看護専門看護師または 感染管理認定看護師	施設外の職員 その他
2 段目 横%								
0		128 100.0	22 17.2	43 33.6	15 11.7	26 20.3	37 28.9	28 21.9

Q13 貴施設の職員で感染症を専門とする研修等を受講された職員をすべてお答えください。（回答はいくつでも）

		0	1	2	3	4
1 段目 度数	2 段目 横%	TOTAL	感染症看護専門看護師	感染管理認定看護師	その他	研修を受けた職員はいない
0		222 100.0	4 1.8	17 7.7	37 16.7	166 74.8

Q14 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染対策や最新の知見について、どのように情報を収集しましたか。あてはまるものをすべてお答えください。（回答はいくつでも）

		0	1	2	3	4	5	6
1 段目 度数	2 段目 横%	TOTAL	感染症専門医や感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師から提供される情報	行政からの事務連絡	学会や職能団体等のガイドライン	国立感染症研究所の指針	その他	情報収集はしていない
0		222 100.0	83 37.4	208 93.7	142 64.0	59 26.6	40 18.0	0 0.0

Q15 貴施設の感染症対策について、どこに相談しましたか。あてはまるものをすべてお答えください。（回答はいくつでも）

		0	1	2	3	4	5	6	7	8
1 段目 度数		TOTAL	外部の感染症 専門医や感染 管理認定看護 師・感染症看 護専門看護師	保健所	地区医師会	地区の訪問看 護連絡協議会 など訪問看護 団体	在宅医療関連 団体	他の医療 機関の専 門家	その他	貴施設内 で解決で きた（相 談したこ とはなか った）
2 段目 横%										
0		222 100.0	23 10.4	77 34.7	10 4.5	101 45.5	26 11.7	19 8.6	44 19.8	42 18.9

Q16 貴施設は他の訪問看護ステーションや訪問介護事業所等に対し感染症対策について助言・指導を行いましたか。（回答はひとつ）

		0	1	2
1 段目 度数		TOTAL	はい	いいえ
2 段目 横%				
0		222 100.0	89 40.1	133 59.9

Q17 地域の在宅医療・介護関係機関が統一した感染対策を行えるようマニュアル等を策定・運用しましたか。（回答はひとつ）

		0	1	2
1 段目 度数		TOTAL	はい	いいえ
2 段目 横%				
0		222 100.0	83 37.4	139 62.6

Q18 マニュアル等は、どのように作成しましたか。最もあてはまるものをひとつお答えください。（回答はひとつ）（「マニュアル等を策定・運用した」と回答した施設に伺います。）

		0	1	2	3	4
1 段目 度数		TOTAL	貴施設職員が主体的に作成	地域の関係者で共同作成した	学会や職能団体等のガイドライン、国立感染症研究所の指針などを共有した	その他
2 段目 横%						
0		83 100.0	28 33.7	9 10.8	37 44.6	9 10.8

Q19 令和2年1月以前より、地域における在宅医療・介護関係者間で、感染症対策にかかる研修会など統一した感染対策を行うための学習・共有の機会
 ありましたか。（回答はひとつ）

		0	1	2
1 段目 度数		TOTAL	はい	いいえ
2 段目 横%				
0		222 100.0	110 49.5	112 50.5

Q20 令和2年1～10月の間で予定外の人材確保が必要となったことがありましたか。（回答はひとつ）

		0	1	2
1 段目 度数		TOTAL	はい	いいえ
2 段目 横%				
0		222 100.0	50 22.5	172 77.5

Q21 予定外の人材確保が必要となった理由として、当てはまるものをすべてお答えください。（回答はいくつでも）（「予定外の人材確保が必要となったことがある」と回答した施設に伺います。）

1 段目 度数 2 段目 横%		0	1	2	3	4	5	6	7
		TOTAL	職員に新型コロナウイルスの感染者・濃厚接触者が発生したため	職員で急な退職者が発生したため	利用者が急に増加したため	1 人当たりの訪問時間が長くなり、より多くの人材が必要となったため	保育所等の休園に伴い職員の出勤が困難となったため	事務作業が増加したため	その他
0		50 100.0	5 10.0	29 58.0	17 34.0	12 24.0	11 22.0	8 16.0	11 22.0

Q22 予定外の人材確保を必要とした職種をすべてお答えください。（回答はいくつでも）（「予定外の人材確保が必要となったことがある」と回答した施設に伺います。）

1 段目 度数		0	1	2	3	4
		TOTAL	看護職員	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	事務職員	その他
2 段目 横%						
0		50	50	10	3	0
		100.0	100.0	20.0	6.0	0.0

Q23 個人防護具(PPE)は新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行前から備蓄していましたか。また、備蓄していた施設では何日分の備蓄をしていたかについてもお答えください。(回答はひとつ)

1 段目 度数		0	1	2
		TOTAL	していた(約)	していなかった
2 段目 横%				
0		222 100.0	88 39.6	134 60.4

<していた(約)> Q23 個人防護具(PPE)は新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行前から備蓄していましたか。また、備蓄していた施設では何日分の備蓄をしていたかについてもお答えください。(回答はひとつ)

1 段目 度数		0	1
		TOTAL	平均値
2 段目 横%			
0		88 100.0	19.6

Q24 個人防護具(PPE)をどのように入手しましたか。(回答はいくつでも)

		0	1	2	3	4	5	6	7
1 段目 度数		TOTAL	国や都道府県からの配布	寄付	通常と同じ業者からの購入	通常とは異なる業者からの購入	同一法人内で在庫の融通をした	地域の他の医療機関等からの支援	その他
2 段目 横%									
0		222	143	49	122	87	95	10	24
		100.0	64.4	22.1	55.0	39.2	42.8	4.5	10.8

Q25 令和2年1月以前から、災害時等の非常時に備えて事業継続計画(BCP)を策定していましたか。(回答はひとつ)

		0	1	2
1 段目 度数		TOTAL	はい	いいえ
2 段目 横%				
0		222	63	159
		100.0	28.4	71.6

Q26 災害時等の非常時に備えて策定した事業継続計画(BCP)について、以下の質問にお答えください。(回答は横の行ごとにひとつずつ) (「令和2年1月以前から、事業継続計画(BCP)を策定していた」と回答した施設に伺います。)

1 段目 度数		0	1	2
		TOTAL	はい	いいえ
2 段目 横%				
1	事業継続計画(BCP)に地域の関係医療機関や訪問看護ステーション等との連携を踏まえた内容が含まれていますか	63 100.0	32 50.8	31 49.2
2	事業継続計画(BCP)に物資の流通業者や医療機器メーカーとの調整や事前の取り決め等が含まれていますか	63 100.0	14 22.2	49 77.8
3	事業継続計画(BCP)にパンデミックを踏まえた内容が含まれていますか	63 100.0	15 23.8	48 76.2

Q27 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)を踏まえて、パンデミックに備えた事業継続計画(BCP)を策定しましたか。(回答はひとつ)

1 段目 度数		0	1	2
		TOTAL	はい	いいえ
2 段目 横%				
0		222 100.0	44 19.8	178 80.2

Q28 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の感染拡大によって、どのようなことが負担になりましたか。主なものを3つまでお答えください。(回答は3つまで)

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		TOTAL	感染防護対策	利用者・家族等とのコミュニケーション	職員の罹患や濃厚接触等によるシフト変更	保育所等の休園に伴う職員の出勤困難	事務作業の増加	訪問前の電話等による利用者の状態確認及び訪問順の調整	離職を希望する職員の増加該当する職種:	その他	特に負担になることはなかった
1 段目	度数										
2 段目	横%										
0		222	203	108	70	44	58	46	2	19	0
		100.0	91.4	48.6	31.5	19.8	26.1	20.7	0.9	8.6	0.0

Q29 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の感染拡大によって、ターミナルケアの件数はどのように変化しましたか。 ※ターミナルケア加算や訪問看護ターミナルケア療養費を算定された利用者だけではなく、加算は算定されなかったが算定要件に合致するような利用者も含めご回答ください。(回答はひとつ)

		0	1	2	3
1 段目 度数		TOTAL	増加した	変わらない	減少した
2 段目 横%					
0		222 100.0	54 24.3	163 73.4	5 2.3

Q30 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の感染拡大によって、ターミナルケアの件数が変化した理由として最もあてはまるものをひとつお答えください。(回答はひとつ) (「ターミナルケアの件数が増加した」または「減少した」と回答した施設に伺います。)

		0	1	2	3	4
1 段目 度数		TOTAL	現在入院・入所中の医療機関・介護施設からの依頼	利用者本人からの希望	利用者家族からの希望	その他
2 段目 横%						
0		59 100.0	24 40.7	3 5.1	29 49.2	3 5.1

Q1 貴施設の開設主体をお答えください。（回答はひとつ）◎ 貴事業所についてお伺いします。貴事業所について、回答可能な管理者等がご回答くださいますようお願いいたします。（特に断りのない場合は、令和2年11月1日現在の状況をお答えください。）

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 段目 度数		TOTAL	都道府 県・市区 町村・広 域連合・ 一部事務 組合	社会福祉 協議会	社会福祉 法人（社協 以外）	医療法人	社団・財 団法人	協同組合 及び連合 会	営利法人 （株式・合 名・合資・ 合同・有限 会社）	特定非営利 活動法人 （NPO）	その他の 法人	その他
2 段目 横%												
0		175 100.0	4 2.3	14 8.0	36 20.6	36 20.6	5 2.9	2 1.1	71 40.6	4 2.3	3 1.7	0 0.0

＜実人数＞ Q2_1 貴施設の職員数(実人数／常勤換算※)について以下の質問にお答えください。 ※該当がないものは0を入力してください。(回答は半角数字)

1 段目 度数		0	1
		TOTAL	平均値
2 段目 横%			
1	介護支援専門員	175 100.0	3.2
2	うち、主任介護支援専門員	175 100.0	1.4
3	うち、その他の職員(管理者含む)	175 100.0	1.8

＜常勤換算数＞ Q2_2 貴施設の職員数(実人数／常勤換算※)について以下の質問にお答えください。 ※該当がないものは0を入力してください。(回答は半角数字)

1 段目 度数		0	1
		TOTAL	平均値
2 段目 横%			
1	介護支援専門員	175 100.0	2.8
2	うち、主任介護支援専門員	175 100.0	1.3
3	うち、その他の職員(管理者含む)	175 100.0	1.5

Q3 貴施設の特定事業所加算の届出状況について、あてはまるものをお答えください。（回答はひとつ）

1 段目 度数		0	1	2	3	4	5
2 段目 横%		TOTAL	特定事業所加算 (I)	特定事業所加算 (II)	特定事業所加算 (III)	特定事業所加算 (IV)	届出なし
0		175	3	40	25	0	107
		100.0	1.7	22.9	14.3	0.0	61.1

<令和2年2月> Q4_1_1 令和2年2月・5月・8月の利用者についてお答えください(実数)。※該当がないものは0を入力してください。

1 段目 度数		0	1
2 段目 横%		TOTAL	平均値
1	要支援 1・2(全利用者数)	175 100.0	15.7
2	うち、新規利用者数	175 100.0	0.5
3	要介護 1・2(全利用者数)	175 100.0	48.2
4	うち、新規利用者数	175 100.0	1.2
5	要介護 3～5(全利用者数)	175 100.0	25.1
6	うち、新規利用者数	175 100.0	0.6

＜令和２年５月＞ Q4_1_2 令和２年２月・５月・８月の利用者についてお答えください(実数)。※
該当がないものは０を入力してください。(回答は半角数字)

1 段目 度数		0	1
		TOTAL	平均値
2 段目 横%			
1	要支援 1・2(全利用者数)	175 100.0	15.7
2	うち、新規利用者数	175 100.0	0.4
3	要介護 1・2(全利用者数)	175 100.0	49.0
4	うち、新規利用者数	175 100.0	1.2
5	要介護 3～5(全利用者数)	175 100.0	26.1
6	うち、新規利用者数	175 100.0	0.6

＜令和２年８月＞ Q4_1_3 令和２年２月・５月・８月の利用者についてお答えください(実数)。※
該当がないものは０を入力してください。(回答は半角数字)

1 段目 度数		0	1
		TOTAL	平均値
2 段目 横%			
1	要支援 1・2(全利用者数)	175 100.0	16.0
2	うち、新規利用者数	175 100.0	0.4
3	要介護 1・2(全利用者数)	175 100.0	49.4
4	うち、新規利用者数	175 100.0	1.4
5	要介護 3～5(全利用者数)	175 100.0	26.9
6	うち、新規利用者数	175 100.0	0.7

＜令和２年２月＞人＞ Q4_2_1 令和２年２月・５月・８月の利用者についてお答えください(実数)。※該当がないものは０を入力してください。(回答は半角数字)

1 段目 度数		0	1
		TOTAL	平均値
2 段目 横%			
1	【1】訪問診療を行っている利用者数	175 100.0	9.5
2	うち、新規利用者数	175 100.0	0.2
3	【2】訪問看護を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	11.5
4	うち、新規利用者数	175 100.0	0.3
5	【3】訪問リハビリテーションを計画に取り入れている利用者数	175 100.0	4.0
6	うち、新規利用者数	175 100.0	0.1
7	【4】医師が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	6.8
8	うち、新規利用者数	175 100.0	0.2
9	【5】薬剤師が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	5.6
10	うち、新規利用者数	175 100.0	0.1
11	【6】管理栄養士が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	0.1
12	うち、新規利用者数	175 100.0	0.0

<令和2年5月>人> Q4.2.2 令和2年2月・5月・8月の利用者についてお答えください(実数)。※該当がないものは0を入力してください。(回答は半角数字)

1 段目 度数		0	1
		TOTAL	平均値
2 段目 横%			
1	【1】訪問診療を行っている利用者数	175 100.0	9.6
2	うち、新規利用者数	175 100.0	0.2
3	【2】訪問看護を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	11.6
4	うち、新規利用者数	175 100.0	0.3
5	【3】訪問リハビリテーションを計画に取り入れている利用者数	175 100.0	4.2
6	うち、新規利用者数	175 100.0	0.1
7	【4】医師が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	7.0
8	うち、新規利用者数	175 100.0	0.1
9	【5】薬剤師が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	5.8
10	うち、新規利用者数	175 100.0	0.1
11	【6】管理栄養士が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	0.1
12	うち、新規利用者数	175 100.0	0.0

＜令和２年８月＞人＞ Q4_2.3 令和２年２月・５月・８月の利用者についてお答えください(実数)。※該当がないものは０を入力してください。(回答は半角数字)

1 段目 度数		0	1
		TOTAL	平均値
2 段目 横%			
1	【1】訪問診療を行っている利用者数	175 100.0	9.9
2	うち、新規利用者数	175 100.0	0.3
3	【2】訪問看護を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	12.2
4	うち、新規利用者数	175 100.0	0.4
5	【3】訪問リハビリテーションを計画に取り入れている利用者数	175 100.0	4.4
6	うち、新規利用者数	175 100.0	0.1
7	【4】医師が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	7.2
8	うち、新規利用者数	175 100.0	0.3
9	【5】薬剤師が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	6.0
10	うち、新規利用者数	175 100.0	0.2
11	【6】管理栄養士が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	0.1
12	うち、新規利用者数	175 100.0	0.0

＜平成 31 年 2 月＞ Q5_1_1 平成 31 年 2 月・令和元年 5 月・8 月の利用者についてお答えください(実数)。※該当がないものは 0 を入力してください。(回答は半角数字)

1 段目 度数		0	1
		TOTAL	平均値
2 段目 横%			
1	要支援 1・2(全利用者数)	175 100.0	14.8
2	うち、新規利用者数	175 100.0	0.2
3	要介護 1・2(全利用者数)	175 100.0	45.4
4	うち、新規利用者数	175 100.0	0.9
5	要介護 3～5(全利用者数)	175 100.0	23.2
6	うち、新規利用者数	175 100.0	0.5

＜令和元年 5 月＞ Q5_1_2 平成 31 年 2 月・令和元年 5 月・8 月の利用者についてお答えください(実数)。※該当がないものは 0 を入力してください。(回答は半角数字)

