

1 週間の支援体制。ケアプラン

曜日	支援メンバー		支援内容
月	家族（主に母親）	ホームヘルパー	身体の保清、家事援助
火	同上	訪問看護ステーション	入浴介助、身体の保清、病状観察
水	同上	ホームヘルパー	身体の保清、家事援助
木	同上		身体の保清、家事援助
金	同上		入浴介助、身体の保清、病状観察
土日	双方の弟夫婦		

※ ケアマネージャーの M 保健所 K 保健婦：毎週 1 回訪問
 南九州病院在宅医療班による在宅医療：毎月 1 回
 緊急時の対応：S 郡医師会病院
 主治医は当面今までのように南九州病院神経内科医長（現院長）とするが、
 S 郡医師会神経内科医師につなぐ。

神経難病患者の地域在宅ケアシステム構築とその運営 難病患者支援検討会・学習会 (保健・医療・福祉サービス調整会議) を通して

研究協力者 福永 秀敏 (国立療養所南九州病院)
共同研究者 笠井 武史、宇都 正、新山 尚仁、久保 裕男、木佐貫 涼子、
他 (国立療養所南九州病院)
上野 えりか (始良町役場住民課)

1. はじめに

在宅ケアにおける保健、医療、福祉の有機的連携をめざして当院では平成6年より業務として継続的に在宅医療を行っている。在宅医療の対象は政策医療（神経難病、慢性呼吸器疾患などの在宅酸素療法、発達障害）に限定しているものの、従来よりの筋ジストロフィー病棟、重度心身障害者病棟、呼吸器病棟でのケアの実績、情報の蓄積を生かし、教育機能と研究機能を持たせた形で在宅医療を展開している。そして在宅医療推進の一環として、加治木保健所との共催で行っている難病患者支援検討会・学習会（サービス調整会議）は平成10年11月現在で12回を数えた。平成9年1月27日に初めての会合が当院で開かれて以来、隔月に1度、原則として第3月曜日に当会を定期開催している。このほかにも臨時の会合が必要とあればベッドサイドや患者宅などでも開かれており、当地域における保健、医療、福祉の連携の場として機能している。内容はALSやパーキンソン病、筋ジストロフィー等の神経難病患者の事例検討に加え、様々な職種による勉強会もかねた講演を行っている。事例検討は医師、看護婦からの病状説明、保健所保健婦、訪問看護婦、ホームヘルパーから在宅での状況報告、MSWから福祉面での助言、また自治体保健婦と共同でのケアプランの作成を行い、質疑応答を行っている。1回に行うケースは2、3例が限度であり、更なる検討が必要な場合は個別に検討会を設定している。疾患別では圧倒的にALS（筋萎縮性側索硬化症）が多く、実際の所はALSが事例検討の中心となっている。講演内容は現在までに別表に示す通りであるが、いずれも在宅ケアに関連した内容となっており、医師、看護婦の他にも薬剤師、栄養士、理学療法士、臨床心理士、行政担当者、福祉住宅メーカーの諸氏が担当した。我々がこの調整会議を通して神経難病の在宅ケアを実践していく過程で問題となった点を報告する。

2. 神経難病、とくにALSの在宅ケアに関して

調整会議での事例検討では、なかでも当地域在住のある女性ALS患者を取り上げることが多い。現在夜間は気管切開下での人工呼吸器管理で、胃瘻も造設されているが、呼吸不全が顕在化する頃にこの検討会が始まり、彼女の病状の進行に伴い、その都度検討を重ねていった。当院では正式な在宅医療が開始されるはるか以前からボランティア的にALSの在宅を支えてきた歴史がある。しかも、当時は医療資源としての訪問看護、ホームヘルパーは整備されておらず、家庭介護に依存する度合も大きかったようであるが、当院スタッフの奮闘に支えられ在宅を継続してきたのである。こういう歴史の延長線上に現在のALSの在宅があるわけだが、やはり医療資源としての訪問看護、ホームヘルパーはこれからは神経難病の在宅にとって欠かせないものである。特に当地区では24時間型の巡回型ヘルパーが導入されており、夜間のケ

アにも大きな力を発揮している。また、自治体との関係では行政側の理解も重要である。幸い当地区では行政側も理解があり、積極的に地域在宅ケアシステム構築に関わってもらっている。医療資源の配置、配分など多くの情報を統括しており、行政担当者、自治体保健婦がケアマネージメントに参画し、スムーズな医療資源の導入を可能としている。この女性 ALS 患者も四肢運動機能の廃絶、球麻痺、呼吸不全の顕在化、繰り返す肺炎、気管切開、人工呼吸器の導入、胃瘻造設という経過をたどっているが、現在も在宅医療を継続できるのは、夫の献身的な介護とともに当地域の在宅関連施設の有機的連携が機能しているからであろう。ちなみにこの患者宅では当院からの月 2 回の在宅医療に加え訪問看護が毎日、入浴サービスが週 2 回、巡回型ヘルパーが一日 4 回、更に近隣のボランティアを応援に頼むことがある。

3. 医療的介護行為の是非

しかし高齢者が高齢者を介護するという図式はここでも例外ではなく、持病も抱えた夫の介護力には限界がある。県内在住の二人の娘の応援もあれば、主たる介護者は夫であり頻回の吸引は夜間の睡眠を否応なしに妨げる。これだけの医療資源を投入しても、主介護者の負担は軽くはない。せめて夜間だけでもヘルパーに吸引を任せられないかと、いつもこの問題につきあたる。吸引は医療行為とされているため、法制上の壁が立ちただかりヘルパーは吸引は出来ない。実際は家族が吸引している在宅の現場ではこの法制上の壁は幾分無意味に思われる。この行為はヘルパーが行なう場合問題とされているが、神経難病においては経管栄養となったり、気管切開を行った場合など、この種の医療的介護行為はますます増加し、重要となってくる。痰の吸引を行った為に患者に生じる不利益（粘膜の損傷、出血）も考えられるが、行わなかったために生じる不利益（気道感染の助長、窒息）の方がはるかに大きいため、適切な指導を行い、在宅での医療的介護行為を定着させるべきである。こうした医療行為に関する論議はケアの多い養護学校でも取り上げられており早急な改善が望まれる。

