

# 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

### — 下 卷 —

調査結果—病院

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

## 下巻 調査結果 - 病院

調査票	1
問1 在宅療養支援診療所について	17
問2 連携上の課題について	19
問2-1 連携上の問題	19
問2-2 在宅移行についての今後の取組み	26
問2-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性	27
問2-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施	48
問3 在宅医療の研修について	69
問4 在宅療養支援診療所の役割	71
問5 在宅医療を実践する医師へ求めること	92
問6 地域連携退院時共同指導料の算定状況	109
問7 在宅移行にむけた説明	117
問8 回答者属性	118
職種別	
問1 在宅療養支援診療所について	125
問2 連携上の課題について	128
問3 在宅医療の研修について	249

## 病院長殿・看護部長殿・連携室長殿

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 3 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病院の医師が理解しやすく④患者が納得できる在宅療養の説明書の作成が求められます。病院長、看護部長、連携室長の3人のご意見をもとに説明書を作成し、全国の病院で在宅移行を促進するための教育強化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一切ございません。

### 【調査票配布対象先】

・臨床研修指定病院	802 (悉皆)	2009年12月現在
・がんセンター	32 (悉皆)	2010年1月現在
・都道府県がん診療連携拠点病院	57 (悉皆)	2010年1月現在
・地域がん診療連携拠点病院	318 (悉皆)	2010年1月現在
・地域支援病院	226 (悉皆)	2009年2月現在

※ 施設の重複を考慮し、調査票送付施設は、996ヶ所

### 【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、**3月12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：doctor@oushin-sendai.jp

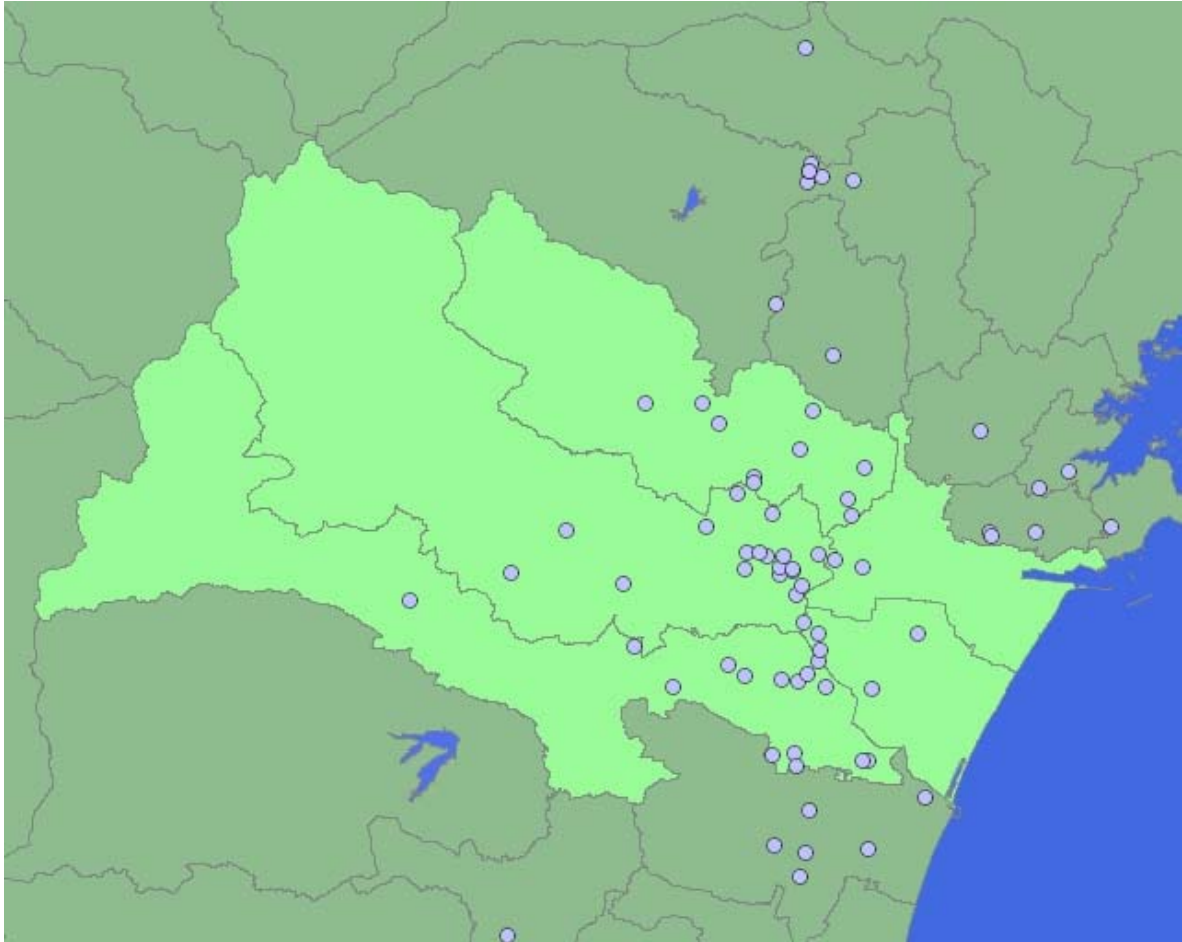
**問1 在宅療養支援診療所について**

【質問に答えるために】

**第一の作業**：仙台往診クリニックのウェブサイト (<http://www.oushin-sendai.jp/>) にて、**貴施設の周辺地域の在宅療養支援診療所の分布**をご覧ください。

隣接する他の地域の状況も同様にご覧いただけます。

**第二の作業**：そちらを参照の上、以下の質問にお答え下さい。



(例：宮城県仙台市)

1. 在宅療養支援診療所について、あてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1	在宅療養支援診療所という名称そのものをまったく知らなかった
2	在宅療養支援診療所という名称については知っていたが、 近隣の診療所のうちいずれが該当するかはまったく把握していなかった
3	近隣の在宅療養支援診療所を、いくつか知っていた
4	近隣の在宅療養支援診療所を、ほぼすべて把握していた
5	近隣には在宅療養支援診療所がまったく無いことを把握していた

2. 在宅療養支援診療所について、その情報源としてもっともよくあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1	貴施設から社会保険事務所への問い合わせ
2	社会保険事務所や行政からの、広報資料などによる紹介
3	その他の各種媒体（雑誌、新聞、インターネットなど）から
4	患者・家族から
5	各種介護保険事業所からの情報提供
6	在宅療養支援診療所からの情報提供
7	その他（具体的に： <span style="float: right;">）</span>

3. 個々の在宅療養支援診療所の質や規模によって異なりますが、在宅では以下の医療が可能です。これらの下記の内容について

1	よく知っている
2	一部しか知らない
3	知らない

### 【在宅医療ができること】

**検査**： 採血・検尿・血液ガス・超音波検査・気管支鏡  
内視鏡・X線撮影・呼吸機能測定

**処置**： 在宅人工呼吸器・中心静脈栄養・酸素吸入・胃瘻  
輸血・緩和ケア・抗生剤等点滴

### 【在宅医療でできないこと】

全身麻酔を伴う手術・CT/MRI検査・放射線治療等

**問2 連携上の課題について**

1. 在宅医療の適応となる患者を病院から在宅へ移行させる際、貴施設および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			
貴施設の医師数の不足	1	2	3
貴施設の看護師数の不足	1	2	3
貴施設の医師・看護師以外の人員の不足	1	2	3
貴施設医師・看護師の緩和ケアに関する経験	1	2	3
貴施設医師・看護師の難病ケアに関する経験	1	2	3
貴施設医師・看護師の在宅医療に対する理解と知識	1	2	3
退院時共同指導の不徹底	1	2	3
緊急入院の際の後方ベッドの準備と対応	1	2	3

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

2. 在宅医療の適応となる患者を病院から在宅へ移行させることについて、貴施設の今後の取組みとして、あてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1	在宅移行の促進に力を入れる
2	当分は現状を維持していく
3	在宅移行よりもむしろ病院での治療に力を入れる

3. 患者が退院する際、**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、**病院の医師**が知っておくべき内容に関し、実際に貴施設の医師は、以下の項目についてどの程度理解し、実施しているでしょうか。それぞれについてお答え下さい。

1	2	3	不明
理解・実施していない	どちらとも いえない	理解・実施している	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	・
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3 在宅医療の研修について**

1. 在宅医療の研修を貴施設の医師、看護師に受けさせてみたいと思いますか。あてはまるものにひとつに○をつけて下さい。

1	是非受けさせたい
2	希望があれば受けさせたい
3	受ける必要性を感じない

2. 1で「是非受けさせたい」、「希望があれば受けさせたい」と答えられた方のみ回答をお願い致します。在宅医療の研修を希望する医師、看護師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。

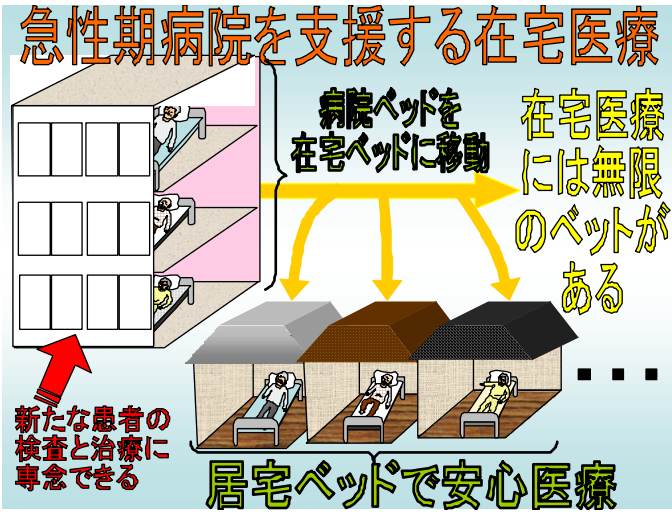
1	長期の研修を受けさせる
2	短期間であれば研修を受けさせる
3	研修を受けさせることは困難である

3. 2で「長期の研修を受けさせる」または「短期間であれば研修を受けさせる」と答えられた方のみ回答をお願いします。貴施設で受けたい研修内容について、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	多職種間連携		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			その他	36
	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	グリーンケア		
	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4 在宅療養支援診療所の役割

次のスライドを見て頂き、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**<sup>※1</sup>  
 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**<sup>※2</sup>  
 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**<sup>※1</sup> 4,677,225人/年 … A  
 そのうち：手術を要する入院 }<sup>※2</sup> 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) **588,383件/年**<sup>※3</sup> … D  
 による往診件数

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

## 【夜間】救急搬送件数と在宅療養支援診療所の往診

救急自動車による  
覚知時刻別搬送人員(平成17年中) **4,955,976人/年…A**

そのうち18時～8時の救急搬送人員 **1,639,765人/年…B**  
(平衡を要する入院、生命の危険がある入院を除く)<sup>※2</sup>

在宅療養支援診療所(11,674件)による夜間の往診件数 **226,837件/年…C**<sup>※3</sup>

在宅療養支援診療所・医師による夜間往診回数は  
**救急搬送人数の約13.8%に相当する**

※1 平成18年 救急・救助の概要(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⑤

## ホスピス緩和ケアと在宅療養支援診療所

緩和ケア病棟入院料届出施設・病床数<sup>※1</sup> **193施設3,766床**

緩和ケア病棟平均在院日数<sup>※2</sup>  
(調査に回答した96施設中) **~20日 57%**  
**~25日 95%**  
**~28日 98%**

在宅療養支援診療所による  
がん患者の在宅看取り<sup>※3</sup> (全国推計・年換算) **30,062人**

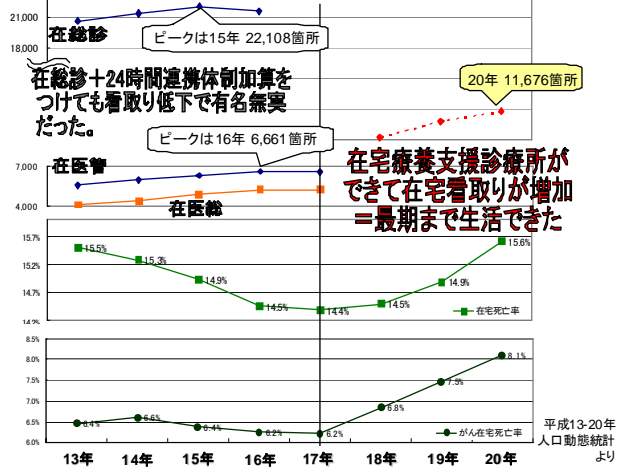
在宅におけるがん末期の平均日数を60日と仮定すると

**すでに4,942床分の機能を持つ**

※1: 日本ホスピス緩和ケア協会資料 2009/5/1現在  
※2: 財団法人日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 2006年度調査研究報告における98%の施設  
※3: 長寿 回収率を元にして全国総数を推計

図⑥

## 在宅療養支援診療所発足前後の在宅死亡率



図⑦

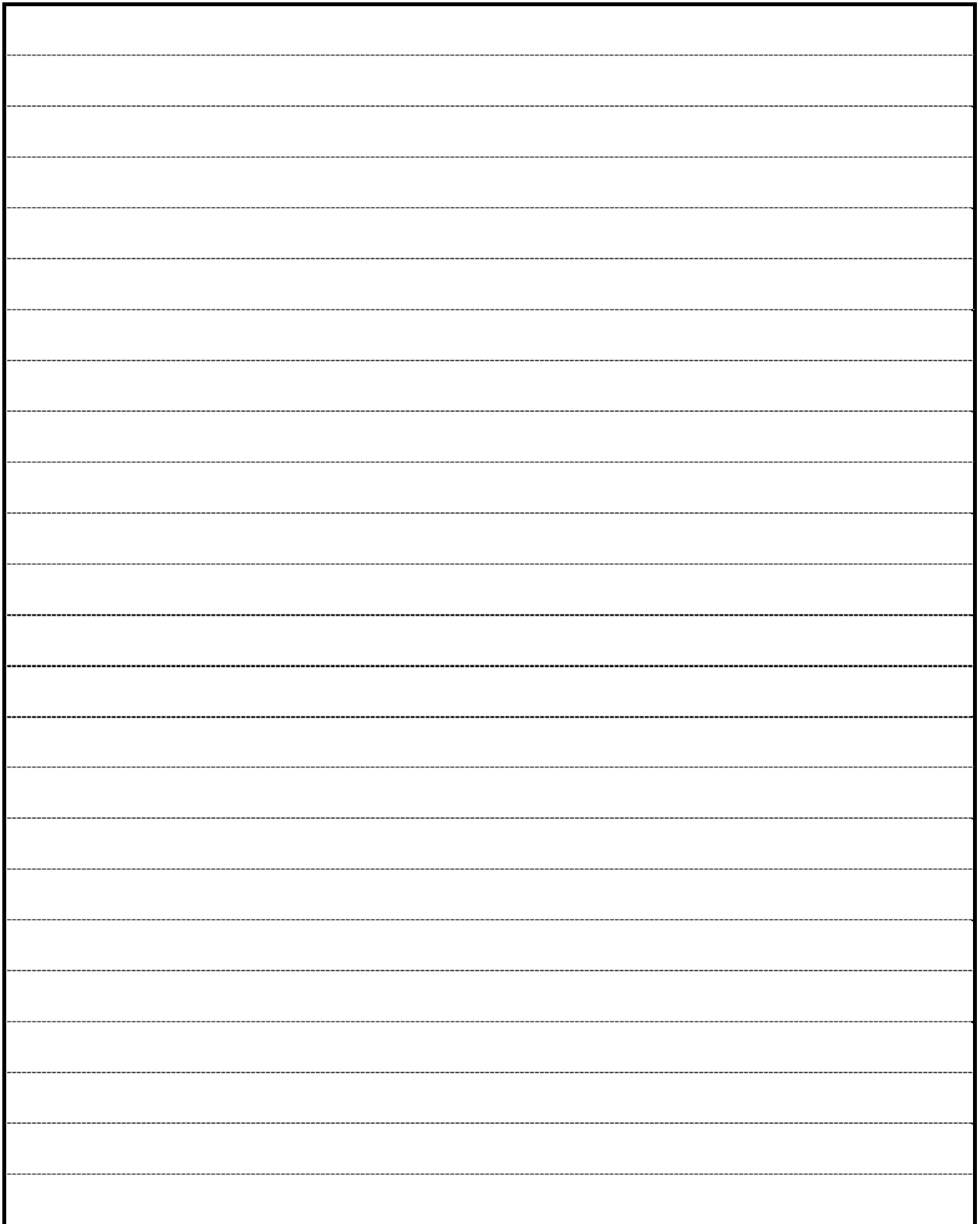
## 病院での死亡率と在宅での死亡率 在宅看取り＝最後まで家庭生活

	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年
病院での死亡率	78.9%	79.6%	79.8%	79.7%	79.4%	78.6%
在宅での死亡率	14.9%	14.5%	14.4%	14.5%	14.9%	15.6%

※在宅での死亡とは、自宅での死亡と老人ホームでの死亡を合算したものとする  
※平成20年までの人口動態統計調査に基づく

図⑧

10、11 ページの図①～⑧をご覧頂き、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。



**問5 在宅医療を実践する医師へ求めること**

患者を在宅に帰す際に、在宅医に求める技術・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6 地域連携退院時共同指導料の算定状況**

※ 連携室長にお尋ねいたします。

1. 2009年1~12月の間に、貴施設において地域連携退院時共同指導料2（入院施設側の算定）を算定しましたか。あてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1	はい
2	いいえ
3	不明

2. 1で「はい」と答えられた方のみ回答をお願いします。

施設における病院との連携体制についておたずね致します。2009年10、11、12月の3ヶ月間の地域連携退院時共同指導料2の算定状況について、以下の内容をお書き下さい。

算定を行った在宅療養支援診療所数総数		ヶ所	
算定した患者総数（★）		人	
★のうち	療法・加算別	在宅人工呼吸療法（HMV）	人
		在宅酸素療法（HOT）	人
		在宅中心静脈栄養法（HPN）	人
		在宅成分栄養経管栄養法（HEN）	人
		連続携行式腹膜透析（CAPD）	人
	疾病別	悪性新生物	人
		認知症	人
		特定疾患（難病）	人
		脳血管障害後遺症	人
		呼吸器系疾患	人
		その他（                      ）	人

**問7 在宅移行にむけた説明**

※ 連携室長にお尋ねいたします。

病院から患者が退院し、在宅に移行する場合についておたずね致します。退院時、もしくは退院前の共同指導等において、ご本人やご家族へ在宅医療や療養生活について説明する際、貴施設ではどのくらい時間がかかりますか。おおよその時間をお書き下さい。

約 \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分



**問8 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。

※記入者の職名、所在地（都道府県と市区町村名）、施設種別は必ずお書き下さい。

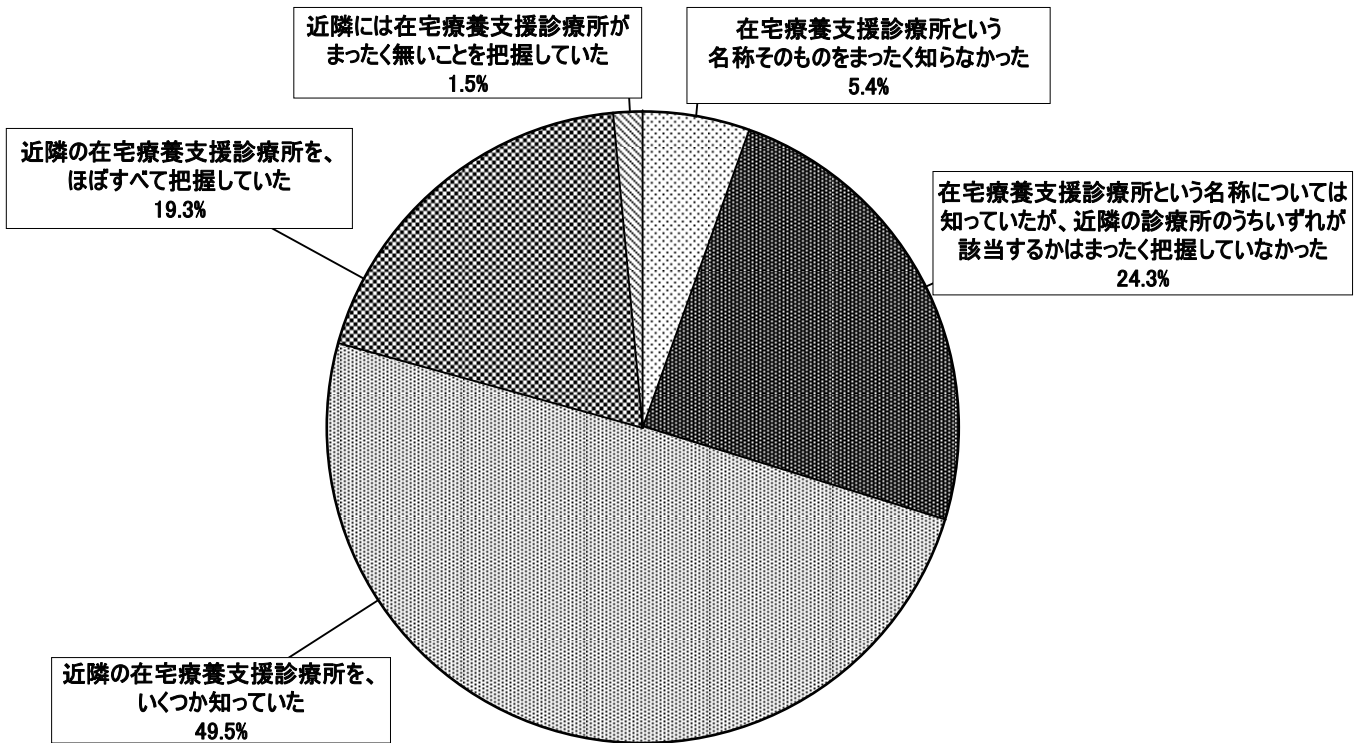
記入者の職名	院長 ・ 看護部長 ・ 連携室長 ・ その他（ ）							
医療機関名								
所在地	〒	都道府県 市区町村名 (必須)		都道府県		市区町村		
電話番号	— —							
施設種別 (当てはまる すべてに○)	・ 臨床研修指定病院 ・ がんセンター ・ 都道府県がん診療連携拠点病院 ・ 地域がん診療連携拠点病院 ・ 地域支援病院							
貴施設の診療科すべてに○をつけて下さい。	01	内科	02	心療内科	03	呼吸器科	04	消化器科
	05	胃腸科	06	循環器科	07	アレルギー科	08	リウマチ科
	09	小児科	10	精神神経科	11	精神科	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	一般病床（ ）床				療養病床（ ）床			
医師数	常勤（ ）人				非常勤（ ）人			
看護職員数	常勤（ ）人				非常勤（ ）人			

— 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。—

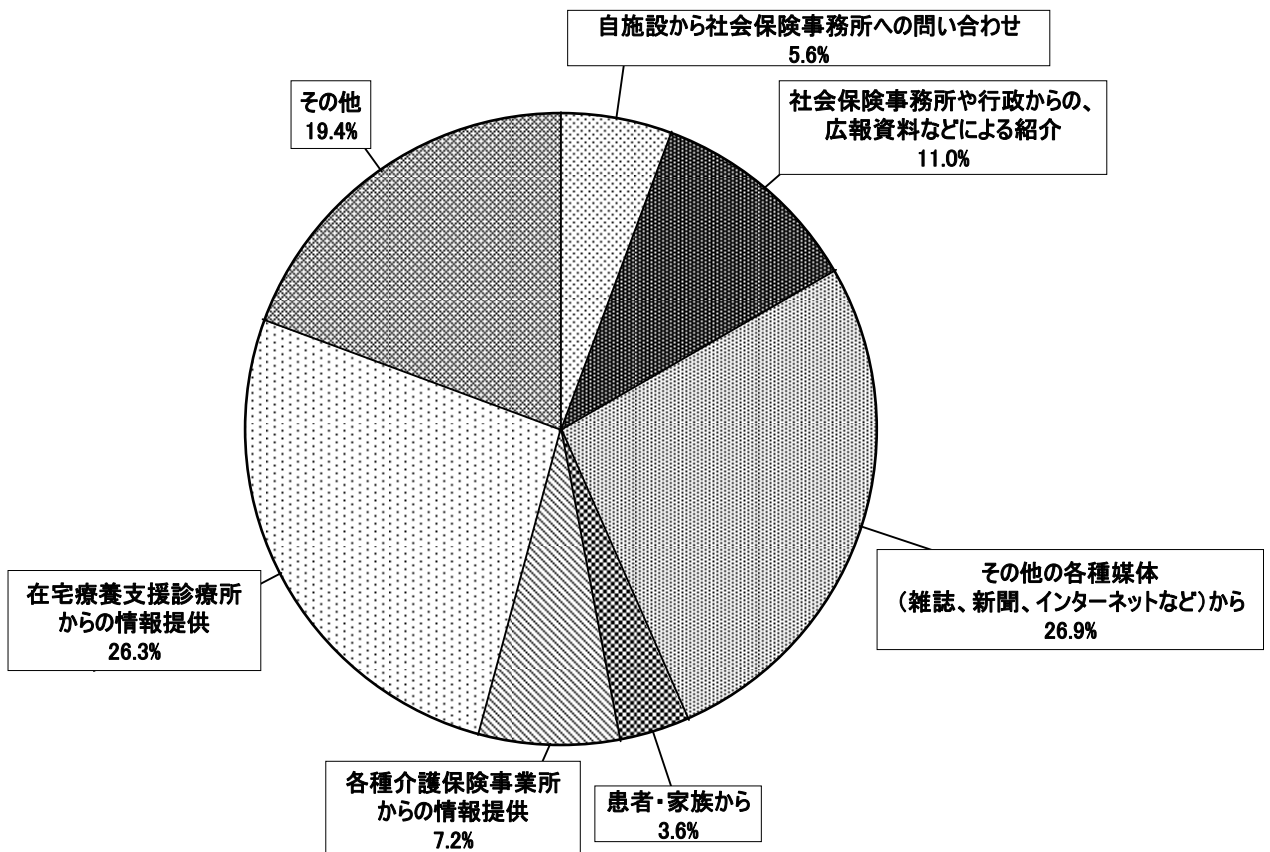


# 病院 問1 在宅療養支援診療所について

図病-1-1 問1-1 在宅療養支援診療所の周知  
(n = 404)

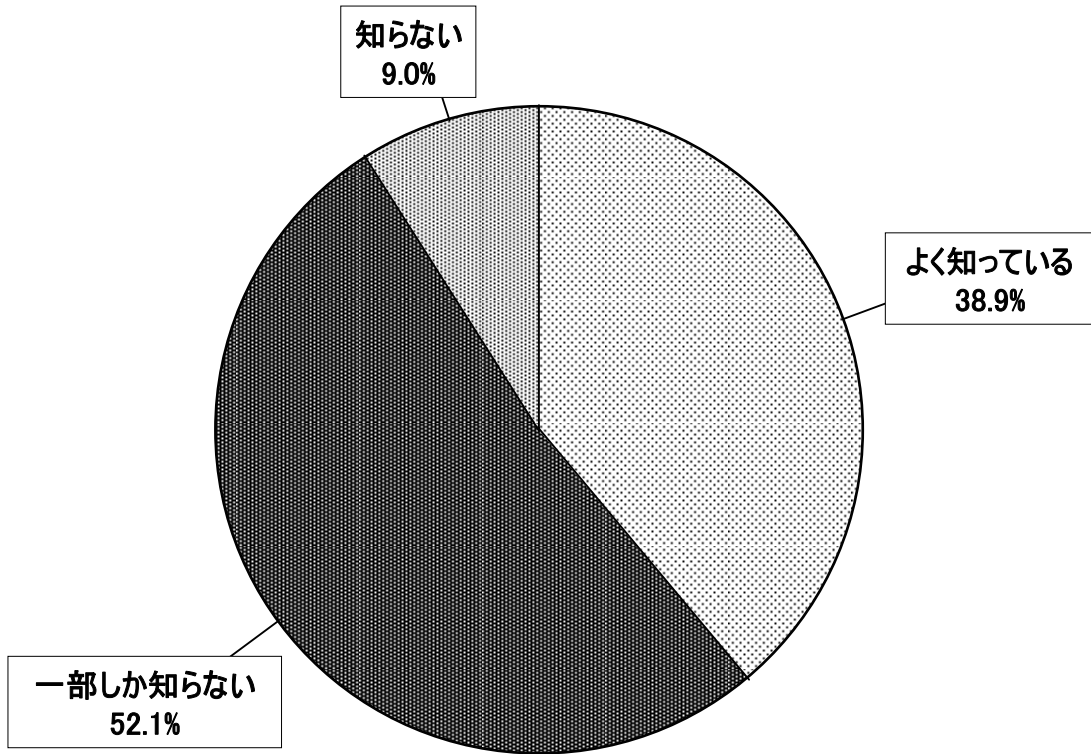


図病-1-2 問1-2 在宅療養支援診療所の情報源  
(n = 391)



# 病院 問1 在宅療養支援診療所について

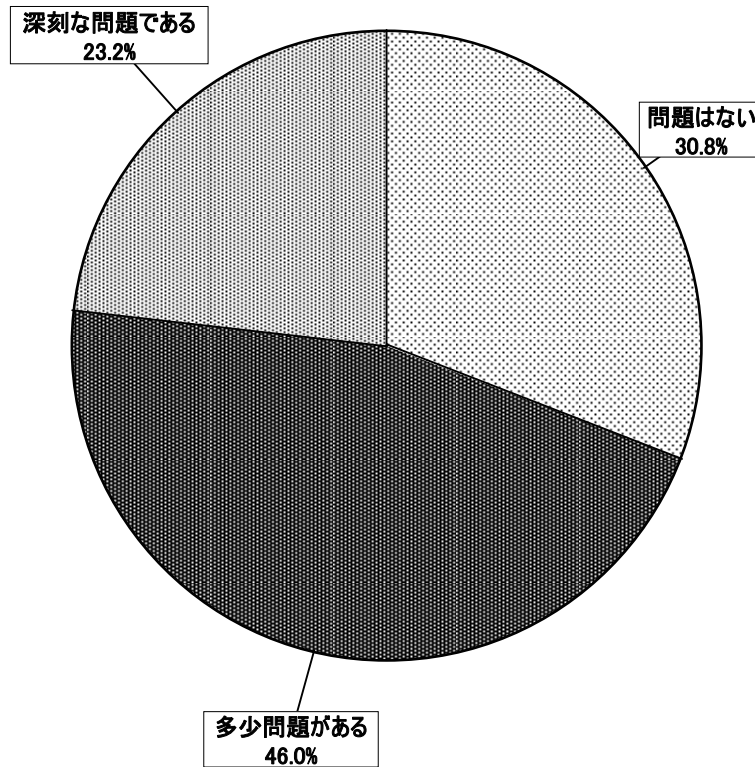
図病-1-3 問1-3 在宅療養支援診療所で可能な医療  
(n = 409)



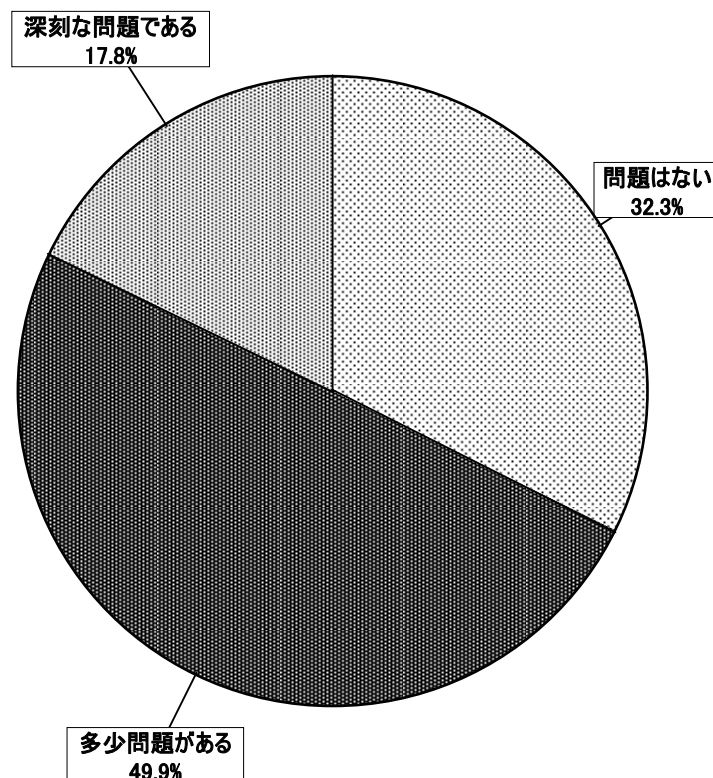
病院 問2 連携上の課題について

問2-1 在宅医療適応患者を在宅へ移行させるにあたっての問題の程度

図病-2-1-1 自施設の状況 — 医師数の不足  
(n = 409)



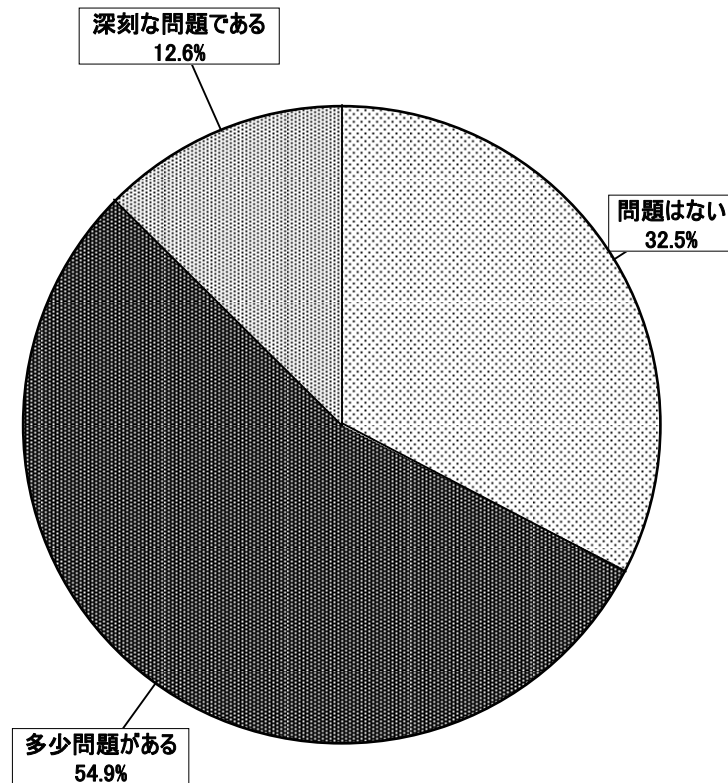
図病-2-1-2 自施設の状況 — 看護師数の不足  
(n = 409)



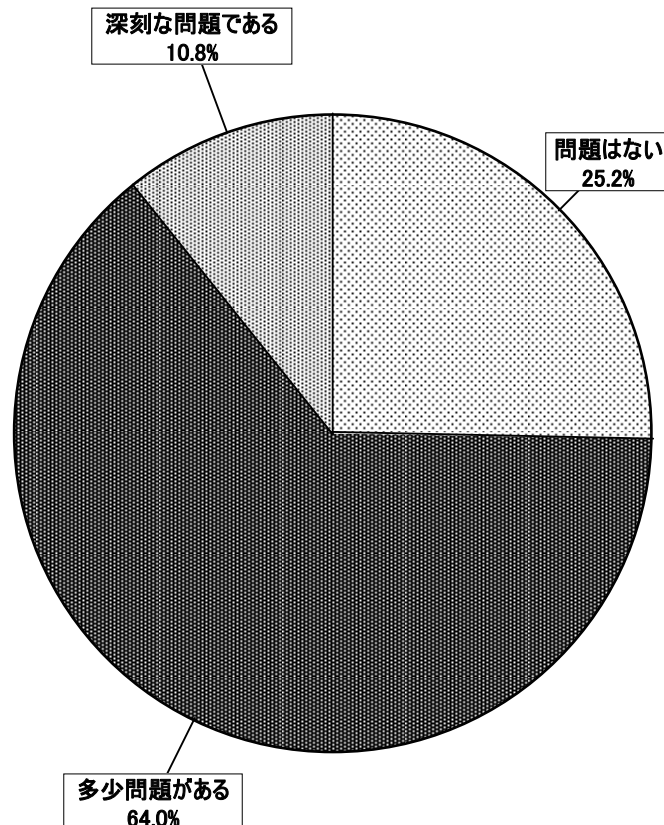
## 病院 問2 連携上の課題について

### 問2-1 在宅医療適応患者を在宅へ移行させるにあたっての問題の程度

図病-2-1-3 自施設の状況 — 医師・看護師以外の人員の不足  
(n = 406)



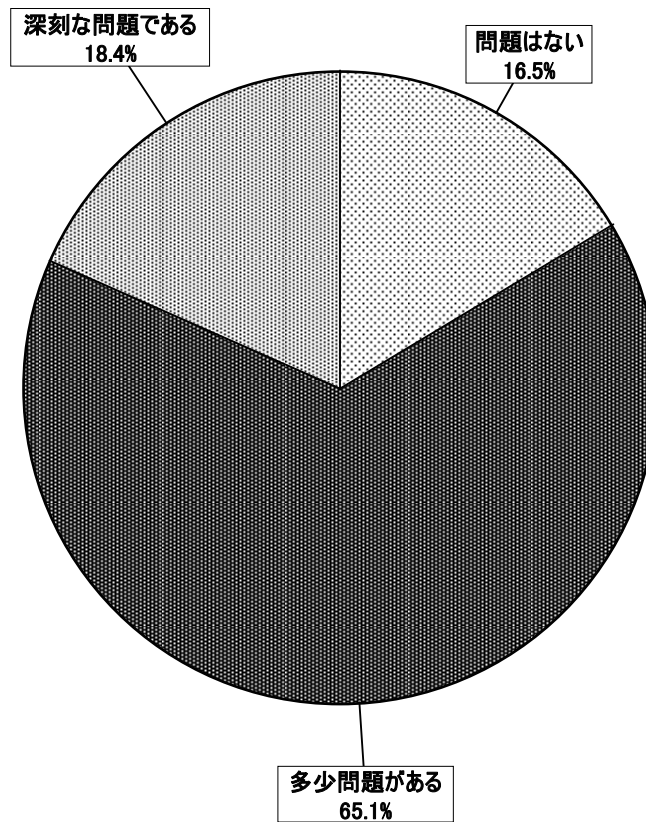
図病-2-1-4 自施設の状況 — 医師・看護師の緩和ケアに関する経験  
(n = 408)



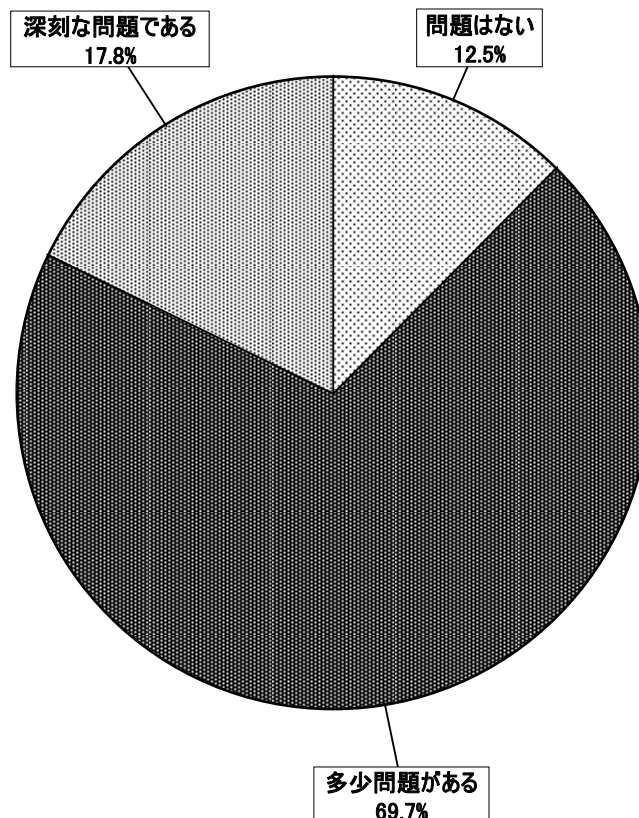
病院 問2 連携上の課題について

問2-1 在宅医療適応患者を在宅へ移行させるにあたっての問題の程度

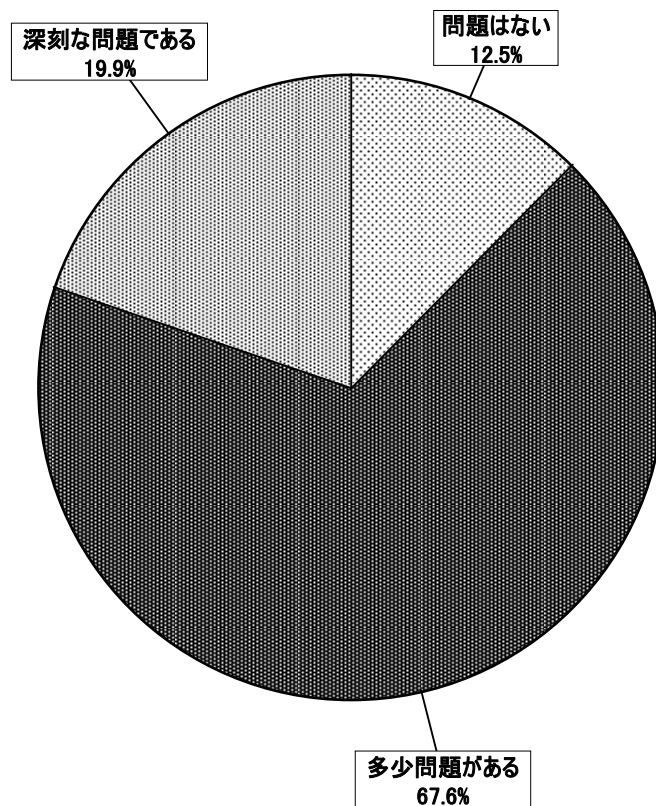
図病-2-1-5 自施設の状況 — 医師・看護師の難病ケアに関する経験  
(n = 407)



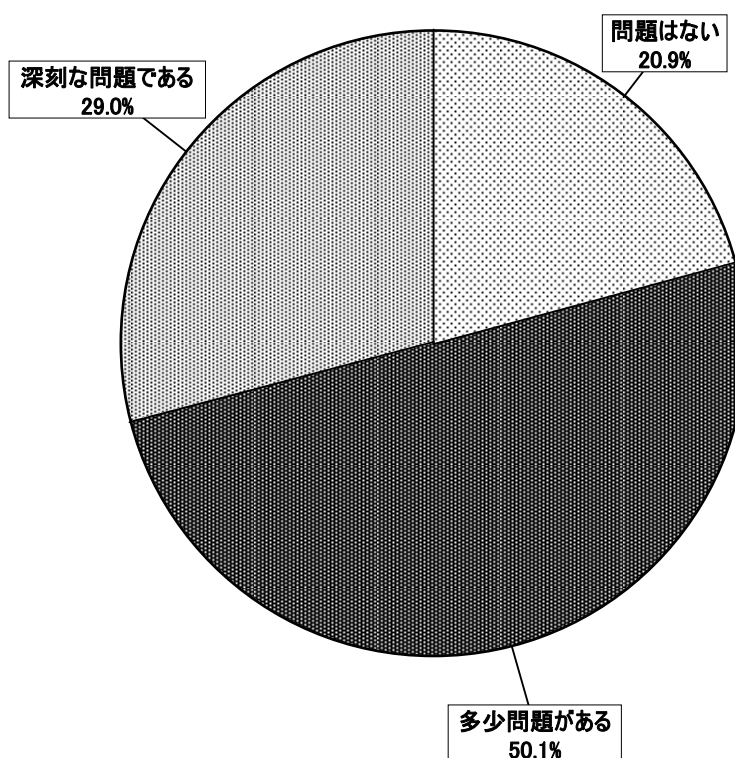
図病-2-1-6 自施設の状況 — 医師・看護師の在宅医療に対する理解と知識  
(n = 409)



病院 問2 連携上の課題について  
問2-1 在宅医療適応患者を在宅へ移行させるにあたっての問題の程度  
図病-2-1-7 自施設の状況 — 退院時共同指導の不徹底  
(n = 408)



図病-2-1-8 自施設の状況 — 緊急入院の際の後方ベッドの準備と対応  
(n = 407)

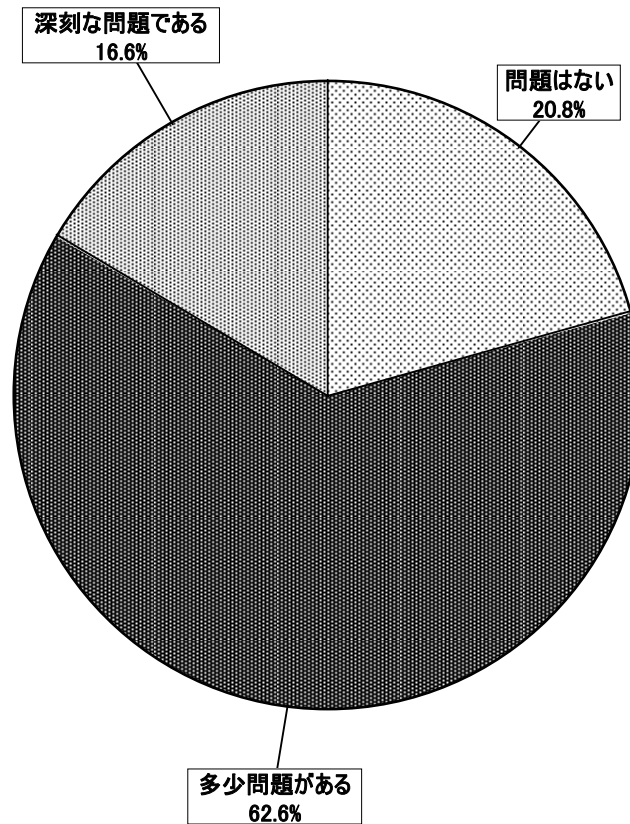




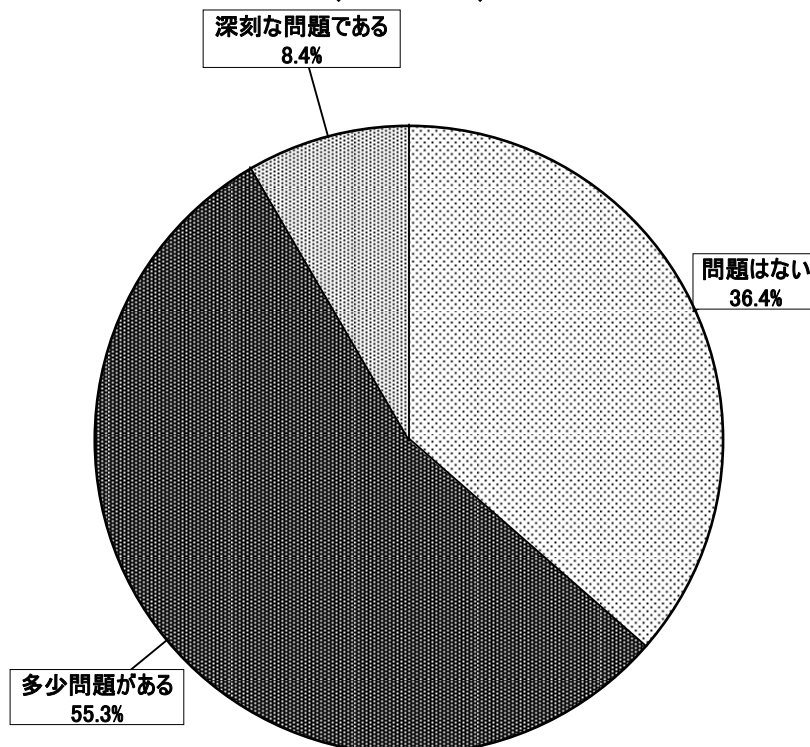
## 病院 問2 連携上の課題について

### 問2-1 在宅医療適応患者を在宅へ移行させるにあたっての問題の程度

図病-2-1-9 連携する専門職種 — 在宅療養支援診療所との連携不足  
(n = 404)



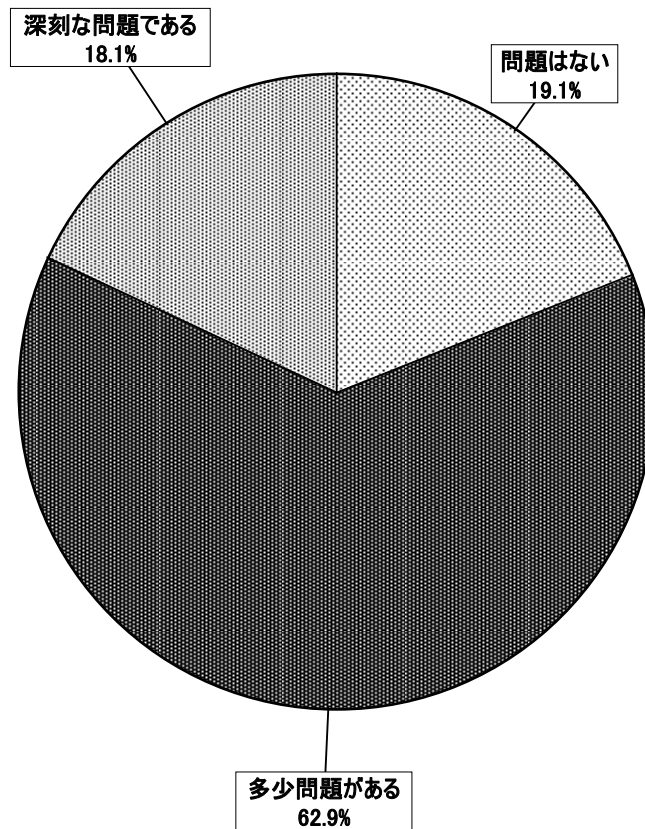
図病-2-1-10 連携する専門職種 — 連携可能な訪問看護事業所との連携不足  
(n = 407)



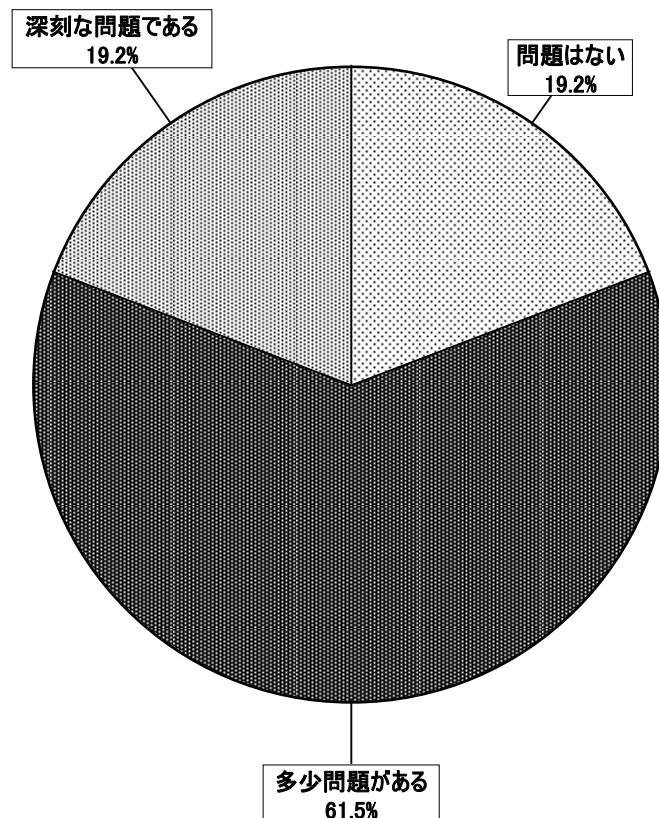
## 病院 問2 連携上の課題について

### 問2-1 在宅医療適応患者を在宅へ移行させるにあたっての問題の程度

図病-2-1-11 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不足  
(n = 404)



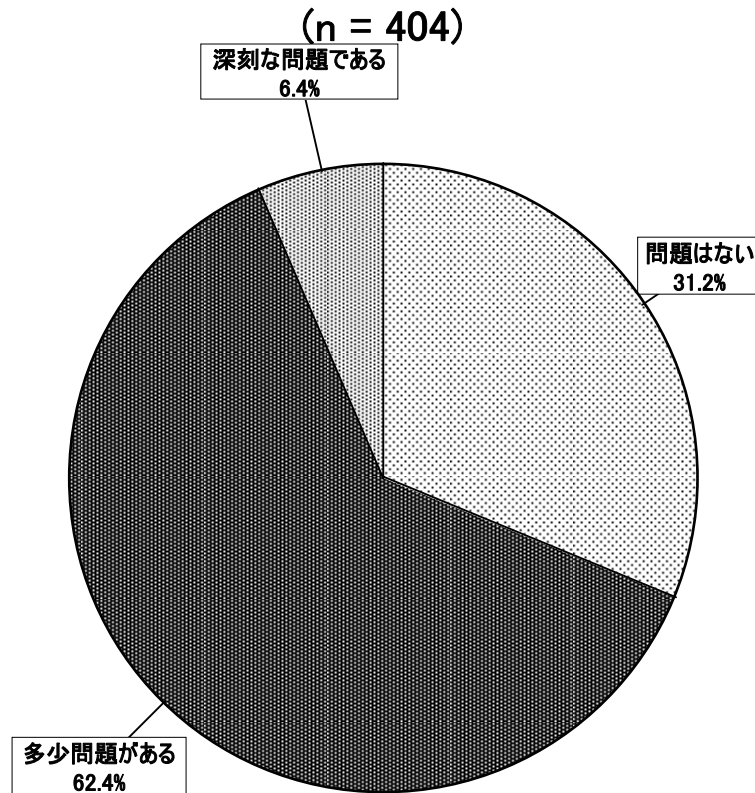
図病-2-1-12 連携する専門職種 — 歯科診療所との連携不足  
(n = 400)



病院 問2 連携上の課題について

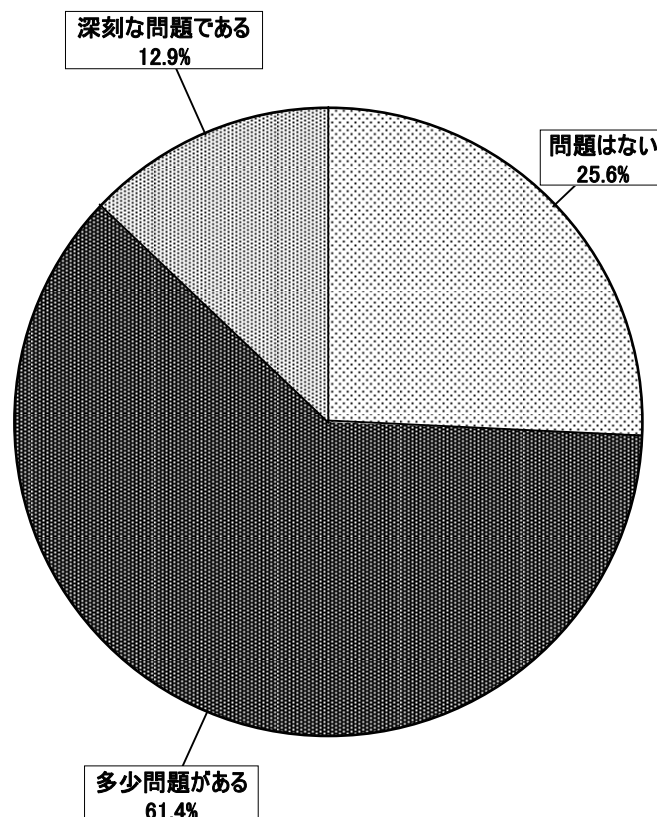
問2-1 在宅医療適応患者を在宅へ移行させるにあたっての問題の程度

図病-2-1-13 連携する専門職種 — 訪問介護事業所との連携不足



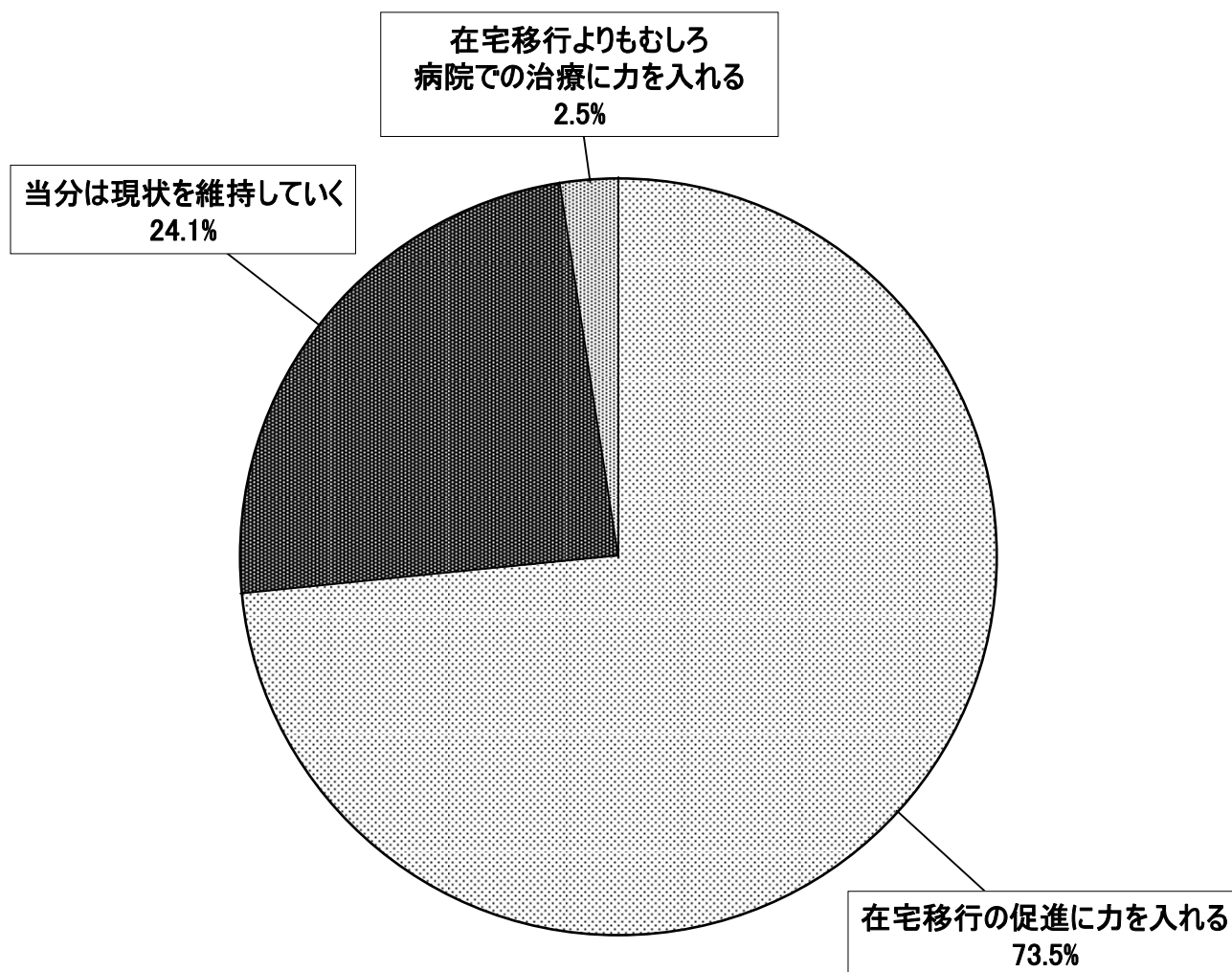
図病-2-1-14 連携する専門職種 — 特養、老健等の施設との連携不足

(n = 402)



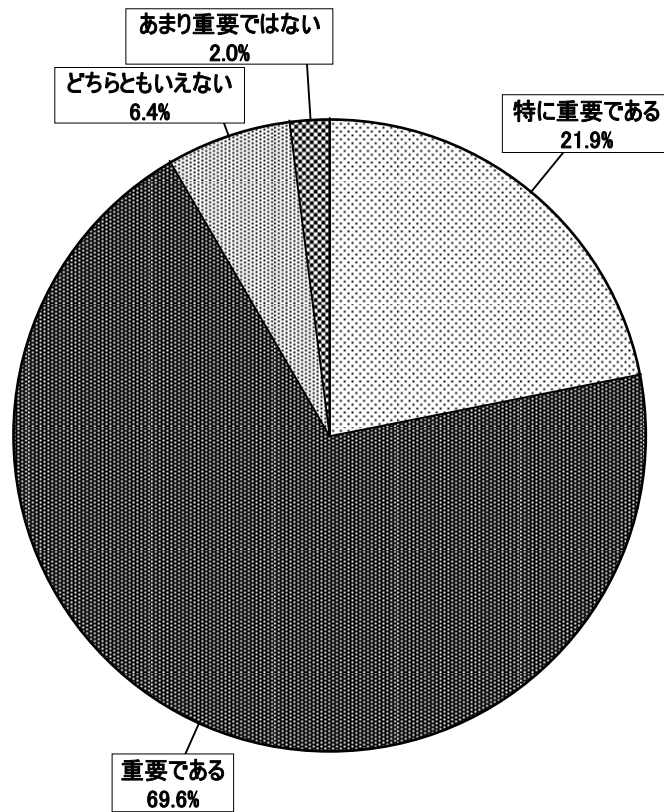
## 病院 問2 連携上の課題について

図病-2-2 問2-2 在宅医療適応患者の在宅移行についての今後の取組み  
(n = 407)

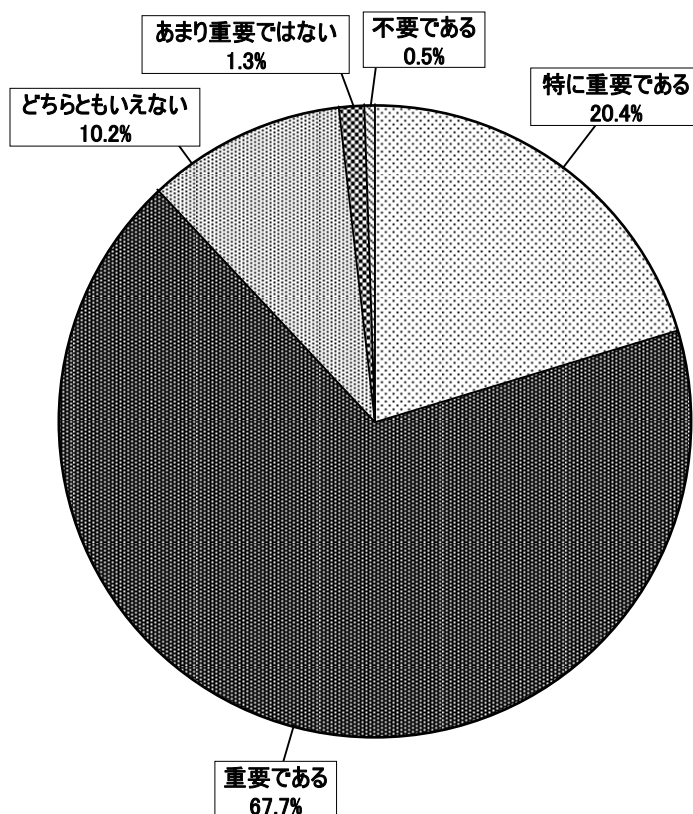


病院 問2 連携上の課題について  
問2-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性

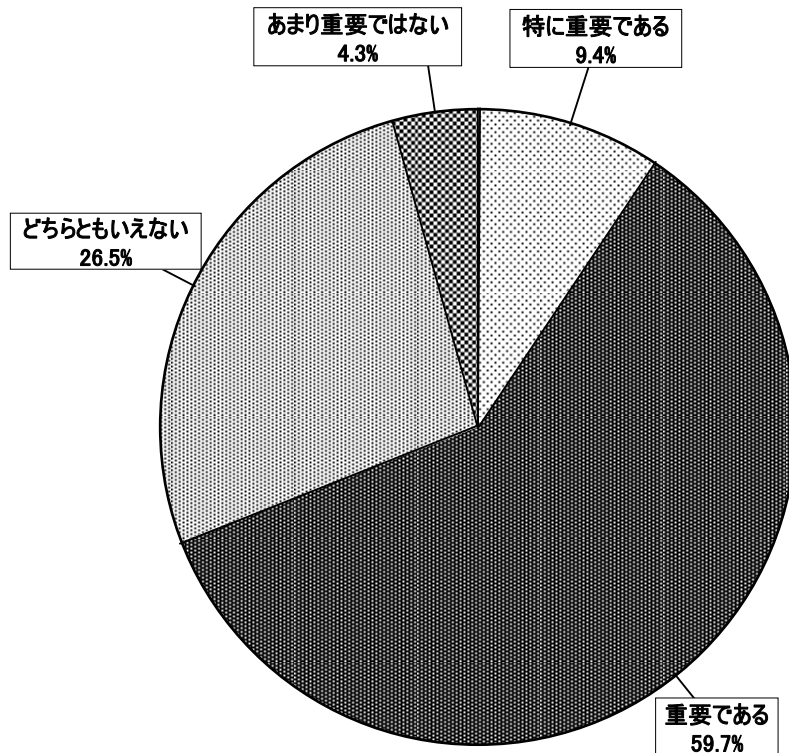
図病-2-3-1 制度と概念の説明 — 医療保険制度  
(n = 392)



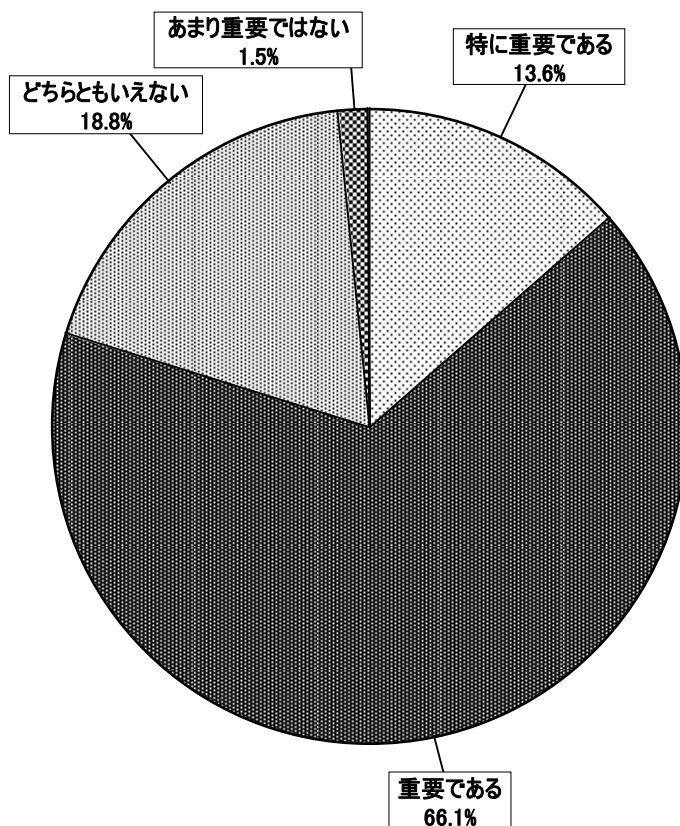
図病-2-3-2 制度と概念の説明 — 介護保険制度  
(n = 393)



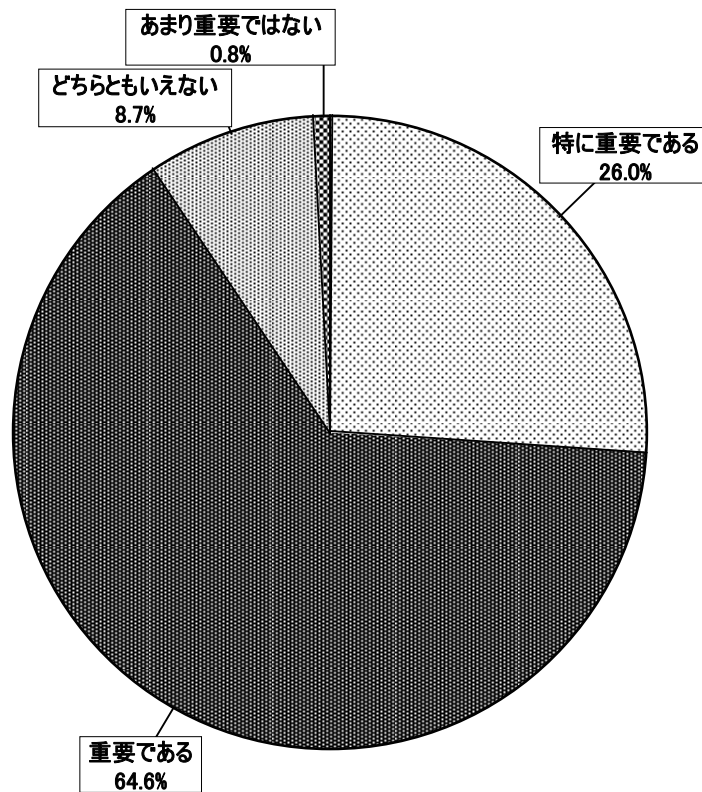
病院 問2 連携上の課題について  
 問2-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性  
 図病-2-3-3 制度と概念の説明 — 自立支援法  
 (n = 392)



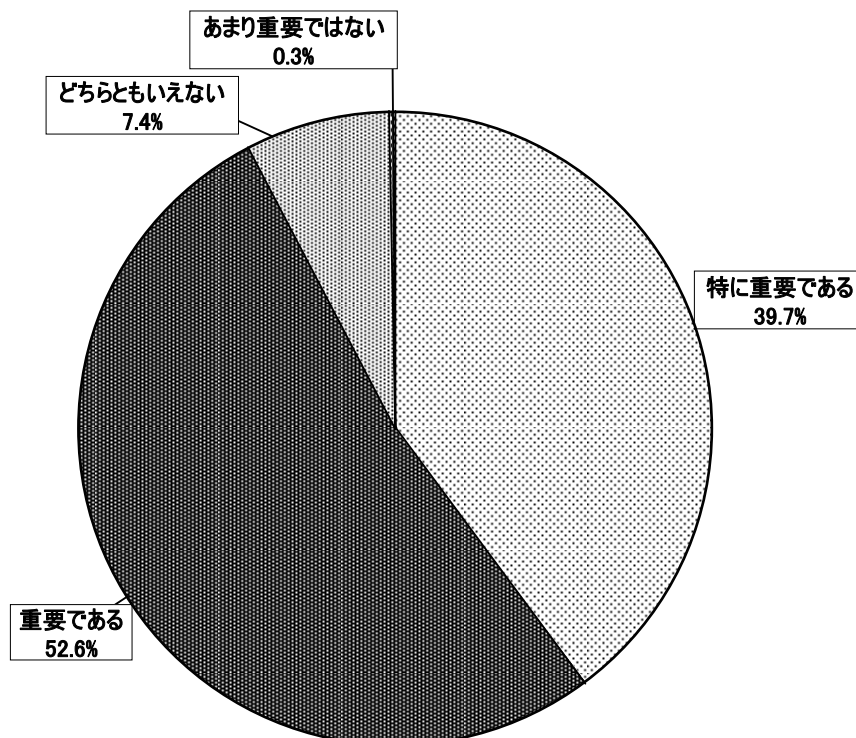
図病-2-3-4 制度と概念の説明 — 難病制度(特定疾患治療研究事業)  
 (n = 389)



病院 問2 連携上の課題について  
 問2-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性  
 図病-2-3-5 制度と概念の説明 — 在宅医療の心得  
 (n = 393)

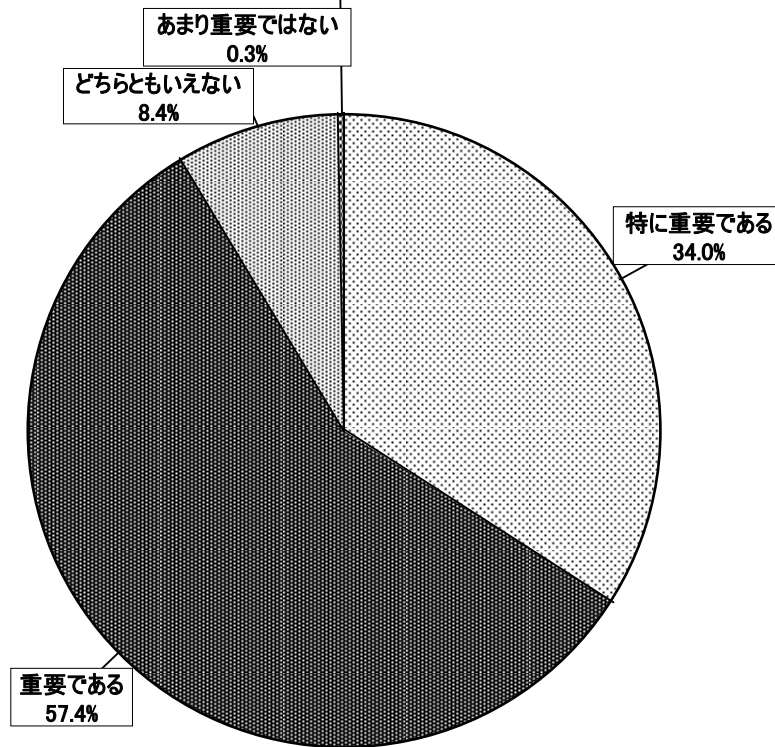


図病-2-3-6 制度と概念の説明 — 適切な面接・面談  
 (n = 390)

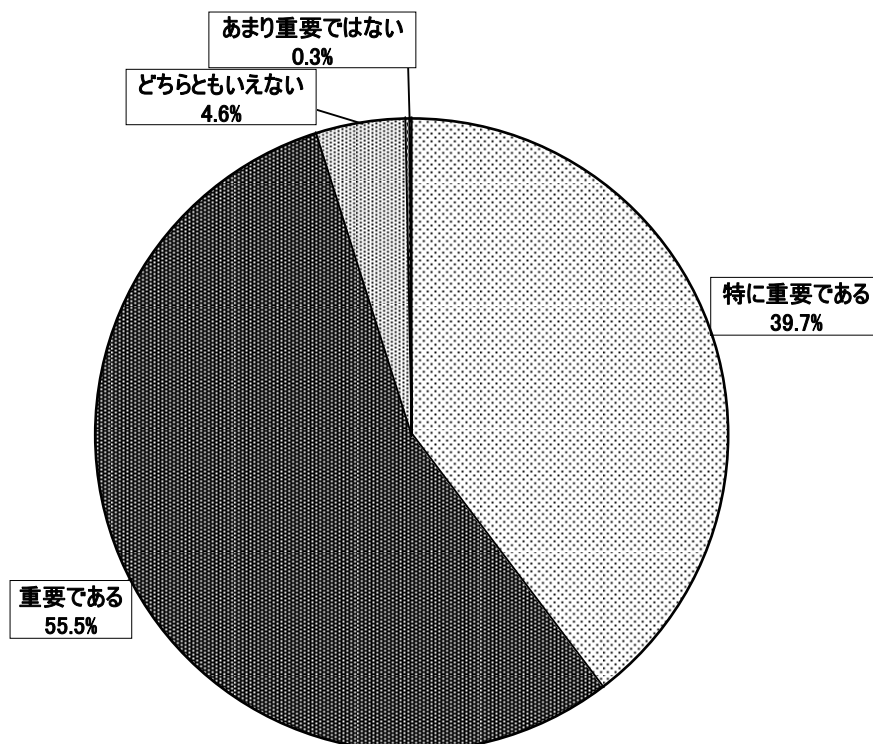


病院 問2 連携上の課題について  
問2-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性

図病-2-3-7 療養生活像の説明 — 家族支援  
(n = 394)

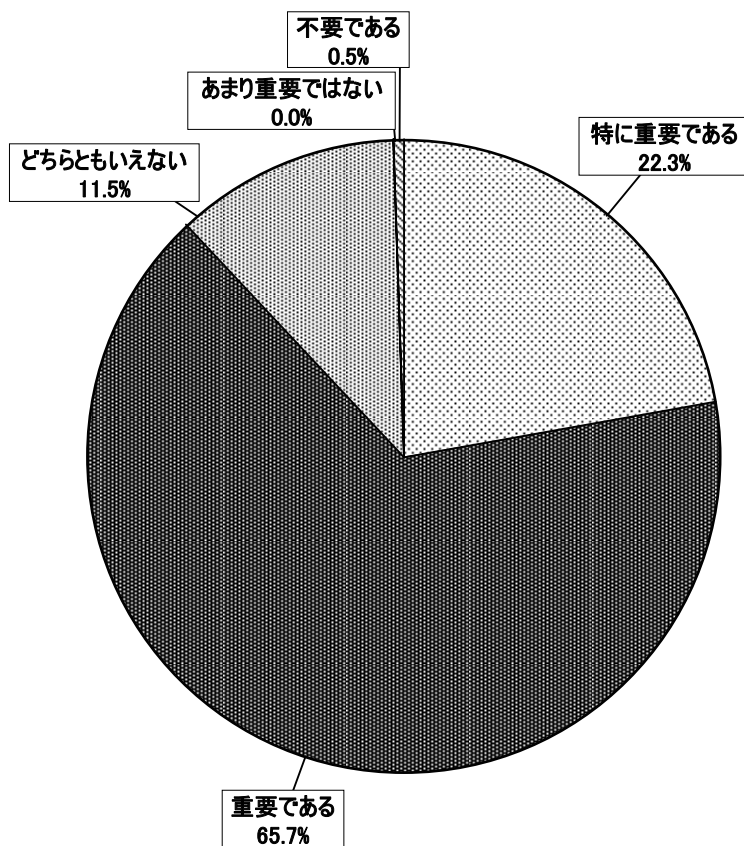


図病-2-3-8 療養生活像の説明 — がんの緩和医療  
(n = 393)

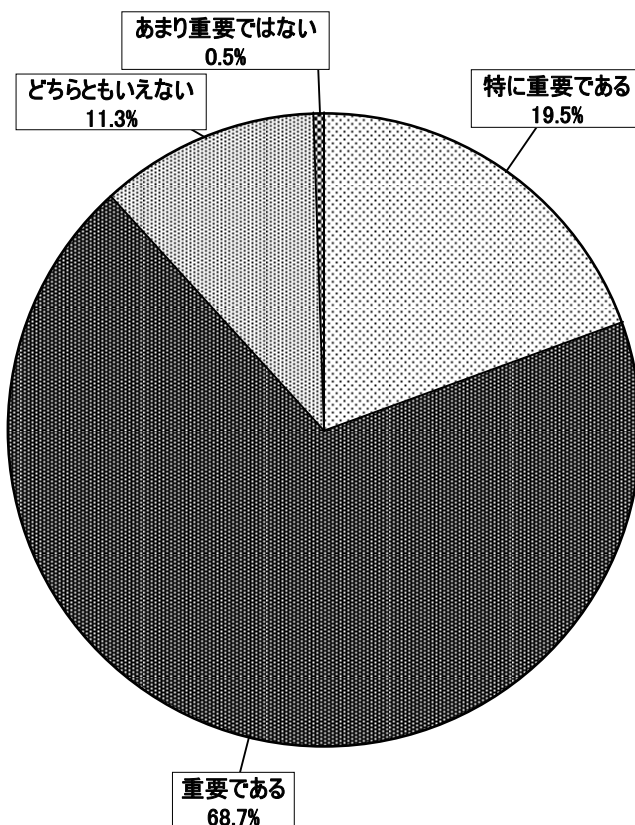




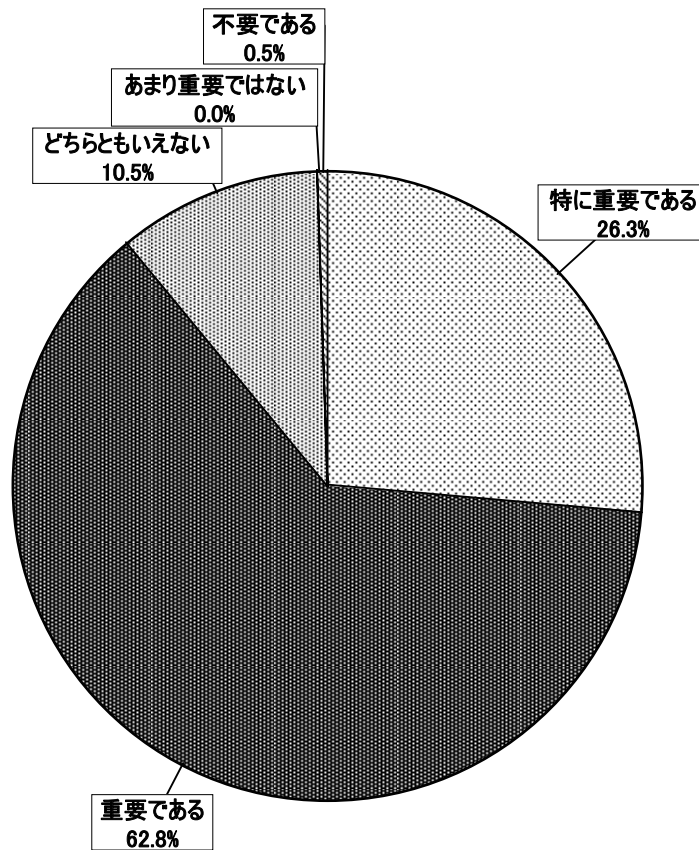
病院 問2 連携上の課題について  
 問2-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性  
 図病-2-3-9 療養生活像の説明 — 認知症の療養生活像  
 (n = 391)



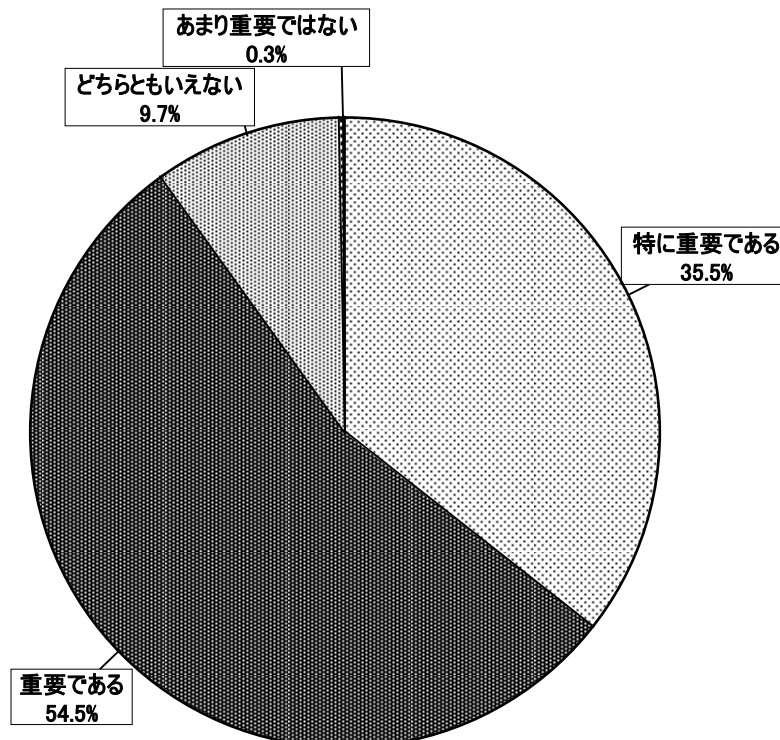
図病-2-3-10 療養生活像の説明 — 難病の療養生活像  
 (n = 390)



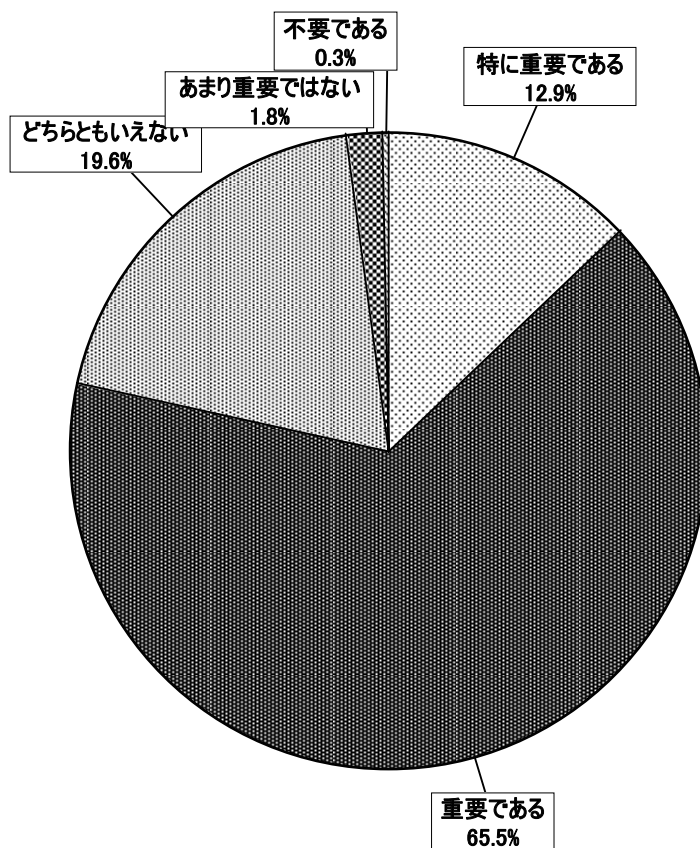
病院 問2 連携上の課題について  
 問2-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性  
 図病-2-3-11 療養生活像の説明 — 高齢者の特性  
 (n = 392)



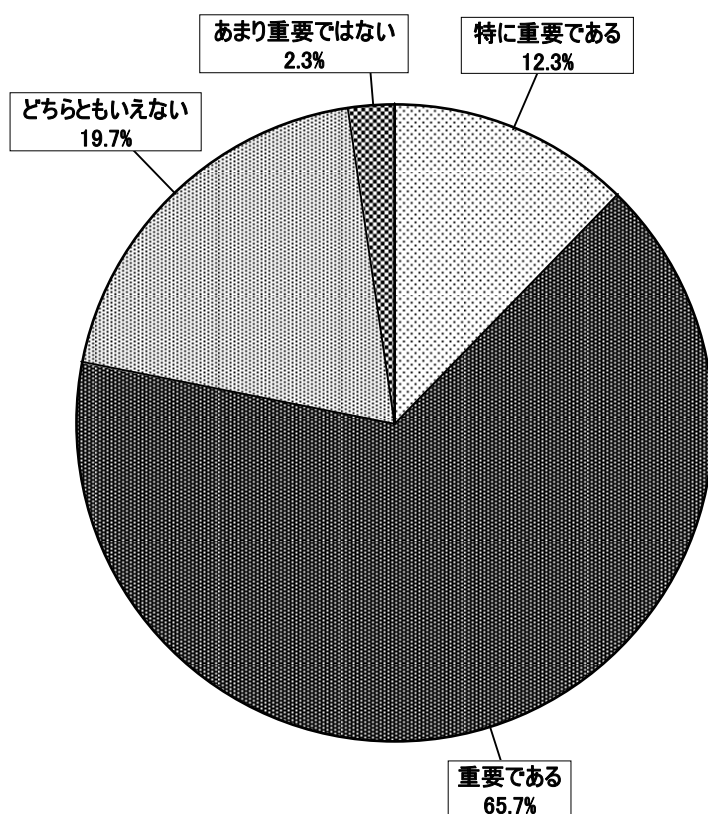
図病-2-3-12 療養生活像の説明 — 臨終時の心構え  
 (n = 391)



病院 問2 連携上の課題について  
 問2-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性  
 図病-2-3-13 導入支援 — 在宅患者訪問点滴注射管理指導  
 (n = 388)

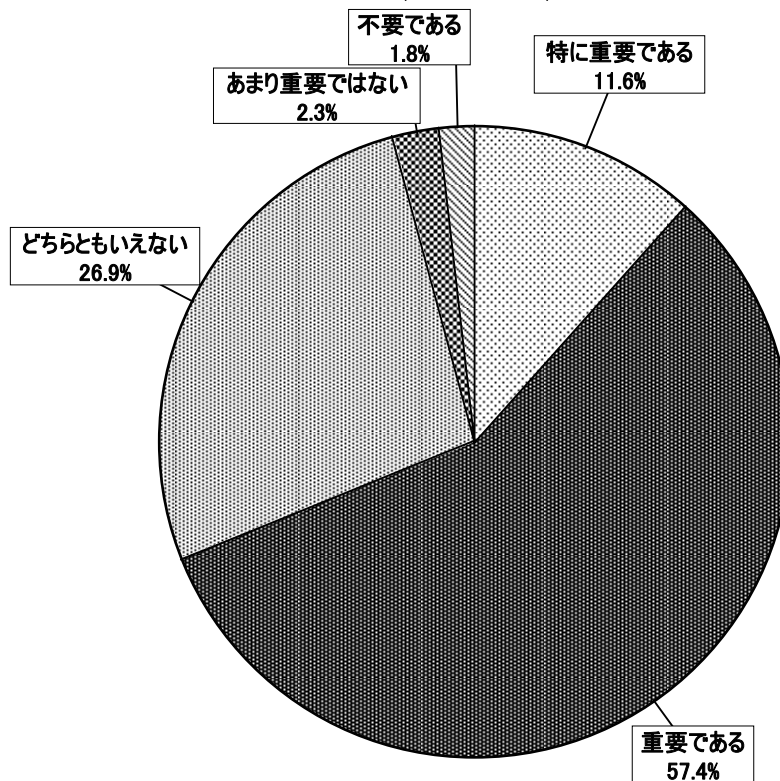


図病-2-3-14 導入支援 — 在宅自己注射指導  
 (n = 391)

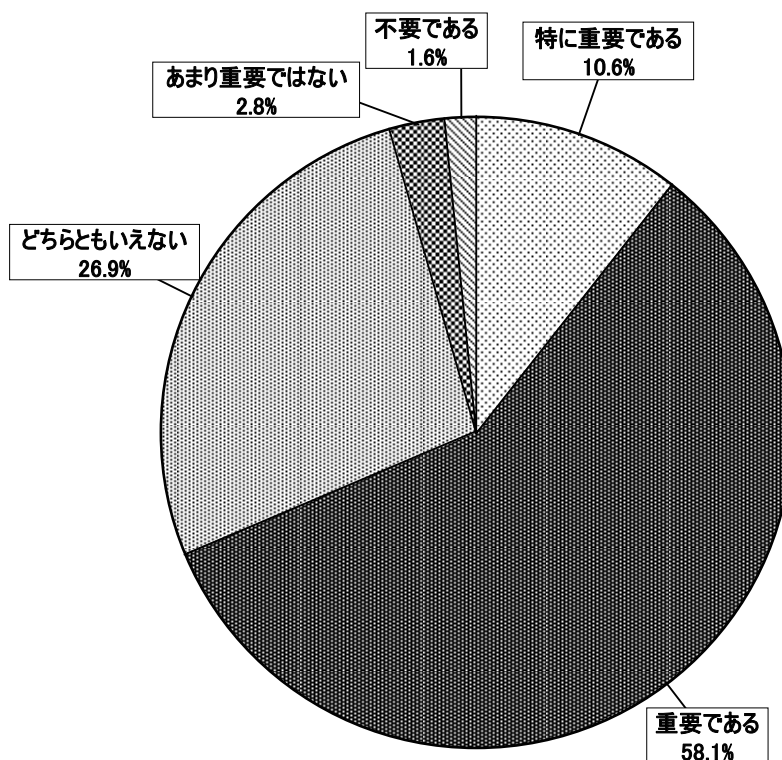


病院 問2 連携上の課題について  
問2-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性

図病-2-3-15 導入支援 — 在宅腹膜灌流指導  
(n = 387)

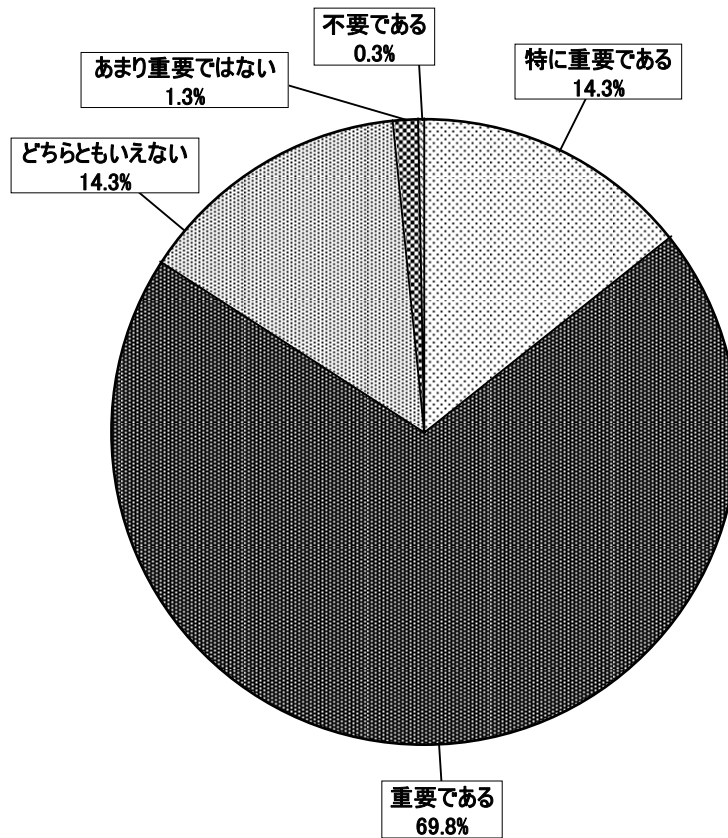


図病-2-3-16 導入支援 — 在宅血液透析指導  
(n = 387)

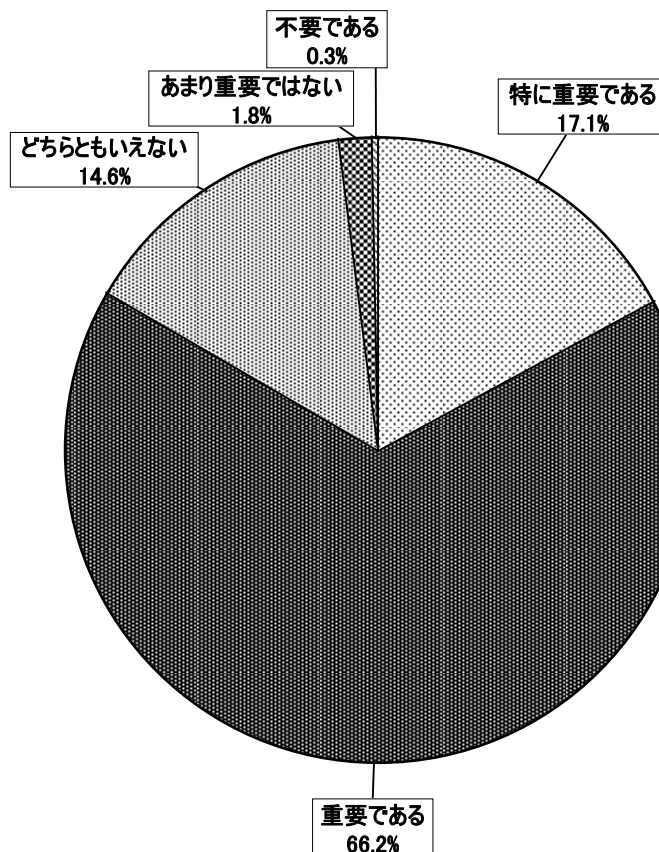


病院 問2 連携上の課題について  
問2-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性

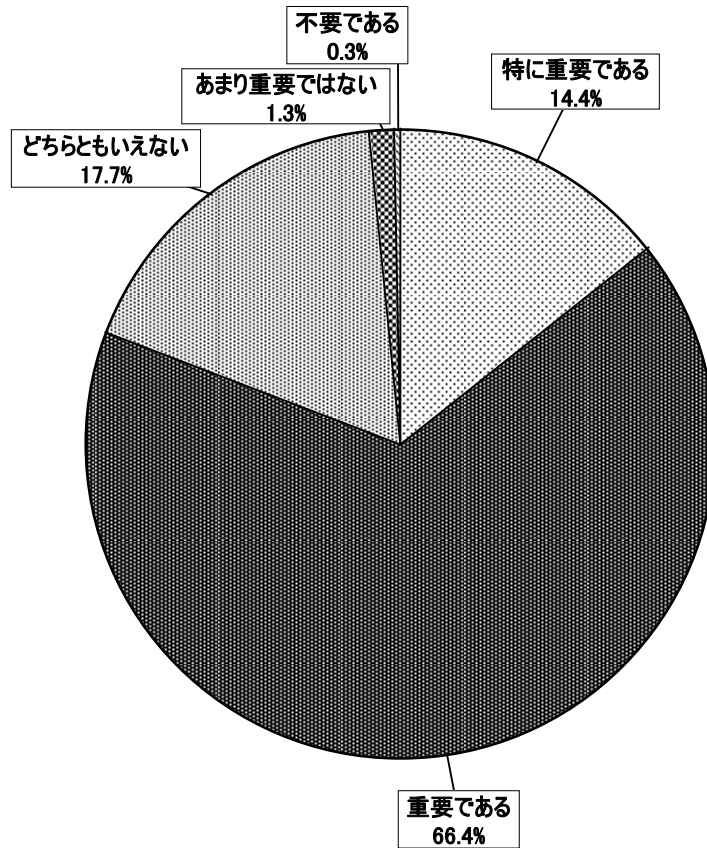
図病-2-3-17 導入支援 — 在宅酸素療法指導  
(n = 391)



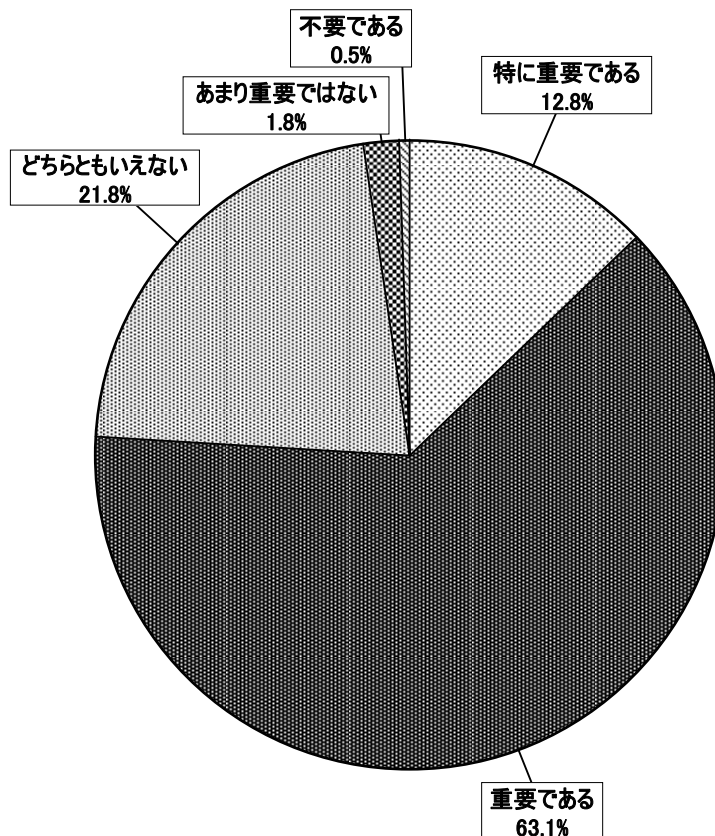
図病-2-3-18 導入支援 — 在宅中心静脈栄養指導  
(n = 391)



病院 問2 連携上の課題について  
 問2-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性  
 図病-2-3-19 導入支援 — 在宅成分栄養経管栄養法指導  
 (n = 390)

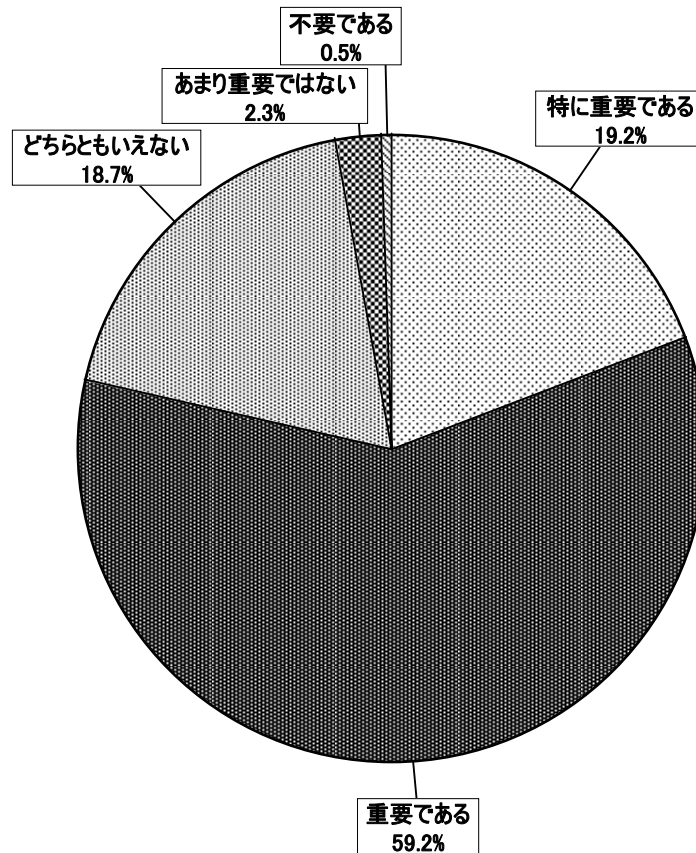


図病-2-3-20 導入支援 — 在宅自己導尿指導  
 (n = 390)

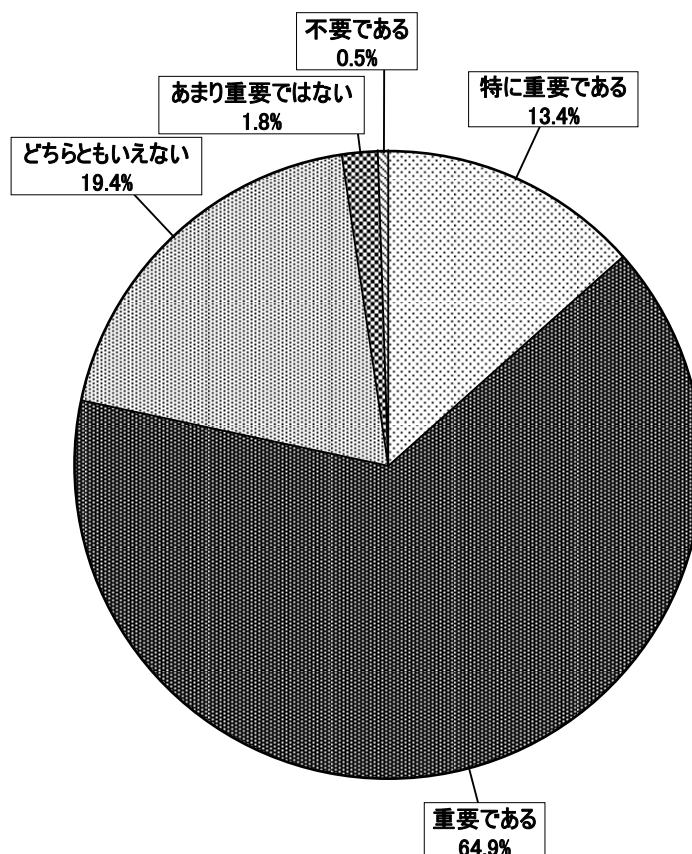


病院 問2 連携上の課題について  
問2-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性

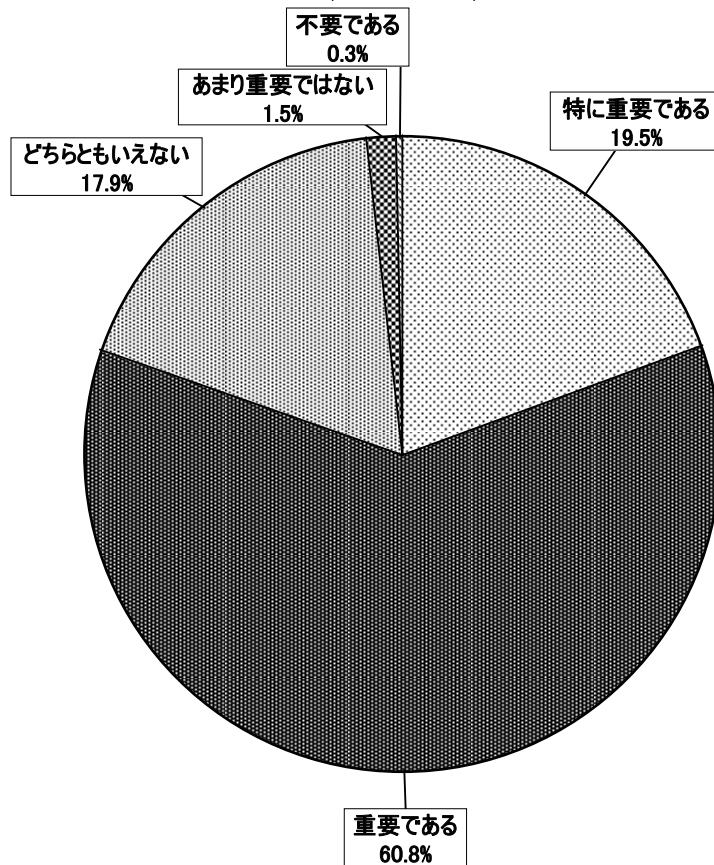
図病-2-3-21 導入支援 — 在宅人工呼吸指導  
(n = 390)



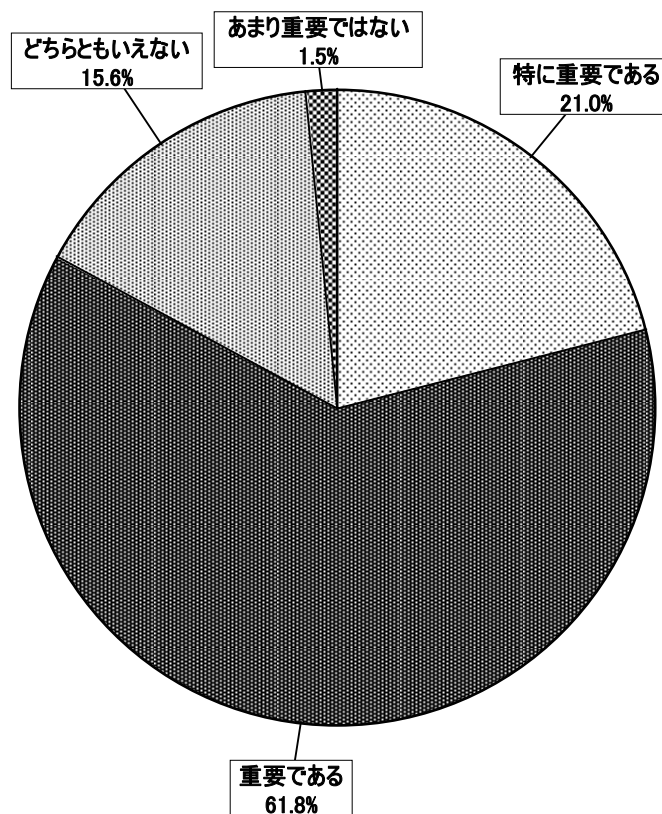
図病-2-3-22 導入支援 — 在宅持続陽圧呼吸療法指導  
(n = 387)



病院 問2 連携上の課題について  
 問2-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性  
 図病-2-3-23 導入支援 — 在宅悪性腫瘍患者指導  
 (n = 390)

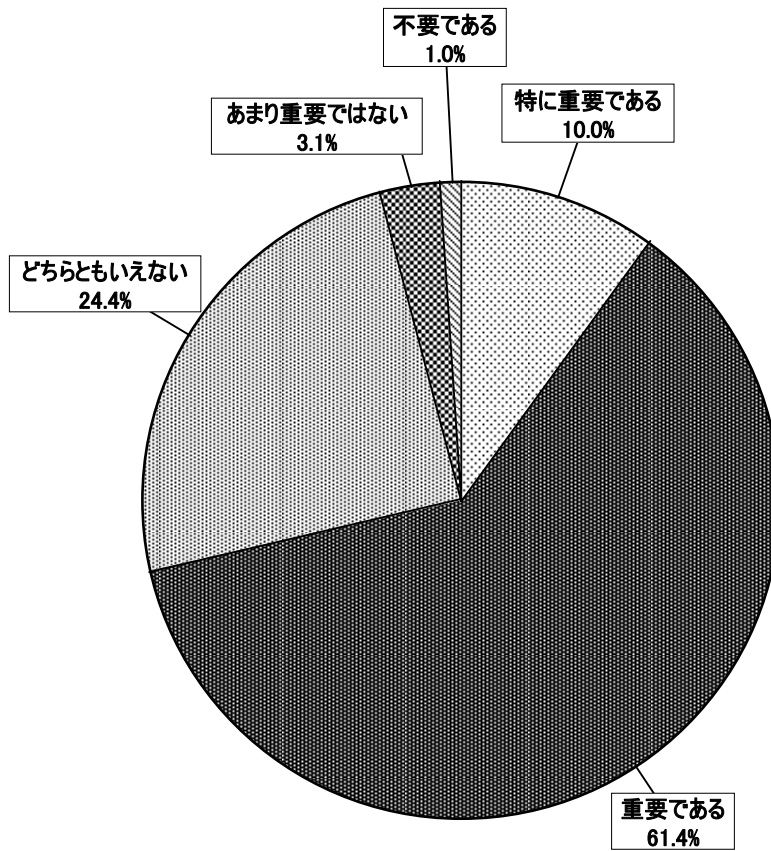


図病-2-3-24 導入支援 — 在宅自己疼痛管理指導  
 (n = 390)

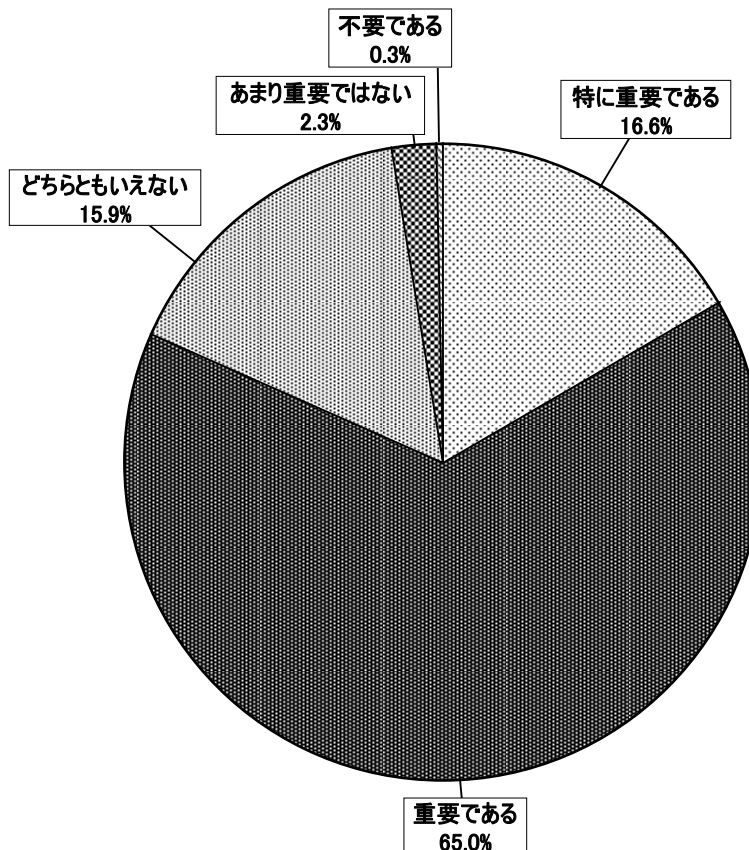




病院 問2 連携上の課題について  
 問2-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性  
 図病-2-3-25 導入支援 — 在宅肺高血圧症患者指導  
 (n = 389)

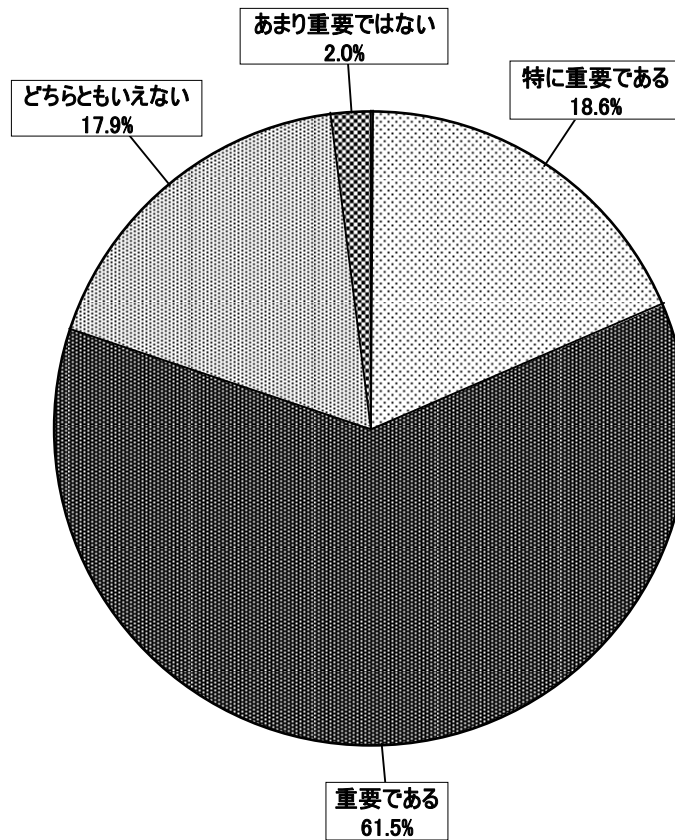


図病-2-3-26 導入支援 — 在宅気管切開患者指導  
 (n = 391)

