

令和5年度厚生労働科学研究費補助金
(地域医療基盤開発推進研究事業研究事業)
地域の実情に応じた在宅医療提供体制構築のための研究 (23IA1005)
分担研究報告書

茨城県の医療介護レセプト突合データを用いた訪問診療、訪問看護を受ける患者の在宅医療の
4つの医療機能の指標に関する実態把握と検討

研究協力者	浜崎曜子	筑波大学大学院人間総合科学学術院	博士課程
研究分担者	孫瑜	筑波大学医学医療系	助教
研究協力者	佐方信夫	筑波大学医学医療系	客員准教授
研究協力者	伊藤智子	筑波大学医学医療系	助教
研究協力者	吉江悟	筑波大学医学医療系	研究員
研究代表者	田宮菜奈子	筑波大学医学医療系 ヘルスサービス開発研究センター	教授/ センター長

研究要旨

背景

我が国では在宅療養の需要が高まっており、在宅で医療や看護を受療する必要性が高い患者にサービスを提供できる体制構築が求められる。在宅療養する患者の予後は、患者の個人属性や、利用する医療および介護サービスによって異なる可能性があるが、その実態は明らかでない。本研究では、訪問診療または訪問看護の受療者において、訪問診療と訪問看護の利用パターン別に在宅医療提供体制に求められる4つの医療機能の実態と予後を明らかにすることを目的とした。

方法

2018年度の茨城県の医療・介護レセプトデータを用いて、要支援及び要介護認定を受けた65歳以上の在宅療養者のうち2018年9月に訪問診療または訪問看護を受療している者を対象とした。対象者を訪問診療と訪問看護両方受療群、訪問診療のみ受療群、訪問看護のみ受療群の3群に分け、個人属性や4つの医療機能（[1]退院支援、[2]日常の療養支援、[3]急変時の対応、[4]看取り）に関する各指標について記述した。アウトカムとして2018年10月-2019年3月における全入院やAmbulatory care sensitive conditions (ACSCs)による入院、再入院、時間外受診、往診、在宅での看取り等の記述を行い、各アウトカムについて多変量解析を実施した。また、死亡の影響を考慮するため、資格喪失したものを除外した多変量解析も実施した。

結果

分析対象者7,935人のうち、訪問診療と訪問看護受療群は2,129人(26.8%)、訪問診療のみ受療群は1,483人(18.7%)、訪問看護のみ受療群は4,323人(54.5%)であった。訪問看護のみ受療群では比較的要介護度が低い一方、訪問診療と訪問看護受療群では要介護度が高く、医療処置のある割合も多かった。日常の療養で利用する医療及び介護サービスについては3群でばらつきがあり、訪問診療

と訪問看護受療群では訪問入浴や福祉用具の利用割合、訪問診療のみ受療群では通所介護の利用割合が多かった。また、訪問看護のみ受療群以外では薬剤師による訪問や短期入所の利用割合が多かった。過去に入院のあった者における退院支援に関連した診療報酬の算定は、すべての受療群で約1割程度と少なかった。各アウトカムについての多変量解析の結果、訪問診療と訪問看護受療群に比べて訪問診療のみ受療群と訪問看護のみ受療群で全入院のオッズ比が高く、往診、時間外受診、在宅看取りのオッズ比が低かった。また、訪問看護のみ受療群ではACSCsによる入院と再入院のオッズ比が高かった。資格喪失したものを除外した解析でも同様の結果であった。

結論

訪問看護と訪問診療の利用パターン別に患者属性や、利用している医療・介護のサービス内容が異なり、訪問診療と訪問看護受療群で最も医療や介護のニーズが高い患者の割合が高いことが明らかになった。急変時の対応と在宅看取りについては、訪問看護による対応に加えて往診の果たす役割が大きいと考えられ、急変のリスクが高いと考えられる患者においては訪問診療と訪問看護の双方の導入を早期に検討する必要性が示唆された。退院支援及び日常の療養支援については、対象のニーズに応じたサービス提供がなされているか、今後より詳細な調査が必要であると考えられた。

A. 研究目的

我が国の在宅医療の需要は今後も増加することが見込まれており、地域の実情に応じた在宅医療提供体制構築が重要となる¹。在宅療養する患者の予後は在宅療養者の個人属性や、利用する医療および介護のサービス内容によって異なる可能性があるが、その実態は明らかでない。本研究では、訪問診療または訪問看護の受療者において、訪問診療と訪問看護の利用パターン別に在宅医療提供体制に求められる4つの医療機能（退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）の実態と予後を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

(1) データ

2018年度の茨城県の国保・後期高齢者医療制度の医療レセプトデータおよび介護保険レセプトデータを用いた。

(2) 分析対象

2018年9月時点で要支援または要介護認定を受けていた65歳以上の在宅療養者のうち、訪問診療又は訪問看護の利用があった者（要介護被保険者等に対する訪問看護は、原則介護保険が優先）を対象とした。2018年度の茨城県の総人口は2,892,000人、高齢化率は28.9%で要介護認定率は15.7%である²。除外基準は、介護施設入居者（老人保健施設、特別養護老人ホーム、介護療養型施設、介護医療院、特定施設、認知症高齢者グループホーム、特定施設以外の有料老人ホームまたはサービス付き高齢者向け住宅等）、および精神科の訪問診療または訪問看護を受けている者とした。

訪問診療の定義は2018年9月に在宅患者訪問診療料（1）-1、在宅患者訪問診療料（1）-2、在宅がん医療総合診療料、在宅時医学総合管理料のいずれかの算定があり、かつ施設入居時等医学総合管理料の算定がない者とした。訪問看護の定義は、2018年4-9月に訪問看護指示料の算定、または2018年9月に在宅患者訪問看護・指導料もしくは介護保険の訪問看護のサービスの算

定があった者とした。前述の通り、65歳以上の方で要支援・要介護の認定がある者は本来、介護保険の訪問看護の対象となるが、病状の悪化などにより一時的に医療保険の対象となっている者についても除外せず、対象に含めた。

(3) 分析方法

訪問診療及び訪問看護のサービスの利用パターン別に、訪問診療と訪問看護受療群、訪問診療のみ受療群、訪問看護のみ受療群の3群に対象者を分類し、患者属性として年齢の中央値、年齢区分(65-74歳、75-84歳、85-94歳、95歳以上)、性別、要介護度、疾患の有無(脳血管疾患、心疾患、悪性腫瘍、呼吸器疾患、関節疾患、認知症、パーキンソン病、糖尿病、視覚聴覚障害、骨折)、併存疾患数、医療処置の有無(酸素:在宅酸素療法指導管理料、人工呼吸:在宅人工呼吸指導管理料、陽圧呼吸療法:在宅持続呼吸療法指導管理料1,2/在宅ハイフローセラピー指導管理料、気管切開:在宅気管切開患者指導管理料、自己導尿:在宅自己導尿指導管理料、中心静脈栄養:在宅中心静脈栄養法指導管理料、経管栄養:在宅成分栄養/在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料、自己注射:在宅自己注射指導管理料、点滴注射:在宅患者訪問点滴注射管理指導料、腹膜透析:在宅自己腹膜灌流指導管理料/在宅自己連続携行式腹膜灌流頻回指導管理料、血液透析:在宅血液透析指導管理料/在宅血液透析頻回指導管理料)、過去の入院歴の有無について記述した。

疾患名は2018年4-9月の医療レセプトからICD-10コードを用いて把握し、疑い病名は除いた。過去の入院歴は2018年4-8月の医療レセプトから把握した。そのほかの基本属性は2018年9月の医療・介護レセプトから把握した。さらに、2018年10月-2019年3月の追跡期間の中で在宅医療に求められる4つの医療機能([1]退院支援、[2]日常の療養支援、[3]急変時の対応、[4]看取り)の各指標に関して訪問診療及び訪問看護のサービスの利用パターン別に分析を実施した。

[1] 退院支援

2018年4-8月に入院があった患者のうち、以下の項目の割合を記述した。また、ACSCsについてはその内訳を記述した。

- 入院中の退院時共同指導料 1, 2
- 入院中の退院前訪問指導料
- 退院後1ヶ月以内の退院後訪問指導料
- 退院後1ヶ月以内の訪問看護退院時共同指導加算
- 全ての再入院
- Ambulatory care-sensitive conditions (ACSCs) による再入院

ACSCsはプライマリ・ケアの適切な介入により、重症化による入院を予防できる可能性のある疾患で定義され、プライマリ・ケアの利用しやすさと質の指標として用いられている。本研究では、NHS(英国の国民保健サービス)³が定義する19のACSCsを、先行研究^{4,5}で一般的に使用されているICD-10コードを用いて同定した。疾患は急性疾患、慢性疾患、ワクチン接種で予防可能な疾患の3つに分類され⁶急性疾患には蜂窩織炎や腎盂腎炎等、慢性疾患にはCOPDやうっ血性心不全等、ワクチン接種で予防可能な疾患にはインフルエンザや肺炎等が含まれる(詳細は補足表1参照)。

