



福岡医発第1637号(地)

平成24年 9月27日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

在宅医療に係る調査について（在宅療養支援診療所・病院調査）

今般、福岡県保健医療介護部医療指導課より標記調査の実施について協力依頼が別添のとおりありました。

本調査は、現在、福岡県において「福岡県保健医療計画」の見直し作業が行われており、その一環として、在宅医療の担い手の一つである在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院に対して調査を行い、在宅医療の現状と実態、前回計画策定時（平成19年）からの変化等について把握し、医療計画に反映することが目的とされております。

本件につきましては、平成24年9月27日開催の第19回全理事会にて協議の結果、本会といたしましても協力することといたしました。

つきましては、貴会におかれましても本件にご了知いただくとともに、貴会管下関係医療機関に周知いただきますようお願い申し上げます。

なお、調査書等は福岡県保健医療介護部医療指導課より対象医療機関宛に直接送付されますことを申し添えます。

記

- | | | |
|---|-----------|---|
| 1 | 調 査 名 | 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院 調査 |
| 2 | 調 査 対 象 | 県内の在宅療養支援診療所（826 か所）
県内の在宅療養支援病院（36 か所） |
| 3 | 配布時期・回答期限 | ① 配布時期 平成24年10月 1日（月）
② 回答期限 平成24年10月22日（月）
※①②とも予定 |
| 4 | 回 答 先 | 福岡県保健医療介護部医療指導課（在宅医療係） |

小郡三井医師会より

介護保険担当理事 古川 哲也
会長 蒲池 壽

上記調査が参りましたら、ご協力をお願いいたします。

24医指第1992号

平成24年 9月26日

社団法人福岡県医師会
会 長 松田 峻一良 殿

福岡県保健医療介護部長
(医 療 指 導 課)



在宅医療に係る調査について（依頼）

本県の保健医療行政につきましては、平素からご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本県においては、「福岡県保健医療計画」を策定し保健医療行政の推進を図っているところですが、現在、同計画の見直し作業を行っているところです。

同計画では医療法第30条の4第2項第6号の規定により、居宅等における医療の確保を図ることとされています。

そのため、在宅医療の担い手の一つである在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院への調査を通じて本県の在宅医療の現状と実態、前回計画策定時（H19年）からの変化等について把握し、医療計画に反映させたいと考えています。

つきましては、下記のとおり調査を実施したいと考えておりますので、貴会員への周知、ご協力をいただきますようよろしくお願いいたします。

記

- | | | | |
|------------|--|------------------|--|
| 1 調 査 名 | 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院 調査 | | |
| 2 調 査 対 象 | 県内の在宅療養支援診療所（826 か所）
県内の在宅療養支援病院（36 か所） | | |
| 3 依頼文及び調査票 | 別添のとおり | | |
| 4 調 査 概 要 | 別紙のとおり | | |
| | ・ 配布時期 | 平成24年10月 1日（月）予定 | |
| | ・ 回答期限 | 平成24年10月22日（月）予定 | |

（問合せ先）

福岡県保健医療介護部医療指導課

在宅医療係 篠原、中野

電話：092-643-3275

「在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院 調査」の概要について

1 調査の目的

現在策定中の医療計画（平成25年3月公示予定）に記載する「在宅医療」分野について、その基礎データとするため、県内の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院に対し別紙調査表により実態調査を実施するもの。

（在宅療養支援診療所について）

- ・5年前（H19）の医療計画策定時にも同様の調査を実施しており、今回調査はその内容を、診療報酬等の改定に合わせ時点修正したもの。
- ・届出数826か所の在支診のうち、実際に訪問診療、看取り等を行っている数や対象患者在支診数、今後どの程度の訪問診療対象患者の受入が可能か等を把握するもの。
- ・在支診はH18年度から設置されものであり、前回調査との比較で、この5年間の数や取組の変化を把握するもの。

2 調査対象（H24.9月現在 九州厚生局HPで公表（H24.6月届出迄）されている数）

- 1) 県内の在宅療養支援診療所 826カ所
- 2) 県内の在宅療養支援病院 36カ所

3 調査表（案）・・・別紙のとおり

4 調査依頼文

福岡県医師会あて・・・・・・・・・・別紙のとおり
診療所管理者、病院長あて・・・・・・・・・・別紙のとおり

5 調査基準日

平成24年9月1日

6 調査票発送 平成24年10月 1日（月） 予定

回答期限日 平成24年10月22日（月） 予定

7 回答方法

FAXにて返送

8 調査の実施主体

福岡県

9 その他

調査に関する問い合わせ先、集計・・・医療指導課

調査票集計後のデータ分析、医療計画の策定・・・医療指導課、福岡県在宅医療推進協議会

9 調査内容の公表について

福岡県における「在宅医療」分野の実態を把握するため集計、分析し医療計画の中で一部公表を行う。（個別の診療所名や機能を公表することはしない）

「公印省略」

一 案 一

24医指第1992号

平成24年9月 日

在宅療養支援診療所 管理者 殿

在宅療養支援病院長 殿

福岡県保健医療介護部医療指導課長

(在宅医療係)

