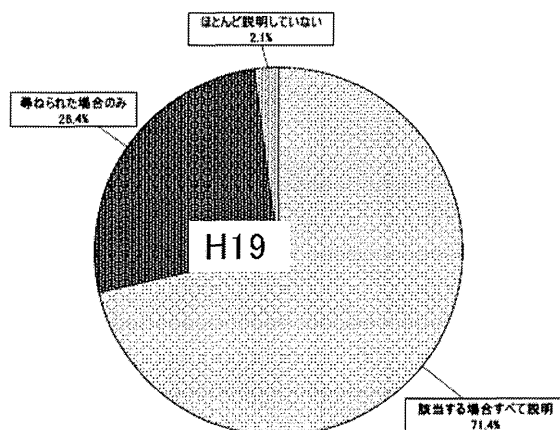


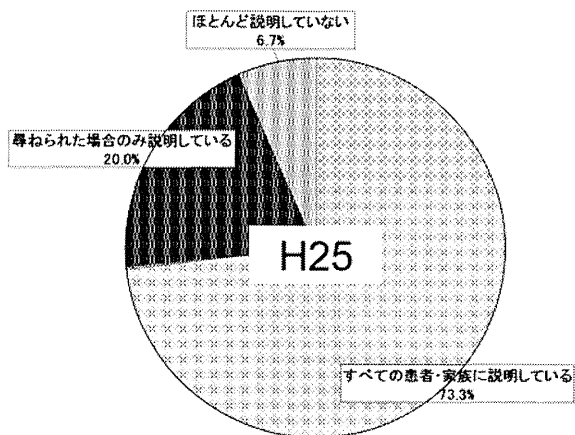
問 3-11. 患者・家族へのアドバイス

在宅医療の概要については、前回も今回も「すべての患者・家族に説明している」が7割強で変わらず。ほとんど説明しない割合が2.1%から6.7%と増えている。

図 1A-3-11a 患者・家族へのアドバイス - 在宅医療の概要
(n = 140)

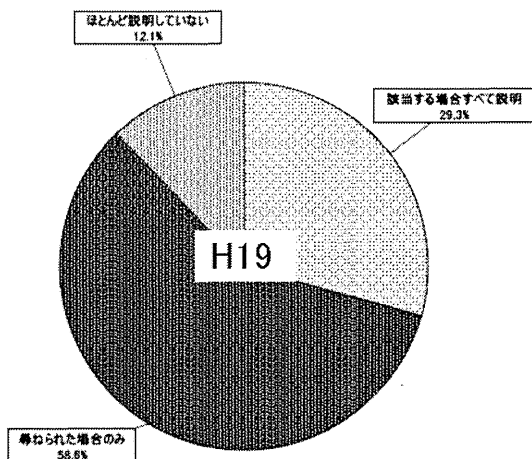


問3-11 アドバイス-在宅医療の概要 - C
(n = 30)

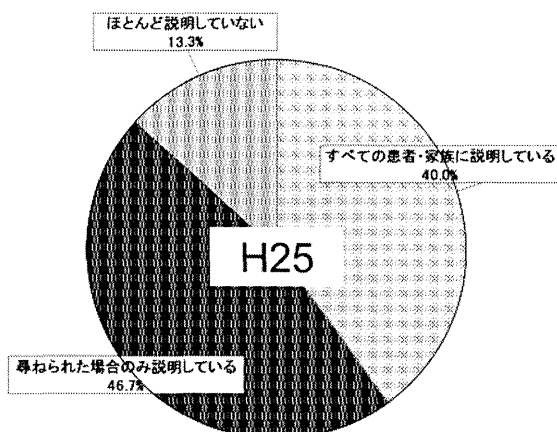


在宅医療の自己負担額については、「すべての患者・家族に説明している」割合が 29.3%から 40.0%と 1 割ほど増えた。

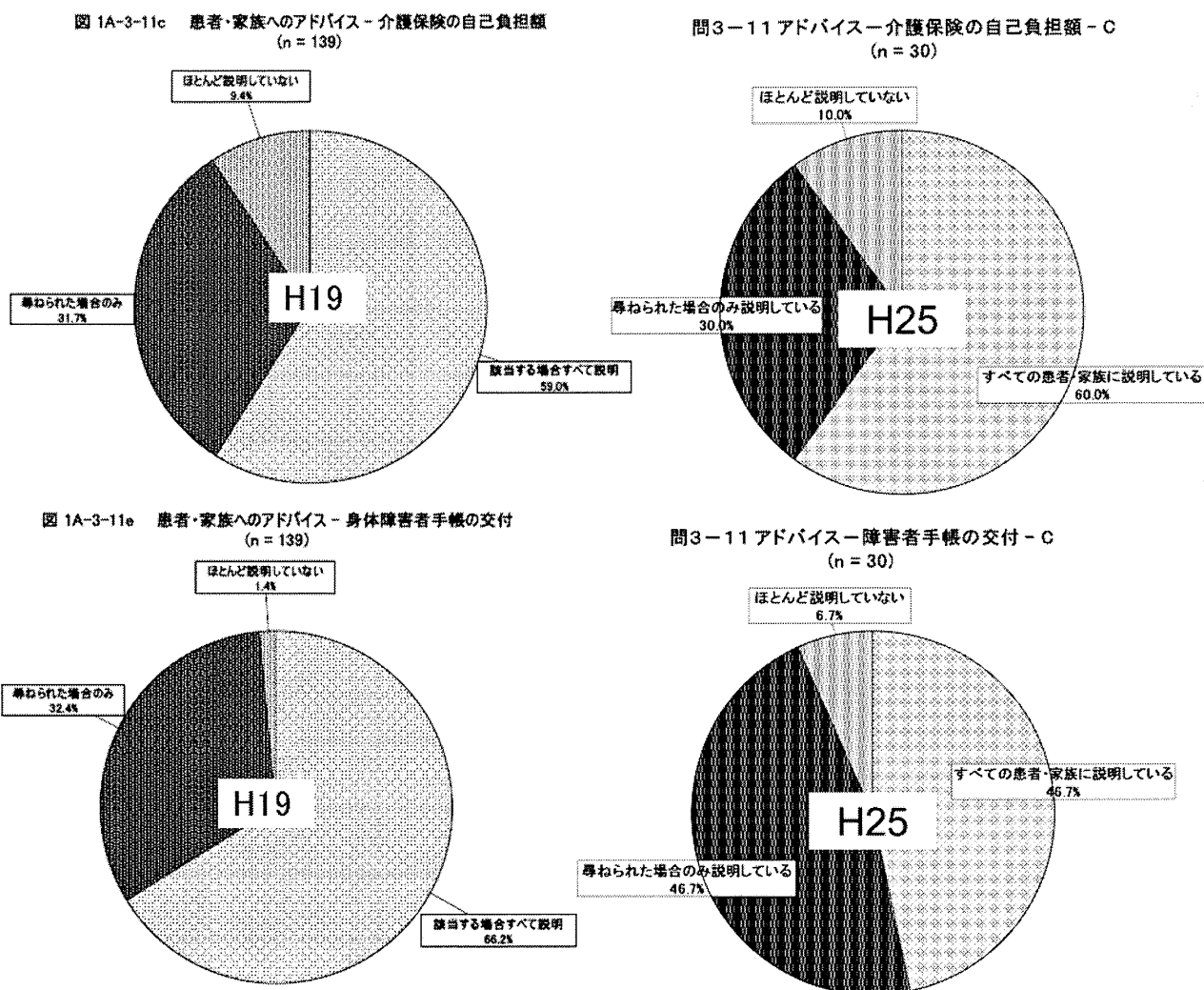
図 1A-3-11b 患者・家族へのアドバイス - 在宅医療の自己負担額
(n = 140)



問3-11 アドバイス-在宅医療の自己負担額 - C
(n = 30)

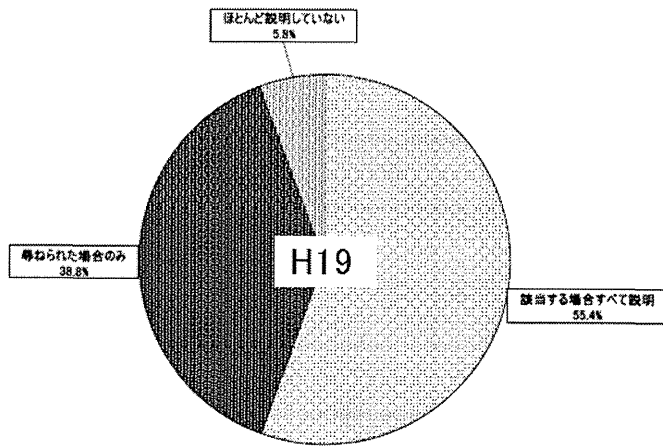


介護保険の自己負担額、福祉用具の設置・購入については、「該当する場合すべてに説明」と回答したのが最も多く、前回も今回も6割前後であった。



身体障害者への給付制度の内容、身体障害者医療費助成制度、特定疾患治療研究事業（難病助成）については、前回はいずれも6割弱であったが、今回は障害者の給付制度の内容についてと難病助成では5割を切っていた。

図 1A-3-11f 患者・家族へのアドバイス－身体障害者への給付制度の内容について
(n = 139)



問3-11 アドバイス－障害者への給付制度の内容について－C
(n = 30)

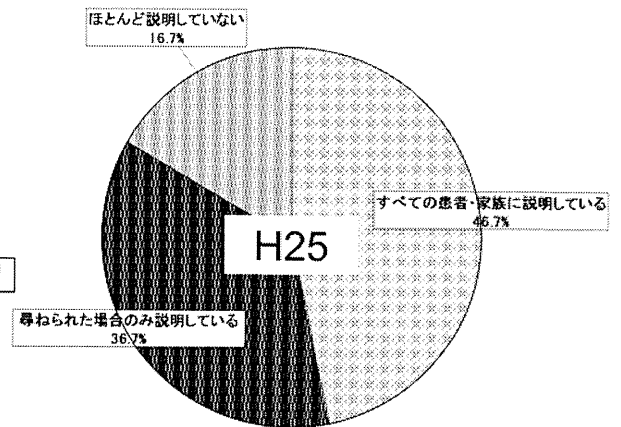
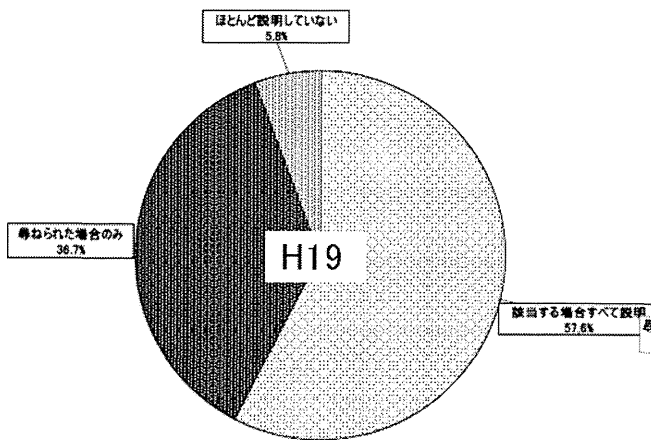


