

〈弘前保健所〉

1. 調査目的

津軽圏域の在宅医療の現状・課題を把握するため、在宅医療調査及び入院医療機関調査を実施した。

2. 調査対象、調査内容、調査方法

(1) 在宅医療調査

平成29年に弘前市医師会が会員に実施した在宅医療の現状と今後の意向についてのアンケート調査と同一の内容で、弘前市以外の診療所及び管内の訪問診療等を実施している病院を対象に実施した。集計は、弘前市医師会実施分と合わせて行った。

(2) 入院医療機関調査

管内病院22カ所を訪問し、医師から在宅医療（施設含む）の移行調整の指示が出る病態について、がん患者、非がん患者に分けて看護師長や地域連携室のスタッフから保健所職員が聞き取り調査を実施した。

3. 調査結果

(1) 在宅医療調査

①貴院では在宅医療（訪問診療・往診）を行いますか（複数回答）N=123

	往診を行う	訪問診療を行う	いずれも行わない	その他（検討中）
弘前市	45（52.3%）	27（31.4%）	39（45.3%）	1（1.2%）
南黒地区・板柳町	21（56.8%）	17（45.9%）	12（32.4%）	0—
計	66（53.7%）	44（35.8%）	51（41.5%）	1（0.8%）

①-1 往診を行う医療機関の新患の対応について

	新患の往診対応する	新患の往診は除く	要相談
弘前市	10	10	24
南黒地区・板柳町	8	1	8
計	18	11	32

①-2（再掲）往診と訪問診療の対応状況について

	往診のみ行う	訪問診療のみ行う	往診・訪問診療どちらも
弘前市	19	1	26
南黒地区・板柳町	8	4	13
計	27	5	39

②時間外における対応について（複数回答）

	診療時間外の往診不可	診療時間外の電話対応不可	24時間の電話対応体制	24時間の往診対応体制	その他※
弘前市	22	8	18	12	7
南黒地区・板柳町	24	16	7	6	1
計	46	24	25	18	8

※その他内容

- ・要相談 3件
- ・24時間対応の訪問看護ステーションと共同で対応しています。
- ・協力機関と共に24時間電話対応体制
- ・自院患者のみの24時間電話対応体制
- ・携帯電話の番号を教えており、基本的には対応していますが、365日24時間100%の緊急往診はできていません。
- ・看取り契約者のみ

③在宅医療の対応地域について N=72

対応地域	弘前市	南黒地区・板柳町	計
弘前市内※1	4 7	1	4 8
黒石市内※2	1	7	8
平川市内※3	3	6	9
西目屋村	3	1	4
藤崎町	3	6	9
大鰐町	2	6	8
田舎館村	1	5	6
板柳町	3	7	1 0
その他※4	4	4	8

※1,2,3 弘前、黒石、平川市内
で範囲が限られる場合の
地区又は町名に回答あり

- ・弘前市 13
- ・黒石市 7
- ・平川市 2

※4 その他の内容

- ・施設のみ対応
- ・求めがあればどこでも
- ・14 キロ以内
- ・要相談
- ・特に決めていない 等

④対応する診療科目について

診療科目	弘前市	南黒地区・板柳町	計
内科	3 6	2 4	6 0
小児科	6	2	8
循環器内科	1 2	5	1 7
糖尿病内科	1 2	3	1 5
腎臓内科	3	3	6
泌尿器科	4	4	8
肛門科	1	2	3
心療内科	1	0	1
精神科	4	0	4
外科	2	4	6
呼吸器科	1 0	5	1 5
耳鼻咽喉科	1	0	1
皮膚科	1 0	3	1 3
リハビリテーション科	2	1	3
血液内科	2	1	3
アレルギー科	3	2	5
整形外科	5	2	7
産婦人科	1	1	2
消化器科	1 1	6	1 7
眼科	0	2	2
放射線科	1	2	3
乳腺科	0	0	0
リウマチ科	0	1	1
麻酔科	0	0	0

⑤対応可能な診療内容

診療内容	弘前市	南黒地区・板柳町	計
点滴の管理	3 1	1 9	5 0
モニター測定（血圧・心拍等）	1 7	8	2 5
経管栄養	1 9	1 0	2 9
在宅ターミナルケアの対応	1 8	1 0	2 8
人口膀胱の管理	3	2	5
気管切開部の処置	1 5	5	2 0
酸素療法	2 3	1 2	3 5
中心静脈栄養	1 7	6	2 3
疼痛の管理	1 8	1 1	2 9
腹膜透析	1	1	2
尿カテーテル（留置カテーテル等）	2 4	1 4	3 8
レスピレーター（人工呼吸器）	5	2	7
胃瘻の管理	2 1	1 0	3 1
褥瘡の管理	2 6	1 0	3 6
人工肛門の管理	1 2	5	1 7
その他※	5	1	6

