

「在宅医療アンケート」の結果報告

[アンケート実施の目的]

現在の患者状況や在宅医療の提供状況、在宅医療機関の連携体制などを把握し、そこからの問題点を抽出し、今後増えると予想される在宅医療の需要に対応すべく、在宅医療体制の整備やネットワーク作りの推進を目指す。

[アンケートの方法]

以下の1)～4)の要件のいずれかを満たす230医療機関へ、平成20年5月下旬にアンケートを郵送した。(アンケート時の歯科を除く高知県の医療機関数は741)

- 1) 在宅療養支援診療所
- 2) 「在宅時医学総合管理料」の算定を行っている医療機関
- 3) 「医療機能調査」にて在宅医療を行っていると回答した医療機関
- 4) 「高知県の在宅緩和医療を推進するための医療機関実態調査」(高知県健康政策部健康づくり課他)にて在宅医療に関わっているとされる医療機関

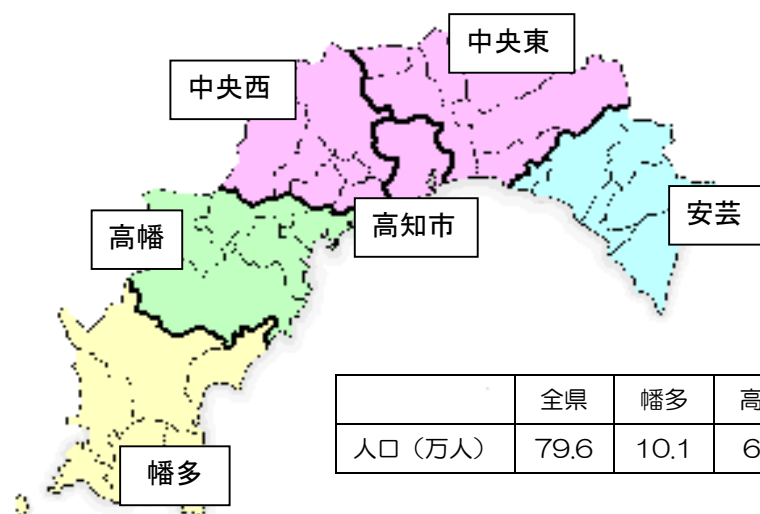
なお、訪問患者については、同年6月1日から6月30日の一ヶ月間に訪問診療(不定期の往診は含まず)を受けた方を対象とした。また、患者数は実人数(同じ人に複数回訪問した場合は1人と数える)で答えていただいた。

[回答率]

- ・ 回答医療機関数 179
- ・ 回答率 78%

[解析法]

高知県の2次医療圏は西から幡多、高幡、中央、安芸の4つであるが、中央医療圏を細かく分析するために、この報告書では中央医療圏をさらに、3つ(中央西、高知市、中央東)に分割した。これにより、福祉保健所の管轄区域と一致することになる。(人口は「平成17年高知県の人口移動より」)

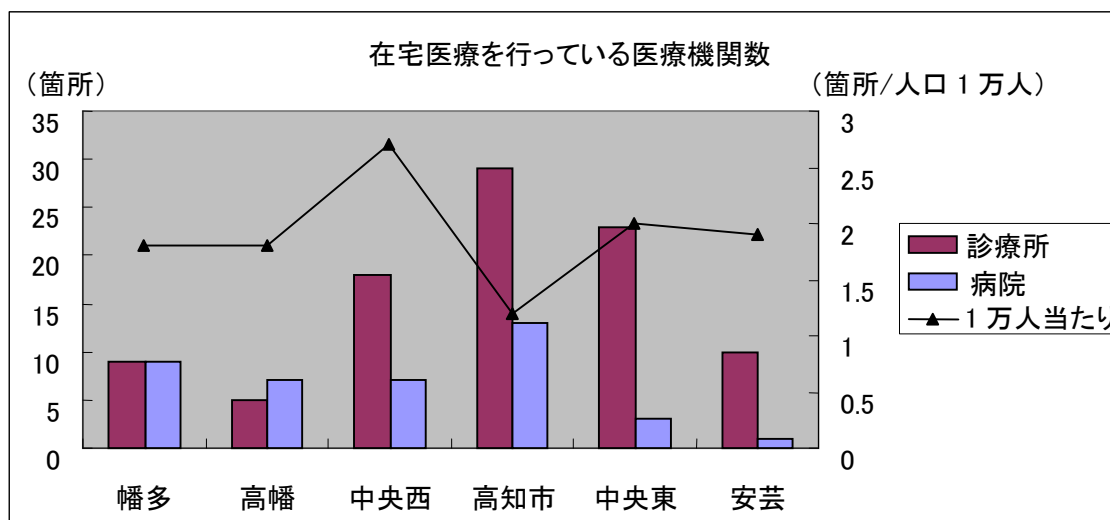


	全県	幡多	高幡	中央西	高知市	中央東	安芸
人口(万人)	79.6	10.1	6.6	9.2	34.9	13	5.8

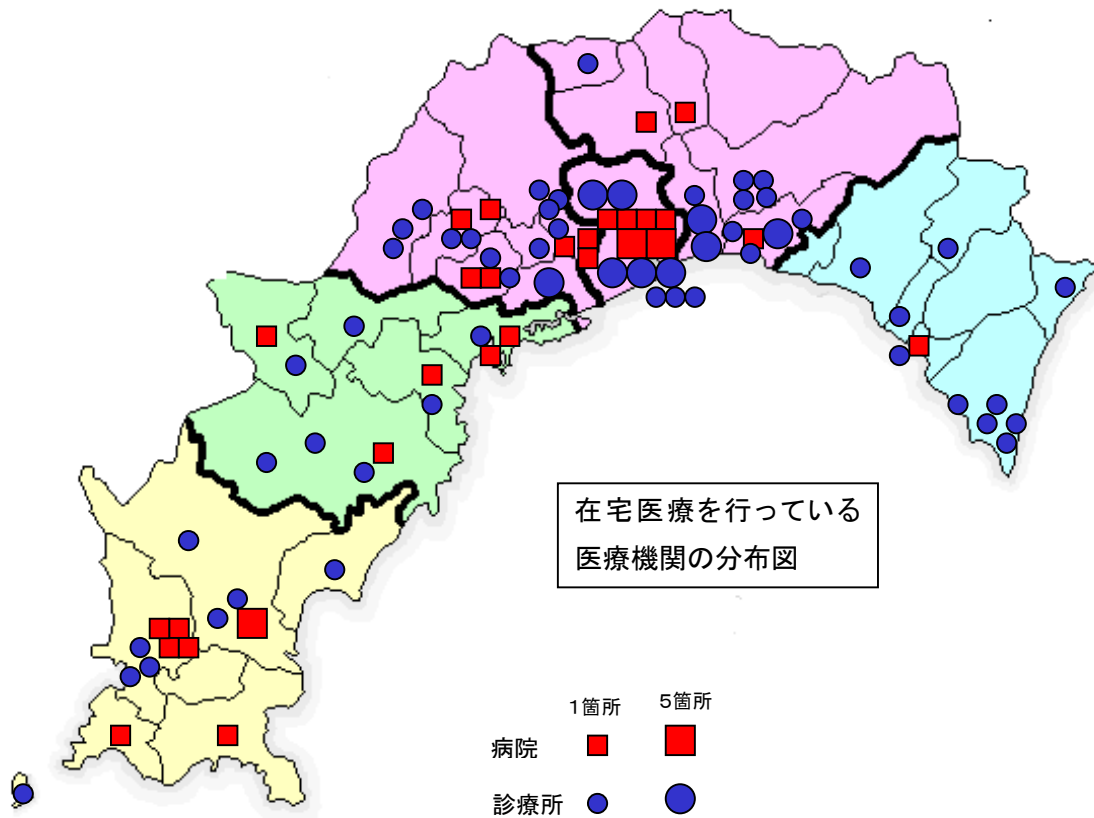
[結果]

1) 在宅医療を行っているという回答のあった医療機関数

	県計	幡多	高幡	中央西	高知市	中央東	安芸
診療所	94	9	5	18	29	23	10
病院	40	9	7	7	13	3	1
医療機関数	134	18	12	25	42	26	11
1万人当たり	1.68	1.8	1.8	2.7	1.2	2.0	1.9



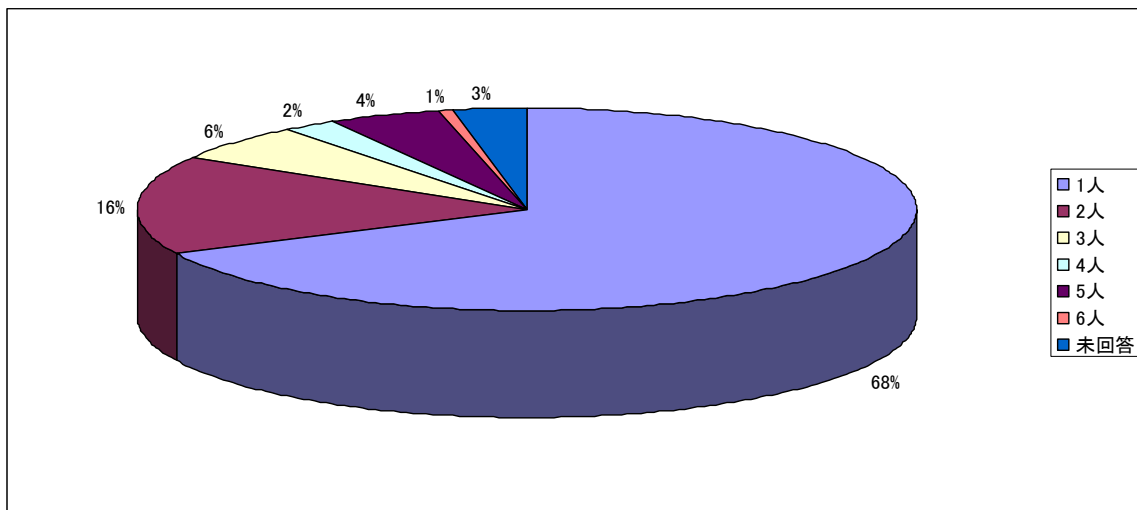
- ・ 在宅医療を行う医療機関数は134（診療所94 病院40）であった。
- ・ 人口の多い高知市に42と集中しており、高幡と安芸が少なくなっている。
- ・ しかし人口1万人あたりでの医療機関数をみると、高知市が最も少なく、中央西が最も多く、高幡と安芸は県内の平均並みとなっている。
- ・ 管轄面積を考えると、高幡と安芸においては、現在の医療機関数では在宅患者を十分カバーできない可能性がある。
- ・ 県中部～東部では診療所が在宅医療の主体となっているのに対し、県西部では病院が主体となっている。



- ・ 安芸地区の医療機関は少なく、分布が十分でないと推測される。
- ・ 高知市を中心とする中央沿岸部に在宅医療を担う医療機関が多い。
- ・ 安芸では在宅医療を行う病院が少ない。

