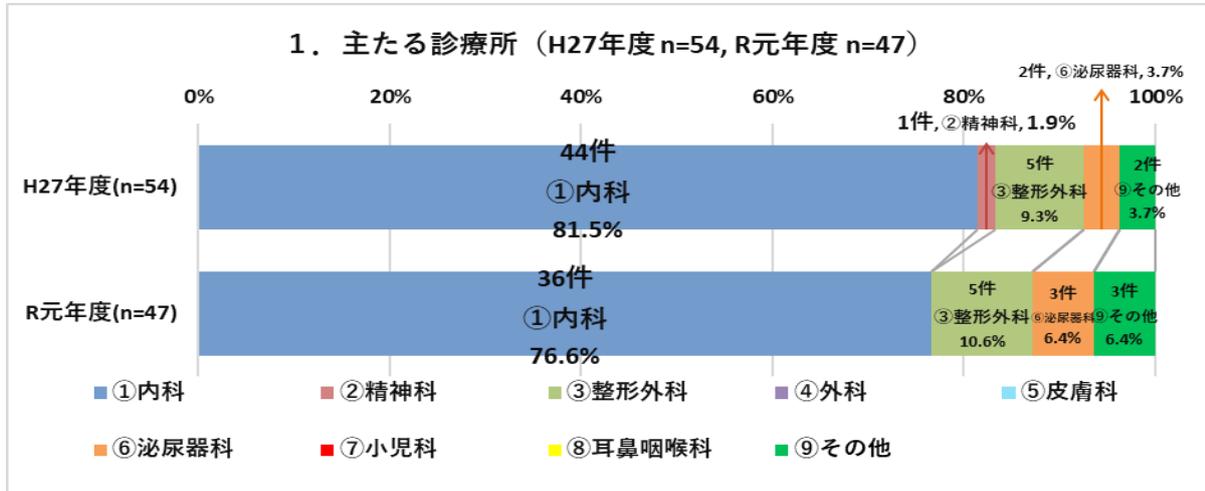


1 診療所 (H27年度 回答数 54か所／対象数 54か所・回答率 100%) (R元年度 回答数 47か所／対象数 47か所・回答率 100%)

