

医師	病院	①～⑥	当院で勤務医はすでにたいへん消もうしている。かなり労力をおぎなわないと困難と考える。費用がかかるのでむつかしいのでは。
医師	病院	⑥	どこが主導でこのようなシステムをつくるか。中核病院は絶対に無理
看護師	訪看	①～⑥	クリニック医師が全てを担う事は大変でしょうし、交替制で対応しても人を割り当てれば発生する賃金 etc
看護師	訪看	⑥	よくわからない
看護師	訪看	⑥	よくわからない
看護師	訪看	①～⑥	医師の人間性による。
看護師	訪看	①④⑥	組織の考え方(方針)と取り組み。
看護師	病院	①～⑥	機器のメンテナンス、常に対応が可能な体制をとることができるか不安
看護師	病院	⑥	病院自体がそういう体制をとっていない。
看護師	病院	①～⑥	現在■医師数が少なく、多忙で、医師自身の体調が心配されるほど、業務多忙。過重労働。余裕などない！！
看護師	病院	①②③⑤⑥	役割分担 病院がするのか、在宅診療医がするのか。
看護師	病院	①②⑥	医師としてのモラルの改善がなければ無理。
看護師	病院	①～④⑥	マンパワー不足
看護師	病院	①～⑥	遠隔医療に関わった場合束縛はされるがその分休息はとれるのか？入院、外来 pt の診療はどうなるのか？
看護師	病院	①～⑥	マスターPC から子 PC を操作できるリモートコントロールも必要かと…。
看護師	病院	①～⑥	体制作り、人材育成、財政投入
看護師	病院	①⑥	費用に関しては、16年間で高齢社会は終わるので、■兆円+25兆円の財政出動に比べれば、健康保険、介護保険で払っているので税金投入は10兆円(16年間)で済む※現在も景気対策の名目で
看護師	病院	⑥	病院がまだその体制をとっていない
看護師	病院	⑥	当施設では、必要性を認めていない。(24時間救急の対応をしている)
看護師	病院	⑥	急性期病院なので往診はしない。
看護師	病院	⑥	診療報収にならない
看護師	病院	①～④⑥	一般病院で対応するのは救急と平列では困難。医療制度自体のシステムを変えないと医師は休みをとれなくなる。
看護師	病院	①～⑥	遠隔医療の必要性がギモン
看護師	病院	⑥	いろいろありますが詳しいことはわからない

看護師	病院	①～⑥	当院では、専任の在宅医がない。各科(内科・神内泌尿科)のDr がでかけている状況
看護師	病院	①～⑥	診療の合い間にはできない。余剰人員がない。
看護師	病院	①～⑥	往診制度が公的病院として導入されていない！！
看護師	病院	⑥	不明
看護師	病院	⑥	医療訴訟のリスク

#### 問 16 患者側の問題

職種	施設	選択枝	その他 記載内容(原文のまま、不明部分は■)
医師	病院	⑦	機器を1人でなかなか使えない
医師	病院	⑦	同上
医師	病院	①～⑦	患者、家族教育
医師	病院	②⑦	器機やシステムのトラブルは業者でもよい。連絡先がわかっていることと「まかせるから何とかしてくれ」をなくすことが大切
医師	病院	③⑤⑥⑦	機器では解決しない事が多すぎる。極く1部の人は助かるかもしれない
医師	病院	⑦	本人・家族のシステムの理解
医師	病院	①～⑦	モラル
医師	病院	⑦	今の日本のレベルではまず在宅医療を普及させることが急務だと思います。
医師	病院	⑦	モニターを通じての判断の限界を認識してもらうこと
医師	病院	⑦	特にない
医師	病院	⑦	けいたい、もしくはインターネットにカメラをつけるだけではダメでしょうか？
医師	病院	⑦	家族の負担
医師	病院	②③④⑦	高齢者が多いので操作が難しいのでは？ケイタイではだめですか？
医師	病院	⑦	理解不能
看護師	不明	②③④⑦	緊急通報システムでも完全にうまくいっているとはいえないましてやテレビTelは高齢の方の一人暮らしなど現実的なのだろうか？
看護師	訪看	⑦	わからない
看護師	訪看	⑦	よくわからない
看護師	訪看	②③⑦	不安など パーソナリティの格差
看護師	訪看	⑦	高齢者夫婦も多く、操作手段に関しては問題あり
看護師	病院	①～⑦	対応した内容の記載やコストはどのように算定するのでしょうか
看護師	病院	⑦	上記同様
看護師	病院	①～⑦	操作することでpt やfu に負担が来ないか。

