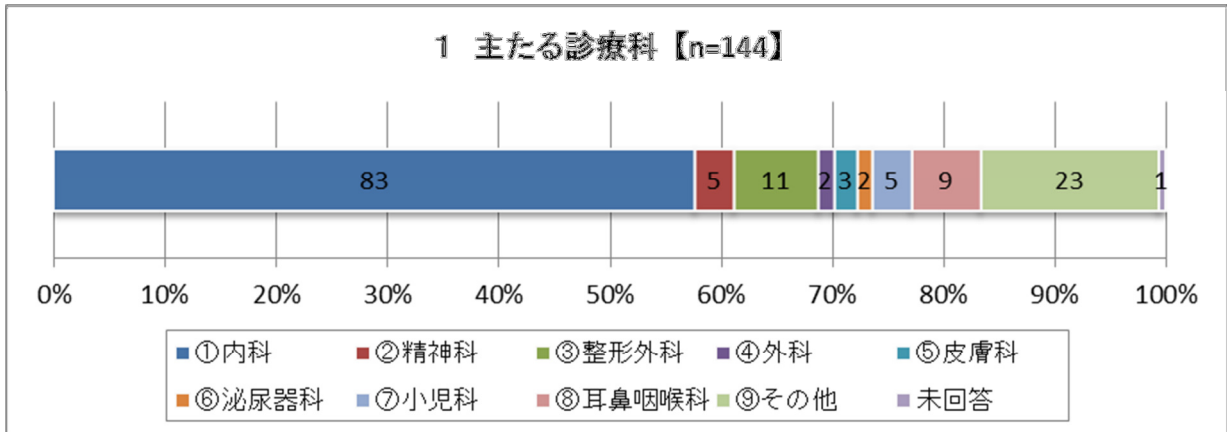


2 対象機関別調査結果

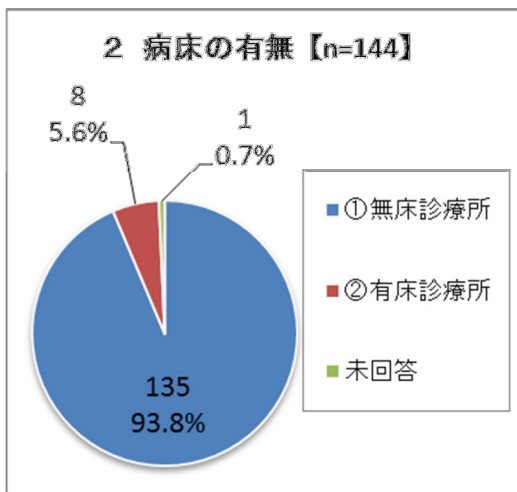
(1) 診療所 (144 力所)

1 主たる診療科



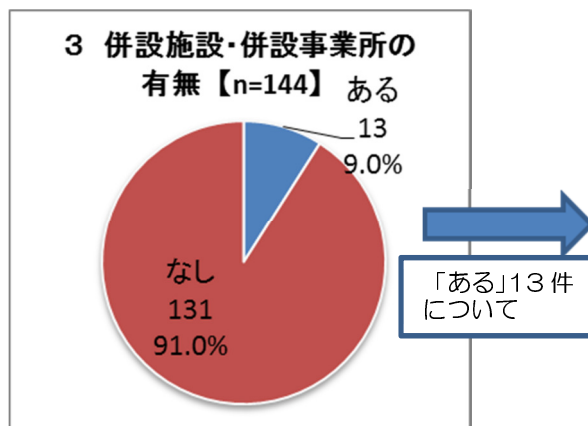
主たる診療科については、内科が 83 件(57.6%)を占め、次いで整形外科が 11 件(7.6%)であった。