1 段目 度数		0	1
		TOTAL	平均値
2 段目 横%			
1	要支援 1・2(全利用者数)	175 100.0	14.9
2	うち、新規利用者数	175 100.0	0.3
3	要介護 1・2(全利用者数)	175 100.0	46.6
4	うち、新規利用者数	175 100.0	1.1
5	要介護 3～5(全利用者数)	175 100.0	24.5
6	うち、新規利用者数	175 100.0	0.6

＜令和元年 8 月＞ Q5_1_3 平成 31 年 2 月・令和元年 5 月・8 月の利用者についてお答えください
(実数)。※該当がないものは 0 を入力してください。(回答は半角数字)

1 段目 度数		0	1
		TOTAL	平均値
2 段目 横%			
1	要支援 1・2(全利用者数)	175 100.0	15.2
2	うち、新規利用者数	175 100.0	0.4
3	要介護 1・2(全利用者数)	175 100.0	46.9
4	うち、新規利用者数	175 100.0	1.5
5	要介護 3～5(全利用者数)	175 100.0	24.7
6	うち、新規利用者数	175 100.0	0.5

＜平成 31 年 2 月＞人＞ Q5_2_1 平成 31 年 2 月・令和元年 5 月・8 月の利用者についてお答えください(実数)。※該当がないものは 0 を入力してください。(回答は半角数字)

1 段目 度数		0	1
		TOTAL	平均値
2 段目 横%			
1	【1】訪問診療を行っている利用者数	175 100.0	8.0
2	うち、新規利用者数	175 100.0	0.1
3	【2】訪問看護を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	9.9
4	うち、新規利用者数	175 100.0	0.3
5	【3】訪問リハビリテーションを計画に取り入れている利用者数	175 100.0	3.5
6	うち、新規利用者数	175 100.0	0.0

7	【4】医師が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	6.0
8	うち、新規利用者数	175 100.0	0.1
9	【5】薬剤師が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	3.9
10	うち、新規利用者数	175 100.0	0.0
11	【6】管理栄養士が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	0.1
12	うち、新規利用者数	175 100.0	0.0

＜令和元年 5 月＞人＞ Q5_2_2 平成 31 年 2 月・令和元年 5 月・8 月の利用者についてお答えください(実数)。※該当がないものは 0 を入力してください。(回答は半角数字)

1 段目 度数		0	1
2 段目 横%		TOTAL	平均値
1	【1】訪問診療を行っている利用者数	175 100.0	8.5
2	うち、新規利用者数	175 100.0	0.2
3	【2】訪問看護を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	10.0
4	うち、新規利用者数	175 100.0	0.3
5	【3】訪問リハビリテーションを計画に取り入れている利用者数	175 100.0	3.6
6	うち、新規利用者数	175 100.0	0.1
7	【4】医師が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	6.4
8	うち、新規利用者数	175 100.0	0.1
9	【5】薬剤師が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	4.3

10	うち、新規利用者数	175 100.0	0.1
11	【6】管理栄養士が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	0.1
12	うち、新規利用者数	175 100.0	0.0

＜令和元年 8 月＞人＞ Q5_2_3 平成 31 年 2 月・令和元年 5 月・8 月の利用者についてお答えください(実数)。※該当がないものは 0 を入力してください。(回答は半角数字)

1 段目 度数		0	1
2 段目 横%		TOTAL	平均値
1	【1】訪問診療を行っている利用者数	175 100.0	8.6
2	うち、新規利用者数	175 100.0	0.3
3	【2】訪問看護を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	10.2
4	うち、新規利用者数	175 100.0	0.3
5	【3】訪問リハビリテーションを計画に取り入れている利用者数	175 100.0	3.9
6	うち、新規利用者数	175 100.0	0.1
7	【4】医師が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	6.4
8	うち、新規利用者数	175 100.0	0.2
9	【5】薬剤師が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	4.3
10	うち、新規利用者数	175 100.0	0.1
11	【6】管理栄養士が行う居宅療養管理指導を計画に取り入れている利用者数	175 100.0	0.1
12	うち、新規利用者数	175 100.0	0.0

Q6 令和2年1～10月に、新規利用者のうち、在宅医療に移行した理由として増えているものを3つまでお答えください。（回答は3つまで）

1 段目 度数 2 段目 横%		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		TOTAL	通院していたが、待合室等での感染リスクがあると考え訪問診療・訪問看護を希望したため	通院していたが、通院介助者が感染リスクを恐れて通院の介助ができなくなったため	通院していたが、外出自粛によりフレイルが進行し、通院困難となったため	入院していたが、看取りに向けて在宅での療養を希望したため	入院していたが、感染リスクがあると考えて退院を希望したため	入院していたが、医療機関に退院を促されたため	入所施設が新規の受け入れを中断しており、在宅療養を行うしかなかったため	その他	増えている理由は特にない
0		175 100.0	13 7.4	9 5.1	25 14.3	68 38.9	6 3.4	45 25.7	5 2.9	35 20.0	52 29.7

Q7 貴施設は新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染症対策の教育・指導を受けましたか。（回答はひとつ）

1 段目 度数		0	1	2
		TOTAL	受けた	受けていない
2 段目 横%				
0		175	103	72
		100.0	58.9	41.1

Q8 あなたが受けた新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染症対策の教育・指導は、どなたから受けましたか。あてはまるものをすべてお答えください。（回答はいくつでも）（「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染症対策の教育・指導を受けた」と回答した施設に伺います。）

		0	1	2	3	4
1 段目 度数	2 段目 横%	TOTAL	感染症専門医	その他の医師	感染症看護専門看護師または感染管理認定看護師	その他
		103 100.0	14 13.6	36 35.0	23 22.3	50 48.5

Q9 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関わる感染対策や最新の知見について、どのように情報を収集しましたか。あてはまるものをすべてお答えください。（回答はいくつでも）

		0	1	2	3	4	5	6
1 段目 度数	2 段目 横%	TOTAL	感染症専門医や感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師から提供される情報	行政からの事務連絡	学会や職能団体等のガイドライン	国立感染症研究所の指針	その他	情報収集はしていない
		175 100.0	55 31.4	167 95.4	62 35.4	28 16.0	44 25.1	1 0.6

Q10 貴施設は感染症対策について、どこに相談しましたか。あてはまるものをすべてお答えください。（回答はいくつでも）

		0	1	2	3	4	5	6	7
1 段目 度数		TOTAL	外部の感染症専門医や感染管理認定看護師・感染症看護専門看護師	保健所	地区医師会	在宅医療関連団体	他の医療機関の専門家	その他	貴施設内で解決できた（相談したことはなかった）
2 段目 横%									
0		175 100.0	8 4.6	58 33.1	9 5.1	16 9.1	28 16.0	41 23.4	61 34.9

Q11 地域の在宅医療・介護関係機関が統一した感染対策を行えるようマニュアル等を整備・運用しましたか。（回答はひとつ）

		0	1	2
1 段目 度数		TOTAL	はい	いいえ
2 段目 横%				
0		175 100.0	58 33.1	117 66.9

Q12 マニュアル等は、どのように作成しましたか。最もあてはまるものをひとつお答えください。（回答はひとつ）（「マニュアル等を整備・運用した」と回答した施設に伺います。）

		0	1	2	3
1 段目 度数		TOTAL	地域の関係 者で共同作 成した	学会や職能 団体等のガイ ドライン、国 立感染症研 究所の指針 などを共有し た	その他
2 段目 横%					
0		58 100.0	5 8.6	40 69.0	13 22.4

Q13 令和2年1月以前より、地域における在宅医療・介護関係者間で、感染症対策にかかる研修会など統一した感染対策を行うための学習・共有の機会がありましたか。（回答はひとつ）

		0	1	2
1 段目 度数		TOTAL	はい	いいえ
2 段目 横%				
0		175 100.0	93 53.1	82 46.9

Q14 令和2年1～10月の間で予定外の人材確保が必要となったことがありましたか。（回答はひとつ）

1 段目 度数		0	1	2
2 段目 横%		TOTAL	はい	いいえ
0		175 100.0	13 7.4	162 92.6

Q15 予定外の人材確保が必要となった理由として、当てはまるものをすべてお答えください。（回答はいくつでも）（「予定外の人材確保が必要となった」と回答した施設に伺います。）

1 段目 度数		0	1	2	3	4	5	6	7
2 段目 横%		TOTAL	職員に新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染者・濃厚接触者が発生したため	職員で急な退職者が発生したため	利用者数が急に増加したため	1人当たりの対応時間が長くなり、より多くの人材が必要となったため	保育所等の休園に伴い職員の出勤が困難となったため	事務作業が増加したため	その他
0		13 100.0	1 7.7	7 53.8	1 7.7	3 23.1	3 23.1	4 30.8	0 0.0

Q16 個人防護具(PPE)は新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行前から備蓄していましたか。また、備蓄していた施設では何日分の備蓄をしていたかについてもお答えください。(回答はひとつ)

1 段目 度数		0	1	2
2 段目 横%		TOTAL	していた(約)	していなかった
0		175	37	138
		100.0	21.1	78.9

<していた(約)> Q16 個人防護具(PPE)は新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行前から備蓄していましたか。また、備蓄していた施設では何日分の備蓄をしていたかについてもお答えください。(回答はひとつ)

1 段目 度数		0	1
2 段目 横%		TOTAL	平均値
0		37	23.6
		100.0	

Q17 令和2年1月以前より、災害時等の非常時に備えて事業継続計画(BCP)を策定していましたか。(回答はひとつ)

1 段目 度数		0	1	2
2 段目 横%		TOTAL	はい	いいえ
0		175	55	120
		100.0	31.4	68.6

Q18 災害時等の非常時に備えて作成した事業継続計画(BCP)に、地域の関係医療機関や訪問看護ステーション等との連携を踏まえた内容が含まれていますか。(回答はひとつ) (「事業継続計画(BCP)を策定した」と回答した施設に伺います。)

		0	1	2
1 段目 度数	2 段目 横%	TOTAL	はい	いいえ
0		55	27	28
		100.0	49.1	50.9

Q19 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の感染拡大によって、どのようなことが負担になりましたか。主なものを3つまでお答えください。(回答は3つまで)

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 段目 度数	2 段目 横%	TOTAL	感染防護対策	利用者・家族等とのコミュニケーション	職員の罹患や濃厚接触等によるシフト変更	保育所等の休園に伴う職員の出勤困難	事務作業の増加	訪問前の電話等による利用者の状態確認及び訪問順の調整	離職を希望する職員の増加具体的な職種:	その他	特に負担になることはなかった
0		175	121	154	11	12	62	83	3	15	1
		100.0	69.1	88.0	6.3	6.9	35.4	47.4	1.7	8.6	0.6

Q20 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の感染拡大によって、ターミナルケアを行った件数はどのように変化しましたか。※ターミナルケアマネジメント加算を算定された利用者だけではなく、加算は算定されなかったが算定要件に合致するような状態の利用者についてご回答ください。(回答はひとつ)

		0	1	2	3
1 段目 度数	2 段目 横%	TOTAL	増加した	変わらない	減少した
0		175 100.0	17 9.7	156 89.1	2 1.1

Q21 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の感染拡大によって、ターミナルケアを行った件数が変化した理由として最もあてはまるものについてお答えください。(回答はひとつ)(「ターミナルケアを行った件数が増加した」または「減少した」と回答した施設に伺います。)

		0	1	2	3	4
1 段目 度数	2 段目 横%	TOTAL	現在入院・入所中の医療機関・介護施設からの依頼	利用者本人からの希望	利用者家族等からの希望	その他
0		19 100.0	6 31.6	2 10.5	11 57.9	0 0.0

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、
地域における在宅医療・介護提供体制の強化のための研究

「新型コロナウイルス感染症拡大時における訪問看護新規利用者の受け入れに関連する因子の検討」

研究分担者 村松圭司（産業医科大学 医学部 公衆衛生学 准教授）

研究協力者 松垣竜太郎（産業医科大学 医学部 公衆衛生学 助教）

研究要旨

COVID-19拡大期における訪問看護新規利用者数の維持・増加に寄与する因子を明らかにすることを目的に、訪問看護ステーションを対象にしたwebアンケート調査データを用いて、令和2年訪問看護新規利用者数の前年比が100%以上か否かを目的変数とした多変量ロジスティック回帰分析を行った。アンケートの回収率は44.5%（222/499事業所）であった。うち、平成31年/令和元年、または令和2年の訪問看護の実施件数が0件であった23事業所を除く199事業所を解析対象とした。199事業所のうち114事業所が令和2年の新規訪問看護利用者数が前年比100%以上であった。マルチレベルロジスティック回帰分析の結果、令和2年の新規訪問看護利用者数が前年比100%以上であることと統計学的に有意に関連のある変数は、常勤換算看護職員数、常勤換算理学療法士・作業療法士・言語聴覚士数であった。

A 研究目的

COVID-19拡大防止の観点から不要不急の外出、密閉空間・密集場所・密接場面を避けることが喚起され、令和2年4月20日時点で全国の通所系・短期入所系施設のうち1.13%が感染防止のため休業していたことが報告されている¹⁾。

感染症流行下においては訪問看護をはじめとする訪問系サービスの果たす役割は大きく、同サービスの需要増加も想定されるが、一部の訪問看護ステーションでは新規利用者数の減少を認める。

本分析の目的はCOVID-19拡大期における訪問看護新規利用者数の維持・増加に寄与する因子を検討することである。

B 研究方法

本研究は訪問看護ステーションを対象にしたwebアンケート調査である。倫理的

配慮のため、研究の目的について書面にて説明を行い調査票の回答をもって調査協力への同意確認を行った。なお、本研究は千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会の承認（承認日：令和2年11月19日、承認番号：3926）を得て行った。対象事業所499件に対して調査協力依頼を郵送し、回答者はweb上で回答を入力した。

まず、平成31年/令和元年と令和2年（いずれも2月、5月、8月の3点）の訪問看護新規利用者数を基に、令和2年の訪問看護新規利用者の前年比を求めた。

次に、令和2年訪問看護新規利用者数の前年比が100%以上か否かを目的変数としたマルチレベルロジスティック回帰分析（各事業所を都道府県でネスト（入れ子）する）を用いて、新規利用者数の維持・増加と関連する因子を検討するとともにオッズ比（Odds ratio：OR）を算出した。

マルチレベル ロジスティック回帰分析に投じる説明変数は、令和2年11月1日時点の常勤換算看護職員数、常勤換算理学療法士・作業療法士・言語聴覚士数、常勤換算その他の職員数、令和2年1月以前に感染症対策にかかる研修会など地域で統一した感染対策を行うための学習機会の有無、令和2年1月以前から非常時に備えた事業継続計画（BCP）を策定していたか否か、COVID-19の流行前からの個人防護具の備蓄の有無とし、平成31年/令和元年（2月、5月、8月の3点）の新規利用者数で調整した。

統計解析にはSTATA version 16 (STATA Corp, College Station, TX)を使用し、統計学的有意水準は両側5%未満とした。

C 研究成果

アンケートの回収率は44.5%（222/499事業所）であった。うち、平成31年/令和元年、または令和2年の訪問看護の実施件数が0件であった23事業所を除く199事業所を解析対象とした。199事業所のうち114事業所（57.3%）が令和2年の新規訪問看護利用者数が前年比100%以上であった（表1）。

多変量ロジスティック回帰分析の結果、令和2年の新規訪問看護利用者数が前年比100%以上であることと統計学的に有意に関連のある変数は、看護職員数（OR：1.22）、常勤換算理学療法士・作業療法士・言語聴覚士数（OR：1.21）であった（いずれも $p<0.05$ ）（表2）。

表1. 回答事業所の属性

	令和2年度訪問看護新規利用者数前年比	
	100%未満 n(%)	100%以上 n(%)
常勤換算職員数（人）、平均（標準偏差）	85 (42.7%)	114 (57.3%)
看護職員	5.7 (3.4)	5.5 (3.2)
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	2.2 (3.1)	2.0 (2.7)
その他の職員	0.8 (0.7)	0.7 (1.0)
令和2年1月以前からの、		
感染対策を行うための地域での学習・共有の機会（有り）	42 (49.4%)	55 (48.2%)
災害時等の非常時に備えた事業継続計画の策定（有り）	20 (23.5%)	38 (33.3%)
感染症流行以前からの個人防護具の備蓄（有り）	32 (37.6%)	50 (43.9%)
前年度新規利用者数*, 平均（標準偏差）	20.8 (45.3)	9.2 (8.7)