看護師	病院	①～⑦	経済的安心感
看護師	病院	②③⑥⑦	在宅医療の適応者は、高齢者であったり、高齢世帯が多く、機器を扱えるか、又、緊急時にきちんと病状を伝えることか
看護師	病院	②⑦	患者、家族の在宅が基本であることへの理解と医療の限界への理解
看護師	病院	②③⑥⑦	自分だけの思いで活用する場合の制限(さみしいから、少し不安だから等)
看護師	病院	⑦	遠隔医療の主旨の理解ができているか
看護師	病院	①～⑦	実験台にされているのではないかという感情を持たないよう
看護師	病院	⑦	わからない
看護師	病院	①～④⑥⑦	独居
看護師	病院	①～④⑥⑦	必要性が低いのにさみしい、不安、で毎日夜中に来院する pt がたえない これをやられるとそれはそれは大変！！
看護師	病院	⑦	いろいろあると思いますが、詳しいことはわからない
看護師	病院	⑦	不明
看護師	病院	②⑥⑦	そのような設備がある事自体の理解



問 15-b. 主治医は「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」を導入した場合、24 時間いつでも患者へ往診するか、

問 15-b 支援診

問 15-b 訪看

問 15-b 病院医

問 15-b 病院看

<在宅療養支援診療所医師・訪問看護師・病院医・病院看護師のいずれの回答も、遠隔医療の導入には否定的な内容が多数を占めている>

問 16. 遠隔医療を導入する場合に、医療者側で問題となるものについて、

問 16 医療者側－支援診

問 16 医療者側－訪看

問 16 医療者側－病院医

問 16 医療者側－病院看

<遠隔医療の導入の必要性を感じない、あるいは更なる負担増となる意見が大半である>

問 16. 遠隔医療を導入する場合に、患者側で問題となるものについて、

問 16 患者側－支援診

問 16 患者側－訪看

問 16 患者側－病院医

問 16 患者側－病院看

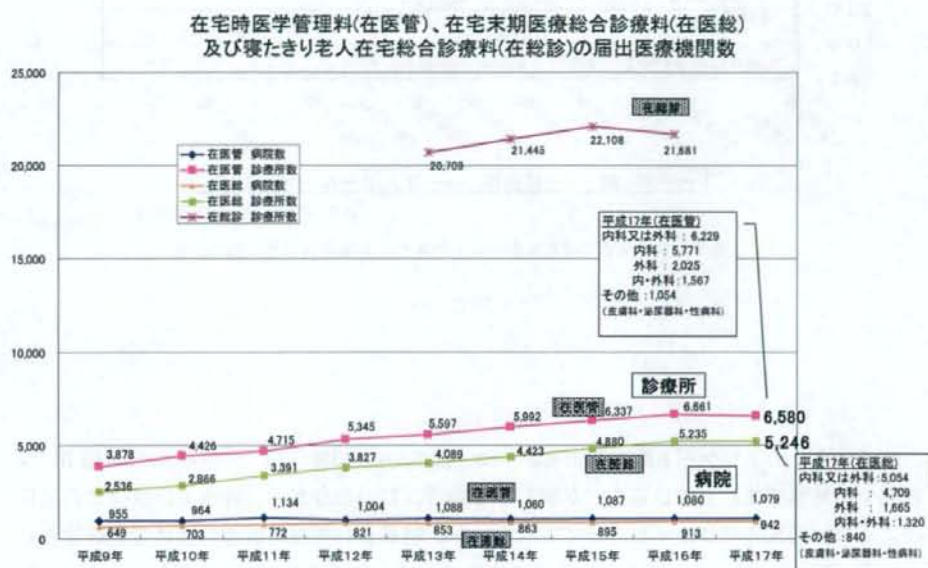
<まず在宅医療の充実が先決である、携帯電話でも十分に可能、精神的家族負担の増加、緊急体制の不備のまま導入してもだめ等、否定的意見が大半を占める>

