

テーマ「過疎地における在宅医療の現状と課題」

—「在宅療養支援病院」が地域において果たす役割—

申請者 武田誠一

所属機関・職名 新潟青陵大学看護福祉心理学部福祉心理学科・助教

所属機関所在地 新潟県新潟市中央区水道町 1-5939

提出日時 2010年3月30日

(事前調査編)

1 はじめに

在宅での療養を支援する体制づくりは、医療保険制度、介護保険制度の中心的な課題となっており、制度や人材育成など新たな取り組みが導入されてきている。「在宅療養支援診療所」(以下、在療診)も、そのような在宅療養をサポートする社会的な体制構築の中で誕生した診療所であった(佐原 2007:15-25)。24時間の往診、訪問看護など在宅で療養を続ける患者にとって、頼もしい存在になるはずであった。しかし、現状では必ずしも予想した通りには機能していない。その対策の一つとして「在宅療養支援病院」が誕生し、病院における在宅療養支援も診療報酬上で評価されるようになった。

そこで本研究では、「在療診」の機能を補完する目的で創設された「在宅療養支援病院」の現状を分析し、今後、地域において「在宅療養支援病院」が果たしていくべき役割を検討していく。

2 「在宅療養支援診療所」と「在宅療養支援病院」

「在療診」は全国的に見ても地域による偏在が大きく、市部に集中し郡部には少ないと報告されている(千葉・濃沼・伊藤・ほか 2008:174)。また、新潟県の現状を調査した武田は「現状では、在宅医療を提供する医療機関としては、『在療診』ではない診療所が中心となっていると考えられる」(武田 2007:73-85)と述べている。

このように、地域に偏りなく「在療診」が整備されていない状況では、武田や千葉が指摘するように「在療診」ではない診療所、病院等の活用を図らなくてはならない(千葉・濃沼・伊藤・ほか 2008:174 : 武田 2007:73-85 : 武田 2009:123-132)。

このような状況を受け、2008年の診療報酬改定において、在宅療養を支援する診療所がない地域では、在宅療養の主たる担い手が病院である場合でも診療報酬上で高く評価できる仕組みとして「在宅療養支援病院」が導入されることになった(中央社会保険医療協議会 2007)。

「在宅療養支援病院」は、「在療診」とほぼ同じ施設基準であるが、大きく異なる部分は「保険医療機関である病院であって、当該病院を中心とした半径4 km以内に診療所が存在しないものであること」(医学通信社 2008:814-815)とされている部分にある。

3 本研究の目的

本研究は、地域における「在宅療養支援病院」の現状分析と、「在宅療養支援病院」が地域ケアシステムにおいて中核となるための今後の課題を論ずるものである。

「在宅療養支援病院」に関する研究で、武田は制度導入初年の2008年における「在

在宅療養支援病院」届出数は極めて少なく、その原因は「半径4 km以内に診療所が存在しない」とした地理的要件にあると指摘している(武田 2009:93-100)。この現状は、大きく転換される状況にないと考えられる。

しかし先行研究では、少数とはいえ現に存在している「在宅療養支援病院」が地域においてどのような役割を果たしているかについては、分析されていない。

「在宅療養支援病院」は地域に「在療診」のみならず一般の診療所すら、存在しない場合に限り、届出が認められている病院である。つまり、地域における唯一の医療機関として在宅療養支援の機能を果たしていると考えられる。

そこで本研究では、「在宅療養支援病院」の概要と病院が位置する二次医療圏の在宅医療体制を把握し、「在宅療養支援病院」がその地域で果たしている役割と、今後「在宅療養支援病院」が地域において在宅医療や在宅福祉の中核としての役割を果たすための課題についても考察する。なお、二次医療圏とは医療法に基づき都道府県が策定する「医療計画」において、「特殊な医療を除く一般の医療で、主として病院における入院に係わる医療を提供する体制の確保を図る地域」(ぎょうせい 1995:6)とされており、地域住民の日常的な保健・医療に密接した圏域である。

4 方法

「在宅療養支援病院」の届出数を把握するため、各地方厚生局及び地方厚生局都府県事務所に対し行政文書開示請求等を行い、2009年4月1日現在における「在宅療養支援病院」の「届出受理医療機関名簿(届出項目別)」の開示を受けそのデータを集計した。

また、それぞれの「在宅療養支援病院」の地域性を理解するため、所在地の各道県地域医療計画を用い、「在宅療養支援病院」が属する二次医療圏内の在宅医療の提供体制についても把握した。

なお、使用したデータ・資料は、公開されているものまたは開示決定がなされたものを収集し用いた。

5 結果および考察

I. 「在宅療養支援病院」の現状

「在宅療養支援病院」(2009年4月1日現在)は、全国で11病院のみである。また、全国で北海道、秋田県、岐阜県、静岡県、鳥取県、広島県、大分県、鹿児島県、宮崎県の9道県のみが存在している(図1)。

次に、届出を行っている病院の概要について、所属する二次医療圏、病床形態、病床数等は表1のとおりである。病床形態では、一般病床のみ3病院、療養病床のみ3病院、一般病床と療養病床が3病院、一般病床、療養病床と介護保険適用療養病床が1病院、精神病床が1病院で、多くが一般病床、療養病床を持つ病院が占めていた。

また,病床数も100床以上の病院は3病院のみで,大半が100床未満の病院であった.