※ その他の内容

- ・皮膚科一般
- ・皮膚疾患、足のケア
- ・書類作成等(整形外科)
- ・耳鼻咽喉科領域の疾患
と思われる症状の患者
- ・眼科一般
- ・胃瘻の交換は不可

⑥在宅療養診療所・在宅療養支援病院の届け出について N=72

	はい	いいえ
弘前市	18 (38.3%)	29 (61.7%)
南黒地区・板柳町	7 (28.0%)	18 (72.0%)
計	25 (34.7%)	47 (65.3%)

⑥-1 届け出の内訳

	支援診(病)1	支援診(病)2	支援診(病)3
弘前市	0	8	10
南黒地区・板柳町	0	1	6
計	0	9	16

⑦在宅その他の施設で管理している患者数は何人おられますか。(概数)

	弘前市	南黒地区・板柳町	計
自宅	225人(13.4%)	64人(16.8%)	289人(14.0%)
特養ホーム・老健施設	592人(35.2%)	176人(46.1%)	768人(37.2%)
有料老人ホーム・サービス付高齢者住宅等	867人(51.5%)	142人(37.2%)	1,009人(48.8%)
計	1,684人	382人	2,066人

⑧訪問診療以外の往診（一過性の疾患・急性増悪等）は月に何件ありますか。(概数)

	弘前市※1	南黒地区・板柳町※2	計
1月の往診件数	130件	69件	199件

※1 1機関あたり0～50件
※2 1機関あたり0～12件

⑨在宅での看取り件数は年間何件ありますか。(概数)

	弘前市※1	南黒地区・板柳町※2	計
年間看取り件数	237件	100件	337件

※1 1機関あたり0～70件
※2 1機関あたり0～18件

⑩末期がん患者の訪問診療を行っておられる際はここ数年の年間患者数をお知らせください。(概数)

	弘前市※1	南黒地区・板柳町※2	計
年間訪問件数	87人	37人	124人

※1 1機関あたり0～25件
※2 1機関あたり0～12件

⑪今後の帰院での在宅医療の意向をお聞かせください。 N=123

	弘前市	南黒地区・板柳町	計
現状程度で維持	65	32	97※
患者数を増やしたい	13	3	16
患者数を減らしたい	1	0	1
中止したい	4	1	5
今後取り組みたい	3	1	4

※ 現状程度で維持との回答のうち、「在宅医療は行わない」が46医療機関、「在宅医療を行う」が51医療機関

⑫現在、在宅医療を行ううえで、困っていること、問題点がありましたら記入してください。

【弘前市】

- ・使いたい材料が当院に在庫がない事があり、急な対応時に不便を感じる事がある。
- ・やはり不在時(外出時)の突発事項の対応だと思います。
- ・何もありませんが、自分の体がもう一つあればいいなあっていつも思います。
- ・自院に通院している患者さんしか今までは往診や訪問診療していませんでしたが、病院等からの逆紹介や在宅依頼が少なく、在宅診療を維持することが困難になるため「そよかせ」からの紹介を希望します。
- ・医師一人であり、多忙でもあり、在宅医療までは手が回りかねます。

【南黒地区・板柳町】

- ・特養ホーム嘱託医として一言、終末期で病院から送られてくる患者数が増加傾向にあり、併せて重症合併症の対応に負われる。病院、施設間の連携強化が望まれる。
- ・無床診療所となったため、施設での24時間対応が困難となり、日中は施設連絡対応しているが、時間外は院長の携帯電話で対応。夜間のコールもあり、電話対応や緊急往診もしている。ただし、24時間の連携対応をとっていないので、学会等遠隔地の時は電話で救急受診を説明している。

(2) 入院医療機関調査

①医師から在宅医療への移行調整の指示が出る患者の病態について（複数回答） N=19

病 態	医師から在宅医療への移行調整の指示が出る患者の状態について	
	がん患者 (N=16)	非がん患者 (N=19)
点滴治療が必要な患者	1 3	1 4
気管切開部の処置が必要な患者	1 0	1 0
尿カテーテル導入している患者	1 5	1 8
酸素療法の患者	1 4	1 6
人工呼吸器の患者	1	5
経管栄養の患者	1 2	1 6
中心静脈栄養の患者	1 1	1 3
胃瘻の管理が必要な患者	1 2	1 7
在宅ターミナルケア対応の患者	1 1	1 1
疼痛の管理（麻薬使用・管理）が必要な患者	1 5	1 1
褥瘡の管理が必要な患者	1 2	1 5
人工膀胱の管理が必要な患者	7	7
腹膜透析患者	2	3
人工肛門の管理が必要な患者	1 1	1 1
リハビリが必要な患者	8	1 4
その他※	6	1 1