*：平成31年/令和元年2月、5月、8月の新規訪問看護利用者数の和

表2. 令和2年訪問看護新規利用者数の前年比が100%以上か否かを目的変数としたマルチレベル ロジスティック回帰分析*の結果

	オッズ比	95%信頼区間		p値
常勤換算職員数（人）、平均（標準偏差）				
看護職員	1.22	1.06	1.41	0.006
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	1.21	1.04	1.41	0.014
その他の職員	1.15	0.76	1.75	0.513
令和2年1月以前からの、				
感染対策を行うための地域での学習・共有の機会（有り）	0.71	0.36	1.39	0.316
災害時等の非常時に備えた事業継続計画の策定（有り）	1.16	0.55	2.44	0.690
感染症流行以前からの個人防護具の備蓄（有り）	1.47	0.74	2.93	0.272
前年度新規利用者数*, 平均（標準偏差）				

*平成31年/令和元年（2月、5月、8月の3点）の新規利用者数で調整

D 考察

常勤看護職員数、常勤換算理学療法士・作業療法士・言語聴覚士数が一定数以上であることがCOVID-19拡大下においても新規訪問看護利用者数の維持・増加と関連していた。

本分析結果は訪問看護に従事する職員を多く抱える大規模な事業所であることが、COVID-19拡大下においても利用者のニーズに応えることができる柔軟性と対応力を有すること示唆している。

また、本分析結果は常勤換算看護職員数のみならず、常勤換算理学療法士・作業療法士・言語聴覚士数を一定以上有することがCOVID-19拡大下においても新規訪問看護利用者数の維持または増加に寄与することが示された。従来訪問看護ステーションの規模は常勤換算看護職員数で議論されることが多かったが、本分析結果は特定の職種に限らず、多様な職種を雇用し、多様なニーズに応えることが可能な事業所の有用性を示唆するものである。今後、薬剤師、管理栄養士などWeb調査で確認できていない職種の配置状況と新規訪問看護利用者数との関係についても検証をする必要があるかもしれない。

一方、令和2年1月以前に感染症対策にかかる研修会など地域で統一した感染対策を行うための学習機会、令和2年1月以前からのBCPの策定はCOVID-19拡大下における新規訪問看護利用者数の維持・増加とは関連していなかった。今後、それらの内容を精査するとともに、訪問看護ステーションにおける有用な事前の対策について検証を進める必要がある。

E 結論

常勤換算看護職員、常勤換算理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が一定数以上であることがCOVID-19拡大下における

新規訪問看護利用者数の維持・増加と関連していた。本分析は、訪問看護サービスを提供する常勤換算職員数の多い事業所、他職種によるサービス提供が可能な事業所の優位性を示唆している。

1) 厚生労働省，休業状況調査結果，2020

F. 健康危険情報
なし

G. 研究発表
1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況
1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

「新型コロナウイルス感染症拡大時におけるオンライン在宅管理料の算定状況およびオンライン診療や電話等による診療の実施状況の分析」

研究分担者 村松圭司（産業医科大学 医学部 公衆衛生学 准教授）

研究協力者 松垣竜太郎（産業医科大学 医学部 公衆衛生学 助教）

研究要旨

COVID-19拡大下における在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所のオンライン在宅管理料の算定状況、及びオンライン診療や電話等による診療の実施状況を明らかにすること目的に、在宅療養支援病院と在宅療養支援診療所を対象にしたwebアンケート調査データの可視化を行った。アンケート（分野別調査票）の回収率は22.2%であった。オンライン在宅管理料を算定した医療機関は前年と比較して1.1ポイント増加した。オンライン診療や電話等による診療を実施した医療機関は前年と比較して6.0ポイント増加した。オンライン在宅管理料を算定しなかった理由は、「適応可能な患者がいらないから」及び「ICT機器等の数が十分でないから」を選択した医療機関が50%以上であった。COVID-19拡大下において遠隔での診療のニーズが増加している一方で、その課題も示唆された。

A 研究目的

本研究の目的はCOVID-19拡大下における在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所のオンライン在宅管理料の算定状況、及びオンライン診療や電話等による診療の実施状況を明らかにすることである。

B 研究方法

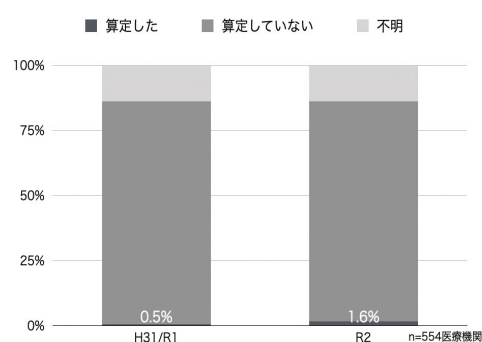
本研究は在宅療養支援病院と在宅療養支援診療所を対象にしたwebアンケート調査である。対象医療機関2500件に対して調査協力依頼を郵送し、回答者はweb上で回答を入力した。

本研究では在宅医療分野別調査票に回答した医療機関を分析の対象とした。

C 研究成果

アンケート（分野別調査票）の回収率は22.2%（554/2500医療機関）であり、554医療機関を解析対象とした。

- ・オンライン在宅管理料の算定状況（図1）



平成31年/令和元年にオンライン在宅管理料を算定した医療機関は0.5%（3/554医療機関）であった。令和2年にオンライン在宅管理料を算定した医療機関は1.6%（9/554医療機関）であり、前年と比較して1.1ポイント増加した。

- ・オンライン診療や電話等による診療の実施状況（図2）

平成31年/令和元年にオンライン診療や電話等による診療を実施した医療機関は7.4%（41/554医療機関）であった。令和2年

にオンライン診療や電話等による診療を実施した医療機関は13.4%（74/554医療機関）であり、前年と比較して6.0ポイント増加した。

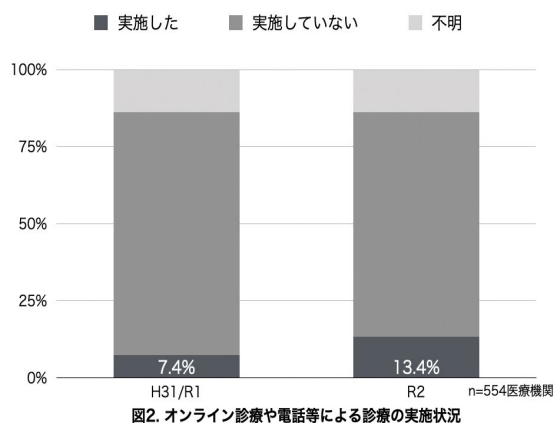


図2. オンライン診療や電話等による診療の実施状況

・オンライン在宅管理料の算定件数および、オンライン診療や電話等による診療をした延べ患者数の推移（図3）

オンライン在宅管理料の算定件数は平成31年/令和元年2月、5月、8月、令和2年2月、5月、8月がそれぞれ、2件、3件、1件、1件、9件、8件であった。

オンライン診療や電話等による診療をした延べ患者数は平成31年/令和元年2月、5月、8月、令和2年2月、5月、8月がそれぞれ、969件、1161件、1080件、1350件、2969件、2069件であった。

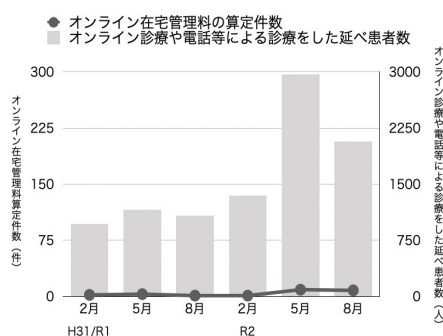


図3. オンライン在宅管理料の算定件数およびオンライン診療や電話等による診療をした延べ患者数

・オンライン在宅管理料を算定しなかった理由（図4）

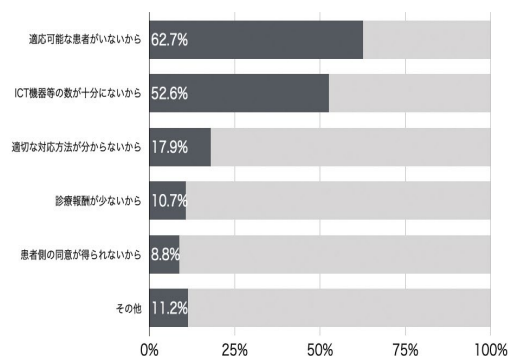


図4. オンライン在宅管理料を算定しなかった理由（回答は3つまで）

オンライン在宅管理料を算定しなかった理由は、「適応可能な患者がいらないから」（62.7%：329/554医療機関）、「ICT機器等の数が十分でないから」（52.6%：276/554医療機関）、「適切な対応方法がわからないから」（17.9%：94/554医療機関）の順に多かった。

「その他」としては、「高齢者、独居の患者さんが多く、オンライン操作の説明が困難」、「対面診療でないと危険」「オンラインのみでは患者の状態を把握しきれないと考えたため」、「オンラインで安心できる医療ができるか自信がない。相手がオンラインに対応できそうにない」、「ほとんどが高齢者からなる在宅患者ではICTの機器を利用すること自体不可能」、「訪問診療で対応可能であったため」、「対面での診察こそが臨床医療の基本と考えるから」、「対面診療のみで忙しく、オンライン対応までしている余裕がない」などの理由が挙げられた。

D 考察

COVID-19拡大下においてオンライン在宅管理料を算定した在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所は少数（1.6%）であり、COVID-19拡大以前と比較してその実施率の変化も僅かであった（1.1%）。一方、COVID-19拡大下におけるオンライン診療や電話等による診療を実施した医療

機関は13.4%で、COVID-19拡大以前と比較して6.0ポイントの増加を認めた。

オンライン在宅管理料を算定しなかった理由の主たるものは「適応可能な患者がいらないから」であった。現行のオンライン在宅管理料の算定には在宅時医学総合管理料が算定されていることが要件となっており、在宅時医学総合管理料が算定されている患者の多くは高齢者であることが予想される。年々高齢者のインターネット利用率は向上しており、2019年時点で60歳代が90.5%、70歳代で74.2%、80歳以上で57.5%となっている¹⁾。しかしながら、60歳以上の方がインターネットを使用する用途・目的の多くは電子メールの送受信と情報検索が占めており¹⁾、現状ではオンラインでの診療に対応可能なITリテラシーを有する患者が少ない可能性がある。

一方、COVID-19拡大下において「オンライン診療や電話等による診療」を実施した医療機関は増加し、その算定件数も僅かながらも増加している。このことは、COVID-19拡大下において遠隔での診療のニーズが増加していることを示唆している。

遠隔での診療は在宅医療領域においても有用な医療提供の手段の一つであるとも考えられるが、算定要件の課題、実施方法に関する課題があるのかもしれない。今後の在宅医療分野における遠隔での診療における更なる課題の整理が必要である。

1) 総務省, 令和2年版情報通信白書, 2019

E 結論

令和2年にオンライン在宅管理料を算定した在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所は1.6%であった。在宅医療領域における遠隔での診療に関する課題の解決を目指す必要がある。

F. 健康危険情報
なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、
地域における在宅医療・介護提供体制の強化のための研究

「医療介護レセプトを用いたCOVID-19による入院状況の分析」

研究分担者 村松圭司（産業医科大学 医学部 公衆衛生学 准教授）
研究協力者 松田晋哉（産業医科大学 医学部 公衆衛生学 教授）
研究協力者 得津慶（産業医科大学大学院医学研究科医学専攻博士課程）

研究要旨

本研究では、医療・介護のレセプト情報からどのような知見が得られるのかをCOVID-19で入院した患者の分析事例から解説する。COVID-19陽性（疑いを含む）で60歳以上の患者4,968名（入院・外来合計）について、入院に関連する要因を検討するため、ロジスティック回帰分析を行った。腎不全、認知症、脳血管障害、貧血のある者、年齢では75歳～84歳、85歳以上、要支援1・要介護1を除く要支援又は要介護状態であることが有意に高いオッズ比を示していた。また、女性は男性に比較して入院のオッズが有意に低くなっていた。COVID-19陽性（疑いを含む）で入院となった60歳未満の患者1,925名について、関連する要因をロジスティック回帰で分析した。精神疾患、腎不全、心不全、脳血管障害、貧血のある者であることが有意に高いオッズ比を示していた。また、女性は男性に比較して入院のオッズが有意に低くなっていた。

A 研究目的

令和2年12月以降、COVID-19の急速な感染拡大が続いている。令和3年1月21日現在で日本における陽性者及び死亡者はそれぞれ342,984人と4,742人となっている¹⁾。

感染者の把握及び入院調整は保健所の業務となっているが、感染者の増大により十分な対応は難しい状況になっている。各地域で現状に対応するための情報があることが必要である。対策の方向性を決め、その効果を検証するためには迅速な情報収集が必要と考えられる。DPCの様式1情報と医療・介護のレセプト情報を活用することで、1か月の遅れは発生するが、おおまかな情報は把握が可能である。そこで本報告では医療・介護のレセプト情報からどのような知見が得られるのかをCOVID-19で入院した患者の分析事例をもとに説明する。

B 研究方法

分析に用いたのはある自治体の国保及び後期高齢者医療制度、そして介護保険のレセプトである。今回の研究で用いたレセプトデータは保険者から受領する前の段階で匿名化されており、「特定の個人を識別することができないものであって、対応表が作成されていないもの」に該当する。分析に用いたのは、令和2年1月から令和2年5月診療及びサービス利用分のレセプトである。まず、令和2年2月から5月までの間にCOVID-19の診断名で医療機関を受診した患者を抽出した（疑い病名も含む）。これらの患者について令和2年1月から令和2年5月の間の主たる傷病の有病率を医科レセプトから、そして要介護度と介護サービスの利用状況を把握した。患者数は全体で6,893名、うち1,614名（32.5%）が入院していた。

C 研究成果

図表1は入院患者1,614名について要介護度別に性、年齢、主な傷病の有病率、介護施設入所の有無を見たものである。全体で見ると女性割合は44.6%、平均年齢は78.3歳（標準偏差14.1歳）、有病率は糖尿病62.7%、高血圧性疾患70.0%、脳血管障害43.5%、虚血性心疾患40.6%、心不全52.4%、悪性腫瘍46.8%、精神障害32.9%、認知症27.5%、腎不全25.6%、貧血42.9%、入院前に介護施設入所していた者14.3%、入院中に人工呼吸の対象となった者2.1%となっている。要介護度別にみると、要介護度が重くなるにつれて女性割合、平均年齢、入院前に介護施設に入所していた者の割合が高くなる。特に要介護4以上では約50%が施設入所していた者である。主な傷病では、要介護度が重くなるにつれて、脳血管障害、認知症の有病率が高くなり、糖尿病、虚血性心疾患、悪性腫瘍は低くなる傾向がある。貧血割合に一定の傾向はない。人工呼吸は認定無し及び要支援1の対象者で利用割合が高くなっている。

図表2は年齢階級別に性、年齢、主な傷病の有病率、介護施設入所の有無を見たものである。入所前に介護施設に入所していた者の割合は、年齢階級が上がるにつれて高くなる。特に85歳以上ではその割合が25%を超している。精神障害は60歳未満で高く、認知症の有病率は75歳以上で高く、85歳以上では約50%になっている。高血圧性疾患、脳血管障害、虚血性心疾患、心不全、腎不全は年齢階級とともに上昇している。糖尿病は40歳から84歳で60%台ともっとも高く、また悪性腫瘍も60～84歳で50%台となっている。また、人工呼吸は60歳未満で6%前後の高い値になっている。

図表3はCOVID-19陽性（疑いを含む）で60歳以上の患者4,968名（入院・外来合計）について、入院に関連する要因をロジスティック回帰で分析した結果を示したものである。腎不全(OR=1.32, $p=0.001$)、認知症(OR=1.41, $p<0.001$)、脳血管障害(OR=1.40, $p<0.001$)、貧血のある者(OR=1.64, $p<0.001$)、年齢では75歳～84歳(OR=1.48, $p<0.001$ ；referenceは60～64歳)、85歳以上(OR=1.77, $p<0.001$ ；referenceは60～74歳)、要支援2(OR=1.93, $p<0.001$ ；referenceは介護認定無)、要介護2(OR=2.24, $p<0.001$ ；referenceは介護認定無)、要介護3(OR=2.08, $p<0.001$ ；referenceは介護認定無)、要介護4(OR=2.26, $p<0.001$ ；referenceは介護認定無)、要介護5(OR=2.80, $p<0.001$ ；referenceは介護認定無)であることが有意に高いオッズ比を示している。また、女性は男性に比較して入院のオッズが有意に低くなっている(OR=0.61, $p=0.001$)。

