

VIII. 在宅医療に関する課題や要望について

課題や必要な対策等

行政等への要望

その他在宅医療に関する意見

1. 病院（在宅医療を実施している）

	課題や必要な対策等	行政等への要望	その他在宅医療に関する意見
1	高齢化が進み、在宅医療での医療を推進されるなら、訪問看護を行う職種について、より拡大する必要があるのではないだろうか？	訪問看護の点数について、自宅とグループホーム(複数)の区分をもう少し詳細にして欲しい。	
2	医師不足		
3	気切や吸痰が頻回など、医療依存度の高い人のショートステイの受け入れがない。又、上記の人を含め家族が具合が悪い時など、緊急に利用できるショートステイが必要。	利用者さんの料金負担が大きすぎ、これ以上値上がりしないように考えて欲しい。又、今後、一人暮らしや高齢者世帯も増え危険と隣り合わせの面も多い。グループハウスの様に、夜間も誰かがいてくれる環境を国など行政レベルで考えて欲しい。	訪問診察や往診など対応してくれる医院や病院も増えてきている。市民病院など中核をなす医療機関との連携もなかりよくなり、大変よいことだと思われる。
4	認知症が進み一人暮らしが困難と思われる人の行き場がない。施設も不足しているし個人の金銭問題もある。(このような場合、行政レベルで対策を提案してもらいたい。対応する事業所の担当まかせになっているので報告するシステムを作ってもらいたい)	レスパイト入院の制度化・・・医療処置へのかわり度合いに関係なく短期入院(療養病棟)できるように病床数を削減しない事はもちろん、医療区分とは別に診療報酬上、採算が合うように制度として認められる事を望みます。ショートステイで対応できない人たちの受け皿が不足している。	湿布や点眼、点耳など訪問看護までは必要ないが、一人では出来ず、かといってヘルパーでは法律上も認められていない。(やる事にも多少問題もあると思う)現実に見合った対応が可能となるよう、看、介護要員の充実とそれに見合った報酬がなければ在宅医療は充実しないと思う。
5	200床未満のケアミックス病院を整備して頂きたい。またその病院の辺りにケア施設を配備して、病気が回復したら入れるようにしてほしい。	看護師、医師を増やすような取組みが必要で。高校の先生からも強く勧めて頂きたい。そうしないと地域の医療は崩壊しますから。	在宅療養支援診療所の医師が、在宅患者の入院が必要と判断した時、快く受け入れてくれる中小病院の整備が必要です。医療崩壊とは75才以上の高齢者の問題であります。スムーズに入院できる体制、転院できる体制が必要です。
6	現在、マンパワー不足のため、訪問看護ステーションが休止中である。早急に再開したいと思っているが、難しい現状である。兼務の保険請求も可能になれば助かる。	保険請求の変更が出来れば嬉しい。	在宅医療に関しては、病院全体で取り組んでいるつもり。しかし日常の兼務の中からはなかなか充実した在宅医療の提供が出来ていない現状である。今後も連携を取りながら対応したいと思っている。
7	地域クリティカルパスの作成、実施に向けて。		
8	在宅医療を支える在宅医の負担を軽減するため、主治医副主治医の導入や受け入れ病院体制の整備が必要である。医師会内は様々な考えがあり、是非、行政主導で行ってほしい。また、がん診療における五大がんクリティカルパスも、各医療機関で仕様が異なり、パス普及の大きな壁となっており、地域の共通パスをリーダーシップをもって行政が主導で行ってほしい。	がんの在宅医療において、疼痛コントロールは必要であり、麻薬が必要となるが、在宅医は麻薬の管理、指導が厳しいことから麻薬を取り扱わない開業医が多い。また地域によっては、無菌調整薬局がなく、病院の入院中と在宅で同様の医療行為が出来ない現状もある。診療報酬等の政策誘導等で経済面でも採算が取れるようにして欲しい。	
9	介護家族を支援するサービスの充実。	介護職の待遇を良くし、スタッフの充実を図ってほしい。	開業医の高齢化により、往診できる医師が少ない。往診されている医師はとても忙しく負担が大きい。
10		独居高齢者、2人暮らし等への(療養)支援	医療依存度の高い人の受け入れ(デイサービス等)
11	老々介護が多い現状のため、遺漏や気管カニューレ等の医療支援が必要な患者は在宅での対応が困難となりやすい。特に病院から遠方の在宅患者には頻回な訪問も施行していく、在宅医療の継続がむづかしい。ヘルパーによる吸痰や排便も認められていない現状では、医療支援が多く求められる患者の管理は家族の負担が大きく、老々介護や介護力不足の家族には在宅介護困難となる。	在宅介護を望む場合、頻回な訪問をしているヘルパーの力は大きいので、医療との連携の元、吸痰、排便、経管栄養注入などもヘルパーができるように教育と資格認定などを行政に取り組んでほしい。	医療機関による訪問看護は特に小規模の病院では医師と看護師との連携が常に保たれるので、患者のいろいろな変化も密に連絡がとれるしその都度医師の指導を受け、即、対応できている。医療機関による訪問看護の診療点数を引き上げて良いのではないか。(訪問看護ステーションより算定単位が低いのはいかげんなものかと思われる)

1. 病院（在宅医療を実施している）

	課題や必要な対策等	行政等への要望	その他在宅医療に関する意見
12	医師、看護師の増員		
13	在宅医療のみでは地域生活は確立できない。質の高い生活が出来ることが前提であり、それが維持された上で在宅医療が選択されることが必要である。在宅介護と在宅食事療養など継続したサービスが求められる。		死に関する教育『死とは何か？』『看取り』を考える機会が必要であると思う。患者、家族に老衰など医療にも限界がある死を認めてもらう必要があると思う。