図 1A-3-11g 患者・家族へのアドバイス－身体障害者医療費助成制度
(n = 139)



問3-11 アドバイス－重度障害者医療費助成制度－C
(n = 30)

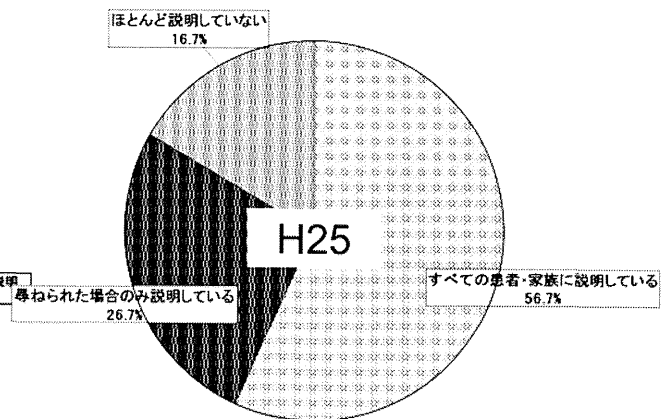
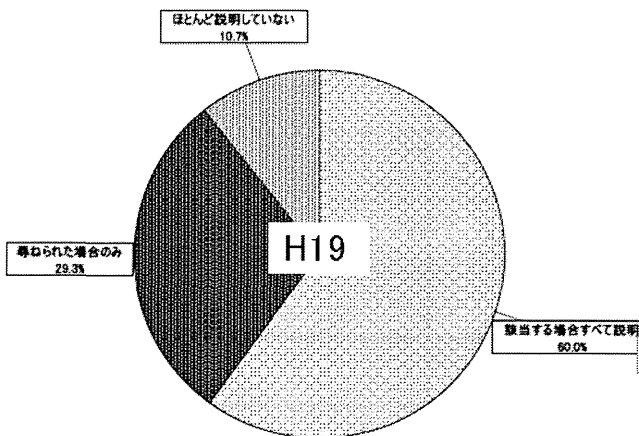
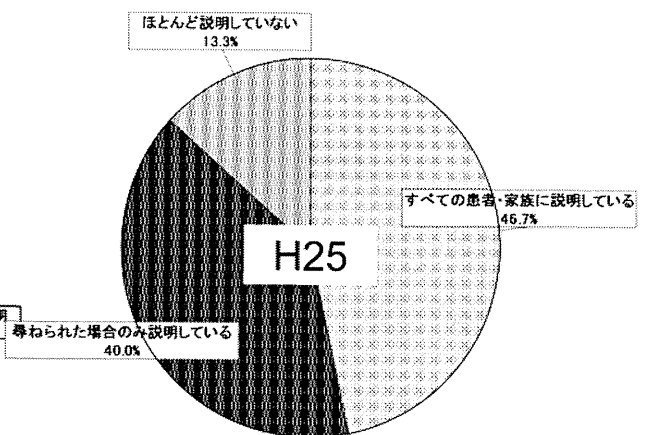


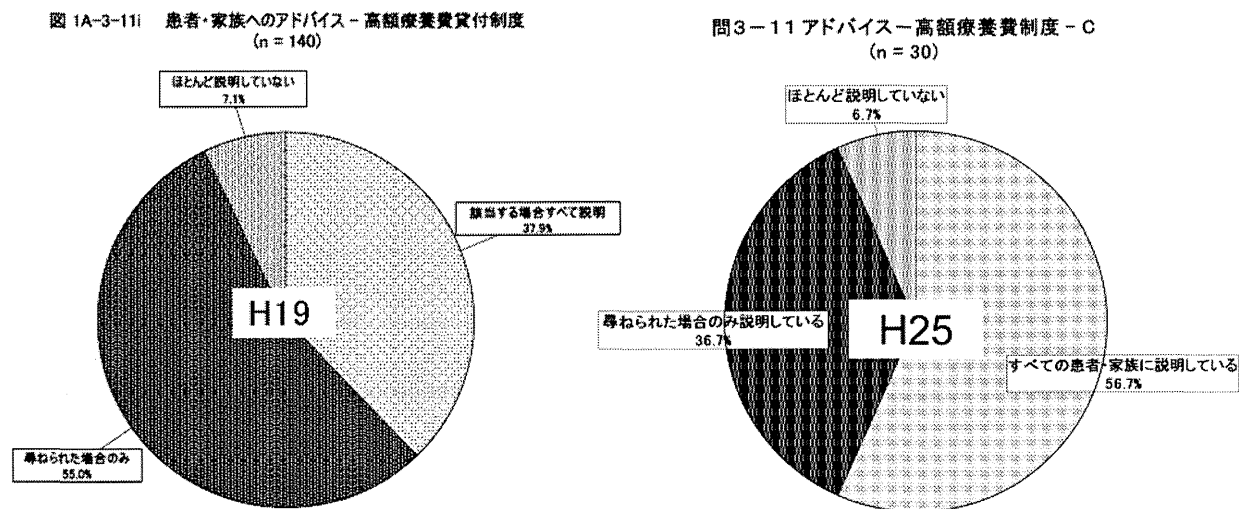
図 1A-3-11h 患者・家族へのアドバイス－特定疾患治療研究事業(難病助成)
(n = 140)



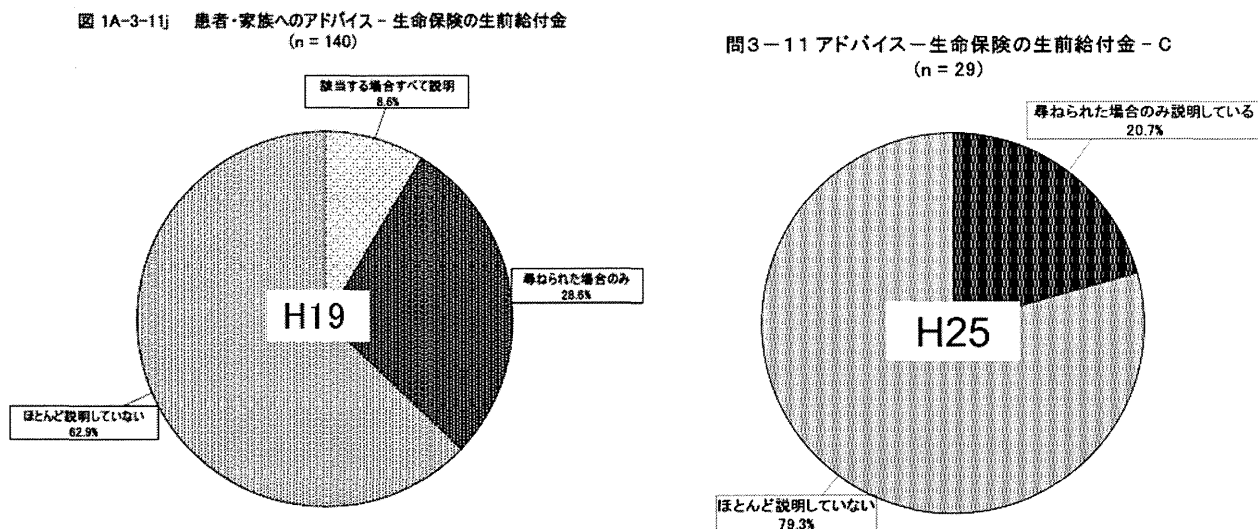
問3-11 アドバイス－特定疾患治療研究事業(難病助成)－C
(n = 30)



高額療養費貸付制度については「該当する場合すべて説明」の回答は前回 37.9%にとどまっていたが、今回 56.7%と高くなった。



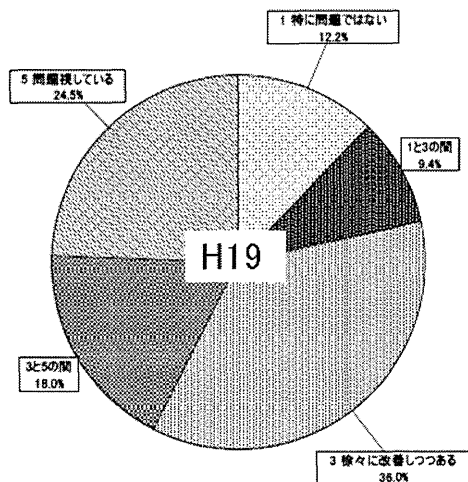
生命保険の生前給付金については前回「該当する場合すべて説明」は 8.6%とわずかでもあったが、今回は 0%であった。



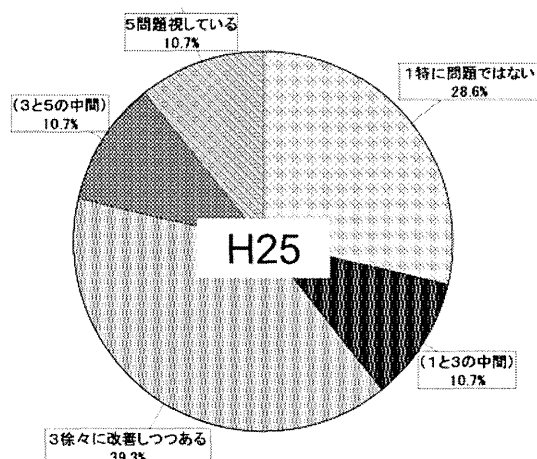
問 3-12. 入院患者の在宅復帰を進める上で問題となる点

在宅重症者医療に対する医師の理解不足については、「1 特に問題ではない」から「3 徐々に改善しつつある」までの和が約 6 割となったであったものが、約 8 割となった。

図 1A-3-12a 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 在宅重症者医療に対する医師の理解不足 (n = 139)

