

在宅移行を促進する病院医師機能の教育強化と 介護連携推進戦略に関する調査研究事業

事業実績報告書

— 中 卷 —

調査結果—在宅療養支援診療所

平成 21 年度老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)
厚生労働省発老 0917 第 1 号

研究代表者 川島 孝一郎

平成 22 年 3 月

目次

中巻 調査結果 - 在宅療養支援診療所

調査票	1
問1 地域連携退院時共同指導料の算定状況	15
問2 在宅移行にむけた説明	23
問3 連携の状況	24
問4 看取りについて	28
問5 連携上の課題について	34
問5-1 連携上の問題	34
問5-2 在宅患者の将来の受け入れ	41
問5-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性	42
問5-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施	63
問6 研修の受入れについて	84
問7 在宅療養支援診療所の役割	86
問8 在宅医療を実践する医師が求めること	145
問9 回答者属性	175

平成 21 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

在宅移行を促進する病院医師機能の教育強化と介護連携推進戦略に関する調査研究事業

アンケート調査ご協力をお願い

謹啓

皆様におかれましては、ますます御健勝のこととお喜び申し上げます。下記の調査目的に沿い、皆様にアンケートへのご協力をお願い申し上げます。何卒宜しくお願い致します。

謹白

平成 22 年 2 月

主任研究者 川島孝一郎
(仙台往診クリニック 院長)

【調査目的】

病院からの退院・在宅移行を促進するには、①短時間で②簡単に③病院医師が理解しやすく④患者が納得できる説明書の作成が求められます。在宅医療を実践されている先生方のご意見を基に、全国の病院で運用可能な在宅移行の促進と、介護連携戦略を提言することを目的とします。

【調査の実施主体】・・・仙台往診クリニック

この調査は、厚生労働省の老人保健健康増進等事業『在宅移行を促進する病院医師機能の教育強化と介護連携推進戦略に関する調査研究事業』により仙台往診クリニック（院長 川島孝一郎）が実施するものです。集計・解析は東北大学大学院医療管理学教室が分担いたします。

【プライバシーの保護について】

個人情報保護法を遵守し、得られた結果は統計的に処理して、貴施設が特定されるデータとして公表されることはありません。調査内容は皆様の個人情報を含んでおりますので、厳重に管理し、みだりに用いることはありません。研究成果を開示する際も、貴施設を特定するような氏名、イニシャル、住所等の情報は、承諾無く公表することはありません。

【調査票配布対象先】

2009年12月1日現在（一部を除きます）に届け出をされた全ての在宅療養支援診療所（悉皆）の先生方にお送りしております。

【調査同意の可否】

この調査への協力を拒否されたり、同意を取り消されても、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。

- ◇ 本アンケート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、ご記入下さい。設問によって、「ひとつ」「あてはまるものすべて」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下さい。
2. 自由記載の欄は、なるべく詳細にご記入願います。
3. ご回答頂きましたアンケートは、同封の返信封筒に入れて、**2月26日(金)**までにポストに投函して下さい（郵送料はかかりません）。
4. 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

在宅移行を促進する病院医師機能の教育強化と介護連携推進戦略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

問3 連携の状況

1. 貴施設における連携体制についておたずね致します。2009年10、11、12月の3ヶ月間で診療情報提供書を発行した施設数についてお書き下さい。

	病院	一般診療所	歯科診療所
診療情報提供書 (発行施設数)	ヶ所	ヶ所	ヶ所

2. 貴施設における連携体制についておたずね致します。2009年10、11、12月の3ヶ月間で連携をした訪問看護ステーション数についてお書き下さい。

連携した 訪問看護ステーション数	ヶ所
---------------------	----

3. 貴施設における連携体制についておたずね致します。2009年10、11、12月の3ヶ月間で連携をした調剤薬局数についてお書き下さい。

連携した調剤薬局数	総数	そのうち麻薬調剤を 依頼した調剤薬局
	ヶ所	ヶ所

問4 看取りについて

2009年1～12月の1年間のうち、在宅で看取った患者の人数をお書き下さい。

		在医総管	在宅末期	訪問診療・往診のみ
在宅看取り数(2009年1～12月の1年間)		人	人	人
うち、	在宅ターミナルケア加算(10,000点)算定	人	人	人
	夜間の看取り数	人	人	人

問5 連携上の課題について

1. 病院から在宅医療の適応となる患者を受け入れるにあたり、貴施設および連携する病院、連携する専門職種等では、以下の項目についてどの程度問題になっているでしょうか。
それぞれの項目について、3段階でお答え下さい。

1	2	3
問題はない	多少問題 がある	深刻な問題 である

貴施設の状況					
医師数の不足	1	・	2	・	3
看護師数の不足	1	・	2	・	3
医師・看護師以外の人員の不足	1	・	2	・	3
緩和ケアにおける経験の不足	1	・	2	・	3
難病ケアにおける経験の不足	1	・	2	・	3

連携する病院					
在宅医療に対し病院医の理解が乏しい	1	・	2	・	3
在宅療養支援診療所が具体的に周知されていない	1	・	2	・	3
退院時共同指導が不徹底である	1	・	2	・	3
緊急入院の際、後方ベッドとして確保しづらい	1	・	2	・	3

連携する専門職種					
連携可能な訪問看護事業所との連携	1	・	2	・	3
訪問薬剤指導管理を行う調剤薬局との連携	1	・	2	・	3
歯科診療所との連携	1	・	2	・	3
訪問介護事業所との連携	1	・	2	・	3
特養、老健等の施設との連携	1	・	2	・	3

2. 在宅医療を必要とする患者の、貴施設における将来の受け入れについて、
あてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1	受け入れ数の規模を拡大する
2	当分は現状を維持していく
3	受け入れ数の規模を縮小する
4	いずれ受け入れをやめるつもりである（もしくは、既に受け入れを行っていない）

3. 患者が退院する際**急性期病院の医師が知っておくべき内容**に関し、以下の項目について**どの程度重要**といえるでしょうか。それぞれについて、重要度をお答え下さい。

1	2	3	4	5
不要である	あまり重要 ではない	どちらとも いえない	重要である	特に重要である

制度と概念の説明	医療保険制度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	介護保険制度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	自立支援法	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	難病制度（特定疾患治療研究事業）	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	在宅医療の心得	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	適切な面接・面談	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
療養生活像の説明	家族支援	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	がんの緩和医療	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	認知症の療養生活像	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	難病の療養生活像	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	高齢者の特性	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	臨終時の心構え	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
導入支援	在宅患者訪問点滴注射管理指導	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	在宅自己注射指導	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	在宅腹膜灌流指導	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	在宅血液透析指導	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	在宅酸素療法指導	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	在宅中心静脈栄養指導	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	在宅成分栄養経管栄養法指導	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	在宅自己導尿指導	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	在宅人工呼吸指導	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	在宅持続陽圧呼吸療法指導	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	在宅悪性腫瘍患者指導	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	在宅自己疼痛管理指導	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	在宅肺高血圧症患者指導	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	在宅気管切開患者指導	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	褥創の予防と治療	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	口腔ケアへの関わり	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	退院前共同指導	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	セカンドオピニオン	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

多職種間連携	在宅医と後方病院の連携	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	訪問看護事業所との連携	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	訪問リハビリテーションとの連携	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	調剤薬局との連携	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	介護事業所との連携	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
その他	家族介護力の評価	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	虐待・家庭内暴力	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	終末期における同意文書の作成	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	病名・予後告知	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	グリーフケア	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	災害時への対応（危機管理）	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

4. 患者が退院する際**急性期病院の医師**が知っておくべき内容に関し、貴施設と最も密に連携*をとっている**急性期病院**では、以下の項目についてどの程度理解され、実施されているでしょうか。それぞれについてお答え下さい。

（※ここでの「連携」とは、登録医療機関のいかに関わらず、紹介・逆紹介の関係とします）

1	2	3	不明
されていない	どちらとも いえない	されている	わからない (把握していない)

制度と概念の説明	医療保険制度の説明	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	介護保険制度の説明	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	自立支援法の説明	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	難病制度（特定疾患治療研究事業）の説明	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	在宅医療の心得の説明	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	適切な面接・面談	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
療養生活像の説明	家族支援	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	がんの緩和医療	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	認知症の療養生活像	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	難病の療養生活像	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	高齢者の特性	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	臨終時の心構え	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
導入支援	在宅患者訪問点滴注射管理指導	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	在宅自己注射指導	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	在宅腹膜灌流指導	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	在宅血液透析指導	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	在宅酸素療法指導	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明

導入支援	在宅中心静脈栄養指導	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	在宅成分栄養経管栄養法指導	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	在宅自己導尿指導	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	在宅人工呼吸指導	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	在宅持続陽圧呼吸療法指導	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	在宅悪性腫瘍患者指導	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	在宅自己疼痛管理指導	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	在宅肺高血圧症患者指導	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	在宅気管切開患者指導	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	褥創の予防と治療	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	口腔ケアへの関わり	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	退院前共同指導	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	セカンドオピニオン	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
多職種間連携	在宅医と後方病院の連携	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	訪問看護事業所との連携	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	訪問リハビリテーションとの連携	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	調剤薬局との連携	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	介護事業所との連携	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
その他	家族介護力の評価	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	虐待・家庭内暴力	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	終末期における同意文書の作成	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	病名・予後告知	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	グリーフケア	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明
	災害時への対応（危機管理）	1 ・ 2 ・ 3 ・ 不明

問6 研修の受入れについて

1. 在宅医療の研修を希望する病院医に対し、その受け入れに対する貴施設の対応についてあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1	長期研修者を受け入れることができる
2	短期間であれば受け入れることができる
3	協力できない

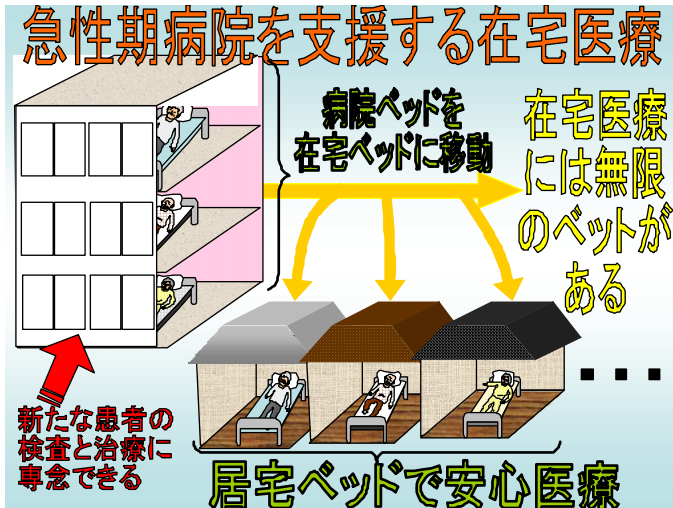
2. 1で「長期研修者を受け入れることができる」または「短期間であれば受け入れることができる」と答えられた方のみ回答をお願いします。

貴施設で対応可能な研修内容について、下記項目のうち、あてはまるすべての番号に○をつけて下さい。

制度と概念の説明	01	医療保険制度の説明	導入支援	22	在宅持続陽圧呼吸療法指導	
	02	介護保険制度の説明		23	在宅悪性腫瘍患者指導	
	03	自立支援法の説明		24	在宅自己疼痛管理指導	
	04	難病制度（特定疾患治療研究事業）の説明		25	在宅肺高血圧症患者指導	
	05	在宅医療の心得の説明		26	在宅気管切開患者指導	
	06	適切な面接・面談		27	褥創の予防と治療	
療養生活像の説明	07	家族支援		多職種間連携	28	口腔ケアへの関わり
	08	がんの緩和医療			29	退院前共同指導
	09	認知症の療養生活像			30	セカンドオピニオン
	10	難病の療養生活像			31	在宅医と後方病院の連携
	11	高齢者の特性			32	訪問看護事業所との連携
	12	臨終時の心構え			33	訪問リハビリテーションとの連携
導入支援	13	在宅患者訪問点滴注射管理指導	その他		34	調剤薬局との連携
	14	在宅自己注射指導			35	介護事業所との連携
	15	在宅腹膜灌流指導			36	家族介護力の評価
	16	在宅血液透析指導			37	虐待・家庭内暴力
	17	在宅酸素療法指導			38	終末期における同意文書の作成
	18	在宅中心静脈栄養指導			39	病名・予後告知
	19	在宅成分栄養経管栄養法指導		40	グリーフケア	
	20	在宅自己導尿指導		41	災害時への対応（危機管理）	
	21	在宅人工呼吸指導				

問7 在宅療養支援診療所の役割

次のスライドを見て頂き、急性期病院の疲弊を改善するための在宅療養支援診療所の役割について、ご意見をお聞かせ下さい（12 ページに解答欄がございます）。



図①

重症患者と在宅療養支援診療所

	訪問診療を行った患者（2006年12月）				
	在宅人工呼吸療法（HMV）	在宅酸素療法（HOT）	在宅中心静脈栄養法（HPN）	在宅成分栄養経管栄養法（HEN）	
総数推計	229,276	2,924	14,743	2,669	7,281
うち在宅時医学総合管理料を算定	164,660	2,349	11,630	1,993	6,335

この患者を病院へはもとせない！→病院疲弊在宅医療の充実で重症者を帰宅させよう

出典：平成18年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業（回収率を元にして全国総数を推計）

図②

病院と在宅療養支援診療所の人員配置

病院の常勤換算医師数^{※1}
 病院総数：100床あたり11.3人 → 医師1人あたり8.8床
 一般病院：100床あたり12.9人 → 医師1人あたり7.8床

在宅の常勤換算医師数^{※2}
 87,952人の在宅患者（訪問診療実施）に対し5,768人の医師
 → 医師1人あたり15.2床に相当

在宅医療が充実すれば、「在宅というベッド」を増やすことができる

※1 H19 医療施設調査より
 ※2 20年長寿医療研究委託事業に基づく推計値

図③

救急搬送件数と在宅療養支援診療所の往診件数

救急自動車出動件数 … 5,095,615回
救急搬送人員^{※1} 4,677,225人/年 … A
 そのうち：手術を要する入院 }^{※2} 1,314,000人/年 … B
 ：生命の危険がある入院 }

A-B= 在宅医療の対象となる救急搬送 3,363,225人/年…C

在宅療養支援診療所（11,674件）による往診件数 **588,383件/年**^{※3}…D

在宅療養支援診療所・医師による往診回数は
救急搬送人数の約17.5%に相当する

※1 平成20年 救急・指助の概要（速報） 総務省消防庁
 ※2 平成17年患者調査 入院×救急の状況
 ※3 20年長寿医療研究委託事業に基づく推計値

図④

問8 在宅医療を実践する医師が求めること

患者を在宅へ返す際に、病院医師に求める技術・知識・資質等について、お聞かせ下さい。

技術について

知識について

資質などについて

その他

問9 貴施設について

ご芳名、貴施設名等は、差し支えない範囲でお書き下さい。

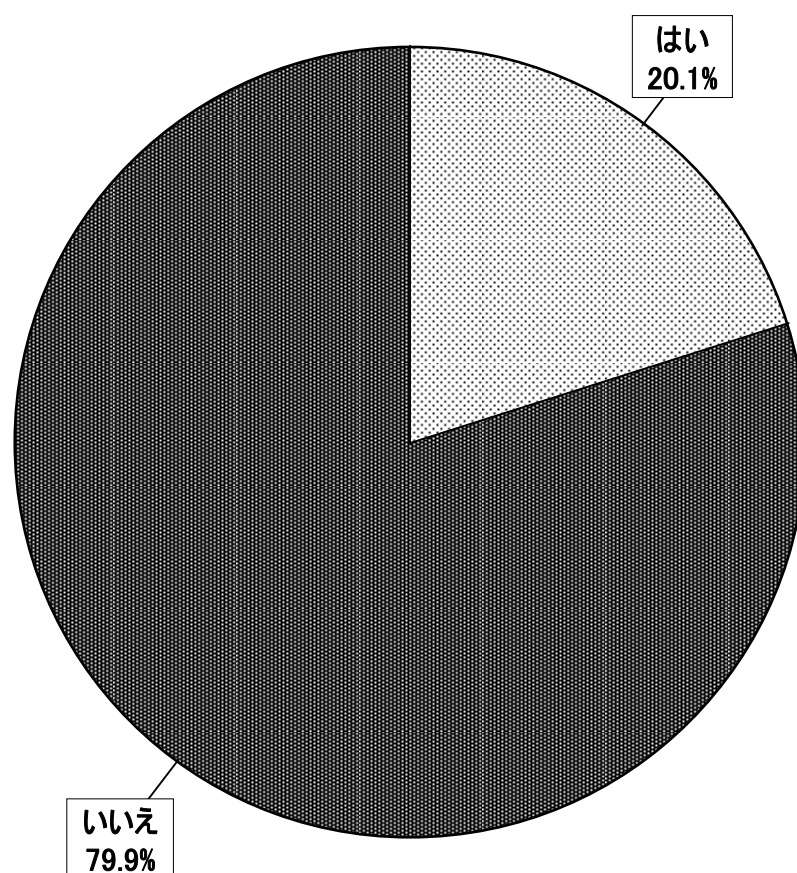
※所在地（都道府県と市区町村名）は、必ずお書き下さい。

調査票記入者			職名					
医療機関名								
所在地	〒	都道府県 市区町村名 (必須)	都道府県	市区町村				
電話番号	— —							
標榜している診療科目すべてに○をつけて下さい。また主たる診療科目1つに◎をつけて下さい。	01	内科	02	心療内科	03	呼吸器科	04	消化器科
	05	胃腸科	06	循環器科	07	アレルギー科	08	リウマチ科
	09	小児科	10	精神神経科	11	精神科	12	神経科
	13	神経内科	14	外科	15	整形外科	16	脳神経外科
	17	呼吸器外科	18	心臓血管外科	19	こう門科	20	産婦人科
	21	産科	22	婦人科	23	眼科	24	耳鼻咽喉科
	25	気管食道科	26	皮膚科	27	泌尿器科	28	リハビリテーション科
	29	放射線科	30	麻酔科	31	その他()		
病床	無床			有床 () 床				
医師数	常勤 () 人			非常勤 () 人				
看護職員数	常勤 () 人			非常勤 () 人				
年数	臨床経験年数 () 年							
	診療所開設より () 年							
	在宅訪問開始より () 年							

— 以上でアンケートは終わりです。ご協力頂きまして誠にありがとうございました。 —

診療所 問1 地域連携退院時共同指導料の算定状況

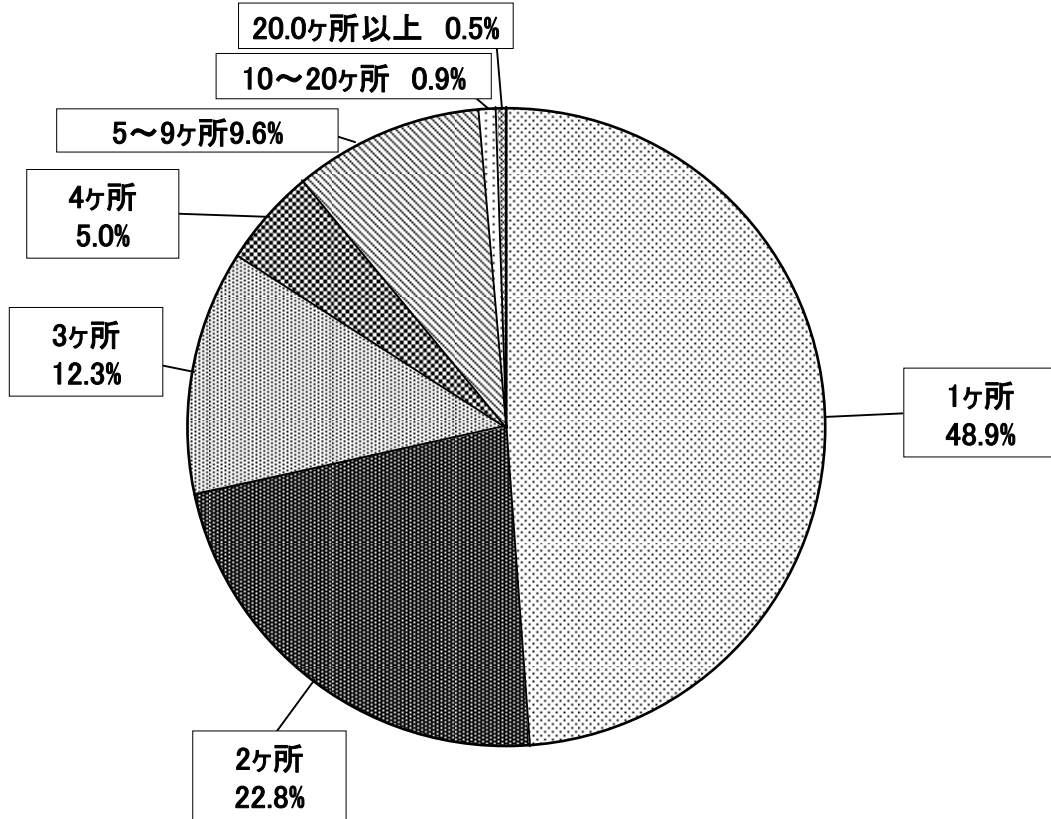
図診-1-1 問1-1 算定の有無(2009年1~12月)
(n = 1,311)



診療所 問1 地域連携退院時共同指導料の算定状況
問1-2 算定実績(2009年10、11、12月) - 0を除く

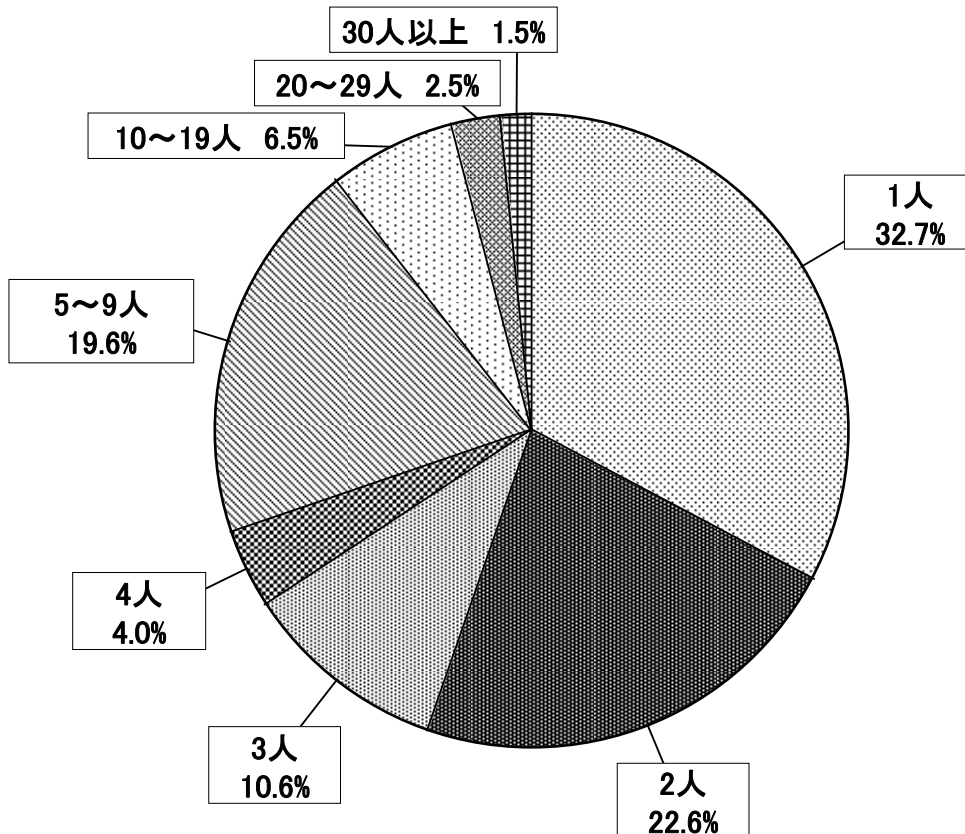
図診-1-2-1 相手先病院総数

($n = 219, m \pm \sigma = 2.3 \pm 2.4$)



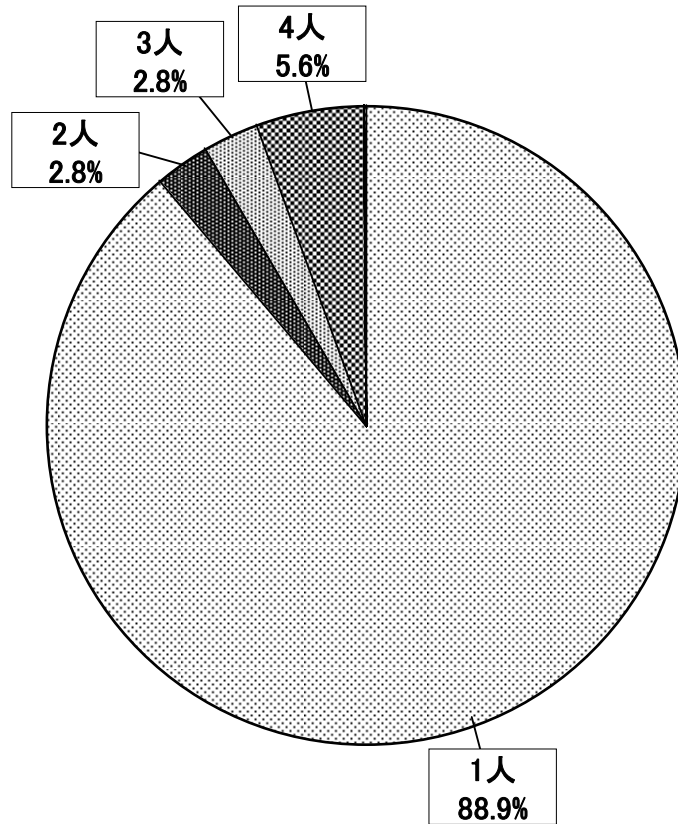
図診-1-2-2 患者総数

($n = 199, m \pm \sigma = 4.6 \pm 7.1$)

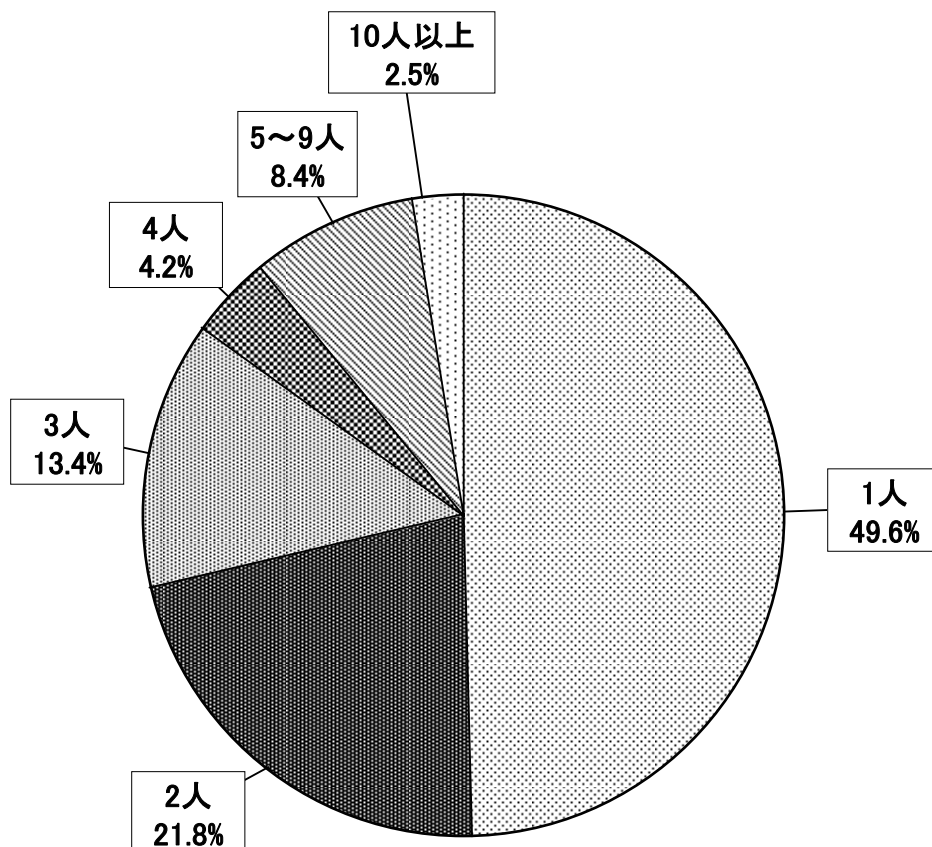


診療所 問1 地域連携退院時共同指導料の算定状況
問1-2 算定実績(2009年10、11、12月) - 0を除く

図診-1-2-3 在宅人工呼吸療法(HMV)
($n = 36, m \pm \sigma = 1.2 \pm 0.8$)



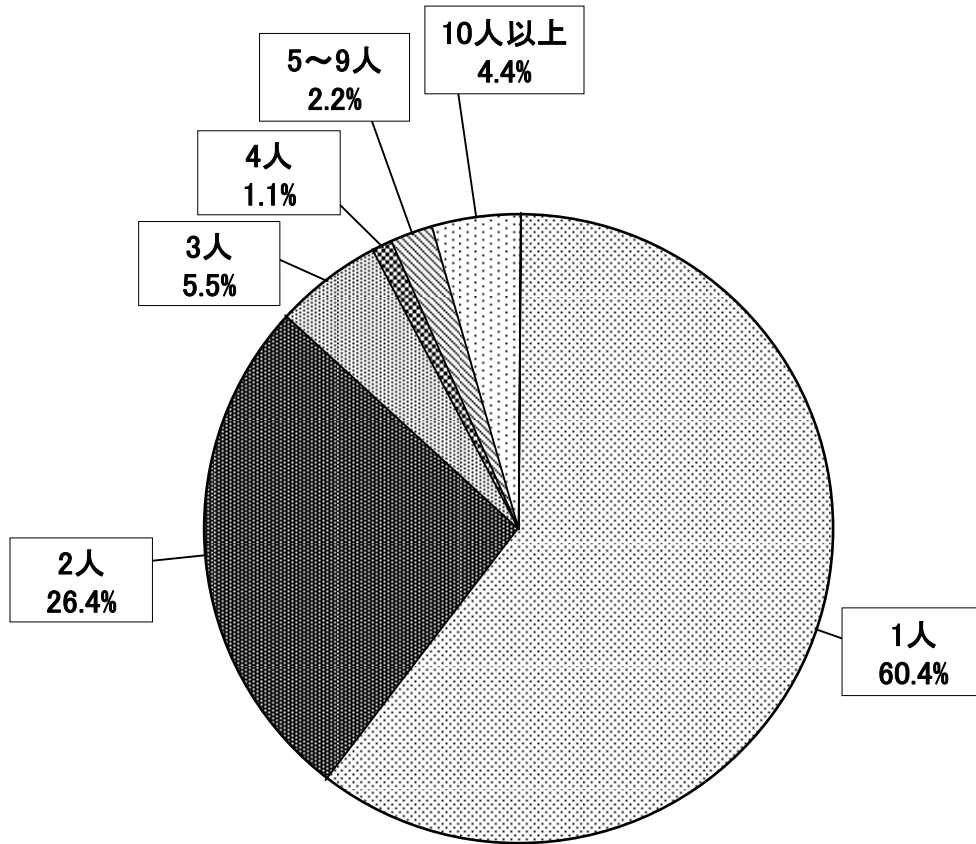
図診-1-2-4 在宅酸素療法(HOT)
($n = 119, m \pm \sigma = 2.7 \pm 4.6$)



診療所 問1 地域連携退院時共同指導料の算定状況
問1-2 算定実績(2009年10、11、12月) - 0を除く

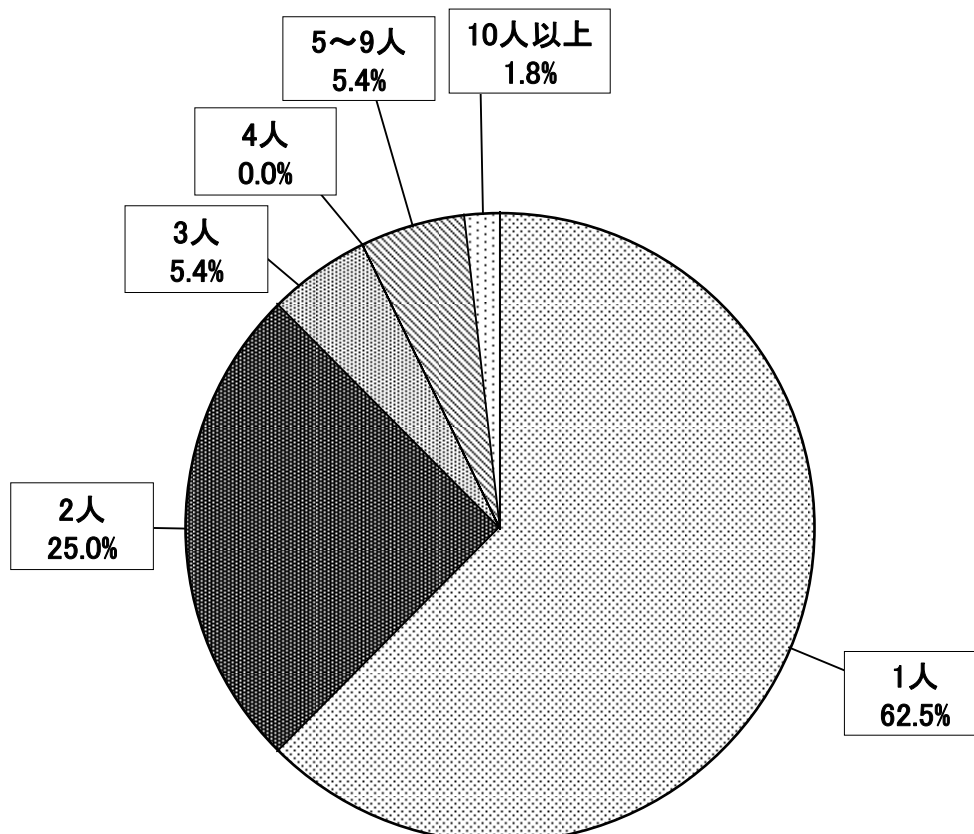
図診-1-2-5 在宅中心静脈栄養法(HPN)

(n = 91, m ± σ = 2.0 ± 2.4)



図診-1-2-6 在宅成分栄養経管栄養法(HEN)

(n = 56, m ± σ = 1.9 ± 2.3)

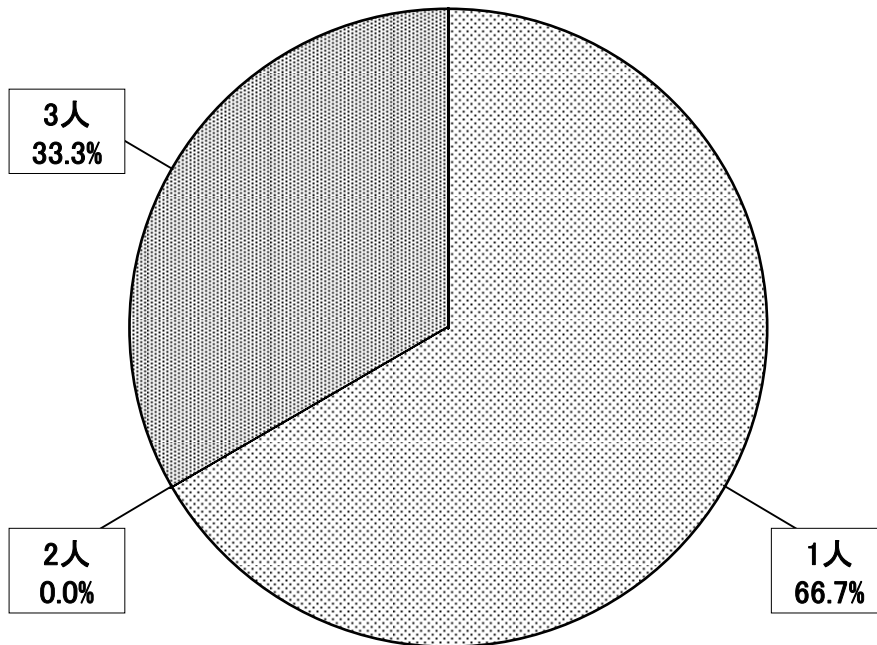


診療所 問1 地域連携退院時共同指導料の算定状況

問1-2 算定実績(2009年10、11、12月) - 0を除く

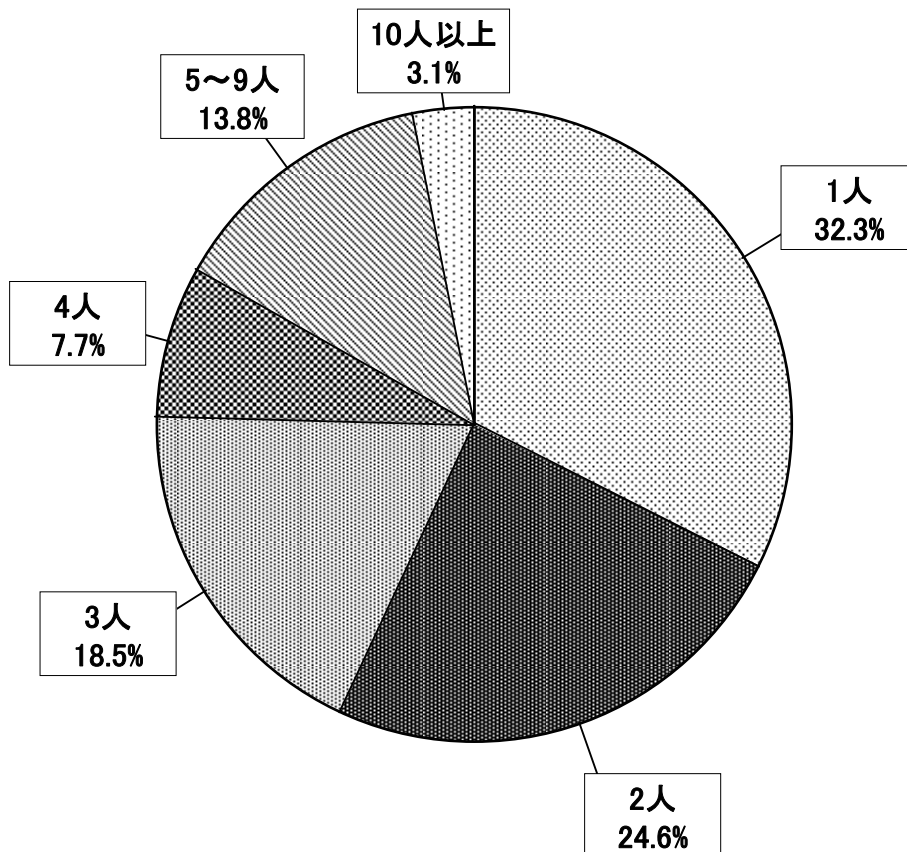
図診-1-2-7 連続携行式腹膜透析(CAPD)

(n = 3, m ± σ = 1.7 ± 0.9)



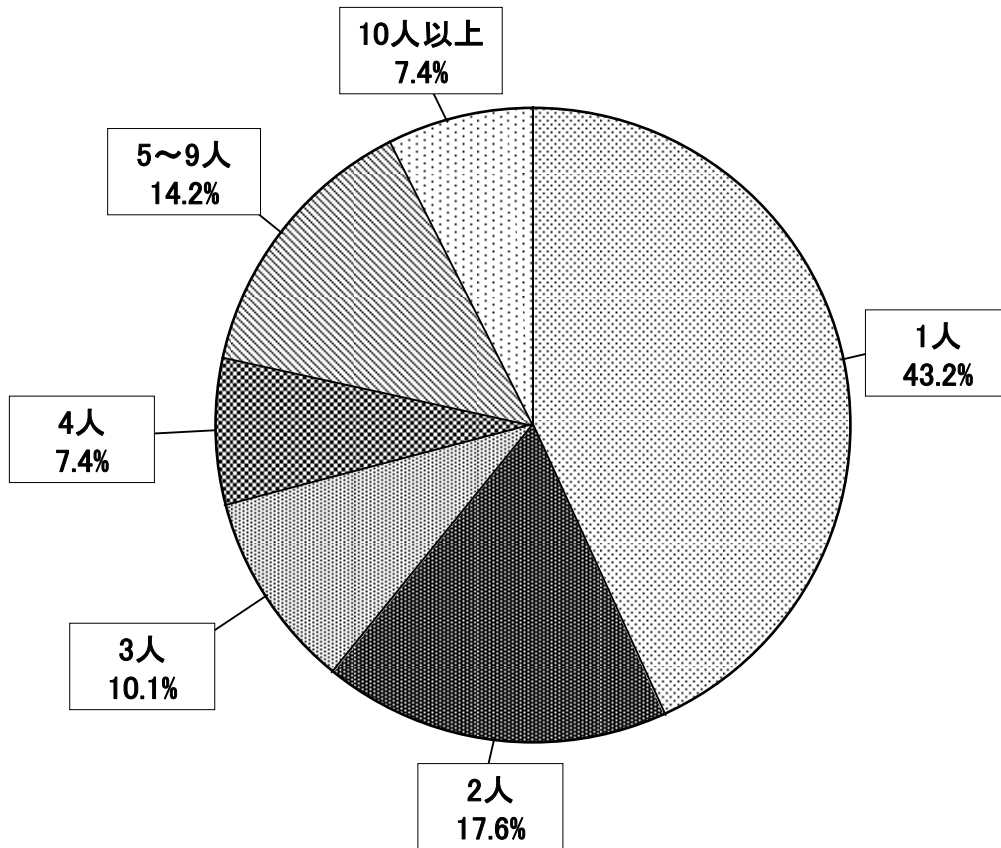
図診-1-2-8 重症者加算を算定

(n = 65, m ± σ = 2.9 ± 2.3)

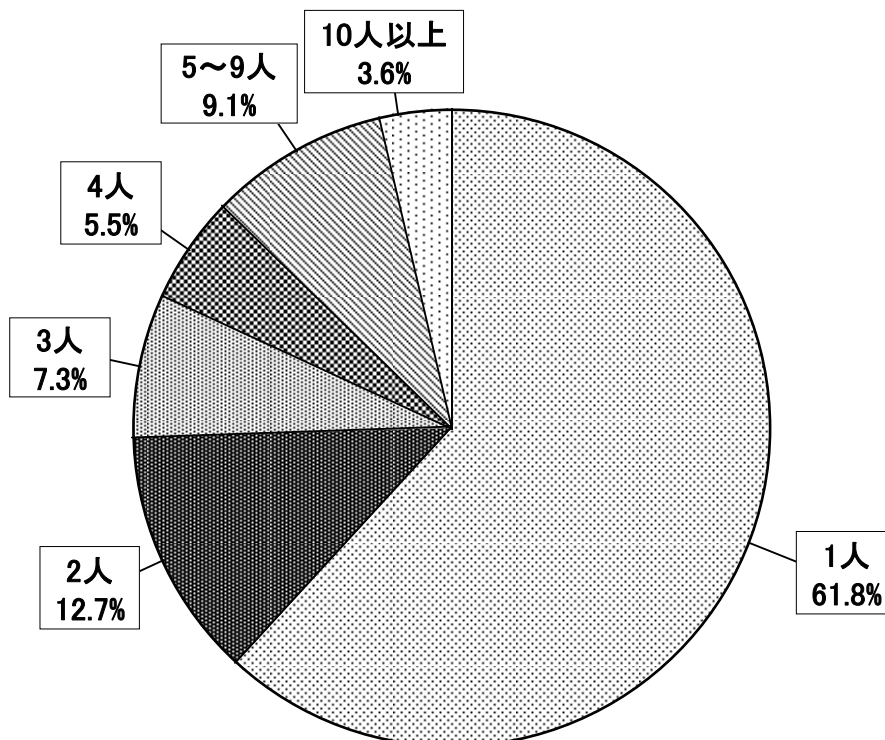


診療所 問1 地域連携退院時共同指導料の算定状況
問1-2 算定実績(2009年10、11、12月) - 0を除く

図診-1-2-9 悪性新生物
($n = 148, m \pm \sigma = 3.4 \pm 3.9$)



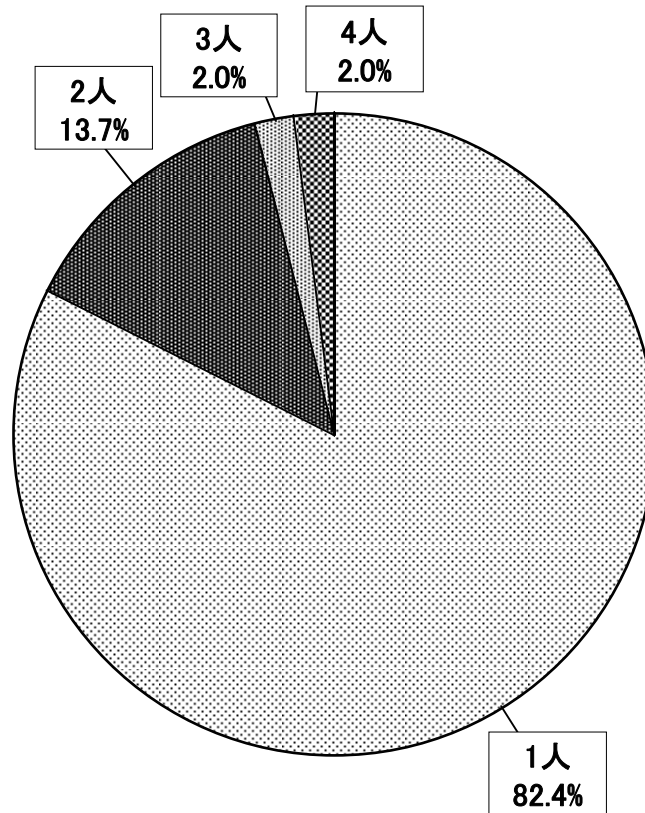
図診-1-2-10 認知症
($n = 55, m \pm \sigma = 2.5 \pm 3.4$)



診療所 問1 地域連携退院時共同指導料の算定状況
問1-2 算定実績(2009年10、11、12月) - 0を除く

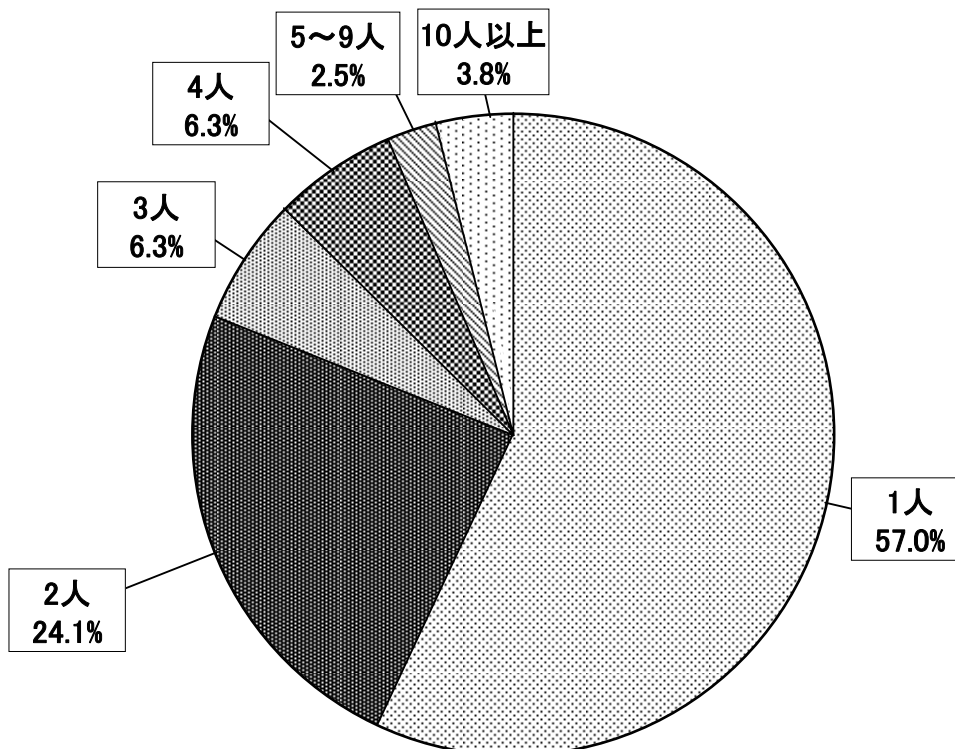
図診-1-2-11 特定疾患(難病)

(n = 51, m ± σ = 1.2 ± 0.6)



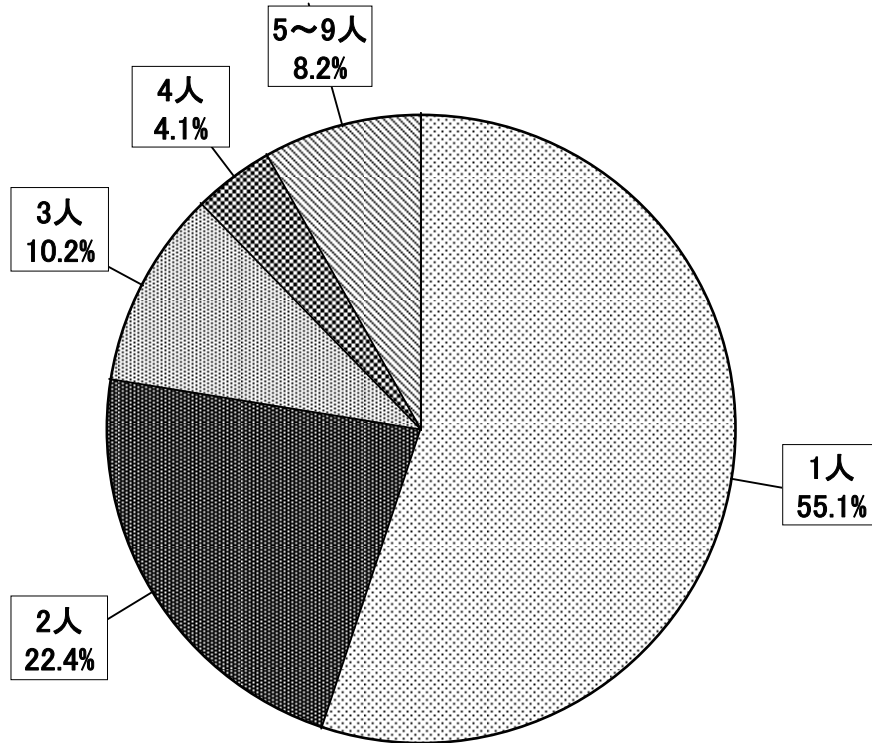
図診-1-2-12 脳血管障害後遺症

(n = 79, m ± σ = 2.5 ± 4.9)

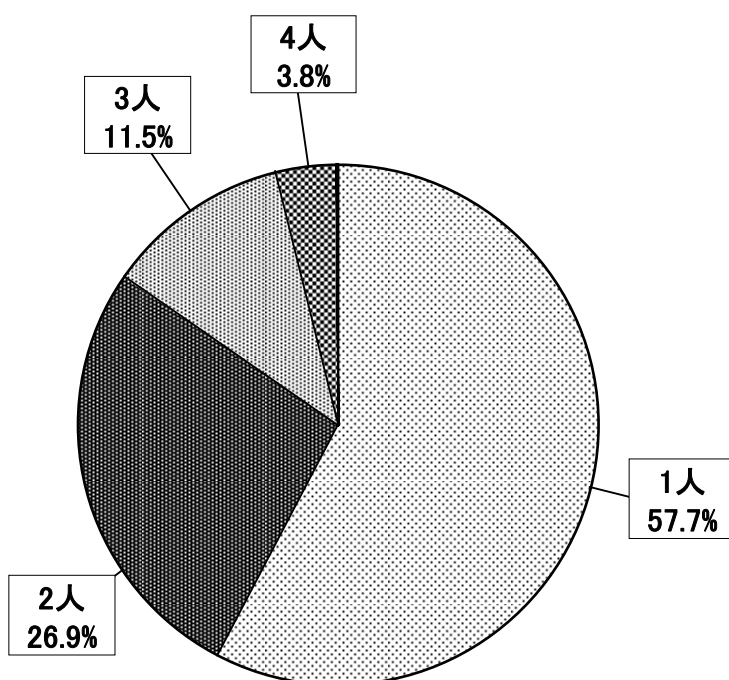


診療所 問1 地域連携退院時共同指導料の算定状況
問1-2 算定実績(2009年10、11、12月) - 0を除く

図診-1-2-13 呼吸器系疾患
(n = 49, m ± σ = 1.9 ± 1.3)



図診-1-2-14 その他
(n = 26, m ± σ = 1.6 ± 0.8)

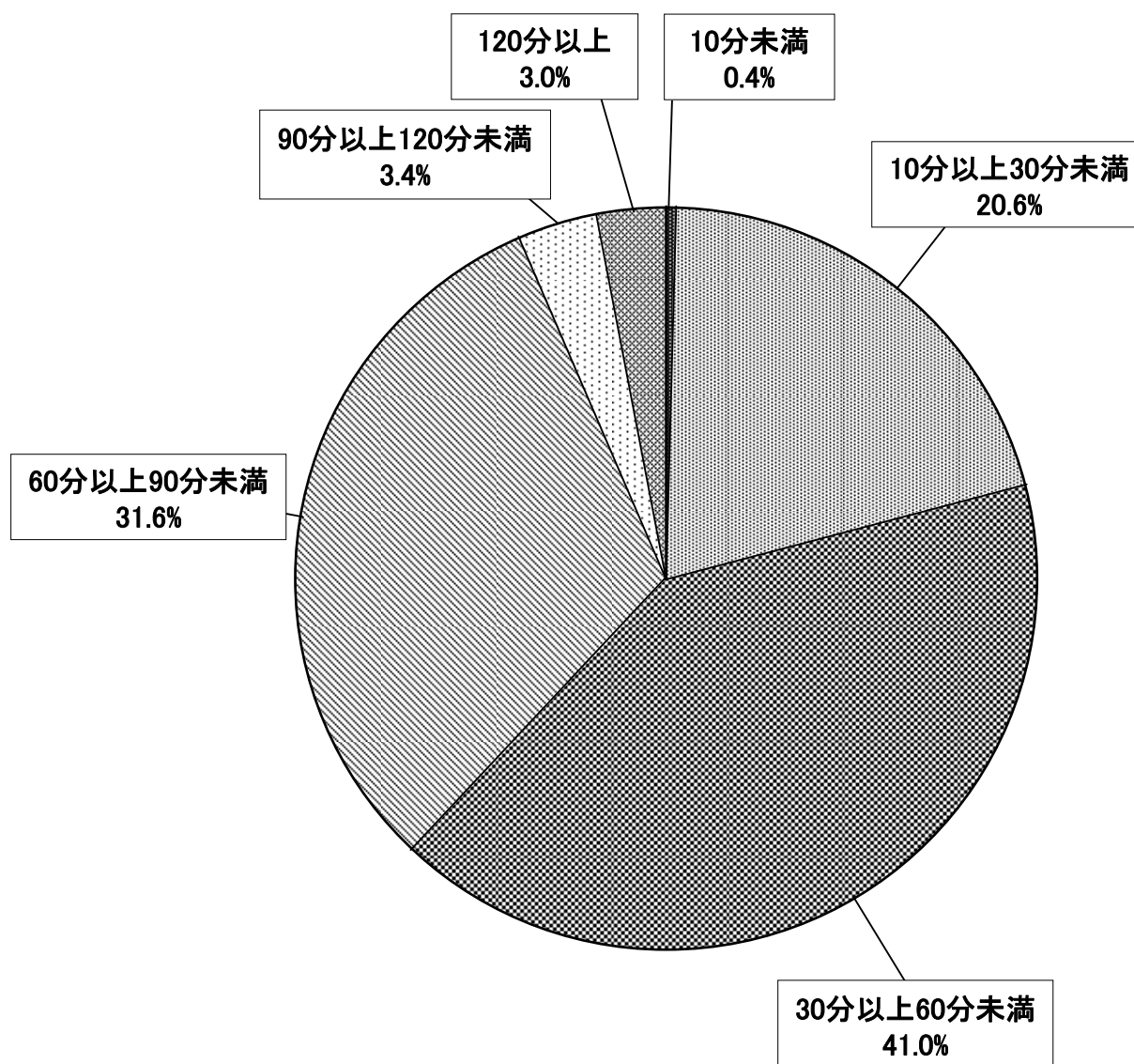


表診-1-2-14 その他名称
(n = 13)

超高齢
胃瘻造設
廃用症候群
重心児(双児)
胸椎骨折、脳性まひ
心疾患
脊髄損傷
内視鏡的大腸ポリープ切除数
骨折
先天性神経疾患
アルコール依存、ビタミン欠乏症
尿毒症
大腿骨折後廃用症候群

診療所 問2 在宅移行にむけた説明

図診-2 初診時、もしくは退院前の共同指導等で
在宅医療や療養生活について説明する際にかかる時間
(n = 1,073, m ± σ = 43.3 ± 31.3)

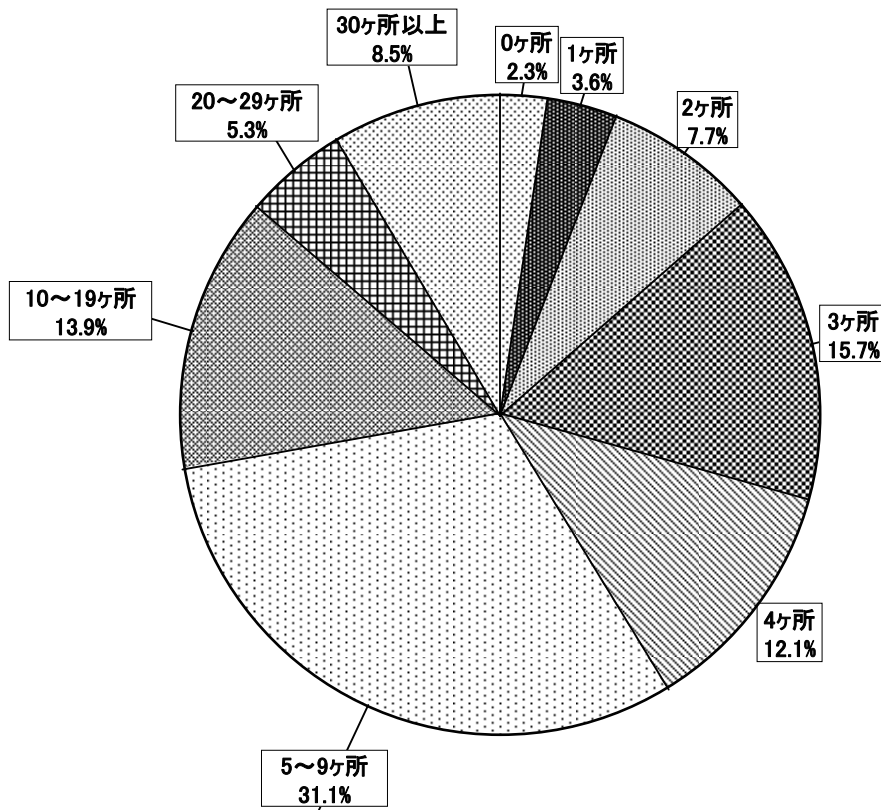


診療所 問3 連携の状況

問3-1 診療情報提供書を発行した施設数(2009年10,11,12月)

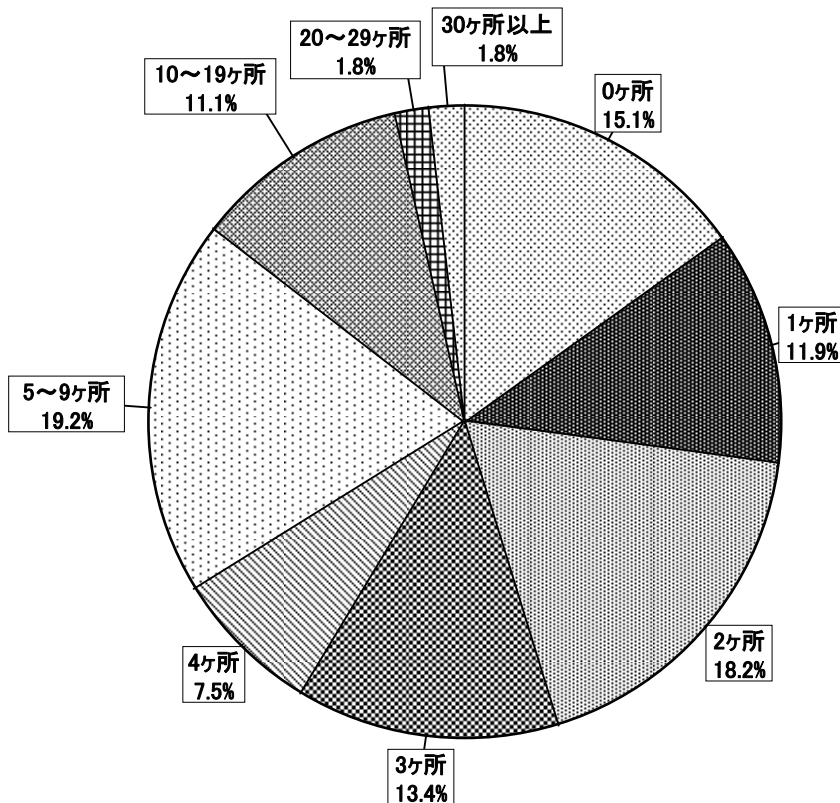
図診-3-1-1 病院

(n = 1,252, m ± σ = 10.5 ± 17.2)



図診-3-1-2 一般診療所

(n = 1,065, m ± σ = 5.0 ± 8.4)

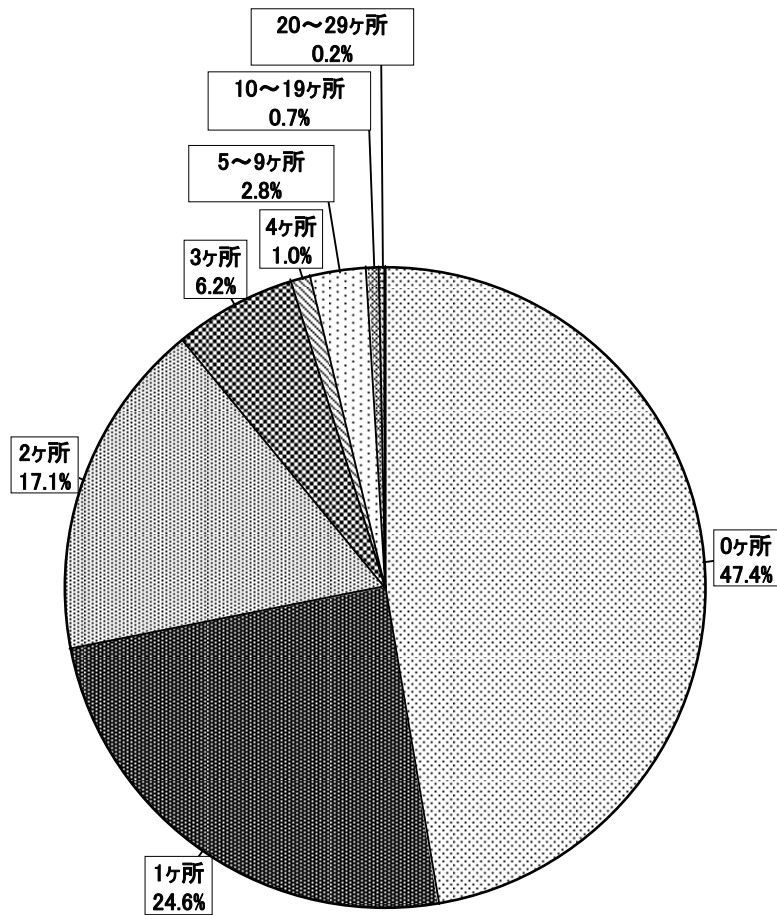


診療所 問3 連携の状況

問3-1 診療情報提供書を発行した施設数(2009年10,11,12月)

図診-3-1-3 歯科診療所

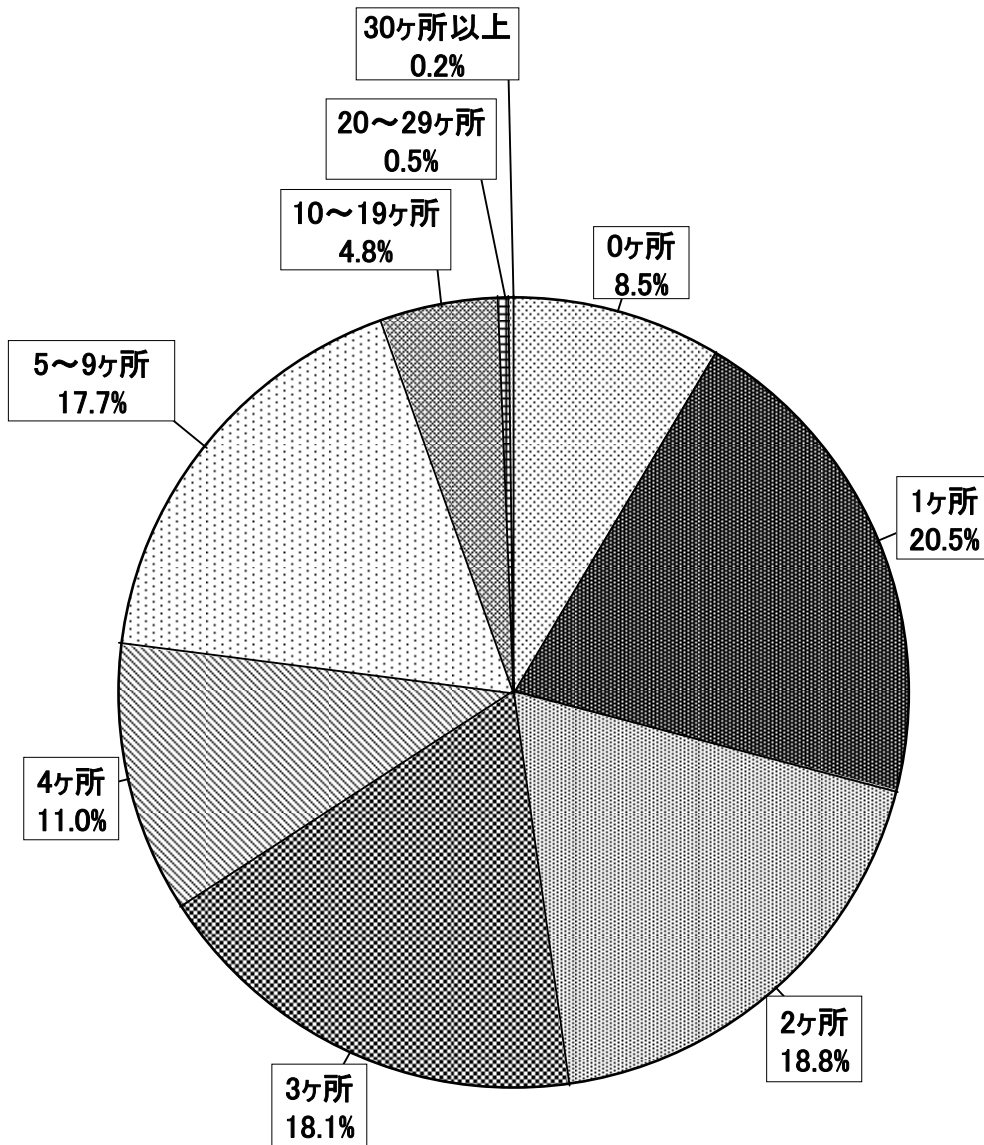
(n = 916, $m \pm \sigma = 1.1 \pm 1.7$)



診療所 問3 連携の状況

問3-2 連携をした訪問看護ステーション数(2009年10,11,12月)

図診-3-2 連携をした訪問看護ステーション数
($n = 1,295$, $m \pm \sigma = 3.4 \pm 3.6$)

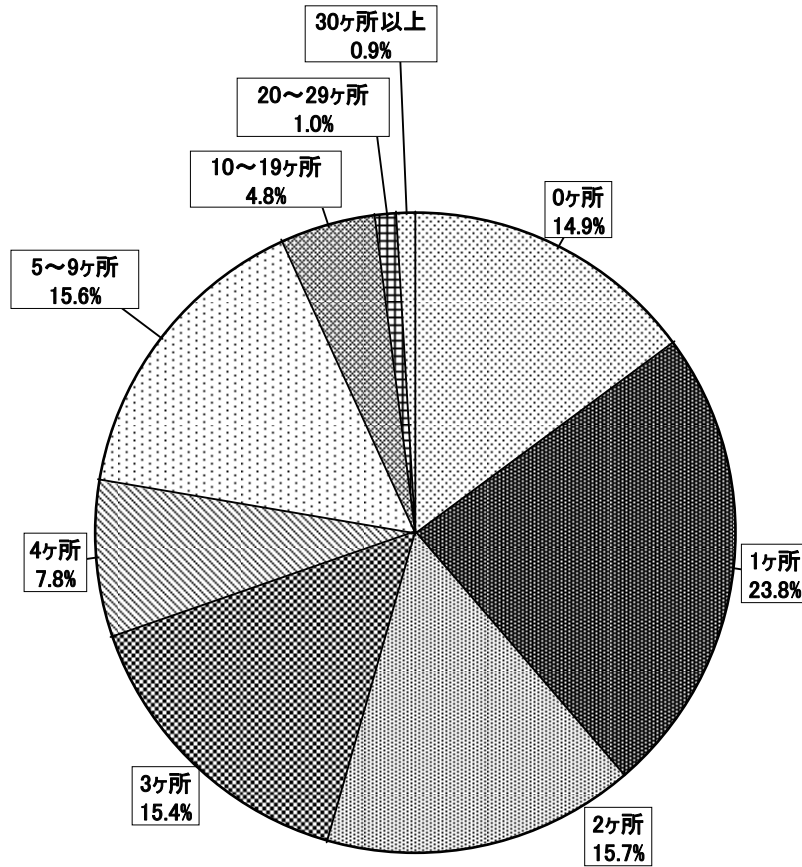


診療所 問3 連携の状況

問3-3 連携をした調剤薬局数(2009年10,11,12月)

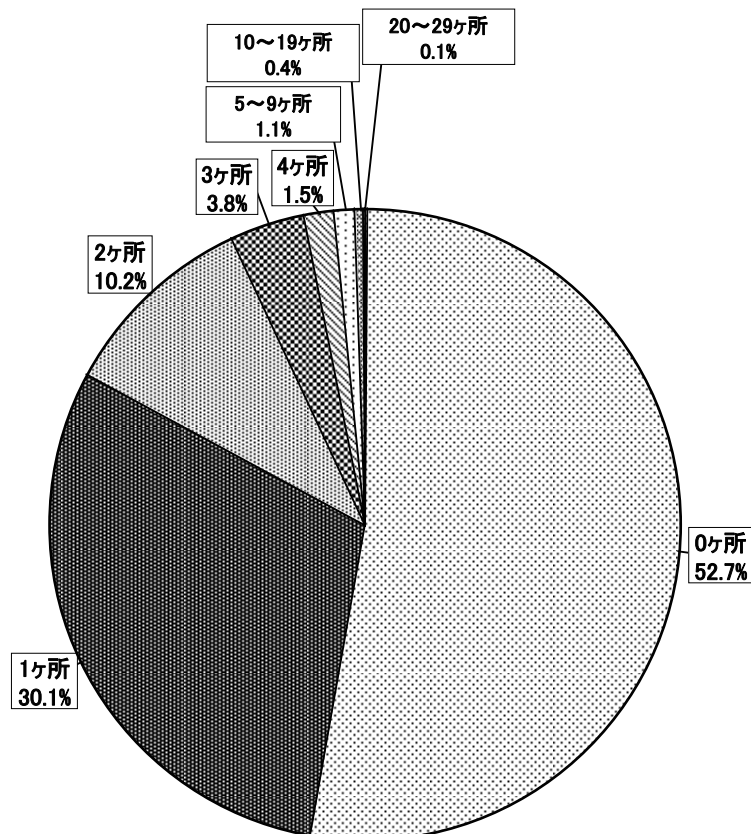
図診-3-3-1 連携をした調剤薬局数 — 総数

($n = 1,267$, $m \pm \sigma = 3.5 \pm 5.3$)



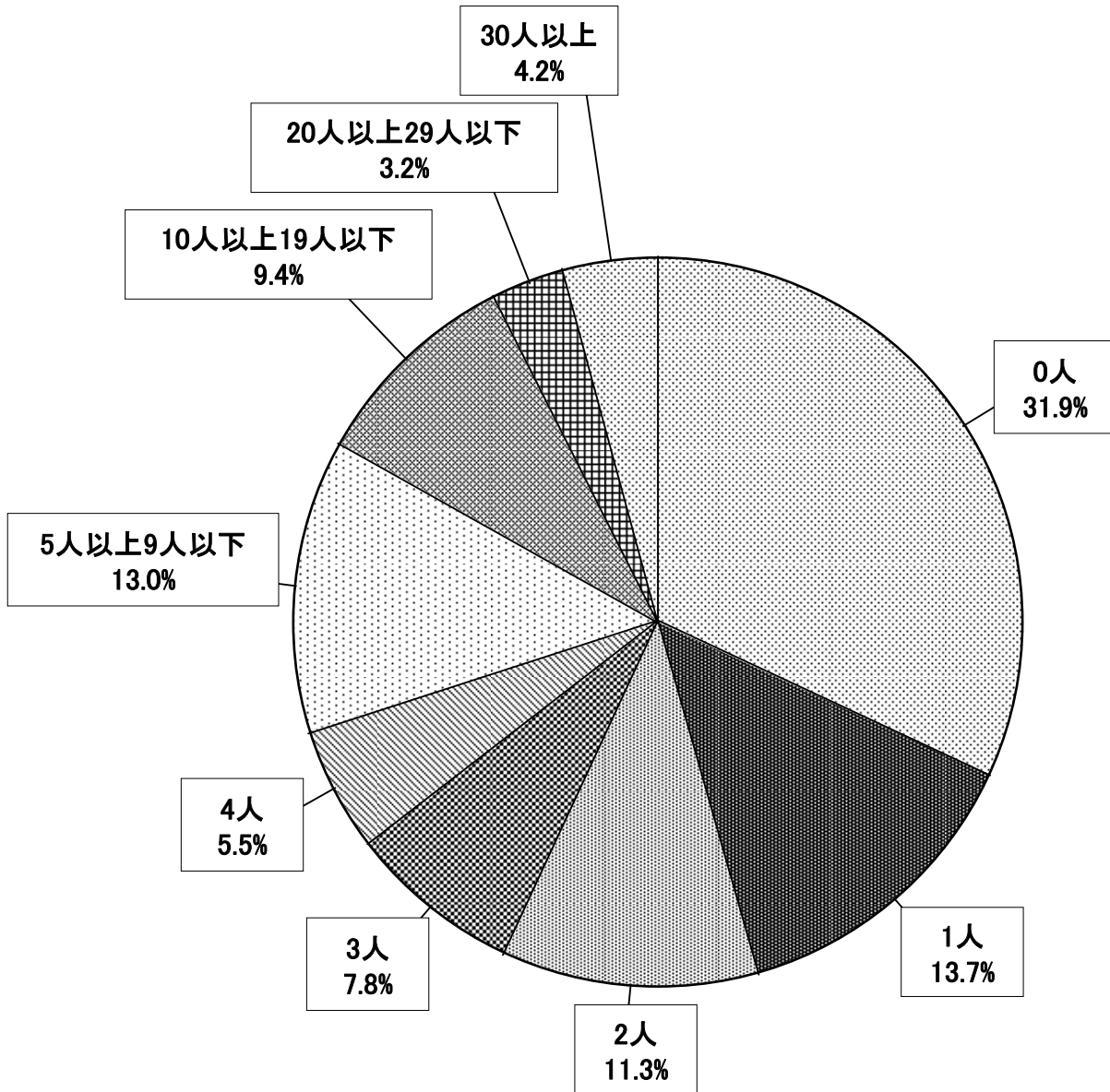
図診-3-3-2 連携をした調剤薬局数 — 麻薬調剤依頼

($n = 1,098$, $m \pm \sigma = 0.8 \pm 1.4$)



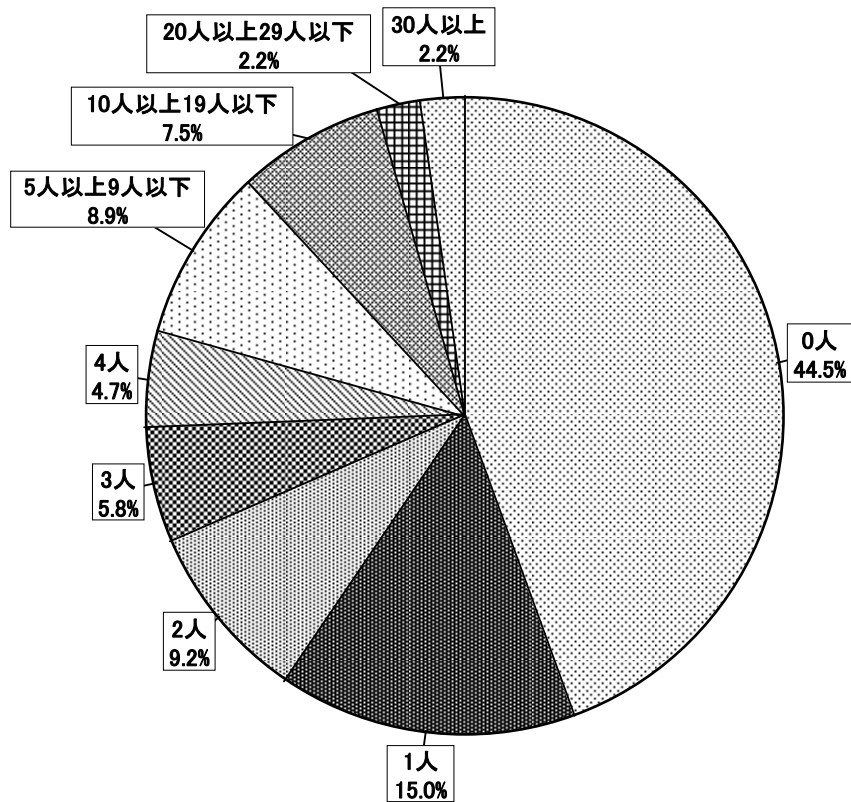
診療所 問4 看取りについて
在宅で看取った患者の人数(2009年1~12月)

図診-4-1 在宅時医学総合管理料
(n = 1,069, m±σ = 6.1±14.9)

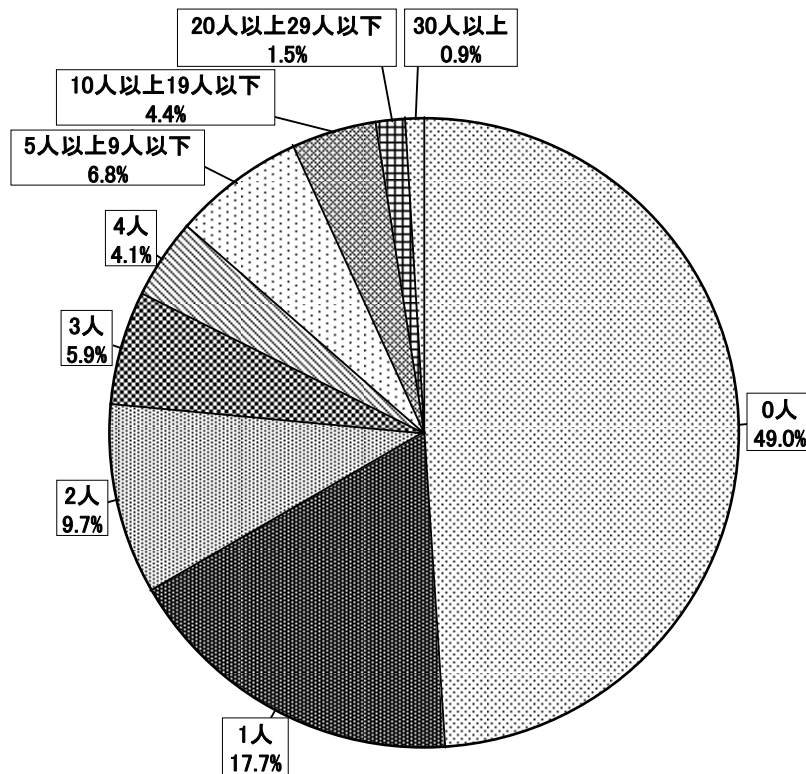


診療所 問4 看取りについて
 在宅で看取った患者の人数(2009年1～12月)

図診-4-2 在宅時医学総合管理料—在宅ターミナルケア加算算定
 (n = 992, m ± σ = 3.9 ± 9.3)

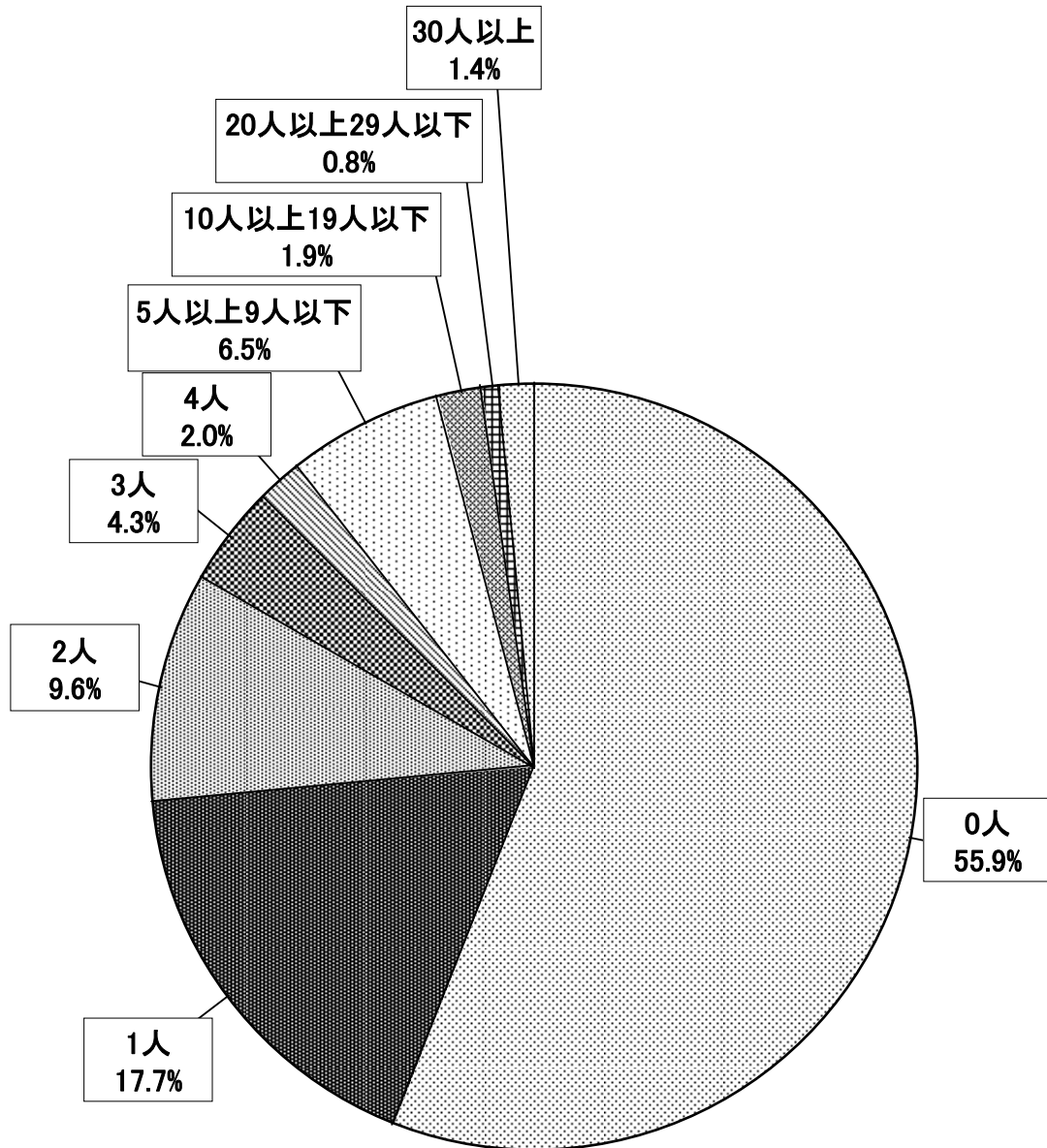


図診-4-3 在宅時医学総合管理料—夜間の看取り数
 (n = 955, m ± σ = 2.5 ± 7.1)



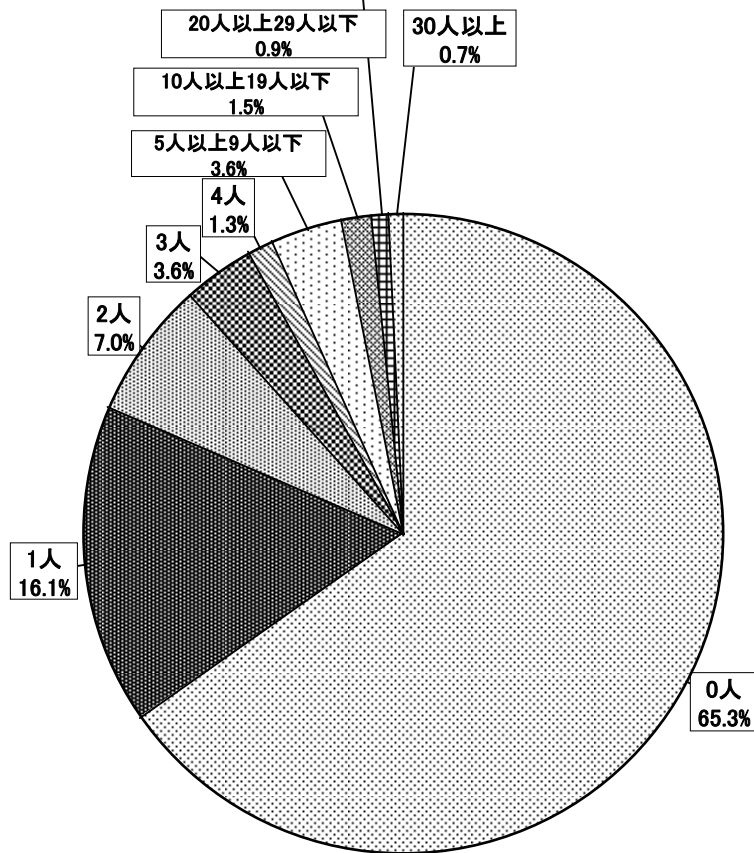
診療所 問4 看取りについて
在宅で看取った患者の人数(2009年1~12月)

図診-4-4 在宅末期医療総合診療料
($n = 917$, $m \pm \sigma = 2.3 \pm 11.0$)

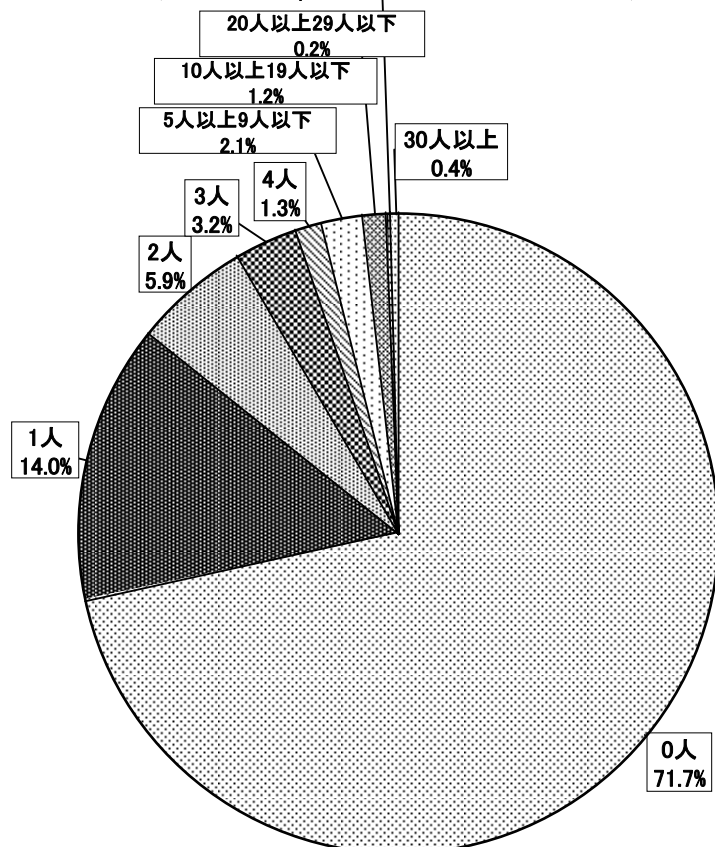


診療所 問4 看取りについて
 在宅で看取った患者の人数(2009年1~12月)

図診-4-5 在宅末期医療総合診療料 — 在宅ターミナルケア加算算定
 (n = 877, m ± σ = 1.6 ± 9.7)

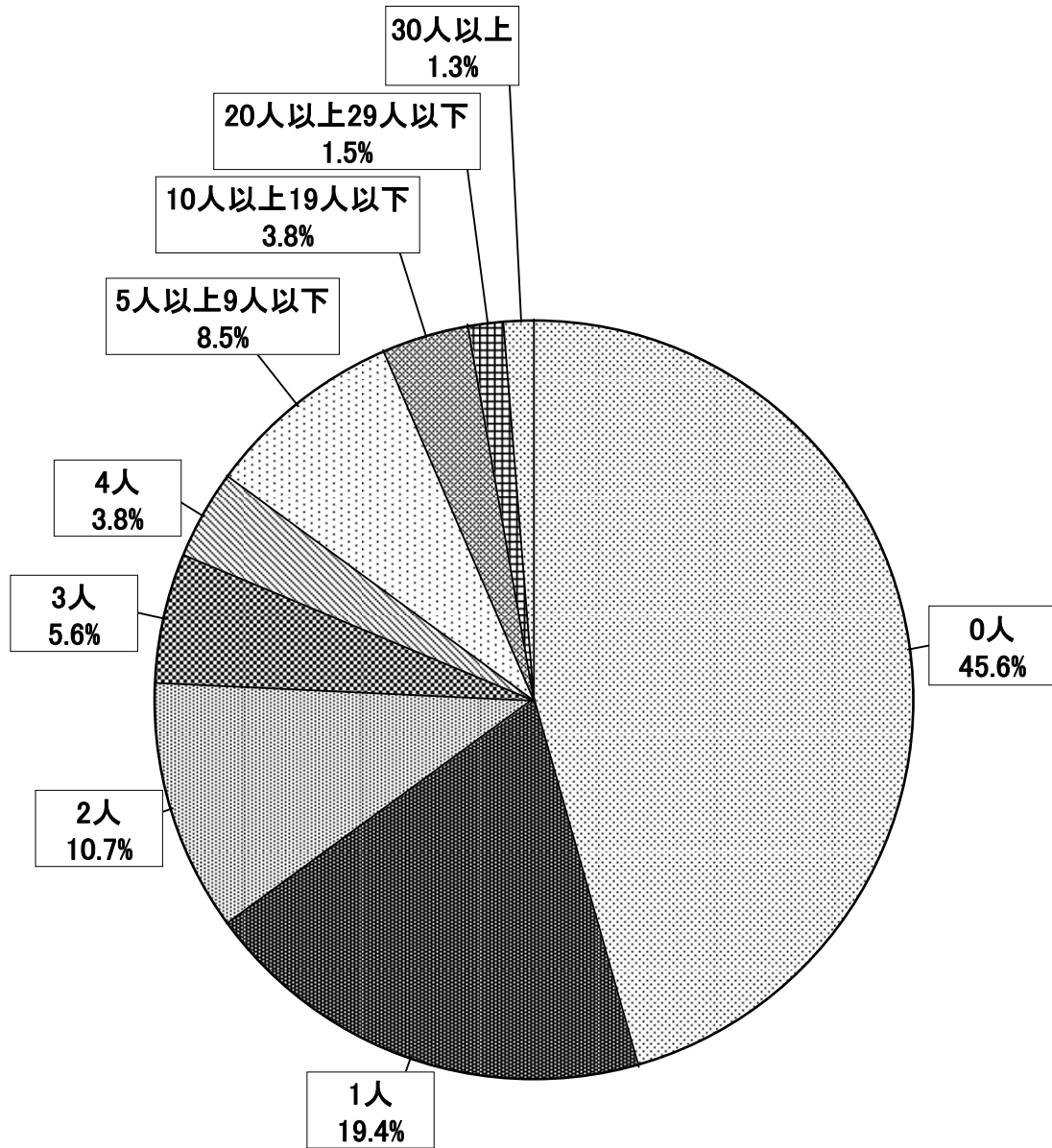


図診-4-6 在宅末期医療総合診療料 — 夜間の看取り数
 (n = 845, m ± σ = 1.0 ± 5.1)



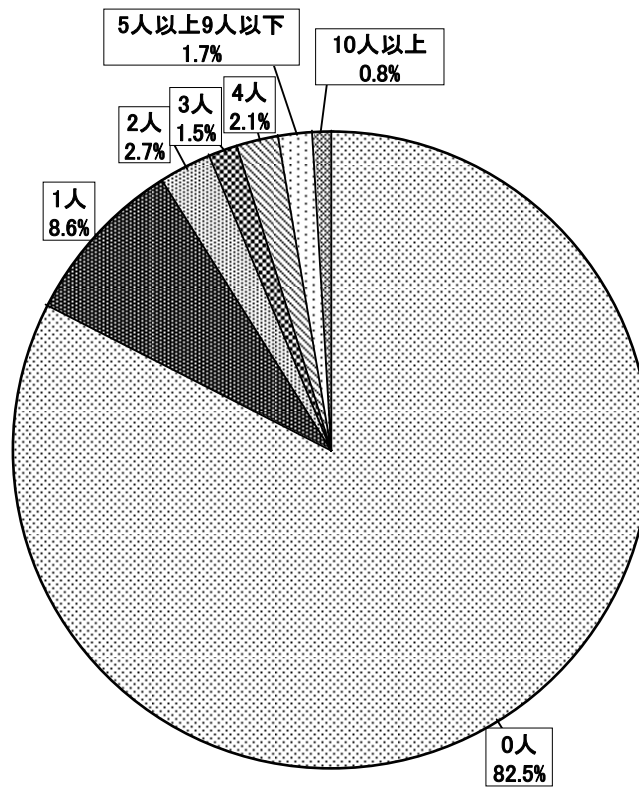
診療所 問4 看取りについて
在宅で看取った患者の人数(2009年1~12月)

図診-4-7 訪問診療・往診のみ
($n = 954$, $m \pm \sigma = 2.8 \pm 9.0$)

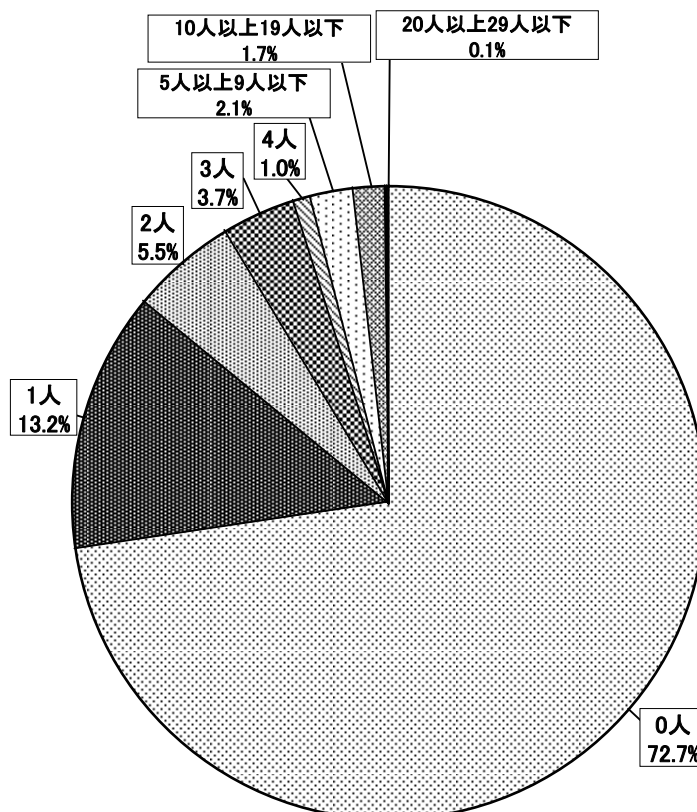


診療所 問4 看取りについて
 在宅で看取った患者の人数(2009年1~12月)

図診-4-8 訪問診療・往診のみ — 在宅ターミナルケア加算算定
 (n = 805, m ± σ = 0.5 ± 2.2)



図診-4-9 訪問診療・往診のみ — 夜間の看取り数
 (n = 839, m ± σ = 0.8 ± 2.1)

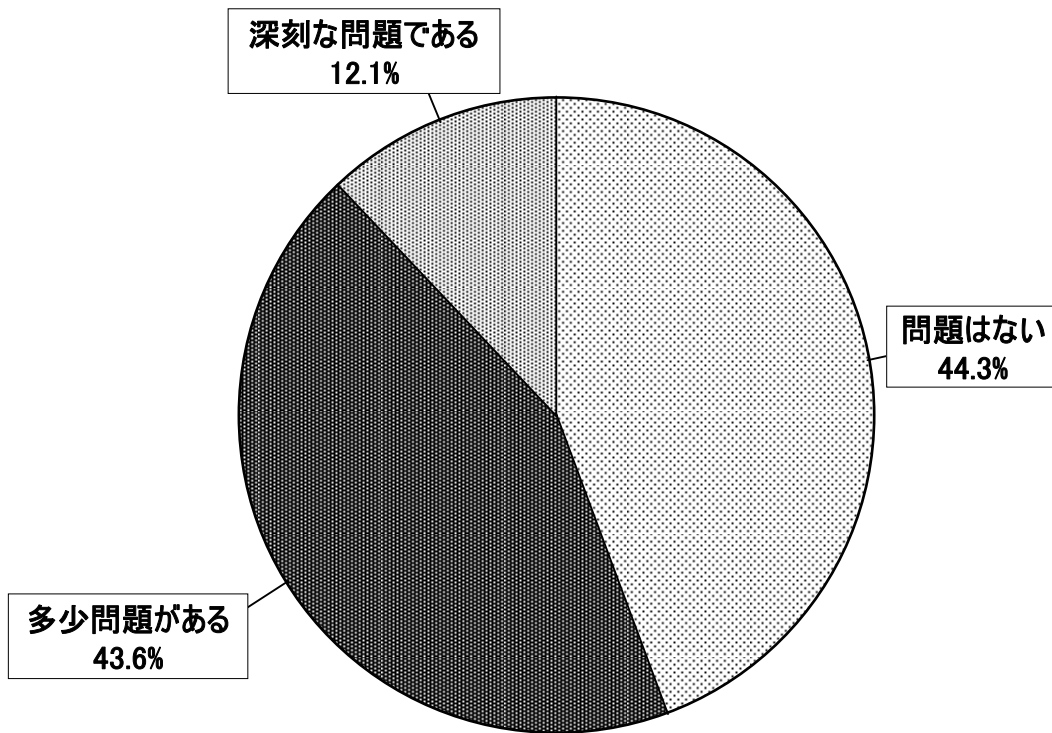


診療所 問5 連携上の課題について

問5-1 病院から在宅医療適応患者を受け入れるにあたっての問題の程度

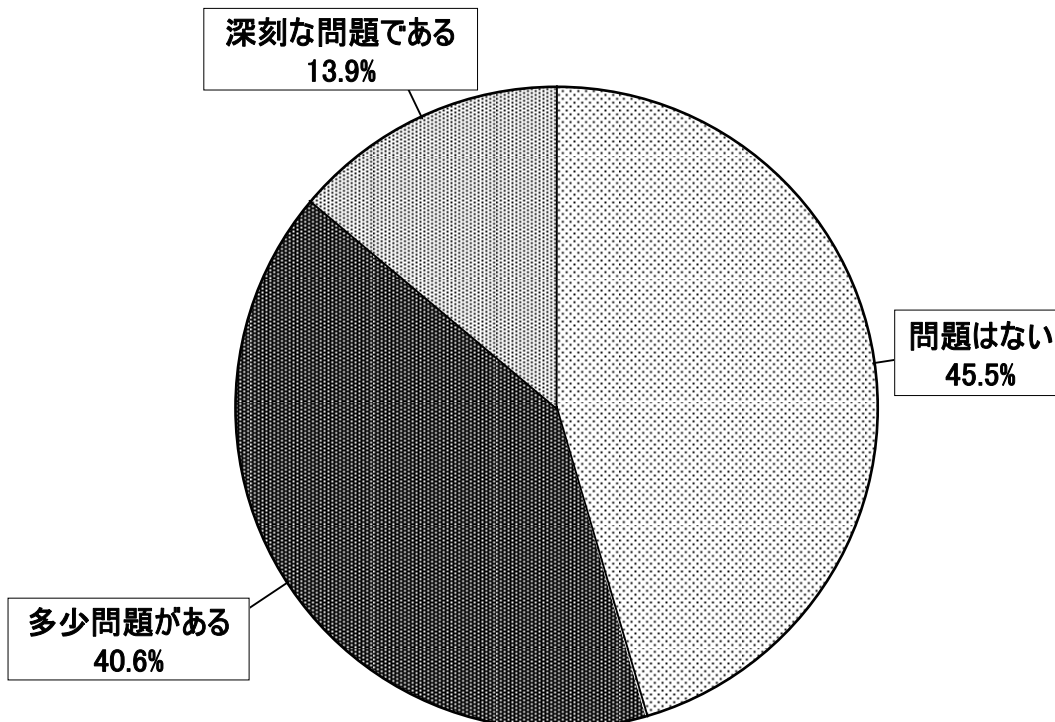
図診-5-1-1 自施設の状況 — 医師数の不足

(n = 1,286)



図診-5-1-2 自施設の状況 — 看護師数の不足

(n = 1,296)

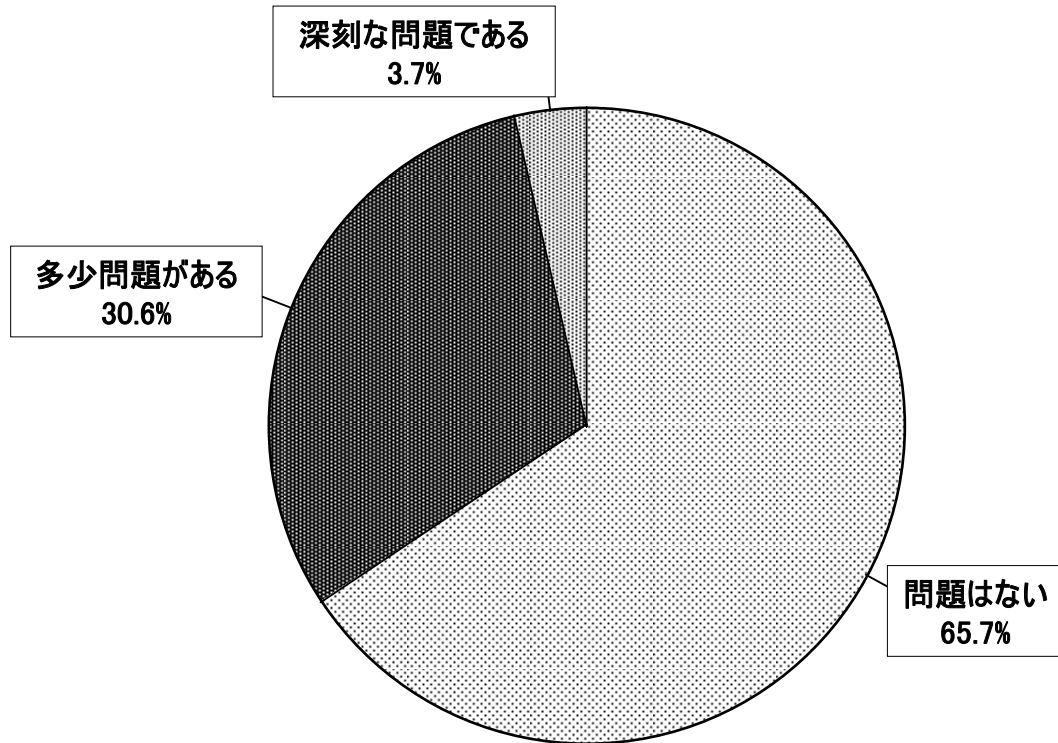


診療所 問5 連携上の課題について

問5-1 病院から在宅医療適応患者を受け入れるにあたっての問題の程度

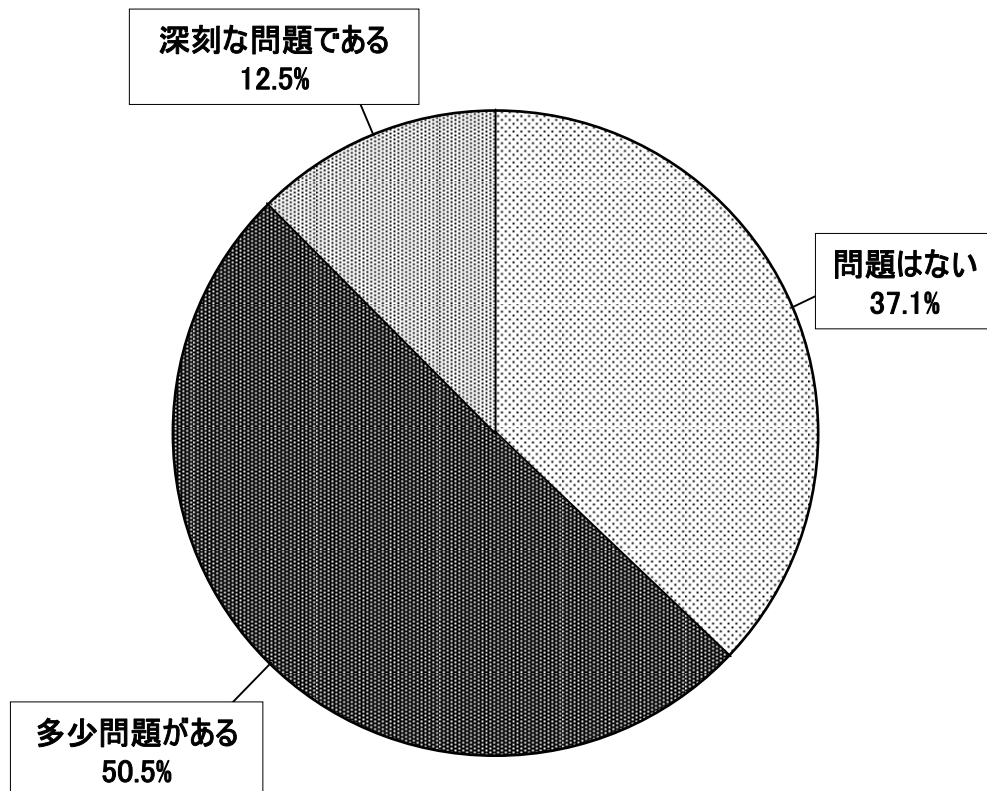
図診-5-1-3 自施設の状況 — 医師・看護師以外の人員の不足

(n = 1,281)



図診-5-1-4 自施設の状況 — 緩和ケアにおける経験の不足

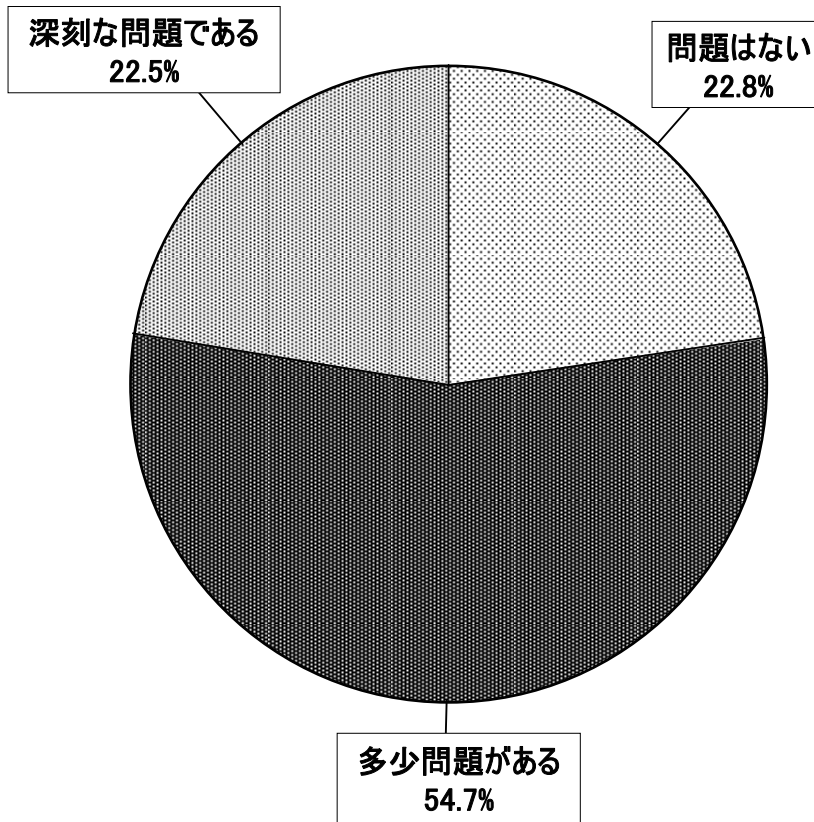
(n = 1,282)



