

2010（平成 22）年度在宅医療助成 指定公募（後期）

完了報告書

テーマ； 看取りを伴う在宅医療の地域ネットワーク作りー

「在宅医のグループ化と多職種連携；

在宅医療ネットワークミーティング」

申請者名； 野村良彦

所属機関・職名； 社団法人横須賀市医師会（野村内科クリニック）・
地域保健対策委員会委員長（院長）

所属機関所在地； 神奈川県横須賀市田戸台 36-1

提出年月日； 平成 24 年 2 月 28 日

はじめに；わが国ではすでに超高齢化社会の到来に呼応する医療制度改革が着手されているが、地域医療においては今後加速度的に増大する高齢者人口とその疾患管理や終末期医療に対応するには幾多の課題を抱えており、現在、積極的に在宅医療に取り組む個々の診療所のマンパワー面からも限界状況を迎えていると考えられる。加えて、今後急増すると見込まれる在宅医療対象患者、とりわけ在宅や介護施設での看取りに関する地域の対応力についても、切れ目のない医療と介護や病院と診療所の連携、あるいは24時間対応などに関して、多くの未整備な諸点があることが認識されている。その中でも、その中心的な役割が期待されている在宅療養支援診療所（以下支援診）の活動の在り方、さらには行政との連動部分や地域福祉～介護との連携部分などについては、いまだ十分な対応がなされていない状況であり、最も急ぎ解決すべき課題であると認識する。

目的；市内の支援診を中心とする在宅医療に対応する診療所を中心として、会員のグループ化と特性認識を推進し、今後さらに急増すると見込まれる病院からのさまざまな病状の終末期退院患者の在宅医療への受け入れと、適切な介護福祉との連携の在り方を模索し、より良質の看取り医療・介護の提供を目的とする。そのために、看取りの在宅医療推進を担う実務的な会員組織として在宅医療に参加する会員のグループを機能強化する。

方法；①当医師会既存の「在宅医療検討会」を発展的に訪問看護ステーション、介護支援事業所 {ケアマネジャー} および行政関連の多職種参加の《在宅医療ネットワークミーティング》として運営し、年複数回、地域の在宅医療に関連するテーマでの勉強会（講演会+パネルディスカッション）を開催する。

②地域医療推進課との連携で地域の医療介護福祉関係諸団体が包括的に参加して運営される《在宅療養連携会議》活動の中で、在宅療養や看取りに関する市民啓発と地域連携推進のためのシンポジウム開催に協力し、かつ経年的に地域の在宅療養推進のための施策を模索してゆく包括的在宅療養連携推進活動を展開する。

③在宅療養、あるいは看取り医療推進に関して、病院と診療所の連携実態と今後への課題抽出のため、診療所医師、病院勤務医師の双方向に「看取り医療連携推進ガイドライン作成のためのアンケート」を実施する。

④当医師会ですでに運用している「地域連携クリティカルパス」の開発に際して利用されているパス関連診療情報携帯のためのパーソナルファイル《リンクパスポート》を活用する。すなわち病院から退院する在宅療養患者の診療情報や介護関係書類、諸検査データや診察券・保険証などを収納して、在宅での多職種参加の看取り連携に役立てるよう、市内の急性期病院連携室あるいは退院調整室機能と連動してそれを試験的に200部発行配布する。また、それに際して同封冊子「薬と飲食物の相互作用」を作成し、薬剤師との連携にも配慮した。

⑤市内の診療所のさまざまな特性情報を収納記載した「地域医療連携のためのマップ」を

市内全医療機関、保健福祉行政関連部署および訪問看護ステーション、介護支援事業所に配布すると同時に、IT 利用推進策として、当医師会のホームページ上から閲覧検索できるように WEB データー化する。

⑥また、《在宅医療ネットワークミーティング》に参加する会員のメーリングリスト（在宅療養ネットワークミーティング幹事会参加者名簿+メールアドレス）を作成し、これを当医師会の SNS ネットワークシステム上で運用（WEB 会議室の開設）する。

⑦先のアンケートと集計結果から病診連携において、切れ目なく円滑に看取りの在宅医療に移行するための要点を抽出し、それをマニュアル化した「看取り医療連携のためのガイドライン」を作成する。

経過と結果；本研究に沿った一連の講演会～会議活動は資料 1 のごとくである。また、実施したアンケート集計結果も資料 2 のごとくである。今回のアンケートは診療所、病院で経験する看取り患者の流れを中心に、それぞれの群別にその特性や問題点を評価抽出した。アンケート発送数(回収率)は診療所向け 293 件 (36 件;12.3%)、病院勤務医向け 394 件 (89 件;22.6%) であった。まず、診療所で看取る場合の最も多い患者群は A) 自院で外来通院経過を追ってそのまま在宅療養に移行した群；39.1 %であり、ついで D) 病院から紹介されて看取りに移行した患者群；34.5%、B) 自院の患者が病状悪化によりいったん病院に入院してから在宅で看取った場合；17.8%、C) 他の診療所からの転院で看取りを行った場合；9.0%の順であり、対応がしにくい順は C→D→B→A の順であった。他方、病院勤務医へのアンケートからは、最も多い看取り患者群は B) 自院の外来から入院して看取った患者群；34.9%であり、ついで診療所からの病状悪化紹介で入院してそのまま看取った患者群；23.6%、E) 診療所からの紹介入院後、他の介護療養型施設へ転院して看取られた患者群；19.4%、そして、最も少なかったのは B) 自院での継続外来通院のまま入院することなく在宅医療に移行して看取った患者群；6.1%であったが、各群の対応しにくさについてはあまり差がみられなかった。

看取り患者の病名（病状）では診療所；A) 自院で管理、あるいは他診療所からの転院患者群では老衰での看取りが多かったのに対し、その他の群では悪性疾患、呼吸器疾患が多いという差がみられた。病院；がん、脳血管障害、心疾患の順でいずれの群でも同様に多かった。