在宅医療に係る調査について（依頼）

本県の保健医療行政につきましては、平素からご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本県においては、「福岡県保健医療計画」を策定し、保健医療行政の推進を図っているところですが、現在、同計画の見直し作業を行っているところです。

同計画では医療法第30条の4第2項第6号の規定により、居宅等における医療の確保を図ることとされています。

そのため、在宅医療の担い手の一つである在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院への調査を通じて本県の在宅医療の現状と実態、前回計画策定時（H19年）からの変化等について把握し、医療計画に反映させたいと考えています。

御多忙中大変恐縮ですが、調査の趣旨を御理解の上、別紙調査票により御回答いただきますようお願いいたします。

なお、この調査票により御回答いただいた内容については、同計画の中で診療所名を特定した公表は行わないことを申し添えます。

記

- | | | |
|---|---------|-----------------------------------|
| 1 | 調 査 名 | 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院 調査 |
| 2 | 調査票及び概要 | 別紙のとおり |
| 3 | 回答期限・方法 | 平成24年10月22日（月）迄にFAXでご回答下さい |
| 4 | 備 考 | 本調査の実施につきましては、九州厚生局の了承をいただいております。 |

(問合せ先)

福岡県保健医療介護部医療指導課

在宅医療係 篠原、中野

電話：092-643-3275

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院 調 査 票

○ 趣旨

本調査は、本県の在宅医療に係る現状と課題を把握するために、地域医療の担い手である在宅療養支援診療所・病院に対し調査を実施し、その結果を本県の保健医療計画や在宅医療の推進に反映させることを目的としたもので、医療法第30条の5の規定に基づいています。

<医療法第30条の5>

都道府県は、医療計画を策定し、又は医療計画に基づく事業を実施するために必要があると認めるときは、市町村その他の官公署、介護保険法第7条第7項に規定する医療保険者又は医療提供施設の開設者若しくは管理者に対し、当該都道府県の区域内における医療機能に関する情報その他の必要な情報の提供を求めることができる。

○ 調査実施機関

福岡県保健医療介護部医療指導課

○ 対象医療機関

福岡県内に所在する在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院

○ 送付資料

「在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院調査票」、「参考資料」、「補助票」の3種類を同封しています。

○ 回答期日

平成24年10月22日（月）までに、FAXで返送下さい。

○ 調査結果

この調査結果に基づいて作成された「福岡県保健医療計画」は福岡県庁ホームページ等にて公表いたしますが、調査結果から得られた個別の医療機関情報を掲載することはありません。

● 回答の返送方法 ●

- ☑ 平成24年10月22日（月）までに、FAXにて返送ください。
- ☑ この表紙ページを外し、2～6ページをそのままFAX下さい。



上部に「**回答票**」と記載の面（見開き右側）です。
（見開きの左側ページは返送不要です）

→全体について

特に指定のない設問は、平成24年9月1日現在の状況を記入下さい。

→⑥の注釈 主たる診療科

注：主たる診療科目を1つ選び番号で記入してください。

- 標榜している診療科目が複数ある場合には、①科目別患者数が多いもの、②院長・科長または常勤医師の主たる専門科目、③院長・科長が主たる診療科目と考えるものの順で判断し、1つの診療科名に絞って記入してください。
- 麻酔科については、麻酔科の標榜許可を受けている医師がおり、主たる診療科と判断される場合にのみ記入してください。

01 内科	02 呼吸器科	03 消化器科(胃腸科)	04 循環器科
05 小児科	06 精神科	07 (欠番)	08 神経内科
09 心療内科	10 アレルギー科	11 リウマチ科	12 外科
13 整形外科	14 形成外科	15 美容外科	16 脳神経外科
17 呼吸器外科	18 心臓血管外科	19 小児外科	20 産婦人科
21 産科	22 婦人科	23 眼科	24 耳鼻咽喉科
25 気管食道科	26 皮膚科	27 泌尿器科	28 (欠番)
29 こう門科	30 リハビリテーション科	31 放射線科	32 麻酔科
32 上記以外の診療科 (※右ページ回答欄に直接科目名を記載下さい)			

→⑧の注釈 医師数・診療時間・患者数

注：○医師数

- ・診療所においては、開設者本人も含めた人数を記入してください。
- ・病院においては、訪問診療等(在宅医療部門)に対応している医師数を記入して下さい。
- ・非常勤医師は、実人数と、()内に常勤換算値(常勤医師の勤務時間に対する比率で換算した数値)を小数点第1位まで記入してください。

○訪問診療・一般診療(外来)、延べ時間・延べ患者数

- ・平成24年7月22日(日)～7月28日(土)の7日間(※それによりがたい事情がある場合は直近の1週間に、貴診療所・貴病院が「訪問診療」または「一般診療(外来)」を行うために要した「延べ時間」と、それに対応した患者の「延べ患者数」としてそれぞれ記入してください。
- ・なお、「延べ時間」には、診療所内での準備、記録、関係機関との調整、患者宅への移動時間を含めて記入してください。