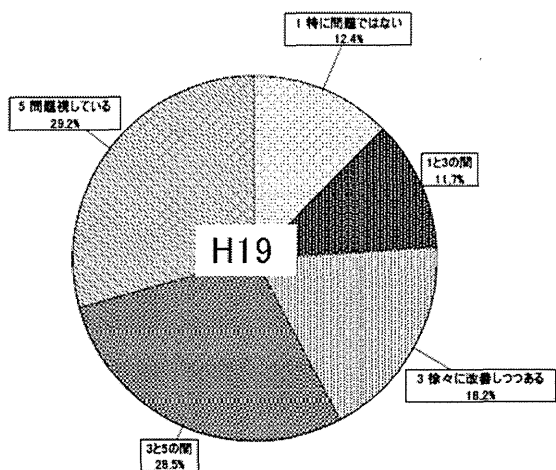


問 3-12 在宅復帰の問題点 - 自施設の状況 - 在宅重症者医療に対する医師の理解不足 - C (n = 28)



在宅療養支援診療所の周知の不徹底、退院時共同指導の不徹底については、「5 問題視している」との回答がそれぞれ 28.8%、29.2%と最も多く、「3 と 5 の間」との総和が 5 割を超えていたが、どちらも 3 割ほどに減った。

図 1A-3-12c 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 退院時共同指導の不徹底 (n = 137)



問 3-12 在宅復帰の問題点 - 自施設の状況 - 退院時共同指導の不徹底 - C (n = 28)

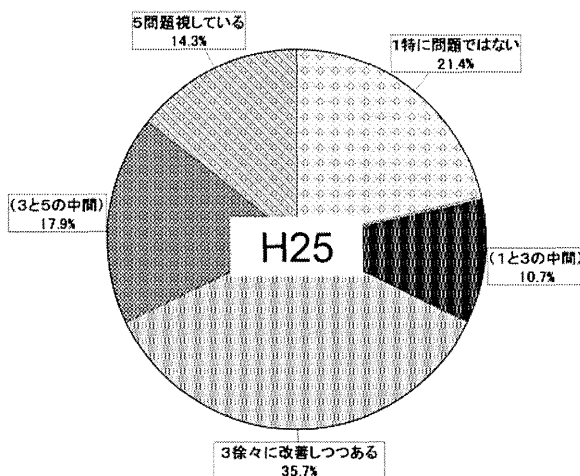
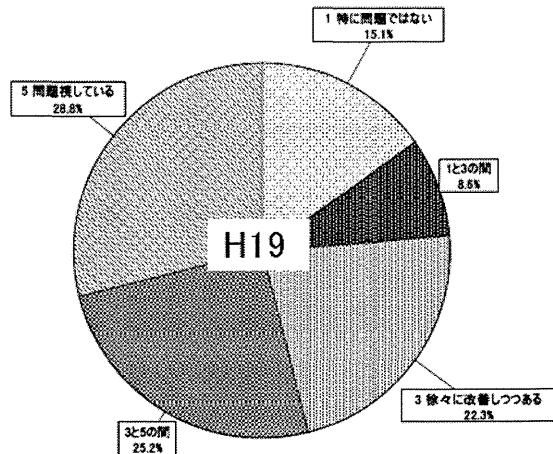
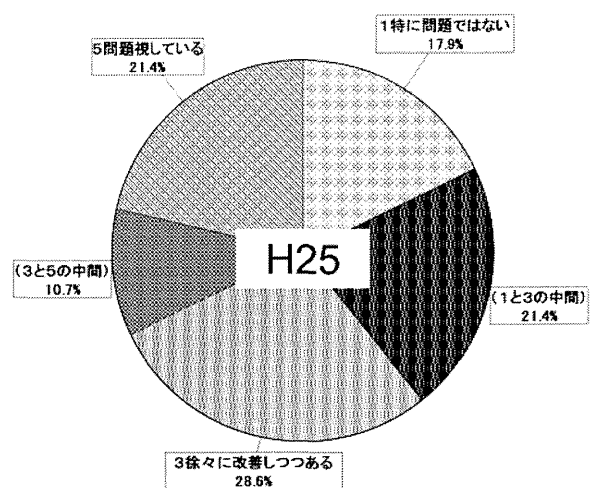


図 1A-3-12b 在宅復帰を進める上で問題となる点
 -在宅療養支援診療所の周知の不徹底 (n = 139)

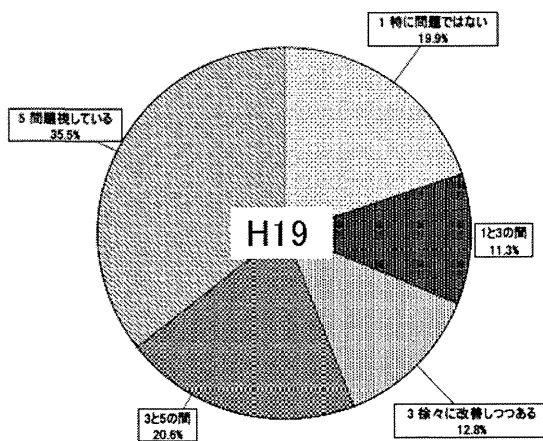


問3-12 在宅復帰の問題点-自施設の状況-
 在宅療養支援診療所の周知の不徹底 - C (n = 28)

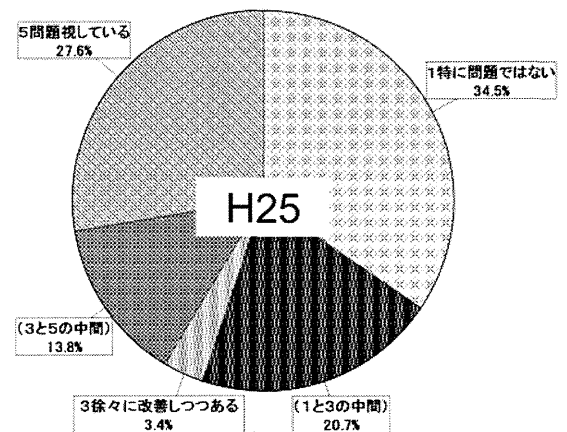


緊急入院のベッド確保の困難さについては「問題視している」が 35.5%と最も高かったが、「1 特に問題ではない」が 19.9%から 34.5%に増えている。

図 1A-3-12d 在宅復帰を進める上で問題となる点
 -緊急入院のベッド確保の困難さ(n = 141)

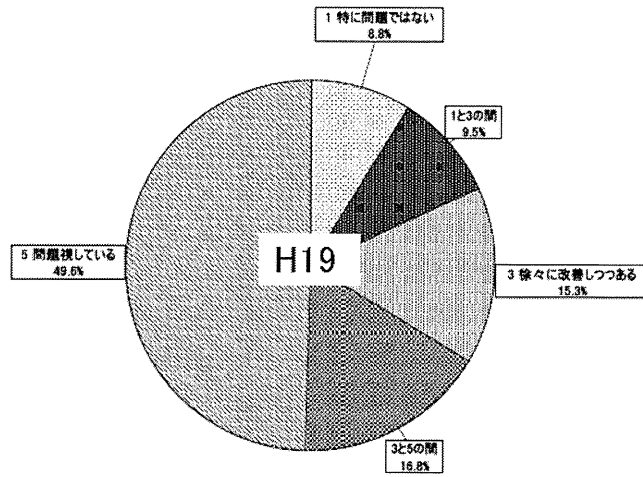


問3-12 在宅復帰の問題点-自施設の状況-
 緊急入院ベッド確保の困難さ - C (n = 29)

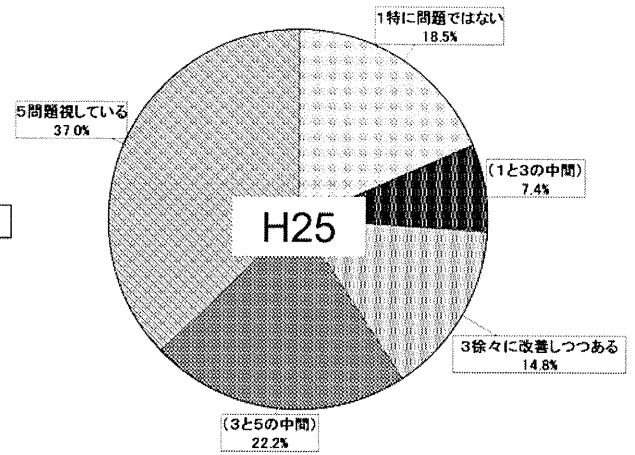


在宅療養支援診療所の不足では、49.6%とほぼ半数が「5 問題視している」と回答していたが、37.0%に低下し、「1 特に問題ではない」が 8.6%から 18.5%に増加している。

図 1A-3-12e 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 在宅療養支援診療所の不足 (n = 137)

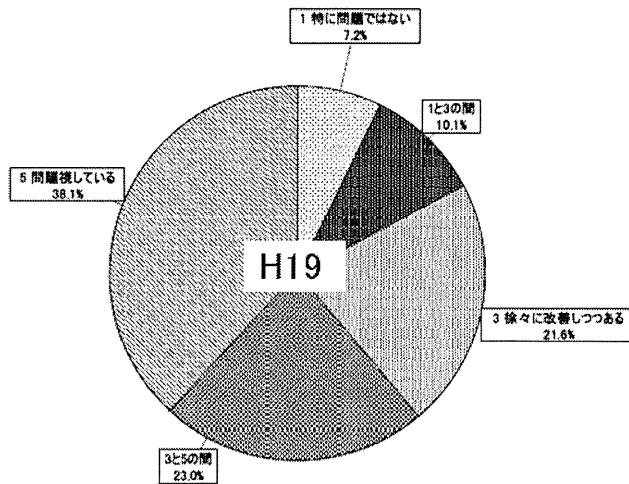


問3-12 在宅復帰の問題点-地域の診療所の状況-在宅療養支援診療所の不足-C (n = 27)



緩和ケアにおける経験の不足、難病ケアにおける経験の不足でも、問題視する回答は多く、3割を超えている。

図 1A-3-12f 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 緩和ケアにおける経験の不足 (n = 139)



問3-12 在宅復帰の問題点-地域の診療所の状況-緩和ケアにおける経験の不足-C (n = 27)

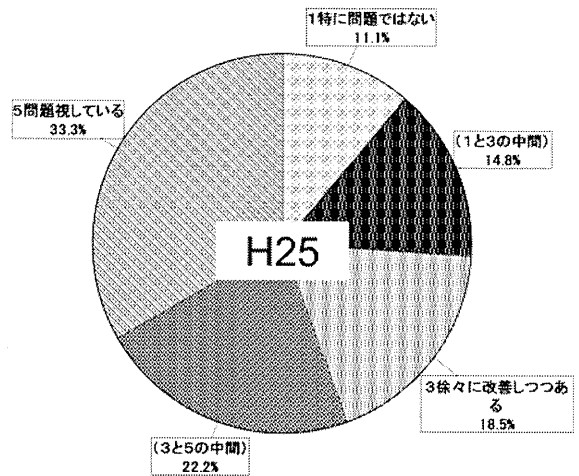
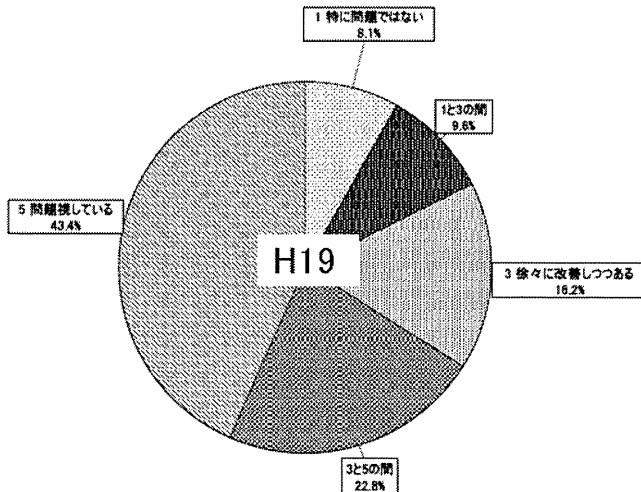
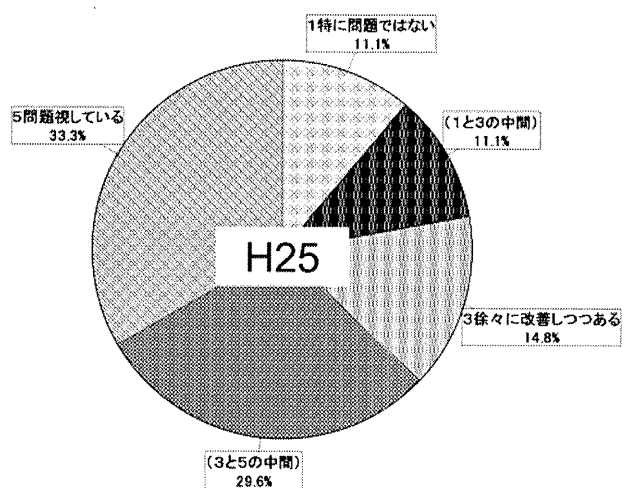


図 1A-3-12g 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 難病ケアにおける経験の不足 (n = 138)

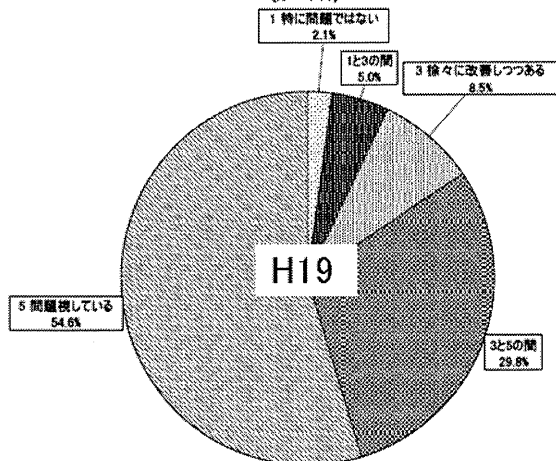


問3-12 在宅復帰の問題点-地域の診療所の状況-難病ケアにおける経験の不足-C (n = 27)

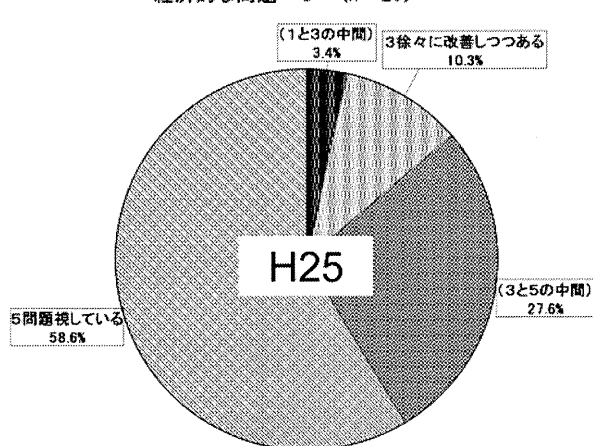


患者・家族の経済的な問題については、「5 問題視している」との回答が前回 54.6%、今回 58.6%と高く「1 特に問題ではない」は前回 2.1%、今回は 0%であった。

図 1A-3-12h 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 経済的な問題 (n = 141)

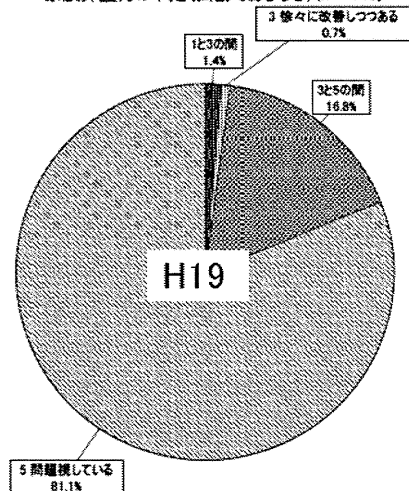


問3-12 在宅復帰の問題点 - 患者・家族 - 経済的な問題 - C (n = 29)

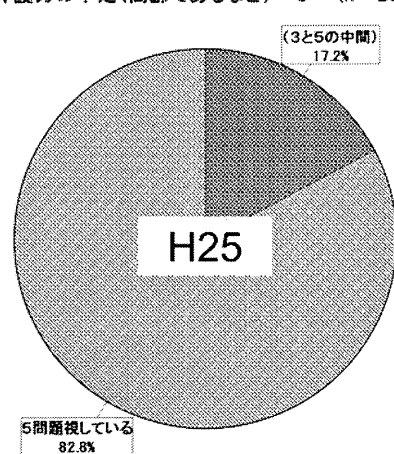


家族介護力の不足（高齢であるなど）についてはもっとも重要視されており、「5 問題視している」との回答が前回も今回も 8 割あった。

図 1A-3-12i 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 家族介護力の不足(高齢であるなど)(n = 143)

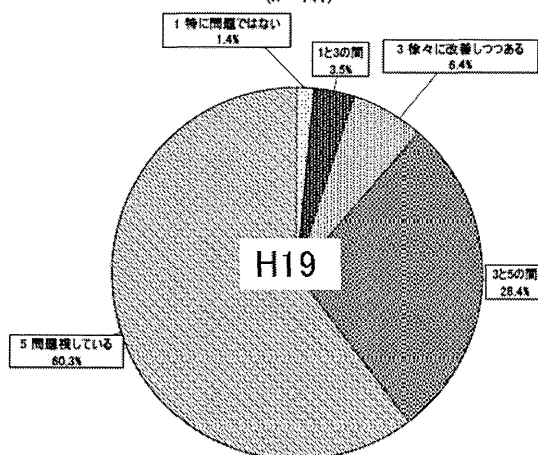


問3-12 在宅復帰の問題点 - 患者・家族 - 家族介護力の不足(高齢であるなど) - C (n = 29)

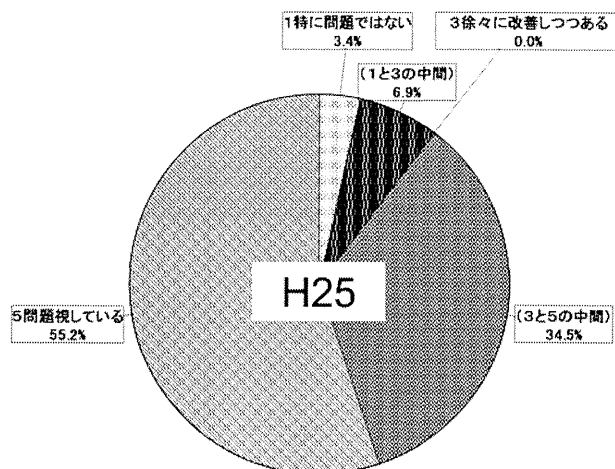


家族の絆の問題についても、「5 問題視している」との回答が 60.3%と高く、今回も 55.2%と高かった。

図 1A-3-12j 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 家族の絆の問題 (n = 141)

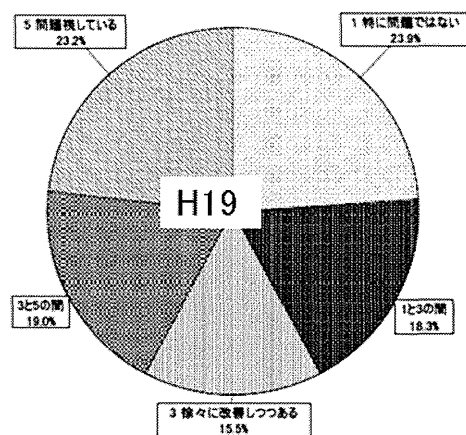


問3-12 在宅復帰の問題点 - 患者・家族 - 家族の絆の問題 - C (n = 29)

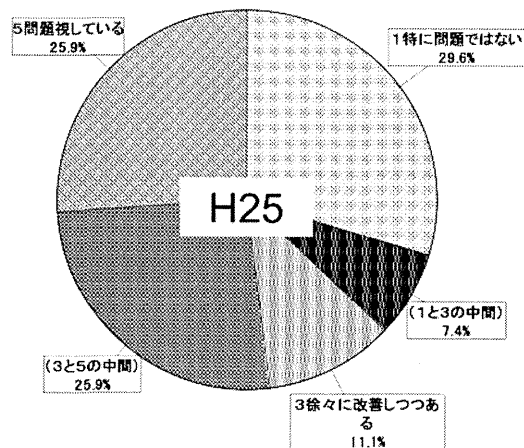


訪問看護事業所の不足については、「1 特に問題ではない」とする答えと「5 問題視している」とする答えが、前回全く拮抗していたが、今回「特に問題ではない」が 29.6%で前回の 23.9%よりもわずかに増えている。

図 1A-3-12k 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 訪問看護事業所の不足 (n = 142)