さらに、全ての再入院とACSCsによる再入院をアウトカムとし、患者の個人属性(年齢、性別、要介護度、疾患)で調整した多変量ロジスティック回帰分析を実施した。

[2] 日常の療養支援

以下の項目の割合について全体と要介護度別(要介護度2以下と3以上)に記述した。

- 専門職による訪問
 - 医師:在宅時医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料、医師による居宅療養管理指導

- 看護師：看護体制強化加算、サービス体制強化加算、特別訪問看護指示加算
- 薬剤師：薬剤師による居宅療養管理指導/在宅患者訪問薬剤管理指導料
- 歯科（歯科医師・歯科衛生士）：歯科医師による居宅療養管理指導、歯科衛生士による居宅療養管理指導
- 管理栄養士：管理栄養士による居宅療養管理指導、在宅患者訪問栄養食事指導料
- リハビリ職：在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、訪問リハビリテーション（病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院等の訪問リハビリテーション事業所から）
- 介護サービス：訪問介護、訪問入浴介護、夜間対応型訪問介護、通所介護、通所リハビリテーション、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、短期入所、福祉用具、住宅改修

[3] 急変時の対応

追跡期間中の1回以上の各項目について割合を記述した。また、ACSCsについてはその内訳を記述した。

- 時間外の外来受診（時間外加算、休日加算、深夜加算、夜間・早朝等加算）
- 全時間帯の往診（往診料）
- 時間外の往診（夜間往診加算、深夜往診加算、休日往診加算）
- 全ての入院
- ACSCsによる入院

さらに、上記すべてのアウトカムについて、患者の個人属性（年齢、性別、要介護度、疾患、過去の入院の有無）を調整変数とした多変量ロジスティック回帰分析を実施した。また、死亡の影響を考慮するため、資格喪失したものを除外した多変量解析も実施した。

[4] 看取り

追跡期間中に医療保険の資格喪失があった患者を対象とし、以下の割合を記述した。

- 在宅での看取り
 - 看取り加算（診療所以外）
 - 死亡診断加算
- 在宅でのターミナルケア
 - 在宅ターミナルケア加算（イ）
 - 在宅ターミナルケア加算（訪問看護：医療保険 [看取り介護加算等算定なしの場合]
 - ターミナルケア加算（訪問看護：介護保険）
- 介護施設等でのターミナルケア（追跡期間内に介護施設へ入所した場合）
 - 在宅ターミナルケア加算（ロ）
 - 在宅ターミナルケア加算（2）
 - 在宅ターミナルケア加算（訪問看護：医療保険 [看取り介護加算等算定ありの場合]

- 病院への入院後の死亡（医科のレセプト種別が入院またはDPCかつ、転帰が死亡の場合）

さらに、在宅での看取りをアウトカムとし、患者の個人属性（年齢、性別、要介護度、疾患、過去の入院の有無）で調整した、多変量ロジスティック回帰分析を実施した。本研究では正確な死亡の情報が得られなかったため、保険の資格喪失情報を用いた。資格喪失情報は死亡の代理変数となりうるとの報告があり⁷、そのほとんどが死亡であると考えられる。

解析はSTATA version 17を用いて行い、統計的有意性は $p < .05$ とした。

（倫理面への配慮）

本研究で用いるデータは、筆者らが受領する以前に個人を特定できる情報は削除されており、個人情報保護されている。また本研究は筑波大学

医学医療系倫理委員会の承認（承認日：2020年9月3日、承認番号：1595）を得て実施した。

C. 研究結果

分析対象者は7,935人であり、訪問看護と訪問診療受療群は2,129人（26.8%）、訪問診療のみ受療群は1,483人（18.7%）、訪問看護のみ受療群は4,323人（54.5%）と訪問看護のみ利用する者が半数以上を占めていた。訪問診療及び訪問看護のサービスの利用パターン別の患者の特徴を表1と図1~2に示す。

訪問看護のみ利用群で84歳未満の割合が49.6%と最も高く、女性の割合が57.2%と最も低かった。要介護度は、要介護2以下の割合が訪問看護のみ利用群で64%と高く、要介護度4以上の割合が訪問診療と訪問看護受療群で55%と高かった。医療処置については、全ての群において1割未満と少なかった。3群の中では訪問診療と訪問看護受療群で何らかの処置を有する割合が高く、最も算定割合が高かったのは在宅酸素療法指導管理料（8.5%）であった。疾患については、3群全体では関節疾患（68.6%）が最も多く、次いで心疾患（59.0%）、呼吸器疾患（46.4%）、脳血管疾患（39.0%）、糖尿病（34.8%）の順であった。3群の比較では、訪問診療と訪問看護受療群では心不全、肺炎、その他の下気道疾患が多く、訪問診療のみ受療群ではその他の関節疾患が多い一方で悪性新生物や呼吸器疾患が少なかった。訪問看護受療群では脳梗塞や心不全以外の心疾患、糖尿病が多く、認知症は少なかった。

[1] 退院支援

2018年4~8月に入院があった1,894人が対象となった。結果を表2、図3に示す。退院支援に関連する診療報酬の算定は全ての群で約1割程度と少なく、最も多い割合であった訪問診療と訪問看護受療群でも11.9（60/505）にとどまった（図3）。全ての原因による再入院は訪問看護の

み受療群で42.3%（501/1,183）と最も多く、再入院に占めるACSCsの割合は訪問診療のみ受療群で32.3%と最も多かった。ACSCsの内訳として、全ての群でうっ血性心不全が最も多かった（補足表2）。再入院をアウトカムとした多変量解析の結果、訪問診療と訪問看護受療群と比べて、訪問看護のみ受療群で再入院のオッズ比が高かった（表6）。

[2] 日常の療養支援

結果を表3と図4~5に示す。薬剤師による訪問は、訪問看護のみ利用群以外では20%前後であったが訪問看護のみ利用群では3%にとどまり、要介護度別にみると、訪問看護のみ受療群以外では要介護度2以下で訪問割合が高かった。歯科医師及び歯科衛生士による訪問は、すべての群において1割未満と少なく、訪問看護のみ受療群で最も少なかった。要介護度別にみると全ての群で要介護度3以上の方の割合が高かった。訪問リハビリテーション事業所からのリハビリ職による訪問は、3群であり差がなかった。要介護度別にみると訪問診療と訪問看護受療群では要介護3以上での訪問割合（24.2%）が要介護度2以下の訪問割合（13.5%）に比べて多く、他の2群では要介護度別での訪問割合にあまり差がなかった。訪問看護については、看護体制強化加算及びサービス体制強化の算定のある訪問看護ステーションからの訪問看護の利用がある割合は訪問診療と訪問看護受療群で最も多かった。

介護サービスについては、3群全体では福祉用具（70.3%）が最も多く、次いで通所介護（34.3%）、訪問介護（31.1%）の順であった。3群の比較では、訪問診療と訪問看護受療群で要介護度によらず福祉用具の利用が最も多く、要介護度3以上では訪問介護と訪問入浴が最も多かった。訪問診療のみ受療群では要介護度によらず通所介護の利用割合が最も多かった。また、訪問看護

護のみ受療群では、短期入所の利用割合が7.8%と、他の2群よりも利用割合が少なかった。

[3] 急変時の対応

結果を表4、図6に示す。訪問診療と訪問看護の受療群で時間外の外来受診、全時間帯の往診、時間外の往診の割合が他の2群より多く、全ての原因による入院、ACSCsによる入院の割合は訪問看護のみ受療群で最も多かった。ACSCsの内訳として、全ての群でうっ血性心不全が最も多かった(補足表3)。全ての原因による入院をアウトカムとした多変量解析の結果、訪問診療と訪問看護受療群と比べて、訪問看護のみ受療群で入院のオッズ比が高かった。時間外の外来受診、全時間帯の往診、時間外の往診をそれぞれアウトカムとした多変量解析の結果、訪問診療と訪問看護受療群に比べて、訪問診療のみ受療群及び訪問看護のみ受療群でオッズ比が低かった(表7)。資格喪失したものを除外した分析でも、結果は大きく変わらなかった(表8)。

[4] 看取り

結果を表5、図7に示す。対象者のうち、追跡期間中に医療保険の資格喪失があった者は12.5%(989/7,935)であった。追跡期間中に資格喪失があった者の割合(18.6%)及び、資格喪失した者に占める在宅看取りの割合(51.0%)は訪問診療と訪問看護受療群で最も高かった。一方で、資格喪失した者に占める病院入院後の死亡の割合は、訪問看護のみ受療群で59.6%と最も高かった。さらに、在宅での看取りをアウトカムとした多変量解析の結果、訪問診療と訪問看護受療群に比べて、訪問診療のみ受療群及び訪問看護のみ受療群でオッズ比が低かった(表7)。