また、施設転院群では神経疾患が多いという特徴も認められた。次に診療所から診療所、または病院への転院の場合(診療所の C 群、病院の B 群)の診療情報提供書の有無についての設問回答では診療所・病院ともにありの場合が多い (76.6%・74.8%) が、それがなく場合も少なくなく (23.4%、27.4%)、その場合には診療所では「患者が直接受診 (35.7%)」したり、「ケアマネが介入 (48.7%)」することが多く見られた。他方、病院退院時の診療所への診療情報提供はほとんどの場合行われていた (診療所医師回答の 96.3%、病院医師回答の 95.3%) が、その内容について「不十分～不満であることがよくある」と診療所医師の

28.6%に指摘されていた。また退院前の連絡も「かならず～たいていある」が83.1%であったが、「ほとんどない」場合も17.9%であり、さらに退院前の共同診療実施もあまり実施されていない（「ほとんどない」7.4%、「皆無」63.0%）との結果であった。

しかしそれに対し、病院勤務医師へのアンケートでは退院前の共同診療実施は「したことがある」と回答した医師は25名（35.7%）であり、診療所側が受けている印象よりは実施している医師は多いと考えられた。また、診療情報提供後の返信または経過報告があまり診療所側から得られていない実態も指摘（「あまり～ほとんどない」；39.8%）されているようであり、診療所医師の今後の努力課題といえよう。

つぎに診療所医師から病院医師に対する退院準備としてのニーズとしては

- ① 診療開始前の本人または家族の受診；19.6%
- ② 病状悪化時の再入院に関する配慮；18.6%
- ③ がんなどの場合の疼痛コントロール；15.0%
- ④ 退院後に必要な医療機材・物品の支給と内容伝達；13.4%
- ⑤ もっと詳細な診療情報提供；11.3% などが指摘された。

それに対し病院勤務医師の回答から退院準備としての負担感が大きいのは

- ① 退院後の在宅療養担当医の選定；18.0%
退院前のケアカンファランスや共同診療の実施；18.0%、
- ② ケアマネの選定；12.8%、
- ③ 退院後の必要物品機材の指示手配；11.3%、
- ④ 病状悪化時の入院対応；10.8% などであった。

また、実際の退院の準備調整は退院調整担当事務に任せる場合が最多（80.9%）であったが、病棟看護師長や看護師が行う場合も少なくない（8.8%）と考えられ、さらに医師自ら行う場合も回答されていた（5.9%）。

まとめ；①今回の研究成果の一つとして、その手法と予想される成果などを行政へ働きかけた結果、行政主導での地域在宅療養に関する包括的な連携と情報共有の場（在宅療養連携会議）が折よく設けられたことがあげられる。

②今回の診療所・病院への双方向のアンケート結果から、看取りに関する円滑な在宅医療への移行に関しての課題として以下の諸点があげられた。

i) 複雑な診療経緯に対応する診療所・病院医師のそれぞれの送り出しと受け入れに際しての負担が大きく、その軽減のための診療情報提供、そして円滑な在宅への移行と相互理解を深める取り組みとして必要な「退院前共同診療」や「ケアカンファランス」の実施が容易でない状況がある。

ii) 入院から在宅への移行に際して必要な退院準備作業は、担当医師にとって多職種調整や地域情報収集ほか相当な時間的労力を強いるものである。今後は病院の地域医療連携室や退院調整室機能の拡充を前提として、一定の手順（ガイドライン）をあらかじめ定め、

病診あるいは医療介護多職種連携を効率よく行う何らかの仕組みが必要である。

本研究計画では今回の研究成果をもとにしてグループ化される《在宅医療ネットワークミーティング》機能を活用し、今後具体的な「看取り医療連携推進ガイドライン」を作成する予定であるが、さらにそれを発展させての「看取り連携パス」の作成と運用、そして看取りに必要な個人情報を一括して患者自身が携帯できるパーソナルファイル「リンクパスポート」の運用を開始することで、地域の在宅療養、とりわけ看取り医療にかかわる医療介護福祉関係の多職種間連携がよりいっそう円滑に行いうると考える。

*本研究は「公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団」の助成による。

経過と結果)

①在宅医療ネットワークミーティング

- ・第3回開催 テーマ「みとり医療の地域連携を考える」
平成23年7月14日(木) 19:00 於：横須賀市医師会
87名出席（医師24名、看護師31名、ケアマネ12名、教員1名、
介護師10名、介護支援専門員1名、事務3名、その他5名）
- ・第4回開催 テーマ「地域で支える在宅療養を考える」
平成24年2月16日(木) 19:30 於：横須賀市医師会
68名出席（医師20名、看護師22名、ケアマネ9名、事務2名、
MSW2名、EM1名、行政2名、その他9名、不明1名）

②在宅医療ネットワークミーティング幹事会

- ・平成23年4月25日(月) 19:30 於：横須賀市医師会
- ・平成23年11月22日(火) 19:30 於：横須賀市医師会

③地域保健対策・病診連携合同委員会

- ・第1回開催 平成23年7月4日(月) 19:30 於：横須賀市医師会
- ・第2回開催 平成23年11月24日(木) 19:30 於：横須賀市医師会
- ・第3回開催 平成24年2月2日(木) 19:30 於：横須賀市医師会

④医療情報システム検討委員会

- ・第1回開催 平成23年6月22日(水) 19:30 於：横須賀市医師会
- ・第2回開催 平成23年9月14日(水) 19:30 於：横須賀市医師会
- ・第3回開催 平成24年1月18日(水) 19:30 於：横須賀市医師会

⑤在宅療養連携会議

- ・第3回開催 平成23年11月17日(木) 13:30 於：ウェルティ市民プラザ
- ・第4回開催 平成24年2月6日(月) 13:30 於：ウェルティ市民プラザ