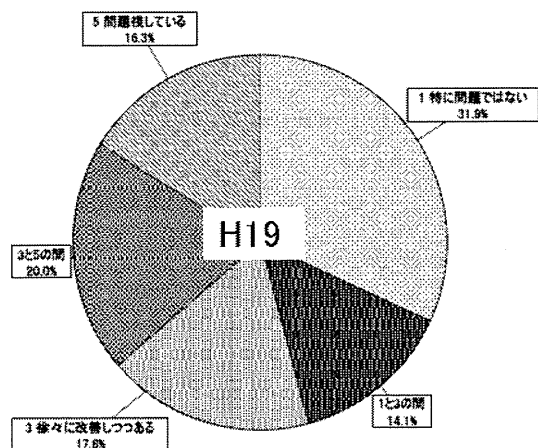


問3-12 在宅復帰の問題点 - 訪問看護・介護事業所等 - 訪問看護事業所の不足 - C (n = 27)

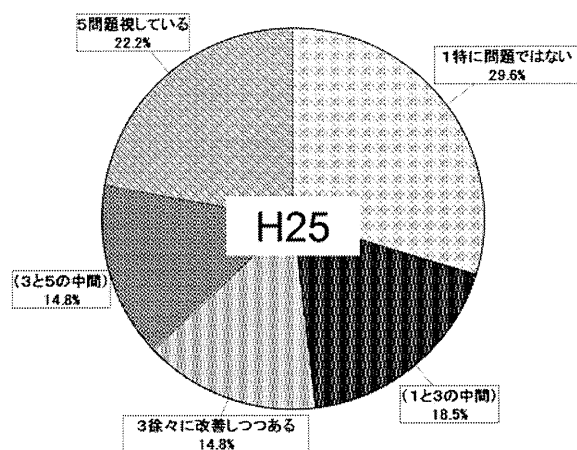


訪問薬剤指導管理を行う調剤薬局の不足については前回も今回も同様の傾向で、「1. 特に問題ではない」が3割ほどであった。

図 1A-3-12i 在宅復帰を進める上で問題となる点
- 訪問薬剤指導管理を行う調剤薬局の不足 (n = 135)

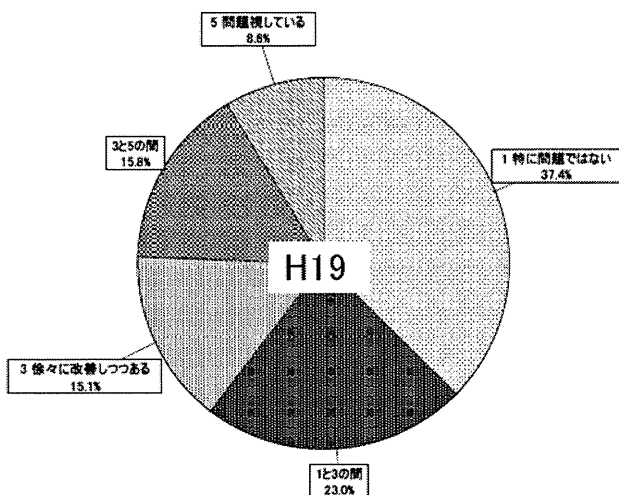


問3-12 在宅復帰の問題点-訪問看護・介護事業所等-
訪問薬剤指導管理を行う調剤薬局の不足 - C (n = 27)

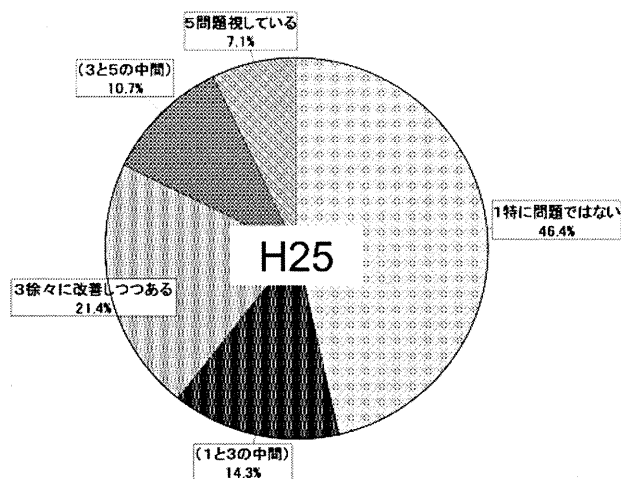


訪問介護事業所の不足については「1 特に問題ではない」が前回の37.4%より高くなり、46.4%であった。

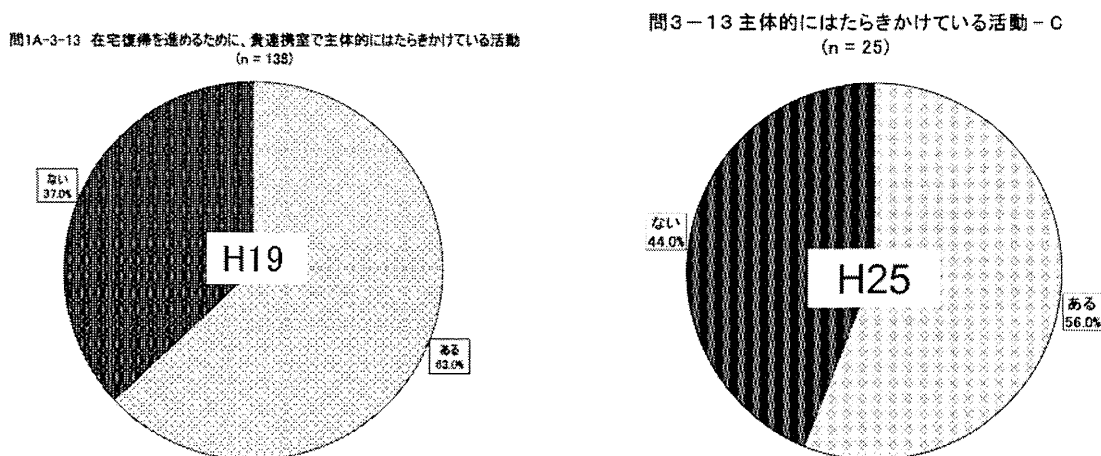
図 1A-3-12m 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 訪問介護事業所の不足
(n = 139)



問3-12 在宅復帰の問題点-訪問看護・介護事業所等-
訪問介護事業所の不足 - C (n = 28)



問 3-13. 在宅復帰を進めるために、連携室で主体的にはたらきかけている活動
在宅復帰を進めるために、連携室で主体的にはたらきかけている活動については、前回同様約
6割が「ある」と回答した。



問 3-13 入院患者の在宅復帰を進めるために主体的に働きかけている活動(自由記述)

整理番号	問 3-13 入院患者の在宅復帰を進めるために主体的に働きかけている活動
1	<ul style="list-style-type: none"> ・合同カンファレンス以外に、リハ職と連携室のミニカンファレンスを開催している。他病棟やリハ職とのミニカンファレンスは、随時行っており、頻度も多い。 ・MSWIは全担当制でつき必ず患者と家族と関わりをもつ。インテークで収集した情報を用紙にまとめてカルテへはさんで共有できるようにしている。
2	入院後、早期に在宅支援が必要になるケースについて把握し、担当ケアマネージャーに連絡をとり、入院中の状況が退院後必要になる介護サービス等について情報提供を行うようにしている。
3	退院調整委員会を院内で組織し、退院支援とシステム等の作成及び検討を重ね、周知を図っている。
4	退院後の在宅診療、訪問看護の利用を促進している。
5	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリカンファレンスや入退院調整会議に参加して情報共有を図っている。 ・ムンテラやカンファレンスに参加して在宅支援の必要性を訴えている。 ・ケアマネ、院内看護師に向けて、適宜、勉強会を開催している。
6	週2回、定期的に入院、在宅、外来患者、転院依頼の患者についての情報(方向性含む)共有の場をもうけています。又、地域の現状についても町の職員と共に情報共有しています。(定期的に1/W)
7	週に1回病棟師長・副看護部長と退院支援についてのカンファレンスを行っている。
8	研修会等の開催。

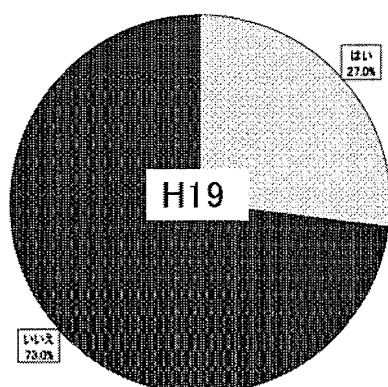
9	①早期リハビリを依頼し、出来るだけ廃用しないよう依頼 ②リハビリの回復状況で患者の移動方法に合わせた排泄介助を依頼。 ③食事形態を状態に問題なければ早目に入院前の食事形態へ近づけてもらうよう依頼。 ④病状説明、リハの状況など、ケアマネと家族に同席してきてもらったり見学してもらったりしている。
10	医局に対しては極力カンファレンスに参加するように働きかけている。看護部については、ADL向上の指導やサマリーの充実をお願いしている。またリハ科などの関係部署との連携を密にしている。
11	院内研修
12	退院調整カンファレンス (医師、病棟看護師、PT、OT、MSWで週に1回開催)
13	①地域医療の医療介護福祉関係者が一同に会してディスカッションする研修会を開催している。 ②院内職員への啓蒙を目的として広報誌の発行 ③地域で開催される各研修会等への積極的な参加
14	・退院支援委員会活動(看護局) ・病棟リンクナース配置 ・研修会企画(看護局教育委員会)
15	リハビリテーション科ということもあり、患者さんのほとんどが介護保険を利用できる状態にあります。ですので看護部と連携して介護保険の利用方法の周知を徹底しております。必要に応じて社会資源の紹介や利用方法を説明しております。
16	療養支援ナース委員会をH25. 4月～開始。在宅療養に必要な知識について、学習会等を行っている。

【4. 連携している地域診療所について】

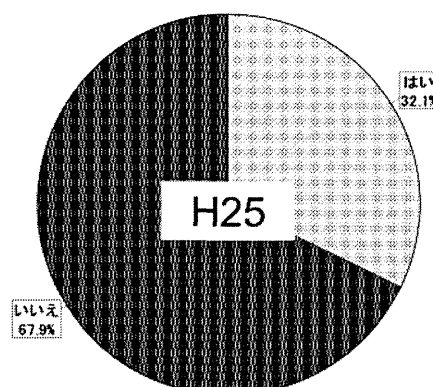
問4-1. 地域連携退院時共同指導料2の算定

地域連携退院時共同指導料2を算定したかという問いについては、「はい」と答えたのは前回27.0%のみで、今回も32.1%であった。

問1A-4-1 地域連携退院時共同指導料2を算定したか
(n = 138, 2007年1～12月)



