

重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の 量的・質的整備計画事業

事業実績報告書

平成19年度老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

老第1210001号

主任研究者 川島 孝一郎

平成20年4月

目次

第1章 事業目的

(1) 本研究に直結するこれまでの成果	1
(2) その他の先行研究	27
(3) 医療政策の展開 その1 がん	42
(4) 医療政策の展開 その2 難病	47
(5) 在宅療養支援診療所の課題と展開	57
(6) 急性期病院退院後、患者はどこで受療しているか	58

第2章 事業概要

(1) ワーキンググループによる打合せ等の経過	61
(2) 在宅医療研修	62
(3) 調査	62
(4) 事業実施の委託	64

第3章 事業結果 - 研修事業

(1) 研修内容の策定	65
(2) 実施した研修日程と内容の概要	65
(3) 研修参加者と評価	67
(4) 分析	128

第4章 事業結果 - 調査事業

(1) 調査① - A - 臨床研修指定病院 - 地域医療連携室 - 回収結果	159
(2) 調査① - A - 臨床研修指定病院 - 地域医療連携室 - 集計結果	159
(3) 調査① - A - 臨床研修指定病院 - 地域医療連携室 - 分析	163
(4) 調査① - B - 臨床研修指定病院 - 病棟 - 回収結果	167
(5) 調査① - B - 臨床研修指定病院 - 病棟 - 集計結果	167
(6) 調査① - B - 臨床研修指定病院 - 病棟 - 分析	167
(7) 調査② - がんセンター等勤務医師 - 回収結果	168
(8) 調査② - がんセンター等勤務医師 - 集計結果	168
(9) 調査② - がんセンター等勤務医師 - 分析	171
(10) 調査③ - 在宅療養支援診療所 - 回収結果	173
(11) 調査③ - 在宅療養支援診療所 - 集計結果	173
(12) 調査③ - 在宅療養支援診療所 - 分析	174
(13) 在宅療養支援診療所の量的推移と現状	175

第5章 総括

(1) 現況	185
(2) 対策	186
(3) 考えられる結果	186

第6章 資料編

(1) 調査① - A - 臨床研修指定病院 - 地域医療連携室	193
(2) 調査① - B - 臨床研修指定病院 - 病棟	263
(3) 調査② - がんセンター医師	275
(4) 調査③ - 在宅療養支援診療所	319
(5) 調査票回答者分布図	329

第 1 章 事業目的

第1章 事業目的

(1) 本研究に直結するこれまでの成果

これまで、主任研究者川島孝一郎を中心とする研究グループは、重症高齢者、ALS 等難病患者の在宅療養について、いわゆる「在宅ハイケア」を担う医療機関のあり方について検討を重ねてきた。また、療養者、利用者の視点に立ったサービスのあり方についても詳細に検討し、高度の医療サービスを提供する在宅医療の橋頭堡の必要性を提言してきた。その成果の要点は以下の通りである。

1) 基礎研究1：重症高齢者、ALS 等難病医療提供体制の二極化に関する考察

【目的】重症高齢者、難病等で退院困難な事例を持つ医療者に、退院できない医療的理由、社会的理由を調査し、さらに療養者の求める理想的サービスをモデル化し、地域の診療所が提供する医療サービスについて今後の改革の方向性を探求する。

【方法】重症高齢者、神経難病患者等を収容する医療施設 963 ヶ所に対し、平成 16 年 2 月郵送自計方式で調査を実施、退院困難な直近 3 事例について解析した。また、療養者について、現実のサービス、理想のサービスを記入してもらい、サービスの診療・介護報酬を積算した。

【結果】119 施設（回収率 12.4%）より合計 303 の症例が得られ、がん・腫瘍 8 件を除外、295 件を対象とし、退院できない理由について全症例（男 50.5%、女 49.5%）を医療的要因、社会的要因別に集計した。

医療的要因（複数回答、n=292）としては「常時病状の観察が必要である」に 42.8%が該当、以下「吸引・経管栄養等の行為に不安がある」が 33.9%、「呼吸障害・呼吸器管理に不安がある」が 28.4%、「痴呆が進んでいる」21.9%であった。「医療的要因にあてはまらない」との回答は 22.9%にのぼった。

合併症としては、感染症が 25.9%と最も多く、呼吸器系 22.8%、糖尿病 21.3%と続いた。一方、社会的要因（複数回答、n=292）では「受け入れ施設が不足している」55.1%、「家族が在宅療養を拒否している」が 52.7%、「主たる介護者が高齢・病弱である」26.4%であった。「社会的要因にあてはまらない」との回答は 3.8%であった。

また主病名別にみると、脳卒中後遺症（n=127）では、全症例の結果とほぼ同一傾向であるが、特定疾患（n=84）は、項目の順位の傾向は似ているが、医療的要因にあてはまるとの回答が若干多かった。医療的／社会的要因を包括して「退院できない理由で重要なもの」3つ（複数回答、n=279）を回答してもらい、医療的要因、社会的要因別に集計しなおしてみると、医療的要因を挙げなかったものは 35.1%に及んだ。社会的要因では「受け入れ施設が不足している」が 40.5%、「家族が在宅療養を拒否している」が 39.8%であった。

療養者 81 人（男：56、女：25、ALS：31、要介護度 5：56）の理想的ケアに基づいて、在宅サービスのモデルを作成し、もっとも資源を要する単身者の療養モデルについて、入院と在宅の費用を診療報酬・介護報酬等で積算すると月当たり、それぞれ約 490 万円と約 400 万円となった。

【考察】在宅に移行できない、あるいは在宅療養が継続できない要因は、いわゆる「ハイケア」のサービス提供ができる診療所が少ないためと考えられる。病院入院医療の「急性／療養」の二極化が進展する中、地域の診療所が提供する医療サービスについても、24 時間対応「在宅ハイケア」診療所／従来の安定期対応の診療所の二分化を推進すべきと考え

られる。

そこで、24 時間対応「在宅ハイケア」地域医療センター（仮称）の整備と、「ハイケア」をになう医師、看護師等人材の育成こそが喫緊の課題である。

2) 基礎研究 2 : ALS（筋萎縮性側索硬化症）等在宅重症患者の医療・介護サービスへの評価

【目的】人工呼吸器、中心静脈栄養、常時吸引等の複数高度医療を必要とする在宅重症高齢者・ALS 等重症難病患者の、医療・介護保険サービスの利用状況と満足度評価に関する調査により、あるべき 24 時間 365 日安心の在宅ハイケア療養システム構築に向けた具体的改善戦略を検討する。

【方法】平成 17 年 1～2 月、全国 588 ヶ所の保健所より在宅重症高齢者に調査票を配布、無記名・自計（代筆可）・郵送法により回収し、同意を確認しえたものを解析した。

【結果】2,682 人中 395 人（14.1%）の回答が有効であった。最多は ALS の 223 名、次いでパーキンソン病 53 名。男性 60.1[64.1]%, 女性 39.9[35.9]%であった。

（イタリックは全体、[] 内は ALS のみの結果）。要介護度 5 は、84.2[92.2]%身体障害者手帳 1 級が 84.8[94.0]%, 身体障害者支援費制度利用は 47.3[53.4]%, その他の自治体サービス利用は 22.0 [25.1]%であった。常時吸引が必要は 69.4[83.4]%, 胃瘻 58.2[72.0]%, 気管切開後の人工呼吸器使用が 51.6[83.4]%であった。ヘルパーによるたんの吸引実施は 37.1[65.3]%. サービスの全体的評価では、60～79 点が 29.6[26.8]%, 80～99 点が 48.2[51.7]%, 100 点が 9.0[7.8]%であった。

各種サービスへの満足度評価は、訪問看護 75.1[74.4]、訪問介護 66.3 [68.2]、ショートステイ 34.0[33.3]、訪問入浴 82.3[82.0]であり、ショートステイに対する不満の原因として「担当の職員が決まっていない」が 33.7[43.2]%と最も多い。

「自己負担額が高くなってもサービスが増えたほうがよいか」について「そう思う」は 38.7[39.0]%であり、夜間の長時間看護が 39.9[55.6]%, 夜間の長時間介護が 35.3[51.4]%であった。「全額自己負担でもさらに利用したいサービスがあるか」については 25.8 [22.0]%が「ある」と回答、上位は訪問介護 18.6[44.8]%, 訪問看護 7.6[34.5]%である。

【結果】各種サービスへの満足度評価は、訪問入浴を除き、一般に満足度評価の合格点とされる 80 点に達していない。特に、ショートステイへの不満が大きい。また、在宅重症高齢者、ALS 等重症難病患者に対する、看護、介護サービスへの最大かつ共通の不満要因として、「知識・技術の未熟」が挙げられる。したがって、従来型の訪問看護・介護にさらに磨きをかけた、いわゆる「在宅ハイケア」を担う人材の育成が喫緊の課題である。さらに、馴染みの在宅スタッフがショートステイ先においても訪問サービスを提供できるようになれば、利用者の満足度が向上すると考えられ、今後実現可能性について詳細に検討してゆきたいと考える。

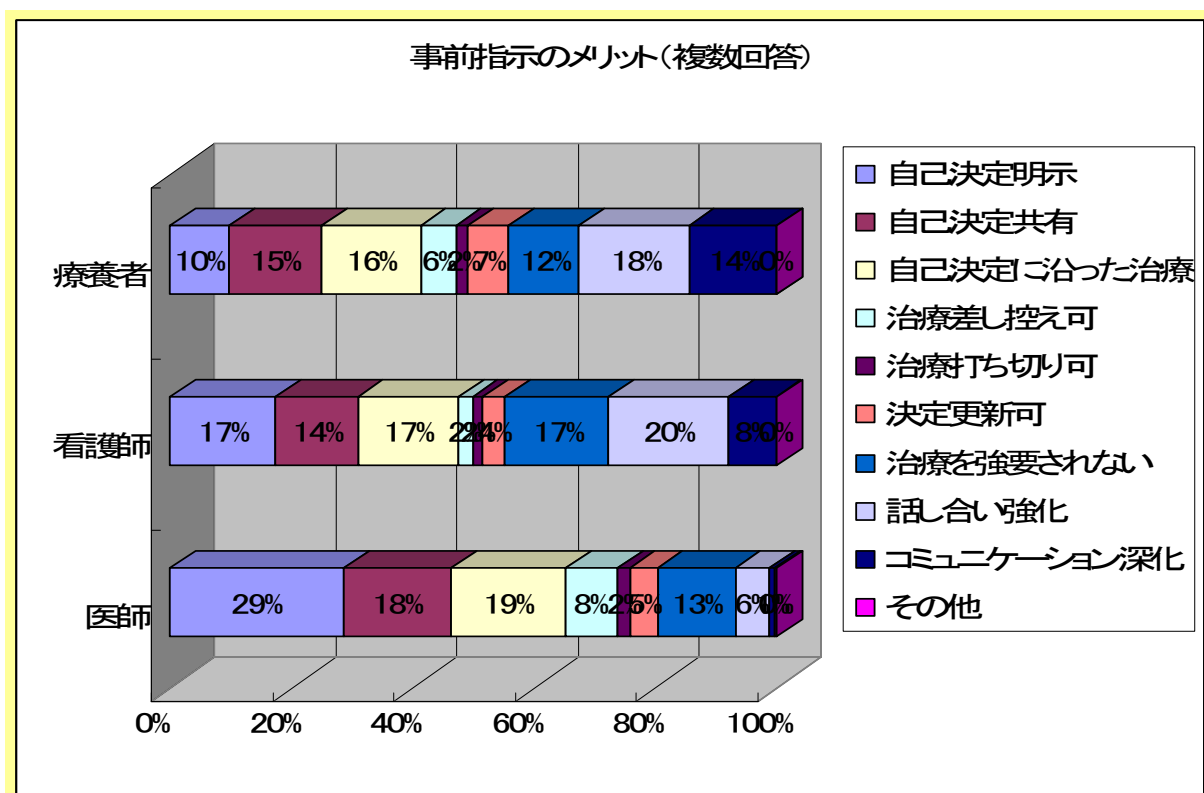
3) 基礎研究 3 : 事前指示に関する調査研究

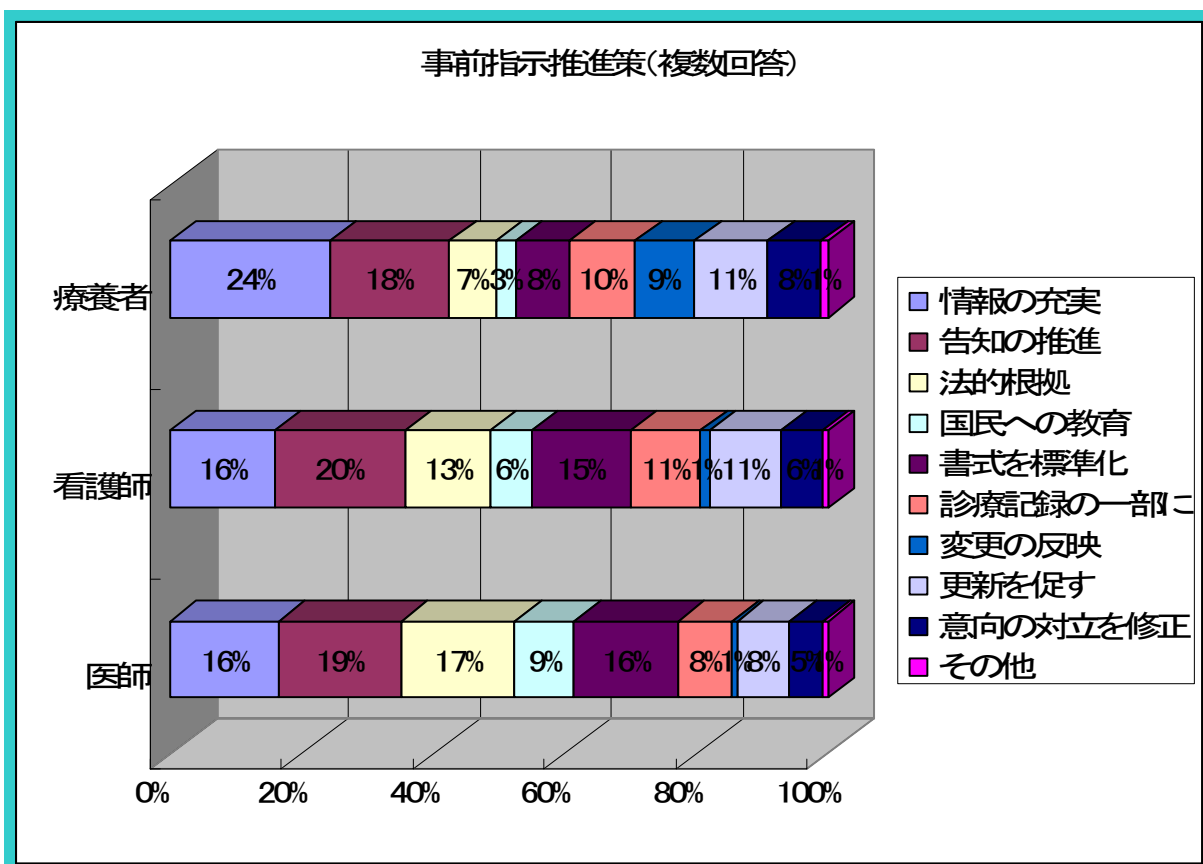
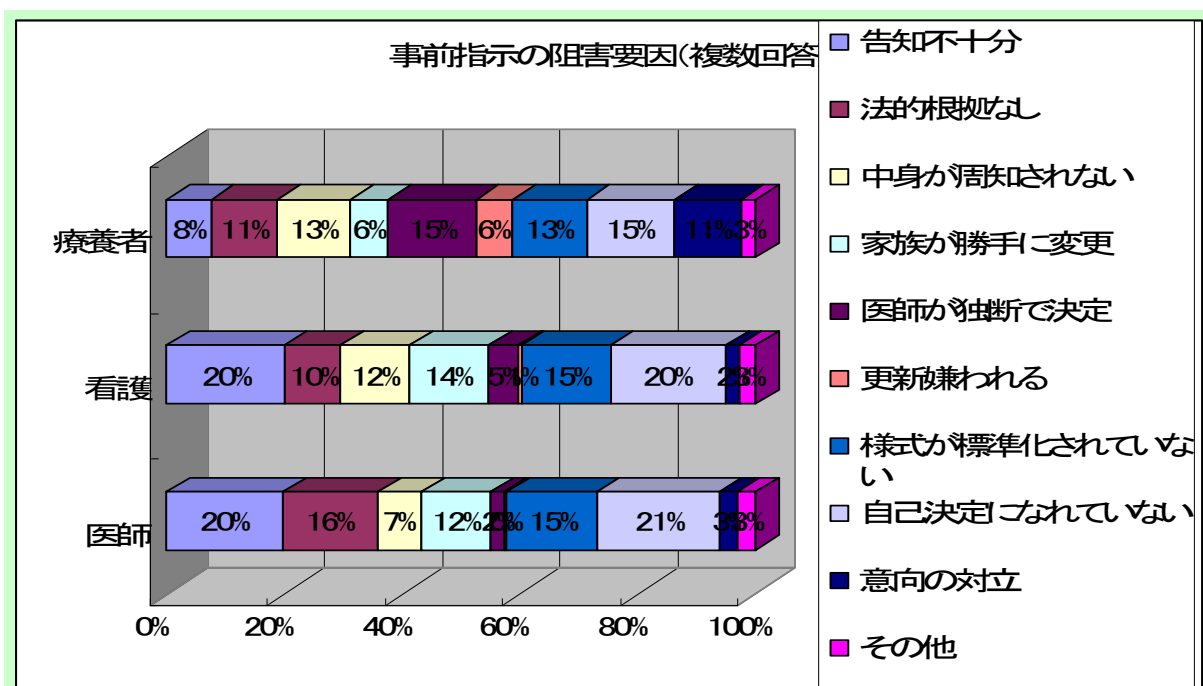
【目的】筋萎縮性側索硬化症（ALS）療養者の事前指示に関する意識・実態を調査し、神経内科医師・看護職の回答と比較することで、QOL 向上に資する事前指示の在り方を検討する。

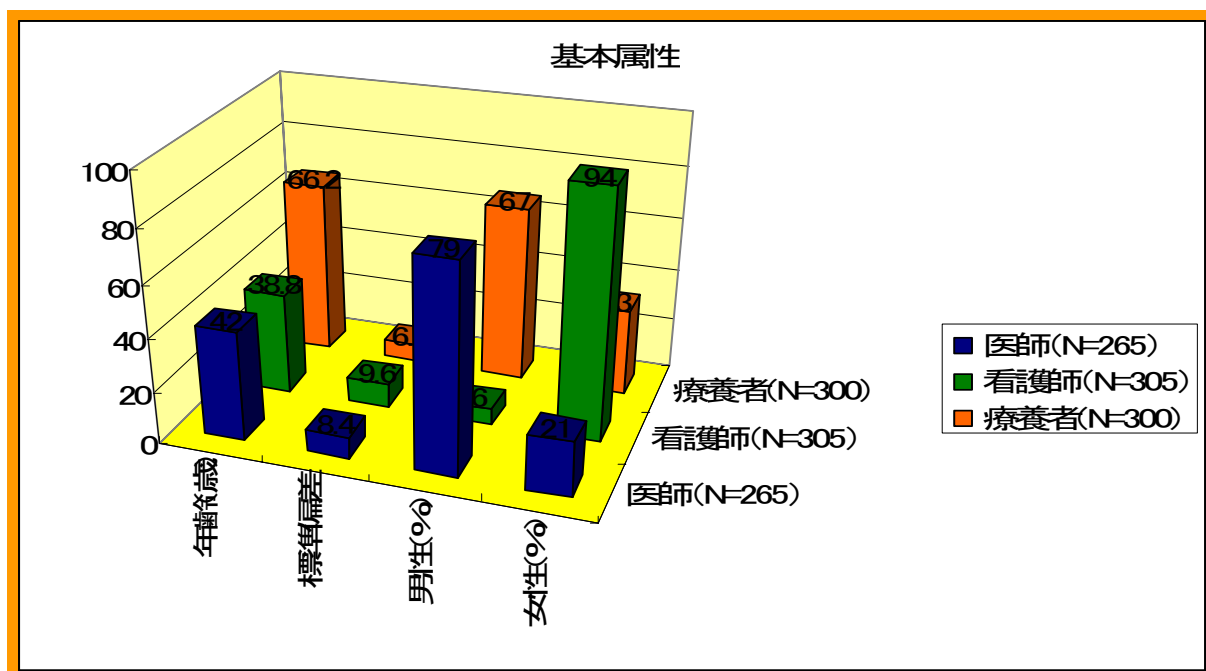
【結果】①事前指示のメリット（複数回答）は、患者回答（n=300）では「本人の希望を叶えるために話し合いがなされる」18%、「本人の希望に添って治療が進められる」16%、「自己決定の内容が共有される」15%、「本人、家族、医療者のコミュニケーションが良くなる」

14%、「望まない治療を強要されない」12%の順である。看護職（n=305）、医師（n=265）回答ともほぼ同様である。②事前指示が普及しない阻害要因（複数回答）は、患者回答では「医師のみが治療方針を決める場合がある」、「自己決定になれていない」、「決定内容が周知されない」、「書式が標準化されていない」、「法的根拠がない」の順であるが、医師では、「法的根拠がない」ことを問題視する傾向が見られた。③事前指示普及の方策について（複数回答）は、患者回答では「情報を充実させる」24%、「告知を推進する」18%、「内容更新、書き換えを確認する」11%の順であるが、医師は、「告知を推進する」19%について「法的根拠」17%を重要視している。④事前指示の提示方法であるが、患者回答では「口頭」「書面」「病院独自の書式」「手書きメモ」の順であり、口頭と書面がほぼ拮抗している。事前指示内容の書き換えの有無は、患者回答で約3割が有りとは回答しているものの、最大値は3回である。

【結果】調査から、意思決定の前提となる告知のあり方、事前指示の法的根拠、有効性の遡及期限、提示方法、書き換えの促進等の課題が明確となった。ALSの事前指示は、今後普及が望まれるが、患者・家族と医療者の間には認識の相違がみられる部分もあり、患者の視点に立ったガイドラインの策定が喫緊の課題であると考ええる。







以上のような成果を得て、従来の診療所とは機能をことにする、在宅医療推進の拠点となる診療所のあり方を提言した。それを受けて、厚生労働省保険局、及び、中医協は、「在宅療養支援診療所（仮称）」のビジョンを策定するに至った。それを受けて、「在宅療養支援診療所（仮称）」の要件等について、現在在宅医療に取り組む臨床家に詳細な調査を行うことで、新たな制度に関する予測を行うことを目的として、調査研究を行う必要性が確認された。

4) 基礎研究 4：24時間365日在宅ハイケア提供システムの構築と人材養成戦略に関する研究

4) - (1) はじめに

平成 17 年度「24 時間 365 日在宅ハイケア提供システムの構築と人材養成戦略に関する研究事業」は、医療におけるニーズとサプライのミスマッチに対する解決策としての、在宅療養支援診療所（仮称）の創設に焦点を当て、新たな診療所医療の形態がもたらす医療全体に及ぼす影響と意義、さらに日本医療の特殊性について分析した。

① 重症高齢者等の居宅における医療のニーズとサプライのミスマッチ

厚生労働省保険局「在宅療法の普及及び技術評価に係る調査」のうち「訪問診療の観点からの補足調査報告書（調査実施委員 川島孝一郎）」に示されるように、すでに居宅において高度医療を受けている重度在宅療養者においては、在宅酸素療法 HOT・在宅成分栄養経管栄養 HEN・在宅人工呼吸療法 HMV・在宅中心静脈栄養 HPN を施行されているいずれの療養者も、その生の終わりを迎える理想の場所として居宅を求めている。その割合は最も低い HOT において 65.4%であり、最も高い HEN においては実に 79.5%となっている。

居宅において種々の高度医療を受けている重度在宅療養者にとっては、すでに居宅に

赴く医師を確保している状態であり、居宅において生の終焉を迎える不安が少なく、むしろ積極的に居宅での終焉を希望していることがうかがわれる。これは居宅に赴いている主治医の意識調査においても顕著であり、担当する HOT・HEN・HNV・HPN 療養者が生の終わりを迎える理想の場所として、主治医の 77.6%が居宅を上げている。

すでに在宅医療をおこなっている医師―すでに高度医療を受けている重度在宅療養者相互の関係性においては、双方が居宅での生の終焉を当たり前のこととして受け入れている結果が示された。

ところが、死亡の場所別に見た死亡数・構成割合の年次推移によれば、自宅における看取りは年々低下し、平成 16 年度は死亡総数に占める割合がわずかに 12.4%となった。この大きな隔たりは、理由のひとつとして、居宅に赴かない医師―居宅で医療を受けられることを知らない療養者相互の関係性が、日本医療の医師―患者関係の大部分を占めていることによると考えられる。

居宅での終焉が可能であることを知らない患者にとっては、病院がその終焉を迎える場所となり、一見、患者のニーズと医師のサプライがマッチしているように見せ掛けられているのである。

居宅での終焉が可能であることを知らない患者にとっては、病院での終焉が唯一のものとなり選択の余地がない。しかし、居宅での終焉が可能であることを知っている患者にとっては、居宅での終焉と病院での終焉のいずれかを選択することができる。

同様に、在宅医療を知らない病院医にとっては患者の死亡場所は唯一病院であると考えてしまい、病院死が当たり前であった。一方、在宅医療をおこなう在宅医にとっては、医療の場所は居宅と病院のいずれをも患者に提示できることとなり、その結果として患者はみずからの終焉を居宅・病院いずれかに求めることが可能となる。

病院医療は急性期病院（ホスピスを含む）または医療療養型病院のいずれかとなり、ここに医療の重症型と軽症型の二極構造が出現した。急性期病院は DPC の導入による収益の確保と入院日数の削減を実現するために早期の退院を計り、その結果重症高齢者等の早期帰宅がおこなわれるようになった。

つまり、病院医に課せられた使命とは、患者が帰宅できることを前提とした的確な検査と治療を選択することであり、帰宅不能となるような従来型の濃厚な検査・治療との違い、及び、そのメリット・デメリットを正確に患者に説明する責任をより重く持つようになったのである。

したがって、患者の回復度によって

- a) 回復可能 → 治療して帰す
- b) 現状維持 → 病状の平衡状態を見極めて帰す
- c) 回復不能 → 生活の中で看取ることを視野に入れて帰す

こととなり、この 3 点の収束するところが病院医に課せられた重要な目的となる。それは、『病院死を極力回避する』ことである。

② ニーズとサプライのミスマッチの是正

すでに病院は二極構造となった。その結果として軽症者のみならず重症高齢者等が退院することとなり、在宅療養をおこなう療養者も重症型・軽症型の二極構造を呈してきた。

ところが、居宅療養者の中・長期的な病状と生活の安定に欠かせない拠点となるべき

診療所は、その大部分が 9:00～17:00 で終了し、夜間及び日曜・祝祭日はその医療機能をまったく成していない状況にある一般外来型診療所である。

一般外来型診療所は、地域住民の普段の健康管理をおこないながら、急性期病院や医療療養型病院との関係を保ち、活発に紹介・逆紹介をおこなうことにより、その機能を維持してゆくことになる。

他方、重症高齢者等の居宅療養において、その身体・精神両面の安定が計られるためには、重症であるが故の急変及び居宅における看取りの、いずれにも迅速に対応できる診療所の創設が喫緊の課題であった。

「24 時間・365 日の訪問診療・緊急往診・居宅での看取り」のいずれもが可能な重症対応型の診療所を一定数確保することにより、病院・在宅・診療所それぞれの二極構造が完成し、三者相互の、さらに重症－軽症間の、円滑な医療連携がおこなわれるのである。

以上の観点から、在宅療養支援診療所（仮称）は、診療所機能の二極構造化を強く推進するものであり、従来のような診療所医療全体の底上げを目指すものではない。重症在宅医療の橋頭堡としての機能を有することにより、重症・軽症いずれの状態の患者に対しても、診療所が等しく在宅における安心で安定した医療を常に提供できる体制を確保するために必要な形態なのである。それはまた、生活の終焉としての看取りがおこなわれる場所の選択（病院・居宅のいずれでも）を、等しく国民に提示できることでもある。

4）－（2）在宅療養支援診療所（仮称）創設の時期

従来、寝たきり老人在宅総合診療料（在総診）・在宅時医学管理料（在医管）・在宅末期医療総合診療料（在医総）のいずれかを算定する医療機関が、主として在宅医療を牽引してきた。確かに、在宅医療は医療のみならず、家族の生活・生計、介護事情、福祉制度等の、およそ「生活全般」に係る広大な領域を有するものであり、個々の状況に関する詳細な分析が必要ではあるのだが、しかし、図 D が示すように、すでに在総診は平成 15 年をピークにその総数を減じていた。診療所及び 200 床以下の病院における在医管は、平成 16 年をピークにその総数を減じている。在医総はほぼ横ばいである。

以上のように、在宅医療をおこなう医療機関の総数が種々の原因で減少しつつあるこの時期に、新たな対策を講ずることが必要であった。したがって、在宅療養支援診療所（仮称）の創設は（在宅時医学総合管理料等も含めて）、平成 18 年のこの時期を逃すわけにはいかなかったといえよう。

4）－（3）本研究調査の母集団に関する検討

平成 16 年度の数値

A 在総診の届出を出している診療所数	21,681
B 在医管の届出を出している診療所数	6,661
C 在医総の届出を出している診療所数	5,235

から類推すると、訪問診療の基準回数（B:4 回/月；C:最低 1 回/週）は、ほぼ同率であり、患者の重症度から考えても、B と C の診療所はほぼ同一であると考えられる。B と C

との差 1,426 の診療所は、B・C よりも手軽な A との兼任であろう。一方 A のみを届け出ている診療所は B を除いた数であると考えられる。A と C という組み合わせはほとんど存在しないであろう。B と C を届け出て A を届け出していない診療所はほとんど存在しないだろう。C のみを届け出ているがんの在宅医療に特化した診療所は若干数 (α) 存在している可能性がある。以上から、在宅医療に係る既存の診療所の分布は

(A) 在総診の届出のみの診療所	$21,681 - 6,661 = 15,020$
(B) 在総診・在医管を届け出ている診療所	1,426
(C) 在総診・在医管・在医総を届け出ている診療所	$5,235 - \alpha$
(D) 在医総のみの診療所	α

と考えられる。

回答を得た診療所総数 (395) のうち在総診を届け出ているところは 342 件、在医管は 309 件、在医総は 295 件であった。積極的に回答を寄せたのは在医管・在医総を届け出ている診療所であり、在総診のみを届け出ていると思われる診療所からの回答は少数であった。内訳は、

[A] 在総診の届出のみの診療所	$342 - 309 = 33$
[B] 在総診・在医管を届け出ている診療所	$309 - 295 = 14$
[C] 在総診・在医管・在医総を届け出ている診療所	295

と考えられる。

在総診、在医管、在医総の届出をおこなってはいるものの、実際に患者に対して在宅医療を提供しているか否かについては、2005 年 12 月 1 ヶ月間の月断面における算定患者数によれば、算定患者数が 0 人である診療所は、在総診：18.7%、在医管：47.6%、在医総：75.9%であった。

在医総においては常のがん患者が当該診療所に供給されるとは限らないので、現状ではやむをえないと考えられる。ただし、看取りに至るがん患者の平均在宅日数が約 2 ヶ月であることを考慮すると、月断面で 5 名の在医総該当者がいる場合には、年間約 30 名の在宅看取りがおこなわれていることとなる。

在医管の該当者が少ないことも特筆すべきことではあるが、さらに在総診で該当者が 0 人という診療所が 18.7%あった。在総診等届出 342 件中 18.7%という数値は、問 24 在宅療養支援診療所（仮称）登録の希望において、386 件中登録希望なし 16.6%と完全に合致している。したがって、実際にはほとんど訪問診療をおこなっていない在総診届出診療所は、当初から在宅療養支援診療所（仮称）の届出をおこなわないと考えられる。

在宅療養支援診療所（仮称）の登録希望ありは全体の 60.9%を占めている。在医総を届け出している診療所 295 件は、回答した総数 386 件の 76.4%であり、在医総届出診療所の多くは在宅療養支援診療所（仮称）に移行すると考えられるが、一部登録希望について現時点では判断を保留している診療所がある。

収入の面から考察すると、在総診、在医管、在医総それぞれの月断面における算定患者数では、在総診は 10 人以上が全体の 50.5%を占めた。一方在医管ではかろうじて 1 人以上が全体の 52.4%であった。

在総診を算定する患者数が在医管に比べ圧倒的に多い結果から、在総診+24 時間連携体制加算=3,690 点であったものが、在宅療養支援診療所（仮称）として登録しないな

らば、在宅時医学総合管理料（在総管）2,200 点に減額されることとなる今回の改訂は、月 2 回の訪問診療を基本として算定すると約 28%の減収となる。診療報酬に占める在総診＋在医管＋在医総の報酬比率は、10%以上を占める診療所が全体の 42.9%であった。診療報酬の 10%のうち 28%減収となる場合には、全体の 2.8%減収となる。これは直接純利益に影響する。

したがって、(A) 在総診のみを届け出ている全国 15,020 ヶ所の診療所において、その診療報酬の 10%程度以上を在総診に依存しているところ（12 人程度の在総診患者を往診している診療所）は、在宅療養支援診療所（仮称）の届出をおこなう公算が高いといえよう。

さらに、在総診・在医管・在医総の 3 項目について、いずれの有無にも回答してくれた診療所（総数 277 件）について分析した。

【A】 在総診の届出のみの診療所	74
【B】 在医管もしくは在医総を届け出ている診療所	151

の区別が明確である。ここでは、【A】の診療所の 57.5%が在宅療養支援診療所（仮称）の登録を希望している。さらに、【B】の診療所においては、その 75.7%が登録希望であった。これを全国の診療所区分（A）または（B）＋（C）に対して当てはめると

(A) 在総診の届出のみの診療所	$15,020 \times 57.5\% = 8,636$
(B) ＋ (C) 在医管もしくは在医総を届け出ている診療所	$6,661 \times 75.7\% = 5,042$

となり、総計 13,678 ヶ所の診療所が在宅療養支援診療所になる可能性がある。

以上から類推されることとして、(C) 在医総届出診療所 5,235 ヶ所のほとんどは、結果的には在宅療養支援診療所（仮称）に移行すると考えられる。同様に、(B) 在医管届出診療所 1,426 ヶ所も追随するであろう。(A) 在総診のみを届け出ている 15,020 ヶ所の診療所のうち 25%が移行するならば、全国約 10,000 ヶ所の在宅療養支援診療所（仮称）が誕生することとなる。

4) － (4) 在宅療養支援診療所の周知

在宅療養支援診療所（仮称）は在宅医療の橋頭堡として、がん・難病を含む重症高齢者等の居宅における安定を確保しつつ、急変時と居宅における看取りに 24 時間・364 日の対応をするものである。これは、「重症者は入院するものであり、看取りは病院がおこなうものである」という、医療者・患者双方の既成概念を覆すものであるとともに、24 時間・365 日の対応機能を持つ当該診療所が、医療者・患者の双方に周知されなければならない。

特に、末期がん、人工呼吸器、中心静脈栄養等の医療的処置を多く必要とする患者が、みずからの意思として在宅を希望し、かつ種々の制度（40 才以上の末期がんへの介護保険の適用、身体障害認定による自立支援法に基づく介護派遣、重度障害者への長時間滞在型介護サービス等）を活用することで介護力が十分に発揮できる場合には、積極的に在宅療養支援診療所（仮称）を活用してゆくことになる。

そのためには、特に急性期病院等に、地域ごとの在宅療養支援診療所（仮称）の存在が既知のものとなっている必要がある。地方社会保険事務局に登録されたリストの開示が前提となり、患者の選択肢が拡大されることが期待される。地域社会保険事務局に認

可（登録）されることについて、まったく妥当 45.4%+概ね妥当 38.8%=84.2%であった。

4) - (5) 居宅における看取り

回答を得た診療所総数 395 件のうち、居宅における看取り一年間看取り数への回答は 361 件であった。一件あたりの平均看取り数は 6.3 人であり、年間 2,274 人が居宅で看取られていた。

この診療所数 361 件のうち、すでに積極的に在宅医療をおこなっている比率が高いと思われる「在宅ケアを支える診療所・市民ネットワーク」「在宅医学会」及び「在宅ケアをしてくれるお医者さんがわかる本」から調査した診療所は 159 件であり、一件あたりの平均看取り数は 10.2 人で年間総数は 1621 人であった。

この両者から推測すると、 $361 - 159 = 202$ 件の診療所は、既存のごく一般的な主になにに総診による在宅医療をおこなっている診療所と考えられた。202 件の診療所の年間看取り総数は $2274 - 1621 = 653$ 人であり、一件当たり 3.2 人の年間見取り数であった。

この数値を

(A) 在総診の届出のみの診療所	15,020
(B) 在総診・在医管を届け出ている診療所	1,426
(C) 在総診・在医管・在医総を届け出ている診療所	5,235

にあてはめると、

$$\begin{aligned} (A) & 15,020 \times 3.2 = 48,064 \\ (B) + (C) & 6,661 \times 10.2 = 67,942 \end{aligned}$$

合計 116,006 人の居宅における看取りとなる。この数値は表 B に示された自宅における年間死亡数 127,445 人に近い。

さらに、都市部の診療所は地方の診療所に比べ、相対的に看取り数が多い（都市 11.9：地方 8.3）。

「在宅ケアをしてくれるお医者さんがわかる本」を基本に、地域で在宅医療に特化して診療をおこなっている診療所数ヶ所を追加し作成すると、2004 年度（2005 年度版）の居宅における年間看取り数は、一施設あたり都道府県平均値では 21 人、中央値では 16 人であった。この値は本研究における都市部の看取り数 11.9 人よりもさらに多い。平均受け持ち在宅患者数（在総診+在医管+在医総の平均月断面における患者数）に対する年間看取り数の割合を看取り率とすると、都道府県平均値は 37.7%、中央値は 25.0% であった。

看取り数の報告義務については、まったく妥当 26%+概ね妥当 43.6%=69.6%が支持していた。妥当でないと答えた 21.6%の診療所については、年間看取り数 0 人の診療所の割合 23.3%に近く、同一の診療所が看取り数 0 人かつ妥当でないと答えている可能性もある。

看取りの時間帯については、全体の 1/3 の 35.4%が夜間の看取りがなかったものの、64.6%は夜間に一度は看取っている。特に看取りの 50%以上が夜間帯である診療所が全体の 35.6%を占めており、昼夜の別なく在宅での看取りが発生していることがわかる。

夜間深夜の緊急往診については、在総診では 59.4%、在医管 30.6%、在医総 53.5%であり、半分以上の診療所で昼夜の別なく患家に赴いている。

夜間・祝祭日の緊急往診と看取りは 24 時間対応の骨子となる要件であり、この時間帯において患者をすべて病院に搬送させたり、訪問看護に任せ切りにする診療所が存在しないような監視項目の作成が待たれる。

従来、病院医療においては病院死があたりまえであった。つまり、病院医は病院での看取りを前提に、その医療を組み立てていく傾向が顕著であった。しかし、今や病院医の使命は患者の回復度によって

- a) 回復可能 → 治療して帰す
- b) 現状維持 → 病状の平衡状態を見極めて帰す
- c) 回復不能 → 生活の中で看取ることを視野に入れて帰す

ことであり、病院医に課せられた重要な目的は『病院死を極力回避する』ことである。

とすれば、ICU において人工呼吸器を装着した患者に対する治療の継続・中止の判断の類や、延命治療、または尊厳死・安楽死に対する解答のひとつとして、上記 c) が用意されるだろう。

つまり、回復不能・回復を望まない者の帰るべきところは「生活」である。「生活の中での生命感・生命観」と「病院の中での生命感・生命観」は異なる。患者がそこにいる「場」も、集う「人間」も、共有する「時間」も異なるのだ。生活の場に帰ることによって患者自身も家族もがその心の質を変容させるのである。生活を基盤とするいのちの問題を、病院を基盤として考えてゆくこと自体に問題があるのである。

ICU にいる人工呼吸器の脳死の患者も、経管栄養の植物状態といわれる患者も、安楽死を望む患者も、まずはすべて帰宅しよう。

「権利としてのいのち」を個人がいかようにでも扱えるような法整備をするのではなく、生活に集うすべての事柄によって支えられている「全体のいのち」を感じる必要があるのである。生命を維持できる居宅環境を整えることにより、そこに寄り添う人たちから、個の権利としてのいのちではない、皆と共にある全体のいのちを受け継ぎ育ててゆくことが求められているのである。

その意味で、在宅療養支援診療所（仮称）の使命は重い。在宅療養支援診療所（仮称）が在宅医療に特化してゆくならば、重症高齢者等の希望する生活と看取りの場としての居宅を、あたりまえに提示することができるようになるだろう。

4) - (6) 日本的特性と在宅療養支援診療所（仮称）

① 在宅ケアにおける情報の特殊性（Jpn J Cancer Chemother 30(Suppl. 1):10-13, 2003）

近代的認識論によりどこをを求める科学としての医学は、どの事象・病態にも通じる普遍的原理を求め、標準化・合理化することを目指した。EBM に基づく検査や治療はその一旦である。クリニカルパスの運用も同様である。

医療はその性質ゆえに、医療者と患者がもともと独立分離していることを前提としている。対象としての患者は、観察され操作されてきたのである。その独立分離の原則ゆえに、患者は単体として把握され、それを集めれば集合として統計分析が可能となる。患者は統計的全体の部分として扱われ、集合の中にその個性は埋もれた。「全体は部分の総和である」という集合論が普遍化を促進している。

このような、標準化できる情報の共有とともに、あるいはそれ以上に重要なこととして、異なる意味での情報の共有が、在宅医療と介護の現場ではおこなわれている。

医師が生活の場にゆき、患者とその家族—すなわち「生活者」と出会った場合、生活者の目には医師の姿が映り、その言葉が生活者の耳に届く。白衣を着ている医師が眼前にいと、言いたいことが言えずに押し黙る。その言葉が生活者につらく聞こえるときもあれば救われるときもある。医師が帰った後は重苦しい雰囲気がその家庭に立ち込めれば、バラ色にもなる。このように、生活者の世界では、医師は生活者から独立した存在ではなく、生活者の世界の中で作業をするがゆえに、その世界に多大な影響を与えている。

医師と相対した生活者は、もはや医師と分離独立した別個の存在ではなく、医師の影響を含んで変容した生活者となっている。つまり、医師が生活者から受け取る情報は、決して客観的に独立した情報ではなく、医師みずからが影響しその影響も含まれた全体としての情報となっている。

在宅ケアに関わる様々な職種の人が生活者と共に時間と場所を共有するたびに、その全体性は異なってくる（全体は部分の総和とは異なる）。この多様な違いこそが生活者の自由度の表現であり、そのひとつひとつがすべて正しい生活者像である。つまり、生活者の世界への窓口は多いほど多様性の情報量が多い。生活者の真意を多元的に測ることができるということになる。

もし仮に、情報の窓口を看護師のみにしてしまうと（医師が直接往診せずに、訪問看護師にだけ指示を出している場合など）、【看護師—生活者】の全体性【 】の情報が、あたかも生活者そのものの情報であるかのように伝達されてしまい、この両者の関係性のみが十全のごとく幅を利かせてしまう。

医師が居宅を訪問せずに、この情報のみを真の情報として扱うと、生活者の全体像から逸脱した指示がなされてしまう危険性が高い。

そこで、それぞれの全体性がすべて分かり合えるような「場」が必要になってくる。それが「サービス担当者会議」である。

② 生活情報の特殊性に基づく日本型在宅医療と在宅ケア

- 1) 在宅ケアに集う職種は多いほどよい。多元的な把握がより可能となるから。
- 2) 同一の事業体からの職種は少ないほどよい。すべてを同一事業体に任せると、生活者はその影響のみによる変容しかなされない。影響の単一化は変容の単一化を招き、生活者の自由度を制限することになる。
- 3) 医療を含めたすべてのケア提供者は、みずからが相手を変容させる影響を与えていることに気づくことが必要である。自分の影響を含んだ生活者は、独立した対象ではなく、自分と共に全体として生きている存在であることを意識しなければならない。
- 4) したがって、医師は生活者との生の接点を持つことが必須であり、居宅に訪問しない医師は、自分の影響を基礎とした情報収集をみずから絶つことになる。在宅医療をしたことにならない。
- 5) 医師は生活者の生活全体の部分を形成している以上、生活者の要請に応じて出向くことが当然であり、24時間対応することとなる。
- 6) 在宅看取りが当然となる。
- 7) 医師一人の作業能力には限界があり、複数の医師による全体把握が基本となる。

- 8) 在宅ケアに関わる職種が、それぞれに生活者との全体性の中で得たものを、生活者と共に披露して生活者の自由度を知るための場、すなわちサービス担当者会議を開催することが重要である。これが最も真に近い情報の共有化となる。
- 9) 情報の開示と保護の両立が求められる。
- 10) 生活者個々の権利が保障されなければならないと同時に、生活世界全体（絆）を維持してゆく努力（全体性の中での義務）も必要であり、この両立が求められる。

4) - (7) おわりに

「24 時間 365 日在宅ハイケア提供システムの構築と人材養成戦略に関する研究」は、広く医療と介護の基盤整備と人材養成を狙ったものである。立ち遅れていた診療所医療が、在宅ケアの中核をなすべく在宅療養支援診療所として新装開店した。

事前指示の賛否、通院困難の規定、人材養成等、解決すべき問題はこれからである。しかし忘れてならないのは、生活者は対象として把握されるのではなく、医師をはじめすべてのケア提供者と共に（私も含まれた）その全体性の中で関係づけられ生きてゆくのである。その関係性の中には、誰もが納得する永遠の別れと、これから生まれてくる子供たちも取り込まれるのであり、看取り・少子化対策と在宅ケアは切り離せない

5) 基礎研究 5：地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究

本研究は、世界稀に見る高齢化・疾病構造変化により年々増加する年間死亡者数の最大値 170 万人に到達する 2038 年に向けて、『最初の 5 年間でどのように乗り切るか』について在宅医療計画を中心に検討したものである。2008 年から 2012 年の 5 年間の実績次第で、以後の各都道府県・市町村の医療提供体制の円滑化・地域住民のニーズに応えるサプライの実現が決定されるといっても過言ではない。

国民のニーズ「最後まで家に住みたい＝60%」はすでに明確であり残されているのはサプライの充実である。その達成のために重要な項目がいくつもある。

- (1) 在宅医療の十分な周知：行政はまず在宅医療を十分に理解し、地域住民・医療者の双方への周知を徹底することが第一歩である。
- (2) 説明責任：生きていることは生活であり、医療者は自らの説明において①疾病論・症候論による身体情報の説明だけでは責任を果たしたことにはならない。②診断・治療がその後の患者・家族の生活にどれだけの影響や変更を迫ることになるのか・その対処等についての生活情報を、①以上に十分に説明し了解を得る必要がある。
- (3) 重症化への対応：年々の高齢化・高度医療化の結果、居宅移行する療養者の重症化が進行している。高齢者・がん・難病・認知症等のいずれもが安心・安全な生活を享受できるためには、「重症加算」に該当する療養者への十分な在宅医療提供と居宅介護提供がなされなければならない。目標の一つは重症者の在宅生活を可能にすることである。重度であっても母集団が少ない場合には重点的に支えることが可能な「日本はどんな人でも生きてゆける」という社会の達成。
- (4) 生活の中での終焉：病院がすべての死を支える時代は終わっている。終焉を迎えるということは生きて生活した結果である。生活の中での終焉＝居宅での看取りは、自宅であっても介護施設であってもそこが生活の場である以上は当たり前のことと感ずることが大切である。医療も介護も行政も一体となって、去り行く人・残される人への十分なはからいができるように努めなければならない。在宅死を

強制することではなく、当たり前居宅での看取りが行える環境整備が求められる。

(5) 単年度ごとの目標設定：在宅医療橋頭堡と在宅医療底上げ医療機関・在宅療養支援が可能な薬局・訪問看護ステーション・吸引等重症者対応が可能な施設及び訪問介護員の十分な配置とそれぞれの連携・質の確保、在宅医療教育の充実等を念頭に、単年度ごとの数値を設定しその目標を達成する。

(6) その他：居宅生活を妨げるあらゆる規制についての見直し

行政担当者は本在宅医療計画の内容を熟知し、それぞれの地域における生活者の視点から地域特性を考慮しつつも、医療の側面から当たり前の生活を住民に保障できるように行動して頂きたい。

6) 基礎研究 6 地域包括ケアにおける 24 時間 365 日医療提供体制の構築と人材養成戦略に関する研究

6) - (1) はじめに

本研究は、年々増加する年間死亡者数が最大値 170 万人に到達する 2038 年に向けて、居宅における安心・安全な 24 時間 365 日の医療提供体制を整えるために新設された、「在宅療養支援診療所」が担う様々な機能についての調査結果を示したものであると同時に、掲げる問題に対する今後の対策を示したものである。

高齢化・疾病構造変化は今後の医療提供体制に深く影響するものではあるが、すでに 2008 年から始まる今後 5 年間の医療計画の重点項目に「在宅医療」があり（平成 18 年度厚生労働科学特別研究：地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究 総括研究報告書；都道府県・市町村の在宅医療計画に関するマニュアル、川島孝一郎）、在宅療養支援診療所が在宅医療の中心部分に関わることは間違いない。本研究の内容は、医療計画の中の在宅医療計画と密接に関連しており、始まったばかりの在宅療養支援診療所の適切な運営に関わる事項を、担当諸局間の密接な情報連携によって効率良く改善実行するための資料として使用して頂けるならば幸いである。

6) - (2) 在宅療養支援診療所

在宅療養支援診療所の成り立ちは、①旧寝たきり老人在宅医療総合診療料・②旧在宅時医学管理料・③在宅末期医療総合診療料のいずれかまたはその複数を登録していた診療所の内、約 10,000 ケ所が新規に登録を行ったものである。したがって、外来診察の間に数人程度の寝たきり老人を訪問診療している所から、人工呼吸器・中心静脈栄養等の重症加算患者を多く訪問している所、がん末期に特化して年間 100 名以上をその居宅で看取っている所まで様々である。

その生い立ちは、元来の登録形態①・②・③の違いによるところが大きい。したがって、一口に在宅療養支援診療所といっても種々の形態があるわけで、この形態を判別することから、今後の機能評価がなされることになる。

6) - (2) - 1 実質稼働数

在宅療養支援診療所は約 10,000 ケ所が登録された。在宅時医学総合管理料を算定しているのは約 90%（図診-1-1-1）でありこれが実質稼働数と考えられる。しかしその半数

42.3%は患者数10人未満の所であり、さらに、在宅療養支援診療所に登録しているが実際には稼動していないところが約9.6%あった。

6) - (2) - 2 在宅医療主体型の在宅療養支援診療所

2006年12月ひと月の重症者加算を算定している所は41.8%であったが、10人未満が37.7%を占めた。重症者加算をひと月に10人以上算定しているところは4.1%に過ぎない(図診-1-1-19)。

がんの看取りに大きく関係する在宅末期医療総合診療料を算定し、1年間の内に1人でもがん患者を在宅で看取った所は45.2%(図診-1-3-2)であった。

個別に分析を行ったところ、年間在宅看取り数が在医総管・在医総の総計で10人を超えた所は8.6%に過ぎない。

在宅医療に特化している診療所を示す目安として、医師1人が1日で訪問可能な在宅患者数は約10人と考えられている。この1日平均居宅訪問患者数が10人を超える所は、全体のわずか9.2%(図診-1-1-59)である。逆に1日平均外来患者数が20人を超える所は91.8%(図診-1-1-60)である。複数医師のいる診療所があるものの、多く(77.6%、図診-5-1-5)が1人医師であることから、外来主体の在宅療養支援診療所が多数である。

診療報酬に占める「在宅時医学総合管理料もしくは在宅末期医療総合診療料」の割合が50%を越しているところ(在宅医療主体型)は全体の8.2%であった。割合が70%を越している所は5.2%である。

以上のことから在宅医療を主体にしている、あるいは在宅医療に特化している在宅療養支援診療所は全体の約10%弱(全国で1,000ヶ所弱)と考えられた(在宅医療計画に関するマニュアルp33)。

在宅医療特化型診療所は仙台の例(図1)に見られるように、複数医師による24時間対応体制の下に、がん末期患者・重症加算対象者等を主体とする重症対応型の診療所である。仙台市内には、現在5ヶ所の同形態の診療所が機能しており(図2)、そのうち2ヶ所だけで、100万人都市仙台の年間がん死亡数2,500名のうち300名を在宅で看取っている(図3)。

2008年からの在宅医療計画において、その最終年度となる2012年に年間1,500名(死亡総数の25%)の在宅看取りを特化型だけで行うとした場合には、同形態の診療所があと6~8ヶ所できることが望ましい(図4)。

6) - (2) - 3 居宅における重症者管理(在宅ハイケア)

- ・在宅人工呼吸療法：在宅時医学総合管理料を算定している所の34.1%(図診-1-1-4)が1人以上の人工呼吸器装着者を管理している。全国の在宅人工呼吸器装着者数は2,500~3,500人と考えられており、その多数に対して在宅療養支援診療所が関与していると考えられる。
- ・在宅酸素療法：在宅時医学総合管理料を算定している所の70.6%(図診-1-1-7)が管理している。
- ・在宅中心静脈：27.6%(図診-1-1-10)が管理している。
- ・在宅成分栄養：46.6%(図診-1-1-13)が管理している。
- ・在宅腹膜透析：わずか0.7%(図診-1-1-16)であった。

全体としては41.8%(図診-1-1-19)が重症加算を算定しているが、ひと月に10人以上を管理している所は4.1%に過ぎない。

特に、在宅腹膜透析（連続携行式腹膜透析 CAPD）患者数が極端に少ない。この理由としては、①歩行可能な患者は外来通院で管理されているため ②腹膜透析を経過しないですぐに人工透析に移行する ③歩行困難な人工透析患者はすべて入院透析となっている 等の理由があると思われる。今後は以下のごとく、

- ・すぐに人工透析に移行するのではなく腹膜透析を経過する順序を確立すること
- ・透析自体を行うか否かを含め、腹膜透析の後に人工透析に移行するか否かについても、身体情報だけでなく透析による生き方の変化を示す生活情報を十分に説明することが重要である。今後の透析の差し控えについての協議を患者・家族と共に考えること
- ・長期入院となっている歩行困難な入院人工透析患者に関しては、介護保険の寝台車等による通院透析に切り替えて在宅医療に移行する。今後寝台車による頻回の通院（週2～3回）に対する介護保険等の適用について論議されること

等の措置を考慮すべきであろう。

従来、重症であることが入院の理由であったが、今日の在宅医療においては当たり前で重症者の居宅移行が可能である（在宅医療計画に関するマニュアル p45）。したがって、重症者管理が十分可能な「在宅医療主体型・在宅医療特化型在宅療養支援診療所＝在宅医療橋頭堡」（在宅医療計画に関するマニュアル p33）をさらに増設する政策が必要である。特化型の在宅患者疾患別割合を他病院との比較で示す（図5）。

人員不足については、個別に分析を行ったところ、特に年間看取り数 20 人以上の診療所においては、20 人未満の診療所に比べ医師数・看護師数の不足を問題視していた。対策として複数医師を抱える診療所（仙台型：在宅医療計画に関するマニュアル p132）に拡大可能な施策を行うか、あるいは外来主体型の在宅療養支援診療所が複数共同することにより、休日を交互にとることが可能な長崎在宅ネット型（在宅医療計画に関するマニュアル p133）（図6・7・8）に再編すること等により、重症者対応可能な診療所として改善される必要がある。なお、在宅医療計画の目標値 25%に対して長崎型では在宅看取りが 30%に達している。

緩和ケア・難病ケアにおける医師の経験不足も約半数が懸念していることであり、今後在宅医療計画において知識・技術指導が望まれる（在宅医療計画に関するマニュアル pp52-55）。

患者・家族にあっては、在宅ケアにおける経済的な要素・介護力不足・家族の絆のいずれもが問題であると考えられている。

重症者の在宅ケアにおいて、在宅療養支援診療所の医師から見た病院に対する問題点としては、病院の在宅医療に対する無理解・在宅療養支援診療所の周知の不徹底・退院時共同指導の不徹底・緊急入院時の後方ベッド確保の困難さ等、いずれもが問題とされていた。

今後、病院の医師に対する在宅医療及び在宅療養支援診療所の周知の徹底（図9）、退院前の病院におけるサービス担当者会議の開催・退院時共同指導の徹底が望まれる（在宅医療計画に関するマニュアル pp39-42）（図10）。

訪問看護事業所・訪問薬剤指導管理を行う調剤薬局の不足は問題となっている。訪問介護事業所についてはおおむね改善していると考えられていた。

6) - (2) - 4 居宅における看取り

在宅時医学総合管理料を算定していて、在宅での看取りを行った所は全体の 63.7%であったが（図診1-3-1）、年間10人以上の看取りは7.8%であり、在宅末期医療総合診療料算定患者の看取り（4.1%）と合わせても8.6%に過ぎない。

ただし、訪問診療料・往診料のみの算定で年間1人以上看取った所も48.9%に達してお

り、在医総管・在医総にこだわらず看取りを行う診療所があることは、在宅医療の底上げに重要である。新設された在宅ターミナルケア加算（10,000点）を算定した所は、在医総管を算定している場合 60.2%（図診－1－3－4）が該当したのに対して、訪問診療料・往診料のみ算定では、15.6%（図診－1－3－6）であった。今後、在宅看取りの底上げを行うためには、在宅ターミナルケア加算の算定要件の緩和を含めた検討が必要である。

夜間の看取りには比較的積極的であり、在医総管算定では 56.5%（図診－1－3－7）であったが、訪問診療料・往診料のみ算定では 36.5%に低下していた。夜間・休日の訪問診療点数を評価することにより、訪問診療・往診料のみの診療所においても夜間の看取りが確実に増えると考えられる。

6) － (2) － 5 訪問看護との連携

在宅時医学総合管理料を算定している所と、訪問診療・往診料のみの在宅医療を行っている所では、他施設の訪問看護を利用している所のほうが多いが、一方で訪問看護をまったく利用していない所も多い（図診－1－1－44・46）。

在宅末期医療総合診療料を算定している所では、自施設からと多施設からの訪問看護を行っている所がほぼ同数である（図診－1－1－39・42）。訪問看護を利用していない所はごく少数 2.3%（図診－1－1－45）である。

今後がん患者・重症者加算患者の居宅での看取りに関する、在宅末期医療総合診療料・看取り加算を算定する患者数の増大によって、訪問看護の需要が高まることが予想される。訪問看護の充実を考えるにあたっては、以下を評価すべきであろう。

- ・在宅訪問診療・往診のいずれも行わない医師の訪問看護指示がある在宅患者に対する医学的指導管理の医師の代行に関わる評価＝訪問しない医師よりも、訪問する看護師を評価
- ・特別指示書・点滴注射指示書によって医療保険で訪問する場合の評価
- ・在宅末期医療総合診療料を算定しないがん末期患者に対して訪問看護を継続し、在宅看取りを行った場合の訪問看護の評価
- ・重症者加算を算定している患者に対する訪問看護の評価

6) － (2) － 6 訪問薬剤師（在宅療養支援調剤薬局など：在宅医療計画に関するマニュアル pp20-23）との連携

在宅末期医療総合診療料を算定している所では薬剤師が訪問している薬局と、患者・家族が薬局へ赴く場合とがほぼ同数（図診－1－1－51・54）である。

在宅時医学総合管理料を算定あるいは訪問診療・往診料のみ算定の場合には、患者・家族が薬局へ赴く場合が多い（図診－1－1－50・52・53・55）。急変しやすく常に目が離せない状態の重症者・がん患者・老老介護等に関しては家族が調剤薬局へ赴くことさえ困難な場合があることから、調剤薬局がこれまで以上に居宅訪問を行い、必要な薬剤指導管理を行い易くできるように計らい、評価することが必要である（図 11）。

6) － (3) 診療報酬・介護報酬の算定要件と評価について

夜間の訪問診療・訪問看護（図診－2－1－4）・休日の訪問診療・訪問看護については、現行以上の評価を望む声が高かった。特に看取りを要件とする在宅療養支援診療所にあつ

ては、更なる評価が実績につながると考えられる。

新たな評価を希望するものとしては、

- ・複数の診療所による連携体制
- ・身体障害者療養施設等の障害者施設への往診
- ・重症者に対する訪問看護
- ・在宅療養支援診療所・訪問看護ステーションによる、訪問介護事業所・施設介護事業所・家族介護者への教育・指導・管理
- ・重症者への訪問サービス・通所サービスの提供

等が挙げられている。

6) - (4) 居宅療養管理指導について

現在の居宅療養管理指導費は、区分支給限度基準額（要介護5では1ヶ月38,500点等）には含まれていない。年間300億円程度と考えられている。そのうち訪問歯科・訪問薬剤・訪問栄養管理についての居宅療養管理指導費はこれからも必須である。一方で、「医師による月1回の往診で算定される居宅療養管理指導」が多くを占めており再考を要す。

在宅時医学総合管理料を算定する診療所は最低月2回の訪問診療を行い患者の状態把握を恒常的に行っている。さらに、在宅療養支援診療所においては重症者加算対象者に最低月4回の訪問診療を行い24時間緊急往診を行っている。

一方で、在宅時医学総合管理料を算定しない病院・診療所では、緊急対応を行わずに1回の往診料+居宅療養管理指導を算定している。この差を点数に反映する必要がある。

今後の居宅における看取りの増加・重症者の居宅移行を考慮し、歯科及び栄養指導はNSTの観点から、訪問薬剤管理指導はがん末期に対する24時間体制の麻薬等の在宅使用に必須である観点から、いずれも居宅における患者・家族に対する医療対応と居宅療養管理の濃密度から勘案するとさらなる評価が望ましい。

以下のごとく居宅療養管理指導費を再考すべきと考える。

- ① 在宅療養支援診療所（24時間対応体制・居宅における看取り等）
→居宅療養管理指導費の据え置き
- ② 在宅時医学総合管理料を算定している診療所（定期訪問診療のみ）
→居宅療養管理指導費の廃止または適正化
- ③ ①②以外の病院または診療所（月1回だけの往診）
→居宅療養管理指導費の廃止または適正化
- ④ 訪問歯科・訪問薬剤・訪問栄養指導
→居宅療養管理指導費の評価
- ⑤ 『重要』: 今後増加すると考えられるがん末期・重症加算算定者等の重症在宅療養者に対応するためには、要介護度4・5に該当する重症者に対応可能な質の高い事業所が必要である。このために、すでに平成12年厚生省告示第25号1「特定事業所加算（Ⅰ）・（Ⅱ）・（Ⅲ）」が訪問介護事業所において算定可能となっている（表1）。しかし、この加算は区分支給限度基準額の中から支出されるために、相対的に利用者の必要時間数が縮小される難点があった。この点に鑑み、②③の居宅療養管理指導費の廃止または適正化を考慮しつつ、特に、重症者を多く扱っている訪問介護事業所の「特定事業所加算（Ⅰ）」に対しては、区分支給限度基準額からではなく居宅療養管理指導費からの支出を検討すべきである。これにより、訪問介護事業所の重症対応に見合った収益性が確保されるとともに、重症者の在宅移行が円滑に行われ、

かつ利用者の必要時間が確保される。(当該加算においては基準の(7)が最も重要であり、届出日が属する日の前3ヶ月間に限定せず、要介護4又は5である者の割合20%以上が恒常的であることが必要)

6) - (5) 後期高齢者の在宅医療

「後期高齢者医療制度について(平成20年4月施行関係)」において、在宅医療対象となる「疾病・傷病により通院困難な者」として65歳以上の寝たきり等の者が該当する。

注意すべき点は、在宅療養支援診療所が受け持つ患者は単なる外来患者ではなく、病院における入院患者の在宅移行形であることである。外来は1時間で15人を診察できるのに対して、在宅医療ではせいぜい1~2人である。

2015年の高齢者介護研究にも示されるように、高齢者の60%以上が最後まで居宅生活を続け居宅での看取りを希望している現状のニーズに対して、ニーズを達成するサプライを提供する主たる機関としての「在宅療養支援診療所」が受け持つ患者に対しては、居宅での終焉を希望する高齢者・重症者・がん末期患者等への適切な在宅医療と緩和ケア及び看取りの提供を前提として、さらに充実した診療報酬体系が作られることが望ましい。

6) - (6) 在宅療養支援診療所の適正配置について

今回の在宅療養支援診療所に対する悉皆調査では、回答数1,152(91.8%)のうち、年間10人以上の看取りを行っている所は全体の12.4%であった。割合は少ないが、この診療所の普及如何によって、在宅における生活の維持と生活の結果としての居宅における看取りが可能となるか否かが決まるといっても過言ではない。

本調査において、人口10万人以上の都市で年間10人以上の看取りの回答が得られなかった地域を表示している。合わせて10人以上の看取りを行っている在宅療養支援診療所がある市区町村を表示した。

10人以上の看取りの回答がなかった都市が多い都道府県は、北海道・北東北・関東一円・北陸・東海・九州であった。10人以上の看取りの回答があったところは、南東北・東京都区部・甲信越・近畿・山陽であった。この分布は、すでに在宅医療計画報告書に記載されているように、在宅看取り率の高低分布とも一致する。

回答がなくても、すでに10人以上の看取りを行っている在宅療養支援診療所が存在するのかもしれないが、今回の回答がなかった10万人以上の都市においては、是非とも在宅看取りが普通に行える診療所を早急に設立する方向で検討が始められなければならない。

今後10万人以上の都市には、年間10人以上の看取りを行う在宅療養支援診療所を配置し、さらに人員増加等による当該診療所の機能拡大を図り、十分な地域住民のニーズに答える供給がなされるべきである(図12)。

表 1 特定事業所加算

【別に厚生労働大臣が定める基準→平成12年厚生省告示第25号1】

イ 特定事業所加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること

- (1) 当該指定訪問介護事業所のすべての訪問介護員等(登録型の訪問介護員等(あらかじめ指定訪問介護事業所に登録し、当該事業所から指示があった場合に、直接、当該指示を受けた利用者の居宅を訪問し、指定訪問介護を行う訪問介護員等をいう。)を含む。以下同じ。)に対し、訪問介護員等ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、研修(外部における研修を含む。)を実施又は実施を予定していること。
- (2) 次に掲げる基準に従い、指定訪問介護が行われていること。
 - (一) 利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は当該指定訪問介護事業所における訪問介護員等の技術指導を目的とした会議を定期的に開催すること。
 - (二) 指定訪問介護の提供に当たっては、サービス提供責任者が、当該利用者を担当する訪問介護員等に対し、当該利用者に関する情報やサービス提供に当たっての留意事項を文書等の確実な方法により伝達してから開始するとともに、サービス提供終了後、担当する訪問介護員等から適宜報告を受けること。
- (3) 当該指定訪問介護事業所のすべての訪問介護員等に対し、健康診断等を定期的実施すること。
- (4) 当該指定訪問介護事業所の訪問介護員等の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の30以上であること。
- (5) 当該指定訪問介護事業所の訪問介護員等のうち三級課程の訪問介護員がいないこと。
- (6) 当該指定訪問介護事業所のすべてのサービス提供責任者が五年以上の実務経験を有する介護福祉士であること。
- (7) 届出日が属する日の前三月間における利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護四又は要介護五である者の占める割合が100分の20以上であること。

ロ 特定事業所加算(Ⅱ) イの(1)から(6)までに掲げる基準のいずれにも適合すること

ハ 特定事業所加算(Ⅲ) イの(1)から(3)まで及び(7)に掲げる基準のいずれにも適合すること

図1 在宅医療特化型診療所（仙台の例）

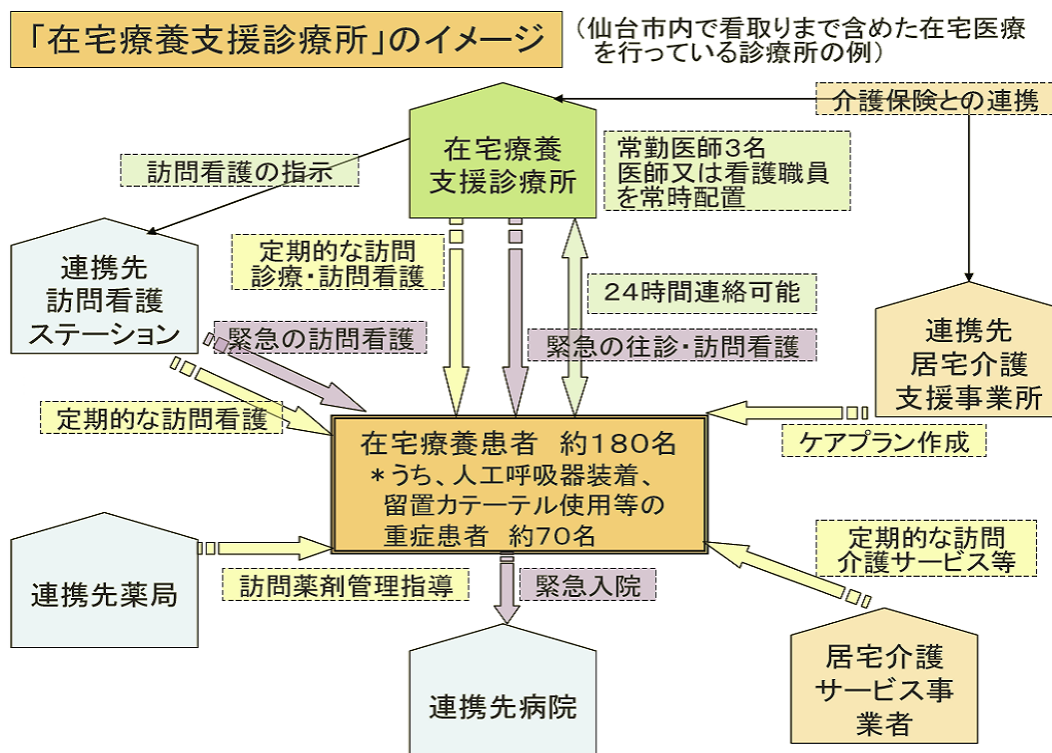


図2 仙台市内の在宅医療特化型診療所

在宅医療特化型 在宅療養支援診療所		
1996年	S 診療所(重症型)	100人／年
1998年	O 診療所(がん専門)	200人／年
2000年	H 診療所	20人／年
2006年	T 診療所(がん専門)	18人／年
2007年	M 診療所	今年開業

図3 仙台市内の在宅看取り



図4 在宅医療計画における仙台市の目標

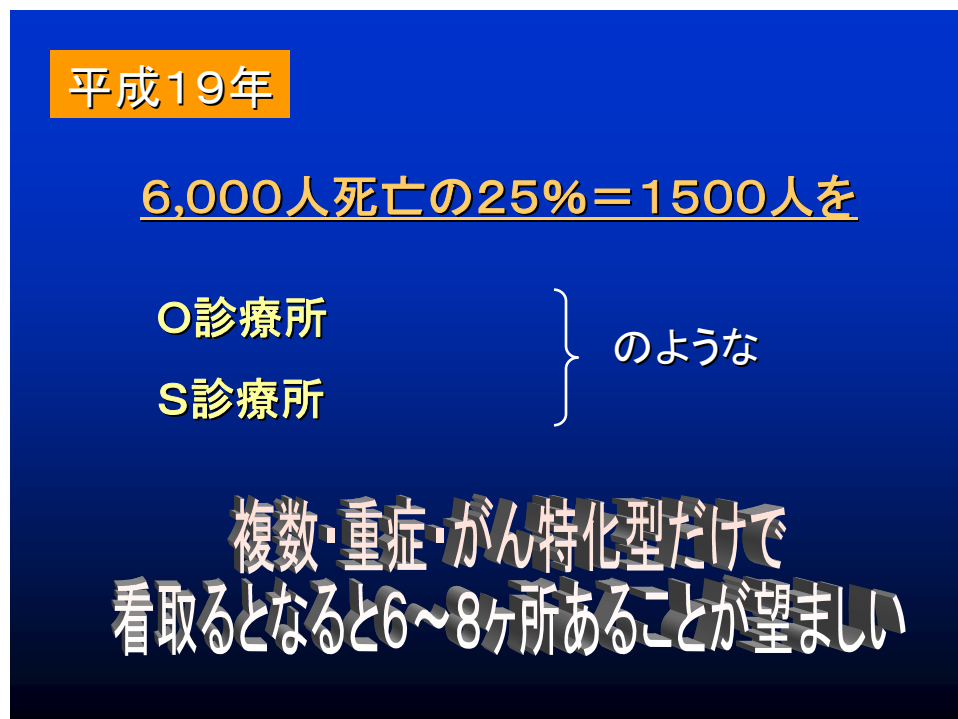
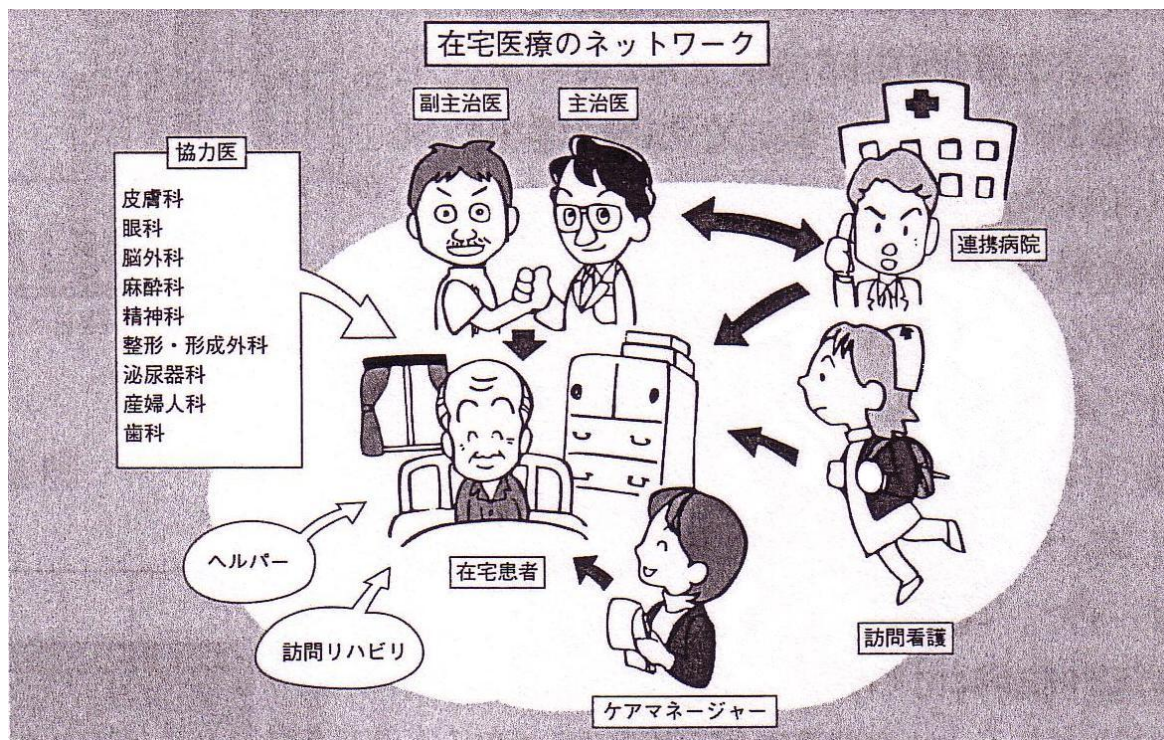


図5 重症患者数の比較（2005年）

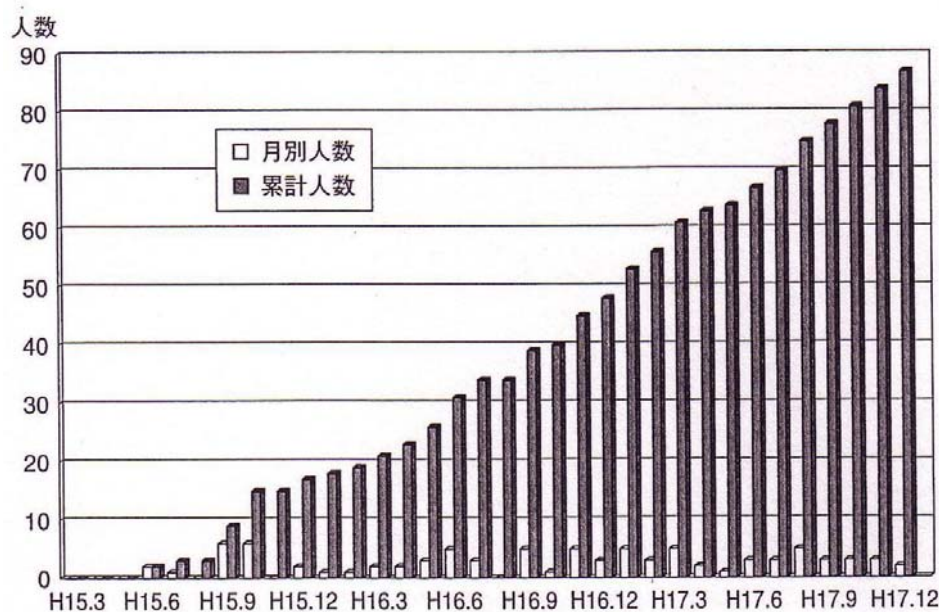
施設名	病床数	人工呼吸器	酸素吸入	中心静脈栄養	胃瘻経管栄養
S病院	698	10	62	64	20
T病院	500	6	72	40	20
K病院	383	17	35	27	5
S診療所	178	33	55	10	67

図6 長崎在宅 Dr. ネットにおける連関図



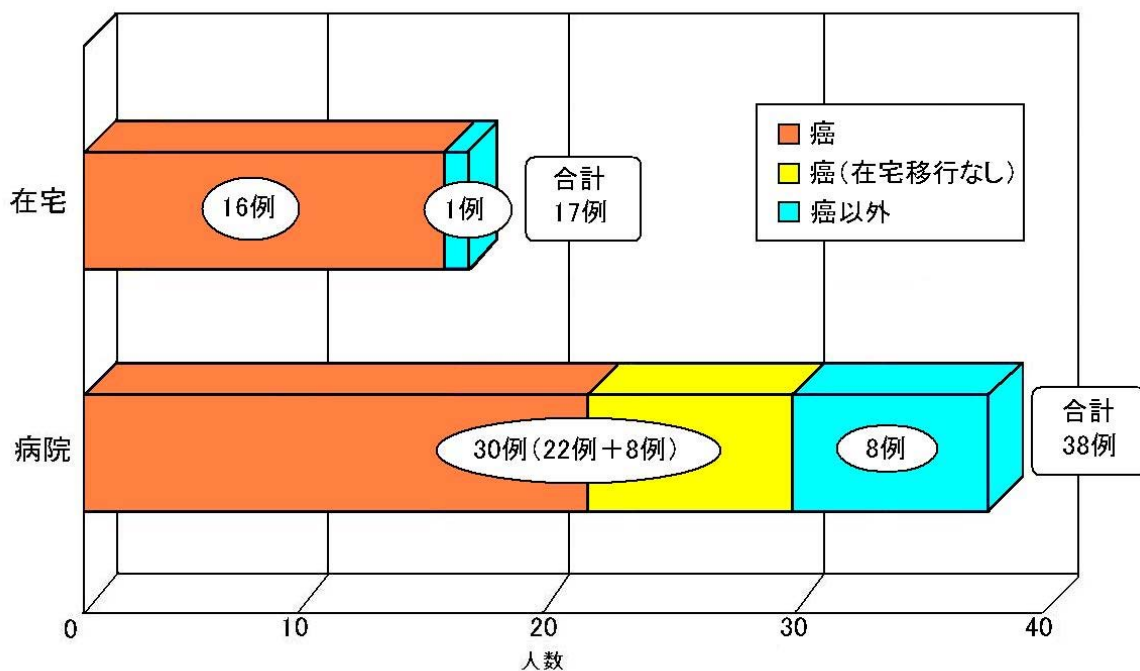
藤井卓・白髭豊 長崎在宅 Dr.（ドクター）ネットにおける、病診連携・在宅医療の実践
 長崎県医師会報 別冊 平成18年7月（第726号）より

図7 Dr. ネットへの登録患者数



藤井卓・白髭豊 長崎在宅 Dr.（ドクター）ネットにおける、病診連携・在宅医療の実践
長崎県医師会報 別冊 平成 18 年 7 月（第 726 号）より

図8 死亡症例（55 例）の疾患と死亡場所



藤井卓・白髭豊 長崎在宅 Dr.（ドクター）ネットにおける、病診連携・在宅医療の実践
長崎県医師会報 別冊 平成 18 年 7 月（第 726 号）より

図 9 病院の医師に対する在宅医療及び在宅療養支援診療所の周知の徹底

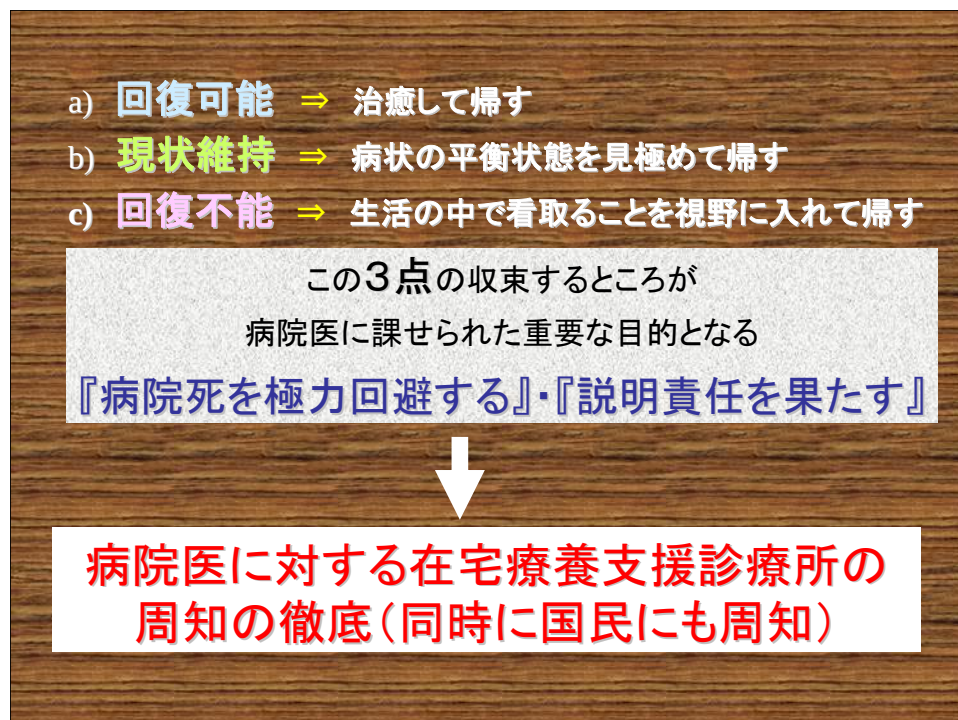


図 10 サービス担当者会議の開催・退院時共同指導の徹底

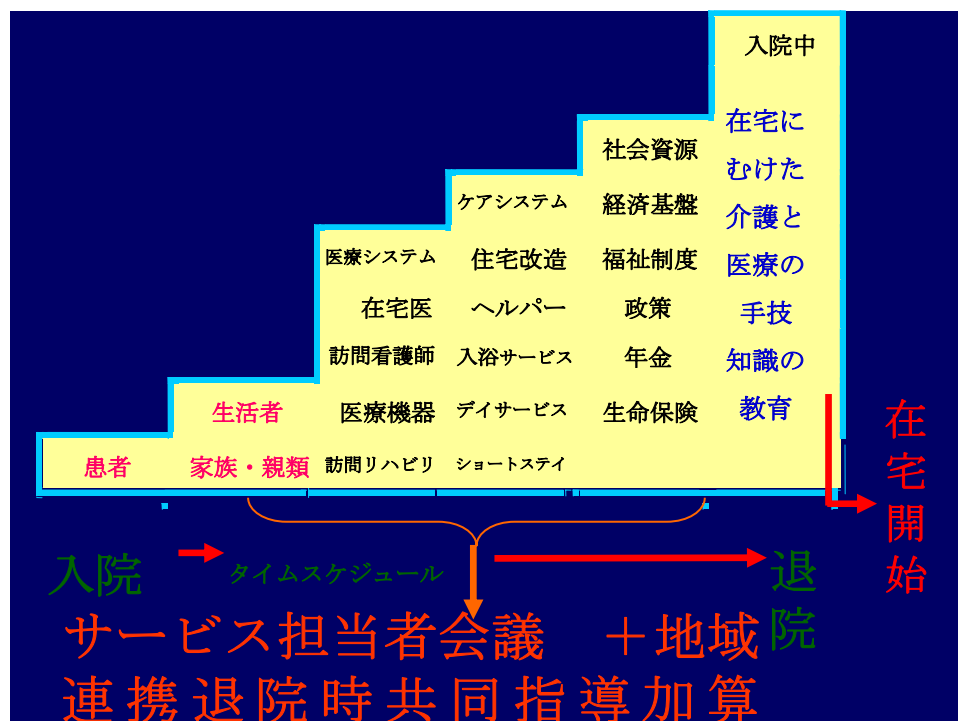


図 11 調剤薬局への評価

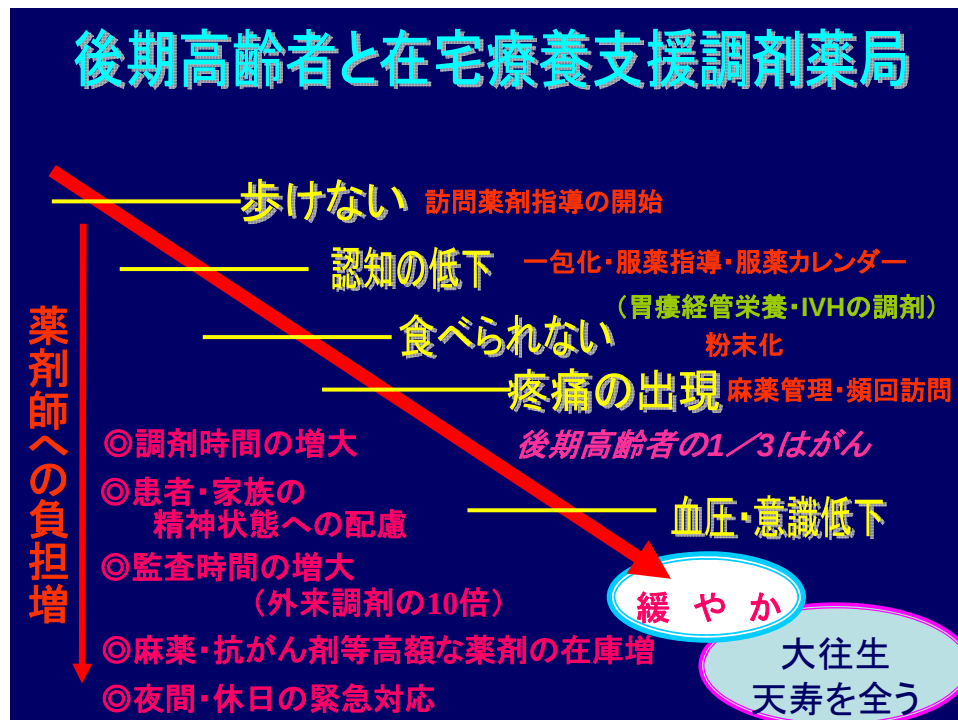
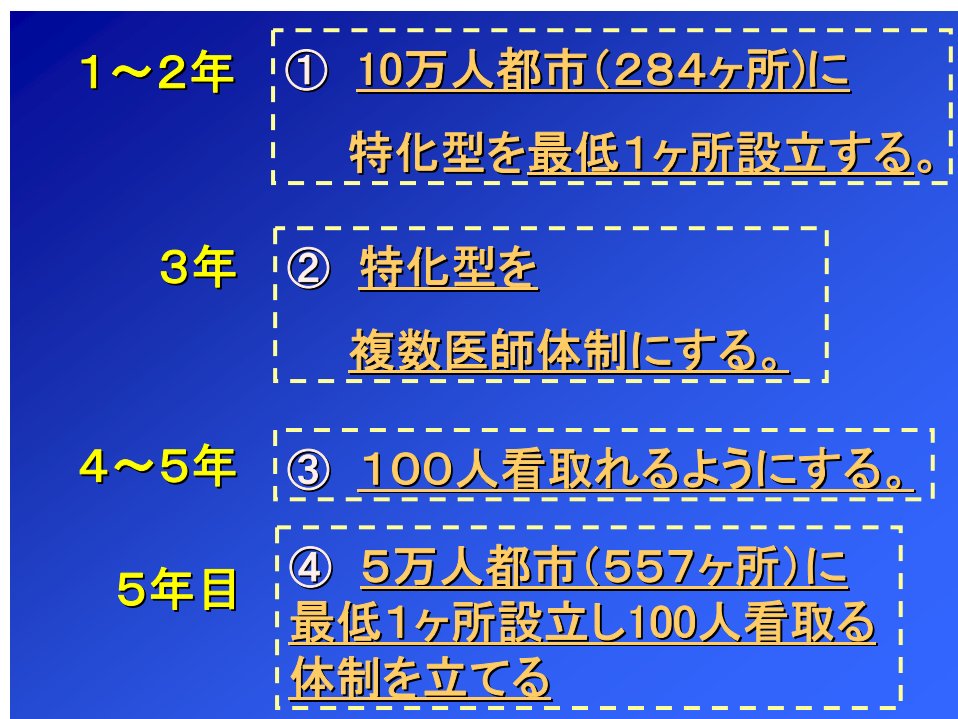


図 12 在宅看取りの整備



（２）その他の先行研究

住み慣れた自宅や高齢者入所施設を選択しても、結果的に医療機関で死を迎える人が多い。この原因として、現在の医療・介護の提供体制の問題や、本人や家族の意思を反映する仕組みが十分ではないことなどが考えられる。在宅医療の提供体制、及び本人意思の確認に関して行われた先行する調査のなかで、重要なもののみ挙げる。

１）特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する調査研究（医療経済研究機構）

【要旨】

わが国の高齢者は、自宅で亡くなりたいという希望が多いにもかかわらず、最期は病院で亡くなるという、希望と実態のギャップを指摘されて久しい。特別養護老人ホーム（以下、「特養」という）は、生活の場と位置づけられているために自宅と類似の側面を持つ。住み慣れた特養で自らの終末を迎えたいと希望する入所者、あるいは迎えさせたいと考える家族も少なくない。特養における医療体制にはさまざまな制約があり、終末期段階で医療が必要となった場合、対応が難しいケースがある。そのため、特養で看取りまでを含めた終末期対応は難しいという見方がある。

先行研究や既存統計から、施設内での看取りまでを含めた終末期対応を実施している特養がある程度存在することは明らかであるが、その実態や内容は十分に明らかにされていない。本研究では、看取りまでを含めた特養の終末期対応の実態を把握し、特養内死亡が可能な特養の特性を探索することにより、特養における終末期ケアの社会的合意を形成するうえで活用できる情報を提供することを目的として調査研究を実施した。

１）－１．方法

本調査研究は全国調査とケーススタディ調査の２種類の調査から構成した。

１）－１－（１）全国調査

対象はWAMNET掲載事業者から3,000施設を無作為抽出した。質問紙を用いた郵送調査であり、記入日時点の状況について回答を求めた。調査依頼状を同封し、調査の趣旨、調査結果は統計的に処理すること等を伝えた。調査期間は平成14年11月22日から12月25日であった。

質問項目は、①施設の基本属性、②施設内医療体制、医療等の実態、③施設の基本方針、対応体制、④希望の確認、受け入れ、⑤退所者の状況、⑥死亡退所者の実態、⑦今後の方針、課題という7つの視点から設定し、3種類の調査票を作成し調査を実施した。

１）－１－（１）－１）施設に対する調査（基本調査）

施設の基本属性、医療体制、医療等の実態、退所者の状況、施設の基本方針、今後の課題等を調査した。特に方針に関する部分は施設長または施設長に準ずる方（以下、単に「施設長」とする）に回答を求めた。

１）－１－（１）－２）死亡退所者に関する調査（死亡退所者調査）

死亡退所者の属性、死亡場所、医療処置の実施状況、死亡場所について職員が把握した本人・家族等の希望等を調査した。基本調査を実施した3,000施設のうち2,000施設に対し、直近の死亡退所者5名分の記入を依頼した。

1) - 1 - (1) - 3) 職員に関する調査（職員調査）

施設内での看取り経験と意識、終末期ケアに関する関心、理解、今後の施設内の終末期ケアのあり方、課題等を調査した。基本調査を実施した 3,000 施設のうち 1,000 施設に対し、介護職員、看護職員 2 名ずつの記入を依頼した。

調査対象とした 1,791 施設から回答を得、回収率は 59%であった。このうち、記載に不備のなかった 1,730 施設（57%）を分析対象とした。母標本と回収標本について、所在地（都道府県別）、所在地（市部・郡部別）、定員を比較した。

図表 1 回収状況

	基本調査	死亡退所者調査	職員調査
発送数	3,000(100%)	-	4,000(100%)
回収数(率)	1,791 (59%)	5,376	2,200 (55%)
無効票	61	283	80
有効回収数(率)	1,730 (57%)	5,093	2,120 (53%)

分析は、単純集計と設問間のクロス集計を実施した。死亡退所者票と職員票については施設の基本属性とのクロス集計も行った。また特に、①特養内死亡比率の高い（低い）特養の特性、②死亡退所者の死亡場所別（特養内、病院）の特性について整理した。

1) - 1 - (2) ケーススタディ調査

終末期ケアに積極的に取り組んでいるとされる特養を全国から 4 ヶ所選定し、施設概況調査、家族アンケート調査、家族インタビュー調査を実施した。

アンケート調査は郵送調査とし、発送は施設を介し、回収は調査機関へ直接返送する形式とした。調査依頼状を同封し、調査の趣旨、調査結果は統計的に処理すること等を伝え、調査は無記名式とした。調査期間は平成 14 年 12 月から翌 1 月であった。当該施設内の医療、介護体制に関する認識、終末期の医療や介護に関する希望等、終末期ケアに関する本人、家族間の話し合いの状況等を調査した。

インタビュー調査では、施設サービス計画（ケアプラン）に対する感想、医療需給の状況、終末期の医療・介護に関する希望等を調査した。インタビュー実施に先立って改めて調査の趣旨、調査結果の扱い等を口頭で説明した。

ケーススタディ調査は調査対象施設やインタビュー調査対象者において偏りがあることを認識した上で実施した。

1) - 2. 結果

1) - 2 - (1) 退所者の状況

本調査回答 1,730 施設において、過去 1 年間の退所者数は 18,744 人、そのうち約 75% は死亡退所であった。死亡場所は病院・診療所等が退所者全体の 47.6%、特養内が同 28.6% であった（図表 3）。

1) - 2 - (2) 調査対象施設の医療・看護体制

医師の体制は、常勤医がいる施設は 5.0%に留まったが、内科嘱託医がいる施設は 93.9% であり、約 9 割の施設には内科の嘱託医がいた。夜間は「必要に応じて訪問」が 44.9%、

「電話での指示」が 39.5%となっていた。休日についても同様であった。看護職員が夜勤体制に含まれることは少なく（5.2%）、「オンコール体制」をとる施設が 54.8%であった。勤務時間外の電話対応は「月 3-5 回」、呼び出しは「月 1、2 回」という回答が多かった。

協力病院または同一法人、関連法人が運営する医療機関に隣接している施設は 17.1%であった。

1) - 2 - (3) 医療等の状況

特養内で対応する医療、実際に対応した医療処置は、「じょくそうの処置」が 9 割を超えもっとも多く、次いで「点滴」「カテーテル」「胃ろう（による栄養補給）」であった。休日や夜間の対応が必要と考えられる医療処置も比較的实施されていた（図表 4）。

また調査日時点で、対象施設の定員総数の 4%が入院中で、24.1%は施設外の病院、診療所へ通院または往診、訪問診療を受けていた。

1) - 2 - (4) 終末期ケア、特養内死亡への対応体制

入所者が施設内でなくなることについての基本方針は、「原則として速やかに病院等に移すようにしている」が過半数を占めた。「原則として施設内で看取る」、「特に方針はない」はそれぞれ 20%程度であった（図表 5）。

入所者本人や家族から施設内で亡くなりたいとの希望があった場合、約 7 割は「原則的に受け入れる」としている（図表 6）。

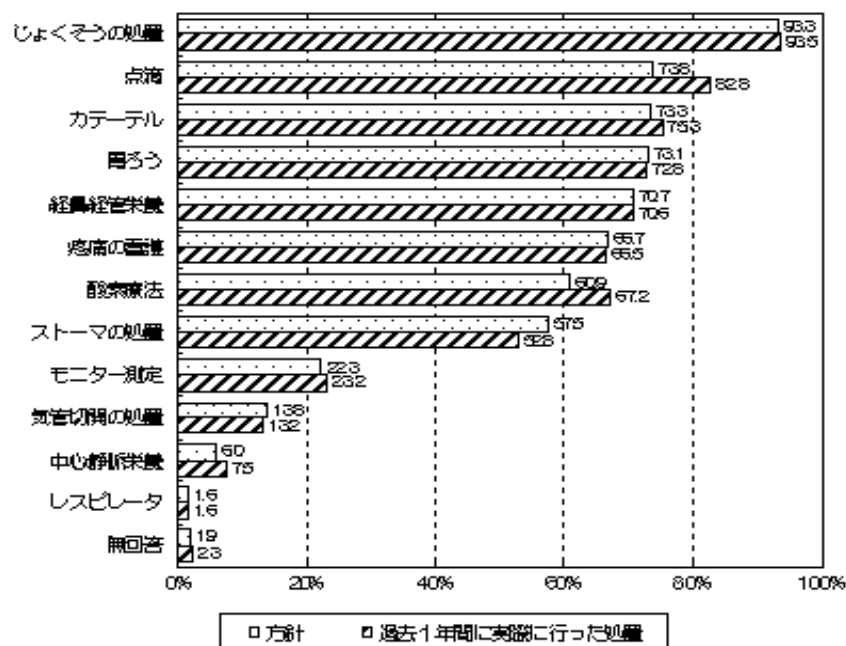
図表 2 調査対象施設の概要

基本属性	開設・運営主体	社会福祉法人立	85.6%
	入所定員	31～50人	40.1%
		51～81人	33.3%
	開設年	平成5年～平成9年	22.8%
		平成10年以降	23.0%
	1人部屋の割合	0%超15%以下	21.4%
医療看護体制	ユニットケア	実施	13.4%
	直接処遇職員比率	2.5人超3.0人以下	46.8%
	常勤医	いる	5.0%
	内科嘱託医	いる	93.9%
	嘱託医の夜間体制	必要時には一般に訪問してもらえる	44.9%
		電話で指示を得ることができる	39.5%
	緊急時の対応(MA)	嘱託医に連絡する	69.9%
		協力病院に連絡する	64.6%
	協力病院等	あり	17.1%
	看護職の夜勤体制	夜勤体制に看護職員は含まれる	5.2%
		ローテーションにより含まれることがある	3.5%
		オンコール体制	54.8%

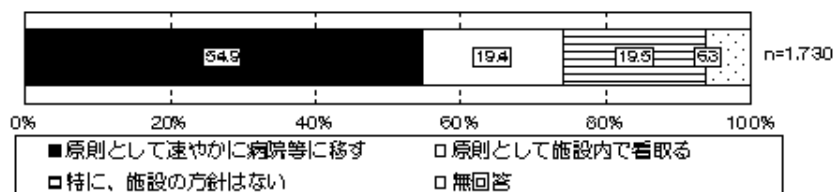
図表 3 退所者の状況

			回答施設 全体(人)	割合
退所者数(内訳の合計値)			18,744	100.0%
	死亡退所者数		14,370	76.7%
	死亡場所	施設内	5,352	(28.6%)
		病院・診療所	8,927	(47.6%)
		自宅	91	(0.5%)
	他施設、病院、自宅等への退所		4,374	23.3%

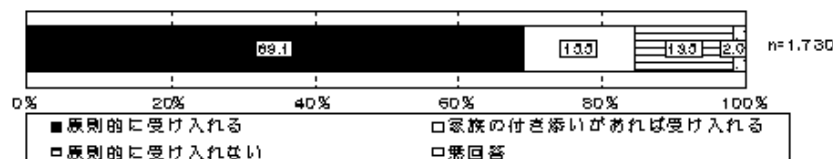
図表 4 施設内医療の実施状況



図表 5 特養内死亡についての 基本方針



図表 6 希望の受け入れ



終末期ケアに関するガイドラインやマニュアルが「ある」施設は 12.0%、「なし」が 79.1%であった。職員間における終末期ケアのあり方に関する共通理解は「あると思う」「ほぼあると思う」合わせて 3 割程度であった。同じ設問に対して施設長の回答をみると、「あると思う」「ほぼあると思う」合わせて 6 割で職員における割合の 2 倍であった。両者の間に認識の差があることが明らかになった。

終末期ケアについては、看護職、介護職ともに 8 割以上が関心をもっていた。施設内外の研修等への参加状況は 2、3 割程度であり、施設内の場合は「研修や勉強会は開催されていない」という回答が 7 割をしめた。

入所者の看取り経験が「全くない」施設長、職員（看護、介護）それぞれ、25%程度いた。「5 回以上ある」は看護職が 45.8%、施設長が 43.8%、介護職員が 31.9%であった。入所者の看取りに立ち会うことについては、「どちらともいえない」が最も多く（看護職 47.3%、介護職 43.0%）、次いで「できれば立ち会いたい」が多かった（看護職 28.8%、介護職 27.0%）。看取り経験が多くなるほど、回答が積極化する傾向がみられた。施設内の看取りは肉体的、精神的にも負担となる面があると考えられるが、職員にとっては積極的な意味を持ちうる行為であることが示唆された。

1) - 2 - (5) 終末期ケアの希望の確認と受け入れ

7 割程度の施設では本人・家族に対して入所時に特養内死亡についての一般的な方針の説明を行っていた。入所者や家族に対する亡くなる場所についての希望確認時期は「状態の変化時」が 76.6%、「入所時」が 55.0%、「日常のケアの中で」が 37.1%であった（MA）。

入所者本人の希望を職員に推測してもらったところ、「当該施設内で亡くなりたいと思っていたようだった」という回答が 14.6%、「最期は自宅に戻りたいと思っていたようだった」という回答が 8.3%であり、両者をあわせて分かると判断した割合は 3 割に満たなかった。分からないという回答が 7 割を超えていた。同様に家族の希望については「当該施設で亡くならせたいと思っていたようだった」が 44.5%、「病院で亡くならせたいと思っていたようだった」が 21.7%、「分からない」が 23.0%であった。何らかの家族の希望は把握されていた入所者が 7 割を超えていた。

家族の希望通りの死亡場所であった死亡退所者は 51.4%と約半数であり、特に、施設内で亡くなった人については、「家族の希望通り施設内」という回答が 84.9%と高い割

合であった。なお、本人の希望については 74.9%がわからないと回答していた。

図表 7 特養内死亡比率の高い（低い）施設の特徴

		高い(40%以上群) n=605	低い(40%未満群) n=592
開設年	昭和53年以前	21.3%	17.2%
	平成10年以降	13.1%	26.2%
隣接病院あり		21.3%	15.0%
内科医の夜間体制	必要時には、一般に訪問してもらえる	67.3%	34.3%
	電話で指示を得ることができる	23.5%	49.5%
	原則、夜間は対応してもらえない	7.4%	14.0%
緊急時の対応(MA)	嘱託医に連絡する	82.0%	66.2%
	協力病院に連絡する	52.4%	71.1%
施設内での医療処置対応 (MA)	点滴	83.3%	70.6%
	経管栄養	77.4%	69.3%
	酸素療法	69.3%	57.8%
	モニター測定	28.3%	19.3%
特養内死亡への基本方針	速やかに病院等に移すようにしている	25.3%	70.3%
	特養内で看取るようにしている	34.4%	10.3%
	特に、特養の方針はない	30.4%	13.7%
希望の受け入れ	原則的に、受け入れる	92.4%	59.8%
	家族の付き添いがあれば、受け入れる	5.3%	20.1%
	希望があっても受け入れられない	1.5%	18.4%
職員間の共通理解	あると思う	47.4%	23.1%
	ほぼあると思う	33.7%	29.6%
	経験年数、職種で異なる	16.4%	37.2%
	ほとんどないと思う	0.8%	7.8%
方針の説明あり		85.5%	71.8%
専用の居室あり		66.3%	42.9%
遺族へのサポート	遺族への精神的ケアを行っている	21.8%	13.9%
	特設のケアは行っていないが、交流のある遺族もある	50.1%	52.7%
	特に遺族のケアや交流等は行っていない	25.8%	26.5%

図表 8 死亡場所別 死亡退所者の特性

項目		当該施設内 (1,811人 35.6%)	病院等 (3,242人 63.6%)
年齢	平均年齢	平均88.4±7.3歳	平均86.4±7.6歳
性別	男性	23.1%	31.1%
	女性	76.6%	68.7%
自立度等	要介護度:要介護5	58.9%	43.7%
	寝たきり度:C	67.7%	47.5%
	痴呆の程度:IV+M	57.2%	45.8%
入所期間	平均入所期間	平均4.8±4.5年	平均3.7±3.6年
有していた傷病		ほとんどの傷病で差はみられない	
直接死因	死因順位	①老衰 31.3%	①肺炎 32.7%
		②心不全 22.6%	②心不全 25.2%
		③肺炎 17.7%	③がん 8.2%

1) - 2 - (6) 特養内死亡比率の高い施設の特徴

死亡退所者のうち、特養内で死亡した人と、病院・診療所で死亡した人の合計に対する特養内死亡の比率を求めたところ、中央値は 40%であった。この中央値で 2 分して、

特養内死亡比率の高い特養、低い特養として、特性を比較した（図表 7）。

特養内死亡比率が高い特養の特性としては、まず、施設としての基本方針を「原則として、施設内で看取る」と明確にしていることがあげられ、施設の方針が実態を反映している。また、入所時に施設の基本方針の説明を入所者や家族に行い、施設内で亡くなりたいという入所者や家族の希望は原則的に受け入れる施設の割合が高い。

医療対応の面では、「隣接病院がある」、「（嘱託あるいは常勤の）内科医に夜間・休日でも必要なときに訪問してもらえる」、「施設内で実施する方針の医療処置の内容が多い」等、施設内で対応できる医療処置の範囲が広く、また、隣接病院からのサポート、あるいはいざというときの対応が期待できる施設であれば、特養内死亡比率が高い傾向がみられ、医療対応の重要性が示唆された。しかし、直接処遇職員比率、看護職員の夜勤体制については差がみられなかった。

また、亡くなることに備えた専用の部屋がある、職員に終末期のあり方に共通の理解があると考えられる施設で特養内死亡比率が高かった。

開設年が平成 10 年以降の新しい施設では、特養内死亡比率が低かった。

1) - 2 - (7) 死亡場所別 死亡退所者の属性

死亡場所別の死亡退所者の属性を比べると、特養内死亡者のほうが、平均年齢が高く、女性が多い。平均入所期間は長く、要介護度、寝たきり度、痴呆の程度も重い傾向がみられる。ただし、有していた傷病には差はみられない。

直接死因の順位をみると、特養内では、老衰が第一位であったが、病院等では、肺炎が第一位であった（図表 8）。

1) - 2 - (8) 施設内死亡の状況

亡くなった時間帯は、職員数が少なくなっていると思われる夕方から朝にかけて（18時から8時）が 57.4%と半数を占めていた。死亡時の立会い者は「介護職員」が 90.4%、「看護職員」が 84.4%、「医師」は 66.4%、「家族・親類」は 43.4%であった。

死亡時期の予測については、約 7 割がある程度の予測が出来ていた。

死亡前には、6 割程度が経口摂取が不可能になっていた。

死亡前 2 週間以内に実施した処置で多かったものは、「点滴」が 50.6%、「酸素療法」が 44.9%であった。また、死亡前 3 ヶ月間の入院の有無は「なし」が 86.0%であった。

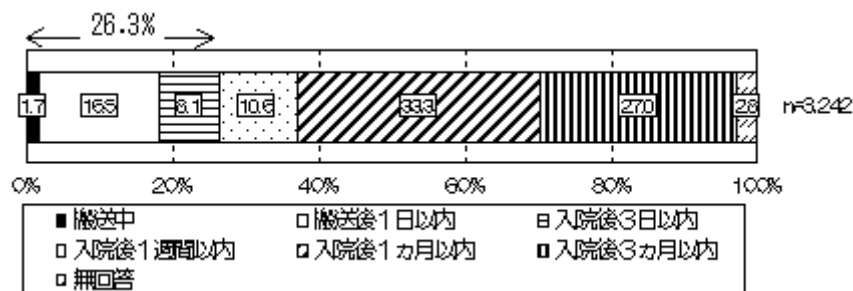
1) - 2 - (9) 病院で死亡した場合の搬送や入院の状況

医療機関への搬送（移動）方法については、「通常の搬送」が 65.1%、「救急搬送」が 34.2%であった。搬送理由は「その他状態の急変」が 56.1%と最も多かった。死亡時点は「搬送中」が 1.7%、「搬送後 1 日以内」が 16.5%で、入院後 3 日以内を合わせて 26.3%であった（図表 9）。

死亡時期の予測は 65.8%が「搬送時点では予測できていなかった」と回答している。

搬送前 2 週間以内に、施設内で実施した処置は、「点滴」は 27.6%、「酸素療法」が 17.9%と多かった。これらの割合は、特養内で死亡した者に対して死亡前 2 週間以内に実施された割合よりそれぞれ低かった。

図表 9 死亡時点



1) - 2 - (10) 今後の方針

終末期ケアについての今後の方針については、「施設内で亡くなることも含め、対応したい」が 65.0%と最も多い。次いで「条件が整えば対応を考えていきたい」が 16.8%となっている。「施設内で亡くなることには対応しない方針だが、終末期ケアについては充実を図っていきたい」は 9.0%であった（図表 10）。

一方、職員は、看護職員、介護職員ともに「可能な限り看取った方がよい」が最も多く（看護職員 47.4%、介護職員 48.9%）、次いで「どちらともいえない」が多い（ともに 38.9%）。「可能な限り看取った方がよい」「積極的に看取った方がよい」を合わせると約 5 割が看取った方がよいと考えており、看取らない方がよいという意見を上回っているものの、「どちらともいえない」という回答が約 4 割を占めている。

終末期ケア実施にあたっての課題としては、施設長の回答では、「医師、医療機関との関係強化」が 54.7%で最も多く、次いで「職員の知識・技術の向上（38.1%）」「居室等の環境整備（34.8%）」であった。看護職員の回答でも「医師、医療機関との関係強化」が 44.9%で最も多く、次いで「職員の知識・技術の向上（40.4%）」が挙げられた。

一方、介護職員では「職員の知識・技術の向上」が 53.4%で最も多く、次いで「医師、医療機関との関係強化（37.3%）」が挙げられた（図表 11）。

1) - 2 - (11) 家族の希望、意識

今回の家族調査の対象者は施設が選定しており、施設ケア全般に関し高い意識を持つことが予想され、調査対象集団としては偏りがあることに留意する必要がある。そうした前提のもと、終末期ケアに関する家族の希望、意識を概観してみる。

終末期の医療やケアは日頃の施設ケアの延長にあるものとして、必ずしも施設・家族の双方が改めて認識していない。例えば、ケアプランの認識状況をたずねてみると、「ケアプランを見たことがない」、「説明を受けたことがない」という回答が多く聞かれた。さらに、当該施設でできる医療の範囲についても、施設としては、入所時に本人・家族に説明したと認識していたにも拘らず、ほとんどの家族は具体的な情報は持っていなかった。

終末期に受けさせたい医療や介護について、ほとんどの家族は「痛みを取り除く程度の医療」は受けさせたいが、積極的な治療による「延命」は望まないとしていた。しかし、その医療内容について具体的なイメージを持っているわけではないようである。

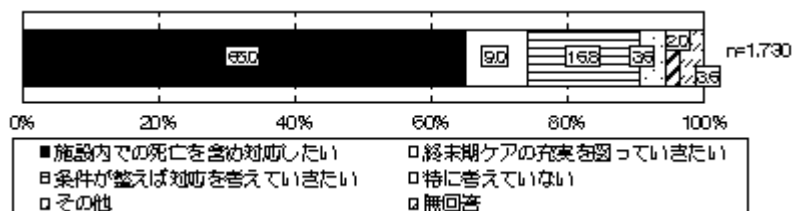
終末期の迎え方については、本人の意思を尊重したいという意見が多かった。しかし、家族は本人の意思を確認することが出来ず、その役割を施設側に期待している意見も多かった。

家族は終末期ケアに関する希望は持っているものの、具体的なものではなく、また判断材料となるような施設ケア、医療の提供体制に関する情報、さらには入所者本人の意思

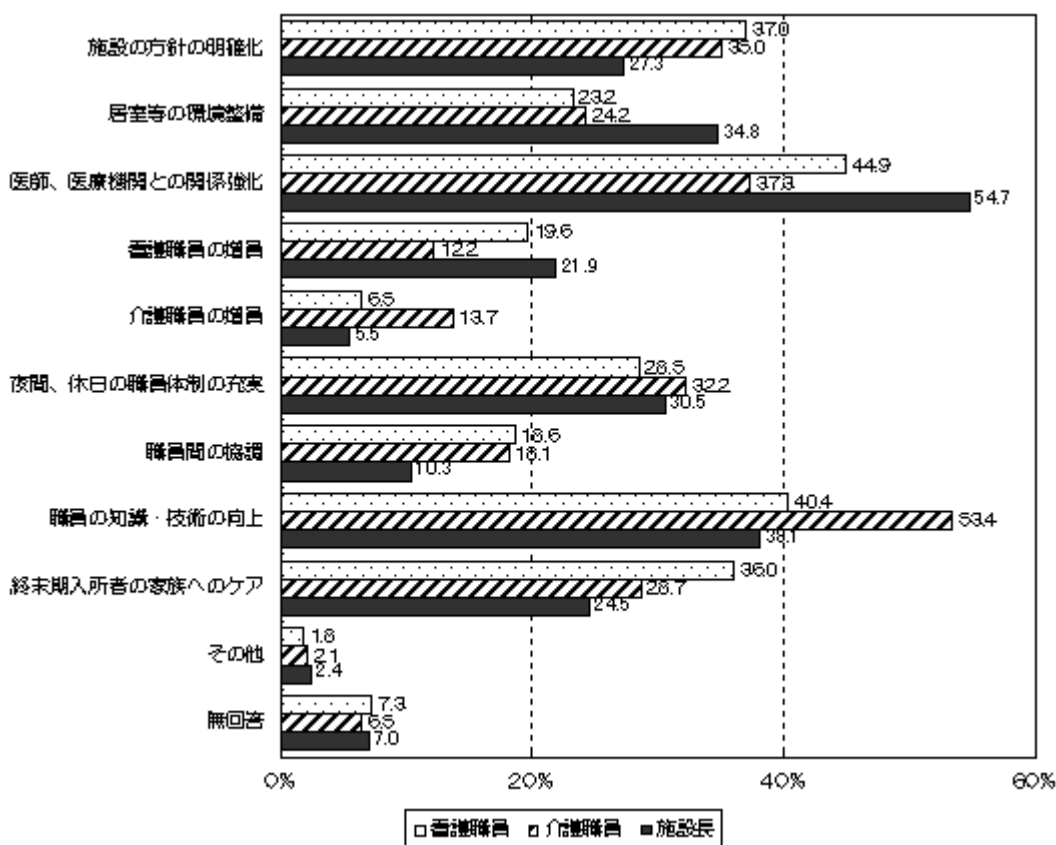
も十分に把握できていない様子うかがわれた。

最終的には、主介護者である家族に判断が委ねられる場合が多いが、施設側は判断に必要な情報を積極的に提供すべきであろうし、同時に家族も情報を得る努力をすべきであろう。

図表 10 今後の方針



図表 11 終末期ケア実施にあたっての課題



2) 要介護高齢者の終末期における医療に関する研究（医療経済研究機構）

わが国では要介護高齢者が自らの人生を閉じる場所として住み慣れた自宅や高齢者入所施設を選択しても、結果的に医療機関で死を迎える人が多い。この原因として、現在の医療・介護の提供体制の問題や、本人や家族の意思を反映する仕組みが十分ではないことなどが考えられる。このような背景のもと本研究では、これらの問題の解決に資するような示唆を得るため、スウェーデン、オランダ、フランスにおける要介護高齢者

に対する終末期のケアの実態、また高齢者ケアの方針を決定するための意思決定プロセス等を調査した。この成果が、今後のわが国における要介護者高齢者の終末期ケアのあり方を検討する際の基礎的な資料として活用されることを期待する。

2) - (1) 調査の目的

スウェーデン、オランダ、フランスにおける要介護高齢者、とりわけ死期が近づいていると考えられる高齢者ケアの実態の把握、ケア方針を決定するための意思決定プロセスを調査することを通じて、高齢者自身の終末期ケアに対する意思を最大限尊重し、自宅や介護施設・ケア付き住宅などで死を迎えるための環境整備の検討に資する参考情報を収集する。

2) - (2) 調査対象

介護施設やケア付き住宅において死期が近いとみられる重度の要介護者に提供される医療・介護サービスを調査対象とした。

また、調査対象国は税財源を基盤としてサービス提供をしている北欧諸国からスウェーデン、1968年という早い時期に長期療養を対象とした AWBZ ^{*1} を創設したオランダ、公的医療保険制度が浸透し、介護給付制度も創設するなど制度面で日本と比較しやすいフランス、以上3カ国とした。

2) - (3) 調査内容

以下の内容について調査を行った。

- 1) 介護高齢者の居住場所と利用している医療・介護サービス
- 2) 介護施設やケア付き住宅における死期が近づいたときの対応
- 3) 死期の近い要介護高齢者に対する医療の提供（ケーススタディ）
- 4) 終末期ケアに関する意思確認の仕組み／等

2) - (4) 調査の結果

1) 高齢者の居住場所

①高齢者入所施設（介護施設・ケア付き住宅）の種類

スウェーデンの場合、個別に分類されてきたサービスハウス、ナーシングホーム、老人ホーム、グループホームといった「施設」はエーデル改革以後、特別住宅（またはケア付き住宅）として統合され、「施設」ではなく「住居」と位置づけられた。各種特別住宅（ケア付き住宅）があるが明確な違いはない。

オランダの場合、ナーシングホーム、高齢者ホームがある。また自立した生活が可能な高齢者を対象としたシェルタードハウジングがあるが明確な定義はない。

フランスの場合、高齢者入所施設と長期療養病床に分けられる。高齢者入所施設には高齢者ホーム、高齢者アパート、公的病院内の高齢者ホーム部と呼ばれるものがある。

②介護施設・ケア付き住宅に入所している者の割合

介護施設・ケア付き住宅で生活している者の割合を比較すると、スウェーデンでは8%、オランダでは7%、フランスでは4%となっている。

フランスは日本と同様に、医療施設に長期滞在することができるが、スウェーデン、

オランダでは医療施設は急性期患者のみを対象としており、要介護高齢者が長期にわたって滞在することはほとんどない。

③介護施設・ケア付き住宅の入所期間

オランダの場合、ナーシングホームが約1年半、高齢者ホームが約3～4年、フランスの場合、高齢者施設が約3年、長期療養病床が約2年となっている。スウェーデンの場合、まとまったデータがなかったが一般的にナーシングホーム系の方が重度要介護者になってから入所するため利用期間が短く、老人ホーム系は自立度が比較的高い段階で入所するため利用期間が長い傾向がある。

いずれの国も、介護の必要性の高い高齢者を対象とする施設は入所期間が短い傾向があった。なお、日本の場合、特別養護老人ホームの入所期間の中央値は3年程度である。

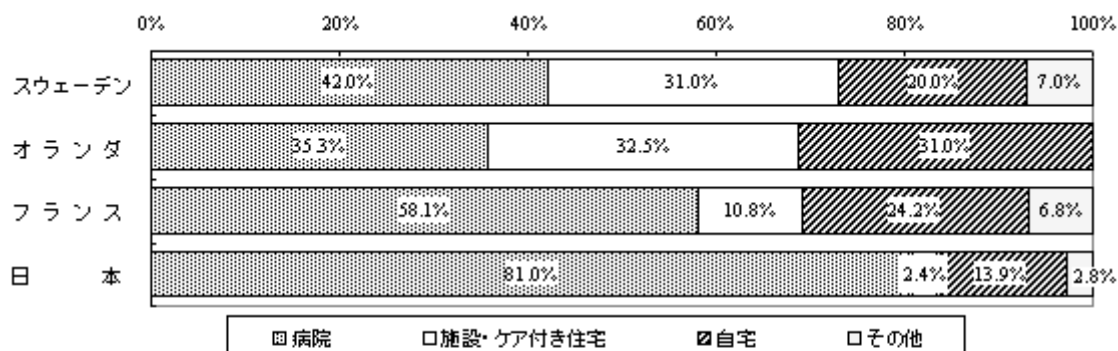
④介護施設・ケア付き住宅入所の場合の費用負担

いずれの国も利用に際して所得制限はないが、自己負担は所得に応じた設定になっていることが多く、高所得者ほど自己負担が多い。

フランスでは日本と同様に長期療養病床があるが、長期入院した場合の自己負担額は高齢者入所施設とほぼ同等の高額になるため、施設ではなく長期療養病床を選択するという経済的インセンティブは働かないと考えられる。

⑤要介護高齢者の死亡場所

オランダ・スウェーデンでは施設・ケア付き住宅で死亡する人が3割を超え、フランスは1割程度となっている。



(注)「ナーシングホーム・ケア付き住宅」の中には、オランダとフランスは高齢者ホーム、日本は介護老人保健施設が含まれる。オランダの「自宅」には施設以外の「その他」も含まれる。

(資料)スウェーデン: Socialstyrelsen Döden angår oss alla による1996年時点(本編 p48)

オランダ: Centraal Bureau voor de Statistiek による1998年時点(本編 p91)

フランス: Institut National des Études Démographiques による1998年時点(本編 p137)

日本: 厚生労働省大臣官房統計情報部『人口動態統計』による2000年時点

2) 介護施設・ケア付き住宅におけるサービス提供内容

①医師・看護師の人員配置、看護師への権限委譲

いずれの国も、人員配置のガイドラインはない。施設の種類および個々の施設において差異がある。

スウェーデンでは、看護師がいる施設といない施設がある。いない施設の場合は地域看護師が訪問し在宅での訪問看護同様24時間対応している。ナーシングホームでは

技能が高く権限を持つ看護師が多い。また家庭医の訪問は少なく看護師やケアスタッフに任されている。

オランダのナーシングホームではナーシングホーム医と看護師が常駐し医療・看護を提供する。看護師は夜間も常駐しており看護師の能力に応じて、医師が権限委譲するケースもある。

フランスの高齢者ホームでは医師は非常勤のことが多く、入所者は基本的にかかりつけ医の診察を継続して受けている。看護師は日中のみの配置など比較的少ない。

②医療機関の利用

オランダでは、ナーシングホーム医が日常的な医学的ケアを行うことができるため、病院の利用は病院でしかできないような医学的処置が必要であると認めた場合に限られる。

スウェーデン、フランスの場合も、同様に急変や手術の必要な怪我など医学的に何かできるときのみ病院を利用する。

③死期が近づいた場合の医療機関の利用

いずれの国でも介護施設・ケア付き住宅の看護師や介護スタッフは死の看取りに慣れているため、最後まで必要なケアを提供することが出来、病院へ転送することは少ないとの意見が多く聞かれた。

④死期が近い要介護高齢者に対する積極的医療の提供

はっきりとした意思表示ができない程度に痴呆が進行し、自力で嚥下不能なほどADLが低下している要介護高齢者が肺炎に罹ったケースを提示し、その対応（抗生物質投与の有無とその方法、経管栄養の実施、呼吸困難に対する処置、心停止直後の心臓マッサージ等）をインタビューした。このような状況の対応について、いずれの国においても国レベルのガイドラインは作成されていなかった。

インタビューの結果、各国とも抗生物質の投与について年齢による区別は行っていないが、点滴での投与は医療機関以外ではまれなようである。経管栄養については回復の見込みの少ない場合、胃ろうを作るなど人工的な処置を行うケースは少ないとの意見が多かった。呼吸困難に対する気管内挿管、気管切開、心停止直後の心臓マッサージについては実施するという意見は聞かれなかった。

3) 要介護高齢者の医療サービス利用（日本との相違点）

3ヵ国における要介護高齢者の医療サービス利用が日本と異なる理由として、次の4点が要因として考えられる。

①病院を利用するうえでの条件の違い

フランスは日本と同様に病院医療へのアクセスが比較的良好で、かかりつけ医などの紹介なしに直接入院することが可能であるが、オランダ・スウェーデンでは救急医療に限定されている。またフランスは、長期療養病床に要介護高齢者が長期入院することが可能であるが、オランダ・スウェーデンは原則的にできない。

ただし、スウェーデンでは、日本の長期療養病床に相当していたリハビリテーション病院、ナーシングホームがエーデル改革により、医療施設ではなく介護施設・ケア付き住宅と位置付けられるようになったことに留意する必要がある。このため移管後も医療機能を残しているところでは、病院へ転院させなくても必要な医療を提供でき

ている。

②介護施設・ケア付き住宅で提供される医療サービス

今回調査した国の中で、オランダのナーシングホームでは専門のナーシングホーム医学を修得した医師が常駐し、レベルの高い高齢者ケアを提供していることが目立った。このため医療機関を利用せずとも手厚い医療サービスを受けることができる。

一方、スウェーデンでは特別住宅の大半は、個人の住宅に近い環境が整備されており、多くが個室である。台所やシャワーがついており、自分の家から家具を持ち込めるなど、生活の質と継続性が保障されている。また、専門の看護スタッフを24時間備えているため、何かあったときは看護師によるケアを受けられるという安心感もある。このようなケア付き住宅が整備されたので、自立度が高い時期から安心のために看護・介護の充実した施設に入所するような対応は見られなくなったといえよう。

なお、各国とも、医療施設、介護施設、医療・看護の充実したケア付き住宅、さらに通常の住宅との区別は曖昧になってきており、単純には比較できないことに注意が必要である。

③看護師の技能向上と権限委譲

オランダ・スウェーデンでは看護師の権限が広く、特にスウェーデンではディストリクト・ナースが介護施設・ケア付き住宅の区別なく充実した看護を提供している。また、施設のスタッフが看取りに慣れており、死期が近づいても病院へ転送せずに必要なケアを提供できる。介護に熟練した看護師の養成と権限委譲が重要と考えられる。

④意思決定の仕組みの違い

オランダのナーシングホームでは、痴呆などで意思表示できなくなった場合に備えて、ナーシングホームの医師が事前に死期が近づいた場合の処置などについて希望を確認する仕組みをとっている。在宅の高齢者の場合は、かかりつけのGPと長期にわたる関係が確立されているため、患者は医師に対して意思表明をしやすい。こうした本人の意思は医療方針に反映される。オランダのナーシングホーム医はナーシングホームで手厚い医療を提供し、また患者の意思確認なども行っている。しかしそれだけでなく、ナーシングホーム医協会が蘇生(心臓マッサージと人工呼吸)に関するガイドラインを作成し、本人の希望と医学的効果に鑑みた提供を呼びかけている。このガイドラインに基づき具体的なマニュアルを作成している施設もある。ナーシングホーム医はGPとともに、それぞれ専門の診療領域(科)を形成し、医学教育においても専門分野のひとつとなっている。ナーシングホーム医やGPの存在は、専門医に対しても影響力をもつと考えられる。

これに反して、スウェーデンとフランスでは、要介護高齢者の意思確認についてはオランダのように整備されていない。終末期を想定した話し合いを持つことはタブー視される傾向があり、医師や看護師は日常的な関わりを通じて推察している。また医学教育において専門分野として確立していない。

*1: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten 特別医療費補償制度

3) 「在宅末期がん診療における麻薬使用率の検討」(在宅医療助成 勇美記念財団)

A 診療所において、1999. 4. 1～2004. 12. 31 に在宅診療を行い死亡した患者 189 人、I

診療所において、1994. 4. 1～2003. 7. 31 に在宅診療を行い死亡した患者 76 人、M クリニックにおいて、1997. 4. 1～2003. 12. 31 に在宅診療を行い死亡した患者 102 人、K クリニックにおいて、1999. 1. 1～2003. 3. 31 に在宅診療を行い死亡した患者 202 人、KG 診療所において、2000. 4. 1～2004. 3. 31 に在宅診療を行い死亡した患者 48 人の合計 617 人を対象とした。

対象全患者 617 名のうち、在宅医療施行中に 316 名に麻薬が使用され、麻薬使用率は 51.2%であった。このうち、在宅死亡患者は、355 名で、そのうち 201 人に麻薬が使用され、麻薬使用率は 56.6%であった。病院等死亡患者は 262 名で、そのうち 115 人に麻薬が使用され、麻薬使用率は 43.8%であった。ただし、病院等死亡患者に関しては、死亡までの全経過を見ているわけではなく、このデータは、経過途上における麻薬使用率と見るべきである。年齢階級別麻薬使用率においては、在宅死亡患者と病院等死亡患者のいずれにおいても、年齢階級が高いほど、麻薬使用率が低い傾向が見られ、70 歳以降においては、おおむね、麻薬使用率は半数以下になっている。

4) プライマリケアチームが在宅緩和ケアを円滑に提供するために必要な専門職緩和ケアチームとの連携について (在宅医療助成 勇美記念財団)

半構成的質問紙を作成し、実際に在宅緩和ケアに関わった両チームのメンバーに対しインタビューを行なうことで、メンバー自身の視点から捉えたチーム連携の課題について調査した。専門職緩和ケアチームは 1 チームで、医師 1 名、看護師 2 名、OT 2 名、MSW1 名、一方、プライマリケアチームはこの緩和ケアチームと連携経験のある診療所医師 5 名 (5 チーム)、訪問看護ステーションの看護師 3 名 (3 チーム)、の計 14 名を対象とした。これら対象者に対し予備研究で判明した課題を盛り込んだ半構成的質問紙法により面接を行った。面接時間は 1 時間半から 2 時間であり、面接は研究者自身がこれにあたった。また、面接者は被面接者とは異なる職種のものであたることとし、看護師への面接は医師である研究者がこれを行った。インタビューに当たっては面接予定者に対して、事前に書面によって、研究の目的と意義、研究の方法、研究への参加が、肉体的苦痛、副作用、合併症をもたらすものではないこと、研究への参加の自由と、不参加による不利益を被らないこと、参加後の中止の自由、プライバシーの保護 について説明を行い、面接の許可を得た。また改めて、面接開始前に説明用紙に基づき再度口頭により説明を行い、文書にて同意を得た後に、インタビューを行った。インタビューは同意を得て IC レコーダに録音し、インタビュー終了後これから、逐語録を作成し、内容分析の技法を用いて分析を行った。

まず、訪問看護師の立場から見た連携促進因子・阻害因子を検討したところ、連携促進因子として、1) 両チームの参加する学習会の定期開催、2) 十分な情報提供、3) プライマリケアチームによる緩和ケアに特有なケアの理解、4) 両チームの間での適切な役割分担、5) 迅速な連絡体制、6) 緩和ケアチームのバックアップによる安心感、7) 合同カンファレンスの開催、の 7 つの因子が抽出された。一方阻害する要因として 1) 2 人主治医体制、2) 緩和ケアに理解を示さないプライマリケア医、の 2 つの因子が見いだされた。

促進因子については、プライマリケア医を対象とした面接でもほぼ同じ因子が抽出された。さらに医師に特有の連携促進因子として、1) 医師同士の人間関係、2) 訪問看護ステーションの積極活用、3) グループ診療、4) 緊急事態の対応策が、また阻害因子として、医療制度の不備が抽出された。