⑥みんなで支える在宅医療シンポジウム

- ・最期まで生きる～在宅療養を支える医療と福祉～
平成23年12月11日(日) 13:30 於：横須賀市総合福祉会館
350名出席

勇美財団助成研究

「みとり連携に関するネットワークづくり」 に関するアンケート【診療所】

アンケート発送数: 293 件	回答数: 36 件	回収率: 12.3%
-----------------	-----------	------------

※みとりの実施がなく未記入 7 件含む

診療経緯の分類

- A 自院で外来から継続して診療していてそのまま在宅医療に移行し、病状悪化してもみとった患者
- B 自院で外来から継続して診療していて病状悪化し、いったん入院したのちにみとり医療に移行した患者
- C 他の診療所で通院または往診を受けていて、最終的に貴院へ転医してみとり医療を行った患者
- D 病院からの退院後にみとり医療に移行した患者(新規紹介患者を含む)

設問1) 分類A～Dのそれぞれのおおよその割合をご回答ください。

A 平均 39.1%	B 平均 17.8%	C 平均 9%	D 平均 34.5%	(27 件中)
------------	------------	---------	------------	---------

A	0～20% : 11(40.7%)	21～40% : 3(11.1%)	41～60% : 5(18.5%)
	61～80% : 5(18.5%)	81～100% : 3(11.1%)	
B	0～20% : 19(70.4%)	21～40% : 4(14.8%)	41～60% : 3(11.1%)
	61～80% : 0	81～100% : 1(3.7%)	
C	0～20% : 24(88.9%)	21～40% : 2(7.4%)	41～60% : 0
	61～80% : 1(3.7%)	81～100% : 0	
D	0～20% : 12(44.4%)	21～40% : 6(22.2%)	41～60% : 2(7.4%)
	61～80% : 4(14.8%)	81～100% : 3(11.1%)	

設問2) それぞれの分類別にみとり医療を行うのに際して、対応しにくい順にお答えください。またその理由は为什么呢？

A 平均 3.4 位	B 平均 3.1 位	C 平均 1.3 位	D 平均 1.8 位
------------	------------	------------	------------

A	1 位 : 1(5.3%)	2 位 : 3(15.8%)	3 位 : 2(10.5%)	4 位 : 13(68.4%)
B	1 位 : 1(5.3%)	2 位 : 1(5.3%)	3 位 : 13(68.4%)	4 位 : 4(21.1%)
C	1 位 : 13(68.4%)	2 位 : 6(31.6%)	3 位 : 0	4 位 : 0
D	1 位 : 6(33.3%)	2 位 : 10(55.6%)	3 位 : 2(11.1%)	4 位 : 0

【理由】〈順位〉

- ・本人、家族の人となり、性格、考え方のわからない人は対応がむずかしい。〈DC〉
- ・患者、御家族との信頼関係を築く時間がない。〈CDBA〉
- ・みとり医療に対する理解の違いなどがみられるため。コミュニケーションがとれない早い段階で亡くなるケースが多いため(末期癌などで最重症のケースが多い)。〈DCBA〉
- ・患者様と御家族を含めてこれまでコミュニケーションをとれているかどうか問題になる

為。〈DCBA〉

- ・Cはできれば自院で見てもらいたい。Dは突然紹介状を持って家族が来院、往診住所(範囲)外の時に困る。〈CDBA〉
- ・情報提供が不十分。本人、家族との信頼関係の構築をする時間が短い。〈DCBA〉
- ・家にいる事を希望されていれば対応は難しくなる。ABは情報が充分にある。〈CDAB〉
- ・当科(精神科)の性質によります。〈DCBA〉
- ・病状詳細の が不十分となることが多い。入院中の経過詳細や 内容が不明不一致あり。経時的あるいは断続的な病状把握、インフォームドコンセントが 。直前、事後連絡で十分な準備が出来ない。〈CDBA〉
- ・診療方針の選択肢の相違。例、できるだけ延命するか、ナチュラルコースをとるか。〈DCBA〉
- ・一度病院で入院 をして、最終診断が確定すると、全ての方針が自動的に決定する。〈CADB〉
- ・治療方針の相違がする場合(特に点滴の継続可否に関して)。〈CDBA〉
- ・治療方針の違い。〈CDAB〉
- ・中心静脈栄養、胃瘻の管理が当院で出来ない。〈B〉
- ・余後1ヶ月の時点での紹介でしたので家族の方との意志の疎通を十分にとることができませんでした。〈CA〉
- ・みどり医療に移行する時間(日数)が少ない時。〈CDBA〉
- ・転医の経路と対応しにくさは余り関係ない。患者本人と家族の状況と覚悟が大いに影響する。強いて比較すれば、BDの方がいざというときに入院を頼みやすいので対応しやすいかもしれない。〈未回答〉
- ・ケースバイケースで順位はつけられない〈未回答〉
- ・すべて対応するので順位はない〈未回答〉
- ・ほとんどDなので順位はつけられません〈未回答〉
- ・特に対応しにくくありません〈未回答〉
- ・対応しにくいことはありません〈未回答〉

設問3) それぞれの分類の中で、最も多かった病名(または病状)はどのようなものでしょうか?

- A 老衰 21, 悪性腫瘍 2, がん 1, がん末期 1, 乳がん 1, 胃がん 1, 悪性疾患 1, 慢性心不全 2, 心房細動 1, 認知症 2, アルツハイマー型認知症 1, 脳血管障害 1, 脳血管障害後後遺症 1, 肺炎 1, 肺高血圧 1, COPD 1, 自分で食べない、食べられない 1,
- B 悪性腫瘍 4, がん 2, 老衰 2, 老衰肺炎 1, 肺炎 2, 誤嚥性肺炎 1, 呼吸不全 1, 呼吸器疾患 1, 腎不全 2, 認知症 2, アルツハイマー型認知症 1, 脳梗塞 1, 脳卒中後遺症 1, 廃用症候群 1, 摂食障害 1, 大腿骨頸部骨折 1,
- C 老衰 5, 脳梗塞 2, 脳血管疾患 1, がん 1, 肺がん 1, がん(乳、肺、骨髄腫) 1, 悪性疾患 1, 認知症 1, 廃用症候群 1, ADL低下 1,

- D 悪性腫瘍 5, がん 5, がん末期 4, 胃がん 1, 消化器がん 1,
悪性疾患 1, COPD 1, 脳梗塞後遺症(嚥下困難) 1,
アルツハイマー型認知症 1, 摂食障害 1, 胃瘻 1,

設問4) 分類Cの場合についてお伺いします。

ア] 診療情報提供書を介して連携のもとに転医した場合とそうでない場合の比率をご回答ください。

【情報提供あり】 平均 76.6% (22件中)

0~20% : 1(4.5%) 21~40% : 1(4.5%) 41~60% : 3(13.6%) 61~80% : 0
81~100% : 17(77.3%)

【情報提供なし】 平均 23.4%

0~20% : 17(77.3%) 21~40% : 0 41~60% : 3(13.6%) 61~80% : 1(4.5%)
81~100% : 1(4.5%)

イ] 診療情報提供書がない場合、患者が直接依頼してきた場合とケアマネが介した場合の比率をお答えください。

【患者から直接】 平均 35.7% (15件中)

0~20% : 7(46.7%) 21~40% : 2(13.3%) 41~60% : 3(20.0%)
61~80% : 1(6.7%) 81~100% : 2(13.3%)

【ケアマネが介入】 平均 48.7%

0~20% : 5(33.3%) 21~40% : 1(6.7%) 41~60% : 4(26.7%)
61~80% : 2(13.3%) 81~100% : 3(20.0%)

【その他】 平均 15.5%

0~20% : 11(73.3%) 21~40% : 2(13.3%) 41~60% : 1(6.7%)
61~80% : 0 81~100% : 1(6.7%)※家族

設問5) 分類BおよびDの場合についてお伺いします。

ア] 退院時に診療情報提供がなかったことはありますか？

①よくある : 1(3.7%) ②あまりない : 6(22.2%) ③ほとんどない : 20(74.1%)

イ] 診療情報提供書の内容について不十分または不満足であったことはありますか？

①よくある : 8(28.6%) ②あまりない : 14(50.0%) ③ほとんどない : 16(57.1%)
※他院からの紹介 1

ウ] 退院前の連絡はありましたか？

①かならずあった : 5(17.9%) ②たいていはあった : 18(64.3%)
③ほとんどなかった : 5(17.9%)

エ] 「退院前共同診療」を行ったことはありますか？

①しばしば : 2(7.4%) ②ときに : 6(22.2%) ③ほとんど(ない) : 2(7.4%)
④皆無 : 17(63.0%)

オ] 退院までに病院で行って欲しい準備内容や連携手順についてお尋ねします。以下の項目で必要と思われるものに○をつけてその優先度の高いもの順に番号を振ってください。

【必要と思われるもの】

- ①もっと詳細な診療情報提供(画像・検査データ、病状経過～本人/家族への告知内容など) : 11(11.3%)
- ②もっと早い時期の退院連絡 : 8(8.2%)
- ③退院前共同診療実施の呼びかけ : 4(4.1%)
- ④訪問看護指示書発行に関する連絡 : 9(9.3%)
- ⑤ケアマネの選定やケアカンファランス内容の伝達 : 8(8.2%)
- ⑥「意見書」発行 : 4(4.1%)
- ⑦診療開始前の本人または家族の来院 : 19(19.6%)
- ⑧病状悪化時の再入院に関する配慮 : 18(18.6%)
- ⑨がんなどの場合の疼痛コントロール : 14(14.4%)
- ⑩退院後必要な医療器材・物品の支給と内容伝達 : 13(13.4%)
- ⑪その他[自由記載]
 - ・死生観に踏み込めるようエスコートを。
 - ・死亡診断書用データ、発病日、手術年月日→なくてもなんとかなる。

【優先度の高い順】

※1位に10点～10位に1点の加点をして順位を決定。

- ⑦(114点) : ⑧(110点) : ①(89点) : ⑨(80点) : ⑩(73点) : ②(52点) :
- ⑤(42点) : ④(34点) : ③(31点) : ⑥(7点)

設問6) 今回のアンケート内容によらず、ネットワーク構築や在宅医療全般に関するご意見やご要望などお寄せください。

- ・尊厳死さらに安楽死をタブー視せずに世に問うべき。
- ・病院(入院)医療と在宅看取り医療は別物なので、情報の共有はあっても、指示系統、方針に関しては在宅医にゆだねてほしい。
- ・災害時の対応～3.11後 地域でどのように対応したのか情報があれば知りたいです。
- ・当院は外来血液透析施設です。在宅での看取り希望の患者さんが徐々にでてきて、訪問Ns.往診医の先生に御依頼しております。

勇美財団助成研究

病診連携在宅医療推進ガイドライン 作成のためのアンケート【病院】

アンケート発送数:394件	回答数:89件	回収率:22.6%
---------------	---------	-----------

※みとりの実施がなくすべて未記入6件含む

診療経緯の分類

- A 貴院で継続した外来診療から、入院せず(自院または他の医療機関による)在宅医療に移行した患者
- B 貴院で継続した外来診療から、自院に入院したのちにみとった患者
- C 他の診療所で通院または往診/訪問診療を受けていて、貴院入退院後、他の診療機関での在宅医療に移行した患者
- D 他の診療所で通院または往診/訪問診療を受けていて、貴院入退院後、そのままみとった患者
- E 他の診療所で通院または往診/訪問診療を受けていて、貴院入退院後、他の療養病床または介護施設に転出した患者

設問1) 分類A～Dのそれぞれのおおよその割合をご回答ください。

A 平均 6.1% B 平均 34.9% C 平均 15.6% D 平均 23.6% E 平均 19.4%
(75件中)

