

有床診療所におけるホスピスケアについての探索的研究

医療法人どちペインクリニック・玉穂ふれあい診療所 山梨大学社会医学講座 兒玉 末

I 目的

平成18年4月に在宅療養支援診療所が制度化され、在宅での終末期ケアが進められようとしている。複数医師による在宅専門の診療所の増加や、地域の開業医がネットワークを組んで24時間在宅対応する体制を整備するなど、各地で様々な取り組みが始まっている。一般に在宅医療に取り組む医療施設にとっては、在宅療養中の患者が状態変化した時、すみやかに入院できるバックベッドの確保は重要な課題である。

近年、ホスピス機能を持つ有床診療所（以下、ホスピス有床診療所）が全国に見られはじめた^{1)~4)}。また一方で、従来から地域医療を担い、住民のニーズに応じて、在宅医療の延長として終末期医療に取り組んできた各地の有床診療所もある。これらの診療所は、自前の入院施設を持つため、在宅療養中の患者も必要時は診療所に入院でき、継続的に終末期の患者を支えることが可能である。しかし、有床診療所はその入院点数の低さから、減少の一途を辿っている⁵⁾。

在宅を含めた終末期ケアを行っていく上では、有床診療所は有用な診療形態と思われる。実際にこれらの有床診療所ではどのような終末期ケアを行っているのか。その実態を把握し、在宅を含めた終末期ケアを行う上での有床診療所の利点と、現在抱え

ている問題について、探索的に調査する。

II 方法

1. ホスピス有床診療所への訪問・インタビュー調査

2007年6月から11月までの期間に、全国のホスピス有床診療所の中から、3つの診療所（花の谷クリニック〔千葉県南房総市〕、はやしまクリニック希望の家〔兵庫県神戸市〕、堂園メディカルハウス〔鹿児島県鹿児島市〕）に筆者自身が訪問し、施設設備等を見学した。さらに、スタッフを対象にしたフォーカスグループインタビュー（以下FGI）と、医師へのインタビューを行った。FGIは、筆者が勤務する玉穂ふれあい診療所（山梨県中央市）でも実施した。

FGIでは、各診療所の病棟看護師、訪問看護師、介護士、ケアマネージャー、事務担当者等を集め、各診療所でのケアの実際、在宅を含めた終末期ケアを行う上での有床診療所のメリット・デメリット等について質問した（表1、表2）。医師へのインタビューでも同様の内容を質問した。1回のインタビューはそれぞれ1時間程度で行った。FGIの司会進行、テーマの投げかけ、医師へのインタビューは基本的に筆者一人で行った。筆者一人での聞き取りであったため、不明な点はその場で発言者に確認し、

発言者の意図を汲み間違えることのないよう留意した。FGIと医師へのインタビューは録音して逐語録を起こした。メリット・デメリットに関する内容は各人の発言を切り抜き、分類していった。さらに参加者の発言から、各テーマ間の関連が見えるものは矢印で図示し、最終的に概念図としてまとめた^{6) 7)}。

2. 質問紙による調査

「在宅ケア医年鑑 2006 年度版」⁸⁾、そ

の他文献資料⁹⁾、インターネット等で知り得た在宅での終末期ケアにも取り組んでいる全国の有床診療所 32 ヶ所に自己記入式質問紙を郵送した。診療所開設者（医師）には、有床診療所で終末期ケアをはじめた経緯、診療内容の実際、抱えている問題、経営の実情などを質問し、事務担当者には年間看取り数、併設事業所、職員数などを質問した。未回収施設には電話にて協力を依頼し、一部空欄などの不備は後日 F A X で再度回答を依頼した。

表 1 インタビューでの質問内容

1. 入院・在宅その他の部門のスタッフ配置
2. 在宅患者が入院するとき、入院患者が退院するときのスタッフの動き、連携のとり方
3. 日々の診療やケアの中で実感している、終末期ケアを有床診療所で行うことのメリット
4. 有床診療所であるために生じている、デメリットや限界、抱えている問題点