現状の医療制度がこうしたチーム連携を阻害しているという点について、詳述する余裕はないが、平成 18 年 4 月の診療報酬改訂で、在宅医療に手厚い変更がなされたことで、

かなり改善されるのではないかと考えられる。緩和ケアチームがプライマリケアチームにスーパーバイザー的に関わることで在宅緩和ケアを必要とする患者・家族のニーズに応じていこうという取り組みを考える場合、プライマリケアチーム側からみれば、がんの在宅緩和ケアというのは、利用者としてがんよりもはるかに多い一般の慢性疾患、加齢に伴う疾患に対する在宅ケアのバリエーションのひとつというとらえ方もできる。

そうした通常扱い慣れている患者とがん患者の違いは、癌性疼痛、がん特有な症状、精神・心理的反応、急激な症状変化が挙げられるが、これとて本質的なものではなく、相対的なものとも考えられる。

在宅緩和ケアはこれまで先進的な医師・看護師を中心とする一部の施設でのみ提供されてきたが、本来在宅ケアに習熟しているプライマリケアチームと専門職緩和ケアチームが連携することで、在宅での緩和ケアならびに最期の看取りを希望する患者・家族に対して、サービス提供の機会が大幅に増大する可能性が示唆された。

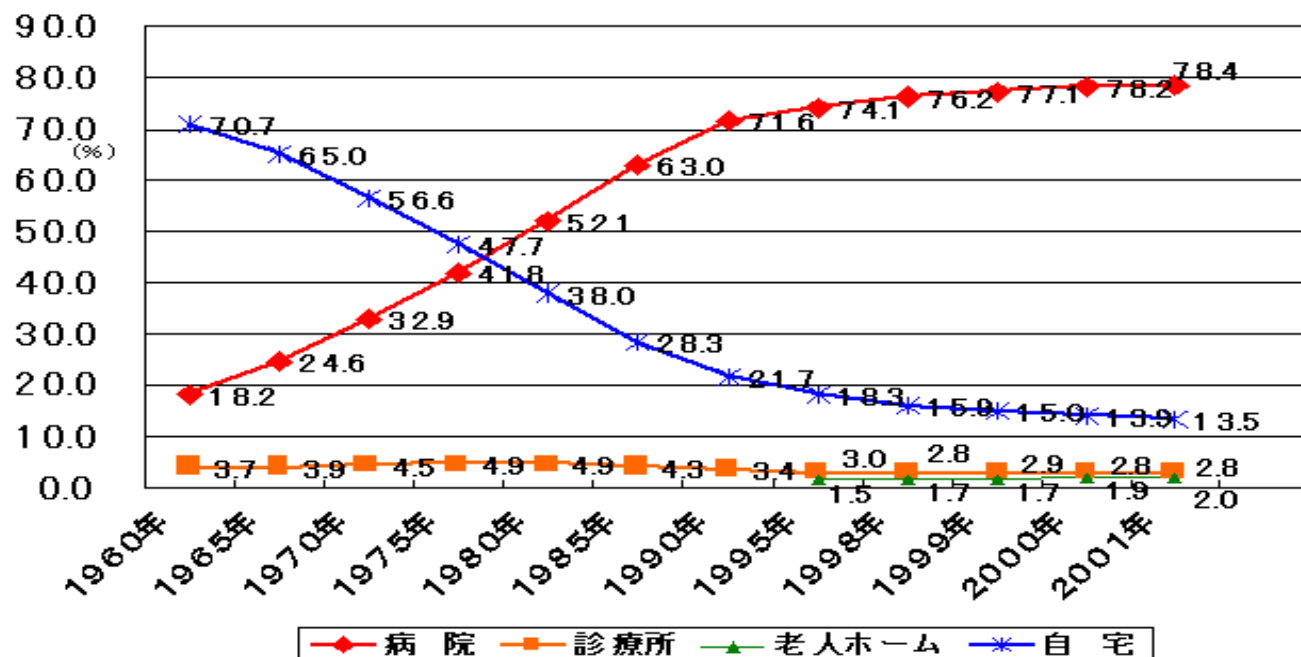
5) 在宅医療に従事する人材養成の支援（在宅医療助成 勇美記念財団）

「在宅療養支援診療所」制度発足後も、外来診療収益は比較的高い。「外来で十分に患者を獲得すればもはや在宅医療を行わなくても、開業医は生活に困らない。だから、在宅医療を行う医師が少ないのだろうか。在宅医療を行う医師の中でも、24時間対応する医師は少ない。それは果たして医師の怠慢なのだろうか。医師は経済的な動機で在宅医療に参入するのだろうか。果たして診療報酬のドライブで医師が在宅医療に参入することを本当に誘導可能なのか。」以上のようなことが議論されてきた。討論の末、経済的なドライブではなく、むしろ、「医師の精神性」こそが在宅医療を推進する根源であろう」という結論に帰着した。すなわち、在宅医療を身をもって体験し、その社会的意義と「面白さ」を真に体得した医師を養成することが重要である。そして、21世紀のニーズにこたえる在宅医療を行う医師を養成する研修コースを設けるという志を我々は持つにいたった。本コースは、初期臨床研修終了後の「専門的な研修コース（フェローシップ）」（案1）および、「開業支援コース」（案2）であり、在宅医療を学び、開業能力のある医師を養成するものである。{患者の要請に応じて24時間の対応を実施し、かつ、患者の生活背景を深く省察し、マネジメント能力にとんだ在宅医を養成する}ことを基本目的とする。このような研修プログラムの開発研究を行うことにした。とりわけ、案2に関しては、勇美記念財団内部で討論されている「在宅医療研修センター（案）」を考慮に入れた。

(3) 医療政策の展開 その1 がん

わが国は、上記先行研究が示すとおり、住み慣れた生活の場において最期を迎えるシステムが未だ整備されていないため、下図のとおりやむを得ず病院のベッドで死亡する場合が約8割である。また、表のように都道府県別に見ても、病院死は最高の北海道から長野まで約1割の幅はあるものの、この傾向は変わらない。この状況を打破するには、在宅医療支援診療所を中心とした在宅医療の一層の展開が必要条件となる。

死亡場所の内訳・推移（出典：平成13年 人口動態統計）



死亡の場所別にみた都道府県別構成割合 (%) 平成14年人口動態統計より作成

都道府県 全国には住所 が外国・不詳を 含む。	病 院	診療所	老人保 健施設	助産所	老 人 ホーム	自 宅	その他
全国	78.6	2.8	0.6	0.0	1.9	13.4	2.7
北海道	84.3	3.1	0.3	－	1.2	8.4	2.8
青森	73.9	6.4	1.1	－	2.2	12.6	3.8
岩手	79.0	3.3	1.0	－	1.5	11.8	3.3
宮城	75.0	3.5	0.8	－	1.5	15.9	3.4
秋田	76.9	2.2	0.8	－	2.4	14.6	3.1
山形	74.0	2.6	0.6	－	3.3	16.9	2.5
福島	77.4	2.4	0.7	－	1.4	15.6	2.6
茨城	79.7	2.8	0.4	－	1.4	13.2	2.5
栃木	76.8	4.0	1.0	－	2.2	13.6	2.2

群馬	78.6	2.5	0.9	－	1.6	13.8	2.6
埼玉	81.6	2.6	0.3	－	1.2	12.0	2.3
千葉	79.4	2.7	0.4	－	0.9	13.9	2.7
東京	81.9	1.7	0.3	－	1.5	12.8	1.9
神奈川	81.8	1.5	0.3	－	1.2	12.7	2.5
新潟	75.5	0.8	0.9	－	2.6	17.7	2.5
富山	80.9	1.6	0.7	－	1.9	12.6	2.3
石川	77.9	3.0	1.0	－	2.1	13.0	3.0
福井	75.0	4.5	1.2	－	3.1	14.1	2.0
山梨	76.5	2.0	0.7	－	2.1	15.4	3.3
長野	72.5	2.1	1.4	－	4.4	17.4	2.1
岐阜	76.6	3.2	0.7	－	1.2	16.1	2.2
静岡	76.0	2.7	0.6	－	2.8	15.5	2.3
愛知	81.8	1.9	0.5	－	0.7	12.9	2.2
三重	75.5	2.2	0.7	－	2.6	16.4	2.6
滋賀	79.0	0.4	0.2	－	1.5	16.3	2.7
京都	79.6	0.6	0.3	－	2.0	14.7	2.8
大阪	80.0	0.9	0.2	－	1.1	14.4	3.5
兵庫	77.3	2.1	0.3	－	2.0	15.6	2.7
奈良	77.7	0.7	0.2	－	2.1	16.4	2.9
和歌山	71.2	3.9	1.2	－	4.0	17.1	2.6
鳥取	73.2	4.1	2.3	－	2.9	14.6	2.9
島根	76.3	2.2	0.7	－	4.0	14.4	2.4
岡山	75.7	4.4	0.9	－	2.7	13.7	2.5
広島	76.9	3.1	0.5	0.0	3.5	13.4	2.6
山口	79.1	3.4	0.6	－	2.8	11.3	2.8
徳島	74.6	5.0	1.8	－	3.5	12.9	2.2
香川	74.2	5.2	1.1	－	3.4	13.8	2.3
愛媛	74.4	5.2	0.9	－	2.0	14.8	2.7
高知	81.6	2.3	0.4	－	1.2	11.3	3.2
福岡	82.6	2.9	0.6	－	1.3	10.0	2.5
佐賀	77.3	5.1	1.2	－	3.0	10.7	2.6
長崎	79.6	4.9	0.9	－	2.6	9.8	2.2
熊本	77.2	6.6	0.6	－	3.1	10.2	2.3
大分	73.3	8.2	0.9	－	3.3	11.5	2.8
宮崎	75.1	7.6	0.6	－	2.6	11.3	2.8
鹿児島	74.3	8.2	0.7	－	3.2	11.2	2.3
沖縄	78.4	2.4	0.3	－	2.0	13.0	4.0

以上の先行研究より、居宅のみならず、介護・福祉施設における看取りのためには、従来の在宅医療提供サービスでは賄いきれない、あらたな在宅医療の拠点、橋頭堡の役割を果たす、在宅医療支援診療所に関する調査研究が必要であると考えられた。

さらに、最期を迎えたい場所で最期を迎えるには、救急車で入院することを避けるために、リビングウイル等の事前指示の普及が必要である。

日本医師会は、米国医師会の定義をうけて「事前指示とは、記載され署名された書面または証言された口頭による陳述であり、意識を喪失しまたは他の方法で自分の意思表示ができなくなった場合に、自分が受けることまたは受けないことを希求する、医療に関する希望を記録したもの」として、専門学会による代表的な疾病ごとの終末期医療ガイドラインの作成に必要性を提言している。とりわけ治療の差し控え、中止が特に問題となる筋萎縮性側索硬化症（ALS）、遷延性意識障害（PVS）などの疾患については、関連する専門学会がガイドラインを作成することを要望している。

厚生労働省研究班（主任研究者 林謙治 国立保健医療科学院次長）においても、終末期医療についてのガイドラインの策定が行われつつある。「今後、緩和医療が普及すればがん患者およびその家族の延命中止治療に対する認識は今のものとは大きく変化すると考えられる。しかし、現状では、延命中止治療に関する限り司法判断を超える医療行為を医療従事者に求めることは困難であると考ええる。従って、延命中止治療について社会的合意が得られるのは自然死を見守る姿勢であり、患者及び家族・介護者の意志を尊重し、チーム医療体制を整備して方針を決めることが望まれる。当面の間こうした方向性に沿うのは末期がん患者の在宅ケアであろう。」

したがって、事前指示について、在宅医療にかかわる臨床家の意識を調査する必要があると考えられる。

厚生労働省が開催していた「がん対策の推進に関する意見交換会」が、がん対策に関する提言をとりまとめた。

提言は、（１）がんの予防・早期発見（２）がん医療（３）医療機関の整備（４）がん医療に関する相談支援および情報提供（５）がん登録（６）がん研究——の６つの項目に関して、現状を描写したうえで具体的な提言を示した。提言は合計 55 項目にのぼる。

まず、がんの予防・早期発見に関しては、7 項目が挙げられた。「たばこ対策の推進」「がん予防対策の広報強化」「がん検診未受診者を無くすことに重点を置いた検診推進」などである。

2 つ目のがん医療に関しては 22 項目。放射線療法・化学療法の推進と医療従事者の育成、診療ガイドライン、緩和ケア、在宅医療の 4 分野に分けて提言が並んだ。放射線療法・化学療法の推進と医療従事者の育成の分野では、「チーム医療の推進」「専門的にがん治療を行う医療者の育成のための大学講座などの設置」「医師のコミュニケーション技術の向上」などが、診療ガイドラインの分野では、「ガイドライン作成の促進と患者用版の作成推進」「作成委員への患者参加奨励」などが盛り込まれた。

緩和ケアの分野では、「切れ目のない緩和ケアの実施や緩和ケア外来の設置」「医師への緩和ケアに関する研修の実施」「緩和ケアチームへの心のケアも含めた教育」などが、在宅医療の分野については、「在宅医療のための体制整備」「地域連携クリニカルパス（実施されるケアを医療機関の枠を超えて時系列に図示した治療計画書）の整備などによる地域で在宅医療が実施できる体制の整備」「訪問看護師の確保」「痛みのケアや医療用麻薬に詳しい在宅緩和ケア関係者の育成」などが入った。

3 つ目の医療機関の整備に関しては 5 項目。「医療機能の分化・連携の推進」「地域連携クリニカルパスの整備による切れ目のない医療の提供」「がん拠点病院のさらなる機能強化に向けた検討」国立がんセンターがん対策情報センターの機能強化」などが明記された。

4 つ目の相談支援・情報提供に関しては 12 項目。「がん経験者による相談の重視」「がん患者や患者団体ががん医療を変えたとの責任や自覚を持って活動すべきこと」「社会全体が

患者団体の支援をすべきこと」「患者と家族への心のケアを実施する体制の整備」「がん拠点病院に設置された相談支援センターの人員増強や訓練強化」「相談支援センターでの患者団体の相談員との連携」「国立がんセンターによるインターネットを通じた情報提供強化と共にインターネットを使わない人への情報提供経路の確保」などの事項がある。

5 つ目のがん登録に関しては 5 項目。「がん登録の意義と内容の周知」「患者追跡調査の労力軽減策の検討」「地域がん登録に関する法律整備の検討」などが記述された。最後のがん研究に関しては 4 項目。「臨床研究グループへの支援や人材の育成など基盤の強化」「情報の提供や公開による国民の理解促進」「患者から期待が大きい患者の生活の質（QOL）向上などを含む臨床研究の重視」「研究成果を患者代表も参加した会議などで報告するなどの透明性の確保」などが盛り込まれた。

***麻薬の取り扱い

がんなどの痛みを和らげる医療用麻薬を、在宅でも使いやすくするため、厚生労働省は国の麻薬管理マニュアルを初めて改訂した。患者本人が手元で薬を管理できるようにするなど、規制を大幅に緩和した。がん対策基本法が施行される 4 月を前に、自宅で行える緩和医療を受けやすくし、患者の生活の質を高めるのが狙い。

モルヒネなどの麻薬は乱用防止のため、麻薬取締法で管理の仕方が厳しく制限されている。一方で、適切に使えば、意識を残したまま、痛みだけを取り除くことができ、医療用麻薬の需要が高まっていた。

このため、厚労省研究班が 89 年度、医療従事者向けに使用の注意点をまとめたマニュアルを作成。調剤や患者への受け渡し、管理、廃棄などの仕方をまとめた。ただ、薬は薬局やナースステーションで管理し、受け取りは患者本人か家族に限っていた。

また、「在宅患者が増えた今、マニュアルの医療用麻薬の基準は厳しすぎる」という声が在宅ケアの現場などから出ていたことなどから、厚労省は、専門家による検討会を設置。マニュアルを昨年末に改訂した。

改訂後、患者自身が自宅で薬を保管できるようになった。患者が希望すれば看護師やホームヘルパー、ボランティアなどが薬を取りに行き、患者に届けられるほか、処方箋（しょほうせん）をファクスで送り、調剤を始めてもらえる。薬局などから患者が遠くにいる場合、書留便で送ることもできる。

厚労省は「緩和医療を適切に行う」と明記する、がん対策基本法の施行に合わせ、07 年度中に医療従事者向けの講習会を開き、使用実態の調査なども行い、さらに適正使用を促す方針である。

・厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課：病院・診療所における麻薬管理マニュアル（平成 18 年 12 月）による主な変更点を示す。

「譲渡（法第 24 条）」

麻薬施用者は自ら指示をして、診療施設の薬剤師又は患者の看護に当たる看護師に麻薬及び麻薬処方せんを患者宅に届けさせることができます。麻薬施用者は、患者の病状等の事情により、患者が麻薬を受領することが困難と認める場合には、患者又はその看護に当たる家族等の意を受けた看護又は介護に当たる看護師、ホームヘルパー、ボランティア等に麻薬及び麻薬処方せんを手渡すことができます。その際、不正流出防止のため、看護師、ホームヘルパー、ボランティア等が患者又はその看護に当たる家族等の意を受けた者であることを書面、電話等で確認し、診察時等には患者が指示どおり麻薬を

施用していることを患者又は患者の家族等を通じて随時確認してください。」

「施用、交付（法第 27 条・法第 30 条・法第 33 条）

入院患者に麻薬を交付した際、患者自身が服薬管理できる状況であれば、患者に必要な最小限の麻薬を保管させることは差し支えありません。ただし、病状等からみて患者が服薬管理できないと認めるときは、麻薬管理者は、交付した麻薬を病棟看護師詰所等で保管、管理するよう指示して下さい。入院患者に交付された麻薬は、患者が麻薬を保管する際には看護師詰所等で保管する場合のような麻薬保管庫等の設備は必要ありません。しかし、麻薬管理者は患者に対して、紛失等の防止を図るため、保管方法を助言するなど注意喚起に努め、服用状況等を随時聴取し、施用記録等に記載するようにしてください。

なお、入院患者が交付された麻薬を不注意で紛失等した場合には麻薬管理者は麻薬事故届を提出する必要はありませんが、紛失等した状況を患者から聴取して原因を把握したうえで、盗難や詐取等されたがい然性が高い時は、都道府県薬務主管課又は保健所にその状況を報告するとともに、警察にも連絡してください。」

厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課：薬局における麻薬管理マニュアル（平成 18 年 12 月）による主な変更点を示す。

「譲渡〈患者への交付〉（法第 24 条第 10 項・法第 25 条）

麻薬小売業者は、麻薬処方せんの交付を受けた者に対し、その処方せんにより調剤した麻薬を交付する以外に麻薬を譲渡することはできません。また、麻薬卸売業者へ返品することもできません。

※ 薬局、病院、診療所等の間の貸し借りは絶対にしてはいけません。譲渡・譲受違反となります。（同一開設者が開設する薬局間においても同様です。）

麻薬小売業者は、患者の病状等の事情により、患者が麻薬を受領することが困難と認める場合には、麻薬処方せんの交付を受けた患者又はその看護に当たる家族等の意を受けた患者の看護にあたる看護師、ホームヘルパー、ボランティア等に麻薬を手渡すことができます。その際、不正流通等防止のため、看護師等が患者等の意を受けた者であることを書面、電話等で確認してください。

さらに、患者が交付された麻薬を指示どおり服薬していることを、患者又は患者の家族等を通じて随時確認してください。

また、麻薬注射剤を患者に交付するときで、患者又は患者の看護に当たる家族等に直接手渡す際には、薬液を取り出せない構造で麻薬施用者が指示した注入速度（麻薬施用者が指示した量及び頻度の範囲内で患者が痛みの程度に応じた追加投与を選択できる「レスキュー・ドーズ」として注入できる設定を含む。）を変更できないものにして下さい。ただし、患者等の意を受け、さらに麻薬施用者から医療上の指示を受けた看護師が患者宅へ麻薬注射剤を持参し、患者に施用を補助する場合（麻薬小売業者が患者宅へ麻薬注射剤を持参し、麻薬施用者から医療上の指示を受けた看護師に手渡す場合を含む。）はこの限りではありません。なお、麻薬小売業者が患者等の意を受けた看護師等に麻薬を手渡した時点で、患者へ麻薬を交付したことになります。」

（４）医療政策の展開 その２ 難病

１）特殊疾患療養病棟の廃止について

慢性期入院医療については平成 18 年 6 月 30 日までの経過措置として暫定的な診療報酬が決定され、7 月からの診療報酬も示された。7 月から慢性期入院医療は ADL 区分と医療区分の分類から患者のケアの必要度、医療の必要度に応じて分類されている。医療区分は従来、看護配置基準によって評価されていたが、処置の内容、疾患、状態といった医療の必要性に基づく区分となっている。区分 3 は 24 時間体制での監視を必要とする状態で、中心静脈栄養、24 時間持続点滴、レスピレータ使用、ドレーン法・胸腹腔洗浄、発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管のケア、酸素療法、感染隔離室におけるケアのいずれかの条件に該当する者となっており、区分 2 は医療区分 3 に該当しない者のうち次の条件に該当する者となっている。

多発性硬化症、パーキンソン病関連疾患、その他神経難病、脊髄損傷、肺気腫／慢性閉塞性肺疾患、疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍、肺炎、尿路感染症、創感染、リハビリテーションが必要な疾患が発症してから 30 日以内、脱水、体内出血、頻回の嘔吐、じょく瘡、うっ血性潰瘍、せん妄の兆候、うつ状態、暴行が毎日見られる状態で、医療措置としては、透析、経管栄養、喀痰吸引、気管切開・気管内挿管のケア、血糖チェック、皮膚の潰瘍のケア、手術創のケア、創傷処置、足のケア。医療区分 1 は医療区分 3、2 に該当しない者となっている（医療区分分類表参照）。

特殊疾患療養病棟入院料と特殊疾患入院医学管理料は平成 20 年 3 月 31 日までの経過措置として残るが、それ以降は廃止される予定である。

医療区分分類表

医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
医療区分 3、2 に該当しない者	医療区分 3 に該当しない者のうち以下のいずれかの条件に該当する者	以下のいずれかの条件に該当する者
	【疾患・状態】 多発性硬化症、パーキンソン病関連疾患、その他神経難病、脊髄損傷、肺気腫／慢性閉塞性肺疾患、疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍、肺炎、尿路感染症、創感染、リハビリテーションが必要な疾患が発症してから 30 日以内、脱水、体内出血、頻回の嘔吐、じょく瘡、うっ血性潰瘍、せん妄の兆候、うつ状態、暴行が毎日見られる状態 【医療措置】 透析、経管栄養、喀痰吸引、気管切開・気管内挿管のケア、血糖チェック、皮膚の潰瘍のケア、手術創のケア、創傷処置、足のケア	【疾患・状態】 医師及び看護師による 24 時間体制での監視を必要とする状態 【医療処置】 中心静脈栄養（消化管異常、悪性腫瘍等により消化管からの栄養摂取が困難な場合）、24 時間持続点滴、レスピレータ使用、ドレーン法・胸腹腔洗浄、発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管のケア、酸素療法（安静時、睡眠時、運動負荷いずれかで SpO ₂ 90%以下）、感染隔離室におけるケア

2006 年 6 月 30 日時点で『特殊疾患療養病棟入院料 1』を算定する病棟について、同時点で当該病棟に入院している入院患者で神経難病等に該当する者について平成 20 年 3 月 31 日までの間は、本来、『医療区分 1』又は『医療区分 2』に該当するところを『医療区分

3』に該当するものとみなすという説明がなされた。

([http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/a405b74fbbf2450d4925715a00046af1/\\$FILE/20060424siryou7.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/a405b74fbbf2450d4925715a00046af1/$FILE/20060424siryou7.pdf))

また、同様に『特殊疾患療養病棟入院料 2』を算定している病棟についても、平成 20 年 3 月 31 日までの間、本来、『医療区分 1』に該当するところを、『医療区分 2』に該当するとみなすという内容が提案されている。

さらに、重度心身障害児（者）施設及び指定医療機関等については『特殊疾患療養病棟入院料 1』『特殊疾患療養病棟入院料 2』または『特殊疾患入院施設管理加算』算定病棟の重度肢体不自由児（者）又は知的障害者であって『医療区分 1』に該当する者は『医療区分 2』とみなすことが検討、提案されている。

現 行	本来の医療区分	経過的取扱い	算定点数の変化
特殊疾患療養病棟入院料 1 神経難病等患者	1 又は 2	3	885 (or 764) →1740
特殊疾患療養病棟入院料 2 神経難病等患者	1	2	885(or 764) →1334 (or 1220)

今回の措置の対象は、病床区分上療養病床を届け出ているうちの特殊疾患療養病棟を算定している保険医療機関に限定されている。新旧の対比を表に示す。

（旧）療養病棟入院基本料

項目	点数(老人)	看護配置基準	看護師比率	看護補助配置
1	1,209(1,151)点	5 : 1	2 割以上	4 : 1
2	1,138(1,080)点	5 : 1	2 割以上	5 : 1
・その他包括する加算(日常生活障害加算、認知症加算、特殊疾患入院施設管理加算、(準)超重症児(者)入院診療加算 等)				

（新： 2006 年 6 月まで）

項目	点数(老人)	看護配置基準	看護師比率	看護補助配置
1	1,187 点	5 : 1	2 割以上	4 : 1
2	1,117 点	5 : 1	2 割以上	5 : 1
・その他包括する加算(日常生活障害加算、認知症加算、特殊疾患入院施設管理加算、(準)超重症児(者)入院診療加算 等)				

（新： 2006 年 7 月から）

ADL 区分 3	885 点	1,344 点	1,740 点
ADL 区分 2	764 点		
ADL 区分 1		1,220 点	
	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
(認知機能障害加算 5 点(医療区分 2・ADL 区分 1))			

医療保険の療病病床の診療報酬点数は 7 月から医療区分と ADL 区分で患者ごとに算定することになるが、患者の医療区分や ADL 区分の評価は頻回に実施することになろう。たとえば医療区分 3 の場合、「医師及び看護職員により、常時、監視・管理を必要とする状態」

については、頻回に評価を行い、医療区分に応じた診療報酬点数を算定することになる。

このような制度改革の影響で、医療療養病床や、特殊疾患療養病棟から在宅療養への大幅なシフトが予想される。とりわけ難病患者については在宅ハイケアの提供体制の整備がなお一層望まれるところであり、療養者の視点に立った医療の質の評価こそが喫緊の課題である。当研究グループは、この課題に引き続き取り組んでゆく。

2) 平成 18 年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査の結果について

中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会は、診療報酬改定にともなう療養病棟の状況について調査を実施し、中間報告書を発表した。

特に、本研究に関わるいわゆる“ハイケア”を必要とする重症者は、医療区分 3 に該当する。今回の調査結果では、次のような事実が明らかとなった。「医療療養病棟においては平成 17 年度と比較して、医療区分 1 の患者の割合が減少し、医療区分 2、3 の患者の割合が増加していた。」「医療区分 2、3 の各項目に対する評価として、24 時間持続点滴、リハビリテーション、体内出血、喀痰吸引等の項目において、項目への該当条件や該当日数の制限が不適切との意見があった。なお、不適当との意見は、自由記載の意見から、分類そのものというよりは、診療報酬点数の妥当性、制度実施の手順及び評価票の煩雑さ等に関して不適切として評価されたと考えられる。また、医療区分 2 に加えるべき項目として、経管栄養、胃瘻等の処置を挙げる意見が多数あった。」

また、問題点として「患者分類に対する診療報酬上の区分において、例えば医療区分 3 の ADL 区分 1 と ADL 区分 3 の間にケア時間の大きな開きが認められるにもかかわらず、1 つの区分として整理されている等、必ずしも同質ではないものがまとめられているとも考えられること」が指摘されている。ただし、特殊疾患療養病棟に特化した調査は報告されていない。

中間報告書の概要を以下に示す。

診療報酬調査専門組織慢性期入院医療の包括評価調査分科会
(分科会長 池上直己) 中間報告書 (平成 19 年 3 月 28 日)

当分科会は、中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会の要請を受け、平成 18 年度診療報酬改定において療養病棟入院基本料等に導入された、医療の必要性による区分(以下「医療区分」という。)及び ADL の状況による区分(以下「ADL 区分」という)、並びに認知機能障害加算に基づく患者分類を用いた評価手法等について以下の事項の検証を行うことを目的として、調査を実施した。

- ①患者分類に基づく包括評価導入に伴う職員配置、患者構成、コストの変動
- ②医療区分の妥当性
- ③ADL 区分の妥当性
- ④認知症加算の妥当性
- ⑤患者分類に基づく包括評価導入前後の医療の質の変化
- ⑥医療療養病棟の役割
- ⑦患者及び施設の介護への移行の状況

A. 調査対象

(1) タイムスタディ等調査

慢性期入院医療の患者像等を適切に把握することを目的として、医療療養病棟を有し調査協力が得られた 90 病院を対象に、患者特性調査、タイムスタディ、コスト調査、レセプト調査（タイムスタディ調査対象病棟）、施設特性調査、病院長に対する基本事項に関する調査を実施した。

(2) レセプト調査（国保支払分）

全国の療養病棟入院基本料 2 を算定する病棟における入院料の算定状況等の把握を目的として、当該病棟の入院患者であって、国民健康保険からの支払いに係る者のうち約 12 万人の 1 か月分のレセプトを収集した。

(3) 有床診療所の患者分類分布調査

医療療養病床を有する診療所の患者分類分布の把握を目的として、協力が得られた 109 施設の調査基準日における患者の分布を調査した。

(4) 介護療養病床のみを有する病院の調査

介護療養病床のみを有する病院の患者の状態像等の把握を目的として、協力の得られた 16 病院を対象に、患者特性調査及び施設特性調査を実施した。

B. 結果概要

(1) 分析対象

上記の調査対象からのデータのうち、2 月時点において集計可能となったものについて集計を行った。集計の対象件数は以下のとおりである。

集計対象数

調査票	現時点での 件数	最終見込み 件数
1. 患者特性調査票(医療療養病棟)	77病院	90病院
2. 患者特性調査票(介護療養病棟等)	31病院	37病院
3. タイムスタディ調査票	70病院	90病院
4. コスト調査票	50病院	90病院
5. レセプト調査票(タイムスタディ調査病棟)	77病院	90病院
6. 有床診療所の患者分類分布調査票	109診療所	—
7. 介護療養病床のみを有する病院の調査票	16病院	—
8. 施設特性調査票	81病院	90病院
9. 病院長に対する基本事項に関する調査票	82病院	90病院
10. レセプト調査(国保支払分)	42,881件	約12万件

①ADL・医療区分、認知機能障害加算の状況

医療療養病棟においては平成 17 年度と比較して、医療区分 1 の患者の割合が減少し、医療区分 2、3 の患者の割合が増加していた。一方、介護療養病棟においてはそのような傾向はなく、医療の必要性に応じた医療と介護の機能分担が進んでいるものと評価できる。

②患者 1 人当たりのケア時間の状況

医療療養病棟における患者分類別の患者 1 人 1 日当たり職種別人件費重み付けケア時間(以下「ケア時間」という)は、平成 16 年度調査時と比較していずれの区分においても増加していたが、医療区分、ADL 区分とも区分 1、区分 2、区分 3 の順にケア時間が長くなっていることに変化はなかった。ただし、言忍知機能障害の「有り」と「無し」の間におけるケア時間の差はわずかししか認められなかった。

③患者 1 人当たり費用の状況

医療療養病棟の患者 1 人当たり費用は、平成 16 年度と比較して大きな変化はなかった。その内訳においては、材料費等が増加し、経費等が減少した。

④職員配置の状況

看護職員 1 人当たりの患者数は、平成 17 年 11 月と比較して平成 18 年 11 月では減少しており、看護職員の配置が厚くなったものと評価できる。看護補助者 1 人当たりの患者数は、平成 17 年 11 月と比較して平成 18 年 6 月、7 月は減少し看護職員の配置が厚くなったものの、平成 18 年 11 月では再び平成 17 年 11 月の状況に戻っていた。

⑤入院患者の状況

患者分類導入直近の平成 18 年 6 月、7 月においては、その前後と比較して療養病床内において医療保険・介護保険間を移行した患者数が増加した。医療療養病棟に入院する時点では、医療区分 2、3 の患者が 7 割近くを占めており、医療療養病棟における医療の必要性の高い患者の受け入れが進んでいるものと評価できる。退院又は転棟する時点では、医療区分 3 の患者が 3 割以上を占めているが、その多くは死亡退院であり、死亡退院以外では医療区分 1 の状態で退院又は転棟する患者が半数近くを占めていた。

⑥患者分類に対する病院長の評価

病院長による基本事項に関する評価においては、患者分類に対する総合的評価として、「やや不適当である」「不適当である」の合計が 6 割近くに上ったほか、医療区分 2、3 の各項目に対する評価として、24 時間持続点滴、リハビリテーション、体内出血、喀痰吸引等の項目において、項目への該当条件や該当日数の制限が不適切との意見があった。

なお、不適当との意見は、自由記載の意見から、分類そのものというよりは、診療報酬点数の妥当性、制度実施の手順及び評価票の煩雑さ等に関して不適切として評価されたと考えられる。

また、医療区分 2 に加えるべき項目として、経管栄養、胃瘻等の処置を挙げる意見が多数あった。

医療区分・ADL 区分の評価・記録頻度は 1 週間に 1 度でよい、との意見が 4 割近くを占めた。療養病床への入院対象としては、急性期一般病棟での治療後の受け皿を必要としている患者、在宅での療養が一時的に困難になった際の受け皿を必要としている患者、経口摂取が困難な患者を挙げる意見が多数あった。

患者分類の導入に伴う対応として、療養病棟の機能を明確化し、入院する基準を見直した、患者特性の把握及び記録をより綿密に行うようになった、との意見が多数あった。また、医師、看護職員の数を増やした、または 1 人当たりの勤務時間が増加した、とする回答が 6 割から 7 割あった。

⑦医療療養病棟の入院料算定の状況

全国の医療療養病棟の入院患者のレセプトでの入院料の算定状況においては、医療区分1に該当する患者が30%、医療区分2が52%、医療区分3が18%であり、平成17年度と比較して医療区分1の患者の割合が減少し、医療区分2、3の患者の割合が増加していた。

⑧有床診療所の患者分布の状況

有床診療所においては、平成17年度と比較して医療区分毎の患者構成、比に変化なく、病院と異なり、医療と介護の機能分担は進んでいないことが明らかになった。

C. 患者分類に係る検証

医療区分及びADL区分については、診療報酬改定後もタイムスタディ調査による患者1人当たりの直接ケア時間の順序性が保持されていることが明らかとなったこと等から、概ね妥当であると考えられた。また、医療療養病棟において、医療の必要性の高い患者の受け入れが進んでいることが明らかになった。一方で、以下の点については、さらに詳細な検討が必要と考えられた。

- ・患者分類に対する診療報酬上の区分において、例えば医療区分3のADL区分1とADL区分3の間にケア時間の大きな開きが認められるにもかかわらず、1つの区分として整理されている等、必ずしも同質ではないものがまとめられているとも考えられること。

- ・認知機能障害の有無については、直接ケア時間の差が小さいこと等から、必ずしも区分を分ける必要はないとも考えられること。

なお、当分科会に対して要請された事項は、平成18年度診療報酬改定の基礎資料とするため、患者にかかるコストに着目して医療区分、ADL区分を設定することであった。しかし、医療区分1に関して入院医療を必要としないという政策判断がなされ、診療報酬についてもコストに見合わない点数が設定されていることについては、当分科会として大きな疑問を呈さざるを得ない。また、医療区分の意味づけを行う際には、介護保険施設における医療の在り方についても十分に検討される必要がある。

今回の報告は調査結果の速報に基づくものであり、コスト調査等についてはさらに詳細な分析が必要であると考えられることから、19年度以降も引き続き検証を進めるべきである。またその際には、医療の質の評価手法等についても併せて検討する必要がある。

3) 難病患者リハビリテーションに関する改編

A. 2006年診療報酬改定

従来以下の要件で行われてきた「難病患者リハビリテーション」は、2006年の診療報酬改訂で大きく「脳血管疾患等 リハビリテーション」組み込まれた。

旧「難病患者リハビリテーション」の要件

(1) 専任の常勤医師が勤務していること。

- (2) 専従する 2 人以上の従事者（理学療法士または作業療法士が 1 人以上でありかつ、看護師が 1 人以上）が勤務していること。ただし、回復期リハビリテーション病棟における常勤理学療法士又は作業療法士との兼任でないこと。
- (3) 取り扱う患者数は、従事者 1 人につき 1 日 20 人を限度とする。
- (4) 難病患者リハビリテーションを行うにふさわしい専用の施設を有しており、当該施設の広さは 60 平方メートル以上としかつ、患者 1 人当たりの面積は 4.0 平方メートルを基準とする。なお、専用の施設には機能訓練室を充てて差し支えない。
- (5) 当該訓練を行うために必要な専用の器機・器具を具備していること。

4 つの疾患別の評価体系へ再編

	脳血管疾患等 リハビリテーション	運動器 リハビリテーション	呼吸器 リハビリテーション	心大血管疾患 リハビリテーション
対象疾患	脳血管疾患 脳外傷 脳腫瘍 神経筋疾患 脊髄損傷 高次脳機能障害 等	上・下肢の複合損傷 上・下肢の外傷・ 骨折の手術後 四肢の切断・義肢 熱傷瘢痕による関節拘縮 等	肺炎・無気肺 開胸手術後 肺梗塞 慢性閉塞性肺疾患 であって重症後分類Ⅱ以上の状態の患者 等	急性心筋梗塞 狭心症 開心術後 慢性心不全で左心駆出率 40%以下 冠動脈バイパス術後大血管術後 等
リハビリテーション料 (I)	250 点	180 点	180 点	250 点
リハビリテーション料 (II)	100 点	80 点	80 点	100 点
算定日数の上限	180 点	150 点	90 点	150 点
※ リハビリテーション料 (II) は、一定の施設基準を満たす場合に算定できる。 ※ リハビリテーション料 (I) は、さらに医師又はリハビリテーション従事者の配置が手厚い場合に算定できる。				

B. その後の経過措置、変更点

B-1. 日本リハビリテーション医学会の意見書

社団法人日本リハビリテーション医学会は「平成 18 年診療報酬改定におけるリハビリテーション料に関する意見書」を平成 18 年 11 月 21 日に提出したが、そのなかで、日数制限を設定することのデメリットを整理した。

算定日数制限を疾患別に一律に決めることの問題点

- (1) 必要な算定日数に関しては、疾患群ではなく個々の患者においてバリエーションが大きいので、算定日数制限の除外対象患者以外の患者においても、算定日

数制限以上の日数が必要な場合にしばしば遭遇する。

- (2) 算定日数で収まらないことが予想される脊髄損傷などの疾患は、入院適応なしと判断してしまう場合がおこってしまう。
- (3) 介護保険対象でない年齢および疾患のために、どうしても医療保険で維持的なリハビリテーション治療を行わなければ廃用性の障害が出現する患者がいる。
- (4) 算定日数制限の除外対象患者になると、制度上は以前よりも診療報酬算定が行いやすくなり、不必要なリハビリテーション治療が場合によって行われてしまう可能性がある。
- (5) 開業している代替医療者に医師の同意書に基づく療養費を日数制限無く認めていることと整合性が取れないこと。
- (6) 十分に機能的なアウトカムが得られていない時点で、健康保険での診療の取り決めにおける算定日数制限の日となったことの理由で、治療を終了することを患者に説得することは難しい。
- (7) 維持期に利用することが前提となっている介護保険での通所リハビリテーションの個別患者における機能訓練の質が、現在の日本では必ずしも高くない。また、通所リハビリテーション自体の運用が個別の機能訓練を適切に行うことを目的としていない場合も多い。
- (8) 治療を継続することにより改善の得られる場合だけでなく、障害の状態の維持や進行の遅延が可能と医学的に判断される場合にもリハビリテーション医療の適応となると考えられる。

B-2. 中央社会保険医療協議会総会（平成 19 年 3 月 14 日）

平成 19 年 3 月 14 日に開催した中医協総会において、リハビリテーションにかかる調査結果概要（速報）を踏まえて、リハビリテーションの見直しに関する点数改定が諮問され、付帯決議をつけた上で了承、4 月 1 日から実施されることとなった。

改定は、①算定日数上限の除外対象を拡大する、②除外規定に該当しない場合であつて別に厚労大臣が定める患者について、維持期リハビリテーションを新設する、③算定日数上限期間内の点数を逡減させ引き下げる、という内容である。

除外対象患者は拡大したものの、「障害児（者）リハビリテーション料の対象となる患者」と、「先天性又は進行性の神経・筋疾患」を除き、依然として、「改善が見込まれる場合」だけに限定されている。なぜ、「改善が見込まれる」場合だけに限定されなければならないのかなど、まだまだ多くの問題がある。

難病患者のリハビリテーションは、QOL 向上の観点からも「必要な時に」実施されるべきである。在宅移行後も、医療施設と連携して、適切なリハビリテーションが提供されるよう検討すべきである。

4) 在宅療養者の家族以外の者による、たんの吸引等について

ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者のたんの吸引については、「看護師等による ALS 患者の在宅療養支援に関する分科会」（ALS 分科会）が、在宅 ALS 患者及びその家族の負担の軽減のため、一定の条件の下では、家族以外の者がたんの吸引をすることもやむを得ないとする報告書を取りまとめた。その後、行政においても同趣旨の通知（平成 15 年 7 月 17 日付け医政発第 0717001 号厚生労働省医政局長通知。以下「ALS 通知」という。）を発出した。

医療に関する資格を有しない者による医業は法律により禁止されているが、たんの吸引、経管栄養及び導尿については、看護師との連携・協力の下に教員がこれらの一部を行うモデル事業等が、平成 10 年度以来文部科学省により実施されている。このモデル事業において医療安全面、教育面の成果や保護者の心理的・物理的負担の軽減が観察されたこと、必要な医行為のすべてを担当できるだけの看護師の配置を短期間に行うことには困難が予想されることから、このモデル事業の形式を盲・聾・養護学校全体に許容することは、医療安全の確保が確実になるような一定の要件の下では、やむを得ないものと整理した。これを受けて、厚生労働省からも同趣旨の通知（平成 16 年 10 月 20 日付け医政発第 1020008 号厚生労働省医政局長通知）が発出された。

しかし、ALS 通知が都道府県内の区市町村や関係機関に周知徹底されておらず、地域の関係機関の認識が不十分なため、吸引の実施ができない例があることが報告されている。

さらには、家族以外の者が行うたんの吸引は、必ずしも制度化されたものではなく、例外的なやむを得ない措置とされていることから、行政としての関わり方が不明確である。このことによって矛盾や問題も生じており、解決策を検討する必要があるのではないか。例えば、同意書がきちんと取り交わされているかの確認など適正に実施されることについて、行政としてどのように関わるべきか、また、たんの吸引を行うホームヘルパーに対する研修の実施や、万一の事故の際の被害者保護のため事業主の損害賠償責任保険への加入も検討すべきではないか。これらの課題は依然として克服されていない。

在宅における ALS 以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについては、平成 17 年 3 月 24 付け医政発第 0324006 号厚生労働省医政局長通知によって「患者・障害者のたんの効果を吸引でき、患者の苦痛を最小限にし、吸引回数を減らすことができる専門的排たん法を実施できる訪問看護を積極的に活用すべきであるが、頻繁に行う必要のあるたんの吸引のすべてを訪問看護で対応していくことは現状では困難であり、24 時間休みのない家族の負担を軽減することが緊急に求められていることから、ALS 患者に対するたんの吸引を容認するのと同様の下記の下で、家族以外の者がたんの吸引を実施することは、当面のやむを得ない措置として許容されるものとする。なお、今回の措置の取扱いについては、ALS 患者に対する措置の見直しと同時期に、その実施状況や療養環境の整備状況等について把握した上で見直される必要があることを申し添える。」とされている。

ALS 患者にかかる在宅療養環境の整備状況に関する調査研究（研究代表者 川村佐和子 東京都立保健科学大学教授（当時）平成 16 年 3 月）では、平成 15 年 12 月 1 日現在で、人工呼吸器を装着している全国の ALS 患者のうち、在宅療養および短期入院中の患者合計 683 人を対象に、有効回答の得られた 673 人を分析対象者とした結果であるが、家族以外の者による吸引の実施率は 32%、同意書なしで実施している人数の割合が 49.5%であった。

日本 ALS 協会が実施した平成 19 年 2 月時点での全国調査では、たんの吸引に関する状況は、暫定値であるが、家族以外の者の吸引は 47%（257 人中 122 人）が実施、同意文書を交わしていない例が 20%（129 人中 26 人）である。

ALS 以外のたんの吸引については、川島孝一郎を主任研究者とする本研究グループにより、2005 年 2 月に調査が行われ、常時吸引が必要は 69.4[83.4]%（[] は ALS のみの結果）、気管切開後の人工呼吸器使用が 51.6[83.4]%、ヘルパーによるたんの吸引実施は 37.1[65.3]%であった。

ALS 以外のたんの吸引についても ALS 患者に対する措置の見直しと同時期に、その実施状況や療養環境の整備状況等について把握した上で見直される必要があるとされるが、今後、特殊疾患療法病棟の廃止等療養病床の削減等に起因する、重症者の在宅医療へのシフトが予想される中で、早急な検討が必要である。

また、吸引以外の行為については、平成 17 年 7 月 26 日付け医政発第 0726005 号厚生労働省医政局長通知「医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について」により、原則として医行為ではないと考えられるものが示されている。以下に、要点を示す。

「医師、歯科医師、看護師等の免許を有さない者による医業（歯科医業を含む。以下同じ。）は、医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条その他の関係法規によって禁止されている。ここにいう「医業」とは、当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為（医行為）を、反復継続する意思をもって行うことであると解している。

ある行為が医行為であるか否かについては、個々の行為の態様に応じ個別具体的に判断する必要がある。しかし、近年の疾病構造の変化、国民の間の医療に関する知識の向上、医学・医療機器の進歩、医療・介護サービスの提供の在り方の変化などを背景に、高齢者介護や障害者介護の現場等において、医師、看護師等の免許を有さない者が業として行うことを禁止されている「医行為」の範囲が不必要に拡大解釈されているとの声も聞かれるところである。

このため、医療機関以外の高齢者介護・障害者介護の現場等において判断に疑義が生じることの多い行為であって原則として医行為ではないと考えられるものを別紙の通り列挙したので、医師、看護師等の医療に関する免許を有しない者が行うことが適切か否か判断する際の参考とされたい。

なお、当然のこととして、これらの行為についても、高齢者介護や障害者介護の現場等において安全に行われるべきものであることを申し添える。

（別紙）

- 1 水銀体温計・電子体温計により腋下で体温を計測すること、及び耳式電子体温計により外耳道で体温を測定すること
 - 2 自動血圧測定器により血圧を測定すること
 - 3 新生児以外の者であって入院治療の必要がないものに対して、動脈血酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメータを装着すること
 - 4 軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること（汚物で汚れたガーゼの交換を含む。）
 - 5 患者の状態が以下の 3 条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族に伝えている場合に、事前の本人又は家族の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により患者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助すること。具体的には、皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く。）、皮膚への湿布の貼付、点眼薬の点眼、一包化された内用薬の内服（舌下錠の使用も含む）、肛門からの坐薬挿入又は鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること。
- ① 患者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること

② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと

③ 内用薬については誤嚥の可能性、坐薬については肛門からの出血の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと

注1 以下に掲げる行為も、原則として、医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要がないものであると考えられる。

① 爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がなく、かつ、糖尿病等の疾患に伴う専門的な管理が必要でない場合に、その爪を爪切りで切ること及び爪ヤスリでやすりがけすること

② 重度の歯周病等がない場合の日常的な口腔内の刷掃・清拭において、歯ブラシや綿棒又は巻き綿子などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にすること

③ 耳垢を除去すること（耳垢塞栓の除去を除く）

④ ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てること。（肌に接着したパウチの取り替えを除く。）

⑤ 自己導尿を補助するため、カテーテルの準備、体位の保持などを行うこと

⑥ 市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器（※）を用いて浣腸すること

※ 挿入部の長さが5から6センチメートル程度以内、グリセリン濃度50%、成人用の場合で40グラム程度以下、6歳から12歳未満の小児用の場合で20グラム程度以下、1歳から6歳未満の幼児用の場合で10グラム程度以下の容量のもの

注2 上記1から5まで及び注1に掲げる行為は、原則として医行為又は医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要があるものでないと考えられるものであるが、病状が不安定であること等により専門的な管理が必要な場合には、医行為であるとされる場合もあり得る。このため、介護サービス事業者等はサービス担当者会議の開催時等に、必要に応じて、医師、歯科医師又は看護職員に対して、そうした専門的な管理が必要な状態であるかどうか確認することが考えられる。さらに、病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、医師、歯科医師又は看護職員に連絡を行う等の必要な措置を速やかに講じる必要がある。

また、上記1から3までに掲げる行為によって測定された数値を基に投薬の要否など医学的な判断を行うことは医行為であり、事前に示された数値の範囲外の異常値が測定された場合には医師、歯科医師又は看護職員に報告するべきものである。」

たんの吸引の見直しの際には、経管栄養の介助等、すでに盲・聾・養護学校で実施が認められている行為を家族以外の者が在宅実施することや、居宅以外の福祉・介護施設で実施することについても検討すべきである。

（５）在宅療養支援診療所の課題と展開

在宅支援診療所の運用上の課題について、厚生労働省医政局総務課医療安全推進室長（前保険局医療課）佐原康之氏は、2006年11月26日の日本グループ診療研究会学術集会で次のように指摘している。

①診療所間の連携（グループ化）は可能か？

- ②在宅患者のすべてについて「在宅療養支援診療所」として機能できるか？
- ③病院との機能分化・連携を適切に実施できるか？
- ④訪問看護の提供（ステーションとの連携）を確実にできるか？
- ⑤介護サービスとの連携は確実にできるか？
- ⑥「自宅以外の多様な居住の場」におけるケアの質をどう向上させるか？
- ⑦在宅ケアを担えるスタッフ・技術・ソフトは十分か？

本研究は、まさしく在宅療養支援診療所の現状について、調査により詳細に把握し、上記課題についてのあるべき方向性を指し示すものでもある。とりわけ、在宅の看取り、難病等重症者へのサービス提供について、さらには人材の養成について、支援診療所の医師の取り組みと意識が明らかとなる。

（６）急性期病院退院後、患者はどこで受療しているか

急性期の病院は、高度な医療機器の整備や専門医の十分な配置による質の高い入院医療が 24 時間提供されるよう、原則として入院治療と専門的な外来のみを基本とすることを検討する必要がある。

また、退院後の生活については、再度、診療所を中心とする地域医療が、訪問看護や介護サービス等と連携して受け止めていく必要がある。はたして、退院後、患者はどのような受療行動をとるのであろうか。

DPC 病院における退院後の受療状況についての報告が、平成 19 年 11 月 21 日診療報酬調査専門組織 DPC 評価分科会において、厚生労働省保険局医療課よりなされた（議事録：<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/txt/s1112-3.txt>）。その内容はおおむね次のとおりである（配布資料：www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/dl/s1121-9i.pdf より抜粋）。

1）調査の目的

DPC 導入の影響評価を行うために、診断群分類の妥当性の検証及び診療内容の変化等を評価するための基礎資料を収集することを目的とする。

2）調査方法

平成 19 年 7 月から 12 月までの退院患者について、「診療録情報（診療録に基づく情報）」及び「レセプト情報（診療報酬請求明細書に基づく情報）」等を収集する。

3）調査対象病院

- 平成 15 年度 DPC 対象病院 82 病院
- 平成 16 年度 DPC 対象病院 62 病院
- 平成 18 年度 DPC 対象病院 216 病院
- 平成 18 年度 DPC 準備病院 371 病院
- 平成 19 年度 DPC 準備病院 698 病院

4）分析対象データについて

厚生労働省が受領した 7 月から 8 月の退院患者に係るデータ（約 144 万件）のうち、包

括払いの対象とならない病棟への移動があった者等を除外したデータ（約 131 万件）を分析の対象とした。また、平成 15 年度～18 年度の調査データについても同時期のデータを用いて比較対象とした。

5) 退院先の状況

(1) 自院の外来の割合の年次推移

自院の外来の割合は、平成 15 年度 DPC 対象病院は増加傾向(81.76% →82.59% →83.63% →84.21%→ 84.66%)であるが、平成 16 年度 DPC 対象病院は減少傾向 73.96%→74.58%→74.62%→72.33%→71.84%)であり、それ以外の病院類型では横ばい傾向(75.09%→75.52% →75.37%)であった。

(2) 転院の割合の年次推移

転院の割合については、平成 15 年度 DPC 対象病院は減少傾向(4.68%→4.77%→4.32% →4.21%→4.23%)であるが、平成 16 年度 DPC 対象病院は増加傾向(5.09%→4.66%→4.76% →5.25%→5.24%)であり、それ以外の病院類型では横ばい傾向(5.26%→5.31%→5.32%)であった。

6) 退院時転帰の状況

(1) 治癒・軽快の割合

治癒及び軽快を合計した割合は全ての病院類型において横ばい傾向であった。なお、治癒の割合は全ての病院類型で減少傾向(平成 15 年度 DPC 対象病院: 8.52%→6.64%→6.59%→5.08%→4.87%)であり、軽快の割合は全ての病院類型で増加傾向(平成 15 年度 DPC 対象病院: 70.37%→73.08%→72.65%→74.07%→74.19%)であった。

7) 再入院率

(1) 再入院の割合の年次推移

再入院の割合は、全ての病院類型で増加傾向(平成 15 年度 DPC 対象病院:6.22%→7.06% →7.36%→7.57%)であった。

(2) 同一疾患での 6 週間以内の再入院の割合の年次推移

同一疾患での 6 週間以内の再入院の割合は、全ての病院類型で増加傾向(平成 15 年度 DPC 対象病院: 3.80%→4.35%→4.63%→4.76%)であった。

8) まとめ

再入院率については、増加傾向であったことから、再入院率が高い医療機関に対してアンケート調査及びヒアリングを実施した。その結果、同一疾患での 3 日以内の再入院(病棟間の転棟に伴う再転病棟も含む)については、臨床現場の実態として、実質的に一連の療養として支障がないものと考えられ、1 入院として扱うことが適切であると考えられた。

また、4～7 日以内の再入院の例及び本来であれば外来で実施できると思われる治療でも入院医療で行われている例については、今後も実態の調査・検討が必要であると考えられる。

なお、平成 15 年度 DPC 対象病院においては、退院先の状況として、自院の外来の割合が増加傾向であり、転院の割合が減少傾向であったことから、退院患者が同じ医療機関の外来へ通院している傾向が示唆される。しかし、当該医療機関では、専門外来（外来化学療法・外来放射線療法等）を実施している場合が多いことも考えられ、その実態について今後調査する必要があると考えられる。

上記、報告を受けて、日本医師会は、次の 3 点を指摘している。

- ・入院患者については、「他院より紹介有りの率」が増加している。退院先では、「自院の外来」が増加し、「転院」が減少している。
- ・特定機能病院は患者を地域から吸収しているが、退院の時には患者は地域に帰っていない。
- ・治療していないため、自院の外来に通わざるを得ないとも推察される。

DPC 病院に限った調査結果であるが、退院後、転院が約 5%、自院外来通院が約 85% である。紹介元の地域主治医に再度受療する割合がどれほどのものか定かではない。詳細な調査が待たれる。

医療機能の分化・連携を推進し、地域における切れ目のない医療の流れを作っていくためには、患者が病院又は診療所を退院する際に、患者に対し退院後の療養について適切な情報提供を行うとともに、関係する医療機関間でその情報の共有化を進めていくことが重要となる。在宅医療を推進していくためには、地域において医療を担う在宅主治医が中心となり、他の医療機関、さらには介護、看護等多職種（訪問看護師、ケアマネジャーや薬剤師等）とによる連携をこれまで以上に強化する必要がある。併せて、自宅以外の多様な居住の場の確保、継続的な療養管理・指導、訪問看護、症状が急変した際の緊急入院体制、終末期における看取りの体制の整備等が急がれる。

また、「在宅」における対応が困難な状態に陥った場合、患者の状況に応じて、救急医療の機能を持った医療機関、回復期リハビリ機能を持った医療機関、さらには生活リハビリを含め療養を提供する機能を持った医療機関と連携し、適切な医療を提供できるよう用意しておくことが重要であり、患者、家族の安心につながるものである。

医療機関の管理者に対して、入院時に、入院から退院に至るまで患者に対して提供される医療に関する計画書を作成・交付し、適切な説明を行うことを義務づけるとともに、退院時に、退院後に必要な保健、医療又は福祉サービスに関する事項を記載した退院後の療養に関する計画書を作成・交付し、適切な説明を行うことを努力義務とされている。しかし、情報提供のあり方の程度の違いにより、療養先についての選択がどのように変化するのかについては明らかではない。

以上のような状況から、本研究では、急性期病院として臨床研修病院、およびがん専門病院等への調査を行う。

第 2 章 事業概要

第2章 事業概要

(1) ワーキンググループによる打合せ等の経過

【ワーキンググループメンバー】

川島孝一郎	(主任研究者)	仙台往診クリニック	院長／医師
伊藤道哉		東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野	講師
小坂 健		東北大学大学院歯学研究科国際歯科保健学分野	教授
田中 誠		仙台往診クリニック	医師
武吉宏典		合資会社テディーズ・コンピュータ・サポート	社長

【事務局】

伊藤裕子	有限会社ポーの一族
川島望美	有限会社ポーの一族
千葉宏毅	仙台往診クリニック
平井麻木	仙台往診クリニック

【会議開催日・出席者数】

第1回	平成19年11月21日(水)	出席者	7名
第2回	平成19年11月24日(土)	出席者	6名
第3回	平成19年11月28日(水)	出席者	7名
第4回	平成19年12月5日(水)	出席者	7名
第5回	平成19年12月10日(月)	出席者	8名
第6回	平成19年12月15日(土)	出席者	8名
第7回	平成19年12月28日(金)	出席者	6名
第8回	平成20年1月4日(金)	出席者	7名
第9回	平成20年1月7日(月)	出席者	8名
第10回	平成20年1月10日(木)	出席者	7名
第11回	平成20年1月15日(火)	出席者	7名
第12回	平成20年1月22日(火)	出席者	10名
第13回	平成20年1月28日(月)	出席者	10名
第14回	平成20年2月4日(月)	出席者	10名
第15回	平成20年2月12日(火)	出席者	11名
第16回	平成20年2月18日(月)	出席者	10名
第17回	平成20年2月21日(木)	出席者	9名
第18回	平成20年2月27日(水)	出席者	7名
第19回	平成20年3月3日(月)	出席者	9名
第20回	平成20年3月11日(火)	出席者	10名
第21回	平成20年3月17日(月)	出席者	9名
第22回	平成20年3月25日(火)	出席者	8名

（２）在宅医療研修

【研修者募集対象地区】 全国

【研修対象者】 医師、看護師、保健師、学生等

【研修者募集方法】

北海道・東北地区（宮城県以外）の各県保健福祉部担当課、臨床研修指定病院地域連携室へ郵送にて研修者を募った。同時に京阪地区の臨床研修指定病院へ電話にて研修者を募った。

【研修対象者数】

上記募集の結果、30名となった。

【研修内容】

本年策定した在宅医療研修カリキュラムの検証。在宅医療の概要に関する講義、往診同行。

【研修実施期間】 平成20年2月～平成20年3月

【実施結果の活用方法】

本年策定した在宅医療研修カリキュラムの評価を行なうとともに、全国の拠点で実施できる在宅医療研修カリキュラムの提言を行なう。

（３）調査

1) 重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業 調査①

【調査対象地区】 全国

【調査対象者】 臨床研修指定病院

【調査対象者収集方法】

財団法人医療研修推進財団ホームページ (<http://www.pmet.or.jp/>) より得た。

【調査対象者数】

全国の810件の臨床研修指定病院に、調査票を発送した。

調査① - A : 161件回収、そのうち有効回答は148件であった。

調査① - B : 121件回収、そのうち有効回答は101件であった。

【調査内容】

調査① - A : 地域医療連携室の機能、活動の実態、退院支援の取り組みと在宅復帰に関する意識調査を実施した。

調査① - B : 各病棟における在宅医療適用患者の在宅復帰の現状を調査した。

【調査実施期間】 平成 20 年 1 月～平成 20 年 2 月

【調査結果の活用方法】

退院支援と在宅復帰に関する実態を把握し、推進に際して解決すべき課題を明確にする。また、平成 19 年 4 月以降の在宅療養支援診療所との連携状況を把握する。

2) 重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業 調査②

【調査対象地区】 全国

【調査対象者】 がんセンター等勤務医師

【調査対象者収集方法】

全国がん（成人病）センター協議会に加盟する 30 施設、2,766 名の臨床に携わる勤務医師から調査協力者を募る。

【調査対象者数】

22 施設、合計 235 件回収、そのうち有効回答は 215 件であった。

【調査内容】

退院支援の取り組みと在宅復帰に関する意識調査。

【調査実施期間】 平成 20 年 1 月～平成 20 年 2 月

【調査結果の活用方法】

退院支援と在宅復帰に関する実態を把握し、推進に際して解決すべき課題を明確にする。

3) 重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業 調査③

【調査対象地区】 全国

【調査対象者】 在宅療養支援診療所

【調査対象者収集方法】

各都道府県社会保険事務所より、平成 19 年 12 月現在届出済みの在宅療養支援診療所リストを得た。

【調査対象者数】

全国の 10,760 件の在宅療養支援診療所に、調査票を発送した。2,608 件回収、そのうち有効回答は 2,605 件であった。

【調査内容】

地域における在宅療養支援診療所の整備状況についての調査を実施した。

【調査実施期間】 平成 20 年 1 月～平成 20 年 2 月

【調査結果の活用方法】

地域における在宅療養支援診療所の整備状況についての実態を把握する。

（４）事業実施の委託

東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野に集計と解析の一部を委託した。

第 3 章 事業結果 - 研修事業

第3章 事業結果 - 研修事業

(1) 研修内容の策定

今回の育成プログラムにおいては、医師・看護師・保健師・医療事務等の職員を全国から募り対応した。

育成プログラムでは一日～数日の研修期間の開きがあり、内容にばらつきが出ることは否めなかったが、重点事項について極力説明することに務めた。策定内容を以下に示す。

(2) 実施した研修日程と内容の概要

当クリニックにおける初期研修医対応のスケジュールを図1に示す。このスケジュールの内容から以下の重要項目をピックアップして研修内容とした。

- ① 少子・高齢化に伴う日本の人口動態の変遷から帰結する今後50年間の医療情勢
- ② ①に対する今後5年間の医療計画の骨子と在宅医療が担う項目
- ③ 看取りに関する国民の希望に関する情報
- ④ 国民のニーズと医療のサプライのミスマッチ
- ⑤ ミスマッチの是正
- ⑥ 以上から導き出される在宅医療の重要性と必要性
- ⑦ 在宅医療の周知
- ⑧ 重症者対応（人工呼吸器・IVH・在宅酸素・胃瘻・輸血等）
- ⑨ がんの看取りに関する諸知識（疼痛ラダー・キューブラーロスの心理変化等）
- ⑩ 医師－患者関係論
- ⑪ ケア会議の重要性

尚、厚生労働省が行った地域医療推進専門家養成研修に使用したスライド（p.127～）及び、医師－患者関係論に使用したスライド（p.175～）を提示する。このスライドの一部若しくは全部が研修に使用されている。

図1 臨床研修プログラム(2008)1月

仙台往診クリニック

月	火	水	木	金	土
7	8	9	10	11	12
9:00～9:30	9:00～10:30	9:00～10:30	9:00～10:30	9:00～10:30	
ビデオ学習	ミーティング	ミーティング	ミーティング	ミーティング	
9:30～11:00	11:00～12:30	11:00～12:30			
ミーティング	在宅医療概論②	在宅医療概論③			
11:00～12:30	(K)	(K)			
在宅医療概論①	13:30～		往診同行(H)	往診同行(Z)	
(K)	撮影同行(O)	往診同行(T)			
往診同行(K)		当直同行(S)			
14	15	16	17	18	19
	10:00～18:00	9:00～10:30	9:00～10:30	9:00～10:30	9:00～10:30
	生活実習	ミーティング	ミーティング	ミーティング	ミーティング
	WT様宅		11:00～12:30		10:30～11:30
			緩和医療①		介護保険・支援費
			(K)		(O,K)
		往診同行(H)	往診同行(T)	往診同行(S)	13:30～15:30
				当直同行(K)	吸引指導法
21	22	23	24	25	(K)
9:00～10:30	9:30～18:00	9:00～10:30	9:00～10:30	9:00～10:30	
ミーティング	調剤薬局実習	ミーティング	ミーティング	ミーティング	
11:00～12:30	M調剤薬局	11:00～12:30	11:00～13:00	11:00～12:30	
緩和医療②		医療保険について	意思伝達装置	緩和医療③	
(O)		(O)	(S,S)	(O)	
往診同行(H)		往診同行(H)	看護師と同行 当直同行(T)	看護師と同行	
28	29	30	31		
9:00～10:30	9:00～10:30	9:00～10:30	9:00～10:30		
ミーティング	ミーティング	ミーティング	ミーティング		
11:00～12:30	11:00～12:30	11:00～12:30	研修報告		
面接法	人工呼吸器管理	診断書作成	看護師と同行		
(O)	(O)	(O)			
		看護師と同行			
看護師と同行	看護師と同行	当直同行(Z)	レポート作成		

講義内容	担当者
在宅医療概論①~③	(K)
緩和医療①疼痛管理と鎮静について	
緩和医療②患者心理の対応について	
緩和医療③みどりについて	(O,K)
介護保険・支援費制度について	
人工呼吸器管理とカニューレ交換について	(K)
面接法—理論とプロセス—	
吸引指導法	(S,S)
意思伝達装置について	
診断書作成について—各種診断書、生命保険—	(K)
医療保険について	(O)
電子カルテ使用法	随時
各手技について—輸血・IVH・NGT交換・胃瘻交換・尿カテ交換—	
検査について	当直時
医療廃棄物処理方法について	
ビデオ学習	

(3) 研修参加者と評価

北海道・東北地区（宮城県以外）の各県保健福祉部担当課、臨床研修指定病院地域連携室へ郵送にて研修者を募った。同時に京阪地区の臨床研修指定病院へ電話にて研修者を募った。その結果、計 30 名が本プログラムによる研修を受けた（表 1）。

表 1 研修参加者の属性・研修期間

号	ID	属性	研修期間 (日)
1	hN-1	看護師	5
2	hD-1	医師	2
3	hN-2	看護師	2
4	hN-3	看護師	2
5	cD-1	医師	5
6	hN-4	看護師	2
7	hN-5	看護師	2
8	hN-6	看護師	2
9	hD-2	医師	1
10	mS-1	医学生	4
11	mS-2	医学生	3
12	hN-7	看護師	3
13	pN-1	保健師	1
14	pN-2	保健師	1
15	pN-3	保健師	1
16	pO-4	保健所職員	1
17	pN-5	保健師	1
18	pN-6	保健師	1
19	pN-7	保健師	1
20	pD-1	医師	1
21	cN-1	看護師	2
22	cN-2	看護師	2
23	sN-1	看護師	2
24	hN-8	看護師	2
25	hP-1	保健師	1
26	hN-9	看護師	2
27	cN-3	看護師	2
28	cC-1	医療事務	2
29	cN-4	看護師	2
30	hN-10	看護師	1

p. 66 から、各参加者による評価を提示する。研修前と研修後では明らかに在宅医療に対する視点が異なり、内容に示されるような良い評価であった。

1	hN — 1	看護師
---	--------	-----

1. 事前調査

1.1 在宅医療についてどのようなイメージを抱いていますか。

家族の介護負担が大きく、介護力によって継続が困難になる。

医療スタッフが常にそばにいない為、急変時の対応が困難。

往診医が一人で抱え込んでしまうと、休息もとれない→訪問診療をする Dr が少ない

これらの理由で、在宅医療（特に病状が不安定な、看取りを含めた）をすすめるのが難しい。

1.2 この研修でどのようなことを学びたいと思いますか。

在院日数の短縮や療養病床の減少で、治療が終了（急性期としての）しても地域に戻れる場所がなくなっている状況が生じています。在宅医療推進と言われていますが、病院できちんと退院調整できなければ、在宅療養支援につなぐ事ができないと痛感しています。

①良好な退院調整をする為に、在宅医療の実際を知る

②病院とクリニックの連携（受け入れや、救急時の病院利用）を知る

1.3 研修を終え復帰されたときに、現場でどのように生かしたいと思っていますか。

今後、地域医療を考える上で、病院が在宅療養支援を成功する為に果たせる役割をまとめていく。

現在システム化して取り組んでいる退院調整を見直す。（病院本位にならないように）

在宅医療を知ることで、より在宅の眼で在宅チーム（往診医、訪問 Ns、ケアマネージャー）に連携できるようにする。

2. 終了時調査

2.1 研修終了後の今、在宅医療についてどのように認識が変化しましたか。

医療、介護面で負担の大きい患者を在宅に帰すのは、状態変化に対応できる体制がないことで、家族負担が大きいイメージが強くありました。

しかし病院から退院する時、スタッフが「こんな状態で自宅に帰れるはずがない、患者がかわいそう」と安易に考えてしまい在宅医療の可能性を奪っているのではないかと考えさせられました。

病院として、在宅医療に移行する時の説明（病気や障害を抱えながらどう生きていくのか選択できるような）、在宅医療に合わせた医療行為の移行、ケア会議による連携強化など果たすべき責任を再確認できました。

「何かあればいつでも病院に・・・」ではなく、患者が安心して在宅医療が継続でき、尊厳のある生き方ができるためには、24 時間サポートできる在宅医療体制が必要でありこれからの地域の課題だと思います。

2.2 この研修でどのようなことを学ばれましたか（選択）。

在宅医療の概要（講義）、ケア会議

2.3 この研修でどのようなことを学ばれましたか（自由記載）。

- ①在宅医療推進の背景から在宅医療計画について
- ②説明責任の重要性(病院の医師、看護師は在宅医療に移行する時の説明が不十分であり、何かあれば病院に来るよう指示するなど間違った認識をしている)
- ③介護保険・福祉制度などに精通し適切な情報を提供する責任がある
- ④癌末期や難病患者を24時間支える体制の実際(退院時の初回面談→ケア会議→訪問診療、電話での指導対応、夜間の当番体制)
- ⑤ヘルパーへの吸引指導の見学(必要なサポートの育成と利用の拡大に努力する必要性がある)
- ⑥ケア会議の実際とその重要性(病院・診療所・保険・介護の連携の重要性)

2.4 現場へ復帰された時に、この研修をどのように生かそうとお考えですか。

- 1、重症患者の終末期医療を在宅に移行するためのかわり方を見直す
 - ・医師をはじめ院内他職種の意識改革(学習会や症例検討会を企画)
 - ・家族に説明責任を果たすよう医師に働きかける
 - ・生活者としての視点で退院指導をすすめる(リンクナースの育成)
- 2、早期から在宅チームが介入し一緒に退院調整する体制に向け努力する
 - ・ケアカンファレンスの定着と内容充実
 - ・訪問看護師をはじめ在宅スタッフとの相互研修

2.5 このような研修をどう思われましたか。

在宅医療の現場を見ることで、病院の中だけでなく広い視野で地域医療を考える機会となり現場に生かせる研修だと思います。

病院の退院調整は在宅医療に直結するものであり、多くの病院の医師や看護師が在宅医療を理解することは必須だと感じています。ぜひこのような研修を広めていただきたいと思います。

2.6 研修の内容で、足りないと感じたところは何ですか。

5 日間の研修期間で、その機会にも恵まれ幅広く研修させていただきありがとうございました。

2.7 このような同様の研修を、他の希望者に薦めたいと思いますか。

(はい/わからない/いいえ)

はい

2	hD	—	1	医師
---	----	---	---	----

1. 事前調査

1.1 在宅医療についてどのようなイメージを抱いていますか。

私自身が消化器外科医であるため、癌の術後再発などで化学療法・放射線療法を行った後、外科的に治療効果を認めなかった場合、死までの時間をつなぐ消極的な医療といったイメージ

1.2 この研修でどのようなことを学びたいと思いますか。

医者、医療者と患者、患者の家族にとって、部分の総和ではない全体とは、実際どのような関わり方なのかを感じたいと思う。

1.3 研修を終え復帰されたときに、現場でどのように生かしたいと思っていますか。

消化器外科医としてだけでなく、広い視野を持って働きたい。今までは手術がうまい事が全てで、術後も順調に経過し退院させる事が、自分の存在意義であったが、研修後の自分がどう変わるかが楽しみです。

2. 終了時調査

2.1 研修終了後の今、在宅医療についてどのように認識が変化しましたか。

研修前は在宅医療とは病気に打ち克つ事ができない状況における敗北の医療というイメージが強かったが、往診に同行して本人、家族の表情が明るく、前向きに在宅という選択をしていると感じた。

また、われわれ医師が在宅医療やそれを取りまくシステムおよび種々の制度についてもっと知識を持たなければ、在宅医療を推進して行く事が難しいと感じた。

2.2 この研修でどのようなことを学ばれましたか（選択）。

在宅医療の概要（講義）、終末期医療

2.3 この研修でどのようなことを学ばれましたか（自由記載）。

在宅医療、往診というスタイルがどのように患者さんを幸せにしていけるのかというイメージをつかむ事ができました。また、講義の中では今後の日本の在宅医療をめぐる諸問題にも言及していただき、これから自分の進むべき方向を示していただけたと思います。

2.4 現場へ復帰された時に、この研修をどのように生かそうと思いますか。

地域における在宅医療のシステムを見直し、既存の在宅療養支援診療所と病院の連携を深めるべく、院内での啓蒙活動や、地域の医師会との連携を調整していきたい。

2.5 このような研修をどう思われましたか。

自分の専門外の分野での研修を受ける事が初めてであったので、非常に新鮮に感じました。
また、専門分野のみに従事していると、視野が狭くなり、自分のスタイルが完成してしまっているように感じるが、いろんな医療のスタイルがあり、それぞれに長所、短所があるため自分が日常診療で使えるツールを増やす事ができる貴重な研修であると思います。

2.6 研修の内容で、足りないと感じたところは何ですか。

できれば、A先生の往診に付いていきたくかったです。

2.7 このような同様の研修を、他の希望者に薦めたいと思いますか。

(はい/わからない/いいえ)

はい

3	hN	—	2	看護師
---	----	---	---	-----

1. 事前調査

1.1 在宅医療についてどのようなイメージを抱いていますか。

現在、退院支援病床として、在宅療養を支援する病棟に勤務しています。急性期病院の機能を担いながら、患者・ご家族ができるだけ早期に安心して、在宅に戻って頂く為には、それを支えて頂ける在宅医療のスタッフの方々のお力があることです。特に高齢の方、癌のターミナル期の方、重症の呼吸不全の方が多い中で、高度な技術知識はもちろんですが、色々な方面で（メンタル面なども）担って頂いていて、これからもとても重要かつ必要な連携医療だと思っています。

1.2 この研修でどのようなことを学びたいと思いますか。

お煩いするばかりで、実際の在宅医療の現場を、これまでにも見させて頂いたことがありませんので、その実際に学ばせて頂きたいと思います。

1.3 研修を終え復帰されたときに、現場でどのように生かしたいと思っていますか。

在宅医療をお勧めする立場として、安心して退院して頂けるよう後押しできる指導や、お話ができるようになりたいと思っています。

また、現場でその準備として、私たちが知っておかなくてはならないことは何かを学び、生かしていきたいと思っています。

2. 終了時調査

2.1 研修終了後の今、在宅医療についてどのように認識が変化しましたか。

これほどまでに在宅医療のシステムが整い、そしてそこに携わっているスタッフの方々が、一貫した教育と理念に基づいて活動されておられることに驚きました。在宅医療をお願いする立場として、そのようなシステムも体制も不十分な自地域での今後の課題と可能性を考える機会になりました。

2.2 この研修でどのようなことを学ばれましたか（選択）。

在宅医療の概要（講義）

2.3 この研修でどのようなことを学ばれましたか（自由記載）。

在宅では無理ではないかと思っていたことが、そうではないというのは新しい知見でした。逆に緩和ケアなどは病院の方がはるかに遅れているのではないかと思います。

2.4 現場へ復帰された時に、この研修をどのように生かそうとお考えですか。

B 先生の「現代の入院の目標は完治ではなく退院」というお言葉に今更ながら納得しました。

今、退院支援委員会を立ち上げ、全病棟で積極的に入院時から（本当は外来から）退院支援が行えるようなシステムを作り実践できるよう活動しています。退院を視野にいれて治療計画を立てなくてはならないことをどれだけ医師が理解されているかは疑問に思うところであり、私たちNsも提言できるようにしていきたいと考えています。

2.5 このような研修をどう思われましたか。

すべての医療に携わる人にとって色々な立場から学ぶことが多いと思います。正直このような研修とは思わなかったのも、お声をかけていただいたことに感謝しました。

2.6 研修の内容で、足りないと感じたところは何ですか。

B 先生のご講義をもっと聴きたいと思いました。

2.7 このような同様の研修を、他の希望者に薦めたいと思いますか。

（はい/わからない/いいえ）

はい

4	hN	—	3	看護師
---	----	---	---	-----

1. 事前調査

1.1 在宅医療についてどのようなイメージを抱いていますか。

これからの在宅での医療・看護の担い手としての役割が果たせられる医療と思います。
在宅医療への期待は大きいです。

病院連携、地域連携など、他職種との関わりの中で、利用者さんや家族の在宅で過ごしたい
という思いを力強くサポートしてもらえと思っています。

1.2 この研修でどのようなことを学びたいと思いますか。

地域でどのような役割を果たしているのか

連携（医療、福祉、保健）はどのようにしているのか

在宅療養支援診療所？の役割は何でしょうか

地域の特性、特別に力を入れていること、強みや弱みや看護に何を求められているのか等
です

1.3 研修を終え復帰されたときに、現場でどのように生かしたいと思っていますか。

スタッフへの伝達講習

地域ネットワーク会議 医師会主催（医療、看護、福祉のメンバー参加）での伝達講習

現場で生かせる内容であれば、スタッフカンファレンス、検討会等で意見を出し合い生か
していきたい

2. 終了時調査

2.1 研修終了後の今、在宅医療についてどのように認識が変化しましたか。

訪問看護 ST 従事のため特に大きな変化はありませんでしたが、貴院の複数医師による在宅
療養に特化した診療所の役割として、がん末期医療・人工呼吸器・中心静脈栄養などの医療
依存度の高い療養者にとっては信頼性の高い形態であることが認識でき、今後の在宅医療に
対しての視野が広がりました。また、在宅での看取りのケア及びグリーフケアの今後のあり
方について検討していきたいと思いました。

2.2 この研修でどのようなことを学ばれましたか（選択）。

在宅医療の概要（講義）

2.3 この研修でどのようなことを学ばれましたか（自由記載）。

在宅医療の現状及び在宅療養計画について学びを深めることができました。

2.4 現場へ復帰された時に、この研修をどのように生かそうとお考えですか。

自部署に対しては在宅での看取り教育の一環としてスタッフへの伝達講習を行い在宅療養の現状について、知識を深めていけるような役割を担うことが出来ればと考えてます。また、在宅での看取りマニュアル作成に取り組みたいと思います。

地域に対しては、地域ネットワーク会議（構成メンバー：開業医、包括センター、居宅介護支援センター、薬剤師、歯科医師、訪問看護ステーション）で伝達できればと考えてます。

2.5 このような研修をどう思われましたか。

在院日数が短縮化される中、来るべき 2038 年に備える万全の体制を整えるためにもこの研修の意義は大きいと考えます。

2.6 研修の内容で、足りないと感じたところは何ですか。

1 日半の研修でしたが、他は実績報告書にて補足できました。強いて言わせていただけるならば、もう少しオリエンテーションを充実して頂きたかったことやがん末期の在宅における緩和ケアについて、医療中心のクリニックにおける看護師の具体的な役割についてなど知ることができませんでした。

2.7 このような同様の研修を、他の希望者に薦めたいと思いますか。

（はいわからないいいえ）

はい

5	cD	—	1	医師
---	----	---	---	----

1. 事前調査

1.1 在宅医療についてどのようなイメージを抱いていますか。

自宅で家族に囲まれた暖かい医療

本人、家族が納得できるような状況を（在宅医療の）主治医が支援していくもの。ただ政策的な政府の思惑、世間（生活者）、医療従事者、患者本人、又患者家族それぞれの思いがズレていると感じています。

1.2 この研修でどのようなことを学びたいと思いますか。

患者が最後を自宅でむかえる為に、主治医としてどう向き合い、何を説明すべきか。

開業医として外来をしながら、在宅医療をどう両立するか

質の高い在宅医療をどう提供するのか

1.3 研修を終え復帰されたときに、現場でどのように生かしたいと思っていますか。

すでに開業し、外来患者の診断学、治療学におもしろさを覚えており、続けていくつもりだが、家族との関係が深くなるにつれ、在宅の比重が高くなると考えています。外来をしながらの在宅医療に片手間でない質の高い医療が提供できればと思います。

2. 終了時調査

2.1 研修終了後の今、在宅医療についてどのように認識が変化しましたか。

常々私は主治医として在宅支援していても、患者本人・家族・病院それぞれに在宅医療に対する考え方に温度差を感じていました。そしてそれは病院医師の説明不足が主因と考えていましたが、自分の説明責任の至らなさにも大きな問題があったことを気づかされました。

主治医となる我々が在宅医療＝終末期医療とはどうあるべきかということを自身がしっかり認識をしたうえで取り組む必要があるのだと痛感しました。また実際往診に随行させてもらい、ここまで在宅でできるのか！ 病院の病室とほとんど同レベル、あるいはそれ以上のケアができていることに驚きました。

2.2 この研修でどのようなことを学ばれましたか（選択）。

在宅医療の概要（講義）、終末期医療

2.3 この研修でどのようなことを学ばれましたか（自由記載）。

医師（主治医）の説明責任（身体情報＋生活情報）

- ・どう死ぬかではなく いかにか生きるかということ
- ・大往生とはどういうものであるか ということ
- ・終末期の生き方にさまざまな選択肢があることを知らしめる。

- ・それを支援するシステムを幅広く提供できることを教える
- ・身体情報については相反する2つを必ず説明をしなければならないこと
- ・保険診療とは患者・医師相互の信頼のもとに成り立っていること

以上の事をなんとなくしか理解していなかったために、相手を納得させるほどの説得力のある話ができていなかったのだと思います。

2.4 現場へ復帰された時に、この研修をどのように生かそうとお考えですか。

まずは生活者のなかにどれだけシンパシーをもって入り込めるかがポイントなのだと思います。医師は患者さんを自分の家族だとおもって診る とはよくいいますが、実際まる一日でも患者さん家族といっしょに過ごしてみないことには、患者さんを取りまく環境を理解し共感することは難しいでしょう。そうした上で患者・家族に対し、疾病論だけでなく生活環境についての説明・アドバイスをしていくことを心がけます。

C で未来のあるべき姿をみせてもらって自分がどれだけ近づけるかわかりませんが明日からの診療に少しずつでも反映出来ればとおもいます。

2.5 このような研修をどう思われましたか。

この研修はとてもすばらしいです。院長の講義は、われわれ医師の固定観念（なんとなくしか考えていなかったポイント）を打ち崩し、医療の本質を再確認させてくれます。実地でまわる往診は、その広角な医療守備範囲を目の当たりにすることができ、ここまで在宅でできるし、しなければいけないということを実感させてもらいました。

往診をしている開業医は一日でも良いからこの研修をうけるとよいと思いますし、ぜひ薦めたいです。（すでに勧めてしまいましたが(^_^;)）

2.6 研修の内容で、足りないと感じたところは何ですか。

得る物が多くて、内容で足りないと思いつくところはあまりありません。この内容で十分なので、まずは、「百聞は一見しかず」多くの医療従事者が C の研修に参加し、自分の目で見て感じて欲しいと思います。

2.7 このような同様の研修を、他の希望者に薦めたいと思いますか。

（はい/わからない/いいえ）

はい

6	hN	—	4	看護師
---	----	---	---	-----

1. 事前調査

1.1 在宅医療についてどのようなイメージを抱いていますか。

治療でなく生活が主体

生活療養の援助

現場に出たことがないので今一つ実感が無い。

1.2 この研修でどのようなことを学びたいと思いますか。

在宅療養している患者さんの生の声を聞くことで、

急性期病院から退院する時の不安や在宅のよさを肌で感じてみたい。

ALS 患者さんの地域と急性期病院の連携

人工呼吸器導入前の意志決定支援に対して在宅側から急性期側に求めるもの。

同じように末期癌の患者さんの退院時に急性期側に求めるもの。

1.3 研修を終え復帰されたときに、現場でどのように生かしたいと思っていますか。

在宅のイメージを深めて急性期の看護師達と退院調整したい。

在宅側と急性期側の視点や感覚の違いを知り、つなぐ役割を果たす。

2. 終了時調査

2.1 研修終了後の今、在宅医療についてどのように認識が変化しましたか。

急性期病院と在宅医療側をつなぐ役割が重要なことを再認識した。（病院での医療を在宅で可能にするアレンジや、制度利用の知識など）

地域差が大きい。

輸血などが可能なことは病院と大差ない医療が自宅できるということで驚いたが、現実的にそこをしている地域や診療所が少ないのか、把握できていないのかわからない。が、在宅医療の可能性がとても大きいと実感した。

2.2 この研修でどのようなことを学ばれましたか（選択）。

在宅医療の概要（講義）、呼吸器

2.3 この研修でどのようなことを学ばれましたか（自由記載）。

記録のフォームに「家族へどのような説明をしたか」があることが印象に残った。本来 SOAP の記録(病院のフォーム)にも説明が含まれていて当然なのだが、どうしても観察→実施→観察になっているので、医療自体が目的になってしまわないように、「どんな説明をしてどんな反応があって、それに対して何が必要なのか」という視点も同じように重要なんだと、認識が必要だと思った。

障害や病気があっても周囲と調和がとれていれば「100%」だと伝えてあげられること。

反対に言えば、伝えないと伝わらないこと。そこが必要だと医療者側が認識してエネルギーを注ぐ必要があること。

2.4 現場へ復帰された時に、この研修をどのように生かそうとお考えですか。

2で記載した2点に加えて、「病名告知、病態告知の有無、悪化した場合在宅を望むのか、病院を望むのか、病状の進行や、予後の本人・家族の理解はどうか。医療や処置は整理できるのか」といった内容を急性期のスタッフと一例一例整理し、生活のイメージを持っていく習慣を作りたい。

2.5 このような研修をどう思われましたか。

自分の病院や地域の特性・資源について見直し。どこを改善したらよいのか、他の地域から学べる所はないかなど考える貴重な機会であると感じた。

2.6 研修の内容で、足りないと感じたところは何ですか。

病院や訪問看護との連携、ヘルパーステーションへの吸引の指導場面、病院でのケア会議など、時間の都合で参加できないのが残念だった。また、急性期側 Dr、在宅側 Dr や急性期 Ns、訪問看護のお互いどんなことを提供できて、どんな所を期待されているかといったディスカッションの場があったらよいと思う。

2.7 このような同様の研修を、他の希望者に薦めたいと思いますか。

(はい/わからない/いいえ)

はい

7	hN	—	5	看護師
---	----	---	---	-----

1. 事前調査

1.1 在宅医療についてどのようなイメージを抱いていますか。

最近では重度の医療介入が必要なまま在宅へ帰る患者が多いため、開業医や訪問看護師、家族の負担はかなり多いと思う。

イメージとしては「傾聴の医療」

今まで在宅医療を見たことがないので、本当の所は全くわかっていない。

1.2 この研修でどのようなことを学びたいと思いますか。

急性期病院の連携室専任看護師として、在宅医療の現場を知り、どのようなサポートが出来るかを考えたい。

在宅でどこまで医療介入が出来るのか知りたい。

在宅での看取りとはどのようなものか知りたい。

1.3 研修を終え復帰されたときに、現場でどのように生かしたいと思っていますか。

急性期病院の在宅医療サポート（開業医、訪問看護師）体制を考え、救急のあり方について見直したい。

緊急入院のベッド確保、開放型病床などのあり方について見直したい

がん患者の在宅支援のあり方について考えたい

2. 終了時調査

2.1 研修終了後の今、在宅医療についてどのように認識が変化しましたか。

病院勤務しか知らない私にとって、ここまで在宅で可能なのだということが解った。

医師と看護師がペアになって往診を行うものだと思っていたので違うことが解った。

「何もわからないのが家族」であるという視点を再確認した。患者をどう扱っていいかわからないことを理解し、適切な説明が必要であることを再確認した。これは病院でも同じ事が言えると思う。説明の重要性を理解した医療人が必要なのだと感じた。

「開業医に任せる」という意識を持たなければいけないと知った。（ただし医師によるが）これから在宅での看取りを推進していかないと大変なことになる現状がわかった。

2.2 この研修でどのようなことを学ばれましたか（選択）。

在宅医療の概要（講義）、胃瘻、尿カテ／ドレーン、褥瘡管理、終末期医療

2.3 この研修でどのようなことを学ばれましたか（自由記載）。

B 先生の講義では、医療人としてあるべき姿を学んだ。D 先生と一緒に療養者宅を回ったときは何をどこで行うにも『納得する説明を行い、家族の理解を確認する』ことが重要であることを学んだ。特に在宅医療の現場は、家族が主となりケアしていくのだから、家族が知ら

ないことをそのままにしておくことが一番問題なのだと感じた。それを 24 時間体制で確認できるシステムは素晴らしいと思うし、また必要性を痛感した。特に重症患者を在宅で診る場合は医師からの「心配やったらいつでも連絡してくれたらいいから」という言葉は家族の安心感そのもので、現状は「何かあったら救急病院に連絡して行きなさい」と言う医師が多いと感じる。

E さんとがん末期の療養者宅を回ったときは、傾聴の中から、家族の不安を確認している姿が素晴らしいと思った。何人もスタッフが関わるので信頼関係を築くのは難しいと思っていたが、どのスタッフも同じ志を持ってケアしているので問題ないことがわかった。方向性を合わせる事が重要であると感じた。

2.4 現場へ復帰された時に、この研修をどのように生かそうとお考えですか。

逆紹介患者に「普段はかかりつけの先生に診てもらって、何かあったら病院に来たらいいから」と説明していた。これが安心感だと思っていたし、患者にかかりつけ医を持ってもらう為の言葉だと何の疑いもなく話していた。今回、B 先生の講義を拝聴し、これが開業医に対してとても失礼な言葉であったことに気づいた。連携室で救急の受入をやっていると開業医や往診医の特徴が良くわかる。感じるのは『現状は何かあったら救急病院に行きなさい』という医師が多いことだ。だから患者の不安を取り除き、F の方針である「かかりつけ医を持ちましょう」というものに対して上記のような言葉かけで患者を納得させてきた。開業医のサポート体制が急性期病院の役割だと思っていた。そして、今はまだ B 先生のようなお考えの医師は少なく、まだサポートするという姿勢が必要なのも現状。これから地域に出て行って、少しずつ今回学んだ話を開業医とわかりあうよう話をすることが私の役割であると思う。私は医療連携コーディネーターであるから。

2.5 このような研修をどう思われましたか。

在宅の可能性を知ることは必要である。ただ、研修を受けても自分にはできないと感じる人もいるかもしれない。

B 先生の講義はいろんなところで行って頂きたい。

2.6 研修の内容で、足りないと感じたところは何ですか。

2 日間の現場研修では十分に在宅を理解するという事は難しい。

ケア会議を見学できなかったこと。

いきなり記録を担当させられたが、在宅での必要な情報を理解していないため不安になった。それなら研修の方法を先にきちんと教えてもらいたかった。(事前にどのような記録かを確認することもできたと思う。)

2.7 このような同様の研修を、他の希望者に薦めたいと思いますか。

(はい/わからない/いいえ)

はい

8	hN	—	6	看護師
---	----	---	---	-----

1. 事前調査

1.1 在宅医療についてどのようなイメージを抱いていますか。

脳外科病院の訪問看護 1 年経験後、G で訪看ステーションで 9 年経験し、H14, 7 月に現職につきました。

生活を支える医療を提供することで、本人の希望によりそって、家族としっかり話し合い、最期を看取るケアが可能だと考えていました。

しかし、急性期では、臓器別に疾患だけを診る状況がより強くなり、在宅医療への移行に専門的な介入の必要性を感じ、現職につきました。

B Dr が重症在宅者を多く診られていると思うのですが、入院医療からの移行に向けた医療提供のアドバイス（病院 Dr へ）もどのようにされているか知りたいです。

1.2 この研修でどのようなことを学びたいと思いますか。

生活を維持するための医療から、生活の場へ医療を移行する時の急性期 Dr からの病状説明。今の医療をシンプルにし、生活の場に移行するかというマネジメントの重要性を日々感じています。病院から退院した患者本人へのアプローチや、もし可能なら、病院 Dr へのアプローチについても学びたい

1.3 研修を終え復帰されたときに、現場でどのように生かしたいと思っていますか。

地域に在宅専門の重症型クリニックは数も多くないので、複数の急性期から様々な形で在宅医療導入されるとクリニックが苦勞されると思い、PEG や HPN といったもののパスを作っていきたいが、大学病院が 2 つあったり、急性期も多いので、困難さを感じています。

個別性も残しながらの入院医療から在宅医療への移行パスを作っていきたいです。

2. 終了時調査

2.1 研修終了後の今、在宅医療についてどのように認識が変化しましたか。

在宅医療の経験はあったので大きな変化はない。

かなり高範囲を回られていること、医療依存度の高い利用者が多い事から近隣の訪問看護 ST との連携関係が充実している事が大事だと思う。

受け持ち Dr を決めていない事や末期総診以外の患者以外は NS の把握しにくいと思われ、中心になるスタッフを決めたほうが良いように感じた。

ヘルパーによる吸引等への指導や支援費利用による在宅ケアを推進するという意味でも B Dr の役割は重要だと実感した。

2.2 この研修でどのようなことを学ばれましたか（選択）。

在宅医療の概要（講義）、ケア会議

2.3 この研修でどのようなことを学ばれましたか（自由記載）。

主治医から患者・家族への病状の今後について説明する場面がとても重要だと思う。急性期では現時点での評価しかしないため、「先どうなるか」という話が出てこない。そのため患者・家族は医療への期待もありイメージの共有ができていない。どのような生活が送れるか、また障害をもった生活もマイナスではないという理解が今の医療場面に重要な点だと思う。急性期の現場でも医療者が生活者として患者を診ること、また一般市民も医療がスーパーマンではないこと、自分たちの問題としてとらえることができるような啓発も必要である。

2.4 現場へ復帰された時に、この研修をどのように生かそうとお考えですか。

H大Drへの啓発を今後も進めていく。

2.5 このような研修をどう思われましたか。

在宅医療の現場を急性期が理解することはとても重要だと思う。患者・家族がどう受け止めているかを知ることが大事。

2.6 研修の内容で、足りないと感じたところは何ですか。

特にありません。

2.7 このような同様の研修を、他の希望者に薦めたいと思いますか。

（はい/わからない/いいえ）

はい

9	hD	—	2	医師
---	----	---	---	----

1. 事前調査

1.1 在宅医療についてどのようなイメージを抱いていますか。

病院においては医療の中に患者さんがおられるというイメージを持っていますが、在宅医療においては生活の中に患者さんがおられるというイメージを持ちます。その中で如何に医療を位置づけていくのかが難しい問題になってくるのではないかと感じます。

1.2 この研修でどのようなことを学びたいと思いますか。

病院における医療と在宅における医療はその枠組みも線の引き方も違ってくると思います。その辺りのことをどのようにやっておられるか、学ばせて頂きたいと思っています。また、基幹病院との連携で、在宅側から見てどのような点が問題と感じておられるかを教えて頂ければと思っています。

1.3 研修を終え復帰されたときに、現場でどのように生かしたいと思っていますか。

大学におりますので、在宅医療をお願いしていく時に、受けて頂く側のイメージや問題点を意識しながらスムーズな連携ができるようになればと思います。

2. 終了時調査

2.1 研修終了後の今、在宅医療についてどのように認識が変化しましたか。

延命医療の中止と差し控えが、異なる概念であることが明確に意識できるようになりました

2.2 この研修でどのようなことを学ばれましたか（選択）。

終末期医療

2.3 この研修でどのようなことを学ばれましたか（自由記載）。

医療の背景にある哲学（ものの見方）をある程度意識しておかないと、科学はパラダイムに呑み込まれて物事の一面しかみえなくなるということを意識的に考える必要があると思いました

2.4 現場へ復帰された時に、この研修をどのように生かそうと思いますか。

今回の研修の内容を直接そのまま具体的な形で生かすことは（研修が短期間だったこともあり）難しいかもしれませんが、医療の実践においても少し距離をとって自身の実践を振り返ることの必要性を明確に意識できるようになったのはありがたいです。これを次につなげるにはどうすれば良いか、考えてみたいと思います。

2.5 このような研修をどう思われましたか。

当方の都合で短期間となり、ごく一部を垣間見させていただくのに留まったのが残念です。
ある程度の期間をかけてじっくり学ばせて頂きたいと思った次第です

2.6 研修の内容で、足りないと感じたところは何ですか。

足りないというのとは少し違うかもしれませんが、講義をして頂いている最中にアポイントメントのある方からだと思のですが連絡が入り、その方に待って頂きながら講義をして頂いているのは、申し訳ない気持ちになりました。

お忙しい中、お時間とって頂いて感謝しております

2.7 このような同様の研修を、他の希望者に薦めたいと思いますか。

(はい/わからない/いいえ)

はい



10	mS	—	1	医学生
----	----	---	---	-----

1. 事前調査

1.1 在宅医療についてどのようなイメージを抱いていますか。

一人暮らしの高齢者の方が対象
慢性的な疾患

1.2 この研修でどのようなことを学びたいと思いますか。

在宅医療の実際の現場での様子
一般の病院とのちがい
患者さんの様子

1.3 研修を終え復帰されたときに、現場でどのように生かしたいと思っていますか。

自主研で他の病院をまわる時の参考にしたいと思っています。

2. 終了時調査

2.1 研修終了後の今、在宅医療についてどのように認識が変化しましたか。

在宅医療であっても、行われている医療は病院と何ら変わりはないんだ、ということが一番の大きな認識の変化でした。A 先生が「在宅医療でできないのは手術とMRIくらいで、後は何だってできる。」とおっしゃっていたことや、MACTSを使ってコミュニケーションをしているALS患者さんの奥さんが「やろうと思えば何だってできるんだよ。」とおっしゃっていたことが、とても印象的でした。

また、癌末期の患者さんがあんなに在宅医療をうけておられて、しかも年間100人もの方を看取っている、というのも大変な驚きでした。どこかで、最期は病院で看取られるものなんだという、固定概念をもっていった、という自分にも気づくことができました。

2.2 この研修でどのようなことを学ばれましたか（選択）。

在宅医療の概要（講義）、胃瘻、尿カテ／ドレイン、呼吸器、褥瘡管理、疼痛管理、終末期医療

2.3 この研修でどのようなことを学ばれましたか（自由記載）。

医療従事者と患者さんの関係、病気や死に対する考え方といった、医療に携わっていくうえで最も根本的で大切なことを学ばせて頂きました。

また、実際に往診に同行させてもらったおかげで、病院にいる限りでは絶対に見えてこない患者さんの病院を出てからの生きる姿というものを見させていただきました。そして、その患者さんが病院を出て、自分の家で主として生活していくんだ、という視点を学ぶことができました。

患者さん本人だけではなく、その人を取り囲む家族の方の姿勢や考え方の一端にも触れるこ

とができました。

2.4 現場へ復帰された時に、この研修をどのように生かそうとお思いですか。

今回の研修で得られた知識や考え方というのは、自分の視野を大きく広げてくれたと思います。実際に医療の現場に出た時に、広い視野をもった医師になりたいと思うと同時に、今回の経験で得たことを一人でも多くの人に伝え発信できたらなあと思います

2.5 このような研修をどう思われましたか。

今回、たまたま I 先生のおかげでこの研修を受けることができ、私は本当にラッキーやと思いました。この研修でしか学べないことが本当にたくさんありました。できることなら医療に携わる人みんなが受けれたらいいのになあと思うくらい価値があると思います。

2.6 研修の内容で、足りないと感じたところは何ですか。

研修を受けた人達の中で、ディスカッションをする機会があればよかったなあと思いました。特に、現在、病院で勤務されている方々が、在宅医療を実際に見て、どのように感じたのかなあ、ということに興味があったのですが…。日程や時間的に厳しいとは思いますが。

2.7 このような同様の研修を、他の希望者に薦めたいとお考えですか。

(はい/わからない/いいえ)

いいえ

11	mS	—	2	医学生
----	----	---	---	-----

1. 事前調査

あ

1.1 在宅医療についてどのようなイメージを抱いていますか。

患者さんの家族や背景も視野に入れた医療
末期のケア
中枢病院との橋渡し

1.2 この研修でどのようなことを学びたいと思いますか。

在宅医療がどういうものか実際に見てみたいです（役割、内容など）

1.3 研修を終え復帰されたときに、現場でどのように生かしたいと思っていますか。

今後、臨床実習をまわる際に比較する基準としてみたいです

2. 終了時調査

2.1 研修終了後の今、在宅医療についてどのように認識が変化しましたか。

医師だけではなく、様々な職種が関わるものだと知りました。
当初思っていたよりも、重症の患者まで診ていた。
診察、検査、投薬だけではなく、リハビリや器具の交換、相談など様々なケアを含んだものだった。

2.2 この研修でどのようなことを学ばれましたか（選択）。

在宅医療の概要（講義）、胃瘻、尿カテ／ドレーン、呼吸器、褥瘡管理、疼痛管理、終末期医療

2.3 この研修でどのようなことを学ばれましたか（自由記載）。

医療制度を理解しておくことの重要性。
在宅医療の対象者や役割
終末期を迎えた患者に対しての考え方、態度

2.4 現場へ復帰された時に、この研修をどのように生かそうと思いますか。

医療制度を患者側からの視点で把握するきっかけとしたい。
（将来）病院から退院、帰宅した後の患者の生活まで視野に入れる努力をしたい

2.5 このような研修をどう思われましたか。

患者さんの生活域に踏み込んでの研修は、貴重だったと思います。
講義も、他では教わることのできない考え方や在宅医療の現状を知ることができ、非常にためになったと思います。

2.6 研修の内容で、足りないと感じたところは何ですか。

ケア会議もみてみたいと思いました。

2.7 このような同様の研修を、他の希望者に薦めたいと思いますか。

（はい/わからない/いいえ）

はい



12	hN	—	7	看護師
----	----	---	---	-----

1. 事前調査

1.1 在宅医療についてどのようなイメージを抱いていますか。

病気を抱えながらも家族と共に生活していくことができる

1.2 この研修でどのようなことを学びたいと思いますか。

病院での看護経験はあっても、在宅ではどのような看護・介護を行っているのか見たこともないので、実際の現場に訪問し、在宅医療とはどういうものなのか学んで行きたい

1.3 研修を終え復帰されたときに、現場でどのように生かしたいと思っていますか。

当院では、今後、訪問診療、訪問看護を行っていく方針であるため、その突破口として行きたい。

2. 終了時調査

2.1 研修終了後の今、在宅医療についてどのように認識が変化しましたか。

患者さんが病院を退院された後、日中介護者不在の場合、療養転院や施設入所を希望されるご家族が多い中、訪問診療や訪問看護、ヘルパーサービス等を受けながら在宅で十分に生活していくことができるのだと実感できました。

2.2 この研修でどのようなことを学ばれましたか（選択）。

在宅医療の概要（講義）、呼吸器、疼痛管理、終末期医療

2.3 この研修でどのようなことを学ばれましたか（自由記載）。

入院と同時に退院計画が始まる。

医師には、身体機能の回復・生活機能の整備の説明責任がある。

在宅に戻るにあたってどのようなサービス、制度があるのか。

在宅医療の現状について。

J型在宅医療体制について

難病を抱えた方、がんを抱えた方の在宅での生活。

往診の実地研修：カニューレ交換、人工呼吸器の回路交換、麻薬管理、点滴・輸血管理、血液検査の結果説明、御本人・家族・ヘルパーさんとの関わりなど

2.4 現場へ復帰された時に、この研修をどのように生かそうとお考えですか。

残念ながら私達が住んでいる地域では、在宅で生活をするためのバックアップ体制が十分整っていると思えない状況です。往診できる医師も限られ、ヘルパーさんへの医療行為の指導も十分ではありません。地域の先生方を始め、他職種との連携を更に強化し、在宅で安心し

て生活ができる環境を整えて行く必要があると考えさせられました。また、使える制度の知識を深めることも大切だと実感しました。 病棟看護師は、在宅へのイメージがなかなかつきにくい、入院と同時に退院計画が始まるので、退院後の生活がイメージできるような患者・家族への関わりの取り組みも考えて行きたいと思いました。

2.5 このような研修をどう思われましたか。

訪問診療をやりたいと思っている医師、訪問看護をやりたいと思っている看護師、人工呼吸器使用時の吸引操作やカニューレ交換時の対応の仕方などがまだ出来ないヘルパーさんなどにはとても良い研修だと思います。このような研修ビデオ・DVDがあるとイメージトレーニングができて、その後の実地研修に役立てるのではないかと思います。

2.6 研修の内容で、足りないと感じたところは何ですか。

自立支援の制度上のことに関してもっと詳しく知ることができるとありがたいと思いました。研修中に参加できなかったのが残念だったのですが、ケアカンファレンスにも参加できると良かったです。

2.7 このような同様の研修を、他の希望者に薦めたいと思いますか。

(はい/わからない/いいえ)

はい

13	pN	—	1	保健師
----	----	---	---	-----

1. 事前調査

1.1 在宅医療についてどのようなイメージを抱いていますか。

在宅（自宅）で生活することは健康な人にとってはあたり前のことなのですが、病気をかかえての生活は不安がいっぱいだと思います。

家族にとっても不安がいっぱいだと思います。

家族の中で、あたり前の生活をしていくことは、いろいろな問題はあるでしょうが、希望があれば、かなえさせてあげたいと思います

在宅医療はこういう形というものはなく、それぞれが望むものがちがって良いと思っています。

1.2 この研修でどのようなことを学びたいと思いますか。

現在、難病の担当をしています。ALSの患者さんを3名担当しています。

在宅にむけての支援、家族に対しての支援のポイントなど、学びたいと思います。

母子保健も担当しています（小児の在宅医療もすすめられたら・・・）

1.3 研修を終え復帰されたときに、現場でどのように生かしたいと思っていますか。

病院から、在宅にむけての支援時に生かして行きたいと思います

今回研修に参加できなかった方へも伝えて行きたい

2. 終了時調査

2.1 研修終了後の今、在宅医療についてどのように認識が変化しましたか。

当地域は老人が多く、高齢化率も高い。住民が在宅医療というイメージを持つことがむずかしい（三世同居が多いが、共働きが多く、生活のため、働かざるを得ない）

世間体を気にして、誰かの世話になるのもイヤだと考えている人もいます。

よりよく生きるための在宅医療という視点で広めて行きたい。

2.2 この研修でどのようなことを学ばれましたか（選択）。

在宅医療の概要（講義）、疼痛管理、終末期医療

2.3 この研修でどのようなことを学ばれましたか（自由記載）。

自宅で最期を過ごすためには、介護する家族に負担がかからないことが大切（介護保険と連携する）

急変時、医療体制が確保できるか（自宅に往診してくれる医師がいるか）

よりよい生き方（尊厳ある生活を保つため、生活の場において生活をささえる（やるべきことをやる）

「説明責任」は医療関係者の重要な役割であるという大切なことを学んだ

2.4 現場へ復帰された時に、この研修をどのように生かそうとお思いですか。

病院への入院中、退院時、地域とのケアプラン会議などの連携時、いかしていこうとおもいます（難病担当）

2.5 このような研修をどう思われましたか。

B 先生からの講義で概要を理解することができた。その後の看護師との訪問で実際に住民の人と接することができ、深めることができました

2.6 研修の内容で、足りないと感じたところは何ですか。

1 日だけの研修でしたので（午前講義、午後訪問）「初回・導入時」など体験できれば、より浄められたのではないかと思います。

2.7 このような同様の研修を、他の希望者に薦めたいと思いますか。

（はい/わからない/いいえ）

はい

14	pN	—	2	保健師
----	----	---	---	-----

1. 事前調査

1.1 在宅医療についてどのようなイメージを抱いていますか。

本人家族にとって安心して療養できるが、家族の在宅での介護力が問われる。医療従事者への負担が大きい

1.2 この研修でどのようなことを学びたいと思いますか。

在宅医療の流れの実際（特に往診が開始されるまでの準備、調整）
他機関との連携

1.3 研修を終え復帰されたときに、現場でどのように生かしたいと思っていますか。

在宅医療のシステムを根付かせるために必要な要因を学んで活かせればと思います。

2. 終了時調査

2.1 研修終了後の今、在宅医療についてどのように認識が変化しましたか。

24 時間、365 日対応できることが必要不可欠であるとの認識をより強く持ちました。

24 時間 365 日対応するためには、医師 1, 2 名の体制では無理

2.2 この研修でどのようなことを学ばれましたか（選択）。

在宅医療の概要（講義）、疼痛管理

2.3 この研修でどのようなことを学ばれましたか（自由記載）。

ご本人、ご家族の安心感はどの方からも伝わってきました。治療や病状に関するていねいな説明は特に家族の不安解消につながっていると実感しました（入院や外来ではこのような時間はなかなか作れないと思います）家族支援の重要性を再認識しました。

移動距離、往診件数などから、往診する側、される側に時間の制約があると感じました。

2.4 現場へ復帰された時に、この研修をどのように生かそうと思いますか。

一般の人の認知度を上げるための、できる所からの取り組み

保健所として、これから医療、福祉連携をすすめていくための事業を計画しています。現状・課題を把握するうえでの視点を広げられたらと思います。

2.5 このような研修をどう思われましたか。

在宅医療を実地に体験し、学ぶことができ、有意義な研修だと思います。

2.6 研修の内容で、足りないと感じたところは何ですか。

研修についての事前打合せ、往診後の研修全体カンファレンス。

特に、今回は1日だけで8人という大人数ということもあり、クリニック側へご負担大きかったのではないかと思います。

事前調査は事前提出でもよいと感じました。

お忙しい中何かとご配慮くださいますとありがとうございました。

2.7 このような同様の研修を、他の希望者に薦めたいと思いますか。

(はい/わからない/いいえ)

はい



15	pN	—	3	保健師
----	----	---	---	-----

1. 事前調査

1.1 在宅医療についてどのようなイメージを抱いていますか。

在宅ですごしたいと願いながら、さまざまな障壁（家族に介護力がない、在宅医療を支えるシステムが整っていない etc）により、実現できていないイメージ

1.2 この研修でどのようなことを学びたいと思いますか。

がん患者さんの在宅医療を支えるシステムとそのシステムが出来上がるまでの経緯を伺いたい

がんの患者様の思いが伺えれば幸いです。

1.3 研修を終え復帰されたときに、現場でどのように生かしたいと思っていますか。

来年度「がん患者等の在宅療養支援事業」が企画される見込みですが、J の取り組みや、本日学ばせていただいたことを企画実践に生かしていきたいと思っています。

2. 終了時調査

2.1 研修終了後の今、在宅医療についてどのように認識が変化しましたか。

午後から、往診に同行させていただき、さまざまな家族背景を伺い知りました。その中で病前の家族関係が介護関係に如実に現れることを実感し、家族関係が悪くともクリニックや関係者の支援により在宅医療が実践できるのは素晴らしいと思いました。そのような体制ができるには（本県は）まだまだです。

2.2 この研修でどのようなことを学ばれましたか（選択）。

在宅医療の概要（講義）、胃瘻、尿カテ／ドレーン、呼吸器、褥瘡管理、終末期医療

2.3 この研修でどのようなことを学ばれましたか（自由記載）。

A 先生のご講演は一度伺っており、“目からウロコ”の思いをしていましたが、今回改めて説明責任やら入院時から「退院計画」を立てることやら、在宅医療を推進していく上でのたくさんの課題を感じました。午後の往診では、K 先生に大変お世話になりました。先生の穏やかなお人柄に感銘し、がん末期の過ごし方について（個人的にも）ご助言いただき、L にも貴所のようなクリニックがあったならと、つくづく思いました。

懇切丁寧なご指導ありがとうございました。

2.4 現場へ復帰された時に、この研修をどのように生かそうとお考えですか。

在宅療養中の方への直接的に支援をする機会は少ないと思いますが、医療連携を含め、L の

在宅医療が円滑に進むような体制づくりに尽力したいと思っています。

2.5 このような研修をどう思われましたか。

在宅医療の体制が整っていない地域の関係者にとっては、実践面が伺えるので、大変有意義かつありがたい研修です。できれば、多くの医師に参加していただき、在宅医療の考え方を刷新していただきたい。

2.6 研修の内容で、足りないと感じたところは何ですか。

日程の関係もありましょうが、保健所の活動を考えると、ケア会議や体制構築、医療連携等に関わる部分に参加させていただけると、なおありがたいです。

2.7 このような同様の研修を、他の希望者に薦めたいと思いますか。

（はい/わからない/いいえ）

はい

1. 事前調査

1.1 在宅医療についてどのようなイメージを抱いていますか。

がん末期又は高齢者で急性期の疾病を伴わない寝たきりの方などが在宅において、家族やご近所の人と普段の生活を送る。特に、疾病というより生活を楽しむようなもの。喜びを感じられるような日々を送ることができるように、定期的に地域の診療所や訪問看護ステーション等の医療支援により最後を看取る、ようなものと考えております。

1.2 この研修でどのようなことを学びたいと思いますか。

在宅医療を普及推進するうえで、在宅医療の先進事例を学び、提供する側、提供される側のポイントをより明確にし、在宅療養支援診療所の普及推進と訪問看護ステーションなどの役割をとらえていきたい。

また、在宅療養支援診療所の普及推進には、何が必要なのかを学びたい。

単身老人の場合の在宅医療を実施する場合の対応策はどうあればよいのか。

現場では、単身者における在宅医療の実態をみてみたい

1.3 研修を終え復帰されたときに、現場でどのように生かしたいと思っていますか。

保健所の役割として、在宅医療の普及推進が求められていますので、地域医療関係者のコーディネートがうまくできるように努めたいと考えている

2. 終了時調査

2.1 研修終了後の今、在宅医療についてどのように認識が変化しましたか。

在宅医療では、医療の現場視察をとおして、ここまでできるんだという新たな発見をしました。

都市部での在宅医療は取組みやすいのかなと思う反面、郡部や山間地の在宅医療はどこまでやれるのか。移動時間を多く費やす場合などでは、経営的に対応が可能なのか。診療所1名の医師が対応できる限度は、何人まで可能なのか。在宅療養支援診療所の指定を受けやすくするための環境づくりに何が必要なのか、益々興味関心がでてきました。

2.2 この研修でどのようなことを学ばれましたか（選択）。

在宅医療の概要（講義）、終末期医療

2.3 この研修でどのようなことを学ばれましたか（自由記載）。

在宅医療の体制及び医療スタッフ対応について、既存イメージと違って、新たな発見でした。特に、医師の訪問専門医療体制と主治医制でないローテーションの対応をしていること。患者情報を共有し、緊急対応がいつでも（24H365日体制）できることに感心しました。

訪問診療の現場視察で、在宅患者及び介護者と医師の間に、信頼感がきちんと確保されていることを痛感しました。

2.4 現場へ復帰された時に、この研修をどのように生かそうとお思いですか。

在宅療養の患者と家族の希望や状況に応じて、医療提供者がどうあればよいか。安心・安全の良質な医療を確保するための方法について、様々な選択肢から両方で相談しながら決めるシステムが構築できればと思う。また、福祉サービス（介護等）支援も含めて、生活するための連携のあり方について、最良の方法を選択できる環境を構築していきたい。

2.5 このような研修をどう思われましたか。

日常では、なかなか体験のできない貴重な研修を受講することができました。手間暇のかかる研修で、受け入れ側にとってはたいへんでしょうが、養成機関として、このような機会がたくさんあればありがたいと思います。せめて「点から線」への研修体制がほしい。将来的には、地域において、研修環境を整備していく必要がある。

2.6 研修の内容で、足りないと感じたところは何ですか。

在宅医療研修の中でも、学びたい事項別にコースを設定するとか、オリジナル研修プログラムや事前に希望なども取り込みながらできたら素晴らしい研修になるものと思う。

2.7 このような同様の研修を、他の希望者に薦めたいと思いますか。

（はい/わからない/いいえ）

はい

17	pN	—	5	保健師
----	----	---	---	-----

1. 事前調査

1.1 在宅医療についてどのようなイメージを抱いていますか。

環境が整わないと、在宅医療は難しいイメージがある。

本人、家族は入院より在宅をと望んでいることが多いと思う

1.2 この研修でどのようなことを学びたいと思いますか。

在宅医療の現場

実際に患者、家族をどのように支えているのか

他の関係機関との連携、ネットワーク、体制づくり

在宅の看取り

1.3 研修を終え復帰されたときに、現場でどのように生かしたいと思っていますか。

地域では、在宅より施設入所希望が多いが、在宅医療をすすめるために何が不足しているかを知り、今後に生かしたい

保健師として、難病、母子保健のケースの支援、地域で在宅療養をすすめる際生かしたい。

がん患者の在宅療養支援、家族支援

重症で一人暮らしの 24h ケース（どうやって支えているか）

緩和ケア（がんのターミナルケア 在宅でどのように支えているか）

2. 終了時調査

2.1 研修終了後の今、在宅医療についてどのように認識が変化しましたか。

これまで、急変時の対応として、救急車を呼ぶことを当たり前のことと考えていたが、在宅医療には、もう一つの選択肢として、「救急車を呼ばない」ことがあるということ。地域の中で、24 時間、3 6 5 日の緊急往診体制があれば、在宅の看取りも普通に行えるようになることが分かった。訪問でもターミナル期の方に訪問させていただき、医師が家族の思いを丁寧に聞き対応していた。こういう体制があれば、在宅で住み慣れた場所で対応できることが分かった。

患者・家族が選べるように、医師は、病院から退院する際に、「具合が悪くなったら、いつでもその病院に来るように」と説明するのは、患者・家族を安心させて思っていたが、在宅医療のシステムも伝えるという医師として説明責任を果たしていないという説明を聞き、そのような視点では考えていなかったことに気付いた。

2.2 この研修でどのようなことを学ばれましたか（選択）。

在宅医療の概要（講義）、胃瘻、尿カテ／ドレーン、終末期医療

2.3 この研修でどのようなことを学ばれましたか（自由記載）。

在宅医療をすすめていく場合、本人・家族の意思を尊重してすすめられていることが良く分かった（例えば、訪問で、胃ろう造設の検討する際、本人への説明・意向確認をすぐ行うのではなく、家族の意向・介護の実態を把握し考慮した結果、体制を整えてから本人への説明を行うことにした。また、ターミナル期の方への点滴等の処置について、本人・家族の意向に沿った対応をしていた）。

人間としての生き方、どう生きたいかを提示できるように、そしてその考えを支援しなければならないこと。

在宅でも十分な医療（治療）を受けることができること。

病院では、どのように治すか考えると同時に、どのように生活の場に帰すことができるかを考える必要がある。そのためにも、早期から地域との関係 機関との連携が重要である。

2.4 現場へ復帰された時に、この研修をどのように生かそうとお考えですか。

地域で在宅医療をすすめるために、保健所として出来ることを考えたい。

地域内で、病院からの退院が円滑にすすむように、関係機関との連携をすすめるなど。地域内の在宅で現在受けられるサービスは何かあって、何が足りないか整理すること、それを病院・住民に伝えていくことがまず必要かと感じた。また、関係者・住民の在宅医療への意識を変える必要があると思った。

保健所保健師として、難病等の疾病や障害を持つ方に支援する際、本人・家族の意思を尊重し、在宅療養を支えるようにしたい。

2.5 このような研修をどう思われましたか。

訪問診療に同行させてもらったので、在宅医療の現場を実際に見ることができ、貴重な経験が出来、非常に良かったと思う。訪問させていただいた方々には、状態がかなり重症な方も多かったが、研修としての同行訪問を快く受け入れていただき、感謝したい。

今回のような研修はより多くの方が受けられるとよい。特に、病院勤務医師にも在宅医療の現場を見てもらう機会が必要なのではないかと思った。ぜひ、続けてほしい。

2.6 研修の内容で、足りないと感じたところは何ですか。

今回は、1 日だけだったので、時間が足りないと思った。しかし、1 日しかない中で、沢山のことを学ばせていただいたと思う。

足りないと感じたところは、訪問に同行させていただいた後、まとめや情報交換の時間があるとより学びを深めることができると思った。また、ケア会議など在宅医療を支えていく体制づくりについて、見学できればより良いと思った。

2.7 このような同様の研修を、他の希望者に薦めたいと思いますか。

（はい/わからない/いいえ）

はい

18	pN	—	6	保健師
----	----	---	---	-----

1. 事前調査

1.1 在宅医療についてどのようなイメージを抱いていますか。

患者が家族と共に生活し、暮らす事を支える医療、というイメージです。がんの末期の患者さんだけでなく、経鼻チューブの入ったお子さん、胃瘻のある患者さん、気管切開した方など、様々な方の生活を支える医療かな、と思います。

1.2 この研修でどのようなことを学びたいと思いますか。

在宅医療を受けている方をどのように支えているか

ご本人、家族のメンタル的な支援の実際

がん等、ターミナルの患者さんへの訪問を希望します。在宅医療でどのようにして支えているのかを学びたいと思います。

1.3 研修を終え復帰されたときに、現場でどのように生かしたいと思っていますか。

実際にチューブを入れている方、気管切開をして在宅で療養されている方に関わっているので、そういった方への支援に役立てたい

2. 終了時調査

2.1 研修終了後の今、在宅医療についてどのように認識が変化しましたか。

これまで、在宅医療を選んだ患者の家族は、“つきっきり”というイメージがあり、家族の負担は心身、経済面など

相当なものと考えていました。しかし、研修に参加させていただいたことによって、実は在宅のほうが医療費は軽減できること、往診クリニックでは

独居の方でも看取りが可能であること、家族のレスパイト的な関わりを実施していることを知り、在宅医療のイメージが広がり、より具体的なものとなりました。

2.2 この研修でどのようなことを学ばれましたか（選択）。

在宅医療の概要（講義）、尿カテ／ドレーン、終末期医療

2.3 この研修でどのようなことを学ばれましたか（自由記載）。

在宅医療では輸血や IVH、エコーなど、今まで病院でしかできないと思っていたことが、工夫次第、発想の転換で多くのことができるということを学びました。これまで保健師として「みる」「つなぐ」を重点として活動してきましたが、看護職として「ケアする」ということの大切さを改めて認識したところです。

2.4 現場へ復帰された時に、この研修をどのように生かそうとお考えですか。

同行させていただいた看護師さんの関わりがすばらしく、「今困っていること」に対して的確に対応していらっしゃいました。今回の研修を活かし、訪問、各相談でお会いする方の「今困っていること」は何かを考え、関わっていければ…と思います。

2.5 このような研修をどう思われましたか。

患者の了解が取れるかどうかなどの問題で実際に往診、訪問に同行させていただける研修の機会が少ないので、貴重な研修だと思います。

2.6 研修の内容で、足りないと感じたところは何ですか。

日程の関係上仕方ないことでしたが、ケア会議などにも是非参加して、サービスの調整、全体の流れなど学ぶ機会があれば と思いました。

2.7 このような同様の研修を、他の希望者に薦めたいと思いますか。

(はい/わからない/いいえ)

はい

19	pN	—	7	保健師
----	----	---	---	-----

1. 事前調査

1.1 在宅医療についてどのようなイメージを抱いていますか。

患者さん本人、家族にとっても、望ましい姿であると思います。

また、地域の中で在宅で看取りがふえることにより、子どもたちも死を学び生を考えることができると思います。

現在、本人の不安感、家族の負担の大きさが在宅を困難にしていると思います

1.2 この研修でどのようなことを学びたいと思いますか。

「チーム医療の現場と行政の関わり」

主治医を中心とし、医師以外の訪問看護、訪問介護等のサービス調整したことはあるが、多くの科の医師どうしの連携による在宅医療のイメージがつきません。

多科の医師連携による在宅を推進する際のポイントを学びたい

1.3 研修を終え復帰されたときに、現場でどのように生かしたいと思っていますか。

今回の医療制度改正に関わるものを読んでいると、在宅医療の推進が鍵になると思います。

医師会主導や病院主導で推進している地域がある一方でその取り組みのない地域もある。地域全体をみて広域調整するのが保健所の役割であると考えます。

今年、管内病院の医療連携担当者の打合せを行い、多くの課題が出されている。来年度から具体的な取り組みを行いたい

2. 終了時調査

2.1 研修終了後の今、在宅医療についてどのように認識が変化しましたか。

先生の講義の中で、在宅医療は4疾患5事業のすべてに通ずるとのお話に同感しました。

救急医療との兼ね合いで「何かあったら病院に来なさい」というから来る。在宅医療の推進が、病院勤務医の疲弊、救急現場の問題解決に繋がるとの話に、新たな発見がありました。

2.2 この研修でどのようなことを学ばれましたか（選択）。

在宅医療の概要（講義）、疼痛管理、終末期医療

2.3 この研修でどのようなことを学ばれましたか（自由記載）。

在宅医療を推進する際に、鍵となる先生と、他の職種との信頼関係の構築が重要であることを再認識しました。

訪問現場で、看護師が、前日の食事や水分の摂取量や排泄量から、点滴の種類や量をその場で、判断して行っていることは驚きでした。

医師と看護師の日ごろからの信頼関係と、看護師の資質が問われると感じました。それだけ

に、看護師も「やりがいがある。」と話していたのが印象的です。

2.4 現場へ復帰された時に、この研修をどのように生かそうとお思いですか。

在宅医療の推進は、救急医療、小児科・産科医療など、医療現場に起きている問題解決の一助になると感じました。公的な立場である保健所だから調整できることもあると思います。保健所ができることを考え、少しでも在宅医療が推進されるように、自分のできることをしていきたいと思っています。

2.5 このような研修をどう思われましたか。

大変有意義な研修であると思います。

忙しいにもかかわらず、多くの研修を引き受けていただいております、本当に頭が下がります。是非、多くの方々がこのような研修を受けることを希望します。

2.6 研修の内容で、足りないと感じたところは何ですか。

先生の御心配どおり、1日の研修では、やはり短く感じました。

実際に在宅医療の現場を見た後に、全員でのカンファレンスがあれば、より有意義だったと思いました。

2.7 このような同様の研修を、他の希望者に薦めたいと思いますか。

（はい/わからない/いいえ）

はい

20	pD	—	1	医師
----	----	---	---	----

1. 事前調査

1.1 在宅医療についてどのようなイメージを抱いていますか。

患者様本人が、その人らしく生活できる場とそれを支えるチーム医療
病院で行われている医療をそのまま持ち込むのではなく、相手に合わせてアレンジしてゆき、
やわらかな時間が流れる場

1.2 この研修でどのようなことを学びたいと思いますか。

在宅医療をチームでどのように行っているのか
ターミナルケアにおける精神的サポート
家族への支援

1.3 研修を終え復帰されたときに、現場でどのように生かしたいと思っていますか。

L 県では来年度、在宅緩和ケアを進める方向性が示されたこともあり、全県下で（参加させていただいたメンバーと一緒に）在宅医療を安心して受けられる体制づくりに結び付けたい
と思っている

2. 終了時調査

2.1 研修終了後の今、在宅医療についてどのように認識が変化しましたか。

家庭という自由な空間で、その人らしく暮らすために特別なものはいらないということが実感できた。

独居でも、日中1人になり人工呼吸器を装着していても、在宅医療と福祉のサポートにより
家庭生活が可能ということは、驚きだった。

駐車スペースの少ない都市部で、交通渋滞に巻き込まれながら往診するのは、肉体的にも
精神的にも医師側に負担があると感じた。

2.2 この研修でどのようなことを学ばれましたか（選択）。

在宅医療の概要（講義）、尿カテ／ドレーン、呼吸器

2.3 この研修でどのようなことを学ばれましたか（自由記載）。

365 日 24 時間対応とするために、医師側だけでなく、看護・福祉側も情報共有しながら患者とその家族を支えていく仕組み。（綿密なコミュニケーションとお互いの信頼関係に裏打ちされたもの）

2.4 現場へ復帰された時に、この研修をどのように生かそうと思いますか。

まず、在宅医療について広く知ってもらうこと。病院から「追い出される」のではなく、「自分の生き方を選択できる」という発想の転換のため、マスコミを巻き込みながら継続的

に情報を流したい。

同時に、保健所として最優先で取り組まなければいけないのは、在宅医療の実態調査とその情報を関係者へ流し、共有することから始めたい。

研修医に在宅医療の必要性をもっと伝える。（往診訪問同行だけでなく、ミニレクチャーを設定する）

2.5 このような研修をどう思われましたか。

スタッフの皆様には日常業務に加えてであり、大きなご負担だったでしょうが、「百聞は一見にしかず」のとおり、大変貴重な経験を体験させていただいたので今後も是非、少しずつでも続けてほしい。

上記に加えて…。ヘルパーさん達の継続的な研修や在宅医療を支えるボランティア養成など、行政がもっとかかわることで違った展開が期待できると感じた。医師を始めとした医療職向けはもちろんのこと、行政へのご案内もお願いしたい。

2.6 研修の内容で、足りないと感じたところは何ですか。

ケア会議などに同席出来ればベストだが、在宅に移行して安定するまで課題のあった事例など、それをどう受け止めて、どう解決してきたかについて具体的にお聞きしたかった。

往診専門クリニックとしての課題（例えば行政への要望）など、今後の業務につながるような意見交換の場を訪問終了後に設定していただけたら、さらに充実した研修になったと思う。

2.7 このような同様の研修を、他の希望者に薦めたいと思いますか。

（はい/わからない/いいえ）

はい

21	cN	—	1	看護師
----	----	---	---	-----

1. 事前調査

1.1 在宅医療についてどのようなイメージを抱いていますか。

積極的な治療は行えないが、家族や、本人の希望を強く入れた医療が行えるのではないかと
思う。自宅療養・生活者が、困ったときに、時々たよる医療。(上記は訪看を行う前のこと
です)

1.2 この研修でどのようなことを学びたいと思いますか。

- 1 往診医の行う医療・生活とのかかわり方
- 2 生活者が、在宅医療を望んでいるのか？ 望んでいるなら、何を。
- 3 在宅医療の良い所と悪い所
(実際に在宅医療は、どこまでできるのか)
- 4 上記をふまえた上での必要性和実際のあり方

1.3 研修を終え復帰されたときに、現場でどのように生かしたいと思っていますか。

同じ看護師に対し、在宅医療を伝え、知ってもらいたい。

D r に対し、積極的に現場である在宅に少しでも多く来てもらいたい(そうできるよう働き
かけたい)

患者さん＝疾病をもち、入院、退院を繰り返している人、自分らしく生活することをつぶさ
れそうな人の支えになりたい。家族の不安を軽減させたい。

(自分＝看護師も在宅医療に対し、生活者、家族と同じような不安があるので、それをなく
したい)

2. 終了時調査

2.1 研修終了後の今、在宅医療についてどのように認識が変化しましたか。

在宅医療を“通院困難な人や、特定疾患・難病などで、回復に見込みがもてない患者が、本
人の希望とは関係なく自宅療養を余儀なくされた時に、何かアクシデントがあった時や、処
方のための診察を受けるのが往診であり、酸素・輸液などを自宅で行っている”と、日常生
活の中では異質なものだと思っていました。