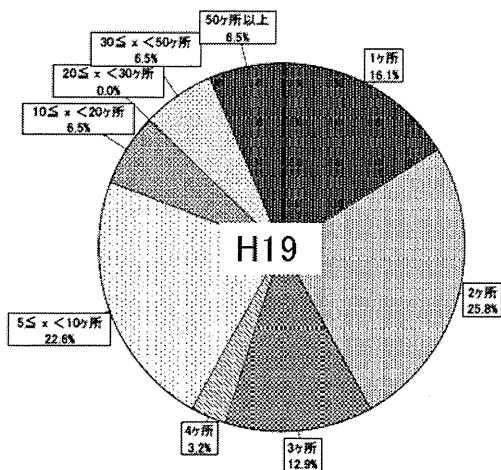
問4-1上 退院時共同指導料2を算定しましたか - C
(n = 28)



問 4-1-1. 地域連携退院時共同指導料 2 の算定－診療所数・患者数

地域連携退院時共同指導料 2 を算定した相手が診療所の場合については、前回の平均 11.9 ケ所、今回も 11.4 ケ所と変わらず。患者数は前回 56.3 人であったが、今回は 19.1 人であった。

図 1A-4-1-1a 地域連携退院時共同指導料2を算定した診療所数
(n = 31, m ± σ = 11.9 ± 25.5, 自由記載)



問 4-1-1-1上 退院時共同指導料2での連携－診療所総数－診療所数 - C
(n = 8, m ± σ = 11.4 ± 15.5)

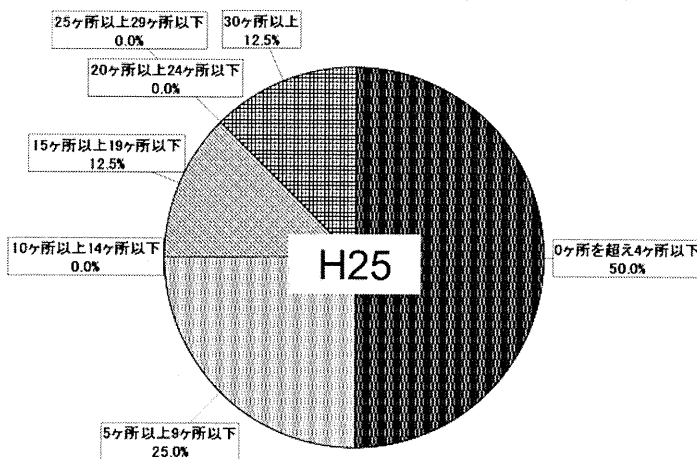
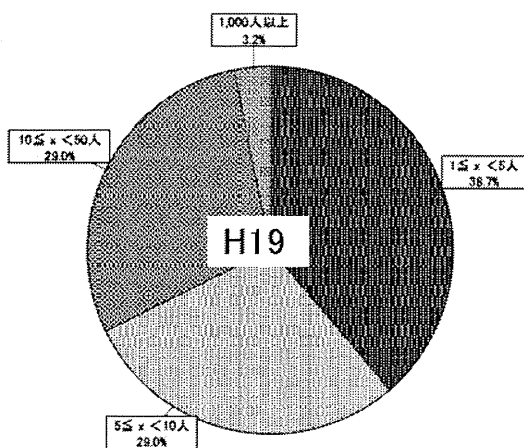
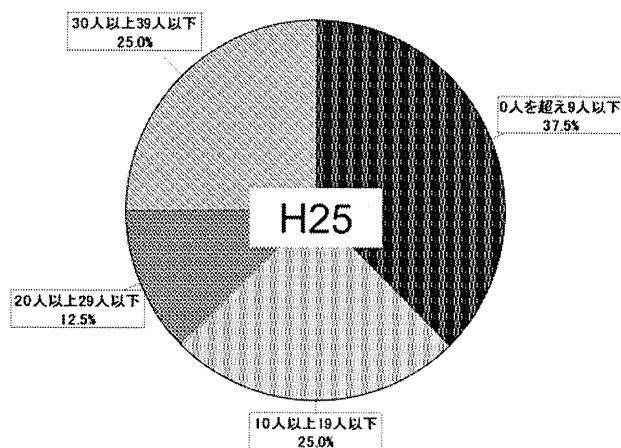


図 1A-4-1-1b 地域連携退院時共同指導料2を算定した患者数
(n = 31, m ± σ = 56.3 ± 254.7, 自由記載)

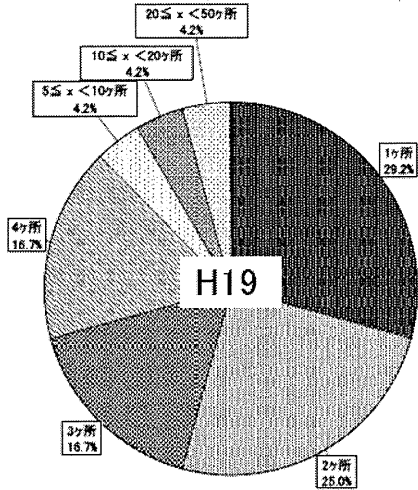


問 4-1-1-1上 退院時共同指導料2での連携－診療所総数－患者数 - C
(n = 8, m ± σ = 19.1 ± 13.2)



地域連携退院時共同指導料 2 を算定した相手が在宅療養支援診療所の場合については、前回平均 3.9 ケ所、今回平均 4.8 ケ所、患者数は前回 8.4 人が今回 16.0 人であった。

図 1A-4-1-1c 地域連携退院時共同指導料2を算定した診療所数
-在宅療養支援診療所 (n = 24, m±σ = 3.9±6.0, 自由記載)



問4-1-1上 退院時共同指導料2での連携のうち支援診-診療所数 - C
(n = 6, m±σ = 4.8±5.4)

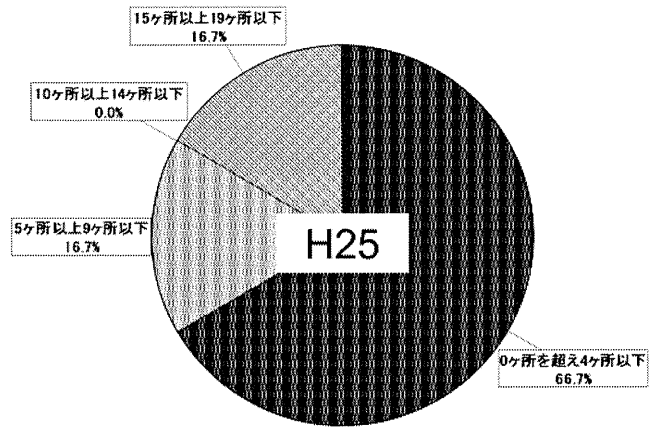
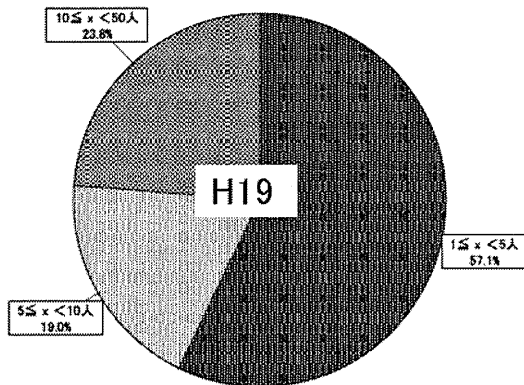
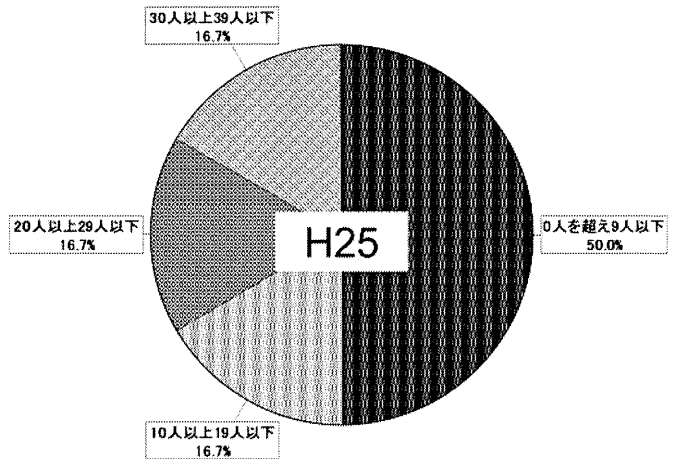


図 1A-4-1-1d 地域連携退院時共同指導料2を算定した患者数
-在宅療養支援診療所 (n = 21, m±σ = 8.4±10.2, 自由記載)

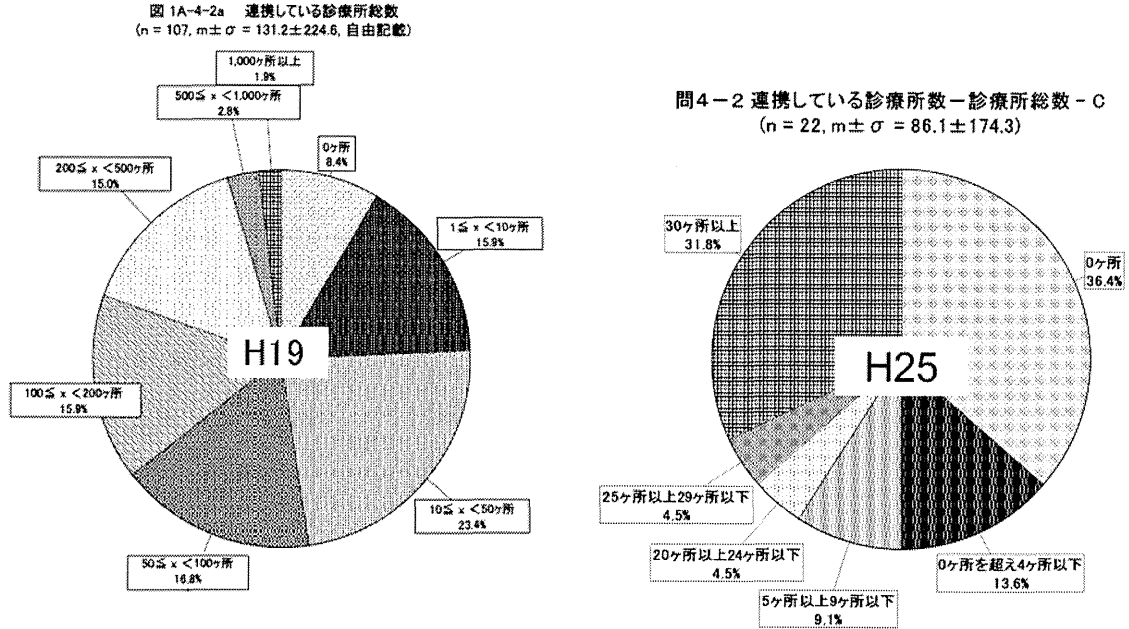


問4-1-1上 退院時共同指導料2での連携のうち支援診-患者数 - C
(n = 6, m±σ = 16.0±12.3)