図表4はCOVID-19陽性（疑いを含む）で入院となった60歳未満の患者1,925名について、関連する要因をロジスティック回帰で分析した結果を示したものである。精神疾患(OR=1.51, $p=0.037$)、腎不全(OR=2.25, $p=0.004$)、心不全(OR=1.86, $p=0.016$)、脳血管障害(OR=1.78, $p=0.028$)、貧血のある者(OR=2.20, $p<0.001$)であることが有意に高いオッズ比を示している。また、女性は男性に比較して入院のオッズが有意に低くなっている(OR=0.52, $p=0.001$)。

D 考察—分析結果から得られる公衆衛生施策への示唆—
医科及び介護レセプトの情報を用いているため、臨床的にはその解釈に一定の制限がある。しかし、公衆衛生政策を行っていく上ではこのような分析から、いくつかの重要な知見が得られている。以下、それを列挙してみたい。

まず、年齢階級の高い者というように重症化リスクの高い者が入院になっていることがわかる。そして、人工呼吸器の利用が要介護認定を受けていない者や60歳未満で多くなっていることから、若年者の場合は症状の重篤性の評価に基づいて入院という判断になっていると推測される。例えば0～39歳で見ると糖尿病が30.4%、虚血性心疾患が21.7%、悪性腫瘍が26.1%、貧血が26.1%と高い割合になっており、COVID-19に罹患する以前に医学的管理が必要な者が多いことがわかる。また、精神障害（気分障害

まず、年齢階級の高い者というように重症化リスクの高い者が入院になっていることがわかる。そして、人工呼吸器の利用が要介護認定を受けていない者や60歳未満で多くなっていることから、若年者の場合は症状の重篤性の評価に基づいて入院という判断になっていると推測される。例えば0～39歳で見ると糖尿病が30.4%、虚血性心疾患が21.7%、悪性腫瘍が26.1%、貧血が26.1%と高い割合になっており、COVID-19に罹患する以前に医学的管理が必要な者が多いことがわかる。また、精神障害（気分障害

まず、年齢階級の高い者というように重症化リスクの高い者が入院になっていることがわかる。そして、人工呼吸器の利用が要介護認定を受けていない者や60歳未満で多くなっていることから、若年者の場合は症状の重篤性の評価に基づいて入院という判断になっていると推測される。例えば0～39歳で見ると糖尿病が30.4%、虚血性心疾患が21.7%、悪性腫瘍が26.1%、貧血が26.1%と高い割合になっており、COVID-19に罹患する以前に医学的管理が必要な者が多いことがわかる。また、精神障害（気分障害

と認知症を除く)の割合が41.3%と高くなっている。この中には神経症も含まれているため、COVID-19感染による副次的な反応も含まれている可能性がある。ただし、吉田がドイツの事例で報告しているように精神障害者、心身障害者はCOVID-19の感染弱者であり²⁾、したがってこうした集団への積極的な予防対策、健康管理が新興感染症の流行時には重要である可能性が示唆された。実際、有我が精神患者の感染率及び死亡率について、国内感染率の3.6倍、国内死亡率の4.6倍であることを報告している³⁾。次に要介護状態との関連で考えると、要介護3以上が入院患者の約25%、介護施設からの搬送が30%以上、85歳以上が35%以上となっていた。また、表には示していないが85歳以上では脳血管障害(陳旧性を含む)と認知症の有病率がともに約50%になっていることが注目される。こうした患者の典型的な状態像は、脳梗塞の後遺症で四肢の麻痺や嚥下障害があり、また認知症があり、日中離床していたとしても、そのほとんどの時間を車いすで過ごし、生活全般に介助が必要というものだろう。こうした患者が入院し、臥床期間が長くなれば、当然ADLは大幅に低下し、COVID-19の治療が終わったとしても、受け入れ先を見つけることは非常に困難となる。治療が終わった患者がコロナ病床にとどまり続けければ新しい患者を受け入れることが困難になる。この問題に対処するためには、治療後の、特に麻痺や認知症のある高齢患者を受け入れることが出来る中小民間病院等の施設の確保が重要と考える。

以上の分析結果から医療崩壊を防ぐための公衆衛生施策として何が考えられるだろうか。第一は感染の予防、特にハイリスク者における感染の予防である。具体的には障害者施設、介護施設での感染対策の充実が求められる。福岡県などいくつかの自治体では介護施設の勤務者に対する無料のPCR検査が始まっている。また、いくつかの地域では大学病院の感染対策専門職が介護施設や障害者施設の感染予防指導にあたるなど

しているが、こうした仕組みの充実が有効な可能性がある。

60歳未満の世代については、精神障害、糖尿病、腎不全、虚血性心疾患、悪性腫瘍など、これまでの臨床研究において明らかになっているハイリスク者が入院に至っていることを考えれば、こうした患者についても積極的な予防対策が取られる必要がある。これらの患者については、ハイリスクとされる基礎疾患には慢性疾患が多く、ほとんどの場合で定期的な受診が求められることから、かかりつけ医がいると考えられる。したがって、かかりつけ医による健康管理の強化によって、積極的な予防対策を取ることが可能となると考えられる。加えて、保険者はデータヘルスの推進が求められていることから、レセプトを分析することでこうしたハイリスク者を把握し、効果的な介入を行うことが可能と考える。

レセプト情報については、いわゆるレセプト病名の問題など、情報の信頼性に関して留保すべき事項があるのは確かである。しかしながら、COVID-19のような深刻な健康問題に関しては、HER-SYS等のレセプトデータ以外のデータとの整合性の観点等から、いわゆる「レセプト病名」として記録される可能性は一般の傷病に比較すれば少ないと考えられる。COVID-19のような感染力の強い新興感染症については、情報に基づく迅速な対応が必要である。我が国のレセプト情報はそのための重要な情報源に成り得ると考える。

また、今回の感染症拡大では医療崩壊の危機に関しても関心が高まっている。レセプト情報はそうした医療機関の状況を把握し、適切な支援を行う判断のための資料としても有用であると考えられる。

E 結論

COVID-19感染症による入院の状況について、東日本の1自治体の医療及び介護レセプトを用いて分析した。入院患者の主な傷病の有病率及び介護保険の利用状況、年齢をみると、高齢者、要介護度の高い者、障害

者というように重症化リスクの高い者が入院になっていることがあきらかとなった。そして、人工呼吸器の利用が要介護認定を受けていない者や60歳未満で多くなっていることから、若年者の場合は症状の重篤性の評価に基づいて入院という判断になっていると推測された。

COVID-19のような感染力の強い新興感染症については、情報に基づく迅速な対応が必要であることから、我が国のレセプト情報はそのための重要な情報源であると考え

引用文献

- 1) 厚生労働省：新型コロナウイルスについて、https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164708_00001.html (令和3年1月21日閲覧)
- 4) 吉田恵子：ドイツの対応、第15回アジア太平洋ヘルスサポート学会・シンポジウム2「世界各国は新型コロナウイルス感染にどのように対応したか」：<https://www.jshss.org/ja/general-meeting/2422/>

- 5) 有我譲慶：<http://www.yuki-enishi.com/psychiatry/psychiatry-72.pdf> (令和3年1月25日閲覧)

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

図表1 要介護度別にみた性、年齢及び主な傷病の有病率、介護施設入所の有無（入院患者1,614名）

要介護度	人数		女性割合	年齢平均	年齢標準偏差	糖尿病	高血圧性疾患	脳血管障害	虚血性心疾患	心不全	悪性腫瘍	精神障害	認知症	腎不全	貧血	介護施設入所（入院前）	人工呼吸
全体	1,614	構成割合（%）	44.6	78.3	14.1	62.7	70.0	43.5	40.6	52.4	46.8	32.9	27.5	25.6	42.9	14.3	2.1
認定無	876	54.3	37.7	72.7	15.7	63.7	67.2	38.1	42.2	46.3	51.5	28.9	11.1	23.5	39.3	0.0	3.1
要支援1	29	1.8	34.5	82.1	7.3	72.4	82.8	48.3	55.2	82.8	58.6	27.6	17.2	24.1	55.2	0.0	3.4
要支援2	69	4.3	43.5	84.6	6.6	72.5	84.1	52.2	46.4	68.1	43.5	23.2	11.6	31.9	49.3	10.1	0.0
要介護1	64	4.0	40.6	83.4	7.6	65.6	65.6	37.5	45.3	60.9	56.3	48.4	43.8	25.0	51.6	9.4	1.6
要介護2	146	9.0	47.9	84.3	8.2	65.1	75.3	44.5	40.4	60.3	56.8	31.5	35.6	31.5	53.4	13.0	0.7
要介護3	131	8.1	58.0	86.1	6.7	61.1	71.8	52.7	36.6	56.5	35.1	40.5	57.3	27.5	47.3	32.8	0.0
要介護4	161	10.0	59.6	86.3	8.0	55.9	73.3	54.7	34.2	60.2	31.7	44.7	59.6	25.5	45.3	52.2	1.2
要介護5	138	8.6	59.4	84.8	8.7	55.1	68.1	52.2	33.3	51.4	30.4	37.7	60.1	28.3	37.7	52.2	1.4

*：退院ベースの分析ではないため、死亡の解釈には注意が必要

図表2 年齢階級別にみた性、年齢及び主な傷病の有病率及び介護施設入所の有無（入院患者1,614名）

年齢階級	人数		女性割合	年齢平均	年齢標準偏差	糖尿病	高血圧性疾患	脳血管障害	虚血性心疾患	心不全	悪性腫瘍	精神障害	認知症	腎不全	貧血	介護施設入所（入院前）	人工呼吸
全体	1,614	構成割合	44.6	78.3	14.1	62.7	70.0	43.5	40.6	52.4	46.8	32.9	27.5	25.6	42.9	14.3	2.1
0-39歳	46	2.9	43.5	24.7	10.3	30.4	15.2	10.9	21.7	13.0	26.1	41.3	0.0	4.3	26.1	0.0	6.5
40-59歳	88	5.5	31.8	51.8	4.9	61.4	44.3	29.5	30.7	39.8	42.0	40.9	4.5	28.4	48.9	2.3	5.7
60-74歳	301	18.6	33.6	69.1	3.8	63.8	64.5	36.2	37.2	42.5	56.5	27.6	7.0	25.9	39.5	4.3	3.3
75-84歳	611	37.9	39.6	80.0	2.9	67.4	73.8	48.0	43.7	54.2	52.4	31.3	23.4	24.7	42.2	10.3	2.3
85歳以上	568	35.2	57.9	89.9	3.8	59.9	77.1	47.4	42.1	60.9	38.2	35.6	48.6	27.6	45.8	26.9	0.4

*：退院ベースの分析ではないため、死亡の解釈には注意が必要

図表3 入院に関連する要因のロジスティック回帰分析（60歳以上 4,968名）

入院（目的変数）	オッズ比 (OR)	ORの 標準偏差	ORの95%信頼区間		P値
			下限	上限	
性（男=0、女=1）	0.61	0.04	0.53	0.70	<0.001
糖尿病（無=0、有=1）	0.96	0.07	0.84	1.11	0.626
精神疾患（無=0、有=1）	1.05	0.08	0.91	1.22	0.496
高血圧性疾患（無=0、有=1）	1.06	0.08	0.91	1.24	0.439
腎不全（無=0、有=1）	1.32	0.11	1.12	1.56	0.001
心不全（無=0、有=1）	1.14	0.08	0.99	1.31	0.069
認知症（無=0、有=1）	1.41	0.13	1.17	1.69	<0.001
悪性腫瘍（無=0、有=1）	0.94	0.07	0.82	1.07	0.345
脳血管障害（無=0、有=1）	1.40	0.10	1.22	1.61	<0.001
貧血（無=0、有=1）	1.64	0.12	1.42	1.90	<0.001
年齢75-84歳（参照は60-64歳）	1.48	0.13	1.25	1.75	<0.001
年齢85歳以上（参照は60-64歳）	1.77	0.18	1.45	2.16	<0.001
要支援1（参照は要介護認定無）	1.43	0.35	0.89	2.29	0.145
要支援2（参照は要介護認定無）	1.93	0.34	1.37	2.71	0.000
要介護1（参照は要介護認定無）	1.32	0.23	0.94	1.86	0.105
要介護2（参照は要介護認定無）	2.24	0.30	1.73	2.91	<0.001
要介護3（参照は要介護認定無）	2.08	0.30	1.56	2.77	<0.001
要介護4（参照は要介護認定無）	2.26	0.31	1.74	2.95	<0.001
要介護5（参照は要介護認定無）	2.80	0.42	2.09	3.74	<0.001
定数	0.30	0.04	0.23	0.40	<0.001

図表4 入院に関連する要因のロジスティック回帰分析（60歳未満 1,925名）

入院（目的変数）	オッズ比（OR）	ORの標準偏差	ORの95%信頼区間		P値
			下限	上限	
性（男=0、女=1）	0.52	0.11	0.35	0.77	0.001
糖尿病（無=0、有=1）	1.31	0.30	0.83	2.05	0.247
精神疾患（無=0、有=1）	1.51	0.30	1.02	2.24	0.037
高血圧性疾患（無=0、有=1）	1.20	0.30	0.73	1.98	0.462
腎不全（無=0、有=1）	2.25	0.63	1.30	3.91	0.004
心不全（無=0、有=1）	1.86	0.48	1.12	3.08	0.016
悪性腫瘍（無=0、有=1）	1.30	0.28	0.85	1.97	0.221
脳血管障害（無=0、有=1）	1.78	0.47	1.06	2.98	0.028
貧血（無=0、有=1）	2.20	0.49	1.42	3.40	<0.001
年齢40-59歳（参照は0-39歳）	1.23	0.27	0.81	1.88	0.327
定数	0.07	0.02	0.04	0.14	<0.001

厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

「介護保険サービス利用状況別にみた遠隔診療等の利用状況に関する研究」

研究分担者 村松圭司（産業医科大学 医学部 公衆衛生学 准教授）
研究協力者 得津慶（産業医科大学大学院医学研究科医学専攻博士課程）
研究協力者 松田晋哉（産業医科大学 医学部 公衆衛生学 教授）

研究要旨

介護利用の状況に応じた受診頻度の変化を調査することで、COVID-19感染拡大下の受診状況の変化を明らかにすることを目的とした。東日本の一自治体の国民健康保険と後期高齢者医療制度利用者のうち、令和元年12月から令和2年5月の医療と介護のいずれかを利用した者2,344,847人分のレセプトを集計の対象とした。対象期間に初診、再診、電話再診、オンライン診療、時間外受診、訪問診療の月ごとの利用回数を集計した。電話再診の回数は、施設サービス以外介護保険サービスの利用者は、介護サービスを利用していない者に比べて、伸びが小さいものの、おおむね同様の増加傾向をしていた。介護保険の施設サービス利用者は顕著な変化は認められなかった。オンライン診療は、介護サービスを利用していない者の増加が3月に大きく、ついで施設サービス以外介護保険サービスの利用者が増加した。いずれも5月には減少した。介護保険の施設サービス利用者は4月までは変化がなかった。

A 研究目的

COVID-19の感染者増加に応じその拡大防止のため、令和2年4月政府は緊急事態宣言を発令した。これにより不要不急の外出が抑制され、医療においても受診行動の抑制を引き起こした可能性がある。

本分析の目的は、介護利用の状況に応じた受診頻度の変化を調査することで、COVID-19感染拡大下の受診状況を明らかにすることである。

月から令和2年5月の医療と介護のいずれかを利用した者2,344,847人分のレセプトを集計の対象とした。対象期間に初診、再診、電話再診、オンライン診療、時間外受診、訪問診療の月ごとの利用回数を集計した。なお、レセプトデータについては保険者から受領する前の段階で匿名化されており、「特定の個人を識別することができないものであって、対応表が作成されていないもの」に該当すると考えた。

