

平成20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

在宅医療における遠隔医療の適正な利用に関する調査研究

(H20-特別-指定-23)

平成20年度 総括研究報告書

主任研究者 川島 孝一郎

平成21(2009)年 3月

## 目次

### 第Ⅰ章 事業目的

(1) 本研究に直結するこれまでの成果 .....	1
(2) 先行する調査研究 .....	3

### 第Ⅱ章 事業概要

(1) 研究検討委員による打合せ等の経過 .....	11
(2) 調査研究	
・在宅医療における遠隔医療の適正な利用に関する研究調査① .....	11
・在宅医療における遠隔医療の適正な利用に関する研究調査② .....	12
・在宅医療における遠隔医療の適正な利用に関する研究調査③ .....	13

### 第Ⅲ章 事業結果

問 1 .....	15	問 13 .....	24
問 2 .....	15	問 14-a .....	24
問 3 .....	16	問 14-b .....	25
問 4 .....	16	問 15-a .....	26
問 5 .....	17	問 15-b .....	27
問 6 .....	18	問 16 .....	28
問 7 .....	18	問 17 .....	30
問 8 .....	19	問 18 .....	31
問 9 .....	20	結果の解釈 .....	32
問 10-a .....	21	自由記載	
問 11 .....	21	問15-b .....	33
問 12-a .....	22	問16 .....	37
結果の解釈 .....	23		

### 第Ⅳ章 総括

(1) 考察 .....	43
(2) 結論 .....	49

### 第Ⅴ章 資料編

○ 医師用 調査票 .....	51
○ 看護師用 調査票 .....	67
○ 調査結果 図表 .....	83
○ 自由記載 問5 .....	105
問10-b .....	108
問12-b .....	116
問12-c .....	145



# 第 I 章 事業目的

## 第 I 章 事業目的

### (1) 本研究に直結するこれまでの成果

「遠隔医療の推進方策に関する懇談会」の中間取りまとめ（案）として提示された内容には、

#### ■■はじめに■■

- 負のスパイラルに陥っている日本の医療システム
- 他の社会的分野でパワーを発揮している ICT の活用
- 患者ニーズを踏まえた遠隔医療の推進を
- 持続可能で汎用的な社会システムとして定着させる
- 国民的課題としての遠隔医療の適切な推進

を掲げ、

#### ■■本懇談会の前提■■

■懇談会の目的として、『地域における医師不足等が指摘されている状況を踏まえ、地域医療の充実に資する遠隔医療の活用方法と、その推進について検討する』となっている。

#### ■検討対象についての「三原則」

- ・ 医師不足など、深刻な条件不利地域を主に想定する
- ・ 慢性期、健康管理、予防医療等を主に想定する
- ・ 先端技術の開発ではなく、既存技術を活用した社会イノベーションを起こすことを想定する

#### ■目指す姿

遠隔医療を、持続可能で汎用的な社会システムとして定着させる。その実現に向けた推進方法を検討する。（「ニーズがあること」が前提であり、また、全国を対象にしてひとつのシステムで画一的に実施するというわけではない）

等について触れている。さらに、

#### ■■懇談会において議論された主な論点■■

として以下の内容が掲げられた。

特に論点 1 において、当研究事業の主任研究者は「遠隔医療の負の要素」に言及し、遠隔医療を行うことによるマイナス面に関するデータが足りなさ過ぎることを指摘した。これは（2）先行する調査研究、を参照のこと。さらに、関連して、情報機器の利用が、本来あるべき対面診療を“なしで済ませる方便”にならないようにすべき、という意見が複数あったことを重視すべきである。

内容を以下に示す。

## ■論点1 ニーズ・有効性・適用範囲

日本の医療に起こっている「負のスパイラル」については、梶井構成員が提示した以下の考え方がひとつの基本になる。医師の絶対数が不足しており、都市部に集中している。患者の受療行動の変化（大学病院への集中、専門医志向、時間外受診の増加、複数医療機関への受診など）が医師の仕事量を増やし、医療提供体制の維持を難しくし、患者自身の混乱を招いている。医師の側では、日常業務が増大して精神的負荷やストレスが大きくなり、重症・救急など激務からの回避行動が増えている。いわゆる医局体制を含めて大学の力に陰りが出てきている。これらが互いにネガティブに影響し合うことで負のスパイラルが起こっている。それから抜け出すには、地域医療の整備・充実が必要であり、現状の改善に向けて遠隔医療の導入はひとつの有効な策である。

多くの構成員から発表があった地域やグループでの実践・実験例は、それぞれ、遠隔医療についてのニーズや有効性を示すものであり、懇談会で実施したアンケート結果は、おおむね、それを裏付けるものである。医師不足の自治体では切実なニーズがある、予防ケアにも有効、慢性期についてはメディア利用が有効、など多数の意見があった。それとともに、これまでの失敗例から学ぶ必要があるという指摘もあり、今後、遠隔医療の有効性を実証し検証することが重要であるという共通認識を持った。また、通信手段の有効性として、僻地に赴任している医師を孤立させないよう、専門外の医療知識を支援する等、魅力ある僻地医療環境を整備することも重要だという意見もあった。

川島構成員は「はじめから「Dtp1 にTV 電話ありき」の議論には反対する。TV 電話を汎用的に使おうとするなら、負の要素を列挙したアンケート調査が必要。」と指摘した。関連して、情報機器の利用が、本来あるべき対面診療を“なしで済ませるための方便”にならないようにすべきだという意見も複数あった。

内田構成員から「日本医師会の遠隔医療に対する基本的考え方」として、対面診療を原則とする、遠隔医療(IT)技術は補完的に使用する、医師不足・確保対策の一環である、地域の住民にIT技術のニーズがある、緊急時対応システムが併設されている、遠隔医療システムに汎用性と継続性があること、という見解が示された。その上で、遠隔医療の適用範囲については、離島・へき地等、対面診療が困難な場合、ないし、医師不足等、遠隔医療が不可欠な場合であるとして、慢性期疾患（在宅）への支援、病状安定患者（在宅）への支援、地域医療連携への活用、妊産婦の保健指導・相談等への活用、健診・相談・教育への活用、遠隔画像診断への活用などがあるという意見が表明された。これらは遠隔医療の現状を示すものとして、今後の検討の出発点となるものである。

全体として、まったく対面の機会がない完全にバーチャルな手段で医療を行うことが望ましいという意見はなく、実際は、通院したり往診を受けたりコメディカルやスタッフ等の助言を受けたりしながら、遠隔医療という手段を効果的に選択的に取り入れるこ

とが望ましいという共通認識に至った。また、遠隔医療の実践について配慮すべきことや今後検証すべき点もあるという認識をもちつつ、本懇談会として遠隔医療の推進を打ち出して行くべしという共通意見となった。

## (2) 先行する調査研究

病院－病院、病院－診療所、診療所－診療所等の、医療機関間における医師－医師（D⇔D）における情報の共有については、すでいくつかの成果がもたらされている。しかし、医師－患者間（D⇔P）においてはどうか。

主任研究者は総務省－厚生労働省合同で開催された「遠隔医療の推進方策に関する懇談会」において以下の提言を行っている。

図1)主任研究者は1996年に電気通信振興財団の補助金によって遠隔医療の研究を行った。NTTのテレビ会議システムを導入し、13世帯と仙台往診クリニックを交信した。D⇔Pの遠隔医療である。

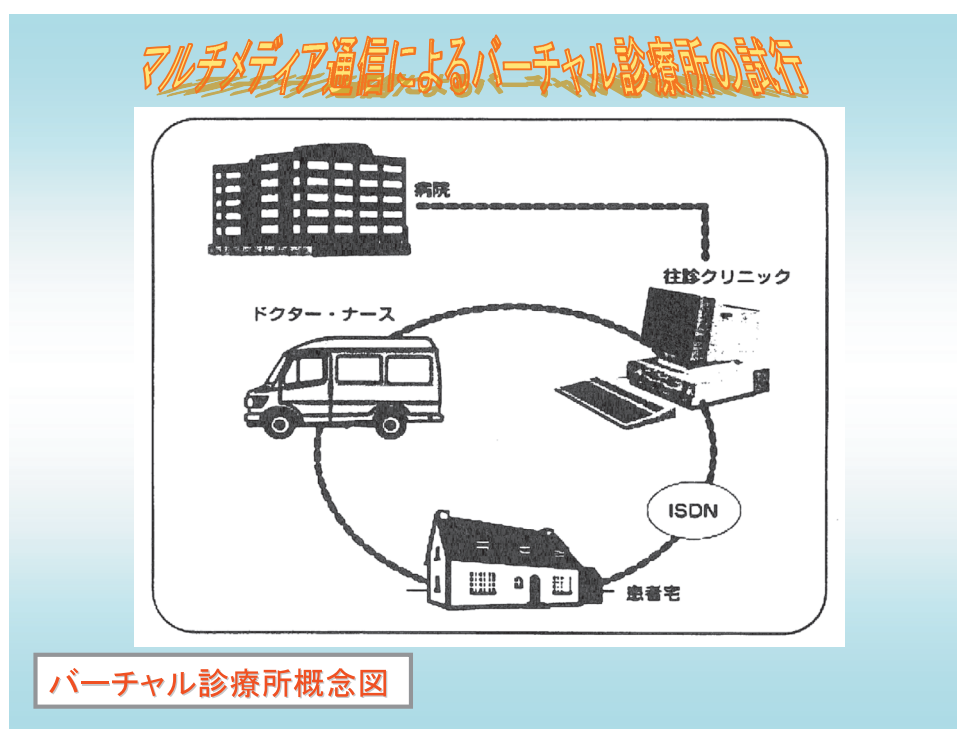


図1

図2) クリニック内に専用のスペースを確保し、日中は事務職員が対応。医師は往診中。



図2

図3) 受信中の人工呼吸器の画像

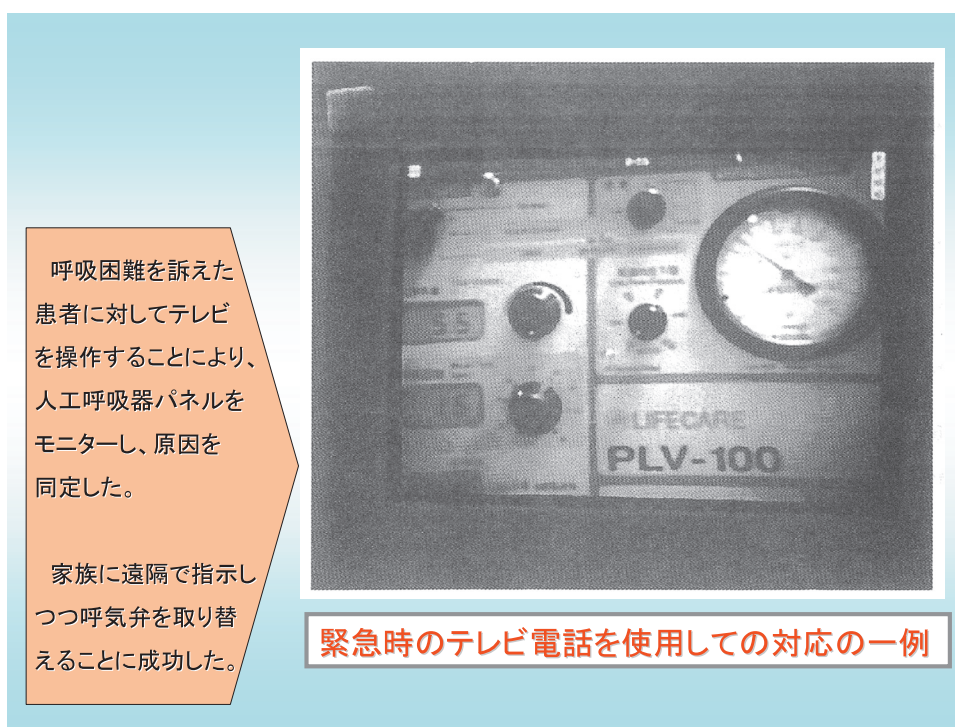


図3



図4) さらに携帯テレビ電話を数台購入し看護師が携帯して患家でデータ収集するための使用を試みた。



図4

図5) しかし、実際の使用の結果は以下の如くであった。

- ① 日頃のD⇔Pの通信手段はFAXで十分である。
- ② パソコンは必要なしが約半数であった。
- ③ テレビ電話による相互通信は75%以上が不要ない、と答えた。

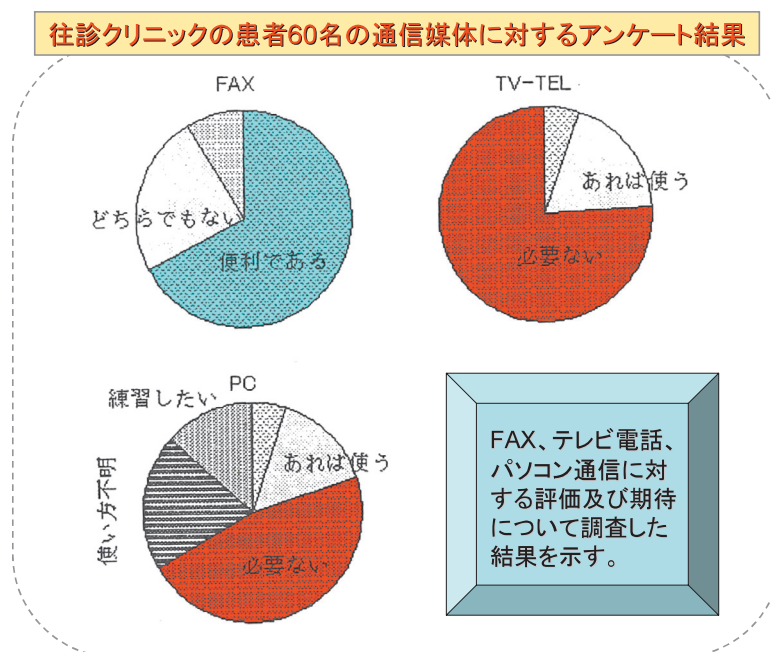


図5

図6) まとめ:

- 1) 1996年 NTT テレビ電話を14台使用しD⇔P遠隔医療を行った。
  - ① まともに機能したのは一年間に一回だけであった(人工呼吸器の呼気弁の取替えについて)。
  - ② P→Dでは医師の勤務時間あるいは24時間の「いつでも対応」体制が必須。
  - ③ D→Pでは患者側の日常生活を侵食し反発を招く(はだかのままでは出られない・下着を干しているところが見えると困る・時間を決めてテレビの前に出なければならない等)。
  - ④ 最終的には、患者から「不用・引き取ってくれ」言われ回収した。
  
- 2) 2003年宮城県神経難病連絡協議会がFomaを25台購入。うち5台でD⇔P遠隔医療を行った。
  - ① 2年間で一回も連絡がこなかった。
  - ② 通常電話ですべて対応できた。
  - ③ 現在Fomaを持っている家庭がかなりあるが一度も画像が必要だったことはない。
  - ④ 緊急時の「家庭内の対応」を事前に指示しておけばあわてない。
  - ⑤ 在宅医の養成が第一である。遠隔医療を在宅医の代替にすると、いつまでも在宅に「医者は行かない・看取らない」。

1)1996年NTTテレビ電話を14台使用しD⇔P遠隔医療を行った(電気通信財団研究費)  
①まともに機能したのは一年間に1回だけであった(人工呼吸器の呼気弁の取替えについて)  
②P→Dでは医師の勤務時間あるいは24時間の「いつでも対応」体制が必須である  
③D→Pでは患者側の日常生活を侵食し反発を招く(はだか・下着を干す・時間を決めて用意等)  
④患者から「不要・引き取ってくれ」と言われ回収

2)2003年県神経難病連絡協議会がFoma25台購入。5台でD⇔P遠隔医療施行  
①2年間で一回も連絡が来なかった  
②通常電話で全て対応できた  
③現在Fomaを持っている家庭がかなりあるが一度も画像が必要だったことはない  
④緊急時の「家庭内の対応」を事前に指示しておけばあわてない  
⑤在宅医の養成が第一。在宅医の代替にすると、いつまでも「医者は行かない・看取らない」

図6

図7)

- ① 在宅で最後まで暮らせることを病院医が知らない限り、国民のニーズ（60～80%の国民は在宅生活をして終焉を迎えたい）と医療のサプライ（実際には80%が病院死）がミスマッチのままである。→【在宅へ行かない医師が患者を病院に入院させ続け在宅生活に復帰させない】
- ② 遠隔医療が「在宅へ行く医師の増加」を保障しない限り、行かない医師が増えるだけとなる。→【遠隔医療で行かなくても済むと思いつむ】

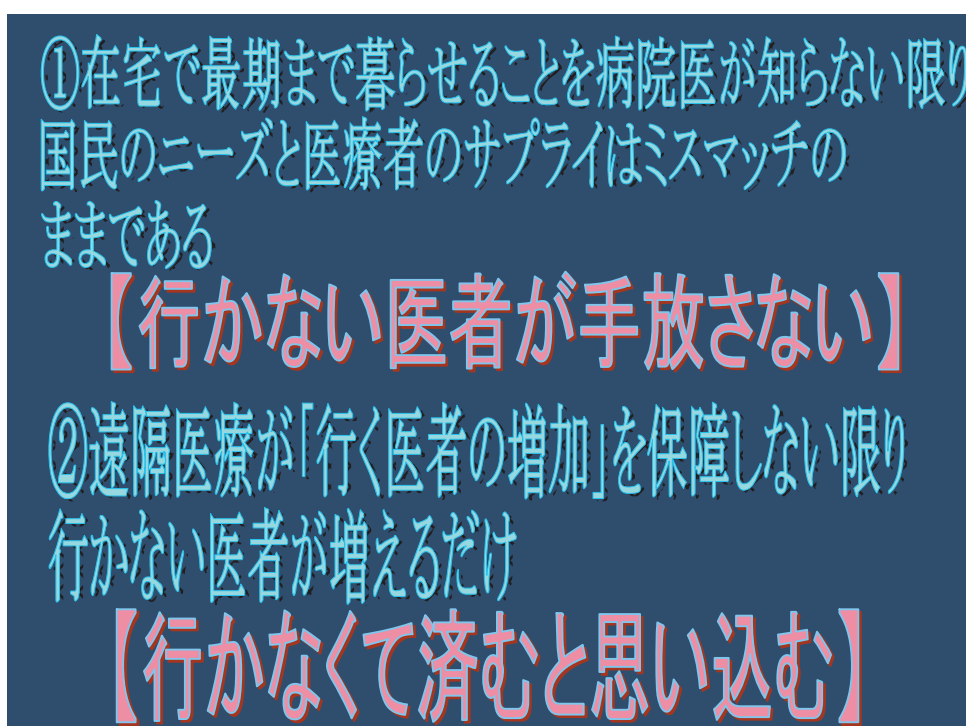


図7

図8)

- ① 序列があり、在宅医の養成が第一である。
- ② 通常の電話によって D⇔P 遠隔医療が十分に機能するか否かのエビデンスを示すこと。
- ③ すでに画像が送信できる Foma を使った対応に関する D⇔P 遠隔医療のエビデンスを示すこと。

**③ 序列があり、在宅医の養成が第一である**

**④ 通常電話対応に関する遠隔医療のエビデンスを示すこと**

**⑤ Fomaでの対応に関する遠隔医療のエビデンスを示すこと**

図8

図9) 結論

- $D \Leftrightarrow D$  は有効。しかし  $D \Leftrightarrow P$  は不効
- 健康チェックは実費で十分である。
- 産科医師のいない地域・離島では検討の余地がある。

結論：テレビ電話を在宅医療に持ち込む十分な理由はない。

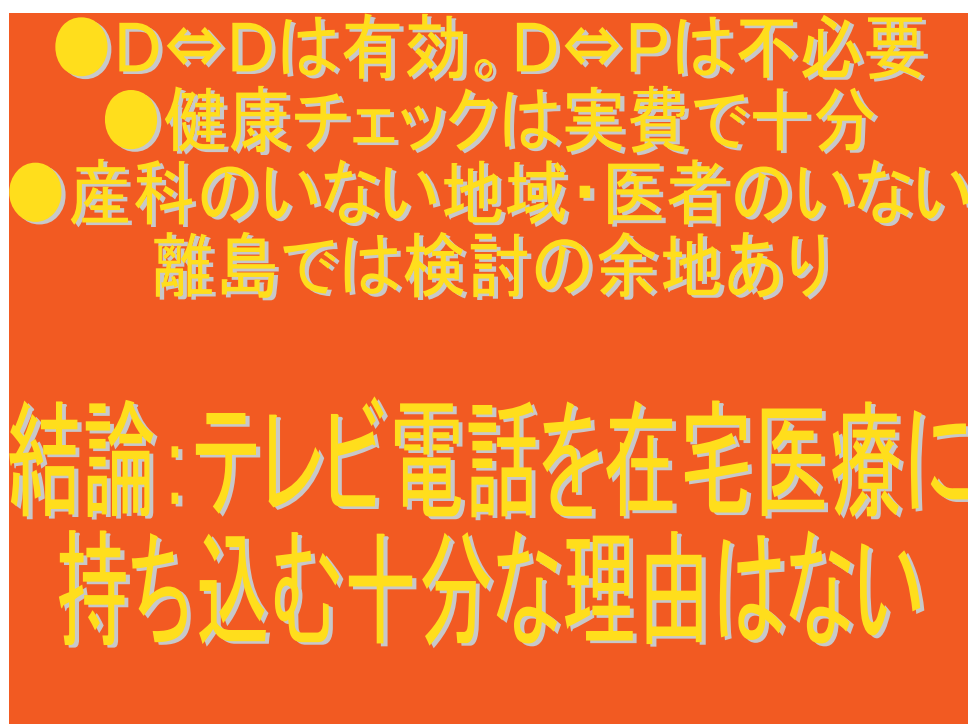


図9

総務省・厚生労働省合同で開催された「遠隔医療の推進方策に関する懇談会」において、平成 20 年 7 月に中間とりまとめが発表された。ここでは「ニーズ・有効性・適用範囲」「持続可能性の確保」「汎用性の確保」「遠隔医療は、いつでも、どこでも「補完的」なものか」「モデル事業」の五つの論点で議論された事項が、「遠隔医療のニーズ・有効性・適用範囲について」「遠隔医療の位置付け」「診療報酬の適切な活用について」「補助金、地方交付税など財政支援措置の活用等」「モデル事業の実施」の五つの提言としてまとめられている。この中で、「ニーズ・有効性・適用範囲」に関連して、『機器の導入にあたってはポジティブな面とともに負の影響も考慮する必要がある』との意見があった。つまり情報機器の利用が、本来あるべき対面診療を“なしで済ませるための方便”にならないようにすべきだという意見である。本来遠隔医療は通院や往診を受けて、医療従事者の助言を受けながら、『遠隔医療という手段』を効果的に選択的に取り入れるべきであり、機器の導入というハード面の整備とともに、「患者・家族の望む医療を提供する」というソフト面の整備も欠かせない。

そこで、遠隔医療技術の導入が想定される在宅患者を対象にした、遠隔医療が在宅医療の進展に寄与するか、逆に在宅医療の障害になるかについての調査・検討が必要となってくる。

総務省が実施するモデル事業の成果報告を受けて、21 年 4 月に懇談会が再開され、最終とりまとめが行われることから、厚生労働省として、「遠隔医療技術が医療現場に及ぼす影響についてのデータ」を早急にまとめる必要がある。

したがって本研究は現在厚生労働省が実施している医療計画・地域ケア計画・医療費適正化計画等の各計画に照らし合わせつつ、在宅医療への遠隔医療技術導入の限界および遠隔医療の適正な利用について、早急な情報を得るために以下の内容を検討する。

- (1) 高齢者の 60% (老健局 2015 年の高齢者介護資料)、がん患者の 80% (日本ホスピス・在宅ケア研究振興財団資料) が在宅療養を希望し、かつ在宅での終焉を希望している。国民のニーズ「在宅での終焉」を遠隔医療が補佐するか妨げるかについての検討を行う。
- (2) 診療報酬上の制度として在宅療養支援診療所が創設された。全国 11,000 ヶ所の当該診療所が①のニーズに関して円滑に運用されるための方策として遠隔医療の必要性について検討を行う。(特に遠隔医療によって「在宅に赴かない医師が増加する」ことであってはならない。)

遠隔医療が、在宅医療の進展の阻害要因となつてはならず、病院医療・病院医師の視点とは異なる、在宅医療・在宅医師の視点から本研究が進められなければならない。

## 第Ⅱ章 事業概要

## 第Ⅱ章 事業概要

### (1) 研究検討委員による打合せ等の経過

#### 【研究検討委員メンバー】

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  
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  
千葉宏毅 仙台往診クリニック  
庄子智大 仙台往診クリニック

#### 【会議開催日・出席者数】

第1回	平成21年	3月11日(木)	20時～23時	出席者	8名
第2回	平成21年	3月17日(金)	20時～23時	出席者	8名
第3回	平成21年	3月23日(月)	20時～23時	出席者	8名
第4回	平成21年	3月25日(金)	20時～23時	出席者	8名

### (2) 調査研究

#### ・在宅医療における遠隔医療の適正な利用に関する研究調査①

【調査対象地区】 全国

【調査対象者】 臨床研修指定病院等

#### 【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】

- ① 全国900ヶ所の臨床研修指定病院等の医師3名、計2,700名
- ② 全国900ヶ所の臨床研修指定病院等の看護師5名、計4,500名



**【調査内容】**

在宅医療の適応となる方々が希望する生き方に沿った説明と医療・介護の提供が、遠隔医療を通じて各医療・介護職種間において適正に行われるか否かを検証するものである。

**【調査実施期間】** 平成 20 年 3 月

**【調査結果の活用方法】**

- ① 医師については自身に関する「問」として設定。
- ② 看護師については自分の病院の医師に関する「問」として設定。
- ③ 適切な遠隔医療の提供の前提となる「十分な説明」、「生活者が求める生活支援」について検討する基礎データとなる。
- ④ 在宅医療に係る医師・歯科医師・薬剤師・看護師等医療職種間の情報共有に関する遠隔医療の必要性に関して検討するデータとなる。医療計画との整合性を検討する。
- ⑤ 遠隔医療職種と生活者・介護事業者間の情報共有に関する検討。介護保険事業支援計画との整合性を検討可能にする。
- ⑥ 病院－診療所間における在宅医療適応となる患者に関する情報共有、特に在宅移行と再入院に関する検討。地域ケア計画との整合性を検討できる。
- ⑦ ①から④までの内容が遠隔医療である必然性を有するか否かについて提言可能とする。

・在宅医療における遠隔医療の適正な利用に関する研究調査②

**【調査対象地区】** 全国

**【調査対象者】** 在宅療養新絵診療所 医師

**【調査対象者収集方法】**

全国在宅療養支援診療所連絡会よりデータを得る

**【調査対象者数】**

社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会の世話人であり、主として在宅医療を実践する医師 30 名

**【調査内容】**

在宅医療の適応となる方々が希望する生き方に沿った説明と医療・介護の提供が、遠隔医療を通じて各医療・介護職種間において適正に行われるか否かを検証するものである。

**【調査実施期間】** 平成 20 年 3 月

**【調査結果の活用方法】**

- ① 適切な遠隔医療の提供の前提となる「十分な説明」、「生活者が求める生活支援」について検討する基礎データとなる。
- ② 在宅医療に関係する医師・歯科医師・薬剤師・看護師等医療職種間の情報共有に関する遠隔医療の必要性に関して検討するデータとなる。医療計画との整合性を検討する。
- ③ 遠隔医療職種と生活者・介護事業者間の情報共有に関する検討。介護保険事業支援計画との整合性を検討可能にする。
- ④ 病院－診療所間における在宅医療適応となる患者に関する情報共有、特に在宅移行と再入院に関する検討。地域ケア計画との整合性を検討できる。
- ⑤ ①から④までの内容が遠隔医療である必然性を有するか否かについて提言可能とする。

・在宅医療における遠隔医療の適正な利用に関する研究調査③

**【調査対象地区】** 全国

**【調査対象者】** 訪問看護ステーション

**【調査対象者収集方法】**

2) の在宅医療を実践する医師と連携をとる訪問看護ステーションの抽出（ただし、当該訪問看護ステーションにおいては、当該在宅療養支援診療所医師だけではなく、外来主体の診療所医師、病院医師等からの紹介を多数受けており、訪問看護指示を行っているそれらの医師全般に関する評価を行ってもらう）

**【調査対象者数】**

訪問看護ステーション施設長 87 名

**【調査内容】**

在宅医療の適応となる方々が希望する生き方に沿った説明と医療・介護の提供が、遠隔医療を通じて各医療・介護職種間において適正に行われるか否かを検証するものである。

**【調査実施期間】** 平成 20 年 3 月

**【調査結果の活用方法】**

- ① 適切な遠隔医療の提供の前提となる「十分な説明」、「生活者が求める生活支援」について検討する基礎データとなる。
- ② 在宅医療に係る医師・歯科医師・薬剤師・看護師等医療職種間の情報共有に関する遠隔医療の必要性に関して検討するデータとなる。医療計画との整合性を検討する。
- ③ 遠隔医療職種と生活者・介護事業者間の情報共有に関する検討。介護保険事業支援計画との整合性を検討可能にする。
- ④ 病院－診療所間における在宅医療適応となる患者に関する情報共有、特に在宅移行と再入院に関する検討。地域ケア計画との整合性を検討できる。
- ⑤ ①から④までの内容が遠隔医療である必然性を有するか否かについて提言可能とする。

## 第三章 事業結果

### 第三章 事業結果

問 1. 国際生活機能分類（ICF）についての質問。ICD に基づく疾病・傷病のみの説明ではなく、「生活を支える」ために欠かせない活動・社会参加・環境因子等による環境整備の重要性を回答者が認識しているか否かを聴いている。

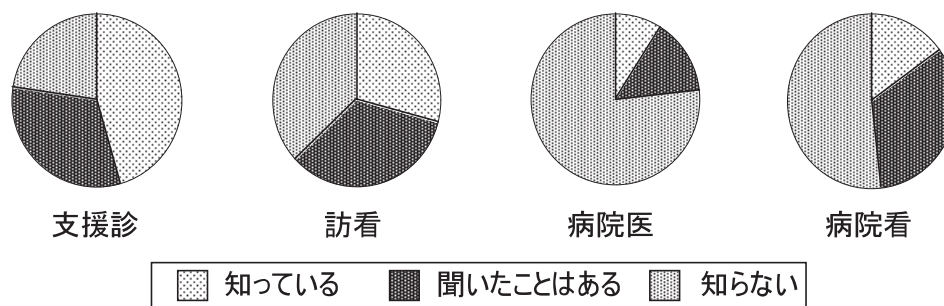
問 1 支援診：45.5%が知っている と答えた。

問 1 訪看：32.0%が知っている と答えた。

問 1 病院医：知っているのはわずかに 9.6%であった。76.0%は知らなかった。

問 1 病院看：知っている 15.8%、知らない 51.1%。

<在宅医療に不可欠な「生活を支える＝生き方の支援」ための視点が、病院医及び病院看護師に乏しい。>



問 2. ICF を踏まえた「生き方の支援」の整備は、

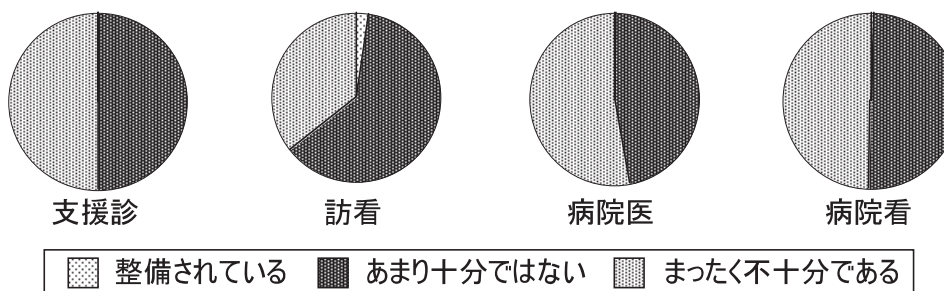
問 2 支援診：あまり十分ではない+まったく不十分=100%

問 2 訪看：同様に 97.0%

問 2 病院医：同様に 99.7%

問 2 病院看：同様に 99.5%

<いずれも ICF を踏まえた「生き方の支援」は整備されていないと考えている。>



問3. 「生き方の支援」に関する説明をしているか否かについて、

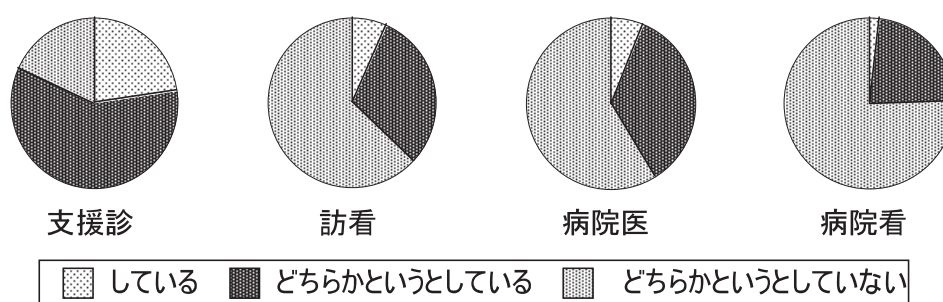
問3 支援診：している 22.7%+どちらかというとしている 59.1%=81.8%

問3 訪看：主治医は「生き方の支援」の説明をどちらかというとしていない 61.8%

問3 病院医：病院医は「生き方の支援」の説明をしていない、が 59.1%。

問3 病院看：病院医は「生き方の支援」の説明をしていない、が 74.5%に達している。

<在宅支援診療所の医師が最も「生き方の支援」に関する説明をしているが、病院医はしていない傾向が強い。病院看護師の評価も低い>



問4. ICFに関連して「在宅医療の説明」が必要か否かについて、

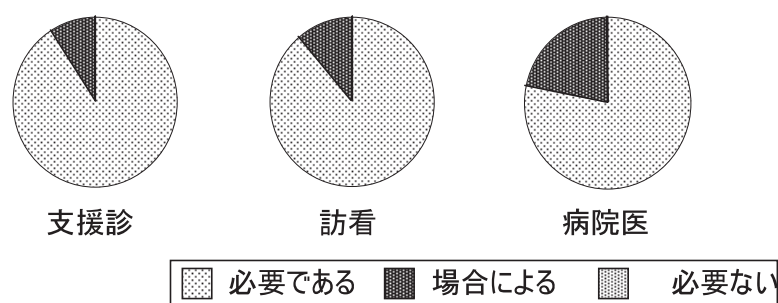
問4 支援診：必要である 90.9%

問4 訪看：必要である 90.2%

問4 病院医：必要である 78.5%

問4 病院看：必要である 84.8%

<いずれも必要であることは認めている。若干病院医において低い>



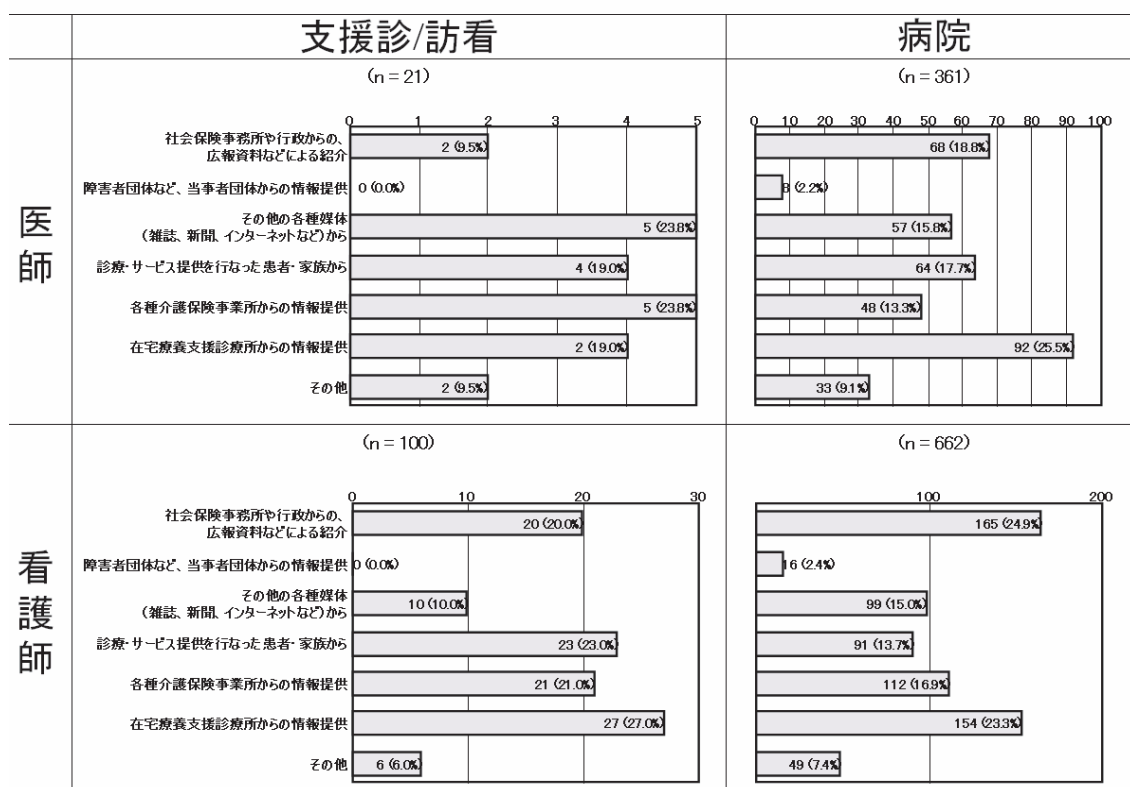
問5. 在宅医療についての情報源は、

問5 支援診：各種媒体、介護保険事業所から、が多い。

問5 訪看：患者・家族から、在宅療養支援診療所から、が多い。

問5 病院医：社会保険事務局・行政から、在宅療養支援診療所から、が多い。

問5 病院看：社会保険事務局・行政から、在宅療養支援診療所から、が多い。



問 6. (主治医) は在宅療養支援診療所について知っているか否かについて、

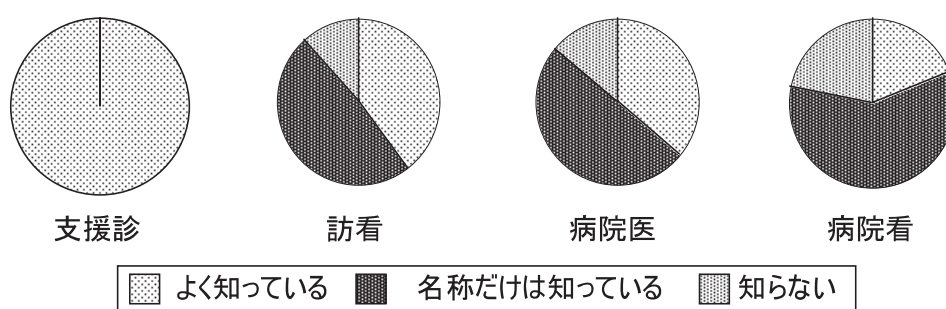
問 6 支援診：勿論なので除外

問 6 訪看：よく知っている、は 40.0%。名前だけ、が 45.0%

問 6 病院医：よく知っている、は 36.7%

問 6 病院看：看護師から見た病院医は、よく知っている、がさらに 19.7%に低下。

<在宅療養支援診療所に関する知識が病院医は最も低いことが判明。>



問 7. 在宅医療ができること、の内容については、

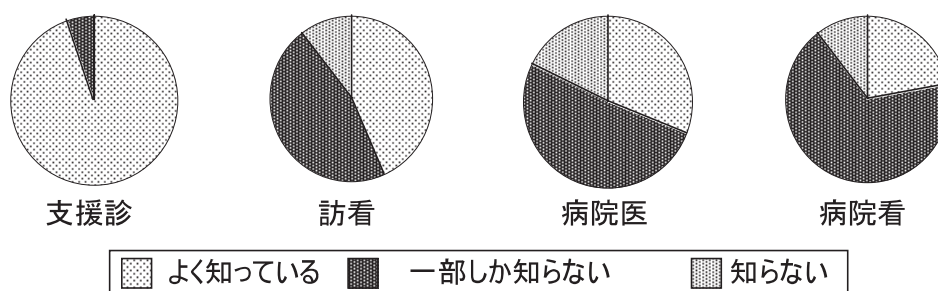
問 7 支援診：95.5%ほとんどがよく知っている

問 7 訪看：主治医は知らない+一部だけ=57.7%

問 7 病院医：知らない+一部だけ=68.7%

問 7 病院看：病院医は知らない+一部だけ=77.2%

<病院看護師から見ても、病院医は在宅医療について知らないことが判明。>





問 8. 在宅での生活に欠かせない諸制度や具体的な援助について、

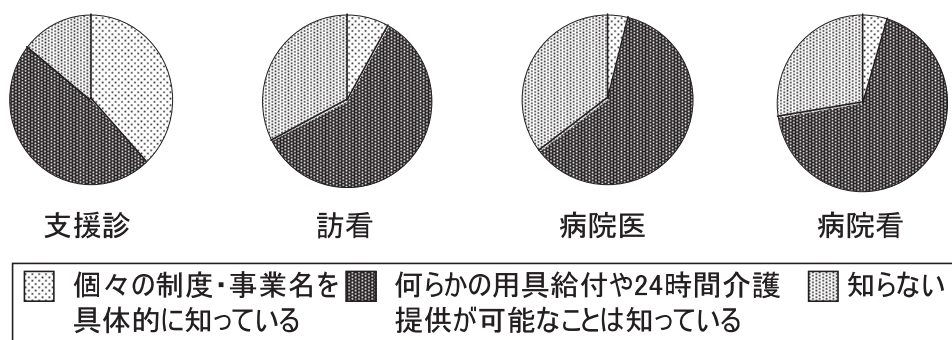
問 8 支援診：具体的に知っている 38.1%+ある程度知っている 47.6%=85.7%

問 8 訪看：主治医は、具体的に知っている 8.1%、知らない 33.3%

問 8 病院医：具体的に知っている 4.4%、知らない 35.7%

問 8 病院看：病院医は具体的に知っている 4.8%、知らない 27.5%

<在宅療養支援診療所医師に比べ、病院医は知らないことが判明。>



問 9. 退院に向けての説明や協議を行う上で、現在問題になっているものは、

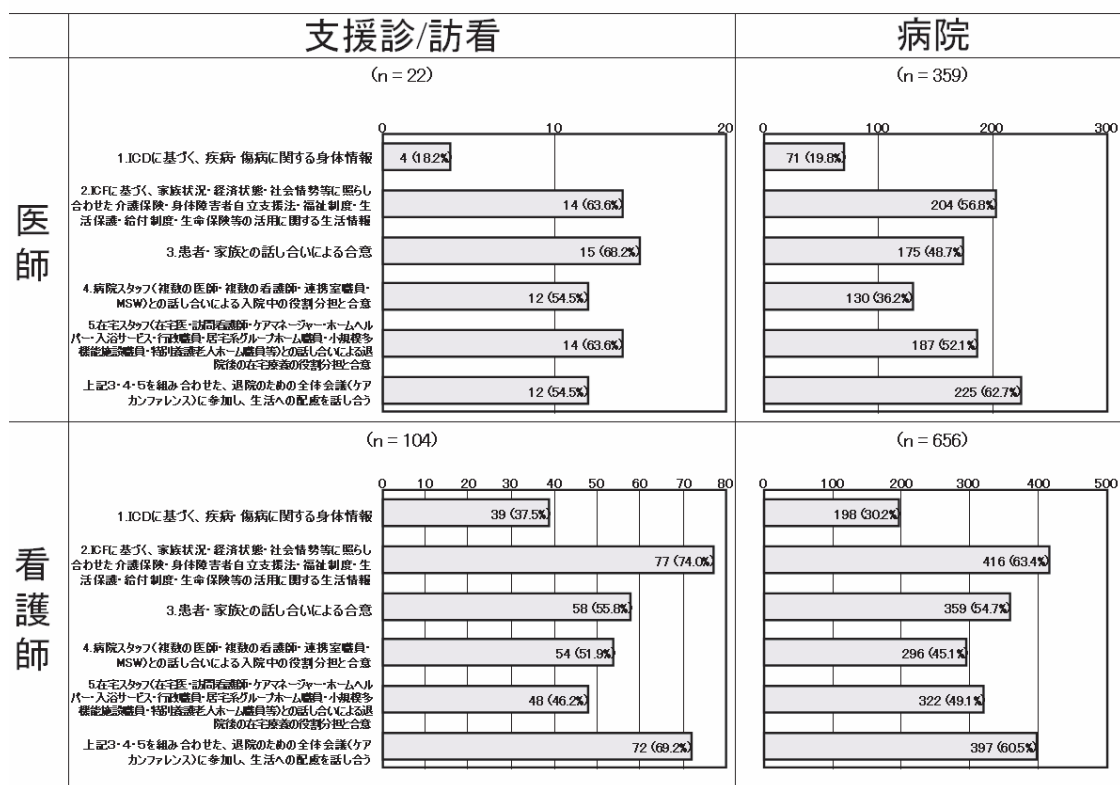
問 9 支援診：ICD による身体情報以外は、いずれも 50%を越す問題がある

問 9 訪看：ICF に基づく生活情報と、ケアカンファレンスの実践が最もできていない

問 9 病院医：ICF に基づく生活情報と、ケアカンファレンスの実践が最もできていない

問 9 病院看：ICF に基づく生活情報と、ケアカンファレンスの実践が最もできていない

<医師が得意な ICD による身体情報の説明以外は、患者・家族に対する説明はおろか、いずれの項目も 45%~70%に達する問題があることが判明>



問 10-a. 問 9. の説明と協議を十分に行うことで、在宅復帰を推進できると思うか否か、

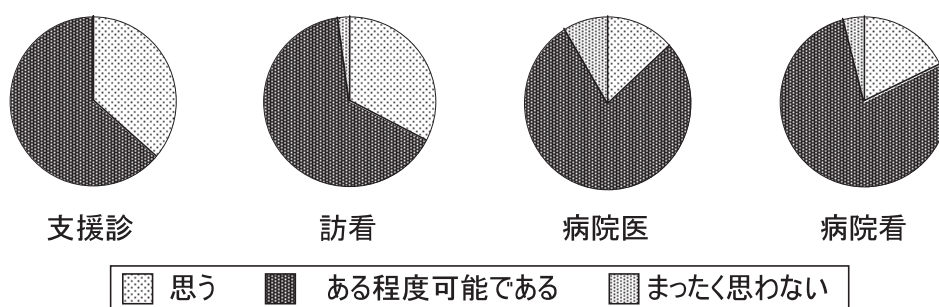
問 10-a 支援診：思う 36.4%+ある程度可能 63.6%=100%

問 10-a 訪看：思う 31.1%+ある程度可能 67.0%=98.1%

問 10-a 病院医：思う 13.8%+ある程度可能 77.9%=91.7%、まったく思わない 8.3%

問 10-a 病院看：思う 18.2%+ある程度可能 78.1%=96.4%、まったく思わない 3.6%

<在宅医療と「生き方の支援」を知らない病院医ほど在宅復帰を推進できないと思っている>



問 11. 「生き方の支援」に関する十分な説明がなされていない場合に、『不十分な説明に基づく意思決定』になってしまう危険性があると思うか、について、

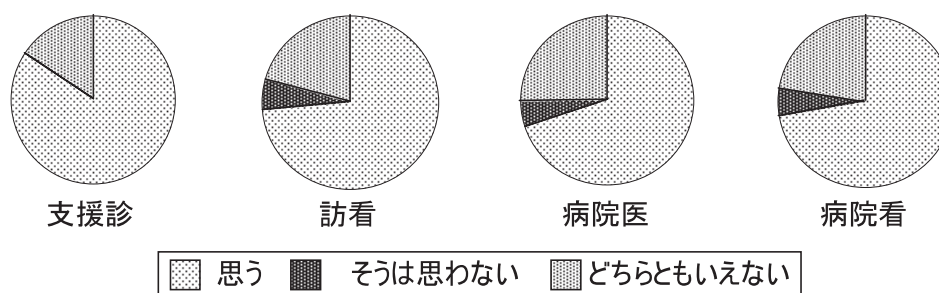
問 11 支援診：思う 81.8%

問 11 訪看：思う 74.0%

問 11 病院医：思う 70.6%

問 11 病院看：思う 73.0%

<いずれも危険性は感じているものの、病院医は他に比べて危険認識が低い>



問 12-a. 「国民のニーズ：居宅生活で終焉」と、「医療のサプライ：病院死」のミスマッチの原因は、

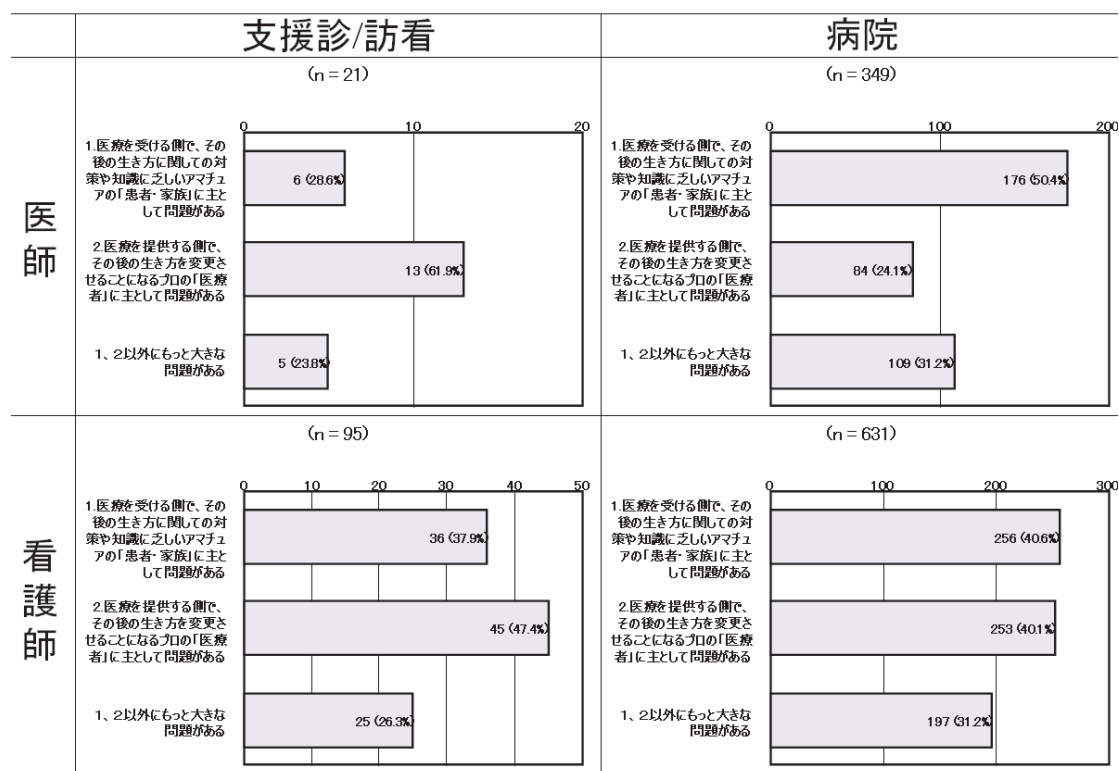
問 12-a 支援診：最も多いのは、医療者に問題がある 61.9%（患者・家族に問題 28.6%）

問 12-a 訪看：最も多いのは、医療者に問題がある 47.4%（患者・家族に問題 37.9%）

問 12-a 病院医：最も多いのは、患者・家族に問題がある 50.4%（医療者に問題 24.1%）

問 12-a 病院看：最も多いのは、患者・家族に問題がある 40.6%（医療者に問題 40.1%）

<在宅医療・看護は「医療者に問題がある」と考えている。病院医は「患者・家族に問題がある」と考え自分に責任があるとは考えていない。病院看護師は「病院医、患者家族同等に問題がある」と考えている>



#### <結果の解釈>

病院医は「生き方を支える」ICFを含む種々の制度と在宅医療に疎い。「生き方を支える」システムを知らないことが患者・家族に多大な影響を与えることを理解していない。病棟看護師による病院医の評価はこれを反映している。このことが、問 11. 病院医による不完全な説明のために、患者・家族の意思決定を左右することになり、さらに問 12-a. のミスマッチを引き起こしていると考えられる。原因が「医師自らにある」と反省している病院医が少ないという実態が浮き彫りにされた。

この状況で在宅医療に対して遠隔医療を持ち込むことが、果たして在宅医療の進展に繋がるのであろうか。同様の母集団からの「遠隔医療に関する問」に対する回答を見てみよう。

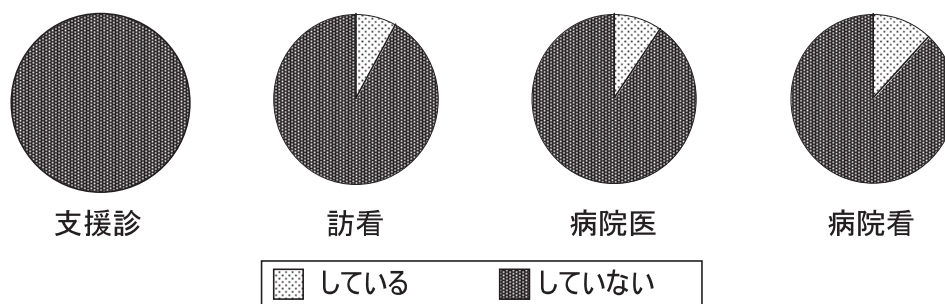
問 13：現在、遠隔医療を導入しているか否かについて、

問 13 支援診：していない 100%

問 13 訪看：している 8.0%

問 13 病院医：している 9.0%

問 13 病院看：している 12.4%



問 14-a. 主治医は電話で 24 時間患者の相談に対応しているか否か、

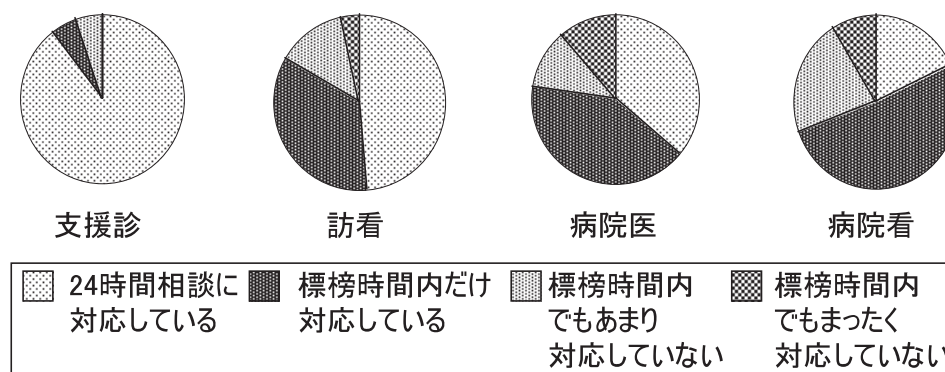
問 14-a 支援診：している 90.9%

問 14-a 訪看：している 45.8%

問 14-a 病院医：している 34.6%

問 14-a 病院看：している 17.4%

<在宅療養支援診療所医師は約 9 割が対応している。病院医の対応は主として 24 時間搬送されてくる救急医療において対応しているというが、病院看護師から見た病院医は 17.4%しか対応していない>