なお,「在宅療養支援病院」は「半径4km以内に診療所が存在しない」とした地理的要件が課されているが,図1で明らかなように,県庁所在地に存在する病院もあれば,二次医療圏を構成する地域に県庁所在地を含むなど,「在宅療養支援病院」は必ずしも過疎,「へき地」にしか存在していないというわけではない.

図 1 「在宅療養支援病院」の届出数（2009年4月1日現在）、所在地、二次医療圏

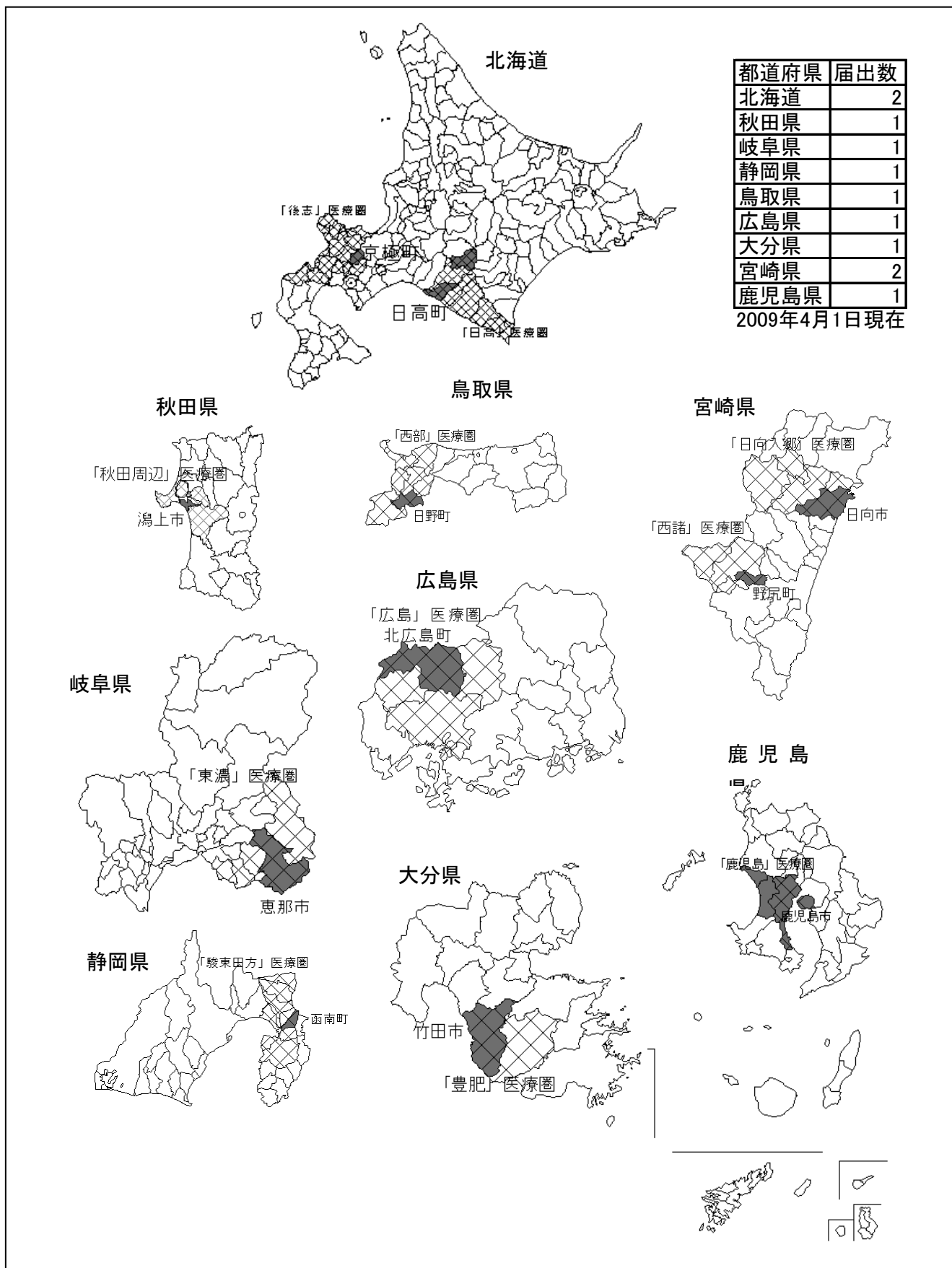


表 1 届出病院の概要

病院名	所在地		二次医療圏	病床形態	病床数	病床の内訳			
						一般	療養	介護	精神
A	北海道	京極町	「後志」医療圏	精神	120				120
B	北海道	日高町	「日高」医療圏	一般+療養+介護	64	34	6	24	
C	秋田県	潟上市	「秋田周辺」医療圏	一般	140	140			
D	岐阜県	恵那市	「東濃」医療圏	一般+療養	56	34	22		
E	静岡県	函南町	「駿東田方」医療圏	療養	85		85		
F	鳥取県	日野町	「西部」医療圏	一般	99	99			
G	広島県	北広島町	「広島」医療圏	一般	44	44			
H	大分県	竹田市	「豊肥」医療圏	一般+療養	136	90	46		
I	宮崎県	日向市	「日向入郷」医療圏	一般+療養	57	24	33		
J	宮崎県	野尻町	「西諸」医療圏	療養	80		80		
K	鹿児島県	鹿児島市	「鹿児島」医療圏	療養	55		55		

II. 「在宅療養支援病院」の地域での役割

「在宅療養支援病院」は在宅医療の体制が不足している地域に限り、その役割を病院に求めるものである。その実態を分析するため、今回は各二次医療圏内の在宅医療提供体制の把握結果から、同じ地域に「在療診」が存在する、岐阜県恵那市、大分県竹田市、鹿児島県鹿児島市を取り上げてみる。

まず、恵那市は「東濃」医療圏に属しており、二次医療圏の東部地域に当たり、へき地診療所、へき地医療拠点病院が存在し、医療資源が乏しい地域である(岐阜県 2008)。「在療診」は3か所存在するが、市街地に集中している。「在宅療養支援病院」は山間部に存在している(図2)。

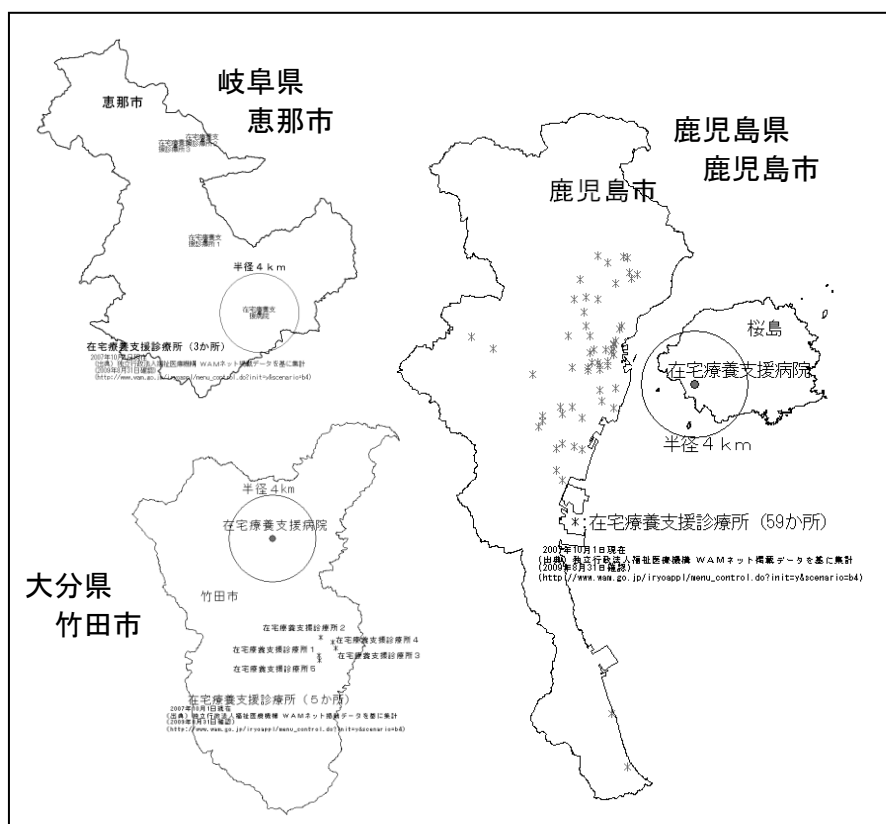
竹田市は、「豊肥」医療圏に属しており、山間部でへき地診療所、へき地医療拠点病院が存在し、医療資源が乏しい地域である(大分県 2008)。「在療診」は5か所存在するが、市街地に集中している。「在宅療養支援病院」は山間部に存在している(図2)。