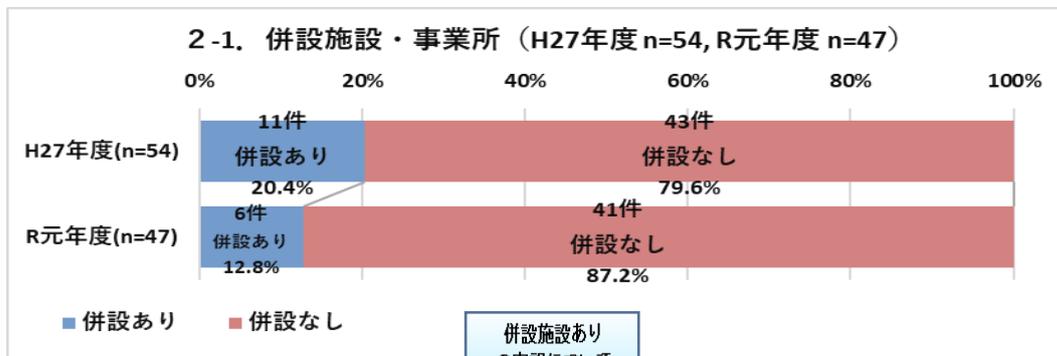
H27年度調査時より対象となる診療所は7か所減少した。

1. 主たる診療科

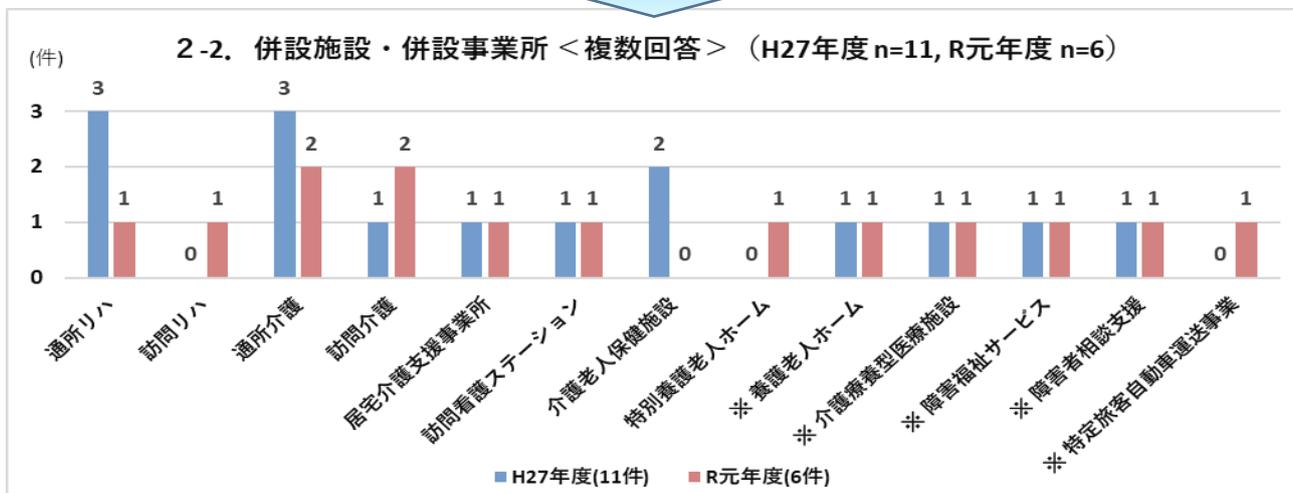


H27年度調査より診療所の数が7か所(13.0%)減少。
H27年度調査・R元年度調査ともに、内科の占める割合が最も多い。

2. 併設施設・併設事業所

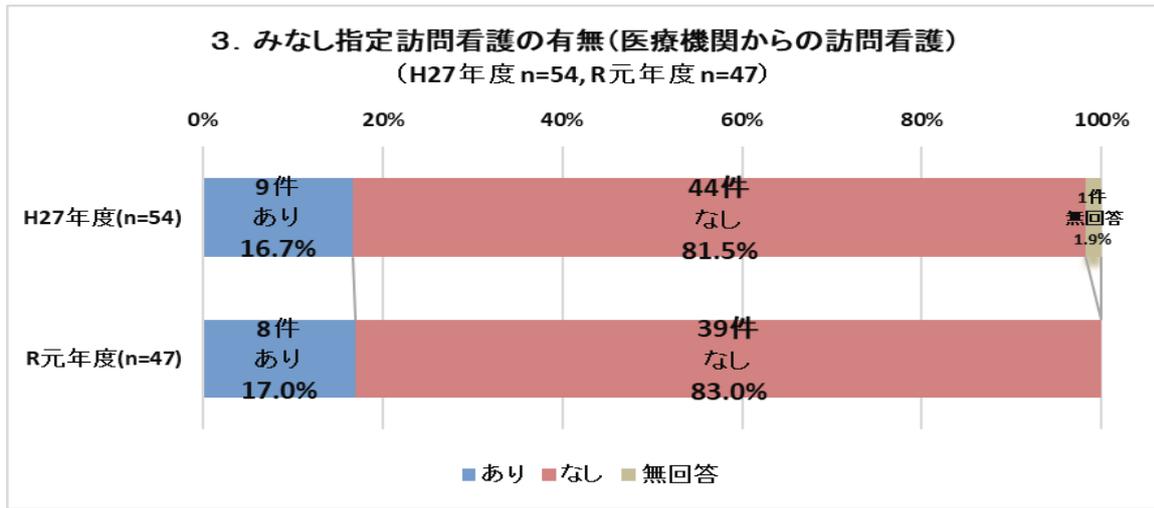


併設施設ありの内訳について



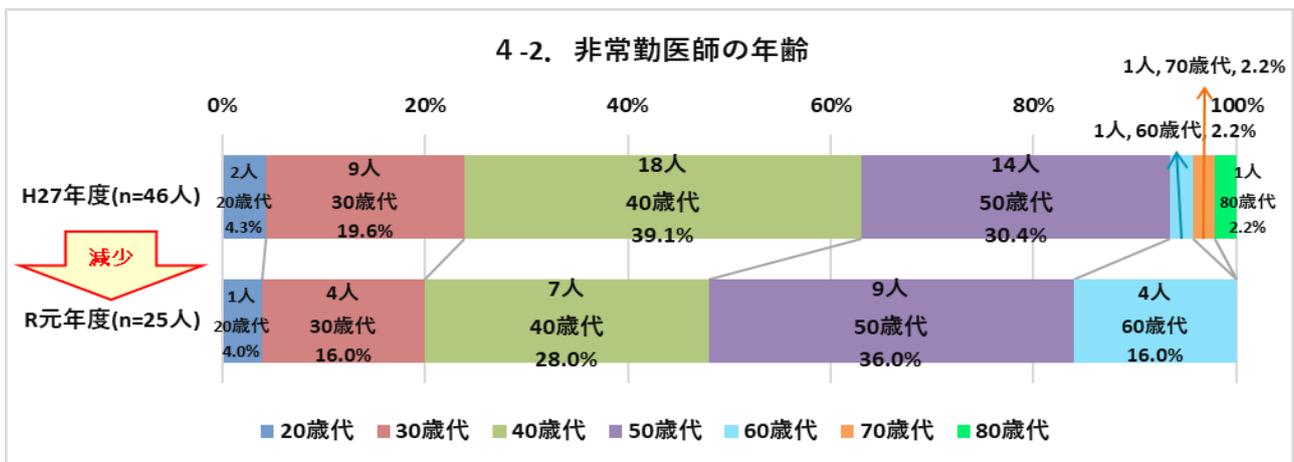
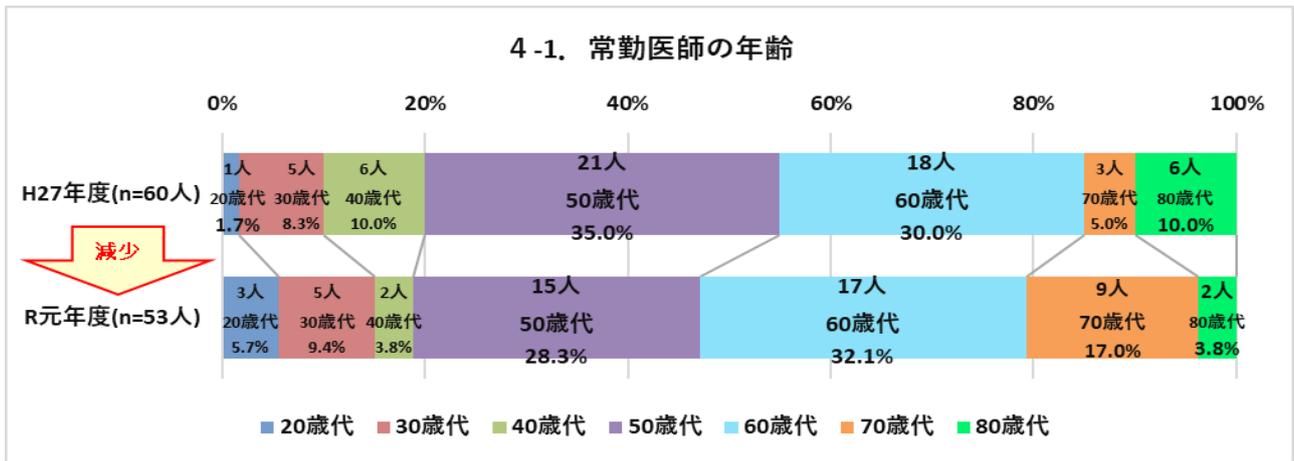
併設施設・事業所ありと回答した診療所数はH27年11件からR元年6件に減少。

3. みなし指定訪問看護の有無



みなし指定訪問看護を実施する診療所はH27年度は9件、R元年度は8件。

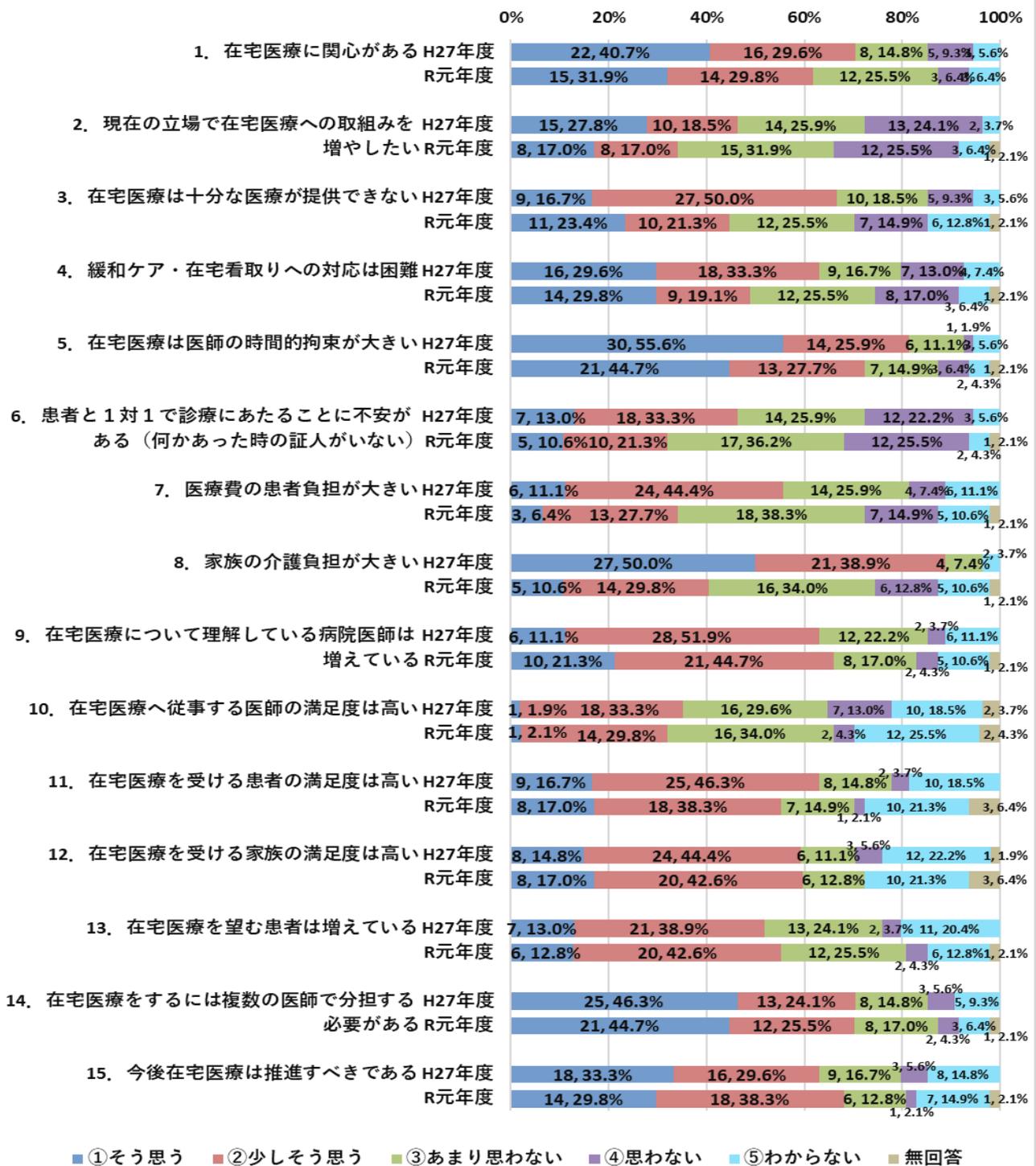
4. 常勤医師・非常勤医師の年齢



常勤医師はR元年度調査では7人減少した。常勤医師の年齢については、R元年度調査では、40歳代・50歳代・80歳代の医師が減少、20歳代が微増、70歳代が増加。非常勤医師は21人減少した。非常勤医師の年齢については、R元年度調査では、30歳代・40歳代の医師の割合が減少、50歳代・60歳代が増加。

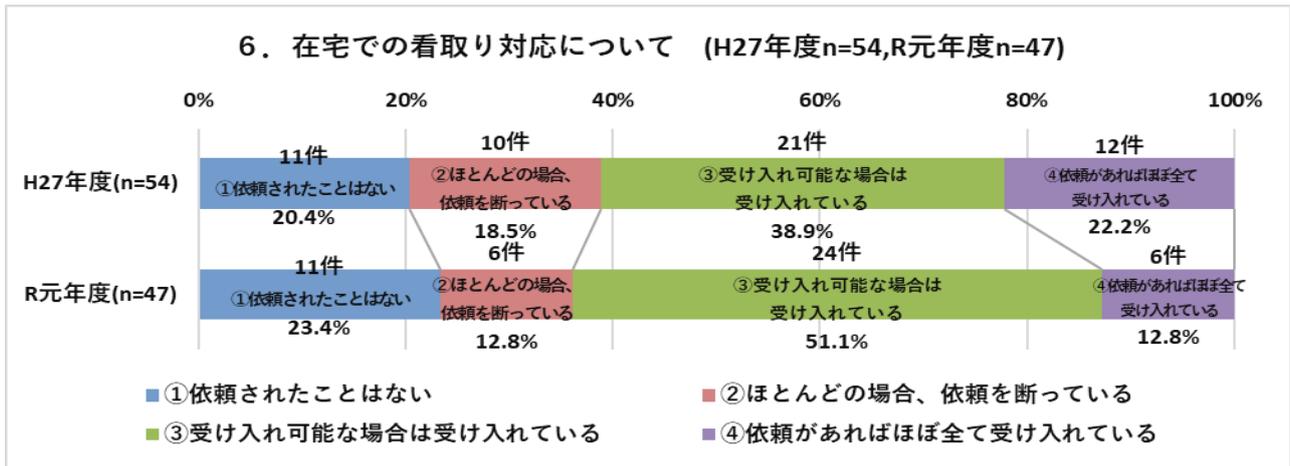
5. 在宅医療に対するイメージ

5. 在宅医療に対するイメージ（H27年度 n=54, R元年度 n=47）



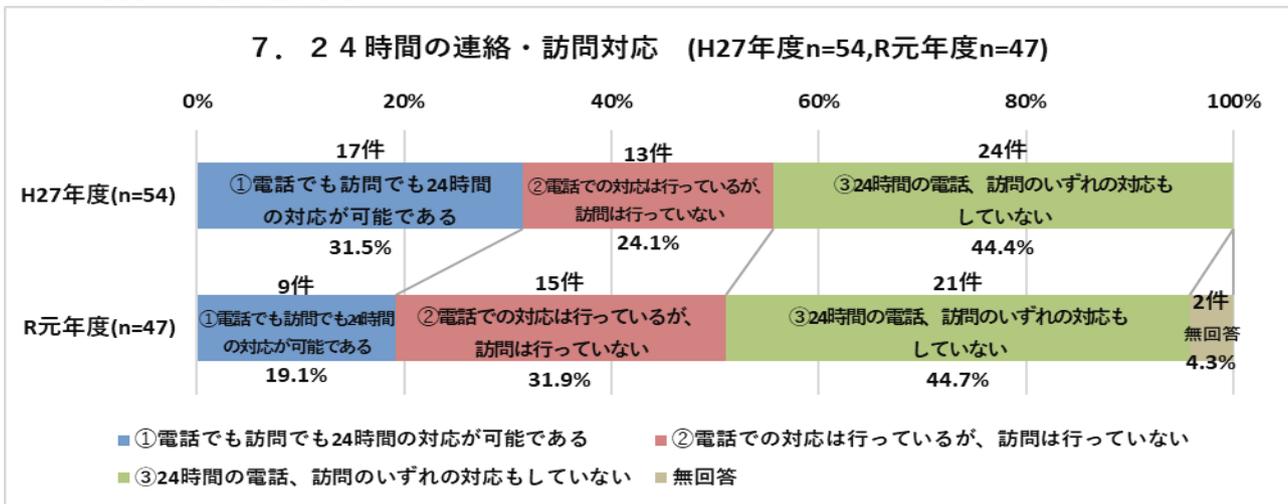
「1. 在宅医療に関心がある」「2. 現在の立場で在宅医療への取組みを増やしたい」と回答した診療所は減少。
 「3. 在宅医療は十分な医療が提供できない」「4. 緩和ケア・在宅看取りへの対応は困難」「6. 患者と1対1で診療にあたることに不安がある（何かあった時の証人がいない）」「7. 医療費の患者負担が大きい」「8. 家族の介護負担は大きい」について、「思わない」（③あまり思わない＋④思わない）が増加。

6. 在宅での看取り対応について



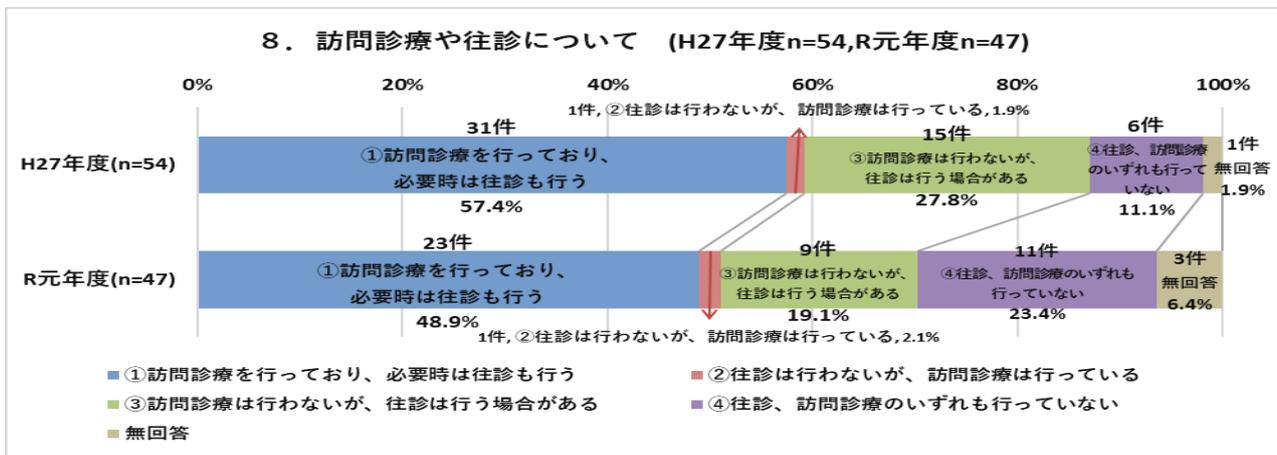
「③受け入れ可能な場合は受け入れている」が増加。
 「④依頼があればほぼ全て受け入れている」が減少。

7. 24時間の連絡・訪問対応



「①電話でも訪問でも24時間の対応が可能である」診療所数は減少。
 「②電話での対応は行っているが、訪問は行っていない」と答えた診療所数が増加。

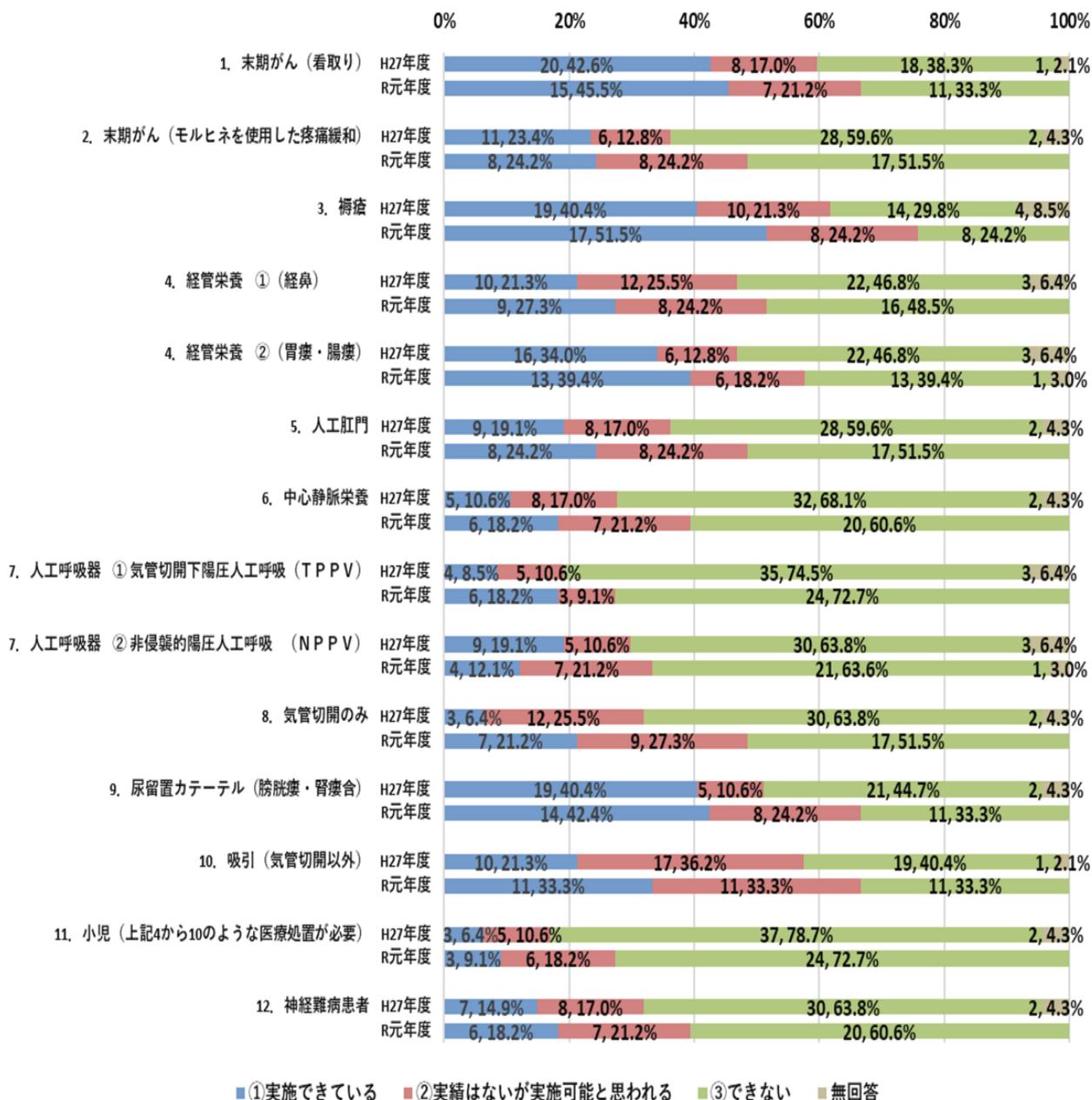
8. 訪問診療や往診について



「①訪問診療を行っており、必要時は往診も行う」「③訪問診療は行わないが、往診は行う場合がある」診療所数が減少。

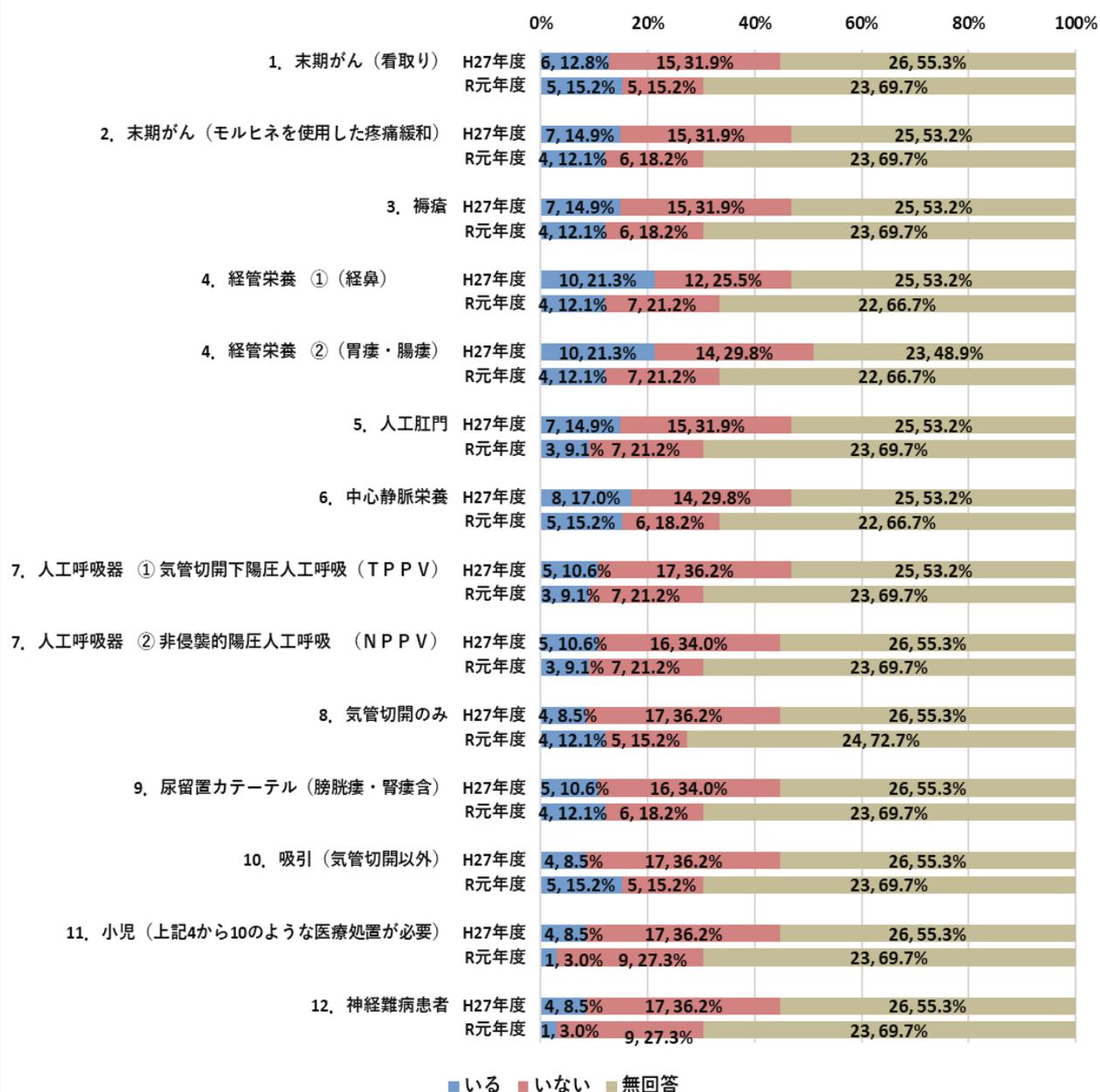
9. 在宅で実施可能な疾患・処置、相談できる専門家の有無
(設問8で①または②または③と回答された診療所)

9-1. 在宅で実施可能な疾患・処置 (H27年度n=47,R元年度n=33)



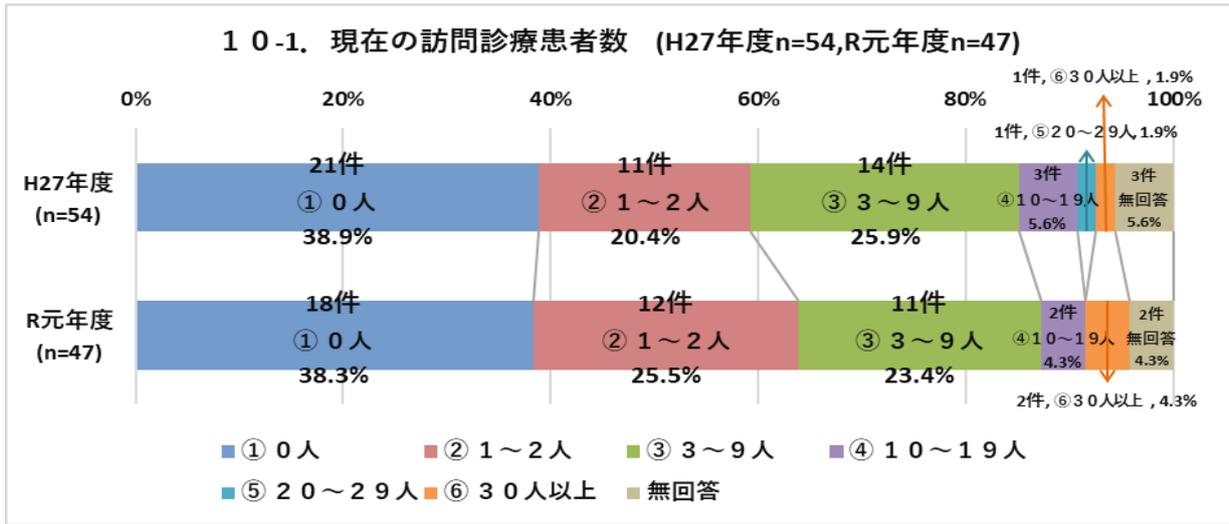
「2. 末期がん(モルヒネを使用した疼痛緩和)」「5. 人工肛門」「6. 中心静脈栄養」「7. ①気管切開下陽圧人工呼吸(TPPV)」「8. 気管切開のみ」「9. 尿留置カテーテル」「11. 小児」について「①実施出来ている」+「②実績はないが実施可能と思われる」と回答した診療所が増加。

9-2. 相談できる専門家の有無 (H27年度n=47,R元年度n=33)

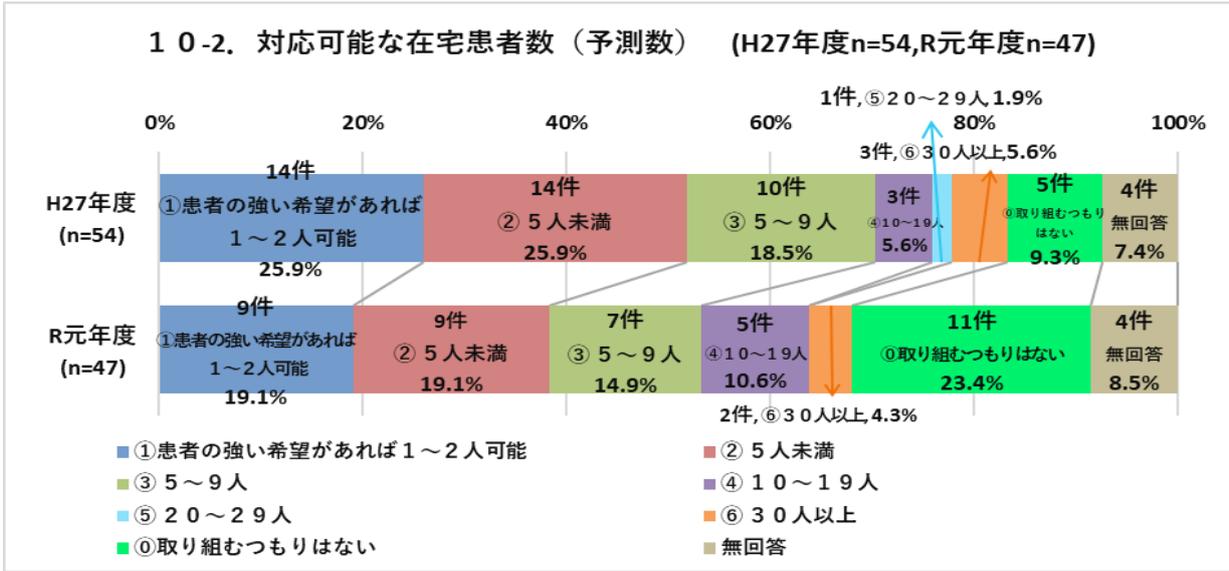


「8. 気管切開のみ」、「10. 吸引(気管切開以外)」の項目では、相談できる専門家数は増加。
 「4. 経管栄養①(経鼻)②(胃瘻・腸瘻)」「5. 人工肛門」「11. 小児」「12. 神経難病患者」では相談できる専門家数は減少。
 全項目で「無回答」の割合が増加。

10. 現在の訪問診療患者数(1か月間)及び対応可能な在宅患者数(1か月間)

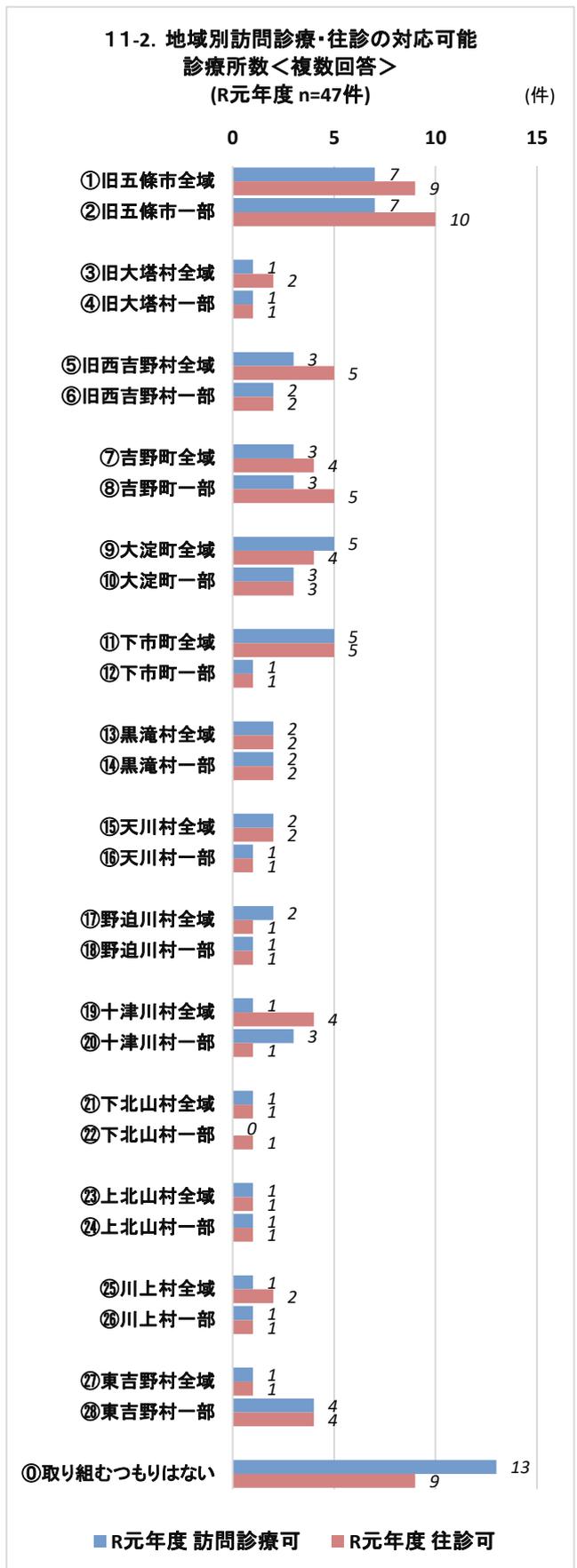
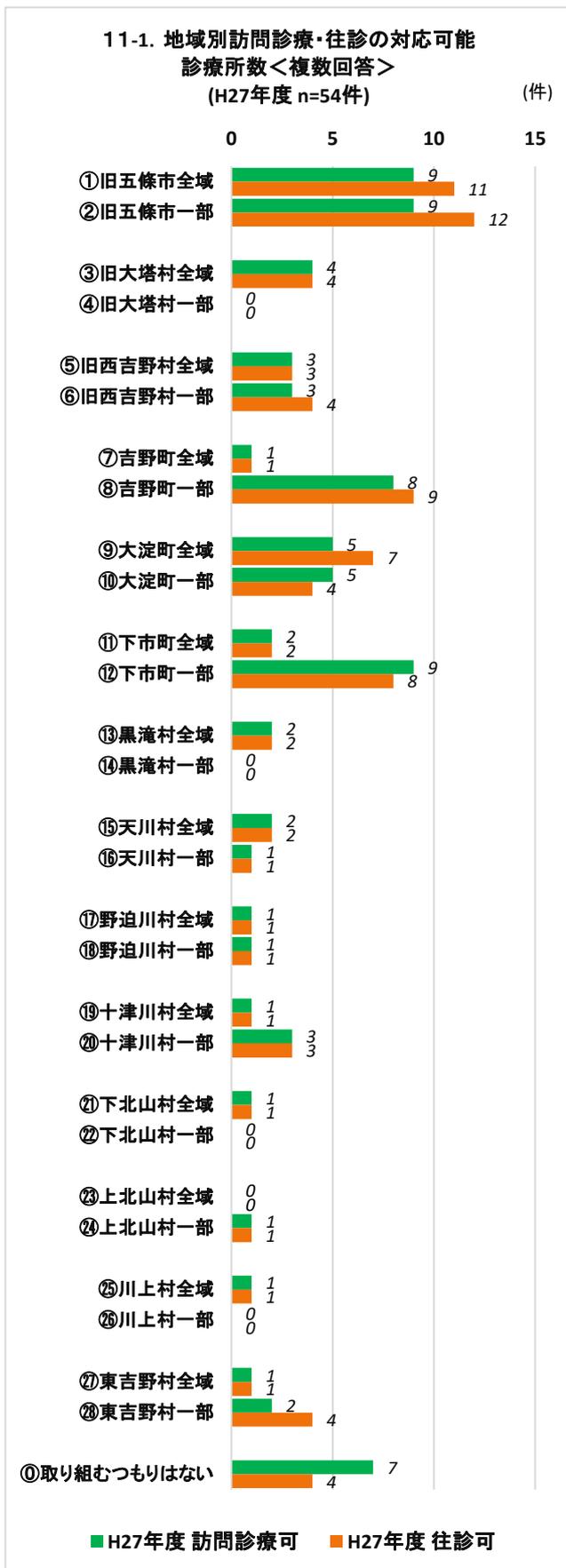


対応可能な在宅患者数は大きな変化は見られなかった。



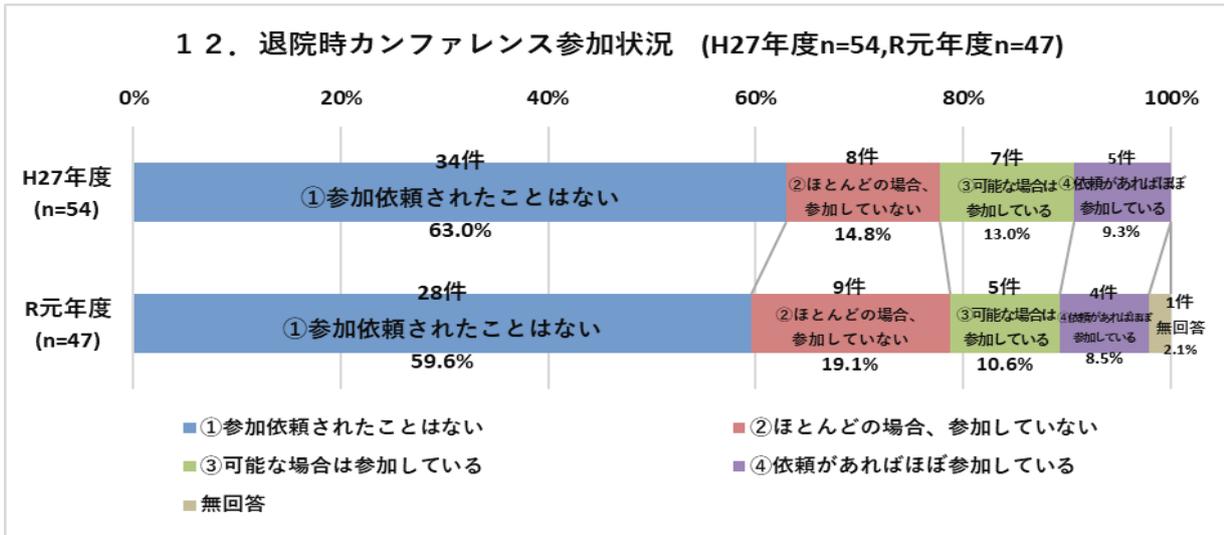
対応可能な在宅患者数(予測数)は、「④10～19人」と回答した診療所数は微増、「⑦取り組むつもりはない」と回答した診療所数も増加。

11. 地域別訪問診療・往診の対応可能診療所数



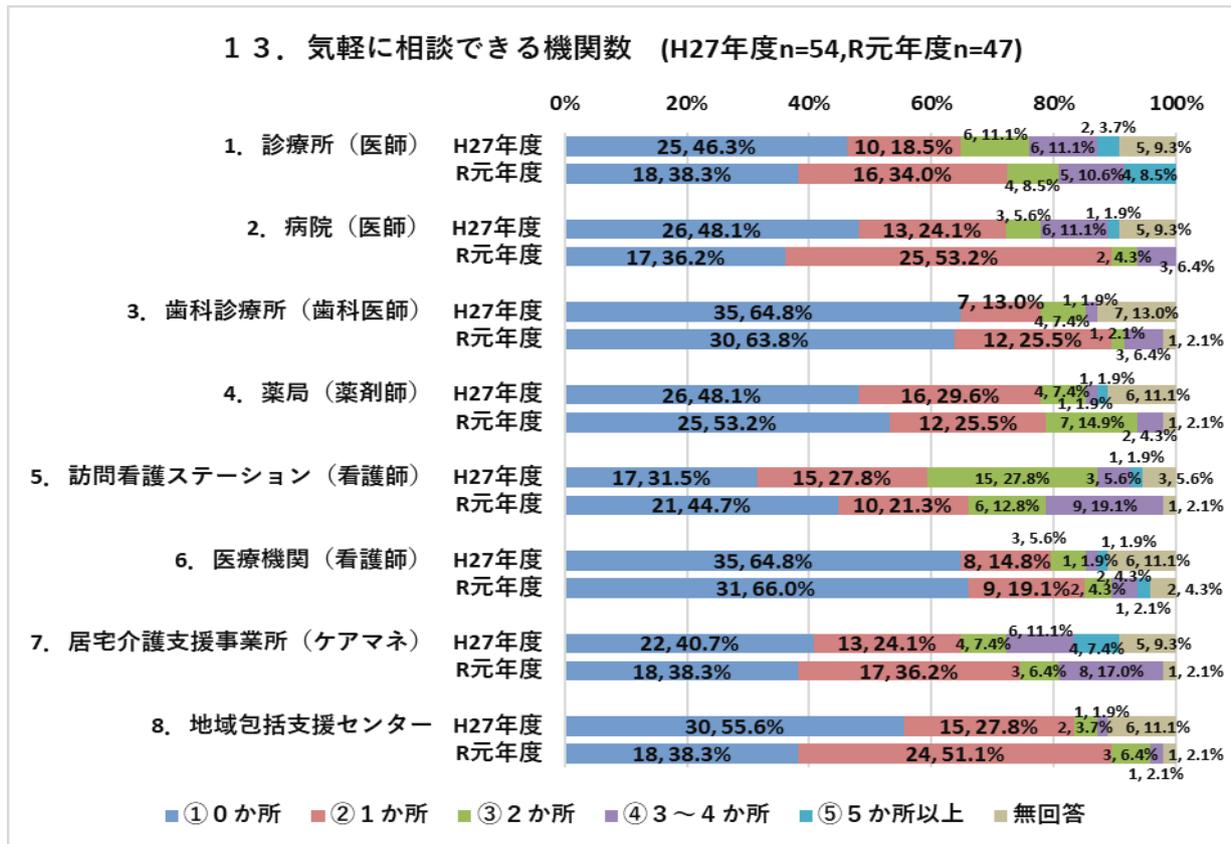
H27年度調査では「㉓上北山村全域」を訪問診療・往診対応可能な診療所は0件であったが、R元年度調査では、訪問診療・往診対応が出来ない地域はなかった。

12. 退院時カンファレンス参加状況



退院時カンファレンスへは、「②ほとんどの場合、参加していない」と回答した診療所が増加、「①参加依頼されたことはない」「③可能な場合は参加している」と回答した診療所が減少。

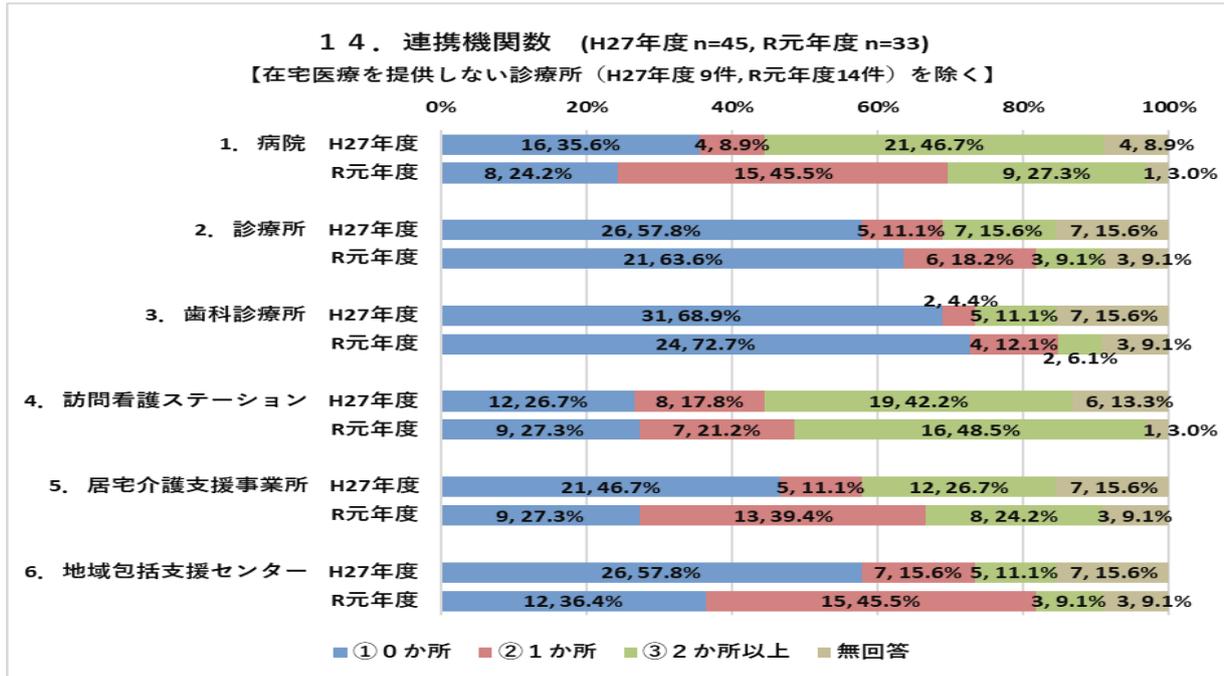
13. 気軽に相談できる機関数



気軽に相談できる機関数は、「1. 診療所(医師)」「2. 病院(医師)」「3. 歯科診療所(歯科医師)」「6. 医療機関(看護師)」「7. 居宅介護支援事業所(ケアマネ)」「8. 地域包括支援センター」で、「1か所以上」と回答した診療所数は増加。

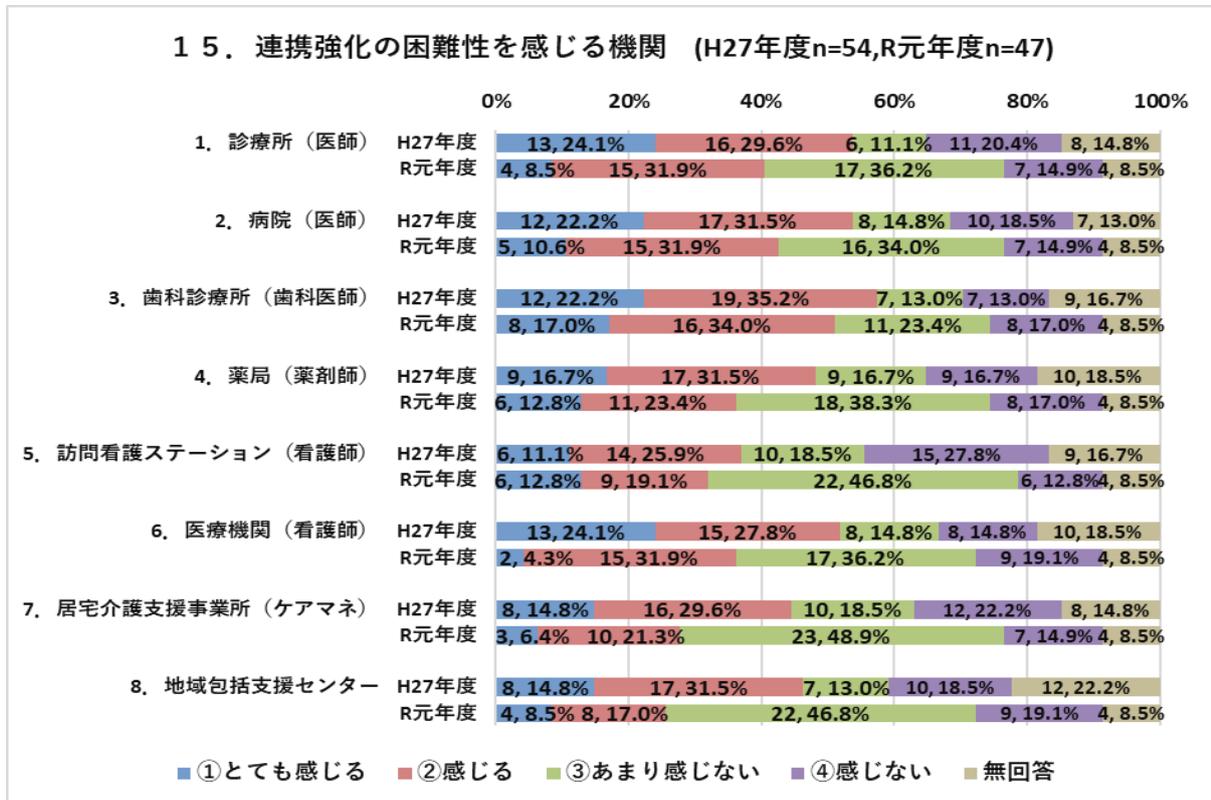
14. 連携機関数

在宅医療を提供している診療所の割合については、H27年度 83.3%, R元年度 70.2% であった。



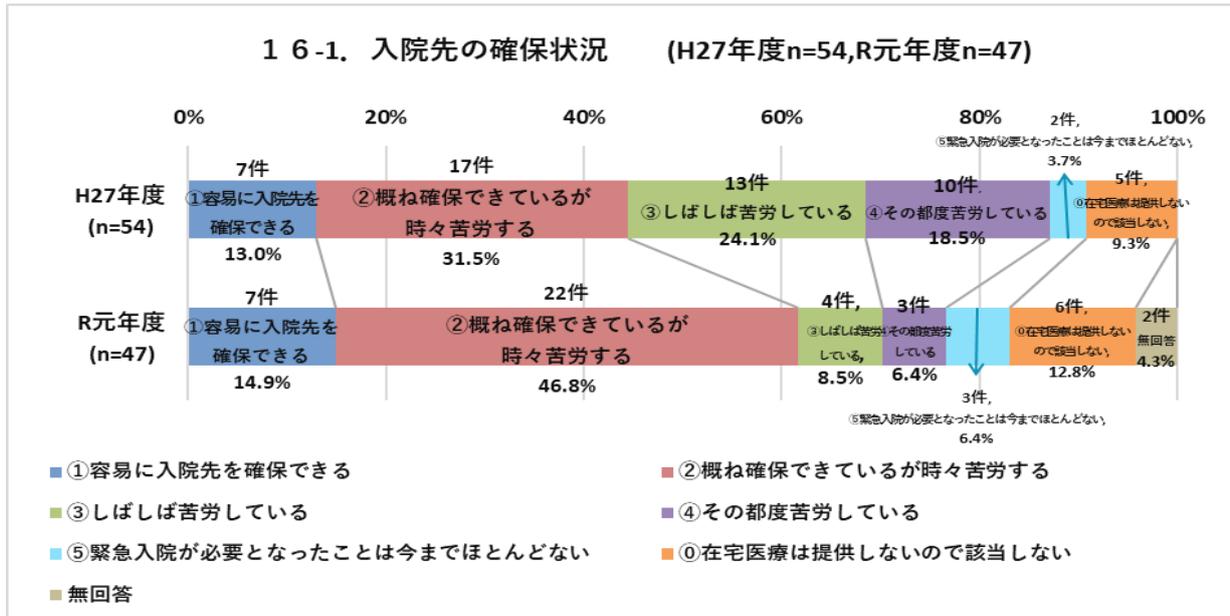
「1. 病院」「4. 訪問看護ステーション」「5. 居宅介護支援事業所」「6. 地域包括支援センター」で「1か所以上」「②1か所」+「③2か所以上」と回答した診療所の割合が増加。