問 14-b. 主治医は「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」を導入した場合、遠隔医療のシステムを利用して 24 時間いつも患者の相談に対応できるか否か、

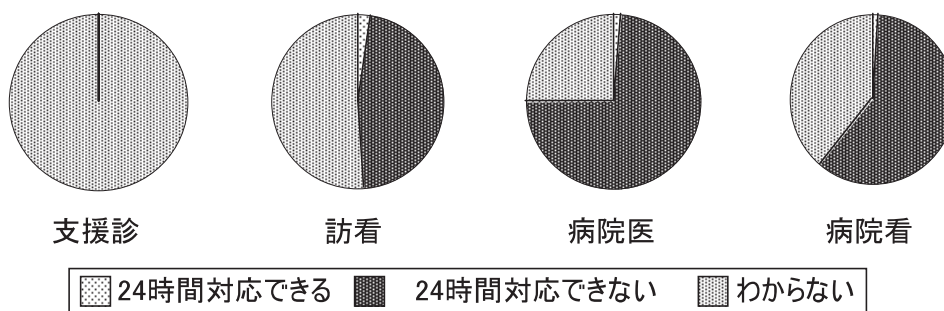
問 14-b 支援診：わからない 100%（すでに 9 割が 24 時間電話対応しているから）

問 14-b 訪看：24 時間対応できない 46.2%

問 14-b 病院医：24 時間対応できない 72.7%

問 14-b 病院看：24 時間対応できない 59.5%

<遠隔医療の導入が、在宅医療の患者の相談において医師の 24 時間対応を向上させるものではない。在宅療養支援診療所は「遠隔医療の導入」如何にかかわらず、すでに 24 時間対応しているので「わからない」が 100%となった。病院医は遠隔医療を導入したとしても、対応できない 72.7%に達した>



問 15-a. 主治医は現在、24 時間いつも患者宅へ往診しているか、

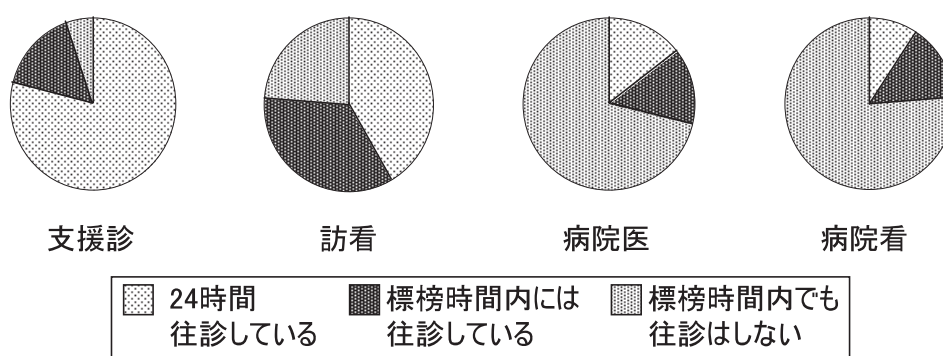
問 15-a 支援診 : 24 時間往診している 81.8%

問 15-a 訪看 : 24 時間往診している 39.6%、しない 21.9%

問 15-a 病院医 : 24 時間往診している 14.2%、しない 69.7%、標榜時間だけ往診 16.2%

問 15-a 病院看 : 24 時間往診している 9.1%、しない 75.5%、標榜時間だけ往診 15.5%

<在宅療養支援診療所医師の 24 時間往診が抜きん出て多い。訪問看護師から見た主治医の 24 時間往診は半数に満たない。さらに病院医は 7 割が往診はしない>





問 15-b. 主治医は「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」を導入した場合、24 時間いつも患者へ往診するか、

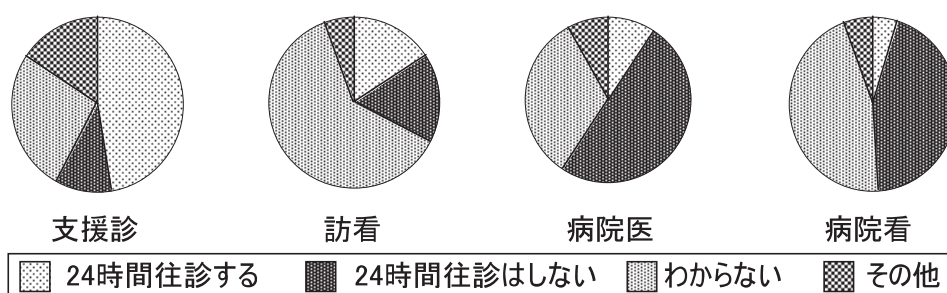
問 15-b 支援診：往診する 40.9%、わからない 36.4%、その他 13.6%

問 15-b 訪看：往診する 15.7%、わからない 61.8%、しない 16.7%

問 15-b 病院医：往診する 8.8%、わからない 33.2%、しない 50.3%

問 15-b 病院看：往診する 4.7%、わからない 46.6%、しない 42.8%

<遠隔医療を利用していない状況ですでに 81.8% が 24 時間往診している在宅療養支援診療所では、「導入したからといって往診するか否かに、遠隔医療が影響するかはわからない」と考えるものが 36.4% あった。病院医は往診しない 50.3% + わからない 33.2% = 83.5% であり、これは問 15-a. 往診しない + 標榜時間内 = 85.9% に近い。訪問看護師からみた主治医・病院看護師からみた主治医はいずれも往診しないが多い。遠隔医療が在宅への往診を推進するものではない>



問 16. 遠隔医療を導入する場合に、医療者側で問題となるものについて、

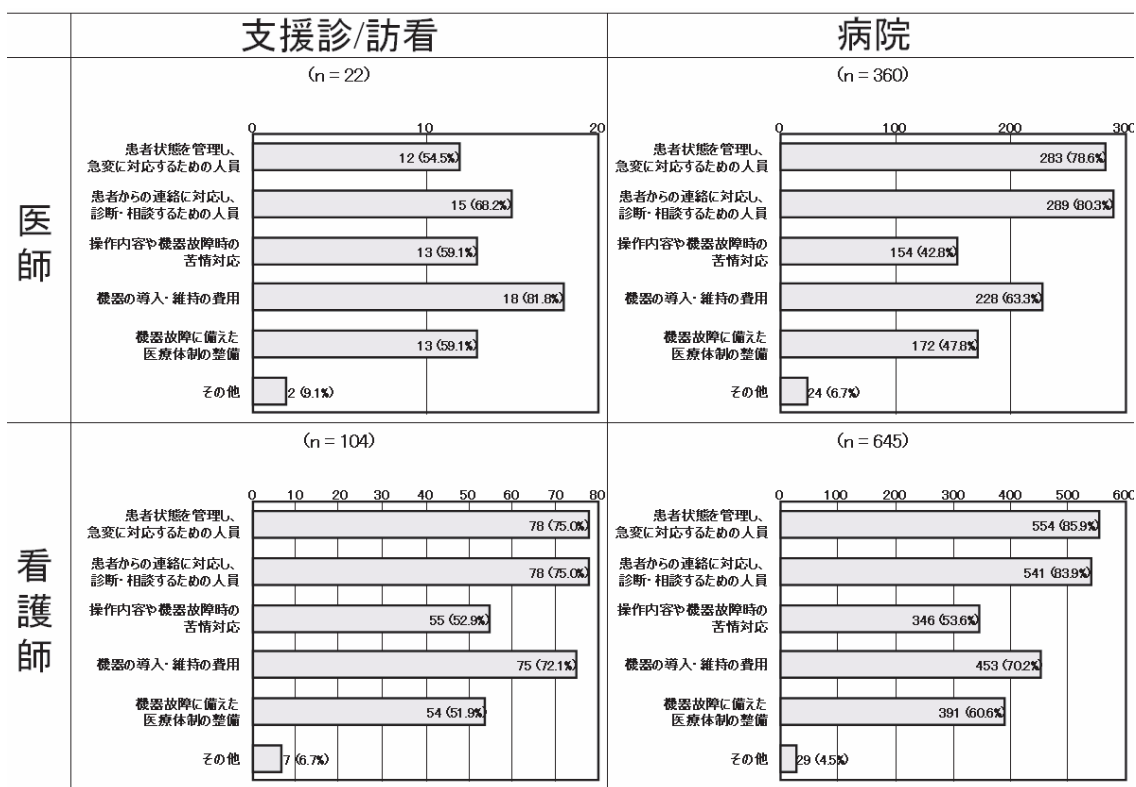
問 16 医療者側—支援診：全て 50%以上であり、すべてが問題となると考えている

問 16 医療者側—訪看：全て 50%以上であり、すべてが問題となると考えている

問 16 医療者側—病院医：操作内容・機器故障苦情処理 42.8%と機器故障に備えた医療体制 47.8%は 50%以下であったが、いずれも高い数値で問題と認識している

問 16 医療者側—病院看：全て 50%以上であり、すべてが問題となると考えている

<全ての項目に対して問題があると答えており 50%を超える高値を示している。この問題全てに対応が講じられ、十分に対処できるという結果が得られなければ、遠隔医療の導入は拙速である。病院医が他に比べて問題の認識が低い>



問 16. 遠隔医療を導入する場合に、患者側で問題となるものについて、

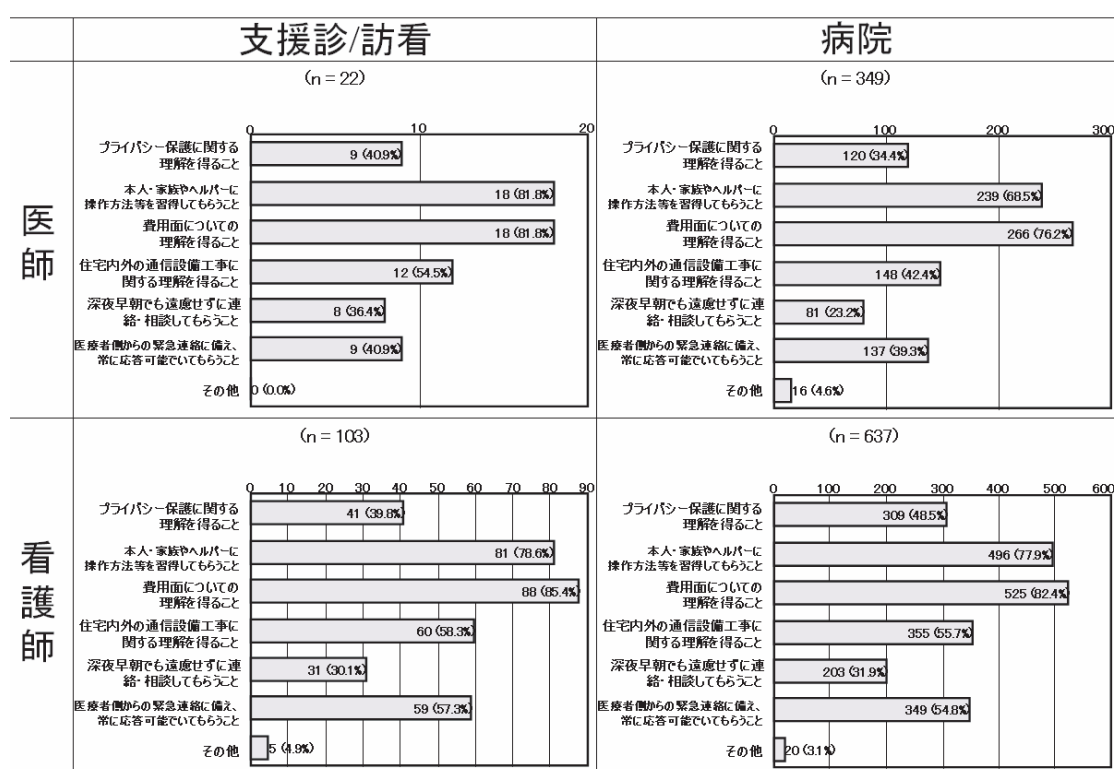
問 16 患者側－支援診：6 項目のうち 3 項目が 50%以上であった

問 16 患者側－訪看：6 項目のうち 4 項目が 50%以上であった

問 16 患者側－病院医：6 項目のうち 2 項目が 50%以上であった

問 16 患者側－病院看：6 項目のうち 4 項目が 50%以上であった

<病院医を除いて半数以上の項目が問題であると答えた。病院医が他に比べて問題の認識が低い>



問 17. 遠隔医療を導入・活用することによって「医師が訪問するようになるか否か」

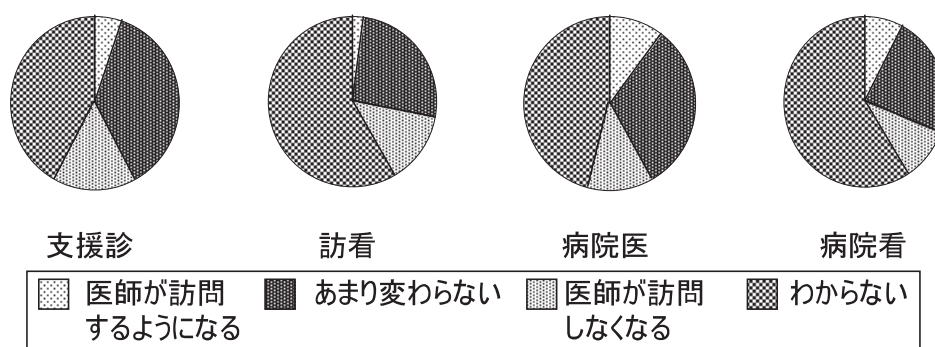
問 17 支援診：医師が訪問しなくなる 13.6%、医師が訪問するようになる 4.5%

問 17 訪看：医師が訪問しなくなる 15.5%、医師が訪問するようになる 3.9%

問 17 病院医：医師が訪問しなくなる 12.2%、医師が訪問するようになる 10.3%

問 17 病院看：医師が訪問しなくなる 10.0%、医師が訪問するようになる 8.2%

＜いずれもかえって「医師が訪問しなくなる」という回答が多い。特に在宅医療を実践している在宅療養支援診療所と訪問看護師の見立てにおいてその傾向が著しい。遠隔医療は在宅医療の要である訪問診療を阻害すると考えられる。問 15-b. の 24 時間往診の状況と兼ね合わせると、さらに医師が患者へ行かなくなる度合いが増すことが想定される＞



問 18. 遠隔医療を導入・活用することにより、在宅で人生の終焉を迎えることがより実現しやすくなると思いますか、

問 18 支援診：実現しやすくなる 13.6%、実現しにくくなる 4.5%、変わらない 54.5%

問 18 訪看：実現しやすくなる 30.1%、実現しにくくなる 1.0%、わからない 43.7%

問 18 病院医：実現しやすくなる 34.3%、実現しにくくなる 3.8%、変わらない 38.7%

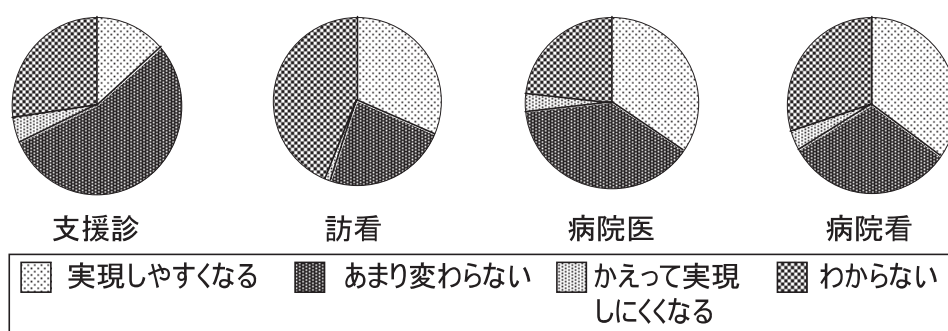
問 18 病院看：実現しやすくなる 35.6%、実現しにくくなる 3.5%、変わらない 30.5%

くいずれも実現しやすくなる、が実現しにくくなる、に比べ多い。ただし在宅療養支援診療所は両者の比率が小さい。当該診療所は「遠隔医療の経験がない」ため具体例の提示等によりさらに分析が必要であろう。

当該診療所以外の職種はいずれも実現しやすくなるが 30%台を占める。しかし当該職種はいずれも「直接の在宅看取りには関与しない母集団」であり、この母集団に対してもさらに詳細な検討を要す。

問 15-b. や問 17. の回答にあるように、遠隔医療の導入によって『医師が 24 時間往診や在宅訪問しなくなる』と答えているからには、夜中にも看取ることになる在宅死に対応できると考えているのであろうか。

実際に在宅看取りをほとんど経験しない病院医と病棟看護師が、実現しやすくなると考える根拠について今後更なる調査を要する>



<結果の解釈>

問 15-b. 主治医は「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」を導入した場合 24 時間いつも患者へ往診するか、

問 17. 遠隔医療を導入・活用することによって「医師が訪問するようになるか否か」

のいずれの問に対しても、往診も訪問もしなくなると答えている。つまり、遠隔医療は 24 時間いつでも赴く在宅医療体制の根幹を揺さぶることになりかねない（考察参照）。

問 18. 遠隔医療を導入・活用することにより、在宅で人生の終焉を迎えることがより実現しやすくなると思いますか、については、在宅療養支援診療所医師は遠隔医療を導入しても変わらないとしている。他は実現しやすくなると考えている。しかし「直接の在宅看取りには関与しない母集団」であること。往診と訪問が低下すると回答している以上、夜間・祝祭日を含む「いつでも在宅で看取る体制」がさらに進展するとは考えにくい。この相反する回答については今後の解析を要する。

《自由記載》

(具体的内容を御参照ください)

問15-b 主治医は「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」を導入した場合、緊急対応が必要なときに24時間いつも患者へ往診するでしょうか - その他

職種	施設	選択枝	その他 記載内容(原文のまま、不明部分は■)
医師	支援診	④	するだろうが、テレビ電話だけで問題解決してしまえば回数は減るだろう。
医師	支援診	④	患者との経時的な関係を前提に対応はきまってくる
医師	支援診	④	かえって往診しなくなる。
医師	病院	④	医療者、とくに病院のスタッフは手一杯である
医師	病院	④	急性期医療を担うDrと在宅医療を担うDrは区別すべき1人で「全て」をみるのはムリ
医師	病院	④	遠距離患者には対応できない
医師	病院	④	病院として往診はしない
医師	病院	④	現在24h対応しているので遠隔手段が変化させるとは思えない
医師	病院	④	勤務医のため往診は行っていない
医師	病院	②④	導入しない
医師	病院	④	往診に対応していない
医師	病院	④	往診はシステム上実施していない
医師	病院	④	病院の方針として決めれば可能であるが現在はしていない
医師	病院	④	後方支援病院の外科に勤務している。自らの往診は勤務スタイル上変えにくい
医師	病院	①	往診するのであれば、患者からは電話だけでいいはずで、テレビ電話の意味がない
医師	病院	④	基本的に看取りなど限られたもののみ
医師	病院	④	現状ではできないが、今後は行えるように考えたい。
医師	病院	④	今のままではできない
医師	病院	④	困難
医師	病院	④	必要に往じて、救急車による病院への搬送 など
医師	病院	④	現在勤務している病院は往診はしていない。
医師	病院	②	十分な医療スタッフが配置されていて、システムとして対応すれば可能

医師	病院	④	緊急時は病院受診を指示する。
医師	病院	④	可能な範囲で。
医師	病院	④	遠隔医療の導入にかかわらず緊急対応が必要な場合は往診か救急車が必要
医師	病院	④	電話の内容で緊急性のあるものはバックアップ病院に運んでもらった方が安全ですし、テレビ電話でなくても充分です
医師	病院	④	緊急対応が必要なら検査ができる病院に来てもらう方がいいと思います。
医師	病院	④	できない。医療体制がとれない。
医師	病院	④	病院対応が必要と考えれば救急車をよぶ
医師	病院	④	急性期病院であるため往診は行わない。
医師	病院	④	遠隔医療で状態確認後、必要に応じて往診。
医師	病院	④	一般総合病院のため往診は困難(人手不足)
医師	病院	②④	救急車で ER 受診
医師	病院	④	ケースによるのではないか。
医師	病院	③	私は病院勤務医なのでこの質問には答えられません。
看護師	不明	④	必要があれば行なう ターミナルのみとりなど
看護師	訪看	④	利用する側の理解度にもよると思います。安心するでしょうが、心配が先に立ち様子を見る事より先に安易に発信してよこす可能性もあり。主治医が振りまわされる事も考えられます。
看護師	訪看	④	医師が1名なので対応には限界があると思います
看護師	訪看	④	状態により往診又は、救急搬送など指示すると思う。
看護師	訪看	④	診療中は、すぐに掛けつける事は不可能と思われる。その時は訪問看護を利用し、代わりに訪問させ、状況把握し、必要ならば時間の空いた時に往診する事となると思う。
看護師	訪看	④	往診という体制はとっておらず、訪問診療で対応している
看護師	病院	④	いけないと思う
看護師	病院	④	往診したくても出来ない 医師不足で毎日、とても多忙である
看護師	病院	④	導入した以上、緊急に対応せざるを得ないが、それができる状況にあるかはわからない。
看護師	病院	④	主治医のみでなく、他の体制で対応する



看護師	病院	④	時間外は救急車等の来院
看護師	病院	④	システムによる、またその Dr の判断も。
看護師	病院	④	当院では、往診の対応はしていないため
看護師	病院	④	往診ができない
看護師	病院	④	24h いつもは往診はしない。当院では 24 時間オンコール制で、看護師が対応し、状況に応じて看護師が訪問している。病状に応じて救急車で救急外来受診してもらっている（24 時間 365 日救急外来受付している。疾患によっては他の病院になることもあるが必ず電話していただいています）
看護師	病院	④	日頃から、往診はしていない
看護師	病院	④	当直なら対応出来る可能性がある。
看護師	病院	④	Hp 内にそのような（往診）システムがない。
看護師	病院	④	救急病院のため 24 時間は往診困難だと思う。
看護師	病院	②④	勤務医なので原則、往診はしない
看護師	病院	④	往診の標榜なし
看護師	病院	④	医師不足のため状況により違って来る。
看護師	病院	④	往診するしないは病院のシステムの問題であるので答えられない
看護師	病院	④	日中のみ
看護師	病院	①④	病院医師は往診できないが開業医は、出来る
看護師	病院	④	人力的な問題があると思う。自分あっての PT という事は、あると思う
看護師	病院	④	現時点では、人力的に無理
看護師	病院	④	急性期特定病院であり、往診の体制をとっていない
看護師	病院	④	当院は往診をしていない
看護師	病院	④	往診できる時間を Dr が確保できるだけの人材の余裕がないと思う
看護師	病院	④	往診はしないが、緊急外来を受診していただく
看護師	病院	④	当院の場合は、在宅死を希望された場合、24 時間体制を医師もとっているが、病棟・外来・手術など院内業務もあるため、困難なこともあると思う。
看護師	病院	④	必要と判断した時往診する。
看護師	病院	④	医師の負担が大きすぎるので、ケースによる
看護師	病院	④	訪問診療は行なっていないため往診はできない
看護師	病院	④	往診できない。他にも当院に救急患者が来ますので現在の

			医師数ではこれ以上ムリです
看護師	病院	④	医師不足でできないと思われる
看護師	病院	④	往診してない
看護師	病院	④	複数のスタッフとの当番制であれば往診する
看護師	病院	④	人数が十分にいれば出来るしと思う
看護師	病院	④	救急病院なので緊急対応が必要な時は来院という形で対応している
看護師	病院	③	毎日、昼食もそこそこに（食べないこともしばしば）医師2名で勤務。日直夜間も日当直医師に呼び出され（当科入院の場合）対応している状況なので無理と思う。

問 1 6 遠隔医療を導入する場合に、問題となるものは何ですか

医療者側の問題 — その他

職種	施設	選択枝	その他 記載内容（原文のまま、不明部分は■）
医師	支援診	④⑥	保険点数をつけてよいか？
医師	支援診	⑥	常にTVのあるところに行かなければならない、TV携帯ならよいか
医師	病院	①～⑥	一医療施設対一患者の対応ではなく、対応するセンターと患者として対応、がよいのでは。
医師	病院	⑥	テレビで遠隔医療すればすべてよくなるというまじがった考え方
医師	病院	①④⑥	固定電話よりもけい帯電話に鮮明な画像がこのればよいと思います
医師	病院	①②⑥	①一人ぐらし、ねたきりの人が機器をうまく操作できない。②必ず診療に行かなければならないので、遠隔医療をする意味がない。
医師	病院	⑥	遠隔医療の必要性を感じない
医師	病院	①②⑤⑥	対応できなかった場合・故障等のトラブル等の責任問題。
医師	病院	⑥	医療スタッフ間のタイムラグのない情報共有の方法がいまはないこと
医師	病院	①～⑥	現在複数の医師による在宅医療をしている所が少なく休日夜間等対応できない。
医師	病院	①～⑥	医療従事者の教育
医師	病院	①～⑥	急変時、救急車で来院していただいても、一時的に症状が安定した場合、帰宅する手段がないので難儀することがある 当院の守備範囲は■県の北部 1/2 なので広い。医師が1人だけで24時間対応することは不可能です。
医師	病院	④⑥	患者からのテレビ電話直接送信は、むずかしいと考える。 (対応方法としては電話で連絡もらって医師側よりテレビ電話する方法)
医師	病院	①～⑥	はっきり言って、一人の医師が診れる人数は限られる。医師不足。
医師	病院	⑥	患者の家を重症な患者の治療の場とってしまうのは

			如何なものでしょうか
医師	病院	⑥	遠隔医療(モニターを通して)の診断→治療決定の位置づけ(通院、往診及い?)と、限界の認識(過誤があった場合の法的解釈)
医師	病院	②⑥	現在、在宅医療には対応していない
医師	病院	⑥	月に1回は診療しないと保険点数がとれない在宅酸素等の保険制度をまずかえなければ。けいたい画面でも診療した事になれば、テレビ電話も■■ないのではないか。
医師	病院	①~⑥	日常の医療業務も1人である。
医師	病院	②④⑥	冷汗、四肢冷感等の所見が伝わらず重態化直前状態を見逃す恐れがある。
医師	病院	①~⑥	当院で勤務医はすでにたいへん消もうしている。かなり労力をおぎなわないと困難と考える。費用がかかるのでむつかしいのでは。
医師	病院	⑥	どこが主導でこのようなシステムをつくるか。中核病院は絶対に無理
医師	病院	①②⑥	後方病院などの不備
医師	病院	①②⑥	情報技術はかなり発達しているが、患者と直接対面して診察して得られる情報量のほうが、あきらかに現時点の科学レベルでは多い
看護師	訪看	①~⑥	クリニック医師が全てを担う事は大変でしょうし、交替制で対応しても人を割り当てれば発生する賃金 etc
看護師	訪看	⑥	よくわからない
看護師	訪看	⑥	よくわからない
看護師	訪看	①~⑥	医師の人間性による。
看護師	訪看	①④⑥	組織の考え方(方針)とりくみ。
看護師	訪看	①②⑥	操作方法が困難な場合?
看護師	病院	①~⑥	機器のメンテナンス、常に対応が可能な体制をとることができるか不安
看護師	病院	⑥	病院自体がそういう体制をとっていない。
看護師	病院	①~⑥	現在いる医師数が少なく、多忙で、医師自身の体調が心配されるほど、業務多忙。過重労働。余裕などない!!
看護師	病院	①②③⑤⑥	役割分担 病院がするのか、在宅診療医がするのか。

看護師	病院	①②⑥	医師としてのモラルの改善がなければ無理。
看護師	病院	①～④⑥	マンパワー不足
看護師	病院	①～⑥	遠隔医療に関わった場合束縛はされるがその分休息はとれるのか？入院、外来 pt の診療はどうなるのか？
看護師	病院	①～⑥	マスターPC から子 PC を操作できるリモートコントロールも必要かと…。
看護師	病院	①～⑥	体制作り、人材育成、財政投入
看護師	病院	①⑥	費用に関しては、16 年間で高齢社会は終わるので、110 兆円+25 兆円の財政出動に比べれば、健康保険、介護保険で払っているの税金投入は 10 兆円（16 年間）で済む※現在も景気対策の名目で
看護師	病院	⑥	病院がまだその体制をとっていない
看護師	病院	⑥	当施設では、必要性を認めていない。 (24 時間救急の対応をしている)
看護師	病院	⑥	急性期病院なので往診はしない。
看護師	病院	⑥	診療報収にならない
看護師	病院	①～④⑥	一般病院で対応するのは救急と平列では困難。医療制度自体のシステムを変えないと医師は休みをとれなくなる。
看護師	病院	①～⑥	遠隔医療の必要性がギモン
看護師	病院	⑥	いろいろありますが詳しいことはわからない
看護師	病院	①～⑥	当院では、専任の在宅医がいない。各科(内科・神内泌尿科)の Dr がでかけている状況
看護師	病院	①～⑥	診療の合い間にはできない。余剰人員がいない。
看護師	病院	①～⑥	往診制度が公的病院として導入されていない！！
看護師	病院	⑥	不明
看護師	病院	⑥	医療訴訟のリスク
看護師	病院	①～⑥	病院の組織上、対応が不可能な体制であること
看護師	病院	②⑥	機器の対応を 24h365 日だれがするか

問 1 6 遠隔医療を導入する場合に、問題となるものは何ですか  
患者側の問題 - その他

職種	施設	選択枝	その他 記載内容（原文のまま、不明部分は■）
医師	病院	①～⑦	有病・高齢者では、対応が困難ではないか（このような■こそ、情報交換システムが必要なのだろうが）
医師	病院	⑦	機器を1人でなかなか使えない
医師	病院	⑦	遠隔医療の必要性を感じない
医師	病院	①～⑦	患者、家族教育
医師	病院	②⑦	器機やシステムのトラブルは業者でもよい。 連絡先がわかっていることと「まかせるから何とかしてくれ」をなくすことが大切 そして何より在宅は必ず家族か施設の手と労力があるがその視点がまったくないのが気にかかる
医師	病院	③⑤⑥⑦	機器では解決しない事が多すぎる。極く1部の人は助かるかもしれない
医師	病院	⑦	本人・家族のシステムの理解
医師	病院	①～⑦	モラル
医師	病院	⑦	今の日本のレベルではまず在宅医療を普及させることが急務だと思います。
医師	病院	⑦	モニターを通じての判断の限界を認識してもらうこと
医師	病院	⑦	特にない
医師	病院	⑦	けいたい（④に関しては心配ない）、もしくはもともとインターネットをつかっている家ではインターネットにカメラをつけるだけではダメでしょうか？
医師	病院	⑦	家族の負担
医師	病院	②③④⑦	高齢者が多いので操作が難しいのでは？ケイタイではだめですか？
医師	病院	⑦	理解不能
医師	病院	②⑦	独居高令者が多い老々介護認認介護（認知症夫婦同志）がかなりを占める在宅の状況で、緊急時のコール（患家からの）制度さえ■■が難しい。遠隔のシステムより在宅の介護能力の問題が在宅で死を迎えることの最大の難関である。

看護師	不明	②③④⑦	緊急通報システムでも完全にうまくいっているとはいえない ましてやテレビ Tel は高齢の方の一人暮らしなど現実的なのだろうか？
看護師	訪看	⑦	わからない
看護師	訪看	⑦	よくわからない
看護師	訪看	②③⑦	不安など パーソナリティの格差
看護師	訪看	⑦	高齢者夫婦も多く、操作手段に関しては問題あり
看護師	訪看	②③④⑦	肌と肌のふえあいがなくなる。人間的愛情がけつらくする。今の診療でもそうではないのか？
看護師	病院	①～⑦	対応した内容の記載やコストはどのように算定するのでしょうか
看護師	病院	⑦	病院自体がそういう体制をとっていない。
看護師	病院	①～⑦	操作することで pt や fa に負担が来ないか。
看護師	病院	①～⑦	経済的安心感
看護師	病院	②③⑥⑦	在宅医療の適応者は、高齢者であったり、高齢世帯が多く、機器を扱えるか、又、緊急時にきちんと病状を伝えることができるのか
看護師	病院	②⑦	患者、家族の在宅が基本であることへの理解と医療の限界への理解
看護師	病院	②③⑥⑦	自分だけの思いで活用する場合の制限(さみしいから、少し不安だから等)
看護師	病院	⑦	遠隔医療の主旨の理解ができているか
看護師	病院	①～⑦	実験台にされているのではないかという感情を持たないよう理解を得ること
看護師	病院	⑦	わからない
看護師	病院	①～④⑥⑦	独居
看護師	病院	①～④⑥⑦	必要性が低いのにさみしい、不安、で毎日夜中に来院する pt がたえない これをやられるとそれはそれは大変！！
看護師	病院	⑦	いろいろあると思いますが、詳しいことはわからない
看護師	病院	⑦	不明
看護師	病院	②⑥⑦	そのような設備がある事自体の理解
看護師	病院	⑦	施設内医療のみのため問題はよく分らない

問 15-b. 主治医は「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」を導入した場合、24 時間いつも患者へ往診するか、

問 15-b 支援診

問 15-b 訪看

問 15-b 病院医

問 15-b 病院看

<在宅療養支援診療所医師・訪問看護師・病院医・病院看護師のいずれの回答も、遠隔医療の導入には否定的な内容が多数を占めている>

問 16. 遠隔医療を導入する場合に、医療者側で問題となるものについて、

問 16 医療者側－支援診

問 16 医療者側－訪看

問 16 医療者側－病院医

問 16 医療者側－病院看

<遠隔医療の導入の必要性を感じない、あるいは更なる負担増となる意見が大半である>

問 16. 遠隔医療を導入する場合に、患者側で問題となるものについて、

問 16 患者側－支援診

問 16 患者側－訪看

問 16 患者側－病院医

問 16 患者側－病院看

<まず在宅医療の充実が先決である、携帯電話でも十分に可能、精神的家族負担の増加、緊急体制の不備のまま導入してもだめ等、否定的意見が大半を占める>

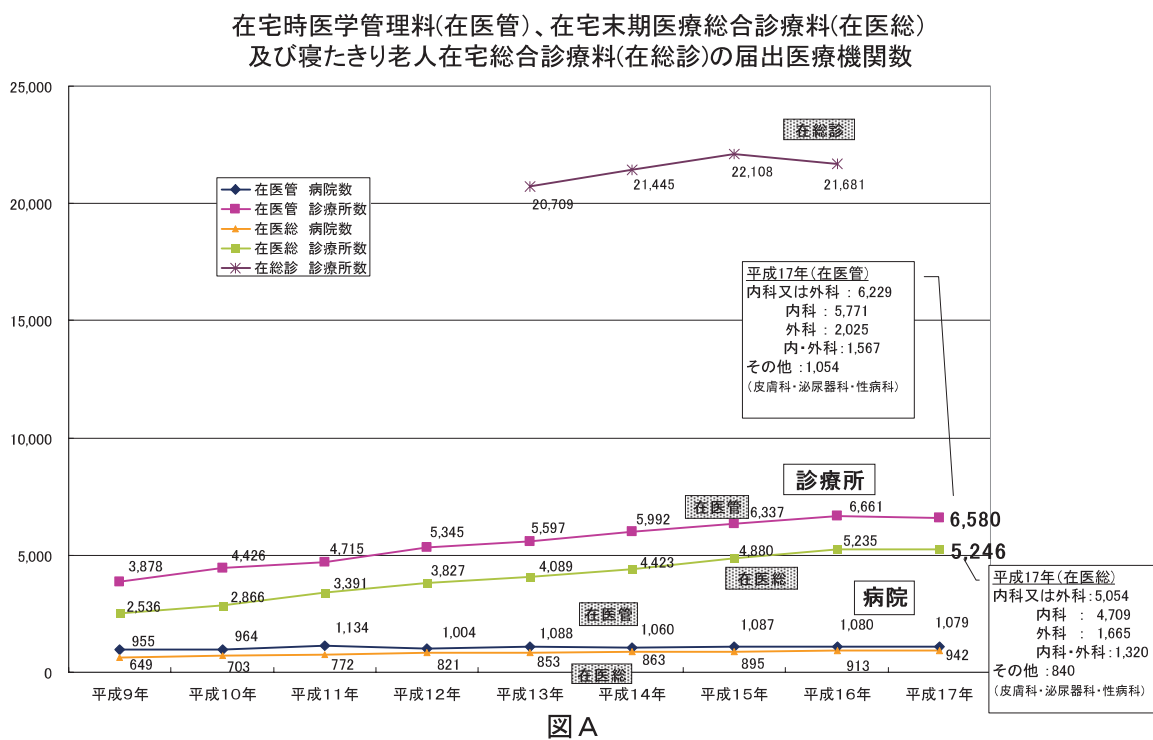


## 第IV章 総括

## 第IV章 総括

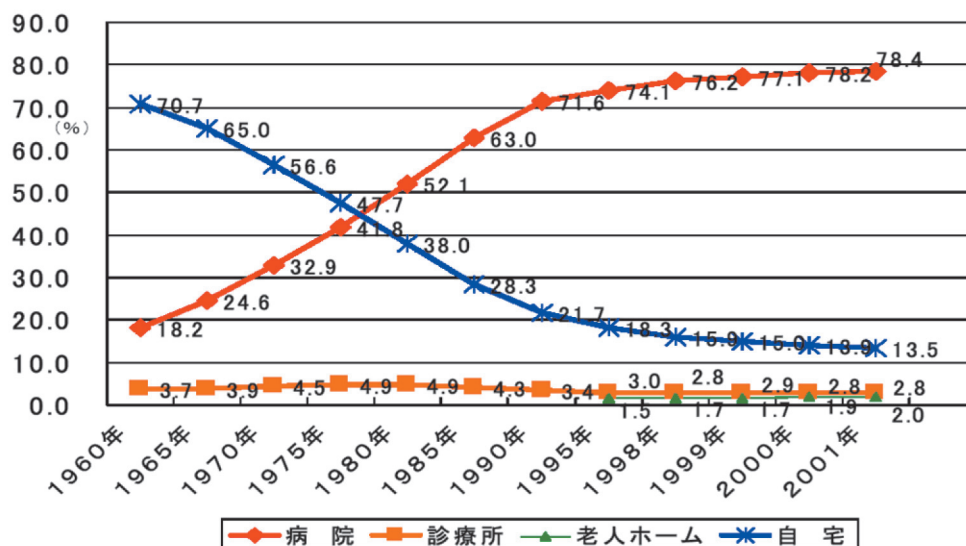
### (1) 考察

かつて、2005年までは「在宅寝たきり老人総合診療料（在総診）」と「在宅時医学管理料（在医管）」によって、在宅医療が行われていた。しかし24連携体制加算を導入しても2004年にはこれらを標榜する診療所総数は頭打ちとなった（図A）。



在宅看取り数は年々低下の一途をたどり（図 B）、在総診・在医管・24 連携体制加算は、看取りを含む在宅医療において有名無実化していた。

死亡場所の年次推移



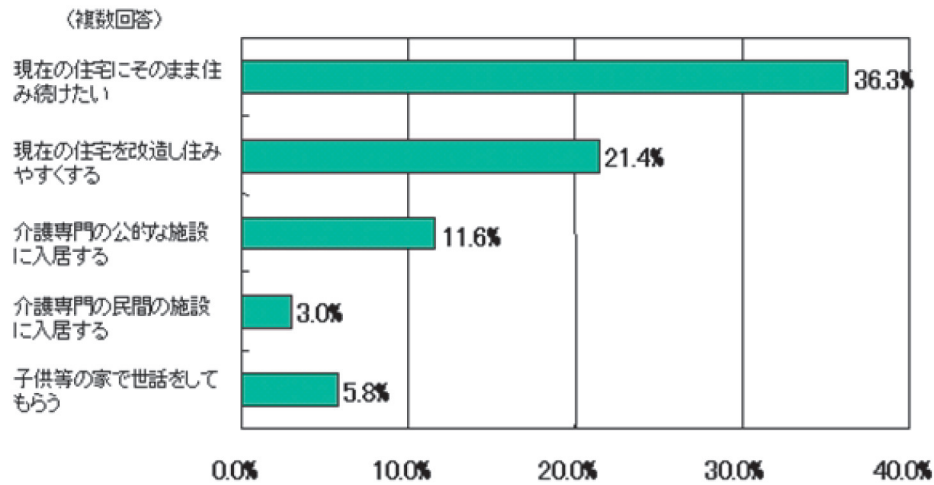
（出典：平成13年 人口動態統計）

※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。

図B

すでに多くのアンケート調査が示すように、国民の約 60%（図 C）から 80%（図 D）は在宅での終焉を希望していることが明らかである。しかしながら、今まで医療はこの国民のニーズに応えるサプライを行ってこなかった。結果として在宅医療の適応者を転院させている（図 E）。このニーズとサプライのミスマッチを是正するために考えられたのが、24 時間対応する『在宅療養支援診療所』（図 F）である。

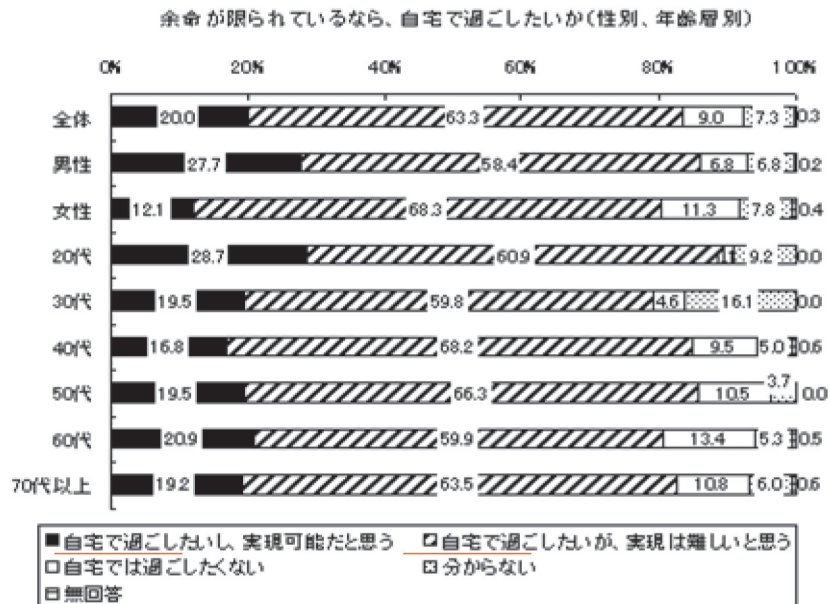
## 虚弱化したときに望む居住形態



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 C

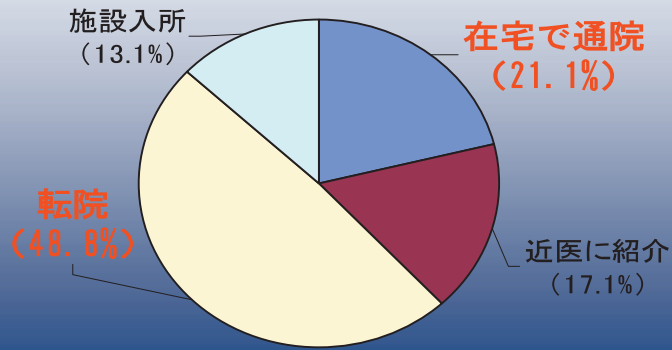


2005年 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団調査

図 D

臨床研修指定病院  
病棟(悉皆)

在宅適用となる退院患者の転帰: 回答病棟の総和  
(在宅適用となりうる退院患者の割合が全退院の50%未満である  
病棟 172病棟、1,325退院事例のうち)



H19 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)

図 E

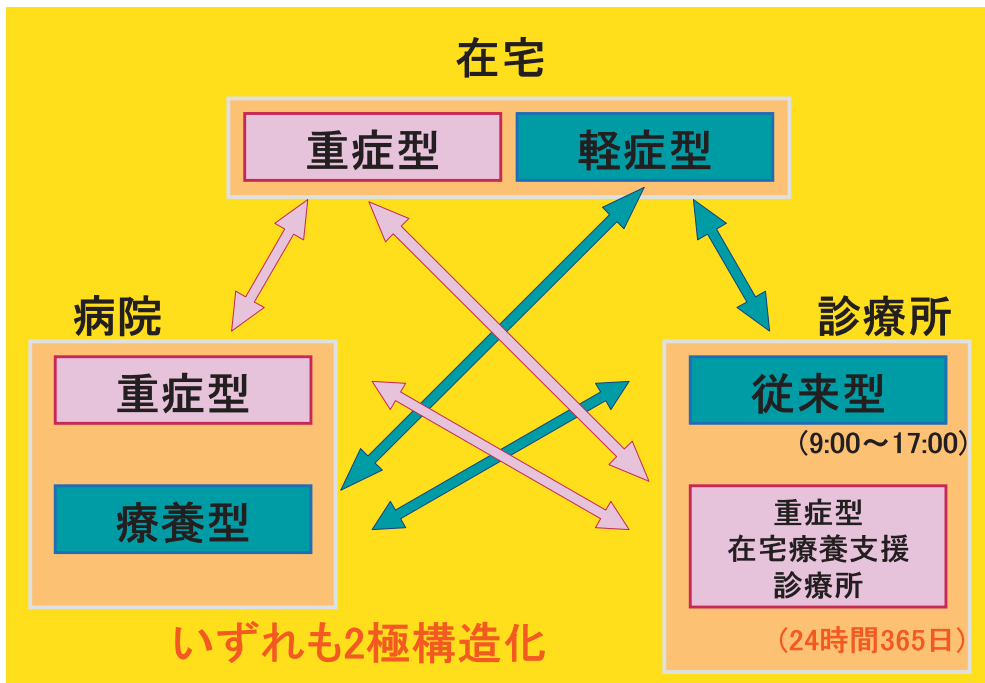


図 F

この状態を打開するために医療保険点数上の制度として『在宅療養支援診療所』が 2006 年に創設された（図 G）。現在当該診療所は全国に約 12,000 ヶ所あり年々増加している。

さらにこの制度をきっかけに、在宅看取り数は 2005 年を底として年々増加しており、逆に病院死は低下している（図 H）。明確に患家に赴く 24 時間対応体制を機能させることによって、はじめて在宅看取りが可能となる。

そしてこの導入によって上記の結果がもたらされ、在宅看取り＝国民のニーズがようやく叶えられつつある。

遠隔医療はこのニーズを妨げることのないシステムでなければならない。

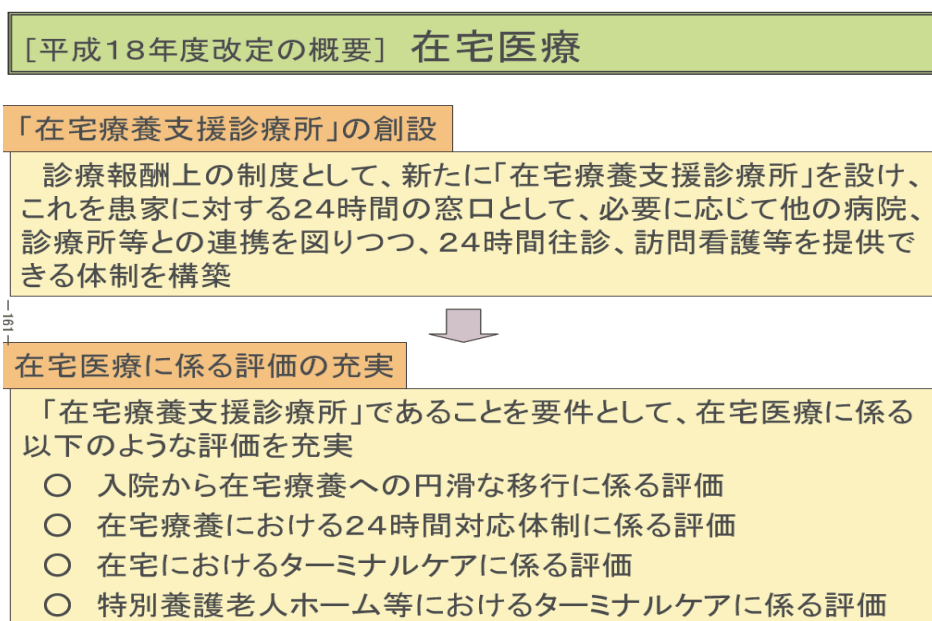


図 G

## 病院での死亡率と在宅での死亡率 在宅死＝最後まで家庭生活

	……	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年
病院での死亡率	↗	↗ 78.9%	↗ 79.6%	↗ 79.8%	↘ 79.7%	↘ 79.4%
在宅での死亡率	↘	↘ 14.9%	↘ 14.5%	↘ 14.4%	↗ 14.5%	↗ 14.9%

図 H

さらに以下のような遠隔医療と IT 推進の目的に関する考察、及び、遠隔看護に関する問題点が指摘されている。

#### ○遠隔医療と IT 推進の目的は

規制改革会議は、平成 21 年 4 月 2 日「レセプトのオンライン請求にかかる規制改革会議の見解」を発表し、「規制改革推進のための 3 か年計画」の一部を修正してレセプトオンライン請求義務化の一部例外を示した。すなわち「山間地や離島などの地域において医師不足が進展している状況、及び、オンライン請求を自ら行うことが当面困難な医療機関・薬局が存在するなどの「デジタル・デバイド」が生じている状況を踏まえ、オンライン請求化を促進する上で、これらの現状への配慮が必要であり、今回の再検討はそのための措置である。」遠隔地の診療所は今回の見解により、レセプト請求義務化の例外措置を一時的に受けることができるが、遠隔医療の IT 化推進の目的は、レセプト請求の電子化にあるのではなく、電子化という方法を取りながら、医療の質を高めていくことにある。医療の IT 化の目的は、日本全国押並べてレセプト完全オンライン請求を可能にするのではない。むしろ、遠近によらず、可能な限り医療者が居宅に赴くことが在宅医療の質を担保することになるのであるから、僻地、離島で医療の質を上げるには、困難な状況下で、訪問診療、往診を行った場合の評価を特に厚くすることである。

#### ○遠隔看護の問題点

訪問看護の領域でも、遠隔看護の導入が図られるようになってきている。しかし、米国における e-health の先進的な取り組みから、遠隔看護がかえって看護の質を下げる可能性もあることが指摘されている。「アメリカにおいては、e-health の進歩に伴って、すでにこのような新しい看護の営みが始められている。しかし一方で、このような新しい看護の営みが、看護の質を低下させるという指摘もある」（遠隔医療・遠隔看護の背景と現状、看護管理シリーズ、看護情報管理、p.173、日本看護協会出版会、2009 年）

実際に訪問しないで IT 通信で代替できる訪問看護のサービスは IT 活用の対象となりうるが、やはり患者に赴いて行う看護サービスまでも訪問せずに済まそうとするならば、訪問看護の質は低下してしまう。IT を活用しつつ、遠隔地に実際に赴いて提供する看護に関し、特段の評価を行うことこそが喫緊の課題である。

問1から問12-a. までの、在宅生活を支える視点について医療者に尋ねた項目では、圧倒的に病院医が知らない。自由記載を見ても明らかなように、病院医が遠隔医療に関する問題提起と、実施についての多くの不安や疑問を持っていることが判明した。

『**生き方を支えることを知らない病院医師による在宅医療への介入**』は、在宅療養支援診療所を中心とした在宅医療の推進に水を差すことになりかねない。

遠隔医療についての問13~18に関する結果について考察する。

- 病院医はもともと24時間対応をしていない。
- 「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」を導入しても24時間対応は向上しない。
- 「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」を導入しても①もともと常時往診している在宅医にとっては変わらない。②もともと往診をしない病院医にとっては相変わらず往診はしない。ということで、遠隔医療は往診を増加させない。
- むしろ、「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」を導入することによって、逆に**医師が訪問しなくなる**という結果が出た。
- 遠隔医療を行う場合の問題点については、その多数に50%以上問題があると回答している。この問題の解決がなされないまま遠隔医療の在宅医療への導入は回避しなければならない。
- 在宅看取りに関しては、「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」を導入しても、そのほとんどを担う在宅療養支援診療所医師の場合には多くは「変わらない」という回答であった。その他は増えるという回答だったが、実際には「在宅看取りに直接関与しない母集団」であり、今後詳細な調査を必要とする。**医師が訪問しなくなるのに夜間・祝祭日を含めた看取りが増えるのか否か**についての設問を検討する必要がある。

## (2) 結論

1) 「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」は在宅へ『往診しない・訪問しない医師』を増やす結果となる。

2) 「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」は、在宅看取りを担う在宅療養支援診療所医師にとっては、『在宅看取りを増やす要因にはならない』傾向が強い。

したがって、

3) 「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」の在宅医療への導入は時期尚早である。

という結論に達した。





## 第 V 章 資料編

## 『在宅医療における遠隔医療の適正な利用に関する調査研究』

### アンケート調査ご協力をお願い

『遠隔医療の概念整理と遠隔連携に関する研究』は、今後の少子・高齢社会における老化・がん末期・難病をはじめとした在宅療養を行う方々に対して、「治す医療」から「支える医療」への転換に必要な、遠隔医療の概念整理と適正な位置付けを見出すことを目的とします。