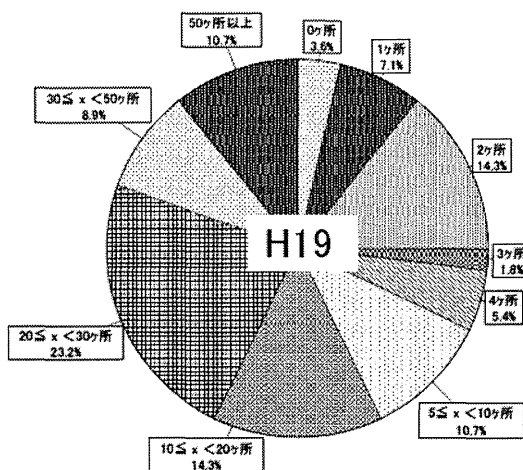
問 4-2. 連携している診療所数

連携している診療所数については、前回の平均 131.2 ケ所、今回は 86.1 ケ所であった。



連携している診療所の個々の対応内容については、在宅酸素、胃瘻・経管栄養、中心静脈栄養が多く、それぞれ前回の平均は 19.4 ケ所、18.8 ケ所、14.5 ケ所であったが、今回は対象病院も様々であり、なおかつサンプル数が少なく、評価が難しいが、今回のそれぞれの平均は 8.8 ケ所、2.1 ケ所、6.2 ケ所、4.6 ケ所であった。緩和医療については前回平均 10.2 ケ所、今回は 3.2 ケ所。24 時間対応は前回 8.9 ケ所で今回 3.0 ケ所であった。

図 1A-4-2b 連携している診療所数 - 在宅酸素
(n = 56, m ± σ = 19.4 ± 21.1, 自由記載)



問4-2 連携している診療所数 - 在宅酸素 - C
(n = 14, m ± σ = 8.8 ± 12.1)

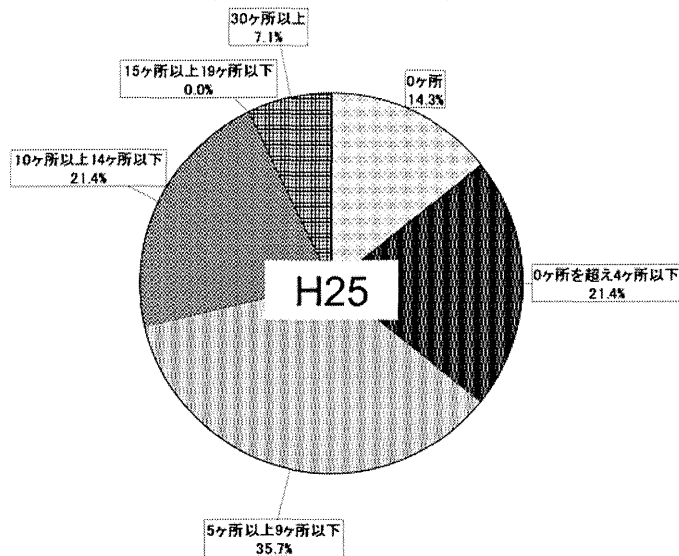
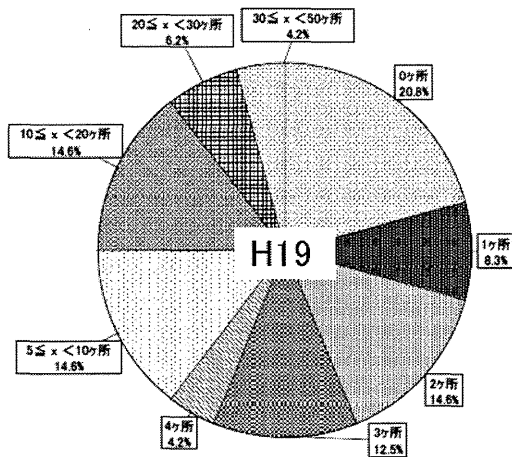


図 1A-4-2c 連携している診療所数 - 人工呼吸器
(n = 48, m ± σ = 6.5 ± 9.0, 自由記載)



問4-2 連携している診療所数 - 人工呼吸器 - C
(n = 8, m ± σ = 2.1 ± 1.3)

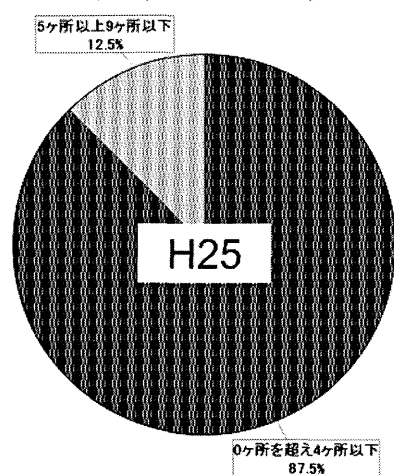
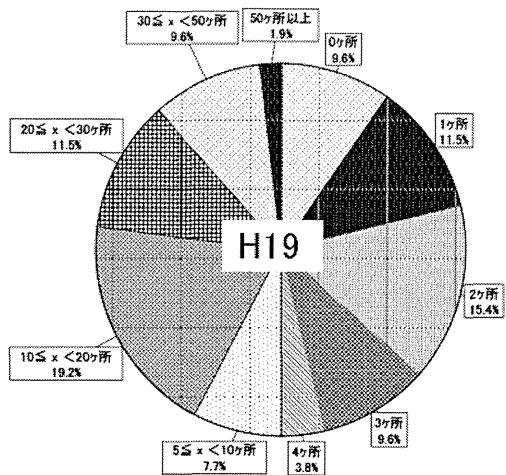


図 1A-4-2b 連携している診療所数 - 気管切開
(n = 52, m ± σ = 11.3 ± 13.6, 自由記載)



問4-2 連携している診療所数 - 気管切開 - C
(n = 10, m ± σ = 2.8 ± 2.2)

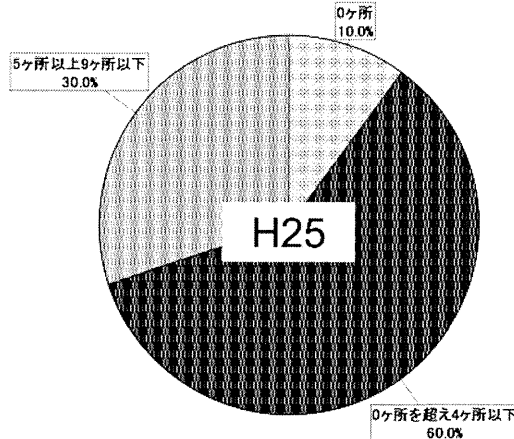
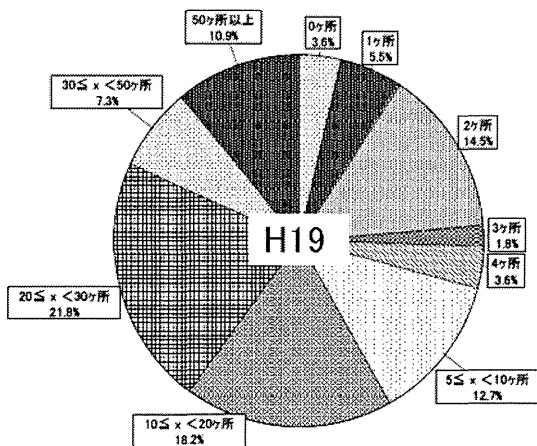


図 1A-4-2c 連携している診療所数 - 胃瘻、経管栄養
(n = 55, m ± σ = 18.8 ± 20.6, 自由記載)



問4-2 連携している診療所数 - 胃瘻、経管栄養 - C
(n = 14, m ± σ = 6.2 ± 4.7)

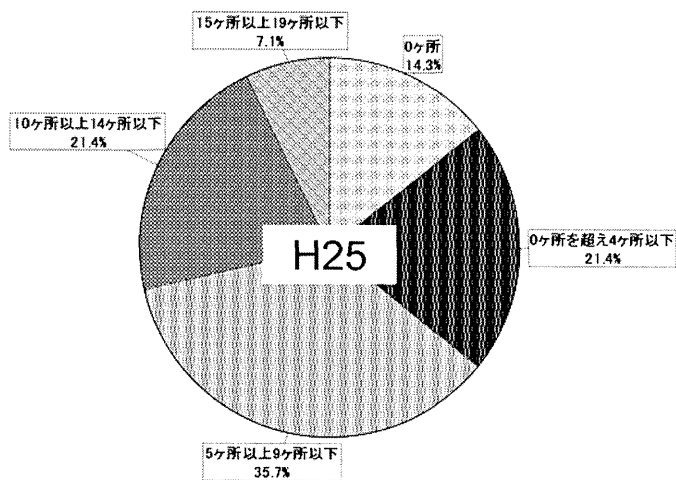
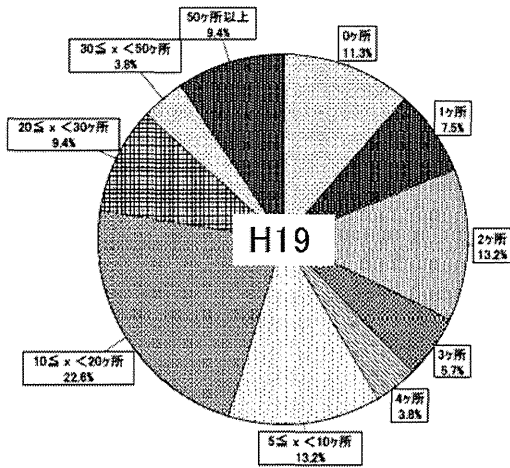