例1)「延べ時間数」の算定：同じ時間帯(14:00～17:00の間)に2人の医師がそれぞれ訪問診療に従事した場合は、延べ時間は6時間と数えます。

例2)「延べ患者数」の算定：同一患者に対し、当該期間に4回にわたって訪問診療を行った場合は、4人と数えます。

回 答 票 兼 F A X 返 信 票

回答記入後、表紙を外し、2～6ページのみFAX返送下さい

FAX: 092-643-3277 (福岡県医療指導課 在宅医療係 行)
(送信枚数: 5 枚)

調査票の記入にあたっては、左ページの注釈も参考にして回答してください。
特に指定のない設問は、平成 24 年 9 月 1 日現在の状況を記入して下さい。

問 1 貴診療所・貴病院 についてお伺いします

① 医療機関名 _____

医療機関コード (診療報酬明細書に記載するコード)

4	0						
---	---	--	--	--	--	--	--

② 電話番号 _____ () _____

FAX番号 _____ () _____

③ 病床の有無 (※調査時点における許可病床数を記入。 無床診療所は「0」と記載下さい)

一般病床 _____ 床

療養病床 (うち介護療養病床) _____ 床 (_____ 床)

④ 「強化型」在宅療養支援診療所・病院の届出の有無について。 ※いずれかを○で囲んでください。

強化型 (単独) を届出

強化型 (連携) を届出

強化型は届出していない

⑤ 訪問看護ステーションの併設の状況 ※いずれかを○で囲んでください。

有 ・ 無

⑥ 主たる診療科 ※左ページ 注釈を参照し 番号を1つ記入下さい。

⑦ 訪問可能エリア

距離: 半径 _____ km 以内

時間: (自動車かバイク ・ 自転車 ・ 徒歩) を用いて _____ 分以内
※いずれかを○で囲んでください。

⑧ 医師数・診療時間・患者数

※左ページ 注釈を参照

(病院の場合は)
訪問診療等に対応している
医師数を記載

医師数	常勤数		人
	非常勤数	実人数	人
常勤換算し、小数第1位まで 記入		常勤換算値	人
訪問診療 (1 週間の実績)	延べ時間		時間
	延べ患者数		人
一般診療 (外来) (1 週間の実績)	延べ時間		時間
	延べ患者数		人

「延べ時間」「延べ患者数」
には、平成 24 年 7/22 (日)
～7/28 (土) を目安に1 週間
の実績を記入

① の注釈

- ・平成24年7月の1か月間に訪問診療を行った対象患者数(実患者数)を記入下さい。
- ・延べ患者数ではなく、実患者数を記入してください。
- ・対象患者数が0人の場合は「0」人と記入し、問2⑩の設問にお進みください。

②の注釈 対象患者の傷病名

- ・平成24年7月の1か月間に訪問診療を行った対象患者数(実患者数)を記入下さい。
- ・複数の傷病を併せ持つ場合は、複数に計上ください。
- ・「q.パーキンソン病関連疾患」とは、
進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(Yahr stage 3、生活機能障害ⅡまたはⅢ)がこれに該当します。

③の注釈 対象患者の居所

- ・平成24年7月の1か月間に訪問診療を行った対象患者数(実患者数)を記入下さい。
- ・延べ患者数ではなく、実患者数を記入してください。
- ・a+bの合計を問2①に記載した「対象患者数」と一致させてください。

④の注釈

特になし

⑤の注釈

注：平成24年7月の1か月間に訪問診療を行った患者(対象患者)のうち、貴診療所・貴病院所属の看護師による訪問看護又は併設の訪問看護ステーション若しくはその他の訪問看護ステーションから訪問看護を受けた患者についてその頻度別人数を記入してください。

問2 訪問診療の対象患者についてお伺いします

※①～⑨は、平成24年7月の1か月間の実数でお答えください。

① 訪問診療を行った対象患者数 (実患者数)

人

→対象患者数が0人の場合は、「0」人と記入し、問2⑩の設問にお進み下さい。

② 対象患者の傷病名 ※左ページ 注釈を参照

下記のうち、対象患者に対して医学的治療・管理を行っている傷病名を計上してください。
(複数計上：複数の傷病を併せ持つ場合は、複数に計上してください。)

内分泌代謝系	a. 糖尿病	件	脳・神経系 (続き)	o. アルツハイマー病以外の認知症	件
心臓循環器系	b. 不整脈	件		p. 多発性硬化症	件
	c. うっ血性心不全	件		q. パーキンソン病関連疾患 ※注参照	件
	d. 高血圧	件		r. 上記 p. と q. を除く難病	件
	e. 虚血性心疾患	件		s. 四肢麻痺	件
筋骨格関節系	f. 大腿骨頸部骨折	件		t. 片側不全麻痺/片麻痺	件
	g. 脊椎圧迫骨折	件		u. 脊髄損傷	件
	h. その他の骨折	件	呼吸器系	v. 喘息	件
	i. 関節リウマチ	件		w. 肺気腫/慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	件
脳・神経系	j. アルツハイマー病 (型認知症)	件	尿路性器系	x. 腎不全	件
	k. 失語症	件	新生物	y. がん (悪性腫瘍)	件
	l. 脳性麻痺	件	その他	z. ()	件
	m. 脳梗塞	件			
	n. 脳出血	件			