そこで、在宅医療の適応となる方々が希望する生き方に沿った説明と医療・介護の提供が、遠隔医療を通じて各医療・介護職種間において適正に行われるか否かを検証するために行われるものです。

皆様には、図表を参照のうえ内容をご理解頂き、以下の順序にしたがって各設問にお答え頂きたいようお願い申し上げます。

#### 本調査の流れ

【現状把握】：医療や介護を取り巻く情勢について

↓

【問題点】：現状に即した説明や医療・介護の提供に関する問題点

↓

【対策】：現状把握・問題点に対する、遠隔医療の適応について考えます。

《注》在宅医療の適応者は「疾病・傷病による通院困難者」であり、外来通院可能な人は含まれません。ただし、末期がん・高度認知症は歩行可能でも在宅医療の適応です。

【調査票配布対象先】

- ①病院 [臨床研修指定病院等]
- ②在宅療養支援診療所 [全国在宅療養支援診療所連絡会]
- ③訪問看護ステーション [上記と連携を行なう訪問看護ステーション]

【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、**3月27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

「在宅医療における遠隔医療の適正な利用に関する調査研究」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：doctork@oushin-sendai.jp 仙台往診クリニックホームページ：http://www.oushin-sendai.jp/
---

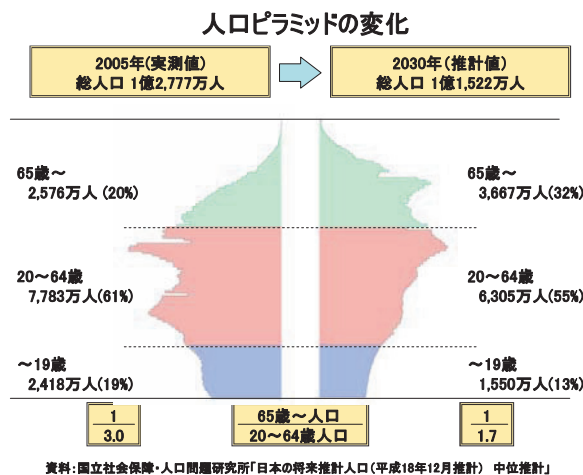
【アンケートご記入にあたってのお願い】

自由記載の欄は、なるべく詳細にお願いいたします。

## 【現状把握】

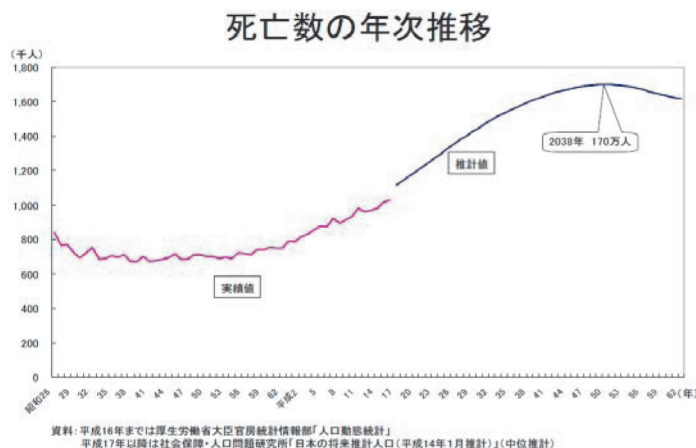
以下は、わが国の医療と死をとりまく現状について図で示したものです。

図A：わが国の人口ピラミッドです。現在、65才以上の人口と、20才から64才までの人口の比率は1：3.0です。高齢者1人を、3人（例：配偶者・家族・医療職・介護職など）で支えることができます。しかし2030年には1：1.7にまで縮小します。高齢者を支える側が圧倒的に少なくなり、介護力の低下が心配されます。



図A

図B：総死亡者数は年々増加し、高齢者が占める割合も増加します。2008年は114万人が亡くなりました。2038年には現在の約1.5倍、170万人が死亡する時代が訪れます。



図B

図C：いずれは誰しもが最期を迎える時期が来ます。最期を迎える場所として、在宅酸素の患者の65.4%が居宅を希望しています。また、在宅胃瘻経管栄養：79.5%、在宅人工呼吸器：73.3%、在宅中心静脈栄養：68.4%となっています。

在宅医療を行っている主治医のうち、77.6%が「この人たちが最期を迎えるのは居宅が良い」と考えています（厚生労働省：在宅療法の普及及び技術評価に係る調査委員会報告書）。

対象となった主治医・療養者は、ともにかつては病院医・入院患者であり、今は在宅医・在宅療養者となった人たちです。すなわち、下記は病院と在宅双方のメリットとデメリットを知っている人たちの選択結果であるということです。

### 生の終わりを迎える理想の場所

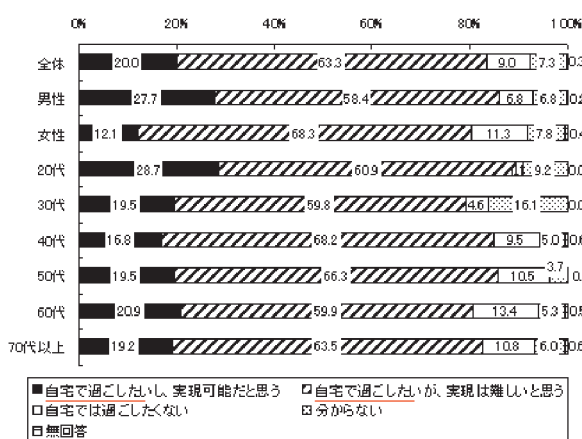
	全体	病院	施設	居宅	無回答
在宅酸素	159 100	36 22.6	3 1.9	104 65.4%	20 12.6
在宅胃瘻経管栄養	117 100	14 12.0	2 1.7	93 79.5%	10 8.5
在宅人工呼吸器	45 100	7 15.6	—	33 73.3%	5 11.1
在宅中心静脈栄養	38 100	6 15.8	—	26 68.4%	7 18.4
主治医	67 100	3 4.5	1 1.5	52 77.6%	13 19.4

図C

図D：がん療養者の80%以上が「余命が限られているなら自宅で過ごしたい」と思っています。しかし60%は希望が叶わないだろうと思っています。

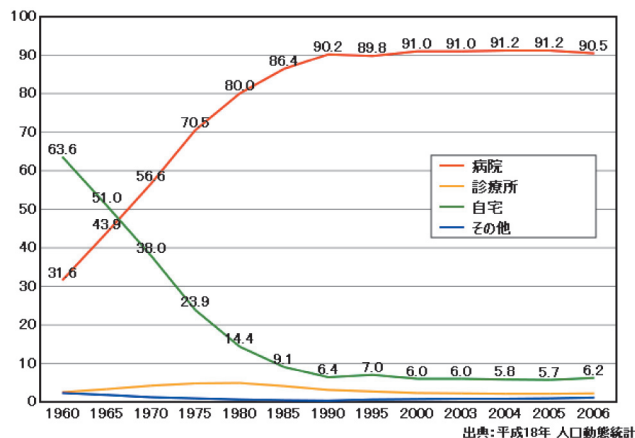
図E：がん死の90%以上は病院死です（全ての死因全体では病院死は約80%です）。

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)



図D

死亡場所の年次推移(悪性新生物, %)



図E

以上のことを踏まえ、次ページからの問いにお答えください。

## 【問題点】

図 F : ICF (国際生活機能分類 : International Classification of Functioning, Disability and Health) は、人間の生活機能と障害の分類法として、WHO が 2001 年に提唱した新しい概念です。

これまでの WHO 国際疾病分類 (ICD) や WHO 国際障害分類 (ICIDH) が、疾病・障害といったマイナス面を分類するという考え方が中心であったのに対し、ICF は、生活機能 (人が「生きること」そのもの) というプラス面からみるように視点を転換し、さらに環境因子等の観点を加えたことが特徴となっています。

ICD・ICIDH によって心身機能を分析し改善を図るのみならず、ICF の考え方に基づき本人の生き方と環境を把握し、生活すべてを支えることが、今後の医療に求められています。

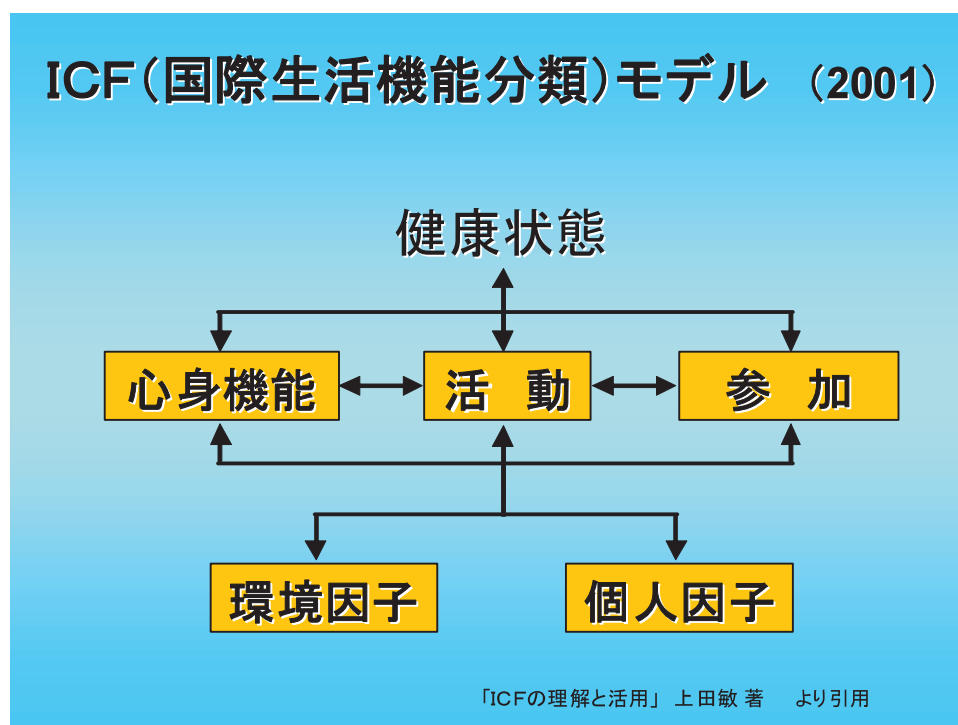


図 F

問 1 : ICF を

1. 知っている

2. 聞いたことはある

3. 知らない

図 G・H : WHO による健康達成度の総合評価は日本が世界一位です。しかし、老化・末期がん・難病などによる重度障害者等のような、身体的に“健康な状態”に達することのできない「治す医療の限界」にある人には、「治すための支援」だけでなく ICF を踏まえた「生き方の支援」が必要です。

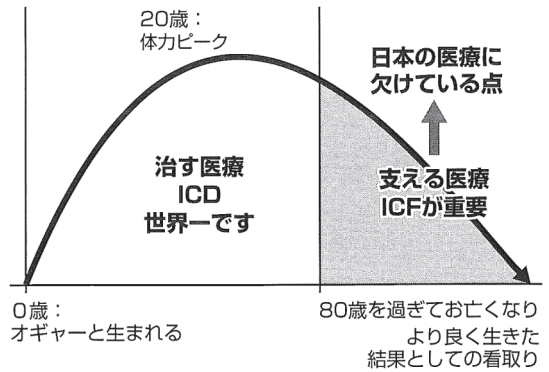
日本の医療制度の国際的評価はトップクラス

健康達成度総合評価は第 1 位・医療費は 18 位

	世界保健機構 (WHO)		経済協力開発機構 (OECD)
	健康達成度の総合評価	平等性	GDP に占める医療費の割合 1998 年
日本	1 位	3 位	18 位
ドイツ	14 位	20 位	3 位
アメリカ	15 位	32 位	1 位

(出所)WHO「World Health Report 2000」  
OECD「Health Data 2000」を基とする

図 G



『「家での看取り」を支えるための医療者の心構えとシステム』  
地域連携 network 2009.1

図 H

問 2 : ICF を踏まえた「生き方の支援」は、現在整備されていると思いますか。

- |            |              |               |
|------------|--------------|---------------|
| 1. 整備されている | 2. あまり十分ではない | 3. まったく不十分である |
|------------|--------------|---------------|

問 3 : 患者が安心して生活できる ICF のような「生き方の支援」に関する説明を

- |         |                     |                      |
|---------|---------------------|----------------------|
| 1. している | 2. どちらかというとして<br>いる | 3. どちらかというとして<br>いない |
|---------|---------------------|----------------------|



図 I・J：「主治医は在宅医療について知識や理解があると思いますか」という質問に対して、臨床研修指定病院の連携室による評価では 75%、がんセンターの医師による自己評価では 70%が、「あまり知らない」という結果でした。

臨床研修指定病院 地域連携室

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)

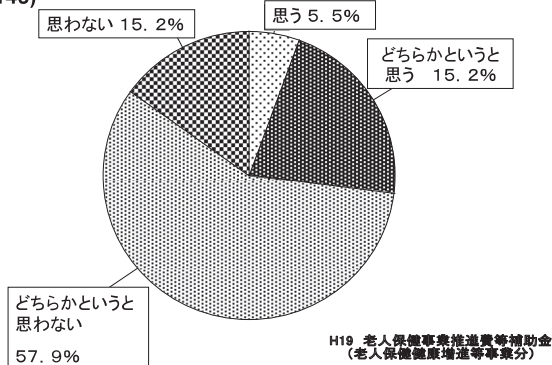


図 I

がんセンター・成人病センター  
臨床医

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)

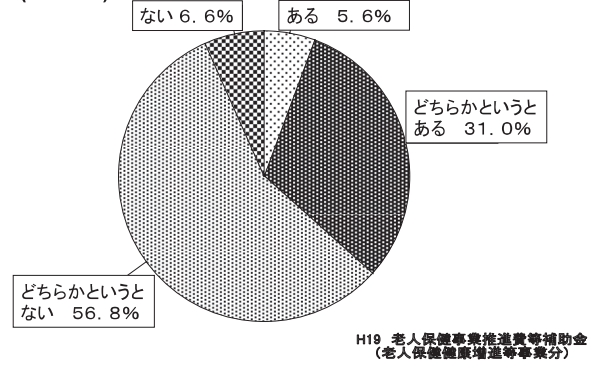


図 J

問 4：ICF のように「患者が安心して生活できる」説明をするときに、在宅医療に関する説明は

1. 必要である	2. 場合による	3. 必要ない
----------	----------	---------

問 5：在宅医療についての情報源として、もっともよくあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1. 社会保険事務所や行政からの、広報資料などによる紹介
2. 障害者団体など、当事者団体からの情報提供
3. その他の各種媒体（雑誌、新聞、インターネットなど）から
4. 診療・サービス提供を行なった患者・家族から
5. 各種介護保険事業所からの情報提供
6. 在宅療養支援診療所からの情報提供
7. その他（ ）

- 在宅療養支援診療所の方 → 図 L の説明にお進み下さい。
- それ以外の方 → 図 K の説明にお進み下さい。

図 K : 在宅医療を担う『在宅療養支援診療所』という制度があります。24 時間対応体制・居宅での看取り・介護との連携等の要件を満たした診療所で、現在全国に約 12,000ヶ所あります。

在宅療養支援拠点イメージ

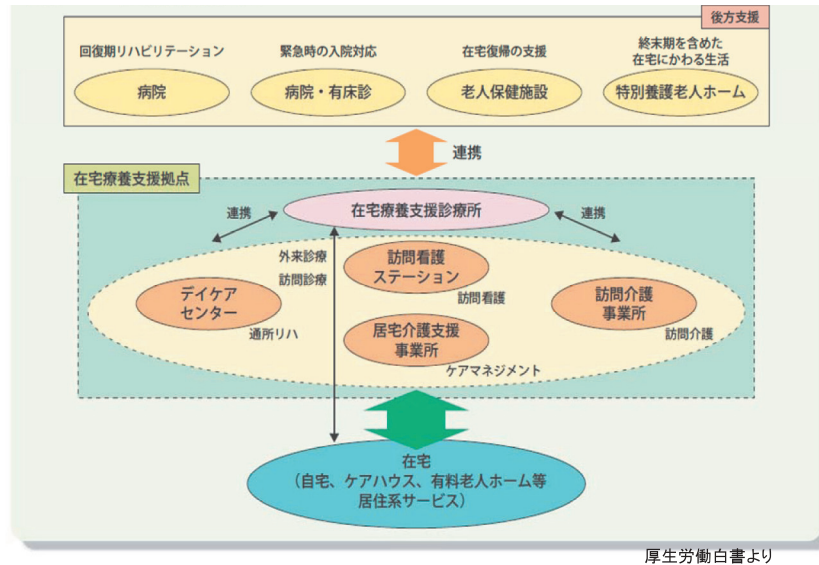


図 K

問 6 : 在宅療養支援診療所について

- |            |               |         |
|------------|---------------|---------|
| 1. よく知っている | 2. 名称だけは知っている | 3. 知らない |
|------------|---------------|---------|

図 L : 個々の在宅療養支援診療所の質や規模によって異なりますが、在宅では以下の医療が可能です。

<p><b>【在宅医療ができること】</b></p> <p>検査：採血・検尿・血液ガス・超音波検査・気管支鏡・内視鏡・X線撮影・呼吸機能測定</p> <p>処置：在宅人工呼吸器・中心静脈栄養・酸素吸入・胃瘻・輸血・緩和ケア・抗生剤等点滴</p>
<p><b>【在宅医療でできないこと】</b></p> <p>全身麻酔を伴う手術・CT/MRI 検査・放射線治療等</p>

図 L

問 7 : これらの内容を

- |            |             |         |
|------------|-------------|---------|
| 1. よく知っている | 2. 一部しか知らない | 3. 知らない |
|------------|-------------|---------|

図M：心身障害者手帳が交付されると、対象者には以下のような日常生活用具が給付されます。収入によっては、心身障害者医療費助成で医療費の減免措置（医療費が全額戻る場合）があります。

S市における給付用具の例

日常生活用具の給付対象者および品目

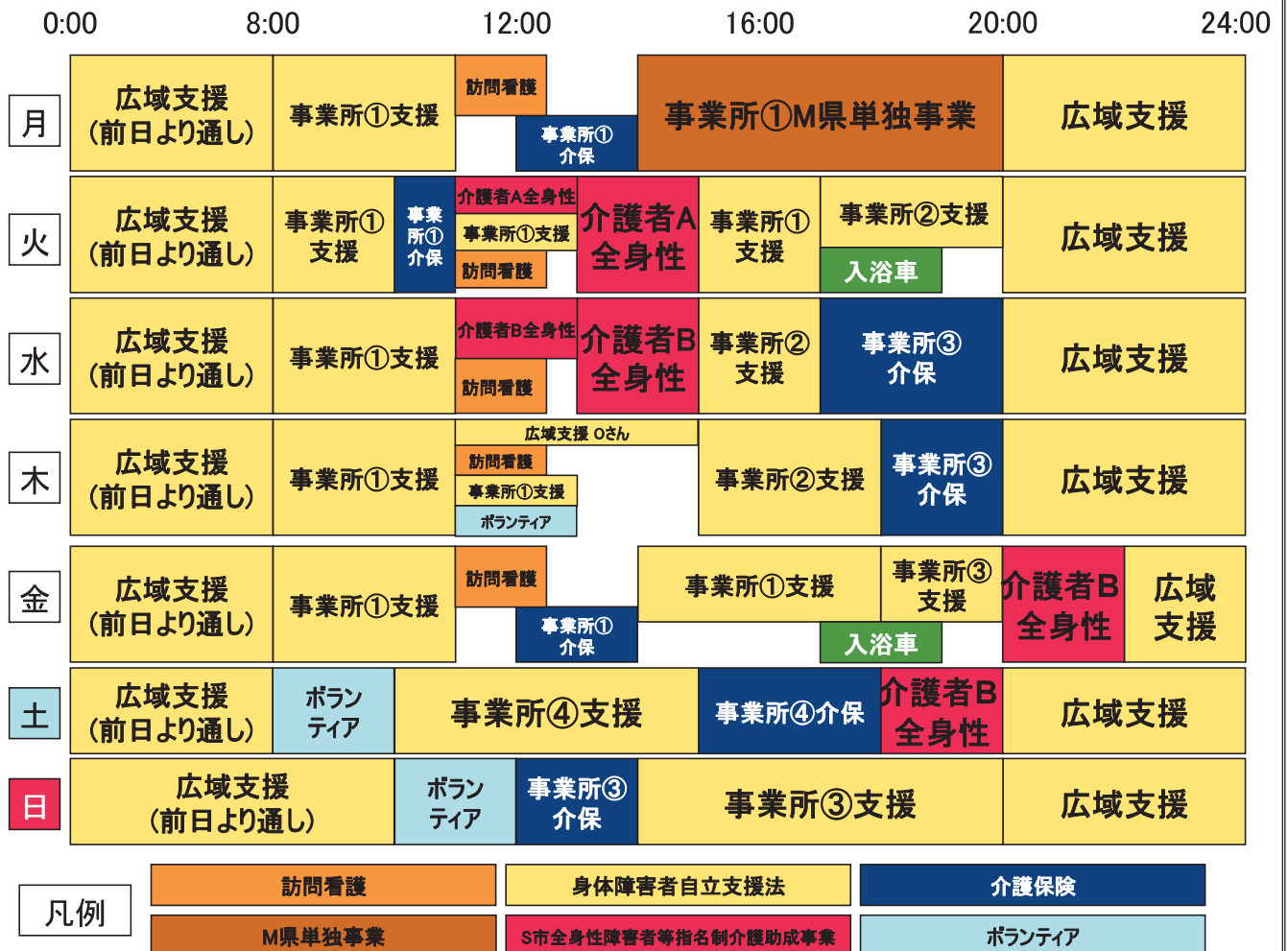
障害種別	給付品目
視覚障害	盲人用テープレコーダー、盲人用時計（触読式・音声式）、盲人用タイムスイッチ、点字タイプライター、盲人用電卓、電磁調理器、盲人用体温計（音声式）、盲人用体重計、視覚障害者用拡大読書器、点字ディスプレイ、視覚障害者用活字文書読み上げ装置
聴覚障害	聴覚障害者用屋内信号装置（サウンドマスター、聴覚障害者用目覚時計、聴覚障害者用屋内信号灯を含む。）、聴覚障害者用通信装置、聴覚障害者用情報受信装置
下肢・体幹機能障害	浴槽（湯沸し器を含む）、便器、特殊マット、エアークッション、特殊寝台、特殊尿器、入浴担架、体位変換器、入浴補助用具、移動用リフト、歩行支援用具、居宅生活動作補助用具（住宅改修費） ※18歳未満のみ 訓練いす、訓練ベッド
上肢機能障害（一部言語機能障害を含む）	特殊便器、パーソナルコンピュータ
両上下肢・言語障害	重度障害者用意思伝達装置、携帯用会話補助装置
腎臓機能障害	透析液加温器
呼吸器機能障害	酸素ボンベ運搬車、ネブライザー、電気式たん吸引器
各障害者共通	火災警報器、自動消化器
呼吸器機能障害3級以上、若しくは心臓機能障害3級以上の身体障害者であって、医療保険における在宅酸素療法を行う者、または同程度の障害を有する重度の重複障害者であって必要と認められる者	動脈血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター） ※平成15年度より給付開始
知的障害 重度～最重度	特殊マット、特殊便器、頭部保護帽、電磁調理器、火災警報機、自動消化器

※注：色字は18歳以上が対象

図M

図N：身体障害者自立支援法で最大 24 時間 365 日の介護提供を受けることができます。全国で 20 数名の、独居＋全身麻痺＋人工呼吸器装着＋胃瘻栄養の療養者が 24 時間 365 日の他人介護を受けています。もちろんそれ以外の多数の心身障害者も下記のようなサービスを幅広く受けています。

S 市で 24 時間 365 日のサービスを利用されている独居の事例

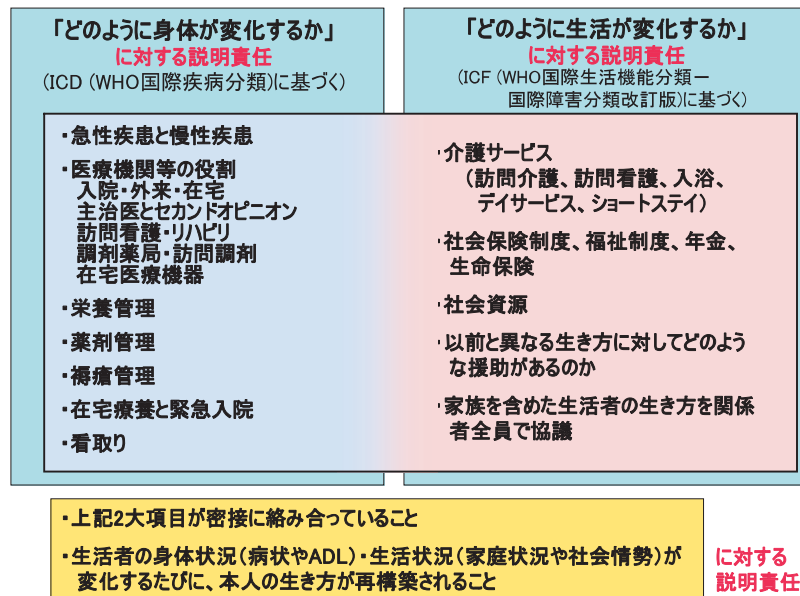


図N

問8：以上のような制度や 24 時間 365 日の介護提供について

- |                                   |
|-----------------------------------|
| 1. 個々の制度・事業名を具体的に知っている            |
| 2. 何らかの用具給付や 24 時間介護提供が可能なのは知っている |
| 3. 知らない                           |

図〇：退院する患者が生活するためには、退院後の在宅での医療システム・介護システム・社会資源・医療と介護の知識技術教育が欠かせません。



図〇

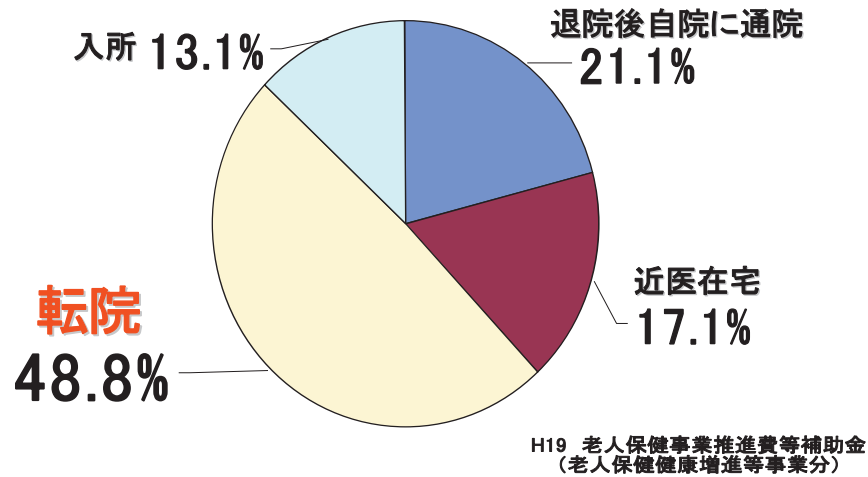
問9：退院に向けての説明や協議を行なう上で、現在問題となっているものはどれでしょう。あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

- |   |
|---|
| 1. ICDに基づく、疾病・傷病に関する身体情報  |
| 2. ICFに基づく、家族状況・経済状態・社会情勢等に照らし合わせた介護保険・身体障害者自立支援法・福祉制度・生活保護・給付制度・生命保険等の活用に関する生活情報                               |
| 3. 患者・家族との話し合いによる合意   |
| 4. 病院スタッフ（複数の医師・複数の看護師・連携室職員・MSW）との話し合いによる入院中の役割分担と合意   |
| 5. 在宅スタッフ（在宅医・訪問看護師・ケアマネージャー・ホームヘルパー・入浴サービス・行政職員・居宅系グループホーム職員・小規模多機能施設職員・特別養護老人ホーム職員等）との話し合いによる退院後の在宅療養の役割分担と合意 |
| 6. 上記3・4・5を組み合わせた、退院のための全体会議（ケアカンファレンス）に参加し、生活への配慮を話し合う   |

図P：在宅医療の適応となる「疾病・傷病による通院困難者」が、病院から退院するときに転帰はどのようになるかを示しています。48.8%は家に帰らず転院しています。

## 臨床研修指定病院 病棟

在宅適用となる退院患者の転帰：回答病棟の総和  
(在宅適用となりうる退院患者の割合が全退院の50%未満である  
病棟 172病棟、1,325退院事例のうち)



図P

問10-a：問9に示した説明と協議を十分に行なうことで、在宅復帰を推進することができると思いますか。

1. 思う	2. ある程度可能である	3. まったく思わない
-------	--------------	-------------

問10-b：[3を選択の場合]その理由は何ですか。


問 1 1 : 生き方の支援に関する十分な説明がなされていない場合に、『不十分な説明に基づく意思決定』になってしまう危険性があると思いますか。

1. 思う	2. そうは思わない	3. どちらともいえない
-------	------------	--------------

問 1 2-a : 老化・疾病・事故等により身体は変化します。変化した身体をありのままに認めながら生きてゆける支援をおこなうことが必要となります。60%~80%の国民が『最期まで居宅生活して終焉』を希望しているにもかかわらず、医療者のサプライは病院死が約 80%で、ニーズとサプライのミスマッチが歴然としてあります。この原因はどこにあるのでしょうか。

1. 医療を受ける側で、その後の生き方についての対策や知識に乏しいアマチュアの「患者・家族」に主として問題がある
2. 医療を提供する側で、その後の生き方を変更させることになるプロの「医療者」に主として問題がある
3. 1、2以外にもっと大きな問題がある

問 1 2-b : [2 を選択の場合]プロの医療者がなすべきこととは何でしょうか。


問 1 2-c : [3 を選択の場合]それは何ですか


## 【 対 策 】

現状把握と問題点に対する遠隔医療の適応について考えます。

- ・) 在宅医療の適応となる『疾病・傷病による通院困難者』  
(例：在宅酸素療法、在宅中心静脈栄養など)
- ・) 医療者と患者をつなぐ遠隔医療  
(例：テレビ電話、テレメトリなど)

を対象としてご回答下さい。

問 1 3：現在、診療にあたって遠隔医療を導入していますか。

- |          |
|----------|
| 1. している  |
| 2. していない |

問 1 4-a：電話で 24 時間いつも患者の相談に対応していますか。

- |                       |
|-----------------------|
| 1. 24 時間相談に対応している     |
| 2. 標榜時間内だけ対応している      |
| 3. 標榜時間内でもあまり対応していない  |
| 4. 標榜時間内でもまったく対応していない |

問 1 4-b：[2～4 を選択の場合]

「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」を導入した場合、遠隔医療のシステムを利用して 24 時間いつも患者の相談に対応できるでしょうか。

- |                |
|----------------|
| 1. 24 時間対応できる  |
| 2. 24 時間対応できない |
| 3. わからない       |

問 1 5-a：現在、緊急対応が必要なときに 24 時間いつも患者宅へ往診をしていますか。

- |                  |
|------------------|
| 1. 24 時間往診している   |
| 2. 標榜時間内には往診している |
| 3. 標榜時間内でも往診はしない |



問 15-b : 「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」を導入した場合、緊急対応が必要なときに 24 時間いつも 患者へ往診するでしょうか。

1. 24 時間往診する
2. 24 時間往診はしない
3. わからない
4. その他 [ ]

問 16 : 遠隔医療を導入する場合に、問題となるものは何ですか。あてはまるものすべてに ○をつけてください。

### 医療者側の問題

1. 患者状態を管理し、急変に対応するための人員
2. 患者からの連絡に対応し、診断・相談するための人員
3. 操作内容や機器故障時の苦情対応
4. 機器の導入・維持の費用
5. 機器故障に備えた医療体制の整備
6. その他 [ ]

### 患者側の問題

1. プライバシー保護に関する理解を得ること
2. 本人・家族やヘルパーに操作方法等を習得してもらうこと
3. 費用面についての理解を得ること
4. 住宅内外の通信設備工事に関する理解を得ること
5. 深夜早朝でも遠慮せずに連絡・相談してもらうこと
6. 医療者側からの緊急連絡（例：テレメトリによる身体に異状があった場合）に備え、常に応答可能でいてもらうこと
7. その他 [ ]

問 17 : 遠隔医療を導入・活用することによって、

1. 医師が訪問するようになる
2. あまり変わらない
3. 医師が訪問しなくなる
4. わからない

図Q：近年の病院死・在宅死の推移を示したものです。前述の図Eに示したとおり、在宅死の割合は下降を続けていましたが、在宅療養支援診療所の創設などを経て、近年は上昇の傾向にあります。

## 病院での死亡率と在宅での死亡率

	.....	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年
病院での死亡率	↗	78.9%	↗ 79.6%	↗ 79.8%	↘ 79.7%	↘ 79.4%
在宅での死亡率	↘	14.9%	↘ 14.5%	↘ 14.4%	↗ 14.5%	↗ 14.9%

出典：人口動態統計

図Q

問18：遠隔医療を導入・活用することによって、在宅で人生の終焉を迎えることがより実現しやすくなると思いますか。

1. 実現しやすくなる
2. あまり変わらない
3. かえって実現しにくくなる
4. わからない

問19：回答者ご自身について、以下の項目にお答えください。

なお、施設種別は必ずお書きください。

施設種別 (必須)	臨床研修指定病院	その他の病院
	訪問看護ステーション	在宅療養支援診療所
医療機関名		
診療科		

問20：ご自身の生の終わりを迎える理想の場所として、どこを希望されますか。

1. 居宅	2. 病院	3. 介護療養施設等
-------	-------	------------

～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。～

## 『在宅医療における遠隔医療の適正な利用に関する調査研究』

### アンケート調査ご協力をお願い

『遠隔医療の概念整理と遠隔連携に関する研究』は、今後の少子・高齢社会における老化・がん末期・難病をはじめとした在宅療養を行う方々に対して、「治す医療」から「支える医療」への転換に必要な、遠隔医療の概念整理と適正な位置付けを見出すことを目的とします。

そこで、在宅医療の適応となる方々が希望する生き方に沿った説明と医療・介護の提供が、遠隔医療を通じて各医療・介護職種間において適正に行われるか否かを検証するために行われるものです。

皆様には、図表を参照のうえ内容をご理解頂き、以下の順序にしたがって各設問にお答え頂きたいようお願い申し上げます。

#### 本調査の流れ

【現状把握】：医療や介護を取り巻く情勢について

↓

【問題点】：現状に即した説明や医療・介護の提供に関する問題点

↓

【対策】：現状把握・問題点に対する、遠隔医療の適応について考えます。

《注》在宅医療の適応者は「疾病・傷病による通院困難者」であり、外来通院可能な人は含まれません。ただし、末期がん・高度認知症は歩行可能でも在宅医療の適応です。

《注》設問中の“**主治医**”については、ご自身の所属している病院の医師についてお答え下さい。

《注》訪問看護ステーションの方は、最も密に連携をとっている**在宅療養支援診療所**の医師についてお答え下さい。

【調査票配布対象先】

- ①病院 [臨床研修指定病院等]
- ②在宅療養支援診療所 [全国在宅療養支援診療所連絡会]
- ③訪問看護ステーション [上記と連携を行なう訪問看護ステーション]

【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、**3月27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

「在宅医療における遠隔医療の適正な利用に関する調査研究」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：doctork@oushin-sendai.jp 仙台往診クリニックホームページ：http://www.oushin-sendai.jp/
---

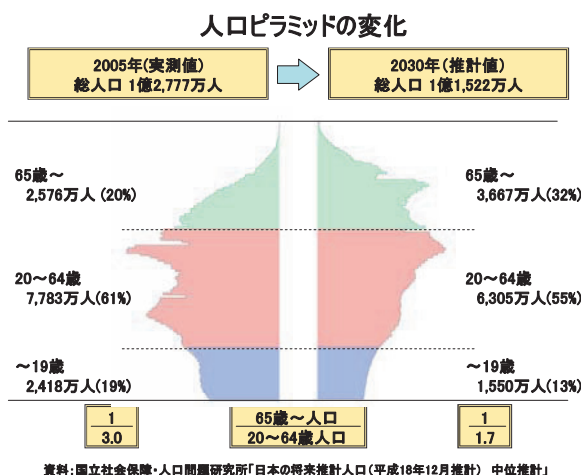
【アンケートご記入にあたってのお願い】

自由記載の欄は、なるべく詳細にお願いいたします。

## 【現状把握】

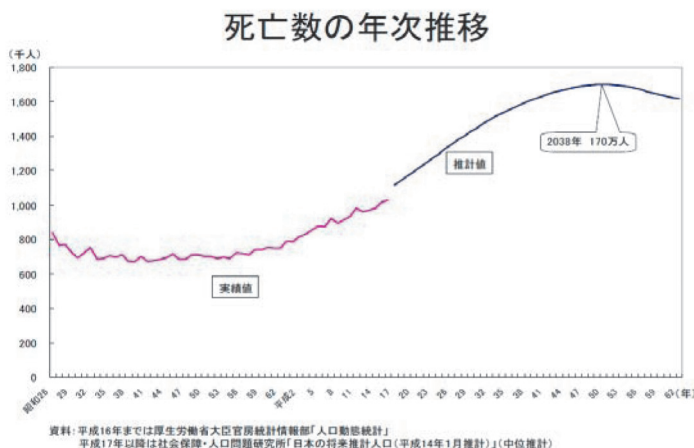
以下は、わが国の医療と死をとりまく現状について図で示したものです。

図A：わが国の人口ピラミッドです。現在、65才以上の人口と、20才から64才までの人口の比率は1：3.0です。高齢者1人を、3人（例：配偶者・家族・医療職・介護職など）で支えることができます。しかし2030年には1：1.7にまで縮小します。高齢者を支える側が圧倒的に少なくなり、介護力の低下が心配されます。



図A

図B：総死亡者数は年々増加し、高齢者が占める割合も増加します。2008年は114万人が亡くなりました。2038年には現在の約1.5倍、170万人が死亡する時代が訪れます。



図B

図C：いずれは誰しものが最期を迎える時期が来ます。最期を迎える場所として、在宅酸素の患者の65.4%が居宅を希望しています。また、在宅胃瘻経管栄養：79.5%、在宅人工呼吸器：73.3%、在宅中心静脈栄養：68.4%となっています。

在宅医療を行っている主治医のうち、77.6%が「この人たちが最期を迎えるのは居宅が良い」と考えています（厚生労働省：在宅療法の普及及び技術評価に係る調査委員会報告書）。

対象となった主治医・療養者は、ともにかつては病院医・入院患者であり、今は在宅医・在宅療養者となった人たちです。すなわち、下記は病院と在宅双方のメリットとデメリットを知っている人たちの選択結果であるということです。

### 生の終わりを迎える理想の場所

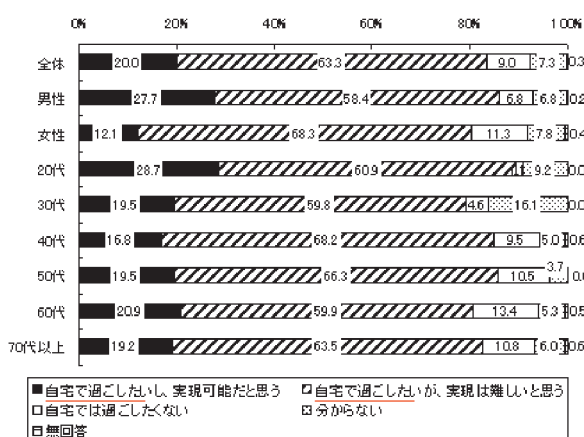
	全体	病院	施設	居宅	無回答
在宅酸素	159 100	36 22.6	3 1.9	104 65.4%	20 12.6
在宅胃瘻経管栄養	117 100	14 12.0	2 1.7	93 79.5%	10 8.5
在宅人工呼吸器	45 100	7 15.6	—	33 73.3%	5 11.1
在宅中心静脈栄養	38 100	6 15.8	—	26 68.4%	7 18.4
主治医	67 100	3 4.5	1 1.5	52 77.6%	13 19.4

図C

図D：がん療養者の80%以上が「余命が限られているなら自宅で過ごしたい」と思っています。しかし60%は希望が叶わないだろうと思っています。

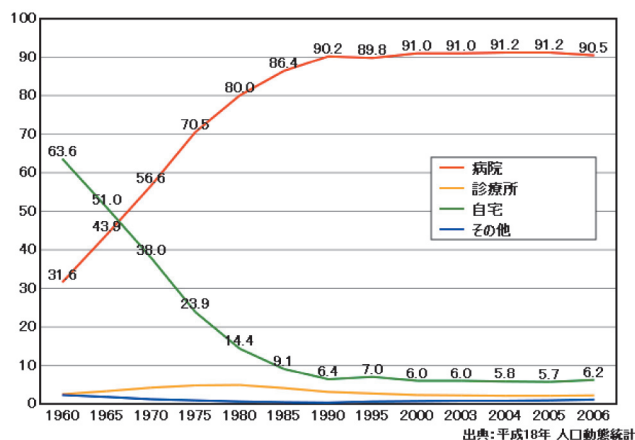
図E：がん死の90%以上は病院死です（全ての死因全体では病院死は約80%です）。

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)



図D

死亡場所の年次推移(悪性新生物, %)



図E

以上のことを踏まえ、次ページからの問いにお答えください。

## 【問題点】

図 F : ICF (国際生活機能分類 : International Classification of Functioning, Disability and Health) は、人間の生活機能と障害の分類法として、WHO が 2001 年に提唱した新しい概念です。

これまでの WHO 国際疾病分類 (ICD) や WHO 国際障害分類 (ICIDH) が、疾病・障害といったマイナス面を分類するという考え方が中心であったのに対し、ICF は、生活機能 (人が「生きること」そのもの) というプラス面からみるように視点を転換し、さらに環境因子等の観点を加えたことが特徴となっています。

ICD・ICIDH によって心身機能を分析し改善を図るのみならず、ICF の考え方に基づき本人の生き方と環境を把握し、生活すべてを支えることが、今後の医療に求められています。

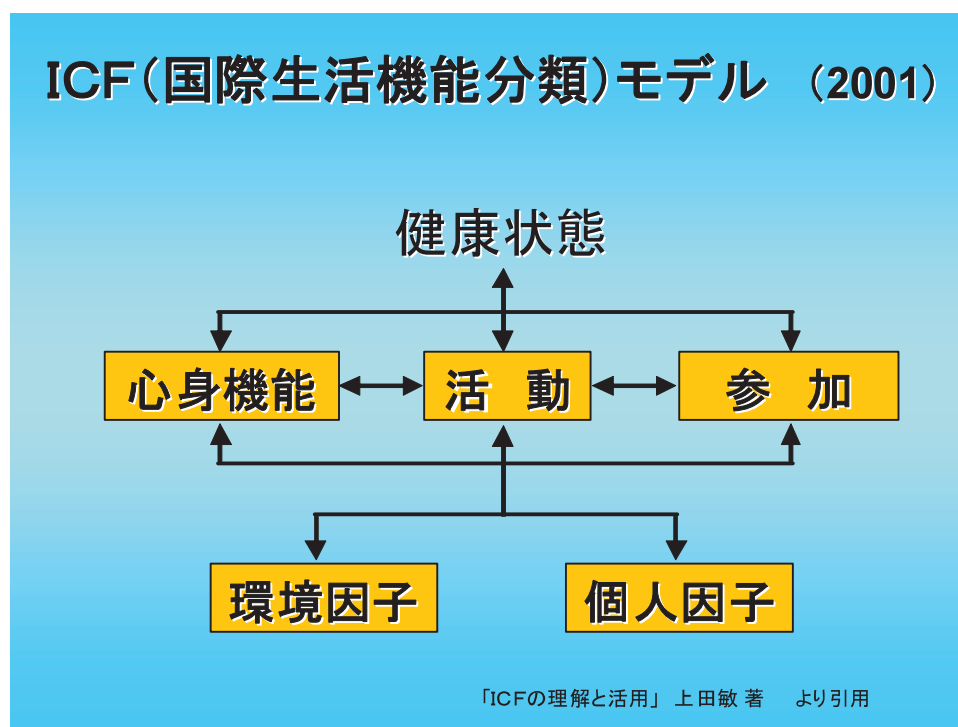


図 F

問 1 : ICF を

1. 知っている

2. 聞いたことはある

3. 知らない

図 G・H : WHO による健康達成度の総合評価は日本が世界一位です。しかし、老化・末期がん・難病などによる重度障害者等のような、身体的に“健康な状態”に達することのできない「治す医療の限界」にある人には、「治すための支援」だけでなく ICF を踏まえた「生き方の支援」が必要です。

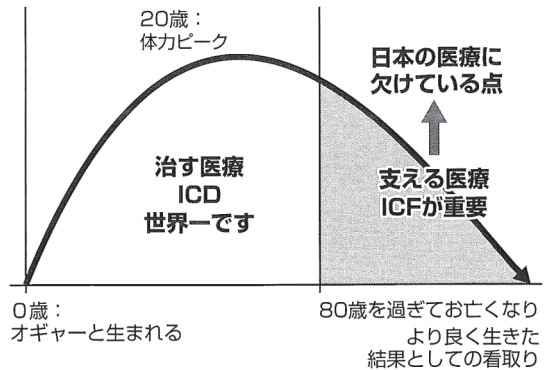
### 日本の医療制度の国際的評価はトップクラス

健康達成度総合評価は第 1 位・医療費は 18 位

	世界保健機構 (WHO)		経済協力開発機構 (OECD)
	健康達成度の総合評価	平等性	GDP に占める医療費の割合 1998 年
日本	1 位	3 位	18 位
ドイツ	14 位	20 位	3 位
アメリカ	15 位	32 位	1 位

(出所)WHO「World Health Report 2000」  
OECD「Health Data 2000」を基とする

図 G



『「家での看取り」を支えるための医療者の心構えとシステム』  
地域連携 network 2009.1

図 H

問 2 : ICF を踏まえた「生き方の支援」は、現在整備されていると思いますか。

- |            |              |               |
|------------|--------------|---------------|
| 1. 整備されている | 2. あまり十分ではない | 3. まったく不十分である |
|------------|--------------|---------------|

問 3 : 主治医は患者が安心して生活できる ICF のような「生き方の支援」に関する説明を

- |         |                     |                      |
|---------|---------------------|----------------------|
| 1. している | 2. どちらかというとして<br>いる | 3. どちらかというとして<br>いない |
|---------|---------------------|----------------------|



図 I・J：「主治医は在宅医療について知識や理解があると思いますか」という質問に対して、臨床研修指定病院の連携室による評価では 75%、がんセンターの医師による自己評価では 70%が、「あまり知らない」という結果でした。

**臨床研修指定病院 地域連携室**

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)

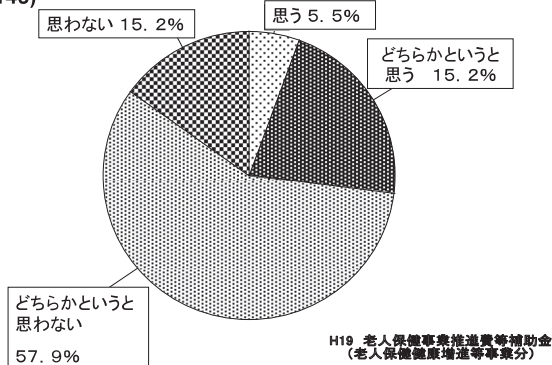


図 I

**がんセンター・成人病センター  
臨床医**

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)

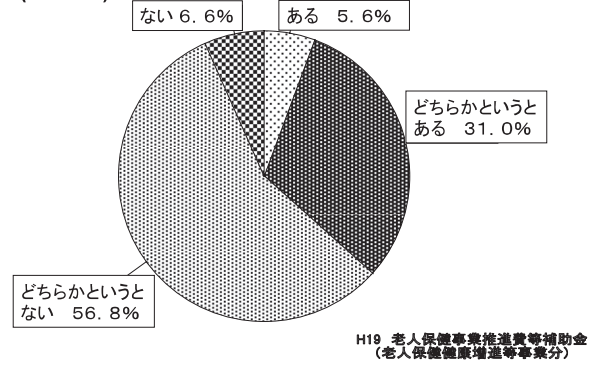


図 J

問 4：ICF のように「患者が安心して生活できる」説明をするときに、在宅医療に関する説明は

1. 必要である	2. 場合による	3. 必要ない
----------	----------	---------

問 5：在宅医療についての情報源として、もっともよくあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1. 社会保険事務所や行政からの、広報資料などによる紹介
2. 障害者団体など、当事者団体からの情報提供
3. その他の各種媒体（雑誌、新聞、インターネットなど）から
4. 診療・サービス提供を行なった患者・家族から
5. 各種介護保険事業所からの情報提供
6. 在宅療養支援診療所からの情報提供
7. その他（ <span style="float: right;">）</span>

- 在宅療養支援診療所の方 → 図 L の説明にお進み下さい。
- それ以外の方 → 図 K の説明にお進み下さい。

図 K : 在宅医療を担う『在宅療養支援診療所』という制度があります。24 時間対応体制・居宅での看取り・介護との連携等の要件を満たした診療所で、現在全国に約 12,000ヶ所あります。

在宅療養支援拠点イメージ

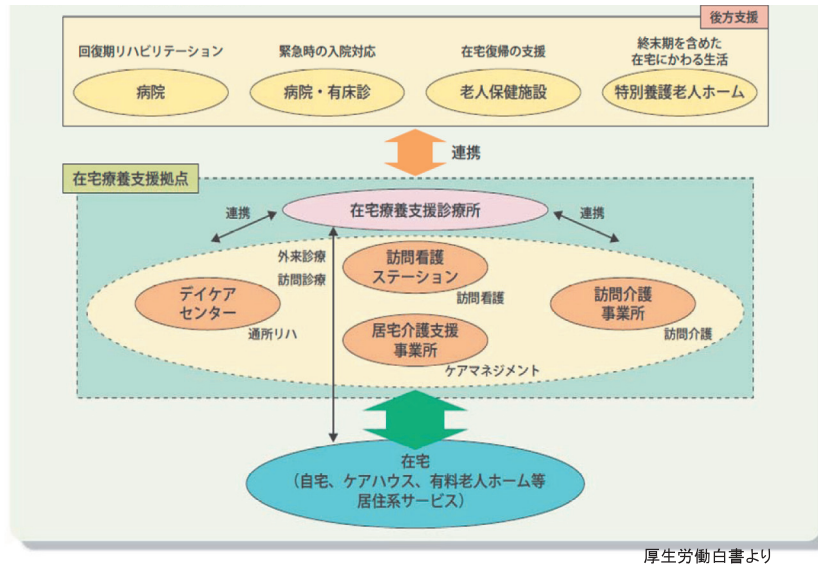


図 K

問 6 : **主治医は**在宅療養支援診療所について

- |            |               |         |
|------------|---------------|---------|
| 1. よく知っている | 2. 名称だけは知っている | 3. 知らない |
|------------|---------------|---------|

図 L : 個々の在宅療養支援診療所の質や規模によって異なりますが、在宅では以下の医療が可能です。

<p><b>【在宅医療ができること】</b></p> <p>検査：採血・検尿・血液ガス・超音波検査・気管支鏡・内視鏡・X線撮影・呼吸機能測定</p> <p>処置：在宅人工呼吸器・中心静脈栄養・酸素吸入・胃瘻・輸血・緩和ケア・抗生剤等点滴</p>
<p><b>【在宅医療でできないこと】</b></p> <p>全身麻酔を伴う手術・CT/MRI 検査・放射線治療等</p>

図 L

問 7 : **主治医は**これらの内容を

- |            |             |         |
|------------|-------------|---------|
| 1. よく知っている | 2. 一部しか知らない | 3. 知らない |
|------------|-------------|---------|

図M：心身障害者手帳が交付されると、対象者には以下のような日常生活用具が給付されます。収入によっては、心身障害者医療費助成で医療費の減免措置（医療費が全額戻る場合）があります。