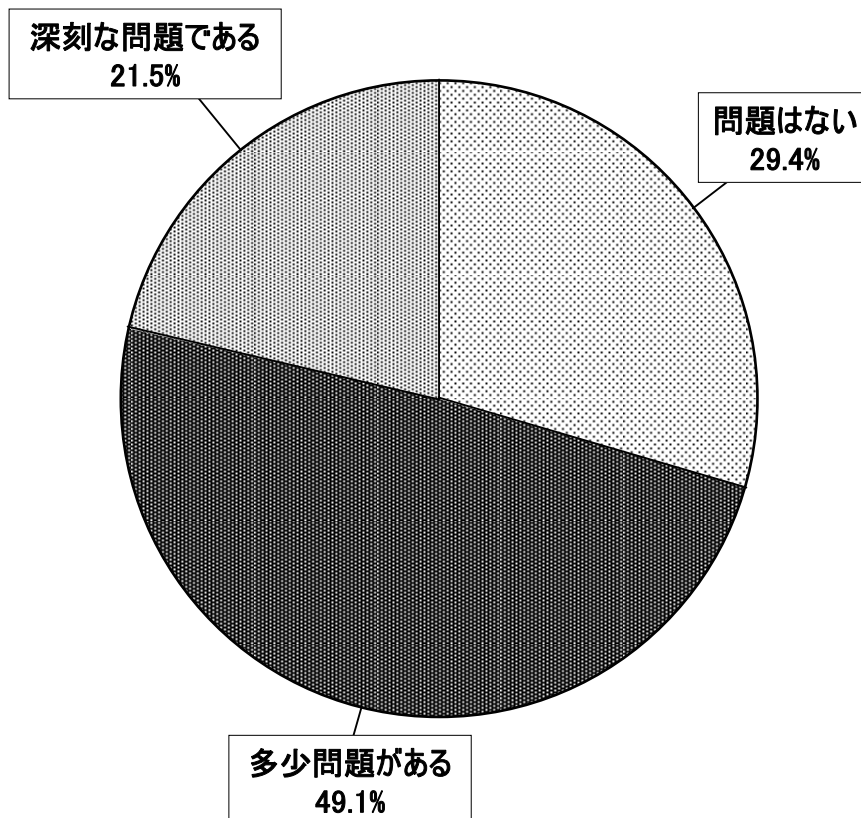
診療所 問5 連携上の課題について

問5-1 病院から在宅医療適応患者を受け入れるにあたっての問題の程度

図診-5-1-5 自施設の状況 — 難病ケアにおける経験の不足
(n = 1,279)



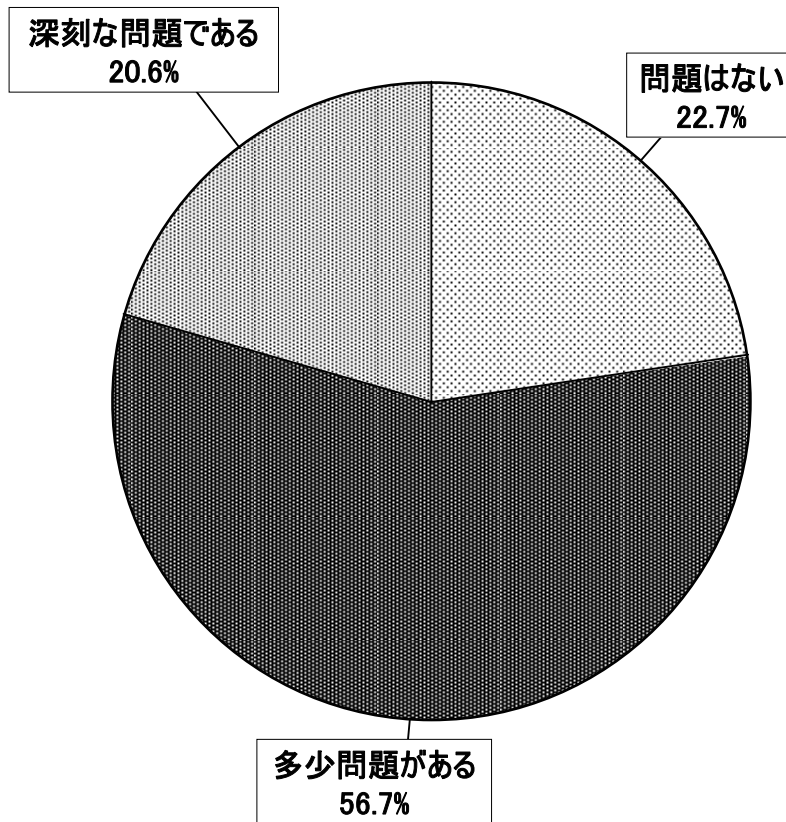
図診-5-1-6 連携する病院 — 在宅医療に対し病院医の理解が乏しい
(n = 1,291)



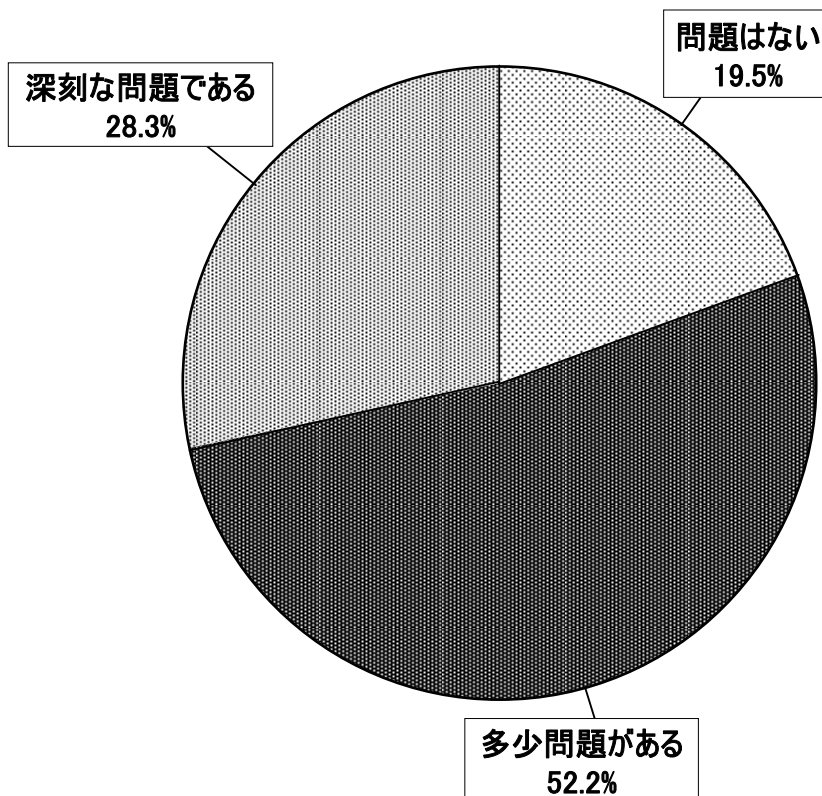
診療所 問5 連携上の課題について

問5-1 病院から在宅医療適応患者を受け入れるにあたっての問題の程度

図診-5-1-7 連携する病院 - 在宅療養支援診療所が具体的に周知されていない
(n = 1,288)



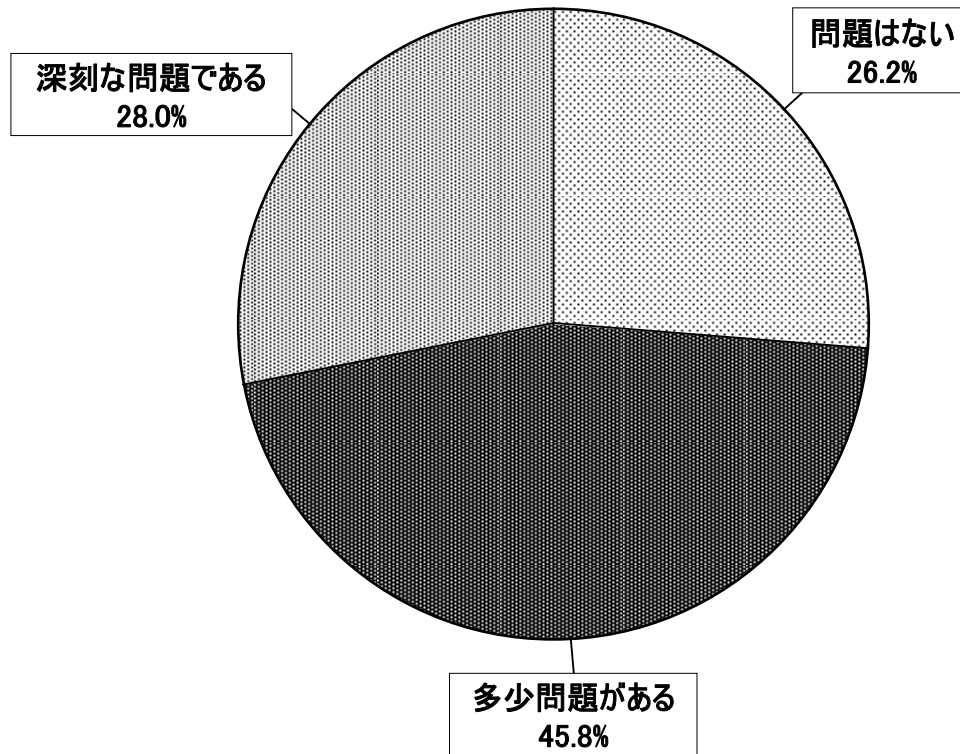
図診-5-1-8 連携する病院 - 退院時共同指導が不徹底である
(n = 1,283)



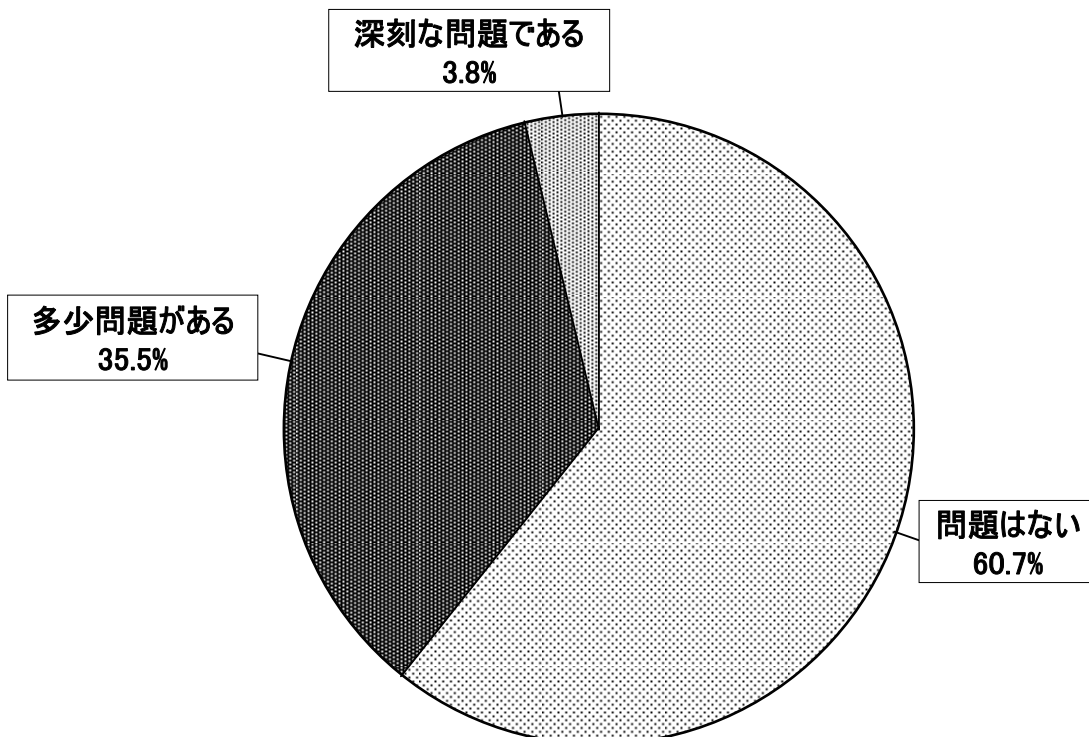
診療所 問5 連携上の課題について

問5-1 病院から在宅医療適応患者を受け入れるにあたっての問題の程度

図診-5-1-9 連携する病院 — 緊急入院の際、後方ベッドとして確保しづらい
(n = 1,284)



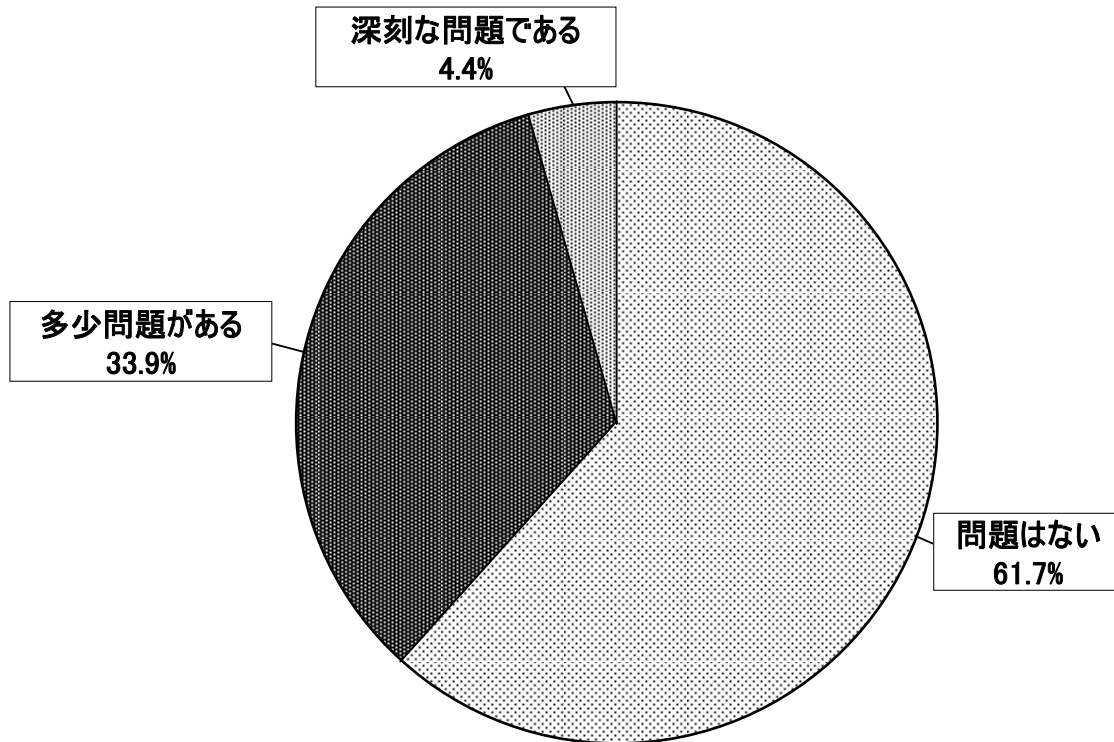
図診-5-1-10 連携する専門職種 — 連携可能な訪問看護事業所との連携
(n = 1,295)



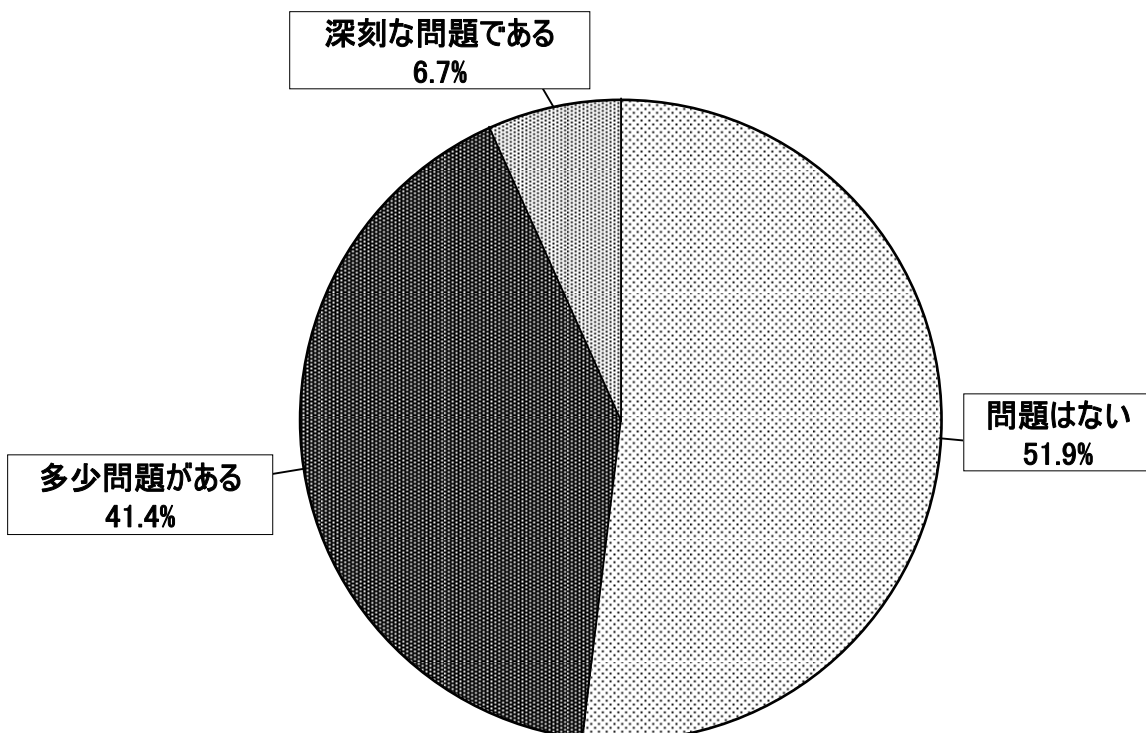
診療所 問5 連携上の課題について

問5-1 病院から在宅医療適応患者を受け入れるにあたっての問題の程度

図診-5-1-11 連携する専門職種 - 訪問薬剤指導管理を行う調剤薬局との連携
(n = 1,276)



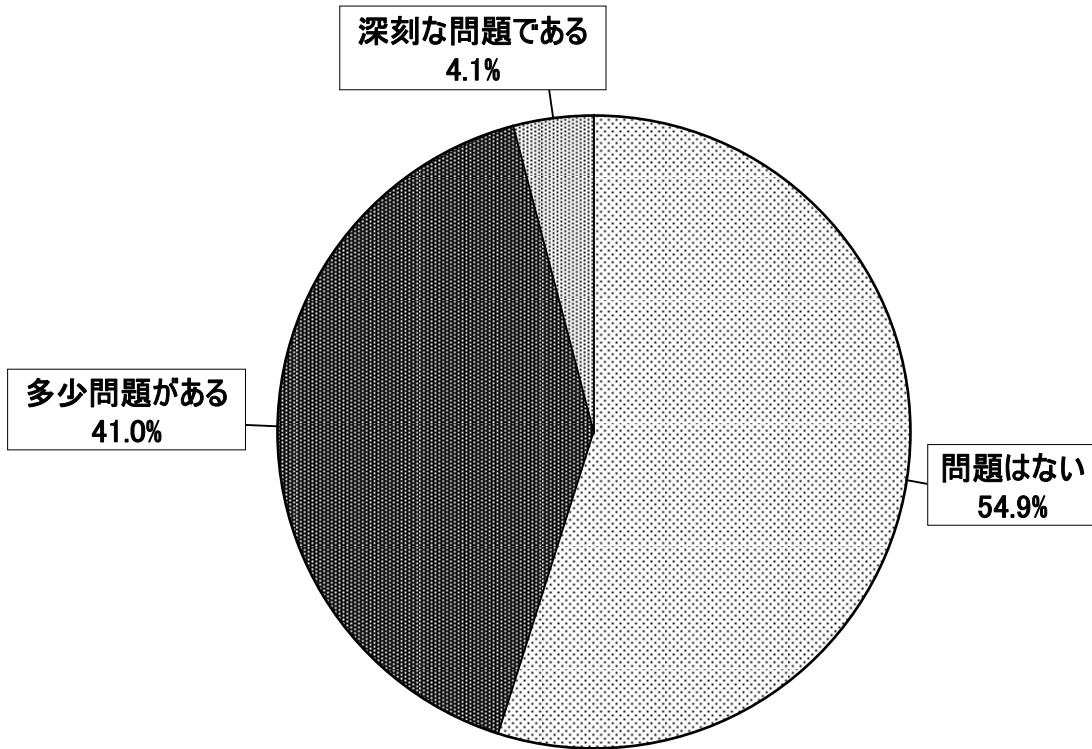
図診-5-1-12 連携する専門職種 - 歯科診療所との連携
(n = 1,265)



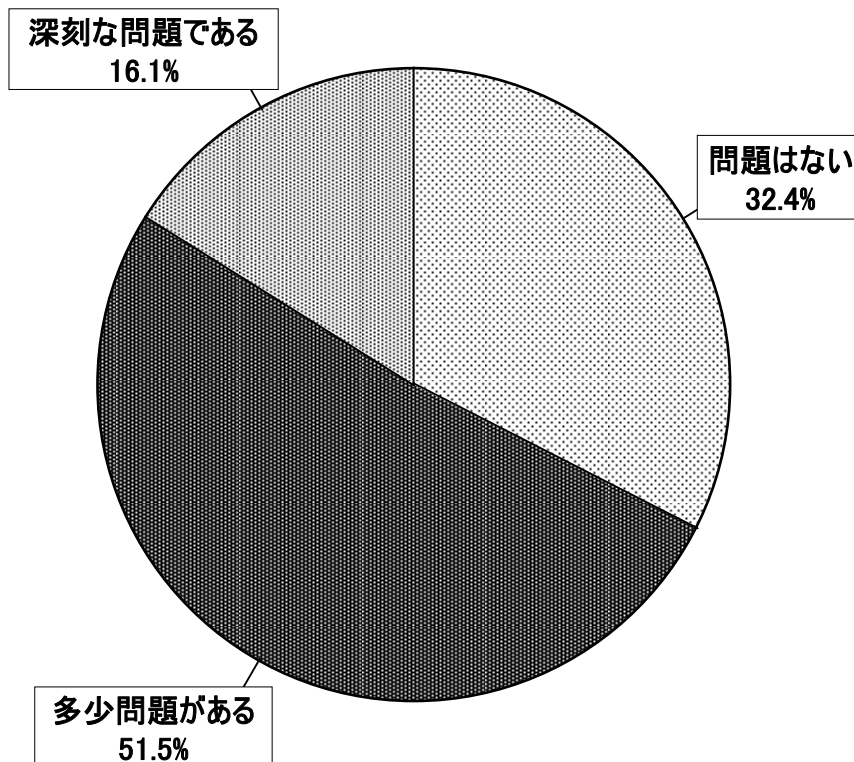
診療所 問5 連携上の課題について

問5-1 病院から在宅医療適応患者を受け入れるにあたっての問題の程度

図診-5-1-13 連携する専門職種 — 訪問介護事業所との連携
(n = 1,285)

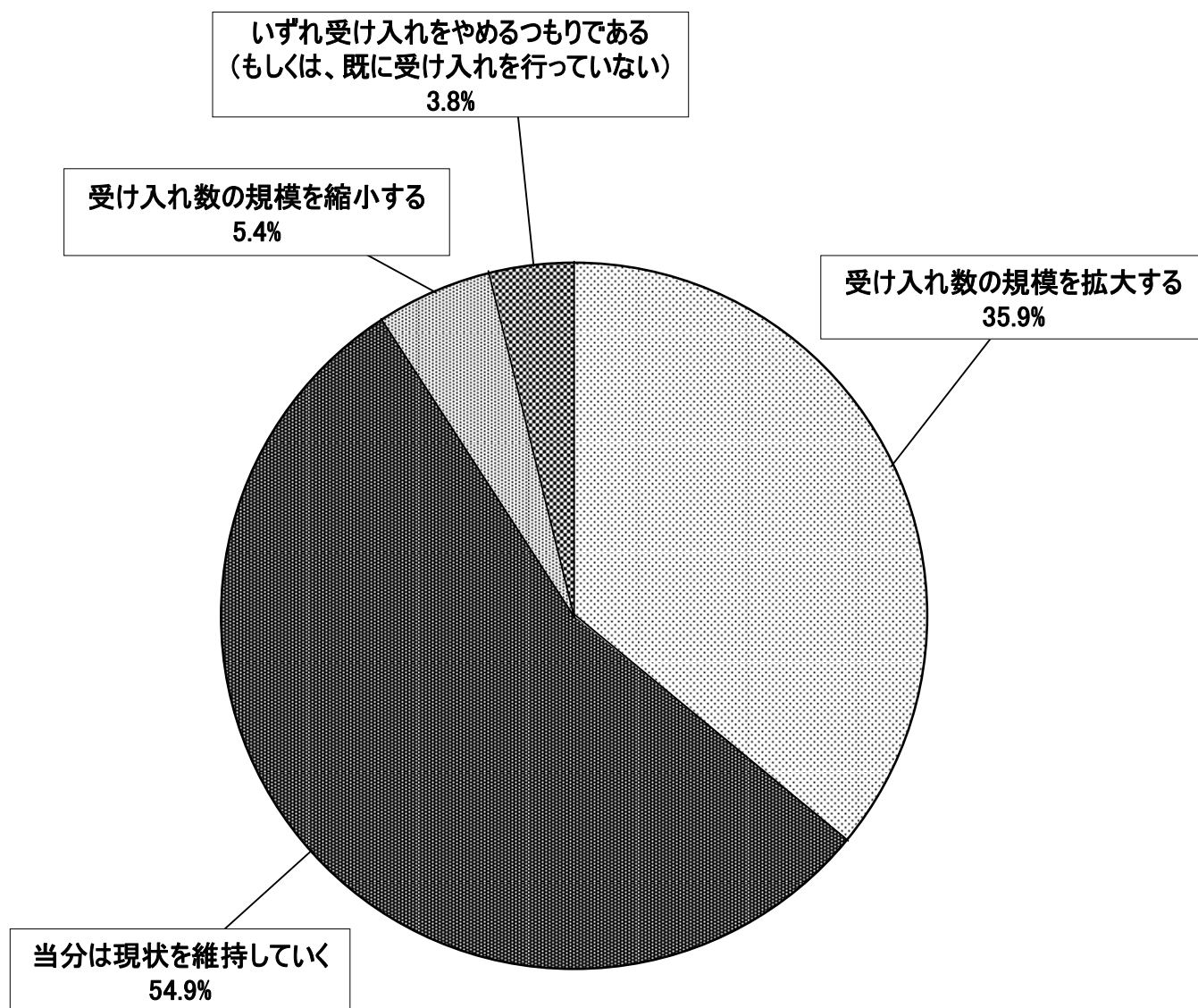


図診-5-1-14 連携する専門職種 — 特養、老健等の施設との連携
(n = 1,280)



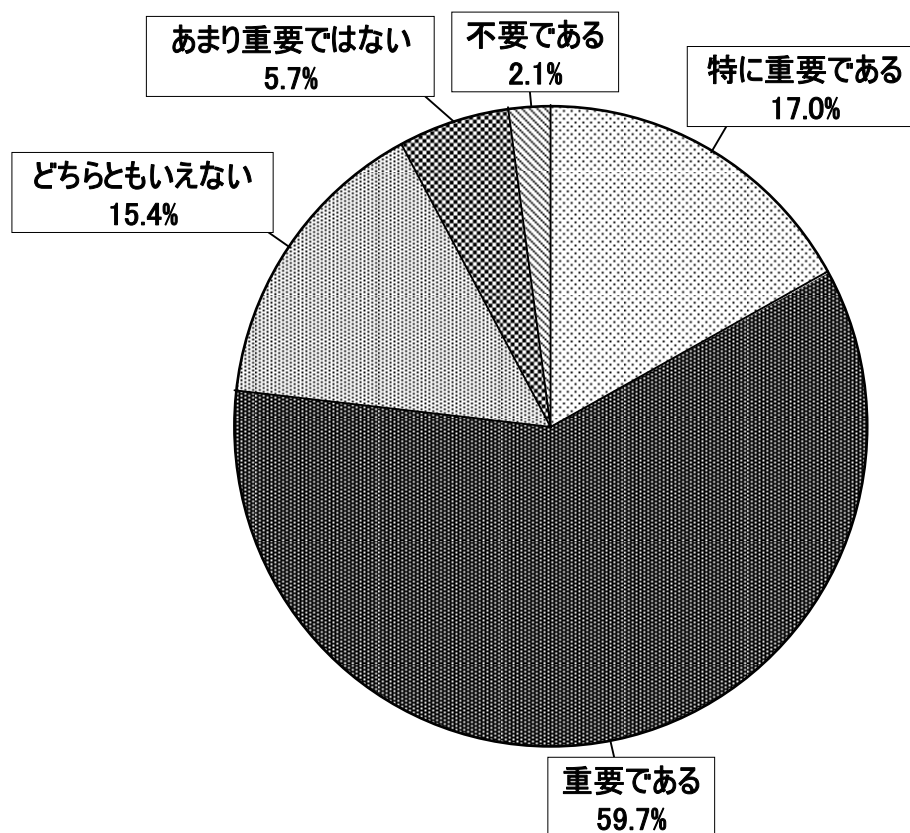
診療所 問5 連携上の課題について

図診-5-2 問5-2 在宅医療を必要とする患者の将来の受け入れ
(n = 1,307)

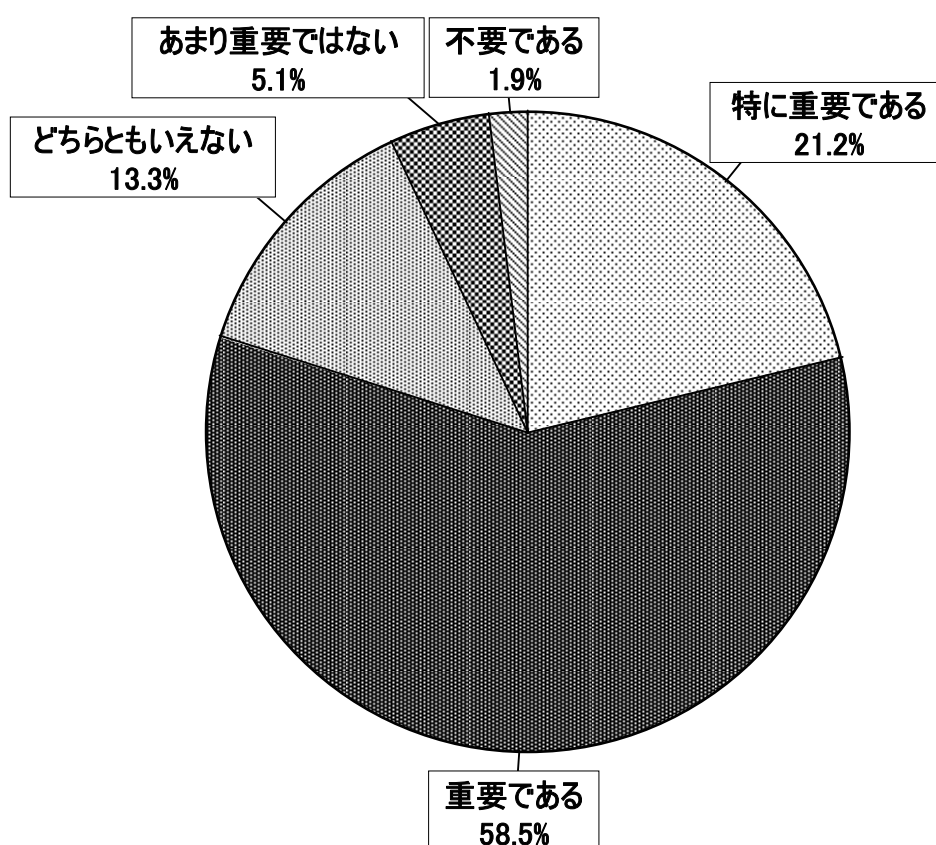


診療所 問5 連携上の課題について
問5-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性

図診-5-3-1 制度と概念の説明 — 医療保険制度
(n = 1,279)

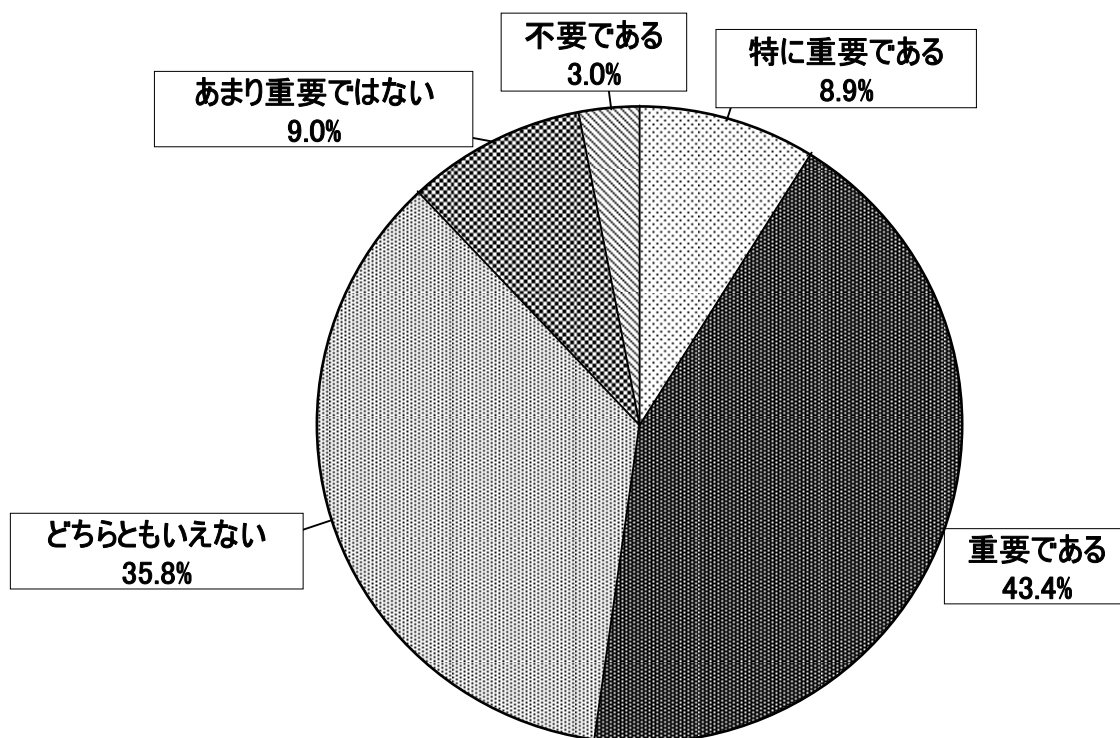


図診-5-3-2 制度と概念の説明 — 介護保険制度
(n = 1,280)

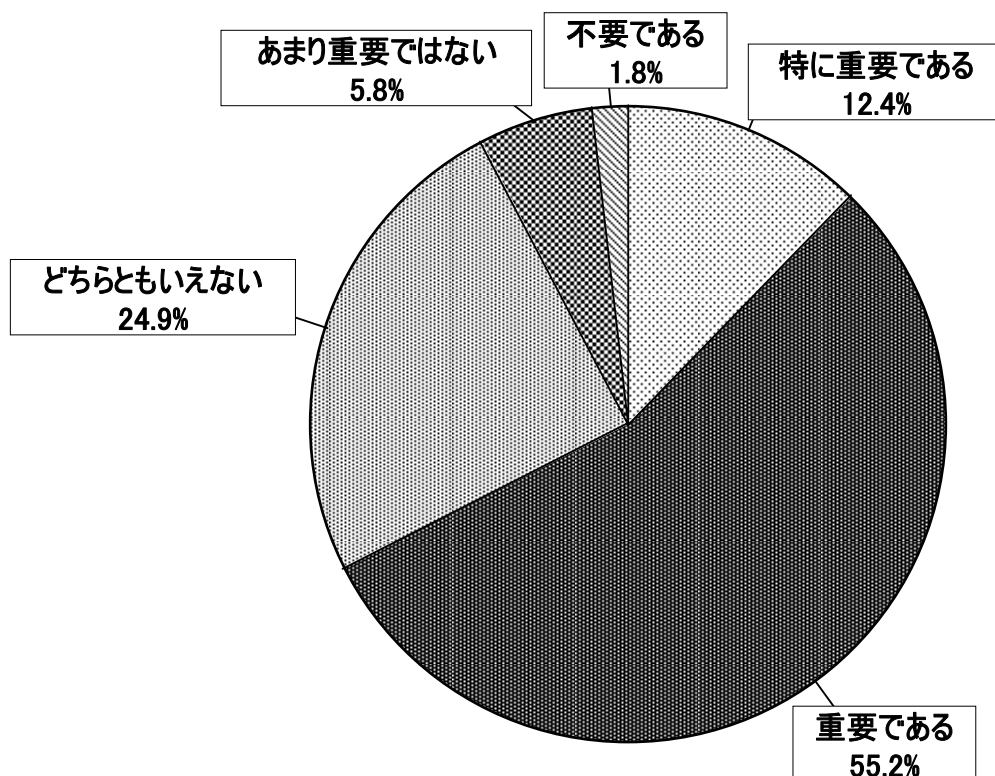


診療所 問5 連携上の課題について
問5-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性

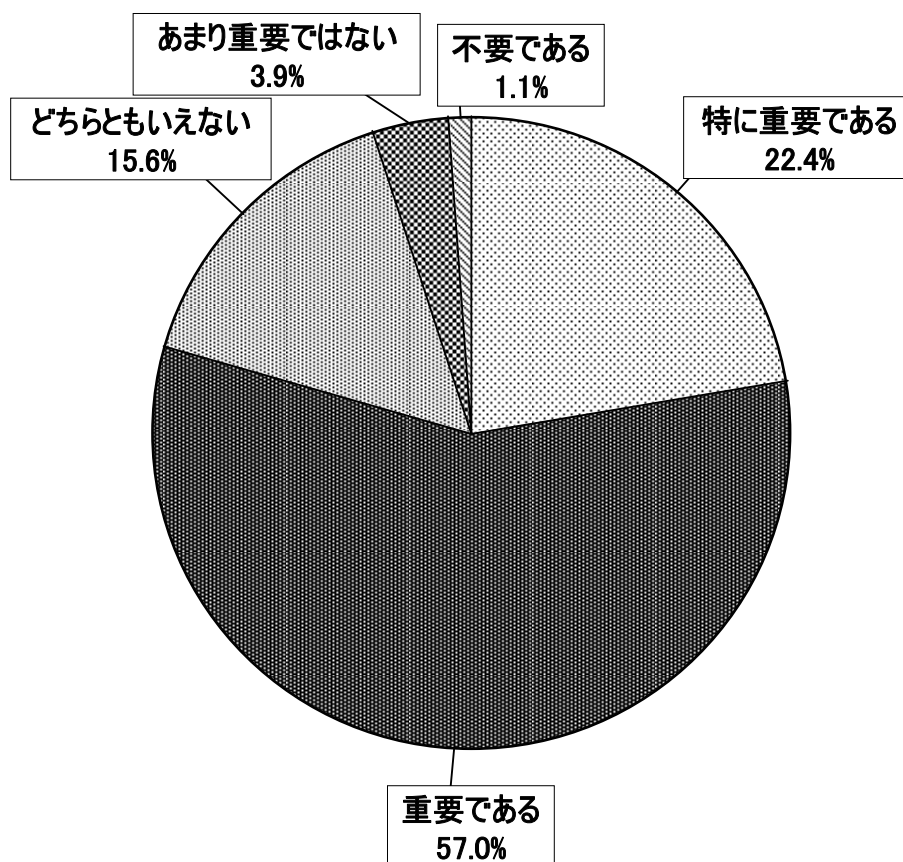
図診-5-3-3 制度と概念の説明 — 自立支援法
(n = 1,275)



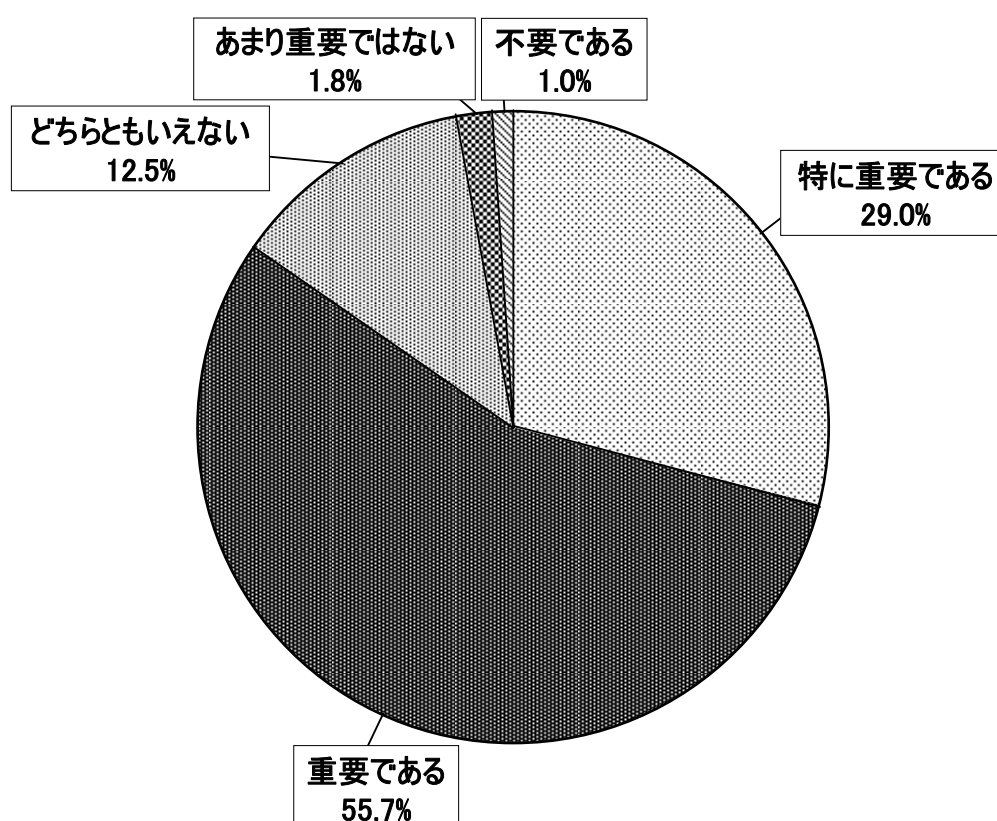
図診-5-3-4 制度と概念の説明 — 難病制度(特定疾患治療研究事業)
(n = 1,263)



診療所 問5 連携上の課題について
 問5-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性
 図診-5-3-5 制度と概念の説明 — 在宅医療の心得
 (n = 1,277)

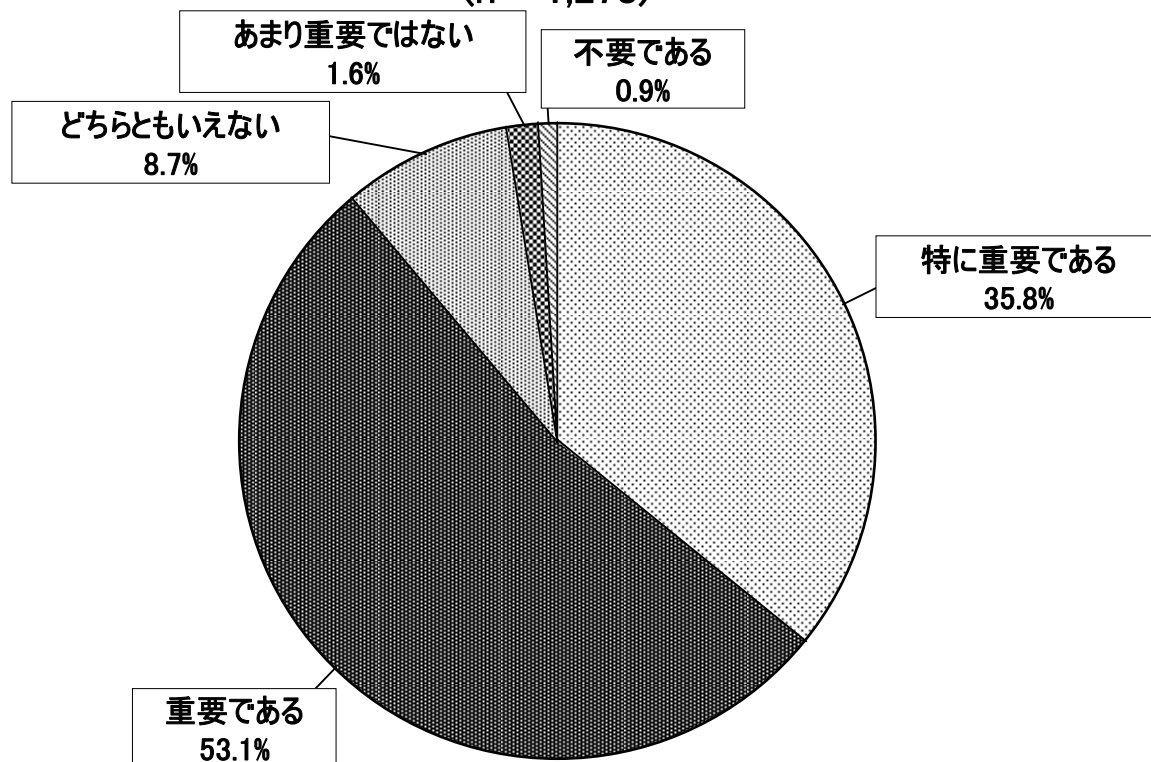


図診-5-3-6 制度と概念の説明 — 適切な面接・面談
 (n = 1,271)

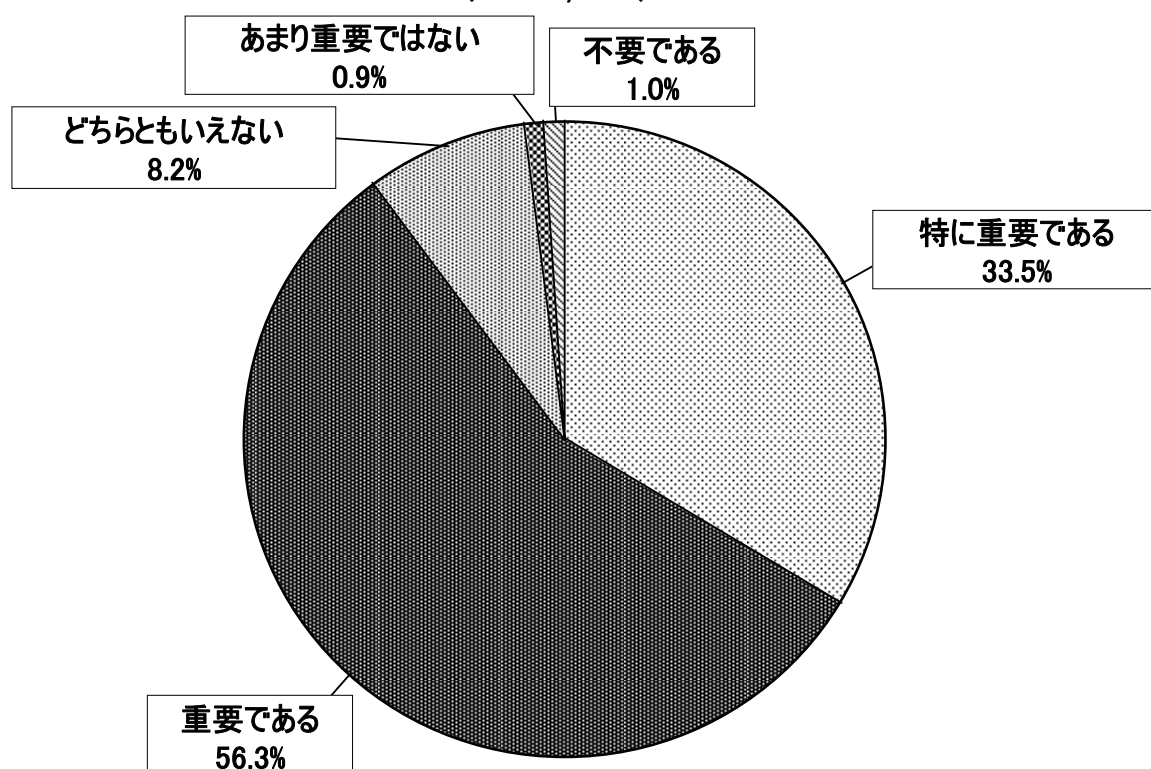


診療所 問5 連携上の課題について
問5-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性

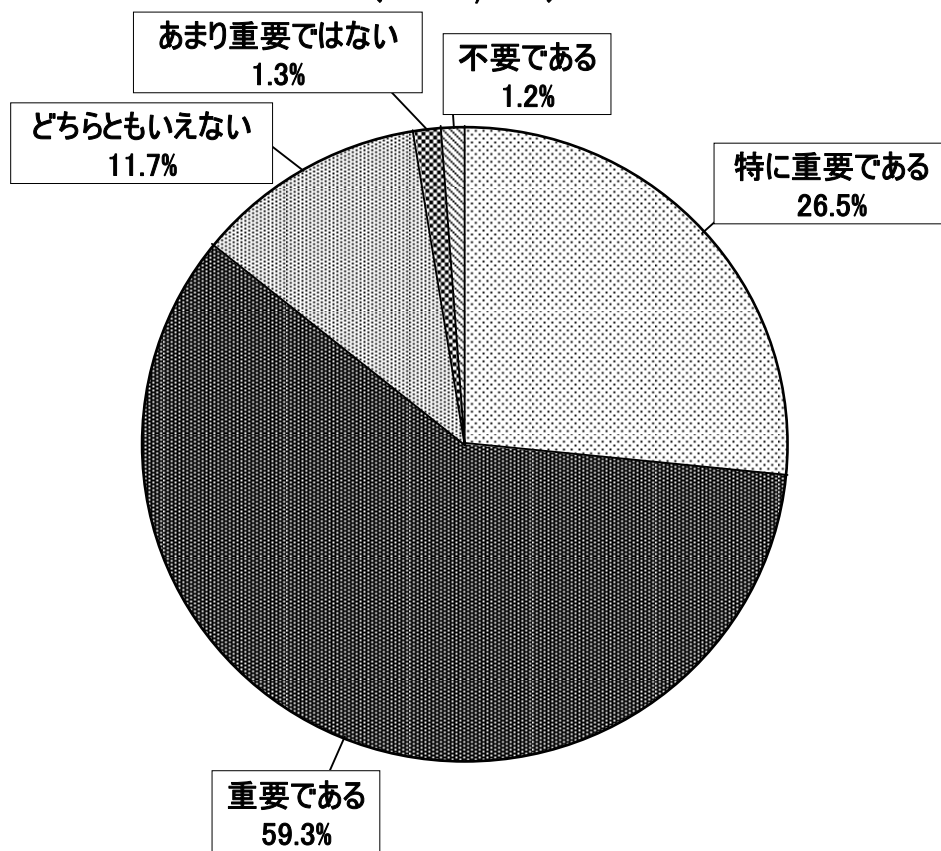
図診-5-3-7 療養生活像の説明 — 家族支援
(n = 1,278)



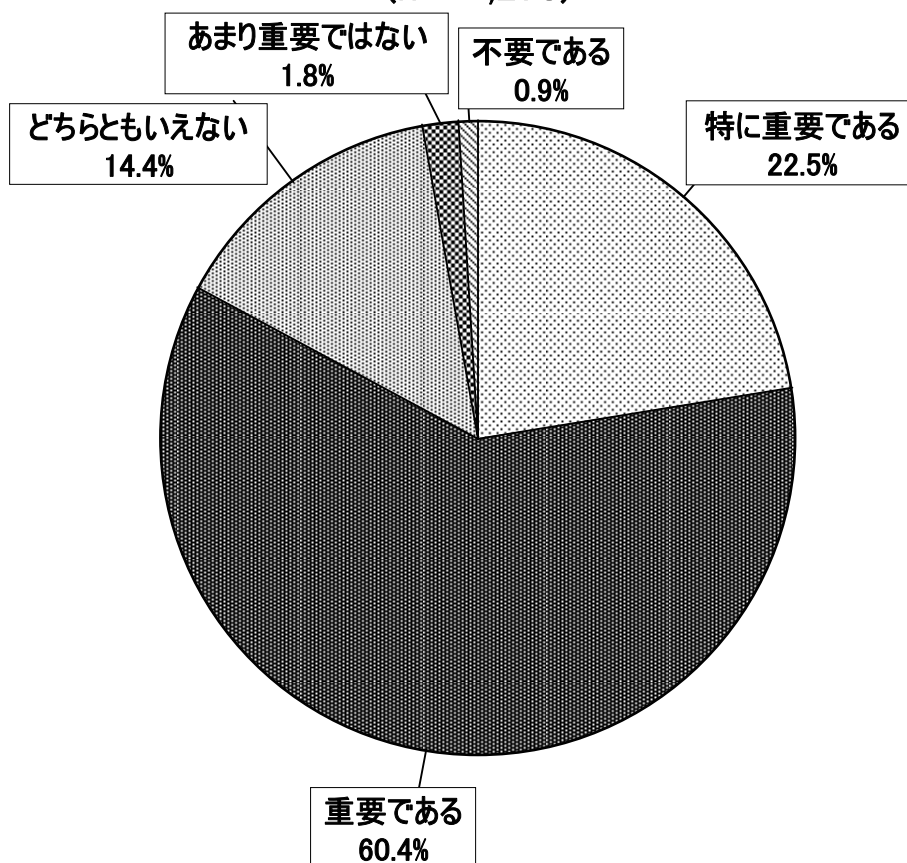
図診-5-3-8 療養生活像の説明 — がんの緩和医療
(n = 1,282)



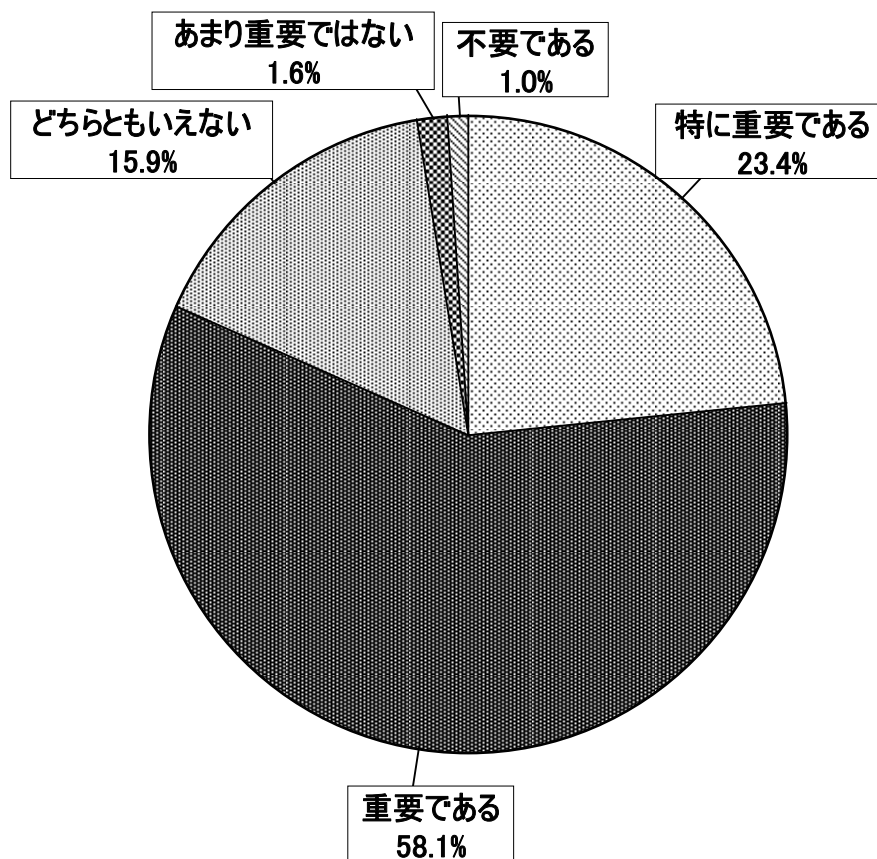
診療所 問5 連携上の課題について
 問5-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性
 図診-5-3-9 療養生活像の説明 — 認知症の療養生活像
 (n = 1,279)



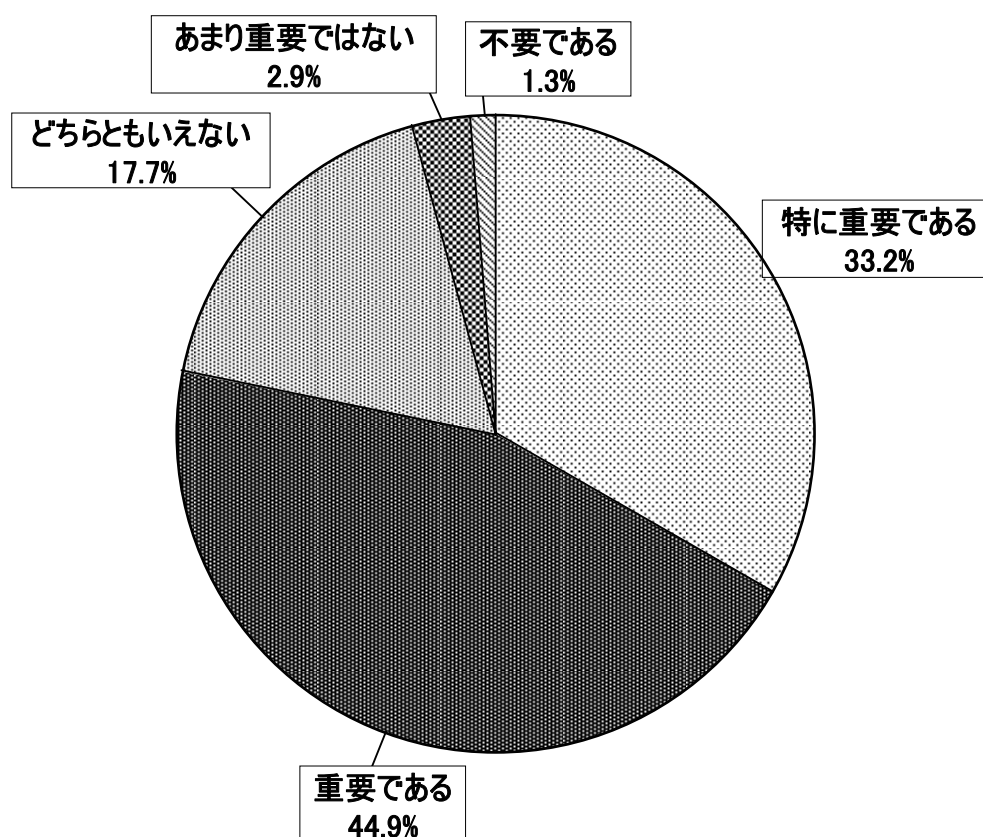
図診-5-3-10 療養生活像の説明 — 難病の療養生活像
 (n = 1,278)



診療所 問5 連携上の課題について
 問5-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性
 図診-5-3-11 療養生活像の説明 — 高齢者の特性
 (n = 1,280)

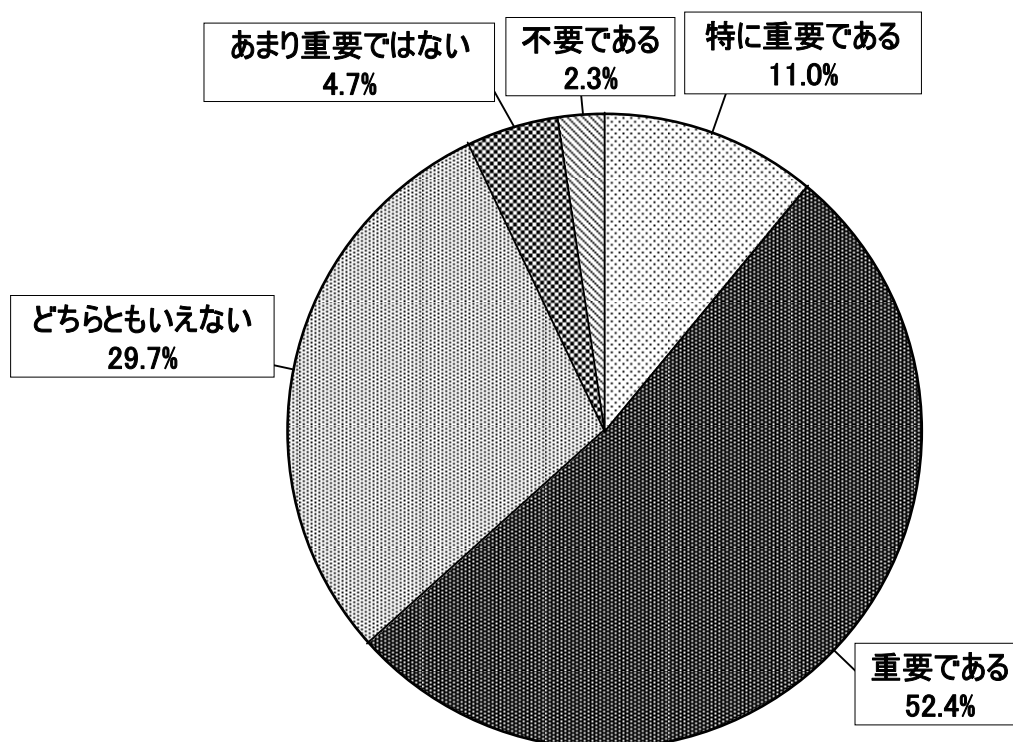


図診-5-3-12 療養生活像の説明 — 臨終時の心構え
 (n = 1,261)

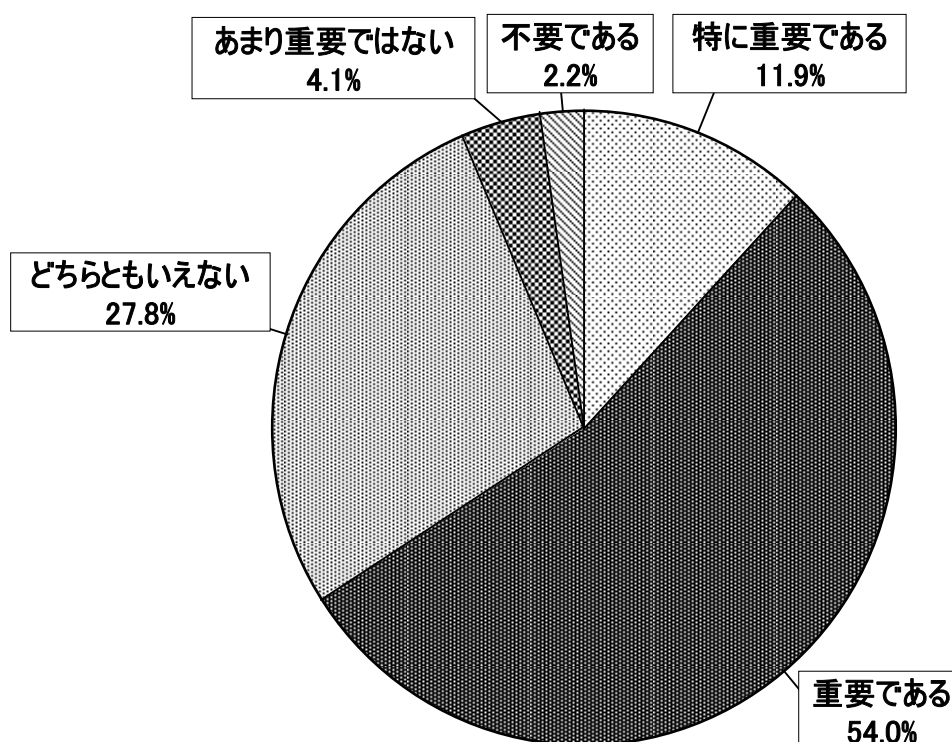


診療所 問5 連携上の課題について
 問5-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性

図診-5-3-13 導入支援 — 在宅患者訪問点滴注射管理指導
 (n = 1,268)

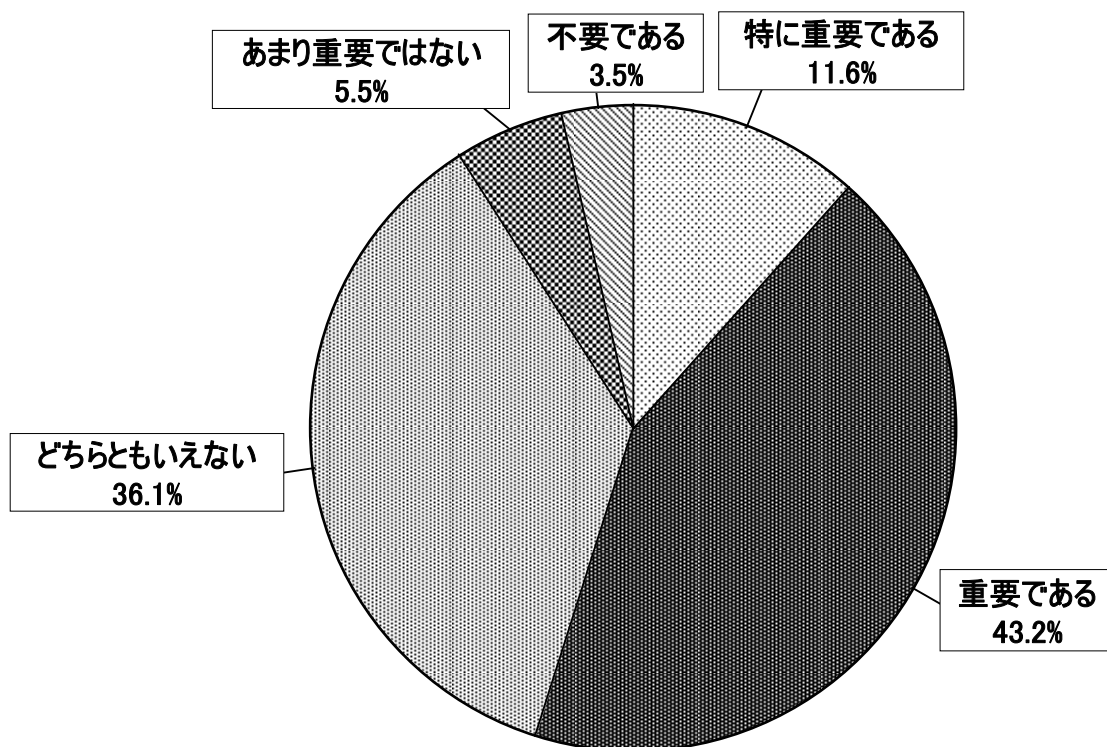


図診-5-3-14 導入支援 — 在宅自己注射指導
 (n = 1,270)

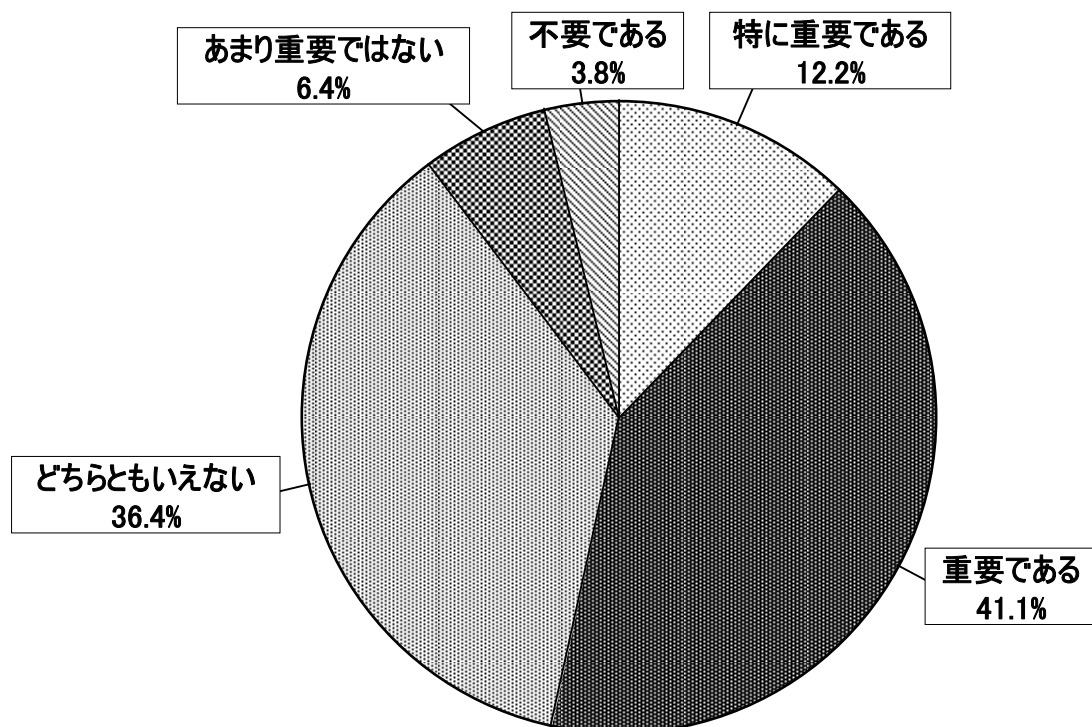


診療所 問5 連携上の課題について
問5-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性

図診-5-3-15 導入支援 — 在宅腹膜灌流指導
(n = 1,245)

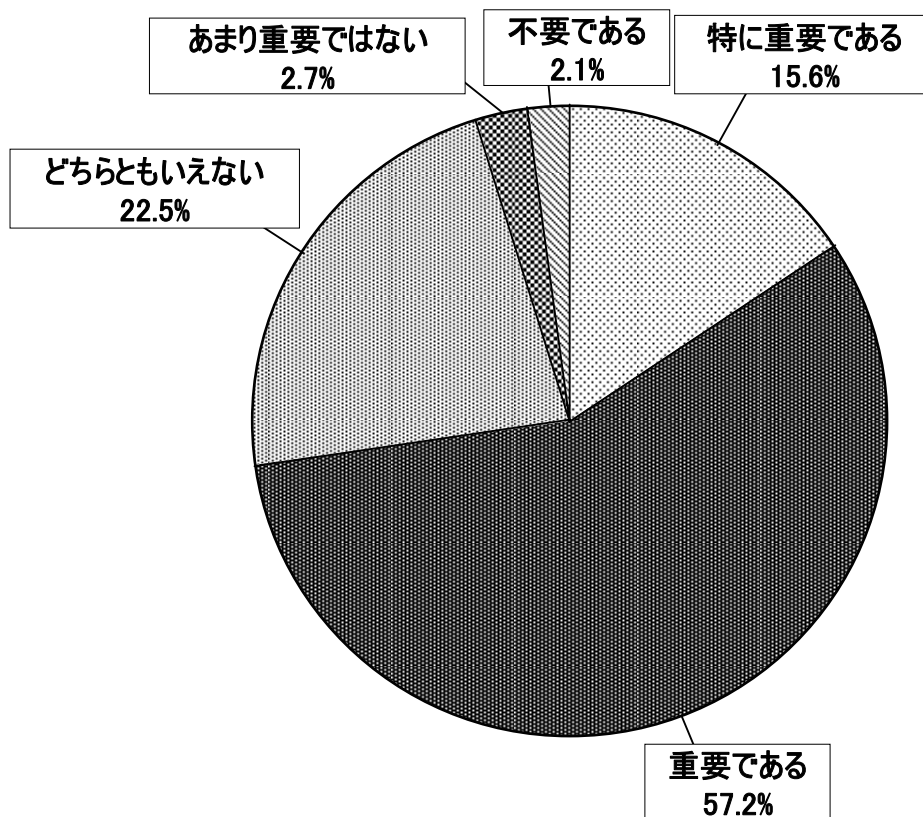


図診-5-3-16 導入支援 — 在宅血液透析指導
(n = 1,242)

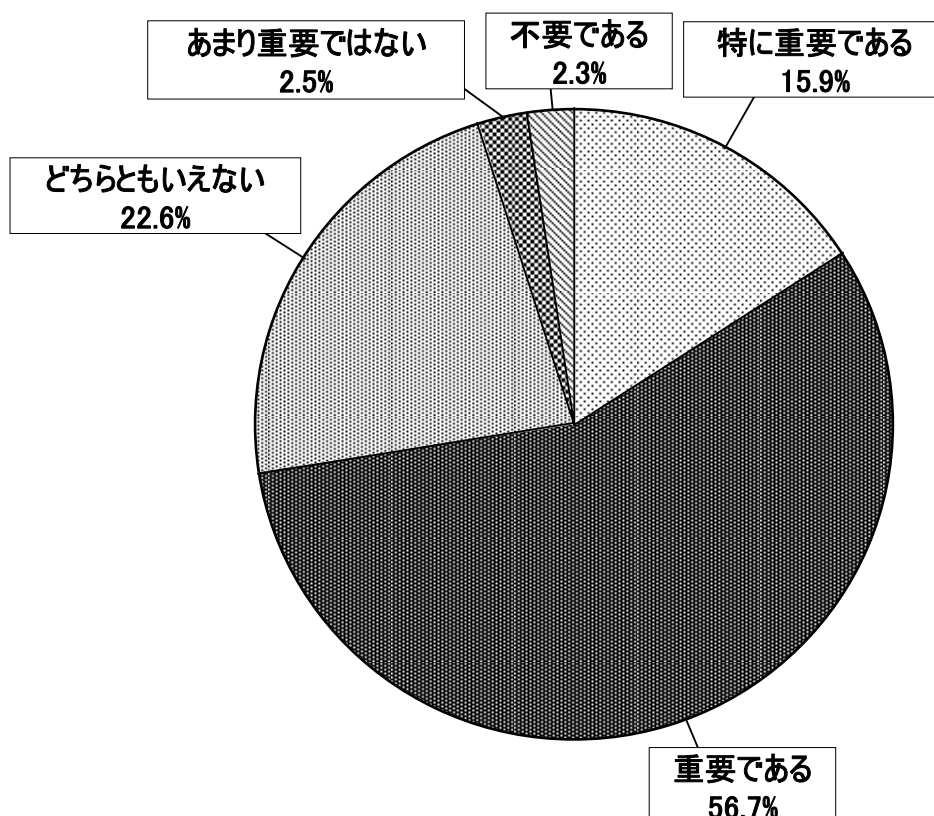


診療所 問5 連携上の課題について
問5-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性

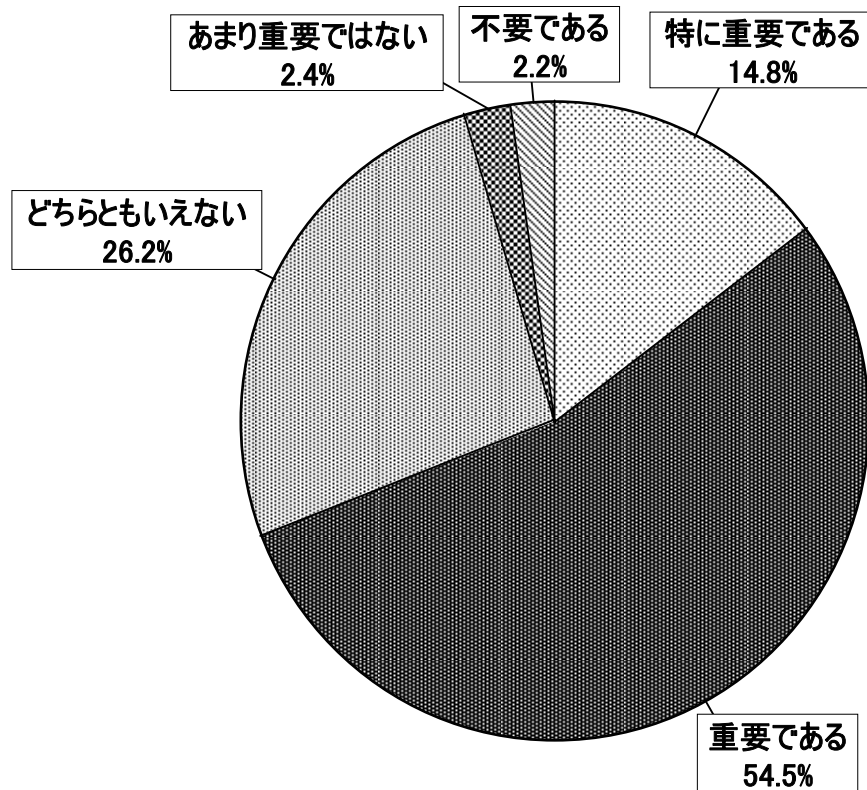
図診-5-3-17 導入支援 — 在宅酸素療法指導
(n = 1,268)



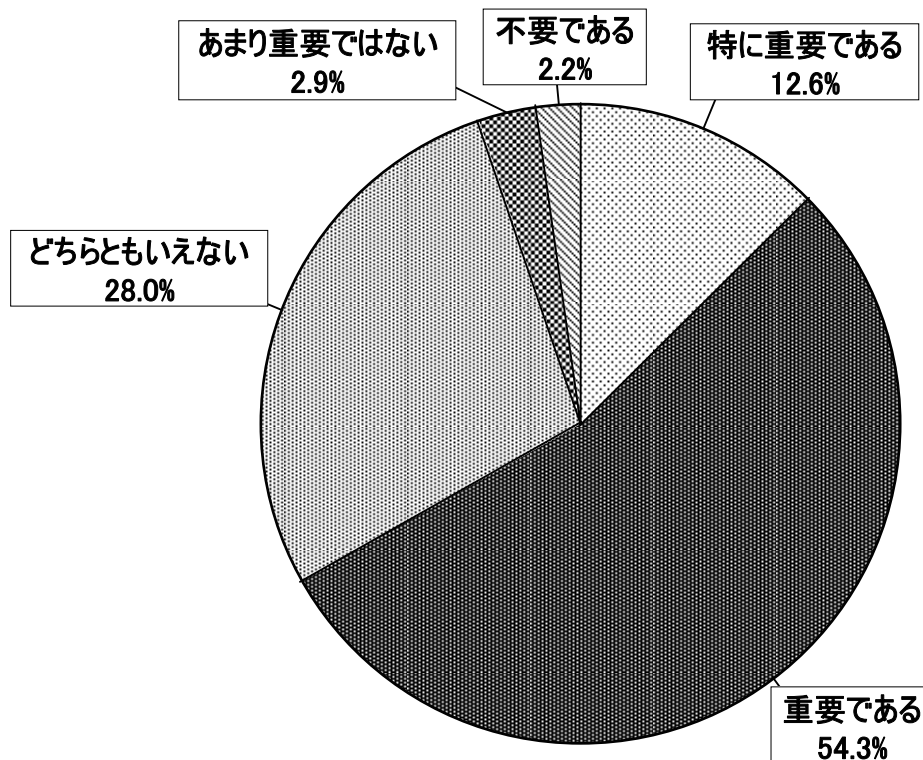
図診-5-3-18 導入支援 — 在宅中心静脈栄養指導
(n = 1,266)



診療所 問5 連携上の課題について
 問5-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性
 図診-5-3-19 導入支援 — 在宅成分栄養経管栄養法指導
 (n = 1,261)

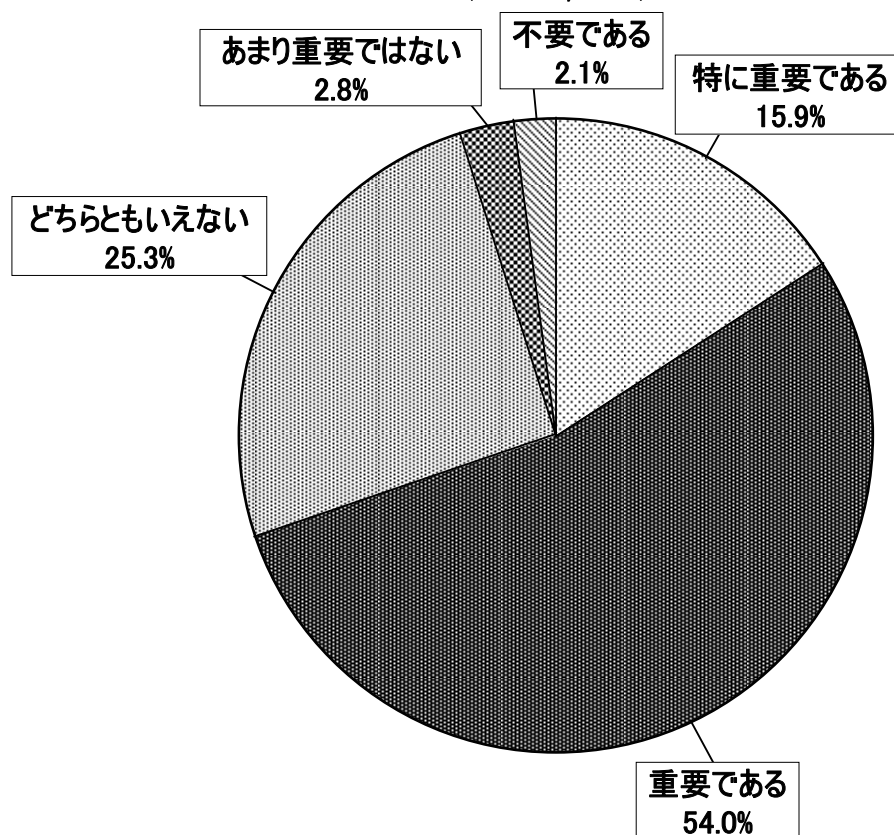


図診-5-3-20 導入支援 — 在宅自己導尿指導
 (n = 1,264)

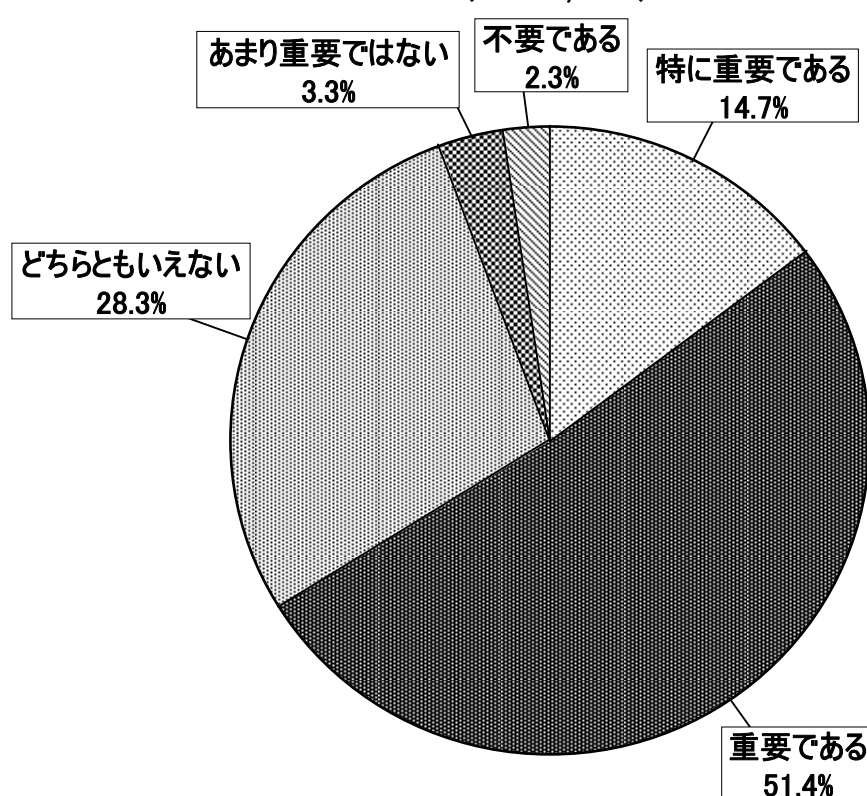


診療所 問5 連携上の課題について
問5-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性

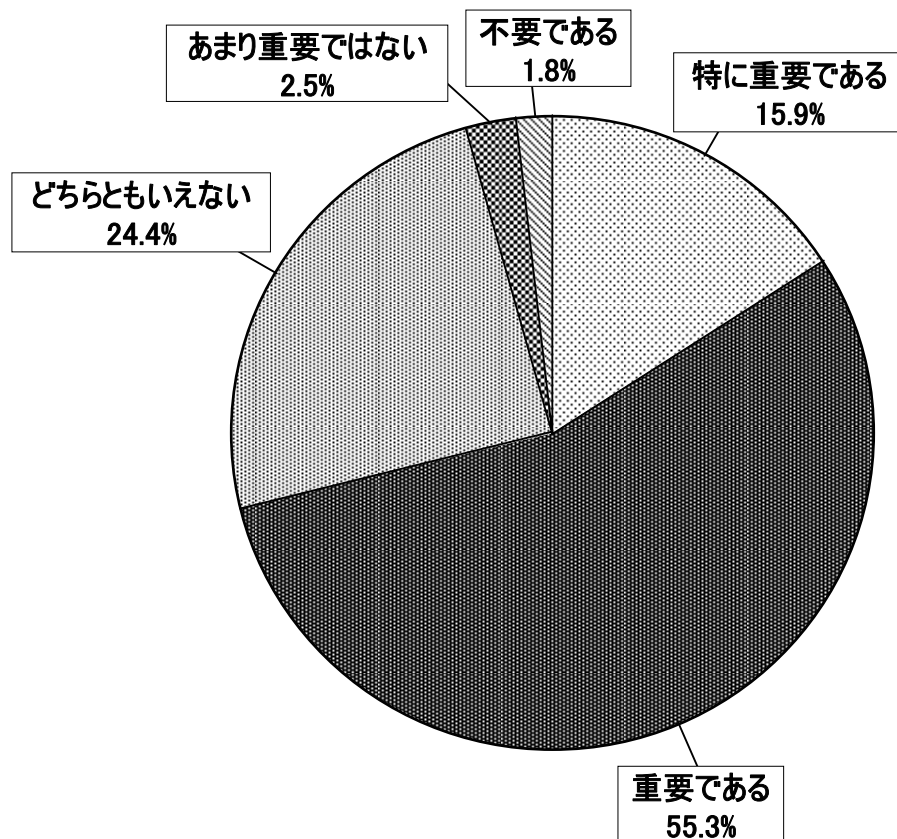
図診-5-3-21 導入支援 — 在宅人工呼吸指導
(n = 1,259)



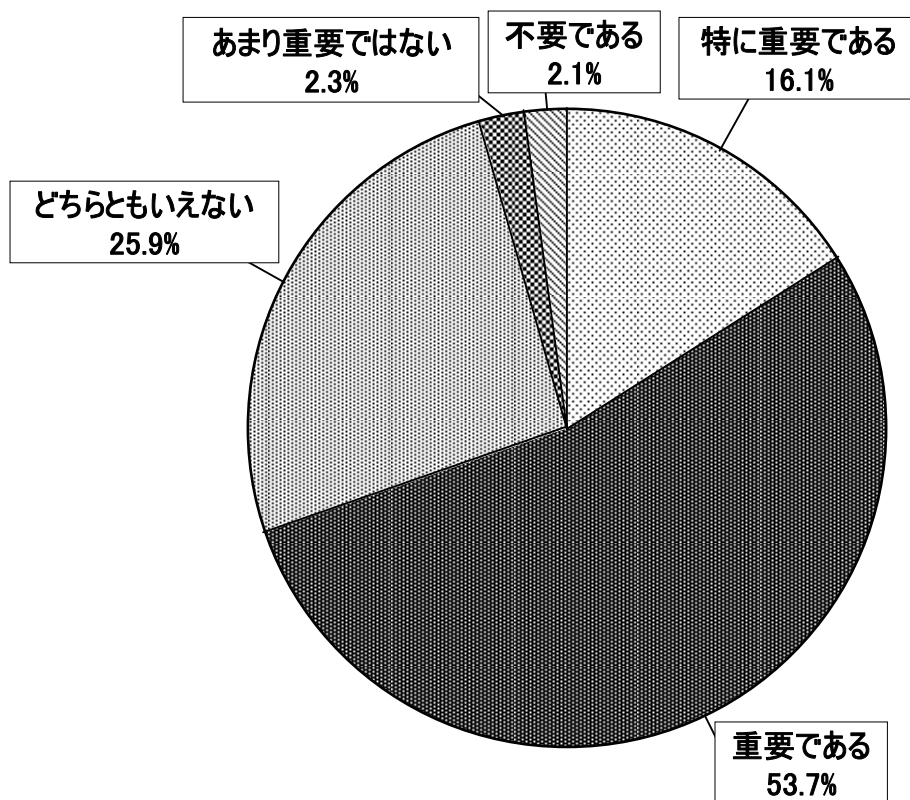
図診-5-3-22 導入支援 — 在宅持続陽圧呼吸療法指導
(n = 1,249)



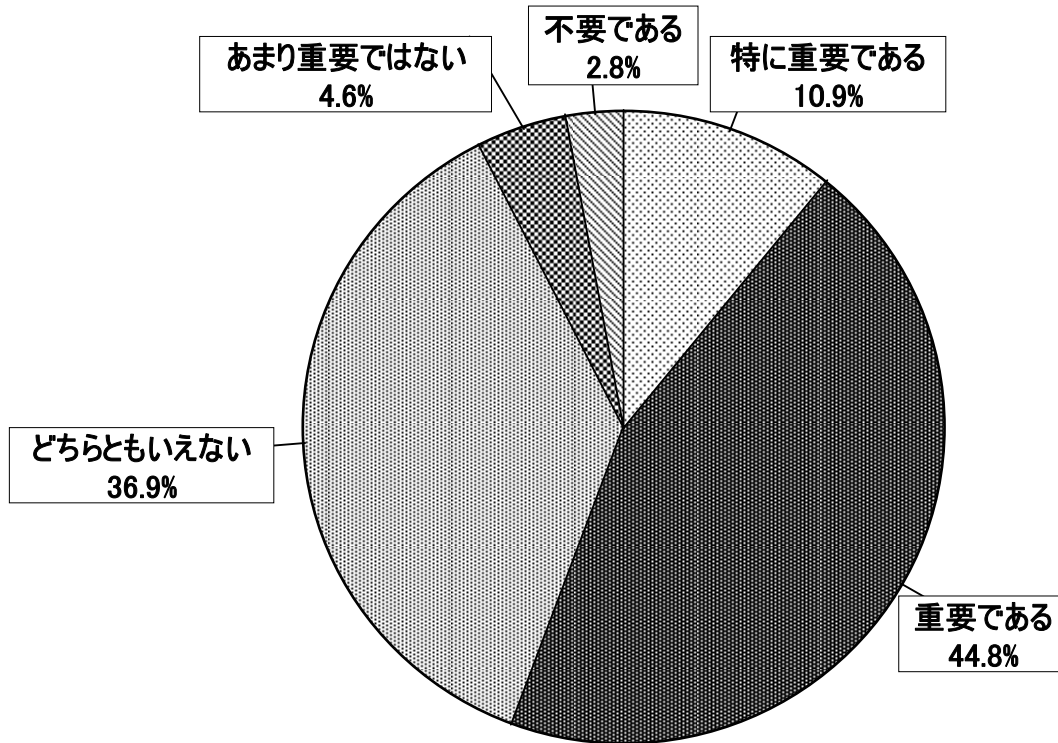
診療所 問5 連携上の課題について
 問5-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性
 図診-5-3-23 導入支援 — 在宅悪性腫瘍患者指導
 (n = 1,265)



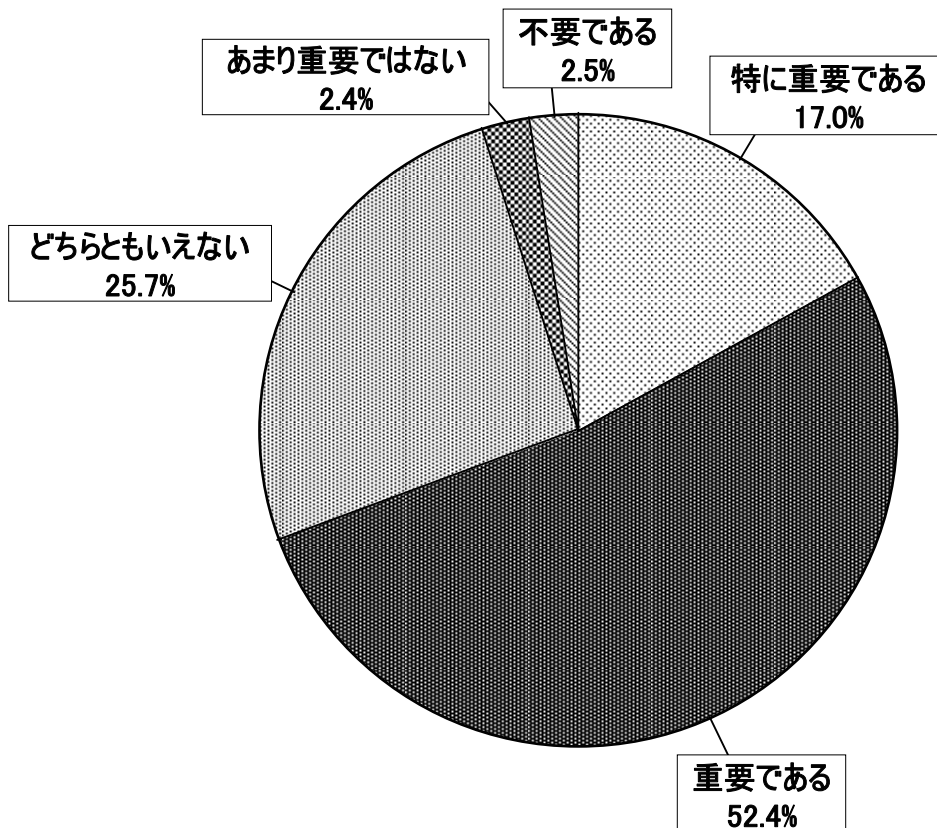
図診-5-3-24 導入支援 — 在宅自己疼痛管理指導
 (n = 1,258)



診療所 問5 連携上の課題について
 問5-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性
 図診-5-3-25 導入支援 — 在宅肺高血圧症患者指導
 (n = 1,239)

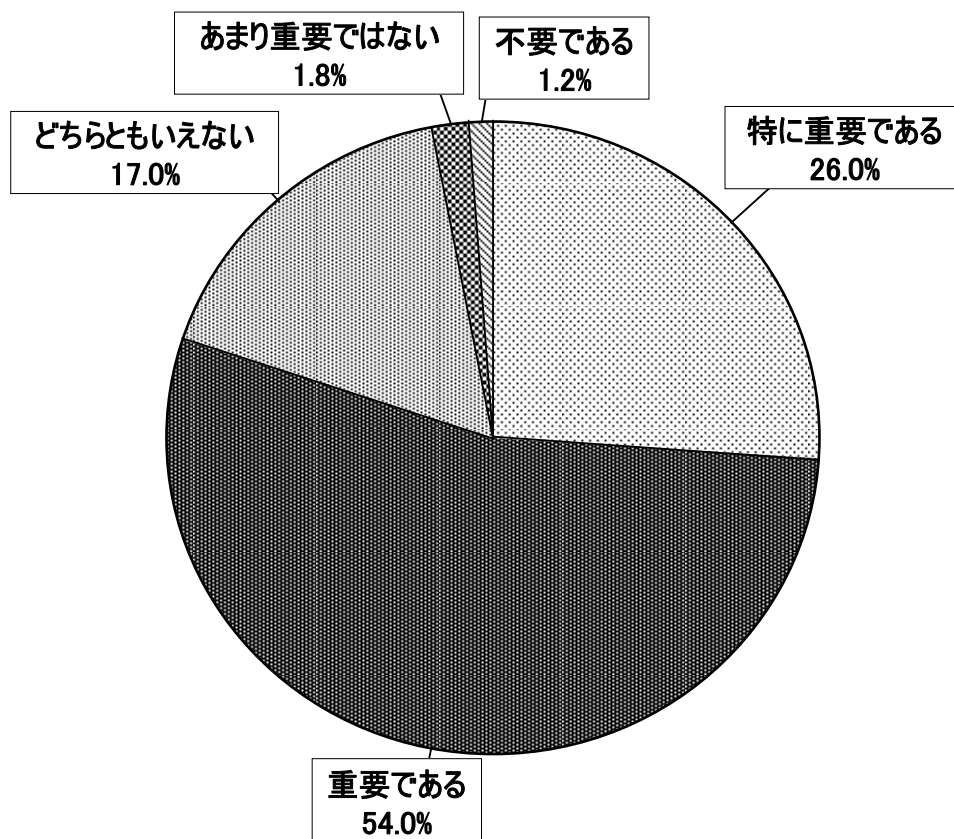


図診-5-3-26 導入支援 — 在宅気管切開患者指導
 (n = 1,255)

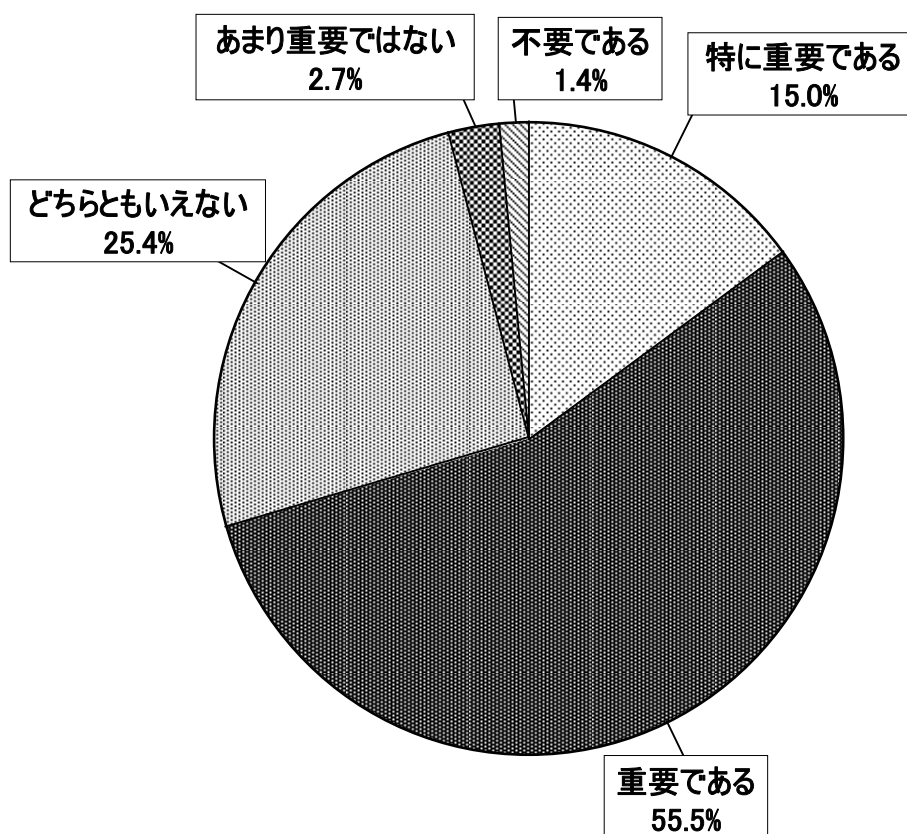


診療所 問5 連携上の課題について
 問5-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性

図診-5-3-27 導入支援 - 褥創の予防と治療
 (n = 1,268)

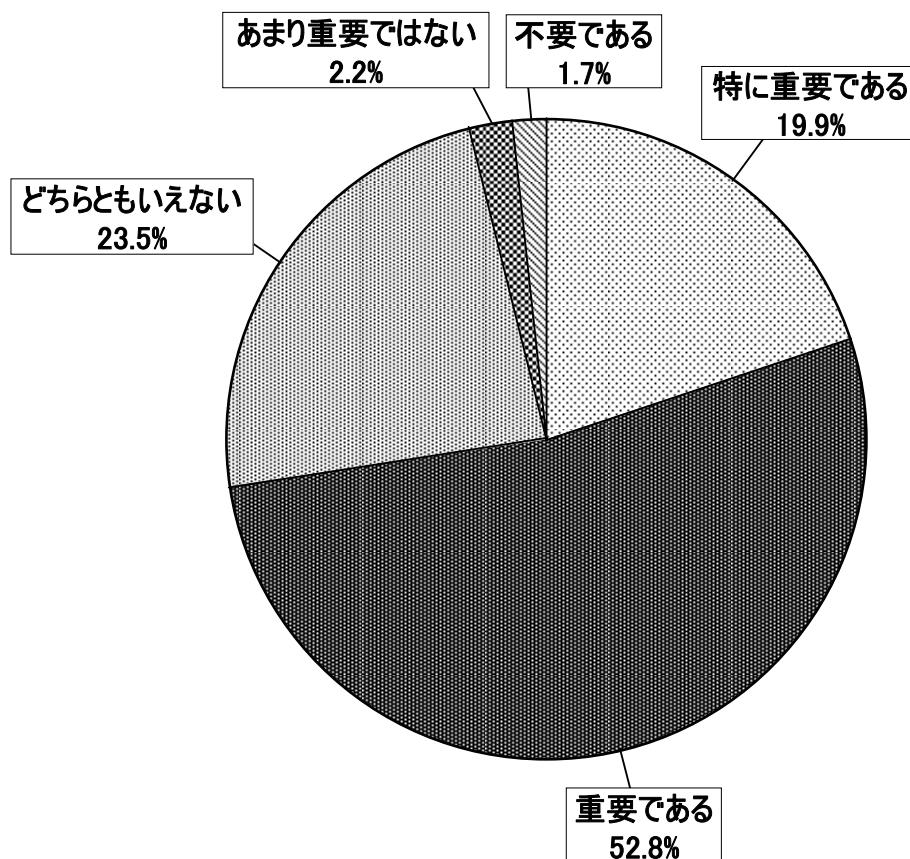


図診-5-3-28 導入支援 - 口腔ケアへの関わり
 (n = 1,262)

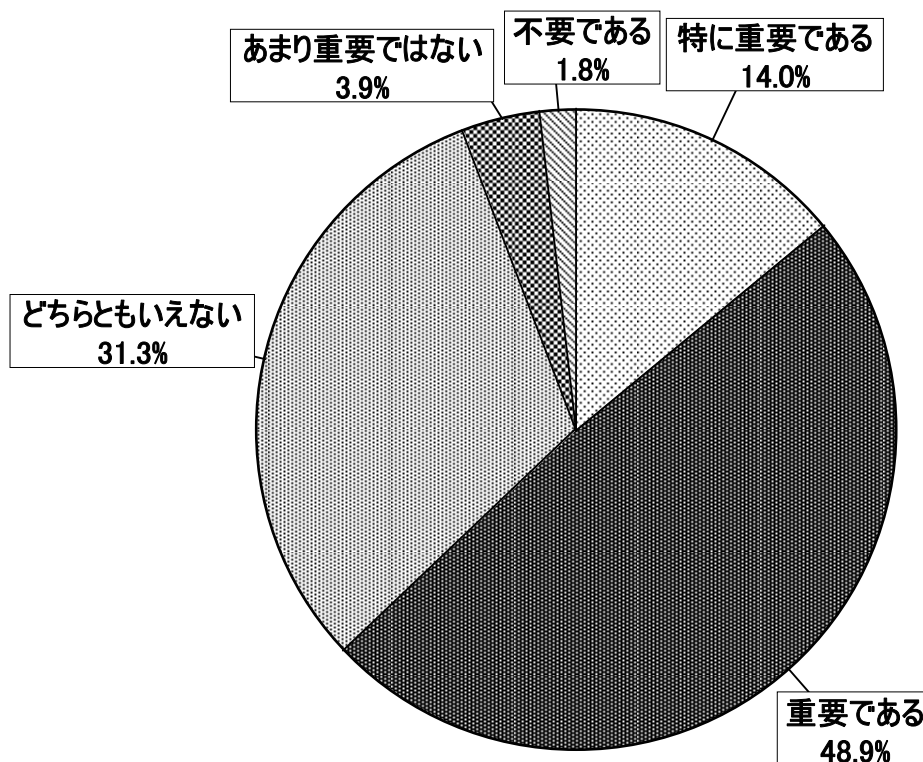


診療所 問5 連携上の課題について
 問5-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性

図診-5-3-29 導入支援 — 退院前共同指導
 (n = 1,266)

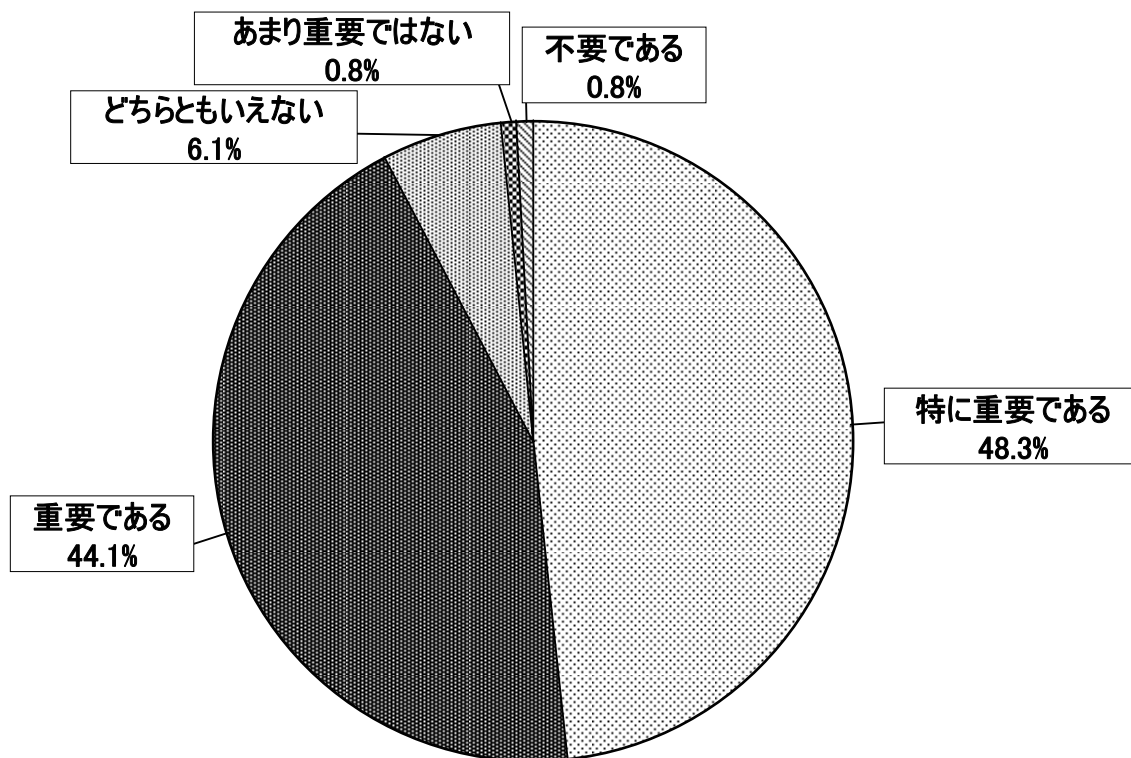


図診-5-3-30 導入支援 — セカンドオピニオン
 (n = 1,271)

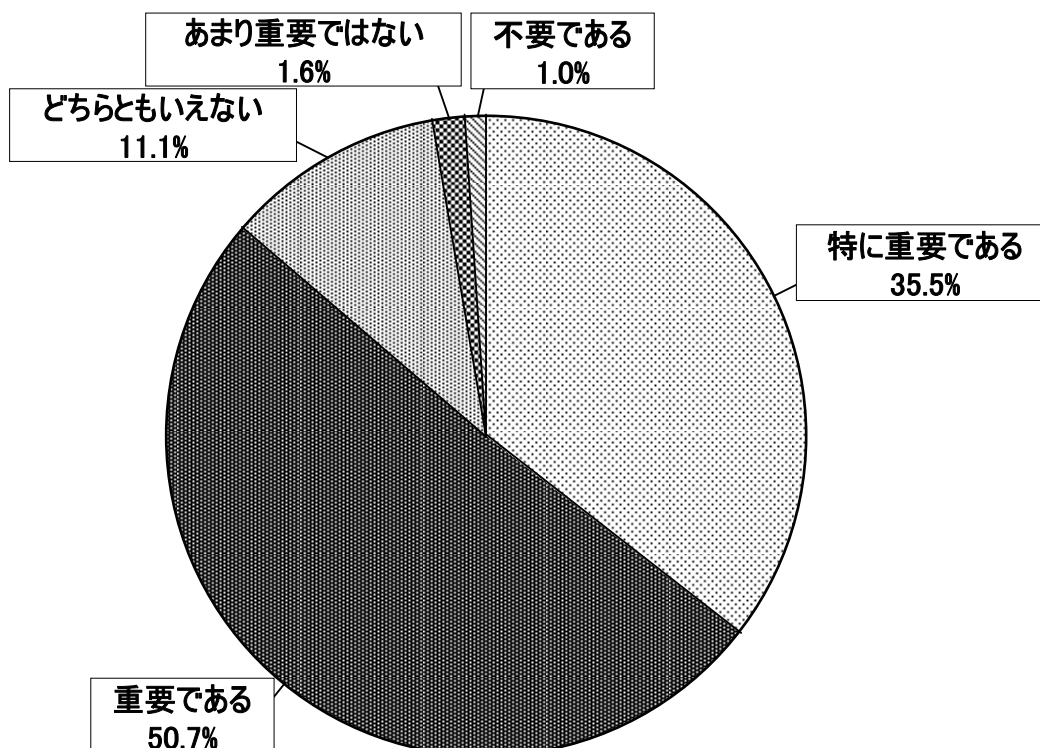


診療所 問5 連携上の課題について
問5-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性

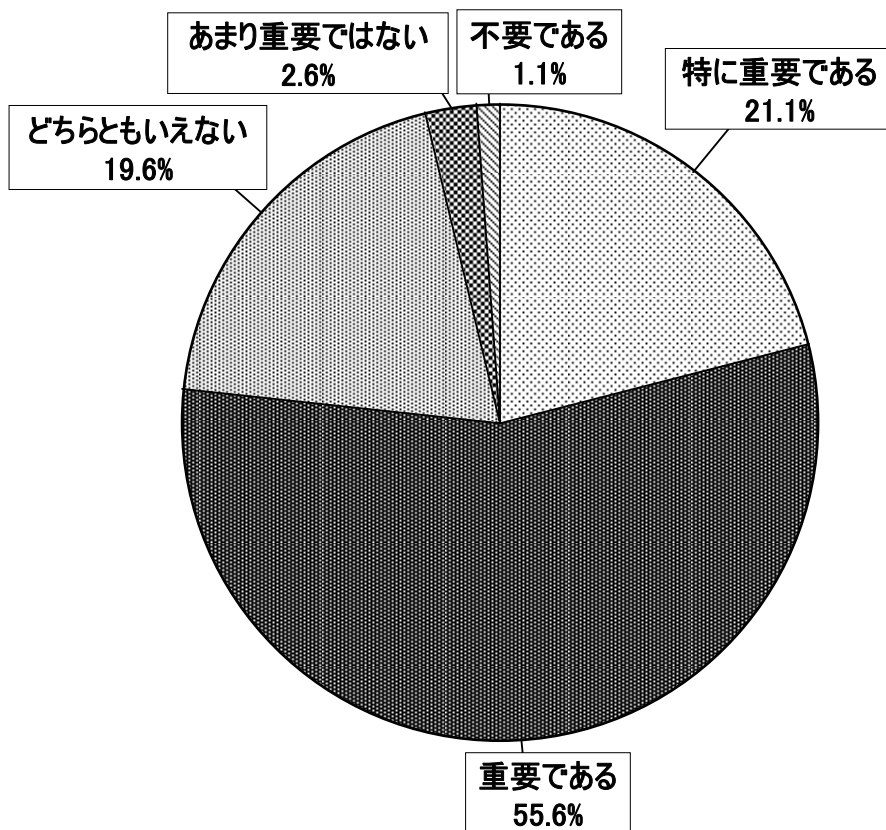
図診-5-3-31 多職種間連携 — 在宅医と後方病院の連携
(n = 1,278)