## 第IV章 総括

## 第IV章 総括

### (1) 考察

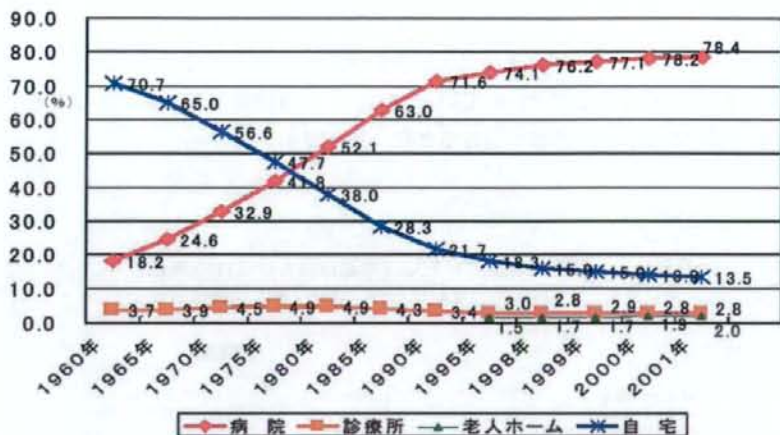
かつて、2005年までは「在宅寝たきり老人総合診療料（在総診）」と「在宅時医学管理料（在医管）」によって、在宅医療が行われていた。しかし24連携体制加算を導入しても2004年にはこれらを標榜する診療所総数は頭打ちとなった（図A）。



図A

在宅看取り数は年々低下の一途をたどり（図 B）、在総診・在医管・24 連携体制加算は、看取りを含む在宅医療において有名無実化していた。

死亡場所の年次推移



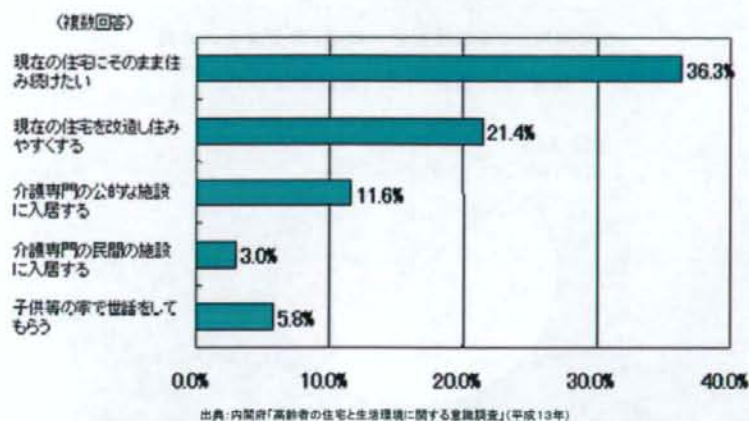
（出典：平成13年 人口動態統計）

※1990年までは老人ホームでの死亡は自宅またはその他に含まれている。

図B

すでに多くのアンケート調査が示すように、国民の約 60%（図 C）から 80%（図 D）は在宅での終焉を希望していることが明らかである。しかしながら、今まで医療はこの国民のニーズに応えるサプライを行ってこなかった。結果として在宅医療の適応者を転院させている（図 E）。このニーズとサプライのミスマッチを是正するために考えられたのが、24 時間対応する『在宅療養支援診療所』（図 F）である。