15. 連携強化の困難性を感じる機関



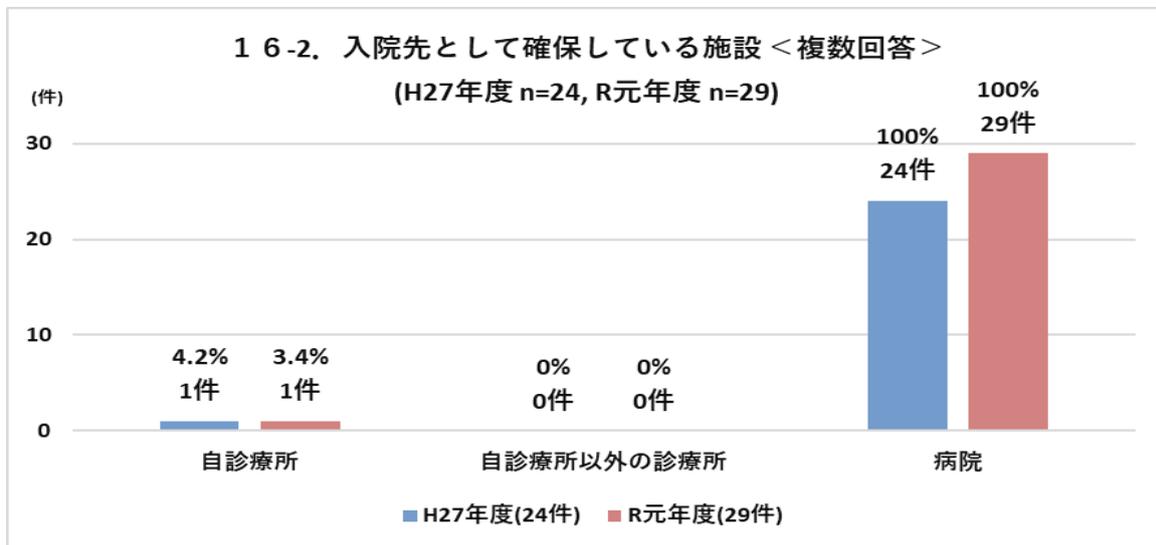
連携の困難性を「感じる」「①とても感じる」+「②感じる」と回答した診療所数は、いずれの関係機関でも減少。

16. 入院先の確保状況



入院先の確保について、「①容易に入院先を確保できる」は診療所数の変化なく、「②概ね確保出来ているが時々苦労する」と回答した診療所が増加。「③しばしば苦労している」と回答した診療所数は減少。

入院先として確保している施設 <複数回答> (入院先の確保状況で①または②と回答された診療所)

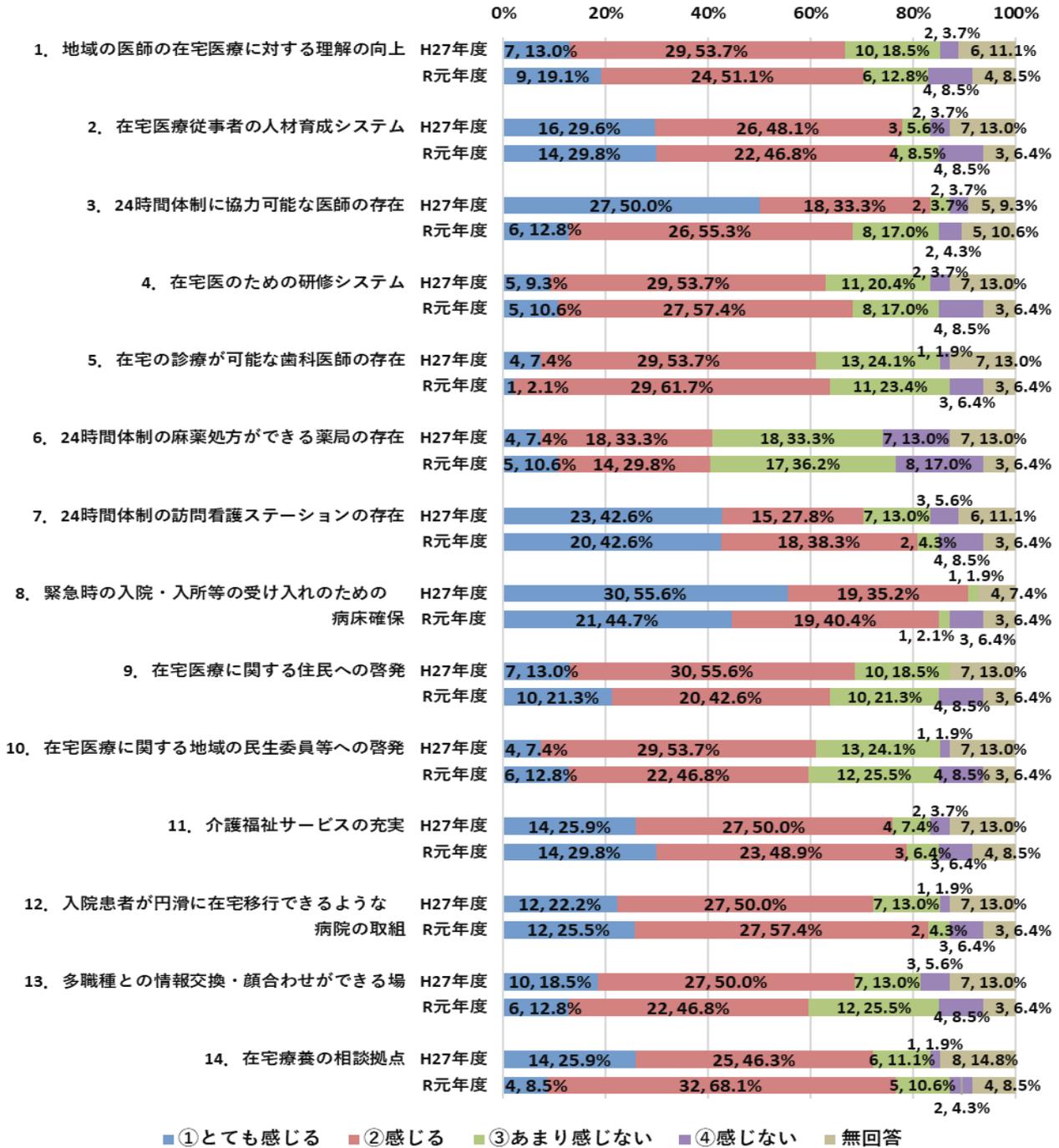


入院先として確保している施設は、H27年度調査とR元年度調査で変化は見られず、病院が最も多い。

17. 在宅医療推進のために必要と感じる項目

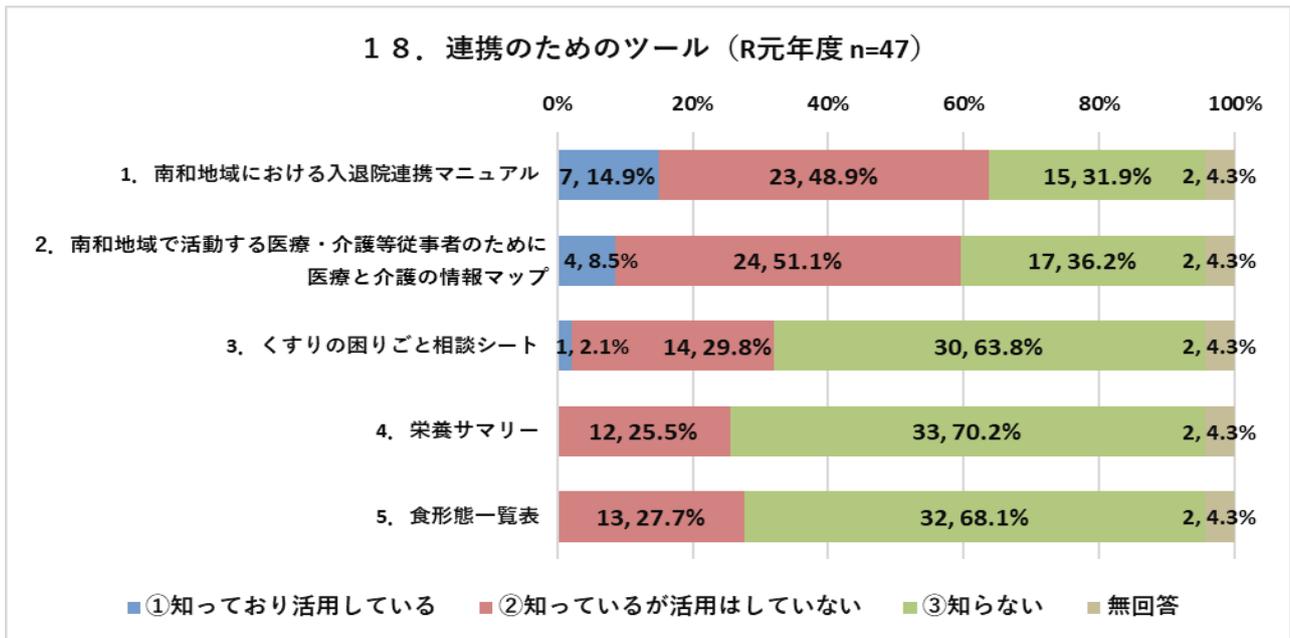
17. 在宅医療推進のために必要と感じる項目

(H27年度n=54,R元年度n=47)