D. 考察

対象者の基本属性について

訪問看護と訪問診療の利用パターン別に患者属

性が異なることが明らかとなった。訪問看護のみ受療群は他の2群に比べて年齢層が低く、要介護度も低かった。訪問診療と訪問看護受療群では、心不全や肺炎といった急性増悪し得る疾患の割合や、医療処置の割合が全体的に高いことから、不安定な状態の患者がこの群に多いと考えられた。一方で、訪問看護のみ受療群では脳梗塞や心不全以外の心疾患、糖尿病などの疾患の有病割合が最も高く、医療処置の割合は訪問診療と訪問看護受療群に次いで高かった。また、悪性腫瘍や転移性固形がんの有病割合は訪問診療と訪問看護受療群と訪問看護のみ受療群で大きな差はなかった。以上より、訪問看護のみ受療群の中には、本来、訪問診療の導入が望ましいにも関わらず導入できていないような重症度の高い患者が存在している可能性が考えられた。今後、訪問看護のみ受療群の患者における医療的なニーズについて、より詳細な調査が必要であると考えられる。

訪問診療のみ受療群では85歳以上の割合が最も高く、認知症や関節症といった疾患の割合が高いことから、加齢に伴う比較的軽度な医療的ニーズを有する者で、通院が困難な者が多く含まれていると考えられた。

[1] 退院支援

退院支援に関連した診療報酬の算定数は全ての群において少なかった。本結果は茨城県つくば市のデータを用いて訪問診療受療者を対象に分析された令和4年度の報告書⁸の退院時共同指導料の算定に関する報告数よりも少なかった。退院支援に関連する診療報酬の算定に当たっては、在宅療養担当の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の医療機関の医療スタッフと共同して退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を行う必要がある。つくば市は茨城県内で最も人口あたりの在宅支援診療所数が多く、全国平均と比べても多い⁹ことから、人的資源の豊富さ故に退院支援を行いやすく、本研究よりも算定数が多かった可

能性が考えられた。現場においては、訪問以外にも、電話など他の方法で情報収集等の退院支援が行われている可能性が考えられるため、本研究のみでは退院支援に関する全体像を把握しきれていない可能性がある。

[2] 日常の療養支援

専門職による訪問での療養管理については、3群で差を認めた。薬剤師による療養管理指導は、訪問看護のみ受療群以外では要介護度が2以下の者において訪問が多く、療養者本人に対する自己管理のための指導が多く行われている可能性が示唆された。一方で、訪問看護のみ受療群で薬剤師による訪問がほとんど実施されておらず、訪問診療の有無によって実施に差が生じる可能性が示唆された。具体的には、訪問看護のみ受療群の患者の主治医とそれ以外の群の主治医の間で在宅における各種のサービスに対する認識の差があり、サービス利用に影響している可能性があるため、今後、より詳細な調査が必要であると考えられた。歯科医師及び歯科衛生士による訪問は、全ての群において1割未満にとどまっていたが、訪問看護のみ受療群で最も少なかった。前述の薬剤師による訪問と同様に、訪問診療の有無による影響も含め、どのような状況において訪問が開始されているのか調査するとともに、患者の状態に応じて適切な連携が図られているか検討する必要性が示唆された。訪問リハビリテーション事業所からのリハビリ職による訪問は3群で要介護度別にみてもあまり差がなかった。患者属性が異なる3群間で差がなかった理由については明らかでないため、リハビリ利用の目的や通所と訪問の使い分けなどについてさらなる調査が必要だと考えられる。

介護サービスについては、訪問診療のみ受療群で約半数が通所介護を利用していることから、支援があれば通院が可能である者も含まれている可能性が考えられた。一方で、認知症の有病割合が高いこと、短期入所の利用割合が他の群よりも高

いことから介護負担が大きいサブグループが存在している可能性も考えられる。さらに、要介護度のばらつきが大きく、多様なニーズを有する患者が含まれていると考えられ、患者のニーズに応じたサービスの提案がなされているか、また、サービス利用を阻害する要因がないか検討する必要性が示唆された。

[3] 急変時の対応

多変量解析の結果、訪問診療と訪問看護受療群では時間外受診や往診のオッズ比が高く、全入院のオッズ比は他の2群と比べて低かった。また、在宅看取りに伴う往診や在宅看取りによる入院への影響の影響を考慮するために資格喪失した者（ほとんどが死亡と考えられる）を除外した感度分析も実施したが、主解析とほぼ同様の結果であった。先行研究では悪性腫瘍、在宅酸素療法、要介護度4-5の患者の頻回往診リスクが高いことが報告されており¹¹、訪問診療と訪問看護のみ受療群では往診のニーズが高いと考えられ、往診のみでは十分に対応しきれておらず、時間外受診につながっているケースも存在する可能性が考えられた。しかし、医療機関受診後に自宅でも療養可能な体制が整っていることから、入院にはつながっていない可能性が考えられた。

訪問看護のみ受療群では、多変量解析においても訪問診療と訪問看護受療群と比べて入院のオッズ比が高く、往診のオッズ比が低かったことから、往診を利用しづらい体制にあること急変時の対応を困難にし、入院の多さにつながっている可能性が示唆された。入院のリスクが高い患者においては、必要時に往診が利用できるよう訪問診療の導入を早期に検討する必要性が示唆された。

[4] 看取り

訪問診療と訪問看護受療群では、半年の追跡期間内に2割程度と高い割合で資格喪失を認め、そのうち約半数は在宅看取りに関連する加算の算定

があった。また、在宅での看取りをアウトカムとした多変量解析でも他の2群と比べて在宅での看取りのオッズ比が高かった。3群における在宅での看取りの割合の違いは、訪問看護や往診の体制による可能性が考えられ、看取りを行う上では訪問診療と訪問看護の両方を導入する体制が望ましいと考えられる。令和4年度の報告書では、別表第8の2の状態、または在宅がん医療総合診療料の算定があるような状態の者や、重度な要介護度の者では在宅看取りの割合が高いことが明らかとなっており、医師が主傷病の経過を把握していることで予後予測が行いやすい可能性が示唆されていた⁷。在宅での看取りの実施には、医療提供体制だけでなく、本人や家族の協力が不可欠であり、意向確認や不安の軽減など十分なコミュニケーションを図ることも求められる。従って、終末期にある患者や急変のリスクがある患者においては、在宅医療を提供する医師を中心に、看護師を始めとする多職種チームのもと、アドバンス・ケア・プランニングを含むケアの提供体制を早期に構築することが望ましいと考えられる。

本研究の限界として、医療保険の訪問看護に関連する療養費等については同定できていないことが挙げられる。専門職による訪問に関しては、医療保険での薬局からの訪問薬剤を同定できていないこと（調剤レセプトが必要）、医療保険での訪問歯科が同定できていないこと（歯科訪問診療料C000、訪問歯科衛生指導料C001：歯科レセプトが必要）により、薬剤師と歯科医師及び歯科衛生士による訪問が少なく見積もられている可能性が挙げられる。また、訪問看護受療群については特定施設以外の有料老人ホームまたはサービス付き高齢者向け住宅等に居住する者を明確に区別することが困難であったため、これらの施設に入居する者が含まれている可能性がある。さらに、追跡期間が半年と短いため、在宅療養継続期間や要介護度の変化などのより長期のアウトカムを評価する分析が今後必要であると考えられる。また、介

護者に関する情報が取得できておらず、その影響については考慮できていないこと、一都道府県のデータを用いた分析であり、一般化可能性には限界があることが挙げられる。

E. 結論

本研究では、訪問看護と訪問診療の利用パターン別に患者属性や、利用している医療・介護のサービス内容が異なり、訪問看護と訪問診療受療群で最も医療や介護のニーズが高い患者の割合が高いことが明らかになった。急変時の対応と在宅看取りについては、訪問診療による往診と訪問看護が果たす役割が大きいと考えられ、急変のリスクが高いと考えられる患者においては訪問看護と訪問診療の双方の導入を早期に検討する必要性が示唆された。退院支援に関しては、関連した診療報酬の算定数が全ての群において少なく、現場における支援の実態を把握するための調査が必要であると考えられた。日常の療養支援については、個別のニーズに応じた利用につながっているかを評価するために、より詳細な調査が必要であると考えられた。

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の取得状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

参考文献

1. 厚生労働省. 地域医療構想 WG・在宅医療 WG 合同会議 資料 3. 地域包括ケアシステム

- の構築のために必要な有床診療所の在り方について. 2018.
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000196003.pdf>.
2. e-Stat 政府統計の総合窓口. <https://www.e-stat.go.jp>.
 3. Purdy S, Griffin T, Salisbury C, Sharp D. Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. *Public Health* 2009; 123(2): 169-73.
 4. Sasabuchi Y, Matsui H, Yasunaga H, Fushimi K. Increase in avoidable hospital admissions after the Great East Japan Earthquake. *J Epidemiol Community Health* 2017; 71(3): 248-52.
 5. Abe K, Kawachi I, Iba A, Miyawaki A. In-Hospital Deaths From Ambulatory Care-Sensitive Conditions Before and During the COVID-19 Pandemic in Japan. *JAMA Netw Open*. 2023;6(6):e2319583.
 6. Sanderson C, Dixon J. Conditions for which onset or hospital admission is potentially preventable by timely and effective ambulatory care. *J Health Serv Res Policy* 2000; 5(4): 222-30.
 7. 佐藤 幹也, 伊藤 智子, 谷口 雄大, 大森 千尋, 金 雪瑩, 渡邊 多永子, 高橋 秀人, 野口 晴子, 田宮 菜奈子, 介護保険受給者台帳の資格喪失記録を死亡代理変数として使用することの妥当性の検討, *日本公衆衛生雑誌*, 2022, 69 巻, 8 号, p. 617-624
 8. 令和 4 年度厚生労働科学研究費補助金, 在宅医療を必要とする患者像の検討と地域特性に合わせた在宅医療提供体制の構築に関する研究, 在宅医療を受ける患者の 4 つの医療機能におけるアウトカム評価: 自治体の医療介護突合データを用いた要介護度・医療必要度別の検討
 9. 厚生労働省. 在宅医療にかかる地域別データ集.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>
 10. 一般社団法人 全国デイ・ケア協会. 通所・訪問リハビリテーションの目的を踏まえた在り方に関する調査研究事業報告書. 2020
 11. Sun Y, Iwagami M, Sakata N, et al. Development and validation of a risk score to predict the frequent emergency house calls among older people who receive regular home visits. *BMC Prim Care* 2022; 23(1): 132.