### 虚弱化したときに望む居住形態



高齢者介護研究会「2015年の高齢者介護」より

図 C

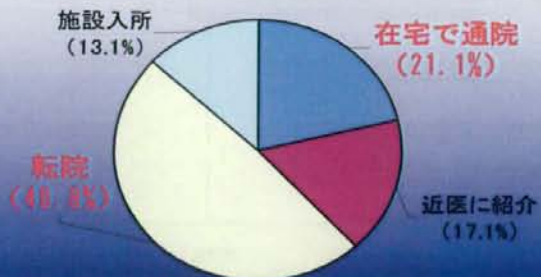


図 D



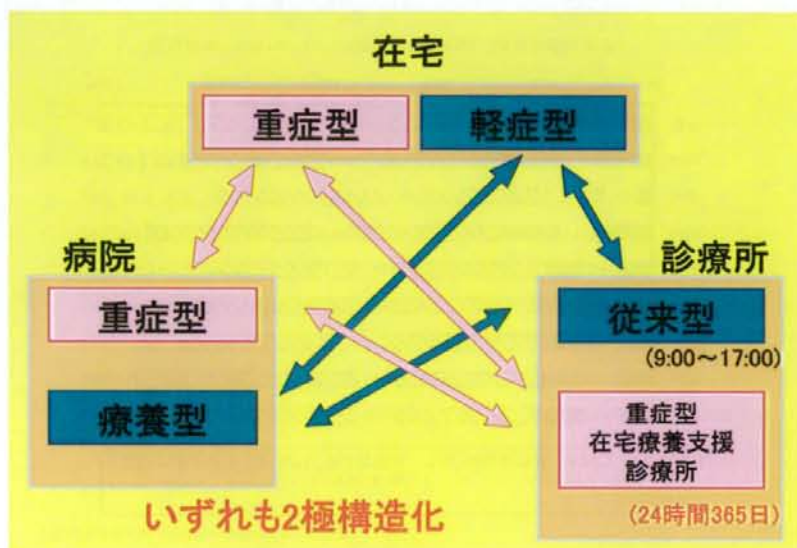
臨床研修指定病院  
病棟(怒管)

在宅適用となる退院患者の転帰: 回答病棟の総和  
(在宅適用となりうる退院患者の割合が全退院の50%未満である  
病棟 172病棟、1,325退院事例のうち)



016 法人医療事業推進費等補助金  
在宅医療推進計画事業(1)交付金

図E



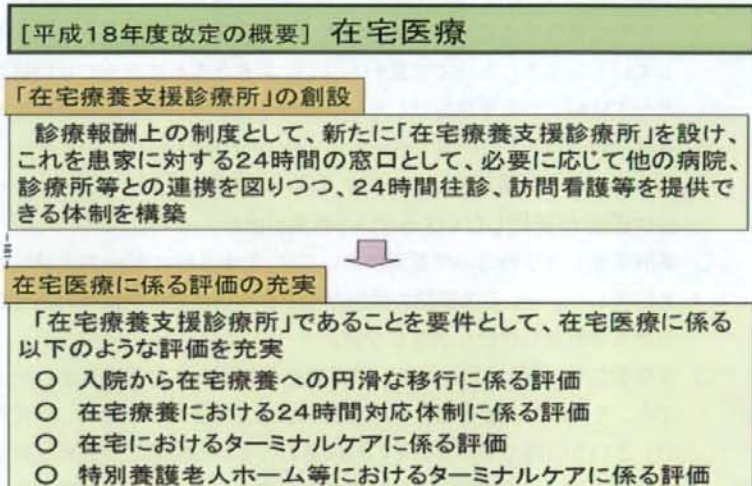
図F

この状態を打開するために医療保険点数上の制度として『在宅療養支援診療所』が2006年に創設された(図G)。現在当該診療所は全国に約12,000ヶ所あり年々増加している。

さらにこの制度をきっかけに、在宅看取り数は2005年を底として年々増加しており、逆に病院死は低下している(図H)。明確に患家に赴く24時間対応体制を機能させることによって、はじめて在宅看取りが可能となる。

そしてこの導入によって上記の結果がもたらされ、在宅看取り=国民のニーズがようやく叶えられつつある。

遠隔医療はこのニーズを妨げることのないシステムでなければならない。



図G

## 病院での死亡率と在宅での死亡率 在宅死=最後まで家庭生活

	.....	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年
病院での死亡率	↗	78.9%	79.6%	79.8%	79.7%	79.4%
在宅での死亡率	↘	14.9%	14.5%	14.4%	14.5%	14.9%

図H

問1から問12-a. までの、在宅生活を支える視点について医療者に尋ねた項目では、圧倒的に病院医が知らない。自由記載を見ても明らかのように、病院医が遠隔医療に関する問題提起と、実施についての多くの不安や疑問を持っていることが判明した。

『生き方を支えることを知らない病院医師による在宅医療への介入』は、在宅療養支援診療所を中心とした在宅医療の推進に水を差すことになりかねない。

遠隔医療についての問13~18に関する結果について考察する。

- 病院医はもともと24時間対応をしていない。
- 「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」を導入しても24時間対応は向上しない。
- 「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」を導入しても①もともと常時往診している在宅医にとっては変わらない。②もともと往診をしない病院医にとっては相変わらず往診はしない。ということで、遠隔医療は往診を増加させない。
- むしろ、「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」を導入することによって、逆に医師が訪問しなくなるという結果が出た。
- 遠隔医療を行う場合の問題点については、その多数に50%以上問題があると回答している。この問題の解決がなされないまま遠隔医療の在宅医療への導入は回避しなければならない。
- 在宅看取りに関しては、「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」を導入しても、そのほとんどを担う在宅療養支援診療所医師の場合には「変わらない」という回答であった。その他は増えるという回答だったが、実際には「在宅看取りに直接関与しない母集団」であり、今後詳細な調査を必要とする。

## (2) 結論

- 1) 「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」は在宅へ『往診しない・訪問しない医師』を増やす結果となる。
- 2) 「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」は、主として在宅看取りを担う在宅療養支援診療所医師にとっては、『在宅看取りを増やす要因にはならない』。  
したがって、
- 3) 「テレビ電話をはじめとする遠隔医療」の在宅医療への導入は時期尚早である。  
という結論に達した。

## 第 V 章 資料編



## 『在宅医療における遠隔医療の適正な利用に関する調査研究』

### アンケート調査ご協力をお願い

『遠隔医療の概念整理と遠隔連携に関する研究』は、今後の少子・高齢社会における老化・がん末期・難病をはじめとした在宅療養を行う方々に対して、「治す医療」から「支える医療」への転換に必要な、遠隔医療の概念整理と適正な位置付けを見出すことを目的とします。

そこで、在宅医療の適応となる方々が希望する生き方に沿った説明と医療・介護の提供が、遠隔医療を通じて各医療・介護職種間において適正に行われるか否かを検証するために行われるものです。

皆様には、図表を参照のうえ内容をご理解頂き、以下の順序にしたがって各設問にお答え頂きたいようお願い申し上げます。

#### 本調査の流れ

【現状把握】：医療や介護を取り巻く情勢について

↓

【問題点】：現状に即した説明や医療・介護の提供に関する問題点

↓

【対策】：現状把握・問題点に対する、遠隔医療の適応について考えます。

《注》在宅医療の適応者は「疾病・傷病による通院困難者」であり、外来通院可能な人は含まれません。ただし、末期がん・高度認知症は歩行可能でも在宅医療の適応です。

【調査票配布対象先】

- ①病院 [臨床研修指定病院等]  
②在宅療養支援診療所 [全国在宅療養支援診療所連絡会]  
③訪問看護ステーション [上記と連携を行なう訪問看護ステーション]

【調査同意の可否】

この調査への協力を拒否されたり、同意を取り消されても今後貴施設に何らかの不利益が生じることは全くございません。

◇以上この調査の趣旨をご理解頂けましたら、以下をお読み頂き、ご回答賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

調査の趣旨を理解いたしました。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

調査に協力することに同意します。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

【回答にあたってのお願い】

1. 設問をお読みいただき、あてはまる番号に○をつけるか、ご記入ください。設問によって、「1つ」「あてはまる番号をいくつでも」など、○をつける数が異なりますので、ご注意ください。「その他」等のところは具体的にご記入ください。
2. ご回答頂きましたアンケートは、同封の返信封筒に入れて、**3月27日(金)**までにポストに投函してください（郵送料はかかりません）。
3. この調査に関するご質問やお問い合わせ等は、下記までお願い致します。

問い合わせ先

「在宅医療における遠隔医療の適正な利用に関する調査研究」事業 事務局 (仙台往診クリニック内) 担当：千葉・伊藤 TEL：022-212-8501(平日13~17時) FAX：022-212-8533(24時間) e-mail：doctork@oushin-sendai.jp 仙台往診クリニックホームページ：http://www.oushin-sendai.jp/
---

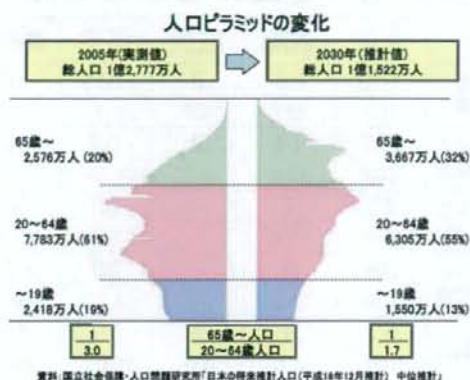
【アンケートご記入にあたってのお願い】

自由記載の欄は、なるべく詳細にお願いいたします。

## 【現状把握】

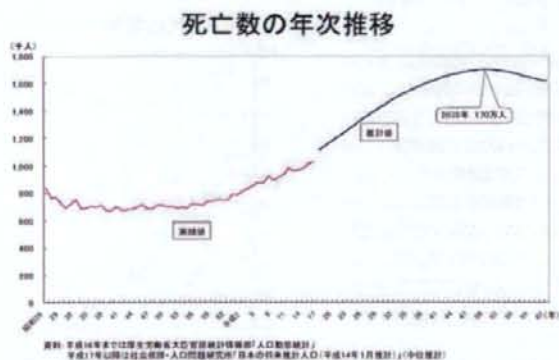
以下は、わが国の医療と死をとりまく現状について図で示したものです。

図A：わが国の人口ピラミッドです。現在、65才以上の人口と、20才から64才までの人口の比率は1：3.0です。高齢者1人を、3人（例：配偶者・家族・医療職・介護職など）で支えることができます。しかし2030年には1：1.7にまで縮小します。高齢者を支える側が圧倒的に少なくなり、介護力の低下が心配されます。



図A

図B：総死亡者数は年々増加し、高齢者が占める割合も増加します。2008年は114万人が亡くなりました。2038年には現在の約1.5倍、170万人が死亡する時代が訪れます。



図B



図C：いずれは誰しものが最期を迎える時期が来ます。最期を迎える場所として、在宅酸素の患者の65.4%が居宅を希望しています。また、在宅胃瘻経管栄養：79.5%、在宅人工呼吸器：73.3%、在宅中心静脈栄養：68.4%となっています。

在宅医療を行っている主治医のうち、77.6%が「この人たちが最期を迎えるのは居宅が良い」と考えています（厚生労働省：在宅療法の普及及び技術評価に係る調査委員会報告書）。

対象となった主治医・療養者は、ともにかつては病院医・入院患者であり、今は在宅医・在宅療養者となった人たちです。すなわち、下記は病院と在宅双方のメリットとデメリットを知っている人たちの選択結果であるということです。

### 生の終わりを迎える理想の場所

	全体	病院	施設	居宅	無回答
在宅酸素	159	36	3	104	20
	100	22.6	1.9	65.4%	12.6
在宅胃瘻経管栄養	117	14	2	93	10
	100	12.0	1.7	79.5%	8.5
在宅人工呼吸器	45	7	—	33	5
	100	15.6	—	73.3%	11.1
在宅中心静脈栄養	38	6	—	26	7
	100	15.8	—	68.4%	18.4
主治医	67	3	1	52	13
	100	4.5	1.5	77.6%	19.4