### S市における給付用具の例

日常生活用具の給付対象者および品目

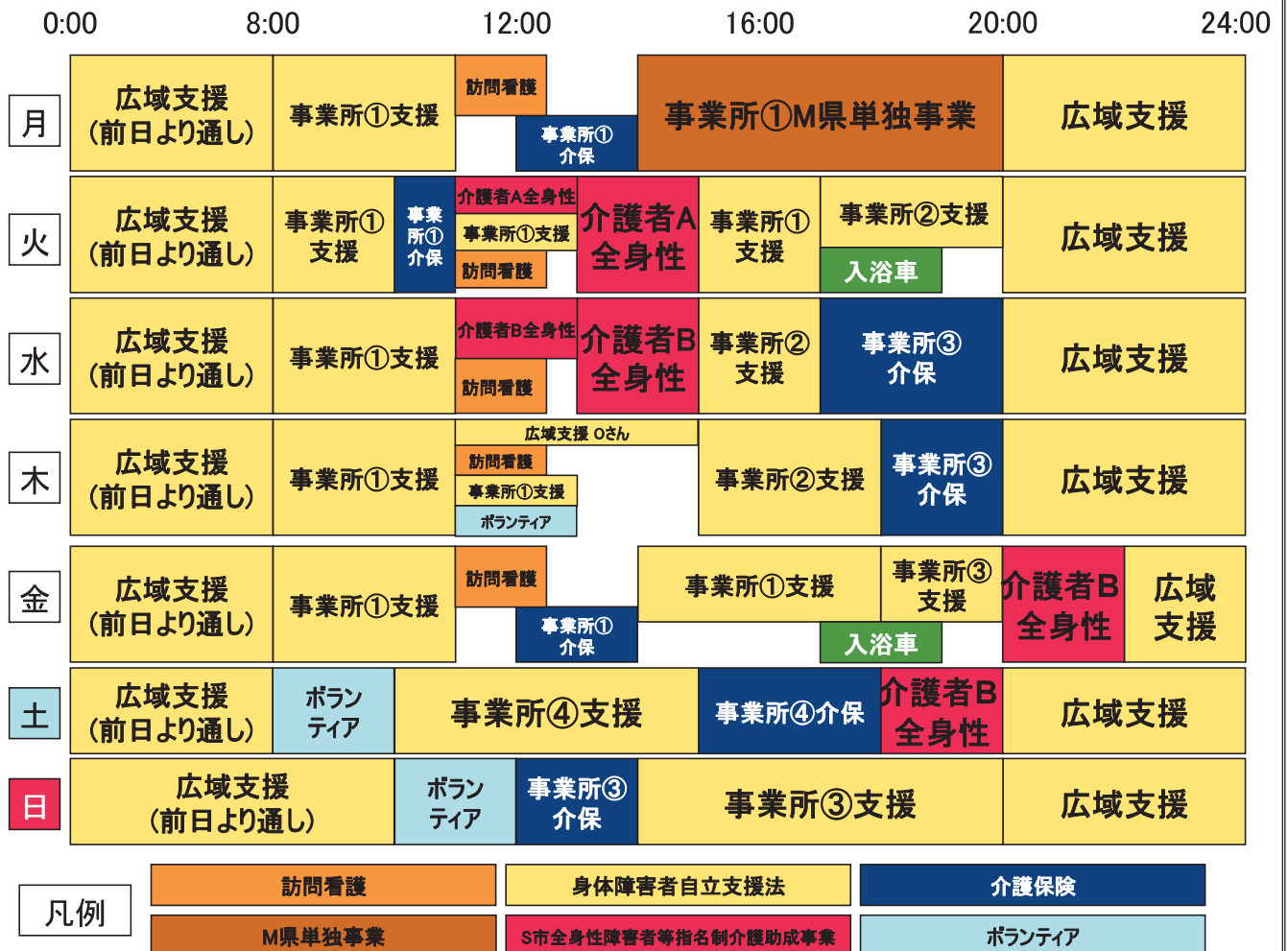
障害種別	給付品目
視覚障害	盲人用テープレコーダー、盲人用時計（触読式・音声式）、盲人用タイムスイッチ、点字タイプライター、盲人用電卓、電磁調理器、盲人用体温計（音声式）、盲人用体重計、視覚障害者用拡大読書器、点字ディスプレイ、視覚障害者用活字文書読み上げ装置
聴覚障害	聴覚障害者用屋内信号装置（サウンドマスター、聴覚障害者用目覚時計、聴覚障害者用屋内信号灯を含む。）、聴覚障害者用通信装置、聴覚障害者用情報受信装置
下肢・体幹機能障害	浴槽（湯沸し器を含む）、便器、特殊マット、エアークッション、特殊寝台、特殊尿器、入浴担架、体位変換器、入浴補助用具、移動用リフト、歩行支援用具、居宅生活動作補助用具（住宅改修費） ※18歳未満のみ 訓練いす、訓練ベッド
上肢機能障害（一部言語機能障害を含む）	特殊便器、パーソナルコンピュータ
両上下肢・言語障害	重度障害者用意思伝達装置、携帯用会話補助装置
腎臓機能障害	透析液加温器
呼吸器機能障害	酸素ボンベ運搬車、ネブライザー、電気式たん吸引器
各障害者共通	火災警報器、自動消化器
呼吸器機能障害3級以上、若しくは心臓機能障害3級以上の身体障害者であって、医療保険における在宅酸素療法を行う者、または同程度の障害を有する重度の重複障害者であって必要と認められる者	動脈血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター） ※平成15年度より給付開始
知的障害 重度～最重度	特殊マット、特殊便器、頭部保護帽、電磁調理器、火災警報機、自動消化器

※注：色字は18歳以上が対象

図M

図N：身体障害者自立支援法で最大 24 時間 365 日の介護提供を受けることができます。全国で 20 数名の、独居＋全身麻痺＋人工呼吸器装着＋胃瘻栄養の療養者が 24 時間 365 日の他人介護を受けています。もちろんそれ以外の多数の心身障害者も下記のようなサービスを幅広く受けています。

S 市で 24 時間 365 日のサービスを利用されている独居の事例

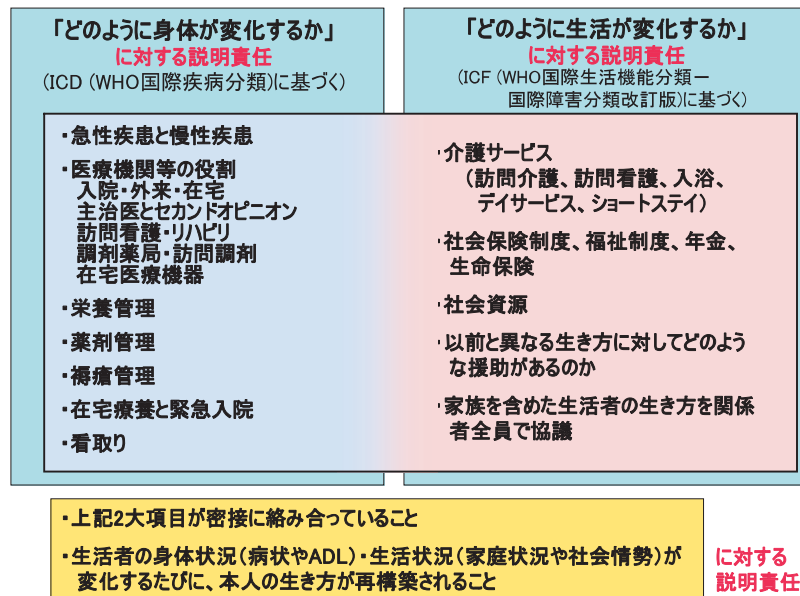


図N

問8：主治医は以上のような制度や 24 時間 365 日の介護提供について

- |                                   |
|-----------------------------------|
| 1. 個々の制度・事業名を具体的に知っている            |
| 2. 何らかの用具給付や 24 時間介護提供が可能なのは知っている |
| 3. 知らない                           |

図〇：退院する患者が生活するためには、退院後の在宅での医療システム・介護システム・社会資源・医療と介護の知識技術教育が欠かせません。



図〇

問9：退院に向けての説明や協議を行なう上で、現在問題となっているものはどれでしょう。あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

- |   |
|---|
| 1. ICDに基づく、疾病・傷病に関する身体情報  |
| 2. ICFに基づく、家族状況・経済状態・社会情勢等に照らし合わせた介護保険・身体障害者自立支援法・福祉制度・生活保護・給付制度・生命保険等の活用に関する生活情報                               |
| 3. 患者・家族との話し合いによる合意   |
| 4. 病院スタッフ（複数の医師・複数の看護師・連携室職員・MSW）との話し合いによる入院中の役割分担と合意   |
| 5. 在宅スタッフ（在宅医・訪問看護師・ケアマネージャー・ホームヘルパー・入浴サービス・行政職員・居宅系グループホーム職員・小規模多機能施設職員・特別養護老人ホーム職員等）との話し合いによる退院後の在宅療養の役割分担と合意 |
| 6. 上記3・4・5を組み合わせた、退院のための全体会議（ケアカンファレンス）に参加し、生活への配慮を話し合う   |

図 P : 在宅医療の適応となる「疾病・傷病による通院困難者」が、病院から退院するときに転帰はどのようになるかを示しています。48.8%は家に帰らず転院しています。

## 臨床研修指定病院 病棟

在宅適用となる退院患者の転帰：回答病棟の総和  
(在宅適用となりうる退院患者の割合が全退院の50%未満である  
病棟 172病棟、1,325退院事例のうち)

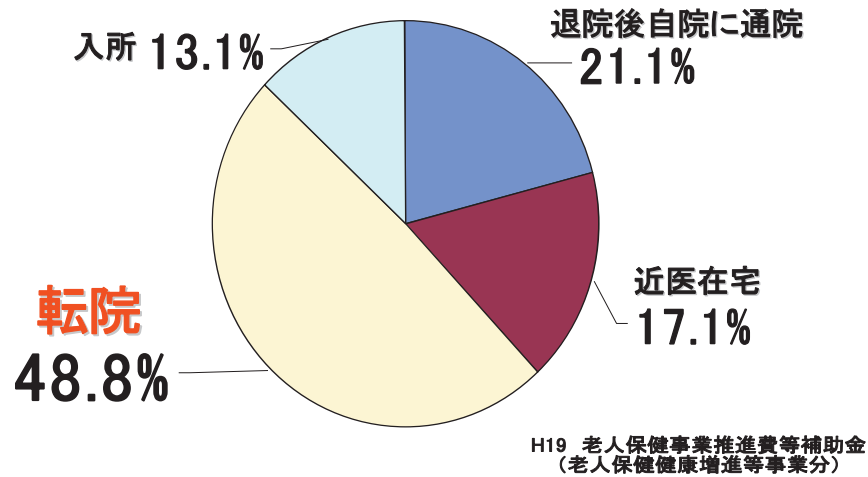


図 P

問 10-a : 問9に示した説明と協議を十分に行なうことで、在宅復帰を推進することができると思いますか。

1. 思う	2. ある程度可能である	3. まったく思わない
-------	--------------	-------------

問 10-b : [3を選択の場合]その理由は何ですか。


問 1 1 : 生き方の支援に関する十分な説明がなされていない場合に、『不十分な説明に基づく意思決定』になってしまう危険性があると思いますか。

1. 思う	2. そうは思わない	3. どちらともいえない
-------	------------	--------------

問 1 2-a : 老化・疾病・事故等により身体は変化します。変化した身体をありのままに認めながら生きてゆける支援をおこなうことが必要となります。60%~80%の国民が『最期まで居宅生活して終焉』を希望しているにもかかわらず、医療者のサプライは病院死が約 80%で、ニーズとサプライのミスマッチが歴然としてあります。この原因はどこにあるのでしょうか。

1. 医療を受ける側で、その後の生き方についての対策や知識に乏しいアマチュアの「患者・家族」に主として問題がある
2. 医療を提供する側で、その後の生き方を変更させることになるプロの「医療者」に主として問題がある
3. 1、2以外にもっと大きな問題がある

問 1 2-b : [2 を選択の場合]プロの医療者がなすべきこととは何でしょうか。


問 1 2-c : [3 を選択の場合]それは何ですか


## 【 対 策 】

現状把握と問題点に対する遠隔医療の適応について考えます。

- ・) 在宅医療の適応となる『疾病・傷病による通院困難者』  
(例：在宅酸素療法、在宅中心静脈栄養など)
- ・) 医療者と患者をつなぐ遠隔医療  
(例：テレビ電話、テレメトリなど)

を対象としてご回答下さい。

問 1 3 : 主治医は現在、診療にあたって遠隔医療を導入していますか。

- |          |
|----------|
| 1. している  |
| 2. していない |

問 1 4-a : 主治医は電話で 24 時間いつも患者の相談に対応していますか。

- |                       |
|-----------------------|
| 1. 24 時間相談に対応している     |
| 2. 標榜時間内だけ対応している      |
| 3. 標榜時間内でもあまり対応していない  |
| 4. 標榜時間内でもまったく対応していない |

問 1 4-b : [2～4 を選択の場合]

主治医は「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」を導入した場合、遠隔医療のシステムを利用して 24 時間いつも患者の相談に対応できるでしょうか。

- |                |
|----------------|
| 1. 24 時間対応できる  |
| 2. 24 時間対応できない |
| 3. わからない       |

問 1 5-a : 主治医は現在、緊急対応が必要なときに 24 時間いつも患者宅へ往診をしていますか。

- |                  |
|------------------|
| 1. 24 時間往診している   |
| 2. 標榜時間内には往診している |
| 3. 標榜時間内でも往診はしない |



問 15-b: **主治医は**「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」を導入した場合、緊急対応が必要なときに 24時間いつも患者へ往診するでしょうか。

1. 24時間往診する
2. 24時間往診はしない
3. わからない
4. その他 [ ]

問 16: 遠隔医療を導入する場合に、問題となるものは何ですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

### 医療者側の問題

1. 患者状態を管理し、急変に対応するための人員
2. 患者からの連絡に対応し、診断・相談するための人員
3. 操作内容や機器故障時の苦情対応
4. 機器の導入・維持の費用
5. 機器故障に備えた医療体制の整備
6. その他 [ ]

### 患者側の問題

1. プライバシー保護に関する理解を得ること
2. 本人・家族やヘルパーに操作方法等を習得してもらうこと
3. 費用面についての理解を得ること
4. 住宅内外の通信設備工事に関する理解を得ること
5. 深夜早朝でも遠慮せずに連絡・相談してもらうこと
6. 医療者側からの緊急連絡（例：テレメトリによる身体に異状があった場合）に備え、常に応答可能でいてもらうこと
7. その他 [ ]

問 17: 遠隔医療を導入・活用することによって、

1. 医師が訪問するようになる
2. あまり変わらない
3. 医師が訪問しなくなる
4. わからない

図Q：近年の病院死・在宅死の推移を示したものです。前述の図Eに示したとおり、在宅死の割合は下降を続けていましたが、在宅療養支援診療所の創設などを経て、近年は上昇の傾向にあります。

## 病院での死亡率と在宅での死亡率

	.....	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年
病院での死亡率	↗	78.9%	↗ 79.6%	↗ 79.8%	↘ 79.7%	↘ 79.4%
在宅での死亡率	↘	14.9%	↘ 14.5%	↘ 14.4%	↗ 14.5%	↗ 14.9%

出典：人口動態統計

図Q

問18：遠隔医療を導入・活用することによって、在宅で人生の終焉を迎えることがより実現しやすくなると思いますか。

1. 実現しやすくなる
2. あまり変わらない
3. かえって実現しにくくなる
4. わからない

問19：回答者ご自身について、以下の項目にお答えください。

**なお、施設種別は必ずお書きください。**

施設種別 (必須)	臨床研修指定病院	その他の病院
	訪問看護ステーション	在宅療養支援診療所
医療機関名		
診療科		

問20：ご自身の生の終わりを迎える理想の場所として、どこを希望されますか。

1. 居宅	2. 病院	3. 介護療養施設等
-------	-------	------------

～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。～

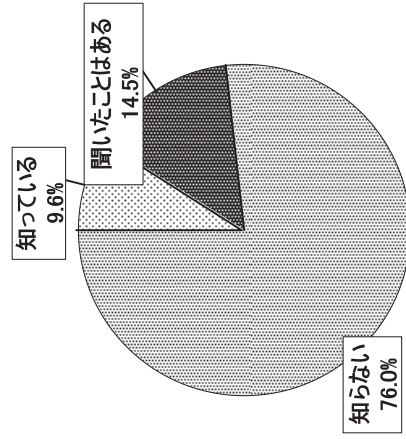
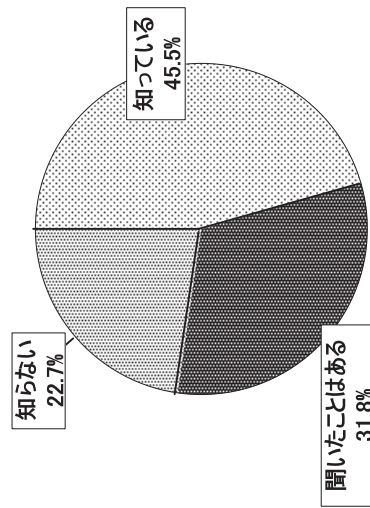
# 問1 ICFを

## 支援診/訪看

## 病院

(n = 22)

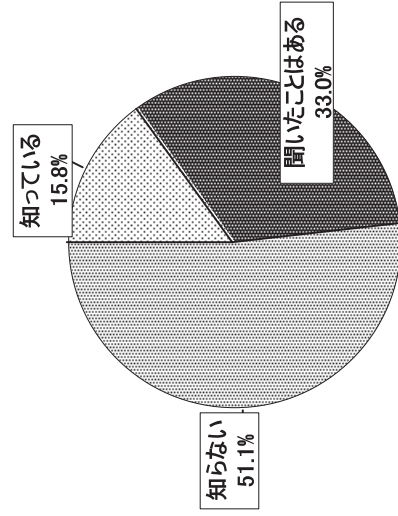
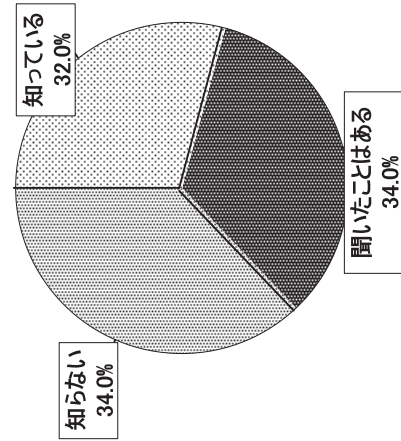
(n = 366)



## 医師

(n = 103)

(n = 669)



## 看護師

## 問2 ICFを踏まえた「生き方の支援」は、現在整備されていますか

	支援診/訪看	病院																
医師	<p>(n = 22)</p> <table border="1"> <tr> <th>Category</th> <th>Percentage</th> </tr> <tr> <td>まったく不十分である</td> <td>50.0%</td> </tr> <tr> <td>あまり十分ではない</td> <td>50.0%</td> </tr> </table>	Category	Percentage	まったく不十分である	50.0%	あまり十分ではない	50.0%	<p>(n = 367)</p> <table border="1"> <tr> <th>Category</th> <th>Percentage</th> </tr> <tr> <td>整備されている</td> <td>0.3%</td> </tr> <tr> <td>まったく不十分である</td> <td>53.1%</td> </tr> <tr> <td>あまり十分ではない</td> <td>46.6%</td> </tr> </table>	Category	Percentage	整備されている	0.3%	まったく不十分である	53.1%	あまり十分ではない	46.6%		
Category	Percentage																	
まったく不十分である	50.0%																	
あまり十分ではない	50.0%																	
Category	Percentage																	
整備されている	0.3%																	
まったく不十分である	53.1%																	
あまり十分ではない	46.6%																	
看護師	<p>(n = 100)</p> <table border="1"> <tr> <th>Category</th> <th>Percentage</th> </tr> <tr> <td>整備されている</td> <td>3.0%</td> </tr> <tr> <td>まったく不十分である</td> <td>37.0%</td> </tr> <tr> <td>あまり十分ではない</td> <td>60.0%</td> </tr> </table>	Category	Percentage	整備されている	3.0%	まったく不十分である	37.0%	あまり十分ではない	60.0%	<p>(n = 664)</p> <table border="1"> <tr> <th>Category</th> <th>Percentage</th> </tr> <tr> <td>整備されている</td> <td>0.5%</td> </tr> <tr> <td>まったく不十分である</td> <td>48.5%</td> </tr> <tr> <td>あまり十分ではない</td> <td>51.1%</td> </tr> </table>	Category	Percentage	整備されている	0.5%	まったく不十分である	48.5%	あまり十分ではない	51.1%
Category	Percentage																	
整備されている	3.0%																	
まったく不十分である	37.0%																	
あまり十分ではない	60.0%																	
Category	Percentage																	
整備されている	0.5%																	
まったく不十分である	48.5%																	
あまり十分ではない	51.1%																	

### 問3 (主治医は)患者が安心して生活できるICFのような「生き方の支援」に関する説明を

	支援診/訪看	病院																
医師	<p>(n = 22)</p> <table border="1"> <tr><th>Category</th><th>Percentage</th></tr> <tr><td>どちらかというとしていない</td><td>18.2%</td></tr> <tr><td>している</td><td>22.7%</td></tr> <tr><td>どちらかというとしている</td><td>59.1%</td></tr> </table>	Category	Percentage	どちらかというとしていない	18.2%	している	22.7%	どちらかというとしている	59.1%	<p>(n = 367)</p> <table border="1"> <tr><th>Category</th><th>Percentage</th></tr> <tr><td>している</td><td>6.3%</td></tr> <tr><td>どちらかというとしていない</td><td>59.1%</td></tr> <tr><td>どちらかというとしている</td><td>34.6%</td></tr> </table>	Category	Percentage	している	6.3%	どちらかというとしていない	59.1%	どちらかというとしている	34.6%
Category	Percentage																	
どちらかというとしていない	18.2%																	
している	22.7%																	
どちらかというとしている	59.1%																	
Category	Percentage																	
している	6.3%																	
どちらかというとしていない	59.1%																	
どちらかというとしている	34.6%																	
看護師	<p>(n = 102)</p> <table border="1"> <tr><th>Category</th><th>Percentage</th></tr> <tr><td>している</td><td>6.9%</td></tr> <tr><td>どちらかというとしていない</td><td>61.8%</td></tr> <tr><td>どちらかというとしている</td><td>31.4%</td></tr> </table>	Category	Percentage	している	6.9%	どちらかというとしていない	61.8%	どちらかというとしている	31.4%	<p>(n = 659)</p> <table border="1"> <tr><th>Category</th><th>Percentage</th></tr> <tr><td>している</td><td>2.1%</td></tr> <tr><td>どちらかというとしていない</td><td>74.5%</td></tr> <tr><td>どちらかというとしている</td><td>23.4%</td></tr> </table>	Category	Percentage	している	2.1%	どちらかというとしていない	74.5%	どちらかというとしている	23.4%
Category	Percentage																	
している	6.9%																	
どちらかというとしていない	61.8%																	
どちらかというとしている	31.4%																	
Category	Percentage																	
している	2.1%																	
どちらかというとしていない	74.5%																	
どちらかというとしている	23.4%																	

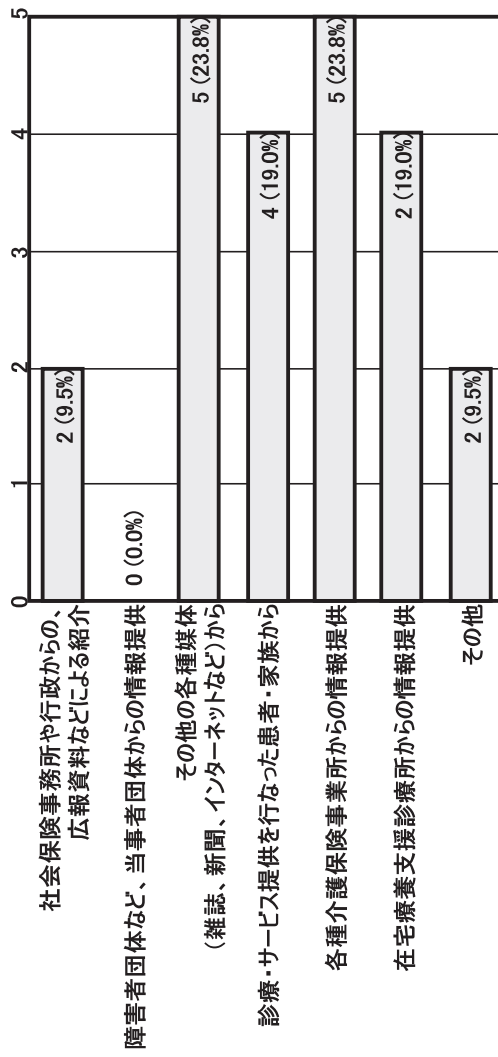
問4 ICFのように「患者が安心して生活できる」説明をするときに、在宅医療に関する説明は

	支援診/訪看	病院										
医師	<p>(n = 22)</p> <table border="1"> <tr><th>必要である</th><td>90.9%</td></tr> <tr><th>場合による</th><td>9.1%</td></tr> </table>	必要である	90.9%	場合による	9.1%	<p>(n = 368)</p> <table border="1"> <tr><th>必要である</th><td>78.5%</td></tr> <tr><th>場合による</th><td>21.2%</td></tr> <tr><th>必要ない</th><td>0.3%</td></tr> </table>	必要である	78.5%	場合による	21.2%	必要ない	0.3%
必要である	90.9%											
場合による	9.1%											
必要である	78.5%											
場合による	21.2%											
必要ない	0.3%											
看護師	<p>(n = 102)</p> <table border="1"> <tr><th>必要である</th><td>90.2%</td></tr> <tr><th>場合による</th><td>9.8%</td></tr> </table>	必要である	90.2%	場合による	9.8%	<p>(n = 666)</p> <table border="1"> <tr><th>必要である</th><td>84.8%</td></tr> <tr><th>場合による</th><td>14.9%</td></tr> <tr><th>必要ない</th><td>0.3%</td></tr> </table>	必要である	84.8%	場合による	14.9%	必要ない	0.3%
必要である	90.2%											
場合による	9.8%											
必要である	84.8%											
場合による	14.9%											
必要ない	0.3%											

# 問5 在宅医療についての情報源

## 支援診/訪看

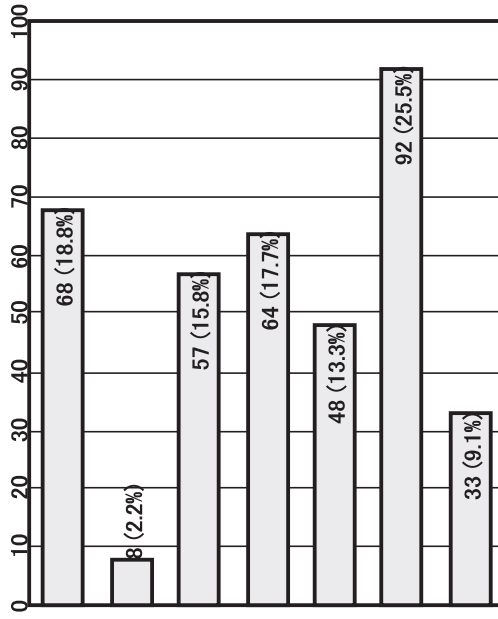
(n = 21)



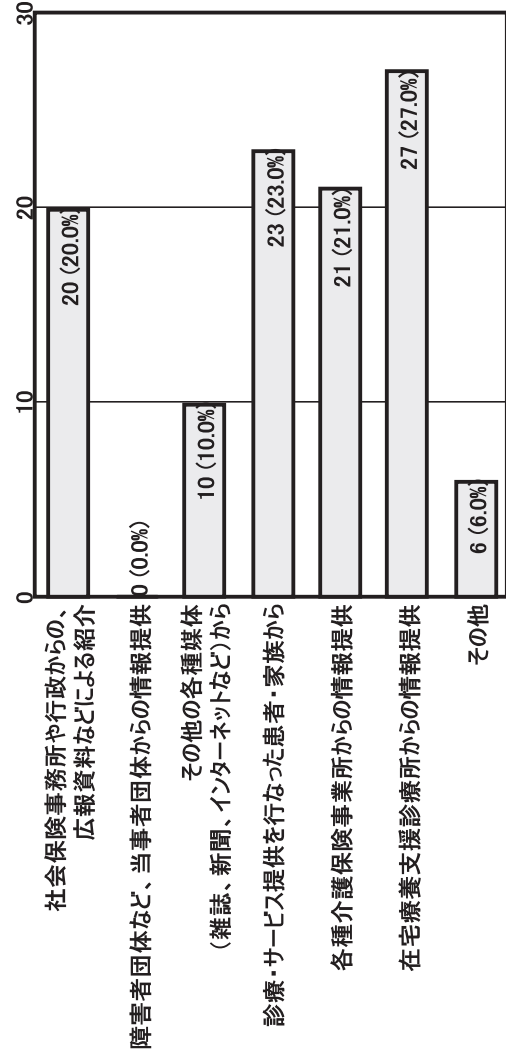
## 医師

## 病院

(n = 361)

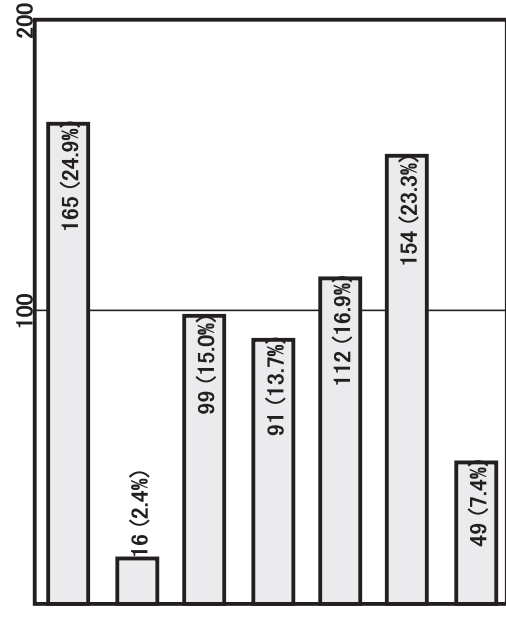


(n = 100)

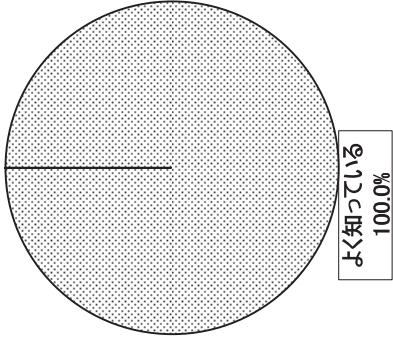
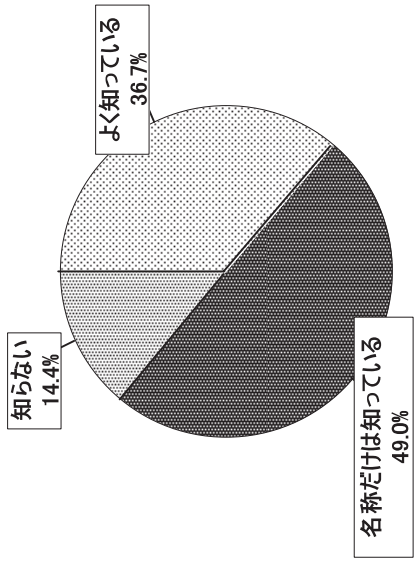
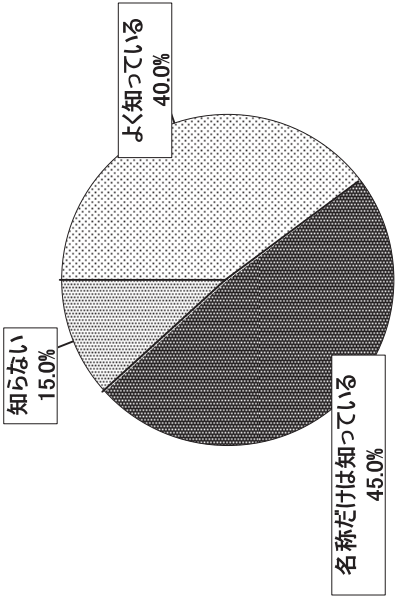
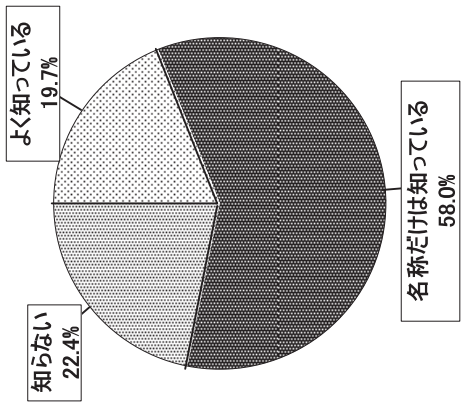


## 看護師

(n = 662)



# 問6 (主治医は)在宅療養支援診療所について

	支援診/訪看	病院
医師	<p>(n = 10)</p>  <p>よく知っている 100.0%</p>	<p>(n = 341)</p>  <p>名称だけは知っている 49.0%</p> <p>よく知っている 36.7%</p> <p>知らない 14.4%</p>
看護師	<p>(n = 80)</p>  <p>名称だけは知っている 45.0%</p> <p>よく知っている 40.0%</p> <p>知らない 15.0%</p>	<p>(n = 595)</p>  <p>名称だけは知っている 58.0%</p> <p>よく知っている 19.7%</p> <p>知らない 22.4%</p>



# 問7 (主治医は)これらの内容(在宅医療のできることを)

	支援診/訪看	病院																
医師	<p>(n = 22)</p> <table border="1"> <tr><th>認知度</th><th>割合</th></tr> <tr><td>よく知っている</td><td>95.5%</td></tr> <tr><td>一部しか知らない</td><td>4.5%</td></tr> <tr><td>知らない</td><td>0%</td></tr> </table>	認知度	割合	よく知っている	95.5%	一部しか知らない	4.5%	知らない	0%	<p>(n = 294)</p> <table border="1"> <tr><th>認知度</th><th>割合</th></tr> <tr><td>よく知っている</td><td>31.3%</td></tr> <tr><td>一部しか知らない</td><td>50.0%</td></tr> <tr><td>知らない</td><td>18.7%</td></tr> </table>	認知度	割合	よく知っている	31.3%	一部しか知らない	50.0%	知らない	18.7%
認知度	割合																	
よく知っている	95.5%																	
一部しか知らない	4.5%																	
知らない	0%																	
認知度	割合																	
よく知っている	31.3%																	
一部しか知らない	50.0%																	
知らない	18.7%																	
看護師	<p>(n = 78)</p> <table border="1"> <tr><th>認知度</th><th>割合</th></tr> <tr><td>よく知っている</td><td>42.3%</td></tr> <tr><td>一部しか知らない</td><td>47.4%</td></tr> <tr><td>知らない</td><td>10.3%</td></tr> </table>	認知度	割合	よく知っている	42.3%	一部しか知らない	47.4%	知らない	10.3%	<p>(n = 505)</p> <table border="1"> <tr><th>認知度</th><th>割合</th></tr> <tr><td>よく知っている</td><td>22.8%</td></tr> <tr><td>一部しか知らない</td><td>66.1%</td></tr> <tr><td>知らない</td><td>11.1%</td></tr> </table>	認知度	割合	よく知っている	22.8%	一部しか知らない	66.1%	知らない	11.1%
認知度	割合																	
よく知っている	42.3%																	
一部しか知らない	47.4%																	
知らない	10.3%																	
認知度	割合																	
よく知っている	22.8%																	
一部しか知らない	66.1%																	
知らない	11.1%																	

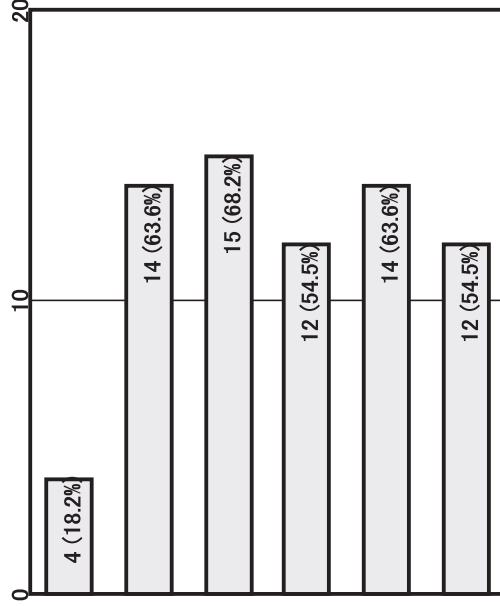
# 問8 (主治医は)以上のような制度や24時間365日の介護提供について

	支援診/訪看	病院																
<p style="text-align: center;"><b>医師</b></p>	<p style="text-align: center;">(n = 21)</p> <table border="1"> <caption>医師 (n = 21) の認知状況</caption> <thead> <tr> <th>認知状況</th> <th>割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>何らかの用具給付や24時間介護提供が可能なのは知っている</td> <td>47.6%</td> </tr> <tr> <td>個々の制度・事業名を具体的に知っている</td> <td>38.1%</td> </tr> <tr> <td>知らない</td> <td>14.3%</td> </tr> </tbody> </table>	認知状況	割合	何らかの用具給付や24時間介護提供が可能なのは知っている	47.6%	個々の制度・事業名を具体的に知っている	38.1%	知らない	14.3%	<p style="text-align: center;">(n = 364)</p> <table border="1"> <caption>病院 (n = 364) の認知状況</caption> <thead> <tr> <th>認知状況</th> <th>割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>何らかの用具給付や24時間介護提供が可能なのは知っている</td> <td>59.9%</td> </tr> <tr> <td>知らない</td> <td>35.7%</td> </tr> <tr> <td>個々の制度・事業名を具体的に知っている</td> <td>4.4%</td> </tr> </tbody> </table>	認知状況	割合	何らかの用具給付や24時間介護提供が可能なのは知っている	59.9%	知らない	35.7%	個々の制度・事業名を具体的に知っている	4.4%
認知状況	割合																	
何らかの用具給付や24時間介護提供が可能なのは知っている	47.6%																	
個々の制度・事業名を具体的に知っている	38.1%																	
知らない	14.3%																	
認知状況	割合																	
何らかの用具給付や24時間介護提供が可能なのは知っている	59.9%																	
知らない	35.7%																	
個々の制度・事業名を具体的に知っている	4.4%																	
<p style="text-align: center;"><b>看護師</b></p>	<p style="text-align: center;">(n = 99)</p> <table border="1"> <caption>看護師 (n = 99) の認知状況</caption> <thead> <tr> <th>認知状況</th> <th>割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>何らかの用具給付や24時間介護提供が可能なのは知っている</td> <td>58.6%</td> </tr> <tr> <td>知らない</td> <td>33.3%</td> </tr> <tr> <td>個々の制度・事業名を具体的に知っている</td> <td>8.1%</td> </tr> </tbody> </table>	認知状況	割合	何らかの用具給付や24時間介護提供が可能なのは知っている	58.6%	知らない	33.3%	個々の制度・事業名を具体的に知っている	8.1%	<p style="text-align: center;">(n = 641)</p> <table border="1"> <caption>病院 (n = 641) の認知状況</caption> <thead> <tr> <th>認知状況</th> <th>割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>何らかの用具給付や24時間介護提供が可能なのは知っている</td> <td>67.7%</td> </tr> <tr> <td>知らない</td> <td>27.5%</td> </tr> <tr> <td>個々の制度・事業名を具体的に知っている</td> <td>4.8%</td> </tr> </tbody> </table>	認知状況	割合	何らかの用具給付や24時間介護提供が可能なのは知っている	67.7%	知らない	27.5%	個々の制度・事業名を具体的に知っている	4.8%
認知状況	割合																	
何らかの用具給付や24時間介護提供が可能なのは知っている	58.6%																	
知らない	33.3%																	
個々の制度・事業名を具体的に知っている	8.1%																	
認知状況	割合																	
何らかの用具給付や24時間介護提供が可能なのは知っている	67.7%																	
知らない	27.5%																	
個々の制度・事業名を具体的に知っている	4.8%																	

# 問9 退院に向けての説明や協議を行なう上で、現在問題となっているもの

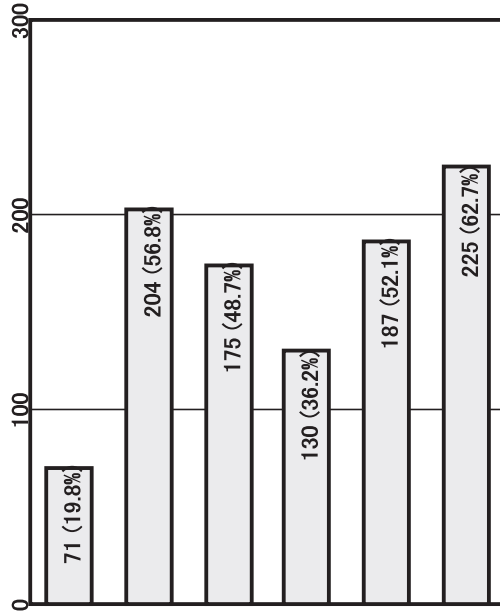
## 支援診/訪看

(n = 22)



## 病院

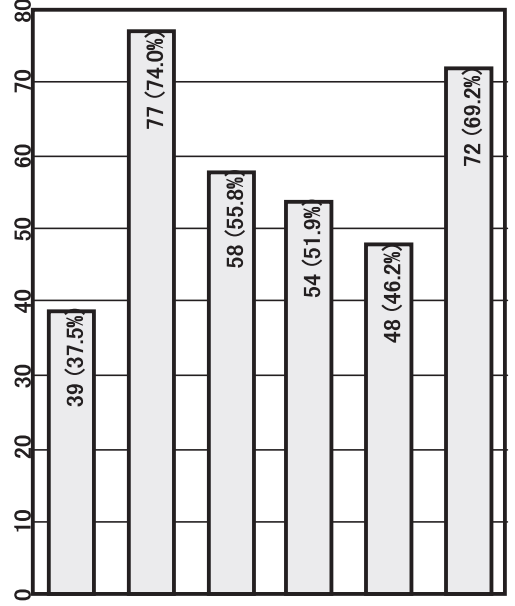
(n = 359)



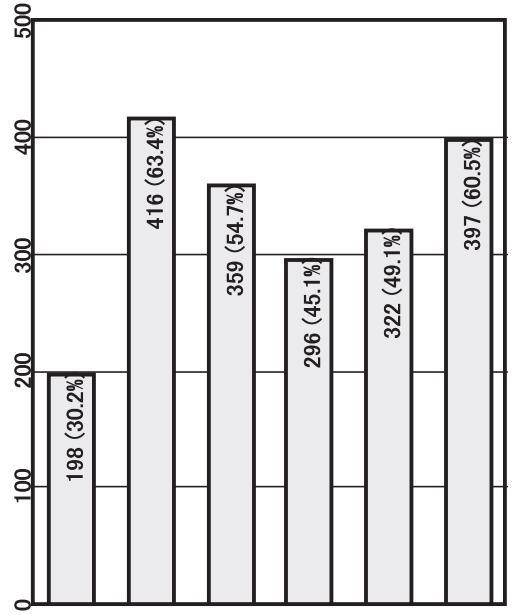
## 医師

## 看護師

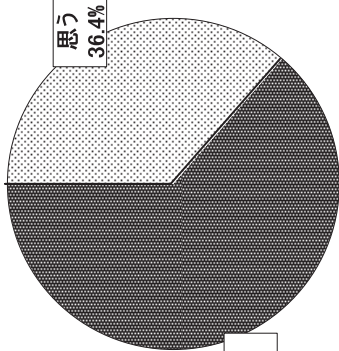
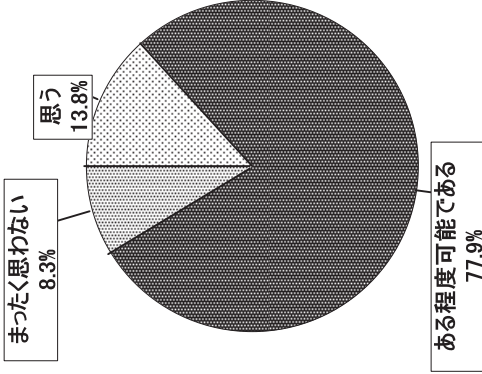
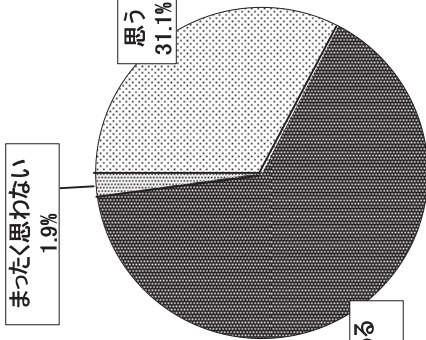
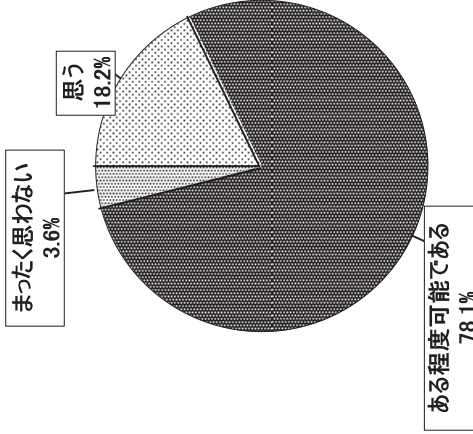
(n = 104)



(n = 656)



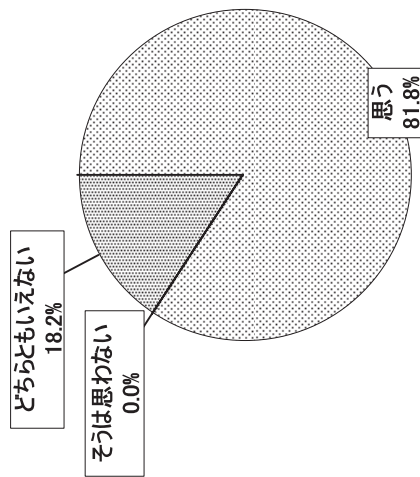
問10-a 問9に示した説明と協議を十分に行なうことで、在宅復帰を推進することができますか

	支援診/訪看	病院																
<p>医師</p>	<p>(n = 22)</p>  <table border="1"> <tr><th>Category</th><th>Percentage</th></tr> <tr><td>ある程度可能である</td><td>63.6%</td></tr> <tr><td>思う</td><td>36.4%</td></tr> <tr><td>まったく思わない</td><td>1.9%</td></tr> </table>	Category	Percentage	ある程度可能である	63.6%	思う	36.4%	まったく思わない	1.9%	<p>(n = 362)</p>  <table border="1"> <tr><th>Category</th><th>Percentage</th></tr> <tr><td>ある程度可能である</td><td>77.9%</td></tr> <tr><td>思う</td><td>13.8%</td></tr> <tr><td>まったく思わない</td><td>8.3%</td></tr> </table>	Category	Percentage	ある程度可能である	77.9%	思う	13.8%	まったく思わない	8.3%
Category	Percentage																	
ある程度可能である	63.6%																	
思う	36.4%																	
まったく思わない	1.9%																	
Category	Percentage																	
ある程度可能である	77.9%																	
思う	13.8%																	
まったく思わない	8.3%																	
<p>看護師</p>	<p>(n = 103)</p>  <table border="1"> <tr><th>Category</th><th>Percentage</th></tr> <tr><td>ある程度可能である</td><td>67.0%</td></tr> <tr><td>思う</td><td>31.1%</td></tr> <tr><td>まったく思わない</td><td>1.9%</td></tr> </table>	Category	Percentage	ある程度可能である	67.0%	思う	31.1%	まったく思わない	1.9%	<p>(n = 658)</p>  <table border="1"> <tr><th>Category</th><th>Percentage</th></tr> <tr><td>ある程度可能である</td><td>78.1%</td></tr> <tr><td>思う</td><td>18.2%</td></tr> <tr><td>まったく思わない</td><td>3.6%</td></tr> </table>	Category	Percentage	ある程度可能である	78.1%	思う	18.2%	まったく思わない	3.6%
Category	Percentage																	
ある程度可能である	67.0%																	
思う	31.1%																	
まったく思わない	1.9%																	
Category	Percentage																	
ある程度可能である	78.1%																	
思う	18.2%																	
まったく思わない	3.6%																	

問11 生き方の支援に関する十分な説明がなされていない場合に、  
『不十分な説明に基づく意思決定』になってしまう危険性がありますか

支援診/訪看

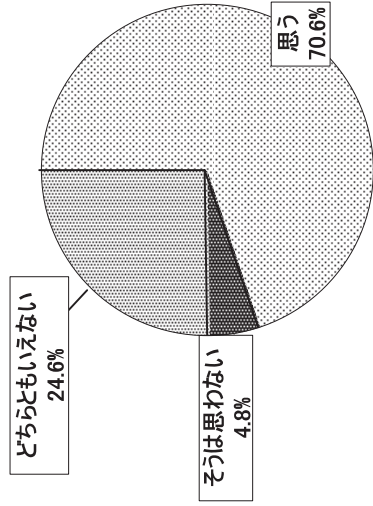
(n = 22)



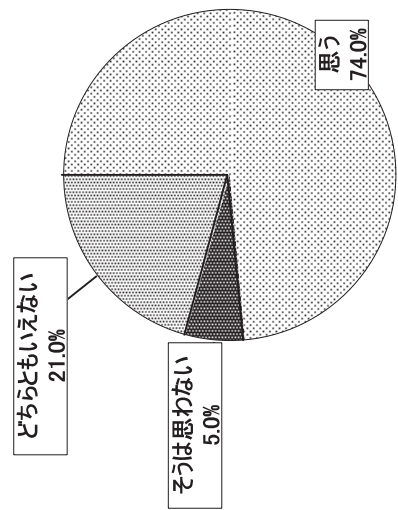
医師

病院

(n = 354)

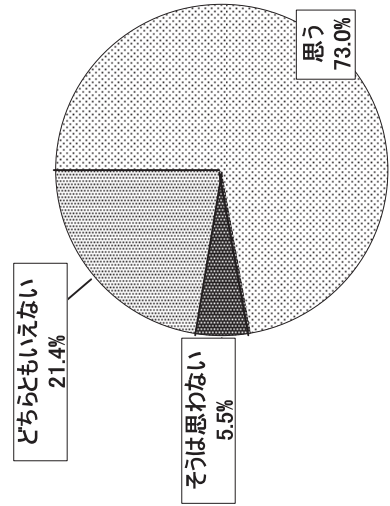


(n = 100)



看護師

(n = 653)

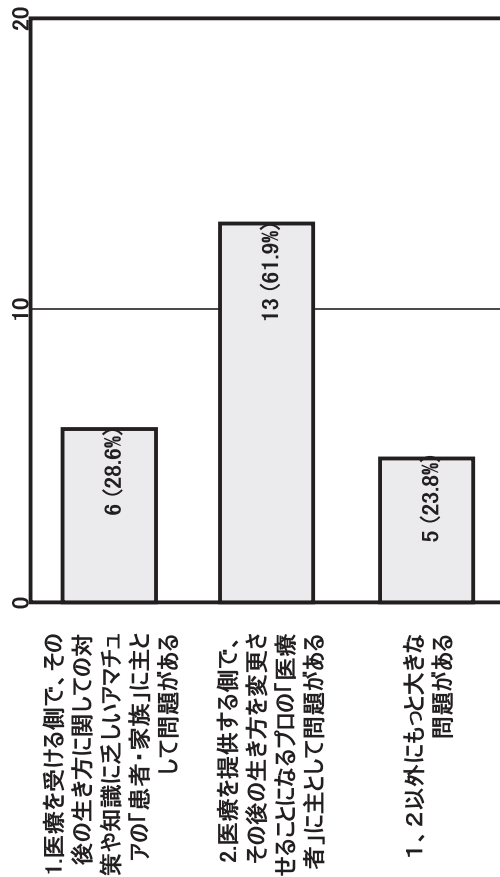


問12-a 60%～80%の国民が『最期まで自宅生活して終焉』を希望しているにもかかわらず、医療者のサプライは病院死が約80%で、ニースとサプライのミスマッチが歴然としてあります。この原因はどこにあるのでしょうか

## 医師

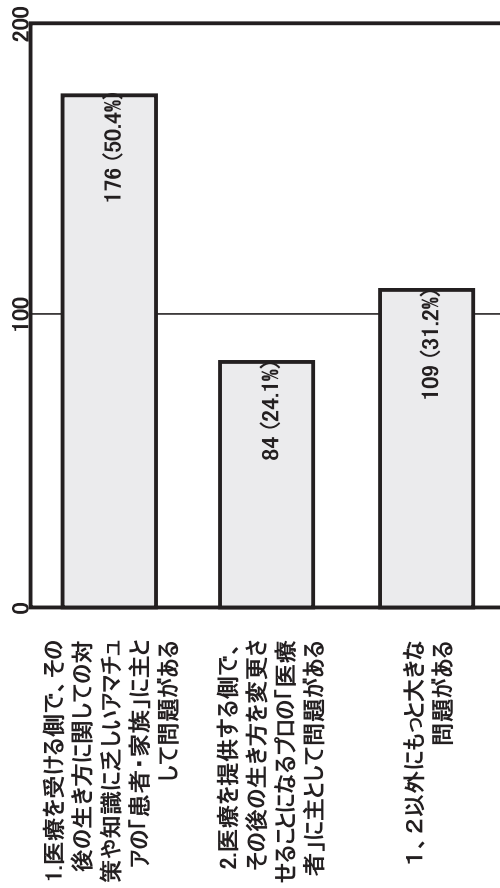
### 支援診/訪看

(n = 21)



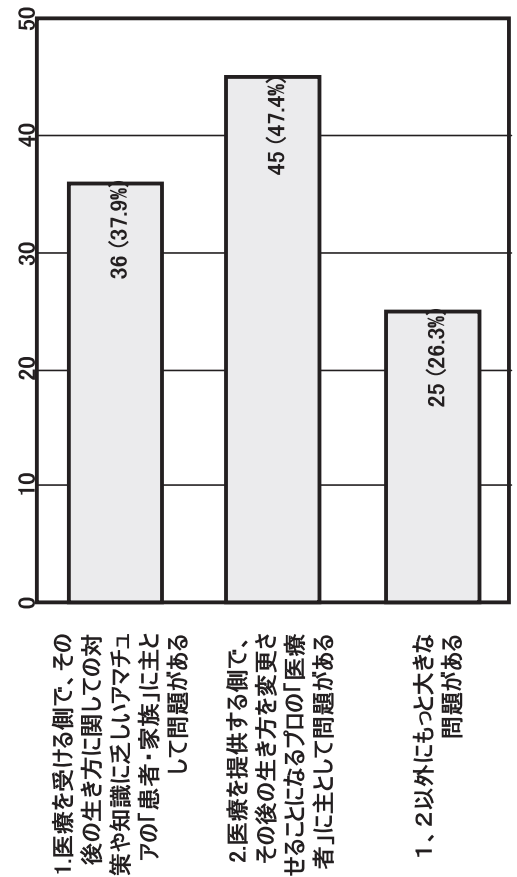
### 病院

(n = 349)