表 1. 訪問診療と訪問看護の受療群別の在宅医療受療者の特徴

	訪問診療と訪問看護受療群 N=2129 n(%)	訪問診療のみ受療群 N=1483 n(%)	訪問看護のみ受療群 N=4323 n(%)	合計 N=7935 n(%)
性別：女性	1299 (61.0)	1017 (68.6)	2474 (57.2)	4790 (60.4)
年齢：中央値(四分位範囲)	88 (82–93)	88 (84–92)	85 (79–89)	86 (81–91)
年齢区分 (歳)				
65–74	213 (10.0)	91 (6.1)	620 (14.3)	924 (11.6)
75–84	521 (24.5)	312 (21.0)	1524 (35.3)	2357 (29.7)
85–94	1059 (49.7)	860 (58.0)	1907 (44.1)	3826 (48.2)
≥ 95	336 (15.8)	220 (14.8)	272 (6.3)	828 (10.4)
要介護度				
要支援 1	30 (1.4)	43 (2.9)	184 (4.3)	257 (3.2)
要支援 2	56 (2.6)	76 (5.1)	425 (9.8)	557 (7.0)
要介護 1	193 (9.1)	275 (18.5)	989 (22.9)	1457 (18.4)
要介護 2	327 (15.4)	321 (21.6)	1168 (27.0)	1816 (22.9)
要介護 3	351 (16.5)	292 (19.7)	718 (16.6)	1361 (17.2)
要介護 4	518 (24.3)	285 (19.2)	499 (11.5)	1302 (16.4)
要介護 5	654 (30.7)	191 (12.9)	340 (7.9)	1185 (14.9)
過去の入院歴(4-8月)	505 (23.7)	206 (13.9)	1183 (27.4)	1894 (23.9)
医療処置				
酸素	181 (8.5)	37 (2.5)	196 (4.5)	414 (5.2)
人工呼吸	32 (1.5)	50 (0.3)	17 (0.4)	99 (1.2)
陽圧呼吸療法	10 (0.5)	0 (0.0)	22 (0.5)	32 (0.4)
気管切開	15 (0.7)	0 (0.0)	6 (0.1)	21 (0.3)
自己導尿	12 (0.6)	60 (0.4)	40 (0.9)	112 (1.4)
中心静脈栄養	32 (1.5)	0 (0.0)	8 (0.2)	40 (0.5)
経管栄養	30 (1.4)	20 (0.1)	1 (0.0)	51 (0.6)
自己注射	53 (2.5)	24 (1.6)	239 (5.5)	316 (4.0)
点滴注射	48 (2.3)	0 (0.0)	16 (0.4)	64 (0.8)
腹膜透析	1 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.0)	2 (0.0)
血液透析	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

表 1. 訪問診療と訪問看護の受療群別の在宅医療受療者の特徴 (続き)

	訪問診療と訪問 看護受療群 N=2129 n(%)	訪問診療のみ受 療群 =1483 n(%)	訪問看護のみ受 療群 N=4323 n(%)	合計 N=7935 n(%)
疾患				
併存疾患数 (標準偏差)	4.3 (2.2)	4.0 (2.1)	4.5 (2.3)	4.4 (2.2)
脳血管疾患	855 (40.2)	552 (37.2)	1690 (39.1)	3097 (39.0)
脳出血	71 (3.3)	62 (4.2)	159 (3.7)	292 (3.7)
脳梗塞	411 (19.3)	276 (18.6)	962 (22.3)	1649 (20.8)
その他の脳血管疾患	554 (26.0)	338 (22.8)	1049 (24.3)	1941 (24.5)
心疾患	1275 (59.9)	841 (56.7)	2566 (59.4)	4682 (59.0)
虚血性心疾患	547 (25.7)	389 (26.2)	1342 (31.0)	2278 (28.7)
不整脈	484 (22.7)	331 (22.3)	1194 (27.6)	2009 (25.3)
心不全	957 (45.0)	607 (40.9)	1658 (38.4)	3222 (40.6)
その他の心疾患	196 (9.2)	103 (6.9)	544 (12.6)	843 (10.6)
悪性新生物	409 (19.2)	181 (12.2)	1021 (23.6)	1611 (20.3)
悪性腫瘍	354 (16.6)	161 (10.9)	906 (21.0)	1421 (17.9)
転移性固形癌	92 (4.3)	27 (1.8)	190 (4.4)	309 (3.9)
呼吸器疾患	1110 (52.1)	607 (40.9)	1961 (45.4)	3678 (46.4)
慢性閉塞性肺疾患	162 (7.6)	71 (4.8)	345 (8.0)	578 (7.3)
肺炎	376 (17.7)	127 (8.6)	555 (12.8)	1058 (13.3)
その他の下気道疾患	967 (45.4)	547 (36.9)	1766 (40.9)	3280 (41.3)
関節疾患	1373 (64.5)	1016 (68.5)	3054 (70.6)	5443 (68.6)
リウマチ	92 (4.3)	74 (5.0)	228 (5.3)	394 (5.0)
その他の関節症	707 (33.2)	579 (39.0)	1578 (36.5)	2864 (36.1)
脊柱障害	1084 (50.9)	809 (54.6)	2672 (61.8)	4565 (57.5)
認知症	779 (36.6)	574 (38.7)	1117 (25.8)	2470 (31.1)
パーキンソン病	190 (8.9)	99 (6.7)	326 (7.5)	615 (7.8)
糖尿病	603 (28.3)	386 (26.0)	1772 (41.0)	2761 (34.8)
インスリンあり	112 (5.3)	42 (2.8)	363 (8.4)	517 (6.5)
インスリンなし	491 (23.1)	344 (23.2)	1409 (32.6)	2244 (28.3)
視覚・聴覚障害	117 (5.5)	69 (4.7)	369 (8.5)	555 (7.0)
視覚障害	78 (3.7)	55 (3.7)	215 (5.0)	348 (4.4)
聴覚障害	43 (2.0)	17 (1.1)	163 (3.8)	223 (2.8)
骨折	300 (14.1)	237 (16.0)	808 (18.7)	1345 (17.0)
大腿骨骨折	106 (5.0)	69 (4.7)	220 (5.1)	395 (5.0)
その他の骨折	217 (10.2)	181 (12.2)	646 (14.9)	1044 (13.2)

表 2. 過去に入院があった者における退院支援に関する状況

	訪問診療と訪問 看護受療群 N=505 n(%)	訪問診療のみ受 療群 N=206 n(%)	訪問看護のみ受 療群 N=1183 n(%)	合計 N=1894 n(%)
退院支援関連の加算	60 (11.9)	9 (4.4)	77 (6.5)	146 (7.7)
退院時共同指導料 1	39 (7.7)	4 (1.9)	2 (0.2)	45 (2.4)
退院時共同指導料 2	26 (5.1)	1 (0.5)	38 (3.2)	65 (3.4)
退院前訪問指導料	10 (2.0)	5 (2.4)	34 (2.9)	49 (2.6)
退院後訪問指導料	5 (1.0)	0 (0.0)	4 (0.3)	9 (0.5)
全ての再入院	158 (31.3)	59 (28.6)	501 (42.3)	718 (37.9)
ACSCs による再入院	36 (7.1)	19 (9.2)	99 (8.4)	154 (8.1)