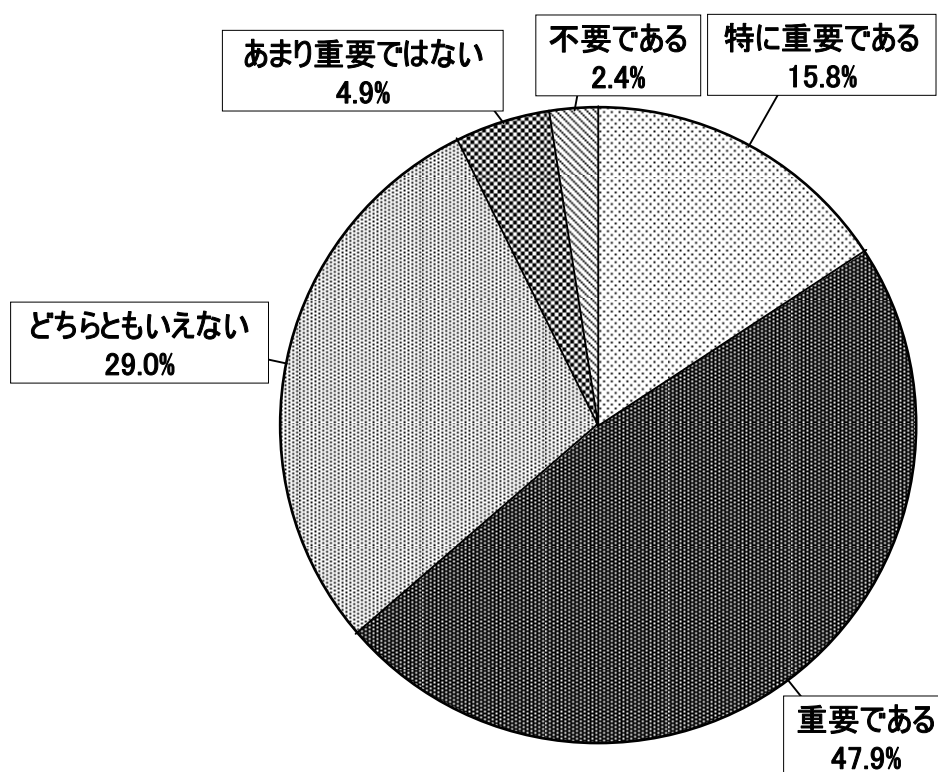
図診-5-3-32 多職種間連携 — 訪問看護事業所との連携
(n = 1,276)



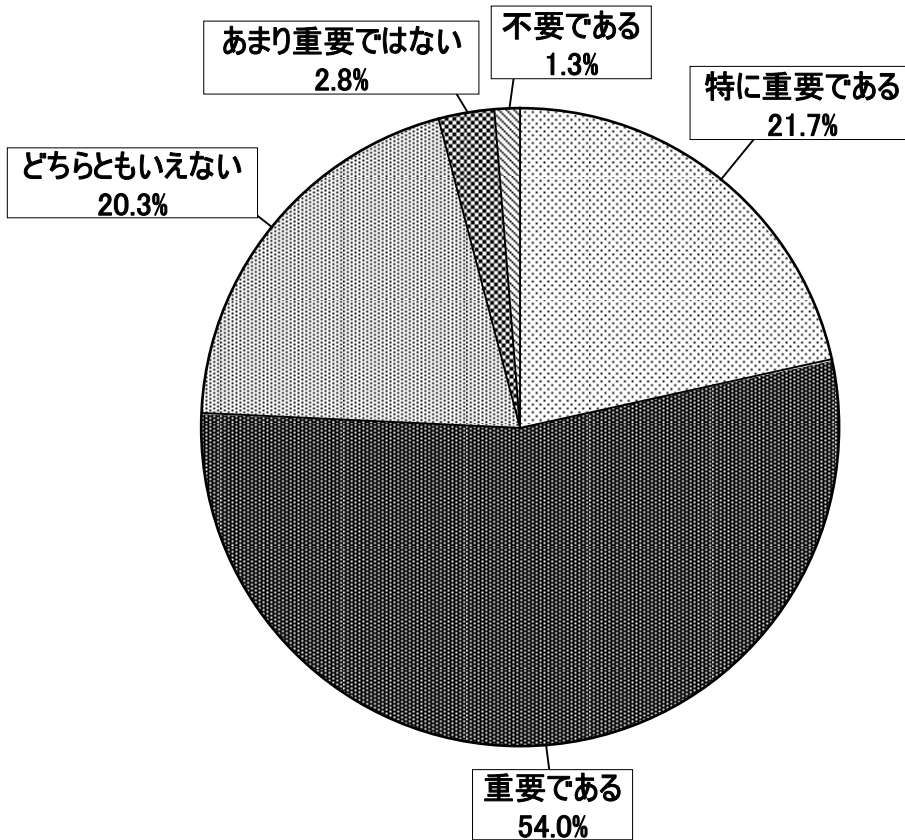
診療所 問5 連携上の課題について
 問5-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性
 図診-5-3-33 多職種間連携 — 訪問リハビリテーションとの連携
 (n = 1,273)



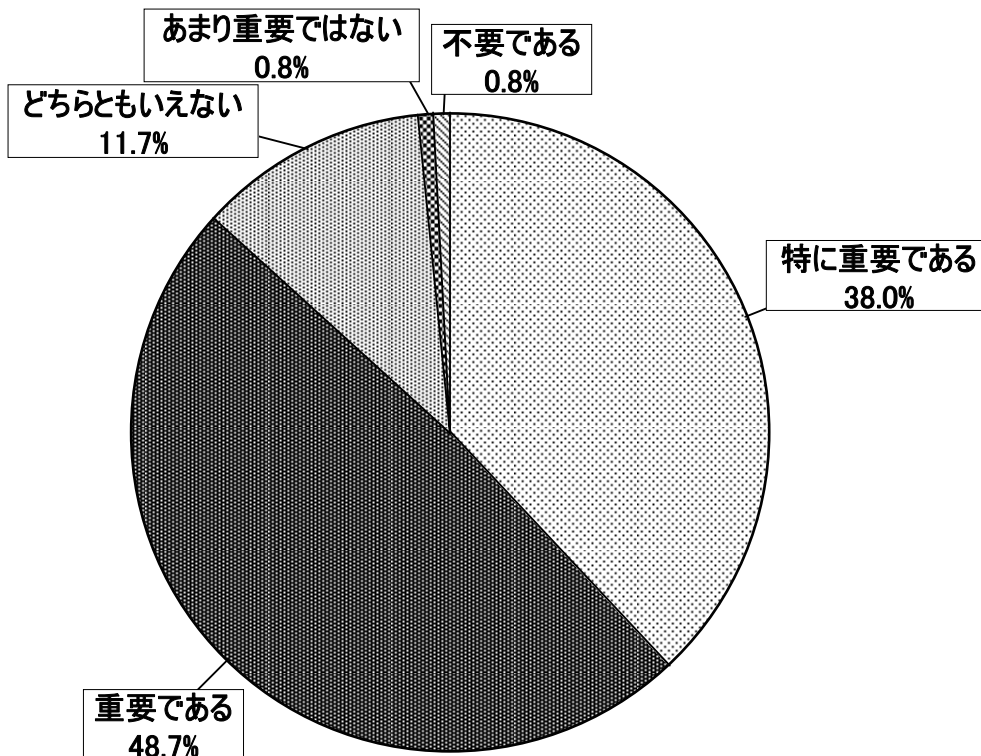
図診-5-3-34 多職種間連携 — 調剤薬局との連携
 (n = 1,270)



診療所 問5 連携上の課題について
 問5-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性
 図診-5-3-35 多職種間連携 — 介護事業所との連携
 (n = 1,269)

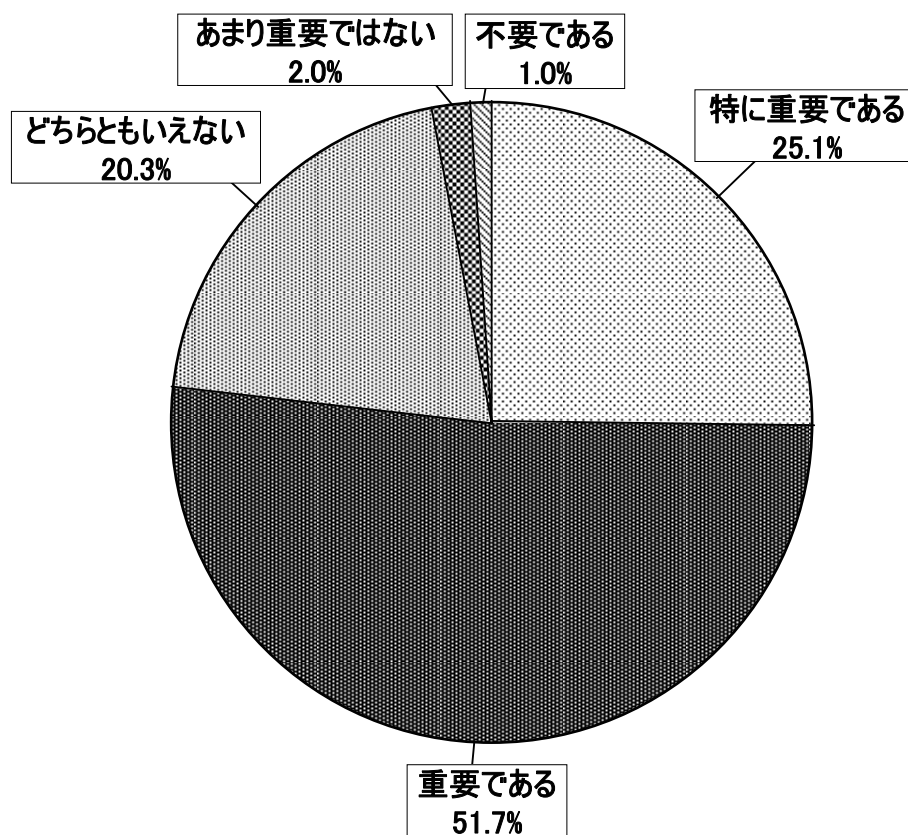


図診-5-3-36 その他 — 家族介護力の評価
 (n = 1,273)

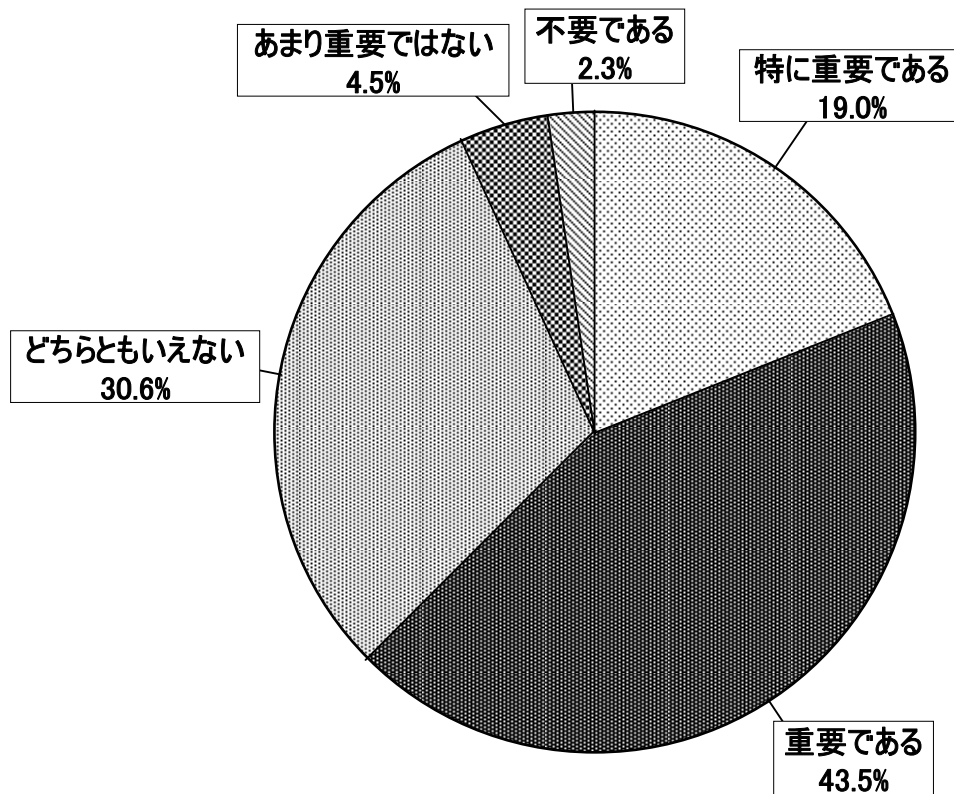


診療所 問5 連携上の課題について
問5-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性

図診-5-3-37 その他 - 虐待・家庭内暴力
(n = 1,268)

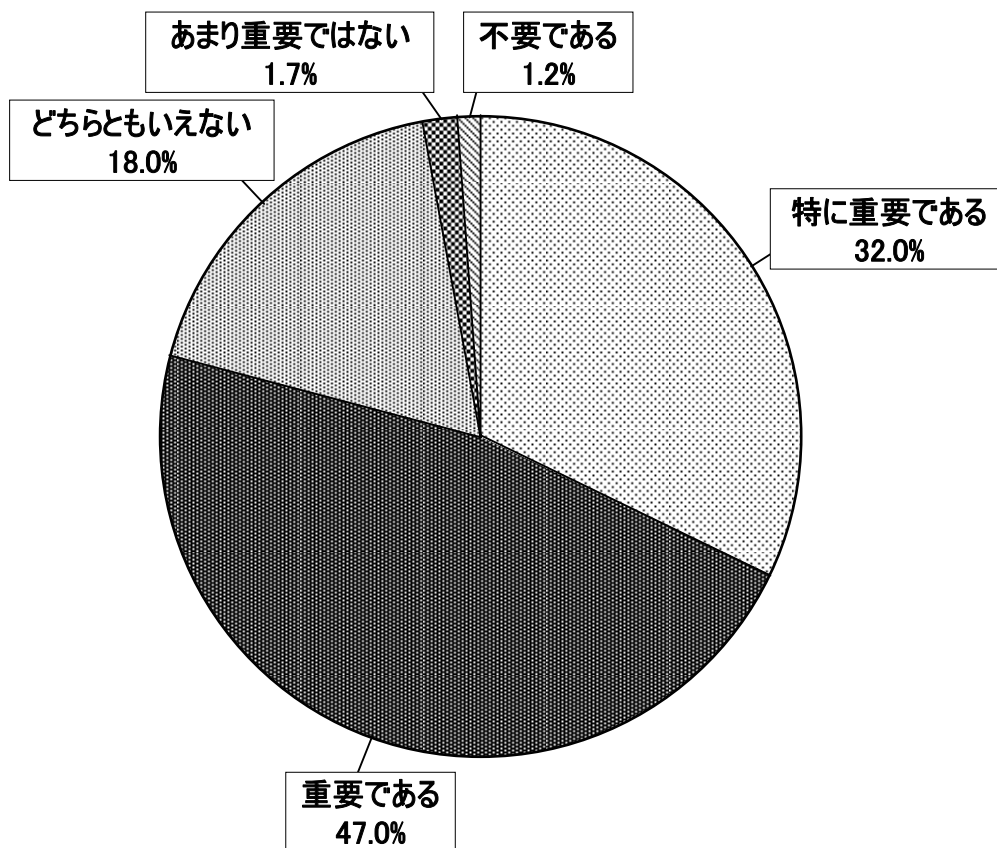


図診-5-3-38 その他 - 終末期における同意文書の作成
(n = 1,266)

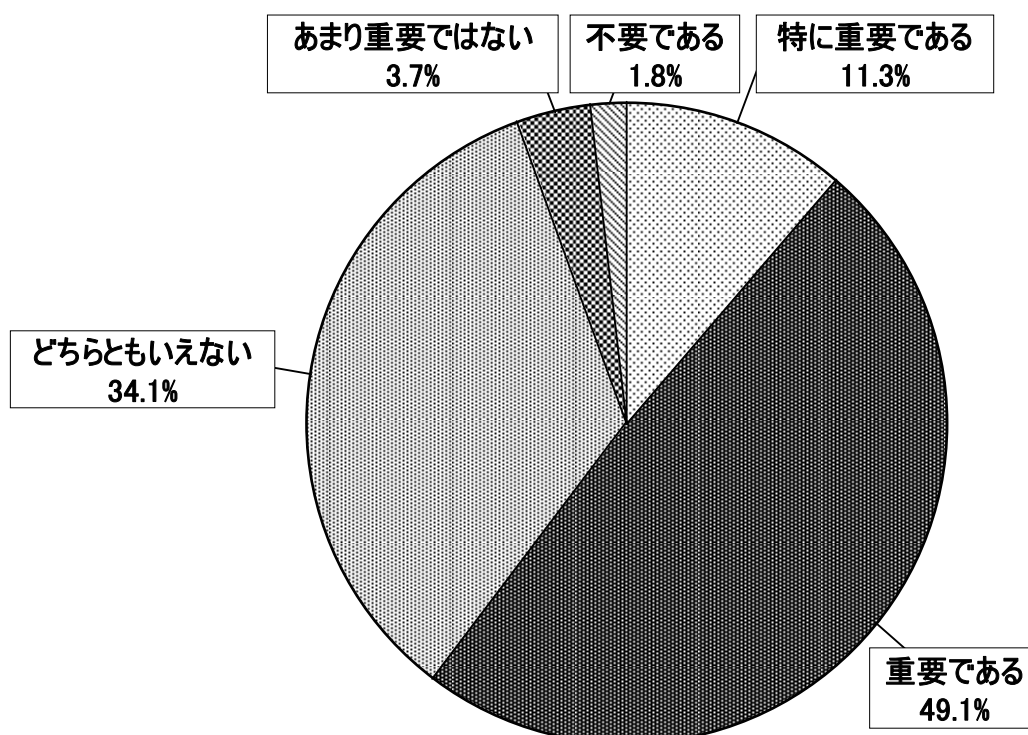


診療所 問5 連携上の課題について
 問5-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性

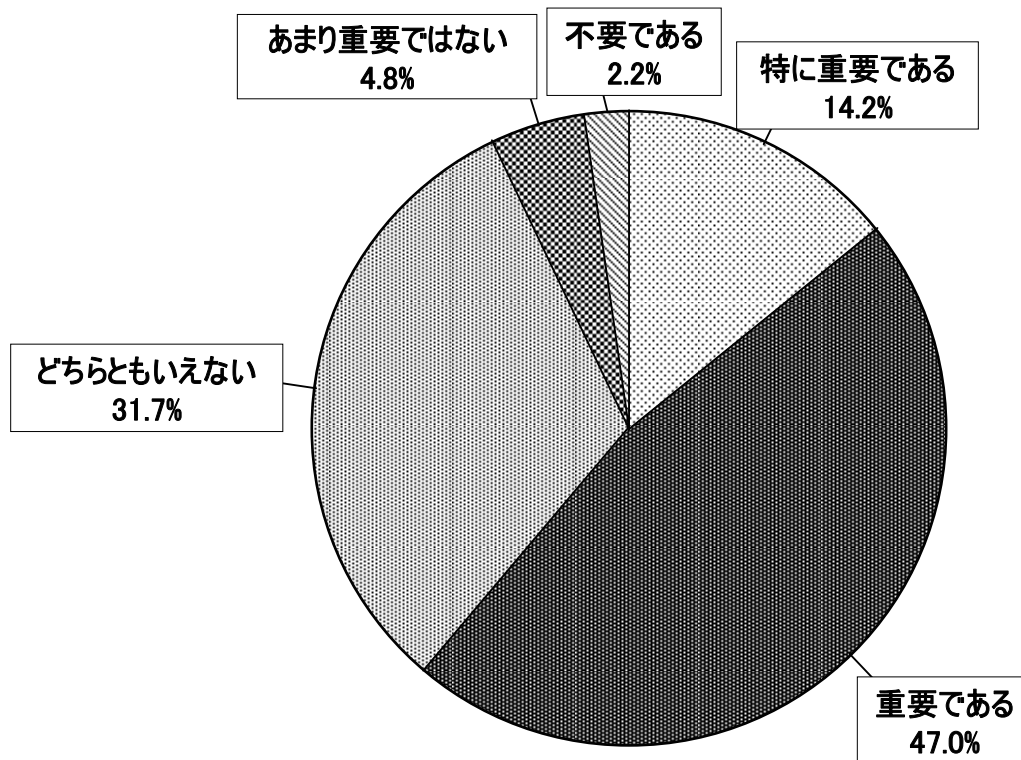
図診-5-3-39 その他 - 病名・予後告知
 (n = 1,270)



図診-5-3-40 その他 - グリーフケア
 (n = 1,222)

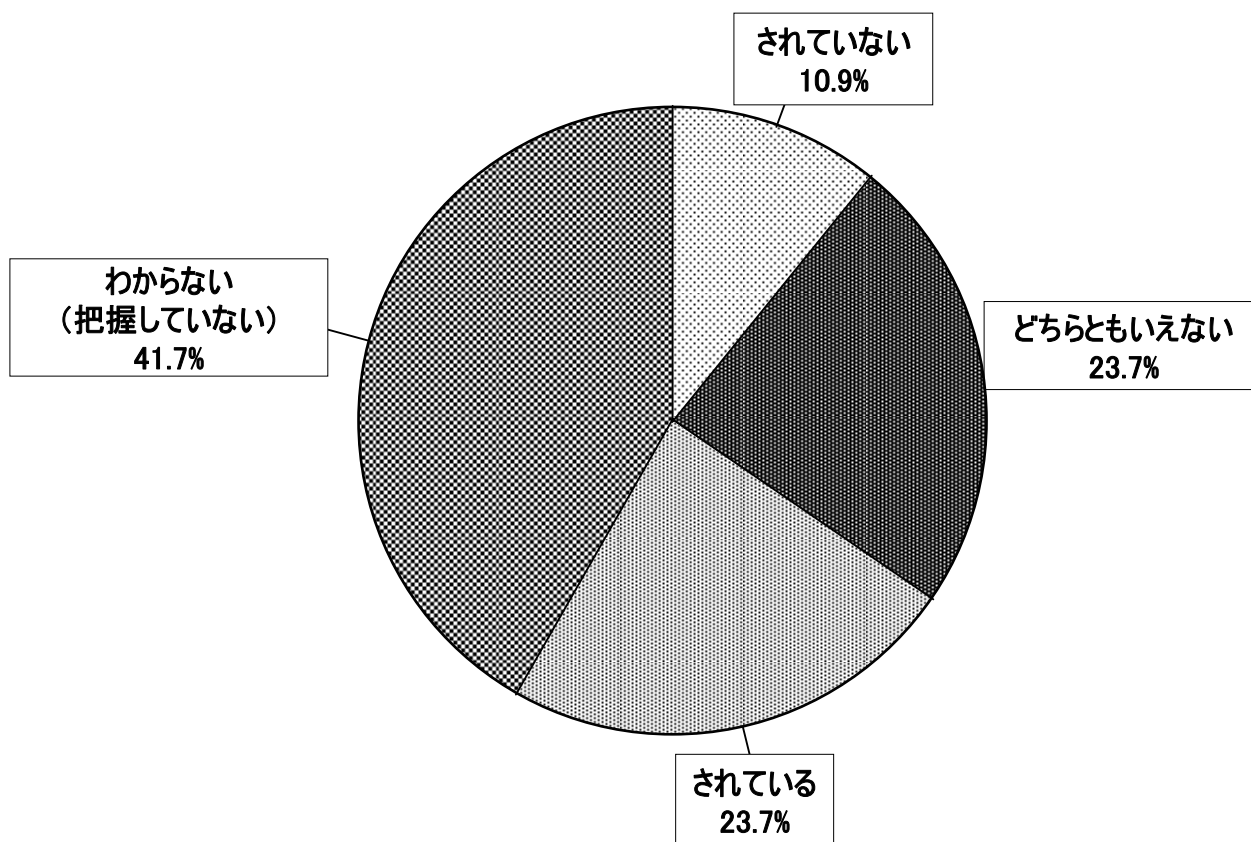


診療所 問5 連携上の課題について
問5-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性
図診-5-3-41 その他 - 災害時への対応(危機管理)
(n = 1,263)

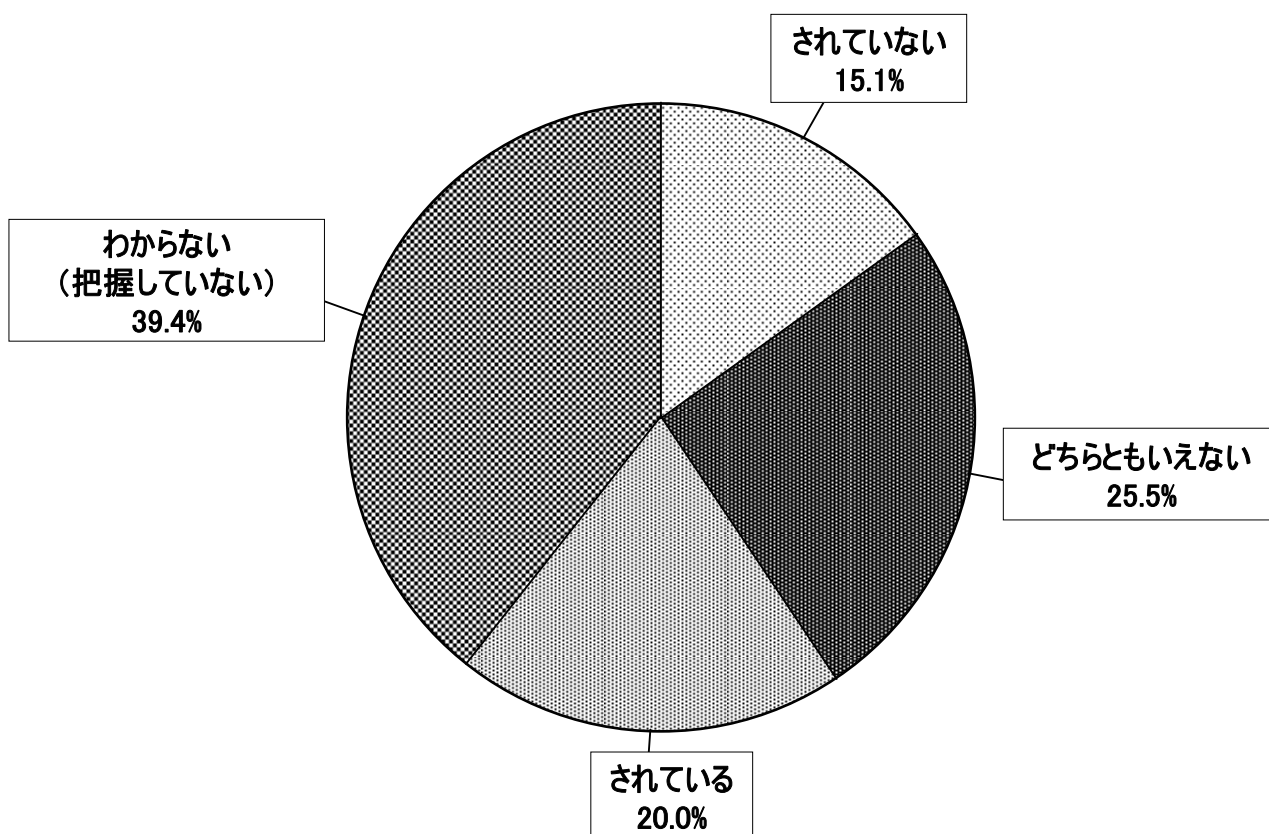


診療所 問5 連携上の課題について
問5-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

図診-5-4-1 制度と概念の説明 — 医療保険制度
(n = 1,285)

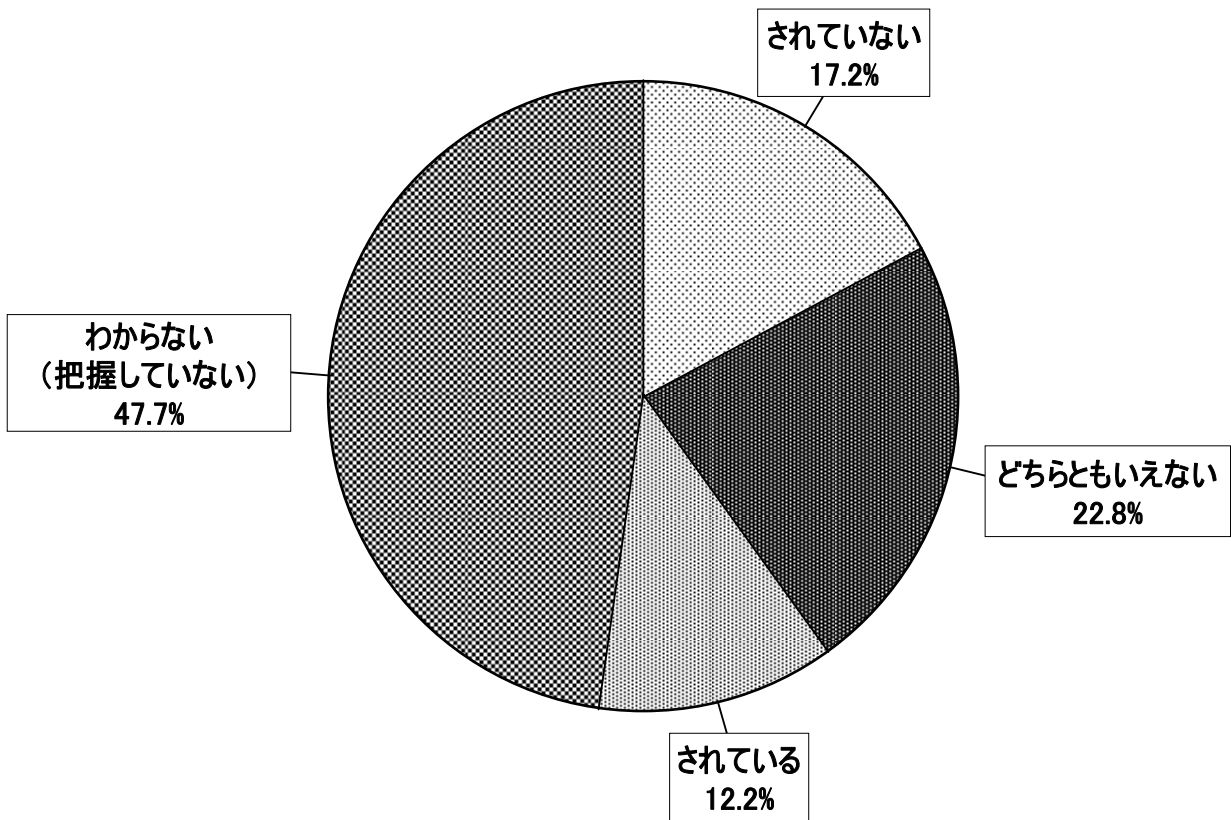


図診-5-4-2 制度と概念の説明 — 介護保険制度
(n = 1,283)

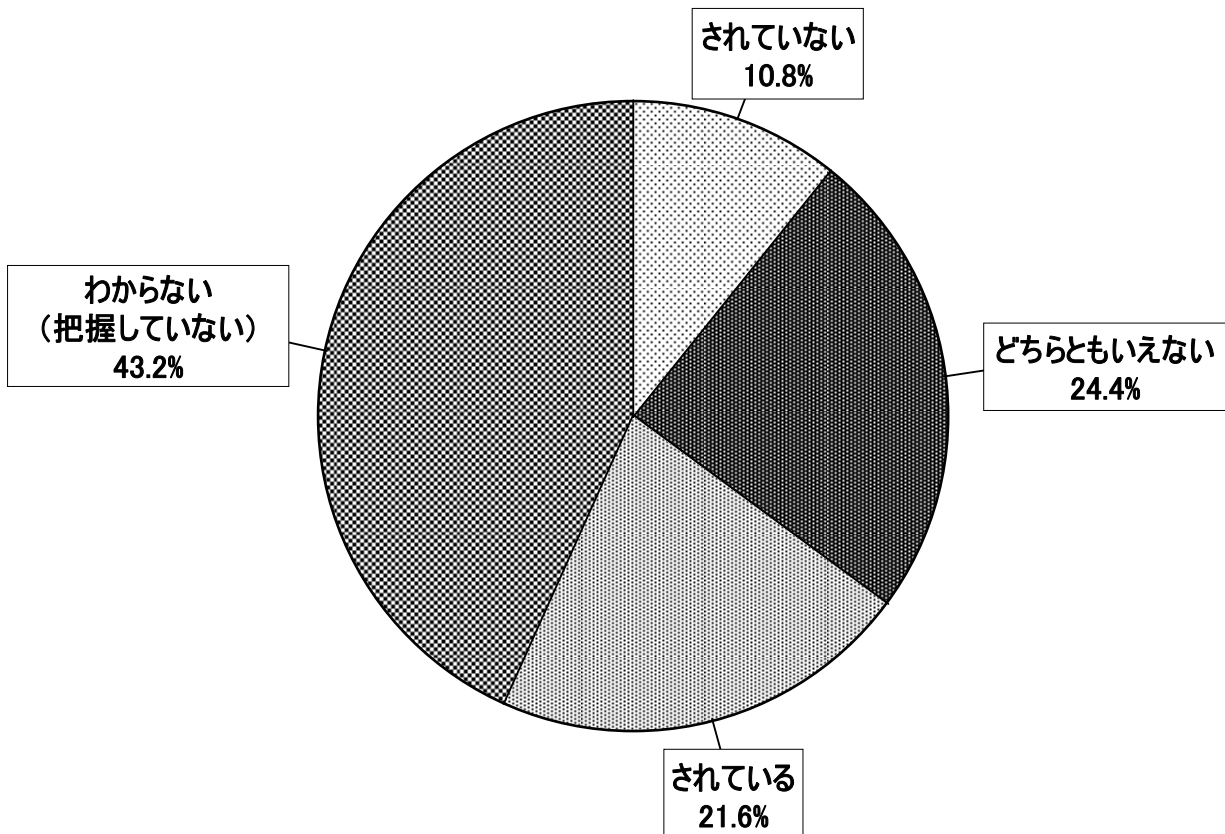


診療所 問5 連携上の課題について
問5-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

図診-5-4-3 制度と概念の説明 — 自立支援法
(n = 1,282)

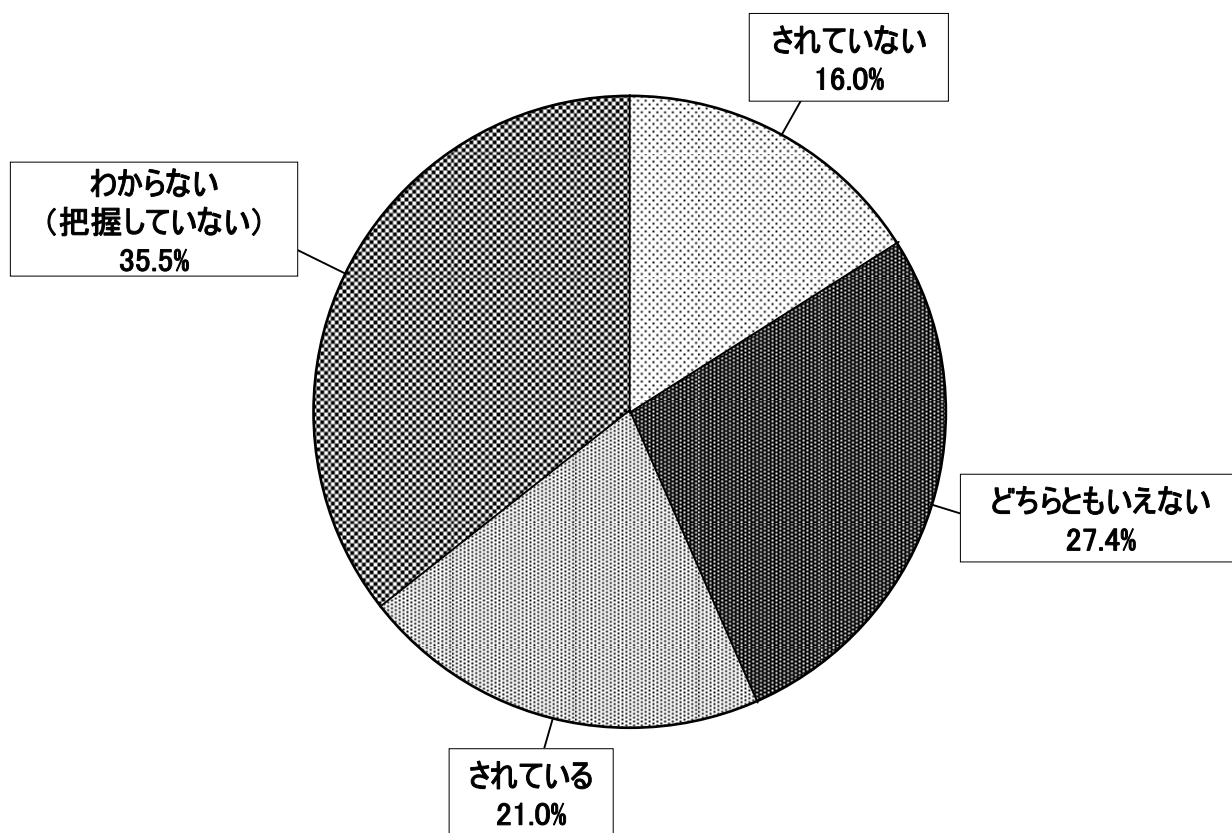


図診-5-4-4 制度と概念の説明 — 難病制度(特定疾患治療研究事業)
(n = 1,281)

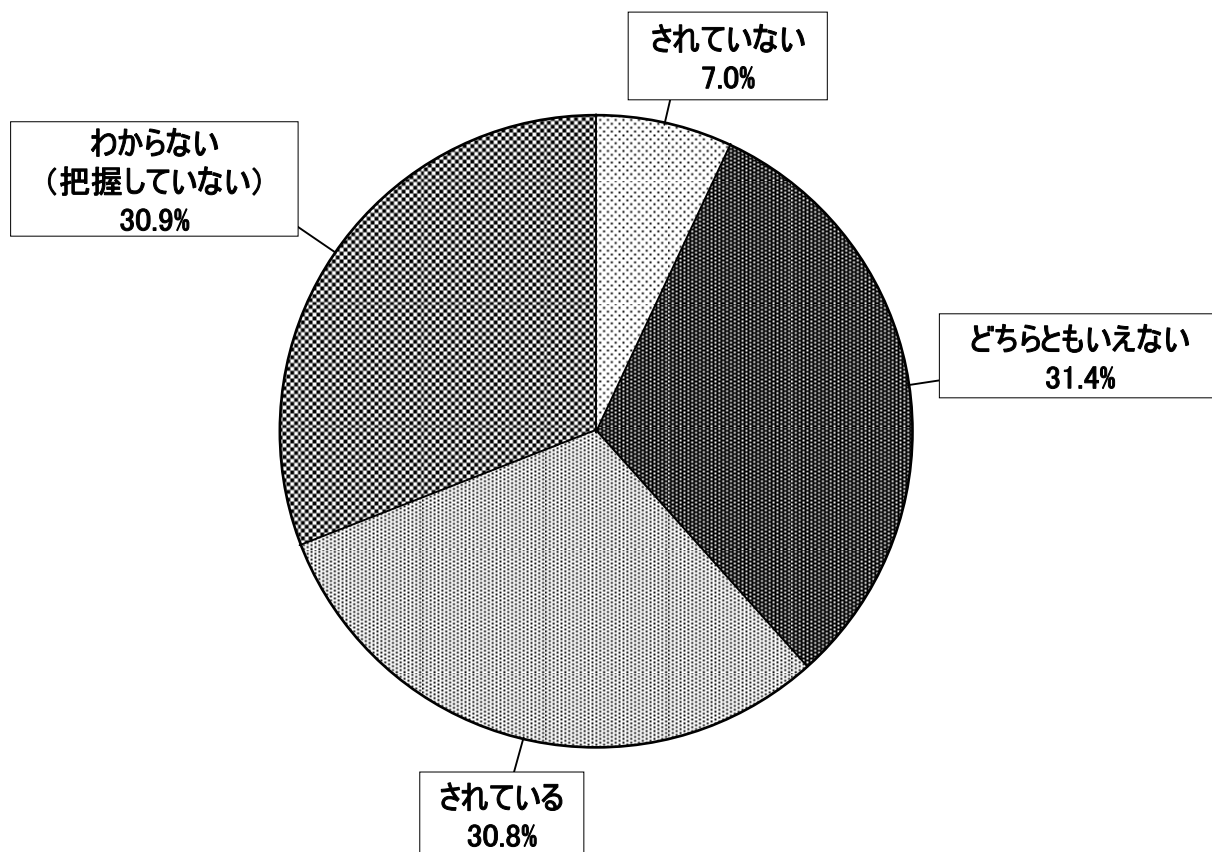


診療所 問5 連携上の課題について
問5-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

図診-5-4-5 制度と概念の説明 — 在宅医療の心得
(n = 1,280)

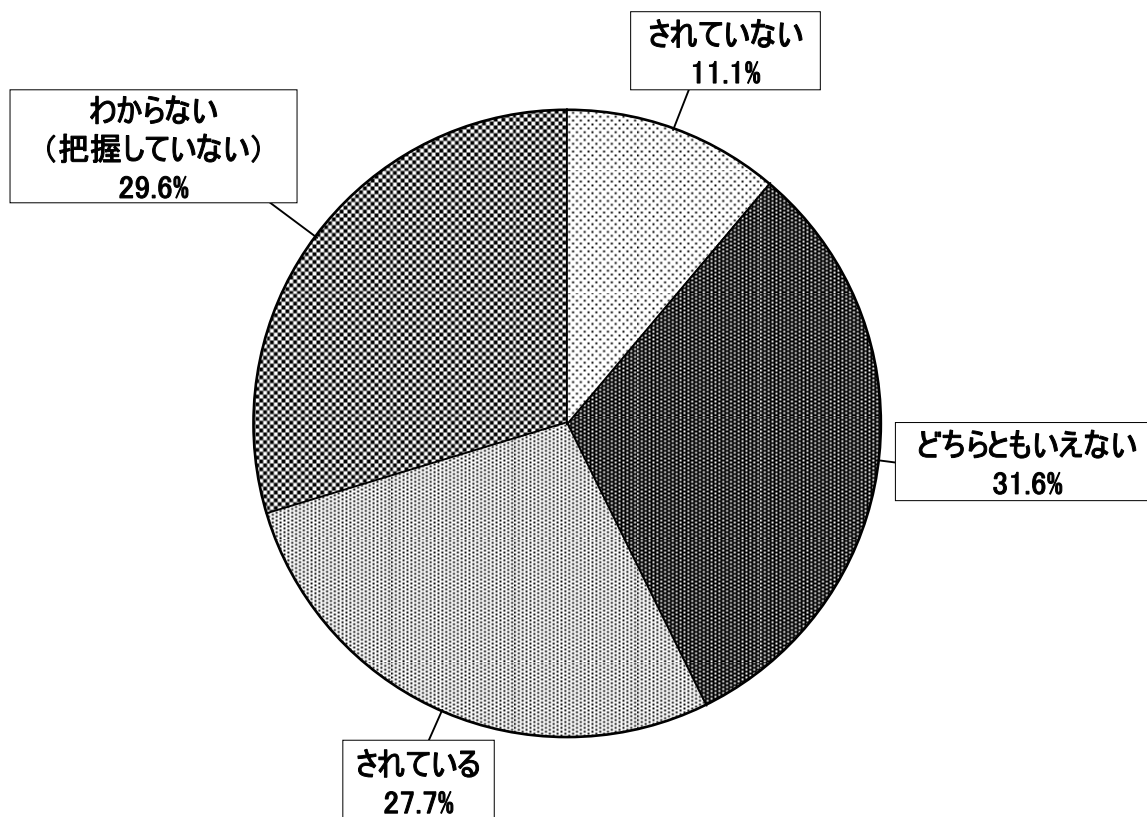


図診-5-4-6 制度と概念の説明 — 適切な面接・面談
(n = 1,280)

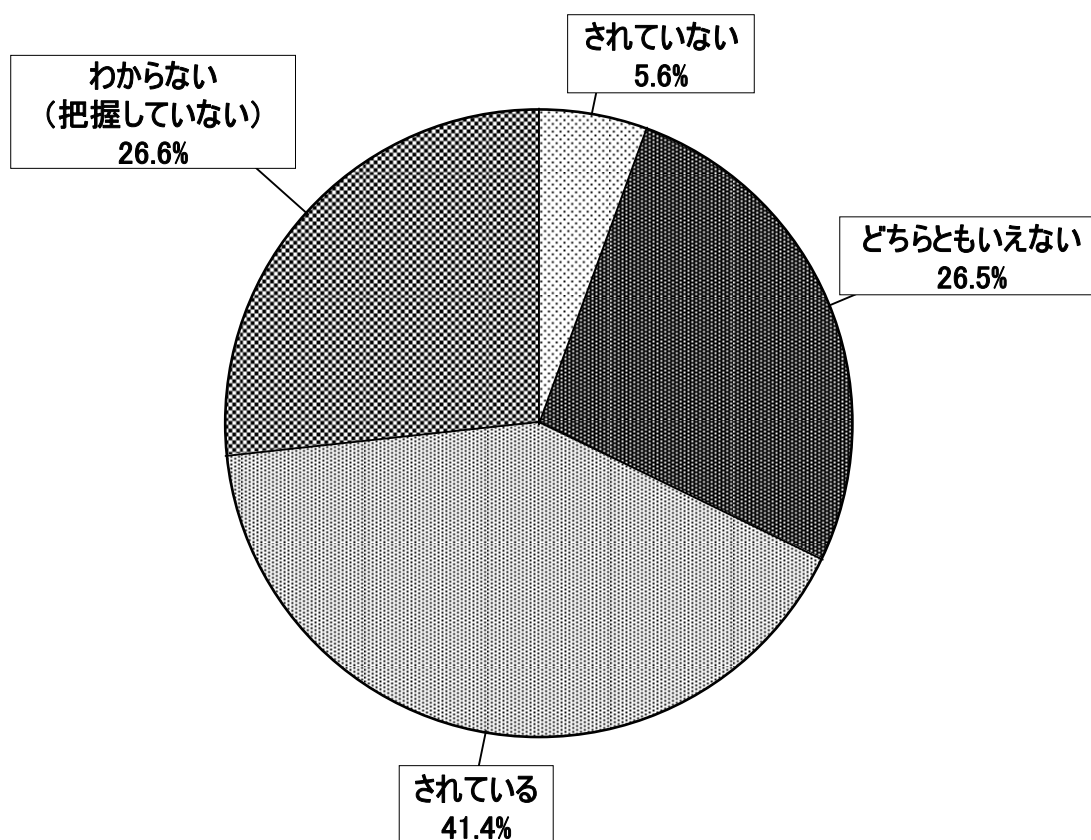


診療所 問5 連携上の課題について
問5-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

図診-5-4-7 療養生活像の説明 — 家族支援
(n = 1,280)



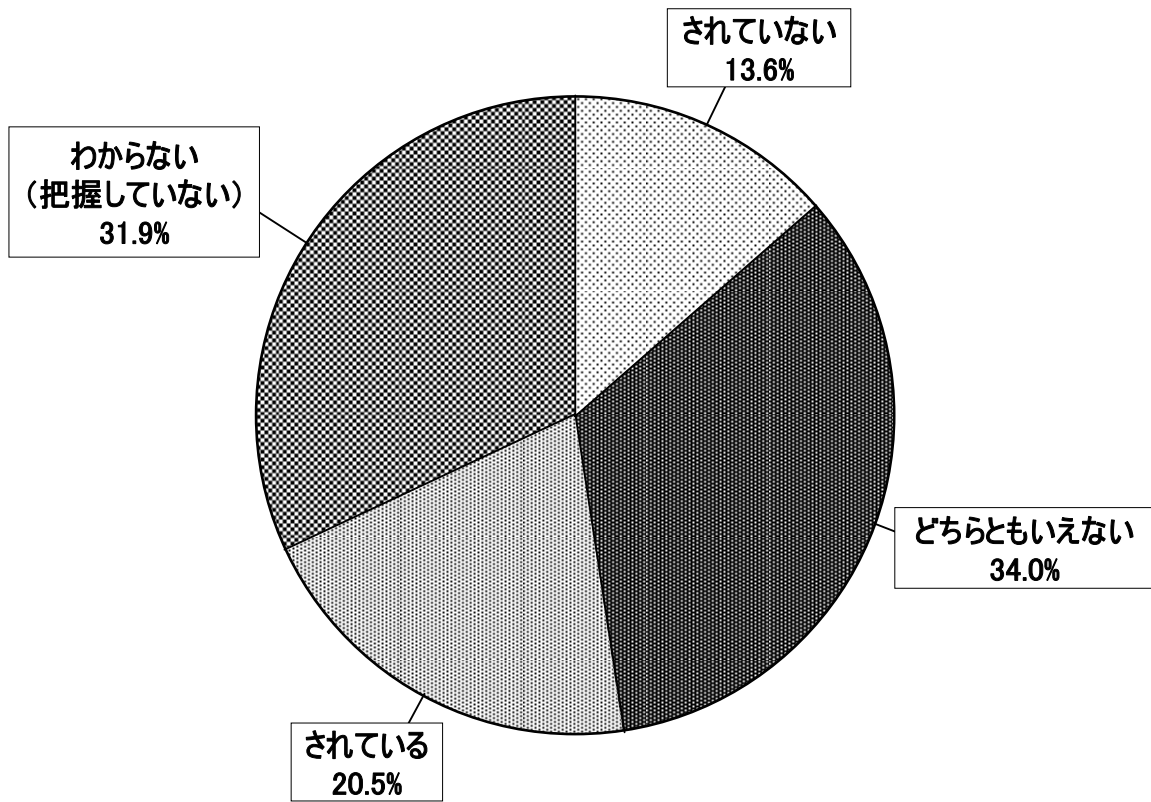
図診-5-4-8 療養生活像の説明 — がんの緩和医療
(n = 1,279)



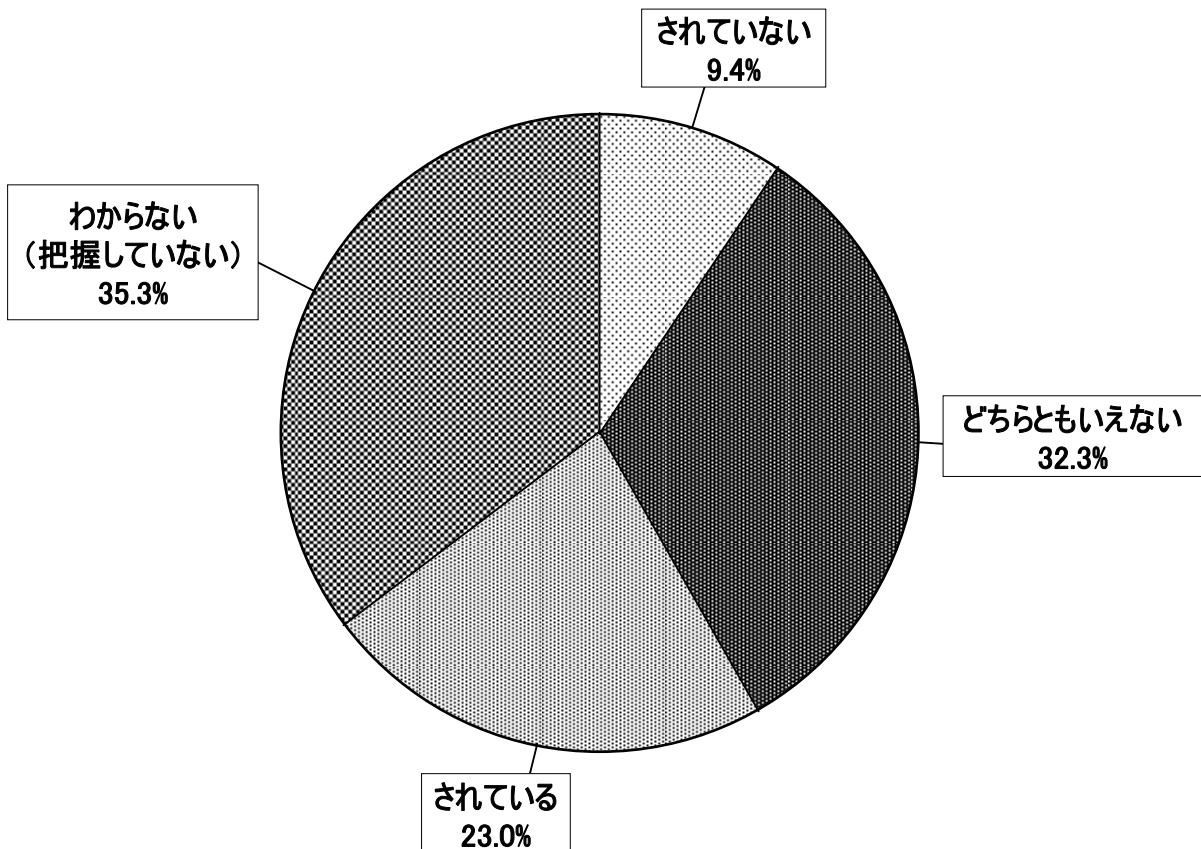
診療所 問5 連携上の課題について

問5-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

図診-5-4-9 療養生活像の説明 — 認知症の療養生活像
(n = 1,281)

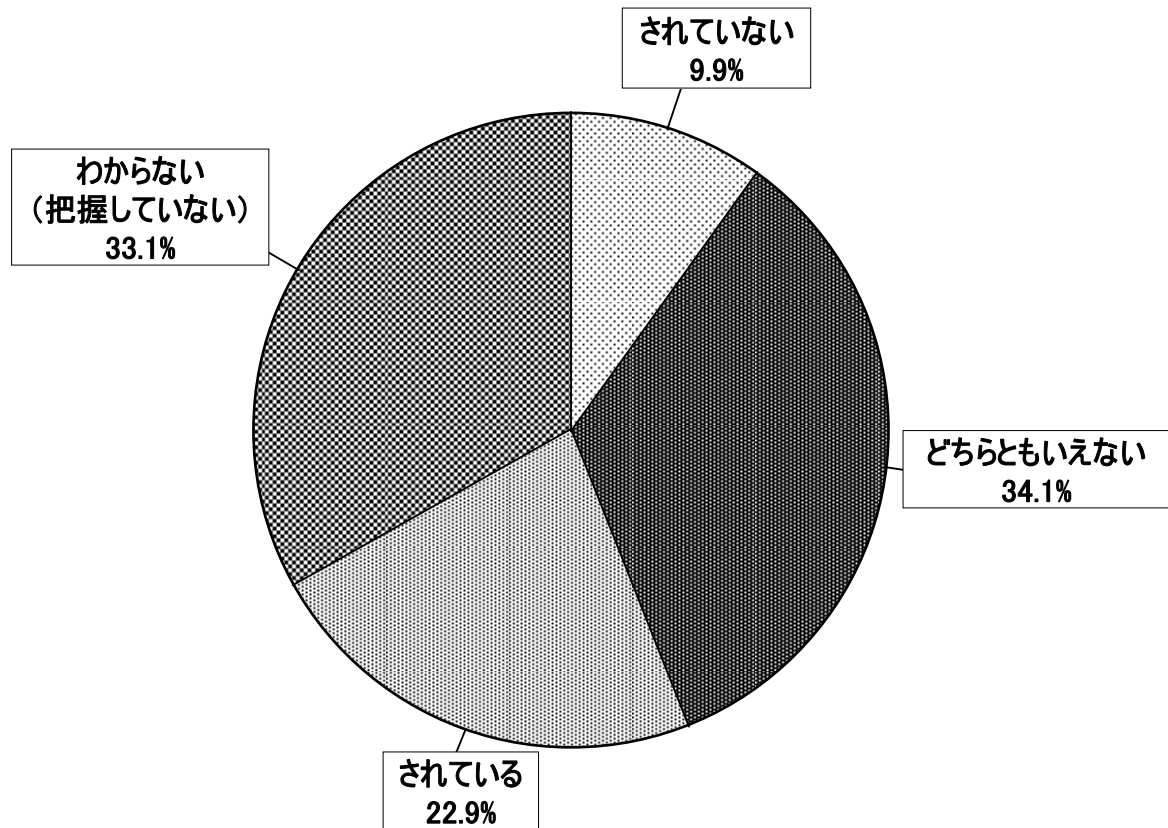


図診-5-4-10 療養生活像の説明 — 難病の療養生活像
(n = 1,278)

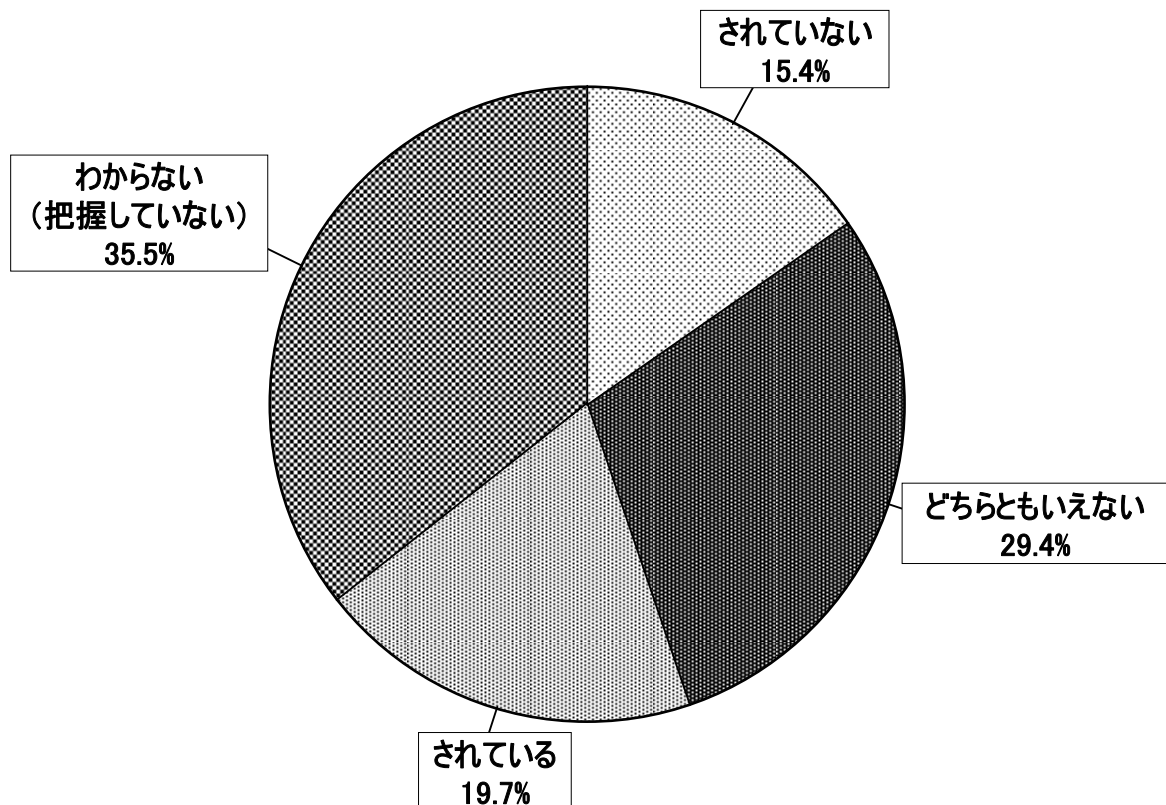


診療所 問5 連携上の課題について
問5-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

図診-5-4-11 療養生活像の説明 — 高齢者の特性
(n = 1,275)



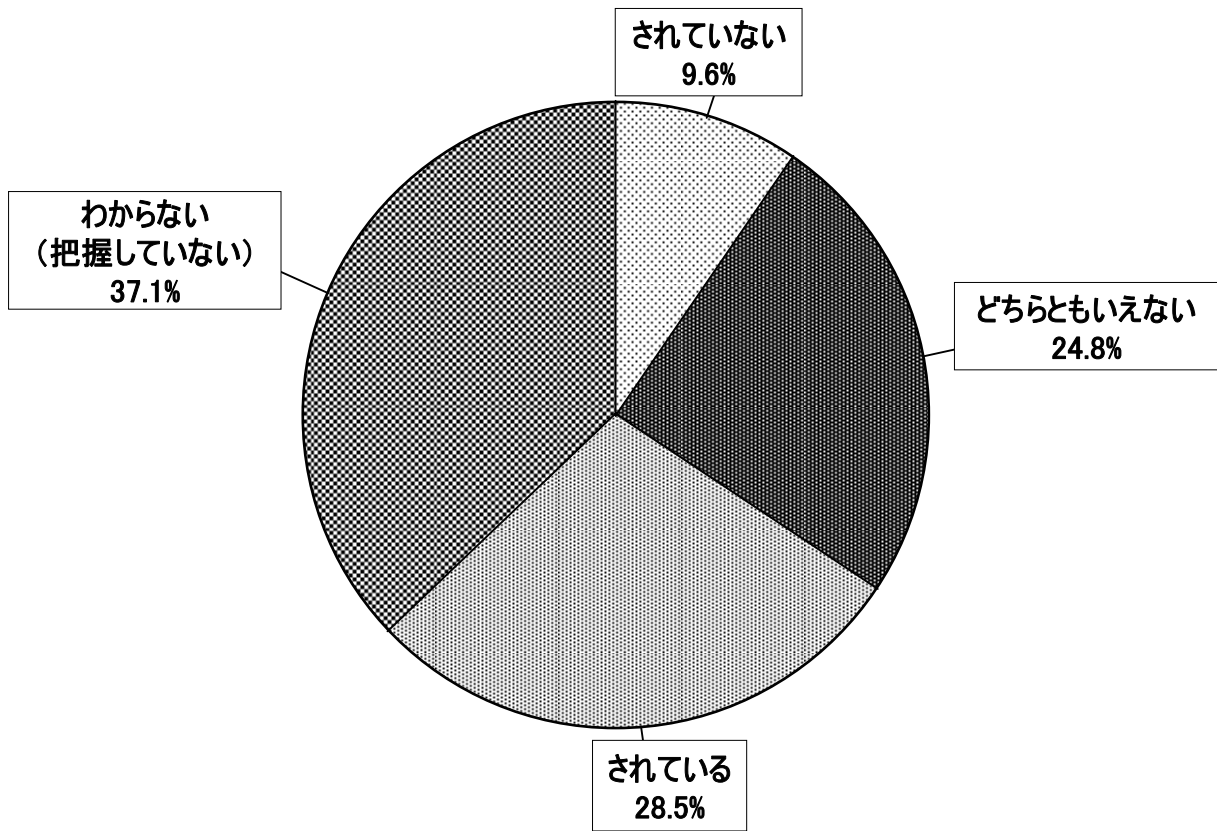
図診-5-4-12 療養生活像の説明 — 臨終時の心構え
(n = 1,269)



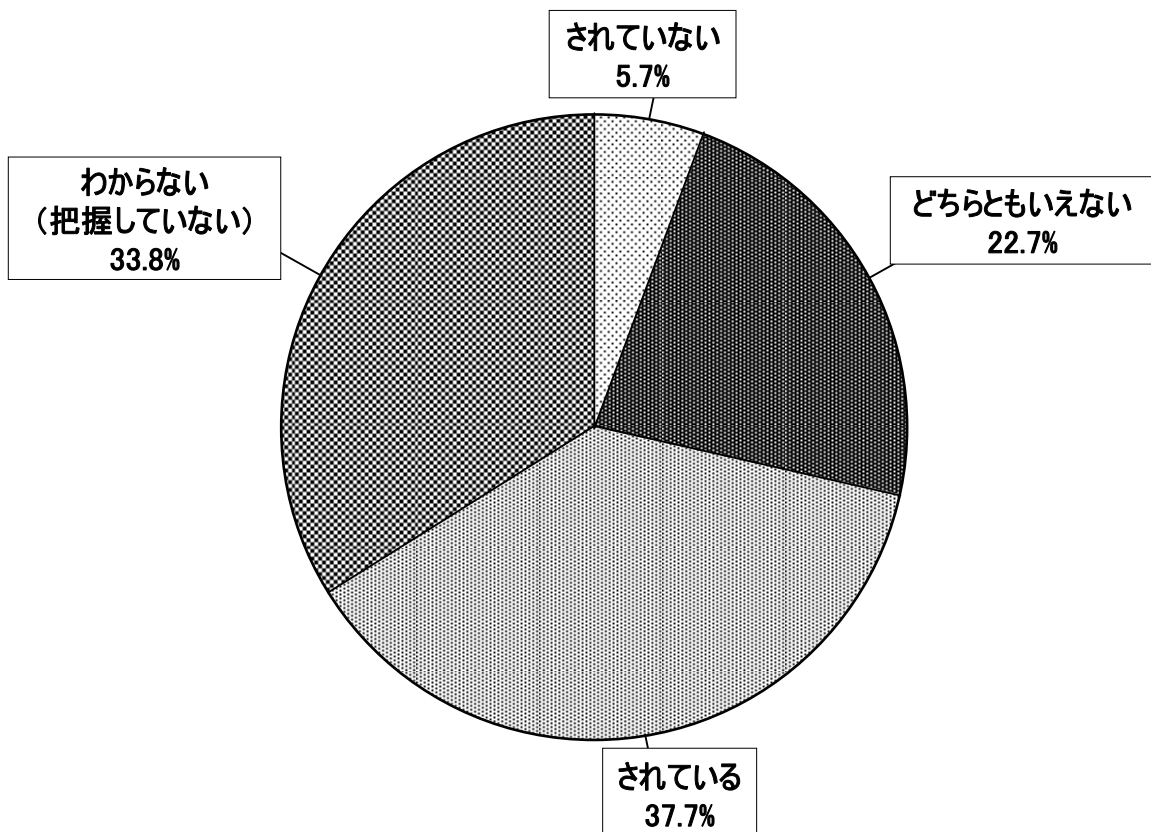
診療所 問5 連携上の課題について

問5-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

図診-5-4-13 導入支援 — 在宅患者訪問点滴注射管理指導
(n = 1,275)

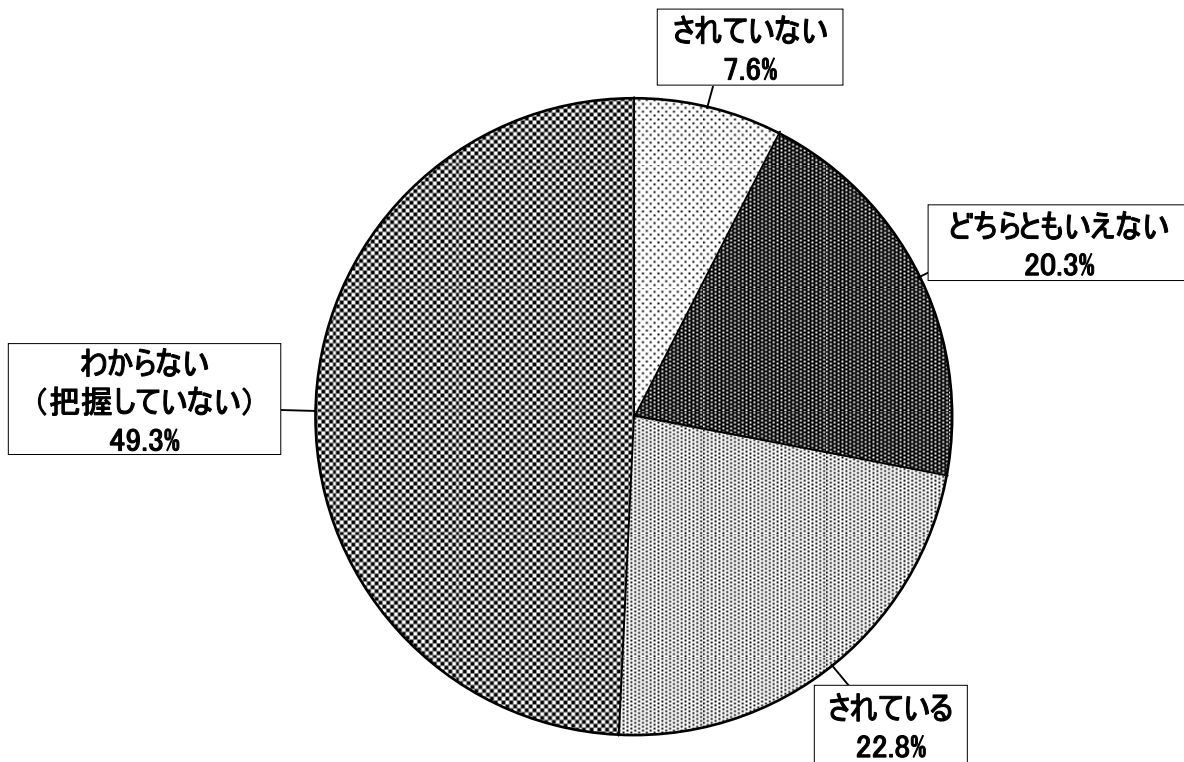


図診-5-4-14 導入支援 — 在宅自己注射指導
(n = 1,280)

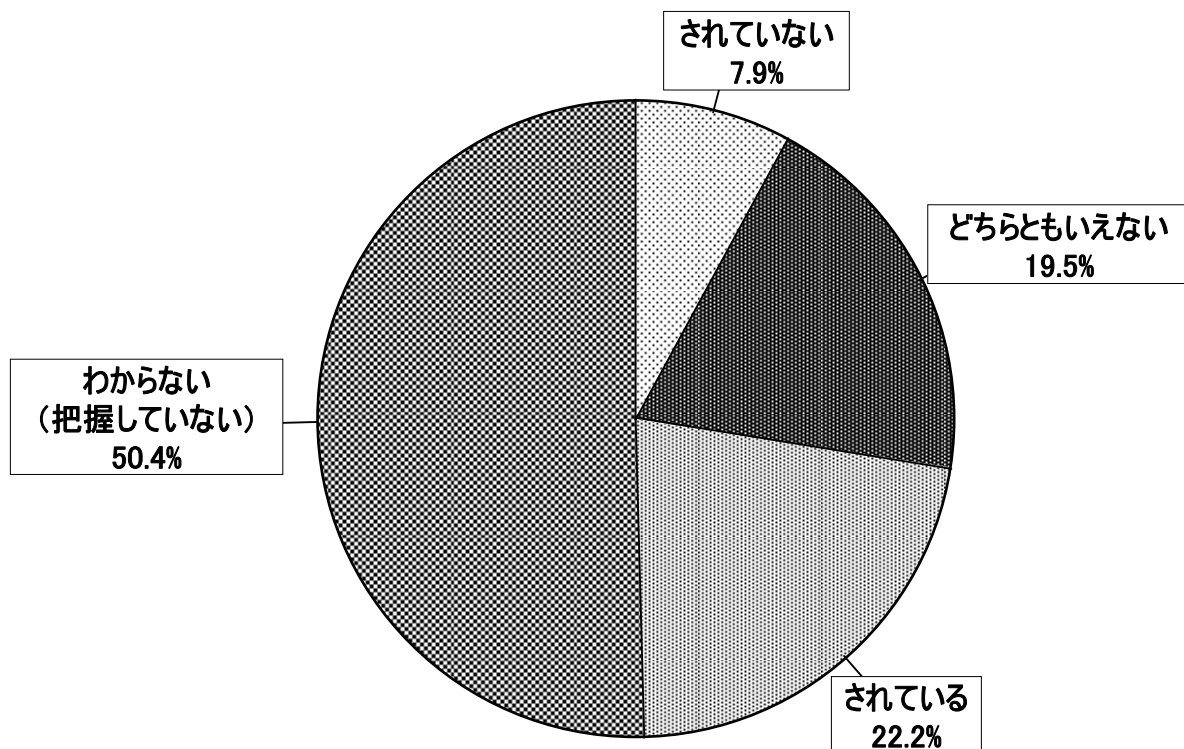


診療所 問5 連携上の課題について
問5-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

図診-5-4-15 導入支援 — 在宅腹膜灌流指導
(n = 1,269)

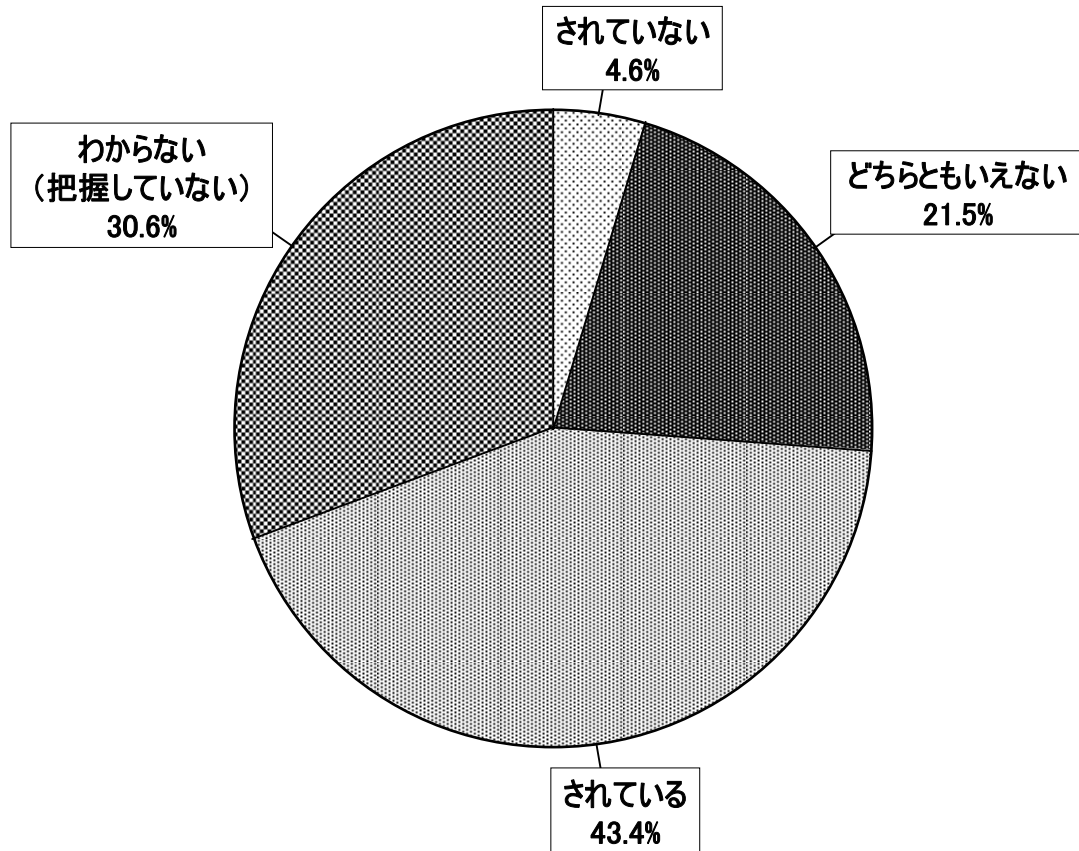


図診-5-4-16 導入支援 — 在宅血液透析指導
(n = 1,272)

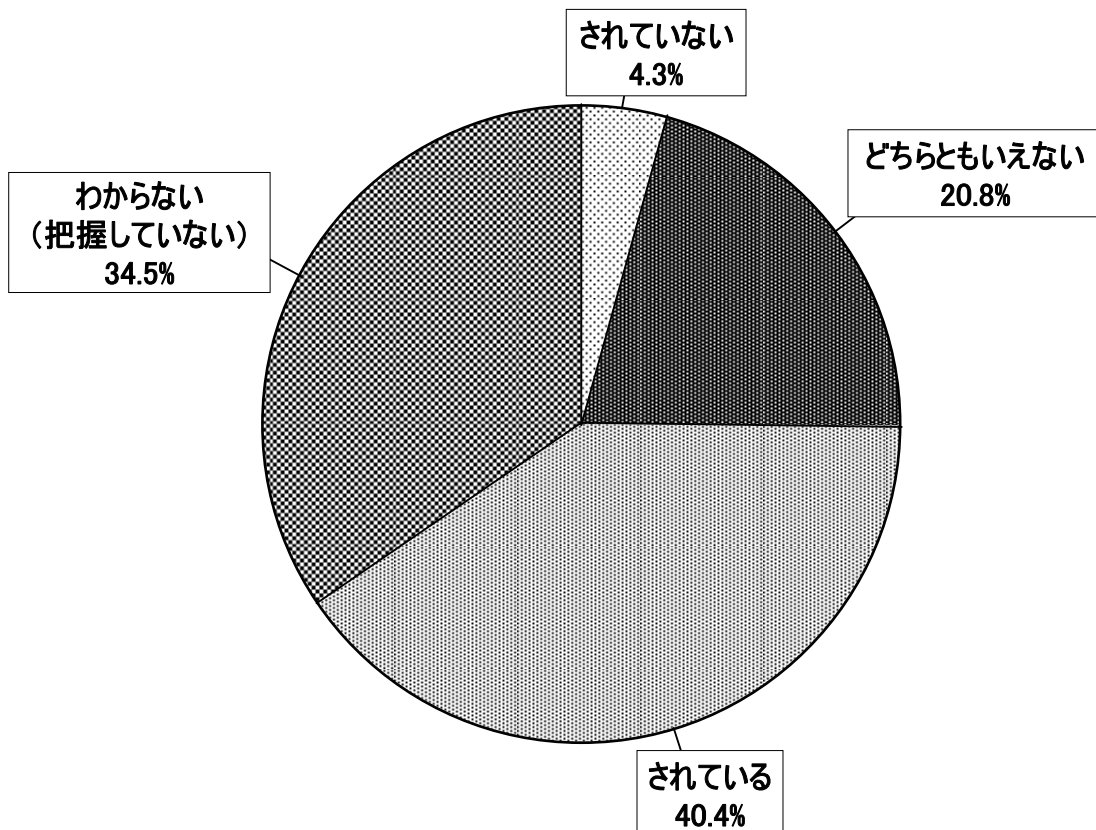


診療所 問5 連携上の課題について
問5-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

図診-5-4-17 導入支援 — 在宅酸素療法指導
(n = 1,282)



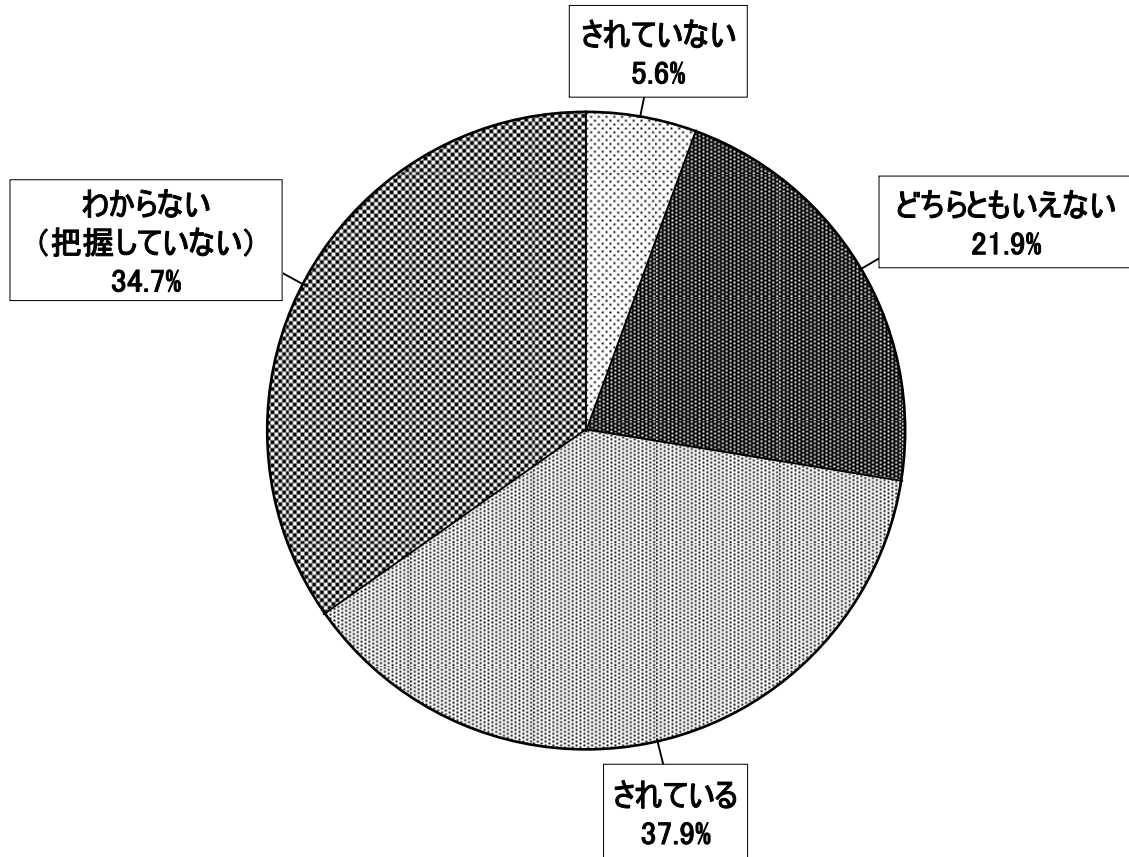
図診-5-4-18 導入支援 — 在宅中心静脈栄養指導
(n = 1,261)



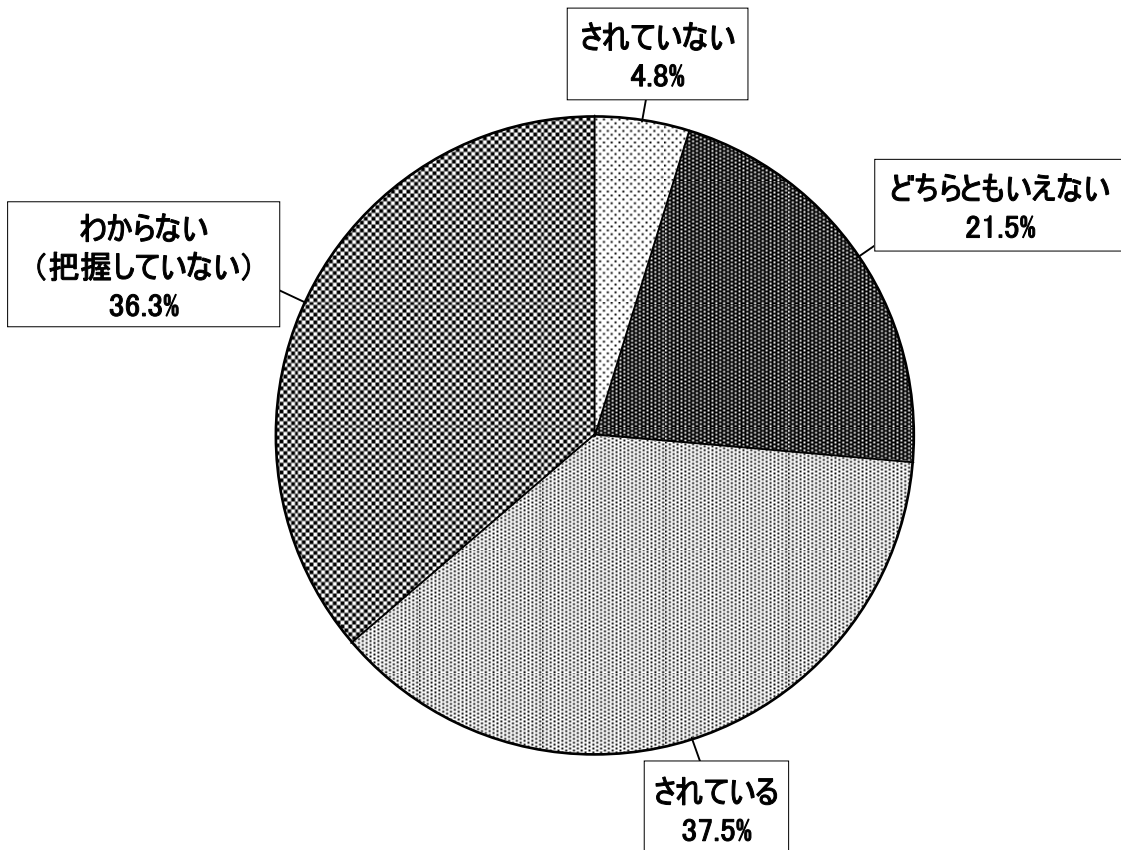
診療所 問5 連携上の課題について

問5-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

図診-5-4-19 導入支援 — 在宅成分栄養経管栄養法指導
(n = 1,260)

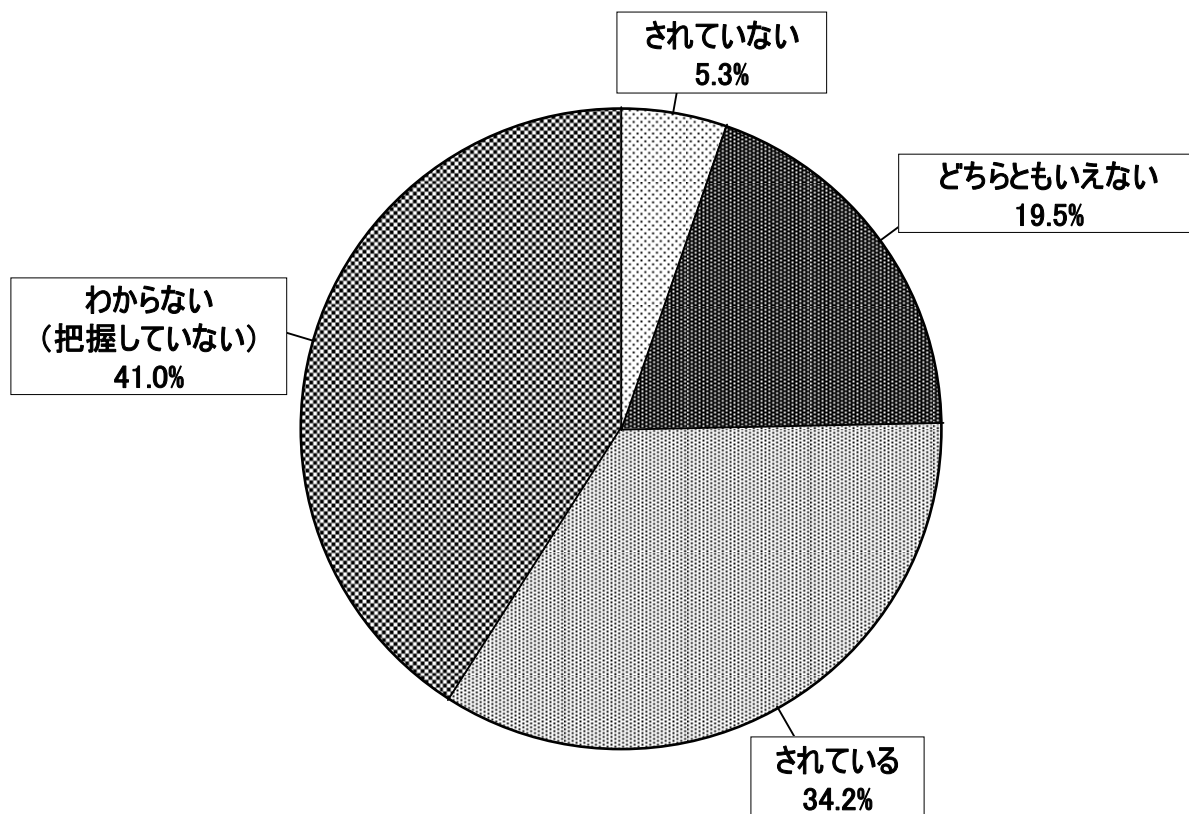


図診-5-4-20 導入支援 — 在宅自己導尿指導
(n = 1,263)

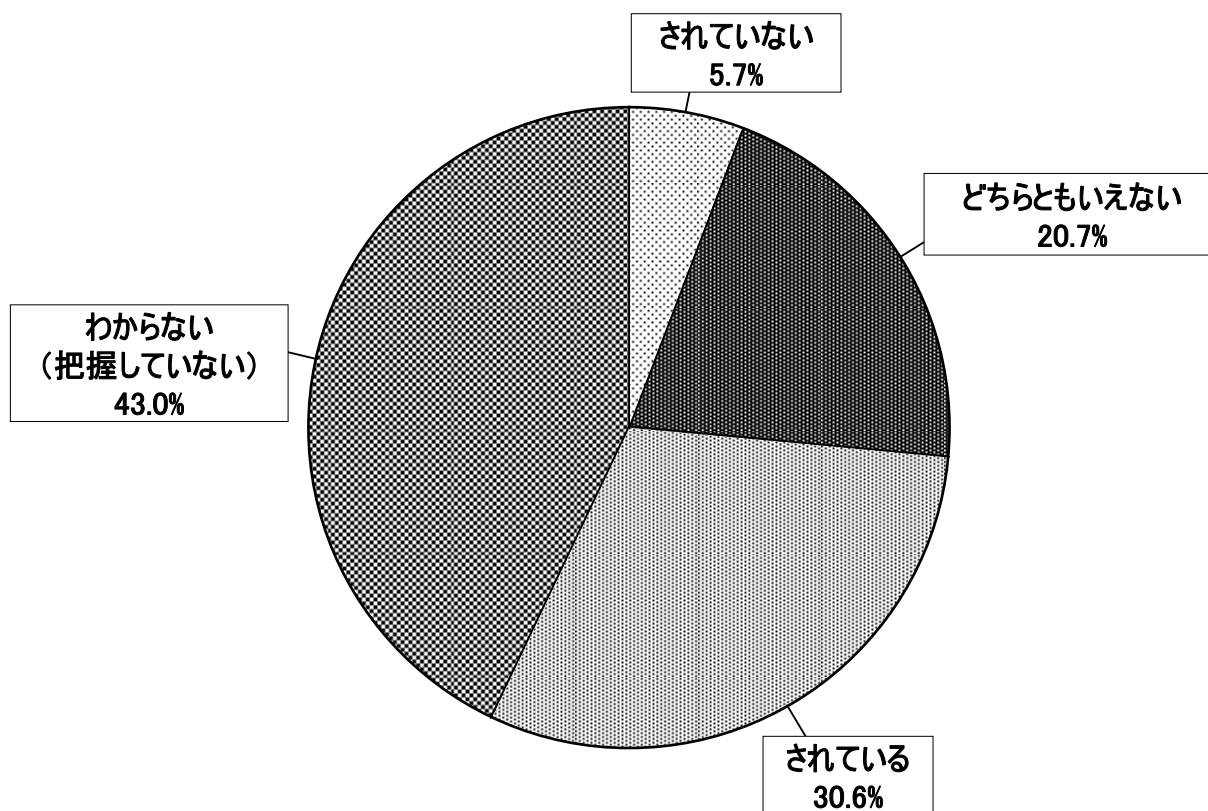


診療所 問5 連携上の課題について
問5-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

図診-5-4-21 導入支援 — 在宅人工呼吸指導
(n = 1,256)

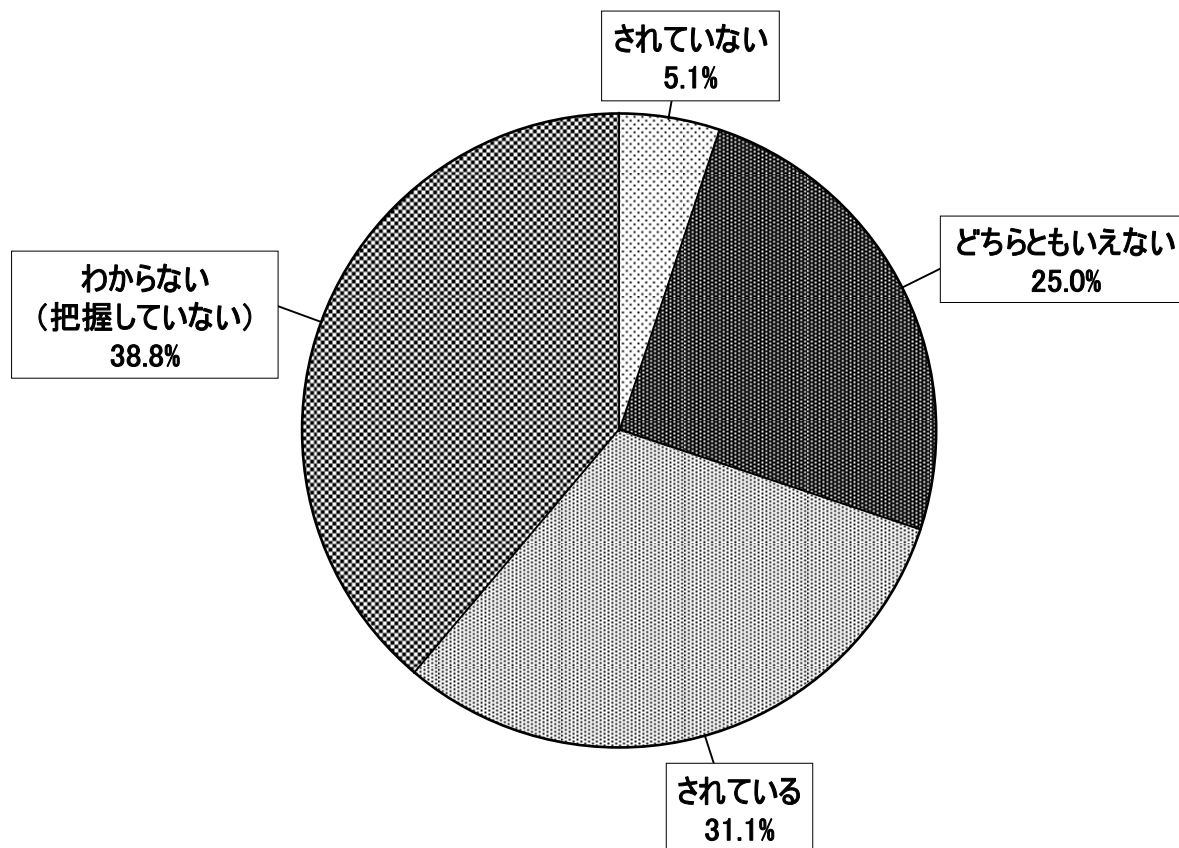


図診-5-4-22 導入支援 — 在宅持続陽圧呼吸療法指導
(n = 1,256)

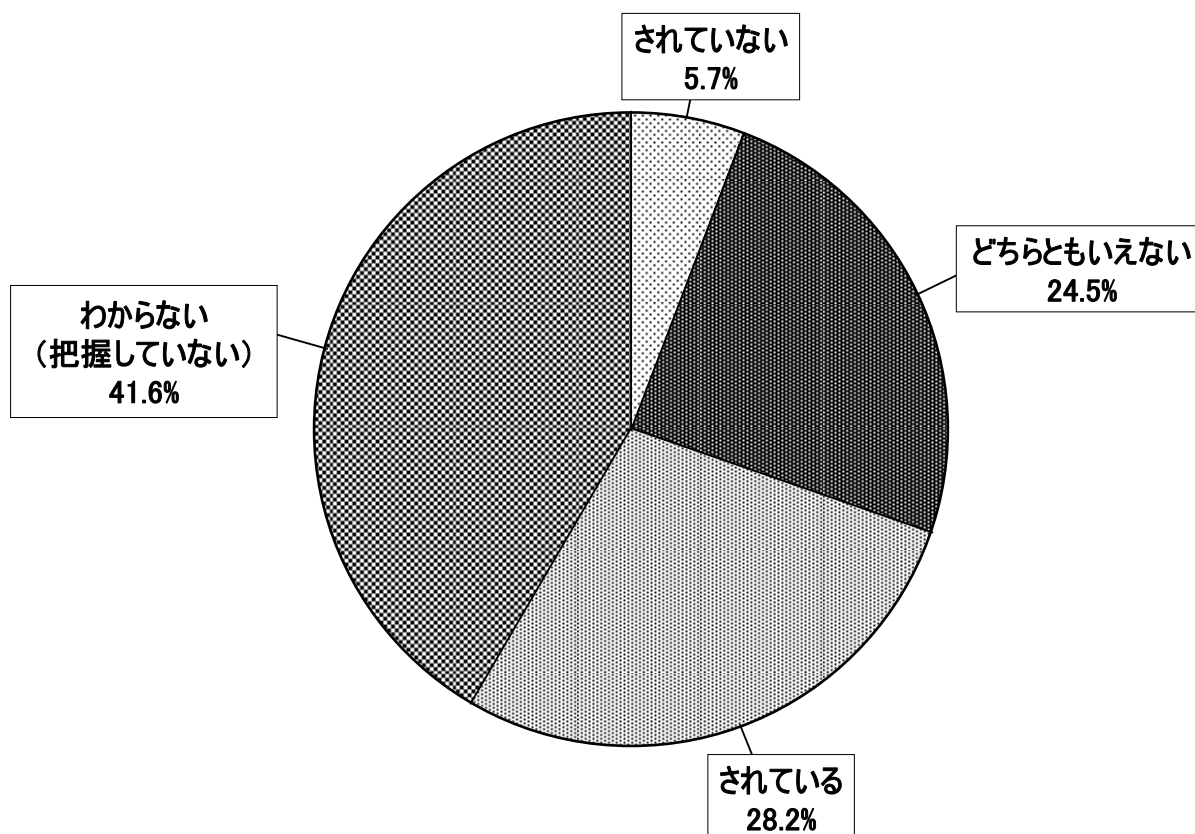


診療所 問5 連携上の課題について
問5-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

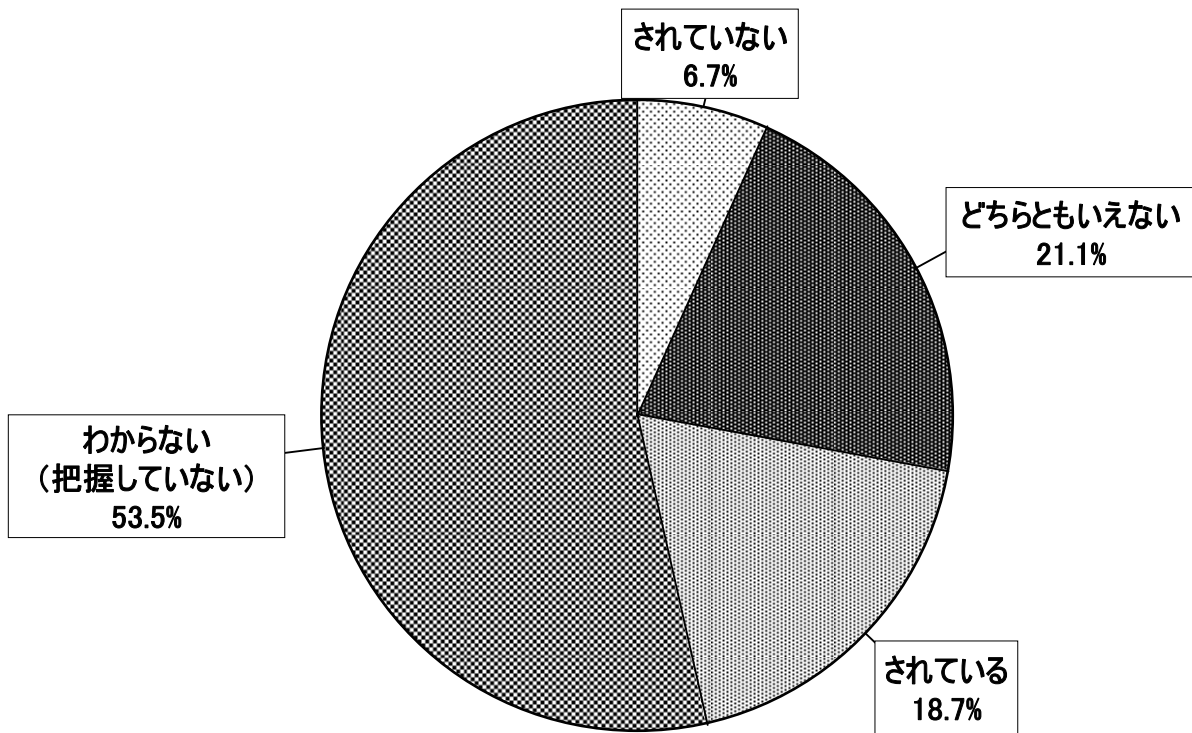
図診-5-4-23 導入支援 — 在宅悪性腫瘍患者指導
(n = 1,262)



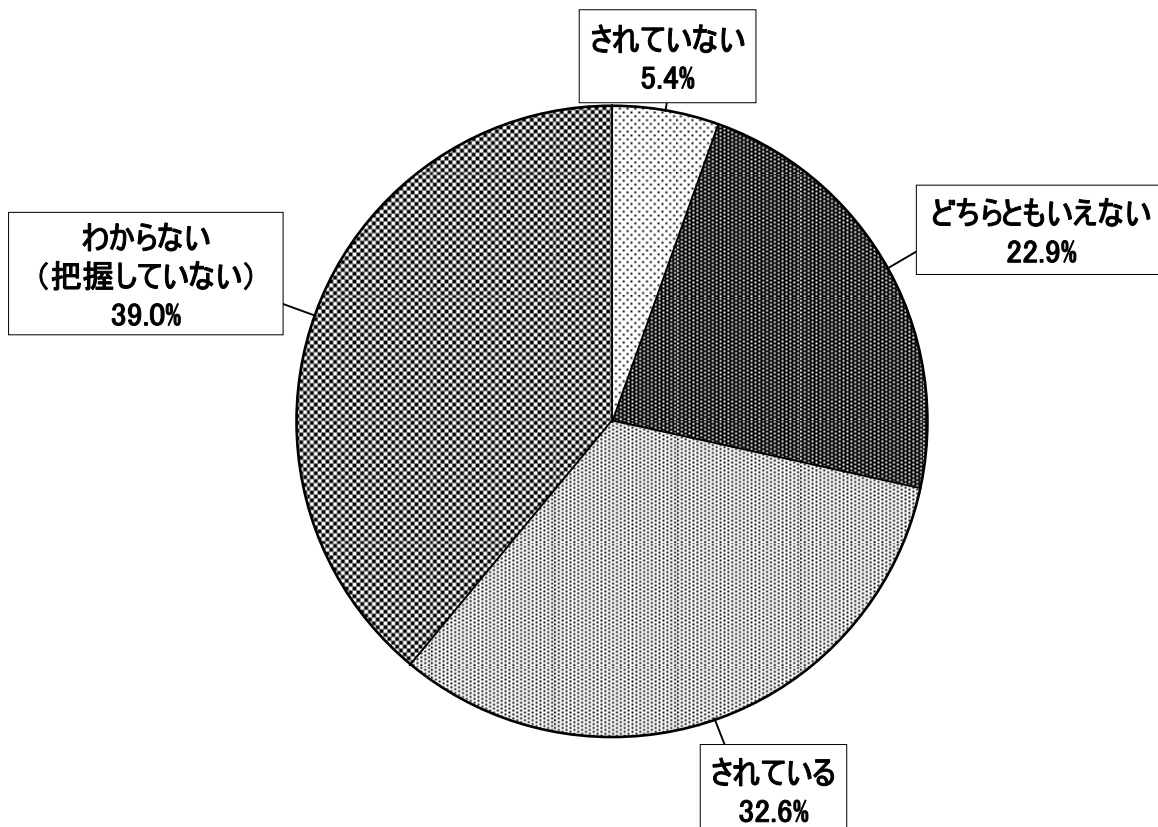
図診-5-4-24 導入支援 — 在宅自己疼痛管理指導
(n = 1,257)



診療所 問5 連携上の課題について
 問5-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施
 図診-5-4-25 導入支援 — 在宅肺高血圧症患者指導
 (n = 1,249)

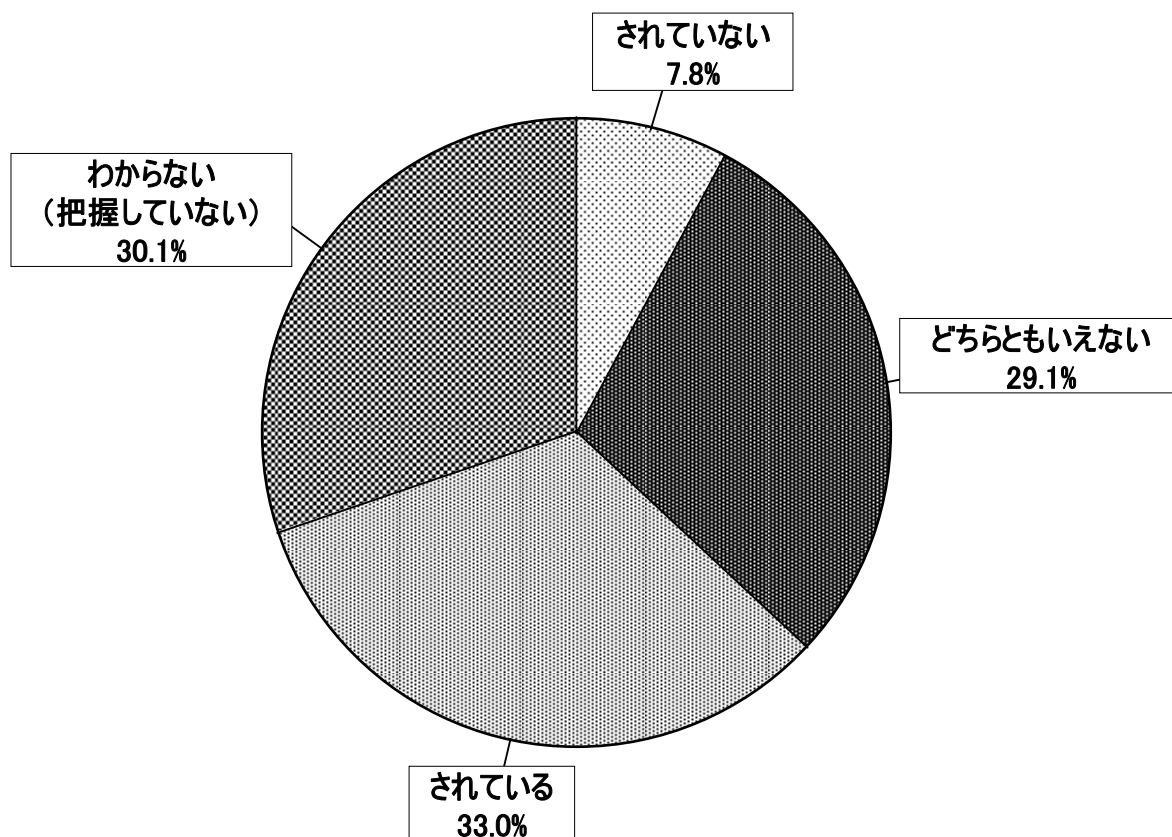


図診-5-4-26 導入支援 — 在宅気管切開患者指導
 (n = 1,253)

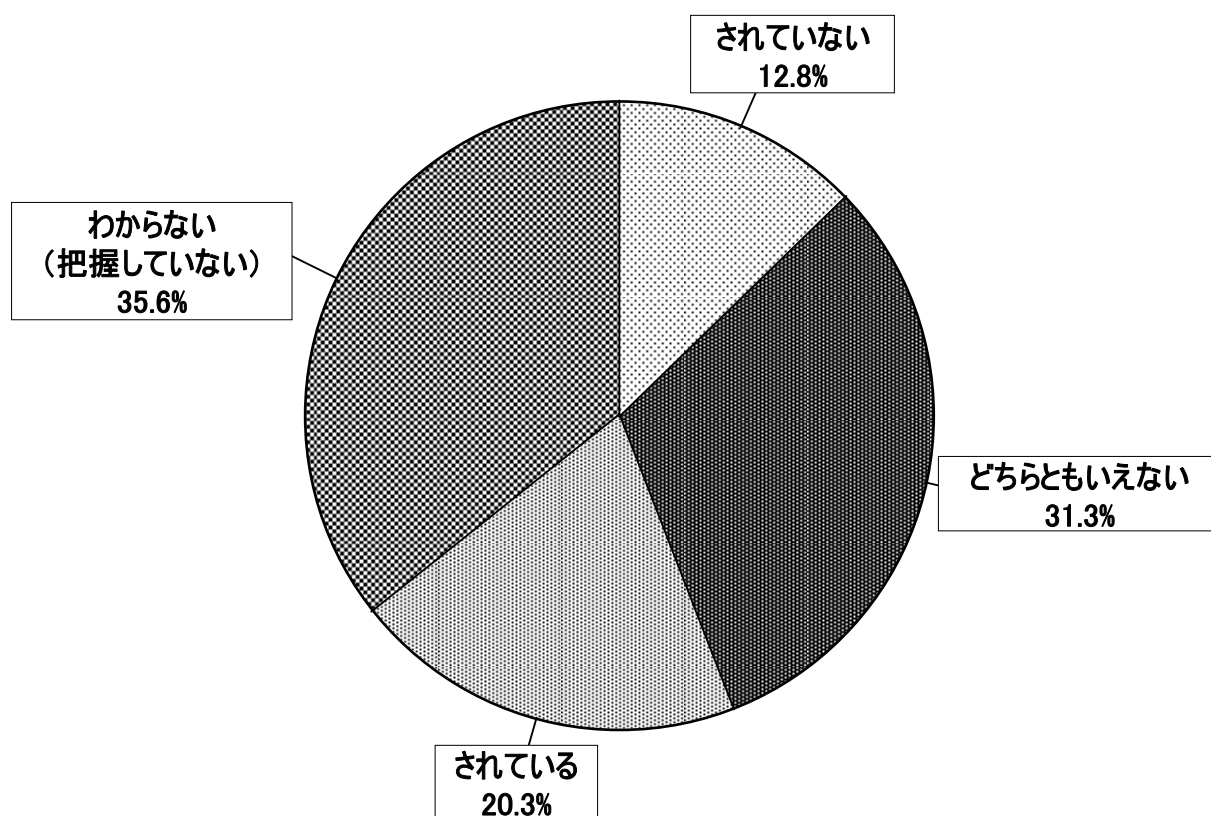


診療所 問5 連携上の課題について
問5-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

図診-5-4-27 導入支援 - 褥創の予防と治療
(n = 1,267)