表 2 インタビュー対象者

花の谷クリニック	看護師3名 (うち1名はケアマネージャー、 1名は介護保険・障害者サービスの事務管理を兼任) ヘルパー2名 計5名	院長 常勤医師1名
はやしまクリニック 希望の家	病棟看護師1名、訪問看護ステーション看護師2名 ヘルパー1名、ケアマネージャー1名 グループホーム介護士2名 作業療法士1名、デイケア担当者1名 ディレクター看護師1名 計10名	理事長 常勤医師1名
堂園メディカルハウス	病棟看護師1名 気配りマネージャー兼通所リハビリ責任者1名 事務長1名、ソーシャルワーカー兼副院長1名 計4名	院長
玉穂ふれあい診療所	病棟看護師1名、訪問看護師1名、外来看護師1名 事務長1名 計4名	

Ⅲ 結果と考察

1-1 訪問した各ホスピス有床診療所の概要

(表3)

1) 花の谷クリニック：

暖かな房総半島の南端、歩いて1-2分で海に出られる場所にある。現在は病棟14床、外来、訪問診療、訪問看護、通所リハビリと療養通所介護、障害者デイサービス、障害者短期入所、居宅介護支援事業を診療所内で行う。年間入院看取り54名、在宅

看取り18名(2006年)。デイサービスは癌末期や人工呼吸器装着者など重症患者も利用している。スタッフは、病棟・外来・在宅・デイサービスすべてに当たっている。したがって患者は在宅でも入院でも、見慣れた顔の同一のスタッフたちにケアされている。

2) はやしやまクリニック希望の家：

神戸の街の中心部を見下ろす、小高い丘の上に建つ。病棟19床、外来、訪問診療

表3 各ホスピス有床診療所の概要

	花の谷クリニック	希望の家	堂園メディカルハウス	玉穂ふれあい診療所
院長	伊藤 真美	梁 勝則	堂園 晴彦	土地 邦彦
病床数	14床(一般)	19床(一般)	19床(一般)	19床(一般)
診療所内で提供している医療・介護サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・外来(一般内科) ・訪問診療 ・訪問看護 ・通所リハビリ、療養通所介護、障害者デイサービス ・障害者短期入所 ・居宅介護支援事業 	<ul style="list-style-type: none"> ・外来 ・訪問診療 	<ul style="list-style-type: none"> ・外来 ・訪問診療 ・訪問看護 ・通所リハビリ 	<ul style="list-style-type: none"> ・外来(一般内科、ペインクリニック) ・訪問診療 ・特養の嘱託医
法人内事業所	なし	<ul style="list-style-type: none"> ・無床診療所 ・訪問看護ステーション ・グループホーム ・居宅介護支援事業所 ・通所リハビリ施設 		<ul style="list-style-type: none"> ・無床診療所 ・訪問看護ステーション ×3
常勤医師数	2名	2名	1名	3名
年間入院看取り数	54名	135名	73名	67名
年間在宅看取り数	18名	46名	13名	37名
特徴	スタッフは持ち場を固定せず、病棟・外来・在宅・デイサービスすべてに当たる。	訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所は病棟と同一フロアにあり。(上記データは2007年9月現在)	スタッフは病棟、外来、訪問をローテーションする。	訪問看護師が頻繁に病棟に顔を出すなど、ツウケアで連携。

を行っている。法人内に1つの無床診療所、訪問看護ステーション、グループホーム、居宅介護支援事業所、通所リハビリ施設を持つ（2007年9月現在）。年間入院看取り135名、在宅看取り46名（2006年）。建物の2階にはグループホーム（2ユニット）があり、1階に診療所の外来と病棟、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所がある。病棟・在宅スタッフは同一フロアにいるためいつでも顔を合わせられ、患者の情報交換をすることができる。また、病棟看護師やケアマネージャーも医師の往診に同行し、在宅での患者の状態を自分の目で見て把握している。