4. 介護する側のバックアップも重要である

ある地域で初めて ALS の在宅医療を導入したときのことだった。この地域は調整会議の管轄外であったが、関東で発病し、当院に一時入院中であつた ALS 男性患者の退院にあたり故郷での在宅へ移行する事になったのである。主治医、担当看護婦の努力に加え、中心的役割を果たしたのが MSW であつた。退院にあたっては家族、兄弟から消極的な意見や、態度を示されることもあつたが、MSW が医療資源を提示し、関係機関との折衝、家族との連絡を繰り返すことで、次第に家族も受容していった。その地域の保健所が調整会議を呼びかけた。参加機関は保健所、町福祉課、社会福祉協議会、郡医師会訪問看護ステーション、在宅介護支援センターそして当病院である。この地域では初めての ALS の在宅とあって、特にヘルパーから不安の声があがったが、ヘルパーのなかに ALS の看護の経験のある看護婦がおり、話は大きく前進した。こうして保健所をケアマネージャーとし関係団体が協力して ALS を支えていくシステムを作り上げ、実行していった。しかし介護者としては心理的負担が予想以上に重かつたようであつた。特に看護婦の資格を持つヘルパーの苦悩が深く、ALS 患者のターミナルケアに関する知識は十分に持っていることで、現実のケアとの間で常に葛藤があつたのではないかと報告があつた。この件に関しては当院 MSW がその地域での調整会議に出席し、彼女に対するフォローを行っている。介護者への評価、ストレスへの対応は今後重要となってくるのではないだろうか。

5. 地域をこえた連携を

また、現在の所轄管内では比較的良好に機能している当会も、他地域にまたがってまでは機能し得ないのである。というのもこうした連携のない地域に突然 ALS の在宅医療が可能かという、前項で触れたとうりかなりのエネルギーがいる。理想的には神経難病とて地域で診るべきなのである。ここで問題となった点は以下の通りであった。1) 記録の重要性。これは病期が進むなかで気管切開、人工呼吸器の使用について容態が変化する度に気持ちが変わる事もあり、その意志を本人、家族に絶えず確認し、書面に書いておいて欲しかったと他地域の病院の主治医が話していたことによる。2) 情報送致のシステム化。詳細な情報を、他病院に入院が決定した時点で、送致すべきであったのかもしれない。3) ケアマネージャーとの連携。他の医療機関に入院しており、その後の連携としてどのような連携が良いのか悩むことがあった。これらは情報開示とも関連する非常に重要な問題である。そこで、当院では鹿児島県下の神経内科を擁する基幹病院を通じて ALS ネットワークを構築し、地域で ALS をフォローしていくべきであると従来より提唱している。医療資源が整備されていない、あるいは整備の遅れている地域と同列の議論はできないが、いずれ当地域での活動がモデルとして展開していくものと考えている。また、地域外でも神経難病の在宅ケアに関心があればいつでも協力していきたいと考えている。

6. 機動力不足

また、機動力不足も問題として挙げた。特に上気道炎を併発したときに公用車がいつでも使用できるとも限らず、一人で自家用車で駆けつける事も度々であった。その度毎に入院というのも家族にとっては面倒な話である。そういったフレキシブルな対応も今後の重要な課題である。また年末年始の在宅医療体制についての問題もあげられた。在宅医療も年末年始は訪問する人員の不足が避けられず、ケア不足となりがちである。年末年始のショートステイ、ミドルステイ制度もあらかじめ予定に組むべきかと考えていたが、在宅関連の諸施設の協力により今年ほとんど切れ目がないケアを継続する事ができた。

7. ボランティアの組織率の低さ

われわれ専門職以外ではボランティアの存在は患者にとっても大きな力である。当院では筋ジストロフィー病棟でのボランティアはよく組織されており、病棟にとっても欠かせない存在となりつつある。しかし、在宅となると現在は非常に手薄となっている。まず、在宅医療でのボランティアを依頼しようと各方面に打診したが、組織率が低いようであった。個人的なつてを頼ってなんとか1名に依頼することができたが、福井での ALS 在宅での報告例（小林 明子他）をみると患者会主導で組織化を行っているようである。ボランティア養成については当院では十分な教育を提供してきているが、在宅に関しての組織化については当地域の今後の課題である。また、異なるケースだが、ある退職看護婦がボランティアをしている例を経験したことがある。医療職にあったことで疾病に対する理解も深く、ボランティアに関する意識も高い方であった。様々な理由で現在は退職している看護婦が登録できるこうした組織がないものであろうか。医療に関わるボランティアとしては理想的と思われる。

8. 多職種からなる会議でのコミュニケーション

医師の役割としてオーガナイザーであり、またコーディネーターとしての役割も必要である。しかし神経難病に関しては情報を提供する立場としてリードする責任もあり、多職種からなるこうした会議において、医師の立場は柔軟性を要求される。医療者としては必ずしも専門用語ばかりで会議を進めるべきではなく、平易な言葉で他職種の理解を求める姿勢が重要である。前沢らによるとケアプラン作成の過程におけるこうした調整会議においてはサッカー型のチームが望ましいと述べている。ケアマネージャーはプレーイングマネージャーで自ら動きながら、共通理念の下、柔軟に試合を組み立てていくのである。

9. まとめ

当院では平成6年より国立療養所が行う在宅医療として政策医療に限定した形で継続的な在宅医療を展開している。在宅医療推進の一環として、加治木保健所との共催で行っている難病患者支援検討会・学習会（サービス調整会議）は当地域における保健、医療、福祉の連携の場として機能している。この調整会議を通して神経難病の在宅ケアを実践していく過程で問題となった点を報告した。

参考文献

- 1) 福永 秀敏：在宅ケア新時代－難病をどう生きるか－，難病と在宅ケア，Vol.3 No.1
- 2) 小林 明子，他：ALS患者の日常生活を地域社会で支える，訪問看護と介護，Vol.2 No.9
- 3) 西谷 裕：医療福祉論，嵯峨野書院
- 4) 前沢 政次：チームアプローチによる在宅医療，日本医師会雑誌，Vol.120 No.9

表 現在までの講演内容

- 第2回 「南九州病院における在宅酸素療法について」
- 第3回 「始良町の福祉政策の現状等について」
- 第4回 「在宅患者のMRSA感染対策について」
- 第5回 「在宅患者の褥創ケアについて」
- 第6回 「在宅患者のリハビリテーション」
- 第7回 「アメリカでの在宅医療事情」
- 第8回 「在宅人工呼吸器管理」
- 第9回 「介護保険と福祉住宅に関して」
- 第10回 「在宅における薬の取り扱いについて」
- 第11回 「地域ケアガイドライン作成に向けて」
「在宅患者の栄養管理について」
- 第12回 「ターミナル期における心理的ケアについて」

神経難病患者への介護保険適用の検討

研究協力者 堀川 楊 (医療法人朋有会堀川内科・神経内科医院)
共同研究者 田中 美也子、高橋 康子
(医療法人朋有会堀川内科・神経内科医院)
青池 朋子 (浜浦町訪問看護ステーション)
松川 公子、田中 千鶴子 (在宅介護支援センター浜浦町)