2) 医療機関あたりの在宅医療に関わる医師数

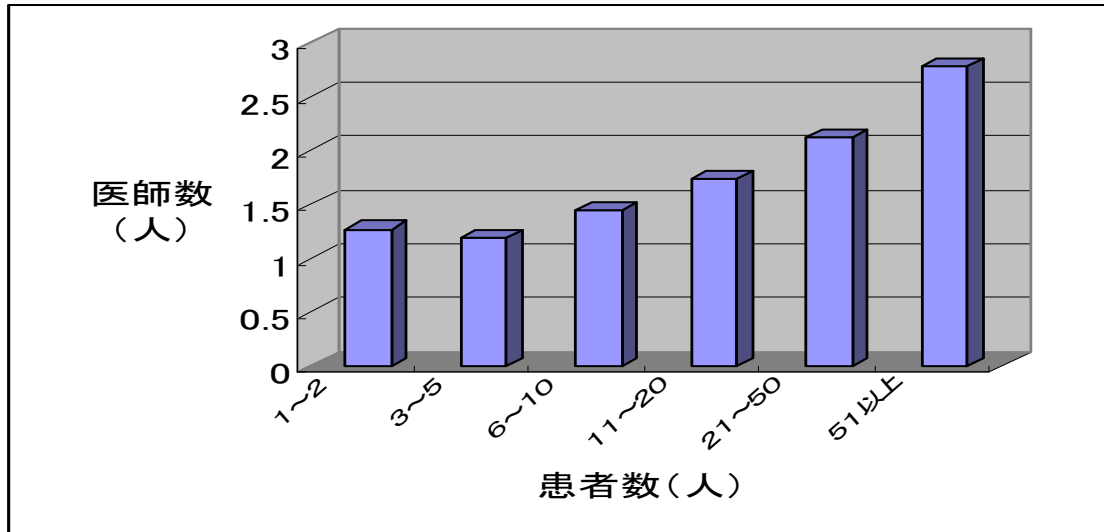
1人	2人	3人	4人	5人	6人	未回答	合計
91	21	8	3	6	1	4	134



- ・ ほとんどの医療機関が1人で診療を行っている（約70%）
- ・ 複数と回答した医療機関は病院が多かった。
- ・ 医師一人で62人の在宅患者を診ている所もあれば、医師が4人や5人でも2人しか診ていない医療機関もあった）

3) 患者数に対する医療機関の平均医師数

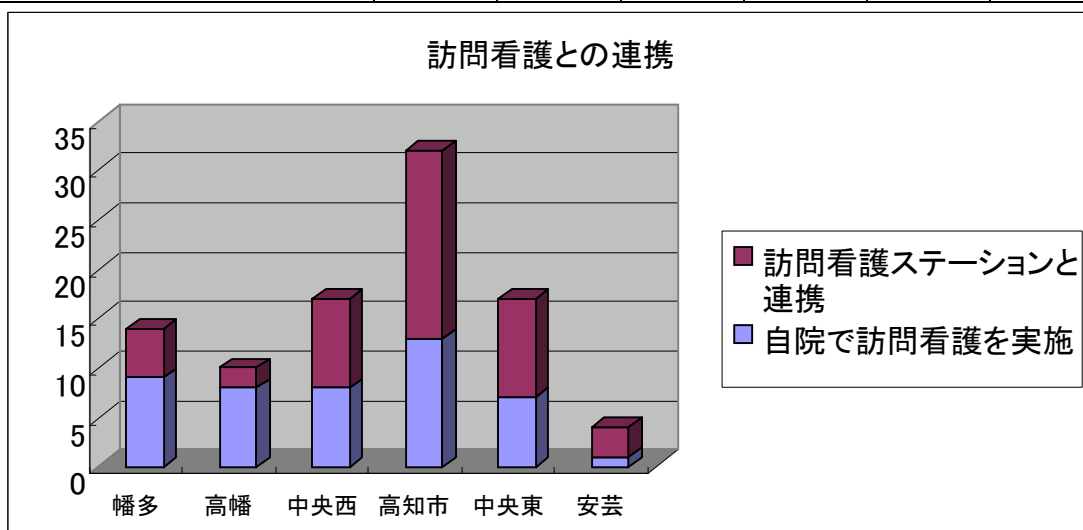
患者数(人)	1~2	3~5	6~10	11~20	21~50	51以上
医師数(人)	1.27	1.19	1.44	1.74	2.12	2.78



- ・ 患者数が多い医療機関ほど在宅に携わる医師数が多い傾向があった。

4) 訪問看護との連携

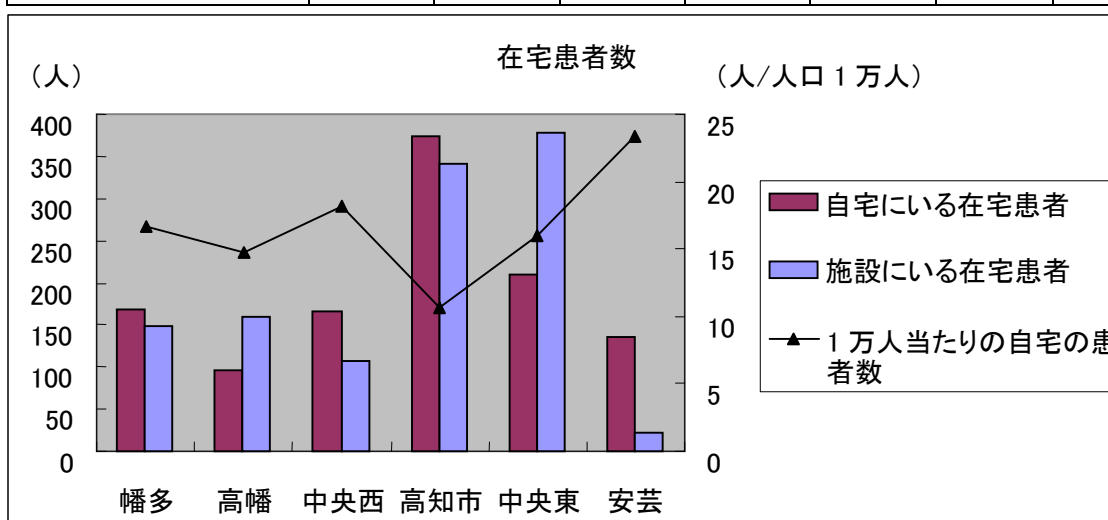
	県計	幡多	高幡	中央西	高知市	中央東	安芸
自院で訪問看護を実施	46	9	8	8	13	7	1
訪問看護ステーションと連携	48	5	2	9	19	10	3
合計	94	14	10	17	32	17	4



- ・ 94/134=70%の医療機関が訪問看護師と連携していると答えている。
- ・ 安芸は訪問看護との連携が少ない。
- ・ 訪問看護師を自前で派遣する医療機関と、外部の訪問看護ステーションと連携して派遣するやり方がある。両方の場合は今回「自前」として計算した。
- ・ 中央医療圏では自前で訪問看護を構えるところよりも、訪問看護ステーションと連携しているところが多い。
- ・ 幡多や高幡では自院にて訪問看護師を派遣しているところが多い。これは在宅医療を行う医療機関が病院であることと関係があると推測される。

4) 在宅患者数（平成 20 年 6 月 1 日から 6 月 30 日の一ヶ月間）

	県計	幡多	高幡	中央西	高知市	中央東	安芸
自宅にいる在宅患者	1150	168	97	167	373	209	136
施設にいる在宅患者	1157	149	160	107	342	378	21
合計	2307	317	257	274	715	587	157
1万人当たりの自宅の患者数	14.4	16.6	14.7	18.2	10.7	16.1	23.4



- ・ 平成 20 年 6 月の在宅患者数は 2307 人（自宅 1150 人、施設 1157 人）であった。
- ・ 在宅医療を行っている医療機関をほとんど網羅できたと考えられ、在宅医療の現状をほぼ反映できていると考えられる。また在宅医療を受けている患者は月に少なくとも一度の訪問診療を受けているので、実際の患者数に近いと推定される。
- ・ 在宅医療を受けている患者数は県の人口（79.5 万人）の 0.3% であり、65 歳以上の人口（20.6 万）の約 1.1% となる。
- ・ ほとんどが 65 歳以上（高知県 20.6 万人）であることを考えると 100 人に約 1 人が自宅や施設にて在宅医療を受けていることになる。
- ・ 自宅と施設はほぼ同数となっており、近年ではグループホームや有料老人ホームも増えており、施設での在宅診療も増えているのが伺われる。
- ・ 人口の割合を考えると中央東地区で在宅医療が最も普及していると思われるが、

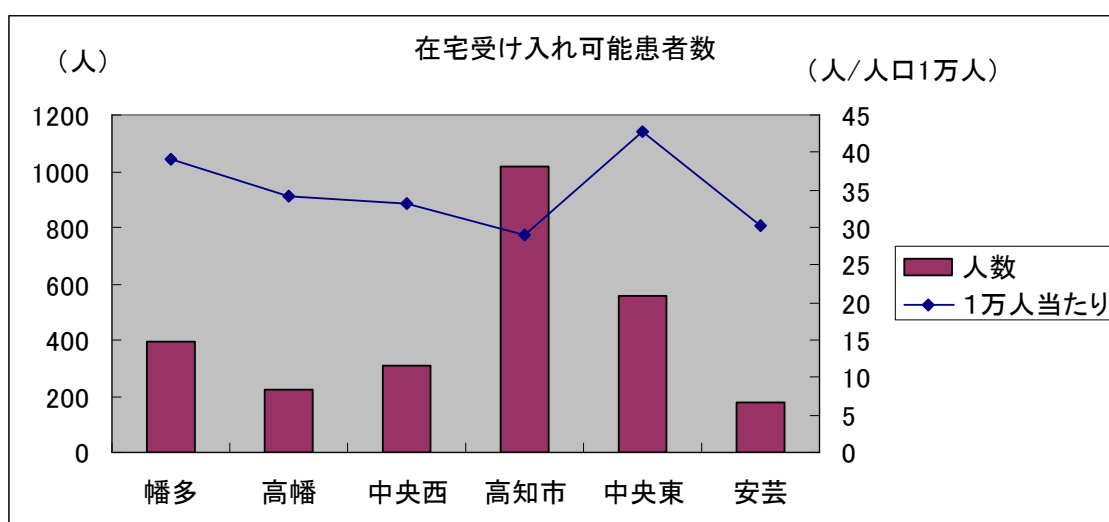
自宅居住者のみで見れば、人口当たりではかえって少ない。

- ・ 安芸地区は介護施設が少ないことが知られており、施設の在宅患者は少ない。
- ・ 人口割合から見ると、安芸地区が最も自宅での在宅医療人数が多い。
- ・ 高幡地区は自宅よりも施設での在宅患者が多い。自宅での在宅医療のニーズが少ないのか、在宅医療の資源が少ないのか、原因を考察したい。

* 在宅医療とは患者さんが生活する場所へ、医師や看護師が訪問して医療行為を行うことである。元来、自宅への訪問が多かったが、近年はグループホームなどの介護施設で生活する高齢者が増えており、最近では老人保健施設への在宅訪問診療も認められるようになった。老人ホームでも専属の医師がおらず、訪問診療が行われているところもある。