2 病床

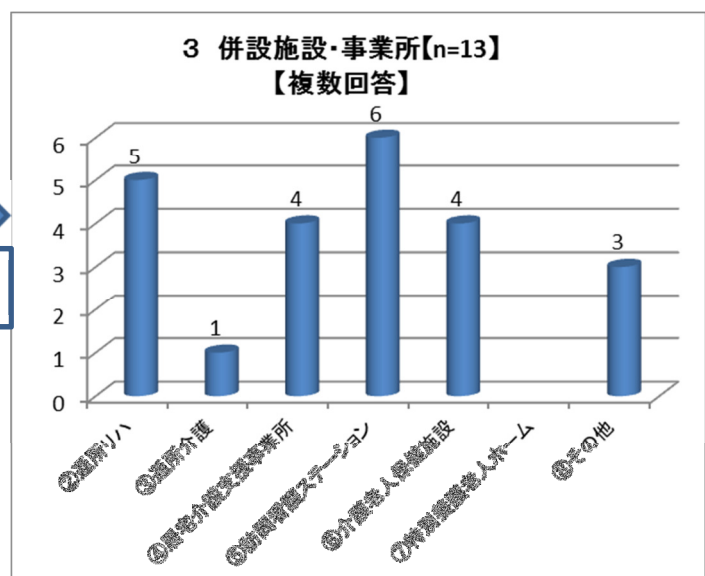


病床の有無については、無床診療所が 135 件(93.8%)であった。

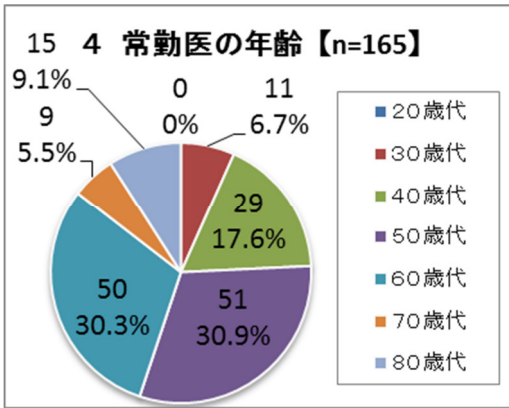
3 併設施設・併設事業所



併設施設・事業所については、6 件の診療所が訪問看護ステーションを併設していた。

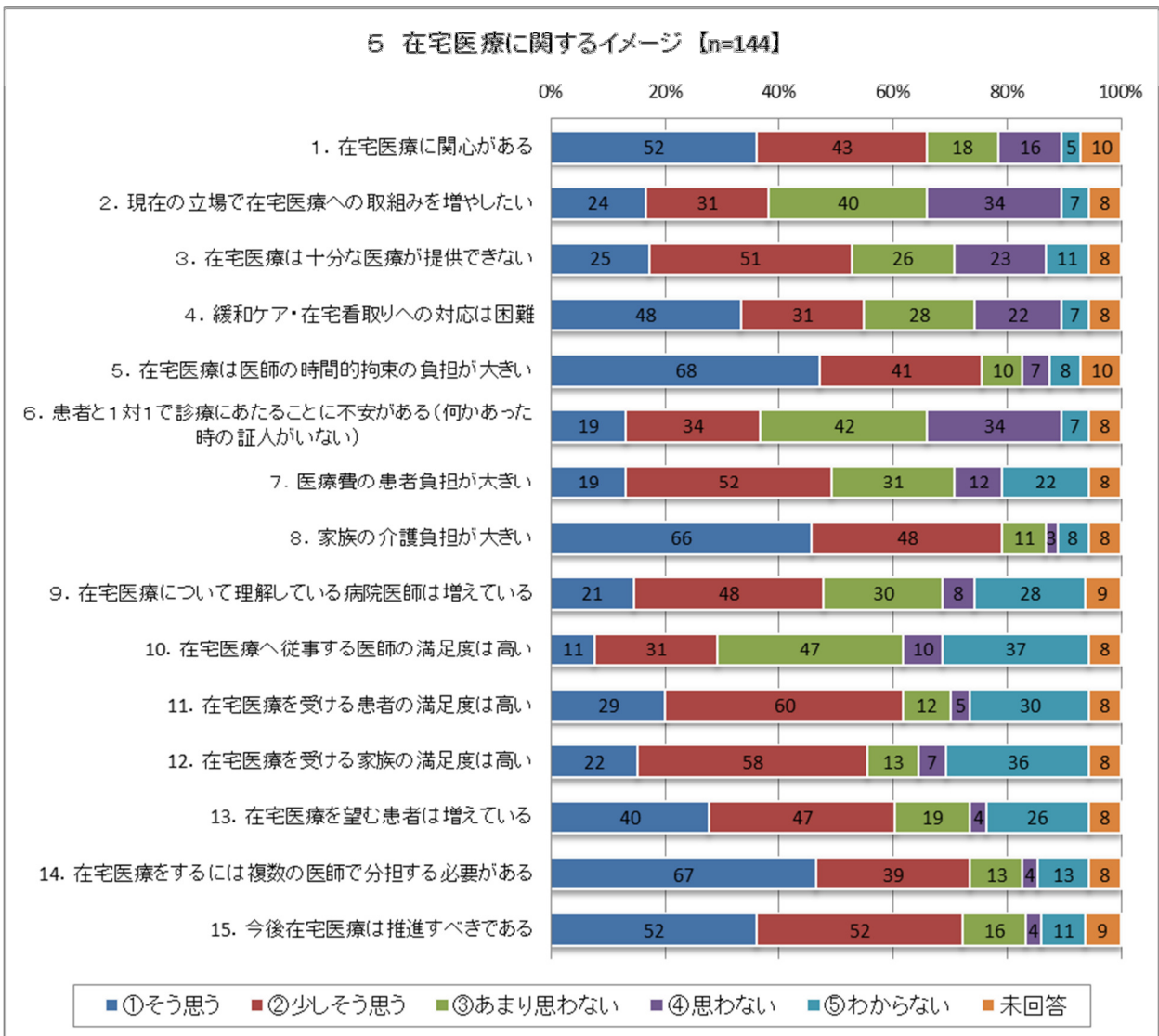


4 常勤医師の年齢



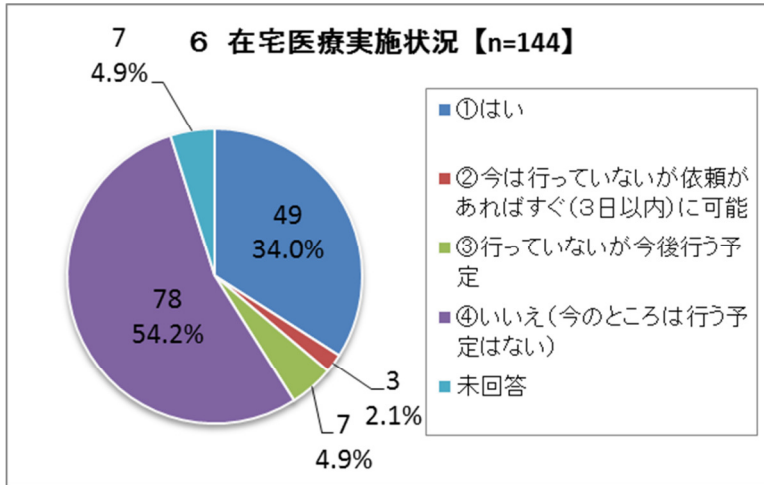
常勤医の年齢については、50歳代と60歳代で101名(61.2%)を占めている。80歳以上の医師も15名(9.1%)が診療にあたっている。