図 1A-4-2b 連携している診療所数 - 中心静脈栄養
(n = 53, m ± σ = 14.5 ± 20.3, 自由記載)



問4-2 連携している診療所数 - 中心静脈栄養 - C
(n = 10, m ± σ = 4.6 ± 3.6)

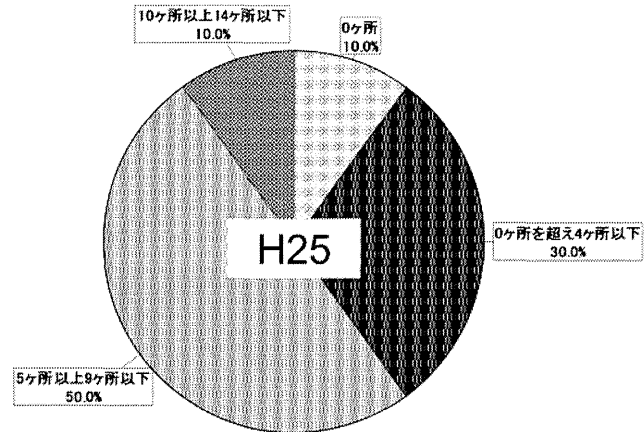
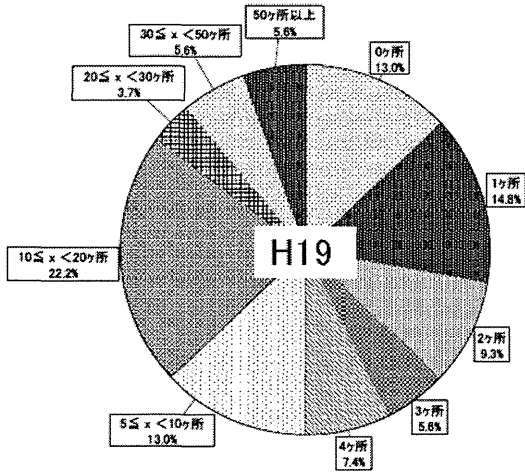


図 1A-4-2c 連携している診療所数 - 緩和医療
(n = 54, m ± σ = 10.2 ± 13.7, 自由記載)



問4-2 連携している診療所数 - 緩和医療 - C
(n = 12, m ± σ = 3.2 ± 3.1)

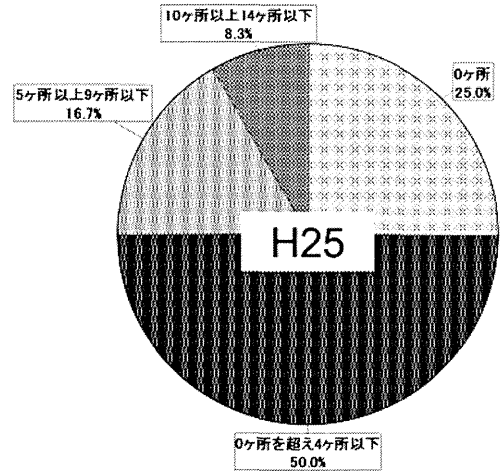
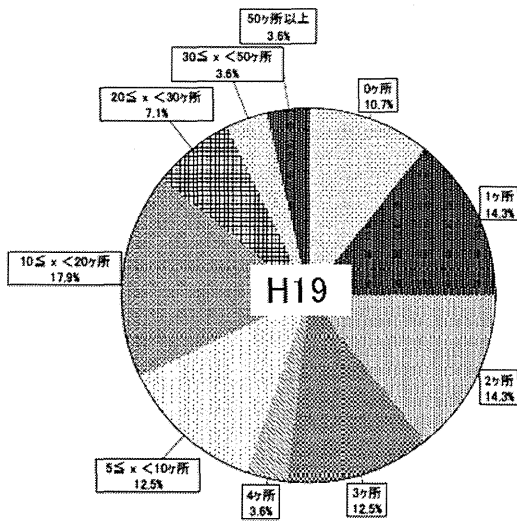
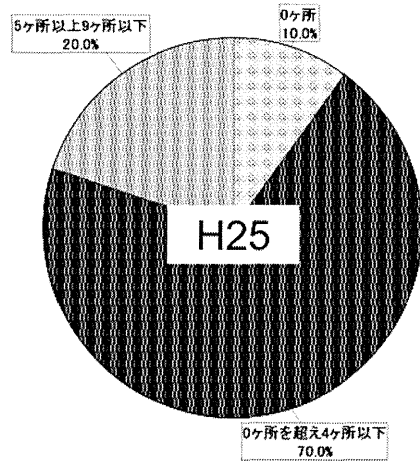


図 1A-4-2h 連携している診療所数 - 24時間対応
(n = 56, m ± σ = 8.9 ± 12.0, 自由記載)



問4-2 連携している診療所数 - 24時間対応 - C
(n = 10, m ± σ = 3.0 ± 2.3)



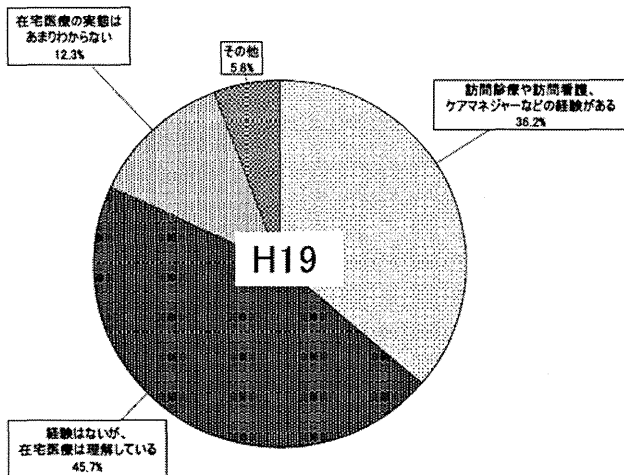
【5. 在宅医療研修について】

問 5-1. 連携室スタッフの在宅医療の知識経験

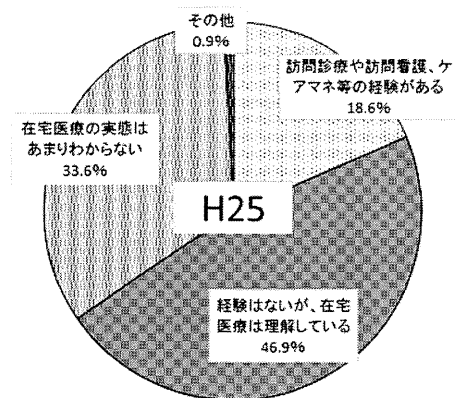
前回の尋ね方は連携室全体でひとつを選択するというもので、今回は各々に該当する人数を聞いたため、比較ができないので、今回の内容を記す。

連携室スタッフの在宅医療の知識経験については、「訪問診療や訪問看護、ケアマネジャーなどの経験がある」が 18.6%と低く、「在宅医療の実態はあまりわからない」方が 33.6%と高かった。

問1A-5-1 連携室スタッフの在宅医療の知識経験
(n = 138)



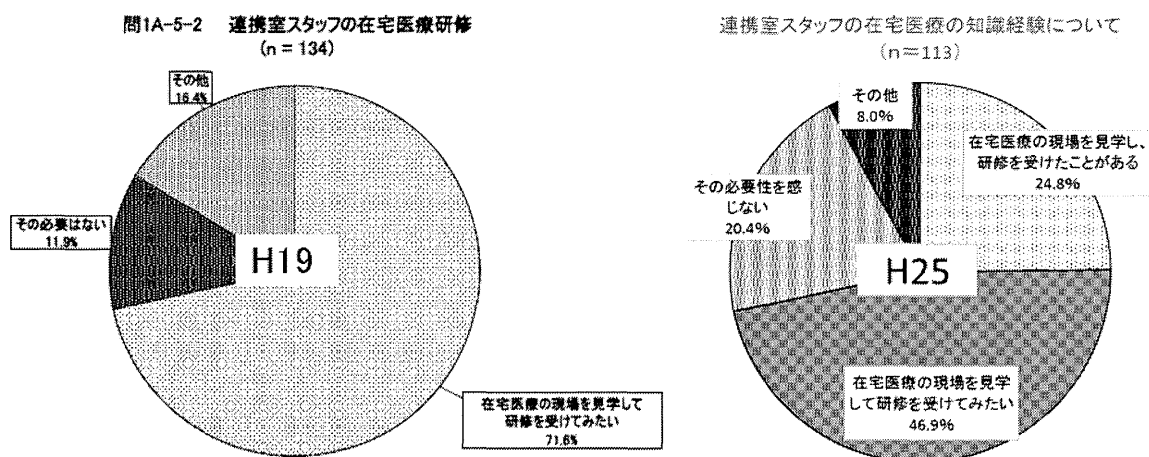
連携室スタッフの在宅医療の知識経験について
(n = 113)



問 5-2. 連携室スタッフの在宅医療の知識経験

前回の尋ね方は連携室全体でひとつを選択するというもので、今回は各々に該当する人数を聞いている。また今回は「在宅医療の現場を見学し、研修を受けたことがある」を加えた。比較ができないため、今回の内容を記す。

「在宅医療の現場を見学し、研修を受けたことがある」が 24.8%、「受けてみたい」が 46.9%で、希望はあるが実現しない状況があるようだ。



D. 考察

対象施設・地域を異にした調査であり、今回の調査は被災地が対象であるので、単純に結果を比較することはできないが、退院支援計画等は2倍に増加、地域医療連携室の機能についての評価も倍増し、病院の退院支援体制は大震災にもかかわらず、整備の方向に向かいつつあることがうかがわれる。

しかし、在宅医療について十分な知識がある医師、看護師は未だ少なく、医師による退院後の説明も、「十分している」割合が1割ほど増えたものの、3分の1にとどまっている。

在宅緩和ケアと緩和ケア病棟いずれを第一選択として説明するかについても、「同等に説明する」がほぼ6割でほとんど変化はなかった。平成19年調査では、「疾病傷病による通院困難者」に対して、約5割が転院、約2割がそのまま自院で通院し何かあれば入院という結果であり、7割の方の在宅復帰が叶わないという状況であった。平成25年調査では、他病院転院の割合が減ったものの、退院施設以外の医師が主治医となって在宅療養を行う割合は依然として2割にとどまる。

E. 結論

病院の医師、看護師が、在宅医療の良さを十分認識し、患者の退院後の生活について詳細に説明することが在宅看取りを推進する要因である。

まず第一に、病院医師に対する次の対策が急務である。