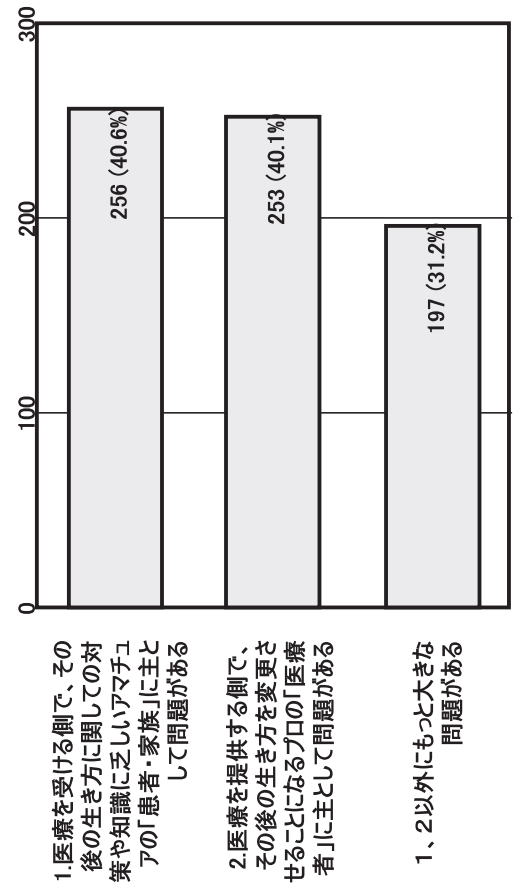


## 看護師

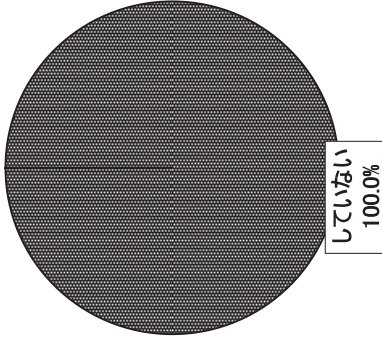
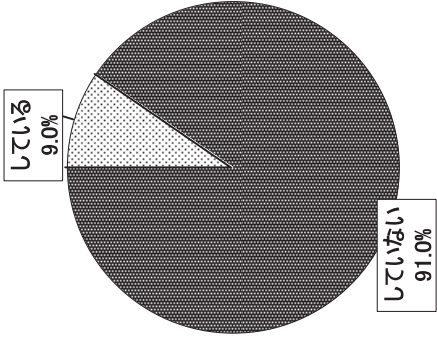
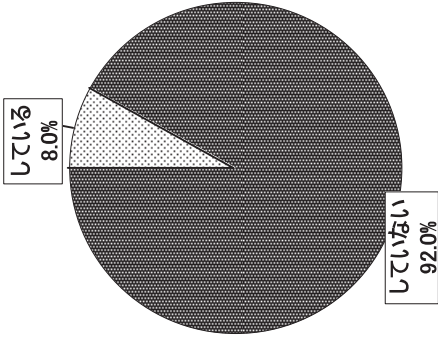
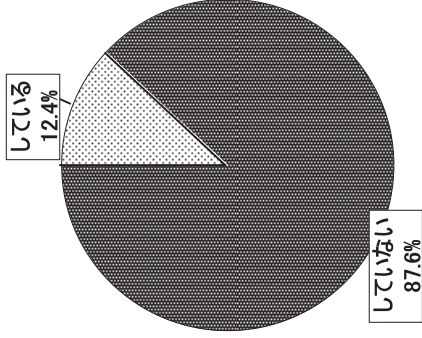
(n = 95)



(n = 631)



# 問13 (主治医は)現在、診療にあたって遠隔医療を導入していますか

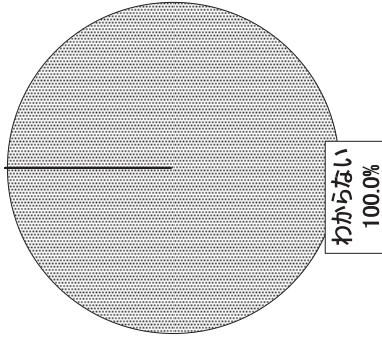
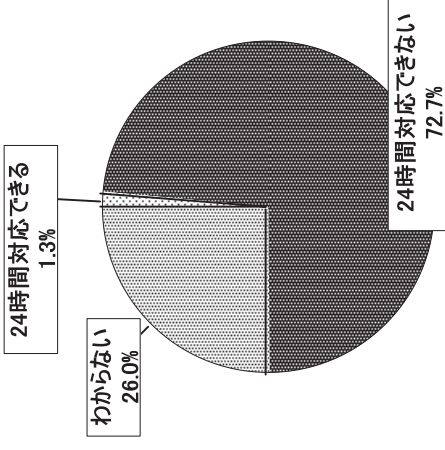
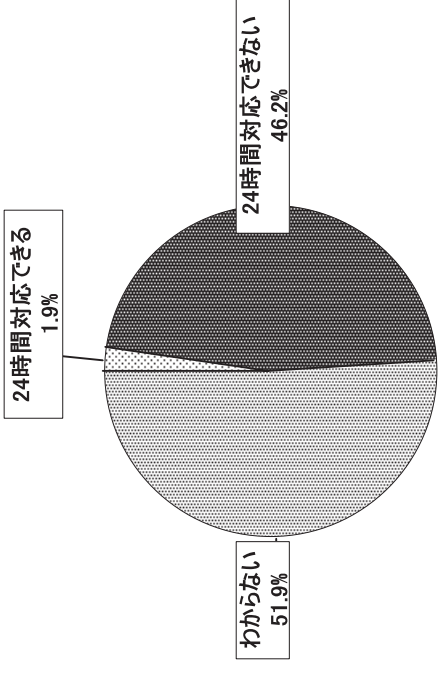
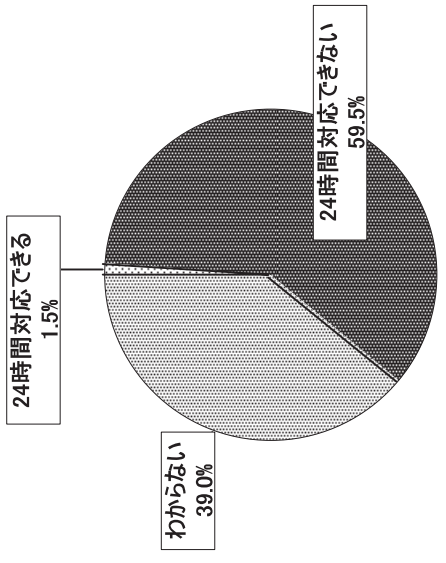
	支援診/訪看	病院
医師	<p>(n = 22)</p>  <p>している 0.0%</p> <p>していない 100.0%</p>	<p>(n = 366)</p>  <p>している 9.0%</p> <p>していない 91.0%</p>
看護師	<p>(n = 100)</p>  <p>している 8.0%</p> <p>していない 92.0%</p>	<p>(n = 647)</p>  <p>している 12.4%</p> <p>していない 87.6%</p>

# 問14-a (主治医は)電話で24時間いつも患者の相談に対応していますか

	支援診/訪看	病院																				
<p style="text-align: center;"><b>医師</b></p>	<p style="text-align: center;">(n = 22)</p> <table border="1"> <tr><th>対応状況</th><th>割合</th></tr> <tr><td>24時間相談に対応している</td><td>90.9%</td></tr> <tr><td>標準時間内でもあまり対応していない</td><td>4.5%</td></tr> <tr><td>標準時間内だけ対応している</td><td>4.5%</td></tr> </table>	対応状況	割合	24時間相談に対応している	90.9%	標準時間内でもあまり対応していない	4.5%	標準時間内だけ対応している	4.5%	<p style="text-align: center;">(n = 358)</p> <table border="1"> <tr><th>対応状況</th><th>割合</th></tr> <tr><td>標準時間内だけ対応している</td><td>42.5%</td></tr> <tr><td>24時間相談に対応している</td><td>34.6%</td></tr> <tr><td>標準時間内でもあまり対応していない</td><td>11.5%</td></tr> <tr><td>標準時間内でもまったく対応していない</td><td>11.5%</td></tr> </table>	対応状況	割合	標準時間内だけ対応している	42.5%	24時間相談に対応している	34.6%	標準時間内でもあまり対応していない	11.5%	標準時間内でもまったく対応していない	11.5%		
対応状況	割合																					
24時間相談に対応している	90.9%																					
標準時間内でもあまり対応していない	4.5%																					
標準時間内だけ対応している	4.5%																					
対応状況	割合																					
標準時間内だけ対応している	42.5%																					
24時間相談に対応している	34.6%																					
標準時間内でもあまり対応していない	11.5%																					
標準時間内でもまったく対応していない	11.5%																					
<p style="text-align: center;"><b>看護師</b></p>	<p style="text-align: center;">(n = 96)</p> <table border="1"> <tr><th>対応状況</th><th>割合</th></tr> <tr><td>24時間相談に対応している</td><td>45.8%</td></tr> <tr><td>標準時間内だけ対応している</td><td>39.6%</td></tr> <tr><td>標準時間内でもあまり対応していない</td><td>11.5%</td></tr> <tr><td>標準時間内でもまったく対応していない</td><td>3.1%</td></tr> </table>	対応状況	割合	24時間相談に対応している	45.8%	標準時間内だけ対応している	39.6%	標準時間内でもあまり対応していない	11.5%	標準時間内でもまったく対応していない	3.1%	<p style="text-align: center;">(n = 631)</p> <table border="1"> <tr><th>対応状況</th><th>割合</th></tr> <tr><td>標準時間内だけ対応している</td><td>51.7%</td></tr> <tr><td>標準時間内でもあまり対応していない</td><td>21.1%</td></tr> <tr><td>24時間相談に対応している</td><td>17.4%</td></tr> <tr><td>標準時間内でもまったく対応していない</td><td>9.8%</td></tr> </table>	対応状況	割合	標準時間内だけ対応している	51.7%	標準時間内でもあまり対応していない	21.1%	24時間相談に対応している	17.4%	標準時間内でもまったく対応していない	9.8%
対応状況	割合																					
24時間相談に対応している	45.8%																					
標準時間内だけ対応している	39.6%																					
標準時間内でもあまり対応していない	11.5%																					
標準時間内でもまったく対応していない	3.1%																					
対応状況	割合																					
標準時間内だけ対応している	51.7%																					
標準時間内でもあまり対応していない	21.1%																					
24時間相談に対応している	17.4%																					
標準時間内でもまったく対応していない	9.8%																					



問14-b (主治医は)「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」を導入した場合、  
遠隔医療のシステムを利用して24時間いつも患者の相談に対応できるでしょうか

	支援診/訪看	病院
医師	<p>(n = 2)</p>  <p>わからない 100.0%</p>	<p>(n = 231)</p>  <p>わからない 26.0%</p> <p>24時間対応できる 1.3%</p> <p>24時間対応できない 72.7%</p>
看護師	<p>(n = 52)</p>  <p>わからない 51.9%</p> <p>24時間対応できる 1.9%</p> <p>24時間対応できない 46.2%</p>	<p>(n = 518)</p>  <p>わからない 39.0%</p> <p>24時間対応できる 1.5%</p> <p>24時間対応できない 59.5%</p>

# 問15-a (主治医は)現在、緊急対応が必要なときに24時間いつも患者宅へ往診をしていますか

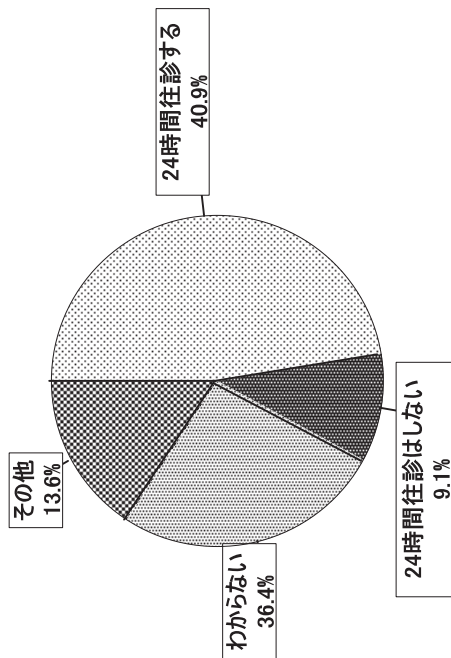
	支援診/訪看	病院												
<h2>医師</h2>	<p>(n = 22)</p> <table border="1"> <tr> <td>24時間往診している</td> <td>81.8%</td> </tr> <tr> <td>標準時間内には往診している</td> <td>13.6%</td> </tr> <tr> <td>標準時間内でも往診はしない</td> <td>4.5%</td> </tr> </table>	24時間往診している	81.8%	標準時間内には往診している	13.6%	標準時間内でも往診はしない	4.5%	<p>(n = 346)</p> <table border="1"> <tr> <td>24時間往診している</td> <td>69.7%</td> </tr> <tr> <td>標準時間内には往診している</td> <td>16.2%</td> </tr> <tr> <td>標準時間内でも往診はしない</td> <td>14.2%</td> </tr> </table>	24時間往診している	69.7%	標準時間内には往診している	16.2%	標準時間内でも往診はしない	14.2%
24時間往診している	81.8%													
標準時間内には往診している	13.6%													
標準時間内でも往診はしない	4.5%													
24時間往診している	69.7%													
標準時間内には往診している	16.2%													
標準時間内でも往診はしない	14.2%													
<h2>看護師</h2>	<p>(n = 96)</p> <table border="1"> <tr> <td>24時間往診している</td> <td>39.6%</td> </tr> <tr> <td>標準時間内には往診している</td> <td>38.5%</td> </tr> <tr> <td>標準時間内でも往診はしない</td> <td>21.9%</td> </tr> </table>	24時間往診している	39.6%	標準時間内には往診している	38.5%	標準時間内でも往診はしない	21.9%	<p>(n = 607)</p> <table border="1"> <tr> <td>24時間往診している</td> <td>75.5%</td> </tr> <tr> <td>標準時間内には往診している</td> <td>15.5%</td> </tr> <tr> <td>標準時間内でも往診はしない</td> <td>9.1%</td> </tr> </table>	24時間往診している	75.5%	標準時間内には往診している	15.5%	標準時間内でも往診はしない	9.1%
24時間往診している	39.6%													
標準時間内には往診している	38.5%													
標準時間内でも往診はしない	21.9%													
24時間往診している	75.5%													
標準時間内には往診している	15.5%													
標準時間内でも往診はしない	9.1%													

問15-b (主治医は)「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」を導入した場合、緊急対応が必要なときに24時間いつも患者へ往診するでしょうか

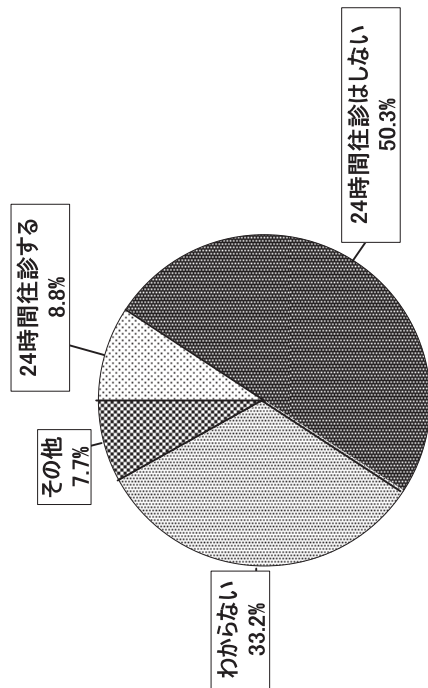
支援診/訪看

病院

(n = 22)

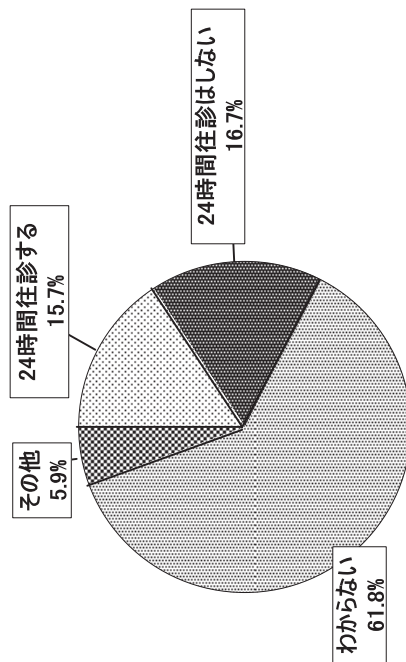


(n = 352)

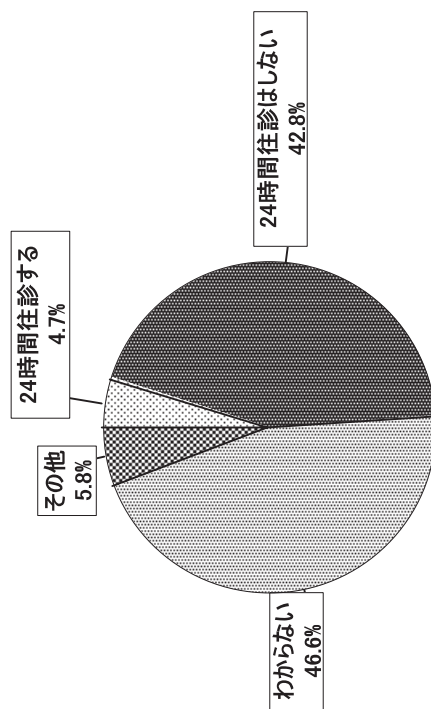


医師

(n = 102)



(n = 635)

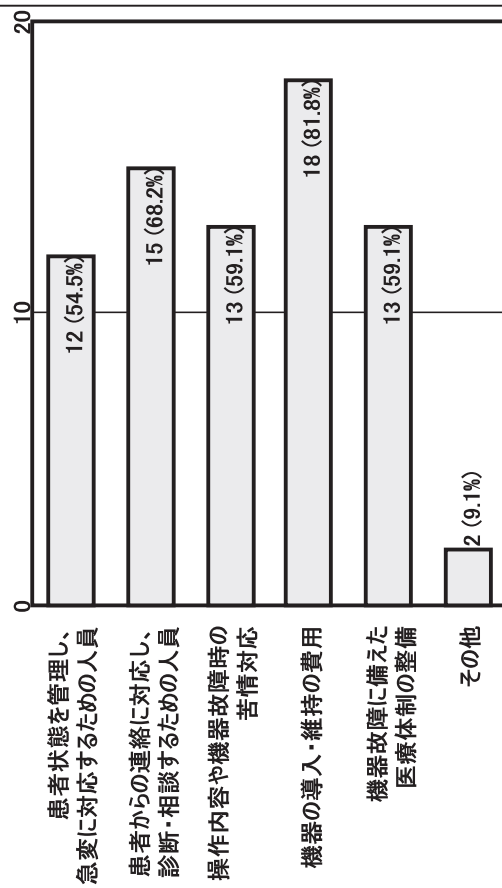


看護師

# 問16 遠隔医療を導入する場合に、問題となるもの

## 支援診/訪看

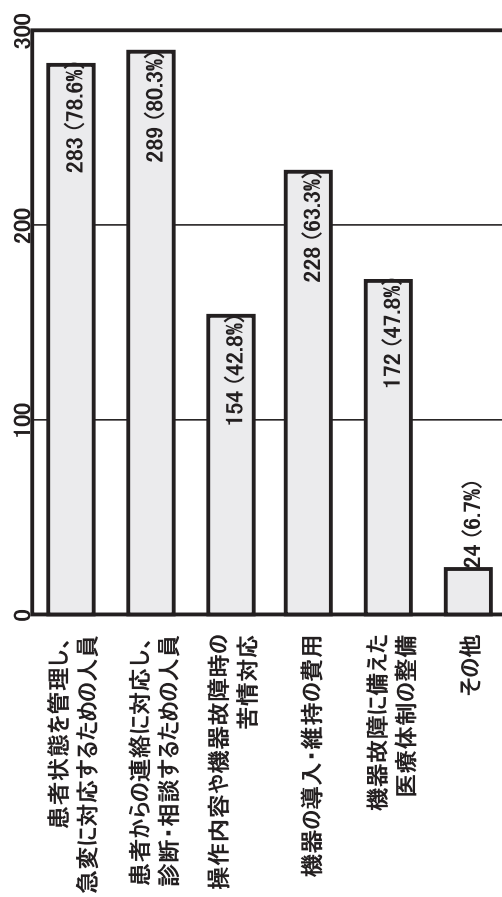
(n = 22)



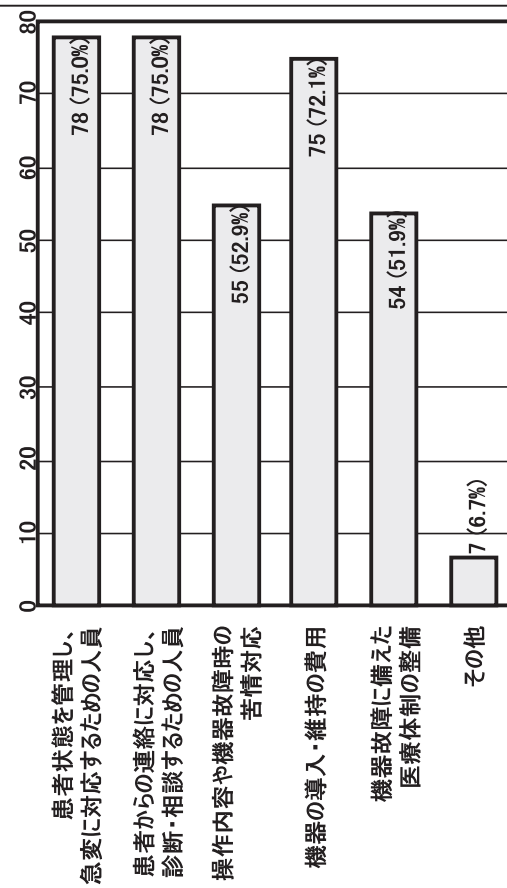
## 医師

## 病院

(n = 360)

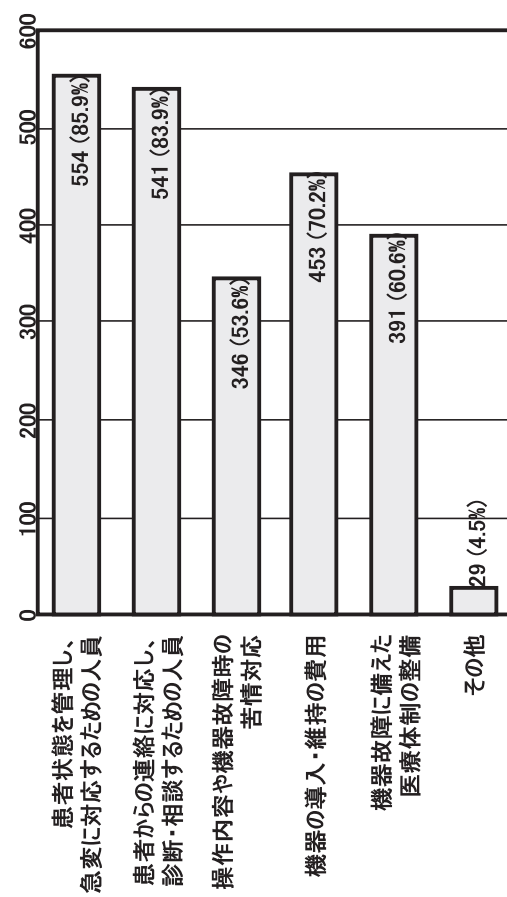


(n = 104)



## 看護師

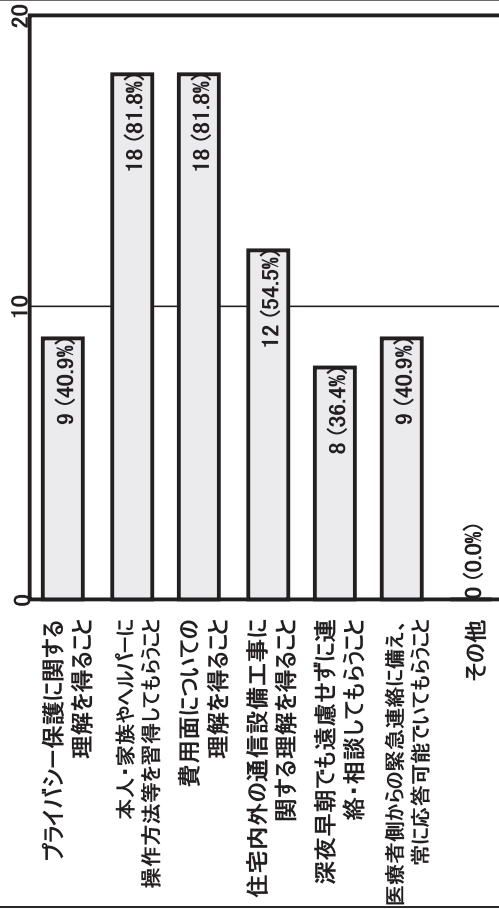
(n = 645)



# 問16 遠隔医療を導入する場合に、問題となるもの

## 支援診/訪看

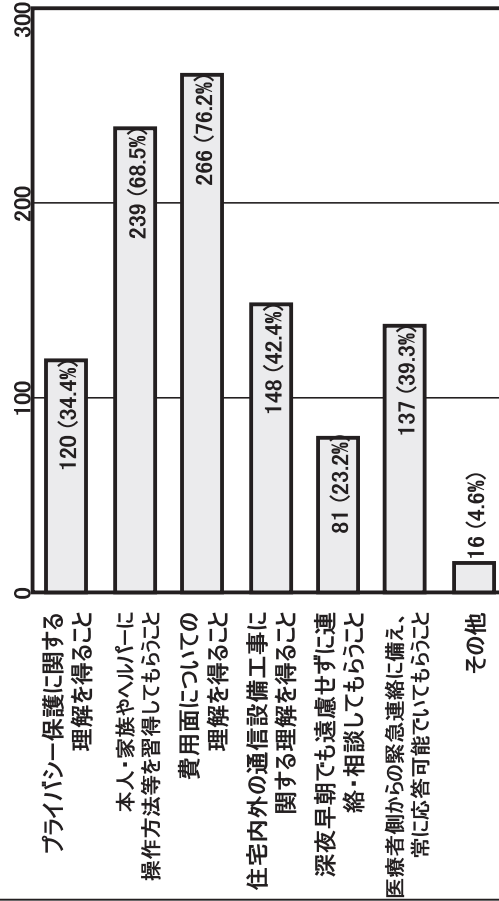
(n = 22)



## 医師

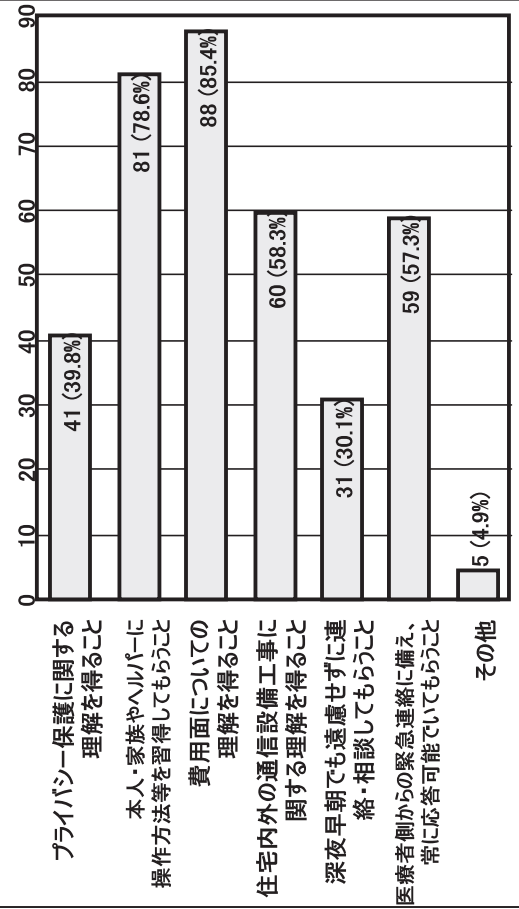
## 病院

(n = 349)

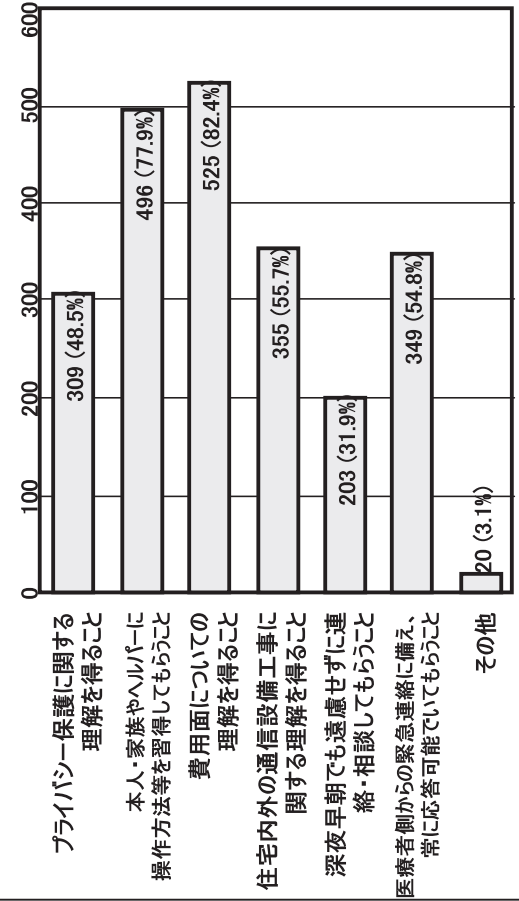


## 看護師

(n = 103)



(n = 637)

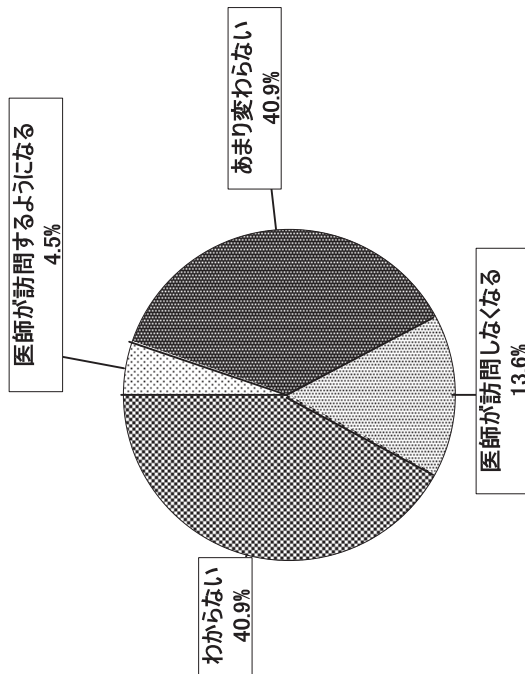


# 問17 遠隔医療を導入・活用することによって

## 支援診/訪看

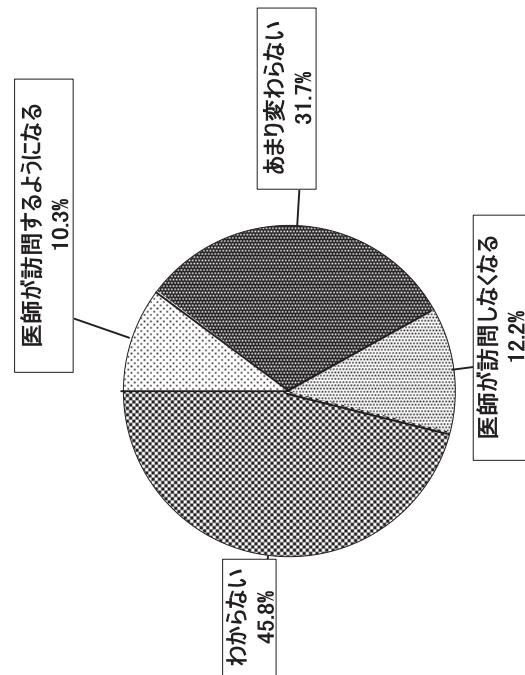
## 病院

(n = 22)

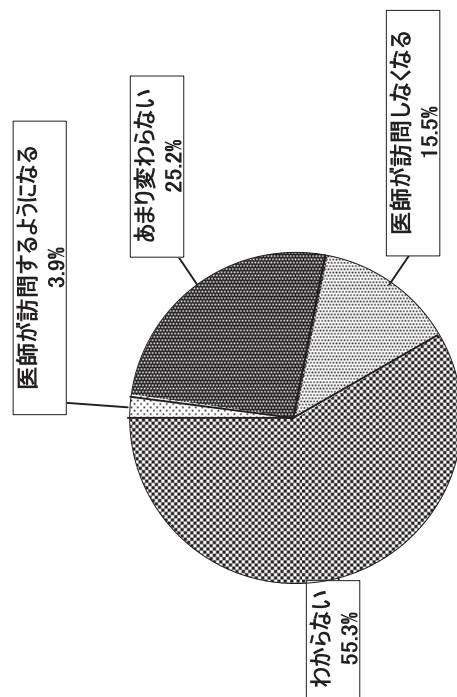


医師

(n = 360)

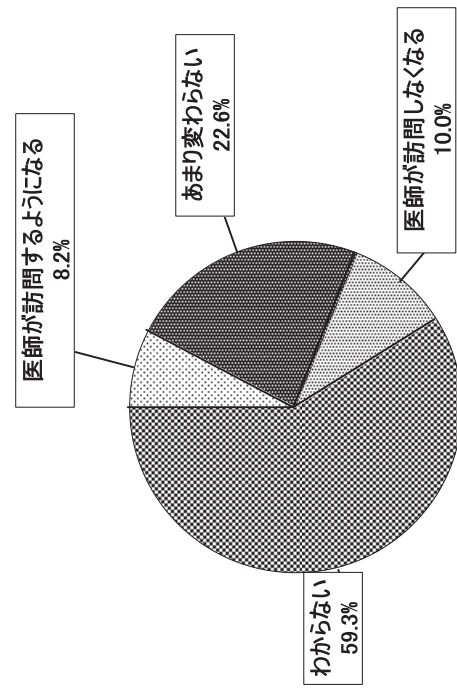


(n = 103)



看護師

(n = 643)

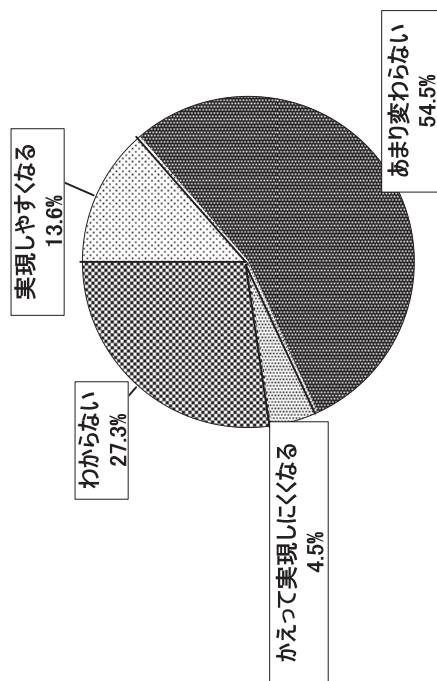


問18 遠隔医療を導入・活用することによって、在宅で人生の終焉を迎えることがより実現しやすくなると思いますか

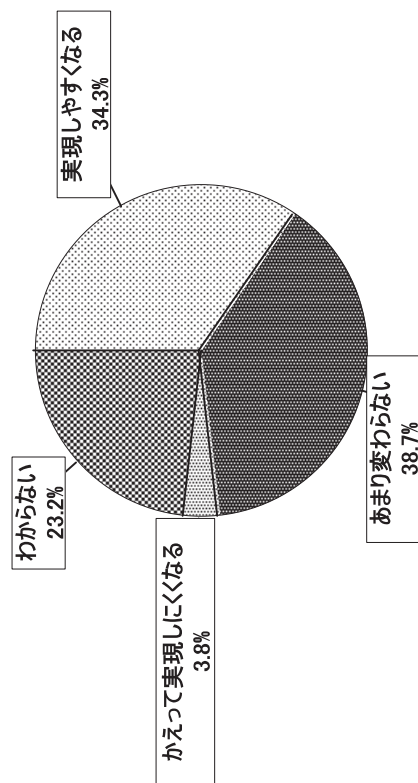
支援診/訪看

病院

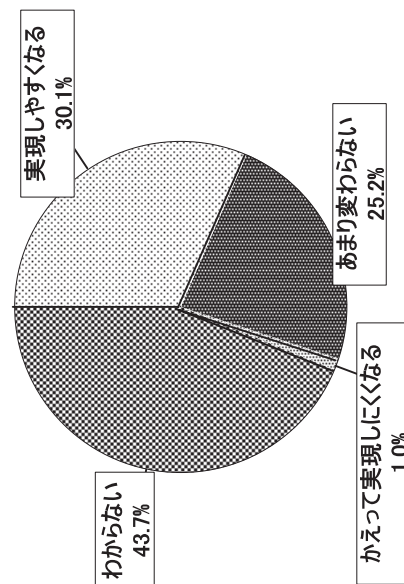
(n = 22)



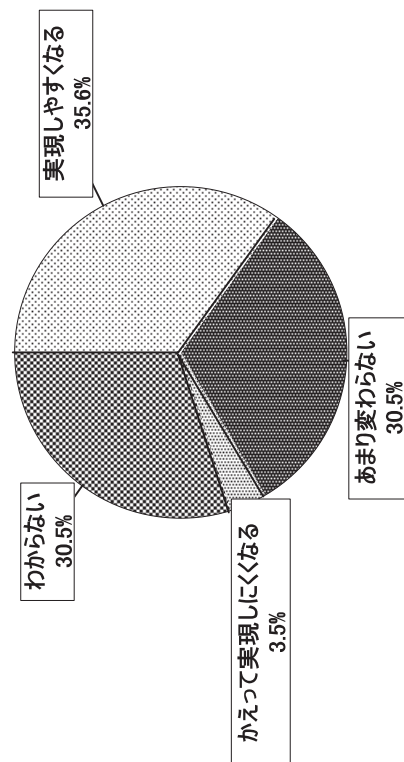
(n = 367)



(n = 103)



(n = 663)



医師

看護師

# 問20 ご自身の生の終わりを迎える理想の場所として、どこを希望されますか

	支援診/訪看	病院																
医師	<p>(n = 21)</p> <table border="1"> <tr><th>場所</th><th>割合</th></tr> <tr><td>居宅</td><td>90.5%</td></tr> <tr><td>介護療養施設等</td><td>9.5%</td></tr> <tr><td>病院</td><td>0.0%</td></tr> </table>	場所	割合	居宅	90.5%	介護療養施設等	9.5%	病院	0.0%	<p>(n = 354)</p> <table border="1"> <tr><th>場所</th><th>割合</th></tr> <tr><td>居宅</td><td>67.8%</td></tr> <tr><td>病院</td><td>19.8%</td></tr> <tr><td>介護療養施設等</td><td>12.4%</td></tr> </table>	場所	割合	居宅	67.8%	病院	19.8%	介護療養施設等	12.4%
場所	割合																	
居宅	90.5%																	
介護療養施設等	9.5%																	
病院	0.0%																	
場所	割合																	
居宅	67.8%																	
病院	19.8%																	
介護療養施設等	12.4%																	
看護師	<p>(n = 99)</p> <table border="1"> <tr><th>場所</th><th>割合</th></tr> <tr><td>居宅</td><td>74.7%</td></tr> <tr><td>介護療養施設等</td><td>14.1%</td></tr> <tr><td>病院</td><td>11.1%</td></tr> </table>	場所	割合	居宅	74.7%	介護療養施設等	14.1%	病院	11.1%	<p>(n = 646)</p> <table border="1"> <tr><th>場所</th><th>割合</th></tr> <tr><td>居宅</td><td>73.1%</td></tr> <tr><td>病院</td><td>17.6%</td></tr> <tr><td>介護療養施設等</td><td>9.3%</td></tr> </table>	場所	割合	居宅	73.1%	病院	17.6%	介護療養施設等	9.3%
場所	割合																	
居宅	74.7%																	
介護療養施設等	14.1%																	
病院	11.1%																	
場所	割合																	
居宅	73.1%																	
病院	17.6%																	
介護療養施設等	9.3%																	



問5 在宅医療についての情報源として、もっともよくあてはまるもの—その他

ID	記載内容（原文のまま）
10	病院の medical social worker (MSW)
21	院内の病診連携室より
27	よくわかりません
48	病院の地域連携い室が集める情報
50	少なからず必ず医療機関を通過するので、そこが一番の説明窓口となって欲しい。在宅に戻ってからでは限界があります。
95	親類家族関係者による口コミ
107	地域医療連携委員会の在宅医療担当委員からの情報提供
140	主に病院のMSWから
148	担当ケアマネージャーさんからの情報提供
161	自分の病院の在宅支援室、訪問看護
169	院内の訪門診療部のメディカルソーシャルワーカーや医療コーディネーター、病棟師長、主治医など
177	MSW
184	MSW、退院支援ナース
189	自院のMSW
204	ダイレクトメール
225	当院ではMSW
226	院内のMSW（ソーシャルワーカー）から
228	医師会名簿より、直接確認する
230	地域連携センター（院内）
250	研修
259	地域の医師会
264	ソーシャルワーカー
282	PSWから
288	具体的な情報があまりどこからも入ってこない
290	病院
302	院内のMSW
331	当院のMSWから←MSWに頼りっきりの事が多い
350	病院の医師・ナースからの説明
387	MSW
391	地域の医療機関および行政が全体で取りくむ
395	医療ソーシャルワーカー

400	医療ソーシャルワーカー
465	在宅介護支援センター
473	退院をうながすすべての病院から提供を
480	院内 MSWとの連携で得ることが多い
503	病棟担当ソーシャルワーカー
522	院内SWCより
557	研修会
578	地域連携センターのMSWから
618	診療を行った病院の医師、看護師、MSW
619	地域連携室・MSW
629	訪問看護ステーション
634	当院は精神科であり、訪問看護はあっても、在宅医療は行なってません。
655	自らの経験が一番。情報源としては確かである。
656	MSW
661	当院地域連携室
665	ソーシャルワーカー
719	当院の主治医、Ns、居宅関係者が行なっている 患者様家族に対して
727	診療・サービス提供を行っている医療者から
757	ひとつに絞れないと思う。
770	訪問看護ステーションからの情報、地区医師会の情報
806	わからない
814	当院の
825	主治医、看護師から情報提供
835	地域医療連携室（自院の）
849	各主治医又は医療機関から情報提供
854	ソーシャルワーカーからの情報提供
859	患者を担当している主治医から
877	当院地域医療コーディネーター（在宅移行をサポートする専任Ns）
894	医療福祉支援センター
896	訪問看護ST
904	訪問看護ステーション
916	訪問看護ステーション
937	入院中の病院
945	病院内の訪問看護室、MSWからの情報提供
970	院内MSW
973	有用な情報源がない

988	お金
1034	院内のソーシャルワーカーより
1036	わかりません
1037	all
1074	T.V CM 誰でもが目に触れることができる
1079	訪問看護ステーションからの情報提供
1101	MSW
1106	地域連携室
1114	入院している施設のMSWから行っている
1117	主治医又は相談員、院内ケアマネジャー
1154	自分の勤務病院の医療連携室のMSW
1199	訪問看護師 ケアマネ
1202	当院の地域医療連携センター
1207	ソーシャルワーカー、勉強会
1209	入院中に、病院のケースワーカーより

問10-b 問10「問9に示した説明と協議を十分に行なうことで、在宅復帰を推進することができると思えますか」に対する「まったく思わない」という回答の理由

ID	記載内容（原文のまま）
0012	<p>①在宅介護、在宅医療を■する患者にとって、その家族が夫婦共働き（男女雇用平等法）で日中は誰れもいない。いったい介護・医療に休みはあるのか。不自由な方の■■をどう守るのか。</p> <p>②在宅介護、医療は、患者が、生活に満足するサービスを提供できるのか。</p> <p>③理念ばかり先走りして、現実の対応がおっつかないのが■の現状。</p> <p>④介護休暇など、一部の大企業を除けば、日本の平均的な労働者には申請することができないのでは。</p> <p>⑤在宅を■■進めるためには在宅出来る環境の整備こそ肝要。</p>
0016	<p>在宅支援診療所の医師は24時間対応ができていない。一人では困難であろう。 急変時は結局病院を受注しているのが現状である 同居する家族の負担が大きい</p>
0021	<p>①本県の場合病人を自宅でみるための家族に経済的、時間的余裕がない</p> <p>②1人ぐらしの人が多いため、これらの人と在宅にするには人口を上まわる、補助する人が必要。これを現在の行政単位で行うのは無理。</p> <p>③人工透析にもものすごい金がかかっているのに、在宅にお金はまわらない</p> <p>④急性期病院の在院日数をへらすにはより早期の退院が必要で、リハビリ等の時間はなく、転院が必要。厚労省はこれを求めている。</p>
0027	<p>在宅を支える人的資源の不足</p>
0033	<p>ICFが介ゴする家族の気持ちを配りよしていないから</p>
0034	<p>社会資源を最大活用できそうだから</p>
0036	<p>協議をしたところで、介護をする人物がいないケースがとても多い。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・身よりがない</li> <li>・家族みんなが仕事をもっている→特にふえている</li> <li>・施設入所は金銭的に無理なケースが多い</li> </ul>
0048	<p>病院から退院が必要な患者数に比較して在宅で看れる体制が整えられる数が絶対的に不足している</p>
0051	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族が在宅に対して、拒否反応を示したり、介護の負担が実際には余り軽減されていない事が多い。</li> <li>・在宅介護中に状態が悪化すると、社会的に、倫理を問われやすい</li> </ul>
0067	<p>当院は精神科であり社会的、家族的な受入れは不能のため。</p>
0077	<p>脳卒中後遺症で重度の四肢マヒ、高次脳機能障害があるようなケースですと、家族の支援が必須となりますが、独居老人などや、昼間、家人が仕事に出ているケースでは、在</p>

	宅復帰は不可能と言わざるをえない
0090	・ 家族や本人の理解や受け入れの度合
0100	家族の在宅意識が希薄 老人世帯 夜間の不安
0106	患者の希望があっても家族が在宅を受け入れない。
0172	在宅復帰できないのは、それなりの理由がある。(一人ぐらし、認知症、ねたきりなど)
0175	転院の割合が高いのは、このような病院では入院日数が制限されているからで、どんなに話をしてもすぐに在宅ということにはならない。 むしろ転院先でどのように説明していくかが重要 在宅へのバリアは介護力によるところが多いと考えます
0182	1. 在宅で世話(介護)できる適人者がいない(高令者では不十分)核家族化している 2. 家族の経済状況が厳しい人達が多い(サービス利用しても支払えない) 3. 地域の開業医が高令化し対応困難状況がある→看取り、往診不可 4. 介護保険制度を利用したくても支払いができないケースが多い 5. 介護保険制度の限度額でサービス計画を立てると必要なサービスが導入できない。 6. 訪問看護ステーションの数が減少しているため十分に活用できない 7. 在宅で世話したいと望まない家族愛のまずしさ
0183	障害や疾病をもちながらも安定して自宅療養可能な人やその家族の中に「病院を追い出される」と表現する人が少なくない。本人たちもよいと思って自宅に帰るようでない とむりにすすめることはよくない。 在宅みとりについては病前の話し合い、いざとなったらということを家族とよく考えておくことが重要と考える。
0189	多くの臨床研修指定病院では「十分に説明・協議」を行うことが人的・時間的に不可能だから。 転院先の後方病院で回復を待ちながらゆっくり「十分に」協議していただきたいと思えます。
0198	1) 当地域ではまだ在宅医療ネットワークは整備されていない 2) 特に認知症の有無で介護の負担度が変わる。
0203	家族の御理解と協力に不安がある 経済的負担が大きくなる 介護者が高齢者である
0246	・ 介護をする者が高齢であることが多い ・ 重度の場合病院では医療費がいらぬが自宅へ帰ると経済的な負担がふえる ・ 在宅での生活をささえる介護サービスが24時間体制で充実していない ・ 在宅で高度の医療をささえるだけの技術が地域にあるとは思えない

	・他人を家に入れるのに抵抗がある
0280	支援する家族が不安。患者本人が不安を抱える場合が多く、入院中のように、いつでもNs、Dr が診てもらえるサービスを希望されることが多い。 家族を支援するシステムが少ない 核家族で、仕事にいく家族が多い
0322	介護者の有無で全てが決まる。 独居の寝たきり者（本人が外部に連絡とれない状況の人）が、在宅療養生活できる状況が、容易に実現しないと、在宅療養患者は増えない。当病院の実績では、15年程前が訪問診療患者数が70人以上と最上であった。 その後、家族の介護力が低下（若い人がいなくて、老々介護となる。又は、独居）して、数は徐々に減少して、最近は、10人前後となっている。 在宅療養が実現できる患者が、着実に減っている現実がある。
0323	面倒をみる家族が不在又はその意志がない。経済的理由もある。
0335	家族の希望が無い事が多い
0382	患者と家族、関係者（病院、診療所などの医師、在宅担当の医師・看護師も同様にいろいろの立場の看護師・介護師・ケアマネージャー、メディカルケースワーカー（相談員？）種々の施設の職員、福祉関係、行政関係の職員など多岐にわたる）が集って、ケアカンファレンスを行って、問題点や、対策を検討するのが理想ですが、日・時・場所などの調整は極めて困難で、実現不可能と思われます。 個人情報流出の危険が除ければ、インターネットを通してのメール及、ホームページ等の利用も可能と思いますが、ハードルは高いと思います。
0387	「問9を十分に行う」ことそのものが、具体的方策になっていない。
0391	②を選択しているが、現状では、家族の高負担があればの条件付。多くの場合、患者側要因では地域性、患者家族の介護能力の不足。医療介護側要因ではスタッフ不足、（結局は見合った報酬がない事が、原因）が推進できない理由。 当地域では、介護施設が約40～50%転院が10%程度である。可能であれば在宅としたいが、上記患者側要因で介護施設退院となっている。
0396	在宅医、訪問看護師が不足している
0407	在宅での介護力を考えると老々介護、核家族化、共働きなど受け入れの環境は整備されず難しいとは思いますが、在宅での生活の状況を正しく伝え協議をすることである程度できると思います
0410	・在宅あっても、その人を介護する人がいない （一人ぐらし、老々介護になる。介護者が仕事 etc で不在） ・転院するにも、お金がない→在宅に帰る→介護不十分のため再入院となるケース ・転院先がない→急性期病院で、転院まちしている現状
0413	患者・医療・介護の合意以前に経済的理由がかなり大きいと思われます。

0425	自宅に受け皿がない場合が多い。
0430	医師の協力、認識不足 マンパワー 行政の適切な方向性の不足・金銭面
0447	在宅医療ができるほどの人的資源が全く不足している。 さらに在宅医療をになう各職種のできることに制約があり個々の状況に即した対応ができるように思われない。 たとえば痰の吸引がヘルパーに認められないようでは現実的でない。
0465	在宅療養をサポートするシステム（人、金、物）が不十分かつ格差もある
0468	在宅で見ていくという、家族の熱意がない。独居老人が多く、同居を望まない。
0486	○家族や周囲の理解を得る事がむずかしい。 ○経済的な問題から続ける事が困難になる
0496	家族の負担や経済的問題は解決出来るのか
0517	ガンのターミナルの Pt. 24H365 日、支援できればよい。お金もかかるため、一方的には言えない
0557	“まったく思わない” というよりは、“どちらかといえば思わない” 程度ですがその理由は、 ・ 私達の地域では、へき地なので、社会資源が少なく、P10 にのっていたようなサービスは受けられないですし、サービス事業者も、夜間などはやってません。 ・ 家族形態の変化で核家族化、そして不況により、さらに夫婦共働きが増えている中では、家族の協力も得られなくなっています。また、高齢化により、老々介護のような状況も多く、サービスは使っていても、介護している側の負担がやはり多くなっています。 説明・協議をしていくことは大切で、行っていくべきだとは思いますが、説明や協議だけでは、推進が可能とは思えません。
0561	必ずしも身障の基準で認め必要と判断される在宅支援が、実際に必要なものと一致しない
0564	受け側の理解度に疑問がある。 高齢化がすすみ、高齢者の介護が負担な事と、社会がふけいきな為、年金生活で病人を在宅でみる事が可能なのか。今は高齢者が適切な介護を受ける事ができず、入院するケースが増加している。 又、こういった現状をもう少し調べるべきだと思う。 医師のレベルも以前と比べ低下してきており、技術も人間性も問題な医療界の現状もあると思う
0566	同居していない家族（子供達）がいても、仕事が忙しいから、子供に迷惑はかけたくないから等の理由により、本人が家族に協力を求めない場合が多い。

	<p>介護・医療スタッフだけでは十分にサポートできない部分があるが一生懸命サポートしようとして無理が生じる。</p> <p>家族の協力があると在宅復帰も可能になる事例もある。</p>
0574	<p>夜間対応してくれる医療機関（開業医）が少ない</p> <p>ケアマネの温度差があり、ケアが多い患者を在宅に帰そうとするのをいやがる</p> <p>家族が老老介護や、仕事をもっていたりすると在宅を拒否する傾向が多く、説明しても転院の方向になる</p>
0584	<p>早期から医療の場について考える機会を持ち、Pt、家族も具体的に考え、合意した考えを基本的に持てると在宅の選択肢が増えると思う</p>
0611	<ul style="list-style-type: none"> <li>・急変した場合、病院死とするのか在宅死とするのか？</li> <li>・延命は？</li> </ul>
0651	<p>病院スタッフ（医師、看護師、病院長）に、在宅医療・在宅療養の知識が少なく、啓蒙するための勉強会がない。</p> <p>急性期病院にこそ必要と思われる、在宅医療への拡大と在宅医療からのフィードバックが必要と考える。</p> <p>安心という感覚は、現在の医療の進歩、価値感、情識、生への信念など変化した考えの上に、新たに、根づかせる知識や感覚が必要となる</p>
0655	<p>正確にいうと、2と3の間くらいです。</p> <p>在宅復帰をできる人はしている感じがあります。</p> <p>出来ない理由は説明と協議では解決できないものです。</p> <p>不安、家族が見る気がない、独居…、独居の方が全員自立支援が使えるわけではなく、必要な人が条件（障害認定や介護認定、医療保険だと通常週3回までしか訪看が使えないなどなど…）なく在宅介護、看護をうけられるのであれば推進できると思います。</p>
0662	<p>帰りたいと思うPt、家族の気持ちが一番重要である。</p> <p>そう思えるかどうかとなると、医療がどんどん進化している今、在宅を増やしていかなければというのが</p> <p>難しいのが現状と思われる。</p>
0690	<p>核家族という形態の中で介護力は非常に乏しい。</p> <p>又、経済的にも共稼ぎが多く、情報を得て、頭でわかっているけど、生活を変えてまで、自宅で面倒をみるかという、そうでない現実が多い。</p>
0695	<p>家族の受け入れ、そのものが拒否されることがほとんど。介護施設の充実の方がもっと重要と考える。</p>
0698	<p>家族の受け入れ困難というのが最も多い。</p>
0731	<p>人員不足で、協議を行なう人をそろえる事ができない。</p> <p>協議が形ばかりのものになる可能性がある。</p>
0737	<p>在宅での受け入れの意志の家族が現実的にほとんどない</p>