B 研究方法

東日本の一自治体の国民健康保険と後期高齢者医療制度利用者のうち、令和元年12

C 研究成果

図1. 対象者の月ごとの医療、介護の利用状況

	医療のみ	介護(通所のみ)	介護(入所)	合計
令和元年12月	2,074,097	224,915	45,835	2,344,847
令和2年1月	2,072,474	226,119	46,254	2,344,847
令和2年2月	2,072,710	225,865	46,272	2,344,847

令和2年3月	2,075,798	222,640	46,409	2,344,847
令和2年4月	2,080,336	218,117	46,394	2,344,847
令和2年5月	2,084,421	214,844	45,582	2,344,847

初診の回数は、介護サービスを利用していない者(a)、通所サービス利用者(c)、は同様に緩やかに減ったあとに回復に向かっていると考えられる。入所サービス利用者(b)も緩やかな減少があったと考えられる。

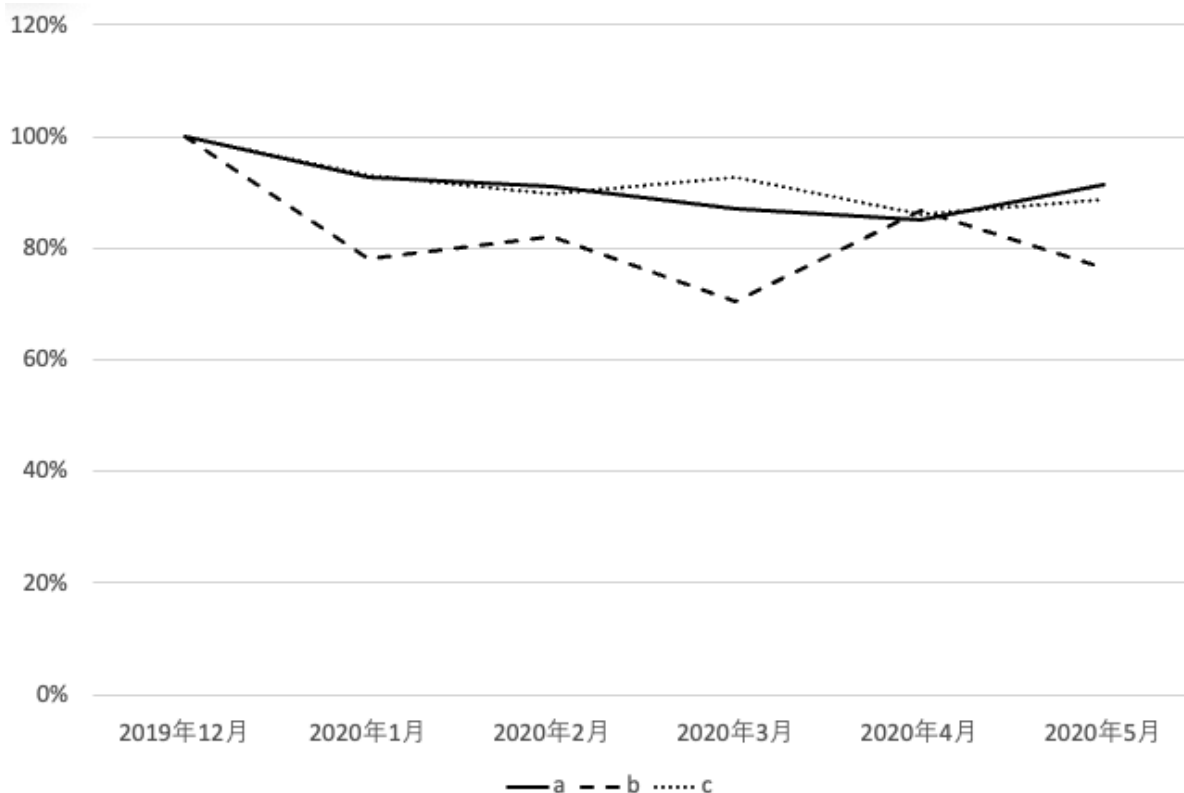


図2. 月ごとの初診の回数の合計の推移

再診の回数は、介護サービスを利用していない者(a)、通所サービス利用者(c)は同様に緩やかに減ったあとに回復していることがわかる。入所サービス利用者(b)も同様の減少傾向があった。(図3)

時間外診療の回数は、介護サービスを利用していない者(a)は、緩やかに減ったあとに回復していることがわかる。入所サービス

利用者(b)、通所サービス利用者(c)も同様の減少傾向があった。(図4) 電話再診の回数は、通所サービス利用者(c)は、介護サービスを利用していない者(a)に比べて、伸びが小さいものの、おおむね同様の変化をしている。入所サービス利用者(b)は比較的減少の度合いが大きかった。(図5)

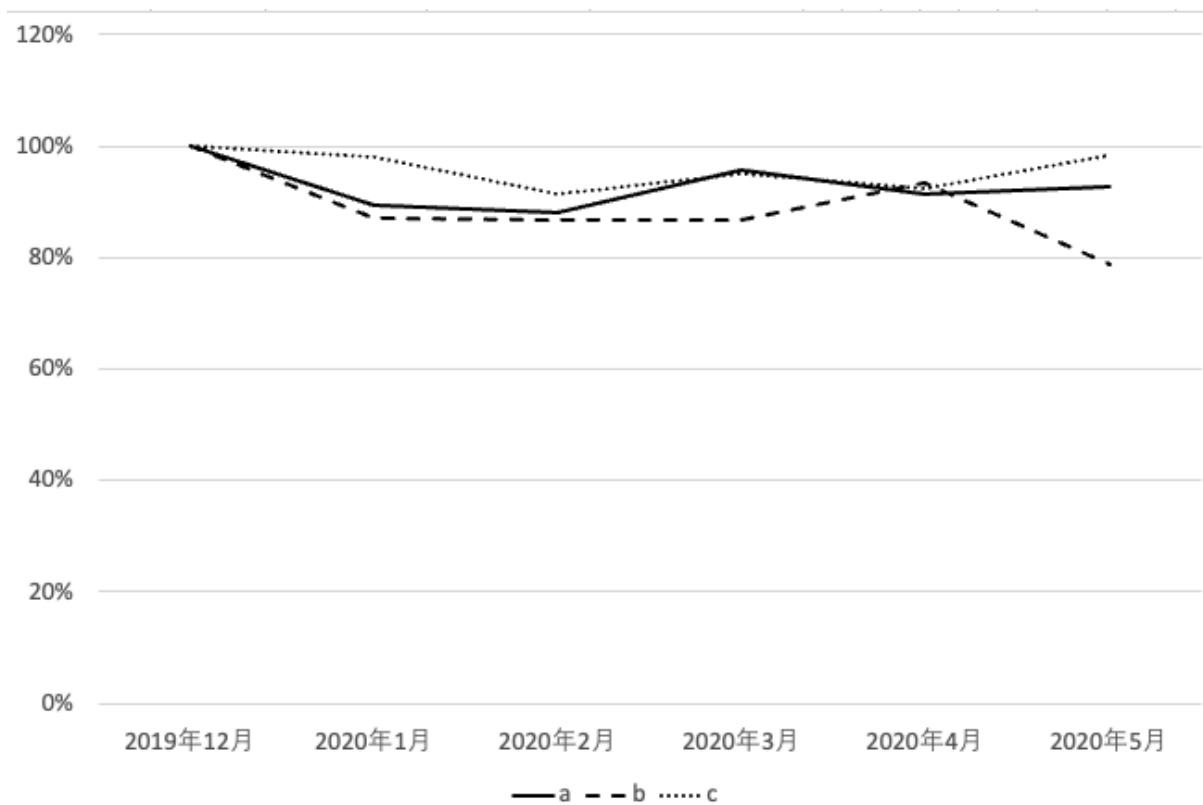


図3. 月ごとの再診の回数の合計の推移

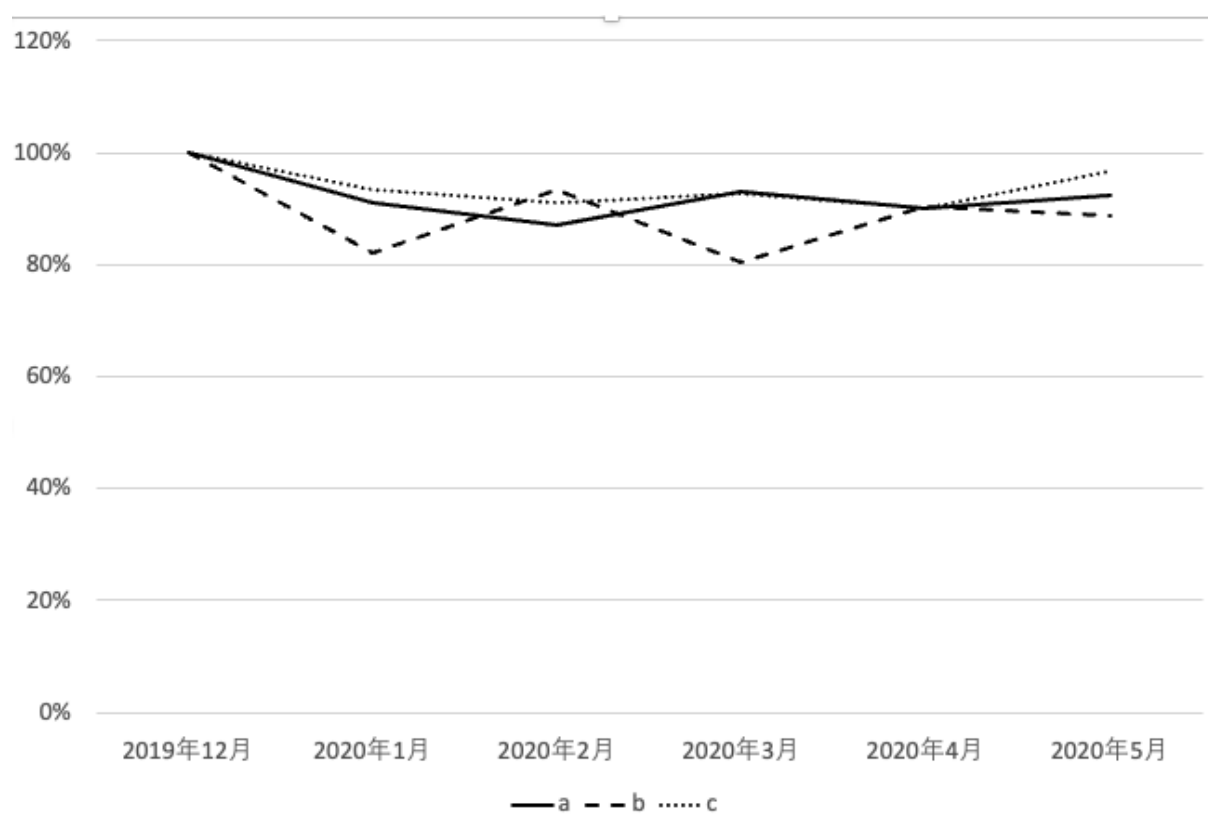


図4. 月ごとの時間外診療の回数の合計の推移

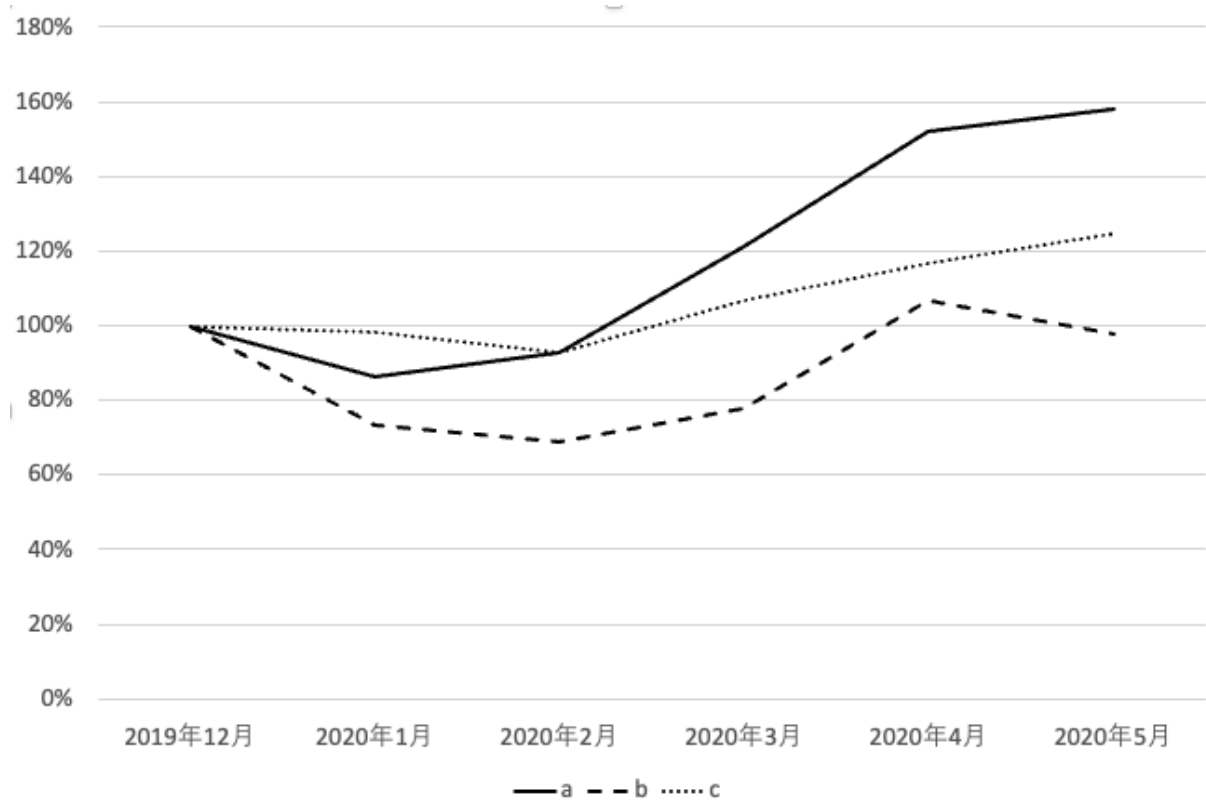


図5. 月ごとの電話再診の回数の合計の推移

オンライン診療は、介護サービスを利用していない者(a)の増加が3月に大きかった。ついで通所サービスを利用者(c)が増加したが、いずれも5月には減少した。入所サービ

ス利用者(b)はあまり変化がなかった。(図6) 訪問診療は、介護サービスを利用していない者(a)の利用が5月にみられた。(図7)