2. 病院（在宅医療を実施していない）

課題や必要な対策等	行政等への要望	その他在宅医療に関する意見
1		当院は精神科の訪問看護を行っており在宅医療は行っておりません。
2		当院は回復期リハビリテーション病棟を持つ病院であるため、在宅医療を受けていただける（後方支援）病院、診療所との連携を深めていかなくてはならないと考えている。
3	市町村によって取組みに大きな温度差がある。礪波市がダメで南砺市は南砺市民が中心にかなり力を注いでいる。しかしそれも中心的役割を果たしている若干のドクターが頑張っているおかげであり、地域的な考え方を含めて当富山県は全体的に在宅医療については、質・量共に極めて弱い。	公的病院と民間病院、そして診療所という地域医療を支える中心となるべき機関が連携して何をやるのかが不明確であり、個々の機関もそれぞれの事情があって協力できない状況にある。特に公的病院は医師不足もあり、地域における役割分担、役割負担についての自覚が大いに不足している。その延長線上に在宅医療も進まない原因があると思う。
4		在宅医療に対する意見ではありませんが、現在当院から退院し、自宅に戻り単身生活計画している男性の方がみえます。しかしながら、単身での生活に不安がありホームヘルパー等の派遣を考えていますが、以前女性に対して妄想的な行為が認められ、出来れば男性のヘルパーの派遣を依頼したいのですが、南砺市のホームヘルパーは女性だけで男性の方が皆無であるため、人材の養成をしていただきたい。
5	在宅医療技術への普及促進、在宅終末期医療等を適切に提供できる医療機関（かかりつけ医）の確保ができる体制構築が必要である。	入院患者が適切に在宅医療へ移行出来る様病院と在宅医療を提供出来る医療機関や介護サービス事業者等との連携体制を構築することが求められる。
6	地域のネットワーク作り。一人の高齢者が在宅で生活するために個々に合った医療、福祉をどのようにコーディネートし、誰が進めていくのか。それぞれの現場がその役割を担うための方法は？	地域ネットワーク作りのため、統括的役割をすみやかに（個々のケースごとに早急な取り組み）、やさしく（個々の要望を把握し、満足のいくプランの作成）
7	医師会及び従事者の十分な確保が出来ない状態（可能であれば在宅医療専門のチームが用意されるべき）又、それらを支える業務上や財政上の支持組織。	上記にも記したが、主に財政面での優遇などで在宅医療に専門的なチームを支えるなど。介護にあたる家族への十分なサポートも必要です。
8	病院の運営や医療、介護に関する理念上、在宅医療は大変重要といった認識を持っています。訪問看護（医療）に関し、意欲のある職員も存在し指定講習の受講も推進し、準備を行ってきたところです。（3年間で3名受講）・具体的な在宅医療の実施を行う場合、現在転換が指導されている平成24年の療養型病院の再編成・移行問題があり、熟慮中です。在宅医療を実施する場合、他の開業医との連携も重要であると同時に、診療報酬制度の改善がないといけません。	具体的に在宅医療の実施を行う場合、地域の医療機関（診療所）の連携が必要です。また療養型病院の再編成、移行問題と密接不可能です。【緊急の患者の受け入れ問題にしても療養型病院の介護病棟（介護保険適用の介護療養型医療施設）は緊急受け入れが満床の場合ではできません・・・医療病棟に余力がない場合（医療保険適用の病床には緩和条項あり）】・医師の負担増の課題があり、特別養護老人ホームの受託を行っていますが、受託の医療でも現在は負荷となっています。（特別養護老人ホームの健康管理の受託をしていますが、実質的には定期的な往診と緊急な往診です。（週2回）制度的に投薬の報酬のみという制度はいかがなものかと思えます。・行政の医療、介護には一貫性が必要であり、この間の行政には一貫性が欠如し多くの問題があります。また診療報酬にも問題があります。在宅を志向（指導）する場合、病院に対する診療報酬と要員問題があります。

2. 病院（在宅医療を実施していない）

課題や必要な対策等	行政等への要望	その他在宅医療に関する意見
9	在宅に向けての退院調整カンファレンスを行う場合、退院時に共同指導料の保険医等3者以上共同指導加算(2000点)は、3職種以上で行われた時でないとは算定できないが、実際はケアマネージャー、訪看、入院医療機関のスタッフだけでカンファレンスを行う事が多く、そのような場合にも算定が算出できるように改正してほしい。また、癌患者の場合は65歳未満の方も多く、介護保険の利用者ではない場合が多い。その場合、訪看と入院医療機関だけの連携もあるので、その面も考慮してほしい。	
10		
11	在宅医療を求める患者のニーズに答えられるような在宅医療技術の普及促進や訪問看護サービス等の整備・病院から在宅医療へ移行できるための連携体制などを構築することが必要である。	
12	共働きの家族が多く、夜間の介護等で精神的な疲労をきたしている。在宅医療で可能な患者なのかの見極めが必要。	
12	スタッフの充実に日々苦勞しているのが現状であると共にそれに伴う人件費の高騰による経営の悪化が顕著である。(22年度診療報酬改正が期待されるところ)	