しかし、日常生活に溶け込み、家庭や病院外で生きていくのを支えてくれるものだと感じま
した。

2.2 この研修でどのようなことを学ばれましたか(選択)。

在宅医療の概要(講義)、胃瘻、尿カテ／ドレーン、呼吸器、褥瘡管理、終末期医療

2.3 この研修でどのようなことを学ばれましたか（自由記載）。

在宅医療の概要（講義）から、積極的な医療や慢性期を支えるための医療とともに、人の終焉を自然に迎えるための医療も必要となっているが、病院では困難・不十分であるうえ、医療費の国家負担が大きい。医療費の個人負担や公費、社会福祉などの知識不足が、在宅医療の妨げになっている。

2.4 現場へ復帰された時に、この研修をどのように生かそうとお考えですか。

在宅療養についての知識をまずは医療従事者に広めたい。
終末期にある患者が在宅で過ごすことを望むように、患者や家族にはたらきかけたい。
往診医になるべく最期までみてもらえるように話し協力する。

2.5 このような研修をどう思われましたか。

実際に行われている往診の内容と、それを受けている家族や患者さんの様子を知ることができ良かった。
往診の問題点なども、ほんの少しだが知ることができ良かった。

2.6 研修の内容で、足りないと感じたところは何ですか。

午前中にB先生からの講義がありましたが、もっと聴講したい内容ばかりでしたので、細かい研修プランが必要かと思いました。
（事前に講義だけを受けたあとに、現場研修とか・・・）

2.7 このような同様の研修を、他の希望者に薦めたいと思いますか。

（はい/わからない/いいえ）

はい

22	cN	—	2	看護師
----	----	---	---	-----

1. 事前調査

1.1 在宅医療についてどのようなイメージを抱いていますか。

24 時間、365 日対応で支援しないといけないので、医療者が拘束されて、大変かと思う
 病院では病気や患者さんだけを理解してみていけばいいが、在宅ではその人を支えている家族
 のサポートも重要になる

家に帰りたいと願って、それを受けてもらえる場所があればどの人も病院ではなく家で終末
 を迎えたいと思っていると思うので、在宅医療が広まればいい

1.2 この研修でどのようなことを学びたいと思いますか。

在宅医療に関する国の制度

診療報酬

在宅における看護師の役割

1.3 研修を終え復帰されたときに、現場でどのように生かしたいと思っていますか。

すでに在宅医療を受けている人、今後希望される人に情報の提供をしたい

2. 終了時調査

2.1 研修終了後の今、在宅医療についてどのように認識が変化しましたか。

人は必ず終末期を迎える。その人が望むのであれば終末を在宅で看取ってあげるのが自然で
 あり、当然のことだと思うようになった。

2.2 この研修でどのようなことを学ばれましたか（選択）。

在宅医療の概要（講義）、胃瘻、呼吸器、疼痛管理、終末期医療

2.3 この研修でどのようなことを学ばれましたか（自由記載）。

講義：自分の影響を受けた相手。または相手の影響を受けた自分などと言うことは考えても
 見なかった。独立したもの同士であると思っていました。コミュニケーションの基礎を学んだ。公的
 な支援をフルに活用する。それには法規を理解すること。

訪問：Dr が訪問されていることは分かりましたが、私は看護師ですので看護師の役割に興
 味がありました。家族がDr に話せないこと、不安なことを一挙に引き受けてケアをされて
 いました。家族を支えているのは看護師だと確信しましたが、Dr とNs が日頃から意志の
 疎通を図っていなければ、同じ視点で見られないので十分な会議を持たれていることだと感
 じます。

2.4 現場へ復帰された時に、この研修をどのように生かそうとお考えですか。

身体障害者の方がほとんどなので自立支援法についての情報の提供。職員には意識改革をすれば在宅で看取りができることを話したい。

2.5 このような研修をどう思われましたか。

希望する日や日数を受けていただける研修ははじめてで、自分の仕事にあわせて組めたので感謝しております。在宅と一緒に訪問し患者さんや家族に受け入れて頂きいろいろなことを、見て聞いて学びました。2日間では不十分でもっともっと勉強したいことが残り残念です。Mでもこのような在宅に対する取り組みが早くなればいいと思います。帰ってから職場で報告したところ、大変羨ましいとの反応でした。自分が学んできた医療、看護とは違うものを見せて頂きました。

2.6 研修の内容で、足りないと感じたところは何ですか。

研修日数さえ十分であれば不足するものはないと思います。私は日数が足りなくて、診療報酬・介護保険と医療保険・在宅医療をサポートする薬局・医療器具・在宅酸素の業者さんとの連携なども勉強したかった。緩和医療についてももっと時間がほしかった。

2.7 このような同様の研修を、他の希望者に薦めたいと思いますか。

(はいわからないいいえ)

はい

23	sN — 1	看護師
----	--------	-----

1. 事前調査

1.1 在宅医療についてどのようなイメージを抱いていますか。

その人らしく生活し、その生活をみださないように医療を受けれるのではないかと思います。

1.2 この研修でどのようなことを学びたいと思いますか。

Dr に看護師としてどの範囲まで期待できるのかや実際今行っている訪問看護とクリニックの訪問看護の内容などの違いを知る
往診専門医の実際など

1.3 研修を終え復帰されたときに、現場でどのように生かしたいと思っていますか。

制度などに関して知識がうすいので、もっと覚えて受けれる医療や制度を活用してもらえようようにすること。

療養者さんへの接し方をもう一度見直して今回学んだことを実践できればと思います。
職場のスタッフにも伝えていきたいと思っています

2. 終了時調査

2.1 研修終了後の今、在宅医療についてどのように認識が変化しましたか。

終末期において不安や予想できない死に対して、こんなに穏やかに、その時が来るまで静かに時が流れ、怖さなども取り払われ尊重されつつ何も変わることなく最後を迎えられるという実際がみれて私自身も家での最期を迎えたいという気持ちになりました。

2.2 この研修でどのようなことを学ばれましたか（選択）。

在宅医療の概要（講義）、胃瘻、呼吸器、疼痛管理、終末期医療

2.3 この研修でどのようなことを学ばれましたか（自由記載）。

上記の学びで実際私が患者であった時に、何の知識もないところに、専門用語でどの治療を受けるのか自分自身で決めて下さいと言われ、どう選んでいいのか困ったことがありました。突き放された感じがしました。医療提供者からは普通でいつもの何げない言葉や説明でも患者さんを困らせることもあるのだと、その時のことを思い出しました。改めて、互いに相手を思いやる心の大切さを学びました。

2.4 現場へ復帰された時に、この研修をどのように生かそうとお考えですか。

制度のことをもっと勉強し知識を深め、受けられるサービスがあるのに、知らないままにならないように、サービスの障害ができるようにしていかなければならないと思いました。

Fで周りのスタッフや医師会の Dr などに研修のことを話していきたい
それとやはり自分のものとして生かせるようにしていきたいです

2.5 このような研修をどう思われましたか。

私にとっては、とても充実したものであり、往診医療の実際が見れてとても良かったと思います。

訪問看護にも今後生かせるものとして学べたので、このような研修を続けていってほしいと思ったし、自分の視野も広げることが出来ました。

2.6 研修の内容で、足りないと感じたところは何ですか。

一回一回の手洗いがなされていればよかったと思います。

2.7 このような同様の研修を、他の希望者に薦めたいと思いますか。

(はい/わからない/いいえ)

はい



24	hN	—	8	看護師
----	----	---	---	-----

1. 事前調査

1.1 在宅医療についてどのようなイメージを抱いていますか。

生活の場で患者家族を中心に、医療・介護が提供できる
多職種協働が重要であること
家族の介護負担が生じる、生じやすい

1.2 この研修でどのようなことを学びたいと思いますか。

どのように在宅医療に取り組んでおられるのか
介護力の低い家族への関わり
多職種間の協働のシステム（どのように）

1.3 研修を終え復帰されたときに、現場でどのように生かしたいと思っていますか。

退院支援に役立てていきたい
病棟スタッフ等への教育等に役立てていきたい
患者、家族への関わり等に生かしたい

2. 終了時調査

2.1 研修終了後の今、在宅医療についてどのように認識が変化しましたか。

在宅で自分らしく過ごす、家族と共に暮らすことの意義がわかった。
呼吸器をつけての在宅も可能であるが、共にみてくれる医師がいなければなかなかむずかしいことが再認識できた。
在宅ですごす人たちは、「いつでも先生がきてくれる」、緊急対応がしっかりしているからこそ、在宅へと考えられるのか、在宅医療スタッフがしっかり連携できての、在宅での生活なのだったと思った。
在宅医療のシステム作りの必要性を痛感した。（介護と医療の連携が大切）
患者・家族との信頼関係のもとで成り立っていることがわかった。
地域全体で在宅医療に向けて方向性を見出していく必要性を感じた。

2.2 この研修でどのようなことを学ばれましたか（選択）。

在宅医療の概要（講義）、ケア会議、終末期医療

2.3 この研修でどのようなことを学ばれましたか（自由記載）。

往診クリニックでは「在宅へ戻りたい」と思っていた患者さん・家族が大半であることには、びっくりした。それだけ、在宅医療が進んでいるのかと…自分の地域を考えるとそうなり得るのかと疑問に思った。在宅医療を、本来はこれが患者さん・家族が望む医療なのだろうと

感じ、そのためには在宅医療システム作りが大変重要になってくる。意識的に変わらなければできないことであろうし、これからは、在宅医療は力をいれていかねばならない分野であると実感することができた。

入院中からの対応が重要になってくる。患者・家族の思いをしっかりと聞いて情報提供等をし、しっかり行っていく必要がある。

2.4 現場へ復帰された時に、この研修をどのように生かそうとお考えですか。

診療連携室勤務であり、退院調整を行う上で役立てていきたい。

ソーシャルワーカー、病棟看護師などチームでの関わりの中で、今回の学びを伝えていきたい。

2.5 このような研修をどう思われましたか。

大変興味深い研修であり、良かったと思う。

また、機会があれば参加してみたい。

皆様が大変親切で、とても質問などしやすくて良かったです。

本当にお世話になりありがとうございました。

みなさんが、いきいきと頑張っている姿を見て、自分も頑張らなければと反省しました。ありがとうございました。

2.6 研修の内容で、足りないと感じたところは何ですか。

事前に文書での説明があれば、何日の参加でだいたいどんなことが学べるかわかっていたなら、参加日数の調整ができたと思う。

今回は2日間であったが、もう少し研修期間がほしかったと残念に思う。

（反対に期日を何日間ときめていただいたほうがよかったように思う。参加者の都合に合わせて、自由にということであったのだろうが…。）

2.7 このような同様の研修を、他の希望者に薦めたいと思いますか。

（はい/わからない/いいえ）

はい

25	hP	—	1	保健師
----	----	---	---	-----

1. 事前調査

1.1 在宅医療についてどのようなイメージを抱いていますか。

住み慣れた自宅で、家族と一緒に過ごし、終末を迎えられる。

自分が最後まで自分らしくいられる。

1.2 この研修でどのようなことを学びたいと思いますか。

在宅療養支援診療所の実際

24 時間対応するシステムについて

在宅での緩和医療の実際

1.3 研修を終え復帰されたときに、現場でどのように生かしたいと思っていますか。

がん終末期患者への対応をふり返り、患者・家族が安心して自宅で過ごせるように援助していきたい。業務の改善をする必要がある。

2. 終了時調査

2.1 研修終了後の今、在宅医療についてどのように認識が変化しましたか。

在宅医療をするために行くわけではなく、生活の場へ行き、生活を支える手助けをすること。

私たち医療者は、患者様が望むものを医療というかたちで提供している。

患者様だけではなく、ご家族（介護者）を支えることが重要であり、そのことが、患者様が在宅で生活するために一番必要なことである。

2.2 この研修でどのようなことを学ばれましたか（選択）。

在宅医療の概要（講義）、胃瘻、尿カテ／ドレーン、終末期医療

2.3 この研修でどのようなことを学ばれましたか（自由記載）。

気管切開の管理、中心静脈栄養の管理、在宅酸素管理について

グループホームとの連携の実際

終末期患者へ対する対応、家族への病状説明への同席

輸液管理の実際

2.4 現場へ復帰された時に、この研修をどのように生かそうとお考えですか。

在宅医療に対しての考え方が自分の中で変わった。現在、当クリニックでは、医師 1 名、看護師 3 名体制で約 120 名の患者様に訪問診療を行なっているが、終末期患者様への対応も十分な状況ではなく、患者様、ご家族が安心して在宅で過ごし、在宅での看取りができるように手厚い対応が必要だと感じ、スタッフで業務の見直しを行なうことにしている。より多く

の在宅で生活したいと考えている患者様が、安心して退院できるように頑張りたいと思う。

2.5 このような研修をどう思われましたか。

他のクリニック等での実際の状況を見ることができ、自らが行なっていることと比較でき、業務の改善につながられたので、とても良かった。

あらためて、在宅医療についての講義を受け、在宅医療のあり方について再認識することができた。

2.6 研修の内容で、足りないと感じたところは何ですか。

1日だけの研修だったため、時間がなかったこと位です。その他、研修内容で不足するものはありません。

2.7 このような同様の研修を、他の希望者に薦めたいと思いますか。

(はい/わからない/いいえ)

はい

26	hN	—	9	看護師
----	----	---	---	-----

1. 事前調査

1.1 在宅医療についてどのようなイメージを抱いていますか。

患者さんが、住み慣れた家で、使い慣れた物に囲まれながら、家族と共に、病気をかかえながらも、生活できるよう支援すること

いかなる状態にあっても、患者さんが希望する限り、支援し、患者さんが望むような生活を営む事をサポートできる

疼痛コントロール、栄養状態の適切な維持、苦痛緩和

1.2 この研修でどのようなことを学びたいと思いますか。

病院を退院されたあと、患者さんがどのように家で過ごしているか

良い点と課題となる事を明らかにし、患者さんを送り出す

病院側の者として、調整できることを明確にしたい

1.3 研修を終え復帰されたときに、現場でどのように生かしたいと思っていますか。

在宅医療を受ける患者さんが、困らない様、また、在宅医療スタッフが、円滑に患者さんを支援できる様、病院と地域のパイプ役として機能できるようにしていきたい

2. 終了時調査

2.1 研修終了後の今、在宅医療についてどのように認識が変化しましたか。

在宅医療を支援する上で、介護保険のみでなく、身障や自立支援等の制度を組み合わせることで、サービスの拡大を図ることができることを知りました。

生命保険を生きているうちに貰える事…「確かに高度障害の際は保険金が支払われるって書いてある!」と気付く事が出来ました。

このようなことから、視野をも、う少し広げることで、患者さんの療養生活が大きく改善されることを認識できました。

2.2 この研修でどのようなことを学ばれましたか（選択）。

在宅医療の概要（講義）、疼痛管理、終末期医療

2.3 この研修でどのようなことを学ばれましたか（自由記載）。

在宅医療推進のために、多くの患者さんに在宅での暮らしを勧めてきましたが、実際に患者さんの在宅での生活を見る機会はありませんでした。今回研修させていただいて、患者さんが住みなれた家で、どのように生活しているかを垣間見ることが出来て、とても勉強になりました。

限られた訪問時間の中で、効果的に患者のケアや指導を行う事の必要性和難しさを感じました。

2.4 現場へ復帰された時に、この研修をどのように生かそうとお思いですか。

病院から在宅に帰す立場の者として、患者や家族が安心して退院出来るようにコーディネートすることが大切であるし、在宅医療のスタッフが、患者さんを支援しやすいように、連携することが最重要であると思う。

癌の患者さんに対し、今後病状がどの様に変化していくかは説明がなされているが、仕事・家庭生活等に及ぼす影響についてまでは、あまり詳しく話されていないのが現状であると思う。しかし患者さんが知りたい情報である事、医師に伝えていく必要性を感じた。

2.5 このような研修をどう思われましたか。

以前より、在宅診療に同行したいと、職場の上司に申し入れしていたが、業務の都合や、研修先の受け入れの状況により、実現出来ずにいたので、今回の研修はとても貴重な経験でした。

住み慣れた自宅で生活しましょうといいながら、実際に在宅での患者さんの様子を見る機会は無かったので、説得力に欠ける面もありましたが、今回の実地研修で、どのような環境でも、スタッフの方々の思いや工夫に支えられ、患者さんが病気とともに自宅で生活している場面を見せていただき、勉強になりました。

2.6 研修の内容で、足りないと感じたところは何ですか。

ALS の患者さんの、在宅での様子を見学することが出来なかったので、人工呼吸器等在宅でどのように設置して、ケアするのか見てみたかったです。

2.7 このような同様の研修を、他の希望者に薦めたいと思いますか。

(はい/わからない/いいえ)

はい

27	cN	—	3	看護師
----	----	---	---	-----

1. 事前調査

1.1 在宅医療についてどのようなイメージを抱いていますか。

自己の生活スタイルの中で（生活の場、自宅であったり、高齢者施設）、自然な流れの医療

1.2 この研修でどのようなことを学びたいと思いますか。

貴院での往診スタイル、診療の流れ、システムの事（電子カルテなど）、他部門との連携、患者様に対する補助の制度

在宅医療開始（患者様を受け入れるとき）するにあたっての、先生（医師）、看護師、他部門との関わり

在宅医療について家族、患者様に対してどのように話をしているのか

1.3 研修を終え復帰されたときに、現場でどのように生かしたいと思っていますか。

在宅医療で参考にできる事、など すぐに実行できればと思っています

2. 終了時調査

2.1 研修終了後の今、在宅医療についてどのように認識が変化しましたか。

在宅医療は、医療体制。支えるサービスがあれば可能性が広がる。（病院、在宅の役割はありますが）

2.2 この研修でどのようなことを学ばれましたか（選択）。

在宅医療の概要（講義）、終末期医療

2.3 この研修でどのようなことを学ばれましたか（自由記載）。

今後の医療の方向、説明責任の重要性を実感しました。

Jの地域性、交通など実際に同行して、Fとの違いも学びました。

2.4 現場へ復帰された時に、この研修をどのように生かそうとお考えですか。

家族への介護負担をへらせるように（サービス利用、家族以外での吸引の指導をすすめていければ）

ケア会議を充実させる

電子カルテにはわかりやすく入力していく

薬 BOX を作成する

今後の在宅導入時に研修での事を参考にします。

2.5 このような研修をどう思われましたか。

医療の現状、今後の目標を共有でき、在宅医療を増やし、良い方向に進むきっかけになる

2.6 研修の内容で、足りないと感じたところは何ですか。

2 日間、先生と往診に同行しましたが、往診クリニックでの看護師さんの動きや仕事内容や事務の動きを同行したり研修できれば良かったです。

2 日間の日程では、難しかったです。

2.7 このような同様の研修を、他の希望者に薦めたいと思いますか。

（はい/わからない/いいえ）

はい

1. 事前調査

1.1 在宅医療についてどのようなイメージを抱いていますか。

私は実際、在宅医療を目にした事はありません。しかし、祖母と同居していることで在宅にはすごく興味があります。イメージ的には在宅医療をすると、家族が負担かかりそうですが、自分の家で医療をうけられたらすごく嬉しいなと思います。

1.2 この研修でどのようなことを学びたいと思いますか。

医療事務として、まだ1年しかたっておらず、知識があまりない中、今対在宅の事務をする事になりました。ですので、在宅事務をするに至り、どんな事から取り組んでいけばいいのか、貴院で学びたいと思います。

「初めて在宅を行う方に対しての事務の方の対応の仕方」や「金銭関係の流れ」、「当日の往診の方のデータを作っていると聞きましたが、どうやって作っているのか」など、在宅の事務を立ち上げていくにあたり必要なことを学びたいと思います。

1.3 研修を終え復帰されたときに、現場でどのように生かしたいと思っていますか。

一からの在宅事務ですので、時間がかかるかと思いますが、研修で生かした事を生かして、Dr や看護師がうまく在宅にまわれるようにできたらいいなと思っています。

2. 終了時調査

2.1 研修終了後の今、在宅医療についてどのように認識が変化しましたか。

在宅医療について、認識が変わりました。

いかにいろいろな事務所の人と協力し合い、患者様への説明するのが大事か分かりました。入院させることは治すことではなく退院させることなのだという事。

考え方一つで、意識の持ちようが違うのだらうなと思いました。

2.2 この研修でどのようなことを学ばれましたか（選択）。

在宅医療の概要（講義）

2.3 この研修でどのようなことを学ばれましたか（自由記載）。

医療保険での請求点数の算定可、算定不可

書類作成や整理の仕方

物品管理など

2.4 現場へ復帰された時に、この研修をどのように生かそうとお考えですか。

Dr や看護師がスムーズに仕事ができるように事務の仕事をしていきたいと思っています。

書類の整理の仕方やカルテの入力方法、書類作成などもぜひ取り入れたいと思います。
いかに残すかが大事だと思いました。それにより、処置のもれや皆で確認しあえるので。

2.5 このような研修をどう思われましたか。

私は、この研修で初めて患家へ訪問を体験しました。

事務員であり、まだ社会に入って1年しかたっていないので、今回の研修ではすごく勉強になりました。そして、医療行為も初めて見たので、衝撃的でした。しかし、今回体験した事により、在宅へのイメージが変わったように思います。家族の方も一生懸命で、看護師にいつでも不安な事があると相談できるような雰囲気がすごく良かったです。私服で訪問する方が、白衣で訪問するより、心が開けるように思いました。

事務員ではありますが、患家に足を運んでこれからは現場を見てみたいと思いました。

2.6 研修の内容で、足りないと感じたところは何ですか。

2.7 このような同様の研修を、他の希望者に薦めたいと思いますか。

（はい/わからない/いいえ）

はい

29	cN	—	4	看護師
----	----	---	---	-----

1. 事前調査

1.1 在宅医療についてどのようなイメージを抱いていますか。

在宅医療を実施（日常業務として）しています。6年目に入りました。出前外来、出前病棟といった感じでしょうか？

当クリニックは医師一人体制で患者数は減少してきています。

私自身は看護師として、患者さんと家族の方達に会いに行き落ち着いていると安心、ホッとします。その往診時間は、その家族の方達と一対一で向き合い、その方達だけのことを考えられるのが好きです。

1.2 この研修でどのようなことを学びたいと思いますか。

二日間で学べるものは全て

自分の勤務先の往診しか知らないのですが、足りないものがたくさんあると思っています。比較することで気づけることがあり、その中から、往診を受けてくださっている方達少しでも安心して、自宅で生活していける様、往診スタッフとしてできることをやっていきたい

1.3 研修を終え復帰されたときに、現場でどのように生かしたいと思っていますか。

Drの役割、Nsの役割（往診場面での）

新患の受け入れ・カンファレンス等

状態変化し、入院していただく時の連携等

2. 終了時調査

2.1 研修終了後の今、在宅医療についてどのように認識が変化しましたか。

自職場の訪問診療は、いろいろな点で満足度が低い（患者さんにとっても、私達職員にとっても）と思っていましたが、研修させていただいて、その思いを一層強くしました。人的体制等の相違はありますが、患者さん（家族）のために、在宅で、「ここまではするんだ・出来るんだ」と感じたのが最大の認識の変化です。

2.2 この研修でどのようなことを学ばれましたか（選択）。

在宅医療の概要（講義）

2.3 この研修でどのようなことを学ばれましたか（自由記載）。

訪問診療場面で、患者さん（主に家族でしたが）が医師に気兼ねせず、堂々とコミュニケーションし、よく質問して、自分の考えも話していることから、患者（家族）と医師の関係づくりがすばらしいと感じた。

医師がよく働く

自職場では、運転手と看護師と医師の三人で訪問診療している。仙台往診クリニックでは三人分の労働を医師一人で行なっている、(事前準備は看護師が行なっていたが)事後処理やフォローもしっかり行なっていた。

記録(電子カルテ)も、「実際に往診しなかった職員もわかるように』されている。

ヘルパーさんがとてもよく教育されていて、サブ看護師の役割を担っている。

在宅の患者(家族)を中心とした在宅医療の基本理念がしっかりしている。

その理念の上に業務やカルテが組み立てられていて、各自がその目標達成のために、自職種の役割をしっかり行なっている。

2.4 現場へ復帰された時に、この研修をどのように生かそうとお考えですか。

職場メンバーに研修報告し、資料も回し読みし、患者さんにとって、今より少しでも満足度の高い在宅医療にしたい。

2.5 このような研修をどう思われましたか。

このような研修を受けたのは初めてでした。

良かった点

- ・「研修費無料+経費自己負担なし」これはとっても魅力的
- ・受ける側の希望の目数にあわせてくれる
- ・内容が期待以上に充実していた

所長の講義が受けられた

学会発表の予行に参加できた

残念だった点

- ・もっと知りたいことがたくさんあったので、研修日数が2日しかとれなかったこと。(こちらの都合ですが)

以上からとても有意義な研修でした。またこういう機会をつくっていただければ、より多くの方が在宅医療を学べると思います、

2.6 研修の内容で、足りないと感じたところは何ですか。

時間と説明

一度学べるものを予め提案されていれば、学びたいものに合わせて、研修日数や内容の選択が出来、より充実した研修が出来ると思う。

また、個別研修予定が事前にわかると、心の準備が出来て良かったと思う。

研修当日にでも、午前・午後の予定がわかるという意味です。

Cの事業全体や収益等についても知りたかった。

2.7 このような同様の研修を、他の希望者に薦めたいと思いますか。

(はい/わからない/いいえ)

はい

30	hN	—	10	看護師
----	----	---	----	-----

1. 事前調査

1.1 在宅医療についてどのようなイメージを抱いていますか。

寝たきりの患者様や通院困難な患者様、又、癌末期で最後を自宅ですごされたい患者様のサポートをしていく。

1.2 この研修でどのようなことを学びたいと思いますか。

訪問診療の体制、訪問看護、介護支援事業所、ヘルパー事業所等との連携の取り方を学びたい。

患者様の処置がある場合、どのように処置を行っているか（気管カニューレ、人工呼吸器の対応、P E G）

1.3 研修を終え復帰されたときに、現場でどのように生かしたいと思っていますか。

現場に戻ったら、今回学んだ内容を、スタッフと情報交換し、取り入れていける部分があるか検討していきたい

2. 終了時調査

2.1 研修終了後の今、在宅医療についてどのように認識が変化しましたか。

在宅医療についての認識は、大きく変化はありませんが、いかに自分たちが、患者様・ご家族の方に影響を及ぼした存在で、生活のひとつの点になっているかという事を認識できました。

2.2 この研修でどのようなことを学ばれましたか（選択）。

在宅医療の概要（講義）、尿カテ／ドレーン、呼吸器、疼痛管理

2.3 この研修でどのようなことを学ばれましたか（自由記載）。

在宅介護の中で、ご家族やサポートしているヘルパーたちへの、指導がしっかりなされている事。

自分たちが影響を及ぼしている相手と、どのように関わっていく事が重要であるか学ぶ事ができました。

2.4 現場へ復帰された時に、この研修をどのように生かそうと思いますか。

現在、私たちが実施している在宅医療と、どのような違いがあるのかスタッフで話し合い、取り入れられるものがあるか、変えなければいけない事があるか検討して、前進していければと思います。

2.5 このような研修をどう思われましたか。

周囲の在宅医療が、どのように実際行なわれているか研修できる事は、とても良い経験だと思います。今後も続けて頂ければ、在宅医療の発展になると思います。

2.6 研修の内容で、足りないと感じたところは何ですか。

私どもの都合で、1日しか研修させて頂く事ができなかった為、とくに足りないと感じた所はありませんでした。実際研修日数が取れば、看護師の方たちのお話も聞かせて頂きたいと思いました。また、医療費の面で、重度医療費助成など、どのような制度を利用しているのか聞いてみたいと思いました。

2.7 このような同様の研修を、他の希望者に薦めたいと思いますか。

（はい/わからない/いいえ）

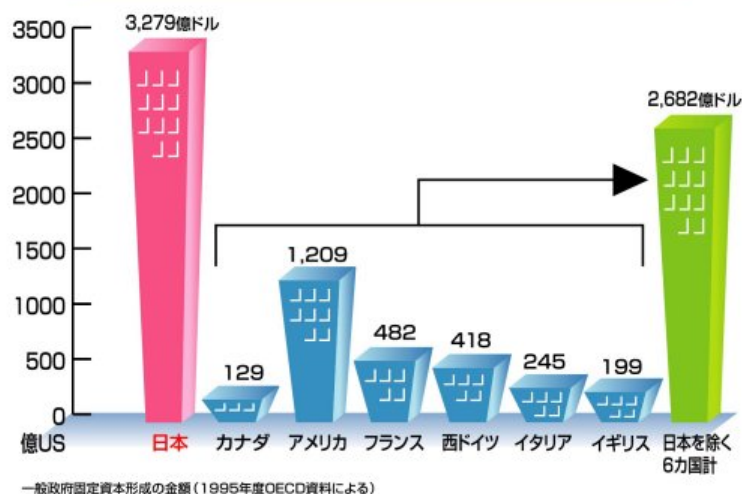
はい

（４）分析

わずか一日から四日の研修であっても確実に成果が認められる以上、全国的にこの研修を行うことが重要である。今後類似の研修に関する全国展開が早急に進められることが好ましい。

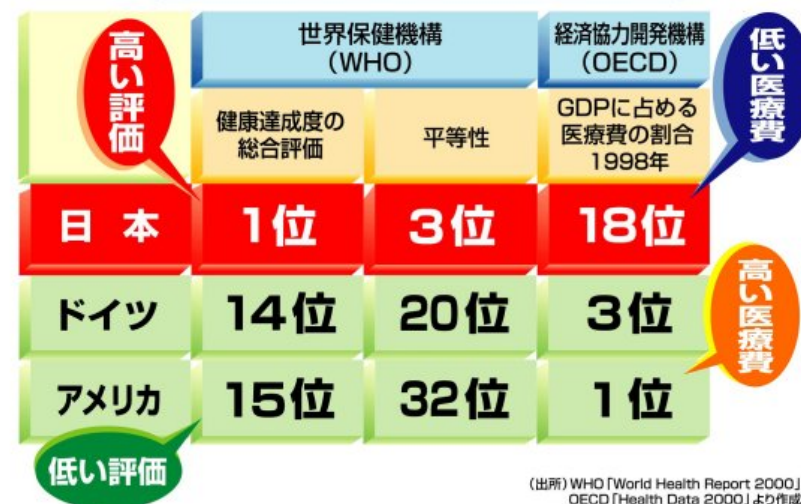
サミット6カ国の合計額より多い、日本の公共事業費

土地代を除いた建設費を、ドル換算して比較したもの



日本の医療制度の国際的評価はトップクラス

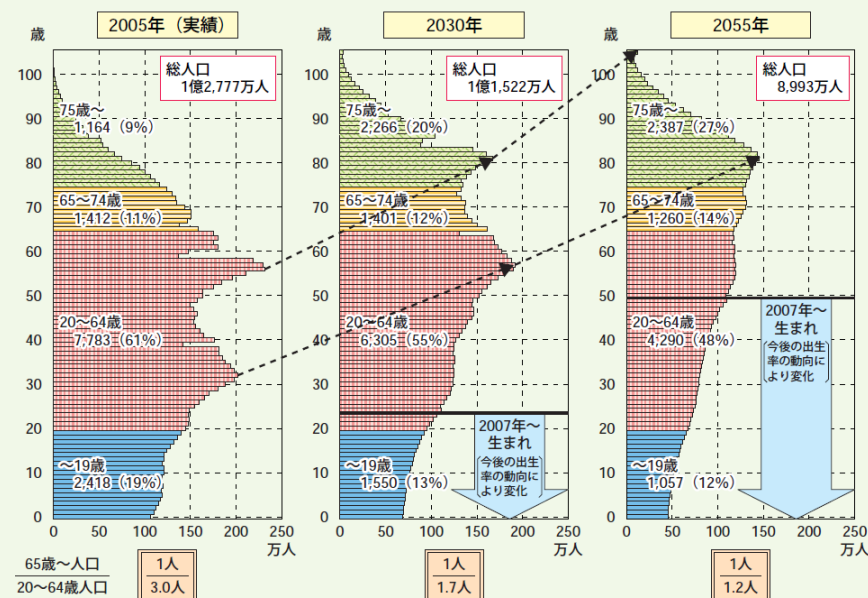
健康達成度総合評価・は第1位・医療費は18位



医療費抑制に成功

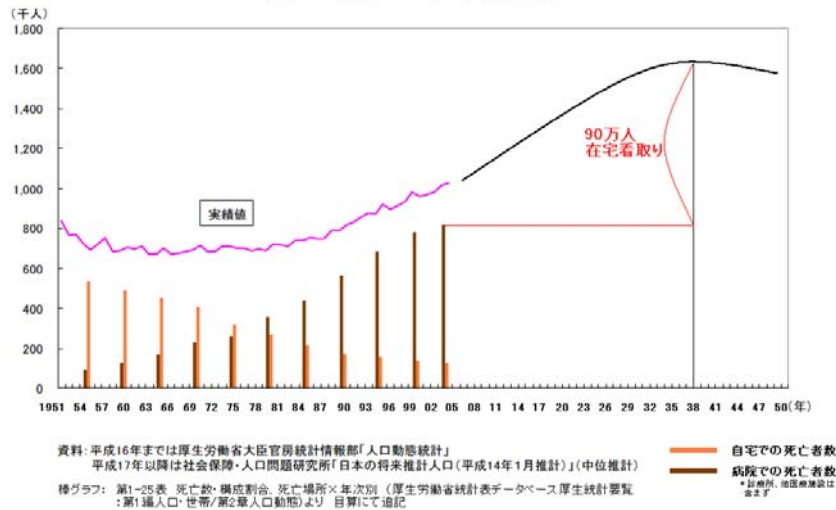
- 医療費は比較的抑制されてきた
 - 1980年代: 費用増加率はGDP増加率と同率
 - 1990年代: 費用増加率の方がGDP増加率より高い
- 診療報酬の改定率と医療費の関係
 - 強い相関関係: 0.78
 - 点数及び請求条件に対する規制は効果的
 - 2002年: 診療報酬点数表の-2.7%改定
 - 医療費-0.7%に

図表2-1-1 人口ピラミッドの変化



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 (平成18年12月推計) 中位推計」
(注) 2005年は総務省統計局「国勢調査報告」に基づき、年齢「不詳人口」を按分補正した人口による。

死亡数の年次推移



平成18年度厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業「地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究」川島孝一郎 より

後期高齢者における死亡数・死亡割合

現状

平成18年総死亡者数 = 1,084,450人

後期高齢者の死亡数 = 698,976人

(外国での死亡、不詳を除く)

後期高齢者の死亡割合 = 64.5%

注1：平成18年総死亡者数・後期高齢者死亡者数、鹿児島県における死亡者数・後期高齢者の死亡者数は厚生労働省統計表データベース 人口動態調査に基づく

注2：2015年75歳以上の死亡者数は都道府県別将来推計（国立社会保障・人口問題研究所）による推計データに基づく

仙台往診クリニック 研究部門

後期高齢者における死亡数・死亡割合

2015年(平成27年)

後期高齢者人口(推計値) ⇒ 16,452,000人

後期高齢者の死亡数(推計値) = $\frac{973,609人}{1,270,000人}$

後期高齢者の死亡割合 = 76.7%

注1：平成18年総死亡者数・後期高齢者死亡者数、鹿児島県における死亡者数・後期高齢者の死亡者数は厚生労働省統計表データベース 人口動態調査に基づく

注2：2015年75歳以上の死亡者数は都道府県別将来推計（国立社会保障・人口問題研究所）による推計データに基づく

仙台往診クリニック 研究部門

後期高齢者における死亡数・死亡割合

2025年(平成37年)

後期高齢者人口(推計値) ⇒ 21,667,000人

後期高齢者の死亡数(推計値) = $\frac{1,282,226人}{1,481,000人}$

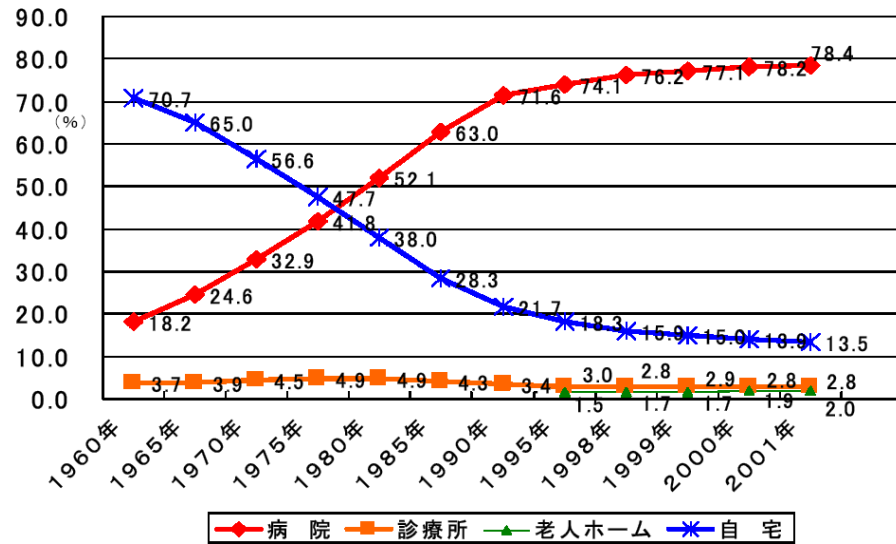
後期高齢者の死亡割合 = 86.6%

注1：平成18年総死亡者数・後期高齢者死亡者数、鹿児島県における死亡者数・後期高齢者の死亡者数は厚生労働省統計表データベース 人口動態調査に基づく

注2：2015年75歳以上の死亡者数は都道府県別将来推計（国立社会保障・人口問題研究所）による推計データに基づく

仙台往診クリニック 研究部門

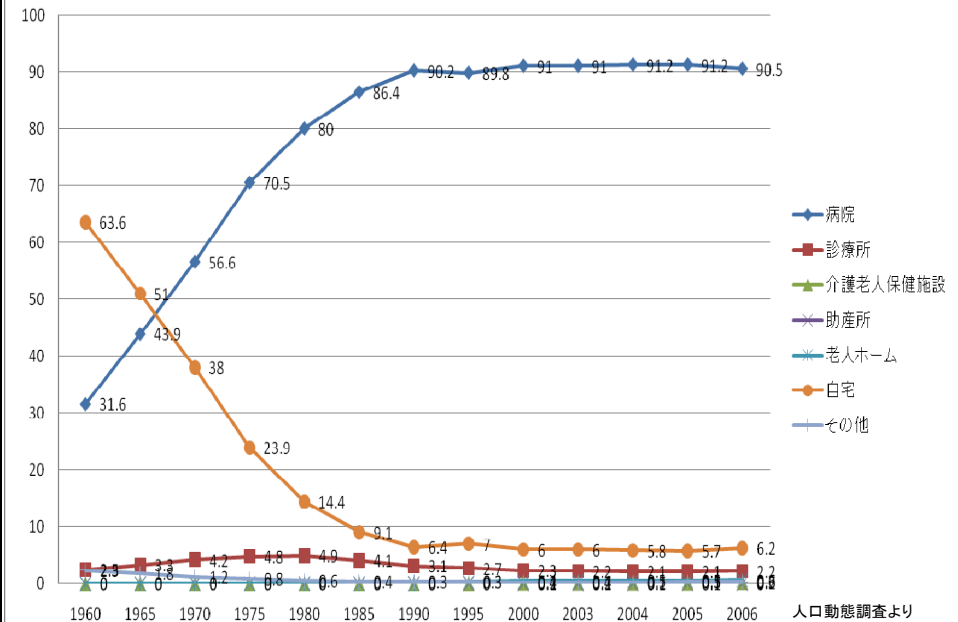
死亡場所の年次推移



(出典:平成13年 人口動態統計)

※1990年までは老人ホームでの死亡は自宅またはその他に含まれている。

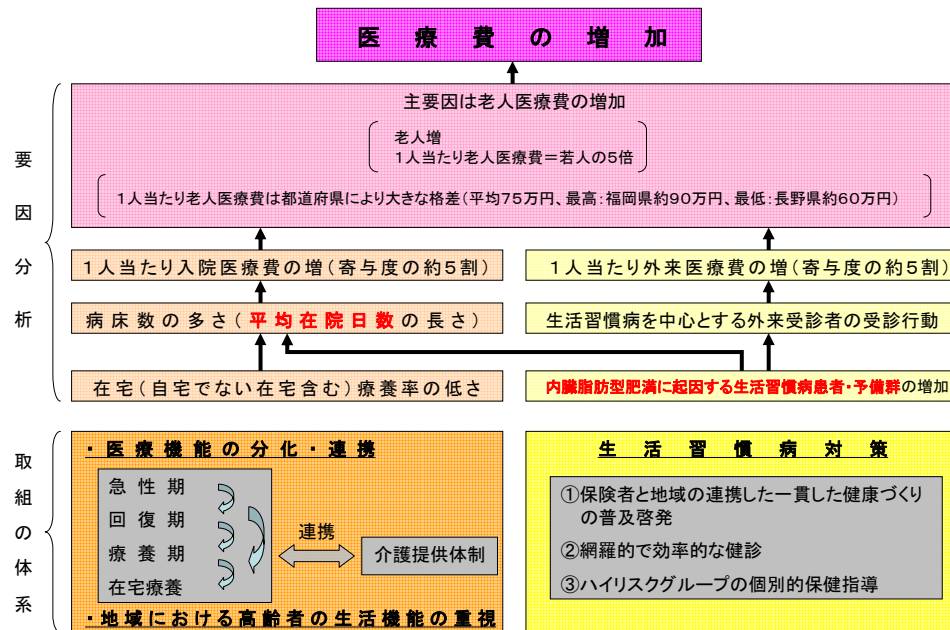
悪性腫瘍での死亡の場所



人口動態調査より

(参考1)

医療費増加の構図

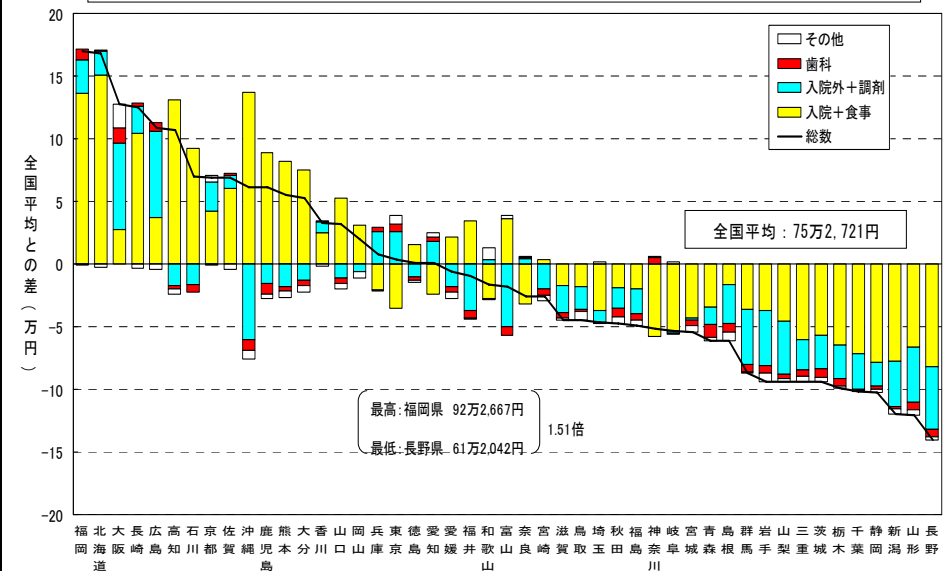


(参考資料1)

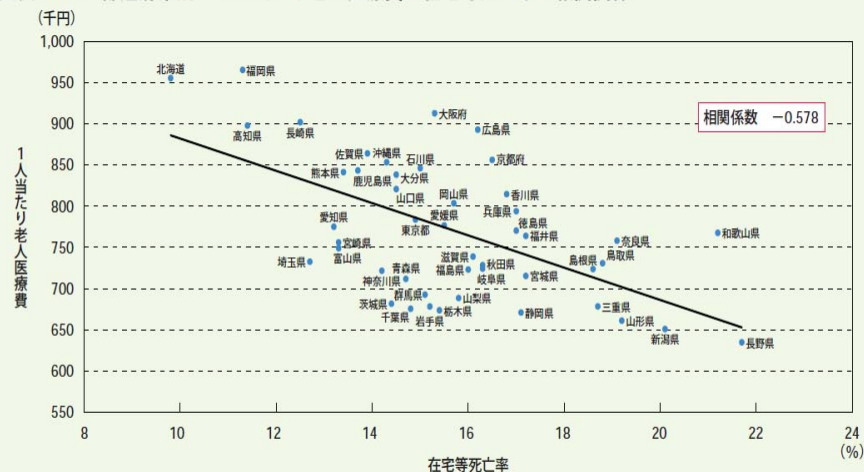
1人当たり老人医療費の診療種別内訳(全国平均との差)

～平成15年度～

○1人当たり老人医療費は、最大(福岡県)と最小(長野県)で約30万円(約1.5倍)の格差が存在しており、都道府県格差の約7割は入院医療費が寄与している。



図表 3-6-6 都道府県別 1人当たり老人医療費と在宅等死亡率の相関関係

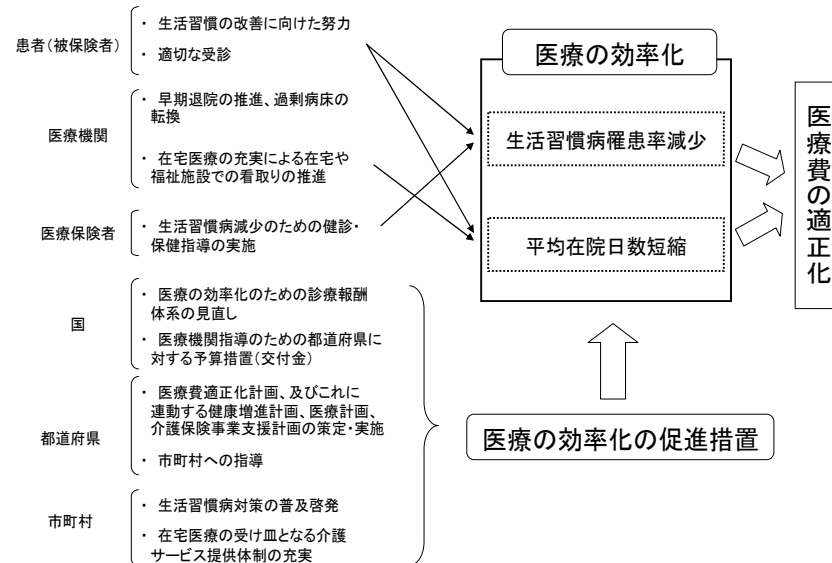


資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」（2004年）、厚生労働省保険局「老人医療事業年報」（2004年度）より厚生労働省保険局作成。

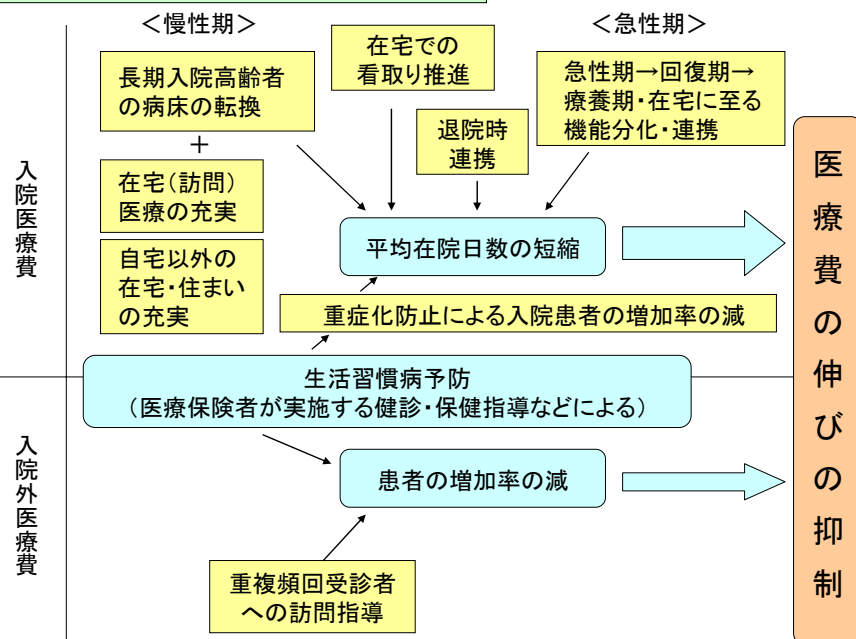
厚生労働白書より

(参考3)

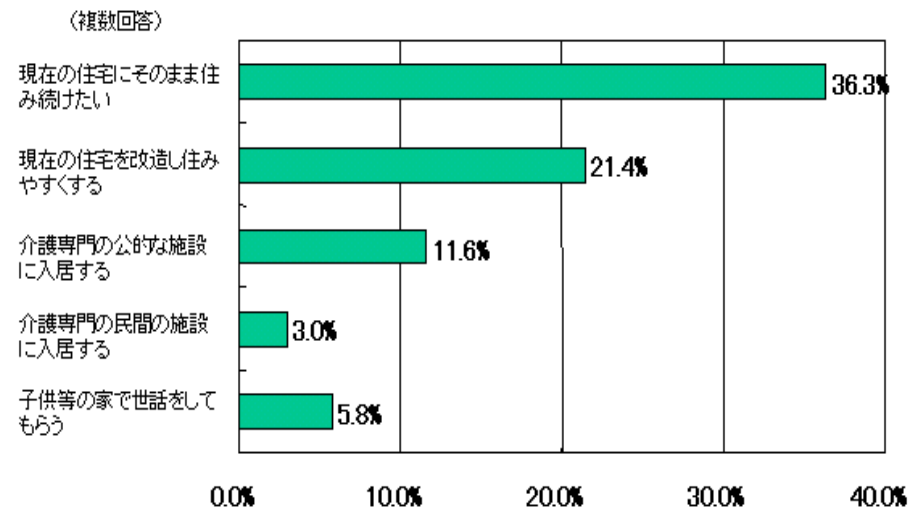
関係当事者全員参加による医療費適正化



(参考2) 各種取組と医療費適正化の関係



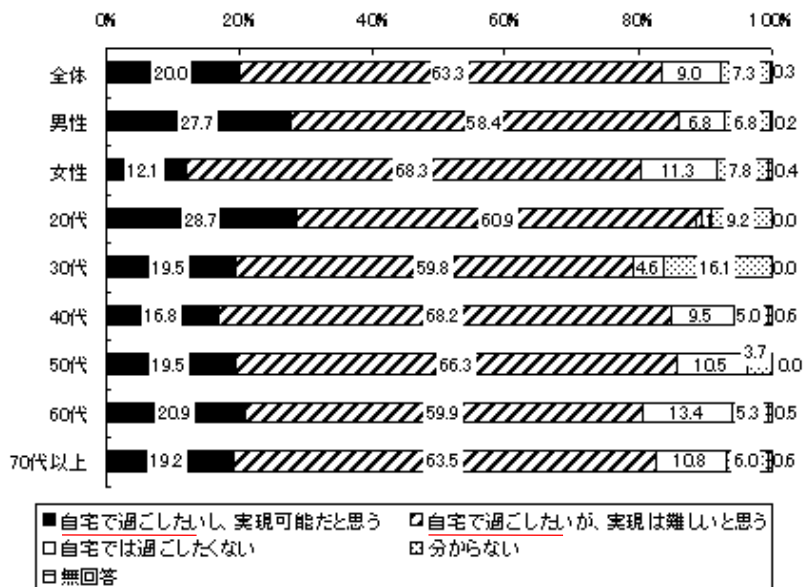
虚弱化したときに望む居住形態



出典：内閣府「高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査」(平成13年)

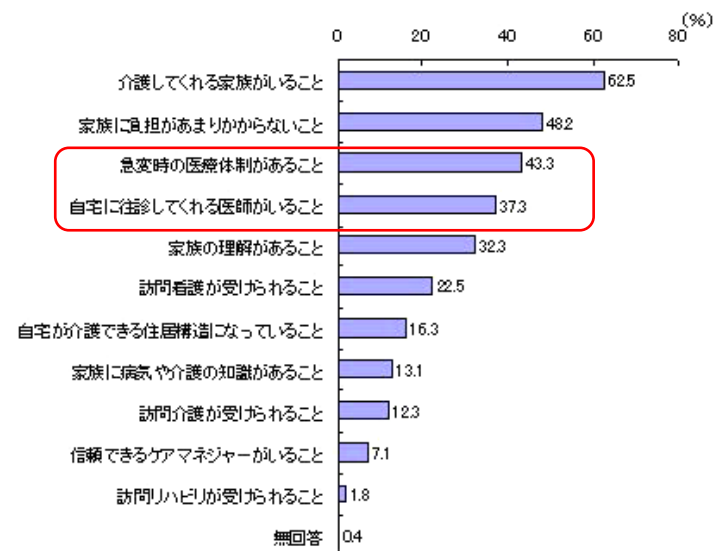
高齢者介護研究会「2015年の高齢者介護」より

図表4 余命が限られているなら、自宅で過ごしたいか(性別・年齢層別)



2005年 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団調査

図表5 自宅で最期を過ごせるために必要な条件<複数回答>

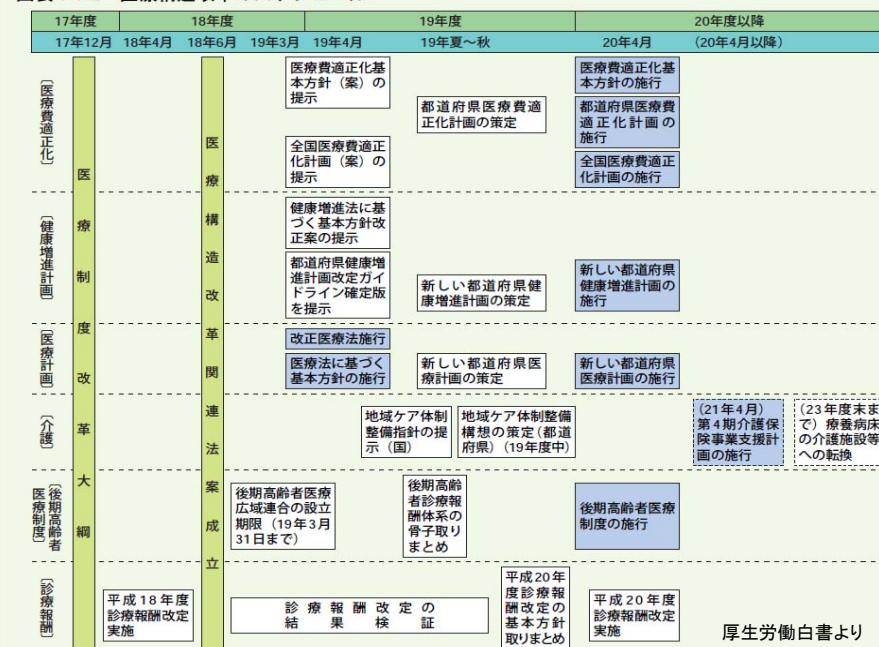


2005年 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団調査

生の終わりを迎える理想の場所

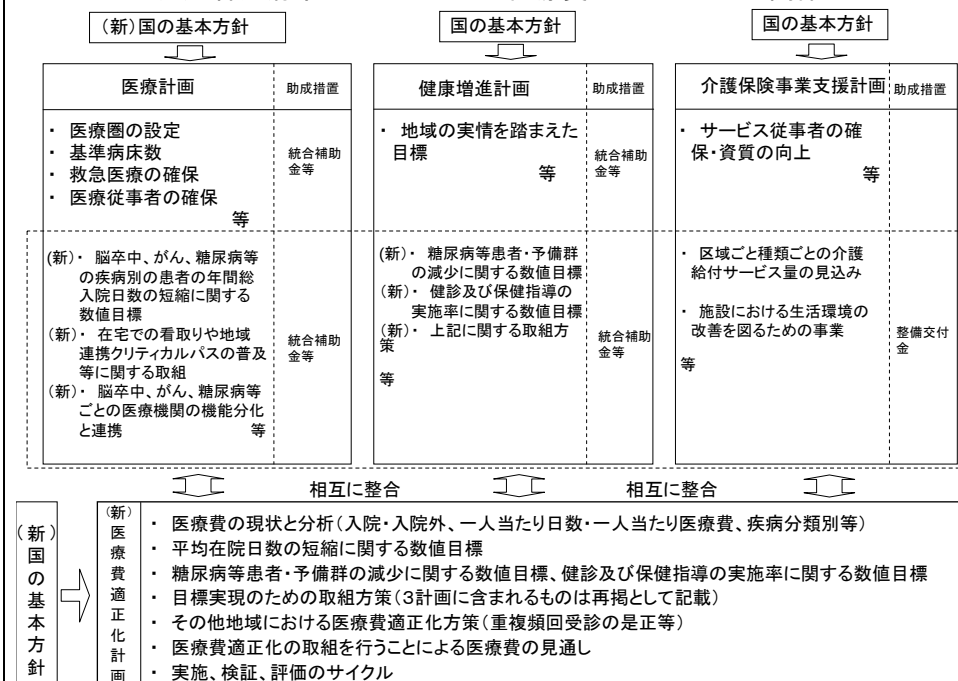
	全体	病院	施設	居宅	無回答
HOT	159 100	36 22.6	3 1.9	104 65.4	20 12.6
HEN	117 100	14 12.0	2 1.7	93 79.5	10 8.5
HMV	45 100	7 15.6	—	33 73.3	5 11.1
HPN	38 100	6 15.8	—	26 68.4	7 18.4
主治医	67 100	3 4.5	1 1.5	52 77.6	13 19.4

図表4-1-2 医療構造改革のスケジュール

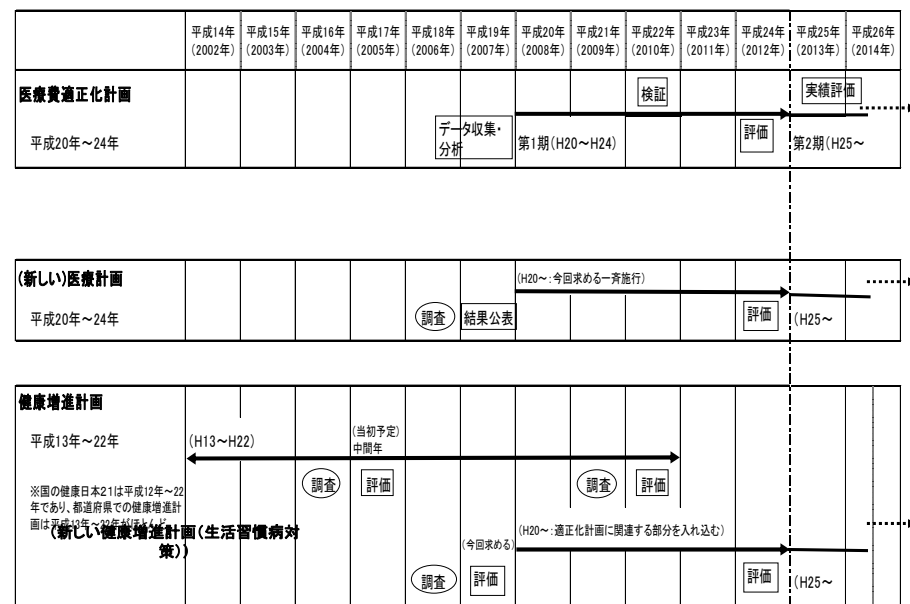


厚生労働白書より

(5) 都道府県における3計画と医療費適正化計画との関係



今後のスケジュール (未定稿)

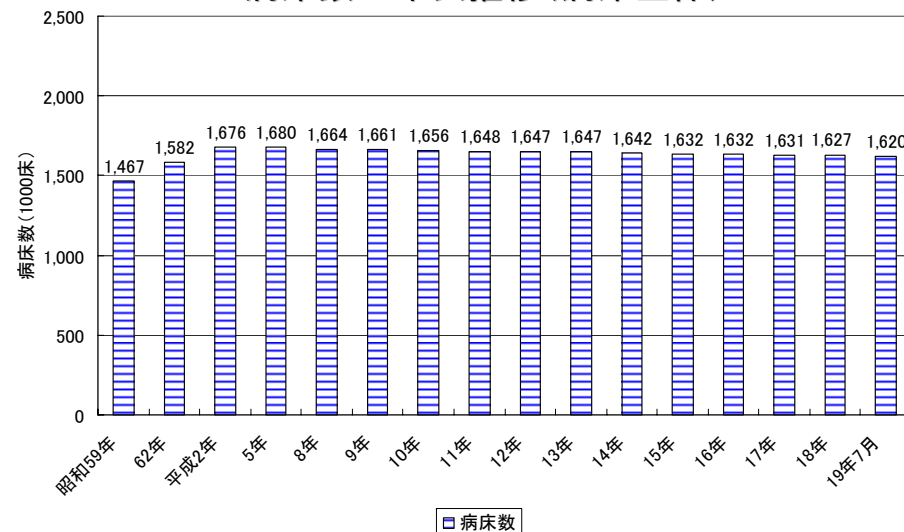


それぞれの課題に対応した今後の医療政策の検討の方向性



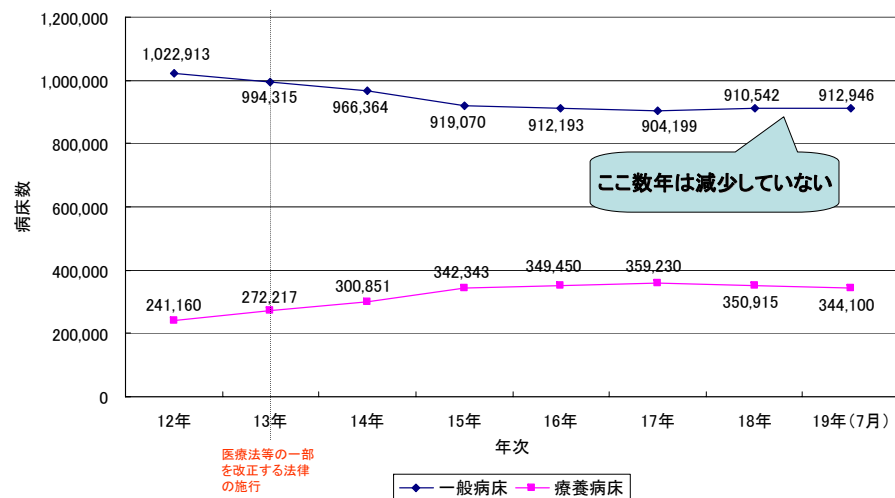
病床②

病床数の年次推移(病床全体)



病床①

一般病床数及び療養病床数の年次推移



注1) 平成13年3月に「医療法等の一部を改正する法律」が施行され、「その他の病床」が「療養病床」と「一般病床」に区分されたことに伴い、本調査において平成12年まで便宜上「一般病床」と表章していた「その他の病床」は、13年から「療養病床」、「一般病床」、「経過的老健施設」の病床を分割した。

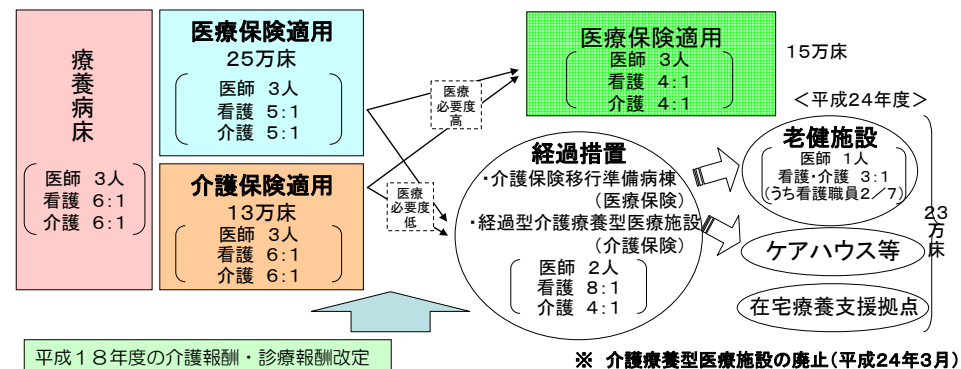
注2) 一般病床等とは、一般病床及び経過的老健施設型病床を除く経過的老健施設その他の病床である

注3) 療養病床等とは、療養病床及び経過的老健施設型病床である。

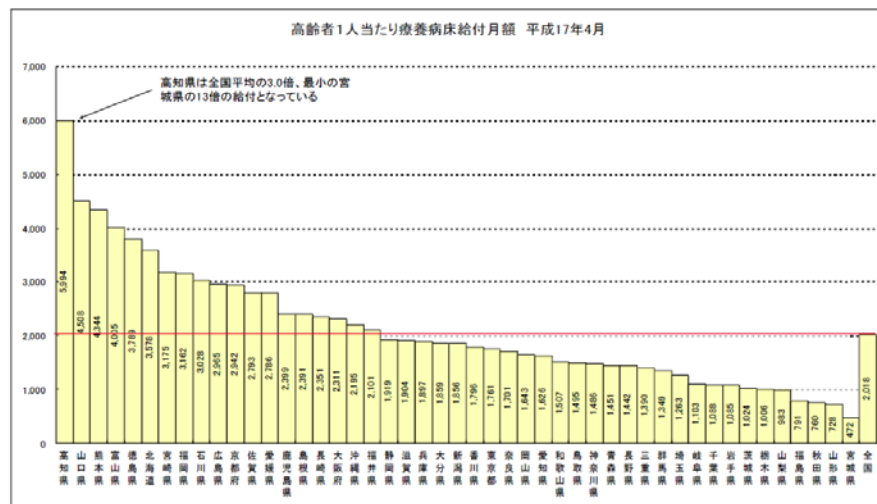
仙台往診クリニック 研究部門

医療の必要性に応じた療養病床の再編成

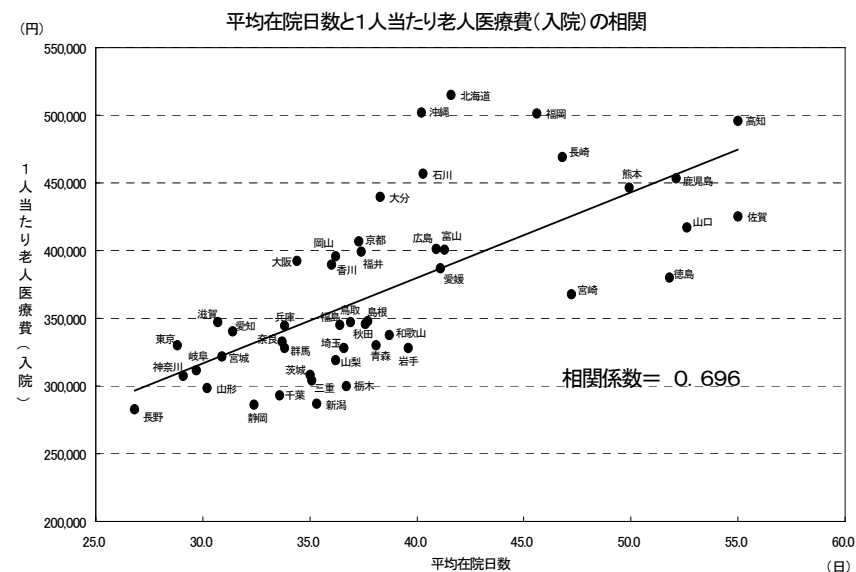
- ①療養病床については、医療の必要度の高い患者を受け入れるものに限定し、医療保険で対応するとともに、
- ②医療の必要性の低い患者については、病院ではなく在宅、居住系サービス、又は老健施設等で受け止めることで対応する。



○介護療養型医療施設は、他の介護保険施設と比べ、地域的偏在が大きい。(介護療養型医療施設に係る高齢者一人当たりの給付費が一番高い都道府県は、一番低い都道府県の13倍(特養は1.9倍、老健は2.8倍))



(参考資料3)



資料出所: 保険局調査課調べ(厚生労働省大臣官房統計情報部「平成15年病院報告」、厚生労働省保険局「老人医療事業年報」(平成15年度)より作成)

昔

入院させる
ということは

治すこと

今

入院させる
ということは

退院させること

- a) 回復可能 ⇒ 治癒して帰す
- b) 現状維持 ⇒ 病状の平衡状態を見極めて帰す
- c) 回復不能 ⇒ 生活の中で看取ることを視野に入れて帰す

この3点の収束するところが
病院医に課せられた重要な目的となる

『病院死を極力回避する』・『説明責任を果たす』



病院医に対する在宅療養支援診療所の
周知の徹底(同時に国民にも周知)

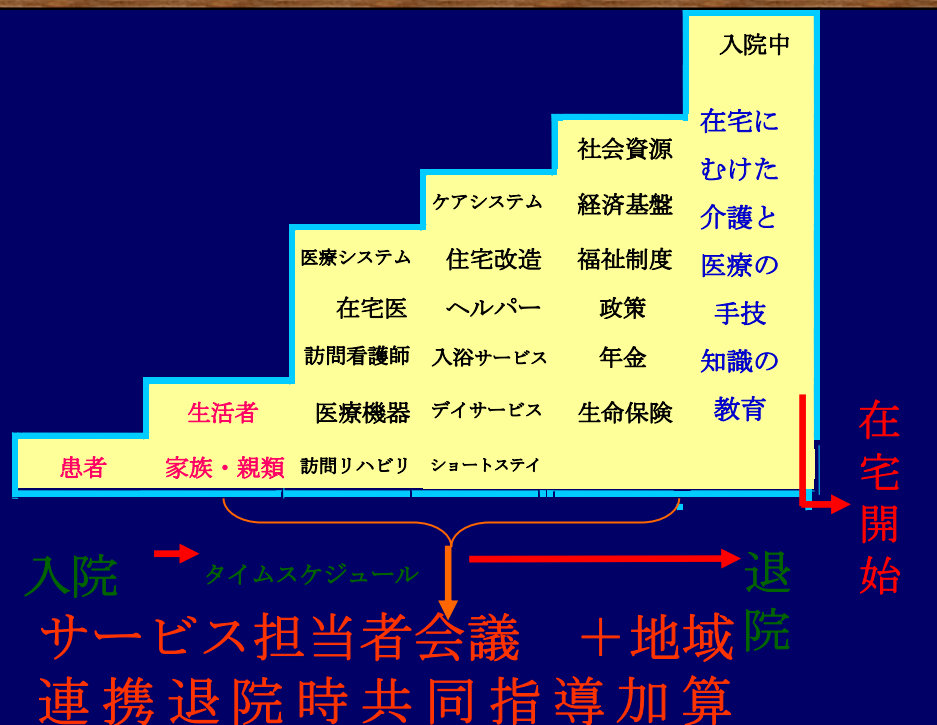
(3) 平均在院日数短縮に向けた取組

基本的な方向

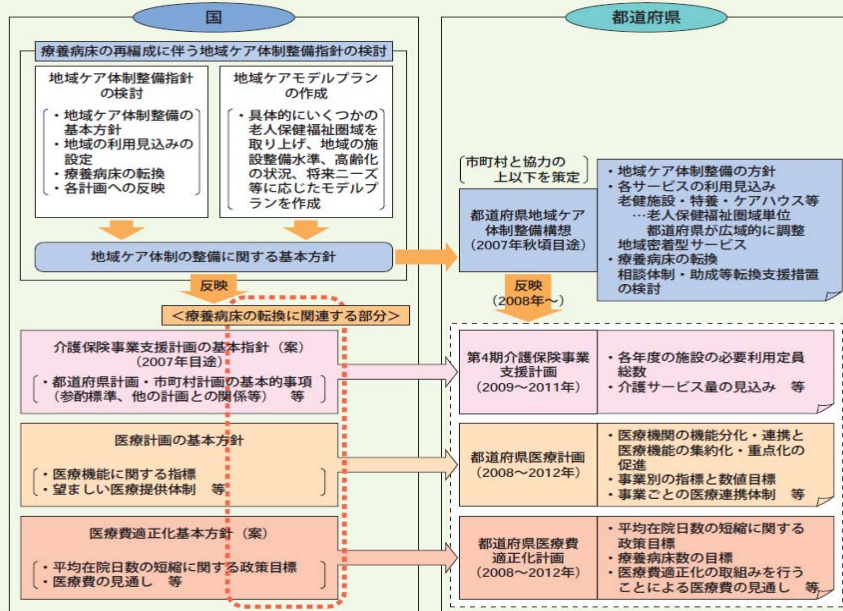
- 各都道府県は、医療機関その他の関係者と協力の下、住民が疾患の状態や時期に応じた適切な医療を受けることができるよう、医療機能の分化・連携、在宅療養の推進、療養病床の転換支援の取組を行う。
- こうした都道府県の取組に対して、国は、次のような各種支援措置を講じる。
 - ・ 医療計画制度の見直しに関する基本指針の策定及びマニュアルの作成
 - ・ 医療機能の分化・連携、在宅療養の推進に係る診療報酬上の評価
 - ・ 保健医療提供体制の統合補助金や整備交付金の活用
 - ・ 医療保険財源を活用した転換整備事業

主な内容

- ① 医療機能の分化・連携
 - 医療計画の見直しを通じ、脳卒中対策などの事業ごとに、急性期から回復期、療養、介護等に関する各機関による具体的な連携体制を形成し、状態や時期に応じた、切れ目のない適切な医療が受けられるようにする。
- ② 在宅療養の推進
 - 病院から在宅への復帰が円滑にできるよう、退院時における主治医やケアマネジャーとの連携を図り、看取りまで含めた在宅医療の支援体制を構築する。また、高齢者向けの自宅以外の多様な居住の場や療養・介護の場となる住宅の整備を推進する。
- ③ 療養病床の転換支援
 - 高齢者の療養病床について、老人保健施設や居住系サービス施設(有料老人ホーム、ケアハウス等)への転換を支援する。



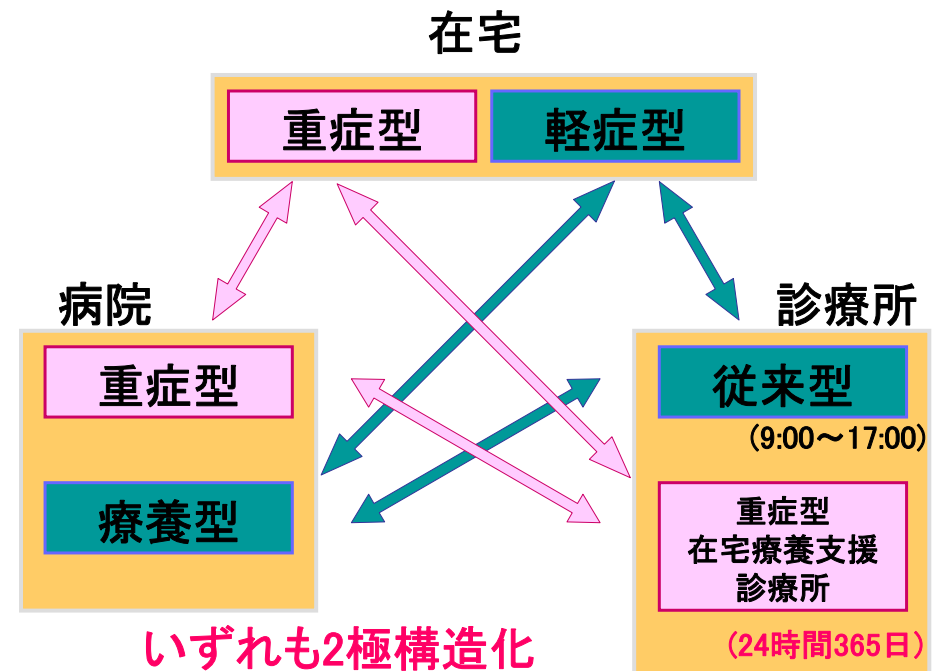
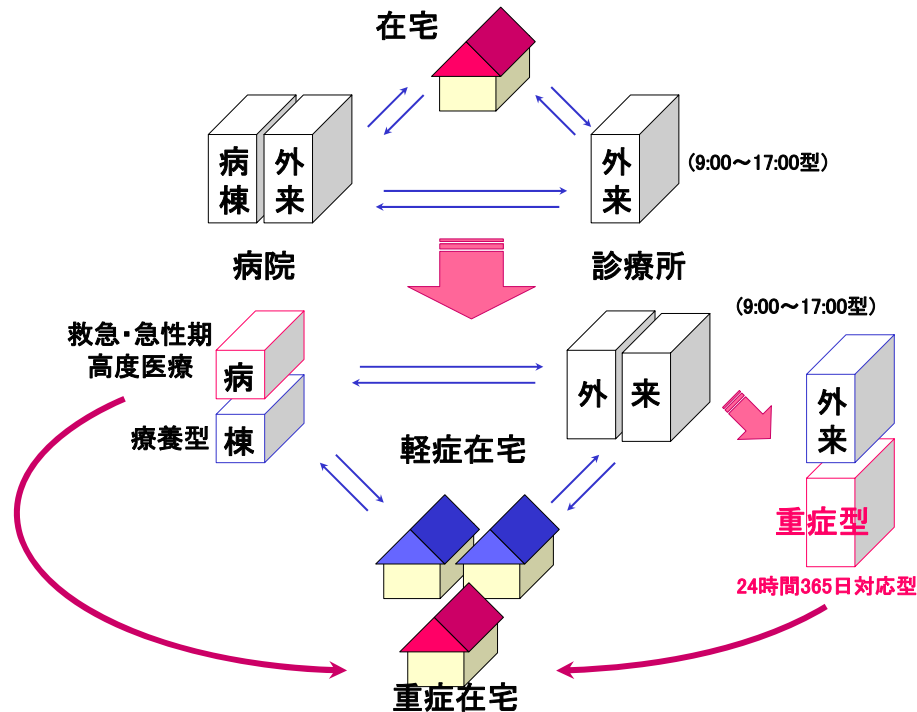
図表 4-6-3 地域ケア体制の整備に関する基本方針及び関係計画における国と都道府県の役割



厚生労働白書より

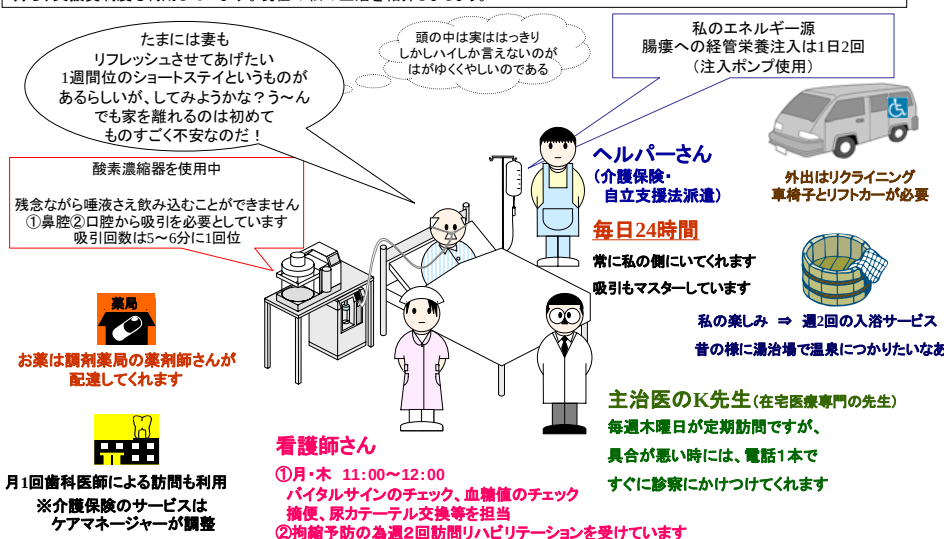
医療計画の見直し 都道府県の運用権限強化

- ・ **がん** (均てん化、拠点病院)
- ・ **脳卒中** (発症から入院・在宅までの流れ)
- ・ **急性心筋梗塞** (発症から入院・在宅までの流れ)
- ・ **糖尿病**
- ・ **小児救急を含む小児医療**
- ・ **周産期医療**
- ・ **救急医療**
- ・ **災害医療**
- ・ **へき地医療**
- ・ **在宅医療**

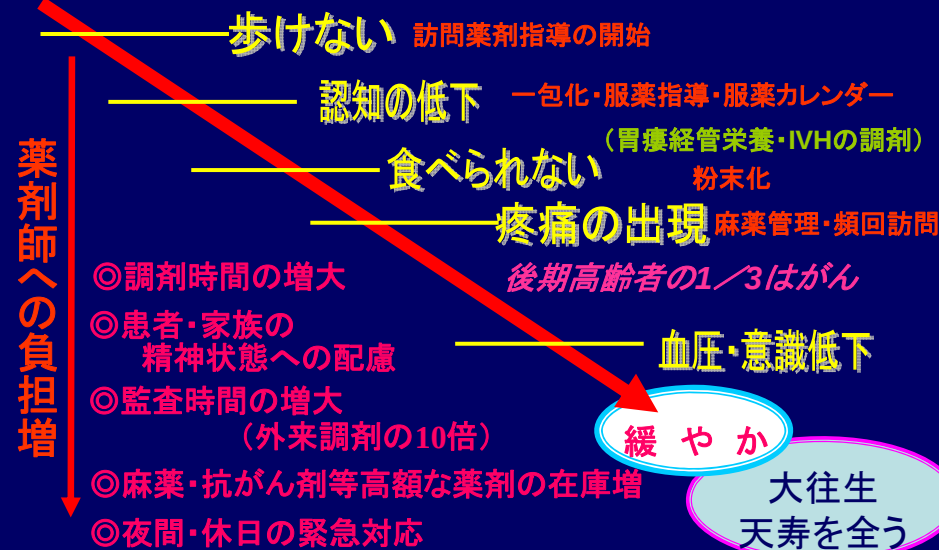


「在宅療養支援診療所」の創設

後期高齢者モデル 私は87歳、5年前に脳出血のため寝たきりの状態になりました。80歳の妻と二人暮らしです。糖尿病、狭心症も合併、1日2回の血糖値測定、インスリン注射を必要としています。一時は気管切開も検討されましたが、妻が反対(私ももちろん嫌)、吸引が命綱になっています。妻も年なので、全日訪問介護を利用しています。要介護5の認定を受け、身体障害者手帳1級を持ち、支援費制度も利用しています。現在の私の生活を紹介します。



後期高齢者と在宅療養支援調剤薬局



週間サービス計画(KA)

月	火	水	木	金	土	日
9:00	9:00～17:59	9:00～17:59	9:00～15:00	9:00～15:00	9:00～15:00	通常は家族介護
10:00	訪問介護	訪問介護	身体	宮城県 指名制 介助人	身体	
11:00	身体9生活1	身体9生活2	身体9生活3			
12:00			訪問入浴			
13:00	★訪問看護(医)	★訪問看護(医)		★訪問看護(医)		
14:00						(第1週のみ) 14:00～21:30
15:00			家事	15:00～17:59	家事	支援費
16:00			★訪問診療(医)	身体介護6		
17:00			17:00～17:59		17:00～17:59	
18:00			身体2		身体2	
19:00						支援費
20:00						夜間
21:00						

69歳 男 要介護5 身障1級 (両上下肢・体幹・呼吸機能) ALS 気切 夫と2人暮らし 要吸引 人工呼吸器 酸素 胃瘻 尿カテ

ヘルパー活動記録(T・O様)

8:20	訪問・挨拶・引継ぎ・記録確認、代読	9:25	吸引	11:23	尿器セット
8:30	モニタリング	9:26	吸引ビン洗浄	11:27	後片付け
8:33	点眼・目やに取り	9:30	水分補給終了・片付け	11:28	洗濯する
8:34	文字盤	9:34	ギャッチダウン	11:30	昼食準備
8:39	洗面準備	9:35	吸引	11:36	点眼
	※奥様仕事へ	9:36	点眼	11:37	メガネかける
8:43	髭剃り	9:37	洗髪・清拭・着替え準備	11:42	吸引
8:47	顔拭き	9:49	回路水切り	11:43	パルスオキシメーター測定 (昼食時20分おき)
8:50	吸引	9:50	眼鏡はずす	11:44	散歩準備
8:52	化粧水塗布		※ヘルパー訪問	11:49	手足マッサージ
8:53	頭皮確認	9:52	吸引	11:52	文字盤
8:54	頭拭く	10:02	洗髪開始	12:02	パルスオキシメーター測定
8:55	ベビーオイル塗布	10:20	洗髪終了	12:03	洗濯干し
8:56	吸引	10:21	吸引	12:12	回路水切り
8:57	リップクリーム塗布	10:22	ドライヤーをかける	12:13	吸引
8:58	眼鏡掛ける	10:28	頭皮に化粧水つける	12:22	パルスオキシメーター測定
8:59	回路水切り	10:29	尿測・尿処理	12:35	点眼
9:00	ギャッチアップ	10:36	吸引	12:44	パルスオキシメーター測定
9:01	洗面片付け	10:37	点眼	12:45	吸引
9:02	お茶準備	10:38	全身清拭・Yガーゼ交換・クリーム塗布・体位交換・タッピング・衣類交換・吸引3回		
9:07	胃ろうより水分補給				
9:08	文字盤				
9:10	掃除機がけ	11:20	吸引		

高齢者介護・障害者福祉各制度の比較

	介護保険制度	支援費制度	精神障害者福祉施策
費用	6兆1267億円 施設：3兆2412億円 在宅：2兆8855億円	6946億円 入所施設：4506億円 在宅：2440億円	438億円
財源			○居宅生活支援事業（60億円） ○社会復帰施設運営費（378億円）
利用人数	309万人（16年1月審査分）	32万人（15年4月分、一部重複あり）	3万人（15年4月分、施設は定員ベース）
制度比較	応益負担（高額介護サービス費制度による限度額あり） ケアマネジメントに基づくサービス提供	応能負担 ケアマネジメントは制度化されていない	ホームヘルプは応能負担、施設等は食費等の実費を負担 ケアマネジメントは制度化されていない

※ 要介護認定により支給額の上限を設定。費用は、16年度の予算ベース。介護保険制度の施設・在宅の内訳は、16年度予算の総費用と16年度受給者数のサービス利用状況を基に推計。支援費制度の通所施設は在宅に分類。支給量は基本的に各市町村の裁量。基本的には各市町村の裁量。

介護保険制度における重度化・看取りに対する体制整備

療養通所介護の創設

難病、がん末期、重度要介護者で医療ニーズの高い方への通所サービス

特別養護老人ホーム(特養)

- ・重度化対応加算
- ・看取り介護加算

認知症グループホーム

- ・医療連携体制加算



特別養護老人ホーム等におけるターミナルケア

- 特別養護老人ホームに入所している末期の悪性腫瘍の患者に対し、在宅療養支援診療所に係る医師が訪問診療を行う場合やその指示に基づき訪問看護を行う場合についても、新たに評価
- 特定施設入居者生活介護（ケアハウス・有料老人ホーム）に入居している末期の悪性腫瘍の患者に対し、在宅療養支援診療所に係る医師が訪問診療を行う場合についても、新たに評価

	医師の配置基準	看護師等の配置基準	病院・診療所からの訪問看護	訪問看護ステーションからの訪問看護	訪問診療
自宅	×	×	△	△	○
ケアハウス・有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護以外）	×	×	△	△	○
グループホーム（認知症対応型共同生活介護）	×	×	△	△	○
ケアハウス・有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護）	×	○	△	△	▲
特別養護老人ホーム	○	○	▲	▲	▲
介護老人保健施設	○	○	×	×	×
介護療養型医療施設	○	○	×	×	×

△ 末期の悪性腫瘍及び難病等並びに急性増悪等により医師の特別指示書が出ている場合（14日間を限度）は医療保険の適用となる。

▲ 末期の悪性腫瘍の患者で、在宅療養支援診療所に係る医師が訪問診療を行う場合又はその指示に基づき訪問看護を行う場合は医療保険の適用となる。

在宅死をキーワードに
動いてゆくだらう

在宅医療

「在宅療養支援診療所」の創設(2006年)

診療報酬上の制度として、新たに「在宅療養支援診療所」を設け、これを患家に対する24時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所等との連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供できる体制を構築



在宅医療に係る評価の充実

「在宅療養支援診療所」であることを要件として、在宅医療に係る以下のような評価を充実

- 入院から在宅療養への円滑な移行に係る評価
- 在宅療養における24時間対応体制に係る評価
- 在宅におけるターミナルケアに係る評価
- 特別養護老人ホーム等におけるターミナルケアに係る評価

内容を20年度医療計画に規定

- ☆ 事業別に、分かりやすい指標と数値目標で住民・患者に明示、事後評価できる仕組みにする。

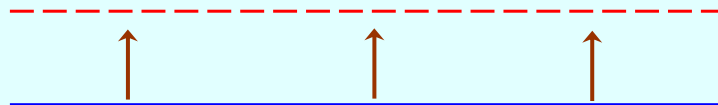
※数値目標の例：
 疾病別の年間総入院期間の短縮
 在宅看取り率の向上
 地域連携クリティカルパスの普及など

- ☆ 事業ごとに医療連携体制を具体的に医療計画に位置付け、住民・患者に医療機関や連携の状況を明示する。

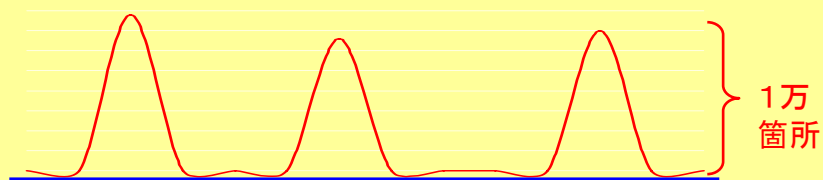
- ☆ 医療機能調査の上、住民、医療機関者、介護サービス事業者と協議して医療連携体制を構築

(病院・診療所の開設者及び管理者に医療機能調査や医療連携体制の構築に関する協議などへの協力の努力義務規定を創設)

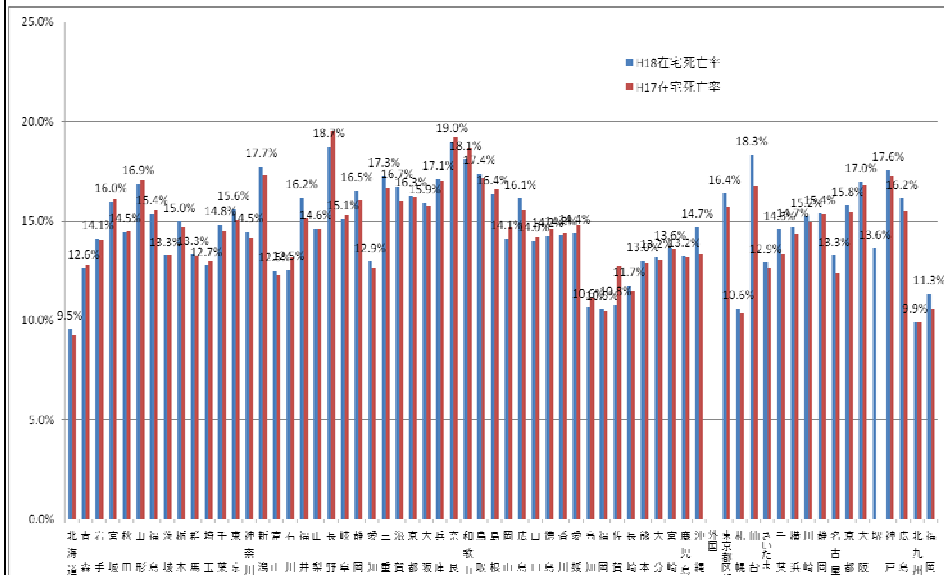
在宅底上げ案



在宅橋頭堡案



都道府県・政令都市の在宅での死亡率(%)



在宅看取り数と看取り率(平成18年)および前年比較

	総数	(前年差)	病院	診療所	介護老人 保健施設	老人 ホーム	自宅		平成18在宅死亡数 自宅+老人ホーム	H17在宅死 亡数との 比較	平成18 在宅死亡率	H17在宅 死亡数との 比較
総数	1,084,450	654	864,702	27,881	8,162	25,472	131,854	総	157,326	1,346	14.5%	0.1%
市部	936,383	59,376	749,376	22,656	6,857	20,862	114,826	市	135,688	10,765	14.5%	0.2%
郡部	146,174	-58,549	114,428	5,209	1,305	4,604	17,028	群	21,632	-9,419	14.8%	-0.4%
東京都	65,154	1	52,192	908	178	1,150	9,534	区部	10,684	448	16.4%	0.7%
札幌	13,268	163	11,200	210	40	80	1,324	札幌	1,404	45	10.6%	0.2%
仙台	6,494	189	4,911	111	84	159	1,031	仙台	1,190	132	18.3%	1.5%
さいたま	7,563	378	6,361	58	17	70	906	さいたま	976	69	12.9%	0.3%
千葉	5,921	67	4,700	169	35	77	786	千葉	863	84	14.6%	1.3%
横浜	23,460	127	19,045	315	106	475	2,981	横浜	3,456	114	14.7%	0.4%
川崎	8,017	-17	6,467	115	18	114	1,107	川崎	1,221	17	15.2%	0.2%
静岡	6,073	99	4,939	11	65	182	772	静岡	934	16	15.4%	0.0%
名古屋	17,291	-105	14,268	286	78	211	2,082	名古屋	2,293	142	13.3%	0.9%
京都	12,390	56	10,059	37	72	227	1,730	京都	1,957	51	15.8%	0.3%
大阪	23,753	198	18,720	164	33	329	3,701	大阪	4,030	70	17.0%	0.2%
堺	6,435		5,359	12	37	99	778	堺	877	-	13.6%	-
神戸	12,450	183	9,585	261	72	324	1,881	神戸	2,185	65	17.6%	0.3%
広島	8,115	-35	6,269	223	60	309	1,002	広島	1,311	49	16.2%	0.7%
北九州	9,588	381	8,281	128	51	122	827	北九州	949	39	9.9%	0.0%
福岡	8,910	154	7,496	156	48	53	955	福岡	1,008	85	11.3%	0.8%

* 出典:厚生労働省 人口動態調査(平成18年) 死亡の場所別にみた都道府県(16大都市再掲)別死亡数 を基に算出
制作・監修 仙台往診クリニック 研究部門

市部・郡部における死亡数と死亡率

	A 市部+郡部		B 市部		C 郡部	
平成16年	1,028,602		773,413		253,197	
病院死	818,586	79.6%	622,663	80.5%	195,018	77.0%
在宅死	148,758	14.5%	108,442	14.0%	40,311	15.9%
平成17年	1,083,796		877,007		204,723	
病院死	864,338	79.8%	704,034	80.3%	159,318	77.8%
在宅死	155,980	14.4%	124,923	14.2%	31,051	15.2%
平成18年	1,084,450		936,383		146,174	
病院死	864,702	79.7%	749,376	80.0%	114,428	78.3%
在宅死	157,326	14.5%	135,688	14.5%	21,632	14.8%

注)) :市部・郡部の中に外国での死亡、不詳地での死亡は含めていない。

厚生労働省統計表データベース 人口動態調査(平成16年~18年)を基に作成

仙台往診クリニック 研究部門

市部・郡部における死亡数と死亡率 ~その傾向~

	A 市部+郡部		B 市部		C 郡部	
平成16年	1,028,602		773,413		253,197	
病院死	818,586	79.6%	622,663	80.5%	195,018	77.0%
在宅死	148,758	14.5%	108,442	14.0%	40,311	15.9%
平成17年	1,083,796		877,007		204,723	
病院死	864,338	79.8%	704,034	80.3%	159,318	77.8%
在宅死	155,980	14.4%	124,923	14.2%	31,051	15.2%
平成18年	1,084,450		936,383		146,174	
病院死	864,702	79.7%	749,376	80.0%	114,428	78.3%
在宅死	157,326	14.5%	135,688	14.5%	21,632	14.8%

総死亡数
は増加、しかし
死亡率に大き
な変化はない

市部での死亡数及
び在宅死は増加

郡部での死亡数
及び在宅死は激減

郡部におい
て在宅看取
りが可能な
体制を築く
ことが重要

注)) :市部・郡部の中に外国での死亡、不詳地での死亡は含めていない。

厚生労働省統計表データベース 人口動態調査(平成16年~18年)を基に作成

仙台往診クリニック 研究部門

【北海道・東北】

	在宅死の割合			推計死亡者数		届出件数	平均20人を 看取る在宅 療養支援 診療所数	目標値に対 する充足率
	2005		目標値 (上限25%)	総数 (2011～2015年 の平均)	在宅十 老人ホーム (目標達成時)			
全国	14.4%	前年比	24.5%	1,334,108	327,434	10,249	16,372	62.6%
北海道	9.2%	-0.2%	18.9%	60,851	11,486	195	574	34.0%
青森	12.8%	-0.7%	25.0%	17,453	4,364	73	218	33.5%
岩手	14.0%	0.1%	25.0%	16,989	4,248	73	212	34.4%
宮城	16.1%	-0.3%	25.0%	24,430	6,108	89	305	29.2%
秋田	14.5%	-1.1%	25.0%	15,626	3,907	55	195	28.2%
山形	17.1%	-1.4%	25.0%	15,547	3,887	64	194	33.0%
福島	15.6%	0.2%	25.0%	24,566	6,142	149	307	48.5%

注1)在宅死率は厚生労働省統計表データベースより算出

注2)在宅療養支援診療所届出件数は毎日新聞社調査より(平成19年4月1日現在)

注3)平成18年度厚生労働科学特別研究事業「地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究」川島孝一郎 p99-101に準拠

* 仙台往診クリニック 川島孝一郎 / 仙台往診クリニック研究部門

【 関東 】

	在宅死の割合			推計死亡者数		届出件数	平均20人を 看取る在宅 療養支援 診療所数	目標値に対 する充足率
	2005		目標値 (上限25%)	総数 (2011～2015年 の平均)	在宅＋ 老人ホーム (目標達成時)			
全国	14.4%	前年比	24.5%	1,334,108	327,434	10,249	16,372	62.6%
茨城	13.3%	-0.6%	25.0%	31,689	7,923	135	397	34.0%
栃木	14.7%	0.3%	25.0%	21,440	5,360	100	268	37.3%
群馬	13.3%	-0.8%	25.0%	22,062	5,516	149	276	54.0%
埼玉	13.0%	0.5%	25.0%	63,324	15,814	345	791	43.6%
千葉	14.5%	0.1%	25.0%	57,377	14,345	185	717	25.8%
東京	15.0%	0.3%	25.0%	120,447	30,112	1087	1506	72.2%
神奈川	14.2%	0.3%	25.0%	77,286	19,322	523	966	54.1%

注1) 在宅死率は厚生労働省統計表データベースより算出

注2) 在宅療養支援診療所届出件数は毎日新聞社調査より(平成19年4月1日現在)

注3) 平成18年度厚生労働科学特別研究事業「地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究」川島孝一郎 p99-101に準拠

* 仙台往診クリニック 川島孝一郎 / 仙台往診クリニック研究部門

【北陸・中部・東海】

	在宅死の割合			推計死亡者数		届出件数	平均20人を 看取る在宅 療養支援 診療所数	目標値に対 する充足率
	2005		目標値 (上限25%)	総数 (2011～2015年 の平均)	在宅＋ 老人ホーム (目標達成時)			
全国	14.4%	前年比	24.5%	1,334,108	327,434	10,249	16,372	62.6%
新潟	17.3%	-1.6%	25.0%	29,294	7,324	91	367	24.8%
富山	12.3%	-0.3%	25.0%	12,960	3,240	29	162	17.9%
石川	13.1%	-0.4%	25.0%	12,524	3,131	100	157	63.7%
福井	15.1%	-0.9%	25.0%	9,273	2,319	41	116	35.3%
山梨	14.6%	-0.6%	25.0%	9,758	2,440	32	122	26.2%
長野	19.5%	-0.6%	25.0%	25,679	6,420	209	321	65.1%
岐阜	15.3%	-0.2%	25.0%	22,791	5,698	133	285	46.7%
静岡	16.1%	-0.4%	25.0%	39,486	9,872	235	494	47.6%
愛知	12.6%	-0.1%	25.0%	66,764	16,691	430	835	51.5%

注1) 在宅死率は厚生労働省統計表データベースより算出

注2) 在宅療養支援診療所届出件数は毎日新聞社調査より(平成19年4月1日現在)

注3) 平成18年度厚生労働科学特別研究事業「地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究」川島孝一郎 p99-101に準拠

* 仙台往診クリニック 川島孝一郎 / 仙台往診クリニック研究部門

【 近畿 】

	在宅死の割合			推計死亡者数		届出件数	平均20人を 看取る在宅 療養支援 診療所数	目標値に対 する充足率
	2005		目標値 (上限25%)	総数 (2011～2015年 の平均)	在宅＋ 老人ホーム (目標達成時)			
全国	14.4%	前年比	24.5%	1,334,108	327,434	10,249	16,372	62.3%
三重	16.7%	-0.9%	25.0%	20,779	5,195	117	260	45.0%
滋賀	16.0%	0.1%	25.0%	13,232	3,308	55	165	33.3%
京都	16.2%	0.0%	25.0%	27,729	6,933	258	347	74.4%
大阪	15.7%	0.5%	25.0%	86,850	21,713	1,359	1,086	125.1%
兵庫	17.0%	0.4%	25.0%	58,390	14,598	607	730	83.2%
奈良	19.2%	0.3%	25.0%	14,830	3,708	80	185	43.2%
和歌山	18.7%	-1.4%	25.0%	13,097	3,275	128	164	78.0%

注1) 在宅死率は厚生労働省統計表データベースより算出

注2) 在宅療養支援診療所届出件数は毎日新聞社調査より(平成19年4月1日現在)

注3) 平成18年度厚生労働科学特別研究事業「地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究」川島孝一郎 p99-101に準拠

* 仙台往診クリニック 川島孝一郎 / 仙台往診クリニック研究部門

【中国・四国】

	在宅死の割合			推計死亡者数		届出件数	平均20人を 看取る在宅 療養支援 診療所数	目標値に対 する充足率
	2005		目標値 (上限25%)	総数 (2011～2015年 の平均)	在宅＋ 老人ホーム (目標達成時)			
全国	14.4%	前年比	24.5%	1,334,108	327,434	10,249	16,372	62.6%
鳥取	17.2%	0.8%	25.0%	7,512	1,878	51	94	54.3%
島根	16.6%	-1.0%	25.0%	9,938	2,485	103	124	83.1%
岡山	14.7%	0.0%	25.0%	22,164	5,541	253	277	91.3%
広島	15.6%	-0.1%	25.0%	30,984	7,724	453	386	117.4%
山口	14.2%	0.4%	25.0%	18,756	4,689	109	234	46.6%
徳島	14.6%	-0.1%	25.0%	9,925	2,482	126	124	101.6%
香川	14.4%	-1.0%	25.0%	11,804	2,951	103	148	69.6%
愛媛	14.8%	0.2%	25.0%	17,770	4,443	158	222	71.2%
高知	11.1%	0.1%	21.9%	10,461	2,293	30	115	26.1%

注1) 在宅死率は厚生労働省統計表データベースより算出

注2) 在宅療養支援診療所届出件数は毎日新聞社調査より(平成19年4月1日現在)

注3) 平成18年度厚生労働科学特別研究事業「地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究」川島孝一郎 p99-101に準拠

* 仙台往診クリニック 川島孝一郎 / 仙台往診クリニック研究部門

【九州・沖縄】

	在宅死の割合			推計死亡者数		届出件数	平均20人を 看取る在宅 療養支援 診療所数	目標値に対 する充足率
	2005	前年比	目標値 (上限25%)	総数 (2011~2015年 の平均)	在宅十 老人ホーム (目標達成時)			
全国	14.4%		24.5%	1,334,108	327,434	10,249	16,372	62.6%
福岡	10.5%	-0.3%	21.6%	52,666	11,378	657	569	115.5%
佐賀	12.7%	-0.2%	25.0%	9,868	2,467	122	123	99.2%
長崎	11.4%	-0.4%	23.5%	17,499	4,120	276	206	134.0%
熊本	12.9%	0.1%	25.0%	21,299	5,325	180	266	67.7%
大分	13.0%	-0.3%	25.0%	14,686	3,672	157	184	85.3%
宮崎	13.6%	1.0%	25.0%	13,509	3,378	87	169	51.5%
鹿児島	13.2%	0.1%	25.0%	22,054	5,514	212	276	76.8%
沖縄	13.3%	-0.4%	25.0%	10,780	2,695	46	135	34.1%

注1) 在宅死率は厚生労働省統計データベースより算出
 注2) 在宅療養支援診療所届出件数は毎日新聞社調査より(平成19年4月1日現在)
 注3) 平成18年度厚生労働科学特別研究事業「地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究」川島孝一郎 p99-101に準拠
 * 仙台往診クリニック 川島孝一郎 / 仙台往診クリニック研究部門

看取り率と支援診療充足率(対目標値) による都道府県のカテゴリ

① 看取り率^低—支援診療充足率^低

北海道、青森県、岩手県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、神奈川県、富山県、石川県、愛知県、山口県、高知県、宮崎県、沖縄県

② 看取り率^低—支援診療充足率^高

福岡県、佐賀県、熊本県、長崎県、大分県、鹿児島県

③ 看取り率^高—支援診療充足率^低

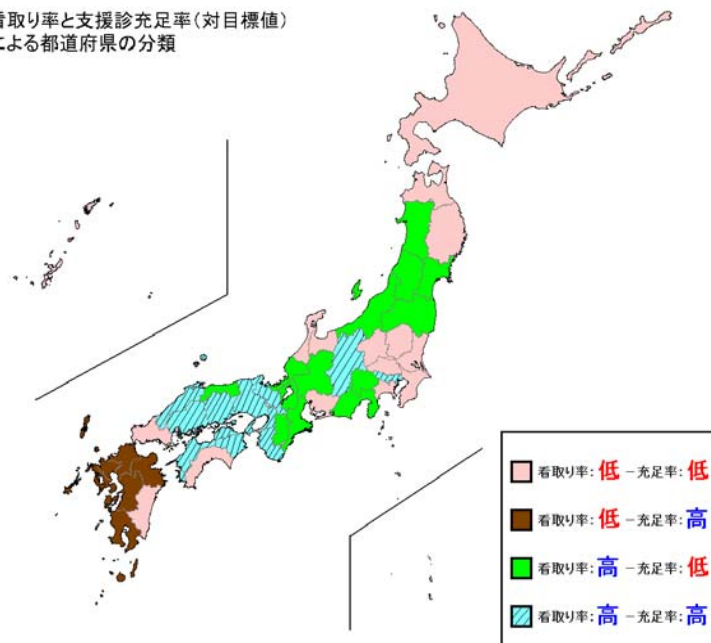
秋田県、宮城県、山形県、福島県、新潟県、福井県、山梨県、静岡県、岐阜県、滋賀県、三重県、奈良県、鳥取県

④ 看取り率^高—支援診療充足率^高

東京都、長野県、京都府、大阪府、兵庫県、和歌山県、岡山県、広島県、香川県、愛媛県、徳島県、島根県

高低のカテゴリは全国平均値：看取り率 14.5% (2004 年データ)、支援診療数目標値 [2014 年] に対する充足率 55.7%を基準とする

看取り率と支援診療充足率(対目標値)
による都道府県のカテゴリ



国土地理院承認 平13総研 第367号
 平成18年度厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業「地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究」川島孝一郎 より

人口規模×在宅看取り×医師に関わるモデル

	100万人都市	50万	30万	10万	5万	1万
2011~2015年の平均 総死亡数	10600人	5300人	3180人	1060人	530人	106人
最大25%在宅看取り	2600人	1300人	780人	260人	130人	26人
内がん死	860人	430人	258人	86人	43人	9人
医師数	2110人	1055人	633人	211人	106人	21人
診療所のタイプ	医師5人 100名看取り (医師数:130人)	13ヶ所 (医師数:65人)	8ヶ所 (医師数:40人)	3ヶ所 (医師数:15人)	1ヶ所 (医師数:5人)	
	医師3人 50名看取り	52ヶ所	26ヶ所	18ヶ所	6ヶ所	3ヶ所 (医師数:9人)
	医師1人 20名看取り	130ヶ所	65ヶ所	39ヶ所	13ヶ所	7ヶ所
従来	医師1人 2~3名看取り	?	?	?	45ヶ所?	9ヶ所?

(注) 示されている数値は、拠点施設のみで「最大25%在宅看取り」を行った場合の最大値であるためご注意ください。

松山市の人口：515,105人(平成18年9月現在)

仙台往診クリニック 研究部門

人口規模 × 在宅看取り(推計)
× 訪問看護ステーション数に関わるモデル

	100万人都市	50万	30万	10万	5万	1万
2011～2015年の平均 総死亡数	10600人	5300人	3180人	1060人	530人	106人
最大25%在宅看取り	2600人	1300人	780人	260人	130人	26人
内 がん死	860人	430人	258人	86人	43人	9人
看護師数(平成16年)	5950人	2975人	1785人	595人	298人	60人
訪問看護師による在宅看取り (在宅死数の半分と仮定)	1300人	650人	390人	130人	65人	13人
訪問看護ステーションのタイプ	大規模 (常勤看護師12名) 40人看取り	16ヶ所 (看護師:192人)	10ヶ所 (看護師:120人)	3ヶ所 (看護師:36人)	2ヶ所 (看護師:24人)	
	中規模 (常勤看護師8名) 20人看取り	33ヶ所 (看護師:198人)	20ヶ所 (看護師:120人)	7ヶ所 (看護師:42人)	3ヶ所 (看護師:18人)	1ヶ所 (看護師:6名)
	小規模 (常勤看護師4名) 4人看取り	65ヶ所 (看護師:390人)	163ヶ所	98ヶ所	33ヶ所	16ヶ所
	極小規模 (常勤看護師2.5～3名) 4名看取り	325ヶ所	?	?	?	3ヶ所

注) □ で示されている数値は拠点施設のみで「最大25%在宅看取り」を行った場合の最大値であるためご注意ください

仙台往診クリニック 2007

人口規模 × 在宅看取り(推計)
× 歯科医師数に関わるモデル

	100万人都市	50万	30万	10万	5万	1万
2011～2015年の平均 総死亡数	10600人	5300人	3180人	1060人	530人	106人
最大25%在宅看取り	2600人	1300人	780人	260人	130人	26人
内 がん死	860人	430人	258人	86人	43人	9人
歯科医師数(平成16年)	740人	370人	222人	74人	37人	7人
歯科診療所数(平成17年)	520件	260件	156件	52件	26件	5件
在宅歯科診療に必要なとされる 歯科診療所数(40%)	208件	104件	62件	21件	10件	2件
歯科診療所のタイプ	Ⅱ型訪問 歯科診療所 (週2回終日)	52ヶ所	31ヶ所	10ヶ所	5ヶ所	1ヶ所
	Ⅰ型訪問 歯科診療所 (週1回平日や休のみ)	52ヶ所	31ヶ所	10ヶ所	5ヶ所	1ヶ所

注) □ で示されている数値は拠点施設のみで「最大25%在宅看取り」を行った場合の最大値であるためご注意ください

仙台往診クリニック 2007

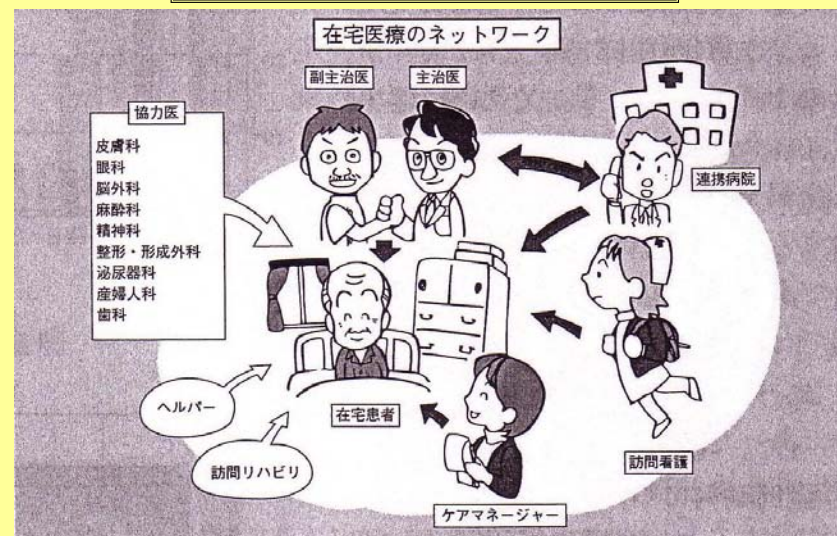
人口規模 × 在宅看取り(推計)
× 調剤薬局数に関わるモデル

	100万人都市	50万	30万	10万	5万	1万
2011～2015年の平均 総死亡数	10600人	5300人	3180人	1060人	530人	106人
最大25%在宅看取り	2600人	1300人	780人	260人	130人	26人
内 がん死	860人	430人	258人	86人	43人	9人
薬剤師数(平成16年)	1890人	945人	567人	189人	95人	19人
麻薬が必要ながん患者	430人	215人	129人	43人	22人	4人
年間10人の麻薬管理 可能な調剤薬局	43ヶ所	22ヶ所	12ヶ所	4ヶ所	2ヶ所	1ヶ所?