③ 対象患者の居所 ※a+bの合計を問2①に記載した「対象患者数」と一致させてください

a. 自宅 人

b. 自宅以外 人

(自宅以外：グループホーム、介護老人福祉施設、有料老人ホーム 等)

④ 対象患者への訪問診療の実施状況 (平成24年7月の1か月間の訪問診療における訪問頻度別患者数)

a. 月1回訪問	人	合計 人
b. 月2回訪問	人	
c. 月3回訪問	人	
d. 週1回訪問	人	
e. 週2回訪問	人	
f. 週3回以上訪問	人	
g. その他 ()	人	

※a～fの合計を問2①に記載した「対象患者数」と一致させてください

⑤ 対象患者への訪問看護の実施状況 ※左ページ 注釈を参照

a. 訪問看護を実施 (利用) していない	人	合計 人
b. 月1回訪問	人	
c. 月2回訪問	人	
d. 月3回訪問	人	
e. 週1回訪問	人	
f. 週2回訪問	人	
g. 週3回以上訪問	人	
h. その他 ()	人	

※a～hの合計を問2①に記載した「対象患者数」と一致させてください

この面は、右ページ「回答票」記載のための参考資料です。(FAX返送 不要)

⑥ 対象患者の医療区分、ADL区分

※医療区分、ADL区分の定義については、別添参考資料を参照してください。

(必要に応じて同封の補助票を使用してください。)

- ・平成24年7月1か月間に訪問診療を行った対象患者について記入下さい。
(=問2①で計上した患者)

⑦の注釈 対象患者の紹介元

注：貴診療所・貴病院が対象患者の紹介を受けた医療機関、介護保険施設等の種類別に対象患者数を記入してください。なお、在宅療養過程で入退院（入退所）を繰り返している患者については、在宅療養開始時点での紹介元に計上してください。

⑧の注釈 対象患者に対する「往診料」算定状況

- ・平成24年7月1か月間の請求実績について記入下さい。

⑨の注釈 対象患者に対する「在宅時医学総合管理料 重症者加算」算定状況

- ・平成24年7月1か月間の請求実績について記入下さい。

⑩の注釈 在宅看取り療養患者数

※※ この設問は、平成24年4月から7月末までの在宅看取り患者の合計数を記入下さい。

⑥ 対象患者の医療区分、ADL区分 ※左ページ 注釈を参照

※医療区分、ADL 区分の定義については、別添参考資料を参照してください。

ADL3	人	人	人
ADL2	人	人	人
ADL1	人	人	人
	医療区分1	医療区分2	医療区分3

合計
_____人

※合計を問2①に記載した「対象患者数」と一致させて下さい。

⑦ 対象患者の紹介元 ※左ページ 注釈を参照

※「総計」人数を問2①に記載した「対象患者数」と一致させてください。

紹 介 元			人数	左の計	総計
医 療 機 関	病 院	一般病棟	人	人	人
		回復期リハ病棟	人		
		療養病棟	人		
		入院だが病棟不明	人		
		外来	人		
		入院か外来か不明	人		
	診 療 所	入院	人	人	
		外来	人		
		入院か外来か不明	人		
訪問看護ステーション			人		
介護保険事業所	施設系サービス事業所 (介護療養病床、特別養護老人ホーム、老人保健施設)	人	人		
	居宅系サービス事業所 (居宅介護支援事業所、訪問介護事業所 等)	人			
地域包括支援センター			人		
行政機関 (保健センター・福祉事務所 等)			人		
直接来院 (紹介なし)			人		
その他 ()			人		

⑧ 対象患者に対する「往診料」算定状況

算定件数	件
(うち) 夜間加算	件
(うち) 深夜加算	件

⑨ 対象患者に対する、「在宅時医学総合管理料 重症者加算」算定状況

算定件数	件
------	---

⑩ 在宅看取り療養患者数

この設問は、平成24年4月から平成24年7月末日までの合計で回答下さい。

当該期間の在宅看取り患者数	人
(うち)「在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算」の算定件数	件

⑪の注釈 右の項目の簡単な説明

1. 疼痛管理

	点数票の行為	概要
1	C108 在宅悪性腫瘍患者指導管理料	末期の悪性腫瘍患者が自ら実施する鎮痛療法または化学療法に関し指導管理を行う
	C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	(H24年4月 新設) 緩和ケアの研修を受けた医師(※)が、他医療機関から上記(C108)を算定する指導管理を受けている患者に対し、共同で同一日に指導管理を行う(※が算定できる)
	C110 在宅自己疼痛管理指導管理料	疼痛除去のために埋込型脳・脊髄刺激装置を埋め込んだ患者に対して指導管理を行う

6. リハビリテーション

6	C006 在宅訪問リハビリテーション指導管理料	計画的な医学管理の下、PT、OT、STが訪問して、リハビリテーションの観点から療養上必要な指導を行う
---	----------------------------	--

7. その他

7	C101 在宅自己注射指導管理料	
	C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料	計画的な医学管理の下、薬剤師が訪問し服薬指導を行う
	C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料	肺高血圧症患者に対するプロスタグランジン ₁₂ 製剤の投与に関する医学管理等を行う
	C003 在宅がん医療総合診療料	H24年4月一部改訂とともに名称に変更あり。 旧名称「在宅末期医療総合診療料」