ACSCs; Ambulatory care-sensitive conditions

表 3-1. 訪問診療と訪問看護の受療群別の介護サービスの利用状況

	訪問診療と訪問 看護受療群 N=2129 n(%)	訪問診療のみ受 療群 N=1483 n(%)	訪問看護のみ受 療群 N=4323 n(%)	合計 N=7935 n(%)
介護サービス:全要介護度				
訪問介護	792 (37.2)	447 (30.1)	1225 (28.3)	2464 (31.1)
訪問入浴	499 (23.4)	120 (8.1)	186 (4.3)	805 (10.1)
夜間対応型訪問介護	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
通所介護	694 (32.6)	656 (44.2)	1371 (31.7)	2721 (34.3)
通所リハビリテーション	235 (11.0)	185 (12.5)	552 (12.8)	972 (12.2)
小規模多機能	29 (1.4)	55 (3.7)	57 (1.3)	141 (1.8)
看護小規模多機能	17 (0.8)	0 (0.0)	64 (1.5)	81 (1.0)
短期入所	268 (12.6)	220 (14.8)	338 (7.8)	826 (10.4)
福祉用具	1816 (85.3)	990 (66.8)	2775 (64.2)	5581 (70.3)
住宅改修	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
介護サービス：要介護度 2 以下				
訪問介護	194 (32.0)	211 (29.5)	724 (26.2)	1129 (27.6)
訪問入浴	27 (4.5)	9 (1.3)	19 (0.7)	55 (1.3)
夜間対応型訪問介護	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
通所介護	176 (29.0)	304 (42.5)	752 (27.2)	1232 (30.1)
通所リハビリテーション	57 (9.4)	86 (12.0)	314 (11.4)	457 (11.2)
小規模多機能	4 (0.7)	22 (3.1)	33 (1.2)	59 (1.4)
看護小規模多機能	1 (0.2)	0 (0.0)	34 (1.2)	35 (0.9)
短期入所	37 (6.1)	66 (9.2)	109 (3.9)	212 (5.2)
福祉用具	384 (63.4)	367 (51.3)	142 (51.4)	893 (21.8)
住宅改修	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
介護サービス：要介護度 3 以上				
訪問介護	598 (39.3)	236 (30.7)	501 (32.2)	1335 (34.7)
訪問入浴	472 (31.0)	111 (14.5)	167 (10.7)	750 (19.5)
夜間対応型訪問介護	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
通所介護	518 (34.0)	352 (45.8)	619 (39.8)	1489 (38.7)
通所リハビリテーション	178 (11.7)	99 (12.9)	238 (15.3)	515 (13.4)
小規模多機能	25 (1.6)	33 (4.3)	24 (1.5)	82 (2.1)
看護小規模多機能	16 (1.1)	0 (0.0)	30 (1.9)	46 (1.2)
短期入所	231 (15.2)	154 (20.1)	229 (14.7)	614 (16.0)
福祉用具	1432 (94.0)	623 (81.1)	135 (86.8)	2190 (56.9)
住宅改修	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

表 3-2. 訪問診療と訪問看護の受療群別の専門職の訪問に関する算定状況

	訪問診療と訪問 看護受療群 N=2129 n(%)	訪問診療のみ 受療群 N=1483 n(%)	訪問看護のみ 受療群 N=4323 n(%)	合計 N=7935 n(%)
医師				
居宅療養管理指導(医師)	1363 (64.0)	690 (46.5)	66 (1.5)	2119 (26.7) (81.5)
在宅時医学総合管理料 ※	1792 (84.2)	1151 (77.6)		2943 ^a
在宅がん医療総合診療料 ※	37 (1.7)	0 (0.0)		37 (1.0) ^a
特別訪問看護指示加算 ※	38 (1.8)		17 (0.4)	55 (0.9) ^b
看護師				
				(16.7)
看護体制強化加算	494 (23.2)		584 (13.5)	1078 ^b (56.4)
サービス提供体制強化加算	1277 (60.0)		2363 (54.7)	3640 ^b
薬剤師				
居宅療養管理指導 (薬剤師)	485 (22.8)	286 (19.3)	133 (3.1)	904 (11.4)
在宅患者訪問薬剤管理指導料 ※	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
歯科医師・歯科衛生士				
居宅療養管理指導 (歯科医師)	119 (5.6)	113 (7.6)	107 (2.5)	339 (4.3)
居宅療養管理指導 (歯科衛生士)	108 (5.1)	108 (7.3)	96 (2.2)	312 (3.9)
居宅療養管理指導 (歯科衛生士)	91 (4.3)	94 (6.3)	79 (1.8)	264 (3.3)
栄養士				
居宅療養管理指導 (管理栄養士)	31 (1.5)	10 (0.1)	60 (0.1)	101 (1.3)
在宅患者訪問栄養食事指導料 ※	31 (1.5)	10 (0.1)	60 (0.1)	101 (1.3)
在宅患者訪問栄養食事指導料 ※	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
リハビリ職				
在宅患者訪問リハビリテーション指 導管理料 ※	177 (8.3)	101 (6.8)	257 (5.9)	535 (6.7)
訪問リハビリテーション (病院,診療 所,介護老人保健施設又は介護医療院 等の訪問リハビリ事業所から)	1 (0.05)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.05)
	177 (8.3)	101 (6.8)	257 (5.9)	535 (6.7)

a) 分母は訪問診療と訪問看護受療群及び、訪問診療のみ受療群

b) 分母は訪問診療と訪問看護受療群及び、訪問看護のみ受療群

※ 診療報酬

表 3-3. 訪問診療と訪問看護の受療群別の専門職の訪問に関する算定状況：要介護度 2 以下

	訪問診療と訪問 看護受療群 N=606 n(%)	訪問診療のみ 受療群 N=715 n(%)	訪問看護のみ 受療群 N=2766 n(%)	合計 N=4087 n(%)
医師				
居宅療養管理指導(医師)	397 (65.5)	309 (43.2)	23 (0.8)	729 (17.8)
在宅時医学総合管理料 ※	516 (85.1)	546 (76.4)		1062 (80.4) ^a
在宅がん医療総合診療料 ※	8 (1.3)	0 (0.0)		8 (0.6) ^a
特別訪問看護指示加算	4 (0.7)		9 (0.3)	13 (0.4) ^b
看護師				
	114 (18.8)		351 (12.7)	465 (13.8) ^b
看護体制強化加算)	
	346 (57.1)		156 (56.4)	502 (14.9) ^b
サービス提供体制強化加算)	
薬剤師				
居宅療養管理指導 (薬剤師)	196 (32.3)	159 (22.2)	70 (2.5)	425 (10.4)
在宅患者訪問薬剤管理指導料 ※	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
歯科医師・歯科衛生士				
居宅療養管理指導 (歯科医師)	14 (2.3)	35 (4.9)	54 (2.0)	103 (2.5)
居宅療養管理指導 (歯科衛生士)	13 (2.1)	34 (4.8)	53 (1.9)	100 (2.4)
居宅療養管理指導 (歯科衛生士)	10 (1.7)	28 (3.9)	37 (1.3)	75 (1.8)
栄養士				
居宅療養管理指導 (管理栄養士)	7 (1.2)	1 (0.1)	3 (0.1)	11 (0.3)
在宅患者訪問栄養食事指導料 ※	7 (1.2)	1 (0.1)	3 (0.1)	11 (0.3)
在宅患者訪問栄養食事指導料 ※	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
リハビリ職				
在宅患者訪問リハビリテーション指 導管理料 ※	19 (3.1)	38 (5.3)	144 (5.2)	201 (4.9)
訪問リハビリテーション (病院,診療 所,介護老人保健施設又は介護医療院 等の訪問リハビリ事業所から)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
訪問リハビリテーション (病院,診療 所,介護老人保健施設又は介護医療院 等の訪問リハビリ事業所から)	19 (3.1)	38 (5.3)	144 (5.2)	201 (4.9)

a) 分母は訪問診療と訪問看護受療群及び、訪問診療のみ受療群

b) 分母は訪問診療と訪問看護受療群及び、訪問看護のみ受療群

※ 診療報酬

表 3-4. 訪問診療と訪問看護の受療群別の専門職による訪問に関する算定状況：要介護度 3 以上

	訪問診療と訪問 看護受療群 N=1523 n(%)	訪問診療のみ 受療群 N=768 n(%)	訪問看護のみ 受療群 N=1557 n(%)	合計 N=3848 n(%)
医師				
居宅療養管理指導(医師)	966 (63.4)	381 (49.6)	43 (2.8)	1390 (36.1) (82.1)
在宅時医学総合管理料 ※	1276 (83.8)	605 (78.8)		1881 ^a
在宅がん医療総合診療料 ※	29 (1.9)	0 (0.0)		29 (1.3) ^a
特別訪問看護指示加算	34 (2.2)		8 (0.5)	42 (1.4) ^b
看護師				
看護体制強化加算	380 (25.0)		233 (15.0)	613 (20.0) ^b
サービス提供体制強化加算	931 (61.1)		802 (51.5)	1733 (56.4) ^b
薬剤師				
居宅療養管理指導 (薬剤師)	289 (19.0)	127 (16.5)	63 (4.0)	479 (12.4)
在宅患者訪問薬剤管理指導料 ※	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
歯科医師・歯科衛生士				
居宅療養管理指導 (歯科医師)	105 (6.9)	78 (10.2)	53 (3.4)	236 (6.1)
居宅療養管理指導 (歯科衛生士)	95 (6.2)	74 (9.6)	43 (2.8)	212 (5.5)
居宅療養管理指導 (歯科衛生士)	81 (5.3)	66 (8.6)	42 (2.7)	189 (4.9)
栄養士				
居宅療養管理指導 (管理栄養士)	24 (1.6)	0 (0.0)	3 (0.2)	27 (0.7)
在宅患者訪問栄養食事指導料 ※	24 (1.6)	0 (0.0)	3 (0.2)	27 (0.7)
在宅患者訪問栄養食事指導料 ※	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
リハビリ職				
在宅患者訪問リハビリテーション指 導管理料 ※	158 (10.4)	63 (8.2)	113 (7.3)	334 (8.7)
在宅患者訪問リハビリテーション指 導管理料 ※	1 (0.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.03)
訪問リハビリテーション (病院,診療 所,介護老人保健施設又は介護医療院 等の訪問リハビリ事業所から)	158 (10.4)	63 (8.2)	113 (7.3)	334 (8.7)