0743	全体会議において複数のスタッフが合同で集まる事が難しい。
0771	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 在宅で支援（介助を又は医療）を受けるための家族の経済力、キーパーソンとなる者がいないこと</li> <li>2. 在宅の場合、住宅の改修</li> <li>3. 生活の質（外出、社会活動等）を上げるための社会資源不足</li> <li>4. 在宅での本人、家族を支えるメンタル面、経済面の支援システムが不十分</li> <li>5. 本人家族（周囲の者）を含む人生に対する、生き方に対する、意識・認識の問題（自立した生き方）</li> </ol>
0782	<p>家族の協力が得られにくい。例えば、入院すると「もう自宅では見られない」「家に帰ってもらっては困る」などの理由による。</p> <p>プラス、支援するマンパワーも地方にはほとんどないので、協力が得られないと考えます。まずは、整備が必要と考えます。</p>
0786	<p>在宅復帰に必要なサービス事業者がまったく不足している。</p> <p>協議をしても、へき地の為希望するサービスが提供できない</p>
0793	<p>現在の介護保険制度では、サービス提供に限界がある。もっと在宅医や訪問看護師の数を増やし、休日・夜間の対応がもう少しできるようにする必要がある。</p> <p>現状で在宅移行するには、家族の負担が大きく、説明や協議を行なっても、在宅復帰は推進できないと思われる。</p>
0811	<p>・現代の家族構成及び経済負担などによる（仕事やめられない）施設希望は増えていきます。特に寒冷地域は雪のため希望は多いです。</p> <p>しかし、いかに在宅で生活することが本人にとってよいことが多いのか、またフォロー体制はこのようにできるなど制度の説明、チームによる支えを家族に示すことにより在宅はふえると思うからです。</p>
0816	<p>ご本人の思いと家族の介護力はそれぞれケースバイケースなので、在宅復帰がすごく増えるということには必ずしもならないと思います。</p>
0831	<p>現在、老人、独居や、老老介護が多く在宅での介護力不足が現状であります。せつかく、在宅指導を行なっても翌日には再入院や数日中に入院という事がめずらしい事ではありません。</p>
0837	<p>今後－在宅療養は無理である</p>
0847	<p>介護力が期待出来ない</p>
0855	<p>家族の介護力がないため、一度病院に入院させてしまうと家に戻る事より、家以外での生活を選択する家族が多いように思うため。</p>
0922	<p>まだまだ家族が持つ在宅に対する不安をよく説明することにより、なくしていける。</p>
0926	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実際には在宅支援は乏しいため</li> <li>・本人負担費用が発生するため</li> </ul>
0959	<p>日本の医療では、まだ患者、家族も、在宅医療の適応となる「疾病、傷病による通院困</p>

	<p>難者」であっても、在宅で十分なめんどうをみることができず、地域に援助する、施設、スタッフ、開業医がおらず不安としている。</p> <p>入院患者の担当医から一生けん命説明しても患者家族は病院を放り出されると感じ、不安、怒りをあらわしてしまう。特に地方では顕著！</p>
0973	<p>現状では</p> <p>* 医療者は話をする労力が大きすぎる。 10人説明をして、5人より family よりOK、3人在宅■■■OK。 しかし現実、実行できるのは0~1人/10人中のみ。</p> <p>* 家族も労力が大きすぎる。 家庭に在宅ケアが入ると、だれか1人は勤労をやめていっしょに在宅が必要となる、すると収入が減ってゆとりがなく、だれも楽しめない自宅になってしまい続かない。 患者も自分が重荷になっていると感じてしまう。</p>
0980	<p>介護保険制度そのものに問題があるから。介護認定の問題 (核家族化している状況 経済的な問題により介護者が不在となる。</p>
1023	<p>最近感じるのですが在宅でみたいと思われても脳卒中後遺症や認知症などはやはり無理ですし、経済的にも無理が多いと感じます。</p>
1032	<p>介護支援、看護支援、支援病院の確保が困難。</p>
1037	<p>社会的に弱い人が多い</p>
1041	<p>現在全く機能していないから。</p>
1048	<p>在宅生活を送るための介護者の不足。</p>
1059	<p>家族が全く介護したがない</p>
1065	<p>家族の受けいれが全く不良である。家庭の状況(老老世帯、子供がいない、子供と不仲など)も確かに困難ではあるが… 在宅のための医療スタッフのレベルが不十分である。金もうけしか考えないようなところに委ねざるをえないことも少くない</p>
1069	<p>「ある程度可能」と答えたが、現実の社会の変化、家族構成、生計費などを総合的に考えると机上の論議と思うこともある。 ただ「2. ある程度可能」としたことは、医療をおこなう者として、そうあってほしいとの願望もこめている。</p>
1077	<p>患者家族も、訪問診療・訪問看護などのサービスを知らないことが多く“在宅療養”という選択肢がふえるので。</p>
1102	<p>【問9欄外】 どれも概当しません 病院で在宅を説明しなくても、国民が知っているように国が広報・教育すべきです。病院医師が在宅のイロハを説明すること自体が誤った発想です</p>

1105	家族が他人を自宅に入れたくない、(触られたくない) という例 仲たがいをしている状況や、音信不通になっていた家族(娘、息子)の受け入れ拒否など
1111	・家族等、その人を取り巻く支援者の受け入れ、体制、考え方が不十分。
1114	[1] ひとえに独居老人世帯が多いこと 当県のように三世同居が日本で最も多いところでも 60 代まで働きにでていて同居者の介護力に依存できないこと。 特に医療依存度が高い高令者を自宅療養にかえずことは公的支援がもっともっと■■■■■に上らないと困難である。 [2] あるいは経口的に食事がとれなくなった時が人生の終えんという終■■■観を日本人が西洋人のようにもちうるかということである ドイツでも維持透析して腎石症に■■■■■多いときいている。
1143	患者は家に帰りたいが、家族に負担をかけたくないと思っている。家族もその気持ちがわかっていながら受入れられない辛さをもっている。もっと情報を与え、一緒に話し合うことで可能になっていくと思う。不安を聞き、解決することが必要。
1196	御本人が在宅を望んでいても、それを支える家族負担に問題があることが多々あり。
1209	家族にかかる負担を考えると、在宅療養について知識があっても、踏み切れない場合が多いと思う
1216	病院スタッフには知識も余力もない。協議以前に家族を呼び出す努力も大きい
1218	基本的に「在宅」は家に「だれかいる」ことを前提にしています。 共かせぎの多い現状で年老いた配偶者に在宅介護を行なわせて安上がりになすまそうという、厚労省の考えは全く現実に則していない。

問12-b プロの医療者がなすべきこと

ID	記載内容（原文のまま）
0002	患者、家族が選択できるよう、たくさんの情報提供をおこなう。 それは、MSWや訪者、退院調整Nsの役割
0004	#疾病の予後を早期に伝え、根治性があるのか延命医療かを明確に主として病院医師が伝える #患者の選択権を尊重し、積極的治療を望まなくても、生活を支援する医療が提供されることを伝えておく必要がある #地域での在宅医療の受皿を拡げる #病院医療と地域医療の連携を「患者の生活優先」という共通認識のもとに進める必要がある #行政の支援は地域にあるネットワークをサポートする形ですゝめられるべき。国のモデルケースをおしつけてはならない（国がシステムをつくると、地域性を生かして育てられてきた既存のシステムが潰れてしまう） ※介護保険導入時に事実そうしたことが生じた。
0005	医療を中心にした生活、人生を次に教える。医療に合わせるという考え方だけでは、生活が継続できなくなる高齢者が減らない。 。患者の生活や人生に合わせた医療を心がける必要がある。
0006	情報を積極的に提供する。
0007	必要十分な情報を提供すること 医療者側も患者側も無理をしない、平均的に幸福になるべきである
0010	1. 2両者が関与している 医療者としては在宅医療の現状、可能性についてしっかりとした認識・理解をすることが必要
0015	居宅を希望している本人とその家族との間でも意識（希望）の差は大きいように感じます。知らない事（居宅生活で受けられるサービス、医療など）、不安な事をよく話し合い、情報提供し、居宅生活を可能としていこうとする姿勢が医療者には必要だと思われます。 病院に勤務していますが、在宅医療も行っており、比較的導入しやすい場合も多いです。在宅医療を行っていない病院では、病院と在宅療養支援診療所との連携の部分が難しいのでしょうか？
0018	情報・技術の伝達
0020	在宅希望を受け入れられない家族に在宅に向かうよう詳しく説明、支援が必要。 退院を勧めるにあたり、その支援方法、支援のチームの紹介等、バックアップの紹介も必要。 単身世帯がほとんどの現在、家族が看とりを体験したことがある人は少ない。そのせい

	で受け入れができない家族が多いと思う
0028	<p>私たちスタッフが勉強を重ね“人”としての生き方をもっと学び最期の場所をともにえらぶことができるよう、お手伝いをしていくべきだと考えます。</p> <p>私は今現在の若いNs、DrはQQ医療がすきだ、QQ医療はカッコイイと思い、あまり在宅には興味を示していないと思います。いや、若い人ばかりではないですね。ですから日本中が在宅療養が“あたりまえ”のことになるように流れを作らなければならないと思っています。</p> <p>当院においては、在宅医療連携室に専任Nsを配置し、そこで調整を行うことがまず第1歩だと考えています。</p>
0029	<p>きっちり在宅医療をできる専門医を育成する。</p> <p>収入的にも保護する必要あり</p>
0035	<p>医療を受ける側に生き方の支援を含めて、多くの情報を提供（選択肢）する必要がある。情報提供は受ける側が心ゆくまで納得できるように、時間もかけ、親身になった対応で行なうことが必要。（自分の肉親だったらという気持ちを持つ）</p>
0037	<p>利用者が望む生活ができるように、いろいろな制度を利用しながら在宅、病院、施設で過ごせる事の選択ができるアドバイス、働きかけが必要と考えます</p>
0045	<ul style="list-style-type: none"> <li>・十分な情報提供、患者家族の立場に立った支援の具体策の提示</li> <li>・医療のみでなく、その後の生活を考慮した全人的にとらえた取り組みが必要</li> </ul>
0051	<p>医療の限界を認め、患者・家族に在宅死も可能である事を選択できる状況を作る。</p>
0057	<p>図F、K、M、Nをよく理解することではないでしょうか。</p>
0060	<p>サポート体制に関する知識不足、在宅医療を実施している医療機関が少ない。</p>
0066	<p>治療が優先になりがち、治療と本人の生活を同時に見て頂きたい。</p>
0069	<p>医療を受ける側、提供する側共にその後の生き方についての対策や知識に乏しい為 対策、知識を取得しなければならない</p>
0076	<p>1人では活動できないので、地域の医療機関と協力し連携して24Hいつでも医療を受けられる体制、システム作りが必要と思います。</p>
0087	<p>その患者と家人への説明（時期）を密にできていないためゴールの共有がされていないため患者様が望む本来の生活の場に早期にかえれない。</p> <p>病気と共に在宅へもどり人としての生活ができるための支援を、プロとして行えることが医療者としても重要だと考えています</p>
0093	<p>早いうちに患者の特能評価を行い、ゴールを決定し、医療者側、患者側両方で話し合いをして、転帰を決定。修正が必要であればその都度していく</p>
0094	<p>一番の安らぎの場である自宅で最後を迎えられる様あらゆる情報を提供し、医療連携をとる努力をするべき。</p>
0095	<p>最終的には「患者・家族」にかかるのでしようがそこに行くまでの医療者の十分な説明と「大丈夫ですよ」の一言が出てこない</p>

0097	在宅療養についての知識を、在宅に関わっていないスタッフも含めて全てのスタッフが持ち、適切な説明を患者と家族に行うこと。
0099	説明を充分に行なうこと
0103	<ul style="list-style-type: none"> <li>・それぞれの医療者の情報共有（病院内外・在宅側と病院側の）</li> <li>・それぞれ医療者が知識を得る</li> <li>・具体的に患者や家族がイメージができるように、情報を伝える。</li> <li>・患者、家族と話しをし、患者家族を知る→信頼関係をきずく</li> </ul>
0112	<p>入院中からの説明と情報提供</p> <p>退院後の療養に対する患者家族指導の充実</p> <p>在宅医療にかかわるスタッフとの連携</p>
0117	治療の限界を患者、家族にわかり易く説明し納得してもらう事の難かしさ。
0118	<p>在宅医療をよく理解する</p> <p>ケアマネジャーとの連携をもっと図る（対等の立場で）</p> <p>MSW、Ns など在宅をよく知るスタッフの重点配置</p>
0120	医療者側から、ご本人、ご家族への説明が不足しており、自宅で受けられる医療についても、病院での対応になっている可能性もあるので、ご本人、ご家族が希望する最後の時についてじっくり話をきき、対応していくことが必要。
0121	医療側でリードをとり、患者・家族と寄り添って行ける努力をすべきだと思います。
0122	<p>ICFを充分理解し、本人・家族へ情報提供する事</p> <p>本人・家族へ選択肢がいろいろある事を伝える。</p>
0123	<p>○「在宅療養はこわい」「自宅で具合が悪くなったらどうしよう」といった家族の声をよく聞く。適切な時期に、情報を提供したり、アドバイスするといったごく当たり前の相談にのることが大切。また、患者や家族への指導を綿密に行う。</p> <p>○往診など対応できる開業医が少ないため、結局病院に運ばれてくることも多い。往診の体制強化も必要。</p> <p>○こまめに患者や家族の意向を聞くこと。</p>
0124	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅でも患者・家族が安心して過ごせるという説明</li> <li>患者・家族を支えていくための地域連携医療の構築</li> </ul>
0127	<p>医師：疾病に関し予想される経過と、その期間に関する情報提供</p> <p>看護師：具体的に生活援助に必要な介護・看護法に関する情報提供</p> <p>及び医師や他スタッフからの情報提供に際し、同席して説明することと、理解不十分と判断したならば、患者側に近い立場で、説明追加。</p> <p>他スタッフ（リハビリ、栄養士、薬剤士など）：必要な情報提供、在宅介護スタッフとの情報共有と情報提供（在宅でどれだけのことができるか、を理解すること）</p> <p>MSW、退院調査看護師など：病院スタッフからの情報をもとに、地域で提供できる在宅サービスのコーディネーター、及び、病院スタッフからの情報提供が不十分または理</p>

	解できていない場合、これを補うこと。(あくまで中間の立場で)
0128	治療の目標を在宅療養として、統合的な診療計画に基づく行為(説明等)が充分に行われていないと考えます
0130	どのような希望があるか確認し、問題点に応じた対応策を具体的に示していく必要があると思う。 その上で、家族・本人に選択してもらう必要がある。 医療者の判断で、困難ときめつけてしまいがちである。
0131	入院中は過剰な治療が行われる。ある末期の時期には、治療方針をきちんと家族、患者へインフォームドコンセントし、治療を続けるかどうかの選択をさせることが必要であるが、現状では、次々に(試験的?)治療を押し進め実際的には患者のQOLを考えていないことが多いと思う。 患者、家族が望むニーズにそった意思決定を尊重し、居宅で在宅医療を導入して看取りができる支援を行なうべきだと思う。そのためには、院内のチームが連携をとること各専門の特殊性をもち地域職種へ委譲していくことであると思う
0133	本人、家族の目線で考えていない事が多い 自分(Dr)本意の考えであって、患者様、家族を本当に考えていないように思う Drは現実的に受けとめる事が出来ないのは理解しようとしなない事。又、かかわりたくないと思っているように感じる(在宅での医療) Drの知識不足もあると思います。予測する脳力は学びを深める事で達成されると思います。
0136	患者、家族が一番不安に思うのが病状の悪化や、介護にあたる人達の精神的、身体的苦痛が続く事だと考える。この24h体制が完全にとられるのであれば、考え方も変わると考えられる。
0137	pt-Faの考えを傾聴して、それに近づけられるよう又は叶えられるように各チームと連携をはかっていく努力をすべきである。
0140	①学生～研修医に在宅医療の重要性について説明(時間をつくる)。 ②MSW(ソーシャルワーカー)との係りを強める。
0148	話し合いで在宅死で了承されていましていざ、急変の場合には救急搬送されることを多く経験します。説明不足でしょうか。
0149	疾病を回復させることは、その人らしい生活、生き方をとり戻すことであるという倫理的側面で医療者全体が同じ位置で検討できるようなチーム医療が必要である
0152	在宅では型にはまらず、ある程度のゆるぎたるぎでその人の生活を考えその人がその人らしく在宅で過ごせるよう、また身体的機能も徐々に低下していることを患者、家族に伝えられるよう、経験が豊富な(全体像を把握し対応できる看護師)在宅支援者(看護師)が必要、在宅のよい所を伝え多職種でサポートすることが大切。 行政側ももっと親身になりサポートすることが大事。連携が大切。

0153	在宅医療を行っている医療従事者の経験年数に大きな差があるため医療を受ける高齢者の方に対する支援方法が異なることが問題となる。私達、医療者としては、一人一人の患者の意志を尊重し、終末期（最期）は、どこで過ごしたいか患者さんの思いを受けとめる必要があると思う。 十分な知識と経験を積み在宅医療に関わる必要があると思う。
0157	説明と合意をきちんと行うこと 在宅へ戻る場合の社会資源の情報システムを知っておくこと
0159	・医療者に知識がない ・医療者の中での役割分担ができていない ・医療者がいそがしすぎる
0163	ICが不十分であるため本人へのICが十分になされる必要がある
0167	在宅医療でできることを知って患者・家族に情報提供できるようになること。
0179	情報と知識
0182	医療者の老化に伴う変化やキノウ低下を正しく理解できず、救急救命にはしった治療を行っている。 “老すい”という状態を受け入れる姿勢にも欠けているDrが多い。 死を認め受け入れる覚悟がDr ない 人間は死ぬんだという教言を充実してほしい
0183	健康な頃から学習することに対する援助。 医療崩壊に対する情報共有
0185	入院前の生活の場に帰す 在宅医療、介護サービス、社会的資源の活用 内容をしっかり把握し、患者、家族に提示し、理解をしてもらう
0188	・十分な説明 ・最期を在宅で迎えることのすばらしさの説明 ・転院をすすめる前に、家人・本人へ選択させる余裕
0192	生き方支援に対する十分な情報提供、情報共有 地域で支えるネットワーク作り システム（公的+私的+α）。
0193	情報を幅広く得て、提供するだけの知識を得ておく。
0195	救命はとても大切なことであるが、医療依存度が高くなればなる程、家族の受け入れは困難となる。意志決定の時点である程度、将来的なことも見すえた話も必要なのは。（挿管・気切・など）
0201	患者へ十分な説明ができるだけの知識が必要。 その知識を持った上で、患者、家族に対して説明をし、選択できる道を作る。 在宅で診ることのできる医師、看護師、介護系スタッフの増員、体制の整備。
0202	本人・家族に今後どうしていきたいのかという自己決定の支援が一番大切である。



	(現在、病院の医者は治療中心の考えであり、なかなか治療中心からその人の生き方についての支援がされていない。)
0203	・ インフォームドコンセント 医療者側と患者、家族を含めた話し合いー地域連携室との連携 ・ 世の中の動きを情報提供ー (社会資源の活用、情報の共有)
0205	情報提供
0206	在宅時の急変等に対応するシステムを構築し、安心して自宅で療養が可能になるようにすること。 在宅医療について、それが可能であることを本人・家族に十分に説明し、理解を得ること。 何よりも大切なことは医療者が在宅医療に積極的になること。
0208	本人・家族とのコミュニケーションを保ち、一緒に考えていける役割がある 十分な情報提供を行ないながら本人・家族が選択肢をもてるようにすること。十分なインフォームドコンセント。 その選択に添って支えていけるような具体的な行動にうつせる実践能力の向上。
0209	患者の本音を聞く事なく医療をすすめてしまうこと。治療しても回復の難しい Pt に対してもムダな薬剤を使用するし、Pt にきちんと説明できないし、患者ももう少し知識を深め医療を提供される事に自分の意見や意志を伝えるべきだと思う。
0211	病院での「治す治療」外の「生き方の支援」で自然なかたちでの看とりも一つの選択肢としてあることを医師は、家族に伝える事が出来ない。 治すための治療が基本にあり自然の看とりを伝えれるプロがいない。 自然の看とり方をはなせるプロを育成してほしい。
0212	自宅での療養が無理となりどうすればよいかわからないアマチュアの患者や家族は、医療者側の意見にあわせるしかないと思っている人も多くいる。 病気であっても、それを、どこでどのように治療、療養していくのが、一番いい方法なのかを、プロはアドバイスすべきである。 まずは本人、そして家族の気持ちを一番に考え、それに合うような治療、療養方法をプロは考えていくべきである。 最善を尽くすということの意味を深く考えるべきだろう。 その人にとっての最善なのかどうかを。
0217	・ 話を聞く (対話) 時間と心のゆとりを持って接すること。 ・ 身内のつもりで、応対すること。 ・ ニーズに基づき最大限に、できることをしてあげる努力。
0220	在宅でできる医療について学ぶこと
0224	身体状態をわかりやすく説明し、その後の生活を考えることができるようアドバイスが必要であり、更に在宅医療の医師や、訪問看護師との連携で、患者本人とその家族にし

	<p>っかり関わるのが大切。本人も家族にとっても在宅生活が少しでも安心していられるような支援のあり方が重要となる。医療従事者としてはここを基本に考えている。</p> <p>ただ最近は家族とのつながりが薄れ、家族が強く「在宅は無理」とこぼんだり、1人暮らしの方が多く、子供達が「引き取ることは無理」ということが多いのは現状である。それまでの家族の関わりのある方が最期の生活のありようには多く影響していると思われる。この長い関わりの中で作られた感情までもは、なかなか変えようとするのは困難である。</p>
0226	<p>身体の変化について、患者、家族が理解納得がいく説明。</p> <p>病状説明を行ってもイメージできない患者、家族は多い。</p> <p>医師他医療従事者が十分な説明を行う必要がある。</p>
0227	<p>情報提供</p> <p>患者・家族と話し合い</p>
0228	<p>医療の受け手が自分の状態を正しく認識できるような、支援が必要。医療者が説明をしても、身体の変化を受入れられず、治してもらえないとなり、治らないという受入れができない人が多い</p>
0229	<p>入院早期から、安心・安全・安楽に在宅で生活することができるよう、退院支援・退院調整を行うこと。病院全体でシステム化されている。</p>
0231	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 総合病院との連携だけでなく、在宅医との連携をもっととるべきと思う。</li> <li>・ 在宅医に依頼できることの知識が不足しているよう思われる。</li> </ul>
0236	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 患者家族の「居宅生活して終焉」の希望があるか把握すること。</li> <li>2. 「居宅…」にあたりどのような支援が必要か患者の身体状況、家族の状況等を把握すること</li> <li>3. 1. 2をふまえてどのような生活を送りたいのか、患者家族と話し合う</li> <li>4. 3で合意した内容の実現にむけて、病院スタッフと在宅で関わるスタッフがディスカッションし、実現可能なプランを立案する</li> <li>5. 4のプラン実施後も継続して患者家族の支援を行う</li> </ol>
0238	<p>患者に対して情報を提供することが必要</p> <p>それには我々もどういう支援ができるかを十分把握する必要があると思う</p> <p>この上で患者家族とよく相談して医療を選択していくことが必要である</p>
0240	<p>アマチュアの患者・家族に対し、居宅生活のビジョンが描けるような説明が必要。また、居宅で起こりえる、困難、事故等様々な状況に対応出来るような、方策を、事前に考え、話し合い、病院と大差のない処置行動がとれるようにしなければならない</p>
0242	<p>I C Fの理解と実践</p>
0247	<p>受ける側への情報提供と安心感を与える</p>
0250	<p>在宅医療に対してもっと、感心を高めること</p>
0252	<p>患者・家族が望む在宅医療の情報提供</p>

	患者・家族が望む死の迎え方のサポート 患者・家族が意志決定でき情報提供とコミュニケーション
0259	病院と在宅医療機関の機能分化ができていない。 在宅医療を責任をもって実施できる医師が少ない。
0262	まず、日常的に、疾病を予防できるよう、生活指導を行うことが重要と思う 疾病が発生したら、病院では寝た切り防止をしながら、できるだけ早く退院し、元の生活ができるような援助を行うことが大切である。 早期からリハビリ、退院してからも継続できるようシステムを整えるべきだと思う 検査や手術など、浸襲の大きな処置に関しては本当に必要なものを充分精選して実施する。本人（家族と充分話し合い）の意思決定をサポートすることが最も重要と思う。
0263	担当医が在宅医療の説明をあまりしていないことが現状であると思われ、そのことが在宅医療の普及を制限していると感じている。まず在宅医療に積極的になる担当医の増加が必要と考える（在宅医療をする、しないにかかわらず）
0265	1、2、共に原因があると考えられる。■■■医師会の中で在宅についてのアンケート調査を行なったが患者側、医者側共にほとんど連携がとれていない為、患者側の受け入れる姿勢、又提供する側もその為の十分な説明がなされていないのが現実です。 医師、看護師、患者、診療所、MSW、などチーム医療が出来なければ、在宅医療はむづかしいと考えられます
0269	色々な「生き方」の選択をできるような情報提供
0273	・死までの life cycle に関する知識を得る ・利用可能な在宅資源の知識を得る→マスコミ、政府の政策 etc の支援も必要 ・それをふまえてあり得る状況を説明する
0274	前もってこれからおこること等の説明がうまくできないと、患者や家族は、パニックをおこしてしまう。 在宅での生活をあきらめてしまわざるをえない状況が生じてくる。 少しずつこの先のことを、わかりやすく説明していくことが必要不可欠と考える。
0278	ICFやシステム、サービスの理解 「支える医療」への転換の理解を元手に介入していく事。
0291	在宅医療がもっと楽しいことを全ての病院スタッフ（Dr、Ns）が知るべき
0295	・在宅療養支援診療所・訪問看護・介護・デイケアセンター・介護支援事業所等在宅療養を円滑に進めるシステムに対する理解が十分なされるよう行政からのインフォメーションが不足している。また、システムももう少しシンプルになればと思います。 ・一般病院と在宅療養支援診療所のネットワークを強化する。
0299	・在宅療養生活の実際を十分に知る為に自宅での生活状況を見ることで、認識を深める。 ・医療者に対して、在宅療養へのけいもう活動を行なう。 ・現場スタッフ（在宅医・訪問看護師など）と同行訪問する。

	・在宅死が病院死よりもすばらしいと考える意識の変革。
0305	在宅医療に関する知識を十分にもち、患者が求めているのは何かを把握して、その実現にむけて、援助しなければならない。
0306	疾病、障害を持ちながら在宅生活を送るための、十分な情報提供を行うこと。
0307	状況の変化に応じた十分な説明と支援体制を整え安心感を与える対応をすること。
0310	身体状況の変化に対し説明を行い、家族・本人の意志決定を促すよう支援する。 サポートシステムを紹介する。 選択をしてもらうよう何度も説明を重ねる。
0313	医師、看護師などの医療者が、障害者自立支援法の内容や行政的な支援の内容を殆んど知らないで患者・家族側に十分な情報提供ができない。 医療者がそういう情報・知識を取得する勉強会、講習会が必要である。
0316	在宅医療介護に関する知識の少なさ
0320	・知識の習得 ・在宅を支える医療者間との連携 ・患者・家族との深いかわりや影響力をもてること（確固とした人生観価値観の確立）
0329	社会資源の活用、情報の提供
0335	十分な説明、情報の提供
0338	医療者は病状説明でも、治療方針を決める時でもまずは患者を中心にして行うべきだと思う。（病状が重ければ重い程、患者には説明されず、家族だけに説明がなされる場合があるので。）
0341	患者が変化した身体を受容する時期・ありのままに認めながら生きていこうとする時期がありますが、入院した時期より、退院に向けての計画性を持つことが、退院するタイミングを逸しず在宅してもどれる条件だと思っています。 （スタッフの姿勢が、一貫して退院を目的とする対応をすることが、患者へ伝わると思う。）
0343	在宅医療への前向きな取り組みを行なう
0345	①適切な現状、今後の予想される経過の説明がされない ②①をふまえ、その後に選択できるサービスの情報提供がされない
0349	医療の提供者として、生き方の支援に対する十分な説明を行うことは必要不可欠なことであり、それによって、患者・家族が十分吟味し、選択できるよう、情報や技術を提供する必要があると思う
0354	障害についてのICを繰返し行って障害者あるいは家族の障害や予後についての理解をすすめる、社会資源の利用について促進しながら、障害者の生き方、希望を確かめるという作業を継続すること。
0364	在宅で看取るシステムの拡充とそれに対する病院スタッフの理解が必要でしょう。理解した上でそれを説明し実現していくための具体的な流れを実践できるスタッフの養

	成が必要になると思われます。
0365	<p>・在宅にむけたカンファレンス時、突然病棟のNsより「このPtさんの吸引は私達にだって難しい。素人にはムリ」という発言がとびだし、不安になった家族が「家に連れて帰りたい」という思いを断念した事があった。又、Drの「帰れないでしょ」の一言で在宅をあきらめたPtもいた。医療者が言ってしまった一言は、とり返しがつかない程、重い事を感じる。各自が、在宅への知識を深めることも重要だが、一人一人が、Ptや地域の状況（医療、介護力、制度など）を正確に把握するには限界がある。一人の医療者（Dr、Ns）の意見だけでPtの未来を決めるのではなく、在宅復帰ができるか否かを共働して判断する場（本当は、在宅側も入れれば良い）を作ったり、又は、コーディネーターする人、部署につなげ、Pt、家族に選択肢を与える機会を増やす努力が必要。</p> <p>・医療者は、在宅での医療の継続のゴールを、とても高く求める傾向があり（服薬、食事など）病院のようにできなければならないと思っている事が多い。病院にいとPtがPtである前に、生活する人間である事を忘れがちになる。急性期の治療が終り、回復期、慢性期の時期になったら、「この人が病気をもって、サポートをうけて生活するには、どう医療を組みこんでいくか」というような発想の転換。ICFへの意識改革が必要だと思う。</p> <p>・受け入れ側の在宅医療、介護の不足をおぎない、安心して、Ptを帰せる制度づくりへの参画も必要だと思う。</p>
0370	在宅支援のための情報提供、および各部門との連携をはかること。
0374	治療しても残る障害の予測を話すDrが少なく感じます。予測の上でも今後の生活の場を変える必要があるのか、又介護力や経済的な問題はどうか、と思います。介護指導や精神面でのフォロー等、入院時から対応してゆくこと。院外から継続される訪問医療者との橋渡し、トータルして関わるMSWが必要とも思います。行政も仕事が遅い、タライ回しにして全くすまないことが多い。
0376	<p>患者、家族の視点で考えること。</p> <p>本当は自宅で終焉を迎えたいと希望しているのに、それを支援する医療者側の人員不足、経験不足、モチベーションの低下などで、病院への入院をすすめてしまっていることが多い。どうしてここまで自宅で頑張ったのにこちらの都合で入院させてしまっていないだろうか、ということが多い。</p> <p>それも、介護者が、ギブアップした、という理由をつけることもあり、とても残念。ただ、本当に主治医1人にかかるストレスは大きい。もっと在宅医療を担う医師・看護師などの増員が望まれる。</p>
0378	患者・家族への医療に対してのきちんとした説明
0382	入院患者に接している、医師や看護師は、目の前の患者の診断、治療、看護に追いまわられていて、退院→在宅での療養、などの先々の見通しが持ちにくいと思われます。毎週行われている病棟での医師、看護師、リハ職、薬剤師などとするカンファレンスでも、世間話的な要素が多すぎて、問題点をさぐり出し、方策をさぐるという意識が、■■■

	<p>います。</p> <p>リハに関しても同様で、入院の日から廃用の予防につとめるべきで、いたずらに長期臥床を続け、廃用症候群、認知症■■■■■■をきたすことも少なくないように思います。</p>
0386	<p>患者・家族のよい様にとという言葉のもとに、今後の選択をする時、医療者としての意見がきちんと伝えられていないことが多い。</p> <p>患者側の思いだけで、それが選択の障害になっていることも多い。</p> <p>患者側の意見も聴きながら、医療者としては、現状でよりよい選択が出来る様、話をしていく。</p>
0387	<p>医療を提供する側の倫理・価値観・国民のコンセンサスが不十分。もっと、ICF・QOLについての学習・啓蒙が必要。</p>
0394	<p>在宅で障害をもちながらの生活を行う状態のイメージをつかむことと、それに対する、診断・治療でない「支援」の内容を十分とらえ切れていない。</p> <p>在宅、医療、療養、生活を支え、対応する診療所などの医療供給側の整備（インフラをふくめて）が十分でないと考えます。</p>
0404	<p>現在の療養環境上の選択肢を具体的に提示する</p>
0405	<p>在宅医療でできることを医療者が知識として持っておらず、在宅での療養のイメージも全くできていない。又、治す医療の限界にきている患者に対して、未だどう生活し、どう生きていくかという視点ではなく、限界をこえるまで治療するというスタンスの医療者が多い。</p> <p>まずは、プロの医療者として在宅医療について学び病院スタッフと在宅スタッフが情報交換し、連携を深めた上で、患者・家族に関わることが重要である。</p> <p>このことで、知識の少ない患者・家族も、主体的に自己の生き方を考えることができるのではないか</p>
0408	<p>今の日本の医療において十分な、在宅医療は困難である。</p> <p>病院に勤務する者は病院内での仕事がすべてであり、帰宅後の follow up まで十分に診ることは出来ない。</p> <p>また、病院－診療所との連携といっても、実際は互いが手紙を送って連絡するだけであり、十分なカンファレンスは出来ないため。</p>
0411	<p>対策や知識に乏しい患者、家族が安心して在宅生活を送ることが出来るように支援する必要があると思います。その後の生き方に関して患者、家族と向き合い、居宅生活を継続していくにはどのようにするべきかを一緒に考えていけるようになる必要があります。そのためには、医療側が十分な情報を得て在宅についての知識を持つ必要があります。いつでも対応が可能になること</p>
0413	<p>納得のいく説明、在宅を支えるさまざまなサービスの情報提供など</p>
0414	<p>病院、在宅のメリット、デメリットについて、十分に患者・家族に説明し、理解してもらった上で選択してもらおう。</p>

0423	在宅への移行時のサポート体制が不備であること
0425	主として、介護にかける国としての「お金」の問題がまずある。
0426	医療を提供する側としては、患者、家族への十分な説明が必要となる。専門的な「知識に乏しいアマチュアの患者、家族」が病院の中に多数いる事を知っているのならば…
0428	その患者のことを理解している、こうあるべきだ…と生き方の変更を1つの枠に入れ込んでしまっているように思う。この方向に向かえばどうなるか…など医療者であるけれども患者を1人の人間として考えれば生き方にもいろいろな方向があるということをおぼろげに忘れてしまいがちとなっている。その方向性の提案を患者の目線でできたらと思います。 (うまく書けません。伝えたいことはたくさんありますが…)
0431	医療者は、生活を見ていない 制度と、現実のギャップ 金銭問題
0440	医療を提供する側においてプロの「医療者」を育て、増やす。
0441	十分な説明
0443	病状説明(病名の告知を含む)をしっかりと行い、それだけでなく、どのようなサービスがあるか在宅療養をするための情報提供をすることが必要で、社会資源を把握すべきであると思う。
0459	高齢者の退院後の転帰に対する知識とイマジネーションをもって、ケースワーカーに丸投げしないこと
0461	医療を受ける側にもっとたくさんの具体的な情報提供ができるよう学び、情報提供する情報提供した中から選択できるようにたくさんの選択肢を与える
0469	在宅介護や医療のシステムや社会資源などの必要な知識・技術を高めることが大切。しかし、マンパワー不足もあることと、国の医療や介護に対する認識の低さもあるかと思えます。
0480	患者さん及び御家族の理解を得ることが難しいため、在宅でおこりうる様々なケースに対する対策も十分な形で示すことができないと、心配で在宅に行けないというケースが多い。 知識が広いMSW等から時間をかけて説明し、納得をえることが必要。
0481	生活の場に戻すという意識を持って、在宅ケアの現状を学ぶこと。 地域連携の視点で組織的なかわりをもつこと。
0493	医療者がサービスなど知らないことが多い。
0496	インフォームドコンセントを十分行ない、患者家族と共に生き方について考える。 支援システム、内容についての情報提供を十分行なう。
0500	現代の医療の中には、積極的な治療を行う医療と、治療はできなくなっても、人生の最後までをどう生きるかを考える医療があると思います。 終末期になって家族は、こんな状態で退院させるなんて…と思われそうですがこんな状態だからこそ、今家に帰り自分らしい生き方を考えましょうというように医療者側が、発想

	の転換をするべきではないかと思います。
0501	医療者自身の知識や認識の向上をはかる 実現化にむけたシステムづくり。
0505	・ステージに応じた I C 及び告知 ・ NBM アプローチの意識化
0507	・ 患者が「今までどう生きてきたか」「今後どう生きていきたいか」を共に聞き、問いつづけ、考えていく姿勢 ・ 在宅医療についての知識向上
0508	どのような方法があるのか、という説明が、十分にされていないことがある。
0510	病状の変化に合わせて、I C を十分に行い、ゴールに対する共通認識をもてれば解決する問題もあると考える。が現状は、入院イコール治療開始で、ゴールが見通せなかったり、入院時に■面による説明で、キチンと対面して I C し、ENT の見通しについてまで十分に説明がなされていないのでこのあたりに十分な時間がとれれば、PT、家族と医療者間のゴール設定が余りかけ離れたものにならないのではないかと思う。
0513	・ 患者、家族の生き方を尊重し、それに基づいた、支援について、医療者である私達が熟知し、選択枝を提案出来る様にする。 ・ 病院で亡なる事が当たり前と思わない。
0514	医療者が情報を十分に得ることができ、それを患者、家族に伝えることができるシステム作り
0518	在宅での支援体制や利用できるサービスについて理解する 今後については、在宅も含めてインフォームドコンセントが必要 地域の医師との連携の強化
0522	医療者側への在宅移行に関する決断のおくれ、知識不足。
0523	患者・家族の背景を考慮した上で、最も適切と思われる、又、患者・家族が望む最期を過ぎず場を話し合い、決定していくことが必要。
0526	・ 在宅医療に係わる医療者全体の知識レベルの底上げが必要 ・ 診療所や医師能力の限界をサポートしてくれるスタッフがシステムが欠落している
0527	在宅へ移行した場合の支援体制の説明。身体変化したことで生じる介ゴ（あるいは可のうな身体キノー評価）状たいをプロとして評価し、本人の生き方にあわせて、できることを提示できてない。 又、本人の疾患について、I C し、それに対する本人、家族それぞれの思いをカクニンし、できるだけ、本人の思いを尊重し、家族も、自立した生活がおくれるようなプロとしてのアドバイスができていない。
0533	十分な説明。（居宅生活への情報提供によって 1 をクリアする）
0534	・ 患者、家族に対する病状のきちんとした説明と在宅生活への引き継ぎ
0535	家族が安心して在宅医療が受けられるよう話し合い、コミュニケーションをしっかりと行



	ない、不安を取りのぞいてあげる。分かりやすく、医療行為などの指導を行なう。
0542	入院当初から、疾病による障害の程度を把握し患者の病前の生活に戻れないことを、御本人や家族に説明していないことが多い。医療者側の1人1人が医療と生活を関連づけての支援する視点の向上力量が求められると思う
0544	医療者側の在宅医療への知識が乏しい。その為具体的な説明や、情報提供、チームでのカンファレンス、家族、患者との話し合いが不足している。 又、在宅医療をサポートするものとの連携がない。 上記を改善する。
0546	多くの人を抱くであろう終末期にむけて起こりうる痛み、苦しみ、不安について、居宅でどこまでケアが可能なのか、具体的に理解してもらう必要がある。介護者に対しても、支えるのは家族だけではなく、地域医療、社会的資源等、二重三重に支援できる制度があることを説明し、安心して、家庭で受け入れることができるようにしなければならない。
0547	地域連携
0551	生き方を変更させる、というよりはPt、Famが生き方を選択できるように支援していくべき医療者側の知識がまず少ない。また、選択の場がなく「〇〇な状態なので転院（施設）しかないでしょう」という説明がある。 また、入院時より自宅に帰る目標やPt、Fam自身の自覚を持って頂くような関わりがうすいと家族の面会もなく入院後病院に任せきりになり、その間に“家に戻ってこられては困る”という考え方になってしまう傾向もある。 地域で生活し、医療や介護を抱えていきながらも再度その地域に軟着陸していくためには医療者側の知識と横のネットワーク構築が必要。それをPt、Faに提示して自分らしい生き方を本人が選べるようにしていきたい。
0553	患者さんを“地域で暮らす人”という視点で“診る・看る”ことが必要と考える。 入院しているだけが患者さんではない、地域へ戻る人であることを認識することが重要である。 入院中から、患者さんの生活歴・家族関係・周囲のサポート力など把握し、支援のための積極的な関わりを行っていくべきと思う。
0554	在宅で多くの高齢者にかかわってきましたが、その時の身体の変化で思いは変わります。居宅でと希望していても、家族の事情や疾病の変化で思いは変わってきます。現状をきちんと伝え、その中で本人・家族が納得できるよう意志決定していく事ができるよう支えていく事が私達の役割だと考えます。
0556	患者のニーズをしっかりとつかむためのシステム（医者だけでは不可能）が必要。 また在宅を含めた選択肢をきちんと提示できるシステムが必要。
0570	最期まで居宅生活をしていけるという意識を持つこと 在宅生活を支える手段を十分学習すること

0572	在宅医療を提供する医療者と病院側の医療のコミュニケーションを図り、信頼関係を構築することがまず行われるべきことと考えます。 多忙な臨床の場でお互いの時間を割いて交流することは多大な努力を必要とすることですが、診療報酬等の制度上のバックアップを得て、実現するような働きかけが必要と思います。
0573	患者・家族の意向を優先し、24時間体制での往診などができる体制を整える。
0579	「無理である」と決めつけて説明することが問題であり、その前に患者の可能性に目を向けてさまざまな調整を行うことが大切。
0580	在宅の現場を医療提供者がもっと知ることが必要 在宅での医療、介護など 24h365 日患者家族が生活するための知識を知らない為、安易に転院か施設をすすめてしまってる。療養場所の選択をできるよう、意志決定できるための支援を医療現場の私たちが積極的に実施すべきと思う。 その為に在宅医療を学ぶキカイを持ってほしい。特に Dr
0581	忙しさにかまけて患者・家族に医療者としての医療情報提供が十分に行われていないとよく感じる 又、社会資源について十分熟知されていないと思う
0599	疾病の予後や、生活のあり方、サポート体制により、安心して生活が送れるということの説明が必要がある。どうすればその人らしくすごせるかを考えないといけない
0602	十分な説明と実動部隊の存在
0603	自宅での終焉という点の説明が不足している。 ターミナルで退院をしても状態がわるくなれば救急車で病院にもどってくる。本人、家族もやはり不安も強く病院にいる方が安心であるという思いが、最終的には生じているようだ。 訪門、在宅医師との連携を密にし、退院前の患者の気持ち家族の気持ちをよくきくことが大切であるが、やはりそのような場面では、時間も技術もかかるので、チームをつくり活動できるとよいと思う
0605	在宅での支援についてもっと理解を深めていく事が必要
0609	在宅医療の実情を把握する。 それを活用し安心して在宅へかえられる支援をする。
0615	他部門との連携を密にして一人の患者及び家族を見守ってゆくこと。
0616	総合的な知識と患者を人としてみる気持ちを持つこと
0618	在宅でできる医療については知っていても、いざ患者がそれを望んだ時に自分がするかとなると「できない」と言っている医療者が多いと思う。 本当に患者が望むことをさせたいと考えるなら①「自分もやってみようか」と意識改革を行う②自分ができなければ行っている医療者につなげるという考えが必要。
0620	従来の病気のある人は病院へ、という発想を医師側が改め、病状が安定しているなら

	<p>もっと在宅を患者家族にすすめるべきだとは思いますが、実際の在宅診療の現場を知らなければ難しいと思う。</p> <p>医学生、臨床研修の時期にそれぞれ在宅診療の実習を義務化するなどして、在宅診療に慣れ親んでもらったらよいのでは。</p> <p>患者側の知識はすべて医師から与えられるものではないが、患者が在宅を希望しても主治医に拒否されては事態が進展しない。</p>
0623	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ I Cの不十分さ</li> <li>・ Dr や医療者との信頼関係の希薄さも原因のひとつと思われる</li> <li>・ 1. にも問題あり</li> </ul> <p>老々介護や認々介護など家族の負担も多く入院するまでは何とか生活出来ていても退院後は元の状態（例えば骨折して歩行状態がいまいちの患者さんは、以前の状態に戻るまで入院生活を送りたい。と希望する）に戻らないと家には帰れないという患者、家族の問題もあると思う。</p>
0624	どの程度の介護支援を受けることができるのかもっと具体的に、多くの情報を伝える知識が必要
0626	介護システム、社会資源、介護に対する知識技術を医療を受ける側に充分説明できる為の知識を身につける。
0628	<p>（医療を提供する側が必要な知識がない 認識が薄い</p> <p>なので、教育プログラムの充実を図り、積極的情報収集する場が必要。</p>
0645	専門的、知識の追求から、家族・患者が不安を抱く事のないよう説明が十分にできる事。
0646	情報を持ち、説明していくこと。
0647	医療者として、在宅医療の適応や、どこまでどんな対応できるかを知り、患者のニーズに答えること。
0650	<p>これまで当アンケートに書かれて来たようなサービスのあることを、病院医療者がほとんど知らないと思う。私は病院で働く医師ですが、入院した患者が退院し、この人にとってどのような退院後のサービスが必要か、または、受けられるかが、概略でもわかっていないと退院後の在宅を担当する医療福祉介護担当者にひきつげない。私はわかっているも周りが知らない。医師がわかっていないところをMSNや退院調整の看護師がサポートすべき。まずは在宅医療の内容（どこまでできるのか）を理解してもらうよう、各施設で努力すべき。在宅医療の学会や研究会に行っても医師の参加が極めて低いことが上記のことを裏づけている。</p>
0657	問 11にあるようでなく、「十分な説明」と「患者・家族」に「十分な安心」、「共感」を形成する事ができること。（そのためのガイドライン、フレームワークも望まれます。）
0658	患者、家族に対して、十分な説明の後に、色々な相談を受け入れ、ニーズに合った方向性を選択できるように対応する。

	<p>■■・多様化する価値観に対応するべく医療従事者（主として Dr）</p> <p>・意識改革</p>
0659	在宅医療に関して医療者が理解できるような取り組みが必要。
0660	十分な情報提供を行っていく。
0662	治療についてもっと選択できるような I C 技術をもつべき 背景全てから考えた I C ができるような教育をすべき。
0670	<p>疾病中心の知識の提供 インフォームドコンセントであり I C F の考え方がそこにはない。</p> <p>医療者間の連携 ネットワーク作りすることが出来ていないことが居宅での終えんにむずびつかない問題であるとする。</p>
0673	患者の望む価値観・生活についてゆっくりと話す時間を作る 体制を作る
0676	<p>病診連携の強化</p> <p>「緩和ケア研修会」のような研修実施による理解を深めること</p>
0678	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者、家族の選択肢を増やすための情報提供。 在宅での生活について患者、家族はイメージしにくいと思う。そのため、イメージできる具体的な情報提供が必要だと思う。</li> <li>・患者の社会的側面の情報収集。 生活環境やスタイル、考え方、家での役割や家族関係などを充分知った上での退院調整が必要</li> <li>・患者が生活する地域の医療や福祉についての情報収集</li> <li>・チーム医療：他職種、他機関との連携</li> </ul>
0692	病気に対する治療に伴う身心機能の変化、家族・社会との関係の変化について、予測的な展望にたち、病気を治すことに終始せず、豊かな生き方を過ごしていただく手助けをするのが医療の提供であるという理念を明確にもつこと。
0696	患者の最後を医療者が決めつけるのではなく、話をきく、意志確認をする
0703	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要である社会資源の情報提供</li> <li>・緊急対応に対しての指導と理解</li> <li>・人員のため、緊急対応時往診ができない。</li> </ul>
0714	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 人間の尊厳を重視する姿勢を身につける。</li> <li>2. 在宅医療に必要なスキルを身につける。</li> <li>3. 地域全体でサポートする体制（連携）を重視した診療態度。</li> <li>4. 在宅のイメージを常にわかりやすく教えてくれる創造性を十分に身につけていること。</li> <li>5. 病院と診療所をうまく結びつけ、協力体制を構築するコーディネーション機能。</li> </ol>
0718	専門化している状況・施設内（病院）での医療しか知らない医療者が多いため、まず、

	在宅で何が行えるか、どこまでできるのかを知ること、目を向けること。
0720	持つべき知識 資源の情報 ネットワーク
0726	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療の体制を整えること（地域によっては、体制が整わず、患者が、望んでも、在宅に戻れず、療養型の病院に転院、長期入院になってしまっていると思う）</li> <li>・病院で治療・看護にあたるスタッフが、在宅医療に関する知識をもつこと、そういう研修があれば参加すること、在宅への移行のタイミングを逃さないよう、早期から、在宅医療・看護と関係を図る。</li> <li>・医師・看護師、MSWなど、患者に関わるスタッフ全員の関係を密に図る。</li> </ul>
0729	在宅医療ケアの内容、地域性をよく知ること 患者・家族の気持、意見にまず耳を傾ける
0733	<p>問11を、あえて1、2としました。すみません。</p> <p>人として、どうあるべきかをベースにきちんと考えて、患者・家族に接していくことが大切かと思います。</p> <p>サービスを受ける側又は、提供者では、時おり認識にギャップを感じます。</p>
0735	<ul style="list-style-type: none"> <li>・治す医療から支える医療に、変化してきたことを「医療者」は自覚していない。また、行政の対応が不十分。</li> <li>・教育の不足</li> </ul>
0739	<p>患者・家族への説明の仕方や姿勢を、患者・家族側に立って行う必要がある。そのためにも、早期からのコミュニケーションをとり、何度も、カンファレンス等を開催していく必要があると思います。</p> <p>又、医療者側、特に、主治医、看護師が、知識を習得し、正しく理解、受容しなくてはいけないかと思われます。</p> <p>患者の病気だけをみるのではなく、生活、生きていくということにもっと、医療従事者は、目を向けなくてはなりません。</p>
0742	患者のニーズを的確に把握し、ある資源によってどこまでそのニーズに添うことができるかをチームで検討し、患者・家族・医療者が同じ目標を持てる関係をつくり上げること。
0743	医療者は生活の質が下がったり、向上しないことに、仲々納得できない
0750	在宅医療を積極的に行い、質の高い在宅ケアを提供できるDrの絶対数が少なすぎる 当地区では不在のため、病院が24時間在宅緩和ケアを行っている
0753	予後や今後どのような、経過をたどっていくのかを説明する。
0756	<p>在宅での療養が、どんな場合でも可能だという事をしっかりと説明し、サポート態勢をしっかりと組んであげる事が大切。</p> <p>サポート態勢が、どの程度あるのかによって、どの程度在宅療養できるかが変わってくるので、それらの説明をしっかりとして選択する内容、幅をもたせてあげることが大切なのだと思います。</p>