⑪平成24年4月以降で、訪問診療の対象患者に対する請求実績がある医療行為に○をつけてください。

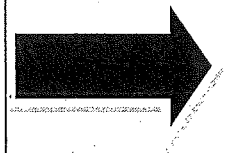
※左ページ 注釈を参照

	医療内容	社会保険診療報酬医科点数表の中で 該当する診療行為	チェック欄 (○)を記入
1	疼痛管理 在宅緩和ケアの一環としての疼痛管理	C108 在宅悪性腫瘍患者指導管理料	
		C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 (H24年4月 新設)	
		C110 在宅自己疼痛管理指導管理料	
2	栄養管理 栄養評価、栄養療法の適応の検討、栄養量の決定、投与方法の決定、モニタリング等	C009 在宅患者訪問栄養食事指導料	
		C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料	
		C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	
3	呼吸管理 人工呼吸療法、気管切開(気管カニューレ管理)等	C103 在宅酸素療法指導管理料	
		C107 在宅人工呼吸指導管理料	
		C112 在宅気管切開患者指導管理料	
4	排尿・排便管理 導尿、膀胱留置カテーテル、膀胱ろう、ストーマ管理等	C106 在宅自己導尿指導管理料	
		C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料 a. 創傷処置、b. 皮膚科軟膏処置、c. 留置カテーテル設置 d. 膀胱洗浄、e. 導尿、f. 鼻腔栄養、g. ストーマ処置 h. 喀痰吸引、i. 介達牽引、j. 消炎鎮痛処置	※a～jの中から該当する処置内容全てに○をつけてください。
5	透析管理 在宅連続携行式腹膜灌流、在宅血液透析に関する指導管理等	C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料	
		C102-2 在宅血液透析指導管理料	
6	リハビリテーション	C006 在宅訪問リハビリテーション指導管理料	
7	そ の 他	C101 在宅自己注射指導管理料	
		C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料	
		C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料	
		C003 在宅がん医療総合診療料 (旧：在宅末期医療総合診療料)	

問4 ①の注釈(選択肢)

次の中から、在宅医療を提供しつづけるうえでの課題を3つ選び、右ページの回答欄に記載下さい。

- a. 医師の確保
- b. 看護師の確保
- c. 在宅医療に関する研修機会の確保
- d. 24時間対応体制を維持するための連携医療機関の確保
- e. 緊急時の入院体制(後方支援ベッド)の確保
- f. 連携する訪問看護ステーションの確保
- g. 無菌製剤を扱うことが出来る保険調剤薬局との連携の確保
- h. 病院や診療所との在宅医療に関する認識や理解
- i. 病院や診療所との在宅療養患者に関する情報の共有
- j. 居宅介護サービス事業所との在宅療養患者に関する情報の共有
- k. 地域住民の在宅医療への理解を促進するための情報の提供
- l. 患家への「在宅医療計画書兼在宅診療同意書」の交付
- m. 診療報酬の引き上げ
- n. 患者の経済的負担の軽減
- o. その他()



問3 貴診療所・貴病院の今後の訪問診療に係る患者数の見込みについてお伺いします

- ① 現在の体制(設備状況・職員数)を維持した状況で、1か月当たり最大何人に訪問診療が可能ですか。

その場合、現時点から何人増やす
ことになりますか。

1か月あたり、最大 _____ 人(実患者数)に訪問診療可能
(現在から、 _____ 人増やすことが可能)

- ② 必要に応じて新たに体制整備等を講じたとして、5年後(平成29年)において、1か月当たりの訪問診療(実患者数)を何人程度にしたいと考えますか。

患者数を約 _____ 人 程度にしたい

問4 貴診療所・貴病院における今後の課題やご意見についてお伺いします

- ① 在宅医療を提供していくうえで課題と考えるものを、左ページから 3つ 選び、 _____ アルファベットを記載してください(3つまで)。

※左ページ 注釈を参照し3つ 記載 →

--	--	--

- ② 在宅医療に取り組むうえで、あれば利用したい制度のアルファベットを○で囲んで下さい。(いくつでも可)

- a. 緩和ケアや在宅看取り経験が豊富な医師の同行診療
- b. 緩和ケアや在宅看取りに関してメール等で助言を受けることができる窓口
- c. 緩和ケアや在宅看取りに関する事例検討等の研修
- d. 多職種連携研修
- e. 医師不在時に相互に患者情報を共有し、協力する主治医、副主治医制度
- f. 訪問看護ステーションやケアマネなど関係機関との患者情報を共有するシステム
- g. その他 (_____)

- ③ 福岡県において在宅医療を推進していくためには、どのようなことが必要であると思われますか。また、本アンケートに対するご意見等をご自由にお書きください。

--

◇アンケートは以上です。ご協力いただき誠にありがとうございました。

10月22日(月)までに、本票の2～6ページまでをFAX下さい。
(1ページ目を除き、そのまま、おもて面のみFAX下さい)