1. はじめに

著者らは平成9年12月、新潟市の最も高齢化率の高い旧市内で、診療所と訪問看護ステーション、市の委託事業の在宅介護支援センターを開設した。第一線の病院勤務の経験から、この地域の在宅患者、特に高齢の障害を持った患者や神経難病患者等に、身近なところで包括的、継続的な医療を提供し、彼らが入院した場合も、退院後の医療的な受け皿となることを目的としたものである。1階に診療所を持ち、その待合室に続いて在宅介護支援センターがあり、来院した患者が待ち時間に展示室の介護用品を手にとって見、相談員に介護に関わる問題を相談することが出来る。2階に訪問看護ステーションがあり、毎月40名前後の患者に訪問看護を提供している。当該地域の高齢化率は22%、2人以下世帯が60%を超えているため訪問看護の需要は多い。診療所は外来と寝たきり患者の訪問診療を中心に医療活動を行っている。

3施設と隣の調剤薬局とで有機的な医療活動をするために、毎週施設内のケースカンファレンスを行っている。地域内にある保健福祉センターや、他の訪問看護ステーション、デイサービスセンターと共に、幾つかのケース検討会も開かれ、定例の新潟市難病ケース検討会にも参加している。並行して新潟市の施策に協力し、公的介護保険の準備も進めている。そうした活動の中で、神経難病患者に公的介護保険が実際上手く適用出来るのかどうかを危ぶむ声も聞かれた。そこで当3施設が共同で関わり、新潟市の地域ケアシステムの諸制度を利用している7名の神経難病患者について、公的介護保険が適用されたと仮定して、シュミレーションを行い問題点を明らかにした。

2. 方法

平成10年12月1日現在1612名の外来患者中、特定疾患の登録患者は43名で、内訳は筋萎縮性側索硬化症(ALS)が4名、(1名は在宅人工呼吸管理患者)、YahrⅢ度以上のパーキンソン病(PD)22名、脊髄小脳変性症(SCD)7名、後縦靭帯骨化症(OPLL)1名でこの患者はパーキンソン病を合併している。多発性硬化症(MS)3名、重症筋無力症(MG)1名、その他の神経及び内科的難病が計6名である。43名中日常生活に介護を要する患者は24名である。今回の調査の対象はそのうち3施設が関与している7名の神経難病患者で、ALS3名、PD2名、SCD1名、OPLL+PD1名である。

医院と訪問看護ステーションの看護職が手分けをして平成10年度公的介護保険準備事業の書式により、患者、家族の同意を得て聞き取り調査をし、介護サービス調査票を記入した。後述するように、どう記載すべきか迷った2名の患者に関する麻痺等の有無に関する項目は、2通りの調査票を作り、それぞれ検討した。今回は医師の意見書の作成は省略して、調査員と主治医が相談して調査票を一部変更した。新潟市役所の公的介護保険準備室に依頼して調査票の

記録をコンピューター入力し、要介護度の一次判定を行った。

次に一次判定の要介護度をもとにケアプランを作成した。当初ケアプラン作成のためのアセスメントは、社会福祉士会版を用いることで検討したが、記載項目の多さで手作業が多く、時間的に無理であったため、全国社会福祉協議会版を用いて患者の基本調査を行った担当者が記入した。その後職員全員でサービス担当者会議を開き、記入された調査票と、現行のサービス提供量及び所要時間をもとに現状の点検をし、許容限度額の中でさらに必要と思われるサービスを考えた。

3. 結果

一次判定の結果は表1である。

症例1は支えなしでは坐位保持もできない脊髄小脳変性症（SCA-6）の79歳の女性で、要介護4であった。症例2の呼吸、嚥下は保たれているが、四肢麻痺が進行して全面介助のALSの68歳の女性が要介護3。症例3の痴呆があり、食事と3～4mの歩行がようやく出来る77歳女性のパーキンソン病患者が要介護3。症例4のケアハウスでヘルパー、訪問看護婦、家族の援助を受けながら独居生活している後縦靭帯骨化症とパーキンソン病が合併している75歳の女性患者は自立。症例5の在宅人工呼吸管理で自力では全く動けない55歳男性のALS患者が要介護3。症例6の坐居保持、数メートルの伝い歩きが何とか出来るパーキンソン病の74歳の女性が要介護4。症例7の最近急速に進行し、食事の準備も出来なくなり、ヘルパーを導入し、ショートステイの利用も始めた68歳で一人暮らしのALS患者が自立という一次判定であった。

症例3はパーキンソン病で筋強剛とアキネジアが強く、ADLのほとんどを夫が介助しなければならないが明らかな麻痺はなく、ベッド上では筋力は4/5程度である。しかし運動を妨げている筋強剛、アキネジアが調査票に反映されないのはおかしいと言う調査員の意見を取り入れて「麻痺等」の項目を「有り」と記載したところ、要介護度は3から2に低下した。症例1の脊髄小脳変性症患者の四肢体幹の失調症を「麻痺等」の項目に記入した場合にも同様なことが起こり、要介護4が麻痺等の記入により要介護3に低下した。

次に認定された要介護度に沿ってケアプランを作成した。平成10年12月2日発表の厚生省の介護保険サービス利用額の予想は以下のものである。在宅では要支援が月額6万円、要介護1が17万円、要介護2が20万円、要介護3が26万円、要介護4が31万円、要介護5が35万円である。

その過程でサービス利用額の参考にした平成10年度の新潟市のサービスコストの概算は、表2の如くである。

症例1夫と二人暮らしの79歳女性のSCD患者は、現行では週3回の訪問介護、1回のデイサービス、1回の訪問看護の他に週5回各3時間の家政婦の家事援助を受け、合計219,968円のコストがかかっている。強い失調症を麻痺と記載したときの要介護3、記載しなかったときの要介護4の予想利用額はそれぞれ26万円と31万円で、その範囲で現在の援助は受けることが出来る。要介護4であれば、夫が夜の援助が困難になったとき、夜間巡回型訪問介護を1日1回入れることが可能で、自己負担は28,000円になる。

症例2の呼吸麻痺、球麻痺のない四肢麻痺で全介助の、要介護3と認定された68歳のALSの女性は、夫と二人暮らしで、現在週11回の訪問介護と週1回のデイサービス、週1回の訪問看護、週7回の夜間巡回型訪問介護、週2回のマッサージ師の往療を受けて、コストは263,908円、現在の自己負担額は24,800円になる。要介護3の利用予想額は26万円で、マッサージを除いても自己負担は29,908円、マッサージを入れると自己負担は39,908円とかなり増加する。さらに保

険料の自己負担を加えると少なくとも43,000円程度になると予想される。

症例5の要介護3と認定された夜間だけ人工呼吸管理中の全面介護のALS患者は、訪問介護週4回、訪問看護週3回、巡回入浴週1回で、コストは205,120円であるが、吸引の出来ないヘルパーは量を増やしても援助にならないために実際利用できず、やむを得ず吸引を含む身体介護のために昼夜交代で家政婦を頼み、月70万円を支払っている。従って実際の経費の合計は90万円になる。

自立の判定になった症例4および症例7は公的介護保険からは全く援助を受けることが出来ないで、現在受けている訪問介護及び訪問看護の費用は全額自己負担になる予定である。

4. 考察

一次判定のための調査票の「麻痺等」という項目には、神経難病患者の場合、どこまで含めて良いかの判断が調査員間でも一定せず、個々に任意の判断がされていた。認定審査会で医師の意見書に筋強剛、失調症などと書かれていても、それに基づく調査票の変更をどう記載するのかが不明確で、意見が分かれ易く曖昧で不安定な項目になっている。さらに麻痺の項目に有り記載すると要介護度がかえって低下するパラドクスは各地で明らかになっており¹⁾、神経疾患患者の病状の正確な判定は平成10年度モデル事業の方法では困難で、十分な再検討が必要である。

さらにALS患者は意識が清明なためか、どのように重症でもコンピューターでの一次判定は要介護3と判定される。症例5在宅人工呼吸管理中のALS患者も要介護3であったが、このレベルの患者の看護、介護時間は1日8時間以上と多くの施設でタイムスタディされている^{2,3)}ので、全く不十分な評価と言わざるを得ない。人工呼吸、経管栄養等の医療依存度の高い患者でのこれらの看護技術上の項目の重み付けはされていない。一般の家庭では吸引等の手助けのために自前で家政婦を頼むことは出来ず、医療処置の出来る訪問看護婦が毎日せめて2時間はいることを可能にするためにも要介護5の35万円は最低限必要である。

要介護度の一次判定で自立とされた症例4は、OPLLの術後パーキンソン病が発症し、自立生活が困難になったためケアハウスに入所したのであるが、室内は伝い歩きで辛うじて動き、手伝う人がいないために長い時間をかけて不十分ながらADLをこなし、不足部分は外からの介助者がスポット訪問で援助している。しかし一人では買い物にも行けず、食事の準備もできない。誰が見ても自立した生活とは言えない。こうした生活能力の評価が、今年度の調査票には「居室の掃除」、「薬の管理」、「金銭の管理」しか含まれて居ないため、実際には介護を要する多くの難病患者が自立と評価されてしまう。今回対象の症例4、症例7はともに一人暮らしで援助なしの生活は困難であり、このまま自立と判定された場合、必要な援助の全てを自己負担ですることにもまた不可能な状況である。独居生活者であるためにかえって不利になるような今年度の要介護度判定は、改善する必要がある。

5. まとめ

(1) 公的な地域ケアを必要とする当施設の神経難病患者の、公的介護保険適用のシュミレーションを試みた。

(2) 基本調査表では、神経難病患者に特有の筋強剛、振戦、失調症、アキネジア等を確実に表現できない。適正に評価される項目が必要である。

(3) 平成10年度モデルでのコンピューターによる一次判定は、麻痺等の記載を入れると要介

護度が低下するなど適正さを欠くことが多い上に、その内容がblack boxで判定の基準が明示されず、そのため二次判定のための認定作業で要介護度の変更を公正に行うことも困難である。大幅な修正が必要である。

(4) 平成10年度モデルでは、調査票に生活能力を評価する項目が少なく、特に一人暮らしの患者では食事の支度や買い物もできない患者が自立と認定され、援助が受けられないなど不利益が大きい。神経難病患者では何とか動けていても、広範な運動機能障害のため日常生活が妨げられるので、その要介護度の評価には特に工夫が要る。また認定審査会での委員の柔軟な判定が許容されなければならない。

(5) 今回対象で、呼吸困難、嚥下障害のない要介護3,4の患者は、現行のケアは作成したケアプランの中でなんとかまかなえる。人工呼吸管理の患者は要介護3としか認定されず全く不足で、要介護5に認定されるべきである。その上で現行の医療保険及び福祉制度上の難病対策での種々のALS対策が存続し、不足部分の補完をされるよう要望する。

謝辞：本研究に関する新潟市公的介護保険準備室のご協力を深謝いたします。

参考文献

- 1) 笹井 肇：あなたの「要介護認定」はこれほど混乱する。現代,33 (7) :84-87,1999
- 2) 堀川 楊, 榎並和子, 青池朋子, 佐藤泰代, 古俣近建：神経難病患者の長期療養上の経済的諸問題。厚生省特定疾患、「難病のケア・システム」調査研究班, 昭和63年度研究報告, p.263, 東京, 1989
- 3) 久保伴江, 安部悦子, 渡部信子, 須藤キク, 他：ALS患者の長期療養施設について—マンパワー—。厚生省特定疾患, 「難病のケア・システム」調査研究班, 平成元年度研究報告, p.47, 東京, 1990

表1 審査会対象者リスト

1998/12/5審査

市区町村コード: 15201

市区町村名: 新潟市

計: 9人

症例	調査対象者 コード	性別	年齢	要介護状態区分等				変更理由 コード	変更理由	
				一次判定	一次判定 (修正後)	修正理由 コード	一次判定 指数			二次判定
1	SCD	4	女	79	要介護4	麻痺-		<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		5		79	要介護3	麻痺+		<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
2	ALS	6	女	68	要介護3			<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
3	PD	7	女	77	要介護2	麻痺+		<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		8		77	要介護3	麻痺-		<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
4	OPLL+PD		女	75	自立			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
5	ALS	10	男	55	要介護3			<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
6	PD	11	女	74	要介護4			<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
7	ALS	12	女	68	自立			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

表2 平成10年度新潟市在宅医療福祉事業費補助単価
(抜粋、概算)

訪問介護		
身体介護	1時間	3130円
家事援助	1時間	1410円
巡回	20分	1570円
早朝、夜間		1963円
深夜		2355円
訪問看護		9000円
デｲｯﾁﾞｰｽ		6062円
ｼﾞｮｯﾄﾞｽﾀｲｲ (送迎)		3620円
巡回入浴		13000円

在宅神経難病患者の QOL 向上のための 専門病院のかかわり —神経難病患者に対する在宅ケア処方せん—

研究協力者 熊本 俊秀 (大分医科大学医学部第三内科)
共同研究者 三宮 邦裕、森 敏雄、上山 秀嗣、津田 富康
(大分医科大学医学部第三内科)

1. はじめに

特定機能病院である大学病院でも多くの神経難病患者が入院し、比較的早期に病名診断がなされるが、退院後の患者および家族の QOL を向上させるためには、我々の筋萎縮性側索硬化症 (ALS) 患者家族に対するアンケート調査結果でも指摘があったように、できれば入院中の早期からの療養支援体制づくりが必要であると思われる^{1, 2)}。