3. 診療所（在宅医療を実施している）

	課題や必要な対策等	行政等への要望	その他在宅医療に関する意見
1			非常勤医師数名の在宅専門の医療機関の設立が助かります。
2		在宅医療を理由にすれば保険点数が上がる。平均点数が上がれば個別指導の対象となる。だから、高点数となる診療はしたくないし、極力ひかえる。理想と現実とのギャップ。国の本音と建前が見える。一生懸命したらバカを見る気がする。	
3		こんなめんどろなアンケートはもうイヤだ。	
4	・訪問看護システムの充実 ・患者、家族の負担の軽減。	・休日、夜間の対応において。	・医師会の活動が弱い。
5	・患者様が在宅で生活したいという要望はあると思うが、現在はそれよりも行き場がないので在宅で生活しているという実態があると思う。また、「在宅サービスを利用するにも負担が高い」という声をよく聞く。在宅で生活して良かったという様なサポートをする社会保障制度は必要だと思います。様々な支援者がカンファレンスできる状況を作り出す人的、質的、金銭的な面の充実も必要です。		在宅も自宅や有料老人ホームなど様々。またショートステイの管理先もいろいろな施設形態で、どう算定して良いのか迷う場合も多々ある。具体的な算定をその施設や往診先のDrがいつも確認できる指標があればいいと思う。
6	在宅医療は若い医師の力が必要である。（医院であれ病院であれ）	医師の業務の軽減をはかって欲しい。	
7	緊急時に対応するシステムの整理。開業医の負担が大きい。地域全体の取り組みが重要。	年金等の低所得者の在宅者、老々介護世帯への経済的免除。	
8	在宅で患者を介護する場合、家族の負担が大きい。介護サービスを家族が行っても給付されない。現状では在宅医療には限界があると思う。	家族が仕事をやめて介護しても生活に困らない介護保険にならないと、在宅での看取りは困難と思う。	在宅支援診療所となれば、点数は倍になりますが、それでは患者、家族の負担が増えるばかりとなる。患者、家族の負担が増えない形の在宅医療制度が必要だと思う。（診療報酬が高ければ、その方向へ向かうとは限らないと思う。）
9	在宅へのシフトはわかりますが、現実的に受け入れが出来ない家族があります。受け入れもある程度は出来るようにしていただきたいのですが、家族が介護で疲れ切っている家族を良く目にします。	←同上（課題や必要な対策等と同じ）	
10	病院との連携なくして在宅医療は考えられません。在宅医への丸投げの考え方ですと在宅医が疲弊してしまいます。（体も壊すでしょう）又、在宅医同志の連携、主治医副主治医制の話ですが、お互い仲良しでなければ出来ません。私は病院の先生と在宅医の関係を密にした方がよいかと考えています。	在宅推進すればレセプト点数が上がります。従って在宅すればするほど高額になり個別指導の対象となってしまいます。我々在宅医は進むも地獄、引き返すのも地獄の状態です。そこを行政がはっきり方針を決めて欲しい。	頑張っている在宅医、そして病院へ手厚い援助を行い、もっとやりやすい環境を作るのが政治の力だと思います。又、訪問看護ステーションの充実、拡充、調剤薬局の充実なども必要と考えています。

3. 診療所（在宅医療を実施している）

課題や必要な対策等	行政等への要望	その他在宅医療に関する意見
11 日中は診療所で外来診療を行っており、いつでも訪問や往診を出来るわけではありません。連携する医療機関でも同様であり、24時間対応は難しいと考えています。中核病院が中心となって連携の輪を広げていかなければいけないと思っています。	在宅療養を行うと、保険点数が高くなります。極端に高いと保険審査にひっかかるのではないかと心配です。	
12 ①在宅医療に関する点数を上げなければおのずと取り組む医者は増えるはず。②但し昔と違って夫婦共稼ぎ世帯がほとんどで往診の需要は少なく家族はみな施設へ入れたがる傾向が強い。(お金で済むことなら)③在宅患者の急性増悪時に必ず引き受けてもらえる様なバックアップ病院がない。(病院も余裕がない)④はやっている医者ほど在宅患者も多くかかえているが、色んな方面と連携する余裕はない。(丁寧な患者ケアが出来ない)	行政は開業医がグループを作って在宅患者を多く受け入れて欲しい様だが、事はそんなに簡単ではない。患者は「この先生に最後まで見取ってほしい。その他の先生ではいやだ」と思っているのに、見ず知らずの先生がグループの一員という事で代理で来たり、以前かかりつけだった先生が来たら患者さんはどう思うでしょうか？そもそも往診・在宅を依頼する患者さんは24時間の対応も含めて依頼するのであって、それに対応できないのであれば、引き受けるべきではないでしょう。昔から往診していた医者は皆そうしていたし、それが嫌な医者は往診していませんでした。	せっかくのアンケートなので医療関係者は皆この結果を知りたがっていると思います。ぜひ公表してください。(富山県医報にでも)アンケートを取りっぱなしで行政側のデータとしてのみ利用するのであれば、今後一切協力はしません。
13 在宅医療が施行された始めは、老々介護などの援助となり干天して雨の如く喜ばれたが、最近の状況は家族が十分時間があるのに介護保険に頼りすぎる感がある。そのような家族の要望と言うか。欲望に関係者が利用されている。	上記の点をよく勘違いして本当に介護サービスが必要かどうかよく調査する必要がある。それが介護費の節減につながるかと思われる。	
14		富山県内で在宅療養支援診療所の届出割合が低いのは、在宅医療に熱心でないわけではなく、100%責任を負って実施できないという正直で誠実な感情からと思われる。大阪の医療機関の割合が高いのは、金にさえなれば何でも手を上げるという商売人の考えからである。もうけにならなければ、何もしないか引き上げるのは明白である。
15 地方の開業医は朝9:00から夜9:00頃まで診療を続け、昼食は10分から15分で簡単に採り、すぐに診療。夜は11時頃に夕食。寝るのは2:00頃。半日診療の日と土曜日の午後には訪問診療を行い、更に学校医としての活動。(学校保健委員会の開催、内科健診等)、保育所での活動(内科検診が年4回ある)、保険センターでの幼児検診、さらには産業医として工場の巡回と産業医活動、丸の内救急センターでの救急担当の当直を行い、そのまま寝ずに翌日の自分の診療所での診療。このような生活を10年以上も続けこの5年間はほとんど旅行にも行ったことがありません。勤務医の疲弊ばかりが言われていますが、地方の診療所の開業医も精神的にも肉体的にも疲弊しています。日本の医療システムの何かがおかしいです。皆、医師としての使命感のみで行っているのです。そのような実体を市民は知っているのでしょうか？その中で在宅医療を今後どこまでやれるのか。やはり限界に達してきています。	本来ならば、在宅支援診療所の届出を出して良い程の在宅医療を私は行っています。しかし、学会や研究会に出席する日がたまにあり、また、日常の診療時間中には、急変した場合に自分が連絡とれなかったり、動くことが不可能な時間があります。そのために届出をしていないのです。しかし、保険点数は明らかに届出をしていない者にとっては不利です。届出の資格要件をまじめに守って届出をしてない医療機関は多いはずで、届出を出している医療機関は本当に24時間365日、すぐに応答できているのでしょうか？	
16	特養ホーム入所者の緊急入院時、スムーズな受け入れ、出来れば在院日数の延長を希望。特に高齢者、認知症患者さんの入院受け入れは、スムーズにいかないことに不満を抱いています。	

3. 診療所（在宅医療を実施している）

	課題や必要な対策等	行政等への要望	その他在宅医療に関する意見
17	必要人員の確保。管理責任に対する明確な判断基準。	24時間、365日在宅での責任をもった管理が出来るか不安である。	
18	国をはじめとする行政は医師心に頼り過ぎた政策をしている。その上で手当てを減らして来たり医師たちは忙しくなったが、手当ては少なくなるという生活を強いられている。その矛盾が大病院の医師不足を生んでいると考えている。この現状からは、いわゆる医療無政府状態を生む下地となり志は次々と消える大病院の医師不足を生んでいる。行政は人の命は地球より重いということを具現化する方向で考える必要がある。	勤務医を含めた医師をはじめとする医療従事者(有資格者)に対して、彼らの行うことは医療であって事務的行政的なことではない。このことを踏まえた上でかかるアンケートをはじめとする要らざる負荷を医師達に加えないでほしい。医師達が医療に専念出来るようにすれば、医師不足に対する方法の一つとなる。	医療は医師とそれを受ける患者サイドとの信頼関係により成立する。その中でも在宅医療は特に信頼関係を求められる。そして結果は両者の自己責任で完結すると考えている。こんな中で、行政の入り込む余地はない。いろいろな甘言、在宅支援診療所にすれば、手当てを上げるとかしても、医者は乞食に非ず、否乞食となっても悪政には抵抗しつづける者と考えている。かかるアンケートは私にとって何の意味もなく、アンケート業者を利するために行っているとしか思えない。
19	デイサービスを民間で行っている施設は何時も勝手に受診される傾向にあるが、医療機関と連携をとって受診する様に努力してほしい。	在宅医療に於いて問題になるのは深夜である。日中は家族もどうにか対応できるのか普通である。深夜往診を行った場合、何故深夜往診をされたのか必要性について時々問い合わせがあるのが在宅患者はパニックになるのは深夜に決まっている。脳血管障害は特に深夜に暴れることが多いものであることを知っておいてほしい。	患者さんを独居にしておられる家族もあるが、最低限度、家人が一人だけでも患者さんについていておいてもらいたい。何事が起こるか判らないから見守りが必要であると思う。
20		在宅で診れない高齢者や認知症患者の受け入れ施設の充実をお願いします。	
21	在宅医療で困難なのは、急性像悪時の入院が出来にくい事が一番の問題。又、全く食べれなくなったときの入院がすぐ出来ない事。例えば在宅で点滴静注などは出来るが、しばしば漏れる事もあり、その都度往診して入れ替えをする。この様なことは大変困難であり、何日も続かない。		
22	診療連携をすすめる在宅医療をすすめると言いつつも現実なかなかスムーズにいかないと思う。病院の都合各科の事情があるのでし、又、病院の先生方は時間に追われて在宅医療など考える余裕はないでしょう。どうするかは、病院のトップが動かないと変わる事はないと考えます。	行政側の担当者が在宅医療に関わっている各職種の現場での生の声を聞き、対応して頂ければと思います。	在宅医療に関わる各職種(主治医、訪問看護、ヘルパー、薬剤師、ケアマネ、介護保険関係者、他)の連携と言いますが、現場ではほとんどがスムーズに行っていないと思います。誰がリーダーシップをとるか(主治医はしない方がいいとの話もあります)、関わる職種が多い程、混乱すると考えられます。現場では各人の患者さんに対する思いやりと各人の向上心が必要です。
23	在宅療養を行っている患者の変化、あるいは介護している家族の要望などにより、在宅医療が継続困難となった時、迅速に受け入れ先が決まるようにしてほしい。	←上記の受け入れ先を決定するために、県レベルでコントロールしてくれるセンターの設置が望まれる。	
24	仕組みをシンプルにすること。書類を減らすこと。		
25	訪問看護師施行処置等に対する利用者負担の軽減。(ヘルパーによるものとの差が大きすぎる) ヘルパーによる身体介護領域の拡大。	利用者自己負担の軽減の為の助成処置の拡大。	