5) 在宅受け入れ可能患者数（自宅と施設の両方を含む）

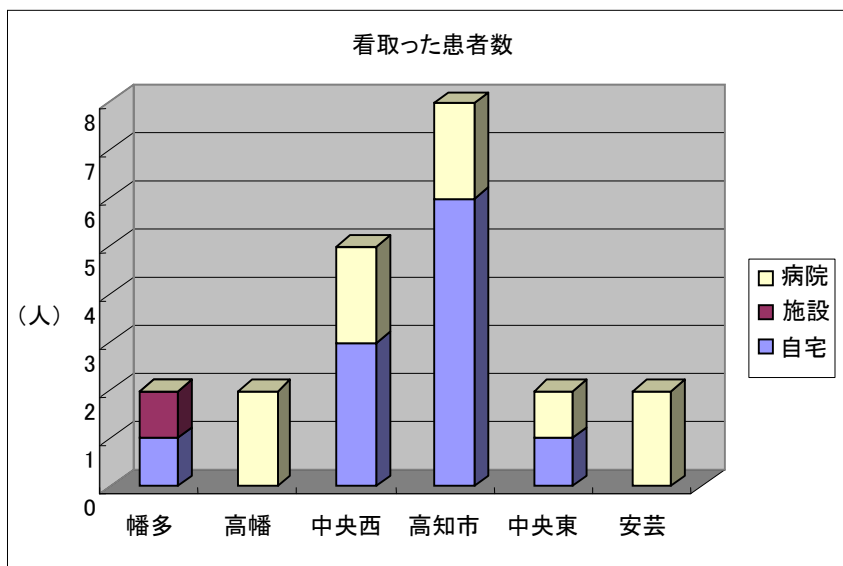
	県計	幡多	高幡	中央西	高知市	中央東	安芸
受け入れ可能人数	2670	394	226	305	1014	556	175
1万人当たり	33.5	39	34.2	33.2	29.1	42.8	30.2
現在の在宅患者数	2307	317	257	274	715	587	157
(受け入れ可能人数) －(現在の患者数)	363	77	△31	31	299	△31	18



- ・ 現在の医療提供体制での受け入れ可能患者数を聞いたもの。
(未記入の医療機関については現在の患者数で計算した)
- ・ 受け入れ可能人数は 2670 人で、現在の 1.2 倍程度受け入れ可能となる。
- ・ 高知市や幡多では多くの患者を受け入れることが可能。
- ・ 高幡、中央東では減少し、安芸でも増加は少ない。
- ・ 元々在宅患者数が少なく、受け入れ可能人数も少ないことから、安芸と高幡では在宅医療の資源自体が少ないと推測される。
- ・ 中央東は、在宅患者が既に多く、現状で既に無理をしている可能性がうかがわれる。

6) 看取った患者数（場所別；平成20年6月1日から6月30日の一ヶ月間）

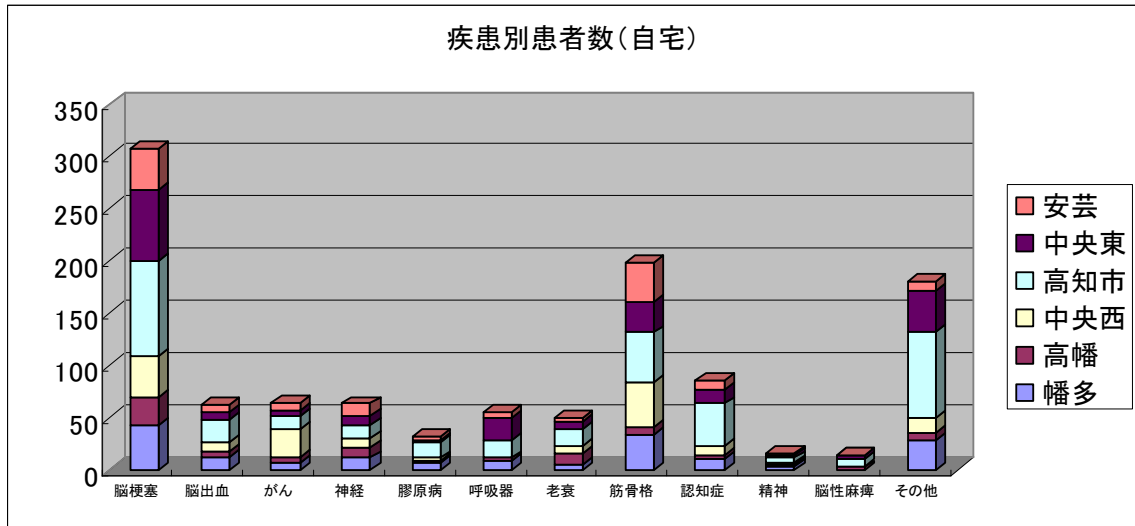
	県計	幡多	高幡	中央西	高知市	中央東	安芸
自宅	11	1	0	3	6	1	0
施設	1	1	0	0	0	0	0
病院	9	0	2	2	2	1	2
合計	21	2	2	5	8	2	2



- ・ 施設での看取りがあるのは幡多のみ。
- ・ 高知市にて自宅での看取る傾向がある。(6/8=75%)
- ・ 高幡と安芸は病院でのみ看取っている。
- ・ 看取った人数が少なく、地域ごとの傾向を見るためには、さらに長期間の調査が必要である。

7) 【自宅】疾患別患者数（未記入については省略）

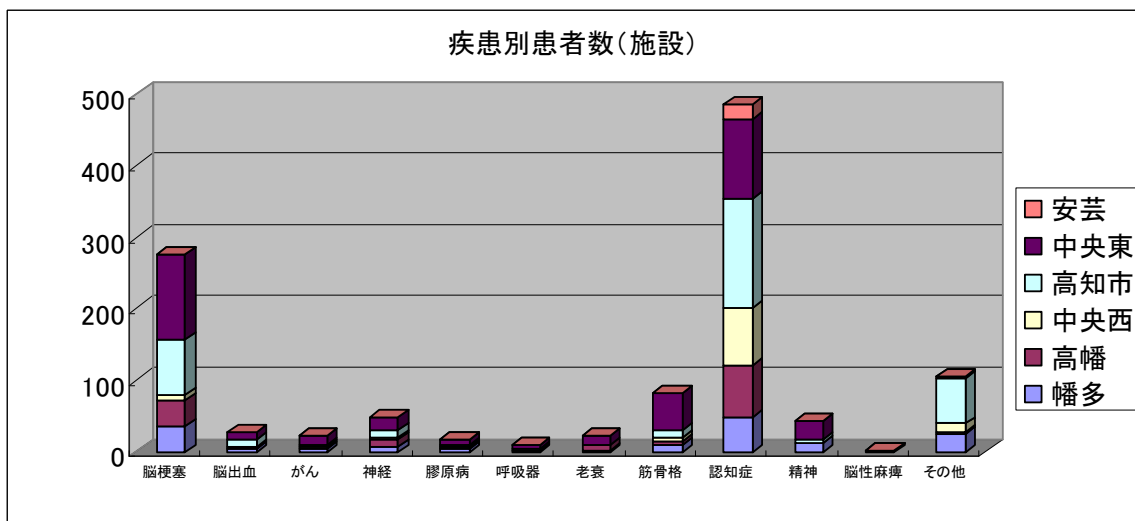
	脳梗塞	脳出血	がん	神経	膠原病	呼吸器	老衰	筋骨格	認知症	精神	脳性麻痺	その他
幡多	42	12	7	11	7	9	5	34	10	3	0	28
高幡	28	5	5	9	2	2	11	6	4	2	2	7
中央西	39	9	27	10	2	0	7	43	8	1	1	15
高知市	91	22	13	12	15	17	16	48	41	5	7	82
中央東	69	7	5	9	2	21	7	30	13	3	3	39
安芸	39	7	7	12	4	6	4	38	9	2	0	9
	308	62	64	63	32	55	50	199	85	16	13	180



- ・ 在宅医療を受ける原因として最も多かったのは脳梗塞で、筋骨格系疾患、認知症と続いている。

8) 【施設】疾患別患者数(未記入については省略)

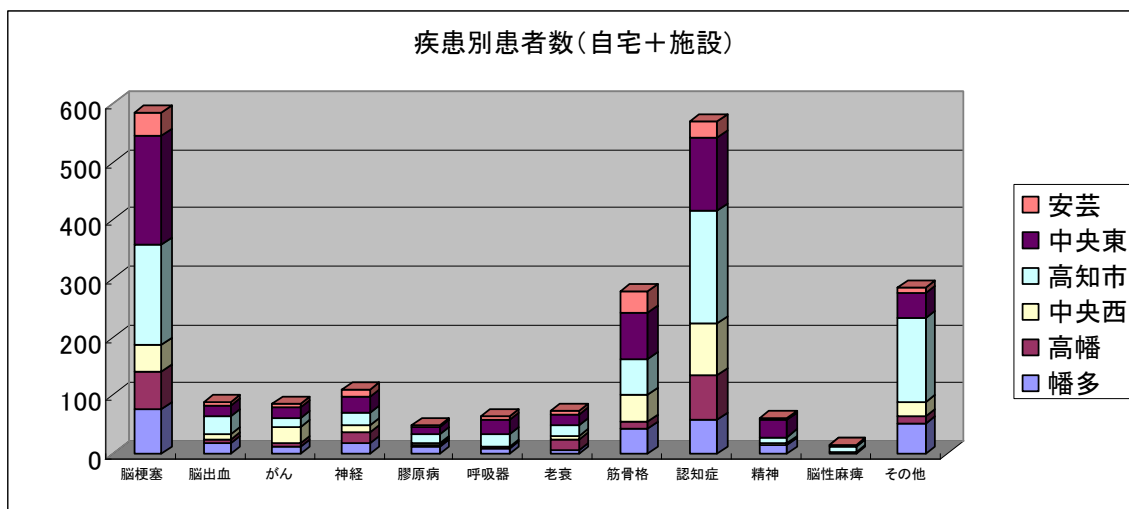
	脳梗塞	脳出血	がん	神経	膠原病	呼吸器	老衰	筋骨格	認知症	精神	脳性麻痺	その他
幡多	35	5	5	6	4	1	1	9	48	11	0	24
高幡	37	1	0	12	2	0	8	5	73	0	0	4
中央西	7	1	1	2	0	1	0	5	79	0	0	11
高知市	79	10	2	9	2	3	1	11	154	7	1	63
中央東	119	10	14	18	10	3	12	51	112	26	0	4
安芸	0	1	0	1	0	0	0	0	19	0	0	0
合計	277	28	22	48	18	8	22	81	485	44	1	106



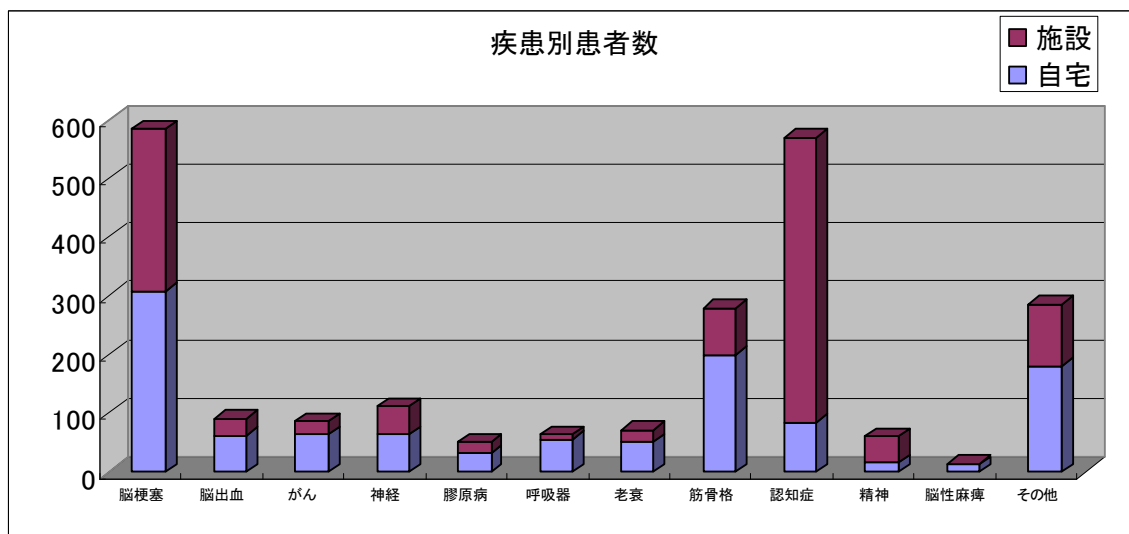
- ・ 認知症が最も多くなっているが、これはグループホームが含まれているためと、施設入所の方に認知症が多いためと考えられる。