0760	<p>自宅で最後を迎えることに対して、医療者が理解が乏しいのか、十分な説明もできない。末期で退院させてどうなっていくのかということも具体的に話がされない。患者さんは不安のまま退院させられ、訪問した Ns に不安をぶつけてくる現状…。緩和的なことに対しても未熟で、平気で痛みを我慢させている。看護師として痛みをまのあたりにして、いたたまれない思いでいっぱいの日々…もっともっと在宅死に対して理解し安心・安楽を頭にすすめてほしい…</p>
0762	<p>医療者側の「在宅生活は無理」と一方的な判断でIC時に転院を勧めるケースが多い。本人、家族の「退院したらどのように生活していきたいと思うか」という思いを十分に聴き、他職種との連携を取り、本来の生活の場に戻れるように努力すべきではないかと思えます。</p>
0763	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者・家族への十分な疾病教育・情報提供</li> <li>・患者状態（障害・病状）を受け入れる勇気を持つ。</li> </ul>
0770	<p>施設内における「病態管理」のみを説明し、医療を提供しようとする医療側と「医療を受ける事で生活がどう変化するかを自分達で医療者に確めよう」としない「受け身」の患者・家族に問題あり。</p> <p>医療をうける事で、生活がどう変わる、うけない事でどのような暮らし方、自宅での看とりの可能性も含めて説明を Dr、Ns はすべきである。その上で患者、家族の決定をサポートする。</p>
0773	<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報を正しくアセスメントする力</li> <li>・医療・介護システム社会資源…豊富な知識を持つ</li> <li>・多くの職種の方と、コーディネートできる力</li> <li>・指導する力（技術面も）</li> </ul> <p>をもつこと</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・他人の意見をきけること</li> </ul>
0778	<p>患者・家族との話し合いが不足しているため、一方的になっている可能性がある。また、在宅の場合近医及び開業医の力も必要となるが、開業医はほとんど興味を示さず、病院に入院させておけば安心という考えが強い。</p> <p>患者・家族及び開業医を含めた話し合い勉強会が必要と思われる</p>
0783	<p>在宅スタッフの担当や各種社会／介護サービスの担当、在宅医療機関との協議</p>
0789	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者様、家族の方へ病状及び現状を説明した場合も理解がどれくらいなされているのか、不安や在宅生活での困難について御家族がどう思っておられるか把握が出来ていない。</li> <li>・退院までの調整時間が非常に短い。</li> <li>・安易に転院が良いのではと判断する傾向。</li> </ul>
0794	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者・家族への在宅支援に関する情報提供（患者・家族が理解出来るような説明が必要）</li> <li>・支援をするためのスタッフの教育と人材の確保</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急時の対応に関する整備</li> <li>・ネットワークづくり</li> </ul>
0800	<p>患者や家族が望むことを可能にできる想像力や柔軟性が必要、そのために新たな情報や地域等他の医療者との関係性を築いていることも大切。</p> <p>患者、家族が本当に望んでいることを引き出すコミュニケーション力が必要。</p>
0811	<p>医療の枠のみでみるのではなく生活の一部の医療でみて欲しい。</p> <p>しかし、疾いを治す、治療、ER、OPは必要です。</p>
0812	医療者側が在宅医療に対
0813	<p>患者、fa とじっくり話すことがない。MTが一方的になってしまう</p> <p>→向き合う時間をつくる。ENT 後のイメージを持つ</p>
0814	1、2の両方。制度の変化についていけないPT、Faの心理、勉強不足
0817	<p>居宅をイメージした、治療法の説明を十分にしたうえで選択肢を与えることが重要。</p> <p>また、自己決定を支えるために医療者が患者、家族を支えることが大切だと思います。</p>
0824	<p>十分な情報提供と、実現可能なシステムづくり。患者や家族から「知らなかった」と言う言動がよく聞かれますが、これは「1」にはあてはまらないと思います。</p> <p>情報をプロとして適切に提供する。そしてそれを患者、家族のニーズに合わせた形でプログラムしていく。これが、不可欠だと思います。</p>
0835	早い時期から連携室などと退院後の対応などにつき相談する。
0841	<p>患者や家族のことをよく知る努力が足りない。日常の診療に追われがちになると共に「はっと」気づいてもそれが遅かったり、忘れてしまうことがあり、誰かが、専門にその仕事が出来ればと思う。地域医療連携室はあるが、又よくやってくれているが、十分とは言えない。問題点をよく把握しカンファレンスし的確に援助する力をつける必要がある。</p>
0843	<p>病期に添った、情報の提供、場の設定を行っていくこと。</p> <p>医療を理解して頂くことよりは、生活をしている患者、家族を理解していく活動も必要であることを認識すること。(価値観の変容)</p>
0848	・十分な、説明と合意。
0849	患者、家族と向きあう事→“疾患”だけをみない！！人間としてみること！！
0852	<p>「患者・家族」のさまざまな背景があり、思いは“最期まで居宅生活して”と、あっても、支える者がなければ困難と考えます。</p> <p>医療者が介護や患者の身近かな医師との連携を進めなければ、なかなか難しい。当院の様に急性期の病院では在院日数の短縮含め、早期退院を目指しており、転帰として転院もやむなしという所です。地域との連携を押し進め、機能を明確にしていく必要もあると思います。</p>
0856	教育（医療者の）
0858	主治医にもよるが、患者・家族に十分な説明と今後の希望や方向性をしっかり説明、情

	<p>報提供すべきだと思う。(例えば高齢化に伴う治療の妥当性など)</p> <p>患者・家族に情報提供を行い、その情報の中から、どのような支援ができるのかも伝え、患者・家族に選択してもらうことが必要と思う。</p> <p>また、一旦選択した方向性も、患者の状況により、変更することもあるため、その都度、支援方法を変更することもあるということを医師も理解する必要があると考える。</p>
0859	<p>とにかく主治医が患者、又は家族に病状の改善は見られない旨をはっきり説明し、在宅療養を促がして欲しい。</p> <p>最近の医者はやさしいのか？ 患者、家族が希望すればいつまでも病院に入院させる傾向があり、在院日数を増やしている。</p> <p>急に「退院しろ」と言えば、訴訟問題に迄発展してしまうと考えるのか、はっきり言わない。癌と確定した時点で、家族等に説明し、在宅療養する事を早い時点から説明して欲しい。</p> <p>そうすると、訪問看護介入も早目の情報があり、介入し易くなる。</p> <p>自宅にさえ帰してもらえば、その関係でトラブルがあっても、Ns サイドでいくらかでも follow する事が出来る。</p>
0865	<p>主治医の知識不足による説明不足が大きな要因であると考ええる。</p>
0869	<p>在宅でのサービスを知らないため、Dr が退院にむけてうまく説明できない。</p> <p>また患者の中で、今まで長くみてもらっていた主治医に、在宅をすすめられ、往診医の話がされると、患者は今の主治医に見捨てられたと思い退院に積極的になれず、退院の機会をのがして、そのまま亡くなってしまう。</p> <p>主治医がうまく説明できる技が必要。</p> <p>また、地域れんけいがうまく活かされていない。</p>
0872	<p>医療を提供する側が無理と判断しないこと。見守ること。</p> <p>思いを尊重して可能にするための話し合い等持つこと。</p>
0876	<p>病気の人は病院、という文化が根強く、主治医が在宅療養という選択肢を示さない事が多い</p> <p>病気をもった人の生き方を支援するという教育が不十分であることと、患者の決定を尊重し、支えるという方法を医療者全体がもつこと。</p>
0878	<p>今回お示しいただいた様な現状を、正確に適切に患者あるいは、家族に伝える知識とスキルを身につけ、実施することだと思います。</p>
0880	<p>入院から在宅への移行のためには在宅医療のプロが病院にアプローチして、準備をすすめることが容易になるように働きかけてほしい</p>
0882	<p>「今の状況で在宅に帰るのは無理だから転院しかない」というように医療者の判断を伝えるだけではなく、まずは本人・家族に選択肢として情報を伝えるべきだと思う。そのうえで、一緒にどんな方法がいいか考えていきましょうという姿勢があれば、本人・家族が方針を自分たちで考えていけるのではないかと思う。</p> <p>そのためにはある程度の時間があると思うので、症状が変化して、その結果何がおこっ</p>



	ているのかという症状説明ではなく、方針を決めていくための話し合いも関係者が集まって実施する時間をもてるといいのではないかと思う。
0887	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院の治療が焦点であるプロの医療者が居宅生活場面について関心をもち具体的支援を家族へ対して行うことは現実問題難しい</li> <li>・制度改正のたびに、細かな変更事項などプロの医療者はどのように情報収集されているのか、特に総合病院においては介護や在宅へのアプローチに関しては大いに不足している</li> <li>・行政に改正の情報など説明を要請するも逃げ腰に感じる。</li> </ul>
0892	<p>在宅支援をしていくというシステムをきちんと話して、安心して在宅で過ごせる様にもっていく事が大切である。医療を受ける側としては、システムがわからず、わからない事にとまどい、何をどうしていいのかまよっている事が多いので、医療者がきちんと話してサポートしていく事が必要。</p> <p>医療者がまず、医療を受ける人が、どこでどの様に最期をむかえるのが一番いいのかきちんと向い合い、支援していく姿勢が必要です。</p>
0897	最後まで在宅で生活するための不安を一つずつ解決し、安心した生活が送れるために、どのような援助が必要なのか、学校、本人とよく話し合い、情報提供を行い、環境を整えていくことが必要。
0901	<p>居宅での医療の質をもっと向上すること。</p> <p>そしてその情報を正確に衆知すること。</p> <p>24時間在宅治療をもっともっと成熟させ、患者及び家族に安心感と満足感を感じさせる程の体制をとること。</p>
0903	今の様な急性慢性の大きなくりの病院システムでは、連携や医療者としての考え方にお互い責任転嫁をし、うまく協働していけないようにも思う。
0904	医療者も、本人の意思を尊重し、その事へのアドバイスが全員はできていない。
0905	在宅での看取りを可能にする為の条件を詳しく提示し、医療者側が十分に環境を整える病々連携、病診連携、をもっと推進させるべき
0915	・在宅医療に関する知識が不足しているので、得る必要がある。
0917	<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報提供</li> <li>・傾聴</li> </ul>
0920	医療を受ける側の要望を24時間365日対応できるシステムが構築されていない
0925	障害（病をかかえて）を持ってからの、十分説明をする時間が作れない現状。説明する姿勢がない
0927	患者、家族の意見をふまえ、在宅医療が可能であることの説明をする
0930	・在宅での看取りに対し、どのようにサービスや医療体制を整えてゆけばよいのか専門のSWやNsに支援を依頼していく。情報提供が必要
0932	今後の見通しにもとづいた、すべての選択肢の提示と、受け手が充分理解したうえで、

	決定する経過を見守り、意志決定を支援すること。
0934	医療者のそれぞれの役割を見直し果すこと。病院・地域全体でのシステムの構築が必要。
0937	トリアージをきちんとすべきで、全てのかたを心肺ソセイしている現在の医療体制を何とか変えて行く必要があると思います。 病院勤ムしている医師やNsが意識をかえて行かないと…。
0941	主に病院で働く医師、看護師が在宅サービスの種類など『知らなすぎる』という現状が問題である。 このままの状態では家へ帰せないと、固定的な考えから在宅医の存在、サービスの全ても知らず、病院死を迎えるよう、医療者がそうしているように思えてならない。 在宅側のアプローチも必要だが、病院が在宅へ目を向ける努力も必要であると思う
0945	老化・疾病・事故等により、身体は、変化するが、すみなれた家で生活することで不可能と思っている事が可能になる事もある。生き方の支援に対する多くの事例をふまえて情報提供し、積極的に関わる事で、家族の考え方もかわると考える。経験していない家族は、はじめての事に戸惑うので、居宅でも生活が可能であることを伝えていく事が大切である。
0947	今後の選択をご本人が理解されるように説明すること。
0948	生き方を支えるための説明が不十分
0950	ひとりひとりの生き方までに考えや想いがいき届いていない。多忙繁忙な日常業務の中で病院Drは目の前の疾病治療だけにめがむいている。居宅をみているDrは実践していると思うが、院内だけの仕事のDrはそこまでは面倒臭くてやってないのが現状。啓蒙が必要。まずは在宅医療を知ること。
0952	在宅でできること、病院でもできないことの説明
0954	患者家族との話し合い、コミュニケーションを密にして希望をきき出す。 在宅スタッフとの連携で退院後の生活や、サービス等の社会資源活用の情報提供→MSWとの連携
0959	1、2いずれもあてはまる 今後の日本の医療を考える上で急速な人口高令化、看とりを在宅で推進することは必須であり、厚生労働省が主体となり在宅医療の制度を充実させ専門のスタッフを育成すること！
0960	医療を提供する側、うける側で十分な説明と理解が出来ていないのが現状である。 お互い理解しあえるような説明の仕方等を考えていく必要がある。
0961	・行政的なことも十分説明が必要。 ・患者の意志、家族の意志を理解して最後を居宅ですごさせる様説明し協力を得る
0965	適切なる情報提供
0971	情報提供し「アマチュア」の「患者、家族」に、安易に情に流されずに「死」に対して自ら選択する権利について真陰に考えるよう、うながしていくこと。

0976	<p>医療者一人一人が自らの死をどのように迎えたいのか考えること（医療者としてではなく一個人としての死をみつめること。）</p> <p>希望する死を迎える為にどのように生きるのかを考えること。</p> <p>その為に、今の医療に不足していること、誤解はないかを考えること。</p> <p>不足、誤解していることを正していく為の行動をおこすこと。</p> <p>そして、お互いの思いを話し合い、いろいろな価値観のあることを知り、一人一人の思いを尊重し支え合えること。</p>
0980	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介ゴ者への安心を与える。（何かあったときのサポート）</li> <li>・ 介ゴ者が自信をつけていただく指導。</li> </ul>
0983	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 連携に関する意識の統一</li> <li>・ 病院内のチームアプローチ（院内連携の不足）</li> </ul>
0985	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅支援、24時間の往診体制と訪問看護制度が絶対的に必要だと思います。</li> </ul>
0986	インフォームドコンセント
0991	<p>治療・医療の限界について認めそれを伝えることが必要。</p> <p>しかしその後もみずてることなく症状のコントロールを行なう 充分な選択を与えること。</p>
0993	院内の多忙な業務のため地域の様々なニーズに対応できない
0994	<ul style="list-style-type: none"> <li>①24h 対応の体制は不十分である</li> <li>②家族負担も大きい</li> </ul>
0995	<p>支援をすることで在宅で生活をしていくことが可能な人はたくさんいると考える。</p> <p>退院後の生活のイメージ、援助が必要なこと</p> <p>どういったサービスを受けられるか サービス提供</p>
0998	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者のニーズを把握するための、患者とその家族との話し合い（十分な時間と環境設定）</li> <li>・ その後の生き方に関しての必要な社会資源の情報提供。</li> </ul>
1009	医療を受ける側が、どう生きたいと考えているのかを聞き、本人の意向を尊重する姿勢を持つこと。
1012	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療を行うプロとしての自覚、プライドを持つ</li> <li>・ チーム医療を十分に生かす。もっと、他職種とカンファレンスの場を多く持つ</li> <li>・ 組織として、幹部がきちんとこの問題に取り込む</li> </ul>
1014	患者、家族の意志を尊重し、在宅への支援をスムーズにおこなえるように、医療サイドの連携を密にしておくことが大事だと思う。
1016	患者、家族への情報提供を早くから行っていくこと
1020	正確な情報収集をして患者、家族にタイムリーに適切な情報を提供すること
1021	がんであれば、①治療の限界を明確に告げること、②その上で希望を喪失しない展望を呈示。

	治療医から一旦は離れないと、自分の将来をきちんと考えられない患者・家族は少ない。
1025	医療を受ける側への情報提供が、医療を提供する側から提供できるよう、医療者がもっと在宅を知るべきだと思う
1026	医者としてのプライドを優先している。患者のために治療をする姿ではない。医師の教育のあり方。 その人らしさの生活を優先すべきであると思うが、患者・家族は知識がないので、医者に言われるがまま、意味不明の言葉をならべて1時間近くの説明を受けても何もわからない。 医師会のあり方が問題ではないかと思う。
1031	本人の在宅死を支える家族の存在が不可欠であり、それを支える親ぞくとサービス調整が必要
1033	テレビ電話による看取りはできない。 スクリーンを通してのコミュニケーションは、ないよりはあった方がいい程度のものである。実際の訪問に代わるものではない。 上記の事など、真に患者が望んでいる事を探り、支援しようとする態度が医療者に求められる。
1037	できないことをはっきり示す
1038	本人、御家族の思いをうけとめ、在宅ですごすための専門的な立場でのアドバイスができるようにする。 急変した時の対応をどうするのか、具体的に話し合っておくこと。
1041	(忙しいのでこれ以上は出来ません。)
1042	・チームのリーダである主治医が、在宅への可能性を活かす気持ちを持つ事 ・患者の思いをきいた看護師が、それを目標に他職種と連携をとること ・病院全体として職種間の連携をもっと強くすること ・病院経営者、管理職が患者を1人の人間として扱うこと。
1043	全ての医療者がICFに基づく生き方の支援について学ぶ事が大切だと思います。
1047	在宅にいてうけれる援助の内容を十分説明して不安を軽減した上で選択する必要があると思う。その為、病棟と支援側の退院前カンファなど充実させる必要があると思う。
1051	患者様の生活の実態、人生観、要望をきちんとつかみ、必要な情報を提供すること。 より良い(QOLの向上)生活支援ができるよう関連部署で合同カンファレンスを行い総合的に援助していくこと。 必要な条件が整うよう行政への働きかけを行うこと。
1053	最後の病状や今後、起こりうる経過について患者・家族へ説明し、理解してもらうことが必要だと思います。死の看とりを在宅でとっていても患者の症状や状態に不安を感じ、救急車を呼んでしまうと病院へ入院しないといけない状況になるので、病院や在宅

	<p>医により対処方法や連絡先を伝えることで、対応可能だと思います。</p> <p>くり返し、ICが必要で患者の病状の段階を伝えることです。</p>
1056	<p>在宅でのサポート体制を整える。(整備の充実)</p> <p>インフォームド・コンセントの徹底</p>
1064	<p>国民のニーズに添った生き方を支援するために在宅での医療システム介護システム社会資源を患者、家族に情報提供していくこと。</p>
1074	<p>核家族化、男女平等参画等で働く人が増えたことにより、在宅での介護をする人がいない。</p> <p>社会的問題と考える。病院でも在宅への退院支援をするには介護力の不足が明らかになる。一人暮らしが多い等、又、継続医療が必要であり、在宅では介護できない。訪問看護によるところでは金銭面がでてくる。</p>
1075	<p>在宅で受けられる医療の現状を医療者も家族も十分理解できていない。</p> <p>在宅療養支援診療所による在宅での死亡に対して患者・家族がどこまで満足しているのかの data を知りたい</p>
1077	<p>必要な情報提供を行い、必要に行じて調整役となる。</p>
1080	<p>安心して居宅生活ができるよう準備が必要である</p>
1084	<p>医療従事者が、もっと医療サービスを必要としている人々に情報を詳しく提供すべき</p>
1085	<p>まずICFや在宅医療について深い知識を得ることが優先</p>
1086	<p>在宅状況をもっと具体的に把握して動く事</p>
1092	<p>医療を提供することで変化するであろう状態を本人家族によく説明し決定してもらうことを行っていく必要がある</p> <p>医療者側の意向を優先させてしまうことが多いように思います</p>
1093	<p>患者・家族にどこにゴールをもっていけるか？</p> <p>患者・家族がどうしたいのか。きいてあげる。そして医療者として、説明して同意を得る。</p>
1097	<p>「その人がその人らしく最期まで生きることができるように」と考えて患者・家族に向きあうこと。「患者」としてだけではなく一人の人間として関わることではないでしょうか？</p>
1106	<p>富山県では、在宅医療を行なう医師が少ない。訪問看護ステーションの機能が充分ではない</p>
1112	<p>日々、仕事に追われる中で、やはり、患者様の個々をよく見て、疾病だけでなく、全体像をとらえる、目を養うことが大切であると思う。</p>
1115	<p>経験と事例の反省、構築のくり返しが必要。</p>
1120	<p>患者にとっては家族や知人に迷惑をかけてまで自分の希望を押しつけられないと思い、家族や知人にとっては知識、技術がともなわず不安であるという問題があると思われる。</p>

	医療者側から在宅におけるサービスや資源の活用方法などの情報を提供し、知識、技術を伝えひとりで支える心細さを与えない様、一緒に見ていく支援者としての働きをする
1123	医師の治療方針がはっきりしない時、患者・家族が今後どうしたらよいか不明な時などがある。そのため医療者としては、早期に患者と家族と話し合いの場を持つ必要があると思う。
1128	終末期医療に対するコンセンサスの協議と見解の統一を医療提供側が進めていく必要がある
1132	もっと地域医療や継続看護などを勉強し、在宅のことを知るべき。病棟スタッフや Dr は在宅をあまり知らず、Fa の負担等を考えると転院させてしまうことが多く感じる。
1133	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 在宅医療の現状、24 時間対応体制の現状を医師がもっと知る必要がある。 (退院を決定する医師の在宅医療に対する認識不足によって、患者が在宅を希望しても転院へとすすめてしまう医師もいる。)</li> <li>2. 地域介入研究が始まり、一部の医師には在宅医療への理解、認識がある。しかし、殆どどの医師に認識がない為、看護師のサポート力の弱さもあり、医療者全体への教育が必要。</li> </ol>
1136	退院後の支援、退院の為のケースカンファレンス等 家族・患者の参加、同意等不十分 患者・家族、生活機能、環境因子含め、患者を支える家族支えるという視点をおく
1137	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟スタッフが在宅療養に対して、現状を理解していないことがある</li> <li>・入院早期から退院支援のアプローチが少なく、退院が決まった時点で退院支援がはじまっている状況である</li> </ul>
1141	入院前又は入院時に、入院・治療によっておこる身体的変化、生活上の変化等について説明し、そのことから考えられる在宅環境の変化・調整の必要性に気付くこと。医師による病状及び上記変化について早期に説明があり、専門的知識を持ったMSW等につなげていく。院内の連携から院外関連機関と連携を図っていくこと。
1145	在宅医療は必要性がないとかがえているのではないか。
1146	患者を全人的に促えていない 医療優先になっている
1148	在宅医療の推進には、諸制度、介護保険等の社会資源の理解、活用に精通する必要がある
1149	プロの絶対数が足りない
1153	研修を受けた専任の医療者が支援を行うことが望ましい。また、継続したフォロー体制を整備することが必要であり、医師、看護師、社会福祉士、パラメディカルなどの院内連携と他医療施設との連携も大事である。
1156	<ul style="list-style-type: none"> <li>・社会の支援のしくみ</li> <li>・在宅のサービス、介護サービスを知ること</li> </ul>

1157	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 生き方についてより具体的に考えていく事が大切</li> <li>・ Drは治療のみに目がいきすぎ人としてどう生きた方がよいのかをもっと患者家族と具体的な話をするべき。それにはもっと知識が必要</li> </ul>
1163	<p>患者の生き方を変更させることもプロの医療者としてなすべき義務であるという認識を広めることが必要。</p> <p>現状では患者の生き方にかかわることを医療■■■と考えている医療者が大部分である。</p>
1167	十分にその人となりを理解できているかどうか不安
1168	あらゆる情報及び知識をもっていない
1169	<p>インフォームドコンセントを行い、本人、家族の想い生活スタイル（本人、介護者）などを理解した上で在宅サービスをすすめることも必要であろう。</p> <p>短期の入院生活を国は決めている中、インフォームドコンセントは医師だけでなく、あらゆる医療関係者が行なわなければならない。</p> <p>本人・家族の想を理解するためには、各サービス、職種の連携が必要。</p> <p>本人、家族が必要と思われる時、適格なサービスを説明導入するのも関係をうまく取り、在宅をすすめるひとつとなると考える。</p>
1171	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ いろいろな情報の提示。</li> <li>・ 患者、家族とコミュニケーションを図り、信頼関係を築く。</li> <li>・ 病院や、多職種との連携を図る。</li> </ul> <p>など。</p>
1173	患者の生き方を支える医療の提供を行うこと
1175	総合的な知識（医療だけでなく）をもつ。
1177	ICFに基づく生活の変化について医療者側の理解不足や患者・家族への説明不足があると思う。
1179	<p>インフォームドコンセント…説明マニュアル + Pt、家族のことを十分アセスメントする能力を持つNsの役割</p> <p>専門とする部署</p>
1184	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅についての知識をもっと深め、Pt、Faへ情報提供を行う</li> <li>・ 偏った人生観を持たず、本人の生き方を尊重する姿勢をもつ</li> <li>・ 「在宅はこの状況じゃ無理」と決めつけない</li> </ul>
1185	選択の多様性の説明をして、サポートできる体制が必要
1187	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者と家族の認識が異なっている事</li> <li>・ 患者と家族の関係性に問題がある事</li> </ul>
1190	解りません
1199	<p>医療者は医療的判断（医学的適応）で治療する</p> <p>患者さんご家族の思い、QOLを考えて治療しない</p> <p>その人らしい医療（生活）を支える医療であるべき</p>

	<p>そのためにはそれぞれの職種がその役割を発揮して他職種のせいにならないこと  (私は看護師ですが一般的に医師のせいにする看護師が多いです  でもきちんと本人家族の思いを受けとめきっちりと医師に(うまく←大切)伝えチーム医療を提供することが大切です  本人家族に情報提供し共感できる医療者でありたいです</p>
1201	<p>身体変化についての十分な説明を行い、受容できるようかわっていく。  医療が常に寄り添う姿勢で接していく</p>
1206	<p>かかりつけ医の判断で入院してくる人が多く、患者・家族ともう少し話しあいをしていく必要があるように思う</p>
1207	<p>基礎教育(学校教育)と実践教育を受け、実践の場でプロの目を養っていけるシステムの確立。  現在の医療現場はあまりにも人材が少なすぎます。人を育て、人を対応するには、国の施策も大きな問題です。個の資質はシステムの上で研鑽・評価だと思います。医療は“文化”です。診療報酬のみの評価では、解決はできません。</p>
1215	<p>医療者が自分の価値観で患者の生き方を決めるのではなく、どのように生きたいのか十分に話し合う事が必要。  又、患者の思う生き方に家族は協力できるのか、できないのかを早期に十分話し合う事が必要。  その上でできる事は何かを考え、提供する</p>
1217	<p>死を迎える時の医療の内容についてあらかじめ方針をきめておく必要あり  人工呼吸器の使用など説明しておく  (急変すると 本人の意見もきけず挿管→ 人工呼吸の方向になりやすい)</p>



問 1 2 - c 「患者・家族」側、「医療者」側以外にあるもっと大きな問題

ID	記載内容（原文のまま）
0001	国の社会保障全般に関わる政策
0003	<p>というより複数の問題があると考えられる。</p> <p>患者、家族はいざという時のうけいれをしてもらうために病院でみてもらいたがることもあるし、家に入られるのがいやだという人もいる。脳梗塞や認知症のため本当の本人の意志を確認できず家族の意志が優先される場合もある（おい、めいなど近い親類がない場合もあるし、これからみえてくる可能性もある）</p> <p>医療者側も、家まで訪問しみとる体制になっていないところもあるだろうし、在宅をやっているところがどこまでうけいれ可能かどこでやっているのか知らなければおしえようがないだろう。</p> <p>患者家族をささえるとなると安定している人たちばかりであればまだ何とかなるが、不安定な人が■■てくるとささえるために長い時間と人手が必要となる。現在の在宅医療を行なっている病院、医院の数でそれをささえられるのか。</p> <p>医療者やケアマネジャー、ヘルパーの疲労蓄積や収入の問題などもあり、ささえる側が■■ないということはないのか、医者が行う部分よりもヘルパーや介護士がささえる部分が多いと思うので（病棟でもそうだから）そちらの方が充実してこない（疲へいしない状態での）うまくいかないのではないかと</p>
0008	<p>1. 2. 双方共に問題は多少感じるのですが、それ以前に社会で考える問題ではないかと思えます。弱者を排除（乱暴な言い方ですが）するような風潮はまだあるような気がします。療養に専念したくても職場や家庭の環境が十分でなかったり、経済的な問題、人材の育成など色々考えなければならない問題があるように思えます。</p> <p>十分な療養環境が整備されることによって1. 2. も改善されていくのではないかと思います</p> <p>とは言え、現実には待ったなしがない、身近に出来ることから始める、自らが動くことが必要かもしれません。</p>
0009	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 社会が在宅で死すことに理解が乏しい（逆にへんけんすらある）</li> <li>・ 医療（病院）側が在宅医療の認識が欠けている</li> <li>・ 現在の日本の核家族化も影響している</li> </ul>
0011	<p>どちらにも問題ある 受ける側、提供する側共に知識に乏しく、又、十分な話し合いがもてていない状況にあると思う</p>
0012	<p>「生き方を支援する」のは口頭だけでは現実的でない「どこで、どの様にして、生きて行くか」を具体的に説明できる当事能力を持って説明するためにはどうすればよいのか。「人はカスミを食って生きるに非ず」というべきか。</p>
0013	<p>社会のシステムがほとんど手をつけられていない。</p> <p>高齢者社会における介護システムのあり方の検討以前に、その様な社会での国民1人1</p>

	人の役割り等を、十分に認識させるような教育システムを含めての変革が必要で、強力な行政のリーダーシップを欠かせない。
0017	・ 在宅生活の準備、体制が整っていない（金銭・家族・介護力など） ・ 医師の在宅医療について、本当に知らない事が多く「自宅は無理でしょう。施設を」と話す
0019	在宅療養を行なうにあたって、家族構成等、家族のサポートがかなり負担になっているのが現状であり、病院に入院していたほうが家族の経済的負担や精神的負担が楽で■るとがもっとも大きな問題である。
0021	お金をかけられないから。 医療保険を使用するのがいちばん安価なので在宅は家族の労働に対して対価を全てはらっていない。
0024	家族の受け入れの程度が最大のボトル・ネックと考えます。
0027	医療側の支えにも問題はあると思いますが、 最大の問題は患者さんの在宅を支える実際の人的資源不足ではないでしょうか～誰が24h 見るのか～
0033	先づ、「プロ」と「アマチュア」をどういう意味で使用しているかわからない。そういう言葉で評価しようとするのがまちがい
0034	医療費抑制を主目的とした医療・福祉政策 ヨーロッパの中には実際、在宅中心の医療、福祉が行われている国がある。 アメリカ型をめざす現政府の下では難しい
0036	問10-bの理由で
0038	社会全体のシステムが不十分 在宅医療が充分にできる体制づくりが必要
0039	制度 マンパワーの不足 裁量権の偏り
0040	・ 人間一人一人の考え方、認識の問題 そして子供の頃からの教育、日本人としての心、日本人魂しい が必要（老いた両親の面倒をみるのはあたりまえという考えや教育制度） ・ 社会（政治）全体が悪いと思う
0041	在宅では、人手、お金がかかると思っている。 介護サービスも利用に制限があり、介護者へのサポートが足りない （生活支援の制限など）（又、ヘルパーでは吸引、経管栄養等が出来ないなど）
0044	家族制度が崩壊しつつあること
0045	社会保障制度のしくみそのものの改善が必要
0046	家族の役割の機能が低下している現代において個人にその責任を求めるのではなく医

	療制度改革の流れの中で、落ちこぼれた人達の行き場の確保は、社会の責任としてお べきものである 経済（医療）中心ではなく、人間中心の改革が求められている
0050	家族介護力の乏しさが原因となる事が多く見られます。 （高齢者二人きり、子供達が遠方に居る etc） もう一人、介護者が居れば、その人なりの最期を支えられるのに…という場面が多いで す。
0053	「1、2以外に」というより「1、2ともに問題がある」 1. 現状でいけばこのままで自宅と考えているのでは。又は、考えられるアクシデント に対応できれば。と考えている。 2. 医療者は、「現状と他のアクシデント」+希望する家族などの介護力やサービスの 現状を踏まえて考えている。 3. 家族が希望する十分なサービスを与えきれていず、最後は病院などへの入院となる ケースがある。特に遠隔となると、最後までフォローできる医療機関を探しきれて いない状態。
0055	医療側もどの程度の患者を在宅に移行させるかの明らかな判断基準が不足している。 又患者側もどの程度受け入れられるか介護する方達の思いが違いすぎるため一様な在 宅への移行は困難である。
0056	家族の否協力と拒否 自宅で在宅医療を上手に受けていても一度入院すると老健施設等に転院→病院のくり かえしの患者さんが多いように思う。
0061	急性期病院と在宅医との密なる連携が重要。
0063	1、2も大切である。また、本人、家族の価値観と個々の生き方の問題。
0077	国の福祉医療政策そのものに問題あり 財政難のため、医療、福祉の財源がカットされている。 介護制度にも問題点が多い。
0079	正確な報道、情報が入ってこない 一般の方に伝わっていない
0081	在宅療養に対する支援システムの不備
0082	核家族、老々介護など周囲に支える人がいないと在宅医療は難しい。
0091	居宅で見るには、家族のマンパワーがいります。家族にも自分らしく生きる権利があり、 居宅でみる場合は、介護者が、多大な負担を背負う現状があります。 少子で、経済的にも働らかなければならない状況があり、この不況の中介護をしながら 仕事をフルにすることは、精神的にも、肉体的にも大変だと思う。
0095	社会の構造（病人をかかえて仕事をして生きていく事が困難）いくら支援の手があっても そこに支払う為のお金をかせぐには…など。どこまで支援すれば十分というものがな

	いから。
0096	医療を提供する側は、医療を受ける側から、本当に受けたい医療をひき出せるような信頼を関係を築くことが必要である。まだまだ患者・家族は遠慮していると思われる。 クリニカルパスの導入等により、入院もあわただしく過す結果になり、特に高令者は、ついていけない現実にある。
0098	1. 今の世の中、生命は長い程、価値があると思われる。 この価値感を追求してゆく限り、無理である。
0102	独居および高齢者夫婦のみの世帯がふえていて、介護者がいないこと。
0109	在宅かかりつけ医の整備不足
0116	特別養護老人ホームまた老人保健施設の収容能の絶対的な不足。 在宅介護への公的費用負担の絶対的な不足。
0119	個々の事例もそうだが、戦後復興～高度経済成長を通して“死”が明らかに日常から離れてしまった。みんなが高度な医療資源を利用するようになったため病院で死ぬ機会が増加したのも止むをえないことではあるが、国民的な議論を通して“死”を今一度考え直す時期に来ていると思われ、それは、科学ではなく宗教の関与も欠かせない。宗教界の方々の啓蒙なしには進まないのではないか。
0132	ほとんどの人間が死ぬまで、「治る」と思い、たたかっているのではないか それは家族も同じで、治療を続けてほしい、見捨てないでほしい、という思いが強いのではないか。 「日本人」自体が死について語りあわない風習があり、患者本人の希望も聞けず、生の終わりを迎えてしまう。 「見ずてないよ」「治療して治してね」という偽の家族みたいな… 「生き方の支援」というとかなり不十分だと思います。
0138	患者・家族は決してアマチュアばかりではない。 今どき、どこからでも取ろうと思えば情報は入ってくる。 しかし、今の家族は、ファミリーメンバーの在宅死を支えるだけの時間的・心理的余裕がない。残業・休日出勤を断ったらクビになることをおびえている。これでは、家族の在宅死には付き合えない。
0141	医療の構造的問題。今の日本の医療政策の問題が解決されずに、どのようにして在宅療養を行う方々に対して「支える医療」が十分にできるのか疑問。「ニーズとサプライのミスマッチ」という問題なのか？ 本人が最期まで居宅生活して終焉を望んだとしても家族のニーズはどうなのか？ 医療者側はどこまでそのニーズを理解できているのか？
0142	経済的な問題 介護力の問題
0144	行政の関わりだと思います。広報が不足していると思います。

0146	双方ともに対策や知識に乏しい。
0150	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域医療を支える在宅医不足 24 時間を通し依頼できる在宅医不足。</li> <li>・ 在宅より入院している方が、お金がかからないシステムを変更しないと、在宅医療は増えていかない</li> <li>・ 60～80%の国民が、最後まで在宅でと希望しているが、いざとなると救急車を呼び病院につれてくる。家族の理解不足、家族を支える医療職の不足がある。</li> <li>・ 在宅医療は誰が支えるのか、サポートシステムを整えないと実現しない。</li> </ul>
0155	医療者の専門知識の修得のみではなく、生き方の支援に対して各種媒体からの情報の提供が重要であると思われる
0158	経済的問題 介護者の不足
0166	<p>2については、医療者の定義が間違えている。</p> <p>基本的には、政策医療であって、政府の政策がすべてである。</p> <p>我々にそれを変えることは出来ないし、cost medical の観点からどの方向に進むか無機的に決まるだけ。</p>
0169	介護者がいないこと。老々介護が多いこと。
0174	金銭的なめんど。
0175	<p>それぞれのケースによる個別の原因があり、上記のように単純には分けられないと考えます。</p> <p>※全ての設問と答えが誘導的に感じます。</p>
0181	行政、社会基盤の体制強化が不十分
0182	<p>国として（療養状態、介護状態）になった患者を受け入れる施設（例、かんぽの湯を買いとる）で地域毎に入居させ、介護士、ヘルパー等の給与をあつくして安心して家族が働らせる（生産性を高めるため）環境を整備すべきだと考える。</p> <p>在宅で分散して世話するには人、物、金が足りないと思う</p>
0189	社会的なインフラが欠如しています。図Nで、24hr 介護を受けている方が全国で 20 数名しかいないことが如実に示しています。このような方は数万～数十万は想定されますが、それだけの社会資源がありません。
0190	生活する上で自立がむずかしく、支援を受けるようになった人の金銭的負担が、多すぎる。
0191	<p>1、2以外と言うより、1、2の両者と社会的な支援システムに問題があると思います。</p> <p>1に対しては、国民性か、分化の違いか、死の受け入れ教育が遅れている為か、自分の最期についての考えが無い為、当然、家族との話し合いもないと思います。</p> <p>2に対しては、医療制度の問題もからんで来ますが、無駄な治療が永遠に続けられている事や、医者も、まだまだ、助けるだけが（生かす）医療と思っている医者も少なくありません。医者の死に対する考えが未熟すぎる事も原因か？</p> <p>会社支援に対しては、核家族化や、共働き世帯、老老看護、御近所付き合い等々環境の</p>

	変化の中で、家族負担の割合はまだまだ大きいと思います。「これ位なら……」と思われ、出来ない事への罪悪感を感じ、自分の人生を半分ずて、家族を看護しているのが現状ではないでしょうか？
0198	その地域での大きな枠づくりが必要。 (当地域でも老老介護、認認介護が増加しており、何らかの枠組みが必要と考えている。)
0199	個人をささえる支援システムが確立されていない。スウェーデンの様なシステムに個人も、行政も、努力する必要がある。先人国がモデルとなっている。それが出来ないところが我国、私達の問題。
0200	身体的な障害のない者が、死ぬまでずっとそのまま元気でいられるとの思いこみがあることが原因なのでないでしょうか？ 身近に「死」というものがないためだと考えます。
0203	受け入れる側の問題で施設や老人ホーム入所のための制限枠が大きい。本人の意思決定。 金銭的な負担が大きい。
0204	在宅医療を行う場合、入院治療と比べ家族にかかる負担がより大きくなると考えられる。
0214	互いの情報交換の場がないこと。ネットワークを作る必要。
0225	①介護者が居ない単身者や家庭に介護力が無い場合、それを補う医療的・社会的資源が不足している。 ②社会制度とくに職場での支援体制の整備が遅れている。
0230	・ 経済的な問題：入院療養の方が給付金等でプラスになる場合 ・ 患者と家族に生き方の相違がある場合 ・ 介護者の高齢化、地域医療者の高齢化
0234	国家の規模で在宅医療の現状と方向性を議論する必要があるのでは
0237	開業医の努力が足りない 収入中心の医師の考え方が問題 家族も協力体制がなくバラバラ 経済的な支援に協力体制なし
0246	・ 患者本人は自宅で最後をむかえたいと思っても、それをささえる家族の不安が大きくそれを解決することがむづかしい ・ 在宅でみてくれる医師が少ない
0251	当院では在宅医療に関して積極的ではありますが、患者家族より、転院を希望されたり、金銭的、時間的余裕がないなどの理由より、在宅を拒否される場合があります。現在の日本の医療体制、在宅支援に問題があるのではないのでしょうか。具体的には日本独自の個人個人の死に対する考え方の変化、経済的に在宅医療を行っている pt の負担など、

	<p>行政がどこまで支援出来るのかにあると思います。</p> <p>当院では入院時よりMSW・ケアマネ・保健所などが入り、ケアカンファレンスなどを実施していますが、保健師・ケアマネジャーも在宅看護に対する知識が乏しいと感じる事もあり、反対に私達が知らない事も多々あります。</p> <p>患者（事例）に対象をあてたり、難病であったり地域とのディスカッション（勉強会）も定期的におこなっていますが、日々の業務の合間でするので思うように進まないのが現状問題です。</p>
0254	<p>1、2の両方に問題があると思う</p> <p>さらに、この問題は、医療者や、患者、家族だけの問題でなく、すべての人が共通に考えなくてはならない問題であると思いますが、行政のかかわりや支援が少なすぎるように感じています。</p>
0256	公的機関による援助
0258	<p>社会資源の活用が不十分であり自己負担金が発生することにより利用しにくい。</p> <p>在宅医療を行なう上での社会的な支援体制が不十分</p>
0260	制度
0264	核家族化、老々介護などで在宅療養困難なケースが多い。
0270	<p>医療を受ける側、提供する側ともに知識がすくなくすぎる。</p> <p>説明、合意のくり返しのプロセスが成り立っていない。</p> <p>医療を受ける側の希望と、現実してほしいケアにズレがある</p>
0271	個々の事情
0280	<p>患者や家族は、治療を受けることで、病気が少しでもよくなる、元気になる、と思う。</p> <p>しかし、在宅での治療は限定され、ニーズに答えるには困難な様に思える。</p> <p>余程、医療を理解している人が、主体者側におり、キーパーソンとなっていれば、可能かもしれないが、私も両親や義父を見送る中で家族の中の見解の違いや、知識量の差からくる判断のちがいがいなど、在宅ですごすことの困難は大いに感じました。</p>
0284	<p>生活の問題もあり家族だけでは在宅で支えるのは現状難かしいのではないかと思います。資源の活用はいろいろとあると思いますが地域・社会がその人達を支えていくためにもっと活用できるものを増やし（金銭面）経済的に負担のかからないようにしていかなければいけないのではないのでしょうか。（介護者への負担も）</p> <p>不安なく安心して最期を迎えられたらと思います。</p>
0288	<p>医療を提供する側は、現在、医療を提供するのが精一杯の現状です。もっと国、社会、地域などで支援できるようなプログラムや施設などの対策が必要だと思います。</p>
0292	<p>実際に病院で療養を過ごしてゆくにつれ、在宅での介護を希望する割合は少なくなる（患者の真の希望を把握していない可能性あり。）</p>
0293	核家族化など社会構造の変化に対して、制度（財源含む）が十分対応しきれていない。
0294	1. 2、以外というより両方に問題があると思います。

	<p>1. としては、ニーズはあるものの具体的なことになる、考えていなかったり家族が在宅死を受け入れられなかったりがあります。</p> <p>2. プロの医療者として今までの何がなんでも最期まで、治療を続けるという姿勢に傾きがちだったところを、人間としての最期をどうむかえるかということをもっと真検に考える必要があると思います。</p> <p>常に難病を扱う科に属していて、いつも（特に他科の）医療者の自分達が病気を治しているというおごりを感じています。</p>
0298	<p>「医療をうける」事に現代は意味があるという風にとらえられていると思う。ぎりぎりの状況になる迄治療を続ける医療者とできる限り治療したいと考える患者・家族がまだまだ多いように思う。</p> <p>医療者が説明しても患者・家族に見すてられ感が残ったりかえって落胆し、新しい生き方が探せなかったりして再び入院生活に戻るケースもある。</p> <p>日本人の感覚的なものや社会通念等が大きく影響していると思う</p>
0302	<p>多くの患者や家族は未だ受け身で医療を受けていることや、医療者側に支援策についての知識があったとしても地域によって在宅医療に限界がありニーズに全て応えられる状況にはなっていないように思う</p>
0309	<p>全体的に死生観が乏しい事</p>
0315	<p>医療を受ける側も自分の最期をどの様に迎えたいかの明確な考えを持っている人が少ないし、その準備をしていない人がほとんどであるため。</p> <p>医療を提供する側としては制度がコロコロと変わったりそれについていくのがいっぱい（目先の“すみか”を見つけてあげるまでしか援助できていない）その次のレベルの支援は自分にも知識が不足しているし勉強が必要であると考えています。</p>
0319	<p>まず高齢者の生活に対する経済的自立が不十分な人が多い（家での介護・医療は重症になほどお金がかかる。）</p> <p>次に家族の支援が十分でない場合、老老介護となっており在宅が出来ず病院に入院というケースになっている。時々若い人が仕事をやめて介護に当たるケースもあります。</p> <p>政治が介入して「患者に対する人的、財的介入がどうしても不足する部分」を「在宅医療」で補う方策作りをしたり支携してゆく必要があるのに対策が不十分である。</p> <p>病院内での仕事が多忙で、在宅を勧める講演会や在宅が成功しているケースの紹介などの交流を十分持っていないのでてっとり早い病院入院という方法がとられていると思います。</p>
0322	<p>問10-bで答えたように、家族の献身的な介護に頼っている現在の制度では、患者の在宅での死の希望は、叶えられない。</p> <p>福祉関係の予算を大きくして、支援の量的、質的充実が求められる。「人」の増員あるのみ。</p>
0323	<p>医療者には時間的又、Cost 的な問題がある。</p> <p>患者側にも同様に経済的問題がある。</p>



	もっと医療、福祉に「金」をかける政策がなければ机上の空論となってしまう。 又、「死」というものを受け入れる「覚悟」が希薄である。→つまり他人まかせ。
0330	医療者側の忙しさ。 業務に追われ、医療を受ける側が理解できるまで説明に時間をかけることができない。
0340	医師の数が絶対的に少ないため、多くの患者様が在宅診療を希望しても、受け入れられる人数に限界がある。そのため病院に集約せざるをえない。 また、家族も仕事などのため十分に介護できなかつたり、介護を頼むにも介護保険でカバーできる範囲に限りがあるためどうしても家族の負担が大きくなってしまふ。また、他人に家に入られるのを嫌う人もいる。 医療、介護に携わる人を増やさないと現状はかえられないのではないかと思う。そのためには介護、医療報酬を増やすなど厚労省の政策誘導が必要だと思う。
0346	利用できる資源がとても少ないこと。
0350	理想は自宅で死にたくても、介護サービス、医療が自宅で行えても、忙しい家族と一緒に生活していたら、病院で死ぬしかないと感じたりします。
0355	家庭での介護力の不足（人および時間） 介護すべき構成員はまた家庭の経済力の大きな柱になっており介護に時間を割くことが極めて困難。
0356	・独居、高齢者世帯の増加
0359	社会的な問題。家族、人間関係等。
0360	経済的な問題。在宅医療がうけられる経済的余裕があれば家族がある程度納得できる。 現在のように共働き、核家族の中で誰がケアの中心となるのか。
0361	医療を提供する側と受ける側の連携。 その人らしい、最期の選択ができるような体制が必要。
0367	医をこえた文化、思想
0377	医療者側の説明は疾患に対する説明が中心となり、その後の病状が今後の人生にどのような影響をおよぼすのか、患者、家族にわかりやすく理解できる説明が不十分であり、患者、家族と一緒に人生ライフを考えて行ける支援が今ひとつ不十分である。 又、患者、家族は医療者にまかせておくと安心と思っている特徴がある。 終末期になってから、こうしておけば良かったと後悔しているケースもすくなくない。 患者、家人をどのように支えて行きながら、本人・家人の望む目標を達成できるよう援助していくことが大切であると思う。
0380	I 在宅支援（特に独居）を受けられる条件が乏しい（公的な部分） ①金銭的な負担 ②介護保険の等級の低さからくるサービスの制限 II 家族の受け入れ条件の不備（老々介護・居宅の狭さ・介護する時間がとれない。 …働ける人はみんな就業している）

0387	bと同じ
0389	本人家族の希望に沿った生き方をするために医療者がサポートすることが必要であるが、そのサポートの体制が地域的格差なく、いつでもどこでも誰にでも行なわれる状況にないことが問題
0391	<p>医療者も患者家族も決して、患者本人の希望が、理解できない理由はない。しかし、叶えてあげる事ができない現実がある。</p> <p>私の父は、胃ガンで、病院加療で他界、母は、老衰で在宅で看取り経験した。</p> <p>患者の希望通りの介護を行ったが、在宅医療の家族の負担の大きさを経験した。経済的にも■と、付添1人お願い（終日）それでも家族子供への精神的負担あった。在宅医療の良い面と悪い面、現実には、わからない点があると思っている。</p>
0392	在宅で最後をむかえるという事は、医療者だけではなく、生活面での介護を充分サポートしてくれる（介護保険を利用して）体制をもっと充実していかないと、けっきょくは主介護者である家族が疲れはててしまい在宅での介護を拒否してしまうと思われれます。
0393	病気や死というものを病院に押し込んでしまっている事。
0398	<p>日本人各個人の生・死に対する考え方。</p> <p>生きる覚悟。死ぬ覚悟。宗教がない（實際上）といえる問題。</p> <p>「患者・家族」「医療者」双方に対しての教育が、必要と考えます。</p>
0400	<p>現場では、当病棟には腫瘍内科・緩和ケア科・呼吸器内科の混合であり、入院患者の5%が死亡退院になります。がん及び肺炎や COPD の末期では、疼痛や呼吸困難及び胸水などに対し、症状緩和を必要とします。麻薬の適正な使用や呼吸管理など患者の苦痛を取り除くために医師の専門性が必要であり、在宅に戻っても、これらの専門的治療を提供できる医師が少ないと考えます。また、家族や本人も、必ずしも在宅死を望んでいません。仮りに望んでいた場合でも病状が一時安定している間に退院し、最後には病棟で看取るケースがほとんどです。在宅医や 24H の訪問看護体制を行っても、病院で提供されるほど医療やケアは提供できないのではないのでしょうか。家族側にも共働きや老々介護、独居などの理由により、看病できない事情もあります。</p>
0403	<p>居宅生活を送る際資源が少ない</p> <p>経済的な問題</p>
0408	<p>今の日本は、自宅で最期を送えることは出来ない社会である。</p> <p>まず第一に、家族のために、仕事を休んで一日中付き添う者はどれだけいるのであろうか？</p> <p>介護という重圧を個人一人一人が背負わず、病院、施設に入院していればいい、という考えをもった日本人が多くなっているため</p>
0412	<p>1、2共に問題であると思う。</p> <p>受ける側も勝手な解釈、決めつけてしまっている所があったり（知識が乏しい部分も多い）</p> <p>又、提供する側もどの様に支援してゆくのか、受け手の気持ちをひき出し進めるのかと</p>

	<p>いう知識、技術が乏しい。</p> <p>それぞれ、共に高まれば、良い結果が生まれるのではないか</p>
0415	国民のコンセンサスを形成する必要あり。
0417	<p>在宅療養を支えるサポート側（介護者以外）の不足。</p> <p>死生観が医療を受ける側、提供する側双方で、未成熟。</p>
0419	<p>家族患者に十分説明した上で在宅医療に入っても死期が近づくにつれ、不安になり、病院での死を希望する家族患者がおります。それらを見捨て在宅医療におしこめる■とも如何と思います</p>
0427	<p>核家族化→老々介護→人口減少→マンパワー不足。</p> <p>無策の国家行政に前2者以上の問題がある。</p>
0429	<p>日本本来が持っていた生老病死を在宅でと助け合い、集合家族がなくなりにくずれ、その後、全てが病院・診療所で管理となった。今後患者・家族のとらえ方とその情報源である医療者の変化、地域風土の成長と様々な所で、意識の変化と構造を変えて行く必要がある。</p>
0430	<p>行政</p> <p>金銭</p>
0437	居宅生活と支援する体制不備。
0439	<p>制度に問題がある。療養病床の廃止や施設が少ないことで、中間的な施設の利用ができない。</p> <p>在宅を Pt、Fa が希望しても、病院の規則上、往診ができない、などの問題がある。往診を依頼できる Dr も不在など、地域性もあるように思う。</p>
0445	<p>①在宅での看取りをする基盤が十分でない （看取りをする訪問診療医が少ない。24 時間体制の訪問看護ステーションが少ない）</p> <p>②医師の在宅医療に対する情報不足により患者・家族に説明ができない</p> <p>③できる限り治療をしたいと思う医師は退院の時期を逃してしまう。</p> <p>④核家族化、高齢夫婦世帯、独居などマンパワー不足</p> <p>⑤病院医師と訪問診療医の連携不足</p>
0447	<p>1 人か 2 人で一軒の家で最後まで在宅するには多勢の支援が欠かせないが、支援するための人が全く不十分。医療より介護をになうマンパワーが絶対数だけでなく制度としても極めて不十分と思われ、現実に可能とは思えない</p>
0457	<p>「在宅」の場合、「医療」の部分はある意味小さい。24 時間×365 日×何年（何十年）の家族の人生を変えていく一大事業である事が、現実である。（問題とはあえて言わないが。）</p> <p>逃げる家族と、背負う家族という大きな 2 つの現実を見つめる毎日である。</p>
0458	<p>医療側、患者・家族両方に問題がある。</p> <p>それは両者の価値感や環境に由来していることが大きいと思われる。</p>

	双方でのあゆみよりや、情報交換、すなわち、納得できるまでのコミュニケーションが大事ではないか
0460	<p>当然、1、2は大きな問題であると考え（3の選択ではあるが、1、2に関連している）。現在のような社会的背景は、ある程度の予測は出来ていたと思う。医療者又医療を受ける側は、このような時代に近い将来なることを考えておかなければならなかったのではないかと思う。基本的な知識として、行政・教育機関がそれを培うべく方策をとってこなかった点に問題があると思う。医療、介護の問題を考える時、十分に検討されたのか、そして、現場の声をどのようにとらえ、生かしたのか、色々な歴史がある中でそれらを踏まえて、今、今後のことを真剣に考えていく、何が人間にとって大事なのかという教育を、子供の頃から行っていく、身近な問題として発生した時に対策を考えるのではなく、事前の準備が大事ではないかと考えます。</p> <p>教育の重要性（・幼児期から義務教育を経て高校、大学、一般■、各々を■学としたもの。 ・専門分野</p>
0462	<p>社会資源 国として「生き方支援」をする気が全くない。 サービスに必ず自己負担が発生する</p>
0463	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療制度 システム</li> <li>・在宅での介護における家族の負担を極端に（入院に近く）減らしてやらなければ、在宅医療は一般化しないと思います。</li> </ul>
0464	<ul style="list-style-type: none"> <li>・社会保障費が少なすぎる</li> <li>・居宅生活ができるような社会のシステムが構築されていない。</li> <li>・狭い家屋の自宅での居宅生活は無理である。</li> <li>・北欧のように、家族介護ではなく、専門の介護者・医療従事者がホームのような所で、きちんとしたケアを提供すべき。（無料もしくは低価格で）</li> </ul>
0465	<p>望む（望まれる）在宅医療を実施するためのシステム作りがすすんでいない。 実現のためのシミュレーションの提示が必要。</p>
0466	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅サービスが充実していない。（または、情報不足で少ないように感じる）</li> <li>・御本人も家族も、医療者も、「家族がもっとかかわるべき」という思いがあり、実際居宅生活となると家族の負担が大きい。</li> <li>・有料サービスに対しての理解が不十分で「お金がかかる。入院なら保健つかえる。」と、一般に思われている。お金がかかっても本人の安楽や、家族の時間や労力の代価であるという意識が低い。</li> </ul>
0467	<p>在宅医療に対しての法的な支援も土台には必要であるがその土台の上にある、地域での、支援、各自治体行政の支援が患者・家族の日常生活にはかせないと思う。その部分にどれだけ、支援できるかがキーワードだと思う。</p>
0468	<p>最後まで延命治療を望む場合が多い。</p>