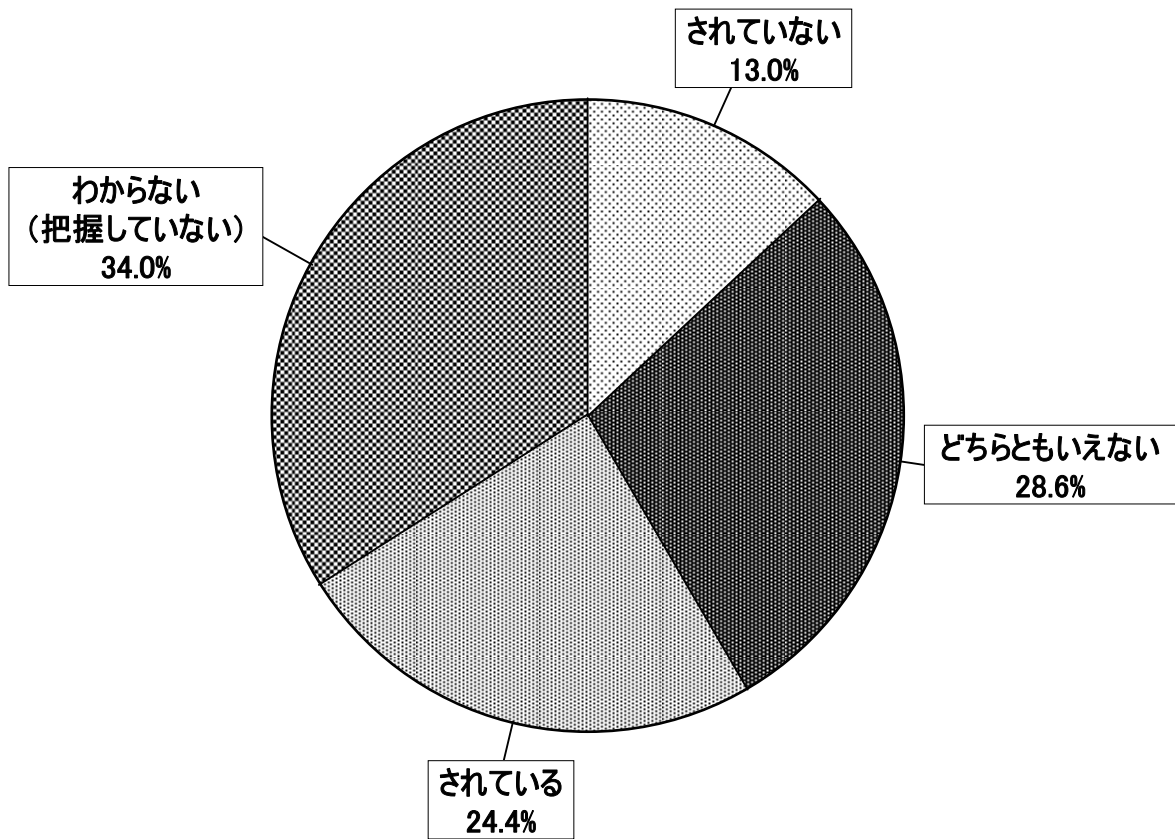


図診-5-4-28 導入支援 - 口腔ケアへの関わり
(n = 1,261)

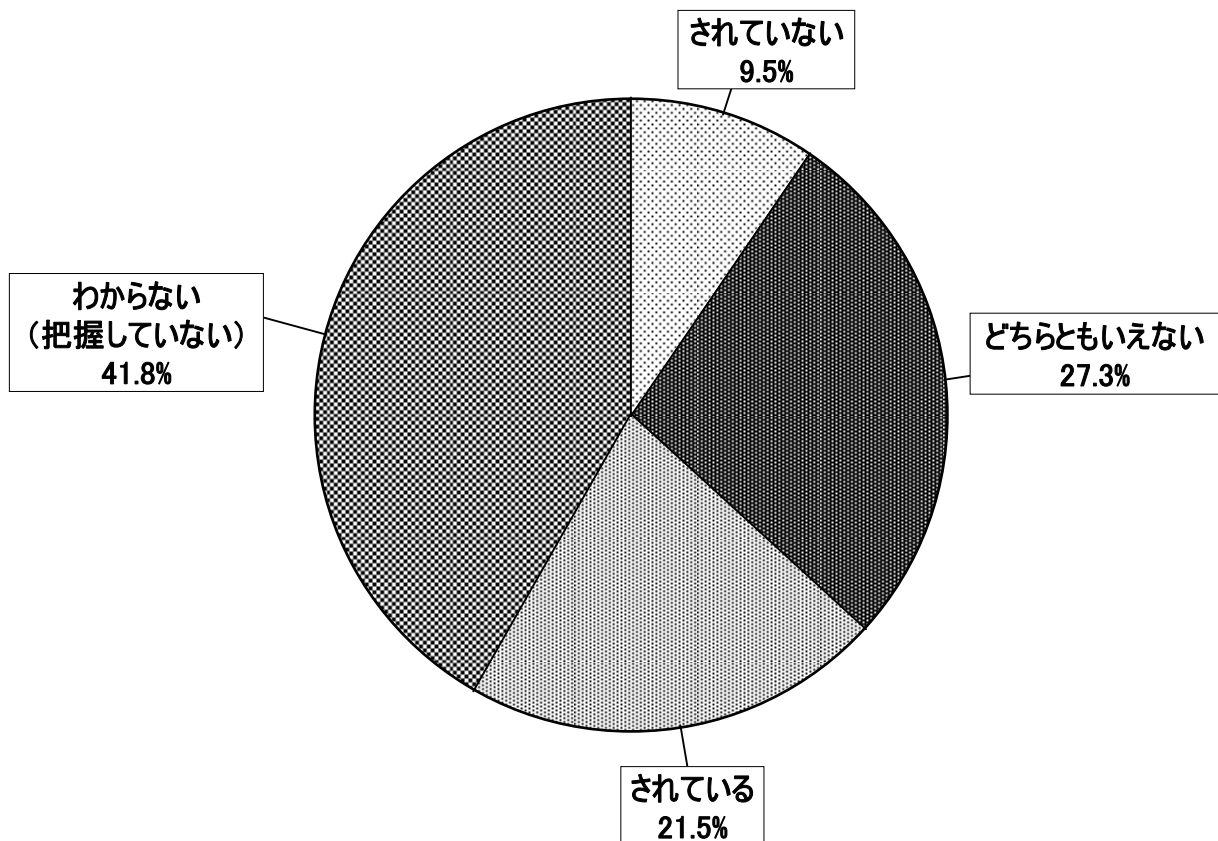


診療所 問5 連携上の課題について
問5-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

図診-5-4-29 導入支援 - 退院前共同指導
(n = 1,257)



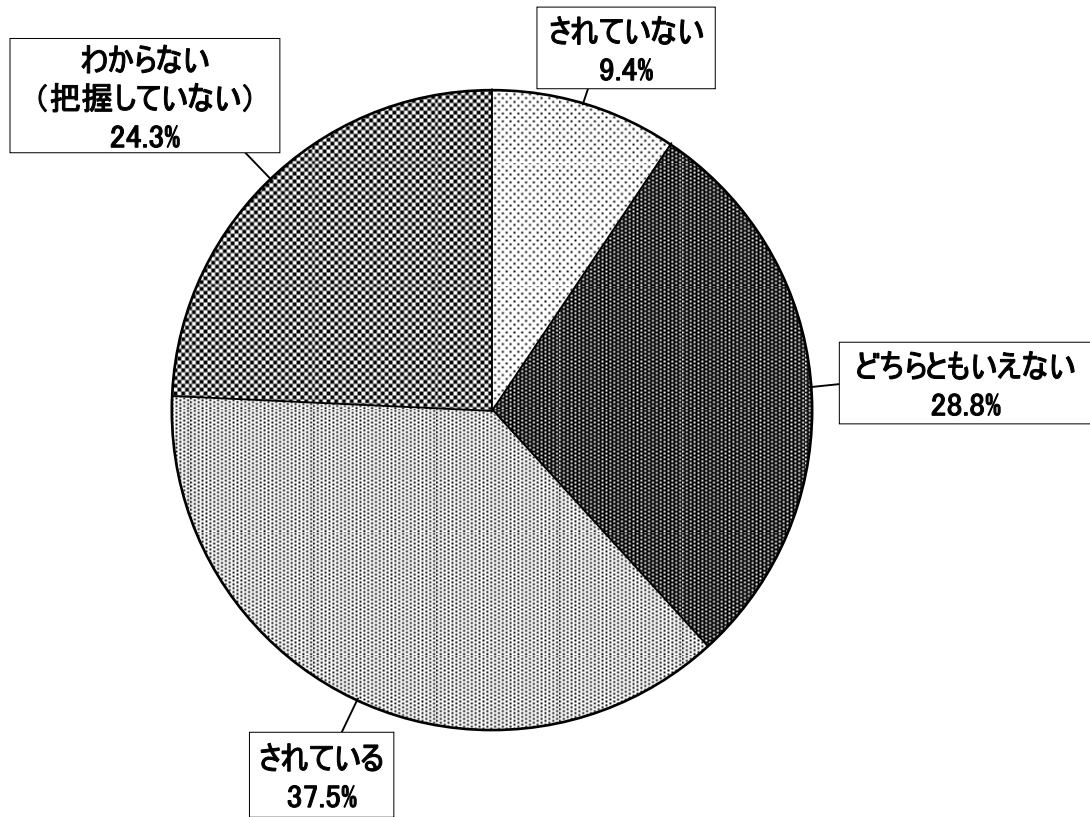
図診-5-4-30 導入支援 - セカンドオピニオン
(n = 1,255)



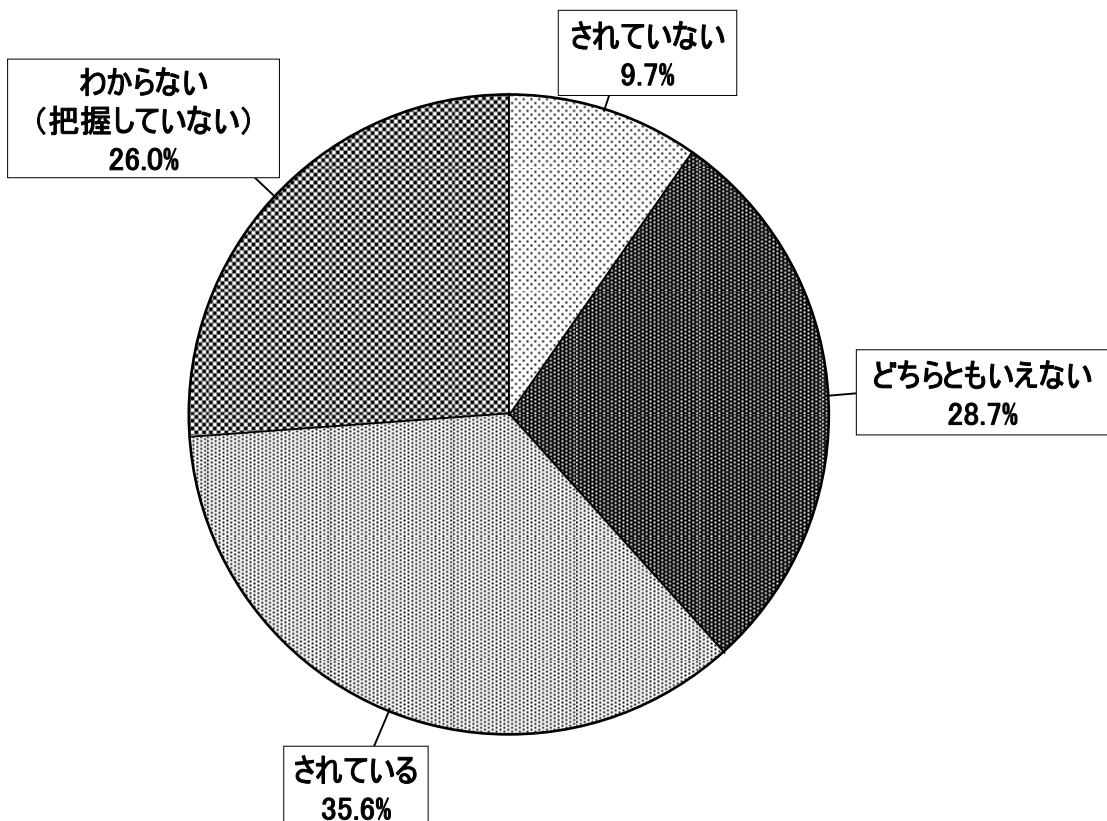
診療所 問5 連携上の課題について

問5-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

図診-5-4-31 多職種間連携 — 在宅医と後方病院の連携
(n = 1,259)



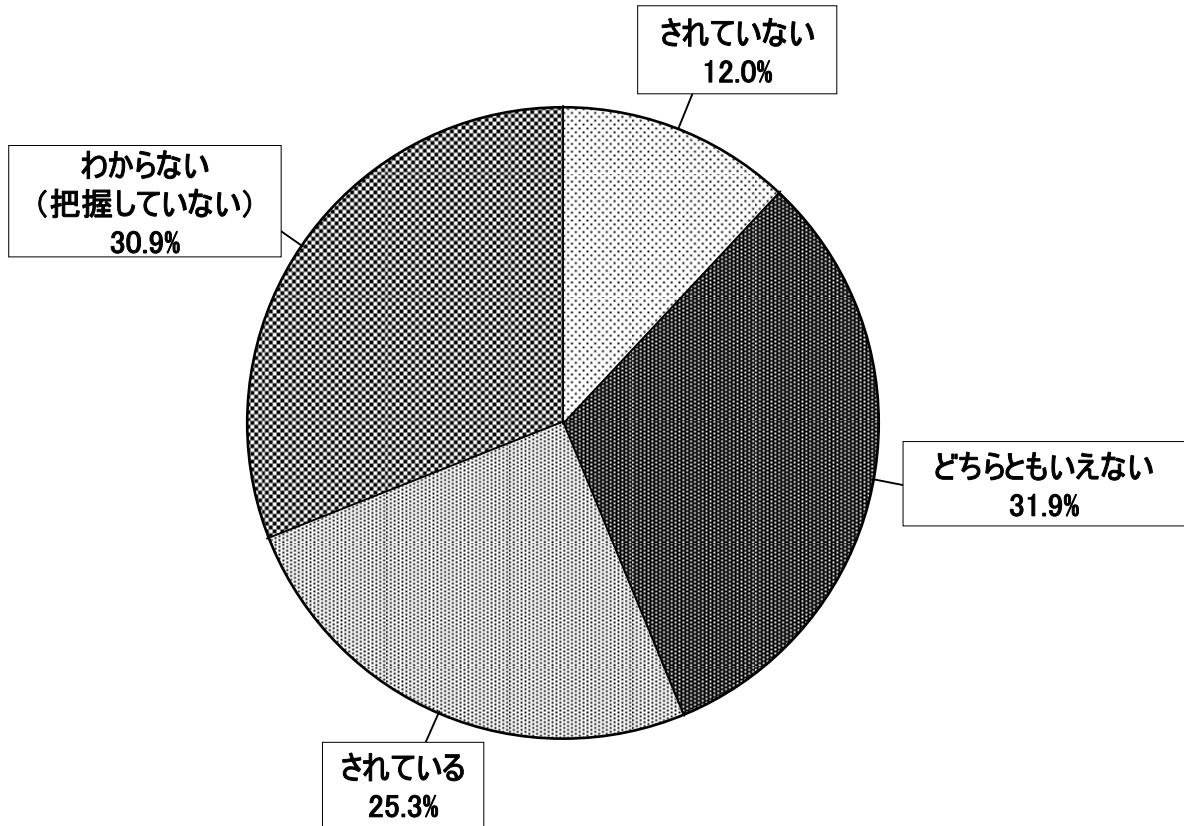
図診-5-4-32 多職種間連携 — 訪問看護事業所との連携
(n = 1,263)



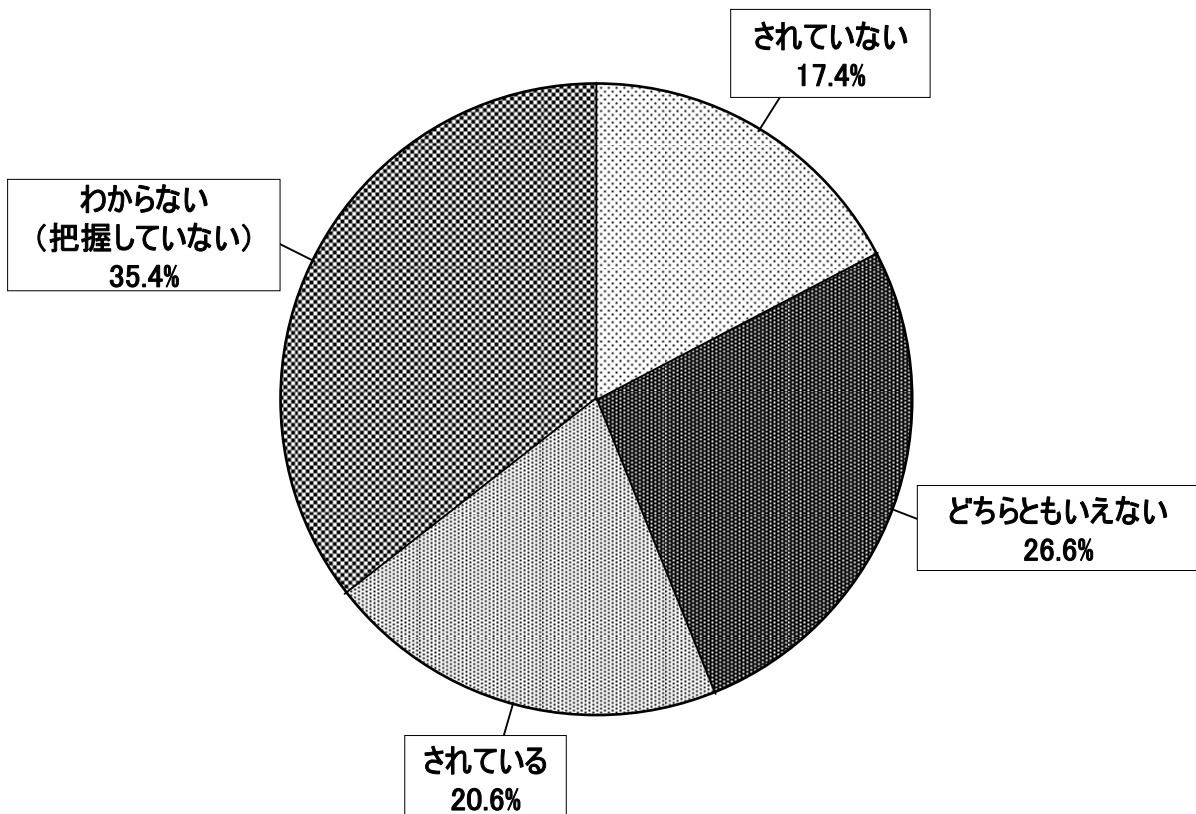
診療所 問5 連携上の課題について

問5-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

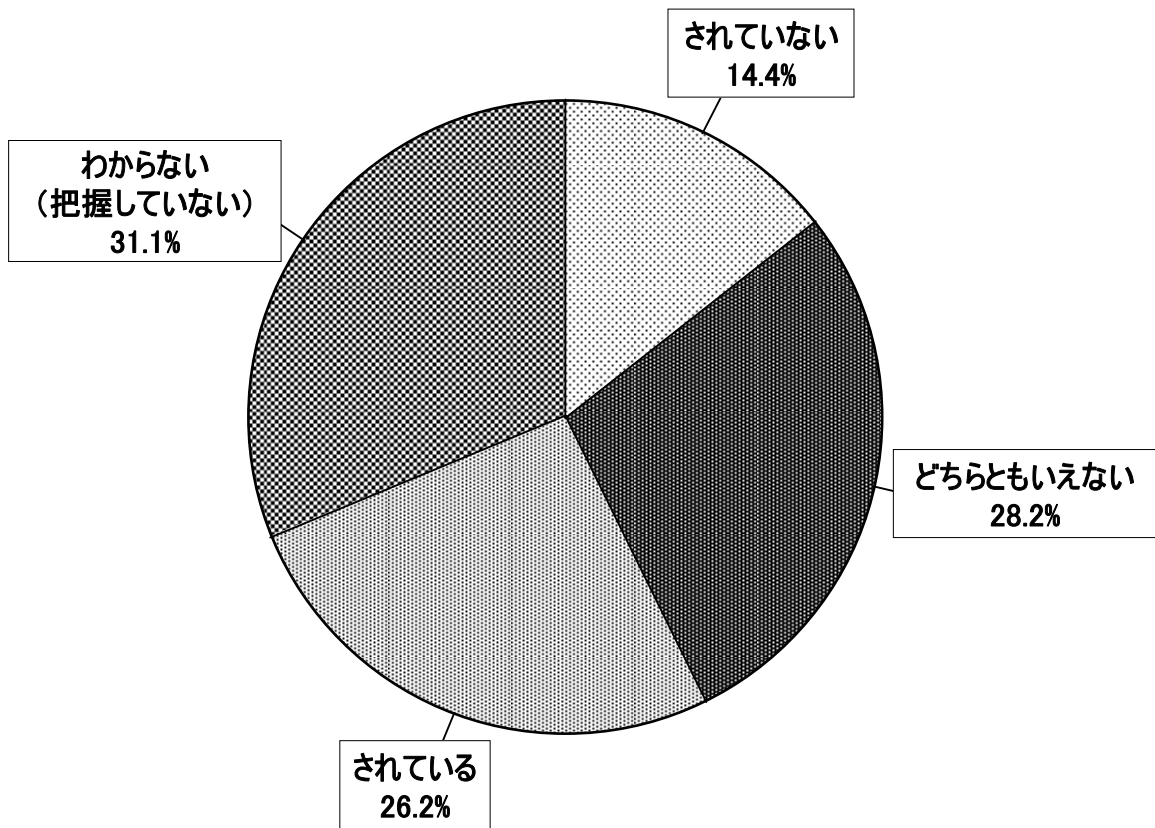
図診-5-4-33 多職種間連携 — 訪問リハビリテーションとの連携
(n = 1,262)



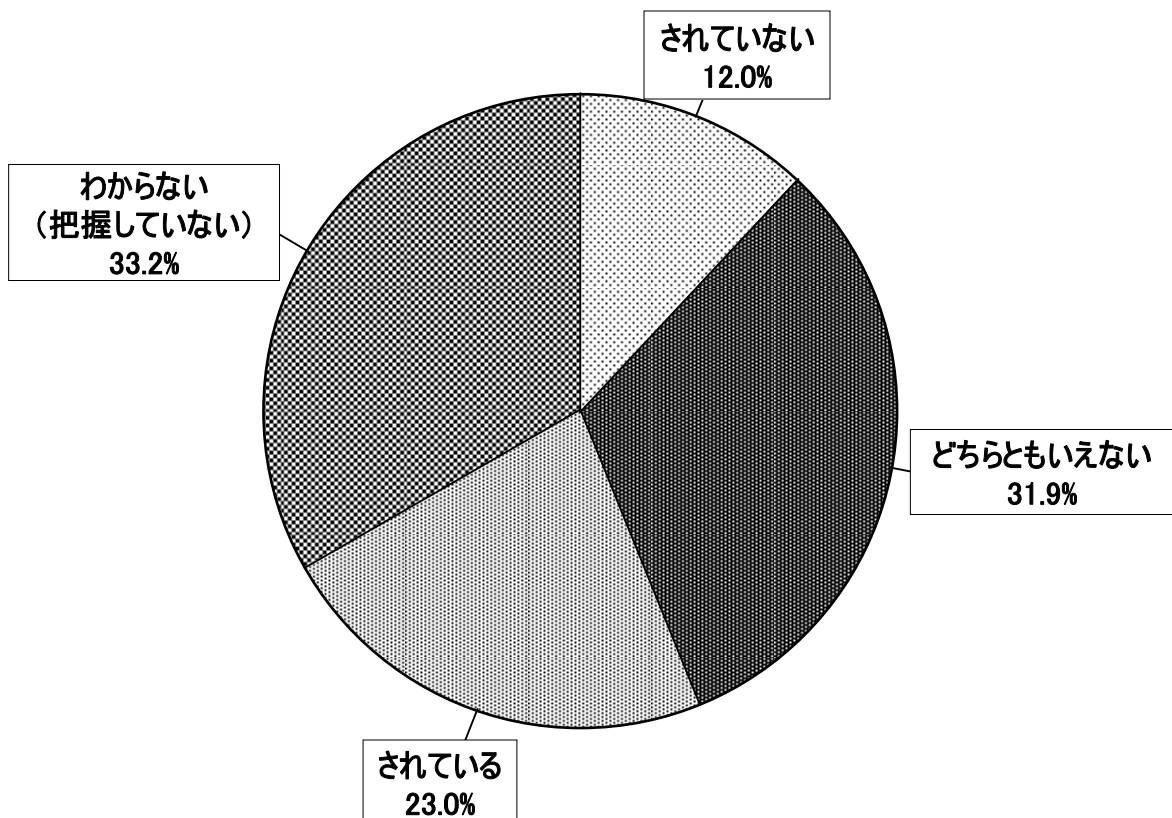
図診-5-4-34 多職種間連携 — 調剤薬局との連携
(n = 1,261)



診療所 問5 連携上の課題について
 問5-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施
 図診-5-4-35 多職種間連携 — 介護事業所との連携
 (n = 1,254)

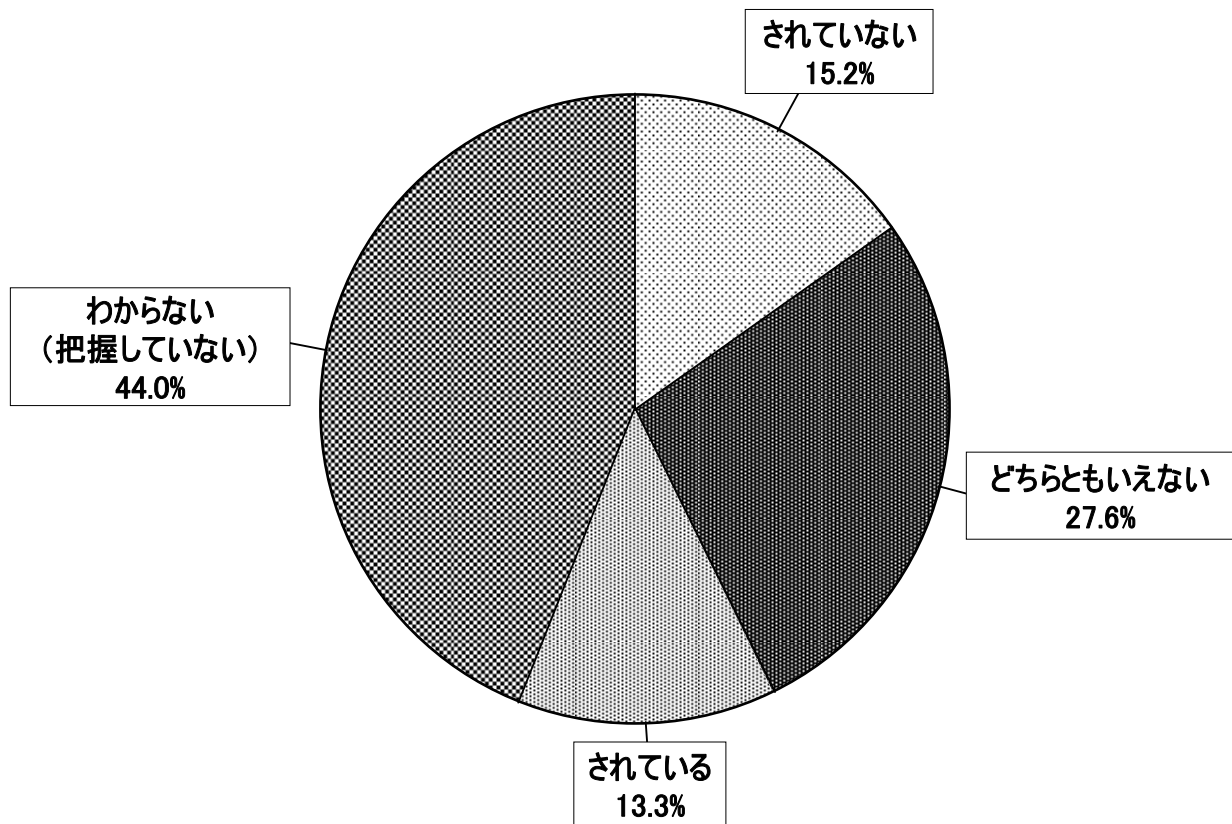


図診-5-4-36 その他 — 家族介護力の評価
 (n = 1,263)

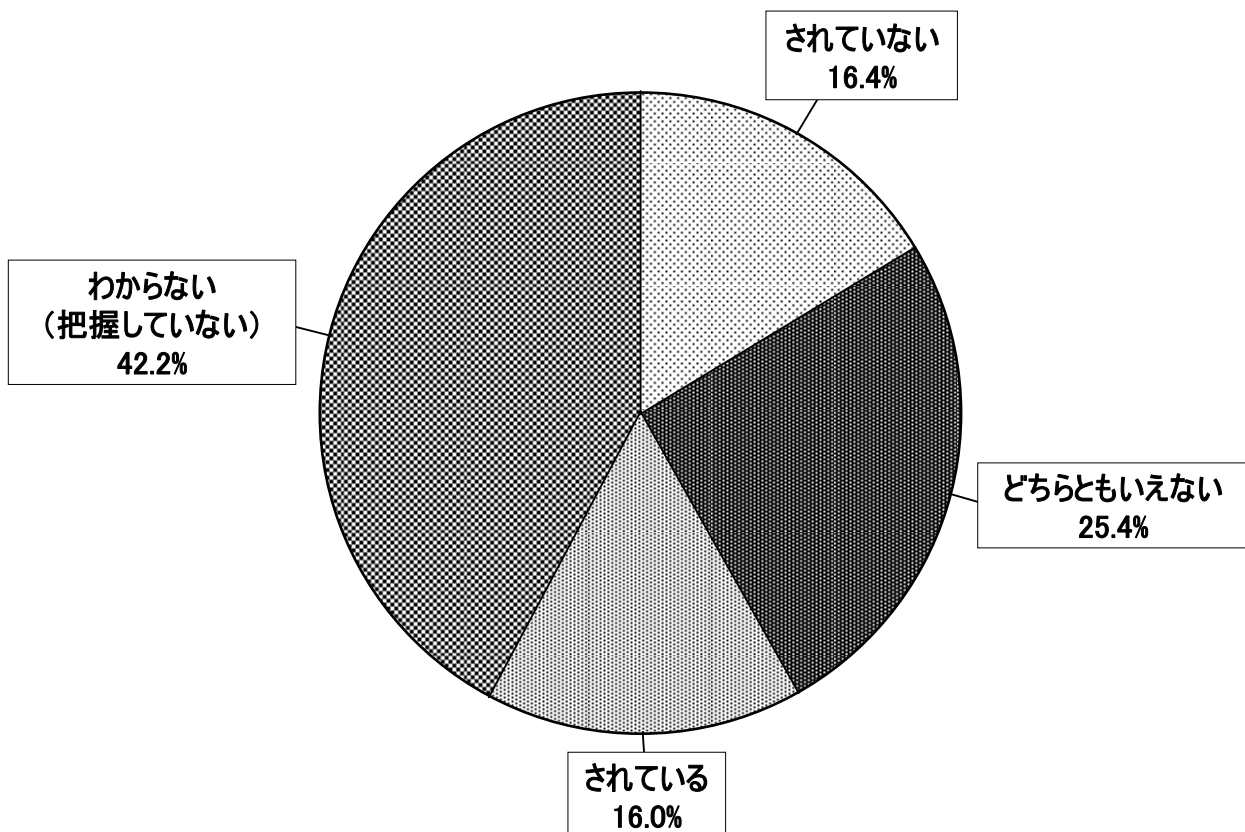


診療所 問5 連携上の課題について
問5-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

図診-5-4-37 その他 - 虐待・家庭内暴力
(n = 1,258)

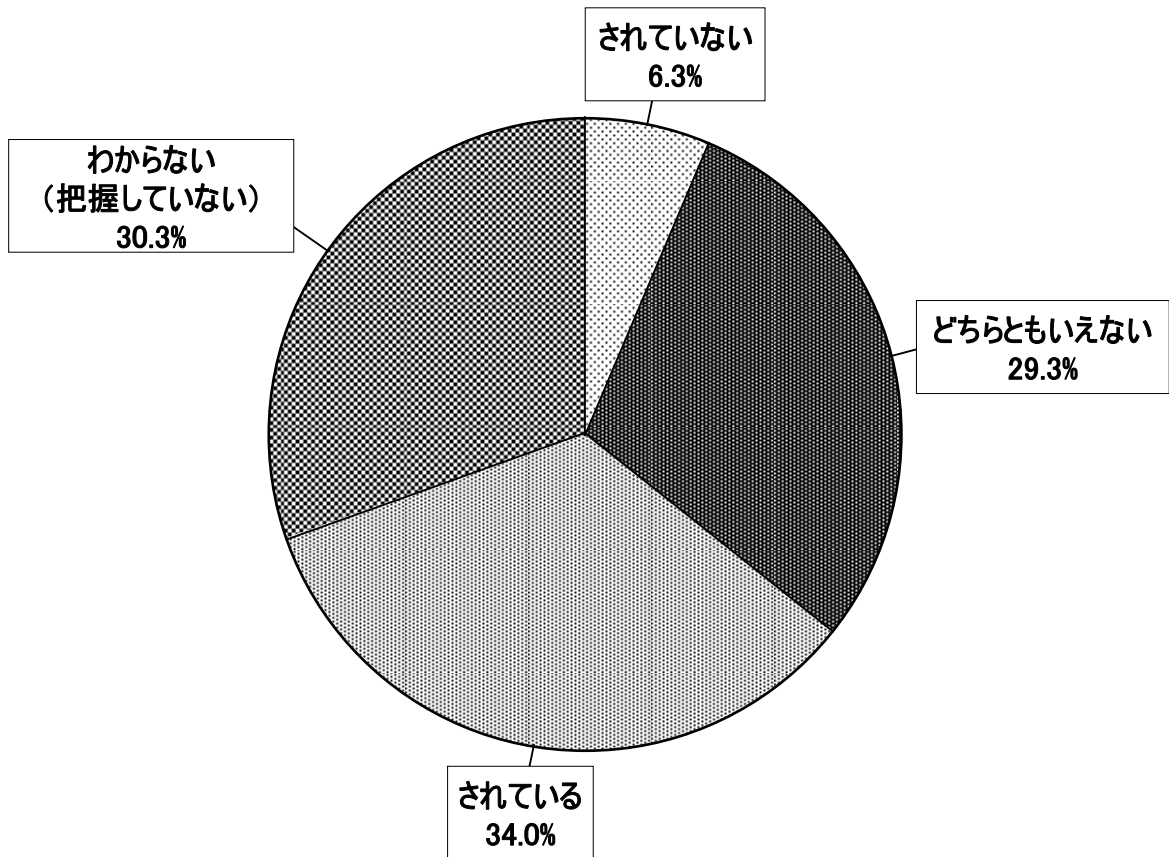


図診-5-4-38 その他 - 終末期における同意文書の作成
(n = 1,258)

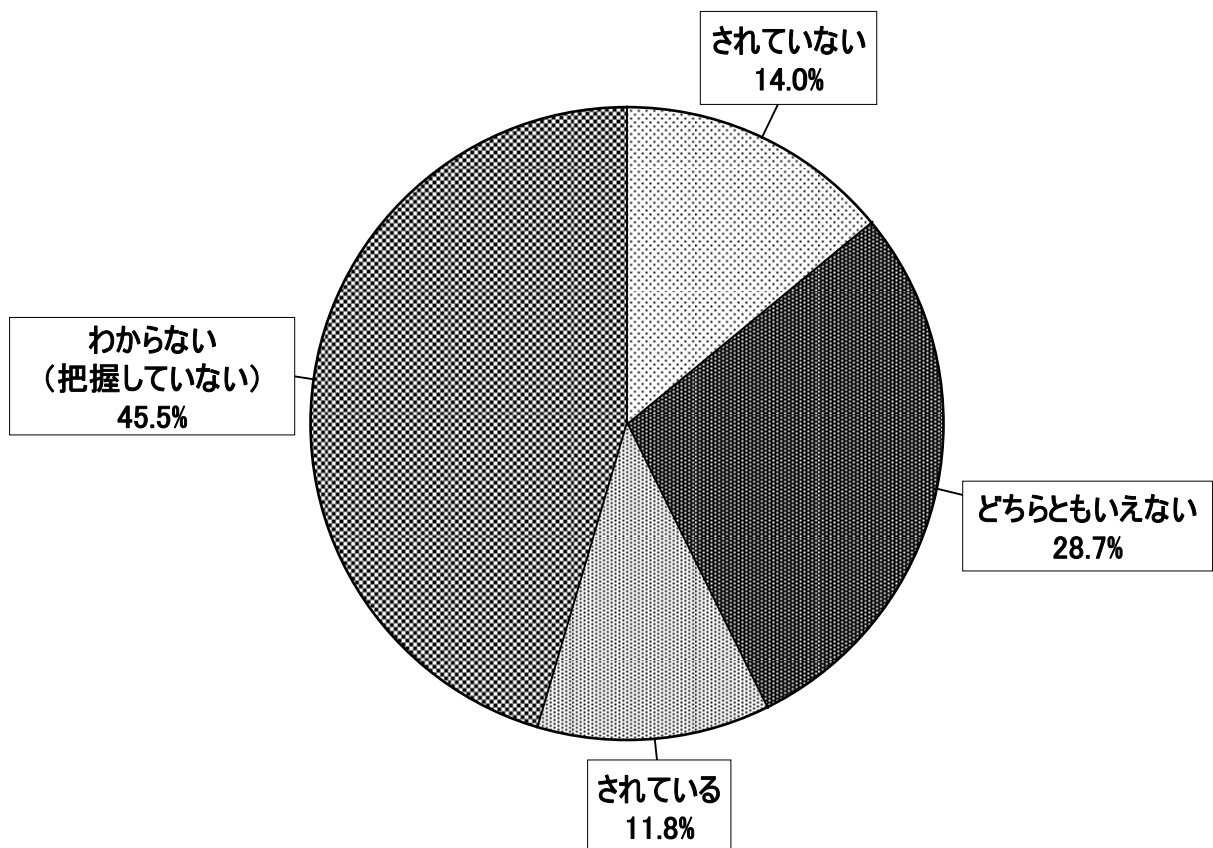


診療所 問5 連携上の課題について
問5-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

図診-5-4-39 その他 - 病名・予後告知
(n = 1,261)

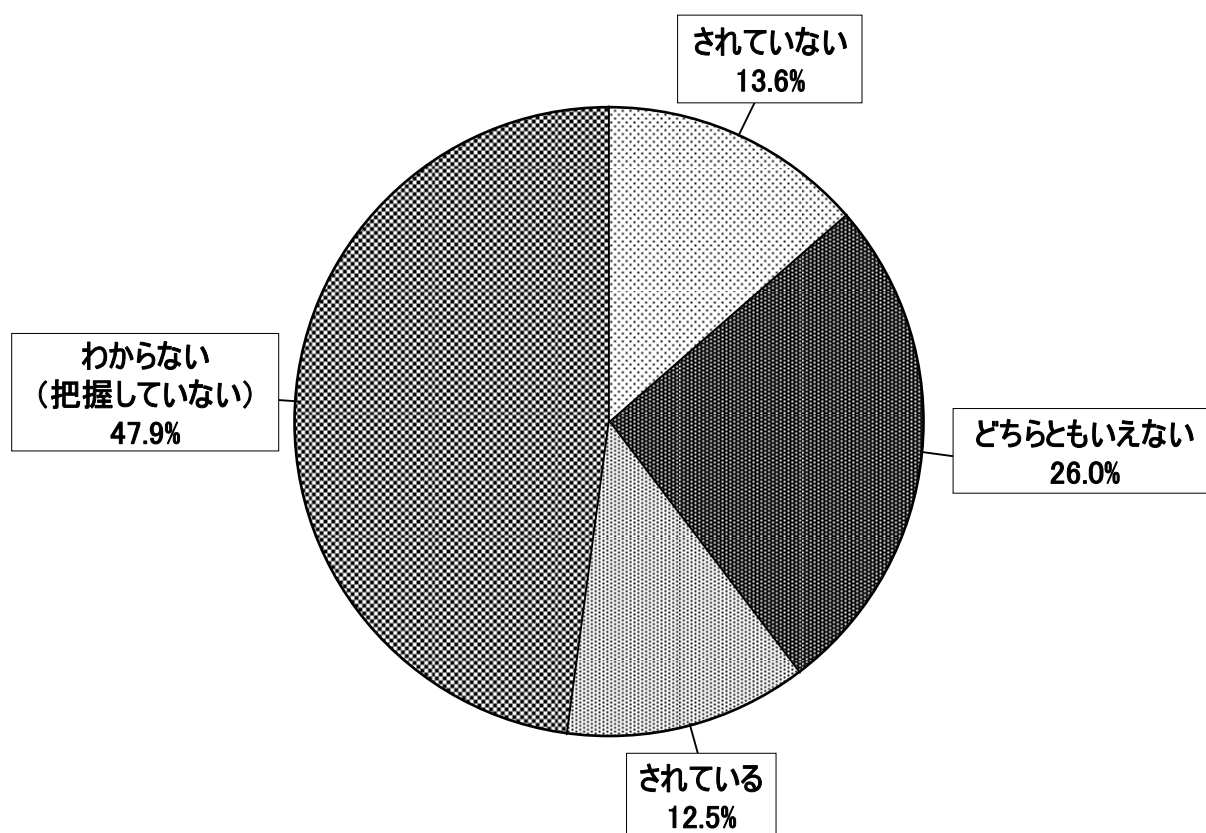


図診-5-4-40 その他 - グリーフケア
(n = 1,242)



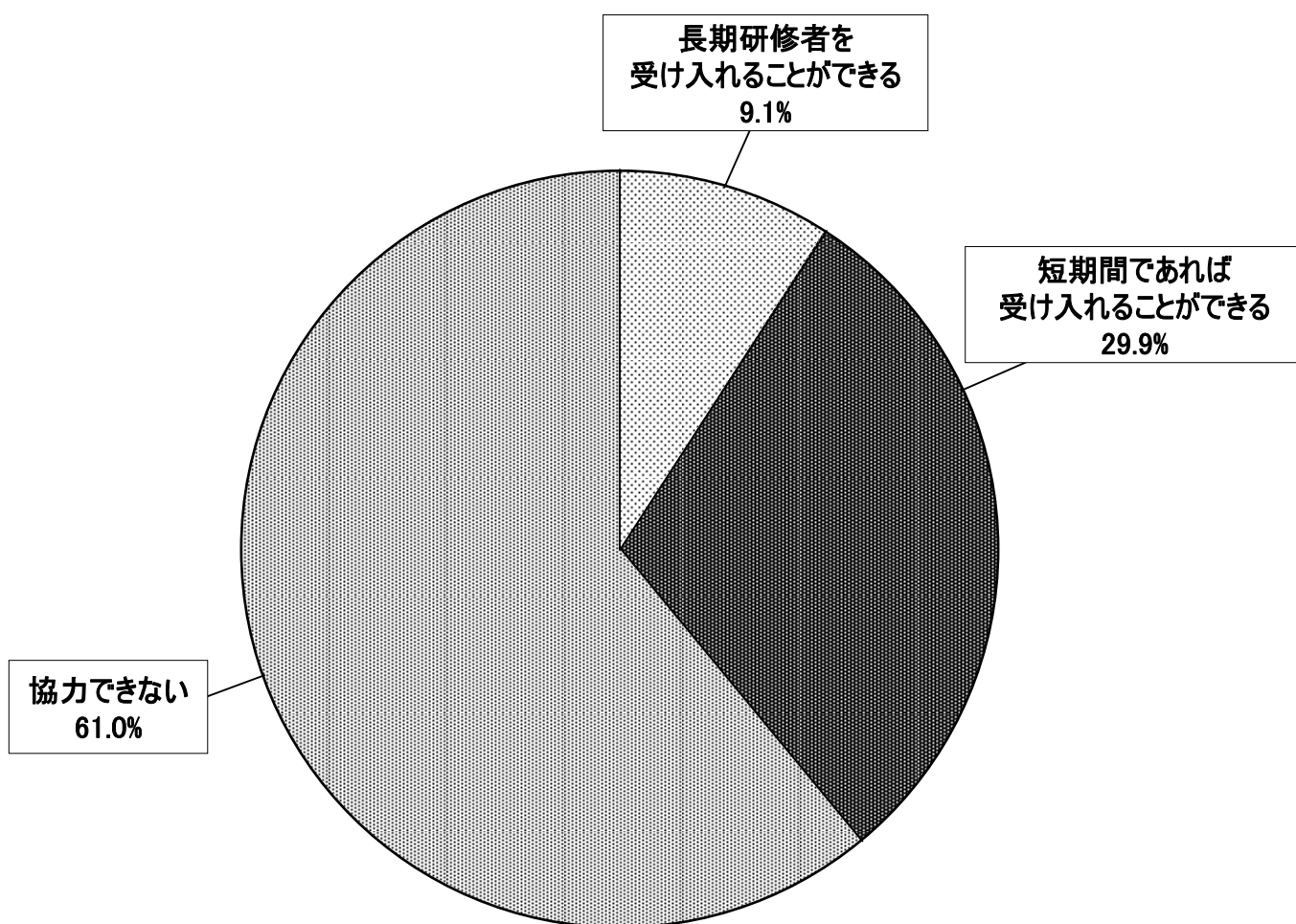
診療所 問5 連携上の課題について
問5-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

図診-5-4-41 その他 - 災害時への対応(危機管理)
(n = 1,257)



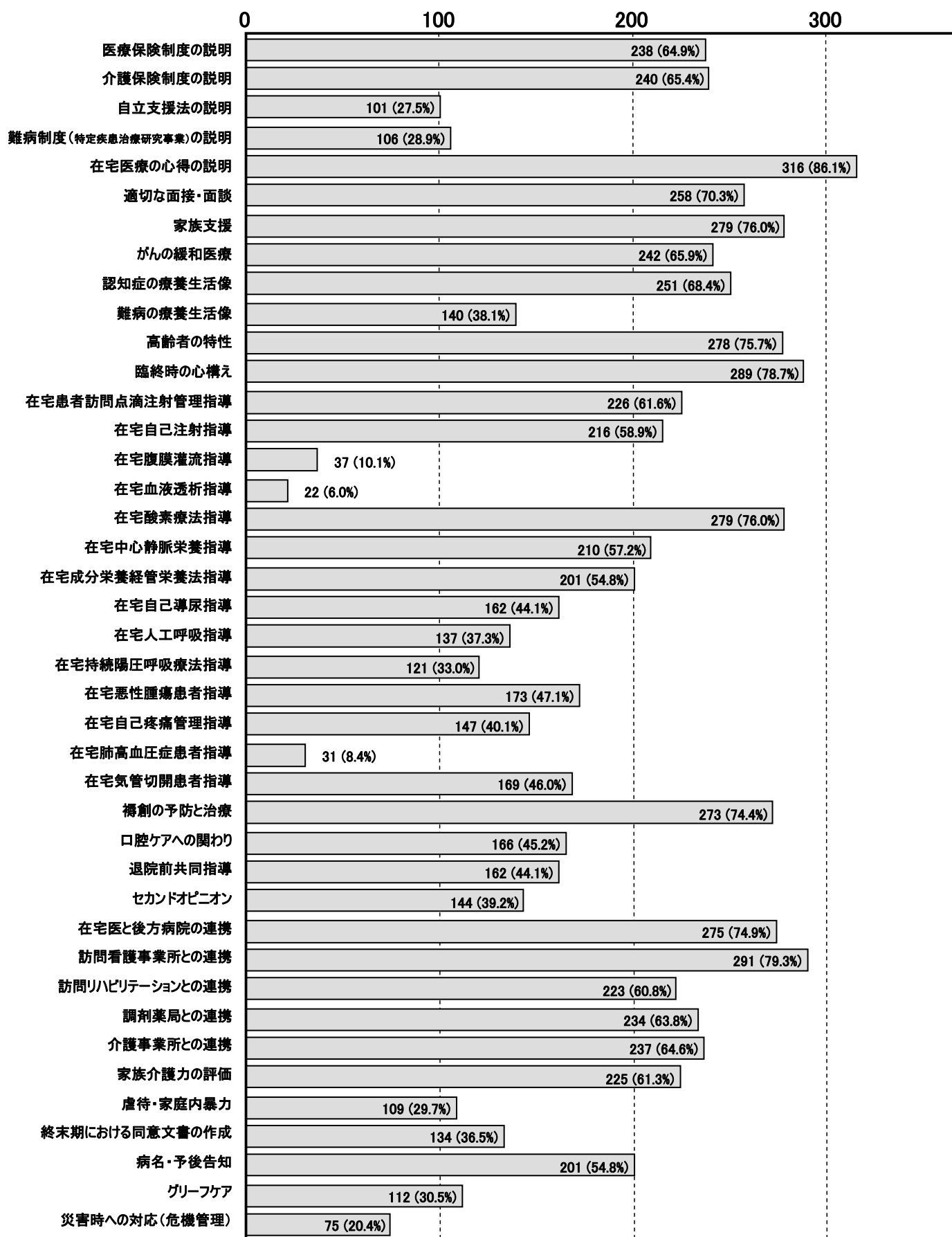
診療所 問6 研修の受入れについて

図診-6-1 問6-1 在宅医療の研修を希望する病院医の受け入れ
(n = 1,287)



診療所 問6 研修の受入れについて

図診-6-2 問6-2 対応可能な研修内容
(n = 367, 複数選択, 受け入れ可能な診療所のみ)



問7 急性期病院の疲弊を改善するための在宅療養支援診療所の役割について

記載内容（原文のまま）
<p>末期がん患者の在宅での看とりにつける 現行法では問題があるが法改正をして非がん患者も在宅で看とれるようにしてほしいと思う</p>
<p>よく理解できませんが そのために在宅医にとっての後方ベッド、後方施設の確保が24h365日必要でしょう。 現在は各人のマンパワーでカバーしている状況です。 だれでも在宅診療ができるようにするにはそのネットワークづくりが必須です。 このようなアンケートを一般病院や老健、療養病床にむけて行っていただきたい。</p>
<p>入院させない努力をすることだと思います。（在宅医がやれることは在宅医が行う） （IVH、挿入、気切チューブの交換、胃ろうの交換、肺炎の治療、尿路感染症の治療末期がん患者、老衰患者）の看取り、緩和ケアを行うこと。 開業医間の連ケイを良くする。 →開業医間で問題解決が図れるようにする。</p>
<p>まったくその通りなのですが患者家族が病院でないと納得しない、診療所Drをあまり信頼しないという問題があると思います。 小生は基本的に家族とコミュニケーションがとれない在宅療養支援は、うけいれないことにしています。（トラブルのみ多くて） 是非、人はかならず死期を向かえ、“病院で死ぬ”ことよりも場合によっては自宅で亡くなることの方が意味が大きい場合があるという、知識を普及されることを願っています。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・在宅に家族・マンパワーがあれば当院ではいつでも協力できる。 ・急性期病院の改善は国の医療政策の問題が残っては何もできない。
<p>本スライドは事態の一部の真実ではあるが、 本当の問題は、家庭・家族の役割りが昔とは変わって来ていて、患者の希望がすなわち家族の総意とズレていることが多いことが一番問題と思う。 すなわち、患者は皆在宅を望むわけではないし、（家族に迷惑が掛る、病院の方が皆親切といった理由）家族がやたらと入院を望んでいるわけでもない。（最近特に金銭の問題が係わっていることが多い） そして、医療者も手段をどうするかのマネジメント能力を欠いている（能力があってもPt主導に余りに偏っていることが多いし、あるいは無能力者のこともある）。 急性期病院ばかりが疲へいしているわけではない。 特に都会は、患者も家族もまずお礼の言葉を耳にしない。お手伝いか御用聞き程度の金払っているんだから状態のことがきわめて多い。仙台は良い所でしょうね。</p>
<p>役割については十分理解しているが、実際、“看取りまであと数日？”の段階で遠方の子供（特に娘の場合が多い）が“なぜこんな状態で家においておくの”と今までの嫁の苦勞、私共の行為をすべて否定される場合が少なくない。 看家家族とはうまくいっても最後にじゃまがはいり、病院へ送る場合が少なくない。</p>
<p>独居の高齢者を持つ家族自身が、もっと、家族自体が care できないのであれば、より多くの面で、訪問診療、訪問看護、介護を理解するべきである。</p>
<p>急性期HPは、外来診療キノウを一部専門外来を除いて縮小すべきではないか。勤務医の負担が大きすぎる。地域開業医が外来キノウを任うべきで特に多数の疾患を総合的にみなければならぬ高齢者などは急性期HPでみるべきではない。 在支診は“かかりつけ医”としての往診のみならず今後“かかりつけ医”をバックアップするキノウを求められるのではないかと思われる。実際、開業医も高令で往診が難しくなってくると、在支診に紹介するようになってきた。 一方、具合が悪くなるとすぐに病院へ送ってしまう在支診もあり、却って急性期HPの負担は増えているのではないか。 できるだけ在宅で治療した方が高収益になるようなインセンティブが働けない。このあたり風向きが変わることが期待できるのではないか。</p>
<p>私独りなので、出来る事をジミチにやって行きたい。</p>
<p>家族と病院の間を十分な理解のもとに協力できると思われる</p>
<p>図①～⑧はすべて在宅の一面をあらわしている。 しかし、当クリニックのがん末期患者は平均10日ほどで亡なっている。 まだ、紹介のタイミングが遅いと思われる。 また、ショートステイなどで亡くなる方もふえているが、施設により、対応に差がある。 ■では、上の2点を改善すべきと考えている</p>

在宅がベ、要のかりなりので、
この点を定める。----- 7-11 甘ボト 必要 (主に感)

医師 (2人制 = 至 20名程度)
(但し両者に同等に点数)
とすること

訪問診療の節約のため

① 平木等 (金標) の借り上げ
に、在宅患者を確保し、
訪問診療をすること。----- 1件 (30分以内) 短縮で好
携行の場を
提供すること。 ----- 在宅診療の範囲を拡大すること!!

② 地区別に担当区を定める。(訪問診療の範囲)
(半径 10km以内)

1) 購入できない後援施設の確保。

2) 地域単位で購入すること。(材料費の節約)

医師会等と物品の購入単位の話し合いを
し、医師 (訪問) に提供すること。
(材料費に無駄が多い)

施設で使用している器具 → 在宅で使用可能な器具を
統一化すること。

在宅の投薬 (服用) の方法はできるだけ
Simple にすること。

③ 医師 訪問診療の導入を急務とする。薬の
もれに実行すること。(高単数を242)
④ 義務化することの急務
必要!!

急性期病院の疲弊の改善には、在宅医療が大きな割合を占めるとは思います。在宅に専任する医師が増加しないと難しいと思います。東京では在宅専門の診療所が増えていると聞きましたが、 では、外来診療も行ないながら昼休み、診察後、休日などの時間外を利用している医師が多く、チーム医療体制も不十分です。1人1人の医師の責任と時間外労働が増えるだけでは、病院の疲弊と変わらないと思います。

- 1) 年齢制限をしないこと
- 2) 重症度判定を意識障害に重点を置かないこと

概念には賛成

→ 外来中心のクリニックが積極的に在宅を引き受けられない理由は右頁下です

急性期病院のシステムは、大規模な医療チームです。

事務、看護師、検査技師、コメディカル、薬剤師、管理栄養士、清掃のかたまで全ての病院勤務をする人たちの中で働くチームの一員としてのドクターという一面があり、患者さんの持つ、専門の医療知識を持った

<p>偉い人というイメージとはかけ離れた部分があり、多忙を極めるのが現実です。そんな中、少しでも在宅医療で拝見できる患者さんを我々開業医が支援してゆこうというのが在宅支援診療所の持つ役割だと思います。</p> <p>しかしながら、実際に在宅で介護をしてみると、家族の戸惑いや経験不足から来る不安、いらだちは強く、継続してゆくのが難しいのも事実です。</p> <p>特に、人の死を見たことのない方が、自宅で愛する家族の死を直面し、何もできないもどかしさを経験するのは、筆舌しがたいものがあります。</p> <p>患者さんは病院の先生にしっかりと説明して頂いて、在宅診療は入院しているよりもご本人にとって幸せだよ、と言って頂くだけで安心するものだと思います。</p> <p>在宅への導入時には、病院の先生からの優しいお言葉と説明、同意が不可欠だと思います。</p>
<p>役割分担という点からも在宅の推進が望ましいと思います。</p> <p>在宅医療を行う医師を増員することも必要と思います。</p>
<p>在宅療養がうまくいくか否かは</p> <p>①家族の理解と家族への支援体制の充実 ②質の高い訪問看護 ③在宅医療をになう医師の心構え</p> <p>でほぼ決まると思っている。</p> <p>よって支援診療所の数、医師数、在宅訪問看護師数が増えてもうまくはいかないことが多くなり、かえって急性期病院に負担をかけてしまうことになるのではないかと心配している。</p> <p>質の高い在宅医療を提供するためにどうすれば良いのか、現在も勉強中である。</p>
<p>訪問診療の患者像は当院では</p> <p>①外来より高令虚弱で移行した ②病院から在宅へ移行した ③ケアマネから紹介された</p> <p>に大きく分けられます。ベーシックな在宅医療をローテクとすれば急性期病院から在宅へ移行するかたの中には重度（医療依存度）のハイテク医療の必要な方がいます。</p> <p>現在、近隣の開業医の2代目、3代目のDrは①には対応されていますが、②③は受け入れをしていないようです。誘って連携していきましょうと勧めていますが、24時間の対応に腰が引けているようです。</p> <p>将来開業を想定している病院医については、在宅での研修は有効のように思います。家庭医コースの研修を終えたDrだけでなく、主専門+サブ専門で開業を考え、サブとして家庭医研修をしてもらう、その場として在宅療養支援診療所を活用してもらうことには意義があると思います。</p> <p>スライドのように「壁のない病院のベット」「地域の中のベット」の考えに参同です。</p>
<p>誰に対しての「…役割」かが不明</p> <p>→病院医師に対してだとすると、十分理解されていると思われる</p> <p>→すすまない要因は、家族・患者さんの理解にあるような気がします。</p> <p>図⑧の矢印の意味は？→変化ないとの意味ととればよいのか？前年と比べての意味？</p> <p>→実際は1%前後しか変化していない</p>
<p>総数を総数で除して得られる数字に意味はないと考えます。（高令の医師も含まれます。）</p> <p>診療所も疲へいしています。診療所に役割を求めるのは無理があると思っています。</p>
<p>病院の勤務医は、「ほぼ完全に治ったら在宅へ」というイメージを持っているため、入院期間が長くなってしまふのだと思う。</p> <p>在宅医（私）の立場からすると、「方針だけ決めてくれれば、あとはこっちで」というイメージがあり、もう少し早くENTさせてくれればと感ずることも多い。</p> <p>勤務医へ説明しても理解してくれる頃には転勤とかで、確立しづらい</p>
<p>図①の在宅医療には、無限のベットがある。</p> <p>→在宅の場合は、患者家族の介護力により、充実度に差が出る。</p> <p>日中独居は、家族と同居していても、かなりの問題がある。独居と同じである。</p> <p>Bedコントロールの為の在宅のすすめは、やめていただきたい。</p>
<p>もっと、積極的に在宅を勧めなければいけないと思う。</p> <p>勤務医と家族への教育が必要。</p>
<p>継続は力なりと申しますが今やっていることを患者さん病院スタッフ（特に病棟看護師やMSWなど）を通じて少しずつ理解していただくしかないと思います</p>
<p>まさに“在宅医療は地域に入院ベッドを持つ”ことの具体的な表現ですばらしいと思います。</p> <p>私は■■■■で開業9年になります。開業時から細々と在宅医療をつづけています。なぜなら在宅医療は地域のかかりつけ医の必須事項と思っているからです。</p> <p>近くには出身病院である■■病院があり、在宅も一生懸命やっています。その負担を（こちら方面への往診をへらすという意味で）とは考えています。しかし、病状悪化時には入院を希望する御家族が多く、その意味で負担軽減にはなっていないようです。昨年春から医師2人体制になりましたが、■■■■からの通いであり、在宅は現状維持でした。（15軒前後）今春からは当地在住の医師をもう一人迎え入れますので、少し増やしたいと考えています。</p> <p>ちなみに外来患者数が1日100名前後あり、1人体制の時は正直“片手間在宅”でしたし、2人体制になってもなお余力十分とはいえませんでした。3人体制になればもう少しやれるかなとは思っています。</p>

我々のように片手間で在宅医療をすることがどのような意味を持つのか知りたいところです。専門の先生方の御活躍ぶりを見るにつけ“引け目”を感じてしまう気持ちもあります。
在宅療養支援診療所への診療支援も必要となる時代が来ることも予想されます。
今後の日本の医療の一つのかたちとして在宅医療の位置づけがある。 介護保険制度を現行のまま存続させることは不可能である。 根本から見直しが必要。 「在宅にもどす」との基本的なことが薄れつつある。
・在宅を活発に行う診療所がふえて欲しい。
このスライドの通りで、在宅医療を充実させれば病院の疲弊を改善できる。残念ながら在宅医療は現在充実していない
在宅で介護者がいる場合には、在宅で看取ることが1つの役割。 又、長期入院患者（安定しているもの）の引き受けも1つの役割
診療所であっても少なくとも電話対応は24時間対応すべきである。 当院では24h対応。患者の症状により在宅で往診対応、症状によりTELで確認後病院医師へ、Bed イライシ救急車で直接入院出来る様にしています。 1人ではかなり無理があるので同様の気持ちを持つ開業医と診・診連携もしています。
数字だけでは説明できない事情もあると思うが可能な限り在宅支援に協力しなければならないと思う
十分な、連携を計ることが必要と考える。退院后でも緊急時に再入院が可能、症状所見の相談ができること。 可能な限り、地元医師会員とも協力して、患者を受け入れる必要がある。当地区では、がんセンターと緩和ケア連携パス作りを進めている。
特に無い
家族や本人があくまで在宅の療養を希望するなら意向を最優先にできるかぎりの力をつくすことだと考えるが。 最善の治療を受けたいと思っている患者も少なからずいるので、在宅での療養に限界が生じた際に、後方支援を行ってくれる病院の確保が大切だと思う。（とくに緊急入院のためのベッドの確保）
看取りの人々をいたずらに急性期病院で延命しない様にする事が大切であるが、患者の病状によって短期入院するとまた自宅に戻れるのに介護者とともに頑張ってしまうお互い共倒れにならない様な日頃からのコミュニケーションが必要と思われる。
受け皿としての在宅医療は核家族化と老老介護により行き詰っている。独居患者を在宅で看取るケースが増えてきている。 在宅療養支援診療所の存在とその役目を知らない人が多すぎる。（特に病院勤務医でも）国レベルでの啓蒙が必要である。まずそこからスタートが必要。 衆知、認知されるところから始めるべきである。
在宅医療が充実すれば、「在宅というベッド」を増やすことができると思うが、診療所内での診療業務とのバランスなど、現実には24時間対応が困難な場合がある。 訪問看護ステーションの充実も急務と思われる。
急性期病院へ勤務される医師に対して、在宅療養支援診療所について大まかに印象づける効果はあると考えます。 ただし、在宅で診ることが出来る患者を我々が診察することと、急性期病院の疲弊を改善できることはどの位等価なのでしょう。
急性期病院の疲弊改善の為に在宅療養支援診療所が必要であり、医療財政的にも重要であることは分るが、そこに患者の希望、家族の視点がみつけにくい。住み慣れた所で療養し在宅死を迎えるのを希望される方が多いのは確かですが、やはり療養環境としての在宅の不安感、訪問看護、訪問診療も入院時と比べるとどうしても密度は薄くなってしまい、そのことでの不安と、その溝をうめる家族の負担が重い為、入院環境を希望される方が多いのも事実です。その溝を埋めるべく医療リストを希望した時にとれる体制が欲しいものです。 又、急性期病院のベッドが短期間に回転することは医療財政にも望ましいものですが、短期に重度の患者さんが入れ換えることは、急性期病院医師の疲弊を更に悪化させることにもなることを知っておく必要があります。
在宅療養はそれを受け入れる社会の仕組があって、成り立つものと思われる。 急性期を脱して受け入れた患者さんが再び増悪した時の受け入れがあり、生活介護と看護が十分にできるのであれば役立つと思われます。
在宅療養支援診療所の内容を充実させるとともに、その数をふやすべきである。 保険点数の算定の仕方がよくわからないので、診療に値する診療報酬の請求の仕方を教えてほしい。
急性期病院の医師やNsは在宅で（何が出来るか、どこまで出来るかを知らない。 こんな状態では家に帰るのはむづかしいですね、と病院スタッフ（Dr、Ns）の誰か1人でも家族に伝えてしまうと、家族はそうだよな～、とってしまうことになり →そうなるともう「在宅診療」という選択肢はなくなり、他院あるいは施設への転院という結着をさがすことになり 急性期病院が変わってくれなければ在宅の受け皿があっても、患者はこちらへは回ってこないのです
退院前の受け入れ体制を充実すれば受け入れ方は、スムーズに受け入れられると思われる。
重症患者、末期患者を在宅で見る場合、直接の介護者である家族の負担、不安が最も大きく、最終的に在宅

での看取りを断念する原因になることが多い。
在宅医療、在宅での看取りについて一般に向けての啓蒙活動が必要であり、そのことも在宅療養支援診療所の一つの役割ではないかと考えている

④⑤について

(1) %を高めたいのは了解できますが、④でAからBを引き算するのは無理があるような気がします。往診してみたらBの状態だったので、往診後に救急搬送するケースもあるわけですから、%の算出には $D \div A$ とすべきと思います。

(2) 統計上の往診件数の数字が自院の場合の印象と違っている点について：全体の往診件数588383件に対して、夜間の往診件数が226837件とあります。概算して、往診の日中：夜間比が3：2ということになりますが、当院の実績では日中（日祭日の日中を含む）：夜間比は3：1くらいです。夜間にコールがあっても行かないようにしているわけではなく、当地の患者・家族の方が夜間はコールしないようにしていってやるわけでもないと思います。日中の往診件数が少ない印象を受けるのは、（訪問診療で算定したほうが点数が高いため？）日中の往診を訪問診療で算定しているケースが少なくないからではないか、と考えます。つまり、Dの数字は本来もっと多いはずだと推測しています。

(3) タイトルは“急性期病院の疲弊を改善するため”ですので、在宅療養支援診療所の往診が、救急搬送を減らしている、ことに結びついて欲しいわけです。当院の往診は年間約100件ありますが、往診の後、当方が在宅療養継続可能だと評価しても緊急入院治療開始を希望するケースも少なからずあり、結局救急搬送にいたるケースは少なくありません（10数%）ので、往診後の帰結を加味したデータがあると良いのですが…。

⑥について

$30062 \text{ 人の在宅看取り} \times 60 \text{ 日} \div 365 \text{ 日} = 4942 \text{ 床分}$ の緩和ケア病棟の機能ということだと理解できましたが、少し計算がわかりづらいように感じました。看取り数だけで緩和ケア病棟と比べると、昨今の統計ではどのような評価になるのでしょうか？

古い統計しか調べられませんでした。2002年緩和ケア病棟の施設数117、総ベッド数2191床の時点で、年間死亡患者数11284人とありました（ホスピス緩和ケア白書2004より）ので、緩和ケア病棟では1床当たり年間5.15人の看取りがなされたことになり、 $30062 \div 5.15 = 5837$ 床の機能を持つと評価できます。最新のデータで計算しても、4942床分と比べて大きく見劣りすることがないなら、この評価法のほうがわかりやすいのではないかと考えました。

⑦⑧について 説得力のあるグラフですが、“なぜそうなったのか”という説明とその説明を支持するデータがあれば、次の手を考えられるのに、と感じます。

当院で在宅療養支援を行っている目的は、従来であれば、医療的な処置が必要で、なかなか自宅に退院する事ができない患者様でも、御家族を含めて、在宅療養を支援するために行っています。患者様と御家族の希望が大きな原動力となります。

人は入院していれば患者様ですが家に帰れば、父母・夫・妻など家庭に戻る事になります。これは本来の姿であると信じています。医療処置が必要な患者様が退院でき、病床ベットが空く事で結果として、急性期病院がその役割を果せる様に、疲弊を改善する事となれば好ましいと考えます。

本来あるべき姿→急性期病院は、入院加療が必要な急性期疾患を扱い、在宅医が在宅療養支援を行うという型に戻るべきなのかもしれません。

在宅での看取りに対する病院医、家族の理解がもう一つと感じます。「病院でないと最期を迎えられない…と思っていた」と言われる患者さん、ご家族が多い。家族が受け入れられる最大限の医療資源を十分に呈示してあげられるとよいと思います

※緊急入院の受け入れが一番の問題として私個人は思っています。

近所に大きな病院が少ないので…

当方としては目一杯の努力と極力の再入院病院を目指していますので「すぐに入院にたよらないこと」が疲弊回避と考えていますが疲弊するほど患者さんに対するサービスは元々ないと思います。

都会では核家族化がすすみ、若い人は共かせぎで退院してくる老人（父or母）を昼の間みることができない。経済的に余裕のある人は退院後、家ではなくグループホーム（介護つきケアホーム）に入所させるケースが増している。

即ち家庭ではベットはあるが介護に当る人がいない場合が増している。

グループホームや老人ホームの充実、とくに軽費（費用のかからないのが1番望ましい）老人ホームを充実させ、在宅療養できるようにするのが望ましいと思われる。

老人の1人住まい、後見人の問題も困難なことの1つである。

開業医の受け入れが少ないと思われる。

・在宅医療は家族の介護力を前提としている部分があるので、診療所ががんばっても実際には在宅医療の導入が困難な世帯も多くあります。

「在宅医療には無限のベットがある」という表現には異和感を覚えます。

・在宅医療には急変時の入院を引き受けていただく後方病院の存在が欠かせませんが、このことを十分理解していただけない病院（特に大病院）も多く、一旦退院したが最後、再入院を引き受けていただけないことも多くあります。

診療所も人員不足や夜間の対応などで疲弊しています。

診療所が病院の疲弊を改善する、というよりはお互いに支えあう、という視点が重要ではないかと考えます。

(まずは在宅医療の存在を認識していただくという意図なのかもしれませんが…)
居宅ベット、在宅ベットと言うのは患者からすると病院と同じ医療を受けられる印象を受けると考えます。実際には、在宅支援診療所では限界があることも周知するべきではないでしょうか。訪問看護・介護と連携しても図のように実行できるかは疑問です。診療所同士が、チームを組んで夜間は当番制で定期的にカンファレンスを実施するのが理想的と考えます。地域によっては行っている所もあるかと聞きますが、開業医はチームプレーが苦手になっている方が多いのも事実です。私は自治体の専門委員、校医、介護保険等にもかかわっており實際上24hour というのは不可能で長期間在宅で診ている患者さん2人のみを実施しているところです。歯科診療所では往診専門あるいは専任をおいてやっているとのことですが医科もこれが現実的ではないかと考えます (ただし、雇用した医師の給料が支払いできればですが)
急性期病院の負担が減る分、在宅支援診療所の医師の負担は確実に増えるでしょう。ほとんど医師一人での診療所と思われるので、現状のまま役割だけ分担させていくのは無理でしょう。中規ほの支援施設を作っていくべきでは？
看取りは仲々大変ですが、がんばってやって行きたい。突然亡くなられたときに法律上の問題(24時間以内の診察)がいつもひっかかります。これについてはたくさんの解釈がありますが公式の見解があれば安心です。先生によってはこのことを全く気にせずに死亡診断書を発行されているようですが。
急性期病院と在宅支援診療所との連携を密にできるように病院医師に知識をもってもらえればよいかと感じます。まだまだ形になっていないように思います。
家族が病院を過信しすぎる。病状の病態に関わらず、入院したら安心という気持が強い。在宅では恐い、という声もよく聞く。いや昔は…と話してもダメみたい。病院Bedを在宅へというのは理想と思うが、むづかしいのでは？
在宅療養支援診療所の意義、在宅価値を国民に周知してもらったうえで診療所の在宅対応機能をパワーアップする。そのなかで病院の担っている在宅対応機能を診療院にうつしてもらってはどうか。
患者及び患者の家族(特に病院志向の強い場合)や病院の医師も含め、地域で活動する在宅医(ケアマネの力量等を把握していないケースが多いのではないと思われる。我々在宅医もお互いを知り合える機会があれば参加したいと思っているが、多忙や機会の少なさも手伝ってなかなか情報を交換することができないのが現状である。したがって在宅医や往診医の情報を、もっと医師や患者に公開して行くことが、患者にとっても(特に在宅で終末を希望する患者や、長期のリハや、臥床の患者)、病院の医師にとっても現状を改善して行く結果に継って行くのではないかと考えます。それには当然のことながら、退院時に病院の医師と在宅医、患者本人とのコミュニケーションが必要となると思われるし、退院後の医療レベルも病院から求められるものを提供しなければならないと思っている。これらの医師や患者の希望に答えられる為、我々在宅医は緩和医療をはじめとして、様々な医学的知識や技術を習得しなければならず、基幹病院での勉強会を初めとして様々な勉強会に出て、知識等を研鑽する様心がけている。
病院と診療所の連携を充実させ地域医療を向上させることが肝要である。そのため、地域連携ネットワークを充実、普及させなければならないと考えます。
図①家族の受け入れにも限界があるので「無限のベット」は言い過ぎだと思います。 図④} スライドの意味していることが解らない。約〇. 〇%の算出で算定の意味が解らない。 図⑤ 図⑥病棟と在宅での患者の重症度が必ずしも同じではないので単純に4942床分の機能とは言えないのではないのでしょうか
①在宅医療には無限のベットはない。受け入れ条件があるため、財政的、マンパワーetc
現在、1人医師として在宅している。 携帯telの番号を在宅全員に告げている。 しかし、学会等にて上京している事もあり在宅支援診の点数とれない。(完全24時間ではないため) 病院と同じくらい診療所も疲弊している。
介護保険創設に際し増築時に療養型病床群増築しましたが全く使用していません。当院15床(療養型9床)では安定した人員確保不可能でした。 同時に認可受けた他施設も同様の規則のものは全て中止しています。 猫の目の様になる医療・介護・福祉・行政に高い授業料を未だ分割で支払っている現状です。
御主旨については、全く賛成。しかしながら、制度としては、在宅支援診療所が充分機能しているとは思えない。 国民の“気分”としても、よりコンビニな要望が多く、平日受診できず、休日・夜間は救急センターへ、という色合いが強いように思える。現在の制度で、在宅支援診療所も行ない、休日・夜間診療所又はセンターに出務し、24時間かかりつけ医として電話の対応を…それは無理です、と言いたい。
全国統計とるところなのであろうが、たぶん地域差、医療機関差が大きいのだろう。 その意味でmこのスライドで示されるデータには、当地の現実とのギャップを感じる 正直「そのとおり」と言える実感は全くない。
在宅医が目一杯働けば急性期病院の疲弊を防ぐことができるということは十分わかりやすく感じますが、病院勤務医の年齢層と、在宅医の年齢層は違うので「働き」としては同等に評価してよいものか疑問があります。

<p>夜間はできるだけさけ朝までまってもらえるようにしてほしい。ちょっと診ただけで十分な状態では送って来てほしくない。(以前急性期にいた時の気持ち)</p> <p>夜間みてもらえるのに文句はいわない。以前勤めていた病院でねたきり老人を紹介状もなくいきなりつれてきた</p> <p>自分たちの医師は夜間おこすともうしわけないのでとりあえずつれてきたと言った。病院につれていくかいかないのは自分たちで判断するのではなく担当の医師が判断することだろうと文句を言ったら投書をされた。</p> <p>病院の医師は夜間(この時は4時)に起こしてももうしわけないとは思っていない</p>
<p>図①-⑧のいずれもが急性期病院の業務過剰状態を示しています。それぞれの図が訴えている事柄は理解しております。</p>
<p>すぐに再入院するようでは勤務医はかえって事務手続き等で忙がしくなってしまう。</p> <p>見聞りの覚悟をいかに、スマートに家族に受け入れてもらえるかが自分の仕事だと思っています。</p> <p>あとは、急な受け入れや病院のDRの説明不足などもなんでもOKとし受け入れてあげると勤務医は楽かなと思っています</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 独居老人が多数を占めそもそも在宅療養が不可能。孤独死や直葬といった事態が増えてきている。 ・ 家族がいる世帯でも、老人を介護するマンパワーがない。 ・ 在宅の推進は現実的とは言えない。
<p>高令社会が進む中で、病院から在宅診療への流れをシステム化することは重要である。</p> <p>重要なことは、開業医の多くが在宅療養支援診療所の届出をすること。外来診療をして、更に多くの訪問診療を引受けるとなると、1人の医師の対応には限度がある。1医療機関あたり10名~20名が適当と考える。</p> <p>在宅医療を引受けるベースとしては、一定以上の機能を有する訪問看護ステーションがあること。(訪問看護師10人以上、入院時と同程度の看護、訪問点滴等が可能)</p> <p>及び、介護、看病する家族の存在が必要である。</p> <p>若い体力のある開業医は当然ですが、60才以下の熟年医師は全て引受けてほしい。</p> <p>私自身は70才を過ぎていますので、現在の訪問診療が限度です。</p>
<p>在宅に移行する場合独居の人の場合どうするのが問題高令独居老人に対して子供親類が近くにいない。いても介護は出来ない場合施設へ入所のパターンが多いが、1人でも医師、看護師、介護士が自宅で診れる環境システムが出来れば良いと思うが。</p> <p>当地域でも終末時に居る所がない為、入院されてくれる病院を確保する為に病院に通院されている老人もおられる。</p> <p>自分1人でも自宅で看取ってもらえるというシステムモデルがないと終末は自宅以外を希望される人が多いので難しいと思う。同居人がいる場合なおさら家人が自宅で終末を向える姿をみたくないのではと思われる</p> <p>在宅はもっと困難と思う。</p> <p>急性期病院→ケアマネージャー→診療所の流れでケアマネージャーが家人、本人によく説明して在宅で看れると理解を本人、家人にしてもら事と在宅急変時に引き受けてくれる所の確保がしっかり出来ないと在宅は増えないと思う。</p> <p>家人が看なくても訪問スタッフに全て任せれば良いというシステム及び自己負担額の妥当な割合がないと在宅は増えない。</p> <p>療養型病棟等本来なら3ヶ月で退院となる患者が家人の都合で一生入ったきりのパターンも多く、患者1人だけでも生活していける室、家etc何かないと駄目だと思う。</p>
<p>在宅療養支援診療所も疲弊しています。</p>
<p>私共は24時間看護師が訪問看ゴするがみなし訪問看ゴステーションの為紹介在宅は程んどなし強制的に退院させられ、家族が独自に住診案を打ち出して来る</p>
<p>医師が1人ですが在宅の人にはけい帯電話を教え、いつでもでれるようにしている</p>
<p>数の問題では全く関心がわかない。</p> <p>数は学者や公務員が興味をもつことであって総数表示では、臨床医は興味を示さない。</p> <p>支援診療所でも週に2回以上往診が必要な人を受け入れて、病院の助けになる</p> <p>保険では2Wに1回しか訪問診察料を算定させないのが現状でそれを1回でも超えると不必要と切ってくる</p> <p>このような患者は入院が必要なわけがなく外来でも診察せず投薬のみで帰宅するレベルのはずが足腰が弱いなどの理由で診察している人たちを診察している</p> <p>これが現状であり病診連けいなどはほど遠い状態</p> <p>今のコストであれば完全に治癒して薬だけ定期処方すればよい人以外は、支援診療所としては対応できない</p> <p>しかし実際はそうもいかないの週2回診察に行って4回のうち1回のみをレセプト請求している</p>
<p>病院の病床以外、在宅での病床を活用すれば、急性期病院の負担をへらせるという考えで、在宅療養支援診療所の役割が重要と考えられている。しかし診療所の多くは無床で、往診にしも多くの機械をふくんだ設備をもたない。</p> <p>実際吸引設備なども十分なものではなく、癌末期や難病末期の患者で、家族も看取りに充分理解をしている場合をのぞき、急変した場合には急性期病院をたよる場合が多々存在すると考えられる。通常の在宅で病院なみの設備を充実させるのは現実的ではない。一つの案として、有床診療所を中核にして、複数の在宅療養</p>

<p>支援診療所が在宅医療のサポート体制として共同運営するというのはどうだろうか。もちろん医療保険のサポートも必須である。</p> <p>長年、急性期医療にたずさわった医師として一言。</p> <p>在宅支援診療所の医師の多くは若い頃、睡眠不足で働いた経験をもっていると考えられる。在宅療養支援診療所の医師も疲弊させてはならないと思います。</p>
<p>急性期病院は出来るだけ早く退院の方向に検討するように。公立病院は別として私立の急性期病院は療養型やリハビリ病院又は老健や特養も併設している所あり。そのような病院では紹介しても結局家族の意志の元で急性期病院の他の施設に永久に入所してしまうケースが多々あり。急性期病院のソーシャルワーカーも在宅の長所、短所を家族に十分説明し、在宅の移行をスムーズに行なえるようにしてほしい。</p>
<p>かなり病院を支えているというデータなのに、それが周りに周知されていないと思う。</p>
<p>図②この患者を病院へはもどせない→病院疲弊 という説明が理解できません。</p> <p>重症患者を病院へもどせないと疲弊するのは診療所ではないでしょうか。</p> <p>あるいは病院へもどせない、のではなく自宅へもどせないの誤植でしょうか。</p> <p>在宅死を推進しようという診療所は、あると思います。それよりも在宅死を受け入れるだけの余裕のある家庭が、どれだけあるでしょうか。ほとんどの家庭では、金銭面、人的な面で不可能ではないでしょうか。</p> <p>昼間、家をあげられないと、仕事にも支障が出ます。それでは生計が成り立たないという家庭がほとんどでしょう。</p>
<p>介護病棟を減らし、在宅医療を充実させる。</p>
<p>上記目的に達するための1つの方法として評価できるが、次に挙げる点で問題があると思われる</p> <p>①病院≠在宅医療</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ソフト、ハード面で全く異なる 患者家族支援の必要度 医療機器 マンパワー ・患者本人、家族の求めるものが個々で異なる いわゆる病院（大病院信者）なくなる場所は病院で} 一定の割合で存在する。 <p>◎あくまで医療側の都合の話であって、Pt側でのメリット、デメリットで論じられていない。</p>
<p>在宅医療を推進するには地方では、介護力不足（老々介護、一人暮らし等で）があり困難である。また本人、家族の在宅での生活に不安が大きく、入院治療を望むことがほとんど。</p> <p>もっともとりくみやすいのは施設での見取りと考えられる。</p> <p>見取りをすることによって急性期病院への終末期の救急搬送は減少すると思われる。一般の方の見取りに対する理解が必要。</p>
<p>急性期病院にてある程度おちついたPtは在宅がベストと思われる。</p> <p>支援診療所との連対が必要と思われる。</p> <p>支援診療所としては在宅時の急変時、急性疾患である場合は、緊急入院を、していただけると幸い。</p> <p>又、治療不可の場合在宅看取りできる支援診療所にもどすことが大切。</p> <p>その時のムンテラが急性期Hpと支援診療所の医師が協力するべきだがこの辺が難しい。</p>
<p>本来は、患者さんと家族が望めば在宅で治療すべきだと思います。</p> <p>現実には、急性期病院の疲弊を改善するためにも在宅療養は必要だと思うが、それは支援診療所だけではなく、一般の診療所とも力を合わせてやらなければならないと思います。</p> <p>国にお金があればいずれ診療所も疲弊し、医療サービスすべてが低下すると思います。</p>
<p>在宅療養支援診療所といっても、すべて指定を受けている医療機関が、きっちりと行っているわけでもないので、まず、指定されている診療所が中途半端に行っているところは指定をかえすことが始まりだと思います。</p>
<p>在宅療養支援診療所がもう少し努力し患者さんを受け入れる</p>
<p>急性期病院の疲弊を改善するための在宅医療という思いがないので答えが見当たりません。</p>
<p>病院勤務医が、在宅支援診療所を理解していない。</p> <p>在宅支援診療所の支援機能について全く理解していない為、病院医師に対して、何が出来るかを説明中です。</p> <p>在宅に戻ることが困難だが、急性期病院に入るほどでもない場合の中間となる、有床診療所がどんどん減ってきている。</p> <p>看護師の配置は、急性期か、在宅かというだけでなく、厚みが出るように配置できるとよいと思う。</p> <p>患者の自己負担を考えると地域医療、連携退院時共同指導料は算定しにくい。</p> <p>病院でカンファレンスに参加しても、算定していないのが現状。</p>
<p>急性期病院の疲弊を改善するために在宅療養を行っているつもりではありません。</p> <p>急性期病院の問題はもっと大きなとりくみが必要で医療全体の再構築を含めた議論が必要と考えます。在宅療養支援診療所には急性期病院の代替機能はないと考えます。</p>
<p>訪問医は、可能な限り、急性増悪時訪問し、病院救急担当医と話し合いをして連携する。</p> <p>救急医は「専門医がない」「ベットがない」などで断わらない。救急医は急性期疾患に対してオールラウンドでは？</p>
<p>特になし</p>
<p>逆に勉強になりました。</p>

悪性腫瘍の terminal の患者は、ほとんど、現状では病院で亡くなっているものと思われます。在宅療養支援診療所が、そのような患者を適切な麻薬処方しながら最期まで診とることが期待されていると思う。

- ①複数医師による中～大型在支診の発展を前提とする場合、図①～⑥の役割は妥当かつ拡充可能と思われます。その際の懸念事項として、
- 1) 一人医師開業医の在支診の撤退
 - 2) 在宅の専門分化
 - 3) 退院前共同指導等による時間増（病院側も）
- ②図⑦、⑧に関して、在支診の登場、拡大により確かに在宅死率は増加に転じているが、「最期まで」？「最期だけ」？になっていないか。「家庭」、「施設」別の統計数の推移も気になります。
- ③現在の看取りを基本とした診療報酬体系のみでなく、長期に在宅で支えていく枠組みが必要と考えます。特に療養病棟の縮小、廃止を迎える中で、長期に支える在支診の役割の拡大は重要と思います。連携により、24時間のしぼりの可否も再検討が必要かと思えます。
- ④急性期病院の疲への原因の分析も冷静に。確かに肩代りも必要だが、在宅でも診られる（診るべき）患者を入院で診ているから、救外で診ているから、疲れる、だけではないと思います。

内容はすばらしいと思うが見づらい。

できることはしますが、こちら疲労が蓄積してます。診療連携を組むのもなかなか大変です。核家族化していて家族による介も困難な家庭も多くなっています。在宅も崩壊しつつあると思うけど…。

患者家族に支援診療所についての知識が不足している。

患者家族の病院志向が根強い。

支援診療所が何故必要なのか患者家族に教育していきたい

在宅医療がなかなか進んでいません。その一番大きな原因は2つあります。

1つは家庭・家族の介護力が乏しい又は弱いことです。

2つめは「在宅医療は入院よりも高くつくのでは？」という情報周知不徹底です。

家庭・家族の介護力の不足は大変深刻で、これは私がひとり悩んでみてもどうしようもありません。

在宅医療でも、本人1割の場合、たとえ重症で1ヵ月30～40回訪問診療や往診しても在宅医療にかかる本人負担は薬代・介護保険を除くと月額12000円（しかかからぬ）ということをやと地域住民がご存じない、という事実があります。

しかし、「私の医院なら1月12000円ですよ！！」と宣伝するわけにもいきません。

病診連携も実際のところ、殆ど進んでいないのが実情です。（ の田舎町では）

在宅療養支援診療所として診療を続けているもののその対象者は少ない。

在宅看取りをあまり希望されない。人口減少地域では老老介護若人は別居か都市部にて生活。在宅での療養困難なケースがあり施設での看取りを希望される方が多く居て、目的を果せているかどうかは不明。

介護施設等にての生活療養も、介助、看護に手数料のかかる方たちの入所等選択されることが多々あり、如何なものかと思えます。

在宅医療が在宅介護になって行く感じがあります。

急性期病院の疲弊を改善するために在宅療養支援診療所が「病棟ベッド」となることは賛同できると思います。

しかし、そのためには「24時間」在宅患者を診療できる態勢が不可欠です。個人開業医が一人でできることではないので地域で協力して数名の医師で在宅患者を診療するようにしないと在宅療養支援診療所も疲弊します。在宅患者の家族も同様であり、ショートステイなどを充実させ、家族も疲弊しないことが重要と思われます。

「病院の疲弊を改善するための…」という点からアピールするのであれば、わかりやすいスライドだと思えます。

本来は、「地域の中で、心理・家族・社会面からも濃厚にアプローチする」、という在宅医療ならではのアプローチが根底にあり、その力を発揮していくことで最終的に急性期病院の負担を軽減できる、のだと考えています。

在宅死の中に突然死（自殺含む）は含まれているのでしょうか？

含まれているとすると、それを抜いた数字を知りたいです。

理想は在宅で看取る事として現在活動しています。

しかし、一番の問題は在宅での介護力だと思えます。

在宅で看取る場合どうしても我々以外に家族の協力が不可欠です。

将来的には、家族が疲労しないで家族の代わりに出来る、もしくは独居の方でも安心して自宅でなくなる、しくみをつくれればもっと自宅で看取る事は可能だと思えます。

核家族化が進む都市圏では、皆が望み在宅医療へ移行していないケースが多い。

急性期病院から、半ば強制退院し、療養型病床や老健施設への入院、入所待機の間、やむなく在宅にて療養する患者が圧倒的である。

そうして開始された在宅医療に対し、多くの患者や介護者は、不安を抱え、在宅医師に多くの疑問を投げかけている。

<p>私達、在宅医療担当者は、少しでも患者、家族の不安をとり除き、家で安心して療養生活が行えるよう、日々、努力をしている訳である。</p> <p>患者、家族の不安の一番は、急変時の対処である。</p> <p>在宅療養支援診療所の大切な役割は、24時間電話が繋がる事、いつでも医師と話が出来る事にあると考える。</p>
<p>すでに当院は在宅患者35人、内、人工呼吸器2人、気切6人、HOT7人、PEU13人をかかえており病院勤務医よりもハードな生活を送っています</p>
<p>軽症患者を急性期病院より在宅に入れればよい。しかし、在宅医療も十分働かなくてはならない。365日24時間対応できるシステムが大切なのだと思う。</p>
<p>とくに意見はない</p>
<p>役割分担の明確化を行ない、病院、老健、開業医業ムを、行なう。</p> <p>地域ではそれぞれ医療資源が異なるので、各自治体にあった連携をしやすい様政府からの条件付援助をなくすべきと考える。</p>
<p>医師一人で管理運営している為、Capacityに限界がある。当院の外来患者さんから在宅へと切り換えになる方が多いこと、地縁から在宅を開始する患者さんも多いことから、急性期病院からの紹介は、申しわけないがお断りすることが多い。過去に、不十分なサポートのまま、往診医として紹介を受け困ったこともあり、急性期病院の体制にも改善の必要はある。</p> <p>(例えば、難病、特定疾患の申請がされていない、独居でとても在宅医療を導入できるとは思えないケースなど)</p> <p>地域により事情は異なると思いますが慢性期病院あるいは病院に準じる施設を増やす方が現実的ではないかと思われる現状です。</p>
<p>スムーズな退院を手伝う事。</p> <p>逆紹介のシステムも勤ム医によく教育していただく。</p>
<p>出来るだけ協力したいが、一人医療法人では、こちらマンパワーに限界があり、時に学会出張etcで遠出をする際の、看取りが出来ないことがあり、個人的なコネにて、代診をたのんでいるのが実状であり、在宅医療にはベットは無限にあるが、限られた人数しか対応出来ない。</p> <p>看取の代診医の確保は日勤の代行医より確保が難しい。</p>
<p>家族と本人が病院を希望することが多く、なかなか理論どおりの紹介がないのが現状です。診療所での外来患者も多いため、すぐに往診に間に合わないのも現状です。在宅医療はかかりつけの患者が悪くなった場合、人間関係が保たれているので、スムーズにいけますが、かかりつけでない場合は困難を伴います。</p>
<p>病院と連携して訪問治療をすすめる以外にないと思う</p>
<p>スライドの通り在宅療養支援診療所の課せられた役割は大きいと思う。</p> <p>しかし実際には一度退院してしまうと入院をしにくい。又認知症があると受け入れ先が限られてしまう等不安は多い。ただ患者さんが病院から退院され、今までの生活環境に戻った時、入院中よりずっと元気になる様子を見ると在宅で、との思いはあります。</p> <p>家族の方は仕事で留守、家も狭く介護ベットも入らない等その方々に個別に事情が違うので、一概には言えない。</p>
<p>かかりつけ医は往診をする医師であることをもっと徹底して広報すべきと思う。</p> <p>往診をできない開業医は、在宅療養支援診療所と連携して情報を共有しておく必要がある。</p> <p>現在医師会として連携往診医を広く求めている所である。</p>
<p>・急性期病院と診療所のネットワーク構築</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 電子カルテの統一 2. 診療所をグループ化し小規模ネットワークの構築し情報の共有 3. 急性期病院の夜間診療を重症度に応じ診察料をかえる 軽症 高額 重症 少額 へ 4. 各クリニックは24h電話対応へ。
<p>近くの病院の運営が安定しない。</p> <p>十分な受け入れ先の確保が困難である。</p> <p>地方にも十分な医師の確保が必要である。</p>
<p>病院にいるときと同じ安心感をもってもらう。</p>
<p>重症在宅患者を受け入れるには診療所にも2人以上のDoctorが必要となる。</p> <p>医師1人では人数、内容には限度がある。</p>
<p>⑥⑦⑧納得します。</p> <p>④⑤ 搬送と往診を比較するのは…どっちを選んだかという話ではないでしょう。</p> <p>①②③病院のBedが足りないのでは在宅を強化しようという考えは賛成できません。厚労省や財ム省のいいなりでは？</p> <p>基本的に在宅医療が進まない理由の最大の所は、核家族化、独居化による家族の機能低下だと思えます。その辺に改善を見なければいくら医療側ががんばっても、在宅医療の押しつけになるでしょう。</p>
<p>この流れに加速をつける必要がある。</p> <p>支援診療所の医師数をふやすことより、支援診療所自体がふえることが望ましいと思う。</p>
<p>高齢者を中心にインテンシブな治療を必要としない入院患者は在宅療養に移行していくことで急性期病院</p>

<p>の手助けができると考えます。</p> <p>在宅療養支援診療所は</p> <p>①急性期病院の疲へいを改善する目的に存在する訳ではないと思う。 あくまで、患者さん家族が望む医療の1つとして存在すると考えている。</p> <p>②在宅療養支援診療所が診る在宅患者さんは急性期医療を必要としない患者を診ている。 しかし、多くの急性期病院でも、とりわけ中小病院では不必要な入院が存在することは確かである。</p> <p>③とりわけ、100床程の中小病院が全国のベット全体の半分近くを占めていることが、急性期医療～在宅への機能分担をそがいている。</p> <p>④中小病院特に療養型病院は在宅医療より質の低いところも多くこの問題を解決しなければ本当の意味での医療連携は実現できない。</p>
<p>①在宅医療の充実性</p> <p>(欠点) …1人当たり(医師)での見れる患者数に限界医療器具等の在宅での限界。 ※家族等の否協力。(重症患者で24h見る人がいない) →ヘルパー等の充実(24h体制) →ある程度慢性期になっても家族の不安。 見る人が常時いないため、病院、有床診にとどまる患者が多い。(PEG、IVH、気切患者等) →法制度の改善</p> <p>②急性期病院と在宅療養支援診療所の連携の充実。</p> <p>③病院ベッド→在宅でのベッドへについて。 A在宅医療の医師、施設(診療所)の増加へ B家族の協力(社会的入院患者の移行の充実) C医療器具等で在宅でやれる範囲を広げる法制度の改善 Dインフォームドコンセントの充実(在宅での限界)</p> <p>※在宅療養支援診療所の必要性は大きいと思います。ただ1人での医師での24h対応も限界があり、診療所の先生も疲弊している状態が続いていると思われまます。→ 中間的な施設の充実。診療連携の必要性、法制度の改善、在宅医療器具の充実、家族の協力、介護での24h体制の充実等により、病院のベッド→在宅ベッドでの増加により、患者本人が安心な自宅療養できる生活を期待します。(ネットワーク作りの早急な統制度作り)</p>
<p>1人医師の場合全く都合のつかぬ時など交代とまで行かなくてもよいが、緊急の対応など外線の全く連がない医師や診療所が増えてしまった。 以前あった診療所間の連携、当番制が復活して都合のつかぬ時の補いがあると有り難いです。(点数化された保障も大切) 一般市民の中には専門医が救急当番に当ること自体を問題にする人やたまたま外出して不在であった際に連絡がつかなかったと怒る方も見えます。 救急に対してどの程度の事を要求するのかふり分け業務を増やし、病院も空室を持って、業務することが望ましい。 一般病院では外来の方に力点がおかれ、外来をやるならば時間外も受けるのが当然である。病院に通院しながら時間外のみ利用では診療所側が困るのではないのでしょうか?</p>
<p>無床の開業医と急性期病院の病床を共有すると病院の疲弊を改善できるのではないか。</p> <p>急性期病院がその役割を効率良く、又、疲弊する事無く、全うするには、在宅療養支援診療所の存在を認知し、その仕組みを良く理解し積極的に利用、協力する事が大切です。 在宅療養支援診療所(以下「診療所」として)としっかり連携をとる事で、急性期に入院したPt.の退院先(受け皿)を確保出来、又、パンクしがちな外来のPt.を診療所に逆紹介するまで、結果的には救急外来数を減らす事が出来ます。その為には、診療所で何が出来るか理解する事が大切であり、日常的にコミュニケーションをとる場をもつ事も大切、そして、後方支援病院として、レスパイト入院にも理解を示す事が必要です。</p>
<p>在宅医療の推進は医療提供側の都合によるものが大きく、独居世帯の増加に対応できるとは思えない。介護者がいない場合の在宅療養をどう推進していくかが課題であろう</p>
<p>個々の診療所で24h対応続けていると無理がかかるので有志数名集まって基本主治医は固定するが患者の情報を共有するシステムが理想的である。</p> <p>安心して、病院と同じ様な医療提供を行う。</p>
<p>①～⑧にあるように在宅療養支援診療所は一定の役割を果していると思われまます。 数値や結果に反映されない部分もあるのではないのでしょうか。当院は1年間での看取り数は2人ですがうち1人は約1年に渡って最低週1回訪問診療をしました。これにより救急搬送もなく、自宅で安心して最期まで看取ることができたと思っています。</p> <p>急性期病院は主に紹介を受ける医療機関であってほしい。落ち着いた状態の方は、かかりつけ医に戻してほしい。又は併診 また、在宅で出来る可能性についての理解に乏しい先生も多い。末期は特に在宅で看取りたいと考えている人も多い。 最近ここ■に、介ゴも大きく関わっており、デイなどの継続を強くひっぱる事業所もあるようです。</p>
<p>私たちのようなへき地の診療所は有床で運営することにより入院の必要な在宅、施設入所者を自前でケアすることができています。</p>

<p>また急性期の治療をおえた方で在宅復帰にワンクッションおきたい方へのケアも提供しております。</p> <p>そのような主旨で考えた事はありません。</p> <p>当院は基本的に急性期外科診療所であり、在宅医療は当院への通院が不可能になった患者にのみ実施しています。</p> <p>従って当院の場合は在宅医療はむしろ負担増となっています。</p>
<p>分かりづらい</p> <p>自宅で療養できることへの心理的なメリットははかり知れないと思いますので「病気の治療は病院へ入院して」という先入観を払拭できるよう、一般の人に啓蒙していく必要があると思います。</p> <p>やはり役割分担がもう少し進めば良くなるのではと思います。まずは急性期病院の外来と少し落ち着いている方は一般診療所にまかせ、急性期医療のみに集中すると、救急医療がうまくまわるとし、勤務医が疲弊していると言われていた自分も救急病院ばかりやっていましたが、田舎の町医者も24時間、365日呼ばれればなしで大変です。むしろ町医者の方が代理がない為精神的負担は大きいのでは？と考えます。当院は町民3000人に町医者一人という環境でやっていますが、いろいろな医療以外の家族の生活、教育の面では田舎の開業医はもう少し考えてほしいものです。</p>
<p>まず家族の協力が得られない場合は困難と思います。</p> <p>在宅療養支援診療所での在宅医療と急性期病院の疲弊とはあまり関係がないと思います。</p> <p>あくまでも急性期病院で慢性期あるいは末期になった患者さんの受け皿の1つでしかないと思います。</p>
<p>まず地方の人工減少、等の疲弊を改善することが先であると思います。東京一局集中を是正し、人が地方で住みつき、親を介護し、生活する生活を根づかせることが大事だと思います。</p> <p>地方の医療の疲弊を急性期病院から、在宅療養支援診療所へ移行するのでは、根本的解決になっていないと思います。</p>
<p>急性期病院の医師が在宅医療について十分患者及び家族に説明する。</p> <p>在宅では急性期病院なみの対応は出来ない。</p> <p>現在の医療制度のもとではいつまでも急性期に入院出来ないことを十分患者及び家族に説明する。</p>
<p>適切な急性悪化の見極め</p> <p>家族へのケア</p> <p>24時間いやな顔をせず対応</p>
<p>慢性期～終末期の患者を在宅療養に移行させて、病院の負担を減らす事につきますと思います。設問に対する答は他にあるのでしょうか？</p>
<p>癌患者のターミナルケアをもっと早期に在宅に移行する事で、癌患者の入院期間を短縮できる。</p> <p>人工呼吸器、胃瘻、等、カテーテル管理の必要な患者も在宅療養は可能です。もっと早期に退院が可能。</p> <p>癌、難病、等の看取りも在宅や施設でも可能なケースがある。病院での看取りを減少させる事は可能。</p>
<p>在宅療養支援診療所の届出はしていますが実際に該当患者はなし。</p> <p>あまり積極的に述べる意見をもちあわせていません</p>
<p>居宅で診療することで入院日数が軽減され国単位での医療費削減を行う</p>
<p>今や勤務医の疲弊がクローズアップされているが、在宅での死亡を増やすには勤務医以上の疲弊を生ずることになるだろう</p>
<p>自分の診療所で可能な医療、連ケイして診々、病診で出来ることを相互に理解するよう、情報を共有する努力をすること。</p> <p>☆病院、主治医によりさまざまです。かなり差があります。</p> <p>開業医が手をあげて在宅を24時間みますよと言う必要があります。</p> <p>がん末期の在宅介護データベースは■■■■は9人ではじまり、ここ半年で29人になりました。</p>
<p>病状が安定し急性期から慢性期へ移行する時、なかなか受け入れがないので、在宅がその大きな受け皿になればよい。</p> <p>しかし、重症者を受け入れるには、急性期病棟医師が家族にしっかりと緊急時の対応の仕方、医療技術の指導などを行う必要があります。</p> <p>家族に在宅で介護するという決意と安心感を与えれば在宅医療は増加すると考えます。その結果病棟の疲弊も改善すると思われます。</p>
<p>在宅を希望する家族への支援</p>
<p>急性期病棟を十分に活用するためには、どうしても在宅療養支援診療所が必要であるが、安定していなければ夜間往診が増すのみで、今度は在宅療養支援診療所が疲弊してしまう。</p>
<p>在宅支援診療所も地域との診々連携でチーム化しないと1人で24時間の対応であるといずれ疲弊してしまうと思われる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人医院で医師1人と、往診クリニックでは、同じベッドとして数えられない。 ・1人往診でも、後方ベッドが最も重要。 ・物品に関しては、やはり全て1人ずつから使える様にしないと、在庫をかかえることになってしまう。 ・後方ベッドのキ材を使える様にしてほしい。 ・以上、個人医院の雑ムを減らし、上記機能を向上させることが急性期病院にとってのメリットとなると思う。
<p>「在宅」を「病院ベッド」と全く同等と考えることは、良くありません。病院と違い常に迅速な医療が受けられません。確かに在宅医が24時間365日対応はしておりますが、広範囲の地域を移動しており、一人の医師での診療所においては、限界もあります。</p>

<p>患者（家族）さんの電話などによる対応は十分に行なうことができますし、しなければいけないことであるし、実際、深夜でも必ず行っております。病状によっては、緊急往診をする前に救急車を呼んだ方が良いケースも多々あります。そういう場合の相談にのってあげるとい仕事も在宅訪問医の重要な働きと考えております。</p>
<p>私としてはとくに意見はありませんが 逆に在宅支援診療所を疲弊させないという視点も考えていただきたいと思います。 私の周辺では気軽に往診してくれる医師が減っています。 私も年令的に今62才ですがあと10年くらいするとむつかしくなりそうです。若い世代につなげられるかどうか心配です。</p>
<p>当院は「在宅療養支援診療所」を登録している医療機関です。 在宅・在宅と行政主導で呼ばれていますが現場では理解のある、もしくはプライマリーケアの好まない医師でしか在宅療養支援診療所は標榜しておりません。勤務医で疲弊し、開業してまで火中の栗を拾う人はいません。 又、介護力がなければ在宅医療は不可能です。 老老介護ですぐさま破綻が来る事はみえており、娘、もしくは嫁、母親が元気でなければならず、1人の寝たきり者を介護するのに健康な介護人が2人は必要な事は御存知の事と思います。 在宅療養を充実させるには通所リハ、デイケア、デイサービス、ショートステイをもっともっと充実させる必要があります。 昼にお年寄が出かけるだけでも家族はたすかりますが利用制限があれば疲労は増し、ショートステイを利用するにも何週間も前から予約ししかも月に1週間程度であればさらに疲労は増します。 行政に働きかけて通所リハやショートステイを出来る病床をもっと増やさなければ家族、及び在宅療養支援診療所医師は疲弊し、ひいては急性期病院医師の疲弊を助長させます。経管栄養や在宅I U Hの引きうけてくれる特養や老健のショートステイすら無いのが現状です。 このままでは在宅療養を勧める事は不可能です。</p>
<p>実際数にしてみるとけっこう頑張っていると思うが、それでもまだマンパワー不足の感あり。 急性期からリハビリテーションをするとの目的で居宅主治医が知らないままに他病院の亜急性期に3ヵ月入院その後同院所有する介護保険をつかったデイケアに移行し患者家族とも、通院していると考えているようで当院とは無関係になった在宅患者がここ1年で増加傾向にある。 最近2年間は新たに在宅を希望する患者及び家族はいなくなっている。</p>
<p>個々の患者に発生する危険に対する安全の保障の度合をどうするかの問題を場所の問題にすりかえてはいけません。 在宅医療は、同じ安全を維持するためにはお金がかかりすぎる。 社会が個々の病態に応じてどこまで手をぬけるかに、同意できるかどうかという問題を直視すべきで、このアンケートのような話はどうでも良いこととしか見えない。</p>
<p>軽症の救急疾患に対しては在宅療養支援診療所にて対応するように体制を整える必要がある。 そのためには診療報酬で救急医療に準ずる対応が必要と考えられる。 病院と比較するとハード面では設備投資を必要としないが人材などの面で投資が必要であり、緊急往診、夜間の看取りなどに対して診療報酬上の評価が必要であると考えられる。</p>
<p>在宅での看取りが増えていることは望ましい。 病状が落ちつき、通院困難の患者をすみやかに在宅医に紹介するべきである。 ※在宅専門医達（新人Drアルバイト）での当番制で、夜間のホーム急変時、対応が悪いと相談される。</p>
<p>在宅療養支援診療所の役割は今後の医療でも大きくなると思います。 急性期病院の負担は少しは軽くなると思いますが、残念ながら、その病院の担当医となっている若い医師等が診療所の役割とその労力を理解されていないので、残念に感じる人が多いです。 どんどん在宅にもって行けば良いのに急性期病院が、家族に教育しないので病院→施設に行くケースが多い。</p>
<p>後方ベットの確保があれば、もっと多くの診療所で在宅診療をするのでは？ 在宅看取りを増やす為に、診療所及び医師の数を増加させる事。</p>
<p>在宅支援診療所を始めて1年になります。 まだまだ病院勤務医の先生方に在宅医療を指導できるほどの経験が、ありません。 一昨年までは急性期病院にいましたので、まだ勤務医の感覚が強いかもしれません。 急性期病院勤務医時代に感じた事は、在宅フォローをされている患者さんの入院依頼があった場合は、そうでない患者さんに比べて、とても受け入れやすいという事です。 とくに、その在宅医と顔見知りの場合は、なおさら受けやすいです。 退院時の退院先（転院先といった方がよりリアルかもしれません）が、在宅患者さんでは、すでに確保されているのと同義だからです。 よって在宅医の役割は、急性期病院のドクターと、良く顔の見える連携を行い、気軽に相談しあえる関係である必要があります。</p>
<p>・小児の在宅医療の症例がふえてきています。 他の診療所の先生と連携をとり、大学小児科との連携も、とれています。重症の人工呼吸管理など医療的ケアの方が多くて、往診地域が広がります。 一般小児科開業医に参加してほしいのですが、協力医が見つかりません。小児科開業医が、在宅医療がまっ</p>