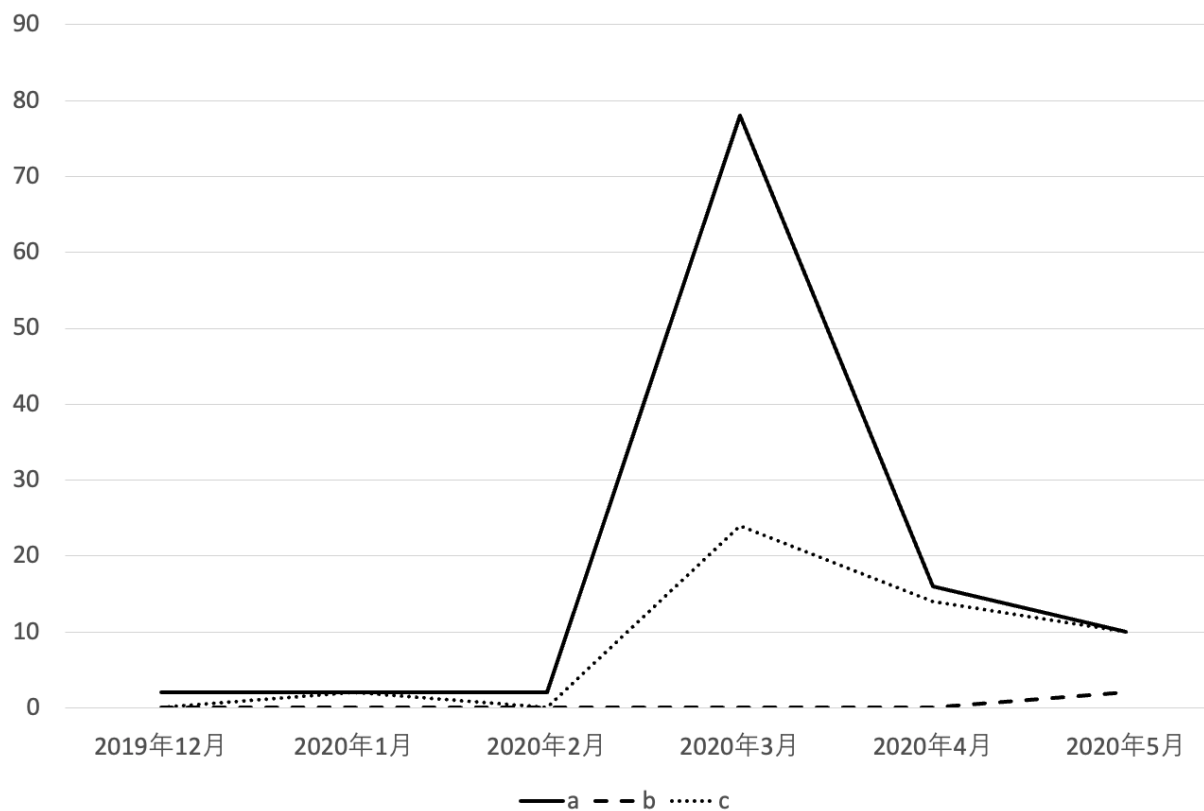


図6. 月ごとのオンライン診療の回数の合計の推移

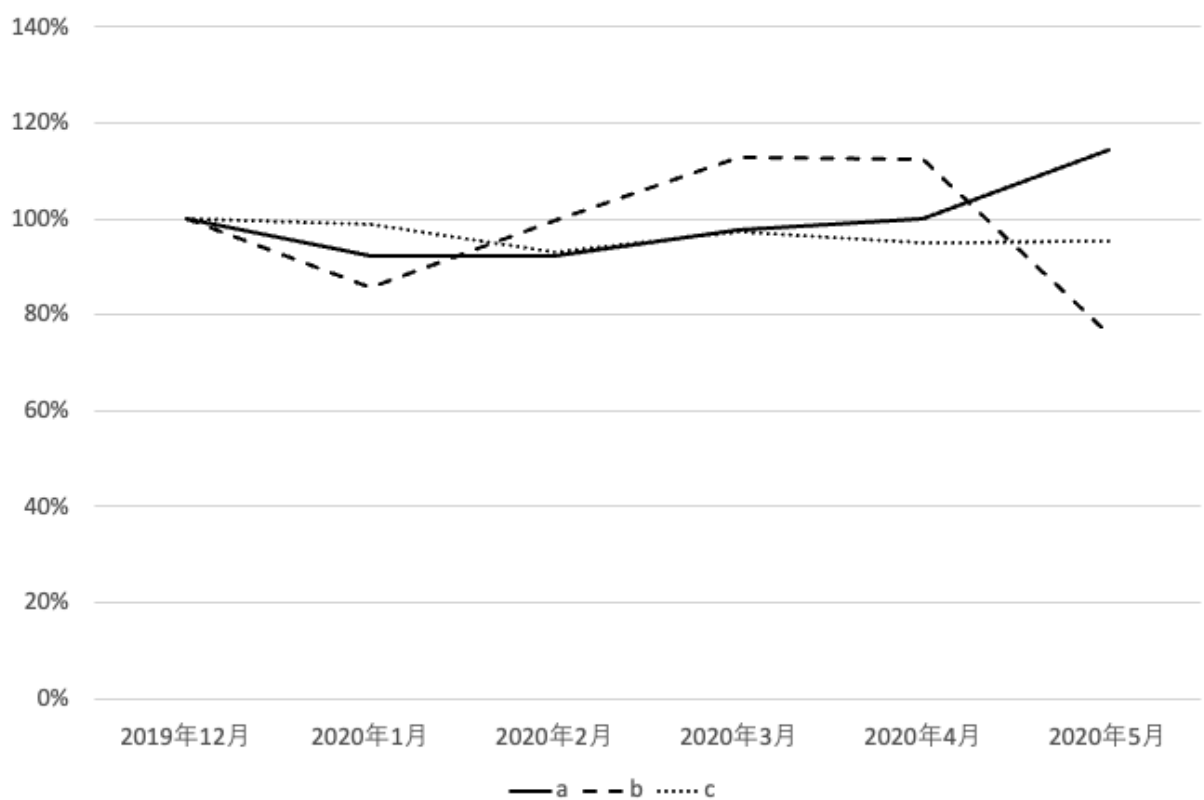


図7. 月ごとの訪問診療の回数の合計の推移

D 考察

介護サービスの利用状況別に受診頻度の変化を調査した。

入所サービス利用者はCOVID-19感染を懸念して医療機関を受診しにくい状況になっていたと考えられるが、介護サービスを利用していない者や通所サービス利用者と比較して、訪問診療やオンライン診療、電話再診などの利用が増加していない可能性が示唆された。その要因の1つとして、入所サービス利用者は要介護度が重度でありコミュニケーションに困難が伴うことや、認知症の合併などにより電話やオンライン診療の実施が困難であること等が考えられた。

なかでもオンライン診療には介護利用状況によって実施状況の変化に大きな違いがあった。オンライン診療は介護を利用していない者において特に増加した。通所介護を利用している者のその実施回数も増加したものの相対的に増加は小さかった。令和2年オンライン診療を実施するにあたってインターネット環境やデジタル端末の使用習熟度や利用可能状況が年齢によって異なることが影響している可能性が考えられた。

また、オンライン診療は令和2年3月に一時的に利用が増えたにも関わらずその後減少した。一方電話再診は一貫して増加傾向であった。このことは電話による診療に比べてオンライン診療のユーザビリティに課題があった可能性が示唆された。具体的には、まずオンライン診療を実施するためには医師が医療機関より実施しなければならないということが在宅医療を実施する医師の勤務体制に適合しにくかった可能性がある。次に、オンライン診療を実施するためには、在宅時医学総管理料等を算定し一定期間（平成30年診療報酬改定では6月）が経過していなければならなかったことや、定期的な対面診療をしているといったことが要件となっていたため、受診アクセスの制限が長期化した場合にはオンライン診療の実施ができなかった可能性が考えられた。

なお、令和2令和2年「第10回オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」では令和2年4月から5月にかけてオンライン診療の実施頻度が増加したという報告があるが、本研究の対象である国民健康保険加入者と後期高齢者医療制度利用者のオンライン診療の実施は令和2年4月から5月にかけて増加はみられなかった。この差からも、オンライン診療を実施するにあたっての可用性が年齢によって異なることが影響した可能性があると考えられる。

年齢や環境等のオンライン診療の可用性に応じてその利用を支援できる体制が介護施設内や訪問サービスによって実現することが望まれる。患者が看護師等という場合のオンライン診療である「D to P with N」と呼ばれる形式は、このようなオンライン診療利用の支援ができるほか診療の補助行為等が行える利点もあるため、パンデミック下での特に介護施設や自宅の在宅医療におけるオンライン診療の対象者の拡大による受診アクセスの維持に役立つと思われる。これらの潜在的なオンライン診療利用者の利用体験と、実施する医師の実施状況をふまえて現状課題を詳しく調査し解決策を検討する必要がある。オンライン診療は対面診療を完全に代替するものには成り得ないが、平時においても医療アクセスを改善することで、特に行動制限のある者に対する地域包括ケアにおける疾病管理に役立てることが期待できるだろう。

本研究ではレセプトデータを用いた。医科レセプトと介護レセプトを用いることによって、医療の観点から介護サービスの課題を調査することができる。またレセプトデータをパネルデータとして医療や介護サービスの提供体制をモニタリングし、需給について詳細な時系列分析をすることが可能である。このような悉皆性の高いデータに基づいて、わが国の医療提供のあり方について、医療を取り巻く環境の変化をふまえて迅速に検討できる可能性が示唆された。

最後に、本研究の制限として、まず、国民健康保険加入者と後期高齢者医療制度利用者を対象としているため、かならずしも当該地域の全住人をカバーしていないという点がある。次に、対象期間が令和2年5月までであるため、令和2年6月以降の傾向がこの集計からはわからないという点がある。介護利用状況に応じて令和2年6月以降にどのような推移があったかを今後集計することが期待される。

E 結論

COVID-19の感染拡大下において介護サービス利用者は非利用者に比べてオンライン診療の実施数の増加が小さかった。医療アクセスの維持・向上による適切な疾病管理ため、介護サービス利用者のオンライン診療の利用を支援する体制の整備が有用である可能性が示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、
地域における在宅医療・介護提供体制の強化のための研究

「地域における新型コロナウイルス感染症への具体的な対応事例収集のための
ヒアリング調査」

研究分担者 村松圭司（産業医科大学 医学部 公衆衛生学 准教授）

研究要旨

COVID-19対応の具体的事例を収集するため、計11の在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーションを対象にオンライン会議システムを使用しヒアリングを実施した。ヒアリングで得られた情報については、「連携」「オンライン診療等」「ACP」「疾患の経過への影響」「BCP」に分類した。「連携」については、「対応に苦慮した事例」「良好事例」「医療機関との連携」「訪問看護ステーションとの連携」「その他の施設等との連携」「診療所・事業所内連携」「行政との連携」に更に分類した。地域包括ケアシステムの中に、在宅医療・介護の連携に関わる主体を大きく3つに分けると、今回のヒアリング対象である在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションが含まれる「在宅医療・介護サービス提供者」と、それらの利用者である「地域住民」、そして両者に影響を与える可能性がある全てのステークホルダーが含まれる「基礎自治体・保険者・間接サービス提供者」に分類されたと考えた。医療機関・事業所内連携の観点では、十分なコミュニケーションを維持するため、医療機関・介護事業所内の感染防止策への支援やマニュアル整備等が有効と考えた。同種サービス間連携の観点では、BCPの策定を行っていなかった事業所が複数あったことも踏まえ、地域全体でCOVID-19流行下において、どの事業所でも実施可能な内容の確認や地域住民への提示が有効と考えた。また、アウトブレイク発生時の対応について、協議が始まったケースも複数あったが、本来であれば地域全体で事前に考えておくことが望ましいと考えた。他の在宅医療・介護サービス提供者との連携では、質的な研究となり評価が困難ではあるが、サービス担当者会議の効果を検証する後続の研究が必要であると考えた。入院医療機関との連携では、ICTの活用を含め、機能間連携を推進する施策や診療報酬上の評価や、サービス担当者会議同様、退院時カンファレンスの実施が入院医療機関側へ与える良い影響に関する後続の研究が必要であると考えた。

A 研究目的

COVID-19対応の具体的事例を収集するため、在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーションを対象にヒアリングを実施した。

B 研究方法

ヒアリング対象として、令和2年4月-5月に発出された「緊急事態宣言」において「特定警戒都道府県」として位置づけられた13都道府県に所在する10の在宅療

養支援診療所及び訪問看護ステーション及びそれ以外の県の訪問看護ステーションからヒアリングを実施することとした。オンライン会議システムを使用し、表1の内容について30分～1時間程度、表2に掲載の対象者にヒアリングを行った。倫理的配慮のため、研究の目的について書面にて説明を行い調査票の回答をもって調査協力への同意確認を行った。なお、本研究は千葉大学大学院医学研究

院倫理審査委員会の承認（承認日：令和2年11月19日、承認番号：3926）を得て行った。

表1. ヒアリングの内容

施設種別	質問内容
在宅療養支援診療所	1. COVID-19流行下における病院や他の診療所との連携で、好事例や対応に苦慮した事例 2. COVID-19流行下における訪問看護STや訪問看護を行っている医療機関との連携で、好事例や対応に苦慮した事例 3. COVID-19流行下で在宅医療・介護を病院（有床診療所）のバックベッドとして活用した事例 4. 行政（保健所設置市や都道府県等）との連携で、好事例や対応に苦慮した事例 5. B C P の観点から、他の診療所や訪問看護ステーション等とのバックアップ体制の好事例
訪問看護ステーション	1. COVID-19流行下における他の訪問看護ステーション及び訪問看護を行っている医療機関との連携で、好事例や対応に苦慮した事例 2. COVID-19流行下における医療機関在支診との連携で、好事例や対応に苦慮した事例 3. COVID-19流行下における在宅医療・介護を病院（有床診療所）のバックベッドとして活用した事例 4. 行政（保健所設置市や都道府県等）との連携で、好事例や対応に苦慮した事例 5. B C P の観点から、他の訪問看護ステーションや診療所等とのバックアップ体制の好事例

ヒアリングで得られた情報については、「連携」「オンライン診療等」「ACP」「疾患の経過への影響」「BCP」に分類した。「連携」については、「対応に苦慮した事例」「良好事例」「医療機関

との連携」「訪問看護ステーションとの連携」「その他の施設等との連携」「診療所・事業所内連携」「行政との連携」に更に分類した。

表2. 対象者一覧

ケース番号	施設種別	都道府県	ヒアリング実施日
1	在宅療養支援診療所	東京都	2021/1/24
2	在宅療養支援診療所	福岡県	2021/2/9
3	訪問看護ステーション	東京都	2021/2/15

4	訪問看護ステーション	東京都	2021/2/19
5	訪問看護ステーション	東京都	2021/2/19
6	訪問看護ステーション	愛媛県	2021/2/23
7	訪問看護ステーション	東京都	2021/2/24
8	訪問看護ステーション	愛知県	2021/2/24
9	訪問看護ステーション	東京都	2021/2/24
10	在宅療養支援診療所	福岡県	2021/2/25
11	在宅療養支援診療所	神奈川県	2021/2/26

C 研究成果

1. 連携

a. 対応に苦慮した事例

・発熱

在宅患者が肺炎等で発熱し入院加療が必要と在宅医療提供者側が判断した場合に、入院先を探すのに苦慮したケースや、平時より早期に退院するケースがあった。また、平時は他の医療機関から訪問診療を受けている患者が発熱した際に、その医療機関から診療を断られたた

め別の医療機関に訪問診療を依頼したケースや、介護施設入所中に発熱した利用者が複数の医療機関に受け入れを断られ、救急車を要請し最終的に当初受け入れを断られた医療機関に搬送したところ、介護施設の職員が医療機関の職員から厳しい発言をされたケースがあった。更に、地域の医療機関でCOVID-19のクラスターが発生し、発熱した介護施設入居者が入院できず、介護施設内で療養するケースがあった。

- こちらが予想してなかった出来事とかで、急きょ、送らなきゃいけなかったときに、どこも見つからないという感じであったりとか。特に人工呼吸器をつけている人が1人いて、人工呼吸器関連は今かなりシビアだと思うんだけど、コロナもあって、多分今どこも使っていると、その辺のマンパワーとか、多分部屋がないんだと思うが、それが本当に大変でした。（ケース1）
- 人工呼吸器関連肺炎を疑い、家で訪問看護ステーションと協力すれば対応できるのではないかと考えたが、ご家族が「ぜひ入院させたい」とのことで入院先を探しました。地域の基幹病院が最後は受け入れてくれたんですが、途中判断が二転三転し、結局1日入院して、これは大丈夫ですとなって1日で退院となりました。平時とは異なる判断だと感じました。（ケース1）
- 訪問診療所から、発熱したんだったら診ないと言われたと、普段連携している訪問看護ステーションから相談があり、往診したことが2件ぐらいあった。（ケース1）
- コロナでみんな余裕がなくなってくると、たぶん胆のう炎だったと思うんですけども、その患者さんをX病院のクロスピッチに掛けて。これも僕ではない先生や看護師が対応したんですけども。そうしたら「今、無理です」と断った。断ったけれども状態が悪いので救急車を呼んで救急隊が探すかたちになったんですよ。救急隊のほうから、「でもX病院につれてきたい。ほかはどこも断るから」と

ということで、X病院に行った。X病院に行ったら、医者が診察して「これは入院が必要だ」ということで入院した。でも、対応した看護師さんが、つれてきた施設のスタッフを罵倒した。つまり、「何でつれてくるんだ。断っているじゃないか」と。それだけ医療現場もかなり殺伐とした状況になっているのかなと思います。（ケース11）