9) 【自宅+施設】疾患別患者数（未記入については省略）

	脳梗塞	脳出血	がん	神経	膠原病	呼吸器	老衰	筋骨格	認知症	精神	脳性麻痺	その他
幡多	77	17	12	17	11	10	6	43	58	14	0	52
高幡	65	6	5	21	4	2	19	11	77	2	2	11
中央西	46	10	28	12	2	1	7	48	87	1	1	26
高知市	170	32	15	21	17	20	17	59	195	12	8	145
中央東	188	17	19	27	12	24	19	81	125	29	3	43
安芸	39	8	7	13	4	6	4	38	28	2	0	9
合計	585	90	86	111	50	63	72	280	570	60	14	286

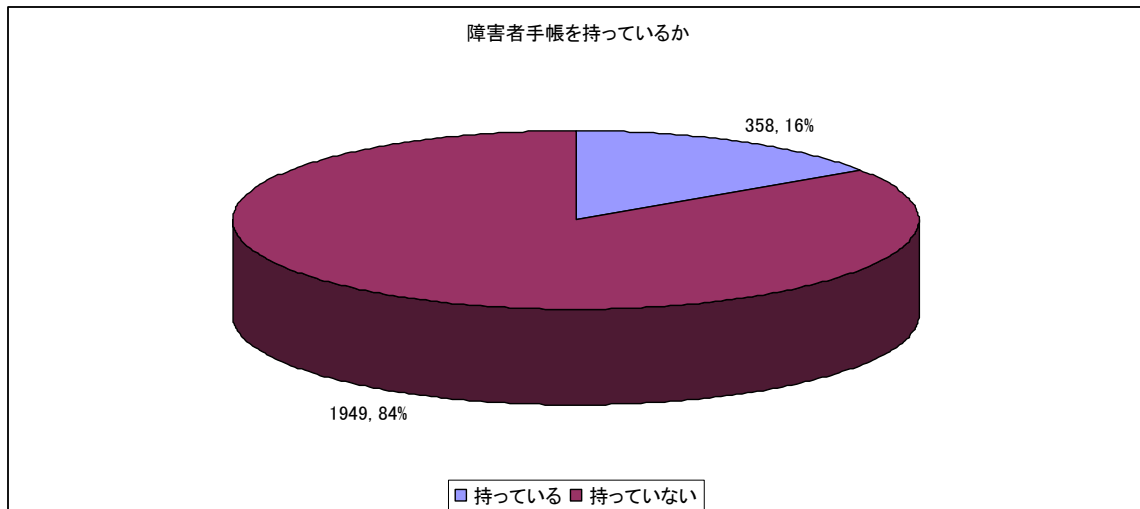


	脳梗塞	脳出血	がん	神経	膠原病	呼吸器	老衰	筋骨格	認知症	精神	脳性麻痺	その他
自宅	308	62	64	63	32	55	50	199	85	16	13	180
施設	277	28	22	48	18	8	22	81	485	44	1	106
合計	585	90	86	111	50	63	72	280	570	60	14	286



・ 脳梗塞、認知症、筋骨格系の疾患が多い。その他には心不全など循環器疾患が多い。

10) 身体障害者手帳



- ・ 未回答は持っていないとして処理した。
- ・ 身体障害者手帳を持っているのは在宅医療を受けている患者の6人に一人程度。

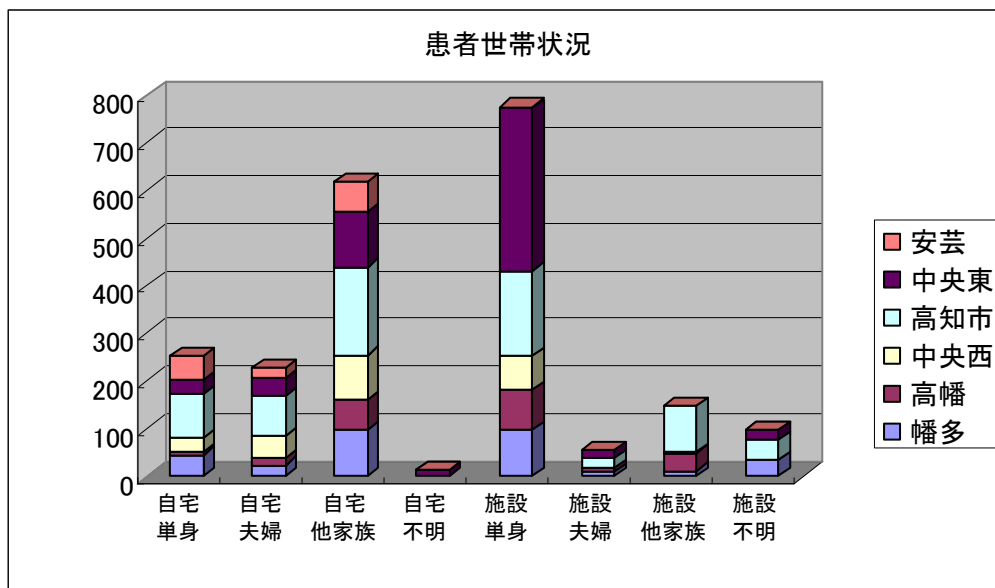
11) 年齢別

年齢	0-19	20-39	40-64	65-75	75-	未回答	合計
人数	2	8	71	198	2013	15	2307

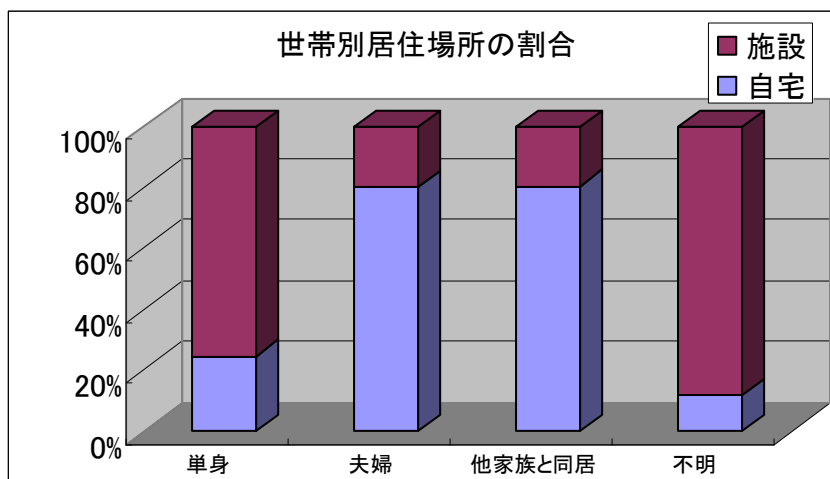
- ・ 大多数が75歳以上である。(87.3%)
- ・ 病気と後遺症の発症頻度を考えると、やはり高齢者が在宅医療を利用するのは必然であると考えられる。
- ・ 20歳未満が2人、20から39歳が8人いる。脳性麻痺や神経難病などの疾患がうかがわれるが、今回は患者情報を集めていないので推測しかできない。

12) 患者世帯状況 (未回答 117人)

	自宅 単身	自宅 夫婦	自宅 他家族	自宅 不明	施設 単身	施設 夫婦	施設 他家族	施設 不明	合計
幡多	45	24	97	0	96	9	11	34	316
高幡	6	15	62	0	84	9	38	0	214
中央西	29	45	96	0	73	1	2	0	246
高知市	94	85	185	2	178	20	97	43	704
中央東	28	38	115	11	344	16	0	19	571
安芸	52	21	63	0	1	1	1	0	139
計	254	228	618	13	776	56	149	96	2190



- ・ 自宅患者は介護をしてくれる子供などの家族と一緒に暮らしている人が多い。
- ・ 老夫婦世帯より、単身のほうが自宅で医療を受けている人が多い。
- ・ 施設で単身者が多いのは、単身だから施設に入所する人が多いこともさることながら、施設にいるために家族構成が十分に把握されていない可能性もある。(息子夫婦と同居など)
- ・ 施設入所では老夫婦世帯は少ない。

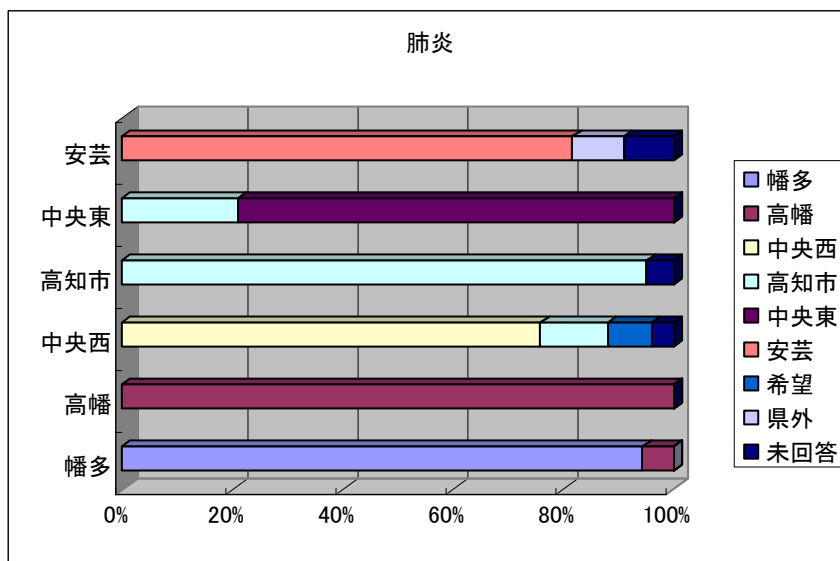


- ・ 在宅医療を受けている単身世帯では約 8 割が施設を利用している。
- ・ 自宅で在宅医療を受けている割合では、夫婦世帯が最も高い。
- ・ 他家族と同居している世帯では約 8 割が自宅にいる。