A	0～20% : 70(93.3%)	21～40% : 2(2.7%)	41～60% : 2(2.7%)
	61～80% : 1(1.3%)	81～100% : 0	
B	0～20% : 34(45.9%)	21～40% : 13(17.6%)	41～60% : 12(16.2%)
	61～80% : 7(9.5%)	81～100% : 8(10.8%)	
C	0～20% : 58(76.3%)	21～40% : 12(15.8%)	41～60% : 4(5.3%)
	61～80% : 1(1.3%)	81～100% : 1(1.3%)	
D	0～20% : 48(64%)	21～40% : 14(18.7%)	41～60% : 4(5.3%)
	61～80% : 7(9.3%)	81～100% : 2(2.7%)	
E	0～20% : 52(69.3%)	21～40% : 15(20%)	41～60% : 5(6.7%)
	61～80% : 3(4.0%)	81～100% : 0	

設問2) それぞれの分類別にみとり医療を行うのに際し、望ましい対応がしにくいと思われる診療経緯の順をお答えください。またその理由はなんですか？

A 平均 2.8位 B 平均 3.8位 C 平均 2.7位 D 平均 2.7位 E 平均 2.3位

A	1位 : 20(34.5%)	2位 : 7(12.1%)	3位 : 7(12.1%)	4位 : 11(19.0%)	5位 : 13(22.4%)
B	1位 : 8(13.8%)	2位 : 5(8.6%)	3位 : 3(5.2%)	4位 : 17(29.3%)	5位 : 25(43.1%)
C	1位 : 7(12.1%)	2位 : 20(34.5%)	3位 : 20(34.5%)	4位 : 8(13.8%)	5位 : 3(5.2%)
D	1位 : 16(27.6%)	2位 : 10(17.2%)	3位 : 13(22.4%)	4位 : 15(25.9%)	5位 : 4(6.9%)
E	1位 : 21(36.2%)	2位 : 15(25.9%)	3位 : 11(19.0%)	4位 : 4(6.9%)	5位 : 7(12.1%)

【理由】〈順位〉

- ・ACとも、在宅医療の体制が整っていない(少なくとも、みとり対象になる重症患者はスムーズな在宅への移行はできない)事、患者家族の準備はすぐにはできない(物理的にも精神的にも)事が理由です。慢性的経過で在宅療養環境が整備されており、かつ悪化原因が何であれ、患者の死を受容できる家族がいればACとも可能でしょうが、極めて稀な状況です(今までいません)。※1〈ACEDB〉
- ・他院での説明とくいちがうことがある。〈ECDBA〉
- ・CAは在宅介護困難例が多い。Eは施設の受け入れが困難な場合が多い。〈CAE〉
- ・ベットが足りないから。〈B〉
- ・他施設で治療されていた場合、治療方針が情報として伝わってこなかったり、明確でなかったり、そもそも無かったりする場合があります。在宅その他、他施設への転出を納得していただけない場合があります。〈DECAB〉
- ・一度入院するとなかなか転出が決まらない。〈DECAB〉
- ・入院せずに紹介先と連絡をつけるのは時間的な制限があり難しい。在宅医療への手配は労力が大変大きい。依頼先によっても可能な処置が一定せず、結局うまくいかないことが多い。〈ACEDB〉
- ・Cは在宅医療の往診医の選定が難しいため。Aは在宅医療を直ちに受け入れる家族はほとんどいないと思われるため。Eは転院にあたっての手間と日数がかかる。〈CAEDB〉
- ・患者、家族との関係の構築が困難(今までの診療所の先生への信頼が強い)。病院の状況への理解がない(病院だから〇〇できるはず。と考える家族が多い)。〈DECBA〉
- ・Dはもとの先生が在宅でなければ他の先生にお願いする。医者2人のなれの問題。Bは当院に通院中だと、当院で亡くなるのがあたり前となっている。Aはお話する時間が短い。〈DBECA〉
- ・満床の場合対応困難となりうる。〈B〉
- ・家族が自宅療養を希望せず入院を強く希望する。〈A????B〉
- ・Cはもとの施設に戻れない理由が不明確(押しつけられている)。Dは終末期の対応が確立されておらずに入院、何もせずに死亡確認のケースが多い(QOLは低い)。Eは入院期間が延びる。Bはやむを得ない。AはQOLの観点からは最も良いのではないか。〈CDEBA〉
- ・自宅での介護能力の欠如(人数、経済的)。平素からの家族・本人の「死についての会話」のなさ。大きな病院に入れて看とってもらうことが死にゆく人に対し一番の選択と思いこんで疑わない想像力のなさ。〈AEDCB〉
- ・在宅死がうけいれられない現状。老一老介護。お金等。〈BEDCA〉
- ・Aは終末期を受け入れるまで時間がかかる。Eは放置、手放す感じにさせてしまう。Cはなかなか在宅医療が見つからない。DBは病院で最後までみとれる。〈AECDB〉
- ・もとの施設でなかなかひきとってもらえない。〈E〉
- ・他にまかせたままになるので。〈CAEDB〉
- ・診療の継続性が一番の問題と思います。〈ECDAB〉
- ・病診連携がうまくとれておらず、入院前の経過が詳しく把握しづらいと思いました。〈DCABE〉
- ・お話が充分できない。〈ADCEB〉