3. 診療所（在宅医療を実施している）

	課題や必要な対策等	行政等への要望	その他在宅医療に関する意見
26		病院定義をはっきりさせ、その病院へ金を投入すること。	
27	家族が在宅医療を受け入れる事の出来る土台が不十分。主たる介護者が常時患者を看護、介護出来るだけの時間確保、金銭面での問題が解決出来ていない。行政への要望も含めてまず家族が看取りまで出来る様に、訓練、指導する施設の推進、家族が研修中、終了まで手当てを与える。	一ヶ月間を単位として家族に医療、介護保険にて介護、看護報酬を与えるシステムの構築が必要。経済効果もあり、内需拡大にもなる。失業者も格段に減る。きちんとした看護など身内の世話をしているか監視する第三者機関を設置。無駄なフォーマル機関の廃止。施設も縮小になる。可能だと思いますので検討願います。	24時間365日携帯電話持参で診療所近郊にか移動出来ません。支援診療所の現実は相当に厳しいものがあります。連携医療機関に対する遠慮もあり、夜間、休日は自らも診察する現状があります。
28	開業医の中で検討され、良い方向に進んでいます。	各行政によって、よく努力されていると考えます。	各関係機関と連携をとり、作業を進めているつもりです。
29	在宅医療の方向は重要だが、家族には仕事や育児などの理由で在宅医療を選択できない方も多くいらっしゃるので、選択の多様性を確保する必要がある。	在宅一辺倒で、家族に負担がかかり、経済的生産活動というか、簡単にいうと仕事などに支障をきたさない様、在宅医療というものを柔軟にとらえる必要がある。	施設での医療、在宅での医療の多様性を考える時代だと考える。
30	各科の医師が協力して行えば理想的と思いますが、なかなか困難と思います。内科と外科が協同すればたいしての事は出来ると思いますが、24時間体制では不可能でしょう。急性増悪の入院施設を多く作る事が患者さんの幸福になると思います。		
31	マンパワーの不足への対応	療養型病床は絶対必要です。在宅療養をしていますが、当方の体力、気力にも限界がありヘトヘトです。	在宅がベストであるという”洗脳”はやめてもらいたい。
32	人、金、時間等々圧倒的に物量が足りないと感じています。家族負担が大きいのでどうしても安易に入院や入所へ走ってしまう傾向があります。うまくいっているケースに見えても結局寝たきりのおじいちゃんの世話はおばあちゃん一人の肩に背負わされているのが現状です。デイサービスを受け入れている方はまだ良いのですが、どこもあいていないと言われ、受けられない方もいらっしゃいます。	広報は一生懸命やっておられるのはわかりませんが、いざ在宅療養を受けようとする患者さんや家族がまず第一にどこへ相談したらよいのかやはり「わからない」と答える人の割合はまだまだ多いのではないかと思います。在宅療養診療所の届出が全国最下位医なのはどうしてでしょうか？	施設職員による吸痰はやっと認められましたが、在宅の家族による吸痰の扱いはどうなっているのでしょうか？介護との連携も大事とは思いますが、全ケースにおいて一同に介して個々の検討する時間がありません。その都度、FAX、電話、在宅時の打ち合わせ時、現状のやり方で精一杯です。
33	他の医療機関と連携したいのですが、もっと気軽に連携できるようにして頂きたい。1つの型にこだわるのではなく、自由に出来るようにした方がもっと多くの連携ができると思います。		
34	グループ診療や複数の医療科目での連携を今後していかないと在宅診療は困難と思いますが、なかなか利害関係があり難しい面もあります。	複数医による診療に対しての負担(特に患者さんの負担金)の増額を援助するような方法はないのでしょうか。	

3. 診療所（在宅医療を実施している）

	課題や必要な対策等	行政等への要望	その他在宅医療に関する意見
35	郡部ではマンパワーが不足している。	さまざまなアンケートが多すぎる。行政は天下り法人にアンケートを委託するだけだが、医療機関にとっては非常に負担である。今後このような負担は出切るだけ減らして欲しい。	在宅を望んでいない家族も多い。
36	いくら連携強化といっても現在の開業医では受け入れ人数に限度があります。従って国が考えているような人数は無理です。		
37	独居の方の急性増悪（発熱）に対して、一時的に（2～3週間）受け入れ可能な医療機関が必要。「医療行為」として定義されていて処置行為の中で家族での対応が可能であっても、ヘルパーの対応が認められていないものが現在もある。人材不足の中で、家族も含め、在宅を支えるのは、限界があるように感じる。	独居高齢者への対応（サービス等を含む）の見直し。ヘルパーの医療行為に対する制限範囲。（講習等を実施することにより、制限の緩和）診療報酬、介護報酬などの評価改善。	医師不足が叫ばれる中、中小規模な医療機関における少人数で体制を組む医療現場では、医師における負担が大きく感じる。様々なサービス等と連携し、安心、安全な在宅における療養環境をつくれるよう、サポートがほしい。
38	在宅医療を行っておりますと、365日24時間休みはなくなります。今は頑張っってやっておりますが、いずれは肉体的、精神的に限界になります。その時の事が心配です。	現在、勤務医の先生方は激務であることをクローズアップさせるため、開業医は楽をしていると対立させるように仕向けている様に感じています。この3ヶ月間、日曜日でも在宅診療が入り、休みはありません。レセプトや健診のレントゲンチェック等を入れますと、年末年始を含め1日も休みがありません。それが実情です。で、勤務医と開業医を対立させる世論誘導はやめてください。厚生局の指導は、点数が高いと受ける事になると聞いています。ある一定以上の在宅患者さんを持っている場合に別枠で指導対象を決めて頂きたいと思ひます。やればやるほど頑張れば頑張るほど、指導されるシステムは変えて頂きたいと思ひます。	
39	在宅患者さんが急変し、救急車で救急外来に搬送するほどでもないが、自宅での看病や介護が困難なくらいに病状が悪化したとき、療養型の病床があくまで4～5日かかる・・・などと言われると、その間の受け入れ先がなく非常に困る事があります。急変時に入院を受け入れてくれる病床の確保をお願いします。	在宅医療に積極的な開業医が近くにあまりなく、特定の開業医往診依頼が集中し、負担が非常に重くなっている面があります。既存する開業医への在宅医療の推進は困難かもしれないが、例えばせめて新規開業する際には在宅医療も行うことを条件とする・・・など規則を作るなどして特定の開業医への負担を偏重を減らす工夫をしてほしい。大きな病院から詳しい連絡や打ち合わせもないまま、急に往診を依頼され、困惑することもあるので。現場の顔をよく取り入れて制度を整えてほしいです。	
40		在宅診療や往診の際に車で出向くと患者宅での駐車スペースに困ることがあります。特に市中心街や高齢者だけの住宅では。診療中の合間に出掛ける時は意外に駐車場探しに時間がとられる事があります。来院患者を待たせることが気がねです。在宅診療や往診時に駐車禁止区域でも路上駐車が許される制度は作れませんか。	
41	開業医一人ではやれることに限りがあり、在宅でのいろんな問題に十分対応しきれない。医師会や厚生省が中心となってグループ化（開業医、在宅及び急変時受け入れ病院）を強気に推しすすめてほしい。	←上記への対応を希望。	少子高齢化かつ核家族では、在宅しようにも、老々介護、高齢者一人暮らしなど問題が大きい。地域全体で高齢者を支えるシステム作りに一層頑張ってください。