※ その他の内容

【がん患者】

- ・外来化学療法 2 件
- ・内視鏡的ステント留置
- ・排便コントロール
- ・睡眠時無呼吸症候群の治療
- ・下肢壊死で外来抜糸が次回受診となる患者

【非がん患者】

- ・インスリン自己注射 2 件
- ・認知機能低下を伴う
- ・内視鏡的ステント留置
- ・化学療法
- ・長期留置カテーテル洗浄
- ・シャントの感染管理
- ・結石、腎臓カテーテル
- ・睡眠時無呼吸症候群の治療
- ・下肢壊死で外来抜糸が次回受診となる患者
- ・一般的な疼痛管理

②在宅医療への移行調整が困難なケースについて（複数回答） N=15

受け皿について課題と感じていること	回答数
ア. 訪問診療可能な医療機関が不足	7
イ. 訪問看護事業所が不足	3
ウ. 地域により、往診医の数や体制に差がある	1 1
エ. 地域的に患者が集中し受け皿の医師への依頼を躊躇する	3
オ. がん末期等の対応可能なクリニックが少ない。または偏在	7
カ. がん末期患者のペインコントロールに対応できる開業医が不足	9
キ. 神経難病患者に対応できる開業医が不足	3
ク. 専門分野に対応できる開業医が不足	8
ケ. 訪問リハに対応できる医療機関、訪問看護事業所が不足	6
コ. 地域の受け皿の情報が分からない	1 0
サ. その他※	6

※その他の内容

- ・医療依存度の高い患者を受け入れてくれる施設（有料ホーム）が少ない。感染症のある患者を受け入れる施設も少ない。MRSA 等。肝炎はトラブルになったことなし。
- ・痰の吸引、高齢者の場合、在宅移行がスムーズでない。
- ・医療機関が少ない、24 時間対応の訪問看護事業所は少ない。
- ・自院で送迎バスを出しているが自宅から送迎バスのバス停まで送迎してくれる介護サービスがない。
- ・訪問可能なチームの中に栄養士、薬剤師が入っていると良い。
- ・地域、家族は病院が安心、入院治療が安心であるとの観念がある。
- ・看取りを積極的にやっている医療機関が不足。
- ・施設により訪問診療の医師が決まっている。病態にあわせて治療を適切にしてくれるか不明。要望を伝えて対応可能かを確認している。

③病院において課題と感じていること N=22

課題と感じていること	回答数
ア. 在宅医療等に関する医療スタッフの知識不足	15
イ. 在宅医療等に向けた院内の体制整備	8
ウ. 在宅医療機関との連携強化・情報共有化	16
エ. 在宅医療のサポート体制（急変時の受け入れ、レスパイト入院等）整備	17
オ. 退院調整に関する課題	18
カ. その他	10

③-1 病院において課題と感じていることの内容

ア. 在宅医療等に関する医療スタッフの知識不足

- ・退院後の自宅での生活のイメージができない。病院から在宅への連続性の中で具体的なイメージがわからない。
- ・在宅移行のケースは少なく、イメージしにくい。
- ・病棟は在宅へつなぐという想定ではなく、連携室が主体となっている。
- ・在宅で酸素療法、点滴、呼吸器等の医療機器を使用して生活する場合の想像ができない。
- ・在宅療養生活場面を想定して、手技や指導、在宅の準備を進めることが困難。
- ・医療機器を使用の場合、業者レクチャーによりスタッフが学んでから家族に指導している。
- ・訪問診療と在宅往診との違い、在宅でどの程度対応できるのか知識不足。今後勉強会をして知識をつけたい。
- ・師長が連携室の役割を担っている。SWがいないため退院調整にかかる時期が遅くなる。
- ・尿バルーン抜去が遅くなりがちになる等、内服薬、貼布薬、吸入薬、自己管理又は家族への指導の時期がおそくなる。
- ・退院にむけての物品準備指導等業務が多い。
- ・生活保護受給の患者の場合は施設入所等にも制限あり、進まない。
- ・院内でマニュアルがあればよい。その都度わかるところに連絡している。
- ・透析、がん、ターミナルの患者は前医からのサマリーでは状態が伝わってこない、患者に不安を感じさせる。
- ・スタッフが在宅での療養を具体的にイメージできないため医療処置が多いままで、退院支援が始まり時間がかかる。（酸素、バルーン、注射→内服への切り替え等）
- ・積極的に在宅・地域に出すようにしている。
- ・訪問指導料を取れるようになった。まだ在宅のイメージ、知識、情報不足有り。委員会、学習会を開いているがまだまだ不十分である。
- ・介護、医療処置用のパンフレットがうまく活用されていない。
- ・退院調整会議を行っている。退院後施設では、病院と同じ機器を使えないため、また施設に対する不安解消のため、施設職員も同席してもらっている。
- ・訪問看護事業所を主軸としたスキルアップ研修が必要。小規模訪問看護は24時間在宅当番制があればよい。医療度の高い人のケアが可能か？認定看護師の養成が必要と考えるが研修参加は人員に余裕がない事業所は困難。
- ・高齢者は複数科でのフォローが必要なケースが多い。医療依存度の高い人は自宅では複数科への受診は大変である。現在の介護保険では複数科への通院をフォローすることはできない。
- ・病院で働いていると医療依存度の高い患者は病院で看るべき、在宅では無理との観念あり。病状説明の時も在宅は無理でしょうと話している。在宅医療のイメージがもてない。知識不足、情報不足あり。
- ・精神疾患に対する認識、理解について医療スタッフと地域住民とに差があり、退院支援において課題と感じている。