	<p>自分で最期を決定出来ない事が多い。</p> <p>老化、身体の変化を認めながら生活が出来ず、老衰を認めない傾向にある。</p> <p>同居していない為、親の老化が理解出来ない事も多い。</p> <p>日本の医療が変化しないと、困難と思う。</p>
0474	<p>「病院より家がいい。」と多くの方が言われますが、実際には自宅で 24h ケアを行なう体制を整えることは困難です。(自分でごはんが食べられるなら)とか(トイレは自分で行って欲しい)と家族も終末期をむかえる人に対して、自宅で過ごすための条件がつけられることがよくみられます。そのため、本人は望んでも家族が受け入れられないということになります。</p> <p>医療を受ける人も提供する人も「死をむかえるということ・老いるということとは具体的にどのような状況になるのか」を健康で若いうちから学ぶ必要があると思います。</p>
0476	<p>1 だけ、2 だけでなく、1、2 両方に原因があると思う。</p> <p>1、2 以外にも、地域の特性上、必要なサービスが少なく提供できない、経済的にサービスがうけられないことで在宅をだんねんすることも…。</p>
0483	<p>在宅支援に対する負担感</p> <p>在宅支援施設、家人へのサポート体制</p>
0484	<p>細かいことはいろいろあるが一番は3頁にのっていたような社会的背景をもとにした家庭の介護力低下と思います。</p>
0503	<p>患者が意志(思)決定できる時、できない時がある。思いは常に変わる。</p> <p>家族が意志(思)決定しなくてはならない、小児や知的問題(精神発達遅滞、痴呆など)の場合は、決定する家族の気持ちや周囲の状況の変化で在宅生活させたいという思いが変わる。手つづきの大変さ、病状が悪化することを知っていても起こる不安、介護・介入する一家で別の体調不良者が出た時にすぐにレスパイトできないしケアに来てもらえない、24 時間介ゴ提供を 100%全ての人があうけれない(現実的にうけている人を私自身みたことがない)、現在住んでいる所では病状の悪化後は生活をつづけられない、家族への負担、経済的問題。地域・事業所・ボランティアなど統一されないケア者との関わり入院という最期を選ぶことで以上の問題を考えなくてすむことから安易ではないにしろ入院という選択をする。</p>
0504	<p>病人や老人を在宅で看られるような制度になっていない。どんなに、病人本人が望んでも、家族を支援するシステムになっていなければ家族の負担が増すばかりである。何故なら、病人や、老人は、「家族の負担になるから」という気持ちが強いので、家で過ごす事ができないでいるから。</p>
0506	<p>両者の問題であると思います。家で最期を向えるためには、家族も自ら十分に勉強しておく必要がある。</p> <p>医療者も十分な説明を行っていくことは必要。</p> <p>患者を家でみるということはとても大変です。家族の生活もなくなってしまうかもしれない</p>

	介ゴ疲れしないよう、勉強そして、心がまえをする必要がある
0511	在宅医療の充実
0524	医療を受ける側、医療を提供する側、両者に問題があると思います。
0528	制度 ふさわしい施設 ) 資源 マンパワー
0531	①年老いて最期をむかえるという「死の教育」そのものが、不十分（あるいは、ない）である ②在宅で生活するための環境が整備されていない。（福祉サービスが不足している）
0533	高齢者以外の居宅生活には現在の支援では不十分だと思う。
0536	現状として、まず、社会構造、家族構造に問題がある。要介護者への支援の担い手は、現状では依然家族が中心であり、その負担は大きい。しかも、同居している人は、少なく、経済的にも、要介護者に対して、十分に援助できる人は少なく、介護をするとすると、仕事に支障が出、経済的な手立てができなくなる人も多い。 そういった面より、よっぽどの覚悟があり、今の生活を犠牲にしないと、いけないのが現状である。 とサービスの提供者、供給者の問題ではなく、選択肢として、在宅が自分の意思とは関係なくあがらなくなってしまう
0543	国の問題も多きく影響し、政策に問題があると思います。 福祉問題や、介護保険等、老人にとって、わかりづらい事もあると思います。
0549	（生活様式が、（家族が核化）何らかの仕事を持っていて余裕のある時間がない社会と なっている （医療者側も在宅死をささえる体制も少ないし、在宅医療を知らない Dr が病院には多い
0551	在宅支援するための訪問診療医、訪問看護ステーションなどが絶対的に少ない。特に のような地域格差が大きい所では、地方から高度の急性期医療を受けるために何時間もかけて入院、通院するが入院中に医療処置や介護が必要になると、地方の家に戻れなくなることがある。特に末期は訪問診療・看護で臨機応変に対応できる場所を探すのは至難の業。20件以上電話して、やっと自宅まで1時間半の距離のステーションを確保した例もある。在宅医も、看取りまでというとうけ入れ困難なところが多い。また介護保険の特定疾病でがん末期が入ったにも関わらず、その土地ごとの行政にもよるが“自立支援という見方では介護サービスは入れづらい”と言われ残り少ない日々を自宅で過ごすためのサービス（安否確認だったり）が入れられないこともあった。
0557	たとえば最後まで居宅で、と本人が思っている、家族が不安がって Hp で、ということもあったり、その Fa の不安が除ける程社会資源や体制が整っているかということ、そうではない。また本人自身も、いざとなると、入院してるほうが安心、といって ENT し

	たが入院希望する人がけっこういる。
0563	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅で過すうえで認定が十分でなかったり、家族の希望と本人の希望のズレ、また住宅事情など</li> <li>・家族の迷惑になりたくない 負担をかけたくない 感情の問題</li> </ul>
0564	<p>理想と現実のギャップをうめる必要があると思う。</p> <p>“居宅生活”は以前と比べ日本国内の国民の意識に浸透してきていると思う。しかし実際、以前と比べ年金生活に頼る事ができない。今の 60 歳代以上の人への専門的教育の理解度はまだまだ低く、今の病院（7:1）の体制では、じっくり教育に関する余地は限界を感じる。</p> <p>在宅に国がこだわるには、それなりの状況をもっと考えなければならないと思う</p>
0566	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師の考え方に個人差がある。病状悪化時、今後起こりうる状態や在宅医療でどこまでできるのか、また本人がどうしたいと考えているのか等説明や話し合う機会が少ない。</li> <li>・医療訴訟が過乗報道されている</li> <li>・本人、家族も医療機関に依存的になっている (昔は自然治癒することでも受診したり…)</li> </ul>
0567	<p>1、2、も大きな問題点だと考えます。高令者の単独家族構成・子供達など親近者が近くに居住していない・1人暮らしの高令者・退職后田舎にUターンするなど生活基盤がしっかりしていない・生活保護者など在宅を考える時まず直面する社会的背景の問題が大きく苦労している現実がある。</p> <p>医療者側としては、以前は「こんな状況で在宅なんかできないでしょう」とあきらめに近い対応ではなく、できる可能性について1つ1つ解決していく方針になってきているが…。医師によっては認識がなく、協力的でないケースも見られる。</p> <p>田舎では、若い人がいない、施設も常に満床状態 考えると制度は進展してほしいが、現実どうなっていくのだろうと不安である。</p>
0568	<p>①医療者側の知識不足、意識の改善</p> <p>②行政側のもっと入りこんだ安心して治療をうけられる組織の整備</p>
0575	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師の教育制度に問題がある。急性期の治療は■■■的だがその後の退院後の生活をみずえた支援が視野にない。</li> <li>・患者自身にも情報や知識がないために選択するすべをしらないことが多く、退院調整看護師として対象患者に情報提供しています。</li> </ul> <p>私たちに課せられた課題でもあります。</p>
0577	居宅生活を支援する環境が不十分な点及び家族が居宅生活を支援する風潮(?)が希薄だと思う
0578	<ul style="list-style-type: none"> <li>・核家族化し、看取る family の負担が大きい現実。</li> <li>・居宅で最期を迎えたいという理想と「家族に迷惑をかけたくない」という反する気持ちを持つ患者の心理、価値観</li> </ul>

	<p>・どのように最期を迎えたいか…という点において具体的にイメージできない日本人の？死生観</p>
0581	<p>家族も肉身でありながら人まかせの選択が多い。 しかし社会資源について十分知らない事が原因である。 社会全体が人事としてとらえずもっと真剣に老人になる事を考えるべきだと思う 又 社会全体が受け入れができる場、施設を増す、内容も充実させるべきである。私欲に走る人達が多いかぎりには真の充実は考えられない。最、教育施設も増す必要もある</p>
0582	<p>直接ケアを担う絶対数が少ないと思われる。一人への負担があまりに多くなり体制の整備が急務と考える</p>
0583	<p>1、2を改善するため、身体情報、生活情報の共有 多くのコメディカルや在宅医療を行う医師との連携をとるためには、長時間の話し合いや（時には説得）、MSWの増員などが必要と思われる。 しかし、MSWの増員や長時間の話し合いなど在宅支援をすすめる労力は病院の収益にならず、病院がそういった支援に力を入れることはない。 「プロ」の医療者に在宅支援を推進させるならば、コーディネーターなどの専門資格やMSWの増員などに力を入れるべきと思う。</p>
0586	<p>「最期まで居宅生活を望む」という場合に、家族への心理的負担や、本人が、自宅で1人で過ごさなくてはいけないときの自分の心理的ストレスをどう自分で処理していくのか、という問題は最後まで残り得ると思います。自宅に臨死患者がいる場合、家族としては良いこともある半面、逃げ場のないストレスを抱え込んでしまう可能性がある。昔、自宅で看取る率が高かったのは大家族制であったり専業主婦の存在に支えられていたふしも大きいと思われる。在宅死は本人のみならず同居の家族も危篤状態になっても病院に連れて行かないという決心が必要で、これが難しいことも多いのではないかと。又単身者もふえており、在宅死を迎えるには不利な条件が多くなってきているのではないかと。</p>
0588	<p>国民のほとんどが働ける状態（健康）であれば「一応の生活をしている」現状で、在宅でケアが必要になる家族を一人かかえる事は、収入、ケアの発生で時間が変化するため、現状 80%の病院死はいたしかたなく思う。 日本人は、家庭の事は外に出さないという文化の中で生きて来たため、外の支援を積極的に受ける人の方が少ないと感じている。 産業の構造が、もう少し変化し、「在宅で死を迎える」事が当然になるためには、長期的な国家による計画が必要だと考えるため、「法」「倫理」その他 etc、10年20年の細切れの実践問標では変化しない。国の構想を私も理解できていないので国民一人一人が理解できる事が大切。</p>
0594	<p>支援システムについての知識が衆知徹底されていない</p>
0596	<p>核家族となり、仕事を持っていて看護出来ない今の人達は自分の生活を大事にする。老々介護になり不安が大きい。しかし、日頃の指導により、家庭で看ご出来ると思う</p>



0601	<p>医療者のマンパワーの問題と患者家族の介護力マンパワーと経済的問題があると考えます。</p> <p>例えば実母が自宅で死にたいと言った場合、自分自身もどこまでしてあげれるか、非常に不安です。</p>
0604	日本人の死生観、国民皆保険のもとで、病院に行くのが当然という意識等
0606	<p>在宅医療に対する体制が十分ではなく、患者が希望されていても受け入れられる所がない事が多い。</p> <p>又、受け入れられるとしても、手続きに時間がかかってしまっていると思う。</p>
0607	<ul style="list-style-type: none"> <li>・核化社会であり、家族力が弱いこと</li> <li>・日本の経済不況が、背景にあり、医療の問題まで充分に対策がとられていない現実</li> <li>・病院の機能が分業・複雑化し、支援につなげるゆとりがない</li> </ul>
0608	<p>施設入所・入院に関しては保険点数化されているが、在宅に移行する場合 24h ケアできるところ以外は必ず介ゴ者が必要な訳だから介ゴ者に対する、何らかの pay がないとモチベーションがつけられにくいのではないか。</p>
0613	<p>医療者、患者、家族共に問題があり、双方の一方的な考え方では、ニーズを満たす事は出来ないと思います。</p> <p>又、家族、患者が希望しても居宅生活を支援してくれる緊急時に対応、訪問してくれる、主治医が不足している事、医師間での連携が確立されていない、医療ネットワークが出来ていない事等が問題なのでは。</p> <p>又、患者、家族に対しての臨床心理士起用等、改善しなければならない事が多いと思います。</p>
0621	<p>医療は、社会福祉の一部にすぎません。このような説明、アドボケイトは、福祉の専門家に任せるべきです。</p> <p>現実には、医師がこのような業務を形式的でなく行うとすると、決定的に数が足りません。まずは、制度を改正して、医師を大量に養成する事が先決です。薬剤師、看護師などに、大学院で不足単位を修得して、医師にするなどして、今の 3~4 倍の医師を、養成しないと、何を考えても絵空事です。ともあれ、戦時中に厚生省が、医専で軍医を大量に作ったように、福祉目的に医師を養成するなら、このような調査は、有効だと思います。</p>
0625	<p>両者の不一致</p> <p>コミュニケーション不足</p>
0627	<p>家族の支援体制</p> <p>ご本人、ご家族の思い</p>
0629	<p>患者一家族の考えの違い</p> <p>在宅で緩和ケアを行う医師の不足</p> <p>24 時間対応の訪問看護ステーションの不足</p>
0631	色んなサービスを入れても介護力の問題であったり、経済的な問題などで、ある程度の

	<p>情報提供を行ってもむずかしい場合がある。</p> <p>がんの患者であれば、40歳未満の方だと介護保険の利用ができずに経済的にもかなり負担となる場合も多く、サポートの手だてがみつけない</p>
0632	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅に関する情報の不足：自宅で亡くなる事が普通にできるという意識が社会全体に乏しい</li> <li>・経済的サポート（行政）の不足：介護力、経済力、本人は自宅を望んでも看る人の条件が整わなければ実現しない。現状の介護保険や医療保ケンでは限界がある。</li> <li>・診療体制のせいび：往診医を探すのもとても大変。24Hサービスの所も自宅から遠かったり選択する程整っていない。コストも生じる。</li> <li>・実際の現場では「自宅で看るのはムリ」と家族が思ってしまう条件の方が多いのではないかと思う。本人の意志だけで成立するものではないので介護者、経済的支援者へのフォローがないと厳しいと思います。連れて帰って看とってあげたいけど生活が成り立たないと云った意見もたくさん聞いています。</li> </ul>
0633	<p>この設問は不適当だと思います。1、2どちらも「あり」だと思いますし、それが現実です。ので、「どちらも同じくらい問題」という項目がほしい。</p> <p>加えて医療制度上のしぼりが非常に大きいと思います。どれほどサービスがあっても使える限度額、時間がありこれも障壁になっていると思います。</p> <p>今後ますます増える高齢者、がんサバイバーの望む生活を保障するには制度として国家予算配分としての大きな改革が必要だと思います。</p>
0649	<ul style="list-style-type: none"> <li>・いつ亡くなるのかわからない</li> <li>・自宅での看護、介護力の問題。「支える医療」を医療者が提供しても、家族の負担が大きく、転院になるケースが多い。</li> </ul>
0651	<p>人として、生命へのとりくみ 生き方のとりくみが必要と考える。人は同じではなくすべてが個々人の生活をもっており、1人1人すべてが違うといういみでは、おしつけられない理念である。患者も家族も医療者もそれぞれの考え方をもって、とりくむことで、1つのその人の生き方を、支援できるのではないか。</p>
0654	<p>社会のしくみ</p> <p>核家族 住居の問題</p>
0661	<p>両方である</p> <p>Ptが望んでいても家族の理解が得られずということも多い</p> <p>病棟看護師のみの介入では知識不足で専任の看護師やMSWに介入依頼をすることでおぎなっていく必要がある。</p>
0666	<p>国の政策が遅い、医療福祉に対する対応が不足している</p>
0669	<p>変化した身体を認めることができても、家族のマンパワー不足やそれまでに生じた疲労から、継続困難になること。補うだけのサービスが導入できないこと、（受け入れの問題や経済的なこと）両方の問題があるのではないかと考える。</p> <p>経験としては、在宅死をのぞんでいると思っていた家族が、苦しさを訴えた本人を見て、</p>

	家では見れないと病院にはこび、その夜に亡くなったケースがあった。最後の最後は患者・家族なのかもしれない。
0674	ニーズとサプライのミスマッチはある。 しかし、「家で死にたい」の60~80%は「今の病院等の施設が終末期の療養に適していない」も入っている、つまり「病院がいやだから家の方がマシ」というものもあるかと思う。 だから1、2、は選べない。
0677	両方の立場に問題あり。
0678	・医療、福祉の地域格差：自宅へ帰りたくても、サービスがととのっておらず帰れないことがある。
0679	医療を受ける側と医療を提供する側が、その後の生き方についての対策や知識について卒直に話し合う機会に乏しいこと。単なる医療情報でない生き方や生活にかんして話をするべきであるという視点が不足していると感じる。
0681	医療現場で在宅医療をすすめたいとある程度の努力はしていますがマスコミがまちがったとらえ方をして新聞に医療放キと報じたり、医療難民ができてしまったりとなんか今の医療制度が患者さんにとってやさしくない気がします。財政のこともあるし医者確保も病院がままならない中で（もちろん看護師も）どこまで地域と連れいして退院支援ができるか、私自身もおしえてほしいと思います。
0687	・制度と現実が全くかけはなれている ・国の方針は「在宅」を大きくとり上げ報酬の見直しも行っているが、実際は病院以外の安心は与えられていない。 ・患者の気持ちや家族力も弱くなっている中で医療者だけが自宅で最後迎える努力を一生けん命行っても無理がある。
0688	地域によって、支える環境の格差がある。
0690	社会のしくみだと思う。 具体的にどうすればいいという案は浮かばないが、自分の老後にも不安がある。将来年金は？ 自分はもらえるのか？ 蓄えたい、働きたい、という中で、共かせぎになり、老人は家族に迷惑をかけたくないという建前で、入院（所）する。 かわいそう、という思いと、現実的な思いがあり、頭では理解できても、行動を変えるには、制度が整い、安心が保障されなければ、難しい事だと思う。
0693	提供する側、受け入れる側の体制が充分でない事とそれに対応する周囲の環境整備が確立されていないことなどがあると考えられます。
0695	患者ではなく家族に問題がある場合がほとんど。 本人は在宅、希望家族は病院希望（介護が重荷）患者と家族は一体ではない。 60%~80%：本人の時家族の時は違う%と考えます
0697	退院調整をする中で国民（患者）は在宅を希望し、家族が病院を希望されるケースが多

	くそれが「患者、家族」に主として問題があるだけではないと思う。 制度（居宅生活を行う上のサービス）に問題が大きいと思うが…
0698	家族の負担
0705	<p>うける側の問題は知識の乏しさもあるが、現実問題として介ゴ者が不在だったり支援者との関係のなさや、自身の体の不安で在宅生活ができる人でもあきらめることも多い。独居を支える制度の問題もある。</p> <p>提供する側は「在宅でここまでできる」「在宅でもカンリできる」という知識や選択肢を提供できない。入院日数のしぼりなどで急性期の回復が1番でその後の生活を意識した医療・看ゴができない現実がある。</p> <p>両者どちらとも問題と考える。</p>
0706	<p>「最後まで居宅生活」ということを達成する為には医療者、介護者、本人だけでは壁が大きいと思う。</p> <p>長期に及ぶ程、介護者の心身の負担も比例して大となる。患者の病状・身体状況・メンタル面の変化に介護者もストレスや不安を抱く。よりよい在宅療養にする為介護者へのよりよいサポートが医療者側に必要。そのサポートがリアルタイムで行なわれていかなければ最後まで“居宅”を実現することは難しいと考える</p>
0710	<p>医療を受ける側も医療を提供する側も問題がありますが高令者が介護する場合の力量や、社会的資源の活用、例えば、夜間急救時の対応に限度があったり、世間ていを気にして家族の協力がえられなかったりすることが、退院調整を行なっていてある場合があります。</p> <p>・医療者側も、考える必要がある。</p>
0711	在宅での生活を支えるための種々のサービスや社会資源が少ない。
0712	・国としての政策（医療・福祉に対する施策が不十分であり、方針がみえない）。
0715	<p>・患者・家族が在宅療養のことについてよく知らないこと。</p> <p>・医療者側にも在宅療養についての理解が乏しいこと。</p> <p>この2点は大きな問題と考えるが、それ以外の問題として次の点があると考えます。</p> <p>①在宅療養をサポートするシステムが弱い</p> <p>②医療と介護のシームレスな連携ができていない</p> <p>システムの問題もあるし、双方の理解がすすまないこともある。また介ゴ保険利用よりも、医療保険利用の方が安くすすむことがある、などといった経済的な問題もある</p> <p>③地域力の低下。高齢少子化／過疎化といった地域力の低下に対する対策がなされていない。これは医療に限らない問題ですが…</p>
0716	・充実した、社会保障。
0717	日本人の死の受容が未熟
0722	独居、家族の就業による日中独居、高齢世帯等が増える中、希望される、在宅生活を支援できるだけのサービス態勢がとれていない。

	地方では、在宅療養支援診療所や、24 時間体制の訪問看護ステーションがなく、支援できない地域もある。
0723	政策等、国・業政レベルでのしぼりや、取り決等、医療、看護、地域ではどうにもならない部分が多い。
0728	在宅を支援する受け皿が少ない
0731	支援を行なう側の人員確保が必要。計画しても、無理な計画は、つづかないと思う。形だけでなく、内容も充実していく必要がある。
0732	・問題は、①、②、共にあると思いますが、②にも、提供したいと思うが、それに答えるマンパワーやハード面の不足があります。①にも、理解力とかにも問題があるかと思えます。
0741	地域でみていく受け皿、システムが不十分だと思います。
0744	本人（患者）が望んでいても、家族にその気持ちが伝わっていない、理解できていない。事が予測される。 また、家族は1日でも長く生きていて欲しいと思っている。生活の質まで考えられていないのではないか。 在宅で看取りたいと思っても、人手が足りない、1人の人の介護力が大きくなってしまいうなど看取りの為の支援も不足しているのではないか
0746	家族の在宅への受け入れが低いこと。 家族の仕事や生活の中で療養が必要な人を見ていくことが出来ないことや、見ようという気持ちが無い人もいるため、病院に入れておくという事も多いように思う。
0747	症状がある場合は、治療が在宅ではなかなか忙がしいと思う
0748	・病院死が必然・妥当であるとの社会全体の固定観念。（医療者も含めて） ・核家族化に伴う、人的・経済的な介護力不足。 ・老人に対する一般的な気持ちのあり方。尊敬、感謝、尊重などの社会的規範の欠落。 ・超高齢化自体の問題。（自宅介護の長期化。介護家族の高齢化など。）
0749	・核家族化、共稼ぎ ・高齢化社会 ・上記をカバーする、ハードの不足 ・疾病や、障害の長期化（在宅療養期間が長期）
0757	①ニーズ側もサプライ側も医療のシステム、医療費の配分、費用の分担など制度に制約されて行動せざるを得ないと考える。 例えば、介護休暇が導入されたとはいえ、現役世代が親の（介護度の高い）終末期を共に過すことは極めて困難である。
0766	在宅死を支える家族、医療側にも体制が整っていないと思われます。
0770	在宅移行を介護保険下のケア■に期待するのは無理がある。 医療のマネジメント、在宅医療へのスムーズな移行をサポートするには、急性期側の退

	院調整部門と在宅医、訪看のつながりを強化する地域としての仕組みが必要。
0771	1、2も問題はあると思うが、もっと社会全体として、この問題をとらえ、方向を示し、啓蒙していくことも、大きな課題（問題）と考える
0774	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 行政の体制不備</li> <li>・ 地域医療施設、福祉施設、サービスの不足、人力的不足</li> <li>・ 医療、福祉にたずさわる職員の知識不足…教育体制の不備</li> </ul>
0775	<p>受ける側に対策・知識に乏しいのもあるが地域・家庭環境など自宅で死を向かえたくてもできない現状がある。</p> <p>又、医療者側にも対策に対して不案内な部分があり、全体として知識を得る努力、けいもう活動が必要と思う。</p> <p>死が身近になく、死への恐怖もある。</p>
0779	<p>生き方についての対策や知識を教育しても、環境に問題が残ると思うから理解していても、介護する人は？ 昼間のサポートはあるが夜間はどうしたら良いの？ 夜も介護したら昼間の仕事は出来るの などなど</p>
0784	本人の身体的痛みと、精神的不安が強い時と、家族に不安が強い時には、難しい。
0786	サービスの量・質ともに少ない為まず、都会もいなかも同じ程度のサービスを受けられる基盤体制の整備が必要
0790	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者としては家族に迷惑をかける事になる不担をかけたくないという思いから病院を選んでいる</li> <li>・ すぐ医師や看護師がかけつけてくれる自分を触れる事ができる安心感が病院にはあると思う。この意識をどれだけかえられるか…問題はある</li> </ul>
0793	在宅を支える、在宅医・訪問看護師の増員、使えるサービスの増加
0798	<p>「生」に執着しすぎる日本人の生命観が問題</p> <p>又資源に限界があることも認めた上でコンセンサスを求める</p>
0802	<p>現実的には健康な同居家族の協力がなければ在宅で死ぬということは、絶対ムリです。国の介ゴ保険や、自立支援、ボランティアで 24 時間援助が組みこめるという制度は我が国ではないのが事実です。国民側からみれば望む死に場所ではあっても医療も介ゴも福祉もまだまだ公的にはムリです。但しお金をいくらでも出せるのなら話しは別でしょうが。</p>
0806	日本は介護を家族だけに押しつけようとしているため、なんとか自宅に帰りたいとしか考えていない。社会全体で支えることを再考し、福祉予算の増額が急務
0814	制度の変化についていけない Pt の心理状態を十分に把握できていないスタッフサイド
0816	理想と現実とは異なるものと思います。自宅で最期をと思っていても、介ゴ力が伴わなければ現実には厳しいです。在宅が必ずしもベストとは限りませんし。
0818	独居老人、老々介護、キーパーソンがいない等介護力不足の患者さんが多く現在のシス

	テムではすべてを支援するのは困難と思います。
0821	現在の社会状況（病人だけでなく健康な個人さえも十分に生きていけない様な状態）
0825	1人暮らし、核家族、家庭環境、共働きなどの問題がある。そちらの方が大きいと経験上感じます。
0829	ニーズに対応できるだけの基盤が整っていない。「患者、家族」や「医療者」の知識や対応の仕方だけでは解決できない。 増大するニーズに対応する、リソースの確保が不足している。 また、家族のあり方が変わってきており、患者を支える家族が同居せず、負担が大きくなって、いることもある。
0831	介護力不足
0836	「患者・家族」が人生の終焉を迎える場所として、様々な知識を元に「在宅」を選択できる時代になってきた。 「医療者側」も、在宅で医療機関に近いかたちで、医療提供ができるようになり、ターミナル医療の提供は可能になってきた様に思う ↓ しかし、ターミナル期の患者・家族を支える生活サポート、医療サポートが充分ではないため、最期まで家族は患者を看ることが難しく、「在宅死」の実現を困難にさせているのではないかと考えています。 (医療・福祉サービスの充実が必要だと思います)
0837	日本人の死に対する考え方 医療介ゴのみでなく セルフマネジメントのできない国民性をかえないと無理と思う
0838	・地域における介護・医療のパワーの不足 当地区では開業医も50%以上は他の医療圏からの通勤族です。 介護も絶対数が足りず、24時間はとても困難です。 ・「60~80%が居宅で…」という数字そのものを信用していません。 一般人を対象にした調査だと60~80%になると思いますが、実際になった方々をみているともっと低いと感じています。 「家の中に病人がいるのはイヤだし、他人に家に入ってきてもらいたくない」という本音をよく聞きます。
0839	1、2も問題だが、もっと行政も、家庭の中に入るようにしていく必要があると思う“個人情報保護”といわれる時代でなかなか一歩前へ踏み出せない状況においても、手助けをしてほしい人は、沢山いると思います。そのあらい出しをしてほしい。
0840	医療も、もちろん原因ではあるが、同時に生活を支える資源の欠如が最大の問題。現状では多くの地域では、家族介護なしでは帰宅困難である。 また、少ない医療資源を活用する方策が、あまりにも金銭的誘導にたよりすぎだと思います。開業医に対し、イギリスのGPの様に、何らかの義務を符すべきです。

0842	「入院させないで」自宅で死を迎えることを恥と考える“地方文化”がある。患者及び家族の死に対する不安も強い
0845	1、2も一因だが、主因が「3」と思う。 医療費にしろ、法整備にしろ、行政の問題が一番
0851	看取りを病院で行なう方が合理的な面がある。 居宅での終焉はコストがかかるし、看護者の負担が大きい。
0853	心理面が（患者自身の）大きく影響していると思います 「対策や知識に乏しい～」のではなく、その前に「受け入れられない」「変化してしまった自身を社会にさらけ出すのが恥しい」「家族に頼るのは申し訳ない又は自身の生き方として適切でない」など、時折聞かれる言葉です 又、家族からも「自宅で面倒を見ることはできない」「介護の人を入れても負担になる」などが聞かれます。 以上は1でしょうか？
0859	患者本人と家族との関係が悪く、全体家で看たくない！！と言われてしまえばそれまで。どうあがこうとも自宅に帰る事は不可能に近い。 （本人と家人が別居の場合）しかし、同じ関係が悪く、患者本人を見ない、と言っても、金銭面だけは十分に援助して貰えれば、ヘルパー等の頻回介入で、見れない事はない。身寄りのない独居の方も同様。金銭面での援助があれば、在宅で看れない事はない。しかし、本人の覚悟（在宅死）も必要になってくる。
0867	在宅での療養支援体制が不十分で現状のシステムでは家族への負担があまりにも大きい 訪問診療に対する患者の負担額が減るように見直す必要がある
0871	少子高齢化、核家族、などなどの社会的背景、医療政策に対しての政治の貧困
0875	在宅で最後まで生活出来るための支援体制の欠如（行政一国の問題）
0877	在宅医療に移行するにあたっては、介護保険導入が必要となることが多い。しかし、医療・介護費削減の流れの中で十分なケアの提供ができなことが多い。 又、在宅療養支援診療所の数は多くても、実際に連携を組める所は極めて限られている。24hr365日サービスを受けている方が、日本でたった20数名しか存在しない現状を冷静に見つめる必要がある。
0881	患者個人としては在宅で最期を迎えたいという気持ちは誰ももっていると思うが、それを支える家族や、社会資源が乏しいので、実現できていない現状である 医療キカンとして、訪看、ヘルパーなどのかかわりで、独居でも最後まで自宅で過ごせた人も何人かは経験しましたが、かなり困難でお金もかかる。 ①介護力のなし ②社会資源が乏しい（介ゴ保険の範が少ない、もち出しが多い） ③支える医療キカンも少ない



0883	<p>患者・家族は最期を在宅で希望されるが、実際は家族系体で日中は一人で誰も見る人がいなかったり、在宅に帰るとお金がかかるため、病院を希望される。</p> <p>そのため制度が経済的負担が多く、介入もできない状態で病院の方が安心であることを言われる。</p> <p>今後は制度の見直しをし、サービスが充実し経済的負担を減減することが必要だと思う。</p>
0884	<p>「最後まで居宅生活を希望」しているのはたぶん健康な人（今まさに終焉をどこで迎えるかの選択に直面していない人）なので 80%にもなるのでしょうか。</p> <p>現実に終焉を迎える場所を選択することに直面している人では居宅での終焉を希んでいる方、もしくはその家族はそれほど多くありません。ですからそれほどミスマッチがあるとは思いません。家にいても不安、病院の方が安心できる、家族に迷惑をかけたくない、介護者がいない、それらを解決するほどの経済力がない、などの理由で居宅での終焉を希望しない方が多くいます。知識がないために、居宅での終焉をあきらめる方の中には少数いるので「1」なのかもしれません。</p> <p>説明が不足している医療者を問題とすれば「2」なのかもしれませんが、十分制度について知っていても居宅を希望されない方も多くいます。</p>
0886	<p>経済的問題 行政のしぼり</p>
0888	<p>患者本人が自宅を希望しても、介護をする家族の体力や介護力が乏しかった場合もあります。また在宅生活をして終末をむかえるには若年の方（医療費が3割）だとかなり高額になることも問題です。在宅終末を希望される場合は、本人、家族の希望を確認し、介護状態や介護力を本人の病状経過と共に医療者が観察し、本人家族と話しあって納得のいく場所をえらぶことが大切だと経験から思います。本人が在宅での終えんを希望しても介護負担が増大する終末期間に、家族の負担が大きければ、かならずしもかなえなくても良いと感じています。大切なのは本人の意識のあるうちに大事な人と家ですごしたことと、介護する家族が終末をむかえる人を納得するまで介護をしたと亡くなった後に思えることだと思っています。つまり「場所」ではありません。</p>
0889	<p>病気になったら病院、主治医に全てをお願いしますという方が高齢の方は多い。主治医との面談の時は、失礼になってはいけなないと緊張し、自分の意向をうまく伝えられない。また、主治医の話がきちんと理解されていないことも緊張の中ではある。日本人の特性もあるのでは。</p> <p>医療者は、本人の気持ちをよく聞き自分で自己決定できるよう手助けは必要。</p> <p>社会的問題あれば専門のスタッフへ相談する。医師が時間的余裕があればNs、ソーシャルワーカー等に本人の気持ち意向病状の受け止めの確認等行ってもらいまた解決にむけカンファレンス等行っていくことも大切</p> <p>（人の前で自分のことを話をされることも嫌だといわれる方もおられるので、その人によってよく説明したり対応の検討必要）</p>

0890	最近の風潮、世間体、核家族化、教育そのものが昔のそれと大きく違い変に簡素化、分 理化、専門化が進み、それに同調するマスコミや、書物のすすめで古き良き時代の在宅 死の意義がそこなわれている。本人の希望に沿った最後の場所に近ずける皆の努力が必要。 要。
0891	教育が悪い 人は老いて死ぬ、病気になることを教育していない 患者は「消費者」の気分で結果が悪いと医師のせいにする。
0896	国の問題や国の方向性はどうか。現場ががんばっても…
0899	少しでも支援・援助が必要になった場合、高齢者世帯であれば、患者本人が在宅を希 望していても、同居者は自分の負担になるので、望んでいない事が多々あります。地域 的にも、子供は都市部にでていて仕事をしており、高齢者が多い地域では、このような 事はとても多いと感じています。 収入の少ない中、自己負担を出して、自分の生活も苦しく精神的な負担も増すので、高 齢者（同居者）が高齢の患者と生活することはあまり望んでない感じを受けています。 （その為社会的入院もみうけられます。）
0900	昼夜問わず、安心して、在宅で暮せるシステムが不十分なため、家族への負担が大き くなること。
0904	・当院は離島にあり高齢者が多く、在宅を希望されても、それを支える体制と、家人は 島外在住のケースが多い為、周囲の体制が整っていない事。 ・健康な時から、家族の中で“死についての”協議をきちんとしておく必要があると思 う。
0906	核家族化共働き等の社会生活の変化のため、居宅で継続して療養し、かつ身体の変化に 介護者が適切に対処することが難しくなっていると思います。もちろんその体制が とれている家庭では、居宅生活は、医療者側の支援により、可能となりますが。
0907	「患者・家族」の知識の乏しさと消極性・何となく病院に居ると安心できるという依存 性と「医療者」の知識の乏しさと説明不足の組み合わせたものではないかと考える。
0909	健康で過していても、病気を持ちながら過していても、きちんとしたかかりつけの医師 を持っていなければ、在宅死できない日本の法律がある。 家で看取れるようなシステムはまだ不十分である
0914	核家族化する社会の中で在宅医療が可能な家族は多くない。 医療を提供する側で家族の負担をできるだけとる対策を考えれば在宅医療が可能とな る家族も増える可能性はある。
0915	・希望し、適応である患者の全てが、必要なサービスを受けられる基盤があるのかどう か。
0919	生活中心医療はサポートであるから行政社会の問題 問題発生の方が病院であり、患者の基本的な人権生存権生活権を退院後まで病院が責任を

	<p>持たなければならなければ、むずかしい</p> <p>患者だけでなく高令の家族などの生存権生活権が問題になることも多い、がんセンターの患者医療をモデルにすることは全体をみていない。</p> <p>12000 の在宅支援診療所の実績はどうか？ めんどうになったら病院へ送ることが多く病院医との関係を悪化させていないか？ 一般診療所の地道な努力を評価しないのか？ 開放病床を利用して看取りまで支援医が行うべきではないか。</p>
0923	<p>自宅で看取りたくても、往診医、訪問看護、介護力がないと、不安で看取ることはいかない。</p> <p>社会制度の充実、お金の補助。</p> <p>ヘルパーをたのみたくてもお金がない（年金生活では健康な時の生活をささえるだけでせいっぱい）</p> <p>福祉の充実</p> <p>低辺の人たちへのサポート（生活保護■■■■の人たち）</p>
0924	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ サービス事業所の不足</li> <li>・ サービス利用において自己負担が大きい</li> <li>・ 限度額枠内のサービス利用においては家族負担が大きくなりすぎる</li> </ul>
0926	<p>1 や 2 の立場で互いに議論することが全国的になされていない。</p> <p>例：在宅で亡くなるつもりが、呼吸困難を見た家族が救急車を呼んでしまった。（私の義父がこのケースでした。救急車到着時に私も家に着いたので救急車には帰っていただき、義父は永眠されました。）</p>
0927	在宅スタッフのマンパワー不足。
0931	<p>その人その人によって医療の必要な度合がちがいます。しかし、現状は、病院のベッドの都合で動いています。病院も、いつまでも入院させている訳にはいかず、退院先に四苦八苦しています。施設や、在宅で必要な医療が受けられて、生活面のフォローがされる所があれば、だれでも、在宅を望むと思います。もちろん家族の了解、協力の必要な人もいます。医療、福祉に関しては、その人の負担できる範囲での経済的負担と、医療がどこでも受けられる医療はできれば無料で、社会の保障を強く望みます。極端ですが、十充な説明がされて、納得のいく方法を選んだとしても、経済面、医療の事情でうけられないことが多々あると思います。行政のちがいもあります。24h365 日の介ゴは■■市ではまだ実施されていません。乱筆乱文ですみません。</p>
0936	<p>短い入院期間の中で、現状を受けとめて今後のことを決定することは中途な気持ちで決めてしまうことになる。変更していくことも一度決めてしまうと難しい。病院と居宅は必要な時は行き来できることを保証できればよいと思う。</p>
0939	<p>窒息・誤嚥や慢性心不全等、急変の可能性があります、家族、親族が遠方に住んでいて一人暮らしをされている方の場合、そのまま、家に帰ってもらう訳にはいきません。そして、そういったケースは、決して少なくありません。夜間急変の可能性がある場合、それでも患者様の意向に沿って自宅に帰ってもらう事が良い事なののでしょうか。現時点では、</p>

	十分な対応が出来るシステムではないと思うのですが。
0949	患者、家族、にも受け入れなどの問題や、経済的な、問題、医療者側にも在宅を進めるだけの知識不足などの問題もあり、限定できないと思い3番に○をつけました。
0953	受ける側、提供する側の認識のずれは、その都度の相談等で合意していけるか、医療制度、介護保険制度、行制各サービス事業者、認識のへだたりがあるためかなり難しいと思われる。医療への支払いも在宅で若い人達のターミナルは経済的にも負担となり介護の負担、お金の負担等も問題が生じると思う。
0970	医療提供者の■■■マンパワー不足 医療資源、情報の不足 経済的■■■不足
0973	自宅でなくなった場合、「検死」をうけることとなる、患者、家族の心の傷はたいへん大きい、法的整備も検討必要では。
0977	サポートの不足（公共面での） 在宅ですぐすことを希望している人からよくきかれる言葉に「でも家族の負担になるから」というものがある。事実、ADLの低下に伴い、介護度は増える。 しかし、介護者が増えるわけではないし、それに、スムーズに対応してくれるサービスも少ない。また夜間におこることなどのサービスが少なすぎる。 独居、2人暮らし等も増加しており、家族の助けも期待できない場合もある。 家族、本人の不安に応えることができていない。
0980	介護保険制度の見直し。
0981	居宅でサービスを受けながら生活するには入院よりもお金がかかる。それらの負担を国がもう少し考えて制度を充実させてほしい
0987	患者、家族の期待 医療者側の提供体制、料金等全てが、かけはなれている
0997	患者・家族は状態悪化時心理的变化がある。 在宅での見取りの知識がない、情報を得る所がない。 医療者は、知識不足と家族との話のタイミングの取り方が困難。
1007	居宅生活して終焉をむかえるためには、家族の相当の負担をしいることが予想される。負担とは、経済的、心理的な負担であり患者さんの希望は、この負担を上まわるものではないと思われる。
1015	教育や社会の在り方
1018	退院後の在宅医療サービスについてのPRが不足していると思う。国や地方公共団体からのPRを考えてほしい。
1022	社会全体で支える必要がある。 その為の予算等、確保することが必要
1023	老人が安心して老いて死んで行けるような社会のシステムが形成されていない。在宅が

	死を目前にした方というとならえ方が主体となり、エンドレスで先が見えない状況の家族に対するサポートが大切。
1032	「最後は家で…」と言っているにもかかわらず、死に直面すると動揺し「自宅ではムリ」と判断してしまう患者、家族を少なくない。 「自宅での看とり」を十分イメージできる説明ツール（ビデオ等）が必要。
1034	患者・家族だけでなく社会にも問題があると考えます。 介護のための休暇がとれない。リストラの不安がある方の場合、患者や家族は在宅を望んでも、とりまく状況が許さず病院死となることは多くあります。 本人・家族の気持ちや努力のみでは在宅死は今やムリです。核家族化、独居、遠隔地に居住は今やあたり前の家族の形です 昔と異なる家族の形となった現状に見合った社会サービスがなくてはムリです。 お金がなくては生きられない、介ゴする側もされる側も選択肢がなくなる現状ではミスマッチは当然とも考えます 私が本当に選択したかったのは1、2、3全てですがとくに3をつけたのは上記のことです。
1035	特に入院時担当医の側に、年寄りでは何が起るかわからないが、とにかく在宅医療ないし在宅死を望むのであれば、家族側の受け入れがどうであれ、入院ベッドの回転をよくするために、退院→在宅医療への移行を安易に決定しがちな部分がある。そして、日本の地方都市では特に「お医者さんがそうおっしゃるのだからとりあえず退院して様子を見ます」というような医師と患者・患者家族の関係が成り立ってしまっているように感ずる。 医療者と患者・患者家族の間にたつ仲介アドバイザー等が、入院中に十分な双方の協議（家族側が在宅でしなければならない具体的な医療行為に準ずるものなど含め）が必須と考えられるが、それが現状ではなされていないと思う。
1048	社会全体の問題だと思う
1052	社会資源の充実が必要。
1060	国の支援がないため。
1068	親を介護するという意識がうすれ、病院、施設まかせにしてしまうなど家庭環境の問題もあるのではないか。
1069	この結果は、「理念と現実のギャップ」である。理念が人々の心をとらえることなく押しつけに近い状況がある。家で最期をと願っても死に至る苦しみや、家族の思いをトータルでケアするシステムの整備は、どんなに努力をしても個々の家族や患者の思いがあり一致させることの困難性を表わしている。死というものを前にした機関的なケアでなく「心」「宗教」的な思い大切にしていけることが必要と思われる。
1073	1も2も含めて、在宅医療を支えるための地域での取り組み、介護力不足を補うための政策、在宅医療に関するわかりやすい情報の開示など自分や家族が迎える最後について、普段から考えておくこと。

1078	<p>高度な医療処置がある患者は個人病院・診療所での受け入れが難しく状態が急変した時は対応が出来ず居宅から病院へとすぐに戻って来る事が多い。</p> <p>患者の状態が悪化すると家族も不安になったり、訪看も入院を勧めたりする為最期まで居宅生活は難しいと思われる。</p>
1079	<ul style="list-style-type: none"> <li>・協力していただける方がかぎられていたり、経済的な面でサービスを受けることができなかつたり、望まないなど、自分の力でなんとかしようとしている方</li> <li>・協力したくてしかたがないが、遠方に居住していて協力がなかなかできない方</li> <li>・居宅生活の為の情報をどこでどんなふうにすれば受けることが可能なのかを知らない方など、本人をとりまく環境や身体的変化する状況で行動ができなかつたり、外との交流が少なくなつたりしている方などに、情報を提供、地域で支援体制を作るシステムが必要だと思ひます。</li> </ul> <p>特に、経済面での心配が多い方への支援体制があれば学ばせていただきたいと思ひます。</p>
1083	<p>少子・高齢社会における家族関係の変化（独居・核家族）</p>
1088	<p>医療側が相手の人生・生活をみずえた、全体的なとらえ方、関わりが不十分。</p> <p>患者側もおまかせの姿勢があるため</p>
1089	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護サービスが高額であること</li> <li>・すべての国民が安心して在宅サービスを受けられることが困難であること</li> <li>・自己責任の名の基に、サービスが受けにくくなつている</li> </ul>
1090	<p>病院での死を最善とする文化。</p> <p>自分自身は自宅で最後をと思ひていても、周囲の人々の立場に立つと、考えも変化する。</p>
1091	<p>* 在宅に介護できる体制がない</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・老々介護</li> <li>・介護したくても仕事をしないと生活できない状況（専念できない）</li> <li>・金銭的にも援助が少ない</li> </ul> <p>* 重症の場合（医療管理が必要な場合）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受ける側での医療連携をとつての体制が少ない体制がうすい</li> <li>・すぐ入院できる条件になかつたりする</li> </ul>
1102	<p>子供から「死」を教育する。</p> <p>その上で「生き方」を教育する。</p>
1114	<p>独居老人世帯が年々増加していること、老々介護さらに認知症の夫婦同志が一方が一方を介護する状況では■■■な自宅で家族も迎える■■■な状態の人が療養を続けることは公的支援を現状と根本的に更めなければ不可能である。</p>
1116	<p>施設、在宅医療従事者の不足、日本の医療提供体制に根本的問題がある。</p>
1117	<p>どちらにも問題がある。</p> <p>当院は、急性期病院であり（内科1名、緩和ケア1名の医師は往診している）、往診に</p>

	<p>行ってくれる医師もいるが、外来病棟検査、手術と平日の日中往診に行くことが困難である。開業医で往診してくれる医師が少ない。又、家族（本人）が大きな病院でみてもらいたいと希望したり、在宅介護がムリと入院を希望する。当院医師が往診しているケースで在宅で看取るのは、約5割です。</p> <p>ケアマネジャーが、終末期と聞くと訪問看護に何度も入ってもらうものと思っている人がかなりいるように思います。当院の訪問看護は、当院の医師が主治医でないで行なわないため、医師との連携は、よいと思いますが、当院の医師と、訪問看護ステーションの場合、連らくをとりにくいようです。場合によっては、当院の訪看にかわることもあります。</p> <p>開業医が主治医で褥そうがひどくなり、皮フ科から訪看の指示が出たことがありますがこの開業医は、褥そうは、往診に行ってもみません。訪看は全身を看るのでこの開業医との連絡がうまくとれず、当院の内科医に往診を主治医をかわってもらったことがありました。</p> <p>在宅療養できる環境づくりが必要。</p> <p>介護保険でのヘルパーさん依頼に条件があり（家人と同居の場合は、生活介護がつかえない）家人も働きながら介護とつかれてしまう。</p>
1118	<p>医療側（プロ）と患者、家族（アマチュア）の差は仕方ないことであるが、医療側には、それを支えるためのマンパワーや設備が全く不足していることや、意識改革がまだまだ足りないことが挙げられ、</p> <p>患者側には、家族環境の問題、経済面の不安、医療システムへの不安などがあることが挙げられる。</p> <p>現場の努力だけでは解決し切れない問題が様々にあり、政策の介入などの抜本的対策が必要と考えられる。</p>
1119	<p>死への準備不足。（受ける側も提供する側も）</p> <p>死生観、宗教、哲学的な考察の不足とも言えると思います。</p>
1122	<p>国の施策に居宅での看取りや在宅介護を行っていくうえでの体制が不十分であるため居宅ですごすことができきれていない。</p>
1130	<p>1、2 共にある問題であるが、それ以前に受け入れる家族にも生活があり、在宅はそう簡単なことではないように思う。</p>
1131	<p>経済的な問題</p> <p>家族間の人間関係の問題</p> <p>家族の中で誰が世話をするのか等</p>
1134	<p>医療を受ける側の介護、福祉全般に対する経済的負担があまりにも大きすぎること。</p> <p>介護者に対する負担が大きく、社会資源があまりにも貧弱。</p>
1135	<p>医療制度、在宅支援制度</p> <p>病院は、入院日数短縮のため転院をすすめることがある。</p> <p>介護保険は、独居の方、家族支援がりにくい方にとっては万全ではなく施設等を選ぶ</p>

	<p>方も多い。</p> <p>状態が悪くても良くても自宅へ戻る方は戻ります。それは家族、本人の関係が大きいと思います。それを支える公的支援が必要かと思います</p>
1141	<p>国は、医療費削減を目的とした施策をすすめてきているが、現状に即していない。</p> <p>高齢者が増えることはずっと前からわかっていたことであり、確かにプランは立てられ、介護保険等も導入された。しかしその内容を知らせる努力、方法が十分とは言えず、知らない人は保険料を徴収されるだけのことが多い。又実際に対象者が全て介護保険を使えば、現行の料金では賄うことは出来ずに、さらに負担は大きくなるのが考えられる。高齢者だけでなく支えている若者も将来安心して暮らせる為には、抑制と不安を与えるのではなく、制度上の充実と関連施設（在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、介護事業所及びその従事者など）及び地域で知識、情報を知らせることのできる包括支援センターの役割、人的充実を図るべきと考えます。その際名称も内容がわかりやすいものにし、かつ内容を広く知らせる必要もあると思います。</p>
1142	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 経済的な問題</li> <li>・ 実際に介護するマンパワーの不足（家族の不在含め）介護する側のやる気不足←病状の変化に対する不安感も含める</li> <li>・ 健康な時は、在宅で最後まで過ごせると思っているが、体調不良になると自らの病状に不安を抱き、病院環境を選択するケースも多い</li> </ul>
1147	最後の最後迄身内に迷惑をかけたくないと思う気持ち。
1150	<p>経済的因子（夫婦とも労働している）、金セン的負担</p> <p>介護に対しての協力者不足</p> <p>身内内の反対者</p>
1151	在宅に向けての訪問診療や、訪問看護、介護など社会的なサポート体制の不足、や経済的な問題。地域を取り巻く環境・人的パワーの不足、社会全体で支援する意識も低下している。そこを改善しないと無理。
1152	社会のしくみだと思います。
1154	<p>自宅に帰り、自宅で医療を受ける介護を受けることについてどのようなサービスがあるか、どのようにサービスを受られるかということをわかりやすく伝えていない国や自治体に問題がある、私たち医療者が進めていても経済面や、介護力がかべとなって断念するケースも多くある。いくらサービスがあると言っても、結局はそれは対象ではない等のことがあり帰る時期を失ってしまう。</p>
1160	<p>文化の違い</p> <p>環境、医療体制、行政</p>
1164	<p>30年後に現在の1.5倍の170万人が死亡する時代が訪れる</p> <p>病院では在院日数を縮少し療養病床も削減しており、現実的に病院での看取りは無理となる</p> <p>1. 看取りをできる施設（特養、介護保険施設、老人ホーム）を増やす</p>



	<p>2. 訪問看護師の養成したり ) 訪問看護の拡充をはかる。 サテライト事業所をつくる</p> <p>3. 地域での在宅支援</p>
1165	患者様本人の意志が、はっきりせず医療者と家族が推量で話し合う場合が多いと思われる
1166	・主治医が自宅での急変時にどう対応できるか？ 他の医師に依頼できるか自分がうごかなくてはいけないのか？…具体的にされていないから状態が悪化すると再入院する傾向にある。家族は、自宅で見たいという気持はあるが（家族は、数名で介護できているか？）が問題で、仕事をやめる環境になったり（お嫁さん）さまざまな問題から、結局病院に入院した環境がベストという結果になる事が多いと思う。
1176	利用する施設枠が少ない
1178	地域、社会が原因。
1187	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療者側が地域に根ざした医療を行っていない。</li> <li>・医療者が患者を全人的医療を行う必要があるとの認識をしていない</li> </ul>
1188	<p>患者側にも在宅療養したいという気持ちを持ち、自分達も何かをして在宅療養しようと思う気持ちは必要。何んでも人まかせにしてしまう人達が増えている</p> <p>医療者側ももっと積極的に在宅療養することについて考え自分も守ろうとする気持ちを持つことが必要。外来→病院→入院→在宅という1つの流れがあるのだから開業医も積極的に働くべきだと思います。</p>
1191	1. 2. 共に問題があると思うが、その時、その時点で患者、家族のかっとうがあると思う。それに対しずい時対処して医療者が必要。1. 2. 両方。
1194	介護力不足。又、介護者を支えるサービスの不足
1198	<p>在宅での受け皿の支援体制プログラム立案など</p> <p>十分な看取りは出来ると思うがそれを実践できない現状。</p> <p>Dr の指示書を含む知識不足。</p> <p>Dr さえ動けばNs は色々フォローできます。</p>
1202	1. の要素も大きいですが、日本人が宗教や哲学を持たず、人生や死生観、どのように生き死んでいくかといったことを学校教育でもおろそかにしてきたこと、核家族化、共働き、高齢化などで家で看とるゆとりがなくなっている。
1203	社会資源が乏しいのと在宅で担える支援体制が少ない。日本では限回がある
1209	家族関係、人間関係が昔と変わってきている。自分の親でも介護は困難なのに配偶者の親なんて見たくない。と思っても仕方がない。住宅事情もある。
1212	国の保険制度そのものに問題があるのではないかと。経済的にもっと手厚く支援しなければいけないと思う。行政が悪いと思う
1214	<p>一定の負担をしないと看護をうけられない状況</p> <p>介護保険制度で受けられる介護サービスの上限が定められていること</p>

1216	病院ではなく、行政主導でなければ進まないと思う
1218	まず、「在宅」はむりです。 本人の希望はそうかもしれませんが家で死人を出す、精神■と法整備が全くできていません

# 在宅医療における遠隔医療の適正な利用に関する調査研究

平成20年度 総括研究報告書

平成 21 (2009) 年 3 月

---

平成20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

(H20-特別-指定-23)

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

---