今回、我々は神経難病患者が専門病院退院直後より速やかにより質の高い在宅ケアを受けることができるための専門病院のかかわりを明確にすることを目的として、若干の取り組みを行ったので報告する。

2. 対象および方法

本研究は平成 10 年度の大分医科大学医学部附属病院第三内科 (当科) における神経難病患者に対する在宅ケア支援の取り組みの実践で得られた知見を整理することにより、そのかかわり (役割) を明確にするという **action research** の形で行った。

対象は当科に入院中または外来通院中の難病を含む神経疾患患者である。

今回、我々が行った取り組みは次の通りである。

(1) 「在宅ケア処方せん」作成およびそれに基づく在宅ケア導入支援、(2) 在宅ケア支援のための資料収集、(3) 在宅神経難病患者のニーズ調査、(4) 神経難病検診、医療相談、講演会などの地域保健活動への参加、(5) 神経難病看護外来 (在宅難病患者のための看護婦による看護相談・指導)

3. 結果

(1) 「在宅ケア処方せん」作成およびそれに基づく在宅ケア導入支援

当科入院中の神経難病あるいは高度障害を残した神経患者のうち、退院間近の在宅ケアを希望する患者に対し、通常の診療の一環として患者 1 人 1 人について「在宅ケア処方せん」を作成した。書式はとくに決まっていないが、「処方せんに」は患者の属性、患者の身体および環境状況、機能障害度、日常生活動作活動 (ADL) 状況、現在の問題点、ケアに必要な医学的処置およびケア・プランと共にそれを直接担い支援し得る地域の医療機関 (ホーム・ドクター、専門病院、緊急病院) をはじめ各保健福祉機関 (管轄保健所、市町村役場、社会福祉協議会、介護支援センター、訪問看護ステーション、デイサービスセンターなど)、支援スタッフ (保健婦、看護婦、ヘルパー、ボランティアなど) が具体的に記載される。それに基づいて該当する地域の医療機関、在宅ケア支援機関に直接コンタクトし、地域における在宅ケア支援システ

ムにのせるようにした。「処方せん」作成およびコーディネイトは主治医と共同研究者の1人である K.S.が行った。

高度の後遺症を残した患者や神経難病患者は、遠隔地に在住する患者を中心に原則として紹介元の医療機関やリハビリテーション病院で引き続き医療を受ける場合が多く、我々が直接在宅ケア導入支援に携わる症例は比較的少なかった。以下に事例を紹介する。

事例1：69才、男性、無職、東国東郡国東町在住

診断：ギラン・バレー症候群後遺症

病歴：平成8年5月に四肢および呼吸筋麻痺で当科に入院し、同12月には四肢の筋力低下の後遺症を残し、気管切開孔開存のままリハビリテーション目的でA病院へ転院した。その後も在宅療養の糸口もつかめぬまま、当科、B病院、大分医科大学（大分医大）医学部附属病院整形外科、B病院、C病院と転院を繰り返し、入院生活を約2年間近く続けた。平成10年3月に膀胱内結石除去手術後の創傷処置と神経学的評価のため当科に再々入院してきたのを契機に「在宅ケア処方せん」を作成し、それに基づいて在宅療養が可能か否かを判定し、その導入を試みた。この患者の場合、在宅療養に先立ち、車椅子からベッドやトイレなどの屋内の移動を自立する必要があるとして、その強化のためDリハビリテーション・センターに入所した。その間に家族はもちろん自宅のある地域の医療機関、保健所、役場、介護支援センターなど保健福祉機関に直接コンタクトし、在宅ケア支援体制を整えた。平成10年7月に自宅への退院が可能となった。

現在の状況：ほぼ車椅子の生活でADLは階段昇降、入浴、着衣は全介助であり、歩行、社会的活動、食事、身繕いなど一部介助の状態である。身体障害者（身障者）手帳1種1級を持ち、デイケア（週3回、9～16時）、訪問看護（非定期的）、ヘルパー（週3回、2時間）、保健婦訪問（町役場保健婦、非定期的）などの既存の社会資源による支援を受けている。この患者の場合、在宅ケアの主要な担い手である妻が病気のため介護者としての役割を果たせなかったが、患者のADLの改善、社会資源の有効な活用によるバックアップ体制の整備により在宅が可能であった。

事例2：51才、女性、主婦、大分市在住

診断：大脳皮質基底核変性症

病歴：平成7年8月にパーキンソン症状で発症し、当科に入院した。その後、薬剤により歩行障害など改善し、ADLも良好のため、退院し自宅療養となった。しかし、徐々に症状は進行し、家事を含めADLが著しく制限されるようになり、平成9年2月に当科に再入院した。その後リハビリテーション専門病院にも入院したが、患者の強い希望があり、その時点で「在宅処方せん」を作成し、ケア・プランを立て在宅療養へ移行した。

現在の状況：階段昇降、歩行、トイレ、入浴、食事、着衣、身繕い、家事などすべて全介助を要する。現在、特定疾患医療費受給、身障者手帳1種1級を持ち、リハビリテーション（週1回通院）、訪問看護ステーションからの訪問看護（含入浴サービス、週2回、2時間）の公的サービスと共に、週5日（月～金曜日、9～16時）は家政婦による援助を受けている。この患者の場合、日中は家政婦が支援し、夜間および土・日曜日は夫が介護している。対応時間が短い公的ヘルパーの支援のみでは、行わなければならない家事をこなすことは不可能でprivateに家政婦を雇っている。しかし、その経費に月17万円もかかり、また、病状の悪化に

伴い、主たる介護者である夫への負担が増大している。

(2) 在宅ケア支援のための資料収集

「在宅ケア処方せん」を作成する上で重要なことは対象患者を取り巻く地域の社会資源、マンパワーやケア・システムに関する情報を確実に把握することである。そのために大分県下の社会資源やマンパワーに関する情報を得ると共に在宅介護支援センター、訪問看護ステーション、デイサービスセンターなどのケア支援センターや保健福祉機関など 123 施設からパンフレットを含む種々の資料を収集した。これは「ケア処方せん」作成時の基礎資料として用いると共に、ライブラリーとしても利用できるようにした。また、これらを基に図 1 のような大分県ケア・マップを作成した。

(3) 在宅難病患者のニーズ調査

在宅神経難病患者の神経内科専門医に対するニーズを知る目的で、過去 4 年間に当科に入院し、退院後、当科外来に通院せず、その後の経過が不明の ALS や筋ジストロフィーなどの神経筋疾患患者 95 名に対し、アンケート用紙を郵送し調査した。表 1 は、その結果の一部であるが、67 人から回答があり（回答率は 70.5%）、うち 15 名が現在、他の病院に入院中で、在宅者は 47 名であった。いずれの患者も多くは神経内科専門病院とのかかわりがなく、入院者、在宅者の各々 46.7%、72.3%が神経内科専門医による定期検診を望んでいた。