a) 分母は訪問診療と訪問看護受療群及び、訪問診療のみ受療群

b) 分母は訪問診療と訪問看護受療群及び、訪問看護のみ受療群

※ 診療報酬

表 4. 訪問診療と訪問看護の受療パターン別の急変時対応に関する状況

	訪問診療と訪問 看護受療群 N=2129 n(%)	訪問診療のみ 受療群 N=1483 n(%)	訪問看護のみ 受療群 N=4323 n(%)	合計 N=7935 n(%)
全ての入院	460 (21.6)	321 (21.6)	1194 (27.6)	1975 (24.9)
ACSCs による入院	86 (4.0)	69 (4.7)	262 (6.1)	417 (5.3)
時間外受診	594 (27.9)	314 (21.2)	100 (23.3)	1008 (12.7)
時間外受診の回数				
1	422 (19.8)	207 (14.0)	690 (16.0)	1319 (16.6)
2	111 (5.2)	66 (4.5)	183 (4.2)	360 (4.5)
3	32 (1.5)	19 (1.3)	42 (1.0)	93 (1.2)
4	10 (0.5)	8 (0.5)	32 (0.7)	50 (0.6)
≥ 5	19 (0.9)	14 (0.9)	61 (1.4)	94 (1.2)
全時間帯の往診	839 (39.4)	450 (30.3)	393 (9.1)	1682 (21.2)
全時間帯の往診の回数				
1	421 (19.8)	238 (16.0)	228 (5.3)	887 (11.2)
2	200 (9.4)	94 (6.3)	68 (1.6)	362 (4.6)
3	86 (4.0)	47 (3.2)	31 (0.7)	164 (2.1)
4	44 (2.1)	26 (1.8)	19 (0.4)	89 (1.1)
≥ 5	88 (4.1)	45 (3.0)	47 (1.1)	180 (2.3)
時間外の往診	327 (15.4)	133 (9.0)	75 (1.7)	535 (6.7)
時間外の往診の回数				
1	246 (11.6)	102 (6.9)	60 (1.4)	408 (5.1)
2	53 (2.5)	18 (1.2)	7 (0.2)	78 (1.0)
3	14 (0.7)	9 (0.6)	5 (0.1)	28 (0.4)
4	6 (0.3)	2 (0.1)	2 (0.0)	10 (0.1)
≥ 5	8 (0.4)	2 (0.1)	1 (0.0)	11 (0.1)

ACSCs: Ambulatory care-sensitive conditions

表 5. 訪問診療と訪問看護の受療パターン別の在宅看取りに関する状況

	訪問診療と訪問看護受療群 N=2129 n(%)	訪問診療のみ受療群 N=1483 n(%)	訪問看護のみ受療群 N=4323 n(%)	合計 N=7935 n(%)
資格喪失または死亡関連の加算あり	396 (18.6)	175 (11.8)	418 (9.7)	989 (12.5)
死亡関連の加算あり	225 (10.6)	70 (4.7)	75 (1.7)	370 (4.7)
在宅での死亡あり	202 (9.5)	65 (4.4)	58 (1.3)	325 (4.1)
死亡診断加算	61 (2.9)	17 (1.1)	30 (0.7)	108 (1.4)
看取り加算（在宅）	141 (6.6)	48 (3.2)	28 (0.6)	217 (2.7)
在宅でのターミナルケア ^a	187 (8.8)	49 (3.3)	55 (1.3)	291 (3.7)
在宅ターミナルケア加算：訪問診療 ^b	144 (6.8)	46 (3.1)	31 (0.7)	221 (2.8)
在宅ターミナルケア加算：訪問看護（医療保険） ^c	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
ターミナルケア加算：訪問看護（介護保険）	99 (4.7)	13 (0.9)	33 (0.8)	145 (1.8)
介護施設等でのターミナルケア ^d	3 (0.1)	6 (0.4)	1 (0.02)	10 (0.1)
在宅ターミナルケア加算：訪問診療 ^e	3 (0.1)	6 (0.4)	1 (0.02)	10 (0.1)
在宅ターミナルケア加算：訪問看護（医療保険） ^f	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
看取り加算（診療所）	3 (0.1)	3 (0.2)	1 (0.02)	7 (0.1)

ACSCs: Ambulatory care-sensitive conditions

- a) ターミナルケア実施後 24 時間以内に在宅以外で死亡した者も含む
- b) 在宅ターミナルケア加算（イ）
- c) 在宅ターミナルケア加算（在宅、特養等・看取り介護加算等算定除く）
- d) ターミナルケア実施後 24 時間以内に当該施設以外で死亡した者も含む
- e) 在宅ターミナルケア加算（ロ）・在宅ターミナルケア加算（2）
- f) 在宅ターミナルケア加算（特養等（看取り介護加算等算定）

表 6. 入院歴のある訪問診療または訪問看護の受療者における訪問診療と訪問看護の受療群別の 6 ヶ月以内のアウトカムについての多変量ロジスティック回帰分析 (n=1,894)

		オッズ比	(95%信頼区間)	p 値
全ての再入院	訪問診療と訪問看護受療群	Reference		
	訪問診療のみ受療群	0.96	(0.66– 1.38)	0.81
	訪問看護のみ受療群	1.59	(1.25– 2.02)	<0.001
ACSCs による再入院	訪問診療と訪問看護受療群	Reference		
	訪問診療のみ受療群	1.23	(0.68– 2.24)	0.49
	訪問看護のみ受療群	1.18	(0.77– 1.81)	0.46

ACSCs: Ambulatory care-sensitive conditions

調整変数：年齢、性別、要介護度、疾患（脳血管疾患、心疾患、悪性腫瘍、呼吸器疾患、関節疾患、認知症、パーキンソン病、糖尿病、視覚聴覚障害、骨折）

表 7. 訪問診療と訪問看護の受療群別の 6 ヶ月以内のアウトカムについての多変量ロジスティック回帰分析 (n=7,935)

		オッズ比	(95%信頼区間)	p 値
全ての入院	訪問診療と訪問看護受療群	Reference		
	訪問診療のみ受療群	1.21	(1.03– 1.44)	0.02
	訪問看護のみ受療群	1.39	(1.21– 1.59)	<0.001
ACSCs による入院	訪問診療と訪問看護受療群	Reference		
	訪問診療のみ受療群	1.25	(0.90– 1.75)	0.19
	訪問看護のみ受療群	1.53	(1.17– 2.00)	<0.001
時間外受診	訪問診療と訪問看護受療群	Reference		
	訪問診療のみ受療群	0.74	(0.63– 0.88)	<0.001
	訪問看護のみ受療群	0.87	(0.76– 0.99)	0.04
全時間帯の往診	訪問診療と訪問看護受療群	Reference		
	訪問診療のみ受療群	0.81	(0.70– 0.94)	<0.001
	訪問看護のみ受療群	0.20	(0.17– 0.23)	<0.001
時間外の往診	訪問診療と訪問看護受療群	Reference		
	訪問診療のみ受療群	0.68	(0.54– 0.85)	<0.001
	訪問看護のみ受療群	0.13	(0.10– 0.17)	<0.001
在宅での看取り	訪問診療と訪問看護受療群	Reference		
	訪問診療のみ受療群	0.59	(0.44– 0.80)	<0.001
	訪問看護のみ受療群	0.21	(0.16– 0.29)	<0.001

ACSCs: Ambulatory care-sensitive conditions

調整変数：年齢、性別、要介護度、疾患（脳血管疾患、心疾患、悪性腫瘍、呼吸器疾患、関節疾患、認知症、パーキンソン病、糖尿病、視覚聴覚障害、骨折）、過去の入院の有無

表 8. 資格喪失したものを除外した訪問診療と訪問看護の受療群別の 6 ヶ月以内のアウトカムについての多変量ロジスティック回帰分析 (n=6,946)

		オッズ比	(95%信頼区間)	p 値
全ての入院	訪問診療と訪問看護受療群	Reference		
	訪問診療のみ受療群	1.07	(0.88– 1.30)	0.49
	訪問看護のみ受療群	1.33	(1.13– 1.56)	<0.001
ACSCs による入院	訪問診療と訪問看護受療群	Reference		
	訪問診療のみ受療群	1.04	(0.70– 1.55)	0.83
	訪問看護のみ受療群	1.37	(1.00 ^a – 1.88)	0.048
時間外受診	訪問診療と訪問看護受療群	Reference		
	訪問診療のみ受療群	0.76	(0.63– 0.92)	0.005
	訪問看護のみ受療群	1.04	(0.90– 1.21)	0.60
全時間帯の往診	訪問診療と訪問看護受療群	Reference		
	訪問診療のみ受療群	0.65	(0.49– 0.87)	0.003
	訪問看護のみ受療群	0.09	(0.06– 0.13)	<0.001
時間外の往診	訪問診療と訪問看護受療群	Reference		
	訪問診療のみ受療群	0.82	(0.70– 0.97)	0.022
	訪問看護のみ受療群	0.20	(0.17– 0.23)	<0.001