イ. 在宅医療等に向けた院内の体制整備

- ・地域とつながる体制が不明確。
- ・病院から出向けないので、何かあったら病院に連絡してとしか言えない。
- ・24 時間対応は難しい。緊急時は訪問看護事業所に依頼し、情報提供してもらっている。
- ・急性期の治療目的で入院し、安定すると在宅へ戻る。状態が悪くなれば入院するのだからとの認識、転院した方が楽という考え、役割分担ができていない。
- ・各病棟師長、外来主任が連携室の役割を担当しており、日常業務にプラスで大変。
- ・自院で在宅サービスを全く持たない状況のため、全て地域の事業所頼みになってしまう。
- ・委員会を立ち上げる等学習している。
- ・当院は医師が訪問看護を選択、決定するところまでいたっていない。

ウ. 在宅医療機関との連携強化・情報共有化

- ・津軽ケアネットに登録していないクリニックの情報の把握困難。
- ・在宅に移行させた後にどうしているかがわからない。在宅移行で良かったのか悪かったのか、課題が見えてこないということが自分たちの課題である。
- ・ケアネットワークガイドブックを活用。
- ・受け入れ可能な状況に差がある。マンパワーの状況により異なる。
- ・情報は随時入る。(施設の空床等、施設の人が来院したり FAX で情報がくる。)
- ・クリニックの医師の専門等が分かりにくい。何が専門かがわかればスムーズに対応できる。
- ・地域のクリニックの特色の把握が困難。
- ・在宅医療の専門との情報がある医師もいるが、どのような患者を診てもらえるのかわからない医師もいる。一覧になったものがあればよい。医師会そよかぜに聞いて対応している。
- ・つがるケアネットワークに載っていない施設の情報把握が難しい。サービス内容等の特色を患者、家族に伝えきれない。
- ・訪問看護事業所の特色が不明。
- ・地域の往診医や 24 時間対応の訪問看護事業所に関する情報が自身の経験によるものしかなく、不明確である。
- ・訪問看護ステーションで対応可能なことがわからない。
- ・何が得意な医師なのか明確になると良い、往診の医療機関はわかってきている。外部の施設の状況は不十分。
- ・地域の開業医の得意な分野の情報はわからない、医師同士ならわかっているかも。
- ・町内のことは把握しているが、津軽圏域の広い範囲では、クリニックの往診可能なところは不明である。
- ・在宅医療の医師と急性期の医師に視点の違いあり。
- ・訪問看護が何をしてくれるのか等の知識が不足している。具体的にどのような対応ができているのか情報不足である。
- ・看取りを積極的にやっている医師がいるのかいないのか、少ないように思う。
- ・病院の医師は命を助けるのが医師の役割、在宅で看取りをするということを家族が納得できる説明が必要である。
- ・在宅医療に関する情報収集、把握が困難。糖尿病専門医等の把握ができにくい。インターネットの情報のみ。

エ. 在宅医療のサポート体制（急変時の受け入れ、レスパイト入院等）整備

- ・高度急性期としての受け入れあり。訪問看護指示書により急変時対応。緩和ケア、レスパイトは未実施。
- ・急変時受け入れあり、レスパイトは実施なし。
- ・訪問診療は急変時に受け入れ可能であれば対応可能という条件あり、利用をとり下げるケース多い。レスパイト入院の対応は困難。
- ・急変時は受け入れ OK である。レスパイトは受け入れしていない。
- ・担当医がいるとも限らない。訪問看護事業所にたよらざるを得ない。
- ・医師にもよるが、急性期で入院し安定したら拒薬リスクの高い人、自院で診られない人は訪問診療の医師に依頼する。
- ・増悪時の保障に対応していない医師もいる。急変時にはシャットアウトし、輪番病院に頼む医師もいる。役割分担、お互いの受け入れ体制が確立していない。
- ・退院した患者は何かあれば受けている。ターミナル、看取りも対応している。レスパイトは公には受けていない患者と医者との関係で対応。
- ・4月からレスパイト開始(透析患者のみ)。夜間受入れは単科であるため、泌尿器疾患以外が考えられる場合は受け入れ困難。
- ・退院時に受け入れてもらえるかと言って退院するが、泌尿器疾患以外の症状であっても運ばれることあり。対応できず必要な治療に結びつくまでに時間がかかることあり。
- ・夜間、休日に関しては緊急の入院を受けられないため、ギリギリまでは対応できるが、在宅での看取りの意向に沿うことは難しい。
- ・レスパイトの確保ができていないのが課題。
- ・緩和ケア病棟をつくるが、すべて受け入れられるかは不明、サポートしたい思いはあるが、在院日数に制約があり、すべて受け入れ出来ないことがジレンマ。
- ・悪くなったら診るからと説明しているが、その時にベッドが空いていないと入院を受けてもらえないのではないと言われる。民間医療機関の中で地域枠のようなベッドが2~3床あればよい。いつでも入院できるような制度があればよい。
- ・急変時は輪番のため受け入れられないことあり、家族や施設に理解が得られない、急変時の受け入れができないなら施設入所を受け入れられないと言われることもあり。
- ・在宅の不安は急変した場合、新たな疾患を発症した場合である。高齢者の急変や看取りは一般病院や大病院では受けてもらえない。救命と救急を分けて考える必要あり。
- ・在宅も施設も同様であるが本人の意思を把握できるシステム、リビングウェルがしっかりできていることが必要。