(4) 神経難病検診、医療相談、講演会などの地域保健活動への参加

遠隔地在住の在宅難病患者に対する定期的神経内科検診・指導は大分県が行う難病対策事業による巡回訪問検診、難病相談会、講演会に積極的に参加するなかで行った³⁾。大分医大より最も離れた日田、玖珠、中津、国東、佐伯の 5 保健所管内での上記事業を担った（図 2）。実施に際し、各保健所毎に神経内科専門医 1 人を担当させ、原則としてその担当医がその保健所が所轄する地域在住の難病患者に対応した。巡回訪問検診では脊髄小脳変性症 6 人、パーキンソン病 4 人を検診した。全員がホームドクターにより治療を受けているが、神経内科専門医の定期検診は受けていない。検診後は保健所・町役場保健婦、訪問看護婦、ときに主治医、理学療法士、栄養士と共に事例検討会を行った。これにより専門病院での精査・治療、ケア・プランの作成や修正を含む事後指導が円滑にいき、患者を中心とした地域ケア・コーディネーションがある程度は形作られた³⁾。

また、ALS 大分県支部と共に ALS 患者およびその家族に対する医療相談会を神経内科専門医 5 人で行った。

(5) 在宅神経難病に対する看護外来

ケア中心の在宅難病患者に対して看護面でのアプローチが必要であるという認識から、当科外来通院中の神経難病患者 4 人（ALS 2 人、多発性硬化症 1 人、パーキンソン病 1 人）とその家族を対象に神経内科看護外来ともいべき看護婦による相談、指導をパイロット的に行った。方法は患者の毎回の外来受診日に、担当看護婦が患者 1 人に対し、30～60 分の面接を行い、在宅療養の評価と共に看護相談・指導を行った。詳細は別途「神経難病患者の QOL 向上における問題点とその対策：看護の立場から」で報告するが、1) 多くの在宅難病患者は看護面での接点がなく、とくに神経難病専門の看護という立場からアプローチできる。2) 看護相談を通じ在宅療養の評価および介護・看護指導ができたが、とくにメンタル・ケアに有用であった。3) 患者の病状、問題に応じケア・コーディネイトやケア・プランの修正など速やかに対応できる、などの効果があると思われた。

4. 考察

今回、重篤な後遺症を残した神経疾患患者および神経難病患者がよりよい在宅ケアを受けることができるために専門病院はどのような支援をしたらよいのかを明らかにするために前述した種々の取り組みを行った。なかでも「在宅ケア処方せん」に基づく在宅ケア導入支援は、

(1) 入院中から「在宅ケア処方せん」を作成し、それに基づいてケアに携わる地域の医療福祉機関やスタッフに連絡をとり、予め支援体制を準備することで患者の帰宅がより円滑に行く。同時に患者を支え得る介護力などの支援体制能力も評価出来、在宅可能か否かの判断が出来た。(2) とくに医療機関に乏しい遠隔地での在宅ケアを希望する患者にはそれを評価、実施する上で有用である。(3) 「処方せん」は基本的に主治医が作成することにより、難病患者の診療が診断、治療のみならずケアまでを含むことが認識できる。(4) こうしたアプローチにより、現在、各地域でややもすればバラバラに活動している保健所、医療機関、市町村、各保健医療福祉機関などを1人の患者を中心にケア・チームとして連携、統合し得る、などの成果が得られると思われる。

しかし、こうした在宅ケア導入支援を行う上で種々の問題点が浮き彫りにされた。すなわち、1) 多くの地域で神経難病患者を十分に支援できる在宅ケア・システムが完備されていない。2) 市町村行政、保健所、医療機関、各ケア支援福祉団体はそれぞれ取り組みを行っているが、必ずしも連携がうまくいっていない。中心となる地域におけるキーパーソンがはっきりしない。3) 65才以上の高齢者の難病患者の場合は、市町村が行う老人保健事業の実績があり、役場福祉係、社会福祉協議会、役場保健婦などが比較的対応可能である。しかし、若年者の難病患者の場合は、ケア・システムの下地がなく、保健所が行う現行の地域難病対策事業等では十分に対応しきれない。4) 公的機関が行うサービスのみでの対応では、患者のQOL向上は困難である、などである³⁻⁸⁾。

各地域における県の難病事業による検診、医療相談、講演会、保健婦など支援スタッフに対する研修会への神経内科医の参加は患者およびその家族はもちろん、ケア支援者のニーズも高く、重要である。我々は各保健所毎に担当する神経内科医を固定し、原則としてその保健所が行う管轄地域の難病事業を担うようにしているが、今後、難病対策事業を推進するなかで、全ての保健所が自ら神経内科専門医を顧問医師として配備しておくことが望ましいと思われる。今年度は、5保健所管内で脊髄小脳変性症6人、パーキンソン病4人の計10人を検診したに過ぎなかったが、まだまだ多くの孤立した在宅難病患者おり、こうした患者への対応が今後の課題である。また、ALS患者の医療相談はALS協会大分県支部と共に行ったが、難病患者のQOLの向上を図る上で患者組織との連携は必須である。

神経難病患者のケアの向上のためには、専門病院においても本来の業務である診断、治療およびその開発研究に加え、ケアの概念を導入し、あくまでも診療の一連の流れとしてケアへの対応を行う必要がある。しかし、いっぽうで地域における在宅ケアを含む難病患者支援システムの確立および各種支援機関・団体の連携は必須であり、そのためには各地域に難病コーディネーターが配置されるべきである。また、神経内科専門医の難病検診、医療相談、講演会や研修会での指導など地域保健活動への参加は重要な仕事である³⁻⁸⁾。

5. 結論

神経難病の診断、治療に比較的早期にかかわることの多い大学病院のような特定機能病院においても診療の一環として早期からの在宅ケアを含めたケアへのアプローチが必要がある。そ

のためにはそれを専門に行う難病コーディネーターの設置が望まれる。また、外来通院中の神経難病患者に対する専門の看護面での取り組みは有用であり、神経内科専門医の地域保健活動への参加は重要である。

参考文献

- 1) 木村照美, 牧野里美, 佐藤幸子, 他: 筋萎縮性側索硬化症における QOL を考える: 告知を受ける家族へのアンケート調査を行って. 看護研究 (投稿中)
- 2) 福永秀敏: 神経・筋疾患の「在宅ケア」のシステム化. 神経治療 14: 131-136, 1997
- 3) 藤内修二: 難病患者を支える地域づくりに関する研究. 中津保健所, 1996
- 4) 備後由喜江, 西橋静香, 草野浩子, 他: 熊本県御船町における神経内科検診の試み. 保健婦雑誌 49: 379-386, 1993
- 5) Kumamoto T: Pilot study on prevention of neurological disorders in the elderly in a community. Neurology and Public Health in Japan (Kondo K.ed).185-189, WHO, Geneva, 1997.
- 6) 広瀬和彦: 難病のケア・システムの現状と問題点. 神経治療 14: 105-112, 1997
- 7) 宮原伸二: 老いを支える医療福祉. 三輪書店, 東京, 1997
- 8) 熊本俊秀, 三宮邦裕, 上山秀嗣, 他: 農山村部における神経疾患を対象とした地域保健活動の試み. 厚生省特定疾患「特定疾患に関する QOL 研究班」平成 9 年度報告書

図1：大分県内在宅支援施設
市町村別一覧

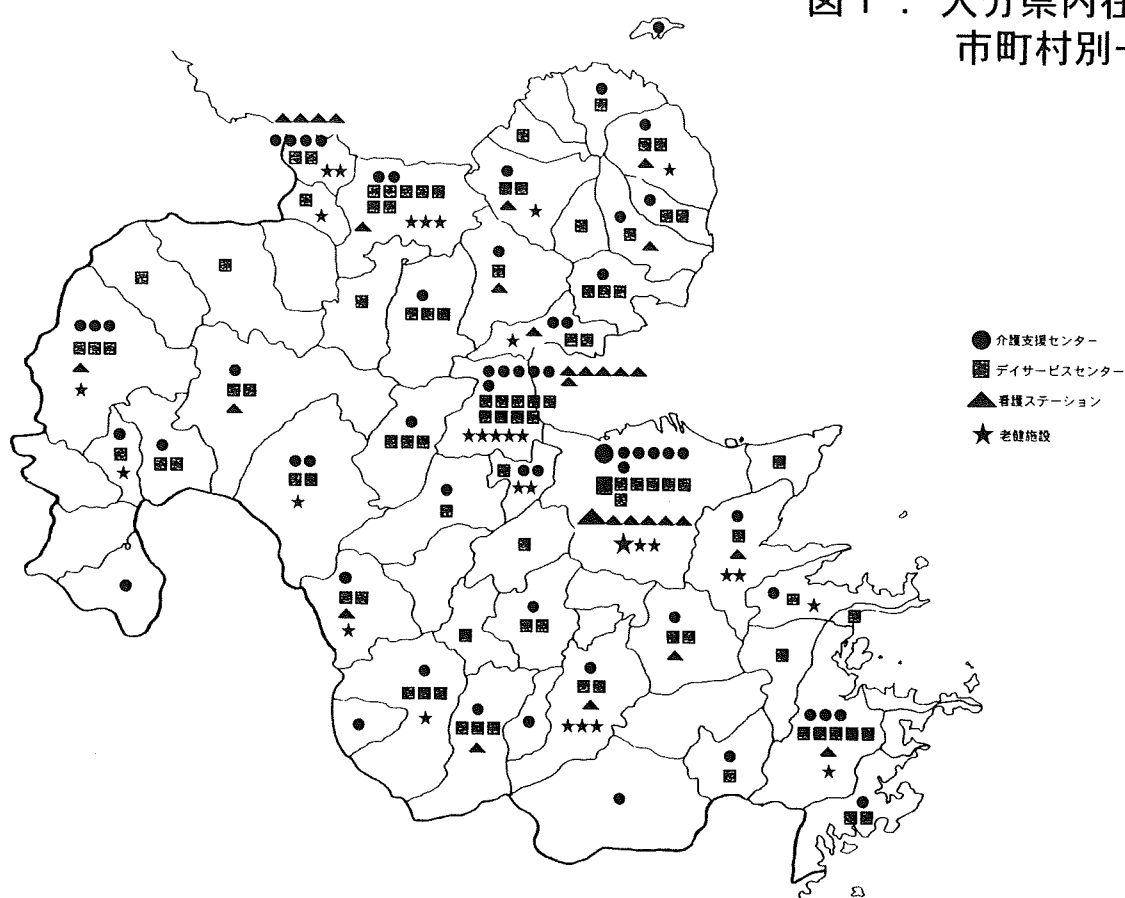


表1：当科退院後、当科外来にて通院治療していない
神経難病患者の現況とニーズ

		入院/入所(%)	在宅療養(%)
症状	改善	20.0	34.0
	不変	13.3	27.7
	悪化	66.7	38.3
神経内科 専門医の 診察	希望する	46.7	72.3
	希望しない	6.7	17.2
	無回答	46.6	10.5



図 2 : 難病事業実施地域

患者のQOL向上のための ネットワークに対する医療側の現状

研究協力者 水島 洋（国立がんセンター研究所がん情報研究部）
共同研究者 内山 映子（国立がんセンター研究所がん情報研究部）
小川 弘子（国立療養所犀潟病院情報センター）
中島 孝（国立療養所犀潟病院神経内科）

1. はじめに

社会においてインターネットに対する認知が年々深まるにつれ、電子マネーや電子取引などの情報技術も次々と提案導入されている。学校や企業、自治体でも次々にネットワーク導入がすすみ、院内システムの導入のみならず情報交換や情報発信が自由に行われている。医療においてもネットワーク利用はすすんでいるが、ネットワーク技術の発展が今後医療にどのような影響を及ぼし、医療を変えていくかは非常に関心のある問題である。昨年度の本研究課題においてわれわれはインターネット利用が難病患者のQOL向上に貢献できる可能性に関する意識調査を行った。この結果、①難病患者の多くがコンピュータネットワーク利用はQOL向上に有効な手段であると考えていること、②現在は従来からの友人や同じ病気の人とネットワーク上で交わしているコミュニケーションの輪を将来は主治医や専門家等へも広げたいと希望していること、③在宅時のネットワーク利用で向上したQOLを維持するためには有料でも入院時にネットワーク利用可能な環境を望んでいること等が明らかになった。これを受け、今年度の本研究においては入院時のネットワーク利用実現に関する検討と、医療従事者のネットワーク利用に関する意識や患者とのコミュニケーションに対する意識調査を行ったので報告する。

2. 入院時のネットワーク利用の可能性の検討

(1) 方法

在宅時のネットワーク利用によって向上した難病患者のQOLを維持できるよう、入院時にも在宅時同様にインターネット利用できる環境構築の検討を行った。対象は対まひのMSの女性患者とし、2ヶ月間リハビリのために入院した間、インターネット利用を在宅時から継続して行えるネットワーク環境を提供し、その利用に関する検討を行った。利用を許可するにあたり、あらかじめネットワーク利用の定義を行い、その内容を病院側、患者側の両方で同意しておく必要がある。今回のネットワーク利用は①患者が立ち上げている外部の商用プロバイダのサーバにあるホームページの情報の追加や削除、編集などのメンテナンス作業のための利用、②同プロバイダーを介して利用している電子メールの利用、の2点のための利用と定義し、それ以外の利用をした場合には利用を差し止める旨を本人に説明し、了承をとった。またこの内容を病院の情報委員会にはかり、その利用を了承した。