以下、在宅医療に参加している 134 医療施設についてのみ分析。

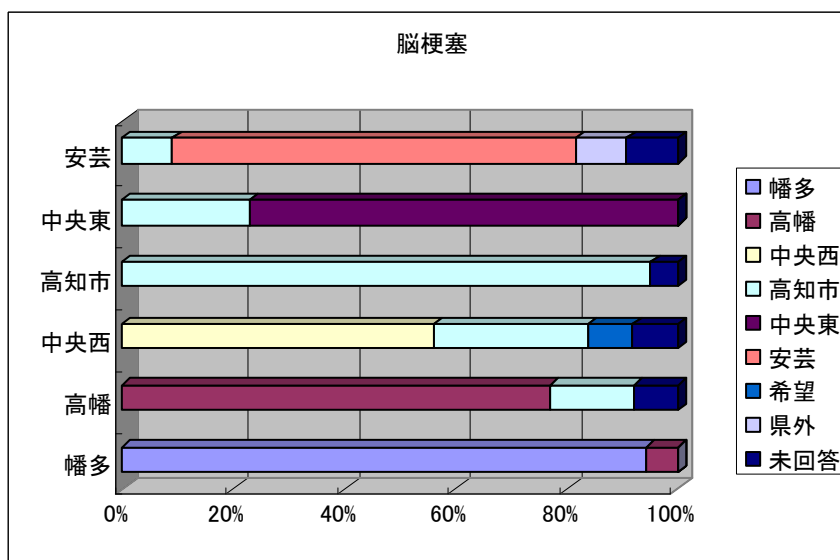
13) 患者搬送の状況（急変時の搬送先圏域をパーセンテージでグラフ化）

○肺炎



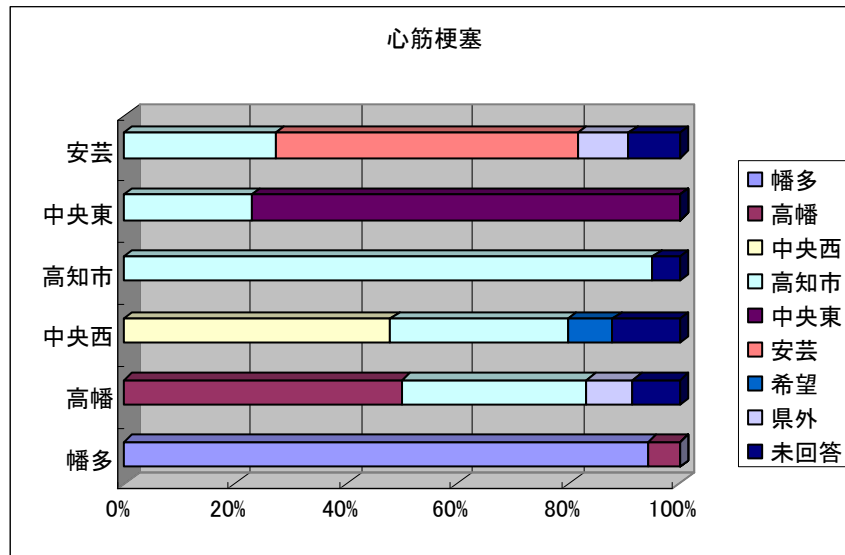
- ・ 肺炎についてはどの圏域もほとんどが自圏内で対応している。
- ・ 「希望」はアンケートの選択肢にはなかったのだが、「患者さんまたは家族の希望に沿う」と自由形式で答えたためこのように処理したものである。

○脳梗塞



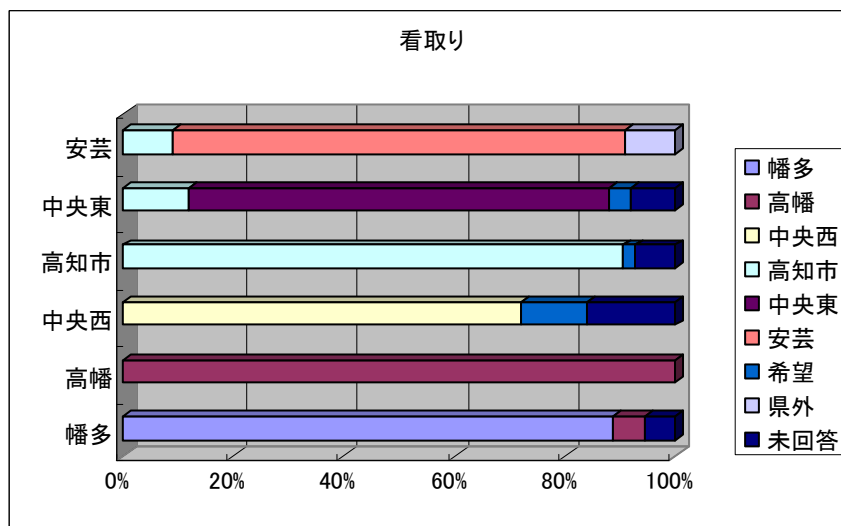
- ・ 脳梗塞については、肺炎と比べると高知市に患者の治療を依頼していることが分かるが、大部分は自圏内で対応している。
- ・ 幡多についてはほぼ自圏内で対応している。

○心筋梗塞



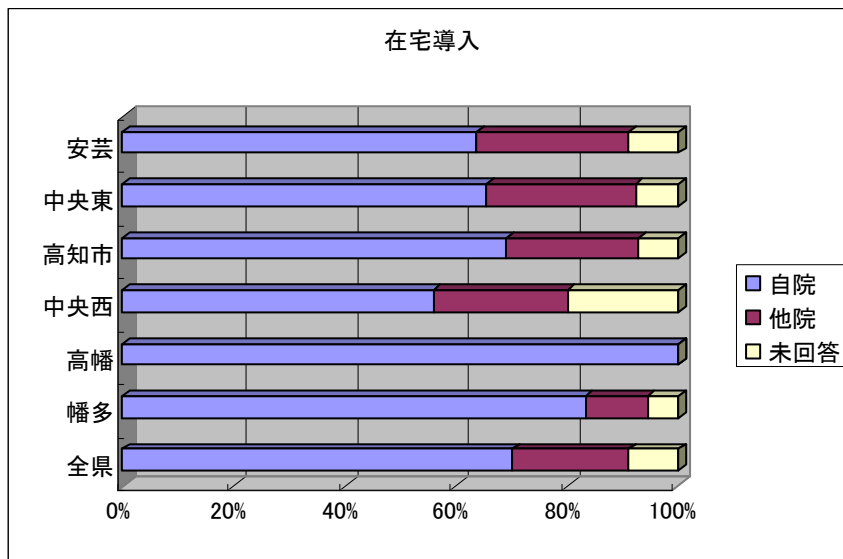
- ・ 心筋梗塞については高知市に患者を依頼している傾向が増し、特に安芸と高幡で増えている。
- ・ 幡多は他疾患と同じ。

○看取り



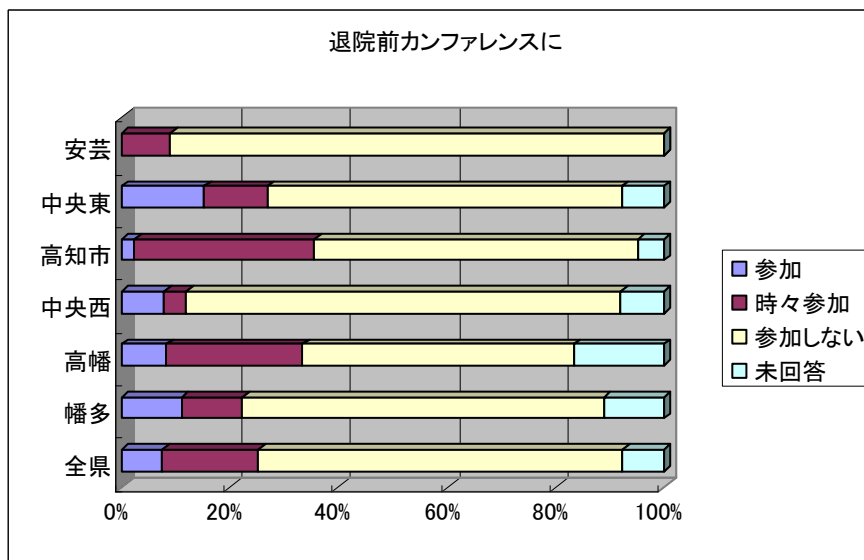
- ・ 見取りに関してはほぼ自圏内で完結しているが、安芸であっても高知市に依頼しているところもある。

14) 在宅導入（在宅医療導入前の医療機関は自院か他院か）

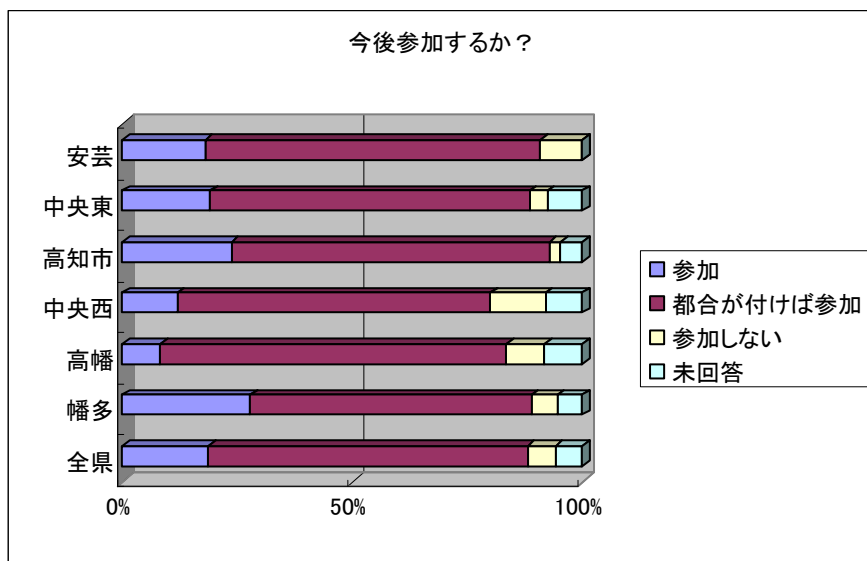


- ・ 多くのところが自院外来または自院退院後から在宅へ移行していることが分かる。
- ・ 急性期病院など、他医療機関からの紹介導入は20%程度である。
- ・ 高幡では100%自院からとの回答であるが、これは急性期病院が在宅医療を行っていることが関係していると考えられる。

15) 退院前カンファレンスに



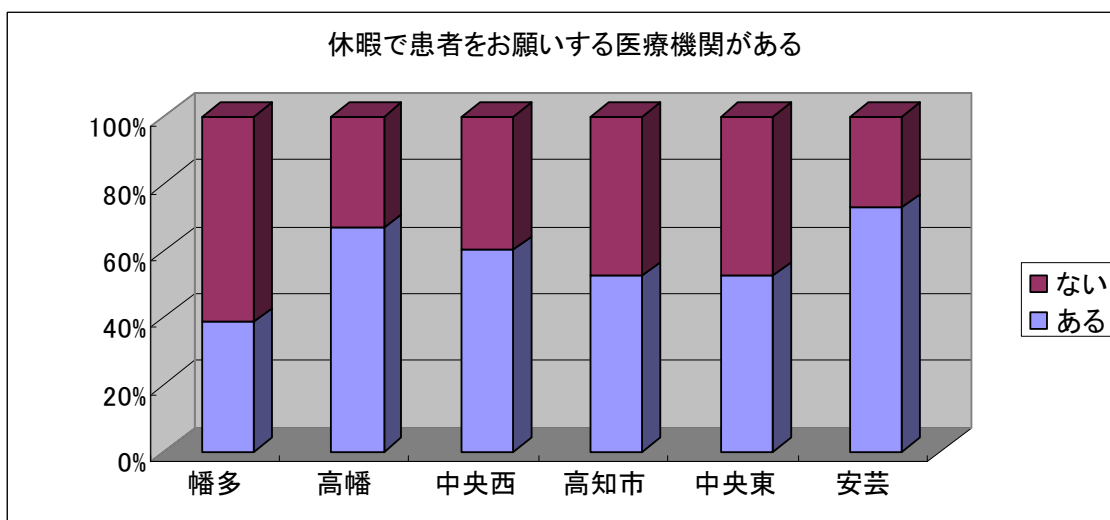
- ・ 在宅医療を行っている医療機関であっても、多くが退院前カンファレンスに参加していない。
- ・ 医療機関数や人口割り合いを考慮した在宅患者数と、退院前カンファレンス参加率とは相関は見られない。
- ・ 高幡では医療機関数や在宅患者数の割合に比較して退院前カンファレンスの参加率が高い。