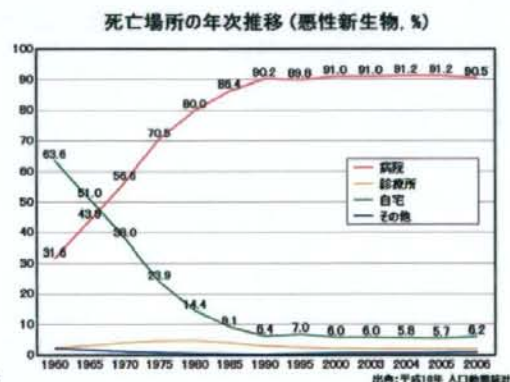
図C

図D：がん療養者の80%以上が「余命が限られているなら自宅で過ごしたい」と思っています。しかし60%は希望が叶わないだろうと思っています。

図E：がん死の90%以上は病院死です（全ての死因全体では病院死は約80%です）。



図D



図E

以上のことを踏まえ、次ページからの問いにお答えください。



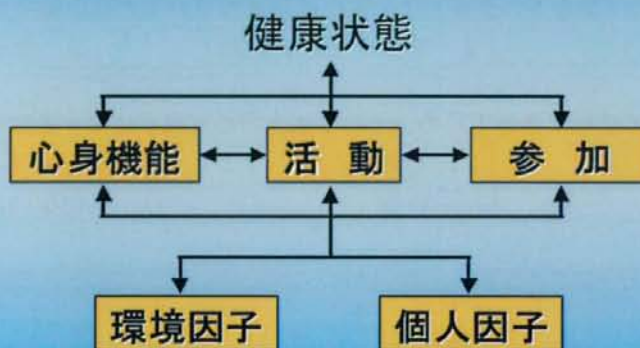
## 【問題点】

図 F : ICF (国際生活機能分類 : International Classification of Functioning, Disability and Health) は、人間の生活機能と障害の分類法として、WHO が 2001 年に提唱した新しい概念です。

これまでの WHO 国際疾病分類 (ICD) や WHO 国際障害分類 (ICIDH) が、疾病・障害といったマイナス面を分類するという考え方が中心であったのに対し、ICF は、生活機能 (人が「生きること」そのもの) というプラス面からみるように視点を転換し、さらに環境因子等の観点を加えたことが特徴となっています。

ICD・ICIDH によって心身機能を分析し改善を図るのみならず、ICF の考え方に基づき本人の生き方と環境を把握し、生活すべてを支えることが、今後の医療に求められています。

### ICF (国際生活機能分類) モデル (2001)



「ICFの理解と活用」上田敏著 より引用

図 F

問 1 : ICF を

1. 知っている

2. 聞いたことはある

3. 知らない

図G・H：WHOによる健康達成度の総合評価は日本が世界一位です。しかし、老化・末期がん・難病などによる重度障害者等のような、身体的に“健康な状態”に達することのできない「治す医療の限界」にある人には、「治すための支援」だけでなくICFを踏まえた「生き方の支援」が必要です。

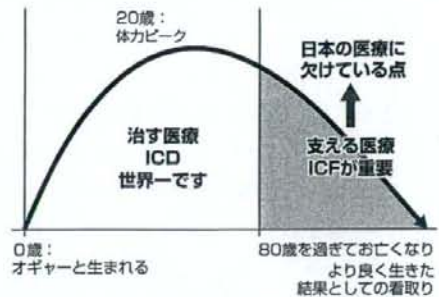
日本の医療制度の国際的評価はトップクラス

健康達成度総合評価は第1位・医療費は18位

	世界保健機構 (WHO)		経済協力開発機構 (OECD)
	健康達成度の総合評価	平等性	GDPに占める医療費の割合 1998年
日本	1位	3位	18位
ドイツ	14位	20位	3位
アメリカ	15位	32位	1位

(出典)WHO/World Health Report 2000  
OECD/Health Data 2000)を基とする

図G



『家での看取り』を支えるための医療者の心構えとシステム』  
地域連携 network 2009.1

図H

問2：ICFを踏まえた「生き方の支援」は、現在整備されていると思いますか。

- |            |              |               |
|------------|--------------|---------------|
| 1. 整備されている | 2. あまり十分ではない | 3. まったく不十分である |
|------------|--------------|---------------|

問3：患者が安心して生活できるICFのような「生き方の支援」に関する説明を

- |         |                     |                      |
|---------|---------------------|----------------------|
| 1. している | 2. どちらかというとして<br>いる | 3. どちらかというとして<br>いない |
|---------|---------------------|----------------------|

図 I・J : 「主治医は在宅医療について知識や理解があると思いますか」という質問に対して、臨床研修指定病院の連携室による評価では 75%、がんセンターの医師による自己評価では 70%が、「あまり知らない」という結果でした。