5 在宅医療に対するイメージ



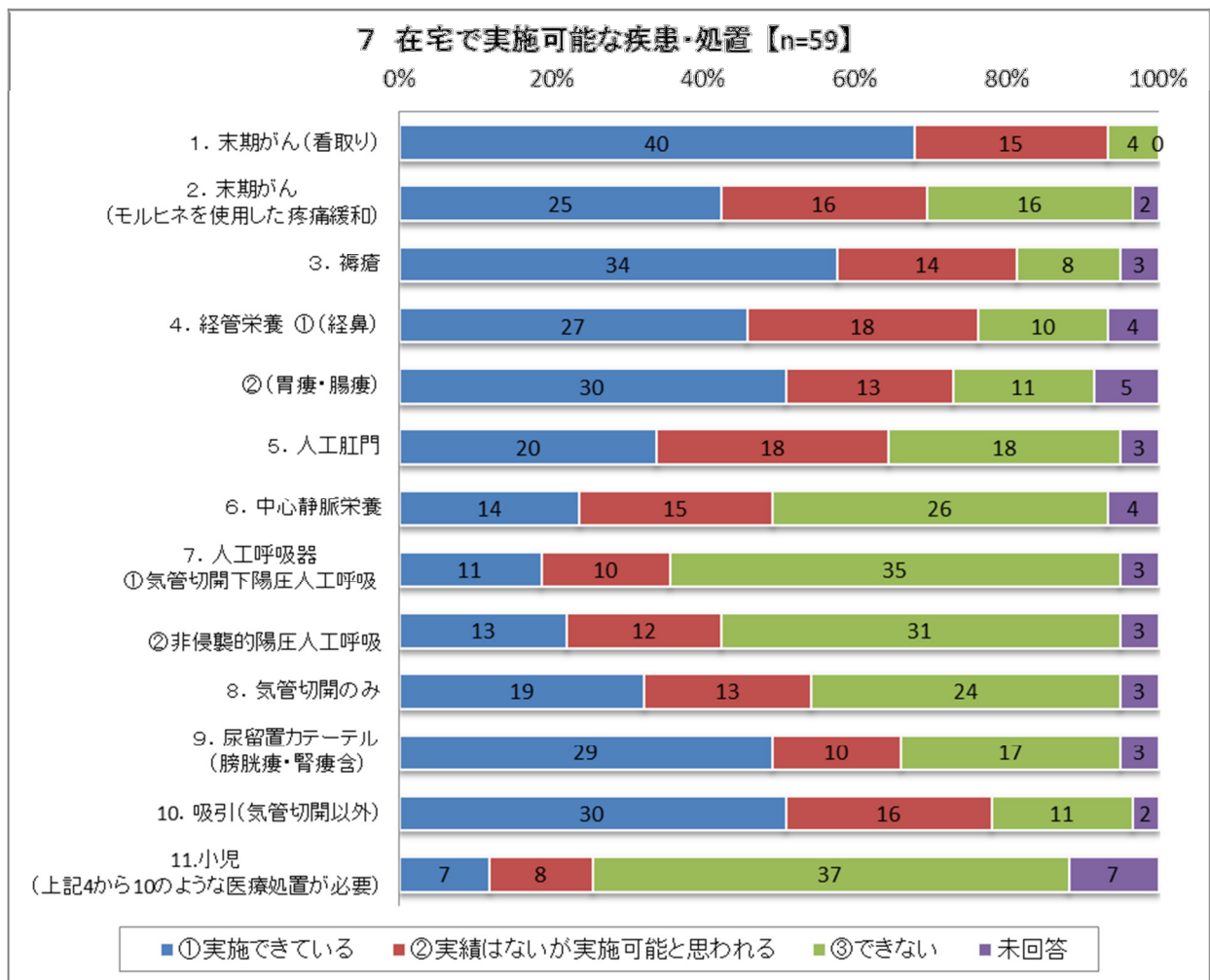
在宅医療に対するイメージについて、「8.家族の介護負担が大きい」が「思う」(「①そう思う」+「②少し思う」)114件(79.2%)、「5.在宅医療は医師に時間的拘束の負担が大きい」が「思う」109件(75.7%)、「14.在宅医療をするには複数の医師で分担する必要がある」が「思う」106件(73.6%)であった。

6 在宅医療の実施状況



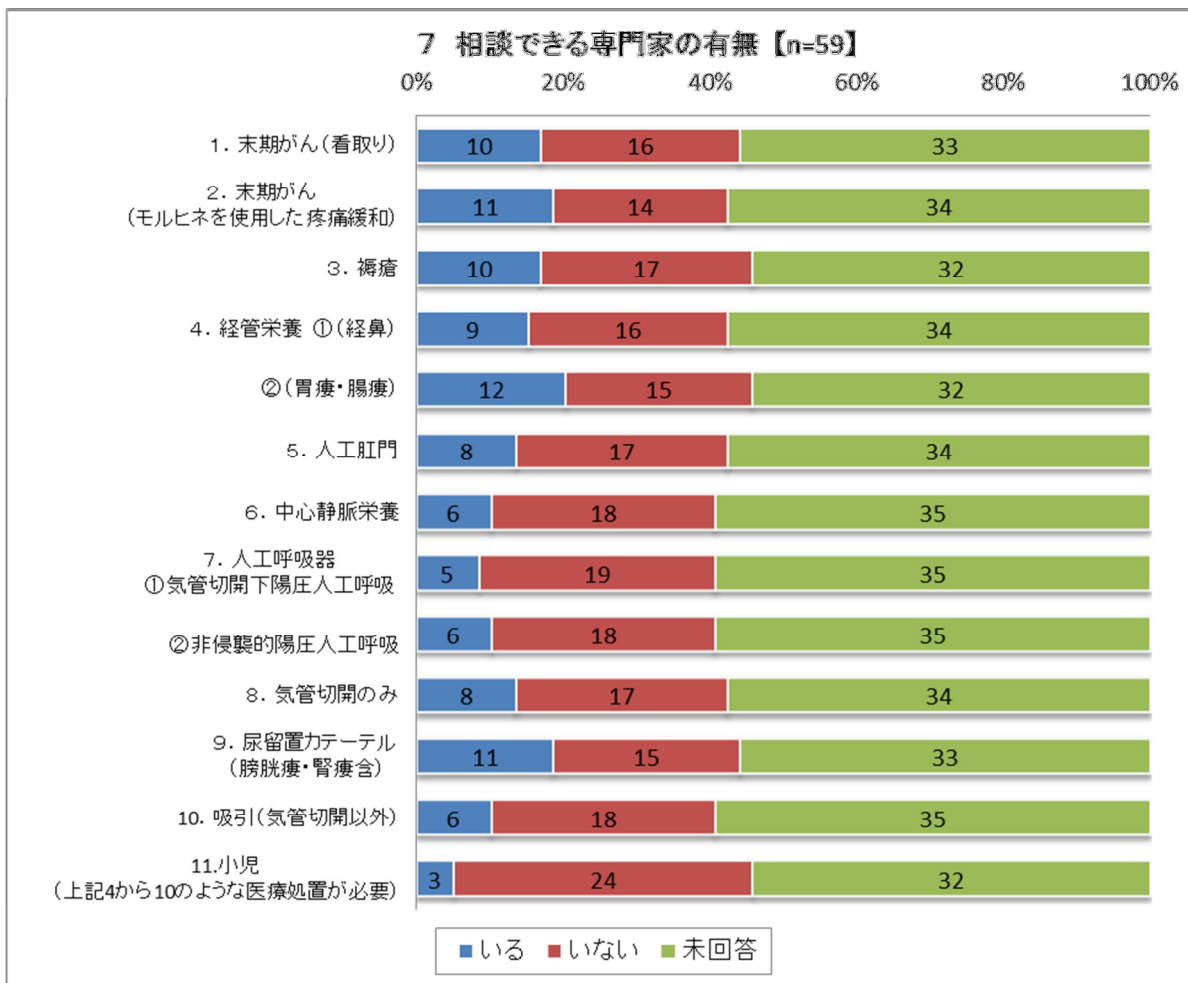
在宅医療の実施状況について、現在実施及び実施可能な診療所は、52件(36.1%)、「③行っていないが今後行う予定」は7件(4.9%)、「④今のところ行う予定がない」が78件(54.2%)であった。

7 在宅で実施可能な疾患・処置(設問6で①~③と回答された診療所のみ)



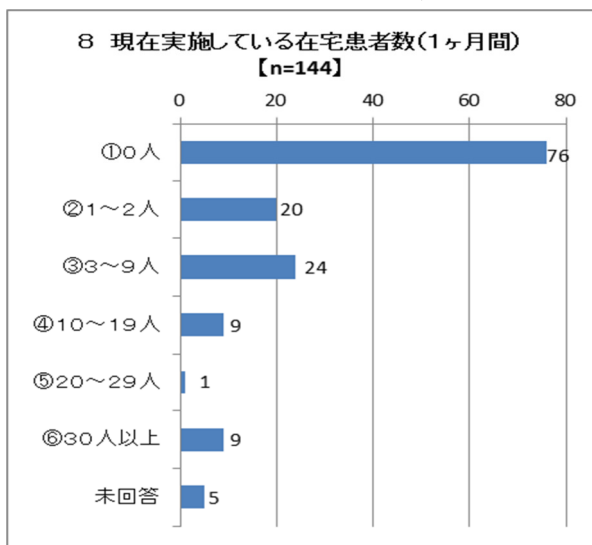
在宅で実施可能な疾患・処置について、「1.末期がん(看取り)」40件(67.8%)、「3.褥瘡」34件(57.6%)が実施できる施設が多かった。「11.医療処置が必要な小児」7件(11.9%)、「7.人工呼吸器①気管切開下陽圧人工呼吸」11件(18.6%)は、実施できる施設が少なかった。

7 処置や治療について相談できる専門家の有無

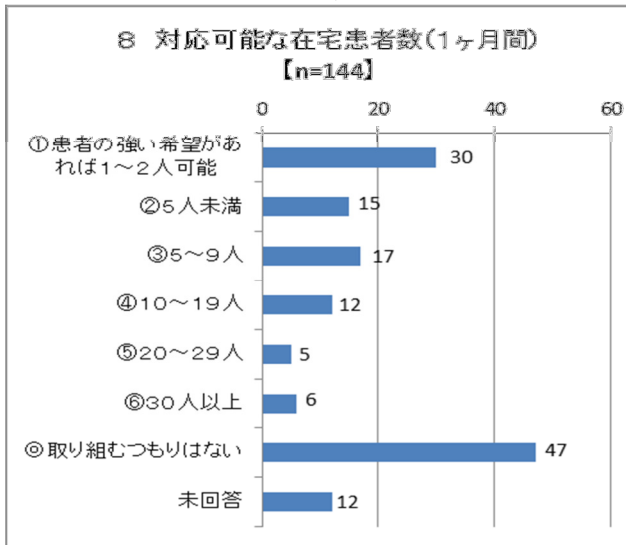


相談できる専門家については、「いない」が多く、特に「11.医療処置が必要な小児」が24件(40.7%)と多かった。

8 現在実施している在宅患者数(1ヶ月間)、及び対応可能な在宅患者数(1ヶ月間)