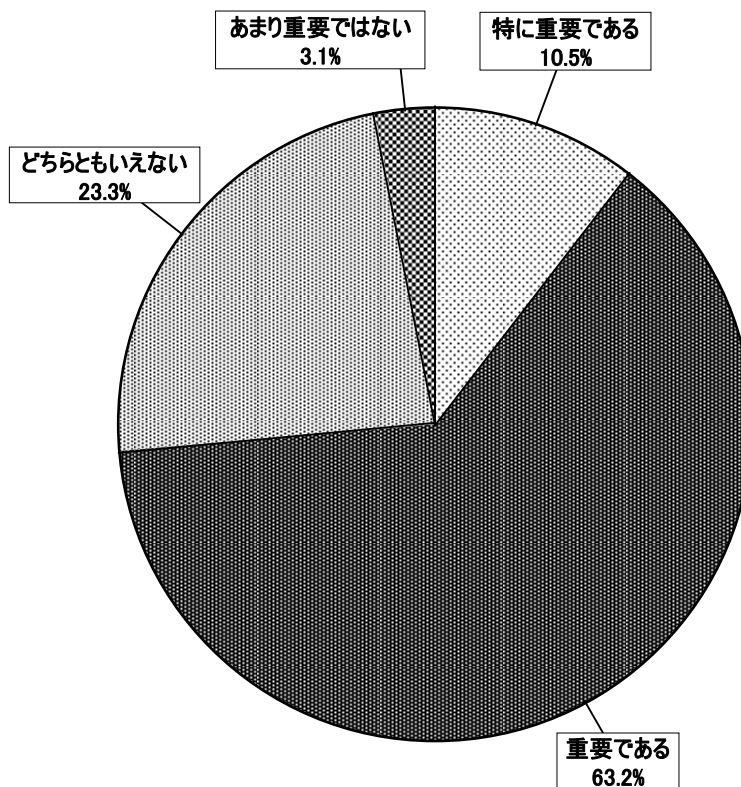


病院 問2 連携上の課題について  
問2-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性

図病-2-3-27 導入支援 — 褥創の予防と治療  
(n = 392)

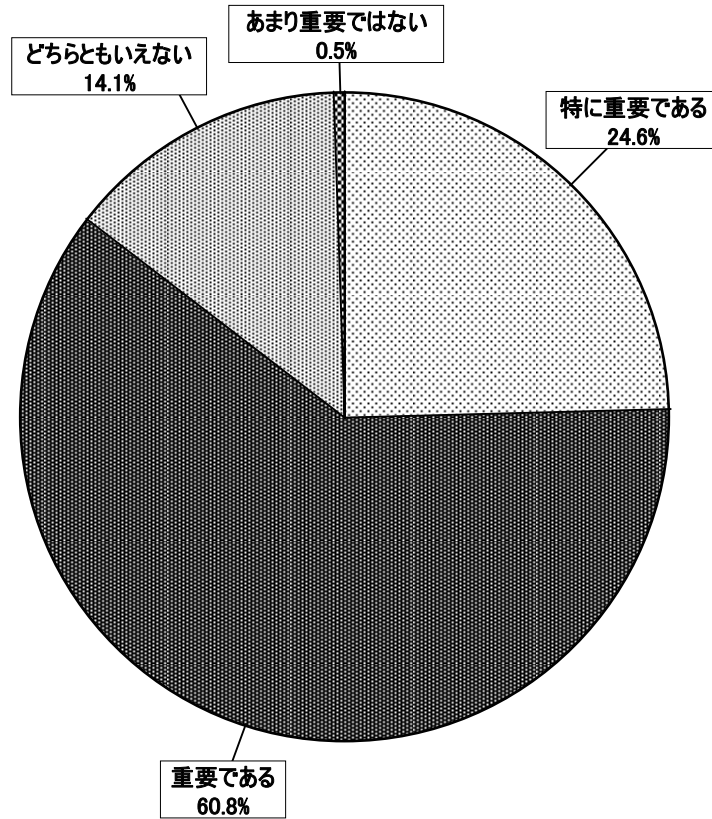


図病-2-3-28 導入支援 — 口腔ケアへの関わり  
(n = 391)

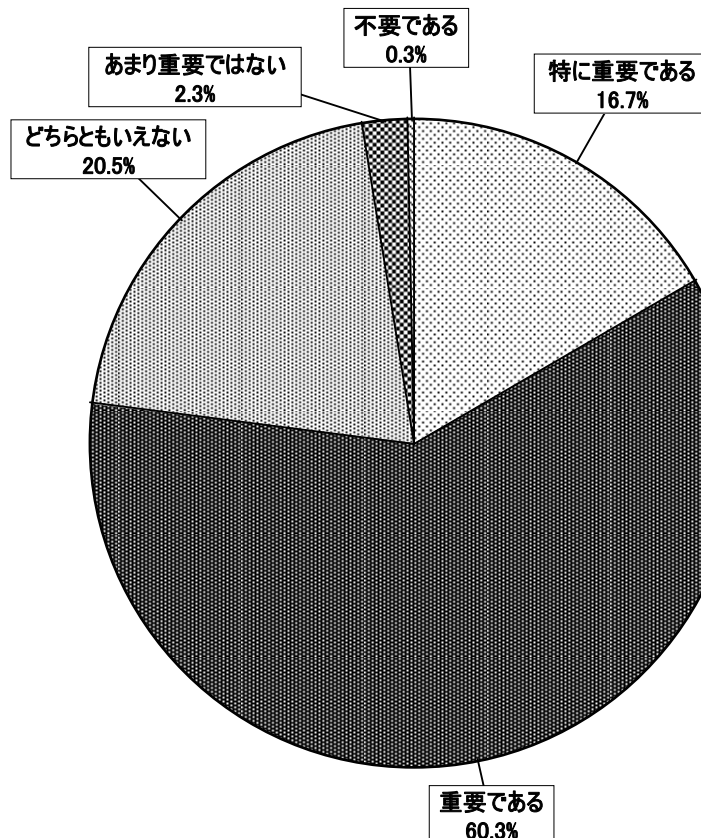


病院 問2 連携上の課題について  
問2-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性

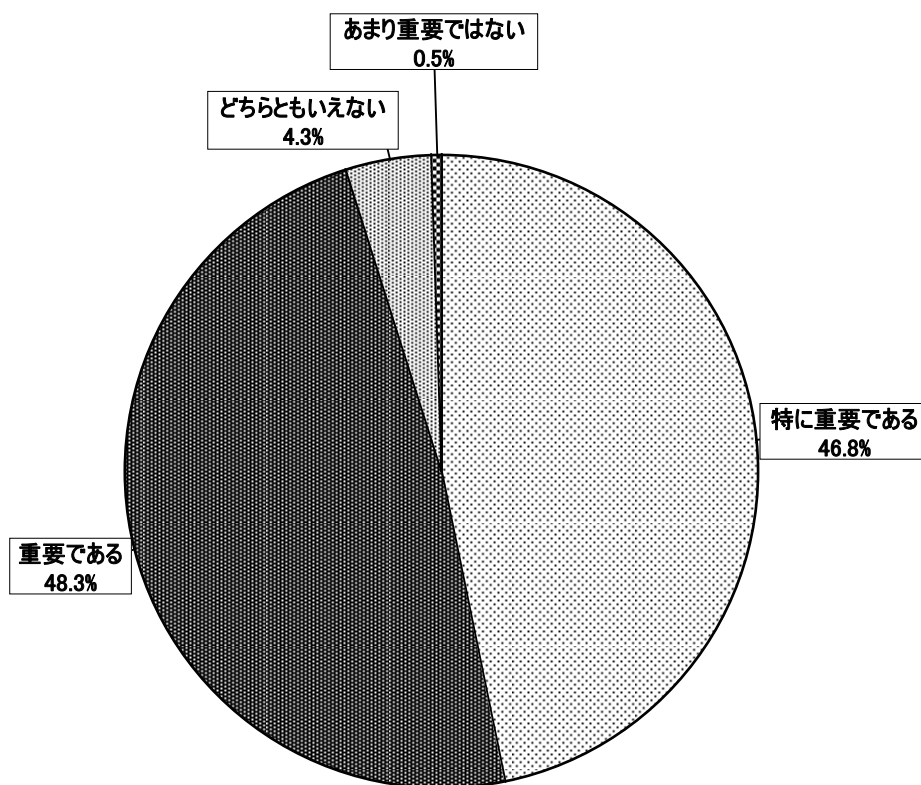
図病-2-3-29 導入支援 - 退院前共同指導  
(n = 390)



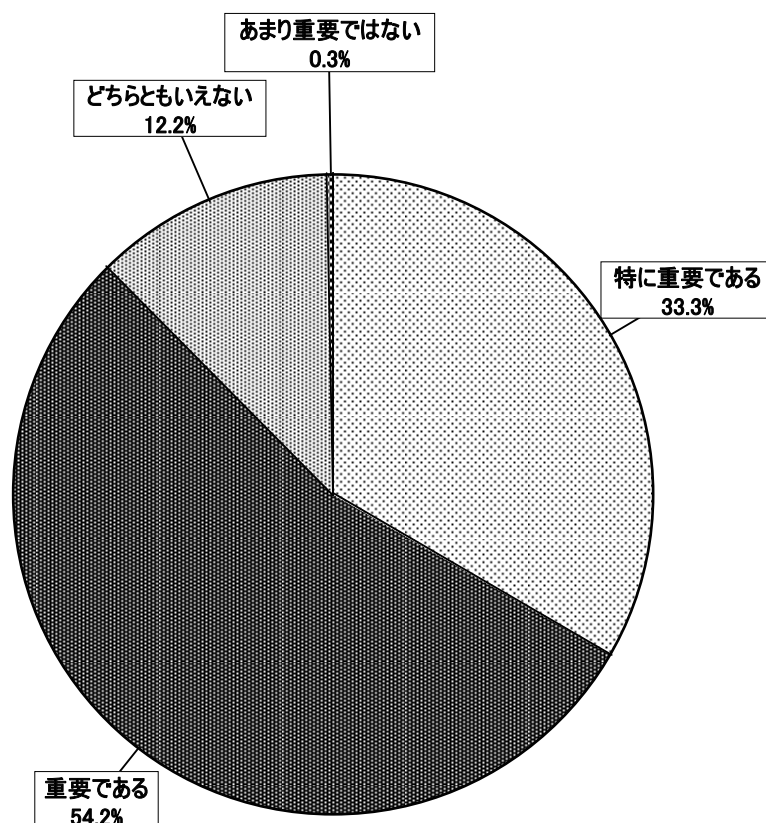
図病-2-3-30 導入支援 - セカンドオピニオン  
(n = 390)



病院 問2 連携上の課題について  
 問2-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性  
 図病-2-3-31 多職種間連携 — 在宅医と後方病院の連携  
 (n = 393)

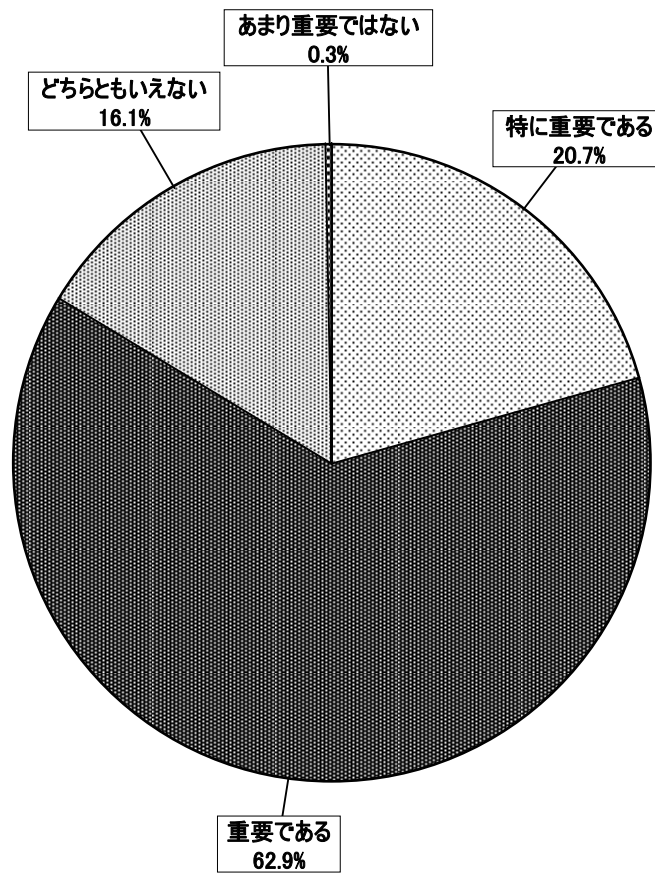


図病-2-3-32 多職種間連携 — 訪問看護事業所との連携  
 (n = 393)

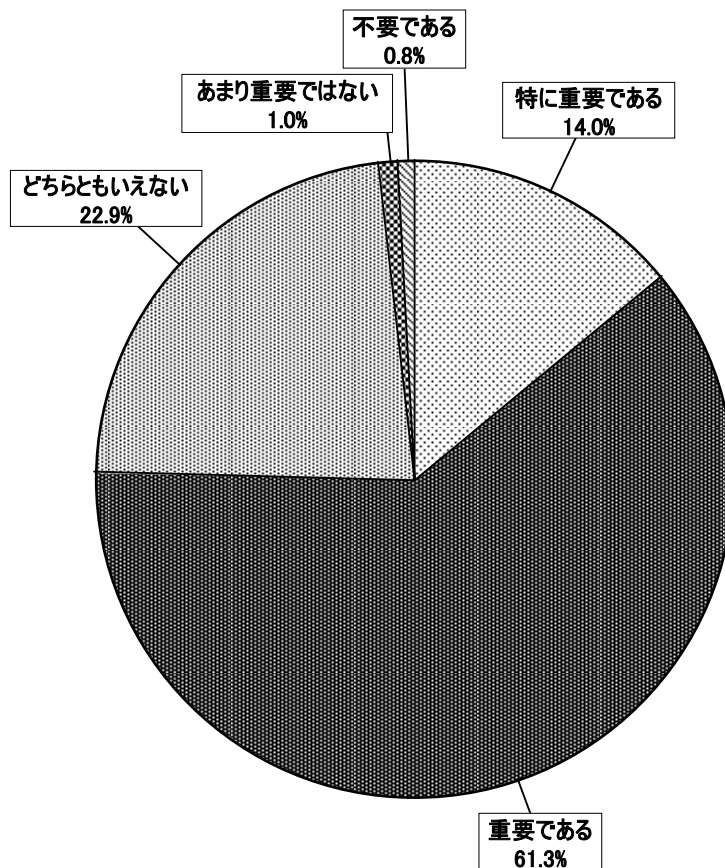


病院 問2 連携上の課題について  
 問2-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性

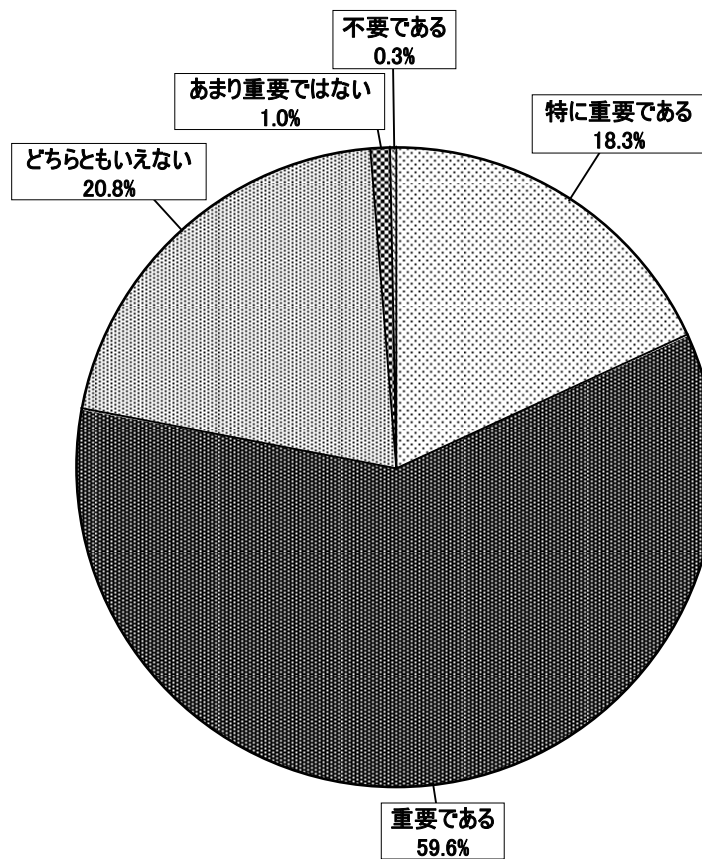
図病-2-3-33 多職種間連携 — 訪問リハビリテーションとの連携  
 (n = 391)



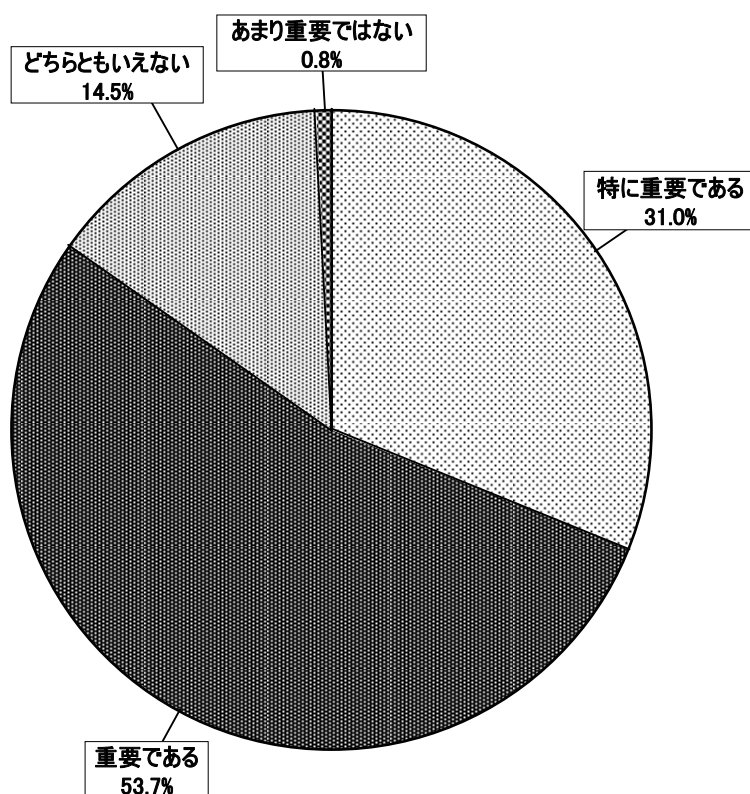
図病-2-3-34 多職種間連携 — 調剤薬局との連携  
 (n = 393)



病院 問2 連携上の課題について  
 問2-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性  
 図病-2-3-35 多職種間連携 — 介護事業所との連携  
 (n = 389)

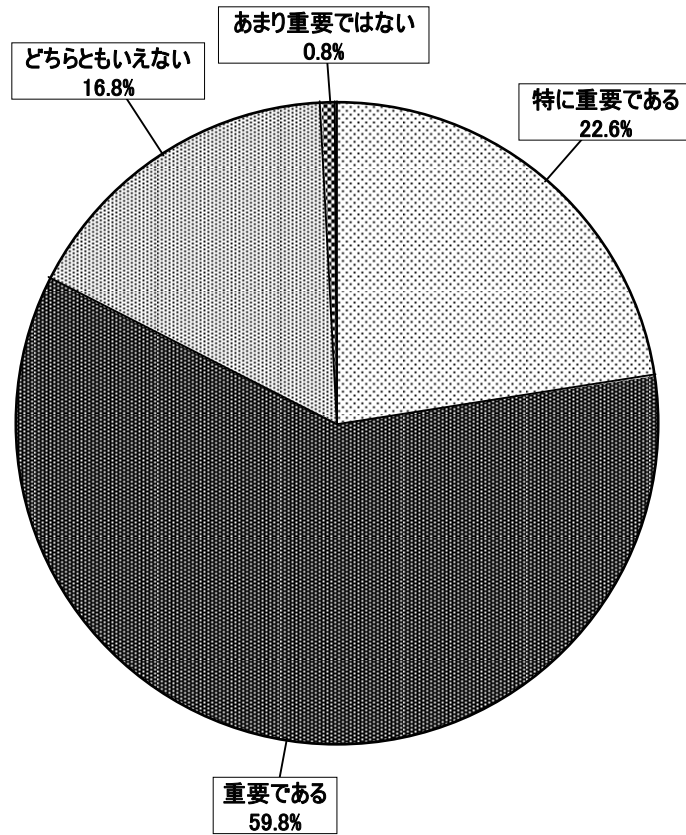


図病-2-3-36 その他 — 家族介護力の評価  
 (n = 393)

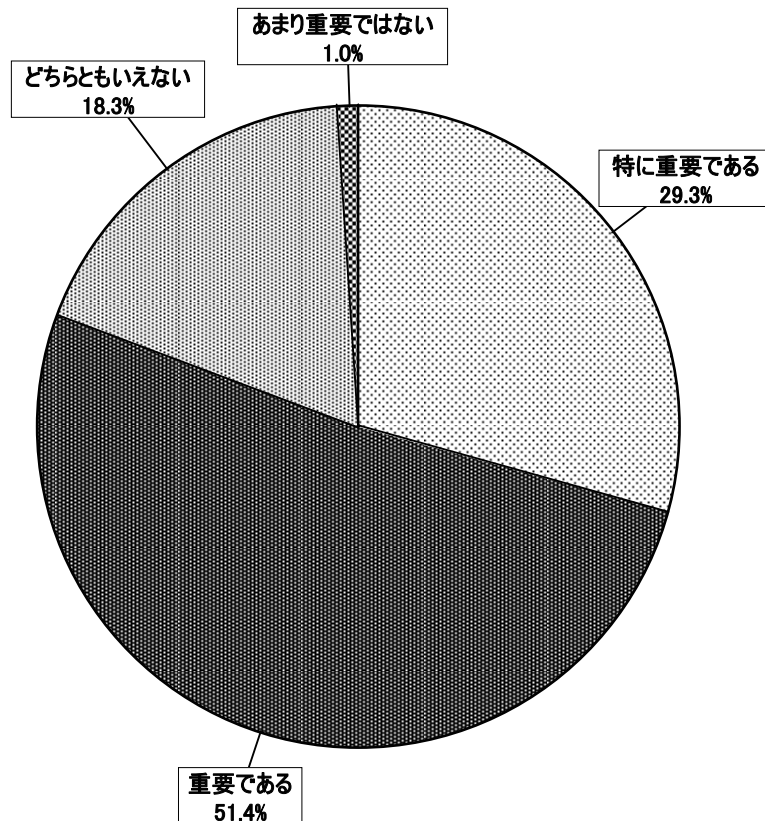


病院 問2 連携上の課題について  
問2-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性

図病-2-3-37 その他 - 虐待・家庭内暴力  
(n = 393)

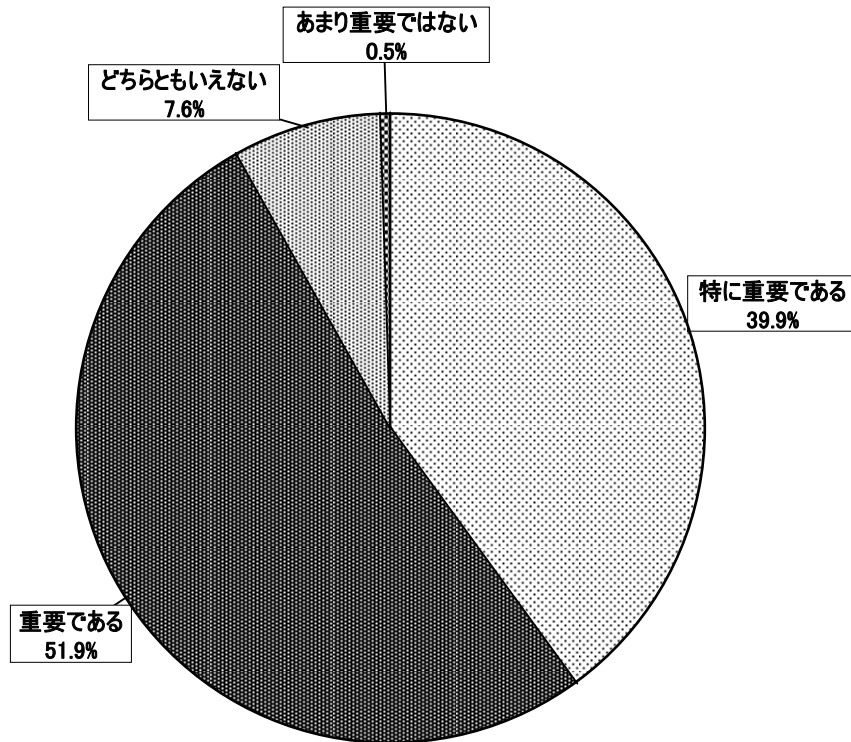


図病-2-3-38 その他 - 終末期における同意文書の作成  
(n = 393)

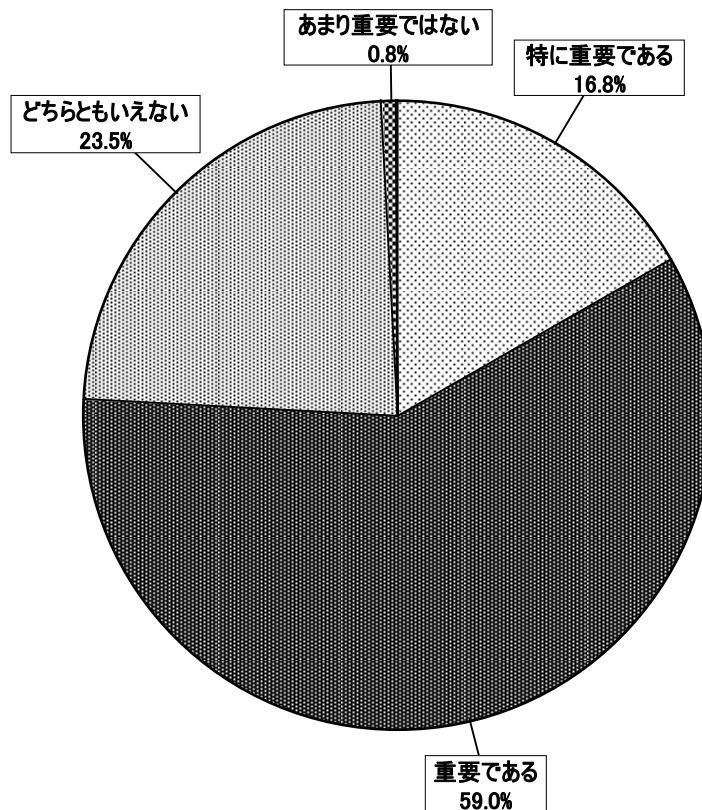


病院 問2 連携上の課題について  
問2-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性

図病-2-3-39 その他 — 病名・予後告知  
(n = 393)

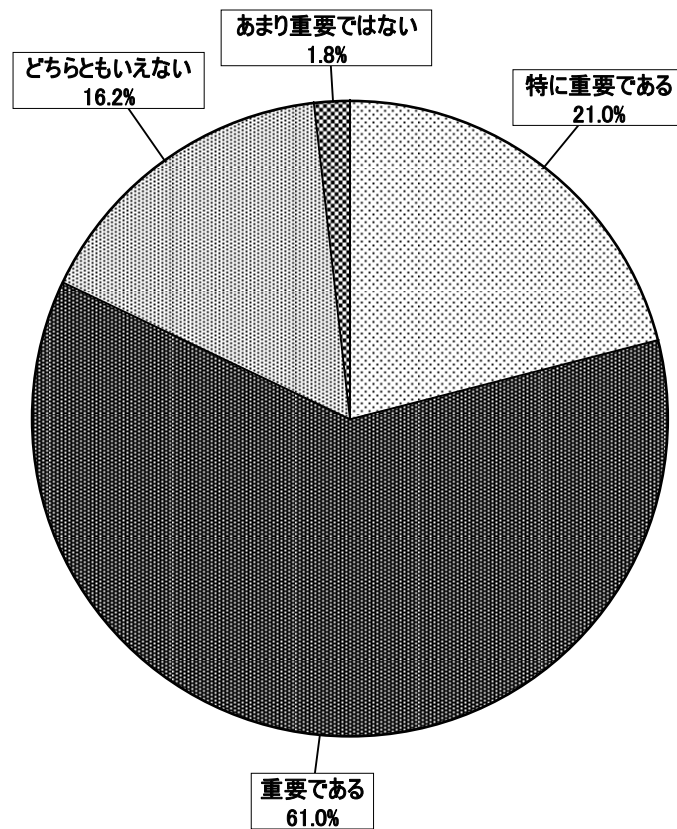


図病-2-3-40 その他 — グリーフケア  
(n = 388)



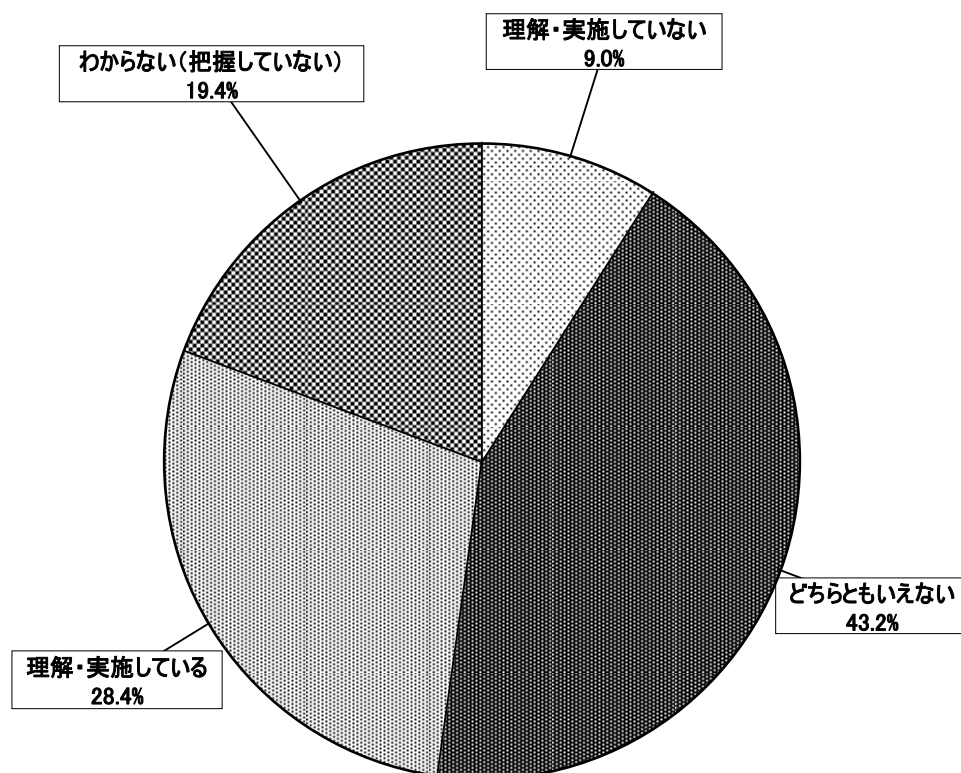


病院 問2 連携上の課題について  
問2-3 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性  
図病-2-3-41 その他 — 災害時への対応(危機管理)  
(n = 390)

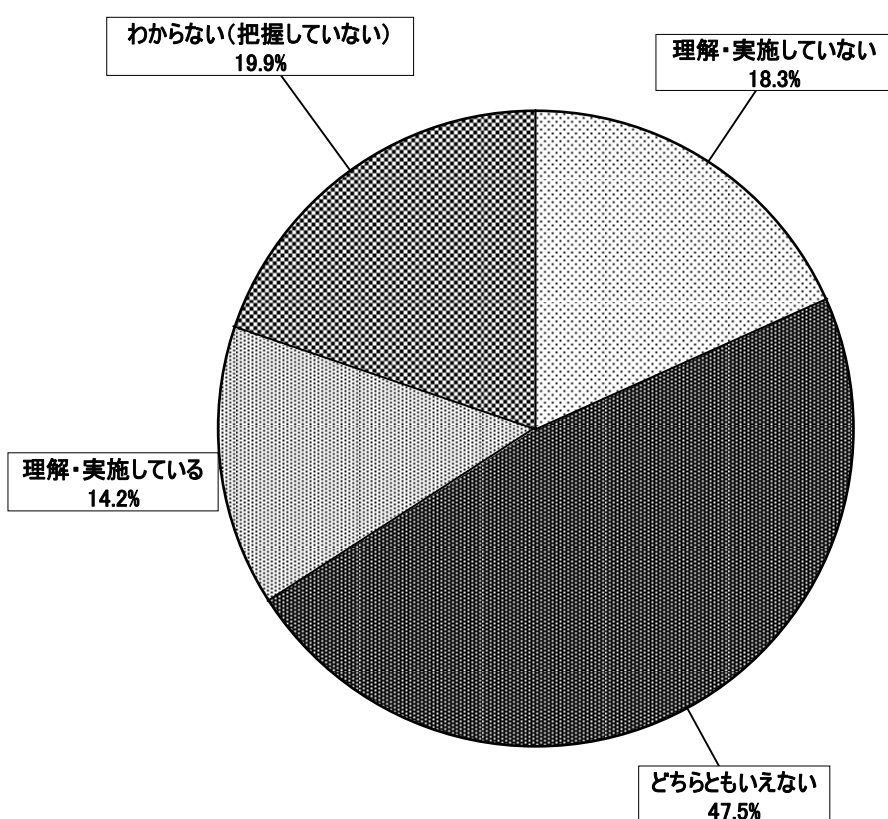


病院 問2 連携上の課題について  
問2-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

図病-2-4-1 制度と概念の説明 — 医療保険制度  
(n = 387)

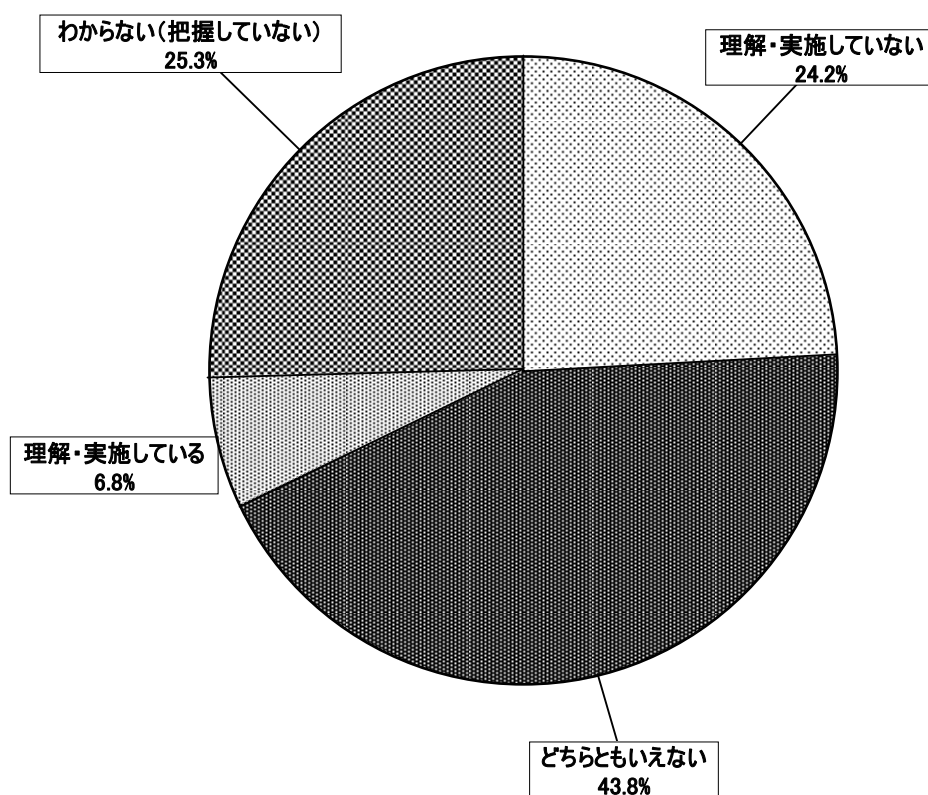


図病-2-4-2 制度と概念の説明 — 介護保険制度  
(n = 387)

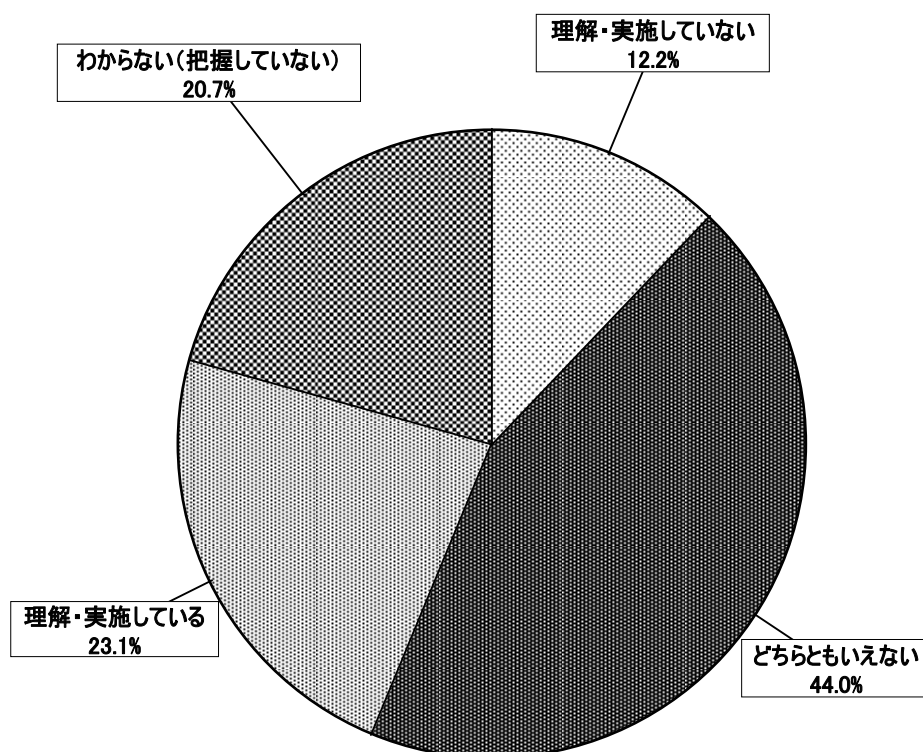


病院 問2 連携上の課題について  
問2-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

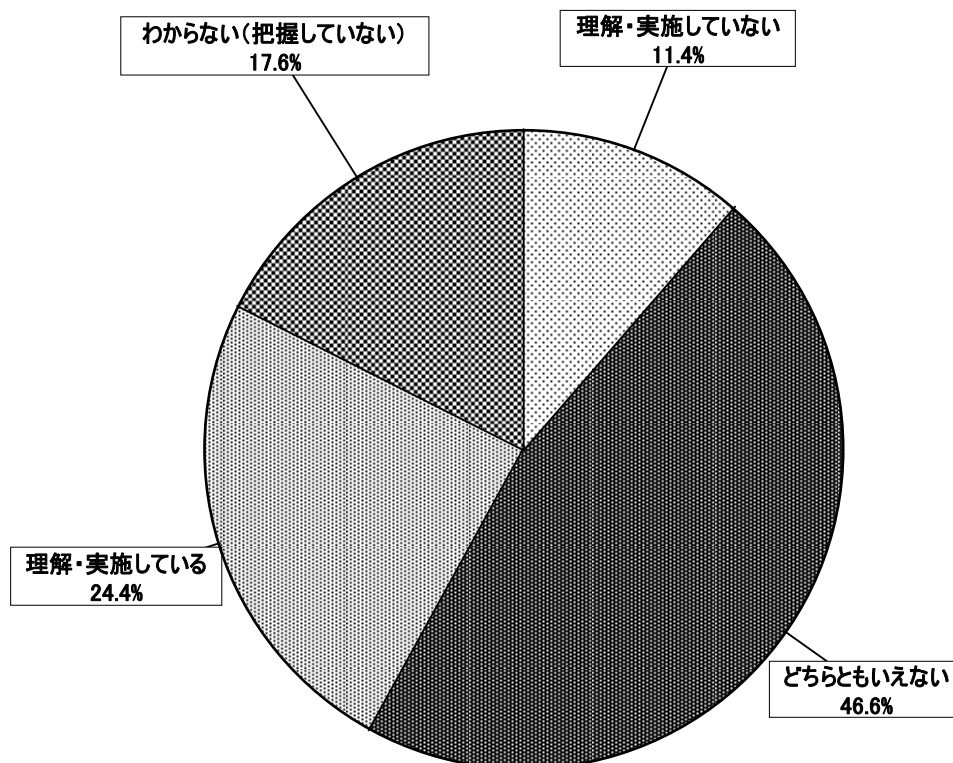
図病-2-4-3 制度と概念の説明 — 自立支援法  
(n = 384)



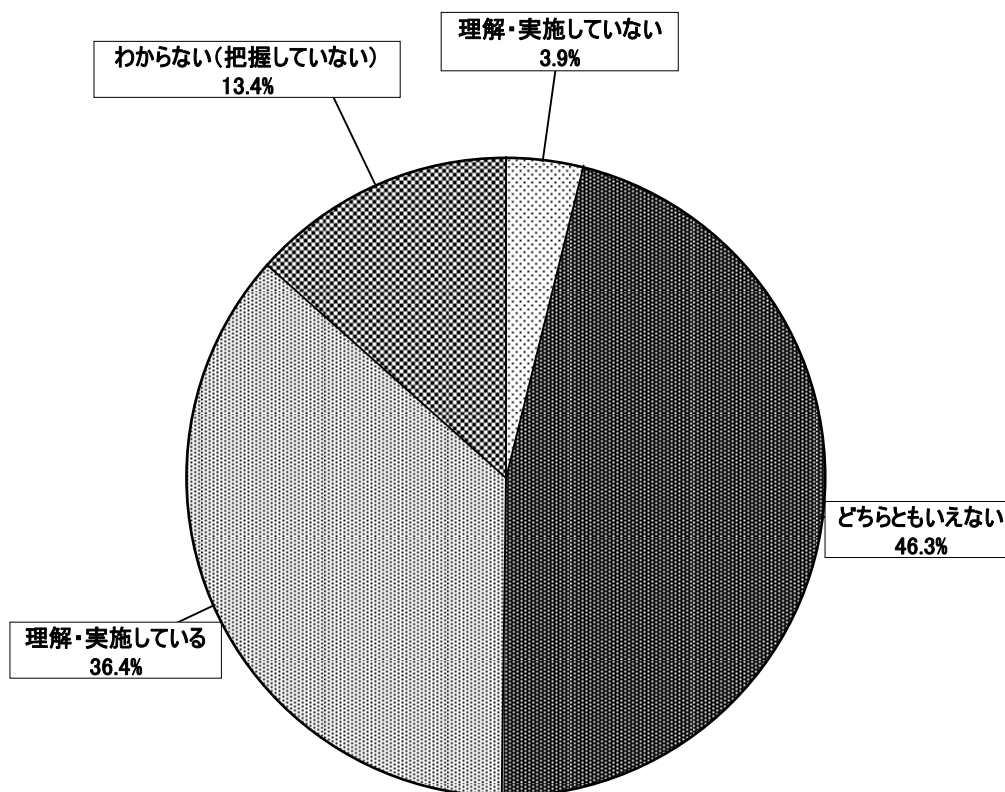
図病-2-4-4 制度と概念の説明 — 難病制度(特定疾患治療研究事業)  
(n = 386)



病院 問2 連携上の課題について  
 問2-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施  
 図病-2-4-5 制度と概念の説明 — 在宅医療の心得  
 (n = 386)

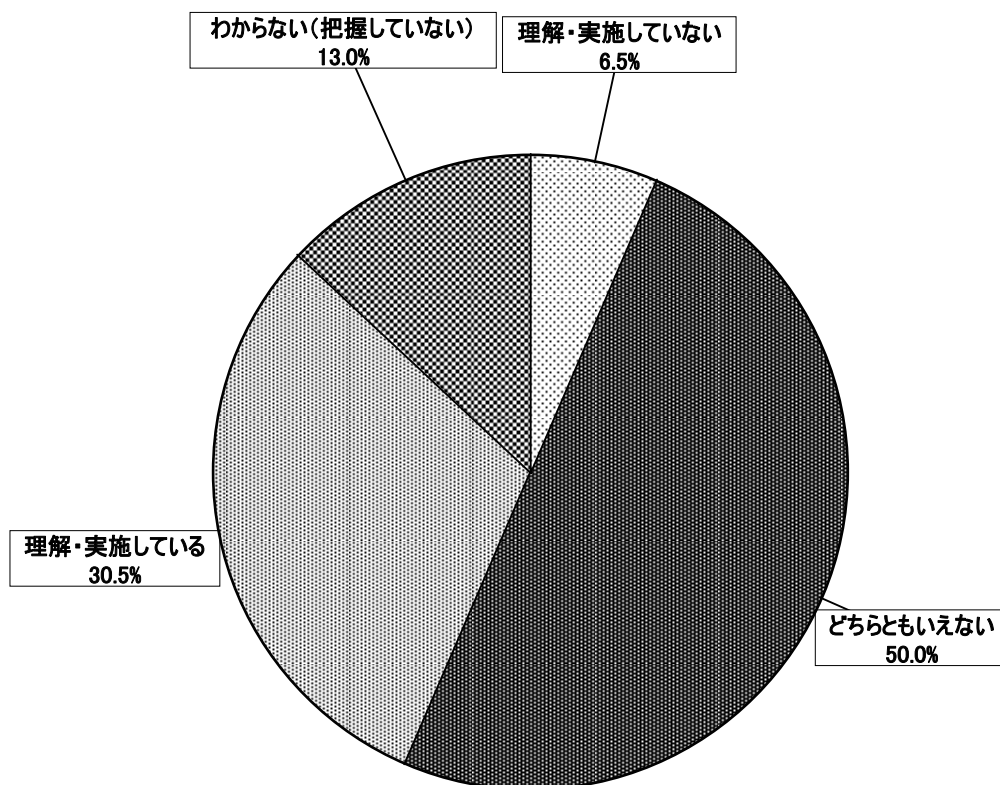


図病-2-4-6 制度と概念の説明 — 適切な面接・面談  
 (n = 387)

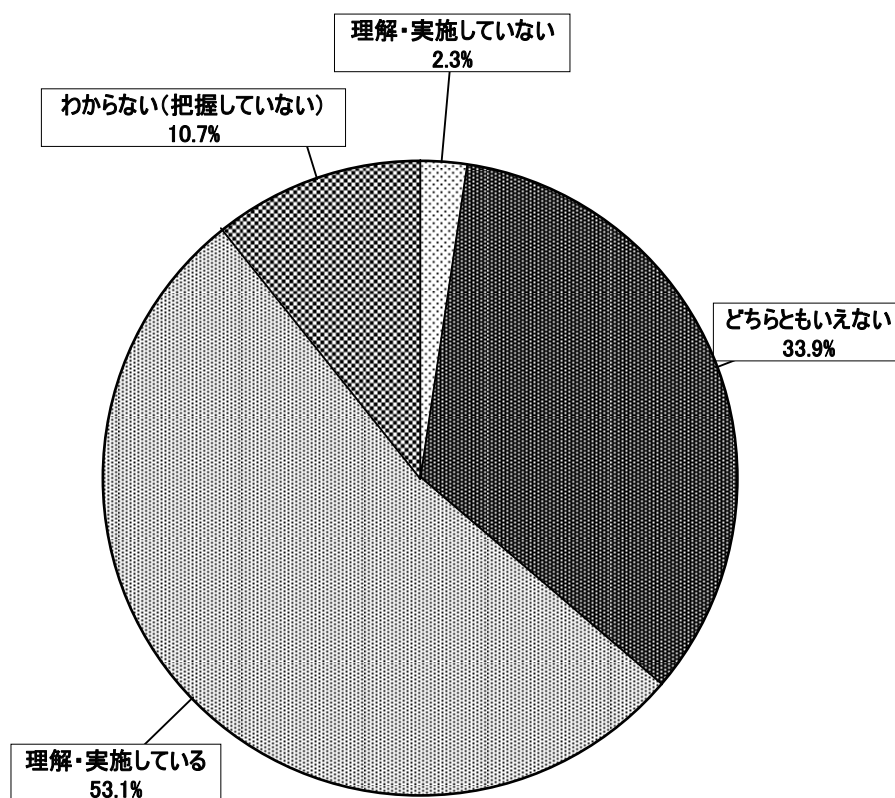


病院 問2 連携上の課題について  
問2-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

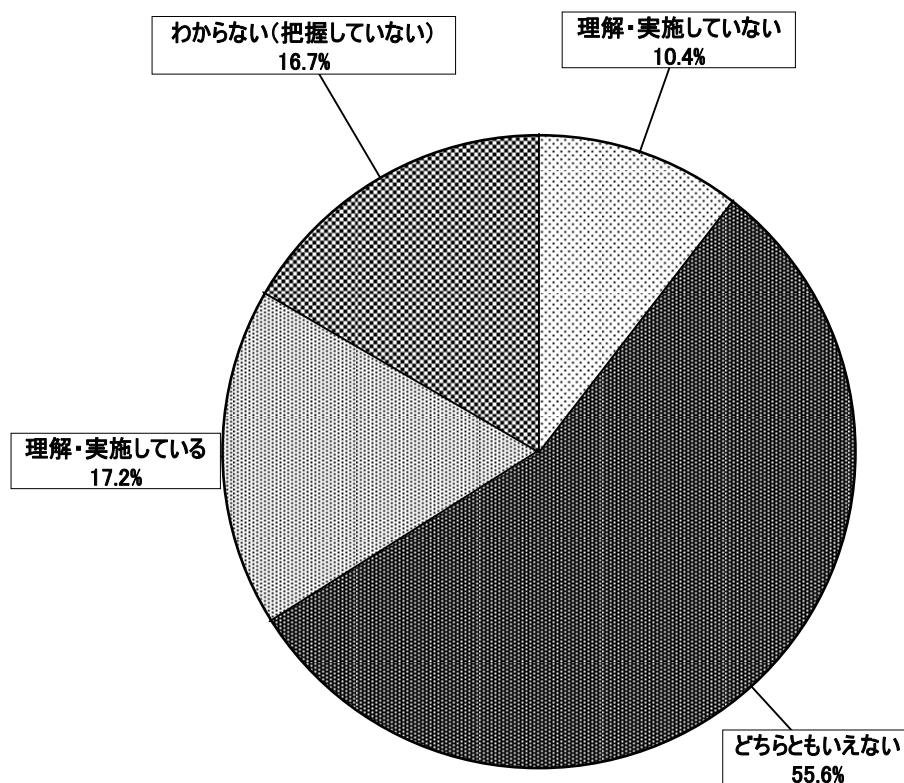
図病-2-4-7 療養生活像の説明 — 家族支援  
(n = 384)



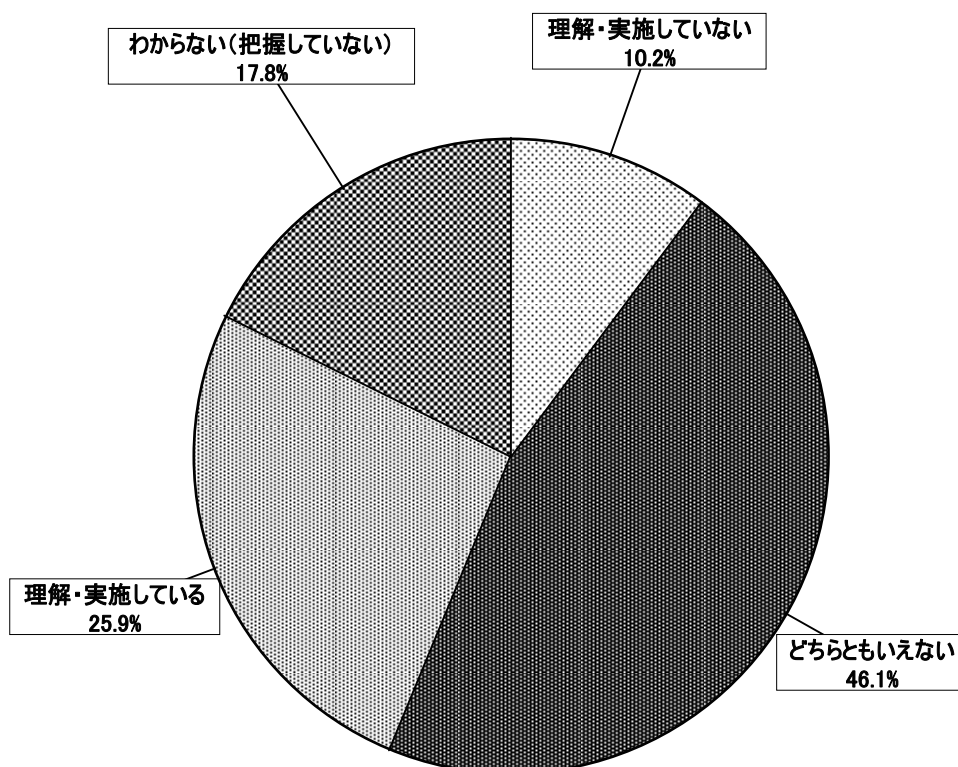
図病-2-4-8 療養生活像の説明 — がんの緩和医療  
(n = 384)



病院 問2 連携上の課題について  
 問2-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施  
 図病-2-4-9 療養生活像の説明 — 認知症の療養生活像  
 (n = 383)

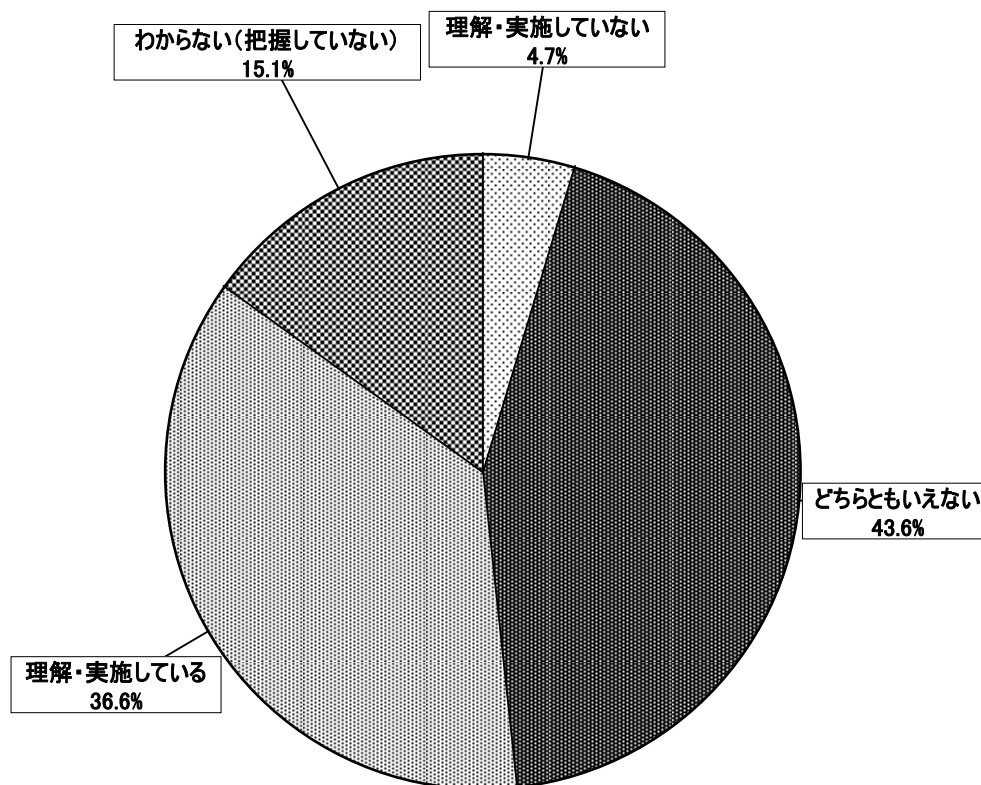


図病-2-4-10 療養生活像の説明 — 難病の療養生活像  
 (n = 382)

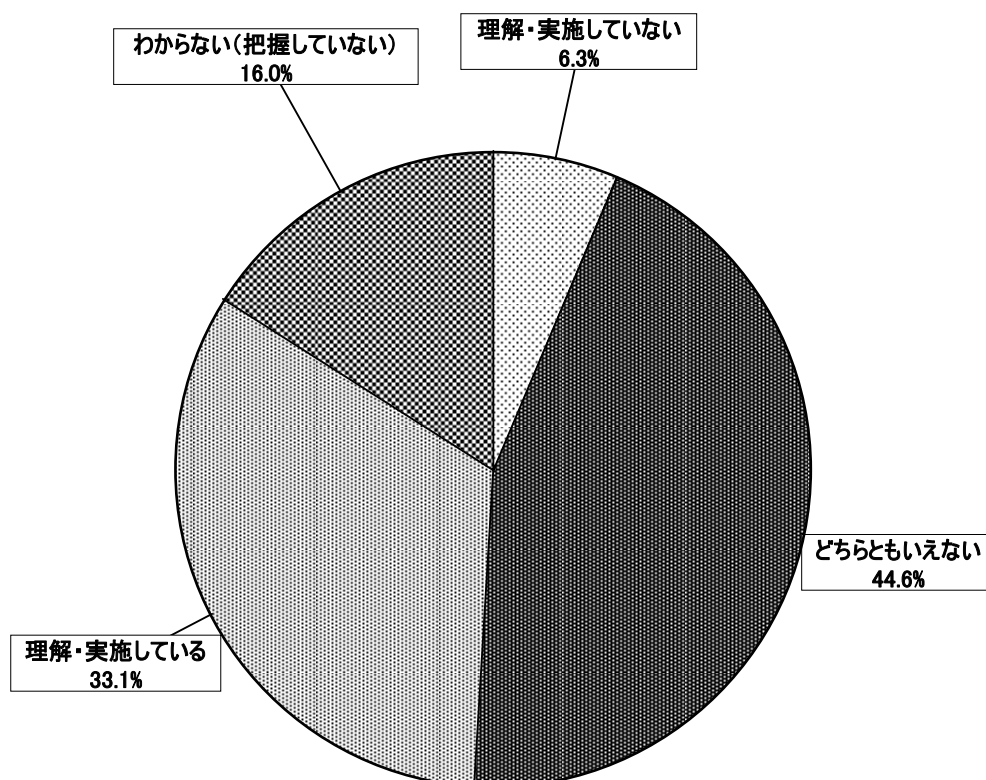


病院 問2 連携上の課題について  
問2-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

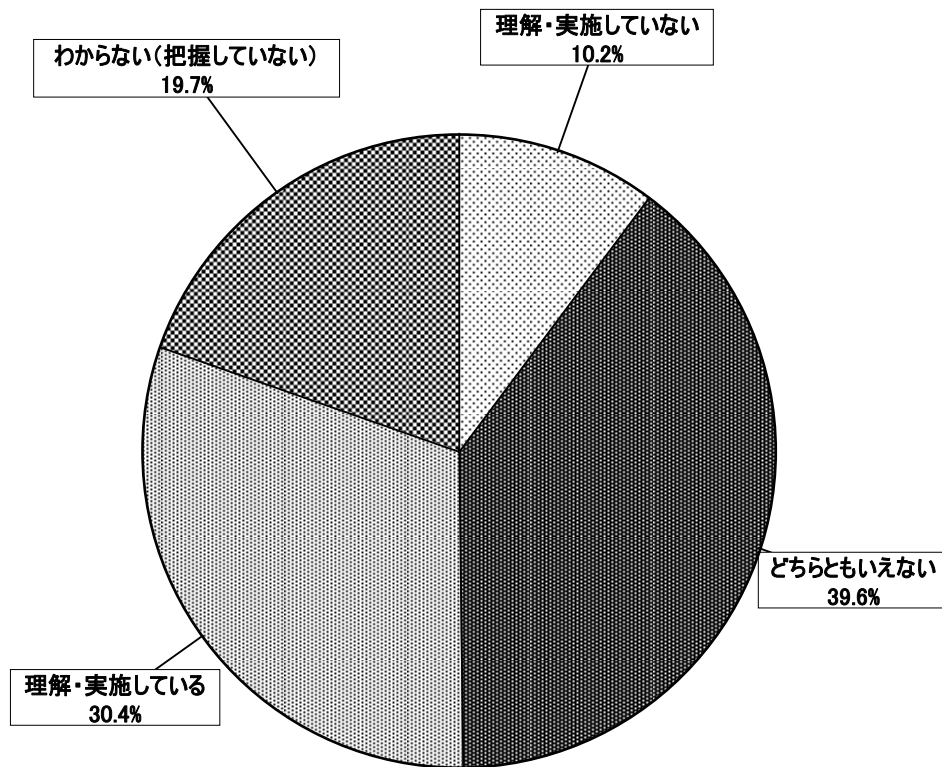
図病-2-4-11 療養生活像の説明 — 高齢者の特性  
(n = 385)



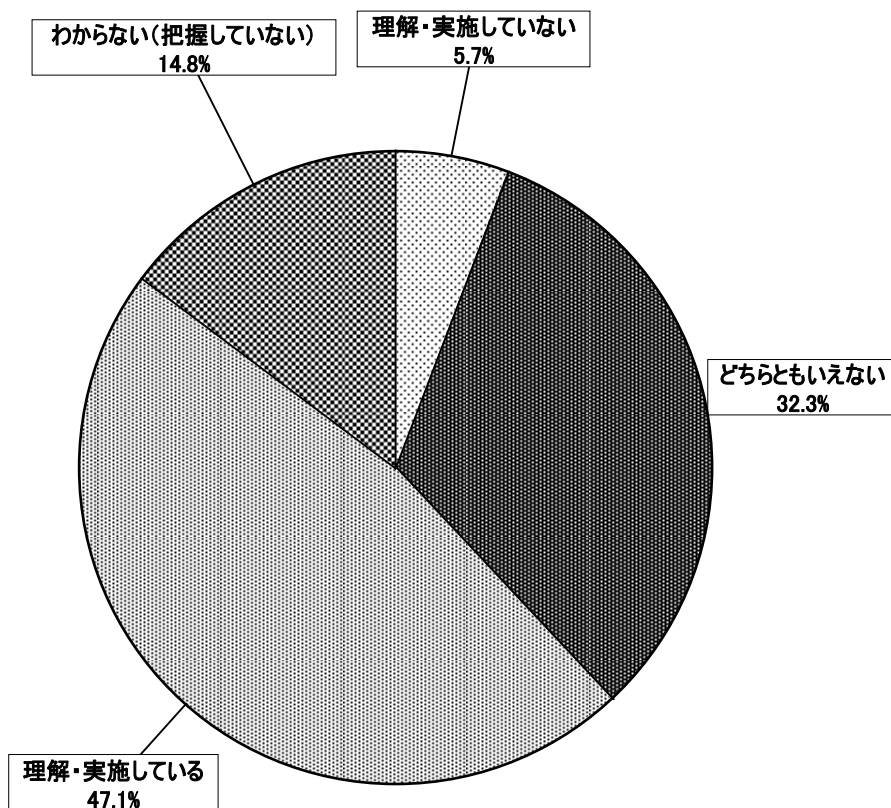
図病-2-4-12 療養生活像の説明 — 臨終時の心構え  
(n = 381)



病院 問2 連携上の課題について  
 問2-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施  
 図病-2-4-13 導入支援 — 在宅患者訪問点滴注射管理指導  
 (n = 381)



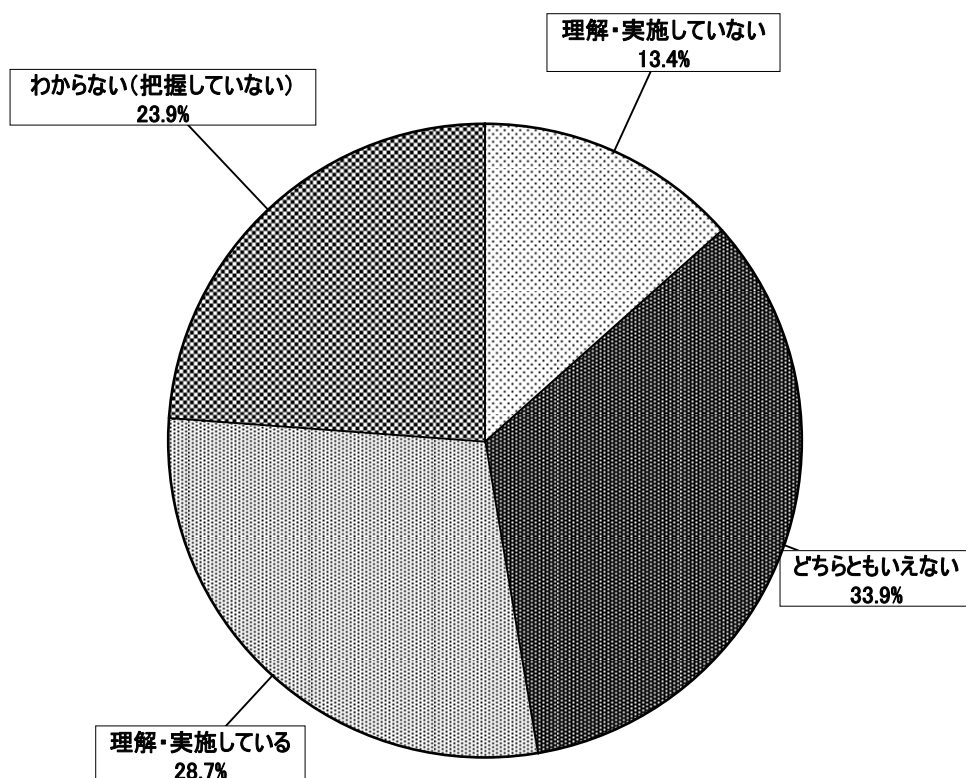
図病-2-4-14 導入支援 — 在宅自己注射指導  
 (n = 384)



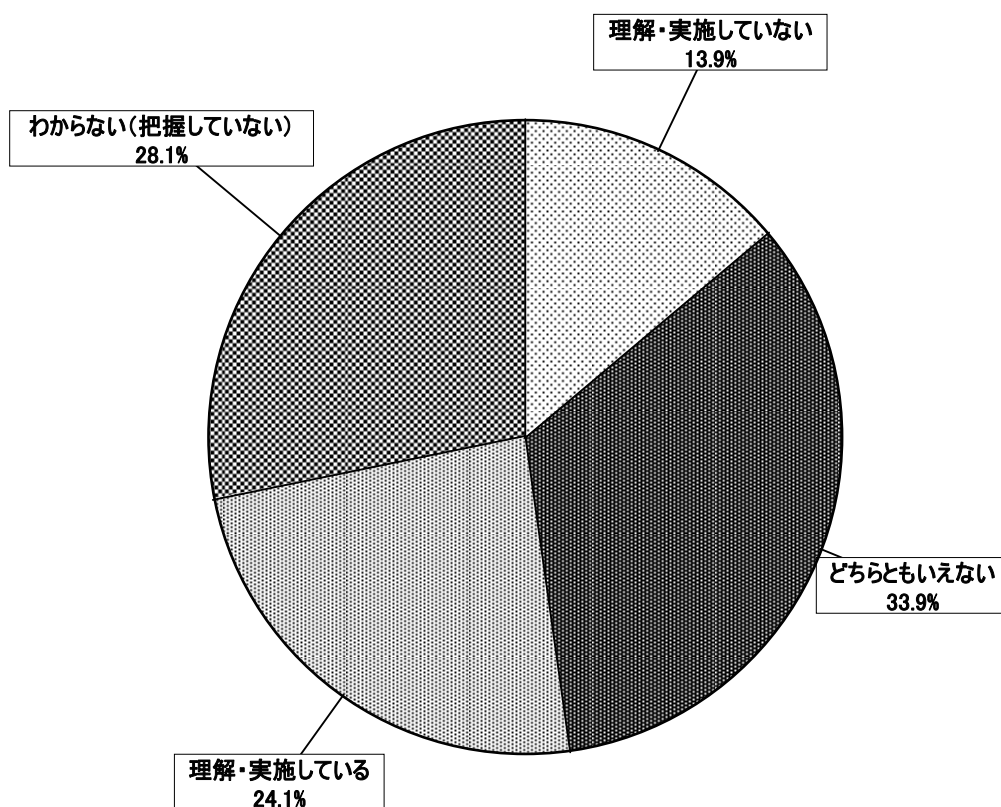


病院 問2 連携上の課題について  
問2-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

図病-2-4-15 導入支援 — 在宅腹膜灌流指導  
(n = 380)

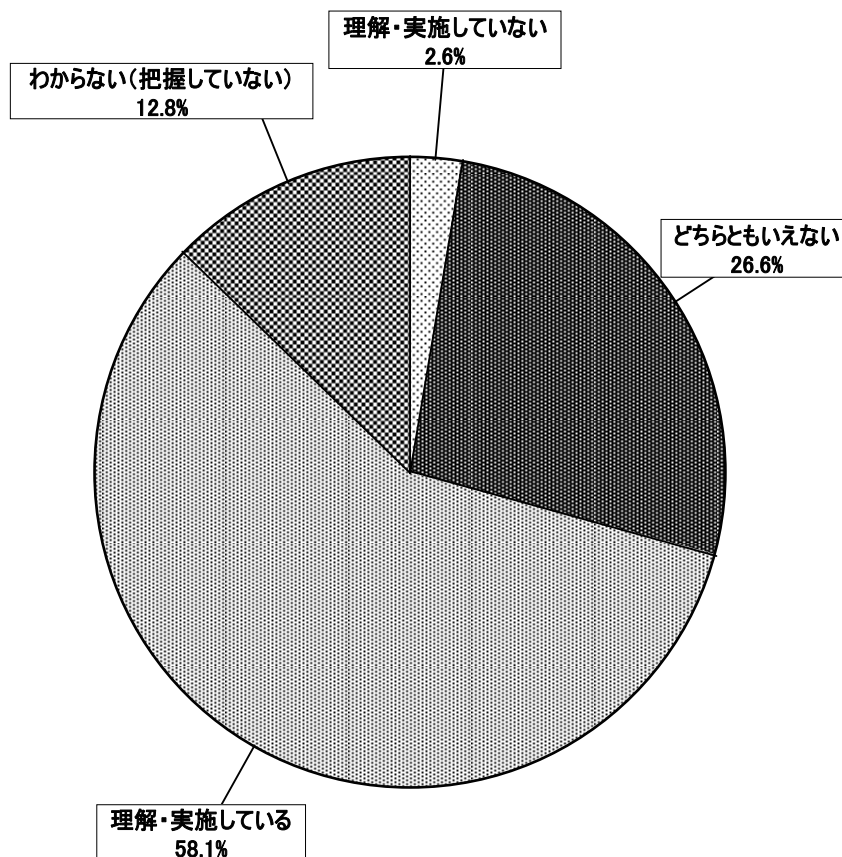


図病-2-4-16 導入支援 — 在宅血液透析指導  
(n = 381)

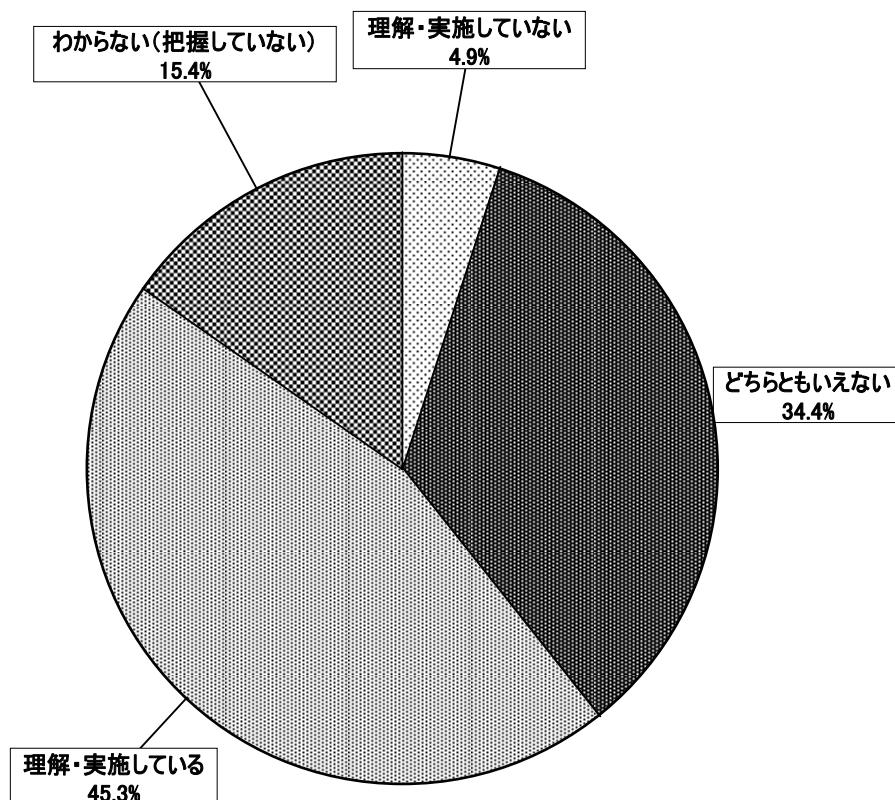


病院 問2 連携上の課題について  
問2-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

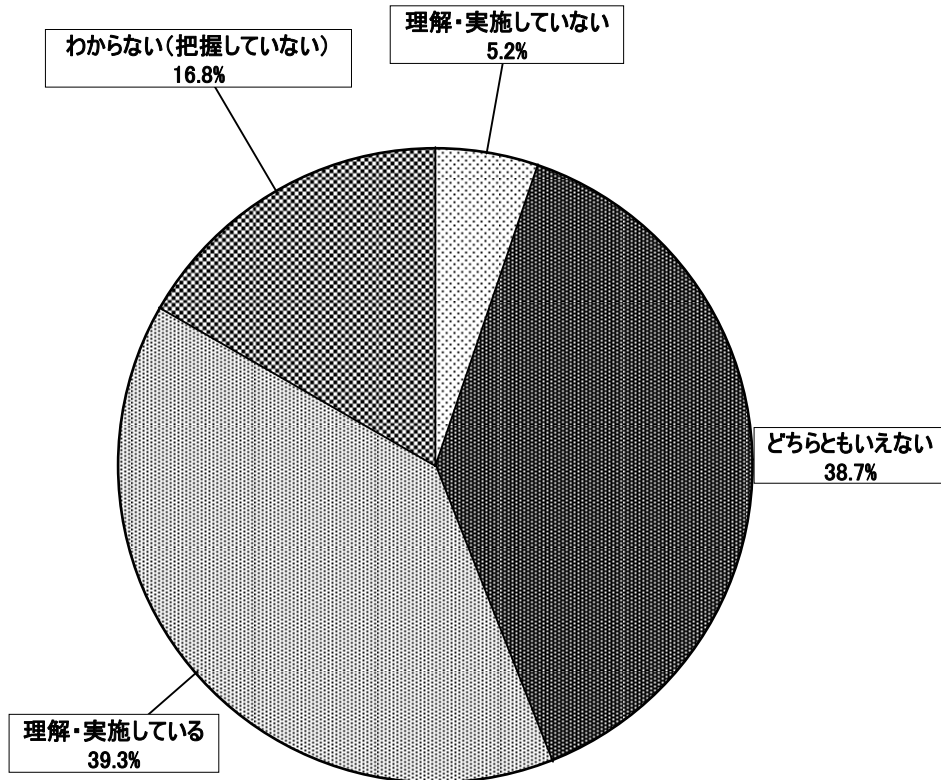
図病-2-4-17 導入支援 — 在宅酸素療法指導  
(n = 384)



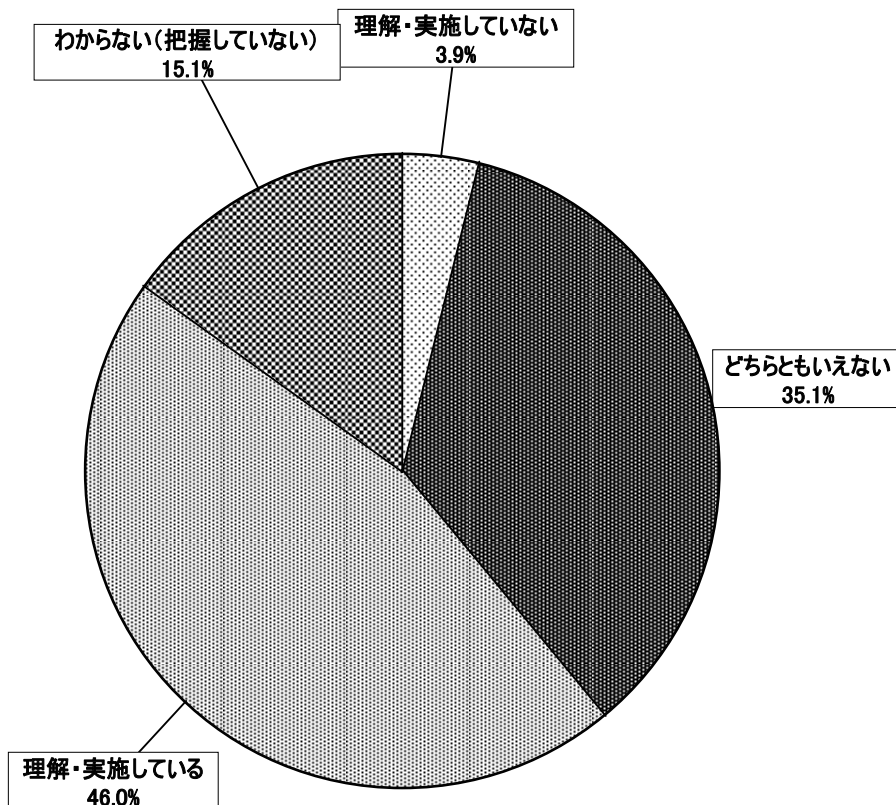
図病-2-4-18 導入支援 — 在宅中心静脈栄養指導  
(n = 384)



病院 問2 連携上の課題について  
 問2-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施  
 図病-2-4-19 導入支援 — 在宅成分栄養経管栄養法指導  
 (n = 382)

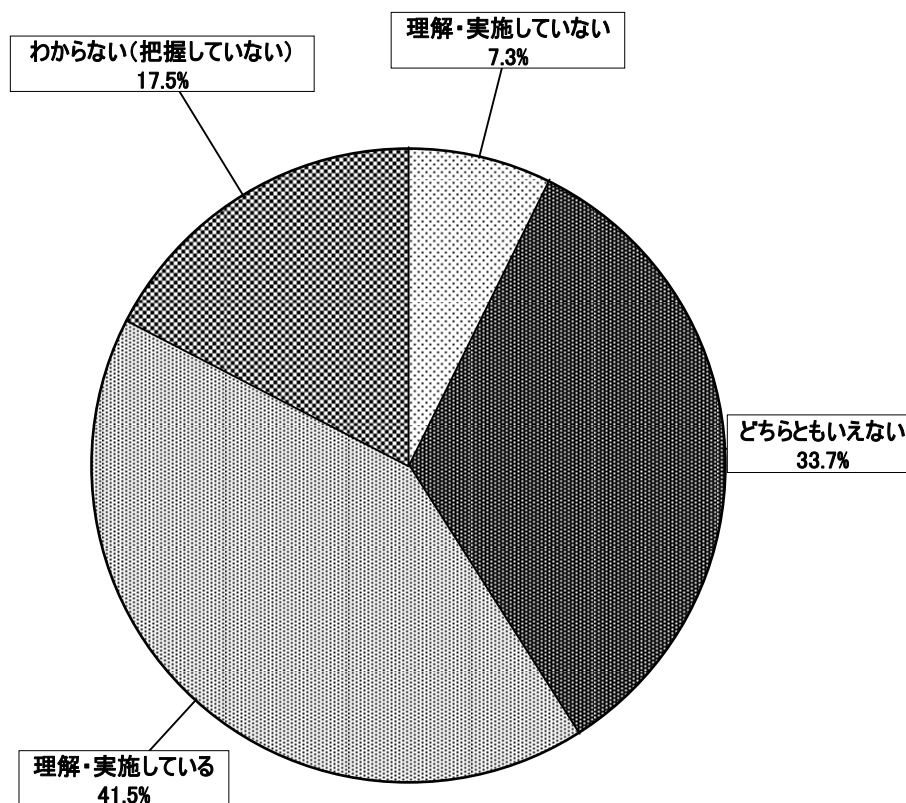


図病-2-4-20 導入支援 — 在宅自己導尿指導  
 (n = 385)

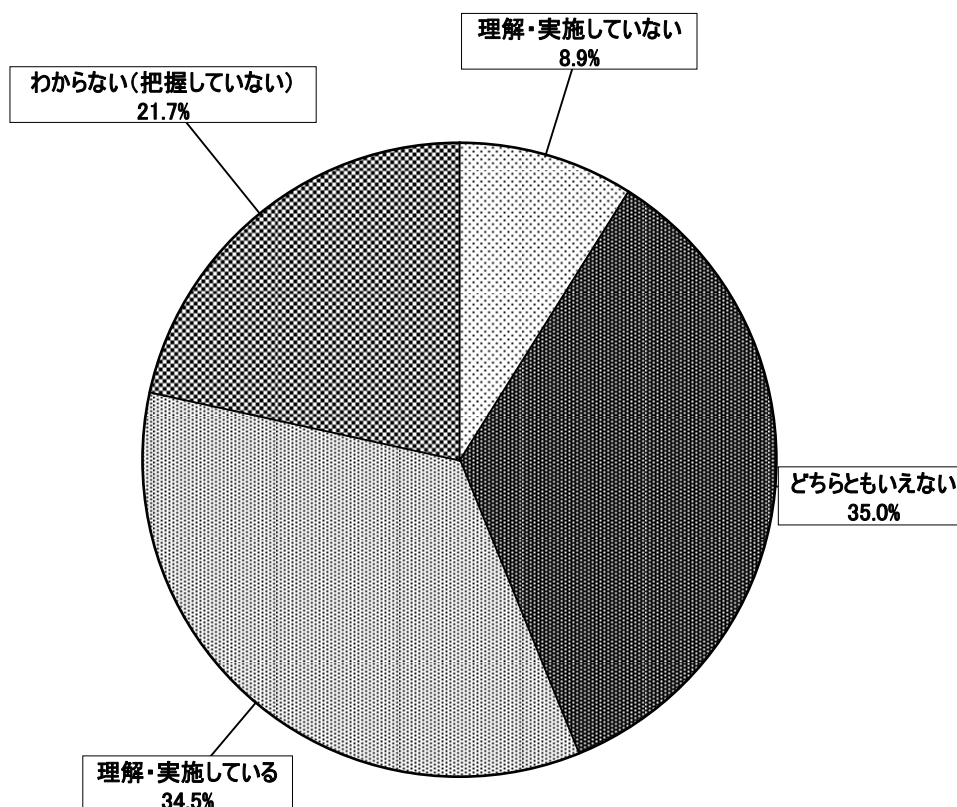


病院 問2 連携上の課題について  
問2-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

図病-2-4-21 導入支援 — 在宅人工呼吸指導  
(n = 383)

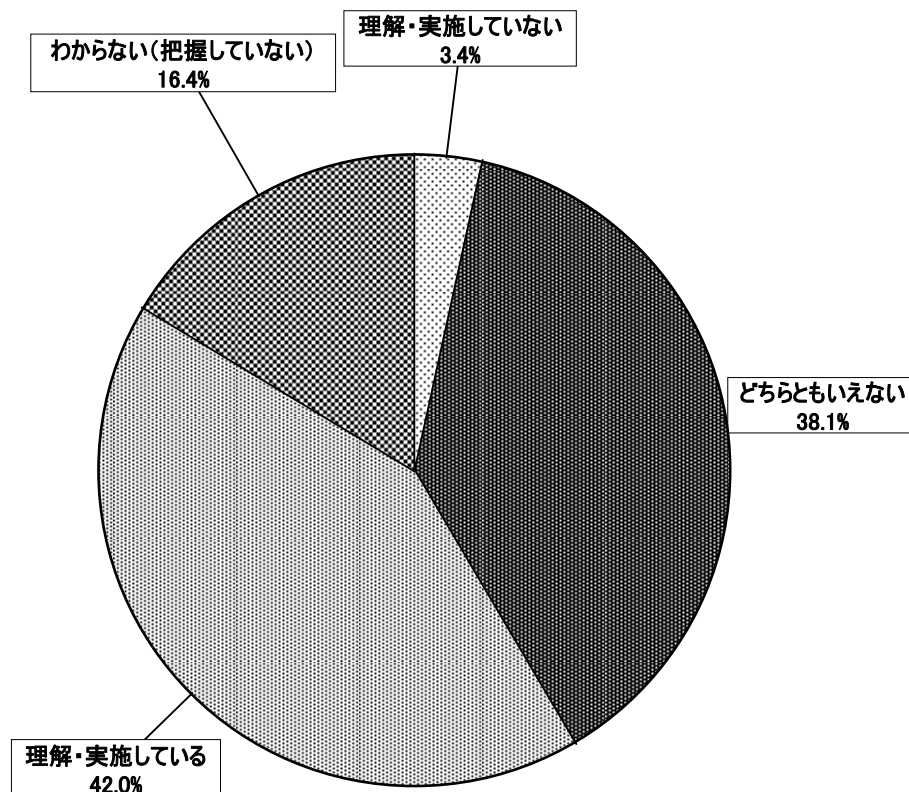


図病-2-4-22 導入支援 — 在宅持続陽圧呼吸療法指導  
(n = 383)

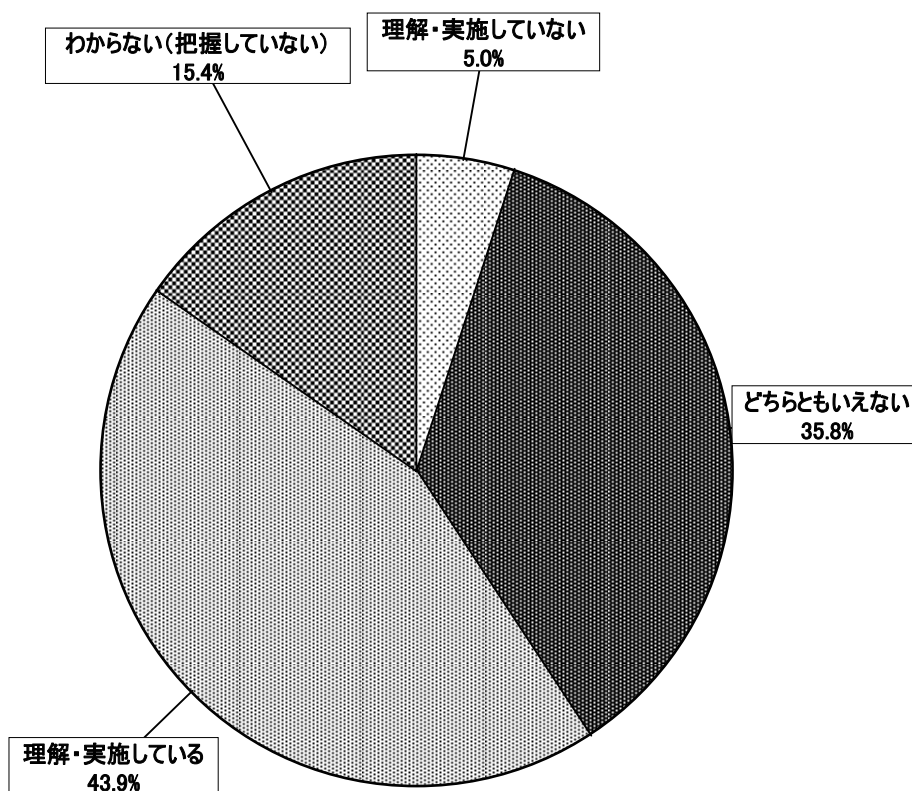


病院 問2 連携上の課題について  
問2-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

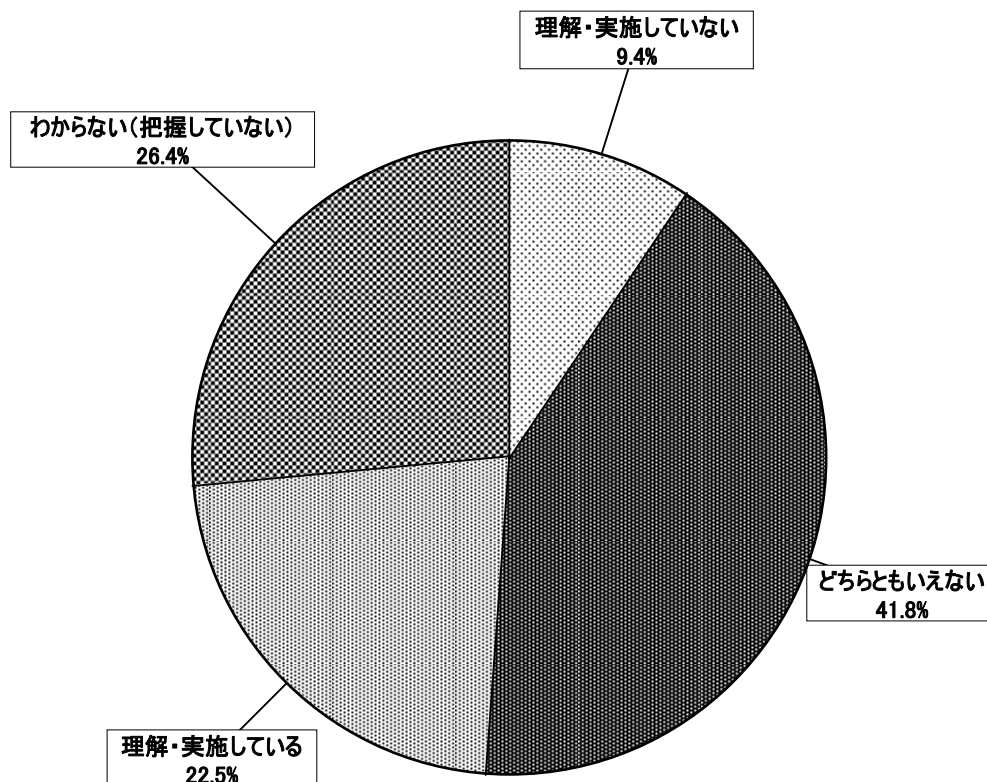
図病-2-4-23 導入支援 — 在宅悪性腫瘍患者指導  
(n = 383)



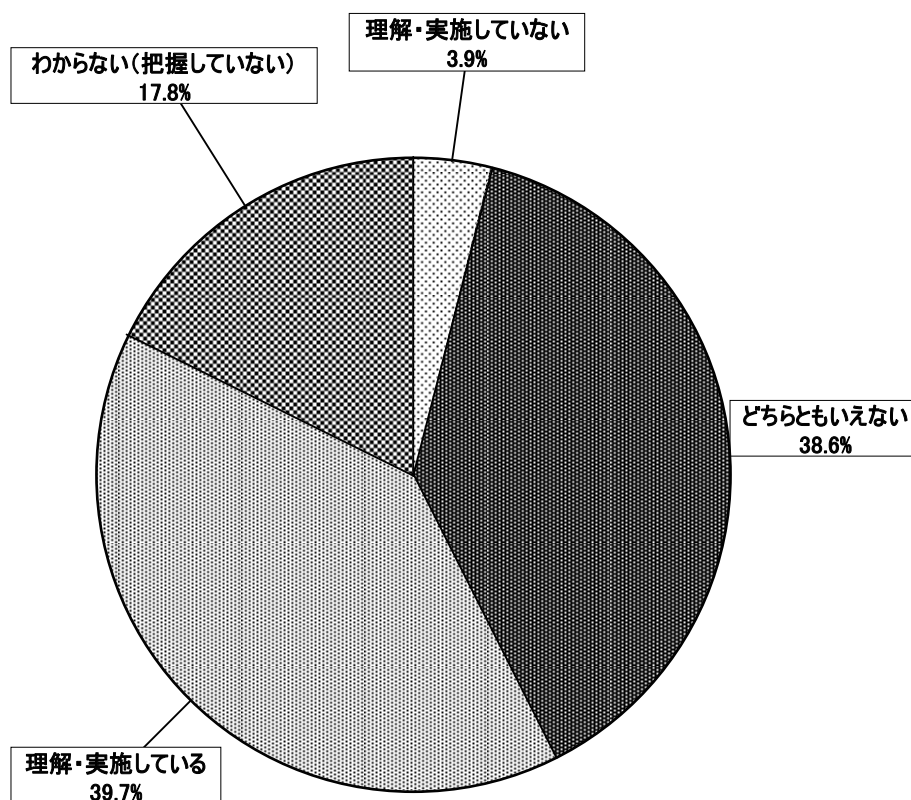
図病-2-4-24 導入支援 — 在宅自己疼痛管理指導  
(n = 383)



病院 問2 連携上の課題について  
 問2-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施  
 図病-2-4-25 導入支援 — 在宅肺高血圧症患者指導  
 (n = 383)

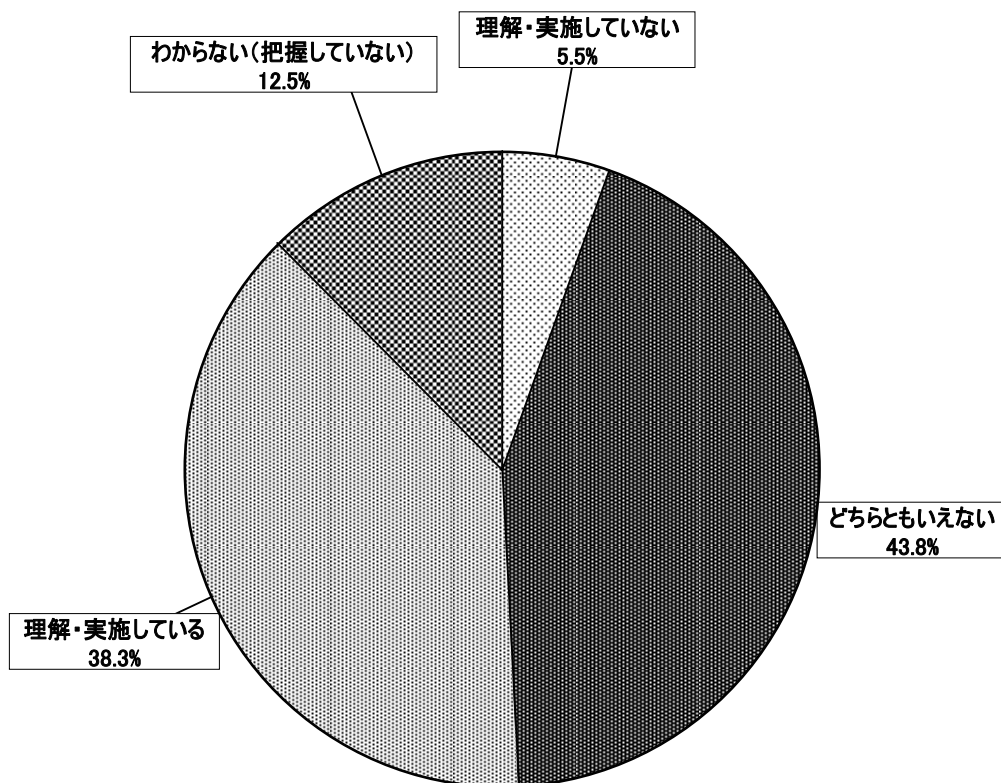


図病-2-4-26 導入支援 — 在宅気管切開患者指導  
 (n = 383)

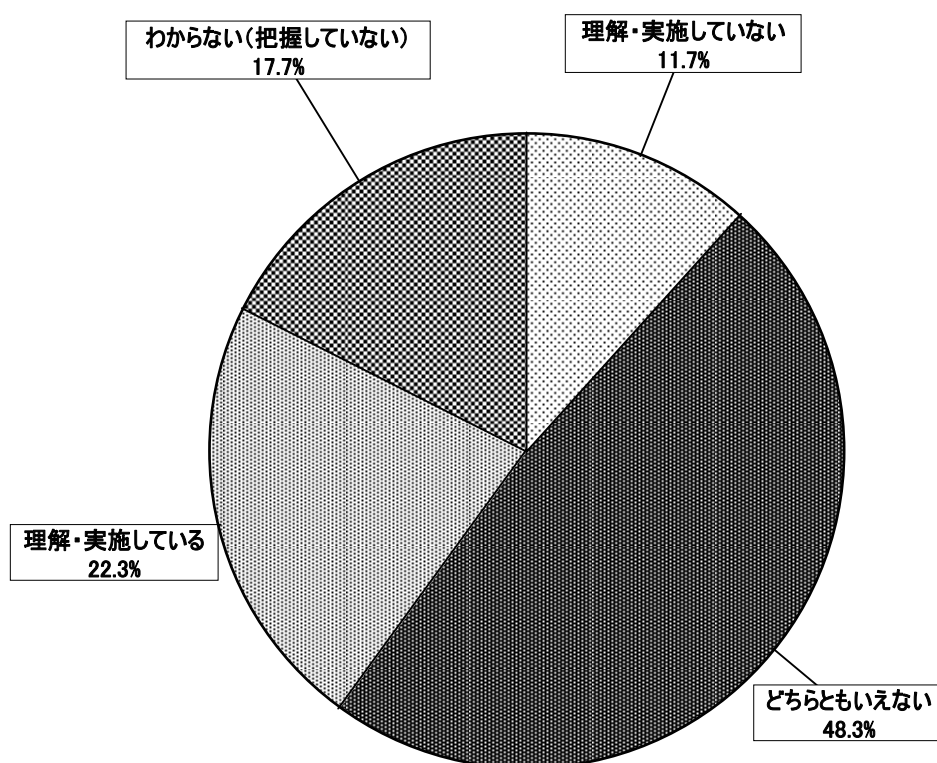


病院 問2 連携上の課題について  
問2-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

図病-2-4-27 導入支援 — 褥創の予防と治療  
(n = 384)

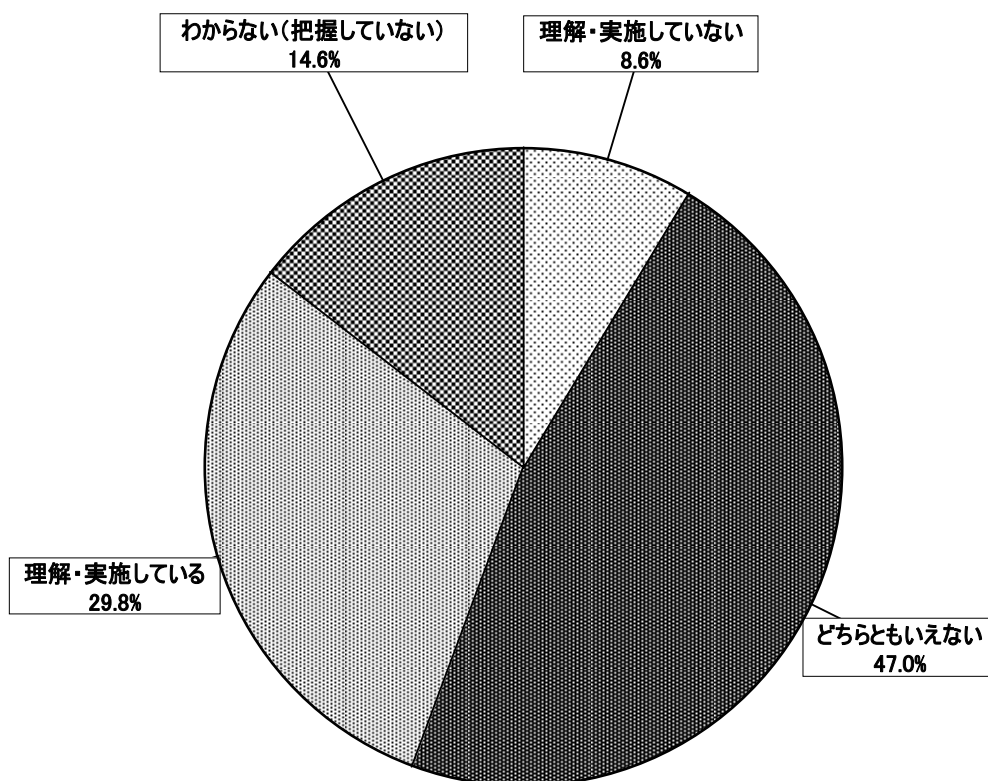


図病-2-4-28 導入支援 — 口腔ケアへの関わり  
(n = 385)

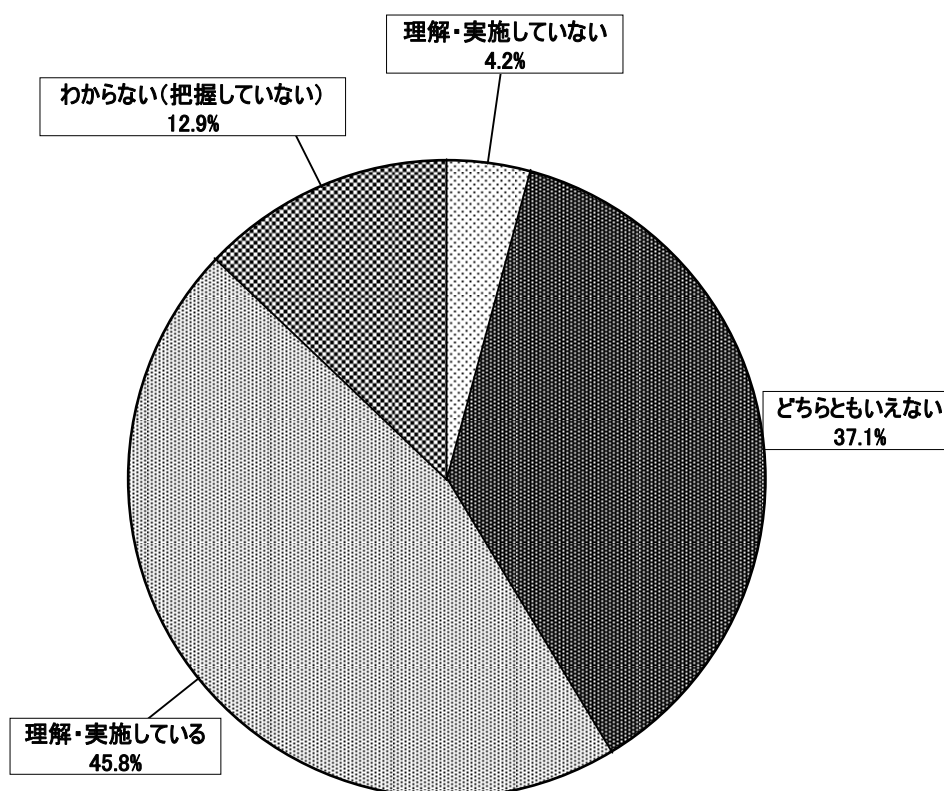


病院 問2 連携上の課題について  
問2-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

図病-2-4-29 導入支援 - 退院前共同指導  
(n = 383)

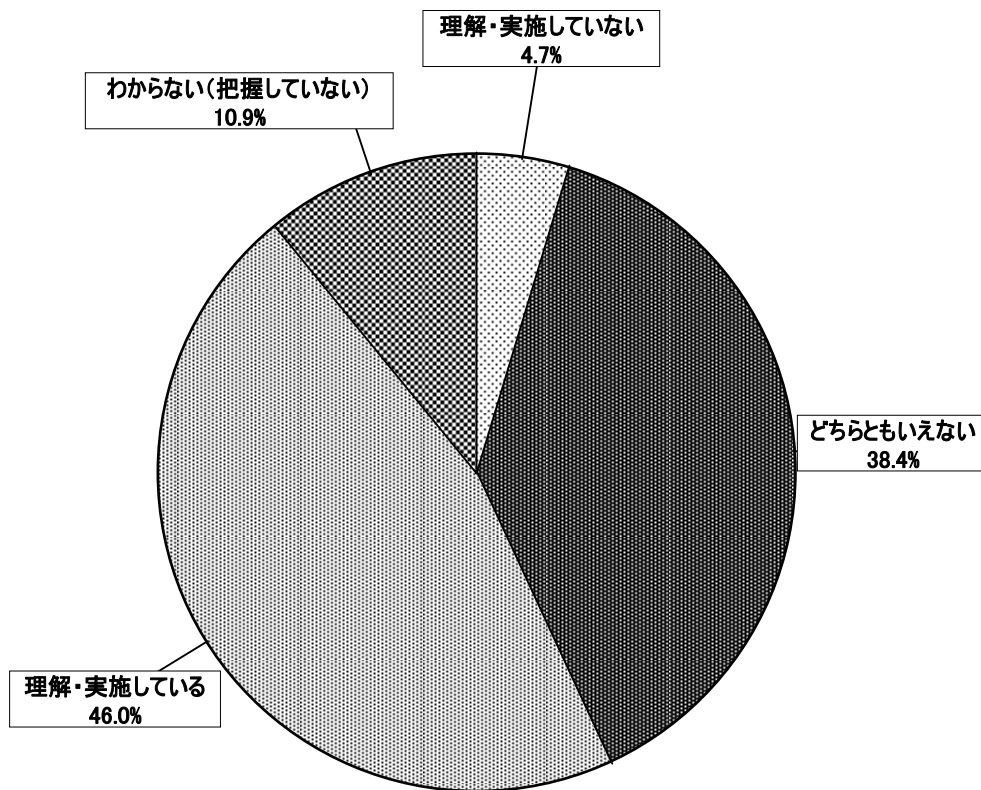


図病-2-4-30 導入支援 - セカンドオピニオン  
(n = 380)

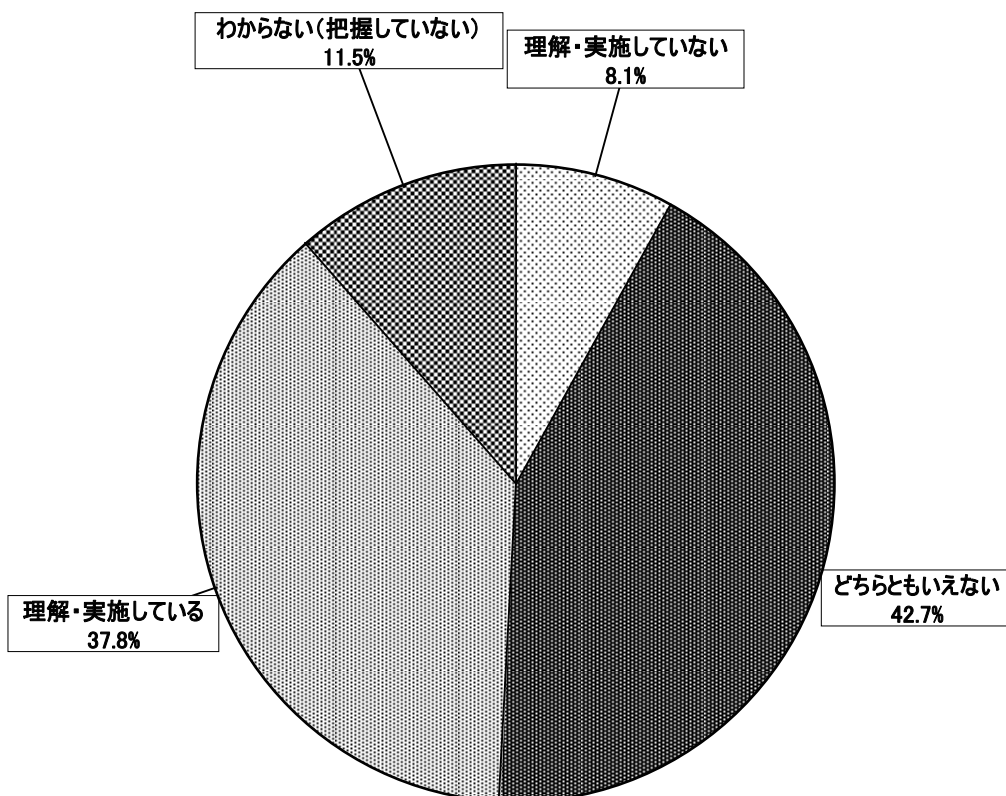




病院 問2 連携上の課題について  
 問2-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施  
 図病-2-4-31 多職種間連携 — 在宅医と後方病院の連携  
 (n = 385)

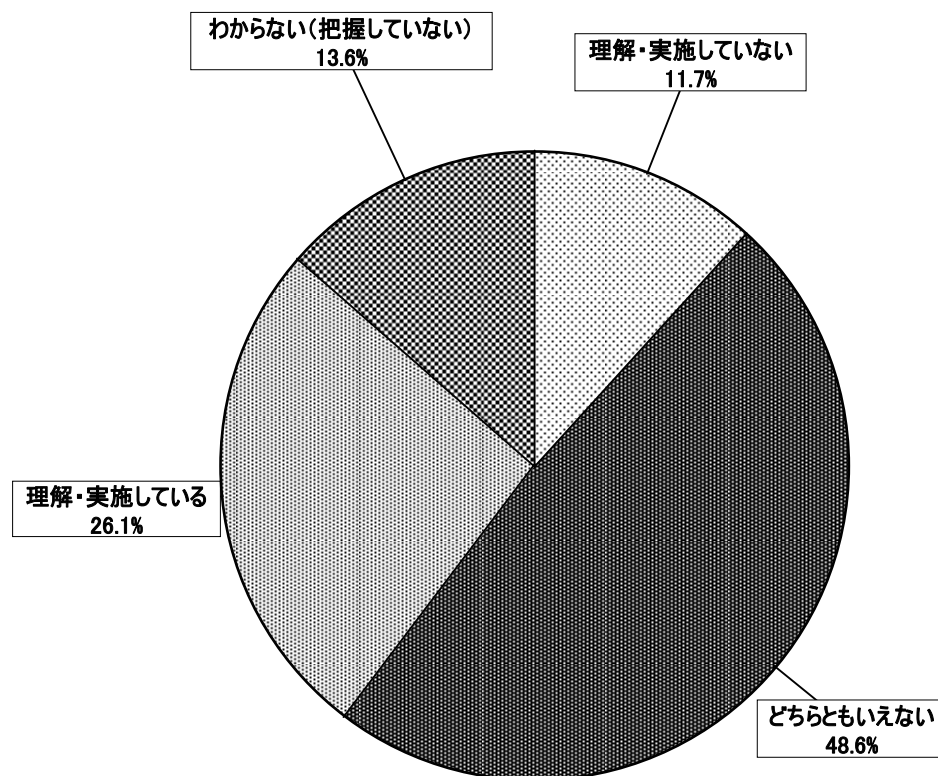


図病-2-4-32 多職種間連携 — 訪問看護事業所との連携  
 (n = 384)

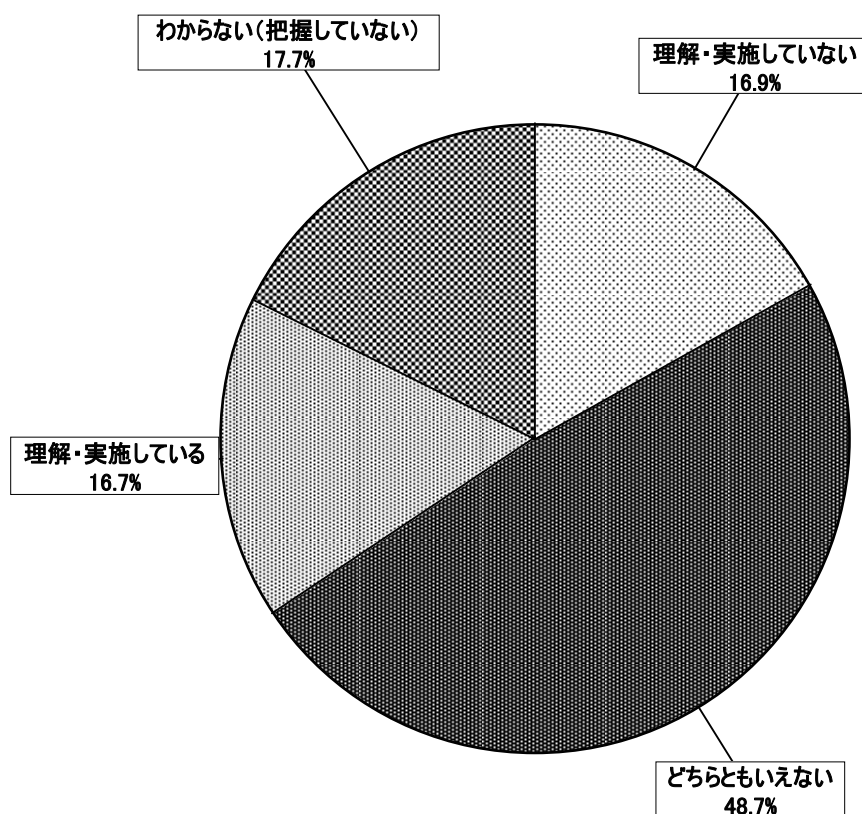


病院 問2 連携上の課題について  
問2-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

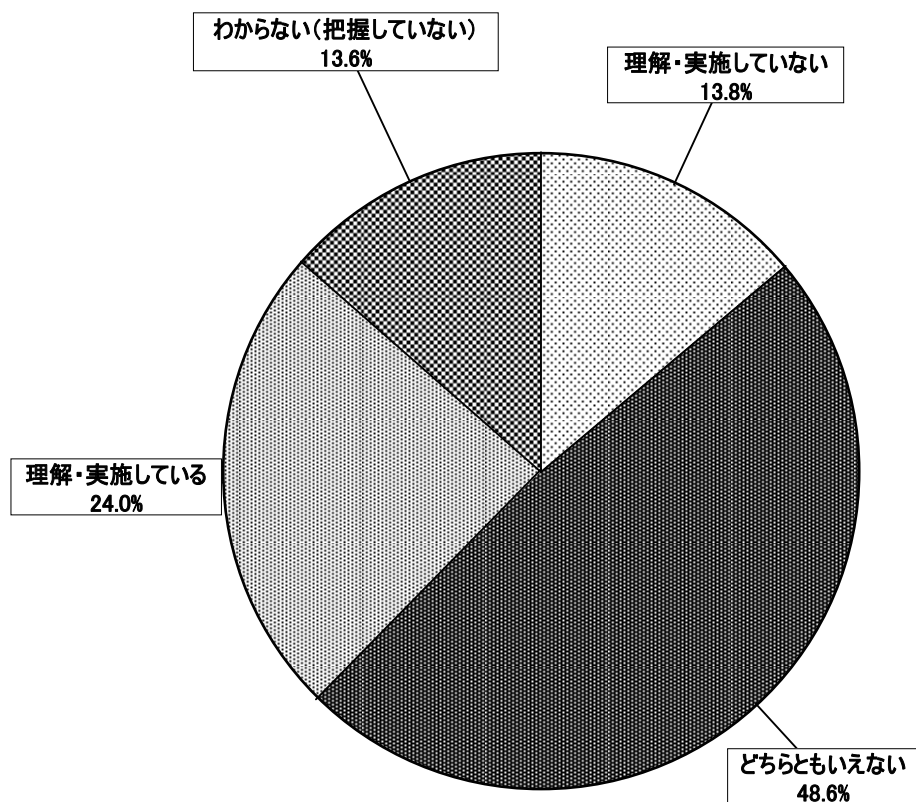
図病-2-4-33 多職種間連携 — 訪問リハビリテーションとの連携  
(n = 383)



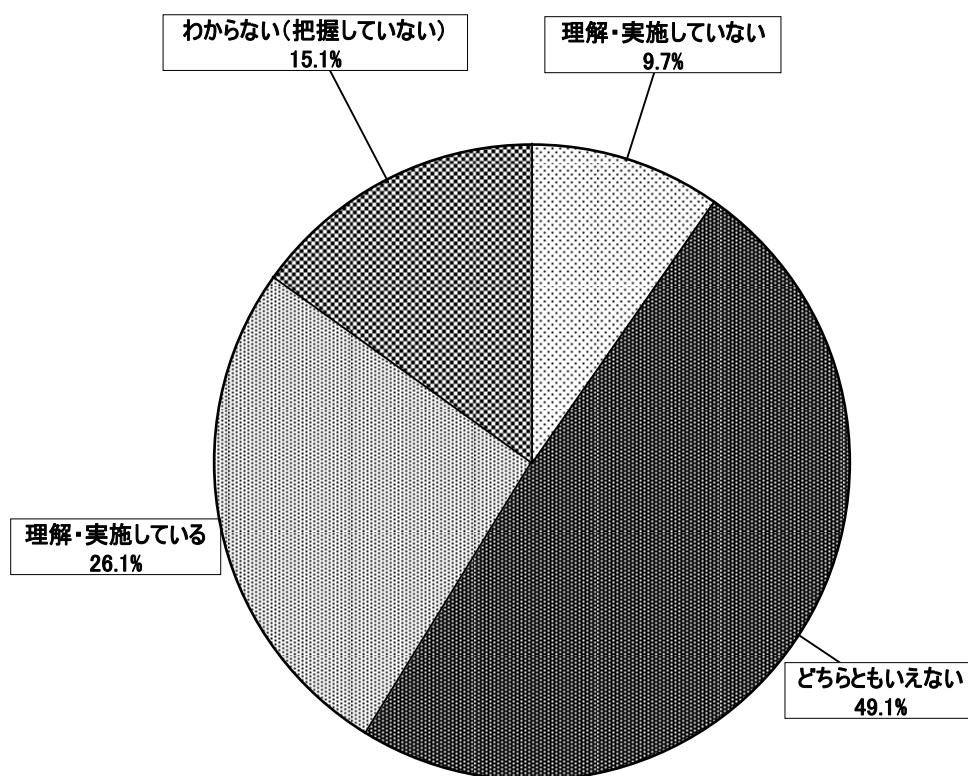
図病-2-4-34 多職種間連携 — 調剤薬局との連携  
(n = 384)



病院 問2 連携上の課題について  
 問2-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施  
 図病-2-4-35 多職種間連携 — 介護事業所との連携  
 (n = 383)

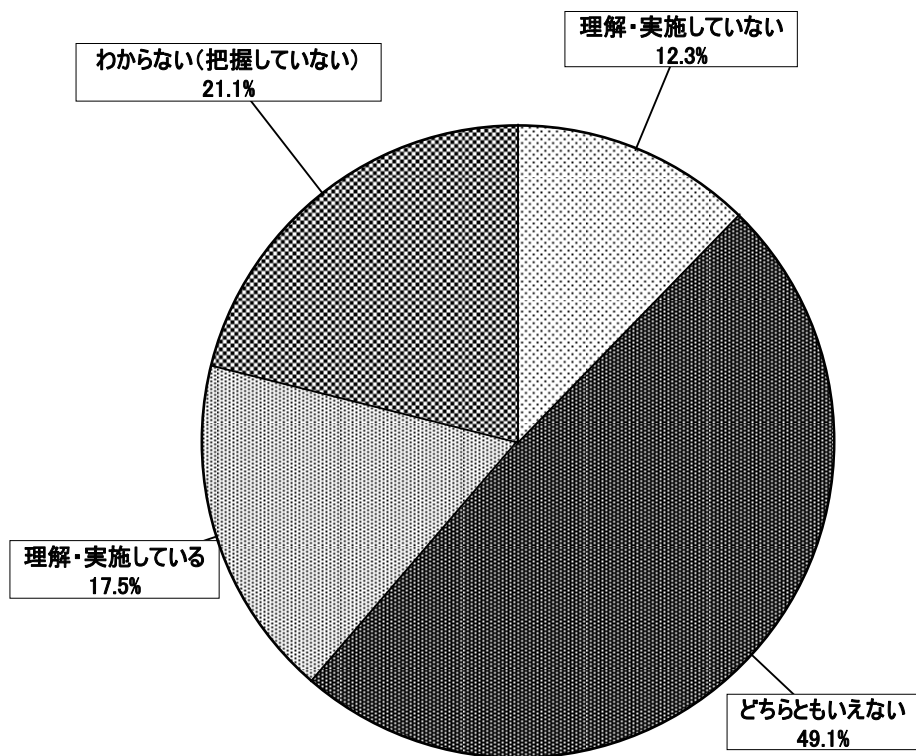


図病-2-4-36 その他 — 家族介護力の評価  
 (n = 383)

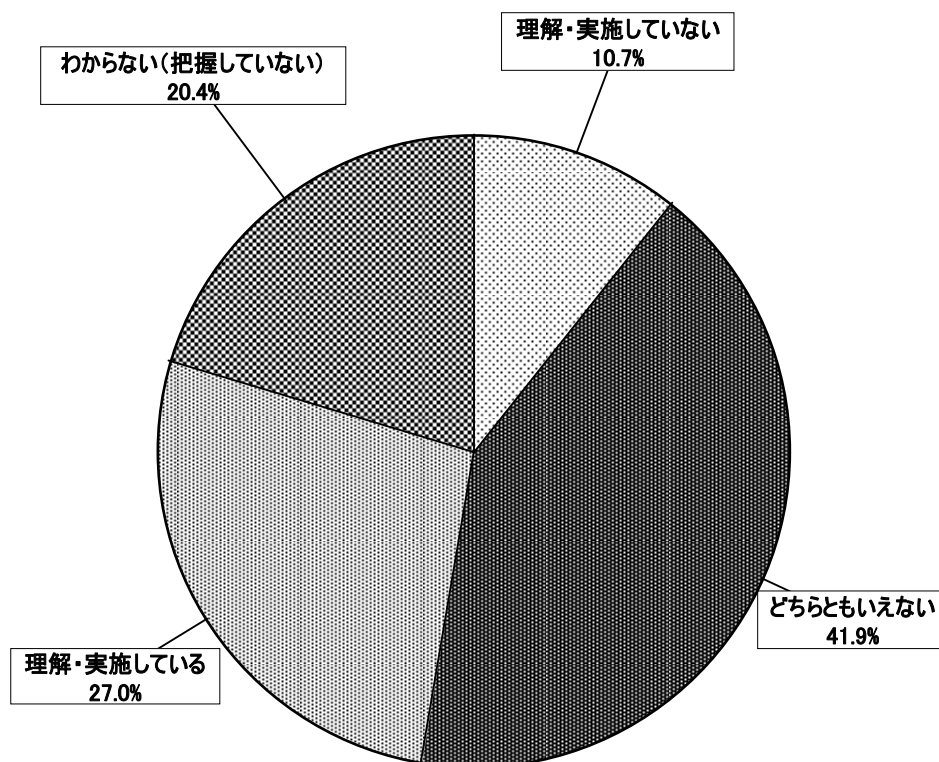


病院 問2 連携上の課題について  
問2-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

図病-2-4-37 その他 - 虐待・家庭内暴力  
(n = 383)

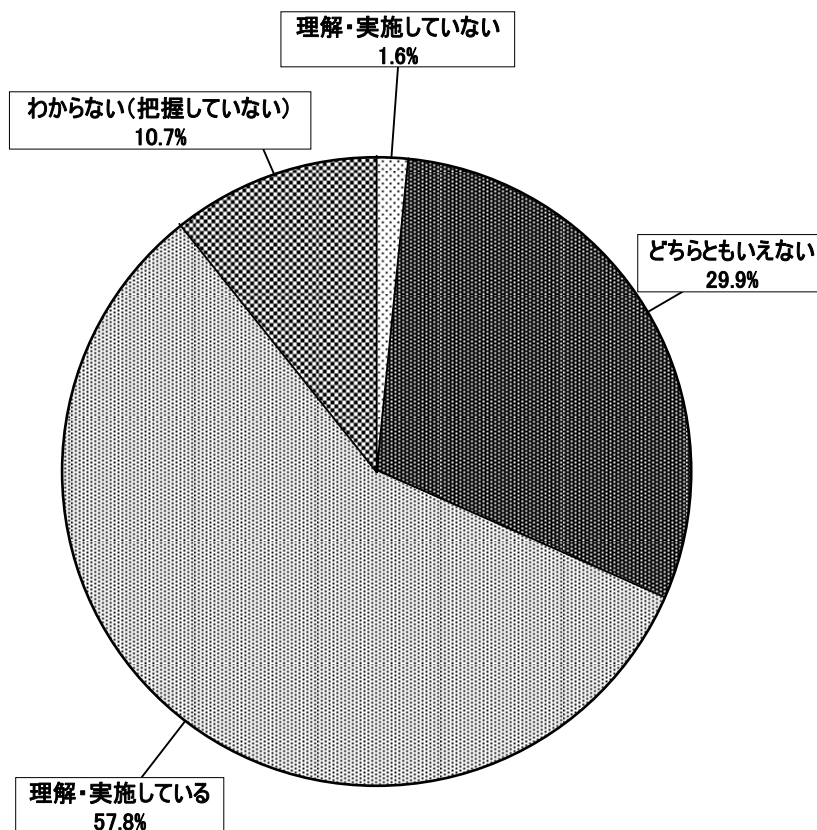


図病-2-4-38 その他 - 終末期における同意文書の作成  
(n = 382)

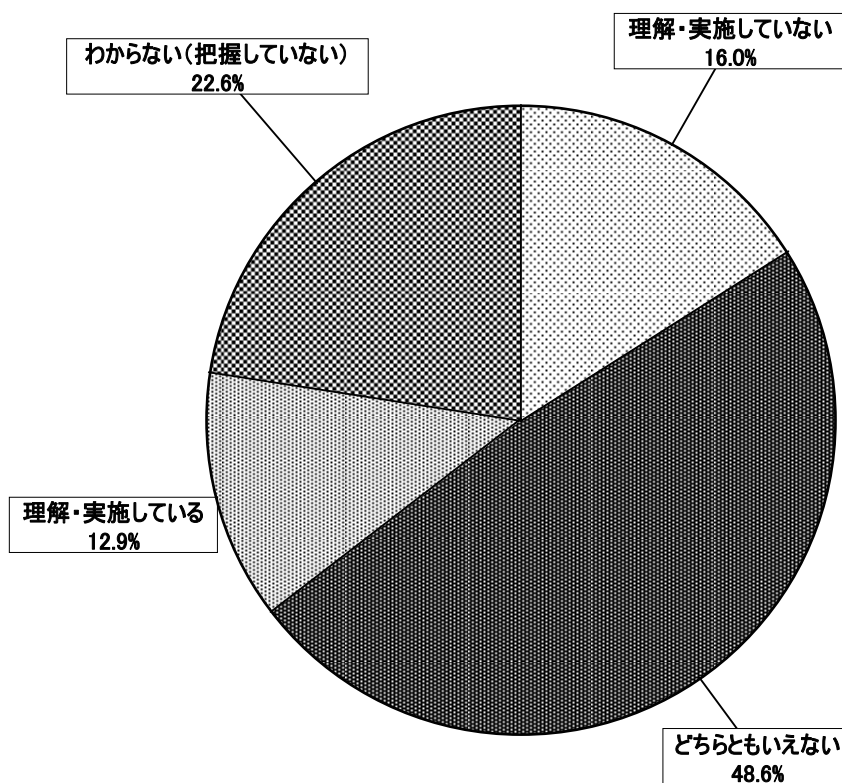


病院 問2 連携上の課題について  
問2-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施

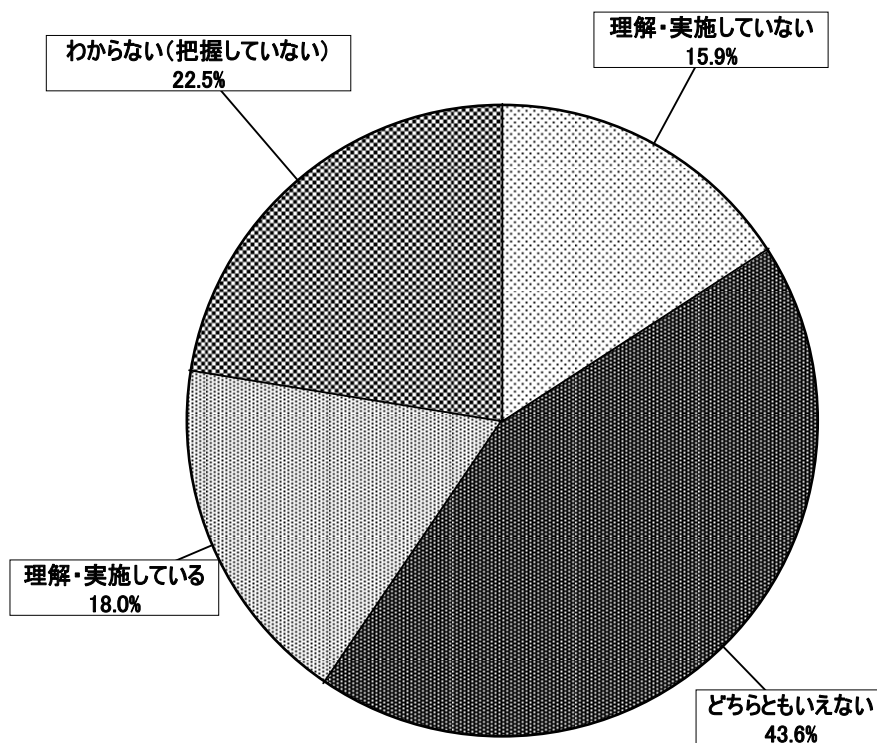
図病-2-4-39 その他 - 病名・予後告知  
(n = 384)



図病-2-4-40 その他 - グリーフケア  
(n = 381)

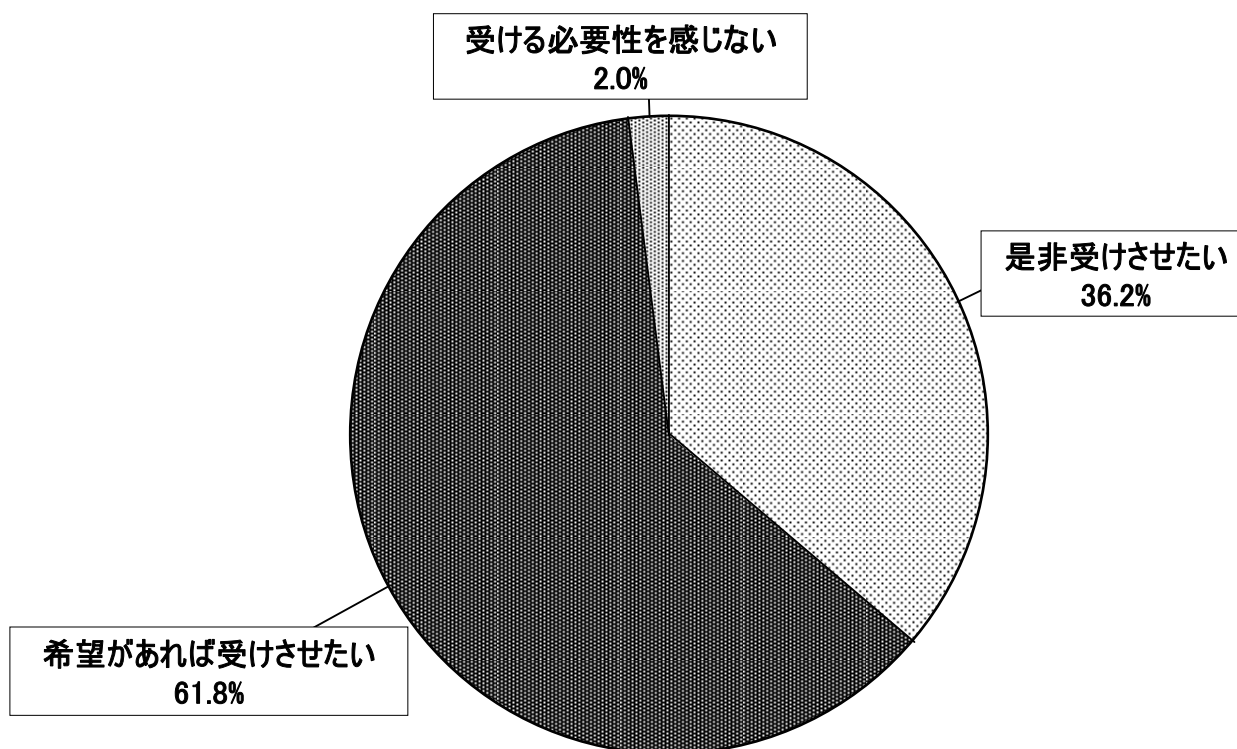


病院 問2 連携上の課題について  
問2-4 急性期病院の医師が知っておくべき内容の理解と実施  
図病-2-4-41 その他 — 災害時への対応(危機管理)  
(n = 383)

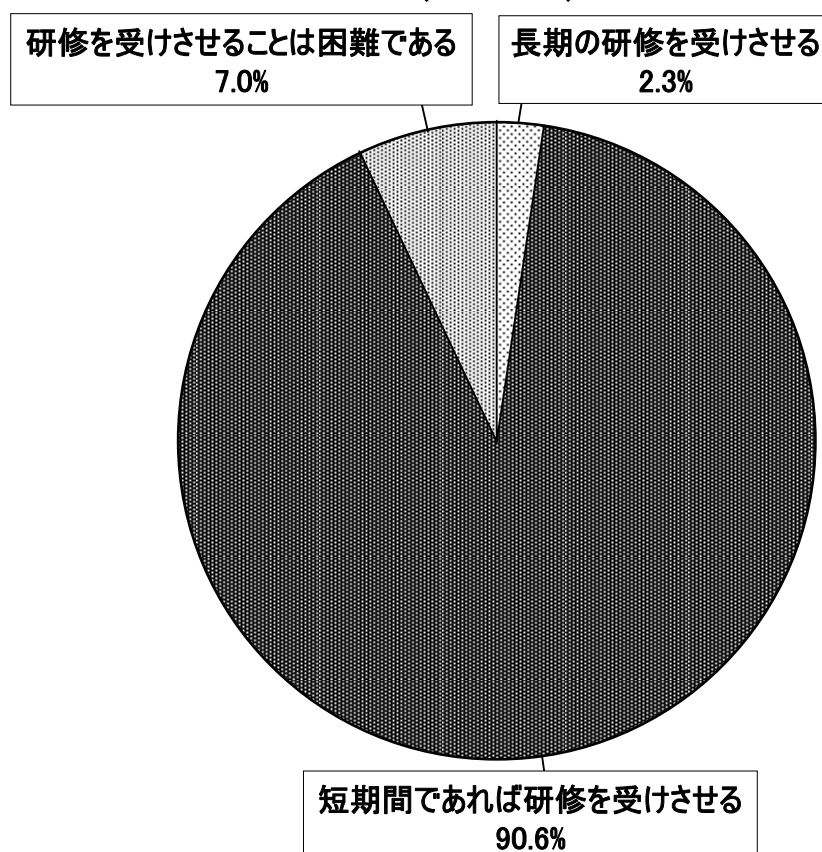


### 病院 問3 在宅医療の研修について

図病-3-1 問3-1 自施設の医師・看護師の在宅医療研修  
(n = 401)

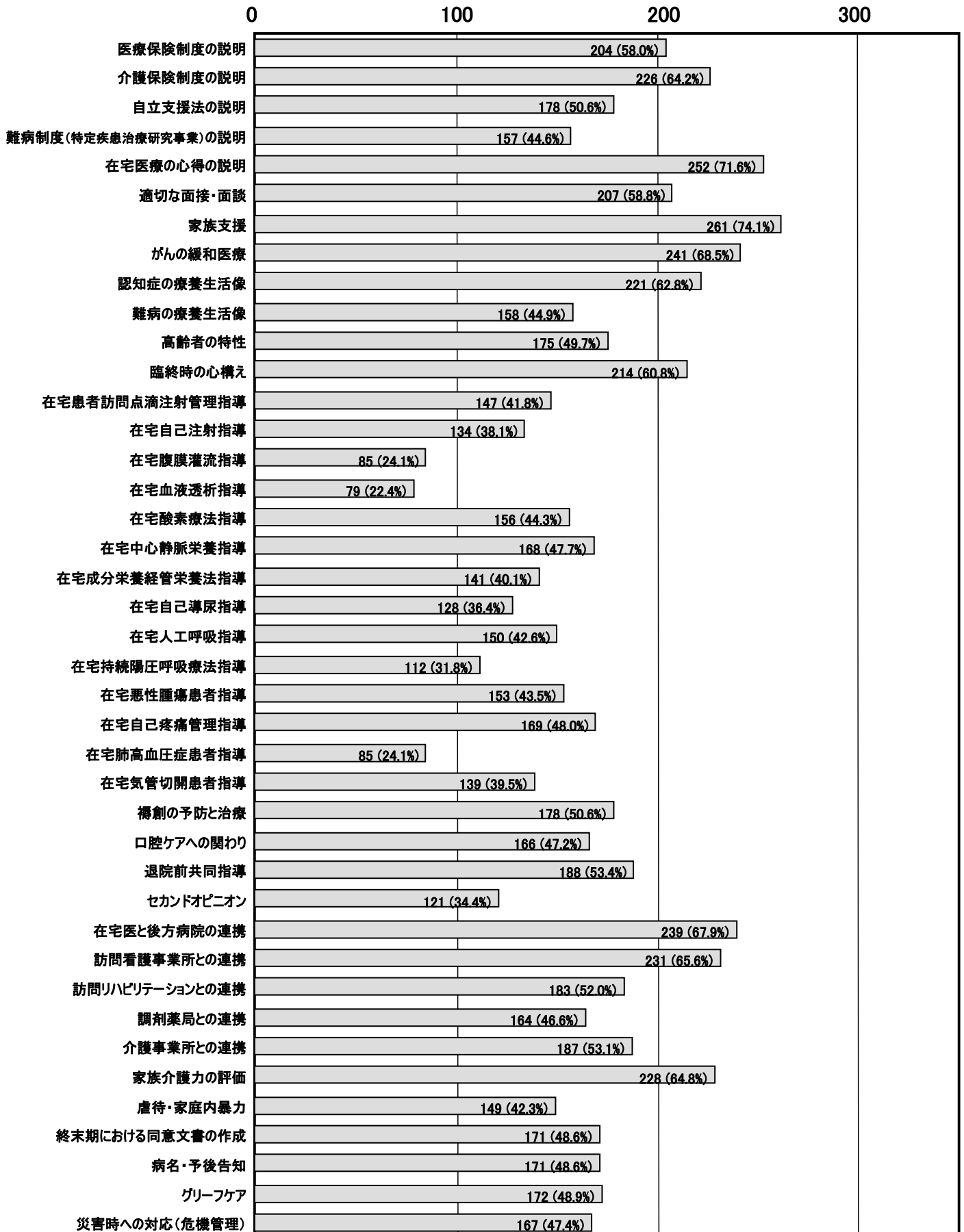


図病-3-2 問3-2 自施設の医師・看護師の在宅医療研修の期間  
(n = 385)



# 病院 問3 在宅医療の研修について

## 図病-3-3 問3-3 受けさせたい研修内容 (n = 352)





問4 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>在宅療養支援診療所によっても在宅医療に対する熱意や体制に温度差を感じています。当院では今までの経験から、適切と思われる。在宅療養支援診療所数か所と連携をとることが多くなっています。</p> <p>退院の準備をしている段階では、介護にあたる家族は退院後の介護のことでいっぱい、最期の看取りが自宅でできるかどうかという話は、できないことも多くあります。</p> <p>送り出す病院側としては、自宅での生活の中で家族に「このまま自宅で看取りたい 看とれそうだ」という気持ちを徐々に持ってもらえるような関わりをしていただきたいと思うのですが、診療所によっては、そういった関わりは全くせず（又、病院が在宅看取りを希望するのであれば退院前にきちんと家族に約束させて下さいと言われることもあります）最期の時に結局救急搬送されて来る患者もいて、何のために自宅に帰ったのかと思うことがあります。</p> <p>又、当院は急性期病院なのでレスパイト目的でのベッド確保はなかなか困難です。Drによっては本当はレスパイト目的でも他の医学的な理由をつけて病院の主治医と入院の相談をしてくれることもあるのですが、後方病院としてレスパイト目的の入院をおひきうけできないことにおしかりをいただくこともあります。病院と連携医だけの問題ではなく地域全体の医療の体制の問題なのだと思います。</p>
<p>在宅療養支援診療所の役割を認識しており、重要性を感じていますが、周辺には、全く存在しません。当院でも在宅診療を行っていますが、地域の診療所が全く在宅医療を行っていないため限界があります。</p> <p>診療報酬上の優遇措置などもっと改善しなければ、開業医の参加は進まないと思っています…。</p>
<p>在宅療養支援診療所の重要性を再認識しました。</p>
<p>在宅医の増加と機能の充実が必要、そしてできるだけ標準化（これが恐らく難しい）していくことが望まれる</p>
<p>医療依存度の高い患者を診察できる在宅療養支援診療所が増え、24時間対応も可能な施設が増えて、病院から在宅へ退院するケースが増えれば、Bedの有効活用、在院日数の短縮にむすびつき、急性期病院としての機能を果たすことができる。</p> <p>現状は自宅で介護する家族が「こんな状態では家につれて帰れない」「具合が悪くなった時にどうしたら良いか」といった不安をかかえており、その不安に対応し在宅退院まではこべる説明やカンファレンスの場がもてない。</p> <p>病院側にそのような知識と説明スキルをもつ人材を専任とした役割で位置づけることが必要。</p> <p>勤務医ではそれはきびしいと思う。</p> <p>例えば専任のNsやMSWなど。</p>
<p>看取りは家庭環境が整っていれば自宅で積極的にこなされる方が、患者にとっては素晴らしいことだと思います。</p> <p>その結果として病院の疲弊が減少すれば一石二鳥と思います。</p>
<p>在宅医療に無限のベットがあるという発想は素晴らしい。</p> <p>高齢者が増加し、急性期病院といえども在宅医療にお願いしたい患者が増えています。</p> <p>医療の効率化という視点からも在宅医療はもっとすすめるべきと考えますが、家族支援の少ない在宅医療はシステムとして確立するためにも地域住民の支援が必要ではないかと思われます。</p>
<p>患者、家族と向きあい、夜間の往診診療ができること。</p>
<p>terminal careも含めて、個人baseでケースbyケースで行うのがよいが、過度の負担は避けたい。</p> <p>在宅医療との連携が比較的スムーズにいつているのではと感じています。</p>
<p>家族の疲弊を懸念します。</p>
<p>在宅療養支援診療所の役割は大変重要であると感じたがそれを担う医師看護師の数は充足していないと思う。特に北海道は広い地域をカバーする必要がある。</p>
<p>調査研究お疲れ様です。私見ですが、少し記入させていただきます。</p> <p>現在当地区も在宅療養支援診療所の先生達の集まりがあり東・南と在宅医療支援ネットワークが設立され、診療所の先生同士のサポート体制が整いつつあります。当院も地域医療支援病院の役割を果たすために、その会合にスタッフが参加しております。</p> <p>私は以前より国民全てがその地域の診療所に登録し、家庭医として対応してもらい、必要であれば総合病院、大学病院に紹介して治療を受けるシステムがあれば良いと思っていましたので「かかりつけ医を持ちましょう」「病院へ行く時は紹介状を」と言われ始めた時には、少しずつ医療提供体制が整備されていく過程と喜んでおりましたし、現在もそう思っております。</p> <p>しかし高齢化社会の中で老々介護等現実を見るにつけ、在宅療養支援の大切さ、難しさを実感しております。在宅療養には必ず自宅に介護を担う方の存在が必要です。そして介護を担う方の生活ができる地域環境地域として生まれてから死ぬまでをイメージした地域で働きながら、支援しあい死んでいくことができる地域起こしが必要かと思っています。その一つとして在宅療養支援診療所の役割は大きいと思っています。</p>
<p>在宅療養支援診療所については、多いに期待しています。しかし、当地においてはまったく機能しておらず、設問にも答えられず、申し分けありません。</p>

<p>まず、在宅療養支援診療をどのように機能させるかを調査されおしえて下さい。</p> <p>当院では主に高齢で特に積極的な治療をなさらない患者さんを、医療療養型にお願いしています。しかし諸々の事情で療養型病院や施設へ行かれない方々は、地域の在宅支援診療所の先生にお願いすることが多くなっています。</p> <p>ガン末期の患者さんでは、当院から在宅診療に出ています。在宅診療に伴う在宅看護も一緒に行っています。しかし最近（半年くらい前）は在宅支援を専門になさる診療所ができ、患者さんが続けてお願いし、在宅で看取っていただいています。病院の近隣に在宅支援診療所が数件有、地域によって分担をして往診して下さるため、大変助かっています。</p> <p>在宅をお願いするときには病院の主治医やMSWのかかわりが大切になると考えています。いかに患者さんの家族に在宅でのサービスの内容をわかっただき、どこまでサポートできるかを知っていただくことが大切です。特に臨終の近い患者さんの家族は大変心配に思っており、何かがあれば病院へ入院と考えていらっしゃいます。そこを病院医師や看護師MSWそして在宅の先生と目標を同じくしてサポートできる体制作りが必要です。</p>
<p>患者の理解に対するアプローチが最優先される。</p> <p>患者は在療診に対しても病院と同等の診療レベルを求めることが多い。</p> <p>このギャップを埋める、ないし、ギャップがあってそれぞれの医療が成り立つことを理解してもらうことが重要</p>
<p>活動している診療所は市内に1ヶ所であり、病院の疲弊を改善できるレベルではない。</p> <p>(2ヶ所中1ヶ所は閉鎖中)</p>
<p>安心して、住みなれた自宅で療養をしたい患者にとって、サポートしてくれる介護者と引きうける家族がいて、在宅医療をする医師、訪問看護師がチームを組んでくれることは、心から希望することだと思う。</p> <p>必要な時に病院を受診し治療をうけるが、自宅で自分で管理することを基本とすることを支援する医療が望ましい形と考える。</p> <p>そのためには、住民（患者）自身が自律することも必要であるし、情報を提供してゆくこと、支援体制をステップ毎に整えてゆくことが大切である。在宅療養支援診療所が地域の病院、施設、訪問看護ステーション等と連携し、その役割を担ってくれることを期待したい。</p>
<p>当市は人口 〇万 〇千人の市で、当院は 〇〇床の市立病院です。当市には、精神病院（ 〇〇床）と療養型病院（ 〇〇床）他無床診療所13で在宅療養支援診療所はありません。</p> <p>診療所の患者も18時以降や休日の救急は全て当院で対応している。</p> <p>在宅の提供もしており疲弊している。</p> <p>せめて自院のP tの24時間在宅はやって欲しい。</p> <p>当院のベッド回転率も85%以上で空床がない為、在宅を推進しています。</p> <p>がん拠点病院でもあり、地域連携パス等を展開したくても現実には、出来ない状況です。</p>
<p>病院の疲弊は改善可能かも知れないが現実として患者家族の負担が大きく難しい問題が多い。</p> <p>急性期病院の医師不足は深刻であり、在宅療養支援診療所が、急性期病院を支援できれば素晴らしいことと思う。しかし実際のところ急性期病院は本来の急性期患者と在宅患者のback up機能を行なっている。もう少し、患者、家族の理解・協力が必要と考える。介護事業所などの利用、在宅支援法の理解なども重要であるが、束ねて管理する責任ある立場（行政？）の方々がもっとしっかりやるべきである。すべての医師がこれらの制度を十分理解することは不可能であるから専門の福祉関連業種（行政の）がもっと役割を果たすべきだ。</p>
<p>急性期病院の後方支援（連系）となる在宅療養支援診療所で機能していただきたい</p>
<p>同感。</p> <p>積局的に在宅医療を進めたい。</p> <p>問題は家族の協力が仲々得られないことである。</p> <p>老々介護が増加し、自立してない患者は老人配偶者の介護できない。</p>
<p>当病院近辺の診療圏に於いて在宅医療を施行しているDrは数名と少ない。又、 〇〇市内の急性期治療後の受け皿となる回復リハ病床、療養病床が不足している。</p> <p>在宅療養支援診療所の数が増えて居宅ベッドの数が無限にあるとすれば、急性期→回復リハ→療養の流れが今以上にシームレスな運びとなろう。又在宅医療で重症患者の診療をお願い出来れば、末期で当院に運ばれてくる患者も減り、救急搬送の人数も減り、空床bedの確保も可能で医師の荷重労働の改善や緊急患者の受け入れも可能となり、運営と発展に展望が開けてくると思います。</p> <p>(当院は救命救急センター、都道府県がん診療連携拠点病院、総合周産期母子医療センターの機能を持ち、多くのQQ患者(第3次)が運ばれ、多くのがんと手術を施行している。その患者の一部は慢性化したり、再発したりすると当院で入院続行したり再入院したりするため病床確保が不可能となり、緊急搬送も受け入れられない様な状況になっている。このまま行くと数年後には麻痺状態に陥ることも考えられる。)</p> <p>緩和ケア病棟も15床あるが、殆んどホスピス状態になっている。今春緩和ケア病棟担当医が赴任する予定である。今後は精神的・肉体的緩和ケアの必要な患者のみ入院していただいて、安定後在宅にもっていける様な方向で考えている。</p>
<p>当院では、多職種訪問チーム(医師を含む)による訪問診療を行っている。(看護師-訪問看護ステーション、リハビリPT等、薬剤師、医師、MSW等で訪問している。)(別紙ごらん下さい)</p> <p>入院患者さんを早目に退院させ訪問診療することで自院のDrの疲弊を改善していると思っています。</p> <p>当地域では他に医師会立の訪問看護ステーションがあり、開業Dr主治医の患者さんはそちらに紹介。</p>

<p>当院はバックアップに回っている。</p> <p>追伸 今回の診療費改訂にて、在宅医療支援病院の基準が緩和されたが、当院は300床で今回も認められないのは非常に残念です。(他の条件はすべてクリアーしているのですが) 在宅医療にはマンパワーが必要です。開業医、中小病院でとの勝手な制限はいかなもののでしょうか。やる気のある病院なら病床数にこだわらず歓迎すべきではないでしょうか。 多様な形態があって良いと思います。</p> <p>(別紙あり)</p>
<p>在宅療養支援診療所を充実させることにより病院の疲弊を防ぐという考え方には賛成です。 問題は24時間医療を担う意志を有する医師数の不足、開業医のサラリーマン化、患者側の病院志向等です。 在宅療養支援病院はあるが、入居・入院時に家族や患者の治療に対する意向を聞く必要があるのではないかと考える。 入院先より、誤嚥性肺炎であるとか、呼吸状態が悪いとご紹介をいただくが、どこまでの治療を希望しているのか不明でご家族の意向を確認してからの治療になるので患者が来院しても即刻治療ができず時間を要す。 病院勤務医と在宅医との連携不足を常日頃感じる。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅看取り率がまだ少なすぎる。病院勤務医の負担軽減のためには、最後の看取りまで支援診療所にお願出来なくては意義が半減する。</li> <li>・支援診療所間での協力体制が出来れば在宅看取りも増えるのではないか。</li> </ul>
<p>高齢者の独居、老々介護、介護者がいない等在宅環境を作るのがむづかしい。 家族の受け入れがむづかしく、後方病院を捜す事、施設を捜す事(家族は入院させておけばいいと面会にも来られない)でMSW等が関わるが、後方病院・施設にも空きがなく、スムーズにいかない。 現実600日も入院されている方がおられる。 療養型病院、施設等料金が高く、金銭的問題の方のいき場がなく貴重な急性期のベッドが回転しない。 高齢者の急性期一回復期療養一自宅へのスムーズな連携を地域全体で取り組む必要があると思います。 全体的にスライドの内容が過剰であるが在宅療養支援のコンセプトは理解できる。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の状態によっては、様々な医療機器を装着した状態で在宅への移行を希望する患者・家族が増えてきているので医療機器等が装着された状態でも在宅での診療を受け入れてもらえると、病院としても、患者・家族の希望にそった支援ができ、また、入院患者のベッド確保にもつながるのでできる限り受け入れてもらえればと思います。</li> <li>・「住みなれた自宅で家族と一緒に過ごす時間が作れ、病院ではなく、自宅で家族に看取られて最後を向かえたい。又、看取りたい」といった患者・家族のニーズに対応できるといった役割があると思うが、その為には在宅療養支援診療所の普及と充実が必要と思われます。</li> </ul>
<p>特に内科系医師の大巾な不足により、在宅療養支援診療所との連携が成立しない現状にある。 まずは内科系医師の増員にある。</p>
<p>療養病棟の機能を地域で持つには、</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①医師のマンパワーの増加、集団化、協力体制が思う</li> <li>②訪看、介護支援サービス、リハ訪問、デイケアの体制がもっと拡充されなければ無理。</li> </ol> <p>在宅ベッドの回診医、主治医としての役割だと思ふ</p>
<p>当院の場合、支援診療所との連携は図れており、緊急入院や在宅往診等の対応もスムーズにとりかはられている状況にある。 在宅診療所については、今後も在宅往診の役割をはたして行って頂きたい。</p>
<p>在宅療養支援診療所の役割が高まり、実績もたいへん評価できると思います。 自宅で終末期を過ごしたいと考えられる患者さんは増えておりますし病院もその思いをかなえたいと努力しています。 しかし問題もあり家族の協力が無い場合や一人で生活される方など方法が見つからず困る事も多いのが実情です。 在宅療養支援診療所が近隣に8ヶ所ありますがなかなか先生方の顔もわからず、お願いしにくい場合もあるとスタッフから聞きます。地域連携室の機能が十分でないところですが当院も4月から専従の看護師長を配置できる事になり地域との連携を充実させたいと考えています。</p>
<p>看取りのための救急搬送をなくして欲しい。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①在宅療養の限界点。 現実在宅療養ができない患者さんに対する対処方法の検討が必要です(独居老人、老々介護などによる)</li> <li>②亜急性期～慢性期に対する、Total的なNetworkが必要と考えます。 &lt;在宅療養はその一貫を担う大切な部分である。理解はしています&gt;</li> <li>③予想される在介療養患者のMassは全国レベルで何万人くらいを相定しているのでしょうか。 それに対してどの程度カバーできるか予想が？です。</li> </ol>
<p>国民・住民の意識変革なしには進展しないであろう。 医師等による患者／家族への説明と教育が必須(説得) 病院の疲弊の片がわりになるのか確信はもてない。 在宅療養支援診療所の機能の重要性を再認識した。</p>

さらに増加することを期待したい。
在宅療養支援診療所を標ぼうしているにもかかわらず、実際は往診もほとんどしておられない開業医も見受けられます。 手挙げ方式ではなく、もっと内容が伴うシステムの構築が必要と思われます。 特に最後まで看取りのできる在宅医が極めて少なく、また家族も、家で看取するという考えが未だに少数にすぎない。結局いざという時は病院にもう一度かつぎ込まれて亡くなられるケースがあとをたたく、病院の疲弊の緩和に役立っていない。
■市内に在宅支援診療所が数ヶ所しかない。 在宅療養を希望される患者・家族を支援し、病状の急変時は連携機関へ転送する等して担ってほしい。 がん患者の在宅での看取り希望の方や、中心静脈・PEGの患者など家族の協力が得られる場合は、切実に依頼したい。
在宅医療の充実や認知度を高める事は非常に重要であるが同時に（介護力・看護力・療養費）の確保も進める必要あり。
総論は理解できている。 必要性も十分わかっている。 今後は在宅へ移行させるのが難しい患者さんの対応が重要 ・患者、家族の病院依存 ・在宅で家族が十分に対応できない場合 など
病院側の理由だけで家族や患者に負担を求めている様にとられてしまいそうなスライドだと思いました。 患者、家族、医療機関双方にメリットがある事を理解してもらおう内容が盛り込んであればスライドの内容としては非常に判りやすいと思います。
居宅ベットを増やしたり移行するためには十分な医療が継続できる体制が必要である
3次病院においては、医師自体が在宅医療への関心が低く、普及は困難と思われる。
医療依存度の高い患者については、在宅療養指導管理料を算定し必要な衛生材料、保険医療材料を支給する必要がある。しかし、診療報酬上の点数内で支給できないものもありもち出しになりかねない。その為病院で1/月の、フォローを実施し継続的に診療しつづけているケースもある。 診療所間で連携又は、医師会で物品を一括買入できるシステムを構築し、安価で死蔵品の発生を防ぐ方法を確立し材料の提供もお願いできればと思う。 また、入院が必要になった時の後方連携病院を確保していただき、急性期病院での急救対応で救命処置に至ることのないようお願いしたい。
#在宅で看取りが出来る体制の構築 →いよいよとなると病院に戻ってくるケースが多い。 (患者、家族の終末期に対する不安などへの対処が十分でないため、病院に戻すケースが多いと感じる。)
急性期病院も、患者の線引きを行い、必要な治療、必要な介護の場の選択を医療施設が積極的に考え、とり入れていかなければならない時を、向かえていると考える。 これから在宅療養支援診療所の役割が重要であり、国としても積極的な支援が必要であり、又、在宅医療ができること（治療など）も多くなり、診療所の医師看護師も技術、知識の取得に励まれ、急性期病院との信頼関係を強める必要がある。 医療財政が厳しい折、国民の負担を軽減するためにも、人々が住みなれた自宅で生活を継続するためにも、在宅療養支援診療所がこれから医療介護の核となる必要があると考える。 又1人1人の国民が自分の健康に責任をもつ教育、働きかけが大切である。
在宅療養にて最後まで頑張るには、患者・家族の経済的、精神的、社会的自立が必要である。
当地は高令化率20%以上であり、高令化が急速に進んでいる。 当院はその中で地域医療、救急、癌治療他、急性期医療をになっているが、人員、経営等で緩和ケア病棟等の整備が困難な状況であり、在宅療養支援診療所に期待しているが、個人的なつながりでの連携にとどまっているのが残念である。 当院に積極的に働きかけていただきたいところである。 それにより協議会等設置できるものとする。
急性期病院としての機能をはたすためには、入院を要する患者の受け入れがスムーズにいかなくてはならない。そのためには後方支援が必要であるが、後方病院や施設が満杯にならないよう在宅は必要である。
在宅療養支援診療所が増加し、地域のベッドを増やし、私たちの総合病院と力を合わせよりよい地域づくりを目指していただけたらと思います。
在宅療養は本人にとっては、とても良いことだとは思いますが。 しかし、この不況の中で、生活のために働かなければならない人が多いです。 在宅でみるには、介護する人が必要です。働く人も必要です。 ですから、みる人・介護する人がいない、減っている現状です。 そのため、なかなか在宅がすすまない現状です。 人生の最期を病院ではない、特別の施設があれば良いのかなと思います。
病院の機能分化が進んでいる中で当院のような急性期病院にとっては、診療所は非常に重要な役割であると考えます。また、患者側からみても、自宅近くの診療所に通院し治療できるのであれば便利ではないかと考えます。 そのためには、病院と診療所の連携及び治療の質を統一させるための情報交換が必要である。場合によっ

<p>ては、入院中のケアを継続させるための勉強会や情報交換のための場を設けることは、重要であると思います。</p>
<p>在宅療養支援診療所の機能が発揮できれば急性期病院としての役割をもっと果たしやすくなることはよく理解できた。</p> <p>実施するにあたり、病院及び診療所の医師、スタッフが十分なコミュニケーションを継続してとっていただける場をつくり、持続していくことが重要と考える。このための立ち上げる努力はかなり大変であるため、意識改革も必要である。</p>
<p>在宅療養のあり方を診療所、急性期病院、市民との間で十分はなしあう機会をつくるのが大切である。</p> <p>今後在宅の方向へ向うためにも、市民の死生感幼児期からの教育（先ばい、目上の人、老いた人、弱い人を尊敬する心を身につける）が必要である。</p> <p>診療所の役割は、元来地域医療であることを再度認識して、とりくむような法的規制が必要である。</p>
<p>近隣に亜急性期のH pや在宅医が不足しているためにの結果により救急ベットが常時満床状態にあることは否定できない。</p> <p>後方病院、後方在宅医（言い方が正しいかはわからないが…）を増やさなければ不応需がおこる。</p> <p>ひどい時は救急病棟のほとんどが歩ける方と言う時もあった。</p> <p>在宅療養支援診療所のレベルアップ、増加を期待してやまない。</p> <p>■は在宅死より病院死を選択する傾向が強く在宅療養は何かと展開が難しい。</p>
<p>今後、在宅療養支援診療所の役割が拡大され病院との連携がスムーズになれば、病院D rの業務内容が変化しスライドの通りになると思う。</p> <p>患者にとっても最後を家で家族に見守られながらむかえる事が出来てすばらしいと思う。</p>
<p>施設入院と在宅療養は、全体としてみれば、まだ患者さんの選択肢という段階であり、機能分担という意味では、まだ十分でないと思います。</p> <p>①プライマリーな往診を100%■保できる診療所がもっと増えること（夜間などに往診しないで安易に病院に振らない）。</p> <p>②緊急時、回復時の相互受け入れをさらに円滑にする努力。</p> <p>などが必要です。</p> <p>在宅療養支援診療所のシェアがさらに大きくなることを期待しています。</p>
<p>この地域に於いては、“できるだけ最期まで自宅或いは在宅で、自立した形で過したい”というのが、多くの住民の願いである。しかし、独居老人、老々家族など介護力が足りないなどの理由で、在宅での治療を断念して地元の施設、或いは近隣の町の施設へ医療難民、介護難民として移らなければならないのが現状です。</p> <p>なるべく最後まで地元で暮らしたいという希望をかなえる為にも、地域の在宅医療の質を充実する必要がある。在宅治療を受ける側の不安としては、急に体調悪くなった時にいつでも診てくれて、必要なら、即入院できるかという点がある。</p> <p>この点を解決するのが、在宅療養支援診療所であり、地域の中核病院が実施する在支診のメリットだと考えている。</p> <p>在支診の機能がさらに充実し、拡大できることにより、病院ベッドの有効活用が可能となり、ひいては病院医師の疲弊緩和につながっていくものと考えている。</p>
<p>病院で実施する医療と在宅での医療の分担を明確にする必要があります。</p> <p>まだ現在の時点では在宅医療が不十分で、その体制整備が必要ですし、そのために社会的な資源を投入する必要があります。</p> <p>今後在宅の分野の強化が大変重要と考えます。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・まず、患者自身と家族が理解し、希望しないと成立しない。</li> <li>・そのためには右にもあるが、しっかりした技術や知識が伴わないと、信頼関係は保てない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・当院では一番がんの患者（ターミナルあるいはそれに近い人）を当院からの臨時往診もできず、在宅へ帰せていないと思う。</li> <li>そこを実現するには、システムだけでは、無理なのかもしれないが、医療従事者がもっと、家族へそういう提案できるような考え方のシフトが必要と思っている。</li> <li>・地域にベッドがあるという考え方は当法人の訪看ステーションの所長も良く言っていた。それを支えるシステムと意識変革が必要。</li> <li>実現できれば、ベッドを有効に使えるし、病院の疲弊も減ると思う。</li> <li>認知症、高令者が入院することによる認知症状の悪化、廃用症候群、転倒など、入院しているための、マイナス面を入院が必要な患者を必要な期間受けることで減らせるといい。</li> <li>いちばんは、核家族や、不況など、家庭でみれない事情がネックと思う。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・都会の特に内科系診療所の多くの参加を希望します</li> <li>・“保険点数”のさらなる改善を望みます</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・最期のむかえ方（どのようにむかえていくのか）を在宅中に話し合っていく（老衰の方、積極的治療を望まれない方）</li> <li>・認知症のある方などなるべく環境を変えず治療する方向を検討すること</li> </ul>
<p>病院として在宅医療の重要性は理解し、今後推進して行きたいが支援診療所がどの程度の受け入れが可能なのか、地域開業医との関係が不明である</p>
<p>在宅療養が可能な患者を、例え入院させていても病院勤務医の疲弊と直接関連があるとは思えない。</p> <p>むしろ患者の立場から考えて、自宅での療養の方がまさっており、この点から在宅療養を推進すべきである。</p>

<p>在宅療養支援診療所（以下診療所）は現在のところ名前だけが先行し、実態がない。 在宅での看取り、がん緩和、高度医療については一診療所でするものではなく、診療所数機関によるチーム編成が必要であるが、それがほとんど形成されていない。 そのため入院中の重症の、いろんな問題を抱えている患者さんに「入院しているよりも、もっと良い治療が受けられます。責任をもって、自信を持ってA診療所を紹介します。A先生ならば必ず貴方たちの納得する治療をして下さいます」と患者さんに説明することができません。 まず診療所同志が、十分スキルのあるチームに成長する必要があります。 「私達に任せてください。責任を持って診療します」と言えるようになって頂きたい。</p>
<p>患者が在宅療養を希望した時に、在宅療養のための支援が始まる。病院の疲弊は、医師や看護師の増員によって解決すべきで、患者を転院させることはあっても、無理に在宅に帰すことは不可能である。在宅療養支援を手厚くするためにも、医師数の増加という政策を果たすべきである。</p>
<p>在宅療養支援診療所がネットワークを作り在宅看取りを1件でやる負担を軽減した上で在宅死亡率を上げることが肝要かと思われます。</p>
<p>患者はやはり在宅を希望している方が多いようです。 家族を、教育し、支えることが重要かと思ひます。 ただ、在宅療養支援診療所が地域で連携をうまくおこなわないと、在宅療養支援診療所の医師、スタッフが、疲弊するのではないのでしょうか。 家族に対し、デス・エデュケーションをいかに、行なうかです。</p>
<p>①24時間対応 ②介護家族へのメンタル面の支援、補助 ③常に病院への情報提供</p>
<p>よく理解できない。</p>
<p>連携には様々の複雑な手続きが必要。 これを簡素化するには、どうしたらいいのか。 疲弊については、手続き上の義務（厚労省通達）が多すぎ。 末端の現場を疲弊させている。 これを解消しない限りスムーズな連携は困難。</p>
<p>当地域では在宅療養支援診療所はきわめて少ない。 あっても完全に行われていない。 一般開業医でも支援診療所になっておらずターミナルケアを行っている先生もいる。 しかし、困った時はすべて救急車で病院へ行かせる（多くは紹介状もなく）ことが多い。 病院の疲弊の第1は看取りなどのケースのあとしまつをかぶせられることである。 24h対応の完全な、在宅療養支援診療所が増えることが最も大きな希望である。 しかし、当地域では逃げ腰の診療所Drが多く悲観的である。 地域連携を推進したく、声かけはしているがそれ以前の問題に思われる。</p>
<p>診療報酬上の優遇を目的としたとしか考えられないような在宅療養支援診療所の申請が多いように見受けます。とくに近隣の診療所では高令の医師が多く、外来診療が手一杯で在宅医療に時間を割くことができないのが実情です。熱発しているからと救急車で病院受診を電話のみで指示することなどは日常茶飯事であり、このような状態では病院の疲弊を改善できるとは思ひません（但し在宅専門の先生方は頑張っています）。</p> <p>当院では昨年6月より、在宅ターミナルケアを含めた訪問診療を開始し、小生が担当しております。在宅支援診療所にばかり在宅医療を押しつけるのではなく、また病院もお願いした手前後方支援のみでなく積極的に在宅医療に参加することにより、より一層安全で安心な医療が提供できるものと考えております。</p>
<p>現在当地方は在宅医療がすすんでいる地域です。 しかし、少子高令化が進展する中で、介護する者が不在となり在宅療養するケースが減っている。 （若い方々は、都会で生活している為、口はだすが手はださないといったタイプが増加している） 在宅療養支援診療所が果たしている役割は見えない。 Dr間での調整をして診療所を行っているようだが。</p>
<p>在宅療養支援診療所が充足され、在宅医療が促進されてれば急性期病院における退院調整が促進されることは期待できるかと思ひません。 しかし、核家族化に伴ない介護力の低下が問題になっているので、患者・家族が在宅医療へ移行するための理解・納得していただくプロセスへの関わりががとても大切になるかと思ひます</p>
<p>病院と支援診療所のシームレスな連携が重要と思ひます。その為には病院の中に支援、連携を行う部署をもうけ、相互理解につとめる必要があります。 定期的な事例検討は不可欠と思ひます。</p>
<p>在宅を希望する患者・家族のために20～30分で来れる範囲に在宅支援診療所があればよい。</p>
<p>病院と連携した、在宅看取りまでの治療と、careを行なう。 そのためには、病院との連携を密にする事と、家族と十分な、I.C.を行っておく事が、重要である。 その患者さんについての治療方針は、ERも含めて、すべての診療にたずさわる者達で情報共有されていなければならないと思ひます。 その様な情報共有も含めた、コーディネートをすすめる事と、役割として、期待したいです。</p>
<p>重要な役割を持っていることを改めて理解した。</p>



<p>病院の疲弊は非常に大きいと思うが、問題は家庭の介護力の低下ではないかとも思う。</p>
<p>は、開業医数に比べ在宅療養支援診療所の割合が少ないため病院の疲弊よりも在宅療養支援診療所の疲弊の方が懸念されます。</p>
<p>在宅療養支援診療所が質・量ともに豊富で機能すれば、私達病院側からすれば、とても助けになり、特に医師の疲弊は軽減できると思います。</p> <p>しかし、その分のしわ寄せが診療所に行ってしまう、逆に診療所の先生方に負担が行くだけかもしれないと不安です。</p> <p>また、まだまだ患者さんや家族、それを支援する介護の方などが、大きな病院に入院していたい（させたい）という希望が強いケースが（当院・当地域では）大半ですので、地域全体で取り組む必要があると思います。</p>
<p>疲弊を改善するためには、まず病院医師に対しいろいろなことをするよりも、開業している医師に対し、適切な指導、教育が必要</p>
<p>主旨は良く理解できるが、実際に可能な人員体制となっているのか。</p> <p>在宅療養支援診療所を担う医師が不足しているのではないかという不安がある。</p>
<p>急性期病院のベッドや、ホスピス（緩和ケア病棟）を支えるものとして、在宅療養支援診療所は必要だと思いますが、それと同時に、介護や看護が充実しなければ、病院やホスピスの代わりにはなりません。</p> <p>現状では、介護・看護のマンパワーやサービスの充実がまずあってその上で患者や家族の安心や重度の医療処置のために、往診医があるという感じがします。</p> <p>もっと往診医の数が増えれば、少し状況は変わるのかもしれませんが、まずは毎日の介護・看護がなければ在宅療養はなりたちません。</p> <p>在宅療養支援診療所を充実させると共に、やはり介護保険やその他の公的なサービスを充実させることが必要不可欠と思われまます。</p>
<p>急性期病院ですが、中間施設がないために重症患者の長期入院が多数あります。特にALS等の難病患者が長期入院いたします。何人が在宅まで持っていきますが、ベンチレーターなど高度の医療機器を使用する場合、家族が疲弊し、その姿を見て患者が苦しむケースを経験します。重症患者の在宅は家庭崩壊につながる要素を抱えています。在宅療養支援診療所には家族を支援し、無理なく療養が続けられるための、こまわりのきく支援体制が必要と思われまます。また、そのためには診療所だけでなく、急性期病院にも必要時即入院できるチーム医療体制があれば、安心して患者は在宅に意識が向くのではないのでしょうか。また、在宅医療というと『安らかな死』というイメージでとらえられがちですが、ただ患者を生活の場で医療するという見方を育成することが重要と考えまます。</p>
<p>市民への啓もう活動も重要な仕事ではないでしょうか。ただ今の医療情勢を考えると、とてもそこまでは手がまわらないのが現状かとも思います。が、市民が抱えている医療への考え方、思いがあまりにも医療者側と差があるのではと思っています。医師は何でもわかる、医療は必ず病気を治してくれる、体のことはすべてわかっているはずだという思い込みがあるように思えます。絶対はあり得ないことを分かっしてほしい。もちろん医療現場でのお互いのコミュニケーションは最も大事だということも忘れてはいませんが。その上で、病院での急性期医療と慢性期医療、在宅療養のそれぞれの特徴をつかんで、患者・家族に一番ふさわしいと思われる医療のスタイルがその時々を選択できればと思います。在宅医療でも、さらに、自宅、施設ごとの特徴を踏まえて、助言・援助ができればと思います。そして、積極的治療の在り方、終末期の在り方などを知った上で、その人にあった在宅での過ごし方の方針が決まるのであれば、最後まであまりぶれることなく、在宅で過ごせるのではと思う。「生きがいのある在宅生活を送る、死の瞬間が訪れるまで生きる」家族も「家で介護してよかった」と言えるように、チーム（医師、看護師、訪問看護、ヘルパー、ケアマネジャー、薬剤師、施設、栄養士・・・）でサービスを提供していきたい。そういう要になるのが支援診療所だと思っている。</p>
<p>当院は、こども病院で、核家族が多く在宅はむずかしいが、病状が安定し、慢性期になった患者さんは在宅をすすめている。在宅の患者さんは、24時間体制で相談支援することが大切で、在宅でも安全で安心して患者さんをみることができる、という信頼関係をつくるのが大切だと思います。</p> <p>対策として①定期的巡廻 ②家族の不在時の対応 ③現在、小児のショートステイは少なく、なかなか入所できないので、遠隔監視システム等の利用 ④在宅による、3交替システムの導入 等</p>
<p>在宅療養支援診療所数を地域毎に増やし、地域の患者様の受皿の拡大が望まれる。</p>
<p>ほんとうに在宅医療を支援していただく。 しっかりと自宅で看取っていただく。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療所が協力医として診診連携で協力し合う事が大事である。連携によって、診療所の負担が軽減される</li> <li>・診療所間のネットワークの充実</li> <li>・訪問看護ステーションとの連携が充実する必要あり</li> </ul>
<p>在宅医療に対する意識が職種によってバラツキがあり医師も看護師も、ソーシャルワーカーもそれぞれ知識はあるが、技術に結びつかない。知識も技術もあるが連携能力が不足しているなどの問題がある。資質の問題が影響しているとも考えられ、病院の疲弊というよりも、看護師が疲れており管理者としては大きな課題でもある。在宅療養への支援の方法としての在宅療養支援診療所との連携は大いに役立つと思います。しかし、看護師が直接診療所へ依頼する事が難しい状況でもありこの際、ぜひ、看一連携のシステムを考え</p>

<p>ていただければ、もっと活用しやすいと思います。今後も状報をいただければ幸いです。</p> <p>小児を対象とする在宅療養支援診療所が■■■■内では、“■■■■診療所”しかなく限られているため、困っています。</p> <p>①日常的な状態が安定していることを確認し、情報を入院施設を持っている主治医へ伝える。 →重症児については、予防接種を含む健康管理をお願いしたい。</p> <p>②看取りについては、ご家族の気持ちのゆれに合わせ、最終的に“入院”での看取りも視野に入れて対応してほしい。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅へ移行する時往診受け入れ医師の高齢化があり、24時間対応ができないことがあります。在宅医療・地域医療のセンター化などがあると良いと思います。</li> <li>・地域性もあると思いますが、医師の高齢化に伴ない閉院するところがあります。</li> <li>・世襲性がなくなり、二代目、三代目が他に開業したり病院の勤務医になっていることが多い。</li> <li>・救急搬送患者のレベルにも問題があります。</li> <li>・救急車の有料化を早期に行なう。</li> <li>・救急車に医師が同乗し、トリアージをする。</li> </ul>
<p>看取りも含めて、家族が安心して任せられる（少しの症状で救急搬送という事態も防げる）医療</p> <p>在宅療養支援診療所の役割のスライドの中に在宅医療には無限のベットがあると表現されていますが、■■■■は在宅療養支援診療所の数が少なく無限のベットはあってもそれをみる医師が絶対的に不足しています。24時間診療体制もむずかしく、医師、在宅療養支援診療所を増やすことが必要と考えます。診療所が増え、そこでの連携協力体制を整えなければ、重症者を帰宅させることはむずかしいと考えます。在宅療養支援診療所が急性期医療を支えるということは頭ではわかっても現実には“遠い話”です。急性期医療がん診療、在宅に患者様が帰れる体制になれることを望んでいます。地域連携とし患者様の2人主治医体制になれることが必要と考えます。</p>
<p>自施設へ入院される患者の60%ほどは高齢者の方である。</p> <p>現在の高齢化社会で生活習慣病を持つ高齢者を、どこで支え見ていくのか大きな問題である。</p> <p>自施設が所属する■■■■市は、高齢者率24%である。在宅で過ごしていた高齢者の方々が入院したことがきっかけで、日常生活動作の低下をきたし在宅へ退院できない状況である。その背景には在宅での介護力不足が大きい。内訳は、独居や家族が仕事をしていて昼間居ないなどの理由が多い。次いで、医師や看護師のいる病院が安心であるといった理由である。</p> <p>在宅療養支援診療所は、在宅診療依頼を引き受けられるが、家族の受け入れが困難な場合が多い。在宅療養支援診療所の役割として望むことは、病院や居宅事業所、市役所、民生委員等の多職種でチームを組み、施設間でのチーム医療を行い、患者とその家族の生活パターンを崩さないような、支援体制づくりが出来れば病院のベッドを在宅へ移せると考える。</p>
<p>在宅療養では、呼吸・栄養管理を行ってもらえばかりでなく看取りも対応するなどますます重要になってくる。</p> <p>この地域をひとつの病院だと考えて、病院と地域の医療機関との役割分担と連携をすすめてまいりました。地域医師会との連携も良く、勉強会等にも参加していただいております。</p> <p>今後一層、かかりつけ医を推進する中で、地域の多くの医療機関が在宅支援に取り組んでいただければと思います。</p> <p>また、住民の方々にも、この仕組みについてご理解とご協力をお願いします。</p>
<p>患者の希望に応じて、在宅移行を行うことは理想です。また医療機関や行政は、患者の希望に沿う医療を構築する義務があると思います。しかしながら現実には、少子高齢化社会を迎え、また経済的困窮も伴い、在宅での医療ははなはだ困難な状況にあると思います。また仙台では川島先生などの奉仕的努力により在宅療養の制度が整備されつつありますが、地方においては在宅療養を希望しても医療機関が応じられない状況です。また個人的には昨年、相次いで高齢な両親を看取りました。遠隔地に住む姉が転居して専属で介護しましたが、病状の進行に伴い自宅での看取りは困難となり、最終的には病院での療養にならざるを得ませんでした。</p> <p>病院から在宅移行を促進するためには、在宅医療の拡充および家族環境に応じたサポート体制の確立が大切だと考えます。</p>
<p>大変重要な問題と思いますが、急性期病院で日常の診療の忙しさゆえ、支援診療所のことについてあまり考えませんでした。</p> <p>在宅での療養はどうしてもどんなに支援があってもその家族にとっては、大きな負担になっていると思われます。</p> <p>厳しい経済状態で、介護人が（となるべき人）夜遅くまで働いたり、夫婦共働きの家庭が多く、初めから在宅が不可能な場合が多いようです。</p> <p>もっと抜本的な解決策が必要ではないでしょうか。</p>
<p>病院側からよりも在宅療養支援を担う医師の側の疲弊を思います。</p> <p>使命感の強い方々の仕事ぶりを目に致しますが、全診療所が一定とは限らないとは思いますが。急性期病院の立場から致しますと、内容によりましては、連携を強化しながら部分を担うことも可能と考えます。</p> <p>特に専門、認定看護師の役割りについては、施設（病院）外への出張も考えるところです。</p> <p>緩和ケアについては今後在宅でのかわりかかわりが重要と考えますので、連携パスの検討も急がれます。</p> <p>在宅医療に携わる専任の医師が複数必要になり、その点で難しいところがあるように思います。</p>



<p>病院と在宅医療医の連携を更に密にすることが必要だが仲々一同に介しての話し合いの機会が持てない。個別に連絡し合うことが現状では一番多い。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族、病院医療者とよくコミュニケーションを図り患者及び家族の気持ちをよく聞き、看とりまで在宅支援診療所が実施できると良い。</li> <li>そのためにも、退院前カンファレンスに参加できる状況をつくり、患者家族とよく話し合い双互に理解をしておく必要があると思う。</li> </ul>
<p>かかりつけ医制度が十分機能していない。 診療圏内の診療所を経由しなければ病院で受診するということが成立しない制度が併せて周知されなければ、病院へはフリーアクセスであり、専門科を必要としない軽症であるという患者が混在し、病院医師の疲弊は軽減されない。</p>
<p>当院は消化器、婦人科の癌患者が多い。在宅へ移行を希望される人が多いが、在宅医の受け入れ体制がなく、在宅に帰れないケースが多い。 そのため少ない医師が救急の受け入れ～ターミナルまでみている状況であり疲弊状態にある。 最近ホームドクターとして開業されたクリニックが一件あり、連携を進めており、困難事例においても在宅に移行できたケースがあり、少し受け入れ体制が整ったことに喜びを感じている。 高令化率が30%に届く地域において在宅医の存在は必要不可欠である。 患者、家族は安心して在宅で暮らせる方法さえ理解できれば在宅に帰ることは可能である。その中で在宅医の存在は大きく、充実を願っている。</p>
<p>“在宅”受け入れ医療機関・診療所・医師を増やす。 提供できる医療内容の詳細提示。 がん患者は在宅医療としては、急速な病態変化があることを双方の視点での相互理解。</p>
<p>今後の医療情勢を考えると在宅療養支援診療所の果す役割は益々大きくなっていくと思います。私達の病院としましても在宅療養支援診療所との間の円滑な連携のためいろいろ方策を練る必要があると考えます。</p>
<p>在宅医療を推進する上で、重要なのは、社会全体が核家族化している状況の中で、患者自身が望んでも、患者を取り巻く環境が厳しい事、また環境があっても病院で最期を迎えるのが普通になっている社会情勢、そうした事をクリアして、患者、家族の負担の軽減、安心感、最終的に満足を得られる事と存じます。 患者が希望すれば、在宅での医療が当然出来る、といった社会風土の醸成への努力も必要でしょうし、その事への熱意が不可欠でしょう。 また地域の在宅療養支援診療所の医師同志の協力も不可欠となるものと存じます。 当院はこの地域において、産科、婦人科、泌尿器科、眼科、リウマチ膠原病、小児神経といったいわゆるマイナーな領域で貢献しており、メジャーな領域は近くの1,000床を越える2つの病院に依存しており、全体として幾分偏った回答かと存じますが、ご容赦願います。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅で生活が可能の方はできるだけ、地域のかかりつけ医をもち、病院の医師との役割分担ができればいいと思います。</li> <li>・ 病院の医師側も在宅支援診療所でお願いできることの知識が十分わかっていない場合も多いように思います。</li> <li>・ 在宅支援診療所の医師と病院の医師が直接話をする機会が増えれば、いいと思います。しかし退院前カンファレンスをする場合も、双方が忙しいために、なかなか参加していただけないのが現状です。</li> <li>・ 病院側の課題になりますが、患者さん自身がかかりつけ医を持つことの意味を理解していただかず、病院から見放されたとか誤解される場合もあるので、患者教育も必要かと思えます。</li> </ul>
<p>川島先生のご講演を拝聴した記憶も新鮮であり、この意義は小生も強く感じるどころです、ただ、枠組みとして在宅医療＝在宅療養支援診療所が担い手という図式が規定の事実として固定すべきものであるかは少なくとも過渡期においては疑問を抱きます。支援診療所が常時運営上の安定を満たすクライアント確保可能でスケールメリットも得られるいわば特化型の診療規模をイメージすると、都市部においてはウィンウィンの関係を得てそのとおりでしょうが、対象人口密度、診療所密度、訪問看護ステーション配置の看護師密度らの過疎地域においては、そうした診療所が活動地として魅力も感じてもらえないでしょうし、むしろ何とか踏ん張っている公的な病院機能の中に在宅部門あるいは在宅診療の実践に関わる体制を包含することが有益と考えています。小生は院内から在宅への患者ケアをシームレスに対応しており、この1年は年間の在宅がん看取りを60名規模平均的なケア期間47日となっています。今しばらくは増加していきそうです。在宅期間が全て入院ベッドを開放したと言えるか議論余地ありますが、単純に2820ベッド日となり、100%稼働7.7ベッドとなります。一人の勤務医が終末期部分の在宅診療を行うことで専従でもなく兼務であってもとりあえずベッドの開きを7ベッド。DPC上有利な急性期診療のために開きをつくっていると実感があります。</p> <p>地方では病院からの在宅は投資が不要で診療圏も把握容易ですから実践のハードルは本来低く、広く一般化すべきものでした。地域医療の中で在宅診療という概念自体、<span style="background-color: black; color: black;">■■■■</span>、<span style="background-color: black; color: black;">■■■■</span>など地域の病院医師が成果をまず世に示したものと受け止めています。今国策上の在宅システム構築像はこの部分を特に奨励していないため、都市部以外の地域では在宅が潜在的には容易なはずなのに笛をふいても踊れなくて停滞したまま展開しないという危惧をもっています。ビジネスモデル化するには苦しい地域事情にあるエリアは意外と広いのではないのでしょうか。</p> <p>小規模地域において病院は連携事業で診療所に在宅医療を全てゆだねるというブロック図のみをイメージしては現実的に実績を上げることは難しい。病院自体も参画して在宅診療環境を病診共同で構築するイメージも必要であろうとおもっています。</p>

<p>先行して地域の介護インフラ、スタッフの参画を得て数年、在宅死を地域で体験してきていることで市の医師会員にも在宅を共同で支えあう事を目標とした組織作りへの希望がこの■でもうまれてきています。川島先生においで頂くことになったということも端的にその事を示しているのだと思います。無理なペース、あるいは基準や報酬算定追従のために拙速で空疎な取り決め作りに終わるような連携でなく少しずつでも地域住民に実際の在宅環境が提供される形での連携を模索したいものです。</p> <p>こうは言っても通常は勤務医が在宅に手を染めることはタブーに近い管理者がわの忌避がある可能性は感じます。私はかなり気ままをしていて居座っていますが。</p>
<p>夜間往診が確実に行なわれる様な体制ができれば、病院への搬送が減少し、当直医の負担軽減につながる。在宅での見取りが浸透してくれば、長期入院の患者の減少に結びつく。</p>
<p>病院→在宅に誘導→家族の疲弊→また病院にもどるといった（救急にてかけ込み、ショートの入退院を繰り返す）構図になっているような気がしてなりません。</p> <p>医療従事者のみで考える問題ではなく、地域社会全体で考えるべき問題だと思います。</p> <p>地域住民がどれほど在宅療養を望んでいるのかということから出発すべきと思われます。その中で在宅療養支援診療所の必要数や病院ベッドの必要数や医師数が明らかとなるのかと思います。</p> <p>単に病院の疲弊を改善する目的のみで在宅療養支援診療所を考えるとうまくいかないのではないのでしょうか。実際ほとんどの開業医はひいており、ごく一部の熱心な医師のみで行われているのが現状と思われます。とりとめもなく書いて申し分けありません。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院前カンファレンス。</li> <li>・在宅診療は24時間・365日でボランティアの部分も多いのではと感じる。在宅のDrネットが必要ではないだろうか。</li> <li>・複数の医師の連携も必要。</li> <li>・在宅療養中に、患者の状態が悪化したときに、連携病院はその患者を受け入れることも重要。</li> </ul>
<p>在宅療養支援診療所の役割を病院の疲弊を改善するためにとはとらえていません。</p>
<p>在宅療養の推進が病院機能を向上させる為に極めて重要である</p>
<p>在宅療養支援診療所の役割・機能は、病院をはじめ、地域の中でうけ入れられ、理解されていく事が重要。家族は在宅でうけ入れられず、すぐ施設や病院を望む傾向もある。又高齢化社会の中で、独居も多く、在宅支援の役割は重要であると思う。</p> <p>在宅へスムーズに移行されるには、家族の協力、支援体制の充実が地域ぐるみで必要となる。</p>
<p>（支援診療所が本来の役割を果たす体制を構築する。</p> <p>支援診の数がいくら増えても本来求められている要件を満たす機能を果たしていないと病院の疲弊は改善しない。</p> <p>在宅に特化した診療所の絶対数の確保と質の向上Quality Controlが重要でそのためには研修システム、在宅をゴールとしたキャリアパスを確立させる。</p>
<p>急性期の病院ベットは毎日救急の治療・処置が必要な患者で満床状態が続いている。</p> <p>急性期治療を終えた患者については図②のように在宅での療養が可能になっている。</p> <p>医療依存度が高い例えば人工呼吸器を装着した難病などの患者の多くは在宅での生活を希望している。</p> <p>在宅療養支援診療所の医師は患者のQOLを考え積極的に在宅での医療を行ってほしいと思う。</p> <p>超高齢化時代により、看取り・ターミナル患者が増えてくる。看取りの場合患者の苦痛が伴う場合が多く、その様な状況の中近くの先生が診てくれると思うと患者・家族は安心して在宅の療養ができるだろう。</p> <p>支援診療所という名前だけでなく地域の患者に目を向けていただきたい。</p>
<p>当院は急性期病院であるが、在宅にてケアしている患者でもちょっとしたことですぐに救急車にて搬送されて来る傾向にある。このため病床が一杯となり、さらに退院となると家族が在宅でのケアを拒否するなどの問題がある。軽い肺炎なら在宅での抗生剤投与にて治療可能と思われるし、退院に際してももう少し受け入れがスムーズになるようにならないものか</p>
<p>絶対数として在宅療養支援診療所が少ないと思います</p> <p>退院時に移行できる時は問題ないのですが、紹介入院となり退院する時には係つけ医へとなりますので…</p> <p>一般クリニックと支援診療所の連携も検討していただきたい</p>
<p>人工呼吸器、在宅IVH、静脈・皮下点滴注射等の医療依存度の高い患者を退院させる際、安心して患者・家族が在宅療養に移行できるような診療体制をとってもらおうこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>{・往診医の数を増やしてもらおうこと。</li> <li>・医療依存度が高い患者でも（訪問回数多い）対応可能な訪問看護ステーションを増やしてもらおうこと。</li> <li>・訪問診療可能なエリアを増やしてもらおうこと。</li> <li>・退院困難な患者が在宅へ帰ってもらうための方法・手段について、具体的に教えて頂いたり相談しやすい関係を築いて頂くこと。</li> </ul>
<p>地域によっては（私共の病院もそうだが）、最後まで病院で看とらなくてはならないことが多く、本来の急性期病院としての役割が充分果たせず、又、そうしているうちにDrが疲れきってしまうケースが多い。</p> <p>病院がたよられるのはうれしいが、患者、家族も、もうそのような時代ではないことを理解してもらおうような施策をとっていただきたい。</p> <p>又、在宅支援…とはいいいながらも、やはり最後になると病院での診察を依頼にくるDrもいて、こちらあたりが徹底していないと思う。</p>
<p>在宅療養支援診療所がどこまでの医療を任せていけるのか個々のケースにより違いができると思われるが…。</p>

<p>当地区では四市人口30万人に対して支援診療所として手をあげているのは6施設であり、又その実状を聞くと条件付けが困難であると言われる。</p> <p>バックのベットの保証をやはり求めていると思われる。</p> <p>今回ガン支援の関連で、地区の研究会を作っていくことになった。</p>
<p>一般市民の啓蒙と病院の勤務医への在療療養に関する教育が必要と考えます。</p> <p>介護力を必要とするほど、家族の意志と経済力、マンパワーがない状況での在宅はやはり無理があります。</p> <p>またかかりつけ医としての日頃（平常時）からのかかわりの強化、急性期病院との顔の見える連携の場をお互いに協働して、地域もまき込んでいかなければ病院だけでは無理があると思います。</p>
<p>◆急性期病院の医師は、業務多忙や救急患者受入れ対応に追われており、在宅へ繋いでいこうとする意識が低下していると感じる。</p> <p>何でも後方病院へ転院させてしまいたいという思いだけが先行している。</p> <p>・その理由は、本当に忙しいからなのだろうか？</p> <p>在宅へつなぐことの必要性や重要性を認識していないか、又は在宅に向けた医療の方向づけ、その努力をしていないとも思われる。</p> <p>◆後方病院は、ほとんど受け入れ困難な現状がある。</p> <p>◆核家族が進んできた現在の高齢社会は、独居や老老介護が多く、子供たちは支えられない、在宅での介護力の低下が著名な現象となっている。</p> <p>◆一方、数少ない在宅療養支援診療所と言われるところは、病院からの医療を引き継ぐ能力があるか、またマンパワーはあるのかも疑問である。</p> <p>安心して引き継いでもらえる開業医は少ない。</p> <p>◆病院医師と診療所医師の双方で在宅への可能性を探り、「退院時情報共有のためのカンファレンス」開催は重要である。</p> <p>ただカンファレンスで一同に会することが大切なのでなく、在宅のために連携しようとする意識が欲しいと思う。</p> <p>◆診療所の医師も高齢化が進んでおり、あまり無理を言えない現状もある。</p> <p>在宅療養支援診療所は、個人の医師一人でなく、医師会で運営するなどチームを組むことも必要ではないのか。</p> <p>《まとめ》</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 国民、地域住民、医療従事者、患者に計画推進の説明。</li> <li>2 各在宅支援診療所が得意とする内容を明らかにする。 その情報は地域連携室が把握し、情報共有していること。</li> <li>3 病院医師（医療チーム）は、何でも「転院」ではなく、在宅の道はないか家族と考え、連携実務者と相談。なるべく入院から早い時期に連携実務者に情報発信する。</li> <li>4 可能性があるときは、連携実務者と共に在宅支援診療所の医師と連携の努力をする。</li> <li>5 病院の医師（医療チーム）は、在宅で診ていけるように治療方針を立て、その方向でタイミング良く引き継ぐ。</li> <li>6 地域医療者間で定期的な情報交換や研修の場を持つ。</li> </ol>
<p>在宅での看取りの増加が必要。そのためには増加しても対応できる在宅医療の質の向上と量が必要。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 在宅医療を担う医師、看護師、薬剤師を増やす。 在宅医療に関する研修を行っていく</li> <li>2. 訪問看護ステーションの機能の強化 <ol style="list-style-type: none"> <li>① 24時間365日サービスを提供できる体制→常勤の看護師が5名以上の配置ができるステーションの増加</li> <li>② 看取りや医療ニーズの高い患者の積極的引き受け</li> <li>③ 医療施設や在宅医療関係者との密接な連携体制</li> </ol> </li> <li>3. 在宅医療を担う人材育成</li> <li>4. 急性期医療と在宅医療の円滑な連携体制</li> <li>5. 地域住民、地域医療関係者への広報</li> </ol> <p>・病状安定後、又は在宅での看取りを希望する（その対象となる）方に対する対応。</p>
<p>在宅で訪問診療をして頂いているのになかなか看取りまで行かなくて病院に搬送される。</p> <p>家族への説明に問題があるのか医師の対応に問題があるのかわかりません。</p>
<p>在宅療養支援診療所の役割は、非常に大きいと思う。</p> <p>しかし現状では、種々の理由でずっと病院に入院していたい人、入院させたい家族が多く、その役割は限定的と思われる。</p> <p>在宅医療全般に関する広汎な宣伝広報活動や偏見を払拭する活動が必要と思われる。</p> <p>DPCにて算定を行っている当院にとって急性期の治療後の患者様の受け入れ先（病院・施設）に苦慮している現在、在宅にてケアしていただくことは非常にありがたく期待し、推進していくところです。</p> <p>しかし、在宅となると家族の受入体制が整わず、断念せざるを得ず施設等を探す間に入院期間が長くなるのが現状です。在宅療養診療所の普及には、家族の理解また在宅への意識改善が非常に重要となってくると思われる。</p>
<p>①独居あるいは高令夫婦が■■■■（人口11万人中（65才↑）24%以上）は多いため、疾病治癒のための入院よりも、日常生活支援を主としたことが多い。そのために、在宅療養支援診療所への移行よりも、</p>

<p>リハビリ目的等で転院あるいは施設入所を依頼している。</p> <p>②病院医師の認識が薄いと思われるので、PR活動をぜひお願いしたい。</p> <p>③1件ですが、依頼した時は多忙のため困われたことがあります。</p>
<p>在宅医療を支える医療側の体制が整うのは喜ばしいことであると思いますが、いわゆる老一老介護など、家庭側の介護力はますます低下すると思われます。この点も視野に入れて進める必要があると思います。</p>
<p>医療依存度の高い患者も在宅で療養が可能となることはよく理解できたが核家族化や共働きが多い地域では居宅ベットと見なすことが困難な場合が多い。</p> <p>しかしながら、最後の看取りについては在宅死へと国民全体で意識をシフトさせていくことは必要と考える。</p> <p>病院死はなるべく避けたい事項である。</p>
<p>療養病床削減・介護療養病床廃止の医療政策（緩和されるかもしれない？）の中で、三次救急を担う当院にとって在宅医療を推進する意義は大きい。</p> <p>多発外傷や高齢者の救急医療では、重症患者が多く入院は長期化し必ずしも治癒退院という訳には行かない場合が多い。回復期リハビリ病院など後方病院や後方施設への転院が必要となる。急性期病院から慢性期病院へさらに自宅療養へという一連の医療連携の流れに滞り発生すれば、救命救急センターや後方一般病床に患者があふれ新たな急患を受け入れられない状況となる。一人でも多く、一日でも早く在宅医療への移行が望まれる。</p>
<p>患者、家族が安心して在宅に移行できるよう、医療、訪問看護、訪問リハビリ、薬剤、訪問介護等の地域連携の中心的役割を担っていると思います。</p>
<p>在宅での看とりとなると、診療所の医師の往診だけでは対応し切れないことは明らかである。</p> <p>タイムリーな対応をする場合には、多職種との連携・協働が必要である。</p> <p>独居世帯は今後も増加する。</p> <p>シームレス・タイムリーな対応は誰もが望んでいる。</p> <p>患者および家族の意向を反映するために、調整役としてケアマネージャーや保健師が中心となり、医師は方針を指示すればよいと考える。</p> <p>患者にとって必要なcare等は訪問看護を行ない、基本方針を共有していれば各々の役割を担う人に権限を委譲・判断・行動できる体制が望ましい。</p> <p>在宅療養支援診療所は、病院と連携しつつ、可能な限り在宅での生活を継続できるよう患者を支援し、そのために必要な社会資源を活用することは当然である。</p>
<p>総合的な救急医療をしている公立病院を様々な形でバックアップをしてほしいです。</p> <p>当院は在宅を希望する（ターミナル期にある）患者さんや家族の要望に応えることが出来ません。10キロ圏内に平成18年に在宅療養支援診療所の施設基準を取得した医師が一人います（合併した事で同じ経営母体となりました）。しかし圏内2箇所の特別養護老人ホームの嘱託医にもなっており、当院の医師には診療を依頼するのは遠慮があります。</p> <p>また、患者さんによっては当院と完全に離れることに不安を持つ人もおり、一般病院と診療所が機能を分担して診療するのが患者さんも安心すると思います。しかし、在宅療養支援のシステムがない事もあって当院の医師は患者さんに入院するよう求めます。2ヶ月前は相談室が担当医とは別に診療所の医師に依頼して在宅の看取りを進めました。当院の診療部長に在宅診療を当院で進めることの是非を確認しましたが、難しいとの事でした。</p> <p>診療所の医師に聞くとかなりの激務なので、私たちも依頼するには躊躇します。市内の個人病院からの応援の声は聞いたことがありません。診療所の医師曰く、期待は出来ないとの事でした。日中は個人病院に行っても夜間体調不良時は受診できず、当院の救急を受診します。</p> <p>乱暴な発想ですが、制度的に個人病院は在宅療養支援診療の一端を担うようにするのはいかがでしょうか。在宅患者がどのような支援が必要かによってそれを得意としている個人病院に支援診療の依頼をする。それを制度的に義務づけするという考えです。</p> <p>もっと個人病院の協力があればと思います。</p> <p>また、当地域は訪問看護ステーションが1ヶ所で、点滴はできないなど、制約が多くあり医療処置の多い患者さんの在宅への調整にも難儀する現状です。</p>
<p>まだ数も少なく、一般の往診医との機能の相違が見えにくい。施設基準は取っても積極的な往診は受けていない医院もあり、当地区においては病院との機能分担には至っていないと考える。</p>
<p>急性期病院の負担軽減に寄付していくと考えられる</p>
<p>われわれ中規模病院においては、すべての診療科がそろっているわけではなく疾患の内容、重症度によっては他院への搬送が必要となる。特に夜間においては、その可能性が高くなるので、疾患、重症度のトリアージをやっていただきたい。</p> <p>在宅移行時に問題になる一つに、家族の病院志向がある。相談があった時に、問題点がある場合いきなり断るのではなく、主治医と連絡をとりあっていただきたい。</p>
<p>当地域では「往診」をする診療所は多いが、「訪問診療」「在宅診療」（定期的な）や「支援診療所」がまだ少ない。現在増加しつつあるので期待している。当院では往診をする余裕がないので。</p>
<p>高令者が増加する中、病院での最期を希望される家族がまだまだ多い現状ですが在宅看取りができる在宅整備（Drのネットワーク）が必要かと思えます。</p> <p>高令者で食事が経口から摂れなくなったら人生の終末（老衰）だと思えます。病院では今後の栄養についてPEGやLV等の説明、治療が開始される理由ですが、いかがなものかと思えます。</p>

<p>地域住民の意識改革へのPR（保健所）や、診療所での説明が必要だと思えます。地域性もありますが何でも病院志向が強いのは、事実です。</p>
<p>1) 在宅療養支援診療所と地域の訪問看護ステーション、介護施設、サービスステーションなどと連携をとって「地域全体が病院である」というコンセプトを持って、他職種を引っばってってもらいたい。単に24時間往診が可能、看取りが可能な医師のいる診療所と言う概念では病院から在宅に移行しにくい。</p> <p>病院内で受けられるあらゆるサービス（医療、看護、リハビリ etc）が24hrs同じように在宅で受けられるようにならなければ今以上に在宅医療を受ける患者の増加につながらないと思われる。</p>
<p>在宅療養支援診療所が増えれば在宅へ移行しやすいわけではない。</p> <p>在宅介護の一番の担い手は家族でありその家族のマンパワーやヘルパー訪問看護ステーションの充実が必要であると思う。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅療養支援診療所の絶対数が不足していると感じている。</li> <li>そのため、診療所のDrは多忙で、病院内で患者、家族に会って頂くことや、退院前に施設Drとのカンファレンスを1回も実施できていない状況がある。</li> <li>退院前のカンファレンスは特に顔の見える関係性をつくることのできるため、是非実施できる体制が必要と感じる。</li> <li>・診療行為に確差がある為（例えばペインコントロール等）依頼しやすい診療所DrとしにくいDrがいる。</li> </ul>
<p>スライドの情報がもっと広く周知される必要がある。役割を患者も医師も理解し、活用できれば双方にメリットがある。</p>
<p>在宅での治療・療養に限界はあると思えますが</p> <p>末期がんターミナルの患者等でも最期迄治療をしたいと希望する方も増えています。</p> <p>病院に通えなくても在宅で希望する医療処置がある程度できたり急変時に対応できるような診療所を期待します。</p> <p>看取り迄できることが希望です</p>
<p>在宅療養支援診療所の役割としては、患者への24時間365日対応や、医療・福祉の連携の中心的存在で、患者が安心して在宅で療養できる環境をサポートすることが重要である。特に、在宅での看取り（ターミナルケア）、慢性疾患についてはできるだけ在宅での対応が望まれる。</p> <p>まさに、病院ベッドを在宅ベッドに移動することで、急性期病院を在宅医療が支援することができる。同時に、急性期病院は緊急時に迅速な対応がとれるように情報共有することや、入院受け入れ体制をつくること、訪問看護ステーション等地域での連携も重要であり、システム化していく必要がある。在宅療養支援診療所はこれらのマネジメントをしてほしいと思えます。</p>
<p>在宅療養支援診療所が増える事が、在宅においても終末期や看取りが可能になっていき、それぞれの病院の役割や連携が機能していくと思えます。</p>
<p>急性期医療機関から在宅へのスムーズな移行を支援するには、在院日数が短縮される中で治療や処置の継続が可能か、という点が課題であると思う。病院において、限られた人材と医療資源を投入して行われる治療やケアの在宅への移行は、今後さらに推進していくと考えられ、病診連携のさらなる充実と、人材育成、あわせて在宅での看取りを可能とするような体制（インセンティブも含めて）が必要であると考えます。</p> <p>在宅医療には入院にはない家族による看病・介護が必要であり、病院の疲弊は軽減できたとしても、家族の疲弊が増大すると考えられる。</p> <p>在宅診療では入院中とほぼ変わらないDr.による診療行為が可能とはいうものの、すぐ側に医療者がいないという患者・家族の不安をいかに払拭するかが課題と考える。</p> <p>当院近隣にも数ヶ所の医療機関が在宅療養支援診療所の施設基準をとっておられるが、実際に医療的処置の多い患者、在宅緩和ケアを依頼できる診療所は少なく、現状で在宅患者を増やすことは在宅医の疲弊も招きかねない。</p> <p>病院が疲弊しない家族も疲弊しない在宅医も疲弊しない制度・環境の整備が必要。</p>
<p>病院の疲弊以前に慢性疾患の終末期の方が、自宅で状態悪化したからといって、急患として見ず知らずの病院、医師によって看取られる、というのはおかしいと思えます。</p> <p>以前はいわゆる「老人病院」というところで看取りがなされてきましたが、ただ医療費の削減のために廃止され在宅医療がすすめられ、結果として急性期病院の疲弊を招いたと考えています。</p> <p>自宅で療養したい、終末期も自宅でむかえられるような体制づくりは理想ではありますが、現実はおいついていません。</p> <p>在宅医療医に期待するところは大きいのですが、個人のがんばりだけではダメなのではないでしょうか。</p> <p>行政、医療、住民の建て前ではない、本音の論議がなされないといけないと考えています。</p>
<p>当地域のような人口密度の小さなところでの検討は？</p>
<p>地域医療連携パスを作成していく上で在宅部門の充実は不可欠です。</p> <p>がん患者さんを身体的な面からでなく社会的・精神的にも対応可能な在宅医を育成していくことが必要です。</p> <p>患者さんやそのご家族が、住みなれた場所で、24時間、病院と同じような医療を受けることができる在宅療養診療所の役割は、患者さんにとって大変、意義のあるものと思えます。しかし、病院の疲弊を改善するためには、</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 在る程度、病院で行われて居る医療、在宅医療の両方の知識・技術が医師に求められること</li> <li>2. 24時間体制で医療を提供しなければならない在宅支援診療所の医師の負担も大きいこと等から</li> </ol>

<p>近隣には、在宅療養診療所の指定を受ける医療機関が少ないように思います。まずは、在宅療養診療所を増やすための公的な対策が必要と思います。</p>
<p>私は、在宅で訪問看護や居宅介護支援を行っています。病院のスタッフへの希望を先に言わせていただくと、病院側のスタッフは、患者が入院をした時点で退院する、自宅で生活をするイメージを持つことが大切ではないかと考えています。そのためには、早い段階でその患者が自宅（地域）に帰る状況を想定し、どのような状況であれば、自宅に帰ることができるのかを多職種で考えてほしいと感じます。そして、医療機器等がある状況であっても、在宅で管理しやすい、（家族が管理しやすい）最低限の医療にかえてほしいと思っています。在宅のスタッフは、病院の医療から在宅の医療へ（生活）に変えていく時に、一緒に退院後の生活を模索できると嬉しいです。情報を共有して、病院から在宅へ生活を整えることは、私達在宅スタッフには、とても大切なことだと認識しています。ですから、退院後の生活、療養を支えてくれることは、在宅スタッフの役割だと思っています。安心して生活できる環境を整えながら、介護職だけでなく、本人や家族にも一緒に参加してもらいながら、さらに療養から生活に切りかわることを望んでいます。その手助けをしていきたいと考えています。P. S 自分の考えを書いてしまい、お答えになっておらず、申し訳ありません。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 24時間夜間もきちんと対応して頂きたい。</li> <li>・ 上記に関連し、患者が緊急搬送され死亡した場合、患者が警察行きとなったケースがあった。</li> <li>・ 在宅療養支援診療所の役割、施設の一覧を家族、医療機関どこからでも情報が得られる様、公表して頂きたい</li> </ul> <p>（どこの施設がどのような機能を持っているのかなど）</p>
<p>ありません</p>
<p>「病院ベッドを在宅ベッドに移動して病院の疲弊を改善」という方向性は大賛成です。しかし、その手法として「病院医師の教育強化」は医師の負担がますます病院医師の疲弊を招きかねません。むしろ医師は治療に専念できる環境を作り、在宅移行を担うスタッフを強化することが病院の疲弊を救い、地域医療ひいては地域を守ることに繋がると考えます。質問の趣旨と違う話で申し訳ありません。</p>
<p>在宅療養支援診療所が増加し、急性期病院で診療した患者が在宅で診療できることになれば病院の疲弊を改善できると考えられるが、在宅療養を行うにあたって診療所だけが增加しても他の支援がなければ在宅もっていきけるケースは限定される。</p>
<p>1つには、高令者患者が急性期を脱し、医療行為が必要なながらも在宅可能な段階になり、在宅に戻るには、介護が困難な状況が多い。又、在宅に戻るまでにはリハビリ、社会資源調整に時間を要している。当院は急性期病院であり、医療スタッフ（医師・看護師・コメディカル全て）の時間・人員が不足し、調整が遅くなる状況である。又、後方病院が少ないため、在宅支援には困っている。在宅療養支援診療所には早期（入院中より）に介入をして頂き、出来るだけ速やかに在宅へ移行出来る様リーダーシップを担って頂きたい。</p>
<p>病院の疲弊化を改善する為には、やはり地域連携、機能分化をすすめ在宅療養支援診療所が増えることが一番だと考える。現状、地域によって偏在があり、特に都市部に集中していることは問題である。患者から、在宅治療の要望があっても、在宅療養を担う医療機関が患者宅から遠い場合は、断念せざるを得ない。医療機関で把握できていても、患者が、在宅療養支援診療所がどこにあり、どんな診療内容なのか等基本的情報がわかりづらいのも問題である。また開業医も、医師一人では外来の他に訪問診療や往診を24時間体制でカバーするのは無理であると聞く。本当に在宅療養をすすめる為には、病院と診療所の医師・看護師MSW・ケアマネージャー等が医療機関の壁を越えて、チームで取り組める体制にしなければ広がらないように思う。また、患者家族に対しても介護負担をへらせるような体制も求められる。</p>
<p>在宅療養支援診療所の重要性と有用性は理解できましたが、現時点では診療所の数の不足、病院との連携（お互いに知る、認め合う）の不足が大きな問題でしょう。様々な方面（行政、マスコミ、当事者自身）からの働きかけが重要と思います。</p>
<p>在宅支援診療所が、それぞれ独立した形で運用されるよりは、複数の在宅支援診療所を一つのグループとして組織化し、一人の在宅患者さんを複数体制で診療できる形にすれば、在宅医もきちんと休暇が取得できて、患者さんに対する医療的アプローチやケアカンファレンスなど場においても複数医師による意見交換が可能となるのではないのでしょうか。在宅支援診療所が複数医師の体制であれば、あまり問題はないと思うが、もしも一人だけで運営している在宅支援診療所があるとするならば、是非、上述のようなグルーピングの選択肢も選べるような体制づくりが必要ではないかと考える。そうすれば、在宅医療を志す医師にとっても大きな安心感につながり、「自分もやってみよう」という気持ちになれるのではないだろうか。現在のように、たった一人の医師が24時間365日体制でオンコールに対応できるような形であれば、いくらモチベーションの高い医師であっても、いつかは息切れしてしまうのではないかと危惧も持っている。</p>
<p>当院は大学病院であり、まだ在宅療養支援診療所との連携の実績はありません。しかし、近隣の市町村で開業医の在宅医療チームが出て連携を開始しようとしているところです。</p>



<p>終末期の患者の自宅での医療看病的な連携ができる診療所と病院との連携の強化。</p> <p>本来私達が求めている在宅療養支援診療所の機能を充分持っていない所が多いのが現状です。終末期の患者が家へ帰りたくとも、対応可能な診療所が少なく、入院または希望しない病院への転院がなされている現状です。</p> <p>地域の医療・福祉・介護の連携が充分されるとよい。</p> <p>・在宅療養支援診療所が機能することにより病院は病院の役割に専念できる面が多くなると思われる。しかし、その背景には診療所を支える24時間体制の訪問看護ステーションの機能が必要不可欠と考えられ、在宅医療の促進、在宅看取り、病院の疲弊改善には両者の充足が重要と思われる。</p> <p>在宅療養支援診療所とは、24時間体制で往診や訪問看護を実施する診療所のこと、患者・家族の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保していることとされているが、診療所により、対応はまちまちである。定期的な往診を月1回しかいかない診療所もあり、24時間往診可能な体制をとっているとはいえない診療所も多くあります。そのため、病状の変化で往診を希望された場合や夜間の診察を希望された場合に、対応してもらえず、病院へ受診するという場合もあります。在宅診療の機能がしっかり果たせていけば、病院に受診しなくてもいいケースがあるのではないかと思います。</p> <p>しかし、診療所医師が1人で、24時間、365日対応することは困難であり、複数の医師がいる診療所は別として、1人の医師で診療している、在宅療養支援診療所の場合は、診療所間の連携をとるなどの対応をし、24時間対応で往診ができる体制をとる必要があると思います。</p>
<p>当院では連携室でなく退院支援部門が支援している為、特に記載しません</p> <p>確かにしっかりとした在宅を支える受け皿があると、入院患者さんは在宅への移行を考えてくれるようになります。そのためには入院の前から選択枝のひとつとして教えておくことも大切です。</p> <p>病院に長くいれない、○週間いたら追い出される、療養型病院や、有床個人診療所もなかなか空かなく入れない。時には、かなり療養の質に関してがまんしなければならない。恐らくこれらの心配は入院され長期に治療療養が必要な患者や家族は思っていることでしょう。</p> <p>在宅へ移行の際、最も問題になるのが介護力の問題であり患者さんの介護のためにどれくらいの家族や人が集ってこれるかがあります。</p> <p>病院の疲弊を改善するための在宅療養支援診療所は素直に聴くことができます。一方で在宅でお願いしている患者さんが救急車で搬入されてくる例もあります。救急車で病院に来られる時、在宅医からの情報があれば中核病院在宅バックアップ病院も大変たすかっています。</p> <p>在宅看取りの患者さんが少しづつ増えていることに力づけられます。日ごろから在宅DrとのNetworkを大切に、顔の見える関係をつくっていきたいと思っています。</p>
<p>病院の立場からしますと在宅療養支援診療所の役割に大いに期待するところです。</p> <p>現在当地域には同診療所は少なく実際には当院にとっては十分機能しておりません。課題と考えます。</p>
<p>1、24時間対応 2、土日の対応 3、家族が疲弊した時、精神的フォロー、一次受け入れ</p>
<p>1、家族への支援が大きいと思う 2、バックベットの確保（病院との連携） いざという時の安心</p>
<p>病院と同様な在宅療養をおこなうためには、在宅医師数だけでは無理ではないか。現在行なっているのも相当無理な（充分でない）状況にあるのではないか。家族・その他の支え、介護者があるばあいのみ可能となっているのではないか。介護者のいない、又は介護を家族がしなくともよい環境をつくらないと、在宅となれない。</p> <p>在宅療養支援診療所の人員設備確保が充分でないと、安心、安全な気持ちで療養できない。そのための整備が必要と思う。</p>
<p>1) 在宅支援診療所と地域の関係機関との連携のため調整及び患者・家族指導、支援 2) 在宅支援診療所のできる業務の啓蒙、ホスピス緩和、在宅看取 e t c</p>
<p>地域住民への教育、患者対応に関する本人家人との取り決めの徹底、常に密な情報交換 在宅患者の入院に際しての情報提供及び必要に応じての医師の来院。</p>
<p>地域に在する医療福祉機関が各々の役割を明確にし、その機能・役割がはたせるように努力するとともに連携を密にしていくことが重要であると考え。</p> <p>・在宅療養者の病状（症状）の把握と適切な時期での連携が重要となる。その病状把握と適切な時期の判断力がポイントとなり、入院医療機関への連携をする事。 ・在宅療養者及びその家族が安心して、家で日々を過ごしていける心の支え（医療者としての）の役割</p>
<p>地域の在宅療養支援診療所と病院の連携会議が必要。その上で、エリアごとにカバーできる対象の情報を共有する。</p> <p>1、医学的管理の範囲 2、麻薬などの管理 3、訪問診療の可否 4、治療材料の課題 5、点数の理解</p> <p>院内で対象者発生したときの連絡方法の確立 院内での合同カンファレンスへの参加や調整</p>

<p>1. 病院機能についての啓蒙 急性期病院、在宅療養支援診療所についてそれぞれ役割があることを、一般市民に発病前からわかりやすく説明する取り組みが不足と思います。</p> <p>2. 情報交換 連携を推進させるために、研修やカンファランス等を開催し相互理解と協力関係を築くことが大切だと思います。</p> <p>3. 患者、家族の生の声を活用する 連携を体験して得た満足感を表わす取り組みの事例紹介等があると良いと思います。</p>
<p>やや理想的な話しのように感じる 実際の在宅療養は困難なこと多い</p>
<p>■では、在宅療養支援診療所や緩和ケア施設は不足していると感じる。病院勤務医と在宅医の役割分担について、医療者も患者・家族も知らないことが多く、せっかくのサービスを使う機会をなくしている事は、問題と思う。</p>
<p>「病院の疲弊を改善するための在宅療養支援診療所」といわれると大きな抵抗がある。在宅療養支援診療所が「病院の疲弊」どのように改善しているかまったく不明である。</p> <p>急性期医療の終了後直ちに在宅医療に入れない例は高齢者では少なくない。高齢者では種々の合併症、認知症を有していることが多く、後方病床（療養型病院）に一定期間入院が必要なことがしばしばある。急性期病院から円滑に在宅に移行できない患者は年々増加している。また地域によって異なるが核家族の増加、高齢者2人のみの家庭、高齢者でも単身者の増加など医療を超える問題を抱えていることから在宅が困難な条件が増えていると思われる。従って、「在宅医療には無限のベッドがある」ということにはならない。もちろん在宅医療を担当する医師、診療所が増加すれば大きな役割を果たしてくれることは認めるが、現実には夜間閉鎖された診療所にかかれなくて急性期病院に押し寄せる患者は病院医師の疲弊の元になっているのではないかと。後方病床としての在宅医療とは対応が別と考えられる。</p> <p>また、地域特性として■では冬季間に退院在宅がきわめて困難な場合が多々見られる。療養型施設の併用で多面的な対応を考えていくことが必要である。</p> <p>なお、がん患者の在宅看取りは家庭での看護介護が可能であれば積極的に在宅診療所と連携して促進すべきと思う。しかし患者本人の自宅で最後をという希望にもかかわらず、高齢の配偶者に受け入れてもらえない場合が多々あるのも事実である。従って、日ごろ病気になる前から在宅医療、在宅看取りを地域で学び準備する啓蒙活動が必要である。</p> <p>在宅医療の推進には、地域での医師のネットワーク、連携活動がきわめて重要である。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅療養支援診療所をとりまく、医療ネットワークの整備（全体的）</li> <li>↓</li> <li>・医師1人あたりのP t数の整理、適正人員配置</li> <li>・病院からすぐ在宅支援でなく、開業医との連携を密にし、ワンクッション置く体制</li> <li>・病院、開業医、在宅支援診療所間のネットワークの充実</li> </ul>
<p>当院は、300床の内科・外科・整形外科・小児科・産婦人科・透析・回復期リハビリ病棟などを有す中規模の病院です。</p> <p>昨年4月～今年2月まで4380件入院され、そのうち65歳上の高齢者は2891件となっています。また、在宅から入院する傍ら在宅に戻れない方も年々増加傾向にあり、463件が介護保険施設や療養型病院などへ転院されておられます。</p> <p>救急搬入も65歳以上～74歳、75歳以上～84歳、85歳以上と統計をみると、明らかに高齢になればなるほどその件数は増加し救急車を利用する件数も増加しています。</p> <p>また、年間12回と繰り返す入退院も珍しくなく、今ほど在宅医療および介護との連携なしでは、患者さんや患者さんを取り巻く生活を支えることが困難と感じます。</p> <p>当院では■に病院を位置し、近隣の■や■、■から患者さんがおみえになります。いずれも高齢化率は22パーセントを超えています。入院時には、介護保険情報などケアマネージャーから在宅情報を頂きながら、生声にて情報交換をしながら連携を図りつつある中、在宅医療に結び付けるには、訪問診療に前向きな医療機関が乏しかったり、介護保険サービスを有効に活用できなかったり、あるいは、病院からの在宅療養について適切なアドバイスができず、施設への移行となりつつあるのが目に余る現状です。施設や病院への転院に際しては、相手都合もありすぐ転院とはいかず、DPC病院の当院としては、在院日数に影響を及ぼし、患者さんの療養環境が適切でないところでの待機となり、認知症や複数疾患の併発などを伴い、行き詰る思いでのベッドコントロールとなっております。</p> <p>退院し、在宅療養に持っていくためには、病院＝在宅医療機関＝家族＝介護支援関係者との密な連携と各々の役割分担と今後近い将来に起こりうる疾患や身体レベルの予測を常々コミュニケーションできる日常の土壌が必要と考えます。そうすることにより、改善傾向の治療がもう少し継続必要でもゆっくりとした時間の流れる在宅にて行うことが可能であったり、介護部分の軽度負荷で押さえることができるなどの配慮ができるのではないのでしょうか。</p> <p>具体的に退院支援を行うにあたり、“点滴には対応できない”“中心静脈栄養は入院でするものではない”“人工呼吸器で家に帰すとは”“じょく創がある方や重介護の医療度の高い方を在宅に帰して、ヘルパーとして責任持った生活支援ができません”などの声が後を立ちません。おそらく、各々の役割について整理ができていなかったり、介護保険事業所としては、要支援は地域包括支援センターとし、要介護は居宅介護支援事業所となり、介護が重くなれば医療度も少しずつ高くなり、何を視点にして対応すればいいのかななどの</p>



<p>人材育成が充分働いていない様子とお見受けします。それは、厚生労働省からの働きかけが現場サイドに十分でないことも多分にお見受けします。しかし、現場サイドでは、何が困難で何を整理すれば可能なのかの提案を上げる必要もあるのではないかと考え、これらを整理することにより、まだまだ在宅療養で過ごせる方々が大幅おられると考えます。その一環としてこのアンケートは貴重なデータ資料となり大いに期待したいところです。</p>
<p>在宅療養支援診療所の充実が必要なことと思います。 特に大都市圏であればその需要があるかと思われるが地方だとその数が少ないのではないかとと思われる。また、地方では在宅での療養にかかる家族のマンパワーや利用可能なサービスの供給体制や、在宅療養自体の考え方が広まっていないように思われる。 もっと基盤の整備や啓蒙活動が必要と考える。</p>
<p>在宅療養支援診療所は在宅患者の診療ケアにとって大変重要で、病院と十分な連携を取って機能していただきたい。</p>
<p>在宅で看取ることがすべてではないが、まずは在宅で看取ることのできる体制をもった在宅療養支援診療所が必要である。実際には、在宅療養支援診療所を標榜していても、看取りを行っていない診療所も多いと聞く。 看取りに関しては麻薬などを使用した疼痛緩和ケアに優れている必要がある。それが患者や家族からの信頼にもつながる。煩わしいことを行わないために麻薬施用者免許を申請しない診療所医師もいる。在宅療養支援診療所の要件に「麻薬施用者免許取得」を義務づけていただきたい。 緊急事態発生時にも初期対応を行う在宅療養支援診療所が求められる。「緊急事態発生時には救急車で病院へ」という診療所もあるが、これでは病院の疲弊は解消しない。 当院は三次救急を担う高度救命救急センターを擁している。在宅療養患者が入院治療を必要とした場合でも必ずしも紹介先の当院に戻すのではなく、他の病院（あるいは有床診療所）へ紹介できるような地域連携が望まれる。また、当院からの退院に際して患者を紹介するにあたり「急変時には貴院で入院させていただければ訪問診療を行わない」というような確約を求める傾向もあるが、必ずしも当院で受けなければならない必然性はない。医療機関の機能分化を理解していない診療所医師ならびに医師会が多い。残念であるとともに、病院の疲弊は改善しない。 死亡診断書（検案書）の記載方法を正しく知らずに、記載可能にもかかわらず「死亡診断書は書けない」という診療所医師もいる。警察介入となる場合が多く、これまた残念である。 なお、患者の大病院志向や、救急医療へのコンビニ受診など、患者側の要因も病院の疲弊には大きく関係している。</p>
<p>現在の状況を改善するには、まず病院に余裕ができなければならないので、診療報酬を上げること（欧米各国並みに）（満床にしなくても赤字にならない制度を作ること）のみ。 在宅療養診療所は、自宅開業医ではなく、ビル開業医が増えているため、夜間の対応が悪く、当院のような救急車に対する二次救急病院は、夜間の緊急を内科系外科系、及び小児科医で診ており、在宅医にその第一次対応を担ってもらえないのが現状。従って primary care doctor の役割をお願いしたい。 また、複雑化する患者さんの社会での状況と病態をしっかりと協議する時間も必要であり、病院に集ってちゃんとした議論を行えるよう、主治医としての参加をお願いしたい。</p>
<p>勤務医の労働軽減・ベッド数削減による医療費減少・住み慣れた自宅で最後を迎えるという個人の想いの実現という点で、在宅療養を支援できる診療所が増えることは、重要なことだと考えます。 一方、24時間在宅で過ごすということは、家族への負担もかなり大きくなり、あらゆるサービス提供を導入しても、精神的・身体的ストレスは多大なものであると思います。実際に、共働き夫婦などでは、介護者が自宅にいたことが負担になっているケースや、看れないから施設というケースはよくあります。 医療供給体制の整備と平行して家族の負担軽減策について、大きな課題だと思います。 また、実際に退院前に在宅での胃ろう注入や高カロリー輸液の管理、リザーバー等の使用など家族に説明させていただきますが、病院ではできるようになっていても、自宅に帰ると不安でできないという高齢者の方も見受けられます。老老介護状態も増える中これらの毎日繰り返される通常の処置をサービス提供以外でどう実行していくのかという点も不安です。 上記については設問からはずれているかもしれませんが、このような状況の中だからこそ、支援診療所は、医療の専門家だけではなく、介護の専門家、また地域住民との連携等も含め24時間サポートできるしくみを強化する必要があると思います。計算上、ベッド数が在宅に増えても国民の意識も変えていくことが必要だと思います。そして、安心して在宅療養ができる仕組みが必要だと思います。</p>
<p>在宅での看取りは少しずつ増加していますが、まだまだ課題があると感じています。 その一つとして、家族の問題です。病院から在宅移行したくても介護者がいない現状があります。介護者がいても高齢の場合は最後まで看取ることが困難でそのため急変時は緊急搬送され入院先で最後を看取ることが多々あります。24時間介護に関わるのは家族です。往診の医師、看護師だけでなく、家族を含めた支援体制の必要性を感じています。 医師の問題としては、開業している医師は1名の場合が多くそのためいつでも往診できる体制は困難ではないかと思えます。このような状況で役割を果たすには開業医間で連携しグループをつくり交代で往診できる体制を構築することも一つの方法だと考えます。 又、医療者全体に言えることですが、患者・家族は何でも相談できる、心配事を聞いてくれる医療者を求めていると思います。それが役割を遂行する上で重要なことだと考えます。</p>

<p>在宅療養支援診療所の24時間体制の在宅医療を充実させる必要がある。 また、一般市民に向けて在宅療養支援診療所の役割や利用についての広報活動を活発に行うべきである。</p>
<p>在宅医療の必要性は、患者からの要望、ベッドコントロール等色々な方向から、大きくなってきていることは確かである。 当院から退院される患者の中にも、在宅医療を希望する方はみえる。しかし、当院地域では、在宅医療を実施している医療機関はない。 当院に於いても、入院療養から在宅へと移行するのは、大変難しく、受け入れ機関がないために施設への移行が多くなってしまいました。 医師の数も限られ、入院医療を充実したものにするために、在宅医療まで、医師がまわらないのが現状です。</p>
<p>在宅療養支援診療所のスタッフの充実 それを可能にする診療報酬の改善 小児在宅医療の充実とネットワークの構築。 遅くなりました。 小児医療にとっての在宅療養は益々重要になりますが、非常に未整備であると考えています。 今回のアンケートは高令者を対象にしているものと思われます。一部回答しにくい所がありました。 清書するつもりでしたが時間がなくなりましたので、このまま送付させていただきます。</p>
<p>在宅療養支援診療所のような施設があれば、急性期病院としてはありがたいし、これから高令者が増えてくるし、癌患者も増加してくるので、これからはこのような診療所のニーズが高まるものと思います。 急性期病院に特化し、役割を果たして行くためには、在宅医療との連携が最重要と考えます。 まだまだ家族側の受け入れなどに問題があるように思います。在宅を受け入れやすい環境の整備が急がれます。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅療養を行い得る医師の増、又は、ネット構築での日替り医療が必要。</li> <li>・真に取り組む（在宅医療、往診医師、看護師、介助者等）医療従事者への報酬の増（福祉費等）が必要である。</li> <li>・患者及び家族、医療従事者での「死の倫理」について、向上するべきか。</li> </ul>
<p>少しずつ在宅の緊急往診、在宅死が増えている事が数字として分った。 しかし保険料で誘導されている点が悲しい。</p>
<p>1. 病院の疲弊を改善するという点では在宅療養支援診療所の存在は大変意味のあることだと思います。 ただ病診連携という観点では一方に比重がかかることが多いのでは。 また、在宅の患者の緊急時には、入院となることが予測されることが多いと思われます。</p> <p>2. 院内での在宅療養支援診療所への理解と患者紹介ルートの整備が必要</p>
<p>一般の住環境が劣悪である事から、長期にわたる在宅医療を行えない状況があります。 貧困家庭の長期臥床しかできない高令者が病院に入院する事となり、病院の疲弊が悪化する傾向となります。 上記から貧困などの劣悪な家庭環境にあっても在宅療養ができる様な仕組みが必要です。</p>
<p>患者・家族が安心して安全に在宅で過ごす為には、在宅療養支援診療所の増設とマンパワーの確保は必須である。当直あるいは2交替、3交替のできるマンパワーと体制づくりは必要。又診療所を支援する地域・行政のかかわり・制度や法的しくみの改革は必要と考える。 医療施設にあるスタッフステーションがそのまま地域に出るという考え方が必要ではないかと思う。</p>
<p>在宅医療の充実がいわれるようになって久しいが、実現までにはまだまだ時間がかかる現状を感じている。 まず1つめが過疎化や核家族化の問題である。当院のある地域も高齢者世帯や独居老人が多い。最悪の場合子どもさん達が全員県外という方も少なくない。そのような背景がある中で「在宅に帰す」ということが介護保険サービスを導入しても困難であることの大きな要因となっている。 2つめが「病院にいれば安心」という考え方が根強く残っているところである。ともすると患者本人の意向より家族の生活状況（子ども達がひきとれない、あるいは老老介護となってしまう、また共働きでないと食べていけない社会情勢等）が優先されてしまう状況もあり、患者側の意識改革とそれに応えうる体制づくりが求められると考える。 「在宅というベット」を増やす役割は社会全体で考えないと現実的には困難である。何故なら患者を支えるのは医療だけではないからである。家族の役割はもちろん、介護サービスの充実、在宅療養を支える家族の経済的支援が必要と考える。 在宅療養支援診療所が現在でも多くの患者を支えているのは周知の事実である。病院の疲弊を改善するため、とびまわっている先生方がいることを私達は知っている。現状の奮闘を維持して頂きつつ、情報交換しながら介護や福祉の充実にも声をあげていけたらと考える。</p>
<p>役割については理解しましたが、 スライドを見せる対象によっては理解しづらい部分があるのではないのでしょうか？ また、スライドに対してではありませんが、在宅療養支援診療所MAPに掲載されている診療所と実際がかなりかいらしていると思います。 事実、24h往診を受けていただけない診療所も多く数少ない資源の中でターミナル、医療処置の多い患者さんを自宅に帰っていただけるよう支援しています。</p>
<p>在宅で安心して支援できるシステムのマンパワーに限度がある。最近では老夫婦、1人ぐらしが増加傾向にあり、安心できる病院を望まれる人々が大半です。</p>

<p>24時間の生活の中で1人というもののどう克服するかが課題でもあります。</p> <p>健診→診療→入院治療→在宅治療と日常的なかわりから始めてこそ、安心できるものが出来上がるのかも知れません。</p> <p>フランスで在宅入院システムを新聞情報からですが、本当にこのような事が出来たらよいのかも知れません。</p> <p>在宅へ向けての役割は、いつでも安心できるホットラインと、それに対応する人材がいる事。そして患者、家族の求める医療と提供することができる医療が合致できる事ではないかと思えます。</p> <p>常日頃からの在宅医療を自治体でも話をされたり出前講座等で理解を得ておくこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医と病院医が常に連けいできるシステム作りが必要であると。</li> <li>・勤務医への在宅医療活動の教育を大学教育からすべき。</li> <li>・研修医制度の中に訪問診療も組み入れる。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・高度急性期病院からいきなり在宅療養の指導にもっていくこと自体急性期病院医師、看護師に過剰な負担を強いることになる。</li> <li>・回復期リハビリテーション病院、亜急性期病床、療養型病床に一担移して、それらの施設から在宅・介護施設等への移行等、ステップを踏んで指導していくことが重要。</li> <li>・高度急性期病院では24hrs、365日救急車受入れ、高度緊急手術への対応、ICU管理等に特化して医療資源を注いでいて、そのようなスタッフに短い在院日数の間に在宅の指導まで負担をかけることは無理で、療養型病床をもっと手厚く、診療報酬上も手当し、病床数を確保していくことが肝要である。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・いつでも対応（グループ化）</li> <li>・病状・病態に対する病院医師との説明の同一化で安心して在宅可能とすること。</li> </ul>
<p>急性期の治療を終えた後、在宅へ移行するためには、患者・家族を含めた指導、支援体制の整備が必要。現状では、家庭での介護力が乏しく、患者・家族にとって望ましい状況ではない。</p> <p>そこを、現在の診療所等のマンパワーで対応するには無理があると思われる。</p> <p>急性期の治療を終えた後の回復期を支える施設、家族が疲れた時に支援できる施設の整備が必要と考える。</p>
<p>急性期病院と診療所の役目、位置づけが、世間一般で、しっかりと認識され、機能分化が図られれば、病院から在宅へのスムーズな移行が実現すると思う。</p> <p>しかし、当域の現状は、やはり、大病院指向が強く患者の意識が、なかなか、診療所にむいてくれない。紹介をすすめると、「見捨てられた」などという意識が強い。</p> <p>やはり、これらを変えていく、大病院→プライマリケアへという流れを、双方で、つくり上げていくことが大切と思う。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・長期療養者（難病患者、ターミナルの患者、等）や高齢者の看取り…は可能な限り在宅での療養に移行できればと思っていますので、在宅療養支援診療所では、他の多機関と連携し、患者・家族が安心して在宅で療養できるようにチームを組み中心となっていたきたい。</li> </ul> <p>※右手負傷のため、乱筆、乱文お許しください。</p>
<p>患者・家族は、完全に治らないと在宅へは帰れないという思いが強く、急性期病院、特定機能病院の役割を理解していただけないケースも多い現状です。在宅療養が安心してできるような支援の方法をご紹介しますと理解していただく活動が重要だと思えます。</p> <p>私達の地域連携部もマンパワー不足と病棟スタッフとの連携不足が原因でなかなか十分な退院支援ができずにあります。もっと知識を深め経験を積んでいくことが必要だと思えます。さらに在宅医療を担うスタッフの皆様からも情報を発信していただけたら…と思えます。</p>
<p>病院の診療機能を有効に発揮するために在宅療養支援診療所の役割は重要と考える。</p> <p>しかし、在宅療養を支援するサポート体制がとても厳しい状況で、在宅へ移行することができないケースが多い。</p> <p>当院は、地域の内の救急患者を受け入れているが、その多くが、在宅生活の支援に問題を生じており、高令の家族が患者の介護を担いきれない現状がある。</p> <p>生活支援と医療支援の両方から検討して</p>
<p>急性期病院の機能を十分に発揮していくためには、後方病床、在宅療養支援診療所との協力・連携が必須となります。</p> <p>そして、在宅医療を継続させていく為には在宅療養支援診療所を中心とした訪問看護事業所、介護事業所等の役割発揮と連携が求められます。在宅医療を推進していく上で在宅療養支援診療所には在宅医療医療のネットワーク化を期待します。</p>
<p>今後在宅看取りが重要になると思えます。</p> <p>御家族の受け入れが重要と考えますが、これまでの例で、可能な限り在宅、しかし、最後は病院で最大限の治療を望まれた方がありました。病院側の医師としても、予想される経過を適格に伝えるとともに、在宅医とともに情報提供、役割に応じた医療を提供することの重要性を感じた事例です。</p> <p>今後いろいろな状況は想定されますが、在宅看取りも選択できることを情報提供できる体制を整えたいと考えます。</p>
<p>無限のベッドがあるというのはおかしいと思えます。</p> <p>物理的なベッドではなく、そこで療養するための資源トータルとしてのベッドであり、極端に不足しています。</p> <p>病院のかわりとしての在宅ではないと思えます。</p>

在宅の方が患者と家族にとって良いから行うのであって、新たなより良い医療の形として提供する専門医療です。
在宅療養を行うにあたって診療所だけが増加しても他の支援がなければ在宅にもっていけないケースは限定されてしまう
在宅医療が推進されているが、在宅療養支援診療所の数が少ない。また24時間対応していただけないことや患者の状態によっては対応していただけないこともある。 また地域差があり、ないに等しい地域もある。 地域完結型医療を目指すならば在宅療養支援診療所の整備が必要である。
とても必要であると思います。 救急病院から施設や療養病院への転院を希望される家族が多いなか、スムーズに転院できるケースが少なく救急病院は満床が続いてしまう現状である。 在宅療養支援診療所という存在が家族に安心を与え在宅での治療継続が可能であれば、救急病院の役割も果たせると思います。
転院を希望される家族さんの理由が、入院前とは変わってしまった患者さんのADLの低下や、注入食が開始になって吸引が必要になるなど、医療処置を在宅で施行しなければならなくなった事がほとんどである。入院中に指導し在宅へつなげようと努力するが、家族の不安は消えず、在宅へ帰れないというケースもある。 そこで、在宅でも医師の支援が必要な時に往診してくださり、支援していただける事は家族へ安心や勇気をあたえ在宅生活が可能となっていくと思います。
是非地域での在宅療養支援診療所が増加して欲しい
当院の診療圏内に約90の診療所がありますが、在宅療養支援診療所として届出ているのは5ヶ所だけで、それ以外の診療所でも多少在宅支援を行ってくれていますが、夜間の体制など十分ではないと考えます。 ・在宅療養支援診療所が名実共に増えれば病院の疲弊を改善するだけでなく、本当の意味で患者や家族が最期をどこで迎えたいか選択肢が増え、より希望に沿った援助につながると思う。 ・しかし現実には医師が一人体制のところほとんど。それで24h365日看取るのは困難ではないか。それでは在宅医も疲弊してしまう。一部の地域で実施されているような在宅医のネットワークを作り連携して診るとか、クリニックの体制を複数の医師とするか、考える必要があると思う。
在宅へすすめても、家族の介護能力や人数が受け入れに影響すると思われる。核家族、高齢者という問題を解決・対応する必要がある。 診療所として、どこまで支援できるか明らかにするべきである。トラブルがあった時のプロトコルも必要である。
急性期病院のBed有効使用 急性期病院の医師のヒヘイ緩和
在宅療養支援診療所が疲弊しないよう気をつけて下さい
在宅と施設の医師、コメディカルとの事例検討を行い、在宅での介護・医療のあり方のコンセンサスを得てケアにあたる必要性があり、各々の役割分担を明確にし家族の理解・協力が得られる体制を個々につくることが望ましい そのためには積極的に施設への働きかけが求められる。
“在宅（家）で死ぬ”ことを当り前にしていくことが（社会通念になるように努力する）必要があると思います。 家で看取りや介護ができないのは本当に医療の部分が原因になっているのか？が疑問です。 つまり、在宅サービス（通所、訪問も含め）が充実する中に在宅療養支援診療所の存在意義もあるように思います。 →生活者にとっては医療は一部分に過ぎないと思います。 （決して医療が必要ではないと言っているわけではありません。） 在宅ネットワークの一つとして機能することが必要だと思います。
・がん末期など医療ニーズの高い在宅療養者への支援
・在宅療養支援診療所は、当医療圏（7万2千）に対して6診療所しかなく、在宅療養支援として量的不足を認めない。もう少しふやし、分担で来る体制療が必要 ・支援診療所間の技術格差も大きいことから、相互の勉強会等、レベルアップが必要 ・病院に患者が滞ることなく、スムーズな循環が必要で、一方向性の退院ではベット稼働率の低下をまねくことにもなる。 地域に根をはる在宅療養支援診療所と病院が、気楽にかきねの低い連携をおこなうことが双方にとっても患者にとっても良い結果をうむ
療養者が希望する、生活場所が在宅ではなくても現在の医療保険制度では、在宅という選択をせざるおえない。その中で、在宅を24hr支える診療所の役割は、 ・病院との連携を密に、地域で行う事により、病院ではなくても医療を受け続ける事ができる安心感を持たせる ・生活を中心にしたサポートでQOLの向上を図る（自宅で過ごす意識・目標を見出させる） ・地域支援者への指導
急性期病院での治療を終えても、行き先のない患者が多数存在する。このため、急性期医療が真に必要な患者の受け入れに支障をきたすことが少なくない。また、行き先のない患者の大半は、ADLが低下してい

るため、看護スタッフの介護量が多くなり、スタッフの疲弊を招いている。

療養型施設への転院は、患者家族の経済的負担が大きくなるため、積極的に取り組んでもらえず、結果として在院日数が増えているという現状がある。比較的成本のかからない施設は、常に順番待ちの状態、転院まで何ヶ月も待機しなければならない。

したがって、病院の疲弊を改善し、急性期医療という本来の機能を果たすためには、在宅医療が必要不可欠である。しかしながら、在宅療養は、介護方法に関する家族の不安感が大きいばかりでなく、家族自身の仕事や健康への影響を心配し、なかなか受け入れが進まない。在宅医療を推進するには、入院当初より家族に働きかけ、介護に参加して慣れてもらうとともに、介護に関する支援制度やその利用方法についての情報を提供する事が重要であろう。さらに、在宅療養の担い手である診療所やスタッフを増やし、患者、家族への支援を充実させる事も不可欠である。病院側としては、診療所や介護スタッフとの連携を密にし、必要に応じて積極的に支援する必要がある。

在宅療養支援診療所がいくらフォローしてくれていても、実際に自宅で介護するのは家族です。家族の介護力なくして在宅医療はありえません。

高令化率の高い当地域では、高令者の1人暮らし、老夫婦2人暮らしが多く何よりも在宅介護が困難な家庭が多いです。

さらに昨今では「病院で亡くなる」「何かあったら病院に行く」という意識が高いです。開業医の先生も「大きな病院でみてもらえば」「一度大きな病院で検査してもらったほうがいい」と紹介状を持って受診する方も多いです

ましてや在宅で「看取る」ことには家族も先生方もそれなりの覚悟が必要だと思います。まず社会全体（マスコミも含め）、地域でのけいもうから取り組むべきかと思えます

在宅療養中の病状変化に対し、適切な対応を時期を■せず行えること。

家族・本人に対し在宅療養とはどういうことを言うのかを十分に理解させ、本人のQOLを重視した生活をする事を、毎日の生活の中、診療の中でじかくできるような係わりができること。

問5 在宅医療を実践する医師に求めることー技術について

記載内容（原文のまま）
人工呼吸器管理、中心静脈栄養、在宅O <sub>2</sub> 療法、胃瘻、輸血
胃ろう交換。HPN管理
疼痛管理、栄養管理、呼吸管理 リハによる褥瘡防止などの技術と知識
在宅医に求められる技術について研修制度が必要と思われます。
レスピレーター管理ができる
患者が在宅で安楽に過ごすための、治療技術
データだけに頼らず総合的に診察できる技術 在宅で簡便にできる検査技術 救急に対して。
療養場所在宅中心である気管切開患者の管理。在宅で長期的に継続必要な治療法の在宅人工呼吸療法。経管栄養、膀胱・腎盂カテーテル管理、又、抗菌剤の適切な使用法などのスキルが求められる。
・CVや胃瘻の交換程度はできること。
緩和ケア、褥瘡ケア、栄養管理、人工呼吸器の管理等 すべてに高いものは求めない。自らの得意分野を明らかにして欲しい。
単純な抗癌剤点滴などは、お願いしたい。 (多剤併用でside effectの強い治療はもう必要ないと思う)
ターミナルケア、緩和ケアに対する知識技術は必要です。
HPNの管理、ペインコントロール、呼吸管理等が重要と思います。
往診は開業医であれば大部分行われているが、何を専門とし、どういった在宅医療であれば可能という表示をしてほしい。 時間帯もあればさらに良い。
非常に頑張られている医院様がたくさんいますが地域や医院によっては、CVポート、麻薬管理など依頼したいと相談すると分からない難しいと受け取ってもらえないこともあり、在宅へつなげるのが難しいと感じることが多いです。
技術の認定を行い一定のレベルを保つ必要がある。 まだ技術の進歩に対して対応していくシステムを作る(定期的なセミナー等)
・各種医療機器についての操作や、チューブ類などの交換、及びあやまって抜去されたり、閉塞してしまった場合、すぐに交換対応できる技術があつて欲しいと思います。
療養病棟の医療
点滴や医療処置の手技について、在宅医へ指導できる技術を習得してほしい。 →現在は、在宅にて引き続き継続処置や看護が必要な場合は退院前に家族、訪問看護事業所へ指導しており、現在のところトラブルはない。
特になし
モルヒネ持続投与が可能な状態。
IVH管理などの基本技術 がん患者の緩和ケアの技術
在宅中心静脈栄養管理etc輸液の管理 在宅経管栄養管理 )に関する技術 在宅でのモルヒネ使用
人工呼吸器管理、PEG、腎ろう、ストマ、CVリザーバー、ニップ管理、他
特になし
医療依存度の高い患者にも対応できること (人工呼吸器、IVH、PeG、CAPD、胸・腹水穿刺、輸血)
向上を望む
看護師と同様の看護技術が必要
呼吸、循環管理。 栄養管理。
化学療法患者の受入れを希望する。
経管栄養、気管切開管理、持続導尿バルーン管理、褥瘡予防 やる前から拒否することはゆるされない。 そんなに大変なことではないという認識。
緩和ケア 疼痛管理(麻薬の使用方法)
とくに意見なし
終末期の患者さんを十分な支援療法のもとに疼痛緩和療法を適確に実施できることが望まれる。

基本的な管理の技術修得が必要
基本的には入院中と同レベルの処置が可能。
サビついている技術を再度みがくと同時に、夜間も対応するマインドを持つようになることが重要です。できるだけ必要な技術全般につき、かたよりなく身につけていることが求められる。
一般的な技術で十分である
病院勤務医が、自分達の医療がベストと思い込んでいるが在宅をめざす患者にとって最善の医療とは何か、本人家族は治療を望むのか安静を望むのかみきわめが必要！ 在宅医にも差があり、すべてベストとは思わないが、必要なp tに必要な在宅医を選ぶ事も必要！
専門の泌尿器科医として一言言わせてもらえれば、留置カテーテルの手技をしっかりと身につけて頂きたい。尿道、膀胱穿孔をしばしば見のがしていることがあります。
コミュニケーション技術力
内科一般的な技術と、小外科の技術、褥創処置。
各診療領域における基本的な技術
・HPN管理（特にNST管理） ・褥瘡管理
ほかの医師、医療、福祉、介護のスタッフと仲良く仕事ができる技術。
癌のみでなく、様々な疾患のターミナル状態で在宅に帰る患者が多い。 疾患の予後、経過について、病院医師から説明されていても、何かしらの希望を持っていることもあるため、患者、家族の訴えを傾聴する面接技術が必要。 治療については腹水穿刺は高率に発生しているため必要。
決して技術は高いとはいえない。 (たまには高い人もいます)
注射、血液ガス、エコー、内視鏡といった幅広い診療技術。
胃ろう、(経管栄養)バルーンカテーテル、IVH、在宅酸素、気切、人工呼吸器、がん等の疼痛コントロール、等の管理ができること。
コミュニケーションの能力
患者が必要とする医療技術については、一通りの技術は必要と思います。しかし、在宅医療の場合、熟練した看護師による技術が最も必要と思われ、医師には、そのような医療状況・ケア状況で良いか、判断をして指導するレベルが良いのではないかと思います。
医療処置を臨機応変に在宅でもできる力量。広く浅く全科を網羅した技術。 終末期医療（がんにかかわらず）
在宅患者の状態を判断し実践できる技術。
HOT、在宅輸血、PEG、気管カニューレ、褥創の処置、持続静注、持続皮下注（麻薬鎮痛剤）ストーマの管理
・多技に渡ると思います。
最近の医療に目を向けてほしい →地域的に高齢の医師が多いせいがあると思います。
特別な技術は特に必要ないと思います
自施設と在宅療養支援診療所の連携で互いに補えばよいと考える。
学習会等も重ねてきておりますが、もう少し病院の中に入り込んで技術の向上に取り組んでも良いのではないのでしょうか。
気管内挿管等の緊急処置技術。
・在宅ターミナル時の疼痛緩和の技術を広げて頂けるとありがたいと思います。
特にはないと思います。
診療科別だけでなく多岐にわたるプライマリーケアを行なえるためのスキル。
かなりのレベルで行なってくれている信頼性の高いドクターも多くなっている
・専門外の技術であっても広くできる医師が求められる。 ・原則がわかり実践できないと、感染など危険が及ぶ。
幅広い技術が必要となるが特に疼痛管理人工呼吸器などの管理方法が充実していることが望ましい
症状緩和の総論・各論について病院勤務医と在宅医間の相互理解・交流の場設定（Qの意図と違いました。）
えん下機能評価
技術的なことはトレーニングでなんとかなると思います
・人工呼吸器 ・栄養 ・吸引 ・気管切開
入院に準じる技術を修得して頂きたい。 (想定される在宅療養患者さんの病態への初期対応の診療技術 ベッドサイドでの基本的（ルート確保、各種処置）手技の他 簡易ポータブルで実施可能な検査（ポータブルUSなど）
特になし。



・胃ろうチューブの交換が在宅で実施できるようにしてほしい。
在宅にうつる前に病院に出かけていきそのptがどういうふうに通じているかを観察すべき (どういう評価をしていいのかわからない。)
在宅人工呼吸器、在宅酸素、中心静脈栄養、在宅腹膜還流、など在宅医療に必要な技術。 疼痛コントロール 在宅看取り 面接技法 コミュニケーションスキル
・必要な医療技術を学び、実践することができる力。
在宅での高度な医療は難しい。
医療依存度が高い場合(点滴、IVH、カテーテル管理、PEG管理、在宅レスピレーター管理、褥創、ストーマ管理など)でも受け入れができるよう、技術面を高めてもらいたい。
胃ろうチューブ交換や、他の処置の技術力の向上。
医療的処置を在宅で継続する事についての知識 E X. 人工呼吸器の管理、在宅中心静脈栄養管理、在宅経管栄養管理、気管切開、褥瘡の治療など全体にわたって知っておいていただきたい。
在宅医療の患者さんに対応するには、胃瘻・腸瘻による経腸栄養法、中心静脈栄養法、さらに気管切開患者や人工呼吸器装着患者、そしてがん患者に対する化学療法、終末期医療、緩和ケアなどに関する幅広い知識技術が求められる。しかし、個人がこれら全てを兼ね備えている必要は無く得意な分野を担ってもらえば良い。
在宅で継続する医療処置。
患者の状態に対応出来るだけの知識・技術は修得しておくことが前提であると考える。
疼痛の管理はとても大切です。
在宅自己注射指導の緩和、在宅酸素療法の緩和、在宅中心静脈栄養の緩和と指導、がん緩和医療の緩和と指導、認知症患者に対するケアと家族に対するケア、褥創に対する処置技術など。
一般内科的知識(専門知識は不要)
高度な技術は求めないがトラブルの早期発見と重大さの認識が重要である。 (しばしば放置され、搬送された時には重症化している)
・糖尿病の方の下肢壊疽(潰瘍)処置で、入院が長期化している患者が多く、在宅で処置(デブリ含む)、観察、判断できれば、良いと強く思っている。 ・同じく、褥瘡処置。
緊急時にある程度対応できる事。 家族、患者本人とうまく意思が伝えられる。
ペインコントロール 小児医療 面接技術
苦痛を除去する方法。
IVH、PEG等のトラブルの対応 腹水、腹満への対処。R器装着のPtへの対応
救急医療
患者の希望にそった医療が提供できることと、判断が重要であると思う
点滴や各種チューブを挿入、交換できる。
現場では上司に相談などできない状況もありますので、ある程度臨床の場で技術を身に付けたDrが必要です。 少なくとも後期研修位は終了した後になることが望ましいと思います。
・急性期の状態を的確に判断し、治療に繋げるための知識や技術 ・疾病や障害をもち地域で療養をしている「生活者」として、患者さんやご家族を捉えられる視点 ありません
「すべての医師がすべての分野において100%の技術知識が必要なのではない」というのは在宅医も病院医も同じだと思います。 在宅医や病院医それぞれがどのような得意分野を持っているかを ①お互いが知ること もしくは ②間をつなぐものがそれを知っていること すなわち情報共有と連携がうまく行っていれば、必要な時に必要な場所で必要な医療資源を投入することができ、患者さんと家族が安心して暮らせるということが実現すると思われます。
高度医療機器に頼らなくとも、五感をフルに活用した問診、触診、聴診、視診などによって、診断に結びつけることができる能力は必要。また、在宅で許容できる限界の部分を理解し、その範囲を越える病態に関しては、適切に後方病院に紹介ができる能力も必要である。一般内科として必要なスキル(エコーやレントゲン読影、胃カメラ、心電図解析など)は勿論のこと、縫合や抜糸、消毒、デブリードメントなどの小外科処置も必要と考えられる。
在宅療養で可能な、管理指導料に関連した技術 緩和ケアに関する技術(薬物の使用方法など) コミュニケーションスキル
出身科により技術的な得意・不得意があります。多くの部分で、バックアップ病院が関与しお手伝いできる



と思います
常識の範囲（お互いに）
広くプライマリ医療が担える能力が必要。
在宅医と病院Drとの情報共有（勉強会）の必要性。 多くの管理料のとれる対象者のカバー
十分な医療技術を有し、不測の事態にも対応できる能力が必要である。看護師、介助者に対しても教育指導できること。
在宅で必要な処置全て
自分の専門分野ではなくても、講習会や勉強会に参加して、必要な技術や知識を身につけてもらいたい。 当院でも、症例検討会や学術講演会を頻回に開催しているが、参加してくれない開業医は多い。
・在宅での看取り ・疼痛緩和ケア ・褥瘡および創傷ケアに関するいわゆるラップ療法 ・在宅皮下輸液 ・HEN管理（PEG管理を含む） ・中心静脈栄養管理 ・膀胱留置カテーテル管理 ・経口輸液療法
特になし
特殊な技術については、必要のように思いません 病院も診療所もDrとしての技術は必要だと思われませんが狭く深くではなく広い分野での技術は必要と思われれます
医療が高度化、専門化しており、在宅に移行するまでに病院との連けいが重要だと考える。また麻薬や高カロリー輸液の管理など医療処置、ケアを必要としている人が増加しているが、24h対応できる在宅療養支援診療所は少ないと感じている。
・縫合部の簡単な抜糸
小児在宅医療に必要な技術。そのための経験
総合的なひと通りの技術・知識があること。
現在、在宅を担当されている医師は十分な技術を持たれていることが多いと感じています。一部に経験不足などから不十分な方もおられます。
やる気があれば技術はあとからついてくるし、地域によりニーズが違うと思う
まず緩和ケアに関する対応。バルンや胃ろう、腎ろうに関する技術。
HOT管理、バルーン交換など在宅で過ごされる方でも多い医療処置に関しては専門外であってもしていただけたら、たすかります。
点滴、疼痛緩和医療
・在宅で多い処置の確実な技術 ・緊急時の対応に必要な技術
幅広い臨床症状に対応できる専門的技術 訪問看護ステーションの看護師への実践能力向上に向けての技術指導能力
・プライマリケア
経管栄養、気管切開、在宅酸素療法 管理と、必要時病院での処置、判断できるようお願いします。
確実な技術 確実な病態予測 } が必要です。
・病院で受けている処置がそのまま在宅で実施できるよう技術の工夫が必要 ・コミュニケーション技術
最新の医療技術の習得。
コミュニケーション能力
・がん末期の患者に対する中心静脈栄養や疼痛コントロール、苦痛を緩和するための腹水穿刺・胸水穿刺などの処置 ・腹膜透析 ・在宅人工呼吸器の管理 ・胃ろう造設・交換、フィーディングチューブ交換 ・バルン管理 他、在宅医療に必要な技術
患者に行われている処置で、在宅医療でできることについては習得されている。
輸血を求めている診療科はあります。
基本診断技術 小外科処置 エコー診断技術 など
気管切開や胃瘻、人工呼吸器装着等を実施して在宅療養を行っている患者・家族が多い為、カニューレ交換や、胃瘻交換などを実施できるようにして頂きたい。
特別な技術は不要で、点滴や腹水穿刺など、一般医の技術があれば良いと考える。リスクを伴う、あるいは

は高度の技術が必要な検査や処置は、短期入院などで病院と連携すれば良い。
-------------------------------------

多少の外科（小手術）の技術
---------------

診療に対し、様々な応用ができること。
--------------------

問5 在宅医療を実践する医師に求めることー知識について

記載内容（原文のまま）
疼痛コントロール（がん終末期 e t c） 胃ろうの知識
疼痛管理、栄養管理、呼吸管理 リハによる褥瘡防止などの技術と知識
研修会、講習会を通して、認定制度の確立も必要と思われます。
T P N、P E G管理 疼痛管理 褥瘡治療
医学だけではなく、人間としての哲学
緩和ケア、家族ケア 在宅医療に関して その地域の医療状況に関する知識
三大老人病の病態・治療・ケアに関する知識は無論のこと、高令者に出現する栄養・感染・肺炎などの感染症、摂食嚥下障害、褥瘡、排尿障害、認知症、転倒と骨折、廃用症候群、リハビリテーション、口腔ケアなどの総合的な知識が求められる。
・総合医としての知識 ・緩和医療の知識
緩和ケア、褥瘡ケア、栄養管理、人工呼吸器の管理等
科学的な common sense
専門医（緩和）修得は必要でなかろうか。
老化や緩和医療に関する知識が重要と思います。
往診は開業医であれば大部分行われているが、何を専門とし、どういった在宅医療であれば可能という表示をしてほしい。 時間帯もあればさらに良い。
緩和医療 褥瘡ケアの知識（創処子、薬等）
技術と同様に一定のレベルの知識は必要
・技術と同様に、知識も新しい情報を知っていて欲しいと思います。
療養病棟でやっているはんいの医療の知識
在宅でできる医療について、理解して頂きたい。 （医療行為、制度上の問題）
緩和ケアの研修を受けておられる先生方も多くなりました。 ぜひ同じ思いで患者さんに向きあえるように研修会などを一緒にできればと思います
患者や家族とのコミュニケーションを重視した在宅医療を希望します。
I V H管理などの基本知識 がん患者の緩和ケアの知識
在宅かんわケア、看取りの知識を広く習得していただきたい。
緩和医療・疼痛管理 医療保険制度など各種制度 連携機関情報
緩和医療に関する知識は勤務医と同様に十分に深くして欲しい。
疼痛緩和処置（麻薬によるコントロールを含む）
向上を望む
簡単な外科的療養が望まれる
下記内容について、お互いの情報交換ができれば良いと考えます。 化学療法 ペインコントロール 在宅インスリン療法
基本的内科疾患の治療に関する知識 栄養管理に関する知識
医師会等にて計画的に行う うけないときのばっそく規定。
とくに意見なし
いわゆる銃弾爆撃的に大量の検査をすることは不可能なので、最低限必要が検査のみを選びすぐって診断、治療していくことが望まれる。幅広い総合的な知識が望まれる。
専門分野については詳しくても、トータルとしての知識が不十分と思います
勤務医レベル＋在宅支援に関する専門知識

<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅管理料、衛生材料などに関すること</li> <li>・在宅酸素、輸液ポンプリース</li> <li>・麻薬管理</li> </ul>
講習会では不十分
病院での医療を知っていることが必要。
在宅医療に対する一般の知識 もし急変時の対処のし方
<ul style="list-style-type: none"> <li>・Primary care.、総合医的知識</li> <li>・がん疼痛緩和、オピオイド使用の知識</li> <li>・HOT</li> </ul>
巾の広さ
<ul style="list-style-type: none"> <li>・緩和ケア</li> <li>・老年症候群</li> <li>・血糖コントロール</li> </ul>
最近の在宅医の先生方は、意識も高いので、今以上、特に何か、というのはありません。
緩和ケア
ある特定の疾患以外にはうけとらない医師がいる。 その理由は病気に対する知識不足
それぞれの専門もあると思うが、総合医としての幅広さ、専門領域どうしの連携。
医療 ) 制度 保険 ) などの) 介護 )
知識以前に、生命や医療についてなど、医の倫理に基づく熱い信念を持った医師が必要です。また、在宅医療はかかわる医師によって大きく質が左右されると思います。赤ひげ先生のイメージも大切ですが、最先端の知識・技術を求める姿勢とそのための仕組みが必要と考えます。
緩和ケア～具体的な疼痛緩和剤の使い方、本人家族への精神的援助 PEG等経腸栄養全般について 褥瘡について（具体的処置も含めて） 高齢者、認知症の方の対応 介護保険制度、社会保障制度のおおまかなこと 在宅における安全、感染防止 等。
がん疾患の患者の在宅療法が増えてきており、ターミナルの患者も多い。緩和ケアが中心となり、特に疼痛コントロール（麻薬使用）の知識が必要である。
・入院と在宅と、どちらがより適切かの判断ができる。
最近の医療に目を向けてほしい →地域的に高齢の医師が多いせいがあると思います。
特別な知識は特に必要ないと思います
緩和ケア
急性期治療が必要な場合の入院と、介護が必要で入院依頼される場合があるので、医療保険制度と介護保険制度の使い分けが出来られるような知識を持ってもらいたい。
病院と医師会と情報共有ができています。定期的な会議や学術カンファレンス等活発に行っています。
可能なら、疾患の専門的知識
特にありません
社会制度や一般常識にも長けている
かなりのレベルで行なってくれている信頼性の高いドクターも多くなっている
<ul style="list-style-type: none"> <li>・巾広い知識が必要である。</li> <li>・在宅医の中で技術、知識、資質など均一化を図る。レベルアップを図ることが必要。個人により違いすぎるのではないかと考える。</li> </ul>
在宅での介護等の環境を整えるために、在宅サービスの資源を熟知しておくことが必要となります。
がん治療に関する知識
幅広い知識
症状緩和の総論・各論について病院勤務医と在宅医間の相互理解・交流の場設定 (Qの意図と違いました。)
抗生剤の投与量や選択。
特に制度については行政等に在宅医の相談窓口あるいは実務をこなす人等があればよいと思います。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・人工呼吸器</li> <li>・栄養～IVH、胃ろう、腸ろう</li> <li>・悪性腫瘍、緩和ケアについて</li> </ul>
入院に準じる技術を修得して頂きたい。
在宅に関わる必要な知識があり、患者・家族に説明できる知識は必要。

<p>想定される在宅療養患者さんの病態の理解、症候への対応に関する知識、例示（以下）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・疼痛、不快な症状への対応</li> <li>・在宅介護者への指導</li> <li>・入院が必要な病態を判断する能力</li> </ul> <p>呼吸器管理 経管栄養管理</p>
<p>急性期病院では医師不足により専門医不在の科もあり、ご紹介いただいてもお断りする場合（Dr確認して）があり申し訳なく思っています。ご家族の希望とよく言われますがご家族に説明していただき専門医がおられる病院にお願いしたいと思えます。</p>
<p>特になし</p>
<p>・オピオイド鎮痛薬の投与や管理についての知識をもった先生が増えるとターミナル期を在宅で安楽に過ごせる患者様が増えると思えます。</p>
<p>疼痛コントロール方法について</p>
<p>特殊な事柄（酸素、気切など）は知識が必要なものもあるが、がん患者の看とりなどは緩和ケアなど積極的に研修を受けるべき。</p>
<p>医療保健・介護保険当制度に関するもの 各種診断書等書類に関するもの</p>
<p>・医学（→内科全般＋リハビリテーション＋緩和ケア）、医療介護保険制度全般に及ぶ知識</p>
<p>疾患の治療など、めまぐるしく変化する中で、地域の中の中核病院などが主催する研修会に参加し、吸収していただきたい。 また、地域連携パスの導入もすすんでいくなかで、がん連携パスのように循環型パスの運用にも積極的に参加してもらいたい。</p>
<p>全身状態の管理に関すること</p>
<p>医学面だけでなく、社会的、心理的な面において、知っておいていただきたい</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅で継続する医療について（ポート、CV、CAPD人工呼吸器、HOT他）</li> <li>・利用できる介護保険と具体的な利用方法</li> <li>・社会福祉制度</li> <li>・麻薬の使い方（緩和ケア）</li> </ul>
<p>患者の状態に対応出来るだけの知識・技術は修得しておくことが前提であるとする。</p>
<p>医療者は患者・家族中心の医療をすすめるというビジョンが重要です。 知識や技術は必要不可欠ですが、この構えがあれば医師自ら学ぶのではないのでしょうか。</p>
<p>自己注射を要する各種疾患の知識、認知症の病像・薬物療法への知識、がん患者のターミナルケア・緩和ケアに関する知識。</p>
<p>一般内科的知識（専門知識は不要）</p>
<p>AMV、HMV、HOT等、それぞれの療法の知識 特に安全管理について十分知ってほしい。 PEGの場合、カテーテルの交換時期等を把握してほしい。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・がんの疼痛コントロール、緩和ケア</li> <li>・肝硬変で、高アンモニア血症の方のコントロール</li> <li>・呼吸器の末期（呼吸不全）、心不全末期の方のコントロール。</li> </ul>
<p>知識がなくても実践で。</p>
<p>褥創ケア</p>
<p>特にがん患者に対する様々な症状への対応。 在宅での個々の暮らしに合わせた対処方などアドバイスできること</p>
<p>麻薬の使い方 化学療法、輸血後の副作用等の対処</p>
<p>救急医療 緩和ケア 介護福祉に関すること</p>
<p>医療・福祉などのグローバルな知識と倫理観</p>
<p>人工呼吸、在宅酸素、胃瘻、栄養管理、緩和ケア</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・急性期の状態を的確に判断し、治療に繋げるための知識や技術</li> <li>・疾病や障害をもち地域で療養をしている「生活者」として、患者さんやご家族を捉えられる視点</li> </ul>
<p>「すべての医師がすべての分野において100%の技術知識が必要なのではない」というのは在宅医も病院医も同じだと思います。 在宅医や病院医それぞれがどのような得意分野を持っているかを</p>
<p>①お互いが知ること もしくは ②間をつなぐものがそれを知っていること</p>
<p>すなわち情報共有と連携がうまく行っていれば、必要な時に必要な場所で必要な医療資源を投入することができ、患者さんと家族が安心して暮らせるということが実現すると思えます。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅療養に必要な、地域の医療状況把握、ネットワークの知識が必要かと思えます。</li> </ul>
<p>行政との連携のみならず、社会的資源の活用や、患者さんを取り巻くインフォーマルなサポートの把握など、介護保険から保健・福祉分野まで幅広い知識が求められる。医療知識だけでは対応できない生活に密着した</p>

<p>部分の知識は、大学や高次医療機関では学ぶことができないため、こういった部分の知識については、これまでの在宅医は自らの臨床経験を積み重ねていくことで少しずつ身につけてきたと考えられる。今後、こういった分野についての教育をいかに提供していくかについても検討していただきたい。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療的知識の他に、介護・福祉制度に関すること</li> <li>・ 最近の疼痛コントロールに関すること</li> </ul>
<p>専門分野以外に関する知識、介護保険、医療保険などに関する知識 緩和ケアに関する知識 病院で行っている医療すべてが、在宅で可能というわけではないが、方法などを変更すれば可能ということならば、応用していけるだけの知識</p>
<p>在宅Drのネットワークや医師会などで必要な知識や技術についての勉強会がさかんに行われるようになりました。 またメーリングリストを通していろいろな情報を出したり意見の交換もできるようになっています。 在宅医は、ここまで知っていればできれば良いと思われれます。 日々進化していただきたい（するしないにかかわらず）と思います。</p>
<p>常識の範囲（お互いに）</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 地域の社会資源の把握</li> <li>2. 全科にわたる幅広い知識</li> </ol>
<p>広くプライマリー医療が担える能力が必要。</p>
<p>特に高齢者、担がん患者のおこしやすい病態については基本的な知識として必要</p>
<p>治療材料の理解と相互で使用できる範囲の明確化</p>
<p>単に優れた医療技術のみでなく、在宅医療に関する知識、社会資源の利用法や、訪問看護、訪問介護等の連携活動を展開できることが必要である。</p>
<p>癌患者のターミナルに関してHPNの管理疼痛のコントロールなど</p>
<p>自分の専門分野ではなくても、講習会や勉強会に参加して、必要な技術や知識を身につけてもらいたい。 当院でも、症例検討会や学術講演会を頻回に開催しているが、参加してくれない開業医は多い。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 疼痛緩和に関する知識</li> <li>・ (その他、多くは上記の技術と関連あり)</li> <li>・ 死亡診断書（検案書）の正しい書き方</li> </ul>
<p>特になし</p>
<p>人間、生活への理解</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅医療時に必要な諸制度の理解</li> <li>・ 介護保険の各事業所との連携</li> <li>・ 治療に必要な専門的知識</li> <li>・ 麻薬疼痛管理について</li> <li>・ 病状変化時 後方支援病院に送るべきかどうかの判断力</li> </ul>
<p>小児医療の広い知識</p>
<p>総合医的なひと通りの技術・知識があること。 現在、在宅を担当されている医師は十分な技術を持たれていることが多いと感じています。一部に経験不足などから不十分な方もおられます。</p>
<p>患者、家族と共有する死の倫理感の醸成</p>
<p>地域の医療機関、福祉機関、行政との連携をすすめていかなければいけないと思います。 やる気があれば知識はあとからついてくるし、地域によりニーズが違うと思う。</p>
<p>介護保険や障害者施策に対する基礎的知識 在宅医療に関する患者の負担（費用）に関する知識</p>
<p>情報交換を常にすること</p>
<p>病態、病状の理解</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅医療、療養に関する幅広い知識</li> <li>・ 緩和ケア</li> </ul>
<p>上記に対応する知識</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者支援</li> <li>・ 家族支援</li> <li>・ 終末期医療</li> <li>・ 医療制度（最新の）</li> </ul>
<p>リハビリ（心肺機能維持から日常生活能力、移動能力■■■向上他、摂食・嚥下など）の知識など、関連職との連携、に■■し、知識望みます。→病院からの継続したリハビリ。</p>
<p>十分な専門知識をもって、在宅を続けるべきか、中断すべきかを判断する必要があります。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 幅広い知識（Ptの身体全体の管理が必要であるため）</li> <li>・ 病院で行われている最新治療等についての知識</li> <li>・ 介護保険などの福祉制度に関する知識</li> <li>・ 医事に関する知識</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>
<p>最新の疾病治療と傾向、在宅での医療・ケア内容の習得</p>

疼痛管理
<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅へとつなぐ病院の医療ソーシャルワーカー、地域の訪問看護師・ケアマネージャー等関係職種の役割と地域のネットワーク</li> <li>・介護保険制度の概要</li> <li>・在宅療養生活とはどんなものかというイメージ、生活全体を捉える力</li> </ul>
専門的知識は当然自己研鑽されていると思うが、それ以外にも幅広い教養や考え方を身につけている。
疼痛管理
オピオイドの使用方法など、基本的ルールや使用方法などの統一が必要。
医療、介護保険などの理解 他の職種（行政を含め）への理解
<ul style="list-style-type: none"> <li>・技術と同様に、管理する為の対処方法を。</li> </ul>
一般的な知識に加え、人工呼吸器、胃瘻、中心静脈栄養、緩和ケア、抗生剤の選択等に関する知識が必要である。病院側としては、これらに関して専門医による講習会や実地訓練などの場を設け、情報を提供する必要がある。
呼吸、循環、脳神経を含めた全身状態を診る能力
在宅療養をしようとする上での様々な方法を熟知し、指導できること

問5 在宅医療を実践する医師に求めること－資質について

記載内容（原文のまま）
医療面だけでなく患者、家族によりそえる気持ちを持ってほしいと思います
協調性
病院の医師と同様、人間性、家族を含めた包容力が何といても重要
相談しやすい人柄
おもいやりの心
チームの中心としての力量
1. 思いやり、やさしさのある医師 2. 在宅医療に価値感を見い出せる人 3. 医療だけでなく家族背景など社会生活を理解できる人
患者の生活背景をみる事ができる
どんな人でも一旦受け止めることができる包容力
人間的に包容力に富みじっとそばに居てくださるだけでホッとすると、そのような先生が多いと感じています。
家族、連携職種と良好な関係が築けるコミュニケーション力
地域医療、在宅医療に対する意欲
在宅患者、患家の人生に寄り添うことのできるスキルとマインドを持ち、その人の価値観に敬意を払いながら命を支えることができ、人間の尊厳を尊重した終末期を提供できること、広範な社会資源活用の術を持っている。
医療・福祉・介護等の職種と共働できること。
・24h、対応するところがまえ (複数の診療所が協力し合っても)
他の職種の方と communication できること。
後方病院の医師と普段から適切な communication が可能なこと。
急性期・亜急性期HPの勤務医との顔のみえる関係の構築
献身的であること。
死生観について崇高な考え方をもっている人。
特にありません。
老人を見下さないこと。
多職種連携が自然にできること。
往診は開業医であれば大部分行われているが、何を専門とし、どういった在宅医療であれば可能という表示をしてほしい。
時間帯もあればさらに良い。
家族に対する思いやりと、言葉がけ
・コミュニケーションを含め対人関係能力をもっていて欲しいと思います
高令者、障害者に優しく接することができる
特になし
看取りのための入院を指示しない。
チームで物事を考えるコミュニケーション力と多職の専門性を尊重すること
普通のお医者さんでよい
腰の軽い先生
コミュニケーションスキルが十分あること
協調性があること
患者、家族に冷たくしないこと。
患者・家族中心の医療（傾聴…）
見取りを依頼することが多いので、バランスのとれた医師であることが求められる。
家族をも含めた人間的な関わりができる人物であってほしい。
看取りまでの総合的ケアができる。(スピリチュアルのところまで)
地域の訪問看護ステーション及びCMとの連携が充実している。
在宅医間での連携 サポート体制
人格
経営面で在宅療養支援診療所として、認可を受けているのでは？現在の医療問題の中での診療所の使命など理解されているのかわからない。
急性期で熟練され、志のある方が担当される方が、前進すると考える。
あたたかい、思いやりのある
患者の思いを受けとめられる
専門科は問わないが、24hr対応する姿勢を望む。



真面目で患者の立場に配慮した優しい医師が多いように思います。
患者本人及びご家族との十分なコミュニケーションがとれること
教育しかない。 幼児教育をやりなおす。
患者・家族の思いに添った医療をおこなう姿勢
とくに意見なし
治療に対する患者満足度、家族満足度が大切となる。
患者さんを中心に、家族、医療スタッフが同じ目標をもって協働できる治療環境を形成する資質が望まれる。
在宅医にあまり多くの事を期待しすぎても無理と思います
個人負担とならないためには行政の補助が必要だが、退院した途端に質が落ちるのは問題。
・訪問看護との連携がスムーズであること。
資質のある方は多いと思いますが、開業して10年も経つと、まず体力よりも気力の低下、モチベーションの低下があります。
病院との連携ができる医師が必要。
形式だけの在宅医療ではなく、24時間在宅医療をやっている施設のコストアップ（差をもっとつけていただきたい）
チームマネジメント能力
・患者さんと、家族も含めて、総合的に診る事が、できる人間性。 ・コミュニケーションがきちんととれる人。
人間性が最も重要
・新しい知識、技術を習得しようとする向上心
最近の在宅医の先生方は、意識も高いので、今以上、特に何か、というのはありません。
訪問看護ステーション、ケアマネジャー、行政等とのつながり。
資質は低い人が数多くいる
人脈・ネットワークを多く持ち、在宅できちんと対応する心構え。
相談しやすい雰囲気、ものごとを柔軟に考えられること
フットワークがかるいこと
やさしいこと 話をよくきいてくれること
知識以前に、生命や医療についてなど、医の倫理に基づく熱い信念を持った医師が必要です。また、在宅医療はかかわる医師によって大きく質が左右されると思います。赤ひげ先生のイメージも大切ですが、最先端の知識・技術を求める姿勢とそのための仕組みが必要と考えます。
チームワークで仕事ができる
患者・家族・職員・チームメンバーの話を傾聴できる
入退院時、他医師とも連携がとれること
おおらかでどっしりしている
患者さんご家族がかかわっている人とコミュニケーションがとれる
家族の話を傾聴できる。
在宅看取りを必要とする場合 患者、家族共に精神的な支援が必要である。
訪問看護師だけでなく医師にも在宅で最期を向かえる患者、家族の精神的な支援、カウンセリングができるような役割も必要である。
・人間性豊かで、ご家族より信頼を得られる人物。
最近の医療に目を向けてほしい →地域的に高齢の医師が多いせいがあると思います。
フットワーク。電話一本で救急要請をするよう家族に指示するのではなく、まず患者を見に行く行動力。
患者さんやご家族に満足していただけるような在宅医が育ってきていると思います。
むしろ、病院医師が学ぶべき事が多いと感じます。
在宅医療に関心があり積極的に関わりたいと思っている医師が求められると思います。
患者や家族の生活背景をもふまえてケアに臨める寛大な心を有している。
コミュニケーション能力、対人関係能力を有している。
・看取りまで在宅で行なう場合は、医師と患者・家族の信頼関係が重要だと考えられる
在宅サービスを担うサービス事業者との連携が必要となります。
在宅で看取ることがp t. にとって第一であるという考えのもとに立った医療。家族指導においては家族の想いを重視し、その上でどうすれば安心した生活を送れるかという視点をもって欲しい
支援する心。
見取込視野に入れた医療の実施を行う覚悟
医療面だけでなく、コミュニケーション能力や調整能力種々の問題解決力などかなり総合的な能力が必要とされるかと思っています。
※ボランティアの部分も多く、病院の立場から資質については記載できません。
在宅医療の必要性を理解し実践したいと思うDrは少ない。
急性期の治療を優先することが医療という考えがあり、高齢者への心づかいもできないDrは資質に欠ける。

在宅医療に対しては熱意が必要。尊厳を守る医師。
医師の役割＝治療者というパラダイムから脱却できていること。 在宅療養患者と介護者への共感。 生活者としての視点。多職種と対等な立場で連ケイできる。 時間外の対応に対する抵抗感がないこと (ワークライフバランスを重視する個人開業の診療所医師は不向き)
特になし
・在宅医療に熱意をもっておられること。 ・フットワークが軽いこと。
患者・家族の思いを一番に考えられる
①地域医療従事者間、又は患者・家族間での良好なコミュニケーションが可能なこと。
相手を思いやる「全人的な医療」ができる人
・常識を働かせて、新たな場面に対応する能力 ・患者、家族とのコミュニケーション能力 ・多職種のスタッフと連携して仕事を行うことができること
やさしさや思いやり
・家族に対する支援。他チームとの協調の姿勢 ・在宅で看とりたいという信念(家族の中での死)
患者によりそう対応ができること。 (特に難病患者や終末期の患者への対応において)
24時間応診ができる気構え、病院との連携を上手く取る姿勢、最期の看取りができること。
他職種を引っばる指導力
人間としての資質で充分、また健康である事。
・緩和ケア、在宅ホスピスについて治療優先から生活者へと視点を変え、プライマリーケアが発揮できる ・チーム医療がとれる
安心してかけられるような聴く姿勢。 素早い対応を心がけていること。
Pt、家族へ寄り添った医療をしたいと思う信念
マネジメントできる人材
患者や疾患だけでなく、家族や生活背景をしっかりと見て頂く事が、必要であると考えます。
医師として、以前に、ヒトとしてのマネジメント能力
看取りは医師としての人間性が試されると思う。それに堪える人間性が求められるのでは。
患者さんに対する応待が問題ですので患者さんの状況をおおた理解でき、適切に対応できる人格を持ち合わせる必要があります
・患者さんやご家族をありのままに捉える柔軟な姿勢 ・在宅医療に対する信念をもち、それを成し遂げようとする姿勢 ・他職種との信頼関係を構築できるコミュニケーション能力 ・在宅療養支援促進のためのリーダーシップ ・在宅療養への熱意
コミュニケーションにより、医師・患者間の信頼を構築できる資質を備えていることが大前提であり、長い時間軸で患者さんの生活に寄り添い、生活を支えていくという姿勢が求められる。また、診療科の枠を越えた形で、幅広い視野のもとで患者さんに向き合うことができるプライマリ・ケアの能力も求められる。
患者・家族の希望する医療がその時々、患者の状況に応じて対応可能であること。 ・迅速なフットワークを有し、患者本位の視点での医療を提供できること。
医師としての意見を持つことは大切であるが、自分の意見を押し通すことはせずに、患者・家族の話を聞き、個々の思いを尊重しながら、臨機応変に対応してくれる。 在宅療養は、チーム医療で行うことが必要となるため、医師を頂点として考えではなく、個々の専門職が自分の役割を果たし、連携・協働していけるように対応できる。
患者・家族の立場になれることが第1。すなわちやさしく接することができるかでしょう。 Back up 病院、訪問Nrs、介護スタッフとのコミュニケーション能力、リーダーシップ能力も問われるでしょう。
常識の範囲(お互いに)
1. あたたかい心
人の話をじっくり聴ける人材。
チーム医療ができる資質。他職種(在宅支援サービス職種)の機能を理解し、全人的な対応に充分答えられること。在宅医療に関連する支援サービスを充分理解しチームの一員としての立場がとれること。
緊急措置の必要性の有無の判断ができること
人柄
コーディネート力
患者・家族のニーズを調整する力が必要である コミュニケーション力はとても大切。

<p>24時間対応できる体制を確保し、患者の要望にいつでも真摯に対応できることが必要である。ヒポクラテスの誓いを理解し、実践できる覚悟ができていることが望まれる。</p>
<p>在宅前に病院に来て患者の状態を把握 在宅医の情報提供</p>
<p>患者の立場に立って診ていただける開業医が必要</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・豊かで謙虚な人間性</li> </ul>
<p>熱意と根性のみ</p>
<p>この先生に安心しててもらえるというやさしさ、話しやすさ etc コミュニケーション技術。</p>
<p>多職種とアサーティブな関係ができるDr.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の疾病だけでなく、患者をとりまく生活実態の把握と理解</li> <li>・コミュニケーションをとり各職種との良好な関係づくり</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者、家族の訴えを聞いてくれること</li> </ul>
<p>家族・小児への慈しみの心</p>
<p>包容力のある人</p>
<p>病院や施設と、よい連ケイ関係を継続できる緩和な人柄が必要。 新しい知識や技術の修得に熱意ある人であるべき。 患者・家族の気持にも共感できる情緒豊かな感性が欲しい。</p>
<p>在宅をされている医師は熱意を持って、当っておられ充分な資質をお持ちだと思います。</p>
<p>傾聴ができる人。</p>
<p>まず優しいこと。患者や家族の不安や不満に耳を傾けられるか。 そして患者の生きる力によりそい、よりよい医療を提供したいという情熱。</p>
<p>思いやり、やさしさ</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・あたたかい人間性</li> <li>・誠実性</li> <li>・責任感</li> </ul>
<p>高令者や在宅生活することの大変さなどを共有したり、思いやるあたたかい心。 医療チームの一員としてコメディカルと協働していく姿勢。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・リーダーシップ能力</li> <li>・傾聴能力</li> </ul>
<p>御本人、御家族の意向を理解、反映できることが必要かと思っています。</p>
<p>勉強家であること。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・コミュニケーション能力（患者・家族の訴えを聞く）</li> <li>・アセスメント能力</li> <li>・広い視野を持っている</li> <li>・マネジメント能力</li> <li>・他職種と連携していく力</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>
<p>人と人の関係性が築ける医師。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者や家族の訴えに耳を傾ける受容的な態度、誠実さ。</li> <li>・患者や家族、そしてそれらを取り巻くネットワークを大事にすること</li> <li>・コミュニケーション能力</li> </ul>
<p>対人関係能力が高い</p>
<p>親切でやさしくていねいに対応できる</p>
<p>病気ではなく病人を気づかう心</p>
<p>人柄</p>
<p>ネットワークをつくる、連携できる資質</p>
<p>コミュニケーション能力</p>
<p>(①何より患者さん（地域あればお年寄や子供）が好きであること。 ②バランス感覚のある向上心を常にもつこと であれば上記技術、知識は自から解決する。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・病気を診る、という事だけでなく、その患者・家族がどの様に生活していきたいのかという事を視点にした医療の実施により信頼関係が構築できる資質が必要ではないのか（対等な関係に心がける）</li> </ul>
<p>患者、家族に対する思いやりを忘れず、いつでも迅速に対応する。</p>
<p>コミュニケーションスキル</p>
<p>相手の思いを受けとめ、共感でき、助言できる人間性を有していること。どのような対象に対しても人として接する謙虚さを持っていること。チーム医療ができること。</p>

問5 在宅医療を実践する医師に求めることーその他（および、全欄を対象にした記入）

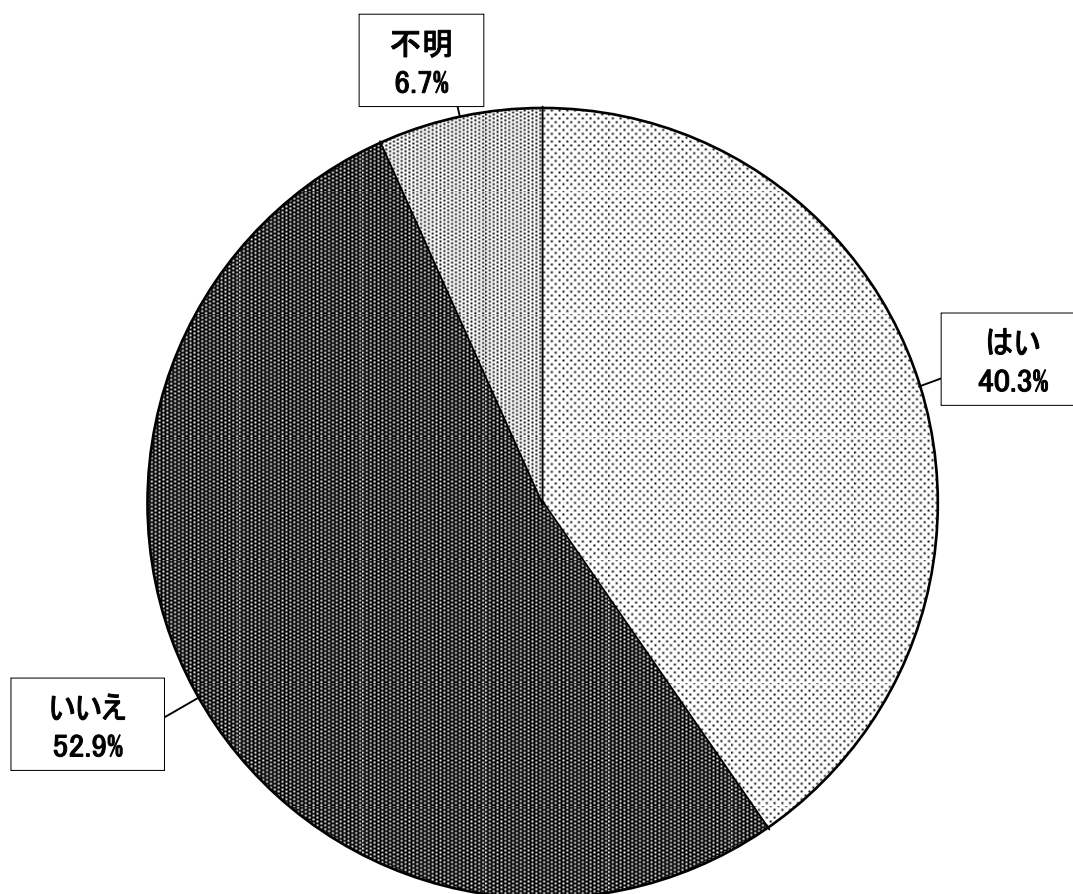
記載内容（原文のまま）
（一般病院で）在宅に送り出した経験をもつ医師が在宅医になることが最もよいと思われる
在宅みとりに対応できる。
・総合内科のような全体を診察できる能力が必要だと思います。 ・医療の効力が及ばなくなってもなお在宅で看取りまでできる事がのぞまれます
平均的な能力、知識、資質が備わっていればよいと考える。 必要なものはmindだと思います。
訪問看護ステーション、リハビリ等の連携
こまっている人に対して手をさしのべるという心のあり方が重要と思います。
様々な医療処置を在宅でしなくてはいけない方が多くなり、医療材料提供を開業医ではむずかしいと言われ、遠方から医療材料のみ取りに外来受診に来られる方もいます。個人の医院では医材料の購入が難しいようであれば医師会などと連携し医材料管理などできないものかと思います。
患者家族とのコミュニケーション（信頼度）作りが最も重要ではないか。
24時間対応
病診連携がスムーズに行える在宅医
合同カンファレンスの実施
医療連携（病診連携、施設連携）を通じた Network を活用してできる限り多くの在宅患者を care して下さい
死亡診断のためだけに（のように思われる）搬送されてこられるケース、痛みに耐えながら遠方から（時間外に）来院されるケースなど、在宅医療を実践される医師が少ない、または体制が整備されていないと感じます。病院の疲へいもですが、在宅医療を実践する医師の負担も大きく、国レベルの対策が必要だと思います。イメージに乏しく返答困難です。
地域に後方的な病院・病床を確保し連携がスムーズにできる。 退院前カンファレンス等に積極的に参加してくれる医師。
在宅医療も商品のひとつと考えます。病院での医療を選択するか在宅医療を選択するかは、消費者にゆだねて良いと思います。コストをかけて、高度医療を選択するか、生活の維持を選択するかのどちらかは、個人の生き方に委ねられることを望みます。 在宅医療もチーム医療ととらえるならば、医師のみをターゲットにした質問で、何を知りたいのかという疑問をもちます。 在宅医療は医師のみで成立するものでしょうか。個人の（1職種の見解が強すぎる質問内容ではないでしょうか。
診療所と病院がもっと気軽に情報交換できたり訪問し合えるようになれば、患者さんにとって、より良い医療・看護が受けられると思います。
看護師、薬剤師、リハビリスタッフ、介護関係者、施設関係者、ケアマネージャー、ヘルパーなどと十分に連携していける資質が望まれる。
在宅医療をチームで行うようなとりくみが大事だと思います
最大の要望は精神面のサポートであり、信頼関係。
支援診療所の医師も疲弊しないように 介護サービス事業所やNSと連携ができると幅が広がり長続きすると思う。
在宅支援診療所であっても様々な制約があり、在宅医を探すのに困難な状況がある。制約の内容としては技術や知識的なものと人的資源不足が大きいと思われるが、それを補うためのシステムや制度も地域差が大きく、不十分である。知識・技術に関しては在宅医の姿勢・意欲なども大きく影響していると思われる。
近隣の施設の情報は経験から、どのような症状の患者の対応をしてもらえるかというのは把握しているが、他市町村になると積極的に在宅医療をされている診療所を探すのが困難なため、活用できるネットワークがほしい。
技術というより患者・家族との信頼形成が一番と思います
がんなどの終末期をフォローする体制 （在宅での看取りを希望される方がいてもなかなか帰れない現状があります。）
現状で充分
現在当地域で頼りに思っている診療所の先生方は数名おられるがそれらの先生方の技術、知識、資質には満足している。 しかし、それ以外の先生が多いのが問題である。 ある小児科の開業医は昼は私のところに来なさい夜間具合わるくなったら病院へ行きなさいと患者に指導していることから当院の当直医は「ぶち切れ」状態である。
自己犠牲の医療システムの中では限界がある。
在宅医療について、情熱をもっている事。
最近の在宅医の先生方は、意識も高いので、今以上、特に何か、というのはありません。
以前在宅医を標榜している医師に訪問診療を依頼したところ、麻薬使用許可を持っていないため、お断りさ

<p>れた。</p> <p>癌末期の患者の訪問診療をお願いしたが、食事が摂取できていないので無理と言われ即再入院となった。患者、家族は在宅死を望んでいた。「何故急に入院になったかわからない」と言われていた。</p> <p>私が関わっている在宅医のほとんどの方は熱意があり、真剣に患者家族の生活を支えようとしている方々が多いです。</p> <p>時々上記のような医師がいるというだけの話です。</p>
<p>何かあれば病院へ行くと返事をするのではなく、きちんとしたアセスメントを実践してほしい。</p>
<p>患者の病状把握も人生観も共感できていて、在宅での過ごし方に精通している。家族への気配りも十分で患者・家族とも・チーム員とも信頼関係が築ける</p>
<p>・たくさんの医療施設と連携できる、ネットワークが必要だと思います。</p>
<p>在宅医が増えることが一番</p>
<p>呼吸管理や栄養管理から看取りまで対応できる技術、知識を有すること。</p>
<p>在宅療養支援診療所からの往診について、患者さんからは、医療費が高いというご意見をいただいております。</p>
<p>経営的な視点を優先させない医療の提供</p>
<p>患者・家族の経済状態の把握。</p>
<p>様々な領域の急性期の医療、最新の技術の知識を吸収しながら、地域医療機関との情報交換を継続して行く事が必要と存じます。</p>
<p>どうしても病院ではいろいろな機械を使用していたり、薬剤も特殊なものを使用していることが多く、それを診療所では使用できなかったりすることもあります。</p> <p>在宅では病院内と同じような管理はできないこともあると思いますので、どのようにすればいいのか、お互いに相談していく必要があるかと思えます。</p>
<p>大規模特化診療所以外では診療所が直面する在宅事案は各々ユニークなケースとなります。今侵襲的医療行為は技術があっても一診療所には手を出しにくい構図あります。栄養液以外の治療用液体制限、特定医療保険材料の調達売り手の管理効率中心で在宅展開にとっての障壁です。</p> <p>パッケージの単位が20～50個では問題だと思います。</p> <p>薬事法改正も必要になるようですが今はネット通販で世界中から単品でも物が流通する時代です。</p> <p>メーカー、問屋の対応等、在宅に有益な改変は無理でしょうか</p>
<p>顔の見える新たな病診連携</p>
<p>その施設ごとにできることとできないことを病院側および患者・家族に前もって正確に伝えていただければ、病院はそれに適した連携がとれると思えます。</p>
<p>・グループ診療を普及させるシステムの構築</p> <p>・単独診療所（支援診）同士が連ケイするという極めて困難なシステムを何とか構築する（モデルケースを実施して困難な点を明確化する）</p>
<p>一般的に在宅医療を行っている医師は内科系が多いと思われる。</p> <p>褥創などの外科系の処置も必要。</p> <p>技術はいろいろな科の経験又は知識が必要と思えます。</p> <p>内科は内科でなく全体をみる事が出来る知識及び資質が必要だと思います</p>
<p>一般の方に急性期病院、診療所、かかりつけ医、等の役割を理解していただきトラブルなくスムーズに転院や退院ができればと思えます</p>
<p>夜中でも交代で診察に行けるような態勢を確立してほしい（夜中の救急搬送などが多いように思える）</p>
<p>良くコミュニケーションがとれれば…</p> <p>双方の認識が共有化できることが必要と考える</p>
<p>①患者・家族の望む在宅での医療を可能な限り継続できるよう支援すること。</p>
<p>医療機関と在宅医療支援診療所との定期的なカンファレンス</p> <p>在宅医療を担う人材育成</p>
<p>患者家族の病院の方がよいと思う気持ちを捨てさせるだけの力が必要と思う。</p>
<p>経験件数がないので、特になし。</p>
<p>・土・日でも対応可能であるように、在宅医のチーム体制づくり（主主治医・副主治医）が必要</p> <p>・訪問看護ステーションとの連携</p> <p>・退院調整カンファレンスなどへの積極的な参加</p>
<p>急変時など在宅医療医からの入院治療要請があれば、何時いかなる場合でも受け入れる急性期病院側の受け入れ体制があることが大切である。</p>
<p>夜間・緊急時の往診体制</p>
<p>在宅医療を進める医師の教育・研修が必要です。当院の医師等のように日々の診療に追われている状態では難しいのかも知れません。100キロメートル圏内にあった病院が軒並み医師の離職で縮小し、脳外科や産科・小児科、心臓血管外科などの急性期の患者が当院に来るようになりました。リハビリが必要でも地元にはリハビリ機能がなく、地域に戻れない患者さんの対応に苦慮しています。</p>
<p>病院では「病診連携勉強会」を持って、連携の強化と連携医の知識・技術の増進に努めている。</p> <p>お互いに顔・名前・人物を知り合うことは有益と思う。</p>
<p>往診体制の整備</p>

開業医の力量（どこまで何ができるのか？）がわからない
後方病院のDrと連携ができる
・ターミナルの患者を在宅で診るにあたり、麻薬の施用ができないといわれた。
在宅酸素療法、在宅中心静脈栄養法、緩和医療に対する知識など広範な技術と知識が必要で、時には24時間の対応が必要など体力的な資質も求められる。
今後在宅医がグループを組み、いつでも在宅療養にこたえられる体制作りなどが必要になるのではないか。
在宅医として活躍する医師が孤立しないような取り組みを国策として求めたい。現在の在宅医は、それぞれが自己犠牲のもとに様々な苦勞を乗り越えて日々の診療をおこなっている。今後は、冠婚葬祭や病気、学会などの必要な場合には、きちんと代診医も確保できて、休暇も確保できる環境づくりなども検討していただきたい。
在宅医は自分の専門性を出張することなく、あらゆる患者の受け入れをしてほしい。
そのために、“家庭医療”全搬についての知識・技術を修得してもらいたい。
当院では連携室でなく退院支援部門が支援している為、特に記載しません
一人ですべてをこなす在宅医は、負担も抱えこんでしまいます。
どうぞチームやグループをつくって交替で休めるシステムもつくって下さい。
「連携の強化」
本人、家族ときちんとコミュニケーションをとる技術及び資質が大事。
Ptのかかえる様々な問題（医療処置等）、導入支援、病院→地域とのさらなる連ケイが、これからの医療には重要と考えます。
在宅医療を実践する医師へ求めることについて具体的にどうかと区別つけることができかねますが、私が思うには、
1. 全人的に捉える視点を持ちながら、人を敬う心が必要
2. 高齢者として、今の時代として、どのような末路などが考えられるか、またはどのような生活のあり方があるのかの予測と説明
3. そのためには、在宅医としてのスキルアップ（研修）
4. あらゆる社会資源の人材との身近な交流する姿勢＝高飛車でないこと
などが大切だと感じています。失礼にあたりましたら申し訳ございません。
・疼痛緩和に関して麻薬施用者免許を取得（申請）
在宅医療の中では、訪問看護ステーションとの連けいが必要である。
しかし、訪問看護ステーションも人材不足など大きな課題をかかえている。
在宅医療を充実するにも、訪問看護の診療酬を上げるなどの対策が必要だと思う。
ネットワークの構築
研修会・勉強会
24時間体制の在宅医療の確保
見取りまで、自然な、説明、納得、が望まれます。
お互いに高めあう形の技術の提供と協力体制であろうと考えます。
沢山のケースがある訳ではありませんが、当域で、お願いしている各診療所の先生方の対応については、大変、満足しており、特に問題ない。
・24時間対応できる体制
在宅医の先生から逆にご意見を拝聴したく思います。
・シリンジポンプ、イレウスチューブ吸引器等在宅の看取り等に必要な器具を備えてほしい。ただし、できるだけ必要なものはコスト算定する等経済的裏付を整備し、広がるようにしてほしい。
・上記技術にあげた内容も、技術的にできないわけではなく、材料費が原因のものが多いと思う。たとえばチューブの管理にしても、あまり頻繁には使用しないカテーテルを在庫で持つのは経済的なロスがある。
どこかで、たとえば医師会等で一括管理としバラ売りするのはどうか
家族力や生活環境（山間部や、地域の協力など）などの把握をしようとする気持ちがほしい。
大学病院等に色々な意見を、文書だけではなく面識を持った関わりができる事が連携をスムーズに行わせる事ができ、療養患者家族の生活へ活かせる事ができるのではないか。
・開業医の先生方も高令になりつつあります。在宅をお願いする時に、24時間体制でフォローしてくれる先生も限られます。
時間的ゆとりを持ち、在宅が必要とする時、速対応可能であること

病院 問6 地域連携退院時共同指導料の算定状況（連携室長のみ）

図病-6-1 問6-1 算定の有無(2009年1～12月)  
(n = 119)

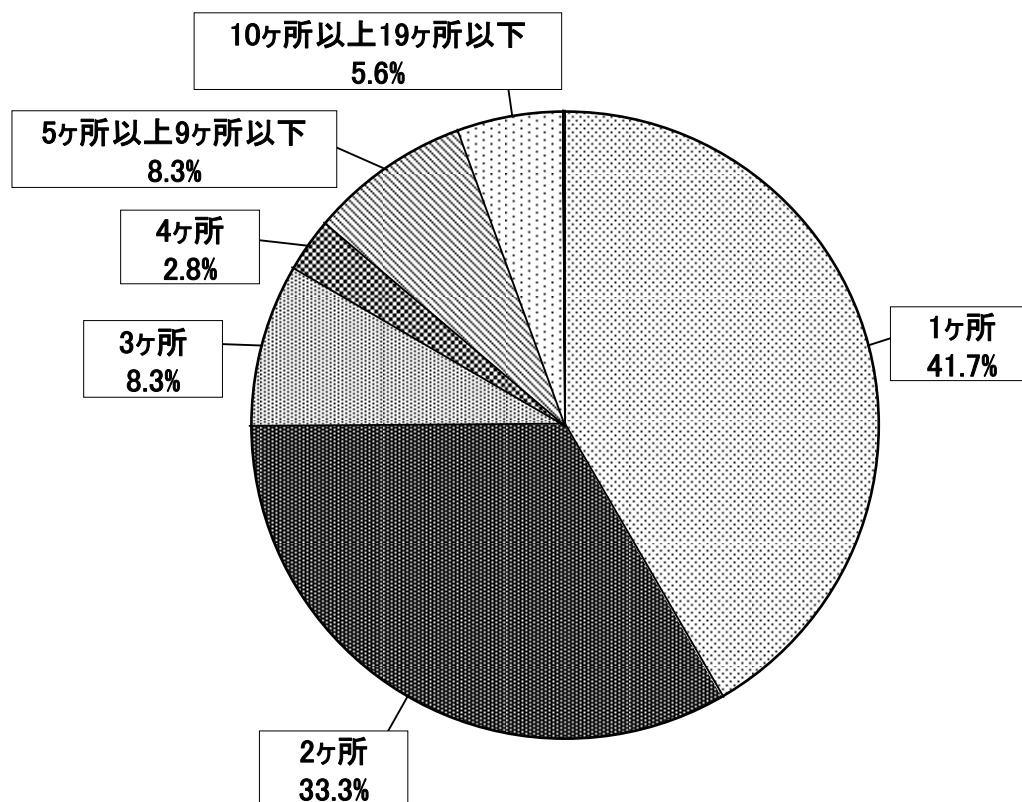


病院 問6 地域連携退院時共同指導料の算定状況（連携室長のみ）

問6-2 算定実績（2009年10、11、12月） - 0を除く

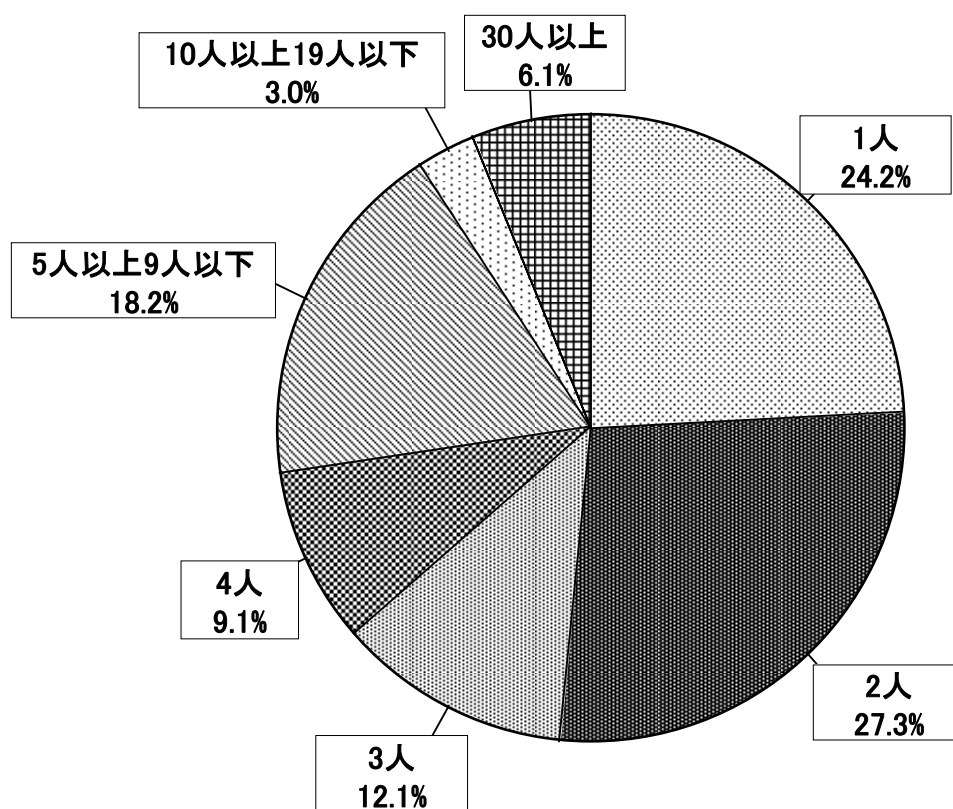
図病-6-2-1 相手先在宅療養支援診療所総数

( $n = 36, m \pm \sigma = 2.6 \pm 2.8$ )



図病-6-2-2 患者総数

( $n = 33, m \pm \sigma = 17.8 \pm 77.7$ )



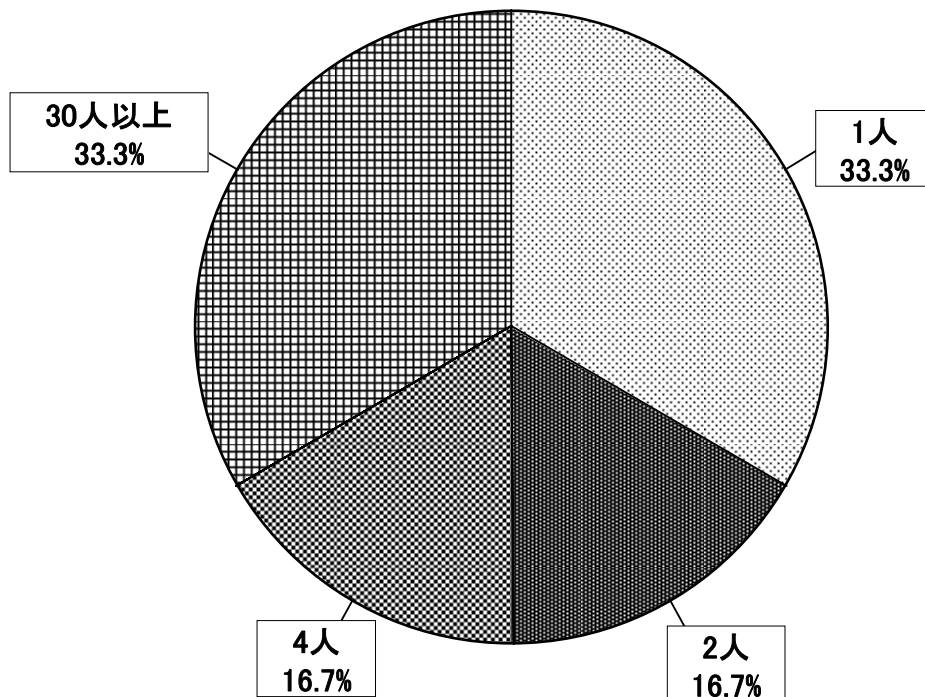


病院 問6 地域連携退院時共同指導料の算定状況（連携室長のみ）

問6-2 算定実績（2009年10、11、12月） - 0を除く

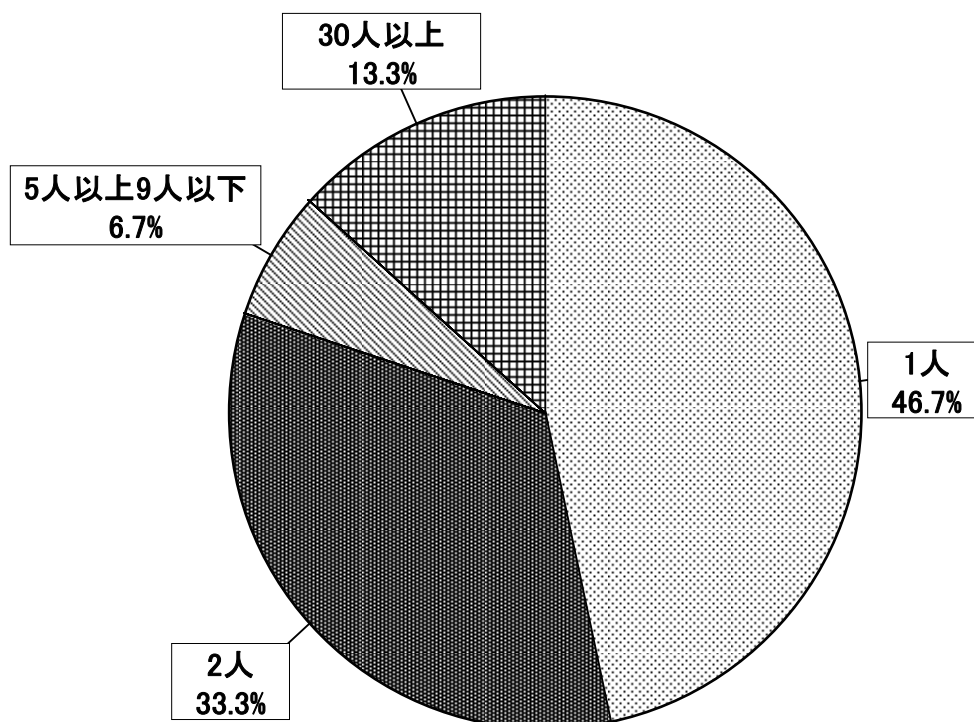
図病-6-2-3 在宅人工呼吸療法（HMV）

(n = 6, m ± σ = 15.3 ± 20.1)



図病-6-2-4 在宅酸素療法（HOT）

(n = 15, m ± σ = 41.3 ± 103.4)

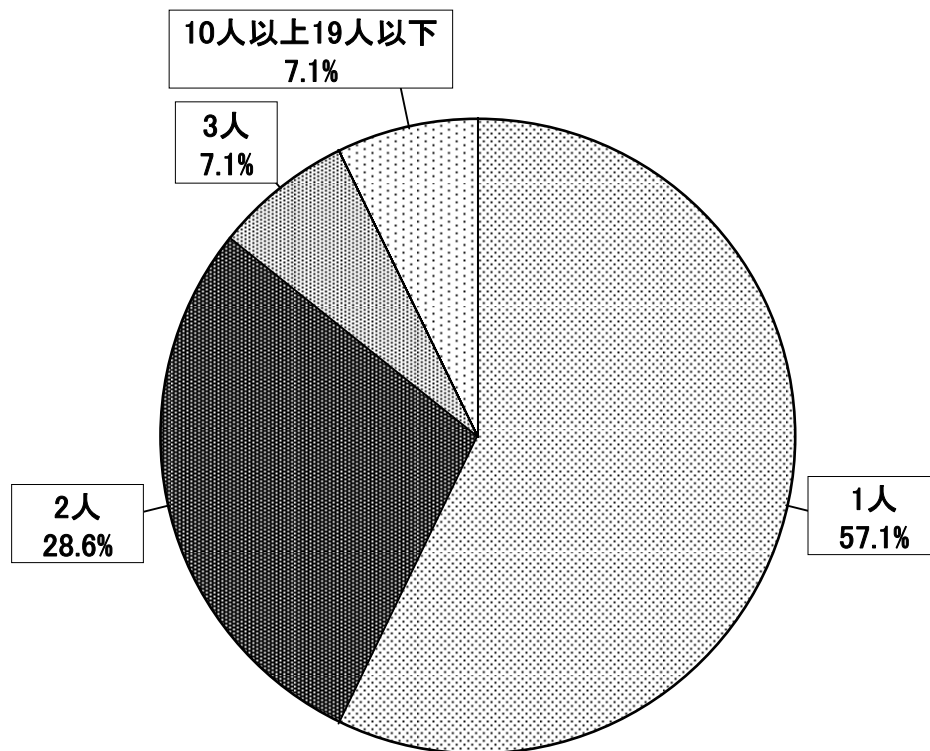


病院 問6 地域連携退院時共同指導料の算定状況（連携室長のみ）

問6-2 算定実績（2009年10、11、12月） - 0を除く

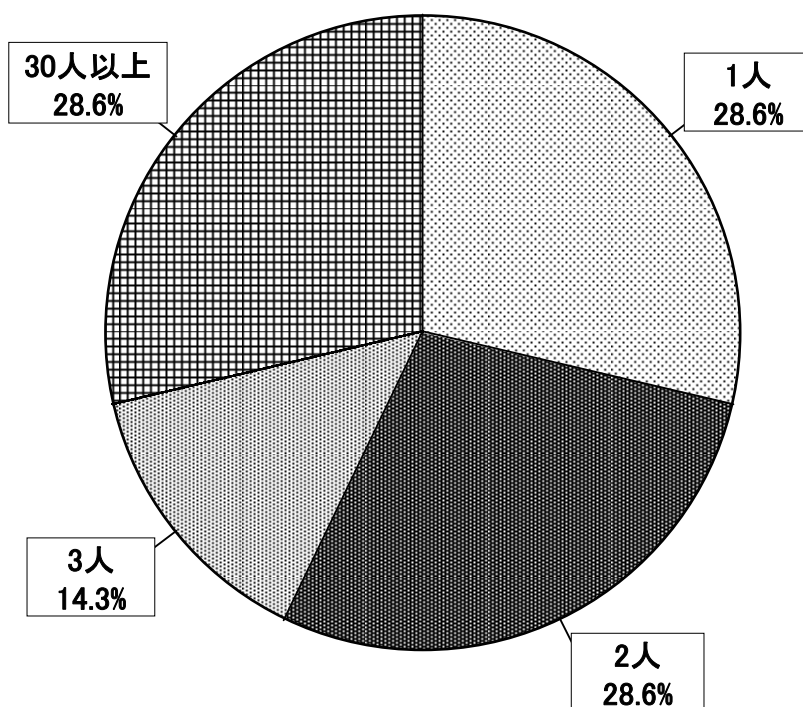
図病-6-2-5 在宅中心静脈栄養法（HPN）

( $n = 14, m \pm \sigma = 2.7 \pm 4.6$ )



図病-6-2-6 在宅成分栄養経管栄養法（HEN）

( $n = 7, m \pm \sigma = 13.1 \pm 18.1$ )

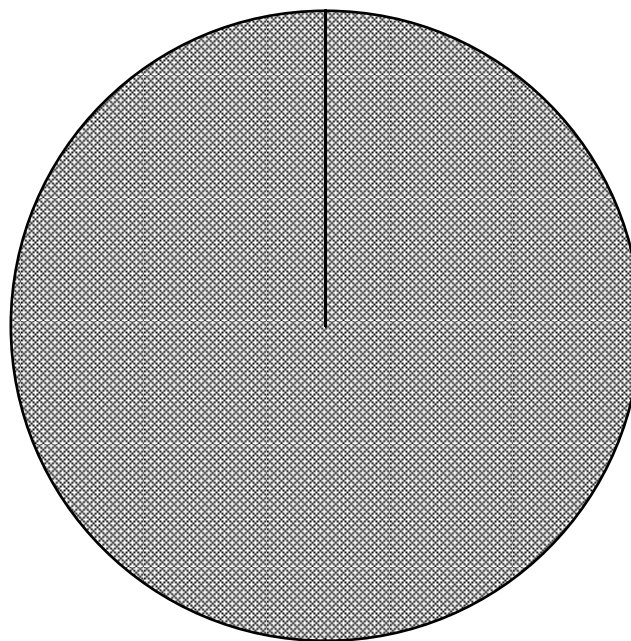


病院 問6 地域連携退院時共同指導料の算定状況（連携室長のみ）

問6-2 算定実績（2009年10、11、12月） - 0を除く

図病-6-2-7 連続携行式腹膜透析（CAPD）

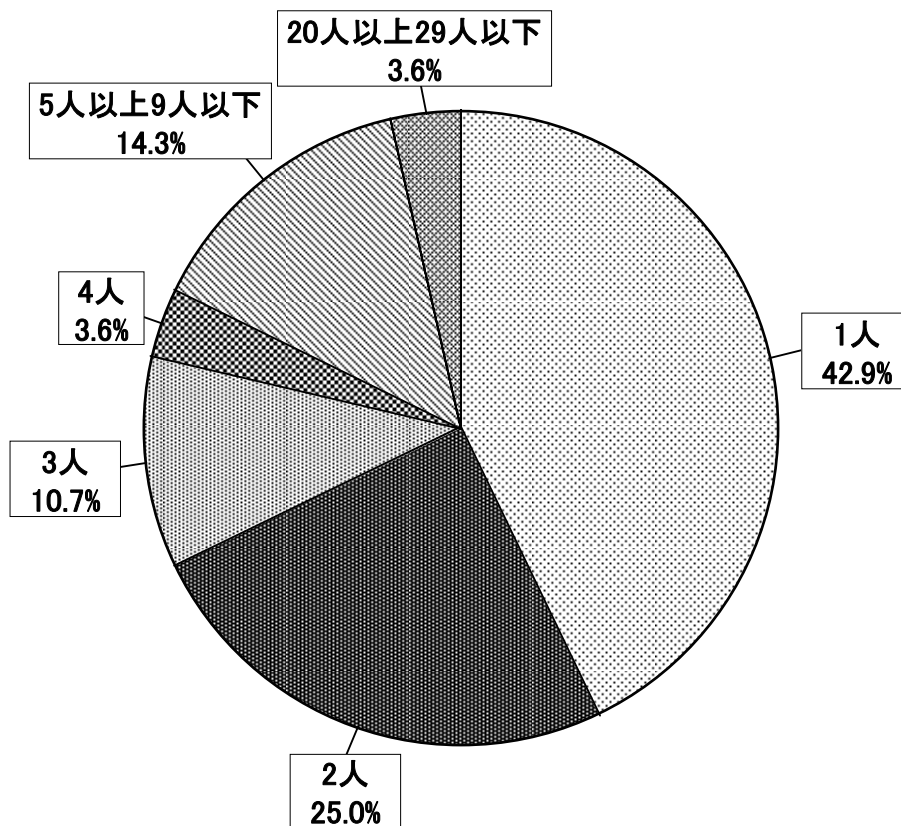
(n = 1, m ± σ = 21.0 ± 0.0)



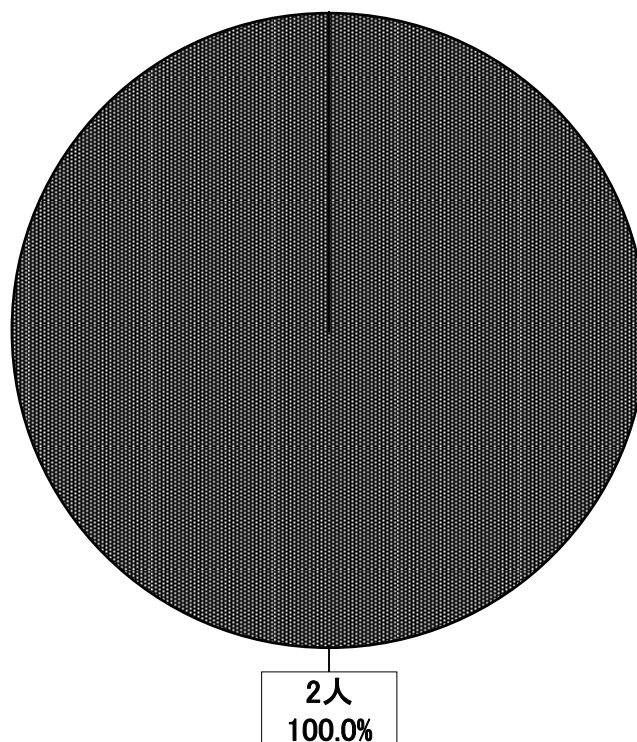
20人以上29人以下  
100.0%

病院 問6 地域連携退院時共同指導料の算定状況（連携室長のみ）  
問6-2 算定実績（2009年10、11、12月） - 0を除く

図病-6-2-8 悪性新生物  
( $n = 28, m \pm \sigma = 3.1 \pm 4.7$ )



図病-6-2-9 認知症  
( $n = 1, m \pm \sigma = 2.0 \pm 0.0$ )

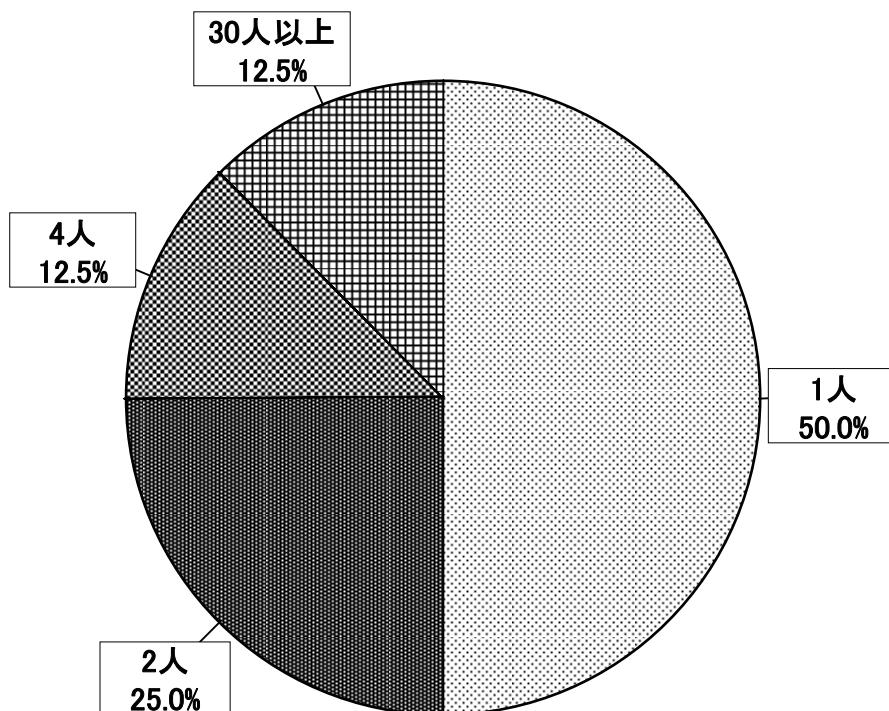


病院 問6 地域連携退院時共同指導料の算定状況（連携室長のみ）

問6-2 算定実績（2009年10、11、12月） - 0を除く

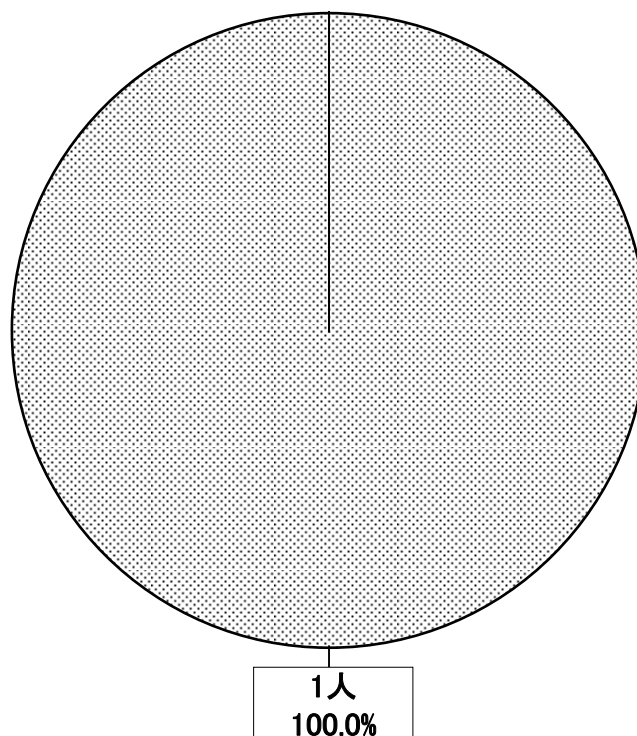
図病-6-2-10 特定疾患（難病）

( $n = 8, m \pm \sigma = 10.1 \pm 22.3$ )



図病-6-2-11 脳血管障害後遺症

( $n = 3, m \pm \sigma = 1.0 \pm 0.0$ )

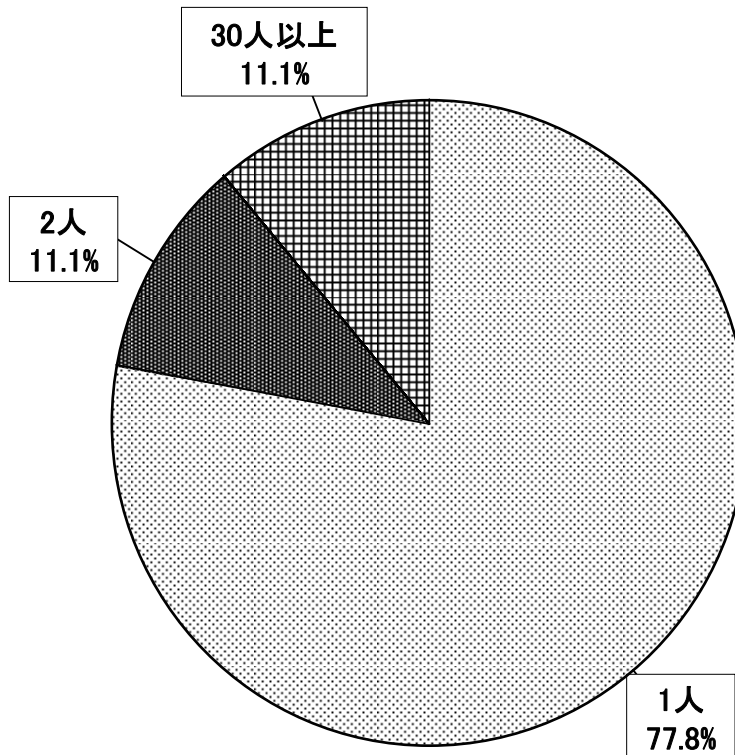


病院 問6 地域連携退院時共同指導料の算定状況（連携室長のみ）

問6-2 算定実績（2009年10、11、12月） - 0を除く

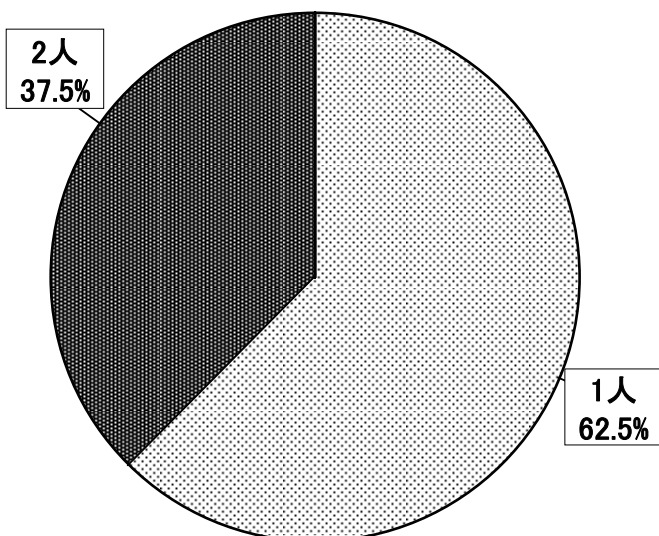
図病-6-2-12 呼吸器系疾患

(n = 9, m ± σ = 41.1 ± 113.1)



図病-6-2-13 その他  
(n = 8, m ± σ = 1.4 ± 0.5)

表病-6-2-13 その他名称

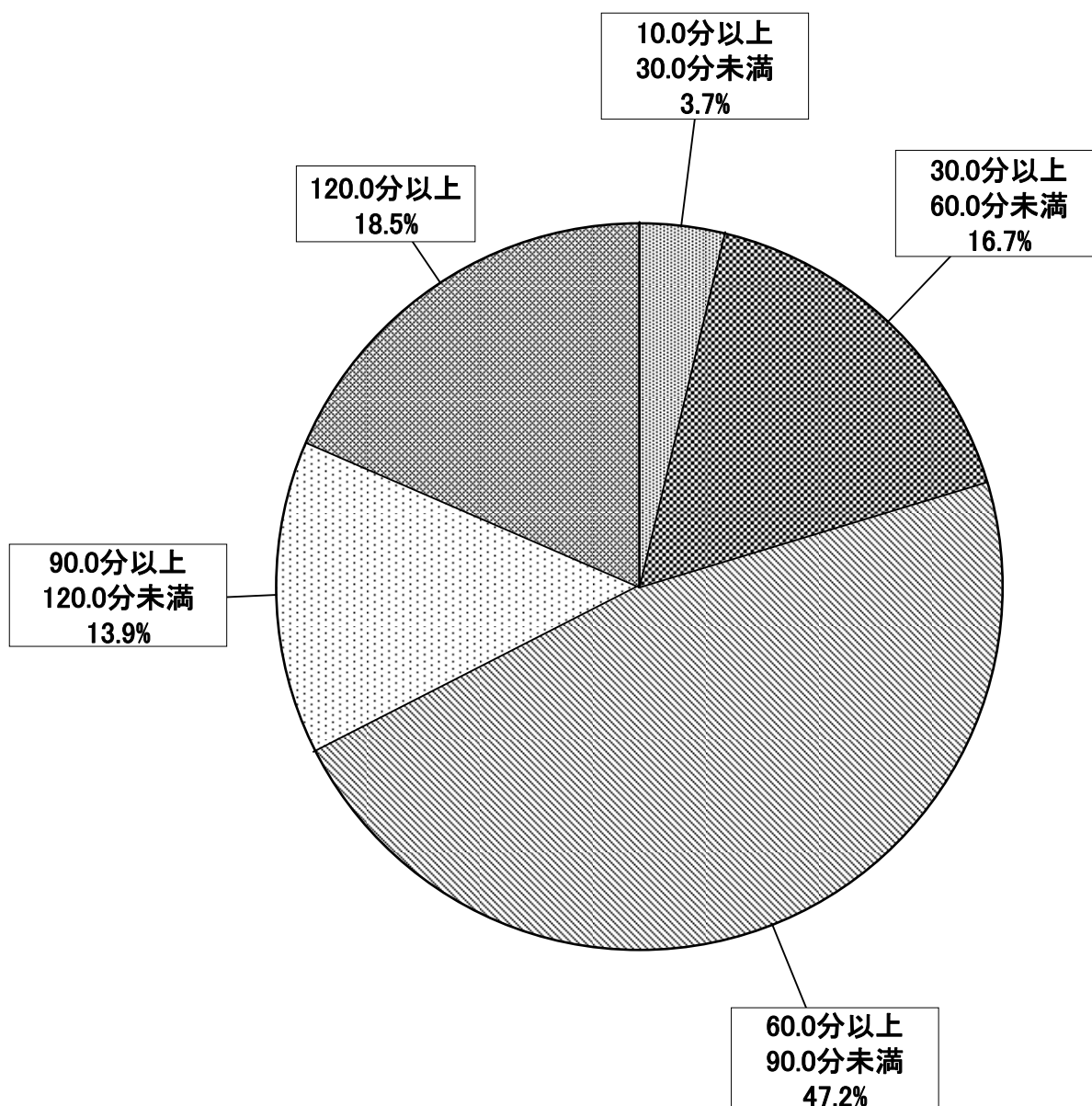


老衰
骨折
尿路感染症
熱傷・慢性腎不全
糖尿病
染色体異常

病院 問7 在宅移行にむけた説明（連携室長のみ）

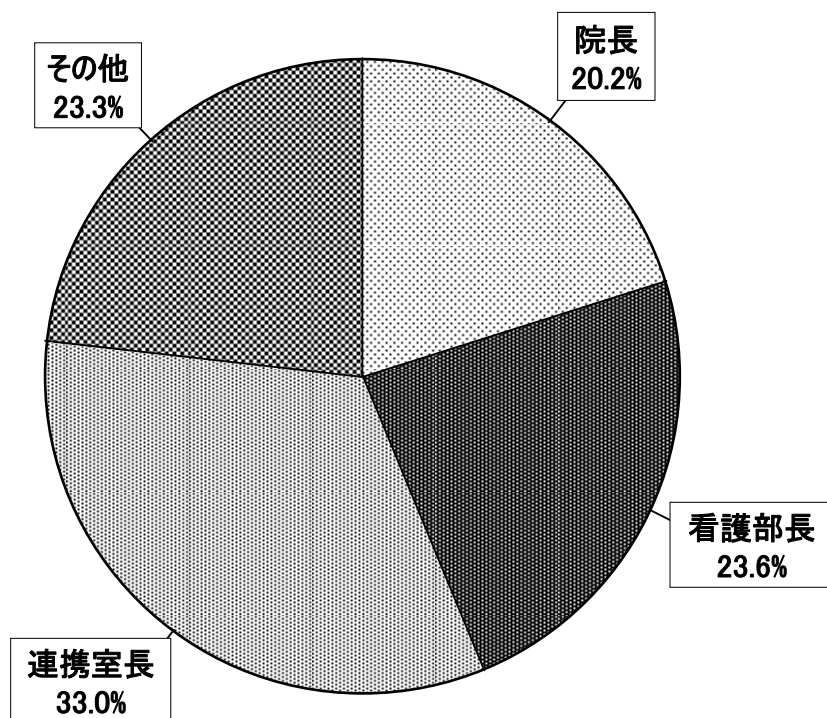
図病-7 退院時、もしくは退院前の共同指導等で在宅医療や療養生活について説明する際かかる時間

(n = 108, m ± σ = 86.1 ± 82.6)



# 病院 問8 回答者属性

図病-8-1 職名  
(n = 382)



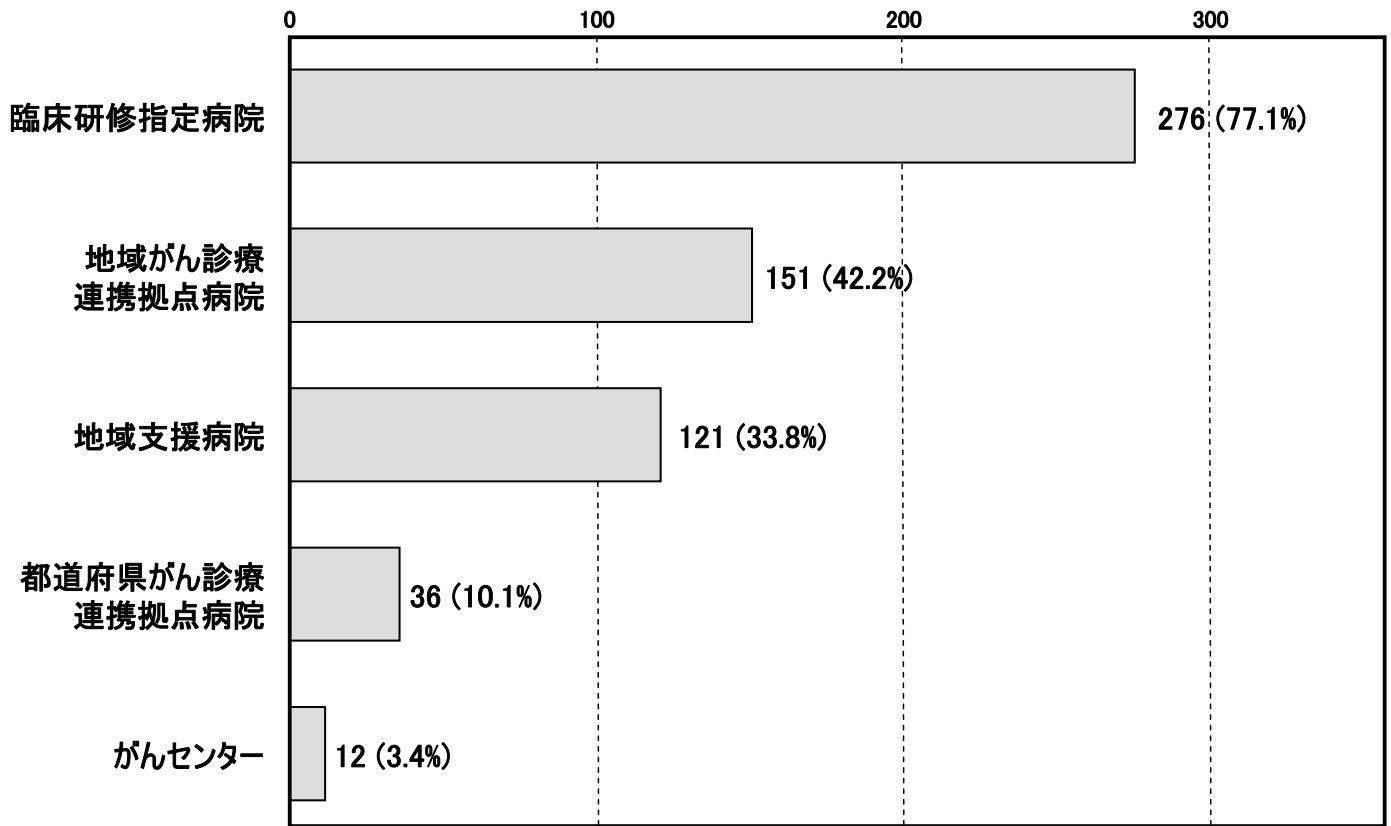
表病-8-1 職名 — その他

MSW	診療部長	訪問看護センター
サービス部副部長	相談員ソーシャルワーカー	連携課長(看護師長)
医事部次長	相談支援情報センター長補佐	連携室
医療支援センター在宅室師長	相談室課長	連携室医師
医療福祉相談室副主任	退院調整看護師	連携室課長
医療連携病棟看工師長	地域医療センター長	連携室看護師
外来看護師長	地域医療科科长	連携室看護師長
患者支援センター長	地域医療支援センター長	連携室係長
看護師	地域医療支援室担当副看護部長	連携室師長
看護師長	地域医療部長	連携室職員
看護副部長	地域医療連携担当看護師長	連携室退院支援担当者
緩和ケア病棟医	地域連携担当主任看護師	連携室担当副看護部長
共同で書いております	地域連携部看護師長	連携室長(事務)
元連携室NS	統括診療部長	連携室長代理
在宅担当	副院長	連携室長代理看護師長
事務長	副看護部長	連携室副室長
事務部長	副参事	連携室担当医
室長代理	副総看護師長	



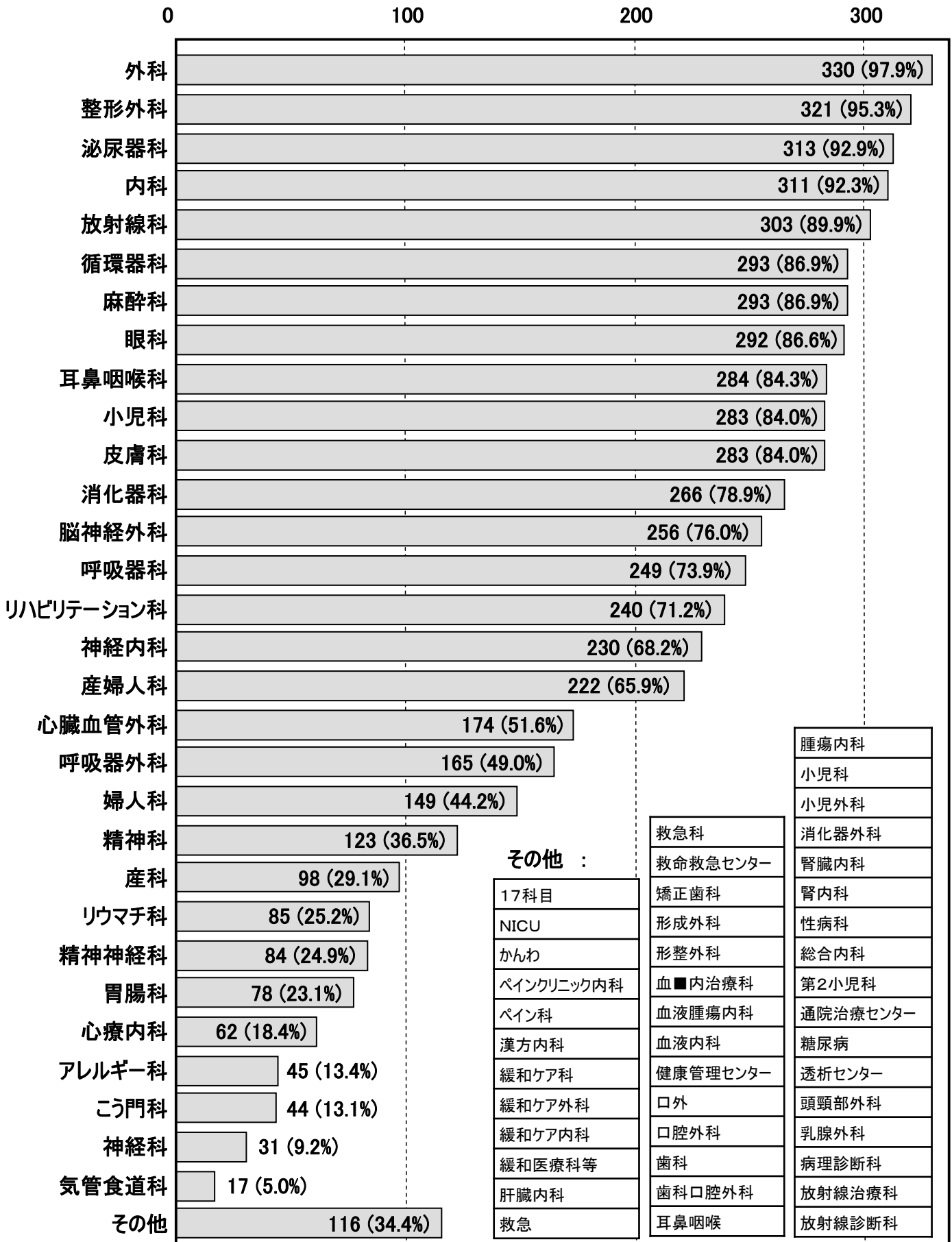
# 病院 問8 回答者属性

## 図病-8-2 施設種別 (n = 358, 複数回答)



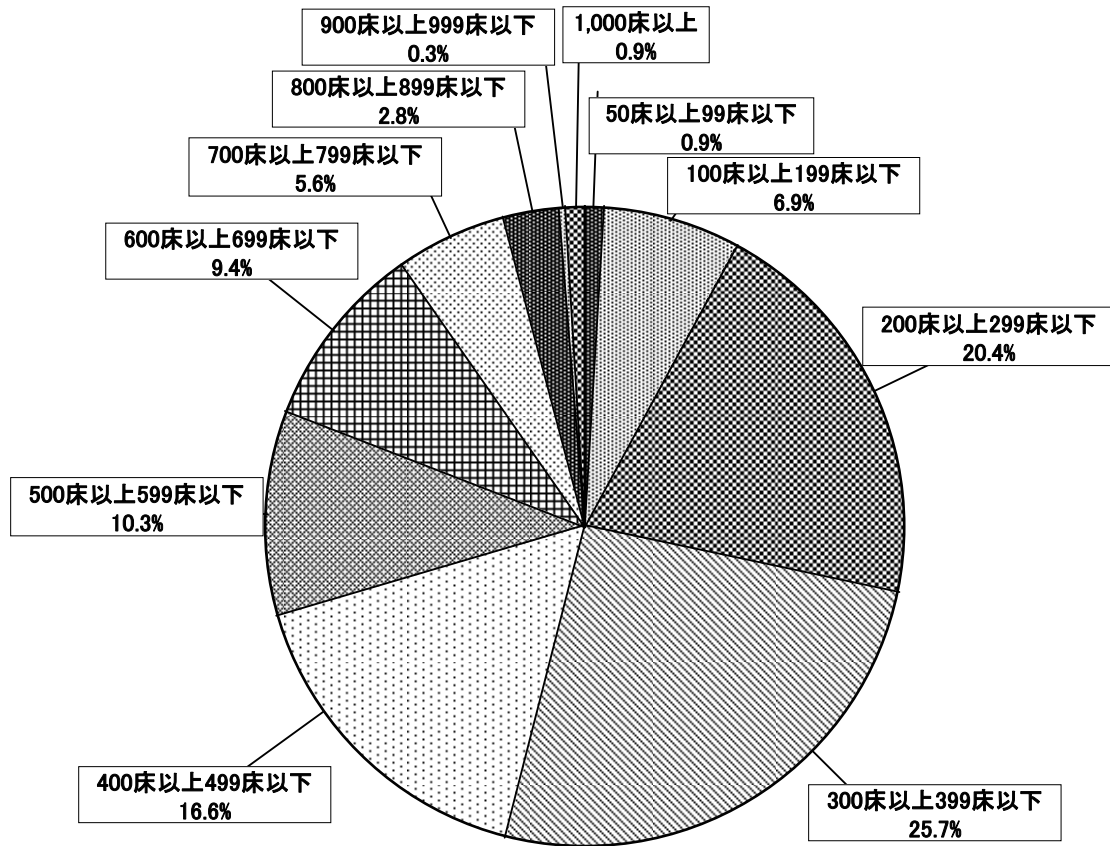
# 病院 問8 回答者属性

図病-8-3 診療科  
(n = 337, 複数回答)

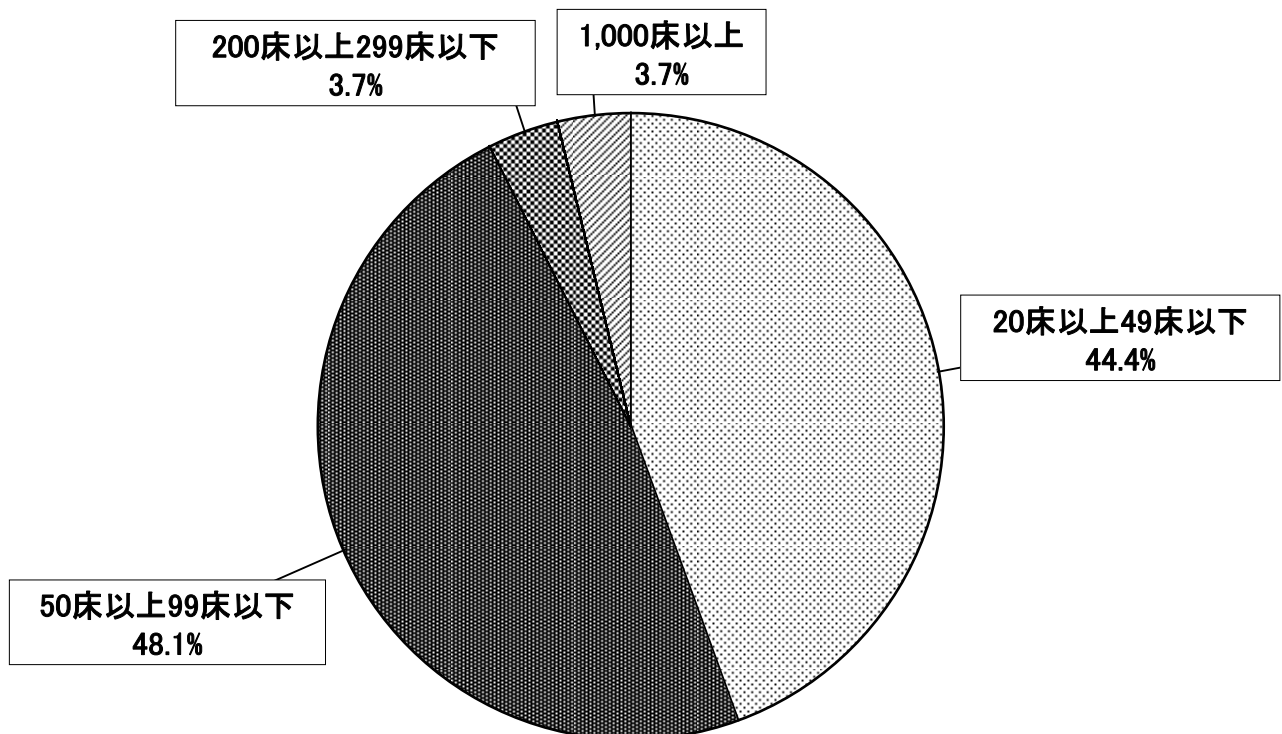


## 病院 問8 回答者属性

図病-8-4-1 一般病床数  
( $n = 319, m \pm \sigma = 421.3 \pm 192.0$ )

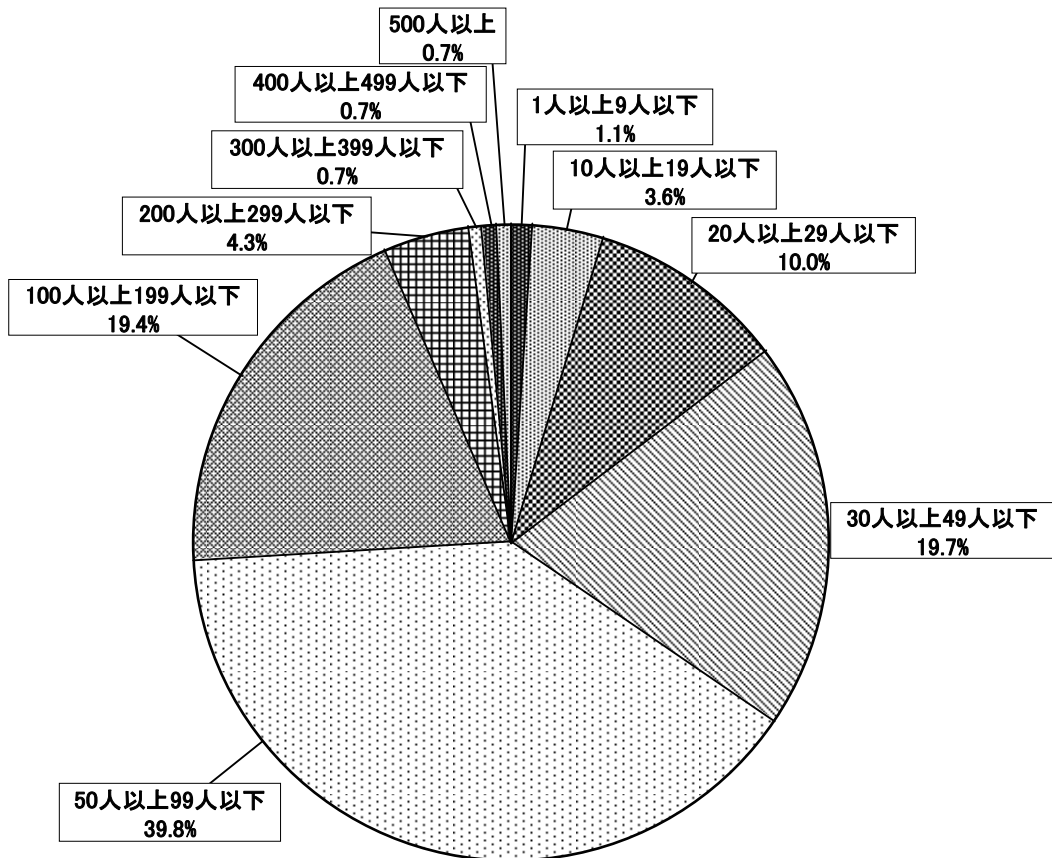


図病-8-4-2 療養病床数  
( $n = 27, m \pm \sigma = 94.7 \pm 194.1$ )

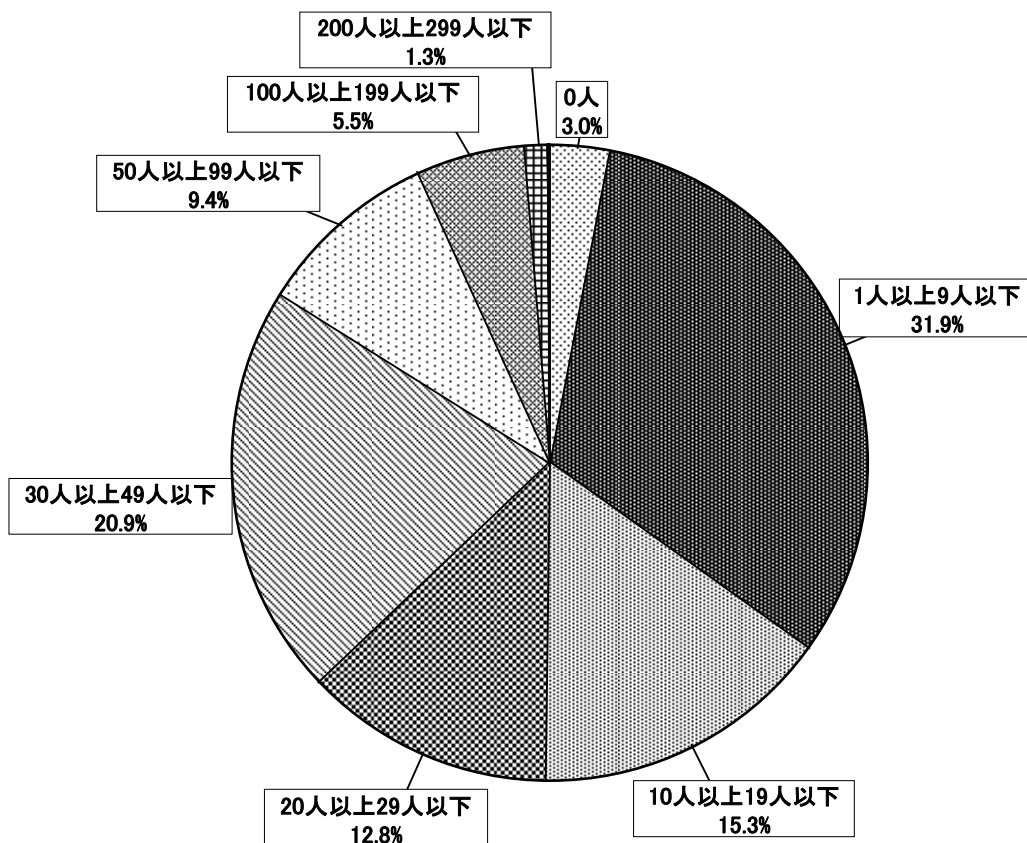


## 病院 問8 回答者属性

図病-8-5-1 医師数—常勤  
( $n = 279, m \pm \sigma = 86.4 \pm 81.6$ )

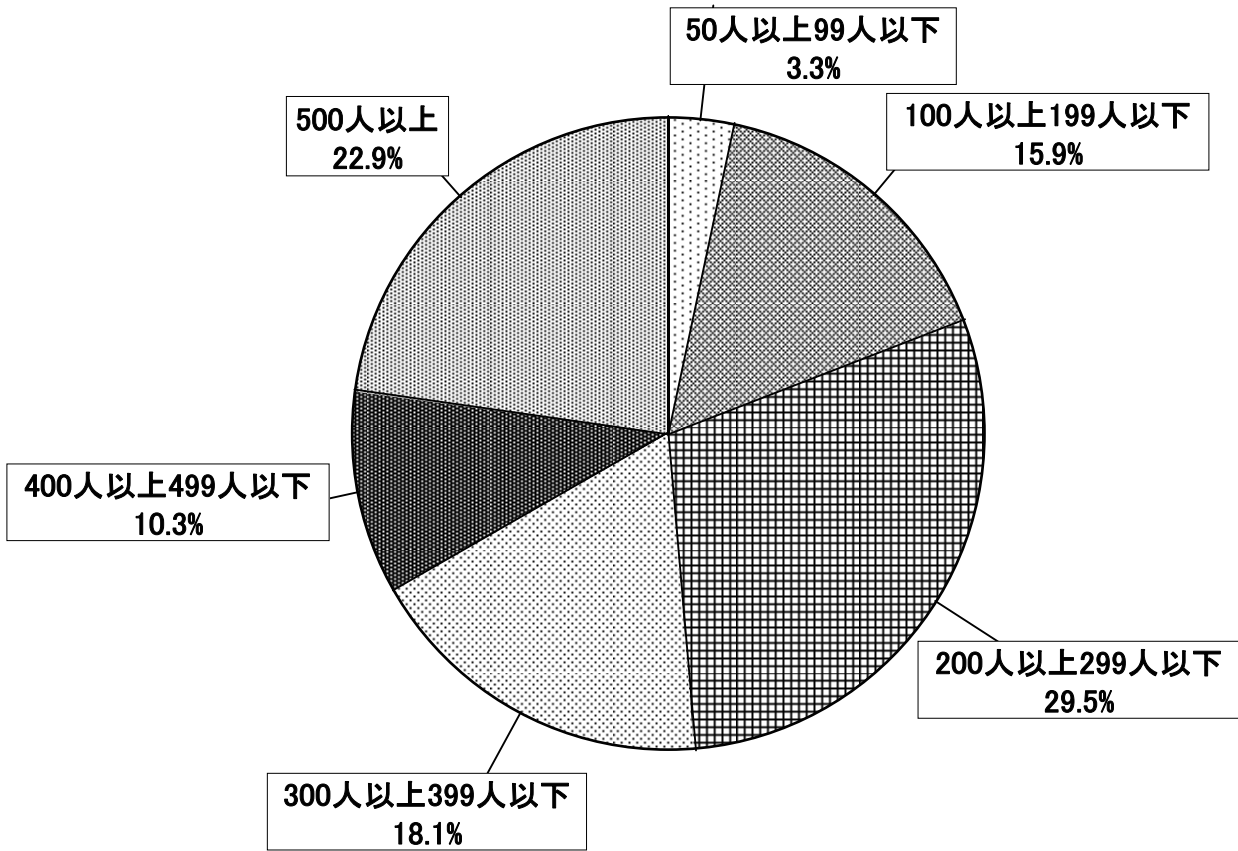


図病-8-5-2 医師数—非常勤  
( $n = 235, m \pm \sigma = 31.6 \pm 42.7$ )

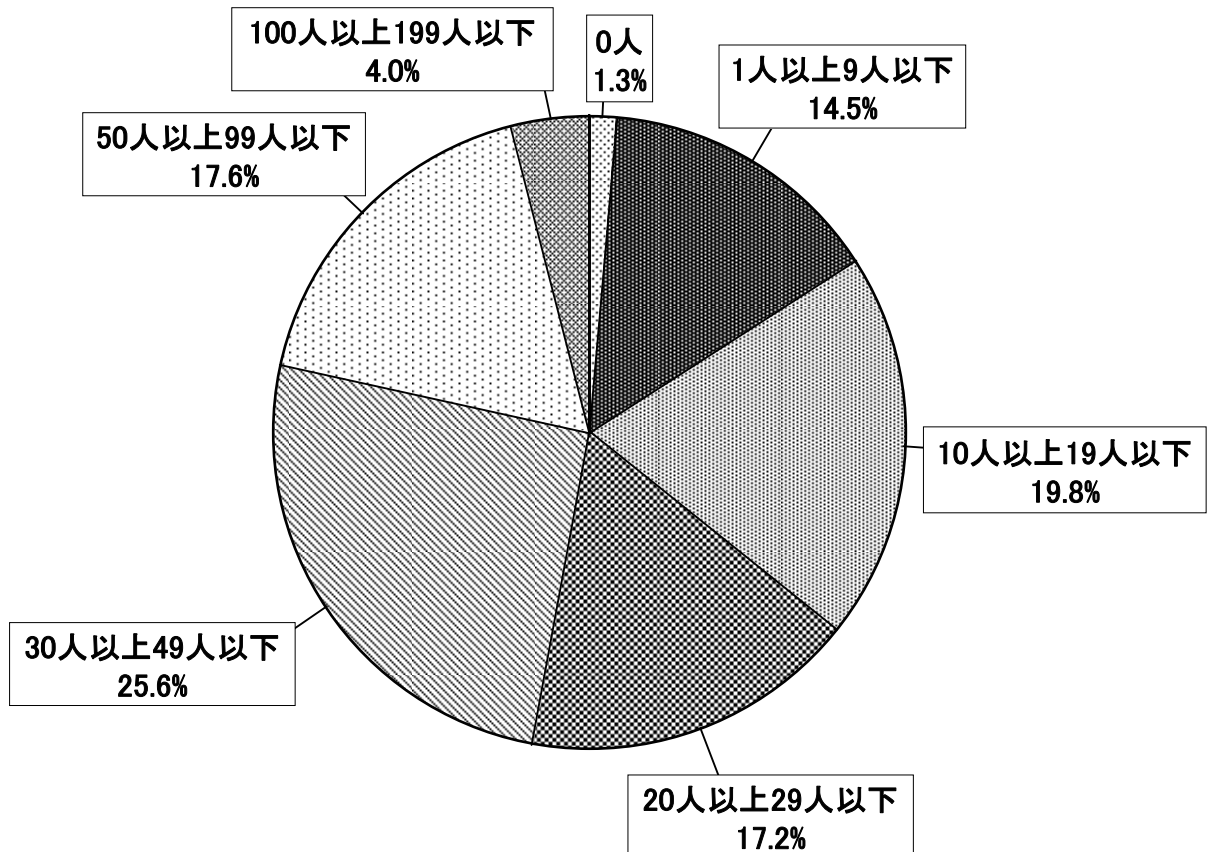


## 病院 問8 回答者属性

図病-8-5-3 看護師数一常勤  
( $n = 271, m \pm \sigma = 350.6 \pm 187.7$ )



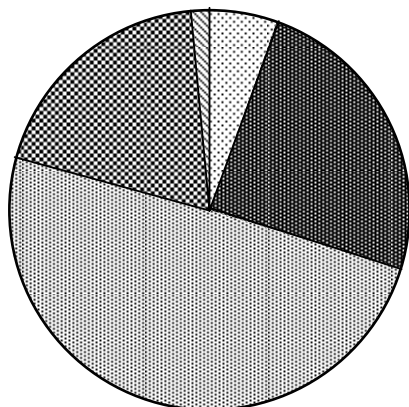
図病-8-5-4 看護師数一非常勤  
( $n = 227, m \pm \sigma = 33.5 \pm 25.7$ )



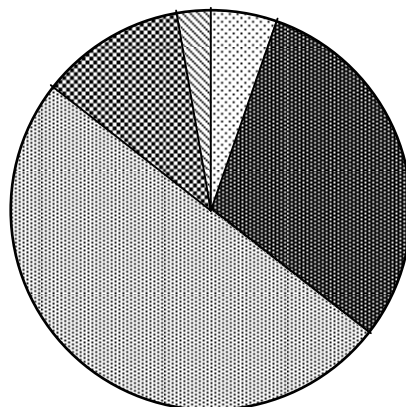


問1-1 在宅療養支援診療所について

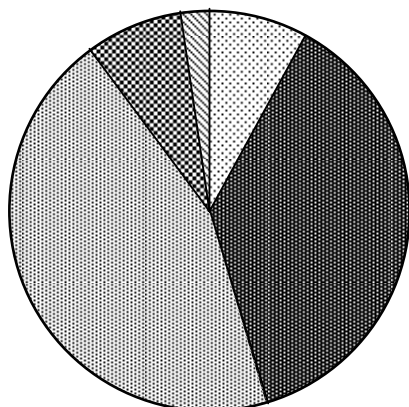
病院(n = 404)



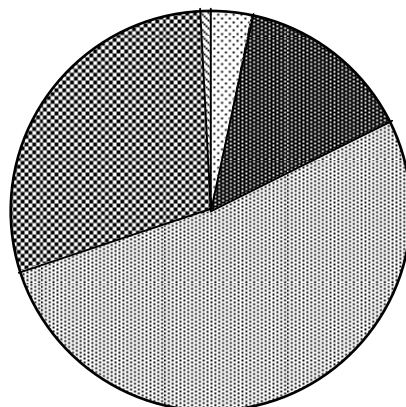
院長のみ(n = 76)



看護部長のみ(n = 88)



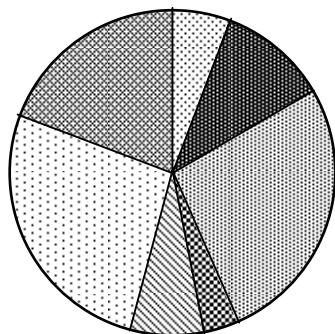
連携室長のみ(n = 124)



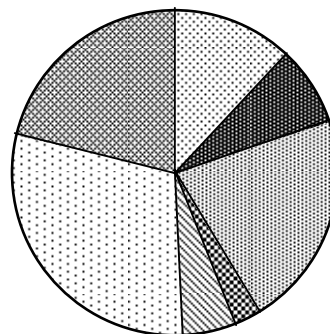
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
在宅療養支援診療所という名称そのものをまったく知らなかった	5.4%	5.3%	8.0%	3.2%
在宅療養支援診療所という名称については知っていたが、近隣の診療所のうちいずれが該当するかはまったく把握していなかった	24.3%	30.3%	37.5%	14.5%
近隣の在宅療養支援診療所を、いくつか知っていた	49.5%	50.0%	44.3%	52.4%
近隣の在宅療養支援診療所を、ほぼすべて把握していた	19.3%	11.8%	8.0%	29.0%
近隣には在宅療養支援診療所がまったく無いことを把握していた	1.5%	2.6%	2.3%	0.8%

問1-2 在宅療養支援診療所の情報源

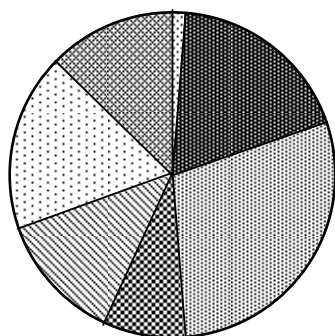
病院(n = 391)



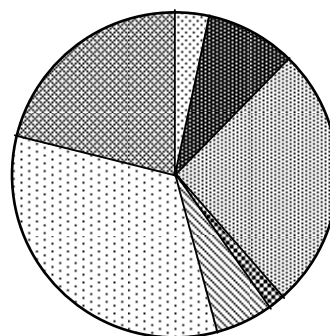
院長のみ(n = 75)



看護部長のみ(n = 86)



連携室長のみ(n = 122)

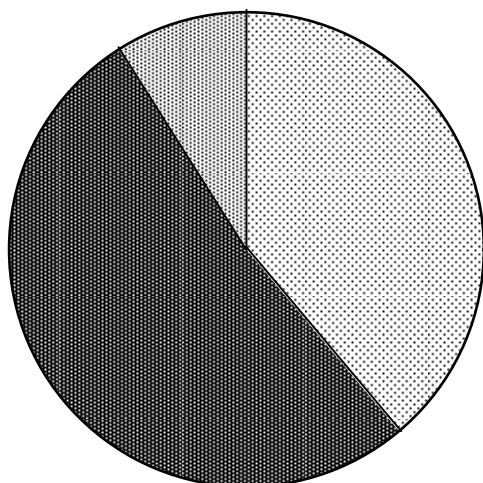


	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
貴施設から社会保険事務所への問い合わせ	5.6%	12.0%	1.2%	3.3%
社会保険事務所や行政からの、広報資料などによる紹介	11.0%	8.0%	18.6%	9.0%
その他の各種媒体(雑誌、新聞、インターネットなど)から	26.9%	21.3%	29.1%	26.2%
患者・家族から	3.6%	2.7%	8.1%	1.6%
各種介護保険事業所からの情報提供	7.2%	5.3%	12.8%	5.7%
在宅療養支援診療所からの情報提供	26.3%	29.3%	17.4%	32.8%
その他	19.4%	21.3%	12.8%	21.3%

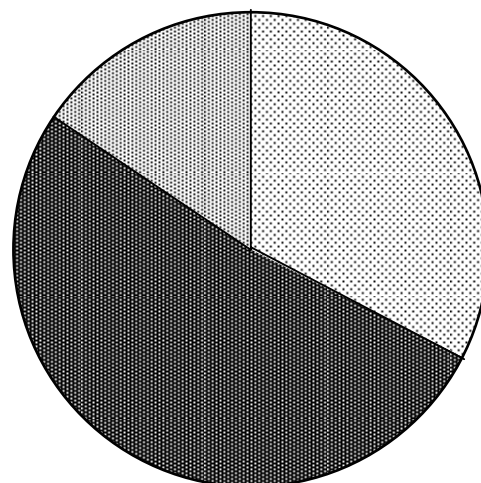


問1-3 在宅医療で可能なこと

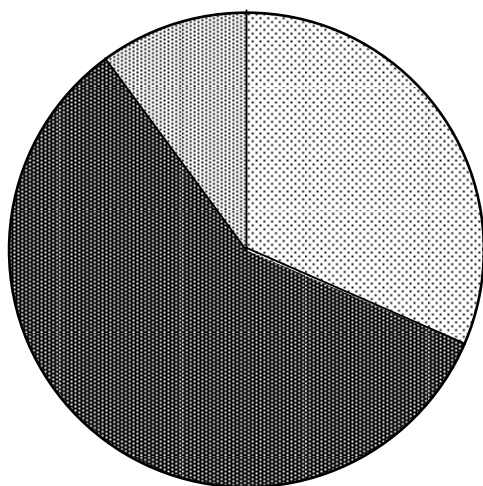
病院(n = 409)



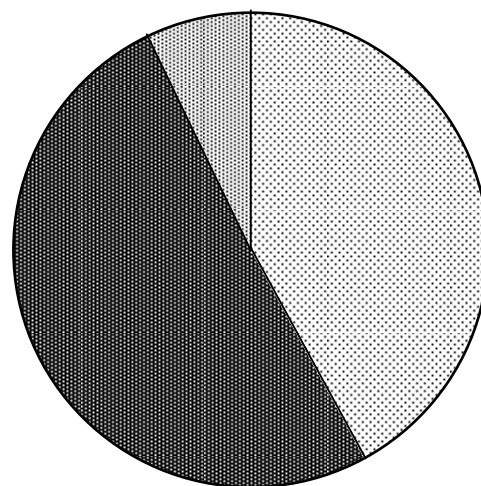
院長のみ(n = 77)



看護部長のみ(n = 89)

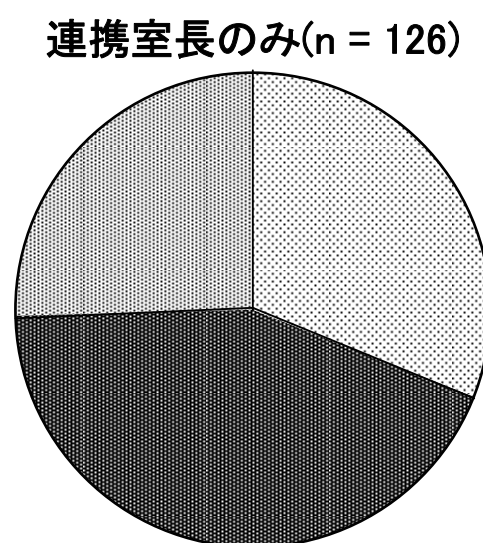
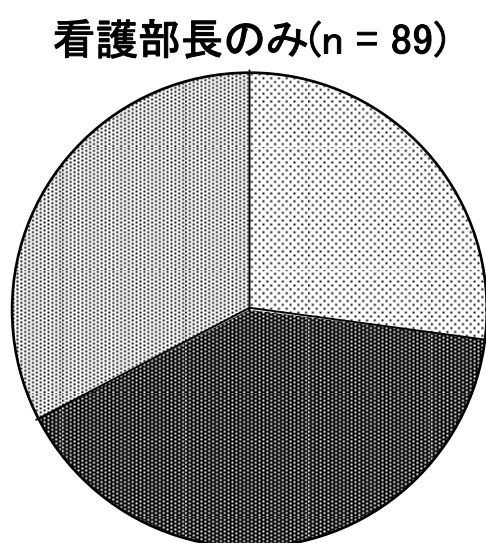
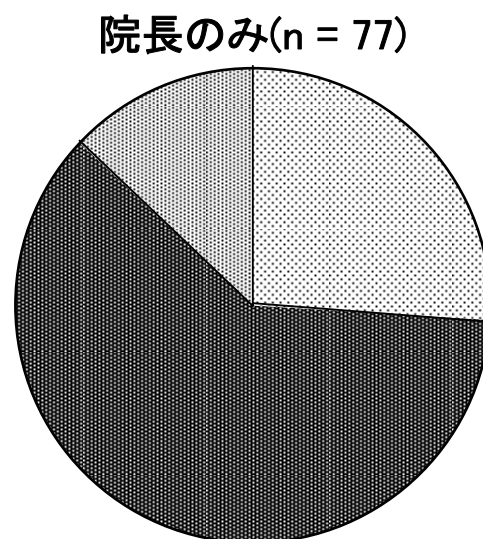
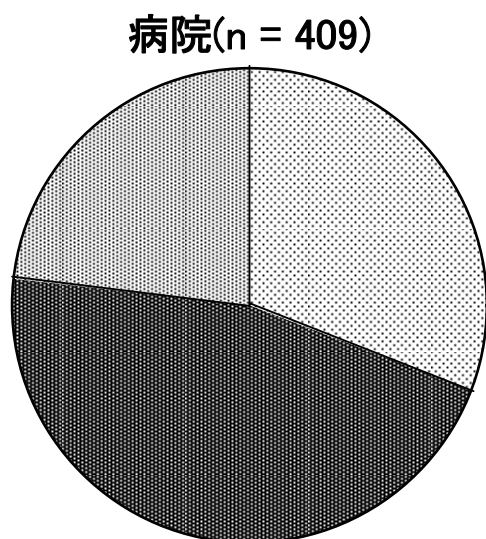


連携室長のみ(n = 126)



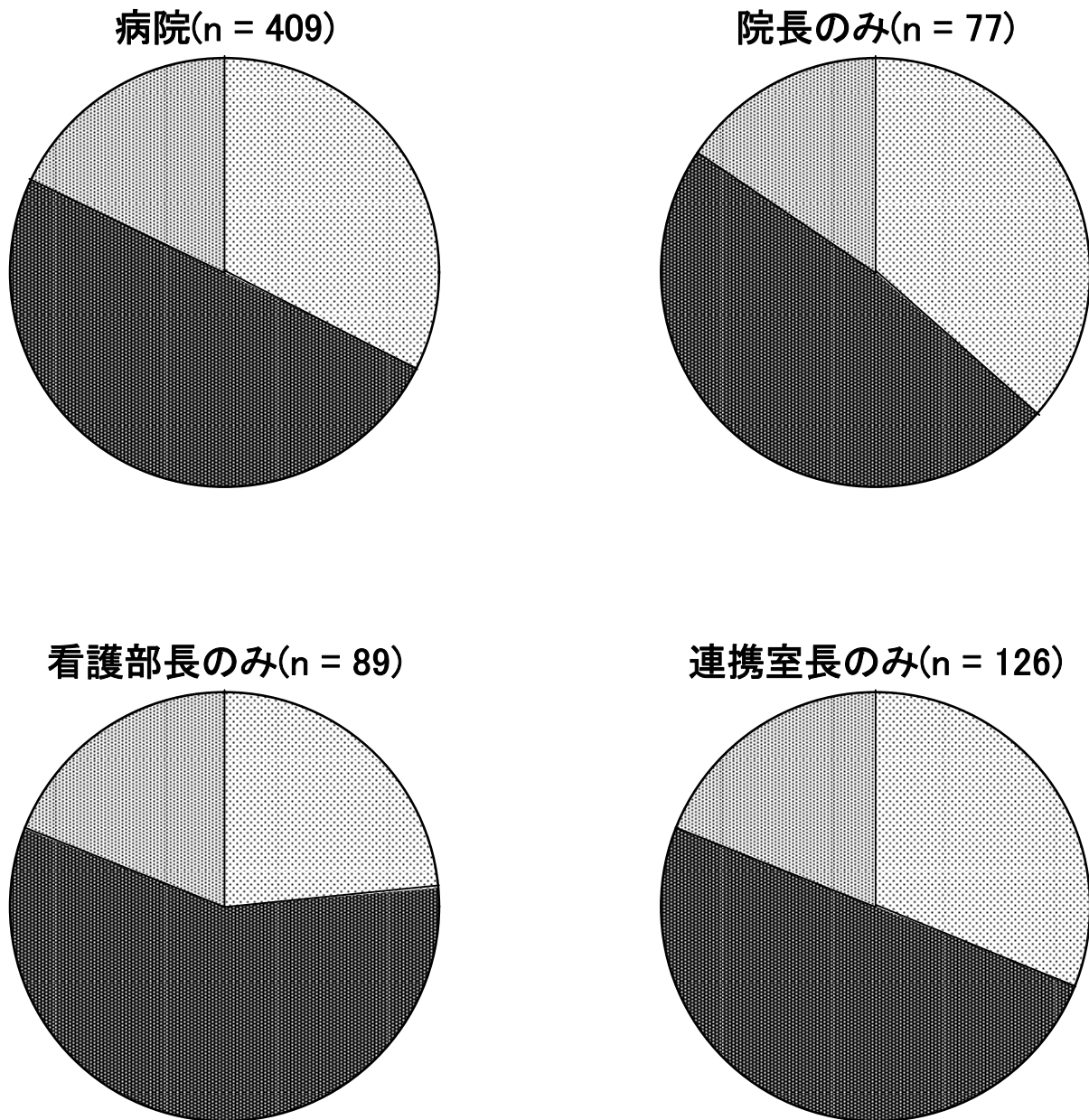
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
よく知っている	38.9%	32.5%	31.5%	42.1%
一部しか知らない	52.1%	51.9%	58.4%	50.8%
知らない	9.0%	15.6%	10.1%	7.1%

問2-1 在宅移行の際の問題－貴施設の医師数の不足



	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
問題はない	30.8%	26.0%	27.0%	31.0%
多少問題がある	46.0%	61.0%	40.4%	43.7%
深刻な問題である	23.2%	13.0%	32.6%	25.4%

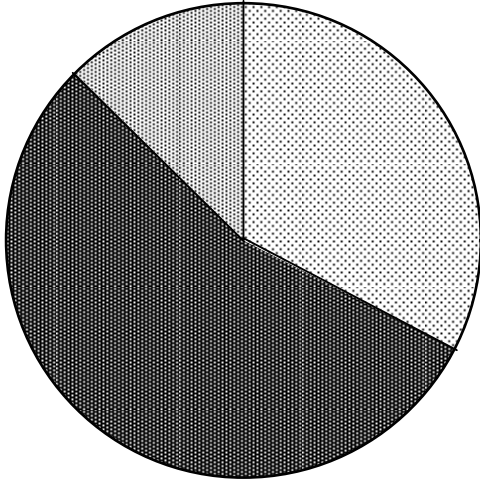
問2-1 在宅移行の際の問題－貴施設の看護師数の不足



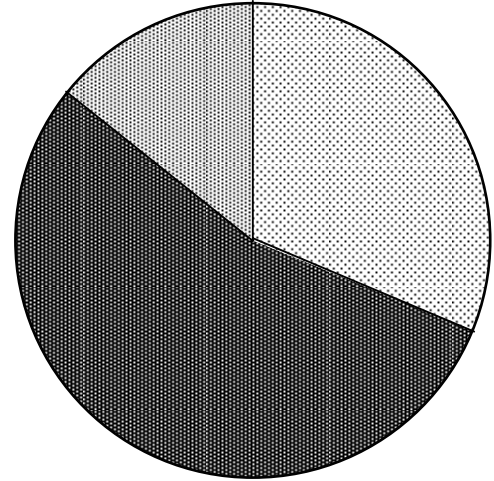
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
問題はない	32.3%	36.4%	23.6%	31.0%
多少問題がある	49.9%	48.1%	57.3%	50.0%
深刻な問題である	17.8%	15.6%	19.1%	19.0%

問2-1 在宅移行の際の問題—貴施設の医師・看護師以外の人員の不足

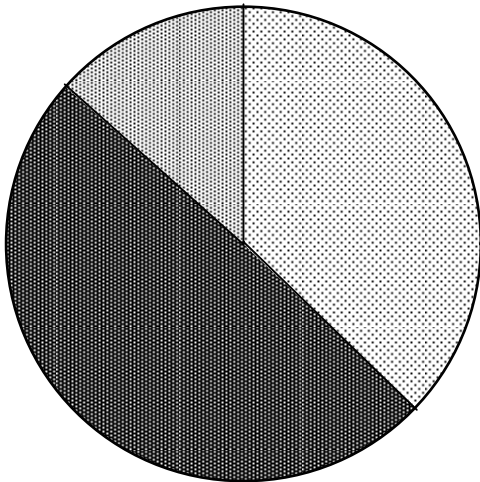
病院(n = 406)



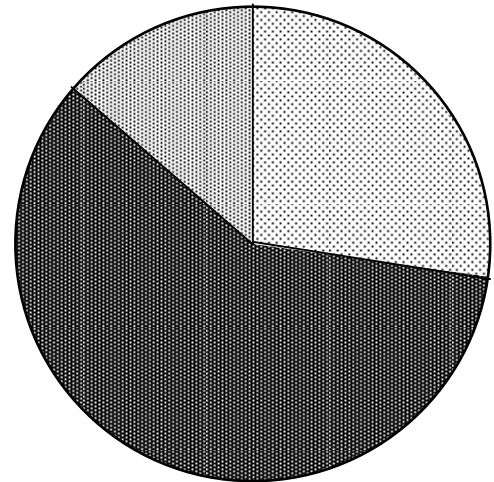
院長のみ(n = 77)



看護部長のみ(n = 89)

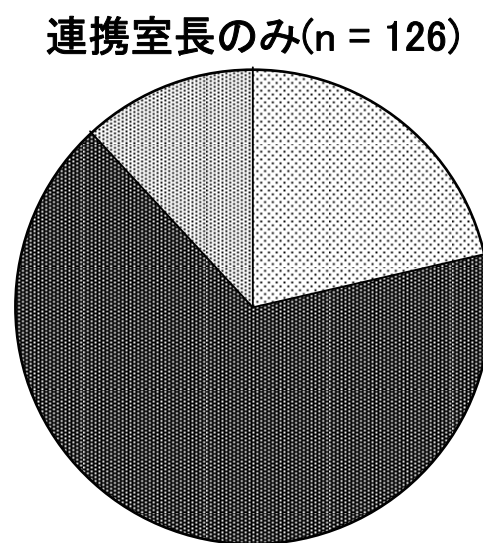
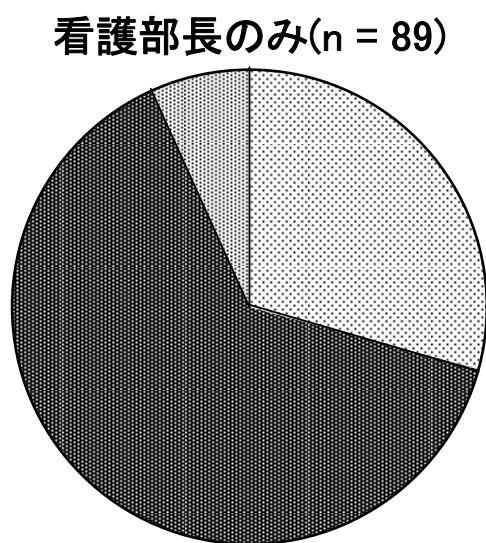
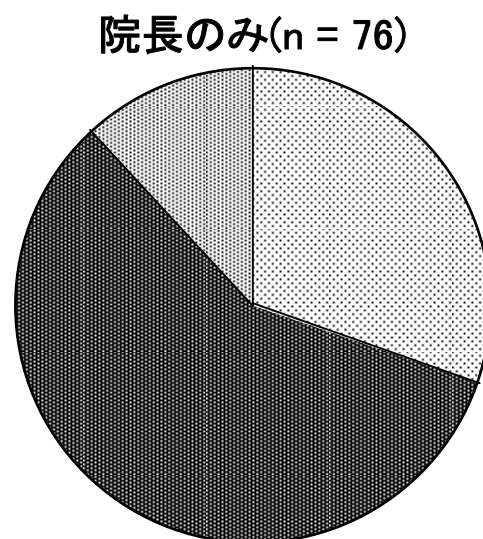
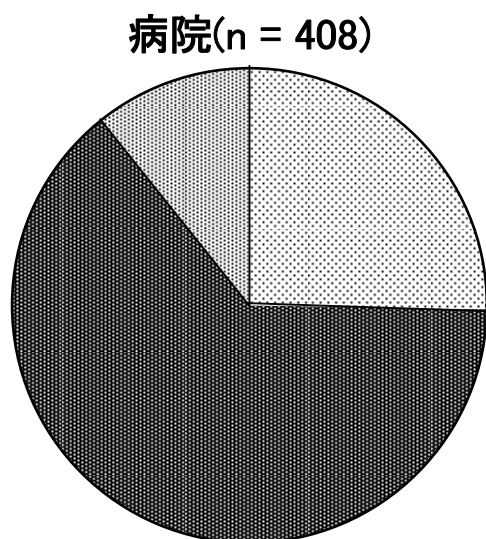


連携室長のみ(n = 125)



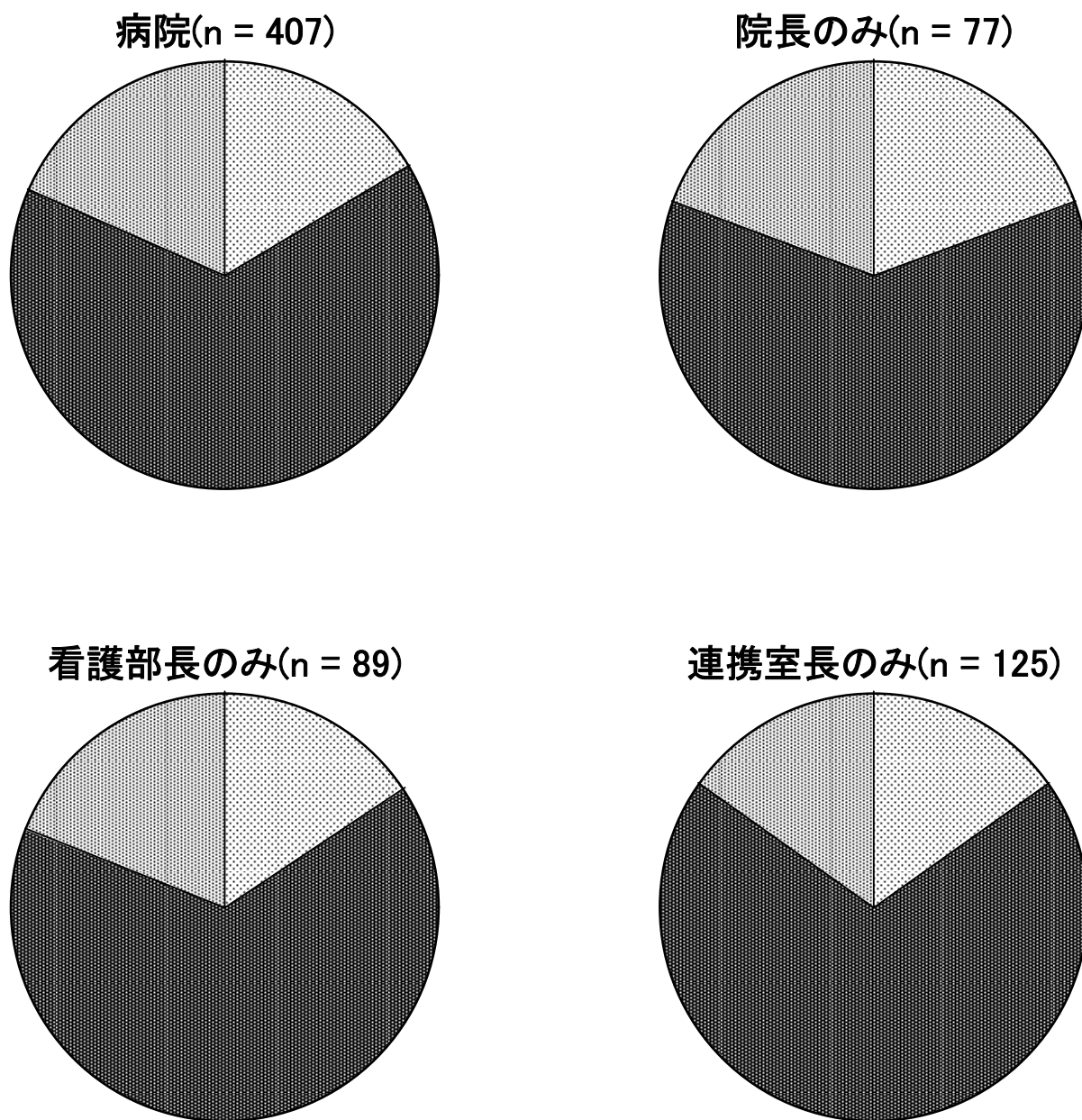
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
問題はない	32.5%	31.2%	37.1%	27.2%
多少問題がある	54.9%	54.5%	49.4%	59.2%
深刻な問題である	12.6%	14.3%	13.5%	13.6%

問2-1 在宅移行の際の問題－貴施設医師・看護師の緩和ケアに関する経験



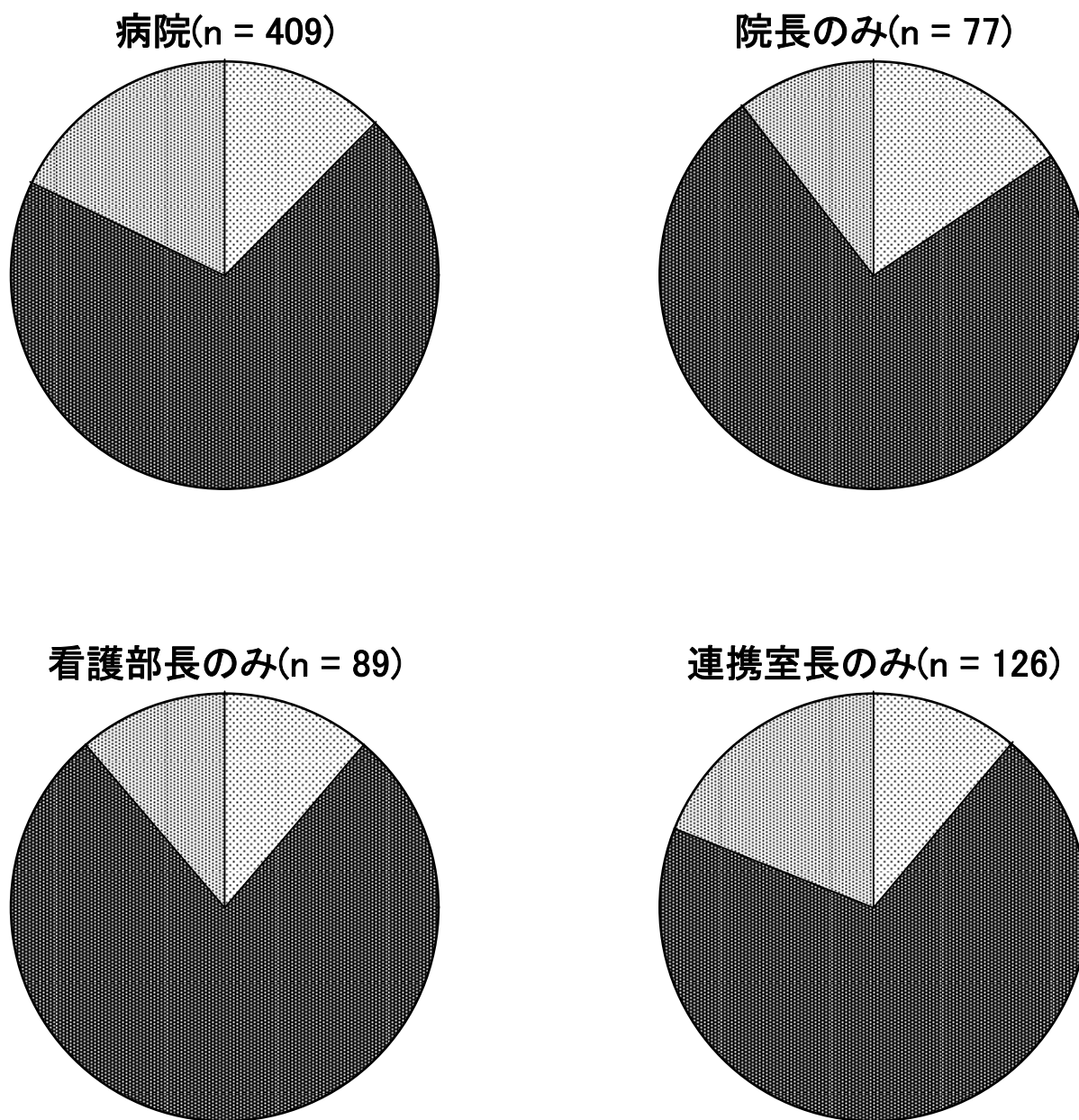
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
問題はない	25.2%	30.3%	29.2%	21.4%
多少問題がある	64.0%	57.9%	64.0%	66.7%
深刻な問題である	10.8%	11.8%	6.7%	11.9%

問2-1 在宅移行の際の問題－貴施設医師・看護師の難病ケアに関する経験



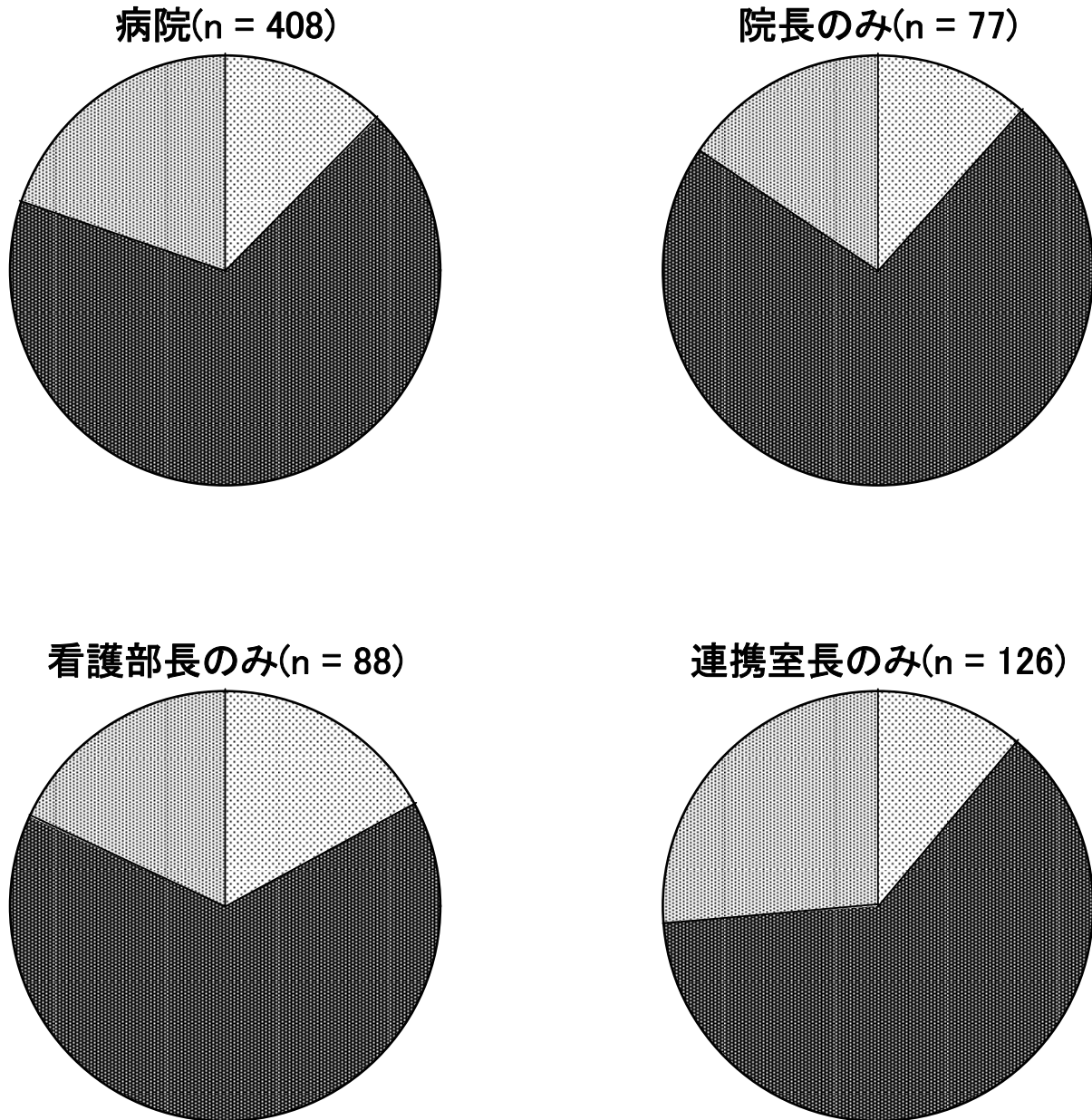
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
問題はない	16.5%	19.5%	15.7%	15.2%
多少問題がある	65.1%	61.0%	65.2%	69.6%
深刻な問題である	18.4%	19.5%	19.1%	15.2%

問2-1 在宅移行の際の問題－貴施設医師・看護師の在宅医療に対する理解と知識



	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
問題はない	12.5%	15.6%	11.2%	11.1%
多少問題がある	69.7%	74.0%	77.5%	69.8%
深刻な問題である	17.8%	10.4%	11.2%	19.0%

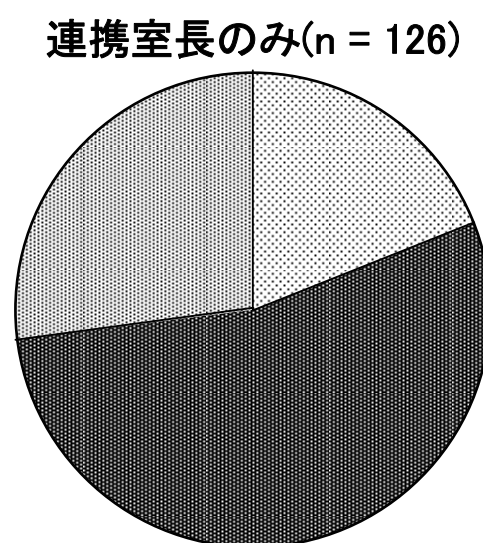
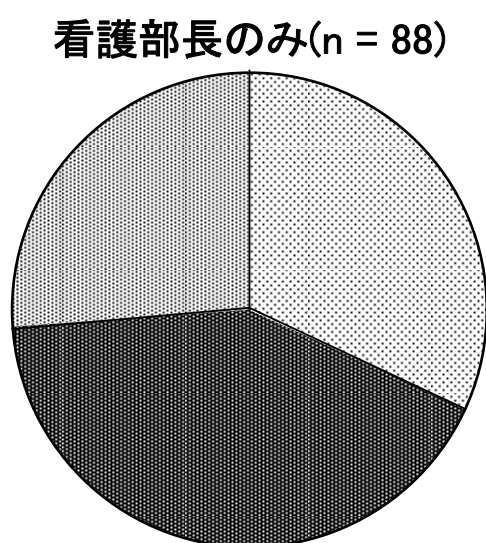
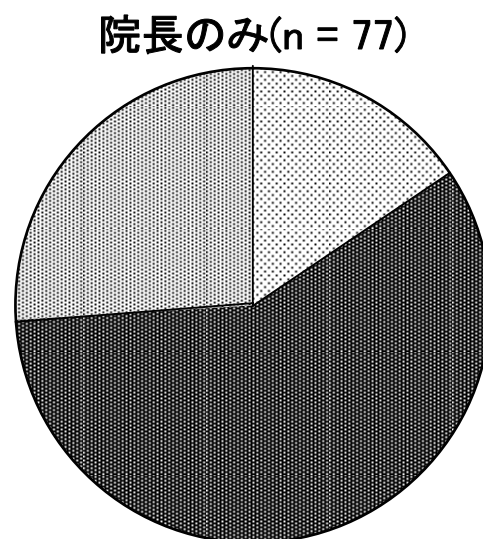
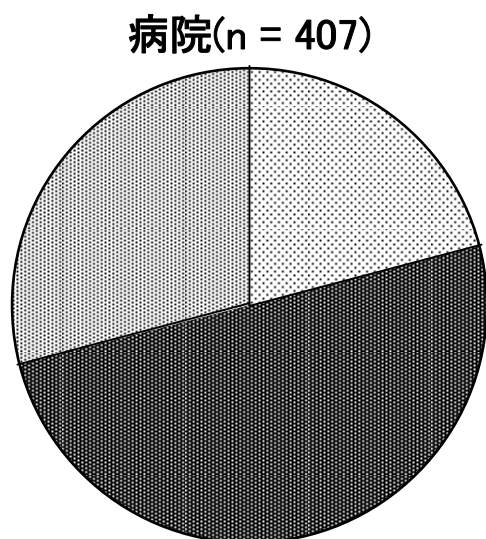
問2-1 在宅移行の際の問題—退院時共同指導の不徹底



	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
問題はない	12.5%	11.7%	17.0%	11.1%
多少問題がある	67.6%	72.7%	64.8%	62.7%
深刻な問題である	19.9%	15.6%	18.2%	26.2%

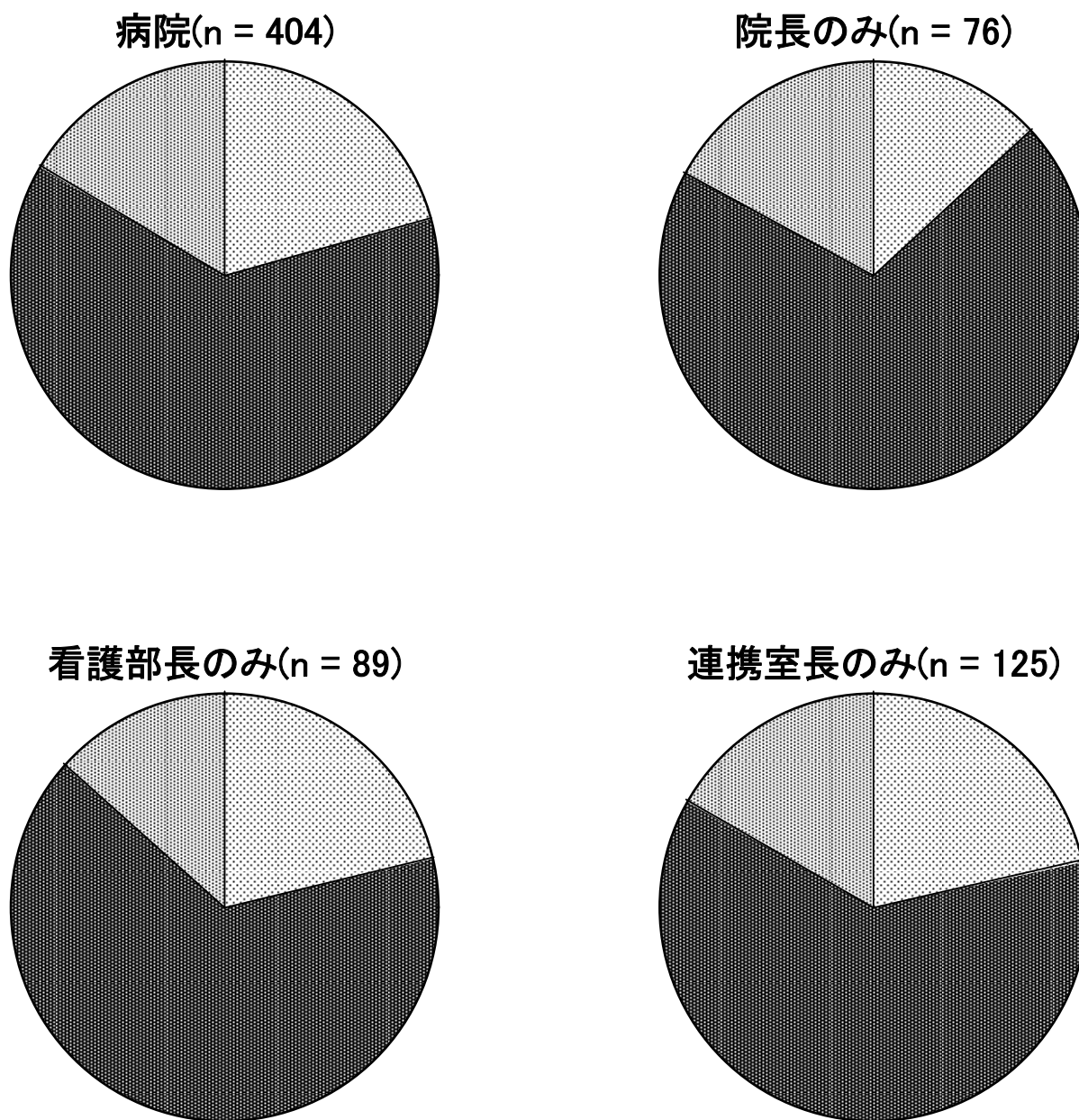


問2-1 在宅移行の際の問題—緊急入院の際の後方ベッドの準備と対応



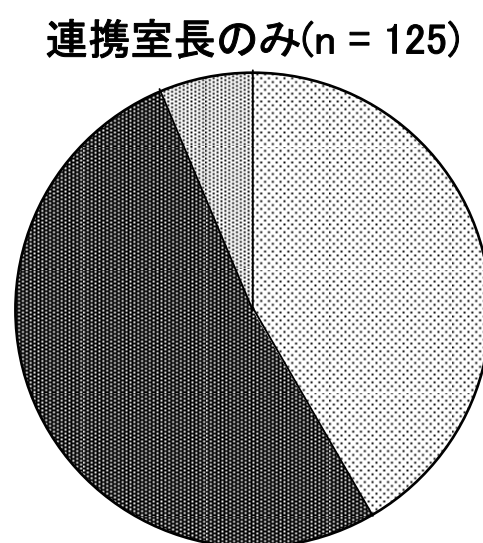
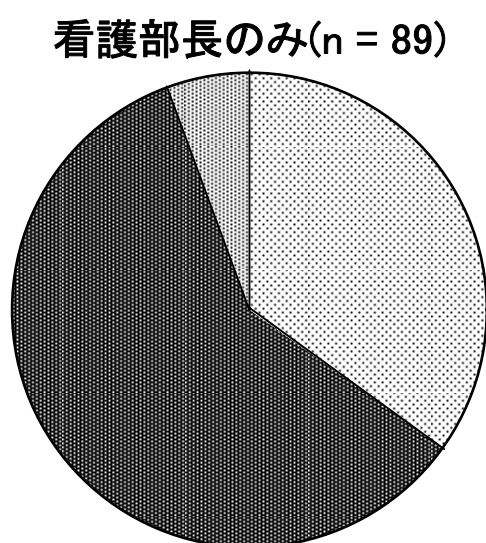
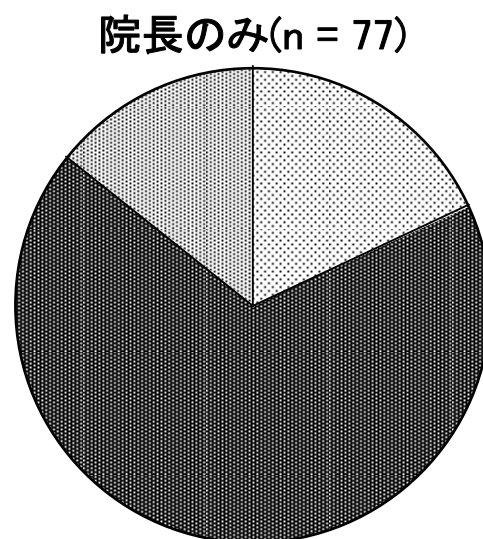
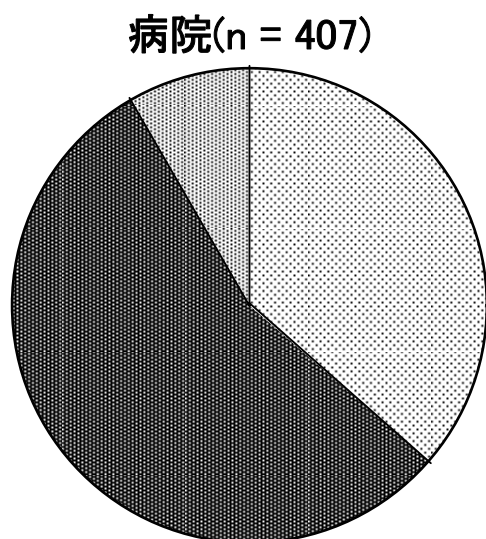
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
問題はない	20.9%	15.6%	31.8%	19.0%
多少問題がある	50.1%	58.4%	42.0%	54.0%
深刻な問題である	29.0%	26.0%	26.1%	27.0%

問2-1 在宅移行の際の問題－在宅療養支援診療所との連携不足



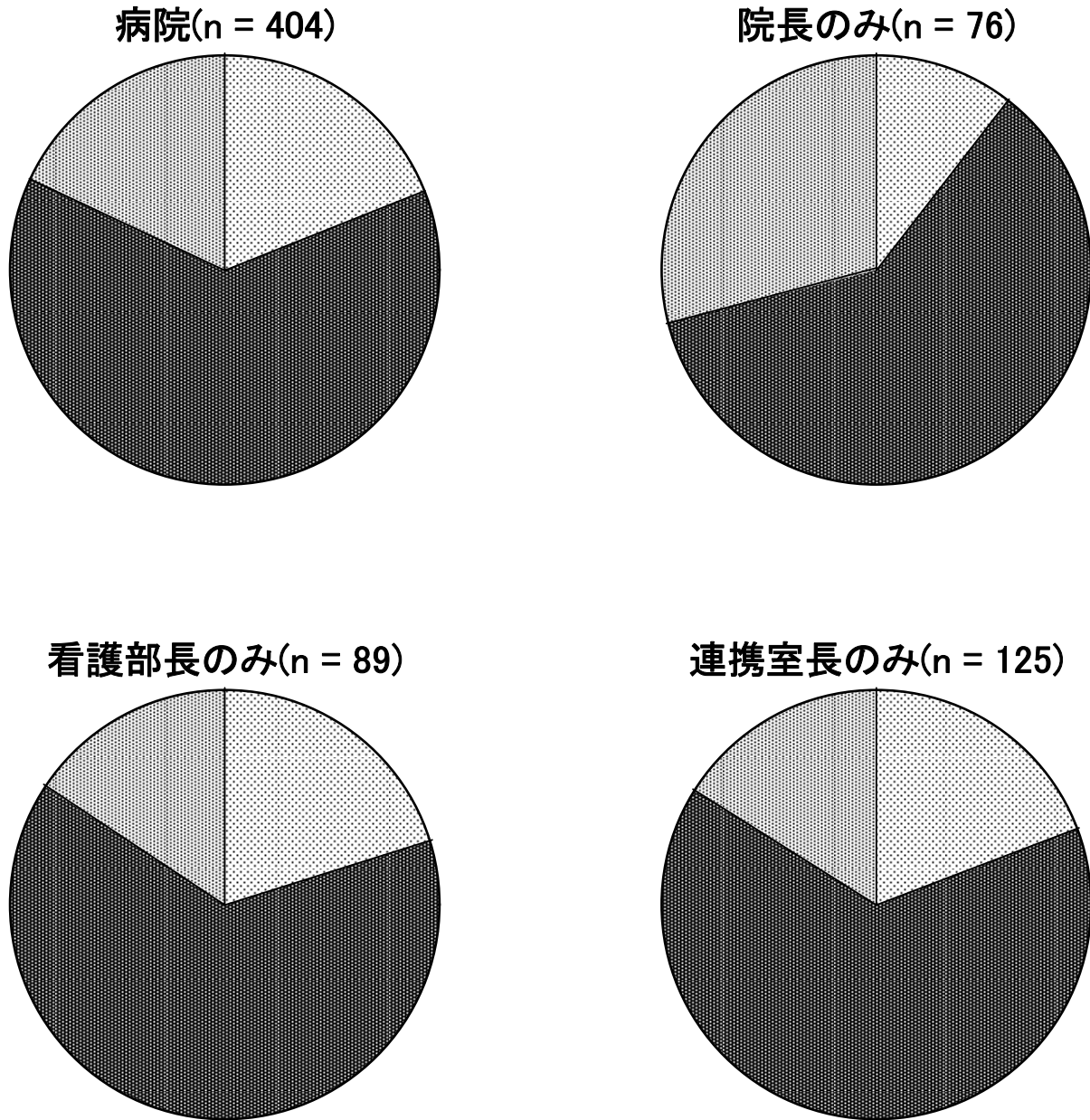
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
問題はない	20.8%	13.2%	21.3%	21.6%
多少問題がある	62.6%	69.7%	65.2%	61.6%
深刻な問題である	16.6%	17.1%	13.5%	16.8%

問2-1 在宅移行の際の問題ー連携可能な訪問看護事業所との連携不足



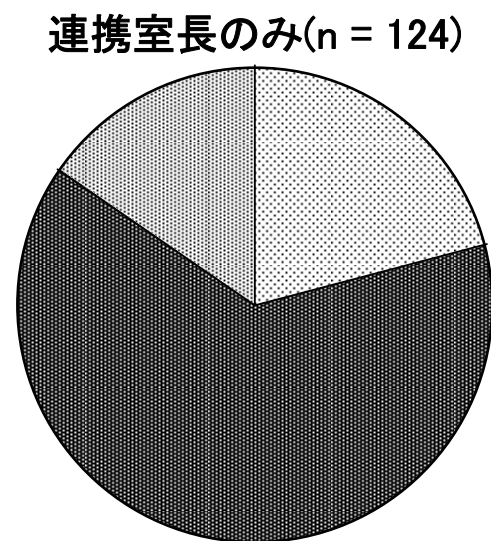
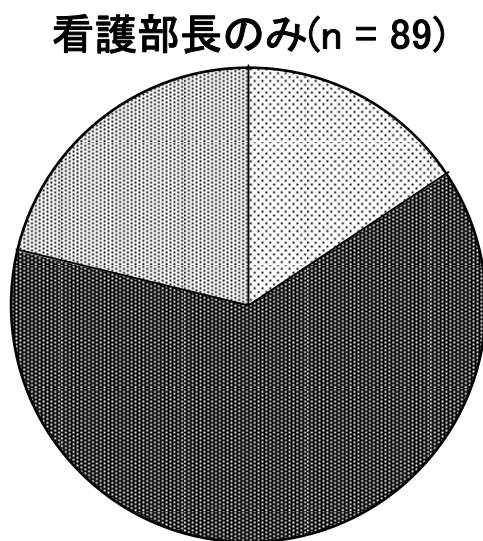
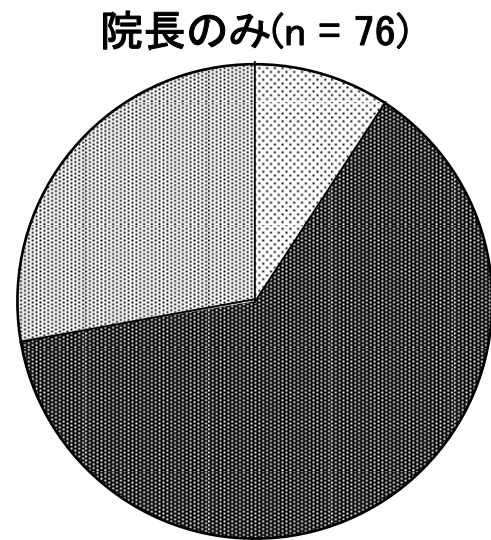
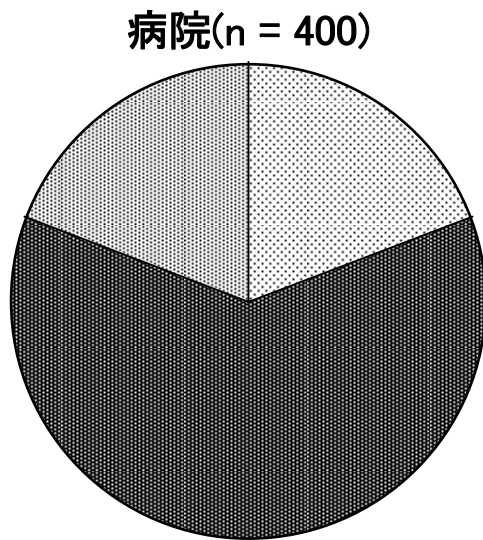
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
問題はない	36.4%	18.2%	34.8%	41.6%
多少問題がある	55.3%	67.5%	59.6%	52.0%
深刻な問題である	8.4%	14.3%	5.6%	6.4%

問2-1 在宅移行の際の問題—訪問薬剤指導管理を行う調剤薬局との連携不足



	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
問題はない	19.1%	10.5%	20.2%	19.2%
多少問題がある	62.9%	60.5%	64.0%	64.8%
深刻な問題である	18.1%	28.9%	15.7%	16.0%

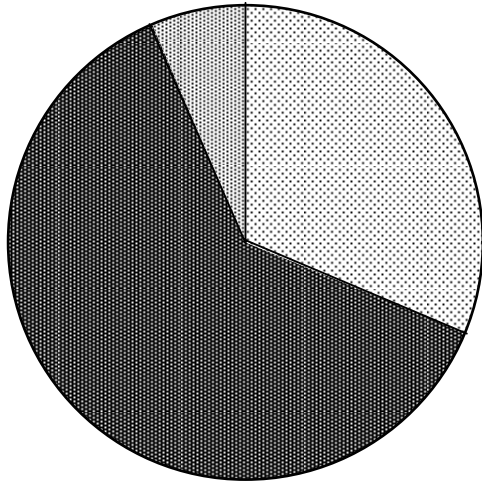
問2-1 在宅移行の際の問題—歯科診療所との連携不足



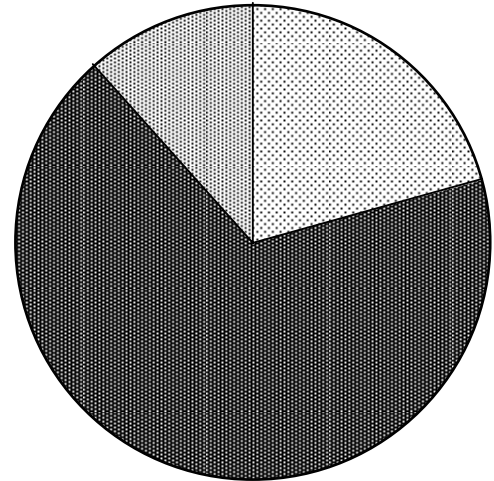
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
問題はない	19.2%	9.2%	15.7%	21.0%
多少問題がある	61.5%	63.2%	62.9%	63.7%
深刻な問題である	19.2%	27.6%	21.3%	15.3%

問2-1 在宅移行の際の問題－訪問介護事業所との連携不足

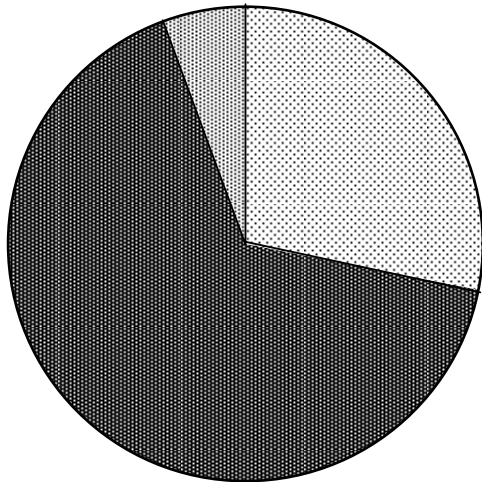
病院(n = 404)



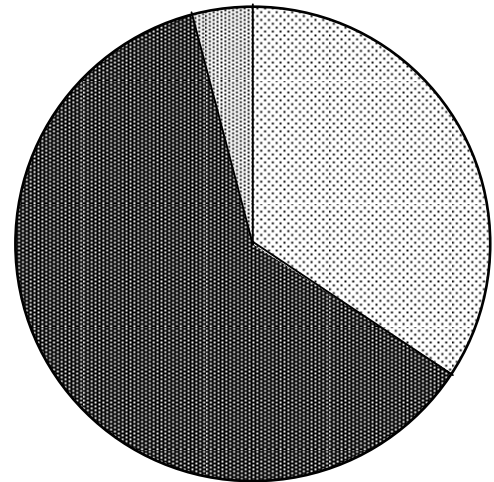
院長のみ(n = 77)



看護部長のみ(n = 89)

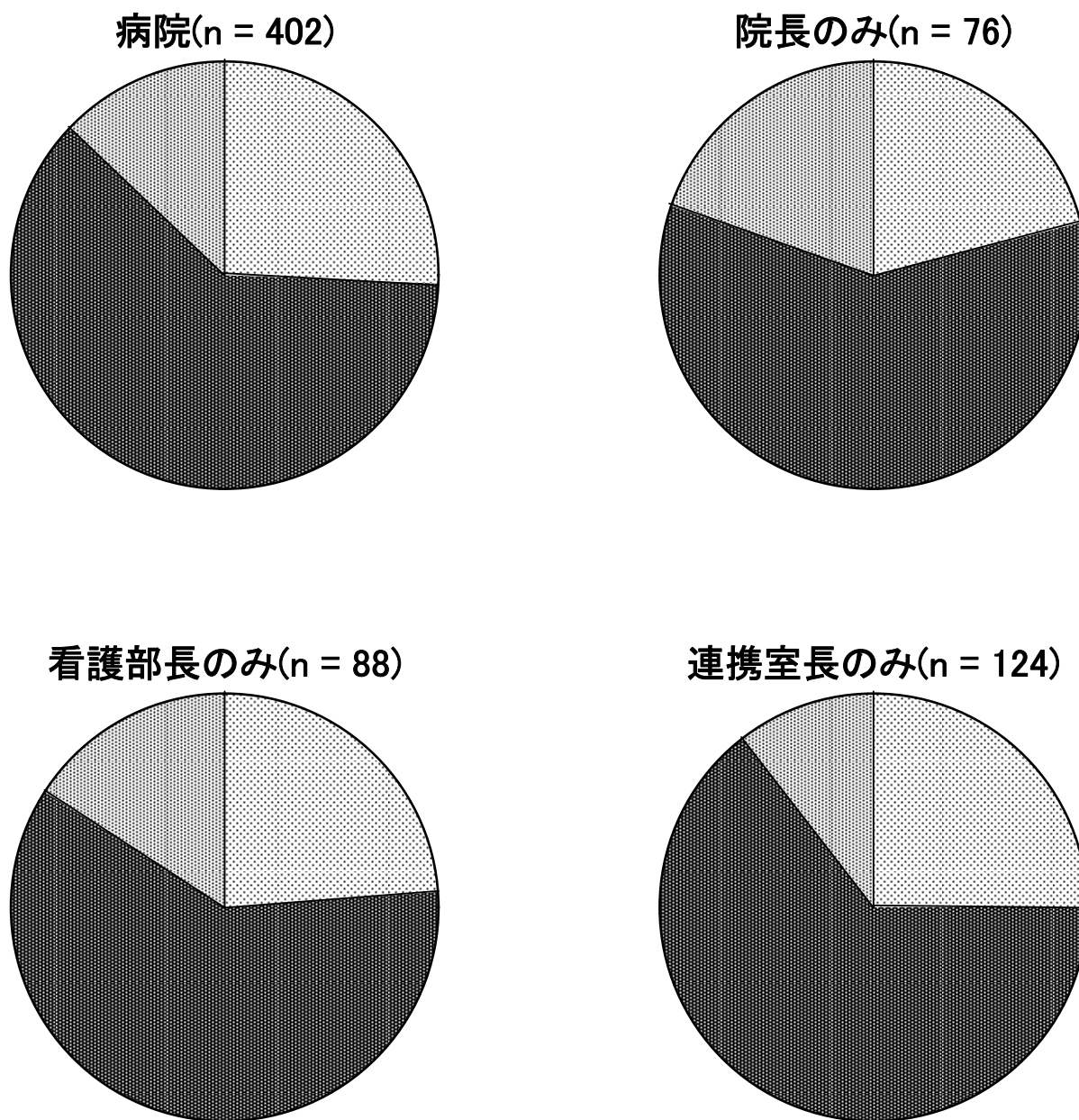


連携室長のみ(n = 123)



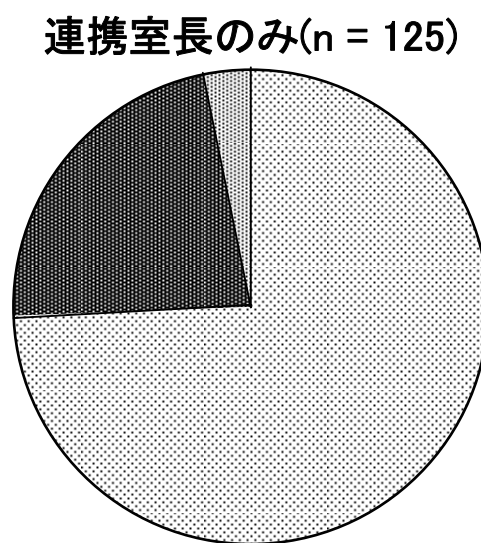
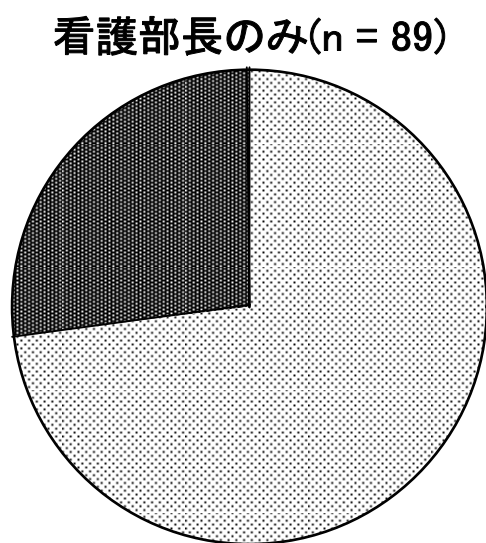
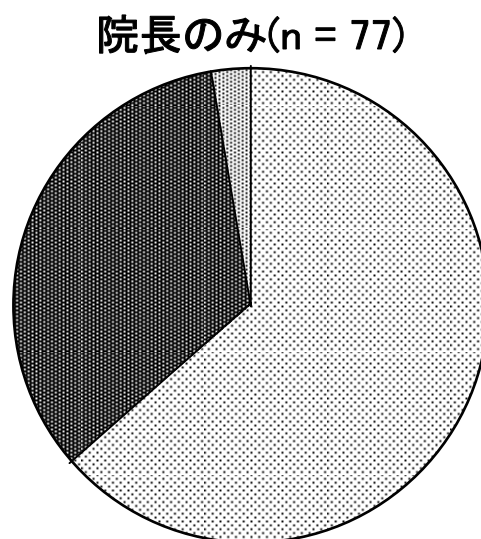
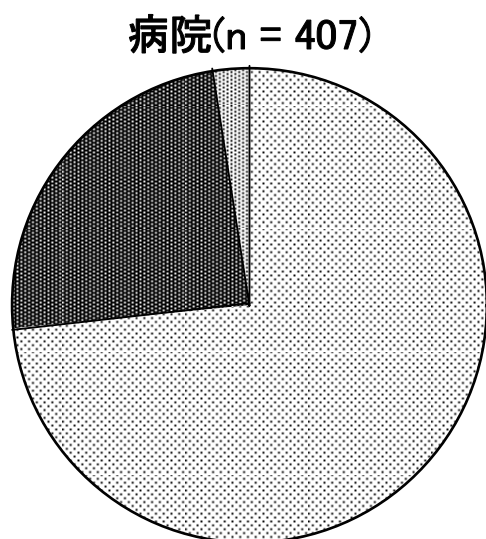
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
問題はない	31.2%	20.8%	28.1%	34.1%
多少問題がある	62.4%	67.5%	66.3%	61.8%
深刻な問題である	6.4%	11.7%	5.6%	4.1%

問2-1 在宅移行の際の問題—特養、老健等の施設との連携不足



	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
問題はない	25.6%	21.1%	23.9%	25.0%
多少問題がある	61.4%	59.2%	60.2%	64.5%
深刻な問題である	12.9%	19.7%	15.9%	10.5%

問2-2 在宅医療の適応となる患者を病院から在宅へ移行させることについて

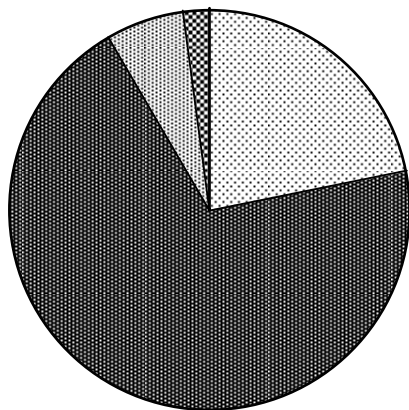


	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
在宅移行の促進に力を入れる	73.5%	63.6%	73.0%	74.4%
当分は現状を維持していく	24.1%	33.8%	27.0%	22.4%
在宅移行よりもむしろ病院での治療に力を入れる	2.5%	2.6%	0.0%	3.2%

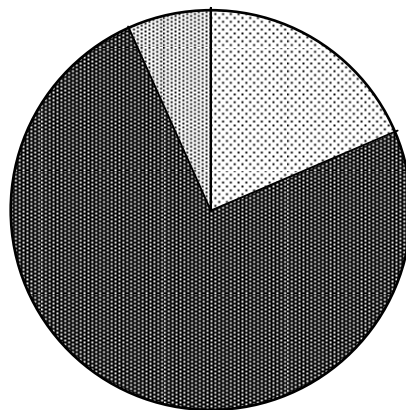


問2-3 病院の医師が知っておくべき内容-理想-医療保険制度

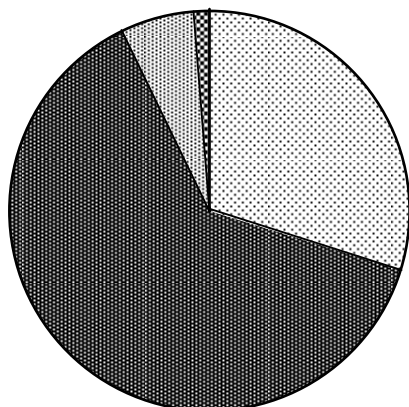
病院(n = 392)



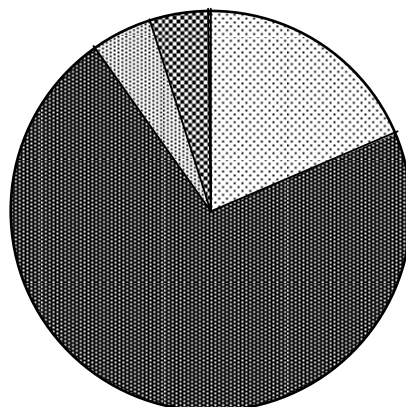
院長のみ(n = 75)



看護部長のみ(n = 84)



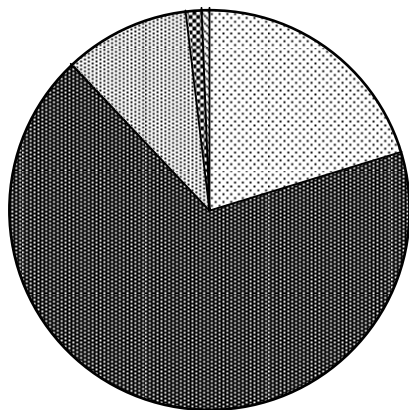
連携室長のみ(n = 123)



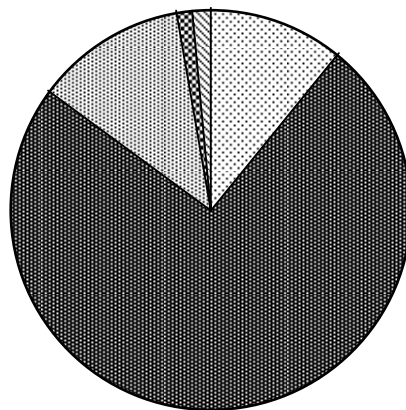
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	21.9%	18.7%	29.8%	18.7%
重要である	69.6%	74.7%	63.1%	71.5%
どちらともいえない	6.4%	6.7%	6.0%	4.9%
あまり重要ではない	2.0%	0.0%	1.2%	4.9%
不要である	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容-理想-介護保険制度

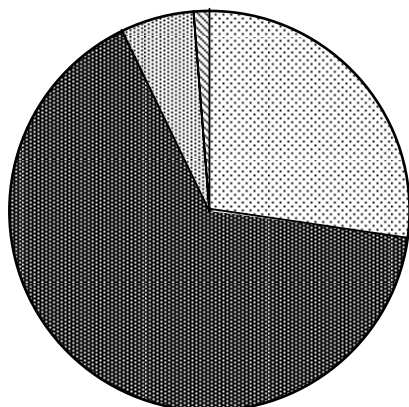
病院(n = 393)



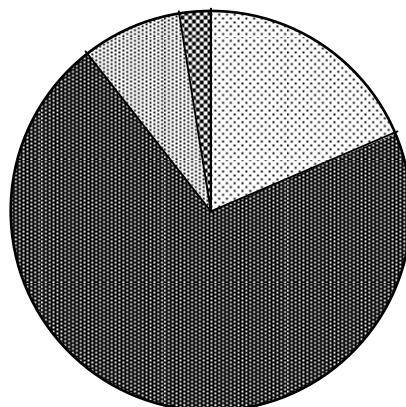
院長のみ(n = 74)



看護部長のみ(n = 85)



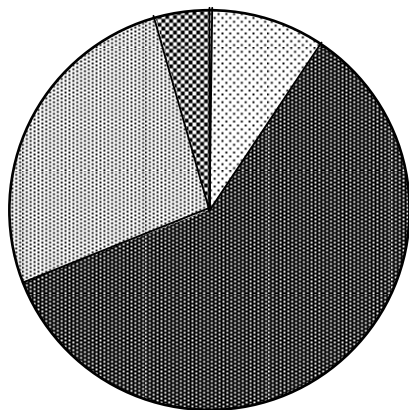
連携室長のみ(n = 123)



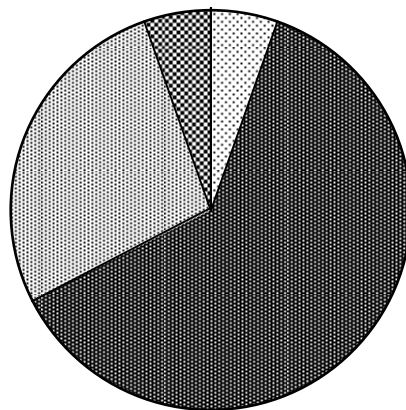
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	20.4%	10.8%	27.1%	18.7%
重要である	67.7%	74.3%	65.9%	70.7%
どちらともいえない	10.2%	12.2%	5.9%	8.1%
あまり重要ではない	1.3%	1.4%	0.0%	2.4%
不要である	0.5%	1.4%	1.2%	0.0%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容-理想-自立支援法

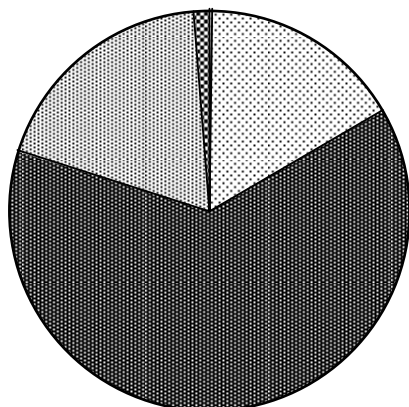
病院(n = 392)



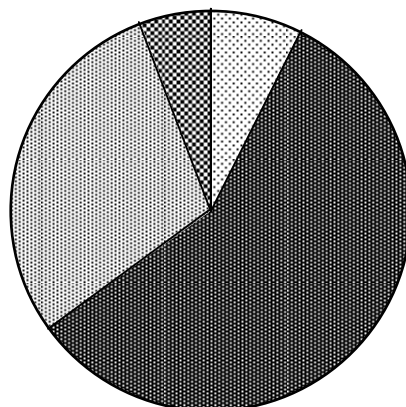
院長のみ(n = 74)



看護部長のみ(n = 84)



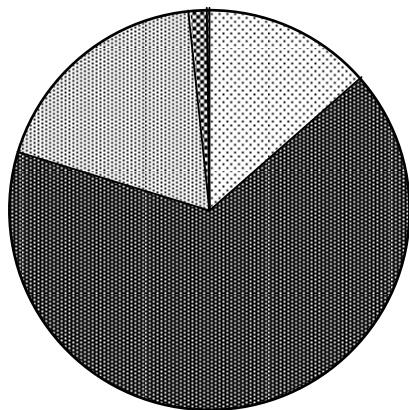
連携室長のみ(n = 123)



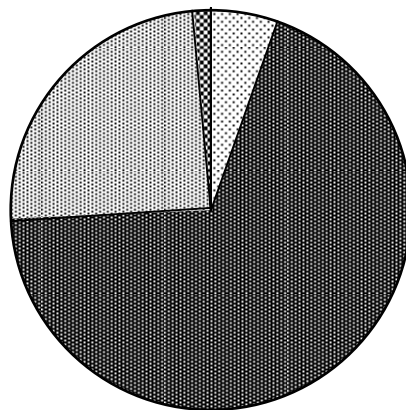
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	9.4%	5.4%	16.7%	7.3%
重要である	59.7%	62.2%	63.1%	57.7%
どちらともいえない	26.5%	27.0%	19.0%	29.3%
あまり重要ではない	4.3%	5.4%	1.2%	5.7%
不要である	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容-理想-難病制度(特定疾患治療研究事業)

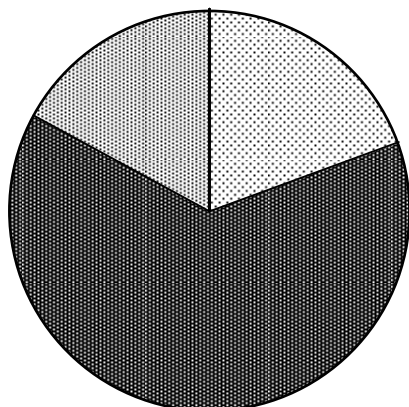
病院(n = 389)



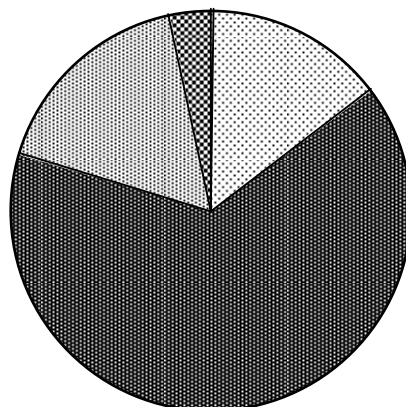
院長のみ(n = 74)



看護部長のみ(n = 82)



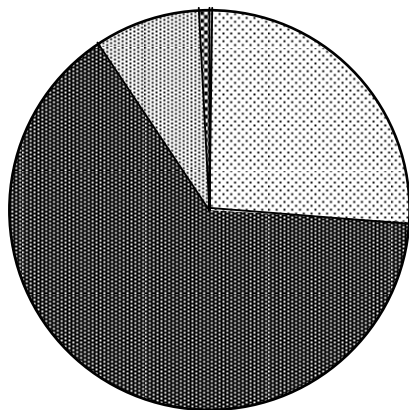
連携室長のみ(n = 122)



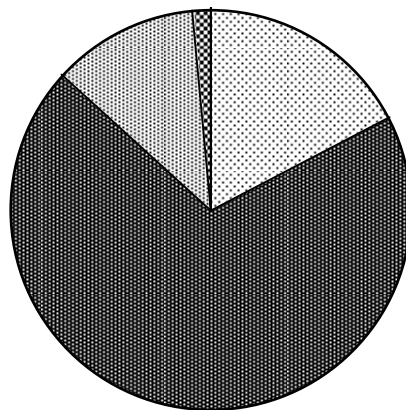
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	13.6%	5.4%	19.5%	14.8%
重要である	66.1%	68.9%	63.4%	64.8%
どちらともいえない	18.8%	24.3%	17.1%	17.2%
あまり重要ではない	1.5%	1.4%	0.0%	3.3%
不要である	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容-理想-在宅医療の心得

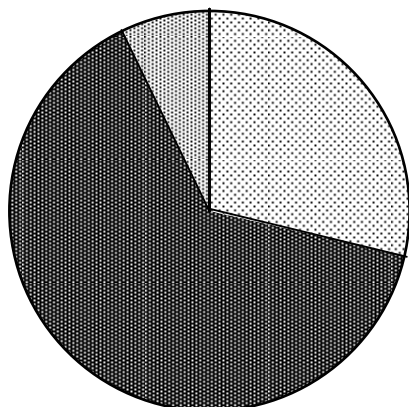
病院(n = 393)



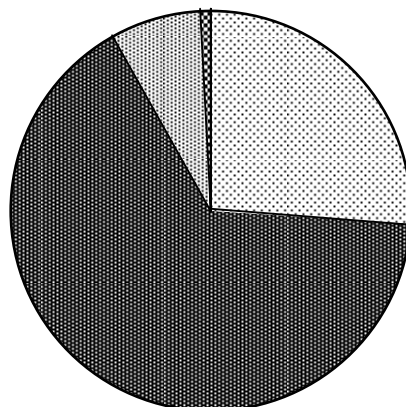
院長のみ(n = 75)



看護部長のみ(n = 84)



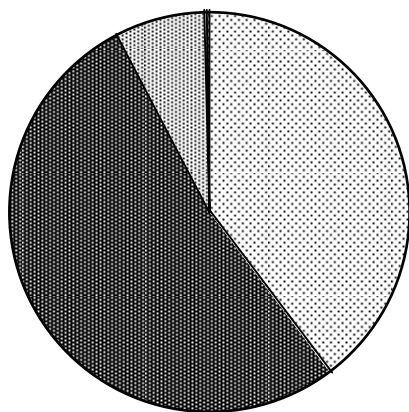
連携室長のみ(n = 123)



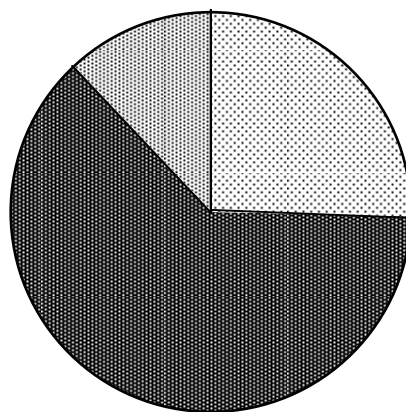
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	26.0%	17.3%	28.6%	26.0%
重要である	64.6%	69.3%	64.3%	65.9%
どちらともいえない	8.7%	12.0%	7.1%	7.3%
あまり重要ではない	0.8%	1.3%	0.0%	0.8%
不要である	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容—理想—適切な面接・面談

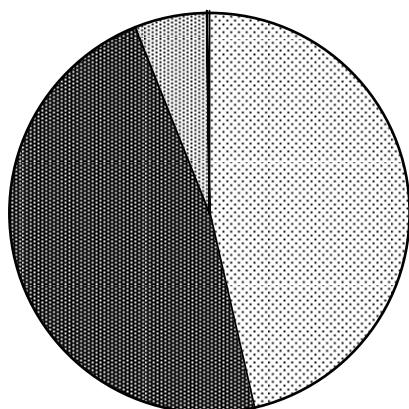
病院(n = 390)



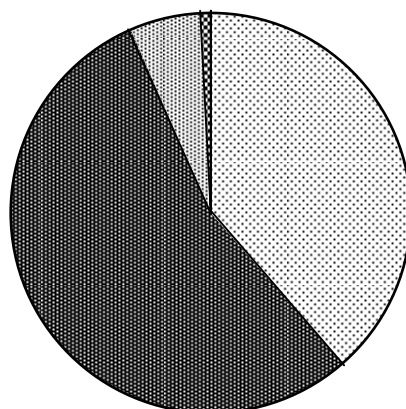
院長のみ(n = 75)



看護部長のみ(n = 84)



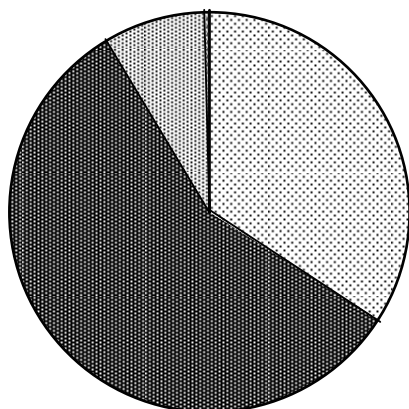
連携室長のみ(n = 122)



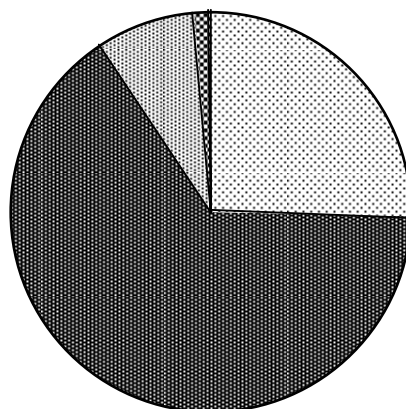
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	39.7%	25.3%	46.4%	38.5%
重要である	52.6%	62.7%	47.6%	54.9%
どちらともいえない	7.4%	12.0%	6.0%	5.7%
あまり重要ではない	0.3%	0.0%	0.0%	0.8%
不要である	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容-理想-家族支援

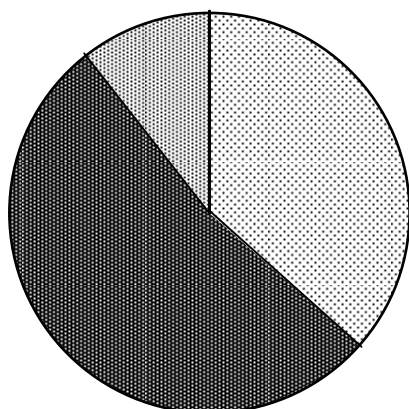
病院(n = 394)



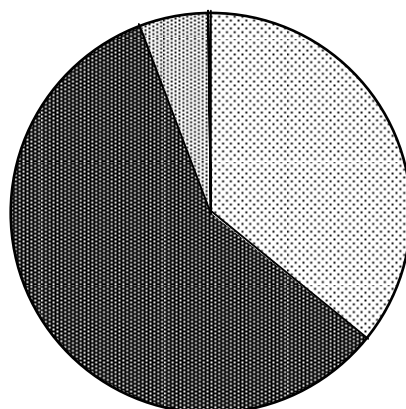
院長のみ(n = 75)



看護部長のみ(n = 85)



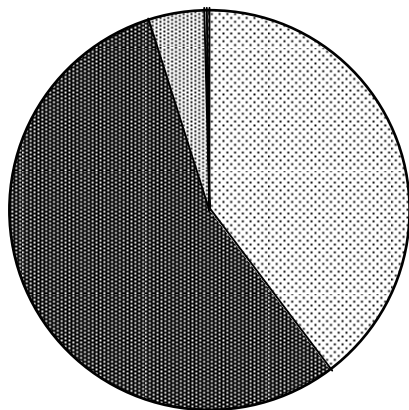
連携室長のみ(n = 123)



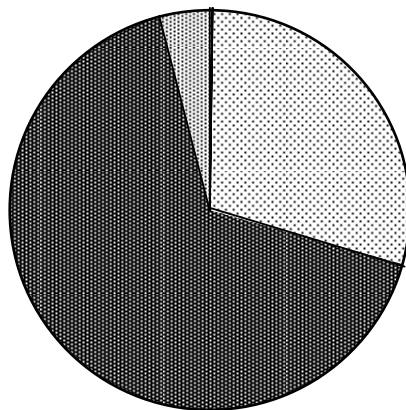
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	34.0%	25.3%	36.5%	35.8%
重要である	57.4%	65.3%	52.9%	58.5%
どちらともいえない	8.4%	8.0%	10.6%	5.7%
あまり重要ではない	0.3%	1.3%	0.0%	0.0%
不要である	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容-理想-がんの緩和医療

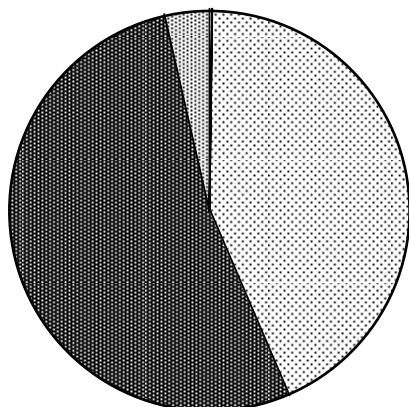
病院(n = 393)



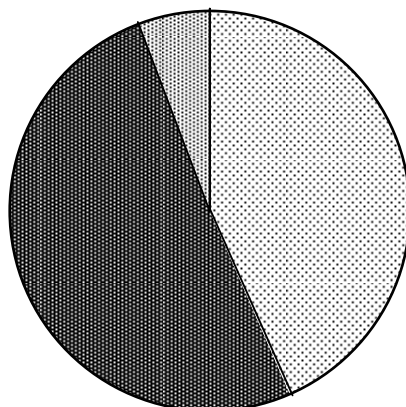
院長のみ(n = 75)



看護部長のみ(n = 85)



連携室長のみ(n = 122)

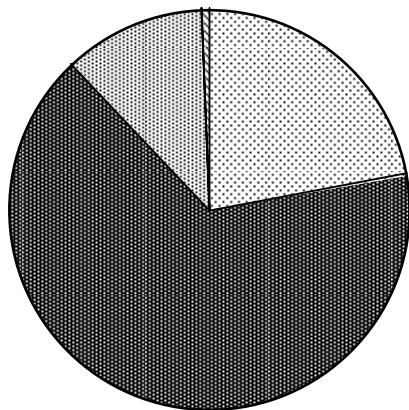


	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	39.7%	29.3%	43.5%	43.4%
重要である	55.5%	66.7%	52.9%	50.8%
どちらともいえない	4.6%	4.0%	3.5%	5.7%
あまり重要ではない	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%
不要である	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

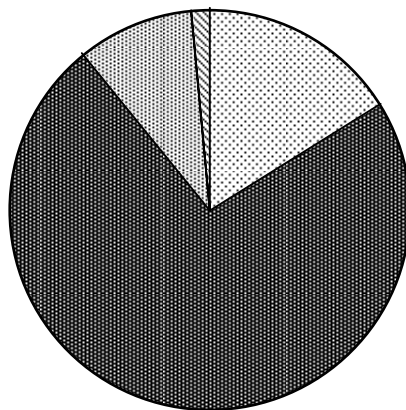


問2-3 病院の医師が知っておくべき内容－理想－認知症の療養生活像

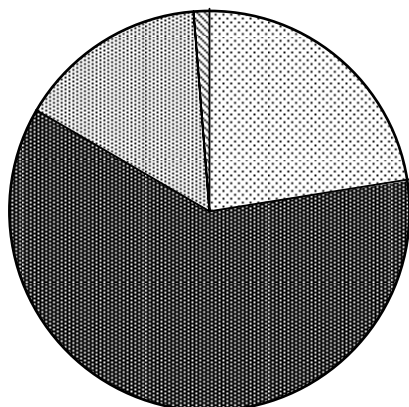
病院(n = 391)



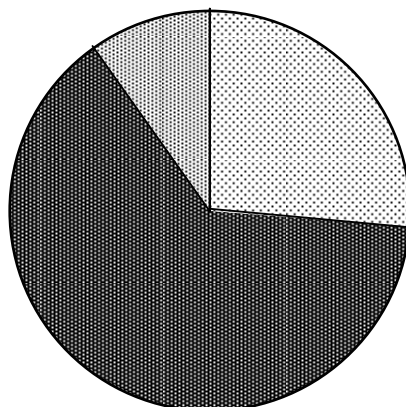
院長のみ(n = 74)



看護部長のみ(n = 84)



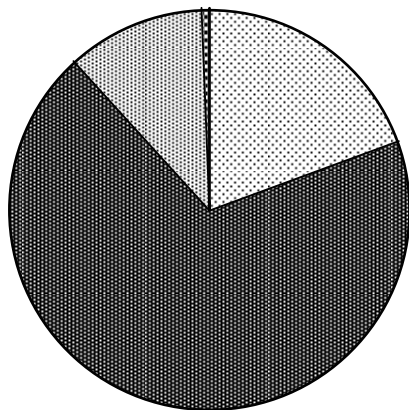
連携室長のみ(n = 122)



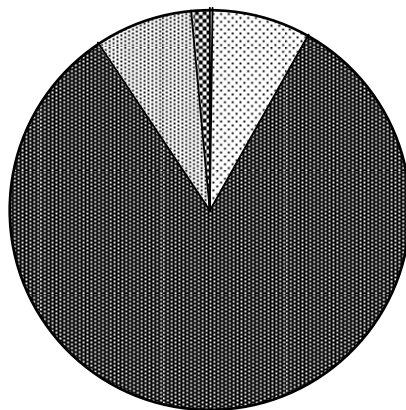
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	22.3%	16.2%	22.6%	26.2%
重要である	65.7%	73.0%	60.7%	63.9%
どちらともいえない	11.5%	9.5%	15.5%	9.8%
あまり重要ではない	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
不要である	0.5%	1.4%	1.2%	0.0%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容-理想-難病の療養生活像

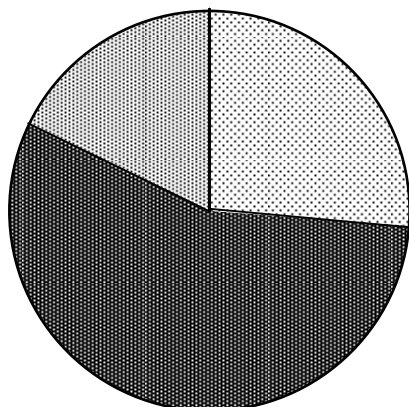
病院(n = 390)



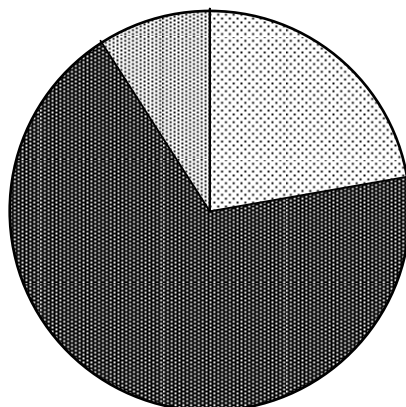
院長のみ(n = 74)



看護部長のみ(n = 84)



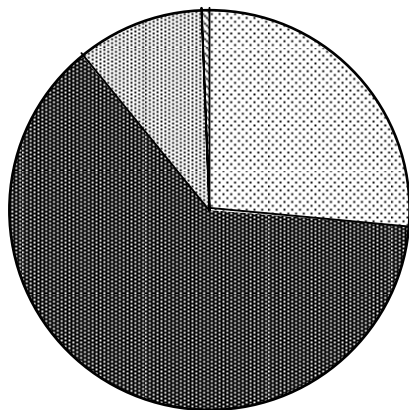
連携室長のみ(n = 121)



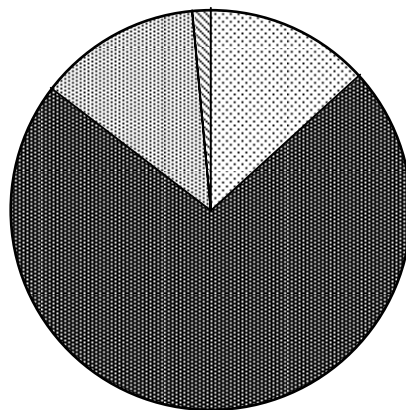
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	19.5%	8.1%	26.2%	22.3%
重要である	68.7%	82.4%	56.0%	68.6%
どちらともいえない	11.3%	8.1%	17.9%	9.1%
あまり重要ではない	0.5%	1.4%	0.0%	0.0%
不要である	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容-理想-高齢者の特性

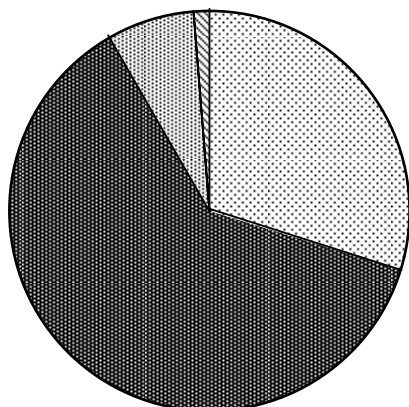
病院(n = 392)



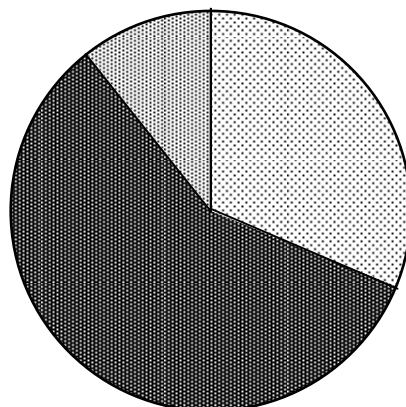
院長のみ(n = 75)



看護部長のみ(n = 84)



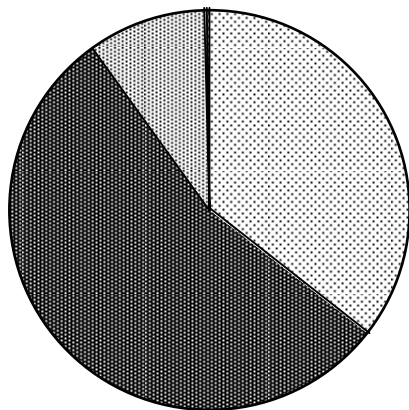
連携室長のみ(n = 122)



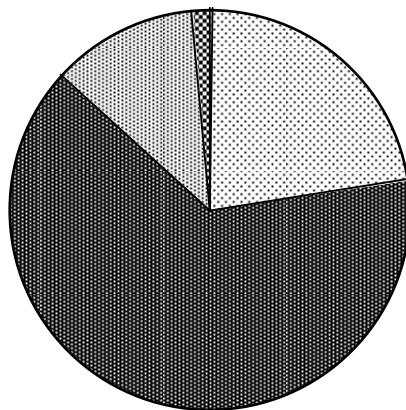
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	26.3%	13.3%	29.8%	31.1%
重要である	62.8%	72.0%	61.9%	58.2%
どちらともいえない	10.5%	13.3%	7.1%	10.7%
あまり重要ではない	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
不要である	0.5%	1.3%	1.2%	0.0%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容-理想-臨終時の心構え

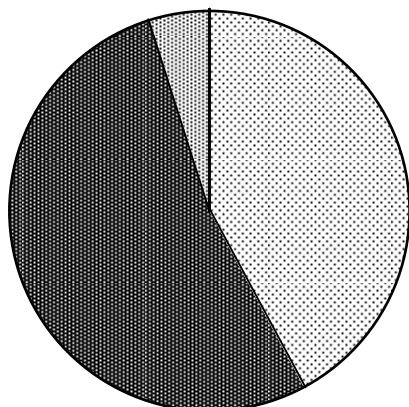
病院(n = 391)



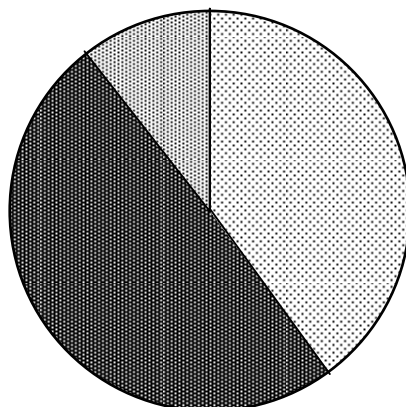
院長のみ(n = 75)



看護部長のみ(n = 83)



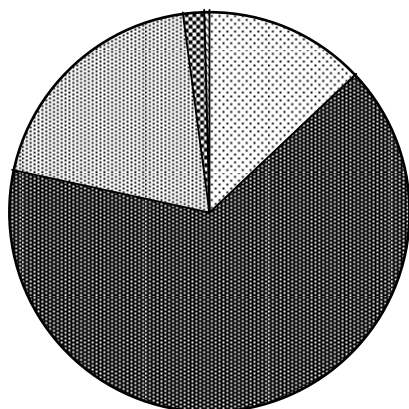
連携室長のみ(n = 123)



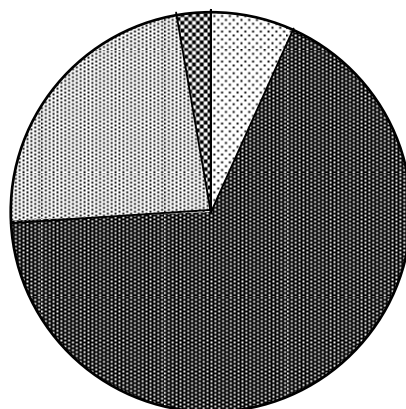
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	35.5%	22.7%	42.2%	39.8%
重要である	54.5%	64.0%	53.0%	49.6%
どちらともいえない	9.7%	12.0%	4.8%	10.6%
あまり重要ではない	0.3%	1.3%	0.0%	0.0%
不要である	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容—理想—在宅患者訪問点滴注射管理指導

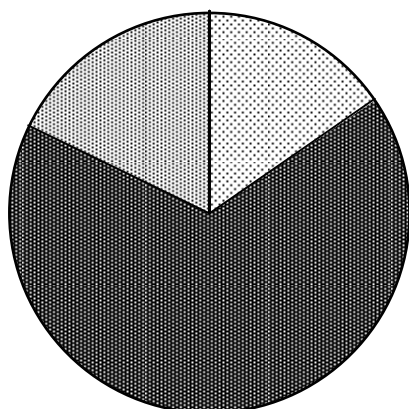
病院(n = 388)



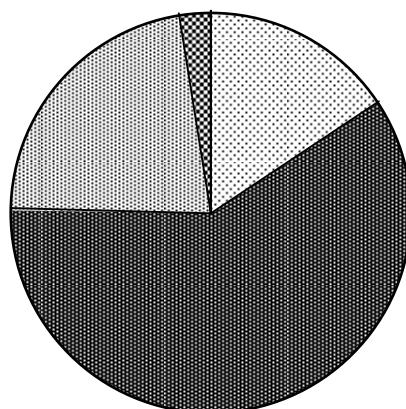
院長のみ(n = 74)



看護部長のみ(n = 84)



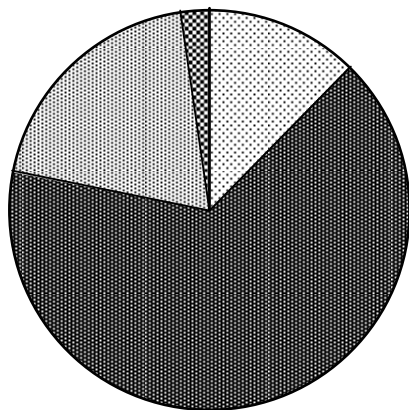
連携室長のみ(n = 121)



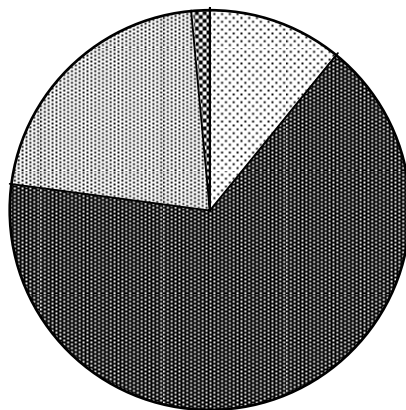
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	12.9%	6.8%	15.5%	15.7%
重要である	65.5%	67.6%	66.7%	59.5%
どちらともいえない	19.6%	23.0%	17.9%	22.3%
あまり重要ではない	1.8%	2.7%	0.0%	2.5%
不要である	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容-理想-在宅自己注射指導

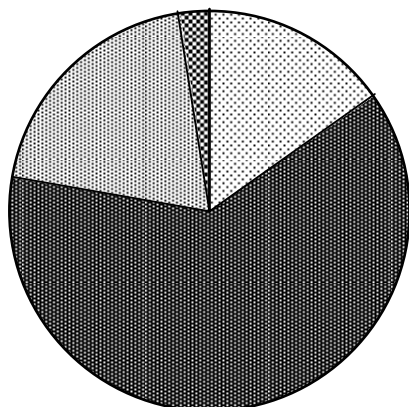
病院(n = 391)



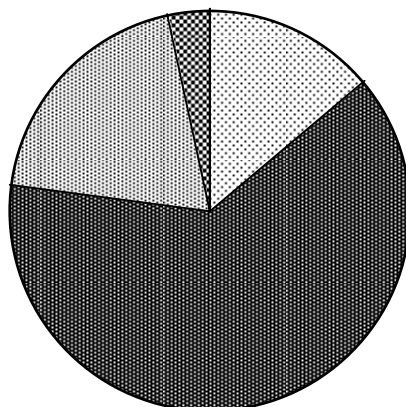
院長のみ(n = 74)



看護部長のみ(n = 85)



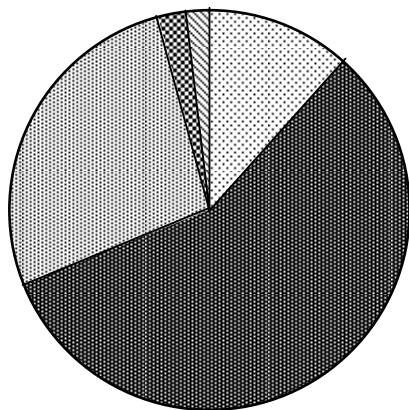
連携室長のみ(n = 122)



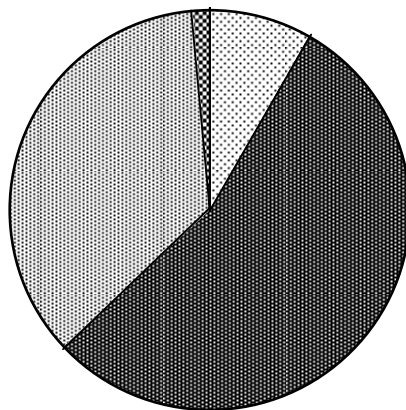
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	12.3%	10.8%	15.3%	13.9%
重要である	65.7%	66.2%	62.4%	63.1%
どちらともいえない	19.7%	21.6%	20.0%	19.7%
あまり重要ではない	2.3%	1.4%	2.4%	3.3%
不要である	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容—理想—在宅腹膜灌流指導

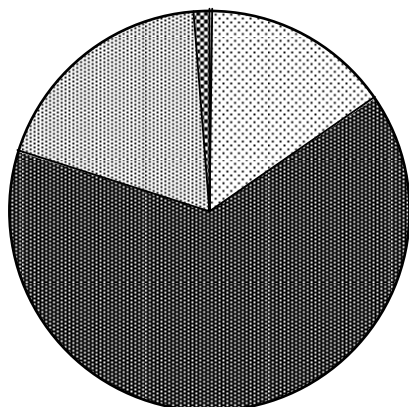
病院(n = 387)



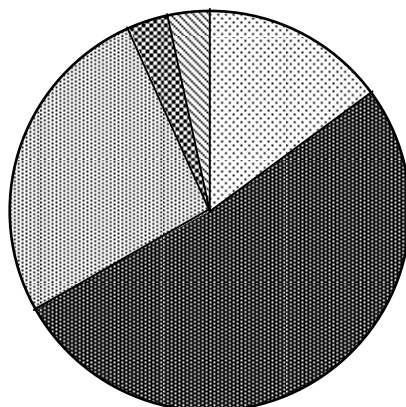
院長のみ(n = 73)



看護部長のみ(n = 84)



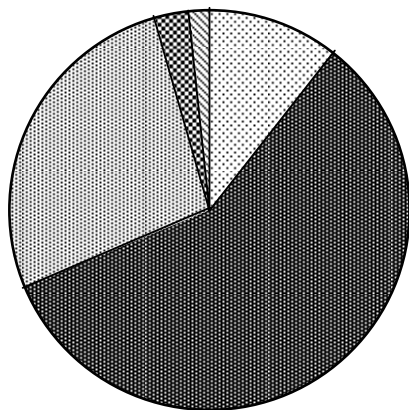
連携室長のみ(n = 121)



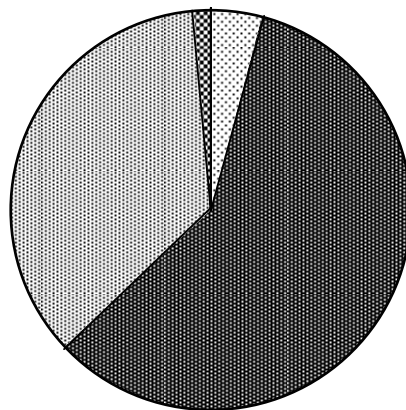
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	11.6%	8.2%	15.5%	14.9%
重要である	57.4%	54.8%	64.3%	52.1%
どちらともいえない	26.9%	35.6%	19.0%	26.4%
あまり重要ではない	2.3%	1.4%	1.2%	3.3%
不要である	1.8%	0.0%	0.0%	3.3%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容—理想—在宅血液透析指導

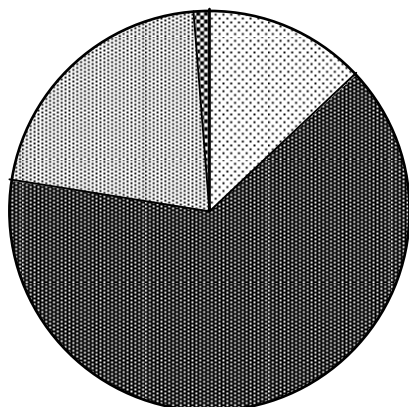
病院(n = 387)



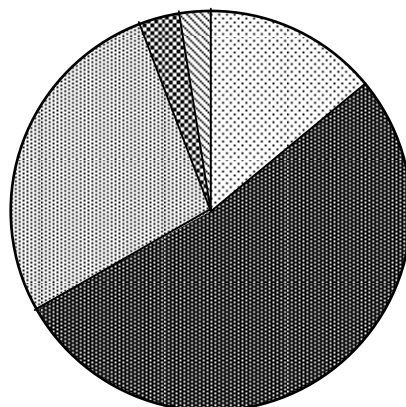
院長のみ(n = 73)



看護部長のみ(n = 84)



連携室長のみ(n = 121)

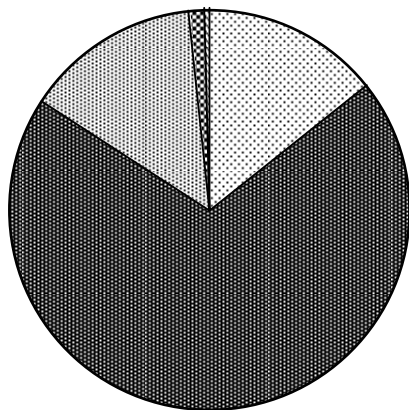


	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	10.6%	4.1%	13.1%	14.0%
重要である	58.1%	58.9%	64.3%	52.9%
どちらともいえない	26.9%	35.6%	21.4%	27.3%
あまり重要ではない	2.8%	1.4%	1.2%	3.3%
不要である	1.6%	0.0%	0.0%	2.5%

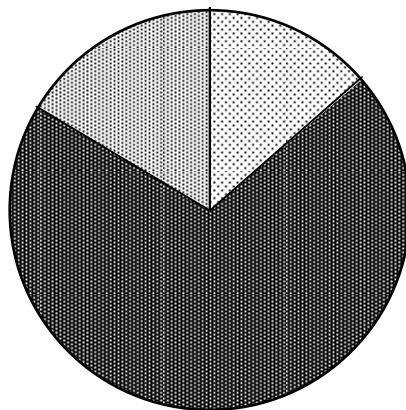


問2-3 病院の医師が知っておくべき内容-理想-在宅酸素療法指導

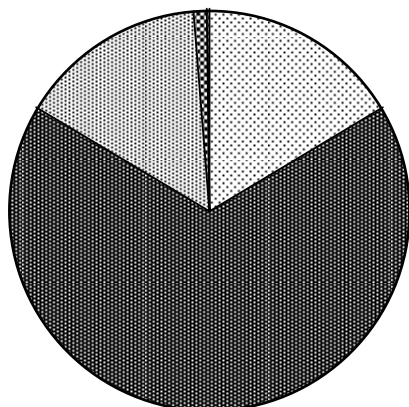
病院(n = 391)



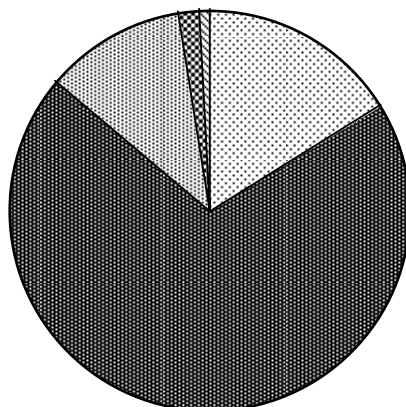
院長のみ(n = 73)



看護部長のみ(n = 85)



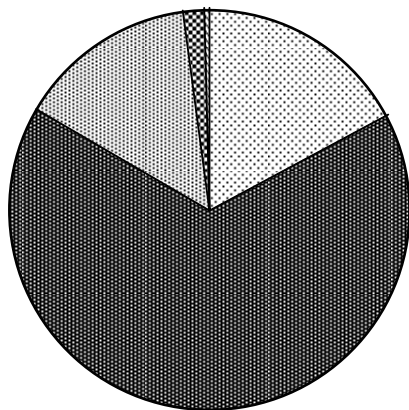
連携室長のみ(n = 123)



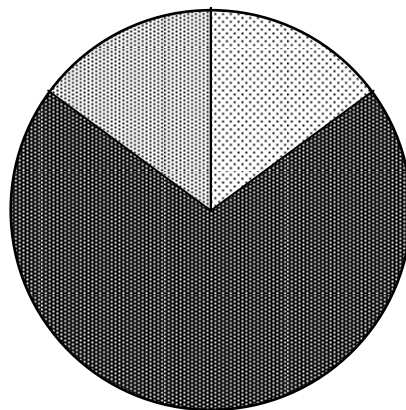
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	14.3%	13.7%	16.5%	16.3%
重要である	69.8%	69.9%	67.1%	69.9%
どちらともいえない	14.3%	16.4%	15.3%	11.4%
あまり重要ではない	1.3%	0.0%	1.2%	1.6%
不要である	0.3%	0.0%	0.0%	0.8%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容—理想—在宅中心静脈栄養指導

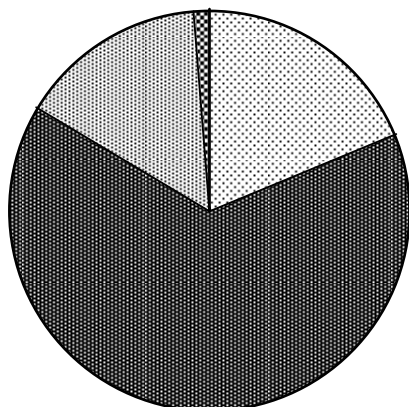
病院(n = 391)



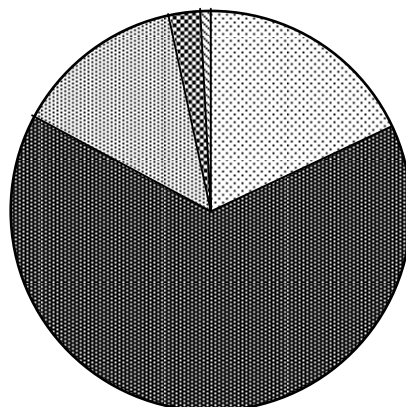
院長のみ(n = 74)



看護部長のみ(n = 85)

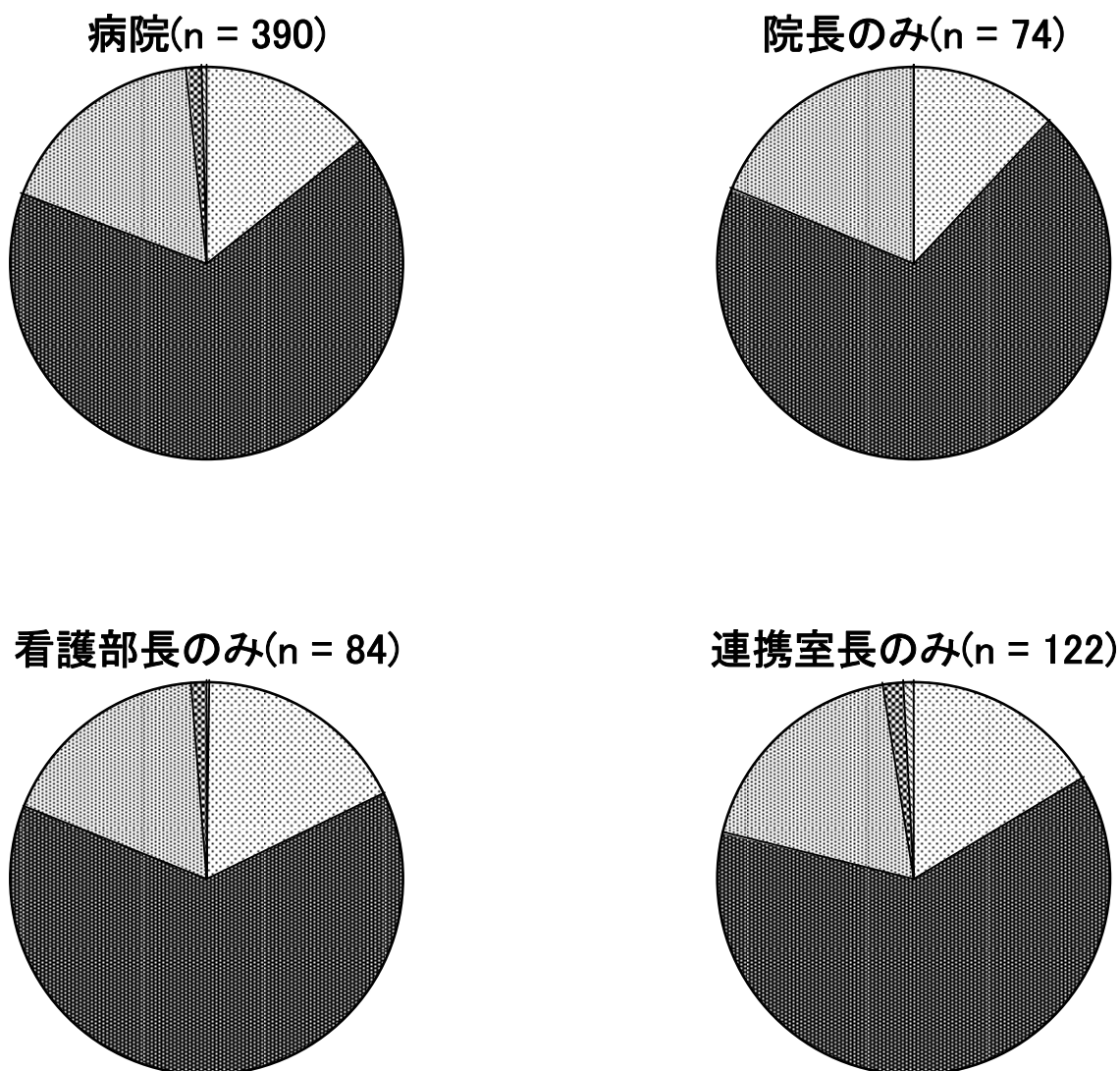


連携室長のみ(n = 122)



	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	17.1%	14.9%	18.8%	18.0%
重要である	66.2%	70.3%	64.7%	64.8%
どちらともいえない	14.6%	14.9%	15.3%	13.9%
あまり重要ではない	1.8%	0.0%	1.2%	2.5%
不要である	0.3%	0.0%	0.0%	0.8%

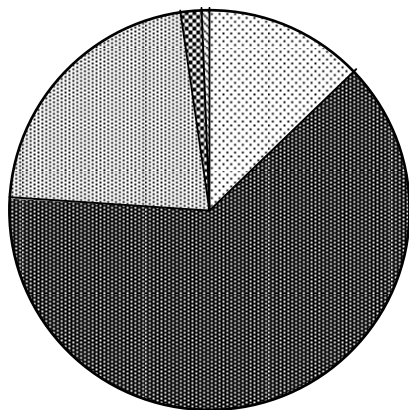
問2-3 病院の医師が知っておくべき内容—理想—在宅成分栄養経管栄養法指導



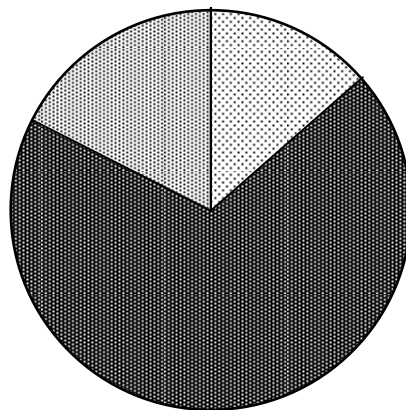
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	14.4%	12.2%	17.9%	16.4%
重要である	66.4%	68.9%	63.1%	62.3%
どちらともいえない	17.7%	18.9%	17.9%	18.9%
あまり重要ではない	1.3%	0.0%	1.2%	1.6%
不要である	0.3%	0.0%	0.0%	0.8%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容—理想—在宅自己導尿指導

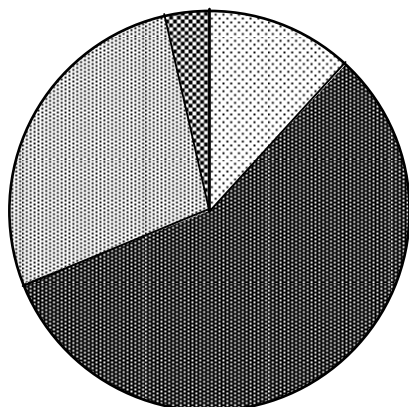
病院(n = 390)



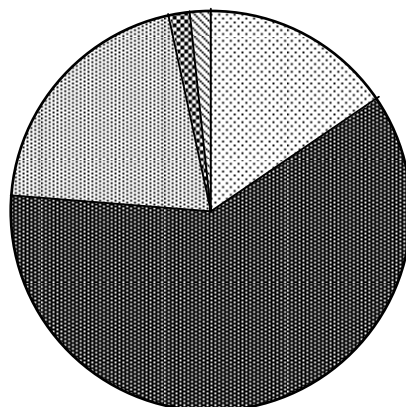
院長のみ(n = 74)








看護部長のみ(n = 84)



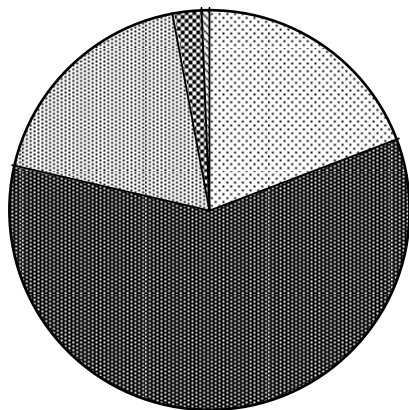
連携室長のみ(n = 122)



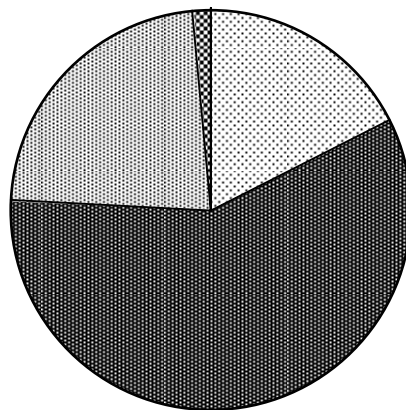
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
 特に重要である	12.8%	13.5%	11.9%	15.6%
 重要である	63.1%	68.9%	57.1%	60.7%
 どちらともいえない	21.8%	17.6%	27.4%	20.5%
 あまり重要ではない	1.8%	0.0%	3.6%	1.6%
 不要である	0.5%	0.0%	0.0%	1.6%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容-理想-在宅人工呼吸指導

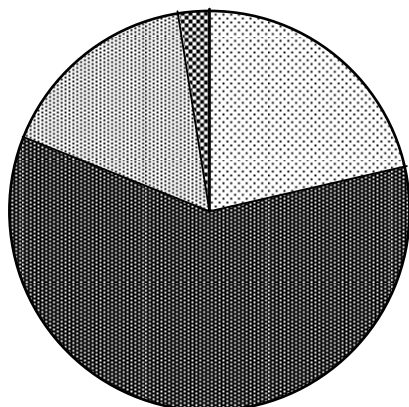
病院(n = 390)



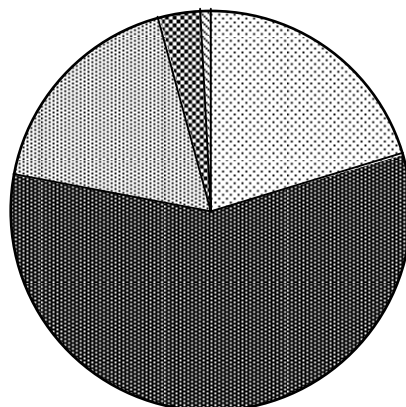
院長のみ(n = 74)



看護部長のみ(n = 84)

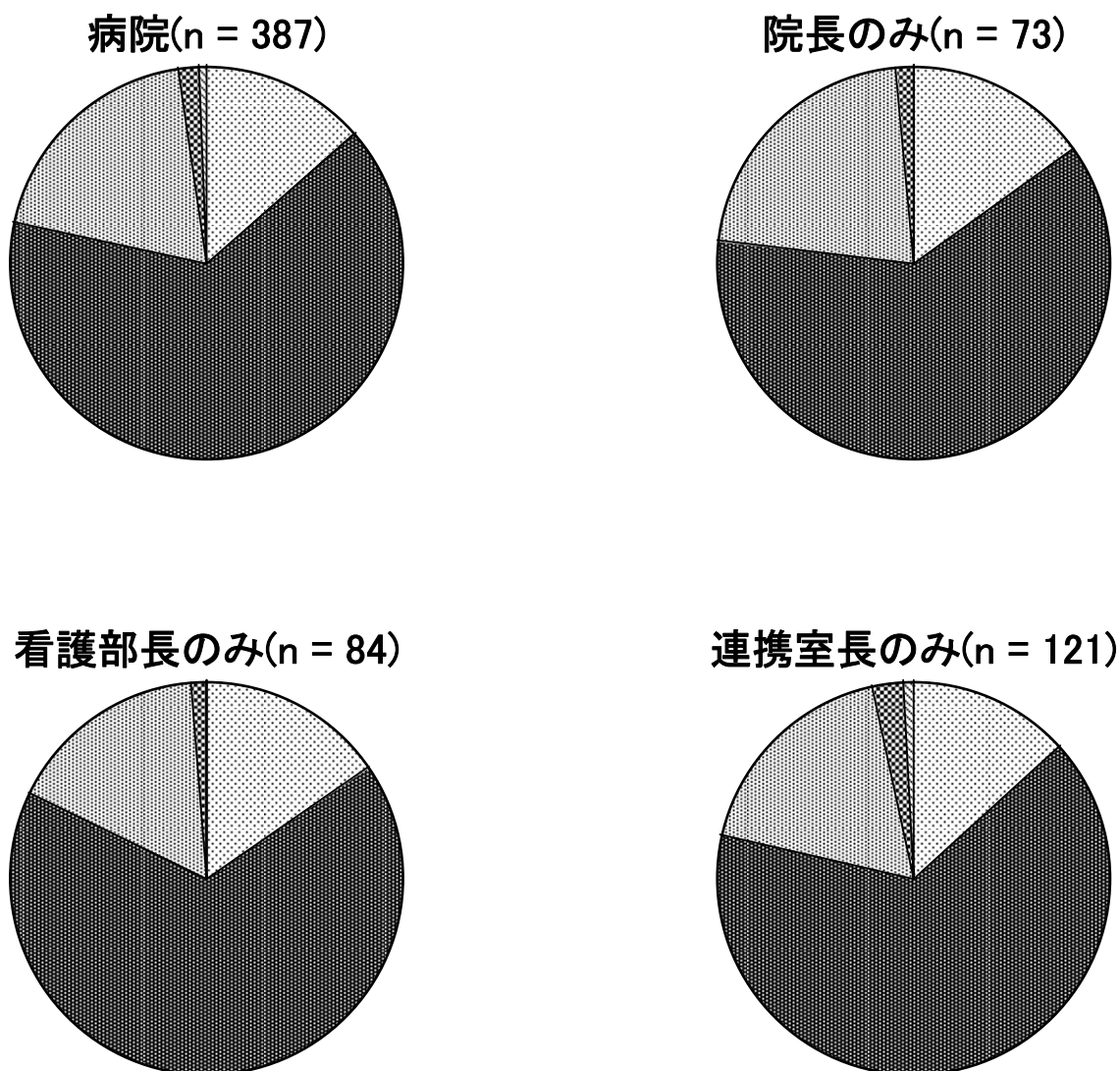


連携室長のみ(n = 122)



	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	19.2%	17.6%	21.4%	20.5%
重要である	59.2%	58.1%	59.5%	57.4%
どちらともいえない	18.7%	23.0%	16.7%	18.0%
あまり重要ではない	2.3%	1.4%	2.4%	3.3%
不要である	0.5%	0.0%	0.0%	0.8%

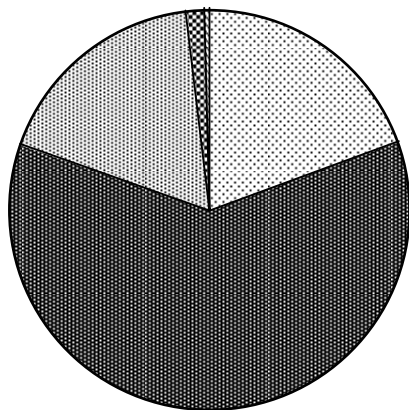
問2-3 病院の医師が知っておくべき内容—理想—在宅持続陽圧呼吸療法指導



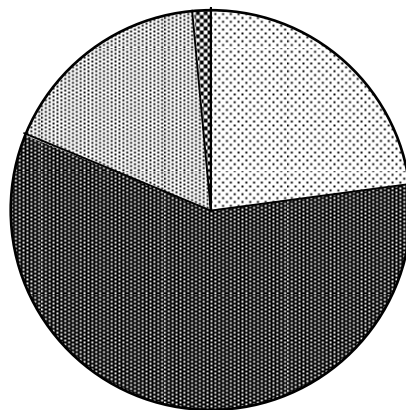
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	13.4%	15.1%	15.5%	13.2%
重要である	64.9%	61.6%	66.7%	65.3%
どちらともいえない	19.4%	21.9%	16.7%	18.2%
あまり重要ではない	1.8%	1.4%	1.2%	2.5%
不要である	0.5%	0.0%	0.0%	0.8%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容—理想—在宅悪性腫瘍患者指導

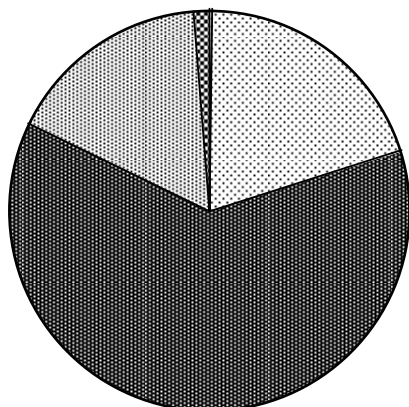
病院(n = 390)



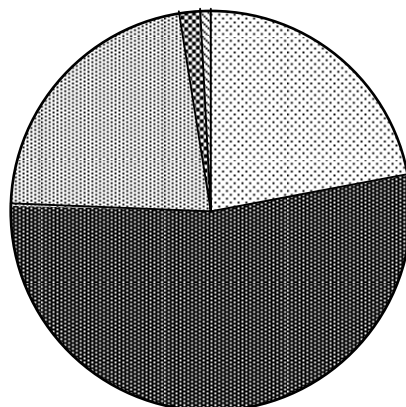
院長のみ(n = 74)



看護部長のみ(n = 84)



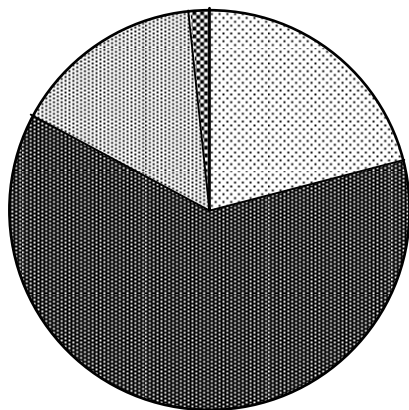
連携室長のみ(n = 122)



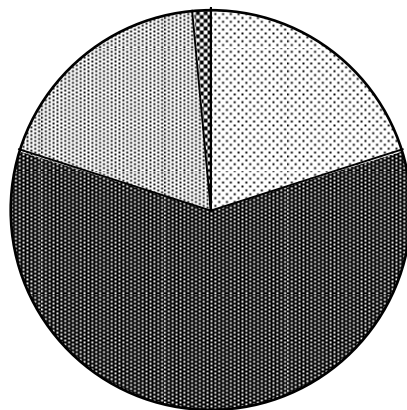
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	19.5%	23.0%	20.2%	22.1%
重要である	60.8%	58.1%	61.9%	53.3%
どちらともいえない	17.9%	17.6%	16.7%	22.1%
あまり重要ではない	1.5%	1.4%	1.2%	1.6%
不要である	0.3%	0.0%	0.0%	0.8%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容—理想—在宅自己疼痛管理指導

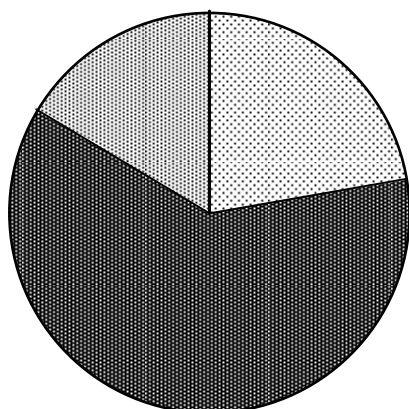
病院(n = 390)



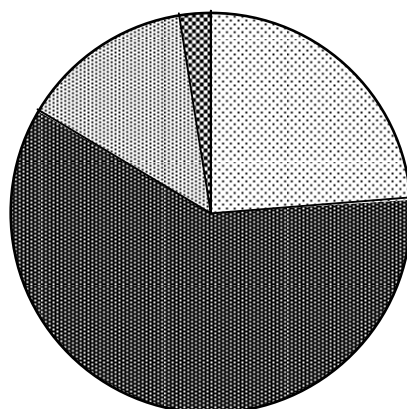
院長のみ(n = 74)



看護部長のみ(n = 85)



連携室長のみ(n = 121)

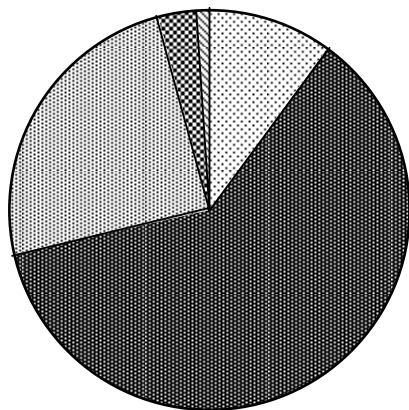


	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	21.0%	20.3%	22.4%	24.0%
重要である	61.8%	59.5%	61.2%	59.5%
どちらともいえない	15.6%	18.9%	16.5%	14.0%
あまり重要ではない	1.5%	1.4%	0.0%	2.5%
不要である	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

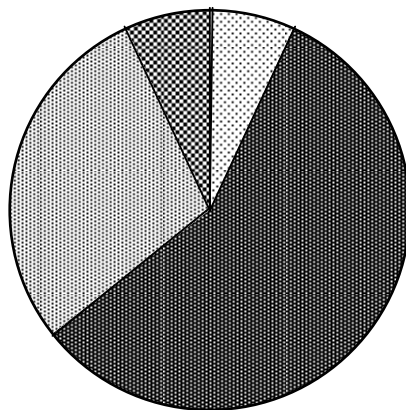


問2-3 病院の医師が知っておくべき内容—理想—在宅肺高血圧症患者指導

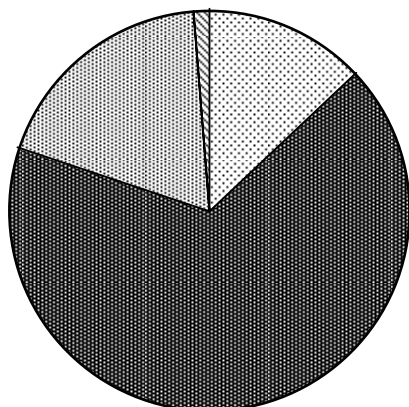
病院(n = 389)



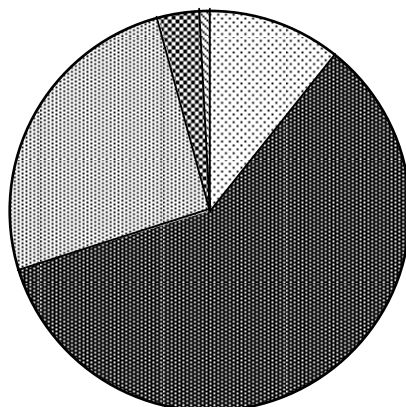
院長のみ(n = 73)



看護部長のみ(n = 85)



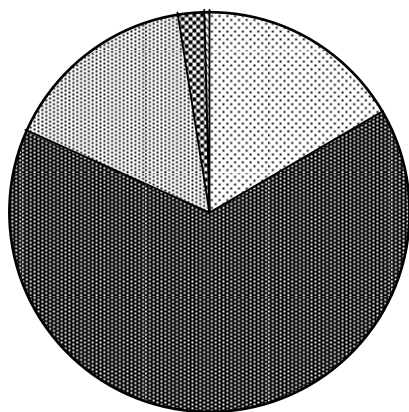
連携室長のみ(n = 121)



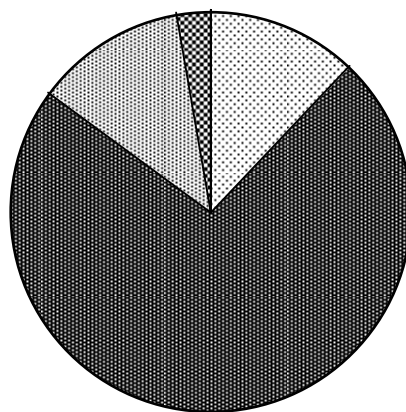
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	10.0%	6.8%	12.9%	10.7%
重要である	61.4%	57.5%	67.1%	59.5%
どちらともいえない	24.4%	28.8%	18.8%	25.6%
あまり重要ではない	3.1%	6.8%	0.0%	3.3%
不要である	1.0%	0.0%	1.2%	0.8%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容—理想—在宅気管切開患者指導

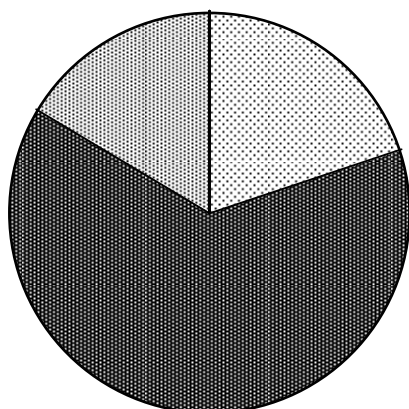
病院(n = 391)



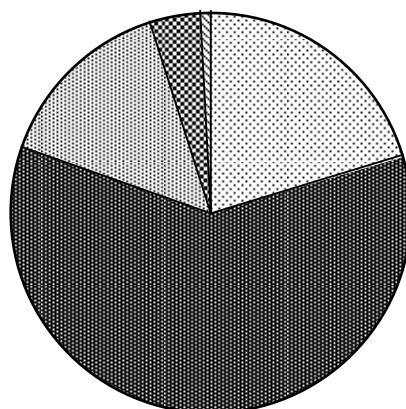
院長のみ(n = 74)



看護部長のみ(n = 85)



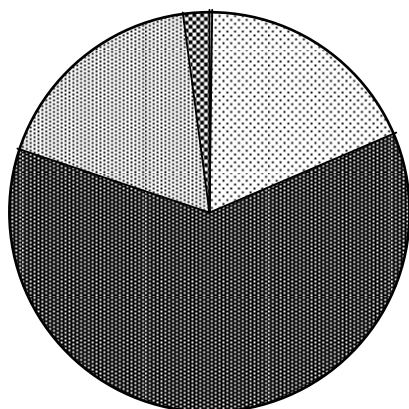
連携室長のみ(n = 122)



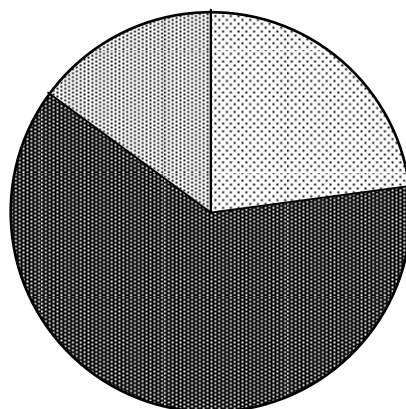
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	16.6%	12.2%	20.0%	20.5%
重要である	65.0%	73.0%	63.5%	59.8%
どちらともいえない	15.9%	12.2%	16.5%	14.8%
あまり重要ではない	2.3%	2.7%	0.0%	4.1%
不要である	0.3%	0.0%	0.0%	0.8%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容—理想—褥創の予防と治療

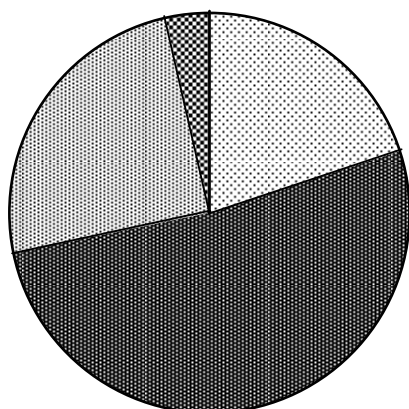
病院(n = 392)



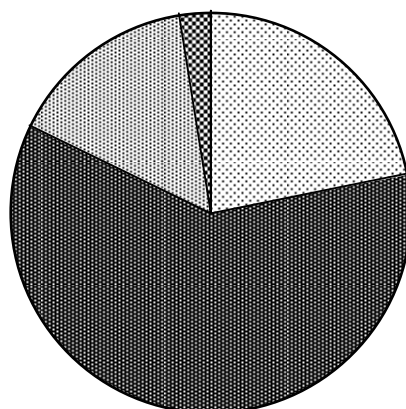
院長のみ(n = 74)



看護部長のみ(n = 85)



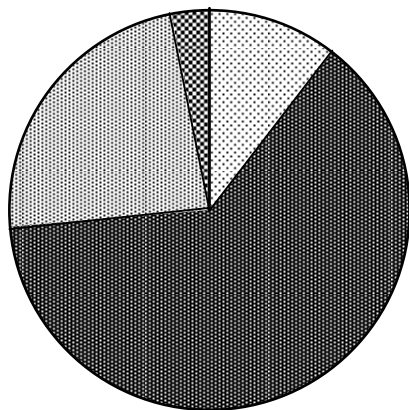
連携室長のみ(n = 123)



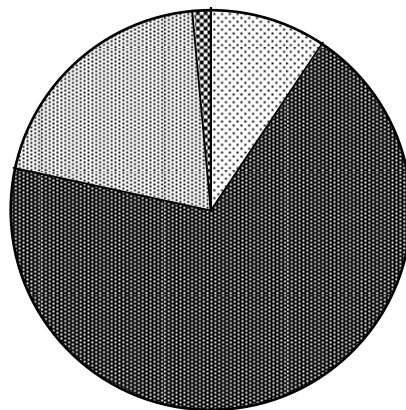
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	18.6%	23.0%	20.0%	22.0%
重要である	61.5%	62.2%	51.8%	60.2%
どちらともいえない	17.9%	14.9%	24.7%	15.4%
あまり重要ではない	2.0%	0.0%	3.5%	2.4%
不要である	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容－理想－口腔ケアへの関わり

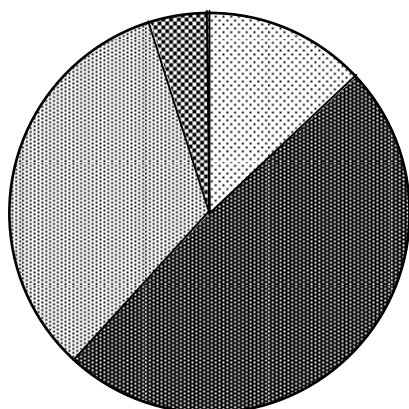
病院(n = 391)



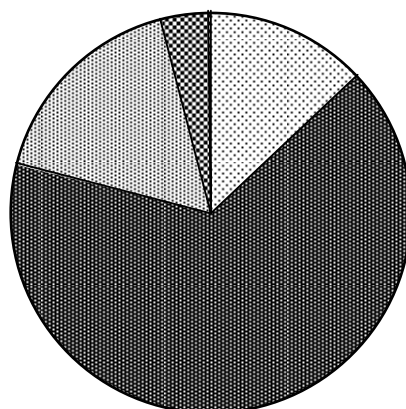
院長のみ(n = 74)



看護部長のみ(n = 84)



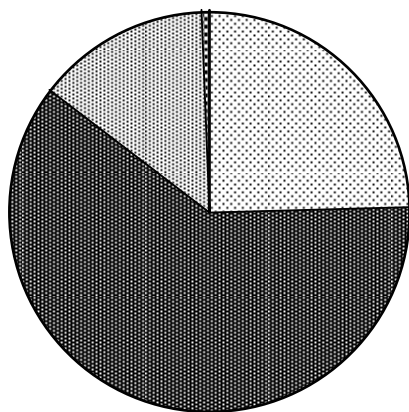
連携室長のみ(n = 123)



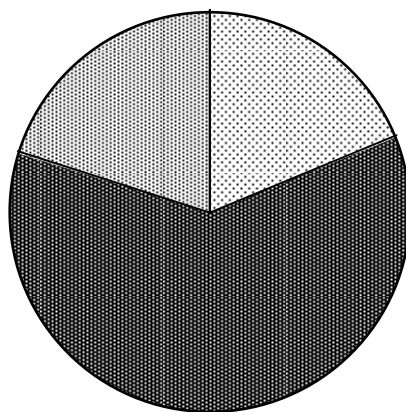
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	10.5%	9.5%	13.1%	13.0%
重要である	63.2%	68.9%	48.8%	65.9%
どちらともいえない	23.3%	20.3%	33.3%	17.1%
あまり重要ではない	3.1%	1.4%	4.8%	4.1%
不要である	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容-理想-退院前共同指導

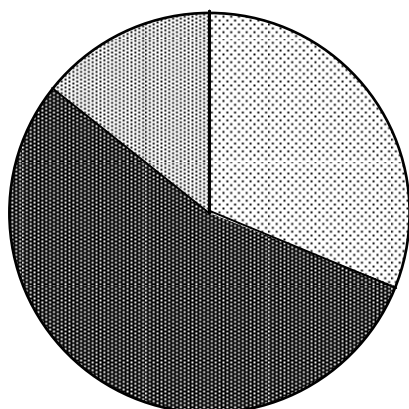
病院(n = 390)



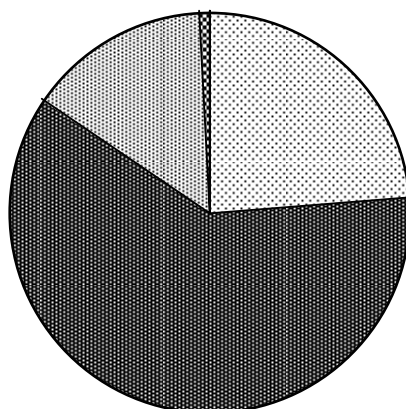
院長のみ(n = 74)



看護部長のみ(n = 84)



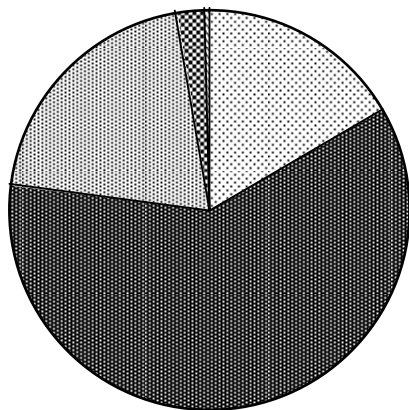
連携室長のみ(n = 122)



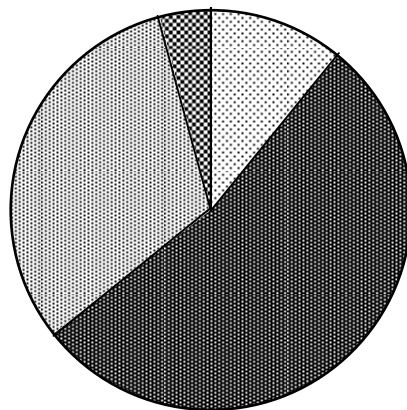
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	24.6%	18.9%	31.0%	23.8%
重要である	60.8%	60.8%	54.8%	60.7%
どちらともいえない	14.1%	20.3%	14.3%	14.8%
あまり重要ではない	0.5%	0.0%	0.0%	0.8%
不要である	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容-理想-セカンドオピニオン

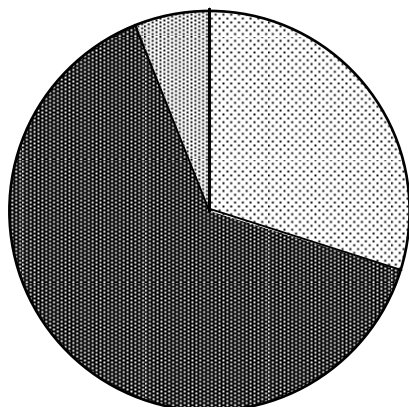
病院(n = 390)



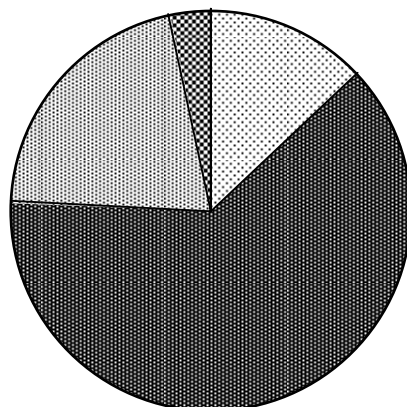
院長のみ(n = 73)



看護部長のみ(n = 84)



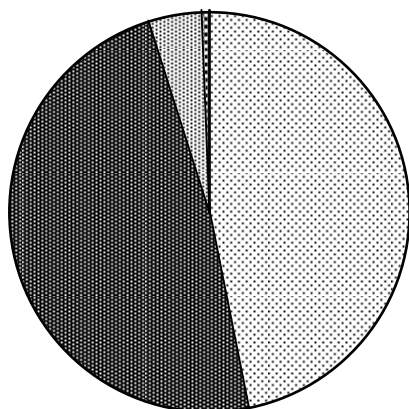
連携室長のみ(n = 123)



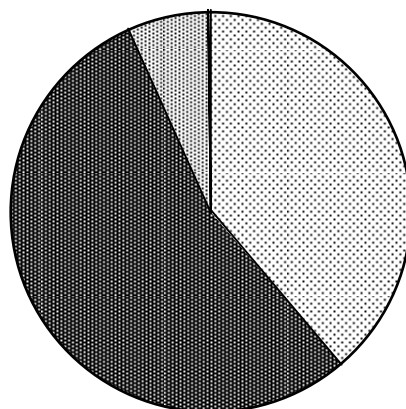
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	16.7%	11.0%	29.8%	13.0%
重要である	60.3%	53.4%	64.3%	62.6%
どちらともいえない	20.5%	31.5%	6.0%	21.1%
あまり重要ではない	2.3%	4.1%	0.0%	3.3%
不要である	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容—理想—在宅医と後方病院の連携

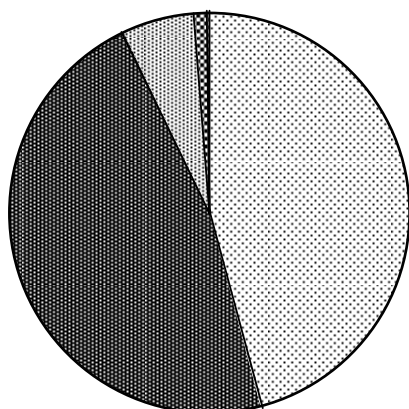
病院(n = 393)



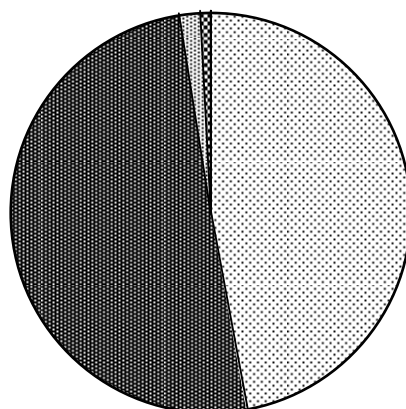
院長のみ(n = 75)



看護部長のみ(n = 85)



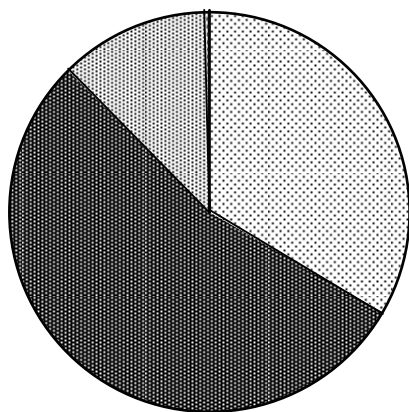
連携室長のみ(n = 123)



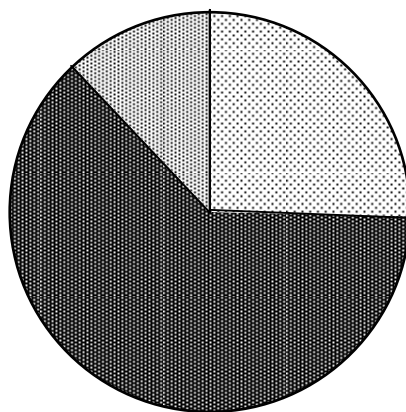
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	46.8%	38.7%	45.9%	47.2%
重要である	48.3%	54.7%	47.1%	50.4%
どちらともいえない	4.3%	6.7%	5.9%	1.6%
あまり重要ではない	0.5%	0.0%	1.2%	0.8%
不要である	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容—理想—訪問看護事業所との連携

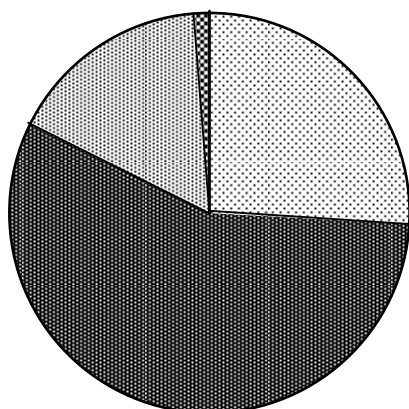
病院(n = 393)



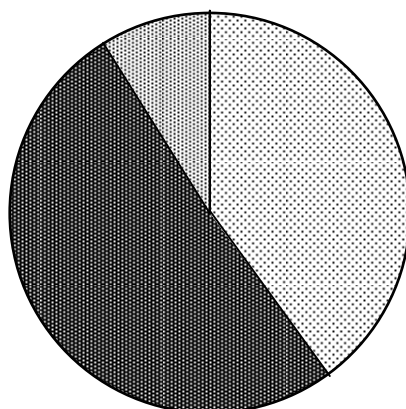
院長のみ(n = 75)



看護部長のみ(n = 85)



連携室長のみ(n = 123)

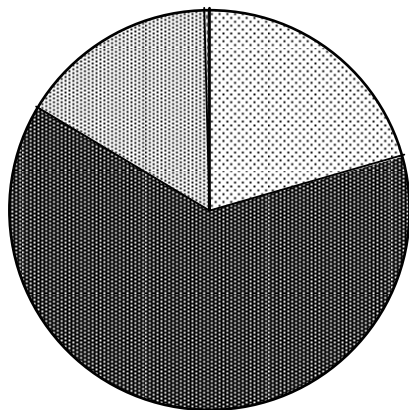


	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	33.3%	25.3%	25.9%	39.8%
重要である	54.2%	62.7%	56.5%	51.2%
どちらともいえない	12.2%	12.0%	16.5%	8.9%
あまり重要ではない	0.3%	0.0%	1.2%	0.0%
不要である	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

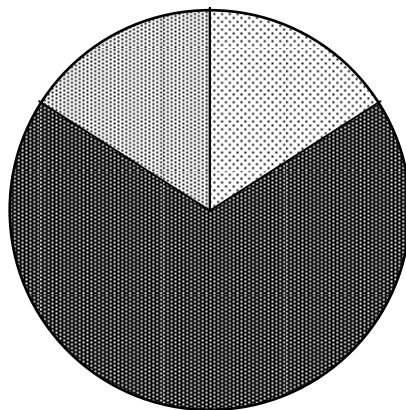


問2-3 病院の医師が知っておくべき内容—理想—訪問リハビリテーションとの連携

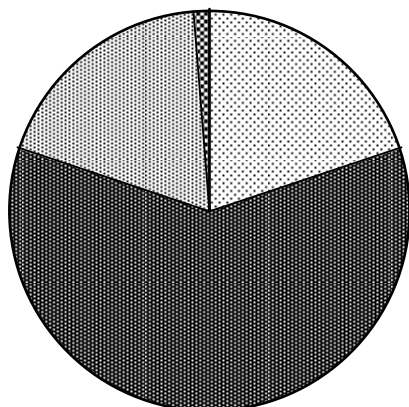
病院(n = 391)



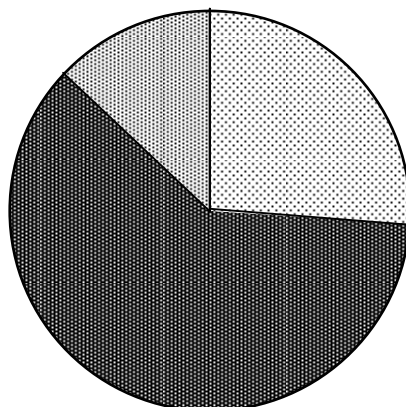
院長のみ(n = 75)



看護部長のみ(n = 85)



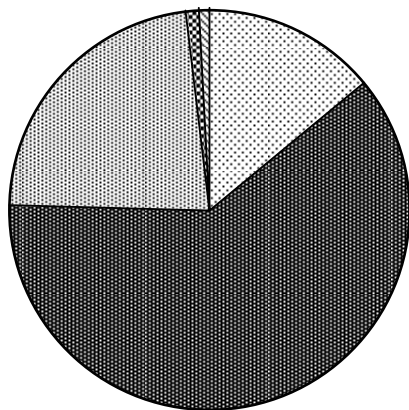
連携室長のみ(n = 123)



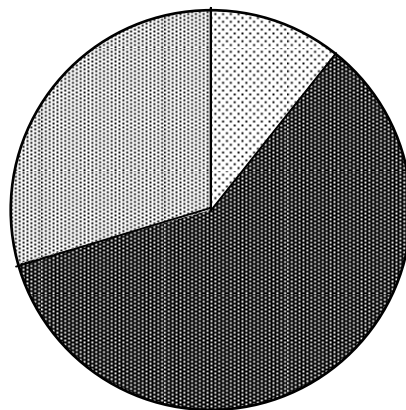
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	20.7%	16.0%	20.0%	26.0%
重要である	62.9%	68.0%	60.0%	61.0%
どちらともいえない	16.1%	16.0%	18.8%	13.0%
あまり重要ではない	0.3%	0.0%	1.2%	0.0%
不要である	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容—理想—調剤薬局との連携

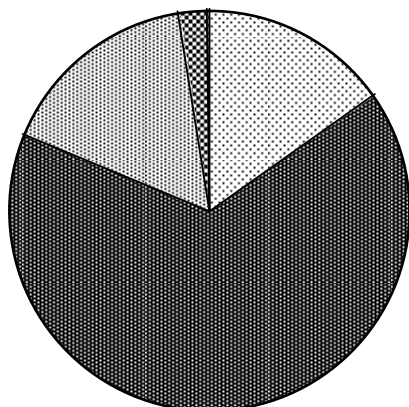
病院(n = 393)



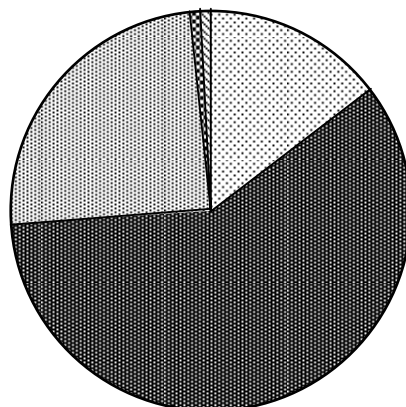
院長のみ(n = 75)



看護部長のみ(n = 85)



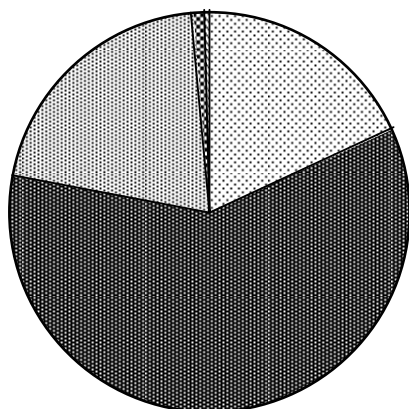
連携室長のみ(n = 123)



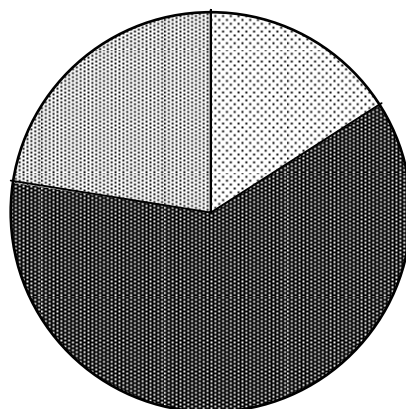
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	14.0%	10.7%	15.3%	14.6%
重要である	61.3%	60.0%	65.9%	59.3%
どちらともいえない	22.9%	29.3%	16.5%	24.4%
あまり重要ではない	1.0%	0.0%	2.4%	0.8%
不要である	0.8%	0.0%	0.0%	0.8%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容—理想—介護事業所との連携

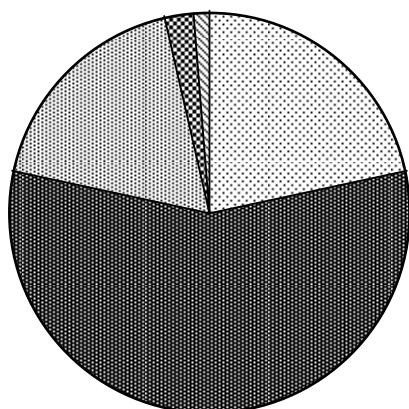
病院(n = 389)



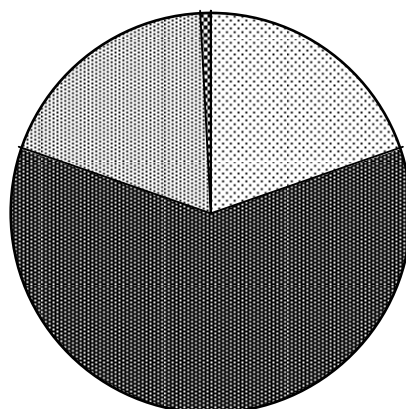
院長のみ(n = 75)



看護部長のみ(n = 83)



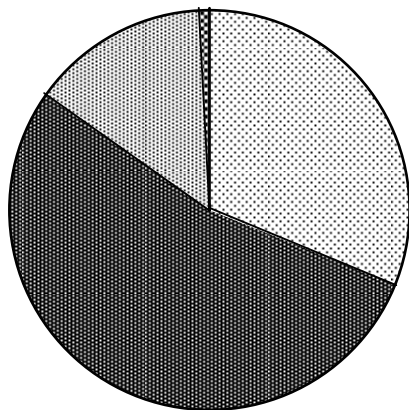
連携室長のみ(n = 121)



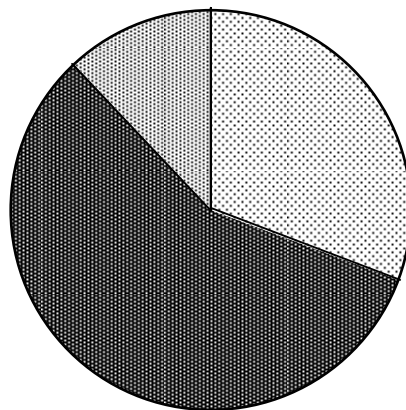
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	18.3%	16.0%	21.7%	19.8%
重要である	59.6%	61.3%	56.6%	60.3%
どちらともいえない	20.8%	22.7%	18.1%	19.0%
あまり重要ではない	1.0%	0.0%	2.4%	0.8%
不要である	0.3%	0.0%	1.2%	0.0%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容-理想-家族介護力の評価

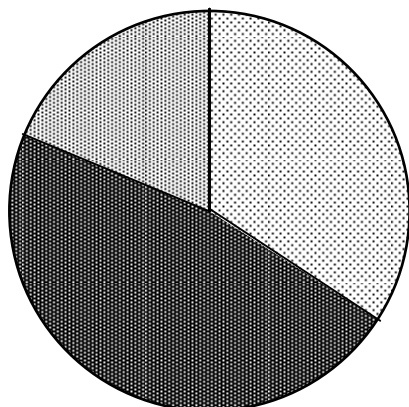
病院(n = 393)



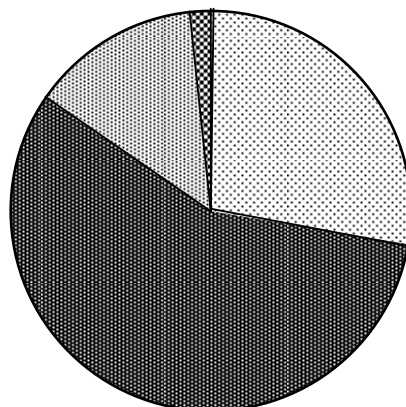
院長のみ(n = 75)



看護部長のみ(n = 85)



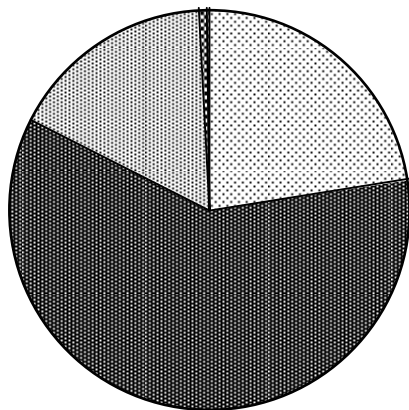
連携室長のみ(n = 123)



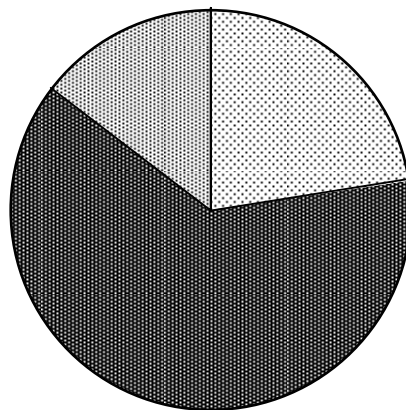
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	31.0%	30.7%	34.1%	27.6%
重要である	53.7%	57.3%	47.1%	56.9%
どちらともいえない	14.5%	12.0%	18.8%	13.8%
あまり重要ではない	0.8%	0.0%	0.0%	1.6%
不要である	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容－理想－虐待・家庭内暴力

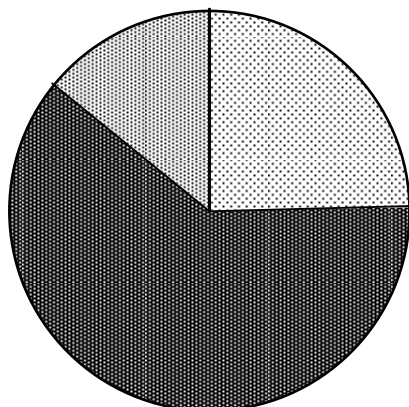
病院(n = 393)



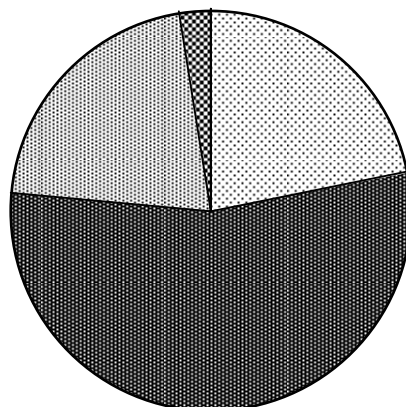
院長のみ(n = 75)



看護部長のみ(n = 85)



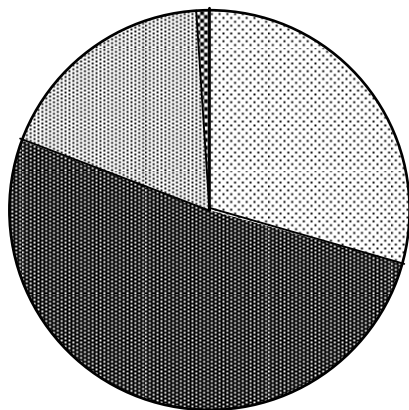
連携室長のみ(n = 123)



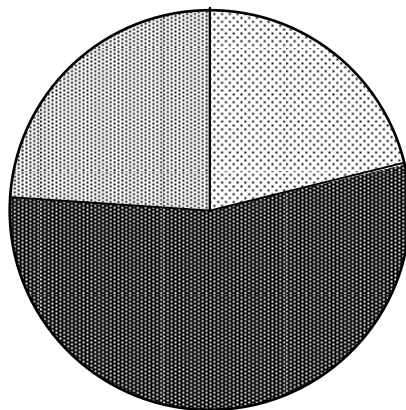
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	22.6%	22.7%	24.7%	22.0%
重要である	59.8%	62.7%	61.2%	54.5%
どちらともいえない	16.8%	14.7%	14.1%	21.1%
あまり重要ではない	0.8%	0.0%	0.0%	2.4%
不要である	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容—理想—終末期における同意文書の作成

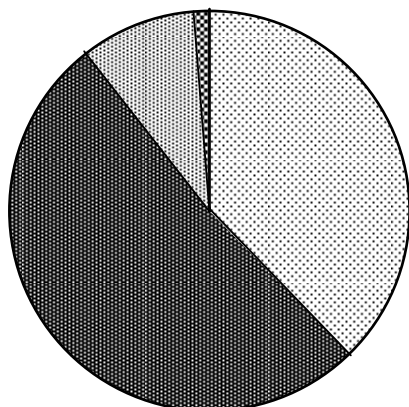
病院(n = 393)



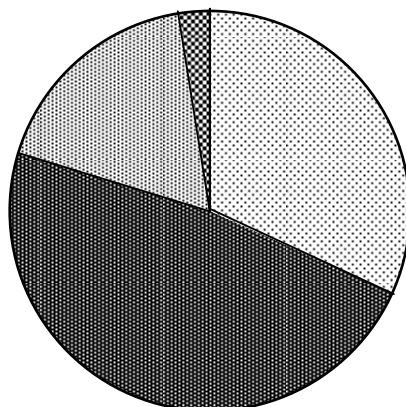
院長のみ(n = 75)



看護部長のみ(n = 85)



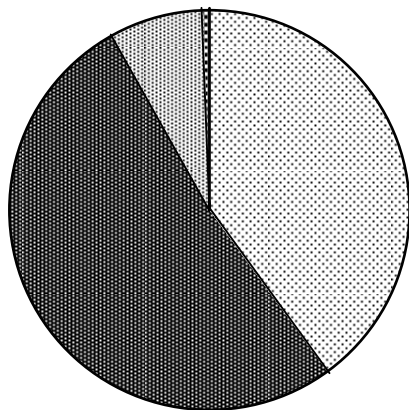
連携室長のみ(n = 123)



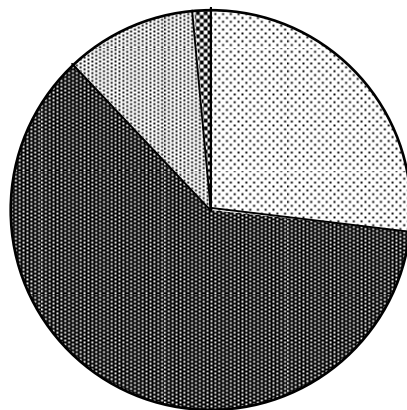
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	29.3%	21.3%	37.6%	31.7%
重要である	51.4%	54.7%	51.8%	48.0%
どちらともいえない	18.3%	24.0%	9.4%	17.9%
あまり重要ではない	1.0%	0.0%	1.2%	2.4%
不要である	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容—理想—病名・予後告知

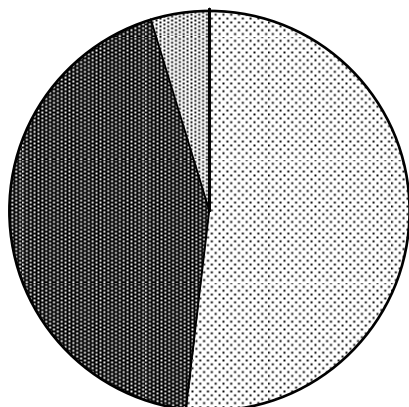
病院(n = 393)



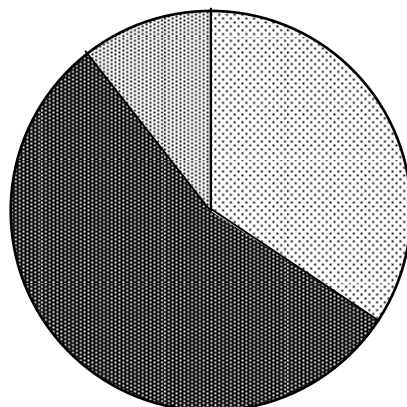
院長のみ(n = 75)



看護部長のみ(n = 85)



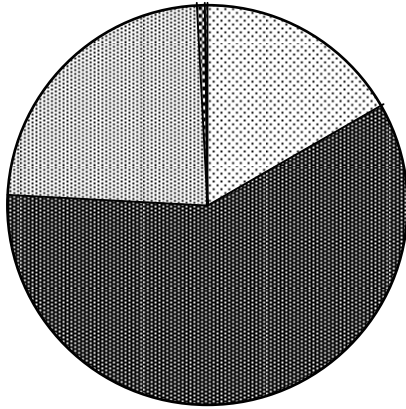
連携室長のみ(n = 123)



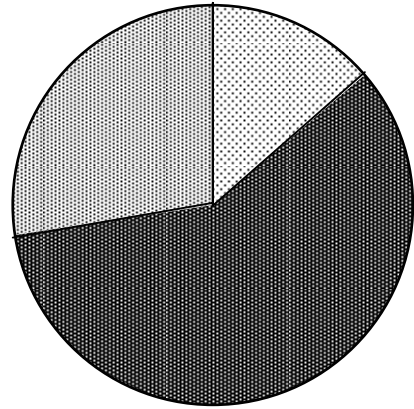
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	39.9%	26.7%	51.8%	34.1%
重要である	51.9%	61.3%	43.5%	55.3%
どちらともいえない	7.6%	10.7%	4.7%	10.6%
あまり重要ではない	0.5%	1.3%	0.0%	0.0%
不要である	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

問2-3 病院の医師が知っておくべき内容-理想-グリーフケア

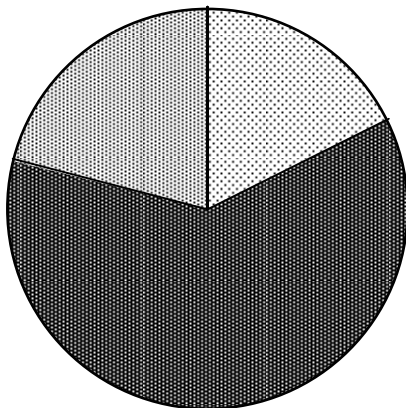
病院(n = 388)



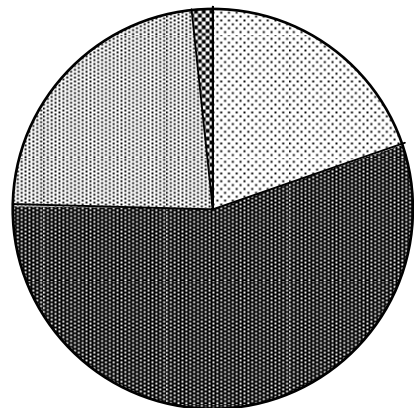
院長のみ(n = 73)



看護部長のみ(n = 85)



連携室長のみ(n = 121)

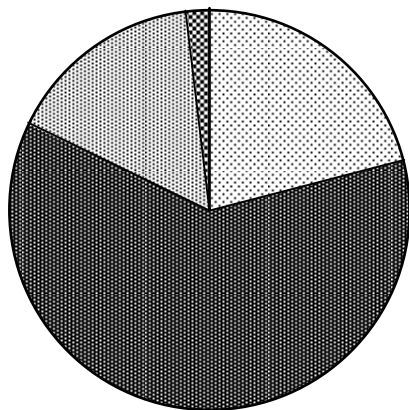


	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	16.8%	13.7%	17.6%	19.8%
重要である	59.0%	58.9%	61.2%	55.4%
どちらともいえない	23.5%	27.4%	21.2%	23.1%
あまり重要ではない	0.8%	0.0%	0.0%	1.7%
不要である	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

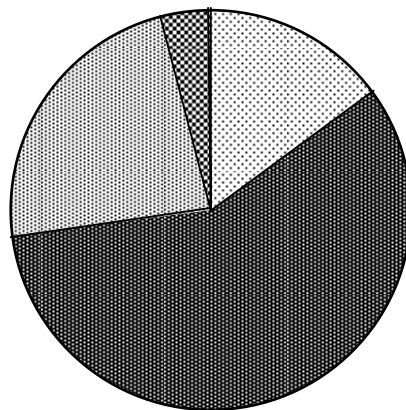


問2-3 病院の医師が知っておくべき内容—理想—災害時への対応(危機管理)

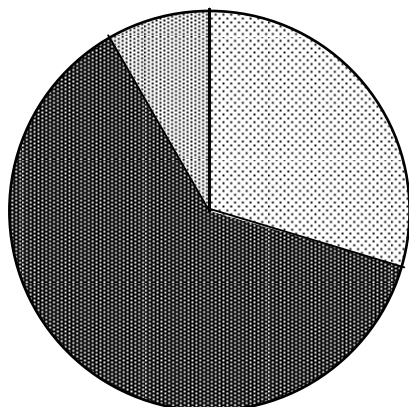
病院(n = 390)



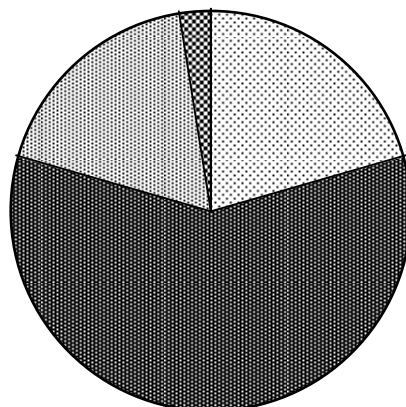
院長のみ(n = 74)



看護部長のみ(n = 85)



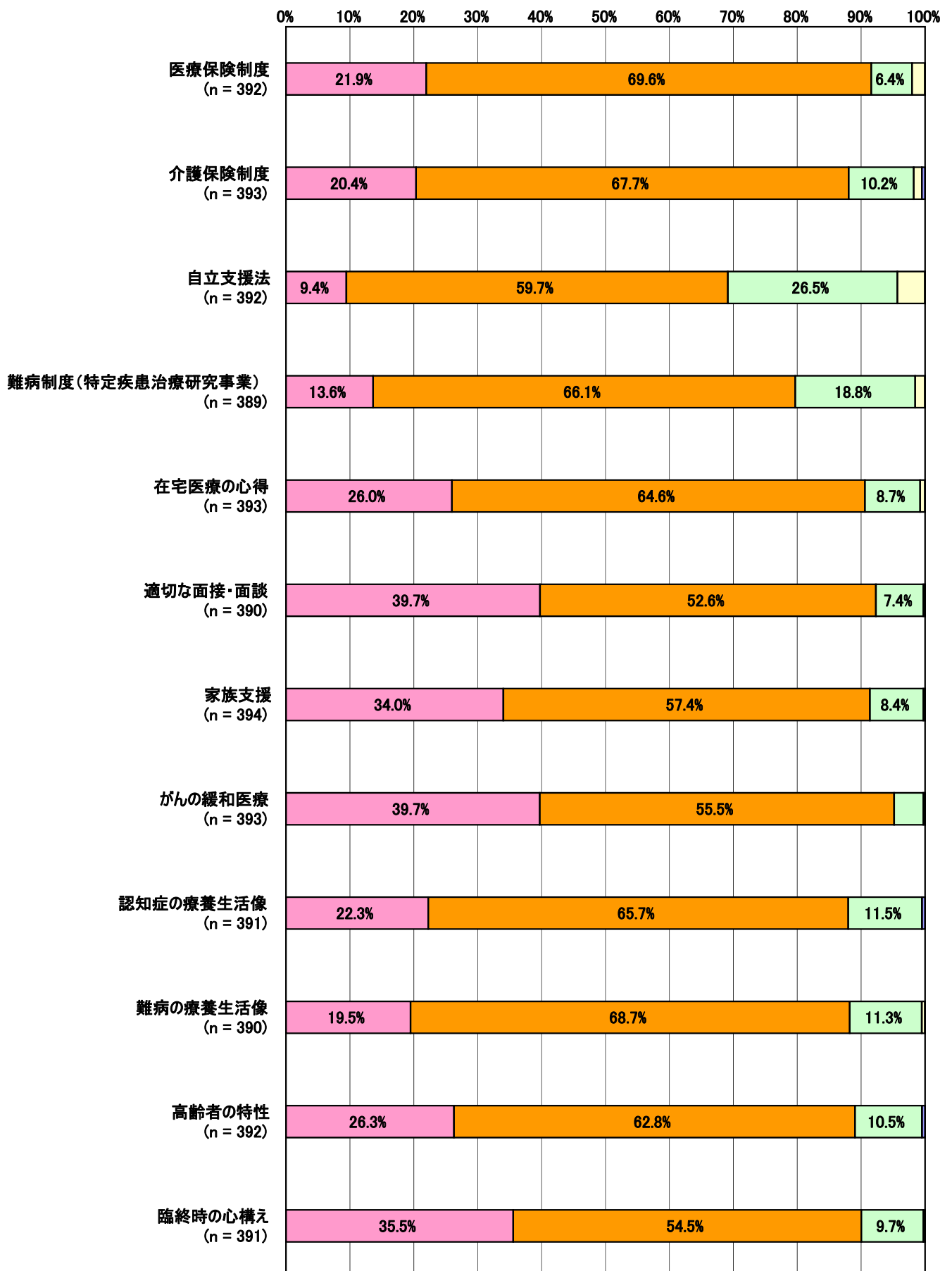
連携室長のみ(n = 121)



	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
特に重要である	21.0%	14.9%	29.4%	20.7%
重要である	61.0%	58.1%	62.4%	58.7%
どちらともいえない	16.2%	23.0%	8.2%	18.2%
あまり重要ではない	1.8%	4.1%	0.0%	2.5%
不要である	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

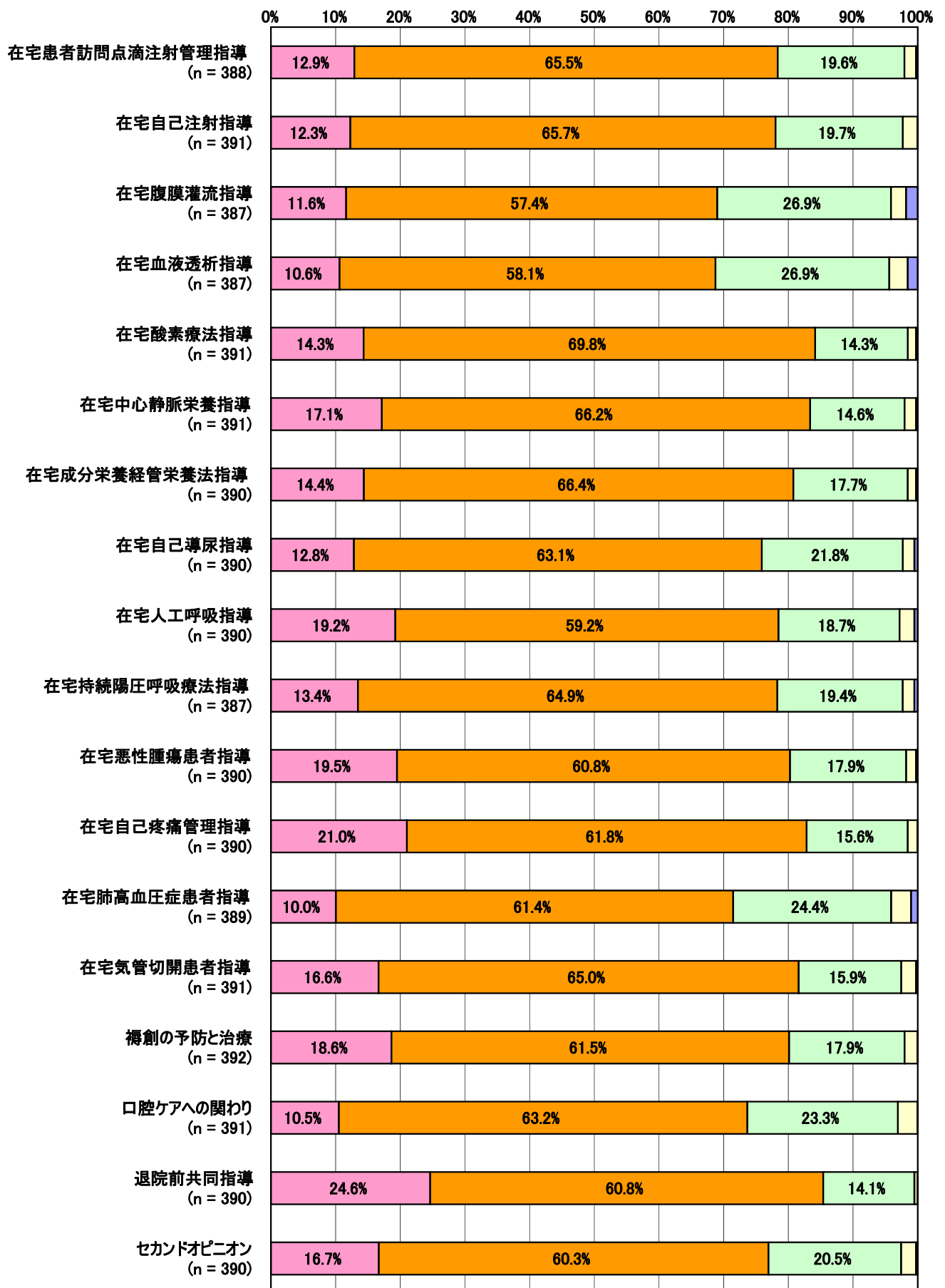
病院 問2-3「病院の医師が知っておくべき内容に関し、以下の項目についてどの程度重要といえるでしょうか」

■ 特に重要である
 ■ 重要である
 ■ どちらともいえない
 ■ あまり重要ではない
 ■ 不要である



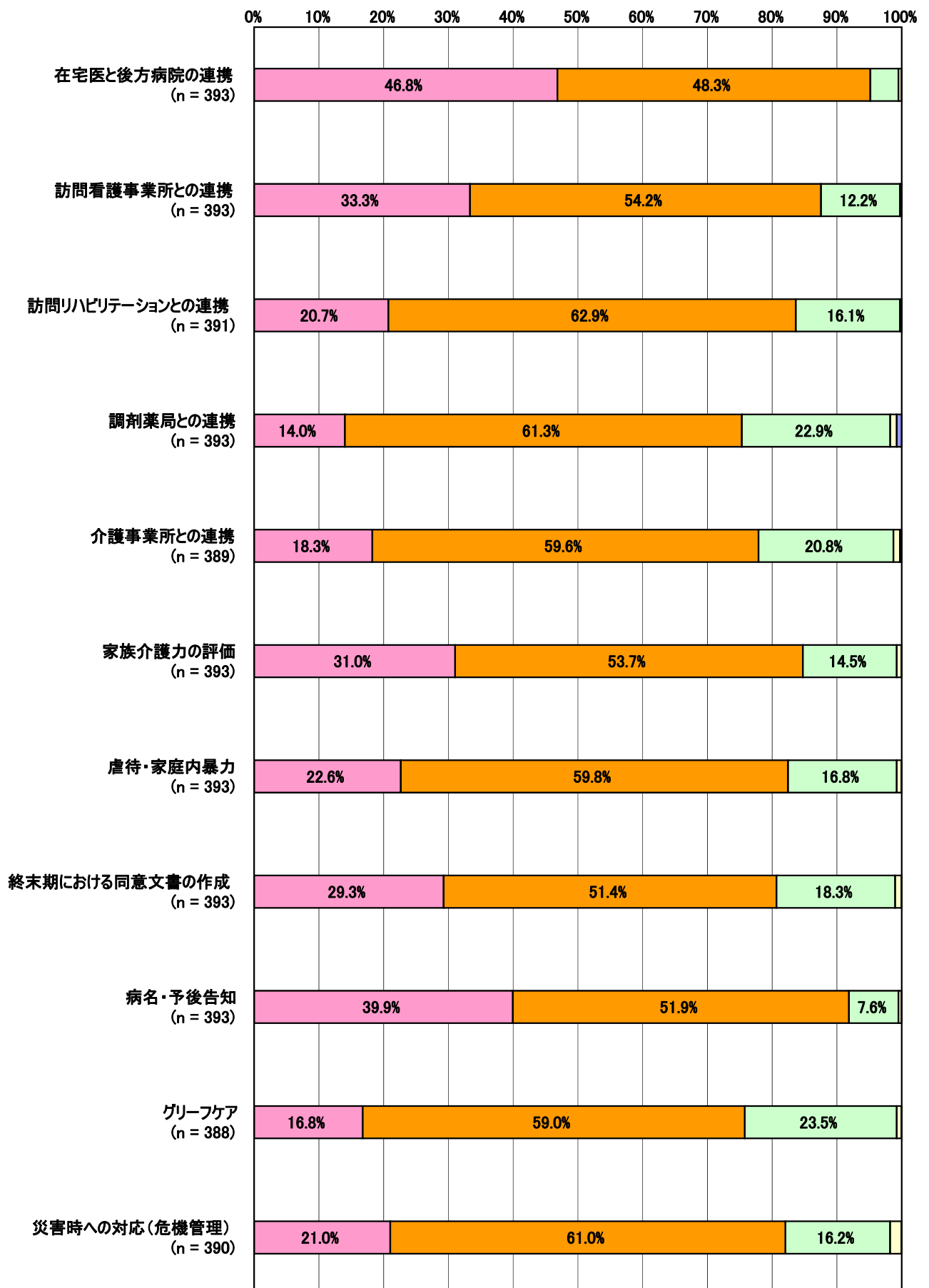
病院 問2-3「病院の医師が知っておくべき内容に関し、以下の項目についてどの程度重要といえるでしょうか」

■ 特に重要である
 ■ 重要である
 ■ どちらともいえない
 ■ あまり重要ではない
 ■ 不要である



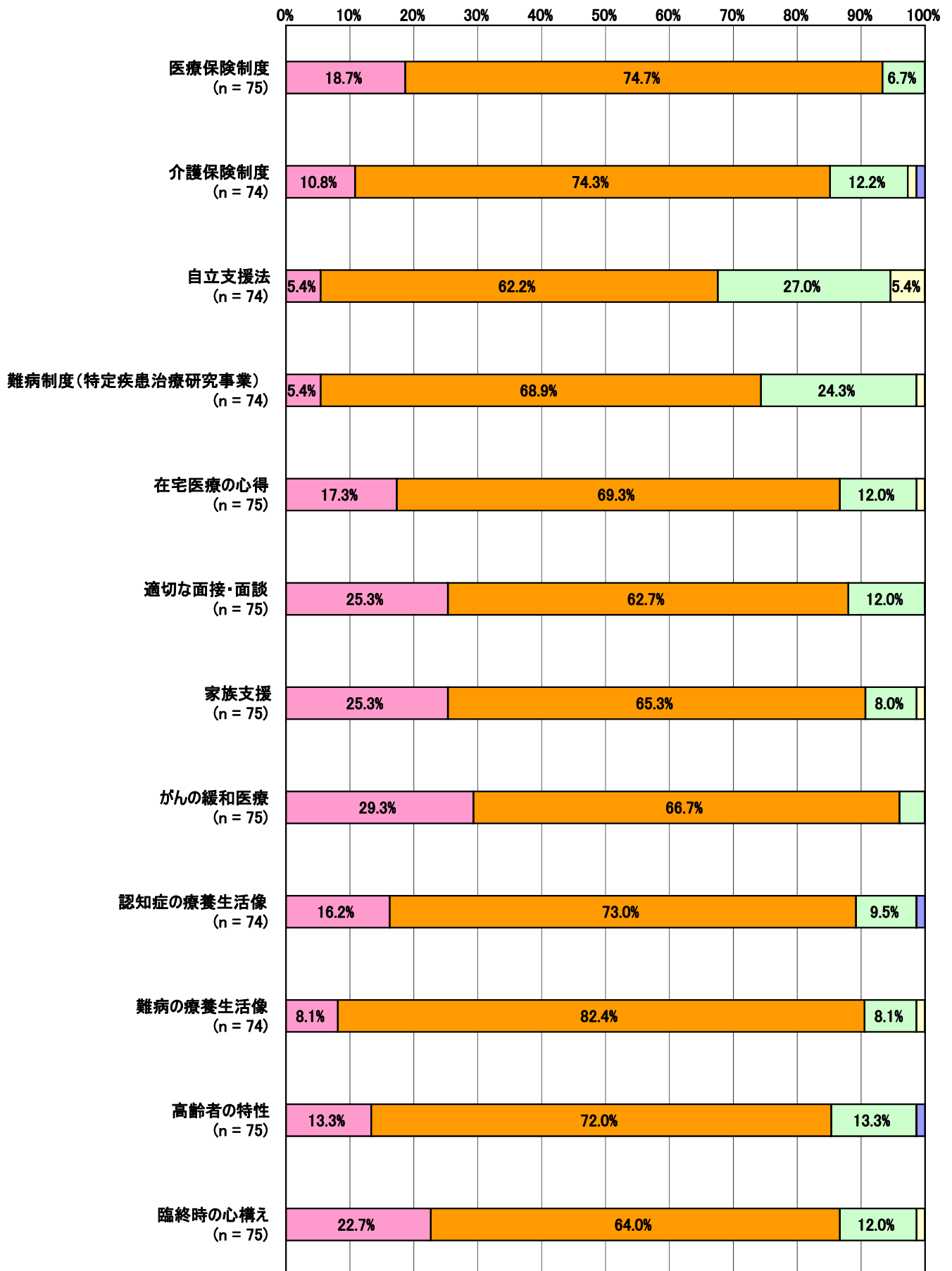
病院 問2-3「病院の医師が知っておくべき内容に関し、以下の項目についてどの程度重要といえるでしょうか」

■ 特に重要である
 ■ 重要である
 ■ どちらともいえない
 ■ あまり重要ではない
 ■ 不要である



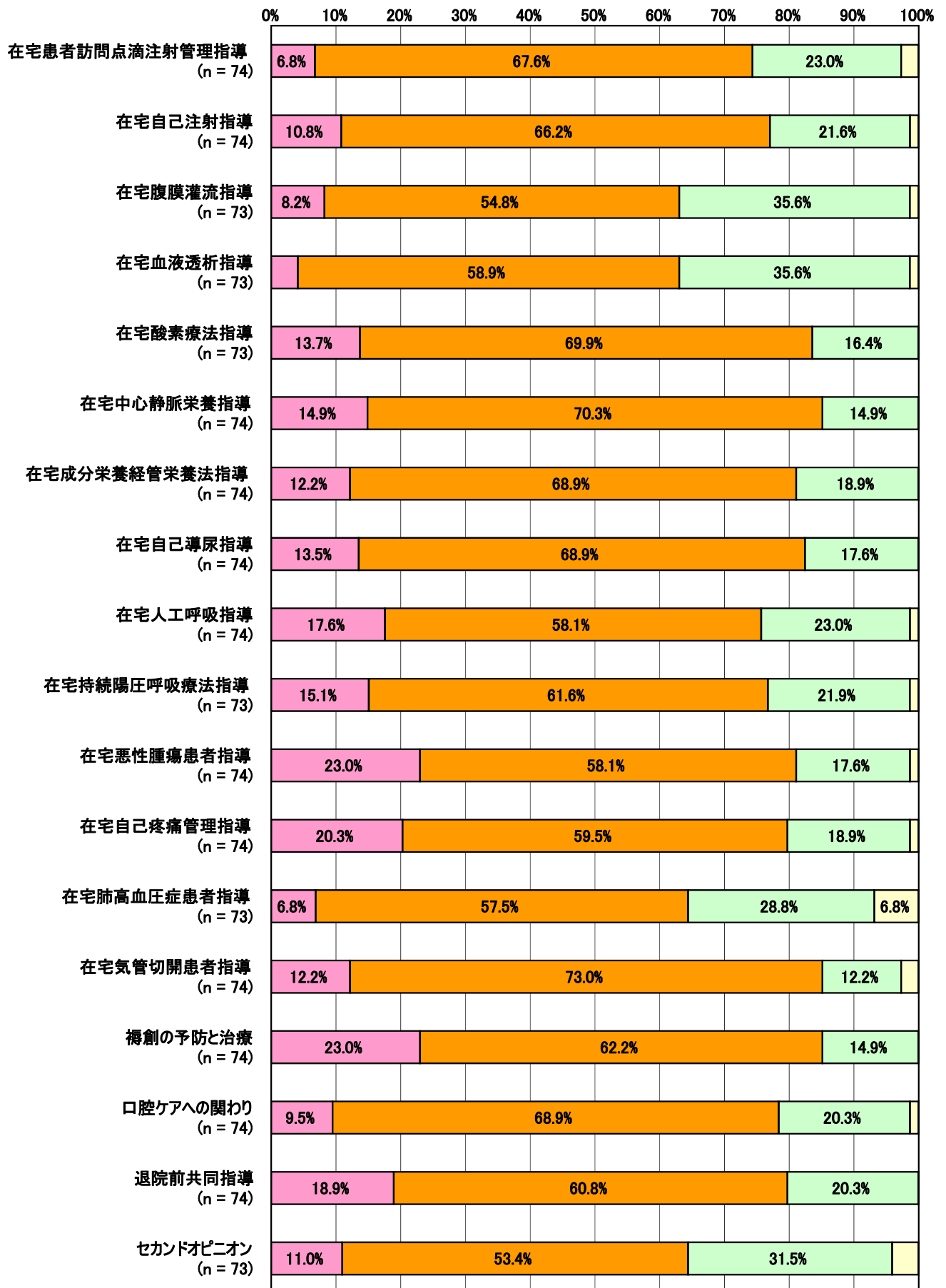
院長 問2-3「病院の医師が知っておくべき内容に関し、以下の項目についてどの程度重要といえるでしょうか」

■ 特に重要である
 ■ 重要である
 ■ どちらともいえない
 ■ あまり重要ではない
 ■ 不要である



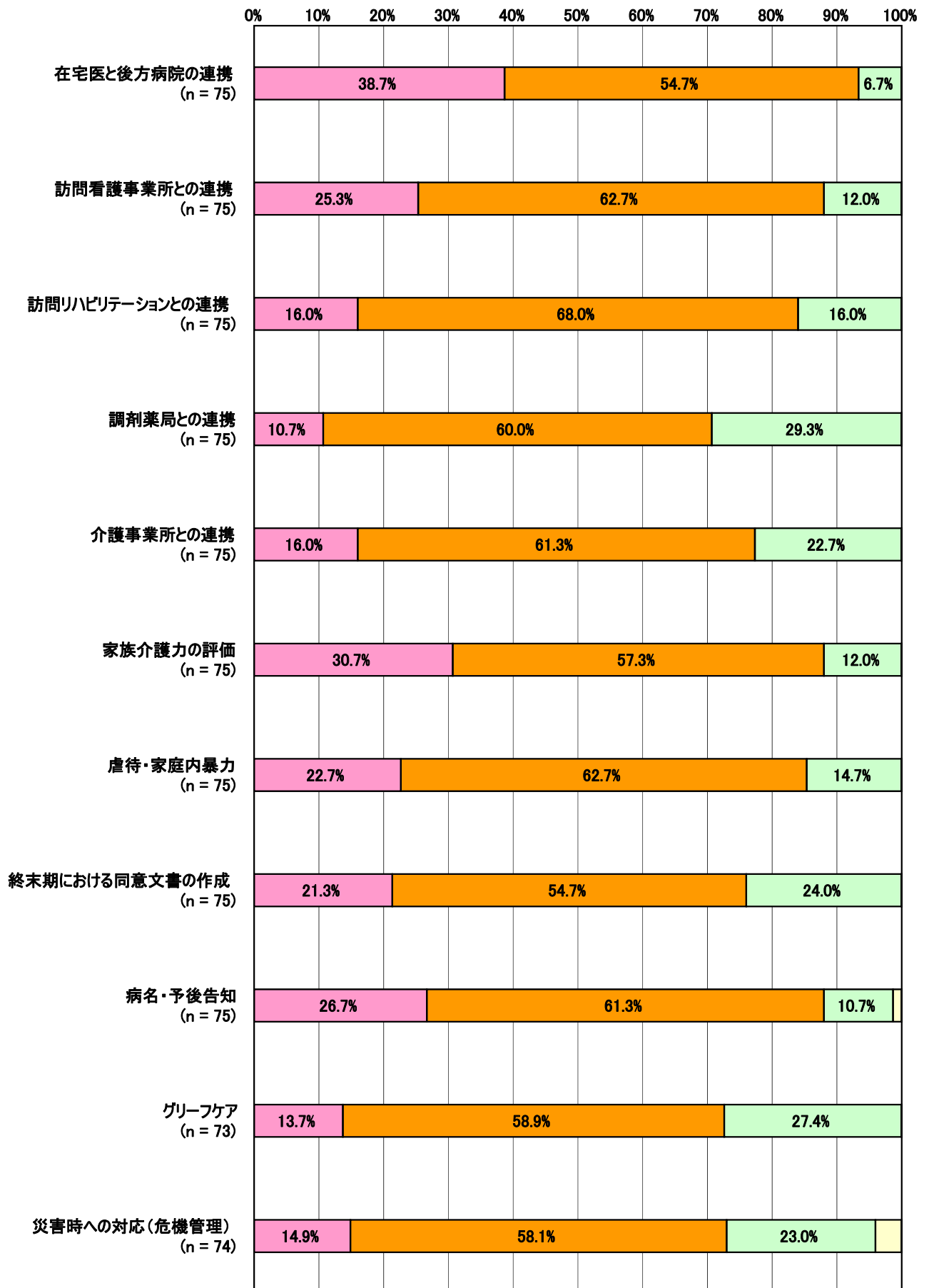
院長 問2-3「病院の医師が知っておくべき内容に関し、以下の項目についてどの程度重要といえるでしょうか」

■ 特に重要である
 ■ 重要である
 ■ どちらともいえない
 ■ あまり重要ではない
 ■ 不要である



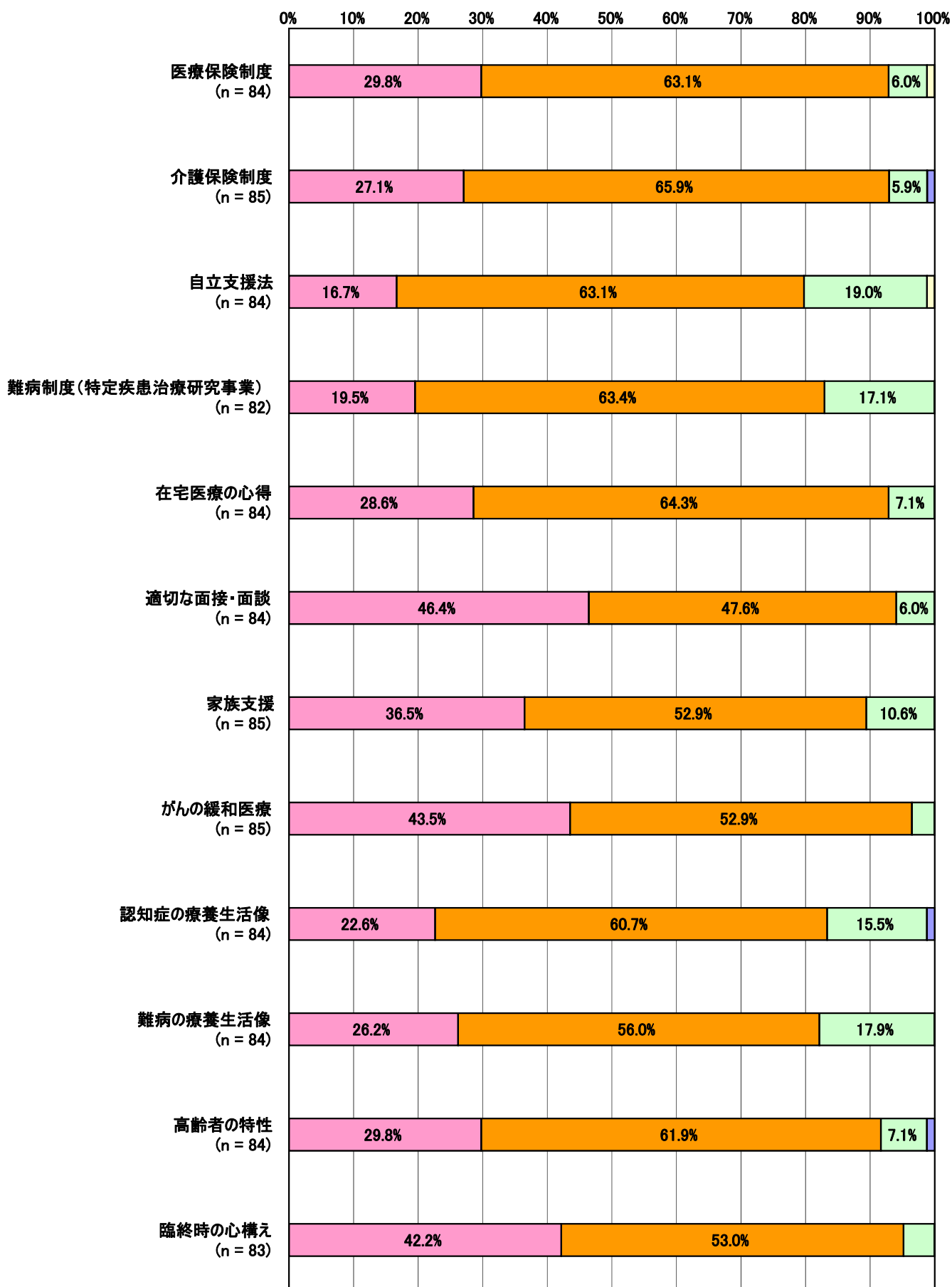
院長 問2-3「病院の医師が知っておくべき内容に関し、以下の項目についてどの程度重要といえるでしょうか」

■ 特に重要である
 ■ 重要である
 ■ どちらともいえない
 ■ あまり重要ではない
 ■ 不要である



看護部長 問2-3「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」

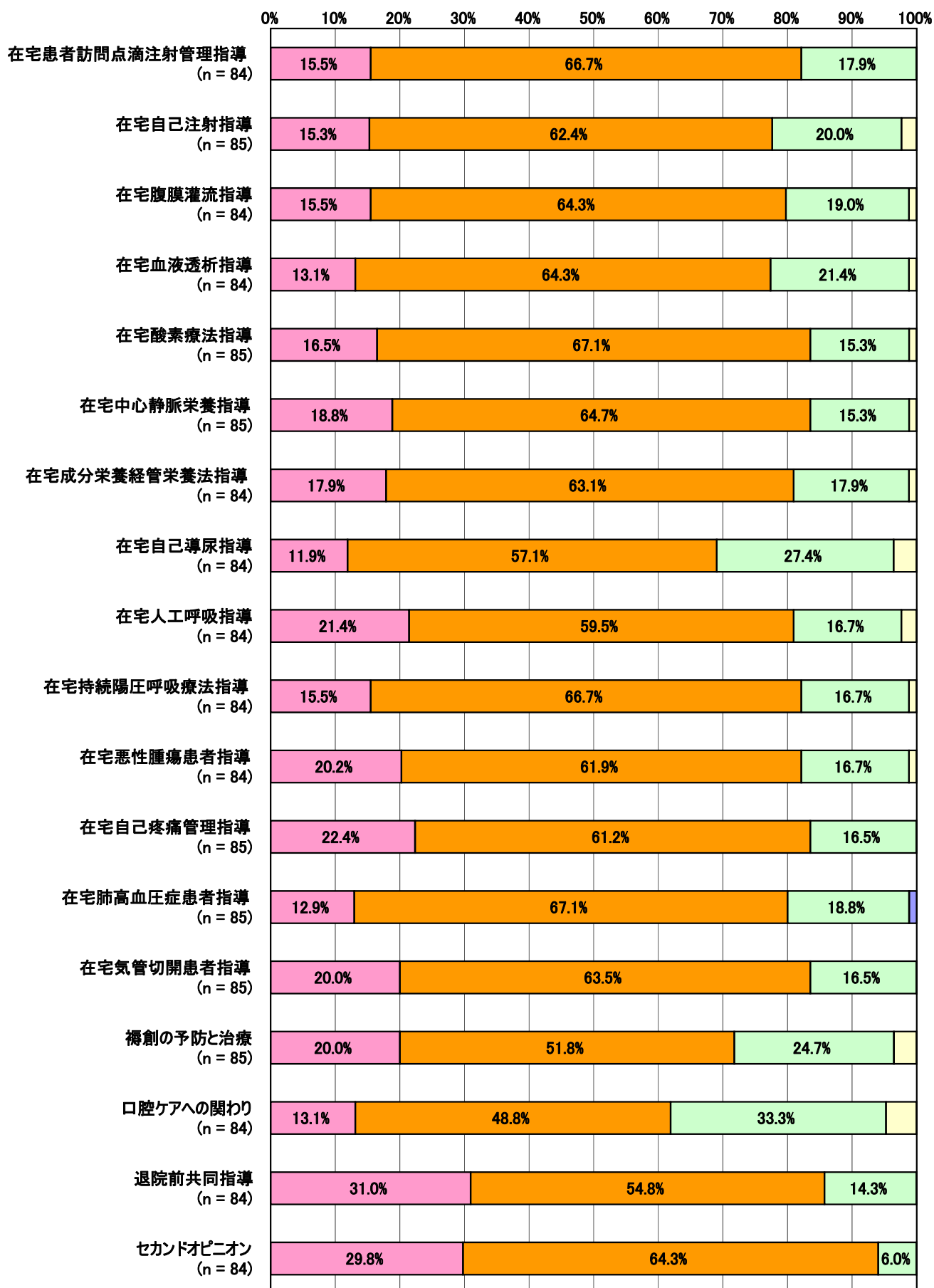
■ 特に重要である
 ■ 重要である
 ■ どちらともいえない
 ■ あまり重要ではない
 ■ 不要である





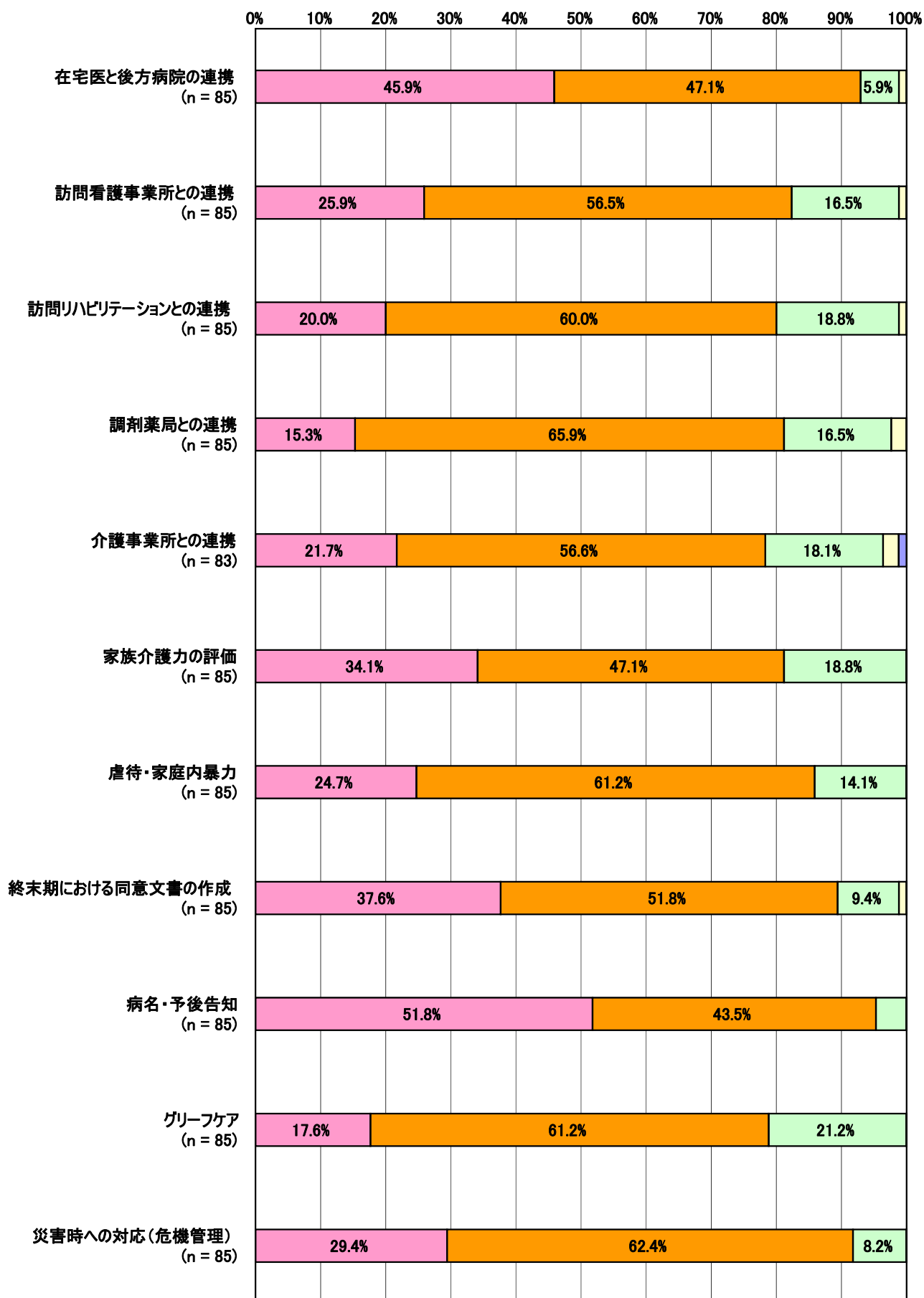
看護部長 問2-3「病院の医師が知っておくべき内容に関し、以下の項目についてどの程度重要といえるでしょうか」

■ 特に重要である
 ■ 重要である
 ■ どちらともいえない
 ■ あまり重要ではない
 ■ 不要である



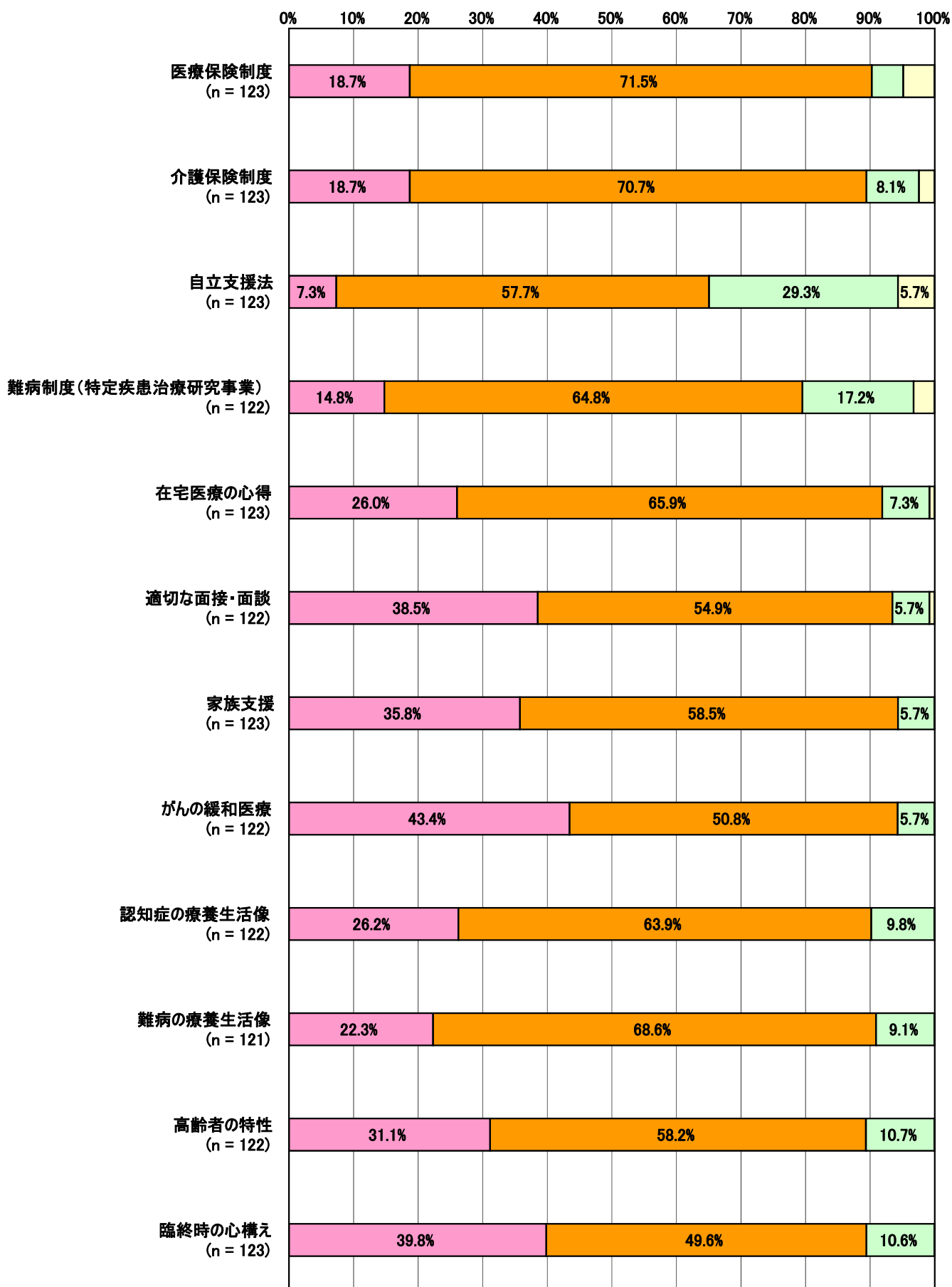
看護部長 問2-3「病院の医師が知っておくべき内容に関し、以下の項目についてどの程度重要といえるでしょうか」

■ 特に重要である
 ■ 重要である
 ■ どちらともいえない
 ■ あまり重要ではない
 ■ 不要である

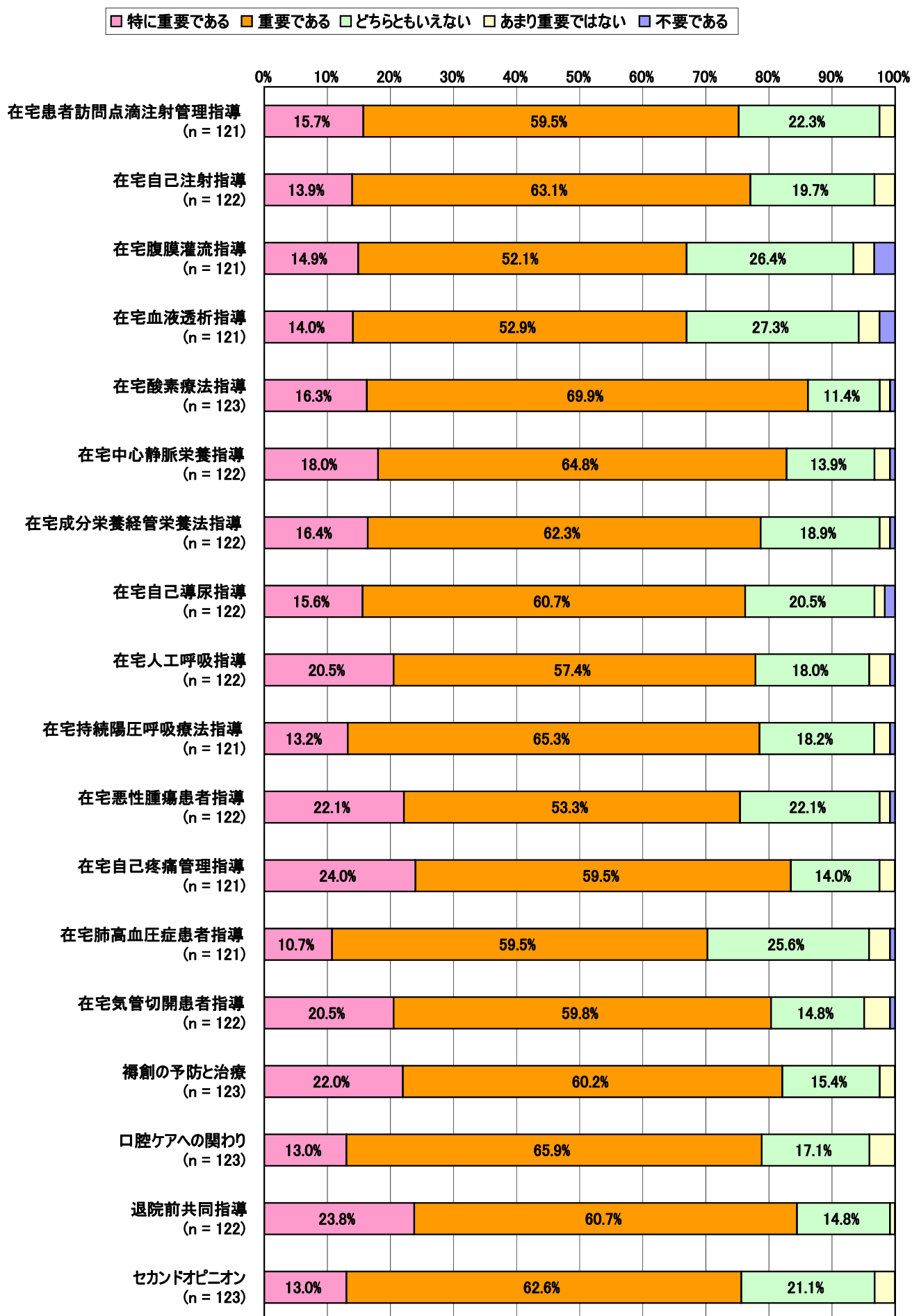


連携室長 問2-3「病院の医師が知っておくべき内容に関し、以下の項目についてどの程度重要といえるでしょうか」

■ 特に重要である
 ■ 重要である
 ■ どちらともいえない
 ■ あまり重要ではない
 ■ 不要である

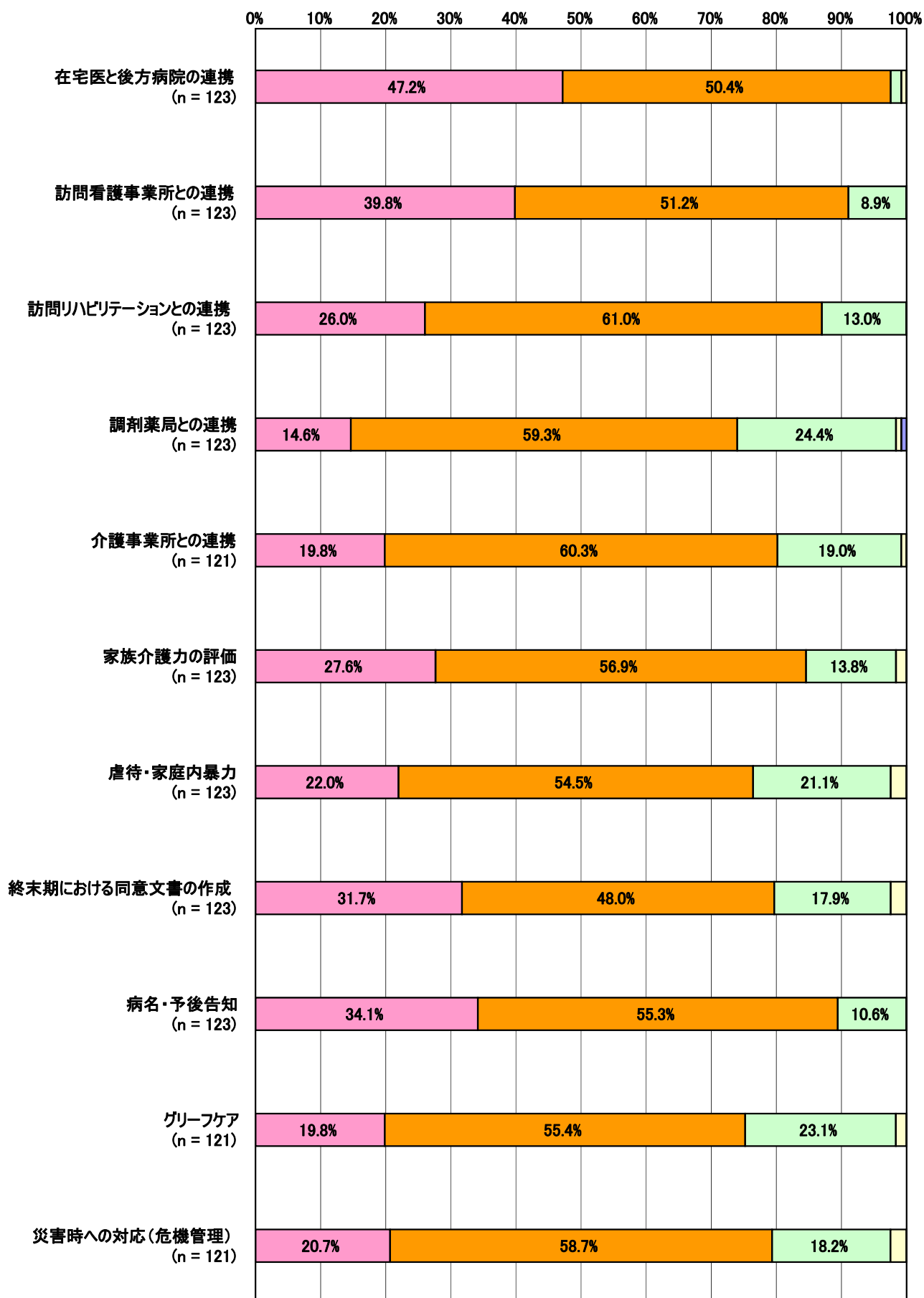


連携室長 問2-3「病院の医師が知っておくべき内容に関し、以下の項目についてどの程度重要といえるでしょうか」



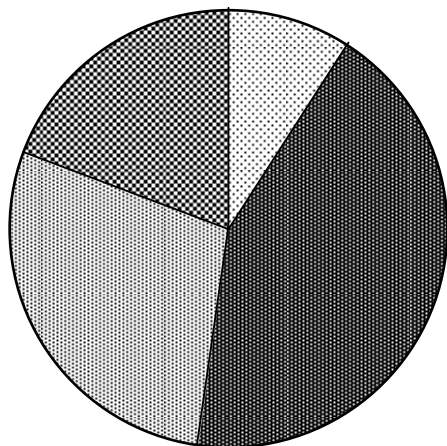
連携室長 問2-3「病院の医師が知っておくべき内容に関し、以下の項目についてどの程度重要といえるでしょうか」

■ 特に重要である
 ■ 重要である
 ■ どちらともいえない
 ■ あまり重要ではない
 ■ 不要である

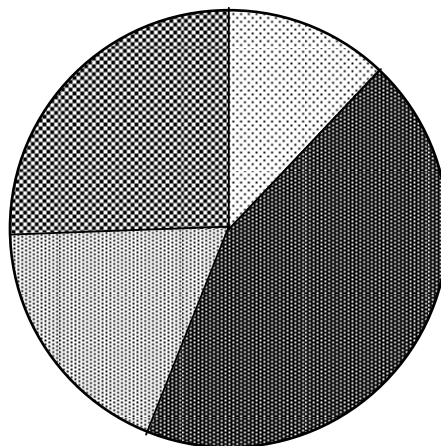


問2-4 病院の医師が知っておくべき内容－現実－医療保険制度の説明

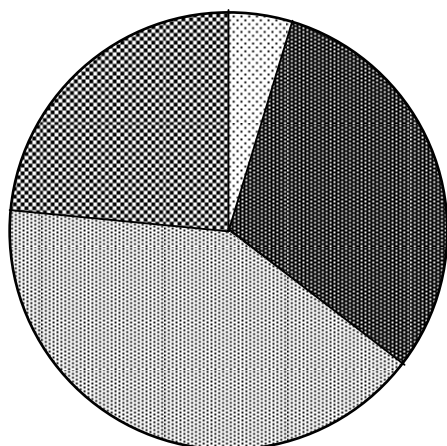
病院(n = 387)



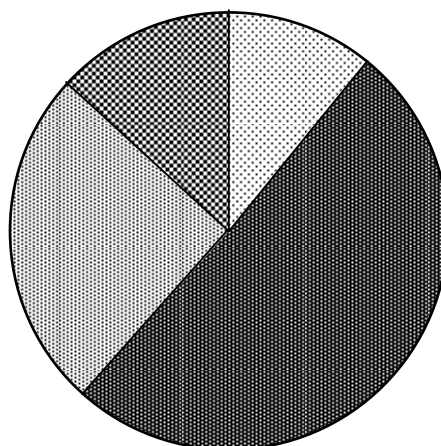
院長のみ(n = 75)



看護部長のみ(n = 85)



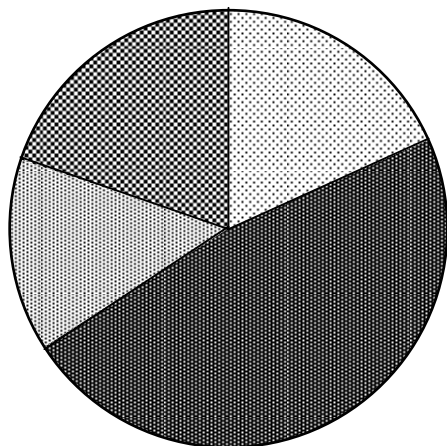
連携室長のみ(n = 120)



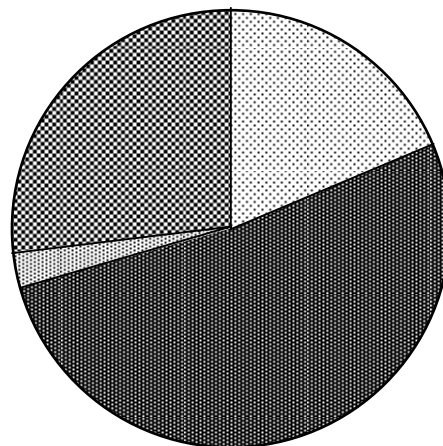
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	9.0%	12.0%	4.7%	10.8%
どちらともいえない	43.2%	44.0%	30.6%	50.8%
理解・実施している	28.4%	18.7%	41.2%	25.0%
わからない(把握していない)	19.4%	25.3%	23.5%	13.3%

問2-4 病院の医師が知っておくべき内容－現実－介護保険制度の説明

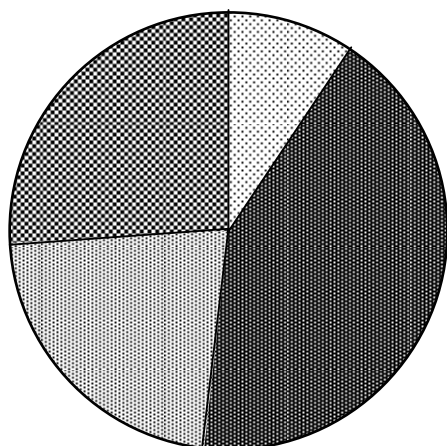
病院(n = 387)



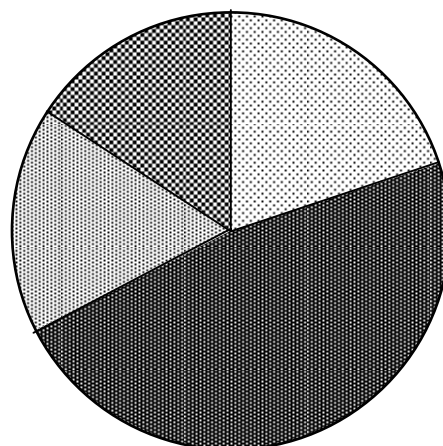
院長のみ(n = 75)



看護部長のみ(n = 85)



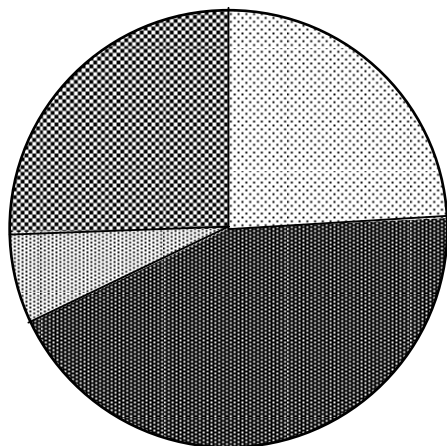
連携室長のみ(n = 120)



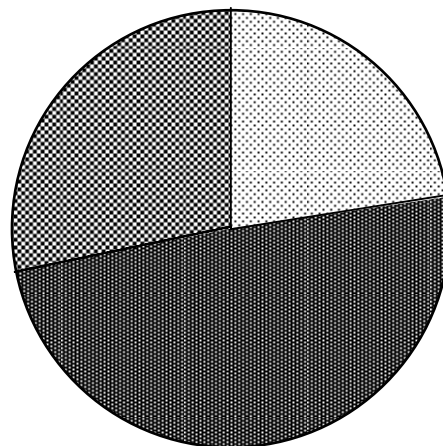
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	18.3%	18.7%	9.4%	20.0%
どちらともいえない	47.5%	52.0%	42.4%	47.5%
理解・実施している	14.2%	2.7%	22.4%	16.7%
わからない(把握していない)	19.9%	26.7%	25.9%	15.8%

問2-4 病院の医師が知っておくべき内容—現実—自立支援法の説明

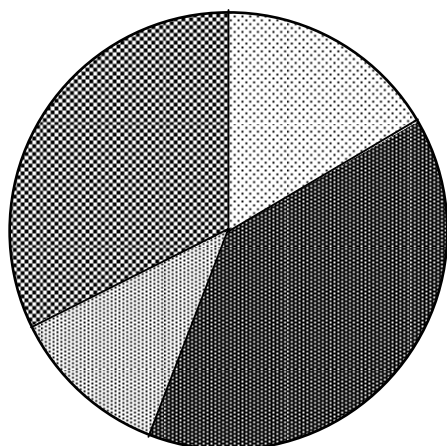
病院(n = 384)



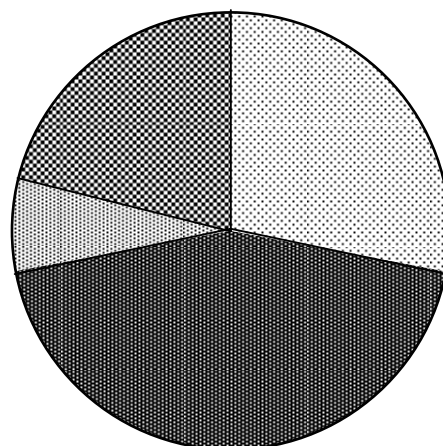
院長のみ(n = 75)



看護部長のみ(n = 84)



連携室長のみ(n = 118)

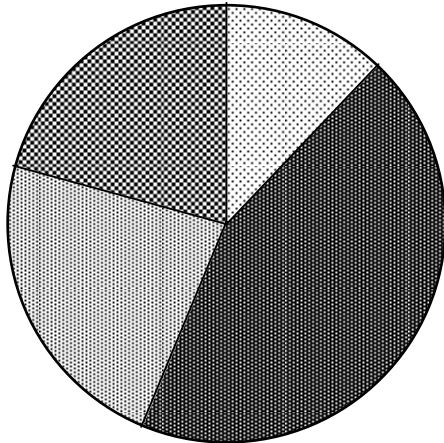


	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	24.2%	22.7%	16.7%	28.0%
どちらともいえない	43.8%	49.3%	39.3%	44.1%
理解・実施している	6.8%	0.0%	11.9%	6.8%
わからない(把握していない)	25.3%	28.0%	32.1%	21.2%

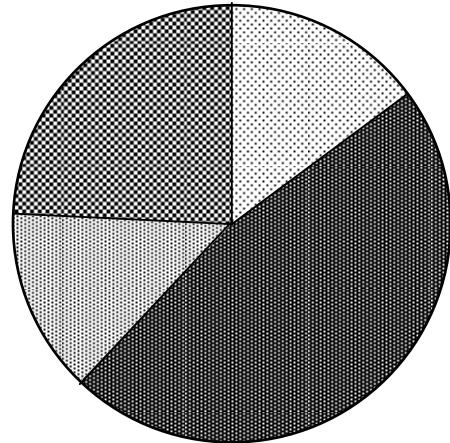


問2-4 病院の医師が知っておくべき内容—現実—難病制度(特定疾患治療研究事業)の説明

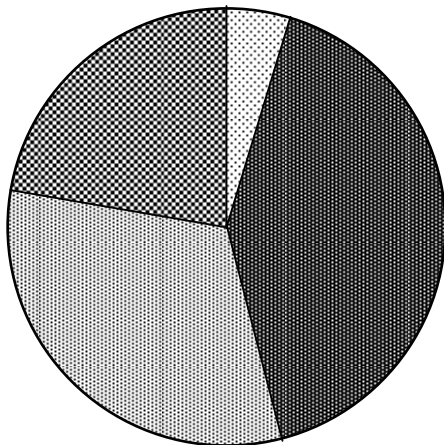
病院(n = 386)



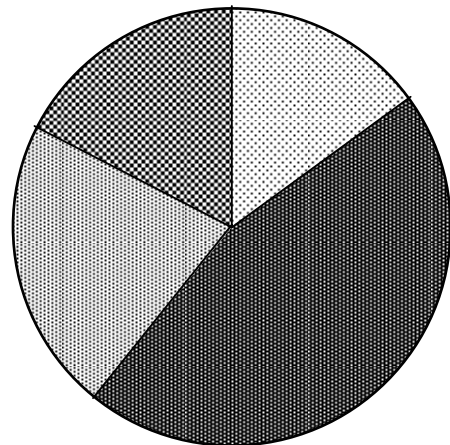
院長のみ(n = 74)



看護部長のみ(n = 85)



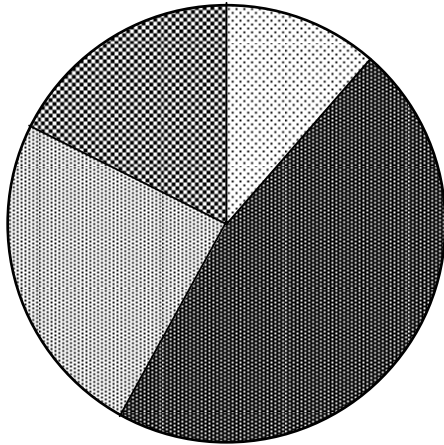
連携室長のみ(n = 120)



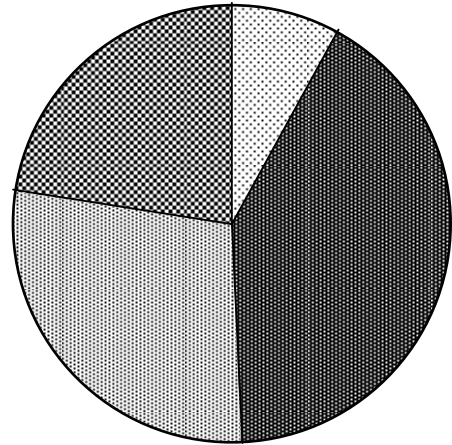
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	12.2%	14.9%	4.7%	15.0%
どちらともいえない	44.0%	47.3%	41.2%	45.8%
理解・実施している	23.1%	13.5%	31.8%	21.7%
わからない(把握していない)	20.7%	24.3%	22.4%	17.5%

問2-4 病院の医師が知っておくべき内容—現実—在宅医療の心得の説明

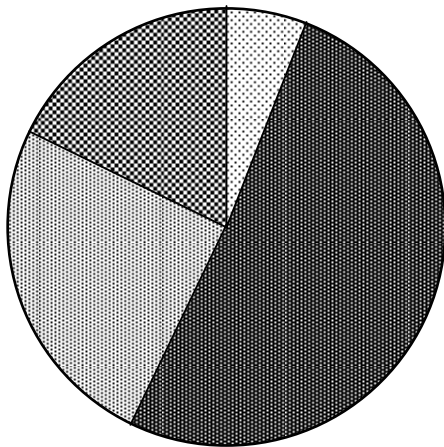
病院(n = 386)



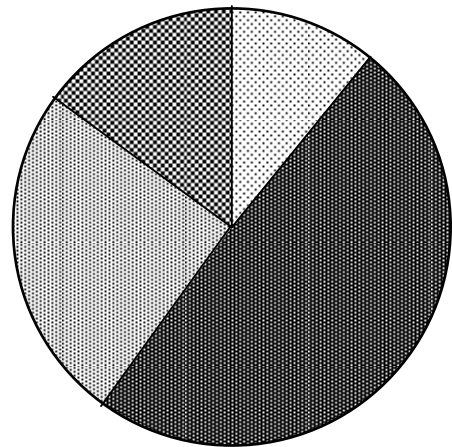
院長のみ(n = 75)



看護部長のみ(n = 84)



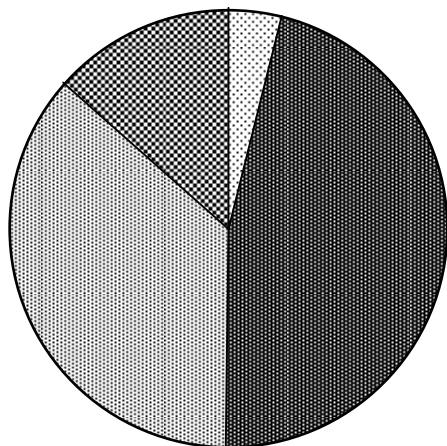
連携室長のみ(n = 120)



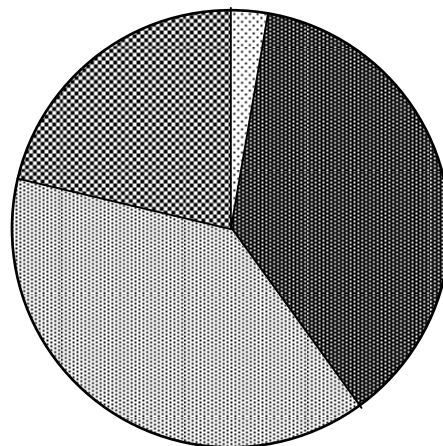
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	11.4%	8.0%	6.0%	10.8%
どちらともいえない	46.6%	41.3%	51.2%	49.2%
理解・実施している	24.4%	28.0%	25.0%	25.0%
わからない(把握していない)	17.6%	22.7%	17.9%	15.0%

問2-4 病院の医師が知っておくべき内容—現実—適切な面接・面談

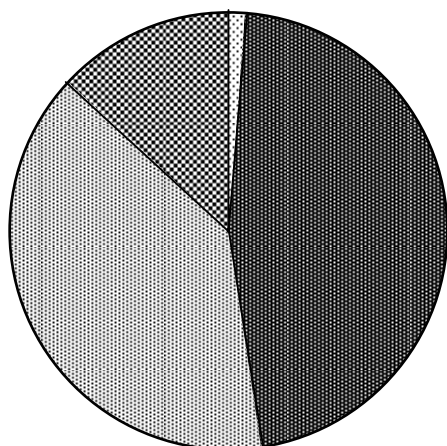
病院(n = 387)



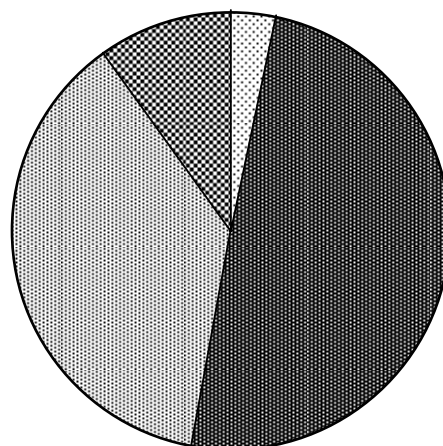
院長のみ(n = 75)



看護部長のみ(n = 84)



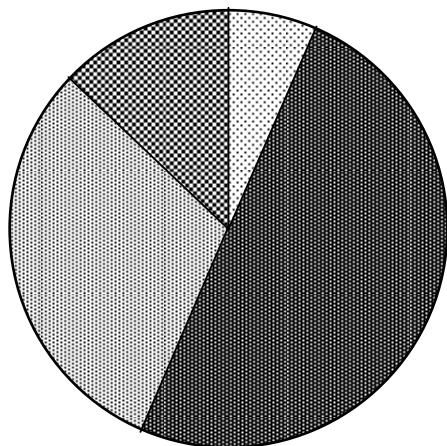
連携室長のみ(n = 121)



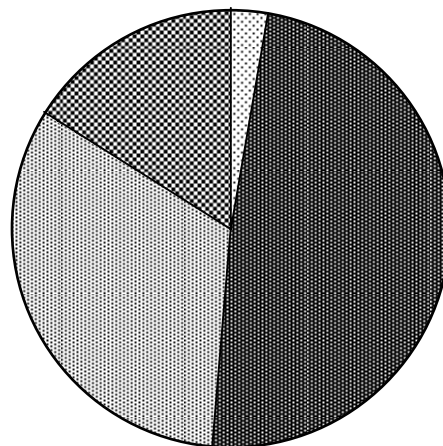
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	3.9%	2.7%	1.2%	3.3%
どちらともいえない	46.3%	37.3%	46.4%	49.6%
理解・実施している	36.4%	38.7%	39.3%	37.2%
わからない(把握していない)	13.4%	21.3%	13.1%	9.9%

問2-4 病院の医師が知っておくべき内容-現実-家族支援

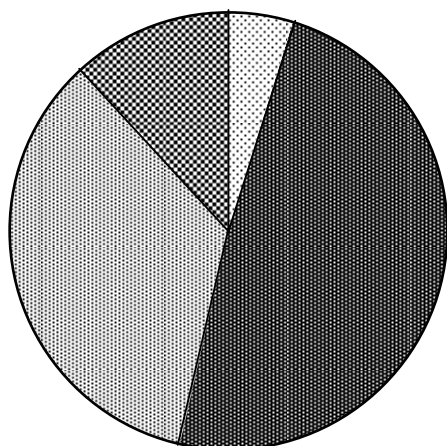
病院(n = 384)



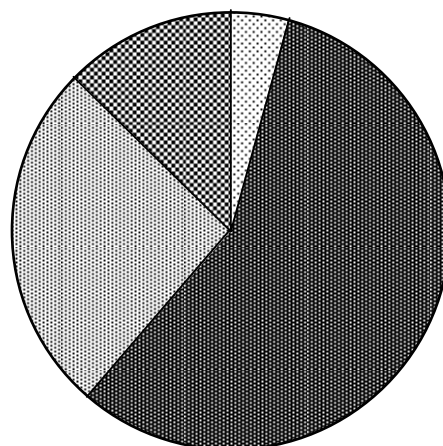
院長のみ(n = 74)



看護部長のみ(n = 84)

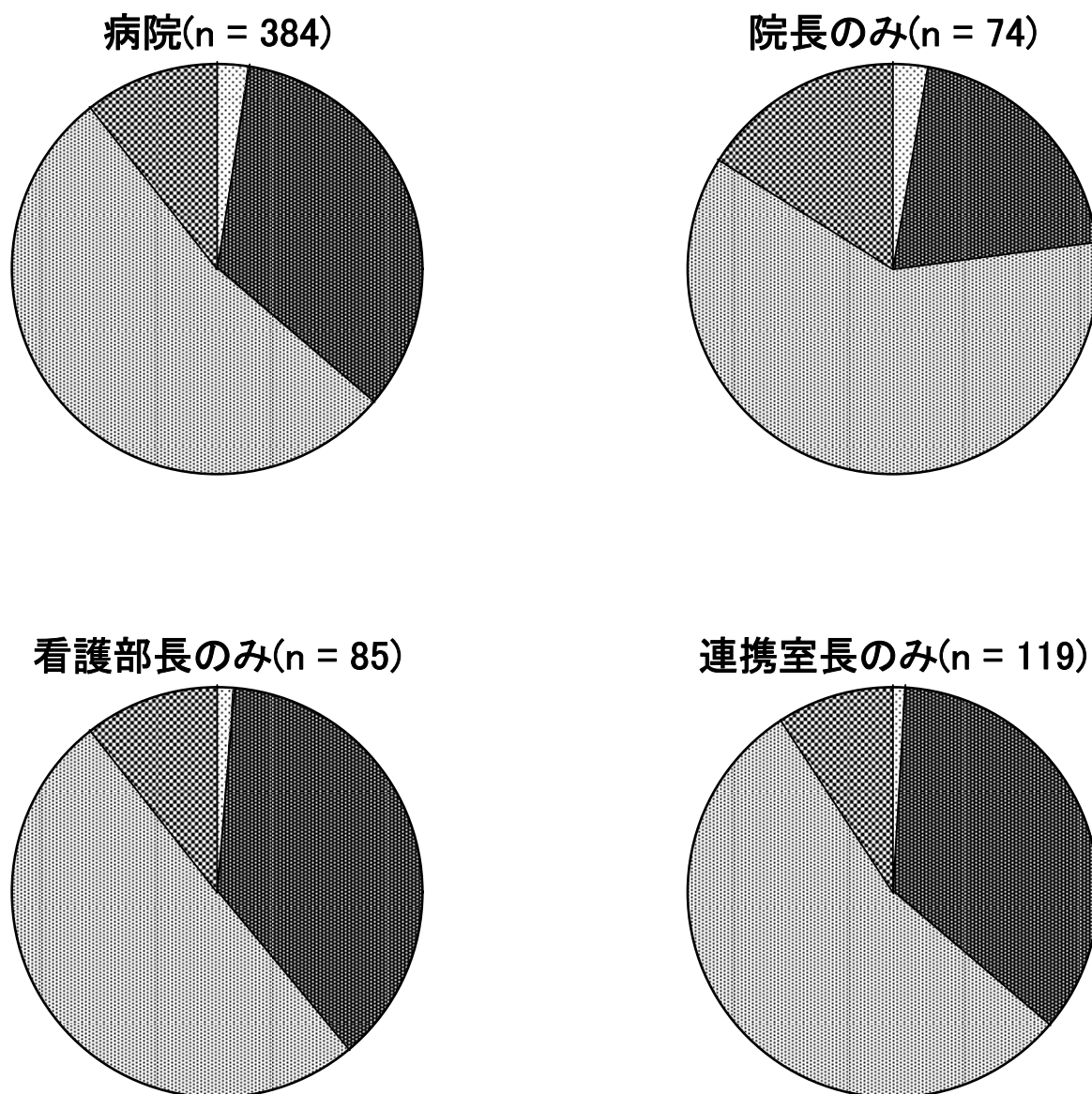


連携室長のみ(n = 119)



	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	6.5%	2.7%	4.8%	4.2%
どちらともいえない	50.0%	48.6%	48.8%	57.1%
理解・実施している	30.5%	32.4%	34.5%	26.1%
わからない(把握していない)	13.0%	16.2%	11.9%	12.6%

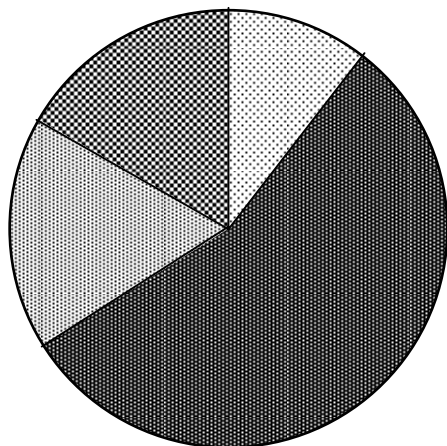
問2-4 病院の医師が知っておくべき内容—現実—がんの緩和医療



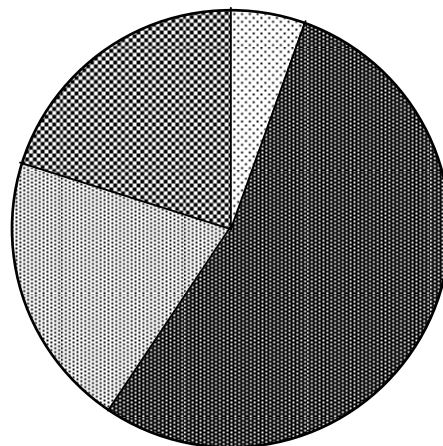
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	2.3%	2.7%	1.2%	0.8%
どちらともいえない	33.9%	20.3%	37.6%	35.3%
理解・実施している	53.1%	60.8%	50.6%	54.6%
わからない(把握していない)	10.7%	16.2%	10.6%	9.2%

問2-4 病院の医師が知っておくべき内容－現実－認知症の療養生活像

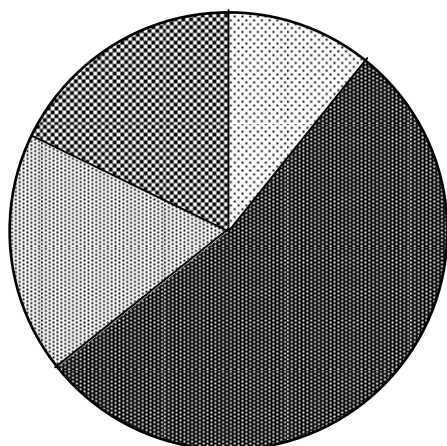
病院(n = 383)



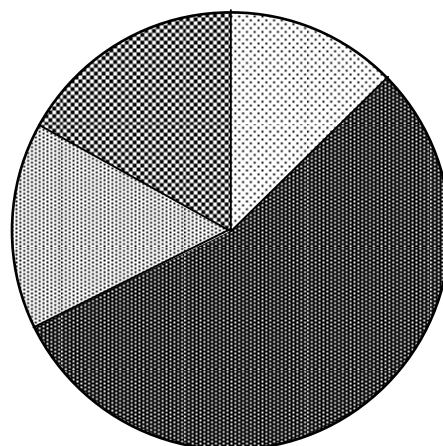
院長のみ(n = 74)



看護部長のみ(n = 84)



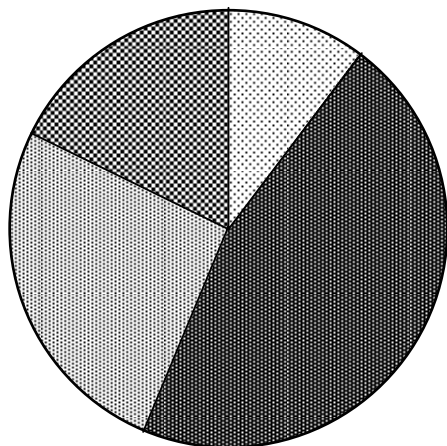
連携室長のみ(n = 118)



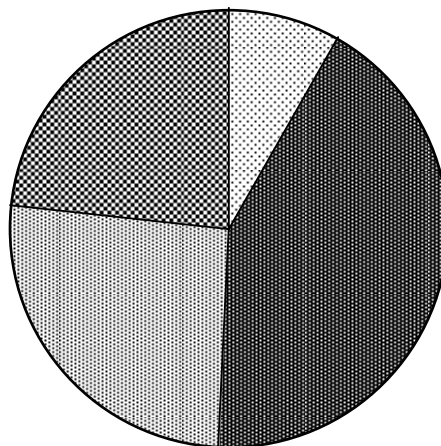
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	10.4%	5.4%	10.7%	12.7%
どちらともいえない	55.6%	54.1%	53.6%	55.1%
理解・実施している	17.2%	20.3%	17.9%	15.3%
わからない(把握していない)	16.7%	20.3%	17.9%	16.9%

問2-4 病院の医師が知っておくべき内容—現実—難病の療養生活像

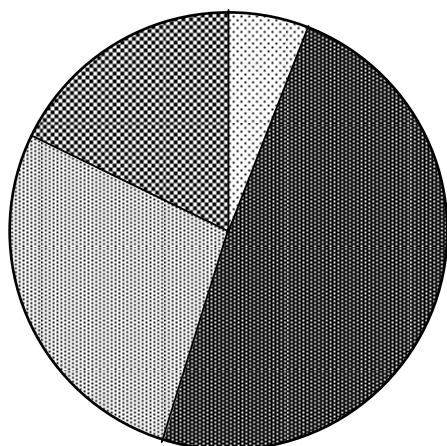
病院(n = 382)



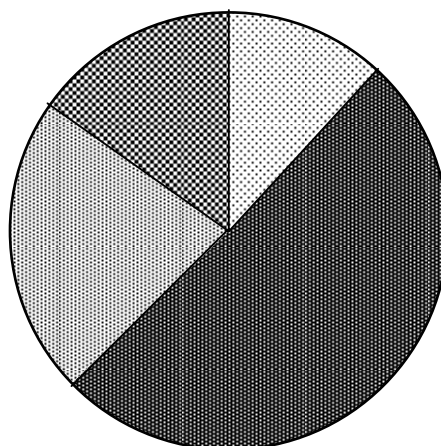
院長のみ(n = 73)



看護部長のみ(n = 84)



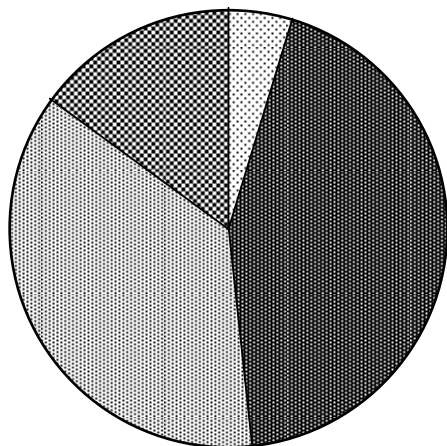
連携室長のみ(n = 118)



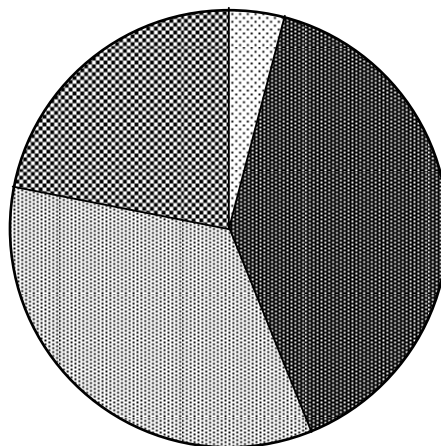
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	10.2%	8.2%	6.0%	11.9%
どちらともいえない	46.1%	42.5%	48.8%	50.8%
理解・実施している	25.9%	26.0%	27.4%	22.0%
わからない(把握していない)	17.8%	23.3%	17.9%	15.3%

問2-4 病院の医師が知っておくべき内容—現実—高齢者の特性

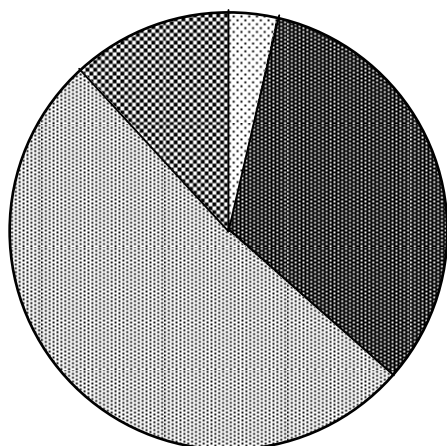
病院(n = 385)



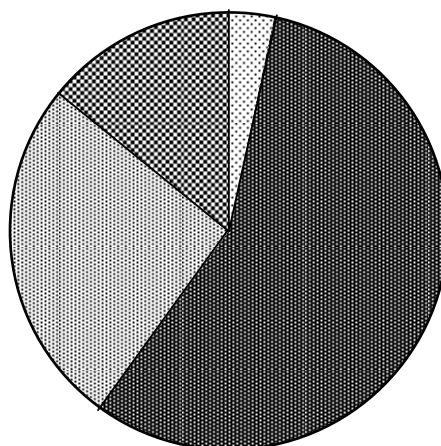
院長のみ(n = 73)



看護部長のみ(n = 85)



連携室長のみ(n = 120)

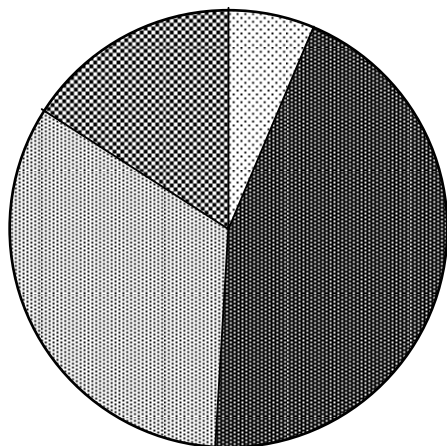


	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	4.7%	4.1%	3.5%	3.3%
どちらともいえない	43.6%	39.7%	32.9%	56.7%
理解・実施している	36.6%	34.2%	51.8%	25.8%
わからない(把握していない)	15.1%	21.9%	11.8%	14.2%

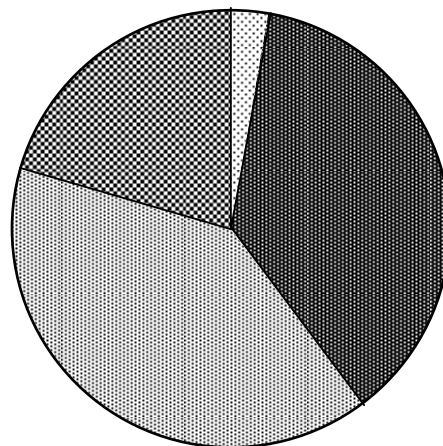


問2-4 病院の医師が知っておくべき内容－現実－臨終時の心構え

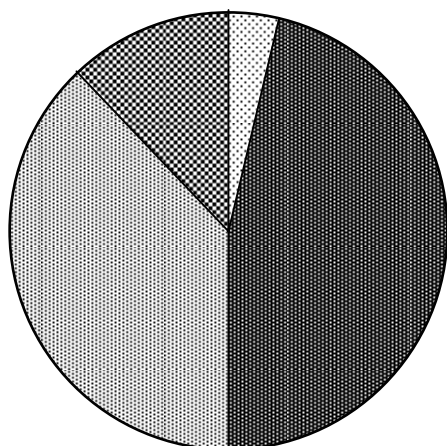
病院(n = 381)



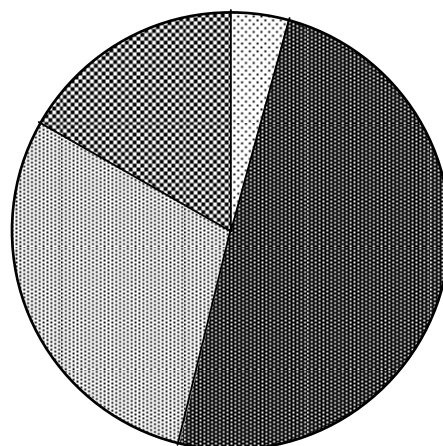
院長のみ(n = 73)



看護部長のみ(n = 82)

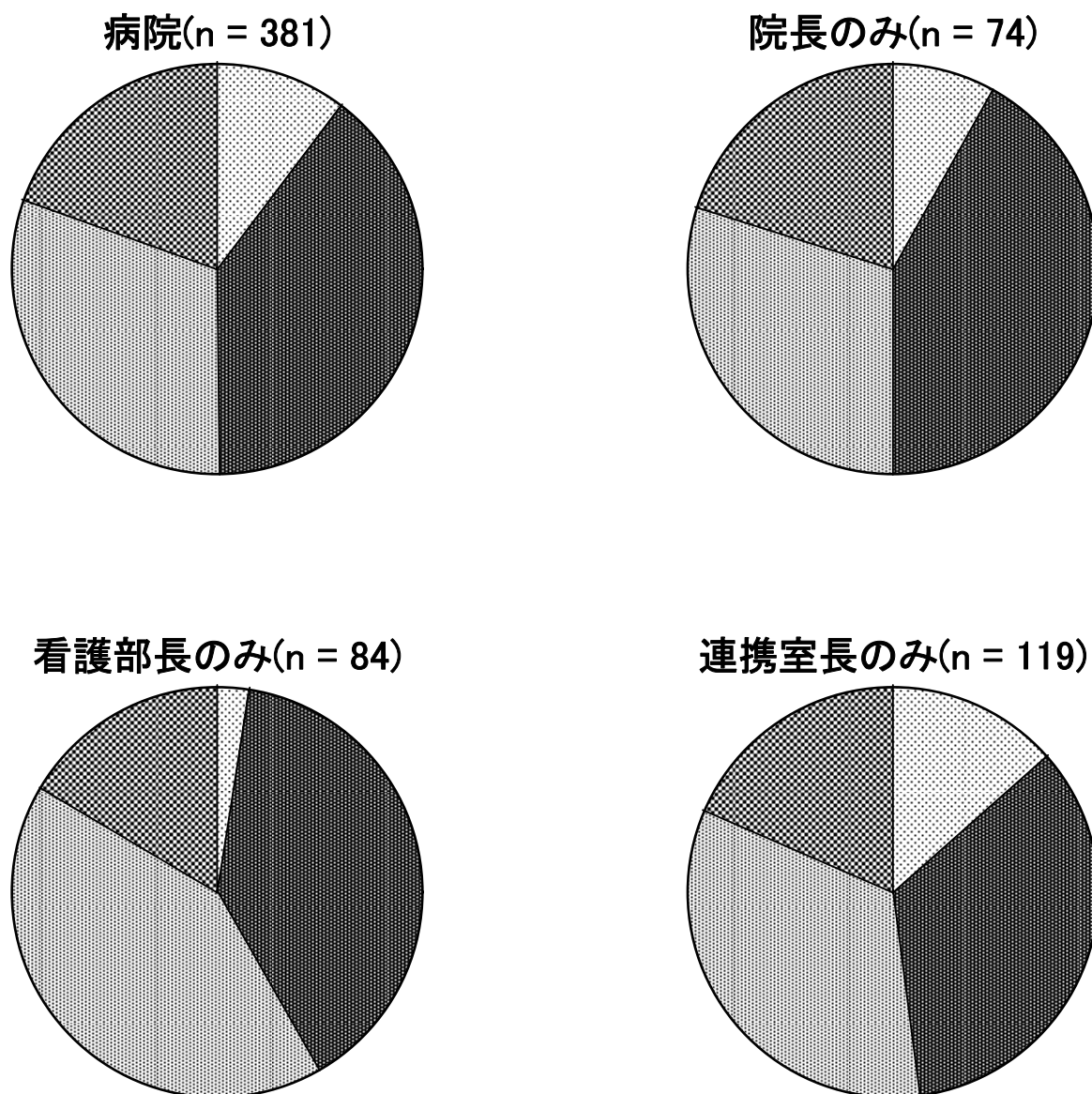


連携室長のみ(n = 119)



	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	6.3%	2.7%	3.7%	4.2%
どちらともいえない	44.6%	37.0%	46.3%	49.6%
理解・実施している	33.1%	39.7%	37.8%	29.4%
わからない(把握していない)	16.0%	20.5%	12.2%	16.8%

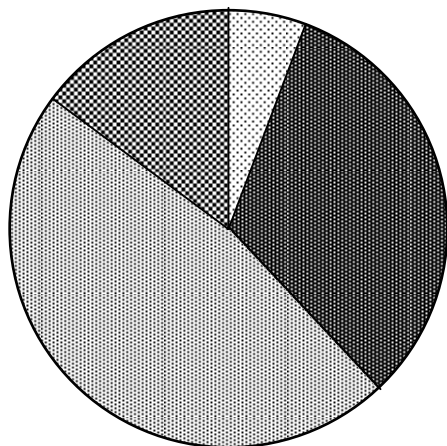
問2-4 病院の医師が知っておくべき内容—現実—在宅患者訪問点滴注射管理指導



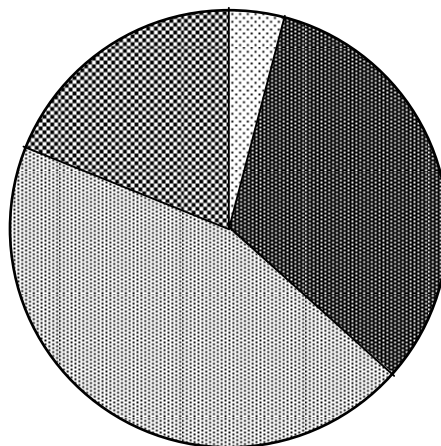
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	10.2%	8.1%	2.4%	13.4%
どちらともいえない	39.6%	41.9%	39.3%	34.5%
理解・実施している	30.4%	29.7%	41.7%	33.6%
わからない(把握していない)	19.7%	20.3%	16.7%	18.5%

問2-4 病院の医師が知っておくべき内容－現実－在宅自己注射指導

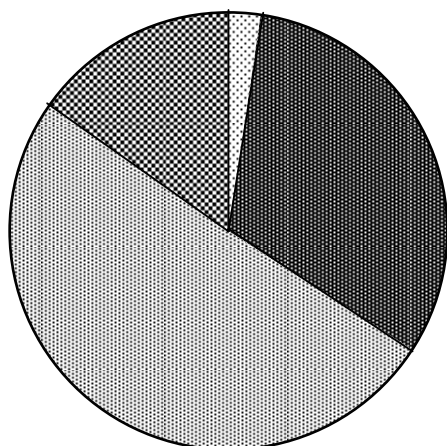
病院(n = 384)



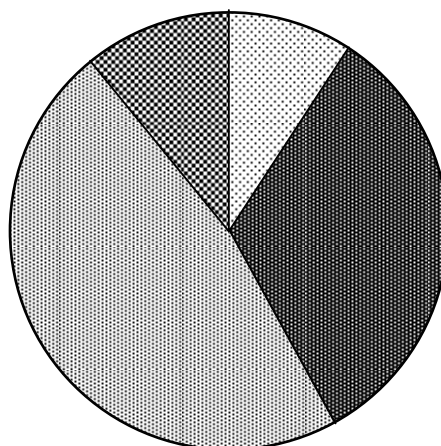
院長のみ(n = 74)



看護部長のみ(n = 85)



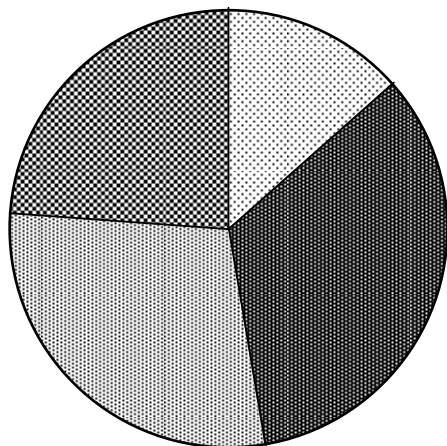
連携室長のみ(n = 119)



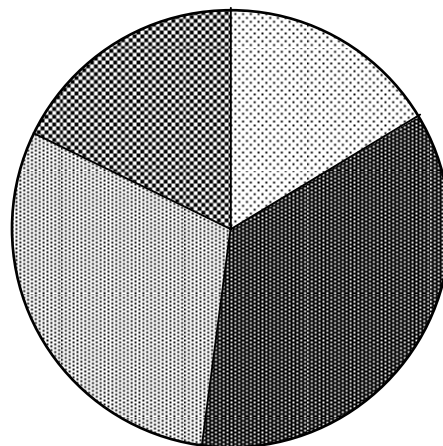
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	5.7%	4.1%	2.4%	9.2%
どちらともいえない	32.3%	32.4%	31.8%	32.8%
理解・実施している	47.1%	44.6%	50.6%	47.1%
わからない(把握していない)	14.8%	18.9%	15.3%	10.9%

問2-4 病院の医師が知っておくべき内容—現実—在宅腹膜灌流指導

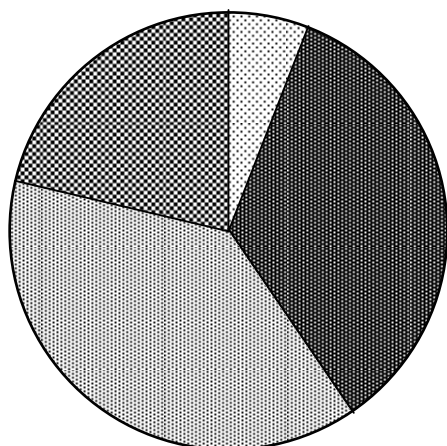
病院(n = 380)



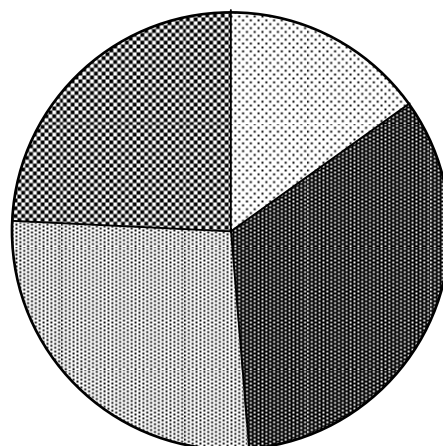
院長のみ(n = 73)



看護部長のみ(n = 84)



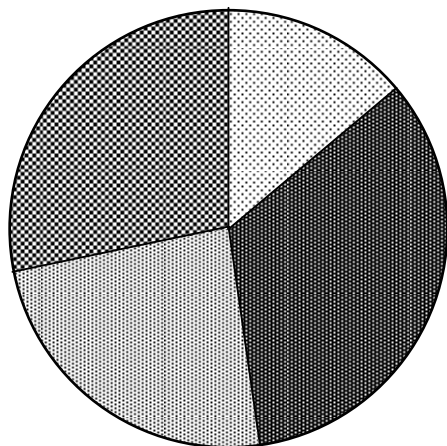
連携室長のみ(n = 119)



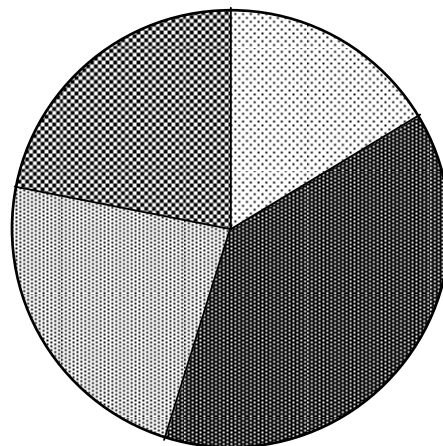
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	13.4%	16.4%	6.0%	15.1%
どちらともいえない	33.9%	35.6%	34.5%	33.6%
理解・実施している	28.7%	30.1%	38.1%	26.9%
わからない(把握していない)	23.9%	17.8%	21.4%	24.4%

問2-4 病院の医師が知っておくべき内容—現実—在宅血液透析指導

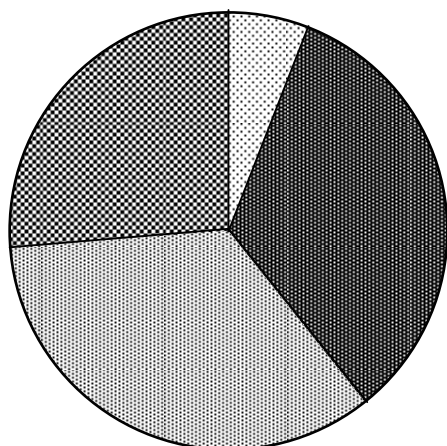
病院(n = 381)



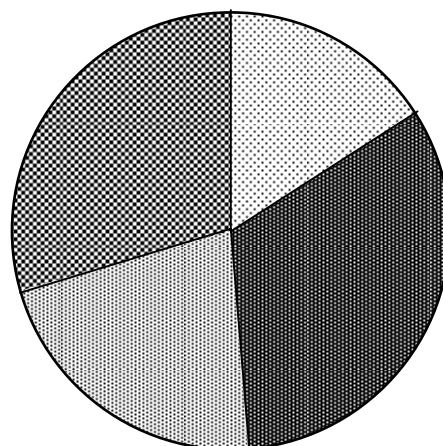
院長のみ(n = 73)



看護部長のみ(n = 84)



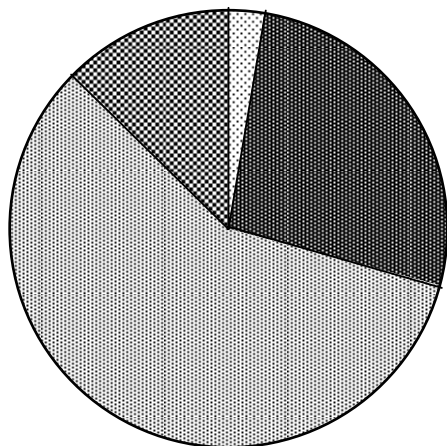
連携室長のみ(n = 119)



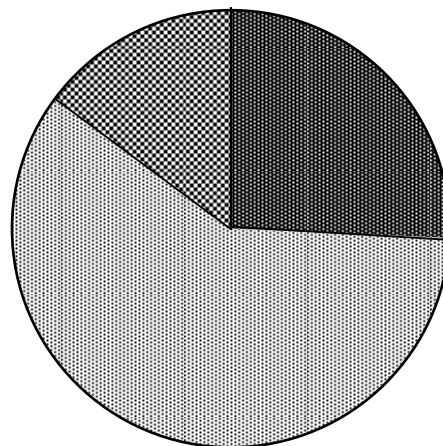
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	13.9%	16.4%	6.0%	16.0%
どちらともいえない	33.9%	38.4%	33.3%	32.8%
理解・実施している	24.1%	23.3%	34.5%	21.8%
わからない(把握していない)	28.1%	21.9%	26.2%	29.4%

問2-4 病院の医師が知っておくべき内容—現実—在宅酸素療法指導

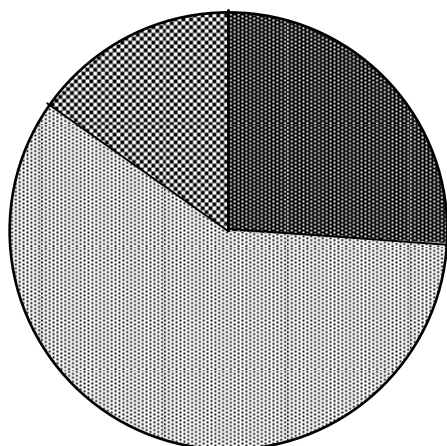
病院(n = 384)



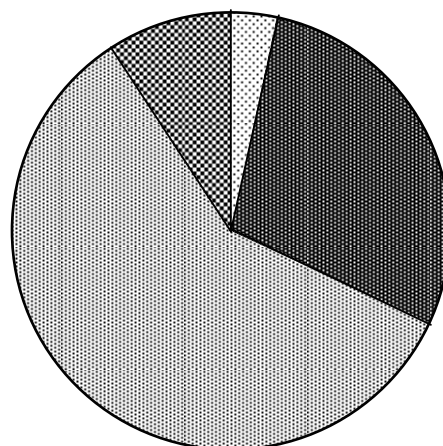
院長のみ(n = 74)



看護部長のみ(n = 85)



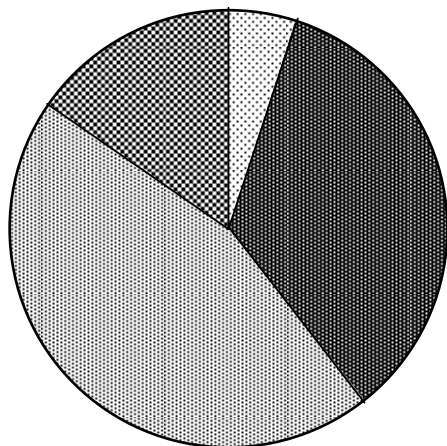
連携室長のみ(n = 119)



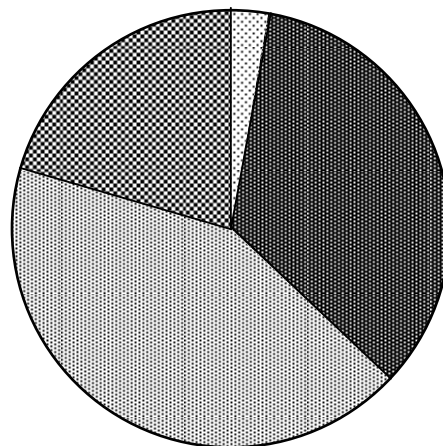
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	2.6%	0.0%	0.0%	3.4%
どちらともいえない	26.6%	25.7%	25.9%	28.6%
理解・実施している	58.1%	59.5%	58.8%	58.8%
わからない(把握していない)	12.8%	14.9%	15.3%	9.2%

問2-4 病院の医師が知っておくべき内容—現実—在宅中心静脈栄養指導

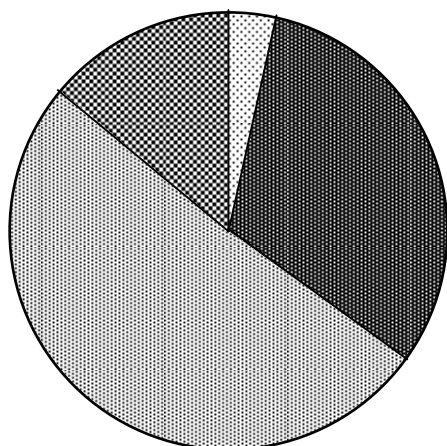
病院(n = 384)



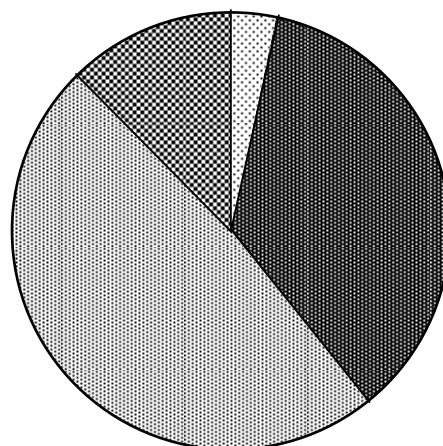
院長のみ(n = 73)



看護部長のみ(n = 86)

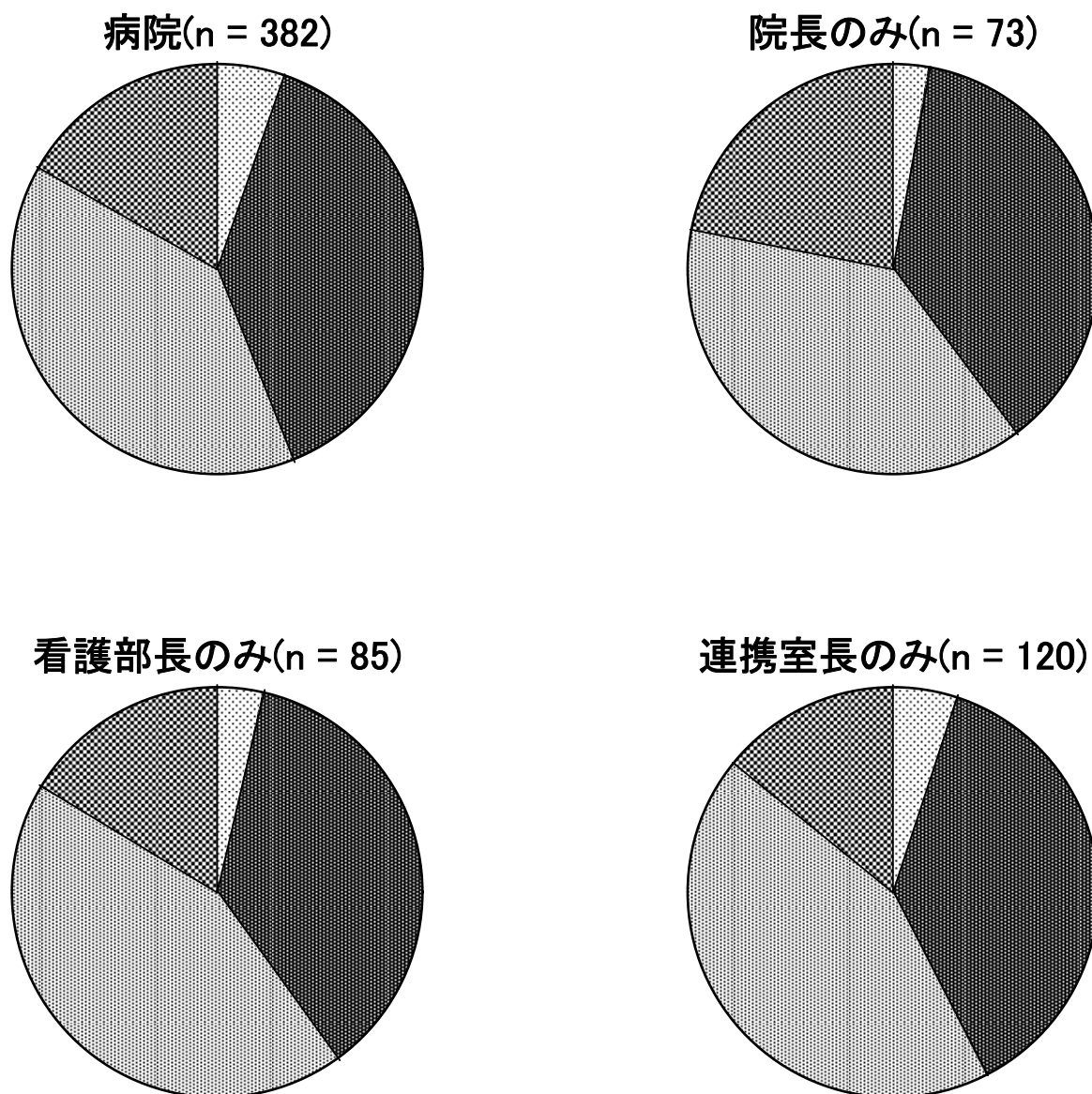


連携室長のみ(n = 120)



	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	4.9%	2.7%	3.5%	3.3%
どちらともいえない	34.4%	34.2%	31.4%	35.8%
理解・実施している	45.3%	42.5%	51.2%	48.3%
わからない(把握していない)	15.4%	20.5%	14.0%	12.5%

問2-4 病院の医師が知っておくべき内容－現実－在宅成分栄養経管栄養法指導

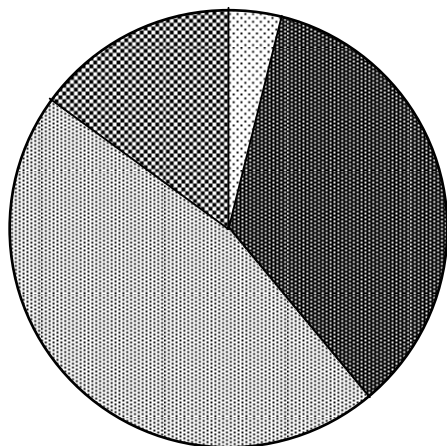


	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	5.2%	2.7%	3.5%	5.0%
どちらともいえない	38.7%	37.0%	36.5%	37.5%
理解・実施している	39.3%	38.4%	43.5%	43.3%
わからない(把握していない)	16.8%	21.9%	16.5%	14.2%

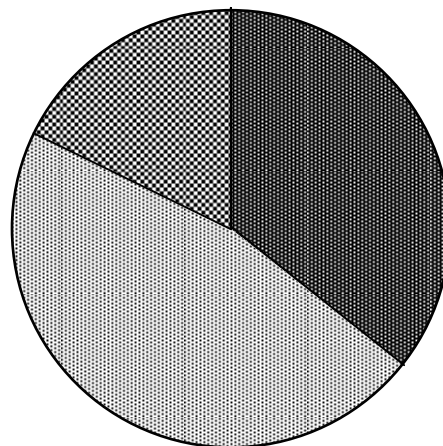


問2-4 病院の医師が知っておくべき内容—現実—在宅自己導尿指導

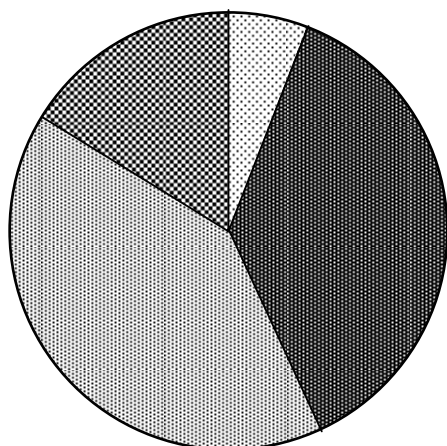
病院(n = 385)



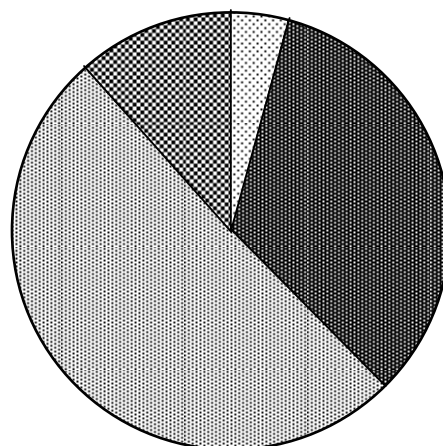
院長のみ(n = 73)



看護部長のみ(n = 86)



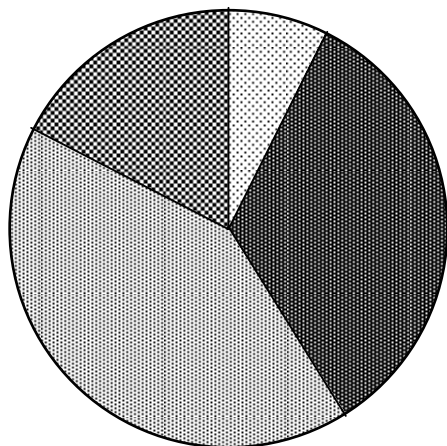
連携室長のみ(n = 120)



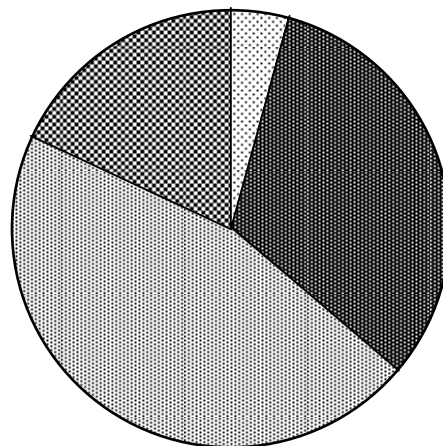
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	3.9%	0.0%	5.8%	4.2%
どちらともいえない	35.1%	35.6%	37.2%	33.3%
理解・実施している	46.0%	46.6%	40.7%	50.8%
わからない(把握していない)	15.1%	17.8%	16.3%	11.7%

問2-4 病院の医師が知っておくべき内容—現実—在宅人工呼吸指導

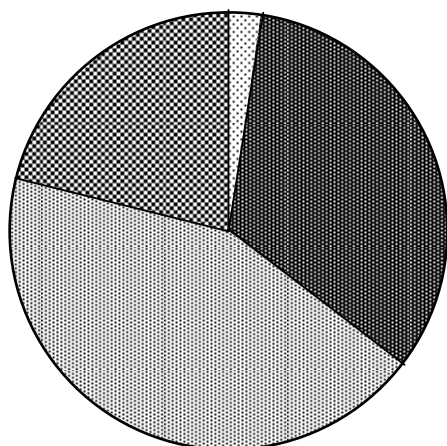
病院(n = 383)



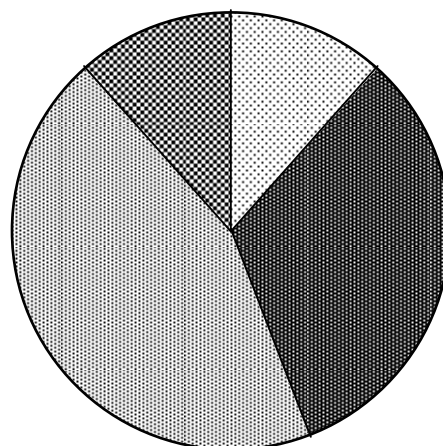
院長のみ(n = 72)



看護部長のみ(n = 85)



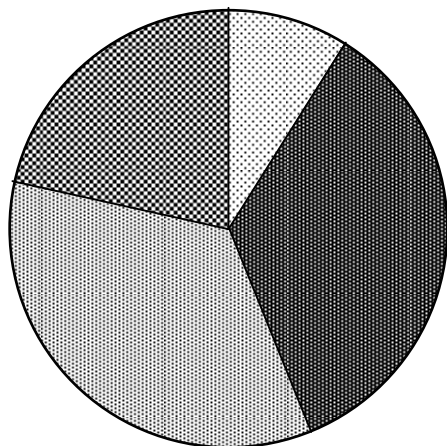
連携室長のみ(n = 120)



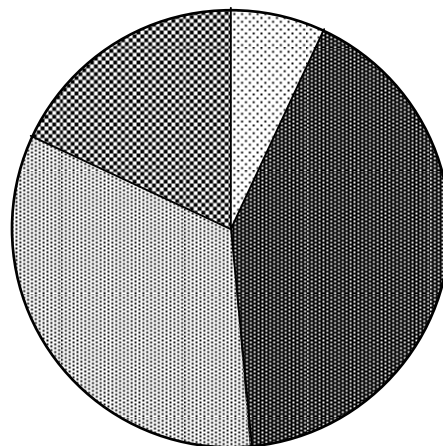
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	7.3%	4.2%	2.4%	11.7%
どちらともいえない	33.7%	31.9%	32.9%	32.5%
理解・実施している	41.5%	45.8%	43.5%	44.2%
わからない(把握していない)	17.5%	18.1%	21.2%	11.7%

問2-4 病院の医師が知っておくべき内容—現実—在宅持続陽圧呼吸療法指導

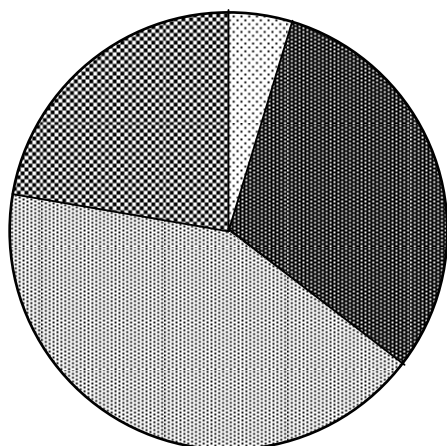
病院(n = 383)



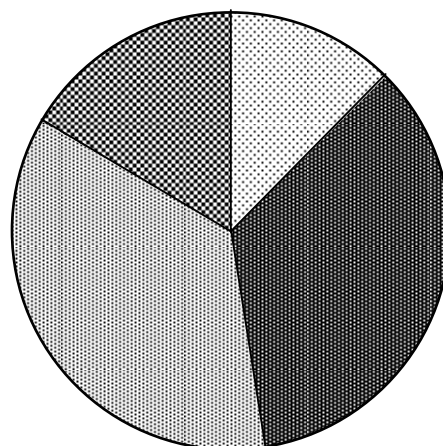
院長のみ(n = 72)



看護部長のみ(n = 85)

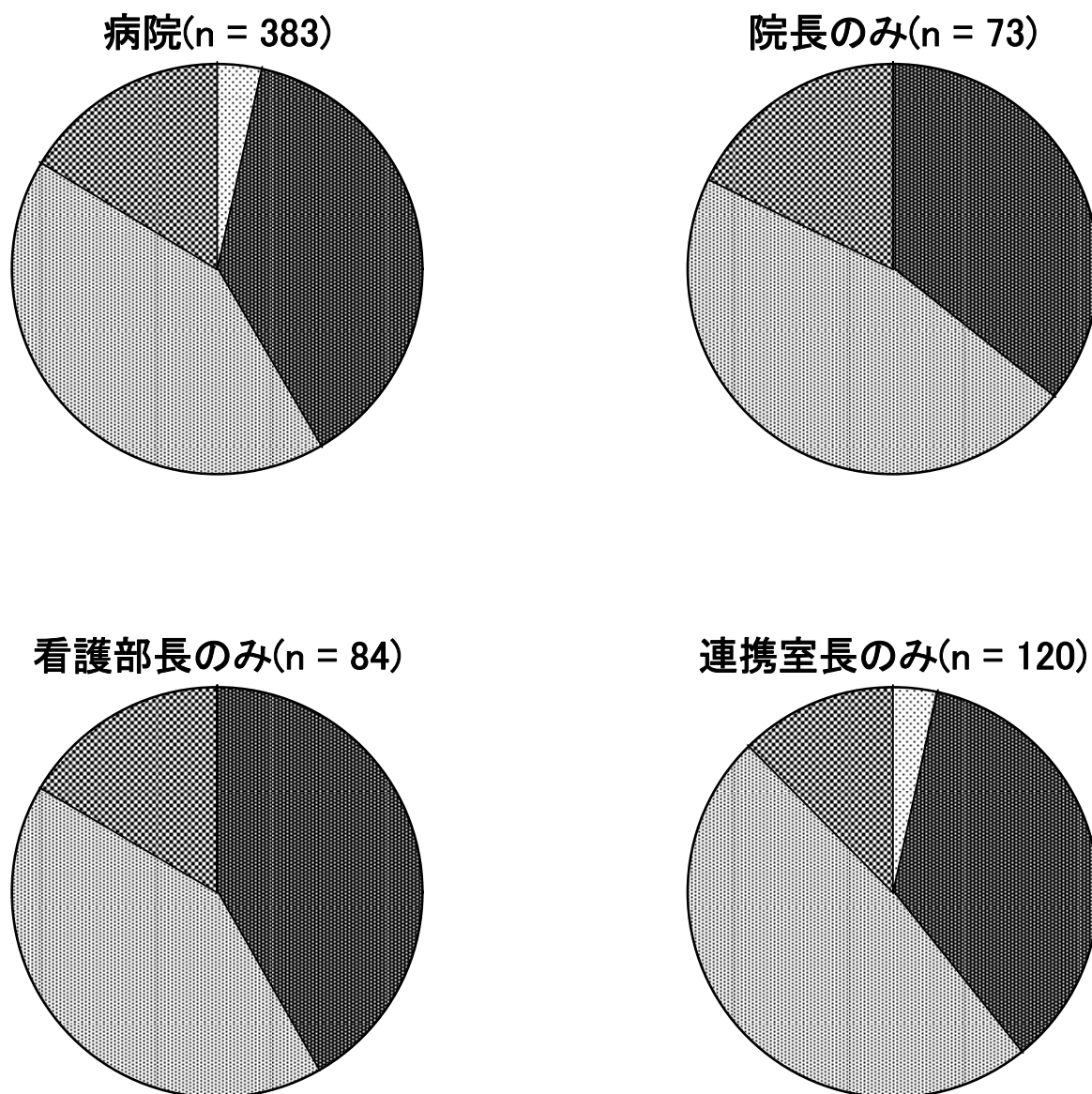


連携室長のみ(n = 120)



	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	8.9%	6.9%	4.7%	12.5%
どちらともいえない	35.0%	41.7%	30.6%	35.0%
理解・実施している	34.5%	33.3%	42.4%	35.8%
わからない(把握していない)	21.7%	18.1%	22.4%	16.7%

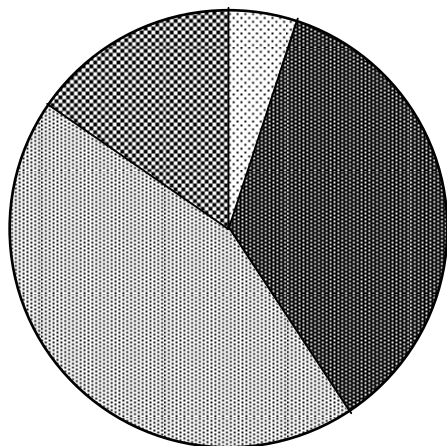
問2-4 病院の医師が知っておくべき内容—現実—在宅悪性腫瘍患者指導



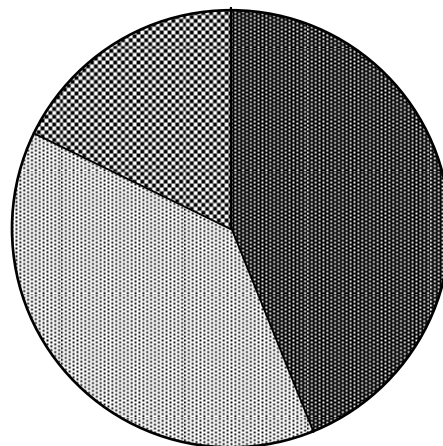
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	3.4%	0.0%	0.0%	3.3%
どちらともいえない	38.1%	35.6%	41.7%	35.8%
理解・実施している	42.0%	46.6%	41.7%	48.3%
わからない(把握していない)	16.4%	17.8%	16.7%	12.5%

問2-4 病院の医師が知っておくべき内容—現実—在宅自己疼痛管理指導

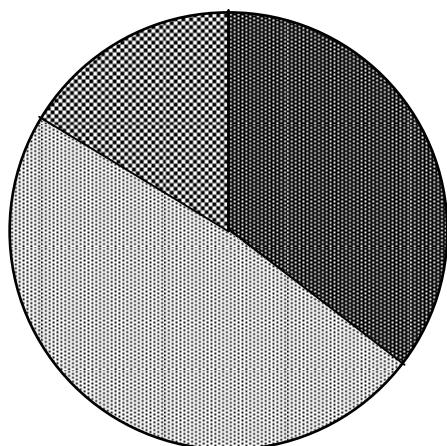
病院(n = 383)



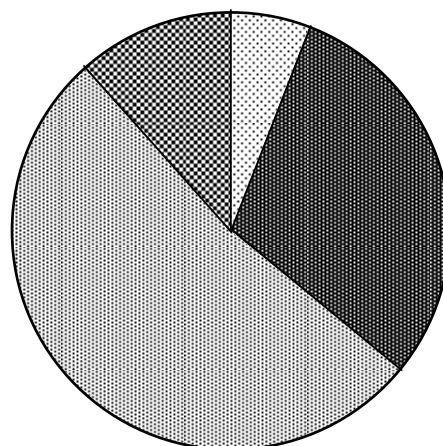
院長のみ(n = 73)



看護部長のみ(n = 85)



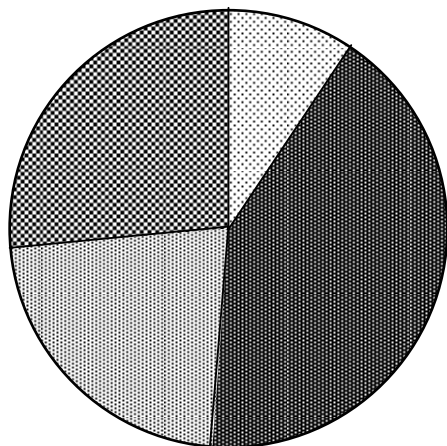
連携室長のみ(n = 120)



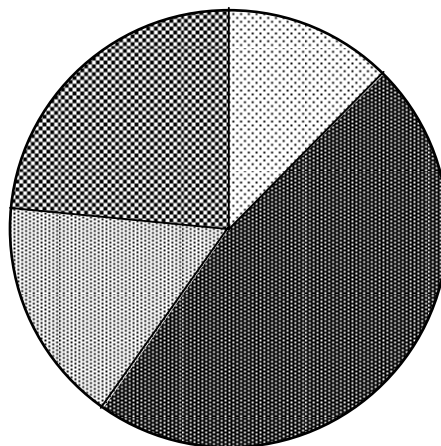
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	5.0%	0.0%	0.0%	5.8%
どちらともいえない	35.8%	43.8%	35.3%	30.0%
理解・実施している	43.9%	38.4%	48.2%	52.5%
わからない(把握していない)	15.4%	17.8%	16.5%	11.7%

問2-4 病院の医師が知っておくべき内容－現実－在宅肺高血圧症患者指導

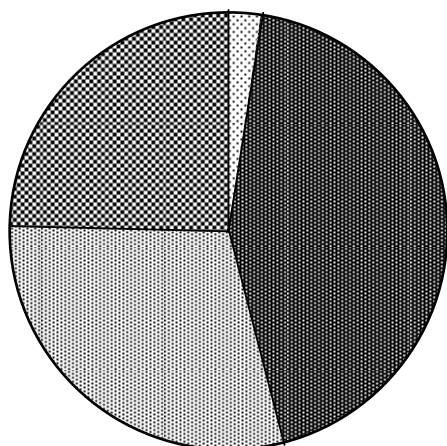
病院(n = 383)



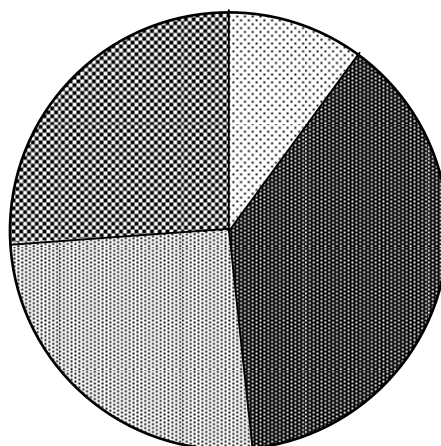
院長のみ(n = 72)



看護部長のみ(n = 85)



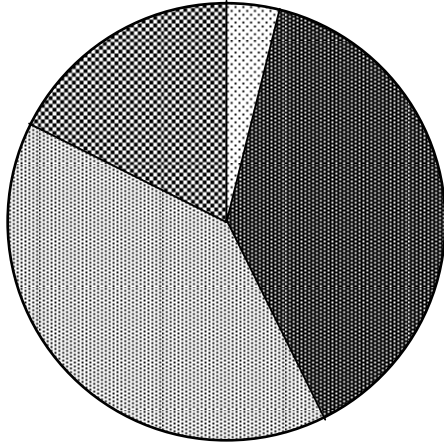
連携室長のみ(n = 120)



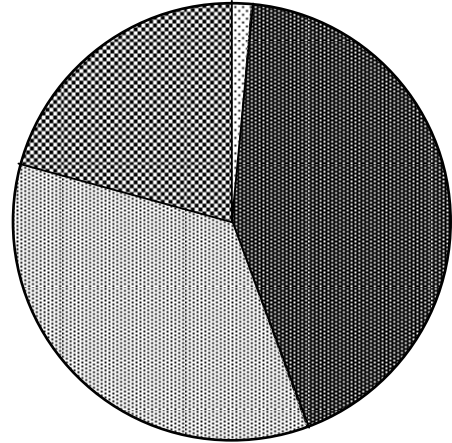
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	9.4%	12.5%	2.4%	10.0%
どちらともいえない	41.8%	47.2%	43.5%	38.3%
理解・実施している	22.5%	16.7%	29.4%	25.8%
わからない(把握していない)	26.4%	23.6%	24.7%	25.8%

問2-4 病院の医師が知っておくべき内容—現実—在宅気管切開患者指導

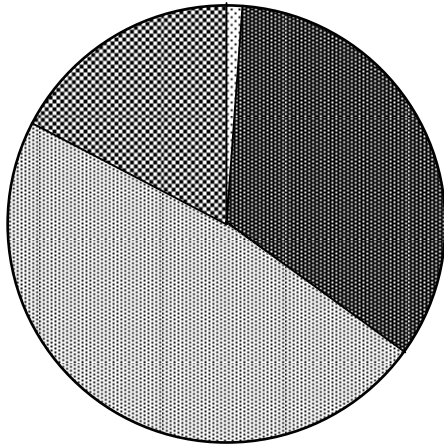
病院(n = 383)



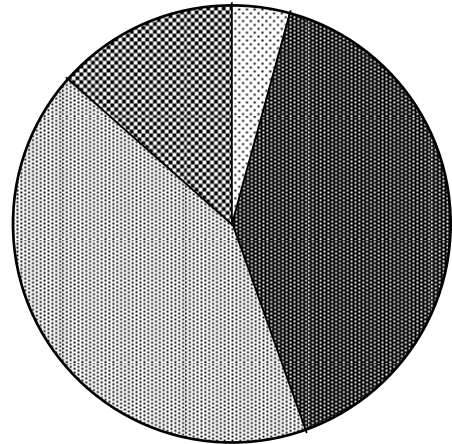
院長のみ(n = 72)



看護部長のみ(n = 86)



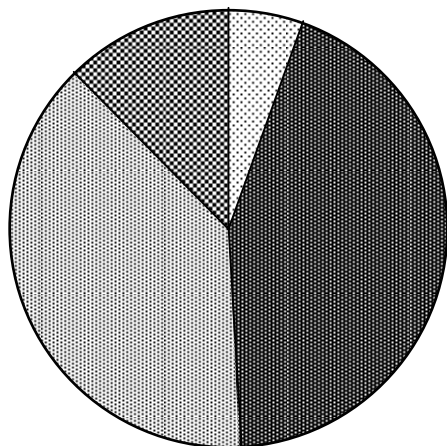
連携室長のみ(n = 119)



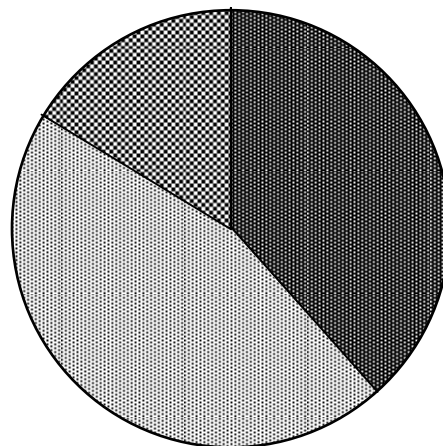
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	3.9%	1.4%	1.2%	4.2%
どちらともいえない	38.6%	43.1%	33.7%	40.3%
理解・実施している	39.7%	34.7%	47.7%	42.0%
わからない(把握していない)	17.8%	20.8%	17.4%	13.4%

問2-4 病院の医師が知っておくべき内容—現実—褥創の予防と治療

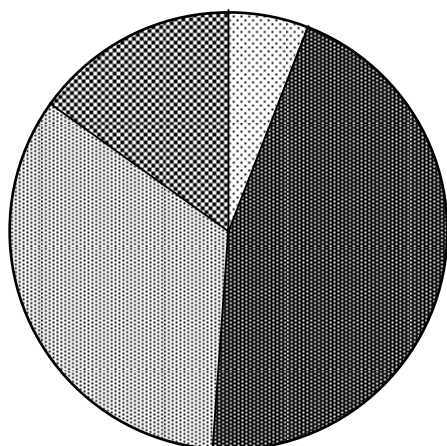
病院(n = 384)



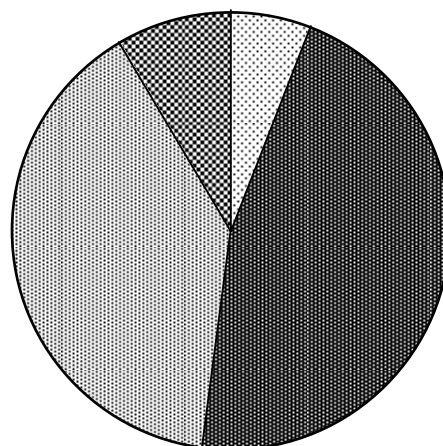
院長のみ(n = 73)



看護部長のみ(n = 86)



連携室長のみ(n = 119)

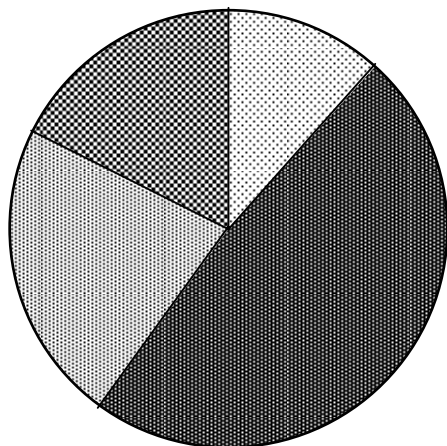


	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	5.5%	0.0%	5.8%	5.9%
どちらともいえない	43.8%	38.4%	45.3%	46.2%
理解・実施している	38.3%	45.2%	33.7%	39.5%
わからない(把握していない)	12.5%	16.4%	15.1%	8.4%

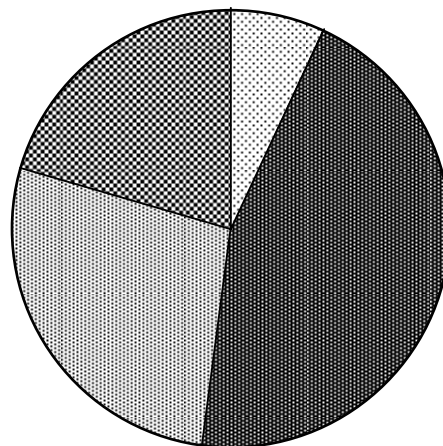


問2-4 病院の医師が知っておくべき内容－現実－口腔ケアへの関わり

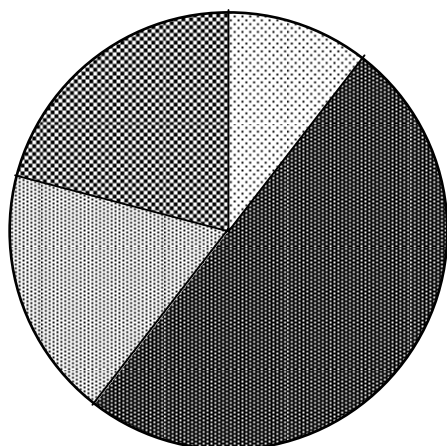
病院(n = 385)



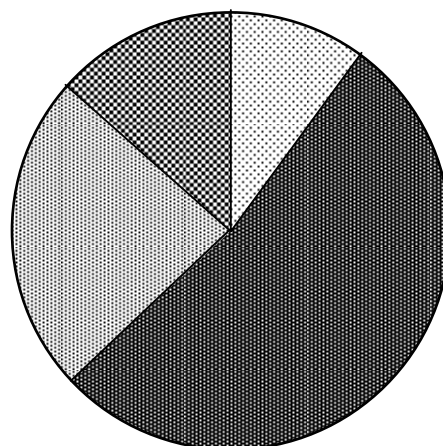
院長のみ(n = 73)



看護部長のみ(n = 86)



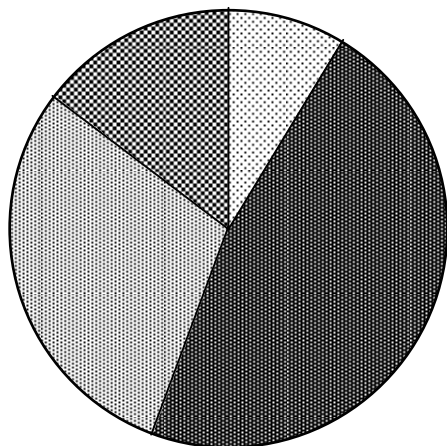
連携室長のみ(n = 119)



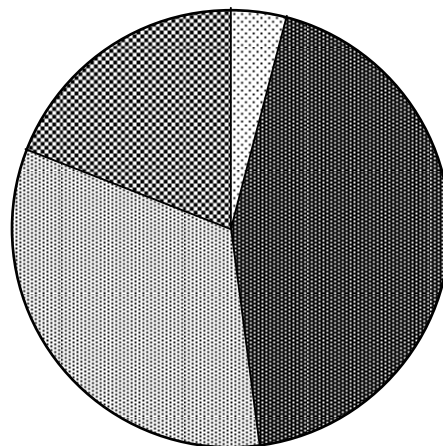
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	11.7%	6.8%	10.5%	10.1%
どちらともいえない	48.3%	45.2%	50.0%	52.9%
理解・実施している	22.3%	27.4%	18.6%	23.5%
わからない(把握していない)	17.7%	20.5%	20.9%	13.4%

問2-4 病院の医師が知っておくべき内容－現実－退院前共同指導

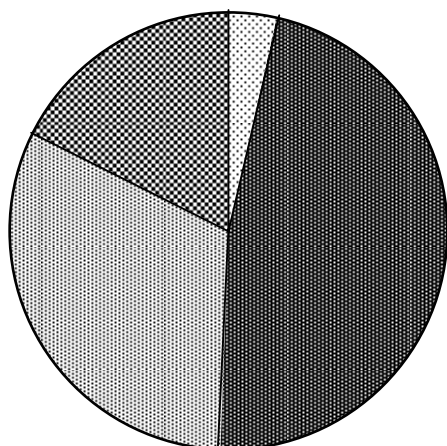
病院(n = 383)



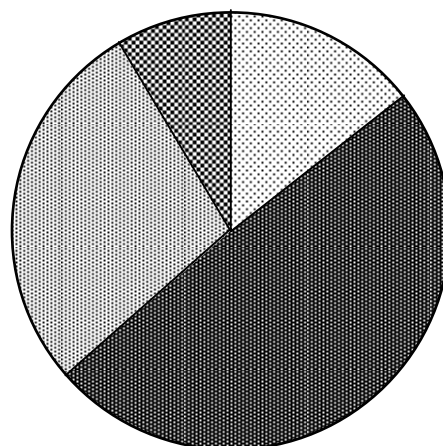
院長のみ(n = 73)



看護部長のみ(n = 85)



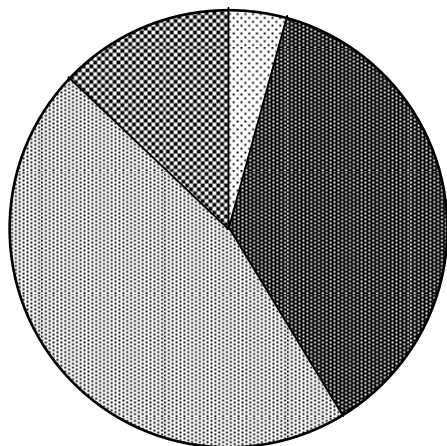
連携室長のみ(n = 118)



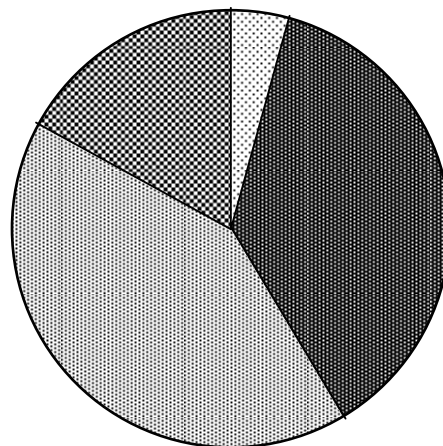
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	8.6%	4.1%	3.5%	14.4%
どちらともいえない	47.0%	43.8%	47.1%	49.2%
理解・実施している	29.8%	32.9%	31.8%	28.0%
わからない(把握していない)	14.6%	19.2%	17.6%	8.5%

問2-4 病院の医師が知っておくべき内容－現実－セカンドオピニオン

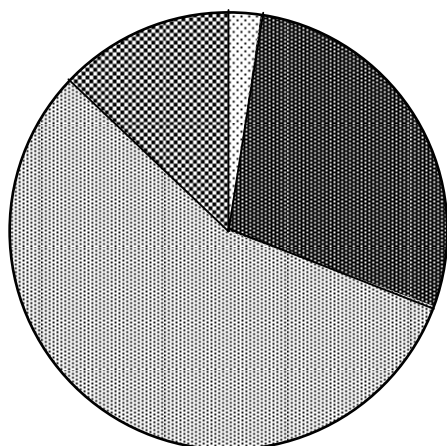
病院(n = 380)



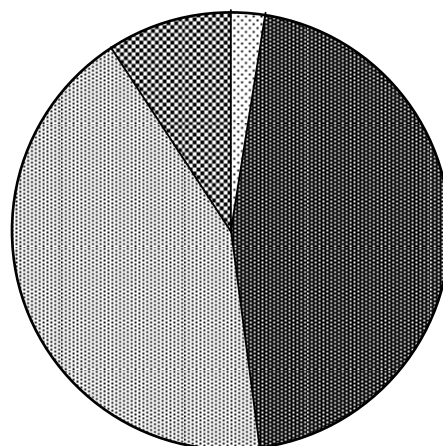
院長のみ(n = 70)



看護部長のみ(n = 85)

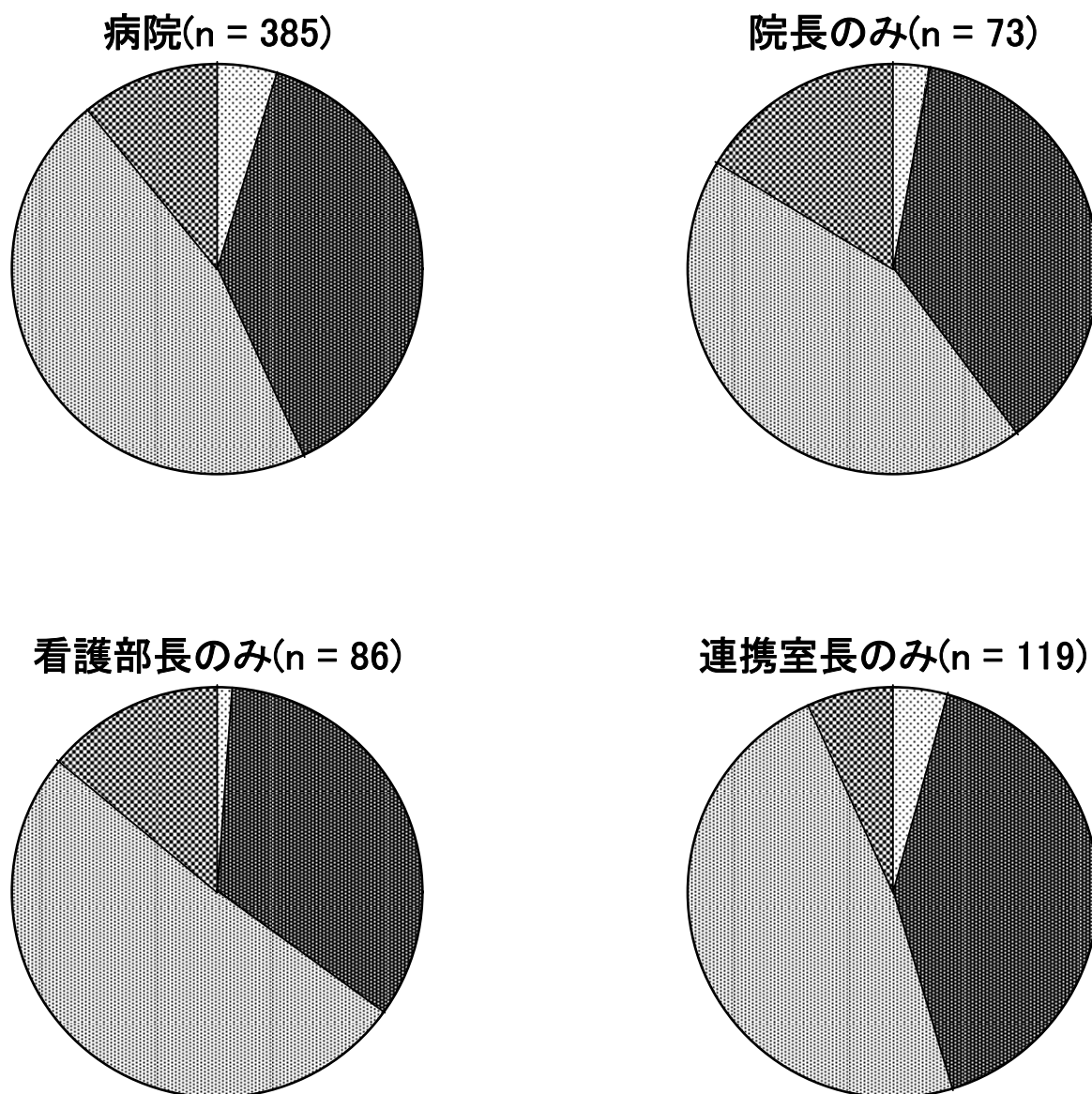


連携室長のみ(n = 119)



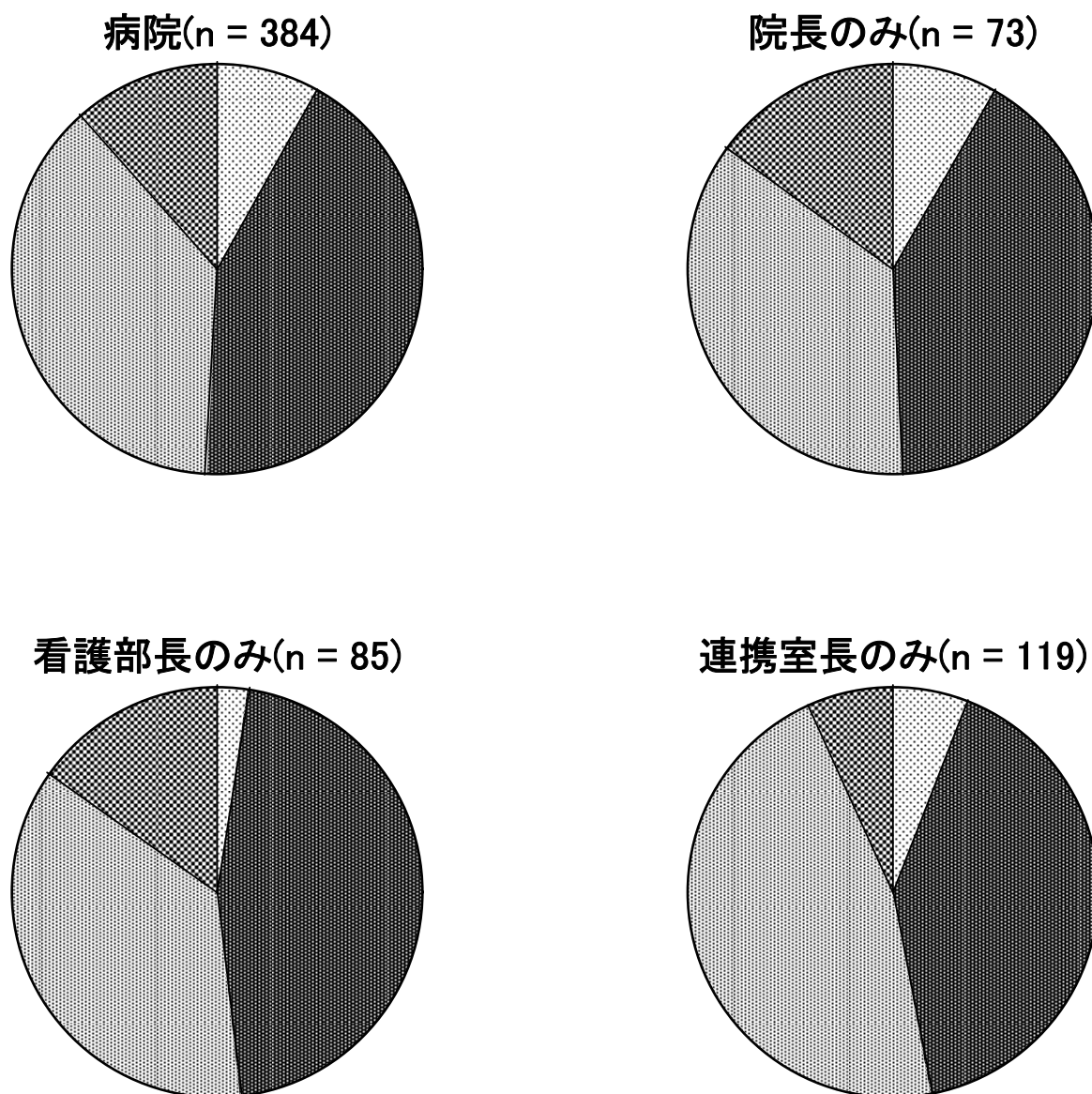
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	4.2%	4.3%	2.4%	2.5%
どちらともいえない	37.1%	37.1%	28.2%	45.4%
理解・実施している	45.8%	41.4%	56.5%	42.9%
わからない(把握していない)	12.9%	17.1%	12.9%	9.2%

問2-4 病院の医師が知っておくべき内容—現実—在宅医と後方病院の連携



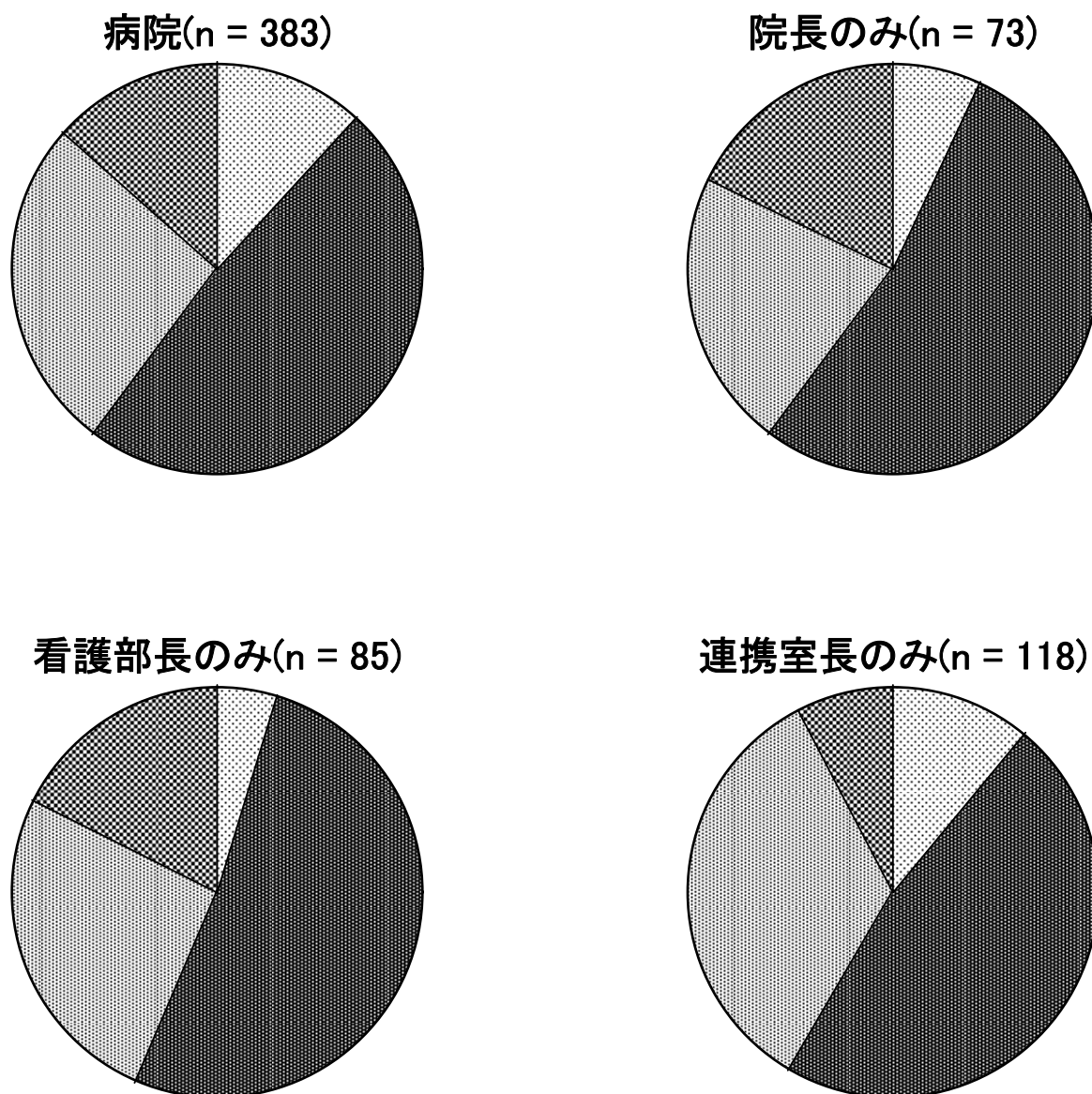
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	4.7%	2.7%	1.2%	4.2%
どちらともいえない	38.4%	37.0%	33.7%	41.2%
理解・実施している	46.0%	43.8%	51.2%	47.9%
わからない(把握していない)	10.9%	16.4%	14.0%	6.7%

問2-4 病院の医師が知っておくべき内容—現実—訪問看護事業所との連携



	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	8.1%	8.2%	2.4%	5.9%
どちらともいえない	42.7%	41.1%	45.9%	41.2%
理解・実施している	37.8%	35.6%	36.5%	46.2%
わからない(把握していない)	11.5%	15.1%	15.3%	6.7%

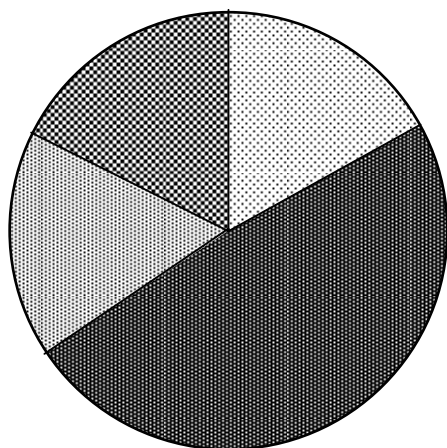
問2-4 病院の医師が知っておくべき内容－現実－訪問リハビリテーションとの連携



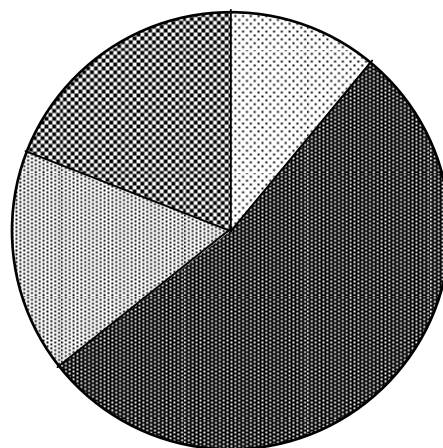
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	11.7%	6.8%	4.7%	11.0%
どちらともいえない	48.6%	53.4%	51.8%	47.5%
理解・実施している	26.1%	21.9%	25.9%	33.9%
わからない(把握していない)	13.6%	17.8%	17.6%	7.6%

問2-4 病院の医師が知っておくべき内容—現実—調剤薬局との連携

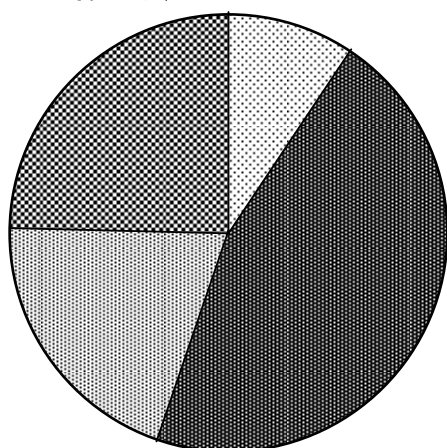
病院(n = 384)



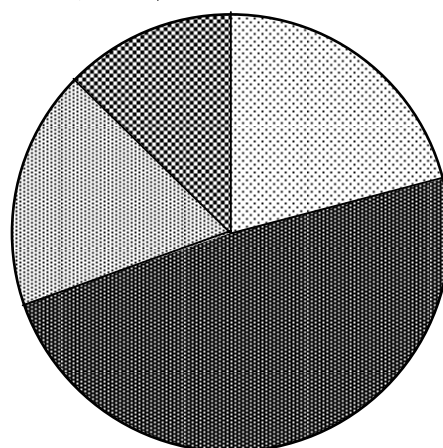
院長のみ(n = 73)



看護部長のみ(n = 85)



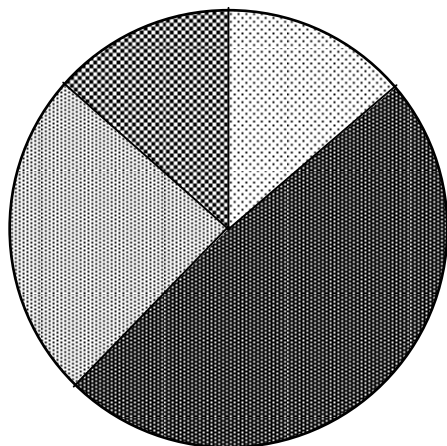
連携室長のみ(n = 119)



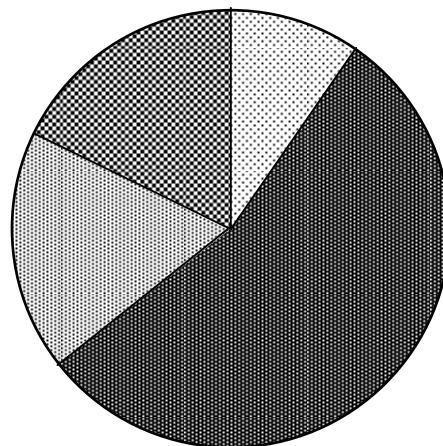
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	16.9%	11.0%	9.4%	21.0%
どちらともいえない	48.7%	53.4%	45.9%	48.7%
理解・実施している	16.7%	16.4%	20.0%	17.6%
わからない(把握していない)	17.7%	19.2%	24.7%	12.6%

問2-4 病院の医師が知っておくべき内容—現実—介護事業所との連携

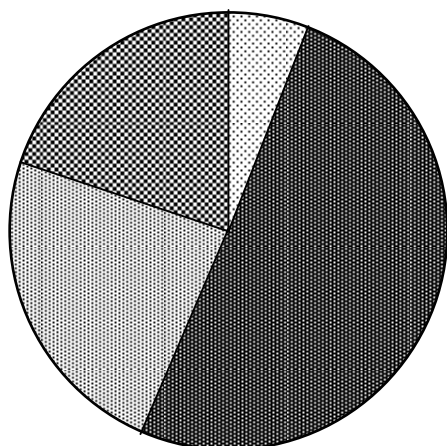
病院(n = 383)



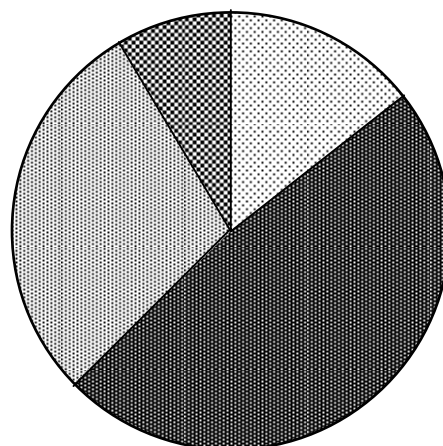
院長のみ(n = 73)



看護部長のみ(n = 85)



連携室長のみ(n = 118)

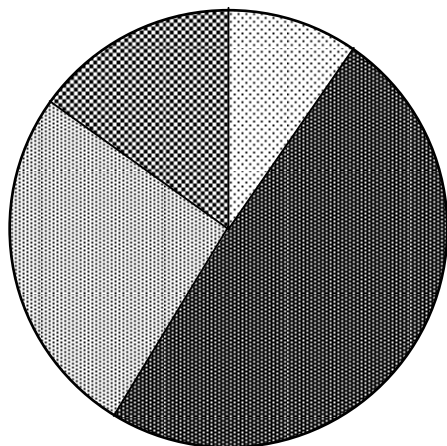


	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	13.8%	9.6%	5.9%	14.4%
どちらともいえない	48.6%	54.8%	50.6%	48.3%
理解・実施している	24.0%	17.8%	23.5%	28.8%
わからない(把握していない)	13.6%	17.8%	20.0%	8.5%

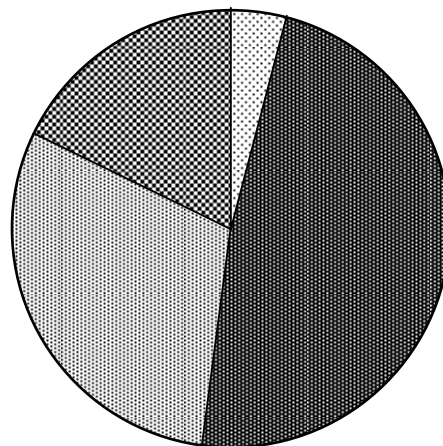


問2-4 病院の医師が知っておくべき内容—現実—家族介護力の評価

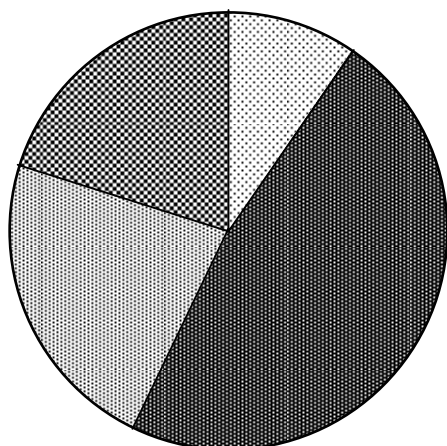
病院(n = 383)



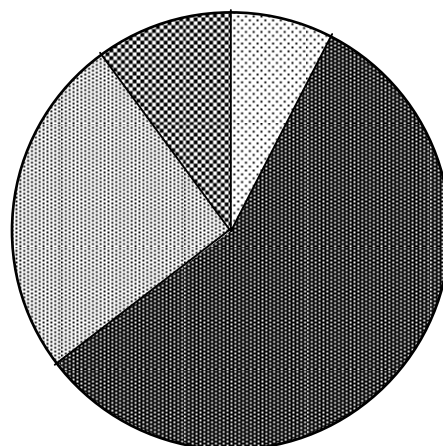
院長のみ(n = 73)



看護部長のみ(n = 84)



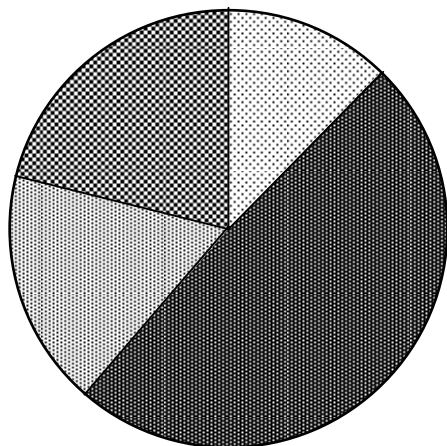
連携室長のみ(n = 119)



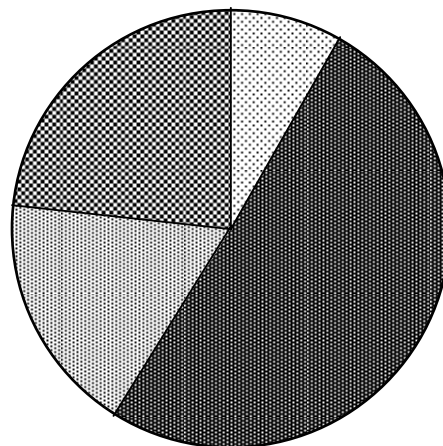
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	9.7%	4.1%	9.5%	7.6%
どちらともいえない	49.1%	47.9%	47.6%	57.1%
理解・実施している	26.1%	30.1%	22.6%	25.2%
わからない(把握していない)	15.1%	17.8%	20.2%	10.1%

問2-4 病院の医師が知っておくべき内容－現実－虐待・家庭内暴力

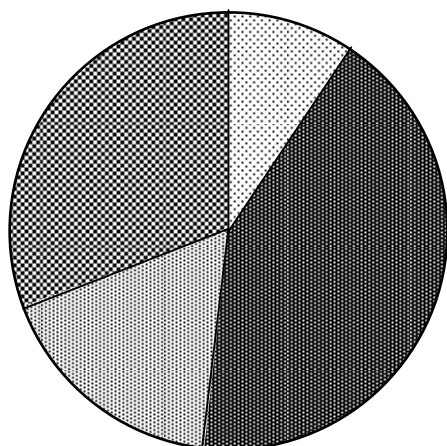
病院(n = 383)



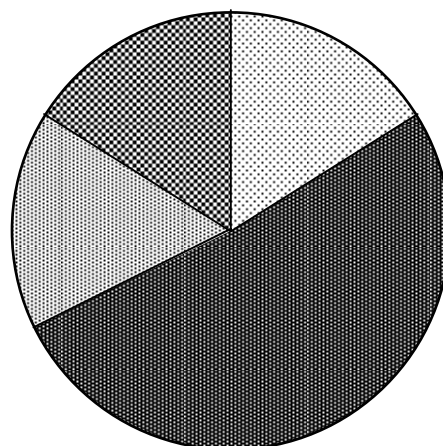
院長のみ(n = 73)



看護部長のみ(n = 85)

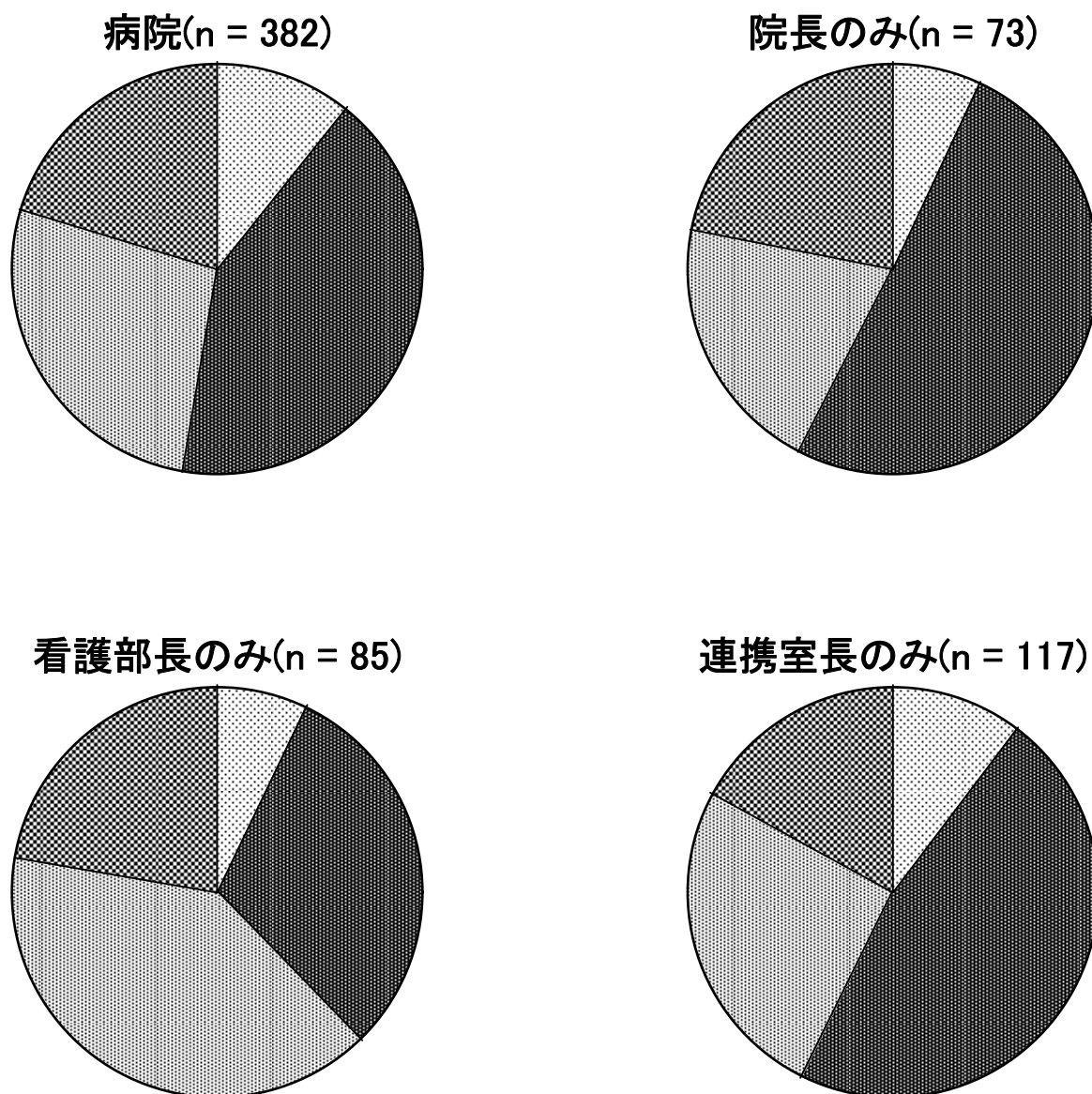


連携室長のみ(n = 118)



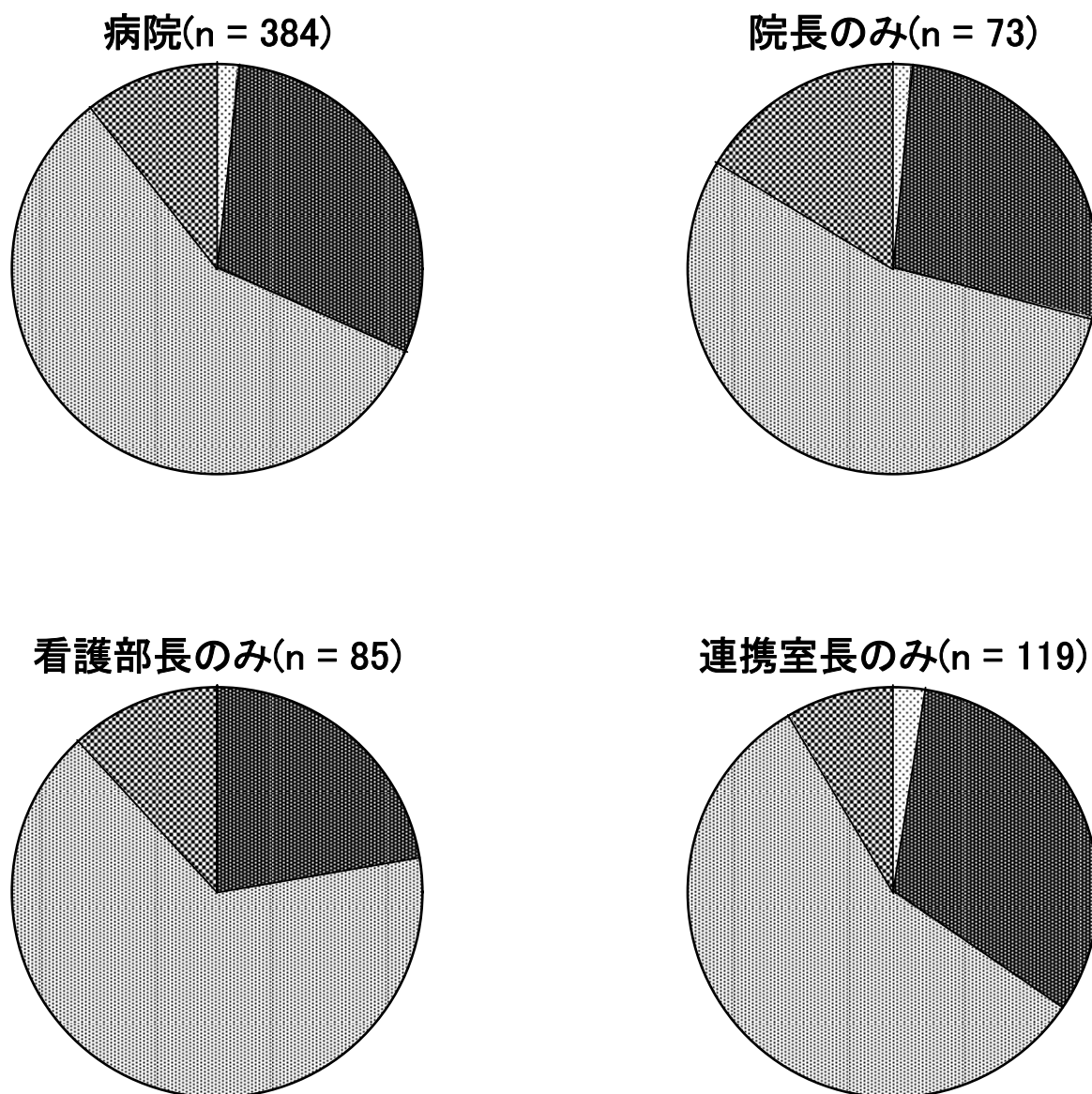
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	12.3%	8.2%	9.4%	16.1%
どちらともいえない	49.1%	50.7%	42.4%	51.7%
理解・実施している	17.5%	17.8%	17.6%	16.1%
わからない(把握していない)	21.1%	23.3%	30.6%	16.1%

問2-4 病院の医師が知っておくべき内容—現実—終末期における同意文書の作成



	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	10.7%	6.8%	7.1%	10.3%
どちらともいえない	41.9%	50.7%	30.6%	47.0%
理解・実施している	27.0%	20.5%	40.0%	25.6%
わからない(把握していない)	20.4%	21.9%	22.4%	17.1%

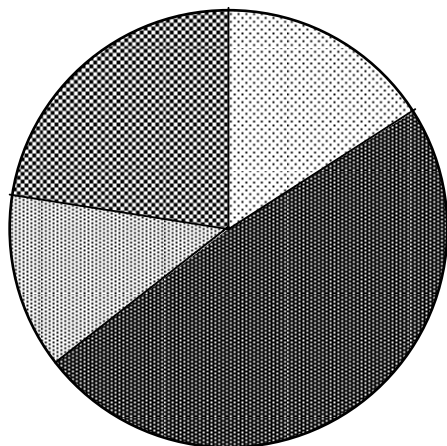
問2-4 病院の医師が知っておくべき内容－現実－病名・予後告知



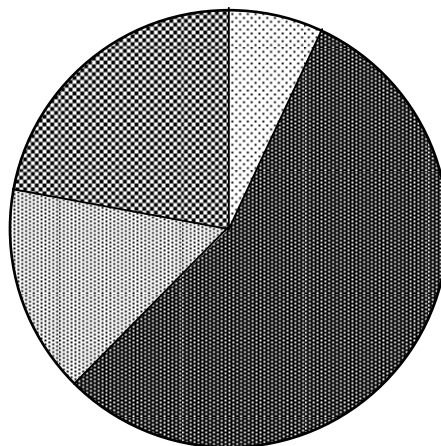
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	1.6%	1.4%	0.0%	2.5%
どちらともいえない	29.9%	27.4%	22.4%	31.9%
理解・実施している	57.8%	54.8%	65.9%	57.1%
わからない(把握していない)	10.7%	16.4%	11.8%	8.4%

問2-4 病院の医師が知っておくべき内容－現実－グリーフケア

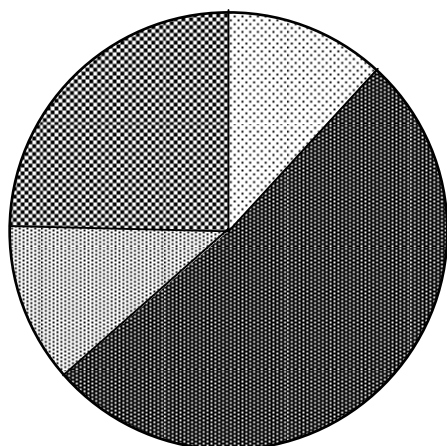
病院(n = 381)



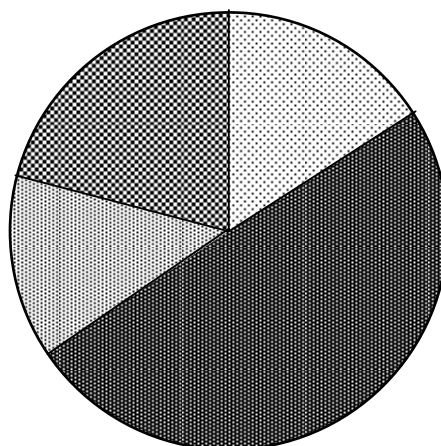
院長のみ(n = 72)



看護部長のみ(n = 85)



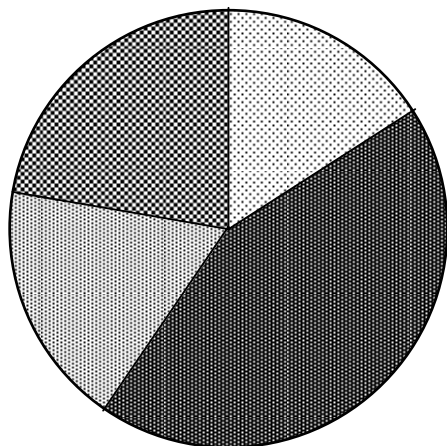
連携室長のみ(n = 119)



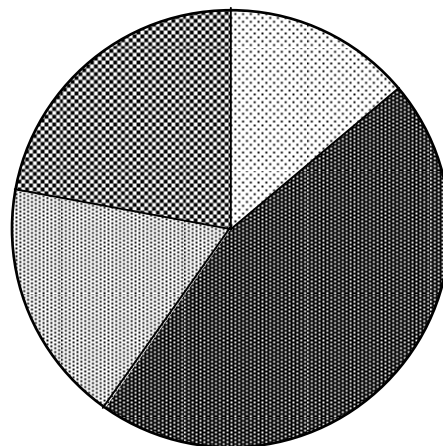
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	16.0%	6.9%	11.8%	16.0%
どちらともいえない	48.6%	55.6%	51.8%	49.6%
理解・実施している	12.9%	15.3%	11.8%	13.4%
わからない(把握していない)	22.6%	22.2%	24.7%	21.0%

問2-4 病院の医師が知っておくべき内容－現実－災害時への対応(危機管理)

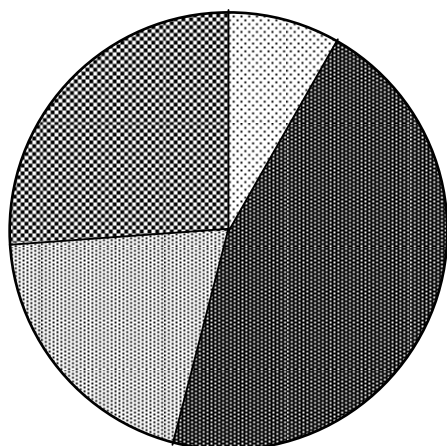
病院(n = 383)



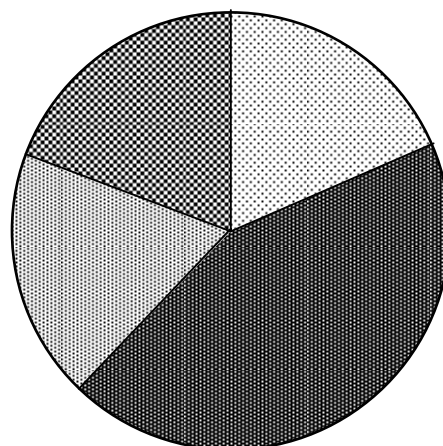
院長のみ(n = 72)



看護部長のみ(n = 85)



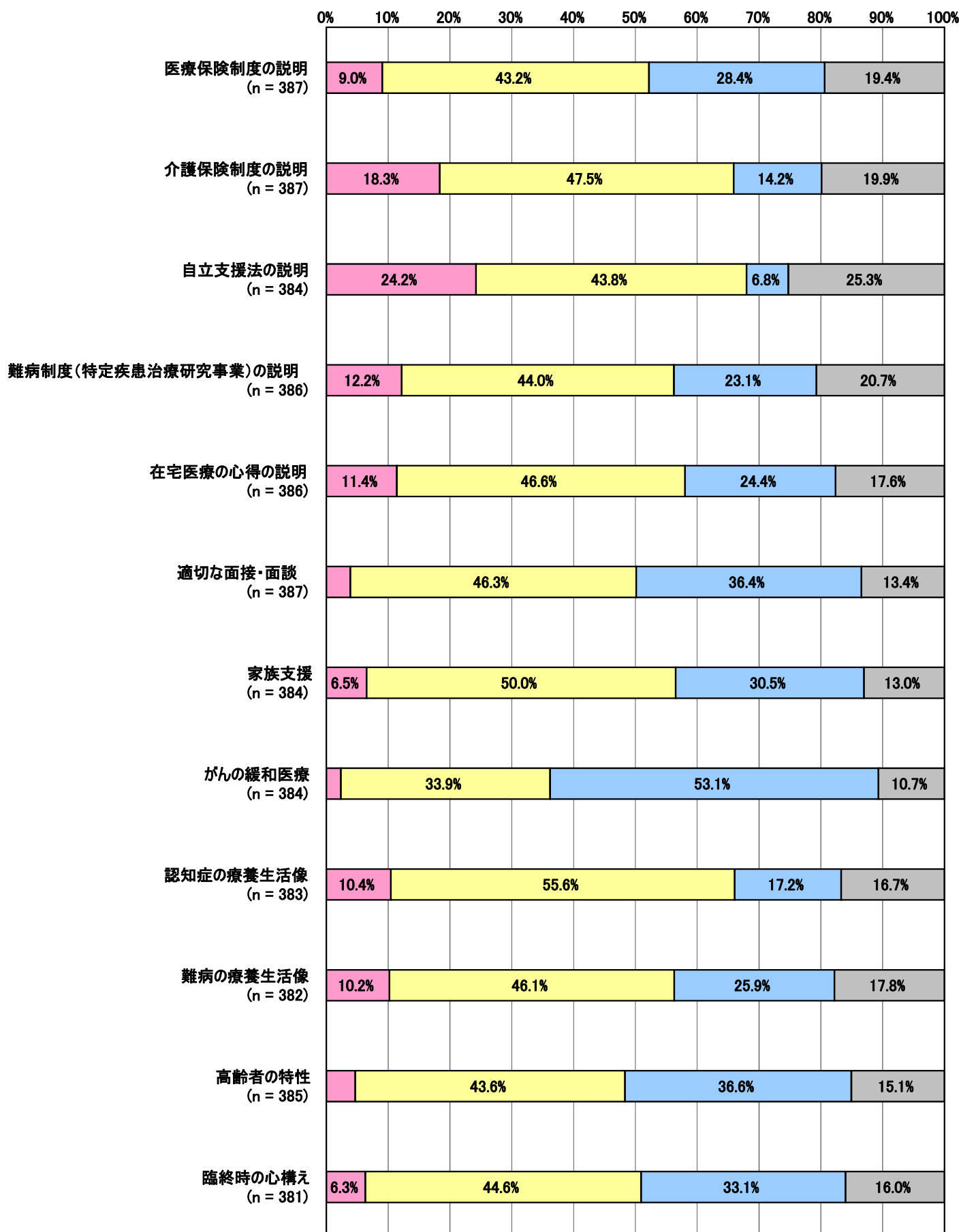
連携室長のみ(n = 119)



	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
理解・実施していない	15.9%	13.9%	8.2%	18.5%
どちらともいえない	43.6%	45.8%	45.9%	43.7%
理解・実施している	18.0%	18.1%	20.0%	18.5%
わからない(把握していない)	22.5%	22.2%	25.9%	19.3%

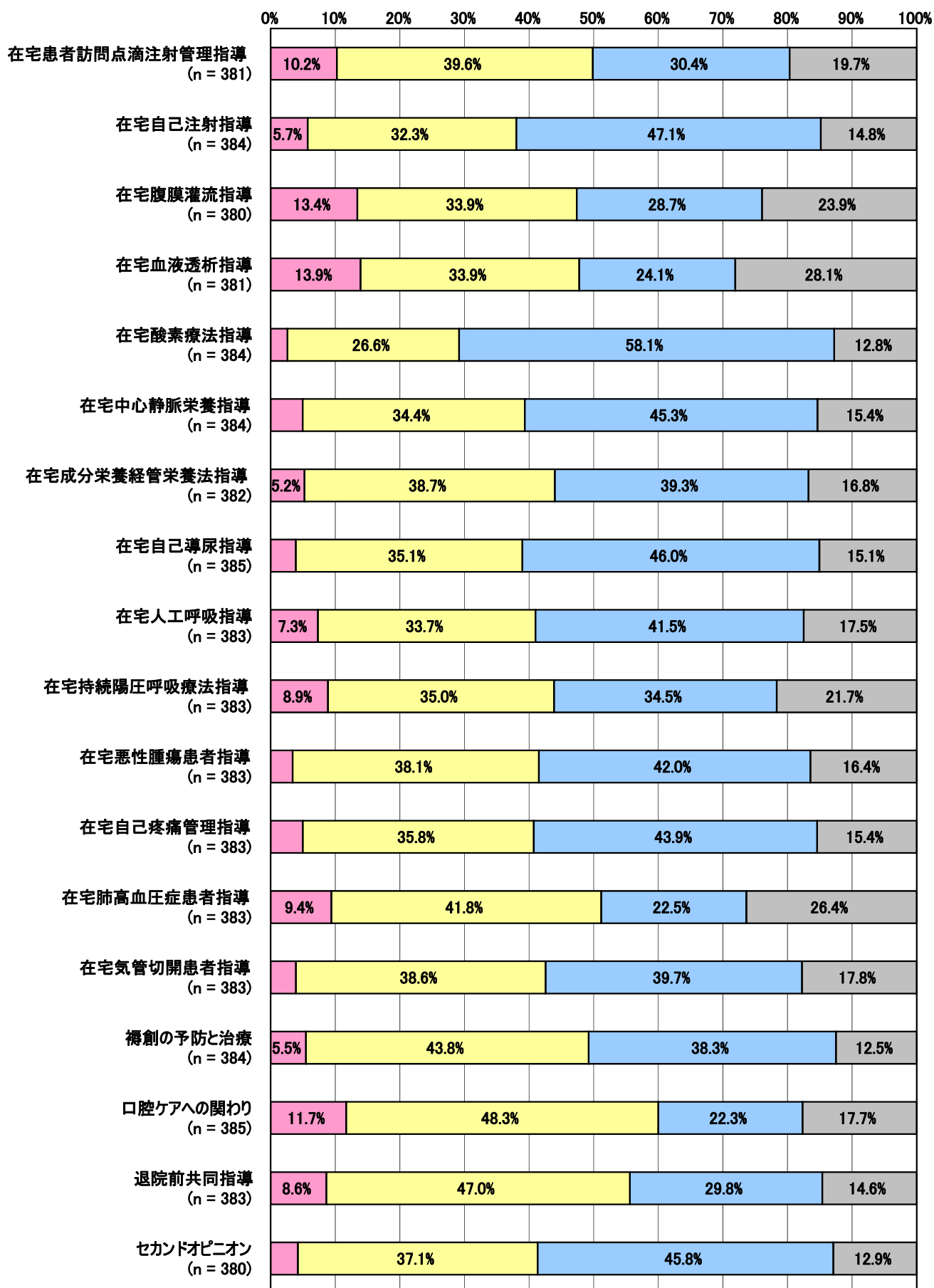
病院 問2-4「患者が退院する際、病院の医師が知っておくべき内容に関し、実際に貴施設の医師は、以下の項目についてどの程度理解し、実施しているでしょうか。」

■ 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)



病院 問2-4「患者が退院する際、病院の医師が知っておくべき内容に関し、実際に貴施設の医師は、以下の項目についてどの程度理解し、実施しているでしょうか。」

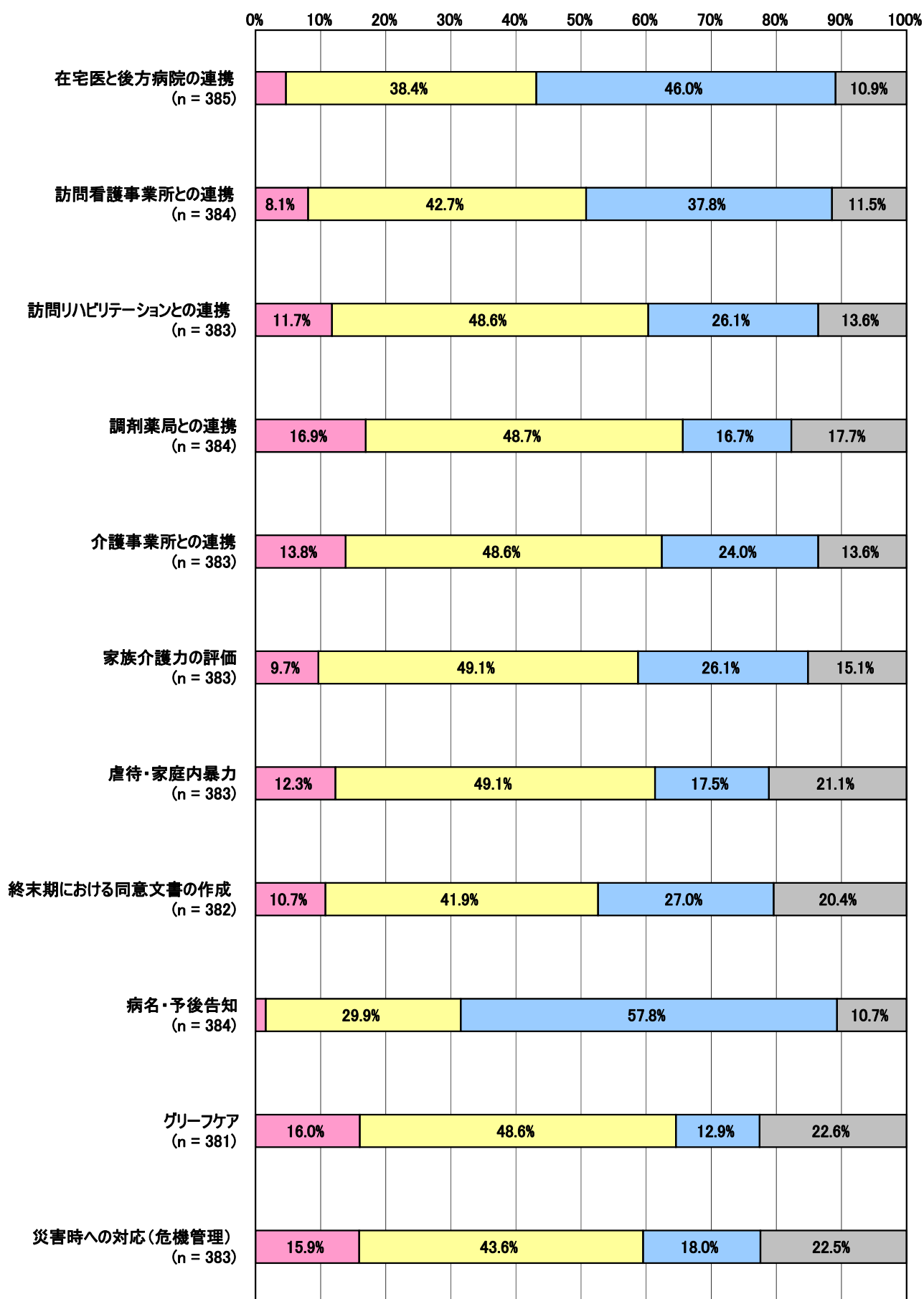
■ されていない □ どちらともいえない ■ されている □ わからない(把握していない)





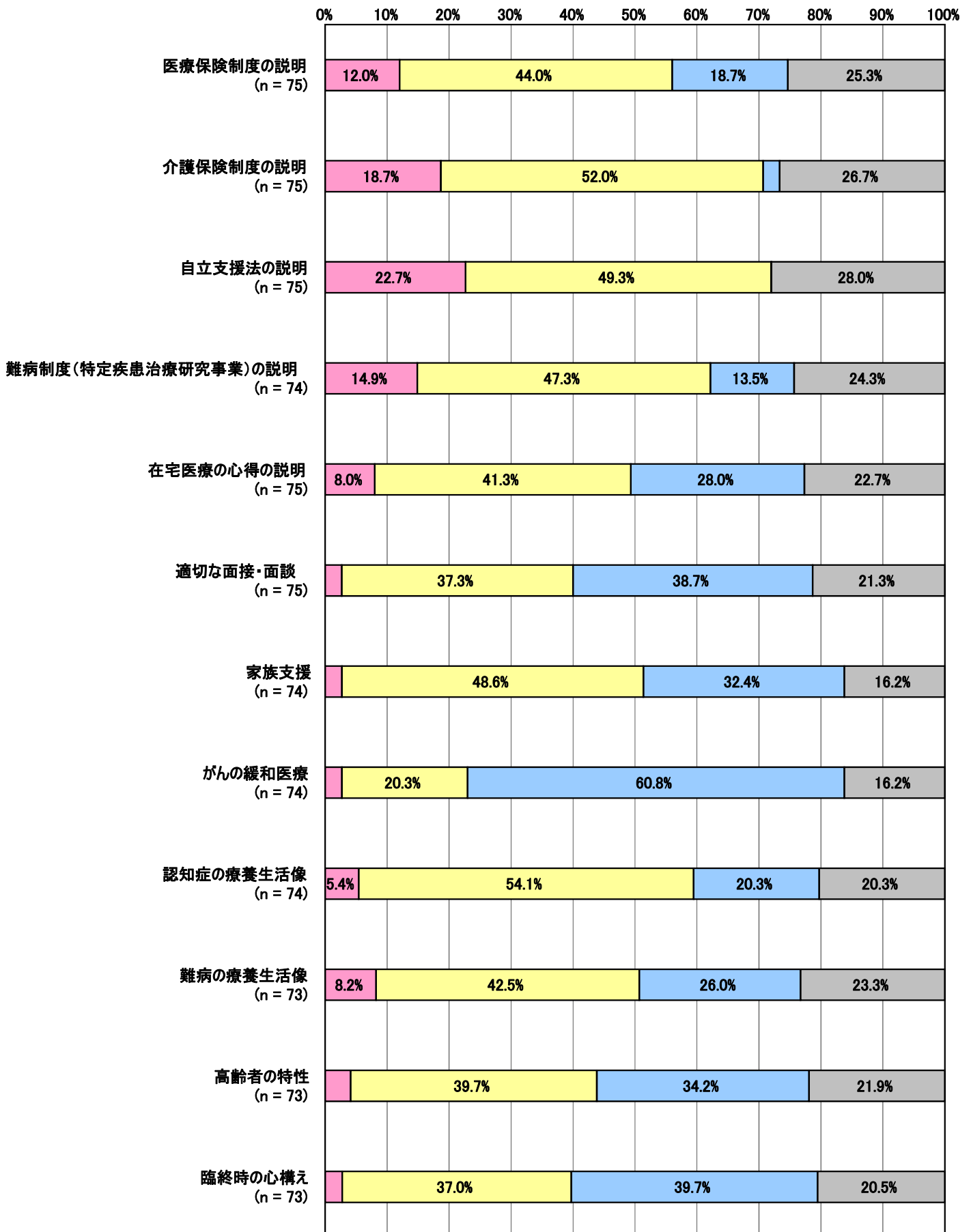
病院 問2-4「患者が退院する際、病院の医師が知っておくべき内容に関し、実際に貴施設の医師は、以下の項目についてどの程度理解し、実施しているでしょうか。」

■ 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)



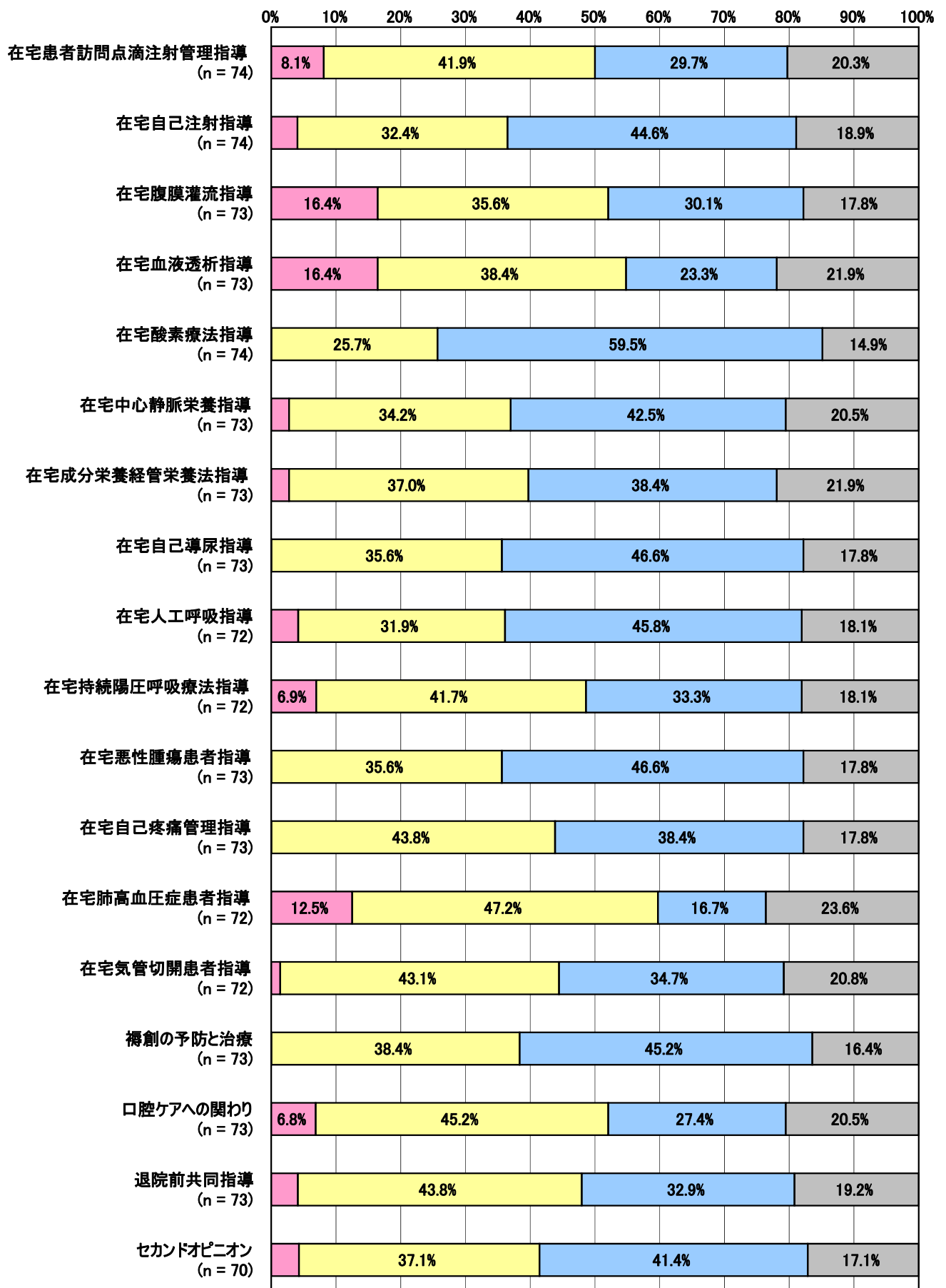
院長 問2-4「患者が退院する際、病院の医師が知っておくべき内容に関し、実際に貴施設の医師は、以下の項目についてどの程度理解し、実施しているでしょうか。」

■ 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)



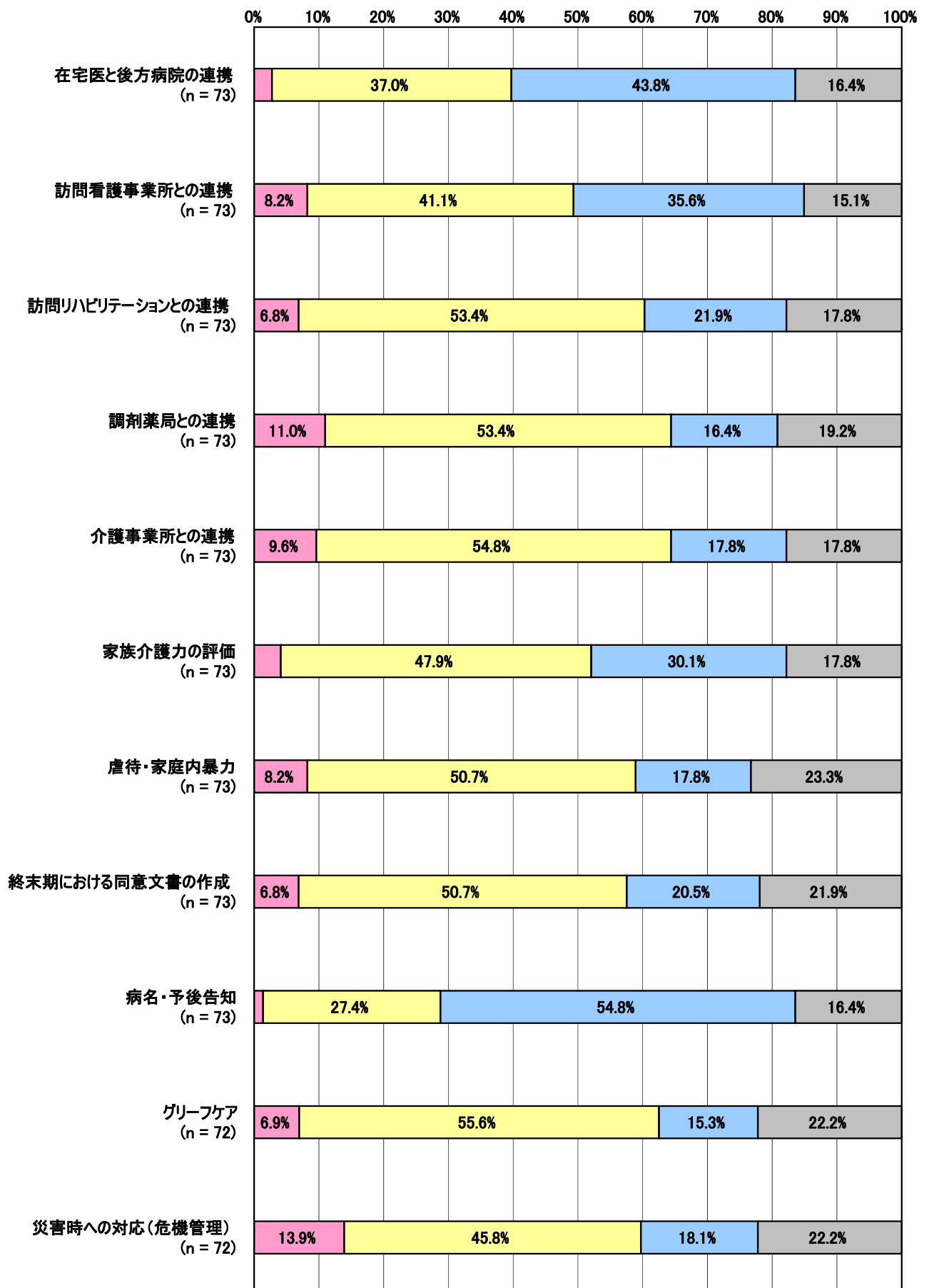
院長 問2-4「患者が退院する際、病院の医師が知っておくべき内容に関し、実際に貴施設の医師は、以下の項目についてどの程度理解し、実施しているでしょうか。」

■ 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)



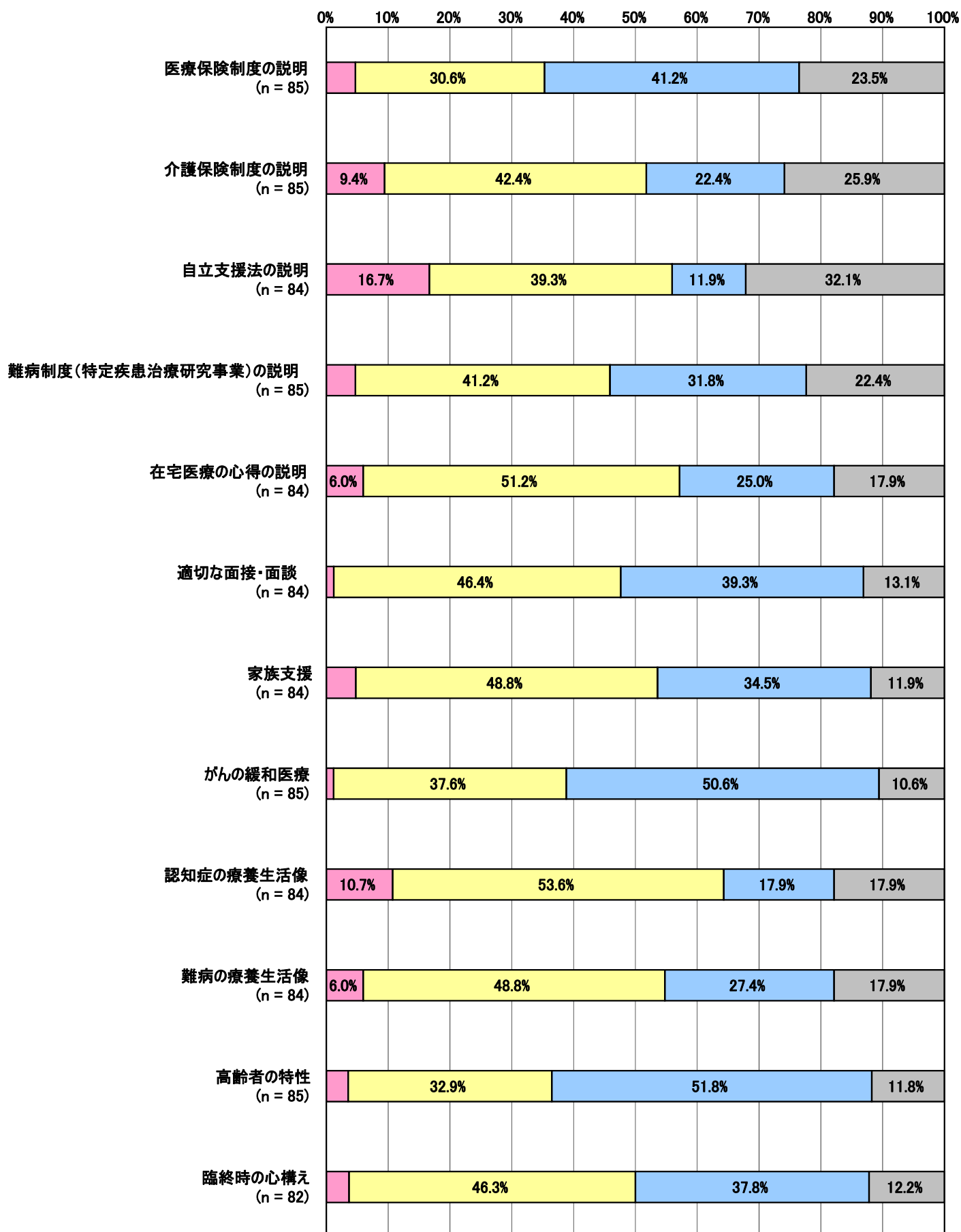
院長 問2-4「患者が退院する際、病院の医師が知っておくべき内容に関し、実際に貴施設の医師は、以下の項目についてどの程度理解し、実施しているでしょうか。」

■ 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)



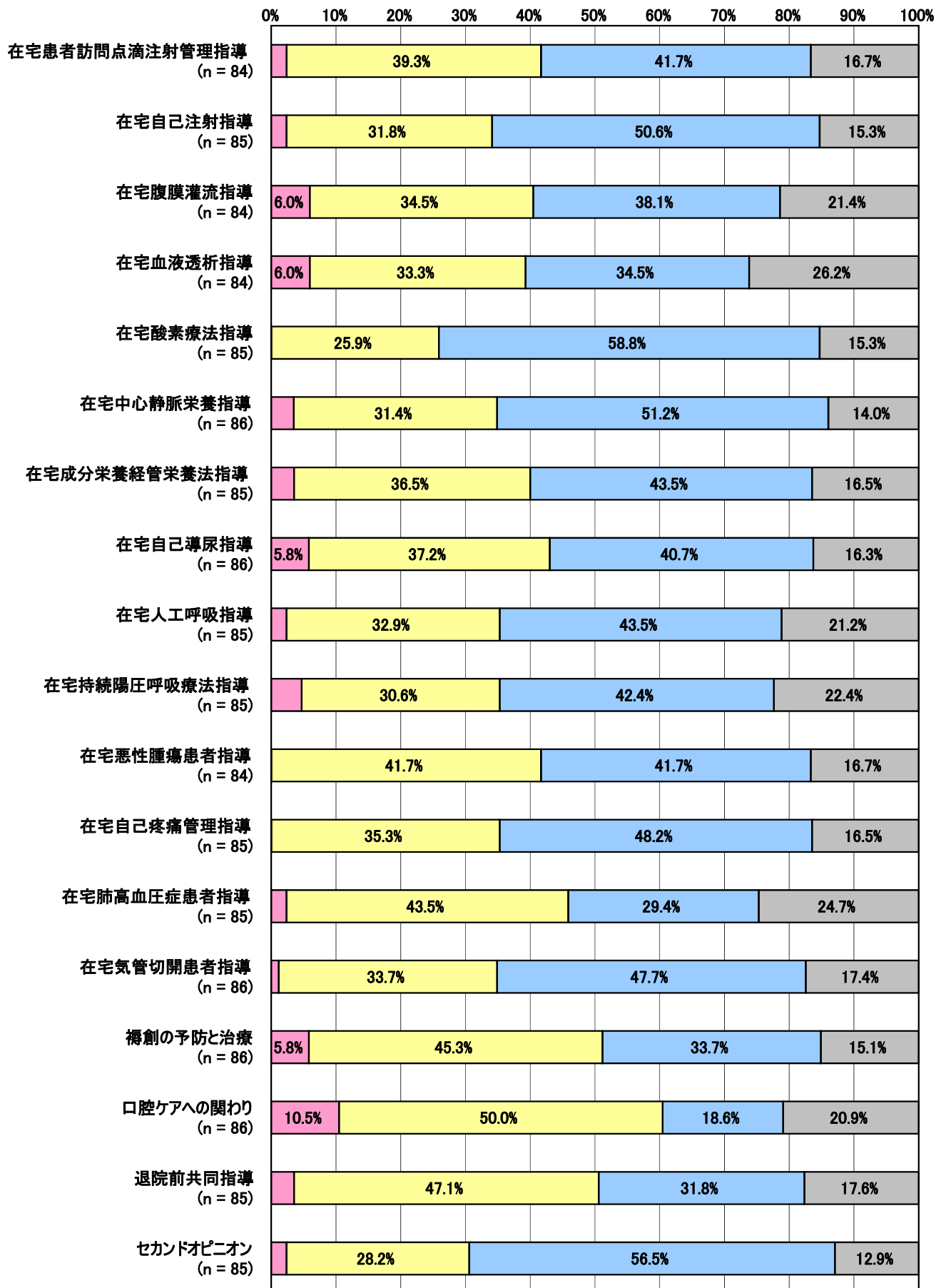
看護部長 問2-4「患者が退院する際、病院の医師が知っておくべき内容に関し、実際に貴施設の医師は、以下の項目についてどの程度理解し、実施しているでしょうか。」

■ 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)



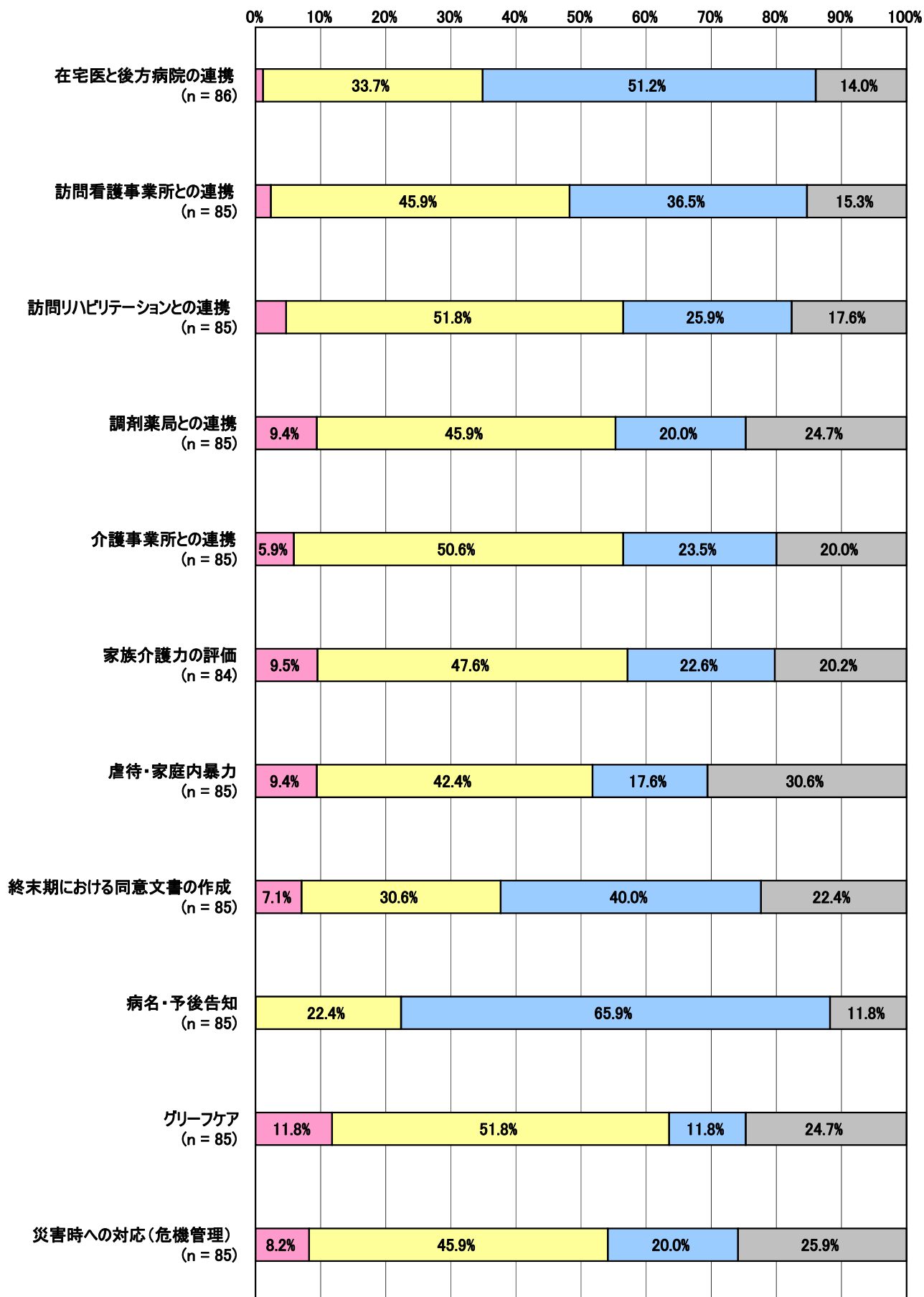
看護部長 問2-4「患者が退院する際、病院の医師が知っておくべき内容に関し、実際に貴施設の医師は、以下の項目についてどの程度理解し、実施しているでしょうか。」

■ 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)



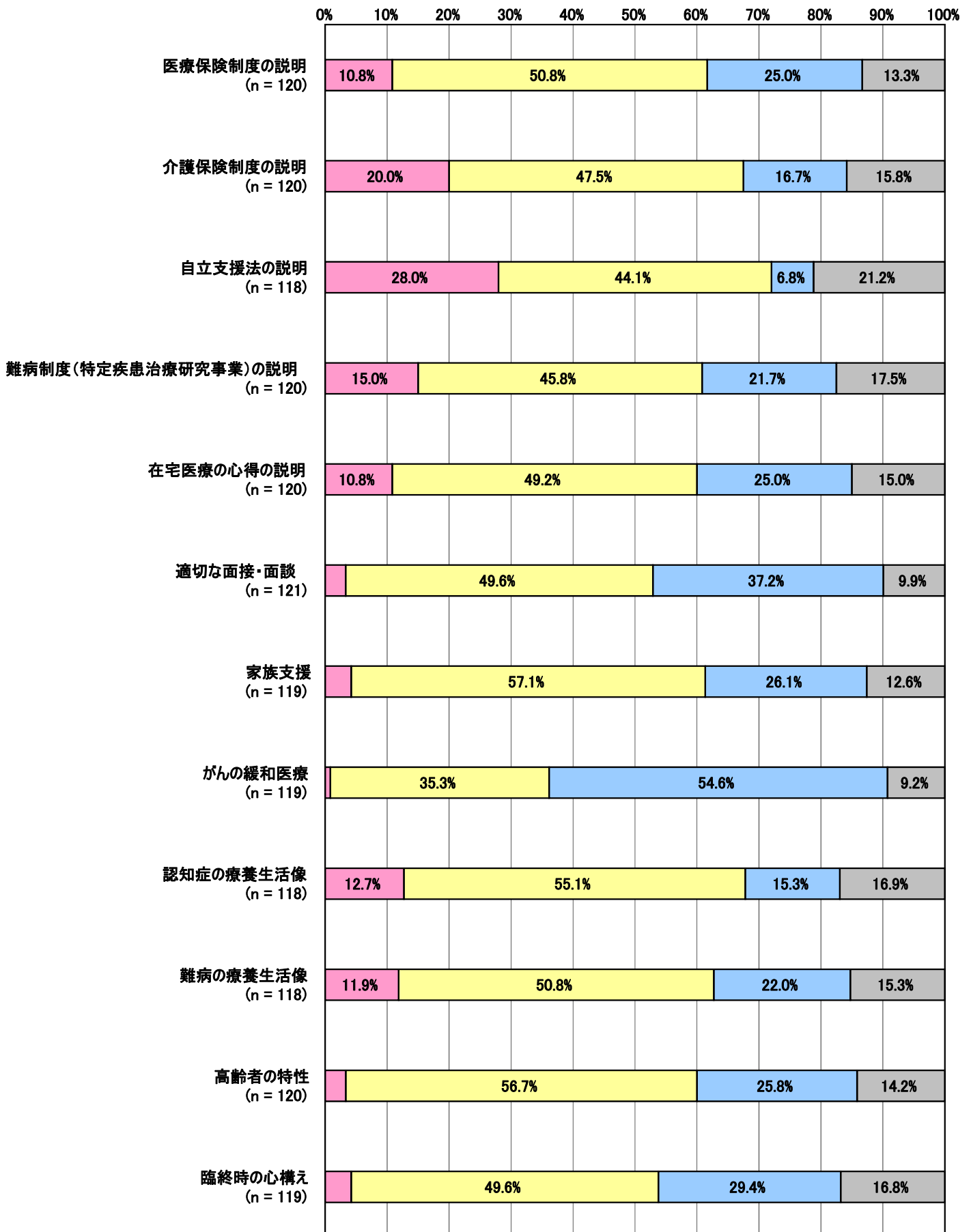
看護部長 問2-4「患者が退院する際、病院の医師が知っておくべき内容に関し、実際に貴施設の医師は、以下の項目についてどの程度理解し、実施しているでしょうか。」

■ 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)



連携室長 問2-4「患者が退院する際、病院の医師が知っておくべき内容に関し、実際に貴施設の医師は、以下の項目についてどの程度理解し、実施しているでしょうか。」

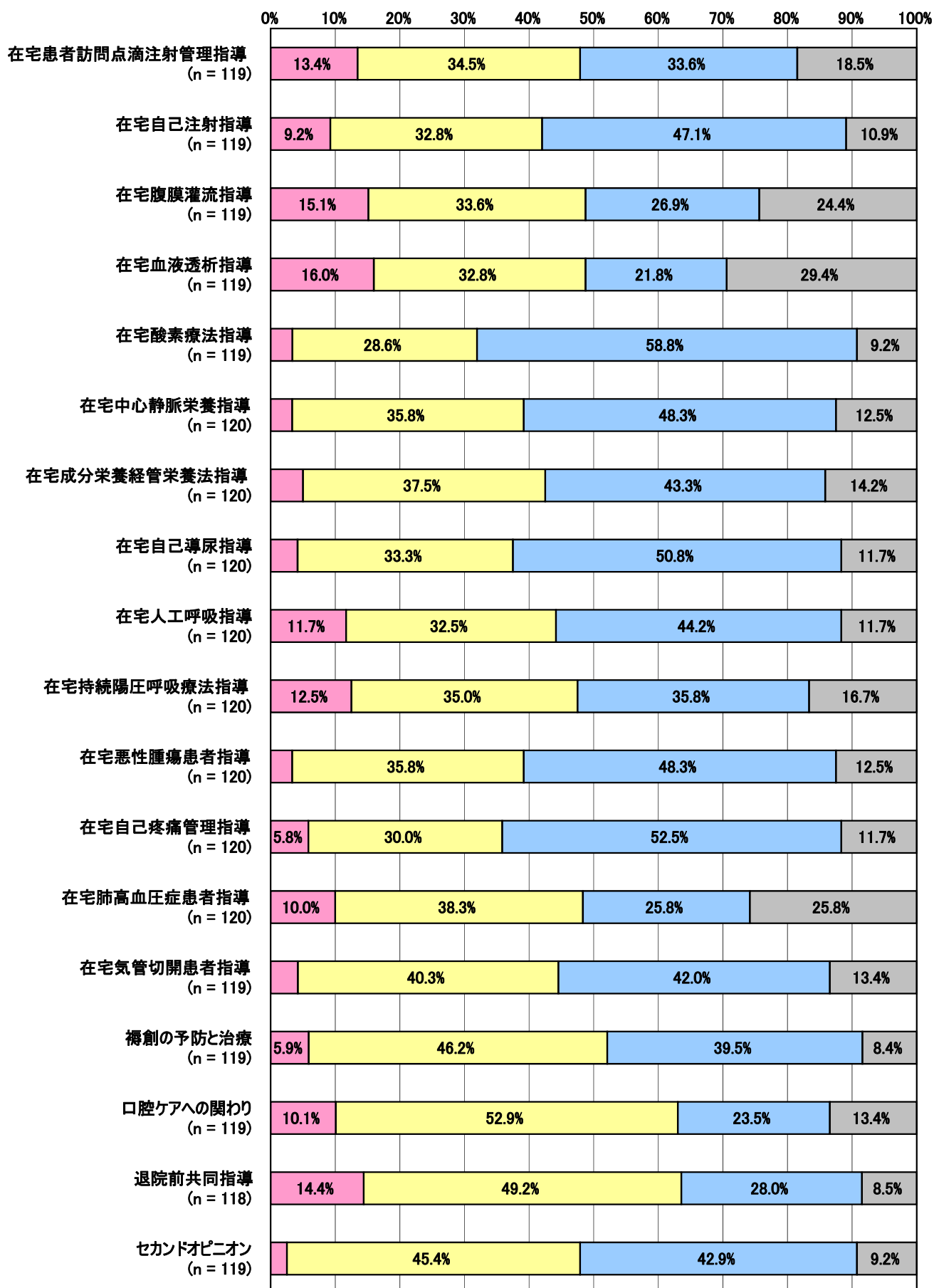
■ されていない
 ■ どちらともいえない
 ■ されている
 ■ わからない(把握していない)





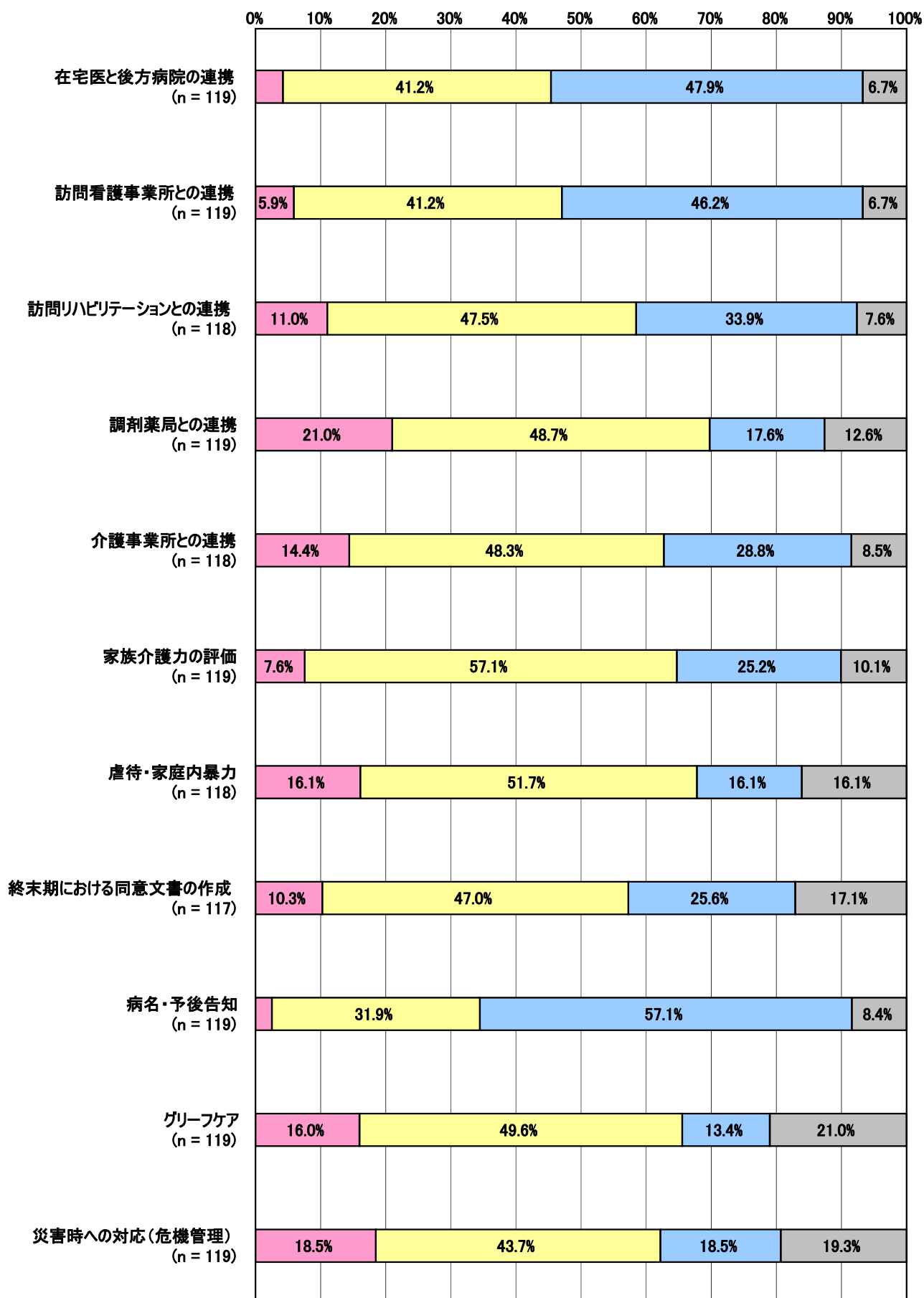
連携室長 問2-4「患者が退院する際、病院の医師が知っておくべき内容に関し、実際に貴施設の医師は、以下の項目についてどの程度理解し、実施しているでしょうか。」

■ 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)

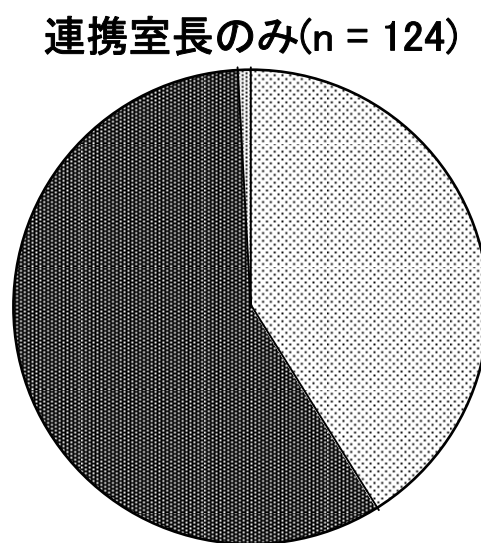
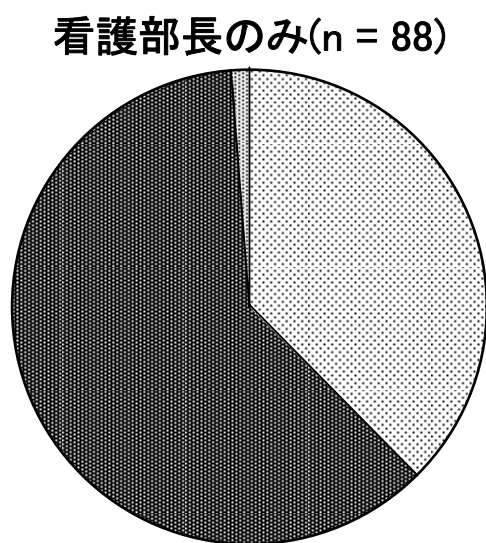
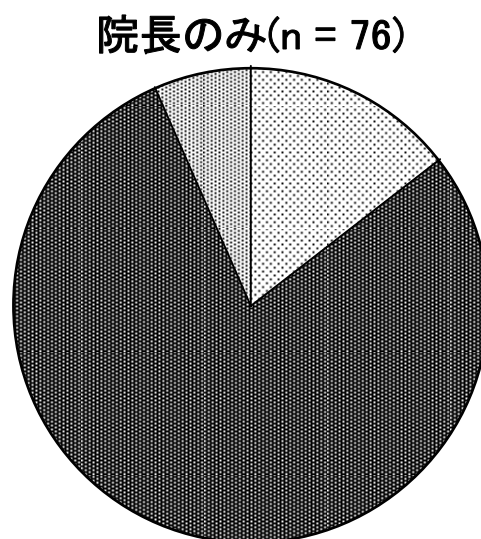
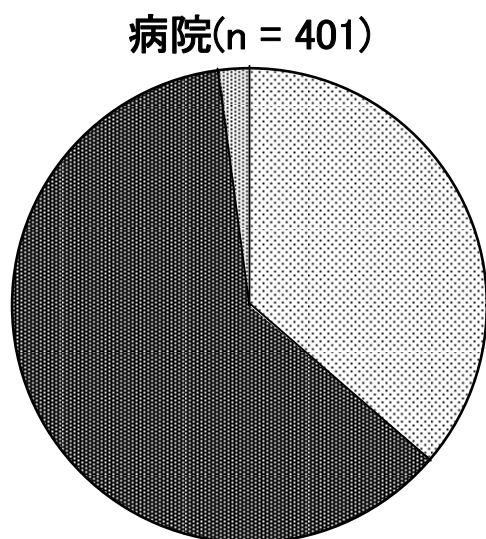


連携室長 問2-4「患者が退院する際、病院の医師が知っておくべき内容に関し、実際に貴施設の医師は、以下の項目についてどの程度理解し、実施しているでしょうか。」

■ 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)

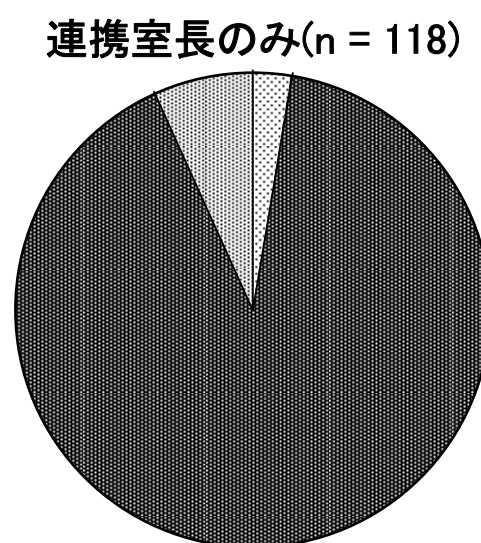
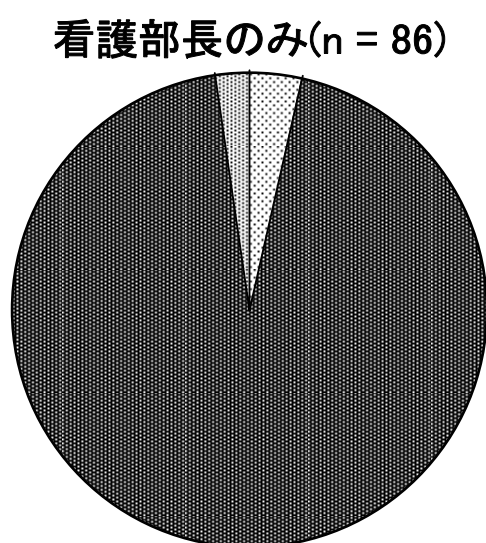
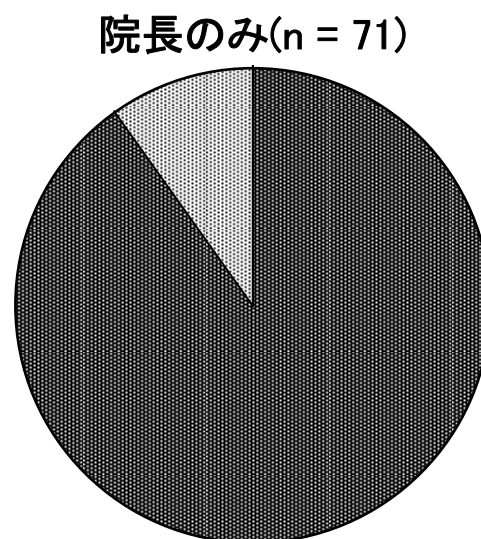
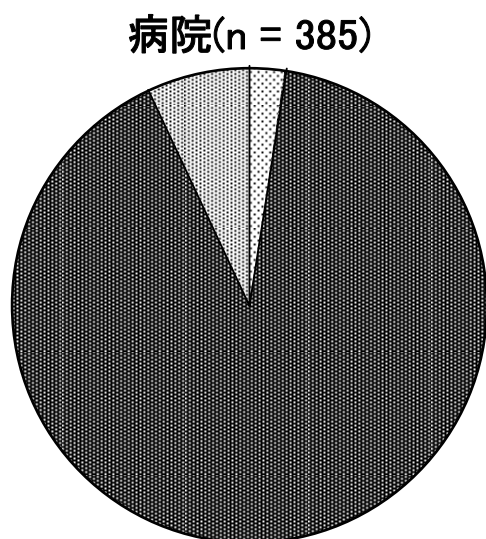


問3-1 在宅医療の研修を貴施設の医師、看護師に受けさせてみたいと思いますか



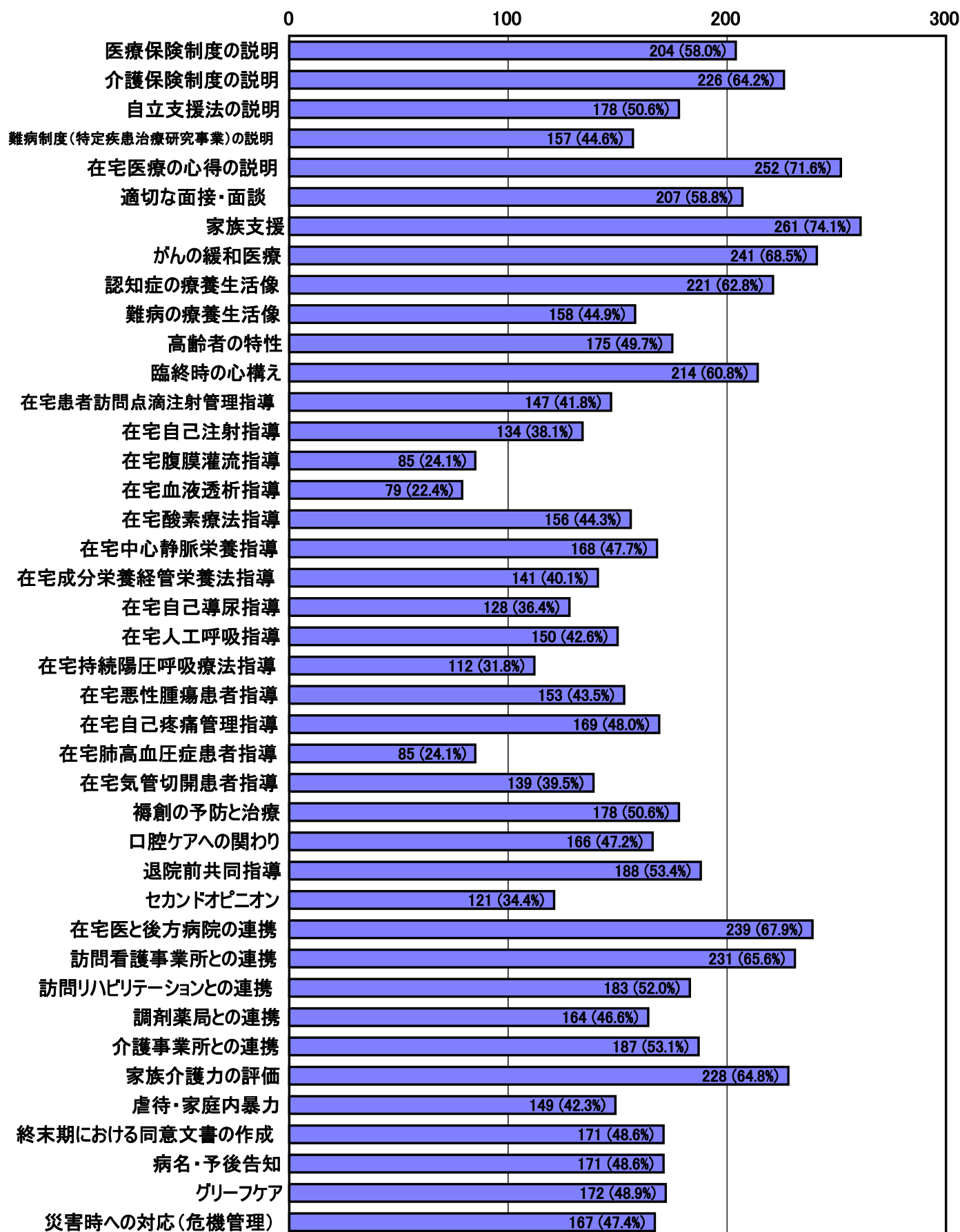
	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
是非受けさせたい	36.2%	14.5%	37.5%	41.1%
希望があれば受けさせたい	61.8%	78.9%	61.4%	58.1%
受ける必要性を感じない	2.0%	6.6%	1.1%	0.8%

問3-2 在宅医療の研修を希望する医師、看護師に対する貴施設の対応について

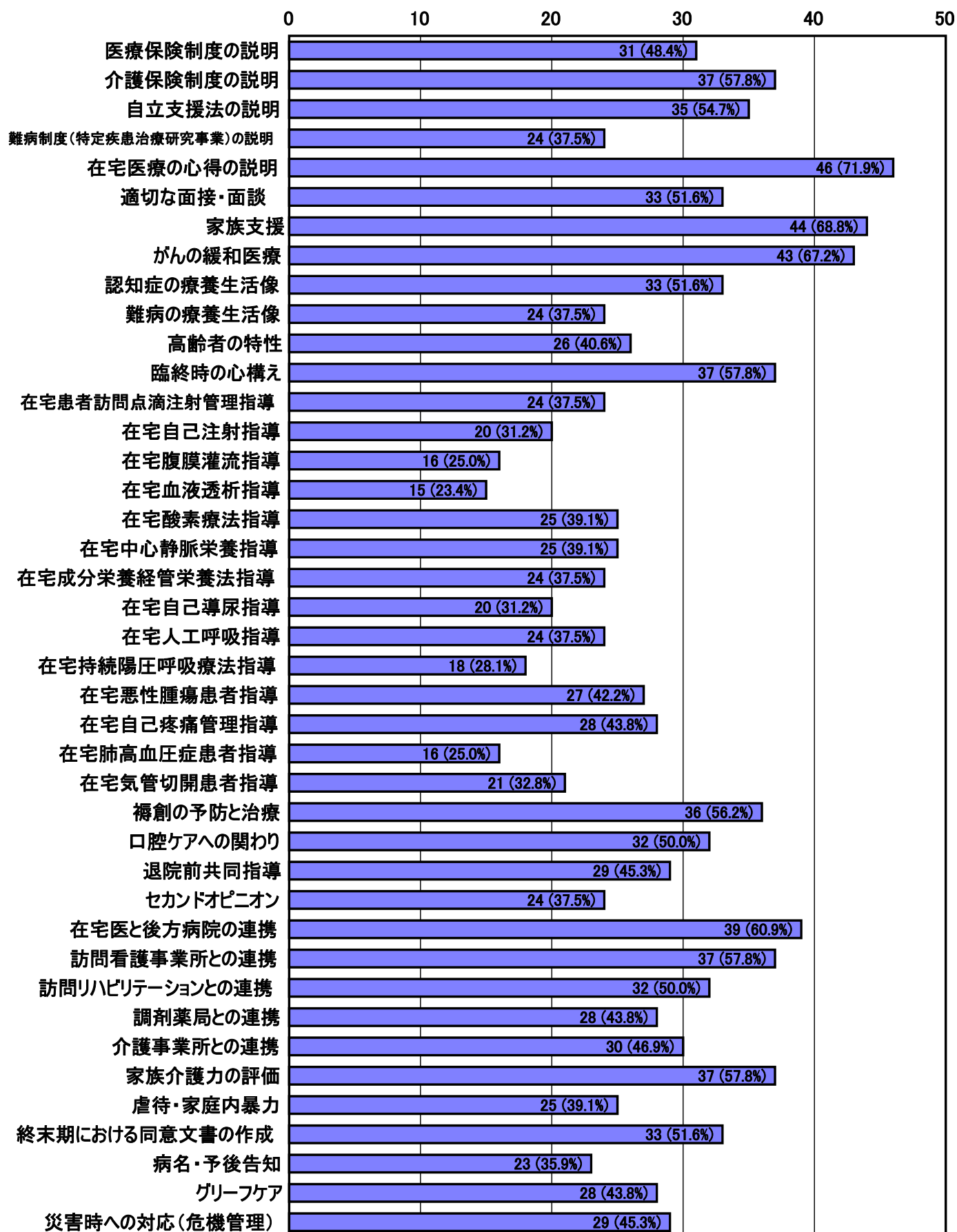


	病院	院長のみ	看護部長のみ	連携室長のみ
長期の研修を受けさせる	2.3%	0.0%	3.5%	2.5%
短期間であれば研修を受けさせる	90.6%	90.1%	94.2%	90.7%
研修を受けさせることは困難である	7.0%	9.9%	2.3%	6.8%

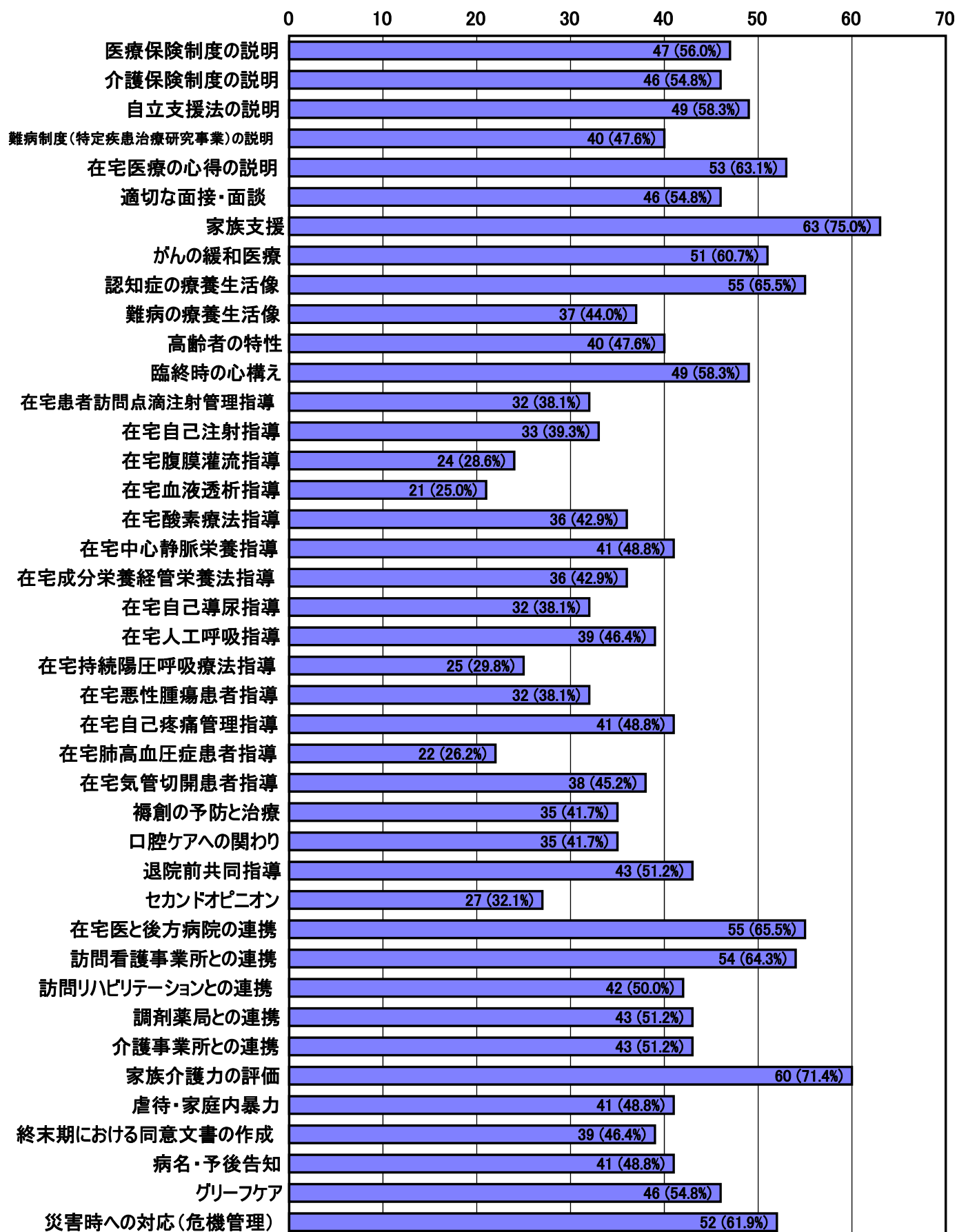
### 問3-3 貴施設で受けさせたい研修内容 - 病院 (n = 352)



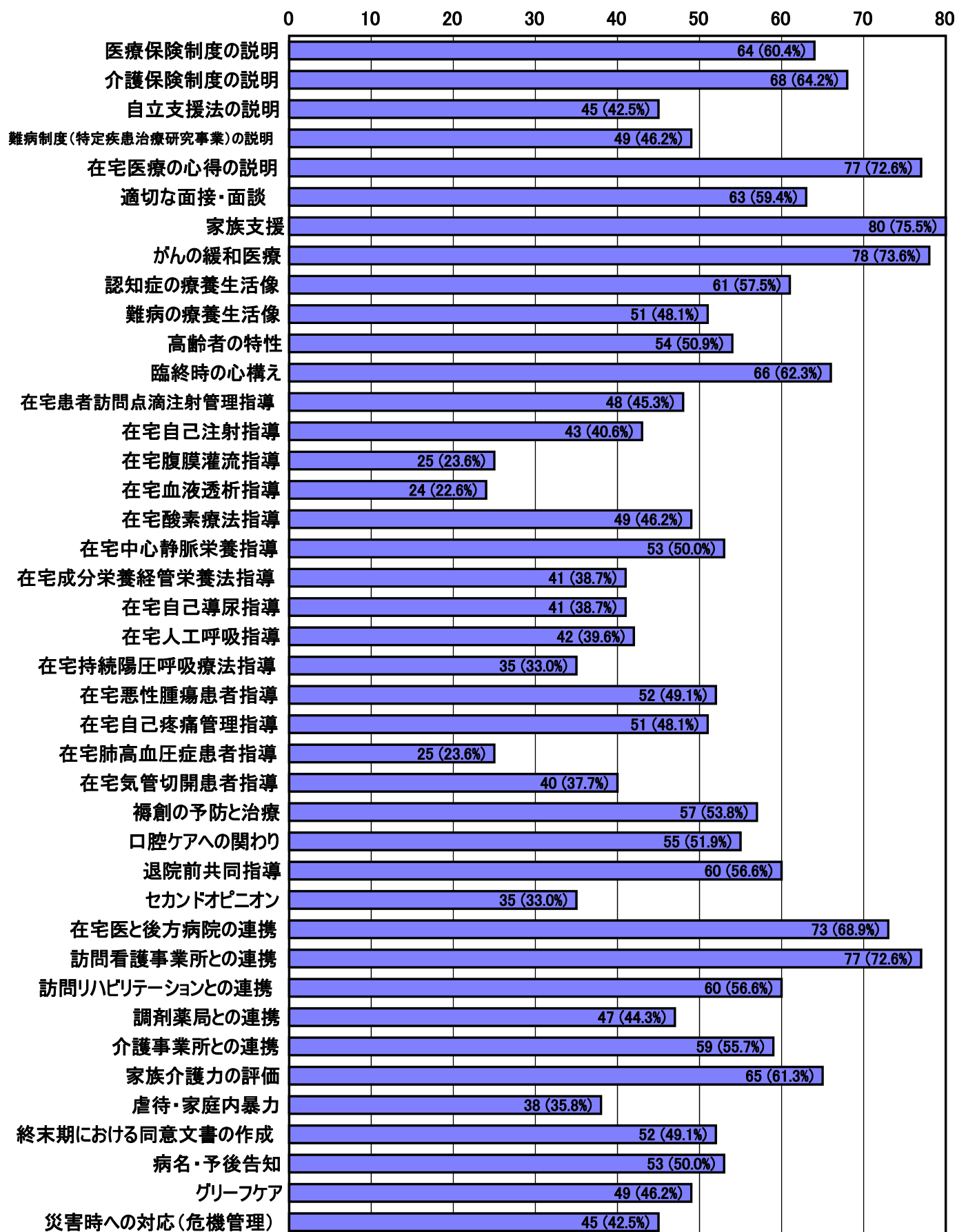
### 問3-3 貴施設で受けさせたい研修内容 - 院長のみ (n = 64)



### 問3-3 貴施設で受けさせたい研修内容 - 看護部長のみ (n = 84)



### 問3-3 貴施設で受けさせたい研修内容 - 連携室長のみ (n = 106)





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

— 下 卷 —

調査結果－病院

---

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

---