<p>たく理解できていないようです。 大学病院の医師は、非常に協力的です。</p>
<p>在宅医療を担当医が高いモチベーションを有していても、急性増悪時等、家族の方が独断で病院へ急性期病院へ運んでしまう。可能ながぎり、在宅で治療したいと思う。専門外の事でも研修などをうけて対応すべきと思う。</p>
<p>病院医師の負担軽減が急性期医療崩壊の予防になると思われるため、可能な症例を在宅支援診療所又は施設へ相談のうえ、紹介するシステムがあればと思います。</p>
<p>在宅のみに特化して、外来をほとんど行なわない診療所と、外来も行ないながら在宅も診る診療所をいくくりにして話をするのは無理があります。 急性期病院の疲弊を改善するために診療所があるのではありません。個人病院は、一人で経営から労務その他全てを全責任を持ってやっています。 仕事（医療本来の）のみで疲れたといえる大病院のお気楽医師を助けるつもりは、ありません。 急性期病院の疲弊云々で在宅支援診療所を語るのには賛成しかねます。</p>
<p>急性期病院から、在宅へ、移行し、在宅療養支援診療所による訪問診療を、積極的に行うことによって改善される、ことが、考えられる。 ただし病院から在宅へ、移行する時に、在宅での受け入れ、（家族、ヘルパーケアマネ等）整備が、円滑に、行われることが、大前提と考える。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・在宅看取りが本人、家族が、受容した上で行われる事が望ましい。 ・救急外来のツケを回すという考え方では進まない。 ・死をどこで迎えるかという尊厳を、保つ為の医療であるべきである。
<p>病名、予後告知は徹底して欲しい。（急性期病院へ） 在宅に戻りながら家族の介護力等の問題もあり最後は病院で看取りというケースも多い。 なるべく本人、家族のニーズに応えるような役割を伝えたい。</p>
<p>勤務医の先生方に対してドクターフィーの導入。 勤務といっても働く人と働かない人とを区別する事も大切。 すべての勤務医が一生懸命している訳ではありません。</p>
<p>特にありません。 急性期病院とともに在宅支援所も同様に疲弊していると思われます。</p>
<p>このままでは今度は在宅療養支援診療所が疲へいしてしまう 当初は在宅医療に前向きであったが、1年365日一人でフォローしていくことの限界を感じている。やはり、在宅療養支援診療所間の連携い・グループ化がないとつづけていくことが困難と実感している。 また一般外来診療・健診もしながら、在宅も行なう状況では、在宅でみる患者さんの数もしぼらざるをえない。 訪問看護ステーション・調剤薬局との連携いでは大変感謝している。</p>
<p>当地区では在宅を行なう診療所が不足しているため一部の診療所に患者が集中している。よって急性期病院の疲弊を改善するためには在宅を行なう診療所が増えないといけない。</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1 地域における、行政をまきこんだ各種職種同志のスムーズな連携がうまく行く事がすべてのベースになる 2 やる気旺盛意欲満なリーダーが居ること（キーパーソン）が周囲の仲間のモチベーションを高める役目を荷うこと。 3. “理くつや、数や概念でなく、まず動くこと、が大切” が長い間に身についたものです 4. 診療所故病院のことは分からない 5. 特養など特にグループホーム等は在宅に戻すことはとても現法のみでは不可能に近い。 6 又、家庭の介護力がどんどん低下して来ている。 7 従って上記施設でターミナル迄、懸命に実行する意欲はあっても“怯”特にグループホームなどでの医療行為は（介護士・ヘルパー・福祉士）できない
<p>急性期病院の疲へいを改善するだけではなく、むしろ、現在通院している患者さんが、（当院では神経難病が多いが）寝たきりになった時に対応するのが、在宅支援診療所と考えています。</p>
<p>急性期病院と診療所だけでは不十分。 慢性期病院あるいは療養型病院が必要。 特に高齢者の在宅診療では、脱水、発熱などで入院適応と考えても、急性期病院（3次救急）は対応してくれない。 在宅に特化した診療所もあるが、地方では対象人数を確保するためには広域にならざるをえない。 多くの診療所が地域の在宅を担当することが望まれる。</p>
<p>私は、病院の外来機能を診療所に移すことが最も重要と考えています。 この Schema は少し短絡すぎるように思います。家族の介護など、色々な factor があると思います。</p>
<p>急性期病院だけが疲弊しているのをおかしい</p>
<p>若さと体力が必要 在宅で出来る諸種の処置を実地に身につく様習得する時間が必要。 個人では私生活を保てないこちらが死ぬまでやらないと止めることが出来ない</p>
<p>訪問看護、介護との十分な連携がとれ、急変時の受けいれ体勢が確保されれば在宅療養支援診療所の役割は大きく、在宅での最後まで生活を患者さんに提供でき、急性期病院の主治医のかわりになりえると思わ</p>

れる。
当院の近くに3つの病院がありますA救急救命センターB総合病院の救急外来C在宅医療支援病棟をもつナショナルセンターです。それぞれの特色をいかしていますので、急性期医療においては、問題になることはすくないです。病院のすみわけと、それに応じた診療所の役割が、各病院との間にあればよろしいかと思えます。そのために私が、病院のスタッフとの■■■をして、スムーズに患者移行が出来るようにしています。しかし、病院間どおしの連絡はまったくありませんので、その対応にいつも注意をはらっています。めぐまれた地域にいるのではないかといつも思って仕事をしています
急性期病院医師との日常での信頼関係の維持増進
急性期病院の疲弊という問題ではなく、あまりにも病院の医師は在宅について知らなさすぎである。できるだけ早く退院させるために、「あとは在宅医に聞いて下さい」の一言で、退院させられている。紹介状一通のみもって当院受診されるケースがほとんどです。退院後に在宅のコントロールが始まるケースがほとんどです。現在6~7人の開業医があつまって在宅のグループをつくっています。毎月会を開いて介護、看護も入ってもらって患者さんについて話し合っています。
病院の疲弊を改善する為に在宅医療をやるのではない。患者と家族が希望するから在宅医療をやっている。在宅支えん診療所の申請に問題がある。本来申し出があれば、すべてを受け入れる体制と覚悟がないのに名だけ上げている現状。病院医が連絡しても「受け入れられない」と断る診療所が多いリストであれば、その存在意義は大きく低下する。いいかげんな思いで申請している一部の医療機関にこそ、このシステムがうまく回っていない原因がある
急性期をのりきった直後の患者さんの在宅支援とは基本的に無理と考える。急性期の患者さんは急性期のりこえたあとおちついてから社会に復帰がよい。慢性期なら家族、かかりつけ医と色々在宅でみていけると思う。
急性期病院の負担の軽減に役立つものと考え、在宅医療活動を充実させたい。
病院医師1人あたり8.8床、在宅医師1人あたり15.2床]この時点で、すでに在宅を行う医師の負担が大きと考えられます。加えて、図4~5は、緊急往診(特に夜間)を推奨する意味にとれますが、病院医師は往診する必要がありませんし、当直自体も数日に1回で、大した負担ではありません。これ以上、在宅診療を行う医師の負担を増やそうという意図には賛成しかねます。そういった事は、私のように少人数で行っている診療所の撤退を強いる事になるでしょう。今、日本全体でどのような状況なのかは分かりませんが、私の近くでは、訪問診療は総合病院の収入源として利用されているだけです。月2日の訪問で済むような「効率の良い患者」は病院で訪問診療を行い、容態が変化したら入院させ、緊急の往診は一切していません。医療依存度が高く、頻回の往診が必要だったり遠いなど「効率の悪い患者」だけを診療所に紹介して来る状態です。実際、病院からの紹介患者は10人も居れば、ほぼ毎回緊急往診が必要で、クリニックが成立しません。病院のように、在宅とは名ばかりで、自宅での看とりも行わない所が得をして、真面目に24時間対応をしている診療所の負担が増える事は避けるべきだと考えます。私自身、急性期病院で10年勤務しましたが、「急性期病院の疲弊」<「在宅支援診療所の疲弊」と思っています。
元々訪問診療は急性期病院の疲弊を改善することが目的ではないと考えます。在宅療養の希望に協力する事が目的だと思います。急性期病院は完全当直制など一人主治医をなくせばある程度疲弊は改善すると考えます。
軽症患者の病院救急受診を軽減することはある程度可能と思われるが初診等では難しい。通院患者では可能か?在宅療養支援診療所とそれ以外を区別する必要はない話のように思える。在宅ベッドでの問題点は介護負担。コメディカルサービスをいくら多くしても家族負担は変わらず大きい。老々介護、核家族化(世帯分散)が進む現状、将来では…
特になし
図①~⑧は何をいっているのかよくわからない。在宅支援診療所を行うにあたっては、在宅支援診療所に勤務する医師の資質がとても重要である。広範で深い知識、技術、情熱が必要です。急性期病院の疲弊ということは確かにありますが、それ以上に急性期病院に余裕がないといざという時の診療所よりの患者を受け入れてもらえないというゆゆしき問題がありますので、できるだけ在宅に帰れる人は、帰ってもらうようにした方がよいでしょう。ただ現状では診療所勤務の医師(及び他のスタッフ)がその資質を有しているかという点も疑問です。これは在宅にかぎらず、診療所医師(開業医と同義と考えてよいと思う。)のレベルが決して高くはないところに問題があると思います。そのレベルアップをいかにはかるかが今後の“かぎ”になると思います。医学生、研修医にしっかりと医師としてのあり方の教育がとても大事なように思います。時間外、夜間をすべて診療所医師がみるのは無理があるので後方病院は時間外の患者さんを見るということが必要です。
急性期病院の外来機能を廃止し、入院機能に特化して、在宅医と病院のしっかりとした医療連携が大切と考えます。
先日、癌センターの連携会合で、■■■■市に24時間支援診療所は8施設あるが、夜間の看取りなど、実際の意味で可動しているのは当院1施設のみだとの事だった。確かに病院ベッドを在宅ベッドに移行すれば病院の疲弊は改善されると思うが、実際に可動できる24時間支援診療所が少ないのではないかとやはり、1年間の実績を持って、評価をすべきであり、もう少し受け入れ可能なのか、病院と診療所との連携やコミュニケーションが必要だと思われる。コミュニケーションする事によってお互い、長所を利用し合い短所を改善していこうと考えるのではないかと。また、もともと当院の患者さんが在宅に移行した時はスムーズが良いが、病院からターミナルで紹介された患者さんは、「病院から見捨てられた」とか「もう治療はできないのか」など、病院への未練が強く、ターミナルケアに持っていきにくい感がある。その辺は退院前にしっかり

病院Drに教育して欲しい。
在宅は家族がキーワードです。①-⑧すべてそのとうりですが、家族とそれをサポートする人間の部分を解決しないと…。
急性期病院から在宅療養の切り換えは、多いに進めるべきと考えるが、患者さんが増悪時や家族等の事情が発生した場合、再びベッドを確保できる体制が重要と考えられる。
(1) 神経難病で気管切開・人工呼吸器使用し、又胃瘻造設の方が在宅になったときに、これに適切に対応する診療所が少なすぎると思います。このことが急性期病院の負担の1つの要因になっている面があるのではないのでしょうか。支援診療所の機能の多様性も求められているのではないのでしょうか。(2) 上記症状にて在宅の方々にとってのレスパイトケア目的の入院(慢性病棟など)に対応できるところが皆無に等しい現状も問題とします。こうした専門病棟が経済面でも十分に成り立つ環境にない現状が広く認識され医療需給等のサポートを得られることを願っています。
在宅診療を充実させることで急性期病院の改善に役立つことは明白である。一方、私共のように医師一人で運営している診療所は患者数の増加に伴い休憩時間も治療して疲弊しているのも事実スムーズに複数医師もしくは診療所間の連携が必要
図-1. 慢性期病院を支援する在宅医療、と考えます。自宅でCCUをやることは無理です。
患者さん及び家族の方への在宅医療に関してのご説明が重要、在宅医は患者さん家族の不安に応えていく姿勢が大切。それぞれの患者さん、家族の希望にあわせた急性期病院と在宅医との連携が大切と考えます。
病院のためというよりも、途方にくれる患者、家族のためできることをやるという思いです。それがひいては、病院の疲弊予防になるならばうれしいことです。
在宅患者が増加傾向にあるといっても家族が世話をしている自宅介護はへっているやはり施設に入所している方が増加しているための増かだと思ふ。これからはこれらの施設における看取りが増加していきだろう。その中でそれらの施設と連けいする在宅療養支援診療所の役割がふえるだろう。直接病院から自宅への退院は難しくリハビリ等の施設をへて在宅復帰される方が増加してきている。
在宅療養支援診療所をもっと拡大すべきである。10倍以上に。私の祖父母、父母のすべてを在宅で見送ったが、お互にとても満足であった。自分自身も自宅で最後をむかえたい。在宅での死者をみとるためには特にヘルパーなどの待遇を改善し(国家的支援を要する)、また各集落単位で老人ホーム的な施設(公民館に付設か?)を作り、学校から帰った幼児、小・中学生も放課後の遊び場兼勉強場とすると良さそうである。在宅支援診療所は、これらの施設を毎日のように、皆の顔を見に立ち寄りの方が良いと思う。
急性期病院の疲弊を改善する→はお上のお言葉ですが、その大本(根本)は行政にあるのでは…と思います。急性期病院と同じ機能を診療所に求められるのであれば三人以上のDr交替制で外来をしない、在宅、見とり、特化が必要でしょうと思います。→ただこれは病院機能の肩替りでかかりつけ医や町医者という役割とは全く異なることでしょうね。
<ul style="list-style-type: none"> ・急変時の入院ベッドの確保 ・急性期病院を疲弊させない医療制度。夜間の軽症受診など ・急性期病院との連携
院長一人の支援診療所は「しんどい」です。
<ul style="list-style-type: none"> ・急性期病院の疲弊を在宅にすり替えることは如何なものか(根本的な原因は別にある)。 ・患者の家庭環境を無視して在宅を勧めるのは、如何なものか。在宅での看取り率があがらないのは、開業医が、仕事をしていないからではない。核家族化、老々介護等、社会環境の問題がある。これらのことを無視して開業医に押しつけるのは問題である。在宅専門のクリニックは良いだろうが、一般の開業医は、午前午後診療をして、昼間、地域の予防接種、産業医等の活動をし、夜間休日は在宅の看取りもしろとは、できるわけがない。いいかげんな事をすると医療不信のもととなる!
後方支援病院を核とした(中心とした)、在宅医間の診診連携の強化。
近隣に多数の病院、老健施設、特養があると一度入院させ、介護者その家族が休むと、楽のことを覚えて、在宅での介護を希望しない。特に年金で解決できるとことを認識すると引き取りしなくなる。
急性期病院の人員、ベッドが不足している為、不必要な入院の継続を減らし、在宅で管理すること。しかし、在宅での看とりは余り増えておらず、病院医師や家族の考え方を変える必要がある。
末期患者を在宅で多く看取ってきたが、本人、家族とも満足され、感謝された。医師としても、大きなやりがいのある仕事である。これまでのところ、大きなトラブルはないが、家族と医師との信頼関係が大切である。夜間に頻回に呼ばれたりすると、在宅医が疲弊してしまう。参入をためらったり、在宅医を辞退するのは、こうしたしんどさに対する心配のためだろう。家族とよい関係を構築して、お互いストレスのない状態にもっていければ、この仕事も継続してやっていけるし、沢山の医師に参入して頂けると思うのだが…
病院機能を在宅に拡張するだけでは在宅療養支援診療所の医師もスタッフも疲弊してしまいます。家族や地域ボランティアの力も得られなければ十分な在宅での療養は難しいと感じています。
病院の勤務医は、忙しい、忙しいと言うけれど、私が思うに、紹介した患者は、余り帰って来ない。病院は、外来患者も多く、かかえ込んでいるのではないのでしょうか。従って、勝てに忙しくしているのではないのでしょうか。どんどん地域の病院(診療所)へ患者を紹介すればよいと思うのだが…。病院経営の問題か?そのように出来ない問題があるのでしょうか。その対策を考えるべきだと思います。
<ul style="list-style-type: none"> ・末期患者の受入れ。 ・慢性疾患患者(特殊な処置を要す者を除く)の服薬管理、状態の把握と協力病院への連絡。 ・患者及びその家族の不安、不満の受入れ。
在宅療養支援診療所医師も疲弊しています。

<p>急性期病院が緊急入院の際後方ベットとして確保できることが重要と思われます。当地■■■■県では、全国平均よりも在宅支援診療所の届け出数が低いと思います。地域性があるのでしょうか、在宅医療に興味を示さない開業医が多いのか、患者さんのニーズが少ないのか、患者さんの在宅医療における認知が低いし（複雑なシステム？）のかわかりませんが、私のクリニックは■■■■県で届出33番目です。病診連携も関与していると思われます。開業医の在宅医療への意気込みと関心、急性期病院との病診連携の重要性及び患者さんの在宅医療看取りなどの認知、理解が最重要と考えます。</p>
<p>①在宅療養支援診療所は急性期病院のヒヘイを改善するために存在するものではない。基本的な考えが間違っている。 ②よって前ページの図の説明は、在宅療養支援診療所の存在に誤解を与えるものであり賛同できない。 ③患者様ももっと自宅にいたい、ずっと自宅にいたいという気持ちを支援する診療所であり、急性期病院のヒヘイと同列でかたられるものではない。 ④以上より急性期病院のヒヘイを改善するための在宅療養支援診療所の役割は、ない。</p>
<p>在宅医療は家族があっちはじめて成立する医療であり、一人暮らしの多い地方では在宅のベットとしてグループホーム等を利用する方法を現在しています。従って、急性期Hpよりグループホームや施設へ紹介していただき、施設、グループホームへ医師（在宅医療をする）が訪問するシステムが何例もあり助かっています。</p>
<p>医療の現場は以前は病院であったが、最近是一般家庭でもかなりのことが可能となり家庭での医療という選択肢ができています。しかしそのことに一般の方々のみならず医療関係者さえも認識が少ない。在宅は自宅を病床にした医療であり、訪問看護、訪問リハなどと連携をとりながら療養型病棟と同じような医療をしていきたい。</p>
<p>我々は看床診療所であり、在宅も入院と同様にベット数で考えているが、病院や一般の患者さんの立場では、「在宅というベット」という思考は、全くないと感じている。急性期病院が疲弊しているのは十分承知しているが、我々もかかりつけ医として救急搬送を受け入れる場合もあるし、もちろん夜間の往診もこなしている。我々も疲弊しているので、在宅支援診療所の認知度を高め、さらにはそれに見合う診療報酬を考慮して頂きたい</p>
<p>在宅医療を充実させることは、急性期病院の疲弊を改善するためでなく、ターミナルをむかえても在宅での療養を希望するためにも、今後ぜひ必要かつ重要な事柄であると考えます。ただ、その為には、医師を中心とした他職種との連携が必要であり、また患者負担増のない、各種報酬のアップが必要と考えます。また連携については、クリティカルパスが重要なツールであり、これの普及が望まれますが、最も重要な事は、連携を組む者が家族も含め、顔の見える形で接する機会（退院時カンファレンス等々）を重視することだと考えます。</p>
<p>スライドの結果から、在宅においても重症者の管理が可能であり（ただし環境や条件にもよると考えられますが）、そのニーズも十分にあることが示唆され、実際、ここ数年、在宅での看取りも増加していることが伺えます。在宅療養支援診療所の役割としては、急性期以降の移行期、慢性期～末期に患者を受け入れることにより病院の負担を軽減できる可能性があると考えられます。</p>
<p>在宅療養支援診療所の医師の方が疲弊しています。図8は、介護施設を在宅としたのでは？</p>
<p>在宅療養支援診療所の認知度が不十分。病診連携の一層の強化。制度的に、支援診療所の指定条件の緩和等で在宅医療に進出しやすくして病院へ患者が集中しないように協力する。医療制度的に、病院診療所の機能分化を明確にする。</p>
<p>すでにどの病院でも行われているが、病院側としては、それぞれの在宅支援診療所で可能な医療行為項目を把握、リスト化し、退院にあたってはそのリストを元に患者の在宅医療を依頼するという事しかないと思う。ただ、その際病院側の医師が紹介するクリニックに偏りがありすぎる。つまり、学生時代の先輩後輩、面識がある、以前依頼して良い感触があった、などが重視されており、その患者の希望するクリニックであったり、近くにあることなどは二の次のように思われる。また、地域により「糖尿病は〇〇先生」「高血圧は〇〇クリニック」「在宅医療は〇〇医院」と専門性の有無にかかわらず、そのようなレッテルが張られていて、病院医師も患者もその評判に従って在宅医を選ぶため、在宅医療の患者の一極集中とも言える現象がみられ、その在宅医も患者の抱え込みをしており、このような傾向も社会的に在宅医療が進まない一因ともなっていると思う。急性期病院から患者が退院し、在宅医療を受けるに当たっては、病院側で作ったリストをもっと活用して、同じ在宅クリニックにばかり依頼するのではなく、極端に言えば、輪番制などを取り入れて、振り分けるようにするべきで、そうすることが在宅支援診療所の底辺の底上げ、広がり、活性化につながるはずである。一極集中すれば在宅クリニック側としても手におえず、病院側から紹介されても断ることが多くなり、病院側も紹介するところがないということが起きていると思われるが、実際は、リスト内には、手の空いている優秀な在宅医もいるはずである。なお、小生としては急性期病院の疲へいを改善するために在宅支援診療所をやっているつもりはなく、あくまで患者、その家族の意向に従うためのツール、ライセンスと考えている。</p>
<p>何よりも患者・家族の意識による。そもそも、在宅療養支援診についてどれほど周知されているのか。</p>
<p>(1)大病院の先生は“在宅医療”の制度を御存知ない方も少なくありません。この点を改善すれば、利用する方も増えると思います。</p>
<p>当地域では、病院からの在宅支援の依頼はなく、当医院がコンサルティング会社からの営業で在宅療養を行なっているのが実情で患者急変時には救急車による救急病院への搬送を行っており、地域病院との連携はとれていないのが現状です。したがって今回のアンケートにおける在宅支援により病院ベットがどのくらい効率的に利用されているかまったく不明です。</p>
<p>本当に急性期病院が問題となっているのか？である。逆にそれは急性期病院の「衰退」となるであろう疑問</p>

<p>である。これ以上に医療の壊滅的崩壊を医師自身が先導していて、再び医療の安心及び安全さがそこなわれるであろう。国民自体もマスコミも意識を変える必要もあろう。</p>
<p>訪療所の医師、看護師は、後方支援病院との良好な関係を保つために、積極的に急性期病院へコンタクトをとる（ex）カンファランス（症例検討会）などを通じて、→お互いの顔の見える連携が必要では？治療方針の決定や、検査などは、急性期病院へ委託し、処方などの管理を中心とした診療を、患者が悪くなる前から行なっておく。急性期病院に罹患する前から、かかりつけ医としての信頼関係を築いておくことが重要。</p>
<p>①まずは診療所でどの様なことが出来るのか、在宅療養の範囲を知って貰う以外にない。 ②ケースワーカーなどに在宅療養におけるメリットデメリットを家族によく説明。</p>
<p>在宅での看取りをおすすめしたい高令ねたきりの方がいますが都会は家人が病院希望の方が多い様です。小さなクリニックでは24時間レンケー加算が事実上きびしいので地区医師会での診診レンケーを計画中です。</p>
<p>家族、含んで日本人個人個人の「生命」に対する考え方の長期にわたる意識の改革が必要である。医師のカリスマ性や万能性を誇示しすぎた医療からの早期の脱却が必要。 今後の増加、活躍が期待される。</p>
<p>■■■■県立病院■■■■の救急の受け入れ、特に高齢者の受け入れについて3回ほど話し合いがもたれましたが、変な救急の患者がへっているようです。私の考えですが、介護施設に入所中の患者で 1) 主治医がいない場合、 2) 主治医がいても、連絡がつかない場合が問題で、また、介護施設にナースがいない場合に、ヘルパーさんでは病状の把握が出来ずについ救急車を呼んでいるようです。連絡体制と介護施設への医療のかかわりが問題と思います。</p>
<p>急性期病院が提供する医療と、在宅療養支援診療所が提供する医療とは、その内容と質において大きな違いがあり、「在宅医療の充実で重症者を帰宅させよう」というフレーズにはかなり違和感を感じる。また、救急搬送と往診も全く質の異なる医療であり、比較することは不適切である。「在宅というベッド」というフレーズにも同様に非常に違和感を感じざるを得ない。在宅医療が提供できるのは、あくまで住み慣れたご自宅で、なるべく自然な経過で過ごすことを望まれる患者様に対する医療である。つまり、「医療が脇役」になるような医療が現在の在宅医療の姿なのである。そのことを考えると、病院ベッドと在宅ベッドの比較や救急搬送と往診の比較など、一見するとこれで急性期病院の疲弊を改善できるかのように感じられるが、あくまで数字合わせだけのことである。その点、ホスピス緩和ケア病棟との比較は、現実味を持つ。ホスピスで提供する緩和ケアは、在宅でも同質のケアを提供できる可能性を持つからである。ただし、この場合でも家族の介護力が大きな問題となることを忘れてはならない。介護力の不足した家庭での在宅看取り医療は、精神的にも肉体的にも家族への大きな負担になる可能性がある。反対にホスピス緩和ケア病棟では、日常のケアの多くをスタッフに依存できるが故に、家族は患者様と共に休息の時間が持てることが利点である。上記をふまえたうえで、「救急搬送に至らないための臨時往診」「ホスピス緩和ケア病棟に入院しないでもよいと思える方の在宅看取り」という内容であれば、急性期病院の疲弊、あるいはホスピス緩和ケア病棟の不足に対して、在宅療養支援診療所の果たす役割は充分にあると考える。</p>
<p>病院の疲弊を改善するために診療所医師が在宅診療をすることで役立っているようです。しかし、病人、家族とも未だ病院での志向が強いため、最終的に入院してしまうケースが多いと思います。末期とわかっている患者さんでしたら御理解いただけるとは思いますが老衰等、必しも予後がわからないケースでは、救急要請をすることが多々あります。</p>
<p>特になし</p>
<p>在宅ですぐすため、訪看、急性期病院の連携は必要。在宅でできることは多くあり、急性期病院への搬送をすぐに行う必要がある病状の変化は、非常に少ないものと思われます。在支診の医師のS k i l l、訪看の研修によるS k i l lの向上が急性期病院の疲弊を改善すると思われます。実際は緊急訪問は少なく、緊急を要した場合、急性期病院へ搬送を行う場合も多くあると思われますが、ここの受け入れ体制がしっかりとしていないと、在宅医が疲弊してしまします。今は頻度が少ないですが、多くなると大変です。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養支援診療所も疲弊しております。 ・国民への説明、法的整備、経済的支援などもなく、現場へ丸投げしているだけだと思います。 ・目の前の患者さんのために、頑張っておりますが、このアンケートに答えるのも負担になります。考えれば当り前の事を調査して、何の意味があるのでしょうか？
<p>図③「医師1人あたり15.2床に相当」実際は無理！外来診療ができなくなる。診療所医師は介護保険、急性期）も担当しており15.2床を診るだけのキャパシティはない。在宅の専門医が数人で診るシステムが必要。卒后研修に組み入れるとかすることでよいかも。</p>
<p>自分が在宅診療をしだしてから、それがいかに重要であるかがわかった。長年救急病院で勤めてきたので、急性期病院の疲弊も経験済みである。丁度よいバランスが必要と考えられる。</p>
<p>急性期医療が要らなくなった人は、病院でフォローしないと不都合が生じる症例以外は在宅療養支援診療所で診ていくことで急性期病院への不要な受診、入院が減る。まだ急性期医療が必要な人であっても、通院が困難な状態の人に並行して在宅療養診療所が入ることで日常のちょっとした病態変化に対応でき、救急車などを使った救急受診が減る。これらの開業医でも診れる病態に対応することで急性期病院に勤める先生方の不要な診療が減り疲弊を軽減することができる。</p>
<p>1人医師で運営しておりますが、当方もかなり疲へいております…。</p>
<p>急性期病院の疲弊を開業医に役割分担するのはある程度仕方ないが、通常開業医は一人ですべてをきりもりしているのが現状です。何らかの制度的なものを構築しなければ今度は開業医が疲弊していくでしょう。長</p>

く続けられるような医療制度の確立が必要です。
在宅療養支援診療所ですが夜間のマンパワー不足を感じます。医師二人体制で交代制にしないと体力的にきつい気がします。(特に忙しい時には)
軽症疾患で急性期病院に行かないように地域診療所で診るばかりではなく急性期病院は重症および緊急患者さんのために軽症患者さんは受診しないように指導教育する必要があると考えます
診療所で患者を待つのではなく、訪問診療をする事が本当にいいのか疑問を感じています。(ただ、現在は、厚労省の方針がそうなので従っています)
<ul style="list-style-type: none"> ・家庭での介護力に限界がある場合。 ・患者との信頼を築けない場合。 ・CTやMRIなど設備がないと、患者が納得しない場合。上記に該当する場合は、在宅では医療をできません。従って、患者及び家族が希望する医療が在宅医と周りのコメディカルが提供する医療と異なる場合急性期病院への負荷は軽減できません。在宅での医療をもっと推進したいのであれば国民をもっと啓蒙する必要があります。
図①②を見て、入院から在宅に移行することはいいが、在宅患者さんの急変時に、在宅医療担当者が、空きBedがあるか、不安に思いながら再度、急性期病院に紹介、転送し直すことの心労を担うのは、私には荷が重すぎます。それが、月に1人程度であればいいですが、こればかりは診てみないと、その方の病状の安定性はわからない。現状では今、月に1人しか訪問診療していないので、ほとんどStressはありませんが、もしも、10人以上かかえたときどう感じるか不安です。図④で(救急搬送人員)－(急性期医療を要する入院数)＝在宅医療の対象となる救急搬送という式は訪問診療の対象とならない在宅医療(つまりもともとは元気で、内服薬を服用したり、外来処置に通院する通院患者さんを多く含む)の方の数が多く含まれていて、この場に出すことに違和感を感じます。図5によると、夜間往診の数が多いので、驚きましたし、夜間は往診していないので行かなければならないとなると、かなりプレッシャーがかかり、在宅支援診療所を返上しようかとも考えてしまいます。
在宅支援診療所を頻回に行なっていれば急性増悪に伴う緊急入院を減らすことができると思う。又、家族の心構えがしっかりしていれば不用な社会的入院を減らせる。
開業医も加齢とともに在宅診療に協力することが疲れてきますので、若い医師が積極的に参加することが大切に思いますが、最近開業に際しての資金面で私たちが開業した時と比べまして難しい面があると思います。1人で仕事をしていきますと旅行に行くこともできませんし、家族に対するサービス(夫として、親としての)も十分できずに申し訳ないと思うことも多かったです。自分でできる範囲で協力させていただこうと近頃は考えております。
急性期病院の疲弊はよく理解するところです。事情はよくわかります。しかしながら、現実の在宅医療は、都市部と地方では全く様相が違うといっても過言ではありません。私どものいる町では、在宅療養支援診療所は数軒ありますが、現実稼働しているのは私のところが1箇所だけです。これでは、もちろん人的な限界もありますし、連携についてもほとんど期待できません。後方支援としての診療所機能をあてにするのは、基本的には当地域では全く無理です。むしろ有床診療所や中小病院が、さらなる後方支援としてあてになるのが現実です。また、当地のように、一人暮らしや、老人だけの家庭で、認認介護や老老介護の蔓延している介護力のない地域では、在宅はマンパワーからいって不可能です。ですから、在宅医療を推進する前に、介護力の確保をしていただくほうがよいのではないかとさえ思います。少しずつ、在宅での医療を望む人が増えてくるだろうとは思いますが、現実と理想のはざまでも悩みなながらも、ここでできることをがんばっていくだけだと思っています。以上、まとまりがありませんが、私の感想でした。
病院だけでなく診療所も疲弊している。経済的余裕があり体力的余裕があれば可能だが、困難になってきている。
患者家族の意識改革へのとりくみ、教育。診々連携による急変時への患者への対応
急性期病院をバックアップする大切な役割であると思うが世間ではそう思われていないところが残念
①入院ベッド(定時での生活で生きる。医療が生活全体をみる。)と在宅ベッド(自分のペースで生きる。医療・介護・家族の分別)は異質なもの。
②在宅ベットは在宅医の力量により質が変わる。急性期病院と在宅療養支援診療所(在支)は補充関係にあり、疲弊を改善するためのアクションで動くリスク(Ptの生命悪化)が高くなるだけである。
在宅療養支援診療所の役割の重要性は十分理解出来、協力も行ないたいと思っておりますが現在は外来診療が中心で医療療養型病床17床、急性期病床2床及び2ヶ所の特別養護老人ホームの嘱託医もしている為在宅療養患者は4人です。
耳鼻科医の父親も診療はしていますが87才と高令で昨年より車の運転をやめ夜間の急変時の対応も1人で行なわねばならず、今の所これ以上の協力は難しい状態です。
地域の開業医どおしの連携体制が必要だと考えています
今後ますます在宅療養支援診療所の役割が重要になるが、診療報酬上の加算等が、今日の10年度改定でも病院に傾りすぎて在宅へは殆んどといっていいほど配分されていないのは残念
在宅も良いが、明らかに制度を悪用して訪問診療、訪看訪介等を多用し介護者を食物にしてしている医者が存在している。老人アパートあるいは独居、介護困難者を集め、組み込んで入院の3倍以上の請求する業者、それに加担する訪問施設を先ずは取締らないでこれ以上一步も進めてはならない。
図①は居宅ベットで超高額医療介護請求と読めます。在宅医療には無限の請求が出来るのですと読めます。月の請求額を「まるめ」で30万、在宅の介護家族に10万の支援が良いのではないのでしょうか。

現在の制度では、24時間体制は難しい
理想的には極力在宅を完備すべきだが、実際外来（Am/Pm）の間に、往診を行う以上、完全には片手間になり易いので、自宅の方よりは老人ホーム等のみになる。 自宅←→専門在宅クリニックホーム等←→一般開業Dr）のすみわけが良いと思う
ある程度、病態が安定した患者は在宅に回すべき。それには家族への十分な説明が必要と思う
利用者、介護者、在宅医療をささえる人との十分な意志の確認をきちんとしておく。終末期をどこで迎えるかを確認しあって、共に共有して、在宅医療を受けつづける方向を持ちつづける事を説明と意志確認。
特にごさいません
・重要だと思います。 ・家族の受け入れ体制。 ・往診料の費用の問題。 ・地域の医療資源により千差万別の体制になる
近隣の急性期病院から在宅療養支援診療所に積極的なアプローチ（例えば病院医が施行するにあたり難しい事等の要求）があってもよいと思う。 できる範囲の事であれば協力したいと思います。
まず第①点、急性期病院の医師と、開業医をわけることに問題が若干あります。私も20代、30代は公立病院、私立病院の勤務医で、午前中から午後6時まで手術をしていて、午後8時から受け持ちの入院患者の回診した際、その患者さん達からたくさんクレームを頂きました。又、昼食は3時頃食べるのは当たり前で何回も病院でとまったものです。帰宅できる日があったとしてもPM10~11時頃でした。今に思うと異常な日々でしたが、それは当たり前とっていました。病院の医師（勤務医）が疲へいしているのは、今にはじまったことではなく、昔からです。今やっとマスコミが取り上げただけのことです。若い時にはガムシャラに働き、年を経て、ノンビリするという人間の人生と同じで、若い時には勤務医として酷労し、年令を重ねて、開業医としてゆったりと働くという経過をとるのではないのでしょうか（？）勤務医と開業医を対比させるのは間違っており、世代の相違でしかありません。かといって、救急病院の現状（昔からあった）を是認するものではありません。やっと世間がそのことを認識されたのなら今こそチャンス、是正すべきでしょう。その為には、取り上げられるべきは行政の問題です。軽症の入院患者を開業医の方にいかに戻すかにかかっています。そして、中症度（入院の必要のない）の入院患者を在宅でみられるような施策を講じるべきで、支援所の成否はその一点にかかっていると思われます。
積極的に在宅で診療していく必要性があると考えます
急性期病院→在宅療養支援診療所という図式はあんまり現実的ではない。 （在宅療養支援）診療所→急性期病院→（在宅療養支援）診療所への流れをつくるためにも急性期病院で慢性疾患をみない様な工夫をしないと急性期病院の疲弊は改善されないと思う
①在宅療養支援診療所に何を期待するかを急性期病院に問いたい！！ ②在宅療養になる患者及びその家族に対してのM. T.（病状説明や予後説明）が不十分 ③Back bedの有無を問われる事があるが、急変時に急性期病院を受診・救急受診する必要性やその意味を「患者力」に期待したい！！その「患者力」を育てるのも病院であると考えています。∴病院医師が在宅医を理解する事がまず必要。理解させるのが在宅医の役割。
特になし
クリニックとして開業し、麻酔専門医として在宅での呼吸循環管理、ガン末期の疼痛治療を行なってきましたが、まだ病院でのみとり（ホスピスを含む）が多く、依頼も少ない状況です。開業医としても外来診療が多忙で、特に訪問診療まで積極的に行なおうとは考えていません。
これらのスライド全てにおいて急性期病院の疲弊をイメージさせるものではなく、また、もしイメージできたとしても、在宅療養支援「診療所」の疲弊は必然かのようにうつってしまう。あくまで診療所であり、多数の勤務する病院と比較し役割を肩がわりすることは不可能である。急性期病院での加療疾患と在宅療養支援診療所での加療疾患は異なるし、急性期病院適応の疾患も存在療養支援診療所に診させるといのはいささか乱暴である。在宅死という事、在宅管理という事の双方について患者・患者家族への啓もうが出来ていない以上は危険である。 在宅療養支援診療所の役割は勤務医の疲弊の改善ではない。本当に在宅での療養という事に理解し納得された患者・患者家族のために動くのが主旨である。患者・患者家族に在宅での療養という理解が欠落しているからこそ、患者・患者家族は救急隊要請をするのであろう。この理解・納得／覚悟がないかぎりには救急隊要請件数の減少はみこめない。「在宅医療とは何たるか」を今までのように医師にまかせていても説明の中心は医療機関であり、患者中心ではなかった。それを患者・患者家族の視点で理解させるためには行政等の公的機関のうごきが非常に大切である。
前掲のスライドは今後の開業医ひいては在宅療養支援診療所におおいに期待される展望が示されている。各診療所の人的資源とどのようにおりあいをつけるかが難しいと思われる。
急性期病院の疲弊の原因は、厚労省が意図して100床規模の病院を潰しにかかっているからで要は診療報酬を上げたら問題は解決できるわけではないですが、国自体にお金がないのでどうしてもしわ寄せが来ると思います。
近年は老老介護、病病介護または在宅独居の時代となっています。在宅療養はまづ在宅で介護する人がいるか否か、が絶対条件です。 図8の逆転が理想的ですがそれを望みたいのですが、これができない一因も現在の世情にあるともいえます。

<p>病院と在宅療養、病院死と在宅死、対立して考えられるのなら在宅療養（医療）への医療資源の配分（保険点数）も、もっとつよくアピールしていくことも大切です。一方介護しようとする心を養っていくことがより大切だと考えます。</p>
<p>一つの問題は家族が在宅での介護を中断し医療をうけている間に今に自宅での介護を放きする点である。在宅で看取りを主治医患者が希望しても家族がうけ入れないのが現実である。</p>
<p>出血や疼痛のはげしくない末期がん患者や老衰患者は在宅みとりを基本にするという方針を日本全体に広めていくことが大切だと思う。</p>
<p>病院と診療所の連携が必要であると思います</p>
<p>①有床診療所の点数をあげて、受け入れ体制を改善する ②急性期病院の疲弊のいみがわからない。次から次と新患みの方が大変。長期入床者は、対応が一定で、らくでは？ ③私どももそうであるが、医師の疲弊の半分は書類処理と電子処理である！多分！ここの改善を無視しては、絶対、疲弊はとれません。 ④このアンケートも大変。 ⑤救急救急といいながら、受けとれないのは、なぜか、明細を、リアルタイムでしらせてほしい。</p>
<p>患者、及び家族の同意があれば、在宅や、有床診療での看取りは可能だと思うが、死期が近付いているのに移動させるといふことに反対する家族は多い。病院で死ななければならない、という日本人の常識を変える必要があるかもしれない</p>
<p>統計上の数字では了解可能ですが、いつなごき、悪化する可能性がある患者／家族を抱えている家族の心労は在宅では非常に大きい。それを理由に病院へ入院ということを求めるわけではないですがより有用な一時受け入れ施設があつて欲しい。在宅支援診療所とはいうものの、大半が一人クリニックであり、連携がされているクリニックは少ないと思われまふ。この点を、報酬面を含めて勤務形態／とくに夜間など改善できればより機能的な運営ができるような気がします。</p>
<p>家族の理解があれば、かなり在宅でやっていけると思うが、これからの時代、核家族化が進み在宅死はあまり受け入れてもらえなくなってくるのではないか。</p>
<p>1、急性期から慢性期に移行した患者－病状が安定した患者－は家族介ゴ力があつて在宅でみれるようなら、支援診療所のDrは協力をおしまない。往診、訪問診療等。■の場合には家族介ゴ力が弱く（共働きの多く）、病院を退院した患者は老人ホーム・宅老所・グループホーム・老人協同生活住宅等へ入居される方が多い。したがつて、これらの施設へ入居されている方の往診、訪問診療が多くなつてきます。 2、可能なら“見とり”も病院へ搬送が必要でない方は往診で対応したいが、現実的には施設側の都合で病院搬送になっているケースが多い。 3、在宅訪問診療で診ている方が、急変時どうしても病院搬送が必要な場合は別として、発熱や食欲低下・嘔吐・下痢・喘鳴等緊急を要しないケースは、訪問看ゴと医師との連携で対応している。すぐ病院搬送はしない。 4、在宅医療している医師も経験上、必要な検査・胃瘻管理・IVH管理・レスピレーター管理・褥瘡ケア等基本的な事に関しては対応可能である。したがつてお互い信頼関係があれば、支援診療所へ紹介して欲しい。まだ病院医師が支援診療所の役割を十分理解していないように思うが。 5、■在宅ネットワークは■年■月に立ち上げ、メーリングリストでの情報交かんをしています。事務局に病院から訪問診療依頼があれば、メーリングリストで主治医・副主治医をきめて対応しています。</p>
<p>外来通院困難患者（歩行困難、車椅子、認知症等）で入院を要さないが、医療が必要な方々の診療を任つていれば、やむなく入院というケースが減る。</p>
<p>中核病院との後方支援の充実。</p>
<p>退院後は、在宅ターミナルケアとして、入院時の情報をもとに、本人、家人の不安な気持ちを軽減しながら、精神的支援、緩和ケアを行つていく事が必要である。</p>
<p>今の所急性期病院よりの紹介はないのでコメントできない</p>
<p>「在宅医療には無限のベッドがある」まさしくその通りです。その方向に医療世界を誘導して行かなければならないと思います。しかし急性期を過ぎた患者或は癌末期の患者の大半は、闘病生活の重要な部分は介護である。又家族の負担も大きい。介護の現場が充実しないと、決して在宅の受皿とならない。世の中不景気、共稼ぎ、核家族、老々介護の世界、在宅の現場を改革しないと、我々医療スタッフの労働オーバーになるのは困る。医師一人当り15、2床とあるが、これが限度と思う。これ以上では身体的にハードであり、又外来診療がおろそかになりかえつて収入ダウンとなる。在宅支援の往診料をいくら上げて貰つても、患者負担が重く普通の往診料でよいと云われ、請求出来ないケースが多い。</p>
<p>上記問題設定は在宅支援診療所の役割のある一面をとらえているが主たる面とは考えられない。肝腎なのは、利用者、患者と家族の意向、希望にそつた看取り、在宅療養への援助である。</p>
<p>病院と、クリニックの協力が必要は感じている</p>
<p>急性期病院での診療のかなりの部分は、実際には在宅療養支援診療所で代行可能である。しかし実施に移す際には、御家族が難色を示し、理解協力が得られずに断念することが非常に多い。</p>
<p>在宅での緩和ケアをすすめていく。</p>
<p>高令者でも、体調不良となると、病院させたいと家人の申し出が多い。これは家人が家でケアしたくないとの面も多いと思う。特に80才以上では、在宅療養支援診療所で最後まで看取る人をふやせれば病院も助かるのではないか。これには、病人の家族の理解が必要で、行政を巻き込んで、キャンペーンしてはどうかと思います。</p>

<p>私は、診療所を開業する前は、急性期病院の救急外来で働いていました。10年前の話になりますが当時の救急医療において、救急搬送される患者さんの3/4が救急対応の必要性がないと思われる患者さんでした。このとき勤務医の立場から、もっとかかりつけの開業医の先生が1次救急としてしっかりと対応してくれたら2次や3次救急の医療機関は、その役割をきちんと果すことができるのと感じていました。そのため、私は、開業してからは、1次救急は、「かかりつけ」医の大切な仕事であり、在宅看取りを行なう診療所こそが、私の目指す在宅療養支援診療所と考えるようになりました。自身を総合診療医として客観的にとらえ、何が診れるのか、どこまでがかかりつけ医としての私の仕事なのかの線引きをしっかりと行なうことで、紹介のタイミングを免がすことなく、また、地域の救急病院には、真の意味での救急患者を選択して紹介することで、当院の診療（診断）能力をアピールできるものと考えています。私は、すべての診療所の先生が、かかりつけ医として客観的（ときに主観的に）に総合的に自身をみつめ足りない部分は診一診連携や診一病連携を行なうことで患者さん中心で、かつ、患者さんを自身の“家族”のように考えてあげることで、かかりつけとして最高の医療サービスを提供できると信じています。</p>
<p>図を見る前に書いてしまいました。急性病変に対して迅速な対応（検査、治療）を取り積極的に治療することにより入院を防止する。病状悪化時には直接病院勤務医と連絡を取りスムーズな入院ができるよう努力する。退院後の受け入れを積極的に行い重症者、最期の看取り患者を拒否しない。病院と連携し誤えん防止策を行う必要がある。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 特養、老健入所者の看取りは施設で、今後もっと行うべき。病院への負担軽減になります ・ 急性期病院で終末期を迎えた高齢者（生命余後10日以上、前後）の看取りは、在宅か施設で行なえます ・ 開業医の往診、在宅医療の進まない要因を分析して、対策必要。 ・ 在宅推進には、開業医へのかかりつけ医の患者保有氏名登録し、責任を持たせる必要があります ・ 在宅医同志の交流と1人の患者にふく数医師のはり付けが必要な時もあります
<p>プライマリケアを積極的に施行。ただし、本当に入院が必要な場合の支援を確保したい。</p>
<p>小生の息子が県内の某基幹病院外科医勤務中であり彼等の“へたばり”状態を詳しく見聞しています。長期療養が見込まれる症例の在宅への移行も、負担軽減の一部とはなり得ると思いますが、疲弊の原因の本質はどうもそこには無い。診療所レベルの通院で十分治療できる症例の外来診察への殺到、不要不急の急救外来受診過多がありそうです。小院周辺には3つの大病院があります。非常に濃密な病診連携が整っていて、ほとんど毎週末、時に平日の夜に講演会の名を借りて懇親会が病院各科と医師会員で大グループから小グループの規模で「顔見知りの連携」を心掛けています。自分が病院に依頼紹介した患者が在宅となって帰る例はもちろん受けるのですが、長年他の診療へかかっている、或は、通院時代をその病院で診ていて、逆紹介することもなく経過して、ターミナルだけは依頼されても、感情的には消極的になります。そんな時、しばしば何処かで顔を合せていた病院主治医からの在宅の依頼だと、無下にはできない気分になります。病院勤務医の方から言えば、外来担当患者を『何かあったら診ますから』、と一言入れてとどんでん逆紹介する。つながりが出来ると懇親会で言葉をかける、「心が通った連携」となります各々医師会では、病院医師から在宅療養への移行先が見付けられない時、医師会が仲介役を行って往診医師を探すシステムがあり、小生では年に2-3事例の問い合わせがあります。</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. データの共有家族、本人へ説明内容の確認 2. 変化時の対応についての意見の統一。 3. 急変時入院できますよと説明しておきながら入院依頼の時点に対応できる医師不在満床そんな話はない等でことわられる…家族本人がづらい→医療を信用してもらえない→在宅医療継続困難。
<p>安定した在宅患者を■もつ、夜間急変する場合は困る</p>
<p>在宅医療は無関係、患者の都合、身勝手が第一の問題。 夜間、急救、休日無保険としての対応をすればほとんどなくなると思います。 安すぎる治療費、文句を言った者勝ちの日本で医療の未来は有りません。</p>
<p>在宅医のスキルアップも必要と考えます。安心して病院医師がまかせられるスペシャリストが必要ではないでしょうか。（スペシャリストが入ったチーム）</p>
<p>まさに机上の空論だと思います。そもそも急性期病院の患者様は急性期の疾患をかかえており病態の急変がありえるため24時間体制での看護および医療が必要とされる方たちであり、それを在宅で診ることは不可能ではないでしょうか。 急性期病院の医師が疲弊するのは病院の経営者が人員をふやせないところにあるのではないのでしょうか。 「在宅医療には無限のベットがある」「居宅ベッドで安心医療」これはまったくの「うそ」であると思います。「在宅の常勤換算医師数」せつかく開業したのに常勤医に換算されてはたまりません。 開業医は経営者だから残業制限もないし24時間働ける人間だと思いませんか？</p>
<p>図①無限にベットはありません。 図⑧在宅療養に最後まで在宅を強要することはいけません。 必要な状況が発生すれば病院へ紹介する選択肢を説明し残しておくべきです。</p>
<ol style="list-style-type: none"> ①在宅医療のBedは無限でも有料であれば誰もやろうとしないのが現状である ②最は以前と違い実父母でも高齢者を引きとって介抱しようというインセンティブがないモラルの低下はなげかわしい。その結果難民となる。 ③本人も生きる生きがいをもない「死にたい」と口走ったりしている。自分の子供であってもあまり迷惑はかけられないと思っている。 ④認知症に対するケアが出来ない家族全員がノイローゼ状態となる。特に受験生などがいると大変であり在宅医療が出来る状態ではなくなるらしい。

<ul style="list-style-type: none"> ・各在宅療養支援診療所が年間平均3人→20人の看取りをすることで、年に約17万人の在宅死の増加を可能にすることができる。これだけで容易に、現在の在宅死を15%から32%に上げることができる。 ・がん緩和ケアの技術を習得することにより、年間20人の看取りは医療機関サイドからは十分可能である。 ・問題は、訪問看護ステーションがこの数に対応できるか？介護体制が確保できるか？という点に尽きると思う。 ・常勤換算2.5人以上という訪問看護ステーションの要件緩和、介護体制の整った施設の充足と在宅療養支援診療所が特別養護老人ホームへ入れる要件緩和や、居室施設入居者への診療報酬（訪問診療1件当たり200点は一度に沢山の診療をしていることを想定しての点数であり、在宅療養支援診療所が1人や2人だけ診療に行くことを拒むような点数のつけ方であることを考えて欲しい）の改善が必要と思われる。 ・以上のようなことが、結果として急性期病院の疲弊改善とベッド確保に繋がると思われる。 ・在宅療養支援診療所の平均的なレベルアップと規制緩和、介護施設の充足、診療報酬の改善が必要。
<p>字：数字など文字が太くてややビジーな感じで見づらいです。</p>
<p>①急変時、例えば診療時間外でも、搬送受入れを協力を是非お願いしたい。</p> <p>②終末期医療における最後の看取りの際、家族の気持ちが揺れて変わる事も理解の上、在宅に戻して欲しい。</p>
<p>なし</p>
<p>特になし</p>
<p>検査や手術などが終了し療養のみの患者さんはなるべく在宅とすれば病院医は楽になると思います。そのためには病院で行なった検査や手術の内容に在宅医でも共有できることが必要ですし、在宅で患者さんが別の症状、別の疾患を発症した際、在宅医の要請に病院は応えられなければいけないと思います。逆に病院が在宅医の要請をすぐ受けるには診療所は患者さんの病状を病院主治医と同じように認識することが必要です。つまり在宅医は病院の延長、在宅医は病院主治医の指示のとおり動けること、あるいは病院主治医をオーブンのごとく考え在宅医はネーベンのような役割であればいいように思います。このためには在宅医と病院医のコミュニケーションがより深いものであるべきだと思います。</p>
<p>一定期間在宅医療の経験をするとよい</p>
<p>確かに急性期病院のマンパワーをsaveする役割として在宅療養支援診療所があると思うが地区医師会の力でも在宅を実際に行っている医療機関はたった3軒のみです。往診を少々行っている所はあってもなかなか在宅までまわり切れないのが現状であります。又、病院の役割として在宅医の後方病院としてbedの確保といった重要なことが現時点では1つなり行われていない。つまり、医療会全体として在宅の重要性が今一つ浸透していないのではないかと思います。在宅医の疲弊をへらすのは一体どこなのかと考えています。</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1) 再入院を減らすための指導（介護者、介護事業者・スタッフに対して、ケアマネも） 2) 状態変化の情報早期把握システムをつくる 3) 退院する（紹介した患者が）際、引き受ける旨の意志表明 4) 病院と支援診療所の情報交換システムの構築、情報提供
<ol style="list-style-type: none"> 1) 在宅療養支援診療所は急性期病院の為に存在するのではなく、急性期病院の問題はシステムの問題（病院のあり方、地域性、その他）であると思います。 2) 在宅療養支援診療所は在宅療養を希望する人の為に働くのであり、患者さん家族と伴いのちの共感を得るから、多職種でサービスを提供するものと考えております。患者さんの状態によりその提供サービスは様々ありますが病院のベッドがそのまま在宅のベッドになることは無理がある様に思われます。以上より地域の中で地域に合った救急システムを構築し病診連携をいつもとれる状況を作り上げることがその役割となると思います
<p>当院の診療圏では日中は家族（一家で）働きに出ている世帯が多く、退院したはいいいけれど家では療養を続けられないという家が多い。</p> <p>もはや…まあ言い古されたことではあるが…病院や診療所のレベルの問題ではなく政治や経済の問題であろう。</p>
<p>家族の希望しだいです。</p>
<p>役割はとても大きいです。ただ病院のために仕事をしているわけではなく、快適で、わがままな人生が出来るように、あらゆる資源を使ってコーディネートするのが私たちの目的で、そのために在宅もあるし、場合によっては病院もあります。ただ、急救の1stコールは、支援診におくっていただけると、そのように説明していただけるとありがたいです。</p> <p>* 支援診が地域で患者様を中心とした医療、生活をくみたてるには、他職種や、支援診どおし、他科とのいろんなネットワークが必要ですが、その中でも病院もはいついていただけるとありがたいです。←その地域でということ。最後までくらせる街づくり、ということ。たとえば、眼科、皮膚科、耳鼻科etc、ちょっと近くはないということもあります。そういうネットワークをつくることで病院へかけこむこともへるのではないのでしょうか。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・急性期病院の疲弊は研修医制度を含めた医療制度上の問題ではないでしょうか。 ・支援診療所は地域連携をふまえた上でその役割を粛々とこなすだけです。 ・病院や支援診療所だけでなく訪問看護、訪問リハビリ、訪問介護の体制が十分でなければならぬのとしっかりしたケアマネジャーがコーディネートしなければ在宅での安心した療養は難しい。 ・現状では訪問リハビリ、訪問介護、ケアマネジャーが将来性がある自立してやっていける体制にはなっていない。

<p>最大の問題は家族（＝日本人全体）が肉身の死を直視する力（勇気・忍耐・愛情）が乏しくなっていること。この原因は戦後の教育が唯物論的、社会主義的に偏ったことに盡きる。在宅で永くなり、或は症状が重篤になると身内の誰彼が必ず、「金がないわけでないのに何故入院させない」と云う。</p> <p>病人の事より自分の安全（周囲の眼を気にする）。更には人の言うことを聞いて入院させれば結果的に自分も楽が出来るという構図になる。病人自身も入院すれば家族の苦痛が減ると信じている。既にこのような考え方が2世代に亘り定着しているので、厚生省が今頃気付いて（お金が足りないという理由で）音頭をとっても決して改まるものではない。今の人間は金には敏感である。入院料を（ドクターフィーを別建にしても）高額にし、高額療養費戻し制も無いようにでもする他、在宅みとり等は決して増えないと思う。</p>
<p>連携病院の方が時々来院してくださっているので、病院のBedの空き状態など、よくわかり、在宅で安心して診療が行えています。</p>
<p>病院からの診療所への紹介が少ない。ホスピスの施設が少なすぎる。情報が少ない</p>
<p>急性期病院への配慮で行なっていることではないのでコメントできません</p>
<p>居宅ベッドは介護する人が必要であり無限ではない。病院よりも効率性は悪い。1：1介護であるため。</p>
<p>理論的には、正しいと思います。</p>
<p>特にありません。</p>
<p>病状悪化時のうけいれ病院として機能して欲しい。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・改善したさいにすぐ受け入れしうるという安心感の提供 ・入院日数の短縮ーが役割。
<p>言葉の説明がないので詳細がわからない。大変だというのはわかる。もう少し焦点をしぼってスライドを作成した方がよい。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・当院では、病院からの受け入れは消極的です。 ・自前の訪問ナースを持っていないので、患者・家族・看護ステーションとの関係構築をつくる時間的余裕がない。よって、かかりつけ患者やケアマネの紹介など、関係構築に関する労力が少ない症例のみうけ入れています。 ・多くの支援診療所は、1人Drで一般外来もやっている。重症者の在宅受け入れは大変。スタッフの確保、機材のカクホなどもコストがかかる。一般無床診療所で「積極的」は無理がある。 ・病院では毎日ナースが回ってくるが退院後もしばらくは毎日…となると人がいない。看護師不足の折、重症症例の在宅移行をすすめようと思ったら、病院側が、ナースの確保（つまり、患者地域の訪問看護ステーションに話をつける）をしてから、ナースと病院の依頼で、在宅主治医をひきうけてもらうようではいかが？ ・重症をひきうけたものの、ナースが確保できず、家族の支援もなければDrが身を削って重症を診てゆくことになりません。開業医も健康は大切なので、責任感だけでは、重症はうけられません。 ・公的な取りくみで、やってゆくのなら、訪問看護にもっと予算をつけて訪問看護の充実を。（ケアマネではダメ。ちょっと具合に変化があると医師に丸投げ。）開業医もヒマ、楽ではない。病棟で回診するのと同じような環境が必要。医師は診療をする人です。それ以外の環境整備は、病院なら院長や看護部長（の仕事）でしょうか？都会での公的病院には救急などの不採算部門とともに、在宅支援センター（ナースセンター）をお願いしたいです。
<p>急性期病院を支援する、機能を発揮していただく意味での在宅療養支援診療所の役割は大きいと思います。同診療所の増加、ならびにレベルアップは必要です。同時に在宅医療の意味の内外ともにの広報の必要性を感じます。医師側の誤解も多いし、患者さん側の理解不足も否めません。在宅イコール「見捨てられた。退院させられた。」と思う患者さんが多いです。</p>
<p>私も開業して15年で50才になりますがあとこの状態で外来をしながら、在宅（施設61名外来は15名）を見るのに限界がいつかくると思う。若い医師での開業医は病院勤務が嫌で開業する医師が多く協力をこぼむことが多い。もうすこし国は開業するにあたり義務をかすべき。</p>
<p>在宅療養支援診療所のことをまだ知らない方が多数ですので説明していただくとお互いに助け合うことができると思います</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・まさに説明されている通り、病院外にある程度安定期の患者さんの専門病棟があると、病院内医師にはご理解いただき、その都度申し送りがわりに情報提供をかわしながら在宅というベッドをご利用いただきたい。この情報提供後の在宅整備は介護保険認定済の患者さんなら介保事業所が十分に対応できるので、院内MSWや地域連携室と退院前に調整をとりあえば良いだけのことになる。 ・担当Drが変わると動きが止まることもあり、在宅側からも定期的に働きかけをしていき、相互理解が必要だと思う。
<p>病院の医師と、人と人とのつながり顔の見える関係、をつけること。</p>
<p>これからは在宅療養診療所の役割が大きくなっていくと思う。急性期の疲弊は中小病院が機器類を整備し、高度な医療には手を出すが、治療（手術）が困難な患者は大病院へつけ回しているために国公立、医師会病院、医療センターの勤務医が退職して人員不足→残った人員・負担へと連続していくのだ</p>
<p>在宅医療を促進することは、賛成であり、すすめるべきであるが、いざというときの対応については問題が山づみされている。</p>
<p>急性期病院では2週限度で退院に至るケースがほとんどだと思います。その際患者及び家族は「追い出された」という思いを持たれる方が多いと思います。</p> <p>病院→在宅+診療所支援というしくみをしっかりと説明されると家族は安心されると思います。そうすれば急性期病院を患者が自分で再診してしまう事が少なくなるのではないのでしょうか。</p>

<p>当院は■■■■の地方都市にあり、該当する急性期病院はA、B 2つの市立病院しかない。いづれも混雑はしているが、人口が少ないためか大都市の病院に比して疲弊している状況ではない。それでもA病院のほうは、常に満床で、治療や準備がやや不十分のまま退院、在宅に戻され、結果すぐ再入院となるケースもある。一方B病院はやや余裕があり、末期がんの患者などを引っ張りすぎて在宅退院のチャンスを逸することがある。在宅医療と急性期病院の医療とは質的に異なる部分があり、在宅ベットがそのまま急性期病院ベットの代わりになるというのはA病院の例を見ても、抵抗を感じる。それぞれの特性をいかして、患者さんによりよい選択肢を提示できるようにすべきである。例えば、末期の緩和治療においては、忙しい急性期病院は不向きであり、在宅ホスピスのほうが一般的には向いていると思われる。また医師のほうも、自分の得意とする領域であれば、少々忙しくても充実感をもって頑張れるもので、この点では急性期病院の元気な若手の医師や専門医には、新患や急患を担当していただき、安定期や積極的治療のない患者、末期の方は在宅で積極的に引き受けるほうが医療資源の有効活用になるという考えには賛同する。救急搬送に関しては、在宅でみているほうが、そもそもコールも少なく、在宅医療を進めることが、救急搬送をへらし社会資源の活用にも有効な点は、同感であるが、こういった論点は病院の医師や一般患者に理解はされにくいと思う。急性期病院の医師の立場にたてば、単に救急車がくることより、どうしていいかわからない患者が搬送されてきた時のほうがストレスで、時間と検査の無駄もあり、疲弊の原因になる。その時点で在宅の主治医がいれば連絡して、的確な情報があれば、夜間でもスムーズな対応が可能で、こういった点を強調するほうが、病院医の理解を得やすいと思う。(在宅患者さんに24時間の訪問診療体制を説明していても、近所の方や親戚が在宅主治医に連絡せず、あわてて救急車を呼んでしまうケースもしばしばみられます)</p>
<p>控えます</p>
<p>有料老人ホーム、特別養護老人ホームグループホームの位置付けの非常にあいまいであり、施設間の隔差が多すぎるもっと老人ホームでの在宅を充実すべき</p>
<p>今後、在宅支援の形は増加傾向である。各医療機関が役割を分担し効率を高める必要がある。ニーズに対して柔軟に受けられる体制を整える必要がある。</p>
<p>在宅療養支援診療所が内科だけでなく各科のDr、が参加していただけると、助かる。 ターミナルや難病、認知症などに特化して行こう。 グループ診療に対する報酬制度を作してほしい。</p>
<p>実際にスライドの中のような数字で示して頂いて、自分らの往診が救急医療も助けていることがわかり新たに考えさせられました。私共が勤務医時代外科で呼び出しがかかるより、開業して在宅の方や往診の依頼で呼び出される方が回数も多くなっており、往診により入院か自宅での加療継続かを判断し、必要な方だけを病院へ搬送していることが地域の救急医療に通じている。その病・診連携ができてい今は以前より非常にスムーズに受け入れてもらえる。 自分の回りでもまだまだ在宅医は少ないといわれており、24h連携がかなり負担になり申請はしたものの活動されていない先生も多いように聞いているが、実際皆でもっと多人数の医師で在宅すれば今のような負担もへり、連携もうまくいくように思います。とにかくまだ在宅医の少ない現状では1人1人がこまめに動き、病院や患者とのかけ橋になっていながら在宅医が増えるような地域環境をつくってそこに患者も安心できる場を確立していけたらと思います。</p>
<p>病院b e dを在宅ベッドに移すには、核家族では不可能である。できるとすれば軽症な時だけである。軽症ならば通院でできる。在宅医療をつくった基本的な考え方が、官僚の天下り先をふやすために創設したものであるから、そのために費用(医療費)を削減するためにこしらえたものであるから、機能がうまくするわけがない。在宅ベッドにするには(移すには)それ相応の人材と費用が必要である。 医療費削減のために、このような「ごまかしの考え方」は不必要で、患者のためにならない。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・厚労省が、ちゃんとしないと。 ・「急性期病院の疲弊」が前提では、在宅医療の展開は望めないような気がする。 ・各地区医師会でリーダーを育成して在宅医療を推進していくしかない。
<p>紹介元の診療所への戻しが病状安定しても行なわれず継続して経過観察がなされている例が多い。 病状安定したなら紹介元へ戻して欲しい。</p>
<p>急性期病院は急性期に限って入院すべきである</p>
<p>入院→在宅へ場所を移動しただけでは患者にとって不安になるだけです。 きちんとしたネットワークで、地域全体で支えていかなくてはいけないのですが。</p>
<p>特になし</p>
<p>在宅にベッドは無限にあっても介護者は極めて限られている診療所よりも在宅での介護者の問題の方がはるかに大きい。</p>
<ol style="list-style-type: none"> ①勤ム医に在宅療養支援診療所が理解されていないので、アピールする機会をつくる方がよい。 ②勤ム医は在宅介護サービスについての知識がない在院日数を減らしたい希望持っていないながら、退院先についての知識を持たない矛盾がある ③かなり無責任な乱暴な退院をさせ自宅に帰しているところがある。 ④病院を退院する時には必ず在宅主治医に連絡(連携をとらなければ)しなければ退院手続きがとれないという制度をつくってほしい
<p>癌末期：スムーズな移行体制の確立他“確実なバックアップ体制(24hour)”があれば在宅医はもう少し在宅治療が可能。結果として、入院を減らせる。</p>
<p>時間外急患の自己負担金が安すぎると思う。タクシー代よりも安く夕食代よりも安い、これなら時間外の方が待ち時間が少ないという。コンビニ受診をへらさない急性期医療の質が下がる。</p>

在宅医療として患者を受け入れることは良いことと思われませんが、チーム医療として複数人の医師による在宅診療にも各々点数が取れるようになれば、もっと在宅医療をする医師が増え早期退院につながると思う。
全面的に同意します。ただ、今現在こういう流れがうまくいっていないのは、病院主治医が病気の治療以外のこともすべてをコントロールしなければならない状況におかれているからだと思います。在宅への退院をふやすには病院自体がそのためのシステムを構築する必要があると思います。
現在の日本では、病院で最期を迎えることがあまりにも当然の事となっています。在宅療養は依頼があって初めて成立するもので、依頼がなければスタートラインに立つ事すら出来ません。支援診の機能を十分に生かすためには、病院勤務医の先生方に在宅で可能な事は案外多いという認識をして頂き、積極的に本人家族に周知して欲しいと思います。在宅後の事はおおむね丸投げでかまいませんので、緊急時の対応のみ取決めをしておけば、かなり勤務医の先生方は楽になるのではと考えております。
図 1. 以前より提唱してきたことである。自治医大卒の医師に対して、特に知ってもらいたい。 2. 同感。但し、経済的理由で在宅療養が不可能となる場合が多い。 3～8. 在宅死を可能とする必須条件は同居家族の十分な協力と、経済的余裕である。
在宅でできることはできるだけ行い、自宅で看取りを希望されている人はしっかりと自宅で看取れるようにしたいと思います。ただし、急性期医療はやはり急性期病院にお願いしなければならないし、自宅で看取ろうと思っても最期は病院を望む方も一定の割合で存在することは理解してほしいと思います。自宅で看取ることが目的ではなく、患者家族が満足することが目的だと思います。患者が退院して在宅にかえたら、それで医療が完結しているわけではないことや在宅でできることできないことを病院の医師や看護師たちに啓蒙していく必要があります。患者様の価値観、人生観、そして最期はどのような栄養経路を望むか、延命医療を望むかどうかなどできるだけ治療の意志決定に必要な情報を的確に詳細に情報提供することが必要だと思います。当院では最終的に満足のいく選択ができるために、詳細な情報提供と救急搬送の時にできるだけ同乗して口頭で申し送りするように気をつけてはいます。そして、どんな重度の方を病院から紹介されても重症度ではことわらないように気をつけています。おそらく、救急車で搬送する数はずっと前から当院が地域で一番でしょう。そのかわり、救急車同乗も地域で一番多いと自負しています。
「患者、家族の相談相手になる」くらいの事しか出来ない もっと在宅療養支援診療所を知って、利用して欲しい。
在宅療養は「医療費を減らしたい」という厚生省の大原則が根本にあり、その方針を美辞麗句で飾りたてているきらいがあります。何が何でも在宅ではなく、病院でのケアの必要な患者や、それを希望するケースは、病院での見張りも考慮すべきです。家庭介ごを強引に進めるあまり、家庭崩壊したり、なおざりな介ごになってしまうケースも敬見されます
当地区の中核病院でも、医師不足が深刻で、医師会との連携にて、対策を模索中です。できるだけ自宅で療養可能な方をひきうけることが、大切であると思います。ただ、当地区での自宅での療養の場合でも、老老介護や、娘さん一人で、老人2人の介護せざるおえないような方が多数あり、末期癌の患者さん等では、終末期には、どうしても自宅での介護が無理になり、再入院となるケースが多いです。診療所だけでなく、在宅療養に対する、全体的な支援をもっと手厚くしないと、現在以上に、自宅で療養される方を増やすことは、難しいのではと考えています。
現時点で当院でのキャパシティはいっぱいになり、これ以上の在宅患者を受け入れることが困難です。開業医の方もそろそろ限界に近い状態ではないでしょうか。(そもそも医療費を国の政策で切りつめているため、当院の様な零細(企業)診療所は人員の削減はすでに行っており、最低人数でしか経営がなりたちません。これ以上の労力をかけることは無理です。)
現在の医療状況、政策がつづくならおそかれ早かれ急性期病院も破たんすると思われます。 ・急性期病院は、病気が治ってなくても病院を退院させようとする。寝たきりの認知症の人を急性期病院が退院させようとするが家族の協力が得られないので施設へ移ろうとする。 ・老健・特養等は、空床がないため介護付き老人アパートへ入れようとするが、それでは、十分な医療を行える人材が不足している。又は特養でも医療を行える状態ではない。 ・認知症で寝たきりで経管栄養の状態の人が自宅で暮すには介護保険又は医療保険で24時間、誰かについている制度を作らねば出来ない(家族が全然かわらなくても)と思います。
在宅療養支援診療所は、急性期病院の疲弊を改善するためにあるものではないと考えます。急性期病院の問題は、医療費をかけないと解決できないものであり国の医療費抑制策によって在宅療養支援診療所が犠牲になるのはさけるべきと思います
過大な期待である
看とりまでの覚悟ができていない家族・本人であれば想定される状況とその対策まで在宅で診るDrとも協力して(一度ミーティングして)受け入れやすい状況の頃に在宅へ移行する。途中で気が変わって入院したくなったPt・Familyへの対応ができるホスピス等の整備があれば在宅療養支援診療所でたいがい対応ができると思いますが、24h一人のDrでのみの対応となると困難なので、Ns. station等の強化も必要なのではないでしょうか?
在宅で出来ることは、積極的に行なうことにより、現在問題となっている病院の過労働、入院ベッドの確保等に貢献できるものと考えます。

<p>システムの整備も大切なことではあるが、医療を受ける側の理解も必要な要素と思う。 二次病院の負担が大きいのは何故か医師たちの声にもっと耳を傾けるべきでは？ 在宅医は全科に通じる幅広い知識を持ち、緊急性の有無を判断する技術を要する。また、介助などで通院が十分可能であれば、必ずしも往療でなくても良いと思われる。 現状よりも多く在宅医の数が必要。また、救急外来の負担を減らすためには、老人に限らず小児科医などが喘息患者を始め、急を要することが多いptには連絡体制をとるなどのことをすべきではないかと思われます。電話相談のみで受診を要しないケースも多にあるようですから…。 救急車の使用も、ある程度制限をかけないと本当に必要なときに不足してしまい、対応できない病院が悪者扱いされるのは気の毒な話です。</p>
<p>在宅療養支援診療所も少人数の医療機関で行っている場合が多く（1医師の医療機関）あまり大きな期待をされても、在宅療養支援診療所の医院の負担が大きくなりすぎます。 地方では、訪問看護事業との連携もとらずらく、また、末期患者の対応はどうしても医師ということになります。</p>
<p>大きい病院の先生が在宅医療に関心をもってほしい。</p>
<p>家族の理解応援が必要である。患者と家族との間が良く行っている事が特に必要である</p>
<p>前頁のスライドを拝見して在宅療養支援診療所が急性期病院の疲弊改善に役立つ事は、これからも推進して行く上で大変参考になりました現在も退院後の末期癌等の患者さんを在宅で往診を致しておりますが医師自身が高令となり次第に対応できなくなりつつあります。 当地は僻地のため後継者に託す事が困難であり苦慮しているところでもあります</p>
<p>意図されていることから外れますが、「疲弊」について先ず述べたいと思います。疲弊しているのは病院（勤務医）だけではありません。「法人」になれない多くの開業医の方がもっと疲弊していると感じます。新「報酬」で再診療が病診同額となれば更に拍車がかかるでしょう。そもそも病院は急性期外来と入院、診療所は一般外来、との住み分けがあったはずです。入院を要さない慢性期の外来患者を引き止め、忙しくて2ヵ月3ヵ月分も薬を処方したら外来に力を入れているからタイヘンなのではないでしょうか。患者の病院志向と相俟って、今後ますますその傾向が強まり、一般開業医の外来は暇になることでしょう。逆紹介など皆無に近く、在宅医療の対象者は、自院通院中に通院不能になった方数人だけです—もっとも、一人で診療している訳だから、1時間以上外来（診療所）を留守にすることも出来ませんので訪問者をあまりふやすことも遠方まで出かけることも不可能です。貴院のように多くのスタッフを擁し、往診・訪問に特化した診療所なればこそ「居宅ベッド」構想が生まれるのだと思います。そうでなくとも、時間外にはお薬受診者のカルテや前日検査の結果整理、種々書類の記入、勉強会出席等があり、半日診療日には学校医、産業医等の仕事もあり、ときに休日診療を担当するなど、いわゆる診療時間外もそれなりに多忙です。</p>
<p>在宅療養支援診療所本来の役割は急性期病院の疲弊を改善するためのものではなく、在宅療養する患者さん或いは家族を医療の面からサポートし支援するものと思います。</p>
<p>特になし</p>
<p>①積極的に時間外の診療（電話対応を含めて）に対応すること。 ②出来るだけ、往診に関心を持ち、実行すること。 ③急救病院の先生方と日頃より、顔をみて交流出来るように医師会を通じて、その機会を作り参加すること。 ④訪問看護ステーションの看護師とも親しく相談にのり、交流すること。 ⑤在宅医療の研修会に積極的に参加したいと思っています。 ⑥在宅診療を続けるには、家族の資質、年令、体力、熱意、経済力の条件がととのわないと継続出来ない。</p>
<p>図を見る限りでは、急性期病院の医師の疲弊をなくすためには、在宅医がしっかりすればよいと言えるでしょうが、長年在宅患者をみていますと診療所の力だけではどうしようもないことが多すぎます。 まず第一に在宅一人暮らしの急性期の患者に対して、医療行為でできることが限られています。老々介護でもふたりでいれば、最後まで自宅で見守ることも可能ですが、残された一人は住み慣れた家を離れ施設や遠くの家族の許で暮らすことになってしまいます。 第二は、介護保険制度の矛盾です。施設では、援助者がいることで遠見をしながら援助をし、食事も三度作ってもらえますが、在宅では介護度が低ければ援助の回数も少なく食事、夜のトイレの見守りもできません。逆に介護度が高くても独り暮らしは、不可能です。急性期病院の疲弊をなくすためには、患者のコンビニ受診をやめさせる事はもとより、在宅でのバックアップ体制の充実（たとえば、急性期と医師が認め退院した場合は介護援助を期間限定でも充実させるなど）や退院後の急変時の確実な受け入れ態勢の確立などが大切になると思います。また、急性期病院の医師の疲弊は仕事量だけに比例しません。仕事内容の充実感、組織の中での相談体制がきちんとしていることでの仕事のやりやすさも影響してきます。採算が合わなくても切り捨てるのではなく、国や県の援助のもとに逆に看板になるくらいに充実させてもらいたいと思います。</p>
<p>役割はわかっているが、患者家族に満足していただける在宅医療ができているとの自信はない。患者、家族の在宅に対する強い気持ちがあれば在宅担当医の能力の不足の部分は話し合いや連絡で乗り切っていけると思う。 20年前勤務医だった頃から最後は自宅という患者さん御家族の希望に沿うように活動して来たのでそれ程の役割に対する苦悩はないが1人医としては、10件位が精一ぱいかと思う。</p>
<p>在宅患者の急変時の対応に問題がある。 医療サイドでは当り前の事だが、家族にしては突然の事に対応しきれないと思われる。 家族への説明不足が一因と考えます。</p>
<p>変化急変時にはすぐ優先的に再入院させてもらえるなら診ていき易い</p>

外来診療も大変忙しい。
看護師不足でstressも大きい。
急性期病院のみ疲弊しているわけでない。
体力的にもややのんびりしたいがそれもむずかしい。
ある程度の年齢になると会議も多くなり余裕がなくなってくる。
やはりnetworkづくりが大切であろう。
但し参加してくれる医療機関も同じような問題をかかえている。

急性期病院の疲弊の改善ということもありますが、何よりも多くの方で在宅での最期を望んでいるということ、急性期病院の医師も在宅医も共に、もっと真剣に考えねばならないと思っています。この基本的な一般住民の希望に沿うべく、双方の医療者が動くべきです。

急性期病院においては、がん末期で治療困難となるときに、いたずらに時を過ごすことなく、在宅医療の選択肢があることを、積極的に患者や家族に示すべきだと思います。(ここの部分の改善があまり進んでいないように感じています。)一方、在宅医については、残念乍ら、若い意欲のある在宅医が増えて欲しいと思っていますが、現実にはなかなか増えていません。確かに、かなりハードな仕事であり、一步目を踏み出せないでいる医師を周囲にも多く見ます。多くの医師のちゅう躇の大きな理由として、24hr対応に対する過剰反応があるように感じています。24hr対応となると、全く動きがとれない(診療所から離れられない)と誤解している人もいるのではないのでしょうか。今のままでは、多くの医師に在宅医になってもらうのは難しいのでは。制度的なもっとゆるやかな配慮が望まれます。

その通りだと思います。ただし、全て在宅でまかなえるわけではないので、病院機能のback upがあってこそ、在宅が成り立つということも、大切というメッセージも必要だと思います。

当院がある市では急性期の総合病院は1.5病院レベルであり、その急性期病院の医師はすでに疲弊している。その為1年前よりスライドと同様の意見を持ち、当院から急性期病院へ在宅医療への歩み寄りを行っている。Dr間の連携はとれており、いつでも連携はとれる体制である。しかし紹介症例はほとんどないそれはPtとPtの家族が在宅医療を希望せず、急性期病院を退院するのを拒否する為である。何故かその家族にきくと、「家でみれない」「急性期病院を退院するともう入院させてもらえなくなる」というのが二大理由である。この為市では急性期病院-在宅支援診療所の連携をほとんどとることができていない。PtとPtの家族への在宅医療の必要性、その良さ、急性期病院の疲弊の軽減についてのけいもう活動が市民公開講座などで行う必要があると思う。しかし今の市ではほとんど在宅へ戻っても診療所が困るという問題もある。それは市においてすすんで24hr対応する診療所が3~5診療所しかない為、すすめすぎると診療所がパンクしてしまうからである。市には訪問診療専門の診療所はなく、ほとんどDr一人でやっている為、24hr対応は難しいという所が多い

在宅医の100%(多分)が看取りで感じるのは家族と共に味わえる満足感である。家族は医療者と別のグループにいるのではなく、同じチームでいる一体感があり、お互いが補いあいながら過ごすため、トラブルが起こることは入院時よりはるかに減っている事実を病院医に理解してもらうために努力すべきである。

急性期病院が本当に疲弊しているかどうかは、少なくとも市では疑問に思う所もあります。病院が多いからでしょうか。もし病院が疲弊しているのであれば、もっと、かかりつけ医に患者さんを戻すべきです。救急の往診については、もっと在宅支援診療所が活用されても良いと思いますが、大きく伸ばすには患者さんや家族の方の認識も変えていかないと難しい様です。特に夜は不安になり病院に行きたがる人が多い様です。

往診する医師ももっと頑張る必要もあるかもしれません。技術や知識を高めるなどや、夜でも点滴でもする覚悟など含めて。在宅での見取りについても、本人はともかく、家族の方がホスピス病棟などに入れたがる様です。内容はあまりわかってない様ですが…。

見取りこそ支援診療所がもっと頑張っていて、常々より在宅で最期迎える本人の意見を強くバックアップし、家族の方にもその気にさせる必要があるでしょう。医療費の減少にもなりますので。

1) 急性期病院の疲弊を改善するために在宅療養支援診療所に役割をもたせようという発想はまちがっていると思います。治療見込のない通院困難な患者さんが、自宅で静かに暮らしたい、あるいは、人生の最期の時期を家族とともに過ごしたいという希望を実現、支援することが、第一義的目的のはずです。結果として急性期病院の機能が発揮できるようになれば、それはそれとしてよいことではありますが、発想の原点が誤っていると、ゆくゆく制度上にも大変なゆがみをきたすことは、これまでの日本の医療保険制度、介護保険制度でもつくづく身にしみて感じるところですので、ゆるがせにすべきではありません。このスライドの基調にある発想はまちがっています。

2) スライド④、⑤はずかしいです。入院の適応がすべて生命の危険がある場合のみではないと思います。(統計上入院した例をすべて生命の危険があると算定したのなら別ですが、なら表現もおかしい。)入院の適応にならなかったものがすべて在宅で対応可能という計算もおかしいです。

3) 在宅医療を担っている、又はこれから担おうとしている医師の側にも余力があるわけではありません。

在宅にもベットがあるという考え方は自体は、おもしろいと思いますが、実際、病院と、家(在宅医)とでは、できる治療や体制に違いがあるのは明らかで、同質のベットというわけにはいきません。ただ、少しでも在宅への希望があるようなら、現実を話し、退院後は在宅をすすめることも十分可能だと思います。ただ、医師以上に、病院の看護師やケースワーカーが、在宅医療の実体をしっかり把握する必要があり、こちらも早急にすすめる必要があります。

在宅医療の根本は治療する医師の協力はもちろんのこと、家族の理解と協力、病気に対する基礎知識が今後と前提となってくる。それが無い限り在宅はむずかしいのでは？

<p>急性期病院の疲弊を改善するために、在宅支援診療所が何かの役割をしなければいけないとは思っていません。在宅で最後を迎えたい患者さんの希望を叶えるために手厚く在宅で診ていこうと考えています。又在宅医療には無限のベッドがあっても世話をする人が（家族など）積極的でなければできません。在宅医療には家族の大きな負担が前提としてあるわけで我々、開業医だけの問題ではありません。真に在宅をすすめていくならDrも病院と同様、1日2回くらいの廻診、Nsも1日3-4回の廻診が必要で、在宅を専門にしている開業医でかつ10人近いDrがいらないとできないと思います。私は普通の開業医で医院に通院できなくなった患者さんを中心に訪問診療していますので、急性期病院の疲弊を改善するような役割は担えません。申し訳ございませんが私の開業スタイルでは無理でございます。外来診察だけでも開業医も疲れています。多くの在宅患者をみることに無理もあります。</p>
<p>専門的な治療を要する在宅患者に対しては、必要に応じて病院入院中の担当医が他家へ往診する。在宅療養支援診療所はほとんどの場合医師は一人なので在宅末期患者を複数人担当することはできない。通常診療中に緊急往診は現実問題としては困難である。病院医が必要に応じて往診し、地元の診療所の医師と協力して診療に当たるのがよいと思う。開業医が在宅末期患者をある程度責任をもって診れるのはせいぜい1人（患者さん）だと思う。</p>
<p>・総論は結構な事で可能な限り協力していきたい。しかし、現在の所不明な所が多く、はっきりしないが、来年度改訂で訪問診療料が「同一建物」の場合830→200点となるとの由。これが集合住宅に適応されるならば、経営的には大きなDamageとなる。行政は一方で推進するといいつつ、一方でこのような事を行う。はっきり言って理解不能。</p>
<p>最近家族構成、病気に対する認識etcのため在宅療養を希望する患者さんは非常に稀である。在宅死は殆んど希望されないのが現情</p>
<p>病院と同じレベルで在宅治療は無理。残酷かもしれませんがトリアージ？みたいなものを作るしかない（治療の優先順意をつけるしかない）在宅医で</p>
<p>ひとえに顔の見える病診連携しろ</p>
<p>急性期病院の疲弊を改善するために在宅医療の充実で対処するには限界がある。在宅医療を担う医師、看護師の苦勞に比べれば、家族の負担が余りにも大きすぎる。重症で医療行為を常時必要とする慢性期の患者を支援するためには在宅医療をBack upするシステムをかなり大胆に構築しなければならない。「急性期病院の疲弊を改善するため」に在宅医療を充実させるといふ論理構成には無理があるように思う。</p>
<p>ある程度、在宅でも治療可能な状態であれば、治療途中でも退院してもらって、治療を引きつぐ。病院が大好きで病院治療至上主義の患者以外はなるべく診療所で対応して、必要時以外は病院に行かないようにする。など。</p>
<p>在宅から、急変や病状の悪化により急性期病院に入院した場合、在宅医も参加して診療を行うための開放型病床の設置などが上げられます。</p>
<p>在宅療養支援診療所のメリットを中心にデータからの解釈としては良いと思うが、現実的ではないのではないかと思う。特にターミナルケアでは、最後まで自宅だと思われている家族、本人は多いとは限らないというデータ又、現状がある。連携強化をすることで、本人、家族が安心して過ごせるというところを強調して欲しいと思う。支援診の役割は、患者、家族が楽しく過ごせる場の提供の1つとして自宅があり、それを支えるのが役割であり急性病院のためにするものではないと考えている。</p>
<p>こういう支援はしたくありません。私が勤務医の時代は入院患者はほとんどみていました。医療制度の改悪が招いたものです。</p>
<p>在宅緩和ケアを専門とする在宅療養支援診療所を開業して1年半がたちました。緩和ケア病棟での経験を元に、在宅で過ごしたいと願う患者さんを支えたいとの願いから開業しました。緩和ケア病棟での医療と、在宅ホスピスケアとは大きく違っており、発見の毎日です。私の経験では、在宅ホスピスケアを支えるためには、かなりの経験と知識が必要であり、私も緩和ケア病棟での経験がなかったら、在宅で患者さんを支えることは難しかったと思います。その意味からいえば、すべての在宅療養支援診療所が、高い専門性を持った診療所ではない現状では、在宅療養支援診療所が活躍すれば、急性期病院の負担を減らせるという理論には抵抗を感じます。在宅ケアを促進しなくてはという理論の中には、在宅ケアを受けたいという患者さんがおられ、それを支えることができる医師があまりにも少ないという現状が、盛り込まれなくてはなりません。在宅ケアを専門とする医師がもっと育たなくてはなりません。私どもの診療所は、将来、在宅ケアを専門とする医師の教育機関としての役割も担いたいと思っています。</p>
<p>急性期病院の疲弊を改善するための在宅療養支援診療所ということの意味がわかりませんが。</p>
<p>①患者教育指導 a) カゼなどでコンビニ受診をひかえるように。 b) ケアに200床以上の病院は紹介状 c) 政府、厚労省の方針であること d) 安易に救急車を呼ばない。タクシー代りにしないなど</p>
<p>②在宅療養を希望される場合積極的に診療所の医師が病院と協力して在宅医療をすすめる。</p>
<p>③訪問看護、リハビリ、入浴など家族の協力とともにチーム医療でやる。</p>
<p>当院近隣の急性期病院はそれぞれに契約医療機関があるようである。いわゆる往診専門施設が次々にオープンしている。当院は以前から通院していた患者さんが、通院困難になった場合に、在宅医療を行っている。急性期医療機関からの要請があれば考慮するが、当面積極的に受け入れるつもりはない。</p>

<p>実際に在宅診療を行なう在宅療養支援診療所を増やすべき、名前だけの所が多い。 長期に自院で診ていた患者が、在宅になる環境が整った場合各診療所は是非受けるようにすべき。 急性期病院の担当医は地域の在宅医の力量・守備範囲を知り、患者毎に在宅になるならA診療所、A診療所ならこれぐらいになれば在宅、という目標をはやくに設定すべき。現実には、急性期病院の主治医は在宅のことまで考える余裕はなさそう。 急性期病院から各診療所に在宅での守備範囲を数回アンケート形式で質問があったがその内容が活かされて紹介になったような事例は殆どない。</p>
<p>一般の外来をしながら、在宅支援診療所を行っていくには、医師は、体力気力ともに必要です。年令を重ねるとともに体力、気力のおとろえを痛感しています。 在宅支援診療所が必要かつ重要な役割をになっていることは理解できるのですが私自身今後どこまで、やっていけるか不安です。</p>
<p>理想的には病院入院→在宅への病院側の意識改革が重要と思いますが、当市では、私立の病院（小生が20年勤めた病院）と連携をとっていますが、医師不足で大変なことはわかりますが、病院としてはやはり収入源である患者を手ばなしたくない気持もわからないわけではありません。 病院医師が患者にとって、どのような支援が望ましいかということ、患者中心に考えない限り、なかなか在宅への移行はすすまないようです。当院では40人位の人をみっていますが、病院から依頼されている患者はわずか2～3人で、ほとんどが、外来でみていた方が通えなくなったり病気をこしてねたきりになったり（一時的には病院にお願いしてはいますが）した人、今まで何らかのかかわりのあった人がほとんどです。病院も訪問看護ステーションをもっていますので、そちらで多くの患者をみているようです。 家族の受け入れも重要で、介護する家族がいないため、施設入所に頼る傾向にあり、もっと介護支援が広く利用され、日中留守でも大丈夫な位に充実していかないと、なかなか在宅医療はすすまないようです。 当市の病院事情は急性期も慢性期もどちらもみているような病院機能ですので、患者を在宅で依頼されない状況なのかもしれません。そのへんは地域の医療事情で異なるのかもしれません。</p>
<p>可能な限り、往診しているが、病診連携なくして、在宅療養の継続は不可能である。 多忙な開業医も、疲弊しているので、機能分担が重要と考える。</p>
<p>本人が在宅を希望されても、自宅にベットがあるとしても、面倒みる家族はいない。 サポートする公的私的サービスもなし。 入院している方が安心という気持ちも根強い。 当院としても、支える気持ちはあるが、マンパワーも足りない。（島内に訪問看護ステーションなし）</p>
<p>日常的な健康管理を行うなかで、体調変化に早期の段階から治療を行うことで、不用意な受診を減らし、また重症化する前に対応することで入院を減らす。また、今、起こっている事態が、病院に行くと改善できるものなのか、つまり、入院して元気に家に帰ってくるのが可能な状態か、または、そのような状態ではなく、もう看取りの段階なのかを判断し、最終まで責任を持って対応する。 不用意な受診の減少と、適切な看取りで、急性期病院の疲弊はかなり軽減できると思います。</p>
<p>病院医師の間に「どうせ具合が悪くなったら、夜間などに緊急入院を依頼されて、結局病院スタッフがあたふたと仕事をすることになる。」かのような理解があるようにも感じることがあります。 在宅死まできめ細かく見届ける取り組みを在宅医が実績として定着させていくことが、相互理解と、協力関係の構築にまず必要だと考えます。</p>
<p>在宅をやってまいりましたが確かに統計的には在宅の重要性はよく分ります。一人で外来をやり在宅もするとなると大変で看護の力が大切になります現在私は息子の副院長と二人できりもりしていますが原則として院長は午前勤務で午後より在宅へ行っております夜間の急変等が高令にともない大変になってまいりました今後はやはり在宅へ特化すべきかと考えております</p>
<p>病診・診々連携を充分構築し、お互いの機能を生かして行く。</p>
<p>なかなか理想を現実化すること難しいのですがもっと積極的に取り組む必要がありますが、家族の理解をもっとマスコミを通じて行うべきと思う。</p>
<p>急性期病院と在宅療養支援診療所の役割は、心電図に例えると、急性期病院はQRSで、在宅療養支援診療所はT波の様な関係で、双方にとって必須のものと考えます。 この様な考えで、お互いを補完し合うことによって、よりスムーズな医療体制が構築されると思います。</p>
<p>在宅療養支援診療所は不必要な入院をふせぐという点で急性期Drの疲へいを改善できると思う。一方、急性期Drも在宅医療の現状を知る必要がある。 最近、何のことわりもなしに、紹介状を書いて往診をするように言う急性期のDrもおり困惑する事もある。</p>
<p>いつでも受け入れられるように準備しておくこと</p>
<p>受け入れ準備はありますが、病院からの紹介は、ほとんどありません。</p>
<p>在宅療養支援診療所の医師は高度の医療技術を持つことは無理ですが、日々、勉強し、浅く広い知識をもって、ほとんどの患者に対し対応することで急性期病院のDrから信頼してもらうことが肝要。 そうすることによって逆紹介も増え急性期病院の負担軽減になると考えます。</p>
<p>特に無いと思われず。急性期病院での加療を終えた患者で在宅移行する方は20%もないと思います。 経済的にも介護マンパワー（家族）としても負担が大きく、在宅にたえうる家庭が少ない様に思います。 病院、療養型病床、老健、特養より在宅医療の方がコスト高と云うのもフシギな話と思いますが…。（特にいっしょうけんめい介護すればするほどコスト負担が上昇します）又医療側面が強い方（気管切開経管栄養でも特に空腸チューブ留置の方）の行き先がなくやむなく在宅に移行する場合もあり問題かと思えます。</p>

在宅療養支援診療所は主に療養型の病院の受け皿とはなっても急性期病院の受け皿となりえるとは今まであまり考えていませんでした。急性期病院へ入院するような患者さんは、その病院（大病院）で、検査なり治療がある程度必要と思うからです。

慢性の患者さんのお世話が、家人だけではできなくて（あるいは家人は働きにでていて家にいない）そのため、各種在宅サービスを提供するというのが、今までの考えではなかったでしょうか。急性期病院の外来機能を分担するというのであればそれは、在宅療養支援診療所というだけでなくすべての医院に共通ですので、夜間とか休日の診療を当番にするとか、医師会で夜間休日診療所を運営するとかで対応するのが本道かと思えます。

急性期病院の疲弊を改善するための在宅療養支援診療所の役割については問7のスライドで御指摘の通りで大変よいと考えられます。[]では、地域の中核病院と開業医との病診連携が進められております。

[]医師会では会員数約80名で17医療機関が在宅療養支援診療所の申請をしています。

当地は[]市のベッタウン地で近隣の市町村に比べれば持ち家が多い方ですが、家が狭く患者サイドでの在宅療養の環境整備が整っていない状況です。家族構成で男の子は学校を卒業すると[]の方に勤務し、夜しか帰って来ないし、女子では成人すれば結婚し実家を離れてしまい、親の介護療養を支援しにくくなっているのが事実です。

介護療養病床を削減、廃止方針を定めたのは自公政権ですが、民主党政権でも基本的には、廃止の方針らしいです。介護療養病床を廃止しても、ホスピス、緩和療法の病床を増設してほしいと思う

在宅支援診が適切に作用しているならスライドのごとく急性期病院の役割を果たせると考えますが、どれだけの支援診が夜間往診をしているか？又、安易な入院手続をしていないかが問題に思えます。

1. 患者、家族への高令者医療、延命治療をしないなどの説明ができない（教育ができない）医師。
2. 夜間・休日は電話対応に留まっている医師。
3. 臨死期になっても細やかな対応ができない。その他・緊急ショートの利用を活用するなどのノウハウ。・高令独居、老老介ごとケア不足のため看取りができないケースも散見されます。癌以外のホスピスケアに急性期病院が利用されないようにしたい。

定期的訪問をして同じように夜間など電話対応しても、在医総管①ありで4200点②ありで2200点③なしと大きな費用の違いがありますが、もっと利用者にわかりやすい統一した値段設定が、あれば、患家に説明しやすいのですが。

・在宅の患者を診せて頂くことは大変勉強になるうれしい事なのですが、退院前に、たとえば呼吸器のついている方がトラブルシューティングをまったく受けていないで退院になったり（←その点につき病院に注文をつけると、それは支援診療所の仕事でと言われたり）嚥下性肺炎を繰り返す人への家人の吸痰へのトレーニングがゼロであったり病院が疲へいをしている事にかこつけてのたいまんがあると思われま

す。その点について明確な基準はなく病院の善意にまかすということでは、十分な連けいは成せないと思われ、標準的な基準を決めて頂けるとありがたいと思えます。

・病院の疲弊でと言われますが開業医と少ないマンパワーで休力はありません。病院の休力は開業医に比して大きく開業医に比重をあまり移すともっと深刻な開業医の疲弊が始まるのではないかと心配です。

・時代には逆行するかもしれないですがある程度の療養型の病床も今とちがう型（基準を（入院の）決めた）の病床が必要と思われま

す。在宅での看取りを家族が安心してできるだけの体制を組むことができるようにすることに尽きます。その為の経済的裏付けが必要と考えます。

昭和55年に父の跡をついで開業、当初は在宅往診が毎日5～10件位あったが救急体制の整備、住居環境の変化（核家族化）が進行し往診が減少、大病院への救急搬送が多くなったと思われる。その名、老人病院老健施設等の整備がされたが多くの患者がここで止まっている現状がある。ここ2～3年前より在宅に対する考え方も変化しているが患者は介護する人の高令化等で在宅医療が進行していないのが現状であろうと思われる。

介護保険の整備により少しづつではあるが在宅患者は増加傾向にあるが私方も高令となり、24時間の連携も徐々に困難となりつつある為にもう少在宅療養支援診療所の実状を考えていただきたいと思う。この役割については非常に重要と考えているが当地域（人口約28000人）で内科診療所10件で3件しか在宅支援診療所の申請をしておらず特に若い先生方は診療所と自宅が別々であり、夜間の対応が困難であると思われる。今後若い先生方の参加が望まれる所である。思いつくままに書かせていただいたがまとを得ない所があれば御容赦願いたい。

①急性期病院の疲弊を改善するために在宅療養支援診療所があるのではない。疲弊改善は療養型医療施設等に急性期病院への変更を求めるべきである（医療保険の改正にて）

②在宅療養支援診療所はあくまで療養型医療施設に入院するような症状のある程度安定した、または医療行為の積極的導入にても症状、生命維持の改善がみられない患者を受け入れるのが前提です。

③それが現状では急性期病院で見放されたという印象をもって、在宅へ移る患者の年々多くなる傾向に残念でなりません。特に大学病院などはその傾向大です。退院時共同指導にも受け持医のみの出席でなく、病棟担当あるいはそれ以上の経験医の出席もなく行われることが多くみられます。これは在宅への移行を軽視している表れです。

④我々在宅療養支援診療所の医師も患者が多くなれば、疲弊していきます。私などはすでにかかなり疲れ切っております。しかし、受け入れの診療所が少ないためどうしても引き受けなければならない状況があります。もっと支援診療所を増す努力をして下さい（当医師会でもその努力はしておりますが…）やはり、産科、小児科、救急医の増えないのと同時に苦労したくない、医師の方が多いようです。

<p>連携医として4名のグループを作っているが、24時間対応が次第に苦痛に思うようになり、積極的参加から距離をとるようになってきている。多い時でも8名ぐらいで今は1~2名です</p>
<p>急性期病院の疲弊を改善するために在宅支援診療所が存在するのではない。在宅の生活を希望する患者さんのためにあるのであって、その結果として、急性期病院の疲弊が改善されることがあるかもしれない。そもそも、急性期病院の疲弊を改善するのが目的であれば、特養や老健での看取り、加療を積極的に行うことで、大きく改善できると思う。当所は、在宅での看取りは年間4・5名程度であるが、二つの特養での看取りは年間30~35名になる。特養内で肺炎の治療を含めて行うことで急性期病院がもっとも嫌がる重度の認知症患者の加療の一翼をになっている。こちらのほうが、急性期病院の医師には感謝されている。</p>
<p>当院の現状としては、訪問診療の件数は年々減少しています。理由として</p> <p>①施設入所者の増加</p> <p>②過疎化・高齢化・核家族化による家族の減少（介護者がいない）</p> <p>③「病院にいる方が安心」なので入院を希望する方が増えた←急変時や亡くなった時どうしたら良いかわからない</p> <p>④①~③の理由により、往診の件数が減少し、在宅療養の物品を揃えるコストが無駄になりやすい（胃瘻チューブ、バルーンカテーテルなどをストックしても無駄になる事が増えた）。</p> <p>「急性期病院の疲弊を改善するため」と限定するならば、</p> <p>☆病院が・在宅療養支援診療所の体制を把握し、患者さんを早期に退院・在宅へ帰すようにしていただく</p> <p>☆在宅療養支援診療所が・受け入れ体制を整える・在宅でも家族・患者さんが不安を感じないようケアする・保険（介護）の利用や訪問看護、ヘルパー利用など環境を整える。などが挙げられると思います。</p> <p>実際に介護する家族の立場に立つと、在宅で介護するより病院や施設の方が、疲労も少なく、不安も少ないと思いますので、往診の患者さんが減少していくのは、仕方ない部分もあると思います。</p> <p>「最期まで自宅で過ごしたい」とご希望の患者さんや家族の方については、できる限り対応していきたいと思っておりますので、今後も努力していきたいと思っております。</p>
<p>1人で在宅医療をやる限界を周知していただきたい。</p>
<p>在宅医療は「急性期病院を支援する」ために存在するものではなく、患者・家族が希望するから存在するものです。「急性期病院を支援する在宅医療」という観点は、医院の経営や、増患対策には有効ではあっても在宅医療の本質には百害あって一利の無い考え方です。</p>
<p>在宅医療の役割、急性期病院に対する貢献度は伝わるとは思いますが、在宅を経験したことがない医師には、ピンと来ないかもしれません。在宅で、これだけ見ていますよ！！と言っても、病院医師は目の前に来る患者のこゝししか分からないので、在宅医療の本当の役割や貢献度は伝わりにくいかもしれません。医学生、初期・後期で、在宅を実践できる、医師のキャリアパスを構築する必要があると思います</p>
<p>診療所が急性期病院との役割分担をしっかりと認識して、急性期病院退院後も引き続いて同じレベルの医療を継続出来るよう研鑽を積むことが重要であると思えました。</p>
<p>・医療依存度が高い（IVH、胃瘻、吸引、PCA等のポンプ使用、頻回な点滴等がある）患者さんでも、在宅療養ができるように、知識や技術を持って対応すること。それにより、病状進行や体調変化があっても、家族と相談しながら在宅で対応することが可能となり、外来受診や入院の必要性も低くなる。</p>
<p>☆高齢者の救急受け入れ可能な病院が少ない。</p> <p>☆開業医に24時間対応と言われると手を上げないDrが多い。医師会を中心にチームでの対応が求められる。</p> <p>☆都市部では、独居の方、家族構成等の問題より、在宅死をする事が負担になるケースが少なくない。（ニーズが少ない）</p>
<p>病院医師、看護師等が在宅医療でどこまで出来るのかを真に知ることが最も重要。在宅を行う開業医はこれを一生の仕事としているが病院に勤めている医師は転職するのでいい関係が継続しないことが悩みです。地方と中途半端な都会（■■■■地域）では地元に対する愛着が全然違うので医療者も住民も行政もまるで他人の様相はこの10年ほとんど変わりません。①在宅医療の認知度の徹底②病院との連携の継続のしくみ③地元への愛着これらが根底にないと改善にもつながらないと思っています。</p> <p>急性期病院が在宅療養支援診療所をよく理解し、利用していくことが疲弊の改善につながるとは思います。</p> <p>在宅患者を積極的に診るべきだと思います。</p>
<p>大都市に比べて地方における病院勤務医師、看護師不足はより深刻。</p> <p>一般の方々にとって在宅医療の認知度が上がれば、診療所が果たすことのできる役割が重要度を増すと思われる。一方で、在宅医療に対する診療所医師の意欲、在宅医療を実施する診療所数は増えていないような気もするのですが。</p>
<p>在宅医療に関する考えは地域によりずいぶん差があるように思います。</p> <p>■■■■では家族にとっても患者が病院にいたことが幸せと考えている人が多いようです。</p> <p>在宅医療を提供する側は最後まで看取るつもりでいても、最後の最後で“病院に”と家族から言われることもあります。（それまでの関わり方が不十分だったということも否認できませんが…）</p> <p>医療側だけではなく医療を受ける側も「死生観」を考える必要があると思います。</p>
<p>最近、在宅医療を希望されない家族が多く、その家族を説得してまでも在宅医療を行なう意義があるのか疑問に思っている。</p> <p>地域差もあるのですが、まったく家族が希望しない在宅医療は成り立つのでしょうか。</p> <p>急性期病院より無理やり在宅医療が良いからと家族が良く理解していない状態での退院が多いと思う。</p> <p>連携がうまくいっていないと思われます。</p>

<p>1、急性期病院の疲弊改善の為に在宅医療はないと思う。急性期疾患は心筋梗塞、脳卒中、外傷などすべて在宅ではなく、急性期病院で対応すべきことで、急性期病院の役割を在宅支援診療所が一部でも担うことは不可能。</p> <p>2、急性期病院の問題は、急性期疾患を扱う、地域社会の基幹病院同士のシステムの中で解決するべきである。</p> <p>3、在宅支援診療所は慢性期、難治性、不治性疾患に対する療養病床、ホスピス、緩和ケア病棟の代りとなるべきものと考えている。これら病床よりもよりの地域に密着している点で、今後の役割増大は期待されていると思う。</p> <p>4、急性期病院の問題は、我が国医療の病院間の役割未分化、診療所で病院外来の役割未分化に基づくものであって、これらを整理すれば、もっとスッキリした医療システムが出来ると思う。</p> <p>くり返すが、在宅支援診療所は急性期病院の片代りにはできないし、すべきでもない。</p>
<p>“急性期病院の疲弊を改善するために在宅を行なう”というポリシーには強く反対します。結果的に疲弊を軽減することにはなっても、それを目的にするのは誤りです！</p> <p>在宅医療のニーズが高まっていることは事実ですが、急変した患者を受け入れてくれる病院が少なくなっているように感じます（当直医が足りない！）</p> <p>当地■■市では、夜間、休日診療所を医師会が中心となって、一次救急を医師会員、大学医局が小児科、内科、外科を担当しています。ここに来院した患者を2次救急に搬送する場合でも、2次救急当直医が足りません。バックアップシステムの保証がなければ在宅医療は困難です（特に末期がんの看取り）我々が最期を看取るとしても、患者家族には不安があり、最後の最後になって、ギブアップする例が多く、緊急に病院搬送されることが多々あります。</p> <p>現在の在宅末期患者の保険請求も難解で、在宅を行なう“支障”となっています。我々のように、訪看スタッフがいない診療所では、ターミナルケア加算を算定できません。（多の訪看ステーションに支払う金額が事前に判らない）</p>
<p>確かに急性期病院の疲弊はあるかも知れませんが、「急性期病院は忙しい。開業医には余裕がある」という構図で語られることが多いのには違和感を感じます。</p> <p>開業医も多様ではあると思いますが、少なくとも私のクリニックでは、「在宅医療に本腰を入れてとりくみたい」と考えていても、そうできない現実があります。ほぼ毎日朝の7時から夜10時頃までクリニックで働いて（昼休みは7～10分間）、往診の求めが日中であっても、行けるのは夜の10時以降。</p> <p>現在の診療をいつまで続けられるのか、あと何年自分の体がもつのか不安な毎日です。患者の診療の要請にはできるだけ応えたいと考えておりますが、もう限界です。</p>
<p>在宅への導入には、介護保険と家族支援の連携が必要条件である当院では、院長が在宅への導入を受け入れる際には、休日などを利用して、家族会議を開いていただき在宅介護株主総会と称して、家族全員が1株株主（外に出ていった子供達も含めて）と言う設定で、今後在宅で医療、介護を続けるための心得を文書をもって説明したり皆さんの基本的合意の形成には時間をかけています。色々と注問を言っても何一つ介護支援には手を貸さない人はこのシステムからは除外するが支金の援助だけしていただきます。</p> <p>家族の主たる介護スタッフ（娘さん又は主婦（嫁さん）や息子）の過重負担を軽減し在宅ケア、医療が継続するためのサポートシステムは、日本の家族制度の見直しと子孫への現場研修の残された、■■■の一つとして全国にその火を消さないように広めてほしいと考え在宅に取り組んでいます。</p> <p>もっともっと国の予算も増やして日本の家族制度の再生のための在宅医療、介護に力を入れてほしい</p>
<p>特になし</p>
<p>①一人医師による在宅療養支援診療所と複数医師によるものとはその体制が異なり今後その差別化が必要で急性期病院の受け皿になるのは複数医師制のものであると思われる。高度在宅医療と24時間365日体制は一人医師では不可能です。</p> <p>②看取りの場として在宅以外に、施設、特に特養がありますが、嘱託医制度の為に、癌末期患者を除いて在宅あつかいにならないという診療報酬上の不合理が存在している為、多くの嘱託医は高令の医師で看取りも、救急対応もしていないのが現状です。特養も在宅あつかいになれば看取りという場を提供できるようになります。当院では関連法人の特養に年間20名弱の看取りと、それ以上の救急対応をしています</p>
<p>特になし</p>
<p>・病院側が在宅患者を必要な時にすぐ診察していただければ、もう少し在宅患者が増えると思います。患者側から“必要な時は病院に入院出来ますか？”という質問をよく受けます。在宅患者を往診していて、入院が必要であるけれどももこの病院も受けてくれないということが良くあります。</p>
<p>一言で言うと軽症例は主治医か近隣の医療機関で診るようになれば改善すると思われる。又、入院期間短縮にともない仕事量が増えたにもかかわらず病院勤務医の定員が増員されていない事も医師の疲弊につながっている。</p> <p>一次救急を診れないのは医師でなく准医師に格下げするなどバカと思われるような案を出して緊張感を高める必要がある。</p>
<p>基本的に在宅を病棟の様に考える事に無理があると思います。</p> <p>ナースステーションが機能せず直接主治医が対応している。当直の時だけでなく何かあれば毎日という事になる。</p> <p>連けいは必要だが、ある意味同業者で近くの同じ科の医療機関との連けいはやりにくい。急性期病院と在宅の間の医療機関（有床診や小病院）が必要と思うが、入院させてもやっていけない状況がある様子で紹介しにくい。問題はいろいろ多いと思います。</p>