鹿児島市は、鹿児島県の県都であり「鹿児島」医療圏に属している、都市部であるため医療体制も整備されている(鹿児島県 2008)。「在療診」は59か所存在しているが、そのほとんどが市街地に集中しており、「在宅療養支援病院」は市街地を離れた地域に存在している。

以上の3地域の例を通して「在宅療養支援病院」は、過疎、へき地にも存在するが、それだけに限られてはいない。

つまり「半径4 km以内に診療所が存在しない」という地域において在宅療養支援を担っているわけである。

図 2 恵那市，竹田市，鹿児島市の状況



III. 今後の課題

先ほどの例から見て「在宅療養支援病院」の存在には地理的要件が不可欠である、ところで「在宅療養支援病院」は全国的に少ない状況だが、この地理的要件が広がりをも阻んでいる理由なのだろうか。

この件に関して、武田は中央社会保険医療協議会における「在宅療養支援病院」導入検討時に、「半径 4 km 以内に診療所が存在しない」基準から想定した場合、全国で 17 か所程度しか該当しないとの論議がなされていたと指摘している。また、当初から届出できる病院が少ないにもかかわらず、この要件が採用された背景については、ハードルが低い場合、多くの病院が届出を行い、患者の囲みが行われることへの懸念があったとも指摘している。(武田 2009:93-100)。

さて、表 1 が示す現状からみて、在宅療養を支える病院とは、急性期中心の大病院ではなく、地域住民の身近な中小の病院等が中心である。中小の病院はこれまで地域における在宅療養支援を行ってきた実績が存在する。例えば「在宅時医学総合管理料」という、在宅医療に関する診療報酬は、200 床未満の中小の病院と診療所のみ認められているが、この「在宅時医学総合管理料」の届出を行っている病院は全国で 1000 か所近く存在している(福祉医療機構 2008)。

つまり中小の病院は、医療機関の機能が急性期か慢性期かという大きく2つに分類されなかで、いずれにも分類できない役割を担っており(篠田・中川・小室 2005:78-83), その一つが地域における在宅療養支援機能である。

したがって、仮にこの「半径4 km以内に診療所が存在しない」という地理的要件が緩和できれば、今以上に在宅療養支援を中小の病院の役割として求めることができ、診療所と地域の中小病院を中心とした在宅療養支援の体制が構築できるはずである。

このことは、「在療診」が24時間の往診実施や緊急入院先の確保などの問題を抱え、在宅療養を求める住民の願いに応え切れていない現状解決の糸口になると考えられる。やはり、「半径4 km以内に診療所が存在しない」という地理的要件は再検討が必要であるといえる。

確かに制度導入時に論議された病院による患者の囲い込みへの懸念は存在する、よって単純に地理的要件の撤廃ではなく、「半径4 km以内に在療診が存在しない」という緩和が望ましいと考える。この場合、「在療診」の集中する都市部では届出は増えないが、「在療診」が少ない郡部などでは「在宅療養支援病院」が増加する可能性があり、在宅療養支援の体制が弱い地域の解消につながると考えられる。

6 まとめ

「在宅療養支援病院」は、医療資源の限られた地域において、在宅療養支援を担わざるを得ない地域状況からその役割を果たしているのであろうと推測できる。つまり、「在宅療養支援病院」は地域における在宅療養支援の中核であることは間違いない。

しかし、現状としてはあまりに少ない状況にあり、在宅療養支援を行う病院を評価するという制度導入時の目的を達しているとは言い難い。

今後「半径4 km以内に在療診が存在しない」という要件緩和の検討が必要であると言える。この要件の緩和によって、「在療診」の存在しない地域では、新たな「在宅療養支援病院」が中核となり、地域の診療所や在宅介護サービスと連携を図ることで、医療資源が限られた地域においても住民が望む地域ケアシステムを構築できるのではないかと考える。

さて、そのためには現に存在する「在宅療養支援病院」の支援活動内容を検討する必要がある。しかし、本研究は「在宅療養支援病院」への実態調査の事前把握として行政資料等を用いた現状分析に過ぎず、実際にそれぞれの「在宅療養支援病院」がどのような活動を行っているかは、今後の調査で明らかにしたい。

(引用文献)