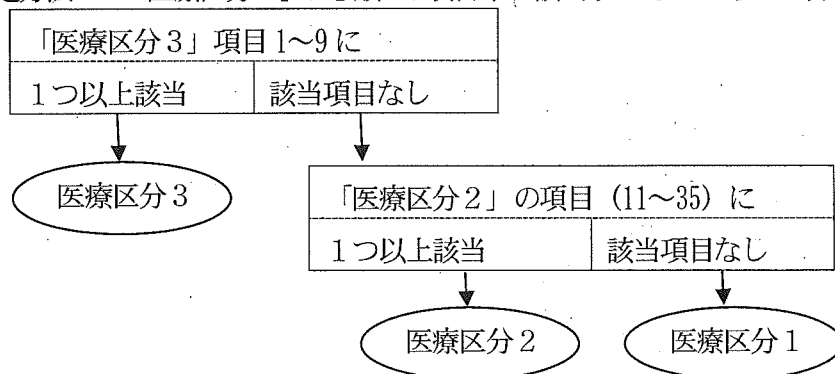
参 考 資 料（問 2 ⑥回答用）

問2 ⑥ 対象患者の「医療区分」・「ADL区分」の判定方法 について

- ・本設問は、平成24年7月の1か月間に訪問診療を行った対象患者について、「医療区分」及び「ADL区分」をそれぞれ判定し、該当人数を記入してください。

1) 「医療区分」の判定

- ・訪問診療を行った対象患者ごとに、「医療区分3」、「医療区分2」、「医療区分1」を判定して下さい。
- ・判定方法 「医療区分3」から順に、項目中に該当するものがあるか否かで判定して下さい。



- ・項目に示された病態、処置内容等は、直近の訪問診療時の状態を想定して評価してください
- ・右側に★のついた項目は、当月新規にその項目に該当する場合もしくは当月再発した場合のみ当てはまるものとして判定してください。

「医療区分3」 以下の項目1～9のうち1つ以上該当すれば「医療区分3」と判定

項目1. スモン（特定疾患治療研究事業実施要綱に定めるものを対象とする。）に罹患している状態

項目2. 医師及び看護職員により常時、監視及び管理を実施している状態

「項目の定義」

循環動態及び呼吸状態が不安定なため、常時、動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインを観察する必要がある等、医師及び看護職員により、24時間体制での監視及び管理を必要とする状態。

「留意点」

少なくとも連続して24時間以上「項目の定義」に該当する状態にあること（初日を含む）。動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインが、少なくとも4時間以内の間隔で観察されていること。なお、医師による治療方針に関する確認が行われていない場合は該当しない。

項目3. 中心静脈栄養を実施している状態

「留意点」

本項目でいう中心静脈栄養とは、消化管の異常、悪性腫瘍等のための消化管からの栄養摂取が困難な場合に行うものに限るものとし、単に末梢血管確保が困難であるために行うものはこれに含まない。ただし、経管栄養のみでカロリー不足になった場合については、離脱についての計画を作成し、実施している場合に限り、経管栄養との一部併用の場合も該当するものとする。

項目4. 24時間持続して点滴を実施している状態

★

「留意点」

本項目でいう24時間持続して点滴をしている状態とは、経口摂取が困難な場合、循環動態が不安定な場合又は電解質異常が認められるなど体液の不均衡が認められる場合に限るものとする（初日を含む）。

参 考 資 料 (問 2 ⑥回答用)

項目 5. 人工呼吸器を使用している状態

「留意点」

人工呼吸器を1日5時間を超えて使用した場合に限る。

項目 6. ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態

項目 7. 気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態

「留意点」

投薬、処置等、発熱に対する治療が行われている場合に限る。

項目 8. 酸素療法を実施している状態

「留意点」

酸素非投与下において、安静時、睡眠時、運動負荷いずれかで動脈血酸素飽和度が90%以下となっている状態であって、酸素療法下では動脈血酸素飽和度に応じて酸素投与量を適切に調整している状態。

項目 9. 感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態

項目 10. 省略

「医療区分 2」 「医療区分 3」に該当せず、かつ、以下の項目 11～35 のいずれか 1 つ以上に該当する患者を「医療区分 2」と判定

項目 11. 筋ジストロフィー症

項目 12. 多発性硬化症（特定疾患治療研究事業実施要綱に定めるものを対象）に罹患している状態

項目 13. 筋萎縮性側索硬化症（特定疾患治療研究事業実施要綱に定めるものを対象とする。）に罹患している状態

項目 14. パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ヤールの重症度分類がステージ 3 以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））

項目 15. その他の難病（前述の項目 1、12、13、14 を除く）

「留意点」

その他の難病とは、特定疾患治療研究事業実施要綱に定める疾患のうち前述項目 1、12、13、14 を除く疾患。

項目 16. 脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてにみられる場合に限る。）

項目 17. 慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。）

項目 18. 悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）

「留意点」

医療用麻薬等とは、WHO's pain ladder に定められる第 2 段階以上のものをいう。

参 考 資 料（問 2 ⑥回答用）

項目 19. 肺炎に対する治療を実施している状態

「項目の定義」

画像診断・血液検査を行い、肺野に明らかな浸潤影を認め、血液検査上炎症所見を伴い、治療が必要な状態

項目 20. 尿路感染症に対する治療を実施している状態

★

「項目の定義」

尿沈渣で細菌尿が確認された場合、または白血球尿（＞10/HPF）で、尿路感染症の治療を実施している状態。

項目 21. 傷病等によりリハビリテーションが必要な状態（原因となる傷病等の発症後、30 日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。）