- ・Aは一度入院しないとゆっくり対応できない。Dは3Fは急性期だからいられない。Cはstromaなどは施設が受容しない。Bは特に支障なし。EはMSWがやってくれる。〈ADCBE〉
- ・Eは施設待ちが長くなる。Cは家族の受け入れができないことが多い。〈ECD〉
- ・Aは入院治療なしで在宅をお願いできない。Cはみとりを依頼できる医療機関がない。
- ・みとりまでの接触時間が短い程難しい。〈ECDBA〉
- ・EDは方針不明が多い。〈EDCBA〉
- ・ECはもともと通院していたクリニックで往診を行っていないとき、新たに紹介しなくてはならない。〈ECDBA〉
- ・延命処置をしないことが前提であるにも拘わらず、病院に搬送されてくるのは矛盾している。かなり衰弱した状態になってから病院にかかるので、病状の急性期を超えてから、在宅や元のホームに戻るできないことや、入院期間がとても長くなってしまふことが多い。〈D〉
- ・Aは通常困難。Cは家が遠いなどの特殊な事情がなければ行わない。Eは院内に施設がある為、通常行わない。〈(ACEが同1位)BD〉
- ・ABCは症例ないため。〈ABCDE〉
- ・施設にすぐ入所できない。〈EDCBA〉
- ・予防治療をしていたが、出血など突然発症し、家族の受け入れ困難。〈D〉
- ・Aは経過が分からないから。Dが一番経過が分かるから。〈AB(CEが同3位)D〉
- ・Eは療養病棟に空がない。ACは在宅を行っているか不明。〈EACDB〉
- ・当院では本人、家族の精神的なケアができない。スタッフ、時間とも不足。〈DBAEC〉
- ・Aは十分なICがされてないことが多い。Cは往診→入院→往診はスムーズ。通院→入院→往診は連携先を探すのがむづかしい。〈AC〉
- ・とくに退院後、通院していた診療所での往診対応にもどせないことがある。〈DC〉
- ・本来であれば末期状態の患者は、ホスピスか在宅が望ましいと思う。外科で終末期医療をやる事が多い現状だが、外科では十分な対応ができていないとは思えない。〈B〉
- ・みとり医療ができるレベルが不明(守備範囲)。〈AECDB〉
- ・Aは家族の同意がえにくい。Cは受け入れがスムーズでない。DBEは特に問題ない。〈ACDBE〉
- ・Aは在宅担当医の了承が得にくい(キャパがいっぱい)。Eは入院先の混雑。Cは患者の希望。〈AEC(BDが同4位)〉
- ・ACは家族やかかりつけ医の理解が得られない。Eは施設の理解が得られない。〈ACE〉
- ・BDはベッドの占拠。Eは受け入れ先がない。ACは家族の負担。〈BDEAC〉
- ・患者の受け入れ、往診医の受け入れ。〈AEDCB〉
- ・前医の病状説明の情報が乏しい場合対応が難しいと感じます。〈D???B〉
- ・Eは受入れ基準。ACは介護人員不足。BDは入院期間、平均入院日数の延長。〈E(ACが同2位)(BDが同4位)〉
- ・Eは介護施設ではおみとりがなされない現状がある。Cは在宅でのおみとりを希望しないことがある。Dはこれまでの経過が分かりずらく、信頼関係が築けていない。Aは在宅でのみとり希望がはっきりしているので対応はしやすい。Bは家族、患者との信頼関係が築けているので対応はしやすい。〈ECDAB〉
- ・Eは少し熱が出るとすぐに病院に戻ってくる。Aは患者の家族の同意が得にくい。〈EADCB〉

- ・対応しにくい順は特になし。〈未回答〉
- ・どれも大差なし。〈未回答〉
- ・良くわかりません。〈未回答〉
- ・経験した症例が少ないのでわかりません。〈未回答〉

設問3) それぞれの分類の中で、最も多かったと思われる病名(または病状)はどのようなものでしょうか？ 最も多い病名[病状]を一つ選んで○で囲ってください。

- A がん : 23(54.8%) 脳血管障害 : 6(14.3%) 心疾患 : 4(9.5%)
慢性閉塞性肺疾患 : 1(2.4%) 関節・筋骨格疾患 : 1(2.4%)
神経疾患[認知症を含む] : 7(16.7%)
- B がん : 46(75.4%) 脳血管障害 : 6(9.8%) 心疾患 : 3(4.9%)
慢性閉塞性肺疾患 : 1(1.6%) 関節・筋骨格疾患 : 3(4.9%)
神経疾患[認知症を含む] : 2(3.3%)
- C がん : 27(51.9%) 脳血管障害 : 12(23.1%) 心疾患 : 4(7.7%)
慢性閉塞性肺疾患 : 2(3.8%) 関節・筋骨格疾患 : 0
神経疾患[認知症を含む] : 7(13.5%)
- D がん : 32(56.1%) 脳血管障害 : 11(19.3%) 心疾患 : 6(10.5%)
※嚔下性肺炎を含む1件
慢性閉塞性肺疾患 : 1(1.8%) 関節・筋骨格疾患 : 2(3.5%)
神経疾患[認知症を含む] : 5(8.8%)
- E がん : 27(46.6%) 脳血管障害 : 17(29.3%) 心疾患 : 2(3.4%)
※嚔下性肺炎を含む1件
慢性閉塞性肺疾患 : 3(5.2%) 関節・筋骨格疾患 : 2(3.4%)
神経疾患[認知症を含む] : 7(12.1%)

設問4) 分類AまたはDの場合についてお伺いします。

ア) 診療情報提供書を介して連携のもとに入院した場合とそうでない場合の比率をご回答ください。

【情報提供あり】 平均 74.8% (65件中)

0~20% : 6(9.2%) 21~40% : 4(6.2%) 41~60% : 11(16.9%)
61~80% : 14(21.5%) 81~100% : 30(46.2%)

【情報提供なし】 平均 27.6%

0~20% : 38(58.5%) 21~40% : 8(12.3%) 41~60% : 11(16.9%)
61~80% : 4(6.2%) 81~100% : 4(6.2%)

イ) 貴院退院に際して診療情報提供書を発行しないことがありましたか？

- ①よくある : 3(4.3%) ②あまりない : 4(5.7%) ③ほとんどない : 16(22.9%)
④必ず提供している : 47(67.1%)

それはどのような場合でしたか？ その理由や状況をお答えください。

【よくある】

- ・通常記載する。

【あまりない】

- ・みとりの患者が少ない。

【ほとんどない】

- ・④のつもりだが、忘れていたケースはあるかもしれない。併診の場合は、どうしても100%発行できない場合はある。
- ・かかりつけ医を受診せずに救急入院となった場合。
- ・かかりつけor施設に入所中の人が多いから。
- ・施設からの紹介で入院となった場合、必ずそれまでの経過を記した書類(医師から)を後からでも送付するよう再三説明するが、それを怠る施設には返書しないことにしている。
- ・かかりつけ医が明確でない場合。

【必ず提供している】

- ・治療の継続(どんな型であれ)依頼するわけであり診療情報提供は常識である。
- ・転院、診療所への逆紹介の場合。
- ・紹介状持参した場合は、原則発行するが、ドクターによって徹底の割合に差があるのも事実。
- ・必ず提供しているはず。
- ・入院中の経過は、必ず報告しています。
- ・必要だから。
- ・退院後の受け入れがはっきりしている時には必ず発行している。
- ・他の診療所で通院、または往診中の患者様は土日の時間帯に救急外来経由で当院にかかることが多いため、診療情報提供がなく、症例を把握するのが難しい。

【未回答】

- ・希望があれば記している。

ウ] 「退院前共同診療」は退院後の在宅療養担当医が病院に赴いて診療情報提供を受けるもので、それにより病院側、診療所に所定の診療報酬請求が可能ですが、先生の担当患者について「退院前共同診療」を実施したことがありますか？

- ①ある : 25(35.7%) ②ない : 45(64.3%)

それはどのような場合でしたか？ 疾患や病状などの特徴をお答えください。

【ある】

- ・当科に入院早々、治療の希望が全くなく一刻も早く帰宅を希望されている終末期と考えられるPt。
- ・認知症状があり、服薬なども正確にできず、家族のサポートも乏しい患者でした。訪問看護のスタッフにも介入していただきました。
- ・患者の家族に不安が強いとき。
- ・がん。時間に余裕がありケアマネージャー、訪問看護師とも決っていた。

- ・在宅往診医との面接。
- ・原発不明癌患者。
- ・在宅医療へのスムーズな連携のため。主にがん患者さんのみとり目的。
- ・癌患者さんや在宅で吸引や胃瘻の介助が必要な患者さん。
- ・寝たきりの身障者(小児)で、今後の診療方針などを話しあった。
- ・脳卒中の方。
- ・急性心筋梗塞、心不全入院、元来脳梗塞嚥下障害あり、胃瘻を造設したcase。
- ・前立腺癌の骨転移。癌のみとりの場合、主治医との連携が密であることが必要。
- ・どのような疾患というよりは、どの診療所が担当するかによる。診療所がやると言えばやることが多い。
- ・元の診療所に戻る場合。疾患、病状は関係なし。
- ・依頼により胃瘻造設し紹介医へ戻したケース。
- ・みとりではなく、独居患者の在宅へ向けての相談。
- ・COPDで在宅医療へ転換のため呼吸器標榜医とケースカンファレンス後退院。末期が在宅希望に対し、対応可能医と病院とで病状ごとの受持ち分担を協議後退院。
- ・PEGあり。ストマあり。

【ない】

- ・退院前共同診療なるものをやったことはない。
- ・当院では行っていないようです。
- ・その制度の存在を初めて知りました。

エ] 紹介先からの診療情報提供後の返事や経過報告はありますか？

- ①よくある : 44(60.3%) ②あまりない : 21(28.8%) ③ほとんどない : 8(11.0%)

※コメント

- ・返事は頂きますが、経過報告はありません。
- ・(施設によります)あるところはほとんどかならず。ないところは全くありません。
- ・通常の通院に関してはほぼ返事がありますが、往診と療養型病院への転院に関しては、ほとんど返事はありません。
- ・ある先生はあるが、ない先生は全くない。
- ・全くない。

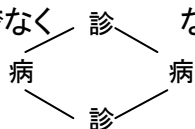
オ] 退院までに貴院で担当医が行う退院準備や多職種との連携手順についてお尋ねします。以下の項目で負担が大きい、または実行が困難であると思われるものに○をつけ、その困難度の高いもの順に3項目を選んで番号を振ってください。

【負担が大きい、または実行が困難】

- ①退院後の在宅療養担当医の選定 : 35(18.0%)
- ②詳細な診療情報提供(画像や検査データ、診断・病状経過～説明内容など)作成 : 10(5.2%)
- ③退院時期の決定と連絡 : 15(7.7%)
- ④退院前のケアカンファレンスや共同診療実施の呼びかけ : 35(18.0%)
- ⑤訪問看護指示書発行 : 10(5.2%)
- ⑥ケマネの選定 : 24(12.4%)

- ⑦「意見書」作成発行 : 8(4.1%)
 ⑧本人または家族への予後に関する具体的な病状説明 : 14(7.2%)
 ⑨病状悪化時の再入院に関する配慮 : 21(10.8%)
 ⑩退院後必要な医療材料や機器の継続使用に関する指示～手配 : 22(11.3%)
 ⑪その他[自由記載]

- ・家族、家庭の病状理解、受け入れ準備のための説明。
- ・内服薬をプリントアウトできない。
- ・通年事務量が多すぎてどれも負担。Bedの空きが全くない時があり、病状悪化時の受け入れが困難なこともあり。病診だけでなく、診 病 などの多角的な連携が必要。



- ・①はどこまで診療、対応していただけるのか、不明確。
- ・一般的には④－①－⑥－⑧が次にくると思います。
- ・書類が重荷となっている。電カルの共同利用はできないか。
- ・⑧は困難とはいえませんが受け入れに時間がかかる。
- ・在宅医が指示した方が多い場合が多い。
- ・家族の受け入れを可能にするまでの、説得する手間や、その待ち時間。
- ・ケマネは選択肢がないので選べない。
- ・当院はMSWさんがしっかり手配をすすめて下さるので、特に今のところ問題ありません。しかし、他院通院中で他院かかりつけであるにも関わらず、救急時間帯(土日を含む)に何の対応もせず、ただ、家族や施設スタッフが当院に入院診療を要請するケースが多々あるのにはこちらも憤りを感じます。