- 佐原康之 (2007) 「在宅療養支援診療所について」『グループ診療研究』13 (1), 15-25.
- 千葉宏毅・濃沼信夫・伊藤道哉・ほか (2008) 「在宅療養支援診療所の経年推移と在宅看取りの地域性に関する一考察」『日本医療・病院管理学会誌』45 (Supplement), 174.
- 武田誠一 (2007) 「新潟県内の在宅医療のサービス基盤に関する研究 新潟県における「在宅療養支援診療所」の開設状況」『新潟青陵大学紀要』(7), 73-85.
- 武田誠一 (2009) 「新潟県における「在宅療養支援診療所」の診療実態から見る「地域ケア体制整備」の課題」『最新社会福祉学研究』(4), 123-132.
- 中央社会保険医療協議会 (2007) 『第108回診療報酬基本問題小委員会資料(平成19年11月9日開催)資料3-2』
- 医学通信社 (2008) 『診療点数早見表』医学通信社.
- ぎょうせい (1995) 『医療計画・地域保健医療計画必携』ぎょうせい.
- 武田誠一 (2009) 「「在宅療養支援病院」の開設数の現状と課題ー在宅療養を支える病院の役割についてー」『新潟青陵学会誌』1 (1), 93-100.
- 岐阜県(2008) 「岐阜県保健医療計画に基づく東濃医療圏保健医療体制の現状・10事業の医療連携体制」
(<http://www.pref.gifu.lg.jp/pref/s22708/hokenniryoyoukeikaku.htm>. 2009年8月31日)
- 大分県(2008) 「大分県医療計画」
(<http://www.pref.oita.jp/12600/iryo-keikaku/index.htm>. 2009年8月31日)
- 鹿児島県(2008) 「鹿児島県保健医療計画」
(<http://www.pref.kagoshima.jp/kenko-fukushi/kenko-iryo/gaiyo/hokeniryoyoukeikaku.html>. 2009年8月31日)
- 独立行政法人福祉医療機構 (2008) 「病院・診療所検索 - WAM NET」
(<http://www.wam.go.jp/iryo>, 2009年11月1日)
- 篠田道子・中川恵子・小室千尋 (2005) 「退院支援のシステム化と地域連携 亜急性期病床の意義と運営のポイント 亜急性期病床における退院支援の実際と課題」『看護展望』30 (7), 78-83.

(実態調査編)

1 はじめに

さて、事前調査編において行政資料等を用いた現状分析では、「在宅療養支援病院」は、医療資源の限られた地域において、在宅療養支援を担わざるを得ない地域状況からその役割を果たしているのであろうと推測できたが、これらの病院がどのような現状にあるかを知るために、アンケート調査を実施した。

2 調査概要

- I. 調査期間 2010年2月
- II. 調査対象 「在宅療養支援病院」11病院（2009年4月1日現在）
- III. 調査方法 郵送法
- IV. 調査内容 「在宅療養支援病院」届出理由、患者数、他機関との連携など
（在宅療養支援体制の実態把握を目的とする内容）

3 調査結果

調査結果は、回収数7病院（有効回答6病院）であった。なお、1病院は往診医の退職を理由に既に「在宅療養支援病院」の届出を取り下げている。この点から見ても、過疎地で「在宅療養支援病院」を運営するためには、医師の確保が大きな課題であることが明らかになった。

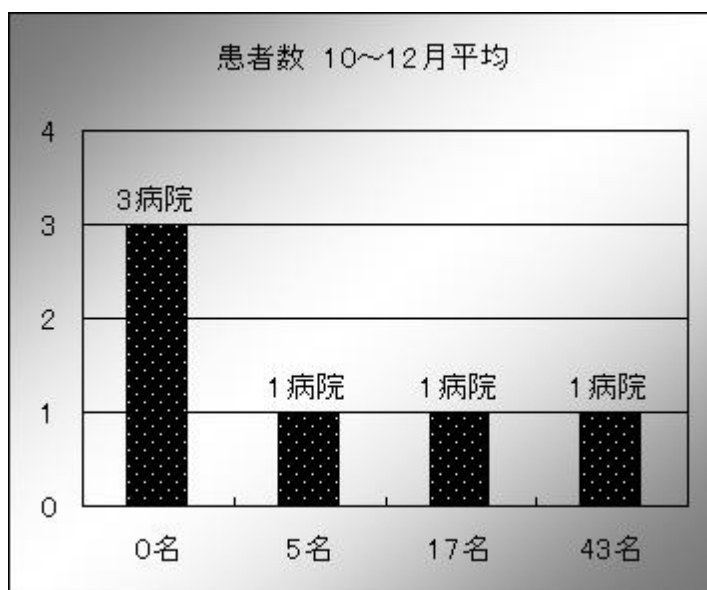
次に、「在宅療養支援病院」としての「在宅時医学総合管理料」（4200点又は、4500点）を算定した患者数については、10、11、12月の平均は病院によりばらつきが見られた、0名が最も多いが、40名以上の患者を担当している病院も存在している（図表1）。