注) □ で示されている数値は拠点施設のみで「最大25%在宅看取り」を行った場合の最大値であるためご注意ください

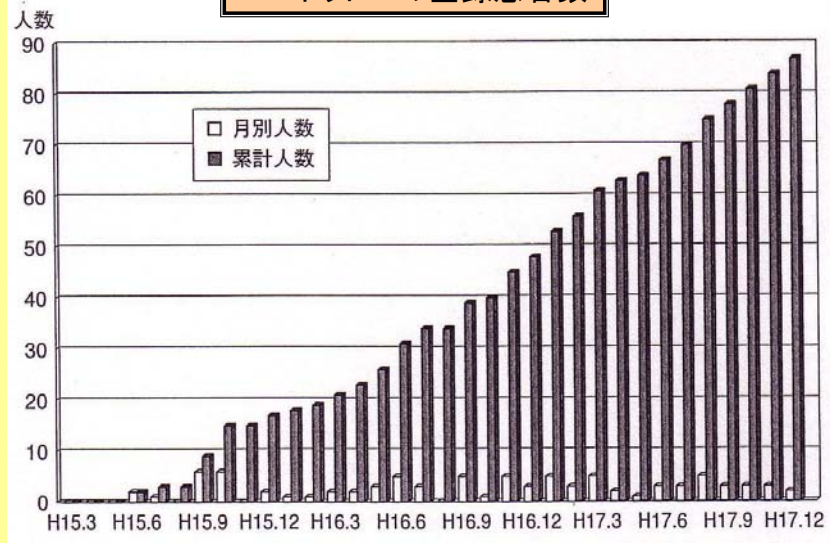
仙台往診クリニック 2007

長崎在宅Dr. ネットにおける連関図



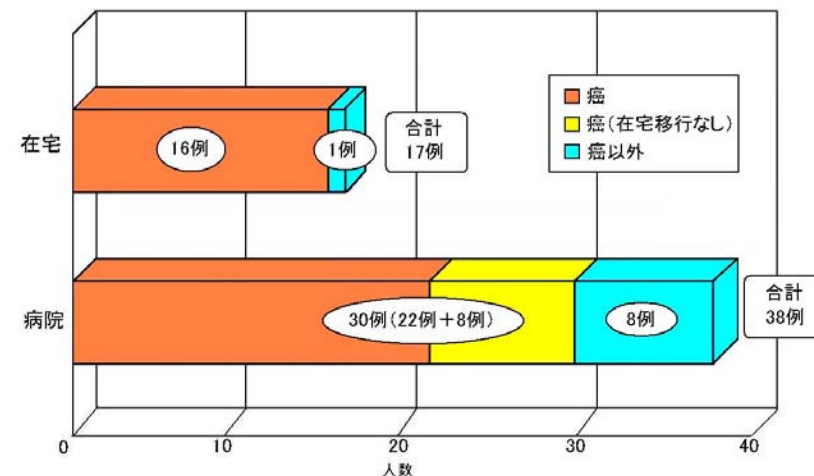
藤井卓・白髭豊 長崎在宅Dr. (ドクター) ネットにおける、病診連携・在宅医療の実践
長崎県医師会報 別冊 平成18年7月(第726号)より

Dr. ネットへの登録患者数



藤井卓・白髭豊 長崎在宅Dr. (ドクター) ネットにおける、病診連携・在宅医療の実践
長崎県医師会報 別冊 平成18年7月(第726号)より

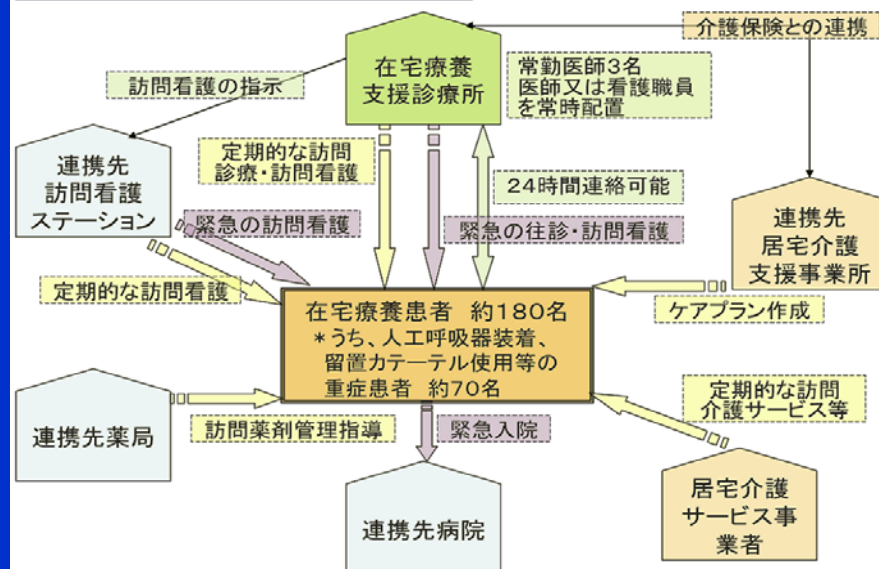
死亡症例(55例)の疾患と死亡場所



藤井卓・白髭豊 長崎在宅Dr. (ドクター) ネットにおける、病診連携・在宅医療の実践
長崎県医師会報 別冊 平成18年7月(第726号)より

「在宅療養支援診療所」のイメージ

(仙台市内で看取りまで含めた在宅医療を行っている診療所の例)

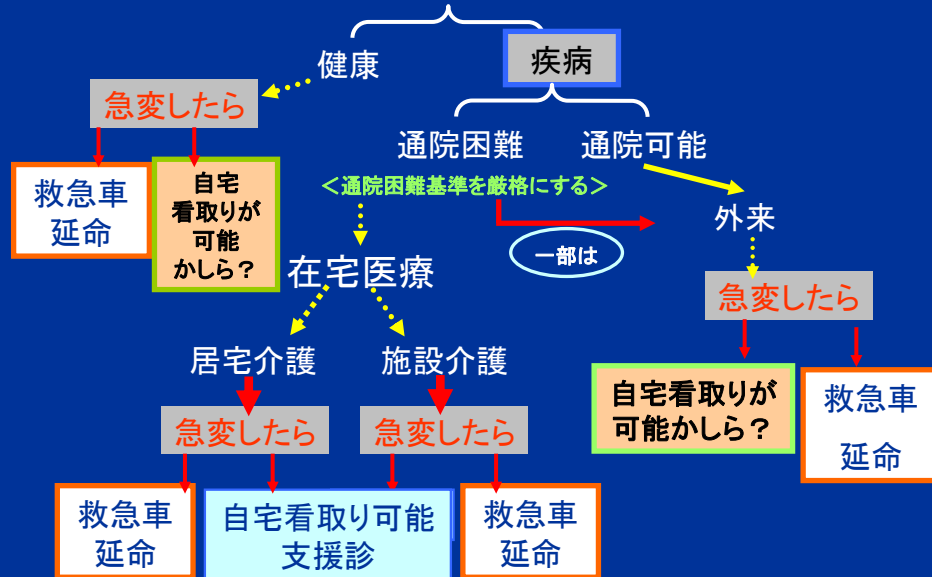


☆ 仙台往診クリニック型 ☆

重症患者数の比較(05年)

施設名	病床数	人工呼吸器	酸素吸入	中心静脈栄養	胃瘻経管栄養
仙台医療センター	698	10	62	64	20
東北厚生年金病院	500	6	72	40	20
仙台厚生病院	383	17	35	27	5
仙台往診クリニック	178	33	55	10	67

＜救急対応と看取りのフローチャート＞ 地域住民



図表 2-2-3 救急車の要請理由（5年間の推移）

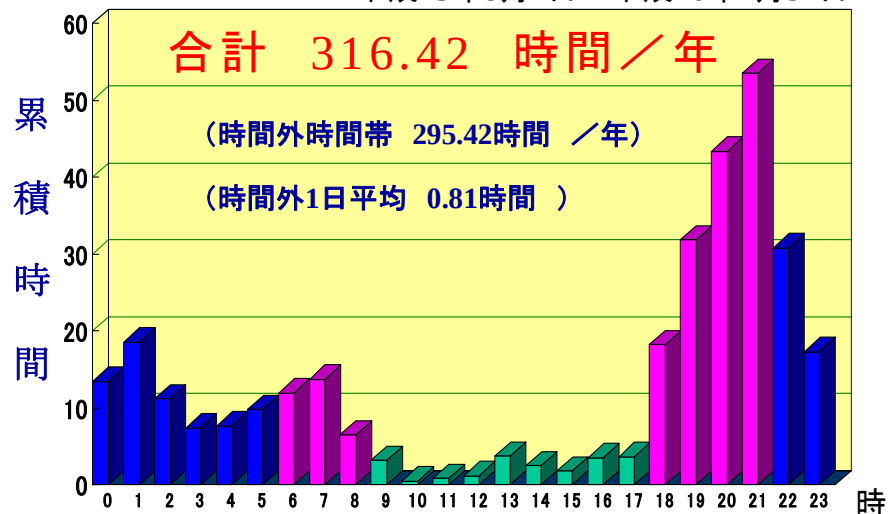
	2002年 (内=519)	2003年 (内=298)	2004年 (内=315)	2005年 (内=425)	2006年 (内=531)
生命の危険があると思った	27.7	26.2	38.1	28.7	28.8
軽症や重症の判断がつかなかった	12.3	19.8	19.0	22.8	21.8
自力で歩ける状態でなかった	53.0	49.3	49.8	48.2	52
交通手段がなかった	3.3	4.7	2.2	2.8	3.6
どの病院に行けばよいかわからなかった	3.5	5.0	7.3	7.3	8.1
家族・知人に勧められた	19.1	7.4	8.9	11.1	8.3
かかりつけの医師又は医療関係者に勧められた	7.7	6.4	9.5	7.8	7.3
病院へ連れて行ってくれる人がいなかった	7.5	7.4	5.7	7.8	7.0
かかりつけの病院が休診だった	1.2	0.7	0.6	0.9	0.8
夜間・休日で診察時間外だった	14.6	14.8	15.9	19.3	16.6
救急車は無料だから		1.7	0	1.4	0.4
救急車で病院に行った方が優先的に診てくれると思った		4.7	3.5	5.2	4.1
通院（又は入院）予定だった			0.3	0.2	0.4
その他	13.9	20.1	16.5	14.4	17.5

資料：東京消防庁「消防に関する世論調査」（2006年11月）より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。

厚生労働白書より

緊急往診が行われた時刻と診療時間

平成15年8月1日～平成16年7月31日



※対象期間レセプトにおいて時刻・診療時間の記載がある往診について累積

在宅医療特化型 在宅療養支援診療所

1996年	Sクリニック(重症型)	100人／年
1997年	O医院(がん専門)	200人／年
2000年	Hクリニック	20人／年
2006年	Tクリニック(がん専門)	18人／年
2007年	Mクリニック	今年開業

仙台市100万人

平成16年度 死亡総数 5978人
老人ホーム＋自宅 1069人(17.9%)

○医院
Sクリニック

$$\left. \begin{array}{l} 200人 \\ 100人 \end{array} \right\} \frac{300人}{1069人} \rightarrow 28\%$$

たった2つの診療所で看取っている

1～2年 ① 10万人都市(284ヶ所)に
特化型を最低1ヶ所設立する。

3年 ② 特化型を
複数医師体制にする。

4～5年 ③ 100人看取れるようにする。

5年目 ④ 5万人都市(557ヶ所)に
最低1ヶ所を設立する。

平成19年

6,000人死亡の25%=1500人を

○医院
Sクリニック } のような

複数・重症・がん特化型だけで
看取るとなると6～8ヶ所あることが望ましい

170万人看取り時代に備える最終兵器

在宅医療特化型の
在宅療養支援診療所



＜病院機能の居宅化＞

2008年からの在宅医療5ヶ年計画の中心

拠点在宅療養支援診療所

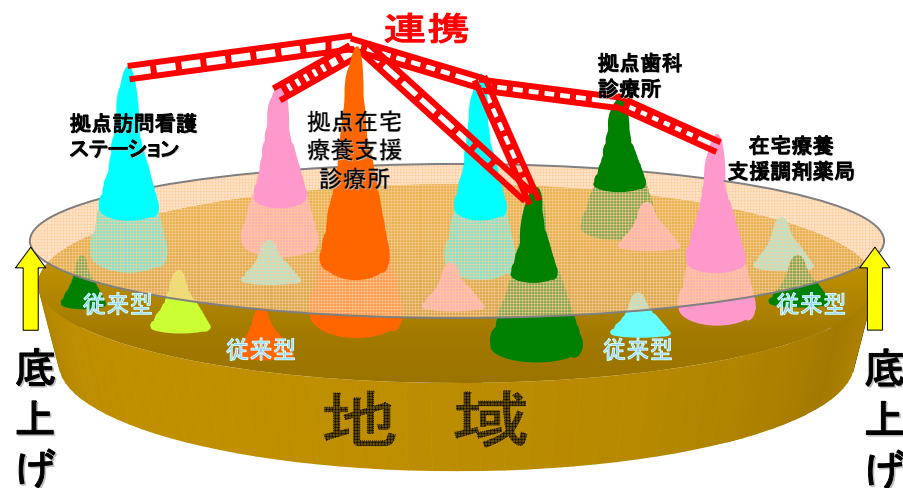
- ① 民間立
- ② 行政立
- ③ 医師会立

いずれでも良い
適正配置を目指せ！

どの様にして在宅療養支援をしていくのか

- 一般の人の認知度を上げる。
- 病院における認識を持ってもらう。
- 関係する担当者間の情報共有をはかる。

在宅医療のグランドデザインにおける 拠点化構想

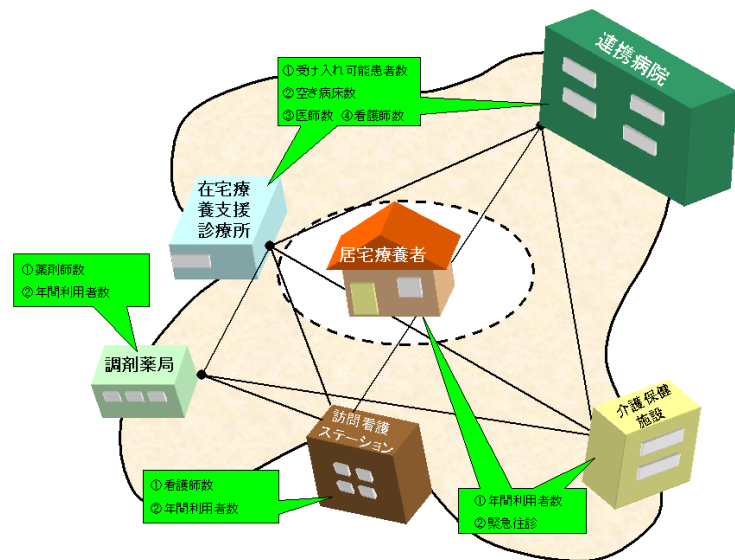


平成18年度 医療・介護保険改定の影響
ー非医療職の在宅終末期ケアへの関与ー

- 在宅終末期ケアの推進
全ての疾患に緩和ケアを適応する必要性の到来
- 介護保険改定
がんを2号被保険者として認定
介護職等が在宅終末期ケアに関わるようになった
→地域の医療・福祉の専門職の終末期ケア教育が次の課題
- 在院日数の短縮(外来化学療法室加算)
重症患者が在宅ケアへ突然に移行
→中核病院とプライマリケアチームの連携が必須

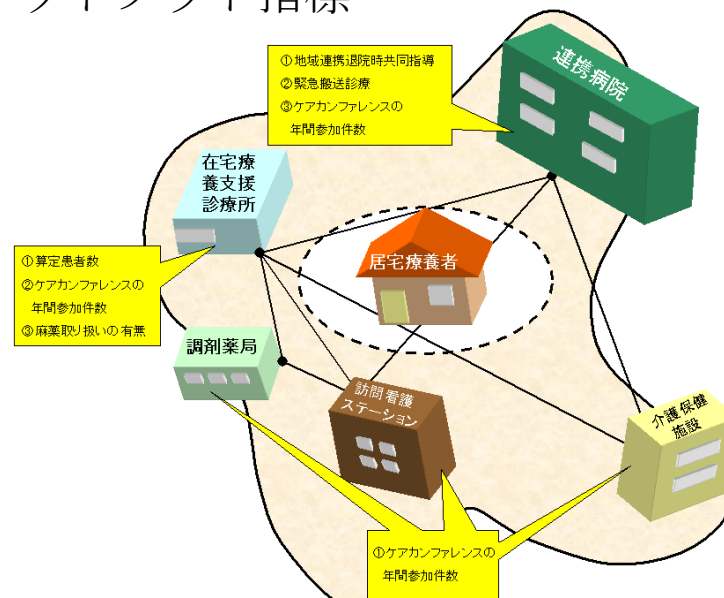
地域内と病院内外とで連携活動ができる
在宅サポートチームの育成が急務

インプット指標



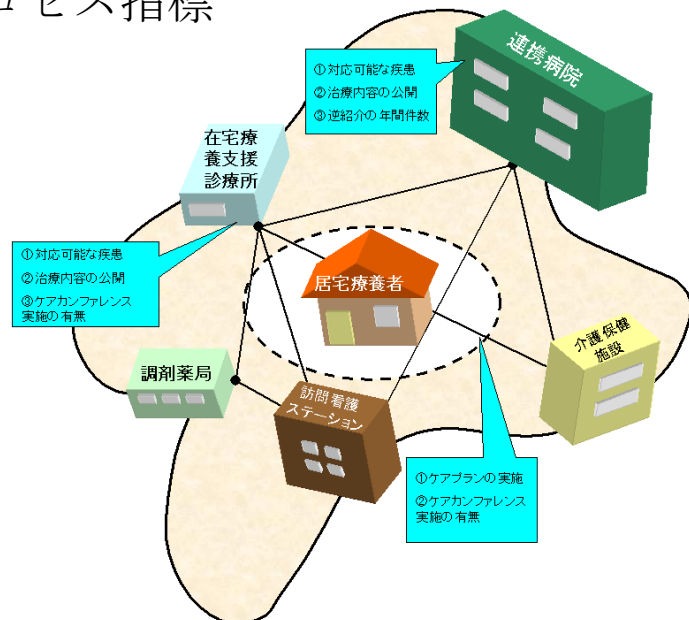
平成18年度厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業
「地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究」 川島孝一郎 p156より抜粋

アウトプット指標



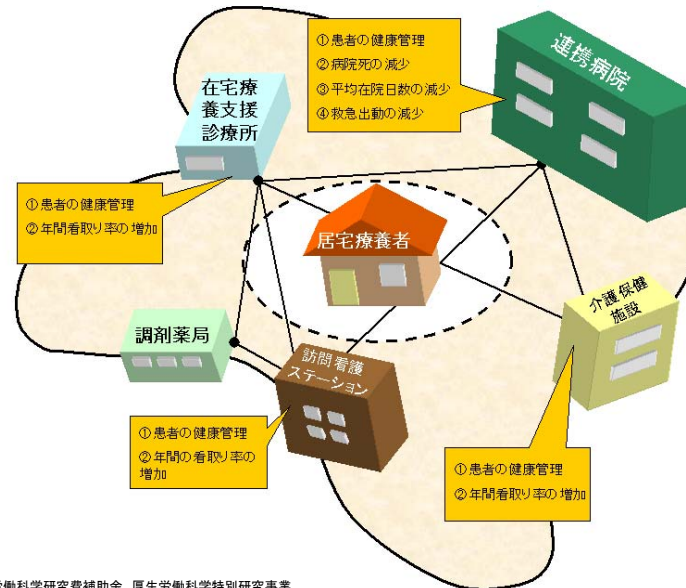
平成18年度厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業
「地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究」 川島孝一郎 p157より抜粋

プロセス指標



平成18年度厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業 「地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究」 川島孝一郎 p158より抜粋

アウトカム指標



平成18年度厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業
「地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究」 川島孝一郎 p159より抜粋

都道府県を単位とする保険者の統合

- ほとんどすべてのサービスは県単位で提供
- 保険料の負担と、医療サービスの給付が関連
- 地方の自治を認める
 - 受診行動によって異なる患者負担を設定
 - 実績と質の評価に応じた医療費の支払い
 - 住民の参加による優先分野の設定

(4) 医療費適正化計画の期間終了時の措置

【都道府県における取組】

- 各都道府県計画の各事業の進捗状況を把握
- 都道府県計画の政策目標及び医療費見通しと、把握した実績との比較を行い、差異が生じた要因を分析
- 要因分析を踏まえた対応策の案を検討
- 以上を国に報告

【国における取組】

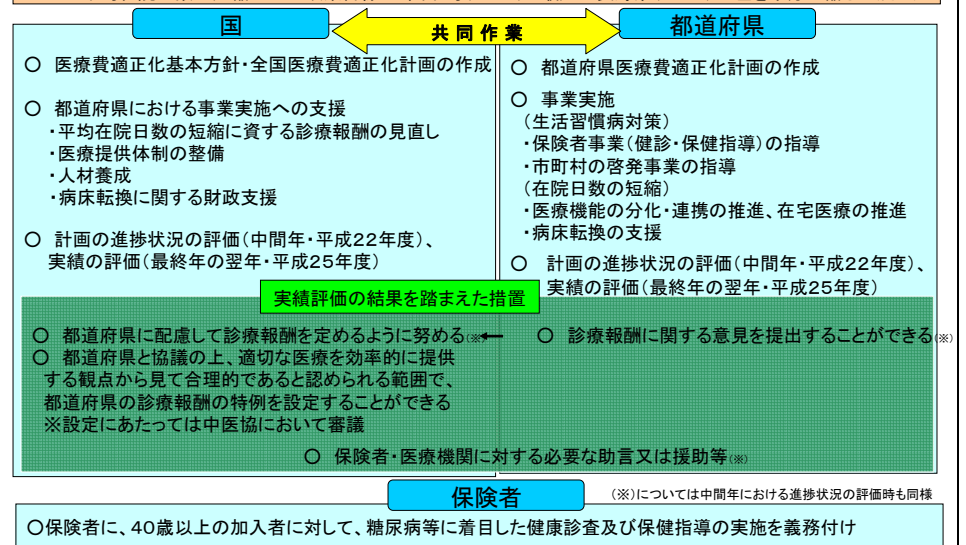
- 国全体としての評価及び都道府県ごとの評価を実施
- 国全体としての評価を踏まえ、診療報酬体系の見直し
- 都道府県と協議した上で、都道府県ごとの特例的な診療報酬の設定

- その他、都道府県の基本計画の支援等必要な取り組みを進める。

(1) 医療費の伸びの抑制（中長期的対策）

基本的考え方

- ◎ 平成20年度を初年度とする医療費適正化計画(5年計画)において、政策目標を掲げ、医療費の伸びを適正化
 - ・ 生活習慣病予防の徹底 → 政策目標:生活習慣病有病者・予備群を25%減少 (平成27(2015)年度)
 - ・ 平均在院日数の短縮 → 政策目標:全国平均(36日)と最短の長野県(27日)の差を半分に縮小 (同上)



Q:病院の主治医に「状態がわるいため、家に帰せません。」といわれましたが。

A:「状態が悪いから病院」ではなく、「状態がわるいからこそ自宅」なのです。帰ると決めた日が吉日です。病院主治医に希望を告げ、地域医療室のMSWIに在宅主治医とケアマネジャーを紹介してもらい、介護保険など出来る準備をして家へ帰りましょう。在宅主治医が「お帰りなさい。」と言って、訪問してくれます。



Q: 家でも痛みのコントロールは大丈夫ですか？

A: 便利な麻薬が登場し、大変便利になりました。
麻薬は、自宅でも病院と同様に使えるので安心です。
医師、看護師、そして薬剤師が自宅で麻薬の使い方を教えてくれます。



勇美記念財団資料を改変

自宅は世界最高の特別室でした

T.Hさん

在宅医療でよかったこと。

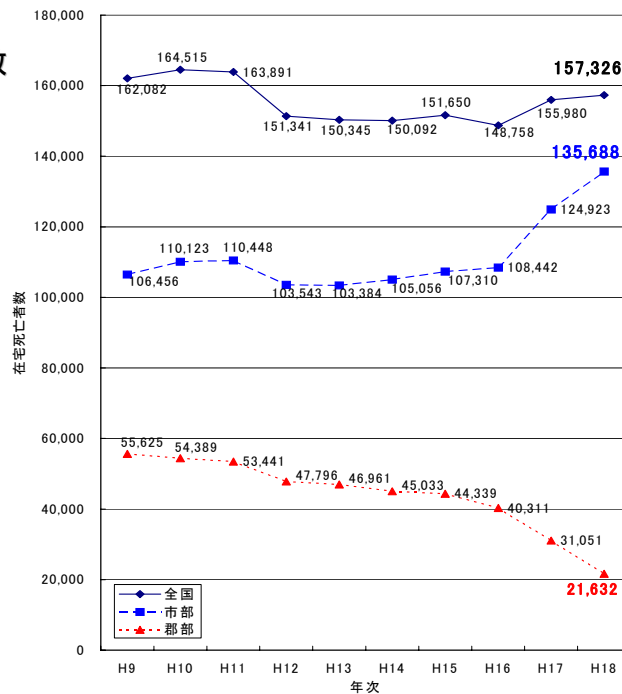
- 病室の人に気をつかわなくて良かったこと。
- お風呂も好きな時間に入れたこと。
- トイレも気がねなしに(私の介添えで)行けたこと。
- 娘、孫達が来ても、にぎやかに一緒に食事が出来たこと。
- 急用の時は24時間、院長さんに連絡が出来たこと。
- 介護している私が、疲れず、安心していられたこと。

主人と結婚して50年余年でしたが、亡くなるまでの6ヶ月間はお互いに好きなことを言って、かばいあい楽しい日々でした。

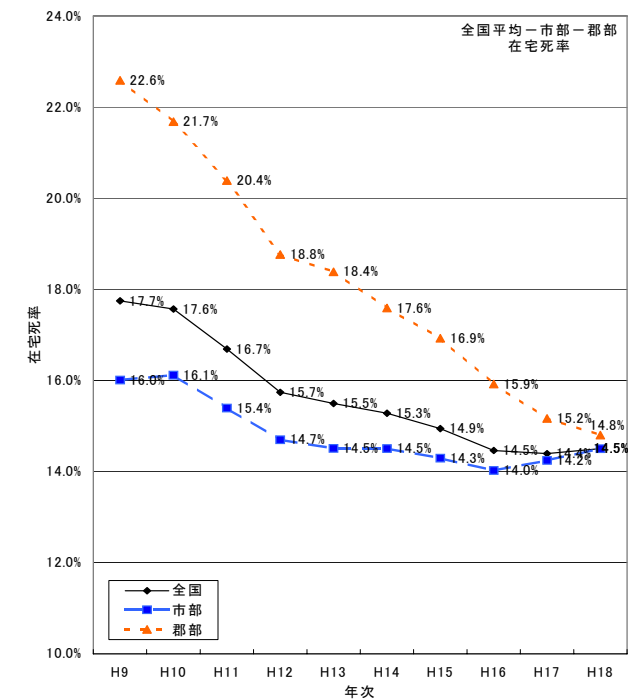
亡くなる2週間前には、親戚が10人ほど見舞いに来てくれ、主人はコーヒーを自分でたてて振まっていました。「大丈夫か？」とたずねたら、病人ということを忘れていたとニコリ笑いました。私には、その顔がなによりの贈りものでした。一生忘れることが出来ません。主人の姉妹達も良くみてくれて有難うと言ってくれました。これは在宅医療でお世話になったお陰です。

勇美記念財団資料を改変

在宅死亡者数の年次推移



在宅死率の年次推移



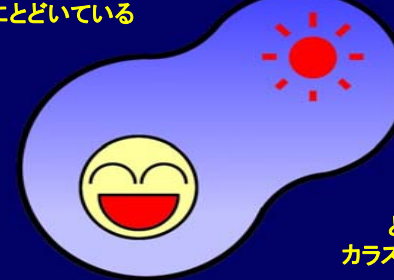
目標

在宅医療未来のグランドデザイン どのように伝え、分かり合えるか

- ① 人の関係性をもう一度考え、ものの見方の多様性
(客観性・自己言及の言明)を上手に表現。
- ② 疾病論・症候論ではなく
「いかに生きてゆくか」という
生き方を示す説明責任。

まぶしい太陽を見る彼の知覚世界は
太陽にとどいている

(人と状況との関係性)



知覚世界の範囲

ところが
カラスが横切った

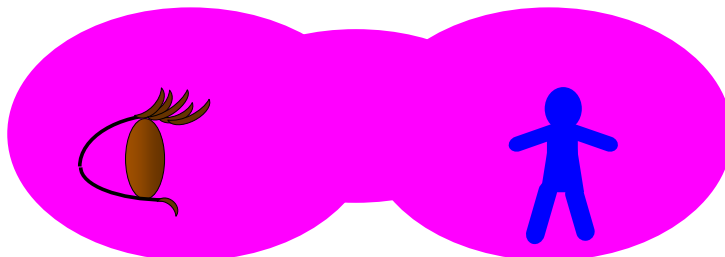


知覚は対象を含む
意思は対象を含む

一瞬にして不吉な知覚世界に変容: 知覚の全体性



私が客観的な「彼の情報」を得るのではない



「私の影響を含んだ彼」の情報である
人間関係は「対象の把握ではない」

集合体としての身体: 医者が考えるロボット人間

健康	=	100%
ケガ	=	95%
脳卒中	=	50%
植物状態	=	5%
脳死	=	~0%
死	=	0%

比較評価

集合体としての
身体の各要素
(臓器等)
の減少によって
集合の質・量
共に低下する

こわい・残念・忌み嫌うもの

一つの全体としての身体：関係性に生きる人間

健康 = 100%

ケガ = 100%

脳卒中 = 100%

植物状態 = 100%

脳死 = 100%

死 = 100%

世界との関係性の中で
どの状況においても
平衡状態を
保っていれば
それを認める

「生きている」という仕事を
100%行なっている存在

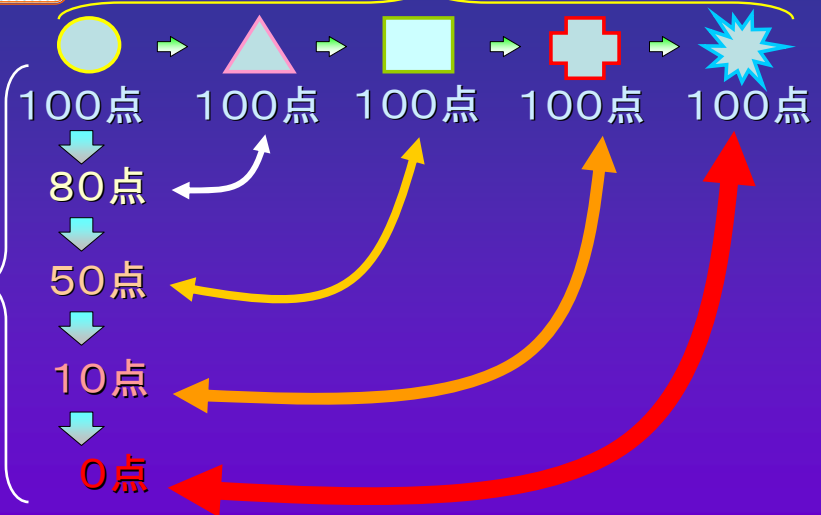
存在しているだけで世界に対し
て意味がある

ポジティブな意味での、相互に支え
支えられて生きてきた集大成である

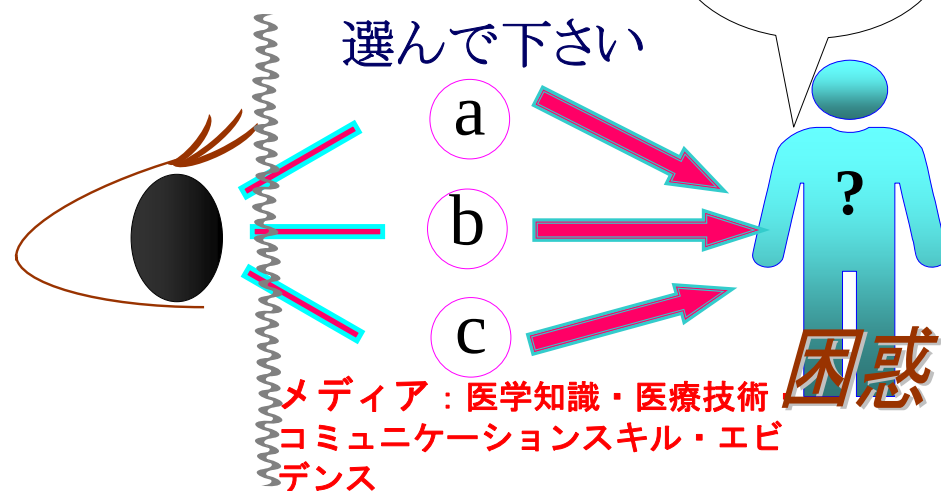
2つの
説明責任

統合された全体の変容(終末期がない)

質・量が低下する比較論(終末期)



科学的医師 - 患者関係：独立性



あなたの苦しみを
理解したい

私を理解して
下さい

在宅医療は直接関係

両者の全体性が構築されてから

この全体で決定する

共同主観性

自分と他者達とが、相互に主体として出会いつつ単一の世界を共有すること

共同主観性

- ① 客観性: 本人と別個に独立したものについての共通認識

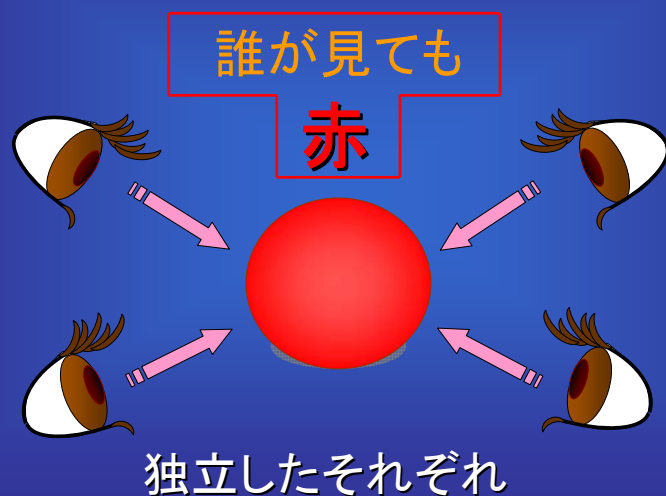


- ② 自己言及の言明: 本人が含まれた全体に対する共通認識の言明

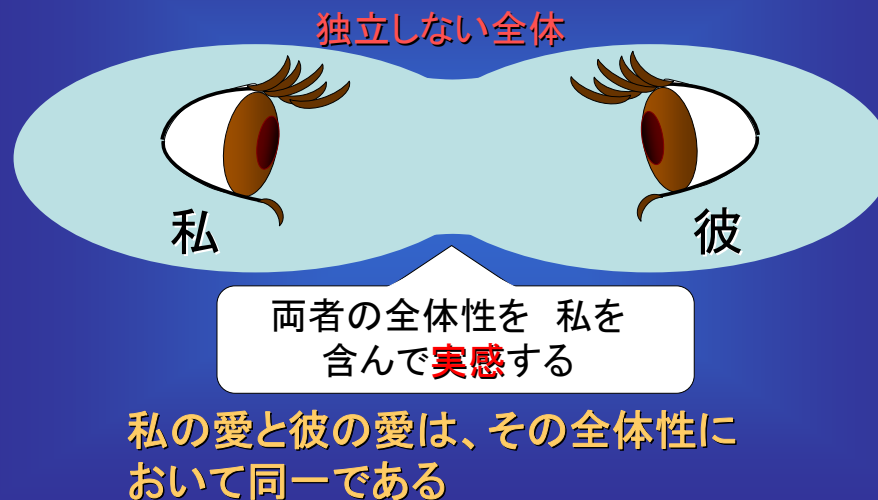
客観的には実証不可能である
(ゲーデルの不完全性定理)

実感する事のみ

<客観性における同一性>



<自己言及の言明における同一性>



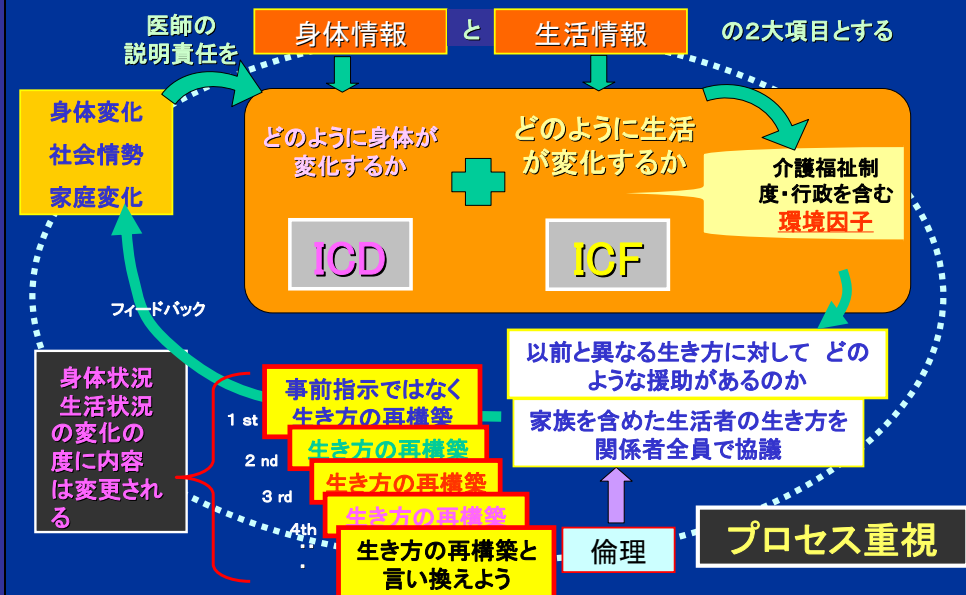
医者は生き方の説明をするのであって
症候論・疾病論を展開するのではない

しかし

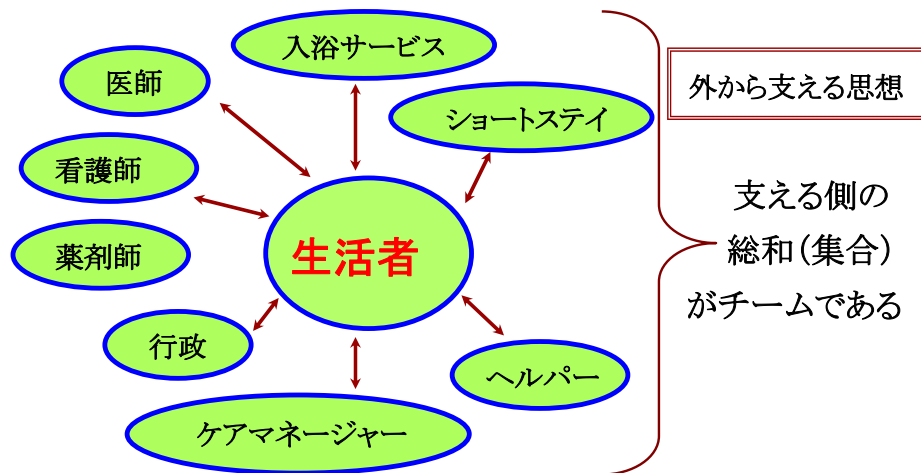
現在の医者の大部分は、生き方の説明をしていない

不十分な説明によって作られたものは
事前指示書・リビングウィルとしては
不適切である

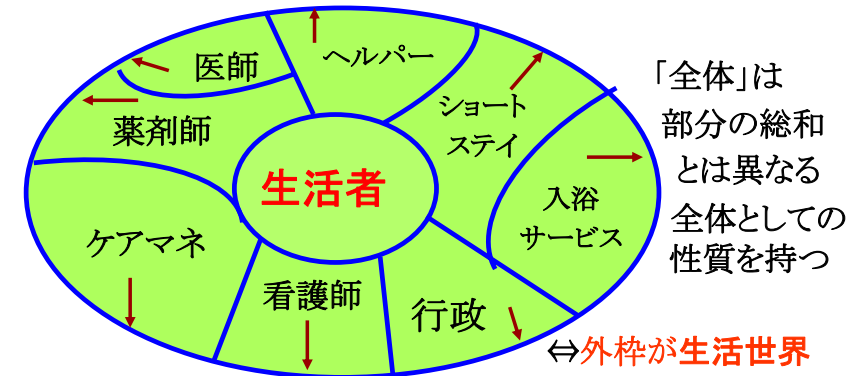
<生き方のプロセスを重視した説明責任>



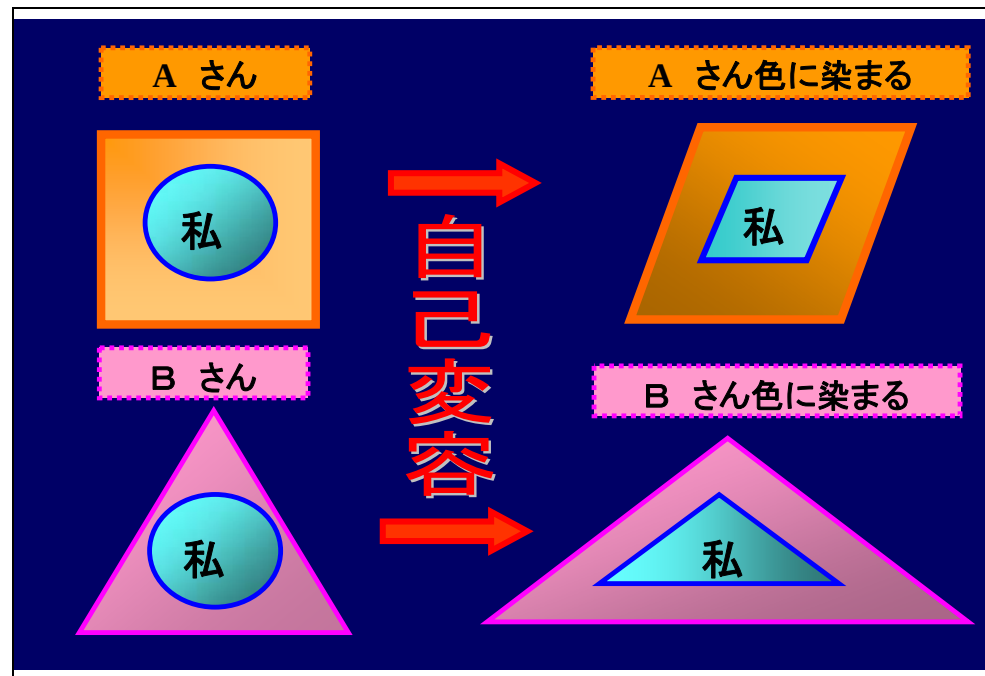
在宅ケアを集合としての全体として捉える



在宅ケアを統一された全体として捉える



内部から全体(絆・家風)の平衡状態を維持して行く



共同主観性

現在の医療は「客観性」と「自己言及の言明」のバランスが悪い。在宅医療は「私が含まれた全体を実感する＝分かり合う医療」であることを医療と医学の未来に提言しなければならない。

第 4 章 事業結果 - 調査事業

第4章 事業結果 - 調査事業

重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業 調査

(1) 調査① - A - 臨床研修指定病院 - 地域医療連携室 - 回収結果

全国 810 件の臨床研修指定病院に調査票を発送した。そのうち 161 件から回答が寄せられ、148 件を有効回答とした（有効回答回収率 18.3%）。

(2) 調査① - A - 臨床研修指定病院 - 地域医療連携室 - 集計結果

【1. 地域医療連携室について】

問 1-1. 地域医療連携室の人員

地域医療連携室の人員については、ソーシャルワーカー（常勤）の平均人数は 2.5 人であった。看護師は 1.8 人、医師は 1.4 人、事務職員は 2.7 人であった（図 1A-1-1 a～o）。

問 1-1-1. 連携室長の職種

地域医療連携室の室長の職種については「医師」が最も多く、62.7%であった。事務職が 13.4%、看護師が 12.7%、ソーシャルワーカーが 7.0%であった（図 1A-1-1-1）。

問 1-2. 連携室が対応した人数

連携室が 2007 年 1 月～12 月に対応した患者についての問いでは、「自院が主治医継続」、「近医が主治医」「転院」「入所」の各転帰の人数を全て記入した回答において、各転帰が占める割合を求めた。「自院主治医」「近医主治医」では 0%とするものが多く、それぞれ 40.0%、46.4%であった。（図 1A-1-2-1～4）。

【2. 退院支援への取り組みについて】

問 2-1. 退院支援（退院計画）についての病院としての取り組み

退院支援（退院計画）についての病院としての取り組みについては、62.8%が「ある」と回答した（図 1A-2-1）。

具体的な取り組みの例としては、

- 電子カルテ内に「退院計画スクリーニングシート」というテンプレートがあり、入院 1 週間以内に病棟スタッフ（看護師）が記入する。記入すると、自動的にメール送信され、ふれあい地域医療センターで把握できるシステムになっている。
- 入院時に「退院支援ハイリスクスクリーニング票」を用いて支援が必要になる可能性が高い患者をチェックし、早期介入を促している
- 家族の介護の状況介護認定の有無保険・年金の状況 A D L 14 項目のスコア表・医療処置使用器具の状況・家族の思い・今後の支援の方向性を病棟に記載してもらい、連携室へ提出、退院支援を行なう。

などの回答があった（表 1A-2-1）。

問 2-2. 連携室における退院支援について問題となっている点

連携室における退院支援について問題となっている点については、

○在宅療養を支える受け入れ側の医師、介護保険の事業所（夜間のヘルパーを提供する所や訪問リハ）が少なく、患者、家族に在宅療養をイメージしてもらいにくい

○連携室 2 名体制の中で、後方連携に時間をかけられず、自院の病棟での退院日と紹介元受入先の受入日に日程差が生じている

○退院支援の依頼時期が遅い

などの回答があった（表 1A-2-2）。

【3. 在宅復帰支援について】

問 3-1. 在宅復帰支援の過程で、主治医と十分に患者情報の共有がなされていると思いますか

「思う」と答えたのは 10.4%、「どちらかというと思う」と答えたのは 54.2%であった（図 1A-3-1）。

問 3-2. 主治医は退院後の生活について患者・家族に十分説明していると思いますか

「思う」と答えたのは 7.6%、「どちらかというと思う」と答えたのは 38.6%であった。「どちらかというと思わない」との答えが最も多く、48.3%であった（図 1A-3-2）。

問 3-3. 主治医は在宅医療について十分な知識や理解があると思いますか

「どちらかというと思わない」との答えが最も多く、57.9%であった。「思わない」と答えたのは 15.2%であった（図 1A-3-3）。

問 3-4. 在宅復帰支援の過程で、病棟看護師と十分に患者情報の共有がなされていると思いますか

「どちらかというと思う」との答えが最も多く、62.8%であった。「思わない」と答えたのは 1.4%であった（図 1A-3-4）。

問 3-5. 病棟看護師は退院後の生活について患者・家族に十分説明していると思いますか

「どちらかという思う」「どちらかというと思わない」は、どちらも 42.8%であった。「思う」と答えたのは 11.0%、「思わない」は 3.4%であった（図 1A-3-5）。

問 3-6. 病棟看護師は在宅医療について十分な知識や理解があると思いますか

「どちらかというと思わない」と答えたのは 68.3%であった（図 1A-3-6）。

問 3-7. 在宅復帰支援の過程で、受け入れ側の地域の医師、訪問看護師、ケアマネジャーと、十分に患者情報の共有がなされていると思いますか

「どちらかという思う」との答えが最も多く、63.9%であった（図 1A-3-7）。

問 3-8. 連携室から在宅医療を依頼した診療所医師は、病院側の期待に十分応えていると思いますか

「どちらかという思う」との答えが最も多く、73.3%であった。「思わない」との回

答はなかった（図 1A-3-8）。

問 3-9. 連携室から訪問看護を依頼した訪問看護師は、病院側の期待に十分応えていると思いますか

「思う」との回答は 39.3%、「どちらかというと思う」は 56.4%であった。「どちらかというと思わない」は 4.3%であった。「思わない」との回答はなかった（図 1A-3-9）。

問 3-10. 連携室で支援した患者の退院時ミーティング会議開催率

「0%」との回答が 9.4%となった。一方、「100%」との回答は 3.4%であった。中央値は 20%であった（図 1A-3-10）。

問 3-11. 患者・家族へのアドバイス

在宅医療の概要については、71.4%が「関わった患者が該当する場合、すべての患者・家族に説明している」と回答した。「尋ねられた場合のみ説明している」と回答したのは 26.4%、「ほとんど説明していない（受け入れ側に一任している）」と回答したのは 2.1%であった（図 1A-3-11a）。

在宅医療の自己負担額については、「尋ねられた場合のみ」と回答したのは 58.6%であった（図 1A-3-11b）。

介護保険の自己負担額、福祉用具の設置・購入、身体障害者手帳の交付については、「該当する場合すべて説明」と回答したのが最も多く、それぞれ 59.0%、63.6%、66.2%であった（図 1A-3-11c～e）。

身体障害者への給付制度の内容、身体障害者医療費助成制度、特定疾患治療研究事業（難病助成）については、前記 3 問よりも若干低いものの、それぞれ 55.4%、57.6%、60.0%が「該当する場合すべて説明」と回答した（図 1A-3-11f～h）。

高額療養費貸付制度については「該当する場合すべて説明」の回答は 37.9%にとどまり、「尋ねられた場合のみ」は 55.0%となった（図 1A-3-11i）。

生命保険の生前給付金については「該当する場合すべて説明」は 8.6%、「尋ねられた場合のみ」も 28.6%にとどまり、「ほとんど説明していない」との回答は 62.9%となった（図 1A-3-11j）。

問 3-12. 入院患者の在宅復帰を進める上で問題となる点

在宅重症者医療に対する医師の理解不足については、「1 特に問題ではない」から「3 徐々に改善しつつある」までの和が約 6 割となった（図 1A-3-12a）。

在宅療養支援診療所の周知の不徹底、退院時共同指導の不徹底については、「5 問題視している」との回答がそれぞれ 28.8%、29.2%と最も多く、「3 と 5 の間」との総和が 5 割を超えた（図 1A-3-12b～c）。

緊急入院のベッド確保の困難さについても、「5 問題視している」との回答が最も多く、35.5%であった（図 1A-3-12d）。

在宅療養支援診療所の不足では、49.6%とほぼ半数が「5 問題視している」と回答した（図 1A-3-12e）。

緩和ケアにおける経験の不足、難病ケアにおける経験の不足でも、問題視する回答が多かった（図 1A-3-12f～g）。

患者・家族の経済的な問題については、「5 問題視している」との回答が 54.6%を占め、「1 特に問題ではない」から「3 徐々に改善しつつある」までの和は 15.6%にとどまった（図 1A-3-12h）。

家族介護力の不足（高齢であるなど）についてはもっとも重要視されており、「5 問題視している」との回答が 81.1%となった（図 1A-3-12i）。

家族の絆の問題についても、「5 問題視している」との回答が 60.3%と高かった（図 1A-3-12j）。

訪問看護事業所の不足については、「1 特に問題ではない」とする答えと「5 問題視している」とする答えが全く拮抗していた（図 1A-3-12k）。

訪問薬剤指導管理を行う調剤薬局の不足については 31.9%、訪問介護事業所の不足については 37.4%が「1 特に問題ではない」と答えた（図 1A-3-12l～m）。

問 3-13. 在宅復帰を進めるために、連携室で主体的にはたらきかけている活動

在宅復帰を進めるために、連携室で主体的にはたらきかけている活動については、63.0%が「ある」と回答した（図 1A-3-13）。

具体的な取り組みの例としては、

- 退院計画ハンドブックを作成の上、外来や病棟に配置し医師や看護師が患者への退院支援の際に活用してもらっている。

- 各病棟に巡回して、ハイリスク患者の方針の確認、長期入院患者の問題について、病棟師長と相談し方向性を確認、支援する

- 退院後の在宅生活状況等、情報をフィードバックしている

- 市民に対して、医療連携についての理解を深めてもらうよう広報している。かかりつけ医への逆紹介等について、ホームページリーフレット等で広報している

などの回答があった（表 1A-3-13）。

【4. 連携している地域診療所について】

問 4-1. 地域連携退院時共同指導料 2 の算定

地域連携退院時共同指導料 2 を算定したかという問いについては、「はい」と答えたのは 27.0%のみであった（図 1A-4-1）。

問 4-1-1. 地域連携退院時共同指導料 2 の算定－診療所数・患者数

地域連携退院時共同指導料 2 を算定した相手診療所については、平均 11.9 ケ所（図 1A-4-1-1a）、患者数は 56.3 人となった（図 1A-4-1-1b）。

在宅療養支援診療所については平均 3.9 ケ所（図 1A-4-1-1c）、患者数は 8.4 人となった（図 1A-4-1-1d）。

問 4-2. 連携している診療所数

連携している診療所数については、平均 131.2 ケ所となった（図 1A-4-2a）。

個々の対応内容については、在宅酸素、胃瘻・経管栄養、中心静脈栄養が多く、それぞれ平均は 19.4 ケ所、18.8 ケ所、14.5 ケ所であった。緩和医療は 10.2 ケ所、24 時間対応は 8.9 ケ所であった（図 1A-4-2b～h）。

【5. 在宅医療研修について】

問 5-1. 連携室スタッフの在宅医療の知識経験

連携室スタッフの在宅医療の知識経験については、「訪問診療や訪問看護、ケアマネジャーなどの経験がある」が 36.2%、「経験はないが、在宅医療は理解している」が 45.7%

となった（図 1A-5-1）。

問 5-2. 連携室スタッフの在宅医療の知識経験

連携室スタッフの在宅医療研修については「在宅医療の現場を見学して研修を受けてみたい」との回答が 71.6%と高かった（図 1A-5-2）。

【6. 回答施設について】

病床数

病床数の平均は 498.7 床、療養病床は 10.7 床であった（図 1A-6-1a～b）。

平均在院日数

平均在院日数は、14 日未満が 21.9%、21 日未満が 75.0%であった（図 1A-6-1c）。

職員数

常勤医師数の平均は 95.2 人、常勤看護師数の平均は 339.7 人であった（図 1A-6-1d～g）。

施設種別

地域医療支援病院が 29 例、地域がん診療拠点病院が 50 例、特定機能病院が 16 例であった（図 1A-6-1h）。

（3）調査① - A - 臨床研修指定病院 - 地域医療連携室 - 分析

問 1-1、問 1-1-1 においては、調査票策定時には員数および室長として予想される職種から順に列挙していたが、実際には各職種の構成人員に大差は無く、また、室長は医師であることが多かった。数件について実際にホームページなどを通じて調査した限りにおいては、副院長等の役職と兼務している例が多いようであった。

問 1-2 においては、連携室が対応するような事例、即ち、全治退院ではなく医療もしくは介護上の何らかの課題があり、連携室の対応が必要となる事例において、退院の際にはその半数ほどが転院によって解決されてしまっているという状況が明らかになった。また、全欄を記入していずれ割合が算出できないものに関しては、転院以外の件数を「不明」とするものや、『自院』と『近医』が統計上容易に分離不可能である」とするものが目立った。電子カルテ等の整備状況が十分でない、返答期限が短かった、無償の協力を行なうには作業量に限界があるなどの点はあるが、そうであるにもせよ、地域診療所の整備状況を含め、退院支援を行なうにはなお相当の努力を行なわなければならないだろう。

問 3-1～9 においては、院内における退院後の生活についての説明は看護師の手にゆだねられており、特に図 1A-3-4 に示すように、在宅復帰支援の過程では（特に、回答における“リンクナース”等との）連絡が密に取られていることがわかる。

ただし、こと在宅医療の適用となると、病棟看護師の知識・理解は十分ではないと見られており（図 1A-3-6）、実際に診療・看護にあたる診療所医師、訪問看護師等の働きが重要となっている（図 1A-3-7～9）。

問 3-10 において、受け入れ側とのミーティングが行なわれる率の中央値は、連携室が関与する例であるにも関わらず 20%と低い値となった。ただし、欄外の注釈として、「電話や文書のみ」とする、従来の診療情報提供書のやりとりしかないことを示唆するものや、

「受け入れ側の医師は参加しない」などの記入が見られた。中には「受け入れ側医師が必須なら 0%、除けば 100%」という例さえあった。注釈なしで低い開催率を回答した施設の中にも多少こうした例があることも推察されるが、こうした点を、問 1-2 や後述する調査①

- B の回答と合わせて考えると、

- ・ 自院が主治医を継続することを優先するがゆえに“受け入れ側医師”は存在しない
- ・ 近医が主治医となることを推進しているが、重症対応できる診療所が存在しない
- ・ 〃 ミーティングに参加せず初診時まで書類連絡以外での対応を行わない診療所が多い

という要因が考えられ、いずれにしても在宅療養支援診療所等の整備と周知が重要であることが分かる。

問 3-11 では収入と支出の面で特に重要な項目を挙げたが、対応機関・事業者によって差違が大きいもののほど必須項目としていない施設が多いことが推察される。

問 3-12 では、最も重要視されているのが家族介護力の問題であることが如実に示された。また、ここでも重症対応の診療所の整備が憂慮されていることが分かった。家族介護力は介護保険サービスを充実させることである程度支えることが可能と思われるが、事業所そのものの数はさして問題視されていないようであり、重症対応の事業所の状況など、詳細な点については課題があったのかもしれない。

昨年の在宅療養支援診療所向けの調査に比べ、訪問看護事業所の不足について問題視する回答が多かった（本病院調査では拮抗しているが昨年診療所調査では 1～3 で 8 割）。これは、自院主治医となる例も含まれており、訪問看護事業所への依存度が診療所に比べて高くなるがゆえに起こった状況であると推察される。

問 4-1、問 4-1-1 および、問 3-12（図 1A-3-12c）でも示されていたように、退院時共同指導の実施率がかなり低いことが明らかになった。昨年、同じく臨床研修指定病院に対して行なった調査では、同じように 1 件でも算定した回答は 21.1%となっており、この 1 年でほとんど改善されていない。また、診療所数や患者数を見ても、在宅療養支援診療所との連携例が低く、ひと月で平均 1 人にも満たない状況である。重症在宅を多く見るような診療所はかなり少なく、ゆえに連携体制も確立していないことが分かる。

問 4-2 においては、最大値最小値の開きや欄外の注釈などを見ると、県下のすべての診療所を連携対象と見る回答もあれば、密に連携をとっているのではない以上計上しないという考えの回答もあったようだ。「地域連携」退院時共同指導料を算定していない多くの施設においては、事実上どちらも一定の妥当性のある見解であらう。ここは、実際の数の分布を見るよりも、そうした意識の違いの開きがあるという事実に着目するべきだろう。

個々の対応内容については、多数を回答している施設があるがゆえに平均が高くなってはいるが、中央値で見ても 3～10 施設程度が存在しているようで、半数以上の施設の周辺地域では診療所数自体の整備は進んでおり、1 診療所あたりの対応数に限界があると見るべきだろう。

問 5-1 と問 3-1～6 と合わせて考えると、少なくとも連携室の意識においては院内でもっとも在宅医療に精通しているのは連携室自身であるようだが、問 5-2 にみるように、それでもなお現場見学により研修は多くの施設が必要であると考えているようである。この理由としては、その他回答にも見られるように、

- ・ 経験がなく知識のみによって運営されているという事実
- ・ 職員による知識経験のムラ

というものがあるだろう。また、

- ・ 核家族化のみならず老老世帯や独居老人が増え、家族介護力不足が憂慮される中、それにも関わらず在宅医療が提供できている現場では、自施設周辺地域とどんな違いが

あるのかをその目で見たい
という理由があるのかもしれない。

その他、図 1A-3-11a～j に見るように、介護負担や他の助成金制度等に比べ在宅医療の自己負担額（ひいては在宅診療報酬そのもの？）に関するアドバイスの実施率が低いことを考えると、

・「概要」だけではなく、在宅医療における医療の質と詳細なコストに関して説明したいということも想像できる。

クロス集計

「問 2-1. 退院支援（退院計画）についての病院としての取り組み」を軸に、各問とのクロス集計を行なった（別表 1A-1）。問 3-11 の患者へのアドバイスについていくつか有意な判定が出ているが、概して取り組みの有無に関連した結果は少なかった。

別表 1A-1

問番号	設問	P 値	判定
問 3-1	在宅復帰支援の過程で、主治医と十分に患者情報の共有がなされていると思いますか	0.87552	-
問 3-2	主治医は退院後の生活について患者・家族に十分説明していると思いますか	0.25862	-
問 3-3	主治医は在宅医療について十分な知識や理解があると思いますか	0.20995	-
問 3-4	在宅復帰支援の過程で、病棟看護師と十分に患者情報の共有がなされていると思いますか	0.32885	-
問 3-5	病棟看護師は退院後の生活について患者・家族に十分説明していると思いますか	0.16119	-
問 3-6	病棟看護師は在宅医療について十分な知識や理解があると思いますか	0.42040	-
問 3-7	在宅復帰支援の過程で、受け入れ側の地域の医師、訪問看護師、ケアマネジャーと、十分に患者情報の共有がなされていると思いますか	0.50391	-
問 3-8	連携室から在宅医療を依頼した診療所医師は、病院側の期待に十分応えていると思いますか	0.83039	-
問 3-9	連携室から訪問看護を依頼した訪問看護師は、病院側の期待に十分応えていると思いますか	0.98034	-
問 3-10	連携室で支援した患者の退院時ミーティング会議開催率（階級値：5%きざみ）	0.26028	-
問 3-11	在宅医療の概要	0.32558	-
	在宅医療の自己負担額	0.10929	-
	介護保険の自己負担額	0.04511	*
	福祉用具の設置・購入	0.53332	-
	身体障害者手帳の交付	0.52236	-
	身体障害者への給付制度の内容について	0.08274	+
	身体障害者医療費助成制度	0.13599	-
	特定疾患治療研究事業（難病助成）	0.14195	-
	高額療養費貸付制度	0.07234	+
	生命保険の生前給付金	0.65743	-
問 3-12	在宅重症者医療に対する医師の理解不足	0.47576	-
	在宅療養支援診療所の周知の不徹底	0.99555	-
	退院時共同指導の不徹底	0.23767	-
	緊急入院のベッド確保の困難さ	0.76378	-
	在宅療養支援診療所の不足	0.66917	-
	緩和ケアにおける経験の不足	0.43607	-
	難病ケアにおける経験の不足	0.74012	-
	経済的な問題	0.55154	-
	家族介護力の不足（高齢であるなど）	0.65309	-
	家族の絆の問題	0.95660	-
	訪問看護事業所の不足	0.91509	-
	訪問薬剤指導管理を行う調剤薬局の不足	0.94335	-
	訪問介護事業所の不足	0.86819	-
問 3-13	在宅復帰を進めるために、貴連携室で主体的にはたらきかけている活動はありますか	0.06675	+

（４）調査① - B - 臨床研修指定病院 - 病棟 - 回収結果

全国 810 件の臨床研修指定病院に調査票を発送した。そのうち 121 件から回答が寄せられ、101 件を有効回答とした（有効回答回収率 12.5%）。また、病棟単位（施設総数のみを回答した場合も 1 病棟とみなす）では、831 病棟から回答が得られた。ほぼ全ての回答において病棟別の回答が得られたため、病棟別回答のみで集計を行なった。

（５）調査① - B - 臨床研修指定病院 - 病棟 - 集計結果

問 1-1. 退院患者総数

平成 19 年 11 月の退院患者総数については、平均 61.4 人となった（図 1B-1-1）。

問 1-2. 死亡退院患者総数

平成 19 年 11 月の死亡退院患者総数については、平均 3.0 人となった（図 1B-1-2）。

問 1-3. 在宅医療適用の対象となる患者についての転帰別退院患者数

在宅医療適用の対象となる患者について、「自院主治医継続のまま在宅へ」、「近医が主治医となり在宅へ」、「他病院へ転院」、「介護施設等へ入所」、計 4 種のそれぞれ、平成 19 年 11 月の人数をたずねた。

上記 4 種の合計が退院患者における在宅対象率となるが、この問については 4 種全てについて回答し、また、在宅対象率が 50%未満となった病棟についてだけ集計を行なった（詳しくは次節で触れる）。また、直接の患者数ではなく、在宅対象事例中の各転帰の割合を集計した。

自院主治医となった患者数、近医主治医となった患者数については、どちらも半数以上の病棟が 0%の回答であった（図 1B-1-3a～b）。

他病院へ転院となった患者数については、24.4%の病棟が 100%（全在宅対象患者が転院）の回答となった（図 1B-1-3c）。

介護施設等への入所もまた、半数以上の病棟が 0%の回答であった（図 1B-1-3c）。

問 1-4. 地域医療連携室への患者紹介の主な経路

地域医療連携室への患者紹介の主な経路については、「医師の判断で紹介する」としたのが 32.4%、「看護師の判断で紹介する」が 13.1%、「医師・看護師が相談の上紹介する」が 48.0%であった。

（６）調査① - B - 臨床研修指定病院 - 病棟 - 分析

4 種全てに回答した病棟について、在宅対象率を 5%ごとの階級値としてヒストグラムにしてみると（図 1B-1-3）、0%～5%をピークにして下降し、80%～85%以降は再び上昇していくことが分かった。なお、各回答者が集計の際用いたデータが多種に渡るためか、退院患者数を超えてしまったものもあった。

退院患者のほとんどが在宅医療の対象となるような状況は考えにくい。在宅医療の対象となる患者像は調査票に明記したが、これを熟知している群と、外来通院可能な事例も対象に入れてしまっている群との二つがあることが考えられる。

今回の調査結果のみでこの 2 群を明確に分離することは難しいため、サンプルの少ない 35～75%の間の階級に閾値を設けることが妥当と考え、50%未満を仮に有効データと考えて

集計を行なった。

なお、「自院主治医」「近医主治医」については、合計値を回答した病棟が散見された。少なくとも調査票到着から返信までの時間では、両者の違いを明確にして集計することは困難であったようである。

（７）調査② - がんセンター等勤務医師 - 回収結果

全国がん（成人病）センター協議会に加盟する 30 施設に、計 2,766 枚の調査票を送付し、そのうち 22 施設 235 名の医師から回答が寄せられた。そのうち 215 件を有効回答とした（送付調査票中の有効回答回収率 7.8%）。

（８）調査② - がんセンター等勤務医師 - 集計結果

【１．退院患者について】

問 1-1. 地域医療連携室へ患者を紹介する主な経路

地域医療連携室へ患者を紹介する主な経路については、「医師の判断で紹介する」と 45.1%が答えた。「看護師の判断で紹介する」は 0.9%、「医師・看護師が相談の上紹介する」は 48.4%、「患者・家族が直接相談に行く」は 0.9%、「その他」が 4.7%であった（図 2-1-1）。

「その他」の回答としては

○在宅の患者は特に地域医療連携室に連絡しない

○頭頸部癌が専門であり、その特殊性から在宅は困難なことが多い
などがあつた（表 2-1-1）。

【２．退院支援への取り組みについて】

問 2-1. 退院支援（退院計画）についての病院としての取り組み

退院支援（退院計画）についての病院としての取り組みについては、「ある」と答えたのが 26.3%、「ない」とこたえたのが 73.7%であった。

「ある」の具体例としては

○消化器がん術後の患者さんを対象とした地域連携パスがあります

○退院診療計画書の作成

などの回答があつた（表 2-2-1）。

【３．在宅復帰支援について】

問 3-1. 在宅復帰支援の過程で、先生ご自身と地域医療連携室との間で十分に患者情報の共有がなされていると思いますか

「思う」との回答は 17.0%、「どちらかという思う」との回答は 43.4%であった（図 2-3-1）。

問 3-2. 在宅復帰支援の過程で、地域医療連携室は十分に機能していると思いますか

「思う」との回答は 17.8%、「どちらかという思う」との回答は 48.8%であった（図 2-3-2）。

問 3-3. 先生は退院後の生活について患者・家族に十分説明していますか

「している」との回答は 20.3%、「どちらかというとしている」との回答は 59.0%であった（図 2-3-3）。

問 3-4. 先生は在宅医療について十分な知識や理解がありますか

「どちらかというとな」との回答は 56.8%であった（図 2-3-4）。

問 3-5. 在宅復帰支援の過程で、先生ご自身と病棟看護師との間で十分に患者情報の共有がなされていると思いますか

「どちらかというと思う」との回答は 57.5%であった（図 2-3-5）。

問 3-6. 病棟看護師は退院後の生活について患者・家族に十分説明していると思いますか

「どちらかというと思う」との回答は 55.4%、「どちらかというと思わない」との回答は 25.8%であった（図 2-3-6）。

問 3-7. 病棟看護師は在宅医療について十分な知識や理解があると思いますか

「どちらかというと思う」との回答は 34.7%、「どちらかというと思わない」との回答は 55.9%であった（図 2-3-7）。

問 3-8. 在宅復帰支援の過程で、受け入れ側の地域の医師、訪問看護師、ケアマネジャーと、十分に患者情報の共有がなされていると思いますか

「どちらかというと思う」との回答は 38.9%、「どちらかというと思わない」との回答は 50.2%であった（図 2-3-8）。

問 3-9. 在宅医療を依頼した診療所医師は、病院側の期待に十分応えていると思いますか

「どちらかというと思う」との回答は 57.1%であった（図 2-3-9）。

問 3-10. 訪問看護を依頼した訪問看護師は、病院側の期待に十分応えていると思いますか

「どちらかというと思う」との回答は 63.2%であった（図 2-3-10）。

問 3-11. 在宅医療適用となる患者が退院する前の多職種ミーティング開催率

在宅医療適用となる患者が退院する前の多職種ミーティング開催率については、「0%」とする回答が 59.7%と半数を超えてしまった（図 2-3-11）。

問 3-12. 患者・家族へのアドバイス

在宅医療の概要については 52.2%が「該当する患者の場合すべて説明している」としているが、その他の項目についての実施者は少なく、「尋ねられた場合のみ」を含めても 50%を下回るものが多かった（図 2-3-12-1～10）。

問 3-13. A. 在宅緩和ケアと、B. 緩和ケア病棟、ふたつの選択肢について

A. 在宅緩和ケアと、B. 緩和ケア病棟、ふたつの選択肢については、「Aを第一選

択、Bを第二選択としている」との回答は 22.7%、「AとBを同等に説明している」は 57.0%、「Bを第一選択、Aを第二選択としている」は 20.3%であった（図 2-3-13）。

問 3-14. 入院患者の在宅復帰を進める上で問題となる点

在宅重症者医療に対する医師の理解不足については、「1 特に問題ではない」から「3 徐々に改善しつつある」までの和が約 6 割となった（図 2-3-14-1）。

在宅療養支援診療所の周知の不徹底、退院時共同指導の不徹底については、「3 徐々に改善しつつある」との答えが最も多く、それぞれ 30.2%、29.7%であった。「5 問題視している」との回答もそれぞれ 22.2%、19.6%と多く、「3 と 5 の間」との総和が 5 割を超えた（図 2-3-14-2～3）。

緊急入院のベッド確保の困難さについては、「5 問題視している」との回答が最も多く、39.6%であった（図 2-3-14-4）。

在宅療養支援診療所の不足では、50.0%が「5 問題視している」と回答した（図 2-3-14-5）。

緩和ケアにおける経験の不足、難病ケアにおける経験の不足でも、問題視する回答が多かった（図 2-3-14-6～7）。

患者・家族の経済的な問題については、「5 問題視している」との回答が 37.9%を占めた（図 2-3-14-8）。

家族介護力の不足（高齢であるなど）についてはもっとも重要視されており、「5 問題視している」との回答が 64.5%、「3 と 5 の間」が 27.5%となった（図 2-3-14-9）。

家族の絆の問題についても、「5 問題視している」と「3 と 5 の間」の和が 80.5%と高かった（図 2-3-14-10）。

訪問看護事業所の不足、訪問薬剤指導管理を行う調剤薬局の不足、訪問介護事業所の不足については似通っており、「5 問題視している」と「3 と 5 の間」の和が 6 割程度となった（図 2-3-14-11～13）。

問 3-15. 在宅復帰を進めるために、連携室で主体的にはたらきかけている活動

在宅復帰を進めるために、連携室で主体的にはたらきかけている活動については、12.9%が「ある」と回答した（図 2-3-15）。

具体的な取り組みの例としては、

○外来で早期からの緩和チームの介入による、緩和治療目的での入院を抑制し「外来から一度も入院しないまま在宅へ」を推進している。

○病棟での医師・看護師による合同カンファレンスを開催し、在宅・復帰へ向けての問題点の把握とスタッフ間での意思の統一をはかる。

などの回答があった（表 2-3-15）。

【4. 回答者自身について】

都道府県

（図 2-4-1-1、表 2-4-1-1）。

臨床経験年数

臨床経験年数の平均は 20.3 年であった。20 年以上が半数を占め、30 年以上は 16.1%であった（図 2-4-1-2）。

診療科（複数回答）

診療科で多かったのは内科（38 例）、外科（36 例）、次いで消化器科（23 例）であった（図 2-4-1-3）。

（9）調査② - がんセンター等勤務医師 - 分析

問 1-1 では、連携室利用には医師の判断が大きく働くことが分かった。

問 3-3 では退院後の生活について患者家族への説明が十分なされているような回答が得られたが、問 3-4 のように、こと在宅医療となると知識や理解がないという回答が 6 割を超えてしまっている。また、問 3-5～6 から、自身のことだけでなく、病棟看護師に対しても同印象を持っていることが分かった。

調査①－A では、臨床研修指定病院の連携室において、受け入れ側のスタッフとの情報共有がなされているとの回答がなされていたが、がんセンター医師の回答では否定するものが半数を超えた。

問 3-9, 10 から、臨床研修指定病院連携室と同様、地域診療所医師と訪問看護師は概ね期待に応えられていることがわかる。

問 3-14 については連携室の回答と似通っているが、訪問看護事業所の不足に関する問のみ、医師の回答において深刻度が高いことが分かった。

クロス集計

「問 2-1. 退院支援（退院計画）についての病院としての取り組み」を軸に、各問とのクロス集計を行なった（別表 2-1）。問 3-1～10 の各種意識調査と問 3-12 の患者へのアドバイスについていくつか有意な判定が出た。

また、退院前のミーティング開催率にまったく有意な違いが出なかったことも興味深い。

別表 2-1

問番号	設問	P 値	判定
問 3-1	在宅復帰支援の過程で、地域医療連携室との間で十分に患者情報の共有がなされていると思いますか	0.07158	+
問 3-2	在宅復帰支援の過程で、地域医療連携室は十分に機能していると思いますか	0.03069	*
問 3-3	先生は退院後の生活について患者・家族に十分説明していますか	0.14149	-
問 3-4	先生は在宅医療について十分な知識や理解がありますか	0.00131	**
問 3-5	在宅復帰支援の過程で、看護師との間で十分に患者情報の共有がなされていると思いますか	0.19060	-
問 3-6	病棟看護師は退院後の生活について患者・家族に十分説明していると思いますか	0.40744	-
問 3-7	病棟看護師は在宅医療について十分な知識や理解があると思いますか	0.05194	+
問 3-8	受け入れ側の地域の医師、訪問看護師、ケアマネジャーと、十分に患者情報の共有がなされていると思いますか	0.17267	-
問 3-9	在宅医療を依頼した診療所医師は、病院側の期待に十分応えていると思いますか	0.62219	-
問 3-10	訪問看護を依頼した訪問看護師は、病院側の期待に十分応えていると思いますか	0.73237	-
問 3-11	在宅医療適用となる患者が退院する前のケア会議開催率（階級値：5%きざみ）	0.93085	-
問 3-12	在宅医療の概要	0.31130	-
	在宅医療の自己負担額	0.06633	+
	介護保険の自己負担額	0.30566	-
	福祉用具の設置・購入	0.23475	-
	身体障害者手帳の交付	0.45182	-
	身体障害者への給付制度の内容について	0.33649	-
	身体障害者医療費助成制度	0.02058	*
	特定疾患治療研究事業（難病助成）	0.21119	-
	高額療養費貸付制度	0.01368	*
	生命保険の生前給付金	0.22946	-
問 3-13	「A. 在宅緩和ケア」と「B. 緩和ケア病棟」の説明	0.07239	+
問 3-14	在宅重症者医療に対する医師の理解不足	0.98885	-
	在宅療養支援診療所の周知の不徹底	0.39194	-
	退院時共同指導の不徹底	0.51865	-
	緊急入院のベッド確保の困難さ	0.25139	-
	在宅療養支援診療所の不足	0.18236	-
	緩和ケアにおける経験の不足	0.83682	-
	難病ケアにおける経験の不足	0.85556	-
	経済的な問題	0.38288	-
	家族介護力の不足（高齢であるなど）	0.12834	-
	家族の絆の問題	0.66918	-
	訪問看護事業所の不足	0.64986	-
	訪問薬剤指導管理を行う調剤薬局の不足	0.60892	-
	訪問介護事業所の不足	0.88096	-
問 3-15	在宅復帰を進めるために、先生が主体的にはたらきかけている活動はありますか	0.00715	**

(10) 調査③ - 在宅療養支援診療所 - 回収結果

全国 10,760 件の在宅療養支援診療所に調査票を送付した。そのうち 2,608 件から回答が寄せられ、休診・閉院の記載のある 3 件を除く 2,605 件を有効回答とした（有効回答回収率 24.2%）。

個々の回答においては、月平均回数の設問に対して週平均回数や年平均回数を答えるなどの例が多かったため、週 5 日を診療日として換算した。また、レセプト枚数に基づく設問では本来 1 人単位で回答すべきであるが、実数単位で回答しているものも集計に加えた。また「特養における看取りである」との注釈のあった例も加えた。

(11) 調査③ - 在宅療養支援診療所 - 集計結果

【I 在宅患者数】

問 I-1. 在宅患者総数（平成 19 年 12 月レセプト枚数に基づく）

平成 19 年 12 月のレセプト枚数に基づく在宅患者総数については、9.7%が 0 人と回答した。5 人未満は 20.9%、5 人以上 10 人未満は 16.3%であった。100 人以上 200 人未満は 3.4%、200 人以上は 1.9%であった。平均は 29.1 人であった（図 3-1-1）。

問 I-1-a). 在宅がん患者総数（平成 19 年 12 月レセプト枚数に基づく）

在宅がん患者総数については、50.7%が 0 人と回答した。5 人未満は 37.3%、20 人以上は 1.9%であった。平均は 2.4 人であった（図 3-1-1a）。

問 I-1-b). 麻薬使用患者総数（平成 19 年 12 月レセプト枚数に基づく）

麻薬使用患者総数については、78.0%が 0 人と回答した。5 人未満は 19.4%であった。平均は 0.6 人であった（図 3-1-1b）。

問 I-2. 一日平均訪問（往診）患者数

一日平均訪問（往診）患者数については、10.9%が 0 人と回答した。5 人未満は 68.0%であった。平均は 3.4 人であった（図 3-1-2）。

【II 緊急往診】

問 II. 夜間・深夜、祝祭日における緊急往診の月平均回数

夜間・深夜、祝祭日における緊急往診の月平均回数については、21.5%が 0 回と回答した。5 回未満は 68.9%であった。5 回以上 10 回未満は 6.2 人であった（図 3-2）。

【III 在宅看取り】

看取り数については、「平成 19 年中の開設」であるとの備考を記載した例があったため、開設月を元に年間相当数に換算して集計を行なった。

問 III. 在宅での看取り総数（平成 19 年 1 月～12 月）

平成 19 年 1 年間の在宅看取り総数については、30.3%が 0 人と回答した。5 回未満は 45.3%であった。10 人以上の回答の合計は 12.0%であった。平均は 4.3 人であった（図 3-3）。

問 III-a). 夜間・休日看取り総数（平成 19 年 1 月～12 月）

夜間・休日の在宅看取り総数については、41.7%が 0 人と回答した。5 回未満は 44.9%であった。平均 2.3 人であった（図 3-3a）。

問 III-b). がんの在宅看取り総数（平成 19 年 1 月～12 月）

がんの在宅看取り総数については、53.4%が 0 人と回答した。5 回未満は 36.7%であった。平均 2.0 人であった（図 3-3a）。

【IV 在宅患者総数・看取り数の増減】

問 IV. 在宅患者総数・看取り数の増減（平成 18 年と平成 19 年の比較）

在宅患者の増減については、22.7%が「増えた」と回答した。「あまり変わらない」という回答は 53.2%、「減った」という回答は 24.2%だった（図 3-4-1）。

看取り数の増減については、15.9%が「増えた」と回答した。「あまり変わらない」という回答は 61.8%、「減った」という回答は 22.3%だった（図 3-4-2）。

【V 診療報酬】

問 IV. 在宅時医学総管理料もしくは在宅末期医療総合診療料を算定している患者の総診療報酬点数が診療報酬に占める比率（平成 19 年 12 月）

在宅時医学総管理料もしくは在宅末期医療総合診療料を算定している患者の総診療報酬点数が診療報酬に占める比率については、17.3%が「0%」もしくは「算定していない」と答えた。5%未満の回答は 33.3%であった。50%以上の回答の合計は 7.5%であった。また、100%が 1 例あった（図 3-5）。

【都道府県】

各都道府県ごとの回答数を表 3-1 に示した。

年間看取りを合計 10 件以上回答している在宅療養支援診療所がある市区町村を緑（今回はなかったものの、昨年の調査で回答があったものは深緑）、人口 10 万人以上であるが左記のような在宅療養支援診療所の回答が得られなかった市区町村を赤にし、全国分布を図にした（図 診-M-1～15）。

（1 2）調査③ - 在宅療養支援診療所 - 分析

全都道府県より回答が得られた。また、ほぼ全ての都道府県において年間看取り 10 例以上の回答が得られたが、山口県・徳島県・高知県では、昨年の調査と合わせても、左記のような回答は得られなかった。特に、山口県では人口密集している市区町村が多く、回答も 25 件と多かったため、在宅療養支援診療所の整備が憂慮される。

(13) 在宅療養支援診療所の量的推移と現状

市名に左記する a～c は、主要とされる都市の規模（a：政令指定都市、b：中核都市、c：特例市）を表すものであり、同様に左揃え＝政令指定都市、中央揃え＝中核市、右揃え＝特例市を示している。全国の在宅療養支援診療所増加割合平均値は 17.9%であった。また★印は全国平均以上の増加割合であることを表す。

在宅療養支援診療所の増加数と増加割合（北海道～東北地方）

北海道・東北		在宅療養支援診療所数		増加数 平成18.6－ 平成19.12	増加割合	平均 以上 ★
		(平成18.6)	(平成19.12)			
北海道		163	215	52	31.9%	★
a	札幌市	61	83	22	36.1%	
b	旭川市	19	25	6	31.6%	
b	函館市	9	13	4	44.4%	
青森県		64	75	11	17.2%	
b	青森市	23	22	▲ 1	-4.3%	
c	八戸市	7	9	2	28.6%	
岩手県		65	77	12	18.5%	★
c	盛岡市	35	38	3	8.6%	
宮城県		74	90	16	21.6%	★
a	仙台市	33	41	8	24.2%	
秋田県		49	60	11	22.4%	★
b	秋田市	18	23	5	27.8%	
山形県		53	67	14	26.4%	★
c	山形市	5	7	2	40.0%	
福島県		130	155	25	19.2%	★
b	郡山市	31	33	2	6.5%	
b	いわき市	17	22	5	29.4%	

東北地方の各県の量的推移に注目した場合、青森県では全国平均を下回る増加となっており、特に青森市において施設数が減少している実態がある。北海道、秋田県、宮城県では主要都市部での増加が見られ、各県内の増加の約 40～60%が主要都市部での増加であることがわかる。

在宅療養支援診療所の増加数と増加割合（関東地方）

関 東		在宅療養支援診療所数		増加数 平成18.6－ 平成19.12	増加割合	平均 以上 ★
		(平成18.6)	(平成19.12)			
茨 城 県		113	143	30	26.5%	★
c	水 戸 市	14	17	3	21.4%	
c	つくば市	27	32	5	18.5%	
栃 木 県		89	119	30	33.7%	★
b	宇 都 宮 市	24	26	2	8.3%	
群 馬 県		143	158	15	10.5%	
c	前 橋 市	56	59	3	5.4%	
c	高 崎 市	13	21	8	61.5%	
c	伊 勢 崎 市	11	11	0	0.0%	
c	太 田 市	4	5	1	25.0%	
埼 玉 県		314	364	50	15.9%	
a	さいたま市	126	140	14	11.1%	
b	川 越 市	12	12	0	0.0%	
c	川 口 市	15	18	3	20.0%	
c	所 沢 市	22	26	4	18.2%	
c	越 谷 市	5	7	2	40.0%	
c	草 加 市	1	2	1	100.0%	
千 葉 県		166	194	28	16.9%	
a	千 葉 市	33	36	3	9.1%	
b	船 橋 市	19	26	7	36.8%	
東 京 都		1,008	1,142	134	13.3%	
神 奈 川 県		465	583	118	25.4%	★
a	横 浜 市	178	229	51	28.7%	
a	川 崎 市	67	87	20	29.9%	
b	横 須 賀 市	16	18	2	12.5%	
b	相 模 原 市	22	29	7	31.8%	
c	平 塚 市	20	22	2	10.0%	
c	小 田 原 市	3	8	5	166.7%	
c	茅 ヶ 崎 市	33	34	1	3.0%	
c	厚 木 市	19	23	4	21.1%	
c	大 和 市	6	8	2	33.3%	

東京都、群馬県では都県全体の１年半の増加割合が13.3%、10.5%と低い。しかし一方では県全体の増加の約80%を都市部が占めており、都市部へ偏在した増加傾向があることがわかる（東京都では政令指定都市、中核市、特例市の分類が存在しないため、区部と区部以外で比較することとした）。東京都内の増加数134施設のうち103施設（76.9%）、群馬県内の増加数15件施設のうち12施設が都市部で増加している。

神奈川県も同様に増加した118施設の在宅療養支援診療所のうち94施設（79.7%）が主要となる都市に集中していることが明らかとなった。

対照的に茨城県、栃木県では１年間半の増加割合が26.5%、33.7%と全国平均値よりも比較的高い値であった。県内の増加数に占める主要都市部での増加は茨城県26.7%、栃木県6.7%であり、東京都、神奈川県、群馬県と相対して主要都市部以外の市部に分散して増加したことが推測される。

在宅療養支援診療所の増加数と増加割合（北陸地方）

北 陸		在宅療養支援診療所数		増加数	増加割合	平均以上★
		（平成18.6）	（平成19.12）	平成18.6－平成19.12		
新 潟 県		80	95	15	18.8%	★
a	新 潟 市	15	19	4	26.7%	
b	長 岡 市	12	13	1	8.3%	
b	上 越 市	24	27	3	12.5%	
富 山 県		27	30	3	11.1%	
b	富 山 市	9	11	2	22.2%	
石 川 県		85	109	24	28.2%	★
b	金 沢 市	32	43	11	34.4%	
福 井 県		29	44	15	51.7%	★
c	福 井 市	10	17	7	70.0%	

富山県では１年半の間に3施設の増加にとどまっている。そのうち2施設が富山市内で新設されており他市町では１年半前とほぼ同様の量的体制のままとと言える。新潟県、富山県、石川県、福井県の４県では、各県内の増加に占める主要都市部の増加割合は約45～65%であり、主要部以外の他市部においてもわずかに増加していることが推測される。

在宅療養支援診療所の増加数と増加割合（中部地方）

中 部		在宅療養支援診療所数		増加数 平成18.6－ 平成19.12	増加割合	平均 以上 ★
		(平成18.6)	(平成19.12)			
山 梨 県		28	35	7	25.0%	★
c	甲 府 市	12	15	3	25.0%	
長 野 県		197	214	17	8.6%	
a	長 野 市	24	31	7	29.2%	
c	松 本 市	21	20	▲ 1	-4.8%	
岐 阜 県		117	148	31	26.5%	★
b	岐 阜 市	34	43	9	26.5%	
静 岡 県		175	242	67	38.3%	★
a	静 岡 市	36	84	48	133.3%	
a	浜 松 市	57	63	6	10.5%	
c	沼 津 市	6	8	2	33.3%	
c	富 士 市	6	6	0	0.0%	
愛 知 県		381	452	71	18.6%	★
a	名 古 屋 市	164	188	24	14.6%	
b	豊 橋 市	5	7	2	40.0%	
b	豊 田 市	5	11	6	120.0%	
b	岡 崎 市	15	16	1	6.7%	
c	一 宮 市	33	36	3	9.1%	
c	春 日 井 市	15	20	5	33.3%	
三 重 県		104	122	18	17.3%	
c	四 日 市 市	7	9	2	28.6%	

中部地方では1年半前と比較し、山梨県、岐阜県、静岡県、愛知県で在宅療養支援診療所が増加した状況が明確となった。特に静岡県では増加割合が38.3%と大きく変動した。その要因として静岡市内において48施設が新設され、県内の増加に占める静岡市内の増加割合は71.6%と偏在した点が挙げられる。一方静岡県内の特例市である富士市においては1年半前と施設数の増減の変化がみられない。

長野県では静岡県の状況と相反し、長野市、松本市への都市偏在化は強く見られない。特に松本市は1年半前と比較し、在宅療養支援診療所が減少したことが分かる。

在宅療養支援診療所の増加数と増加割合（近畿地方）

近 畿		在宅療養支援診療所数		増加数 平成18.6－ 平成19.12	増加割合	平均 以上 ★
		(平成18.6)	(平成19.12)			
滋 賀 県		51	57	6	11.8%	
c	大 津 市	20	21	1	5.0%	
京 都 県		240	267	27	11.3%	
a	京 都 市	157	165	8	5.1%	
大 阪 府		1,214	1,403	189	15.6%	
a	大 阪 市	522	600	78	14.9%	
a	堺 市	100	113	13	13.0%	
b	高 槻 市	57	67	10	17.5%	
b	東 大 阪 市	70	77	7	10.0%	
c	岸 和 田 市	18	24	6	33.3%	
c	豊 中 市	38	46	8	21.1%	
c	吹 田 市	36	41	5	13.9%	
c	枚 方 市	19	28	9	47.4%	
c	茨 木 市	33	38	5	15.2%	
c	八 尾 市	38	40	2	5.3%	
c	寝 屋 川 市	18	22	4	22.2%	
兵 庫 県		540	641	101	18.7%	★
a	神 戸 市	183	214	31	16.9%	
b	姫 路 市	37	43	6	16.2%	
c	尼 崎 市	68	78	10	14.7%	
c	明 石 市	19	30	11	57.9%	
c	加 古 川 市	10	14	4	40.0%	
c	宝 塚 市	17	23	6	35.3%	
奈 良 県		71	90	19	26.8%	★
b	奈 良 市	10	16	6	60.0%	
和 歌 山 県		120	131	11	9.2%	
b	和 歌 山 市	64	69	5	7.8%	

滋賀県、京都府、大阪府、和歌山県における増加割合は全国平均値を下回るものとなった。京都府では現在、60%以上の在宅療養支援診療所が京都市に集中しているが、1年半の間に新設した施設のうち、70%は京都市以外で増加していることが明らかとなった。

在宅療養支援診療所の増加数と増加割合（中国・四国地方）

中国・四国		在宅療養支援診療所数		増加数 平成18.6－ 平成19.12	増加割合	平均 以上 ★
		(平成18.6)	(平成19.12)			
鳥 取 県		45	52	7	15.6%	
c	鳥 取 市	20	21	1	5.0%	
島 根 県		101	108	7	6.9%	
岡 山 県		237	258	21	8.9%	
b	岡 山 市	109	120	11	10.1%	
b	倉 敷 市	37	43	6	16.2%	
広 島 県		387	470	83	21.4%	★
a	広 島 市	131	179	48	36.6%	
b	福 山 市	61	72	11	18.0%	
c	呉 市	38	41	3	7.9%	
山 口 県		102	113	11	10.8%	
b	下 関 市	21	25	4	19.0%	
徳 島 県		112	127	15	13.4%	
香 川 県		91	107	16	17.6%	
b	高 松 市	38	45	7	18.4%	
愛 媛 県		139	164	25	18.0%	★
b	松 山 市	60	71	11	18.3%	
高 知 県		25	31	6	24.0%	★
b	高 知 市	8	11	3	37.5%	

中国・四国地方では、鳥取県、島根県、岡山県、山口県、徳島県、香川県の6県において増加割合が低いことが読み取れる。広島県においては60%以上の在宅療養支援診療所が広島市、福山市、呉市に集中している。1年半の増加数83施設のうち62件（74.7%）が3市で増加しており、都市偏在の傾向が推測される。広島県と同様、岡山県においても増加数21施設中17施設が岡山市、倉敷市で増加しており、都市偏在、都市集中の傾向がうかがえる。

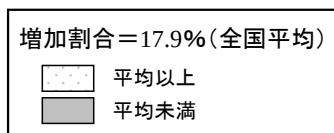
在宅療養支援診療所の増加数と増加割合（九州・沖縄地方）

九 州・沖 縄		在宅療養支援診療所数		増加数 平成18.6－ 平成19.12	増加割合	平均 以上 ★
		(平成18.6)	(平成19.12)			
福岡県		579	688	109	18.8%	★
a	北九州市	159	180	21	13.2%	
a	福岡市	134	170	36	26.9%	
c	久留米市	39	49	10	25.6%	
佐賀県		112	123	11	9.8%	
長崎県		245	285	40	16.3%	
b	長崎市	110	124	14	12.7%	
c	佐世保市	25	33	8	32.0%	
熊本県		165	181	16	9.7%	
b	熊本市	62	67	5	8.1%	
大分県		145	161	16	11.0%	
b	大分市	69	77	8	11.6%	
宮崎県		67	97	30	44.8%	★
b	宮崎市	35	52	17	48.6%	
鹿児島県		180	224	44	24.4%	★
b	鹿児島市	47	63	16	34.0%	
沖縄県		38	49	11	28.9%	★
都道府県 計		9,128	10,760	1,632	17.9%	

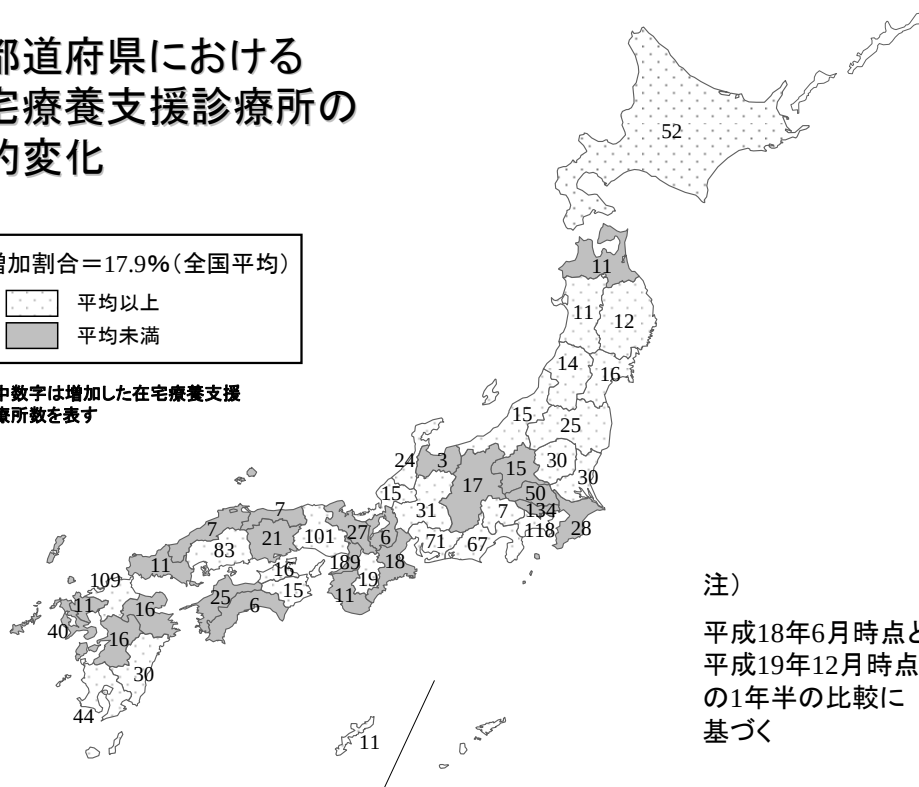
宮崎県、鹿児島県、沖縄県では在宅療養支援診療所の増加割合が高く、特に宮崎県では44.8%と30施設が新規増加したことがわかる。熊本県、鹿児島県、沖縄県では、県内で増加した施設数に占める主要都市部での増加割合は20%台～30%台であり、主要都市以外の市部においても在宅療養支援診療所が増加していることが推察できる。

注)「主要都市部」とは、政令指定都市、中核市、特例市を指すものとする。

各都道府県における 在宅療養支援診療所の 量的変化



図中数字は増加した在宅療養支援
診療所数を表す



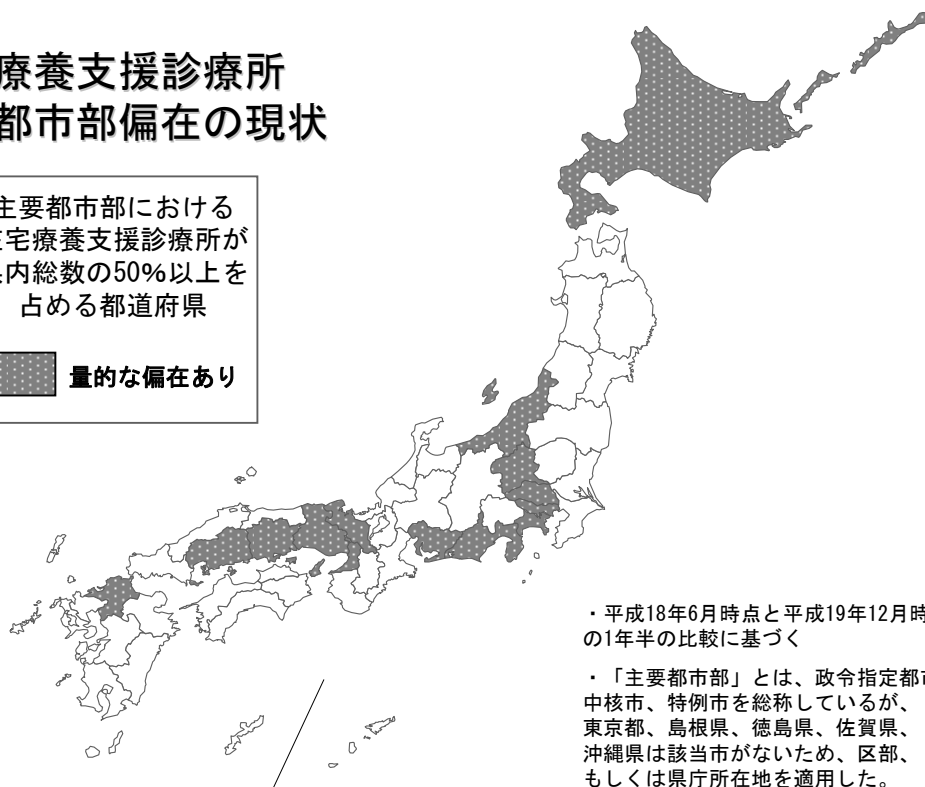
注)

平成18年6月時点と
平成19年12月時点
の1年半の比較に
基づく

在宅療養支援診療所 主要都市部偏在の現状

主要都市部における
在宅療養支援診療所が
県内総数の50%以上を
占める都道府県

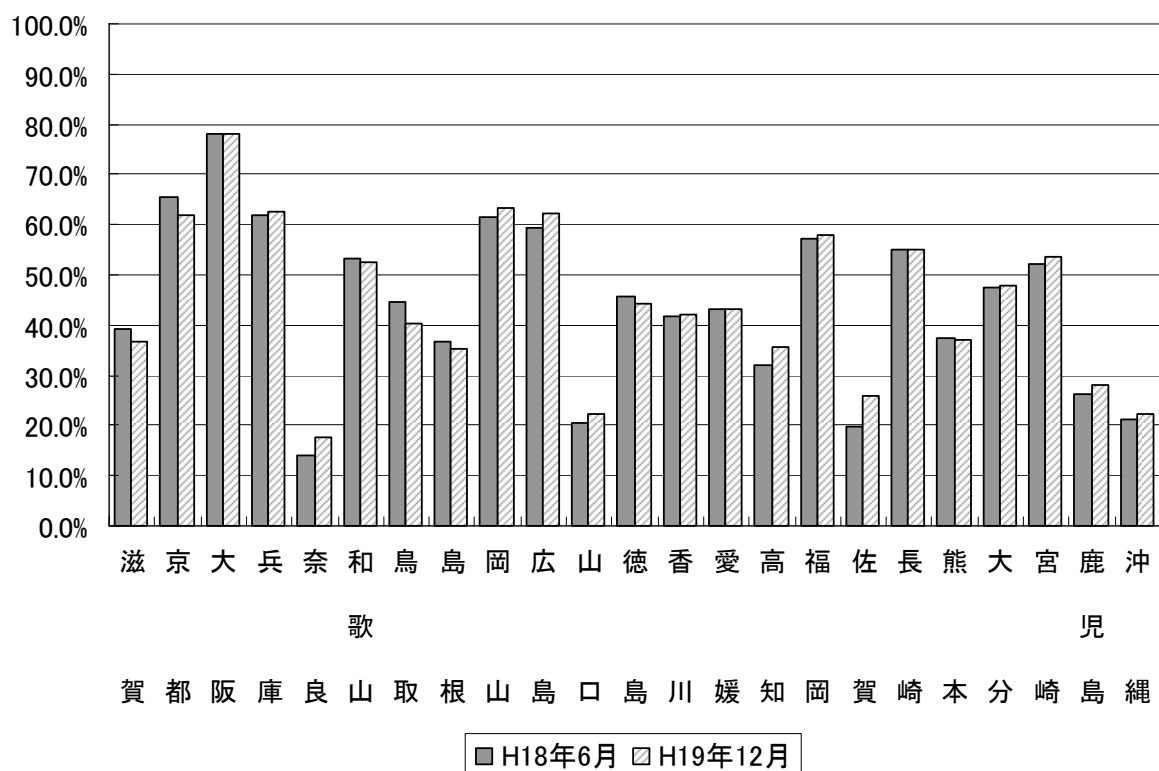
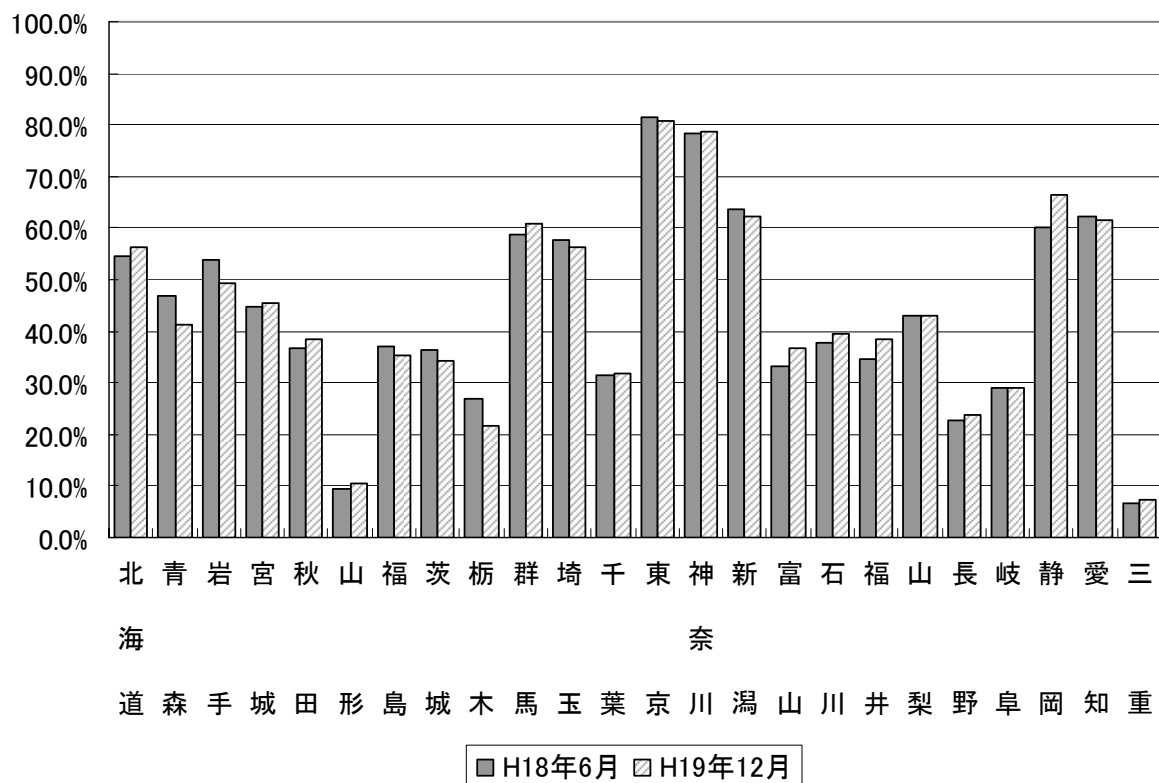
量的な偏在あり



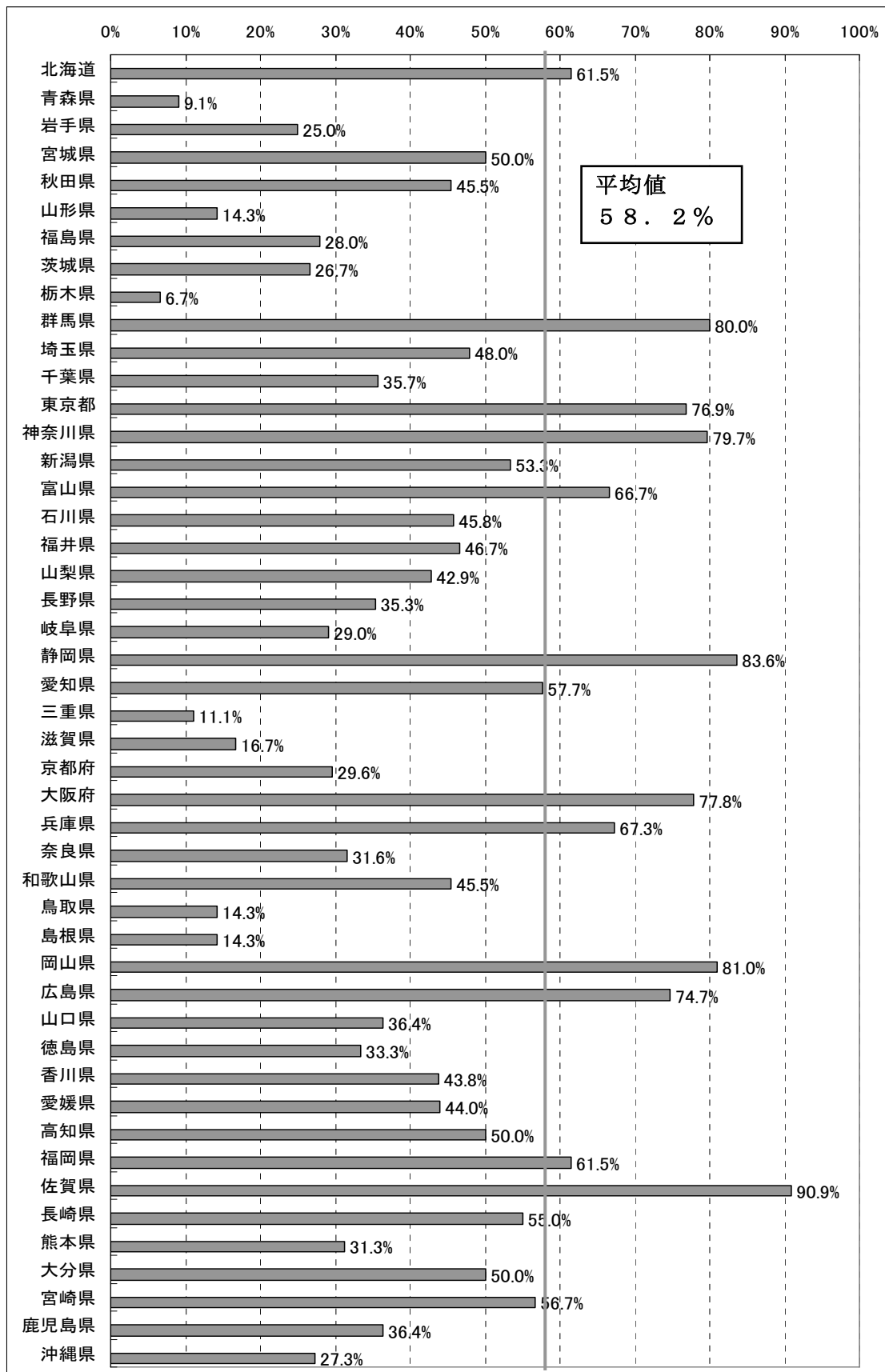
・平成18年6月時点と平成19年12月時点
の1年半の比較に基づく

・「主要都市部」とは、政令指定都市、
中核市、特例市を総称しているが、
東京都、島根県、徳島県、佐賀県、
沖縄県は該当市がないため、区部、
もしくは県庁所在地を適用した。

主要都市部に立地する在宅療養支援診療所の割合



在宅療養支援診療所 主要都市部における増加の割合（都市部の増加数÷県の増加数）



第 5 章 総括

第5章 総括

(1) 現況

重症高齢者等を支える環境は厳しい。なぜなら、その原因の第一が【病院医の在宅医療に関する意識の低さ】にあるからである。

- ① 臨床研修指定病院の地域連携室の整備が不十分である。
- ② 地域連携室が転院調整室になっている。
- ③ 地域連携室に対する病院医の認識の低さが全てに影響している。
- ④ 臨床研修指定病院の病棟における退院支援において、在宅医療の適応になる患者を退院後も他病院に転院させる場合が最も多い(48.8%)。
- ⑤ 疾病傷病による通院困難者を自分の病院に通院させている(21.1%)。
- ⑥ そのため病院外来人数の削減にならずベッドの回転率が向上しない。
- ⑦ 結果として看取りを病院で行ってしまう。
- ⑧ 病院医が在宅医療に関する知識に乏しい。
- ⑨ 病院医の、退院に当たっての生活に関する説明がほとんどなされていない → 放り出されたと思われ、患者側が考えてしまう(病院医は十分に説明したと思いをしている)
- ⑩ がんセンター医師が、在宅医療に関する知識に乏しい。
- ⑪ がんセンター医師の、退院に当たっての生活に関する説明がほとんどなされていない。
- ⑫ 臨床研修指定病院においても、がんセンターにおいても、退院時ケアカンファレンスがほとんどなされていない → ケアカンファレンスの重要性を病院医が認識していない。

次に、在宅の受け皿となる「在宅療養支援診療所」については、徐々に改善されている。

- i 前年度に比べ、回答率が増加し、夜間・深夜・休日の往診の増加が認められた。
- ii 在宅看取り数の増加が認められた。
- iii 当該診療所数の増加が認められた。

とは言え、

- iv 在宅療養支援診療所の整備(質・数・適正分布)がまだまだ不十分である。ことが挙げられた。

育成プログラムの運用については、

- イ 研修事業結果に記載のごとく必要であるとの回答が全てであった。内容についてはスライドを参照のこと。
- ロ 育成プログラムの全国における展開が必要であるとともに、現地における「在宅医療を先駆的に行っている当該診療所での実地研修」が欠かせない。
- ハ 育成プログラムの講義＋実地研修 をセットで行うことが必要である。

(2) 対策

病院医に対する対策が急務である。そのためには、

- ① 全国における、臨床研修指定病院及びがんセンター、あるいはいわゆる総合病院の管理者・院長・副院長等に対する、育成プログラム＋実地研修の義務化が望ましい。
- ② ①を病院医各位に伝達・徹底することが必要であること。
- ③ 地域における、がん末期・重症者（人工呼吸器等）に対応可能な在宅療養支援診療所のリストを作成（表 1～3、図 2～3 参照）し、各地域における当該病院に伝達する。
- ④ 当該患者に関する退院前ケアカンファレンスの頻度を高める。
- ⑤ 当該患者の当該病院への再来が、病院の疲弊に繋がることを病院医に理解してもらう。

在宅療養支援診療所に関しては、3 月 29 日に「全国在宅療養支援診療所連絡会」が発足した。この連絡会は全国 10700 ケ所の当該診療所を網羅する全国組織となる予定であり、これを活用することによって、質の向上・増数・適正配置を行ってゆくことが必要である。

(3) 考えられる結果

図 1 に示すように、在宅医療の適応になる「疾病・傷病による通院困難者」に対して、退院後の転帰において、病院医が 48.8%を転院（相変わらず入院させ続けている）＋21.1%を自院に通院（何かあれば結局入院）させている＝69.9%がある限り、この 70%の国民は【最期まで自宅で生活し、自宅での終焉が叶う】ことは無い！

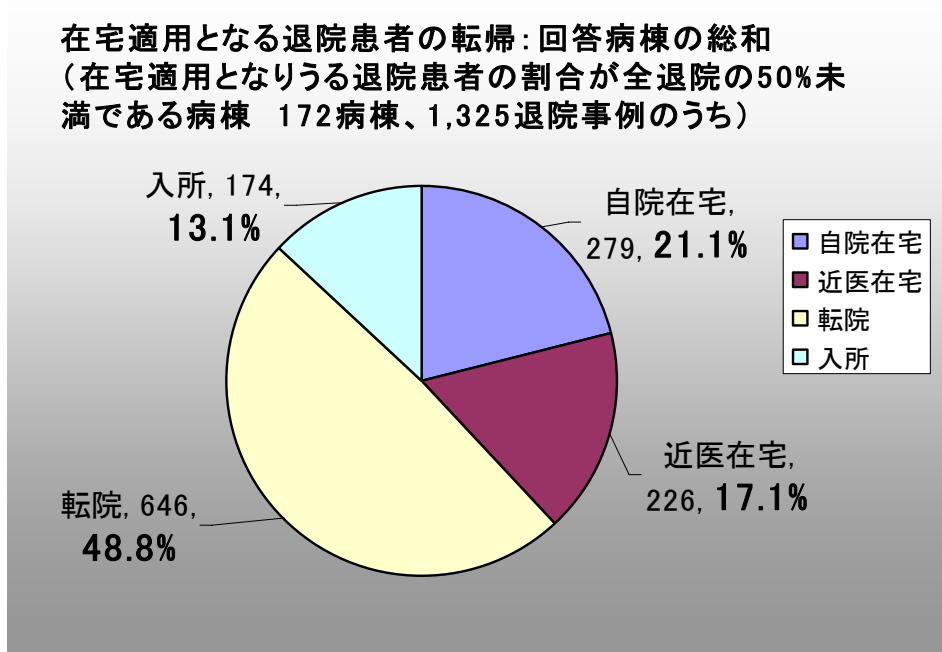


図 1

病院医がこの状況を理解していないことが、病院死 80%以上を作り出している。さらに病院への救急増加の一因を作り出していると言えよう。

病院医に対する上記啓蒙活動如何によって、今後の在宅医療の推進が決定されるといっても過言ではない。

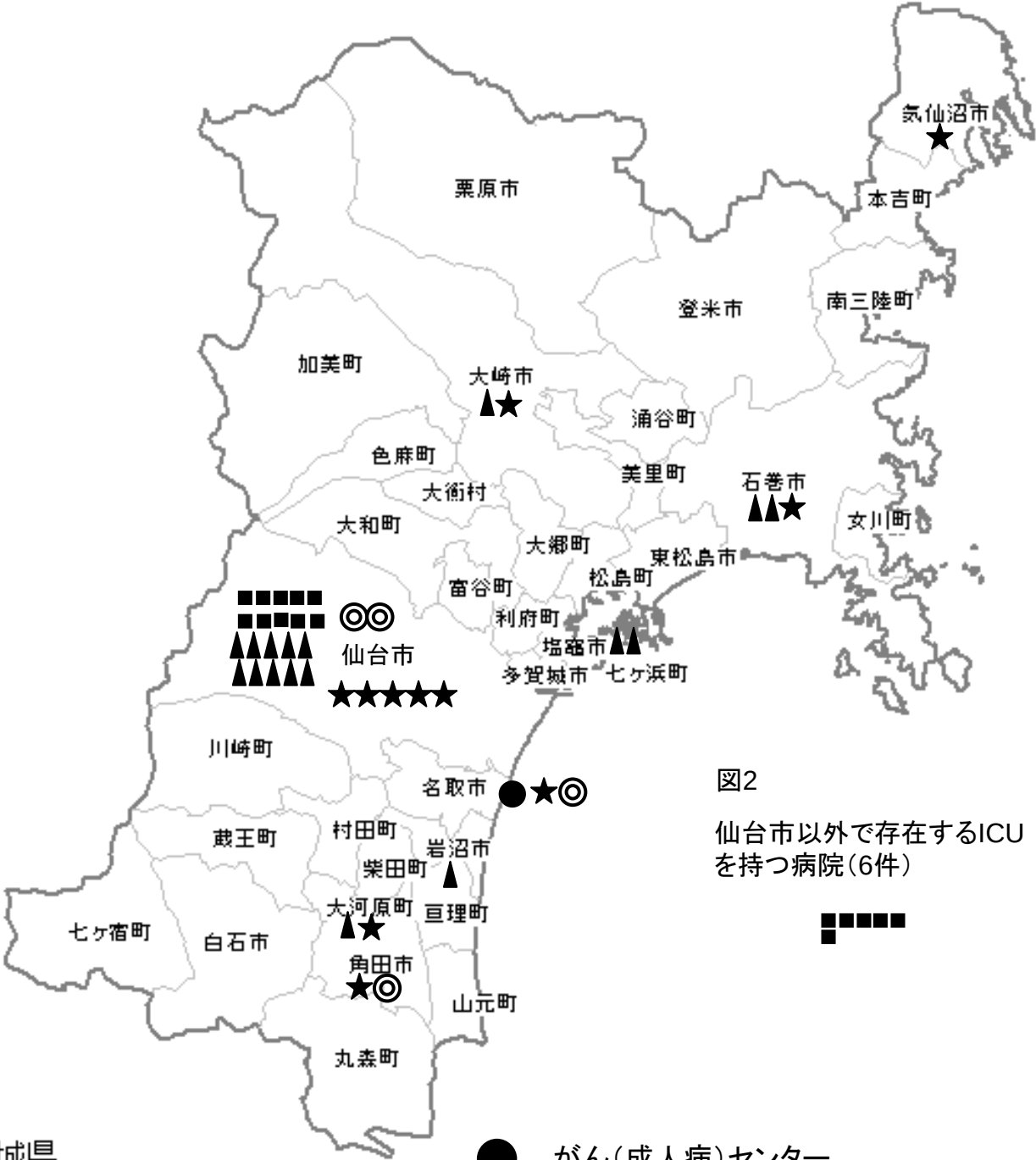
同時に、在宅受け入れ側として、全国在宅療養支援診療所連絡会を通して当該診療所の育成が急務となる。

2012 年の在宅死率 25%・在宅死亡総数 32 万人が達成されるということは、亡くなる直前までの生き方を最期まで支えることができた証しである。

高齢者の 60%・がん末期患者の 80%が居宅での終焉を希望していることは、多くのアンケート調査によってすでに知られている。

そして、現状の在宅死率 14%は、医療計画における在宅医療の希望値 25%の達成率にも届かない率である。

平成 20 年からの 5 年間は、30 年後の 170 万人死亡時代に向けて国民の希望に沿う医療展開がなされるための重要な最初の 5 年間である。このことを十分に理解して医療者は行動しなければならない。



- がん(成人病)センター
- ▲ 臨床研修指定病院
- ICUを持つ病院
- ★ 年間看取り10人以上の在宅療養支援診療所
- ◎ 在宅人工呼吸療法を実施している在宅療養支援診療所

兵庫県	病院				在宅療養支援診療所	
	人口	がんセンター	臨床研修指定病院	ICUを持つ病院	年間看取り10人以上	HMV
神戸市	1,528,948		▲▲▲▲▲ ▲▲▲▲▲ ▲▲▲▲▲	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	★★★	◎◎◎◎◎
姫路市	536,078		▲▲▲▲▲	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	★	◎
尼崎市	462,283		▲▲▲	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	★★★★	◎◎
明石市	290,984	●	▲▲		★	◎◎
西宮市	471,095		▲▲▲			
洲本市	49,490					◎
芦屋市	91,706		▲		★	
伊丹市	192,558		▲		★	◎
相生市	32,305					
豊岡市	88,594					◎
加古川市	267,067		▲▲▲		★	◎
赤穂市	51,630		▲			
西脇市	43,593		▲			
宝塚市	220,327		▲		★	
三木市	83,888		▲			◎
高砂市	94,689		▲▲			
川西市	157,592		▲			◎
小野市	49,599		▲		★	
三田市	113,448				★	
加西市	48,876					
篠山市	44,903					
養父市	27,941		▲			◎
丹波市	70,036		▲			
南あわじ市	51,716					◎
朝来市	34,498					
淡路市	48,545					◎
宍粟市	42,925					
加東市	39,998					
たつの市	81,431					
猪名川町	30,566					
多可町	24,068					
稲美町	31,705					
播磨町	33,538					
市川町	13,999					
福崎町	20,742				★	
神河町	12,911				★	
太子町	32,807					
上郡町	17,482					
佐用町	20,848					
香美町	21,157					
新温泉町	17,251					
	5,593,817	1	43	27	17	19

* がんセンターに関する所在情報は全国がん(成人病)センター協議会発行の要覧(平成17年年11月現在)より

* 臨床研修指定病院数は、財団法人医療研修推進財団ホームページ(平成20年1月現在)より

* ICUを備える病院に関する情報は厚生労働省統計表データベース 医療施設調査(平成17年10月現在)より

* 在宅療養支援診療所における看取り数は、仙台往診クリニックによる悉皆調査(平成20年2月現在)より

* 人口＝兵庫県県民政策部政策局統計課(平成18年年9月現在)の調査より

* HMVの実施件数は平成18年度厚生労働省老人保健健康増進等事業分「地域包括ケアにおける24時間365日医療提供体制の構築と人材養成戦略に関する研究事業」川島孝一郎 より

表2

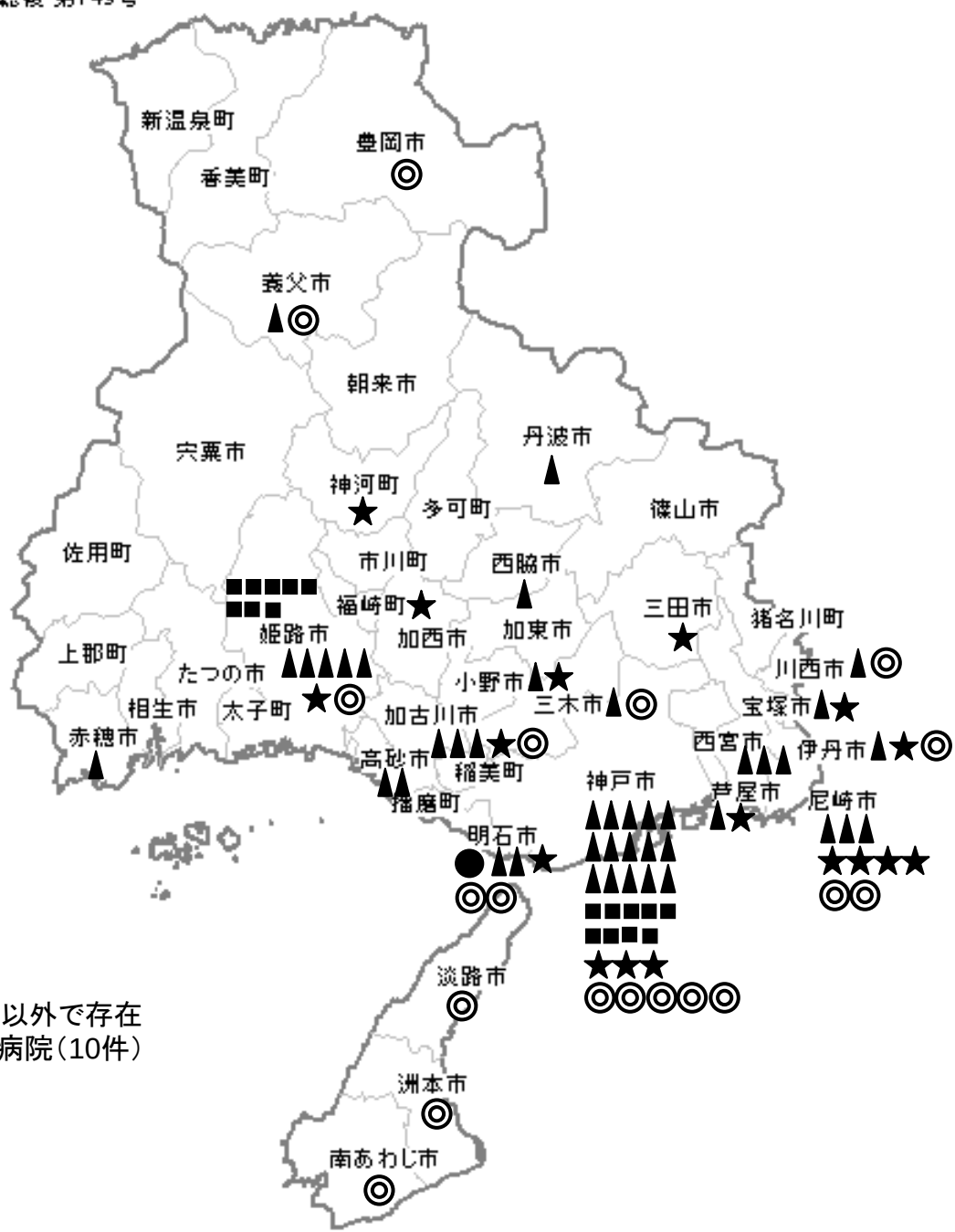
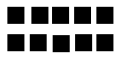


図3
神戸市・姫路市以外で存在
するICUを持つ病院(10件)



兵庫県

- がん(成人病)センター
- ▲ 臨床研修指定病院
- ICUを持つ病院
- ★ 年間看取り10人以上の在宅療養支援診療所
- ◎ 在宅人工呼吸療法を実施している在宅療養支援診療所

都道府県	病院				在宅療養支援診療所		HMV 実施施設
	人口	がん センター	臨床研修 指定病院	ICUを 持つ病院	年間看取り 10人以上	市町村別	
北海道	5,632,043	1	41	35	5	札幌3、旭川2	7
青森	1,423,425	1	9	10	3	青森1、八戸1、つがる1	0
岩手	1,393,056	1	8	4	3	盛岡1、北上1、釜石1	3
宮城	2,355,801	1	17	16	11	仙台5、名取1、大崎1、気仙沼1、石巻1、角田1、大河原町1	4
秋田	1,134,036	-	13	9	2	秋田2	0
山形	1,208,035	1	10	6	7	酒田2、新庄1、村山1、米沢1、寒河江1、大蔵村1	4
福島	2,080,735	-	14	12	11	福島4、いわき2、白河1、須賀川1、田村1、伊達1、新地町1	1
茨城	2,971,798	1	15	16	7	土浦3、水戸1、桜川1、大洗町1、境町1	3
栃木	2,014,941	1	10	7	5	栃木2、小山1、大田原1、足利1	5
群馬	2,019,192	1	9	9	3	高崎2、桐生1	4
埼玉	7,075,965	1	24	17	17	さいたま6、所沢2、越谷2、川越1、三郷1、東松山1、熊谷1、八潮1、北本1、長瀨町1	6
千葉	6,077,632	2	23	21	14	松戸3、千葉2、市川1、習志野1、柏1、東金1、浦安1、船橋1、佐倉1、茂原1、四街道1	6
東京	12,696,438	3	71	68	38	足立区3、大田区2、中野区2、世田谷区2、品川区2、台東区2、北区2、渋谷区1、千代田区1、葛飾区1、文京区1、板橋区1、豊島区1、江戸川区1、江東区1、港区1、荒川区1、練馬区1、墨田区1、国分寺1、国立2、三鷹1、小平1、昭島1、調布1、清瀬1、多摩1、東大和1、武蔵村山1	23
神奈川	8,837,640	1	49	41	30	横浜15、藤沢4、川崎3、横浜3、小田原2、鎌倉1、平塚1、茅ヶ崎1	16
新潟	2,420,962	1	14	6	10	新発田2、南魚沼2、上越1、妙高1、柏崎1、十日町1、佐渡1、刈羽村1	2
富山	1,109,356	1	12	7	1	富山1	0
石川	1,171,925	1	10	6	-		2
福井	819,027	1	6	8	-		0
山梨	881,232	-	6	2	5	甲府2、山梨1、北杜1、中央1	1
長野	2,189,753	-	23	17	8	諏訪2、佐久1、上田1、岡谷1、阿南1、小海1、宮田村1	3
岐阜	2,104,525	-	14	9	5	岐阜1、各務原1、下呂1、郡上1、美濃加茂1	4
静岡	3,792,844	1	24	13	7	浜松2、磐田1、藤枝1、三島1、熱海1、伊豆1	3
愛知	7,293,487	2	55	29	12	名古屋市2、小牧1、一宮1、大府1、日進1、蒲郡1、武豊町1、半田1、豊川1、犬山1、知多1	10
三重	1,867,407	-	18	9	6	津1、伊勢1、四日市1、鈴鹿1、志摩1、玉城町1	2
滋賀	1,386,604	1	13	5	1	大津1	4
京都	2,644,334	-	19	14	9	京都4、宇治1、向日1、宮津1、与謝野町1、南山城村1	6
大阪	8,823,089	2	66	53	22	大阪7、岸和田2、豊中2、八尾1、阪南1、寝屋川1、和泉1、松原1、羽曳野1、富田林1、箕面1、忠岡町1、豊能町1	22
兵庫	5,593,817	4	43	27	17	尼崎4、神戸3、姫路1、明石1、芦屋1、伊丹1、加古川1、宝塚1、小野1、三田1、福崎町1、神河町1	19
奈良	1,416,988	-	4	8	4	奈良1、天理1、香芝1、大和郡山1	0
和歌山	1,058,994	-	11	7	2	橋本1、那智勝浦町1	1
鳥取	610,434	-	6	2	3	鳥取1、米子1、大山町1	3
島根	737,060	-	6	4	-		2
岡山	1,954,568	-	17	12	2	岡山2	3
広島	2,875,488	1	24	12	9	広島2、呉3、福山2、尾道2	14
山口	1,484,071	1	10	8	-		0
徳島	805,523	-	7	5	-		1
香川	1,009,694	-	8	12	3	高松2、まんのう町1	4
愛媛	1,460,434	1	7	14	6	松山3、宇和島2、伊予1	2
高知	798,244	-	7	6	-		0
福岡	5,055,219	1	30	34	10	福岡5、北九州1、久留米1、福津1、行橋1、志免町1	7
佐賀	862,736	1	4	5	1	佐賀1	1
長崎	1,467,305	-	4	8	3	長崎2、雲仙1	2
熊本	1,836,085	-	8	10	-		3
大分	1,206,235	1	4	8	2	佐伯1、日田1	2
宮崎	1,148,578	-	5	11	5	宮崎市3、日南1、延岡1	2
鹿児島	1,743,363	-	6	15	1	和泊町1	5
沖縄	1,367,004	-	6	13	1	宮古島1	4
	127,917,122	30	810	670	311		216

注1)がん、センターに関する所在情報は全国がん(成人病)センター協議会公表の加盟施設(平成20年2月現在)より
注2)臨床研修指定病院数は、財団法人医療研修推進財団ホームページ(平成20年1月現在)より
注3)特定集中治療室を有する施設数は、厚生労働省統計データベース(平成17年医療施設動態調査)より
注4)在宅療養支援診療所における看取り数は、仙台診クリニックによる匿名調査(平成20年2月現在)より
注5)在宅人工呼吸器療法(HMV)を行っている在宅療養支援診療所数は平成18年度老人保健事業推進費等補助金「地域包括ケア」における24時間365日医療提供体制の構築と人材養成戦略に関する研究事業「川島孝一郎実施の匿名調査より」
注6)各都道府県人口は平成17年国勢調査を基に各都道府県統計担当課によって修正された(平成18年9月)もの

第 6 章 資料編

臨床研修指定病院 院長殿（地域医療連携室長殿）

平成 19 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

『 重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業 』

アンケート調査ご協力をお願い

謹啓

初春の候、皆様におかれましてはますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

これからの高齢社会において医療の質を向上させるためには、すべての医療関係者が入院医療のあり方や目的について明確な認識をもつことが重要となります。

私たちは入院医療の最大の目標は、いかに円滑に患者を在宅生活に復帰させるかという点にあると考えます。したがって、病院の医療関係者は患者の退院後の生活という視点を常にもって、退院時に支援の必要な患者をいち早く把握し、円滑な在宅復帰を目指した退院支援計画を立てていくことが重要となってきます。そのためには地域医療連携室が中心となって病院医師や看護部、地域の医師、訪問看護師、ケアマネジャーなどと情報を共有しながら退院計画を進めていくことが期待されます。

そこで今回、厚生労働省老人保健事業推進費等補助金による研究の一環として、全国の自治体病院の連携室を対象に、現在の病院連携室の機能と役割についてのアンケート調査を実施することとなりました。ご多忙中たいへん恐縮ですが、今後の厚生労働省の施策に生かされる重要なデータとなりますので、地域医療連携室（または、院内で退院支援に取り組んでおられる部署）担当の方に回覧の上、御回答頂きますようよろしくお願い申し上げます。

謹白

平成 20 年 1 月

主任研究者 川島孝一郎
（仙台往診クリニック 院長）

【調査名】

重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業 調査①－A

【調査の実施主体】

この調査は、厚生労働省の研究費『重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業』により仙台往診クリニック（院長 川島孝一郎）が行うものです。集計・解析は東北大学大学院医療管理学教室が分担いたします。

【プライバシーの保護について】

個人情報保護法を遵守し、得られた結果は統計的に処理して、個人が特定されるデータとして公表されることはありません。調査内容は皆様の個人情報を含んでおりますので、厳重に管理し、みだりに用いることはありません。研究成果を開示する際も、貴施設を特定するような情報は公表しません。また、この結果を本研究事業以外の目的に用いることはございません。

【調査票配布対象先】

“臨床研修病院ガイドブック～2008 年度版” (<http://www.pmet.or.jp/>) の掲載病院一覧によっています。

【調査同意の可否】

この調査への協力を拒否されたり、同意を取り消されても今後貴施設に何らかの不利益が生じることは全くございません。

◇以上この調査の趣旨をご理解頂けましたら、以下をお読み頂き、ご回答賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

調査の趣旨を理解いたしました。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

調査に協力することに同意します。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

【回答にあたってのお願い】

1. 設問をお読みいただき、あてはまる番号に○をつけるか、ご記入ください。設問によって、「1つ」「あてはまる番号をいくつでも」など、○をつける数が異なりますので、ご注意ください。「その他」等のところは具体的にご記入ください。
2. ご回答頂きましたアンケートは、同封の返信封筒に入れて、2月15日(金)までにポストに投函してください(郵送料はかかりません)。
3. この調査に関するご質問やお問い合わせ等は、下記までお願い致します。

問い合わせ先

重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業事務局 (仙台往診クリニック内) 担当：千葉・伊藤 TEL：022-212-8501(平日 13～17 時) FAX：022-212-8533(24 時間) e-mail：zaisys@oushin-sendai.jp
--

【アンケートご記入にあたってのお願い】

自由記載の欄は、なるべく詳細にご記入願います。

1. 地域医療連携室について

問 1－1 貴院の地域医療連携室の人員をお答えください。

	常勤		非常勤
		うち専任	
ソーシャルワーカー	名	名	名
看護師	名	名	名
医師	名	名	名
事務職員	名	名	名
その他の職員	名	名	名

問 1－1－1 連携室長の職種について、あてはまるものひとつに○をつけてください。

1. ソーシャルワーカー	2. 看護師	3. 医師
4. 事務職	5. その他（ ）	

問 1－2 2007 年 1～12 月に貴院を退院した患者のうち、連携室が対応した人数をお答えください。

貴院の主治医継続のまま、自宅へ	人
近医が主治医となり、自宅へ	人
他病院へ転院	人
介護施設等（老健、特養、有料老人ホーム、グループホーム等）へ入所	人

2. 退院支援への取り組みについて

問 2－1 退院支援（退院計画）について病院としての取り組み（たとえばチェックリストやスクリーニングシート）はありますか。あてはまるものひとつに○をつけてください。

1. ある。

具体的に：

2. ない。

問2-2 貴連携室における退院支援について問題となっている点をご記入ください。

3. 在宅復帰支援について

以下問3-1～問3-9は、入院患者の在宅復帰支援について、あてはまるものひとつに○をつけてください。

問3-1 在宅復帰支援の過程で、主治医と十分に患者情報の共有がなされていると思いますか。

1. 思う	2. どちらかというと思う	3. どちらかというと思わない	4. 思わない
-------	---------------	-----------------	---------

問3-2 主治医は退院後の生活について患者・家族に十分説明していると思いますか。

1. 思う	2. どちらかというと思う	3. どちらかというと思わない	4. 思わない
-------	---------------	-----------------	---------

問3-3 主治医は在宅医療について十分な知識や理解があると思いますか。

1. 思う	2. どちらかというと思う	3. どちらかというと思わない	4. 思わない
-------	---------------	-----------------	---------

問3-4 在宅復帰支援の過程で、病棟看護師と十分に患者情報の共有がなされていると思いますか。

1. 思う	2. どちらかというと思う	3. どちらかというと思わない	4. 思わない
-------	---------------	-----------------	---------

問3-5 病棟看護師は退院後の生活について患者・家族に十分説明していると思いますか。

1. 思う	2. どちらかというと思う	3. どちらかというと思わない	4. 思わない
-------	---------------	-----------------	---------

問3-6 病棟看護師は在宅医療について十分な知識や理解があると思いますか。

1. 思う	2. どちらかというと思う	3. どちらかというと思わない	4. 思わない
-------	---------------	-----------------	---------

問３－７ 在宅復帰支援の過程で、受け入れ側の地域の医師、訪問看護師、ケアマネジャーと、十分に患者情報の共有がなされていると思いますか。

1. 思う	2. どちらかというと思う	3. どちらかというと思わない	4. 思わない
-------	---------------	-----------------	---------

問３－８ 連携室から在宅医療を依頼した診療所医師は、病院側の期待に十分応えていると思いますか。

1. 思う	2. どちらかというと思う	3. どちらかというと思わない	4. 思わない
-------	---------------	-----------------	---------

問３－９ 連携室から訪問看護を依頼した訪問看護師は、病院側の期待に十分応えていると思いますか。

1. 思う	2. どちらかというと思う	3. どちらかというと思わない	4. 思わない
-------	---------------	-----------------	---------

問３－１０ 連携室で支援した患者が退院する前に、貴院医師、看護師、受け入れ側の医師、訪問看護師、ケアマネジャー、介護職などが集まって、退院後の医療、生活についてのミーティングを開く割合はどれくらいですか。

約	%
---	---

問３－１１ 以下の項目について、患者・家族にどのようにアドバイスされていますか。それぞれの項目についてあてはまるものひとつに○をつけてください。

1	2	3
関わった患者が該当する場合、すべての患者・家族に説明している。	尋ねられた場合のみ説明している。	ほとんど説明していない。 (受け入れ側に一任している)

在宅医療の概要	1	・	2	・	3
在宅医療の自己負担額	1	・	2	・	3
介護保険の自己負担額	1	・	2	・	3
福祉用具の設置・購入	1	・	2	・	3
身体障害者手帳の交付	1	・	2	・	3
身体障害者への給付制度の内容について	1	・	2	・	3
身体障害者医療費助成制度	1	・	2	・	3
特定疾患治療研究事業（難病助成）	1	・	2	・	3
高額療養費貸付制度	1	・	2	・	3

生命保険の生前給付金	1	・	2	・	3
------------	---	---	---	---	---

問３－１２ 入院患者の在宅復帰を進める上で問題となる点について、以下の項目についてはどの程度問題になっているでしょうか。それぞれの項目について、５段階でお答えください。

1	2	3	4	5
特に問題ではない	…	徐々に改善しつつある	…	問題視している

貴施設の状況	
在宅重症者医療に対する医師の理解不足	１・２・３・４・５
在宅療養支援診療所の周知の不徹底	１・２・３・４・５
退院時共同指導の不徹底	１・２・３・４・５
緊急入院のベッド確保の困難さ	１・２・３・４・５

地域の診療所の状況	
在宅療養支援診療所の不足	１・２・３・４・５
緩和ケアにおける経験の不足	１・２・３・４・５
難病ケアにおける経験の不足	１・２・３・４・５

患者・家族	
経済的な問題	１・２・３・４・５
家族介護力の不足（高齢であるなど）	１・２・３・４・５
家族の絆の問題	１・２・３・４・５

訪問看護・介護事業所等	
訪問看護事業所の不足	１・２・３・４・５
訪問薬剤指導管理を行う調剤薬局の不足	１・２・３・４・５
訪問介護事業所の不足	１・２・３・４・５

問３－１３ 入院患者の在宅復帰を進めるために、貴連携室で医局や看護部あるいは病院全体に対して主体的にはたらきかけている活動はありますか。あてはまるものひとつに○をつけてください。

１．ある。 具体的に：
２．ない。

4. 連携している地域診療所について

問 4－1 2007 年 1～12 月間に、地域連携退院時共同指導料 2（病院側の算定）を算定しましたか。あてはまるものひとつに○をつけてください。

1. はい
2. いいえ

問 4－1－1 問 4－1 で「1. はい」とお答えの方は、2007 年 1～12 月の以下の実績をお答えください。

	診療所数	患者数（算定数）
連携を行った診療所総数		
うち、在宅療養支援診療所		

問 4－2 貴院連携室と連携している地域診療所についてお教えてください。

連携している診療所数	
------------	--

そのうち、下記に対応している診療所数

在宅酸素	
人工呼吸器	
気管切開	
胃瘻、経管栄養	
中心静脈栄養	
緩和医療	
24 時間対応	

5. 在宅医療研修について

問5-1 貴連携室スタッフの在宅医療の知識経験について、あてはまるものひとつに○をつけてください。

1. 訪問診療や訪問看護、ケアマネジャーなどの経験がある。
2. 経験はないが、在宅医療は理解している。
3. 在宅医療の実態はあまりわからない。
4. その他 ()

問5-2 貴連携室スタッフの在宅医療研修について、あてはまるものひとつに○をつけてください。

1. 在宅医療の現場を見学して研修を受けてみたい。
2. その必要はない。
3. その他 ()

6. 貴施設について

問6-1 貴施設について、以下の項目にお答えください。なお、医療機関名、所在地（都道府県と市区町村名）は、必ずお書きください。

医療機関名（必須）				
所在地	〒	—	都道府県	都道府県
			市区町村名 (必須)	市区町村
電話番号				
病床数	() 床 うち療養病床 () 床			
平均在院日数	一般病床 () 日			
職員数	医師	常勤 () 人	非常勤 () 人	
	看護師	常勤 () 人	非常勤 () 人	
あてはまるものすべてに○をつけてください		・ 地域医療支援病院 ・ 地域がん診療拠点病院 ・ 特定機能病院		

～以上でアンケートは終わりです。ご協力誠にありがとうございました。～

図 1A-1-1a 地域医療連携室の人員 - ソーシャルワーカー - 常勤
($n = 101$, $m \pm \sigma = 2.5 \pm 1.4$, 自由記載)

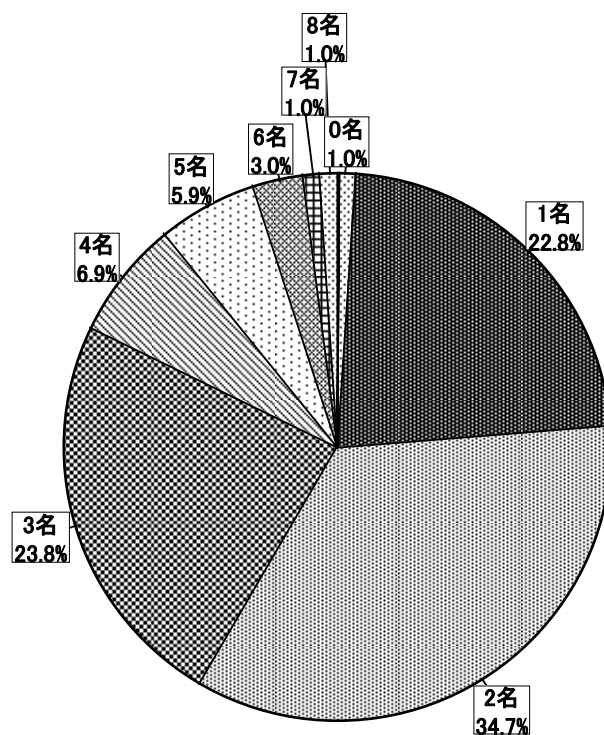


図 1A-1-1b 地域医療連携室の人員
- ソーシャルワーカー - 専任
($n = 83$, $m \pm \sigma = 2.4 \pm 1.4$, 自由記載)

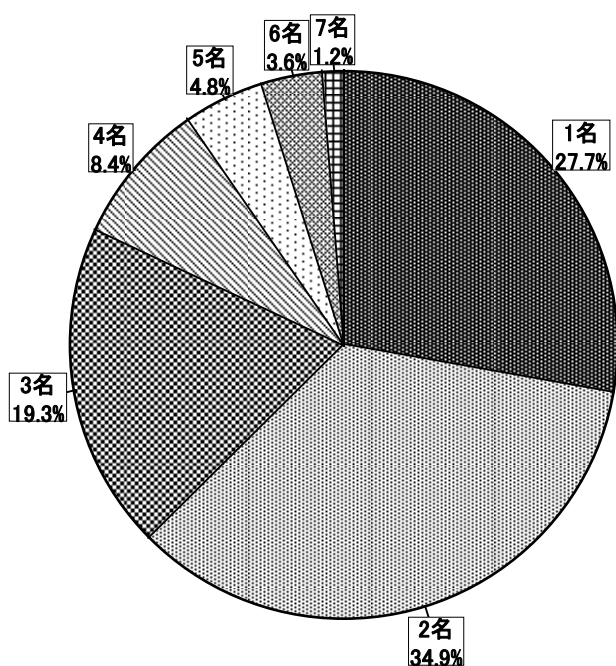


図 1A-1-1c 地域医療連携室の人員
- ソーシャルワーカー - 非常勤
($n = 20$, $m \pm \sigma = 1.6 \pm 0.8$, 自由記載)

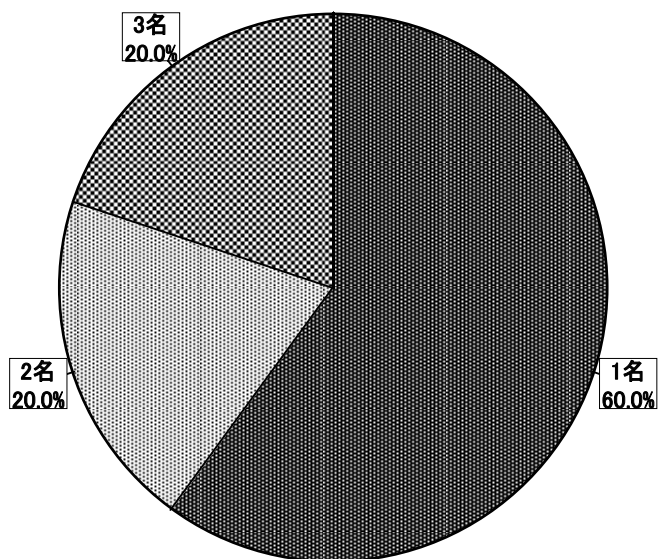


図 1A-1-1d 地域医療連携室の人員 - 看護師 - 常勤
($n = 92$, $m \pm \sigma = 1.8 \pm 1.3$, 自由記載)

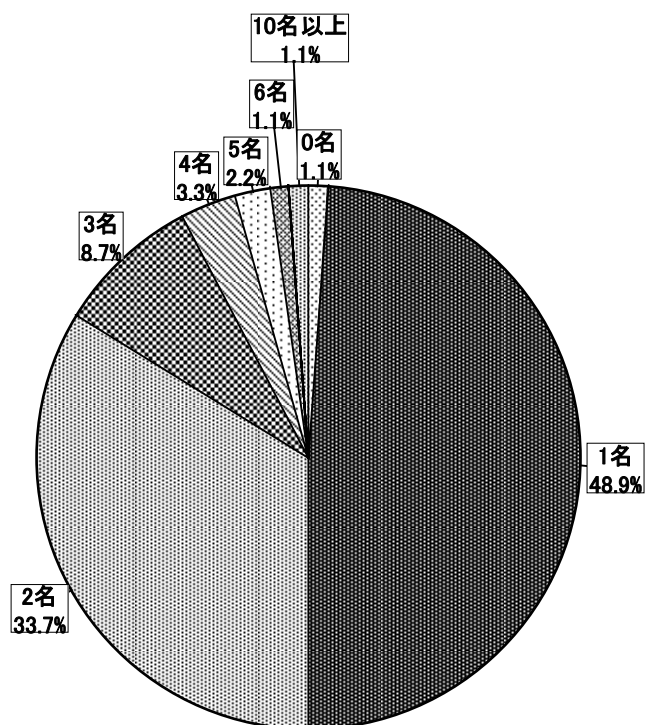


図 1A-1-1e 地域医療連携室の人員
- 看護師 - 専任
($n = 68$, $m \pm \sigma = 1.7 \pm 1.3$, 自由記載)

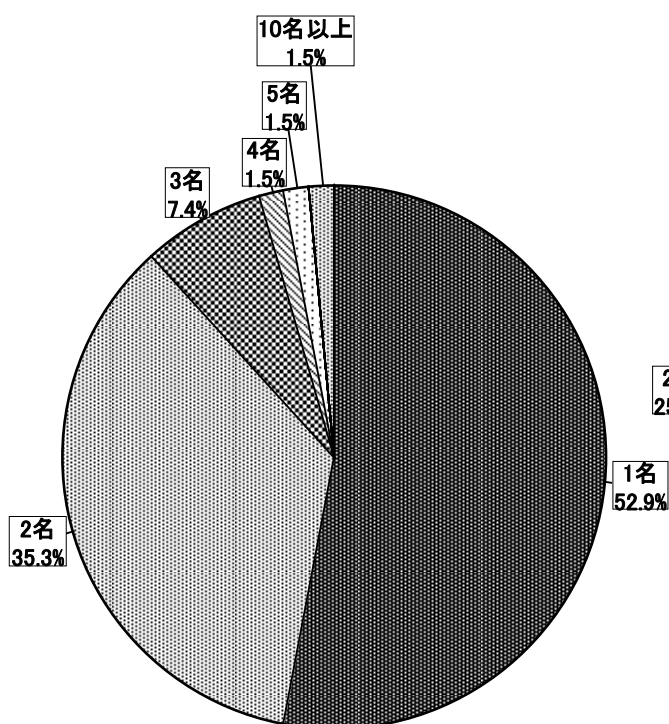


図 1A-1-1f 地域医療連携室の人員
- 看護師 - 非常勤
($n = 12$, $m \pm \sigma = 1.4 \pm 0.7$, 自由記載)