- クラスタで入院できませんとなった病院が、施設で発熱患者を見てくれというのが普通になっちゃって、発熱患者が施設にいたら当然COVID-19陽性者が発生すればクラスタになっちゃうわけです。どんどん広がっちゃってというのが地方だと課題だと思います。（ケース1）

・発熱以外の疾患や状態等

介護者がCOVID-19陽性や濃厚接触者となった場合に、普段介護されている高齢者・障害者の対応に苦慮したケースがあ

った。また、認知症を有する患者が施設にて受傷後に搬送された医療機関で、十分な対応を受けられなかったケースがあった。

- 施設で四肢麻痺に近い状態になった方がX病院に搬送されたが、認知症もあって治療もしないからとのことで、短期で退院した。でも体の具合がどんどん悪くなってしまって、X病院ではない医療機関の地域包括ケア病棟に入院したが、再び3～4日で退院させたいとの連絡があった。全体の感触として、特に病院なんかは余裕がない状況にあるのかなとは思います。（ケース11）
- 小児のケースで、保護者がCOVID-19陽性になって、病院かホテルに行くから、介護者がいなくなるという話になり車で1時間か2時間の県境の、保護者の実家に一時的に2週間避難したわけです。生活が成り立たなくなるからといって。区内の訪問看護ステーションでは連携の協定を結んでいたのですが、区外のため、結局その時にどうしたかという、2週間の間、1人半日かけて1件行って帰ってきて、をしました。（ケース3）

b. 良好事例

・ターミナルケア

ターミナルケアに関して良好事例が聴取された。（ターミナルケア・ACP に関連する内容については別項で記載）

・発熱患者の対応

先進的な取り組みとして、在宅患者に対しPPEを装着し在宅にて抗原検査やPCR検査の検体採取を実施したことで、地域で同様の取り組みを行う在宅療養支援診療所が増えたケースがあった。

- 在宅の発熱患者に対してフルPPEで抗原、PCRをやるという診療所は少なかったが、実際にやり始めるとそんなにハードルは高くないと感じた。実際、僕はこれだけ陽性者があったけれども大丈夫だったということを示すと、やってくれる診療所がちらほらと、そうやって対応する診療所が出てきました。（ケース2）

・自己管理指導等

インスリン自己注射やストマ、難治性潰瘍の管理等について、平時であれば入

院して実施する内容の一部を訪問看護ステーションと医療機関が連携し、在宅で実施したケースがあった。

- インスリンの自己注射導入はやったけれども、まだいまいち手順がはっきりしていない方について、病院側から「ここまでは病院で教えました。あとは、同じやり方でご家族さんへの指導とご本人の手技の獲得をお願いします」というようなかたちで依頼が来たこともあります。（ケース8）
- ストマの交換も、「まだまだ手技の獲得には不安が残るけれども、残りは訪看さんお願いします」「指導と経過のところをやってください」という依頼が病院からありました。逐一病院と連携用のICTツールを使って記録だったり写真だったりを送れるので、連携には困りませんでした。（ケース8）
- 難治性潰瘍が足にある方がコロナの影響で家に帰りたいという希望がありました。難治性だからなかなか治らないのですけれども、訪問看護ステーション側から「指示をもらえれば、やって、写真撮って、報告して、指示変更があれば連携用のICTツールで伝えてもらえればその日のうちに対応します」と伝え、特段トラブルなく対応できました。（ケース8）

c. 医療機関との連携

退院時共同指導が開催されなくなったと回答したケースが複数あった。地域で在宅療養を支援する病院においてCOVID-19のクラスターが発生した場合に、在宅患者の入院先を確保することが困難であっ

たケースが複数あった。また、平時より入院期間が短縮され、これまでは在宅で行わなかった処置等を訪問看護で実施したケースもあった。さらに、連携のためのICT活用について医療機関によって対応が異なり苦慮したケースがあった。

● 退院時関連

- 一方的に看護師1人とか、そういう感じで退院指導を代表が聞くみたいな感じになりました。途中から、10月ぐらいから、大きな病院でZoomを使ったりとか、いわゆるオンラインで退院時指導を患者さんや家族も一緒にということができるようになりました。意外とできていないのが、大学病院で、オンライン会議がなかなか、組織が大き過ぎてシステム化できていないような気がしました。（ケース10）
- 退院前カンファをほとんど今はやらないのが多いので、そうすると、やらないで帰ってくると、なかなか後からうまくいかないというか、お互いに苦労するというのは感じます。紙にかけないことが重要だったりするのですが、そうした周辺情報が欠落すると困ります。（ケース3）
- 例えばドレーンがあって、「ドレーンの消毒をしています」といって、こうやってやりますよとか手順で書いてある。でもそれを実際にその現場に行って、こうやってやっていますよというのを見ると、本当に細かい、こちら側から拭くんだねとか、こちら側からやると痛くないんだよねとか、何かこちらからやるとちょっとヒリヒリするんだよねとか、この辺にテープが残っているのが割と多かったんだよねというのが、実際にやっていた人から聞けるのはすごく大きいです。褥瘡（じょくそう）の処置とかもそうです。（ケース3）
- ケアマネジャーも情報を得られておらず、書類上は明らかに重度で、これは療法士が介入しても変わらなさそうだ、と思えたのですが、実際に行ってみて入ってみたら、かなりADLが上がって、最初は寝たきりだったのが、今は歩行してトイレに行けるぐらいまで回復できる人で、この方は書類だけで判断していたらもしかしたら断っていたかもしれないと思いました。（ケース4）

- 障害のグループホームにお住まいの方が誤嚥性肺炎で胃ろうを造設され、経管栄養と、必要時に痰（たん）の吸引の処置が必要となりました。そのグループホームでは以前同様の方がいて、みんな研修を受けて認定書をもって登録しているとのことそのままいけるかと思っていたのですが、最終的に条件が異なることがわかり今、まさに皆さんは研修を受けていただいているところです。現在は訪問看護が朝昼晩介入して、栄養と必要時に痰の吸引をしているといいます。事前に話し合いが持てていれば、退院が分かった時点で研修を受け始めて、退院時には全員が経管栄養もできるという体制だったらよかったなと思います。（ケース5）
- クラスター発生時について
 - X病院は、区の中では「最後のとりで」ではないですが、積極的に在宅患者を受け入れてくれる病院でしたが、クラスターが発生しました。その間は結果的に他区の車で20～30分かかる、遠いところに結局救急車で運ばれることが多く、退院時の連携も不十分でした。（ケース3）
 - 退院患者について大腿切断術後の方が、装具作成前に、抜糸したばかりのような状態で退院されてきたことがありました。（ケース7）
 - 人工肛門造設術後の方が、ほぼ寝たきりの状態で退院されてきたことがありました。ベッドサイドでのリハビリテーションでやるようなことから療法士が実施しました。これまでにそのようなことはありませんでした。（ケース9）
- ICTの活用について
 - 地域の訪問看護ステーションでは使用したいとの意見が多いが、病院が対応してくれないケースが多い。病院の連携室でもっと多いのはFAXなのですが、コンピュータで作成した書類を印刷してFAXすることの意味はないと思います。（ケース8）

d. 訪問看護ステーションとの連携
在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションとの連携では、パンフレット作成やメーリングリスト、オンライン講座などの情報共有を行ったケースがあった。

訪問看護ステーション間の連携では訪問看護ステーション内にCOVID-19の陽性者が出た場合、地域での業務代行の仕組みを構築しているケースが複数あった。

- 情報共有について
 - 事例ごとに、この事例に関してはコロナの可能性は少なく、厳密なPPEは必要ない等のアドバイスはしました。きちんとした教育というのは、何かしなきゃいけなかったなという気もしますし、今からでも必要だと思います。（ケース10）
 - コロナに関する知識、対策を書いたパンフレットの作成をして、これを施設、家族への配布を行いました。また、コロナをテーマにしたオンラインの研修会を行いました。さらに、地域の在宅ケアネットワークではメーリングリストもあって、そこでも可能な限り、コロナに関する情報を流すようにしています。（ケース2）
- 業務代行について
 - 月に1回情報共有を行う訪問看護ステーションの管理者会みたいなものがあるんですけども、そこに区内の2/3の事業所が所属をしています。そこで1回目の緊急事態の時に、小さいステーションが多いので、例えばそこ

で感染者がスタッフに出たときに回らなくなったら訪問が行けなくなると困るので、お互いに相互連携の取り決めを作ることになりました。（ケース3）

- 今契約されている訪問看護ステーションさんが休業せざるを得ない場合に、新たに契約を結ばずに他のステーションに依頼をして、他のステーションさんから利用者さんに訪問していただける仕組みがあります。区の補助もあるようです。（ケース5）

e. その他の事業所等との連携

退院時共同指導と同様に、サービス担当者会議について開催頻度が減少したと回答したケースが複数あった。また、普段連携がない事業所との信頼関係構築が

困難であったと回答したケースがあった。特に障害福祉サービス利用者について、連携が困難であったと回答したケースがあった。

- サービス担当者会議もほとんど開かなくて、文書で伝えてくださいというのが今は9割方ですね。文書でと言われても、そのとき皆さん集まって見えてくるものが結構あると思うので、そこが見えてこないというのは、一方的な文章ではなかなか代わりにはならないような気がします。（ケース10）
- 親しい事業所さんであればいいんですけども、特に障害の事業所さんとかは関わりが少ないものですから、感染対策のためにヘルパーさん限定してほしいとか、そういう要望はこちらからはできないんですね。ほかの障害の方以外にしてもそうなんでしょうけれども、今回感じたのは、いざというときにはなかなかコミュニケーションが取れない。親しいところ、よく知っているところは取れるんですけども、あまり日ごろからコミュニケーションがないところはバタバタしてしまったりとか。急にキャンセルされたり。親しいところではそういうことはほとんどないんですけども、結構コミュニケーションが取れていないと信頼感がないというか。信頼の問題というのは非常に大きいんだなというふうに、今回感じました。（ケース10）
- 利用者さんのことでケアマネさんに用事があるときとか居宅に行けていたんですけども、「必要な書類があれば郵送してください」と言われるようになりました。顔が見える関係は築きにくくなっているのかなとは思います。（ケース6）

f. 診療所・事業所内連携

感染拡大を防止するため直行直帰を取り入れたケースと、これまでどおり対面でカンファレンス等を行ったケースがあった。直行直帰を採用したケースで、スタッフ間連携が不十分になり服薬管理に

問題があったと回答したケースがあった。紙の記録を使用している事業所で、事業所に滞在する時間が制限されているため業務に支障をきたしていると回答したケースも存在した。

- 直行・直帰になりますと非常にコミュニケーションが取りづらいので、それは私どもの法人内ではないようにしています。これはコロナと関係なく、非常にコミュニケーションが取りにくいのと、何かリスクが生じたときに対応が遅れてしまう。そこが一番問題ですので、直行・直帰に関してはなしになっています。（ケース10）

- あんまりカルテも見られないという状態です。パソコンはみんな配布されているんですけども、紙ベースの基本情報とかそういうのが全部事務所にあるので。それを見るのに「10分以内」とか制約されているのもありますし。なかなか顔を合わせる機会がないので、スタッフの孤独感というのがすごくあります。（ケース6）
- 元々担当制ではなくて、チームで1人の利用者さんを見るというやり方にしていました。そうすると、1人の利用者さんに対して全員が同じ知識と情報を持っていないとケアがバラバラになってしまう。たぶん、そういったところのシステムのなところのエラーが、情報共有ができなかったところで服薬管理についてミスが起きてしまったかなというのは、実際あります。結局、トラブルが続いたので一回担当制に変更しました。コミュニケーションが取れなかったことで、役割とか責任感みたいなのが持てずに、仕事に対するモチベーションの低下にもつながってしまったと思います。（ケース7）
- 話したいときにタイムリーに話をしないと、どうしても後手後手に回ります。決められた時間となると「じゃあ、今はいいや」となってしまう、悩みだとか、抱えているモヤモヤだとかを話せないことがあります。その日起きたことだったりはその日のうちにタイムリーに「いや、今のは」とか、やっていったほうがいいなと思ったので直行直帰は採用していません。（ケース8）

g. 行政との連携

保健所との連携については時期や場所によって判断が異なることに対して苦慮したケースがあった。また医療保険と介護保険の制度の違いによる請求業務が複

雑になっていると回答したケースや、報酬体系が複雑であり在宅医療・介護推進の阻害要因となっていると回答したケースがあった。

- COVID-19陰性が確認されていない発熱患者を病院が取らないよう行政からの指導されていた。必ず発熱があったら保健所を通してからではないと入院できないルールがあった。第一波の時は結構そういう無茶なパニックみたいな状況だった。（ケース1）
- 保健所設置市と県との対応が異なる。情報開示を求めても、片方では公開しているのにもう片方では公開できないと回答される。また、用語の定義も異なるので、統一が必要と感じた。（ケース2）
- 日曜日や祝日にPCR検査ができないことは問題でした。不安な日々を過ごす発熱患者さんや、その家族、介護者のことを考えると、1日でも早く陰性証明をしてあげたいものです。（ケース2）
- サービス提供エリアが3つの市にまたがっていて、それぞれ別の保健所が管轄なのですが、同じ状況でも保健所の判断は少し違っていて、対応に苦慮しました。（ケース7）
- 東北の震災のときにJMATで参加したことがあります。今回コロナでしたけれども、広域災害に近い人たちではなかったかと思うんですね。ああいう地震とかのときは災害対策本部というのが市町村にきちんとあって、そこがひとまとめとして動いていたんですね。今回、もちろん保健所が中心になってやっていたと思うんですが、保健所機能がこの十数年において縮小されてきて、結局追いつかなかったと思います。市町村も一応対策本部はつくったけれども中途半端で、結局「保健所に聞いてください」みたいな話に最終的になった。だから、市町村に対策本部をつくるんだったらつくっていただいて、そこに一本化するとか。それ

を核に医師会と介護包括とか保健所さんを集めて一体で動くというかたちのほうが現実的じゃないかなと思います。保健所さんが今回全部請け負って対策をしていましたけれども、あれは無理だなと思いました。（ケース10）

- 市設置の保健所と県との連携が不十分だった。主治医がX市、搬送先がX市とは別の保健所設置市、地元は県の保健所で、2箇所の保健所の聞き取り調査に答えたが、地元の保健所には何の情報もなかった。（ケース10）
- 災害対策本部をつくるのであれば、それこそ郡市区医師会レベルが非常に動きやすいです。そういうふうに2次医療圏で動くというのは、非常に無理が来ているような気がします。逆に、地域包括ケアシステムの単位も、中学校区ではリソースに偏りがあるので、これも郡市区医師会レベルで考えると良いのかもしれない。（ケース10）
- 訪問看護が医療保険と介護保険でいろんな制度があって、整合性が取れてなかったりとか、わかりづらい点について、そういうのをきれいにしてほしいと思う。これから訪問看護を広げなきゃいけないとか、在宅医療を推進していかなくちゃいけないとか言われているが、改定のたびに、どんどん複雑になって、新しい人が入ってきづらい仕組みになっている。（ケース3）

2. オンライン診療等

オンライン診療より電話等再診を活用

していたケースがあった。

- 電話ばかりでオンライン診療はやっていないです。やっていないというか、やれるようにはしていますけれども、電話再診が結局何でもありになってしまったので、電話のほうが早くて縛りもないということで、結局電話のほうに流れちゃっています。患者さんの姿が見えないことによる不便は、実は電話再診をかなり補助的に使っていますので、必要なときは僕は必ず訪問診療・往診に行くので、実はそれによる不便さというのは実はあまり感じていなくて、発熱時も僕は基本必ず行きます。例えば既存の薬がなくなったとか、こういうのも今まではできなかったんですよね、電話再診による処方が認められていませんでしたので。今はむしろそういうのができるようになって、そういう補助的な使い方をしています。実際に診る必要がある患者さんに関しては僕は必ず行っていますので、そういう不便は今のところは感じていないかなと思います。（ケース2）