図表 1

10～12月平均	病院数	相対度数
0名	3	50%
5名	1	17%
17名	1	17%
43名	1	17%

サンプル数 6

合 計	65.66667
平 均 値	10.94444
最 小 値	0
最 大 値	43
分 散	243.2006
標準偏差	15.59489
変動係数	1.560915

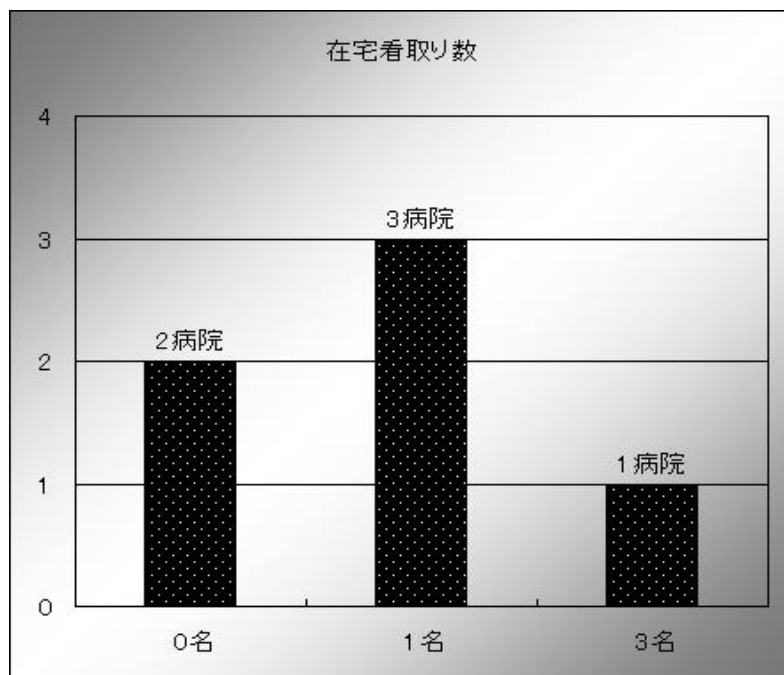


これらの病院が、看取った在宅患者数は、年に1度の報告であるため、どの病院も多くはなかった（図表2）

図表 2

在宅看取り数	病院数	相対度数
0名	2	33%
1名	3	50%
3名	1	17%

サンプル数 6

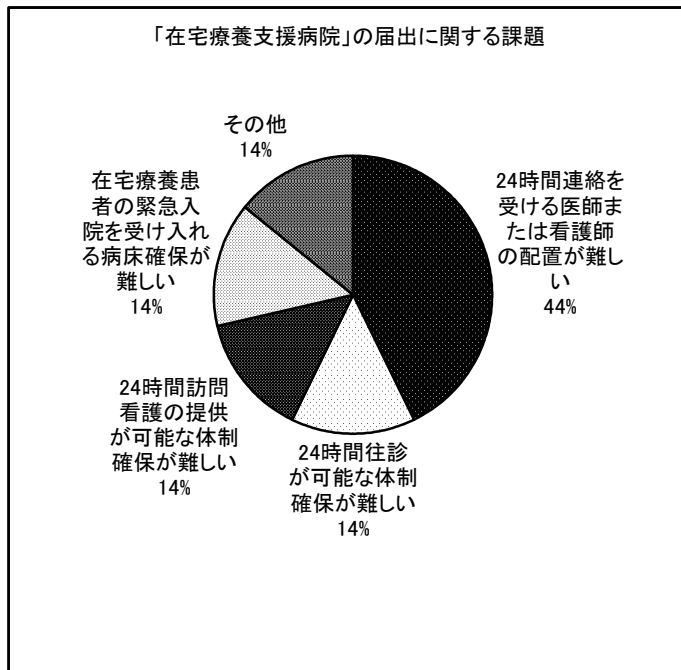


また、「在宅療養支援病院」の届出に関する課題として、最も多い回答は、やはり「24時間連絡を受ける医師または看護師の配置」であり、24時間の体制を維持することが困難であることがわかった（図表3）。

図表3

「在宅療養支援病院」の届出に関する課題		度数	相対度数
24時間連絡を受ける医師または看護師の配置が難しい	3	43%	
24時間往診が可能な体制確保が難しい	1	14%	
24時間訪問看護の提供が可能な体制確保が難しい	1	14%	
在宅療養患者の緊急入院を受け入れる病床確保が難しい	1	14%	
その他	1	14%	