オ. 退院調整に関する課題

- ・多職種の配置がなされてきている。職種に応じた加算がとれるように準備している段階である。
- ・当院は看護師のみで対応しており、退院調整は難しいと感じている。福祉サービスの利用については弱いと感じている。
- ・連携室は看護師1人である。加算はとれていない。
- ・手間にみあった加算になっていない。
- ・加算をとれるまでの職員教育までにはなっていない。
- ・人員不足により、退院支援の質の低下あり、平成28年までには2人体制だったが、平成29年に、1人になり、全病棟を担当し、キャパオーバーとなっている。
- ・退院調整を行う人員不足。病院収益に関して診療報酬のインセンティブが不足。SWがいない。
- ・師長が退院調整しているためじっくりむきあえていない。日常業務に追われ、退院調整にじっくりむきあえず、十分な人員とは言えない。
- ・慢性期の医療機関であるため、MSW業務は前方支援に関わる比重が大きく、退院支援にかかりきりにならない状況。
- ・入退院が激しいため、また外来患者の対応もあり人員不足あり。現在は看護部長とMSWで対応。平成30年4月に1人採用する予定あり。
- ・連携室がなくSWが一人で対応している。他院からの相談件数も増えている。今後増員したい。

- ・人員配置はすすめているが、社会的に大変厳しい人が多く、時間も人もかかる。加算は一律なので、制度的にもう少しなんとかかなればと思う。
- ・急性期と療養型では診療報酬に差が大きい。介護療養院になっても介護保険となってしまう。診療報酬はしっかりとしてほしい。
- ・人員不足有り。MSWの役割、仕事量に比較し、インセンティブが不足、加算があればよい。
- ・24時間、365日フォローするためには手間も人件費もかかるが報酬が見合わない。
- ・診療報酬のシステムに矛盾を感じる。特別指示書は月14日間のみ、褥創がある場合を除き点滴指導料の点数化がない。在宅療養するための診療報酬にはなっていない。
- ・ケアマネジャー、看護師、社会福祉士と職種はそろっているが専従は難しい、業務の中で対応している。
- ・退院調整には時間がかかり、人員は不足している。長期入院になればなるほど大変である。家族が動けない場合は個別に調整が必要となり大変。
- ・精神疾患を有する患者に現行の診療報酬では身体処置を行う訪問看護と精神科対応の訪問看護を重ねて利用することが出来ない状況になっている。退院後3か月以内はその限りではないとの特例も活用しにくい。精神病の管理を精神訪問看護で対応しているが、もし一般の訪問看護で対応することになると精神訪問看護は抜けることになる。精神面のフォローは必要であっても入れないことに疑問有。
- ・インセンティブをとる書類や関係者を集めるのには時間がかかる。今の人員では対応できていない。
- ・精神科訪問看護は実施しているが訪問看護ステーションの立ち上げにはいたっていない。

カ. その他

- ・看護協会は包括ケアシステムへのシフトをうたっているが、医師がどのように考えているか、若い医師は、学習しているようだが、上司は専門化していこうという認識であり、大学としての取り組みも必要とは思いますが、医師が現状どこまで理解しているのか。
- ・急性期から在宅へ移行するまでの後方ベッド少ない、在宅へ移るまでのワンクッションできるところがあればよい。
- ・しばらく通院していない人からの問い合わせあり、介護保険の更新、リハビリ利用の意見書作成、薬のこと等について問い合わせくる。まずは一度受診してほしいと説明している。
- ・町内の個人クリニックとの情報交換する体制ができていない、今後やっていきたい。
- ・個人クリニックからの紹介はあるが自院からの紹介はしていない。訪問診療をやっていることを知っているがつなげていない。
- ・入退院をくり返す患者あり、90日を越えるケースあり、自宅で受け入れることが難しく、施設や転院となる。
- ・がん末期の患者を放射線治療しているが、出来れば早期に緩和ケアに移行できる体制が必要。
- ・高齢者の患者の在宅緩和ケアへの早期移行は地域で考える課題。一医療機関でどうこうできない。
- ・退院が急に決まり、急な対応をお願いすることもあるが、よろしくお願ひしたい。
- ・在宅移行したいが、週3回の通院を受け入れてくれる業者が少なく厳しい。
- ・老々介護、独居、週3回の通院、認知症など透析患者をとりまく環境は厳しい状態である。
- ・通院許可が出て在宅復帰のための受け皿は少ない。
- ・当院には療養病棟があるため、在宅への移行が比較的困難な患者の調整をケアマネジャーへ依頼すると「療養病棟で入院継続できないのか？家族も希望している」と言われ調整に時間がかかる。
- ・家族構成の変化により独居高齢者の増加、家族がいても就労していることが多く、在宅になると家族の誰かが介護することになり、負担となる。また経済的に大変で介護できないことが多い。