ACSCs; Ambulatory care-sensitive conditions

調整変数：年齢、性別、要介護度、疾患（脳血管疾患、心疾患、悪性腫瘍、呼吸器疾患、関節疾患、認知症、パーキンソン病、糖尿病、視覚聴覚障害、骨折）、過去の入院の有無

a) 1.002

図 3

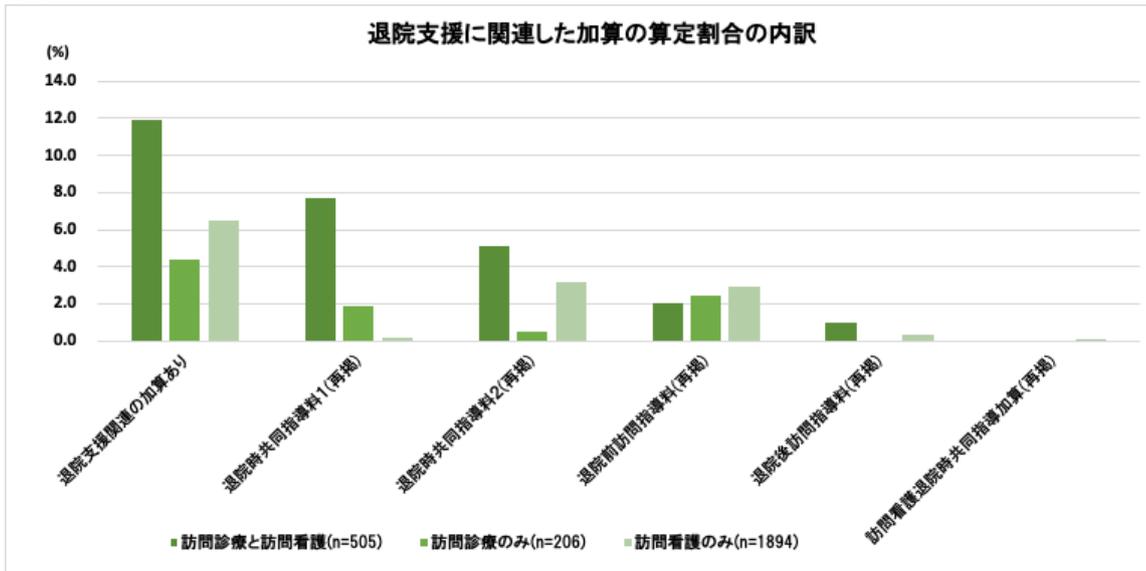


図 4

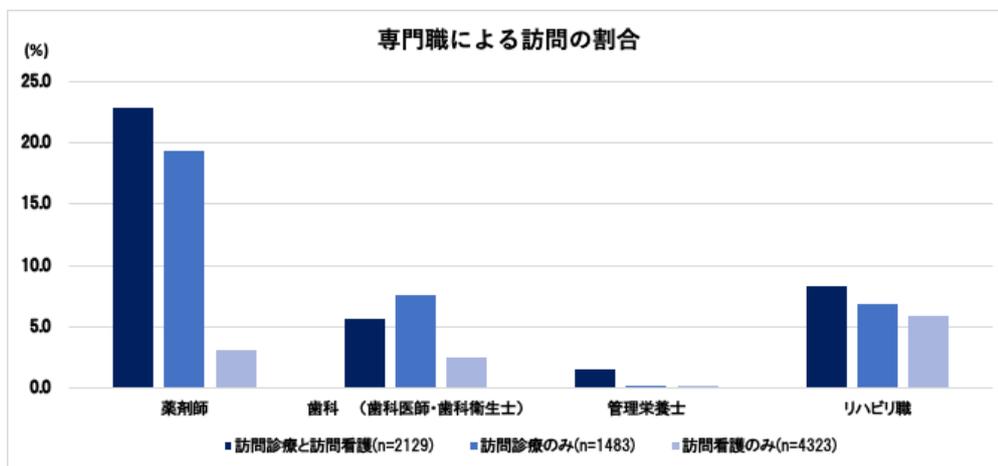


図 5

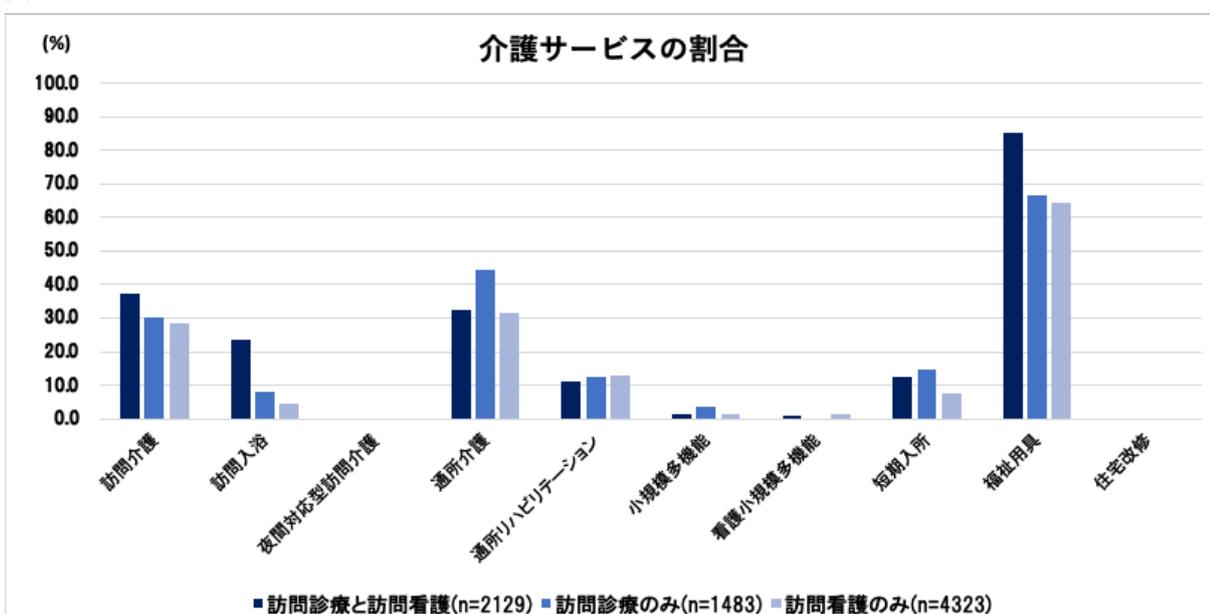


図 6

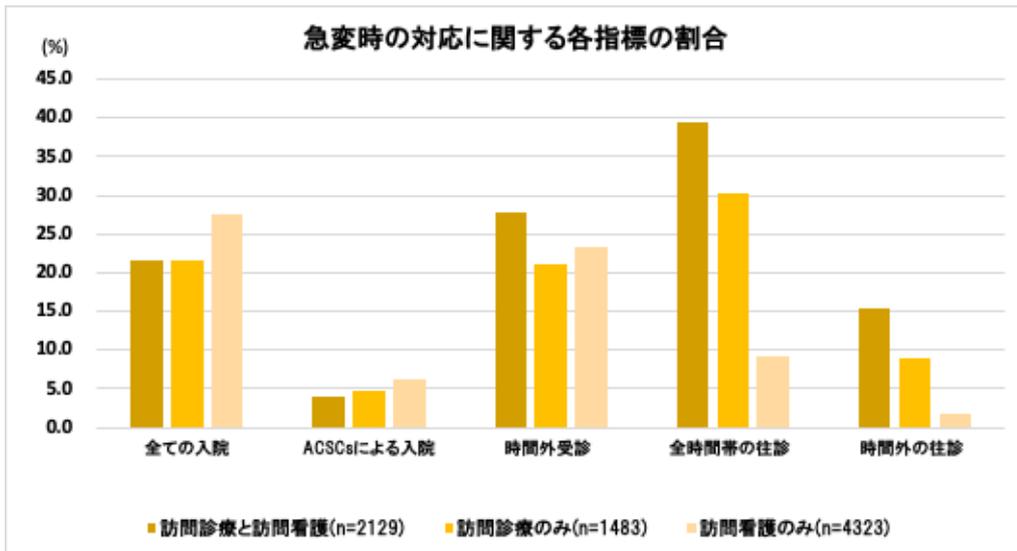
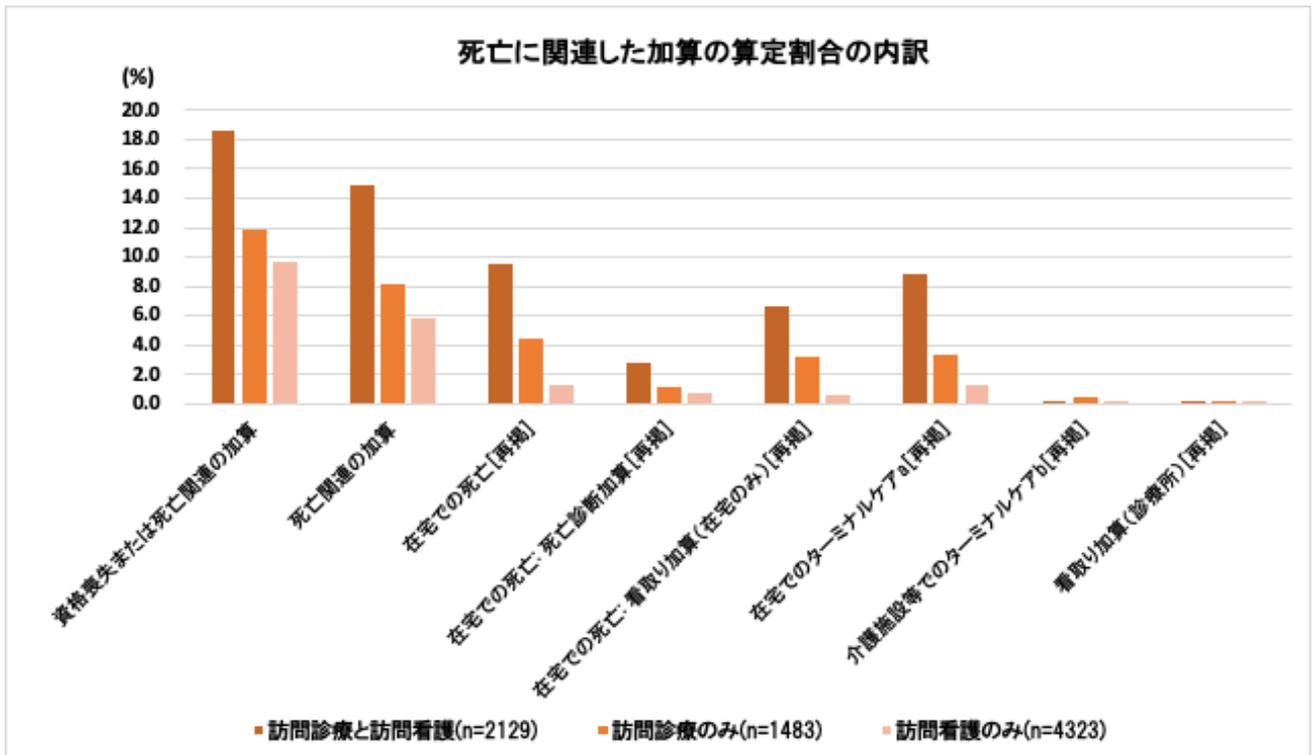


図 7



- a) 在宅でのターミナルケア: 在宅ターミナルケア加算 (イ)、在宅ターミナルケア加算 (在宅、特養等・看取り介護加算等算定除く)、ターミナルケア加算: 訪問看護 (介護保険) の合計
- b) 介護施設等でのターミナルケア: 在宅ターミナルケア加算 (ロ) ・在宅ターミナルケア加算 (2)、在宅ターミナルケア加算 (特養等 (看取り介護加算等算定))

補足表 1 : Ambulatory care-sensitive conditions (ACSCs)の定義と対応する ICD-10 コード

ACSC 分類	ACSCs	ICD-10 コード
急性	蜂窩織炎	L03, L04, L08.0, L08.8, L08.9, L88, L98.0
	脱水、胃腸炎	E86, K52.2, K52.8, K52.9
	歯科疾患	A69.0, K02, K03, K04, K05, K06, K08, K09.8, K09.9, K12, K13
	耳・鼻・喉の感染症	H66, H67, J02, J03, J06, J31.2
	壊疽	R02
	栄養不足	E40, E41, E42, E43, E55.0, E64.3
	骨盤内炎症性疾患	N70, N73, N74
	穿孔性・出血性潰瘍	K25.0-K25.2, K25.4-25.6, K26.0-K26.2, K26.4-26.6, K27.0-27.2, K27.4-K27.6, K280-K282, K284-K286
	腎盂腎炎	N10, N11, N12, N13.6
慢性	狭心症	I20, I24.0, I24.8, I24.9
	喘息	J45, J46
	慢性閉塞性肺疾患	J20, J41, J42, J43, J44, J47
	うっ血性心不全	I11.0, I50, J81
	痙攣、てんかん	G40, G41, R56, O15
	糖尿病合併症	E10.0-E10.8, E11.0-E11.8, E12.0-E12.8, E13.0-E13.8, E14.0-E14.8
	高血圧	I10, I11.9
	鉄欠乏性貧血	D50.1, D50.8, D50.9
ワクチンにより 予防可能	インフルエンザ、肺炎	J10, J11, J13, J14, J15.3, J15.4, J15.7, J15.9, J16.8, J18.1, J18.8
	その他ワクチンで予防可能な疾患	A35, A36, A37, A80, B05, B06, B16.1, B16.9, B18.0, B18.1, B26, G00.0, M01.4

補足表 2. 過去に入院があった者における ACSCs による再入院の詳細

	訪問診療と訪問 看護受領群 N=505 n(%)	訪問診療のみ 受領群 N=206 n(%)	訪問看護のみ 受領群 N=1183 n(%)	合計 N=1894 n(%)
全ての再入院	158 (31.3)	59 (28.6)	501 (42.3)	718 (37.9)
ACSCs による再入院	36 (7.1)	19 (9.2)	99 (8.4)	154 (8.1)
ACSCs の内訳				
蜂窩織炎	1 (0.2)	0 (0.0)	5 (0.4)	6 (0.3)
脱水、胃腸炎	1 (0.2)	1 (0.5)	5 (0.4)	7 (0.4)
歯科疾患	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.1)	1 (0.1)
耳・鼻・喉の感染症	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
壊疽	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