サンプル数 7 複数回答



4 まとめ

「在宅療養支援病院」の現状は、その役割を積極的に果たしている病院と、そうでない病院が存在している。その理由は「24時間連絡を受ける医師または看護師の配置」が大きな要因になっている。先にも触れたが、往診医の退職によって「在宅療養支援病院」の届出を取り下げている病院も存在していた。「在宅療養支援診療所」が存在しない過疎地域のみ認められる「在宅療養支援病院」は医師不足の地域に存在しているという意味も持っている。

さて、私は予てより「在宅療養支援病院」の地理的要件が緩和されることを主張していったが、2010年度の診療報酬改定において、「在宅療養支援病院」の施設基準に「許可病床数が200床未満の病院であること、又は」という文言が追加され、これまでの「半径4km以内に診療所が存在しない」という要件より緩和されることになった。

これにより、「在宅療養支援病院」は「半径4km以内に診療所が存在しない」という枠に縛られずに開設される可能性ができてきた。したがって、今後、都市部で「許可病床数が200床未満の病院」が「在宅療養支援病院」として誕生する可能性もあるが、同時に地方都市や郡部でこれまでの「半径4km以内に診療所が存在しない」という要件によって、「在宅療養支援病院」として届出できなかった病院も、「在宅療養支援病院」として届出が行われることが予見される。

これからは「在宅療養支援病院」が量的に増え、その役割、必要性が増していくであろう。今後は、「在宅療養支援病院」を都市型、地方都市型という視点での分類、分析が求められるのではないかと考えている。

謝辞

本研究は、財団法人在宅医療助成 勇美記念財団に2008年度 在宅医療助成 指定公募（後期）「過疎地における在宅医療の現状と課題」の助成による成果である。

(資料:調査票)

「在宅療養支援病院」アンケート

〔記入にあたってのお願い〕

- ① 調査時点:特に記載がない限り 2010年1月末時点でご回答ください。
- ② 回答者:施設基準・診療実績などをご存知な方。
- ③ 回答方法:該当の選択肢を○印で囲んでください。
また、()の中には数字・語句などをご記入ください。
- ④ 締め切り:2月19日(金)までにご返送ください。
- ⑤ 問い合わせ先:

調査責任者 新潟青陵大学 看護福祉心理学部 福祉心理学科 助教 武田誠一
アンケート返送先

〒951-8121 新潟市中央区水道町 1-5939

新潟青陵大学 看護福祉心理学部 福祉心理学科 武田誠一

月 日までにご返送をお願いいたします。

●まず、病院全般についてお伺いします。

あてはまるものに、○を付けて下さい。また、空欄には、該当事項を記入ください。

問1

病院に勤務している常勤医師数を教えてください。

() 人

問2

問1の常勤医師のうち、訪問診療に携わっている医師数を教えてください。

() 人

問3

病院に併設している施設の有無について教えてください。

「併設施設あり」の場合は該当する全てに○印をつけてください。

併設施設なし

併設施設あり

訪問看護ステーション ・ ディサービスセンター ・ デイケア ・ 訪問介護 ・

居宅介護支援事業所

その他

()

問4

病院の経営母体がこちらの病院以外で、運営している事業のうち該当するもの全てを選んでください。

病院 ・ 診療所 ・ 介護老人保健施設 ・ 訪問看護ステーション ・
ディサービスセンター

デイケア ・ 訪問介護 ・ 居宅介護支援事業所

- 次に、「在宅療養支援病院」の届出事項等についてお伺いします。
あてはまるものに、○を付けて下さい。また、空欄には、該当事項を記入ください。

問5

「在宅療養支援病院」の届出理由を教えてください。
最も当てはまるものを一つ選んでください。

- ・かねてより在宅療養支援を行っていたから
- ・地域の医療資源の状況から在宅療養支援を担わざるを得ないから
- ・これから在宅療養に力を入れるべきと考えたから
- ・診療報酬上のメリットが大きいから

・その他 ()

問6

在宅医療に係る施設基準の届出の有無について教えてください。
該当するもの全てを選んでください。

- ・ 在宅時医学総合管理料に係る施設基準の届出 (有 ・ 無)
- ・ 在宅末期医療総合診療料に係る施設基準の届出 (有 ・ 無)
- ・ 特定施設入居時等医学総合管理料に係る施設基準の届出 (有 ・ 無)

問7

「在宅時医学総合管理料」、「特定施設入居時等医学総合管理料」に係る施設基準で配置が求められている「保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者」の資格・職種について教えてください。

- ・ 介護支援専門員
- ・ 社会福祉士（ソーシャルワーカー）

・ 看護師

・ その他 ()