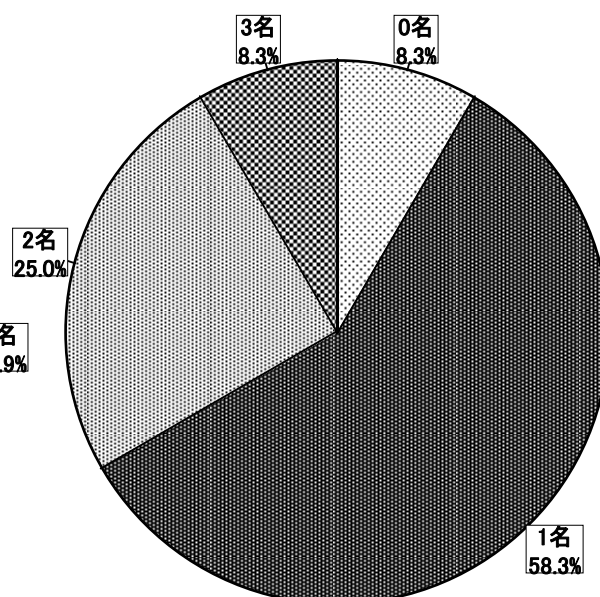


図 1A-1-1g 地域医療連携室の人員 - 医師 - 常勤
($n = 83$, $m \pm \sigma = 1.4 \pm 1.1$, 自由記載)

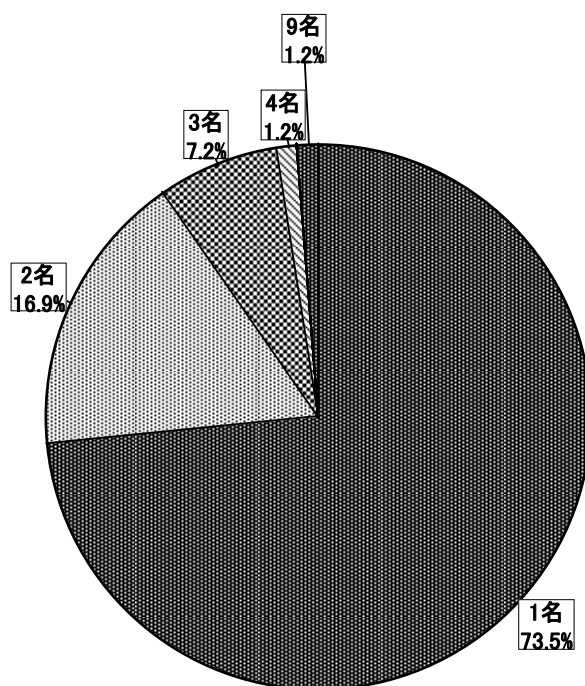


図 1A-1-1h 地域医療連携室の人員
- 医師 - 専任
($n = 9$, $m \pm \sigma = 1.3 \pm 0.7$, 自由記載)

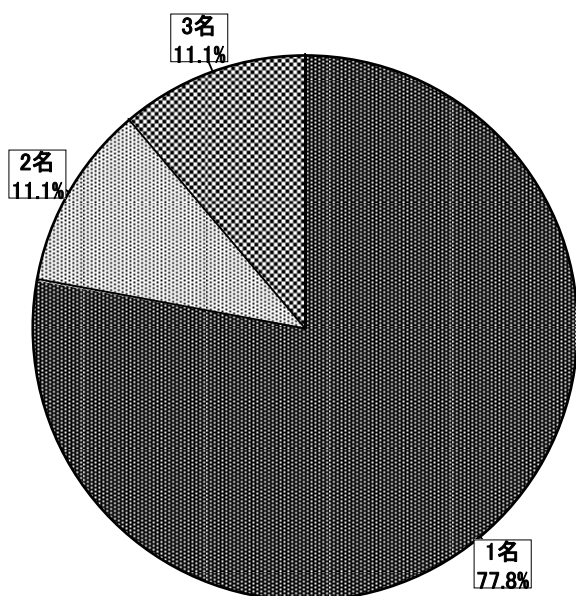


図 1A-1-1i 地域医療連携室の人員
- 医師 - 非常勤
($n = 6$, $m \pm \sigma = 1.7 \pm 0.7$, 自由記載)

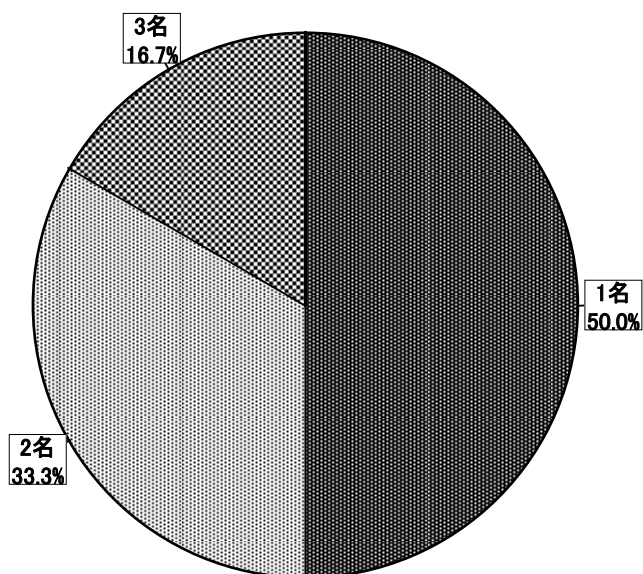


図 1A-1-1j 地域医療連携室の人員 - 事務職員 - 常勤
($n = 113$, $m \pm \sigma = 2.7 \pm 2.1$, 自由記載)

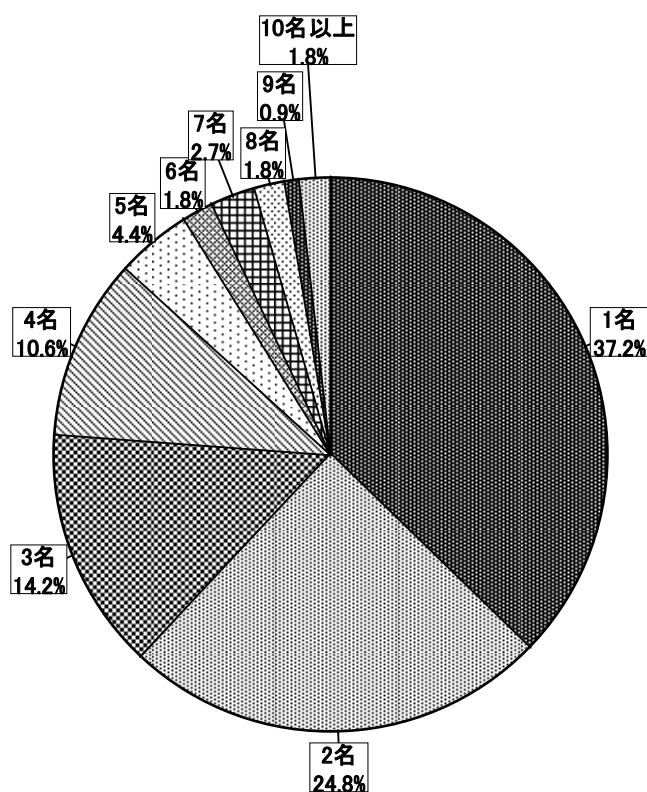


図 1A-1-1k 地域医療連携室の人員
- 事務職員 - 専任
($n = 89$, $m \pm \sigma = 2.4 \pm 1.9$, 自由記載)

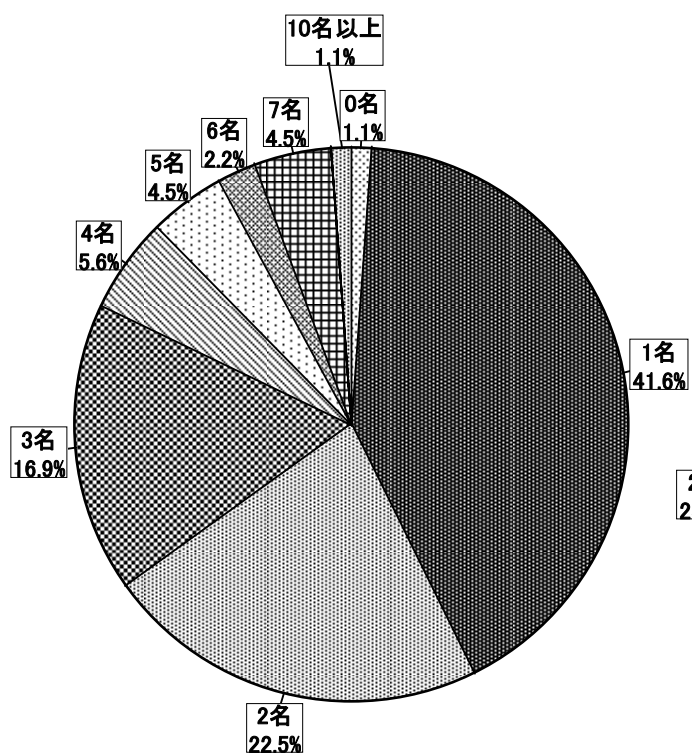


図 1A-1-1l 地域医療連携室の人員
- 事務職員 - 非常勤
($n = 39$, $m \pm \sigma = 1.8 \pm 1.3$, 自由記載)

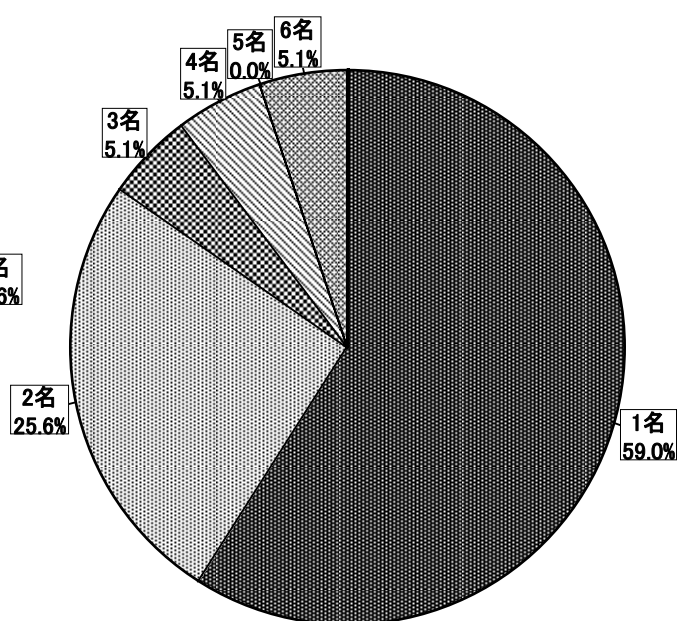


図 1A-1-1m 地域医療連携室の人員 - その他の職員 - 常勤
($n = 34$, $m \pm \sigma = 1.9 \pm 1.3$, 自由記載)

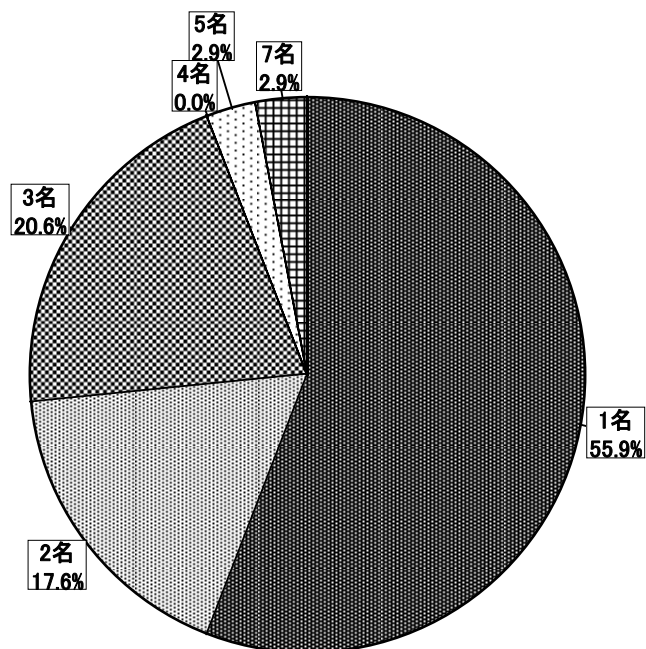


図 1A-1-1n 地域医療連携室の人員
- その他の職員 - 専任
($n = 25$, $m \pm \sigma = 1.6 \pm 0.8$, 自由記載)

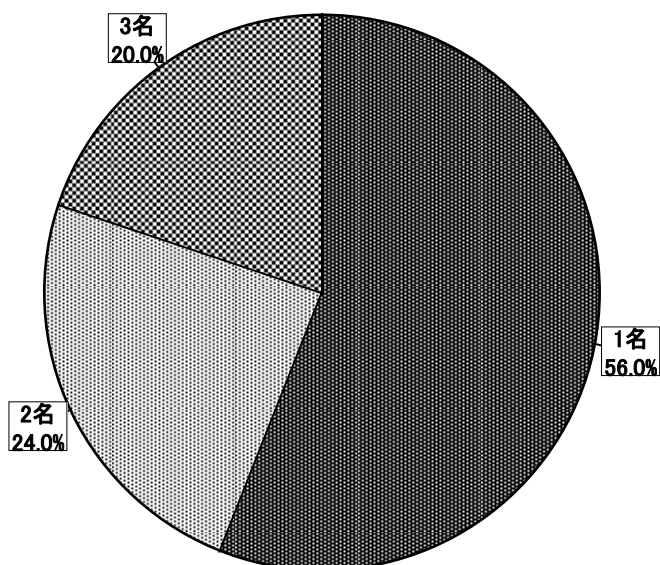
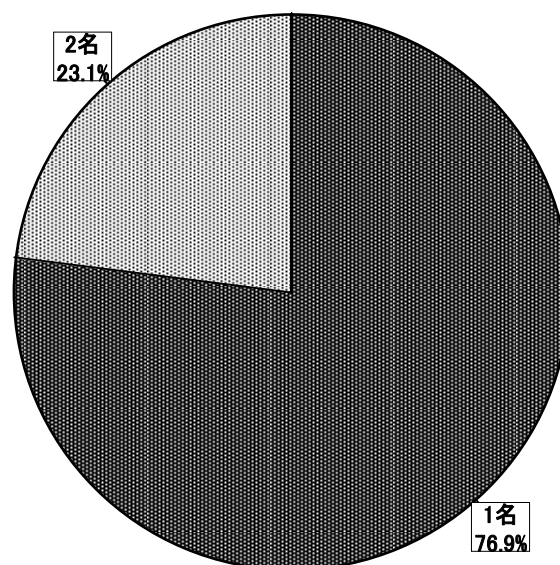


図 1A-1-1o 地域医療連携室の人員
- その他の職員 - 非常勤
($n = 13$, $m \pm \sigma = 1.2 \pm 0.4$, 自由記載)



問1A-1-1-1 連携室長の職種
(n = 142)

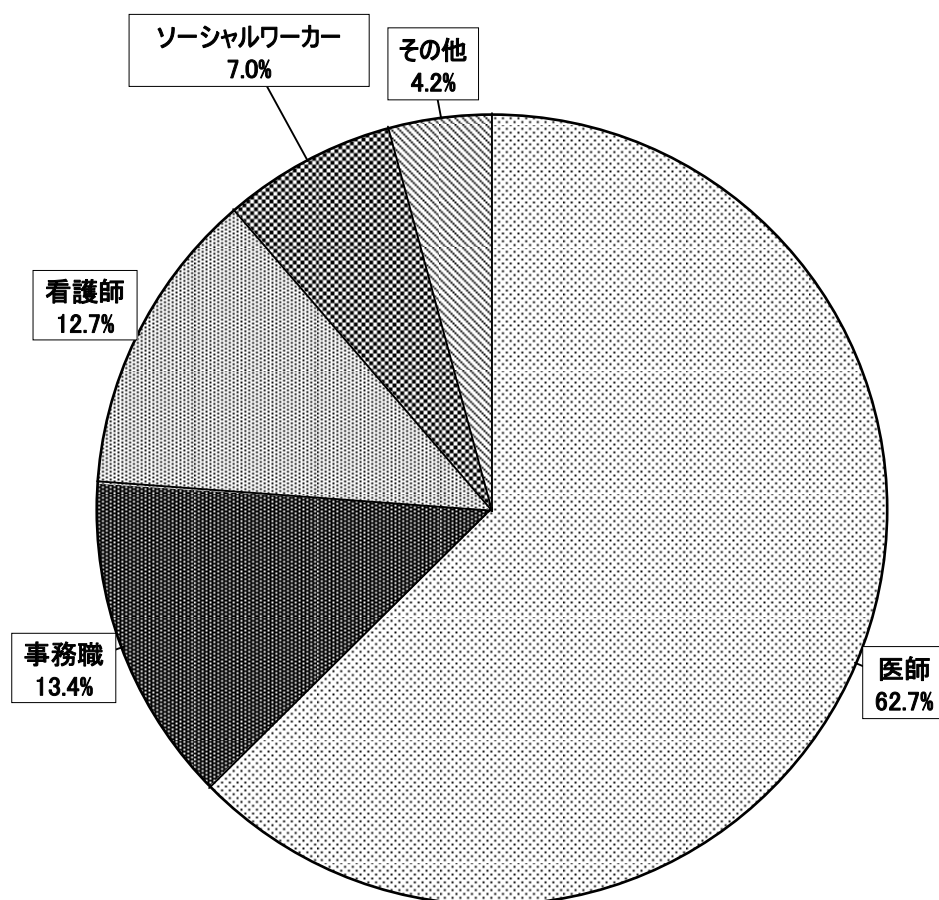


表1A-1-1-1 連携室長の職種 - その他

整理No.	記載内容(表記のまま)
26	職種なし
101	室長設置無、医師会長or事務長？
107	元放射技師
108	保健師
118	医事課長
121	PT
153	医療連携部長:医師、 診療情報サービス室長:事務職、 医療社会相談室長:ソーシャルワーカー

図 1A-1-2a 連携室が対応した退院患者の割合 - 自院主治医
(n = 95, 2007年1～12月, 自由記載, 全記入のみ)

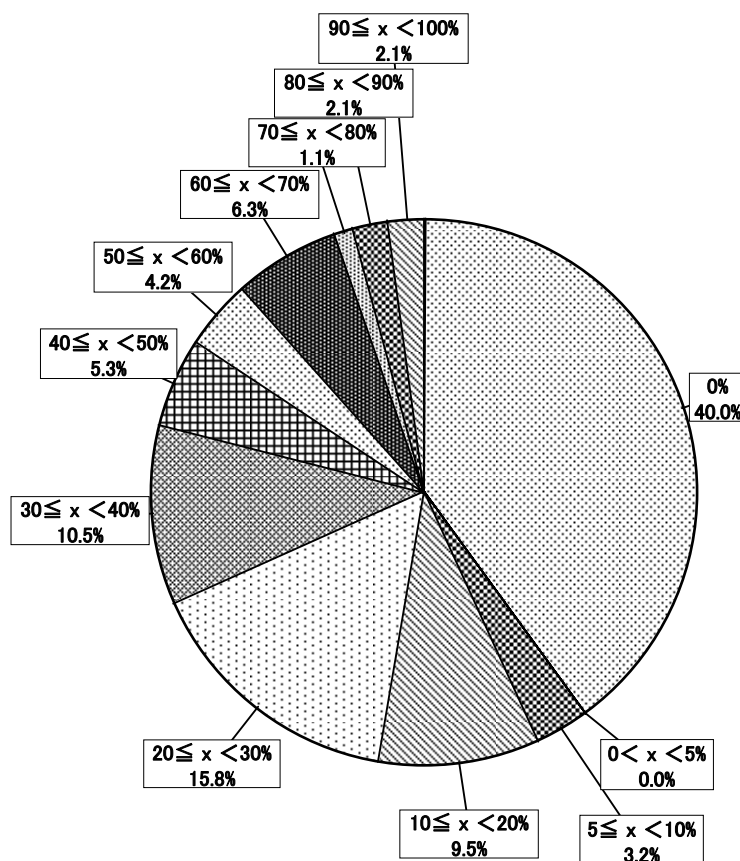


図 1A-1-2b 連携室が対応した退院患者の割合 - 近医主治医
(n = 95, 2007年1～12月, 自由記載, 全記入のみ)

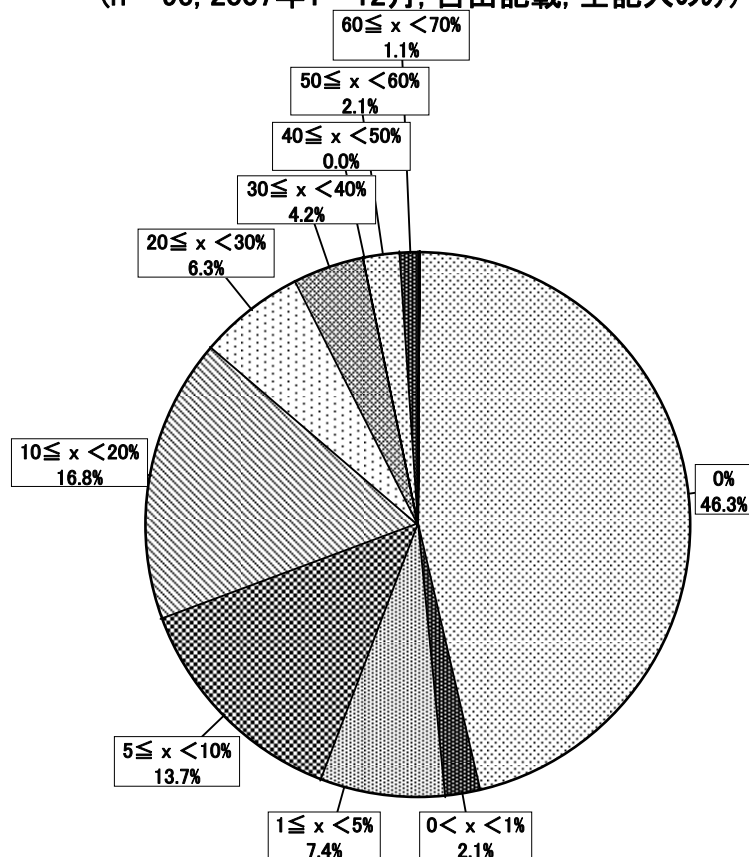


図 1A-1-2c 連携室が対応した退院患者の割合 - 転院
(n = 95, 2007年1～12月, 自由記載, 全記入のみ)

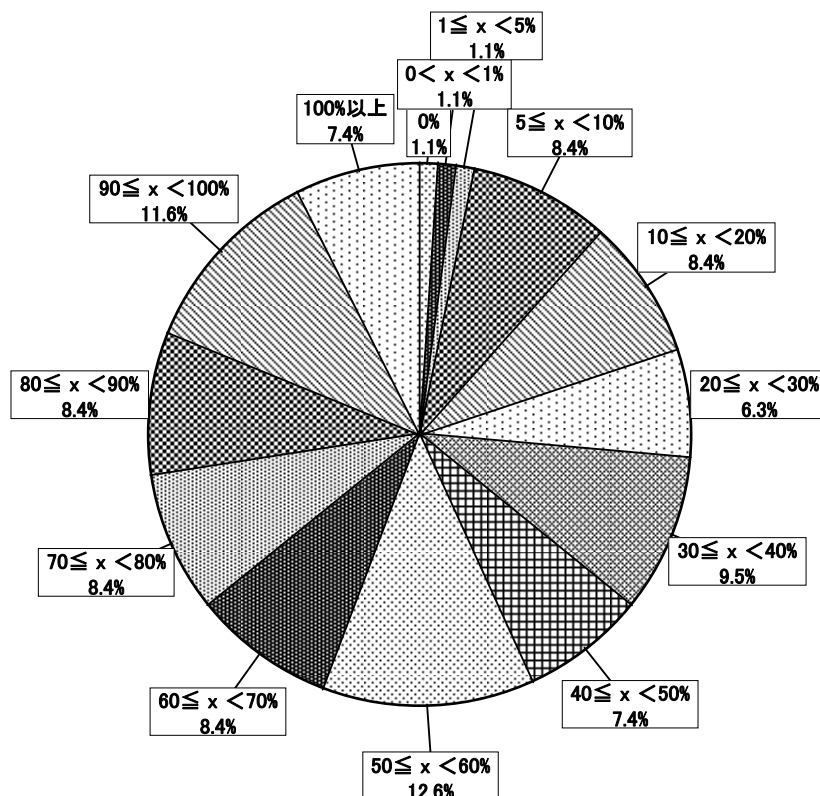
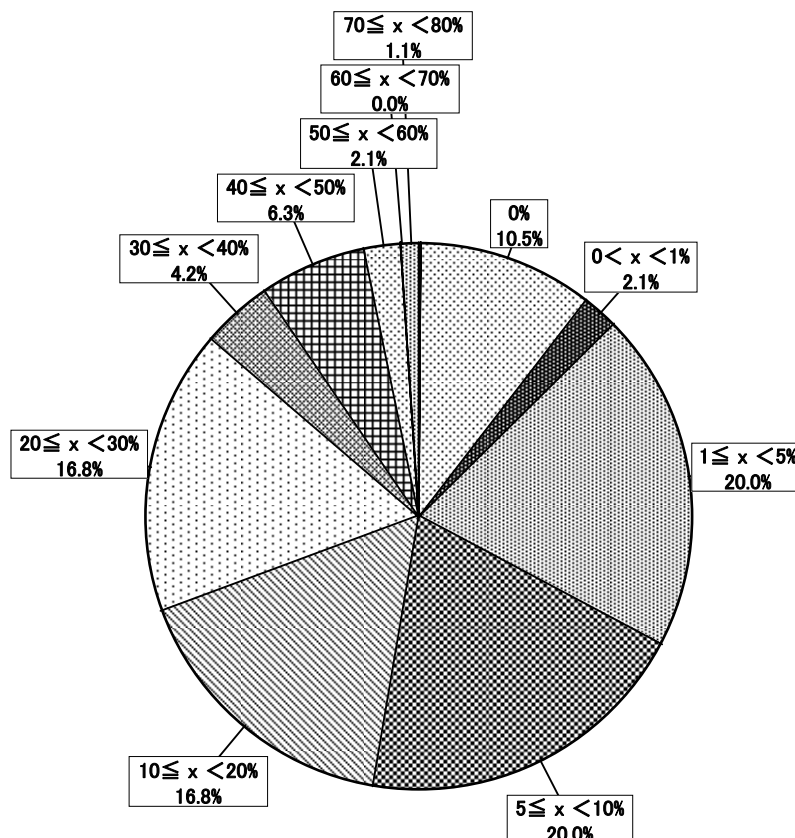


図 1A-6-1h 連携室が対応した退院患者の割合 - 入所
(n = 95, 2007年1～12月, 自由記載, 全記入のみ)



問1A-2-1 退院支援(退院計画)について病院としての取り組み
(n = 145)

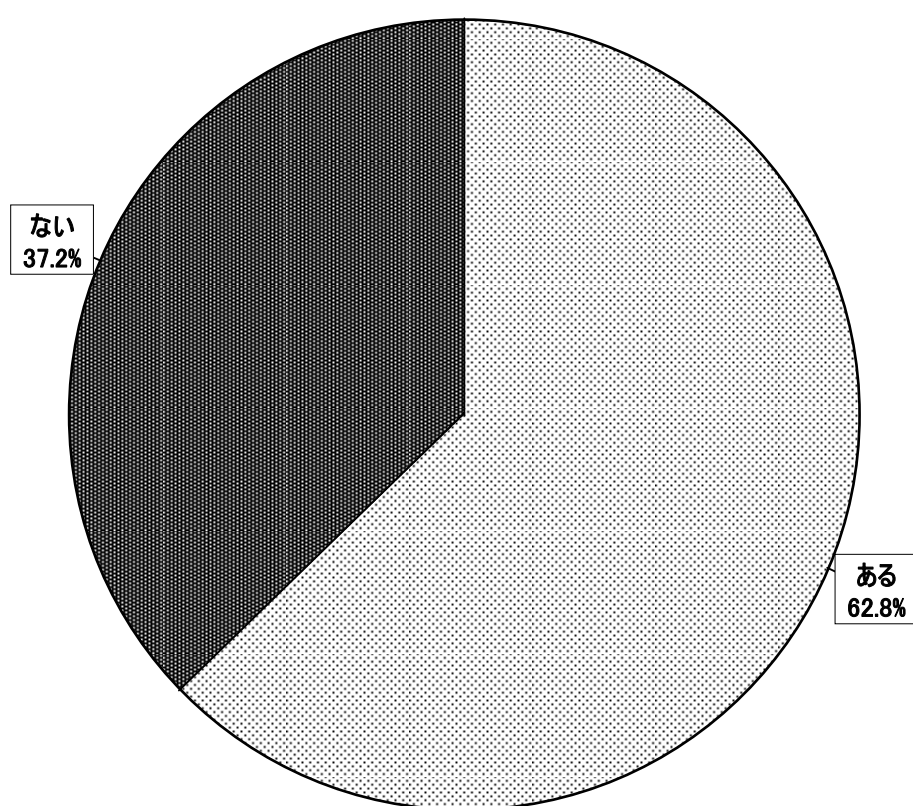


図 1A-3-1 在宅復帰支援の過程で、主治医と十分に患者情報の共有がなされていると思いますか
(n = 144)

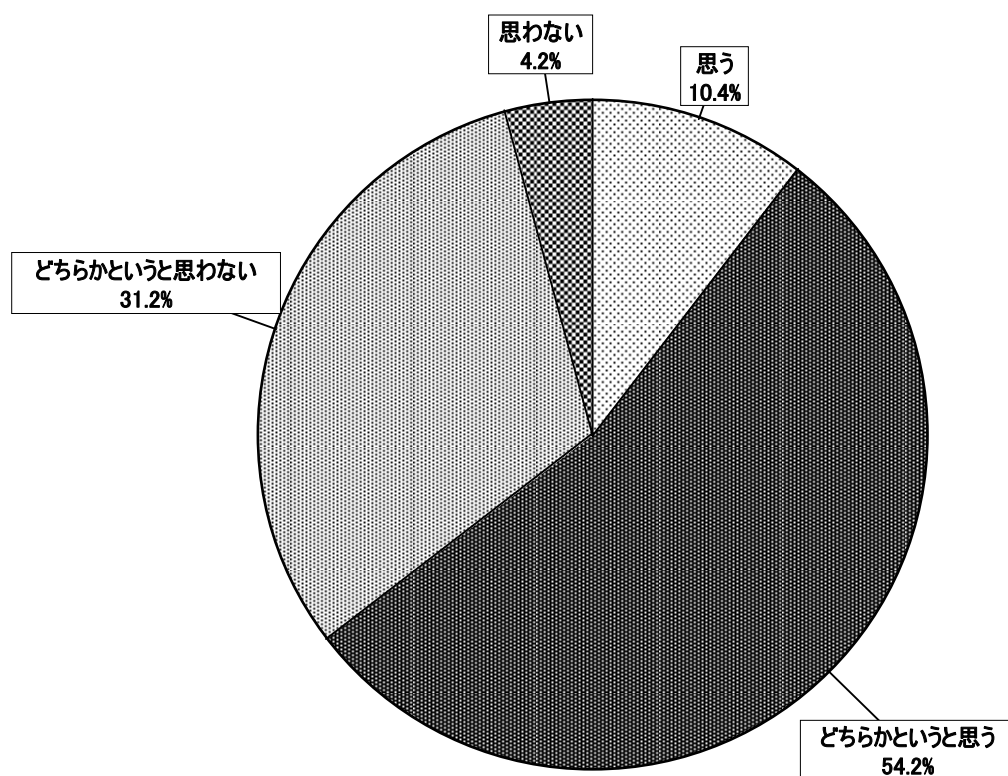


図 1A-3-2 主治医は退院後の生活について患者・家族に十分説明していると思いますか
(n = 145)

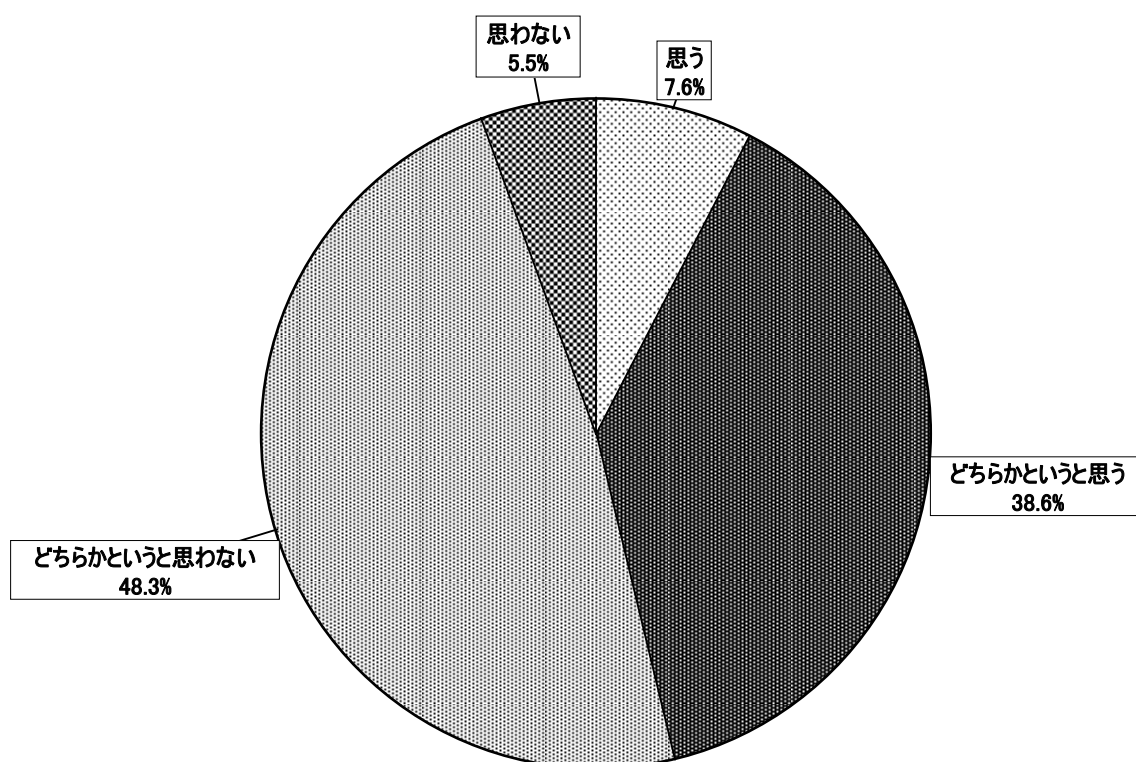


図 1A-3-3 主治医は在宅医療について十分な知識や理解があると思いますか
(n = 145)

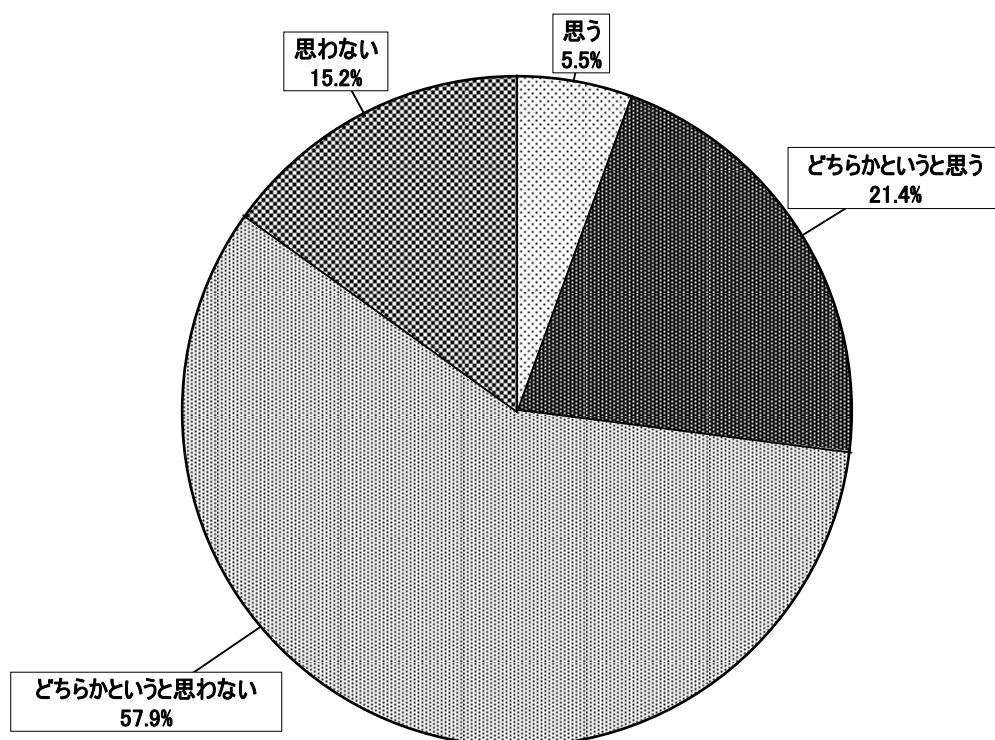


図 1A-3-4 在宅復帰支援の過程で、病棟看護師と十分に患者情報の共有がなされていると思いますか
(n = 145)

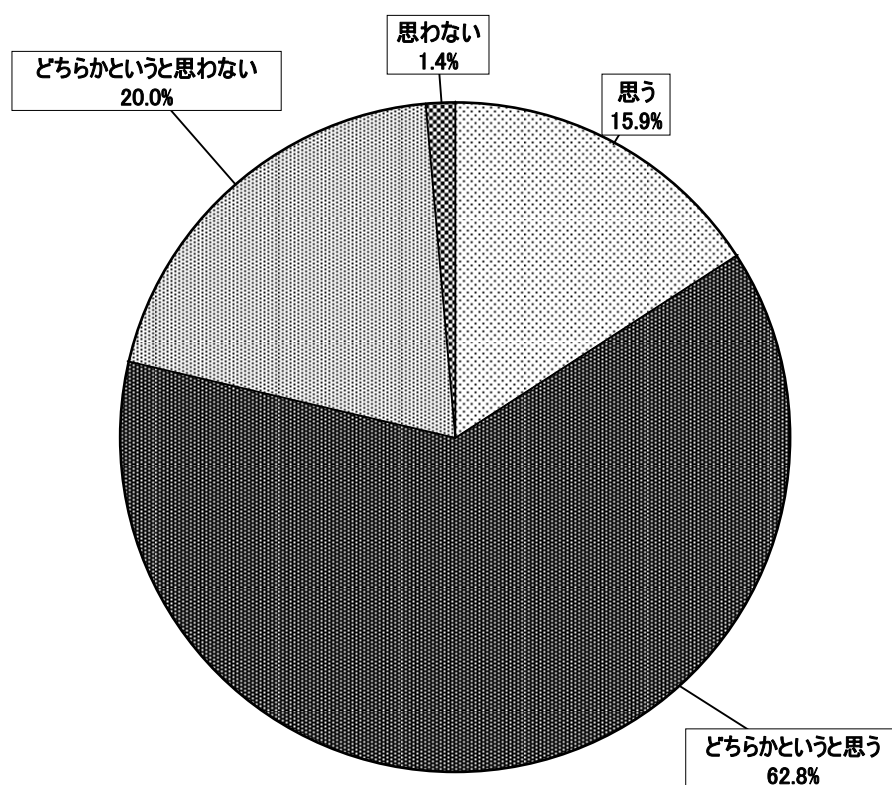


図 1A-3-5 病棟看護師は退院後の生活について患者・家族に十分説明していると思いますか
(n = 145)

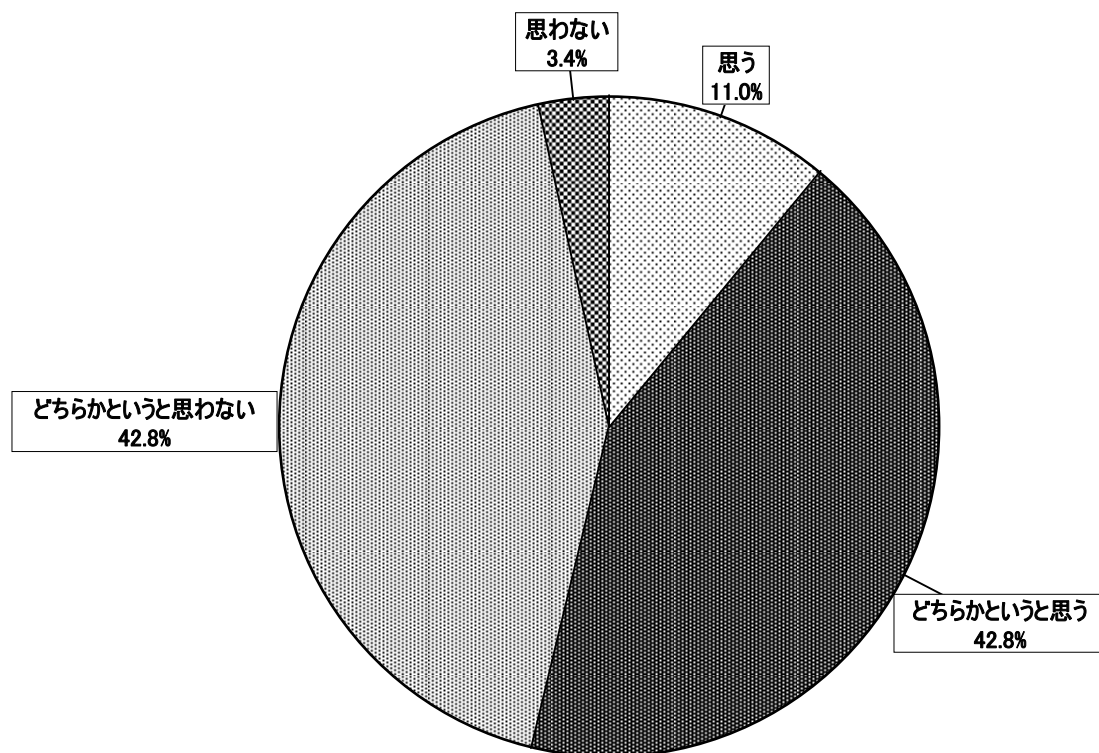


図 1A-3-6 病棟看護師は在宅医療について十分な知識や理解があると思いますか
(n = 145)

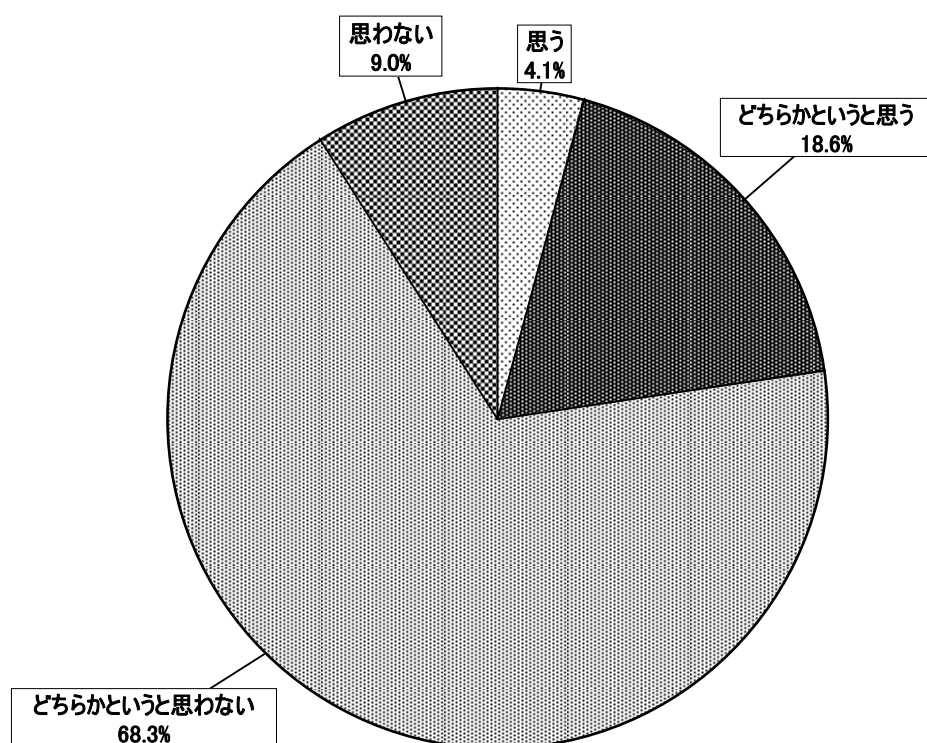


図 1A-3-7 在宅復帰支援の過程で、受け入れ側の地域の医師、訪問看護師、ケアマネジャーと、十分に患者情報の共有がなされていると思いますか
(n = 144)

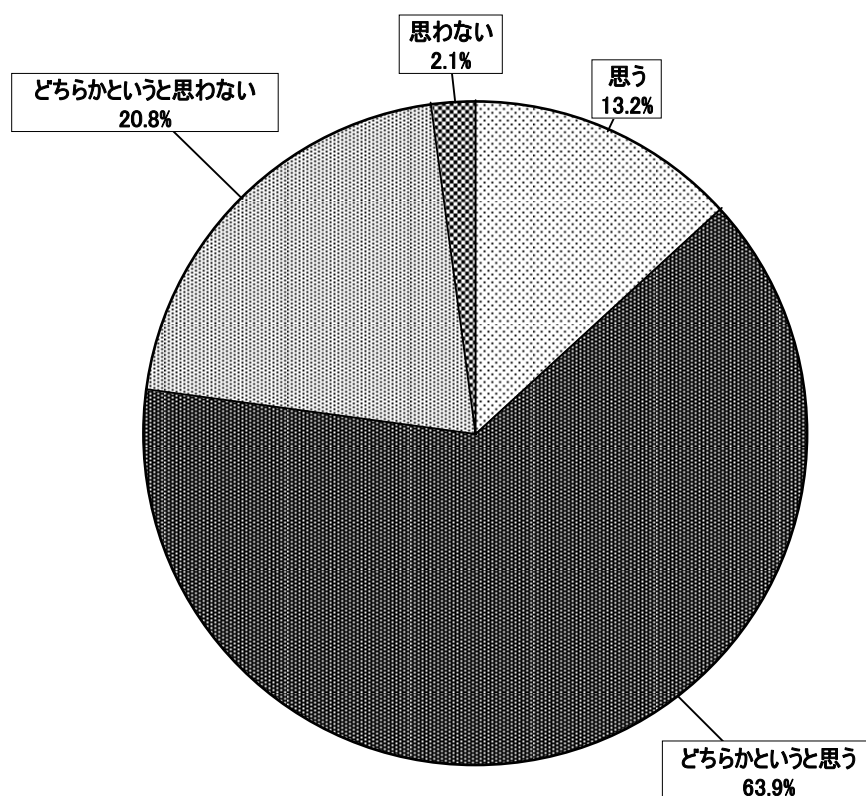


図 1A-3-8 連携室から在宅医療を依頼した診療所医師は、病院側の期待に十分応えていると思いますか
(n = 135)

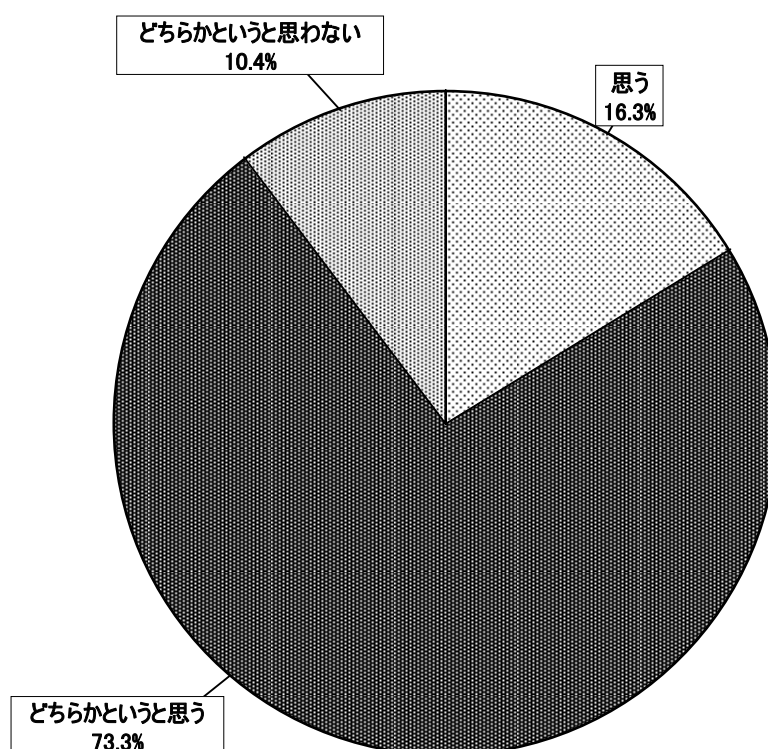
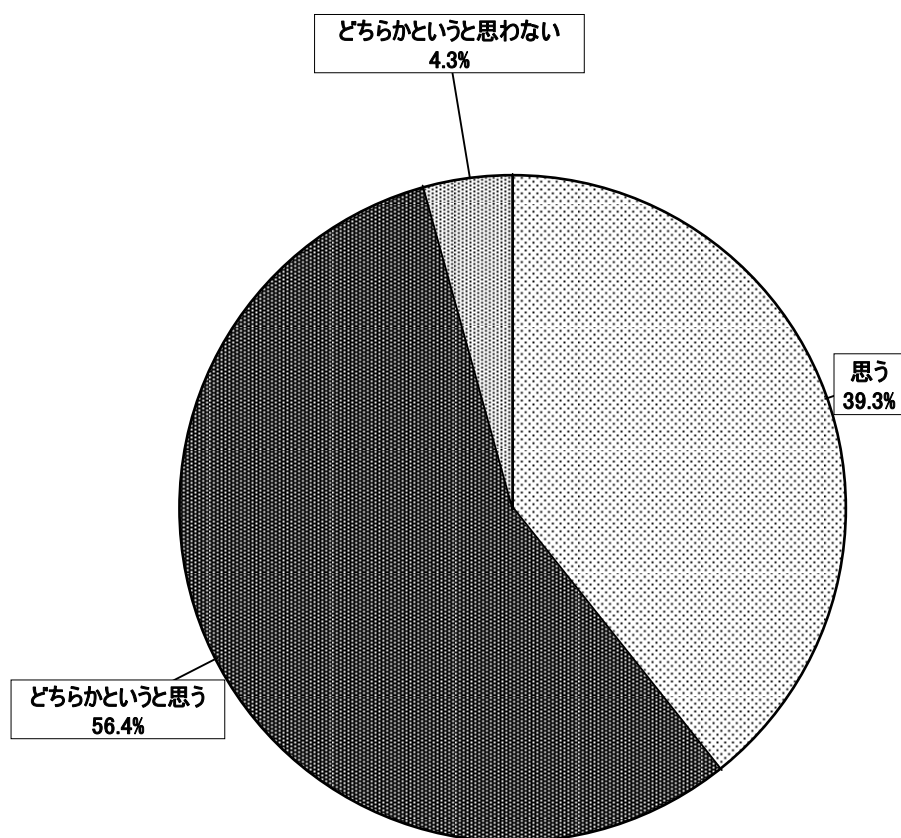


図 1A-3-9 連携室から訪問看護を依頼した訪問看護師は、
病院側の期待に十分応えていると思いますか
(n = 140)



問1A-3-10 連携室で支援した患者の退院時ミーティング会議開催率
($n = 117$, $m \pm \sigma = 33.7 \pm 31.3$, 自由記載)

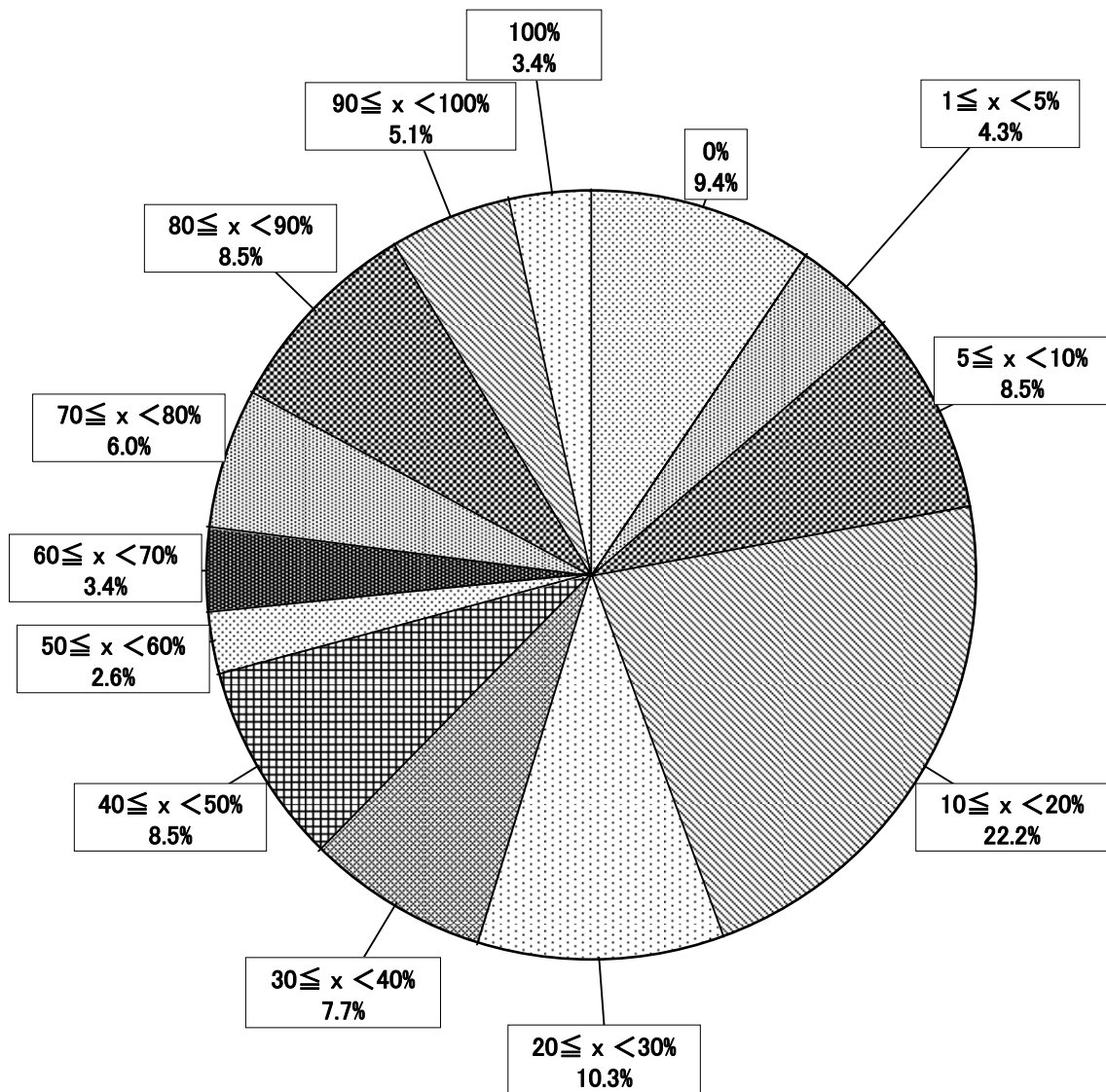


図 1A-3-11a 患者・家族へのアドバイス - 在宅医療の概要
(n = 140)

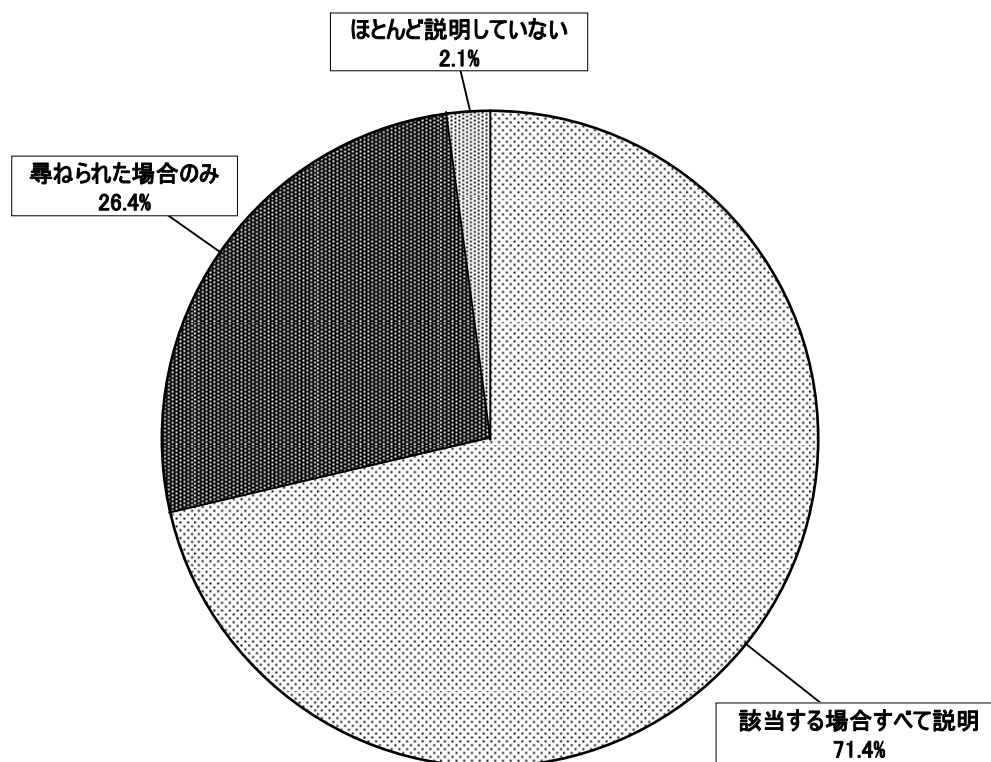


図 1A-3-11b 患者・家族へのアドバイス - 在宅医療の自己負担額
(n = 140)

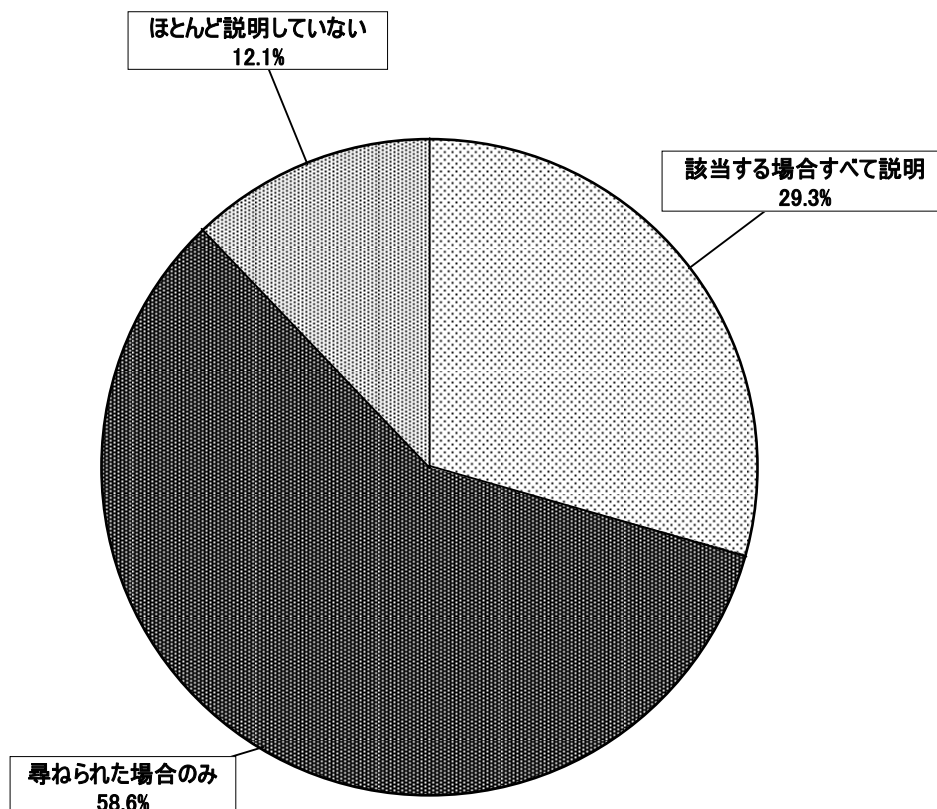


図 1A-3-11c 患者・家族へのアドバイス－介護保険の自己負担額
(n = 139)

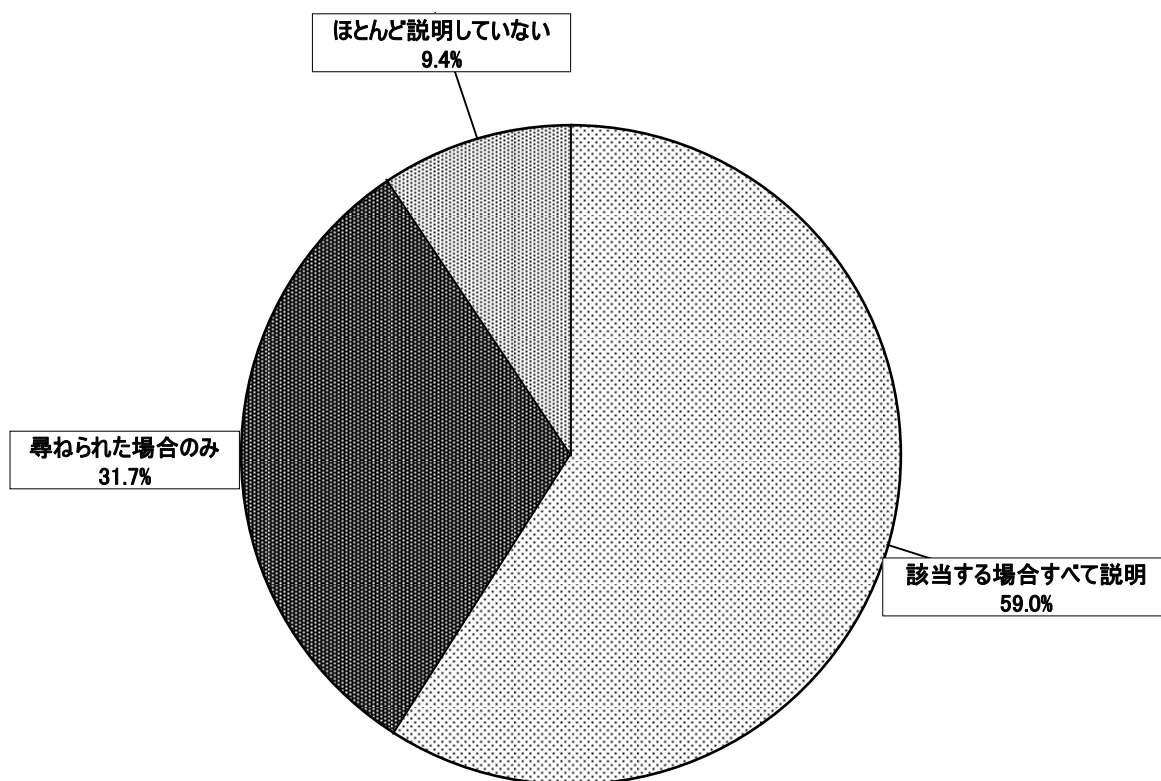


図 1A-3-11d 患者・家族へのアドバイス－福祉用具の設置・購入
(n = 140)

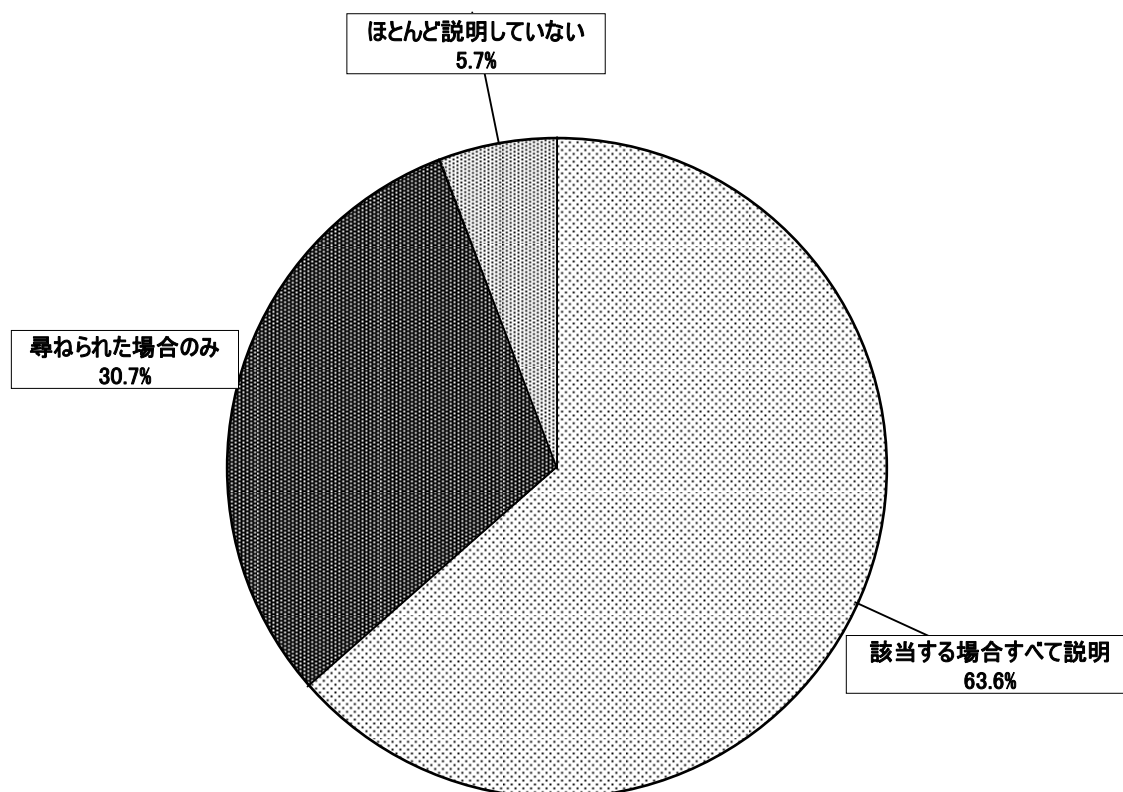


図 1A-3-11e 患者・家族へのアドバイス – 身体障害者手帳の交付
(n = 139)

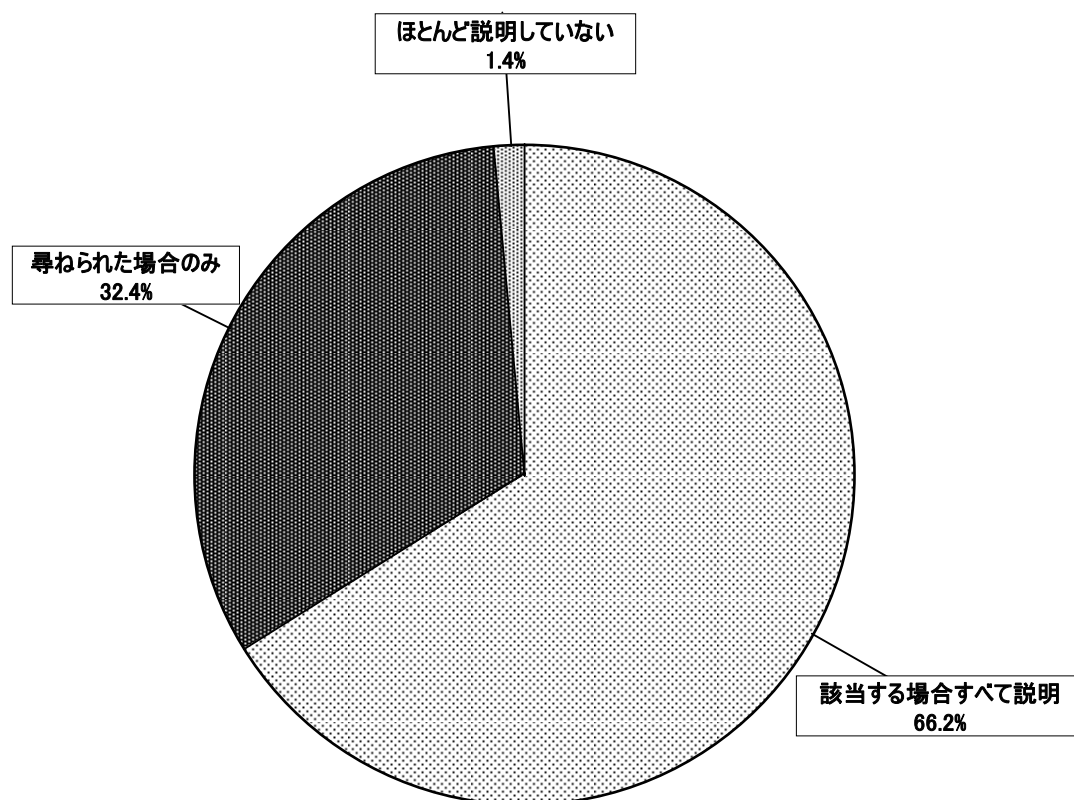


図 1A-3-11f 患者・家族へのアドバイス – 身体障害者への給付制度の内容について
(n = 139)

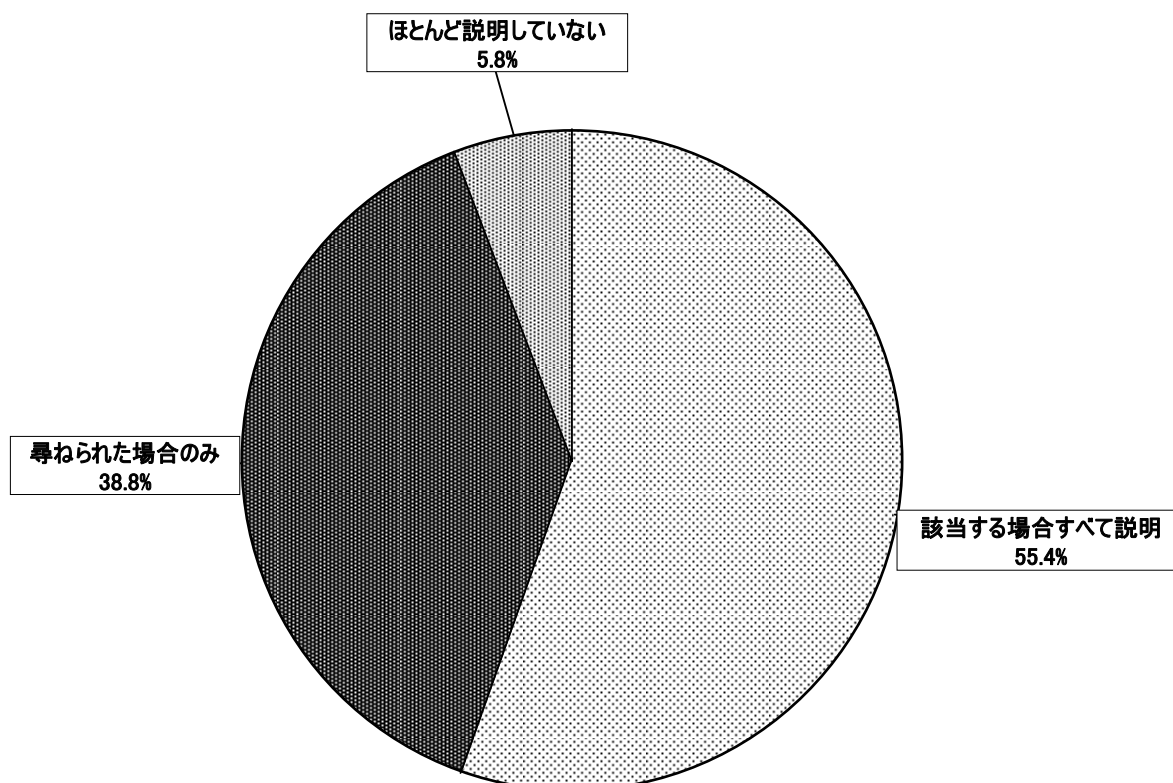


図 1A-3-11g 患者・家族へのアドバイス – 身体障害者医療費助成制度
(n = 139)

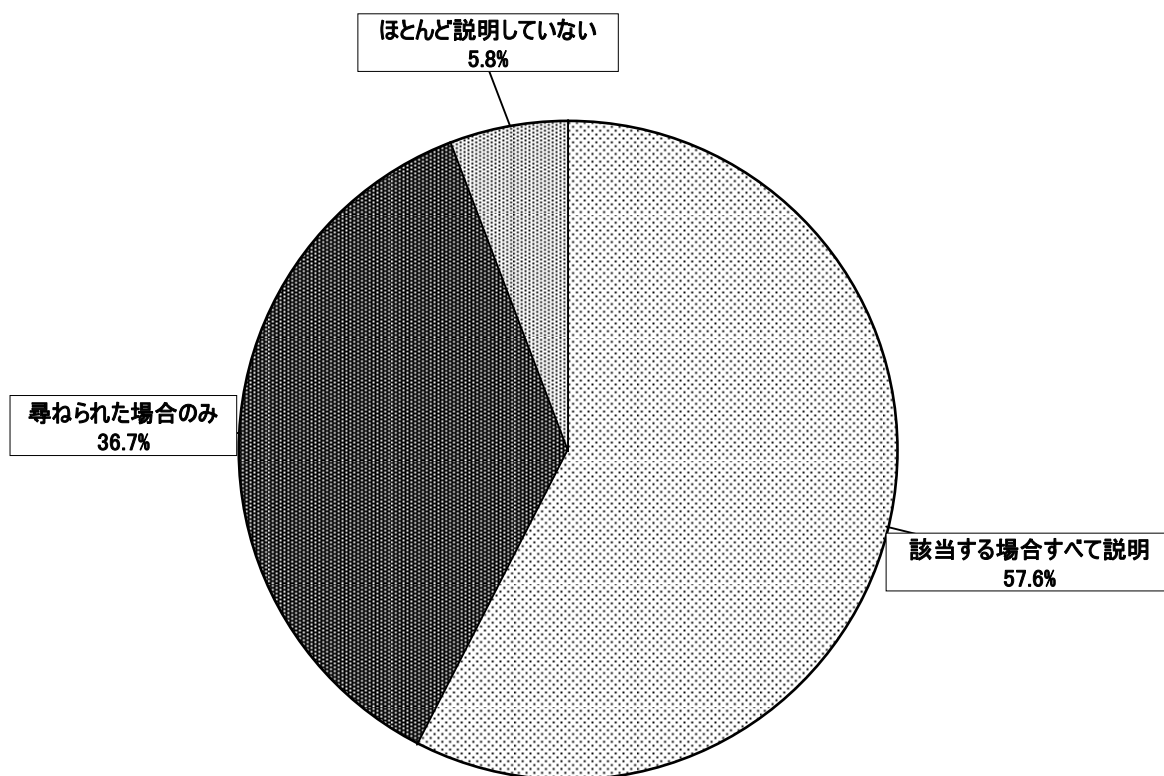


図 1A-3-11h 患者・家族へのアドバイス – 特定疾患治療研究事業(難病助成)
(n = 140)

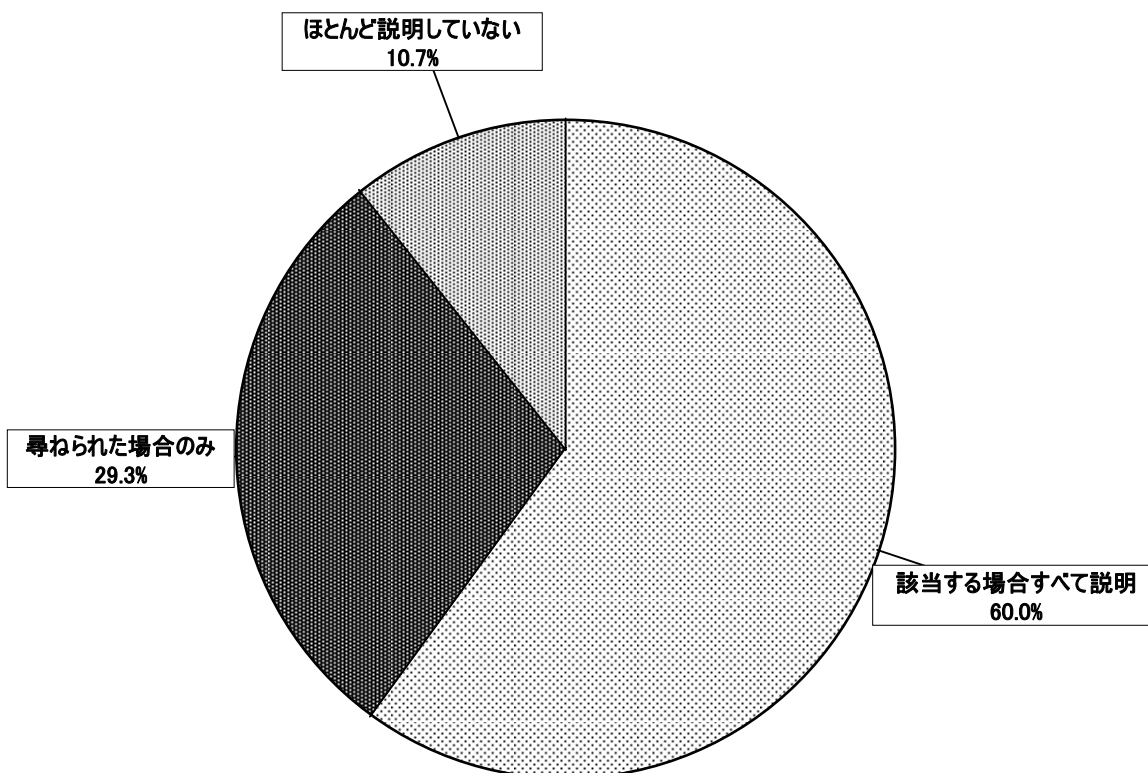


図 1A-3-11i 患者・家族へのアドバイス – 高額療養費貸付制度
(n = 140)

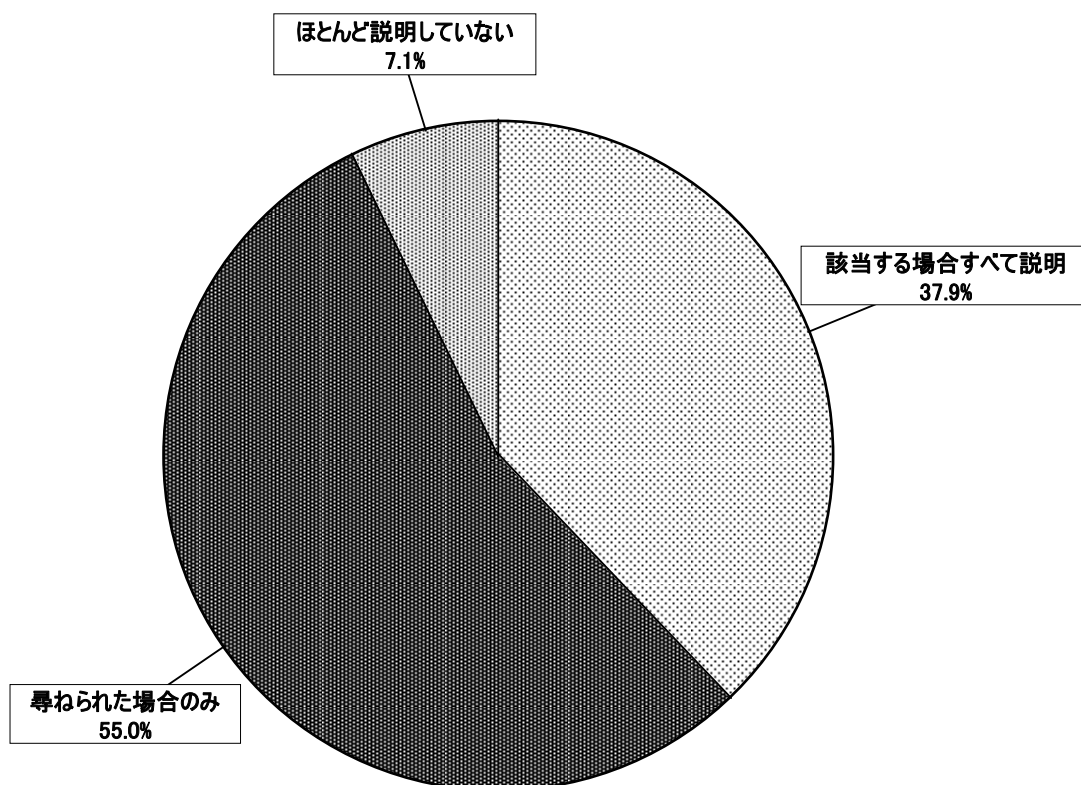


図 1A-3-11j 患者・家族へのアドバイス – 生命保険の生前給付金
(n = 140)

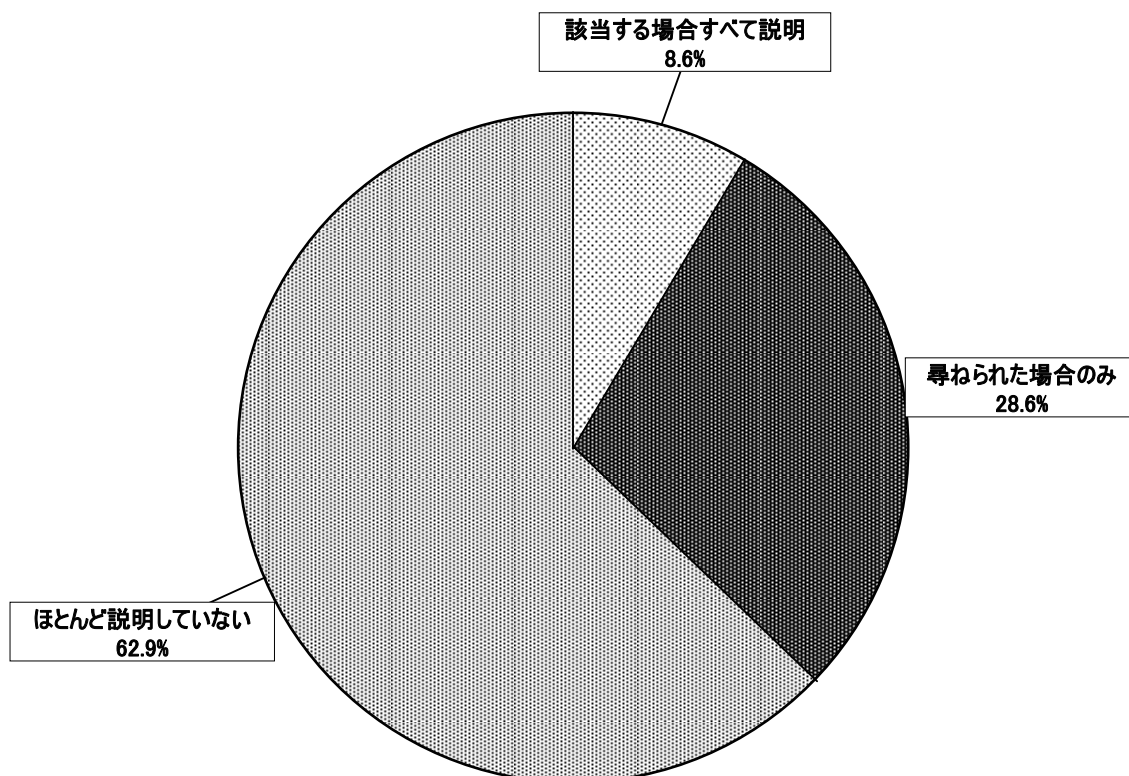


図 1A-3-12a 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 在宅重症者医療に対する医師の理解不足
(n = 139)

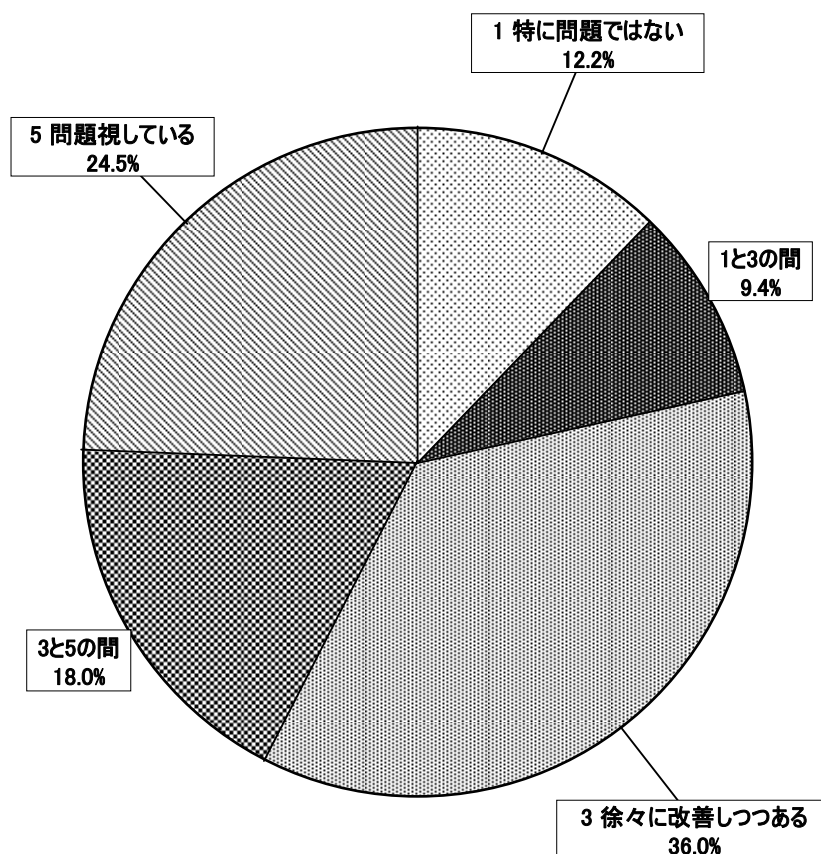


図 1A-3-12b 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 在宅療養支援診療所の周知の不徹底
(n = 139)

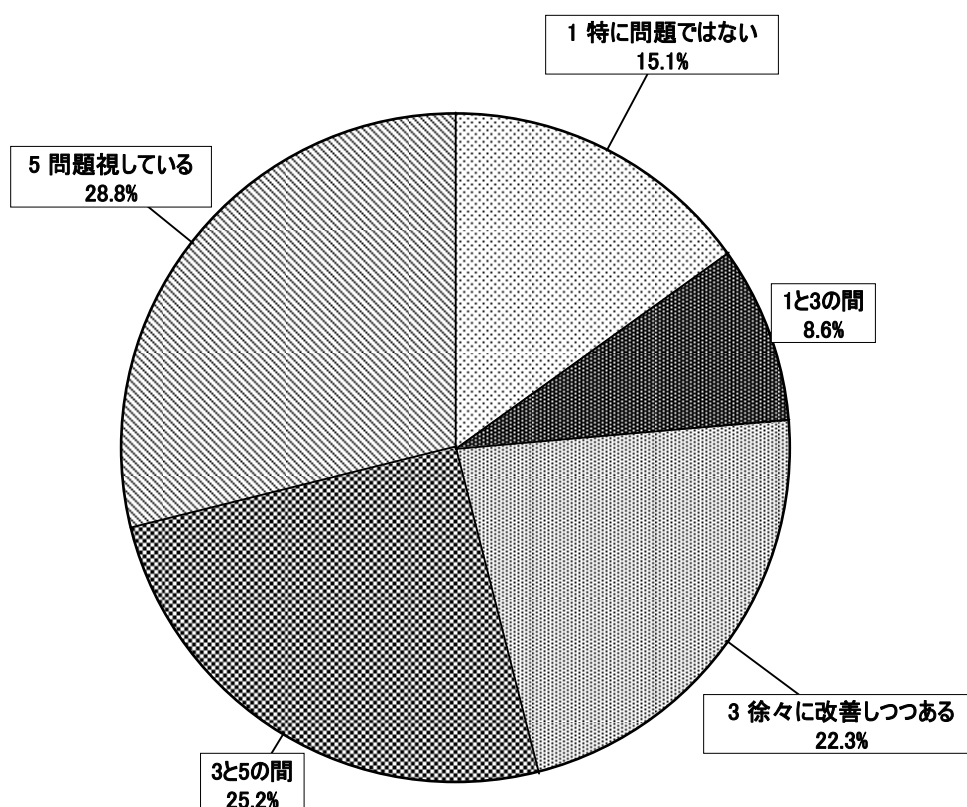


図 1A-3-12c 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 退院時共同指導の不徹底
(n = 137)

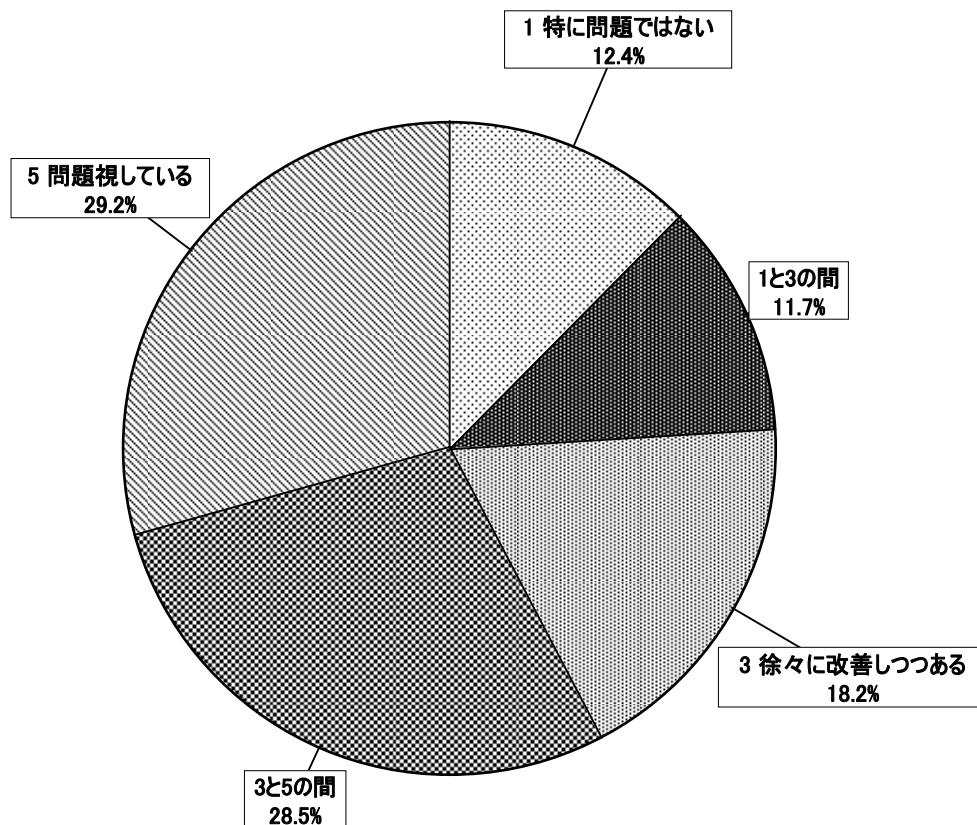


図 1A-3-12d 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 緊急入院のベッド確保の困難さ
(n = 141)

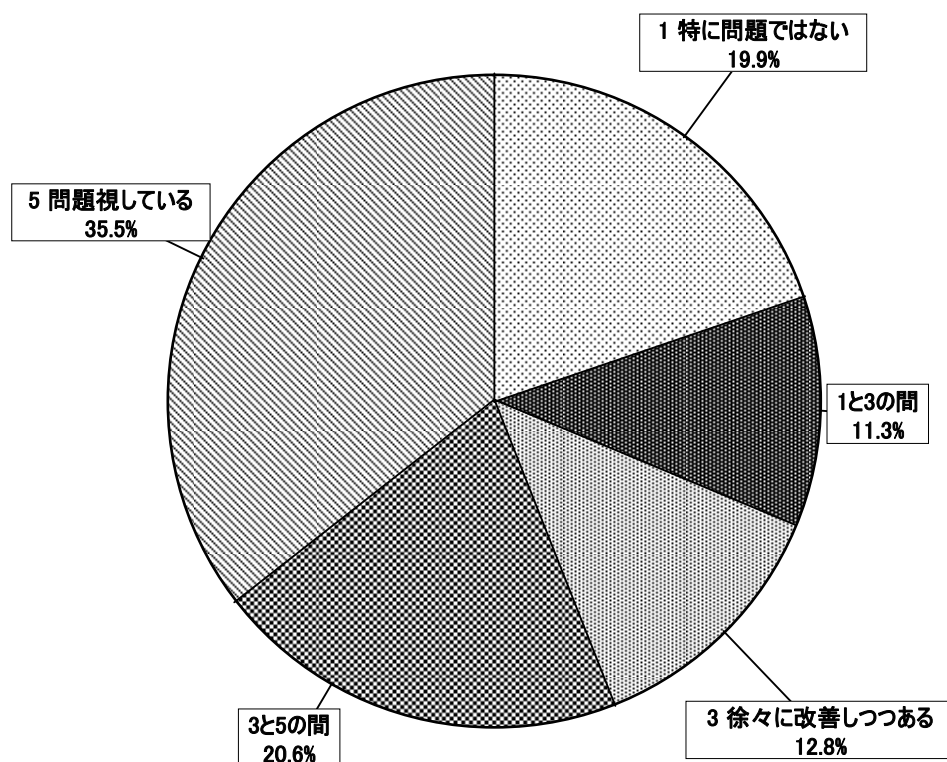


図 1A-3-12e 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 在宅療養支援診療所の不足
(n = 137)

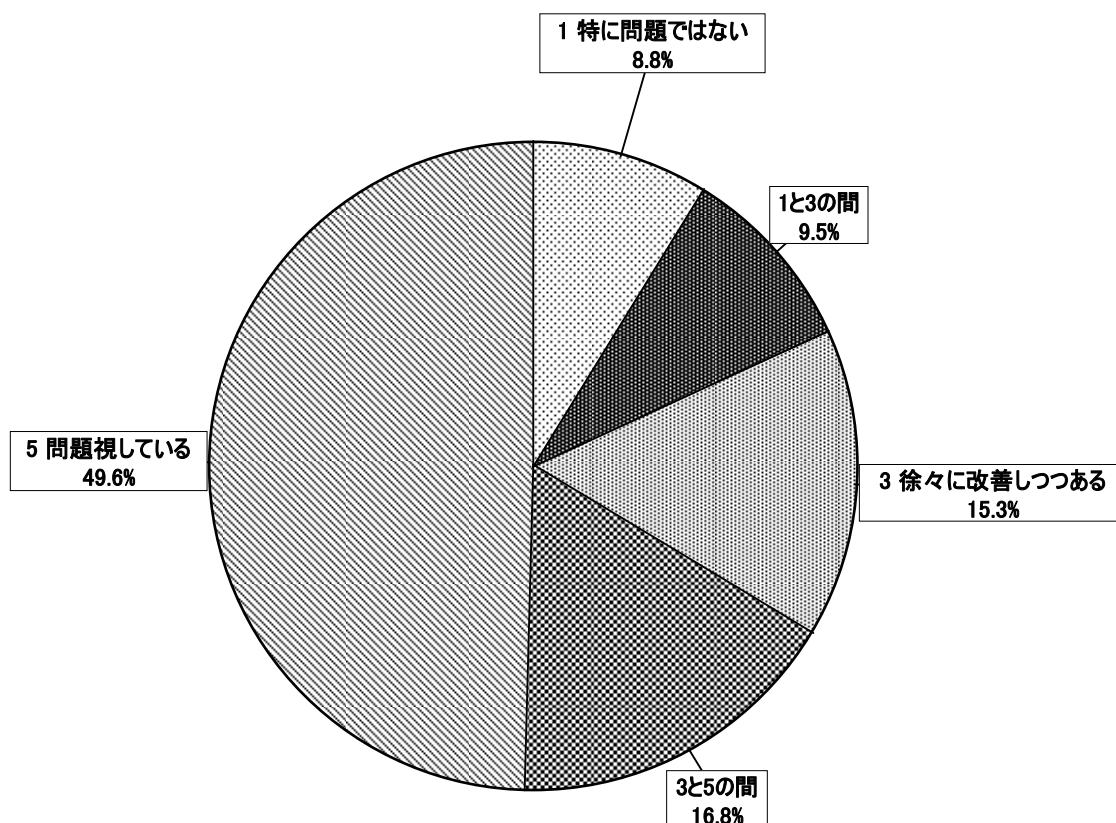


図 1A-3-12f 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 緩和ケアにおける経験の不足
(n = 139)

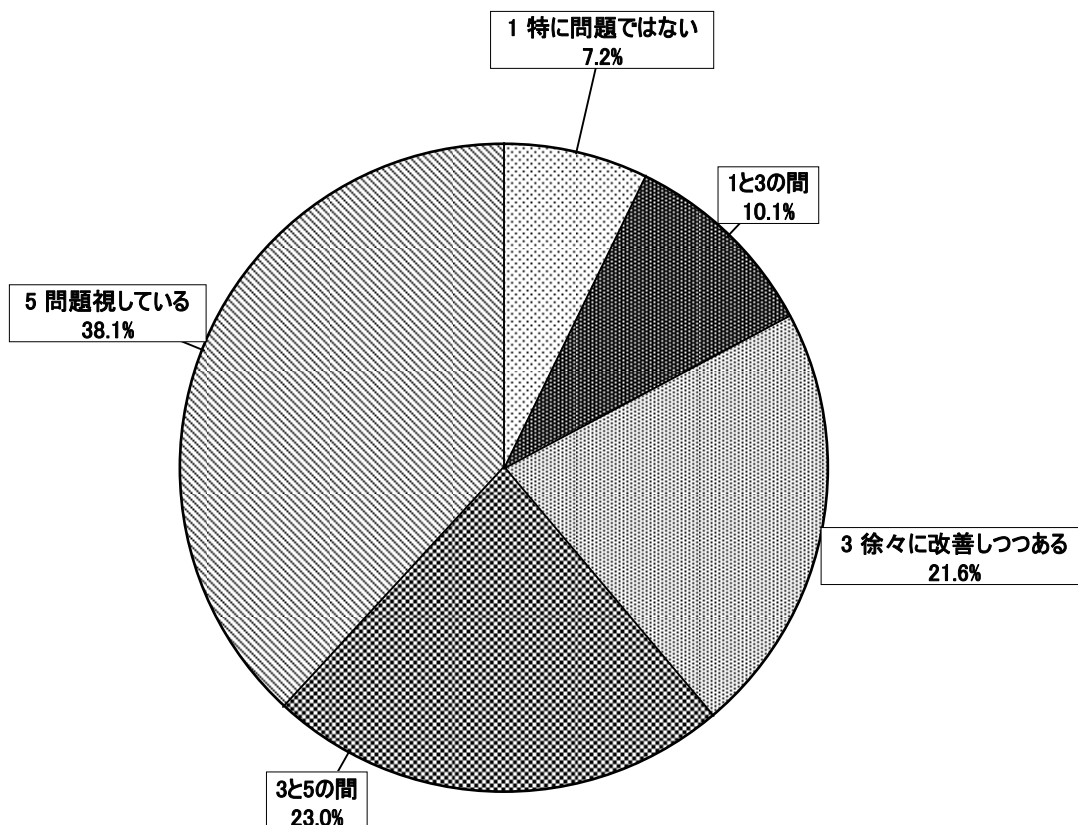


図 1A-3-12g 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 難病ケアにおける経験の不足
(n = 136)

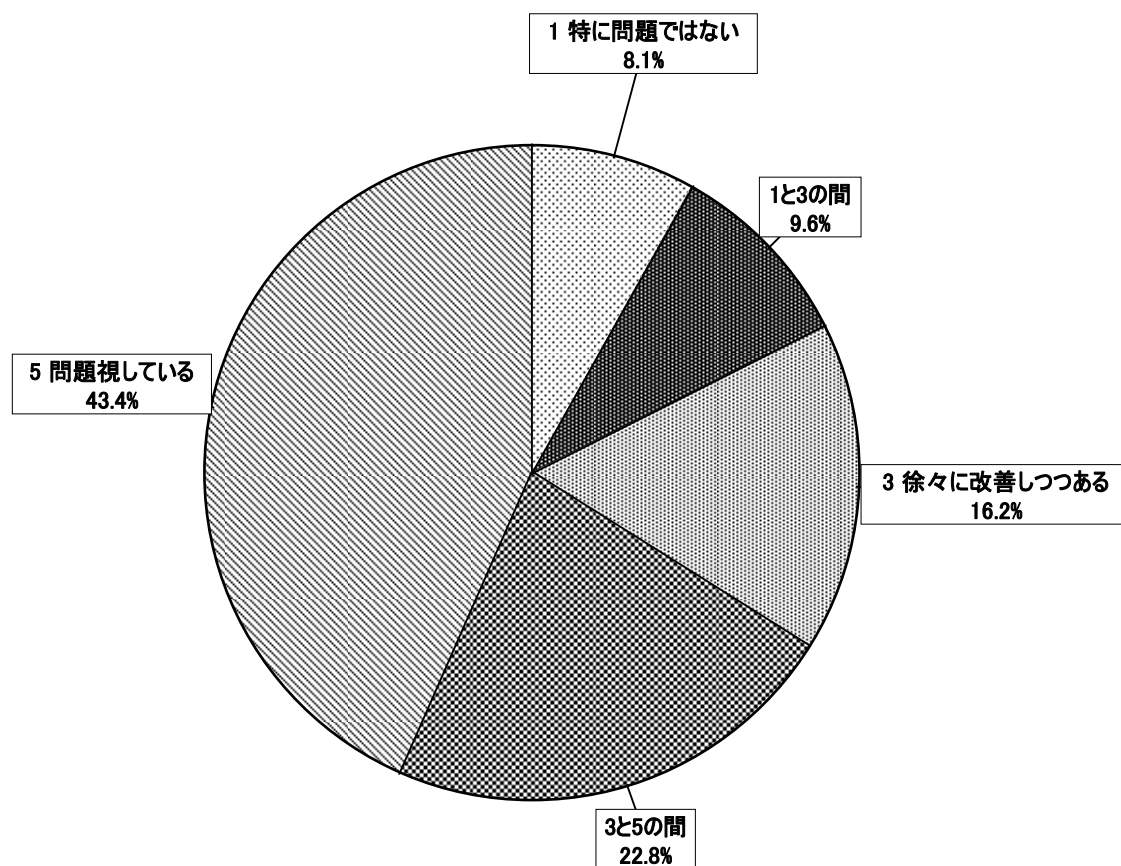


図 1A-3-12h 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 経済的な問題
(n = 141)

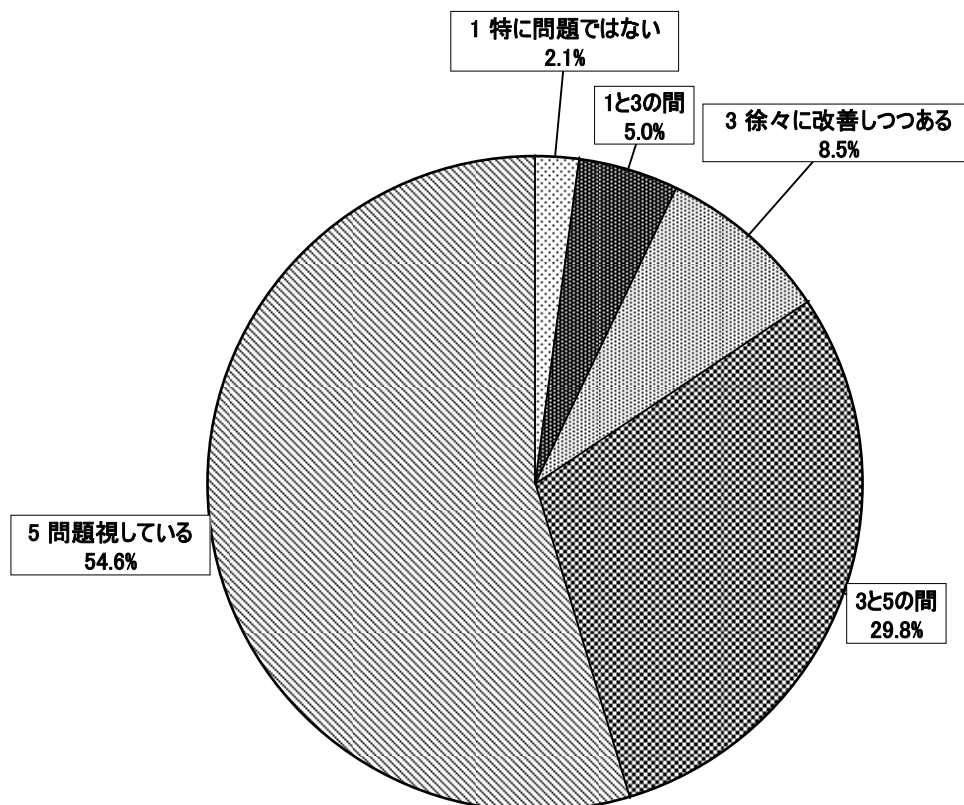


図 1A-3-12i 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 家族介護力の不足(高齢であるなど)
(n = 143)

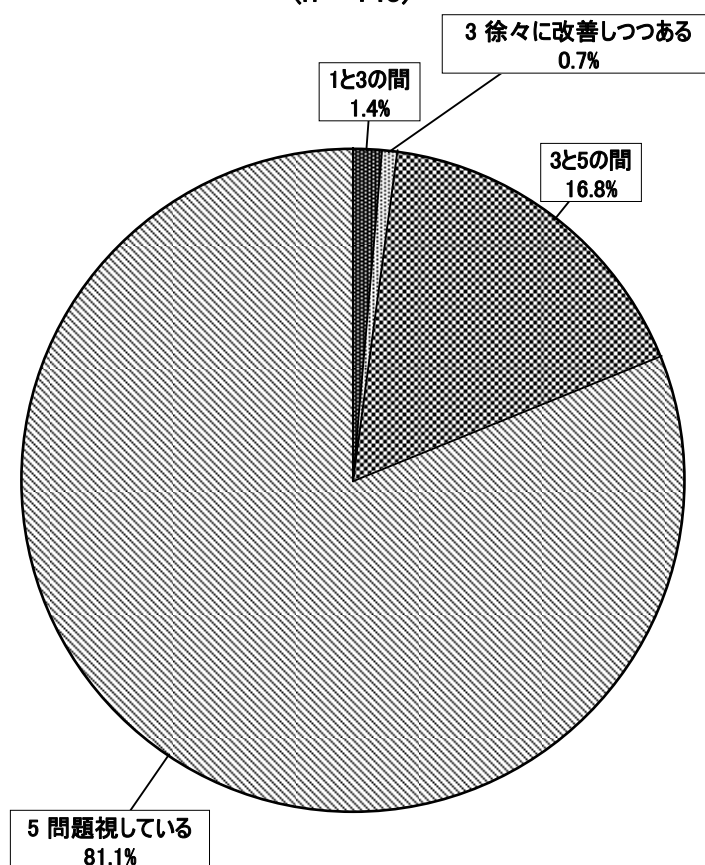


図 1A-3-12j 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 家族の絆の問題
(n = 141)

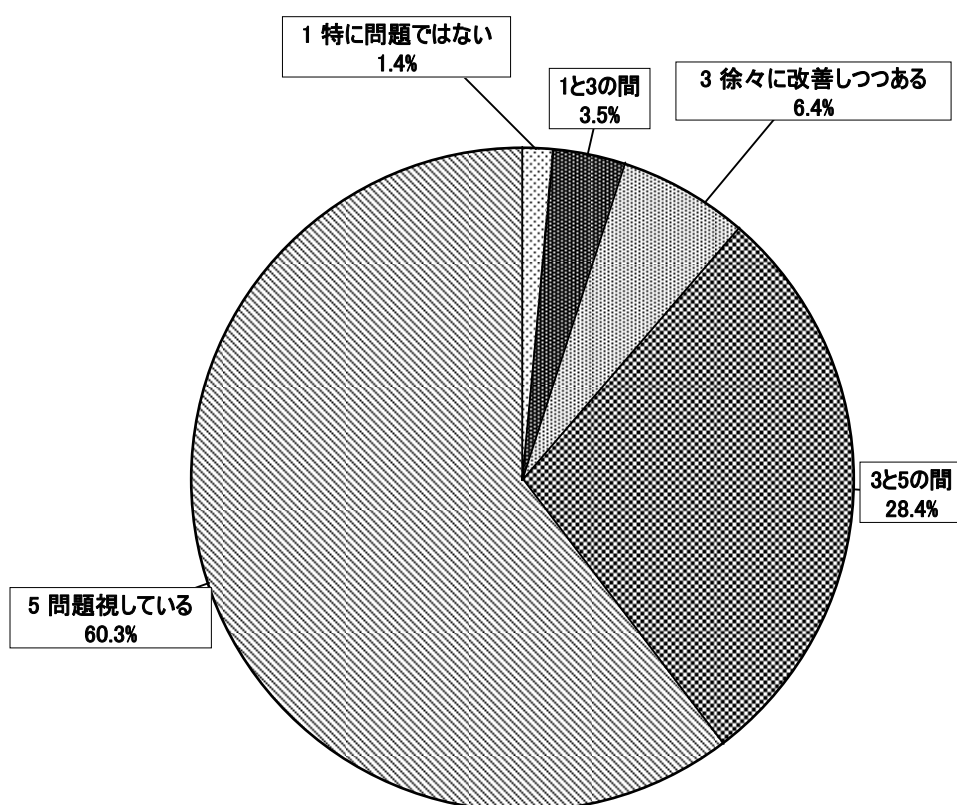


図 1A-3-12k 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 訪問看護事業所の不足
(n = 142)

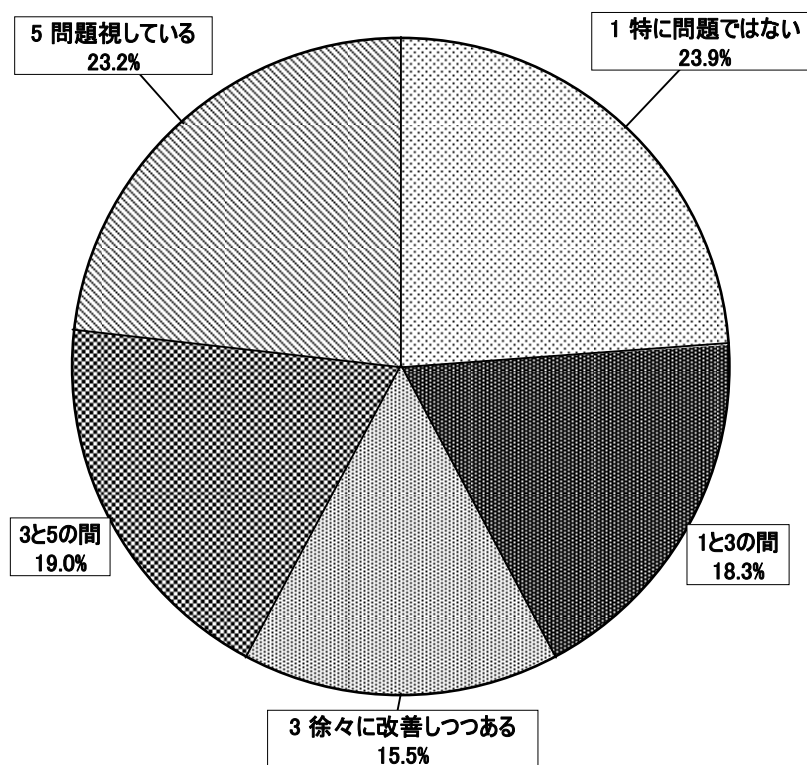


図 1A-3-12l 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 訪問薬剤指導管理を行う調剤薬局の不足
(n = 135)

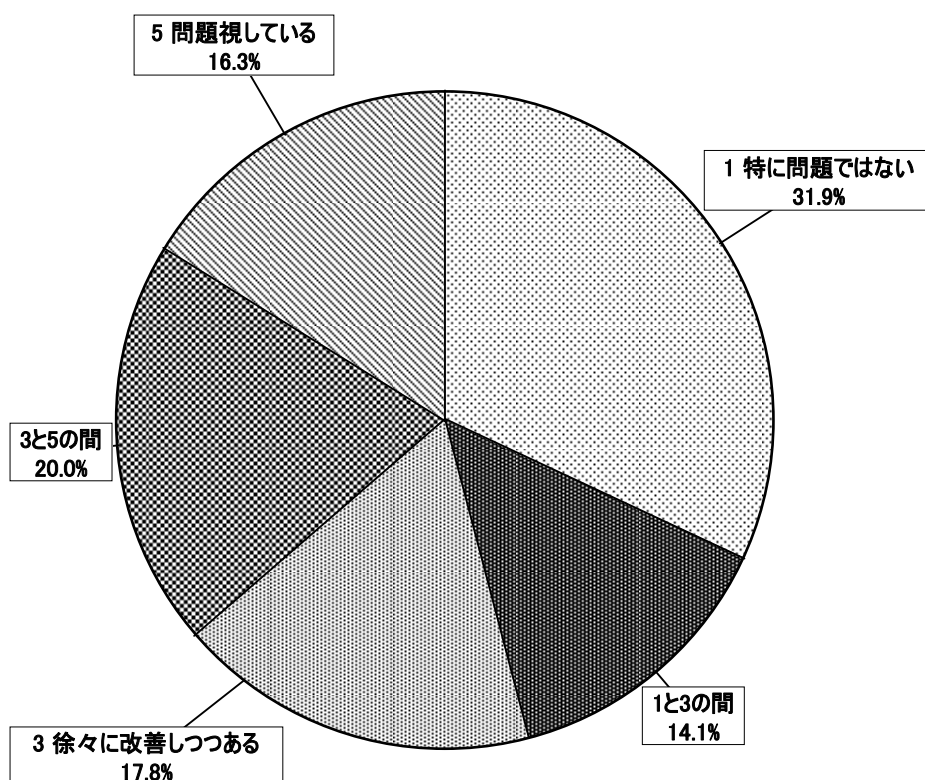
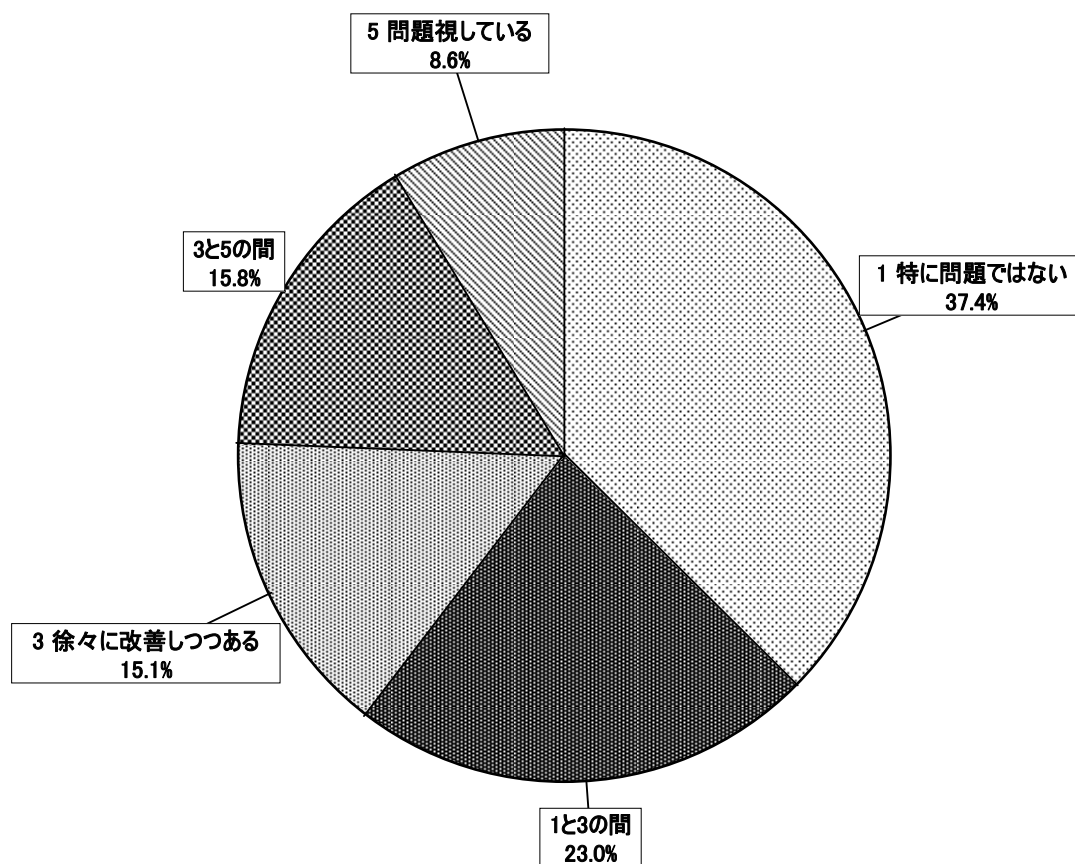
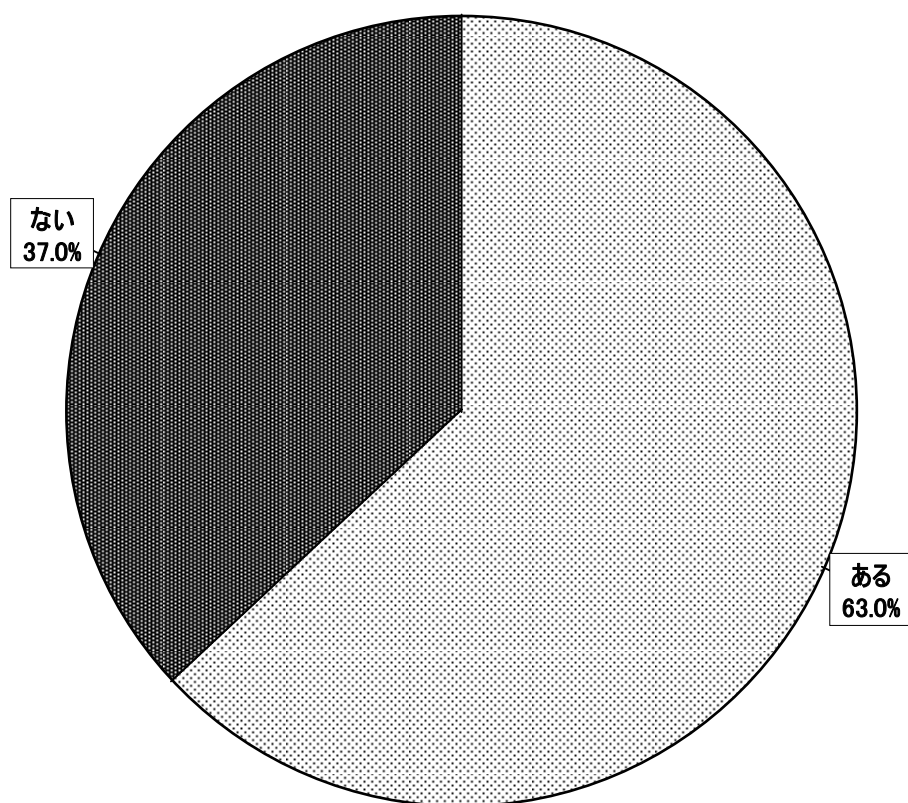


図 1A-3-12m 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 訪問介護事業所の不足
(n = 139)



問1A-3-13 在宅復帰を進めるために、貴連携室で主体的にはたらきかけている活動
(n = 138)



問1A-4-1 地域連携退院時共同指導料2を算定したか
(n = 138, 2007年1～12月)

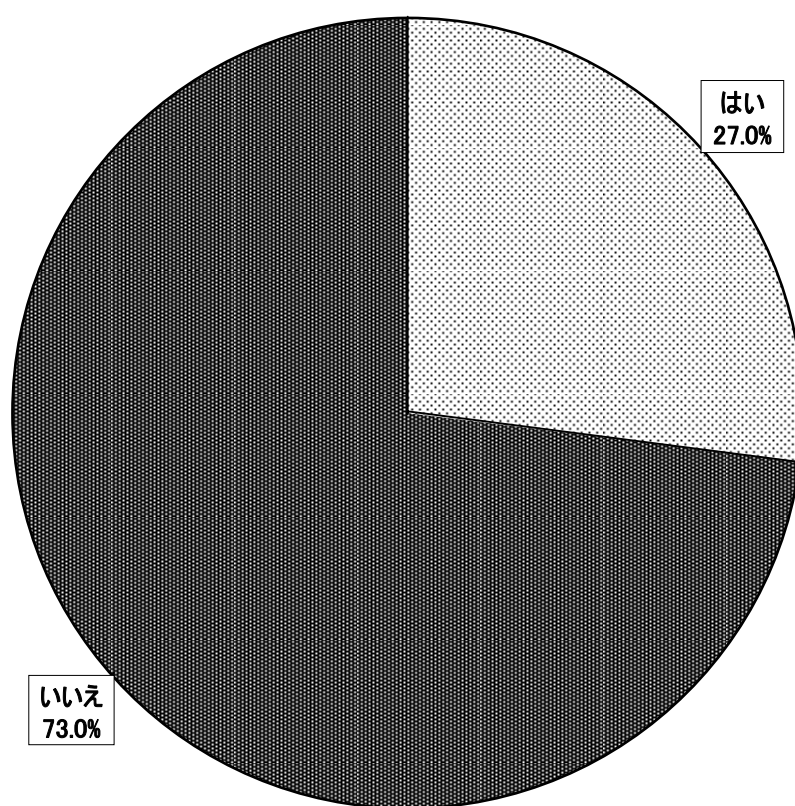


図 1A-4-1-1a 地域連携退院時共同指導料2を算定した診療所数
($n = 31$, $m \pm \sigma = 11.9 \pm 25.5$, 自由記載)

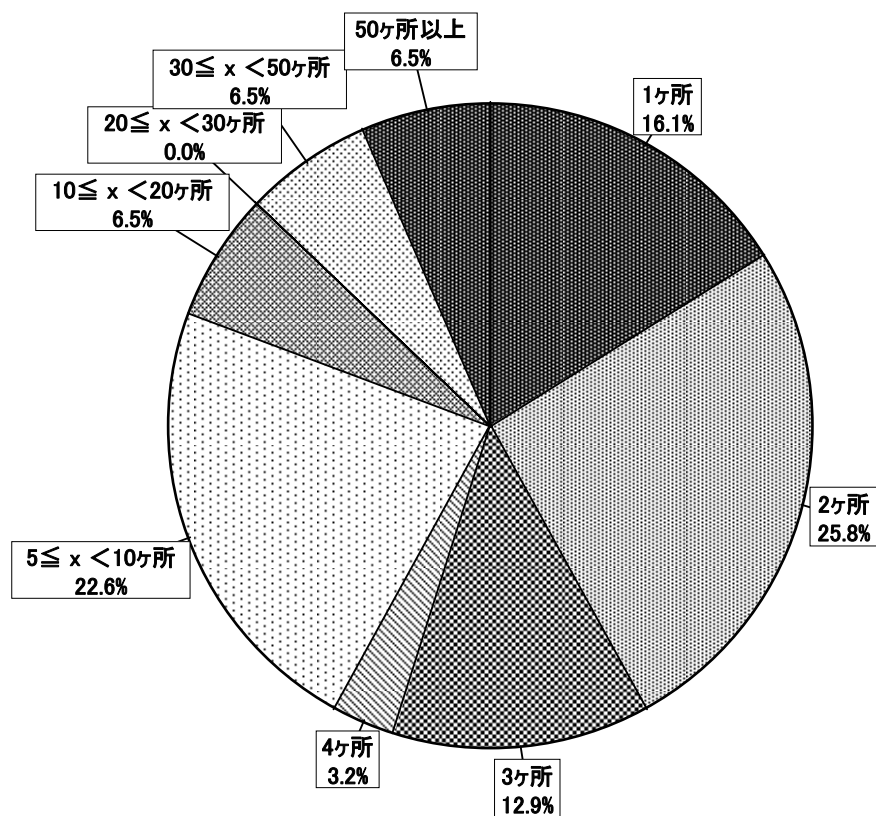


図 1A-4-1-1b 地域連携退院時共同指導料2を算定した患者数
($n = 31$, $m \pm \sigma = 56.3 \pm 254.7$, 自由記載)

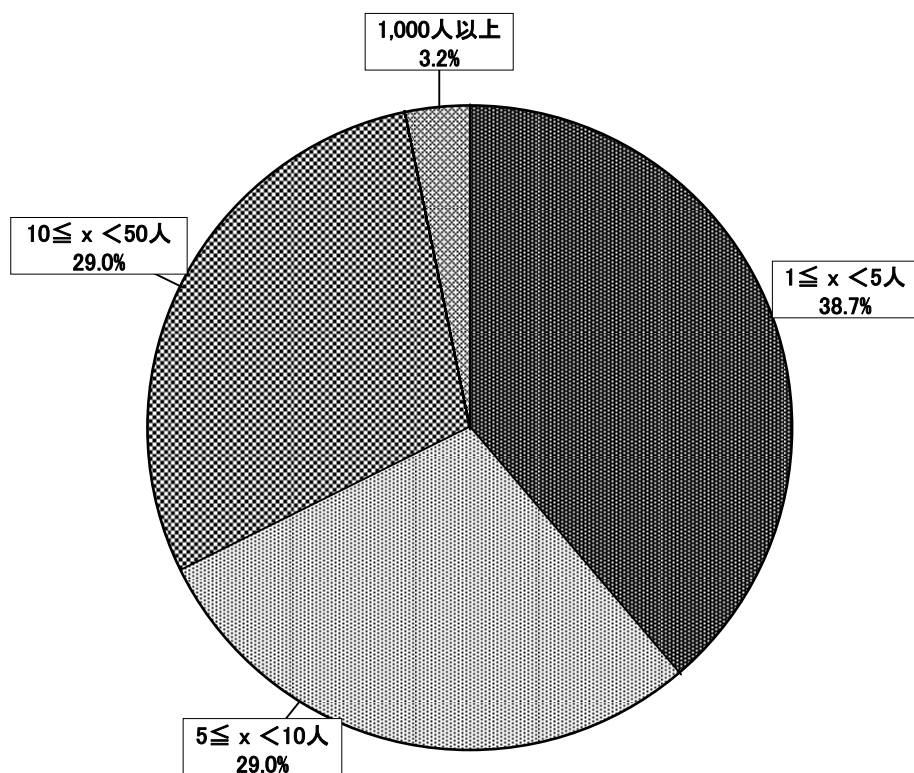


図 1A-4-1-1c 地域連携退院時共同指導料2を算定した診療所数 - 在宅療養支援診療所
($n = 24$, $m \pm \sigma = 3.9 \pm 6.0$, 自由記載)

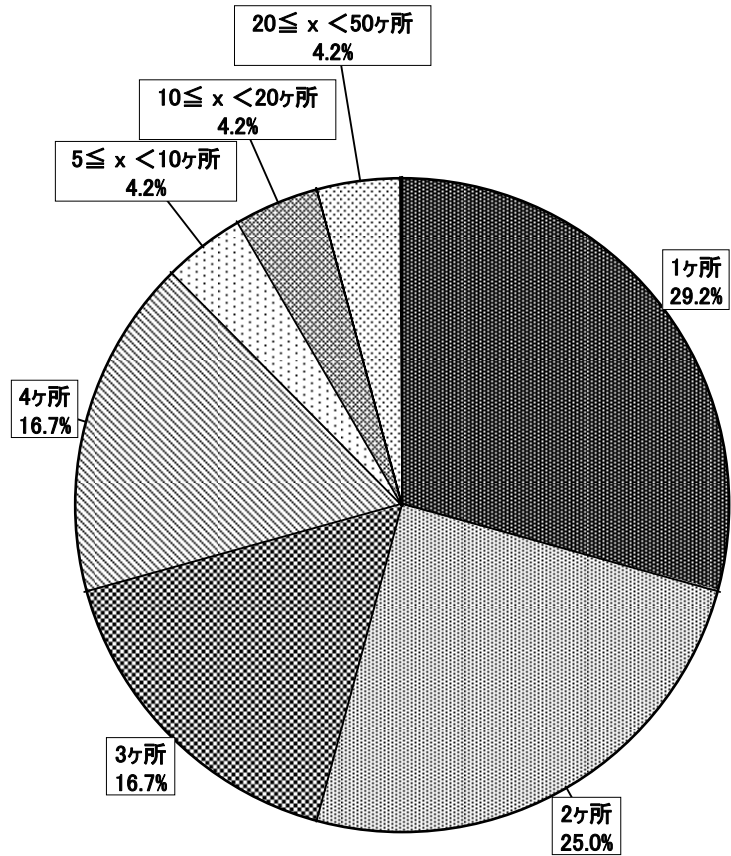


図 1A-4-1-1d 地域連携退院時共同指導料2を算定した患者数 - 在宅療養支援診療所
($n = 21$, $m \pm \sigma = 8.4 \pm 10.2$, 自由記載)

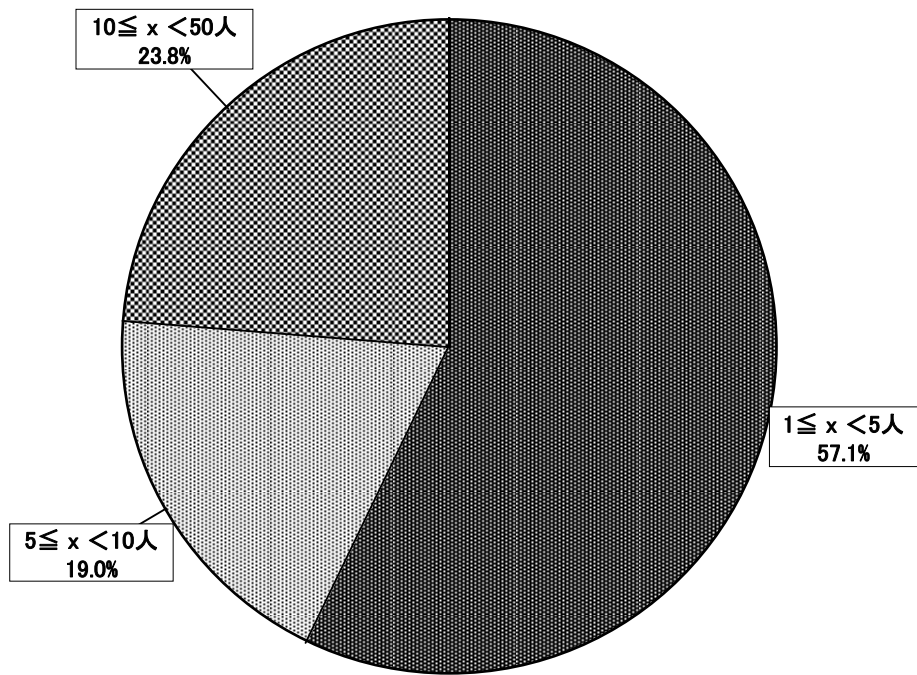


図 1A-4-2a 連携している診療所総数
($n = 107$, $m \pm \sigma = 131.2 \pm 224.6$, 自由記載)