栄養不足	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
骨盤内炎症性疾患	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
穿孔性・出血性潰瘍	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.1)	1 (0.1)
腎盂腎炎	0 (0.0)	1 (0.5)	6 (0.5)	7 (0.4)
狭心症	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (0.4)	5 (0.3)
喘息	3 (0.6)	0 (0.0)	2 (0.2)	5 (0.3)
慢性閉塞性肺疾患	2 (0.4)	1 (0.5)	14 (1.2)	17 (0.9)
うっ血性心不全	10 (2.0)	5 (2.4)	33 (2.8)	48 (2.5)
痙攣、てんかん	1 (0.2)	0 (0.0)	4 (0.3)	5 (0.3)
糖尿病合併症	5 (1.0)	0 (0.0)	4 (0.3)	9 (0.5)
高血圧	8 (1.6)	8 (3.9)	12 (1.0)	28 (1.5)
鉄欠乏性貧血	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
インフルエンザ、肺炎	5 (1.0)	3 (1.5)	7 (0.6)	15 (0.8)
その他のワクチンにて予防可能な疾患	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

ACSCs; Ambulatory care-sensitive conditions

補足表 3.追跡期間中に入院があった者における ACSCs による再入院の詳細

	訪問診療と訪問 看護受領群 N=2129 n(%)	訪問診療のみ 受領群 N=1483 n(%)	訪問看護のみ 受領群 N=4323 n(%)	合計 N=7935 n(%)
全ての入院	460 (21.6)	321 (21.6)	1194 (27.6)	1975 (24.9)
ACSCs による入院	86 (4.0)	69 (4.7)	262 (6.1)	417 (5.3)
ACSCs の内訳				
蜂窩織炎	1 (0.0)	3 (0.2)	13 (0.3)	17 (0.2)
脱水、胃腸炎	4 (0.2)	5 (0.3)	17 (0.4)	26 (0.3)
歯科疾患	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.0)	1 (0.0)
耳・鼻・喉の感染症	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.0)	1 (0.0)
壊疽	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
栄養不足	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
骨盤内炎症性疾患	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
穿孔性・出血性潰瘍	1 (0.0)	1 (0.1)	2 (0.0)	4 (0.1)
腎盂腎炎	1 (0.0)	3 (0.2)	11 (0.3)	15 (0.2)
狭心症	2 (0.1)	1 (0.1)	19 (0.4)	22 (0.3)
喘息	6 (0.3)	1 (0.1)	7 (0.2)	14 (0.2)
慢性閉塞性肺疾患	5 (0.2)	2 (0.1)	24 (0.6)	31 (0.4)
うっ血性心不全	20 (0.9)	23 (1.6)	81 (1.9)	124 (1.6)
痙攣、てんかん	2 (0.1)	0 (0.0)	12 (0.3)	14 (0.2)
糖尿病合併症	8 (0.4)	1 (0.1)	5 (0.1)	14 (0.2)
高血圧	19 (0.9)	19 (1.3)	42 (1.0)	80 (1.0)
鉄欠乏性貧血	2 (0.1)	0 (0.0)	1 (0.0)	3 (0.0)
インフルエンザ、肺炎	15 (0.7)	10 (0.7)	26 (0.6)	51 (0.6)
その他のワクチンにて予防可能な疾 患	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

ACSCs; Ambulatory care-sensitive conditions