④その他在宅医療への移行調整について感じていること

- ・最後をむかえる時は、患者は気持ちが落ち込み、医師を変えるのは難しい。医師を変えることに躊躇する。在宅医療の医師と入院時から面接して信頼関係をつくってから移行できればよい。退院カンファレンスに医師が参加して、顔を見せるだけでも違うと思う。現状は参加なし。
- ・急性治療が終わると、APL 低下する事例が多い、身寄りのない方、キーパーソンが遠方の方、家族がいても介護できないと引き取らないケースが増えている。本人が帰りたくても引き取れない、電話しても来ない等あり。家族構成の変化に伴い、在宅医療が難しい。
- ・在宅ではなく有料老人ホームに行くことが多いが、医療スタッフがいなくて、人材に偏りがあり医療処置をもって退院することが困難。療養型病床のある病院に転院となることが多い。
- ・在宅医療への知識不足もあるが、本人、家族の在宅医療についての情報が入らないと在宅でどこまでできるのか情報を入れる必要あり。医療機関のみでなく受ける側への情報が必要である。
- ・SC、CV ポート、施行患者の受け入れ先が少ない。訪問看護師の手技的に対応できないことあり。
- ・家で看られないと不安で退院したくない。(本人、家族)
- ・在宅医療の移行に対する家族(同居していない)の同意が得にくい(内縁等の場合はさらに複雑)
- ・入院すると間もなく施設退所となり、次の入所まで時間がかかる、元の施設に戻れないことあり。
- ・要支援→要介護に変更時の担当者変更時スムーズにしてほしい。
- ・家族構成、経済面で退院時もめることあり。
- ・慢性疾患の透析患者は、要通院で月13回程度、合併症が加わると家庭での生活は難しくなる。(脳血管障害、認知症など)
- ・がん患者は末期になると家族の心配が強く病院依存が高くなる。在宅医療について家族への啓発時期はどうしたものかと悩む。
- ・週3回の通院手段、病院バスを運行してはいるものの、戸口から戸口の送迎には対応できず独自の停留所を設けそこまでは自己努力で来てもらっている状況。高齢化が進み、免許証返納やADL低下によりバス停まで行けない人が増えている。自宅からバス停までの援助を介護保険でまかなうとしても市町村により難しいところもある。
- ・往診医の不足、訪問看護事業所(24時間対応)の不足、急変時のかかりつけ医と病院との連携(受け入れ)が課題。
- ・家族の受け入れ、理解力に課題あり。老老介護、若い人は働いており介護できない。状態的には在宅に帰れそうな患者でも1人暮らしや若い人が介護できない等の理由で退院できない。在宅サービス等を提案するが介護できないと言われる。施設入所は経済的に難しいと言われることが多い。もう少し在宅でサポートできるサービスがあるとよい。
- ・介護保険の申請に時間がかかる。医師が、体制が整うまで待ってくれ、入院させてくれている。医師は責任を持って自宅に帰したいと考えている。
- ・調整会議等に医師が不参加の場合があり、情報提供が不十分になってしまうと感じている。
- ・病院と病院の連携を密にしている。転院してくる場合、家族に一度病棟を見てもらっている。家族の意向を大事にしている。転院してこういはずではなかったと言われることが一番困る。転院に至るまでの時間を十分かけている。
- ・在宅がかなりきびしい人を在宅にもっていくと、介護のために家族が仕事をやめなければならず、生活保護が増える。犠牲になる人が増える。
- ・家族構成の変化、核家族化により退院できる患者でも家庭での対応が困難、入所する施設の確保が困難。
- ・入院するまで1人暮らしをしていた高齢者「がん」とわかれば家族は一人にしておけないと言う。家族は、病院とつながってほしいと思う。家族の方が心配で1人にしておけない。
- ・家族が在宅で介護したいと希望しケアマネジャーも入り、指導が入ると在宅ではやっぱり難しいとなるケースも多い。具体的には体位変換やオムツ交換等で退院は無理ということもあり、看取りまで院内で看ることになるケースあり。
- ・家族構成による課題あり、気づけば施設入所しているケースが多い
- ・訪問看護や介護サービスの利用により家族で看取り、施設で看取りができることを普及してほしい。本人が望む場所で最後をむかえさせてあげたい。呼ばれてきた親戚が在宅への移行を反対したりする。保健所でも普及してほしい。
- ・ケアマネジャーの役割が拡大している。在宅医療のトータル支援をケアマネジャーに強いるとスムーズにいかない無理がある。家族構成の変化に伴い、医療、福祉、介護、権利擁護等をトータルして調整できるコーディネーターが必要である。
- ・ケアマネジャーは看護師資格を有する人と介護系の人では対応が異なる。介護系のケアマネジャーは医療が弱い、課題を予測することができない。
- ・有料老人ホームのフォローの範囲が曖昧、施設化またはアパート化、必要のないサービスを入れることあり。
- ・退院調整はケアマネジャーと連携できている。
- ・精神患者で胃瘻増設の人、少し精神状態が不安定な人(入院治療するほどではないが)の受け皿がない。
- ・介護保険の対象とならない若い人の受け入れ施設がない。障害区分で入所したりもするが少ない。
- ・知的障害施設から入院した患者が退院となっても以前入所していた施設に受け入れてもらえない等、施設を探すのが困難である。