本人及び家族が希望する限り、在宅での療養をおしすすめるべきである。プライマリー・ケア医としては、在宅医療を受け入れる準備は出来ていると考えるが、急性病院の医師の考え方に「すべてを自分で」と言う考えが残っている。

病院の医師の意識改革が必要と思われる。地域での受入れが困難な場合（例えば、地域の医師の医療知識あるいは技術に不安がある場合等）研修等で地域の医師が技術向上につとめればよい。

我々は医療知識・技術を売ってなんぼの世界に生きているから。

図①は良いと思う

図②黒字のところは不要

図③良い

図④A - B = Cではないと考える。入院にならなくても救急搬送が必要な場合は多数ある

図⑤救急搬送数と在宅療養支援との関係が今1つわからない

図⑥①～④在宅での看取りが増えるのは急性期病院にとって良いことと思う。

急性期病院と療養型病院・その他の施設の役割分担の上での在宅療養の役割。

急性期病院の疲弊を改善するためには・在宅での看取りを増やす（現在、最期は病院で面倒をみるから悪くなるまで在宅医療をしてほしいと連絡してくることが多い）
・在宅支援診療所の機能を充実させることにより在宅療養者を増やす。保険診療上の点数を上げる。

在宅支援診療所のDrは一人体制なので全てかかえ込んでしまうと、疲れでイヤになってしまう。

自主的あるいは医師会の中心になって何人か単位のグループの結成を促すようにすれば耐えられるようになると思う。

①～④在宅療養支援診療所の役割については、よく理解でき、なかなかいいと思いますが、実際にご自宅へ帰れるかどうかは、住環境、家族の介護力があるかどうか、7～8割を占めると思います。また、こういう診療所がある、選択肢として在宅があるという衆知が、入院なさっている患者さんご家族へ届くことを願っています。

在宅医療を実施する支援者が家族にいないことが多い。

独居者、家族が昼間勤務していることが多い。

介護者も高齢であるため介護を充分に行えない場合もある急変時の通報装置、携帯電話の取扱いなどを会得させておく必要があるマンション住いの家が多くなったので在宅療養を行うためのスペースが狭く従って住診依頼の件数が著しく少なくなってきた急変時には救急車に依頼する家族が多くなってきた

重症患者を在宅で診るためには、急性期の病棟医がつとまる程度の能力は必要であるが、なかなか十分な能力をもった医師を確保できないでいる。

在宅希望患者がいることはわかっているが、引き受けるにはマンパワーがもっと必要だ。

“在宅療養”は“病院のベットを自宅に持って来る”のとは意味が違うと考えています。

医科自体に■■■その理解力乏しく又保険診療も■■■いない又病院自体に経営の■■■抱かせることは結果的に十分な■■■を抱懐させてしまう。

■■■ことは■■■孤立しがちな診療所をチーム医■■■として成り立たせることであろうが非常に困難な状態である

私どもの施設は、消化器科の一般外来（内視鏡検査等）を行うのと平行して、癌終末期に特化した在宅医療を行っています。後方支援のベッドは有床診療所である自前の病棟を用い、看護師も当院スタッフが対応するため、訪問看護ステーションとの連携はございません。

癌終末期の在宅医療は、患者さん本人はもとよりご家族全員を含めての看取りの医療で、大変繊細な対応が求められ、同時期に当院が対応しうる見取り医療はせいぜいお二人です。

他疾患や難病疾患での在宅医療はまったく経験がないため分かりませんが、前述の理由から私どもの施設は多業種、多施設が連携して行う地域連携システムにはなかなか乗れないのが現状です。導入支援に関する種々の技術やテクニックは必要とは考えておりますが、癌終末期をより穏やかに静かに迎えて頂くためにあまり積極的には行っていないのが実情です（緩和に必要な処置は行っていますが）。よりメンタルなアプローチが重要と考え、職員一同カンファレンス等で検討を繰り返しています。ご質問の本題からずれて入ってしまiumsみません。

在宅療養支援診療所の存在は地域医療にとって大変重要と考えています。私どもの地元の急性期病院の疲弊は常日頃感じています。総合病院から看取りの患者さんをご紹介いただいたこともございましたが、患者さんやご家族からのお話を聞く限りでは、担当の医師や看護師、その他パラメディカルの方々も、癌終末期に向かう患者さんやご家族に対して、あまり時間が割けていません。これは急性期病院の怠慢ではなく、忙しすぎる施設の限界と考えます。ですから周辺の診療所がバックアップしなければ地域医療がより厳しい状況に陥るのは目に見えています。

なかなか地域医療に合流できない私どもが論ずるのはおかしいのですが、今回のアンケートから感じたことは、在宅療養支援診療所の究極のスタイルは、車両に導入支援の機器や薬剤や専門スタッフを乗せた移動診療所かもしれないと言う事です（仙台往診クリニックさんはまさにこのスタイルなのではと理解しています）。建物は診療をするところではなく、種々の薬剤と機器のストック場所であり、スタッフの待機場所であり、事務的作業の場所となります。移動診療所（車両）で医師は、一日数十件の在宅医療をこなし、同時に急性期病院からの退院前の共同指導などにもスタッフと共に参加し、受け入れ準備を行います。急変時には、移動先の患者宅から、後方支援病院に連絡を取り、入院手続きを行います。同行する看護師は、自院の職員ではなく連携する看護ステーションのスタッフでもシステムは成り立つかもしれません

<p>急性期病院が困った時はベッドの空きがある時は当医院に受け入れています。 ベッドの空きがない時は訪問診療で対応しています。</p>
<p>整形外科医としての在宅療養支援診療所は現状ではあまり大きな役割はしていない様に考えます。 今後整形外科医として、どの様なかわりが出て来るかを、種々検討していくかが、大事な事になるものと考えています。</p>
<p>当院院長は機会のある毎に総合病院や医師会主催の研修会へ出向き、在宅医療の実態や課題について講演しております。 今後もなお一層の啓蒙の努力が必要と思われれます。</p>
<p>受け入れについてはやぶさかではないが当方の事情について考慮しないで送ってくることが多い。 現在の病名、治療、投与薬剤についても勝手に患者に伝えるだけで受け入れ診療所のことは考えないことが多い。 病名と処方薬の不一致が多く、査定されることが多い。正確な情報が欲しい。 このようなことが多いと病診連携は断りたくなる。</p>
<p>・軽症患者（大がかりな処置や検査を要しないと思われる）の救急対応などを幾つかの在宅療養支援診療所で協力して、できればいいでしょうが…</p>
<p>①病診連携を円滑にする事。 ②有床診療所のベッドを活用する事。術前、術後のフォロー。老健施設等への入所待期中等の活用。中等症の在宅医療の受け皿等。 ③訪問看護ステーションとの連携を密にし急変時の救急病院受け入れを担保しつつ、在宅医療へかかわってゆく。 ④介護保険の仕組みを把握した上で医療保険とのすみ分けをスムーズに対応する事。 ⑤家族と本人の希望と同意のもとで当医ベットで終末期医療を完遂した経験がある。</p>
<p>在宅療養支援のための社会的資源の充実が急がれる。 独居老人、老々介護、同居家族が居ても介護をしつけない家庭等があるが、これらを看取る又は療養支援するためには、まだまだヘルパーが少ない。看護師が少ないし、かつ、技量の伴っていないヘルパー、看護師が多い。 グリーンケアの専門家を養成しないと家族で死を看取ることが出来るようになるとは思えない。家族が死を看取ることができるようになるには、人の死、特に老人の死について恐いもの、怖いものではなく、静かに看取ることが、本人にとって幸せなことだとの理解を普及させることが必要である。まだまだ病院死の方が、最後まで、医療を受けさせることが出来て、患者さんにとっては幸せなことだとの考えがある。 終末期医療について国民の間でのコンセンサスを得ることが必要と思われる。 医師病院、マスコミ、知識人の協働が必要である。</p>
<p>①急性期病院を支援する、在宅医療は現状のクリニックでは困難である。専門医制度に固定された日常診療のため時間的に予ゆうがない。診療内容が狭まい。 ②重症患者に対する、在宅療養を実施する意欲がない。病院との連携が少なく、管理料等の算定は殆どない。 ③当医院は在宅医療を充実し、ベット数を増やす予定です。介護療養ベットの廃止や家族の介護に対する力価が低い等十分に考慮して実施したい。 ④在宅診療の対象となる救急搬送患者数を出来るだけ、外来並びに往診にて消化する様に努力する。 ⑤救急外来搬送患者数（18°～8°）に対しては、夜間、往診、外来診察の件数を増やす努力すべきである（特に若い医師に対して） ⑥ホスピスケアと在宅療養支援診療所の機能を持つ様にすべきである。 ⑦在宅療養支援診療所の在宅看取りが増加の傾向にあります。 ⑧病院での死亡率と在宅での死亡率は当地に於いても在宅看取り率が少しづつ多くなりつつあります。</p>
<p>市には私立大病院が4ヶ所あり、ある病院では夜の急性期疾患を満床の為とことわる病院が決して居る。必ず2～3床、毎日（当番制になっておりますが患者の我儘で、あの病院はダメと拒否される事が多々ある）2～3の空ベットを用意出来ればよりbetterである。</p>
<p>1、在宅紹介のある場合は、在宅療養支援診療所は速やかに応じて、後方ベッドの割合を担うべきである。（逆に在宅で病状の増悪ある場合は、急性期病院も受け入れるべきと考える。） 2、在宅療養支援診療所として、家族の介護の支援の充実をはかり、家族の負担軽減をするよう努める。 3、患者様本人の苦痛をとり、最期まで自宅で過ごすことを希望する方には、死亡までの支援を行う。</p>
<p>急性期病院との密な連絡が必要と考える。医療機関同志の連携が必要。 24h体制の往診も、小さな子供がいる子育て中は困難であり、バックベットの存在があれば、在宅医療の受け入れ数も、増やせると思われる。</p>
<p>結果としてそのようになれば良いと思いますが、それを目的とするのであれば、訪問看護ステーションが算定できる保険点数の改善、もっと訪問看護師を増やすこと、患者の自己負担の軽減等が必要です。 在宅と急性期病院には役割のちがひがあります。いつでも訪問医が、往診することが良い医療ではなく、そのような緊急事態がおこらないように事前の対応を行うことが、在宅医療が安定して継続できるキモであると考えます。 私はガン末期より、難病等の患者が多く、みとりはそう多くありません。またみとりの数が評価ではなく、どのくらい満足できる在宅療養をおくる事が出来たかが重要であると考えています。 最期は病院のベッドでなければならず、それが出来ない方がいらっしゃるのが事実です。</p>

<p>寝たきりとなって長期療養されている在宅の患者さんが肺炎となり、治療をする際に、すぐにでも後方病院への入院を依頼することはさらに急性期病院への負担を増やすことになる。在宅医としては、介護している家族の意見や看護能力、あるいは回復の可能性などいくつかの要因を考慮した上で入院が勧められるのか否か悩むことがある。抗生剤の点滴と口腔内吸引の対応は自宅でも可能であるのだが、入院治療を選択して回復を期待したが結局病院で亡くなってしまわれる患者さんらも大勢いる。けれども、あえて在宅での治療を選択し亡くなられてしまった時、果たしてこれで良かったのかと思ひ悩むこともある。</p> <p>繰り返す肺炎患者さんの終末期を予想したときにその予想が正しいのか、在宅を優先して治療の場とするのが良いのかガイドラインのようなものがあると、判断しやすいのではと感ずることがあります。今のところは、このまま入院されても回復の見込みが少ないですから家で最期までお付き合いしますと言って自己判断で対応しています。</p>
<p>勤務医のときは、診療所を中心とする医師会の無理解と批難の中で在宅医療（救急から看取りまで）をはじめたが、病院が閉鎖になったことで開業。</p> <p>今度は、在宅療養中の方が何らかの形で入院を要する必要にせまられたときに、受け入れ先の病院がない（かつて勤務医のときは、すべて相談に乗って、365日、24時間体制で受け入れていた）。</p> <p>この矛盾は、どうすればよいか日々悩むところである。</p> <p>これらの①-⑧が、その解答の一部であるが、現実でもある。</p>
<p>往診を行ない、在宅療養支援診療所として掲げている医師でも、夜間にはとくに対応せずに病院搬送を指示しているところもあると聞きます。やはり、標ぼうするからには実践しないとイケないと思ひます。</p>
<p>①第1にslideが頻雑</p> <p>②恐らく一軒一軒廻るには在支診にとっても負担が重くのしかかってくるであります。しかも24hrs対応ですので。</p> <p>③在支診のnetwork化が必要になってきます。</p> <p>④あるいは、高専賃etcに入居してもらい、集団対応の方が在支診の Drs も疲弊しないのではないかと考えられます。</p> <p>⑤当院では、ひとたび在支診に登録されたら、Ptそのfamilyが望まない限り、命終まで全て対応することを基本方針としております。</p> <p>⑥従いまして当院のDrの専門性を逸脱する状況でない限り全てを当院で処理する方針です。</p> <p>☆⑦医療保険と介ゴ保険の境界に難渋しております。行政の対応が個々によって異なることに苦勞しております。←これを何とかできませんか！！</p>
<p>在宅診療所は急性期病院の疲弊を改善するためにあるとは考えていません。</p> <p>在宅診療所があずかっている患者は、慢性期の患者であり、今までは有床診療所や、療養型病院に入院していた患者を在宅でみるようになったにすぎません。</p> <p>あずかっている患者が悪くなれば、急性期病院に送るので、急性期病院は忙しさは変わらないと思ひます。</p>
<p>診療所から1km以内でしたら24時間対応出来ますが遠いと対応が遅れます。</p>
<p>急性期病院と在宅療養支援診療所との連携を強化する必要があります。</p>
<p>・在宅支援診療の果たす役割を病床数、救急医療とからめて、一般の人に説明するには良い方法だと思ひます。</p> <p>・しかし、私は“急性期病院の疲弊を改善”させるために在宅医療はあるのではないと思ひます。不治の病をかかえこんでしまって、療養の場として必ずしも病院が適当でない場合に、最善の療養の場で、生活して頂こうという気持で在宅医療を行っています。</p> <p>したがって“急性期病院の疲弊を改善”には何となく抵抗があります。</p>
<p>意見なし</p>
<p>医師一人のみのできる範囲の在宅をしている立場ですので少しは役に立っているのかなと感ずました。</p> <p>看取りの地域体制は必要と思ひます。消防警察並みの勤務体制が病院（急性期）にまず必要と考えますが（？）、在宅も地域での連携・体制整理が基本と思われれます。（私一人で無理してないつもりですが、ことわれないので在宅の患者さんが増えてきた。疲れてきています。）</p>
<p>病院にも勤務していたので、病院で終末を看ることの多さ、忙しさも知っています。しかし、今開業医となって、日常の診療の忙しさ、往診、医師会活動（ワクチン接種、学校医検診、産業医巡視）これらも大変忙しく、夜勉強をしている時間は、むしろ病院に勤務していた時の方が多かつたぐらいです。患者を病院から自宅での在宅へシフトすることは、お金の面では、国の財政を救済するために良いことではしょうが、結局この患者に対しての労働力が減っているわけではありません。むしろ効率化が低下して、全体の労働力は上がっているでしょう。</p> <p>私も50歳をすぎ、往診や在宅医療をする元気がだんだん無くなってきています。今後も老一老介護という形が続くでしょうし、医師（開業医）が高齢化して老人化していき、老一老診療になっていくのではないのでしょうか？若い医師には、ノーベル賞とまではいなくても、新しい医学の発展をめざしてもらいたいのですが、日本の人口ピラミッドから考えると高齢者（末期）を診ることにふりまわされている姿が予想されます。あまりにも暗い予想ですが、在宅医療も崩壊すると思ひます。</p>
<p>地域連携により在宅の促進をすすめていくことも必要と考えます。</p> <p>連携パスならびに退院時の十分な説明も必要であり、急変時、希望の時には病院で対応もしながら在宅をすすめていくことで、まずは普及に努めていくしかないようにも思ひます。</p> <p>いずれにしましても、在宅の役割分担をもう少し明確にしていく必要がありそうです。</p>
<p>図①が全てと思ひます。病院医師や国民に周知する事が早急に必要と思われれます。</p>

<p>高齢者の割合が増々増加する中で、急性期病院に絶対的に入院適応の無い方を、在宅でみていく、あるいはみとる社会的な必要が、今後増々増加すると思います。</p>
<p>まず、名実ともに「24時間体制」であること。我々も疲弊のおそれがあるため、在宅支援診療所数の増加スタッフの拡充・後進の育成が必要。また、(施設の特性にもよるが)「在宅でどこまでできるのか」を勤務医の先生方、その他の医療、介護スタッフ、家族の方々に啓蒙することが必要。そうでなければ、状態の変化の際に「入院を」となってしまうケースがしばしばある。</p>
<p>在宅療養支援診療所へ利益誘導的に、在宅医療を拡大したが、これ以上負担(診察や、カンファレンス、文書作成 etc)が増えると今度は、一生懸命仕事をしている診療所が疲弊してしまいます。しかし、二人の常勤医師で経営できる程収入はないので、現状では、院長一人が頑張っている状況です。今後は在宅療養支援診療所への支援こそが求められます。急性期病院の医師は、バイトも含めて代替の医師を確保できるでしょうが、診療所はそうは行きません。昨年、近所の医師が心筋梗塞で入院した際、その間の在宅患者6名とグループホームの回診を手伝いました。そうしたことも、体力のあるうちしかできません。今後、在宅診療所同士が、どうやって連携を深めるのか議論して行かねばなりません。</p>
<p>在宅療養支援診療所では専門科目の違う複数の医師で構成されることが望ましい。</p>
<p>急性疾患を在宅で加療可能なものは在宅で済ませたいが、例えば老・老介護だと何か起きると不安感は相当なもので、ちょっとしたことで、救急車を呼んでしまう。</p>
<p>①在宅療養診療所が、在宅医療の役割を無事に果たすには、その在宅患者を取巻く、マンパワーの存在が必要条件となる。全く孤独な在宅患者を看することは、社会的協力(近所・隣の人)がない現在では不可能である。</p> <p>②私の住んでいる■■■■は■■■■といわれ、人口25万人程の環境の良い住みよいところといわれ、経済的にも恵まれている地域といわれております。しかし現在の不況の波は免れることが出来ず、経済的困窮は、まず在宅患者に及び、訪問看護の訪問数を減らすことに始まり、中には訪問を断わる患者も出ております。訪問看護ステーションの経営は、従って赤字運営が多く、苦勞をしている様です。訪問診療も、患者の人の折衝で回数の減少を余儀なくされる状態です。</p>
<p>急性期疾病に対しておこなわれた治療後の受皿として、在宅療養が可能な背景として</p> <p>①在宅療養支援診療所の質の向上</p> <p>②在宅介護者・家族の理解・納得、協力の両方が必要と思われる。今後在宅療養を必要とする実数は増えてゆくと思われるが各医療・介護分野との連携を組んでゆくなかでリスク面での対応についても考える必要ありと思う。</p>
<p>1)ほとんどの在宅療養支援診療所は1人医師で、通院患者の外来を主体にして診療しているので、重症の在宅患者を何名も受け入れると身動きが出来なくなってしまう。急性期病院→慢性期病院→在宅の順で自宅に戻ってくる患者さんは比較的安定した状態になっているので引き受けられるが、急性期病院→在宅の患者さんは癌末期のような状態で、現在の能力からいって1名程度しか受け入れられない。急性期病院よりストレートに在宅に戻るにしても受け入れる患者数が在宅療養診療所では制限されるのではないか。</p> <p>2)当地は農村地帯の中の商業地区であるが、農村地帯でも核家族化が進行しており、在宅で患者をみる介護力はほとんどなくなっている。重症患者は多くが急性期病院→慢性期病院→老健等へ流れている。</p>
<p>医療提供側から、病院→在宅への移行を誘導する事は、昭和30年代に病院入院を推進してきた行政の政策を180°転換する事で多くの矛盾、問題点が含まれている。</p> <p>医学的見地でなく財源を主とした経済的な面で患者の看取りの場所を決めるのは、横暴と言わざるをえない。</p> <p>グチを言っても仕方がない。</p> <p>急性期病院の疲弊は、多くの原因で生じている。</p> <p>収入不足が最っとも大きな原因であり、点数改正のたびにマイナスでは、経営が成り立たず、「在宅支援診療所」の設立もあまりの点数の低い状況で診療所の経営面からは長続きしないと思われる。家族が、在宅で病人を看取れる環境作りが必要!!主たる介護者(身内)には、報酬を与えて介護トレーニング施設で研修をうけさせる事が重要。</p> <p>フォーマルな従事者を家族で仕立てる事である。財源を豊富にする事は、今後の国策の重要課題であり、無駄な予算を如何にケズルか予算があれば、人材は上記の如く豊富です。</p> <p>「自宅での、看取り終われば、他家で働く」formalな関係になる。</p>
<p>在宅患者を、急性期病院の入院患者と同列に数で比較し“居宅ベッド”として扱うのは、多少無理があるが、ざん新でわかり易いアイデアだと思いました。同じく、往診件数と救急搬送数を同列で比較するのも、すごくわかり易いです(論理的に無理はありますが、一般受けし易いと思います)。</p>
<p>絶対に必要だと思います。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・支援診療所の24時間対応(当番制)化・在宅での状態変化に対する家族との話し合いで方針を決定しておく ・急性期病院対応分を早く在宅にかえしネットワークに乗せて対応をはかる。これにより、本当の救急患者(かかりつけ医のいない)への対応となり、業務軽減につながる。
<p>当院は有床診療所のためまた医師1人スタッフの人手不足のため最低限の在宅医療にとどまっております。24時間営業に近いため入院にてfollow upしております。</p> <p>入院患者は近医医療施設よりの超高齢者が多く急変の頻度が高く院外への外出が困難となっております</p>

<p>個人医院としては、6人程度しか在宅医療は行えない。 医師1人と看護師3名ではとても多くの人を受けられない。</p>
<p>在宅療養支援診療所が実際に有効に機能すれば急性期病院の負担軽減となり疲弊を改善できると思います。我々の地域でも在宅療養支援診療所は多数ありますが一部の在宅医療専門のところ以外は、あまり活発に機能していません。1つには診療側の問題。外来診療が主体で時間もなく自院患者の往診等のみ行っている所が多いのが実状。もう1つは患者側の問題。診療所よりも病院を好みまた、家族の介護力低下や精神的不安、負担、など在宅医療を望まない家庭も多いことです。 有効に機能するためには、我々も努力しなければならないと思っていますし、病院側ももっと患者さんに在宅医療を説明指導する必要があると思います。 スライドの図のようになれば理想的です。</p>
<p>診療所も疲れています！！ こちらはひとり。病院には同僚あり1週間の出張もできるはず！！ 病院側だけの疲弊ではない。</p>
<p>考え方はとても良いと思います。familyが、病院程の医療レベルを求めないで自宅での看取りに納得している場合は、受け入れは可能と思います。(当然、病院レベルの診療能力獲得の努力は必要ですが。)</p>
<p>まずはこのような研究に勤しんで頂いている皆様に感謝いたします。今回のこのスライドの内容も大変参考になり、今後当院の地域にも広く啓蒙して行こうと思います。 さて、在宅療養支援診療所の役割ですが、個人的には「自宅でも可能な医療を継続的に行う」事だと思えます。さらにその目的としては、「患者さんの希望を叶える」事だと思えます。結果的に「急性期病院の疲弊を改善させる事」に繋がるかもしれませんが、医療崩壊の歯止め的一端を担う可能性は十分にあると思えますが、あくまで「患者さんの(在宅療養の)希望を叶える」目的であって、決して主目的が「急性期病院の疲弊を改善させるため」では無いと思えます。なかには「家に戻りたくない患者さん」も居ますし、そういった受け皿も今後の検討課題になると思えます。 いずれにしましても、病院以外の選択肢を一般の方々に啓蒙する所がスタート地点になると思えますので、今回の本研究は非常に有意義な事ですし、是非とも継続して頂きたいと思えます。 釈迦に説法となりますので恐縮ではありますが、個人的に最近感じる事を少々書かせて頂きます。 在宅療養を継続するのに欠かせないのは、地域単位での関わりが最重要だと考えております。急性期病院・在宅療養支援診療所・訪問看護・訪問介護・調剤薬局など。またそれらを包括的に繋いでくれる地域包括支援センター。実はこの包括支援センターの方が非常に重要な存在でして、なかなか医療や介護の網にかかり難い「独居高齢者」や、在宅療養をやりたいけど、その仕方が分からない方々の窓口になってくださっております。当院の地域は、まだまだ医療機関同士の横の繋がりが未熟であると思えますが、逆に少し手を伸ばせば十分なネットワークを作ることでもできると思えます。 正直申し上げて、在宅をやりたいがらない医師が多いのも事実ですので、一番の問題はそこかも知れません。日本全国には多数のモデルケースがございますので、小生も勉強しながら関わって参りたいと思っております。乱筆乱文で申し分けございません。</p>
<ul style="list-style-type: none"> 急性期病院からの在宅指示があればなるべく受け取るようにしていますが、家族の納得が得にくいように思われ、看取りについても一般には在宅への風潮が少ないように思われます。 一般への啓蒙が必要かと思えます。
<p>何でもかんでも胃瘻、気切、成分栄養等を行ってしまう病院にも問題がある。 私は、全て、自然態で経過を診て行く。アンケートを記入してみて、在宅移行促進の主旨に合っている質問なのか疑問。 病院・診療所間のC・Cを行い、病院に点数をつけること。そこで紹介患者の在宅移行の話を進めること。 入院患者は全て軽快して、退院できるものではないことをよくお互いが認知すること。 在宅患者再度入院希望した場合、入院予約(?)のような安心票(?)のようなものを発行すること。</p>
<p>ptの希望に応じて在宅で生活出来る様サポートが必要。</p>
<p>「在宅が望ましい」と考えられるケースをとりあえず紹介されれば、ある程度の介護力があれば全て受け容れて来ているので特段のことは考えていません。まずは家族を窓口にご相談に行き様指導されれば、私共の窓口は門戸開放しています。むしろ院内で体制を整えてから紹介するというよりも相談に来てもらう方が先決です。 ということで在宅を口で希う家族は何かの理由で入院の継続を希っている社会の事情があるので、在宅ターミナルケア加算はケアする家族に手当として支給するのも安易であるものの効果的かと思っています。</p>
<p>当院在宅医療を行なっている患者を50~60名かかえています。急性期病院の疲弊を改善する事も、もちろん重要だと思いますが、当院の疲弊もあり、患者本人、家族の覚悟がある家庭のみ在宅で見取りまで頑張っています。昨年の見取りは5名でしたが、在宅医療より病院に転院となり亡くなった方は15名です。 自宅での見守りはまだまだ家族の思いや(最善をつくしたい)介護力の不足などより困難とされます。 在宅支援診療所としての役割は患者家族より選択肢の1つであると思えますが、まだまだ大きな位置は占めていません。もっと支援する側のスタッフ、体制(複数の医師の存在)を整える事が必要だと思います。 問8にあります病院医師に求める事ですが、患者、家族の要求が高い状況では、在宅を担当する医師、スタッフの体制を病院レベルまで高めていかないと在宅を希望される方は少ないと思えます。このため問8に対する解答はいたしません。</p>
<p>リハビリ入院や回復期入院もできるだけ家(在宅)でみれるように在宅支援診療所にまわしてほしい。 通院が困難な人は主に脳疾患患者が多いと思われるリハビリテーションに通じた医師がよいと思う。</p>

<p>在宅医療は急性期病院の疲弊を改善するために行うものでないと思います。 患者さんがどこで治療を受けるのが最適か（家人も含めて）それが重要です。ね。 在宅医療は、決して効率の良い医療と言えず、それを限られた医療機関が背負うと、又、在宅医療の疲弊を蒸起するだけだと思います。 現在、いわゆる一部の開業医と、在宅専門の医療機関が在宅を行っている状況ですが、特殊な在宅医療をのぞいて、開業医がもっと自分の地域に責任を持って、その専門科を問わず（耳ビ科も、眼科も皮フ科も…）在宅医療を行うことを義務づけるべき時期を感じます。 「どんなに重い御輿も一人で持てないが皆で持てば持てる！」病院の勤務が辛いから開業するなんて人は、認めず、開業するからには在宅も行うことを了承して開業しなければならない位にすれば、もっと気楽に、負担なく医療が継続できるのではないだろうか。（もちろん病院と停年があるように、開業医も年をとるのだから、年齢制限をつけても良かもしれないが…）</p>
<p>病院当直医が行う急救外来はしない様に指導が必要。 当直医が夜間診療を行った際は最低翌日の勤務ができないしなくてもよいしくみが必要である。 大病院は入院治療に専念すべき。</p>
<p>複数の医師で1人の在宅患者を診ることができれば末期がんの患者さんも在宅で療養できると思う。 医療保けんの制度上で、工夫ができれば容易になると思われる。</p>
<p>ある程度は改善に役立つとは思いますが、多くの在宅療養支援診療所は開業医1人の所が多い気がします。 24時間の対応が多くなるとその後スムーズに在宅の受け入れが進み急性期病院の改善が思い通りに出来るか不安です。</p>
<p>在宅へ移行した患者の再度受け入れ体制が明確になると、診療所も受け入れやすく、患者の安心により、希望が増えると思う。</p>
<p>在宅療養支援診療所が急性期病院で行っている軽症急救患者の受け入れをすると同時に在宅療養を積極的に受け入れることで急性期病院の負担を軽減できるものと思われる。但し、急性期病院の長期入院患者や、慢性疾患患者の受け入れには急性期病院の医師、患者の意識を変える必要がある。 現在、急性期病院にも沢山の長期入院患者はいるが、介護保険、医療保険で収容出来る患者数は決まっており、在宅を病院のベッド化する以外には方法はない。これには急性期病院のみならず在宅療養支援診療所の保険待遇（点数）を見直す必要がある。 急性期病院から在宅へ帰すことで退院時加算又、在宅での加算の追加若しくは複数の加算を認めることが必要である。現在在宅では重症患者程診療所の負担も大きくなる。</p>
<p>図①ベッドは無限にあっても介護者が足りない。 図②適当に病院へ戻したり、又在宅にしたり病院と仲良くつき合っていく様になっている。 図③医師が1人あたり15.2床でも、介護人が足りないとうとうにならない。 図④救急指定を取っていても受入れ拒否する病院の多いのに困る。救急指定はもっと規正を強くして必ず受け入れ（特に在宅支援診療所の医師の紹介患者は受け入れるべきである）。 図⑤コミュニケーション（医師と患者の）がうまく取れてる場合は、そんなに夜間休日に電話がかかってくる事はない。 図⑥最近では特に多いという事はなく（当診療所）ターミナル前に病院で受け入れてもらう事が多い。</p>
<p>延命を希望されていない、末期患者に対しては、在宅での支援は有用と考えるが、それ以外では、リスクが高く、あまり有用であるとは、思わない。</p>
<p>基本的には、最期まで、患者を含む家族全体を支えながら、関わっていくべきと考えるが、主治医によって「何かあれば病院に」というニュアンスを伝えている節があり、関係性をうまく保てない場合がある。 地域連携退院時共同指導をスタートに、退院前のケースカンファレンスでない、カンファレンス「今後支えていく、連携を要するチームの」を積極的に実施する必要があると考えている。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・まず在宅医療ではcureからcareへ目標を変更する事を一番に言いたい。 ・次に誰でも何がなんでも延命治療のために入院するという発想はそろそろ止めるべきである。 ・（例えばPEGで延命を企む様な事） ・入院があまり必要でない患者を在宅でみていくのも一方と思うが、独居老人が安心して暮らせる老健施設をもっと増やすべきである。
<p>◎在宅医療を増やしたいと国が考えているなら在宅患者の自己負担を減らすのがてっとりばやいと思います。 在宅医療の保険点数を増やすと自己負担割合が増えるジレンマがあります。 →在宅患者の自己負担割合を一率5%（0.5割）又は、0%にすべきである。 ・そして在宅患者（特に）高齢者が入院する際は自己負担率を一率30%（3割）にすべき ・自己負担の低い（安い）ところに水と人間は流れるものである。</p> <p>◎在宅医療の生活サポートに介護ホケン是不可欠であるがケアマネジャーが色々とキーパーソンとなって働くことが多く、医療キカンとくに訪問看護ナースとのトラブルが多い。ガン末期を、介護ホケンに入れたのはびっくりしたが、一般の高齢者、（合併症）認知症にもケアマネジャーがますます力を持ってきて、ひどい場合は主治医交替を勝手にすすめたり、自宅での看取りを前提に家族と話しあっていたケースに、勝手に救急車を呼んで病院へ搬送したり、訪問看護をへらしたり、ディサービスやショートステイで往診日が困難になったりしている。</p> <p>在宅医療における医療キカンとケアマネジャーとの役割についてももう一度再構築する時期かと思っています。 一般にケアマネジャーは自宅での看取りに対して積極的ではなくすぐに施設や病院を紹介してしまいます。 在宅療養支援診療所の真の機能充実が必要（診療報酬の増加）</p>

<p>在宅でのベッドという考え方は、家族のボランティアで成り立っている。 家族の疲弊を避けて、かつ病院の疲弊を防ぐためには、在宅療養支援診療所の一部が、有床化しなければならないと思います</p>
<p>当院は一人で行っているもので、何かあった時にみていただける病院があるとたいへん助かります。 在宅でみるためには、医師以外の介護体制の充実が必要ではないでしょうか。</p>
<p>在宅医療は、家族の理解と支援が不可欠である。 在宅医療を開始しても、家人等、ターミナル期を理解できず、最後の最後に、救急搬送されて、診療所で、亡くなるケースも少なくない。 そういったものも含めて急性期病院の先生方に、在宅医療の限界も知っていただきたい。</p>
<p>退院させる事のできない患者をかかえている事での疲弊があるとすれば有効な説明スライドであると思います。また、病院で看取る事が疲弊の原因であるならそれに対しても有効な説明・スライドであると思います。 疲弊改善に役立つのかどうか判りませんが、病院勤務医には在宅でできる事が実際には多く存在している事、追い出すのではなく、積極的に在宅療養を勧められる事を知って欲しいと思います。その為には在宅に向けてコーディネートしてくれる地域連携室スタッフやケアマネージャー、メディカルクラックの充実が欠かせないと思います。</p>
<p>前出の通り、在宅での受け入れ患者数を上げていく事が単純に急性期病院の負担を軽減する事につながると 思います。ただその過程で実際の介護の大部分を担う家族の理解と知識の充実には一番気を付けなければならないとも思います。 在宅療養支援診療所側のトレーニングの部分はむしろそれ程時間と手間はかからないと考えております。ある程度のトレーニングプログラムを走らせてやれば、底上げは確実に出来る。しかし、介護の特に家族が担うべき部分に関しては事情が違う。 医療や介護に関する知識の部分で各々バラつきが大きく、在宅での療養に対する受けとり方、見方に対しての文化的背景がまるで違う事があります。言うなれば、国民全体的に在宅医療とはこうあるべき、こうなのだ、というコンセンサスが得られていない現状です。ここの部分を何とかしていかないといけないのだと思います。 これは非常に難しい問題だと思いますが、一つには、国を挙げてのプロジェクトである事をもっと国民全体に知らせるような政策行政のあり方も必要だと思いますし、もう一つは在宅で看取っていくという文化を形成していくような動きも必要だと思います。</p>
<p>自院の外来、入院患者さんの診療で手いっぱいである。 在宅支援診療所の役割は増々重要になってくると思います。 その役割を果たすためには、医師をはじめとしたスタッフの充実と、急性期病院との強力な連携が課題だと思われま</p>
<p>予定どおり実現すればその役割分担は可能だと思うが地域の介護力の低下や病院との連携がうまくいかず まだまだ機能しているといえない。また点数を上げなければ支援診療所は経営が難しいが、あまり点数を上げると患者が利用しにくいのでバランスが難しい。</p>
<p>自分も大学病院や急性期病院で勤務をしていたので、そういった勤務医の疲弊を防ぐために在宅医療をもっと おし進めて行くのは良いと思います。しかし病院医には交替してくれる医者がいますが、ほとんどの在宅 医は一人で見ているのが多いと思います。 次に疲弊するのは在宅医なのではないかと心配しております。病院と診療所が各々の役割りを任せて、より 良い医療を患者様に提供するという事が最も大事だと思うので、そのためのSystemをうまく構築する 事が急務と思います。</p>
<p>患者の社会的重圧の入院加療は論外であるが、慢性疾患の急性増悪や新たな病気の発症等、患者本人も家族 も入院精査・加療を必要とする患者群を高齢者とか在宅療養中の患者との理由で、治療を拒否制限されるこ とは、避けるべきである。 医療費削減が何よりも善であるという風潮が、人間の命をも差別することを容認することは、認め難い。そ の為の手段に在宅医療制度が利用されないことを望む。 患者・家族（在宅医療）が医療の発展の立場から望む、病診連携、協力、医療、介護、福祉（行政も含む） 地域医療ネットワークの構築が重大です。 医師個人の知識・見解の枠内では、限界を感じます。当面、OECD並の医療量の予算で在宅医療を充実さ せるべきと考えている。その為の医療教育面の充実も必要です。</p>
<p>家族及び本人が病気その他に対して特別な治療を希望せず、対症的な治療のみで在宅で最後まで、療養を希 望される患者は往診医に引き継ぐべきと考えるが、中途半端な状態或いは対応が多彩で神経質な患者等は往 診医と緊密な連携が必要と考える。</p>
<p>在宅療養支援診療所として登録はしていても実際に24時間活動している所は非常に少ないと思います。 在宅診療に対する理解がまだ不十分だと思いますし、種々の病状に対しても治療、処置のスキルにばらつきが 多い事も事実と思います。 自分達の立場からも更なる人員の増加とレベルアップのための教育の充実が必要と思います。また病院と同 じような機能で一部の人は急性の疾病に対しても治療を行っておりますが、保険上の問題点が多く自腹を切 る事も多い現状です。[たとえば、CV挿入中の患者様に抗生剤を使用する時に点滴指示が使えないため、 Drが往診できない時はすべてコストを捨てざるを得ない、など。] この点を改善しコストを捨てなくて良い状態になればもっと積極的な治療が在宅でも可能と思います</p>

厚生労働省の患者追い出しの政策があからさまだと思います
この説問の意図について、急性期病院医師は疲弊しているがなかなか在宅をすすめないので、数字を挙げて在宅を促進するようにしてもらおうという事なのではないでしょうか。現実在宅医療に関して一番感じるのは、自宅での介護がどういうものなのか、ということに対するイメージを明確に持っていないということです。褥瘡の処置1つとっても、病院で行うことを自宅で同じように実施可能でしょうか。尿道留置カテーテルが閉塞したらどうするか。夜に頻回に起こされるような状況で介護者の生活がどうなるか、考えていただくことが重要と思います。
今回のスライドでは在宅でも看取りができます、難病や末期の方でも対応できます、ということ強調されていますが、当地区で必要とされる割合は低いです。脳血管障害や老衰、認知症があり、自宅での対応が困難であれば家族は在宅を望みません。都市部では対象がかなり異なっているのでしょうか。実際に自宅に帰れば全てがバラ色ではなく、日中介護する人がいなければデイサービス、ショートステイを利用する必要があり、1日中自宅で過ごせるわけではありません。また診療所も当地区では3つの町が合併した人口3万の地方都市ですが病院が1つ、内科診療所は3ヶ所ほどしかなく、1人の医師が外来、予防接種、検診等全てに対応しながら在宅を行っているのが現状です。訪問看護ステーションも2ヶ所しかありません。このような地域はたくさんあると思われそうですが、今回のスライドの内容ではなく、地域の実情に合った説明とそのための理解が重要と考えます。
私自身は在宅療養支援診療所の所長と病院の内科という2重の立場で働いています。診療所の立場としては、急性期病院の疲弊の改善のため働こうとはとてもありませんが思えません。自分も疲弊していると思ってしまいます。帰りたい患者さんのためにがんばろうという気持ちは自然にわきます。
国家の戦略として考えたときに、病院の疲弊を減らすという“目的”で戦略をくみだてるのは、何だか目的を間違っている様にも思われます。
急性期病院の医師、病院の地域連携室のひと、在宅療養支援診療所の医師との勉強会をして、どういう患者が在宅に移行できるかわかってもらったうえで十分な連携が可能と思われる。顔をあわせる事が大事。役割に関しては？
図の各比率について初めて目にしました。
老・健施設等の比率はもっと高いのですが、今後、在支分をより増やす必要を再確認しました。
在宅支援診療所へのスムーズな患者移行のために地域ごとに病診連携が強化されていますが、診療所側の専門・得意分野をよりわかりやすく急性期病院へ伝えることと、診診連携を強化することで、より急性期病院の負担軽減ができると思います。
そのためにもやはりネットワーク造りが大切で、その中心となるのは急性期病院側がベストかと考えます。
急性期病院には急性期病院の役割があり、疲弊の原因を在宅療養支援診療所がすべて改善できるわけではない。急性期の治療が終わっても退院できるまでには回復していない患者が急性期病院に残っていたとしても、ベッドをふさいでしまう弊害はあるであろうが、疲弊の原因とは思われない。ただ、一部の患者については退院後に在宅療養支援診療所が治療を引き継ぐことで病院が新しい患者を受け入れることにより経営効率を上げることができるであろう。その場合は、病院の医師は返って忙しくなり改善されるのは病院の経営的な疲弊の方であろう。
一般的に、医学的には退院できる患者が病院から出ることができないという状況を改善するためには在宅療養支援診療所は大いに活躍できる。退院後の医学的な面と生活面での支援を、医療と介護の両方の側面から支援できるからである。
現在、急性期病院から在宅療養支援診療所への連携がスムーズにしていなかったら、それは病院側の体制の不備と知識の不足であろう。
退院支援のための部署の設置と専門職員の配置は前提となるが、病院医師の在宅医療についての知識や理解は重要である。せっかく退院支援の部署を設置しても、院内での情報共有が進んでいないために医師がそういった役割を担う部署が自院内にあるということに気づかないケースもある。
地域の病院と在宅療養支援診療所との情報交換も重要であるが、病院内での情報共有もまだ改善の余地があるのではないかと思います。
設問が疲弊の改善についてとありますので、このような解答になりましたが、療養型病床の減少を在宅寮で補うという流れの部分の方がこれからの問題としては切実なのではないかと考えます。
現在の医療制度及び急性期病院の疲弊を考慮すると在宅療養支援診療所は急性期の患者及び慢性疾患急性増患例をより積極的に管理する必要があると考えられる。しかし、急性期患者を在宅でみるためには、以下の難題がある。
1、在宅医数の増加。
2、病診及び診々連携の強化
3、急性期病院→在宅へのスムーズな移行、情報共有、生活支援の迅速な準備、急性期病院の在宅医療に関する理解の向上
4、家族の同意（国民への啓発）
5、訪問看護ステーションの充実
6、在宅サービス間の情報交換の効率化（ITC）上記問題を解決せずして、急性期患者、重症患者を在宅復帰させるのはリスクを伴うと考えられる。
あまり理解できません

<p>①急性期病院で患者さんの病態像が明らかになり、慢性的な管理が必要になった場合、在宅療養支援診療所が患者さんの在宅療法を継続させていく役割をはたすのは当然のことと思いますが、在宅療法を任う医師の数が少なすぎる（病院の医師、ベッド割合からしても半分である。）また在宅患者急変時の急性期病院の受け入れが十分でないことがあります。さらに、末期になってから見送りまでの時間が長いと患者さんの家族がギブアップし入院が必要になる時があるが、その場合の入院受け入れの場所がない、といったところを改善し在宅療養支援診療所の数を増やすことが大切です</p> <p>②救急搬送数を減らす役割も当然あります</p> <p>③家族バックアップが得られれば癌末期患者のホスピスケアを在宅で行うことも可能かもしれない。この場合、家族負担はかなり大きい。</p>
<p>(1) 在宅での患者を受け入れる用意はしている。しかし大きなバリアがある</p> <ul style="list-style-type: none"> ●当院のように医師1人だと（夜間）（日）（祝）の場合、限界がある。 ●看護師も同様。改善策 ●医師の連けい ●主治医制度の見直し。医師にも患者・家族にも。 ●点数の見直し
<p>自分が正しいと思ったことを追求する。そのための1つの手段にすぎないどうやって生きるか、どうやって死にたいかを考える場でありたい</p>
<p>在宅支援診療所にこだわらず・患者が急変する原因の一つに、慢性疾患の治療の中断があります。20年位前にICUに勤めていました。当時の答えです。せっかく何とか無事退院させても、その後の外来通院がなされず治療の中断。再度救急搬送され亡くなるケースが多いという結論が出ました。その原因は、ICUに入院した病気は落ち着かせたものの、ADL低下による通院困難でした。診療所に近すぎるとタクシーの利用も難しい。料金も高い。老々介護で日々の生活だけでも悲鳴を上げていました。現在介護保険の利用が勧められますが、今なお人の世話になりたくないと思っている家族、本人は多いです。在宅支援診療所の制度は癌の末期患者ばかりが制度にあやかり往診医師には敷居が高い。急性変化は自宅療養中の寝たきり老人、またそれに準ずる老人が起こしやすい。がん患者は多職種の介護、看護に見守られ、意外と急性変化に対して夜間救急にて受診することは多くない。在宅寝たきり、または通院困難な患者に対して、定期的訪問診療をすることは、計画的でなければならない。痛みが出た時だけのように、患家からの呼び出しでの緊急往診の連続であってはならない。呼び出しの無いように平素から慢性疾患のコントロールをしなければならない。往診医の意識の問題はあるが、癌末期ばかりでなく、ADL低下による通院困難が治療中断にならないように制度の改革も必要ではないかと思えます。急性期病状の変化があつて病院にかかろうとする人は平素元気な方か、定期的訪問診療中の在宅の患者の急変か、治療中断中の患者、が多いと感じます。在宅療養支援診療所は、文書で契約した患者に往診に行くことが出来る体制をとっているだけです。前記の患者に対しての診察などの体制は取れていません。そういった意味では急性期病院の疲弊の改善にはあまり結びつかないと考えます。</p>
<p>在宅療養いくらでも引き受ける用意はあり、伝えてもあるが、急性期病院が（疲弊というが）自分の病院への囲いこみをしている。病院でなくてもよい患者をもっと帰してくれれば真に病院でなければならない患者に十分対応できると思う。病院が地域の開業医の情報を積極的に収集する努力をすべきと思う。</p>
<p>文字等が細かすぎるので大きくわかりやすくしてほしい</p>
<p>在宅療養支援診療所の存在すら社会的にまだまだ認知されていないと思う。ジェネリック医薬品の推進のために保険者や国が、テレビ新聞を通じて宣伝しているように在宅療養支援診療所の役割、意義など、大々的にコマーシャルしてはどうだろうか。まだまだ社会的な認知度が低いと思うが。</p> <p>①～⑧のデータをもう少しアレンジして在宅療養支援診療所を利用することのメリット（社会全体、個人にとって）について工夫をこらしたらどうか</p>
<p>小生の兄（92才）歯科医師、年金生活者、高血圧症、認知症、嚥下困難で本年2月14日午前4時50分自宅にて永眠しました。自宅介護歴1年4ヶ月の体験をしましたのでその間の感想を記したいと思います。患者本人は終末は在宅で家族と共に過ごすことに強い望みを持ち入院加療を拒否して居り小生が主治医となり月1回の往診（車で約30分の所）と訪問看護週1～2回、入浴サービス週1回（自宅の自室で）実施、86才の嫁（小生の義理の姉）と娘2人（58才56才）が昼夜問わず献身的に看病し、食事摂取、褥瘡の処チ、おしめの交換と努力して居りましたが死亡3日程前から嚥下困難となり、家族一同で最後の相談に小生を交えて深夜迄話し合いました。結局、社会的、経済的、人道的に後悔しない看送り方につき様々な意見が出て、小生の過去に体験した多くの患者の様々なケースにつき話し宗教的な話し迄に及び非常に充実した時を持つ事が出来ました。唯、その間に今迄実施して来た在宅療養支援の在り方に私自身が大いに反省する問題も存在することを感ずると同時に在宅支援診療所の役割の重要さと維持をする大変さを感じました。</p>
<p>1、自分の所で見ている患者さんは原則みること。 2、二次へ送るにあたって一般的なには診療してからとする。</p>
<p>不安を持ったまま在宅療養をする患者様にとって安心して住みなれた地域での生活が継続できるよう患者様だけでなく家族をもサポートしていく。</p>

在宅療養支援診療所が看取りを増やせば急性期病院の、特に救急部門の疲弊を改善できるとする結論を期待するならば余りに短絡で実態を見誤っていると言わざるを得ない。

急性期病院の疲弊の最大要因は一般病院（中小）と一般診療所で管理できる患者を急性期でみるからである。連携パスが徹底できれば急性期病院の6割以上の患者は急性期病院で診る必要性は殆どなくなり外来部門の負担は大巾に減少できる。その余剰人員を急性期病院の本来の入院部門、救急部門に振り向けること、つまり病院機能の役割分担、機能分化の推進と、病診連携の推進、並びに慢性期の療養型医療あるいは介護施設病床の増加が最も現実的である。

在宅療養支援診療所の殆どが訪問看護機能を他に頼っているが、24時間連携の訪看STは極めて少く、またあっても人員的にも脆弱な基盤であり、もし在宅療養支援診療所機能（大半は医師1人）がもっと役割を拡大しようとするれば、同時にそのパートナーとなし訪看機能の充実拡大が必須である。しかし全国的に看護師不足の現状で当面は全体的な拡大は不可能であり、あくまでも在宅療養支援診療所は補完的役割でいるしかない。

高令化社会の中で家族介護力の低下が進む今後、やはり主力は慢性期で介護と医療を担う療養病床の拡充である。本来在宅医療は在宅療養支援診療所の占有でもないし、ひとつの形態に過ぎない、従来より開業医の多くは在宅をやっているし、現在もこの形態をとらずに支援診みに高度に行っている診療所は決して少くない。

独善にならぬことが必要である。

在宅療養支援診療所の役割をみて、共感しました。昨年9月に開業して、地域医療に貢献したいと思っている一医師です。

勤務医の疲弊といわれていますが、診療所と病院との連携がご指摘のように出来れば勤務医の仕事も分担され、急性期医療に集中でき、日本の医療はよくなると思っています。

今後の医療はそれぞれの役割分担がキーになると思います。

今後は、共感する医師が増え、ご指摘の内容が世間も含めもっと知ってもらえれば、医師を増やすことよりも大切で日本の医療が良くなると思います。

在宅療養支援診療所が在宅患者の緊急対応をすることにより、一般救急患者の受け入れを増やし救急医療の運用を円滑にする。

在宅での看取り数を増やし、急性期病床の有効利用をうながす。

現在国会でも問題になっている、勤務医の疲弊についてのことであるが、10、11ページのスライド通り、勤務医に対してかなりの負担がかかっていると思う。これを改善するためには、勤務医と在宅医が密の連携をとり、重症度にわけて、入院から在宅にうまく振り分けができれば良いと考える。それでも改善がみられない場合もあるので、例えば救急対応に関しては、家族と対してもいろいろな意味でも、勉強会（Ptの見方）、また市民講座等も有益と考える。

患者と医師と患者の家族も対人間的なので、十分な話し合いが、できたら、在宅療養支援診療所の役割と考える。

急性期病院の疲弊を改善するための在宅療養支援診療所（在支診）が、病院H、C医療を肩変わりするならば、次に疲弊するのは在支診です。

川島先生の在宅H、Cシステムという在宅医療に対する考え方自体、在宅医療全般から言えば間違っていると思います。在宅医療はあくまで、生活の中での医療であるべきです。急性期病院医師は、キョアを目指した医療を提供していただく事は、当然であります。そこから引き継ぐ在宅医療はケアを目指すものであり、そこに生活を軽視した医療は成り立たないものです。H、C医療が必要なら施設で行なわれるべきものだと思います。

100人の患者さんがいれば、100人の方が亡るわけです。この原点に立たなければ在宅医療は続けられません。

急性期病院の疲弊を改善するための在宅支援診療所の役割との考え方には反対です。まず、在宅医療とは、急性期の患者さんではなく、慢性期の患者さんを適応としているはずで

図②の重症患者さんでも、安定期に入っているからこそ在宅で療養が可能はずです。そもそも役割が違うはずで

現在の急性期病院の疲弊は、不要・不急の救急患者の増加、亜急性期に入った患者さんを受け入れる後方支援病院の国策による減少が主な原因となっているのではないのでしょうか。

救急搬送件数に対する在宅支援診療所の往診件数のパーセンテージは、不要・不急の救急受診患者さんが減ればすぐに上昇します。

在宅療養支援診療所の対象とする患者さんはその名の通り在宅療養を行っている患者さんです。どれだけ回数を増やそうが、不要・不急で病院を救急受診する患者さんを減らす要素にはならないと思います。

一般患者さんも対象にするという話になると、在宅支援診療所の医師の疲弊・負担は病院の比ではありません。在宅支援診療所も立ち行かなくなっていくものだと思います。

在宅緩和ケア、在宅看取りを増やすことで貢献するという方向性は良いものと思いますが、そもそもその役割も急性期病院の仕事とはいいがたいものがあるのではないのでしょうか。

ともかく、この国の医療をどうしたいのか、方向性を国が定めず、また、国民も意識を変えることなく、すべて現場に押し付けるだけで何とかしようとする態度を改めない限り、再生の道は無いのではないのでしょうか。現場のどこにも余裕は無く、支えようとする気持ちさえ失わせている原因はどこにあるのかという点を見つめることなく、改善すら行おうとしなければ、現在起こっている急性期病院の疲弊を改善するために在宅療養支援診療所が急性期の何らかの役割を増やそうとするのは、焼け石に水どころか、自らの首を絞めることにもつながりかねないと思うものです。

<p>スライドを見て、在宅療養支援事業所の重要性を改めて理解しました。しかし、この現実の裏には、有床診療所の医師の数字に表すことができない努力があるものと思われます。</p> <p>小生、現在72歳の外科医で、耳鼻科医の長女が同じ建物で協力しております。開業医の高齢化、次世代に引き継げない、開業医の魅力のなさといった問題があり、その大切さを理解しつついつまで続けていけるのか、いつ撤退しようか、そういった思いがいつも念頭を離れません。このアンケートの主旨と異なる意見を述べて申し訳ありません。</p>
<p>呼吸不全は、SPO₂↓にて高濃度O₂やレスピレーター管理が必要なとき、急性期病院へ。AMIはリドカイン使用し早め入院させる。心不全は、急性圧心不全や、モニター管理が必要な時に急性期病院へ。脳血管障害は、脳外のある、急性期病院へ。もちろん、DOAや、ショックの場合は、すぐに急性期病院へ。しかし、患者さん本人も入院を希望せず、在宅での治療を強く希望される場合は、ケースバイケースとしている。また在宅での治療が可能な場合は、なるべく入院をしないで支援する様にしている。</p>
<p>治らない患者、病気が増えているのにもかかわらず活そうとするのが急性期病院。</p> <p>そろそろ治療のゴールを患者、家族医療者で考える時期がきている。病院でQOLの話はしにくい。</p> <p>日常生活の中でどのような最後が望ましいのか考える時期にきている。</p> <p>患者にとって在宅での最後は望ましいと考える人が多いが家族にとってはまだまだ、何かできることがあったのではという思いをいだかせることが多いように見える。</p> <p>急性期のめざす一分でも長く心臓を動かすということが本当にその患者さんに必要なのかどうかを考える時がきている。</p> <p>コストの問題マンパワーの問題など…。</p> <p>自分の住みなれた場所で最後をむかえることは自然ですばらしいことだという体験があまりに不足していると思います。</p> <p>少しずつ実践していくしかないと思っています。緩和ケアの研修会では、急性期の病院の医師も病院での最後が決して望ましいものではないという理解になっており、在宅療養支援診療所医師との対話がすすめば在宅での療養を望まれる患者さんは増えてくると思います。そうなれば急性期の病院の負担も減ってくるのではないかと思います。</p>
<p>在宅医療では重症者を複数管理するのは困難病院疲弊の意味がわからない</p>
<p>私共診療所の役割は必要と強く感じては居りますが重症の患者様に対する看護の知識も含め職員の再教育の必要もあり現段階で重症患者の受け入れが何々困難な状況があります今後に対して受け入れに向けて取り組んで行きたいとは感じて居ります。</p>
<p>急性期病院に行かないで往診で対応できる患者数は非常に多く、在宅療養を勧めることが病院にも診療所にも患者・家族にも得るもの大きいと思われる。</p> <p>診療所側もより積極的に病院へアプローチをして、病院の医師・スタッフの疲弊軽減することを伝える必要があると考えます。しかし病院の勤務医は在宅医療の知識がある人はそれ程多くない為、顔の見える関係づくりが重要と思われます。</p>
<p>患者の症状が安定したり、又、不安定であっても「家に帰りたい」「家で療養したい」と思った時にはいつでも受け入れる体制をつくっておくことが大切。そのためには、常に病院と連携をとりあい、病院スタッフにも患者、家族にも信頼される存在でなくてはならない。</p> <p>現在の私の地域では、“在宅医療”が病院医に理解されておらずどのようにアピールしていくか、伝えていくかが課題です。各病院へ訪問し、連携室へも伝えていますが、…一部の医師には、理解されてきていますが…。</p>
<p>訪問診療及び往診による在宅でもできる診療（検査、治療）を行っていく。</p> <p>上記の情報を一般市民、寝たきりの患者さんをかかえている家庭にお伝え、お知らせする。</p>
<p>図①～⑧のスライドを見て思った率直な意見は、この様な進め方をすると「在宅療養支援診療所の医師」まで急性期病院の医師と同様に疲弊してしまうのではないかとということです。</p> <p>私自身施設入所者を含め数十名の方を在宅医療でみておりますが、HOTやHENの方も何人かおりますが、日々神経を使う必要があります。又緊急時や夜間の往診というのは、我々の寿命を削って行なっている様な場合も多いと思います。安易なスライド③やスライド⑤は困ります。</p> <p>そもそも大変なのは、勤務の先生と同様に夜間まで残業して多くの書類の整理もあると思います。そんなに開業医は楽ではありません。ただ急性期病院医師も大変であり、お互い連けいを深め、患者さんや国へいろいろ啓発することが大切だと思います。</p> <p>建設的な意見でなくて大変申しわけありませんが、この①～⑧のスライドの発表や公表はあまり望ましいこととは思いません。</p> <p>以上よろしく御■■の程お願い致します。(厚労省の補助金が出る研究かと思いますが、同省に対しても否定的意見も有と思います。在宅医療はそんなユメの様な話しではないと思います。)</p>
<p>確かに数字のみを見ると在宅へ患者が移行することで急性期病院の状態を改善できる可能性あるが、現実的にこの地域の開業医を見るとそれほど受け皿となれるほどのキャパシティーはないと思われます。</p>
<p>医療制度（臨床研修医制度を含め）のそのものの改正をすべし。</p> <p>しばりと負担に対してのみかえりが少なすぎる。医師は365日休まず働けという制度では内科医を希望するものが減少する。</p>
<p>在宅支援診療所の臨床経験により、できること、できないことがあります。何でも引き受けてくれると思われるのも困るし、どうせできないだろうと連絡をされないのも困ります。とにかく直接連絡をとって、case by caseですが、診療可能か否か相談して頂ければいいと思います。</p>

<p>急性期病院の疲弊を改善するための在宅療養支援診療所の役割、というのも非常に大きいテーマで、多少曖昧に過ぎてどうお答えして良いか分からないのが正直な所です。スライドを拝見致しますと、数字の上では“在宅の余力を生かし切れていない”といった感想が第一に来るのかもしれませんが。しかし現実在宅医療に従事する私にとっては、これらの数字の羅列は（本当に失礼ですが）机上の空論と感じてしまいます。在宅医療はまだ未成熟であり、入院と同じような患者数や配置などでは解決できないと思います。むしろ在宅医療を入院の延長とみることは、ただ志の無い医師の数を増やすだけとなり、結果として在宅医療の質の低下、ひいては入院への負担となるのではないのでしょうか？（受けるだけ受けて、在宅では全然診療をせずに、困ったときは即入院、など）あくまで個人的な意見ですが、まずは在宅医の質を向上できるような在宅医療の啓蒙、医師への情報交換や新規の（真にやる気がある）医師の在宅への誘致、在宅医療・ケアの周辺環境整備、これらを行った上で、あらためて『入院ではこれくらいの患者がさばける』『在宅では～』『外来では～』と棲み分けを確実にしていくことが重要なのでは、と思っております。乱文にて大変申し訳ありませんでした。</p>
<p>在宅支援については、診療所での受け入れ体制等の問題もありDATA通りには行かない。本院でも在宅患者数が50名と多く、これ以上は受け入れが無理であるが、在宅希望患者は多い。急性期病院は、急性期のみ集中するのがよいか、急性期病院と在宅との中間的役割をする病院がもっと必要と考える。</p>
<p>その通りであるが、急な肺炎等では入院が必要でありあくまで相定のはんい内の看取りが一般的ではないでしょうか</p>
<p>(1) 急性期病院で困っているのは、患者様の意識（コンビニ受診）が変わらないといけないと思います。 (2) ターミナルケアではないと思います。 (3) 介護力が不足した在宅での生活では癌末期までは看取れないと思います。</p>
<p>急性期病院入院加療にて病状固定や安定しましたら退院してもらい、あとは在宅療養支援診療所にまかせてもらって維持療法をすれば、患者さんにとって一番良い。自宅での療養を安心して継続ができると思います。検査や入院加療が必要になれば、急性期病院に紹介し、再び在宅療養支援診療所に加療させて頂ければ、病診連携をすることによって機能分担がはっきりできて、急性期病院の本来の業務に専念できると思います。患者さん及びご家族も安心して在宅療養支援診療所の治療に移行させてもらえると嬉しいです。私の経験からも、休日夜間にかかわらず24時間対応という事に患者さん及びご家族は安心されていますので。</p>
<p>(図①) “無限のベット” は言いすぎである。 (図②) “重症者” という表現には強い違和感を感じる。 現実重症度に関係なく、患者・家族の意志（在宅に帰りたいという）である。患者さんには“急性期病院”と“一般病院”との区別が理解できていない中で、急性期病院と同等な事が在宅であたかもできる様な表現では、一方的であると思う。 在宅医療の現状は「医学レベル」で言えば思っているより低く、フルオプションされた患者を在宅で受け入れる事は、結局、病院と在宅のたらい回しでしかない。病院で退院前に「できる事とできない事」「できないものは、誰がやってもできない事」をはっきりと患者に説明し、理解してもらう事が大切であると思う。</p>
<p>図②「この患者を病院に戻せない！」のはちがうのではないか。在宅の患者は自宅←→病院をうまく行き来しながら療養するのがあたり前、状態が悪くても入院してはいけませんよ、というメッセージに思える。</p>
<p>図③図④図⑤とも意味がわからない</p>
<p>1 重症患者の受入れ 2 がん患者の緩和ケア 3 導入支援の拡大。病院と同等レベルの治療が施行できる 4 緊急時の対応 5 夜間の対応 6 患者や家族の方への精神的支援（在宅療養への不安をサポート） 7 医師の確保（診療所での医師負担は大きい） 8 看護師の技術の向上</p>
<p>悪性腫瘍の末期のみでなく、高令化進む日本では老化→死に至る患者さん達が増えている状況です。全てを高度医療が出来る病院に頼っていても、回らなくなるのは目に見えています。訪看、ヘルパー、医師など看護体制は大部整ってきていると思います。そういう状況を知って頂いて、上手く利用してもらえれば、患者さんや家族側も病院依存から変ってこられると思っています。</p>
<p>自分の生活を犠牲にしてまでやろうとは思わない。できる範囲でやって、あまり拡大しようと思っていない。もともと病院勤務が、あまりに過酷なので開業したので。</p>
<p>初め、勤務医であろうと開業医であろうと患者を診察する姿勢が重要だと思います。開業医は何でもかんでも病院に患者を送り付けるのではなく、先方は自身で診る勤務医も専門でないからと言って診療時間内にもかかわらず紹介拒否をしない。 「在宅」は支える医療、「病院入院」は治す医療と明確な意識を持つことが重要でしょう。とくに「がん末期」や「超高令者で寝たきり、認知症」の方々を病院に紹介する必要性があるのでしょうか。（ただ、Natural cou■■■■■） 開業医と勤務医の急性期医療の役割分担を明確化すべきだと思います。機能的な連けいでしょうか。</p>
<p>特になし</p>

<p>在宅療養支援診療所といえども医師一人の診療所に対応するには限界があり、当院の経験でも複数、出来れば3名以上の医師が勤務する診療所であれば十分な対応は困難であると考えます。</p> <p>「名ばかり在宅療養支援診療所」では役割を果たせず、実際軽症者ばかりを対象としている在宅療養支援診療所がみられる。一方、グループ診療が広まり、連携により前者程ではないにせよ、十分な対応が出来る様になる事が期待されるが、様々な問題点もあり、地区医師会の役割、関与が必要と考えます。</p>
<p>在宅診療は在宅医療の専門職として、在宅で暮らすことが難しいと思われるケースを積極的に在宅医療するべきである。そして、在宅看取りをきちんとできるスキルを身につける必要がある。</p> <p>在宅看取り率（在宅医療を始めて死亡した患者の中で在宅死の割合）が80%以上の在宅診療を育てることが急務であり、そのことが在宅医療レベルの裏返しである。ところが、今回診療報酬改定で救急車で入院して死亡した患者でも10,000点をご褒美にプレゼントするというのでは在宅看取りをしない在宅診療を喜ばせるだけであり逆行している。</p> <p>原則として、救急搬送しなくても良いような努力をすることが在宅診療の使命だと思っている。</p> <p>在宅診療の役割としては、病院や市民に対しての啓蒙活動も必要となります。それと同時に、まだ在宅看取りの不得意な在宅診療を教育する必要があると考えます。</p>
<p>図①について、ある程度の改善（患者さんの）が望まれる。期間がきたからと言って、まだまだ専門的な治療の必要性があるにもかかわらず、転院をとお願ひされることがある。</p>
<p>以前は在宅医療をしていても状態の悪い時は病院に入院させて回復したら在宅医療に戻るパターンがほぼ確立していました。しかし最近では地域の急性期病棟の医師を大病院に戻す傾向が強くなって、必然的にベッド数が激減しています。</p> <p>在宅患者が最後まで在宅を希望していても、ひとり身であったり、家族の都合であったりして介護施設に入所するケースが増加しています。一旦、介護施設に入所すると、嘱託医がいる場合は在宅療養支援診療所としての仕事はここで終りになることが多い。病院のベッド数減少によって介護施設での看取りが多くなっています。</p> <p>今後の対策としては急性期病棟・介護施設・在宅療養支援診療所の3者の関係を構築することが必要だと思います。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・診療所の医師、ナースも不足しており、時間外・夜間の往診は極めてむずかしい。 ・重篤になればなるほど夜間、頻回の呼び出しがかかるので家族によほど覚悟するような教育を受けてもらってからの診療所での対応しきれず、すぐ病院に救急車となる。
<ol style="list-style-type: none"> ①在宅医療を行う医療機関のレベルアップも必要 ②重症者の受け入れについても受け入れ側の体制が問題 ③何を言いたいのかわからない。在宅の方が医師に負担が大きいことを言いたいのか？ ④在宅医療の対象となる救急搬送者とはどういう患者かがわからない。（在宅で往診していれば救急搬送しなくてすむという意味？） ⑤往診が多ければ救急搬送が少なくなるという意味？ ⑥元の病院との連携が大事だと思います（見取りまでいかない場合も多いと思います） ⑦在宅死を希望する場合はもちろん見取りますが、患者さんの苦痛の具合、家族の要望によっては最終的には病院になることも多いと思います ⑧上記と同じ何が患者&家族にとって最善かを考えることが重要だと思います
<p>まだ考えがまとまらないため、白紙で提出させていただきます。申し訳ございません。</p>
<p>地域社会、国民に対して、在宅で療養することの意義、メリット、デメリットを説明し、さらに議論を高めていく。</p> <p>在宅療養支援診療所として、地域の中で地道に活動を続け、認知度を高めていく。</p>
<p>急性期治療や抗がん治療が終了あるいは継続不能となった段階で、今後の療養方針の決定には患者さんや家族の要望を最優先して頂きたいと思っております。たとえその時医療依存度の高い状態であったとしても、在宅スタッフで対応可能な事も多々ありますので、病院医師の判断で退院不可能と判断せず、地域との連携・顔のみえるコミュニケーションをはかっていけたらと思います。</p>
<p>医師を始め、スタッフも少なく、医療レベルの低い診療所で、医師一人外来診療中心の形態で出来る事は限られている。病院からの紹介は殆どなく、慢性病院への入院が現在では大部分占めているように思います。無能なのかも知れませんが、現在診療所への期待は、それほどないと感じており、実際紹介があっても、どれほどのレベルで支援が可能か経験に乏しいため役割が見えてこないのが現状です。</p>
<p>具体的なデータをこのような形で目にするのははじめてであり非常に印象的でした。</p> <p>日常の病棟+外来で多忙な病院専門医の心に比較的すんなりとするのではないのでしょうか。</p> <p>多くの方に知って欲しいデータです。また我々在宅を任う人間にとっても勇気づけられる気がしました。</p>
<p>①、在宅にベッドがあっても無意味です。患者さんを24時間見守り介護する家族or介護員が1人以上、2人は最低いることが必須。</p> <p>在宅支援診療所の役割は大きいですが、それを可能にする施設、家族、等の環境が整備されなければならない。</p>
<p>診療所の医師の専門分野であれば、急性、慢性含めた在宅医療は可能である。ただ、急変もしやすく（これは入院中でも同じ）急変時の対応（急性期病棟の受入れ）及び家族の周囲の急変の可能性についての理解が不可欠である。</p>
<p>在宅で安定して療養することが、救急搬送を減少させることになると思います。</p> <p>無理な通院をさせるより、患者、家族にとって負担の少ない在宅医療を勧められるような医師になっていただきたいと思っています。</p>

<p>自宅をベッドと考えるのには感動しました。しかし実際自宅を病院のベッドに近づけるためにはDrもそうですが、Nrs、助手さんなどの家族の労力を助ける方法がもっと必要ではないでしょうか？また病気の方に「大病院指向」があるため、やはり急性期病院へ行ってしまうようです。私自身まだ不十分ですが、急性期治療が無いのなら、「大切な家族は、家族の中で見る」という方向づけが必要では？</p>
<p>①急変時でも対応できる、救急入院の抑制 ②早期退院を促すことができる ③病院のケア体制、人員不足と過剰ベッドによって社会的入院の持続、減少しないなどの悪循環が断ちきられていない。在宅への機会を減少させている ④病院からの在宅・訪問は、看取りの段階で、入院となり、本来の姿にはなりにくい。また患者を囲いこむ傾向大。</p>
<p>在宅でも急性期医療が可能ですから、早期に退院いただければ、たとえば入院期間を半分にして、在宅で加療を継続すれば、病床は2倍に利用できます。リハビリ病棟で、寝たきりになります。急性期病棟から、在宅に戻れないのは、社会的事情家族の介護力などで、患者の障害の程度がリハビリ病棟に転院したとしても、自宅に帰ることが困難となります。自宅での支援体制を手厚くすることが、病院医師の疲弊を軽減すると考えます。さらに、訪問看護が充実して、在宅での状態がよい状態で維持できれば、急変して救急病院へ搬送される患者も減らすことができます。在宅高齢者は、看護師による医療の視点があれば、状態が急変する前に、何らかの医療的介入が可能です。救急病院で、脱水の補液や便秘に対する浣腸で、そのまま帰宅させられる救急患者も多く、さらに、生命危機がある場合でも、救命できる可能性がほとんどないことから、高齢者の救急は、老人保健施設などで対応する方法も検討いただきたい。</p>
<p>国の方針として、ガンのterminal、脳腫系の安定期、etcは在宅でみんなでみていこうという流れをつくっていくことが急性期病院の健全化にもつながると思います。</p>
<p>急性期病院には、なかなか理解されにくい事項であると考えます。在宅支援診療所側が、急性期病院とはこのような役割なのだと理解してあげた上でお付き合いしていく方が賢明だと思われる。</p>
<p>あまりにも現在、医療の中で在宅医療の比率が小さすぎる。在宅医療をベッドと考えると無限の可能性を感じずにはいられない。箱物でなく社会関係性、人と人のネットワークでつくる、まさにその人一人一人に合わせたオーダーメイドベッドが出来ると考えます。</p>
<p>在宅療養が可能と判断されれば、どんどん在宅に送っていただいていたいいと思う。(ただし在宅で手に負えなくなった急性期は快く引き受けてほしい。)</p>
<p>慢性疾患は急性増悪時のみ急性期病院で治療をして頂き、安定した状態は在宅療養支援診療所が診療を行なう事が原則となると思われませんが、脳梗塞後遺症等にて誤嚥性肺炎を繰り返す場合などはcase by caseで考える必要があると思われまます。末期癌患者に関しては家族のsupport体制がしっかりしていないと在宅での看取りは大変と思われまます。</p>
<p>当院は有床診療所であるが、病院が、現在、短期間しか入院させない為、医療の必要である、比較的重症者、癌末期の患者が必然的に多くなり、看護師、医師ともに疲弊している。又、もっと重症になった場合でも、なかなか、とってこない現実があります。又、在宅を目指しても、家族がそこまで面倒見切れないという現実もあり、困っています。</p>
<p>急性期を脱して、状態が安定している場合や、ターミナルを在宅でむかえたいという場合には、在宅で過し、定期的に往診することが適当です。一つの地域をバーチャルホスピタルとみなし、後方支援病院と在宅療養支援病院、介護サービスが、ネットワークを形成し、新しいスタイルの在宅療養システムのようなものを作ることができると思います。</p>
<p>こちらから病院内に入っていくのケアカンファを病院主治医とするようにしています。在宅医療でどこまでのレベルのどのような質の医療を行っているのかを認識してもらうにはベストなやり方です。大学病院内にも個人的に私の能力を理解してくれている講師クラス以上のDrを多く持てるようにしています。教授や准教授から直接末期患者の依頼がくるようになってきています。</p>
<p>在宅療養支援診療所も疲弊しています。急変時1~2日程あずかれる、在宅の患者さんの急変時、対応ベッドを増床し、確保してはどうだろう。地域の在宅医で当番制で管理してはどうだろう。このままでは、在宅は普及しないでしょう。なぜなら医師が疲れ家族も在宅で決して楽でなく、皆が疲れ果ててしまっているからです。死後も、家族の中には、うつ病や心身症が残り、つらい毎日を送られている人もたくさんいます。現在の在宅は、専門職や厚生省のたくらみにおわり、家族は決して負担がおおく、楽ではありません。</p>
<p>当院で行っている在宅支援診療所の役割としては、癌末期（痛みに対する対応、栄養補給の対応）、脳血管疾患による寝たきり状態、認知症（施設対応待ち、又は在宅希望者）の対応が主になっています。当然患者さんに対する心のケアは必要なのですが、家族に対する医療相談も我々の仕事と考えて対応しています。そのため、一人にかかる時間が多くなり、我々の診療所ではどうしてもマンパワーが不足しており、対応できる患者さんの数に限りがあり病院の依頼に答えることができない事が有ります。急性期病院の先生方がそれで楽になるとは思えませんが、我々も微力ながら協力していきたいと思っております。</p>

<p>もっと、支援診療所があることを知らせたら良い。 当院ではもっと協力できると思うが、相談のない時期がある。</p>
<p>急性期病院を支援する、あるいはその疲弊を改善する役割、病院疲弊対策としての在宅医療の推進は、あまりにも国の施策に迎合していると思います。在宅医療の本来の目的が忘れ去られていて悲しい。 経済の低迷、少子高齢化…現在の在宅は、このまゝの形態ですゝめて行けるのだろうか、と日々案じています。</p> <p>図⑧在宅看取り率が平成18年以降upしていますが、この数字は人口動態統計調査に基づくものですから、おそらく死亡小票がそのソースになっているはずですが、死亡小票は単に死んだ場所の特定しかしていないと聞いていますので、在宅での死亡率15.6%(H20年)の中には、検死症例が含まれているはず。資料の詳細な読み取りができましたら是非お教え下さい。</p>
<p>病棟を守るために、第1線に立ちはだかっているという印象です。呼吸器のptが多いので、慢性安定期をしっかりと再構築し、急性増悪おこさないようにする在宅呼吸ケアをマネジメントすること在宅で急性増悪もみえています。そのために在宅でNPPV導入もする必要があります。</p>
<p>個々の在宅療養支援診療所ではなく地区医師会が、シンポジウム、研修会、講演会などにより病院医師とかけつけ医双方が在宅医療、高齢者医療、難病医療などについて、共通認識を持てるようにしていくことが望ましい。</p>
<p>時間があまりないため多くは書けませんが在宅支援診療所が病棟と同じ機能を持って、今までは入院で診ていた患者を在宅で診れるようになることは、非常によいことだと思いますし、実際可能だと考えます。腹部手術であれば、3~4日目ぐらいからなら処置も含め在宅で診ることは可能だと私自身考えており、機会があればぜひ取りくもうと思っています。ただ、急性期の患者を在宅でみることは、みんな(患者、家族、病院勤務医)総論賛成、各論反対で、なかなかコンセンサスを得られるのは難しいと考えられ、「こういう症例でも在宅でみれる」というのを1例1例積み上げていくしか、今のところは方法はないと思っています。システム化するまでにはまだまだ長い時間がかかると思われます。</p> <p>在宅！在宅！とかけ声のわりにはまだまだ在宅医療が普及しているとは言えないと思います。患者家族も自分のこととなると急に消極的になり説明してもなかなか同意を得られず、結局は施設を探すということが、勤務医時代では多かったです。家族も勤務医もまだ本当に困っていないのでは？在宅の必要性をまだ感じていないのではないかと、思います。患者も病院ももっと困って、社会的に患者を在宅でみるという覚悟ができるまでは、在宅医療はまだ十分に普及するという状態には至らないのではないのでしょうか？</p>
<p>①~③、⑥~⑧：内容は充分理解できます。様々な方面への周知がさらに必要と感じます。 ④、⑤はもう少し説明していただくと助かります。 ④A-B=在宅医療の対象となる救急搬送とは考えにくいのですがいかがでしょうか。当院は在宅療養支援診療所かつ救急協力医療機関なので、多数の交通事故による負傷者(外来通院可能)を診ておりますので、A-B=在宅医療の対象とは思えないのです。同様に事故(入院を要さない)の救急搬送は夜間に多いので、もう少し救急搬送内容と、夜間往診依頼内容を比較していただいた方が良いのでは…と考えます。</p>
<p>①在宅医が頑張れば、病院から→在宅へ多くの患者をうつせます ②在宅専門医を増やす ③急性期早めに在宅へ帰す、これがNo.1だと思います</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養支援診療所間の協力、支え合い。 ・研修施設としての確立、医師・コメディカルの教育・育成。 ・療養場所の確保。 ・自宅・特別養護老人ホーム・グループホーム・小規模多機能施設>での療養と看取りができる様教育を行い協力機関を増やす。(独居老人の終末期を考えると今後絶対必要である) ・在宅療養~死後まで家族のケアを大切にする。 ・地域住民向けのレクチャーを行い在宅療養のメリット、方法等知ってもらう。
<p>(まずこのスライドは誰に向けての内容か判りませんが…)このスライドの内容は、「数値」でもって、在宅療養支援診療所の存在価値をアピールすることは理解できますが、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者さんや一般の方へのスライドならば、①患者さんたちは、居宅ベッドに「安心感」を抱いていない、仕方なく在宅に移行していると感じています。 ・医師向け(在宅…)ならば、入院患者さんを「在宅」にてケアする業務の現場での困難さをアピールして欲しいです。
<p>診療所を開業されている医師も、それぞれの専門を持っておられる。内科の中でも呼吸器、循環器や消化器等があり、それに応じて得手、不得手があるように思われる。そのため専門の異なる疾患等に対して急性期病院や分野の異なる在宅療養支援診療所での連携が行えるようになると、患者やその家族も安心していただけるのではないかと、思われる。また自宅では在宅療養支援診療所だけが、本人や家族の在宅療養を担うわけではない。医療サービス以外にも、通所サービスや訪問介護等のサービスを利用することにより担っている部分もある。そのため、居宅介護支援事業所との連携強化や介護保険等の在宅サービスについて理解し、提案等を行うことにより、本人、家族が安心して在宅生活を営め、またより長く在宅療養生活を営め続けられるのではないかと、思われる。</p>
<p>有床診療所では、自院の患者と在宅患者の同時看取りはきびしいものがある。 病院は2人以上の医師がいるが有床診療所の場合は、もう一人医師を雇用するだけの収入が確保できない。 連携をとり、受け入れ可能なものを積極的に診療所が行っていく。</p>

<p>確かに在宅患者を増やして、入院患者数を減らせば病院の医師の負担はある程度減り病院の疲弊を改善できる可能性はあるが、在宅に戻れる状態の安定した患者にはさほど手間はかかっておらず、急性期の不安定な状態の患者に圧倒的に手がかかっている。したがって、より抜本的な医師数の増加や診療報酬の増額クランクの配置などの対策の方が重要であると思われ、「急性期病院の疲弊を改善するため」の在宅療養支援診療所というコンセプトにはやや無理があるように感じる。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・定期的な往診と病診連携は必須であり、当院では、患者及び患家の希望にこたえられるという自負をもっている。しかし実際のところ在宅療養を要請されることは少ない。(啓蒙がじゅうぶんでない) ・大病院に入院している方が家族にとって安心であり、往診を依頼するのに遠慮があるように思われる。 ・今までに数回経験したが、在宅で看取る目的で退院したのに胸水、腹水が貯留して苦しんでいるから再入院したり、急変したから救急車を要請したりすることが多い。そのようなこともよく説明して納得のうえで在宅ターミナルに移行してほしい。
<ul style="list-style-type: none"> ・在宅支援診療所と言っても、ひとくくりには出来ない。例えば、無床：有床、在宅専門と一般診療所主体で特定の日に在宅診療を行っている。医師1人または複数と条件は各々に異っている。出来ることも各々の診療所で違ってくると考える。地域の一般診療をベースにかかりつけ医として高令化していく患者さんたちも継続して診療して行く施設がかなり多いのではないだろうか。あまりにも理想形を求められると在宅診療をやめて行く施設が増加しないだろうかと考える。その施設の条件が地域性で特色を出せることも大切と考える。
<p>急性期病院の疲弊を改善するという役割は、確かにあると思う。早めに退院させて在宅でfollowすることができれば、安定してきた患者さんを診る必要がなくなり、急性期病院としての機能が十分生かされるだろう。ただ、在宅ベッドというのは、在宅としての機能しか有しないと認識される必要がある。いくら24時間対応するといっても、大部分の時間で患者さんを観察、介護しているのは家族で、病状観察不十分となって対応に遅れが生じ、適切な処置が間に合わないこともある。</p> <p>治療レベルも、病院と同程度を要求されるのはむりがある。また、私が開業している地域は農村部で、少子高齢化は急速に進行しており、また、家族の有り様も変化しており、高齢者のみの世帯や、息子夫婦と同居とは言っても息子夫婦は日中仕事に出て、結局日中は高齢者しかいないといった世帯が多く、農村部の介護力の低下が著しい。</p> <p>病院ベッドから引き継ぐ在宅ベッドとしての機能が維持され得ないケースが多々ある。さらに、在宅療養支援診療所自体が少ない上にカバーする地域は広く、診療所形態としては農村部では一般外来診療とのミックス型にならざるを得ず、そう多くの患者さんを引き受けることはできない。この点からも、急性期病院のベッドを補完する機能としては、不十分にならざるを得ない。看とりのケースでもこの点は大きな問題になる。救急搬送と往診を同列に比較してもらっても困る。</p> <p>救急搬送の患者さんが往診対応でいいのか、救急車搬送の対象になるのかを判断するのは、現場の人たちだし、全く初診の患者さんであれば、いきなり往診というのは難しく、救急搬送の方に回すことも考えられる。</p>
<p>病院・診療所間での、在宅移行へのネットワーク作りが必要と思います。</p> <p>各診療所の受け入れ能力、受け入れ体制の情報を病院へ伝える事も必要と思います。</p> <p>当地区でも、小規模ですが、ネットワーク作りの試みを始めております。</p>
<p>合併症がおきれば本人および家族も不安になり、入院せざるを得なくなることがある。しかしこれは仕方ない。安定していれば在宅で看ることを追求したい。</p>
<p>まず我々が行わなければならない事として、御家族への働きかけ〈在宅医療で必要な知識の教育、不安をとり除く事など〉をしっかりと行う必要があると思います。御家族が了承されなければ、スタートラインにも立てません。</p> <p>急性期病院の医師が、勧めてくれている例でも、家族が不安となり、在宅医療が中止となった事がありました。結果在院日数が増え、慢性期病院への転院という経過をたどってしまいました。</p> <p>私達、診療所医師も病院に出向いての教育、又、急性期病院の医師も在宅医療のすばらしさを理解して頂き、御家族に勧めていただくと、いう事が、出来れば症例も増えるのかなあと常日頃感じております。</p>
<p>大変無知でバカな質問である。急性期病院が疲弊している事が事実かどうかの論議もしないといけないが、まずは、在宅療養、医療を病院のはげぐちと考えている点である。人間の生存の意味は、幸福感であり、その幸福感は、自己の選択権によって生れるのである。病院を少なくし、在宅のみの選択を強いられた場合、在宅の価値はさがり、人々からの支持は受けられなくなるでしょう。</p> <p>日本人の病院感が大きく変化するまでは、急性期～一般病院の機能を拡大し、疲弊を減少させる事が、在宅の発展をすすめる事になる。我々は在宅医療を希望し、期待する患者さんに対して医療行為を行なうのであって、急性期病院をおい出される患者を受け入れる事のない様に努力しているし、すべきと考えている</p>
<p>質問の解答とは異なりますが、急性期病院の疲弊を改善するためには、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 時間外受診は原則その場で10割支払い、後日発行された証明書にて、自分で手続きを行ない、保険組合より、保険の差額を受け取る。 2. 急性期病院、大病院は、重症、特殊な患者さんを診察して頂くため、短期処方（1週～2週間以内）しか出来ないようにする。 <p>上記のような制限を加える事により、コンビニ受診、大病院集中を改善する。</p> <p>在宅医療は御家族のがんばりと受け入れにより決まると思います。いくら環境を整えても病院と同じ環境は出来ません。御家族、御本人が望めば、病院搬送を拒んではいけない。それならば、受け入れ体制をスムーズに行なうため、病院に上記のような制限を加え、疲弊を防ぐしかないと思います。</p>
<p>それぞれの役割があるが、先を見すえた患者の支援連携が必要</p>

<p>当院では現在在宅療養支援診療所としての訪問診療はありませんが、今までの例からしますと、急性期病院から紹介を受けた場合は対応可能と思われるばお受けし訪問看護、訪問介護と協力してfollowしていました。まずは、病院から依頼があれば出来るだけ受けることが肝要と思います。在宅看取りと了解を得ていても、状態が悪化したり、特に急変した場合は病院での対応を希望されることがあり、止むなく紹介病院へ戻すことがあります。</p>
<p>(まだ近隣の総合病院では、在宅医療への移行を勧めていないようで、家族も望んでいないようです。そのため、婦人科領域では、末期在宅医療をたのまれることはないのが現状です。)</p>
<p>重症長期療養の人を在宅へという方向のように見えます。こういう場合は家族が受け入れているということが大前提となりますから、入院中から、病院医師、家族、患者在宅医師、在宅に関わる他職種との顔合せと、行えること、あるいは在宅で行うこと具体的に打合せ、話し合っ受け入れることが“要”と思います。診療所医師はしばらく入院医療から離れているので、不慣れな部分はありますが、入院先病院で行われている医療を見学して申し送ってもらおうと、出来ていくと思います。その経験を積み重ねていくと、かなりのことが在宅でもできていくのではないかと思います。</p> <p>今の入院医療の現場を知ることから出発です。外来を診ながらの在宅ですが、診療医師たちが少しずつ背負うことで解決していきますが、外来患者の軽症急患の受診道すじをつけることも併行して整備しなければ、診療所医師もさらに疲へいしていくのではないかと気がかかります。</p>
<p>急性疾患、通院できる慢性疾患)→急性期病院、診療所。 通院できない慢性疾患→在宅支援診療所。 在宅医療を希望する通院できない方で在宅で介護が可能な方→在宅支援診療所。 在宅医療を希望されない、あるいは在宅医療を希望するが在宅での介護が困難な方→療養施設。 上記の如く、施設、診療所、病院の住み分けをする必要があると思います。これによって、患者が快適に過ごして頂ける環境を作っていくものと考えます。 問題は在宅医療を希望しているのに在宅介護が困難な状況にある方で、何とか御本人・御家族の御希望が叶えられるように支援の巾を拡げたいと考えています。</p>
<p>今まで、かかりつけ医として在宅医療を往診であたりまえのようにやっていた。在宅支援診療所になっているが、文書を作って家族にわたしておく等の作業がある。 実際、どのようになっても自宅で終末を迎えたいからの希望があっても、入院する時の支援病院名を記入してわたすことになっている書類を提出したら異和感を持たれた。外来診療で忙しい中、在宅医療をすすめるすぎると、対応している医師の疲弊をまねき、往診中、受診された患者さんを待たせるなどの例も多くなってきている。 急性期病院の疲弊を改善するため在宅療養支援診療所を引き受けているのではなく患者さんの在宅療養を支えるために行っていると考えている。 急性期病院の医師数、診療報酬等を増やすなど根本的な対策を国レベルで考えてほしい。地方の国立病院や診療所を赤字を理由に廃止している我が国であるが…。 在宅支援診療所だけが在宅で看取りをしているのではなく全ての医師が行っている思うが</p>
<p>病院での急性期あるいは慢性疾患の急性増悪期の治療を終えた後、可及的に在宅医療に移行して、在宅で最期まで看取る体勢を充実させることは、患者さんにとっても、現在の医療の抱える種々の問題の解決のためにも大変重要なことだと考えられる。 夜間往診を行える在宅療養支援診療所を増加させることは急性期病変の疲弊を改善するにも大切なことである。</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1、表題についてまず疑問があります。在宅療養支援診療所は急性期病院の疲弊を改善するためにあるのでしょうか？まず患者さんありきなのではないでしょうか。患者さんの自宅で療養したいという希望を叶えるのが第一の目的ではないのですか。結果として急性期病院の役に立つということだと思います。医療経済等からの視点では、開業医の理解は得られないと思います。 2、在宅医療には無限のベッドがある。これにも抵抗があります。家族のことはどうでしょうか？一人暮らしや老老介護の家庭、また共働きの家庭等あり、必ずしも家族の協力が得られないケースもあります。また医療従事者にも限りがあります。地域によって事情は異なると思いますが、多くの病院では複数の医師が勤務され、スタッフも複数いるでしょう。しかし開業医はほとんど一人です。今後在宅医療ネットワーク等を充実していかなければなりません、在宅医療でもベッドには限りがあります。在宅療養支援診療所が疲弊したら、だれが助けてくれるのでしょうか？ 3、在宅医療を実践されている診療所にも、いろいろあると思います。高度な医療ができるどころ、そうでないところ、しかし患者さんのためにできることを行う、それで良いのではないのでしょうか。高度な医療ができなければいけないようなイメージが強調されると、診療所が在宅医療に尻込みをしてしまうのではないのでしょうか。また診療報酬上の制約も多すぎると問題だと思います。 4、いずれにしろ、患者さんの視点にたち限られた医療財源を上手に使うよう病診連携を図っていくことが肝要でしょう。また在宅医療に診療所がかかわりやすくする環境も必要だと思います。
<p>在宅での最期を迎えるといった選択ができるよう、他の病院・診療所・調剤薬局・訪問看護（介護事業所）等の連携を図りつつ、24時間往診を提供できる体制を構築する事。</p>
<p>在宅療養支援診療所は在宅を希望する患者のために存在するのであって、急性期病院を改善するためとは考えません。急性期病院の疲弊は医師増、診療報酬の改善、一必要あれば後方支援e t cベッド増によって改善されるべきでしょう。また介護施設の充実増加が必要だと思います。 在宅では介護の家族の負担が重くてどこでもいつでも可能ではありません。</p>

<p>在宅医療を始めて5年がすぎました。大学病院で勤務していた時に「何でこの症状で大学病院まで来る必要があるのか?」と感じる事がありました。</p> <p>在宅医療では、夜中の急な発熱や、不穏疼痛、嘔吐など、緊急搬送しなくても自宅で治療ができる事が、非常に沢山あります。</p> <p>在宅療養支援診療所は、きちんと24時間の対応ができる事が大切だと思います。</p>
<p>現状では家族が在診を希望しない事が多く、在宅患者が支援診療所に希望しても、家族が老健等へ入所させる事を希望しており、在宅での患者数も減少し、現在の様な一人でやっている、役割をはたす事が難しくなっている</p>
<p>しっかり診れる在宅診療所が急性期病院のまわりに存在するという条件のもとで急性期病院の先生方、患者家族の理解があれば良い流れができると思います。</p>
<p>個人的には急性期病院の疲弊を改善するために在宅があるのではないと思っております。結果として改善されるのはよいと思います。</p> <p>急性期病院への入院目的に在宅のレスパイト目的という入院をもっとはっきり呈示して可能とすることが、結果として多くの患者を在宅へもどせると思います。又、重症者は在宅へもどせないという病院医師の「かんちがい」と「思いあがり」が結果として自分達の首をしめることになっていることに気付くべきです。</p> <p>救急に関しては在宅が受け皿になるかという議論の前にコンビニ受診に対して対策をたてる事が重要ではないかと考えます。</p> <p>在宅主持医を持つことによりHOTの方の入院頻度が減ったといったDataがあったかと思われます。</p>
<p>在宅医療は介護力があって成り立つもので、核家族化した現在難しい家族も多い。</p> <p>急変時に病院が受け入れ困難だと家族本人も不安である。</p> <p>急性期病院も在宅にするなら責任もって受け入れるべき。</p>
<p>急性期病院として充実すべきで、在宅療養支援所の本来的役割でないと思うし、一人診療所ではその役割はこなしかねると思う。</p>
<p>図1のようなシステムを確立していくことが重要であると思う。</p>
<p>特に急性期病院の疲弊を改善するためにやっているつもりはないが患者が在宅を望んでもみてもらえないため在宅をあきらめたり十分在宅が可能なのに本人、家族、病院スタッフの理解の不足のため、在宅が実現しない現状があると思われる。</p> <p>もう少し気楽に在宅スタッフに声をかけてもらえるとよい関係ができると思う</p>
<p>在宅療養支援診療所の役割といっても、田舎と都市部とでもちがいますし、地域によってもちがってくると思うので、非常にむずかしい話です。ただ、その場、その場に応じた、あったやり方を、みんなで少しずつやっていくことが大切なことだと思います。1度にすべてをやりすべての方をまきこんでいくのは、反対に抵抗されたりもするので、みんなで少しずつすすめていきたいです。</p> <p>どうか、医師も、患者さんも、その家族さんも、そして、行政も、すべての介護や看護スタッフも、今の時代にあったやり方で、古の開業医さんや、その周りの方がもっておられた精神をうけついでいきましょう。</p>
<p>行き場のない長期入院患者を在宅に帰すことにより勤務医の担当患者数を減らすことができ負担軽減につながる</p>
<p>私も自分の診療所の仕事で多忙を極めており、疲弊しています。したがって自分のやれることは微力かと考えてます。ただし、患者さんが希望すればできるだけ自宅で看取ってあげたいとは考えてます。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療が成立する為には患者・家族の環境が必要と考えます。基本的には①家族が少ないFamily、老老の2人暮らし②住宅環境③金銭などのハードルがあり、必ずしも在宅がよいとは限らないケースも多いです。 ・急性期病院の疲弊の一つは医師の労働条件の悪さも上げられます。特に上記病院で医師が外来患者、外来診療で多忙になりすぎる点があると思います。 <p>上記病院など、今後外来診療を中止又は減少させていき入院患者及び検査を中心とした病院構成をすすめていけばある程度は解決できるのではないのでしょうか。</p>
<p>小生は他医と連携し在宅療養支援診療所の役割を十分に果していると思っているが支援診療所を利用するのは殆んどが自院の患者である。当地は病診連携あまりうまくいっておらず病院からの紹介なし→病院は地域の開業医の各々の能力を知り積極的に患者を紹介すれば病院の疲弊を防げると思います。</p>
<p>大変恐縮ですが、この設問自体に非常に強い違和感を感じます。</p> <p>在宅医は、在宅で過ごしたいという患者さんのニーズがあり、それに答えるために仕事をしているのであって、「急性期病院の疲弊を改善する」ために存在するわけではないと思います。</p> <p>在宅医療が充実し、患者さんのニーズにお応えできる状況になれば、その結果として病院の状況が改善するのも知れませんが、それは副次的なものであって、決して在宅医療の目的ではないはずで。</p>
<p>スライドの結果からは、急性期病院の疲弊を改善できる事は理解できるが、一方で在宅療養生活を行う患者が不安を感じる事なく住み慣れた地域で生活を送る事が在宅医療の最も大事な役割である筈である。その為には病院と診療所の互い役割を十分に認識して協力する連携があって始めて、在宅医療が充実する。</p> <p>決して急性期病院の疲弊の為の在宅医療では無い。</p> <p>現場の互いの医療機関の役割を尊重する事こそ大切である。</p>
<p>どの地域での資料が分かりませんが、当地域では「急性期病院が疲弊している」というほど急性期病院が機能しているとは思いません。むしろこれから病院からの追い出しが進行し在宅としての受け皿に一般開業医が困って来た時に療診連携意識が動くのではないかと思います。</p>
<p>積極的に在宅療養を行う</p>

<p>1) 介護と医療の競合する部分が多いので診療所（在宅療養支援診療所）医師は自由に動けるがそれに対する手当てに制限が多すぎる。従ってあまり自由に在宅患者へ医療サービスが行えない。</p> <p>2) 厚労省・医師会は在宅に向いているように云うが、実際在宅医療を行ってみて決してそうではない事が判明ファイトが失せている</p> <p>3) 在宅看取りは家族はあまり望んでいない。この事をみこして、高点数をつけたのでは…</p> <p>4) 以上在宅療養に力を入れようとすると障害が多過ぎてボヤキが激しくなる…精神衛生上よくない。</p> <p>5) このままでは在宅は介護施設にとられてしまうような気がする。</p>
<p>基本的に在宅に戻せる末期患者は在宅にてフルにフォローしますとの急性期病院に対するアピールをもっと行う必要があるのではないのでしょうか。もちろん患者・家族に対する心理面でのケアも時間を惜しまずに行う必要が我々にはあると思います。</p>
<p>当地区の急性期病院の先生方は、在宅医療に対する認識が少なく、病診連携がさほど、スムーズではないと思われる。</p>
<p>救急搬送を要する疾患や状態で在宅療養支援診療所が対応できるものとしては、①肺炎（発熱）②極度の外傷③疾患者などの末期状態などがあると思われます。</p> <p>①③については家族の協力や理解が必要ですし、訪問看護との連携も必要と思われます。又休日夜間を考えると、複数の医師との連携も必要と思われます。</p>
<p>1、全くこのとうりであるが、何故こんな事が病院医療者が理解できないのか理解に苦しむ。</p> <p>2、病院にいくら言ってもダメなので、私もブログで発信している。（医師部間で1位）4月からは、Net新聞で毎日発信する。又、新聞にも連さいする</p> <p>3、救急隊にこの内容の講演を持ちかけても全く相手にされない。病院しかみていない。しかし彼らにも気づいてもらわないと将来はない。</p> <p>4、当院も200～300床のBedを有していると考え医師6～8名、Ns20名を配置している。</p> <p>5、施設ホスピスともギャップも大きくなるとかしたい。</p> <p>6、私は、研究会にも関与しているが、市民の力を利用することが大切。</p> <p>7、①～⑧の図を広く国民に啓発するにはどうしたら良いのか？新聞に一面広告（約500万円）を何回かうっても、対費用効果から考えると安い。</p> <p>8、地域医療連けいの視点が最も大切である。</p>
<p>そんな役割はないと思う。あとからとってつけたようである。</p>
<p>急性期病院から支援診療所へのひきつぎ、紹介がまだうまくいっていない事が問題であると思います。支援診療所の果たす役割は病院に働きかけて積極的に患者を受けとる事。ひきつぎをスムーズに行う事などが考えられると思います。ただ現実問題在宅専門クリニックでない開業医が行う場合、忙しい診察の合間に病院に出向いて引き継ぎを行う事はむづかしいと思います。したがって支援診療所の果たす役割というよりは病院医、地域連携センターが動いて頂く事が疲弊を予防する最も効果的な策ではないかと思えます。もちろん我々支援診療所の医師がスキルアップする事も大切な役割だと思えます</p>
<p>急性期病院の医師も直接にでき得る限り出た直接の関わりを持つことが求められましよう</p>
<p>ガンの末期や継続診療している高齢者の状態悪化に対して、救急車の要請をすることがないように、在宅療養支援診療所が対応することが重要と考えます。</p>
<p>重症患者を在宅で少しずつでも受け入れていったほうがいだろう。（在宅医の可能な範囲で）</p>
<p>開業医が自分の患者に24時間対応して軽症をフォローすれば救急病院の忙しさは軽減すると思う。何由に開業医が夜間対応しないのかを考えると、問題があった場合の訴訟への恐怖と体力の心配があるからと思えます。現在の訴訟社会と警察の医療の見方を昔の様にどうするか、国が保障する制度が必要と思えます。</p> <p>開業医の体力の問題に関しては、医師会の様にグループ医療で輪番待機性も考えられますが、主治医の人生感が方針がくいちがう事もあるので、こんな人生天職とあきらめ、奉仕の心を育てる医学教育が必要かもしれません。</p> <p>は9割の開業医がからの通勤医で夜間は無医村状態と市議員がなげいていました。フ氏医戒には、人の為に生き、自分の為に生きるのではない事が医師の本分と書かれています。</p>
<p>在宅での医療的な問題解決能力の向上。 在宅死の意義の認識。</p>
<p>すべて入院させるのではなく自分たちで足を運んで入院が絶対必要な患者のみを入院させる。 在宅で充分対応できるものは在宅で対応する</p>
<p>急性期病院の人員費を増やす予算を組むべき、多数の医師を確保し、交代勤務を可能にすべき。 在宅療養支援診療所（在診）も、一人、二人の医師ではやっていけない。 （在診）の医師も社会生活を営む一人の人間である。 “立派な心掛けの医師のボランティア精神”に依存すべきではない。 社会主義的体制の医療体制と、市場主義の医療経営体制を打開しなければ現状の改善はない。 在診は国の医療費抑制策の一部に加担している側面を考えて行動すべき。 在診にもスタッフをかかえるだけの予算を出すべき。</p>
<p>在宅看取りの体制はかなり可能であるが急性期病院へのアピールが不足しているため十分な理解をされていない。今後、アピール必要と考える</p>
<p>在宅診療所は医療崩壊を阻止する上では重要であるが、患者急変時には必ず入院を引き受けてくれるという確約が必要と思えます</p>

<p>現状の制度や国民の死生観のままでは改善する余地はあまり見込まれない。 人はみないずれ治らない病気になり必ず死ぬものであり、最期は自宅で息をひきとるのが自然であり、家族も努力をおしまないという態度や姿勢が必要。 急性期病院の疲弊を、そのまま開業医に移しただけでは、医療崩壊は止まらない。 主治医は複数でもかまわない（開業医グループによる診療）という国民的コンセンサスがなければ、在宅医療を中心には出来ない。</p>
<p>急性期病院の医師が、自分の病院以外に後方ベットがあると考えれば安定した患者を在宅に回し、急変した場合に短期間入院治療をすると思うことが重要である。</p>
<p>在宅へ移行出来る患者は出来るだけ在宅管理にすべきだと考えます。</p>
<p>急変時に病院に頼ることが中心の病診連携ではなく、自分達が病院のために何が出来るかを考えることが必要です。その意識改革が進まないとい何を考えても実行にうつせません。</p>
<p>①急性期病院は在宅療養支援診療所の医師の能力を信頼し、在宅にベッドはあるとの考えのもと、入院負担を外部へ移行することが必要です。 ②現在の在宅医療は医師・看護師共に格段にレベルが上がっています。在宅医に任せられないと思われる基幹病院の先生方にそれを知って頂くことが大切です。 ③「ベッドは在宅にある」という言葉の意味を急性期・亜急性期病院の先生方に知って頂く必要があります。 ④⑤在宅療養支援診療所は、往診をおこなっており基本的に24時間対応しています。マンパワーに限りがありますが、救急の代りとなる役割を果たしています。 ⑥緩和ケアについても在宅での疼痛コントロールは十分におこなえます。ホスピスと異なるのは、患者家族の理解・協力をより必要とすることです。いずれにしても急性期病院の対象疾患ではないと考えます。 ⑦⑧在宅看取りについては、家族の負担が大きく現実ではなかなか困難です。しかしながら、これも急性期病院の対象ではありません。</p>
<p>在宅医、訪問看護の対応能力に差がある事を踏えた上で、役割を個々のケースで検討する必要があると思われれます。</p>
<p>病院医師と電話、メールで密な連絡をとりあえる、顔のみえる連携がとれていけば大きな役割を果たせると思います。</p>
<p>開院以来110名の患者さんを在宅で看取りました。苦悶のある急性時の受け入れが可能なら末期がんまで含め患者を受け入れることができる。 訪問看護ステーションが利用できるの在宅医の負担はさほど大きくないし慣れているので大変ではない。つまり受備範囲の分担がはっきりしていれば病院の負担分を■■可能、ターミナルケア加算は患者の負担になるので算定していない。当院の医療圏が貧しい地域のせいもある。</p>
<p>在宅療養支援診療所の役割は急性期病院の疲弊を改善する事ではないと考えています。あくまでも地域で生活する患者が安心して往していける事が目的であり、必要と判断した場合はいままで通り、救急搬送を受け入れていただきたいと考えております。確かに、今までの地域医療として一般診療所は、時間内の対応は概ねなされていたと思いますが、夜間・休日・早朝等の時間外は、ほとんど対応されず、在宅で介護されている家人の判断で急性期病院に搬送されている事がほとんどでした。（当地域）うけ持ち患者・かかりつけ医である以上ファーストコールは自分達でとるという姿勢が必要であると思います。しかしながら、在宅でできる事には限界があり、特に家人の不安が強い場合は、しかるべき検査、治療を必要とされ、急性期病院へ紹介せざるを得ない事も多いのが現実です。</p>
<p>在宅療養支援において、一番のネックは、24時間体制ということだと思われれますが、日中の診療や、医師会の仕事の合い間を縫って一人で対応するのは事実上不可能と思います。 後方病院が夜間の対応も可能となれば、かなり診療所の負担も軽くなると思いますが…</p>
<p>急性期病院が地域医療連携室を設置し、診療所との連携に努力し始めていることは明らかになっている。そうした流れの中で重要な事は次のようなことか。 1、診療所が、十分に信頼に応える力を持つこと 2、診療所にも得手不得手が当然あり、それをオープンにすること 3、病院では各科医師に最も意識が稀薄であること 4、病院の連携室の充実、院内での周知、有効利用 こうしたことはゆるやかながら改善の方向に進んでいると感じられるが、むしろ行政部門の硬直化にこそ大きな問題があると感じている。 私たちの在宅支援は、急性期病院の疲弊を改善するために、そのお手伝いをしているのではない。 患者家族あるいは一般市民に、病院と診療所の役割を理解してもらえば、ごく自然な形で、在宅療養はできる筈で、その受け手として診療所医師が機能すればよい。 私の意識としては、病院は利用するに足る機能を備えており、むしろ診療所の支援、バックアップの施設だと考えている。お互い補完しあえば、そうして理解しあえば、医療不信も軽くなっていく気がする。ただ、道は遠い気もしている。</p>
<p>■■■■は御存知のとうり日本で一番療養病床が多く、又、回復期リハ病棟も10万人あたりの病床数は最多と聞いております。県民性であるのか、在宅サービスをうけて、ターミナルをすごされる方はそれが第一選択とはなっていない現状です。そのため？（可否か）訪問看護サービスはステーションも少なく、又利用者もあまりのびずです。（当法人もステーションを併設していましたが、休止中）今後医療体制が変われば、在宅医療の現場も変わっていくと思われれますし、現時点でも地域で必要とされる医療やケアを提案していくべきだと考えます。</p>