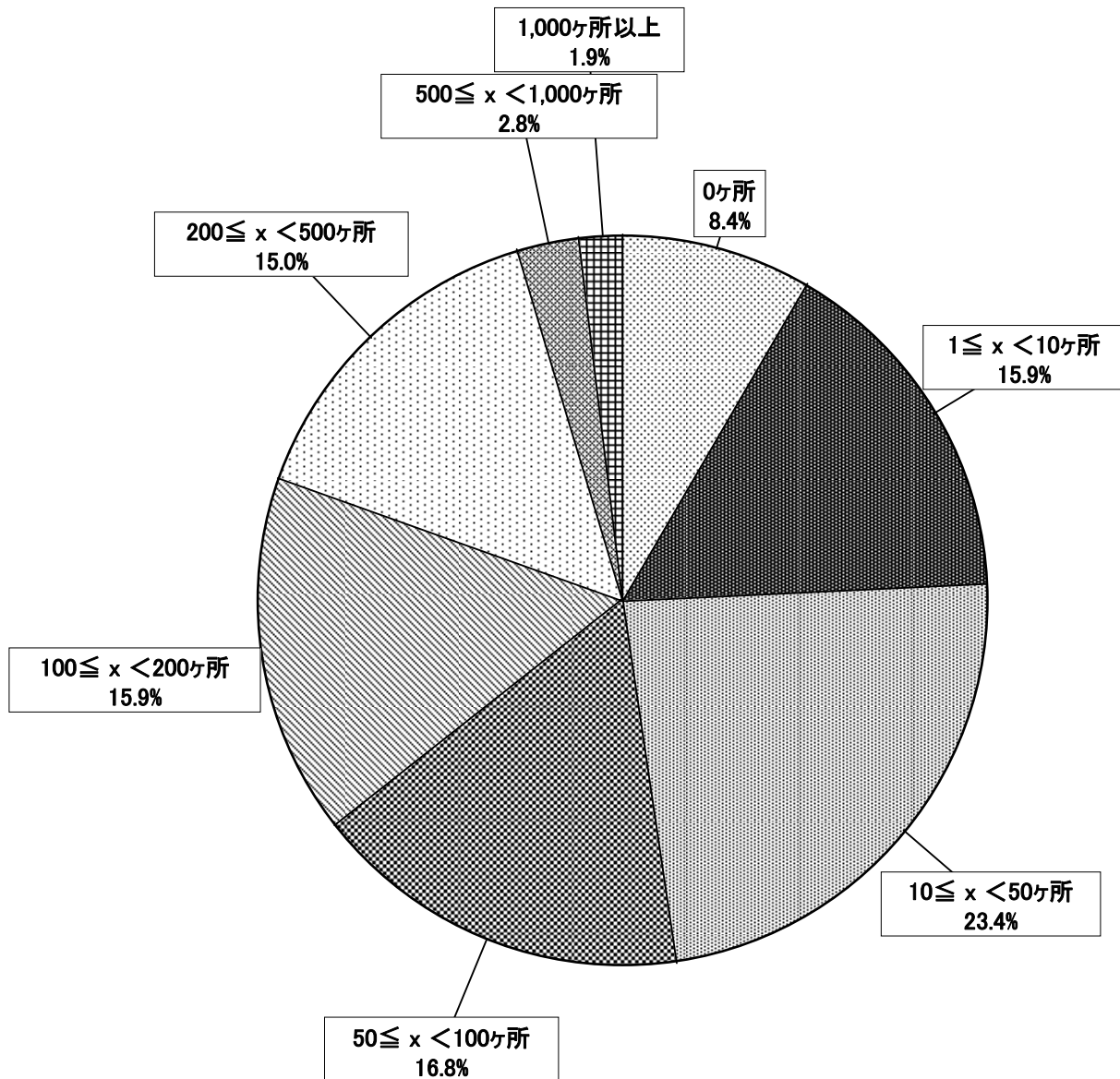


図 1A-4-2b 連携している診療所数 - 在宅酸素
($n = 56$, $m \pm \sigma = 19.4 \pm 21.1$, 自由記載)

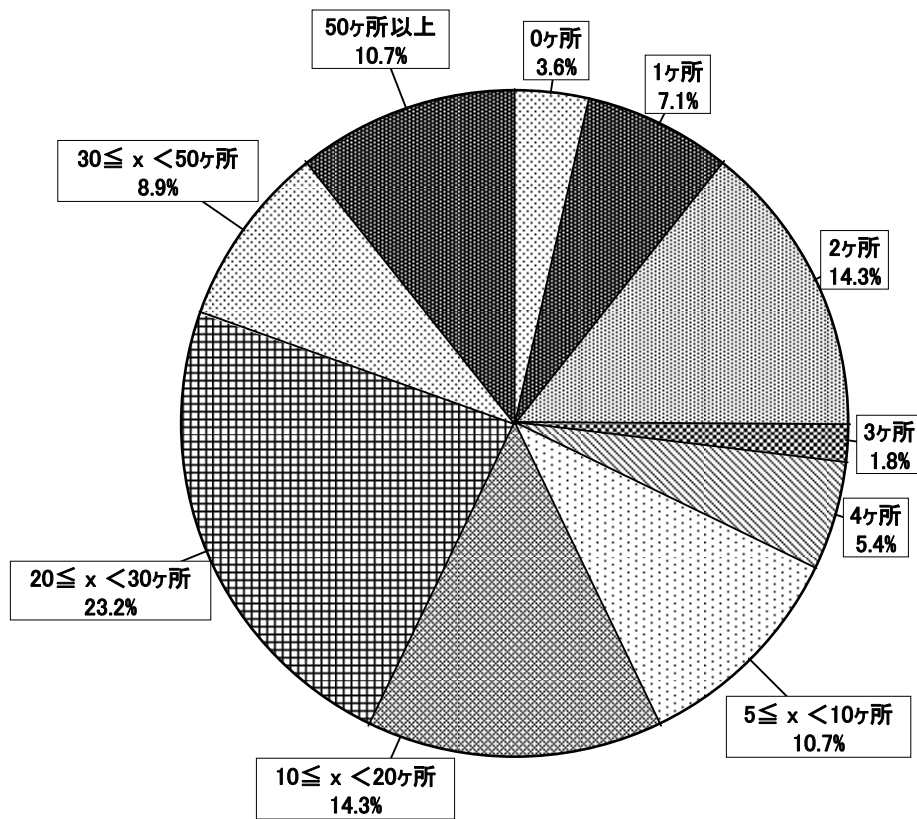


図 1A-4-2c 連携している診療所数 - 人工呼吸器
($n = 48$, $m \pm \sigma = 6.5 \pm 9.0$, 自由記載)

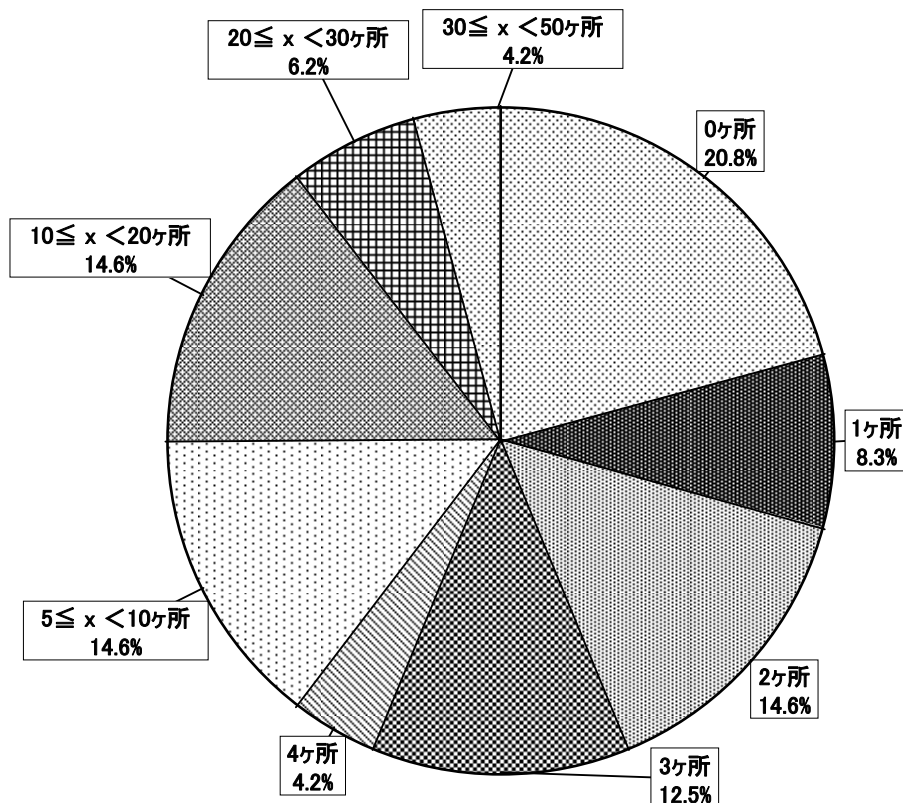


図 1A-4-2b 連携している診療所数 - 気管切開
($n = 52$, $m \pm \sigma = 11.3 \pm 13.6$, 自由記載)

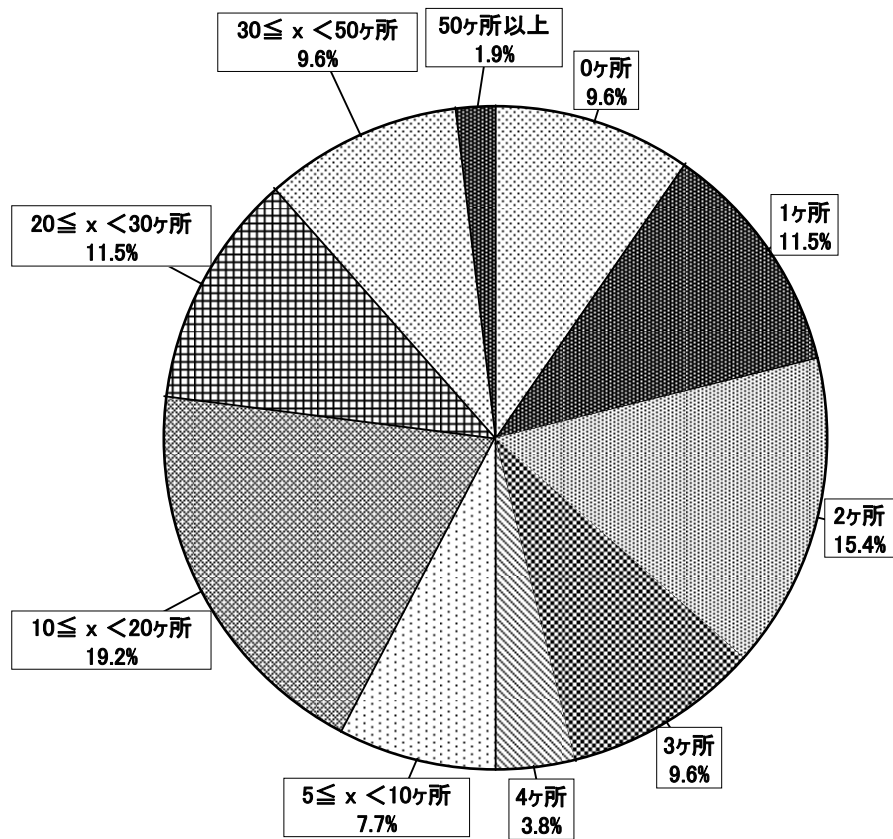


図 1A-4-2c 連携している診療所数 - 胃瘻、経管栄養
($n = 55$, $m \pm \sigma = 18.8 \pm 20.6$, 自由記載)

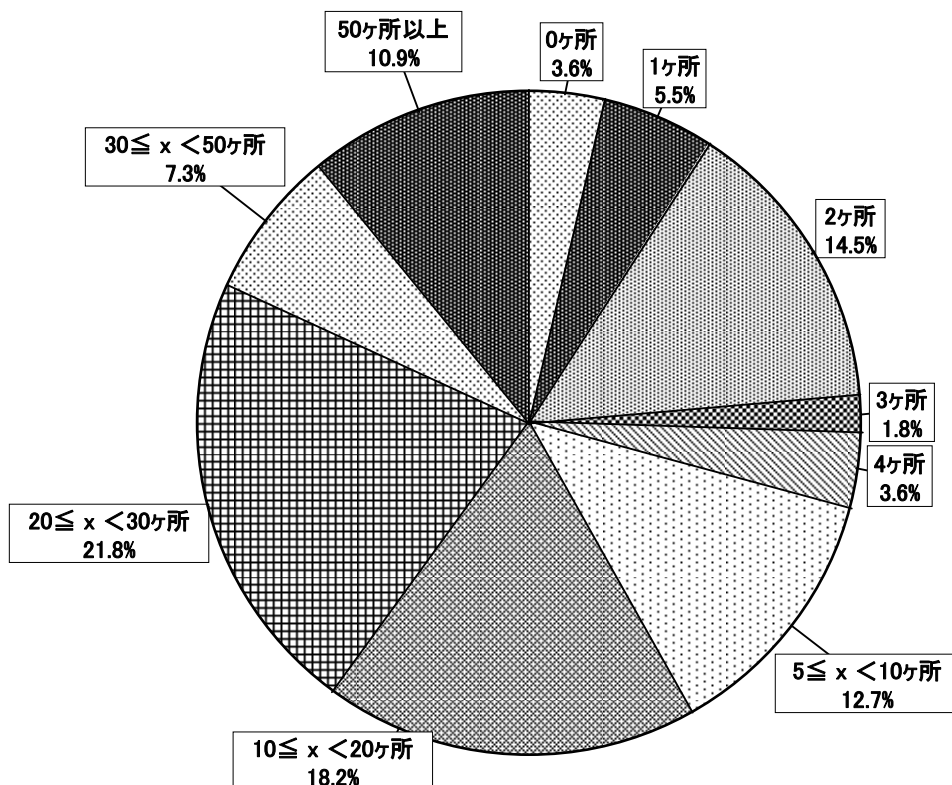


図 1A-4-2b 連携している診療所数 - 中心静脈栄養
($n = 53$, $m \pm \sigma = 14.5 \pm 20.3$, 自由記載)

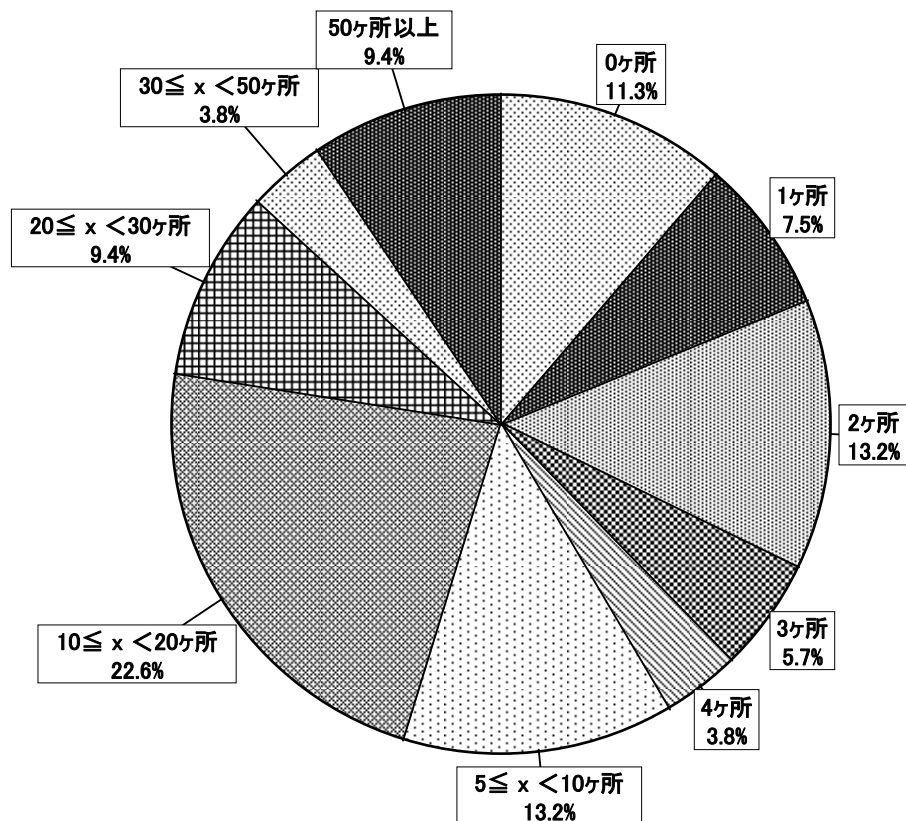


図 1A-4-2c 連携している診療所数 - 緩和医療
($n = 54$, $m \pm \sigma = 10.2 \pm 13.7$, 自由記載)

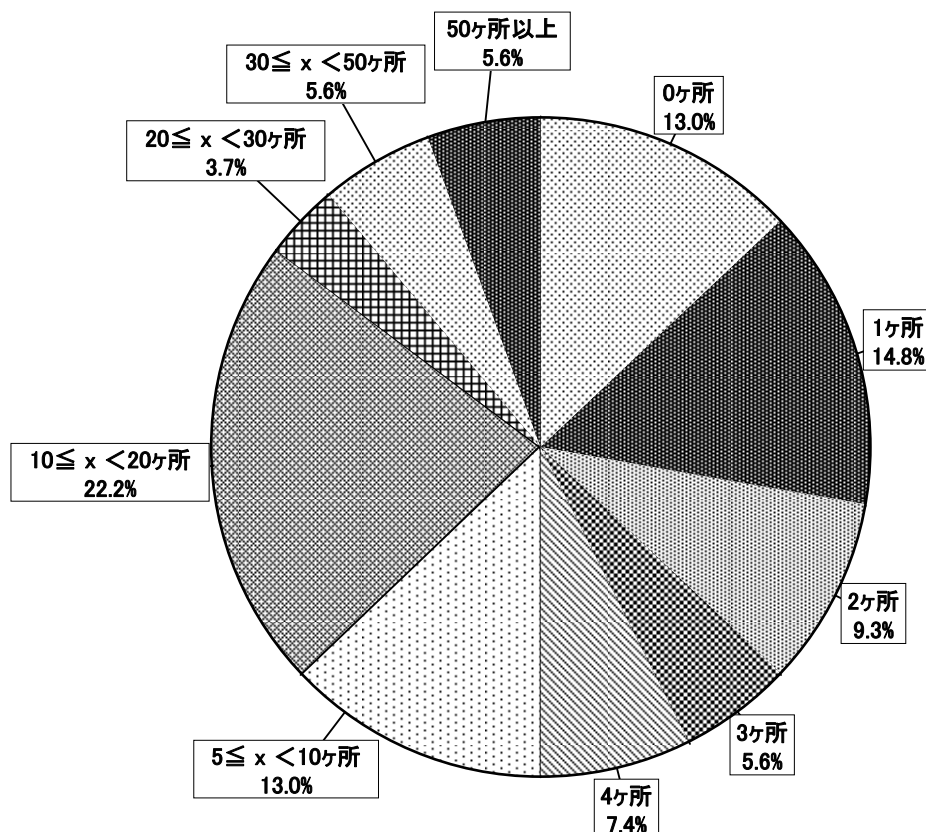
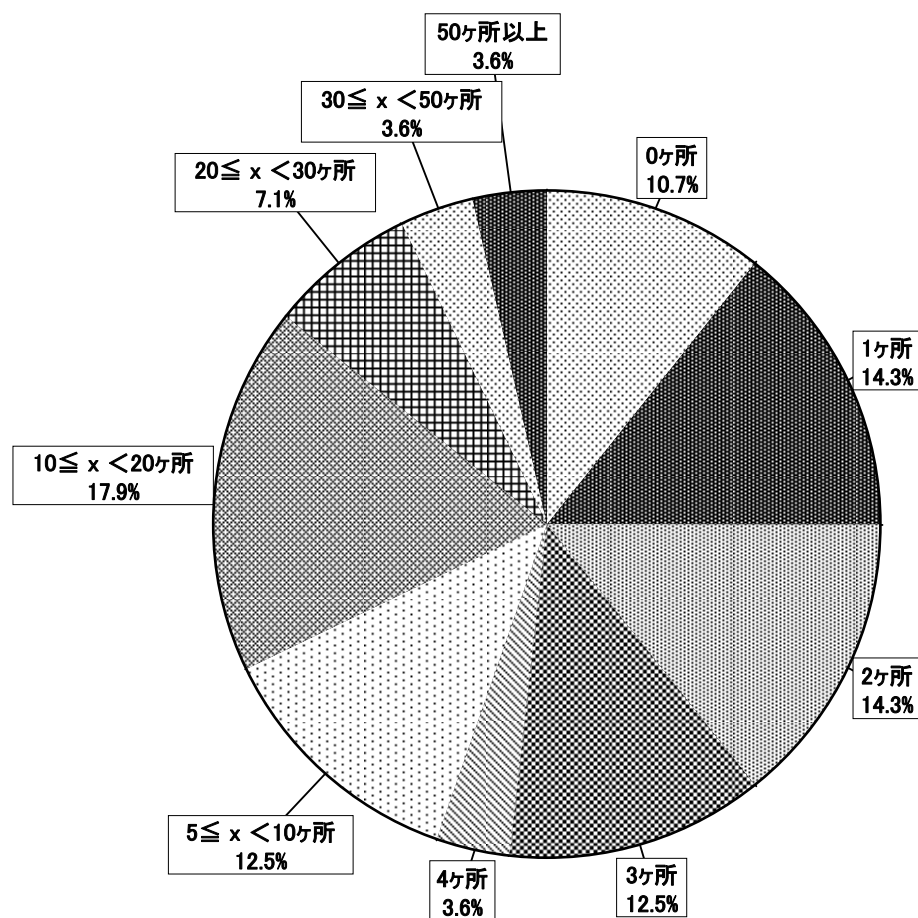


図 1A-4-2h 連携している診療所数 - 24時間対応
($n = 56$, $m \pm \sigma = 8.9 \pm 12.0$, 自由記載)



問1A-5-1 連携室スタッフの在宅医療の知識経験
(n = 138)

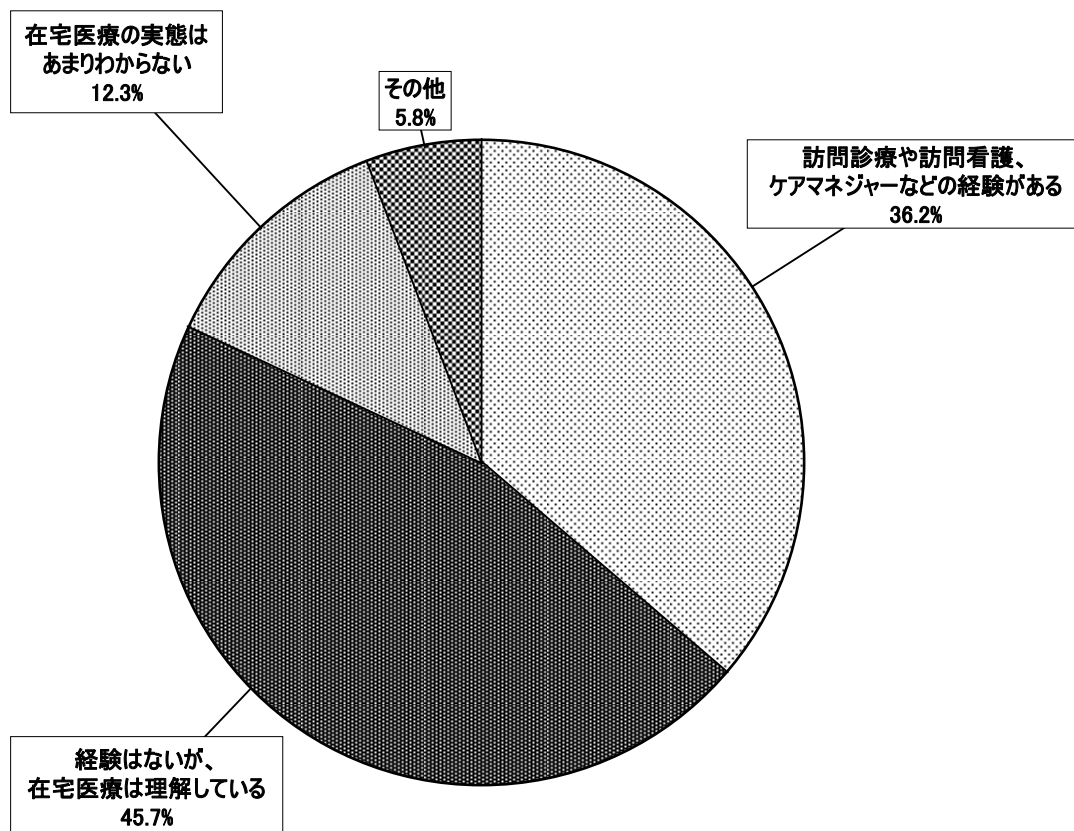


表1A-5-1 連携室スタッフの在宅医療の知識経験 - その他

整理No.	記載内容(表記のまま)
20	訪問診療看護にソーシャルワーカーとして同行、家屋調整
46	経験はありせんが、在宅で稼働中の訪問看護師さんがケアマネージャーさんと同席し、情報交換等したことはあります。
62	医療職は現場の経験はあるが、事務職は知識経験にばらつきがある。
65	スタッフが複数いるので、知識経験が豊富な者もいれば、未熟な者もいる。
73	研修等に参加し、理解を深めている段階
97	在宅医療、相談ケースが増えてきており、理解しはじめた
101	病診連携室、Ns 2人
144	ケアマネージャーの資格があるが、実践経験はない
156	理解の度合いに格差がある

問1A-5-2 連携室スタッフの在宅医療研修
(n = 134)

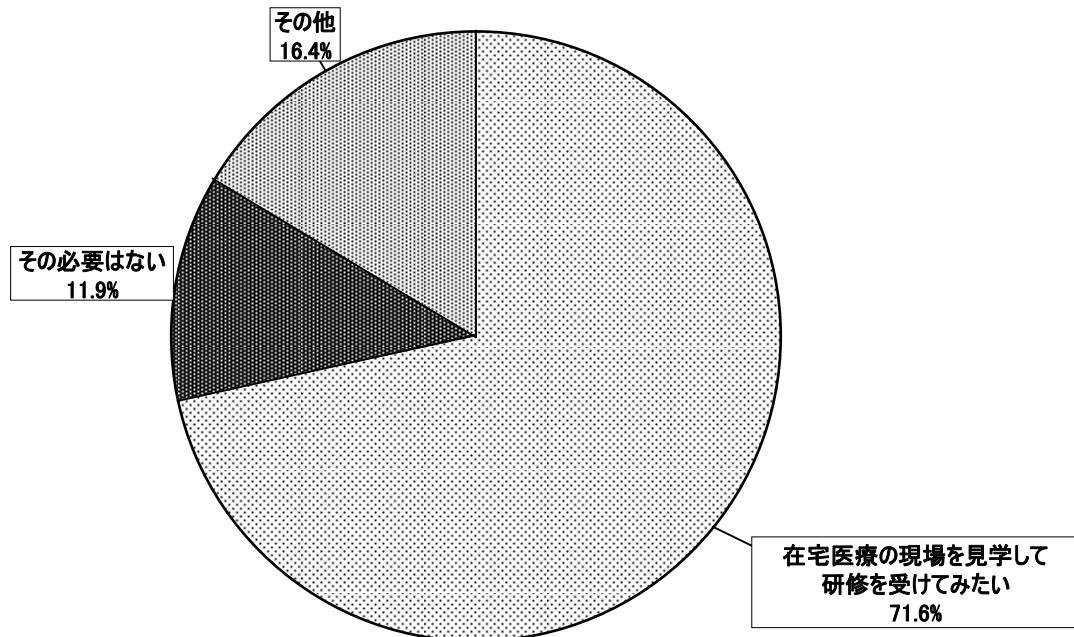


表1A-5-2 連携室スタッフの在宅医療研修 - その他

整理No.	記載内容(表記のまま)
36	随時、対応を考えることになる。
41	院内の在宅部門と常に情報交換をしている
45	研修に出せるだけの人員がいない。
51	連携室のスタッフは事務職なので、今は必要ない。
60	在宅医療・在宅介護・看護の現場を見学して研修をした方が良いと考える。
69	研修内容により
71	在宅療養に関わる多職種者との合同研修
84	受けてみたいとは思いますが、それよりも優先すべきことが多々あるので今すぐは困難と思う。
86	研修の内容による。
93	事務員であるので医療的なことが想像である。看護師はケアマネの資格はあるが実地が乏しいので研修の必要はある。しかし医療社会事業課としてはMSW、ケアマネ訪問看護師、訪問リハの専門家を入れている。
99	診療所での往診、訪問看護ステーションでの研修を実施している。
100	当院にも在宅医療部で訪問看護を行っており、その現場に行く必要あり
104	機会があれば、見学したい。
111	採用後、1ヶ月半、在宅医療、ケア等の研修を終了后、実務に携っている。
113	研修のチャンスはあってもよいが絶対必要とは思わない。
128	研修を受ける体制までになっていない。
132	訪問看護ステーションのNsと連携を図り、ケースに関する情報交換を密にする。
137	研修をしている。
140	連携室ではなく各転院担当の教育は必要かもしれないが、当院が直に在宅のケースは少ない。

図 1A-6-1a 病床数
($n = 138$, $m \pm \sigma = 498.7 \pm 244.9$, 自由記載)

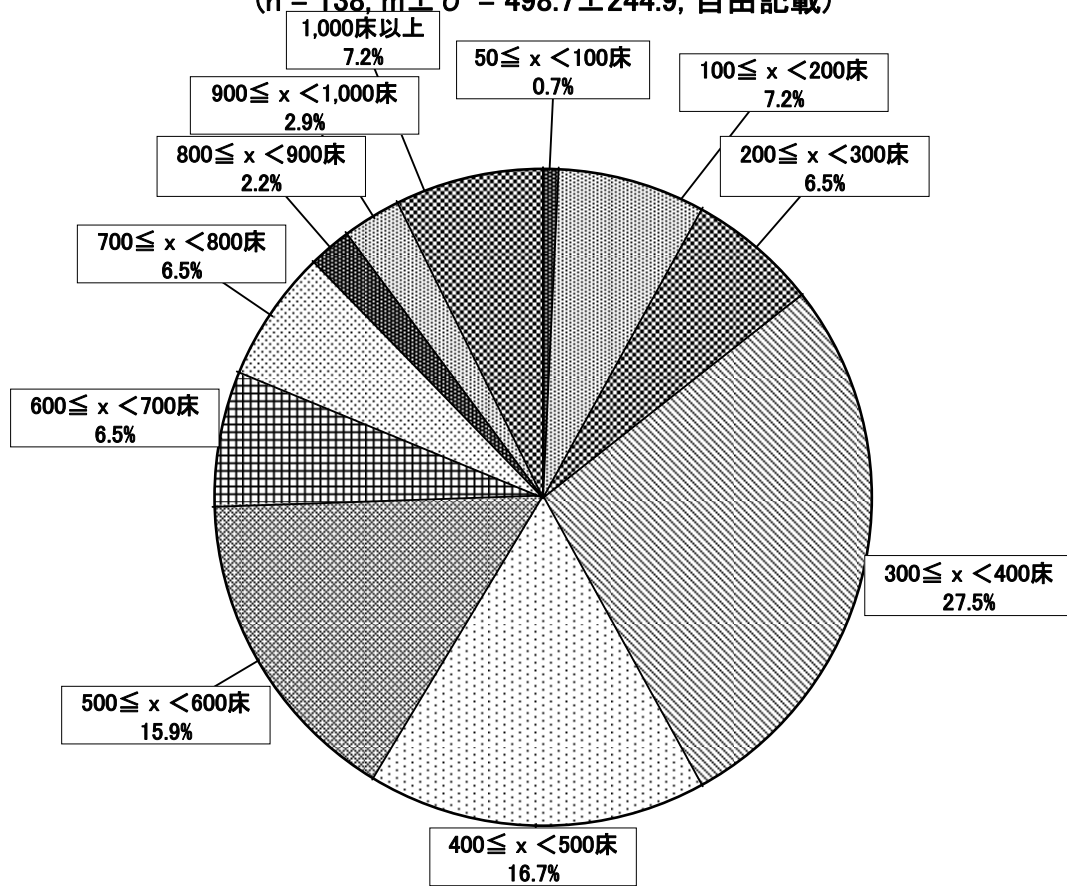
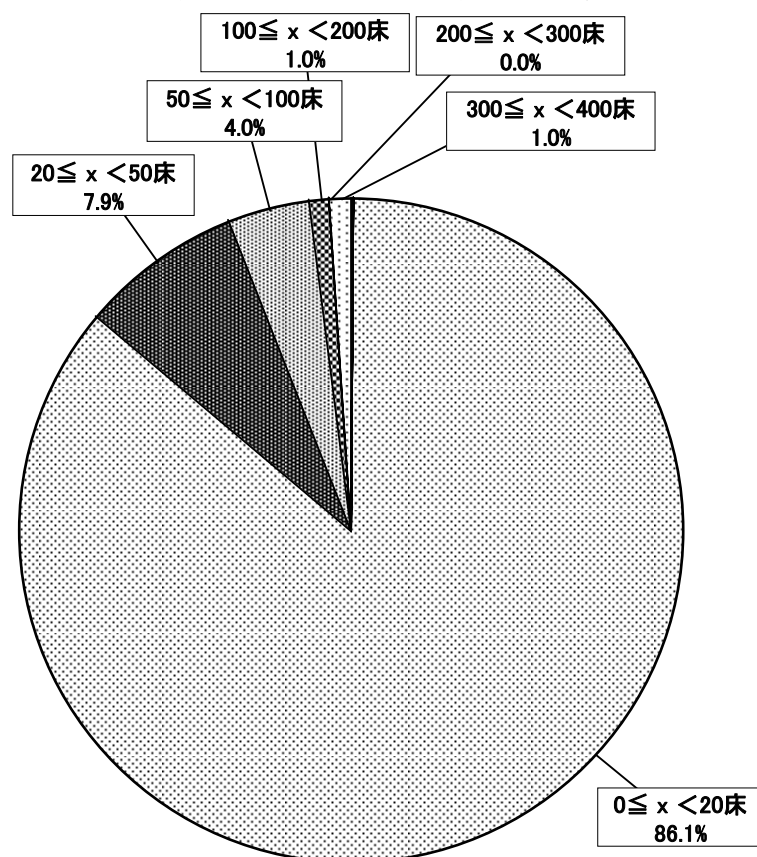


図 1A-6-1b 療養病床数
($n = 101$, $m \pm \sigma = 10.7 \pm 37.2$, 自由記載)



問1A-6-1c 平均在院日数
($n = 128$, $m \pm \sigma = 20.3 \pm 30.3$, 自由記載)

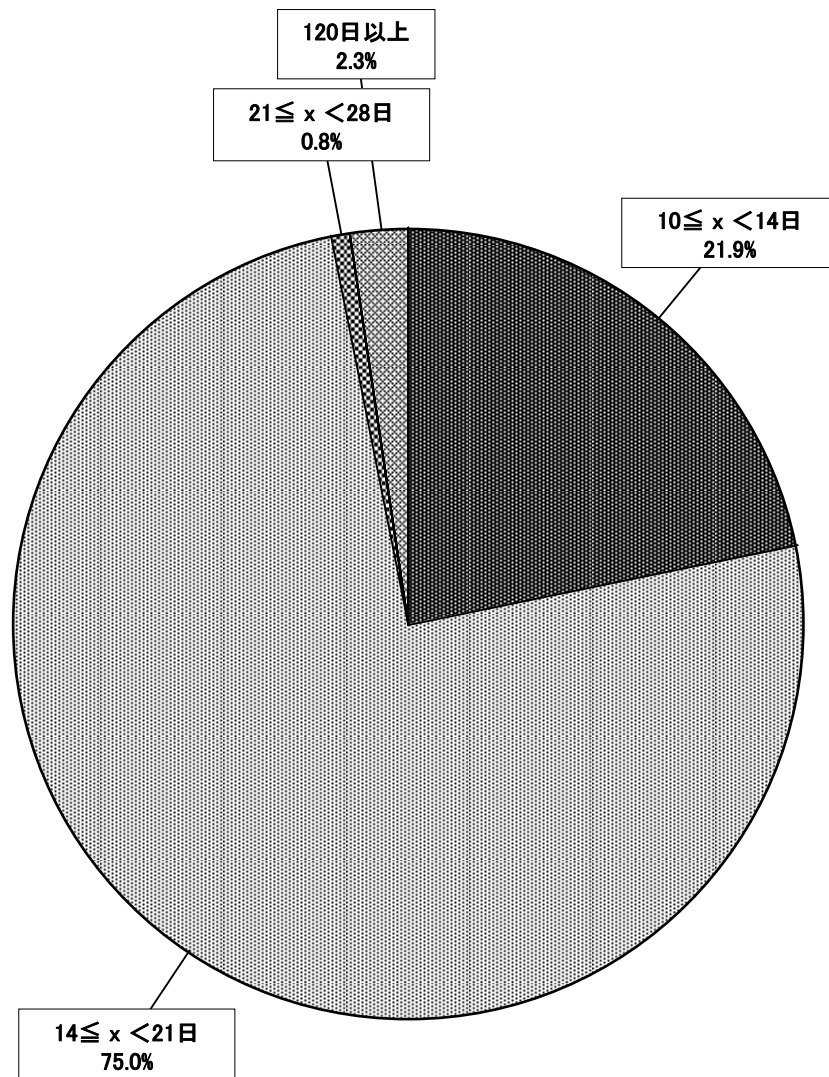


図 1A-6-1d 医師数 - 常勤
($n = 121$, $m \pm \sigma = 95.2 \pm 109.8$, 自由記載)

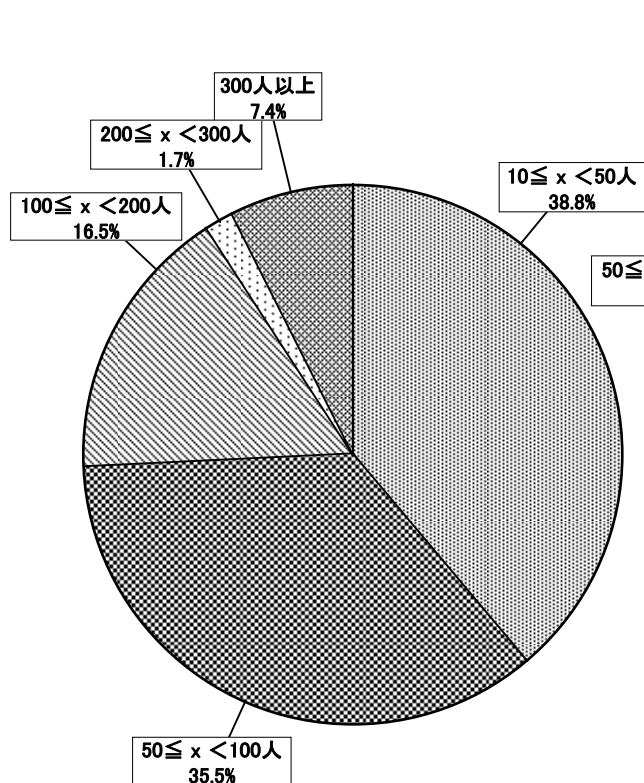


図 1A-6-1e 医師数 - 非常勤
($n = 103$, $m \pm \sigma = 42.9 \pm 67.6$, 自由記載)

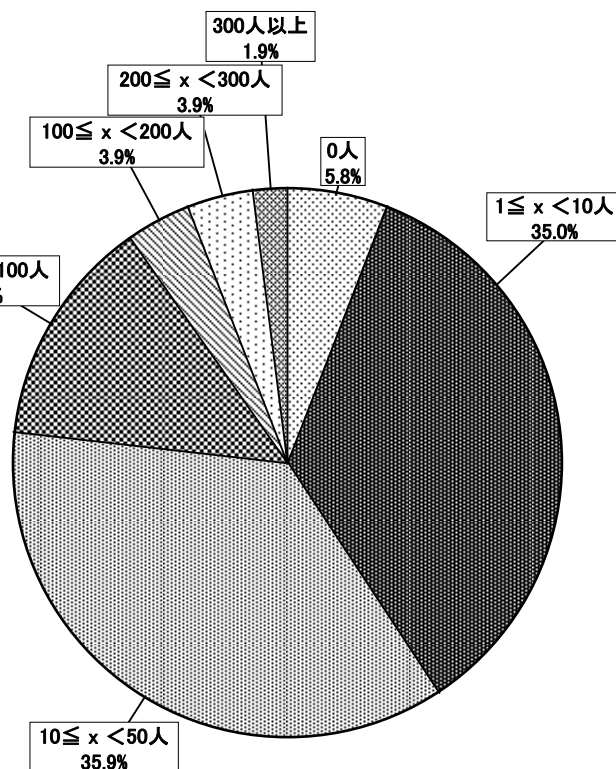


図 1A-6-1f 看護師数 - 常勤
($n = 119$, $m \pm \sigma = 339.7 \pm 202.5$, 自由記載)

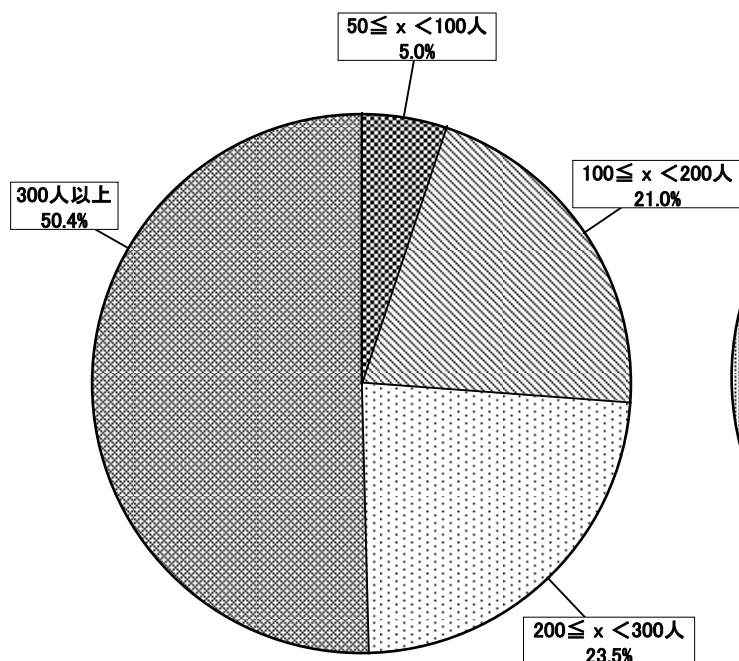
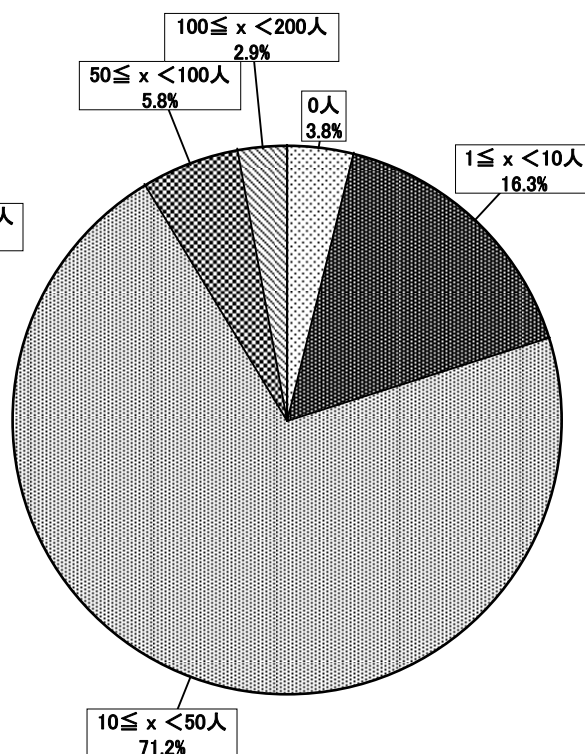


図 1A-6-1g 看護師数 - 非常勤
($n = 104$, $m \pm \sigma = 25.5 \pm 23.3$, 自由記載)



問1A-6-1h 施設種別
(n = 74)

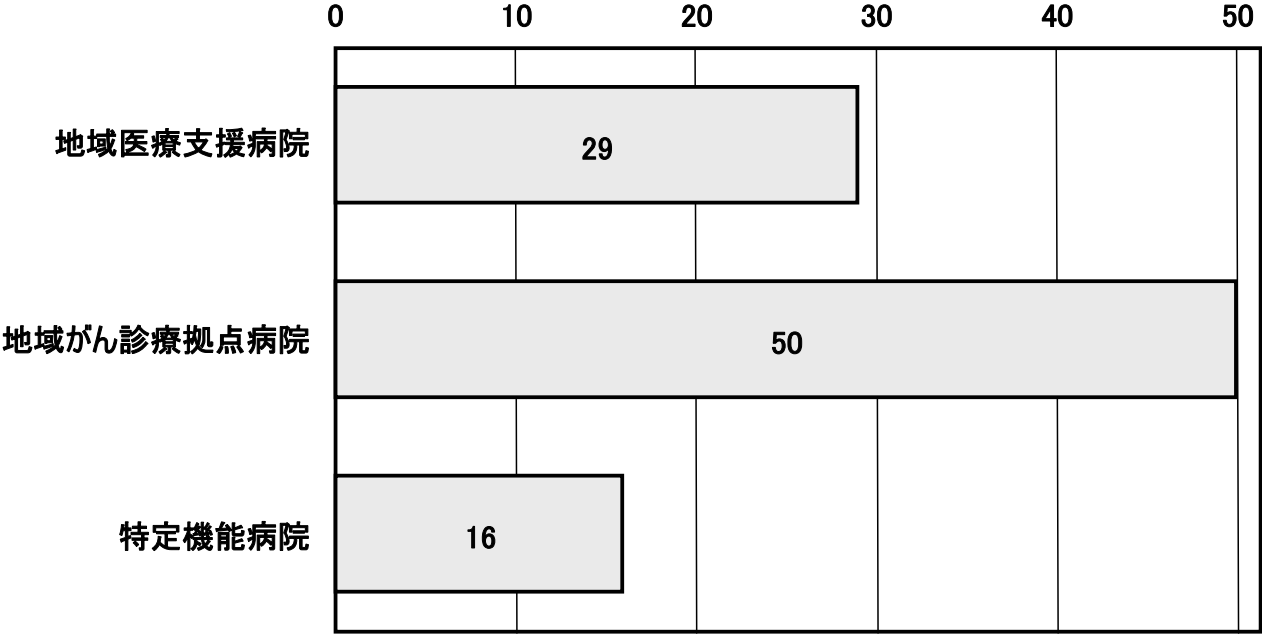


表 1A-2-1 問 2-1 退院支援（退院計画）について病院としての取り組み（「ない」の注釈も含む）

整理 No.	回答	記載内容（表記のまま）
3	ある	退院計画書（入院 1 週間以内に記入する） 退院調整（支援）の流れを一覧にしたものを作成している。 支援過程の記録用紙を作成した。
4	ない	入院時に病棟 Ns が使用しているスクリーニングシートはあるが、連携室は通らない。
7	ある	2003 に作成、協力機関との連携調整。
13	ある	・退院支援スコアシートを利用し、必要患者に早期退院調整ができるよう支援している。 ・退院調整がスムーズにできるよう退院調整依頼書を作成している。
15	ある	・長、中期入院予想患者のリスクチェック票 ・退院支援アセスメントシート ・退院支援依頼票
22	ある	退院支援連携表
25	ある	入院後、主治医が治療計画を立てた時点で担当看護師が退院計画スクリーニング票によりスクリーニングを行う。スクリーニング後、退院計画が必要な患者に対して、退院計画アセスメント票を活用し退院支援を行う。
26	ある	チェックリストやスクリーニングシートは作成していないが、退院支援にあたり、MSWが依頼（Dr、Ns、家族等）により対応している。
27	ある	疾患別家族構成別
28	ある	チェックリスト退院計画フェイスシート
31	ない	各ケースのケースファイルにて記録しており、退院計画のみのものはなし
34	ある	退院依頼表、スクリーニングシート経過記録用紙、退院前チェックリスト
35	ある	入院時スクリーニングシートMSW、地域医療連携室相談援助依頼票
37	ある	入院時に（看護師により）退院支援スコア表でスクリーニング、5 点以上で 1 週間以内にカンファレンス。退院計画書の流れに添って地域連携室に調整依頼書を提出。
40	ある	・退院計画スクリーニング ・退院計画アセスメント
44	ない	具体的にはまだ取りくんでいません。ケースバイケースに対応しています病床管理担当と医療福祉相談室、連携室と共同で検討課題としています。
45	ある	チェックリスト、スクリーニングシートを作成したが、病棟看護師が多忙で、記入できないため、退院支援の多い病棟を定期巡回し、その他は随時口頭で相談にのっている。
46	ある	フェイスシートに情報を整理して、支援経過や今後の方針等記録しています。
49	ある	退院スクリーニングシート
50	ある	病棟によってはチェックシートを作成して対応している。
53	ある	クリニカルパス（退院準備の時期）
55	ある	・入院時スクリーニングシート

		・退院計画予定表
58	ある	電子カルテに退院計画として在宅でのサービス利用状況等が記入されるシートがあります。
60	ある	・退院調整スクリーニング票。 病棟管理調整者が看護師（外来・救急外来）からの情報を元にスクリーニング票を記入する。 ・長期入院患者リスト（在院日数 30 日以上）を作成し、各病棟に配布する。
61	ある	脳血管疾患、退院計画書を作成し、入院と同時にスクリーニングシートで判定し、退院計画を開始します。
62	ある	・退院援助依頼書 ・退院援助依頼患者アセスメント票
63	ある	退院支援スコア表退院調整依頼書退院支援標準看護計画
64	ある	・継続看護ガイドを各病棟、外来に配布（スクリーニング基準含む）（看護部作成のファイル） ・退院調整依頼表（治療方針・家族の希望・A D L在宅での医療処置等について記入）
65	ある	全病棟共通の当課あての依頼書により、退院支援を開始する。スクリーニングシートを使用している病棟もある。
66	ある	社会資源利用状況主訴
67	ある	電子カルテ内に「退院計画スクリーニングシート」というテンプレートがあり、入院 1 週間以内に病棟スタッフ（看護師）が記入する。記入すると、自動的にメール送信され、ふれあい地域医療センターで把握できるシステムになっている。病棟スタッフには、記入対象の条件を「退院指導指針」の中で示している。
68	ある	退院支援スクリーニング票（電子媒体）H19.12/1～以前は紙媒体で試行。
69	ある	退院支援スクリーニングシートを 5 病棟で実施している。
71	ある	①入院時、チェックリスト、情報用紙 ②退院時、チェックリスト、情報用紙 ③看護の情報用紙「退院時患者情報」
72	ある	・ハイリスク、スクリーニングシート ・退院計画情報 ・フェイスシート
73	ある	1. 老年病科入院時のスクリーニングシートの運用（特定の病棟のみ） 2. 整形外科クリティカルパス
75	ある	M S Wが介入時に利用している。 ・在宅スコア（東京病院医療社会福祉部の実践在宅スコアより抜粋） ・退院計画ハイリスクスクリーニング票（事例で学ぶ退院計画・ナース専科増刊より抜粋）
77	ある	退院支援スクリーニング票 退院支援依頼書 退院支援計画書
81	ある	退院計画スクリーニング票
84	ある	・病棟により取り組んでいる所と、そうでないところが存在する

		・脳外、神経内科病棟、回復期リハ病棟においては、取り組みを行っている
87	ある	チェックリスト クリニカルパス
88	ある	退院計画リスクアセスメント・スクリーニング票を記入し支援が必要な場合、退院計画依頼書を記入し支援に入る。
89	ある	各病棟独自で退院計画、進み具合のシートは作成している。ハイリスクの場合は、院内統一の相談依頼シートを病棟が電子カルテ上で記入し、連携室が介入している。病棟カンファレンスにMSWが参加し、新規患者や支援中の患者の把握と状況確認を行っている。
91	ある	「患者状況報告書」に病状の経過、必要な医療処置、現在のADL、保険情報などを記載して退院（転院）先との受入を検討する際に活用している。
92	ある	現在使用中のスクリーニングシートは平成 15 年 9 月作製したものを元に、H19.5 月より再検討して H20.4 月より改定版ができるよう今勉強会を重ねながら動いている状態です。
93	ある	退院支援チェック票の記載基準に沿って全入院患者をチェックする。チェック票は退院支援看護師（各病棟に 1 名）と受け持ち看護師がアセスメントし要支援患者は退院支援チームリーダーの師長（ベットコントロール担当師長兼務）に届け出る。以後退院支援チームが中心になって活動する。
94	ある	ソーシャルワーカーがチェックリストやスクリーニングシート・病棟カンファレンス、病棟運営委員会などを通じて退院計画を決めている。
95	ある	「退院支援ハイリスク・スクリーニング」を入院 1 週間以内をめどにチェックする。
96	ある	スクリーニングシートはあるが、連携室担当ではなく、医療相談室のケースワーカー及び病床管理室で対応しています。
99	ある	入退院調整パス 入院時、中間スクリーニングシート
101	ある	別添参照（実際に使用している退院療養計画書を添付）
102	ある	入院時スクリーニングシートや在宅に向けたシートは、各病棟で作成、利用している。各病棟に退院支援の研修受講者が中心になって、システムの構築をしている。実際にサービスの調整が必要になると電子カルテ上のオーダーシステムとして地域ネットへ依頼がくる。地域ネットが支援している記録も電子化して、病棟からもみれるようになっている。
103	ある	「退院連絡票」としてチェックリストがある
104	ある	病棟カンファレンス
107	ある	ハイリスクチェック（独居で key person なし、特定疾患あり経済不安、無保険、脳疾患後遺症あり、ADLの低下等）項目にそって入院患者情報を早期に収集する。毎朝、連携室で 15 分位カンファレンスを行い、進捗状況を共有し、問題点があれば関係部署と相談する。
108	ある	入院時、病棟で看護情報を得る際、独居、高齢者世帯、退院後医療処置が高くなりそうな人、生活困きゅう世帯など要支援になりそうな人の情報を、スクリーニングシートとして提出し、早期からの介入に役立てる。
109	ある	入院時に看護師より聞きとりをしている。内容は、家族構成や介護保険の利用の有無。介護度、担当ケアマネジャーの連絡先、入院時のADL等である。
111	ある	在宅医療・ケアに向けての「支援シート」を作成し、病棟スタッフと在宅サー

		ビススタッフとの連携がとれるようにしています。(毎週ケアカンファレンスを開催)、「支援シート」使用までのフローチャートを作成し、病棟看護師がどこの施設と連携をとればよいかも示しています。
112	ある	退院支援が必要な患者が発生した場合は地域連携室が作成したシートに所定の記録を行い依頼(支援)するシステムになっている
115	ある	・「退院ハイリスクスクリーニング票」を独自で作成し、入院患者の受け持ちナースが記載している。(パス使用者などの除外基準あり) ・リスクの高い患者については「退院計画アセスメント用紙」を記入し、計画立案する(看護部)
117	ある	退院調整スクリーニング用紙
118	ある	80才以上退院援助チェックリスト
120	ある	入院時に「退院支援ハイリスクスクリーニング票」を用いて支援が必要になる可能性が高い患者をチェックし、早期介入を促している
121	ある	スクリーニングシート、アセスメントシート、介護者評価表退院先別(在宅、施設)チェックリスト
125	ある	①入院時から退院時期を意識し入院診療計画書に記載された日数内で退院出来るよう病棟内で師長を中心に意識する。 ②退院調整が必要なケースは病棟配属のSW又は退院調整担当看護師に調整依頼 ③SW主任と退院調整担当看護師、病棟師長とのミーティングで調整の進捗状況を討議
127	ある	「退院調整依頼書(スクリーニングシートも含む)」を病棟(医師、看護師ともに記入)から、地域医療連携室へ提出
128	ある	退院療養計画書を出し、退院指導を行う
130	ある	退院計画経過用紙(退院計画チェック票、フローチャート)
131	ある	入院時スクリーニングシートチェックで、入院初期に支援の要・不要を連携料で把握。受け持ちNs、退院調整Ns(各フロア師長)との情報のやりとり、家族面接、初期・中間・拡大等のカンファレンスを必要時開催。患者・家族の意向にそった退院支援を進めている。在宅支援をまずは優先している。
132	ある	①退院支援スクリーニング、アセスメントシート ②退院支援運用マニュアル ③退院支援計画フローチャート ④医療処置別退院指導マニュアル
133	ある	入院後2-3日以内に ・退院支援スクリーニングシートを入力、追認メール(記録保存)で連携室師長へ送付。 ・主治医より退院支援の依頼があり連携室で支援開始となる。以後は、病棟の支援カンファレンスに参加するなどし、病棟スタッフ、関係部署と連絡を取りながら、連携室の支援手順にそってすすめている。
134	ある	退院支援スクリーニング用紙を使用している
135	ある	退院支援看護師病棟看護師がスクリーニングを使用し、支援の必要な患者をトリアージし、入院治療終了とともに在宅支援へ早期に取り組める
136	ある	退院調整必要者スクリーニングシート

137	ある	ディスチャージスクリーニングシート退院計画チェックリスト
138	ある	ハイリスクスクリーニングを診療支援システムに組み込んでいる。入院時看護プロファイルを入力し、ハイリスク項目（7 項目設定）にひっかかると自動的にハイリスク患者として抽出される
139	ない	看護部退院支援委員会で検討中
140	ある	退院支援スクリーニングシートを入院時に使用。
141	ある	入院患者すべてにチェックリストを使用し、時期を逃さず退院に向けてのかかわりができるよう、項目をチェックする受け持ち看護師が自分の受け持った患者のチェックを行う。チェックリストの用紙は、退院調整ナース会議で作成した。
143	ある	退院調整スクリーニング票
144	ある	・電子カルテの中に「退院支援シート」が入っており、シート内にスクリーニングシートや、退院支援経過、退院先、など入力するようにしている。シート作成患者を一覧表示できるので、ワークフローとして利用している。 ・毎月、各部署の退院支援担当ナースや、リハビリ担当者と共に会議を開き学習会や、課題に対する検討をしている。
145	ある	院内クリティカルパス
146	ある	入院時に退院支援の介入の有無について病棟看護師がリスクスクリーニング票に基づき、チェックし、連携室（当院では後方支援担当の相談室）へ依頼する。これにより、早い時期から介入でき、退院促進につながっている。
147	ある	・スクリーニングの基準に該当する場合。 ・病棟からのニーズによる場合。
151	ある	家族の介護の状況介護認定の有無保険・年金の状況 A D L 14 項目のスコア表・医療処置使用器具の状況・家族の思い・今後の支援の方向性を病棟に記載してもらい、連携室へ提出、退院支援を行なう。
152	ある	スクリーニングシート
154	ある	看護科退院支援委員会を中心に地域医療連携室と協働している
155	ある	ハイリスクスクリーニング、患者情報カード
157	ある	医師・看護師の判断で、必要と思われる患者さんに対して、ソーシャルワーカーの介入を依頼。
159	ある	病棟では退院療養計画書をつくり患者・家族へ渡している。退院調整 Ns はスクリーニングシートを作製し病棟 Ns がチェックし依頼として受けている
160	ある	退院支援アセスメントスコア …現在 1 部署のみ使用 H20 年 4 月より全入院患者に使用予定 退院支援依頼票 …主治医と担当 Ns が記載して連携室へ送付
161	ある	2 病棟にて取り組み中（脳神経外科・内科、整形外科）

表 1A-2-2 問 2-2 退院支援について問題となっている点

整理 No.	記載内容（表記のまま）
3	ソーシャルワーカーの不在病棟Nr、Drの退院支援に対する意識が低い。
4	・スクリーニングシートは検討中だが、人員的に現時点では活用が難しい。退院支援が必要な方の情報は病棟から貰っている。 ・病棟ごとの特色（診療科等の違いによるもの）がある為、情報伝達・度合いに差がある。在宅移行・施設入所・転院の困難ケースのみ連携室が関与しているのが現状。 ・病院内の事情により、退院困難となっているケースもあり。Drがカンファレンス不参加・調整は師長、MSWが中心に行うが、患者・家族の十分な理解が得られないまま退院となる事もある。今後改善が必要。
5	一度入院となってしまうと、それ以後の家族の引き取りが困難となる。家族の生活（経済）問題もあるため、即、自宅退院には結びつかない。管内での一時受け入れが可能な施設に空床がなく、病院にとどまり長期化する。看護師、MSWの関与がうすい。計画性がない。家族への積極的な関りが少ない。
7	特になし
11	退院支援を行うスタッフが専任ではなく、退院調整が積極的に行われていない。
13	・人員不足のため、相談依頼があった場合、ブッキングすることがある。→退院日の延期ということにつながる。 ・各病棟により、退院支援の力量に差があるため退院調整依頼時期の判断が遅くなることがある。→退院時期を逃してしまうことにつながる。（特にターミナル患者など）
15	医師・看護師などの病棟スタッフの中で退院がゴールという意識が強すぎる。患者さんが退院されどのように療養し生活をおくって行くのかという視点を病棟スタッフに持ってもらうことが必要となっている。
16	病棟での、スクリーニングシートがない。転院先がなかなか確保できない。（空きがない、コスト的に折り合いがつかない）
17	在宅医療在宅支援事業の理解不足
18	入院患者さんのCM（ケアマネジャー）が決まっている場合、資質によってケアプランに差があり、十分な在宅生活が送れない場合がある。（訪問看護が必要だと退院時に連けいをとっていたにもかかわらず患者（認知症あり）がイヤと話したからことわったなど）患者は再入院にいたった。
20	人員不足病棟での退院支援への強化は必要
21	専任でない為、外来診療時間等利用して実施（困難）午後からは少し時間を作り依頼のあった患者訪問、家族との話し合いケースカンファレンス実施している
22	・専用室がない。 ・体制が脆弱である。
26	在宅での介護を家族に求めるが、単身世帯や老老介護となるケースが多く、介護保険等を利用しても支えきれない傾向が増えている。退院支援も患者だけでなく、家族を含めての対応になっている。
27	マンパワー不足

28	在宅介護困難後方支援の施設不足
31	・精神科病院であるが、身体合併症の転院先がスムーズに見つからない。
33	診療科により方針が異なる
35	受け入れ先が限られている精神科の急患を受け入れてくれる病院がない在宅になる人は少なく転院希望が多いが転院できるまでの待機時間が長い。
37	1. 家族の受け入れ困難な場合が多い（財政面で“自信なし”など） 2. 療養型病棟の確保が困難。 3. 介護保険や介護・サービス等の社会資源の利用状況が乏しい。
38	在宅にかかわる機関の地域的不均衡
40	・在宅で支援してくれる訪問看護（特に24時間対応）が少なく調整が困難。 ・患者の経済的負担の増加 ・マンパワー不足 ・施設の少なさ
41	効率化。早期介入の工夫。SWの人員不足。
42	退院許可があっても、家族の退院可能な患者さんのイメージと医療者側（主治医）の考えにくい違いが有る
44	・在宅生活されている方々は高令者が多く①独居生活者②老老介護③昼間独居などマンパワー不足が目立っています。一度入院するとなかなかスムーズに退院に移行できなく、また入院することにより認知症がすすみ、在宅にむかえない現状が多々みられます。 ・開業医も24時間体制で積極的に在宅医療に取りくんでいる医師は少なく、退院支援を行う上で問題が山積み、といった現状があります
45	在宅療養については、訪問看護ステーションやソーシャルワーカーが行っており、相談窓口が別々になっている。748床の病院であり、手が回らない。在宅療養支援診療所は3次圏内に2カ所しかない。気管切開、I V H、排尿毎の導尿、呼吸器、などがあると、在宅はほとんど望めない。70代、80代の老夫婦、独居でA D L低下すると在宅療養のための、地域のサービスでは十分な支援ができない。
46	在宅復帰が難しい患者様に関し、介護施設や療養型病院の申し込みをすすめても、どちらの施設や病院も満床でなかなか退院に結びつかない点です。
47	・受入先病院の確保 ・患者の情報共有
49	退院スクリーニングシートはあるが上手く活用されていないこと
50	なし
53	・精神科という理由で一般科の病院や介護保険の施設への入院入所をことわられる。 ・地域によって、受け入れ施設が少なく、その他の社会資源が乏しいところがある。
54	退院は各病棟にて行なっています
55	各病棟の退院調整リンクナースの教育ができ、専任の退院調整看護師と連携し、活動できているところですが、課題となっているのは、入院時からの初回カンファレンスで医師からの説明、方針がしっかりなされること、又、地域連携はスムーズですが転院（回復期、療養）の受皿がないことで、退院できない状況がでています。
57	・高齢者で独居又は（老々介護）の方が多い。 ・経済的に問題のある方も多く、サービスの調整や施設入所も難しいケース

58	※連携室での退院支援は行っていません。
60	・診療部医師、病棟看護師の在宅医療についての知識が不足している。 ・在宅で行なう医療処置が増えているが、必要な医療材料を購入するシステムが整っていない。（例えば、カテーテルチップを数10本単位で購入しなくてはならないなど） ・地域において緊急時訪問看護加算をとっている訪問看護ステーションが少なくないため、在宅ターミナルの支援が困難である。
61	連携室上での問題点はない。
62	急性期病院のためある程度病状が安定すると退院ということになるが、しっかりと良くなるまで入院したいと思っている患者に理解を求めること。
64	○医療処置の必要だが、介護力の不足している高齢者や、家族背景が複雑な患者、経済的問題のある患者が増加しているため、在宅・転院を含めて受入れ先確保が困難である。 ○在宅を希望するケースがあっても条件によっては訪問診療・往診を受けてくれる診療所が少ない。
65	高齢者の独居、高齢者世帯は方針を決定したり、手続きをふむことに時間がかかり早急に進められない。当院は、救急患者や急性期を扱う病院なため、ベットコントロールのうえでも問題である。（地域的に、独居高齢者世帯が増加している。）
66	退院をすすめても在宅へ戻るケースが少なく、転院先、転所先の確保が難しい
67	1. 院内の連携を充実させ、退院調整担当者が適確な時期に介入すること。 2. 病棟スタッフは、介護に関する情報にふれる機会が少ないため在宅療養をイメージすることが難しい。 3. 短時間で有意義な合同カンファレンスを行なうこと。 4. 院外のスタッフに適確に患者情報を伝えること。
68	病棟からの支援依頼が急な場合がある。（スクリーニング票を開始後の評価は未だ）
69	・転院や施設入所の受け入れ先が少ない。
71	地域医療連携部を通さない事で起こっている問題として、 ①転院先に必要な情報を送れていない。（例：リハビリ経過報告、栄養、緩和ケア、薬剤等） ②転院先の入院期間や、他の情報の説明を患者、家族にしていない為、転院後トラブルになる ③転院理由が明らかにされていない為、受け入れ先が困る ④転院先を退院した後の、療養計画が決まっていない為、受け入れ病院の入院が長期間となる。
72	・施設を希望される患者が多いが、施設は常に満床状態であり、入院期間がのびる。 ・独居、老夫婦世帯の家庭が多く、子供たちが都会に出ており、ひきとらない。 ・観光地であり旅行先での入院の場合次の受け入れ先の病院がなかなか決まらない。
73	1. 入院から退院支援に至るまでの経過につき、十分な情報が医師・看護師間で共有されていないため、医療・看護の継続をはかりにくい 2. 在宅医療支援室の役割が院内に周知されていないため、積極的な取り組みがされていない 3. スタッフ不足
75	・支援の必要な患者様の把握・情報が遅れるため、早期の介入が困難となっている。

	・地域の医療・介護・福祉サービス等の情報不足。 ・診療報酬に携げられるような体制が取れていない。
76	急に決った退院患者の対応がむずかしい
77	患者様の居住地によって、在宅ケアサービスが充足されていない地域の場合、十分な支援体制を整えられない。自宅に戻れない癌末期の患者様を受け入れる施設の不足。退院間際の調整依頼。
79	・在宅への退院の場合、院内スタッフと地域のサービス提供機関との合同カンファレンスの場がなかなかスケジュール的に難しい。 ・人工呼吸器、ALS等、難病者、ターミナルケアの在宅支援には、キーパーソンになるかかりつけ医が必要。
80	当院は連携室が中心となって退院支援を行なってはいません。社会福祉課という部署があり、そこが中心となって支援を行なっています。連携室看護師が共に行なっている状況です。ソーシャルワーカーが3名ですが人員が不足で患者スクリーニングを行えるまでにいたっていません。病棟看護師からの紹介で関わっていくという形になっています。早期介入が困難な状況でもあり、今後の検討が必要です。
81	・ソーシャルワーカーや看護師等のマンパワー不足 ・在宅療養を支える受け入れ側の医師、介護保険の事業所（夜間のヘルパーを提供する所や訪問リハ）が少なく、患者、家族に在宅療養をイメージしてもらいにくい。 ・開業医との退院時における情報共有ができていない。 ・在宅、転院にかかわらず、退院まで数週間～数ヶ月かかってしまう。特に、転院の際はベット状況によって3ヶ月かかることもある。
83	内部の問題として、関係職種が一同に会してのカンファレンス等が開けない。職種間の連携が図れない。退院支援業務がソーシャルワーカーに集中しすぎている。（退院支援看護師等がいない。）外部の問題として、転院先の受け皿が少ない。転院までの待機が長い。連携パスができていない。
84	病棟（診療科）により、退院支援についての意識や取り組みが異なる。つまり、院内連携のしにくいところもある。
85	・介護者不在、介護力不足にて在宅に帰れないことや、治療終了との認識が医療と家族との間でズレている。 ・退院計画は、早期より動かす必要があるが、その必要性を理解されない医師もあり、急な退院指示を出す場合がある。 ・情報の共有化がなかなか難しい。
86	・療養型病院が少ない。特に、質のよい療養型病院がない。なので患者、家族が転院したがらない。 ・地域性から、核家族、高齢者世帯が多いので家族のサポートが期待しにくい。
88	高令化の中、後期高令者の方々がすごせる住居が少ない。医療看護が必要であれば、療養型病院へ転院。自宅から入院されても介護が必要であれば自宅での受け入れがむずかしい。療養型病院は満床の病院が多いのが現状です。
90	・ケアマネジャーの調整に個人差がある。 ・地域によって往診医がいないところがある。
91	入院時の治療、計画に沿った、早期支援が軌道にのらない。
92	・年々家族の受け入れが悪かったり、独居生活をしている人なのに、医療依存度が高かったり認知も伴って持っておられる人が多くなって来ている。介護保険だけで

	支援していくには問題がある。特にデイサービスより帰宅後の夕方から翌朝までの受け入れとして、ショート枠も余りないので困るケースがある。 ・病棟看護師の在宅への視点が薄いこと。 ・医師の在宅サービスの認識が薄いこと
93	1. 在宅をすすめたいが介護力がない（老人家族、息子と片親の家庭等は子供も生活の為に働かなければならないから） 2. 地域に在宅でターミナルや医療処置に往診で対応出来る医師が少ない
94	現在、当院の医療連携は、退院調整師長、MSW、地域医療連携室と3部署に分かれており、地域医療連携室は、室長の医師の下、前方連携業務を行っている。後方連携は退院調整師長、MSWとが行っている。週一度のミーティングを行っているものの、不効率、情報共有の不足は否めない。3部署が統合し、連携業務を一元化できれば理想的であるが、職域の特性、院内の場所の問題等あり思うように進んでいない点が問題点である。
95	・転院、施設等、受け入れ先が満床状態で、待機者も多く、すぐに入れない。 ・回復期の病棟、療養病床がない。 ・地域との関わりが密でないので、家族としては、在宅としての不安がある
96	当院に於いては、退院支援は主にケースワーカー部門で行っております。
97	・患者・家族の退院への理解が得られにくい。 ・受入れ先の病院・施設が満床でベット待機期間が長い。 ・在宅で24時間対応のできるかかりつけ医、訪問看護が少ない。 ・Dr病棟Nsの協力が得られない（任せきり）のケースがある。
99	退院が決定してからの調整が多く在院日数が延長してしまうケースがある。医療依存度の高さや認知症、老々介護、在宅環境の不備など在宅復帰調整が様々なケースで困難になっている。
100	・スクリーニングシートを用いていない為、主治医がそろそろ退院と思ったころに依頼があることが多く、調整が難しくなる（医師が思っている時期より遅くなる） ・回復期リハビリ病棟の患者には必要ず、MSW担当をつけるため、急性期と両方を2名のMSWでは業務量が多すぎる。そのため、進まないケースが出てきている。
102	MSWが非常勤である事。前方連携ふくめて地域連けいに関する理解が診療科により差がある。
103	・連携室2名体制の中で、後方連携に時間をかけられず、自院の病棟での退院日と紹介元受入先の受入日に日程差が生じている
105	救急センターへの入院患者の退院支援多い。重症度高く早期での退院への支援対応が必要となる。救急センター以外でも転院の受け入れ先を選ぶのに苦労する。
106	退院支援は行っていない。
107	①本人、家族の当院機能の理解と認識不足。 ②亜急性期、療養、リハビリなど地域性やニーズあった受入施設の不足。
108	山間部を背後抱え、また、独居や高齢者世帯など、在宅介護が弱い地域である。それゆえ、重度な介護状態や、認知症の方の退院について受け入れがなかなかしてもらえない事が多い。介護施設や長期療養型病院も空床が少なく、入院が滞る。
109	①家族の介護力と介護意欲の低下。 ②独居高齢者、老老介護の増加。 ③家で介護できない場合の受け皿がほとんどない（施設、療養型病床など）

	④主治医、看護師、家族、MSWとの意思が統一できてない場合がある。医療スタッフの目線と家族、MSWの目線に食い違いがあり退院後の生活についての見解には相違がある ⑤当院Drと地域の診療所のDrとの連携の不足。
110	・医療行為ありで退院される場合に、利用できる介護サービスが制限されるので、本人、家族の負担が大きくなっている。 ・入院期間が短縮されているが、退院後、在宅療養が困難な場合、施設や療養型への入所・入院相談していただくことになるが、どの施設も待機期間が長く、結局患者さんは行き場がなく困られている。
111	制度のはざまにいる患者、例えば介護保険サービスも障害者サービスも使用できないが、一人では生活が難しい患者や、生活保護は受給できない、生活するお金がない患者等の退院支援が難しい状況です。また親戚はいるが関わりたくないと言われる患者の退院支援にも苦慮することが多いです。このような場合、保健福祉センターの保健師や民生委員等と相談の上、なるべくベターな方策をとっています。
112	在宅に帰れそうな人でも一旦入院すると、受け入れが出来ないと問題になるケースが最近増えている。
113	透析、精神疾患の合併、高価な薬の使用、難病等で専門医師の定期的な診療が必要な場合の療養型などへの転院。が非常に困難。（うけ入れ施設がない）病院は国から入院期間の短縮をありとあらゆる方法でせまられているが、患者、家族がそれを理解していない（病院には役割がありそれをすすめていることの周知不足はかなりある。転院、退院のうけ入れが悪い）。地域の病院や診療所の方が医療費を含め自己負担が高く大学病院の方が医療費やかかる自己負担が少ないので理解が得られない。
114	ケースを通じて病棟と共同した退院支援が広まりつつあるが、事例を通した振りかえりや、退院後の振りかえりが出来ていない。在宅支援者とのカンファレンスなどで地域との連携や院内の取りくみ強化を図る必要を感じている。
115	当院の地域医療連携室の業務は、紹介等の業務が主で、退院支援業務は別担当で行っている。退院支援は主に「医療相談室」のMSWが行っているが、H18年度から「在宅医療相談室」として看護師（外来兼務）も取り組むようになった。窓口が一本化していないため、こういった時にどちらの担当へ相談していいのか、病棟スタッフも混乱しているところがある。
116	病院として退院支援がシステム化されていない。医師により退院基準が違い動きにくい
117	転院受け入れ施設が地域によって少ない在宅医療が整っておらず往診可能な医療施設が少ない
119	1. 高令者の独居（生活資金の不足も含めて） 2. 老老介護（生活資金の不足も含めて） 3. 後方病院、老健施設等の不足
120	入院期間の短縮化、管轄地域の高齢化により退院支援が必要なケースが増加している。その件数の増加に対応できるスタッフの確保に苦慮している。
121	在宅で在宅ホスピスを行う場合、開業医の中で積極的取り組んでいる先生方が少ない。
122	スタッフ数が不足
125	・高齢者が多く、病状が安定しない。

	・ 共働き家庭が多く昼間家族が不在である。 ・ 特別養護老人ホーム数が少ない。 ・ 在宅サービスに地域間格差がある（中山間地域）。 ・ 要支援、介護保険外の人に行き場がない。 ・ 県民所得が少なくグループホーム、有料老人ホームへの入所困難。
127	・ 病棟から連携室への依頼時期が遅い場合がある。 ・ 医師から患者、家族へ退院に関する説明が十分でないこと。 ・ 在宅医療が困難と考えられ、なおかつ施設入所費用の負担が困難な事例
128	退院支援を行うまでの体制ができていない。
129	・ 訪問看護師の確保が困難なこと ・ 退院後の病院主治医と地域の医師、介護関連事業所との意思疎通が困難なこと
131	在宅支援に力を入れており、デイケア、訪問系のサービスと連携を密にしているが、医療依存度の高い方や高度認知症の在宅支援の受け皿が全く不足している。家族支援は大きな問題となる。今後国は、施設減らしだけ考えていることなく、在宅支援基盤の根本的見直しと、拡充に重点を置き、確かな動きをみせてほしい。
132	1. 主治医を含む退院カンファレンスがもてない 2. 退院支援リンクナース（各部署に1名いる）のかかわりが不充分 3. 各部署の退院支援の実際に温度差ある 4. MSWとの協働が不充分 5. 退院支援マニュアルやその道具を使いこなすことができていない。
133	退院支援システムを構築したが、診療科すべてにまだ定着していない。 ・ 患者が希望する病院を選択するのが難しい。（医療レベルのUP望まれる）ベットまちが長い。 ・ 在宅へ移行するケースについては準備期間が必要であるにもかかわらず、依頼してくる時期が遅い診療科がある。 ・ 急性期病院の役割を、医師から家族へ充分に説明できていないため在院日数が長くなるケースが多い。
134	社会的入院患者の転院先がない為、在院日数の長期化を来す。慢性疾患患者の受け入れ施設がない。
135	認知症の患者や介護力の低い家族の増加高齢者に対する高度医療ホスピスへの入院待ち期間の長期化退院支援に対してまる投げ状況の発生
137	メンバーが看護師と事務職であり、退院支援については経験がなく自己で学習経験をつんでいる状況である。MSWの資格を持っている人がいない為、専門的な知識による対応が充分できない。
138	・ 病棟看護師、医師に退院支援の認識がなく、入院時から（外来から？）退院支援開始という流れができていない。 ・ 訪問看護ステーションのスタッフ不足等により、依頼してもことわられてしまうケースが増えている。 ・ 地域の病院へ転院が難しい。その次の受け入れ先を確保してからでないとう受入れてもらえない。 ・ 経済問題にて在宅や施設入所が難しいケースがある。
139	〈転院〉急性期病院からの転院・施設の受け皿が不足しており、患者・家族が希望する次の療養先につながらない。

	ex) ・ 自己管理能力も介護力もない方で医療依存度が低い方は、療養型の病院でも受け入れ困難であり、施設でも枠があり順番が回ってこない。 ・ 透析、人工呼吸器が必要な方の療養型の病院がない。 ・ 転院候補先の受け入れ基準が明確ではないため、患者・家族に説明しづらく、結果、マッチングできない。 〈在宅〉高齢者世帯・独居が多くなってきていること、家族の絆が希薄になってきているのか、在宅につなげるのが難しくなった。 〈その他〉急性期病院の機能が地域住民に浸透しておらず、在院日数（の長さ）に理解が得にくい。
140	重症患者・ターミナルを受け入れてくれる医療機関が十分ではない。在宅診療に力を入れておられる開業医師が限定される。
141	・ 家族が転院することや、退院することに十分納得されていない。主治医からの説明が不足している。 ・ 病棟内での主治医と看護師との連携が不十分（転院退院の時期今後どうするかの方角性などがズレている） ・ 施設間で、医師同志で話しあって決まっていることを連携室に知らせていないことが多々ある
142	・ 病床数に対してMSWのマンパワーが不足しており、対応する患者に限られる。
143	非常勤の医療ソーシャルワーカーがH. 19年10月より採用され、主にがん相談担当となっている。退院調整を看護師一人で行なっているで一緒に業務を行なう医療ソーシャルワーカーを希望している。業務量が多すぎて毎日、残務している。H. 19年4月～H. 20年1月31日までの退院調整初回依頼件数はH. 20年4月より一名増員予定である。
144	①退院支援スクリーニングが、入院時必須項目に入っていない為、支援が抜けたり、遅れる事がある。病棟看護師の知識と意識アップが課題となっている。 ②社会資源の活用が不十分であり、退院調整担当者のスキルアップ研修が必要。 ③在宅医療に移行する為の患者・家族の意志決定につなぐ事ができない。
145	重症患者の受け入れ先が少ない
146	①家族受入れが悪い患者の退院先が無い。 ②医療依存度が高い患者が利用出来る介護施設が少ない。
151	在宅、転院、施設へおくる年間件数は、平成19年度で700件に到達する状況でこの地域内で完結できない場合、遠方の札幌へ移っていただく時の説得が苦勞する。
155	地域の他施設（診療所）で受けてくれるところがない。又、訪問看護ステーションも少なく、自施設の訪問看護も24hs体制をとっていない。その為、主治医は自施設の外来担当医となり、往診できる患者は一部に限られ、緊急時は、救急室受診をしてもらうこととなる。また、看取りも同様になる。また、必要時、受け入れるベッドの確保が難しく、患者の安心、支援を十分にできない。
156	看取りを行ってくれる診療所が少ない往診医が地域においては不在。後方連携としての機能をはたしていない。共通認識が院内スタッフの中でも確立されていない。
157	経済的問題、介護力低下、家族関係の問題のため、なかなか在宅に帰せないことがある。
160	・ 退院支援の依頼時期が遅い ・ 退院支援スタッフが少なく多くのケースを抱えている ・ 退院直前の急な依頼も多い 退院を拒否し、入院継続を望む患者

	・ 家族が増えてきた。 ・ キーパーソンのいない独居のケースが増えてきた。
161	転院に対する援助を行なっているのが現状であり自宅退院にむけての積極的なかわり りはできていない。人的問題

表 1A-3-13 問 3-13 在宅復帰を進めるために、貴連携室で主体的にはたらきかけている活動（「ない」の注釈も含む）

整理 No.	回答	記載内容（表記のまま）
5	ある	週一回の病床管理会議をおこなっている。その中で、長期化となっている方、早期での退院を、支援できるよう入院した時点から退院の事を頭に入れ計画的にすすめること。分析・相談段階など意識づけとなるよう働きかけている。
7	ある	協力機関との連携。ケアマネジャーのレベルアップ
10	ある	入退院サポートチェックリストを見て、退院調整が必要な患者さまを把握する。把握した患者さまは退院調整フローチャートにもとづき、サポートしていく。
13	ある	相談担当者が不定期に在宅療養に関することを、（院外医療者との連携方法や介護保険など）各病棟スタッフを対象に勉強会をしている。
15	ある	医局会や看護科長会での啓蒙
16	ある	看護部では、新人 Ns、Dr 対象と卒後 4 年目対象に地域との継続看護や在宅医療についての研修を行っている。院内全体では、年 1 回医療連携の会で、事例検討を行ない地域の Dr、訪看と交流をもつことで、在宅への意識づけをしている。
18	ない	看ゴ部サイドには 介ゴ保険の勉強会などを行なっている
19	ある	週 1 回のカルテ廻診時に入院後 2W 以内、1 ヶ月経過された方をピックアップして情報の共有、方針の確認を行っている（医師、病棟 Ns、MSW、時折り連携室も参加）
20	ある	勉強会を開催。院内対象院内外対象
21	ある	入院時、アセスメント実施。介護認定のすすめ。ケースカンファレンス（地域のケアマネ、保健師、家族含、医師、担当 Ns）
22	ある	「患者総合相談室」の存在PR
24	ある	看護相談室、医療相談室についての案内パンフレットを院内に配布し、理解を深めてもらう努力をしている。
25	ある	退院計画ハンドブックを作成の上、外来や病棟に配置し医師や看護師が患者への退院支援の際に活用してもらっている。
26	ある	在宅復帰で、家族が不安だったり迷ったりする場合MSWが入り家族の支援を行っている。
28	ある	地域医療連携委員会地域連携室を中心に診療部・看護部・コメディカル・事務部などのスタッフで構成されている。
31	ある	社会復帰に関する勉強会（利用できるサービスなど）院内ケースカンファレンスの開催（不定期、必要時）
32	ある	連携パスの作成
35	ある	就職時のオリエンテーション メールや掲示板での啓蒙 学習会の開催
36	ある	在宅復帰等については『退院ありき』の姿勢ではなく、“適正退院”との観点に立って進めるように心がけている。
38	ある	ランチョンミーティング

		地域連携の会 地域連携パス 退院支援チーム
40	ある	スクリーニング（前記）を利用し、ハイリスクの方への支援を検討する病棟回診を企画中です
41	ある	1 病棟に専任のソーシャルワーカーの配置をすすめている
42	ある	カンファレンスへの参加（病棟）
44	ある	病床管理室を中心に検討課題となっている
46	ある	・ 院内に居宅介護支援事業所があるため、積極的に連携しています。 ・ 入退院調整会議を（医師、看護部長、事務長、看護師長、リハビリ、ケアマネージャー、ソーシャルワーカー）開催しています。
54	ある	退院指導の質の向上の為の情報提供。在宅診療を担当する医療機関に関する情報の提供。
55	ある	教育キノウ研修会
57	ある	今年 4 月～病棟に退院調整看護師（ケアマネ経験あり）配置 入院時より気になる患者様とかかわる中で、その患者様が抱える問題点を明確にする。 病棟 Ns、医師と情報を共有し、早期解決し、退院へとつなげていく。 例えば：介護保険について説明し、必要に応じて代行申請→退院后サービスの利用ができる。ADL の確認→退院前訪問→実際に自宅で生活できるか？ゴール設定の目安になる。経済面－ソーシャルワーカー介入など。
60	ある	・ 在宅復帰患者のために、訪問診療を依頼した医師・訪問看護 ST の看護師用に「在宅患者緊急受け入れフローを作成」H16 年から活用し、患者家族・訪問診療・訪問看護の「安心」が得られ復帰の可能性が広がった。 ・ 院内の医師（医局）と、診療所医師との意見交換会の企画の運営年 1 回
62	ある	・ 地域連携パスの活用 ・ 地域ケアマネージャーとの連携
63	ある	H20 年 4 月に地域医療連携室設置を目指し、H19 年度は退院支援を中心とした活動をしている。問題、課題などは看護課長会で検討している。医局への働きかけはケースによって個々の Dr にしているが、医局会でのプレゼンも検討している。
67	ある	病棟の退院調整担当者に対し勉強会を行なっている。
68	ある	年 1 回地域連携に関するフォーラムを病院全職員及び地域医療・介護関係者対象に開催している。連携室の広報誌を毎月発行配布している。
69	ある	「相談支援センターだより」の発行看護師を対象とした院内研修会の実施
71	ある	①病棟から 1 名地域の役割を担う看護師を選出し、教育する ②月一回、「地域連携便り」を発行し、医療、福祉、院内等の情報提供 ③地域医療機関、訪問看護ステーション、訪問介護事業所等の研修会の企画 ④病院所在地域との在宅療養、病診連携会を開催
72	ある	1. 院内 ①医療、介護調整委員会 1 回／2 ヶ月 ②介護サービス小委員会 1 回／月（併設の老人保健施設、訪問看護ステーション、回復期病棟、居宅介護支援事業所、一般病棟スタッフとの話し合い）

		③地域医療連携推進委員会 1 回／月 2. 院外を対象に会議を開催 ①地域医療連携懇談会 1 回／年 ②地域医療介護連携懇談会 1 回／年
75	ある	大崎地域リハビリテーション連携システム（つなげライン）事業への参加により、医療機関を退院し在宅に戻られる方について、医療機関と市町、及び居宅介護支援事業所・包括支援センターとの連携を強化し、在宅生活への円滑な移行を図っている。
77	ある	退院後の在宅生活状況等、情報をフィードバックしている。
81	ある	・病棟カンファレンスに積極的に参加し、スタッフとの情報共有をはかり、在宅復帰の際、支援が必要と思われる人は早期に介入するようにしている。 ・がん患者を対象とした、在宅支援療養パスを多職種で作成し、活用を図っている。 ・退院前のケアカンファレンスを行っている。
83	ある	市民に対して、医療連携についての理解を深めてもらうよう広報している。かかりつけ医への逆紹介等について、ホームページリーフレット等で広報している。
85	ある	フローを作り退院計画の流れを診療部長会で説明し周知を図っている。回復期リハ病棟の連携によりカンファレンスへの参加を行うことで必要な知識・情報提供をしている。
89	ある	患者、家族が在宅生活をイメージできるように、又、支援してくれる人達が患者の状態を共通認識できるよう、ケアカンファを開催するようにお願いしております。
91	ある	1. 介護保険施設利用に関する情報の入手や提供 2. 介護度未認定者（第 2 号被保険者を含む）に対する認定申請の促進
92	ある	退院調整看護師は H15.11 より地域医療連携係が設立した時より動いていましたが、病院全体にシステムとしてうまく機能させるためには、委員会を開催していく必要があるという事で H19.4 入退院調整システム検討委員会を開催、その後、H19.5～各病棟より 1 名選出し（地域連携調整委員会）月 1 回勉強会をしている。→H20 年に向けて、現在使用しているスクリーニングシートの再検討が主な内容
93	ある	コメディカルを含めた退院支援チームを立ちあげた。チームのリーダーは（ペットコントロール担当師長が兼務している）看護師長であり、退院支援活動にとり組んでいる。
94	ある	週に 1 度、地域連携、退院調整師長、MSW、医事課長、院の構成メンバーで、入院病床を円滑に回転させるための、入退院調整チーム会議を行い、情報の共用、院内連携等の話し合いをし、現状認識
95	ある	退院支援の学習会
97	ある	在宅復帰するためのなんらかの援助が必要そうな患者さんが入院されたら、早めに連携室に連絡してもらうようお願いしている。Dr、Ns、在宅でかかわる機関との退院時合同カンファレンスへの出席。
99	ある	・長期入院対策会ギ ・退院調整WG

101	ある	今後、幅広い地域連携事務が求められてくるなかで、現在の病診連携室の機能では対応は出来ず、市民病院独自で地域医療支援センターを設置し、現在の病診連携室、医療相談室を包括しながら、効果的な運営を図っていきたいと思っている。
102	ある	看護部における教育システムに「在宅へのケア」というコースを入れ、5年間取り組み、各病棟のシステムを毎年継続する研修、業務改善をすすめてきた看護師の意識として「E N T後の生活を見すえた看護を」ができてきたので次年度より「退院支援委員会」としてリンクナース制にしていく ・地域ネットに依頼のでた事例は、全ケース「初回カンファレンス」として院内 ■でのカンファレンスを開いている。これが、Dr、Ns へのO J Tになって、5年間の取り組みになっている。
105	ある	退院支援の多い部署への定期的カンファレンスの参加 毎日 救急部 1X/週 脳外科 脳神経内科
107	ある	プロジェクトとして退院促進にむけて計画、活動している。具体的には、理学療法士による在宅復帰にむけての評価機能の活用、その広報（特に院内医師へ）、入院のしおりの中に病院の機能（急性期であり長期入院は不可であること）を説明し、家族、本人の意向を在宅なのか、それ以外なのかを早めにつかむしくみを構築中。
109	ある	①介護保険制度を理解してもらうための勉強会 ②回診などに同行し、支援が必要な患者様はできるだけ早く紹介してくれるよう働きかけている。 ③依頼に対して即座に対応できるよう努力している。 ④新任の医師に対しては一人一人に地域医療連携室の案内をしている。
110	ある	・施設入所、療養型病院転院への待機期間が長期化する中で、病床管理委員会（医師、看護師出席）等で在宅療養に向けて、患者、家族に自宅療養を意識してもらえよう療養指導を関係スタッフにはたらきかけている。
113	ある	ハイリスクラウンド、(65 才以上の入院患者で、在宅復帰が困難になる可能性がある人に対して早期に介入できるように入院時より情報収集等行っている)
114	ある	院内広報誌に退院支援に関するケース紹介、在宅医療の紹介、病診連携等の記事を書いている。医師には別途に印刷し個別配布している。
116	ある	・看護部内で在宅復帰事例を紹介し勉強会をしている ・地域訪問看護ステーションとの交流会の開催
117	ある	退院調整スクリーニング用紙で、必要を判断された患者に対して、カンファレンスを担当医、担当看護師、退院調整看護師で行ない、今後の方向性を（在宅、転院）話し合い情報共有するようにしている
118	ある	医療看護の情報交換会（年 2～3 回程）(ex. 口腔ケアについて)
119	ある	・在宅復帰困難事例には、入院早期から連携室介入できるようにまた、介護保険申請が必要な方には病棟からも説明するようはたらきかけている。 ・既に介護保険の認定を受けている患者には、ケアマネージャーと入院当初から連携情報共有できるようにはたらきかけている。 ・処遇困難事例かどうか判断のうえ、地域包括支援センターや市町村高齢介護障害福祉の担当者と連携をとるようにはたらきかけることを心がけている。

120	ある	入院期間や退院のめどをご家族やご本人にはっきりと提示するようお願いしている。
121	ある	クリティカルパス 地域支援病院の取得
122	ある	院内部会の定期的開催。当院スタッフと地域医療機関との懇話会を年2回開催
123	ある	担当ケアマネージャーからの情報を主治医や病棟看護師に伝える。退院前に患者の自宅を訪問し、環境調整を行うと共にその情報をもとに入院中に指導、アドバイスを行う。
125	ある	・看護部では、毎日病床会議を開催、情報交換しています。 ・合同運営会議にて退院調整再開についてアナウンス
127	ある	・当室における退院支援結果の報告
131	ある	入院早期からの関わり、在宅退院支援の流れは出来ており、プロジェクト等で必要時強化活動、インフォメーション活動をしている。医局会等にも問題があれば提示。職員全体がチームで関わる体制で活動している。
132	ある	1. 退院支援に必要な知識・技術の習得とレベルアップのための勉強会や関連する委員会に所属して、意見や具体的な学習会の開催を行い全職種に参加を促す。 2. 退院時共同診療カンファレンスの開催について、働きかけしている。
133	ある	・看護部内の地域連携推進プロジェクトグループにおいて、その中の活動として1回/月、勉強会（事例検討会）を開催事例を通し在宅療養推進にむけての検討する機会も設けてきた。 ・開業医へアンケートを配布、情報収集したものをまとめ、連携ガイドブックを作成、院内メール掲示板に提示、ホームドクター選定に役立てている。
134	ない	症状、家族受入れ、認知症等諸条件により退院支援介入を必要とされる患者様の状況把握を出来るだけ早い段階で確認でき、全ての患者様に同等の対応が取れるよう全患者・ご家族に対しインタビュー。介入希望者連絡が地域医療連携室へ在宅支援希望は在宅介護支援センターへ転院支援希望は地域医療連携室にて調整、ドクターへ患者希望を連絡、転院、在宅へ誘導（退院支援スクリーニング用紙運用）
135	ある	逆紹介の推進かかりつけ医紹介紹介状、看護サマリーの早期記入
136	ある	退院調整チームを編成し、活動している。（Dr、Ns、訪問担当 Ns、MSW、事務がメンバー）
137	ある	連携室が関わっているケースの進展状況を週1回“ケース報告書”として病棟に配布し、医師看護師等との情報の共有を図っている。
138	ある	ハイリスクスクリーニングシステムで抽出されたハイリスク患者に病棟看護師が早期介入を行うようリンクナースを通し、教育・指導。セミナーやワークショップの開催。
139	ある	病棟で行うカンファへの参加。
140	ある	2ヶ月に1回くらいの割合で、在宅ケア等に関する勉強会を全職員を対象に行っている。
141	ある	・連携室係長が看護師長であり、看護部主催の退院調整ナース会議を担当している。その中で、各病棟にいる退院調整ナースが受け持ちナースが、患者の在宅復帰のかかわりができるようフォローしたりする。また地域の訪問看護師・ケアマネと一緒に事例検討会及び地域交流学習会を開催し、意識を高め

		ている ・病院主催で地域医療委員会があり、医局・看護部・事務・連携室が参加、連携室におけるとりくみや問題点などを検討している。
144	ある	・地域連携室から、広報誌を発行し、制度等の紹介をしている ・退院支援や、制度の勉強会を開催している
145	ある	地域連携パスの活用
146	ある	①地域医療の現状について講演会を開催。講師：市内開業医院長、介護施設長（1回目）敦賀市介護保険課職員（2回目） ②地域医療公開講座の開催対象は、職員及び地域の医療・介護施設職員。講師：当院医師、褥瘡処置、胃瘻管理、尿道留置法。
148	ある	退院前カンファレンスへの出席の依頼
151	ある	連携室の機能、職員別の担当役割についてPRしています。
152	ある	地域連携パスの利用かかりつけ医をもってもらようようにする
154	ある	病診連携推進会議医師会議医事課会議退院支援委員会退院調整委員会
155	ある	各病棟に訪問看護の活用をアピールしている。 各病棟に巡回して、ハイリスク患者の方針の確認、長期入院患者の問題について、病棟師長と相談し方向性を確認、支援する。
157	ある	看護部に対し、在宅復帰にむけての意識調査を実施した。その結果を集計し、今後、啓蒙活動を行っていく予定。
160	ある	看護部の継続看護委員会
161	ある	H20・3月研修会（講師 神野仁先生）を計画＜テーマ＞「在宅療養支援診療所を取り巻く現状と在宅療養支援診療所サポートセンターの概要」

臨床研修指定病院 院長殿（総看護師長殿）

平成 19 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

『 重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業 』

アンケート調査ご協力のお願い

謹啓

初春の候、皆様におかれましてはますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

これからの高齢社会において医療の質を向上させるためには、すべての医療関係者が入院医療のあり方や目的について明確な認識をもつことが重要となります。

私たちは入院医療の最大の目標は、いかに円滑に患者を在宅生活に復帰させるかという点にあると考えます。したがって、病院の医療関係者は患者の退院後の生活という視点を常にもって、退院時に支援の必要な患者をいち早く把握し、円滑な在宅復帰を目指した退院支援計画を立てていくことが求められます。そのためには病棟看護師のはたす役割は重要で、病院医師や連携室スタッフ、地域の医師、訪問看護師、ケアマネジャーなどと情報を共有しながら退院計画を進めていくことが期待されます。

そこで今回、厚生労働省老人保健事業推進費等補助金による研究の一環として、全国の自治体病院の全病棟を対象に、現在の在宅復帰状況や在宅復帰促進を目指した退院支援の現状についてアンケート調査を実施することとなりました。ご多忙中たいへん恐縮ですが、今後の厚生労働省の施策に生かされる重要なデータとなりますので、各病棟の看護師長様に回覧の上、御回答頂きますようよろしくお願い申し上げます。

謹白

平成 20 年 1 月

主任研究者 川島孝一郎
（仙台往診クリニック 院長）

【調査名】

重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業 調査①－B

【調査の実施主体】

この調査は、厚生労働省の研究費『重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業』により仙台往診クリニック（院長 川島孝一郎）が行うものです。集計・解析は東北大学大学院医療管理学教室が分担いたします。

【プライバシーの保護について】

個人情報保護法を遵守し、得られた結果は統計的に処理して、個人が特定されるデータとして公表されることはありません。調査内容は皆様の個人情報を含んでおりますので、厳重に管理し、みだりに用いることはありません。研究成果を開示する際も、貴施設を特定するような情報は公表しません。また、この結果を本研究事業以外の目的に用いることはございません。

【調査票配布対象先】

“臨床研修病院ガイドブック～2008 年度版” (<http://www.pmet.or.jp/>) の掲載病院一覧によっています。

【調査同意の可否】

この調査への協力を拒否されたり、同意を取り消されても今後貴施設に何らかの不利益が生じることは全くございません。

◇以上この調査の趣旨をご理解頂けましたら、以下をお読み頂き、ご回答賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

調査の趣旨を理解いたしました。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

調査に協力することに同意します。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

【回答にあたってのお願い】

1. 設問をお読みいただき、あてはまる番号に○をつけるか、ご記入ください。設問によって、「1つ」「あてはまる番号をいくつでも」など、○をつける数が異なりますので、ご注意ください。「その他」等のところは具体的にご記入ください。
2. ご回答頂きましたアンケートは、同封の返信封筒に入れて、2月15日(金)までにポストに投函してください(郵送料はかかりません)。
3. この調査に関するご質問やお問い合わせ等は、下記までお願い致します。

問い合わせ先

重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業事務局 (仙台往診クリニック内) 担当：千葉・伊藤 TEL：022-212-8501(平日 13～17 時) FAX：022-212-8533(24 時間) e-mail：zaisys@oushin-sendai.jp
--

【アンケートご記入にあたってのお願い】

自由記載の欄は、なるべく詳細にご記入願います。

1. 退院患者数について

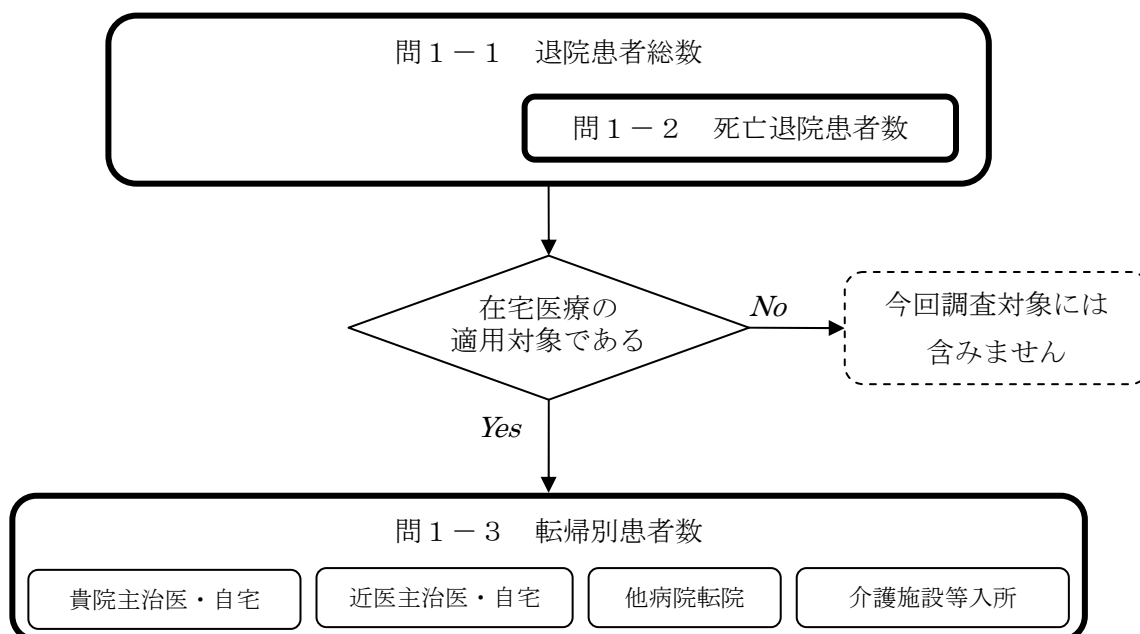
以下の問 1－1～4 については、別紙の回答用紙に、平成 19 年 11 月の貴院各病棟ごとの数値・選択肢をお答えください。病棟ごとの回答が困難な場合には、病院全体での総数のみをお答えくださっても構いません。

問 1－1 退院患者総数（死亡退院を含む）をお答えください。

問 1－2 死亡退院患者総数をお答えください。

問 1－3 在宅医療適用の対象となる患者について、以下の各項目の人数をお答えください。
※在宅医療の適用患者は「疾病・傷病による通院困難な場合」となっております。ただし、癌末期の方、高度認知症で徘徊の著しい方等は、歩行可であっても適用となります。この原則に当てはまる患者についてのみお答えください。

- | |
|------------------------------------|
| ・ 貴院の主治医継続のまま、自宅へ |
| ・ 近医が主治医となり、自宅へ |
| ・ 他病院（療養病床含む）へ転院 |
| ・ 介護施設等（老健、特養、有料老人ホーム、グループホーム等）へ入所 |
| ・ 死亡退院 |



問1-4 地域医療連携室へは主にどのような経路で患者を紹介しますか。もっとも多いものひとつに○をつけてください。

1. 医師の判断で紹介する。
2. 看護師の判断で紹介する。
3. 医師・看護師が相談の上紹介する。
4. 患者・家族が直接相談に行く。
5. その他（ ）

記入例：

病棟名		問1-1 各病棟退院患者総数(人)		問1-3 在宅適用となる患者数(人)				問1-4 連携室への紹介の判断
		問1-2 死亡退院 患者数(人)		貴院主治医 自宅	近医主治医 自宅	他病院 転院	介護施設等 入所	
貴院合計								
1	6階東病棟	100	12	10	3	5	1	1
2	6階西病棟	78	10	7	2	3	1	5 ○○○……
3	:	:	:	:	:	:	:	:

2. 貴施設について

問 2-1 貴施設について、以下の項目にお答えください。なお、医療機関名、所在地（都道府県と市区町村名）は、必ずお書きください。

医療機関名（必須）					
所在地	〒	—	都道府県	都道	市区
			市区町村名 (必須)	府県	町村
電話番号					
病床数	() 床 うち療養病床 () 床				
平均在院日数	一般病床 () 日				
職員数	医師	常勤 () 人	非常勤 () 人		
	看護師	常勤 () 人	非常勤 () 人		
あてはまるもの <u>すべて</u> に ○をつけてください	・ 地域医療支援病院 ・ 地域がん診療拠点病院 ・ 特定機能病院				

～以上でアンケートは終わりです。ご協力誠にありがとうございました。～

別紙 問1-1～問1-4 回答用紙

2007年 11月の1ヶ月間の実績をお答え下さい。
(病棟ごとの回答が困難な場合には、総数のみの回答でも構いません)

病棟名		問1-1 各病棟退院患者総数(人)		問1-3 在宅適用となる患者数(人)				問1-4 連携室への紹介の判断
		問1-2 死亡退院 患者数(人)		貴院主治医 自宅	近医主治医 自宅	他病院 転院	介護施設等 入所	
貴院合計								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								

図 1B-1-1 退院患者総数(死亡退院を含む)
 (病棟別回答のみ, $n = 807$, $m \pm \sigma = 61.4 \pm 52.4$, 自由記載)

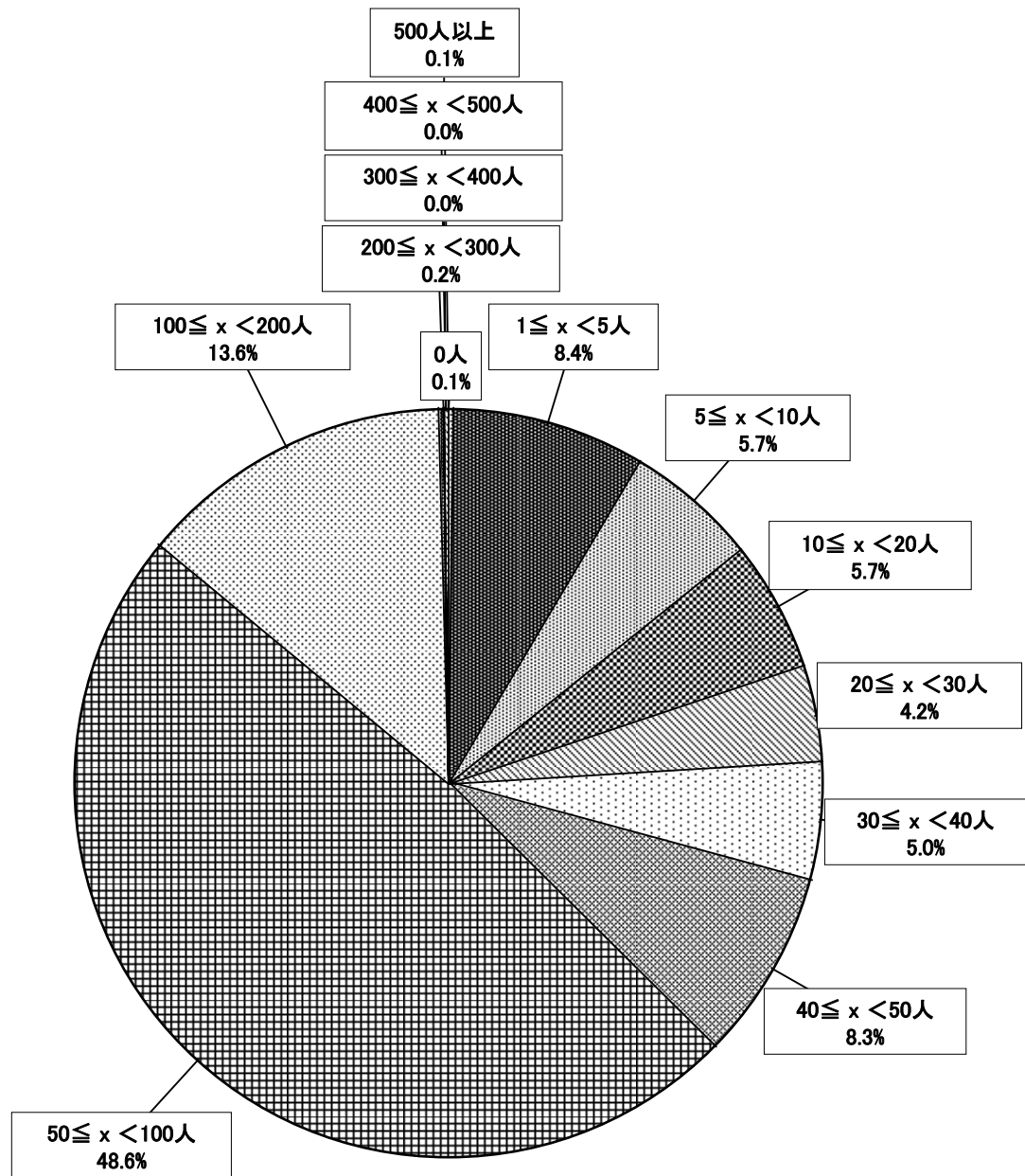


図 1B-1-2 死亡退院患者総数
(病棟別回答のみ, $n = 716$, $m \pm \sigma = 3.0 \pm 3.4$, 自由記載)

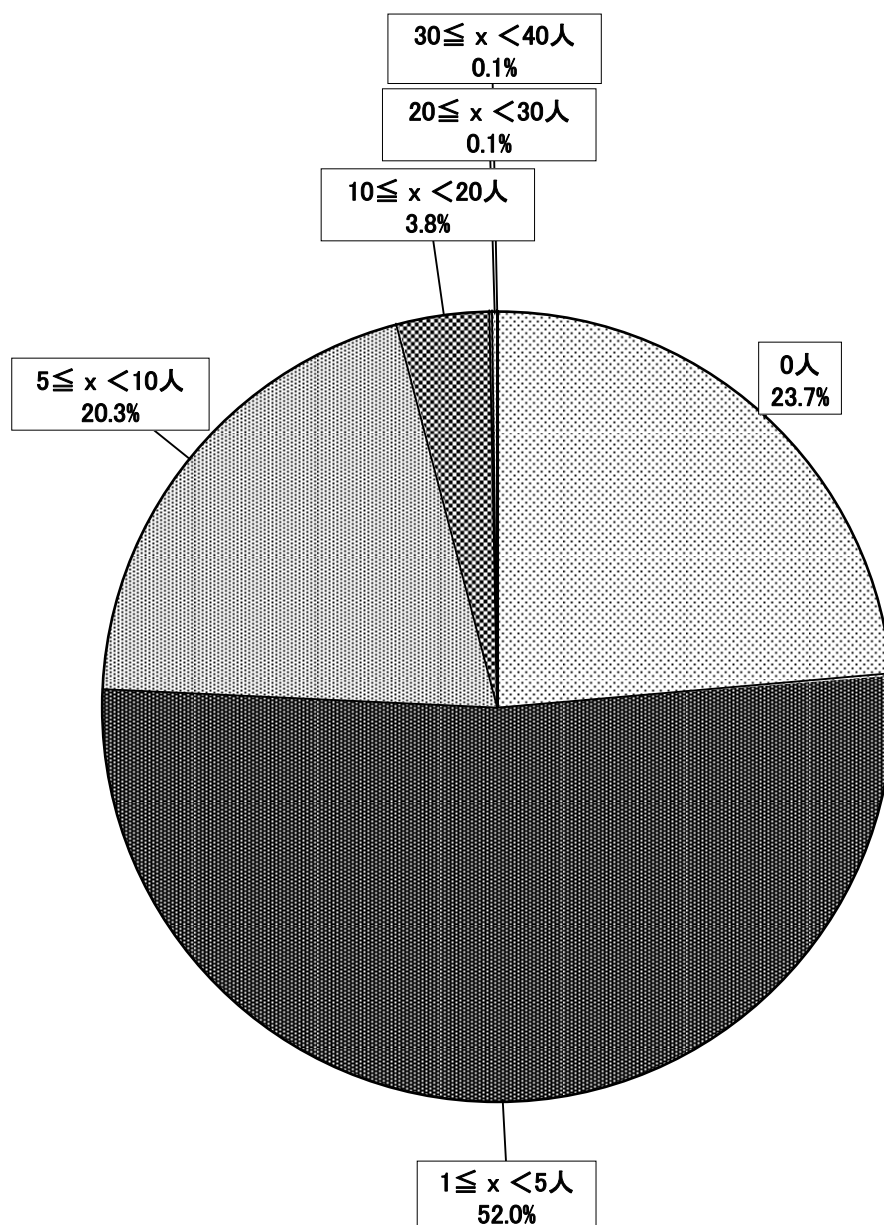


図 1B-1-3 「問1-1 退院患者数」に占める「問1-3 在宅適用患者」4種合計の割合
(病棟別回答のみ／4種全回答, n = 371, 中央値 22.2%)

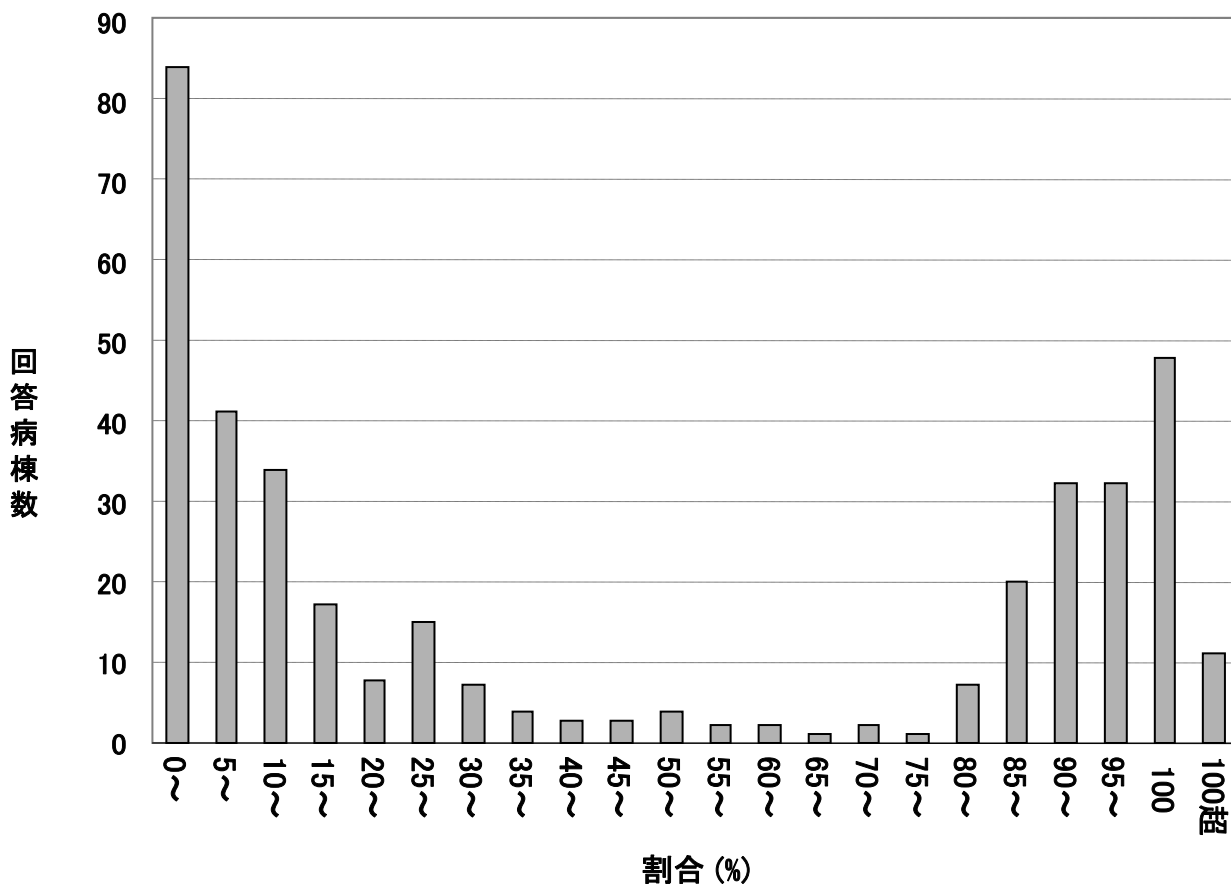


図 1B-1-3all 在宅医療適用となる退院患者の転帰・回答した全病棟の患者数の合計
(病棟別回答のみ／4種全回答／在宅率50%未満, n = 172病棟／1,325事例, 自由記載)

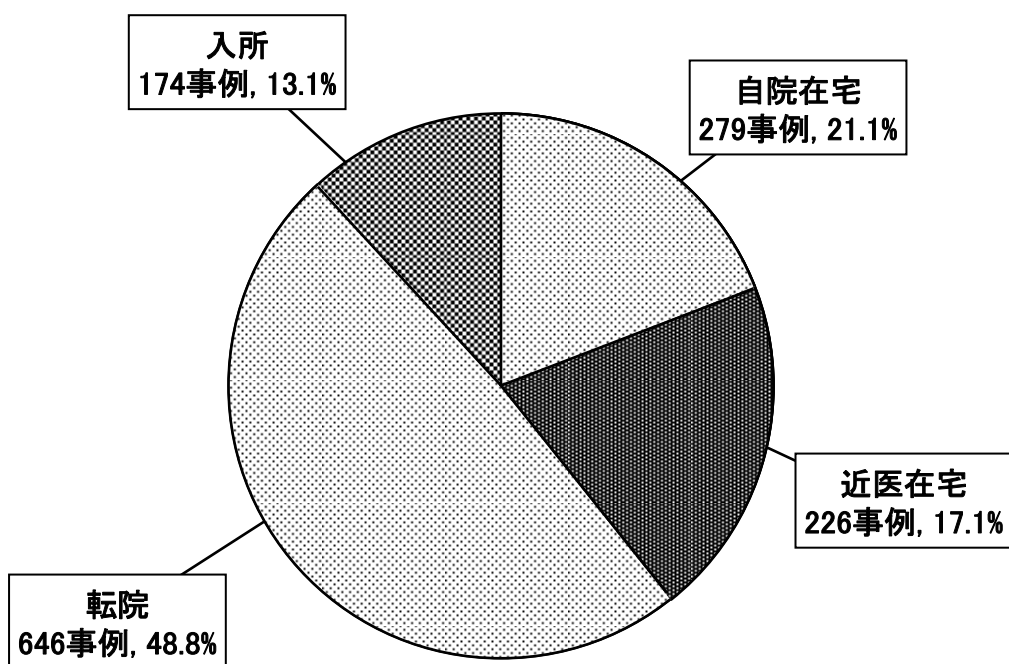


図 1B-1-3a 在宅医療適用となる退院患者のうち、在宅で自院主治医となった割合
(病棟別回答のみ／4種全回答／在宅率50%未満, $n = 172$, $m \pm \sigma = 19.7 \pm 28.6$, 自由記載)

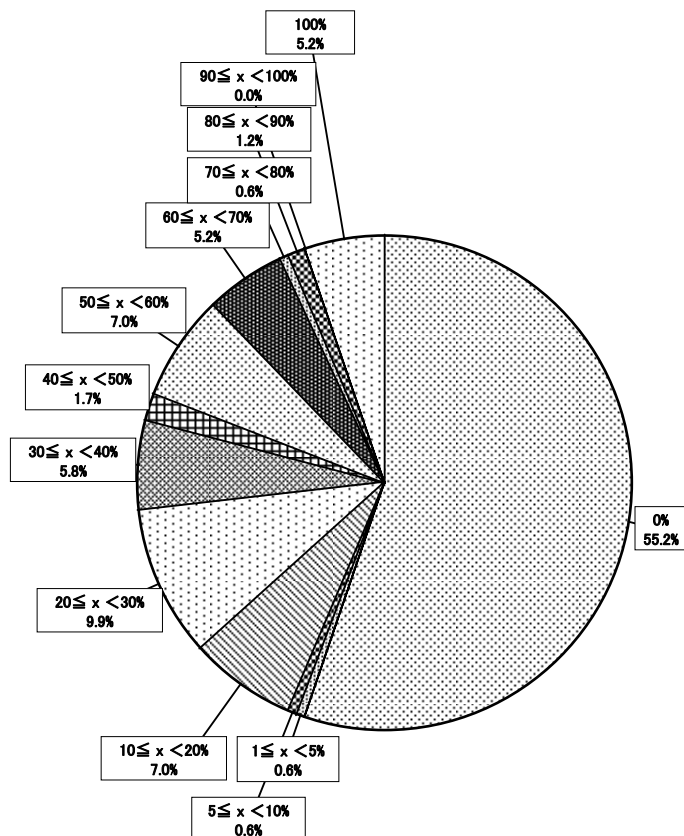


図 1B-1-3b 在宅医療適用となる退院患者のうち、在宅で近医主治医となった割合
(病棟別回答のみ／4種全回答／在宅率50%未満, $n = 172$, $m \pm \sigma = 17.1 \pm 25.7$, 自由記載)

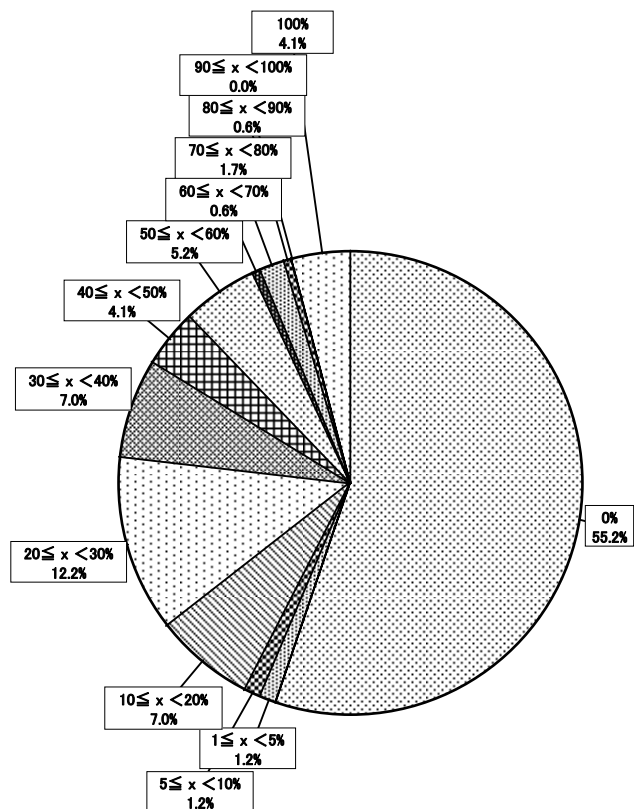


図 1B-1-3c 在宅医療適用となる退院患者のうち、他院に転院となった割合
(病棟別回答のみ／4種全回答／在宅率50%未満, $n = 172$, $m \pm \sigma = 51.3 \pm 36.9$, 自由記載)

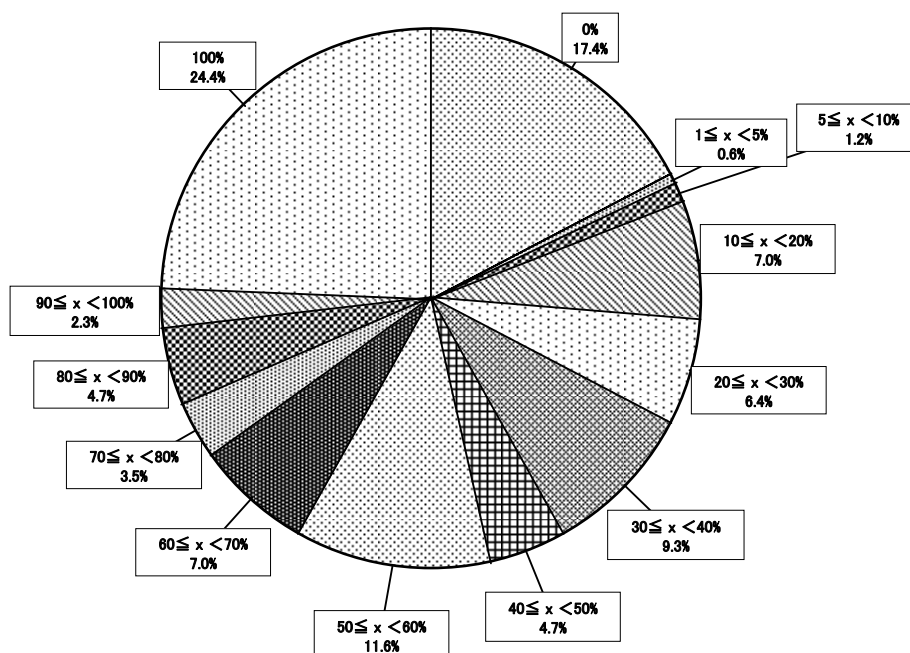


図 1B-1-3d 在宅医療適用となる退院患者のうち、介護施設等に入所となった割合
(病棟別回答のみ／4種全回答／在宅率50%未満, $n = 172$, $m \pm \sigma = 11.9 \pm 19.6$, 自由記載)

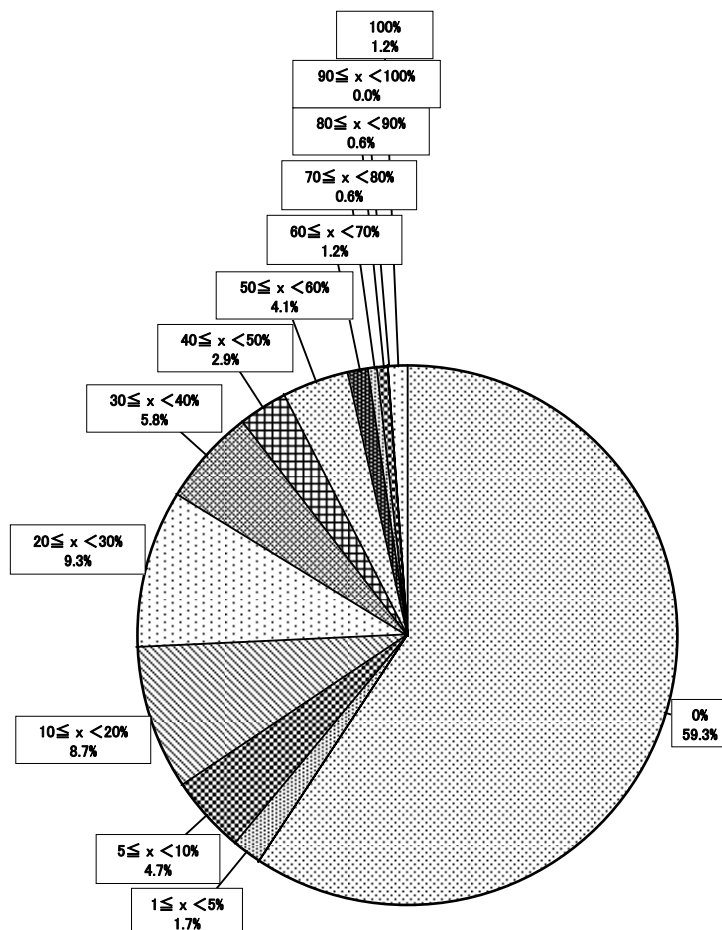


図 1B-1-4 地域医療連携室への患者紹介の主な経路
(病棟別回答のみ, n = 442)

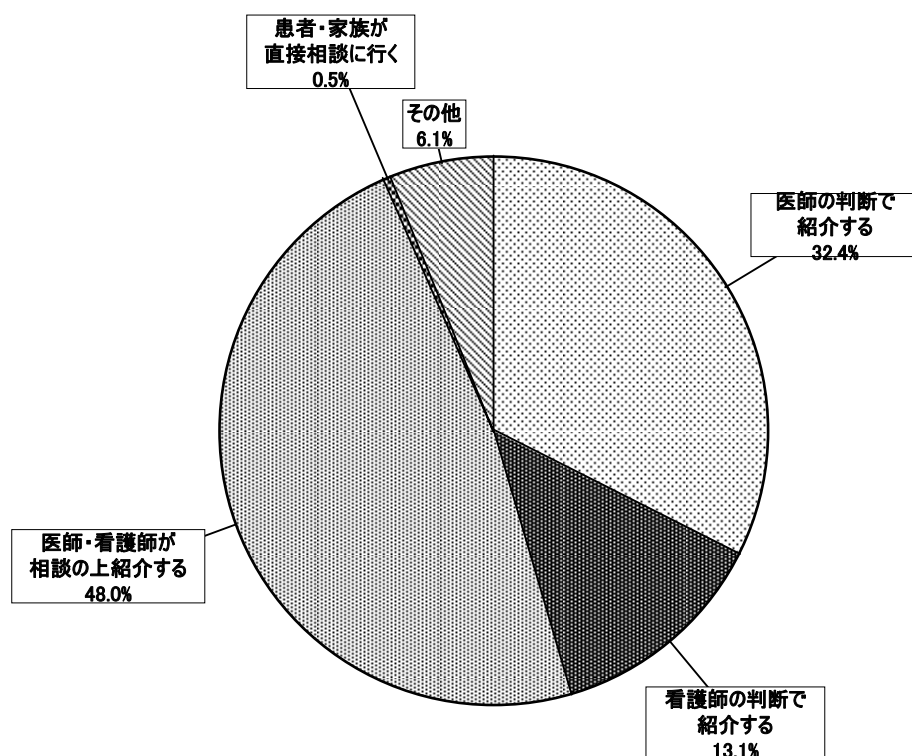


表1B-1-4 地域医療連携室への患者紹介の主な経路 - その他

整理No.	記載内容(表記のまま)
13	看護師
25	1,3
29	患者家族の希望確認しDrの判断で紹介
42	(家族・本人と相談) / (医師と家族が相談) / (患者と相談) / (医師・看護師・患者家族と相談) / (医師・患者・家族が相談)
48	3,1
51	医師、看護師家族が相談の上紹介する
67	1,2 / 2,4 / 2,1
70	1,2
85	1,2
87	必要時ソーシャルワーカー等に / リハビリテーション部のMSWに
95	(入院時からMSWが関わる)
103	入院・転棟と同時に、MSWが全介入している。
117	(医師又は看護師が家族又は本人の意向をうけて紹介)

がん医療を担う臨床医の先生方へ

平成 19 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

『 重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業 』

アンケート調査ご協力のお願い

謹啓

皆様におかれましては、ますます御健勝のこととお喜び申し上げます。

このたび、上に掲げます研究事業によるアンケート調査を行わせて頂きたい、この資料を送付させて頂きました。

がん対策基本法にしたがって、治療から在宅まで一貫した医療が求められております。しかしながら、その国民のニーズに供給体制が伴っていないのが現状です。この調査ではがん診療に当たっておられる先生方に、末期がん患者の療養先選択に対する説明の実施状況および在宅復帰への退院支援の実施状況をお伺いするものです。

書けるところだけでも結構ですので、ご協力何卒宜しくお願い申し上げます。

謹白

平成 20 年 1 月

主任研究者 川島孝一郎
(仙台往診クリニック 院長)