平成29年度 在宅医療に関するアンケート調査

＜医療機関基本情報＞		＜回答問合わせ先担当者 様＞	
医療機関名		御回答に関する問い合わせ先、 担当者様をお知らせ下さい。	
代表者氏名		担当者名（ふりがな）	
住所		_____様	
電話番号		連絡先電話番号	
FAX番号		_____	

在宅医療の実施状況について、該当する項目の□に✓をいただくほか、必要事項をご記入下さい。

(1)貴院では在宅医療(訪問診療・往診)を行いますか。

- ☐ ①往診を行う(・新患の往診対応する ・新患の往診は除く ・要相談)
☐ ②訪問診療(定期的な訪問)を行う
☐ ③いずれも行わない
☐ ④その他()

(2)時間外における対応について

- ☐ 診療時間外の往診不可
 ☐ 診療時間外の電話対応不可
 ☐ 24時間の電話対応体制
- ☐ 24時間の往診対応体制
 ☐ その他()

(3)在宅医療の対応地域について

- ☐ 弘前市内（市内でも範囲が限られる場合は地区または町名： ）

☐ 黒石市内（市内でも範囲が限られる場合は地区または町名： ）

☐ 平川市内（市内でも範囲が限られる場合は地区または町名： ）

☐ 西目屋村

☐ 藤崎町

☐ 大鰐町

☐ 田舎館村

☐ 板柳町

☐ その他（ ）

(4)対応する診療科目についてお知らせ下さい。

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 内科 | <input type="checkbox"/> 外科 | <input type="checkbox"/> 整形外科 |
| <input type="checkbox"/> 小児科 | <input type="checkbox"/> 精神科 | <input type="checkbox"/> 産婦人科 |
| <input type="checkbox"/> 循環器(内・外)科 | <input type="checkbox"/> 呼吸器(内・外)科 | <input type="checkbox"/> 消化器(内・外)科 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病内科(代謝内科) | <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 | <input type="checkbox"/> 眼科 |
| <input type="checkbox"/> 腎臓内科 | <input type="checkbox"/> 皮膚科 | <input type="checkbox"/> 放射線科 |
| <input type="checkbox"/> 泌尿器科 | <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 | <input type="checkbox"/> 乳腺(内・外)科 |
| <input type="checkbox"/> 肛門(内・外)科 | <input type="checkbox"/> 血液内科 | <input type="checkbox"/> リウマチ科 |
| <input type="checkbox"/> 心療内科 | <input type="checkbox"/> アレルギー科 | <input type="checkbox"/> 麻酔科 |
| <input type="checkbox"/> その他() | | |

(5)対応可能な診療内容についてお知らせ下さい。

- | | | |
|-----------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 点滴の管理 | <input type="checkbox"/> 気管切開部の処置 | <input type="checkbox"/> 尿カテーテル(留置カテーテル等) |
| <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧・心拍等) | <input type="checkbox"/> 酸素療法 | <input type="checkbox"/> レスピレーター(人工呼吸器) |
| <input type="checkbox"/> 経管栄養 | <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 | <input type="checkbox"/> 胃瘻の管理 |
| <input type="checkbox"/> 在宅ターミナルケアの対応 | <input type="checkbox"/> 疼痛の管理 | <input type="checkbox"/> 褥瘡の管理 |
| <input type="checkbox"/> 人工膀胱の管理 | <input type="checkbox"/> 腹膜透析 | <input type="checkbox"/> 人工肛門の管理 |
| <input type="checkbox"/> その他() | | |

(6)在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の届け出はしておりますか。

- ☐ はい → 届け出は(・支援診(病)1 ・支援診(病)2 ・支援診(病)3)である。
- ☐ いいえ

(7)-1 在宅その他の施設で管理している患者数は何人おられますか。(概数で結構です)()人

(7)-2 その内訳を教えてください。

- ①自宅 ()人
- ②特別養護老人ホーム・介護老人保健施設 ()人
- ③有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅等 ()人

(8)訪問診療以外の往診(一過性の疾患・急性増悪等)は月に何件程度ありますか。

月()件程度

(9)在宅での看取り件数は年間何件程度ありますか。

年間()件程度

(10)末期がん患者の訪問診療を行っておられる際はここ数年の年間患者数をお知らせください。

年間()人

(11)今後の貴院での在宅医療の意向をお聞かせください。

- ☐ 現状程度で維持
- ☐ 患者数を増やしたい
- ☐ 患者数を減らしたい
- ☐ 中止したい
- ☐ 今後取り組みたい

(12)現在、在宅医療を行ううえで困っていること、問題点がありましたら、自由にご記入下さい。

*****アンケートへのご協力をありがとうございました*****

平成29年度 在宅医療に関するアンケート調査（病院用）

1. 調査目的

在宅医療を推進するうえで、入院受け入れ病院における退院調整に係る実態と課題等を把握する。

2. 調査対象

管内病院 22ヶ所

3. 調査方法

病院訪問により聞き取り調査を行う。

調査対象者は、看護師長及び医療連携室担当者等とする。

4. 調査期間

平成29年7月～8月

5. 調査内容

○在宅医療への移行調整における現状と課題

(1) 医師から在宅医療への移行調整の指示が出る患者の病態について

①がん患者の場合

- ☐ 点滴治療が必要な患者
- ☐ 気管切開部の処置が必要な患者
- ☐ 尿カテーテルを導入している患者
- ☐ 酸素療法の患者
- ☐ 人工呼吸器の患者
- ☐ 経管栄養の患者
- ☐ 中心静脈栄養の患者
- ☐ 胃瘻の管理が必要な患者
- ☐ 在宅ターミナルケア対応の患者
- ☐ 疼痛の管理（麻薬使用）が必要な患者
- ☐ 褥瘡の管理が必要な患者
- ☐ 人工膀胱の管理が必要な患者
- ☐ 腹膜透析患者
- ☐ 人工肛門の管理が必要な患者
- ☐ リハビリが必要な患者
- ☐ その他（ ）

②非がん（がん以外）患者の場合

- ☐ 点滴治療が必要な患者
- ☐ 気管切開部の処置が必要な患者
- ☐ 尿カテーテルを導入している患者
- ☐ 酸素療法の患者
- ☐ 人工呼吸器の患者
- ☐ 経管栄養の患者
- ☐ 中心静脈栄養の患者
- ☐ 胃瘻の管理が必要な患者
- ☐ 在宅ターミナルケア対応の患者
- ☐ 疼痛の管理（麻薬管理）が必要な患者
- ☐ 褥瘡の管理が必要な患者
- ☐ 人工膀胱の管理が必要な患者
- ☐ 腹膜透析患者
- ☐ 人工肛門の管理が必要な患者
- ☐ リハビリが必要な患者
- ☐ その他（ ）

(2) 在宅医療への移行調整が困難なケースについて

①受け皿について課題と感じていること

- ☐ 訪問診療可能な医療機関が不足
- ☐ 訪問看護事業所が不足
- ☐ 地域により、往診医の数や体制（24時間対応や在宅で行う医療行為等）に差がある
- ☐ 地域的に患者が集中し、受け皿となる医師の負担が大きくなっており、依頼を躊躇する
- ☐ がん末期等で中心静脈栄養や疼痛コントロール等の医療処置が必要な場合、対応可能なクリニックが少ない、また、偏在している
- ☐ がん末期患者のペインコントロール（麻薬の管理）に対応できる開業医が不足
- ☐ 神経難病患者に対応できる開業医が不足
- ☐ 専門分野に対応できる開業医が不足
- ☐ 訪問リハビリが必要な患者に対応できる医療機関、訪問看護事業所が不足

☐地域の受け皿（医療機関、訪問看護等）の情報がわからない

☐その他（ ）

②病院において課題と感じていること

☐在宅医療等に関する医療スタッフの知識不足

例：在宅療養生活場面を想定して、手技や指導、在宅医療の準備を進めることが困難

具体的には

☐在宅医療等に向けた院内の体制整備

例：病院として、地域との連携の在り方が不明瞭

具体的には

☐在宅医療機関等との連携強化・情報共有化

例：地域のクリニックの特色の把握が困難

具体的には

☐在宅医療のサポート体制（急変時の受け入れ、レスパイト入院など）の整備

例：緩和ケア病棟をもっていないため、終末期の緊急入院やレスパイト入院が受けられない

具体的には

☐退院調整に関する課題

例：退院調整を行う人員不足。病院収益に関して診療報酬のインセンティブが不足

具体的には

☐その他の課題

具体的には

（３）その他在宅医療への移行調整について、感じていること