<p>在宅での死亡率が20%を越えれば、在宅療養支援診療所の疲弊も目立ってくる可能性が高く、当院の様に外来も行なっている支援診療所はかなりきつくなると思われる。</p>
<p>・在宅医療は今後も広がって行くと思います。当法人では、センター病院で在宅医療部を開設し、在宅療養支援診療所として、管理患者数を増やしています。当診療所でも、以前から往診はしておりますが、病態の変化、ガン末期の疼痛コントロール等24時間変化に対応するのは、医師1名（年齢70才）では無理な点もあり、在宅療養支援診療所等必要とする患者さんは、センター病院と協力しています。センター病院では、医師・看護師・MSW・訪問看護師・その他在宅関係者によるカンファレンスを週1回行なっています。急性期病院ですが、これらの事を通し、在宅移行に対し、意識は高いと思います。</p> <p>現在診療所で働く医師が、病院で行なっている高度医療を学習する機会は少ないと思います。学習する機会が沢山あれば良いです。在宅の患者さんが体調不良になった時、センター病院と連絡とったり、ベットがない時に困る事はあります。家族のレスパイト入院も今後検討が必要で、現在ベット拡大しています。</p>
<p>在宅療養支援診療所、一般診療所とも、かかりつけの患者様については、全般において責任があると思いますので、時間外であっても、可能な範囲において急病等に対する対応を行うべきだと思います。方法は個別で行う方法、グループで行う方法、医師会等の既存のグループ組織の機能を活用する方法など、地域の特性にあわせて行えばよいと思います。又、急病等に対応する急性期病院に対する医療保険の点数を増やし、急性期病院の量的増大を図るとともに、急性期病院の医療サービス内容が良質に保たれるような工夫が必要と考えます。また、在宅療養支援診療所の機能が発揮しやすい制度的工夫の余地もあるように思われます。</p>
<p>言いたいことはよくわかるのですが、見る人の立場によっては、在宅で病院と同じことができるという解釈をする人がいると思います。</p> <p>在宅医療は病院医療とは違ったもので、単に病院のベットを在宅に持ってくるものではないと思います。意図はわかりますが、在宅医療の持つメリットをもっと前面に出すべきだと思います。</p> <p>在宅療養支援診療所が急性期病院の疲弊を改善する切り札のように主張することには賛成できません。</p>
<p>当院は約300床のDPC・療養病棟・回復期リハ病棟のミックス病院を基幹とする外来・透析・訪問・歯科診療を行なう診療所です。約15万人の市内で市民病院の役割をになってきました。</p> <p>■■■■に加盟しており、差額料をいただかない医療を行なっているため経営困難であり、人手不足の上に加算をとるための無駄な書類かきにおわれています。当診療所は病院開設時より訪問診療を担当していました（1982年）2006年支援診療所となり、文字通り、病院と分離した形で24時間の対応、臨時往診をはじめたところ、患者数増・在宅看取り数の増加がみられました。ほぼ3年で250件1年間の看取り40件という定常状態となりました。</p> <p>手のかかる一群の患者を一部門によって集約的に管理することにより、救急入院回数が減りました。看取り数は2～3例だったものが、継続的にフォローすることで臨終期の不安にこたえることができるようになり、増加したものと解釈しています。</p> <p>市内で2006年に2か所しかなかった支援診療所も現在数か所に増加し、グループでの情報交換も昨年より開始したことから、訪問診療を希望する患者さんの要望に答えることができていると判断しています。</p> <p>急性期病院側の疲弊のため、訪問診療を週一回担当する医師の確保が困難となっています。</p> <p>安定した慢性疾患を管理するため休職されていた女性医師の復職支援を行ない、非常勤として活躍していただいています。</p> <p>在宅では地域の状況、患者さん本人と家族の状態が把握しやすいため、病院に情報をフィードバックすることにより、本人の意志に沿って急性期治療を行なうことが可能となっています。</p>
<p>在宅療養支援診療所の医師は、急性期病院及び亜急性期病院（リハビリテーション病院など）と、介護の施設系や訪問系のサービスと、保健（市独自のサービスなど）などをマネジメントしていく、必要があると思います。その為に、医療に対する知識に加え、介護・保健に対する知識も必要と思います。</p>
<p>在宅での見取りの文化と技術を発展させる事。</p>
<p>各々の患者について、介護力を考慮して在宅でやれる限界と病院への入院のラインをENT時、もしくは1回目の在宅→Hpへの入院時に確認したい。</p> <p>（Hpと診療所で）在宅管理し易い、胃瘻～かなり一般的になっている。気管切開、膀胱瘻～まだあまり一般的でない。等も必要なら家族に説明してつくって欲しい。結果として入院回数が減る。胆のう炎、胆石～くり返す場合、在宅、ねたきりでも適応があれば手術して欲しい。入院期間の短縮、経管の再開が可能になり、くり返しの胆のう炎が防げる。これらのマネジメントを医師以外でできるだけ行い（Nsや、地域連携）医師のやる事を最小限にする。</p>
<p>地域病院との関係強化、地区での勉強会などを行うこと。</p> <p>大学よりのローテーション回数を減らす。</p> <p>少したつと外来の人が変わり、関係がうまく行かないことなど。病状が改善したら、在宅へすぐ移行する手続き（介護保険）（ケアマネージャー）（訪看）（在宅医）への連絡を行うこと。</p> <p>大学病院等では、医師が法制度などを全く知らず移行がおくれているうちに終末を向えてしまうことがあります。</p>
<p>診療所医師の最も重要な役割です。在宅医療をせずに、未来の食い扶持はないとの認識で取り組むべきでしょう。当面一般診療所の20%が在宅療養支援診療所に登録することをめざすべきです。</p>
<p>bed削減、在宅診等の政策のなかで、在宅（自宅もそうだが、現在は高齢者世帯の為、退院後は何らかの施設入居が多）における医学的管理が求められる。特にterminalについての見守りは更に増えていくと思われる（自宅よりも施設間が増加）。施設、訪看学との連携が更に重要となり、種々のスキルUPが必要とされる。</p>

救急医療・急性期病院の医師の仕事量を少しでも減らせるように協力する
CureからCareへ移行する時に在宅という選択肢を提示するためにも診療所は重要な役を任っていると 思います
スライドの通りと 思います
在宅医療には無限のベッドがあるとの表現があるが、ベッドは無限でもマンパワーは無限でない。
急性期病院が満床のことが多く入院ができなくなっている。 支援診療所がどこにありどの位空床があるか、病院側が理解していないので退院が長びいてしまっている
・在宅患者の緊急入院に際しては、患者・家族に急性期を脱したら出来るだけ早く退院した方がよいことを説明している。家に帰った方が食欲も出て元気になることを強調している。入院が長くなればなるほどいろいろな病気が出てくる。在宅でも病院治療と同じようなレベルの治療が可能であるとも言っている。病院側には急性期が過ぎたら速やかに退院してもらってもよいことを強調している（長引けばベッド回転が悪くなることを考慮している） ・なによりも地域の支援診療所との情報交換（地域連携室等が中心となり）を密にする。
複数の在宅療養支援診療所が有機的連携を以て患者を引き受ける事が理想と考えております。然し、各診療所間には、緊急時往診一つを取ってみても対応に明瞭な差が有り、理想の現実化は程遠いと愚考しております。 当院としては、診療所内に訪問看護ステーションとデイサービスセンターを設け、将来的には、小生・妻二名以外に、医師を御願ひし、在宅療養の充実を図る事を考えております。
病状安定している患者は、できるだけ在宅での治療を診療所がおこなう。そして急変すれば、病院が入院加療してくればよいので区別すればよいと思う。
本研究の趣旨から外れると思いますが、急性期病院の疲弊が、在宅医療の促進によって改善されるという見方を否定的にとらえています。連携をしっかりとしたものにするためには、それだけでも時間と労力が費されるからです。病院や他職種としっかり連携をとって在宅医療を行う方が、数倍もよい医療をををできるは明らかですが、そのためには、時間と労力も数倍かかります。 病院から退院させられたと感じている患者さんや家族の方々から、もう一度、医療者への信頼をとり戻すのは大変なことです。 在宅療養支援診療所としては提供できる在宅医療の質を向上させることが第一と 思います。 患者さんにとって、ベッドが病院にあるか、自宅にあるかの違いだけだと感じられることが重要なポイント と 思います。
急性期病院の実情にはうといので疲弊を改善するための在宅支援診療所の役割について考えてみたことはない。私の経験では患者は自宅での生活を望んでおり、人生の最後は家族にかこまれて自宅で迎えたいと願っています。その願いに応ずることの出来る診療所が必要であります。極めて重要な役割をになっていると思います。これが在宅支援診療所だと認識しています。一方、患者は高齢者でADLの低下されているケース、認知症や精神障害を伴っているケース、悪性腫瘍を伴ったケースが増加きています。誤嚥やちょっとしたカゼから肺炎に移っている例も多くみられます。急いで入院を必要とされる場合がしばしばございます。最近では入院をなかなか受け入れてもらえない場合が多くなっています。特に夜間では区内の病院では満床になっていることが多い。病院にもいろいろ事情があるものと思われそうですが…。家庭での介護力が期待出来ない高齢者が圧倒的に多くなっており、生活保護を受けている方も入居できる高齢者ハウスが、この地域では必要と考えられます。
紹介いただければ何でも診るつもりですが、連ケイのあり方についてはよくわかりません（不勉強ですみません）
在宅療養の推進が、病院医療の崩壊をくいとめることができる。 ■■■■氏も言っているようにCureからCareへのパラダイムシフトがキーポイントと考えられる。この考え方の浸透が医師（特に病院医師）に必要であり、在宅医療を実際に経験してみることも必要と考えます。又一般市民（国民）も「生老病死」死生観等を変え、死を身近に考えるようにすること、看取りの文化をはぐくんでいくことが必要である。マスコミも国民への問題提起を行っていく必要がある。
91歳男性で心筋梗塞から巨大心室瘤をかかえ駆出率の低下より慢性鬱血性心不全に陥り加えて40年の喫煙生活から老人性肺気腫も合併しています。アルツハイマー型の認知症はなく経口的に食事が入っていたが最近では誤嚥が認められるようになり誤嚥性肺炎がなかなか治り辛くなっているようですが、介護者の長女が風邪と思い胃瘻造設に踏み切れていないまま自宅に帰って来ました。週3日はショートステイでその他の日は隣県に住む長女が自宅に帰って在宅介護と訪問診療を受ける計画を立てていた。初日の往診で、悪くなった時救急病院に連れて行くかこのまま自宅で看取るかを尋ねたらまだ決めてないとの事でした。ショートステイ入所中にまた誤嚥があり発熱→入院となる。ショートステイは病状ある方は置かないのが基本です。今後自宅療養ならPEGは絶対に必要でしょうが今度はショートステイが問題となりそうですね。…どうする？
急性期病院に診療所の側から働きかけて顔の見える関係から連携を再構築する具体的に行っていることは (1) 退院時共同カンファレンスを退院前を持つ (2) すでに退院しているか、カンファレンス困難なケースでは家族（あるいは本人も含め）事前相談の機会を持ち、当院が関わる在宅医療のスタートが出来るかどうか話しあう (3) 複数の病院と診療所間の協議の場をもうける→他区医師会に「■■■■委員会」を開設（■■■■年前より） (4) 急性期病院のDr（各医局単位）へのアプローチを検討中■■■■

<p>一次救急患者に出来るだけ、開業医が対応する事が大切かと考えます。 在宅療養支援診療所の最終目的を、在宅看取りにおくのではなく、急性期病院への入院期間の短縮におくのが妥当なのではないかと考えます。</p>
<p>急性期病院の疲弊を改善するために在宅療養支援診療所が役割をもつのではない。 在宅医1人が15.2床に相当する患者をすでにみている計算であるとしたら、このままでは在宅医療も疲弊することが心配。又、在宅看取りの%を増加することをめざすことは重要でなく、急性期病院の医師が在宅でなす医療についての認識をもつために研修を位置づけることが必要。そして、患者さんが、入院でも在宅でも、その状態によってスムーズに選択できることを保障していかなければならないと思う。</p>
<p>①在宅療養支援診療所（以下在支診）が積極的治療を終えた患者を外来、訪問診療・往診等で診ていく体制で引き継ぐ ②在支診の医療レベルをあげ、病院への依存度を少なくする ③死亡診断まで在支診で極力行う ④訪問看護ステーションとの密な連携を保ち、質の高いケアを提供し、できるだけ在宅生活ができるようにする ⑤24時間ケアを責任をもって行い、この問題で（急性期）病院に迷惑をかけない</p>
<p>病院の役割と診療所の役割の違いを示すとよりよいのではないのでしょうか？</p>
<p>介護施設等と連携し、末期の方の診療および看取りに注力する。 慢性疾患の増悪をくり返す方は、訪問看護と連携し加療する。</p>
<p>開業医も疲弊している。日常診療9:00-12:00、5:00-7:00医学学習5:30-6:30メールチェック、健診、カルテチェック6:30-9:00上記の間に医師会活動、検診、予防接種、介護関係業務、時間がない。</p>
<p>1. 自分も含め、在宅療養支援診療所が意外と「頑張っている」ことを認識できた。 2. しかし104才の老衰の看取りに67才の老医が深夜3時（3月下旬の寒い夜）に往診しなければならなかった時には「本当に必要な往診なのか？」と考えさせられた。私は前夜往診した折に家族が「家族で看取るから朝7時すぎにでも往診してもらえればよい」との申し出を期待していたのだが。</p>
<p>・自己完結</p>
<p>私は、在宅医療の後援に大学病院の医師の存在が欠かせないと考えております。 先程の研修うんぬんの問題がありました。大学病院こそ、在宅医療の教育および実践そして後方支援に当たっていただくべきだと考えております。</p>
<p>急性期の診療が終わった後の継続診療として重要な役割を担うことができます。 うまく連携することによってお互いがwin-winの関係をきずくことができると思っています。</p>
<p>1) 24時間対応できる支援診療所の数はあまり増えないものの、対応している患者数、臨床の場は増えつつある。 2) 夜間、緊急時の対応も相当に実現できている。 3) 死生観、緩和ケアに対する患者、家族の理解が進めば、更にこの傾向は加速されそう。</p>
<p>高令化するにつれ体力的に難しくなっている。しかし、頑張っています。</p>
<p>急性期病院の疲弊についてはいくつかの要因があると思います。 ①1次救急の対応が不十分な為に、2次救急へ回る患者数が増える。または、2次や3次救急外来に直接行ってしまう患者がかなりいる。 ②がんなど医療に手がかかる患者を受け入れる施設や生活期病院が少なく、在宅医療を受けてくれる診療所が少ない。 ③介護者や施設職員の意識の問題が大いだが、容体が悪いと助からない病状でもすぐ救急車を呼んで2次救急に搬送してしまう。 ①と③に関しては、地域住民に「末期で助からない状態で救急車を呼ぶ必要がない」事などを教育していく。 ②に関しては、生活期病院でも医療に手間がかかる患者の受け入れ態勢整備を申し入れておく事に加え、在宅療養支援診療所で少しでも多く受け入れる必要はあると思います。しかし、在宅に戻った場合、介護者がいずっとみてる状況の家は少ないと考えます。</p>
<p>行政も地域も在宅ケアに対して十分な支援がされていない。 主も問題なのは、地方厚生局による集団個別指導によるレセプト点数抑制策である。 同じ厚生省の組織でありながら、在宅ケア、緩和ケアを抑制しようとしている。（意見書を添えておきます。） それでも患者・家族のためがんばっていかうと思っています。 年間看取りがん患者だけで年間約60人ぐらいです</p>
<p>患者や家族が在宅療養を希望するならば、基本的には、在宅医療がbetterだと思います。また核家族化、老老介護が増えている中で、在宅療養の困難さもあります。 訪問看護や訪問介護、ケアマネジャーとの連携をとることや通所系サービス事業者ともうまく連携することで、幾分、家族負担の軽減は計れるも、やはり家族の介護力の上に成り立っているのが、在宅医療療養だと思います。 以上の事が解消されれば、図①～⑧における急性期病院の負担軽減になるかと思えます。</p>
<p>①のスライドはわかりやすくして良い ⑤のスライド、数字が細かすぎます。約500万人/年…A約160万人/年…Bのようにした方がよりわかりやすい。</p>

急性期病院で診療を受けるレベルの患者さんかどうかを分別する必要がある。
医師と患者（又は家族）が十分、理解し得る環境も大事と思う。
医師と患者との信頼関係が大切であると思うが、診療所医師と患者とは、いつも会話等コミュニケーションをはかっているため、急性期病院の医師と患者の関係以上の信頼を得ていると思う。少なくとも診療所医師は病院に入院する必要があるかどうか適格な判断が要求されると思う。
診療所医師の技量にもよると思うが、患者及び家族に十分MTを行い在宅で加療可能である患者は、在宅医療を持続する。
やむおえず急性期病院に送る場合は、急性期病院の医師が診療所医師と同等あるいはそれ以上に信頼できる医師である旨患者にMTしておく。
これまでの私の経験では、急性期病院の医師は多忙なるが故に、患者との信頼関係が希薄で、MT不足のために足もとをすくわれる。
患者がモンスターP tとなり、トラブルとなり、急性期病院の医師は、医療以外のことで問題をかかえ、ますます多忙になるケースが多い。急性期病院医師、診療所医師、患者3者が互いにコミュニケーションをとって、信頼関係を築くことが大切と思う。

急性期病院の疲弊を改善するための在支診というのは考えたことはありません。あくまで、患者の生活・療養を支えるのが在支診の役割と考えます。
「急性期病院の疲弊を改善する」という言葉の中には病院側の都合が見え隠れしているように考えてしまいます。

急性期病院の疲弊対策としての在宅支援診療所の役割としては病院への入り（つまり緊急入院や看取り入院）を減らし、病院からの退院をスムーズ（つまり速やかな在宅療養への移行）にすることとの論点であると思われる。
退院問題としては療養型病院とともに慢性期の受け入れ先としての在宅療養の問題は在宅支援診療所だけではつまり医療だけでは無理で、介護者がいないなどの介護力が重要な場合が圧倒的ではないだろうか。もちろん付近に在宅とくに高度な在宅診療が可能な施設が少ない地域もまだまだ地域的には多いと思われるが、小生の開業している■■■■などでは医療の面より、介護の問題で療養型や老健を選ぶケースが圧倒的に多いのが現状である。
入院の問題としては救急搬送、特に看取りに関しては現に在宅療養されているので介護力の問題よりも医療の問題と思われ、在宅支援診療所が肩代わりするべきことと思われる。ただ、その日に突然に、あるいは今息をしていないので看取りをと要請されても現状では対応は無理な面も種々あり、病院通院中なれど看取りの可能性もある患者さんの併診をかかりつけ医が進めていくことは病院の勤務医の負担軽減になると思われる。
病院もあり少し心配な時はかかりつけ医があるという患者家族の安心にもつながるとと思われる。
予期された死亡時にかかりつけ医が自宅で看取することで少しでも救急搬送の減少が図れることは重要と思われる。

おっしゃることはよくわかりますし、これを実現していく事が重要であり必須である事もよくわかります。一方で、私のように、在宅医療に興味を持った医師の中で必ずしも、この形を望んでいない者が少なからずともいる事は事実です。反対ではなく、“意志と反している”だけです…つまり、自宅で過ごすことの良さを求めるDr.にとっては、これは単なる場所の移動であり、体にくっついているものは変わらない…不便、不安がつきまとう在宅医療、これを支えていくためには、在宅医の知識も技術もかなり高度なものが要求される…正直、私には残念ながらこのような方をお受けすることは出来ません。患者さんやご家族の不安を取り除く自信がありません。
ここ最近、在宅専門で開業されるDr.も増え、私も助かっています。管だらけで自宅に帰る人は、そちらにお願いしています。私は、昔ながらの“応診医”として、やっていくしかありませんので、だんだん患者さんも減りま寂しい限りです。
もう少し根本的な所に目を向けて欲しい…食べれなくなりました、肺炎になりますから胃瘻にしましょう。簡単に結論を出さないで欲しい…と私は願っています。
“あ！急性期の重症患者さんを在宅でケアしていく、ということに関しては、管だらけは仕方がないです。が、対応できるDr.の育成をお願いします。
開業医でも“やる気”のあるDr.ならば、その勉強会なり講習会なりで対応可能になっていくのかも知れませんが、私は…そこまでの情熱がもう、なくなってしまいました…昔は楽しかったです。

在宅医療は、あくまでも患者のQOL向上の目的にもおこなわれるべきものであり、決して医療費削減にもならないし、介護者の問題など含めて、なんでも在宅という考えはまちがっている。急性期病院の疲弊には、もっと根本的な問題、それは、コンビニ受診、小児医療費無料化、業務の増大、医療の高度化、マスコミによる医療崩壊をすすめる一方的なひどい報道、司法の誤った判断、モラルの崩壊などさまざまな原因があり、上記の考えは、明らかな視点のミスマッチである。もっと現場をしっかりとみて、開業医はひまでもうけているというかたよった見方は話にならない。

診療所で在宅をみるには、担当患者数が多すぎると日常診療ができなくなるので、バランスが大切だと思います。
開業医が在宅をほぼ支えているのであり、開業医への、まちがっているマスコミの評価などは、あらためて頂く必要がある。
開業医が意欲をなくせば、患者さんは在宅にすら帰れなくなり、病院のベッドもますます余裕がなくなり、真刻な状態が増すと考えます。

<p>急性期病院が、というかそのスタッフ、医師が疲弊しているのはよく理解できます。ただ診療所がその急性期病院からの患者を受け入れるためには患者にある程度安定した状態が必要です。 現在入院期間の短縮に向かって各病院が動いているのも分っていますが、早期に患者を受けると診療所がかたむくのではないのでしょうか。特にEnd stageが増えれば診療所のドクターが疲弊してしまいます。病院と違って各診療所はサポートするスタッフもなくドクター1人ですべてを行っている。昼も、深夜も、1人で対応する。毎日休日も、そうすることになる。それをよくするには各診療所が単独ではなくいくつかの診療所がグループでみていく必要があると思うのですが。</p>
<p>在宅療養支援診療所を算定する要件（基準）を緩和し多くの医療機関が、在宅医療を支えていくことができれば、大きな力、効果となり、急性期病院の疲弊を少しでも改善できると思う。 かかりつけ医として自覚を持って、多少の労力を払ってでも診療所も（在宅医療にかかわらず）医療を支えるという気概が必要。</p>
<p>今後在宅療養支援診療所の役割は増々大きくなっていくべきであり、図の解説に賛同します。 介護力の確保、コスト面での患者負担を減らす工夫等もあわせて検討することが重要と考えます。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・医療依存度の高い患者の受け入れを幅広くするための知識、技術の習得 ・在宅急変時等に際して、病院への直接アクセスをせず診療所に相談することを徹底 ・癌末期患者の受け入れは、在宅医として必要。また、麻薬等の処方、取り扱いについての知識は重要。 ・在宅での寝たきり患者の対応として、多種職種間での連携が必要。
<p>在宅医の必要性が求められている割には病院からの在宅依頼が来ないのが実情です。 地域性かも知れませんが、何かがうまく行っていないからだと思えます。</p>
<p>急性期病院と病診連携を十分にとり急性期を経過した患者を在宅でケアし地域の医療福祉介護各機関とネットワークを構成し急性期病院での社会的入院患者を減少させるようにすること。</p>
<p>在宅療養支援診療所だけが在宅医療を担っているわけではない。 この制度は、個人医院の医師では過重な負担を強いる理不尽な制度である。</p>
<p>その通りです</p>
<p>図①～⑧から、在宅＝病院というイメージが連動されますが、キュアとケアの違い、生活支援と、全身管理といった、根本的な援助の視点が抜けているように思いました。何をしにかかわるのか、“援助を行なう”ために関わる、ということ。では援助とは何か…病院と同じような病気の管理をするだけではない。この視点では、とても終末期のケアは在宅では無理と考えるからです。苦しみの原因である病気が残り続けながら、なを関わり続けるためには、“援助とは何か”という発想を変える（代える？）必要があると考えます。 クリニックでは、年間200名（在宅160、病院40）の看取りを地域緩和ケアチームとして行なっています。連携するのは、「病気に対する情報」ではなく、「苦しみに対する支え」です。そして、我々は、相手の支えを強めること、意識したとき、Dr、Nsのみならずケアマネ、ヘルパー、など多職種で、かわり続けることが可能となると考えます。 病院の延長としての在宅という発想は、限界を考えます。いつまでたってもキュアの視点では、真の援助は、提供できないからです。あらためて、「人」と関わること、「苦しみをかかえた人と関わり、援助を提供すること」の視点を、持って下さい。</p>
<p>つらいのはみんな同じです。病院医師ではありません。在宅医は病院医のかわりにはできません。</p>
<p>在宅に戻す環境に適した患者像。（家族の役割）などに関したアセスメントが必要と思えます。</p>
<p>診療所同志の連携を充実させて、多くの診療所が在宅療養を担う事で急性期病院・特定の在宅療養支援診療所のみが不担がかからない様にするべきであると思えます</p>
<p>24時間365日対応で自分の患者を責任もって管理する、これにつきますと思えます。</p>
<p>急性期病院の医師、ならびに患者がどれだけのことが在宅支援診療所でできるのかを知ることその上で救急などの対応を急性期病院ならびに地域医療システムの中で話し合い運用することが必要。 当地域では、各々の病院医療機関が個別にしか対応しておらず、またそのために在宅医療が認知されていない。 在宅医療を知っているわずかな病院医や口こみで患者が在宅医療を求め相談にこられている。</p>
<p>治療が終了し、たとえ死の時期がせまっていたとしても本人と家族が在宅療養、もしくは在宅死を望むなら、在宅医へのつなぎを考えてほしい。 元来急性期病院において癌や、慢性疾患の臨終をむかえる事が心穏やかでない事を自覚し、病院医師に啓蒙していく事。 病院医師に対しての退院支援を行う。 退院前カンファを行い、病院医師が自分の患者を安心して在宅医にわたせる様にアピールする。 病院医師を教育、指導する。</p>
<p>今後在宅療養支援診療所がますます必要となる</p>
<ol style="list-style-type: none"> ①我々のような比較的科によらず何でも診れる医師を養成すること。 ②病院で行っている看護師、介護士の業務は在宅では家族が行うことになるので、家族に対する指導、実施を補助する機関が必要。本来ならば訪看STだが、24h体制をとっていないければこれは実現されず、日中営業だけの訪看STなどはそもそも不要である。 ③家庭背景などで熱心でない家族も多い。この点は何をどうしても改善できないことが多い。金銭との引き換えだけである。（お金があれば他人に任せる、なければ仕方なしに放置しているなどの状況） ④少なくとも当院では職員個々の能力は高いので対応は可能だが、人員数（優秀な）は絶対的に足りない。 ⑤どこまでが患者のわがままであるかの線引きが難しい。実現してあげたくても出来ないことも多い。

このスライドをみさせていただき、我々には、急性期病院の疲弊を改善する責任があり、またやっでできないことはないのでは？と思われました。
在宅医療は患者さんのためであり、急性期病院の疲弊を改善するためと考えるのは賛同できない。
夜間休日)の医師看護)が十分出来そうにない
在宅療養支援診療所が非常に役立っているということがとてもよくわかるように作成されたと思います。特に救急搬送をへらすという視点は非常にインパクトがあると思います。
夜間の救急搬送人員については泥酔や事故など往診で対応できないものが多いと思われるので、自宅で療養している方のほとんどを救急搬送ではなく、往診で対応しているのかとも思いました(往診後、救急搬送も多いのかもしれませんが)。
在宅の死亡率がこれほどまでに上昇しているとは驚きです。社会システムとして支援診療所が機能してきていると言えると思います。
病院側が「在宅ベッド」という認識をもち、診療所側もそれにこたえて連携できれば素晴らしいと思いますが、病院側が「満床で入院できません」と断られることも多いので今後の課題だと思います。
在宅療養支援診療所は、がん・難病を含む重症高齢者等の居住をサポートし、急変時と居宅における看取りに24時間・365日の対応をするもので、従来の「重症者は入院するものであり、看取りは病院が行うもの」という既成概念を覆すものである。
在宅で見る主な疾患としては脳血管疾患、難病患者、慢性疾患、感染症、末期がん患者などであり、必要な医療技術としては、在宅酸素療法、在宅CAPD療法、ストーマケア、褥瘡ケア、経管栄養、在宅中心静脈栄養、吸引、気管切開のケア、疼痛コントロール等が挙げられるが、これらは在宅で行うことが可能である。医療的処置を多く必要とする患者であっても、自らの意志として在宅を希望し、さまざまな社会支援サポートを活用することで、家族は介護力を身につけ、エンパワーメントにつながると考えられる。それには患者・家族は介護に対しての“覚悟”が必要であり、療養者を介護しながら家族が生活を営んでいくために、在宅療養支援診療所は地域の訪問看護サービスや介護サービス、そして診療時間でも広く密接に情報交換しあい、チームワークで支えていくことが大切であると考えます。急性期病院は従来、病院での看取りを前提に、その医療を組み立てていく傾向にあったが、今やDPC導入病院では高度な医療体制での治療後は在院日数を短縮され、患者は自宅へ帰ってくるなか、医療機能の分化・連携を推進し、地域における切れ目のない医療の流れを作っていくことが重要であり、そのために医療機関間で情報の共有化を進めていくことが大切である。病院医は患者の回復度によって、回復可能であるのか、現状維持をしていくのか、回復が難しい場合は生活の中で看取することを視野に入れながら、いずれにしても在宅で療養する患者であること念頭に治療をすることが重要である。
現代では医療が発達しているが、在宅で病気の家族を看る際には多くの検査や医療処置を必要とはしないだろう。歩行が難しくなってきたら介護支援を、食べられなくなってきたら胃ろう経管栄養やIVH、呼吸が難しくなってきたら在宅酸素、気管切開、在宅人工呼吸を、というように、だんだんと落ちていく機能に対処しながら、その人らしい生活をしながら、穏やかに人生を全うしていくことが、本来の人間らしい年の重ね方であると思う。そのサポートとして、在宅の介護、看護、医療の充実が必要であり、安心して生活できるようにいつでも相談に乗れ、アドバイスできるようにしていくことが、在宅介護者の負担軽減とともに介護力の増進につながっていくと考える。よって、在宅療養支援診療所は、訪問看護師やケアマネージャー・介護士などの日々の生活のケアに従事する職種の情報を得て、医師は必要時に往診して医学的判断や治療方針を打ち出していくリーダーシップが求められると考える。
在宅療養支援診療所として24時間の対応を充実させ、救急受診の頻度を減らす事ができれば良いと考えます。
在宅のあり方を患者家族にわかってもらう事で地域がはたせる役割は大きいと思われる

問8 在宅医療を実践する医師が求めることー技術について

記載内容 (原文のまま)
在宅の家族に難しいことを求めても無理であることを理解し、できるだけ簡単にできるように工夫して欲しい。
・いつもすばらしい先生方に、お世話になっています。
「できるか否か」ではなく「すべきか否か」を本人、家族とよく相談して欲しい
やたら管を造れば良いのか？
幅広い技術、知識が必要
高齢医療者には無理
・急変時の受け入れ→短期で返すための確かなD x & T x
特になし
特になし
在宅へ送り出すムンテラ技術。
特になし
在宅医療についての理解が必要。
とくにない
常に最良のものを目指す努力を続けて欲しい。
急変時の対応
特になし
末梢静脈確保→ポット型中心静脈埋込術。間歇的導尿（必要なら膀胱瘻形成も）。チューブ型胃瘻交換（PEG）。
・麻薬を使いこなせること
・CVC管理
・気管切開患者の管理
・褥瘡の管理
特になし
L V H設置、ボルトの作成、胃瘻の設置、気管切開及び呼吸器装着等の技術。
一般的な病院医師の技術で十分である。
それなりに高度の技術を身につけてほしい。
知識も技術も、あるにこしたことはないが、たいした問題ではありません。在宅においては病院でできる全てのことが可能だ、ということを知っておいてもらえればよいです
紹介状がムダに多い場合がある。カルテをそのままコピーせず要約していただきたい。
総合診療医としての技術が一番必要と考えます。病気が何であれです。窓口に自分が立てることが必要ではないでしょうか？こちら側も入院に頼らず止むを得ない時は、受け入れをしっかりとっていただきたい
使用する医療機器の特性とその操作を説明し、耐用期限、あるいは交換する時、チェックポイントの説明もして欲しい。
特に問題はない、が急変の場合の示指が少し足りない様だ。
専門医レベルの技術、知識ができれば求めたい。
ただ、資格がなくても指導するDrが十分にチェックしてくれるならば十分です。病院によっては専門医が1人という所もありそのような先生には負担になるかもしれない。
専門的な技術（胃ろうのope等）について協力してほしい。
人間としてのハートで問いかけ、対応ができること
技術的なものは特に問題ないと思うが、例えば気管カニューレの交換が必要な患者さんを引き受けた時、本来なら胃瘻又は経管栄養にすべきケースなのに、誤嚥を繰り返し、毎週交換が必要になったケースを紹介された。カニューレ交換は技術的には可能だが、退院後の患者のことやその後を引き継ぐ在宅医のことも含めて医療方針を決めてもらいたい。
高度の技術を在宅医療に適用できるように啓蒙が必要です。
特にありません
(Case by case) ①対象とする患者さんと家族に対する理解と洞察力の深さがどの程度あるか？
一度でいいから、在宅で療養している患者と家族を見てほしい。そうすれば、何が必要で、何が困難かがわかると思う。
特になし
何が必要かの判断であり、全ての技術を修得する必要はない。
他の医師の協力要請能力は必要
専門医の専門が私みたいな総合医よりも専門の技術が乏しすぎる。
なし
特に求めています
在宅で管理が楽な（副作用等で重大なものになりにくい方法）方法を選んで在宅へ返してほしい（例えばI V Hより胃ろう）
患者及び家族に対して医師と看護婦間での技術に関する説明の違いが無いように。
疼痛管理
病院での医療と在宅医療は全く同じではないことを認識し、家族、p t本人にもその旨を十分説明してほしい。
特になし
末期がん患者の場合、退院のタイミングと紹介のタイミング、コミュニケーション能力。
特別な技術は求めません。
病院故に可能となっている事、在宅では家人が殆どをすることになることを考えて、治療技術を工夫する必要があり、また、その為の技術、器具の開発も必要。
胃瘻造設、感染を起こさない中心静脈カテーテル留置法膀胱瘻の造設、気管切開。
病院での処置から在宅での処置への移行をスムーズに行ってほしい。
PEU設置の時、位置が重要。側方におかれ在宅で苦労すること多い
自己注射なりの技術は伝えておいてほしい。
「もう入院してられないから」ではなく「もう在宅で過せるから」という姿勢が本質的には必要である。

診療所でも管理しやすい情報が欲しい
どんな患者でも受け入れ必要と思う
誤えんするからとすぐ胃ろうにせず、食事摂取の仕方について、病院でしかできない他職種との連携で、いろいろ試してもらいたい。
①病院のように全ての事（治療検査）を期待できるものでない旨患者さんに話すべきです。たとえば（イ）（ロ）関節注射などは在宅では感染の恐れがあり我々はできない。（こわくて）◎ブロック注射なども（たとえば硬膜外ブロックなど）ショックをおこした時在宅だと1人の医師では対応できない
技術の低下により不安定な患者を年末に病院から追い出している
指導管理
診療所の医師よりも病院の医師の方が詳しいと思います。
患者に安心を与える説明ができるかどうか
病院で当り前の技術も在宅では「高度医療」になってしまうことがあります。そのギャップを分って頂きたい。
在宅において、できる範囲の技術の習得。
ノウハウの書いた手引き書を配布してほしい。
病院で行っている医療が、在宅でも継続可能か考えてオーダーする事が望まれます。P t. のパーソナリティー、又、介護力の有無等。介護者が疲弊しない様な医療・介護を心がける事は、結果的には医療者も疲弊しない医療につながる事を認識する事。
説得力
在宅患者に対する指導管理について
病院では可能なことでも在宅では困難なことがあります。
例：胃ろう交換 腹腔内に迷入して死亡となる場合があります当院では行っていません
診療所の医師の技量にもよりますが、とりあえず診療所には道具がないので、その辺り病院から支援頂くと助かります。
やはり自分が実際に往診したつもりで何が必要で何が足りないかよく考えて教育してほしい
在宅でもやれる治療方法を発展させることが必要と思います。
特になし
嚥下機能の評価、嚥下リハビリ、在宅でのリハビリ計画の立案。
医療関連器具・機器の緊急時の対応方法
一通りの外科的処置が出来る。またP t.の家族がパラメディカルと円滑に話を進める会話に関する技術も重要
当然
・医師より連携室の方が重要。
・何から何まで院長がやるのは効率が悪いので、病院のソーシャルワーカー等のマンパワーも使える様にして欲しい。
P E G交換（造設）
C Vポートの作成、入れ替え
緩和ケア
オビオイドローテーション
・P E Gの増設
・静注ポートの留置
急性期と亜急性期の病院は同一母体とし、その後紹介した在宅医師へ患者をかえしてもらわなければ在宅に力を入れることができなくなりつつある現状です。
特になし
特になし
在宅に関する知識も重要ですが、顔のみえるコミュニケーションが最重要とおもいます。
専門的技術をかかりつけ医へ伝授する。
専門的技術はあっても医師としての。
思いやりと気配りを持って診療に従事する事。
患者さんはもちろん、家族、コメディカル、関連機関との良好なコミュニケーション能力
在宅医療でできる範囲をしっかり把握してほしい。
思いやり、智識、優しさ、人脈（連携）
例えば、中心静脈栄養あるいは胃ろう造設の技術は必要。
再入院となるような病態の説明。
予後と今後の経過（予想）の説明。
嚥下、摂食、栄養状態の評価、治療、リハビリの必要性と評価ができること。ADLの評価ができる。
特になし
新しく開発された技術をどこで学び、どこで実践するかです。
勉強は出来てもそれをいかすことが必要ですが、なかなか1人ではやれません。また、病院からストレートに話があってもついでいけないこともあります。
・安易に胃瘻を入れるな！！
・在宅で継続できる治療をしてほしい。
複雑な状況（手技）をいかに簡単、簡素にして帰らせることができるか、そしてその意味を理解しているか。
自分が病院勤務医であったら（その時がありました。）在宅で“どろどろ”になった患者さんを入院して受け持つのはとてもいやでした。キッチンと診療所でみていて、これなら入院になってもしかたがないかと思う患者さんなら積極的に受け入れたいが、「何だこれ！」という治療を受けて、どうしようもなくなってからの患者はいやでした。何と開業医はレベルが低いのかと正直いやになることがよくありました。病院医師は専門科にかかわらず基礎的な医学知識（プライマリケア）が必要です。
在宅には在宅の方法がある事を知ってほしい。
胃瘻、経管栄養、I V H、気切など基本的な処置をしっかりして、在宅生活を長く送るのに支障のない状態にして戻して欲しい。
口はばつたいことは言えません。教えて頂きたいくらいです。
特になし
専門性の部分と非専門性部分の医療の使い分け。
適切な経過報告
在宅で行いやすいP E G、中心静脈ポート、気管カニューレを選択してほしい
特にありませんがもしも我々一般開業医が在宅医療に取り組むことで病院医師に体力的、時間的余裕が生まれるのであればより高度な知識、技術を身につけるべく努力していただければと思います。

在宅では、入院中と同じような処置はできない事の説明。簡単なわかりやすい薬の服用指導。
専門技術をみがいてほしい。
入院から在宅へ移行するに当たり、患者、及びその家族が、在宅でも十分に安心して療養できることを説明、理解させる技術、知識、資質。
病状の説明、今後の予測、急変時の対応。
在宅医療を行う医師、看護師、介護事業者への信頼、連携。
高度の技術は、医師に求めるのは、問題である。そのことによって、在宅医療に取り組むハードルを高くして、敬遠する医師が多くなることも考えられる。
申し分なし
病院からの在宅療養依頼がありませんので評価できません。
特にないが・・・??
在宅を担当する医師が実施可能な処置にして頂きたいこと (難しい処置や対応は、できない事もある)
新しい治療法の導入
特になし
特になし
オピオイドの使い方。褥創処チ…今だにインレシゲルを使っている等…。
底上げが必要
在宅に帰して在宅生活を送るうえで困らない最低限の処置(胃瘻やポートなど)はして帰してもらいたい。それくらいの技術は身につけていてもらいたい。
話の仕方ではないかと思えます。患者さんとの十分な話しあいができないとむずかしいです。
臨床経験10年以上
なし
勤務医の先生方は患者さんとずっと最期まで診ていくというよりは勤務期間中は診るが、交替された場合に患者さんが不安に思われることがあります
在宅について勉強できる場が欲しい
在宅末期患者さんへは、IVH導入、(ポート設置)必要な方にはHEN、HMV、CAPDの導入をすませておいてほしい。 (早期の導入が望ましい)
Terminal stageに無理な透析をしない事。
患者、家族が家庭で十分対応可能な医療の提供。医療機器のトラブルの際の対処の方法についても十分説明しておいてほしいと思えます
特にはないですが、病院のDrも終末期やリビングウィルについて、もう少し理解と実践を行ってほしい。
退院後のバックアップを説明する
栄養についてはDIV(IVH)はやはり長期的にF/Vしにくいので少くとも胃瘻と経管胃瘻に切りかえ、栄養内容等もある程度変更しなくて良い状態で在宅へ移すべきで現在の様に放り出す形は好ましくない
現在当院と連携している病院は十分できていると思う
胃ろう、IVHポートの技術メンテナンス
特にありませんが、その患者が悪化し、Pt本人、家族が希望されるなら、再入院を快く受け入れて頂けるか、どうかにかかっています。それ以外の技術、知識、資質は二の次で、さ程の問題ではないと考えます。
特になし
そんな人におこがましいことを書ける立場にはありません。告知だけはよくよく考えてほしいところです。
在宅医はやはり経験年数がある程度重ねた医者である事を尊重してほしい。
特になし
在宅医、訪問看護師の能力に対応できる処置をし、必要により十分に連けいできる旨の連帯感をもってほしい。
在宅で診療できる環境とその技術をおしえること。
大学病院レベル
何もなし。すばらしい
follow医が了解可能な形で連絡して欲しい
一般的な診断治療技術で結構だと思います。人により差があるのが当然だと思います。足りない所はお互いで補い合う事が必要だと思います。
PEG、IVHポート作製の必要性の考慮
常識的な技術(?)でよい。
胃ろう、口腔ケア、褥瘡予防についての家族指導
ケースバイケース
十分であることに越したことはありません。チーム医療を行なっていると思われしますので、一医師の問題については、私が触れるべきではないと思います。
・診療所に病院医師が向いての直接指導を1~2回やると自信がもてます。
在宅IVHの管理に関して認識を深めてほしい。
在宅療養移行時に患者に装備された器具装置の当初の事柄にあまり問題ありません。訪問看護2の担当者によってはほんの微々の器具不調ですぐ病院への急救担送を家人に勧める傾向の人がある。訪問看護師に対しても予測される器具の不調時の調整に及び詳細な知識技術をもたせる必要がある。事例を何度か経験した。その都度出ばって簡単に治した。
平均的なものでよい
在宅をみても、終末期になるとFamilyが勝手に救急車を呼んで元の病院へ無理に連れて行きます。こちらの技術etcは全く関係有りません。
在宅をみこした医療のアレンジ。何でも病院のままというわけには、いかないと思います。(ローテク)などところもあります。
医療設備がない所で何ができるでしょう。
介護する家族さんへの負担をなるべく軽くするように、褥瘡の処置法などなるべくシンプルにして欲しい。
退院前の患者・家族への指導が、病院という環境での指導のまま在宅へ移行すると、患者家族の精神的、技術的負担が大きくなることがある。在宅場面での技術は安全確実かつ簡単(より単純化されるべき)であると思う
認知症になっていて食事ままならない人には無条件に胃瘻を造設してほしい。
在宅で管理ができる状況をつくる
特に求めない。

患者、家族、連携医とのコミュニケーション能力
all playがない
十分でございます。
特別な技術は不要と思います。末期がんについてはオピオイドの使用疼痛管理の技術は要
機器に関する十分な説明
・かかりつけ医に丸投げしないこと。・自分が指導した事を連絡すること（二人の医師が違う事を言うと混乱する）
病院と同レベルの対応は不可能である事を理解して欲しい。
医療事故を防ぐためにも簡単な指示、投薬にふだんからしてほしい。
現在では在宅でもかなりの医療的なことは可能ですので、とくに癌末期の方などは入院でも在宅でも医療的なことの変わらないことに通感しており、病院の先生方がもっと在宅でどの程度のことまでできるかがわかってもらえれば、早い時期に在宅にかえして自宅での時間をもっとゆっくり過ごしてもらえるのではないかと思います。
理学的所見をきちんととらずまた患者の訴えを聞こうとせず、医療機器にのみに頼った診療をしている。機械に修熟することを研修だとカンちがいでいる
問題なし
ベッドから、車イス、車イスからトイレ等の移乗動作できるよう訓練して退院させてほしい。病気のみをみて退院后生活については全く考えていない。入院するとすぐ導尿カテーテルを挿入してしまう。喀痰とれずらいとすぐ吸引器を使う。口腔ケアの技術をもってほしい。
基本的な面接技術
ある程度しか致達できない。
すべての在宅医が、すべての在宅診療の技術をマスターすることは困難で、在宅医も機能分化すべき
診療所勤務あるいは病院からでも在宅医療に取り組む可能性のある人は、呼吸器管理、排尿排泄の管理、褥瘡の管理、小外傷の管理ができなければならない。加えて認知症の対応ができなければ在宅医療に取り組めない。
在宅で継続しやすい治療（たとえば、内服の仕方とか）
在宅で行なえる検査、治療の範囲
up
意味がよくわかりません
患者、及び家族に理解させる事が必要である
IVH、PEG、種々のcatheter等につき、短期間で帰院せざるを得ない、ようなことのないように。また定期followの明示を。
主病の予後、病状変化の対応について。
専門外についての技術、知識が不足している。
出来ない技術はおことわりする病院で退院前にレクチャーしてもらえれば出来るかもしれない
家族への理解
在宅医がどの程度の技術、知識を有するかを把握される事が大切でしょう
しっかりとしたムンテラの技術。末期なのにしっかりと告知せず退院すると、在宅医は非常に困る。
患者さんの希望があるなら、可能な限り速やかに在宅へ移行して欲しいと思います。
急性期病院から在宅になる悪性腫瘍末期の患者は多くの場合、タイミングが遅い。在宅医療の現状、在宅医の力量・守備範囲に対する知識と理解が不十分なためと思われる。
安楽な在宅療養ができるよう技術をみがいて欲しい。
？
ポートの設置がのぞまれます
それ以上の「医療」による改善の見込みがないことを正しく説明できる
緩和療法を実施するための技術、知識、資質については当地中核病院では外科の医師が、よく、理解されている
・治療をケアの手間がかからない様にしてほしい。
十分あると思われず。
勉強不足を強く感じているがまだ自己改革（改善）できない状態
在宅へ移す、患者、家族への説明が納得できる、説明方法をもっと学んで欲しい。その説明にも時間をかけて、何回でも説明して欲しい。
在宅に移行する際に、特別な技術や知識は必要ないと思います。日常診療の中で、患者の意思、家族の意思の確認、家族介護の負担などのお話をして置けば、後は、診療所で、行政の福祉と相談して、もっともあつた形をとって行けると思っています。
患者・家族への技術指導（カテーテル類の取り扱い、胃瘻管理など）
最低限、患者のことを100%把握している事。また、その事を紹介状できちんと伝えることが出来ること
・帰れるタイミング（病院医療の引き際）をのがさないこと。・多職種とのコミュニケーション、情報共有
在宅医療に移行し、その後も継続がしやすい医療行為を導入、変更をお願いしたい。（ただし、医療依存度が高いのが困難ということではなく、在宅では医師や看護師のみならず御本人や御家族も適宜、医療やケアに関わることを視野に入れて、より安全で簡便、医療行為に伴う負担や苦痛がないものがより望ましい。）
なるべくシンプルな状態で患者さんを自宅へ返す。医療の技術的なことではなく、自宅で生活しやす方法、家族にも安全に行える方法を選択する。在宅へ患者を返す際に重要なことはこれから行って来ることをしっかり説明をすることである。
必要な技術を指導してほしい
退院前にベッドサイドで在宅を引き受けるサイドのスタッフが引き継ぐような連携（医師又は看護師）（在宅の主役の家族、訪問看護スタッフ）ができると継続してチームワークが良くなる。
在宅療養全般にわたる支援を行う専門職の必要性を痛感しております
在宅医療を認識していない医師はケースワーカーに全てをまかしている傾向がある。病院医師不在のまま動いている気がします。病院医師の在宅医療に対する知識の向上すべきではないでしょうか。患者様は病院を追い出されているとしか思っていない方が多い
退院時に患者・家族・主治医（又は看護師）合同で必要な手技を伝達してもらおう。
①CVポートの設置血管確保が困難で経静脈的治療の必要が予想される人について②胃ろう造設
入院中に家族に具体的な支援技術を充分に教えておくことが必要である病院看護師も技術支援に協力して頂きたい
在宅で暮らす患者・家族の生活にあった技術が習得できるような技術を、個人に対して合った技術提供をしていただきたい。
高度の技術を伝授してほしい
新臨床研修制度で修得すべき内容に、在宅医療に必要な、各種在宅医療に必要な技術。可能であれば、胃ろう造設技術も修得

すべき。コミュニケーション能力・技法。
①胃瘻造設、IVHポートの作成、家族へのそれら、管理についての指導について、習熟してほしい。②退院前カンファレンス（関連する他職種の指導も含めて）の実施を徹底すること。
患者（家族）のトータルな利益を考慮して、治療方針を立ててくれること。
急性期の疾病に対してはよく対応していただける。しかし、早期に退院となることが多く、一人暮らしの病人 e t c は困ることがある
若い医師、息子外1名合計3名のパート勤務に依り、少しずつ良くなって参りました。特にIVH、magen fistel、その他褥創の処置等。
ICにつきると思います。
度胸のある医師は、技術をつねに向上していくように学ぶ
優秀・有能な方はOKポンクラはそれなり。小医は外科・救急科・消化器病、肝臓内視鏡の専門医を有するため、PEG、気切、IVH-line、etcは全てやってしまうので、hospitalに依存しないで済んでいます。
救急処置、救命救急処置管理が出来る事。
点滴（持続）が必要になりそうな患者さんへのポート挿入
（？）
終末期の家族への心暖まる説得力、いわゆるムンテラのうまい医師になってもらいたい。この技術が欠けている場合が多く、十分の説明もないまま、家に帰されているケースもある。必ず説明は看護師やパラメディカルに委さないで、家族の目を見て、医師自信がどうどうともう医療の限界にあることを、優しく説明する技術が欲しい。
特殊カテーテル交換などについては病院で対応も含めて詳しい手技説明が必要だと思います
在宅で可能な医療処置が円滑にできるように、退院前にシフトしていただければ理想的です。例えば退院前に経管栄養→胃ろうに交換（パルーン型など）あるいは入院中にしかできない検査（CT、MRIなど）は、入院中にしていただくのが理想です。
必要最低限必要な診療を完遂して欲しい。（退院してから再度紹介しないといけない状況や訪問時には労力の必要な検査などを不足なく施行して欲しい）
医療技術は一定水準あればよい。ただ、■に悪性疾患については病名・病状告知、治療のアウトカム（延命、緩和など）の説明がしっかりできること。コミュニケーションスキルが十分あることが望ましい。
在宅へ戻ってからの治療方針など、病院側と在宅側と情報を共有して行く為の、方策が必要。緩和ケア時のオピオイド使用法など、まだ十分理解していないと思われる。
家族介護が主になることを念頭に在宅医療が可能かどうか考えてほしい。
退院時、必要な人にポート設置して欲しい。
そこそこ
特別なものは必要ない。内科、外科の一般的な経験5年以上で問題ない。
？
在宅と病院とは別の物という理解を患者様家族に充分説明を
不明なことを、気楽に助言してもらえるとありがたい
医療技術に関して大きく求める事はありません。
それぞれの事情の中で在宅医療を行っているところでもあり、それぞれのモチベーションの中で家族50%患者50%の役割分担を理解できれば24h x 365日をむつかしく考えずに実践できると考えています。携帯電話があって患者さんが好きであれば、特に形式ばることのない医療が展開できます。一訪問看グステーションとの連携があれば問題ないでしょう。むしろ私達にとって社会の相互に理解しあうモラルが失われてきているのが実はもっとも深刻でしょう。
在宅でもできることはたくさんあるのでそれを知るべきである
病気がよくなったから退院するのではなく入院点数がへるから退院させる様なくみは止めて欲しい
退院時の主治医への説明・指導をていねいに。
在宅療養を充分理解し、患者に充分理解出来、選択枝として、情報を伝えることが必要。患者へのコミュニケーション力を高める必要もある。
在宅にて出来得る限りをやろうと心掛けています。昔は若い外科医がいて、IVH、ポートなど又胃瘻の交換など行ってましたが今は退職されてやってません。
在宅医療は病院での医療とは全く違うものであり、病院と同じキノウを期待してもらっては困ることなどをきっちり話してほしい
癌の疼痛管理についての技術を修得してほしい
簡ケツ、クリア、カットに説明して下さい。
現在の患者の病状、病態、今までの治療経過、今後起こり得る変化とその対応についての正確かつ解かりやすいプレゼンテーション能力。
基本的な技術に関しては、特には無いと思います。
在宅で実践可能な技術を、本人や家族にわかりやすく、やりやすいような方法を指導してほしいと思います。
在宅での対応がしやすい処置をして送り出して欲しい。ex) 脊髄鎮痛法
・トータルに全身をマネジメントする診療能力
特別な技術は必要ないと思いますが、患者の話しを最後まで聞く姿勢、危険な状態を危険と判断する能力があれば良いと思います。
技術ではないですが病院での詳細な検査及びその内容をすべて、教えて頂きたいし、X-Pなど画像も貸し出して頂きたい。
ICの技術、bad newsを伝える技術
？
本人、家人への説明を充分にお願いしたい。
病院では医師が自ら行うかあるいは指示をして看護師あるいは技師が行っている技術について退院後にどのような体制に移行して継続していくのかをイメージできることが重要。在宅でも継続可能な方法にできるだけ入院中から変更することと、省略可能な治療は省略する、患者と家族に教育・指導できることが求められる。
問診、身体所見、コミュニケーション
多くあるにこしたことなし
人が求めるものではないおのれが求めればいい
その都度往診医に詳しく教えてもらえれば問題ないと思われませんが・・・。往診医では無理、家庭では出来ないと考えられることも多くあり、ギャップがありすぎるのでは？
技術については我々がとやかくいうことはない。我々以上の技術を有しているはず
在宅で可能な医療を念頭において、退院させて欲しい。

在宅で現実可能な医療技術にとどめないと、一部のマニア的在宅医療化し、そこに参入できる在宅医は極めて限定されてしまう。病院の様に24時間専門者が監視できる場と違い、介護主力が家族であることを考えて高度な医療（中心静脈栄養など）は行うべきでない。
・在宅医療に適したシンプルな緩和ケア・遅すぎない在宅への移行
皮下注、PEG、IVH-R等のことも家族に話をし、理解をさせて頂ければと思う。しかしあまり多くのことを家族に求めると入院期間が長くなるため、退院後は医師を含め見回りのスタッフで何とかすれば良いと考える。
病院医師には、病院でやってきた医療、技術を家族等に伝えるのではなく、これから家に帰って継続実施出来る技術を我々在宅医に伝え、■して下さい。
（技術）我々インターン時代を過ごした医師にとって、ある程度カバーできても、やはり専門的に診てもらいたい症例もある。
・胃ろうやポート管理等が可能であること。・レスピレーター管理ができること。・麻薬等の疼痛管理ができること。
IVH、ポート挿入等（血管が確保出来ない人が多い）
施設と違い種々の器具の整備されていない在宅において安心してまかせられる医師である為には医療技術はもちろんであるが、いろんな訴にも傾聴、共感できる医師であってほしい
治療に対する広い考え方をもちQOLを中心として治療が行なえること。又、色々な状況を想定して対処や頓服処方を前もって行なえること。
各疾患における検査、治療技術の情報を教えて頂きたい。在宅でできることを明確にしたい。
病院と家での違いを理解し、病院にいるときに（入院中に）在宅での医療環境と同じ状態となり在宅復帰できるようにしてほしい。
技術面では特に“求める”事はありませんが、在宅医療で特殊な事。（例）在宅成分栄養はツインラインorエレンタールでしか算定できない、等をしていてもらえれば、ありがたいです。
病院それぞれの専門分野での一般的にみて十分な技術があればいいと思います。
患者様の受け入れやすい様にご説明と、いざと言う時のバックアップが大切だと思います。
在宅医療に移行するうえでの、医療器具や医療上の個々の場合の注意点を指示して頂くことスムーズな継続ができると思います。また、新しい処置や治療がありましたら、出来る範囲で取得したいと思いますので、技術移転の指導もお願いします。
内服薬の数・量を少なくする配慮、安心を与える技術・工夫（しがみつかさない）再診時に関する具体策。患者・家族への悪い事の伝え方、自分がうつ病にならない知識と実践
①IVHポート造設②胃ろう造設
在宅に帰ったらやりにくい医療をするのではなく、在宅に帰った時やりやすい医亨をすることを勉強してほしい。（在支診の責任でもあるが…）
特殊な処置の場合は詳細な説明を添えてほしい。
お互いの技術の確認が重要
在宅医療を担当する医師と共同、連携できる能力
病院とその先生たちの技術は我々よりも高いものです。特にコメントはありません
知識・資質があれば技術はあとから修得できます。
病院と同様の技術を家族に求めるのはかなりの負担をとまいません。在宅で安心して介護できるように、家族に無理をさせない指導をしていただきたい。
救急救命措置。
①在宅で可能な治療方法の選択認知症患者にインスリンの自己注射を指導するなどナンセンス②複数の医師が診療している投薬内容の整理
①中心静脈栄養の管理②■化栄養の管理
原始的な急性期治療。現地医療での初期治療。
今、病院でやっている技術が在宅ではどの様に可能かイメージして欲しい。一緒に工夫して欲しい。
在宅でどの位のsupportが必要か、家族にその介護力があるか等を的確に把握する能力が必要と思われます
診療所、介護サービス等とうまくコミュニケーションし、連携がとれること。
さほど高度な技術は要しません。コミュニケーション技術は必要でしょう。
今まで通りでどうぞ
技術について慢性疾患の患者さん、癌末期の患者さんは、血管の確保が困難になっていることが多いのでできれば退院の前に中心静脈の確保又は胃瘻増設を御願いたい。
多くは求めていませんが、退院前に不明な点があったら当方に連絡してほしい。
ちゃんと慢性安定期になりうるのか？安定していないこと多い。急性増悪をおこさないような在宅ケアまでも意識し、PtF aへ指導しているDrは少ない。
点滴のためのポート埋込、胃ろう造設など
1) IVH管理 2) オピオイド使用 3) 救急せせい
治療の為の胃瘻、ポートではなく、症状緩和の為の胃瘻、ポートの活用を理解していただきたい。
最低限、在宅でケアが可能なくらいの全身状態を引き上げてから、退院させること。
病院でできる処置、在宅でできる処置等の区別
がん緩和ケアの技術
?在宅でも安全な胃ろうチューブ造設、導尿、人工肛門ケアの指導?
在宅医が全てを行えることは不可能であるから、各分野に広く知識を持ち、基礎的技術については習得が必要である。また、病院医師には各分野において技術を高めるだけでなく、在宅医療についても理解含めて大いに学んで欲しい。
・在宅ででき得るシンプルな治療方法を実践すること。
大部分の方は技術は必要なし（一般診断能力のみでいい）
中心静脈栄養の管理など技術的なものは研修が必要
特別なことは何もありません。多くの在宅医は病院を経験しているため、外科的処置を好まない先生に配慮すれば問題はない（疼痛ケアとしての硬膜外チューブなどの処置、技術をもって頂ければ幸いです）
在宅医療に必要な内容を申し送りできるレベルであれば良い。→申し送り内容で可能であれば引き受けている。（入院中、病院へ出かけ、主治医家族等と打合せしてから、引き受け、在宅へ移行している）
自らの専門分野のみならず、在宅医療で行なわれる医療についても充分な技術を習熟して欲しい。
PEGの挿入、ivur管理、Hot、人工呼吸器、カニューレ交換、IVH
技術については特に、思いつきません
医師は最小限で地域医療室の看護師、ケアマネージャー等の充実を計るべき。
在宅療養患者がふえるにしたがい新しい技術が必要になり学習の機会が必要。

在宅持続 I V H など必要時紹介先病院などから教えていただいている状態、忙しくていけなかったり在宅が先にスタートしているとわからない事を病棟 N s や主治医から電話できいたりする事もあるのでインターネットなどで常時修得できるとよい 分かりません。
病院の医師は病院通院困難な状態、水分および食事摂取不能状態になるとすわわち末期にならなければ我々のところに紹介なし。我々は病院での加療の延長というつもりで頑張っているが病院医師はそのようなことに対しての知識も理解も少ないように思える
在宅では限られた医療資源で診療しなければいけません。したがって、問診・身体所見のとり方については、よく勉強しておくべきでしょう。
病院で実施できる事と居宅で実施できる事は異なる事を認識する事が必要。
在宅へ返す前に患者と家族が納得できるように、あらゆる方向へお知らせできる知識をもったうえで最低限の技術（ムンテラ含め）低■■のものは必要と思われます（触診、聴診、血圧、E C G でできればエコー）
臨床研修システムの初期研修程度専門的技術も持ちたいという熱意
I . V . H ができる。C V ポート設置できる。人工呼吸器の操作ができる。褥創の処置ができる。
①皮下ポートの取扱い②気管チューブの管理交換③膀胱カテーテルの管理交換④P E G の管理交換⑤皮膚疾患の治療皮膚ケア⑥癌性疼痛の管理 e t c
病院全医者へ、何度でも講演をさせて欲しい。何度もしているが、受け持ちクラスが忙しくてこれない。→最優先としての取り扱いを病院長にはして欲しい。
安心感を与える技術。
場合によってはポート、胃瘻、気切などをして返して頂くと家族が楽な場合があるので求めや必要性があれば実施して欲しい
中心静脈栄養から皮下点滴法への移行がのぞましい患者がいることを知ってほしい。
専門外分野の指導・教育・講義をして欲しい。レスピレーター・24H点滴・麻薬等
診療所の D r が理解してなかったら勉強会等をやってあげたらどうでしょうか。
中心静脈ルートや胃ろうのルートなどのトラブルを開業医に押しつけないで責任をもって欲しい。
在宅診療を行う医師への丁寧な指導をお願いしたい
専門的な知識だけでなく、在宅で家族や医師がやり易い様する方法を行う
病院医師に何かを求めるより、病院から信頼して任せてもらえるように、自分の技術、知識、資質を、高めたいと考えます 特にありません。技術的には問題ないと考えます。
当地域では在宅（開業医）のレベルの方が低く、病院医師に求められる状況ではない。
情報伝達が十分にできること。在宅医の能力を評価■■すること
在宅の介護力、スタッフの体制から考えて、在宅向けにアレンジをして返す必要あり
嚥下評価胃瘻造設気管切開 I V H ポート挿入
・疼痛コントロールについての資料・特殊処置の手技、対処など
バランスの良い医療技術があって、在宅に移す時などに段差がないように工夫できる技術がある D r がのぞましいと考えます。
在宅において可能な医療技術を知ってもらいたい。スピリチュアルケアの技術。
「自宅でできることは病院でできる」をモットーに、特殊なことをした状態で退院させないようにお願いしています。
1. 用いる医療器機、手技のスタンダード化が必要（ゆるやかなしぼりのガイドラインの作成）
説明する技術
急性期が過ぎたら早く介護保険の準備をし、退院予定2週間前には在宅担当医に連絡する。出来れば退院時カンファレンスを行う。治療は在宅では簡素化するよう治療内容を変更する。その為の技術が必要。
中心静脈のためのカテーテル挿入処置気管切開術。胃ろう造設方法。
入院中に不必要な検査や治療、処置を行わないこと。
在宅での C u r e を行っていく上でかんたんである方法をとること。処方にしても最少限、服薬の簡単さ等
胃瘻造設、持続硬膜外麻酔留置、褥瘡皮弁形成処置ペインブロックなどでしょうか？
医療技術に生活を合わせるのではなく、生活に合わせた医療技術をみにつけること。
①家族が安心して看（見）守れる様に安全、確実性を保障した医療処置を身につける②在宅で使用できる機材（小型の携帯超音波の診断装置、輸液ポンプ等）を扱える様にする③静脈ポート（ルポート）の設置と管理ができる様にする
シンプルな方法を探す事
高令で免疫機能低下の方も多いため、手術や処置後の感染に注意する。
ターミナルは I V H ポート設置してボタンタッチしてほしい。
研修させてもらいたい
内科外科整形外科皮膚科泌尿器科のプライマリーケアの技術
退院時、手技講習会等を行っていただければ、できる範囲で処置等できるかと思われる。
年々新しい技術が使用されついて行くために実施研修があると良いと思う。書物では理解出来ない（技術の習得）
病院でやっていたと全く同じ医療を在宅に持って行くのではなく、少しでも手間がかからない状態にして出す必要がある。
緩和ケア専門医であれば技術知識資質に関しては問題ない。問題は一般医、いずれも（技術知識資質）が充分でない。病院勤務医に対する教育が必要。
入院患者が安定しつつあれば、早めに各々の地域医療相談部と相談しつつ、本人・家族の意向を聞く努力が必要かと思えます。
点滴等のルート確保、I V H 等の手技、尿バルーン交換等の技術は必要と思う。
在宅医療に関する技術・知識を病院医師個人にのみ求めるのは無理ではないのだろうか。資質と共にこれらは実践して得られるものの多いが、病院医師全員在宅診療の経験を求めるべきなのだろうか。しかし問7で“急性期病院の疲弊を改善するための在宅支援診療所の役割”を論じているように現状では無理と思われる。各病院としてそれらの技術・知識を有する中核の医師・看護師・ソーシャル・ケースワーカーがいて、患者・家族・主治医をバックアップすることが必要ではないのだろうか。緩和ケアが主治医とは別に各病院にいるように在宅ケアチームが必要なのではないだろうか。
家庭医として求められる最低限の技術が必要。できれば、自分のスペシャリティーを少しは持っていれば、なお良し。
C V ポート、気切、P E G、尿バルーンカテーテルなど、在宅で簡単にあつかえるものについての管理。
在宅酸素や、人工呼吸指導等の指導料を算定するような医療依存度の高い患者のトラブル時にすぐ対応できる技術を習得しておく必要がある
・インフォームドコンセント・癌告知のスキル
在宅という病院環境とは異なる臨床現場で対応可能な技術レベルを理解して、入院中に在宅で対応可能な状態（処置治療内容も含め）にしてから在宅へもどすようにしてほしい。病院でしかできないことをやるだけやってそのまま在宅に引き継ぐことには無理がある。

病院勤ム時代の知識があれば充分です
投薬は、病院では処方せんどおりのませられるが認知症例、高齢者では服薬もサポートがいることが多いことを理解した上で処方を作成していただきたい
CVポート作製（造設）気切、人工呼吸器管理。
技術指導が必要な時にぜひアドバイスがほしい

問8 在宅医療を実践する医師が求めることー知識について

記載内容（原文のまま）
・在宅医療が何をできて何かできないか？（医療ニーズに対しては病院とほぼいっしょ。検査や緊急性が弱いこと）・そのほとんどを家族が中心にやっていること（家族ができる範囲に医療、介護の手間を量、質を軽減させて退院させる）
病院とはやり方が少し違うことを理解して欲しい。
何かあったらいつでももどって下さいって、無責任な発言ですね。
幅広い技術、知識が必要
高齢医療者には無理
認知症患者の入院について（断わる病院も多い）
患者さんが在宅で行う実際の治療・手続き・概算・経過について具体的に把握している事
在宅診療のこと。（できることや仕組みなど）
緩和医療に対する理解に乏しい勤務医が多いように感じます。
在宅医療についての理解が必要。
・家族や社会背景についても説明して欲しい。
①医療保険制度（特に診療報酬制度の在宅部門）についての知識不足②在宅医療の現場に接する機会がないため認識不足③医療材料や経管栄養など医療保険で可か否か知識不足
常に最良のものを目指す努力を続けて欲しい。
プライマリーケア程度あれば十分
水分の重要性（人体における）。WHO方式緩和ケア。
・高令者の一般的知識があればよい
医療保険、介護保険の内容を知ってほしい
社会保障制度、在宅医療の実際）について、もう少し知識を修得できる機会があれば良いと思います。（逆に我々が、時々急性期病院の実際を拝見できる時間と余裕もあれば良いのですが…）
医療保険上の在宅医療について、介護保険制度等についても知っておいて頂きたい。がん患者の緩和医療、認知症の最終症状等についての知識も充分に持って頂きたい。寝た切り状態となった際の介護の重要性の知識、リハビリテーションの必要性。
在宅では病院ほど細かい医療や介護ができないこと知ってほしい。
それなりに高度の知識を持ってほしい。
知識も技術も、あるにこしたことはないが、たいした問題ではありません。在宅においては病院でできる全てのことが可能だ、ということを知っておいてもらえればよいです
介護保険の利用等の知識をもう少し身につけていただきたいと思います。
総合診療医としての技術が一番必要と考えます。病気が何であれです。窓口に自分が立てることが必要ではないでしょうか？こちら側も入院に頼らず止むを得ない時は、受け入れをしっかりとっていただきたい
疾病について病名だけでなく病期の説明と患者さんあるいは家族にどのように説明しているかも連絡して欲しい。
特に問題ない。
専門医レベルの技術、知識ができれば求めている。ただ、資格がなくても指導するDrが十分にチェックしてくれるならば十分です。病院によっては専門医が1人という所もありそのような先生には負担になるかもしれない。
社会資源の利用について知識を得てほしい。
緩和医療の様々なケースについて、メールなどで情報交換しながらサポートしてくれるシステムができれば大変助かると思っています。
ネットワークに関わる人々が集まってディスカッションする場を持つ事が必要です。
在宅療養と往診治療の区別が患者さんにも説明されていない事が多い。在宅のシステム、料金など説明を家人に説明すると、安心する例が多く見られます。
（Case by case）①対象とする患者さんと家族に対する理解と洞察力の深さがどの程度あるか？
医療保険でできること、介護保険でできること、身障者低所得者などの補助等についてある程度は知ってほしいです。
在宅における介護力の把握と、介護力のない場合のケアマネとの連携と支援
専門医の専門知識が私みたいな総合医よりも少なすぎる。
特に求めています。こっちでなんとかします。
在宅での患者の容体変化時につぐ連絡出来る体制と対処方のアドバイスがいただければ
介護施設のもつ医療レベルについての知識を持ってもらいたい。24時間医療の必要な患者は介護老健への収用を考えるなど常勤医がいるかどうかとも考慮してもらいたい。
在宅の長所、欠点を説明してほしい。出来れば介護保険の知識を持っている職員が居ればOKです
家族のケア
患者の心、家族の心、また在宅での生活状況について、思いをさせてもらいたい。
在宅での医療についての経験不足、認識不足がある。
在宅医療への理解。
在宅医の動きとストレスを理解してほしい。
・予后予測を説明。・患者、家族の不安をまず受けとめて、それへの対応策を確認する。
現在の医療保険制度と介護保険制度。患者の思いや家族の思いを知ってほしい。
在宅で行いやすい処置、使いやすい薬剤を知っていて退院までに調整してくれると助かります。
在宅医の苦勞について知ってほしい
よくない症状を伝えることが大切。
「もう在宅でやっていける」という正しい判断を出来る知識。
患者さんが在宅へ戻る時、自宅かどういう施設なのか、そこでは、吸引等どこまでできる場所なのか、家族がいなく独居か、等背景も考慮してもらいたい。
処方内容をコンパクトに整理すること（できるだけ必要な処方に限定する）在宅器材が連携できるような手配
在宅は病院と違って万全でないことをよく患者に話すべき。何かできないものがあればそんな病院がうけおさるべきですのでそれを知ってほしいと思います
患者のキャラクター、キーパーソンを含めた内容の診療情報提供者
知識経験の不足がみられる

病院での入院生活と在宅療養のmerit、demeritをneutralに説明できるだけ知識は必要と思われず。
医療・介護保険の制度と役割
専門分野については病院医師の方が詳しいと思います。診療所医師は広く浅く。病院医師の知識は狭くても深く
成分栄養品の相違について深い理解が必要とされること多い。
専門医と一般開業医にはギャップがある場合があります。意志の疎通が大事です。
・在宅全般の医療の知識習得。・医療連携の必要性。(専門以外の知識習得)・医療・介護制度の認識。
ノウハウの書いた手引き書を配布してほしい。
病院で行っている医療が、在宅でも継続可能か考えてオーダーする事が望まれます。Pt.のパーソナリティ、又、介護力の有無等。介護者が疲弊しない様な医療・介護を心がける事は、結果的には医療者も疲弊しない医療につながる事を認識する事。
家庭環境について知ること
医療、介護保険制度について
緊急往診してもできることはほとんどありません。時間外では院外薬局のため薬の処方すらできません。その患者にしか使用しない特別な医療器具は個人経営の診療所で扱うのは困難です。
在宅で過ごす、看取る事への重要性を、特に若い先生方に研修させてほしい。
在宅にて提供できる種々のサービスについて理解していただき、各々の患者さんに合ったサービスについて情報提供できるようになって欲しい
病院医師はプロ、患者、家族は医療は素人なのでもう少し理解しやすい内容でおねがいしたい
介護保険等による連携に対する知識
在宅医療は急性期病院ほどの対応は出来ないと言うことを知ってもらう。
医療制度への理解
介護保険についての知識をもっと多くしてほしい社会資源の知識を増してほしい
在宅で何が出来るのか。その医療機関では！！
病状の急変時の対応について家族としっかりと話し合いを持つ事の重要性
科を越えたオールラウンドな知識が重要。専門的なものはあまり重要ではない
当然
在宅療養支援診療所のシステム全般
在宅で可能な医療についての知識(「径口不可なので退院できません」といわれたという家族あり)
急性期の医師はベットの回転率のみ考え、亜急性期の病院さがしに追われ、亜急性期の病院医師と在宅医師との間に音信不通状態が生じることに気づいていない。
在宅療養(在宅IVH、経管栄養など)についての知識 介護保険に関して
・在宅医療でできること、できないことを知ってもらいたい。・在宅療養を円滑に行うためには、患者、家族と医療スタッフの信頼関係の構築が不可欠であり、そのための時間が必要であることを知ってもらいたい。
癌末期患者に対する緩和ケアの充実
在宅に関する知識も重要ですが、顔のみえるコミュニケーションが最重要とおもいます。
専門以外の知識にも関心をもってほしい。
在宅での状況。1人暮らしや老老介護が、予想以上に多いことを認識してもらえれば、と思う。在宅の場合、患者本人もそうだが、同程度に家族とのかかわりが重要となることが多い。
全人的医療としての知識が必要、専門医だから他科依頼ではすまない。
思いやりと気配りを持って診療に従事する事。
在宅医療への理解(とくにその限界・制約について)患者さん・家族がおかれている精神的・社会的・経済的状況への理解配慮。介護保険をはじめとした社会・医療制度への理解。
在宅医療でできる範囲をしっかり把握してほしい。
勉強して頂く他ない。①働きながら出席しやすい、時間帯の研修会、講義実地、②開業医は他業種との積極的研修、カンファレンスが必須。
在宅診療の実体を知ることが必要。在宅では実施できる検査が制限されており、血液検査も病院のように短時間内に結果がでることはない。
医療以外にも、保険制度などの知識も必要
もっと介護について知ってほしい。おむつ交換の大変さも知らないで、家族に在宅介護をすすめるのはおかしい。
在宅医療、保険制度について、もっと理していただいてどの様なサポートがうけられるか知ってもらう必要あり。
よく患者や家族の話をきいていただくことが大切です。知識が多くても、必ずしも伝わっていないことが多いようです。
1. 家庭の状況の充分な把握 2. 在宅医療の限界の理解
まったく在宅の知識なし。病院の窓口の医師を決めてほしい。紹介したら必ず入院をさせてほしい。入院をこたわることが多い。
入院医療と在宅医療の違いを理解しておいてほしい。またそれを患者と家族にも説明し納得してもらってから在宅に返してほしい。
病院内では当たり前に行える医療処置が在宅では当たり前ではないことを知っていること。
在宅で行える医療行為。特にIVH、経管栄養、酸素について。
医療保険→在宅での材料費がどこから出るか、又は実費になるのか。介護保険→病院医師は特に興味を持とうとしないものがある。(ex1. 主治医意見書を書く気がない)のシステムを上手に利用する指導をしてもらいたい
病院医師は専門科にかかわらず基礎的な医学知識(プライマリケア)が必要です。
在宅には在宅の方法がある事を知ってほしい。
在宅に戻すには、医療保険、介護保険の最低限の知識は知っていて欲しい。(自分はケアマネ資格もとりました)また、患者さんの精神状態を見極めて在宅医がターミナルケアをし易い土台を作って欲しい。
往診との違いは今だに、まったく理解されていない。
口はばったいことは言えません。教えて頂きたいくらいです。
在宅でおこなえる処置に対する知識が少ないことあり。
地域医療現状の把握
専門の範囲内で
がんの緩和医療を高めたい
在宅で診ることができる疾患と、その病状を知る。又、入院への移行の病状を指導できる。
特にありませんがもしも我々一般開業医が在宅医療に取り組むことで病院医師に体力的、時間的余裕が生まれるのであればよ

り高度な知識、技術を身につけるべく努力していただければと思います。
少なくとも在宅医療、在宅療養支援診療所についての理解、認知をお願いしたい。
在宅診療所が、どの程度の医療ができるのか理解すること。考えているよりも多くのことができます。
在宅医療で患者さんが、費用をいくら支払うかを知って欲しい。
大規模な機械を用いた検査、加療、危険を伴う処置などは病院でしかできないが、状態が安定していれば在宅でもかなりのことが可能であるということを知ってほしい。
基礎的知識はあるレベルは必要である。研修や、講習で知識の向上をはかればよい。
小生も病院勤務医から開業医になって知ったことがたくさんある。勤務医のままだったら知らなかったことがありすぎる。特に、医療経済（レセプト、診療報酬の点数、薬価、介護ホケン点数、医療材料の価格、患者負担額、銀行からの運転資金の貸り入れなど）、人件費などについては経営者とならなければ、一生知ることはない。病院医は周囲に最新の高価な医療材料や道具があるのが当たり前とってしまうが、在宅にした場合、同じようにはできないし、同じようにした場合は莫大な時間とお金、人手が必要になることを医学生に教える前に、現場にいる勤務医には実地研修させる必要があるだろう。ささいな医療材料が、どんなに高価であることか…
病院からの在宅療養依頼がありませんので評価できません。
特に問題なく普通の医師、少し質問が？ではあるが。
在宅医療で相定される、利益、不利益など
多種類の薬は極力少くして貰いたい（多めとなっている事が多い）
自己負担額など経済面で対応可能か？
地域における包括ケアについての知識
在宅での支援体制、とくに包括支援センターの役割についてもう少し、知ってもらえればよいと思います。
介護保険制度。
底上げが必要
ターミナルケア。
平均在院日数のあおりもあり、早く居宅へ帰すこともあろうが、在宅医療及び介護が不十分ならまた救急車ざたになろう物なのに、その連携もないまま退院させるのはいかがなものか。
もっと緩和に対する知識も身につけてもらいたい。もっと介護も含めた在宅医療に必要な社会制度の知識を身につけてもらいたい。
在宅医療の現状を知るべきでしょう。
内・外科全般
退院前共同指導について周知してもらいたいです。
時折月に1回の往診ということで依頼されることがあり、在宅支援診療所について理解していないことがある
技術・知識が必要なのは当然ですが、精神的に支えになれる安心感を持たせることができる話し方接し方が大切と思います。
在宅末期患者さんにおいて設置されているポートの種類、バルンの号数、種類、カニューレ、D I V内容についての詳しい説明を知らせていただきたい。
I C U入院中の一部の患者（重症）以外、患者及び家族が退院したいと希望したら在宅でも診る事ができる事を理解する事。
患者、家族に対し病気の事だけでなく医療保険、介護保険等についても理解しやすい説明を退院前に十分しておいてほしいと思います。
緩和ケアの知識が無さすぎる。
在宅医療と制度の知識
現実的に毎日（休日も含め）医療的介在が出来るわけでないので、自宅家族が出来る範囲で何とか出来るところまで処置状態を安定させる力が必要
現在当院と連携している病院は十分できていると思う
在宅の状態を知って頂く。
そんな人におこがましいことを書ける立場にはありません。告知だけはよくよく考えてほしいところです。
在宅医はやはり経験年数がある程度重ねた医者である事を尊重してほしい。
在宅医の能力、専門性、を認識しておいていただきたい。
医療機関としてあたり前の知識でも患者にとってはあたり前ではなかったりする。患者・患者家族中心の知識を考えてもらいたい。
1、介護保険のしくみや訪問看護の知識をもっともってほしい2、在宅医療にかかわる費用について理解してほしい
大学病院レベル
何もなし。すばらしい。
在宅に関する診療報酬の知識は必要だと思います。例えば、PEG挿入していて、在宅に帰った途端に注入内容が変わるのはあまり好ましくありません。その他は医師ならば必要な知識で十分だと思います。
訪問診療についての理解、認識、後方支援について（緊急時）
・訪問看護（医療・介護保険共に）等の利用全般について。・麻薬の量の増減の仕方（薬についての知識）
対象が老人の場合は、老人病、老人介護の知識が必要
在宅医療、介護、看護の導入への知識と適切な紹介ができる知識
広く
十分であることに越したことはありません。チーム医療を行なっていると思われしますので、一医師の問題については、私が触れるべきではないと思います。
広く浅くてもよいから、知っていてほしい。専門外は知らないという人が多すぎる。
病状の全体像を把握し、一分症の治療にとどまらず全身状態ADLの回復を視野に医療を行う。（知識はあるにもかかわらず専門分野のみしか診療しようとしないうことがあり問題である。）誤えん防止策を十分に知り指導してほしい。
病院医師の能力の方が優秀であるが、在宅という特殊事情を加味されたい。胃ろうが安意に導入されることが多い。
在宅療養に移ってから異様に延命を希望される家人の本音の中に、言葉に出ることはまずないが患者自身の年金受給を止めたくないという、部分があります。ある程度の理解はもってあげるべきですが、あまりにも無用は延命行為には厳と対処すべきときもありました。
平均的なものでよい
在宅側のできることを、システムをやってほしい。
医療設備がない所で何ができるでしょう。
何よりも在宅の現場を見て欲しい。

診療所側によってできることに違いがあると思いますが、病院医師はどこの診療所の医師が何ができるか知る方法がない、あるいは知ろうとしません。
個々の技術のマニュアル化は、病院側と在宅側とが合意できる形でまとめるべきである。
病院担当医と在宅医との意見交換をしたい。
1. 介護保険制度についての理解 2. 退院時共同指導について
保険制度を知り、在宅で治療できないことのない様にする
・介護保険サービスの種類に対する知識が必要。・申請してから利用出来るまで時間がかかる事。
予後として今後おこりうることについて説明があるといいです。退院後にこんな風になりますという話は、はじめはすなおには入らないようです。
在宅で療養するという事はどういうことなのかをイメージして中心静脈栄養、経管栄養、人工呼吸器等に取り組んでいただきたい。
介護について知識をもってほしいできれば在宅医療の経験を積んでほしい
入院中しておくべき身体障害の申請など書類作成
病院と自宅のギャップの大きさについて
在宅での（現場での）医療内容、家族や介護スタッフなどとの実際・連携などの実際を理解していただきたい。
all roundに見る目がない
診療、病状経過、退院時サマリー、画像、血液検査所見を適切量にして情報提供下さい。
介護保険と地域の訪問看護ステーションや在宅対応可能な診療所の情報ていどは要
控えます
専門以外は難しいので連携が大事（当院は尿路に関しては十分にケアは出来るのでそういった分野での参加が主となる）
・自分の病名すら知らない患者さんが居ることにおどろくことがあります。一方通向の説明？（時間がないのはわかりますが）
病院と同レベルの対応は不可能である事を理解して欲しい。
専門外の科の基本。ガイドラインの把握。
在宅で可能な処置について勉強してほしい。
上記からの続きのようなことになりませんが、自分も勤務医のころはそうであったように在宅のことをまったく知らないのに等しい状況でした。在宅そのもののアウトラインを把握してもらい移行のタイミングをはかってもらえればあとは我々が誘導できるようにさせてもらえるとします。
医療機器についての知識、専門知識は深いが周辺、又は他科の知識に乏しい循環器の医師が「かぜは呼吸器科へ行ってくれ」と言うなど。
問題なし
入院中の経管栄養剤が食事として出していたのか処方方をきって出していたものかあまり考えていない。退院近くなったら出来る文処方できる栄養剤に切り換えてほしい。
初期研修ていどの知識＋在宅での医療管理にはどういったものがあるかという基本知識保険・福祉の制度は知っておいた方がよいが、他の職種でもカバーできる
在宅医療の限界（保険的なことを含む）
在宅医も元々は勤務医であり、様々な対応が可能という認識をもつこと。
そこそこあればよい
すべての在宅医が、すべての在宅診療の技術をマスターすることは困難で、在宅医も機能分化すべき
専門外の疾患患者の在宅治療を依頼されることがありますが、その疾患に対する現時点での知見、治療方針、身体所見につきあらかじめ文書で知らせてほしいことがあります。特に難病関係の診断書を作製するときこまります。
軽症だから在宅医療の適応があるのではなく、患者・家族の希望があるから在宅医療を優先して考えなければならないことを知って欲しい
在宅でできることとできないことが理解できている。介護保健の利用できる状態で帰宅させる
急変時、増悪時、最終末期において入院が在宅のままか、本人及び家族の判断で決めることが多い。
在宅の現状・制度の理解、保険制度や患者負担なども…。
意味がよくわかりません
病院と同様の治療が受けられる事を理解する。現在の医療経営について理解する事
「診療所の事情」について知って置いて欲しい。「診療報酬」にも関心を持って頂きたい。
在宅医療の実情についてよく知ってほしい。（入院医療と在宅医療のちがいのついて）
オピオイドの使い方がおかしいケースあり。（レスキューの量がわるすぎたり）
在宅医療で行える範囲、可能性と限界について
きちんと今後どうなるのかきちんと話をした上で退院させないと在宅医療がうまくいかない。在宅にうつってから訪問診療医が病状説明まですると入院医との矛盾点がでてくる。
患者にとって入院そのものが苦痛であり、それはいろいろな訴えに形を変えて（痛みやだるさ）現れる。在宅に移行することによってそれらが軽減することの事実をもっと知って欲しい。
専門外についての技術、知識が不足している。
退院近づけば依頼予定の医師を病院に呼び治療処置を共に行う
在宅医がどの程度の技術、知識を有するかを把握される事が大切でしょう
在宅医療について、一般的な知識で良いので見て、患者や家族に紹介して欲しい。存在を知らずに、言われるままに転院や入所をして、在宅に来た時には拘縮著しい事がまだあります。
導入支援の内容について、可能な範囲を導入前に病院医師が、周知している必要性があります。アンケート調査を行っている施設もありますが、行っていない施設もあります。
急性期病院から在宅になる悪性腫瘍末期の患者は多くの場合、タイミングが遅い。在宅医療の現状、在宅医の力量・守備範囲に対する知識と理解が不十分なためと思われる。
在宅療養の現場を見て欲しい
診療所毎に、何ができるか、どこまでできるか
・在宅（その地域で）で、どの程度の医療が提供されているのかを知る。・保険について。
充分におありと思いますが我々に患者様についての討論場であるとよりよいと考えますこの10分～15分の主治医との話す時間があればと考えます
専門分野の知識の習熟が第一ですが、それ以外の分野について広い知識が必要ではないでしょうか。
緩和療法を実施するための技術、知識、資質については当地中核病院では外科の医師が、よく、理解されている
・医療保険（在宅）内で対応できる治療不足。・介ご力がある程度推量し治療法を決定できる。・在宅の限界を知ってほしい。

せん妄に対する知識（高令者の特性）
十分あると思われます。ただ小生も病院医のときはそうでしたが退院後毎日の介ゴの状態がfamilyの人間関係及び老老介ゴによる疲ヘイetcにまで気をつかう事を退院前に指導をするかが不足している（そこまで考えていない）と思いました。
勉強不足を強く感じているがまだ自己改革（改善）できない状態
在宅療養支援診療所の体制や各種保険についての基礎的な知識
在宅医療の保険請求等もある程度理解している事が必要
在宅でも可能な医療内容に調節する知識、技術。今後の病状について、適格な見通しを立てられる
患者のニーズや希望に合わせて、まだ病状や予後を見据えた上で医療行為、必要な介護等を見極めて頂き、それを在宅医に適確に伝えて頂きたい（または適宜相談しながら調整）。
特に癌の場合には、余後、余命の告知が大切である。患者にも出来れば伝えることが必要だが、家族には100%真実を伝えることが大切である。がんであれ非がん患者であれ、最終は自宅での「看取り」である。
患者情報の共有と指導があればなお良い。Net4UまたはOTIMまで行かなくてもMLを活用したものであればたすかります
通院継続・入院が良いのか、在宅の方が良いのか、個々の患者について判断できる、考慮してみることが望ましい。
在宅医療、介護保険に対する認識が低い。在宅医療、在宅ターミナル、看取りの問題について認識が低いのが問題。
在宅O2、IVH、膀胱瘻、胃瘻などについても退院前に十分な情報交換ができると良い
地域の在宅ケアサービス資源について理解すべきである
在宅医療を認識していない医師はケースワーカーに全てをまかせている傾向がある。病院医師不在のまま動いている気がします。病院医師の在宅医療に対する知識の向上すべきではないでしょうか。患者様は病院を追い出されているとしか思っていない方が多い
患者の状態、急変時の処置、扱いについてあらかじめ合意しておく。病院医師は患者周辺の実状をもっと理解するようにしてほしい。
在宅で何ができるか（保険点数がついているものぐらいいについては知っていてほしい）
患者の病気に対する知識を介護者も充分に知っておく必要がある
在宅で暮らす患者・家族の人間像、生活像、経済面等、患者・家族を丸ごと理解して、個々に合った教育、指導、治療をしていただきたい。
年に数回情報交換をしたい。
内科一般、一般マイナー外科手技、画像診断能力などは、最低必要。
在宅医療も含め、様々な医療資源などに対する幅広い知識。
介護をする家族が居る場合でも、この人達が職業を持っている場合には社会的資源の活用について、又は、在宅医との連携を十分に勧めていただきたい。
専門的知識が狭く、深い様ですが、全人的並びに各科の知識は少ないと思います。
介護に関して家族支援についての知識
病院の医療から在宅で継続できる「安心安全の医療」にきりかえなければならない場合があります。
家族構成や家族間の問題も含めた家庭での介護環境についての情報収集をお願いしたい。病気を治すということだけでなく、死を迎えざるを得ないことについても正面から取り組むような環境が欲しい。
一般救急を5～10年経験すると身につくのでこれを磨いてほしい
患者が在宅療養するにあたって、利用できる社会資源、サービス内容とその利用方法など。
優秀・有能な方はOKボンクラはそれなり。小医は外科・救急科・消化器病、肝臓内視鏡の専門医を有するため、PEG、気切、IVH-line、etcは全てやってしまうので、hospitalに依存しないで済んでいます。
介護全般についての知識と、各患者の介護状態（家族の介護力など）の把握
全科に通ずる知識が必要。
・在宅医療でどこまでできるかをあらかじめ把握して頂き、患者さん、家族が安心できるように説明して欲しい
(?)
家族の能力を知り、どの程度のケアができるかの判断力=知識です。老老介護になっている家に帰すような、ひどいことをしないであげて欲しい。いつの間にか、両方が死んでいたなどというのがニュースにならないようにするため、この家族の場合は、最後まで病院で看取ってあげようというような、臨機応変の態度が欲しい。
カンファレンスなど定期的開いて共有することが必要と思います
支援診療所の存在と、その能力について知っていて欲しい。
12ページの解答と重複するが、「在宅でどこまでできるのか」を我々が啓蒙するとともに、認知していただきたい。そのうえで、診療の一本化（在宅で診ながら「通院を」と言われ、搬送が大変だったり診療方針が混乱することも）および「在宅でできないこと」に関して後方支援病院として機能してくれることを期待する。
介護保険制度や、医療連携の基礎となるその地域にある医療資源情報などが大切。又、地区の医師会へ積極的に参加し、密接な関係性の構築。
全般的な知識
そこそこ
特別な環境ではなく、自分が毎日過ごす自宅で安楽に過ごす為には如何に退院させてあげれば良いか、普通に過ごさせる為の薬、介護、看護の知識他方面からのアドバイス出来る行政、福祉面での知識などかしら？
在宅医への勉強会が必要。
在宅医療に必要な介護の知識
在宅の限界について知って下さい。
不明なことを、気楽に助言してもらえるとありがたい
在宅における患者さんを取り巻く環境因子の重要性を知って頂きたいと思います。つまり自宅で過ごす環境が整っていないにもかかわらず、病院側の事情で退院を迫ったり、それによって家族を不安に煽るケースは少なくありません。もう少しMSWなどと強い連携を持つてはどうかと思います。介護保険制度も理解されていない方が多いと思います。
・在宅では、検査・処置が病院と比較し、難しい事が多いということを理解してほしい。病院によって、詳しい検査データを聞いてこられることがあり、それに殆んどできていません。
その地区の医療資源の把握（在宅医療を行う医療機関など）
寝たきりでも家でいける、点滴も家で可能だということを考えていないので、慢性期病院に送り、寝たきり状態になっていると思う。
在宅へ返す際、家庭状況の話が聞けていない。家族や居住環境をもっと知るべき
実施にいたる情報がちゃんと入らない。
在宅療養でできる医療行為や、現在行われている在宅療養の現状を理解する必要がある。

勉強会に出来るだけ出席し、又、在宅カンファレンスに行き退院時、病院医師と納得行くまで会議し、看ゴ師、ケアマネと共に今後の在宅医療についての討議を会議しています。
介護保険全般
careからcureへの発想の転換。
在宅で可能な治療・療養について全般。
在宅ならではの工夫、やり方も存在しますので、そういった知識に対しては、受け入れて頂きたいと思います。
先端の事だけでなく在宅の事も考えるべき。
社会資源の活用、現行の強制度
一般的な知識で十分と思います。
それぞれの疾患について注意点などを正確に伝えてもらい何か起こった時の対処方法等を考える
在宅診療の具体的な内容につき充分理解をして欲しいと思います。できれば現場を見学する機会をもって頂きたい。どんな事を行っているか知らずに依頼してくる先生方が非常に多いように思います。
左記
介護保険について。在宅療養について。
在宅医療に関する知識が乏しい
患者の経済的負担についても理解していただきたい。
病状・予後の見込みなど急性期以後の病態を把握して欲しい
本や講習会などで学んだとしても在宅医療を実際に体験してみないと必要な知識は得られないであろう。今後、研修プログラムに在宅医療（在宅緩和ケアを含む）を組み込む必要がある。
内科一般感染予防廃用症候群への対応（基本的なりハビリテーションの考え方）褥瘡管理介護力評価、医療保険、介護保険に関する知識
多くあることにこしたことなし
人が求めるものではないおれが求めればいい
その都度往診医に詳しく教えてもらえれば問題ないと思われませんが・・・往診医では無理、家庭では出来ないと考えられることも多くあり、ギャップがありすぎるのでは？自宅での問題点は何なのか理解出来てない。例えば民家のトイレは車イス入らないが、介護者中にも入れない。しかしポータブルトイレにすわるのは屈辱的だし、部屋数多くなく、臭いも気になる。等自宅療養の障害は気にしなければわからない。
病気に對する知識は十分であるが、それ以外の家庭環境、その開業医の特性（どういうことならでき、どういうことは苦手）などもっと知って欲しい。
ターミナルケアペインコントロール
介護保険制度など、福祉についても知っていて欲しい
臨床医として専門外の知識改革が必要。
在宅医療現場を一度は体験してほしい。病院医療そのままを持ち込めない、24時間医師もしくは看護師が対応できる事情がないことを考えてレベルダウンして（退院調整）在宅で通常の負担で行えるレベルにして在宅に移行させることが必要である。
・最近のハイテク在宅医療の知識
病態については、今後急変もあり得るので、ある程度は話をしてほしい。例えば自宅での看取りなのかなど。
専門的医療は部分的には必要となりますが、在宅ケアを継続するには全人的医療が必要とされているのです。在宅ケアは医療のみではなく生活を支える視点が不可欠です。
在宅で出来ること、出来ない事、それぞれの患者、家族によって、病院受診の希望が異なる事…etcについてぜひ理解を。
総合医としての繰り返しの研修が必要。飽和ケアに対する知識の不備。
・褥瘡の治療、予防について見識のあること。
死に行く人への理解・協力疼痛への知識
豊富な知識と経験は、1人1人の患者さんと接する時お互に良い人間関係を築くうえで重要と思われる
在宅療養で可能な治療の範囲。
在宅医療のしくみ、在宅でのサービス内容（介護保険や福祉サービスetc）なども知ってほしい。病気を診て、人を診ないという感じがする。全人的な医学、心の医学を学んでほしい。人が生き、死んでいくということ、人の生活は一人でなく、患者を診るということは、家族も支えていくということも知ってほしい。
上記と重なるが検査、治療の情報を教えて頂きたい
#在宅医療についての知識→病院とは異なり、高度なことはできない！！#familyとのつながり大切ということ
病院と家での違いを理解し、病院にいるときに（入院中に）在宅での医療環境と同じ状態となり在宅復帰できるようにしてほしい。
在宅で何が行われているか、何ができるかの正確な知識
在宅医療は準備が全て（9割くらい）と思っています。良く頼まれるのは「明日帰すから往診お願いします」的な依頼ですが、病院の様に医療資源に恵まれる場所と違い、在宅には受け入れ、健康維持に、かなり周倒な準備が必要、との理解をして頂きたいです。
在宅では病院と同じことはできない、しかしやれることはかなり多い。そのかねあいを理解して頂ければいいと思います。
科によって異なるので、一概には言えません。
在宅医療では、一人の医師が自宅で行うことなので、診断、検査、治療等いずれの場合も限界がありますので、それも理解したうえで、連絡や相談に対応して頂きたいです。また、介護保険の利用についても少し理解して頂きたいです。
多職種共同診療における病院医のできる事、とできない事。
医療保険制度、介護保険制度、障害者支援制度
病院のしていることは、ほとんど在宅でも可能である。在宅医もレベルがあるので、そのレベルに合わせて退院できる患者を振り分ける仕事が必要であり、その為に、退院調整室の看護師がいる。
報告書内容で把握出来ているので特になし。
介護保険制度、社会制度）の利用可能な全てをソーシャルワーカーと共に受けられるようにしてから退院させて頂きたい。
在宅酸素導入は在宅医療を実践する診療所に取らせてもらいたい。
在宅医療の実際を知ってもらう
在宅療養についてのビジョンがない。どこまで在宅で可能なのか、どうすると在宅につながるのかわからない
相手（在宅診療所）の医師の能力をすること。→顔のみえる関係
あたりまえの事であるが、医師は患者の疾病を治すことだけが職務ではない事を知っておられること。
病院とその先生たちの技術は我々よりも高いものです。特にコメントはありません
とにかく、在宅医療ではどのレベルまで治療できるかという基本イメージを多くの医師にもっていただきたい。「これでは家

はムリ」という一言で、患者と家族の望みが一瞬で絶たれるケースは無数にある。
在宅での家人、ヘルパー、訪看の出来ることの理解。在宅での家人の病院理解能力の把握すること。本人・周囲がどこまでの治療を望んでいるかの理解。
がんの在宅ホスピスについてもっと勉強してほしい。
老人、がん末期、難病>それぞれの生活の特性を十分理解する。土地の文化・歴史・習慣にも関心をもつこと。
在宅医療の適応は、病態や状態像ではない介護力である。胃瘻、人工呼吸器の小児が在宅医療を継続できるのは、親の介護力の高さにある
保険制度や薬代、管理の仕方などの知識がなければ、病院と同等の看護体制にどれだけちかづけるか、などの検討がされないので、長期の在宅療養が難しくなることがある
①身体障害者の申請について②介護、ケアマネージャーとの連携
救急医療。緩和ケア。
どの状態になれば帰れるかを知て欲しい
在宅医療の限界を知っていただき、患者・家族とどこまでできるか話し合いをもってから退院させてほしい。(明らかに入院時とADLが違うのに、「はい急性期疾患は治りました。」と丸投げするようなことはしないでほしい。)
在宅患者の家族構成やsupport体制を十分に把握して欲しいと思います
地域の医療介護サービス
在宅医療の実情を正しく理解してもらいたい。入院中とは目的の異なる医療・看護がある事も理解してもらいたい
介護保険や在宅の点数についても学習する必要があります。又、緩和ケア研修等も必要となります。
do
多くは求めていませんが、退院前に不明な点があったら当方に連絡してほしい。
在宅医療と病院医療の相違を様々な面で理解して欲しい。在宅医療は、どの様な病状でも基本的には患者とその家族が安心して、住みなれた家で療養生活ができるようすることを目的としていることを理解して欲しい。
苦痛を可能な限り取り除くためのノウハウ
前記質問3、4の知っておくべき内容になると思います。
①モルヒネなどオピオイドの知識②HOT、人工呼吸器③認知症など
退院前からの連携が必要であること。できれば、一度自分の地域の在宅支援診療所へ見学に行きできること、できないこと、在宅療養移行へ必要な条件など知っていただきたい。
・在宅で可能な医療のレベルは、病院>診療所>>在宅と低いことを認知して欲しい。
介護保険、在宅サービスの知識
在宅でもかなりの医療行為ができる事を知ってほしい。介護保険の基本的な部分も知ってほしい。
在宅療養と入院との種々の違い。
医学的知識のみならず、患者、家族との関わりという点でも理解して欲しい。
・介護保険のこと。在宅サービス、在宅医療のシステムなどを十分知っておくことが必要。
一般診断能力
チーム医療の構図が、病院内とはかなり異なると思います。どの様な職種の方がかかわっておられるかなどの御理解を頂く事が必要かと思えます。
地域で勉強会でレベルをあげる
特別なことは何もありません。多くの在宅医は病院を経験しているため、外科的処置を好まない先生に配慮すれば問題はない
①麻薬・ステロイドに対する使用方法②疼痛コントロール、緩和ケアの知識③褥瘡処置に関する知識④認知症、BPSDに関する知識⑤在宅では家族環境・経済状況など考えるべき問題があるとの認識
在宅医療に必要な内容を申し送りできるレベルであれば良い。→申し送り内容で可能であれば引き受けている。(入院中、病院へ出かけ、主治医家族等と打合せをしてから、引き受け、在宅へ移行している)
在宅医療で可能な医療行為について熟知し、経済的なものも含めて患者さん家族に説明出来ることが望ましい。
医療保険、介護保険制度についての知識。在宅医療の実態についての知識。
paincontrolについて、内科一般、褥瘡管理(癌性疼痛について)内科のみならず、皮膚科、整形外科などもプライマリーに治療できる、診断できる事を要する。
経管栄養液の(消化態)への切り換え
在宅の現場を一度見るといった必要性があると思います。
在宅医の技量把握と病診連携を進める必要性あり。
研修会、講演会に定期的に参加しているが単発的でしっかり系統だった知識の修得は困難。やはりインターネットなどでいつでも研修会などを聴講できると有難たい
分かりません。
病院の医師は病院通院困難な状態、水分および食事摂取不能状態になるとすわち末期にならなければ我々のところに紹介なし。我々は病院での加療の延長というつもりで頑張っているが病院医師はそのようなことに対しての知識も理解も少ないように思える
内科だけでなく、皮フ科、整形外科、泌尿器科、精神科、婦人科等々、あらゆる領域について浅くとも広い知識を有しておく方が良いと思います。
現場の実情の把握。
在宅医師をもっと信頼して頂ければ
多ければ多い方が…
一般病院で5年くらい勤務されたらよいと思います
老人の特性、末期癌患者の疼痛対策、精神状態、家族の思いなど考えることができる。
看取りの法律を知ってもらう＝「はじめての在宅医療」＝■■■を、とにかく配りまくっています。
在宅医療の実態についての知識。
ほとんどの入院時医療は、在宅においても実施可能であることを理解して欲しい
在宅医療＝病院にもどらないという事をしっかり説明する事ができるようになって欲しい
専門外分野の指導・教育・講義をして欲しい。レスピレーター・24H点滴・麻薬等
診療所のDrが理解してなかったら勉強会等をやったあげたらどうでしょうか。
在宅で何が出来るかを充分理解してほしい
在宅医療には限界があることを理解し、主として家族に十分に説明をして欲しい。
在宅医療の際の研修を開業医に行ってもらいたい
総合的な知識

病院医師に何かを求めるより、病院から信頼して任せられるように、自分の技術、知識、資質を、高めたいと考えます
感染管理・栄養管理・疼痛管理・スキンケア（褥瘡処置含む）共に、一般的に知識が病院医師に足りていません。在宅医療においては、そのどれもが必須ですので、それについての理解をお願い致します。現実的には看護師の方が、進んでいる（知識を有している）と思います。
当地域では在宅（開業医）のレベルの方が低く、病院医師に求められる状況ではない。しかし、内科病院医師など若いドクターほど専門化が進み（在宅での療養生活への知識というより）総合的な医療知識が乏しく残念である。
広い一般内科と■■■の知識
いくらかかるのか患者・家族は不安に思っています。医療保険の知識は必須です
在宅で介護されている家人の実態在宅医療では算定できない、いわゆる実費分の内容
・疼痛コントロールについての資料・特殊処置の手技、対処など
専門性の高い医師は1にぎりしか必要でなく、広範な知識をある程度以上持った（医学知識、医療制度、介護制度、地域の「実情」など）Drがのぞましいと思います。
在宅医療のメリット、デメリット、役割などに関する知識、制度の活用法に対する知識。技術に対する知識。
がんについては“OPTIM”のおかげで地域内の知識が上がっています。非がん在宅ケアについてはこれからの課題です。
在宅見取りの文化を理解する事。
在宅医療（訪問診療・訪問看護・訪問介護）に関する知識。保険（医療・介護）に関する知識
在宅でできること、どこまでできるか、理解がほしい
急性期が過ぎたら医療は生活を中心に考えて行うことを念頭に置く柔軟な考えが要求される。
在宅での患者の生活状況を前提とし、安全を維持しながら、可及的簡素化した手技での実施を。例えば中心静脈栄養では、毎日のポート部皮膚穿刺を避けて持続注入としてカテーテルは細く、皮下トンネルを長く、等感染に配慮入浴可能成らしめる部位を選び挿入等々
在宅医療でできること、できないこと（診療所によって違うと思いますが）を把握して欲しい
人工呼吸器管理麻薬の使いかた。緩和医療
介護保険についての知識、チーム医療（多職種連携）の重要性。
グループホーム、有料老人ホーム・ケアハウス・高専賃（外部サービス利用型またはそれ以外）、介護老人保健施設特別養護老人ホームケアマネージャー訪問看護師 訪問介護士（ヘルパー）の仕組み・費用・介護保険と医療保険の関係求めすぎ？
まず在宅医療の現場を一度は経験することが必要。
①自分の所属する病院の機能についての知識を持ち、それに見合った医療を行う②病院医療の限界の把握③生活支援の医療について知識をもつ④1992年の医療法改定等重要な法律、制度を知っておく⑤在宅で施行可能な医療処置の具体的方法について知る⑥家族ケアを含んだトータルなケア（含グリーフケア）に関する知識をもつ⑦在宅医療の実際を経験する⑧在宅診療の行う医療レベル、専門分野に関して診療所間のバツキがあるため、紹介先の在宅診療のレベルについての知識をもつ⑨介護関係の知識をもつ
在宅の経験をする事で、在宅医療の実際を知る事が必要
介護保険制度について、もっと理解する。
介護保険の知識をもっと持って。システム・サービス内容
講ぎしてもらいたい
内科外科整形外科皮膚科泌尿器科のプライマリーケアの技術
診療所の能力や技術について知っておいてほしい。
検討会等にて、起こりうる併発症、合併症、予後等について検討を行なう。
手術抗がん剤という治療法を選ばない場合にも、今後の療養への道の説明をして欲しい
在宅医療でも、しっかり研修・経験を積んだ医師なら、かなり重い病状でも診れるという認識を持ってほしい。
一般的な、在宅医療の可能な事（できる事とできない事）は知ってほしいです。
総合診療科ともいえる幅広い知識は必要。決して深い知識はいらないと思う。ただ必要に応じて専門書を読む等必要に応じた勉強は大切である。
在宅でかなりの部分の医療までできること
在宅医療に関する技術・知識を病院医師個人にのみ求めるのは無理ではないのだろうか。資質と共にこれらは実践して得られるものの多いが、病院医師全員に在宅診療の経験を求めるべきなのだろうか。しかし問7で“急性期病院の疲弊を改善するための在宅支援診療所の役割”を論じているように現状では無理と思われる。各病院としてそれらの技術・知識を有する中核の医師・看護師・ソーシャル・ケースワーカーがいて、患者・家族・主治医をバックアップすることが必要ではないのだろうか。緩和ケアが主治医とは別に各病院にいるように在宅ケアチームが必要なのではないだろうか。
最先端の知識を広く浅く持っている事が必要。もちろん基本的な知識は必須である。
まず在宅の患者の状況把握のため開業医などにも情報交換が必要。
介護保険、医療保険のおおよその流れ、しくみを知っておく必要がある
在宅医療の現場を理解すること同時に後方支援の重要性の理解。
在宅医療を一定期間研修し病院外から病院をみる視点を養ってほしい。
病院勤ム時代の知識があれば充分です
①在宅医療という選択肢があることを知る。②患者は条件（環境）が整えば自宅で過ごすことが最善であることを知る。③在宅療養がどのようなものか、どのようにすばらしいか具体的に知る。④①-③のためには、1例1例のつみかさねが重要。→在宅医も症例を通して地道に病院医師に在宅医療のすばらしさを知ってもらう努力が必要。
在宅でどれだけの医療ができるのかを知ってほしい。一般の開業医と在宅支援診療所で在宅医療を行っている医師の志や技術あるいは在宅医療学会等での話題などを知るべきである。
①在宅にて可能な事の周知。IVH、HOT、CAPD、腹水穿刺、胸水穿刺、化学療法。②患者の在宅療養の様子の周知。誤嚥性肺炎、膀胱炎、疼痛コントロール、他
在宅の状態のイメージを持って退院させてほしい