【優先度の高い順】

※1位に3点～3位に1点の加点をして順位を決定。

- ④(58点) : ①(45点) : ⑥(34点) : ⑨(30点) : ③(25点) : ⑩(22点) : ⑤(14点) :
 ⑧(13点) : ②(12点) : ⑦(7点)

カ] 在宅への退院に向けての準備調整(介護や在宅医療に関する施設や担当者選択)はどのようにされていますか？ 最も多く行う方法の番号を下記から1つ選んで○で囲んでください。

- 1)すべて自らが中心になって行うようにしている : 4(5.9%)
 2)看護師長または担当看護師に任せる : 6(8.8%)
 3)退院調節担当事務(医療相談室～退院支援室など)に任せる : 55(80.9%)
 4)あまり行っていない : 3(4.4%)
 5)その他の方法

- ・看護師、ケースワーカー、リハビリ等一体となって御家族と準備しています。
- ・ケースバイケース
- ・チームで話し合っている。
- ・2と3の連携あり。
- ・リハ師により在宅調整。
- ・MSWを介し、情報収集し、Nsサイドの意見もと入れつつ最終決定は自分で行う。

・MSW、Dr、Nsのチーム医療で。

設問5) 今回のアンケート内容によらず、ネットワーク構築や在宅医療全般に関するご意見やご要望などお寄せください。

- ・本アンケートは「みとり」が想定される患者の退院に関するとの事ですが、設問内容や選択肢は、一般的な「病院からの在宅療養への移行」に関するものであり、「みとり」には当てはまらない点があろうかと存じます。
- ・そもそも「早晚」のみとりが想定される「早晚」の機関が不明瞭ですが、みとりが想定される状況＝致死状況に至っている患者は、在宅医療への移行は困難と考えられます。致死状況に至る経過として、①急性疾患発症・重症例、②慢性疾患急性増悪例、③慢性疾患終末期、があげられます。
- ・当科は①②の例が多くありますが、急性期において、重症例ほど、在宅への移行は困難です。設問2にて記載の通り(※1)、在宅の環境はすぐには整わない事、患者家族の受け入れは急性期であればある程不可能です。
- ・②の経過で比較的病状安定のみとりが想定される場合や、③の場合でも、在宅みとりに対する家族の意志が確立されており、信頼される在宅医療担当医の存在なくしては不可能です。
- ・診療報酬が改訂されるとはいえ、現状の病診連携の状況や、一般市民の死生観からは「早晚のみとりが想定される患者の退院」は限定されたものと言えます。これを拡大するには、地道に、慢性期在宅療養の推進が必要であり、加えて亜急性期、急性期の病状安定後からの積極的な在宅療養者の介入が一助ではなかろうかと考えます。より一層の在宅療養の推進を願います。
- ・病院からの転院依頼が連携室を通さないのはおかしい。(Drどうしのやりとりはおかしい)
- ・情報を共有できるネットワークの普及とセキュリティーの維持が必須だと思います。
- ・在宅でのみとりをお願いした症例でも、最期は救急外来へとびこむ形がしばしばあり労力をかかり取られてしまうことが多い。その場合、担当のDrへ連絡もつけられないため、報告もすぐにできないことがあり困ったことがあります。24h対応は無理かもしれませんが、何時～何時は連絡可能と記載があった方が良いと思います。
- ・訪問看護ステーションの内容、得意、不得意分野など、共通認識出来る資料。「在宅療養診療所」と名のついていてもみとり0(ゼロ)、又は実際には何も出来ないクリニックあり具合が悪いとの理由で入院となる。施設でみとり出来ないと云われる事が多い。
- ・ガイドラインの作製ありがとうございます。
- ・開業のドクターが地域に根ざし、生まれてから死ぬまで地域の人達を見守っていけるホームドクターであり続けることができなければ、地域へのスムーズな移行は困難と思うが個人の努力でどうにかなるものでもない気もする。
- ・4月で移動になります。11年間どうもありがとうございました。横須賀の地域医療の発展を願っています。(横共外科福島忠雄先生)
- ・往診医になって下さるDrが少ないと感じます。
- ・在宅は圧倒的な量、質、スピードで進めていただきたい。
- ・在宅医療は非常に大変だと思います。皆で協力していくことが大切だと思います。
- ・ホスピスがもっとふえると良いと思います。

- ・緩和ケアを行っている病院を知りたい。
- ・アンケートにきちんと答えたいが、設問が難しい。
- ・①介護保険制度下で在宅を担っている各事業所のケアマネ、Nsの現場の意見がポイントになると思われます。一番よく切実なところを知っています。②神経難病、精神の専門Hp以外で退院前ケアカンファ調整をHp側が行うのは体制的に困難であり、やはり在宅ケアを担っているケアマネらが個々にDrへ指示をもらうのがやっついです。TB専門Hpが毎月DOTS カンファを地域の方とやれているのも参考になると思われます。③在宅での地域医が見つかって、在宅での急変時(肺炎等)の連絡先、処置のひきつぎなど連携ノートのものをbed sideにあるとよいようです。また急変時の入院先、入院調整も受入れ先の状況によるので入れない事態がさけられたり、不本意な処置をうけないようにできることが、期待されるように思います。
- ・勤務医には答えにくい形式です。データがないので分かりません。
- ・在宅医療を担っている先生方には大変お世話になっていると感じます。施設囑託医の先生が、形だけでなくかかりつけ医の役割を果たして頂けるとスムーズだろうと思う。主治医意見書の類はかかりつけの主治医の先生が書いた方が良いのに、と感じることがよくあります。
- ・現状のままの仕事量の中、ネットワーク構築はムズカシイと存じます。
- ・地域内で、ご高齢の患者さんの治療後の行き場を探すのに苦労する。(治療後)元来た施設は受け入れないことも多い。施設でのおみとりも取り入れていくべきではと思う。地域全体(医療機関・施設だけでなく、住民や家族も含めて)でみとり医療を考えていかないと、行き詰まってくる気がします。
- ・在宅医療の難しい、一人暮らしや、身寄りのない年寄りへの対策も考えて欲しい。