●次に、「在宅療養支援病院」における他機関との連携等についてお伺いします。

あてはまるものに、○を付けて下さい。また、空欄には、該当事項を記入ください。

問8

「在宅療養支援病院」として、連携している医療機関、訪問看護ステーション等について教えてください。該当する連携先の全てを選んでください。

同一経営母体の診療所 ・ 同一経営母体の訪問看護ステーション ・ 他の訪問看護ステーション
他の診療所 ・ 他の民間病院 ・ 公的病院 ・ 調剤薬局

問9

「在宅療養支援病院」として、連携している医療機関、訪問看護ステーション等の施設数について教えてください。

連携先	施設数
無床診療所	(ヶ所)
有床診療所	(ヶ所)
病院	(ヶ所)
訪問看護ステーション	(ヶ所)
調剤薬局	(ヶ所)

●次に、「在宅療養支援病院」での診療実績についてお伺いします。

あてはまるものに、○を付けて下さい。また、空欄には、該当事項を記入ください。

問 10

2009年10月、11月、12月の各月における「在宅時医学総合管理料」の算定患者数について教えてください。

なお、「在宅療養支援病院」としての「在宅時医学総合管理料」算定患者数、

「在宅療養支援病院」以外としての「在宅時医学総合管理料」算定患者数を分けてお答えください。

算定した診療報酬	10月	11月	12月
「在宅療養支援病院」としての「在宅時医学総合管理料」を算定 (4200点又は、4500点)	(名)	(名)	(名)
「在宅療養支援病院」以外としての「在宅時医学総合管理料」を算定 (2200点又は、2500点)	(名)	(名)	(名)

問 11

問10の回答で「在宅療養支援病院」以外としての「在宅時医学総合管理料」(2200点又は、2500点)の算定実績があった方にその理由をお尋ねします。

該当するもの全てを選んでください。

- ・病状などから「在宅療養支援病院」としての24時間の往診、訪問看護体制が必要なかったから
- ・「在宅療養支援病院」としての24時間の往診、訪問看護体制は病院への負担が大きく行えないため
- ・患者(家族)の経済的負担を配慮し、「在宅療養支援病院」として算定しなかったから
- ・患者(家族)が「在宅療養支援病院」としての24時間の往診、訪問看護体制を希望しなかったから
- ・その他

()

問 12

2009年10月、11月、12月の各月における「特定施設入居時等医学総合管理料」の算定患者数について教えてください。

なお、「在宅療養支援病院」としての「特定施設入居時等医学総合管理料」算定患者数、
「在宅療養支援病院」以外としての「特定施設入居時等医学総合管理料」算定患者数を分けてお答えください。

算定した診療報酬	10月	11月	12月
「在宅療養支援病院」としての「特定施設入居時等医学総合管理料」を算定 (3000点又は、3300点)	(名)	(名)	(名)
「在宅療養支援病院」以外としての「特定施設入居時等医学総合管理料」を算定 (1500点又は、1800点)	(名)	(名)	(名)

問 13

問 12 の回答で「在宅療養支援病院」以外としての「特定施設入居時等医学総合管理料」(1500点又は、1800点)の算定実績があった方にその理由をお尋ねします。

該当するもの全てを選んでください。

- ・病状などから「在宅療養支援病院」としての24時間の往診、訪問看護体制が必要なかったから
- ・「在宅療養支援病院」としての24時間の往診、訪問看護体制は病院への負担が大きく行えないため
- ・患者(家族)の経済的負担を配慮し、「在宅療養支援病院」として算定しなかったから
- ・患者(家族)が「在宅療養支援病院」としての24時間の往診、訪問看護体制を希望しなかったから
- ・その他

()

問 14

地方社会保険事務局(地方厚生局)等に報告した直近の「在宅看取り数」等を教えてください。

- ・在宅看取り数 : 名
- ・未報告 (初回報告時期に達していないため)

- 次に、「在宅療養支援病院」における在宅療養支援の課題についてお伺いします。
あてはまるものに、○を付けて下さい。また、空欄には、該当事項を記入ください。

問 15

「在宅療養支援病院」の届出に関する課題について教えてください。
該当するもの全てを選んでください。

- ・ 特にない
- ・ 「半径 4 k m に診療所が存在しない」との要件を満たすことが難しい
- ・ 24 時間連絡を受ける医師または看護師の配置が難しい
- ・ 24 時間往診が可能な体制確保が難しい
- ・ 24 時間訪問看護の提供が可能な体制確保が難しい
- ・ 在宅療養患者の緊急入院を受け入れる病床確保が難しい
- ・ その他

[]

- 最後に、ご回答いただいた方の所属について、お伺いします。

訪問調査の際にご質問させていただく場合もありますので、ご記入ください。
なお、集計結果においては、ご回答いただいた個人情報公表されません。

氏名

職位・職名

所属

何かご意見があれば記入ください

<これで終わりです、お忙しいところ大変ありがとうございました>