問 8 在宅医療を実践する医師が求めること－資質について

記載内容（原文のまま）
できれば一度在宅での医療経験をしたことがある人が良いと思う。
知識以前に150床の[]が、在宅を一所懸命行っており、私共には逆紹介は全くない。地域の医療資源として在宅支援診療所をもっと利用する姿がないと、最終的には自分のところも立ち行かなくなることをわかってほしい。
d a t aでなく人として接して欲しい。
フットワークの軽さが大切
高齢医療者には無理
連けいのためP tを把握し共に診ていただく態度があること（悪化時は引き上げる）
“医の倫理”をよく理解して頂いて、どちらが上でもどちらが下でもないことをお分りの先生であれば、誰でも大丈夫です。
看護・介護まで含めた全体的視野
問題ない
面談面接の技術をみがいて欲しい。
人を救いたい気持ちが重要。自己犠牲の精神は必要。
ふつうの方であればよい
人間が好きと言うこと。他職種とのコミュニケーションがうまくとれること。
・治らない患者に対するいたわりの心がある人間性が（根本的に）必要。医学的知識は最小限あればよい
特に大学病院やブランド病院の医師たちは、在宅医療を低いレベルの医療とお考えになる方がいたりします。また、全く関心がない方もいます（病院での評価対象にはならないのですから、無理もありませんが）
診断及び医療技術に興味を片寄る医師が多いが、できれば長期に渡る在宅患者と同じ目線で医療及び介護を継続してゆけること、患者様、及び周囲のスタッフとうまく連携できるコミュニケーション力があること。生命、医療に対して謙虚な気持ちを持ち続けることのできること。
一般的に病院で求められるもので十分である。
できれば思いやりのあるやさしさも持ってほしい
さいごまで在宅医がみることができるといえることを知っていればよいでしょう。悪くなったら病院へ送ればよい、と考えている人は在宅へあまりかかわってくるべきではないでしょう
総合診療医としての技術が一番必要と考えます。病気が何であれです。窓口に自分が立てることが必要ではないでしょうか？
こちら側も入院に頼らず止むを得ない時は、受け入れをしっかりといただきたい
患者さんにはやさしく対応し、患者さんの性格、好みなどをも知らせて欲しい。
電話の応答に少し常識に欠けた所が見受けられる。平成10年卒前後の医師。
家族、本人の人生全体を理解したうえで医学的知識の実践ができること
多忙な業務の中で、退院後の患者の生活や、在宅医療に絡めることは困難と思われるので、治療及び療養生活上の注意事項に関しての情報を、書面にて、伝えてもらえれば充分と考えます。その他に関しては療診連携室やケースワーカーを通して連絡してもらえればと思います。
地域医療にかける情熱を持つようになる必要がある。
寝たきりと聞くと急に入院をいやがるDrが見受けられることがあります。又その様なDrに限ってTe lでの対応で自分の名前すら名乗らないことがあります
幸い当院では、夜間休日でも対応していただける市民病院がありますので、在宅医療を続ける事ができております。
（Case by case）①対象とする患者さんと家族に対する理解と洞察力の深さがどの程度あるか？
患者さんに対応する時は、自分の親にする気持ちで接してほしいです。
患者本人の立場になってしかし客観的に話ができる、在宅支援者への支持能力
人のためにつくそうという人が少ない（あたりまえか？）
特に求めています。こっちでみきわめます。
ターミナルの場合、最終は自宅で迎えるか、又は病院で迎えたいかを退院時一応確認してほしい。もちろん家族や患者の気持ちは変化しますので、退院時の気持ちと異なっても構いません。
地域との連携
患者、家族に寄り添う心が必要。
患者、家族の立ち場にたった医療を常に考えられる資質が必要。
退院後の患者を少しでも気にかけてほしい
・人権意識が重要。・多職種、多施設間のまとめ役になれる事。
退院したら二度と入院してはいけないうような態度ではなく、少しずつ在宅の時間を増やすという段階的な考えを持つこと。患者、家族の訴えに答えられること。
「治療」と「ケア」のバランス感覚。それが在宅移行時に大きく変わることもあることを受け入れてほしい。
話しが好きなこと
家人の力、家の広さなどの属性について正しい理解と思いやりがあること。
高齢者や難病の患者さんにおもいやりのある態度で接して欲しい。上から目線のDrが多いように思う。
相手の在宅医の批判をしないこと
資質は大変問題がありなかなか協力関係が出来ない（人手不足あり）
十分な資質があると思います。
特別なものはなく患者さんの身になって考えることができれば充分と思います。
・在宅医療の必要性！
少なくとも専門外であっても様子を見る必要があれば入院させるか翌朝の来院を指示すべきと思う。最近、そうした患者が専門医の診察と治療を求め来院されるようになった。以前は全く一方的な紹介（診→病）のみであった。ただ、専門医も昼間のみの診察で夜間は無人化する人が増え、そうなる病院にたのむ（専門外となるが）しなくなる。
ノウハウの書いた手引き書を配布してほしい。
急性期医療に専念する為には、介護に理解を示す姿勢が必要。
急性期で多忙な病院医師に在宅への誘導まで任せるのは酷。在宅専従医が病院にも必要
学生、研修医の頃からの教育が必要です。患者さんに接する態度ができない人は臨床医になる資格がない。
※在宅管理を行う医師の力量を疑うような発言をしない事※患者および家族に対して必要な場合は病院が全面的にバックア

アップする事を保証して安心させる事
治療をしないことが患者さんにプラスになることもあることを理解して欲しい。
急性期病院の医師も在宅医療を経験すべきだと思います
医師会活動への参加
他職種と対等、平等にチームを組める事。
患者さんの希望をすなおに聞くこと
きちんとした紹介状を書いてくれる。患者の家族に退院後の生活、病状の変化などを説明できる
人格、情緒が安定していること。
患者本意かつ、想像性（病状、家族、背景から全体像をつかみ対応する能力）。
在宅医師が24時間、365日対応しているという事実の理解。
患者のことを第一に考える姿勢。
急性期の医師はベットの回転率のみ考え、亜急性期の病院さがしに追われ、亜急性期の病院医師と在宅医師との間に音信不通状態が生じることに気づいていない。
在宅医療の重要性の理解が望まれる。
患者及び家族が何を一番望んでいるかを、十分に汲み取れる心。
在宅に関する知識も重要ですが、顔のみえるコミュニケーションが最重要とおもいます。
勤務医の疲弊が強調されるあまり、夜間や休日など、受診をいやがる。
この様な言葉を使い基本的に病院→在宅医の違いがあるかのような表現は好ましくない。相手に「資質」を求める資格があるのか？左の設問のような問いかけをしておいて、実は、在宅医の方が、患者をよく診ていて、実情をしっていて…というおごりが見てとれる。この姿勢を正し、どちらもevenな立場で話し合える土俵さえあれば技術、知識、まして資質なくとも、解決前進は可能である
まず人→人とのコミュニケーションが出来ない様なDrは論外。家族、患者との良好な関係なしに医療は不能。
思いやりと気配りを持って診療に従事する事。
病気でなく病人をみれる医師であること全人的医療への理解。
上から目線で話をする医師がいて困ることあり。(逆紹介時、その病院へ行きたがらない)
性格により
在宅医療への移行の際、例えば、貧血の程度がひどく、輸血を要する場合などがあり、患者さんが最底限の在宅医療ができる程度の状態で、移行していただきたい
多業種の人とコミュニケーションがとれる
病気と寿命の違いがわかっている。
患者さんの側に立った目線で患者さんの言葉でわかりやすく説明し、治療を考えてもらえる先生であってほしい。
それぞれの個人の問題ですが、それを、自分がどれだけ感じているかが問題です
病気を診ずして病人を診よ！！
在宅医、総合医を専門医より下に見ない意識。在宅に帰った患者の生活を想像しようとする姿勢
・主要臓器の疾患について診断・治療が行えること。・疾患すべてについて他科コンサルトを含めたマネジメントができること。
病院医師は専門科にかかわらず基礎的な医学知識（プライマリケア）が必要です。
在宅には在宅の方法がある事を知ってほしい。
生と死の概念や、ターミナルケアの意義や概念をしっかりと持っていていただければ問題ないと思う。
ムンテラをしっかりとやって頂くことができるということが大事だと思います。
協同して患者様を拝見するという意識をもっていただくこと
普段の診療
患者様、家族の気持ちを理解して最善の医療を選択できる。患者、在宅医の不安を理解してくれる。
患者さんや家族が本当に在宅医療を望んでいるのか、ちゃんと確認してほしい。
人の心を思いやる度量が必要ではないかと思ってしまうようなDr. が時におられるのは残念です
クリニカルパスによる追い出しではなく、患者さんの立場に立って考えて頂きたい。気持ちの問題であると思う。
大変むづかしい質問であるが在宅医療に取り組む姿勢があればそれなりの資質はあると思います。
病院、大病院にいと、学会活動などに重点がおかれ、それで満足すると、自信がついてしまい、自身に対する評価が高くなってしまふ。われわれ開業医も、かつては勤務医であり、同じ苦労を知っている「先輩」であることを十分に知ってもらい、もっと謙虚な気持ち、態度でいてほしい。いずれ、開業するとすれば、同じ立場になる「後輩」であることを理解させる必要もある。
病院からの在宅療養依頼がありませんので評価できません。
常識的で普通の医師であってほしい。但し、患者も変な患者も増加傾向にはある。特に医療の崩壊後は「無理、難題を言うネット患者」が非常に多くなり、説明すれども理解の域をこえている「洗脳患者」の増加もあり。
十分な説明を多業種との協働のできる事も周知しておいて貰いたい
生命倫理について教育がなされていない。大学福祉系の学生の方がよほどに高度な資質を有している。
十分な説明
臓器や疾患に関わらず“患者を中心とした医療”をこころざすこと。
患者さんを納得させるコミュニケーション
訪看、ヘルパー、介護用品について。
底上げが必要
もっと患者サイドに立ってものを考えられる医療者であってほしい
病院医師はいそがしいかもしれませんが意味時間勤務です。開業医は在宅をすれば24hr営業、やはり気がまえがちがうのでは。
体力に自信がある。
特定の在宅療養支援診療所に、逆紹介していないか、患者さんのNeedsに合わせて幅広い候補（診療所）の中から選んできているのか疑問です。
病気に対する、長期展望が可能。患者さんに対する思いやり。終末医療に対する理解がある等。
患者、家族に対し、親身になり関わってほしいと思います。(やさしさを持って接する姿勢)
患者との信頼関係
現在当院と連携している病院は十分できていると思う
患者様本人と御家族の気持ちの把握

家族とのコミュニケーションがきちんととれる医者か。
そんな人におがましいことを書ける立場にはありません。告知だけはよくよく考えてほしいところです。
在宅医はやはり経験年数がある程度重ねた医者である事を尊重してほしい。
患者にとり何が一番必要で大切なものかという認識を病院医も在宅医も共有すること。
在宅療養をささえて行けるかどうかは家族にかかっているので病院医師はそれをはっきりと見定め無理な在宅にはもちこまない事。
何ともいえない
何もなし。すばらしい。
普通に理性的に理屈を理解できる人なら別に資質はないと思います。患者様が人それぞれな様に医師も人それぞれです。ハッキリ言えば病院医師にとって在宅医療はまあ余分な仕事でしょうから多くを望むのはある意味失礼だと思います。我々在宅療養支援診療所の医師がその資質があるか自省すべきかと考えます。
在宅医と負担がかからない医療材料の使用
患者、家族の気持ちになって、在宅での生活を支援する気持ちをもてる事が大切。
介護サービスの充実
在宅へ帰っても必要な時、急変時には病院へ受けいれるという姿勢を家族へ示し、安心して在宅へ帰りやすい状況をつくることのできる資質。在宅医と気軽に連携できる資質。
優しい気持ち
十分であることに越したことはありません。チーム医療を行なっていると思われまので、一医師の問題については、私が触れるべきではないと思います。
やはり、24時間受け入れてもらえることが必要なので、時間外でもイヤな対応はしないでほしい。
在宅医と共同で患者の最期までかかわる気持を持つ。早期退院、在院日数短縮を気にし過ぎず大局に立って患者の医療に当たる気持ちが大切
在宅移行時に家族・本人が“病院から捨てられた”という意識で帰ってくるのは問題です。病院は預けばなしで終末までを望み、家庭での看取りが嫌な傾向は今でも強いので、巧みな話術を習得して“本当によく診てもらいました”と感謝の言葉をもたらせるような資質を獲得して欲しい。
患者の生活という視点でもって頂きたい。
平均的なものでよい
一人で患者をかかえこまないで、在宅医も含めたチームをつくってほしい。チーム内は顔が見える関係であってほしい。Dr-Drだけでなく病院Ns-在宅Nsの関係も大切です。
病院のDrも地域医療のチームの一人という自覚を持って欲しい。役割の認識をしっかりとる。病院は急性期治療、専門的評価・治療という自覚を。
看取りに対する理解不足：家族への説明不足
一般内科ゆえ専門性に乏しいのですが、よりクリニカルな部分、患者、在宅医の気持ちを理解して欲しい。
1. 家族（介護者）および介護環境への理解 2. 家族（介護者）への労わり
顔のみえる医師でいていただきたい
常識があればよい。
急変時、主治医以外も対応できる力量であってほしい
求めても変るものではない
Grand Doctorをつくる為に大学も考えるべき
地域の訪問医師、看診師その他の社会資源をどうか、信頼していただきたい。
・病院医師に限りませんが患者・家庭の本当の希望をききだせること・家族の考え、介護力に配慮する資質は必要
病院と同レベルの対応は不可能である事を理解して欲しい。
気づかい等
気軽に相談できることを希望します。
患者又は家人のどのようにしたいかの希望の中で、少しでも在宅という考えがあればそれをあとおししていけるような感じでお話をきくだけでなく真意をききだすといったような（家庭的な問題・経済的な問題なども含めた）気持をもって話をする。
場合によりあまりにも簡単な紹介文のみの診療情報提供が多い。
説明して納得してもらえるまでのエネルギーにとぼしい人もいます。
一日でも早く退院させたい気持のみ強すぎる。退院後の家族の生活など全く考えていない
医学部を卒業して医師になっている人なら資質的には問題ない
予後のムンテラのあまさ
在宅を希望してもなかなか許可されない先生もおられます。在宅のタイミングを逸する事のないよう、全人的な視点で常に考えて頂きたいです。
患者さんの事を精一杯考える人ならよい。家族とうまく意志が伝わる事が出来る人ならよい。
外科系、内科系の連携も必要
患者の生活を意識すること、患者の希望を配慮すること、家族の生活・希望を配慮すること
患者家族・家庭環境を洞察する力が必要。開業医の業務への理解
意味がよくわかりません
患者さんの終末期をどうしたらいいか考えてほしい。
診療所の医療をけいべつしない事
若い医師は自身が病気に罹患する事がないので患者さんの苦しみが本当に判っていないと思います患者さんへ愛情をもって接し、同じ様に悩むような、優しい心を持って欲しいと思います。
Followのし方につき、懇切丁寧な説明（書状による）が出来ること。家人に予後の説明が出来ていること。
患者家族、診療所医師、看護師に親切、ていねいに温情ある接し方をすること。
死を目前にした患者さんや家族と対するときには、それなりの態度などが必要とされる。以前よりはかなり良くなってきているが、ときに若くて横柄な医師あり。本人・家族はたまらないと思われる。
きちんと訪問診療と連携しているから大丈夫と安心させてほしい。
家族にとっては“入院が安心”（病院におまかせ）という部分があり、多少の不安や苦勞があっても“今、この人は本当は家に帰りたいだろうか”を考えてもらい、いつでも再入院できる、外泊のように理解してもらうために説明する時間を惜しまないでほしい。
・一番大切なことは、患者さん、御家族と十分に正確なコミュニケーションをとり、患者さん、御家族の意見を尊重し、同時に医師としての意見も正確に伝え、パートナーとして一緒になって共同してとりくむ姿勢だと思います。・患者さん御家族の心

情に共感できることも重要です。
在宅医がどの程度の技術、知識を有するかを把握される事が大切でしょう
死生感をもつ（現時点での）
病院の中だけに引きこもらず、違った医療の形がある事を受け入れる柔軟性。
患者さんにより沿う気持ち
患者さんや家族の喜びを知ること
急性期病院から在宅になる悪性腫瘍末期の患者は多くの場合、タイミングが遅い。在宅医療の現状、在宅医の力量・守備範囲に対する知識と理解が不十分なためと思われる。
病院医師の診療行動として、totalでみていくことの興味や充実感（？）など、以前、自分で病院医師であった頃の思いを思いうかべますと、やはり、役割り分担になかなかふみ切れない勤務医の考えもあるのでしょうか。超高齢化社会になってきている今、治療に専念する病院のあり方も、意識改革が必要になってきているのかもしれない。
在宅療養に関心をもって欲しい
どこまで患者・家族の立場で考え、行動できるか。
・予後予測がしっかりしている。・本人・家族の話がしっかりと聞ける。
在宅を小生がしている認知も低く（私に責任があるのでしょうか）余り御紹介を受けることもありません。
病院医師に限ることではありませんが、病気をみるばかりでなく、人をみれることが、資質として求められる。
緩和療法を実施するための技術、知識、資質については当地中核病院では外科の医師が、よく、理解されている
・コミュニケーションがとれる。Drからの相談に対応できる。・患者、家族の意志を尊重してほしい。
断定的に余命どれだけと言われるとそれを越えた場合の説明を逆に求められることがあり（少しと言われたので在宅にしたがこんなに長いのであれば老健へ入れたいetc）その点に少し説明に問題ありと思われます。
病院では少なくとも一患者に直接の担当医の他にその上司がいると思います。最初の在宅へ移す説明はそのトップが行い、その他の医師はその時の話を、同席できいて、以後何回か同様の説明をして欲しい。それぞれの医師が異った説明をされることが多く患者家族はどれを信じて良いかわからないということが多い。
在宅で患者さんをケアする際に、どのような状況におかれるか、家族構成や協力体制、家庭環境、また、在宅療養支援診療所との連携、訪問看護の要否等、個々の患者さんについて、考慮して頂ければ問題点が明らかになると思いますので、病院での患者さんの状態だけでなく、自宅での患者さんの環境を想像して、指導して頂ける先生方が増えていけばお互いの連携も向上していくと考えます。
患者・家族の生活をイメージできる想像力
地域医療に関心があり、自分の病院で関わった患者さんがどのように病気をもちながら生活し、全うされるかについて想像力があること。
自宅で看取るのか、病院へ搬送するのか、ホスピスへ入院するのかしっかりと説明を病院で出来る資質がある医師が増えることが望まれる。
資質について伝々出来ない。
在宅医療継続中に急変時など緊急の際の引き受についての理解度とスムーズ対応が望ましい
家庭環境も含め、全人的な医療を実践してほしい
在宅医療を認識していない医師はケースワーカーに全てをまかせている傾向がある。病院医師不在のままで動いている気がします。病院医師の在宅医療に対する知識の向上すべきではないでしょうか。患者様は病院を追い出されているとしか思っていない方が多い
やれば判る。
患者に対しては「いばらない」「おこらない」「おどさない」事を心掛けてほしい。
勤務医であろうが開業医であろうが、患者さんがよりよい状態になれるように配慮心くばりをする気持ちと、在宅での状況を理解しようとする想像力
主治医がまだ若年で在宅医療に対する理解が少ない時には、指導医が支援して下さるとありがたい
感受性を豊にしていただし、才能を充分発揮して熱心に又、患者・家族に信頼される対応をしていただきたい。
自己啓発をお互いに継続する。
患者さんの家族・地域性を含めて、総合的に見ようとする態度。又、他者と接するとき、受容的、共感的に接することのできる自然にそなわった資質は必要と思います。
相談しやすい人柄など。
人の個性はいろいろですが、若い先生方に在宅医療に関心がなかなと思われます。
戦後のアメリカ医学が主体であるためにabout的な知識が根底にある様です。
各Drの人間性に問題あることあり。
医師には先進医療に専念していただきたいとも考えています。従って看護師に宅院支援を充実させていただきたいと考えています。
とりえず何でも受け入れ、よい連携によって適切な医療に結びつけるための判断力・対応力と柔軟性を必要とする
とくに高齢者が、今後どのような生活を希望されるのかを本人や家族と相談できるような点。例えば胃ろうやCV管理などをつくしてでも長生きしたいのか。胃ろうなどは行なわず、在宅や施設で看取りを行なうか、そういったふみこんだ内容の話ができるようになればよいと思います。
優秀・有能な方はOKボンクラはそれなり。小医は外科・救急科・消化器病、肝臓内視鏡の専門医を有するため、PEG、気切、IVH-line、etcは全てやってしまうので、hospitalに依存しないで済んでいます。
24時間体制を本当に行っていくのか？と覚悟の問題ポリシーです。
機械の手配業者の紹介をして欲しい。
患者を全人的にみれる資質が必要。
病院を追い出されると思われる患者が大半です。その思いを汲んで、優しく接して欲しい
(?)
患者と患者の家族を愛するだけでなく、自分も、自分の家族もだれをも愛せる心の資質が欲しい。本当に忙しい時には「ごめんない、私も忙しくてフラフラなのです。少し休ませて下さい」と勇気をもって言える医師になってほしいです。
地域連携室の体制を整えていってほしいと思います
本人・家族のみならず、関わる全ての人に配慮したマネジメントが出来る事。紹介状、資料（データや画像など）を不足なく提示できる事。
在宅医療では、生活が治療よりも優先することがしばしば（医学的に正しいことが望ましいとは限らない）。患者をマクロの眼で見れること。病気という側面だけでなく、全人的に■■できることのできる医師が増えてほしい。
患者さん、家族の立場に立てる様な気持ちを持つこと。
「医は仁術なり」を理解、実践出来ること

「医師」だと言わなければならない高い目線は、ダメではないか患者さんのほとんどは、人生の先輩であり、色々な経験者であるから、まず「敬う」精神が必要。医学的な知識は十分であっても人生の経験、一般素養の欠如は、適さないのではないかな…
開業医と共に医療を行う協調性が大事だと思います。専門医療は一般に開業医がレベルが低いので、ていねいに説明、指導する位のぎ量が欲しいです。
本人、家族に充分説明、指導できるコミュニケーション能力
チーム医療のリーダー性。
短期間で家に帰らせるように考えるべきである
専門に特化して同じ内科系の間でも他科の事は全く分らないという言い方はやめて欲しい。
病院では病気を視る医師が多く、患者の生活を考え、治療する医師が少ない。確かに病院では業務が多忙であることもあるが、人として本質的な生活を考えることから医療が始まることを考えられる医師であって欲しい。
「在宅ケース医療」への導入者としての姿勢、資質。
自分の専門分野以外もみていただきたい
患者が家で生活する事をどれだけ具体的にイメージしようとするか、患者の病気だけでなく人生をみようとするか、が求められると思いますし期待します。
病院ではなかなか取れない診察時間を少し多く持っていると思いますので、一般的な診療だけにとどまらず、患者や患者家族とのコミュニケーションをしっかりと取っていける人だと良いと思います。
本人や家族の生活状況を把握していただき、暖かく受け入れるような態度で接してほしいと思います。
患者や家族等との調整や持って行き方で大きく考えが変わるので重要。
おじいちゃん、おばあちゃんと楽しく話せるかどうか、短気にならず、根気良く説明できる人は大丈夫だと思います。あと、うまく受け流せる人。
※患者様一人一人が一生けん命に生きている事を忘れないで頂きたい。末期＝もうやる事がない、という発想ではなく最後まで一緒に見守る心をもって頂きたい。
？
謙虚さや奉仕する気持ちがないと在宅医療はできない。医師のパターナリズムは通用しない。患者家族だけではなく、チームを組む他の職種に対しても同じ気持ちを持ってないとうまうかない。
協調性、医師としての責任感
むづかしい
在宅医が困っている時に何とかしてやろうという気持ちがあるかどうか。病院に入院してもやることないから入院させないという態度をとらないこと。
人が求めるものではないおのれが求めればいい
病気だけではなく人間をみる目が必要か？
病気を診るのではなく病気を持った人間をみて欲しい
心温かい人格
在宅で難渋するケースをいつでも受け入れる姿勢であって欲しい
やっかいな患者を目前から在宅へ追い払ったとか、在宅へ移行すればあとは関係ない、という考え資質の病院医師は失格。療養の場が変わっても自分が関わった患者のQOLを中心に在宅医療への思いを描ける、その後も在宅医療をサポートできる位の気持ちがほしい。
・適切ながん告知・シームレスケアのための急性期医療の引き際
Ptを一生懸命診るといことが伝われば良いと思う。
在宅という生活の場での療養をイメージ出来るだけの経験知を持ってほしい。
(資質) 高齢化、終末期の患者様方の話をじっくり聞ける「聞いて診れる」医師の育て方が必要。鎌田実先生が云われる、患者様に対する姿勢を備えた活力ある在宅医が望まれる。
本人も含めて、支援するマンパワーや、周囲の対応状況を判断して対応してくれること
患者さんを不安にさせない、相手のことをよく聞き入れる手間を惜しまない
その人の身になって考えられるやさしさと思いやり事実(訴え)を真摯に受け止める姿勢、謙虚さ。
在宅に対して患者も家族も含め理解して頂きたいです。
患者(家族含む)の意見や希望を傾聴し、それに向けて努力をすること。
患者や家族としっかり話しをして、ゆっくりと気持ちを聴いてほしい。
在宅で療養されている患者さんに何か状況の変化があった場合、どういう検査機器があり、どのようなルートでオーダーをしたらいいのか等の情報提供がほしい
バランス感覚
・在宅医療に限ったことではないが、病気や臓器のみをみるのではなく全人的にとらえることができない医者が増えている印象あり
固定観念にとらわれないこと。
Drによると思いますので、“病院医師に” 求める、というものではありませんが、やはりせめて連絡したら、その返事くらいをくれる様なDrがありがたいです。
case by caseですが、在宅での中心は本人、家族であり、在宅で看取りを考える場合、本人、家族が前向きにとらえておれば、殆んどの場合可能であると理解して頂ければいいと思います。患者、家族と痛み、希望を共有して頂ければ問題ありません。
性格的な素因の方が大きいと思います。
在宅医療に対する関心をもってもらい、患者さんにとっても在宅療養を継続できることは良いことだと認識してもらい、在宅医療推進の一翼を担っていただきたいです。
在宅医からの信頼。できない事ははっきりとNOという資質。正直である事。治療限界の明示。死についての正しい理解(人はいつかは死ぬものだという体感)
患者が病院受診、入院を希望した時の対応。
病棟看護師や退院調整室の看護師の意見に耳をかす。もしくは素直に聞くこと。
患者を人間としてみる。いづれは死を逃がれることができないのだが、その人らしく生き抜くことを支えるという気持ちを持っていること。家族の心配にも耳を傾けることができること。
担当医によってまちまちで差がかなりあるためなるべく平準化してほしい。
急変など患者・家族が再入院希望された時に後方病院としてすぐ受け入れてほしい。
今までのやり方(急性期→療養病院or回復期リハ)のみならず、訪問リハや看護を生かした直接在宅復帰というルートを推進する柔軟な姿勢を期待したい。
患者、家族の話をよく聞いて、一緒に考えることができる医師になってほしい。

在宅で限界がきた時（それは身体的に限らず精神的や社会的理由も含めて）柔軟に、温和に対応してくれること。
他人に耳を傾けること。
医学部を目指したころ、初心にかえること。そもそも、学力が高く、人に勧められ、医学部を豊かな暮らしを求めた医師は、むしろ在宅医療を行わないほうがよい
地域、家族、本人の立場に立てるか？
医師としての使命のみでなく、経営学を理解しようとする事。
生活を支える、社会の中の医療を考えていくことが、結局、自分の幸せに繋がる。
在宅患者が急性増悪した時に心良く受け入れてくれる事
医学的知識に加えて、心理学的素養、文学的、哲学的な素養をもって、対処できること。
人間として、あたたかく接することが必要。家族の一員と思い、誠意が必要である。
d o
多くは求めていませんが、退院前に不明な点があったら当方に連絡してほしい。
・在宅療養をすすめられる患者、家族は、見捨てられるという意識もっている方が少なくない。なぜ在宅療養が可能なのか、医療機関の役割、不安をおぎなう安心対策など、説明ができる時間と、医師の優しさがあれば、在宅導入に結びつきやすいのではと考えます。
未だに在宅と協調して患者を診た経験のないドクターは多く、「在宅で治療するなんて危険だし無理」と考えており、意見交換もともにしようとしめない人も多いのが現状ではないでしょうか。まず、こういう医療もあるということを知ろうとして欲しいし、はじめから在宅を下に見るのではなく、在宅医からの意見にも耳を傾ける度量を持ってほしいです。
体力・気力
患者の意見がきける医師。責任感が第一である。
患者に対する愛情。
・癌告知などが通常行われる時代ですが、告知だけして、「あとは、Best Supportive careのみ」と在宅医療に丸投げするような医師は、再教育して頂きたい。もっとも、そういうことを現場医師に強要する現在の医療制度に問題があると思います。
患者、家族の意向をくみとれること
在宅医と協力していく姿勢
疾病そのものだけでなく、患者やその家族が置かれた社会的状況をふまえて、“人間”に対する理解力というものも大切と考える。
・連携を細めにとる心配りが必要。
本人、および家族の意向を受けとめることができる
自らの医療技術が患者にとって充分であったことを伝えることが、大切であることを知ってほしい
高齢者、認知症、癌末期の方に対する治療を真しに対応する思いやりの心が必要と考えます。
かかりつけ医と連携をとり具体的な申し送り事項を書いた、紹介状をていねいに、書いたり、相談に乗れる能力を要する。実際カニューレ、カテーテル等の号数が紹介状記載のものと異っていた、現場で苦労した例があった。
在宅医療の現場からの問い合わせや緊急の依頼についても気持ちよく答えてくれる資質が望ましい。
患者及び家族の立場に立って考えることが出来る。
本人を診るだけでなく家族や療養環境まで気をつかう資質が必要と考えます。
少しでも在宅患者のためになりたいとの思いがあれば特に問われないと思う。在宅は病院以上にコメディカルの力が大切なのであまり先走りすぎずまわりと協調してやっていくのがよいと思われる
分かりません。
病院の医師は病院通院困難な状態、水分および食事摂取不能状態になるとすわち末期にならなければ我々のところに紹介なし。我々は病院での加療の延長というつもりで頑張っているが病院医師はそのようなことに対しての知識も理解も少ないように思える
謙虚であること、患者さんや関係する方々の話をよく聞き、自分がどのような役割を果たすべきかを慎重に考えられることが必要です。
支える医療への理解が必要
患者の“バックアップ”をお願いしたい。入院が必要な折は受入可能な体制であれば
あればある程良いが…
心意気だと思います
地域の住民の為に役立とうという思いが必要。
医学教育の抜本改革が必須。
コミュニケーション能力。
急性期病院の立場としてはむづかしいかもしれないが、病気を治すというよりも全人的な医療ケアに目が届く人がよいと思います
映画“ディアドクター”の様在宅死にのぞんでは救命だけが全てではない事も若手の勤務医に理解させて欲しい。
病状に関するあらゆる事実をきちんと伝えられること。
自分達だけが大変で崇高な仕事をしていて、開業医は楽をしていて、レベルが低いとの思い込みを患者や家族にちらつかせるのはやめて欲しい。
面倒くさいからと逃げずに真実面につき合って欲しい
以上は研修医のカリキュラムにあれば良いと考えます。
病院医師に何かを求めるより、病院から信頼して任せられるように、自分の技術、知識、資質を、高めたいと考えます
在宅医又は、かかりつけ医との連携する意志を持って頂くことが大事です。又、医療だけでなく、介護についても理解しようとする姿勢が必要です。すでに在宅医療は、医療のみでは存在せず、介護、地域のコミュニティー・行政との連携が必須です。
最近の風潮かもしれませんが患者、家族、コメディカルに言葉上やわらかいが、医師として死ぬまで患者の人生に真摯に対峙する覚悟に欠けている人が多い印象をうけています。
相互理解、役割分担、臨床の本質を体現できる（やさしくて技術行動力がある）
コミュニケーションスキル
思いやりのあるDr. であってほしいと思います。
チーム医療の中で動ける資質。
病気をみて患者を見なくて済む、というとんでもない意識がDPCとともに急性期病院に入りこんでいるように思えます。患者の人生に興味を持ち、その人全体を見る医療を行なうことができれば問題ないと思う。
P t や家族の希望などに耳をしっかりとめること。

1.「呼吸の様子が変化しても、かならず来ますから、救急車を呼ばないようにしましょうね」と家族と同意できること。
優しさ
自然の経過で死に至ることをもっと普通のこととして、説明できること。その間、医療のニーズにはどのようなことがあるかを、想定でき、指導できること。
患者・家族の視点に立ちチームで支えることができる優しさのある医療を行えるよう努力する資質が大切と考えます。
患者家族と同一の目線で話しが出来る事
いつでも、また入院を受け入れることができる、その一言をお願いします。
病气だけに促われず患者を総合的に促えられる広い視野がもてること、やさしさ、CureとCareの違いがよくわかっている医師、コメディカルの意見に素直に耳を傾けることができる
在宅医療に理解ある方。熱心な方。
MSWまかせでなく在宅医と自ら連絡をとる姿勢が必要。
①病院医師として、(質の)高い臨床能力を持つ②医師としての自分の役割、限界を見極める能力③自分だけで患者を抱えこまず、次の医師(紹介先の医師)にバトンタッチする勇気をもつ④バトンタッチをする際、患者・家族に重要な医療情報を明瞭に提供する能力(上記以外や下記内容が大切と思われます。)
在宅・地域医療を格下と考えない事。
患者家族の立場にたって、相談にのる。
・患者の家族、家の内をよく見てほしい。・在宅に戻った患者さんのすごせる空間をみてほしい
これは自院提供すべきだろう。
一括構入するも減菌期限切れなどがおこり損失が大きい
患者を生活を含めてみようとする態度
専門性等は考りよされると助かる。
急性期病院にホスピス科等が置かれて、緩和ケアチームと日常的に交流する機会を作ってほしい。
患者、患家の事情を理解する。
病状が重い患者を退院させるからには、急変時の対応を保障する必要がある。
全人的ケア及び家族支援、支援サービスの利用連携。特にスピリチュアルケアについての無理解等問題が多い。
患者本人の意向、家族の意向を十分に配慮し、病院医師と在宅医師が連携しながらの医療は、可能であることに理解を示せること。
終焉を向かえる際家族とのトラブルがないように、MTできる資質は最重要。
患者が望む療養環境への理解
在宅医療に関する技術・知識を病院医師個人にのみ求めるのは無理ではないのだろうか。資質と共にこれらは実践して得られるものが多いが、病院医師全員に在宅診療の経験を求めるべきなのだろうか。しかし問7で“急性期病院の疲弊を改善するための在宅支援診療所の役割”を論じているように現状では無理と思われる。各病院としてそれらの技術・知識を有する中核の医師・看護師・ソーシャル・ケースワーカーがいて、患者・家族・主治医をバックアップすることが必要ではないのだろうか。緩和ケアが主治医とは別に各病院にいるように在宅ケアチームが必要なのではないだろうか。
医師として以前に人間として成熟している事が大切だと思います。
在宅患者の入院に対して、前向きであること！！
医療的に解決できても社会的に解決できないうちに患者を在宅へ返すことのないようにしてほしい(介護者が確保できなかったり、介護者への指導、教育がなされていないうちに返さない)
相手の立場に立って考えることが出きないと無理だと思います。
病院勤ム時代の知識があれば充分です
①在宅医と連携していく気持がある事。②治療自体は済んでいても患者自身の人生がまだ十分に残されている事の自覚。③優しさ。
医師は退院後は関係ないという考えを持たず、在宅に於てもケアが大切であるという考えを持って医療を行ってほしい

問8 在宅医療を実践する医師が求めることーその他

記載内容（原文のまま）
急変時の再入院を受け入れるようにしてほしい。
医療材料等は処治した日の分しか算定できないことなど。
家族、患者が望んだ場合（急変時）あまり嫌な顔をせずうけいれてほしい。
（緊急的後方ベッドの役割のみ期待。入院中の治療方針への意見交換）いずれも現状で切実に実施している。
相互研修ができるといいですネ（医師もナースも）
色々大変なのは判っています。とにかく your best !
在宅支援の対象 Pt をふやせない理由。1) 急変時の受入れ Hosp まだ少ない（不安）2) 24h 対応の訪看ステーションが少ない3) 訪問リハが殆んどない4) 訪問歯科が殆んどない（保険でくるところ）5) 2人主治医又は医師会などで夜間・休日の対応を（一時的にせよ）引き受けてくれる体制がない（当直制など） つまり一旦引き受けると外来中心のクリニックが負う負担がまだ大きい
病院に居るだけでは何を学び、準備していいのかわからない。在宅医療の現場を経験し、患者が地域や家庭へ帰ることをイメージできるようにすることが必要。治療する場から生活する場への文脈の違いがわからないと各論をいくら説いてもモチベーションは上がらないと思っています。左記したような方向でどうでしょう。
現在（ここ1年間）は患者がなく在宅訪問等は休んでますので資料にお答えするところが少なくすみません。
どこまで、自分の身内に置き変えて、対応できるか、資質が問われると思う。
御紹介いただく などの施設では上記の点で問題を感じることは皆無です。上記施設の先生方の足を引っ張らないよう微力をささげたいと思います
ヘルパーさんのレベルや教育が現状では低く受け入れ困難なのが実情です。また、ケアマネは、同様に知識がないのに口ばかり達者でムチャクチャなのが現状ですヘルパー教育に重点をおく必要があり、セミナーや介護実習・指導を行ってほしいです
在宅医療提供医療者も病院医師に情報提供必要。
褥瘡の治療、予防について、口腔ケアの重要性について病院によっては認識が足りない所がある。
ADLが低下し在宅看取り可能な患者は在宅で看取ってもらうように退院時に説明がはっきりなされていない。
①病院しか知らない医師が多く開業医の立場環境、保険制度の知識の欠如。②新研修医制度となり、若手医師の能力の低下を感じています。
最新の医療と離れた、在宅医療環境の診断治療を患者さんの前で批判しないでほしい。
患者は何を望んでいるのか、患者中心に考えていけばおのずと在宅という選択肢が重く大きくなることでしょう
退院時の情報を早に欲しい。介護支援をうまく利用できるようにケアマネージャー等の話し合いを退院前に充分に行ないたい。
病院医師は病院医師としての、在宅医は在宅医としての技量が問われると思います。病院→在宅へ移行する時のイントロダクションを病院医師に要望するのは、難しく、自分が病院医師だった頃に、在宅の事は在宅医とケアマネにお任せしていた事を考えると、在宅医の仕事であると考えています。むしろ上手に連携して仕事ができるシステムが必要に思います。一方、身体障害者の診断など、指定医でなければできない事は、入院中に済ませておければ良いと考えます。
病院によっては受け入れが十分整わないうちに退院を進めてくるところがある。在宅の現場を十分に理解した人が連携にあたる必要がある。特に連携担当の専ム職員、看護職員など。特に看護職員は実際に在宅での看護を体験する必要がある
医師の人間性が問われる時代と思われる。
病院と在宅でできる範囲が全くちがうことを理解してほしい
御家族が、在宅でやってはみたものの自信がなくなり最後のみ病院というパターンもよく見られます。そのときはひきうけてほしいです。
少々無理しても本人家族に話し在宅にもって行ってほしい。元気な人が入院してるし、病院側も入院数確保の為に退院させない！！これではダメ、どんどん空床を作れ！！又、患者は入ってくる。という考えですヨ。
専門以外に往診を行うことが病院でも必要。
ネットワーク作りをコーディネートする人材が必要です。
介護保険のうまく使う方法を、知っておいて欲しい
急変や必要時に後方ベッドになってくれる事。安心してできる在宅医療に必要。技術や知識はこだわらない。
（Case by case）①対象とする患者さんと家族に対する理解と洞察力の深さがどの程度あるか？②紹介先の能力に対する理解。
開業医をバカにしないこと。
技術について、知識については極論するといずれも不要。資質などについてさえあればいいのでは？ケースバイケース。とりあえず、診療しながら考えればよい。そのとき、Dr、Ns、介護ヘルパー、MSWその他常にいろんな人たちとコミュニケーションをとれる資質さえあればいいのだと思う。実際、私個人には技術も知識も乏しいが、そのつどいろんな人たちに助けてもらっている（場合により家族からも助けてもらっている）
若い頃から思っている事だがやる気のある人間より協調性がある人間の方が好まれる。一生懸命仕事をする医師はきらわれる風習が今だに強い
在宅に投げてもらえればこちらでよくお話しします。現時点では、近くの病院より自分の方が余力があるので
・多忙すぎて、退院後のことまで考えている余裕がないのでは
急変して入院が必要な時は引き受けてほしい。
在宅医の意見を尊重すべし。
本人が帰宅したいと言ったら、利尿剤を大量投与して一時的によくして退院させることがある。退院翌日に再び心不全で入院した。
病院医師に在宅に関する知識が必要であると自覚してもらうことがまず大事だと思います。
患者・家族への病状・予後の説明をしっかりと行って欲しい。
診療所医師は距離が近すぎて家族の意志をまとめにくい。病院で家族を集めて、本音をきき出しておいて頂けると助かる。（特に兄弟が多い場合）
在宅でのメリットデメリットを家族に十分に理解していただき、在宅へ移行してほしい。事前の検査データなど、判断に必要な情報がほしい。
在宅へ帰すこと自体、多職種、多施設間の連携が不可欠であるため、病院主治医の決める事、チームで決める事、専門職種が決める事を明確にする事が重要。

とにかく不安な方がほとんどなので安心を約束して欲しい
実際に病院のドクターとお話しても、在宅医療のことを殆どご存じありません。
基本的に患者は（特に高齢者）自宅に帰り最期を迎えたいと思っています。在宅での療養がうまくゆき少しでも患者の苦痛が少なくなるように考えていただければと思います。
「告知」病院で行われる告知は中途半端と感ずることが多いです。病院では病状変化時にその都度説明をするのですが、在宅では変化を予期できるような告知・説明が必要です。
生かす医療ではなく看取る医療の理解を深めて頂きたいと思っています。在宅医療関連のしくみを理解して、家族にある程度の介護力があり、治療の必要のないPtは、在宅に帰し、我々にまかせて頂ければと思います。
制度に対する知識が、少なすぎる。
コンタクトが密に取れておれば特に問題ない。
理解力のない患者、患者の家族に対して、病気の悪化、予後の悪さをしっかりと説明していただけるとありがたい。[在宅でみとりをこちらが行う気持ちがあっても（病院医師からもそのように説明を受けていても）直前に話が違ってくるが多いため]
在宅患者を持っているとほとんど出掛けられない。1人では人数、重症度に限度がある。
例えば、病院で化学療法を最後までやって、やる事が無くなったら在宅へという場合があります。そういうケースでは在宅での期間も短く、ひどい場合在宅へもどれません。もう少し終末期をトータルに考えてほしいです
後方ベット：急変時に、入院希望された時、入院できなければ、どうしようもないです。当地でも医療崩壊で、入院の必要な時に、入院できないこと多々あり。
ノウハウの書いた手引き書を配布してほしい。
食べなくなったら点滴もせずに看取るというスタンスをもっと認めてもいいのではと思います。在宅で点滴でもやってもらえばと話す医師がいますが、マンパワーや安全性を考えて当院では行っていません。終末期こそ点滴は不要だと考えます。
個人によって異り、一般的には何とも云えない。
予後の説明をしっかりと患者家族にすることが大切。その内容を家庭医にも伝えることが必要と思われる。
本人及び家族に退院後も十分なコミュニケーションがとれる様な体勢を構築しておいて欲しい。
診療所医師が困った時に相談にのってくれればいい。又は病院医師でないとできない事は病院医師がやってくれればありがたい
死を前提とした在宅では、何でも可能と考えること
サポート体制や急変した時の対処などの話しをきちんと家族としてから在宅へむけてほしい。
怒りやすい人は不適
急性期の医師はベットの回転率のみ考え、亜急性期の病院さがしに追われ、亜急性期の病院医師と在宅医師との間に音信不通状態が生じることに気づいていない。
病院に対して在宅医が求めるもの（事）に対する認識があるとよいかと思います。例）在宅にて数日、点滴治療を行なった患者の精査を依頼した時に同じ治療（点滴のみ）で精査を行なわないなど
本人及び家人が在宅看取りを希望する場合、診療所に対する情報の正確な提供。
在宅に関する知識も重要ですが、顔のみえるコミュニケーションが最重要とおもいます。
専門分野を強調するあまり、全身状態を無視して、退院をすすめる事例がある。
在宅医療でどこまでなら可能かの把握をまた家族によってその受け入れ可能なレベルが異なるためそのレベルに応じた、在宅への移行を適切に進めていただけたらと思います。
介護側の家庭環境がわかっていないときあり。
もう少し予算をかける必要あります。先立つものは金。特にN. P. Oにとって現在の介護保健制度内で赤字を出さずに、スタッフの意欲の向上が計れるだけの給与を出すことはまず難しい。真面目にやっていたのでは赤字が累積するのみである！！
診療情報提供、採血データがいただければ他特に注文はありません。
病院医師と在宅医療担当医師、他業種間の連絡、ミーティングをより密に行う必要がある。
・急性増悪や、状態変化の際、精査目的で再入院させても、何の成果もなく帰宅させられる事があり、困った事が何度もありました。紹介状に鑑別疾患や、必要な検査を細かに記す必要があるなど、病院医師の能力・責任感の低さは目に余るものがあります。
医師に求めなくても地域連携室やコメディカルスタッフが充実していれば良いように思う。
在宅患者さんにかぎらず時間外の診療所よりの紹介は積極的にみてほしい当地域では現状はそうなっています。
患者さんと家族の希望について伝えてほしい。
患者に対する愛情と生命に対する尊重
精神的なサポート
在宅へ返したら患者・家族がどのような状況におかれるのかももう少し想像力を働かせることの出来る知識と経験が必要と思うことがよくあります。
家族背景・患者の性格等。
技術、知識、資質については、病院内での研修会カンファレンスで養っていると思います。ただ在宅に返す際に、公平に開業を選任し、特に、在宅療養支援診療所の届出をしている開業医に優先して欲しいと思います。
在宅医療を依頼するのであれば、急変時の受け入れを覚悟してほしい。
いつでも悪化した時は、在宅医を通じて入院できる安心感を持たせる。
病院の勤務医も、診療所での経験をもってもらい、実状を知ってもらいたい。
在宅医療技術は、用具とも年々進歩しています。これらの技術、知識について、在宅医療を任う医師が常に研鑽する必要がある事はもちろん、病院医師も、現在在宅で出来る（入院におとらない事ができます）技術等に関する知識をもって、在宅医との連ケイをとってもらいたいと思います。
ネット患者の増加に伴い、ハイテク患者に併う不幸な患者が多く「唯物論的患者」の増加にて、検査イコール全て正しいという様な、安っぽい事のみを過信している患者が非常に多い。これに乗じて医師もしくり、と、考えているのは私だけだろうか？？？ますます「金」がかかる！！何が常識なのか非常識なのかわからなくなった社会に突入した様です。同じ事が在宅にも言えます。我々は、約40年前～行なつたがボランティア？？こうしたら家族は楽であろうと思つてしているとこれが「当り前」となり40年後の現在「なぜしないんだ」といい「口論になる」事あり。「契約」でというが、これもいかなるものか■■■■■
受け入れ時に病院医師に求めるものはありません。むしろ受け入れ側として自分が何が出来るかが問題と考えています。
病院受診を未然に防ぐ視点
死生観
介護保険が始まりケアマネージャーが決まっていることが多く、患者さんがその意見に引ばられ病院医師が適切と思われる

診療所に紹介できなくなる例が散見される
技術、知識なんて特別には不要です。人と会話する能力さえあれば資質というほどのものは問われなと思います。但し、保健制度を理解されていない医師が多すぎるのが問題です。
自診療所の仕事で1日約10～11時間じばられていて、さらに、医師会活動や研修会やカンファレンスに出席を月に5～6回行い、日曜日は、すべて自分の時間として使い、夜は7時間の睡眠をとりながら、夜間の往診も受け入れる訪問診療を行っている先生は、多くいらっしゃるのでしょうか？(上記のペースをくずす気は全く無い)在宅療養支援診療所に自院は適さないような気がしてきました。
家族に対する心構えをもっと徹底してほしい
技術、知識について 自分の専門領域だけしかみないのでは、在宅はまったく無理なので、浅くでもいいので、広く知識や技術を持ち、そうでなければ相談できる仲間がいれば、だいじょうぶではないでしょうか？かといって傲慢になってもしょうがないので、やはり、肩のこらない仲間がいれば、十分に可能だと思います。資質というほどのものはいらなと思います、謙虚に患者さんの言葉に耳を傾け、わからないことは誰かに相談していけば、よいではないでしょうか？その謙虚さは絶対にたいせつかなと思います。やって楽しいのが在宅だと思います。医師として前半の先進的な医療の中での輝かしい(?)思い出を胸に秘めながら、残りの人生を楽しく、往診を楽しみながら暮らしていくのは、医者的一生として、かなり素晴らしいことだと思います。誰にでも在宅を勧めているのですが、まあ、あまり乗ってきたくれません。(笑)
退院時期を決定するのに際し、患者さんが在宅療養生活を送るのに体力がある間に自宅へ帰してほしい。
すべてについて現状において積極的でないと思われませ
退院後の方針が不明なことが多い。病院医師、診療所医師、家族との話し合いの場がもう少し必要
退院後の問題点・対処法等具体的に説明しておいてほしいと思います。再入院が必要な際の受け入れ体制を整えておいてほしいと思います。
そんな人におこがましいことを書ける立場にはありません。告知だけはよくよく考えてほしいところです。
在宅医はやはり経験年数がある程度重ねた医者である事を尊重してほしい。
①在宅医に当該患者の病状についての適切な情報②在宅処子についての説明と指導③患者家族の病状の理解度④再入院が必要な場合の説明⑤家族の病院死か在宅死の要望
入院が必要な場合のうけいれ体制を充実させてほしい
家族ないし、後見人ないし、救急体制がしっかりしておれば、高令者の生死の意味(老衰、運命)をしっておいてほしい。
ハード面よりもソフト面が大切でしょう。「可能性がある」という言葉をよく耳にしますが、保身そのものであり、ほとんどないこともこのような形で強調されるとfamilyは困ってしまう、気持ちは分かるが上手に伝えて欲しいそれが十分なら特殊な技術はほとんど必要ないと思います。
家族・本人へのムンテラを十分にすること～在宅へもどっても病院主治医としての役割は十分果たしていきます。入院が必要な時はいつでも受けいれます。在宅でも病院に近い医療をうけられます。等患者を安心させるムンテラをお願いしたい。
退院前1週間くらい家族に在宅と同じように介護してもらって指導したらどうか。
まずは連ケイが必要当院はまだ確立されていません
現状で不満は感じていません。
特にすべきことなし
(在宅に返す際でなく入院時の問題ですが)看護師の疲弊は大きな問題であるが看護師の労働軽減の希望にあまり引きづられたり迎合せず患者の立場に立って頑張してほしい。
※小生66才となって腰部脊椎管狭窄症状をかかえながら午前約60人(9:00～12:00)夕診40～50人(16:00～19:00)をこなして、他に異状死体検案3～5例/月、医師会や行政関連の委員会を午後の休診時間帯に用件があります。在総診による往診は体力的な衰えも感じ過去には10～20人のことはありましたが現在では5人以下が限度です。実際のところはもう卒業したいが、長年の利用者の方はことわりもできず、数を抑えてやむなく続けています夜自宅へ帰ったら飯くってただもう豚のように寝ている。診療所医師には疲弊している者が居ることも理解して欲しい
Pt→家族にもっとよりそって、大事な意志決定をひき出してほしい。難しい例ならば寄りそうことに慣れている在宅医を早く紹介させる。
在宅でのトラブル時に、迅速な対応をしていただけることを希望します。
診療情報の提供・開示を速やかに
各病院医師にどの診療所の医師が何ができるかを知らしめる方法を考えたいと思います。何かいい方法はないでしょうか？病院医は在宅医に遠慮なくいろいろ聞いて下さい。
当方で、できる範囲でやります。
患者宅の家族構成(介護力)に関心を持っていただきたい。
安定した状態で帰宅させて欲しい。
在宅治療の限界など十分に説明して下さい
病院医師が治療を止めたから在宅を進めるのではなく、患者さん本人の生活を在宅やそれに近い場で営んで下さいと、患者さんに不安なく在宅移行をうながすことがポイントだと思う。また、万一、急変や在宅で解決できない病態時の後方支援ベッドであることを明言して患者さん、家族も連絡がとれるように(例えば、〇〇病棟〇〇グループのTEL・医局TEL)伝えて下さると尚良いと思う。
患者・家族が「在宅療養」を希望したら準備が完全に整わなくても良いから可能な限り早期に退院させて下さい。
・どんな状況であっても在宅に戻る可能性はあることをまず呈示すること・特に末期がんの場合、帰れるタイミングは限られておりそれをのがさないこと・一方で地域の状況家庭の希望や介護力で在宅は無理な場合も多く何が何でも在宅退院にこだわらないこと
・C型肝炎などでは、平気で週3回かかりつけ医で注射を受けるように、などと言われる専門医が居ます。病気を治すということでは有効ですが、実際の患者負担を考えると無理です。
病院と同レベルの対応は不可能である事を理解して欲しい。
あまり主旨にそえていず、とりとめもなく書いてしまいました。申し訳ありません。よろしくお願い致します。
退院患者について、専門領域のみならず、他領域の状態も考え、在宅生活療養可能かどうか判断してから、退院させてほしいです。
患者レベルが、1人でどうにかADLができなければ、在宅医療は不可能と思われる。現状では、厚労省の役人・マスコミ・在宅医療にタッチしている医療者が、「在宅医療で患者・家族が喜んでいる」と、勝手に思っているだけである。
病院の医師は、開業医を信頼していないので、在宅という発想が湧き難いのであろう。また、患者さんの“生活”には興味がなく、投薬と手術のみで、自分(医師)の役割は終了すると考えている。
やたらと患者を死なせまいとする。死ぬ時期についての考察がない。食べない患者に胃瘻を作り、高カロリー食の食事を与えている。Nsなどの対応のない介護施設では引きとろうにも引きとれないでかえって介護を難しくしている。
緩和ケアというと癌患者さんというイメージ強すぎる。現実には非ガンの緩和ケアを必要とされる人がはるかに多い在宅主治医を

増やす方法を国は考えるべきである。「在宅ベッドを増やす対策」1つもない。小さい病院からベッドをなくすことのみしている。
「患者がどこで死にたいか、家族がどこで看取りたいか」急性期病院に入院したときに「考える」機会をつくってほしい。「急性期病院は治療するところであって看取りの場所ではない」ことを患者に教育してほしい
患者と家族の立場になって、状況が判断できること。患者に対して、思いやりの心を備えていること。身軽に心よく動くことができること。技術・知識はその都度取得すれば支障ない。
告知の問題は十分に議論してもらいたい。在宅医療に向いている医師。私はこんな医師が在宅医療に向いていると思います。大事なものは、まず在宅医療が楽しいと思えるかどうかです。病院医療が忙しいからとか、在宅医療が診療報酬で今優遇されているからとかという理由で、在宅医療を始めるとその医師のためにも患者のためにも良くはありません。そして、在宅医療を行う医師に最も必要なものは柔軟性と協調性です。あの患者は嫌だとかあのケアマネは嫌だとか選り好みする人はうまくいった試しがありません。そして、周りを批判ばかりする人もうまくいかないと思います。周りを批判する前にまず自分です。誰とでもうまくやっていく姿勢が絶対に必要です。在宅医療に向いている医師はこんな医師だと思います。・在宅医療を楽しんでいる医師・社会人として常識のある医師（挨拶のできない人はまず無理）・患者の立場に立てる医師・自然に看取る視点を持っている医師・無理に医療を施そうとしない医師（病院医療からの脱却）・患者や在宅チームの人たちと柔軟性をもって関わる医師。そんなに難しい条件ではありません。当たり前のコトが当たり前にできる世間的に普通の医師が在宅医療には求められるのです。でも、その普通の医師がいかに少ないか…？在宅医療に向かない医師か以下のような医師だと思います。やはり、柔軟性と協調性が大事です。・挨拶できない人・プライドの高い人・専門医療や病院医療から脱却できない
このあたりの急性期Hospの役割分担がはつきりしていないというか、胃瘻の在宅ねた切りPtの誤嚥等、急性期Hospでひきうけなければいけなかったりするため、疲弊するのでは？と思います。それでも、存命を願うFamilyに対応するのに、診療所のDrも本当に疲れます。
お互いの意見交換や立場の理解を深める場が必要かもしれない…。また、familyの在宅看取りへの理解を深める必要性あり…。
在宅療養支援診療所の負担を少しでもへらすように患者家族に病態予後等を充分に話しておいてもらいたい（診療所もそのむね連絡してほしい）
現状では病院医師の技術や知識等は問題なく、却って教わる事が多いと思います
当所及び患家の住所を照合して、「要在宅医療」の患者をご紹介します。
在院日数をいわれるために、とにかく早く帰そうとする傾向があり、家族や本人の混乱が激しいことが多々あります。もっと退院後の体制を整えてから、退院できるようにしてほしい。
後方支援をしっかりとすると宣言して安心感を与えて欲しい。
末期の患者さんに対する医師には、どうしても「死生観」をある程度身に付けておかないと対応できないケースが多い。急性期の医療ばかりしては身に付かないので、ときに在宅看取りに同席するなどの経験が出きればと思う。
特に必要ないと思われず。返すと決定することができれば、その他は、周囲でサポート可能です
一方的な学術講演会のみでなく病院医師と診療所医師との連携勉強会（最新の医療技術の伝達講習会みたいなもの）を定期的に関わることができるような状態が望ましい。
あまり病院より在宅の紹介上げることはない（少ない）のでよくわかりません。
・最近この地域では在宅医療にとりくむ医師が減少傾向にあります。在宅医療のすそ野を広げること、広げやすい制度、政策が大切だと思います。もちろん在宅に専門特化した医療機関の果たす役割は大きいですが、*1人の医師が365日24時間拘束状態になるのは大変なことです。今のままでは在宅医療は広がりにくいと思います。
支援診療所といってもさまざまで、やはり、どこまでその診療所ができるのか、個々に把握する必要があります。個々にしっかり交流をおこなう必要が結局あると思いますが…
前述の如く、病院と在宅医がしっかりと連携をとって、家族への説明をすれば、改善されうると考える
必要に応じて病院医師が往診のできるシステム。
すべて在宅の医師の技術的又は好みを知り、在宅の導入をしていただきたいです。ときには在宅へもどしてほしくない専門外患者や家族の理解不足等もありうる事です
病院の中でも、とって理解があつて、連携がうまく行っているDrと科があつても、別の科になると全く別世界で、連携の「れ」の字も望めない、という病院内でのバラツキをなくして欲しい。
すべてにおいて医療とは、患者、御家族を中心として考える「病を見るのではなく、人を診る医療」が基本であること。①傾聴②共感③手当て④ユーモアを基本とした医療技術師=医師ではなく医を施す者=医者であることを病院医師に求めたい。乱筆乱文お許し下さい。
問8：かなり高度な専門知識が必要だと考えています。資質も必要ですが、こればかりはどうしてもありません。在宅にいる患者さんを支えたいという希望を持ってもらうことが肝要かと思えます。
小生も含め、まだまだ技術も知識も勉強たりずこれからしてゆくのですが、まずは経験が必要でしょう。
やはり「患者中心」という考えが医師同志で共有されない限り、まだまだ道は遠い(?)ののでしょうか
たまたま2009年は0だが、毎年3名ずつ看取ってきた。いづれも感謝されている。そのような在宅療養のためには、病院医師の患者さんの尊厳を理解し、延命のみの医療を反省すべきである。
・いつまでも病院で引っぱらないこと。・自分自身が、またその家族だったらどうするのか、ということを確認しておく。
病院内で在宅移行の可否が決定された後に初めて在宅医療の依頼をいただき、退院時共同診療を行うことが通例だが、在宅医療の適応についての検討作業に在宅医の意見を取り入れるしくみがあれば、もっと潜在的な適応・ニーズを持つ症例を発掘することが出来るはずだと考えます。「在宅移行検討カンファレンス」などのような取り組みを実現できないものかと常々思索しております。
家族を含めた精神的ケア。
急変時や病状不安定時では在宅でできる事は、極限られているので、その様な時には、病院受診しますが、よろしくおねがいします、という理解、認識確認etcおねがいします。
多くの家族は、急変時の病院・診療所の対応を心配されています。家族が安心できる説明が望まれます。
在宅で症状が急変・悪化した場合に、元の病院に戻れるようにして頂ければと思います。
紹介先病院に対して-再入院が必要になった際の受入れをスムーズにして欲しい。(ベット不足で難しい面はあると思いますが)（→ベットが一杯等の理由にて、他病院に送らなければならないことも度々あります。一つの病院とのやりとりでないと、診療の一貫性が損われがちです。）
☆処置に使用する医療材料の供給を考える必要がある。バルーン1本、カニューレ1本、入手ができる様に、システムが必要である。当院でもデッドストック→有効期限切れとなり、負担が大きい。
病院医師が在宅医と協同して、患家を訪問診療出来るシステムが欲しい。病院からいきなり在宅主治医に代ることは患者にとっては見捨てられた感じる人もおり、在宅医と安定した関係が築けるまで、協同で訪問診療出来るようにした方が良い。
には、 が3名1階の受付サイトに病院連携室をキープし、医師会員は

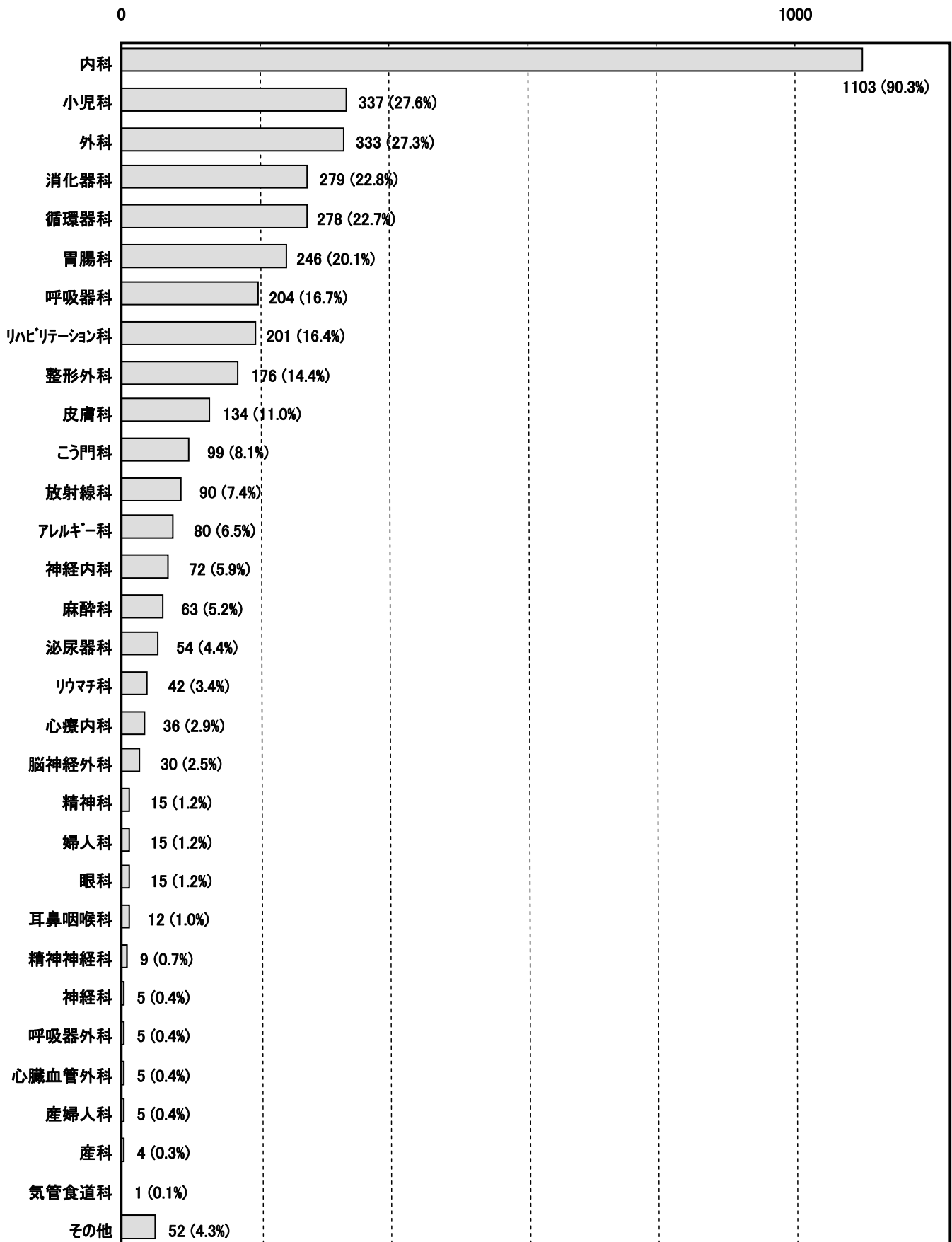
<p>■から■医の認定を受けていて、常時紹介患者や紹介（緊急も含めて）患者の受付をすることで患者の受診入院退院の手続をスムーズに行っている。自治法には反するスタイルではあるが■日医のモデル事業の中で超法規的に認められている（医師会職員は医師会から給料を支払っています）</p>
<p>退院時カンファレンスの開催地域連携クリラムカルパスの推進</p> <p>・必要な時はすぐにいつでも入院出きますよ、の言葉がほしい。</p>
<p>在宅医ときちんと話しをして情報を共有しておく必要があると思うが、なかなか困難のようだ</p> <p>地域連携室の職員に手続きを任せて主治医が在宅医には顔も声もわからないまま紹介するようなケースが時々あるが、コミュニケーションをしっかりとり合うようにしていただきたい。</p>
<p>状態が悪化した際には、本来自分たちも大きな役割ないし主役の1人であるべき在宅管理を、個人のDrにも手伝ってもらっていたのだという自覚を持つべき。一度渡したのだから各Drが行うとか、処理すべきだというのはなく、各Drが対処に困れば積極的に引き取りや介入をするという姿勢がなければ各Drは不安であり、また責任感も芽生えない！</p> <p>・病院の体制として急変、状態悪化時の受入れベッドの確保・ときには在宅へ帰った人の様子をみにいっていただける勤務時間の余裕</p>
<p>在宅構造が様々であるので（マンションか持家か同居家族が何人いるか嫁した娘がどの程度支援できるかなど）患者一人一人について予め聞いておくことが必要である</p>
<p>入院から在宅に戻っていただく時、在宅生活の状況を充分把握していただいた上で、調整、指導（介護者の介護、状況、在宅生活状況、サービス状況、患者家族の病識、地域での関わり状況等把握した上で）して在宅に帰していただきたい。</p>
<p>少子高齢化、都市集中化、核家族化等に依る、介ゴに対す介ゴの力価が低く将来、介ゴ保険をどうやって維持して行くのかが心配です。人間関係の絆がうすくなって来てます。</p>
<p>在宅移項された方について、後でカンファレンスを開くこと。退院後に病棟スタッフに在宅医療（療養）を見に御家庭にまで足をはこんでいただくことが解決策ではないかと考えています。案ずるよりまず訪問医に連らく相談していただければと思います。</p>
<p>在宅医療を向後とも実践する為には、左記の如く、医療・介ゴ各保険の境界を明白にしてもらうことが重要。又、制度をコロナに変えないようにしてもらいたい。</p>
<p>病状等についてある程度説明をして欲しい</p>
<p>基本的には紹介を受けた方を在宅でみていく方針に変わりはないので、病院医師に多くのことを求めようとは考えておりません</p>
<p>不安を抱えて在宅に戻る患者へ安心感を与えられる態度と増悪時対応についての約束が必要ではないかと思う。</p>
<p>病院でできることがあるのかないのかを明確にして退院させて欲しい。末期、看取りについてある程度、説明して欲しい。</p>
<p>在宅での臨床は臨終では終りにならないことを考える</p>
<p>病院医師は、病気に興味あっても、病人には関心が無い。どんなにガンバっても「神」にはなれず、人生100年（歳）以内である現実からQOLを中心・考えていく教育が必要では。</p>
<p>在宅で起った変化の際の対応e t cについてかかりつけ医となる医師とよく連絡を取ること。その他は特に問題にしていな</p>
<p>急救、急変時には対応出来ない事もある。</p>
<p>疼痛管理を含めた緩和医療に興味を持って頂きたいと思えます。自分にも言える事ですが、勤務医は患者さん（特にターミナル患者さん）への傾聴姿勢が不足しています。忙しくて時間が無いので仕方ないのですが、こうして訪問診療をしていると話を聴くだけで痛みや苦痛が和らぐ事を改めて感じます。</p>
<p>・ターミナルの時は原則、告知しておいてほしい・退院のことを考えた時に、介護保険を申請しておいてほしい</p>
<p>別添資料あり</p>
<p>都市部では、病院の受け入れが、特に高齢者でむずかしく、その事が、在宅移行への不安となり、在宅移行がむずかしい。</p>
<p>急性期病院、在宅療養支援診療所ともに医師は疲れており、厚労省の予算ありきの政策では今後増々医療（師）は疲弊すると思われる。</p>
<p>・これからは「人が多く死ぬ時代」「多死の時代」をむかえます。さけられないことです。・一生に一度のことですから、できるだけ暖かい環境で最期をむかえられるように「自宅で死ぬのか」「病院で死ぬのか」「施設で死ぬのか」「高齢者アパートで死ぬのか」色々選択肢があるので国は大きな方針をたててほしい。・医師やナースやケアマネ、家族は「看取りについて」「多死について」「たすけない医療について」コーギを受けていない→ぜひ川嶋先生がけいもう活動をおこなってほしい</p>
<p>在宅でみることができなくなった場合は、病院に戻れるという安心感を与えることが、自宅での看取り増加につながると思います</p>
<p>病院に勤務している専門医が偉く、忙しいと思わない心意気。</p>
<p>今後は訪看との連携が重要</p>
<p>患者やその家族が望む形の在宅医療が可能な往診医かどうか見極めてできる事と出来ない事を説明する必要がある。</p>
<p>患者様、家族に対する病状の説明が不十分な場合が非常に多い感じがします。たとえば“末期”という言葉だけでは、これから何がおこるのか家族にはわからないため不安が強くなっている事が多い。</p>
<p>医師側に技術、知識、資質が十分であることは言うまでもない。一番重要なのはその家族である。私事で申し訳けないが、私の父は寝たきりとなり、（約15年前）私の母親が在宅で世話をしておりました。私は形成外科でしたので褥創の恐しさを十分知っておりましたので、母親に指導を行い十分管理するように説明致しました。しかし、1人ではいくら分かっていても無理で、私も出来る限りつきそい、管理を行ってましたが夜間の体位変換が十分行えず、褥創を作ってしまった。そこから肺炎を来し、死亡致しました。経験上、在宅で十分管理するにはman. powerが必要と思えます。それでなければ病院での管理が必要かと思えます。</p>
<p>在宅医療をひとつの専門性のある職種と考える現段階からさらに進んで、専門性のある在宅療養支援診療所が協力して地域の医療ニーズをカバーするようになるのではないかと考えます。</p>
<p>患者さんと家族の人間関係を感じる力、思いやりの心。</p>
<p>社会資源の活用を積極的に出来るところをつくる。</p>
<p>安定しているうちに、在宅に移行していただきたい。亡くなる直前に在宅へ移行することは控えていただきたい</p>
<p>都会での在宅療養支援診療所は非常に困難で現在医師の多くは職住分離の為、終末期、家族の不安感等で救急医療の方に移行する考えが多数を占める。</p>
<p>余り現実的になり過ぎて闊居を高くし過ぎてはいけな。やゝもすると在宅にのめり込む医師は独善的になり過ぎてしまうので一般開業医がその技術、余裕、年齢と体力等で参加できる範囲で参加してもらえる様底辺を広く間口を広く考えねばならない。決して在宅医療がベストの選択とは限らないことを自戒する必要がある。</p>
<p>在宅医は救急医療を担っているわけではありません。時間外にcallされるのは、看取りがほとんどです。従ってcallは2〜3回/月です。だから1人の常勤医にも支診が出来るのです。</p>
<p>患者、家族の思い、気持ちをくみ取るという、医療者に求められるあたり前の事が出来る、理解できるさえあれば、特別な技術、資質は特に必要ないのでは？（病院医師）</p>

在宅にてできる限界を理解して欲しい
何ごとでもやってみなくてはいけないと思っています。mindつまりやる気があればかなりのことはできる。信頼関係もやりながらつくりあげていくものだと思う。尾道の井山先生のところのような多職種協働をめざしていますがなかなかすみません。出会い話し合い分かりあうことが必要と思っています。
現在介護保険もからみいろいろ複雑で大変。理解が必要だと思います。
まだまだ在宅医療の認知度はDr、一般ともに低いと思っています。もっと在宅医療を積極的に行い、広めていこう、と思うDrの出現を切に望んでいます。
コミュニケーション技術を、ちゃんとした教育うけること。(自費で!) 例えばコーチングやNLPなど。
多職種間連携(在宅医と後方病院の連携)
在宅では医療レベルも看護や介護のマンパワーも限りがあるし患者さんや御家族によっても考え方や希望が異なります。できる限り個人に合せた医療が可能になるよう、許容範囲を拡げて見て頂ければありがたいと思います。互いに無理のないよう、許しあえることが在宅診療につながるかと考えてます。
「往診」同行していただき、現実を見ていただくのがベストだと思います
急性期ももちろんですが、老健、療養などでよんどんでしまう方達の在宅復帰も重要と日々感じます。難しいですが…
在宅における環境のは握をしっかりとしてほしい。
在宅医療の役割の認識が必要→(十分ができない状況ありPtがわがまま治療が流されることありetc)
在診がなぜ他科に比べて診療報酬が高額に設定されているのか、その意味をしっかりと理解した上で診療を行っていただきたい。
顔と顔がみえる、想いのある人どうしの繋がりが大切。
傾聴ができること。家族も、Ptも満足できる医療を求めます。
最近、癌末期の逆紹介が増えているが、在宅で最期を迎えることを希望する患者を、死の直前に逆紹介する例が増えている。癌患者に対しては、病院とかかりつけ医が、安定している時期から、連携して見ていくことが望ましい。専門医とかかりつけ医の連携を、患者自身も理解する必要がある。
病院医師というより、在宅療養支援診療所の医師がどこまでできるかということが必要だと思われる
急変時の入院うけ入れ体制の確保。
悪化した場合の受入
自分が持っていない技術等は、必要に応じて病院から指導を受け、在宅医療に役立てている。(例ば、ガストロボタン交換術を指導受け、在宅で交換している)
むやみに持続導尿、IVH栄養などにしないでいただきたい。
在宅というものにも少し関心を持ってもらえたらよいかと思っています
特にありませんが、病院医師・スタッフそして受け入れる診療所側が密に連携をとることが必要。
技術も知識も、必要かもしれませんが、一番大切な患者さんや家族さんに対してへの精神・心をしっかりもっていただきたいです。そうすれば技術も知識も資質もおのずとついてくるものと思います。
最期をどこで、どの様な形で迎えたいか、過ごしたいか等について、本人、家族に考える機会を入院中から、与えて欲しい
病院の医師は病院通院困難な状態、水分および食事摂取不能状態になるとすわち末期にならなければ我々のところに紹介なし。我々は病院での加療の延長というつもりで頑張っているが病院医師はそのようなことに対しての知識も理解も少なように思える
患者と、患者をとりまく家族に対しての教育、特に患者の気持ち、家族の気持ちをよく話し合ってから在宅へもどして欲しい
病状悪化時の受け入れ病院の増床を
先ず、在宅医療の現場を知る。
(添付資料あり)
患者さんやご家族の希望があれば、出来るだけ早く在宅に戻して欲しい
在宅医療を少しでも実践する機会(研修等)をもってほしい。
誠心誠意
出来れば、保険算定出来ない医薬品は退院前に変更しておいて頂きたいが、病院医師のハードな勤務体制からあれこれは言えないやはり連携室(病診連携室)が機能して頂くのが現実的
予せめ合併症などで緊急入院が必要な時、すぐに受け入れて頂ける体制づくりが必要。
在宅医に直接電話等で連絡頂ければお互い不足点を補えあえる医療が可能と考えられます
患者と家族の気持ちに配慮する。尊重する姿勢が必要。
診療所医師、訪問看護師、その他についての認識、理解をもって欲しい。そうして、信頼して欲しい。一言、よろしくと云ってもらえば、多分それに応えるだけの力は診療所も看護師も(多分想像よりずっと)持っている。
共に学ぶ場面をつくることからスタートしたいです。
「百聞は一見にしかず」と思っています。訪問診療を体験して頂くために、研修医の1か月地域医療研修をうけいれています。
・病院医師は、短期間(数年位)で移動がある様です。・診療所医師は原則として、移動がなく、患者さんが亡くなるまで責任持って診て行きます。お互いの医師の連携とれる様な間柄が必要だと思います。
急性期病院の医師は多忙すぎる部分あり。電子カルテ導入後医師ばかりに仕事が集まる。地域連携、病棟ナースが在宅へ返す指導がきっちりできるようになる方が良い。その中で医師しかできない指導、説明のみを行わせるのが望ましい。
予後と死の時どういうことが起こるかをはっきりと説明できること。どういう対応をするかなど。
所謂、高齢者専用のマンション等の、専属医的立場での『在宅医』が、不必要な頻回診療を行い収益増加を図るが如き行為は、今後の在宅医療費増大を生じ、在宅医療全体の評価を損なう事と、自戒しております。
・在宅移行前に病名、予後告知を行い、患者家族が納得の上で診療所に紹介してほしい。・緊急時に確実に受け入れて欲しい(入院も含めて)
一度は往診を経験しておいてほしい(3ヶ月位は)
宗教心のある方…これは難しい!
在宅というフィールドの実際を知ろうとするかどうかの内的志向性に働きかけられるかどうかにかぎるようです。一般的条件整備も確かに必要ですが、Dr個人が興味を持つ条件について考えたいと思います(全く、在宅の考えがわからないDrもいると思いますので、全てを期待しません)
疾患別に最良の医療を考えるのが病院の先生方の考え方で、今置かれた状況の中で、その患者個々に最善の医療をするのが開業医ではないかと考えます。
①在宅医療が病院医療の単純な延長でないことを知る②在支診の実力(専門性、医療提供態勢、医療提供態勢の内容等)を良く理解する③介護関係の整備が格段に進歩していることを理解する
「病院での治療が終った。これ以上やることはないの、退院してほしい」ということは云ってほしくない。oppoが普及してからこうした傾向が強くなりました。

<p>病院医師のみならず看護師からも自院（診療所）の看護師に知識・技術の提供を希望します。実際当院では連携病院から、知識技術の提供を受けており大ヘン役立っています</p>
<p>・緊急時の受け入れを行ってもらう。・診療側の情報を病院側に分析、ストックしてもらう。</p>
<p>退院時に、PEGまたはCVポートを設置していただけると、PtのQOLを高めるのによいです。</p>
<p>在宅は、病院のバックベッドではないこと。</p>
<p>在宅医療に関する技術・知識を病院医師個人にのみ求めるのは無理ではないのだろうか。資質と共にこれらは実践して得られるものの多いが、病院医師全員に在宅診療の経験を求めるべきなのだろうか。しかし問7で“急性期病院の疲弊を改善するための在宅支援診療所の役割”を論じているように現状では無理と思われる。各病院としてそれらの技術・知識を有する中核の医師・看護師・ソーシャル・ケースワーカーがいて、患者・家族・主治医をバックアップすることが必要ではないのだろうか。緩和ケアが主治医とは別に各病院にいるように在宅ケアチームが必要なのではないだろうか。</p>
<p>もし、自分が、この患者さんを自宅で診ていくならという事をよく想像して考えてもらえれば、何をすべきか、何をせざるべきか、何を家族と話すべきか、何を在宅医に話すべきか、自ずとわかるはず。在宅医だから何でも対応できるって言うのならあとは任せよう！という気持ちがある限り、受け入れる側の不満は消えないと思います。</p>
<p>いろいろあります。コストの問題も全て、理解されていない人も勤務医に多いと思いますし、開業医は楽しもうけていると思われる人も多いです。</p>
<p>患者を受け入れる家の状態、家族の構成、経済的な余裕について知っていただき、疾患のみならずこれらについて連絡頂ければと思います</p>
<p>とにかく、もっと早く在宅に帰してあげてほしい。ターミナル期でなくても病院の外来と、在宅の併用で行なえばすることがなくなった…と、急に在宅へということもなくなると思う。ENTして、2～3日や1weekで亡くなるというパターンが、けっこうあるのです。これは、本人や家族、在宅医療を引きうける側にとっても、不幸です。病院のDrは、もっと在宅医療のイメージを持ってほしいし、研修の中にもり込んでほしいと思います。</p>
<p>基本的に受け皿である、在宅医の技術があれば、どんな状況で紹介をうけても大丈夫と考えています。例えば、私は元、循環器の救命医です。その場合、3次救急としては、紹介元Drには、あまりいい紹介状や、検査結果が出てから紹介ではなく心筋梗塞、不安定狭心症を疑ったら、すぐに紹介してほしいことを伝えていました。在宅緩和ケアも同様です。もし、時間がなく、家に戻りたいならばまず自宅に、そこから、すぐに多職種、他事業所でチームをくむことができる、自信があるからです。症状緩和も、ある程度経験すれば、紹介状なしでも、本人を診て、のんでいるクスリをみれば、予測指示を含めて対応はできるでしょう。求めるとすれば、紹介するDrではなく、受ける側のDrの技術、知識、資質をこだわりたいですね。</p>
<p>患者様が在宅へ戻られる際に病院医師に求められるものは、技術、知識、資質etcも大切であるがそうではなく一人の人間としての想像力（イメージーション）だと思います。1人の患者様が人間として在宅へ戻る際にいったい、何にお困りになるだろうか。どんな症状が出現するだろうか。御家族の受け入れ体制は？その方のお仕事は？家族さんの仕事やプライベート、介護負担は？それを支えるCMさんは？訪問介護、看護に従事する負担は？在宅診療にたずさわるDr.の治療方針、バックアップ体制は？etcちょっとした、思いやりと想像力をお持ちであれば…。突然、患者様を紹介状と共におい出すように退院させたりすることもなくなると思います。癌の末期の患者様を6ヵ月間も入院させておきながらお正月前になって突然、在宅医療というのがありますよ。訪問看護というのがありますよ。と説明し、介護申請もせず、ケアマネージャーも依頼せず“患者様が最後に自宅まで希望されておられます”と一文を添え、退院させる。エセヒューマンリストのDr.が減ることを心より願います。（※本当は、とても素晴らしい先生方がおられるのは十分に存じ上げた上であり、大変失礼で申し訳ございません。）</p>
<p>最終的には自病院のベッドでの看取りでもよし、在宅死でも良しのスタンスと、在宅医自体のレベルを知っていてほしい。（すべての在宅医が同等のレベルであるはずがない！）</p>
<p>在宅導入に関しては、患者との意志確認、病状checkなどに最低でも10日前後（約1～2weeks）かかる。病院ではすぐ出したがる傾向にあるが、きちんとした準備期間は最低でも与えて頂きたい。あと退院したら、もう終わり、といった風調が病院にはある。これもやめてもらいたい。移行期間の責任は病院側が持つべきである。在宅要請でよくあることだが、退院日が決まっっていて、あとは在宅医待ちになっている。これは明らかにおかしい事で、こちら側の準備確認をもって退院日を決定してもらうべき所。一番困るのは患者家族である。準備期間を逆算して勤めてもらえるならばそれが一番良いこと。病院というだけで立場が横柄な職員が多い。我々、何でも出来る在宅医は大病院の要職を経てきているのがほとんどなので、病院内対応は手に取る程わかる。浅はかな病院が多い。</p>

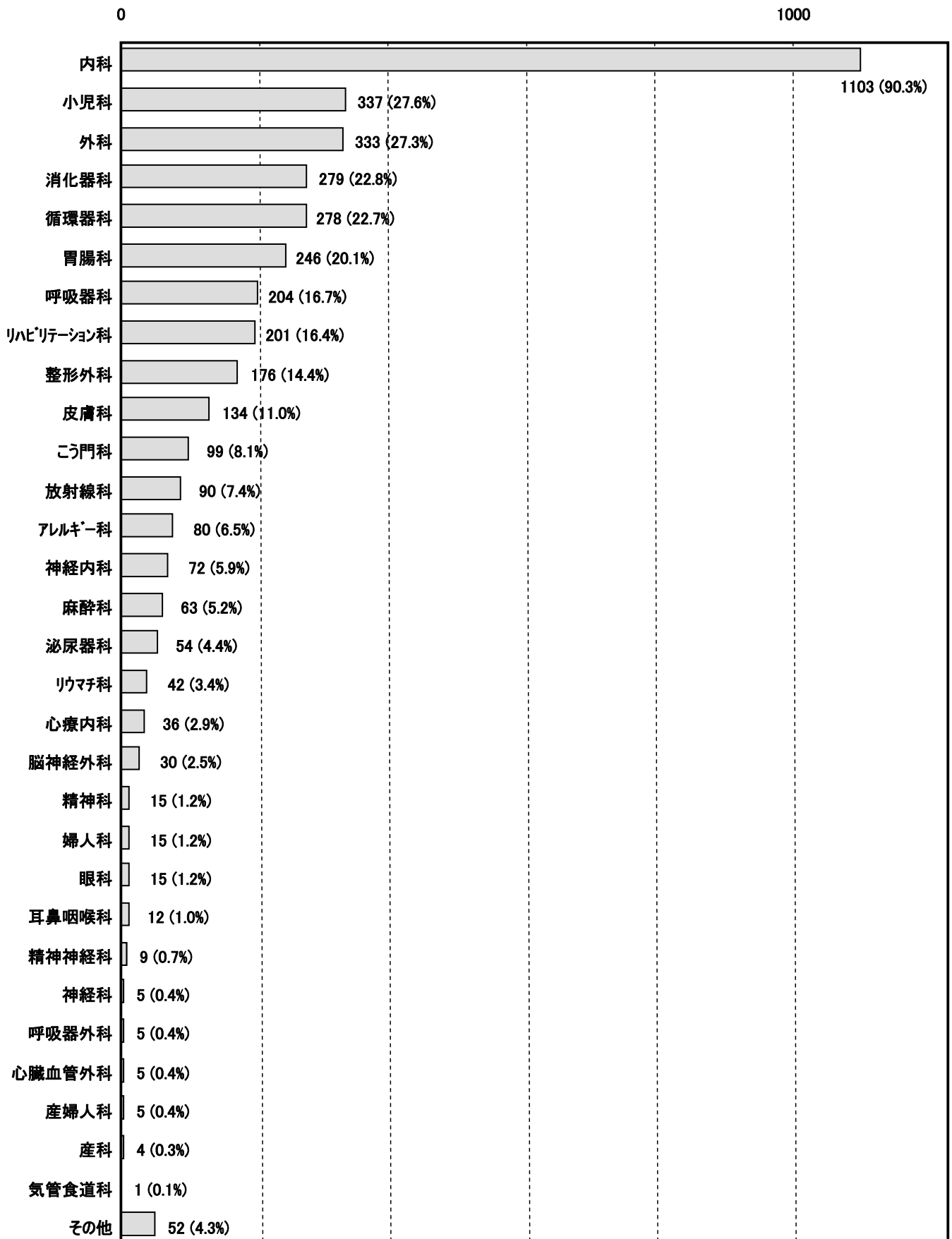
診療所 問9 回答者属性

図診-9-1 標榜診療科 (n = 1,222)



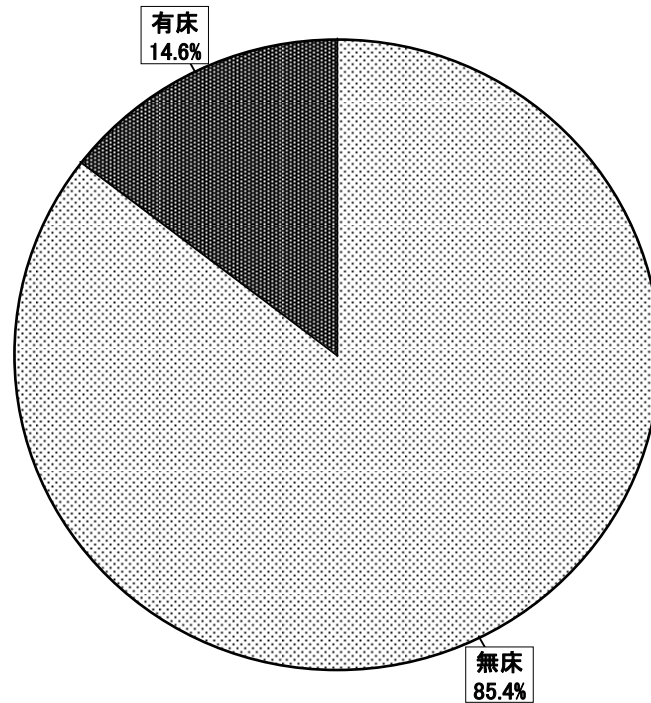
診療所 問9 回答者属性

図診-9-1 標榜診療科 (n = 1,222)

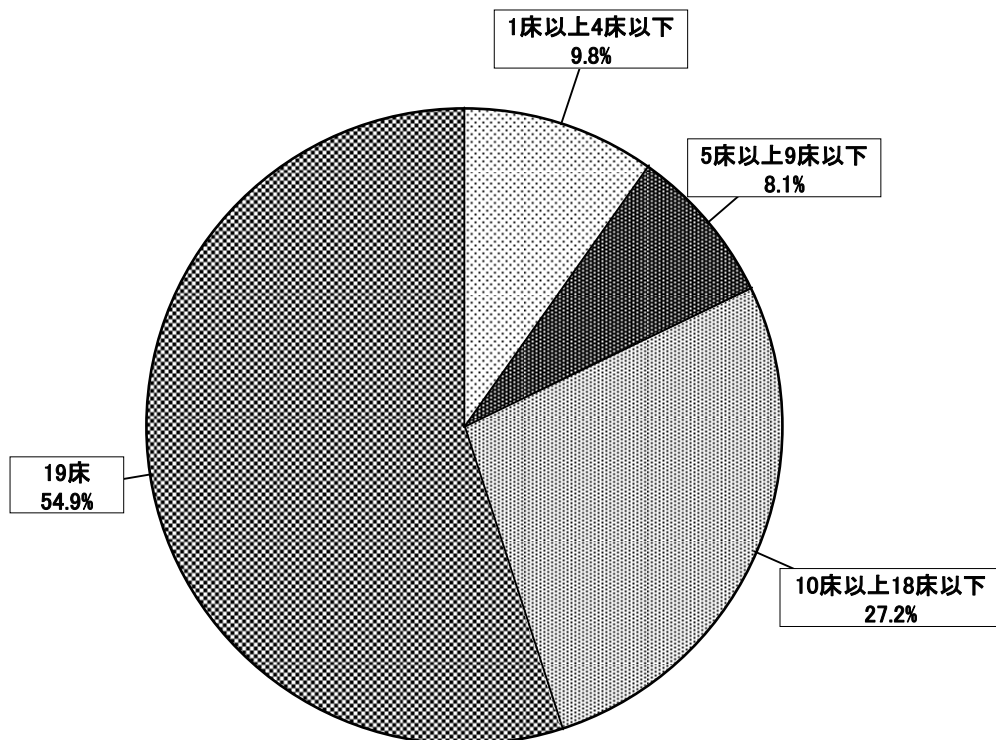


診療所 問9 回答者属性

図診-9-2-1 病床の有無 (n = 1,206)

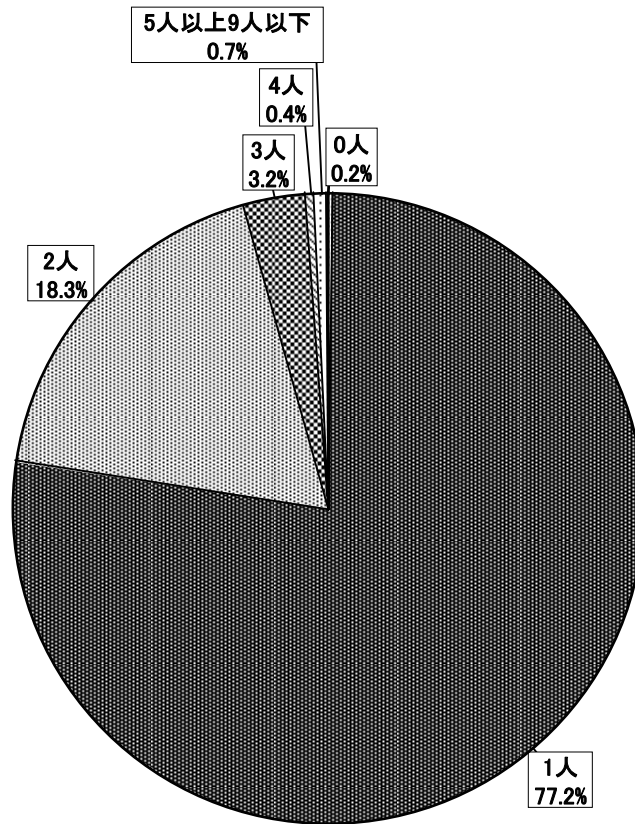


図診-9-2-2 病床数 (n = 173, $m \pm \sigma = 15.5 \pm 5.5$, 有床診療所のみ)

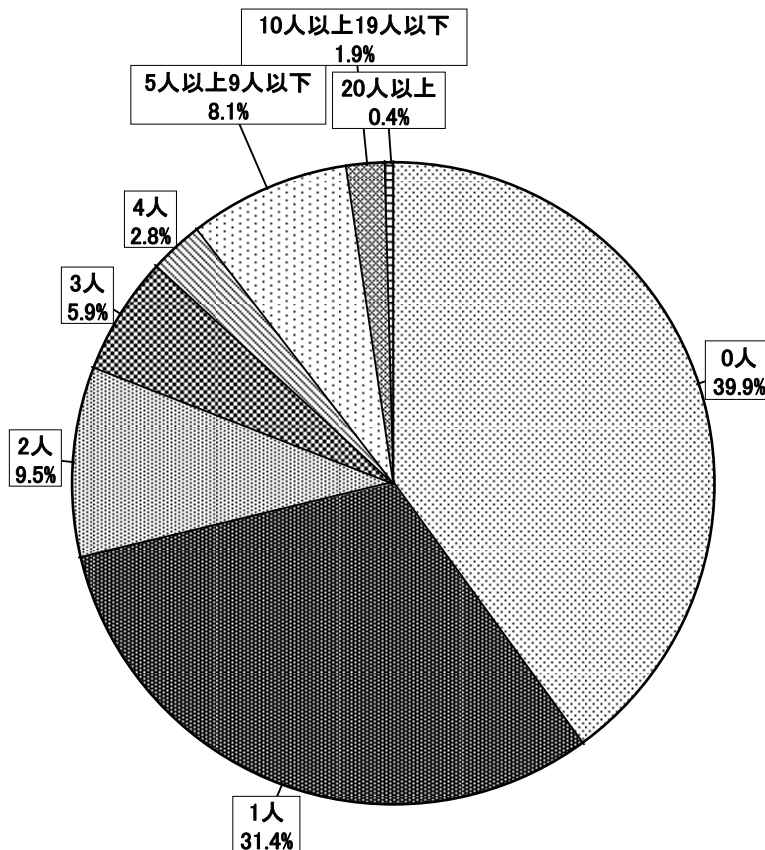


診療所 問9 回答者属性

図診-9-3-1 医師数 - 常勤 (n = 1,218, m ± σ = 1.3 ± 0.8)

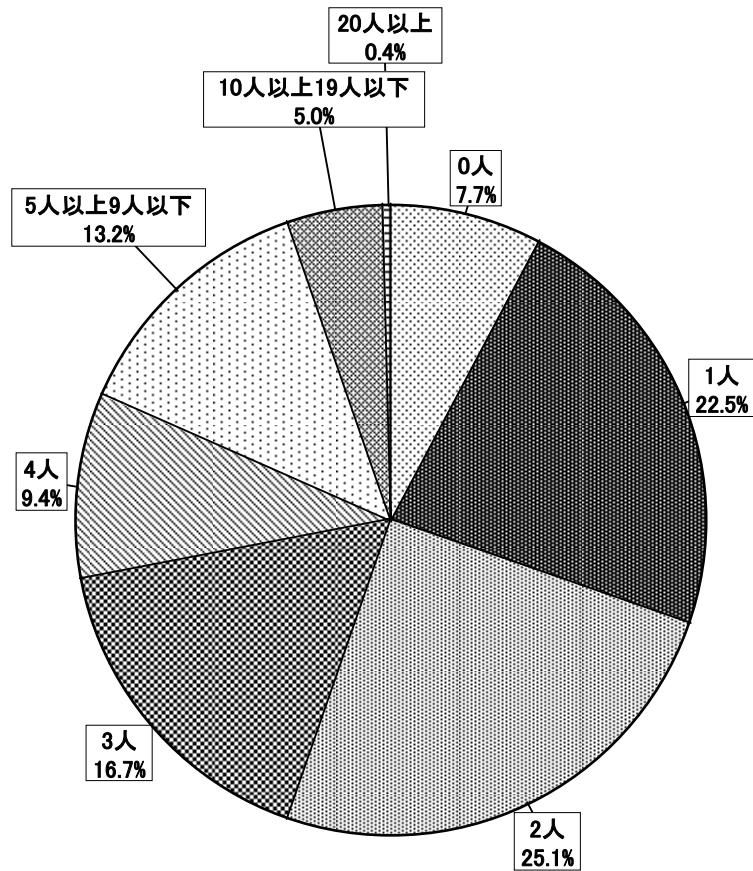


図診-9-3-1 医師数 - 非常勤 (n = 726, m ± σ = 1.8 ± 4.2)

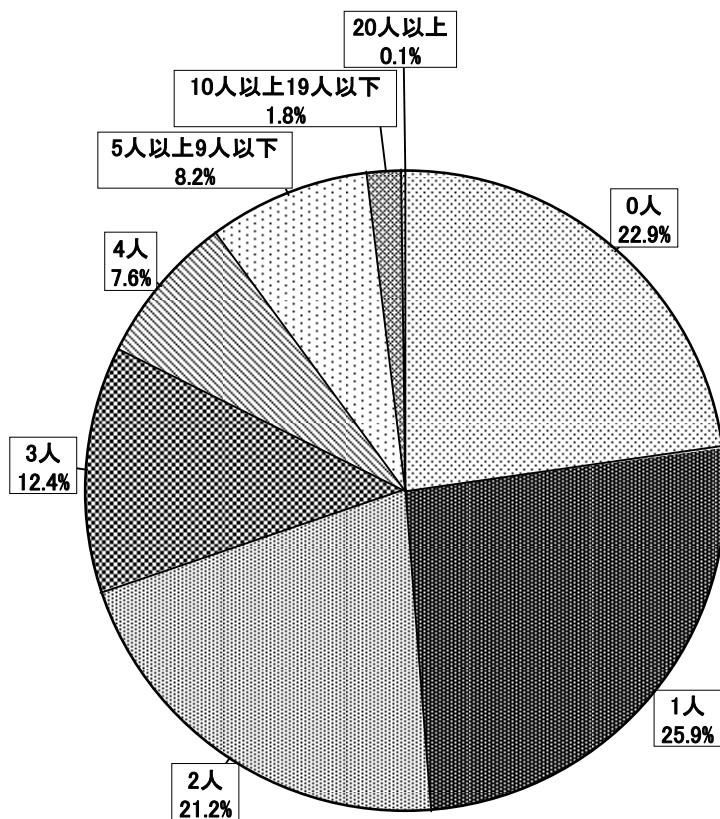


診療所 問9 回答者属性

図診-9-3-3 看護師数 - 常勤
(n = 1,102, m ± σ = 3.2 ± 3.2)

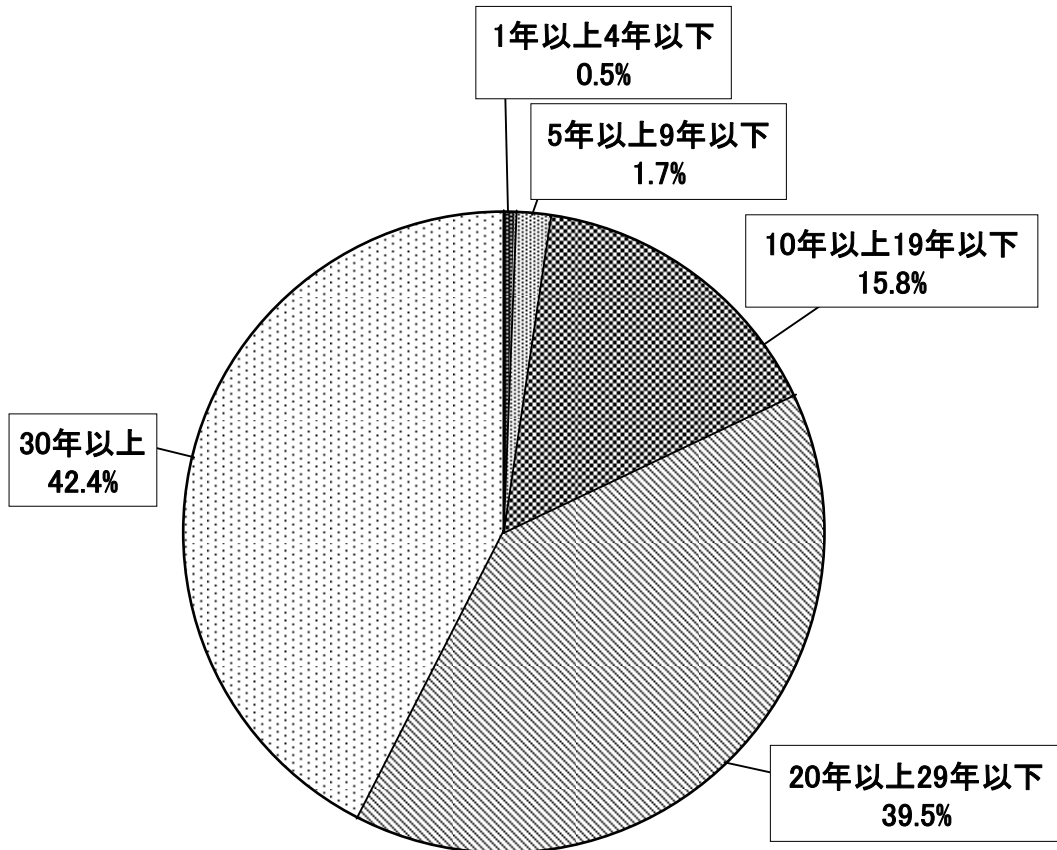


図診-9-3-4 看護師数 - 非常勤
(n = 831, m ± σ = 2.1 ± 2.2)

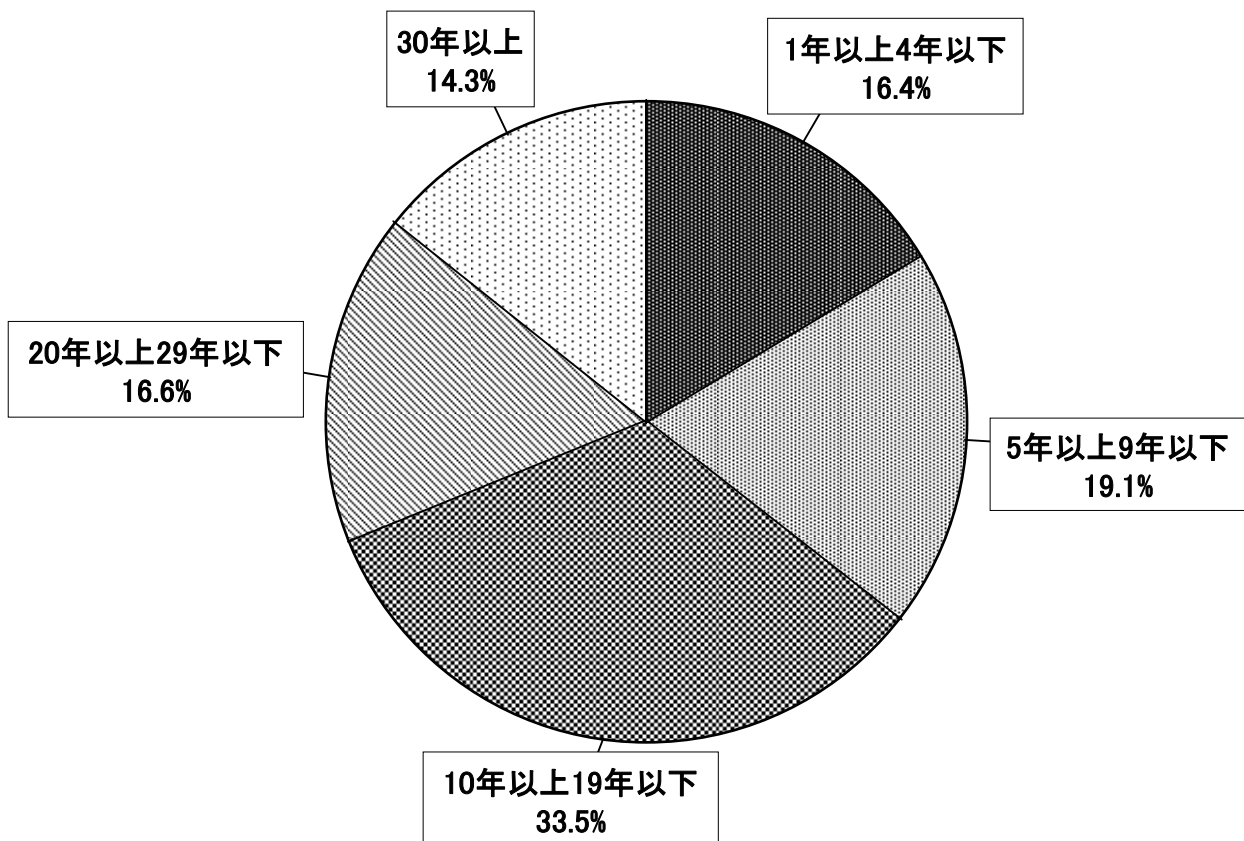


診療所 問9 回答者属性

図診-9-4-1 臨床経験年数
(n = 1,098, m ± σ = 27.8 ± 10.1)

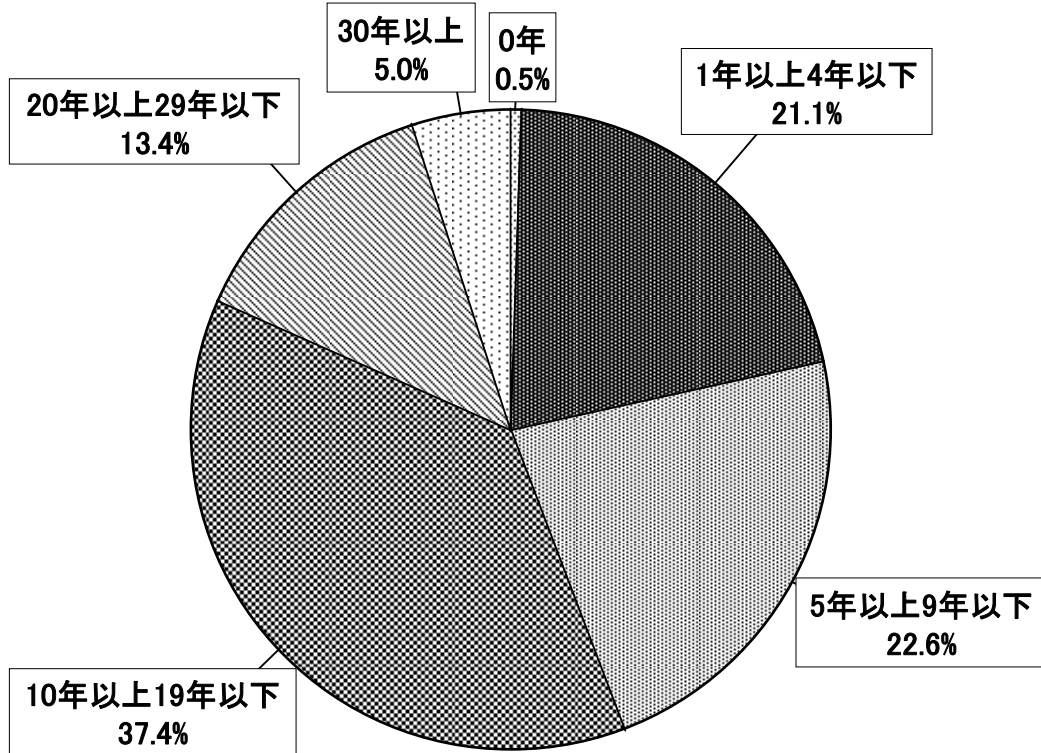


図診-9-4-2 診療所開設後経過年数
(n = 1,136, m ± σ = 15.8 ± 12.8)



診療所 問9 回答者属性

図診-9-4-3 在宅訪問開始後經過年数
($n = 1,097$, $m \pm \sigma = 11.7 \pm 9.2$)



在宅移行を促進する病院医師機能の教育強化と
介護連携推進戦略に関する調査研究事業
事業実績報告

— 中 卷 —

調査結果－在宅療養支援診療所

平成 22 年 3 月

平成 21 年度老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

厚生労働省発 0917 第 1 号

研究代表者 川島 孝一郎

仙台往診クリニック
東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野

〒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