- ・ 多くの医療機関が「都合が付けば参加する」と答えている。
- ・ 幡多では多くの医療機関が退院前カンファレンスへの参加意向を示した。

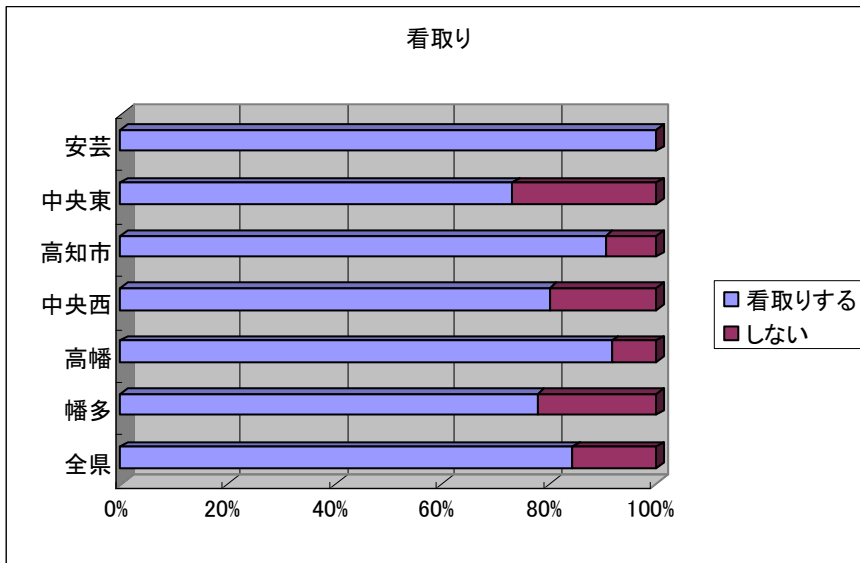
16) 休暇で患者をお願いする医療機関がある (未回答1)

	県計	幡多	高幡	中央西	高知市	中央東	安芸
ある	72	7	8	15	22	12	8
ない	61	11	4	10	20	13	3



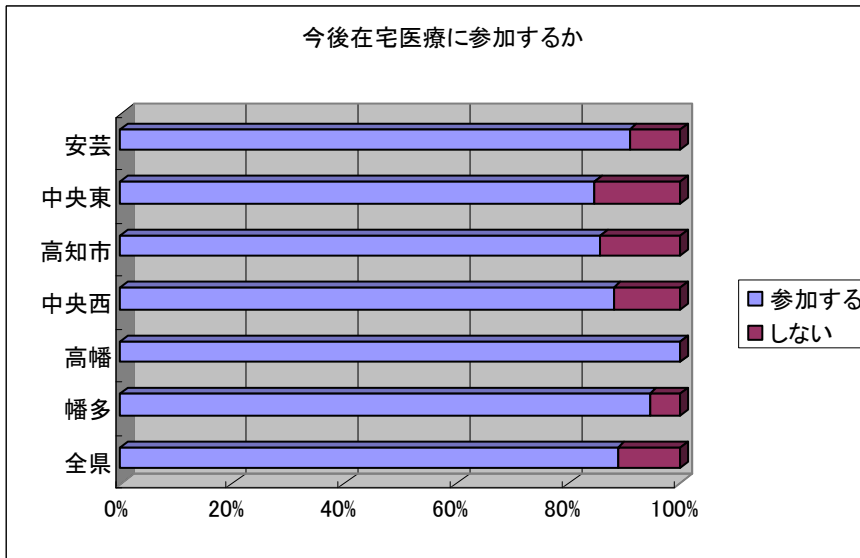
- ・ 病院はほとんど自院で対応と答えている。
- ・ 診療所で「ある」と答えたところは病院名を記載しているも、前もって連絡をするなどの連携をしているかは不明である。(今回の調査で設問無し)
- ・ 多くが地域の基幹病院を記載し、救命救急センターを記載しているところも少なくなかった。このため、在宅療養支援診療所のように、前もって患者の診療情報を渡すなどの行為が行われているとは考えにくい。

17) 頼まれれば看取りをするか？



・80%以上の医療機関が看取りに参加すると答えている。

18) 今後在宅医療に参加するか？



・在宅の普及が不十分とおもわれる安芸や高幡で、看取りや在宅医療への参加意識が高くなっている。きっかけがあれば在宅医療が普及する可能性が示唆される。

[まとめ]

今回の調査では、在宅医療を行っている医療機関をほとんど網羅できており、高知県における在宅医療の現状をほぼ反映できていると考えられる。また在宅訪問診療を受けている患者であれば月に一度の訪問診療を受けているはずなので、実際に高知県で在宅医療を受けている患者数に近いと考えられる。

アンケートの結果から、平成20年6月時点の、在宅医療を受けている患者数は約2300人で、そのうち自宅にいる患者数は1150人程度と推定される。在宅医療を受けている患者数は県の人口（79.5万人）の0.3%であり、65歳以上の人口（20.6万）の約1.1%である。在宅医療を受けているほとんどが65歳以上であることを考えると100人に約1人が在宅医療を受けていることになる。

受け入れ可能人数は2670人で現在の1.2倍程度受け入れ可能とのことであるが、高幡と中央東では減少しており、これらの地域においては現在のままでは増えてくる在宅医療の需要に対して対応できない可能性がある。

在宅医療を行う医療機関数は134程度と推定され、在宅療養支援診療所が31（調査時）であることと比べると、在宅療養支援診療所を申請していない約100の医療機関も在宅医療を行っていることがわかる。また、医療機関はその多くが高知市であるが、人口比では多くはない。安芸地区での医療機関が少ないが、人口比では自宅にいる在宅患者が多く医療機関も少なくない。ただ、地図上の分布から見ると、現在の医療機関ではその面積をカバーできていないと危惧される。また、安芸は訪問看護との連携も少なく、在宅医療の効果的な施行のためには、訪問看護との連携が不可欠であることを考えると、在宅医療の十分な提供ができていないとは考えにくい。

在宅医療を受ける原因疾患として、脳梗塞や筋骨格筋系疾患や認知症が多く、これらの疾患の予防対策を行うとともに、これらの疾患に対応できる医療や福祉の資源を考慮し充実させていかなければならない。

また、年齢構成では75歳以上が約9割であり、医学的にも社会的にも考慮した対応が必要である。一方、20歳以下の在宅医療は2名と少なく、今後の課題と考えられる。

世帯別に見ると、夫婦のみの世帯が最も少なく、単身世帯が最も多い。単身世帯は多くが施設を利用しており、夫婦世帯は多くが自宅に住んでいる。同居家族がいる世帯も多くは自宅におり、当県では介護者がいれば自宅で在宅医療を受けている割合が高い。単身世帯に対してどのような居住環境を整えたらよいかを早急に考慮する必要がある。（単身者が入居できるような施設を十分に供給するか、自宅で単身であってもそれを支えられるような介護サービスを可能にするか等）

在宅患者に対する疾患別の対応・搬送先をみると、肺炎や看取りであれば居住地で対応し、脳梗塞や心筋梗塞であれば県都高知市での対応が増えてくるが、割合は半分以下である。幡多のみはいずれもほぼ自圏内で完結している。この結果から、まずは自圏内で入院できる医療機関があり、高度先進医療であれば3次医療機関での治療をスムーズに受けられるような医療体制が必要と考えられる。（これは在宅医療に限ったことではないと考える。）

自院外来に通院する患者が在宅への移行している。多くの医療機関が、かかりつけ医として、患者の状態に合わせて対応している結果であると推測される。

退院前カンファレンスには約 7 割の医療機関が参加していないが、ほとんどの医療機関が参加の意思を示しており、特に幡多地区で積極的な傾向がみられた。また見取りや在宅医療への参加の意向も高く、在宅の普及が不十分とおもわれる安芸や高幡でも、きっかけがあれば在宅医療が普及する可能性が示唆される。

[考察]

今回高知県における在宅医療の現状をおおよそ把握できたと考えだが、残念ながら他都道府県で在宅医療を受けている患者数を調べた結果は見つけられず、比較することはできない。よって現在の在宅患者数約 2300 人が十分かどうかは容易に判定できないが、自宅がこの約半分の 1150 人程度であり、在宅医療を熱心に行っている医療機関であれば 100 人程度の在宅患者を持つことが可能であることを考えると、決して多い数字であるとも思われない。ただし、一般の診療所医師がかかりつけ医として在宅医療を行うのであれば、抱えられる在宅患者数は数人～十数人程度であると考えられるので、妥当な人数であるとも考えられる。

在宅時医学総合管理を届けている医療機関が 77 であるので、今回の調査で倍近くの 134 の医療機関が在宅医療に携わっていると把握できたのは、予想以上の結果であった。一部の医療機関では在宅時医学総合管理を算定せずに、出来高払いのみで診療を行っていると推測される。川島らが行った在宅医療体制の研究¹⁾では高知県内に必要な在宅療養支援診療所は 115 箇所であり、134 医療機関という数字から高知県でも県民が在宅医療を十分に受けられる可能性があると考えられる。ただ、実際は、多くの医療機関が 24 時間の対応や急変時の連携などに苦慮しており、一部地域では訪問看護との連携も十分ではなく、その質の向上が必要である。在宅医療を行っている医療機関であっても、診療所の多くは代診を頼めるような医療機関がなく、診療時間外の対応は地域の基幹病院や一部には救命救急センターなどをお願いしている実態が認められた。従来どおりの医療体制の延長で、在宅医療が行われているのである。

在宅医療を受けている人の構成をみると、高齢者で単身者が多い。そしてその多くは施設を利用している。また、疾患では脳梗塞が最も多く、認知症や筋骨格系疾患の割合も高い。高齢者の単身者でこれらの疾患に対する対策をしっかりとたてていくことが大切である。また、逆に若年者の在宅医療がほとんど行われていないことから、今後の課題として取り組む必要がある。

現在、救急医療や地域医療は、従来までの体制では維持は難しくなっており、今ある医療資源を有効に使い、質の保証された医療連携体制の構築が必要とされている。これは、在宅医療についても同じで、利用者の心が安らぎ、安心して暮らせる、医療のささえを構築していかなければならない。そのためにはまず、医療関係者同士がお互いを理解し、協力していくことが必要と考える。また、在宅医療を利用しやすいように、社会的医学的なサポート体制を考慮していくことも必要である。そうすることにより、医療機関の在宅医療へのよりいっそうの参入が見込まれる。