【調査名】

重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業 調査②

【調査の実施主体】

この調査は、厚生労働省の研究費『重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業』により仙台往診クリニック（院長 川島孝一郎）が行うものです。集計・解析は東北大学大学院医療管理学教室が分担いたします。

【プライバシーの保護について】

個人情報保護法を遵守し、得られた結果は統計的に処理して、個人が特定されるデータとして公表されることはありません。調査内容は皆様の個人情報を含んでおりますので、厳重に管理し、みだりに用いることはありません。研究成果を開示する際も、貴施設を特定するような情報は公表しません。また、この結果を本研究事業以外の目的に用いることはございません。

【調査票配布対象先】

全国がん(成人病)センター協議会 (<http://www.zengankyo.ncc.go.jp/>) の掲載病院一覧によっています。

【調査同意の可否】

この調査への協力を拒否されたり、同意を取り消されても今後貴施設に何らかの不利益が生じることは全くございません。

◇以上この調査の趣旨をご理解頂けましたら、以下をお読み頂き、ご回答賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

調査の趣旨を理解いたしました。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

調査に協力することに同意します。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

【回答にあたってのお願い】

1. 設問をお読みいただき、あてはまる番号に○をつけるか、ご記入ください。設問によって、「1つ」「あてはまる番号をいくつでも」など、○をつける数が異なりますので、ご注意ください。「その他」等のところは具体的にご記入ください。
2. ご回答頂きましたアンケートは、同封の返信封筒に入れて、2月15日(金)までにポストに投函してください（郵送料はかかりません）。
3. この調査に関するご質問やお問い合わせ等は、下記までお願い致します。

問い合わせ先

重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業事務局 (仙台往診クリニック内) 担当：千葉・伊藤 TEL：022-212-8501(平日13～17時) FAX：022-212-8533(24時間) e-mail：zaisys@oushin-sendai.jp

【アンケートご記入にあたってのお願い】

自由記載の欄は、なるべく詳細にご記入願います。

※在宅医療の適用患者は「疾病・傷病による通院困難な場合」となっております。ただし、癌末期の方、高度認知症で徘徊の著しい方等は、歩行可であっても適用となります。この原則に当てはまる患者についてのみお答えください。

問 1－1 地域医療連携室へは主にどのような経路で患者を紹介しますか。もっとも多いものひとつに○をつけてください。

1. 医師の判断で紹介する。
2. 看護師の判断で紹介する。
3. 医師・看護師が相談の上紹介する。
4. 患者・家族が直接相談に行く。
5. その他（ ）

問 2-1 退院支援（退院計画）について病院としての取り組み（たとえばチェックリストやスクリーニングシート、連携パス）はありますか。あてはまるものひとつに○をつけてください。

1. ある。 具体的に：	
2. ない。	

3. 在宅復帰支援について

以下問3－1～問3－10は、入院患者の在宅復帰支援について、あてはまるものひとつに○をつけてください。

問3－1 在宅復帰支援の過程で、先生ご自身と地域医療連携室との間で十分に患者情報の共有がなされていると思いますか。

1. 思う	2. どちらかというと思う	3. どちらかというと思わない	4. 思わない
-------	---------------	-----------------	---------

問3－2 在宅復帰支援の過程で、地域医療連携室は十分に機能していると思いますか。

1. 思う	2. どちらかというと思う	3. どちらかというと思わない	4. 思わない
-------	---------------	-----------------	---------

問3－3 先生は退院後の生活について患者・家族に十分説明していますか。

1. している	2. どちらかというとしている	3. どちらかというとしていない	4. していない
---------	-----------------	------------------	----------

問3－4 先生は在宅医療について十分な知識や理解がありますか。

1. ある	2. どちらかというところ	3. どちらかというところない	4. ない
-------	---------------	-----------------	-------

問3－5 在宅復帰支援の過程で、先生ご自身と病棟看護師との間で十分に患者情報の共有がなされていると思いますか。

1. 思う	2. どちらかというと思う	3. どちらかというと思わない	4. 思わない
-------	---------------	-----------------	---------

問3－6 病棟看護師は退院後の生活について患者・家族に十分説明していると思いますか。

1. 思う	2. どちらかというと思う	3. どちらかというと思わない	4. 思わない
-------	---------------	-----------------	---------

問3－7 病棟看護師は在宅医療について十分な知識や理解があると思いますか。

1. 思う	2. どちらかというと思う	3. どちらかというと思わない	4. 思わない
-------	---------------	-----------------	---------

問3－8 在宅復帰支援の過程で、受け入れ側の地域の医師、訪問看護師、ケアマネジャーと、十分に患者情報の共有がなされていると思いますか。

1. 思う	2. どちらかというと思う	3. どちらかというと思わない	4. 思わない
-------	---------------	-----------------	---------

問３－９ 在宅医療を依頼した診療所医師は、病院側の期待に十分応えていると思いますか。

1. 思う	2. どちらかというと思う	3. どちらかというと思わない	4. 思わない
-------	---------------	-----------------	---------

問３－１０ 訪問看護を依頼した訪問看護師は、病院側の期待に十分応えていると思いますか。

1. 思う	2. どちらかというと思う	3. どちらかというと思わない	4. 思わない
-------	---------------	-----------------	---------

問３－１１ 在宅医療適用となる患者が退院する前に、貴院医師、看護師、受け入れ側の医師、訪問看護師、ケアマネジャー、介護職などが集まって、退院後の医療、生活についてのミーティングを開く割合はどれくらいですか。

約	%
---	---

問３－１２ 以下の項目について、患者・家族にどのようにアドバイスされていますか。それぞれの項目についてあてはまるものひとつに○をつけてください。

1	2	3
関わった患者が該当する場合、すべての患者・家族に説明している。	尋ねられた場合のみ説明している。	ほとんど説明していない。

・在宅医療の概要	1	・	2	・	3
・在宅医療の自己負担額	1	・	2	・	3
・介護保険の自己負担額	1	・	2	・	3
・福祉用具の設置・購入	1	・	2	・	3
・身体障害者手帳の交付	1	・	2	・	3
・身体障害者への給付制度の内容について	1	・	2	・	3
・身体障害者医療費助成制度	1	・	2	・	3
・特定疾患治療研究事業（難病助成）	1	・	2	・	3
・高額療養費貸付制度	1	・	2	・	3
・生命保険の生前給付金	1	・	2	・	3

問３－１３ A. 在宅緩和ケアと、B. 緩和ケア病棟、ふたつの選択肢について、先生はどのように説明していらっしゃいますか。以下のうち、もっともあてはまることが多いものひとつに○をつけてください。

1. Aを第一選択、Bを第二選択として説明している。
2. AとBを同等に説明している。
3. Bを第一選択、Aを第二選択として説明している。

問３－１４ 入院患者の在宅復帰を進める上で問題となる点について、以下の項目についてはどの程度問題になっているでしょうか。それぞれの項目について、５段階でお答えください。

1	2	3	4	5
特に問題ではない	…	徐々に改善しつつある	…	問題視している

貴施設の状況	
在宅重症者医療に対する医師の理解不足	１・２・３・４・５
在宅療養支援診療所の周知の不徹底	１・２・３・４・５
退院時共同指導の不徹底	１・２・３・４・５
緊急入院のベッド確保の困難さ	１・２・３・４・５

地域の診療所の状況	
在宅療養支援診療所の不足	１・２・３・４・５
緩和ケアにおける経験の不足	１・２・３・４・５
難病ケアにおける経験の不足	１・２・３・４・５

患者・家族	
経済的な問題	１・２・３・４・５
家族介護力の不足（高齢であるなど）	１・２・３・４・５
家族の絆の問題	１・２・３・４・５

訪問看護・介護事業所等	
訪問看護事業所の不足	１・２・３・４・５
訪問薬剤指導管理を行う調剤薬局の不足	１・２・３・４・５
訪問介護事業所の不足	１・２・３・４・５

問３－１５ 入院患者の在宅復帰を進めるために、先生が医局や看護部あるいは病院全体に対して主体的にはたらきかけている活動はありますか。あてはまるものひとつに○をつけてください。

１．ある。 具体的に：
２．ない。

4. ご自身について

問4－1 ご自身について、以下の項目にお答えください。なお、医療機関名、所在地（都道府県と市区町村名）は、必ずお書きください。

医療機関名（必須）											
所在地	〒	—	都道府県 市区町村名 (必須)		都道府県			市区町村			
電話番号											
臨床経験年数			() 年								
診療科 (あてはまるもの すべてに○をお つけください)	01	緩和ケア	02	内科	03	心療内科	04	呼吸器科			
	05	消化器科	06	胃腸科	07	循環器科	08	アレルギー科			
	09	リウマチ科	10	小児科	11	精神神経科	12	精神科			
	13	神経科	14	神経内科	15	外科	16	整形外科			
	17	脳神経外科	18	呼吸器外科	19	心臓血管外科	20	こう門科			
	21	産婦人科	22	産科	23	婦人科	24	眼科			
	25	耳鼻咽喉科	26	気管食道科	27	皮膚科	28	泌尿器科			
	29	リハビリテーション科	30	放射線科	31	麻酔科	32	口腔外科			
	33	その他()									

問4－2 がんの在宅医療に関する考えを自由にお書きください。

～以上でアンケートは終わりです。ご協力誠にありがとうございました。～

図2-1-1 地域医療連携室への患者紹介の主な経路
(n = 213)

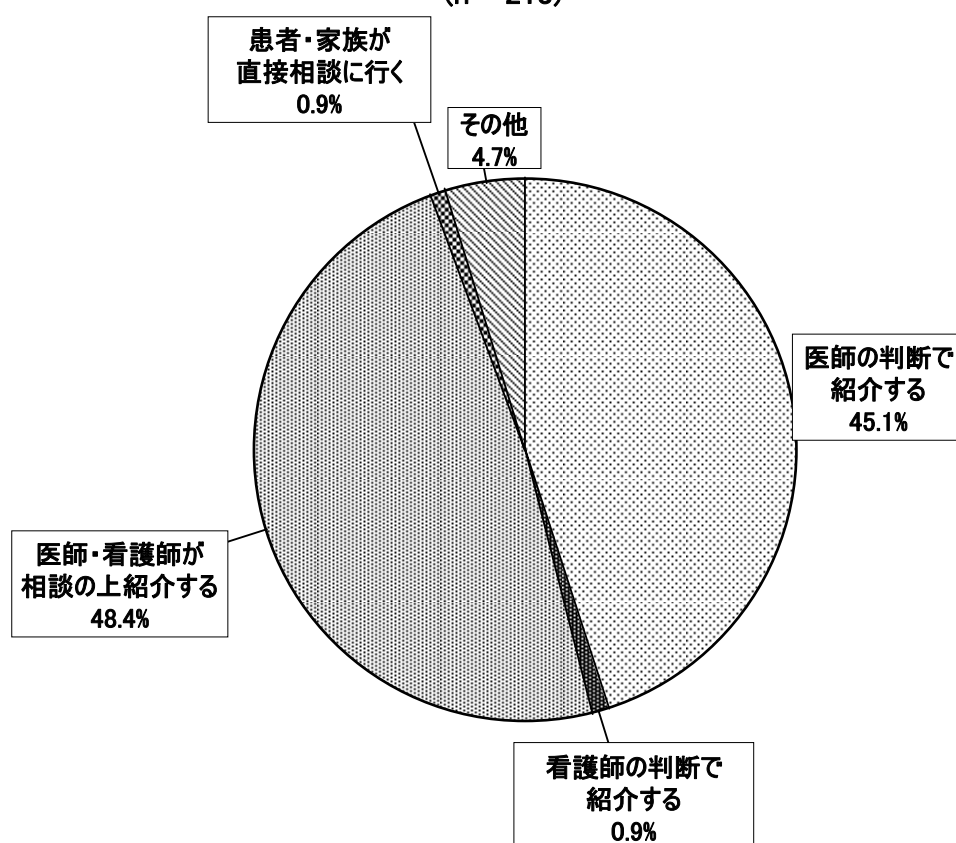


表2-1-1 地域医療連携室への患者紹介の主な経路

通し 番号	回答
11	(③で決定、連携室にその旨を伝え、④してもらおう) ...③でしょうか？
20	連携室より
28	当院医療連携室と患者・家族・医師で相談
46	在宅の患者は特に地域医療連携室に連絡しない
47	頭頸部癌が専門であり、その特殊性から在宅は困難なことが多い。
50	小児科のため利用していません
77	医師、看護師、患者および家族、で相談・合意の後。
80	本人、家人の希望を聞いて対応
112	紹介だと③であるが、④も多いと思う④は紹介とは言えない
113	医師、看護師、必要に応じて依頼する
139	地域連携室ではなく「在宅ケア会議」が担当
159	主治医になることがない。

図2-2-1 退院支援(退院計画)について病院としての取り組み
(n = 213)

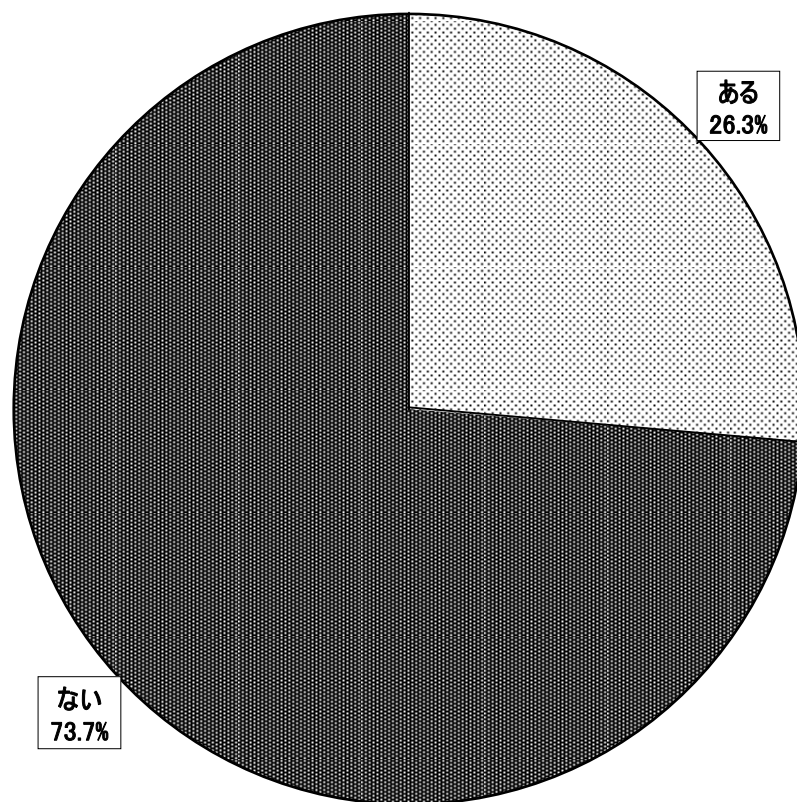


図 2-3-1 在宅復帰支援の過程で、
地域医療連携室との間で十分に患者情報の共有がなされていると思いますか
(n = 212)

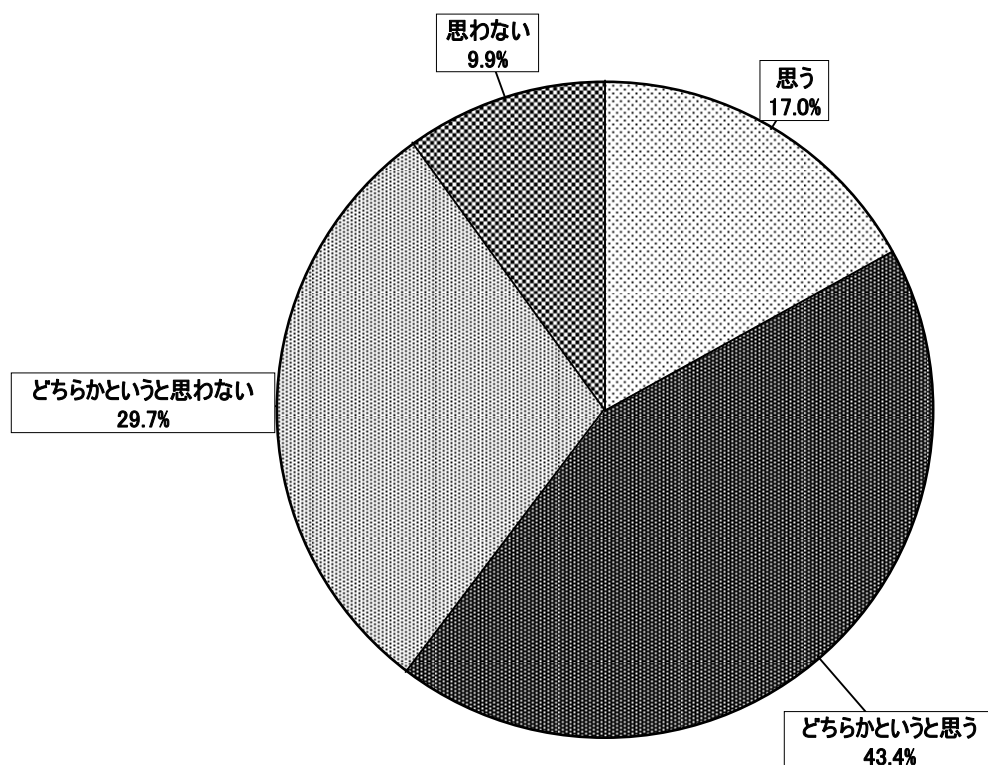


図 2-3-2 在宅復帰支援の過程で、地域医療連携室は十分に機能していると思いますか
(n = 213)

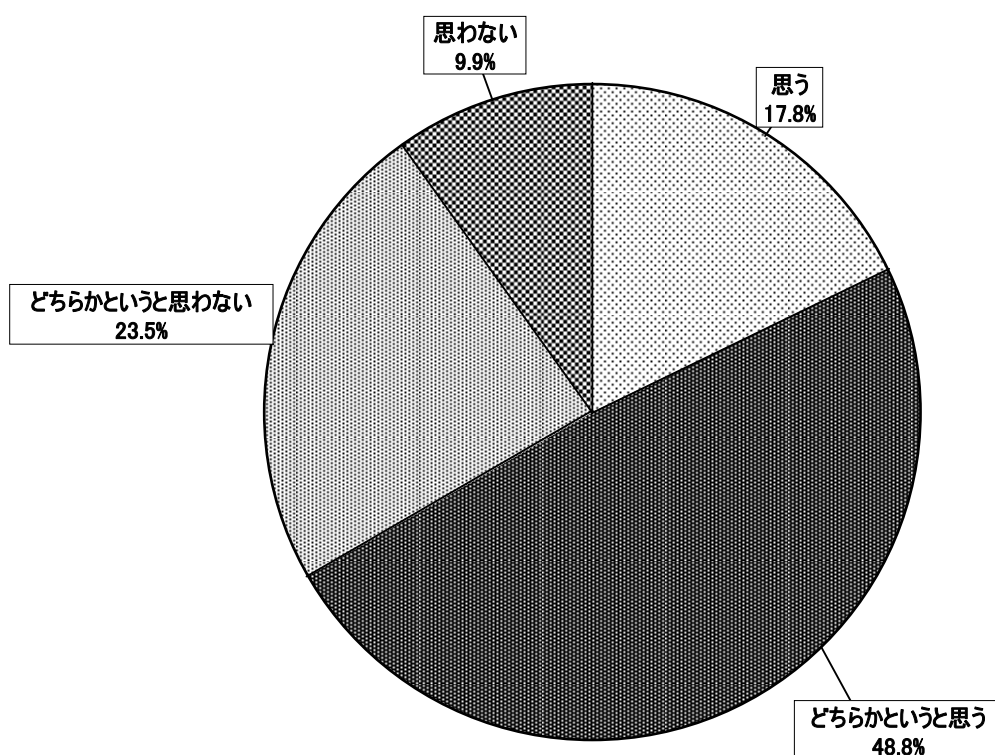


図 2-3-3 先生は退院後の生活について患者・家族に十分説明していますか
(n = 212)

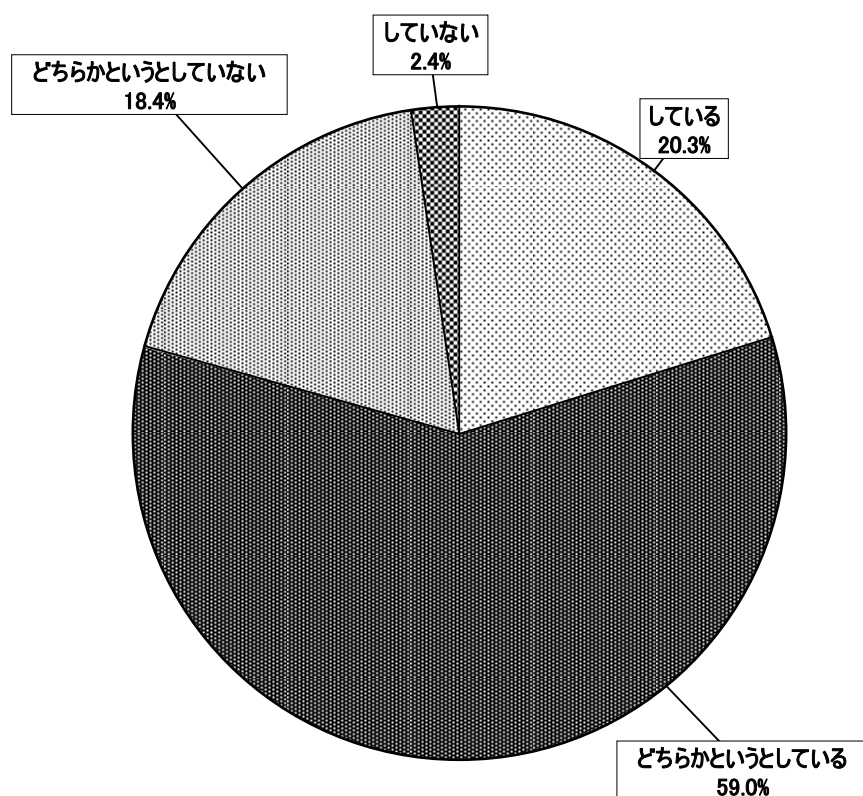


図 2-3-4 先生は在宅医療について十分な知識や理解がありますか
(n = 213)

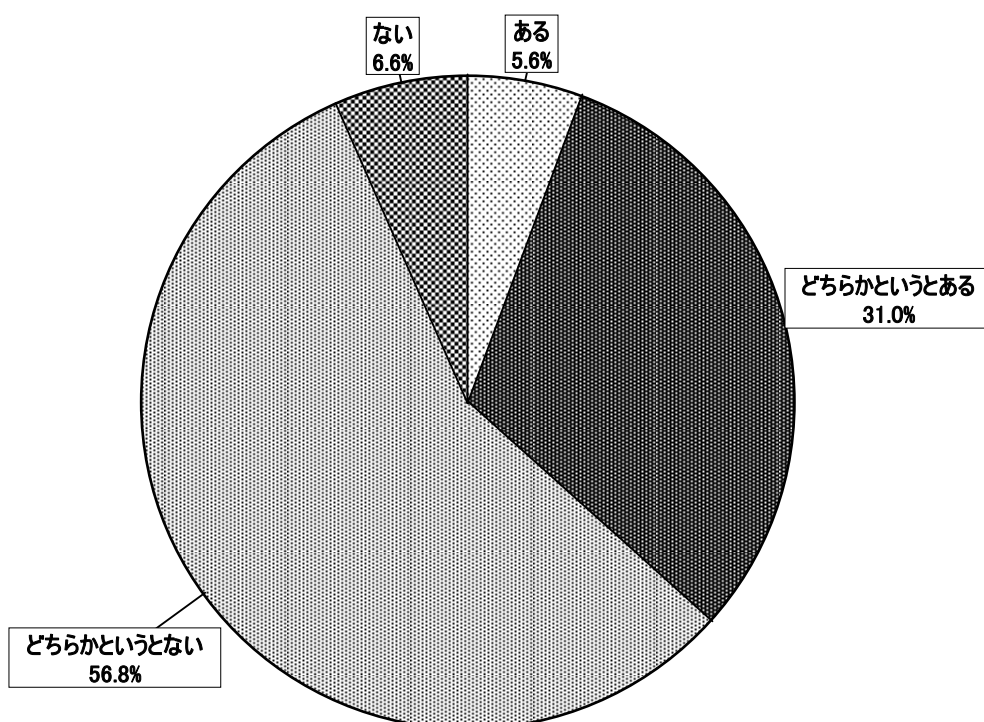


図 2-3-5 在宅復帰支援の過程で、
看護師との間で十分に患者情報の共有がなされていると思いますか
(n = 212)

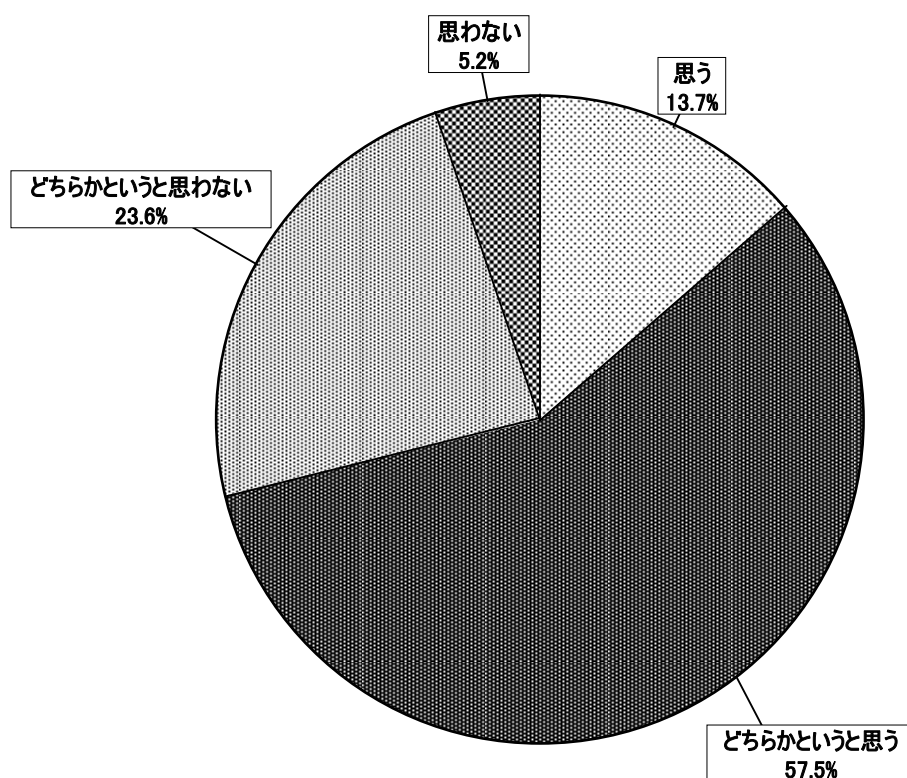


図 2-3-6 病棟看護師は退院後の生活について患者・家族に十分説明していると思いますか
(n = 213)

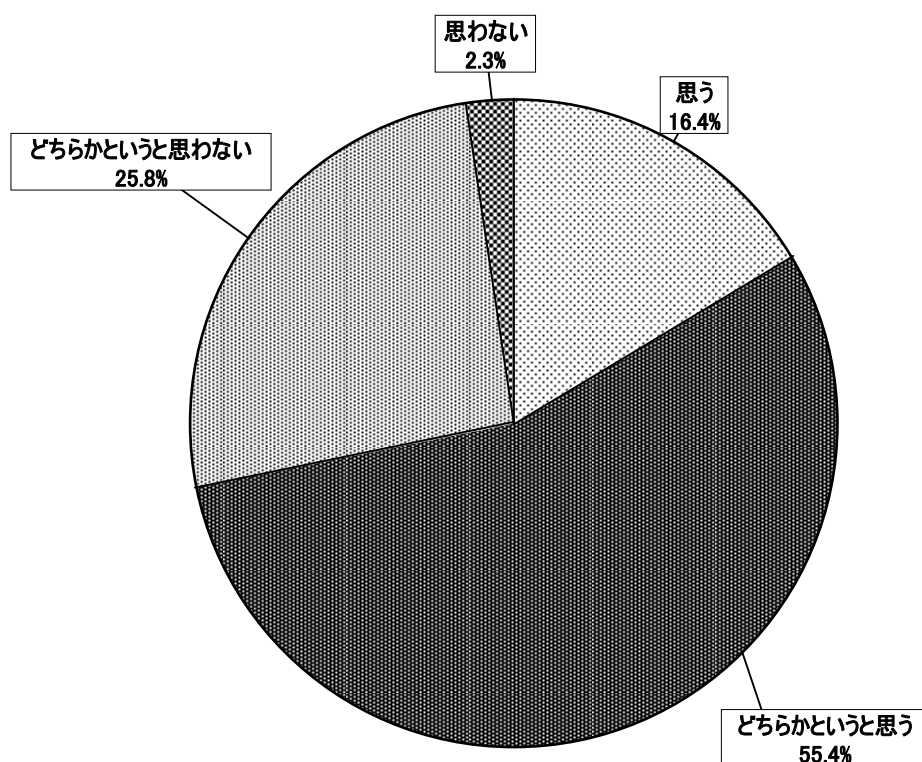


図 2-3-7 病棟看護師は在宅医療について十分な知識や理解があると思いますか
(n = 213)

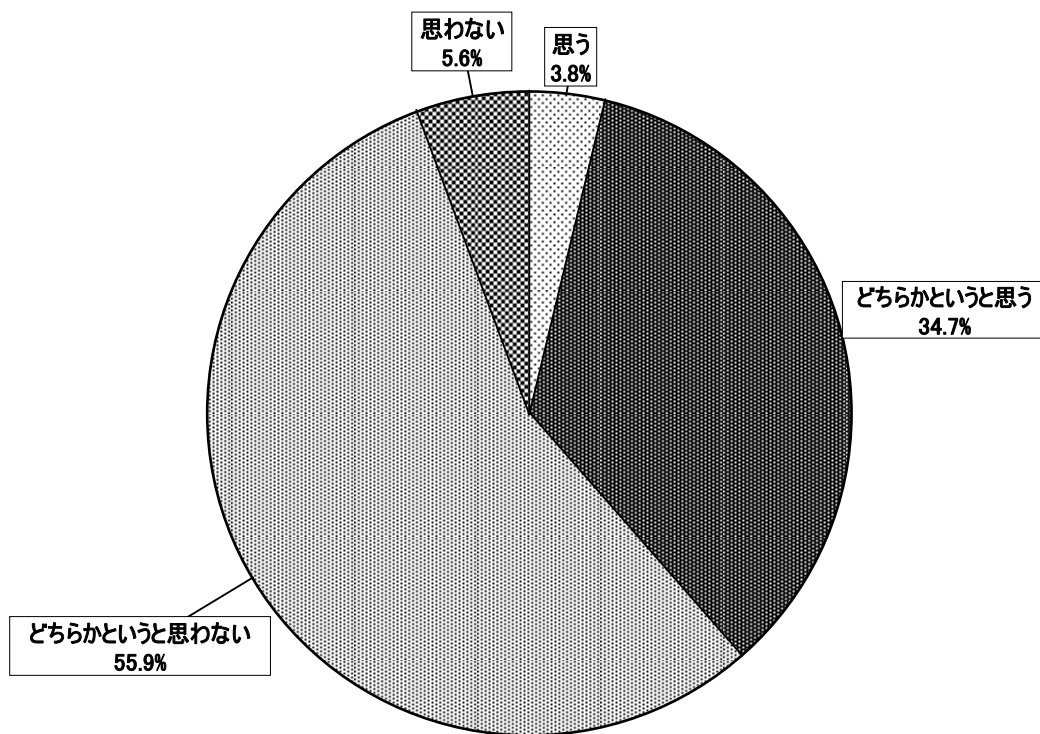


図 2-3-8 受け入れ側の地域の医師、訪問看護師、ケアマネジャーと、十分に患者情報の共有がなされていると思いますか
(n = 211)

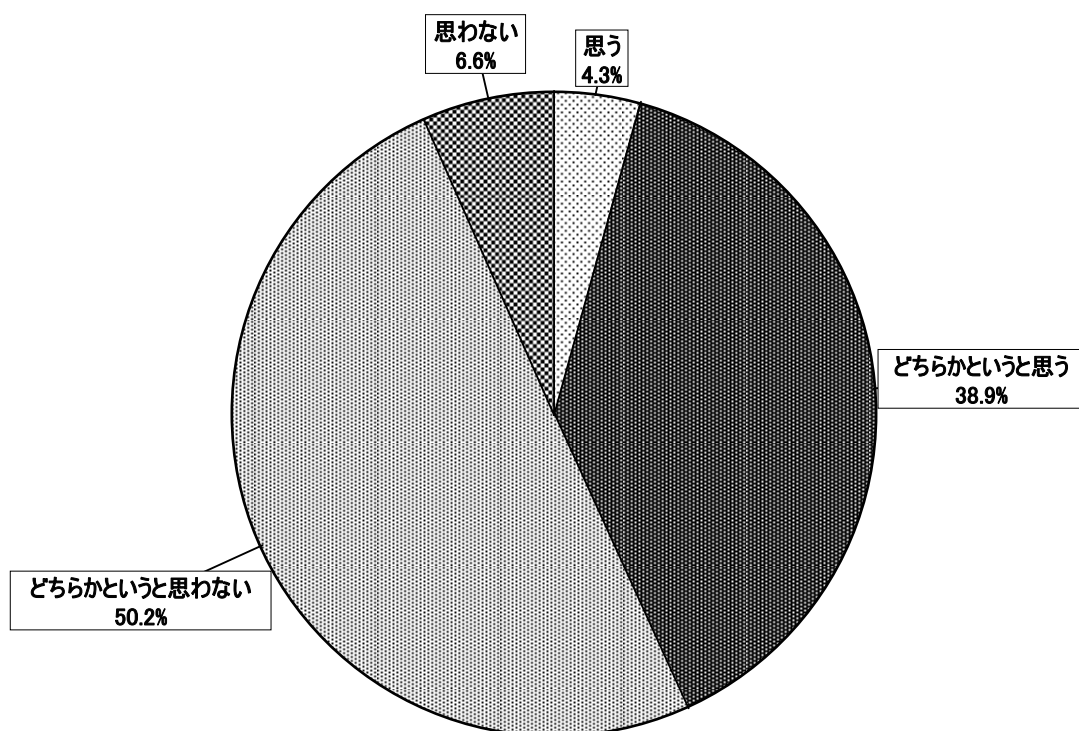


図 2-3-9 在宅医療を依頼した診療所医師は、病院側の期待に十分応えていると思いますか
(n = 210)

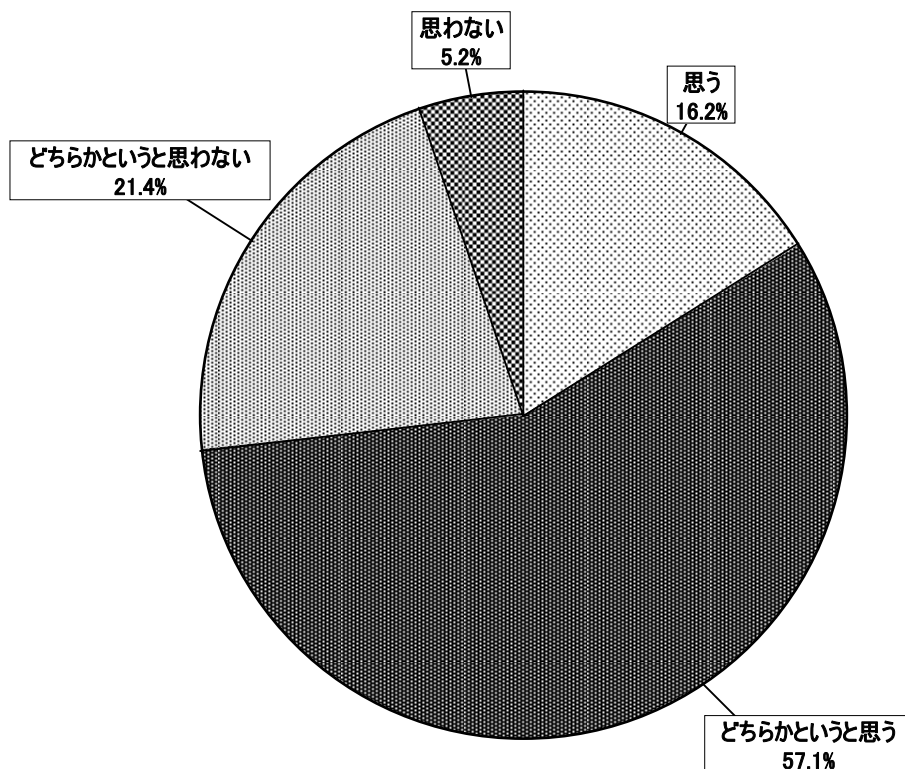


図 2-3-10 訪問看護を依頼した訪問看護師は、病院側の期待に十分応えていると思いますか
(n = 209)

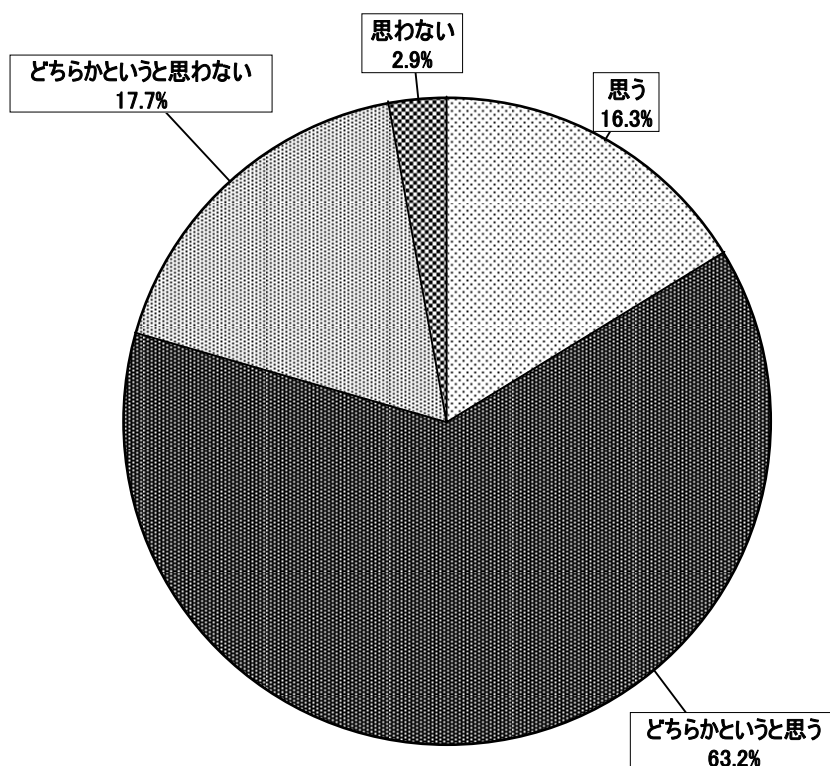


図2-3-11 在宅医療適用となる患者が退院する前の多職種ミーティング開催率
($n = 201$, $m \pm \sigma = 13.8 \pm 27.9$, 自由記載)

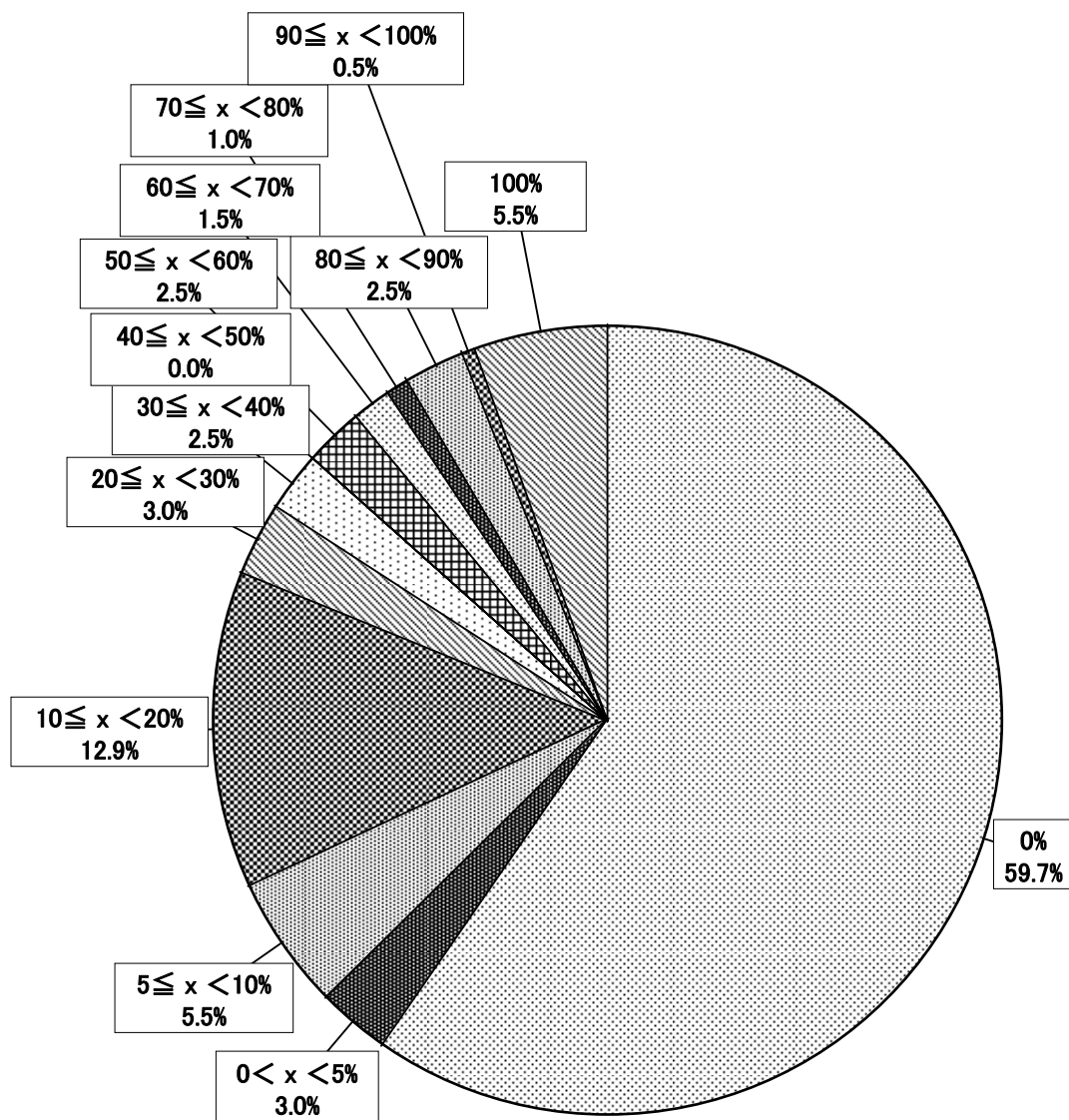


図 2-3-12-1 患者・家族へのアドバイス－在宅医療の概要
(n = 209)

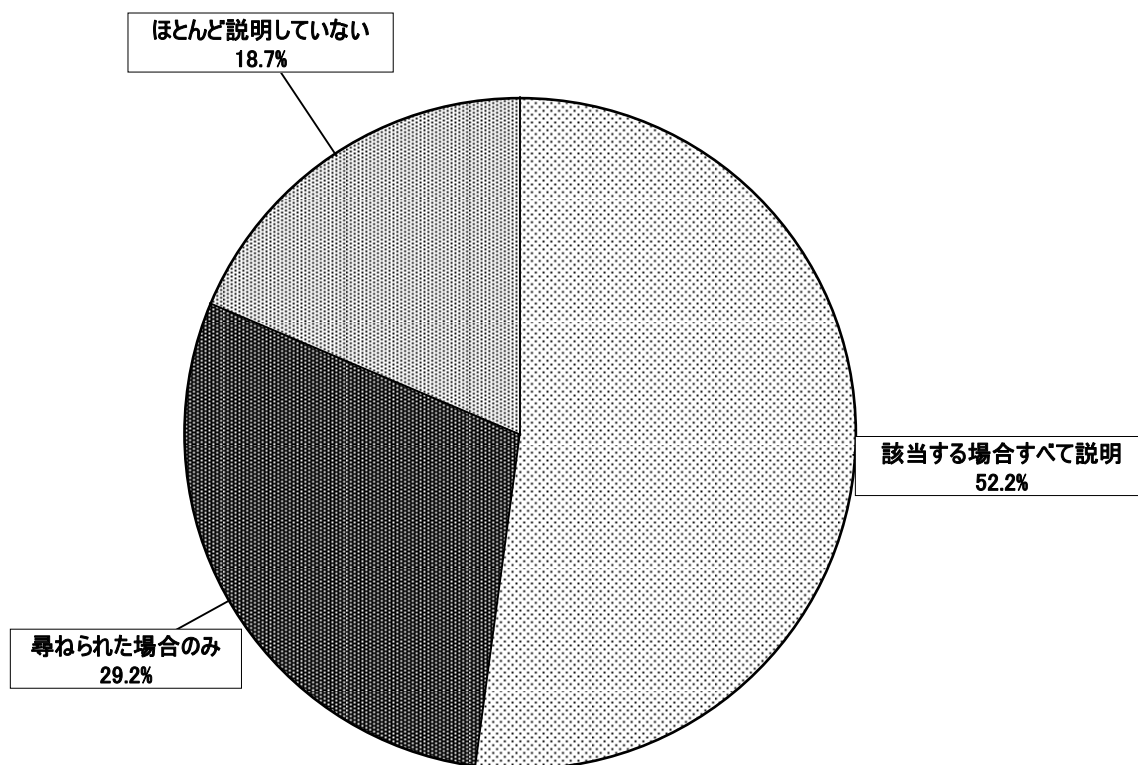


図 2-3-12-2 患者・家族へのアドバイス－在宅医療の自己負担額
(n = 211)

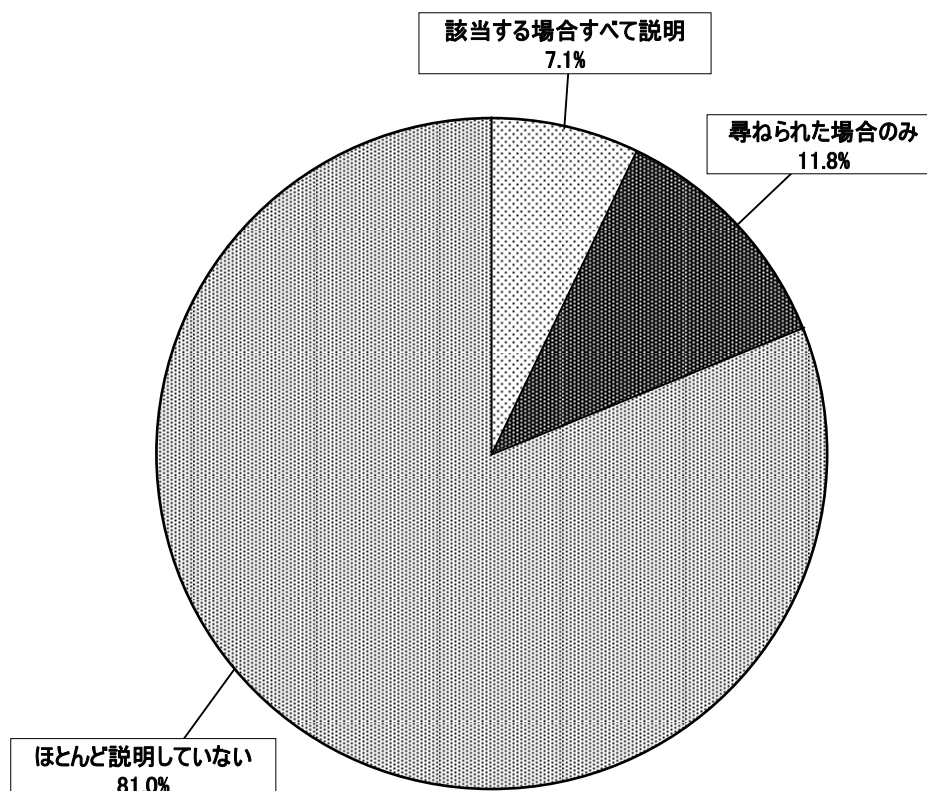


図 2-3-12-3 患者・家族へのアドバイス -介護保険の自己負担額
(n = 211)

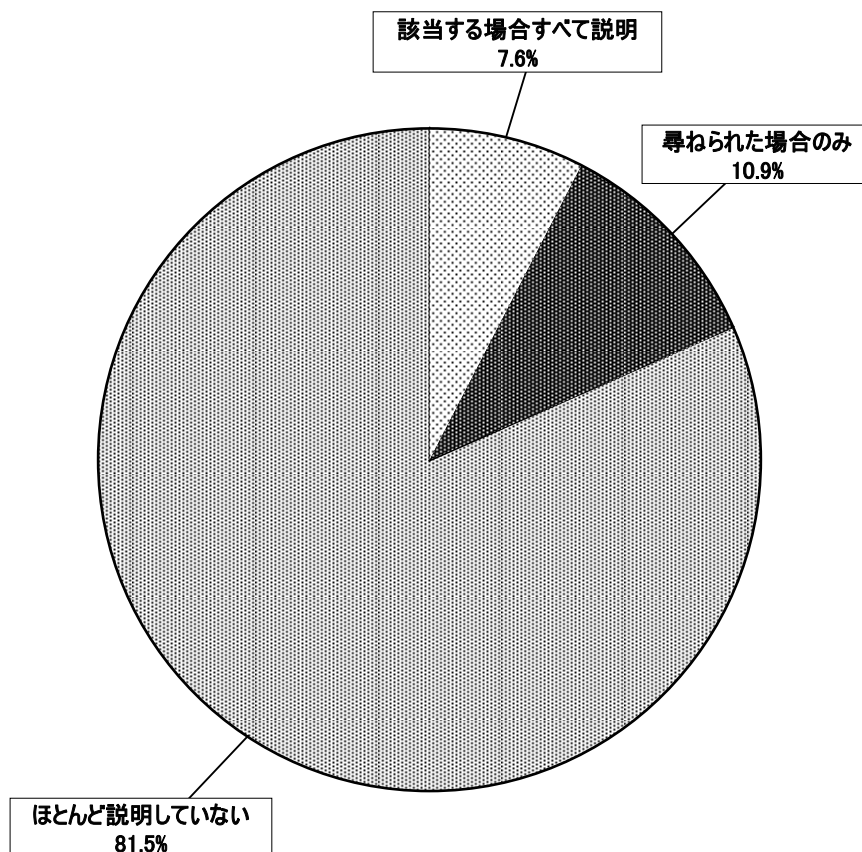


図 2-3-12-4 患者・家族へのアドバイス -福祉用具の設置・購入
(n = 210)

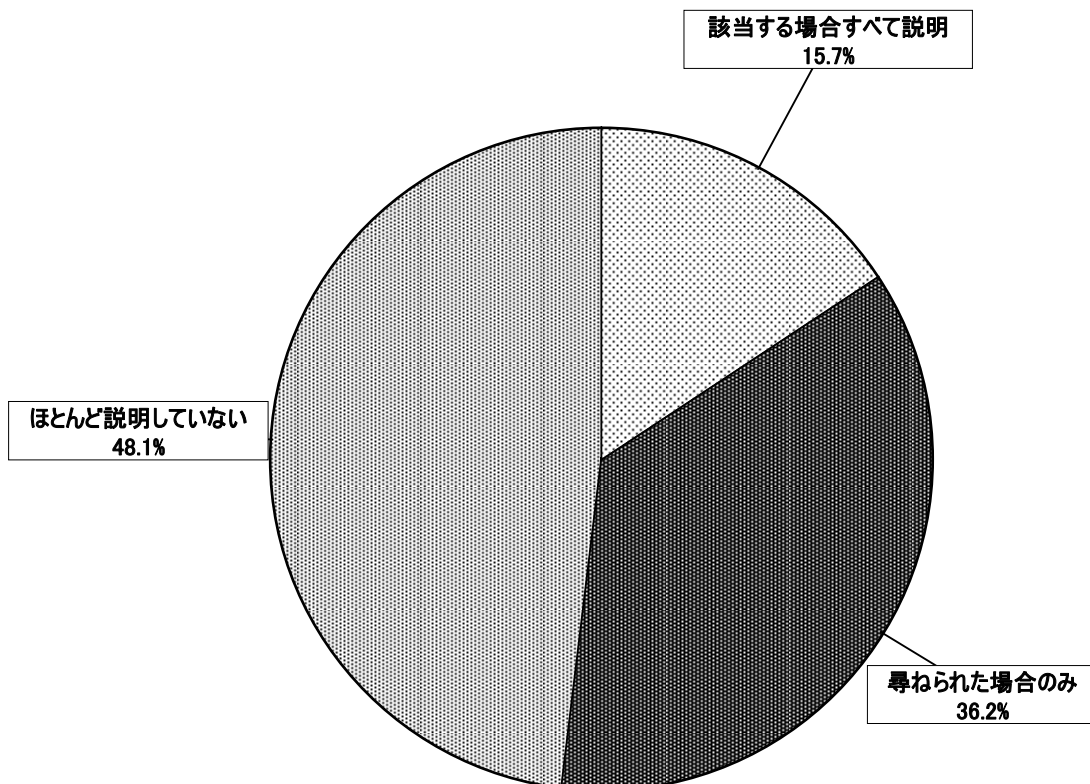


図 2-3-12-5 患者・家族へのアドバイス－身体障害者手帳の交付
(n = 211)

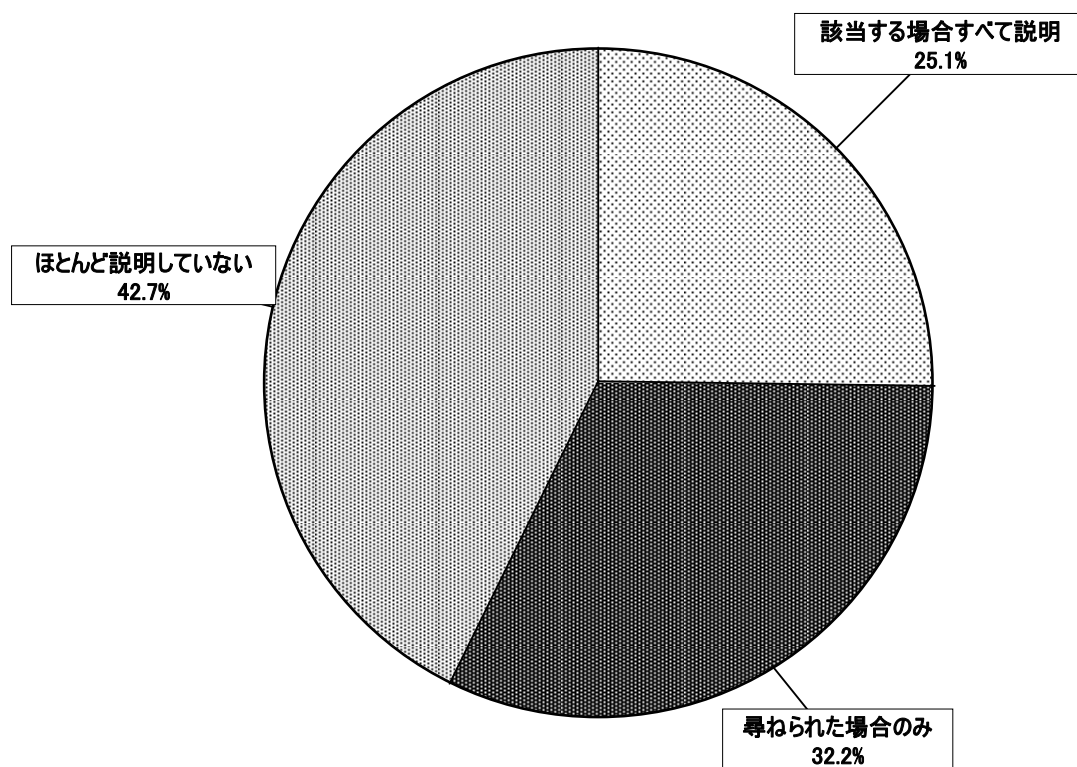


図 2-3-12-6 患者・家族へのアドバイス－身体障害者への給付制度の内容について
(n = 211)

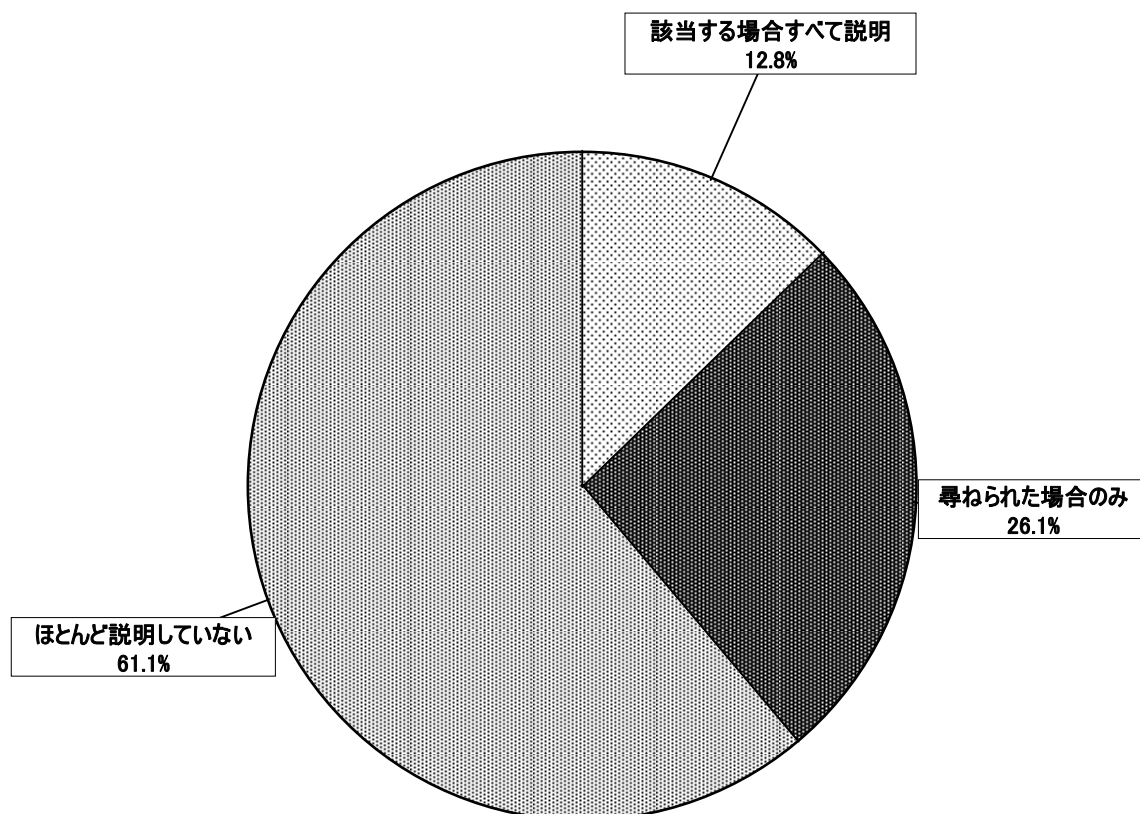


図 2-3-12-7 患者・家族へのアドバイス－身体障害者医療費助成制度
(n = 211)

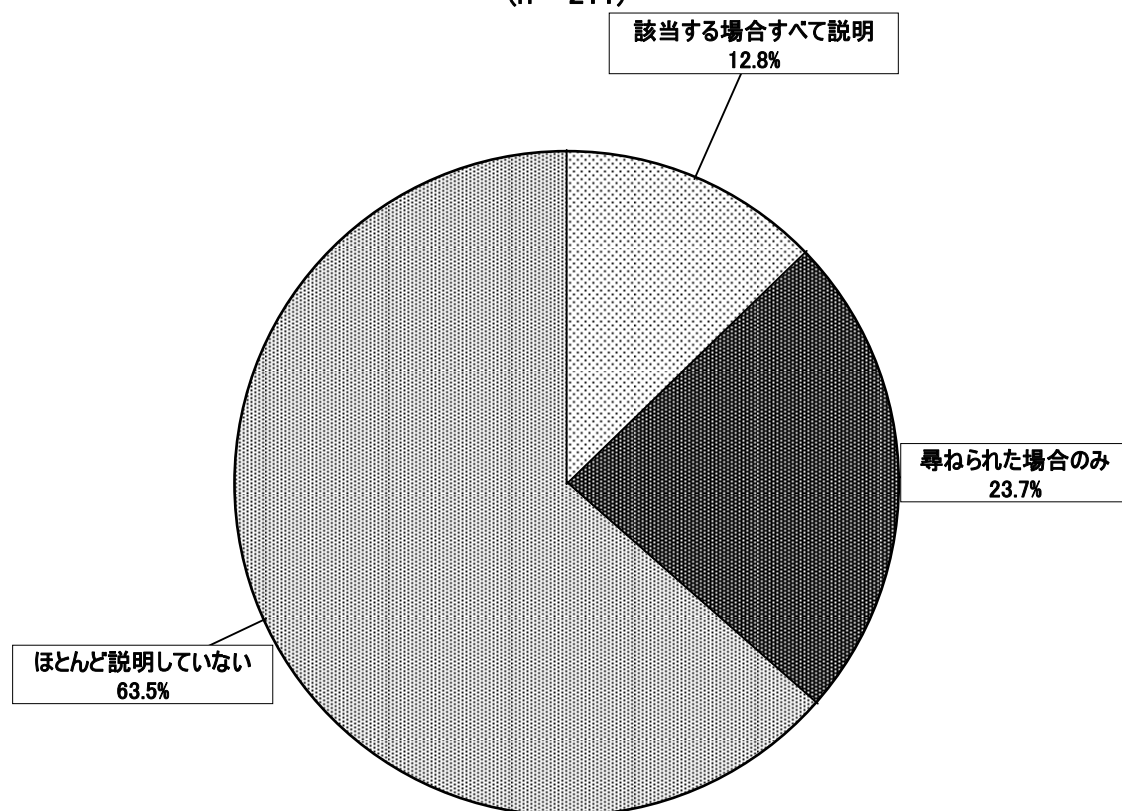


図 2-3-12-8 患者・家族へのアドバイス－特定疾患治療研究事業(難病助成)
(n = 211)

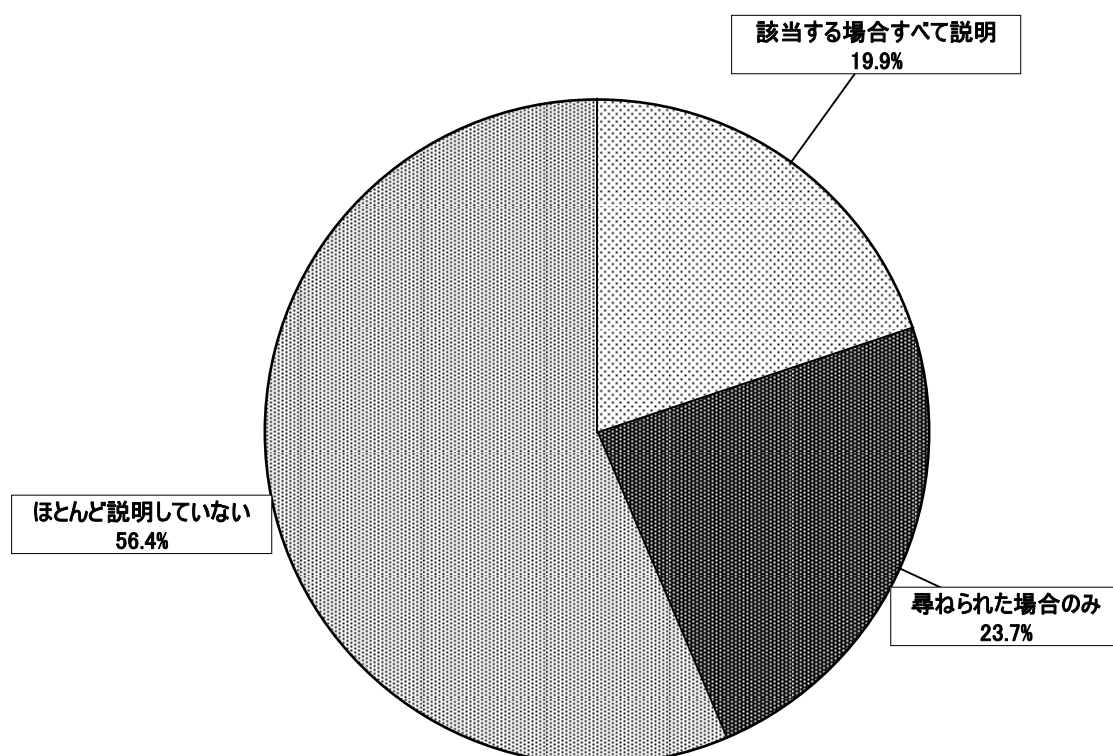


図 2-3-12-9 患者・家族へのアドバイス – 高額療養費貸付制度
(n = 211)

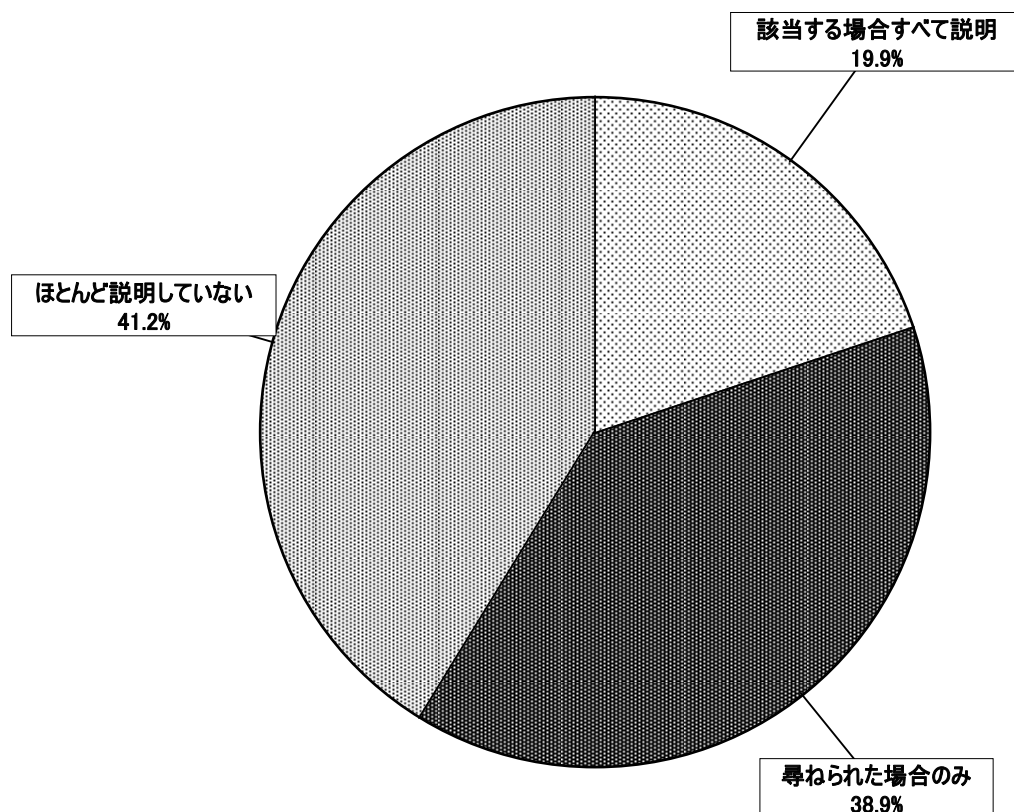


図 2-3-12-10 患者・家族へのアドバイス – 生命保険の生前給付金
(n = 210)

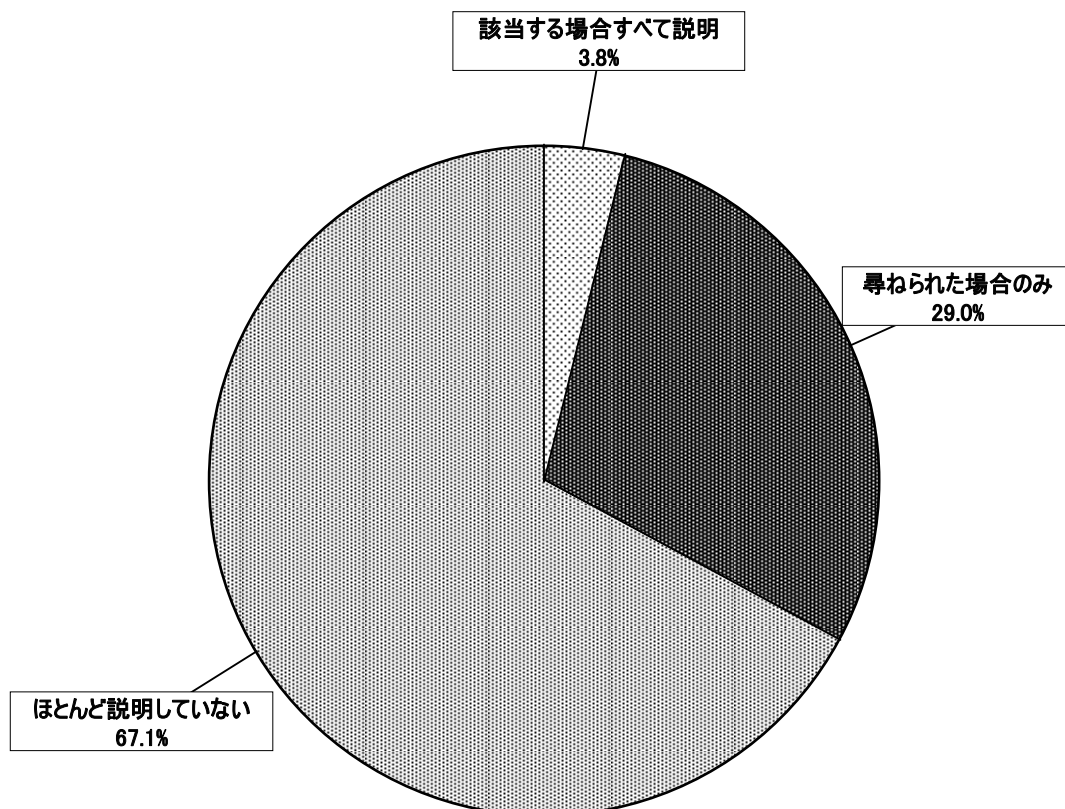


図2-3-13 A. 在宅緩和ケアと、B. 緩和ケア病棟、ふたつの選択肢について、
先生はどのように説明していらっしゃいますか
(n = 207)

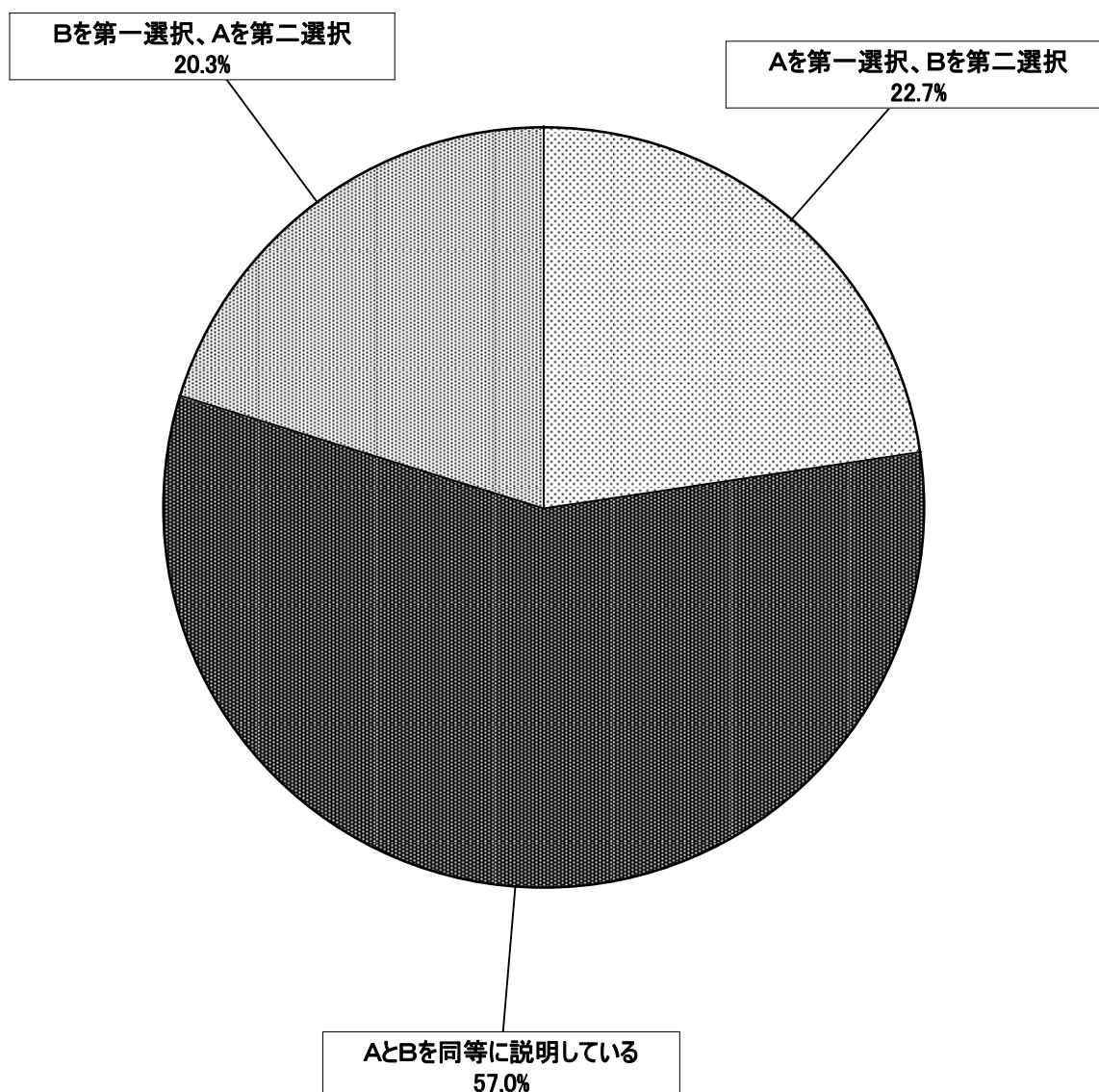


図 2-3-14-1 在宅復帰を進める上で問題となる点 -在宅重症者医療に対する医師の理解不足
(n = 212)

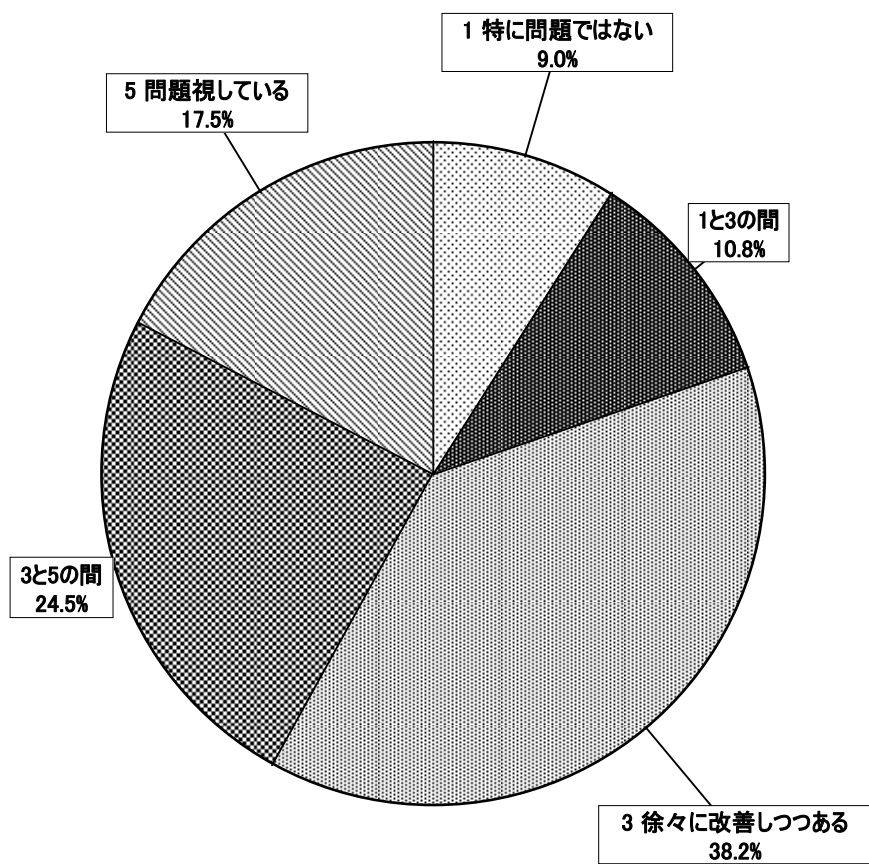


図 2-3-14-2 在宅復帰を進める上で問題となる点 -在宅療養支援診療所の周知の不徹底
(n = 212)

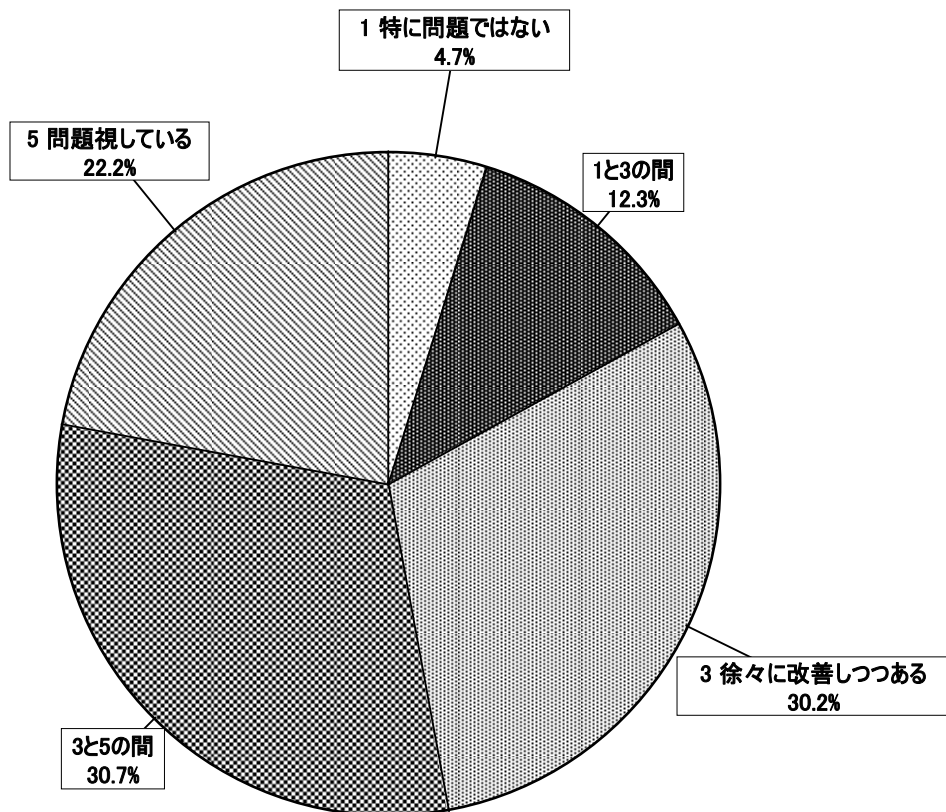


図 2-3-14-3 在宅復帰を進める上で問題となる点 -退院時共同指導の不徹底
(n = 212)

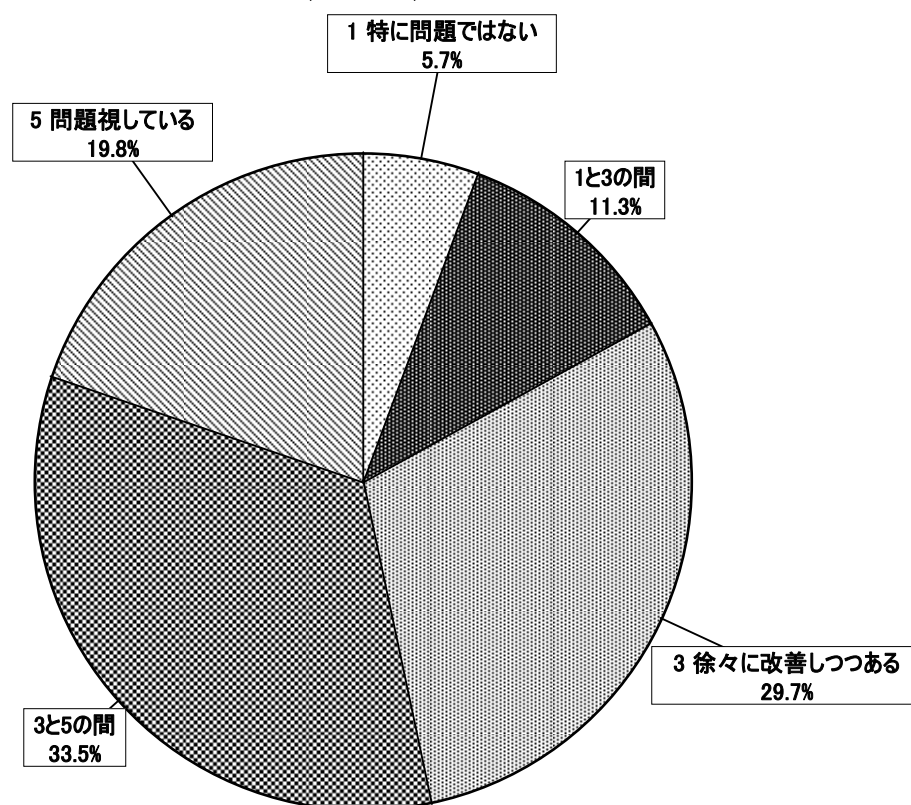


図 2-3-14-4 在宅復帰を進める上で問題となる点 -緊急入院のベッド確保の困難さ
(n = 212)

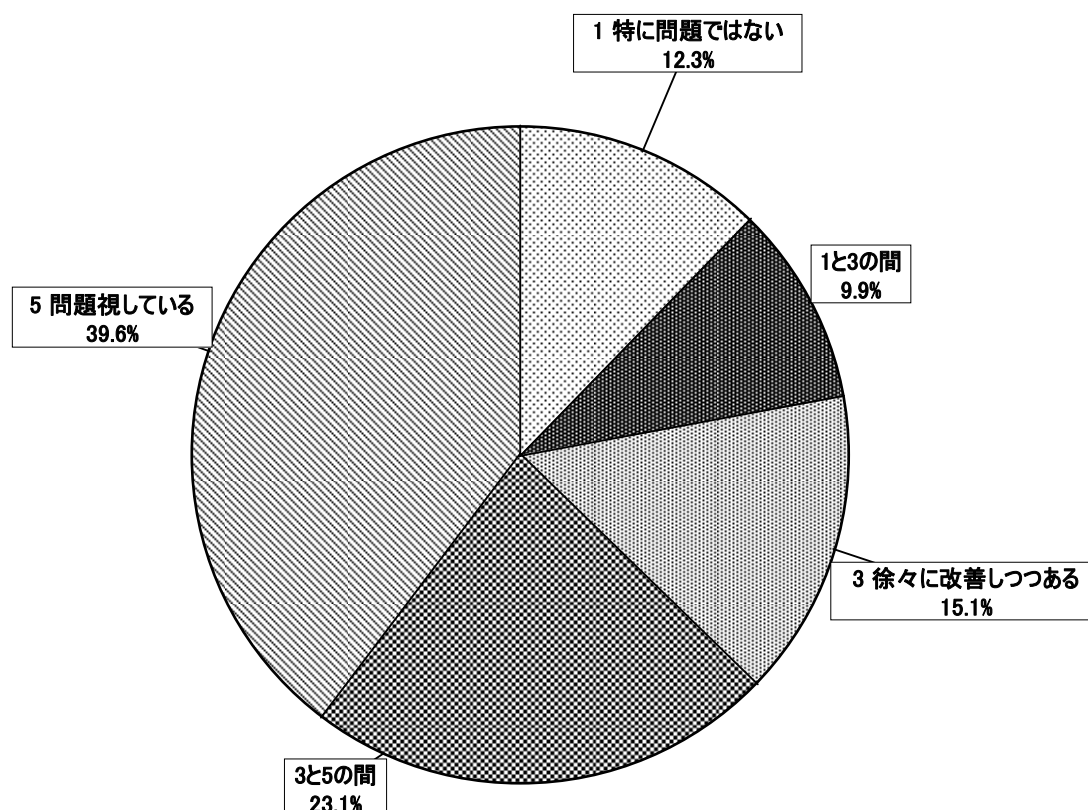


図 2-3-14-5 在宅復帰を進める上で問題となる点 -在宅療養支援診療所の不足
(n = 212)

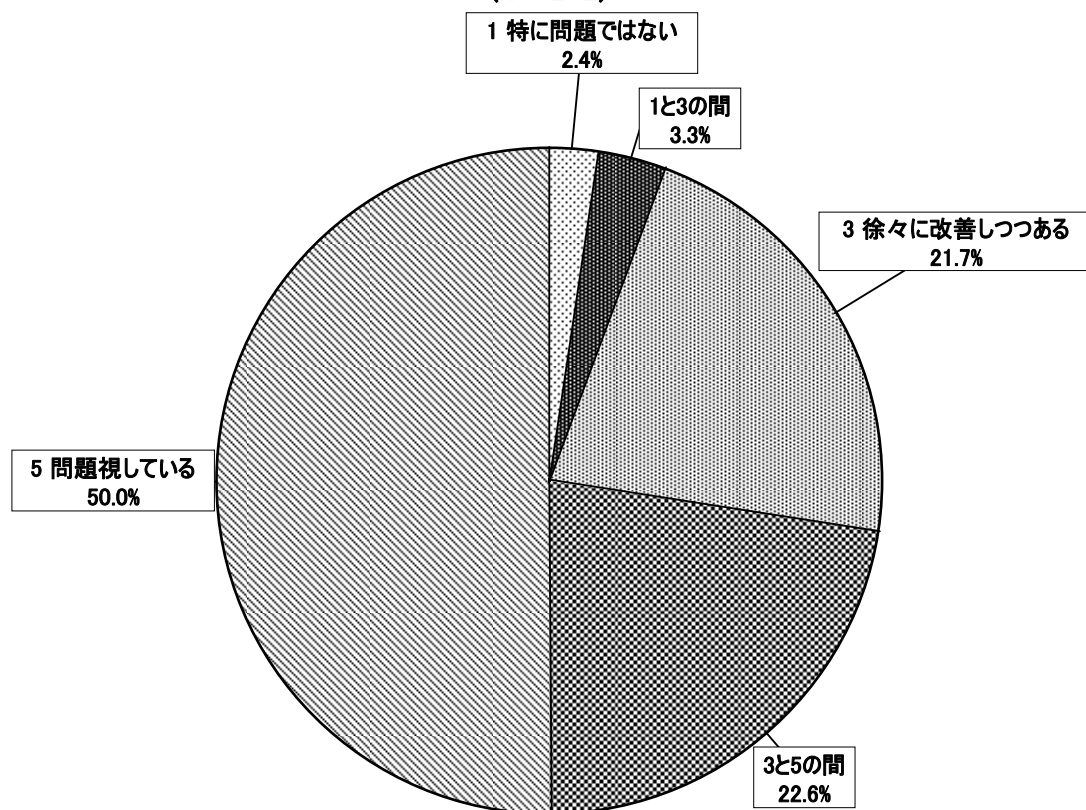


図 2-3-14-6 在宅復帰を進める上で問題となる点 -緩和ケアにおける経験の不足
(n = 212)

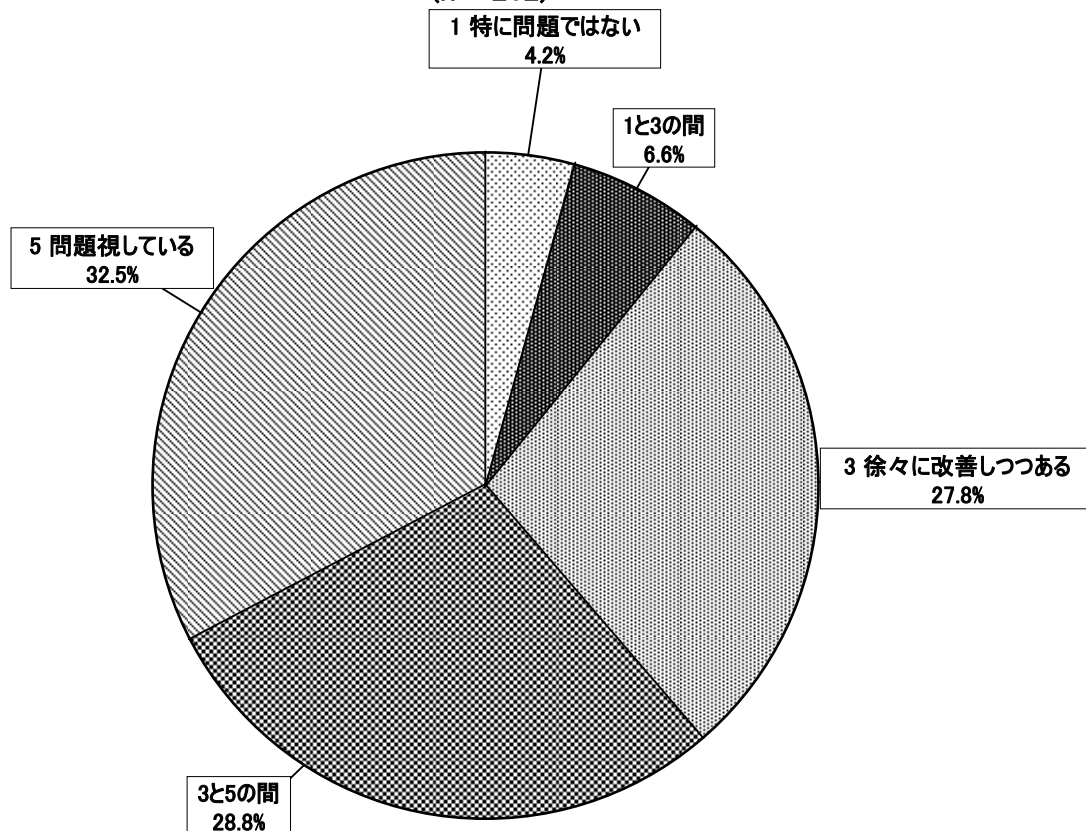


図 2-3-14-7 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 難病ケアにおける経験の不足
(n = 207)

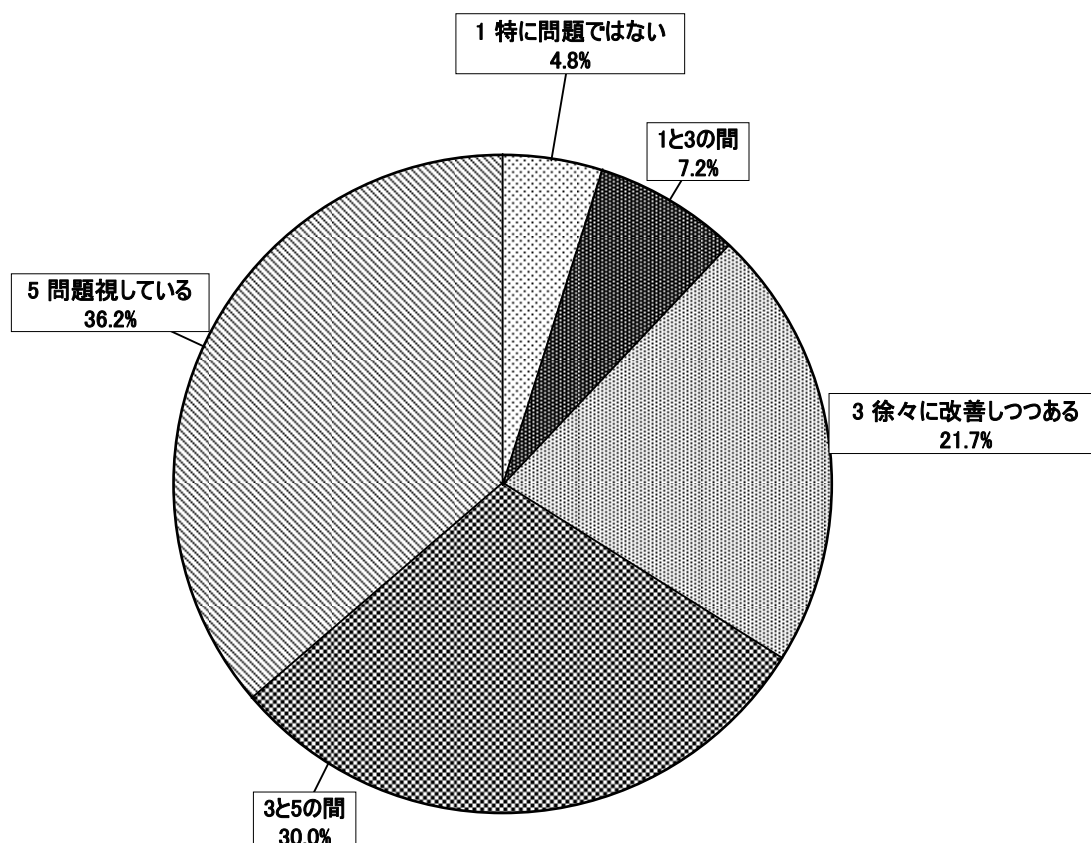


図 2-3-14-8 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 経済的な問題
(n = 211)

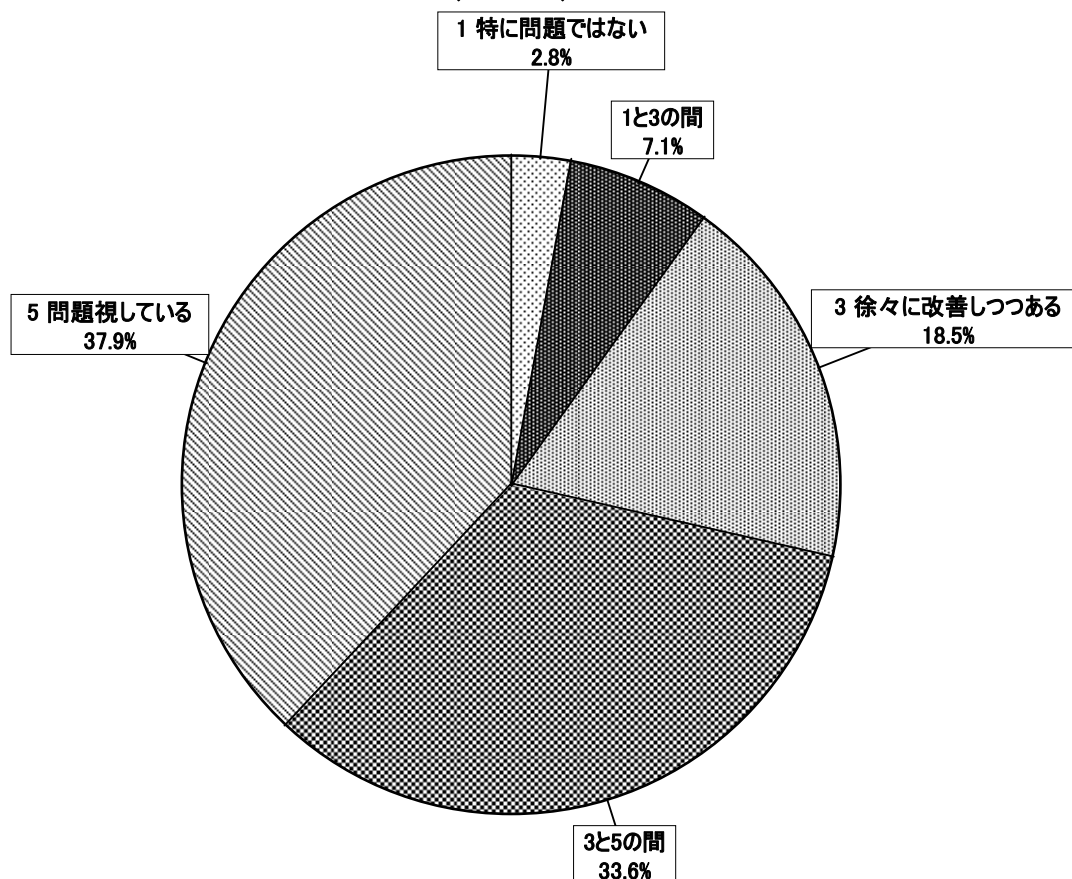


図 2-3-14-9 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 家族介護力の不足(高齢であるなど)
(n = 211)

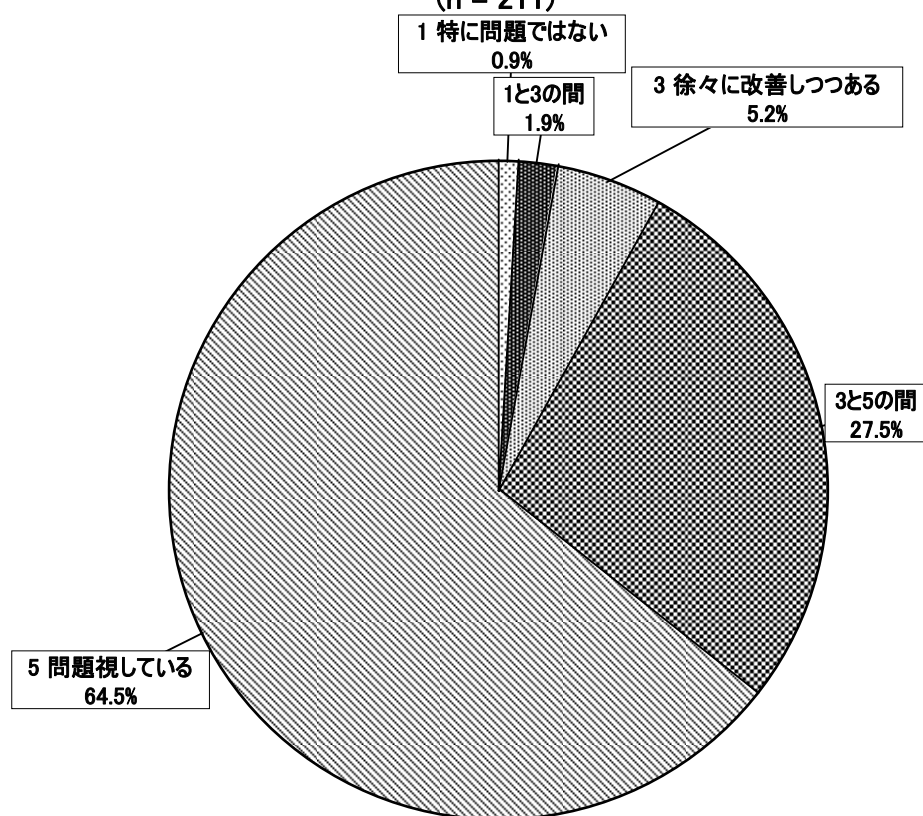


図 2-3-14-10 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 家族の絆の問題
(n = 210)

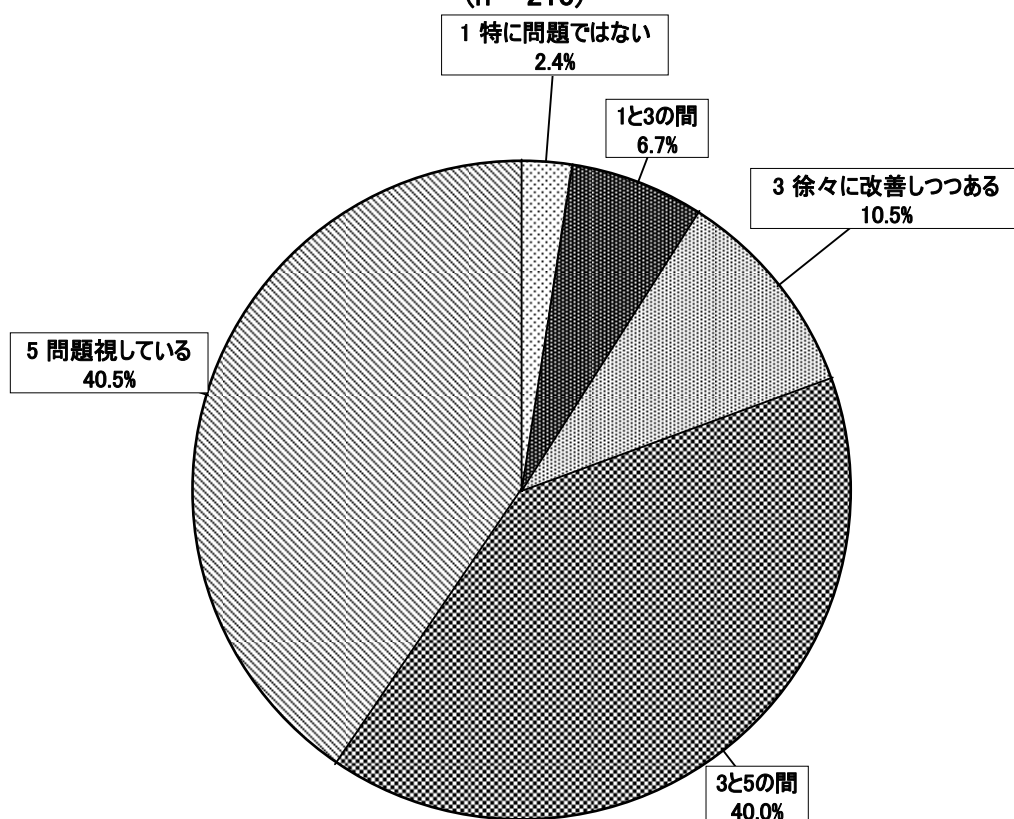


図 2-3-14-11 在宅復帰を進める上で問題となる点 -訪問看護事業所の不足
(n = 204)

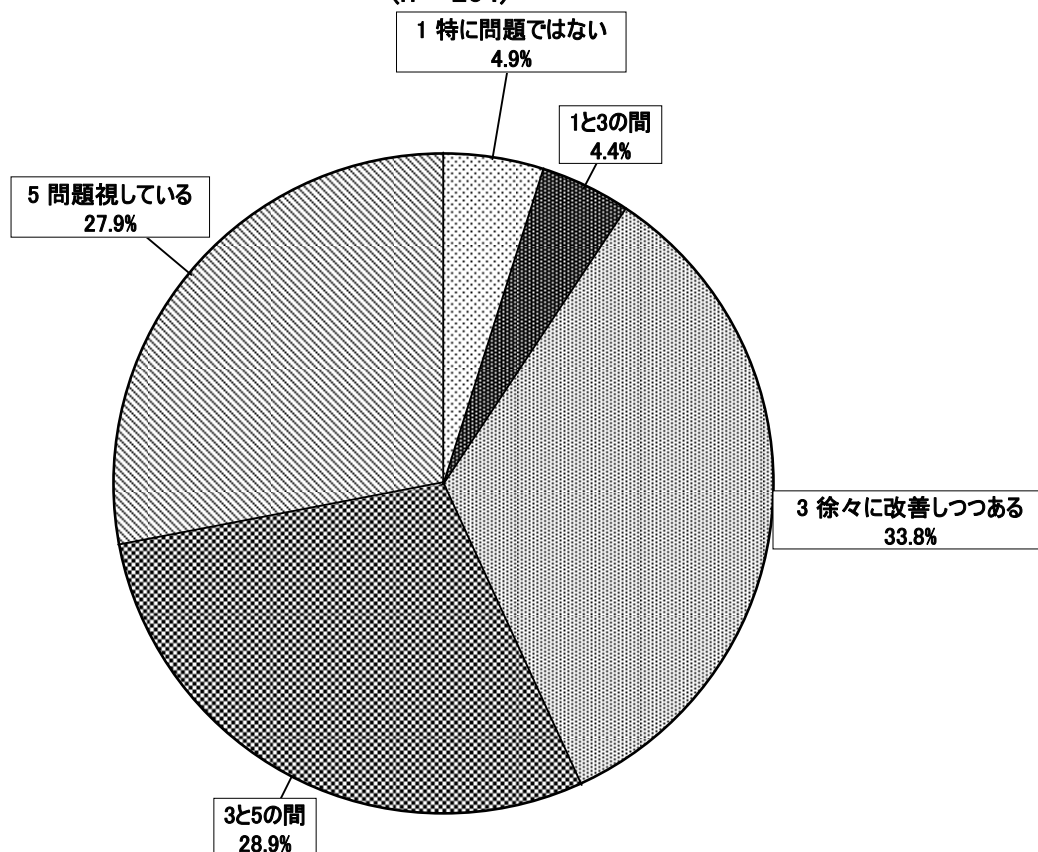


図 2-3-14-12 在宅復帰を進める上で問題となる点 -訪問薬剤指導管理を行う調剤薬局の不足
(n = 201)

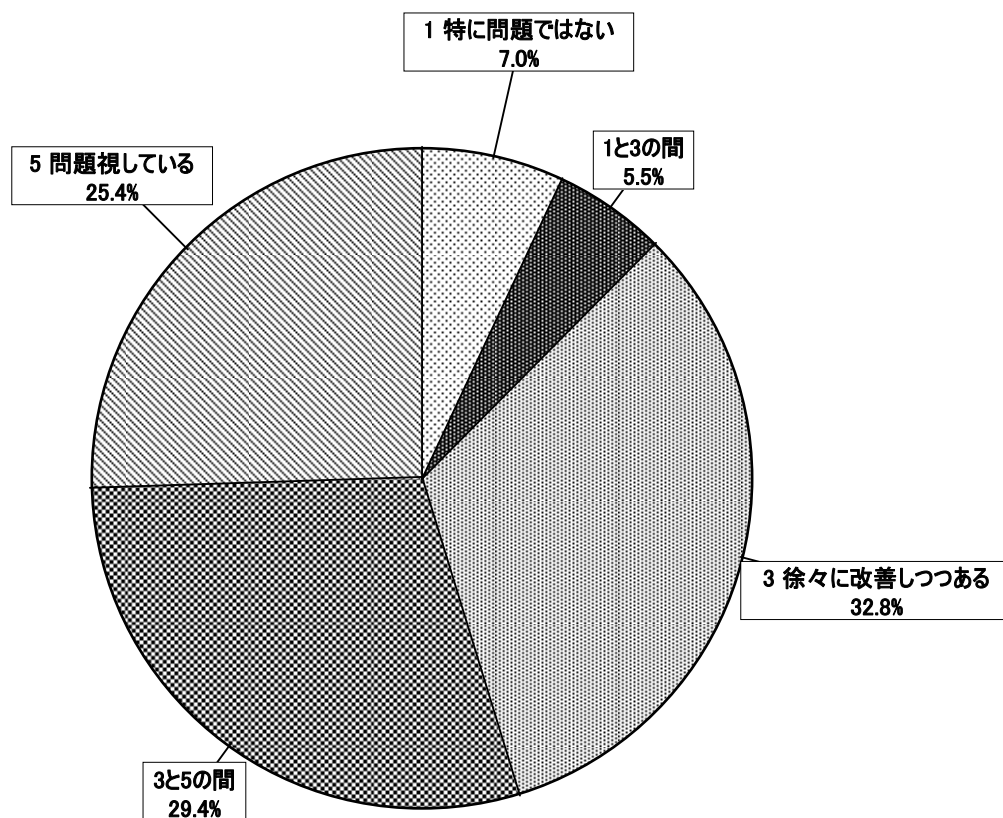


図 2-3-14-13 在宅復帰を進める上で問題となる点 -訪問介護事業所の不足
(n = 202)

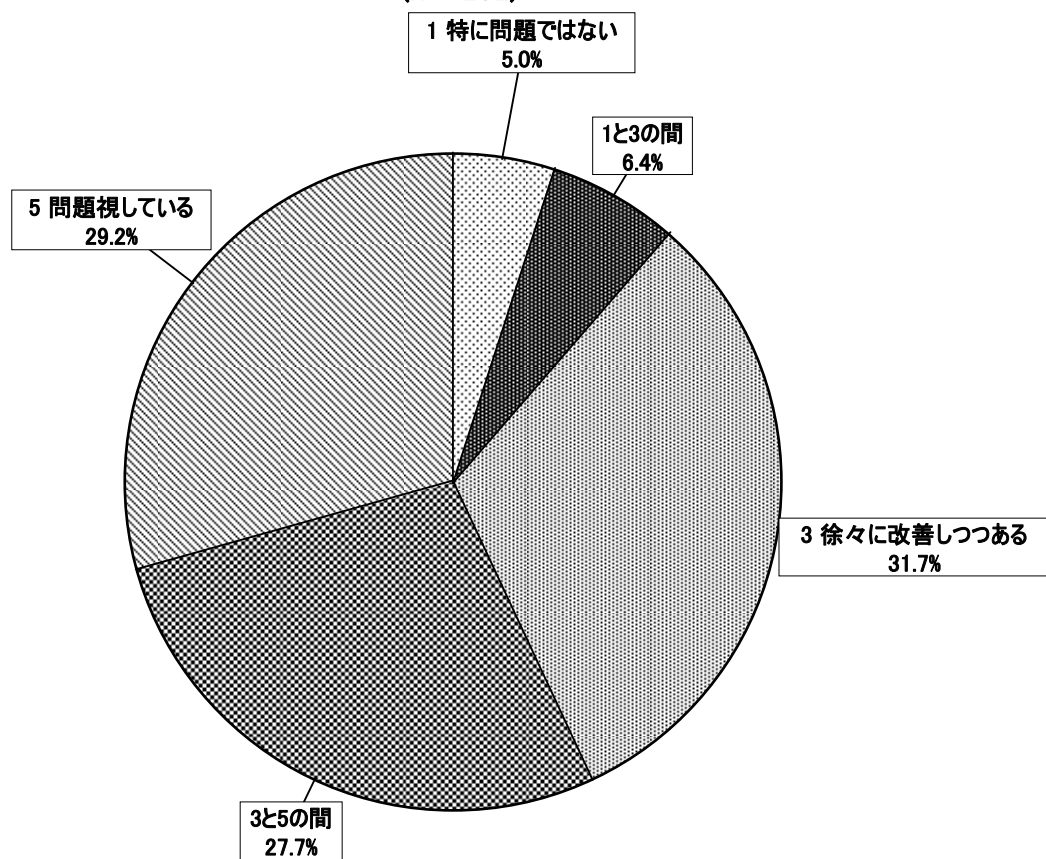


図2-3-15 在宅復帰を進めるために、先生が医局や看護部あるいは病院全体に対して主体的にはたらきかけている活動はありますか
(n = 202)

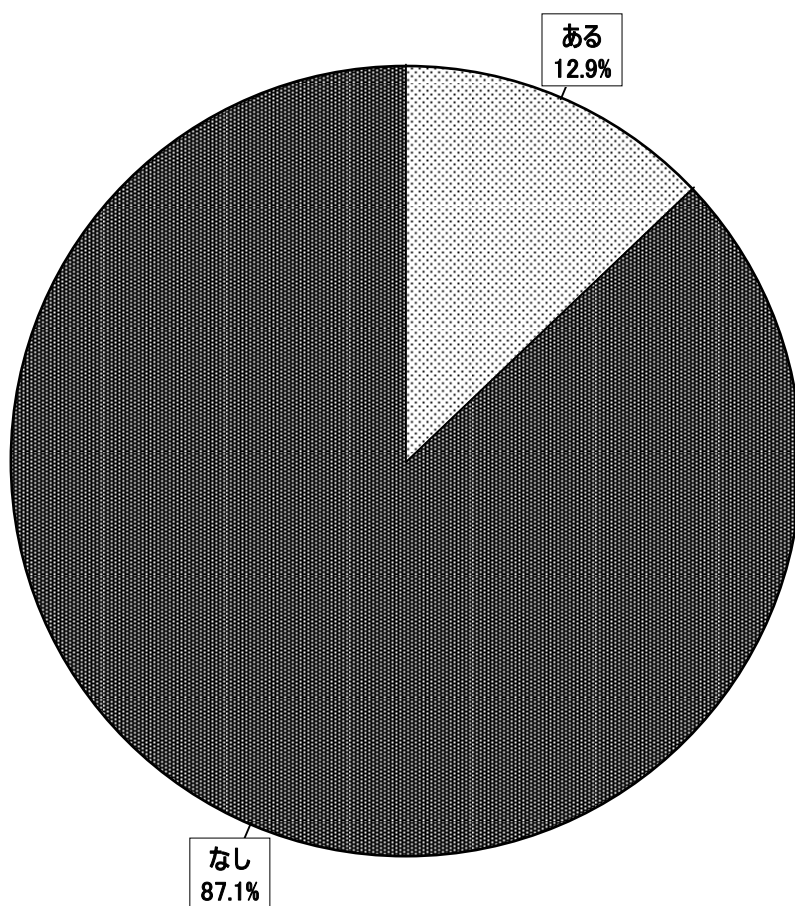
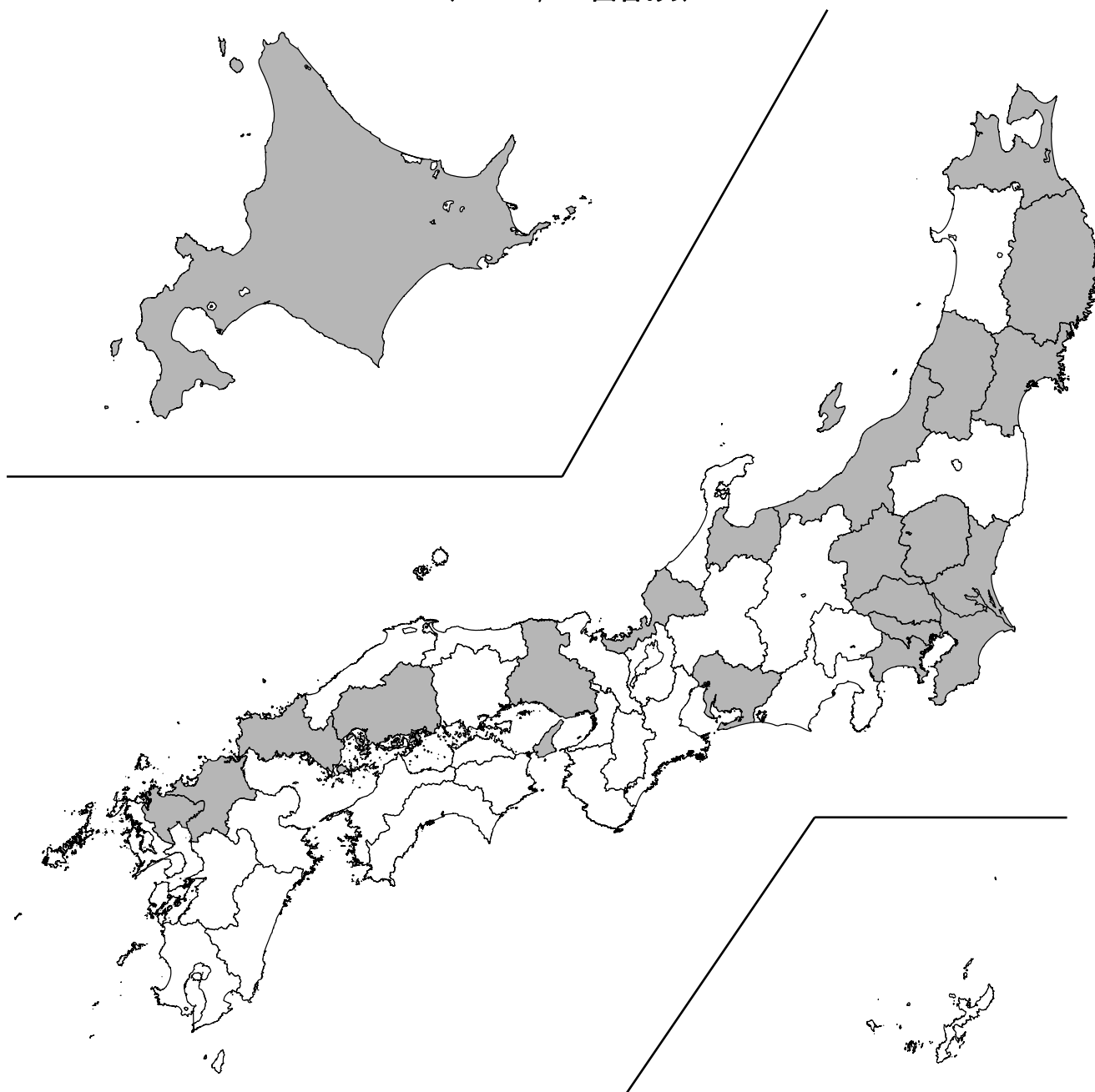


図2-4-1-1 都道府県
(n = 215, ■ : 回答あり)



東京都	25
国立がんセンター中央病院	15
東京都立駒込病院	10
岩手県立中央病院	19
愛知県がんセンター	18
千葉県がんセンター	17
兵庫県立がんセンター	16
新潟県立がんセンター 新潟病院	13

九州がんセンター	12
佐賀県立病院好生館	11
山形県立中央病院	10
栃木県立がんセンター	10
埼玉県立がんセンター	10
神奈川県立がんセンター	10
宮城県立がんセンター	9
北海道がんセンター	7

茨城県立中央病院	6
青森県立中央病院	5
福井県立病院	5
山口県立総合医療センター	5
群馬県立がんセンター	3
富山県立中央病院	3
呉医療センター	1

図2-4-1-2 臨床経験年数
($n = 180$, $m \pm \sigma = 20.3 \pm 7.8$, 自由記載)

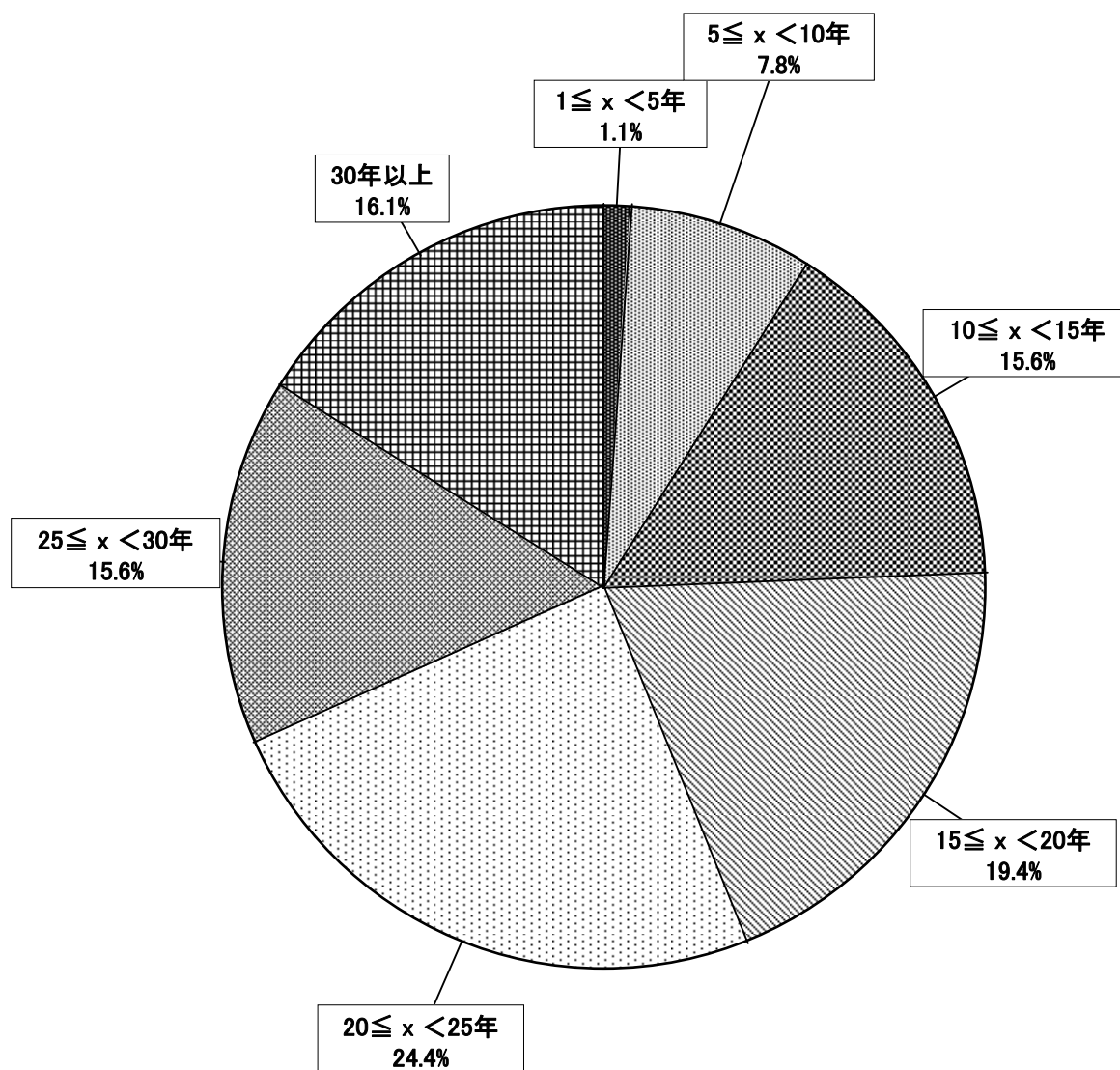


図2-4-1-3 診療科
(n = 211, 複数選択, 下記以外の選択肢は回答なし)

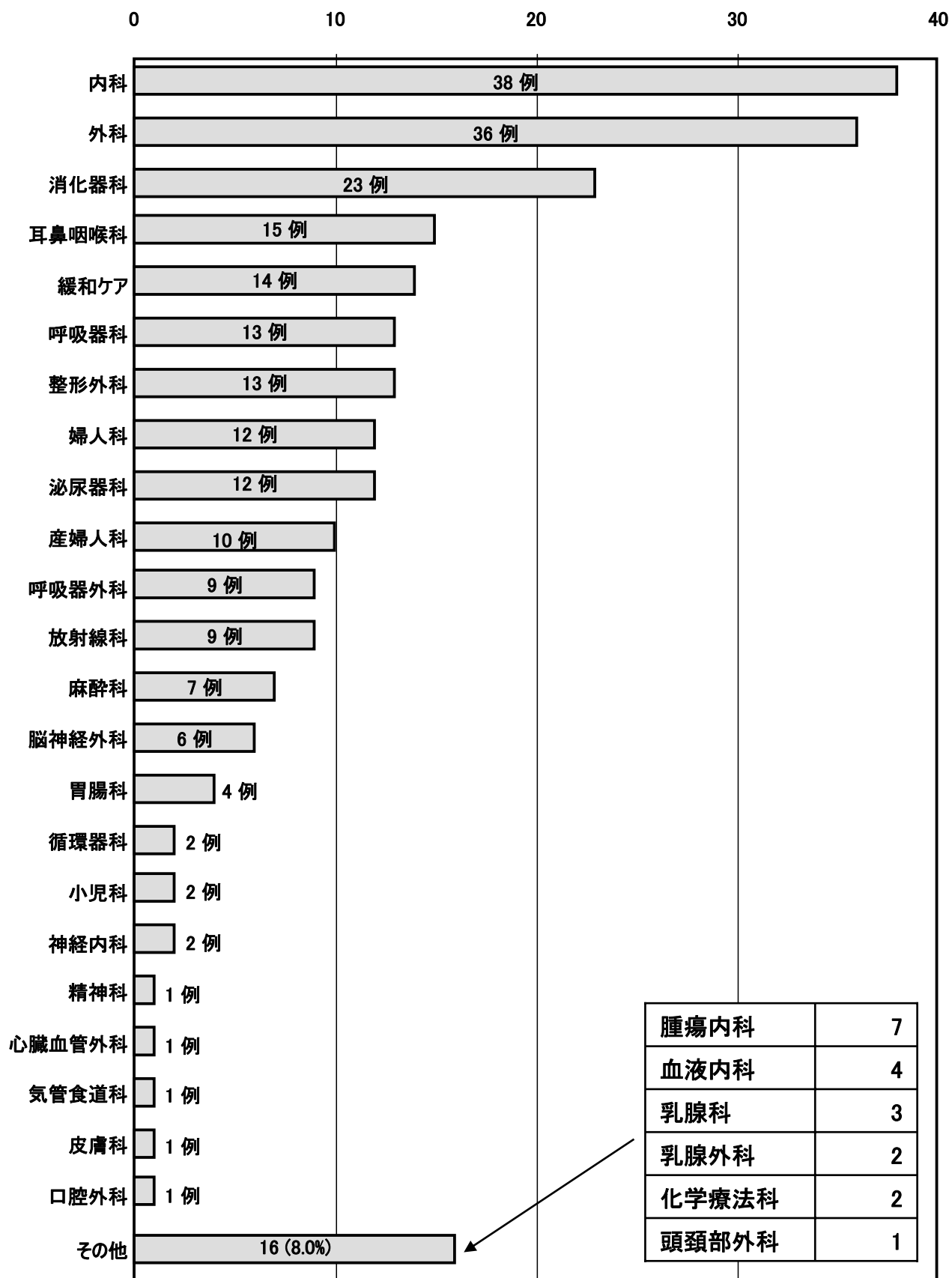


表 2-2-1 問 2-1 退院支援（退院計画）について病院としての取り組み
（表記のまま、「ない」の注釈も含む）

整理 No.	回答	記載内容
1	ある	大腿骨頸部骨折に関しては連携パスを約 70%の患者様に使用しており、これに付随したチェックリスト、説明用紙などはある。
2	ある	相談支援センター、ソーシャルワーカー
3	ある	退院支援計画
4	ある	チェックリスト・パス
8	ある	肺手術後連携パス
16	ある	看護部にて取り組んでいる。
18	ある	病棟としてスクリーニングシート
19	ある	支援センター常設されている
24	ある	チェックリスト
28	ない	作りつつある途中と言える
39	ある	当科（整形外科）ではないが泌尿器科で地域連携パスあり、すでにパスとして動いています
41	ある	退院時チェックリスト身体・心理・社会面をもうらしている
44	ある	退院指導など
49	ある	在宅支援センターの設置
53	ある	連携パス
65	ある	連携パス
68	ある	医療相談室を中心に、在宅支援のためのチェックリストやフローのマニュアルがある。
73	ある	緩和ケア依頼書
74	ある	連携パス
77	ある	チェックリスト
83	ある	科によってはパスがある。当科では特にない。
88	ある	退院 check list のみ
96	ある	用紙
112	ある	チェックリストあり
113	ない	がん患者緩和、末期医療を依頼している。患者も多様、うけ入れの先生方も多様であり、病診連携の会議が年 3-4 回行なわれています。緩和方法についても勉強会が行なわれています。
117	ある	消化器がん術後の患者さんを対象とした地域連携パスがあります
131	ある	チェックリスト
134	ない	病院として決められたフォームは未だ整備されてませんが、科によってはチェックリスト、スクリーニングシートを作成しています。私どもの科ではチェックリスト、患者指導シートを作り渡しています。
138	ある	と思いますが知りません
139	ある	スクリーニングシート

147	ある	在宅医療支援チームがかかわる。医師は病状経過等の書類を作成
148	ある	がんに特化したものはないが、通常の退院療養計画書、スクリーニングシートを使用している。連携パスなし
154	ある	科が特殊なため一般に用いられるパスは当科では利用していません
169	ある	医療相談・支援室があるので、退院後医療的な介助 etc. が必要な患者については、自宅近くの病院または訪問看護センターを紹介している。連携パスについては、現在地域の病院と相談して作成中。
176	ある	スクリーニングシート
187	ある	退院診療計画書の作成
188	ある	あるが、在宅ホスピスを希望された方に（あるいは clinic の doctor 次第）限定されているが、退院に際し、doctor - doctor の情報交換を直接行っている
202	ある	計画書
205	ある	退院支援専任スタッフの存在
210	ある	チェックリスト、スクリーニングシート
211	ある	専任の看護師が患者・家族と往診医、訪問看護ステーション、介護、などとの間の調整を行なっている。まだ連携パスはないが、チェックリスト、スクリーニングシートは活用されている
218	ある	地域連携室が活動資料つくっています
220	ある	チェックリスト
222	ある	退院支援看護師
232	ある	退院支援チーム
233	ある	詳細はわかりません

表 2-3-15 問 3-15 入院患者の在宅復帰を進めるために、先生が医局や看護部
あるいは病院全体に対して主体的にはたらきかけている活動

整理 No.	記載内容
2	在宅医療機関との連携
6	患者に対する勉強会をして在宅ケアの重要性についておはなしをしています。
16	定期的なミーティングを施行している（病院、医師、看護師と訪問看護ステーション）
19	緩和科ができるまでは土、日を利用してみずから往診をして在宅を普及させていました。
24	在宅医との合同カンファレンス勉強会の開催お互いの見学受け入れによる交流
36	退院にむけたカンファレンス
43	地域連携室の利用
49	外来で早期からの緩和チームの介入による、緩和治療目的での入院を抑制し「外来から一度も入院しないまま在宅へ」を推進している。
72	緩和委員会に所属し、院内、及び院外に対して事例検討会を定期的に行っている
76	地域連携パス作成
85	病棟での医師・看護師による合同カンファレンスを開催し、在宅・復帰へ向けての問題点の把握とスタッフ間での意思の統一をはかる。
109	積極的に地域医療連携室を介している
111	NSTを通じて在宅での栄養管理をアドバイスする
112	緩和医療科医師の早期介入
125	残念ながら、コメディカルや病院には全く期待が持てません。お役所的な答弁ばかりで、実地臨床に則した対策は何一つなされていません。このため、個人的なつながりを重視し、やる気のある先生方と連携して病病・病診対応を行っています。
128	社会全体の問題である
139	・相談支援センター機能強化 ・レジストレーション ・地域ネットワーク作り
148	入院早期からの地域連携室への情報提供
159	緩和ケアチームが力をつけること
176	各、診療グループとの話し合い
187	地域医療連携室を活用し、在宅復帰を円滑にすすめる努力をしている。
189	パス作成
210	急性期DPC病院なので、機会をみつけては全体的に在院日数などをあげて説明している
217	地域医療連携室や地域の医師会と共同して緩和ケア、在宅ホスピスに関する研修会を2-3/年行っている
221	退院調整連携パスの推進
222	地域連携パスの作成・充実

表 2-4-2 問 4-2 がんの在宅医療に関するお考えを自由にお書きください

整理 No.	記載内容
2	だいぶ進展してきたが、まだまだ不十分
3	血液内科の terminal は輸血、抗がん剤使用が原則となる。財政的な裏付けがなく、患者のためを考え、在宅復帰はすすめられない。 在宅で抗がん剤使用が可能となるとは将来も考えられない。
6	このような病診連けいの構築には各病院による努力には限界があるように感じています。国や自治体によるわく組作りを期待しています。
10	精神的支えが重要
12	無理に在宅ケアをすすめるのはいかなものか？家族の負担をよくよく考えていただきたい。 行政（厚労省）の思わくは、本当に患者家族のためになっているとは思われませんが。
14	在宅にて みとりまで行っていただける診療所がなかなか少ないため、入退院をくりかえし、最終的に病院で亡くられる方が多い。自宅でのみとりを希望された場合もう少しそれにそえる形になればよいと思う
16	在宅医療の普及には、医療システムを整備する必要があると考えています。（社会として）
19	家庭での介護要員が全く足りてない。 仕事で休暇はとれず退職して介護していたケースも多数あります。 ↓ 24 時間体制でヘルパーを確保できないと在宅は難しい。 財政的支援は国としても限界があり、非常に難しいと思います。経済的な事を考えるとやはり施設を作るのが現実味があります。
22	頭頸部癌では気道の問題や部位によっては腫瘍出血があるため、在宅での管理は困難ではないかと考えています。部位による特殊性にはなかなか対応できていないのが現状ではないでしょうか。
23	医療経済的に国の負担をへらそうとしての在宅ケアを国がすすめている限り、良質な在宅医療は成立しないと思います。
24	進行がん医療は慢性疾患であると考え、その生活の場は家である事、目指すべき目標はＱＯＬでありがんの縮少ではない事を医療者（及び患者・家族）が理解していく事が必要であると考えています。
26	がん末期患者さんにはこのまゝ当院で見ていくか、在宅にするか、緩和ケア病棟にするかは、まず患者本人に決めていただき、その決定にしたがって、医療連携室や、ご家族に相談している。当院でみることも多いが最近は緩和ケア病棟希望も多い。在宅は医療環境の整備がまだ不十分と思われます、又家庭環境も悪く在宅で看取った患者さんは少ないと思われます。
27	高齢、全身状態が悪い患者が在宅ですごすためには家族のサポートが重要でややもすると高齢の家族に無理な要求を（例えば吸引、ＴＰＮポンプ管理など）しなくてはなりません。家族サポートが重要だと思います