商用プロバイダ経由でインターネットを利用しているユーザは、通常は自宅の電話回線を用いてプロバイダが地域ごとに設置しているアクセスポイントへ電話をかけ、モデムで接続して一時的にIPアドレスを取得し、これを自分のいわばID番号としてインターネットへの接続を行う。これをダイヤルアップ接続、またはPPP(Point to Point)接続というが、今回はこの方法

ではなく、既存の院内ネットワークを延長して利用する形をとった。この方法では新規工事の必要もなく、簡単な延長工事をするだけで一時的なネットワーク利用環境が実現できた。

テスト環境は病院内ネットワークのコンセントのひとつにハブを接続し、ここから延長ケーブルで病棟まで配線を伸ばした。病棟では対象患者の病室の近くにさらにハブを設置し、これに患者のパソコンを接続させた。PPP接続ではプロバイダのアクセスポイントへ接続が確立した際にIPアドレスが利用者の端末に振り分けられ、これによってアクセスポイントへ接続している間インターネット接続が確立する。今回はこの方法とは異なり、患者のパソコンには院内ネットに接続している端末同様に固定のIPアドレスを割り当てた。これによって患者が持ち込んだパソコンが院内ネットワーク接続端末の一台として機能するようになり、常時インターネットへ接続できる端末となった。また院内ネットワークは外部からの不正アクセスを防ぐためにさまざまな利用制限をかけている。今回の実験を実現するため、いくつかの制限を一時的に変更する必要があった。

(2) 結果

ネットワークを自由に利用できる環境は患者が通常使用している電話回線経由のネットワーク利用よりデータの転送速度がはるかに早い。患者に快適にネットワーク利用をできる環境を実現した。また通常は入院によって外部とのコミュニケーション量が減少するが、在宅時と同様の外部とのコミュニケーションを維持できたため、入院時の精神的閉塞感をかなり軽減させることができ、在宅時と同レベルの社会性を維持させることができた。また治療現場で話せなかったことを後で主治医に伝えたり、詳しい質問を求めることにも利用でき、院内の医療スタッフとのコミュニケーション補強ツールとしての効果は良好であった。

(3) 考察

院内で患者がネットワーク利用できる環境を実現するには①院内ネットワークに接続させて利用する②携帯電話端末を用いて病院外部のインターネットプロバイダのアクセスポイントに接続させて利用する③公衆電話回線を利用して利用する、という3つの方法がある。①の院内ネットワークに接続させる利用法は、院内に既存ネットからの延長工事をすることで実現できる。この場合、インターネット利用の追加通信費は病院側にも患者側にも派生しないが、患者情報を扱う院内システムのセキュリティ保護の観点から医療スタッフ以外の接続利用に問題がある。また恒久的な設備を備えるなら新規導入の際の工事経費も病院側で負担せねばならない。②の携帯電話端末を用いた外部のインターネットプロバイダのアクセスポイントに接続させて利用する方法は、病院内の機器への電磁波の影響を考慮すると、機器への影響が少なく院内でも利用可能とされているPHS端末利用をする場合には、患者が自分で端末を持ち込むとすると病院の所在地によっては利用できないエリアがある。また病院側で利用端末を利用するとすれば、端末の管理問題が病院側に派生する。③のインターネット利用可能な公衆電話の院内への設置は昨今でまわっているインターネット用モジュージャックを備えたISDN対応公衆電話を設置すれば実現できる。またインターネット利用以外にも公衆電話として利用が可能であり、患者に限らず誰でも利用することができ、病院側の負担も最も低く、かつ安全である。しかしISDN対応の公衆電話を設置している病院もさほど多くはなく、あるとしてもたいていは病院玄関近辺に集中している。患者の負担を軽減しインターネット利用を簡単に実現させるには、病棟の公衆電話をISDN対応のものに交換する必要がある。

患者のベッドサイドでのインターネット利用は、患者コミュニティ内での人間関係にもからんでくることが明らかになった。今回はテストケースとしてベッドサイドでのネットワーク利

用を許可したが、同室や周囲の非ユーザには特別な配慮であるかの作用がはたらき、患者間の社会的問題が報告された。非ユーザの中にユーザである患者が入院してきても問題なく生活できるような環境実現のためには、病室外に公衆電話を設置し、入力作業も病室外で行えるような環境を構築するほうが通常生活としての作業活動という位置付けでインターネット利用をすることができ、インターネット利用を肯定的にとらえることが可能であるといえよう。

3. 患者と医療側のコミュニケーション実現のための調査

1で述べたように昨年度の研究でわれわれは患者が将来医療従事者とネットワーク上でコミュニケーションすることを希望しているとの結果を得た。この希望を受ける医療側の意識を調査するため、病院内にネットワークが既に施設されている医療機関で意識調査を行った。

(1) 方法

前回の調査はインターネットを利用している難病患者むけであったが、今回の調査も業務のための病院内ネットワークが施設されており、インターネットも自由に利用できる施設の医療従事者を対象に行った。無記名式調査表を送付し、1週間後に回収した。調査表配布数200、回収数181であった。内訳は男性44名、女性137名。年齢別の分布は20代32名、30代53名、40代76名、50代19名、無回答1名であった。職種別の分布を表1に示す。

職種	人数
医師	9
看護婦	131
薬剤師	3
理学療法士	8
作業療法士	6
臨床検査技師	6
放射線技師	4
その他	14

表1 職種別分布

(2) 結果

有効回答総数181のうち、現在ネットワークを利用しているのは44.8%、利用していないのは54.7%、無回答が0.5%いた。利用者が一日あたりに受信する電子メールは0通が39.5%、1-5通が44.4%、6-10通が4.9%、11-20通が1.2%、21-50通が2.5%、無回答が7.4%であった。一方一日あたりの送信メール数は0通が45.7通、1-5通が46.9%、無回答が7.4%であった。患者と交わしている対面式の日常コミュニケーションに対する意識を調査したところ、利用者、非利用者ともほぼ同じような分布であった。内訳は約3%が「満足している」約40%が「まあ満足している」約20%が「あまり満足していない」約10%弱が「不満」、約15%が「わからない」、約13%が無回答であった。今後患者とのコミュニケーションを増やすべきかとの問いには利用者、非利用者とも約7割が「増やすべきである」と回答した。