3. 診療所（在宅医療を実施している）

	課題や必要な対策等	行政等への要望	その他在宅医療に関する意見
42			病床削減に伴う在宅への移行には、かかりつけ医の診療体制ばかりでなく家族のマンパワー不足の問題等、無理がある。そもそも在宅レスピレーターや中心静脈栄養、頻回の吸痰や体位変換を要する患者を社会的入院と分別する事自体矛盾をかかえている。
43	まず、ビジョンを作りそのもとに全て一貫性のある診療体系にする事。2つ以上の診療所でも同時に加算を取れるようにすること。		
44	院外処方なので、夜間、休日に対処出来る薬局があるとありがたい。		
45	24時間対応の訪問看護ステーションがほとんどありません。また、全体に地方のナースの人材不足、力量不足(教育レベルの不足)は否定できません。	在宅医療イコール看取り医療に誘導する行政はやめてほしい。多くの場合家族にはキーパーソンが不在で、老々介護の場合が多いようです。在宅からやむおえず療養病床への移行がある事もあります。在宅から療養病床への移行が病床不足でうまくいかないケースも多いようです。	地域ごとに在宅医療対象患者のデータベースを統一して、管理、作成、アクセスできるシステムを早く導入すべきと思います。在宅リハビリや在宅看護が出来る看護師や理学療法士の開業が自由にできるようになればよいかと思っています。
46		医療提供者側より、患者の受け入れ家族の負担が大きい。	
47		高齢化社会に対する医療関連の必要にして充分な財源の確保をお願いしたい。	在宅療養支援診療所の届出は他の医療機関との連携が種々の面で困難である。しかし、事情により在宅医療の往診を依頼されれば終日最後まで療養を担当する責任が生ずる。支援診療所と届出のない診療所との両者の間に同様の往診であっても診療報酬にかなりの差異があるのは問題である。
48		現在、1ヶ月平均のレセプト点数で個別指導をする医療機関を決定しておられるため、どの医療機関も点数を下げるのに一生懸命になっています。訪問診療を月に1回するだけで個別指導に呼び出される平均点を超えてしまうため、訪問指導するのを制限している開業医が多いと思われます。個別指導をするか決定する際、在宅診療をする患者さんを除いて平均レセプト点数を算出していただければ幸いです。	
49	核家族という言葉も既に死後となった現代社会において、過度の期待をもって在宅医療をすすめるのは困難では？家族、人と人との絆を大切にする社会の復活？ 通院が困難な方々への医師会等と協力しての在宅医療が現在も行われている事の広報。	現場を見ての対策や現状に応じた啓蒙活動を考慮して頂きたい。	押し付けではなく、寄り添う姿勢の在宅医療が必要なのでは？

3. 診療所（在宅医療を実施している）

	課題や必要な対策等	行政等への要望	その他在宅医療に関する意見
50	急変時の受け入れ先がはっきりすれば、在宅医療はかなり活性化すると思う。	在宅を多く行いたいと考える医師は意外と多い。ただ、平均点数が上がって指導の対象になるから行いたくないと言っている人が多い。現在の指導の対象の選定にどれだけかわりがあるのか、このあたりをすっきりしないと今後新しく在宅を試みる医師は増えないだろう。	単に『在宅』といっても急変末期のケアを対象としたものと、慢性期の療養を目的としたものと混在している。それぞれは診療行為や内容が著しく違うので、2つに分けて議論してほしい。（いつもごちゃごちゃになっている。）
51	医師のやる気が必要（体力も必要）		
52		市町村レベルでの「在宅医療支援センター」が必要。病院などの「施設」に依存する医療から開業医も含め地域の総ての医療スタッフによるチームによる医療、「人を活かす」医療に脱皮すべき。	
53			在宅患者、特に自宅の場合は、患者を取り巻く家庭環境がいやでも目に飛び込んでくる。経済的に豊かといえない患者が多い。ほとんどの患者さんに対して私が往診料を算定しないのは、そういう理由からです。
54	病院の勤務医の在宅医療への無関心があり、退院時ケアカンファレンスを介して徐々に理解をすすめてゆくことが必要。開業医が在宅医療や介護保険への積極的な参加が必要だが、まだ道遠い。病院・施設で働く方が在宅での訪問サービスを行うことがいかに大変であるかわかり、施設での勤務の方が楽である。また1人対応などは自信や技術がないと出来ないことも訪問医になりたくない理由の1つ。	連携に対してのつなぎ役は厚生センターや行政の担当の方が事務的な作業を積極的に進めてくれれば私たちは参加して実務や現場をしっかりとっていく。まとめ世話連携の連絡係などはうまく行政が時間も人もあるのではないかな。	連携が必要であることはすべてわかっておられると思います。まずは医師が垣根を低くしてかつ積極的に連携して情報を提供し、かつ責任は医師がとるという対応でなければ、なかなか進まないです。ここ1、2年間で在宅医療の勝負と思います。
55	日常診療だけでも非常に多忙で在宅医療にかける時間がなかなかとれないというのが現状です。通院中であった患者さんの状態変化でやむなく在宅医療にかかわるということで精一杯の状態です。在宅医療を専門にする開業形態のDrが増えてくれることを望みます。		
56	日常診療だけでも非常に多忙で在宅医療にかける時間がなかなかとれないというのが現状です。通院中であった患者さんの状態変化でやむなく在宅医療にかかわるということで精一杯です。在宅医療を専門にする開業形態のドクターが増えてくれることを望みます。		

3. 診療所（在宅医療を実施している）

	課題や必要な対策等	行政等への要望	その他在宅医療に関する意見
57	（前のページ：在宅で家族を支えるという事が出来る、あるいはどんなことが出来るかを一般の方に知って頂いて理解してもらおう。在宅医療を推進している割に受け皿の整備が不十分だと思います。医療制度も含めて在宅医療がスムーズに出来るような改善が望まれます。） 前ページでも書いたように在宅医療を行いやすい受け皿の充実。現在既に開業している医師及び今後開業する医師の在宅に対する理解。歯科、皮膚科、眼科、その他の科の開業医の連携の充実。調剤薬局との連携の強化。	在宅に関する件での医師会との話し合いの場を定期的にもって頂けると良いと思います。（行政にも現場での状況を知って頂き行政として何が出来るのか教えて頂きたい）市民への在宅医療に関する情報を広報あるいはケーブルテレビ等で知らせていただきたい。在宅介護をしている家族の負担軽減のため、地域でのサポート（ボランティア、民生委員等の協力等）を考えて頂きたい。	在宅で使う物品が各医療機関毎に揃えた場合、高額な物でも在庫が残る等の無駄が出る事があり、地域毎に医療材料等を管理するシステムの構築も必要と思われる。訪問看護ステーションの人員の充実（このままではいづれ訪問看護ステーションの人の負担が過剰になると思います。）
58	訪問看護ステーションの充実が大切だと思います。		
59	医療器具・消耗品等のばら売り。単品での購入システムの形成。		1医療機関3人づつ在宅訪問患者を持ちましょう。往診をしない医療機関を認めるな！！皆で在宅医療に参加しましょう！
60			家族の負担になりたくないで、施設に入所をしていて、そこで死にたいと考えている老人が多い。そのニーズに応えるべき。
61	一般市民、県民にもっと在宅医療について市ってもらうべきである。病院の医師看護師が在宅医療についてもっと認識を深めるべきである。自治体が医師会と協力して様々な取り組みを行っていくべきである。（療養の場所や看取りの場所の希望等のアンケート実施や市民公開講座など）病院とかかりつけ医（診療所）との連携を密にしていく。	自宅での療養や在宅での看取りを希望している人が家族の介護力の問題（一人暮らし、老老介護、日中独居等）でこれをあきらめ、病院か施設入所を余儀なくされるのをなくすために在宅医療を支援する公的サービスを充実させる必要がある。	在宅患者が急変したとき、急性期病院の救急外来に搬送されることが多いが、患者情報が病院へ十分に伝わらないケースでは、必ずしも必要でない救命処置や延命行為が行われることもある。在宅患者が急変し、医療行為が必要となき、一時的に入院できる有床診療所があると、急性期病院の救急スタッフの疲弊緩和にもつながり、メリットが大きい。
62	医療材料（カテーテルや尿パック）を1個単位で販売すべきである。（1人の患者さんにしか使わないのでも医療機関は買って置かなければならず、セット販売でしか買えないと使用患者さんが入院などした場合、不良在庫になってしまう。その費用負担はどこからも回収できないのが現状である。	①在宅医療は医療だけではないとされるものではない。介護する家族が崩壊してしまうと在宅医療は打ち切りになる。だから在宅医療を今後、さかんにしようとするならば、介護者に対する金銭上及び労働力の支援が必要である。②在宅医療は高度な医療を提供するものではなく、患者さんの精神的な安らぎを目的としたものだ。（高度な医療を求めるならば、入院するしかない）在宅医療を選択した患者さんは高度な医療を放棄したとってよいと思う。それを法文化していただきたい。	在宅医療は「患者さんの主に生活支援と少しの医療」だと思う。患者さんの自宅での生活を支えるものは、介護者であり、その指導者としてのケアマネージャーだと思う。在宅での医療の部分だけは、医師が中心になるのはやむをえないことだが、在宅全般についてはケアマネージャーが中心となり患者さんと介護者を支える様にしてほしいものだ。そして、医師はケアマネージャーから求められた意見を述べ、また医療行為が必要になった時だけ訪問するようにしたらよいと思う。
63	介護をすると働けなくなり収入がなくなってしまう。老老介護など介護力が足りない。夜間対応できる訪問看護力が足りない。医師間の連携がなく、主治医の負担が大きい。	働いている人が介護しやすいように手当てを出す。介護、看護サービスの賃金を上げる。市町村単位で、病院、診療所含め連携する。（システムを作る）（主治医がいない日を登録し、時間のある医師がうけもつ・・・有料、コンピューター上で行う）	
64			在宅患者、特に自宅の場合は、患者を取り巻く家庭環境がいやでも目に飛び込んでくる。経済的に豊かといえない患者が多い。ほとんどの患者さんに対して私が往診料を算定しないのは、そういう理由からです。
65			人間関係大切だと思います。