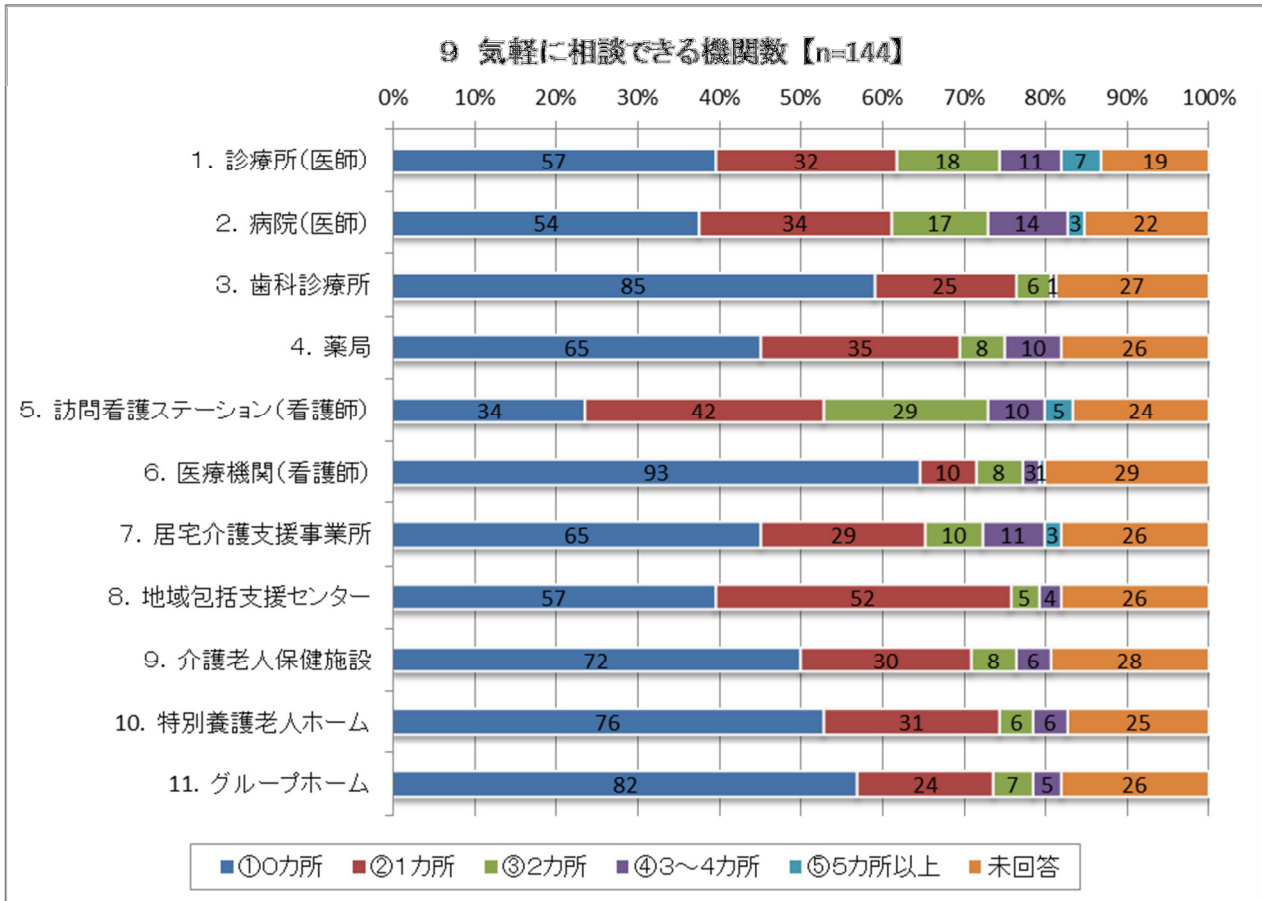


現在実施している在宅患者数(1ヶ月間)について、「①0人」が76件(52.8%)、「③3~9人」が24件(16.7%)の順で多かった。



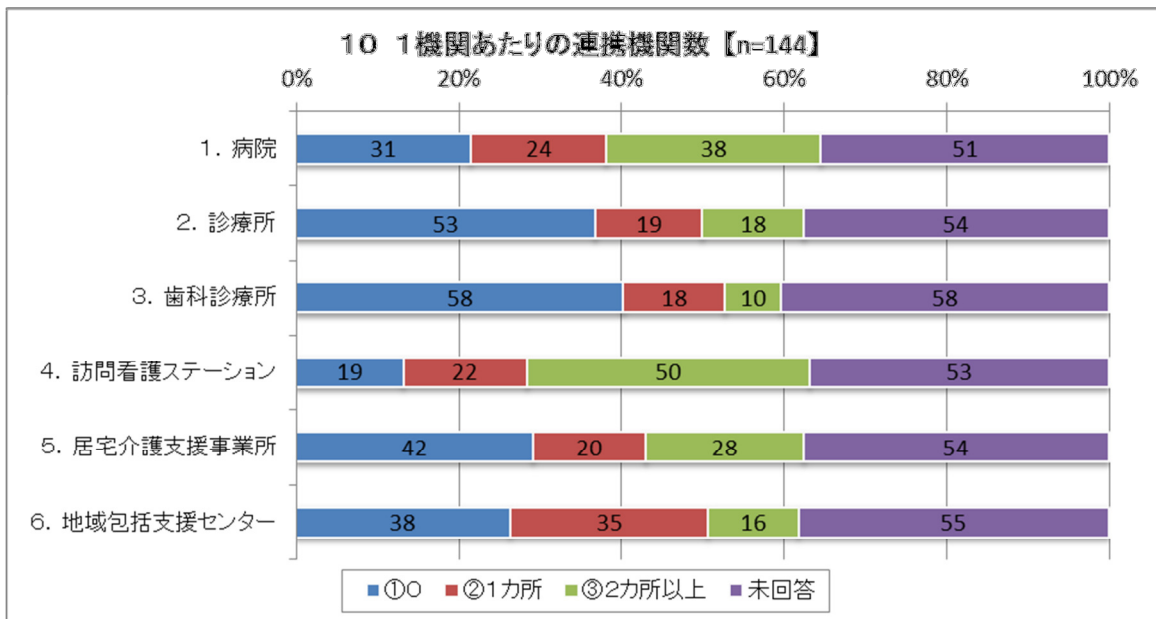
対応可能な在宅患者数(1ヶ月間)について、「取り組むつもりはない」が47件(32.6%)を取り除くと、「①患者の強い希望があれば1~2人可能」が30件(20.8%)が最も多かった。

9 気軽に相談できる機関



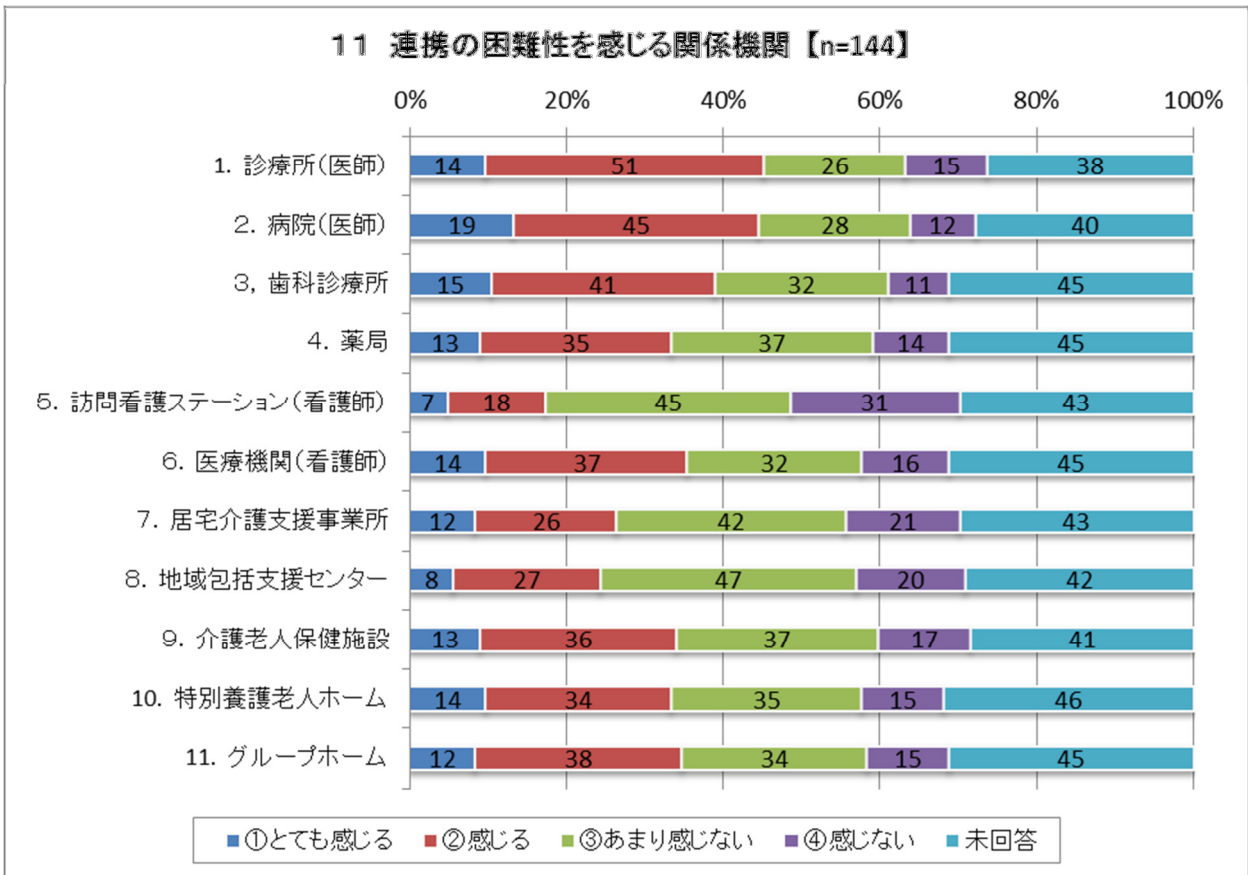
気軽に相談できる機関数について、「1カ所」以上あると回答した診療所は、「5.訪問看護ステーション(看護師)」86件(59.7%)が最も多く、「1.診療所(医師)」「2.病院(医師)」68件(47.2%)、「8.地域包括支援センター」が61件(42.4%)の順に多かった。

10 連携機関



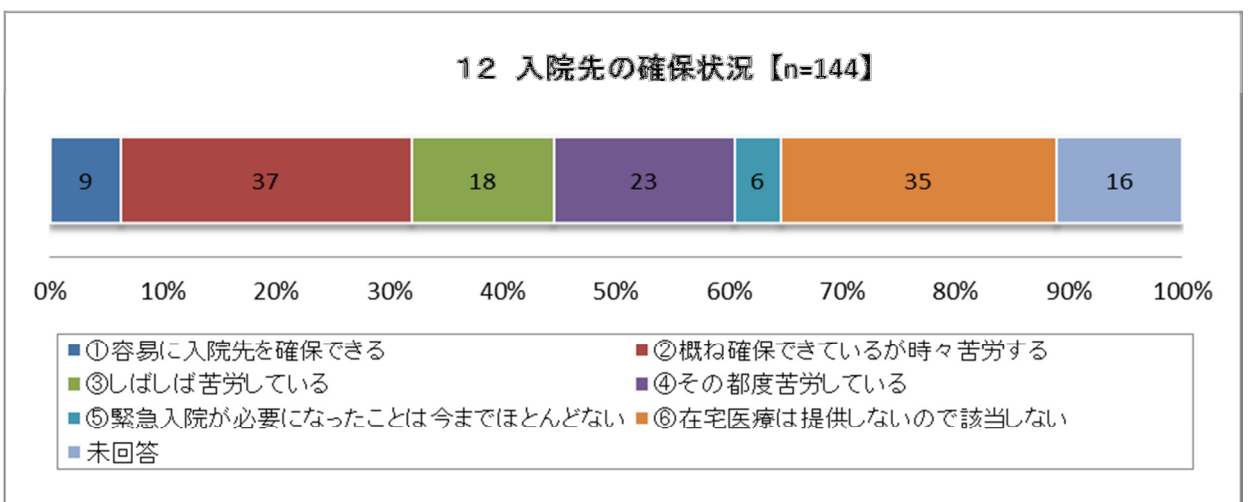
1機関あたりの連携機関数について、1カ所以上連携している(「②1カ所」+「③2カ所以上」)は、「4.訪問看護ステーション」72件(50.0%)、ついで「1.病院」62件(43.0%)の順で多かった。

11 連携強化が困難な機関



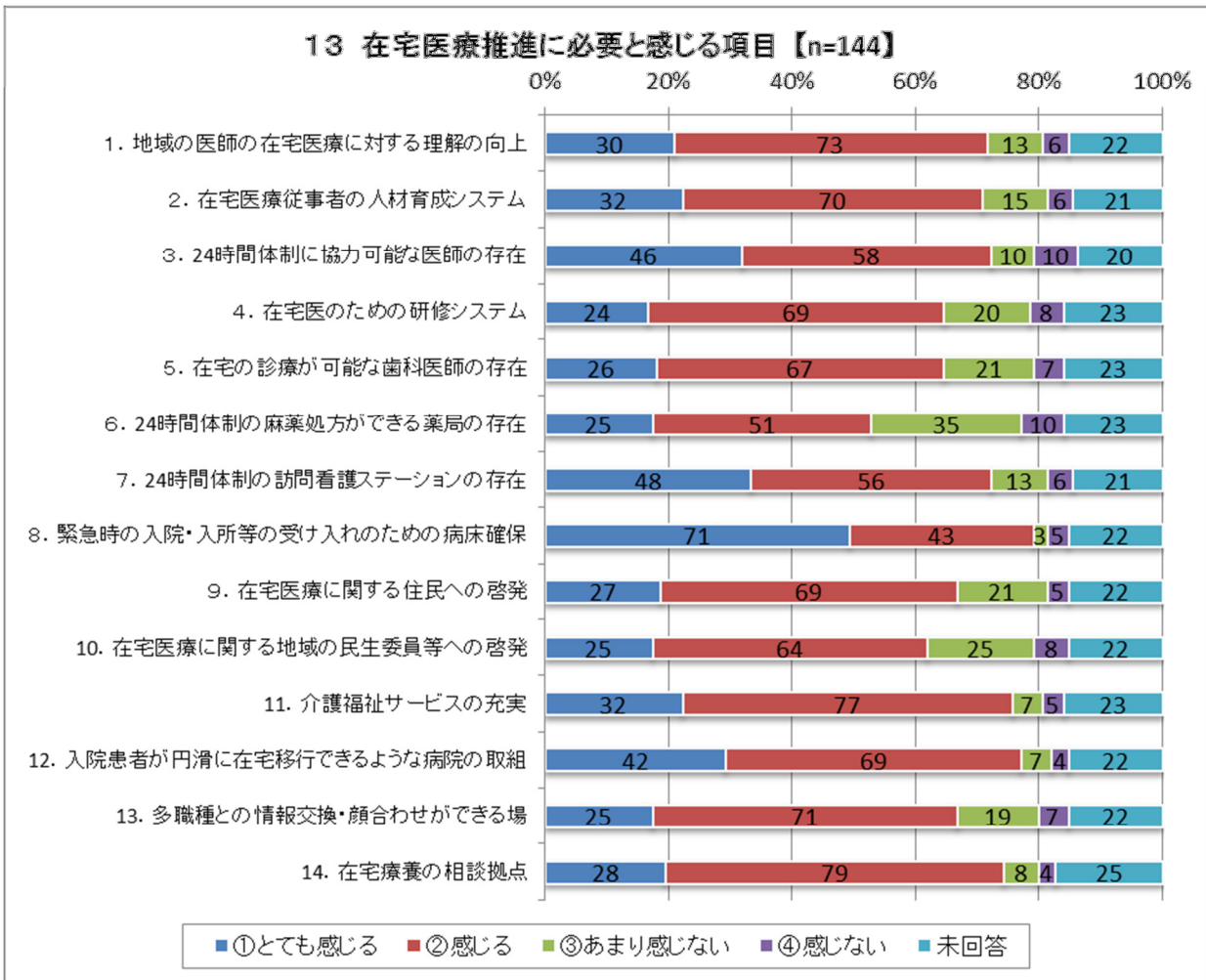
連携の困難性を感じる関係機関について、「連携困難を感じる」(「①とても感じる」+「②感じる」)と回答した診療所は、「1.診療所(医師)」65件(45.1%)、「2.病院(医師)」64件(44.4%)であった。

12 入院施設確保



入院施設の確保について、「③入院施設確保にしばしば苦勞している」「④その都度苦勞している」を合わせると41件(28.5%)であった。

13 在宅医療推進のための必要項目



在宅医療推進のための必要項目について、「感じる」（「とても感じる」＋「感じる」）と回答した診療所は、「8.緊急時の入院・入所等の受け入れのための病床確保」が114件(79.2%)、「12.円滑に在宅移行できるような病院の取組」111件(77.1%)であった。

14 在宅医療についてのご意見

診療報酬で医師をつるような国のシステムは良くない。在宅ビジネスがはびこる原因となる。コメディカルが単独でも動けるシステムを作り在宅の裾野を広げる必要がある。

診療所医にとっては自院での(外来)診療の余分の時間に在宅医療を行っているので当然時間的に厳しいものがある(体力的、精神的にも厳しい)国をあげて在宅医療をすすめて行くとすると、診療所は外来診療から在宅医療にシフトしていく体制を組まなくてはならないし、当然診療所間を始め他職種との連携が必要でいわば地域がひとつの医療施設となるような体制が必要と思う。

緊急時、当地域の二次救急対応が十分機能していない。指導を徹底させて頂きたい。在宅医療にはピンからキリまでである。又どこまで希望されるのか。(入院治療のように24時間対応なのか)一医師では在宅医療は困難。

積極的に受入れる気持はないが通院患者が訪問診療が必要となった時には訪問診療を行ってきた。患者さんや御家族との信頼関係が大切。

老健での医療行為に対して保険診療ですべて算定できないので緊急の往診依頼を断っている。通院患者が徐々に衰弱し、通院できなくなった際には訪問診療をおこなっているが、他からの紹介患者に対しては、本人及び家族との十分な意志疎通ができるまで時間がかかるので全て断っている。

<p>当院では科目上も在宅は行っていませんが、取り組まれている医療関係者には頭が下がる思いです。くれぐれも医療関係者が体を壊さないようなシステムづくりが必要。</p>
<p>在宅は患者が強く望むが家族の負担が大きく国は口先だけと感じる。24時間対応の看護ステーションこそ重要。</p>
<p>地域の支柱病院を中心とした包括的な取り組みが大事だと思います。地域の1診療所では困難なのは・・・</p>
<p>24時間体制に協力すれば共倒れの危険性が高いのでこのシステムの構築に疑問あり、開業医の平均年齢は約58才らしいが連日連夜自宅で当直している様なもの。平成25年12月11日に奈良県医師会で日本医師会作成のDVDを視聴したが、ハード面でも人材面でも零細診療所には在宅医療は困難であると思われた。</p>
<p>在宅医療で連携できる医師を3人みつけるのは困難。又見つけられたとしても患者情報の共有が難しいと考える。</p>
<p>現在、在宅医療の患者様は0ですが、御要望があれば実施させていただいております。これまでの経験の中では、地域包括センターからの患者様の情報が十分でなかったり、また、状態が悪化し、入院希望された際に入院先の確保に相当苦労した経験があります。又、診療時間内での急な往診の依頼や24時間体制での対応には医師1人では困難に思われます。診療所又は病院医師などとの連携の強化が必要と考えられます。</p>
<p>24時間体制というのは救急で有って在宅では無い。入院出来る医療資源が不足に依る仕方ない在宅なのか。家で死ぬ事を全うする為の覚悟の有る在宅なのか。用語をはっきりするべき。覚悟しての在宅を進めるならば、現場で働く、医療者に最も必要なのは法整備法曹関係者の理解で有る。</p>
<p>受け入れ可能な診療所を教えてほしい。このデータを公開(関係者のみでも)してもらえないと連携が進まない。</p>
<p>在宅医療これから超高齢社会になり必要になると思う。自院ではマンパワーの面で無理なので訪問看護ステーションと連携しながらがんばりたいと思っている。</p>
<p>社会が少子化、核家族化、都心への人口移動など、中小都市は在宅医療、在宅介護は困難になる傾向は必然、在宅、在宅と叫ぶよりも、北欧の様に医療費をある程度圧迫した形で、高齢者、病人が集う、施設作りを推めないと家族や民生委員の方に負担が大きくなり過ぎて限界が来ると考えます。</p>
<p>医師が中心の在宅医療</p>
<p>ケアマネジャーの素質、資質による能力差、介護職ベースの方→医療についてよく知らない</p>
<p>在宅を希望する患者、介護者が病院との違いが理解できる事が大事。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・住民教育(平穏死や自宅での最期について) ・病院スタッフの理解と開業医の理解 ・地域医療連携室の充実 ・学生・研修医の教育 ・多職種連携
<p>ほとんどのケースが家族の希望による在宅であります。健常な時から患者自身の生死(特に看取り)観をくみととりくみが、必要と感じています。医療より療養でとりくめるケースがほとんど。すべてを医療で対処するに、医療費が重むことを心配する。</p>