3) 堂園メディカルハウス：

鹿児島市の中心部にある、都会的な外観の5階建ての建物。建物の中に入ると靴を脱ぎ、素足で歩く。外観はビルだが、中は家のようなぬくもりを感じる。1階は外来、3階から5階が病棟である。建物の2階には喫茶と売店があり、洋服や可愛い小物など、患者さんや付き添う家族も目で見て楽しめるスペースとなっている。病棟19床、外来、訪問診療、訪問看護、通所リハビリを診療所内で行う。年間入院看取り73名、在宅看取り13名（2006年）。スタッフは病棟、外来、訪問をローテーションする。

4) 玉穂ふれあい診療所：

甲府盆地の、のどかな田園風景の中、西方に南アルプス、南方に富士山のとっぺんだけが見える場所にある。病棟は平屋建て、芝生の庭の奥には診療所の畑があり、天然の温泉も引かれている。病棟19床、外来、訪問診療。法人内に1つの無床診療所と、3つの訪問看護ステーションを持つ。年間

入院看取り67名、在宅看取り37名（2006年）。訪問看護師が頻繁に病棟に顔を出すなどスタッフ間の交流は多く、入院・在宅間でもツウカアの連携がとれる。

1-2 FGI、医師へインタビューの分析結果

在宅も含めた終末期ケアを行っていく上で、有床診療所のメリットとして抽出された項目には以下のようなものがあった：1) 在宅患者の入院をすぐに受け入れられる、2) 在宅退院の体制がすみやかに整えられる、3) 同じ医者・スタッフが入院・在宅とも継続して診ることができる、4) スタッフ同士の連携がとりやすい、5) 入院下でも「家」にいるのと同じような感覚で療養できる、6) 地域の「かかりつけ医」が最期まで診ることができる。具体的な参加者の発言内容は表4に示す。また、各テーマ間の関連も含め、概念図として図1に示した。前述の1)、2)は入院・在宅退院の動きの早さを言っているが、インタビューの中で発言者からは「小回りがきく」という表現がたびたび聞かれた。小規模であるためスタッフ同士の顔がよく見え、入退院の際の申し送り等にも煩雑さがなく、迅速・スムーズに事が進む、ということである。それが患者・家族の希望や状況に応じて療養の場を柔軟に選択・変更できるという「入院・在宅選択のフレキシビリティ」につながる。その他、7) 癌以外の疾患にも対応できる、8) 治療選択の自由度が高い（抗癌剤使用や代替療法が可能など）、9) それぞれの診療所の「文化」がある、10) 患者の自宅から近い、といった項目もメリットとして挙げられた。さらに、11) 長いかかわりにより、患者その「人」と家族が

よく分かる、12) スタッフ自身も安心感を持てる、といった発言もみられた。そして最終的に、13)「いつでもそこに入院できる」安心感から、患者家族が在宅療養に踏み切れる、在宅療養を続けられる、というテーマに結びついた。

一方、有床診療所のデメリット、抱えている問題点として(表5)、; 1) 経営的に困難、2) 医師が入院・在宅それぞれに割ける時間に制約がある、3) スタッフが少人数で役割が広い、スタッフの負担が大きい、4) 患者との距離が近い、スタッフの精神的負担が大きい、5) 検査設備が病院に比べて少ない、6) 専門各科の医師が揃っていない、といった項目が抽出

された。1) 経営的に困難、というのは、各診療所の管理者から、必ずはじめに挙げられる項目であった。参考として、有床診療所の入院基本料と病院の緩和ケア病棟、一般病棟との比較、在宅末期総合診療料との比較を表6に示す。また、スタッフからは、少人数で多種多様な仕事に対応していることの苦勞を挙げられることが多く、一方で医師も、外来・入院・在宅の3つをこなし、幅広く、数多く患者の診療に当たっており、かなり多忙であることが伺われた。さらに、7)「病院」でなく「診療所である」という、患者・家族の漠然とした不安がある、といった発言もあった。大病院から転院してきた患者・家族の中に、そのような