4. 診療所（在宅医療を実施していない）

	課題や必要な対策等	行政等への要望	その他在宅医療に関する意見
1	病院の役割、協力を必要と考えます。		
2	在宅医療に使用する車のこと。役所の様に公用車（運転手）は持っていない。* 委託調査でこの真意は伝わりますか？		
3			内科医で対応できない疾患もあると思う。耳鼻科、眼科、皮膚科などとの連携を速やかに出来るよう制度化したら良いと思う。
4	スタッフの不足	行政が不安定。自由民主党、民主党、社会党等定まらない。	
5			在宅医療の推進に取り組んでいますが、地域住民の皆様への理科と行政、訪問看護ステーション、ケアマネージャー、緊急時の対応、様々な要件とクリティカルパスの導入など、又、介護報酬、主治医副主治医制の利点なども考慮し、全体で支えてゆく構造を築かなければ、浸透してゆかないと思う。連携、チーム医療の大切さ。
6		在宅医療が全ての診療所に義務つけられるのなら、早期に決めて欲しい。それによって廃院も考えなければならないので。レセプトオンラインが義務付けされるので、忙しい。レセプトコンピューターを購入せねばならぬ（約200万円）レセコンを買い替えてから在宅医療が義務化させると200万円が無駄になるので。	
7		行政の変更が激しく対応できない。	
8	診療所の経営者、医師、その他スタッフ等ともに在宅医療の大切さを認識すべく研修をする必要があります。		
9	意見を述べるべき立場でない。		
10	眼科の専門性を活かせる上で、協力できることがあれば、応じたい。一般的な在宅医療は、内科、外科などの医療機関が中心なのが自然だ。眼科などでは特に要望されることは従来なかった。	参加していないので特にない。	在宅医療の重要性は、理解できるが、各医療機関の専門性により参加がなじまない科もいくつかあると思われる。
11		在宅療養に専念した科を設けた公立病院を開設する方が得策だと思います。もしくは公立病院内に在宅医療科を設け賛同する開業医と連携する。	外来患者1日平均100人以上で、週2～3回は夜に研修会や各種会合に出席する状況にある開業医は無理だと思います。

4. 診療所（在宅医療を実施していない）

	課題や必要な対策等	行政等への要望	その他在宅医療に関する意見
12	<p>独居世帯・高齢者世帯における在宅医療は、地域力の結集にかかっている。自宅を含めて地域で療養生活を支える地域ケア体制づくりが望まれる。そのためにも、医療と介護の連携は不可欠であり、その垣根も低くなりつつあるが、両者を同じ土俵で扱うのはやはり問題があり、在宅医療では医療的支援を行う看護師と生活的支援を行う介護士の役割を相互に明確化することが望まれる。介護保険における訪問介護や在宅医療にかかわるケアマネの資質(知識)などの問題点もあり訪問看護ステーション・ヘルパーステーション・居宅介護支援事業所がセットにあって(できれば、在宅療養支援診療所もセットならなお良いが)対応するシステムづくりが急務でありそのための行政の支援が望まれる。</p>		
13		<p>当院では自院の通院困難となった場合、及び公的4病院(県立、市民、日赤、済生会)からの紹介患者のみ受け入れている。その他の医療機関にかかりつけの患者さんから訪問診療を求められることもあるが、当院の能力から行っていない。</p>	
14		<p>在宅医療(在宅療養)は広義には在宅自己注射指導管理や在宅持続陽圧呼吸療法等も含まれていますが、今回のアンケートは狭義の在宅医療と解釈し記入させていただきました。</p>	
15		<p>個人開業の医師に無理をしいる政策はナシです。</p>	<p>医師1人での対応は無理があります。病院を核とした連携が良いと思われれます。病院医師の充実が望まれます。</p>
16	<p>当院は、外科のみの診療をしています。医師、看護師も外来だけでも人手不足です。</p>		
17	<p>耳鼻咽喉科単科診療所で夜間は医院にいませんので、充分に対応は出来ませんし、特に対策を立てることも不可能です。</p>		<p>レセプトオンライン請求でも思うのですが、リスクを承知でまたそれなりの設備投資や人的配置をする医療機関に対してもう少し援助があっても良いのではないのでしょうか？</p>
18	<p>現在の在宅医療は家族の負担が大きすぎる。低額な介護施設が少ない。</p>		
19	<p>訪問看護ステーションの充実 緊急時の入院を受け入れてくれる医療機関の充実 開業医同士の連携</p>		
20	<p>開業医にとって在宅医療は入院患者をもつと同じですから負担が大変大きいものだと思います。一人で数名の在宅患者をもてば、どこへでも外出できません。この辺の負担をシステム的に解決しなければならないと思う。(自主的にチームを組んで積極的に取り組んでおられる先生方もおられる様ですが、医師会や自治体でもチーム医療に対する取り組みが必要と思います)</p>	<p>しっかりとした在宅医療にすれば入院よりも手間と時間がかかり、非能率的だと思う。それでも在宅医療を進めて行くとすれば、予算をしっかりとつける必要があります。入院よりも在宅は安上がりなどと単純な考えでは在宅医療は浸透しないと思う。</p>	

4. 診療所（在宅医療を実施していない）

課題や必要な対策等	行政等への要望	その他在宅医療に関する意見
<p>21 医療度の高い方を受け入れる介護サービス事業所が少ない。O2や遺漏、吸痰(頻回)というだけで、利用を拒否される場合が多い。人員配置的に問題だち思うが、介護報酬で加算などがあれば、NSを常勤で配置する事が出来るのではないと思う。家族の介護負担の軽減が課題である。</p>	<p>ショートステイの重度療養費加算の算定要件の緩和、見直し。(せめてNSの夜勤手当が出るくらい出来る様に)医療度の高い方がショートステイの定期利用が出来るという事は、家族の負担軽減につながる事から在宅での受け入れ率が上がると思う。医療、福祉の両面から患者及び介護家族を支える事が出来る体制を取れるだけの診療報酬体系にして欲しい。</p>	<p>医療と介護の連携、家族の負担軽減、緊急時の迅速な対応がなければ家族は安心して在宅医療に踏み切ることが出来ない。もっと行政や医師会が音頭をとって、地域の医療機関、介護サービス事業所、ケアマネの連携をとらせる事が出来ないのでしょうか？</p>