3. ACP

家族や本人が在宅看取りを選択したケースが複数あった。在宅看取りが増加したと回答したケースが複数あった。介護

施設において訪問診療医がその場で死亡診断したケースがあった。有料老人ホーム等においても看取り期の面会制限を経験したケースがあった。

- 入院しないという意思決定につながったというケースはありました。最期はどうか、もともと悩んでいたんだけど、入院すると今だとやっぱり会えなくなっちゃうから、最期まで家族で家で見ますと腹をくくってくれた人とか、ACPの中で逆に在宅にシフトしたというケースは結構ありました。（ケース1）
- 朝方、調子が悪いといって、施設の人から電話があって、駆け付けて到着した頃にCPAになった方がいます。普段は元気だったから、あんまりちゃんとACPも考え

ていなくて、その場で介護職員の方がCPAをして、救急車を呼んで救急隊が来て、ドクターカーとかが東京のルールで来てくれました。病院に行こうかみたいな感じだったんだけど、ちょうど家族が駆け付けて、来る前から電話とかをしていて、基本的には心臓マッサージをし続けてほしいと電話ではおっしゃっていました。ご家族が到着されて救急車に駆け付けてもらって見てもらうみたいな感じだけでも、その光景を見てもらって、コロナ禍だと会えなくなっちゃうかもしれないし、最期はこのまま施設でみとってやってくれませんか、ということで、その場でCPAを中止してお看取りをしたケースがありました。（ケース1）

- 在宅看取りが増えたということですね。年間だいたい1～2割増しで、結局病院に入院するとご家族が看取りの際に会えないということが一番の理由です。それによって、自宅看取りが増えました。（ケース10）
- 看取り期の面会制限というのは非常に理不尽なところがありました。有料老人ホームとかは自宅としてカウントするようになってはいるんですけども。結局家族と会えない高齢者、認知症の患者さんがどんどん認知が進んだりしている。そういうのは人権の問題にまで関わるような状態に、今なっているんじゃないかなと思っています。いずれにしても、完全に家族を締め出すようなやり方というのは、これは「自宅ではない」と思いました。（ケース10）
- 第1波のときに、医療従事者の方から連絡が来て、その方のお母さんがすい臓がんの末期状態が急に見つかったとのことでした。「このまま病院にいと面会もできないから、自宅で看取りたい」という相談がありました。そういう施設や病院に入院した場合の、入院している患者さんと家族との断絶というんですかね。そういうのはコロナによって大きく変わったんじゃないかなという印象があります。（ケース11）
- 明らかに在宅患者さんが増えています。特に終末期の患者さんの紹介が増えていると思います。というのは、一番はやっぱ家族と会えない、もしくは家族と会う時間が制限されるという理由で、恐らくこれまでであれば入院したであろう、緩和病棟に入院していたんだろうと思われるような患者さんであっても、在宅医療を受ける決断をされる方々が増えていると。（ケース2）
- まさにコロナだから病院ではなくて家で過ごすことをご家族が決意された事例がありました。がんの患者さんで、ずっと独居で、娘さんが会いに行っても家にはいないくらい活発な方が、最後は脳転移でなかなか動くこともできなくなり、入院になりました。病院に入院している間全然会えなくて、最初は電話とかができていたのが、それもできなくなって、病院に入れていることが心配になったというところがあって、本人も家に帰りたいとおっしゃって、在宅で看取りました。（ケース5）

4. 疾患の経過への影響

特に認知症を有する者の症状の進行について回答したケースがあった。また高

齢者が孤立することにより外出の機会などが減少し、フレイルが進行したと回答したケースがあった。

- 比較的認知症が軽度で、まだ比較的若くて元気だった人が、しばらく外に出ていく機会がなかったりして、1～2カ月ぶりに合うと結構機能が落ちているというのは感じます。コロナは、実は認知症の患者さん、高齢の患者さんという、そういう人のところにかかなり大きな影響を及ぼしている。それは身体的にもそうだし、さっき言った認知症の進行度というか精神的なところもおそらくそうなんじゃないかという気はしています。（ケース11）

- 特に認知症の患者さんのフレイルがすごく進行してしまう、そういう声も聞かれました。次回の3月の勉強会のテーマは、コロナ感染対策とフレイル予防は両立し得るかというテーマで勉強会をやろうということにしています。（ケース2）
- 高齢者の孤立というところはすごく感じましたね。例えば体操教室に行っていた人とか、カラオケ教室に行っていた人が行けなかったという声はよく聞いて、そもそも行政がやっているものなので、全部閉まっちゃってやってないんですみたいなのはよく聞くので、それによって明らかに身体機能が落ちてしまいそうな人とか、完全に所感なんですけど、メンタル的に元気がなくなっちゃっているような、人と会えなくてという人とかはたくさん見てきているので、その方々が最初に頭に浮かびました。（ケース4）
- 在宅にいる時間が長くなって足腰がちょっと弱くなって、訪問看護を利用するという方が増えたりとか。結構いらっしゃいました。（ケース6）

5. BCP

BCPを「策定している」と回答したケースは、ヒアリング対象にはなかった。回答の理由としては、策定可能なスタッフの不在やサービス提供や記録等の業務量が多いこと、周知不足が挙げられた。BCP

は策定していないが事業全体の計画を定めているケースがあり、事業継続の計画立案への肯定的な意見があった。また、地域でBCPの策定を支援する動きがあると回答したケースが複数あった。

- BCPをやらなきゃいけないなと思いながらまだやっていません。介護保険報酬改定でも取り上げられていますが、その前から、作らなければ、というのはずっと思っていました。作れない理由は、単純に時間がないというか、優先順位が低いんだと思います。小規模な事業所なので、実際に訪問看護ステーションの管理者である自分に明日突然何かあったら、何一つ回らなくなるというのが事実なのでBCPの重要性は理解しているが、着手できない。（ケース3）
- 知らないだけかもしれないです。災害対策とかは積極的にやっているほうだと思うので、多分ありそうな気がするんですけども、分らないです。（ケース4）
- BCPは考えているのかもしれないですけども、現場の人間にはあまり伝わっていない。（ケース9）
- 当初感染拡大が危惧されたときに、どの事業とどの事業を、例えばデイサービスを1回閉めるとか。そういうシミュレーションはある程度しましたが、BCPとしてまとめてはいません。（ケース10）
- 夏すぎぐらいにちょっとだけ計画と比較して患者さんの数が少なかったときがあって、そのときも意思決定として、連携医を雇うことにしました。計画に乗っていないCOVID-19のせいにしないで、計画を進めていく、人を増やして、もっと患者さんのサポートをできるような体制を構築しようと考えました。（ケース1）
- 訪問看護部会で、来年度ぐらいに1回BCPについて勉強会をしようという話は出ています。（ケース3）
- 地域の訪問看護ステーションで、地域全体での災害等への対策を強化する必要があると考え、やっと動き始めたところです。（ケース8）

D 考察

在宅医療・介護へのCOVID-19流行の影響についてヒアリングを実施した。ヒアリングでは、主に「連携」に焦点を当て、COVID-19流行下におけるターミナルケア等のあり方といった、具体的な場面

がどのように変化したかを在宅療養支援診療所・訪問看護ステーションの従事者から聴取した。はじめに、図1に医療・介護における「連携」の全体像のイメージと今回考察する範囲について示す。

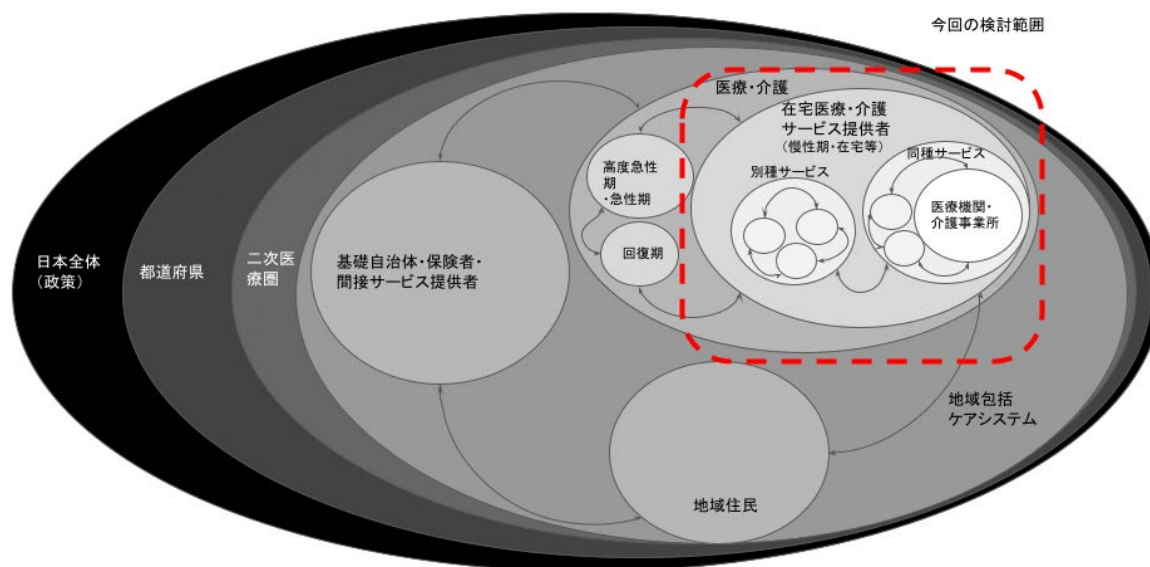


図1. 医療・介護における「連携」の全体像のイメージと今回考察する範囲

医療・介護における「連携」の基本単位は地域包括ケアシステムの構築単位であると考えられる。医療の提供単位は二次医療圏で考えるが、これまで在宅医療・介護連携推進事業等の在宅医療・介護に関する取り組みは基本的に都道府県・保健所の支援を受け市町村が実施してきた。これは、患者・サービス利用者の視点から考えた場合にも「住み慣れた地域で」構築される地域包括ケアシステムの理念とも合致すると考える。

地域包括ケアシステムの中に、在宅医療・介護の連携に関わる主体を大きく3つに分けると、今回のヒアリング対象である在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションが含まれる「在宅医療・介護サービス提供者」と、それらの利用者である「地域住民」、そして両者に影響を与える可能性がある全てのステークホルダー

が含まれる「基礎自治体・保険者・間接サービス提供者」に分類されたと考えた。なお、「基礎自治体・保険者・間接サービス提供者」には多様なステークホルダーが含まれると考えられ、かつ地域でその顔ぶれは異なってくると考えられるため、ここでは詳細を記載していない。

今回考察する範囲は、図1の点線で囲われている範囲である。「連携」の範囲が狭い順番に考察する。

- 医療機関・事業所内連携
 - 職員間のコミュニケーション
 - ヒアリングでは、感染対策とコミュニケーションとの両立やそのバランスについて言及したケースがあった。感染対策に重点を置き、直行直帰やICTを活用したケース

もあった。一方で、そうしたケースからはコミュニケーションが不十分となりインシデント発生に影響を与えた可能性があるとの意見もあった。

- 事業所内における職員間の連携が十分であることが、患者・利用者の安全確保に良い影響を与えている可能性が示唆された。
- 同種サービス間連携
 - アウトブレイク発生時の対応
 - 訪問看護ステーションでは、地域でアウトブレイク発生時の対応について協議されたケースが複数あった。一方で、在宅療養支援診療所ではそうした対応について地域でのルールを策定した等の意見は聴取されなかった。
 - 在宅医療・介護分野においては、COVID-19流行前に同種サービス間での連携の仕組みが構築されていなかった可能性が示唆された。
 - 発熱患者の対応
 - 在宅療養支援診療所では、他の在宅療養支援診療所が発熱した患者の訪問診療や往診等を断ったため、一時的に往診等を実施したケースがあった。
 - 訪問看護ステーションでは、一部の事業所で発熱していない利用者に対してもPPEを装着して訪問する等、感染対策のレベルに違いがあった。
 - 在宅療養支援診療所では、訪問看護ステーションによって発熱患者への訪問看護実施可否に違いがあったと回答したケースがあった。
 - 在宅医療・介護分野においては、同じ地域に同種医療機関・介護事業所が存在しても

事業所によって対応が異なるため、患者・利用者が理解しにくい可能性が示唆された。

- 他の在宅医療・介護サービス間連携
 - サービス担当者会議の減少
 - 複数のケースでサービス担当者会議が減少したと回答した。また、対面でのコミュニケーションが減少し、過去にこれまで協業の少なかった連携先から急にサービス提供を断られたケースもあった。
 - サービス担当者会議の減少が、患者・利用者の観点から、サービスの質の低下に影響を与えている可能性が示唆された。
- 入院医療機関との連携
 - ICTの活用
 - 複数のケースでウェブ会議システムや医療・介護情報連携システムを活用した機能間連携が有用であったと回答した。一方で、入院医療機関等に依頼をしても対応してもらえなかったと回答したケースもあった。
 - 医療機関・介護事業所におけるICTの活用が十分に行われていない可能性が示唆された。
 - 退院時カンファレンスの減少
 - 複数のケースで退院時カンファレンスが減少したと回答した。また、退院時カンファレンスが実施されなかったことが利用者とトラブルに影響した可能性や、書面での情報と本人の状態とが大きく異なり、書面の情報だけで判断していたら別のサービスを提供していた可能性等が聴取された。
 - 退院時カンファレンスの減少が、患者・利用者の観点から、サービスの質の低下に影響

響を与えている可能性が示唆された。

次に、本研究から考えられる施策等について考察する。医療機関・事業所内連携の観点では、十分なコミュニケーションを維持するため、医療機関・介護事業所内の感染防止策への支援やマニュアル整備等が有効と考えた。同種サービス間連携の観点では、BCPの策定を行っていなかった事業所が複数あったことも踏まえ、地域全体でCOVID-19流行下において、どの事業所でも実施可能な内容の確認や地域住民への提示が有効と考えた。また、アウトブレイク発生時の対応について、協議が始まったケースも複数あったが、本来であれば地域全体で事前に考えておくことが望ましいと考えた。他の在宅医療・介護サービス提供者との連携では、質的な研究となり評価が困難ではあるが、サービス担当者会議の効果を検証する後続の研究が必要であると考えた。入院医療機関との連携では、ICTを用いた機能間連携を推進する施策や診療報酬上の評価や、サービス担当者会議同様、退院時カンファレンスの実施が入院医療機関側へ与える良い影響に関する後続の研究が必要であると考えた。

最後に、在宅医療・介護の連携を行う地域的な単位について考察する。地域包括ケアシステムの構築単位は当初中学校区を想定されていたが、中学校区に実際のサービス提供主体が存在したとしても、連携のルール共有等が中学校区毎に異なってしまうと、その連携を支援する基礎自治体や保健所、都道府県等が支援しにくくなってしまう。また、入院医療機関は必ずしも中学校区毎に存在するとは限らないため、もう少し広い範囲で連携を捉える必要があると考える。具体的には、ヒアリングでも意見のあった郡市区医師会単位が有効である可能性があ

る。休日夜間急病診療所の運営等は多くの地域で郡市区医師会が関与していると考えられ、地域を面として捉えた時にどのようなサービスを提供するかマネジメントする単位として、郡市区医師会は合理的な単位である可能性がある。また、基礎自治体単位では人口規模が大きく異なるため、政令指定都市等の大規模な市では区単位の医師会が組織されていたり、小規模な市では隣接する別の基礎自治体を含むエリアで一つの医師会を構成する等、実際の在宅医療・介護提供体制にあった規模となっている。

こうした単位での連携を充実されていくに当たって、多くの地域では二次医療圏内に複数の連携単位が含まれることになると考えられる。地域医療構想等の医療施策に関しては保健所が広域的、専門的かつ技術的拠点として機能することが期待されているが、二次医療圏内に政令指定都市が含まれる場合は市設置の保健所との役割分担や連携を十分に行う必要がある。ヒアリングでは主体の異なる行政組織間での情報共有に問題があったと回答したケースが複数あった。こうした連携、情報交換は二次医療圏をまたいで発生するケースも多くある。二次医療圏をまたぐ場合には隣接する都道府県とのやり取りも発生するため、国レベルでの連携に関するミニマルなデータセット等の開発が有効と考える。

E 結論

在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーションに対してヒアリングを実施した。特に連携に関して、多様な意見が聴取され、今後検討が必要な事項も複数あった。後続の研究による検証が期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし