

## D. 考察

対象施設・地域を異にした調査であり、今回の調査は被災地が対象であるので、単純に結果を比較することはできないが、退院支援計画等は2倍に増加、地域医療連携室の機能についての評価も倍増し、病院の退院支援体制は大震災にもかかわらず、整備の方向に向かいつつあることがうかがわれる。しかし、在宅医療について十分な知識がある医師、看護師は未だ少なく、医師による退院後の説明も、「十分している」割合が1割ほど増えたものの、3分の1にとどまっている。

在宅緩和ケアと緩和ケア病棟いずれを第一選択として説明するかについても、「同等に説明する」がほぼ6割でほとんど変化はなかった。平成19年調査では、「疾病傷病による通院困難者」に対して、約5割が転院、約2割がそのまま自院で通院し何かあれば入院という結果であり、7割の方の在宅復帰が叶わないという状況であった。平成25年調査では、他病院転院の割合が減ったものの、退院施設以外の医師が主治医となって在宅療養を行う割合は依然として2割にとどまる。

## E. 結論

病院の医師、看護師が、在宅医療の良さを十分認識し、患者の退院後の生活について詳細に説明することが在宅看取りを推進する要因である。

まず第一に、病院医師に対する次の対策が急務である。

① 全国における、臨床研修指定病院及びがんセンター、あるいはいわゆる総合病院の管理者・院長・副院長等に対する、育成プログラム+実地研修を義務化する。

② ①を病院医師各位に伝達・徹底する。

③ 地域における、がん末期・重症者（人工呼吸器等）に対応可能な在宅療養支援診療所のリストを作成し、各地域における当該病院に伝達する。

④ 地域資源を即座に検索し、連絡を取り合えるシステムを構築、整備する。当院では、※「つながりライン」を開発運用しているが、全国的なシステムとする。

⑤ 当該患者に関する退院前ケアカンファレンスの頻度をさらに高める。

⑥ 当該患者の当該病院への再来が、病院の疲弊に繋がることを病院医師に理解してもらう。

※「つながりライン」宮城の医療介護資源マップ <https://kokusaizaitaku.sakura.ne.jp/tsunagaline/>

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

在宅だからICF：「生きることの全体」を捉える「統合モデル」とは何か  
訪問看護と介護（医学書院）Vol.19 No.2 2014

### 2. 学会発表

なし

## F. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし