

47	鶴ヶ島市	10.47	0.44	10.02
48	日高市	14.43	4.77	9.66
49	吉川市	10.14	0.36	9.78
50	北足立郡伊奈町	7.05	0.00	7.05
51	足立郡吹上町	11.56	0.00	11.56
52	入間郡大井町	9.86	0.00	9.86
53	入間郡三芳町	6.00	0.17	5.83
54	入間郡毛呂山町	11.00	0.00	11.00
55	入間郡越生町	12.83	0.00	12.83
56	比企郡滑川町	9.33	1.07	8.27
57	比企郡嵐山町	18.81	9.38	9.43
58	比企郡小川町	13.29	2.87	10.42
59	比企郡都幾川村	24.15	2.46	21.69
60	比企郡玉川村	20.75	7.00	13.75
61	比企郡川島町	18.47	2.96	15.51
62	比企郡吉見町	14.19	0.35	13.83
63	比企郡鳩山町	19.24	0.72	18.52
64	秩父郡横瀬町	14.00	0.00	14.00
65	秩父郡皆野町	24.30	0.50	23.80
66	秩父郡長瀬町	30.50	4.13	26.38
67	秩父郡小鹿野町	15.70	0.00	15.70
68	秩父郡両神村	23.50	0.00	23.50
69	秩父郡東秩父村	28.14	6.43	21.71
70	児玉郡美里町	16.24	6.12	10.12
71	児玉郡児玉町	22.67	13.63	9.04
72	児玉郡神川町	25.59	13.82	11.76
73	児玉郡神泉村	46.67	17.00	29.67
74	児玉郡上里町	19.94	5.56	14.38
75	大里郡大里町	13.78	0.30	13.48
76	大里郡江南町	18.13	1.25	16.88
77	大里郡妻沼町	13.23	0.00	13.23
78	大里郡岡部町	14.53	2.47	12.07
79	大里郡川本町	18.00	1.00	17.00
80	大里郡花園町	18.33	5.50	12.83
81	大里郡寄居町	24.30	9.17	15.13
82	北埼玉郡騎西町	11.52	3.57	7.95
83	北埼玉郡南河原村	13.00	1.75	11.25
84	北埼玉郡川里町	13.22	7.33	5.89
85	北埼玉郡北川辺町	24.67	2.25	22.42
86	北埼玉郡大利根町	14.83	3.30	11.52
87	南埼玉郡宮代町	9.50	1.46	8.04
88	南埼玉郡白岡町	11.29	0.06	11.23
89	南埼玉郡菖蒲町	14.64	0.73	13.91
90	北葛飾郡栗橋町	8.97	0.00	8.97
91	北葛飾郡鷲宮町	9.12	0.00	9.12
92	北葛飾郡杉戸町	7.68	0.60	7.08
93	北葛飾郡松伏町	15.79	2.88	12.92
94	北葛飾郡庄和町	13.26	1.00	12.26

平成18年度 厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
分担研究報告書

茨城県の救急医療体制に関する研究

研究協力者 山田 康夫（国際医療福祉大学 医療福祉学部 医療経営管理学科 助教授）

1. はじめに

救急医療は国の医療提供体制に関する政策において常に政策的に重点を置くべき医療分野のひとつとして位置づけられ続けており、地方自治体などの医療行政は救急医療を政策医療として各種の補助金を充てている。しかしながら、近年の財政悪化や人員・人材不足などの資源不足から、救急医療の質の維持・向上や地域的公平性の向上を図っていくには、より効率的な資源配分や体制の構築・運用が必要になる。

そこで本研究では、以下のような特性を持つ茨城県の救急医療体制に基づく救急搬送患者の実態把握を行い、上記問題意識を議論する基礎資料を策定したい。

茨城県は総人口 2,975,023 人と全国 11 位（平成 17 年国勢調査）、面積が 6,095.62 平方キロメートル（平成 13 年現在）で全国第 24 位であるが、土地が平坦であるため、可住地面積は 3,975.91 平方キロメートルと全国第 4 位の広さを持つ。人口密度は 1 平方キロメートルあたり 488 人と全国 12 位となる。

実質的に比較的広い土地に住民が多く居住しているにもかかわらず、救命救急センター（現在 4 拠点）を含めた救急医療体制の構築に困難が伴う地域特性が推測される。

2. 研究方法

茨城県の救急搬送車両による救急搬送患者の医療機関（病院および診療所）への搬送データを集計し、茨城県の救急医療体制の概況、救急患者搬送の状況について分析する。

データは、茨城県保健医療計画（平成 16 年 4 月）、および茨城県保健福祉部を通じて入手した、平成 17 年度の県内消防署の救急搬送車両によって医療機関に搬送された患者に関するデータを使用した。

茨城県保健医療計画（平成 16 年 4 月）における二次保健医療圏の構成は表 1 のとおりである。

なお、本研究では個人情報を含むデータは取り扱わず、また、本研究と筆者に利益相反関係は生じない。

表1 茨城県保健医療計画(平成16年4月)における二次保健医療圏

保健医療圏名	市町村数	圏域を構成する市町村名	人口 (平成15年4月1日)
水戸保健医療圏	6	水戸市, 笠間市, 茨城町, 大洗町, 城里町	476,349
日立保健医療圏	3	日立市, 高萩市, 北茨城市	288,559
常陸太田・ひたちなか保健医療圏	6	常陸太田市, ひたちなか市, 常陸大宮市, 那珂市, 東海村, 大子町	374,928
鹿行保健医療圏	5	鹿嶋市, 潮来市, 神栖市, 行方市, 銚田市	276,661
土浦保健医療圏	3	土浦市, 石岡市, かすみがうら市, 小美玉市(旧美野里町及び旧玉里村)	272,040
つくば保健医療圏	3	つくば市, つくばみらい市	300,932
取手・竜ヶ崎保健医療圏	9	龍ヶ崎市, 取手市, 牛久市, 守谷市, 稲敷市, 美浦村, 阿見町, 河内町, 利根町	465,554
下館・下妻保健医療圏	5	結城市, 筑西市, 下妻市, 桜川市, 八千代町, 常総市(旧石下町)	287,800
古河・岩井保健医療圏	4	坂東市, 古河市, 五霞町, 境町	241,325
計	44		2,984,148

(出所：茨城県保健医療計画(平成16年4月)より作成)

3. 集計結果

(1) 茨城県の救急医療体制の概況

茨城県における救急医療提供体制の概況は表2および表3のとおりである。

二次医療圏別の人口に対する救急医療提供体制を10万対救急医療施設数や一救急医療施設当たり担当人口で見ると、日立医療圏や常陸太田・ひたちなか医療圏といった中山間地域である県北地方や、県南東部の湖(霞ヶ浦、北浦など)を中心とする水郷地帯にあたる鹿行医療圏といった地方部では相対的に手薄になっており、医療機関や医療従事者の確保の問題も推測される。

一方、県庁所在地を含む水戸医療圏や首都圏に隣接する取手・竜ヶ崎医療圏といった都市部も人口当たりの救急医療提供体制はやや手薄である。これは、相対的な人口の多さによるものと推測される。

表2 茨城県の救急医療体制の現況(二次医療圏別)①

二次医療圏名	市町村数	初期体制							二次体制			三次体制	合計	
		休日夜間急患センター		在宅当番医制	救急告示病院	救急告示診療所	救急協力病院	救急協力診療所	小計	救急医療二次病院	病院群輪番制病院	小計		救命救急センター
		設置市町村	協定市町村											
水戸	11市町村	1	0	3	19	2	12	26	63	8	1	9	1	73
常陸太田・ひたちなか	14市町村	1	0	6	8	1	13	15	44	6	0	6	0	50
日立	4市町	1	0	4	9	0	11	14	39	0	6	6	0	45
鹿行	10市町	1	0	7	9	0	4	8	29	0	7	7	0	36
土浦	8市町村	2	4	2	11	0	2	29	50	0	7	7	1	58
つくば	4市町村	1	2	1	13	0	0	27	44	0	8	8	1	53
取手竜ヶ崎	13市町村	1	3	9	15	0	2	32	62	0	11	11	0	73
下館下妻	12市町村	2	3	5	11	0	3	50	74	0	6	6	0	80
古河岩井	7市町村	1	1	2	8	1	3	20	36	0	4	4	1	41
合計	83市町村	11	13	39	103	4	50	221	441	14	50	64	4	509
		24			107		271							

(出所：茨城県保健医療計画（平成16年4月）より作成)

表3 茨城県の救急医療体制の現況(二次医療圏別)①

二次医療圏名	市町村数	人口 (平成15年 4月1日)	10万対救急医療施設数			一救急医療施設当たり担当人口		
			初期体制	二次体制	三次体制	初期体制	二次体制	三次体制
水戸	11市町村	476,349	13.2	1.9	0.2	7,561	52,928	476,349
常陸太田・ひたちなか	14市町村	288,559	15.2	2.1	0.0	6,558	48,093	-
日立	4市町	374,928	10.4	1.6	0.0	9,614	62,488	-
鹿行	10市町	276,661	10.5	2.5	0.0	9,540	39,523	-
土浦	8市町村	272,040	18.4	2.6	0.4	5,441	38,863	272,040
つくば	4市町村	300,932	14.6	2.7	0.3	6,839	37,617	300,932
取手・竜ヶ崎	13市町村	465,554	13.3	2.4	0.0	7,509	42,323	-
下館・下妻	12市町村	287,800	25.7	2.1	0.0	3,889	47,967	-
古河・岩井	7市町村	241,325	14.9	1.7	0.4	6,703	60,331	241,325
合計	83市町村	2,984,148	14.8	2.1	0.1	6,767	46,627	746,037

(2) 救急患者搬送の状況

今回集計した救急搬送患者データを医療圏ごと、休日・夜間・平日別にみると表4のとおりであり、全体の基本統計は表5のとおりである。

水戸、取手・竜ヶ崎、土浦といった保健医療圏など、概ね救急医療施設と人口の多い医療圏に搬送患者数が多いといえるが、日立保健医療圏は施設が少ない割に患者数が多く、下館・下妻保健医療圏は施設が多い割に患者数は少ない。前者は、中核的な位置づけの強い大病院があるため、信頼して患者が搬送されるためであり、後者は救急医療施設に占める救急協力診療所の比率が高い提供体制であるためと推測される。

また、搬送患者数が休日、夜間、平日と多くなるにつれて、救急医療施設の受け入れ患者数のばらつきは大きくなる傾向がうかがわれる。

表4 医療圏ごとの救急患者搬送の状況①

保健医療圏名	搬送人員				搬送人員構成比		
	休日	夜間	平日	合計	休日	夜間	平日
水戸保健医療圏	2,240	7,240	8,787	18,267	12.3%	39.6%	48.1%
日立保健医療圏	1,194	3,817	5,162	10,173	11.7%	37.5%	50.7%
常陸太田・ひたちなか保健医療圏	730	2,001	3,842	6,573	11.1%	30.4%	58.5%
鹿行保健医療圏	805	2,467	3,521	6,793	11.9%	36.3%	51.8%
土浦保健医療圏	1,530	4,866	6,284	12,680	12.1%	38.4%	49.6%
つくば保健医療圏	1,218	3,954	5,383	10,555	11.5%	37.5%	51.0%
取手・竜ヶ崎保健医療圏	1,350	6,074	8,157	16,044	8.4%	37.9%	50.8%
下館・下妻保健医療圏	775	2,180	3,723	6,678	11.6%	32.6%	55.8%
古河・岩井保健医療圏	836	2,992	3,668	7,496	11.2%	39.9%	48.9%
計	10,678	35,591	48,527	95,259	10.6%	37.3%	51.1%

表5 救急患者搬送に関する基本統計

	搬送人員			
	休日	夜間	平日	合計
度数計 n	9	9	9	9
合計	10,678	35,591	48,527	95,259
平均値	1,186	3,955	5,392	10,584
中央値 Q2	1,194	3,817	5,162	10,173
最大値	2,240	7,240	8,787	18,267
最小値	730	2,001	3,521	6,573
標準偏差(母標準偏差)	460	1,708	1,876	4,064
標準偏差(標本標準偏差)	488	1,811	1,990	4,311
平均偏差	356	1,404	1,567	3,386
分散(母分散) σ^2	211,306	2,915,623	3,520,086	16,517,272
分散(標本分散) S^2	237,719	3,280,076	3,960,097	18,581,931

(3) 搬送患者数からみた救急患者および救急医療施設の集中度

救急医療施設への搬送患者数を度数分布により区分し、救急患者および救急医療施設の集中度を集計したものが表6（全体）および表7（休日・夜間）である。

全体では年間で500人以上を受け入れている約18%の病院で全体の85%の患者を診ていることになり、1,500人以上を受け入れている約6%の病院で全体の半分以上の患者を診ていることになる。また、休日・夜間では、そこまで一部医療施設に集中していないが、年間で501人以上を受け入れている約10%の病院で全体の70%以上の患者を診ていることになり、集中度は高いといえる。

表6 搬送患者数からみた救急患者および救急医療施設の集中度(全体)

区分	搬送患者数	累積患者数		累積医療施設数	
		患者数	累積割合	医療施設数	累積割合
I	3000～	26,170	27.5%	6	2.1%
II	2500～2999	34,488	36.2%	9	3.1%
III	2000～2499	40,992	43.0%	12	4.2%
IV	1500～1999	51,296	53.8%	18	6.3%
V	1000～1499	64,087	67.3%	28	9.8%
VI	500～999	81,340	85.4%	51	17.8%
VII	0～499	95,259	100.0%	286	100.0%

表7 搬送患者数からみた救急患者および救急医療施設の集中度(休日・夜間)

区分	搬送患者数	累積患者数		累積医療施設数	
		患者数	累積割合	医療施設数	累積割合
I	1001～	20,408	43.7%	11	3.8%
II	751～1000	26,420	56.5%	18	6.3%
III	501～750	33,337	71.3%	29	10.1%
IV	251～500	40,581	86.8%	48	16.8%
V	1～250	46,732	100.0%	231	80.8%
VI	0	46,732	100.0%	286	100.0%

また、救急機能区別に搬送患者数からみた救急患者および救急医療施設の集中度が表8である。

こちらにも、三次救急医療施設と二次救急医療施設に指定されている約22%の医療施設が80%以上の救急搬送患者を受け入れており、集中度が高い。

表8 搬送患者数からみた救急患者および救急医療施設の集中度(救急機能区別)

区 分	累積患者数		累積医療施設数	
	患者数	(%)	医療施設数	(%)
三次、二次(輪番)	16,972	17.8%	4	1.4%
二次(県単)	14,718	33.3%	13	5.9%
二次(輪番)	47,550	83.2%	47	22.4%
その他告示	11,060	94.8%	44	37.8%
その他救急協力	3,048	98.0%	132	83.9%
その他	1,231	99.3%	45	99.7%
小児拠点	680	100.0%	1	100.0%
計	95,259		286	

4. 考察

シーズ志向型(医療施設や医療従事者が多くと患者が多い)の産業構造といわれる医療サービスにあって、茨城県の救急医療も全体としては救急医療施設が多い地域(医療圏)に救急搬送患者も多い傾向がみてとれた。し

かしながら、例外的な地域もあり、背景に医療施設数や医療従事者数といった医療提供体制以外の要素も含めた地域特性が存在するものと推察される。

また、一部の救急医療機能の高い医療施設群（三次救急医療施設および二次救急医療施設）が多数の救急搬送患者を受け入れていることもわかった。これは逆に言えば、その他の多数の救急医療施設は救急患者の受け入れ実績が少なく、救急医療の体制作りや経験が不十分であり、地域の救急医療の側面からする政策医療への貢献が低いということになる。

冒頭に指摘したように、近年の中央政府・地方政府の財政悪化や医師・看護師など医療従事者の不足などといった資源不足から、救急医療の質の維持・向上や地域的公平性の向上を図っていくには、より効率的な資源配分や体制の構築・運用が必要になり、重点的な配分のしくみを検討すべきではないだろうか。

5. おわりに

今後は今回の集計・分析結果をもとに、救急医療施設までのアクセス時間をGIS (Geographical Information System=地理情報システム) ソフトによって計測して茨城県の救急施設集約化のシミュレーションを実施することにより、より効率的な資源配分方法について検討する予定である。

今回の研究にあたって、医療機関別救急搬送患者数のデータをご提供いただいた茨城県の関係者に深く感謝したい。

平成18年度 厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
分担研究報告書

在宅療養支援診療所における看護・福祉との協働・連携に関する研究

研究協力者 中瀬 杏子（東京医科歯科大学大学院 政策科学分野プロジェクト・セメスター
学生 医学部医学科4年生）
主任研究者 河原 和夫（東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 教授）

研究要旨

本研究では、東京都内の在宅療養支援診療所に調査を行った。在宅療養支援診療所は平成18年診療報酬改定で新たに設立され、在宅医療の中心となるよう期待されている。在宅療養に携わる診療所は他の医療・福祉施設や他の職種と密な連携が重要であり、在宅療養支援診療所の連携体制の調査が在宅医療の未来を占ううえで大きな意味をもつであろうと考えられる。

在宅療養支援診療所の実態として、訪問診療に特化している診療所とそうでない診療所の2つに大きく分けられ、後者が全体的に多いことが明らかとなった。他の医療・福祉施設と連携を取るのに尽力し、さらに膨大な書類や24時間365日のオンコール体制を構築するので、仕事が多いと感じている医師が多くいることが分かった。また、医師と看護師の機能分担においては看護師に任せたい仕事があるとしながらも、看護師の能力向上を求める声が多く、専門看護師認定を推進し、経験をつんだ看護師が現場で医師との信頼関係の下で仕事分担を行うことが理想であろう。さらに、在宅療養支援診療所の機能を発揮するために今後充実していく点として、医師の確保、地域包括支援センターの充実、またケースワーカーの能力向上が多く回答され、基盤を充実させるとともにそれをいかに活用し、変わり行く時代のニーズを反映させていくかを考えながら制度を構築していく政策が必要となるであろう。

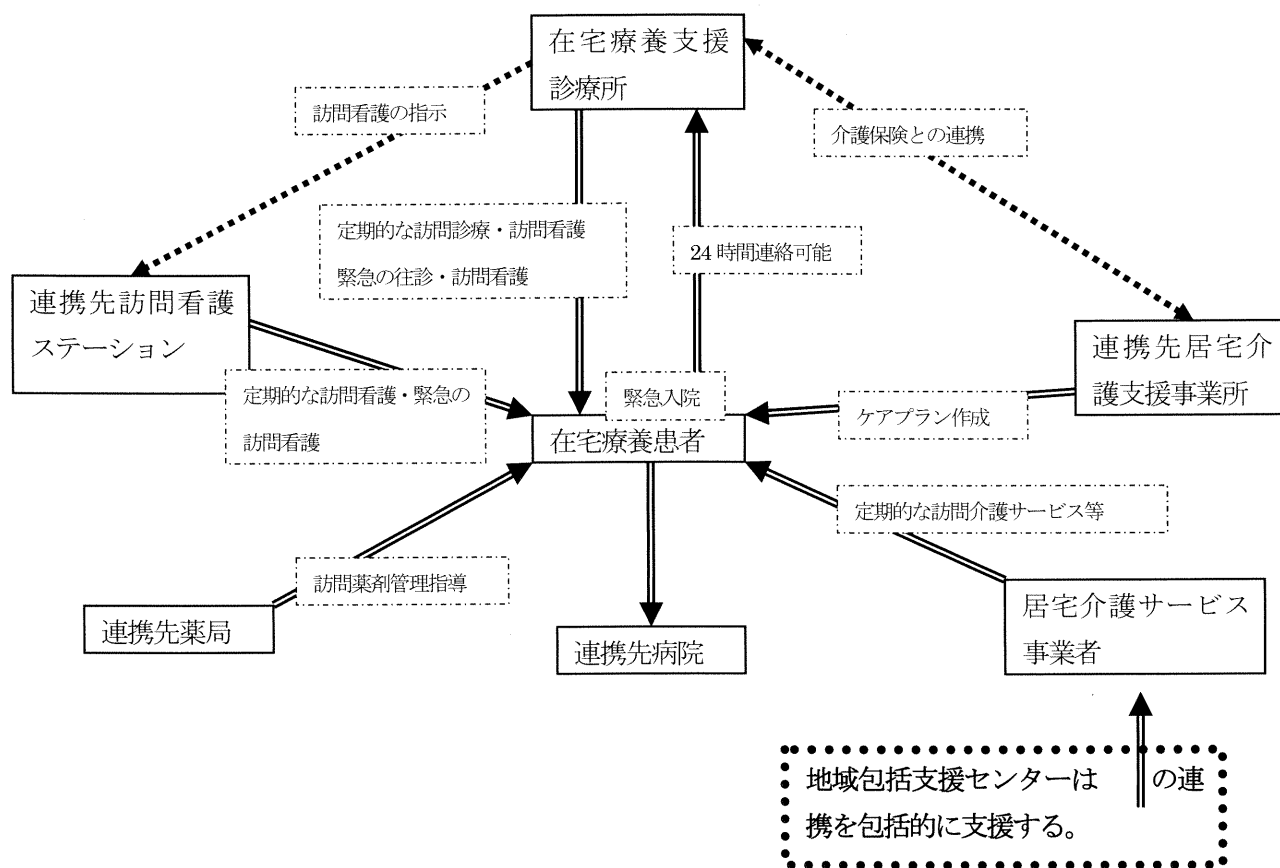
A. 目的

平成18年4月、医療報酬改定と介護報酬改定が同時に行われる6年に1度の機会となり、さらに昨年度末に自民与党、厚生労働省により提案された医療制度改革大綱に沿う形の報酬改定が行われるとして注目を集めた。この中で、国民総医療費が年々増えており、その中でも老人医療費の伸びが著しいこと、今後団塊の世代が高齢化するに当たって医療費の伸びは更に加速する可能性があることが懸念され、如何に国民の医療費を抑えるかという事に議論が集中した。様々な提案が医療制度改革として挙げられる中でも療養病床削減、在宅医療の充実の動きは大きく取り上げられた。厚生労働省その他の算定では医療療養病床を廃止し、療養病床を削減して、医療必要度の低い高齢者を在宅に戻すことが、3,000億円の医療費削減につながるという。このような流れの中、平成18年診療報酬改定・介護報酬改定では、「在宅及び施設における医療と介護の機能分担・連携の明確を図った」。(第1回社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会 平成18年10月5日 資料3-2より一部抜粋) 診療報酬改定では、在宅療養支援診療所を新たに設置し、介護報酬改定では地域包括支援センターを設け、在宅医療・介護における機能・協働・連携の強化を図った。またさらに、入院から退院し、その後在宅に移

行する流れを評価する報酬も設けられ、高齢者医療の在宅への転換が推進されるように改定された。現在設置されている在宅医療・介護を支える構造は【図あ】のようになっている。

在宅の構造は充実したが、このことがかえって現場での混乱を招き、それぞれのもつ機能を十分に活かしきれていないのではないかという問題が挙がり、本研究の動機となった。

図あ・在宅療養のイメージ



<第3回社会保障審議会『後期高齢者の医療のあり方に関する特別部会』資料1 平成18年11月6日
『介護保険ハンドブック平成18年度改訂版』 月刊介護保険編集部編より>

B. 方法

(1) 調査の対象

平成18年11月15日現在、東京都社会保険事務局が受理している全ての在宅療養支援診療所(1060カ所)

(2) 調査票の配布・回収方法

郵送配布・郵送回収

(3) 調査実施時期

平成18年12月22日～平成19年2月22日

(4) 回収状況

①回収数 366票 ②回収率 34.5%

C. 結果 および D. 考察

[基本情報]

① 貴在宅療養支援診療所は、どのような診療の形態をとっていますか？外来診療と訪問診療を 100 のなかで比重別にわける場合、それぞれどれだけになるかを、縦線を引いてご記入ください。
また、数字で比率をご記入ください

記入例

* 外来診療 60%在宅診療 40%と記入する場合

外来診療

訪問診療

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

[外来 60 : 訪問 40]

訪問診療に特化する診療所（訪問診療の比重が 90%～100%）が全体の 11.5%、外来診療が中心で訪問診療も行っている診療所（訪問診療の比重が 0～10%）が全体の 31.0%であった（表 1、図 1）。

また訪問診療の割合に関して、東京都の在宅療養支援診療所は大きく 2 つのグループに分けられることが推測できた（クラスター分類 反復 2）これによれば、ひとつは訪問診療の割合 10～20%を中心とする、外来診療がメインではあるが訪問診療も行っている診療所で、そのような診療所が全体の約 80%を占める。もうひとつは、訪問診療の割合が 70～80%を中心とする訪問診療に特化している診療所で、そのような診療所は全体の約 20%を占める。

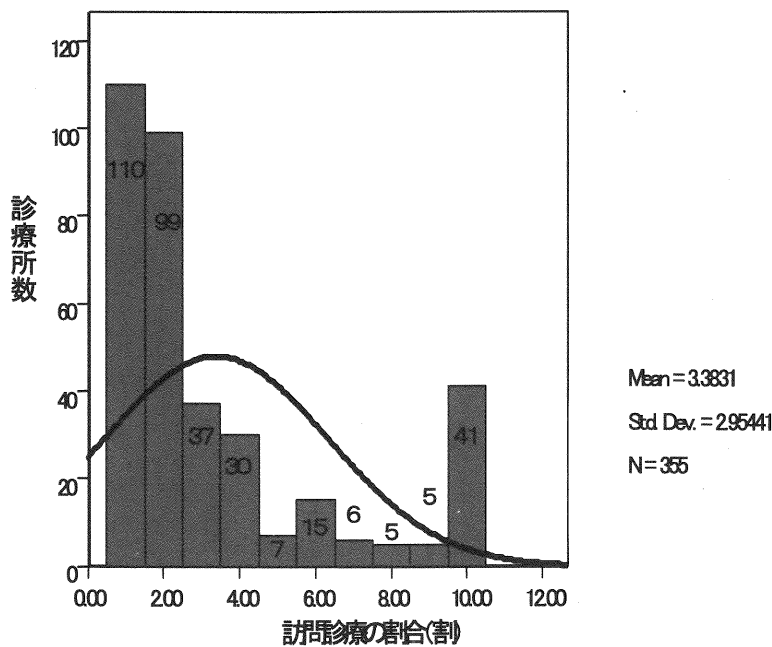
このように東京都の在宅療養支援診療所において 2 つの異なる形態が推測され、これらをひとくくりに評価し、同じ条件で仕事をするのはやや難が考えられる。特に、24 時間 365 日の診療体制を築くという要件は外来診療を主に行っている診療所にとってはなかなか現実的に厳しいのではないだろうか？ 2 つの在宅療養支援診療所の性質を見極め、それぞれにあった要件・体制を築く政策をとらなければならないであろう。

表 1

訪問診療の割合 (%)	度数	有効%	累積%
0～10%	110	31.0	31.0
10～20%	99	27.9	58.9
20～30%	37	10.4	69.3
30～40%	30	8.5	77.7
40～50%	7	2.0	79.7
50～60%	15	4.2	83.9
60～70%	6	1.7	85.6
70～80%	5	1.4	87.0
80～90%	5	1.4	88.5
90～100%	41	11.5	100.0
合計	355	100.0	

図 1

在宅療養支援診療所で行う訪問診療の仕事の割合



その他記述回答

- ・医師の就労時間の割合 9 0 : 1 0、延べ患者数の中の割合 9 7 : 3
- ・人数で言えば 9 5 : 5 だが収益で見れば 8 0 : 2 0。
- ・有床診療所なので病棟も含まます

① 貴在宅療養支援診療所が訪問診療で診察している患者さんの数をそれぞれの月でご記入ください。
 (在宅療養支援診療所として認可された月が4月ではない場合、認可された月から、ご記入ください)

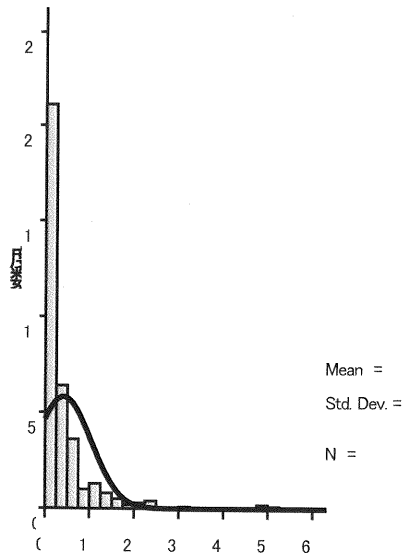
4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月

在宅療養支援診療所として受理されてからの訪問診察患者数の月平均は0～10人が最多で全体の40.0%、次に10～20人が多く全体の18.6%、100人以上と答えた診療所は全体の8.9%であった(表2、図2)。

表2

訪問診療患者数【月平均】(人)	度数	有効%	累積%
0～10	144	40.0	40.0
10～20	67	18.6	58.6
20～30	37	10.3	68.9
30～40	27	7.5	76.4
40～50	13	3.6	80.0
50～60	14	3.9	83.9
60～70	9	2.5	86.4
70～80	5	1.4	87.8
80～90	5	1.4	89.2
90～100	7	1.9	91.1
100～110	4	1.1	92.2
110～120	2	0.6	92.8
120～130	4	1.1	93.9
130～140	4	1.1	95.0
140～150	4	1.1	96.1
150～160	1	0.3	96.4
170～180	2	0.6	96.9
200～210	1	0.3	97.2
210～220	2	0.6	97.8
230～240	4	1.1	98.9
300～310	1	0.3	99.2
470～480	1	0.3	99.4
480～490	1	0.3	99.7
500～510	1	0.3	100.0
	360	100	

図 2



その他記述回答

- ・ 家族の希望で病院へ入院して永眠(6月)
- ・ 訪問延べ人数に関して言えば

② 貴在宅療養支援診療所の訪問患者のうち、それぞれの月で何人の患者の在宅での死亡を確認されましたか？今年度の在宅死亡確認数を月ごとにわかる範囲でお答えください。
(在宅療養支援診療所として認可された月が4月ではない場合、認可された月からご記入ください)

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月

在宅療養支援診療所として受理されてから訪問患者の中で死亡を確認した件数は月平均で 0~1 件が最多で全体の 84.9%、次が 1~2 件で 8.4%であった (表 3)。

表3

死亡確認数【月平均】(人)	度数	有効%	累積%
0～1	304	84.9	84.9
1～2	30	8.4	93.3
2～3	12	3.4	96.6
3～4	5	1.4	98.0
5～6	4	1.1	99.2
6～7	1	0.3	99.4
10～11	1	0.3	99.7
13～14	1	0.3	100.0
合計	358	100.0	

ここで、診療所の訪問患者数と、訪問患者のうちの死亡の確認数との関連性を検定した結果、関連性が認められなかった(t検定 $t=10.554$) (表4)。このことから、在宅療養支援診療所が報告する義務のある在宅看取り数の意義が問われる。日本人の意識の中で最期を自宅で迎えるということに対する希望はありつつも「理解・受け入れ」が足りないということも理由の一つであろう。最期を迎えるようなときに状態が急変したと言って救急車で病院へ行き、結局病院で最期を迎える本末転倒なケースも記述報告されている。

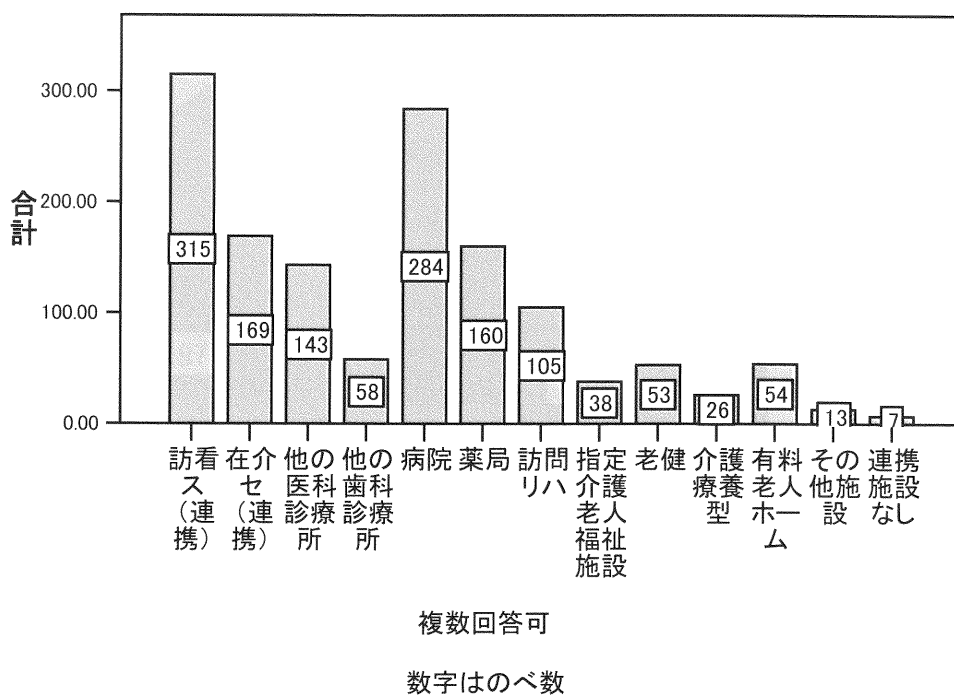
表4

	t 値	自由度	相関係数
患者平均—死亡平均	10.554	352	0.193
	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差
患者平均	35.60	62.72	3.34
死亡平均	0.51	1.40	0.07
対応サンプルの差	35.09	62.46	3.32

その他記述回答

- ・入院死亡2名
- ・11月までで3名死亡
- ・死亡者数はもっと多いが、最期の看取りは死亡数日前程度で入院を希望する患者および家族が多いため、最終的に在宅での死亡確認数は少なくなってしまう

図3



その他記述回答

- ・ 居宅介護支援事業所はH18.4 からケアマネージセンターに名称変更されています。

[機能分担に関する質問] 以降の質問に関して該当するものに○をつけてください

- ① 在宅に携わる医師の仕事量はどのように思いますか、またその理由をお答えください。
1. 非常に多い (理由:)
 2. 多い (理由:)
 3. 普通 (理由:)
 4. 少ない (理由:)
 5. 非常に少ない (理由:)

在宅医療に携わる医師の仕事量についての質問では、非常に多い・多いと仕事の負担を感じている医師が全体の約62%をしめており、この中で24時間365日のオンコール体制が負担の理由と答えたのが62件、書類の多さが負担の理由と答えたのが44件、往診移動時間の長さで答えたのが7件で理由の中で特に多かった(表6)。

表6

	度数	%
非常に多い	91	25.9
多い	125	35.6
普通	107	30.5
少ない	21	6.0
非常に少ない	7	2.0
合計	351	100.0

その他記述回答

- ・ 一日平均5名の在宅患者を昼休みの12時から2時までの2時間で診ている。平均24分で移動して血圧測定、採血等こなすわけだが、我々職員も含め昼食が取れない。比較として一日平均95名の外来患者を当院の開業時間AM10～12、PM2～6の間にこなしている。比較すればいかに効率が悪いか。
- ・ 質問の意味不明。患者一名あたりという意味でしょうか。看護師の業務のほうが多いだろうという意味？

② 訪問看護ステーションとの連携は、どう思いますか？

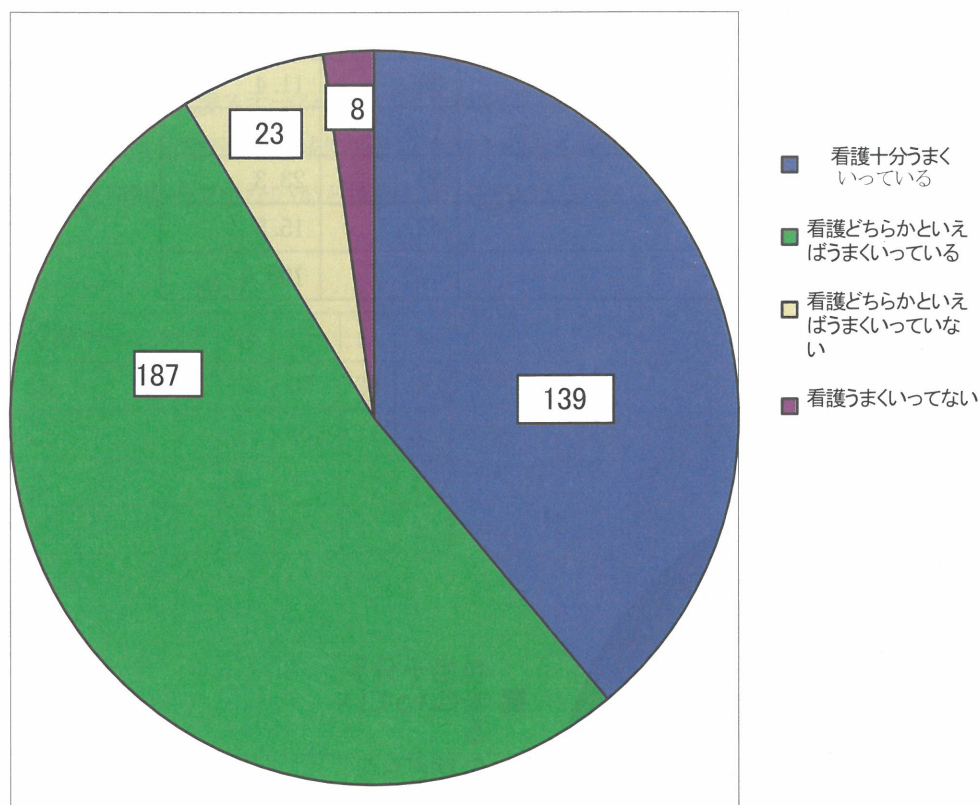
1. 十分にうまくいっている
2. どちらかといえばうまくいっている
3. どちらかといえばうまくいっていない
4. うまくいっていない

訪問看護ステーションとの連携はほとんどの診療所がうまくいっているとの回答を得た（表7、図4）。

表7

	度数	%
十分にうまくいっている	139	38.8
どちらかといえばうまくいっている	188	52.5
どちらかといえばうまくいっていない	23	6.4
うまくいっていない	6	2.2
合計	358	100.0

図4



その他記述回答

- ・ ただしくまく言っている訪看スとうまくいっていない訪看スがあります。
- ・ 法人内にあるナースステーションとは良好。法人外とは困難な場面ある。
- ・ 連携していません。

③ 地域包括支援センターとの連携は、どう思いますか？

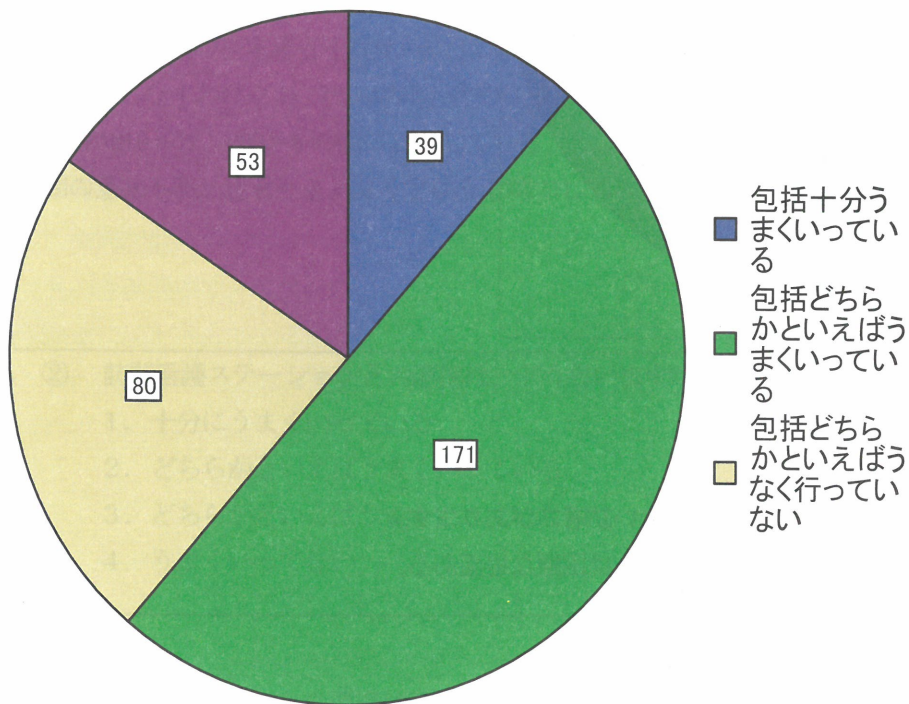
1. 十分にうまくいっている
2. どちらかといえばうまくいっている
3. どちらかといえばうまくいっていない
4. うまくいっていない

地域包括支援センターとの連携についてはうまくいっているという感想の診療所は、訪問看護センターとの連携に関する設問に比べて少なくなっている (表8、図5)。

表 8

	度数	%
十分にうまくいっている	39	11.4
どちらかといえbaumよくいっている	171	49.9
どちらかといえbaumよくいっていない	80	23.3
うまくいっていない	53	15.5
合計	343	100.0

図 5



その他記述回答

- ・ 包括支援センターは医師の方は向いていません。クライアントと介護支援業者のほうしか顔は向いていません
- ・ そのようなセンターがどこにあるかも知らない
- ・ 全体像のみえないケアマネが多く、不十分な対応なまま、目にしています。
- ・ 連携していません。
- ・ 地域包括支援センターは何なのか知りません (2)。
- ・ 地域包括支援センターとの連携は悪くは無いが必要性があまりない。

ここで、訪問看護ステーションと地域包括支援センターとの在宅療養支援深慮所の連携の様子をクロス表として集計する。

この表から訪問看護ステーションのほうが連携に関してうまくいっており、訪問看護ステーションと連携がうまくいっていない診療所は地域包括支援センターとも連携がうまくいっていない可能性が高く連携先を特に必要としていない診療所ではないかと推測した（表9）。

表9

看護 \ 地域	◎	○	△	×
◎	38	62	26	8
○	1	103	41	32
△	0	4	12	7
×	0	0	1	6

④ 現在、医師が行っている仕事に関して、看護師の仕事としてもいいと考えられる仕事はありますか？また、それはどのような業務ですか？（複数回答可）

1. ある

- a) 患者の疼痛の状況の判断
- b) 医薬品の量の増減を症状に応じて適切に判断し、服薬を支援する
(医師の指示の範囲内において)
- c) 訪問看護の開始や継続を判断する
(医師の訪問看護指示書を必ずしも事前に必要としない)
- d) 食事の形態の判断
- e) 清潔の保持の方法の判断
- f) 事務作業
- g) 経理作業
- h) 昼間の電話の初期対応
- i) 夜間の電話の初期対応
- j) その他 ()

2. ない

日本看護協会が提出した文書に照らし合わせ設定した選択肢のうち、半数以上の意思の賛成が見られたのは4項目においてのみであった。しかし、看護師の能力によるといった記述が多数見られ、今後専門看護師の認定が