31	在宅で、充分にがん終末期の苦痛を緩和するのは、困難と思われる。理由として、24時間体制の看護往診がほとんど行われていないから、又症状緩和によく用いる薬剤（サンドスタチン、リントン、ロピオン、ロヒプノール、etc. …）が入院でしか使用できないからなどが挙げられる。「まず在宅ありき」ではなく、患者の苦痛を緩和することを第一に考えるべきであり、その方の整備の方が、在宅云々よりも優先されるべきである、がん患者の現実を充分に理解した上で進めて頂けると助かります。
32	耳鼻科領域のがん末期患者の多くは、気管切開をしており、また頸部リンパ節転移が自壊して大出血をきたす可能性があり、創の処置管理やカニューレ交換などが大変困難です。なかなか地域の在宅をうけいれてもらえないのが現状です。
33	患者・家族の理解不足 ステーションは徐々に増えているが往診する又は緩和治療行える Dr が不在
35	若い人の負担が増えるような政策は根本的に間違っている。 政府の政策は医療費削減のみが目的としか思えない。
38	茨城は人口当たりの医師数が全国で下から 2 番目で、絶対的に不足しています。消化器科として診断・治療はもちろん、内視鏡治療や化学療法も手がけ、緩和ケアも実施しています。周囲に紹介できる病院や診療所が少なく、癌の在宅緩和ケアは進まないのが現状です。「がん対策基本法」の趣旨はすばらしいのですが、それを実現するには「人と金」が絶対的に不足しています。社会保障費の抑制という政策自体が不適切と思われるのですが、自分ひとりではどうしようもありません。
39	本人の意志、希望を尊重することがもっとも大切である 一律的に在宅がよい、とする考えではない。
41	より密接な連携と、在宅のリソース拡充が必要と思う
45	患者さんや家族のみなさんの過度の権利意識が労力とコストを引き上げ続けているように感じます入院にせよ在宅にせよ、年々「ゆずりあい」の精神がなくなってきた、それは結局コストの問題にたどりついてしまっています、在宅支援システムの整備とともにモラルの問題にも目を向けていかないと、システムが現場から崩壊する危険もあり得るように思えて心配してしまいます
48	介護に関するコーディネータ同様に、Dr、Ns 当事者、家族の間にコーディネータが必要。しかし、今の資源ではムリ。
50	・小児がん患者でも本人・家族の希望があればターミナルを在宅で過ごせれば、理想です。イギリスでは基本的に小児がんでも在宅だそうです。
54	在宅医療には限界があり、又、医療の質も保てない。老々世帯や独りくらしの患者が多く、社会全体のあり方として問題に対応すべき。低医療費・低介護費用の現状で工夫ややりくりも限度がある
56	核家族化しており在宅は、難しいと思っています
62	がんの在宅ターミナルケアが可能であり、かつ希望がある場合でも、地域の受け入れ体制によって、実現できない場合がしばしばある。入院病棟での緩和ケアの capacity の少なさもあり、問題と考える。
64	そもそも在宅医療という選択枝がない。家族は病院にたよりっきりのことが多く、また、在宅へ向けた取り組みなど病院としての行動が全くない。（癌患者の場合） 癌患者以外のことはわかりません。婦人科ですので婦人科癌患者の在宅ケアは家族の強力なサポートがあつてのみ成り立つと思います
71	高令化、核家族化している現状では無理でしょう

72	在宅医療は家人の理解と協力が不可欠である。家人の教育、指導をもっと早い段階（家族が病気になる以前）にしていかなないとスムーズに事が運ばない。金銭面でも問題があり今後高齢社会となるに向けて在宅医療もパンクするのではないかと不安とを感じる。あと在宅で管理がむずかしくなった症例の受け入れ病院が非常に少なく2次病院的な受け入れ病院の必要性を強く感じる。
75	高齢者の独居が増加する中、相当の社会資源の整備が必要 また、問題が起こった時のみ出てくる家族への対応も困難が予想される。
77	最も重要なものは家族の絆だと思います。10 数年前、まだ在宅ケアが十分でなかった頃、本人の希望が強く、家族のサポートもしっかりしていたため、センター（現在とは別の在京のがんセンター）から往診をしたことがあります。比較的スムーズに良い最期を迎えて頂いた経験（3 人）があります。翻って、最近在宅支援の開業の先生方、訪問看護ステーションも増えましたが、家族がなかなか在宅を受け入れないケースが多く、その場合ホスピス入院が多くなりますが、何度かお見舞いに行ったときの寂しそうな顔が忘れられません。主治医（あるいは慣れた病院）から離れ、家にも帰れないという状況がそのような表情になったのかと思います。病前に、実社会において家族の絆を深めてもらう活動が必要だと思います。
78	ほとんど悪性疾患を診ない診療科ではありますが、一般的に退院、自宅療養にあたって、介護力不足が一番問題で、誰も家でみる人がいないからという理由での入院療養希望が多いです。だからといって医師に自宅療養の制度やサービスの説明まで要求されるとそれも無理です。
79	がんの在宅医療に関わっていないので分かりません
83	訪問診療を頼める地域の医師が皆無
85	・在宅緩和ケアをになう開業医の不足（報酬の不足） ・緩和ケアに対する国民の理解不足（啓発の不足）
87	できる限り、在宅医療を実行できる事が臨ましいと考えています。
88	輸血、抗生剤投与等もできればと思います
90	在宅中の麻薬管理の煩雑さが問題か
91	みとりまでできる開業医はほとんどいない
92	輸血で一定期間QOLが保てる患者さんへの具体的な支援策がない
94	受け皿は増えつつあるが、Pt の大病院、ブランド指向がなくなる限り在宅医療の普及は進まないと考える。
95	CVリザーバーや往診を主としている診療所などハード面は整いつつあるが、患者さんや家族の不安や精神的サポートの部分が十分に整理されていないのが問題であると思います
98	できるだけ希望があれば、がんの末期を在宅ですごさせてあげたいと考えている。そのための Back up System は重要であることはいうまでもない。ただし、現実問題として、医師の現状では、時間的経済的に十分に時間をさくことは難しい。医師不足では、仕事は十分に行えない
99	現実的には在宅医が少なく地域にターミナルケアをお願いするケースが多いです
100	疾患によっては訪問診療担当医や訪問看護婦が、関わりに非常に消極的である。 例えば血液悪性疾患は、輸血が必要であったり出血傾向があるというだけで、在宅には持っていけない場合（診療所等が断る）がしばしばある。

	在宅医療、終末期医療において「何が患者のためになるのか」を考える必要がある。何でも病院に押しつける時代は終わっているはずである。
101	在宅緩和ケアと、緩和ケア病棟には、一長一短があり、基本的には、患者・家族の希望に沿って動いています。両方を整備すべきであり、政策医療としてどちらかに重点を置くというものではないと考えます。
102	血液内科であるため白血病、骨髄移植後ときただけで回りの診療所はみてくれない。
108	在宅医療にたずさわる医師、看護師の絶対数の不足が問題。また、彼らの収入を保証する制度も必要
111	安心してまかせることができる在宅訪問システムがない。 情報があまりはいってこないため、紹介しにくい時がある。（各施設の真の技量が不明）
112	在宅医が少なすぎる
113	四肢悪性骨軟部腫瘍の術後リハ、在宅復帰支援は専門的でなかなかお願いしにくい状況です。 しかし、がん終末期の在宅緩和医療はこの 2-3 年広がりつつあります。しかし若年者の高度疼痛高度呼吸障害と、たいへんむずかしい問題で、20~30 年骨肉腫の末期をみてまいりましたがホスピス在宅緩和にお願いしても、たいへん苦心されているとおっしゃいます。
115	支援診療所や開業医からの支援えられず緩和ケア病院へ移すことが多い
118	人員不足、低医療費政策を改善せずのがんの在宅医療だけを改善できない。現場の状況は危機的です。
119	仙台は、がんの在宅ケアについてはめぐまれた環境にあると考えるが家族側の問題、（特に意欲、金銭面で）で実現しないことが多い。 医療費の優ぐうや在宅がん医療のしゅう知など、家族に対するアプローチが必要だと思う
120	終末期（ホスピス）を診る在宅医療機関の不足
121	本人の希望を考えると在宅を推進する方向にもっていきたいと思っているが、介護する家族の人数が少ないことが多く、難しいのが現状。
126	地域連携の重要性は理解できるが、在宅医との合同カンファレンス、書類作成（紹介状、身障、等々）に対する時間的余裕が無い。 医師、看護師の負担を軽減するようなシステム作りが必要と考える
127	気道（狭窄・出血）嚥下（狭窄、疼痛、咽頭痙）創処置（頸部潰瘍、出血、感染）等を問題としてかかえているケースが多く、依頼先や家族の負担を考えるとなかなか紹介しにくいのが現状である。
130	在宅医療に家族の支えは必要であるが、その協力が得られない場合積極的に在宅緩和ケアを勧めるのは難しい。
131	開業医さんは、在宅医療を受けるシステムを作ろうとはしていないのが問題。
133	前の勤務していた宮城県気仙沼では、がんの在宅医療を行って病院医師看護師の週 1 回訪問も行っていましたが現病院においては病院医師が訪問にさける時間をつくることは困難です。開業医の先生方の協力や訪問看護介護事務所の充実がはかられないと実施は難しいと思います。
134	がんが増加している現在、今後がんの在宅医療は増えてくると考えられます。専門病院

	の治療は限界ぎりぎりまでできています。患者数、治療内容についても努力している現状です。近隣の医療施設や緩和ケア、在宅看護施設を充実させるのはもちろんですが、これも限界があります。今後は在宅医療を充実させるために、一般の方の啓蒙や福祉行政、保険の整備など国や地方行政機関の協力が必要と思われます。
136	がんの在宅医療は、絶対に必要と思うが、実際問題として核家族化のため、実施が困難な状況と思う。また、私自身も含め医療者側の理解の低さも問題と思う。まずは、医療者が在宅医療に関する知識を深めることが重要と考える。
139	◎病診連携とともに診・診連携が最重要と思われ、診療報酬上の加算が必要と思われる。 ◎緩和ケア病棟＋在宅クリニックを教育研修の場（医師、Nrs）に。 ◎在宅支援診療所マップとプログラム作り。地区、町内会などで診療所を支援し、育てていく（真のかかりつけ医の民間による育成）
140	“がん”の治療をしているだけで、他の一般的な病気（感冒など）を診療すること、いやがる開業医が多すぎる。 がんは今や国民の 1/3 の方がなる病気なのに、がんのことも、ほんとうによく知らない開業医が多すぎる。 大問題である。
146	外来通院での緩和ケアに重きをおいた緩和ケア担当科（医）がもっと増すとよいと考える。在宅での看取りを増やすには、それが必須。緩和病棟の空き待ちの間に亡くなっていく方を何人も看ていると、そのように感じます。又、患者自身が在宅ケアを望んでも、家人の受け容れに問題があり、実現しないケースもしばしばみられるためその説明を行う職種も必要と考えます。
147	現状では癌の末期終末期において、病院内のベッドで長期入院することは病院にとっても患者にとってもデメリットである。病状を認識して、自宅で、ある程度の自由度をもって生活した方が悔いのない生活ができると思います。癌の終末期では、病院に在ることの意義がみいだせない患者も多く十分なインフォームド Consent のもと、在宅医療をうけさせてやるのが大切だと思います。
148	家族、家庭環境、支援診療所があれば積極的に勧めたい。
150	自宅での看とりの環境が整っていない（家族、医療側とも）
152	がんの在宅医療を請け負って頂ける施設が地域によっては、全くないところもあり、受け入れ側の体制作りが必要と考えます。
154	当科におけるがん患者はかなり喫煙・飲酒に係ることから性格・アルコール依存・貧困・生活破綻・独居などの問題が多く家族の支援などむづかしい例が多く中々在宅医療に持込めないことが多いのが実情です。当院の相談支援センターは充実しており SW、Nurse の支援は大きいのですが当科の緩和は他科に比べ非常に困難であるとのこと。
155	緩和ケア病棟は十分に利用しており患者・家族も満足している。しかし、在宅支援については、施設、マンパワーの不足、我々の理解不足があり、十分におこなえていない、強化が必要
156	在宅医療を積極的かつ責任をもってひきうけてくれる医師があまりにも不足している。在宅医療にかぎらず、ちょっとした一般的な疾患やがんと関係がないとこちらが判定している症状で、患者が地域の診療所を受診しても、がんの既往があるという理由だけで、診療・治療をしてもらえず、すべて「がんセンターでみてもらいなさい」

	と指示されるのが現状です。開業医は、がん以外の患者さんしか診なくても十分稼げるということなのかもしれません。そのような現状で「がんの在宅医療」を考えるのは夢のまた夢のようなものです。ただ話がややこしくなり私達の仕事や患者・家族の負担が増えるばかりで、得られる利益はわずかだと思います。何とかならないものでしょうか…。
159	オピオイドの普及・在宅医療の為に医療器機の活用感染防御対策
164	いくつか問題を感じています。一つは、終末期の患者もしくは高令者が本当に在宅を希望しているかどうかということです。家族の負担を考えたら、病院の方がいいという方も多くいると思います。それは、その方の決断であり尊重されるべきだと思います。誰でも在宅にという方向性は問題があると思います。また、在宅を希望された方の場合必要なのは、医師や訪問看護というよりも、介護師だと思います。介護する人がいないので帰れないという場合が多くあります。ここを解決せずに在宅療養支援診療所だけを増やしても、患者さんが在宅を希望している場合には有効とは思えません。
165	病状が比較のおちついていても退院したがない（癌という不安要因の大きい疾病であるということもあると思いますが…）方が非常に多く、在宅療養へもっていくのに多大な労力を要している。あげくのはて、退院をすすめたスタッフに、患者・家族から批判をうけやすく、スタッフのバーンアウトにつながっている。まずは国民全体に、入院は最低限の期間のものであることを周知して欲しい（保険点数のしぼりのことを患者に言うと、それも批判のまともになります）何より今必要なのは、国民への、啓もうだと思います。例えば、国はCMで“医療費抑制のため、Dr 不足、ベッド不足のため、皆さん在宅療養しましょう”と言うなどの行動が必要でしょう。
166	癌を診療できる地域の診療所、病院が少ないのが現状です。
169	日本の貧困な住宅事情 極端な核家族化 他者につくすという考え方が若者になくなること 人口全体の高齢化 →考えると日本の場合在宅医療など不可能ではないかと思えます。 もし本気でがんの在宅医療を行う気があるなら ・テレビでやたらと宣伝を流すこと（若者を洗脳するわけですね） ・国の予算（例えば道路特定財源など）をすべて関係患者の住宅整備・医療施設整備にまわせば良い。
171	手配するのが大変手間である。
172	開業医が努力して在宅を看るという気持ちがないのが一番の問題だと思います。
173	必要な時に直接 Dr 同志で話をするので（それが一番確実で早い）地域…はいらないと思う。
178	血液内科の患者には困難が多いです
181	介護保険と終末期介護は、介護保険で 65 才未満のがん末期が認められたことで大丈に進化したと考えます。これまで多額の自己負担で在宅へ移行できなかった人も帰れるようになり感謝しています。介護付ホームの受け入れもできるようになり選択の幅も広まりました。当院のMSWも訪問 Nr も熱心で助かっています。それでも、主介護者となる人がいない高令者は行き場がなく、医療というより社会の問題だと思います。
182	高齢者のがんの在宅医療をさらに推進して頂きたいと思います

183	東北地方全搬に言えることと思いますが、共稼ぎの比率が高くその親の介護が必要になった時、担い手がない場合が多い。配偶者が高令であると本当に大変です。ですので病院においてほしいと要求が強く、在宅の方向へ進まない場合が、しばしばです。病院の Nurse でも 30 代で退職を余儀なくされる方もいます。在宅の方向は、正しいのですが、どうしても新たな犠牲が出来ますので、むしろ、こういった人々を多く集めて、いわゆるセンター化でもした方が、社会全体の中では、効率が上がるのではないかと感じてしまう時もあります。(公的には言えませんが)
188	・このアンケートで求められているような項目をすべてしゃべるような時間が医師にない。 ・とくに主都圏において地域医療の形がしっかりしていない上にがんの家族を家で看取るだけの心構えがある家族が少ない。 ・これらを推しすすめるだけの在宅 Nrs の力もない。
189	◎医師や N s の負担ばかり増やす政策は再考してもらいたい ◎十分な人数のスタッフが必要 (2 倍に) ◎財政的裏付け必要医療予算の増額がなければできないスタッフ、お金ともに不足!!!!!!
192	当科ではがん診療を行っていませんので詳しいことはわかりません。
194	医療削減が主たる目的と考えます。お金がないで全て許されると考えます。
198	がんの在宅医療はある意味で理想的なシステムに思えるが、現実的には多くのがんセンターが経営的な問題をはじめとした理由で重症かつ慢性的な経過の患者を受け入れにくい状況にあると思われる。人材育成の支援も含め、国家的なサポートが必要なのではないかと思われる。
200	現状ではとても難しいと思います
204	住みなれた場所で人生のさいごをむかえたいという思いは大切であると思う。病院においては不要な処置をしすぎてしまい、かえって癌の苦しみを長引かせることがあるので、今後在宅は積極的に行いたい、患者の家族として介護が負担になることが多いので、現在は病院で看取ることが多い。まだ、在宅医療が、がんの分野に浸透するには時が必要である
205	医療者として関わることはまれ個人のしでの考え 家庭十分な人手とやる気があれば看護、介護の支援を活用することで最も良好な A D L と予後が希待できる
206	今後積極的にすすめてもらいたい分野。恩恵をうけられる地域の拡大が急務と思う。
209	なし
210	急性期 D P C H P との位置づけですが、毎日の診療の中にチームとしてすでに緩和ケアにかかわっている要素が大きい。私個人的には緩和ケア病棟として独立して存在することには批判的です。やはり p t にとって家が一番いいのです。癌のいたみを特別視しないで欲しいそんな風土作りが必要だ。
211	費用や看護、介護する家族の負担が大きく、在宅が可能な家族の割合は少ないと思われる。患者本人も気がねし、又、症状に対する十分なサポートがないと不安も残ると思う。(もちろん条件の整った在宅医療は、Pt にとって素晴らしいと思っているが)
217	がん難民を防ぐためには各診療連携拠点病院の役割としてがん患者を放り出さない役目を持つべきであり、一方、在宅医との連携にどれだけ国や地方自治体が予算を組むかにかかってくると思います。人手不足は深刻です。人も予算もないところで現場は

	一体何ができるのでしょうか？
218	在宅 or 緩和病棟でも血液疾患は断わられることが多い。 輸血できない等 リハビリ受け入れOKだが■■■はダメ等（少し違う話だが）
221	国の政策と現状の乖離
225	盛岡市内や周辺の患者さんであれば在宅診療看護は可能な場合が多いが、岩手県は広いため、地域によっては、それが不可能な事が多い。又、終末治療を行なう病院や医師が少なく紹介したくても、紹介ができず非常に困っています。（特に頭頸部癌の場合、内科や外科の先生には断わられる事が多いです）
231	緩和病棟で満足できる患者さんは限られている。在宅医療を行うには、チームが必要であるが、山形県にはそのような拠点がない。もし行くとすれば医師の仕事が過重になると思う
232	環境が整備されれば、がんの在宅医療は大いに推進されるべきものと考えられます。
233	現状では家族の負担（時間的、経済的に）が大きく、条件がととのったケース以外ではすすみにくい状況だと考えます

郵便往復はがき(往信)



～ご挨拶～

今年も厚生労働研究事業として在宅療養支援診療所のみなさまにアンケート調査を行わせて頂きます。お忙しいところお手数とは存じますが、今後の在宅医療の発展のために是非とも皆様のお力を拝借いたしたく、何卒ご記入の上、返送頂きますよう宜しくお願い申し上げます。



仙台往診クリニック 院長 川島孝一郎

本アンケートは「平成19年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)」「重症高齢者を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業」です



郵便往復はがき(返信)

9 8 0 - 8 7 9 0
513

宮城県仙台市青葉区花京院2丁目1-7
(仙台往診クリニック 内)

**重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の
量的・質的整備計画事業 事務局 行**

2月5日までにご投函ください。

ご回答者(都道府県・市区町村は必ずお書きください)

名称			
住所	〒	都道府県	市区町村
医師数	常勤()人	非常勤()人	

※返信用はがきが回答欄になっております。

I 平成19年12月(1ヶ月)のうちでお尋ね致します。

1 在宅患者総数をお答え下さい。(レセプト枚数に基づく)

a)在宅患者総数のうち、往診しているがん患者数をお答え下さい。

b)そのうち、麻薬を使用している患者数をお答え下さい。

2 一日平均訪問(往診)患者数をお答え下さい。

II 平成19年1月から12月までの1年間についてお聞き致します。

夜間・深夜、祝祭日における緊急往診の月平均回数を
お答え下さい。

III 平成19年1月から12月までの1年間についてお聞き致します。

貴院における在宅での看取り総数をお答え下さい。

そのうち a)夜間・休日の在宅看取り数をお答え下さい。

b)がんの在宅看取り数をお答え下さい。

IV 平成18年1年間と平成19年1年間の在宅患者総数の増減と、看取り数の増減をそれぞれお答え下さい。

V 平成19年12月において、在宅時医学総合管理料もしくは在宅末期医療総合診療料を算定している患者の総診療報酬点数が、貴施設の診療報酬に占める比率はおおよそ何%ぐらいでしたか?

※数値が“0”の場合もご記入ください

I	1	人/月
	a)	人/月
	b)	人/月
	2	人/日
II		回/月平均
III	看取り総数	人/年
	a) 夜間休日	人/年
	b) がん	人/年
IV	患者総数	1:増えた 2:あまり変わらない 3:減った
	看取り数	1:増えた 2:あまり変わらない 3:減った
V	約	%

ご協力ありがとうございました。



図3-1-1 在宅患者総数(平成19年12月)
($n = 2,578$, $m \pm \sigma = 29.1 \pm 81.9$, 自由記載)

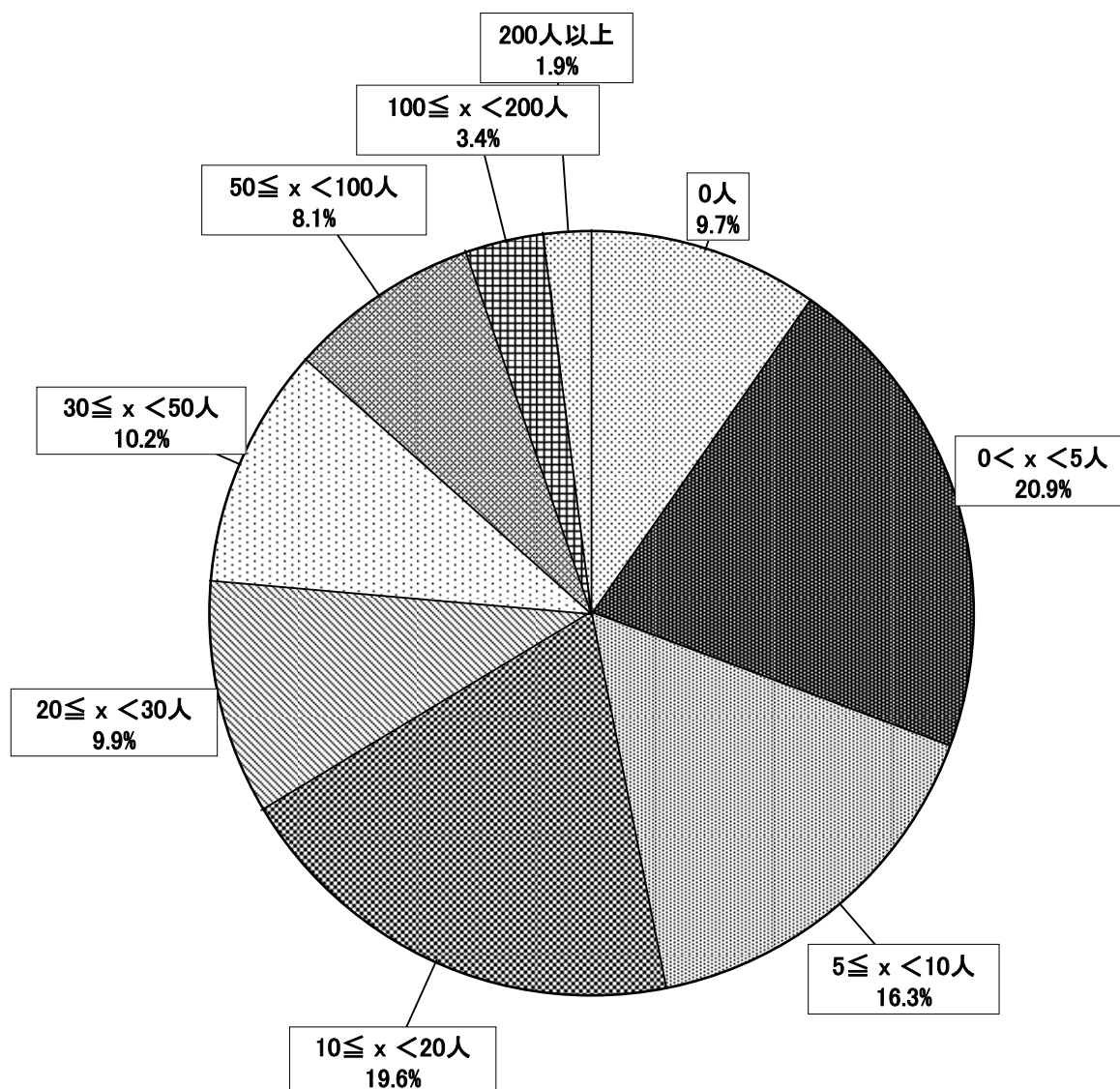


図 3-1-1a 在宅患者総数 - がん患者数(平成19年12月)
($n = 2,569$, $m \pm \sigma = 2.4 \pm 9.3$, 自由記載)

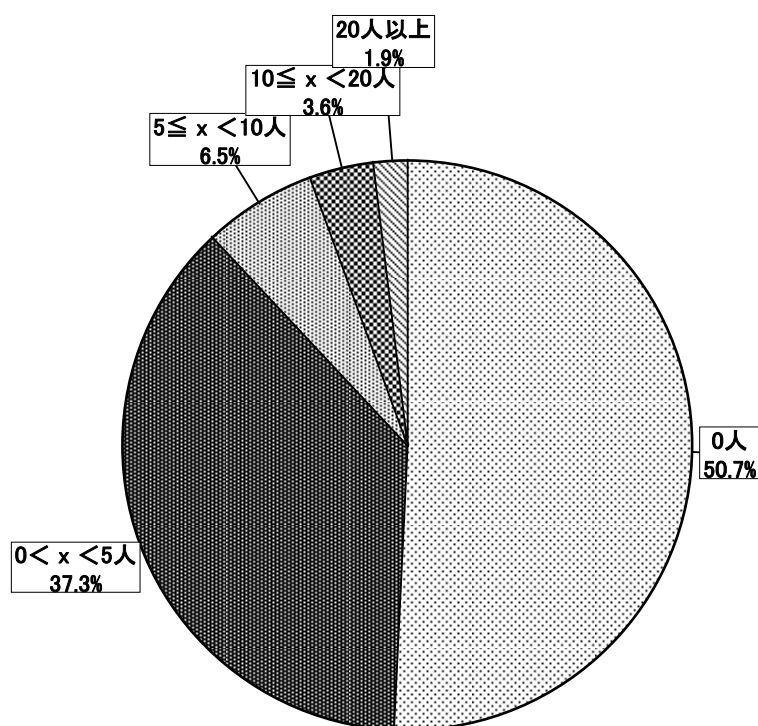


図 3-1-1b 在宅患者総数 - 麻薬使用患者数(平成19年12月)
($n = 2,552$, $m \pm \sigma = 0.6 \pm 2.5$, 自由記載)

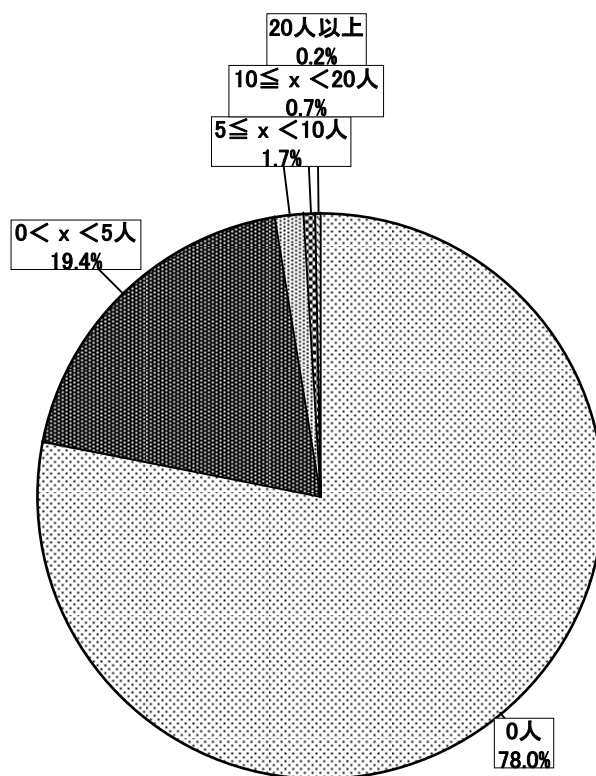


図3-1-2 一日平均訪問(往診)患者数(平成19年12月)
($n = 2,485$, $m \pm \sigma = 3.4 \pm 6.2$, 自由記載)

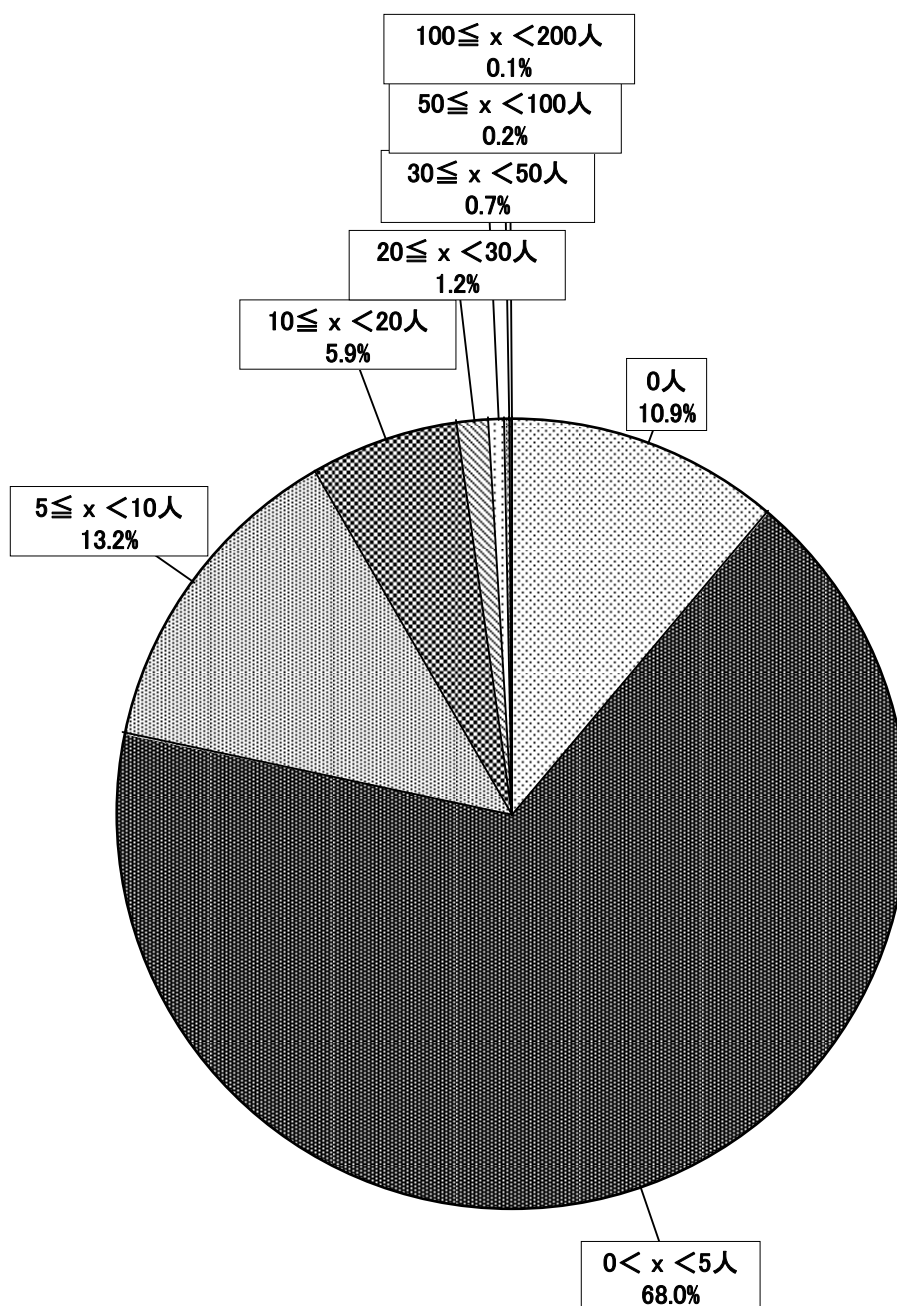


図3-2 夜間・深夜・祝祭日における緊急往診の月平均回数
($n = 2,553$, $m \pm \sigma = 2.0 \pm 5.3$, 自由記載)

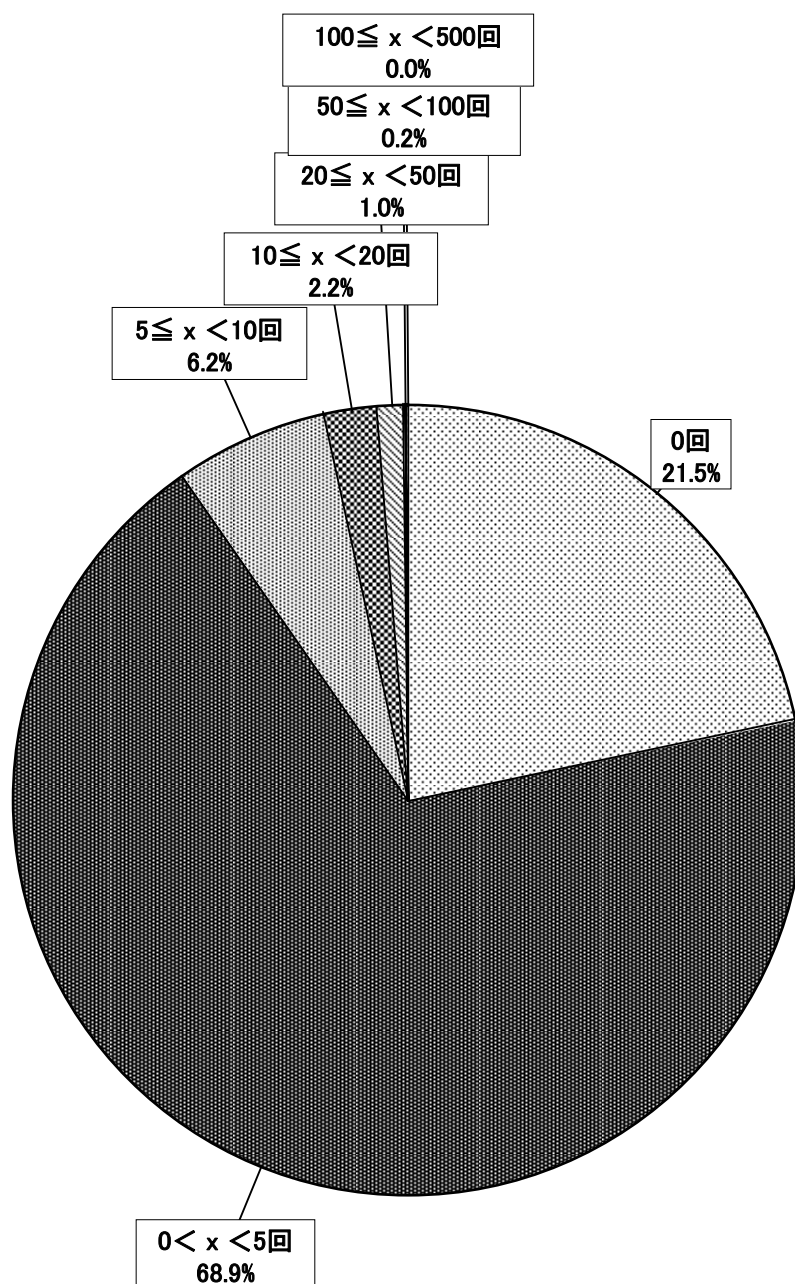


図3-3 年間在宅看取り総数
($n = 2,594$, $m \pm \sigma = 4.3 \pm 9.2$, 自由記載)

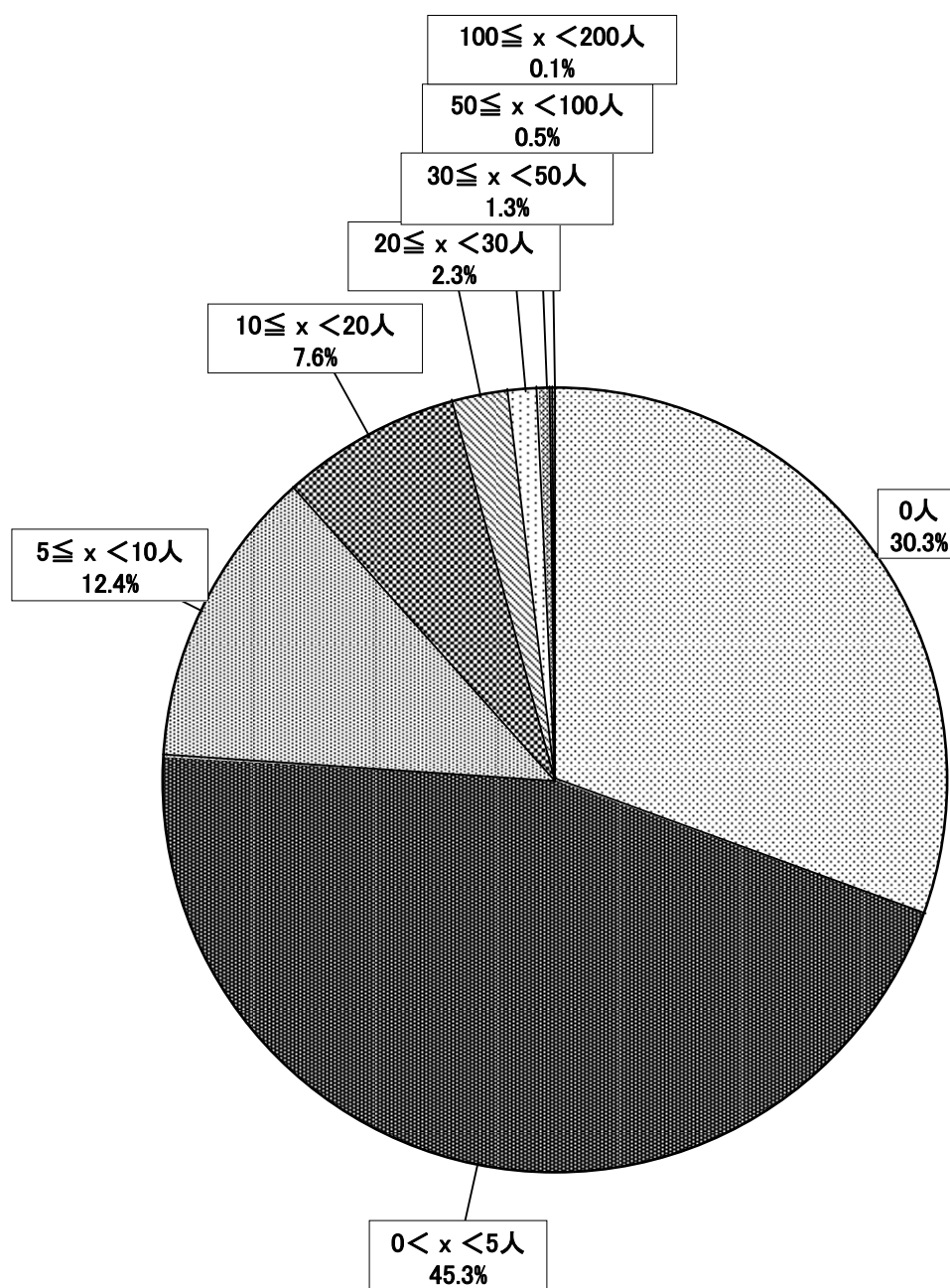


図 3-3a 夜間・休日在宅看取り数
($n = 2,551$, $m \pm \sigma = 2.3 \pm 5.0$, 自由記載)

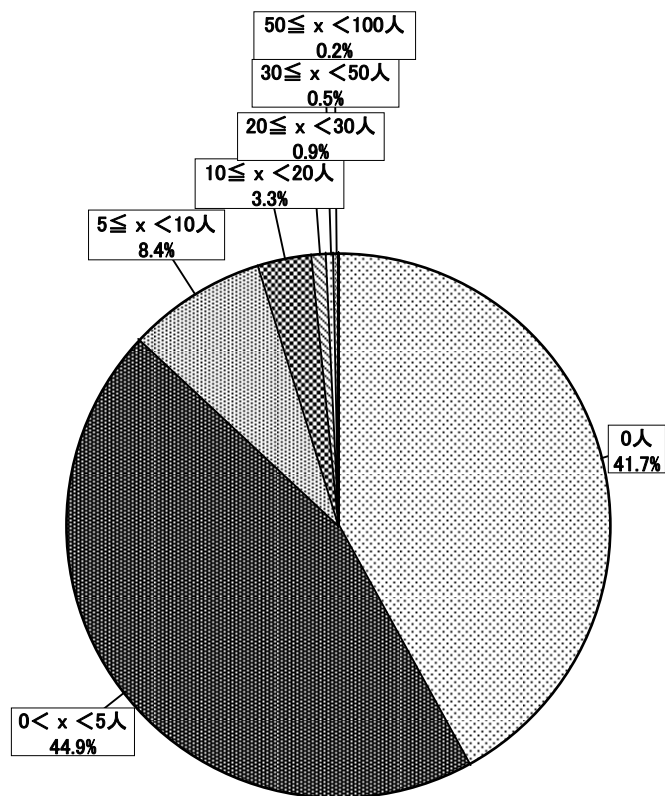


図 3-3b がん在宅看取り数
($n = 2,553$, $m \pm \sigma = 2.0 \pm 7.0$, 自由記載)

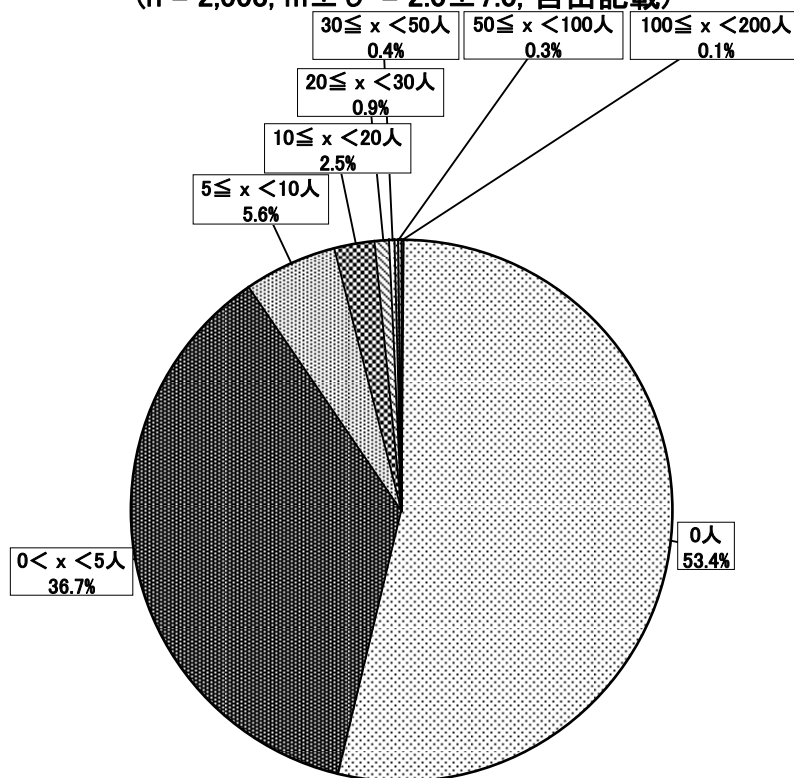


図 3-4-1 平成18年1年間と平成19年1年間の在宅患者総数の増減
(n = 2,492)

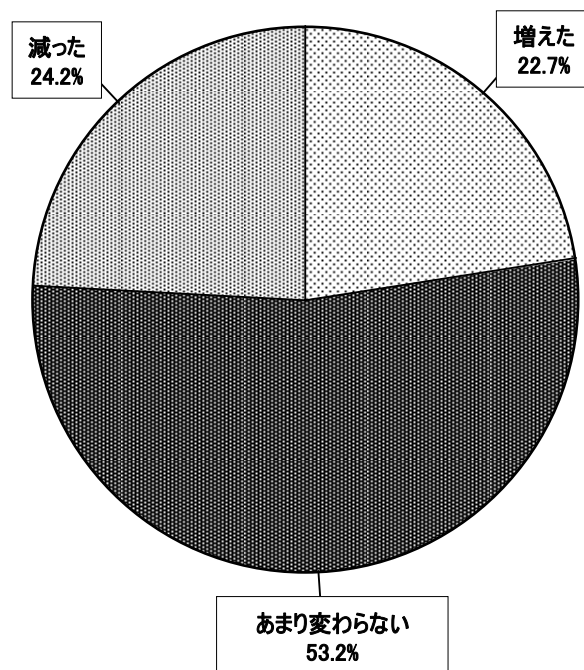


図 3-4-2 平成18年1年間と平成19年1年間の看取り数の増減
(n = 2,426)

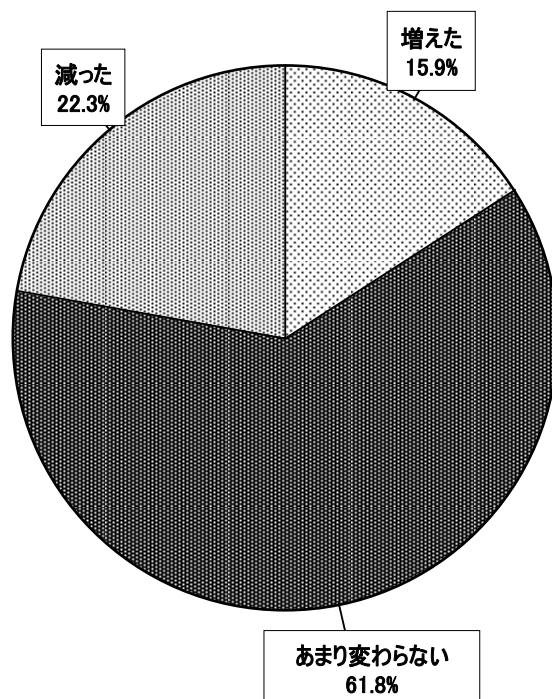


図 3-5 在宅時医学総合管理料もしくは在宅末期医療総合診療料を算定している患者の
総診療報酬点数が診療報酬に占める比率
(n = 2,411, 平成19年12月)

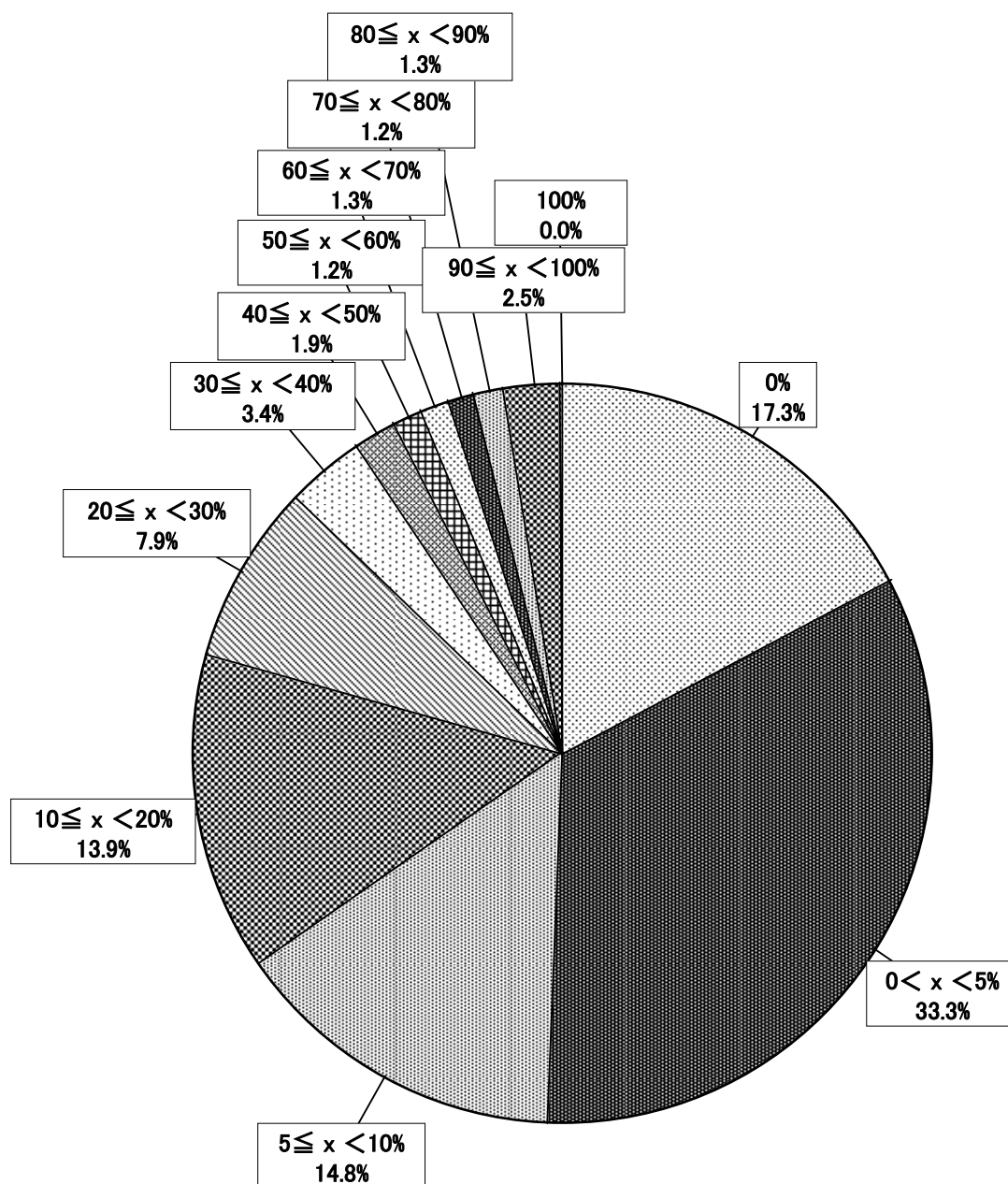


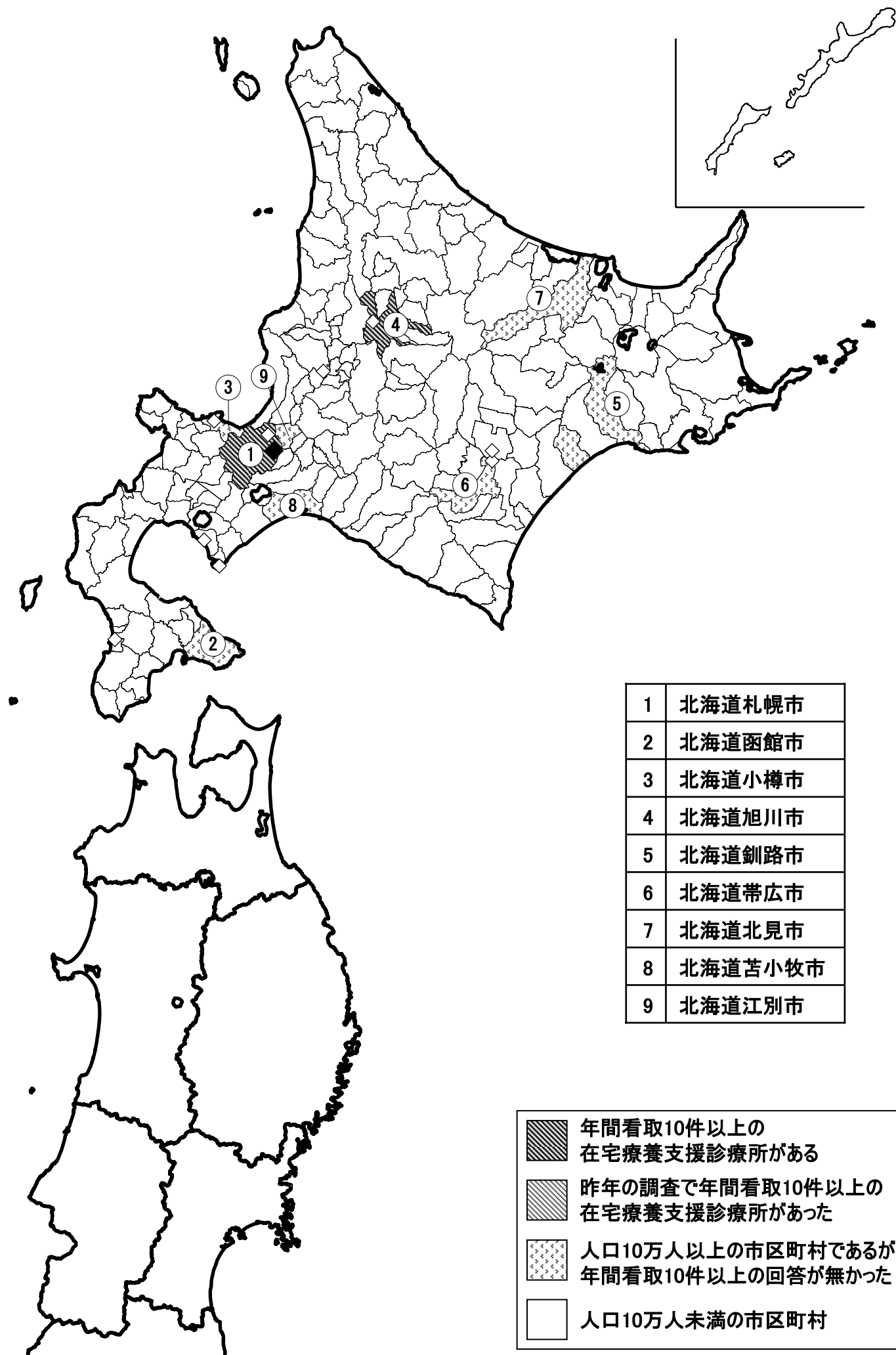
表 3-1 回答数
(n = 2,595)

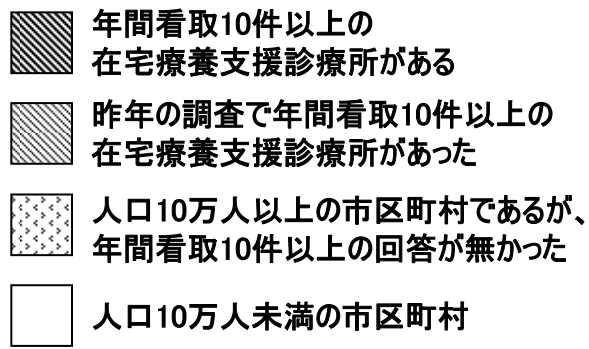
大阪府	290
東京都	253
福岡県	171
神奈川県	143
兵庫県	140
広島県	130
愛知県	89
埼玉県	79
北海道	69
京都府	63
静岡県	62
長崎県	60
岡山県	57
福島県	55
鹿児島県	55
千葉県	48
群馬県	47
熊本県	46
愛媛県	45
長野県	44
宮城県	40
新潟県	40
茨城県	39
大分県	39

岩手県	36
栃木県	34
石川県	32
岐阜県	31
徳島県	31
佐賀県	30
三重県	27
香川県	27
山口県	25
山形県	24
和歌山県	24
青森県	23
奈良県	20
宮崎県	18
鳥取県	17
島根県	17
秋田県	15
滋賀県	14
沖縄県	14
山梨県	11
福井県	9
富山県	6
高知県	6

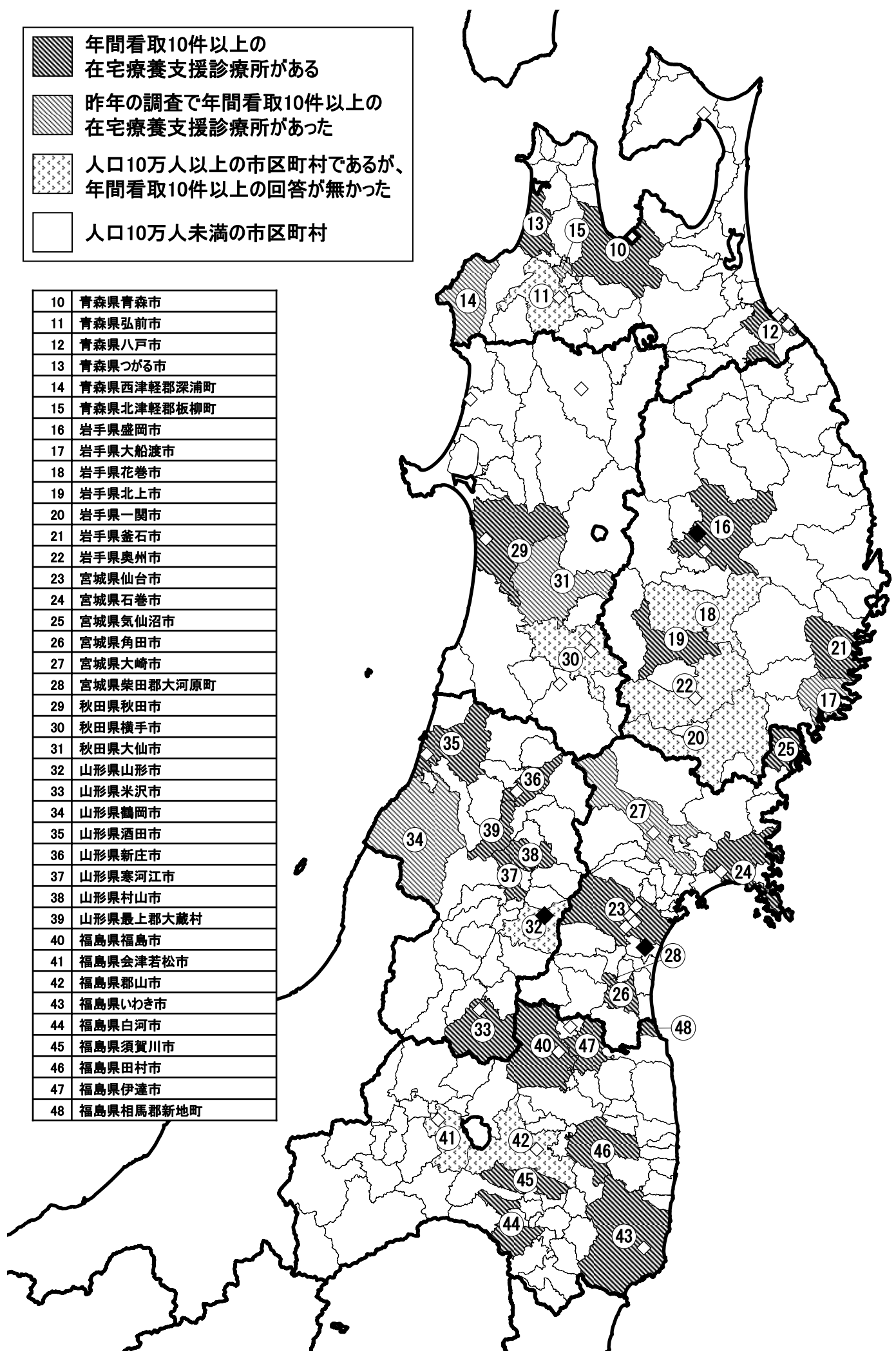
凡例

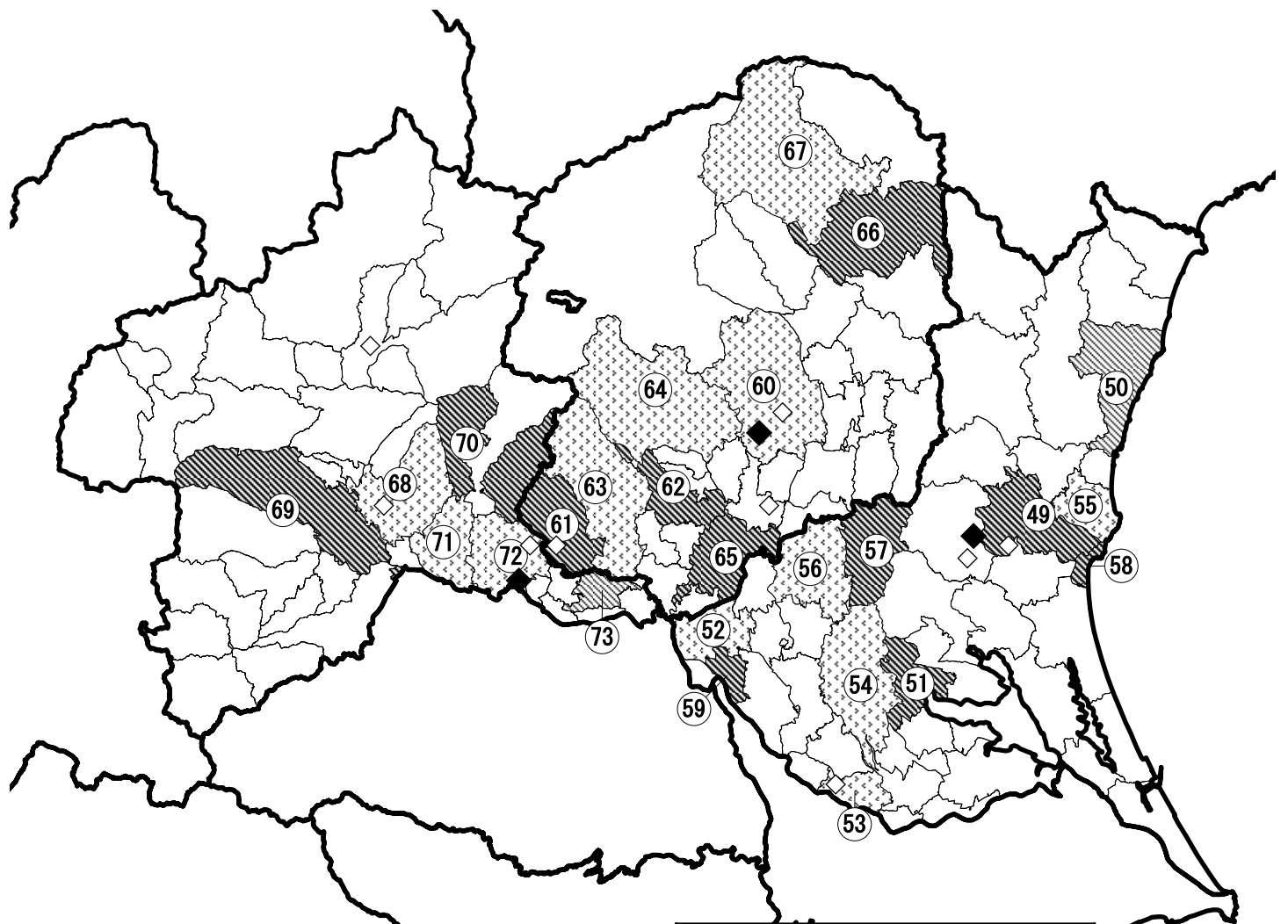
市区町村の 背景色		年間看取10件以上の 在宅療養支援診療所がある	①番号と表で 市区町村名を 表示
		昨年の調査で年間看取10件以上の 在宅療養支援診療所があった	
		人口10万人以上の市区町村であるが、 年間看取10件以上の回答が無かった	
		人口10万人未満の市区町村	
	◇	回答の得られた臨床研修指定病院	◇ どちらにも あてはまる 場合
	◆	回答の得られたがんセンター等	





10	青森県青森市
11	青森県弘前市
12	青森県八戸市
13	青森県つがる市
14	青森県西津軽郡深浦町
15	青森県北津軽郡板柳町
16	岩手県盛岡市
17	岩手県大船渡市
18	岩手県花巻市
19	岩手県北上市
20	岩手県一関市
21	岩手県釜石市
22	岩手県奥州市
23	宮城県仙台市
24	宮城県石巻市
25	宮城県気仙沼市
26	宮城県角田市
27	宮城県大崎市
28	宮城県柴田郡大河原町
29	秋田県秋田市
30	秋田県横手市
31	秋田県大仙市
32	山形県山形市
33	山形県米沢市
34	山形県鶴岡市
35	山形県酒田市
36	山形県新庄市
37	山形県寒河江市
38	山形県村山市
39	山形県最上郡大蔵村
40	福島県福島市
41	福島県会津若松市
42	福島県郡山市
43	福島県いわき市
44	福島県白河市
45	福島県須賀川市
46	福島県田村市
47	福島県伊達市
48	福島県相馬郡新地町

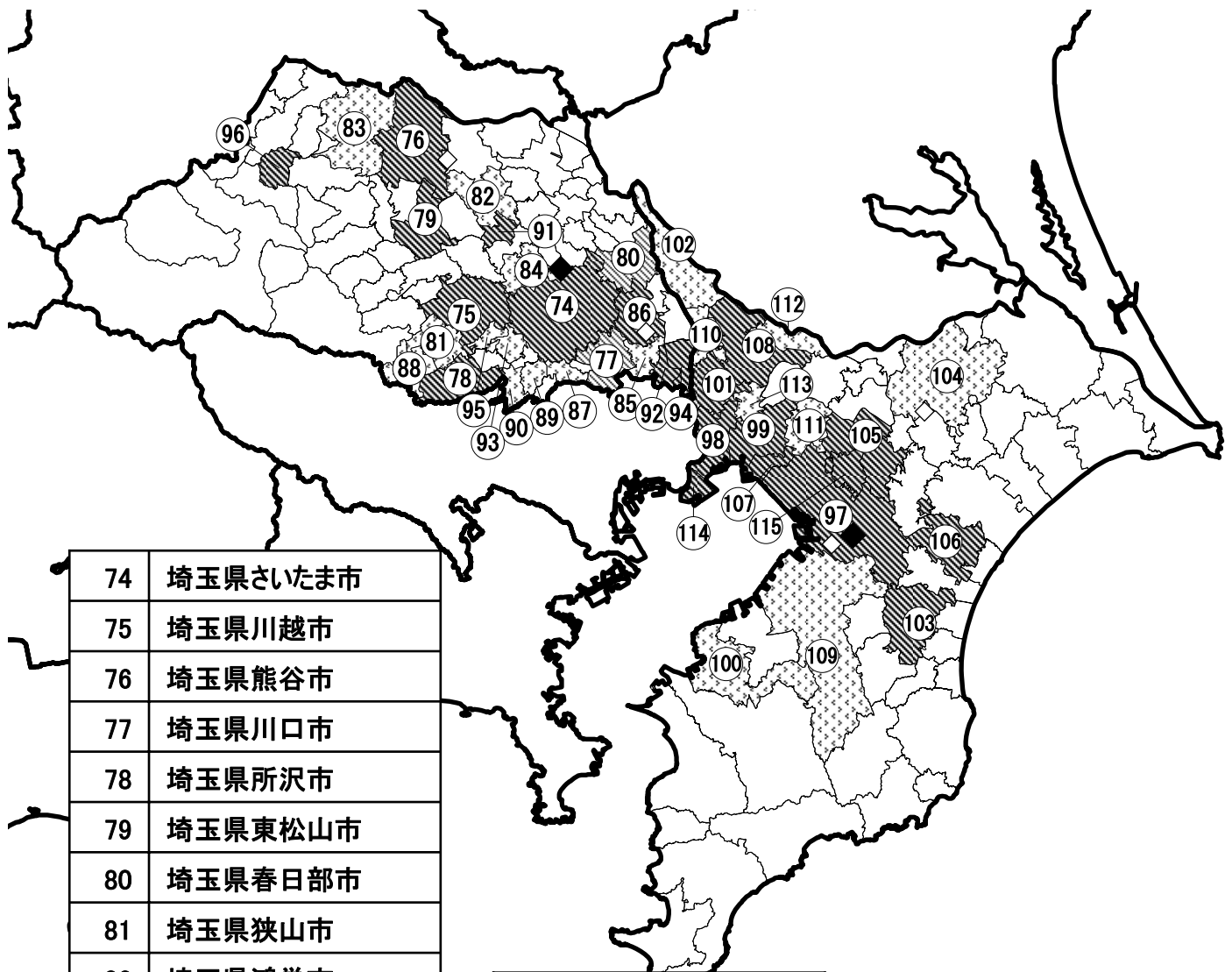




60	栃木県宇都宮市
61	栃木県足利市
62	栃木県栃木市
63	栃木県佐野市
64	栃木県鹿沼市
65	栃木県小山市
66	栃木県大田原市
67	栃木県那須塩原市
68	群馬県前橋市
69	群馬県高崎市
70	群馬県桐生市
71	群馬県伊勢崎市
72	群馬県太田市
73	群馬県館林市

49	茨城県水戸市
50	茨城県日立市
51	茨城県土浦市
52	茨城県古河市
53	茨城県取手市
54	茨城県つくば市
55	茨城県ひたちなか市
56	茨城県筑西市
57	茨城県桜川市
58	茨城県東茨城郡大洗町
59	茨城県猿島郡境町

-  年間看取10件以上の在宅療養支援診療所がある
-  昨年の調査で年間看取10件以上の在宅療養支援診療所があった
-  人口10万人以上の市区町村であるが、年間看取10件以上の回答が無かった
-  人口10万人未満の市区町村

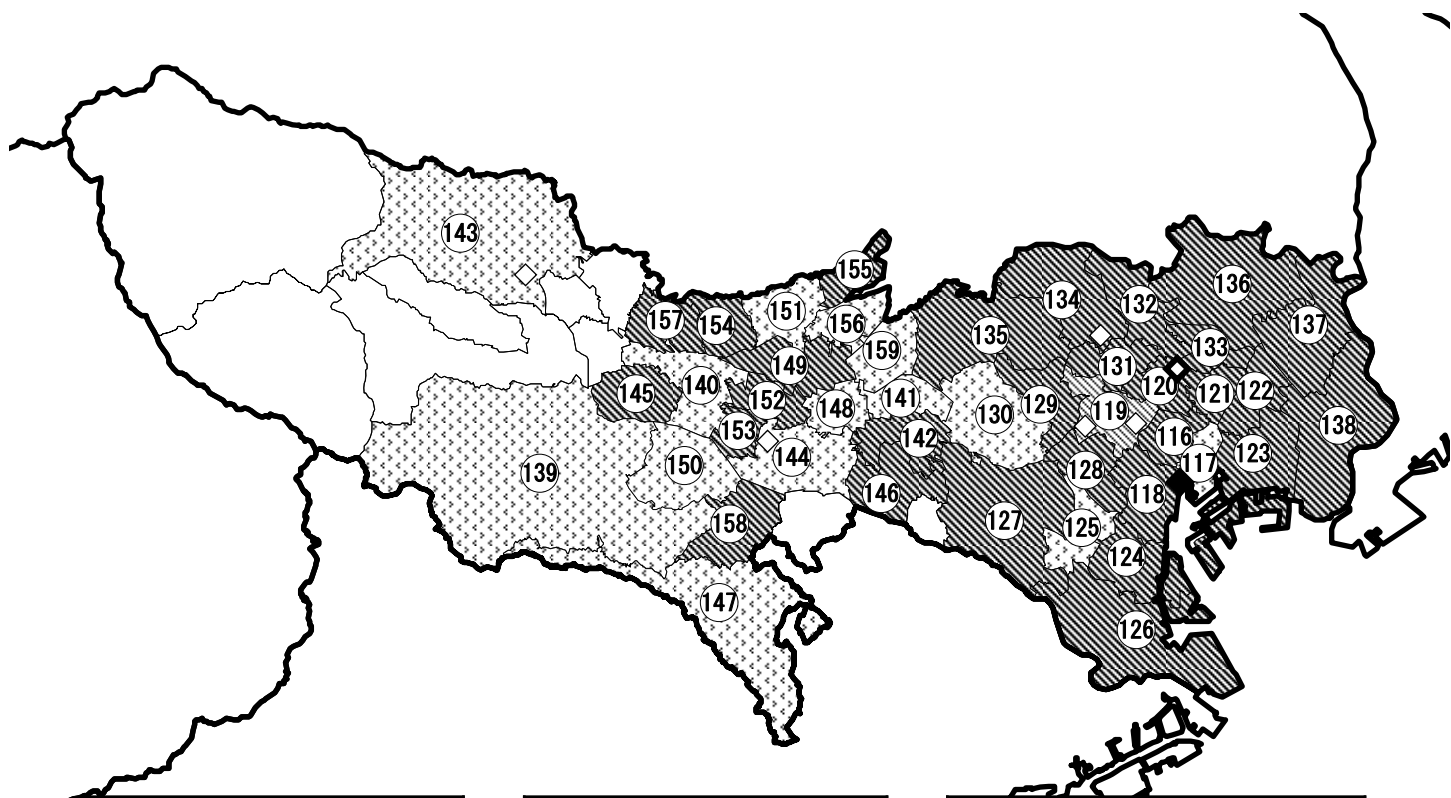


74	埼玉県さいたま市
75	埼玉県川越市
76	埼玉県熊谷市
77	埼玉県川口市
78	埼玉県所沢市
79	埼玉県東松山市
80	埼玉県春日部市
81	埼玉県狭山市
82	埼玉県鴻巣市
83	埼玉県深谷市
84	埼玉県上尾市
85	埼玉県草加市
86	埼玉県越谷市
87	埼玉県戸田市
88	埼玉県入間市
89	埼玉県朝霞市
90	埼玉県新座市
91	埼玉県北本市
92	埼玉県八潮市
93	埼玉県富士見市
94	埼玉県三郷市
95	埼玉県ふじみ野市
96	埼玉県秩父郡長瀬町

97	千葉県千葉市
98	千葉県市川市
99	千葉県船橋市
100	千葉県木更津市
101	千葉県松戸市
102	千葉県野田市
103	千葉県茂原市
104	千葉県成田市
105	千葉県佐倉市
106	千葉県東金市

107	千葉県習志野市
108	千葉県柏市
109	千葉市原市
110	千葉県流山市
111	千葉県八千代市
112	千葉県我孫子市
113	千葉県鎌ヶ谷市
114	千葉県浦安市
115	千葉県四街道市

-  年間看取10件以上の在宅療養支援診療所がある
-  昨年の調査で年間看取10件以上の在宅療養支援診療所があった
-  人口10万人以上の市区町村であるが、年間看取10件以上の回答が無かった
-  人口10万人未満の市区町村

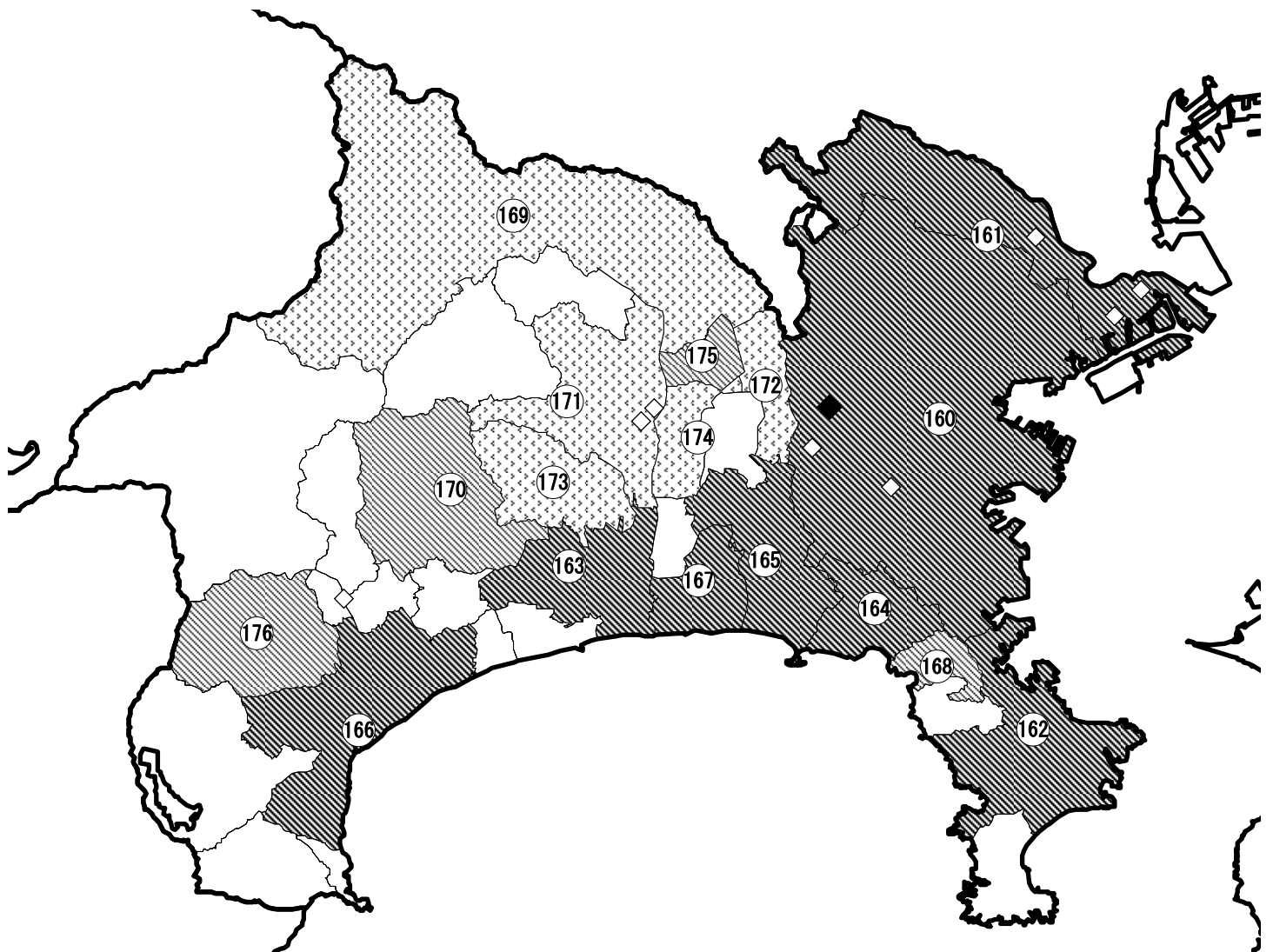


116	東京都千代田区
117	東京都中央区
118	東京都港区
119	東京都新宿区
120	東京都文京区
121	東京都台東区
122	東京都墨田区
123	東京都江東区
124	東京都品川区
125	東京都目黒区
126	東京都大田区
127	東京都世田谷区
128	東京都渋谷区
129	東京都中野区
130	東京都杉並区

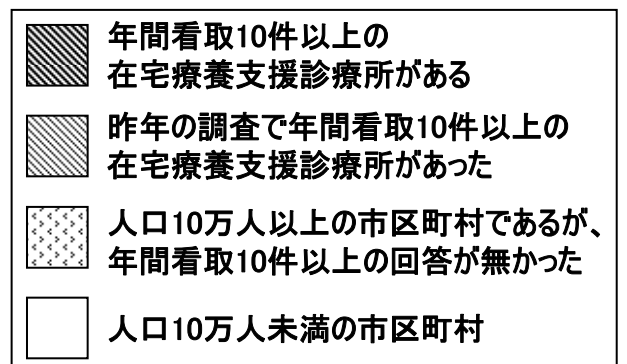
131	東京都豊島区
132	東京都北区
133	東京都荒川区
134	東京都板橋区
135	東京都練馬区
136	東京都足立区
137	東京都葛飾区
138	東京都江戸川区
139	東京都八王子市
140	東京都立川市
141	東京都武蔵野市
142	東京都三鷹市
143	東京都青梅市
144	東京都府中市
145	東京都昭島市

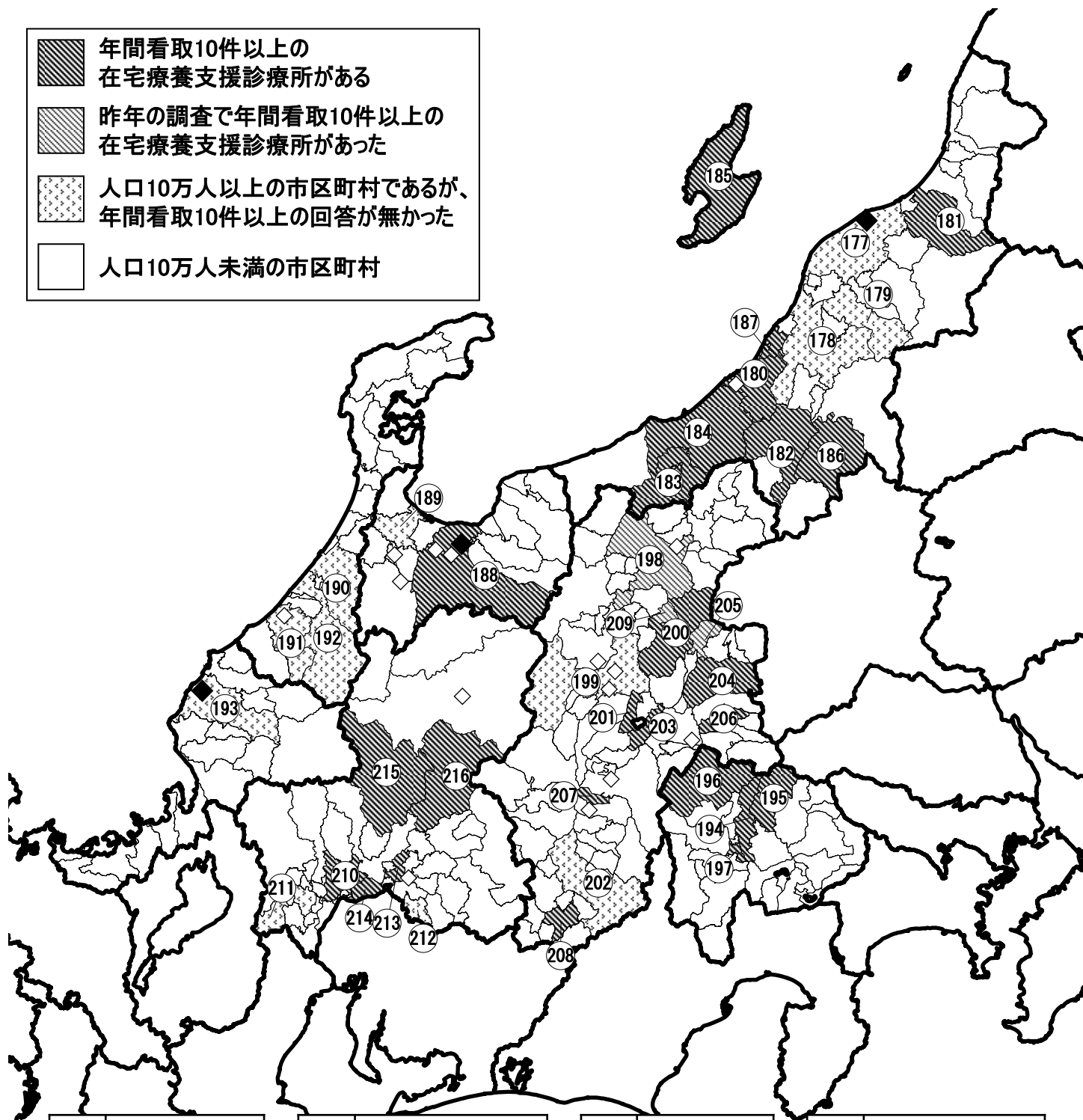
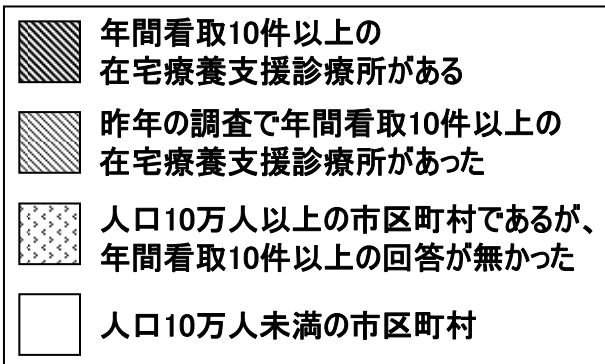
146	東京都調布市
147	東京都町田市
148	東京都小金井市
149	東京都小平市
150	東京都日野市
151	東京都東村山市
152	東京都国分寺市
153	東京都国立市
154	東京都東大和市
155	東京都清瀬市
156	東京都東久留米市
157	東京都武蔵村山市
158	東京都多摩市
159	東京都西東京市

-  年間看取10件以上の在宅療養支援診療所がある
-  昨年の調査で年間看取10件以上の在宅療養支援診療所があった
-  人口10万人以上の市区町村であるが、年間看取10件以上の回答が無かった
-  人口10万人未満の市区町村



160	神奈川県横浜市
161	神奈川県川崎市
162	神奈川県横須賀市
163	神奈川県平塚市
164	神奈川県鎌倉市
165	神奈川県藤沢市
166	神奈川県小田原市
167	神奈川県茅ヶ崎市
168	神奈川県逗子市
169	神奈川県相模原市
170	神奈川県秦野市
171	神奈川県厚木市
172	神奈川県大和市
173	神奈川県伊勢原市
174	神奈川県海老名市
175	神奈川県座間市
176	神奈川県南足柄市



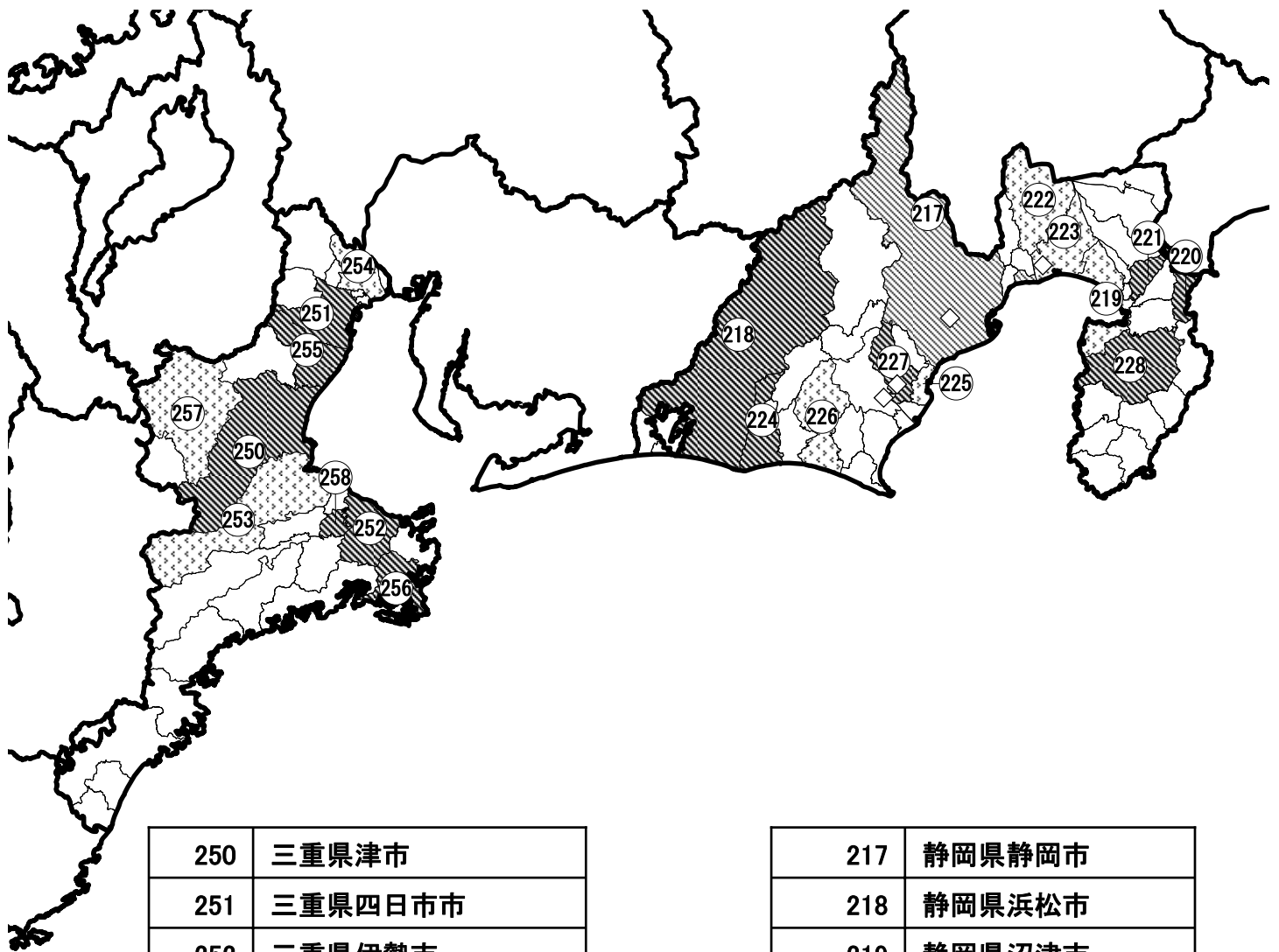


210	岐阜県岐阜市
211	岐阜県大垣市
212	岐阜県多治見市
213	岐阜県美濃加茂市
214	岐阜県各務原市
215	岐阜県郡上市
216	岐阜県下呂市

198	長野県長野市
199	長野県松本市
200	長野県上田市
201	長野県岡谷市
202	長野県飯田市
203	長野県諏訪市
204	長野県佐久市
205	長野県東御市
206	長野県南佐久郡小海町
207	長野県上伊那郡宮田村
208	長野県下伊那郡阿南町
209	長野県埴科郡坂城町

188	富山県富山市
189	富山県高岡市
190	石川県金沢市
191	石川県小松市
192	石川県白山市
193	福井県福井市
194	山梨県甲府市
195	山梨県山梨市
196	山梨県北杜市
197	山梨県中央市

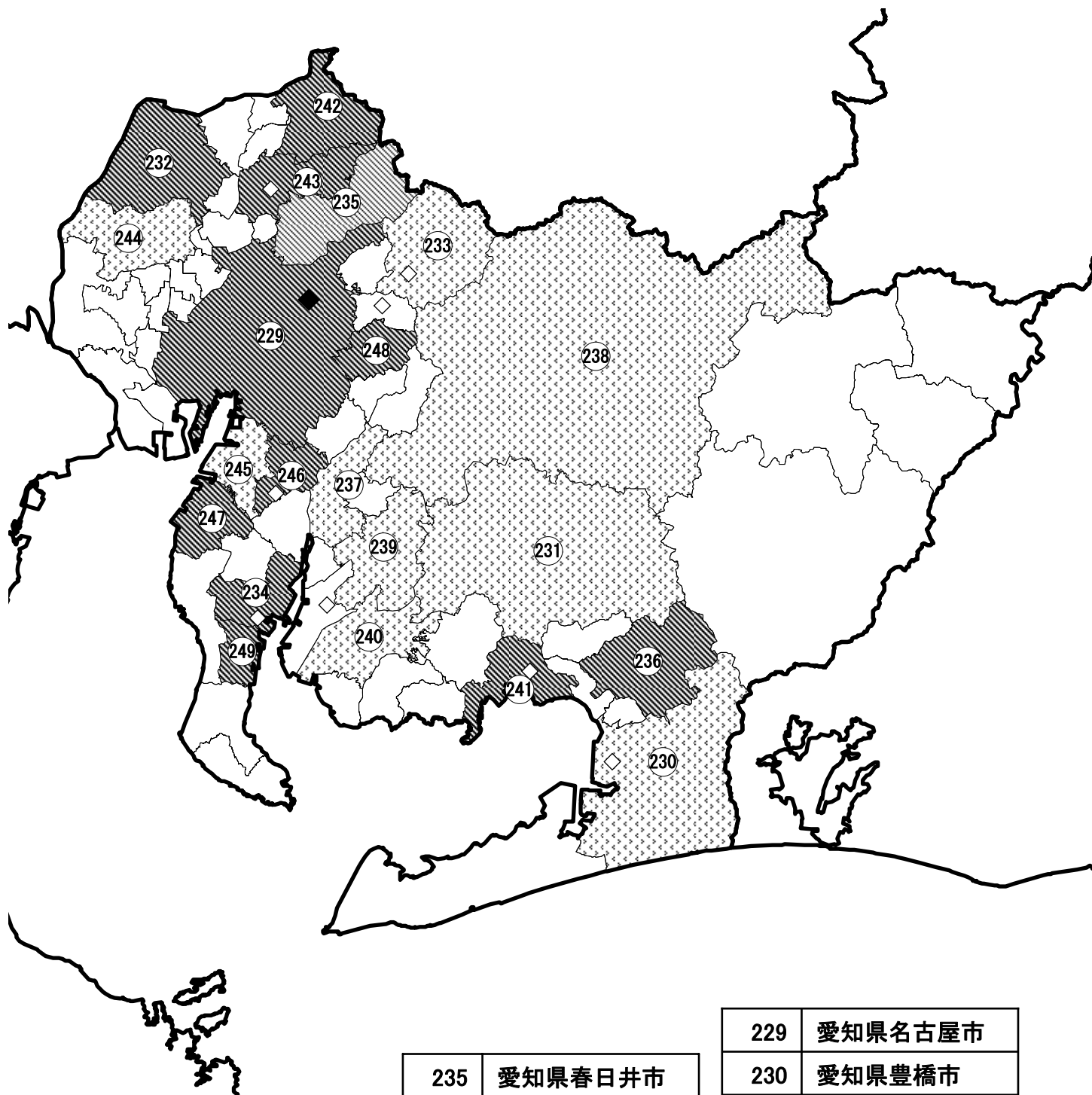
177	新潟県新潟市
178	新潟県長岡市
179	新潟県三条市
180	新潟県柏崎市
181	新潟県新発田市
182	新潟県十日町市
183	新潟県妙高市
184	新潟県上越市
185	新潟県佐渡市
186	新潟県南魚沼市
187	新潟県刈羽郡刈羽村



250	三重県津市
251	三重県四日市市
252	三重県伊勢市
253	三重県松阪市
254	三重県桑名市
255	三重県鈴鹿市
256	三重県志摩市
257	三重県伊賀市
258	三重県度会郡玉城町

217	静岡県静岡市
218	静岡県浜松市
219	静岡県沼津市
220	静岡県熱海市
221	静岡県三島市
222	静岡県富士宮市
223	静岡県富士市
224	静岡県磐田市
225	静岡県焼津市
226	静岡県掛川市
227	静岡県藤枝市
228	静岡県伊豆市

	年間看取10件以上の在宅療養支援診療所がある
	昨年の調査で年間看取10件以上の在宅療養支援診療所があった
	人口10万人以上の市区町村であるが、年間看取10件以上の回答が無かった
	人口10万人未満の市区町村

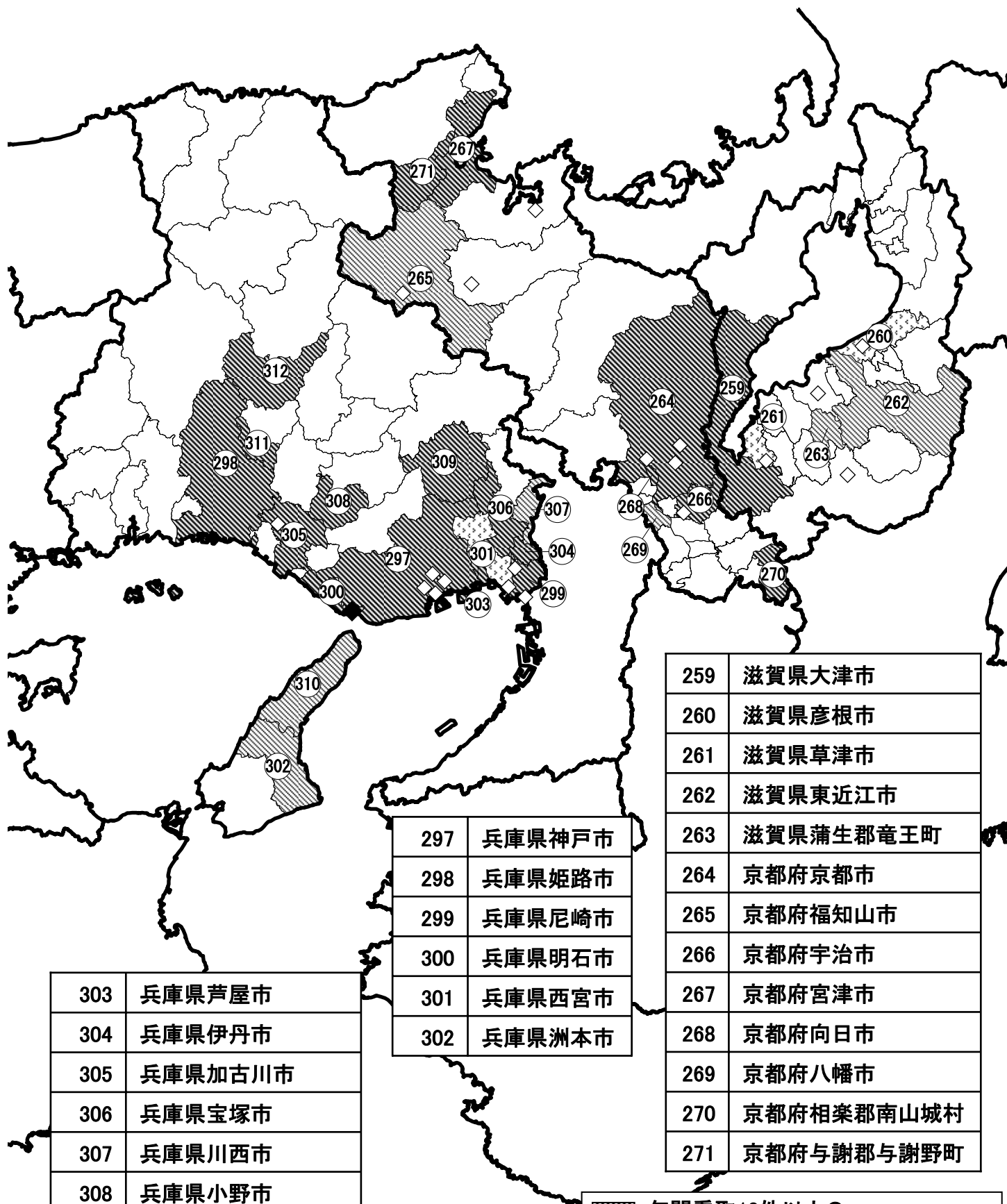


240	愛知県西尾市
241	愛知県蒲郡市
242	愛知県犬山市
243	愛知県小牧市
244	愛知県稲沢市
245	愛知県東海市
246	愛知県大府市
247	愛知県知多市
248	愛知県日進市
249	愛知県知多郡武豊町

235	愛知県春日井市
236	愛知県豊川市
237	愛知県刈谷市
238	愛知県豊田市
239	愛知県安城市

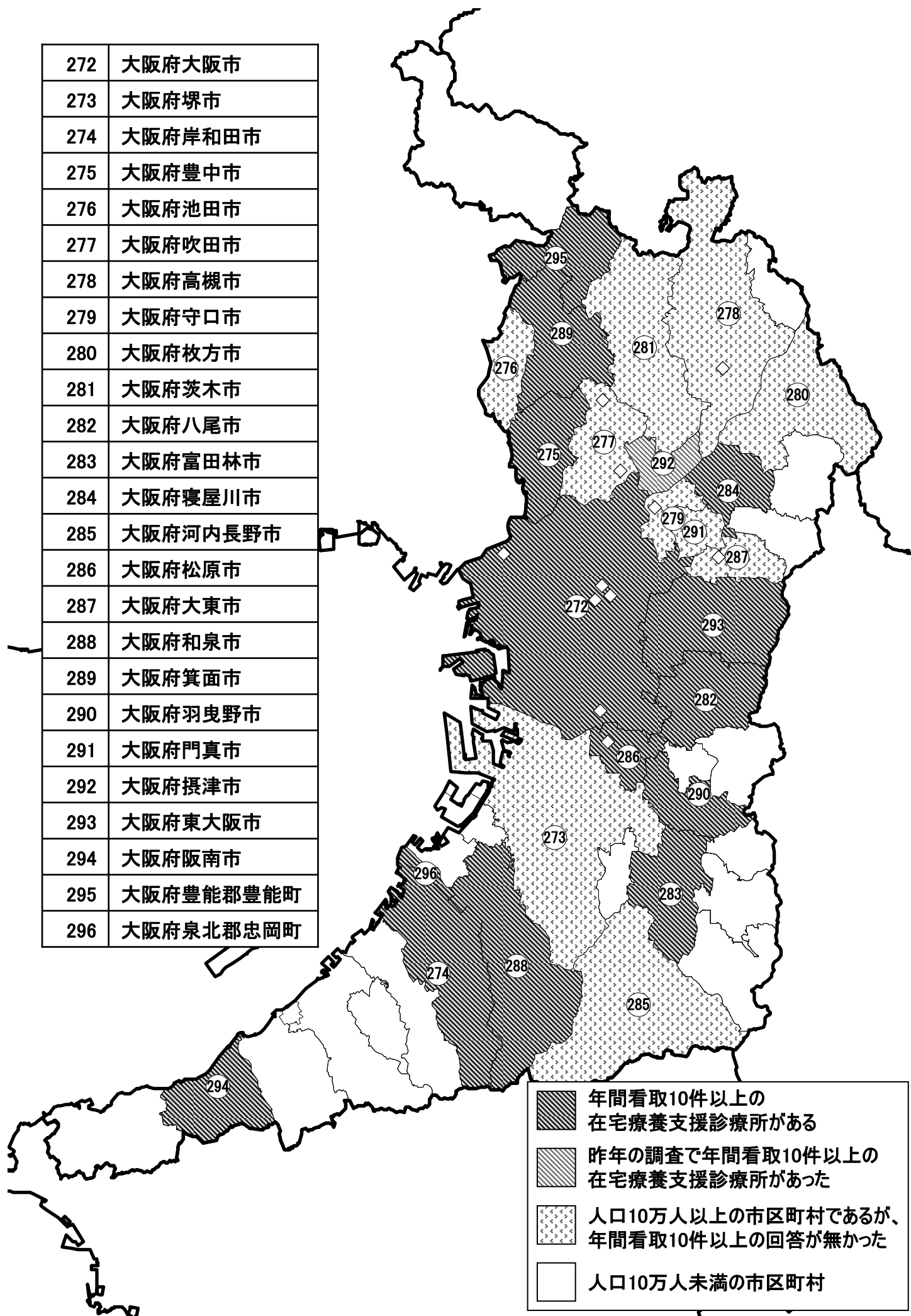
229	愛知県名古屋市
230	愛知県豊橋市
231	愛知県岡崎市
232	愛知県一宮市
233	愛知県瀬戸市
234	愛知県半田市

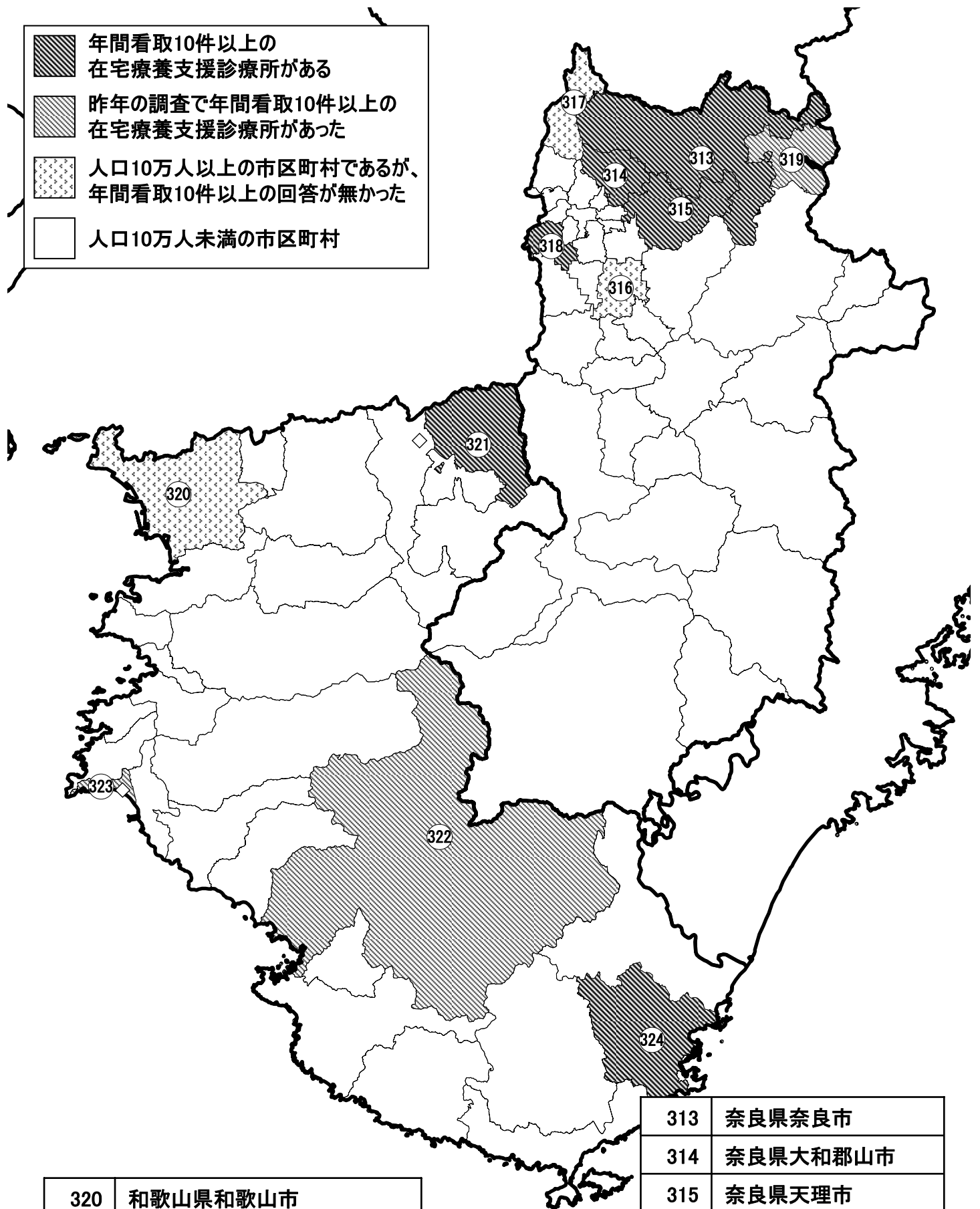
-  年間看取10件以上の在宅療養支援診療所がある
-  昨年の調査で年間看取10件以上の在宅療養支援診療所があった
-  人口10万人以上の市区町村であるが、年間看取10件以上の回答が無かった
-  人口10万人未満の市区町村



-  年間看取10件以上の在宅療養支援診療所がある
-  昨年の調査で年間看取10件以上の在宅療養支援診療所があった
-  人口10万人以上の市区町村であるが、年間看取10件以上の回答が無かった
-  人口10万人未満の市区町村

272	大阪府大阪市
273	大阪府堺市
274	大阪府岸和田市
275	大阪府豊中市
276	大阪府池田市
277	大阪府吹田市
278	大阪府高槻市
279	大阪府守口市
280	大阪府枚方市
281	大阪府茨木市
282	大阪府八尾市
283	大阪府富田林市
284	大阪府寝屋川市
285	大阪府河内長野市
286	大阪府松原市
287	大阪府大東市
288	大阪府和泉市
289	大阪府箕面市
290	大阪府羽曳野市
291	大阪府門真市
292	大阪府摂津市
293	大阪府東大阪市
294	大阪府阪南市
295	大阪府豊能郡豊能町
296	大阪府泉北郡忠岡町

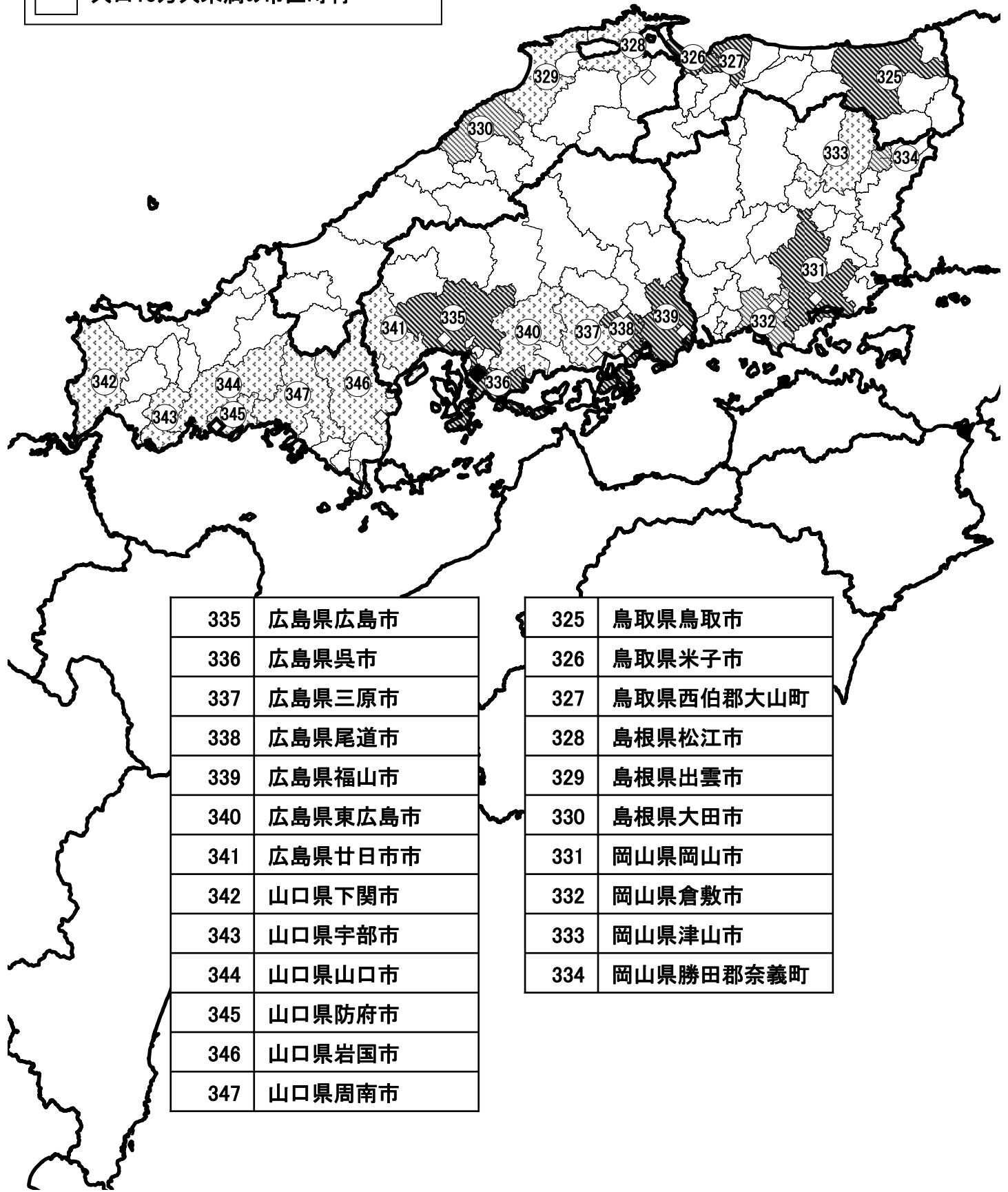




320	和歌山県和歌山市
321	和歌山県橋本市
322	和歌山県田辺市
323	和歌山県日高郡美浜町
324	和歌山県東牟婁郡那智勝浦町

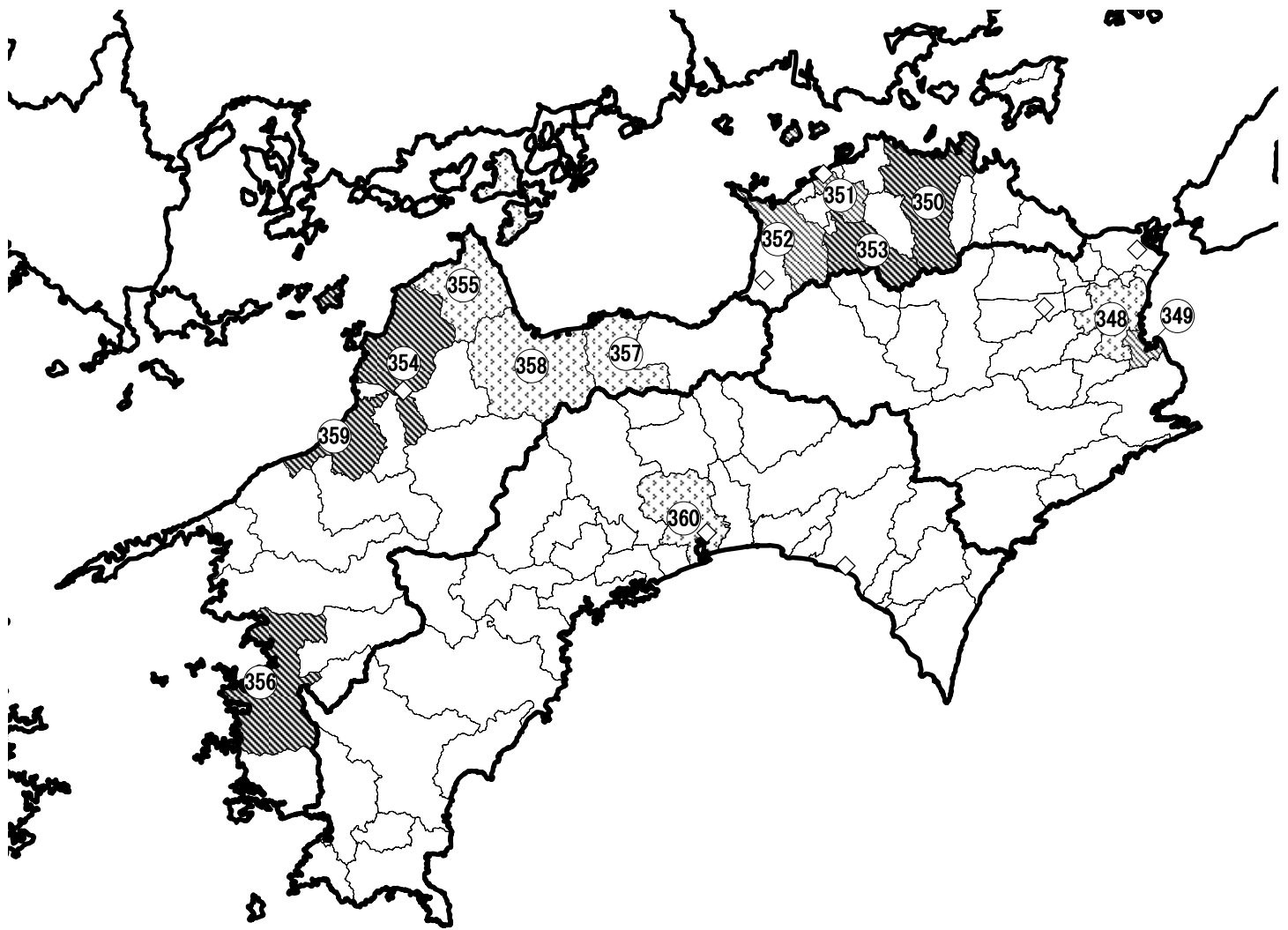
313	奈良県奈良市
314	奈良県大和郡山市
315	奈良県天理市
316	奈良県橿原市
317	奈良県生駒市
318	奈良県香芝市
319	奈良県山辺郡山添村

-  年間看取10件以上の
在宅療養支援診療所がある
-  昨年の調査で年間看取10件以上の
在宅療養支援診療所があった
-  人口10万人以上の市区町村であるが、
年間看取10件以上の回答が無かった
-  人口10万人未満の市区町村



335	広島県広島市
336	広島県呉市
337	広島県三原市
338	広島県尾道市
339	広島県福山市
340	広島県東広島市
341	広島県廿日市市
342	山口県下関市
343	山口県宇部市
344	山口県山口市
345	山口県防府市
346	山口県岩国市
347	山口県周南市

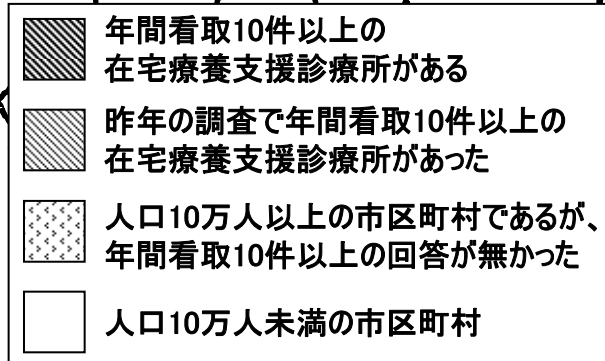
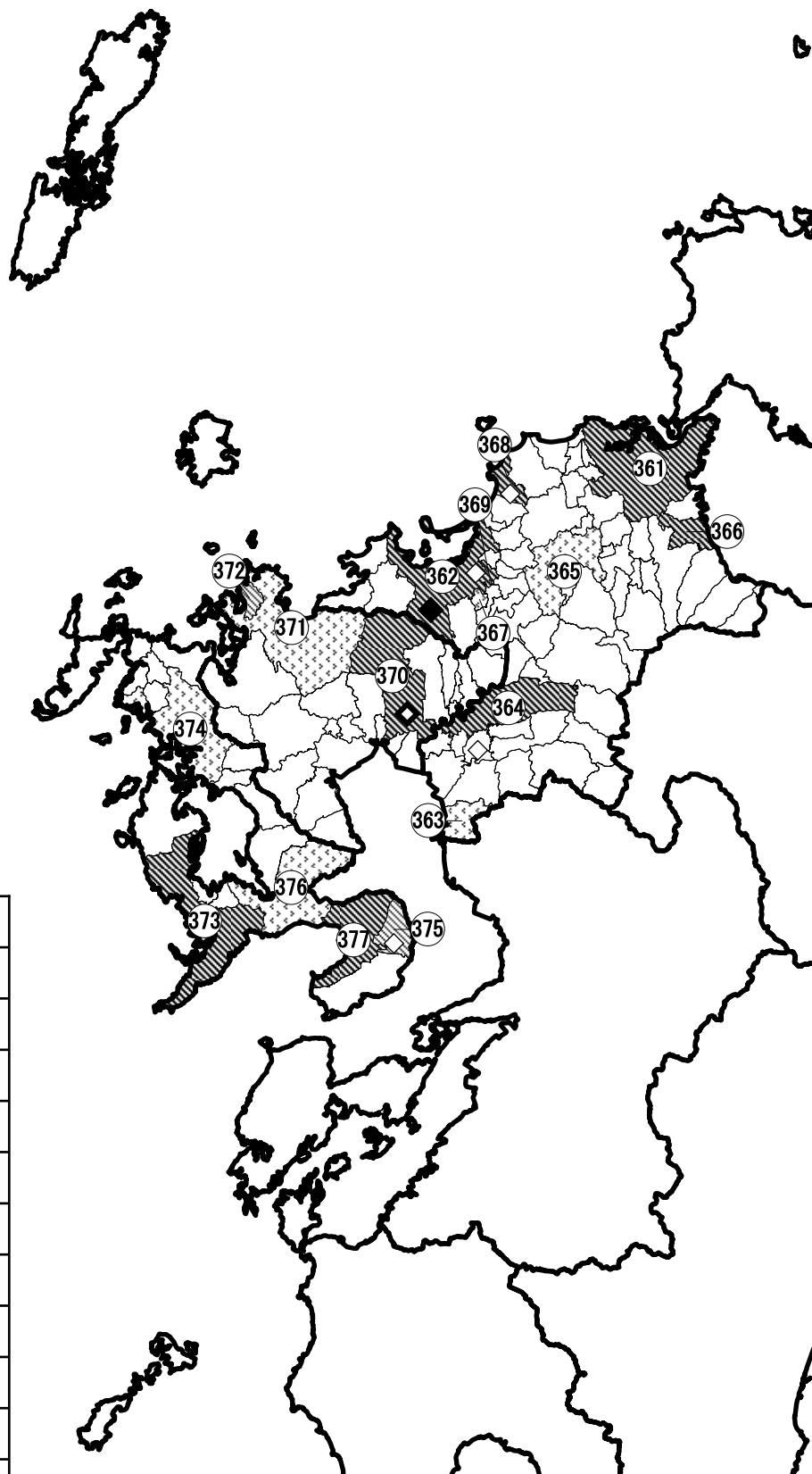
325	鳥取県鳥取市
326	鳥取県米子市
327	鳥取県西伯郡大山町
328	島根県松江市
329	島根県出雲市
330	島根県大田市
331	岡山県岡山市
332	岡山県倉敷市
333	岡山県津山市
334	岡山県勝田郡奈義町



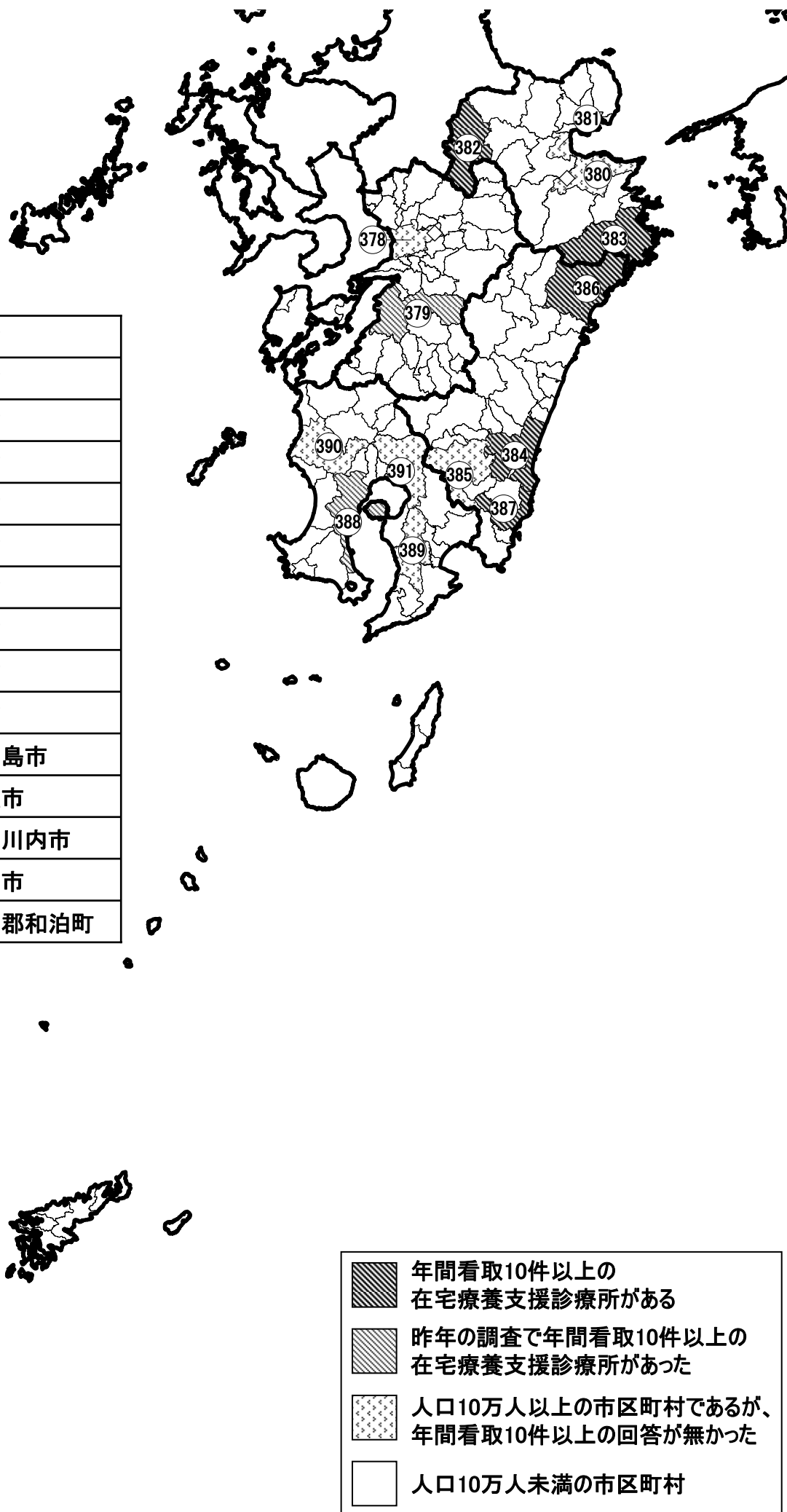
348	徳島県徳島市
349	徳島県小松島市
350	香川県高松市
351	香川県丸亀市
352	香川県三豊市
353	香川県仲多度郡まんのう町
354	愛媛県松山市
355	愛媛県今治市
356	愛媛県宇和島市
357	愛媛県新居浜市
358	愛媛県西条市
359	愛媛県伊予市
360	高知県高知市

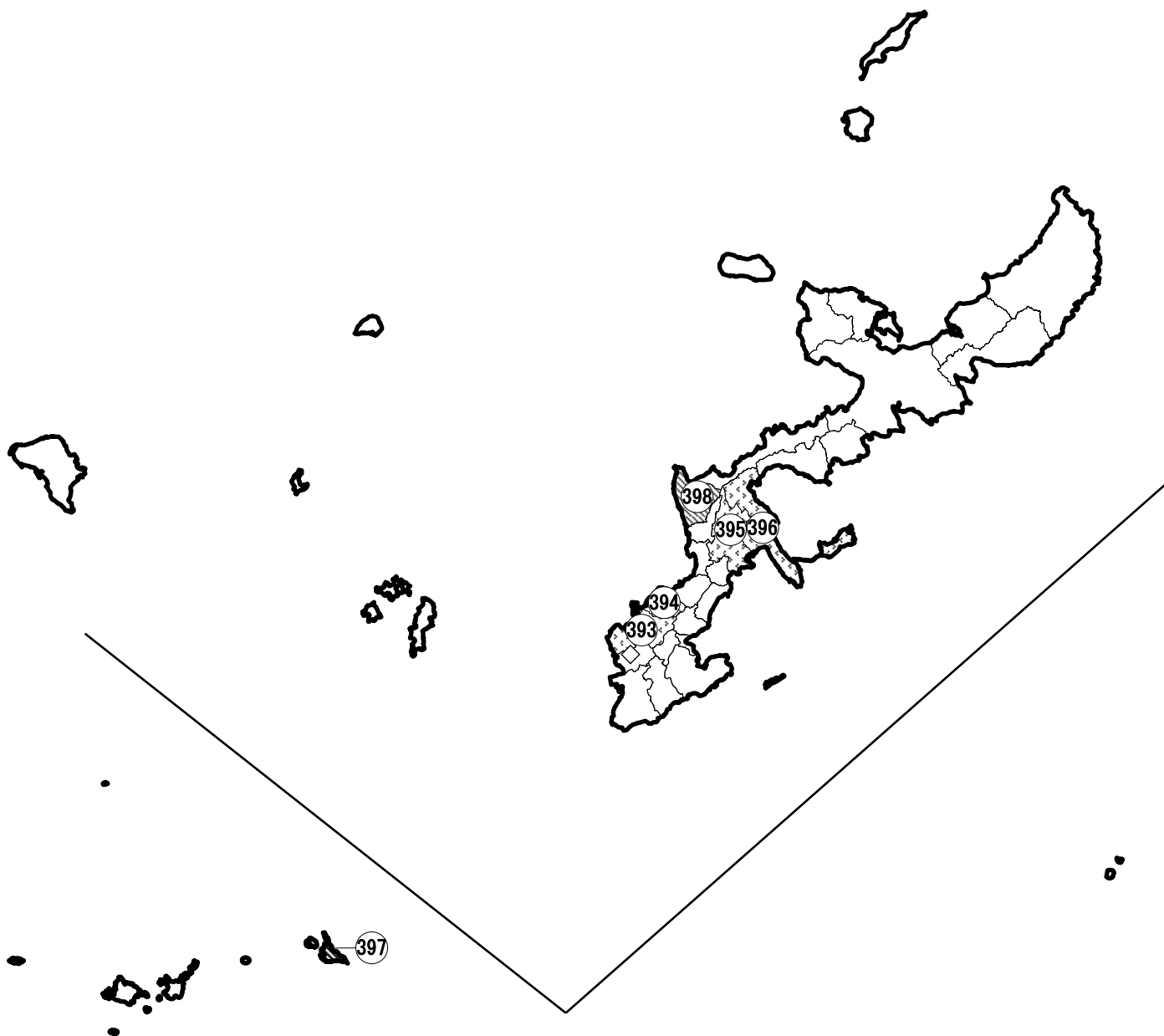
	年間看取10件以上の 在宅療養支援診療所がある
	昨年の調査で年間看取10件以上の 在宅療養支援診療所があった
	人口10万人以上の市区町村であるが、 年間看取10件以上の回答が無かった
	人口10万人未満の市区町村

361	福岡県北九州市
362	福岡県福岡市
363	福岡県大牟田市
364	福岡県久留米市
365	福岡県飯塚市
366	福岡県行橋市
367	福岡県春日市
368	福岡県福津市
369	福岡県糟屋郡志免町
370	佐賀県佐賀市
371	佐賀県唐津市
372	佐賀県東松浦郡玄海町
373	長崎県長崎市
374	長崎県佐世保市
375	長崎県島原市
376	長崎県諫早市
377	長崎県雲仙市



378	熊本県熊本市
379	熊本県八代市
380	大分県大分市
381	大分県別府市
382	大分県日田市
383	大分県佐伯市
384	宮崎県宮崎市
385	宮崎県都城市
386	宮崎県延岡市
387	宮崎県日南市
388	鹿児島県鹿児島市
389	鹿児島県鹿屋市
390	鹿児島県薩摩川内市
391	鹿児島県霧島市
392	鹿児島県大島郡和泊町





393	沖縄県那覇市
394	沖縄県浦添市
395	沖縄県沖縄市
396	沖縄県うるま市
397	沖縄県宮古島市
398	沖縄県中頭郡読谷村

	年間看取10件以上の 在宅療養支援診療所がある
	昨年の調査で年間看取10件以上の 在宅療養支援診療所があった
	人口10万人以上の市区町村であるが、 年間看取10件以上の回答が無かった
	人口10万人未満の市区町村

**重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の
量的・質的整備計画事業
事業実績報告書**

平成20年4月10日

平成19年度老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

老第1210001号

主任研究者 川島 孝一郎

仙台往診クリニック

〒980-0013

宮城県仙台市青葉区花京院二丁目1番7号

Tel: 022-212-8501

Fax: 022-212-8533