臨床研修指定病院 地域連携室

主治医は在宅医療について十分な知識や理解があると思いますか  
(n = 145)

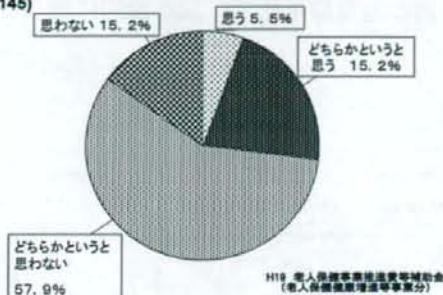


図 I

がんセンター・成人病センター  
臨床医

先生は在宅医療について十分な知識や理解がありますか  
(n = 213)

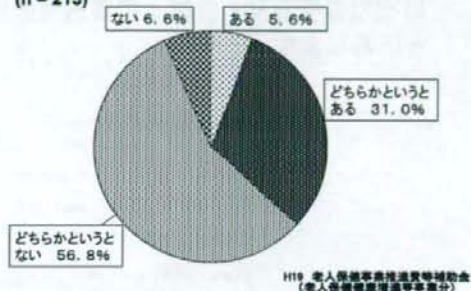


図 J

問 4 : ICF のように「患者が安心して生活できる」説明をするときに、在宅医療に関する説明は

1. 必要である

2. 場合による

3. 必要ない

問 5 : 在宅医療についての情報源として、もっともよくあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1. 社会保険事務所や行政からの、広報資料などによる紹介

2. 障害者団体など、当事者団体からの情報提供

3. その他の各種媒体（雑誌、新聞、インターネットなど）から

4. 診療・サービス提供を行なった患者・家族から

5. 各種介護保険事業所からの情報提供

6. 在宅療養支援診療所からの情報提供

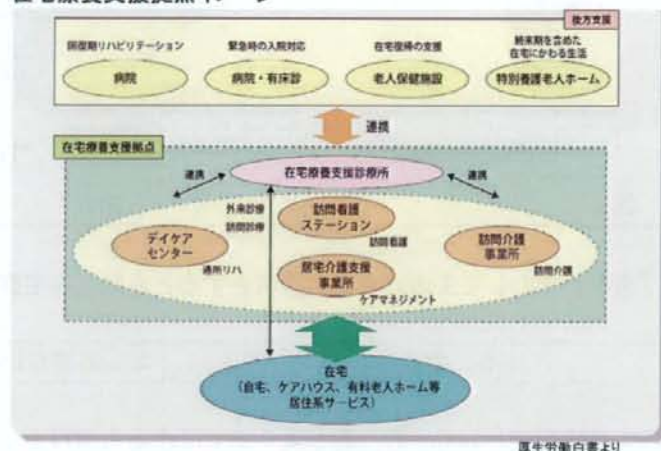
7. その他 ( )



- 在宅療養支援診療所の方 → 図Lの説明にお進み下さい。  
 それ以外の方 → 図Kの説明にお進み下さい。

図K：在宅医療を担う『在宅療養支援診療所』という制度があります。24時間対応体制・  
 居室での看取り・介護との連携等の要件を満たした診療所で、現在全国に約12,000  
 ケ所あります。

在宅療養支援拠点イメージ



図K

問6：在宅療養支援診療所について

- |            |               |         |
|------------|---------------|---------|
| 1. よく知っている | 2. 名称だけは知っている | 3. 知らない |
|------------|---------------|---------|

図L：個々の在宅療養支援診療所の質や規模によって異なりますが、在宅では以下の医療が可能です。

【在宅医療ができること】

検査：採血・検尿・血液ガス・超音波検査・気管支鏡・内視鏡・X線撮影・呼吸機能測定  
 処置：在宅人工呼吸器・中心静脈栄養・酸素吸入・胃瘻・輸血・緩和ケア・抗生剤等点滴

【在宅医療でできないこと】

全身麻酔を伴う手術・CT/MRI検査・放射線治療等

図L

問7：これらの内容を

- |            |             |         |
|------------|-------------|---------|
| 1. よく知っている | 2. 一部しか知らない | 3. 知らない |
|------------|-------------|---------|