¹⁾ 川島 孝一郎. 地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究 2007年

【自由記述】今後、在宅医療を行っていくうえで、必要と思われることをお書きください。

- ・ 医療連携が必要と思われるが、受け持ち患者数や治療方針が根本的に違ってくると連携は困難。
- ・ 当診療所は院長高齢のため在宅医療を行える状態ではありません。
- ・ 在宅の場合はレントゲンやCTなどの検査無しで、的確な状況判断をしなければならないので、十分な臨床経験が必要である。
- ・ われわれはケアマネや訪問看護との連携は非常にスムーズに行えていて、彼らと一体となってやっている。彼らは外来診療中にも裏から入ってきてカルテを見るし、私に相談に来る。夜中でも電話してくる。患者の顔色や気になる所見、介護者のこぼした愚痴にいたるまで報告してくれる。金銭的な経済状態も、家族のトラブルにいたるまですべての情報が共有できる。これは大事。2週間は訪問しなくても私は100%安心である。
- ・ 医師、看護師のマンパワーが絶対的に必要（一病院としてもですが地域全体に）
- ・ 医療連携・訪問看護ステーションは必要であります。地域にマンパワーがなければ無理だと思います。特に在宅利用はこの高知県では範囲が広すぎて、地域に医療者が必ずいることが大前提だと思います。
- ・ 移動にかかる時間、費用などを考えると、高知県特に過疎地域では患者と患者が離れすぎており不利、国による点数の提案も必要では・・・？
- ・ 訪問看護ステーションのスタッフが不足しているので、ターミナルが増えると労働環境面で負担になってくる。行政を含めた看護師の安定した雇用形態ができないか？また、訪問看護を利用したくても金額の問題でヘルパーまでの利用になっているので、訪問看護が声がかかったときには入院が必要な状態になっていることが最近増えてきたことが心配です。
- ・ ケアマネの医療に対する知識不足のため、患者が不信感を抱いているケースが多くなっている。医療に対する教育定期的に行ってははどうでしょう。
- ・ 介護施設が多くなったがビジネスに走る傾向が見受けられ、介護施設でのターミナルなどの医療が必要な患者の看取りがどうなるか心配です。
- ・ ケアマネジャーの意識、知識に一番の問題があると思います。
- ・ 「かけこみ」が患者さんの気持ちに沿っていないように働いているのが気になります。
- ・ 田舎は動く距離が長く、この問題は大きいと思います。
- ・ 連携は大切、専門の診療所がやれたらいいと思います。
- ・ 在宅医療を介護保険から医療保険中心にしていきたい
- ・ 医療連携の充実とネットワークシステムづくり
- ・ 訪問看護ステーションが経済的に成立する体制が必要。現状では熱心な看護ステーションがあっても、維持ができない。介護保険優先の原則があるため、高齢者施設等で見取りを行おうとしても訪問看護の導入について施設の理解をえられず、困ることになる。（施設の中には高齢の看護師1名のみというところも多い。重症患者への対応が困難）往診のみでは限界がある。結局は看護が施設での見取りを希望しても施設職員の強い希望により入院になってしまう。
- ・ 家族・訪問看護ステーションとの連絡を密にとって行きたいと思います
- ・ 家庭の介護力と介護保険サービスの充実が不可欠であり、在宅患者の生活を支える仕組みづくりをしっかりと作ることが重要である。
- ・ 自院の肺がんの訪問診療を行うことが多かったが、胸水貯留等ポータブルエコーで確認しながら全身管理を行うも、数ヶ月の間自宅周囲から動きがとれず非常にストレスを感じることも多かった。過剰反応の為に呼び出しも多かった。また、COPDにて移動が困難なPTも往診等行ったが、最終的には家族が疲れ入院させてしまう例が多く、なかなか自宅で看取りまでいけなかった。他合併症も多いので。やはり、入院＝安心という考えがベースにあるのではないのでしょうか。また、急変時に救急病院も受け入れを拒否することがあるので。
- ・ 十和地区ではもともと在宅を希望される住民が多い。診療所が無床ということもありますが。また、近隣の医療機関が少なく、当院が在宅医療の受け皿になっている。上記のことをふまえ、十和地区での在宅医療を進める上で必要と思われることは、入院できる「医療機関との連携」だと思います。急性疾患（肺炎等）に罹患したときに入院治療できる体制が必要です。また、悪性腫瘍のターミナル患者に関しても場合によっては最終的に入院が必要にな

-
- るときがあります。
- ・在宅医療には力を入れていきたい思いはありますが、最近問題となっている医師不足は深刻で、在宅医療に力を入れていく余裕がない状態です。各家庭の介護力もそれをフォローできる医療体制も足りません。
 - ・在宅医療で限界と考えられるとき（たとえば持続点滴が必要になる、急性疾患の併発時等）、入院できる病院の連携。（当院では栲原病院との連携が取れていて良好ですが）
 - ・治療方針や不安の受け止めについて、家族との話し合いを十分に行う必要がありますが、忙しい医療機関のみでは限界もあるので、在宅介護支援センターのケアマネージャーとの連携も必要不可欠。（不安の大きい家族との話し合いでケアマネとの強力ができて非常に助かっています）
 - ・医師看護師不足
 - ・病院からの距離、在宅介護での担い手
 - ・地域医療を担う医師（総合医）の育成・確保（将来にわたり継続的な）。救急医療の確保（バックアップの確保）
 - ・介護保険におけるサービスの質・量の確保（施設・居宅をとわず）給付抑制（財務省はさらに進めようとしているようだ）は、機能低下（悪化）→在宅生活が困難。介護報酬引下げ→介護保険事業所経営悪化・介護現場からの人材流出及び新たな人材確保が困難→事業所閉鎖。→介護保険導入時に言われた「保険あってサービスなし」
 - ・基本的に上記が安定して、連携して有機的に機能してこそ在宅療養の維持・継続が可能となると考えます。
 - ・病院診療所連携にて患者のフォローアップ。増悪して当院で加療困難と認めた場合転送する。
 - ・現体制では24時間対応は無理。地理的条件も有り難しい。病状の落ち着いている患者さんを在宅往診してみるくらい。
 - ・在宅医療を積極的に行う医療機関のネットワーク作りが必要。在宅療養支援診療所の数が少ない。
 - ・医療連携。
 - ・現在ALSの患者さんを訪問診療・訪問看護しています。何かの症状が出現し、治療が必要となった場合に、症状によっては、診療所では治療の限界があります。紹介が必要なときに、特にALSの患者様は経過の長い人が多く、そのため、疾患の経過や患者様個人のことを知っておくと、スムーズに治療ができ、本人の不安も軽減できるので、普段から病院同士での情報交換をしていくことが必要と考えます。
 - ・家族の理解と協力
 - ・1) 訪問・往診等で、医師が外出すると外来診療ができなくなるので、そういう観点から複数医師のいる医療機関でないと、在宅医療を行っていくのは厳しいと考える。したがって、人材面や報酬面での対策が必要と思われる。
 - ・2) 患者さんは高齢で、年金生活者も多く、自己負担金も少なくないので、患者さんの負担を軽減し、医療機関への利用人数を増加させるためにも、地域等での負担金の一部をかたがわりする等の対策（政策）が必要と思われる。どちらも同じくらい必要。
 - ・医師看護師への時間的、精神的負担があり、夜間の急変時は救急病院の協力が必要です。患者の負担が増えないようにしながら、十分な管理の維持をするためには人件費を国でも負担してほしい。また、在宅医療を行うためには患者家族への協力が得られないとできないし、患者及び家族への教育的指導に時間がかかる。
 - ・当院は併設の看護ステーションがあるため、当院自体は訪問看護を行っていませんが、介護保険で認定を受けている方で、厚生大臣が認める疾患以外の方で、週に1~2回くらい訪問看護を必要となった時に、特別指示書の範囲以外で、医療保険で訪問看護が利用できればと思われる場合が時々あります。（介護認定の8日以後1.2くらいでデイサービスやヘルパーを利用している場合、範囲内で訪問看護を入れることが難しいもの）
 - ・グループホームなどへの訪問看護についてですが、特別指示書の範囲外で、医療保険で利用できないものでしょうか。週に何回かの医療的管理が必要になった時、本人が施設での生活を希望したときに定期的に訪問看護を利用してもらった場合があります。
 - ・在宅での看取りは本人家族の希望がある場合、できる限り希望に添うように努力しております。実際在宅で看取った方も何名かおられますが、病院とステーションが特別の関係であるため、訪問診療と訪問看護が同日で算定できないため実際入っているのに算定していない場

合が生じます。算定できるようになったらいいと思います。

- ・ 医療連携、介護保険、訪問看護ステーション
- ・ 併設しているグループホームのみ可能、一般は分娩をしているので不可能
- ・ 地元の病院には専門家がいないと断られることが多い。
- ・ 医師一人で行う場合見取りが難しい、また急変時の対応が遅れてしまう。
- ・ 慢性期で患者のニーズがなるだけ金銭的負担が少ないほうへと向かうがその場合介護⇒医療になってしまう（特に身体障害を持っている場合）その際ケアマネでは十分な対応ができない。
- ・ 往診時のガソリン代など現在はもらっていないが、ガソリンが高騰するとそうはいかなくなる。しかし、周囲の医師訪問看護などはもらっていないようなので対応を考えている。
- ・ 医師看護師その他医療スタッフを含めたマンパワーの確保が必要
- ・ 無床診療所にとっては他医療機関との連携がスムーズに行くことが在宅医療を行っていく上で最も必要と思われる。
- ・ 自宅で患者さんが状態悪化した際に、当院ではまず、訪問看護が診察を行い、主治医に相談する。軽症であれば、経過観察か、外来で診療を行うが、中等症以上で入院が必要な場合が難しく、昼間は主治医判断で対応科のある医療機関へ紹介するが、夜間の場合は主治医は通勤のため離れた場所に居住しているため、当直医の判断にゆだねることになる。つまり、夜間の対応が苦慮困難となると思われる。当院での今後の課題である。
- ・ 医療連携（病診、診診連携、一人では無理）。
- ・ 病院からの在宅医療に対する診療報酬の改善。
- ・ 末期がん患者に対する介護保険の早期認定と要介護2以上の認定。
- ・ 訪問看護師、ケアマネ、ヘルパーへの緩和ケア教育。
- ・ 施設と居宅と考えるなら施設で働くスタッフへの教育（看取りについて）。
- ・ 施設への往診・訪問看護についての啓発
- ・ 医療連携、とくにがん患者、家族の精神的なサポート。
- ・ 内科（私）以外の科の医師に信頼できる体制
- ・ 医療連携。介護保険との絡み。
- ・ 医療連携。緊急時の受け入れ体制が確立できていることが、在宅医療では重要だと思います。在宅で対応ができるかどうかの判断に迷うこともあり、何かあったときにすぐに訪問診療に来てもらうことが可能でないと、在宅療養は難しいと思います。
- ・ 医療連携。特に往診をしている診療所間、訪問看護ステーションとの連携
- ・ 医療連携、訪問看護ステーション
- ・ 現在、在宅医療を提供している方は複数の病院を受診されており、本来の意味での在宅医療とは言えないと思われる方です。患者側と医療・福祉側の受け入れ態勢および病診連携体制等が継続的に維持できるかどうか最も重要だと思います。
- ・ 当クリニックは24時間体制をとっていないので休みで県外出張時に困ることがある
- ・ 他医との連携。24時間対応可能な訪問看護。近くで副主治医となる診療所の連携。
- ・ 1) 何かあれば入院させてくれる病院（認知症、超高齢であっても）
- ・ 2) 病院側の在宅医療の理解を深めてもらうための良い機会である退院前カンファレンスしてくれる病院医師
- ・ 今後の在宅医療では医療行為や高度な医療が求められるのではないかと考える。介護保険においては制度的な制限が多く、医療機関における対応が重要になってくると思う。また、患者様が入院した場合は院内での連携が大切となり、安心して退院ができるサポートも必要である。
- ・ 病診連携を確保（後方病院の確保）することが重要
- ・ 医療連携、診療報酬
- ・ 介護保険との絡み、介護保険事業所との連携
- ・ 当院の場合、主として、医師一人での在宅訪問のため、夜間の対応が非常に難しい状況にあります。また、学会出張や休診のため、往診困難な場合のほか医療機関連携による他医師による往診などが望ましいことがあります。したがって、在宅のみで様子を見ていく方の場合に、ひとつの医療機関のみでなく、複数の医療機関が患者情報を常に共有できるような、医療連携をとり、定期的な病院診療所連携などを取り入れる必要があると考えます。
- ・ 患者さんや家族が在宅医療を拒み入院加療を希望する大きな要素としては、1) 家族の介護