「留意点」

実施されるリハビリテーションは、医科点数表上のリハビリテーションの部に規定されるものであること。

項目 22. 脱水に対する治療を実施している状態

★

「留意点」

尿量減少、体重減少、BUN/Cr 比の上昇等が認められ、脱水に対する治療を実施している状態。

項目 23. 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態

★

「留意点」

消化管等の体内からの出血が反復継続している状態とは、例えば、黒色便、コーヒー残渣様嘔吐、咯血、痔核を除く持続性の便潜血が認められる状態をいう。

項目 24. 頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態（1 日に複数回の嘔吐がある場合に限る）★

項目 25. 褥瘡に対する治療を実施している状態（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が 2 ヶ所以上に認められる場合に限る。）

「項目の定義」

褥瘡に対する治療を実施している状態とは、以下の分類にて第 2 度以上に該当する場合若しくは褥瘡が 2 ヶ所以上に認められる状態に限る。

第 1 度：皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない（皮膚の損傷はない）

第 2 度：皮膚層の部分的喪失：びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる

第 3 度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深いくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある。

第 4 度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

項目 26. 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態

「項目の定義」

項目 25 の「項目の定義」に示した分類において第 2 度以上に該当する状態に限る。

項目 27. せん妄に対する治療を実施している状態 *

「留意点」

「せん妄の兆候」は、以下の 6 項目のうち「当月は通常の状態と異なる」に該当する項目が 1 つ以上ある場合、本項目に該当するものとする。

- a. 注意がそらされやすい
- b. 周囲の環境に関する認識が変化する
- c. 支離滅裂な会話が時々ある
- d. 落ち着きがない
- e. 無気力
- f. 認知能力が 1 日の中で変動する

参 考 資 料 (問 2 ⑥回答用)

項目 28. うつ症状に対する治療を実施している状態

★

「項目の定義」

うつ症状に対する薬を投与している場合、入院精神療法、精神科作業療法及び心身医学療法など「精神科専門療法」のいずれかを算定している場合に限る。

「留意点」

「うつ症状」は以下の 7 項目のそれぞれについて、うつ症状が初めて見られた日以降において、3 日間のうち毎日観察された場合を 2 点、1 日又は 2 日観察された場合を 1 点として評価を行う。3 日間における 7 項目の合計が 4 点以上であり、かつ、「項目の定義」にあるうつ症状に対する治療が行われている場合に限る。

- a. 否定的な言葉を使った
- b. 自分や他者に対する継続した怒り
- c. 現実には起こりそうもないことに対する恐れを表現した
- d. 健康上の不満を繰返した
- e. たびたび不安、心配事を訴えた
- f. 悲しみ、苦悩、心配した表情
- g. 何回も泣いたり涙もろい

項目 29. 他者に対する暴行が毎日認められる状態

「留意点」

他者を打つ、押す、ひっかく等が認められる状態をいう。なお、医師又は看護師の合計 2 名以上（ただし、少なくとも 1 名は医師であることとする）により「他者に対する暴行が毎日認められる」との判断の一致がある場合に限る。

項目 30. 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態

項目 31. 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態

★

項目 32. 1 日 8 回以上の喀痰吸引を実施している状態

項目 33. 気管切開又は気管内挿管が行なわれている状態（発熱を伴う状態を除く。）

項目 34. 頻回の血糖検査を実施している状態（1 日 3 回以上の血糖検査が必要な場合に限る。）

★

項目 35. 創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態（1 日 2 回以上、ガーゼや創傷被覆材の交換が必要な場合に限る）

「医療区分 1」

「医療区分 3」及び「医療区分 2」に該当しない患者が該当。

参 考 資 料 (問 2 ⑥回答用)

2) 「ADL区分」の判定

- ・ 訪問診療を行った対象患者ごとに、下表の評価に基づき、「a. ベッド上の可動性」、「b. 移乗」、「c. 食事」、「d. トイレの使用」の支援のレベルを評価し、その合計点数を算定してください
- ・ 算出された合計点数は、以下の「ADL区分」に対応します。

ADL得点 0～10点 → 「ADL区分1」と判定

ADL得点 11～22点 → 「ADL区分2」と判定

ADL得点 23～24点 → 「ADL区分3」と判定

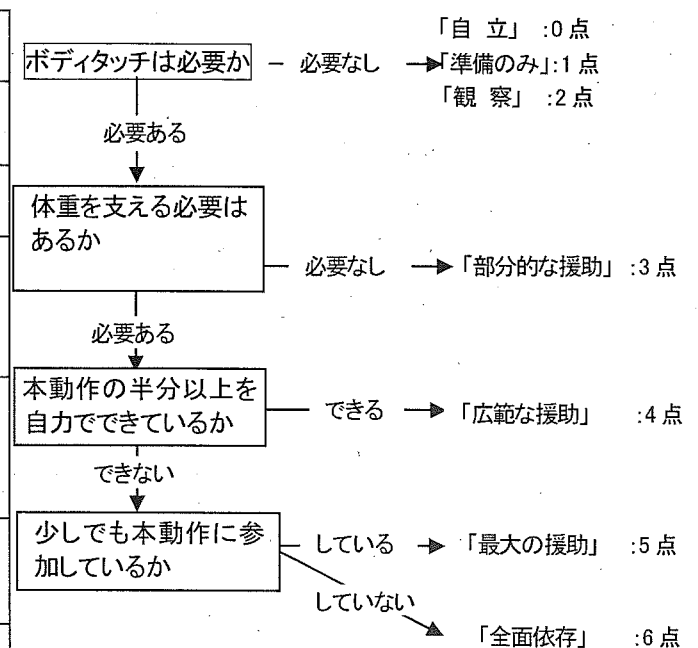
表 ADL得点の算出方法

(単位: 点)

	内容	自立	準備のみ	観察	部分的援助	広範な援助	最大の援助	全面依存
a. ベッド上の可動性	横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がったたり、ベッド上の身体の位置を調整する。	0	1	2	3	4	5	6
b. 移乗	ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか(浴槽や便座への移乗は除く)	0	1	2	3	4	5	6
c. 食事	どのように食べたり、飲んだりするか(上手、下手に関係なく)経管や経静脈栄養も含む	0	1	2	3	4	5	6
d. トイレの使用	どのようにトイレ(ポータブルトイレ、便器、尿器を含)を使用するか。排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門またはカテーテルの管理、衣服を整える(移乗は除く)	0	1	2	3	4	5	6

「支援のレベルの定義」

「自立」 0点	: 手助け、準備、観察は不要または1～2回のみ
「準備のみ」 1点	: 物や用具を患者の手の届く範囲に置くことが3回以上
「観察」 2点	: 見守り、励まし、誘導が3回以上
「部分的な援助」 3点	: 動作の大部分(50%以上)は自分でできる・四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回以上
「広範な援助」 4点	: 動作の大部分(50%以上)は自分でできるが、体重を支える援助(たとえば四肢や体幹の重みを支える)を3回以上
「最大の援助」 5点	: 動作の一部(50%未満)しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上
「全面依存」 6点	: 他者が全面援助した(および本動作は一度もなかった場合)



補助票 (問2⑥回答用)

*この補助票は提出の必要はありません

- ・ 本票は、問2⑥を回答いただくための補助票です。
訪問診療対象患者別に医療区分、ADL区分を評価した結果をまとめる際に、必要に応じて作業シートとして活用ください。

- ・ 裏面に5名分記入できるようになっています。不足分はコピーください。

- ・ 本補助票を提出いただく必要はありません。

評価結果は、調査票の問2⑥に記入してください。

- ・ 医療区分、ADL区分の判定基準は別添参考資料を参照してください。

*参考資料の「ADL区分」の評価方法に基づきaからdの点数をつけてください。合計点と「ADL区分」を記入してください。合計点数を「ADL区分」に換算する際は表下の注を参照してください。

補助票 活用例

[患者名 ○○○○]

医療区分	ADL区分					
	a. ベッド上の可動性	b. 移乗	c. 食事	d. トイレの使用	a～d 合計	ADL 区分
2	5点	5点	3点	5点	18点	2

注：0～10点→「ADL区分1」、11～22点→「ADL区分2」、23～24点→「ADL区分3」

*参考資料の「医療区分」の評価方法に基づき記入してください。

補助票 (問2⑥回答用)

*この補助票は提出の必要はありません

[患者名 _____]

医療区分	ADL区分					
	a. ベッド上の可動性	b. 移乗	c. 食事	d. トイレの使用	a～d 合計	ADL 区分

注：0～10点→「ADL区分1」、11～22点→「ADL区分2」、23～24点→「ADL区分3」

[患者名 _____]

医療区分	ADL区分					
	a. ベッド上の可動性	b. 移乗	c. 食事	d. トイレの使用	a～d 合計	ADL 区分

注：0～10点→「ADL区分1」、11～22点→「ADL区分2」、23～24点→「ADL区分3」

[患者名 _____]

医療区分	ADL区分					
	a. ベッド上の可動性	b. 移乗	c. 食事	d. トイレの使用	a～d 合計	ADL 区分

注：0～10点→「ADL区分1」、11～22点→「ADL区分2」、23～24点→「ADL区分3」

[患者名 _____]

医療区分	ADL区分					
	a. ベッド上の可動性	b. 移乗	c. 食事	d. トイレの使用	a～d 合計	ADL 区分

注：0～10点→「ADL区分1」、11～22点→「ADL区分2」、23～24点→「ADL区分3」

[患者名 _____]

医療区分	ADL区分					
	a. ベッド上の可動性	b. 移乗	c. 食事	d. トイレの使用	a～d 合計	ADL 区分

注：0～10点→「ADL区分1」、11～22点→「ADL区分2」、23～24点→「ADL区分3」