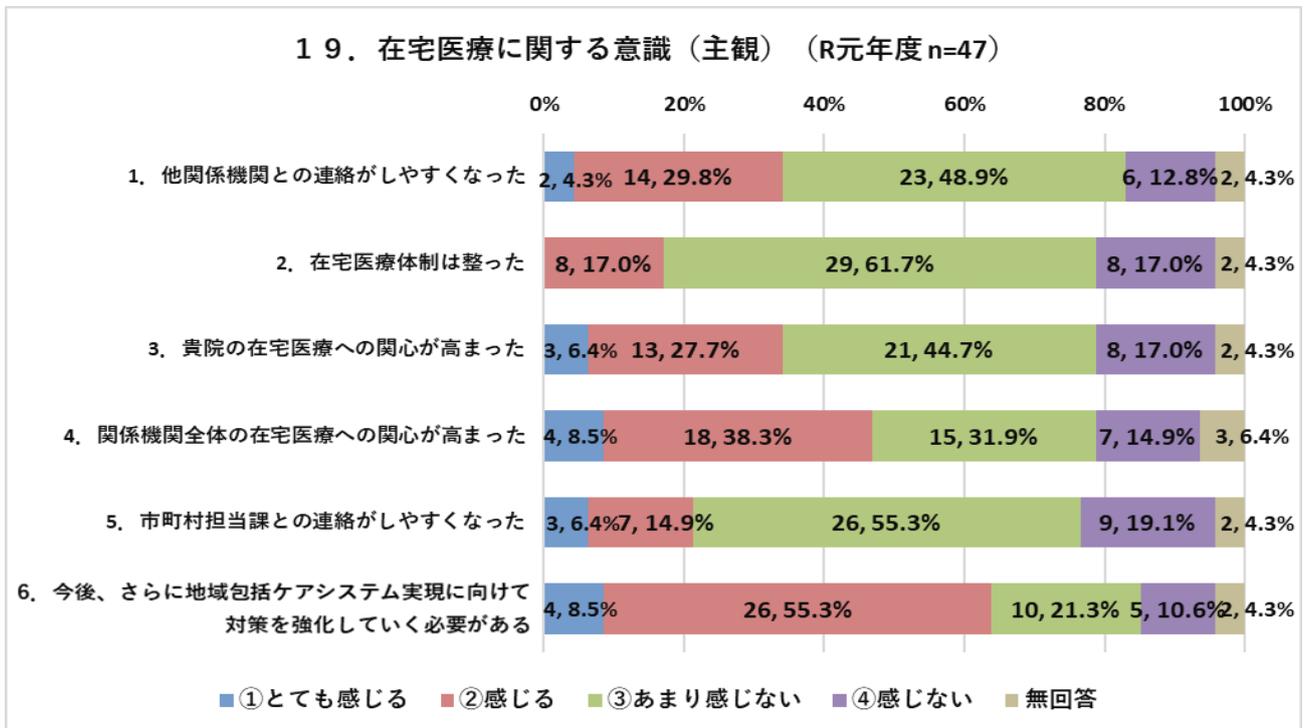
在宅医療のために必要と感じる項目については、「1. 地域の医師の在宅医療に対する理解の向上」「4. 在宅医のための研修システム」「5. 在宅の診療が可能な歯科医師の存在」「7. 24時間体制の訪問看護ステーションの存在」「12. 入院患者が円滑に在宅移行できるような病院の取り組み」で、「感じる」(①とても感じる+②感じる)と回答した診療所が増加。「3. 24時間体制に協力可能な医師の存在」「8. 緊急時の入院・入所等の受け入れのための病床確保」「9. 在宅医療に関する住民への啓発」「13. 多職種との情報交換・顔合わせが出来る場」では「感じる」と回答した診療所は減少。

18. 連携のためのツール



「1. 南和地域における入退院連携マニュアル」は7件(14.9%)、「2. 医療と介護の情報マップ」は4件(8.5%)が、「①知っている活用している」と回答。「3. くすりの困りごと相談シート」「4. 栄養サマリー」「5. 食形態一覧表」は「③知らない」が多かった。

19. 在宅医療に関する意識(主観)



「6. 今後、さらに地域包括ケアシステム実現に向けて対策を強化していく必要がある」は「感じる」(「①とても感じる」+「②感じる」)が63.8%と最も多かった。「2. 在宅医療体制は整った」「5. 市町村担当課との連絡がしやすくなった」は「感じない」(「③あまり感じない」+「④感じない」)が多い。「4. 関係機関全体の在宅医療への関心が高まった」は「感じる」と「感じない」が同じ割合であった。

20. 在宅医療についてのご意見 <令和元年度調査より>

時々往診(近くのみ)をたのまれますが、それ以外は何もありません。車がありません。
在宅医療・包括ケア連携のシステムが整えば(多職種)参加したいと思いますが、看取り(自宅)を希望する人は少ないのではないかと思います。心身共に老い・死を自宅で迎え入れる事はむずかしいと考えます。そのような環境になればいいと思っています。在宅診療活動に同行したい。
病後なので在宅医療への対応ができないため、出来ない。
南和については16km以上の往診制限を解除すること
過疎地域での連携は、マニュアル化した机上で行うことでは対応できない。個人個人の繋がりで構築されたものでしか有用性はない。在宅医療にマニュアルは存在できないと考えます。(“感じない”が多く申し訳ありませんが、逐一“感じている”時間もありませんでした。必要なら自ら探す、作る。)
在宅医療は、指示を受けてやるものでもない。改めて行政や病院の教育指導を受けてやるものではない。医師の立場としては、診療の延長でやる仕事です。家族と対象患者と長年のおつきあいと交流がないと在宅医療をスタートすることさえ出来ません。在宅医療は、開業医がリーダーシップを取って行うチーム医療です。先進医療を行う、急性期疾患を治療する病院が行う医療ではありません。
ほとんどする気がないので感心なし。
診療所で1人医師のため南和地区等であれば地理的状況、即ち、1件の訪問診療の行く距離の長さや時間を考えると、とうてい時間が足りない。ほぼ時間外労働の極みとなり得る。
終末期を在宅医療で対応できれば、患者さんの満足度は高いと思います。一方でご家族と医療・介護スタッフの負担は大きいと思います。整形外科的に積極的に関与できる運動器に関することは、総合診療医レベルの処置になり、急性の骨折等は医療機関での診断・治療になります。小生は年齢・体力のこともあり、積極的に参加できなくて申し訳なく思っています。
当方、約4年程以前より奈良県医師会地域包括ケアシステム推進委員に就かせて貰っていますが、奈良県下地域包括ケア構築には地域(奈良市、東和、中和、西和、南和)によって格差が著しく、また地域包括ケア構築の主導が行政、医師会、病院によって相違があったり、また診療所でも先代からの在宅診療を継承しているか否かであっても相違が存在し、また初めて在宅診療を導入しようとする医師は、在宅医療スキルによって、若年過ぎても高齢過ぎても困難なのです。そして各々地域での対象在宅診療患者年齢構成、同居の如何、在宅訪問距離、在宅診療対象疾病(緩和ケアか慢性疾患か)、等によって地域包括ケア構築の進捗具合が変化します。緩和ケアの場合は比較的若年が多く、等しくご婦人、姉妹など介護力が存在する割合が高い。南和地域ではまだまだ施設内看取りが増加していく観を持っています。
眼科疾患について考えてみると在宅患者の10-20%が、緑内障であると推測される。しかし、実際には、そのような診療依頼は殆どない。緑内障患者が自覚症状を訴えたときは、ほぼ末期に近い緑内障である。在宅患者にとっても視力の維持は大きな課題である。今後、視覚障害に対してきめ細かな対応が必要であると思われる。
24時間訪看ステーションの設立や連携、持続注射など機器の貸し出し、ケアマネの在宅・訪看への理解不足、これらの問題点・改善点があると思います。
過疎化、高齢化がすすむへき地の村では、(超)高齢者の2人暮らし等が多く、子どもたちも村外に住んでいることが多い。そのため看取りまで出来るのはあまりない。若い人が同居していれば看取りまで出来るが、(超)高齢者1人では、24時間体制の訪問看護サービスも無いので体力的・精神的に看取りまでおこなうのは困難。そのためギリギリまで自宅で過ごしてもらい、最期の最期の大変な時にのみ療養型病院には入院してそこで看取ってもらうのが現実的と思う。だから療養型病院には、そのような死期間近の患者を受け入れる病床を確保して積極的に受け入れて欲しい。
過疎地区ではすでに在宅医療は減少、消滅しつつあります。老々、独居では在宅は困難です。もはや在宅の需要はなくなりつつあり、ほとんどの方が施設での入所を希望されています。在宅医療の推進より、過疎地区では医療機関そのものが存続困難となっております。
過疎地区はすでに在宅医療は、減少、消滅しつつあります。もはや在宅医療の需要はなくなっております。ほとんどの方が施設への入所されています。過疎地区では医療機関の存続困難となっております。