- 意欲がない、2) 介護者の負担が大きい（忙しくて留守が多い、介護者の体力の問題など）、3) 家庭での治療の不安、4) 緊急時の治療や緊急入院の対応の不安、5) 主治医が変わる不安などが考えられると思う。家族だけで介護や治療を行うことは困難であり、家族以外が介護や医療を分担することになり、在宅医療や訪問看護、介護制度を利用することになる。それでも、家族の関わる時間が長く、夜間の介護や病状変化は家族に過度の負担と不安を与える。それをサポートするために家族との十分なコミュニケーションをとり、急変時に在宅治療か入院治療の必要があるかの判断が必要がある。緊急時に用意に入院できる体制や必要時に点滴のできる体制など 24 時間の介護や医療機関のサポート整備が十分整っていない限り患者さんや家族が、安心して在宅医療に踏み切れないのが現実であると思われる。
- ・ ご存知のとおり、当江の口地区では地区医師会主催で地域医療カンファレンスを行っております。その目的は地域の医療・介護の活性化とそのレベルの向上、地域の多職種連携をモットーとしてやっています。最近は次第に参加者も多くなり、前回から歯科医師会も参加の申し込みがありました。この中で、在宅医療も円滑に進めていくことができると思っています。ターミナルケアもチームを組めばすぐにできると思っています。そういう意味で、地区カンファレンスを発展させていくことが、地域の医療・介護を充実させていくことになると思っています。（在宅医療に要する費用が十分であるかどうか、何処からどう出すかの視点がないと話は進まない）
 - ・ 病院と診療所が連携するにあたって適切な診療所がない場合、（周囲～k mに診療所がないといった地理的条件だけではなく、患者側の事情や希望で病院からの訪問診療を求められる場合もある）病院からの訪問診療に対して、報酬上の配慮をお願いしたい。
 - ・ 当院のように開業して何十年という中小病院においては、診療所と同様に地域に、特に密着している（在宅に関しても古くから患者様にとって、心強いという声をいただく）ため、かかりつけ医等の機能も認めていただきたいと思えます。
 - ・ 自己負担が高い。在宅療養支援診療所は金額が高いので必要ないと断られるケースも有る。負担金の心配なくサービスを受けられるようにすればもっと気軽に受けることができるのではないかと思う。
 - ・ 介護との連携を密にする。
 - ・ 看取りとなった時、気持ちよく受け入れてくれる医療機関（医療連携）の存在
 - ・ 往診の手間と時間に比べ報酬が少なすぎる。専門外の疾患に対して安易に往診を依頼する。（病院より）
 - ・ 高齢者のケアには、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその人らしい自立した生活を送ることができるように、その人の生活全般を包括的継続的に支援していくことが求められている。そのためには「地域連携室」が核となって相談を受けたり、関係機関に働きかけ、ネットワークを構築することが有効な支援の基盤になる。具体的には①医療機関との連携体制づくりでは地域のケアマネジャーが関係機関と連携協働できる環境を整え、ケアマネと多職種との連携協働体制を構築する。②病院施設と在宅の連携支援システムの強化を図る。③利用者の既往歴、治療内容やサービス利用等の履歴データを関係各機関が円滑に受け渡してできるような統一様式など一定のルールを定めて整備する。
 - ・ 確実なバックアップの確保が必要である
 - ・ 診療報酬の引き上げ、医師実務数を増やすこと、医療インフラの充実、自然死や尊厳死の啓蒙が必要（後期高齢者で平均寿命を過ぎた方の救急延命治療の中止）
 - ・ 医療連携、訪問看護ステーションの協力
 - ・ 医療連携をより充実させる必要あり
 - ・ 1 看護師及び介護福祉士の職務内容を明確にしてもらいたい。住居型有料ホームやグループホームは看護師が必置ではないのでインシュリン等の注射もできず、傷病のある人の在宅復帰を阻んでいる場合も多い。介護福祉士等にも研修や実習を試験を受けさせて、それに通ったものはインシュリン注射や吸引を行うようにさせてほしい。これは特養にもあてはまる問題である。（全国の特養で介護福祉士等が吸引を行っているところは60%にのぼるといふ報告もある。）2 医療連携。診療所はひとつの病院だけでなく6つの病医院と連携させてもらっている。その協力金として5～10万円のお金を支払っている。このことによりお互いのメリットがあるという医療連携が行いやすい。3 在宅医療を行う上で特定施設の認可がない有料老人ホームや高専賃などは非常に運営がやりづらい。ぜひ特定施設に対する市町村の理解が進むことを願う。4 在宅医療は家族にとってかなり負担になりつつある。老老介

護や一人暮らしのお年寄りなどは十分な在宅医療が行われていない場合もある。中山間はバリアフリーでない場合もあり、在宅医療を難しくしている。現在特養・老健の待機者も多いし、在宅で介護している人の中でも有料老人ホームの入居料が安ければ入りたいと希望する高齢者は思いのほか多い。今後10万円程度（食費、管理費、共益費）で有料老人ホームの運営を行っていきたい。そのため安い土地で開設し、ある程度の人数の規模が必要である。居室面積も13㎡程度。5高知県の10～20年度の人口動態を考えた場合、高知市南国市などの中央圏の人口は横ばいだが、安芸以東、窪川以西、中山間は人口が減る。この地域で自宅や在宅施設をどのように支えるかが今後県政あるいは民間企業、社会福祉法人等が問われることになる。

- ・ 在宅医療の対応可能な人数は、病態により1～2人でもマンパワー的に困難な場合もあるので人数ではない。当院は高齢の父と二人の医師で入院・外来・在宅に対応している有床診療所である。ほぼ24時間対応で加療する状態となっている。当院で対応できない病態では高知日赤、近森、JA高知、医療センター、高知大学等特定せず患者の病態にて搬送紹介を行っている。在宅診療は家族のマンパワーの低下もあり以前より困難となっている。当院のような少人数の診療所で在宅診療を行う場合は他院からの紹介で初対面ではなく長い通院等で患者家族の信頼関係ができてからでないといつでも不満不安が出るように思う。当院もマンパワーは入院・外来・在宅全てを管理するには不足していると感じる。現状では個人の体力に依存して少人数対応がやっと思ふ。家人のマンパワーが低く在宅でなく入院入所を希望される患者が大変多いことが現実と思ふ。
- ・ 医師及び看護師を含めたメディカルの十分なマンパワー。家族を支援するシステム。個人の努力に頼らない地域でのシステムづくりとそれを支えていけるための財源。
- ・ 入院が必要になった在宅患者を受け入れるための空きベッドが絶えず確保されていること。診療報酬を条件をつけずに上げること。老人の自己負担をなくすこと。
- ・ 介護事業者やケアマネジャーとの連携。主治医の了解を得ず、ゲリウ的に寝たきり患者や患家に交渉しなれば強引に行っていることも散見できる。事業者は節度ある経営を求める。営利が先行している。
- ・ 充実した介護が行われて初めて在宅医療が可能となる。
- ・ 医療連携が必要
- ・ 他院との連携による在宅療養支援診療所は「絵に書いた餅」だ。一人医師診療所で外来患者の診療を行いながらなので、24時間365日対応を確約するのは不可能で、たとえ連携しても同じことだ。訪問看護ステーションとの連携で24時間対応も一つだが24時間行っている所はほとんどない。「今すぐ来てください」に対応できると確約を得られるのはまず難しい。結局いくら「システム」を整えようとしても「契約社会」の中で確約を文書にして提供する怖さもありできない。患者と家族との信頼関係で成立する医療だから、医療経営上でみると不安定な部門であり、よほど在宅医療に特化して、外来を行わない、外来を縮小して訪問診療を中心に移行する等腰を据えて行わなければならない。中山間地域で患家が広い範囲に点在する地域はなおのことである。今そういった地域で在宅医療を行っている所は別に点数や採算性はあまり重要ではなく「自分のできる範囲で信頼関係の上で引き受ける」形が中心となっている。一番困るのは長期入院の療養病棟から押し出されて不本意な在宅医療となる患者家族であり、療養病床と同じような感覚でナースコールを押すように「来て下さい」と電話してくる心配がある。「在宅で」という本人家族の前向きな気持ちがないと在宅は難しい。がん患者の在宅での看取りについては、元々外来に来ていて気心が知れている人でがんが判明して手を尽くすも在宅ターミナルでという流れでは引き受けるならできが、全く知らない患者を最後の1ヶ月ほど自宅で看取るというのはできない。こういう場合は在宅医療に特化しないとできない。2～3人で組んで訪問診療担当日と臨時対応担当日に分けて夜はベルを持ち交代で行うなど。これも同じ信念、同じ理念、同じ診療スタイルの気心知れた医師同志でないと難しい。個人のクリニックでは積極的に引き受けるどんな患者でも引き受けるという所がない以上は、ホスピス病院やがん治療専門医療機関で医師が複数いる所で「在宅看取り部」を作り、算定点数もしっかりつくようにしたらどうか。同じ医療機関が継続してフォローしているのと同じことになる。今既に外来を放り出せないくらい患者が来院しているクリニックでは「24時間を確約しなさい」という壁は高すぎるしあえてそれを確約しようとするところはないと思う。外来で十数年診てきた患者が「先生にどうしても家で看取ってほしい」という心に心で答えると思う。ゆりかごから墓場まで看届けた所には県独自

でもプラス算定を出すようにしたほうがクリニックの動機付けにもなるし、県民も納得するのではないか。今までもこれから別採算や点数がどうであれ、今の自分の診療の中で答えることのできる範囲で在宅訪問診療を続けていくつもりだ。

- ・ 医療連携が必要
- ・ すぐに対応してくれる訪問看護ステーションとの連携が最も大切。現在連携しているステーションの中で、24時間対応は希望だけでこれまで何人か深夜に亡くなった時も対応は迅速でした。安定している患者の場合はどこのステーションでもいいのですがターミナル等の場合にはステーションの変更も必要と思う。
- ・ 診療報酬で色々な制限をはずすこと。一人医師の診療所で在宅療養支援診療所の届出は基本的には無理。現在の国の在宅医療の進め方は「水着も用意しました。プールもあります。しかし手足を縛って泳いでください。」とわれわれに言っているのと同じ。
- ・ 病院のバックアップ体制の充実。ただし現在の病院崩壊の現状では無理と思われる。
- ・ 地域的に医療連携や訪問看護ステーションの利用ができにくく、いつもワンコール待期をしています。医師がすべてにかかわらなくてもよい部分があるようにも思えますが改善の余地は有るのでしょうか。
- ・ 在宅医療にとって最も大切なことは病院診療所連携です。これまで、県立安芸病院内科（呼吸器科）、外科、整形外科、泌尿器科、（そして今回のテーマとは別ですが）小児科にも、大いに助けられました。現在は残念ながら呼吸器科はなく外科も緊急手術が難しい状態です。いつの日か県立安芸病院が復活することを期待しています。県東部にとって、不可欠なことと思っています。患者さん側の希望もとても強いです。救急医療の現場が大変なことを知れば知るほど、なるべく負担をかけてはいけないと思うのですが、家族から強い希望があると、どうしても無理をお願いせざるを得ません。追伸；入院先の病院につきましては原則として患者さんとその家族の希望に沿うように努力しています。
- ・ 在宅医療（訪問診療）に関わる医師数をもう少し増員できたらより充実した在宅医療が可能かと思われる。
- ・ 同居の人の対策、周囲の人の多少の協力
- ・ 県立安芸病院の充実が必要
- ・ 他院との連携、急変時の対応、村民（特に家族・周囲のスタッフ←これは看護師・保健師・ヘルパーなども含む）の意識改革などでしょうね。公設の診療所なので、診療報酬についてはあまり考えませんが、一般的にもっと普及させていくのなら診療報酬の改善は必須でしょう。