表4 在宅を含めた終末期ケアを有床診療所で行うメリット

1) 在宅患者の入院をすぐに受け入れられる

- ・Dr. 「『具合悪いからとてもじゃないけど家では看られないのよ、連れてきていい?』って、それができる。他の病院でそういうことってできないじゃない。ここの方が、自由度が高いついていうの、(入院の) 敷居が低いっていうの。」
- ・Ns. 「規模が小さいので、そんなに拘り定規にいろんな手続きを踏まなくても、ポンといきなり入ってくるのもありよっていうくらい、本当にその人その人の必要なときに入院を受け入れられるのはいいと思っています。」

2) 在宅退院の体制がすみやかに整えられる

- ・Ns. 「最後『おうちで迎えたい』という患者さんの希望がある時に、『あ・うん』の呼吸でみんなが動いて。『今日、家に帰りたい』と言えれば1.5時間後には家に帰れるような態勢がとれる。」
- ・Ns. 「(自分が) 病院に勤務していたとき、『在宅に帰るよ』というと、病棟の看護師が退院指導をして、自宅の様子をうかがって準備を進めて、外部で訪問してくれるところにサマリーを送って…。それがすごく時間がかかるし、煩わしかったんですけど。ここは『帰る』といったら、サマリーがなくても、スタッフもだいたい患者さんの顔が分かっているので。そういうところはいいですね。ぱっと動けるといえるか。」

3) 同じ医者・スタッフが入院・在宅とも継続して診ることができる

- ・ Dr. 「(入院と在宅) 両方を自分が握っているからこそ、言う方もしっかり言えるんだと思うんですよ。連携施設で入院できるというかたちだと、『いざとなったらあの病院が診てくれるから、今は頑張って在宅しよう』と言っても、やっぱり力が入らないというか、本当に自分のなかに確信がないですね。『入院したら私が診ます、家でも私が診ます』と。だから、いつでも入院できるという安心感が在宅でケアすることを可能にしてくれる。」
- ・ 訪問看護 Ns. 「先生がまだベッドを持っていなかったとき、在宅患者さんが末期状態になったときは、家族は精神的にも追い込まれてしまうし、逃げ場がなくなってしまい、本当に疲れ放題になってしまった。(中略) 主治医が同じところで一時的にでも入院できたり、最期は家が無理であれば入院というかたちにもなって。最初から『こういう(入院の)体制もとれますよ』と介護者に話しをすると、精神的な負担、ストレスが軽くなります」

4) スタッフ同士の連携がとりやすい

- ・ ケアマネ 「一番は、連携がとりやすいことと、密であるということですね。ヘルパーステーション、訪問看護が一堂に会して朝のミーティングをしますので、患者さんの変化がすぐにわかるんです。」
- ・ ヘルパー 「(他で働いていたとき) 在宅で亡くなられた方をケアしてきて、どうしても連絡がとりにくい。気を使う。でも、今は同じところにみんながいるので、そのところをすぐに聞けるというのがいいですね。ちょっとした喜びなんかも伝えやすかったり。」

5) 入院下でも「家」にいるのと同じような感覚で療養していただける

- ・ 病棟 Ns. 「有床診療所ならではの家庭的な雰囲気というか。気をつかわないでゆったりと過ごしていただけるように。家にいるときと同じように家族もついていられる。ここならではの良さがある。」

6) 地域のかかりつけ医が、最期まで診ることができる

- ・ MSW 「その地域のかかりつけとして、その人の家族や状況まで分かったうえで、ターミナルまで診られる。『カゼから、死ぬまで』。患者さんにとっては、それこそずっとその先生に診てもらえるというメリットがあると思うのですね。」
- ・ 訪問看護 Ns. 「どこか遠くのホスピスに行くとか、大きな病院に行って最期を向かえるのではなくて、住み慣れた地域のなかにここがあるというのが凄いい点なのかと思います。いつもの先生がいるところよねとか、あそこにあるところよねって、遠いところにあるわけじゃないというのも、すごく安心感につながっています。」

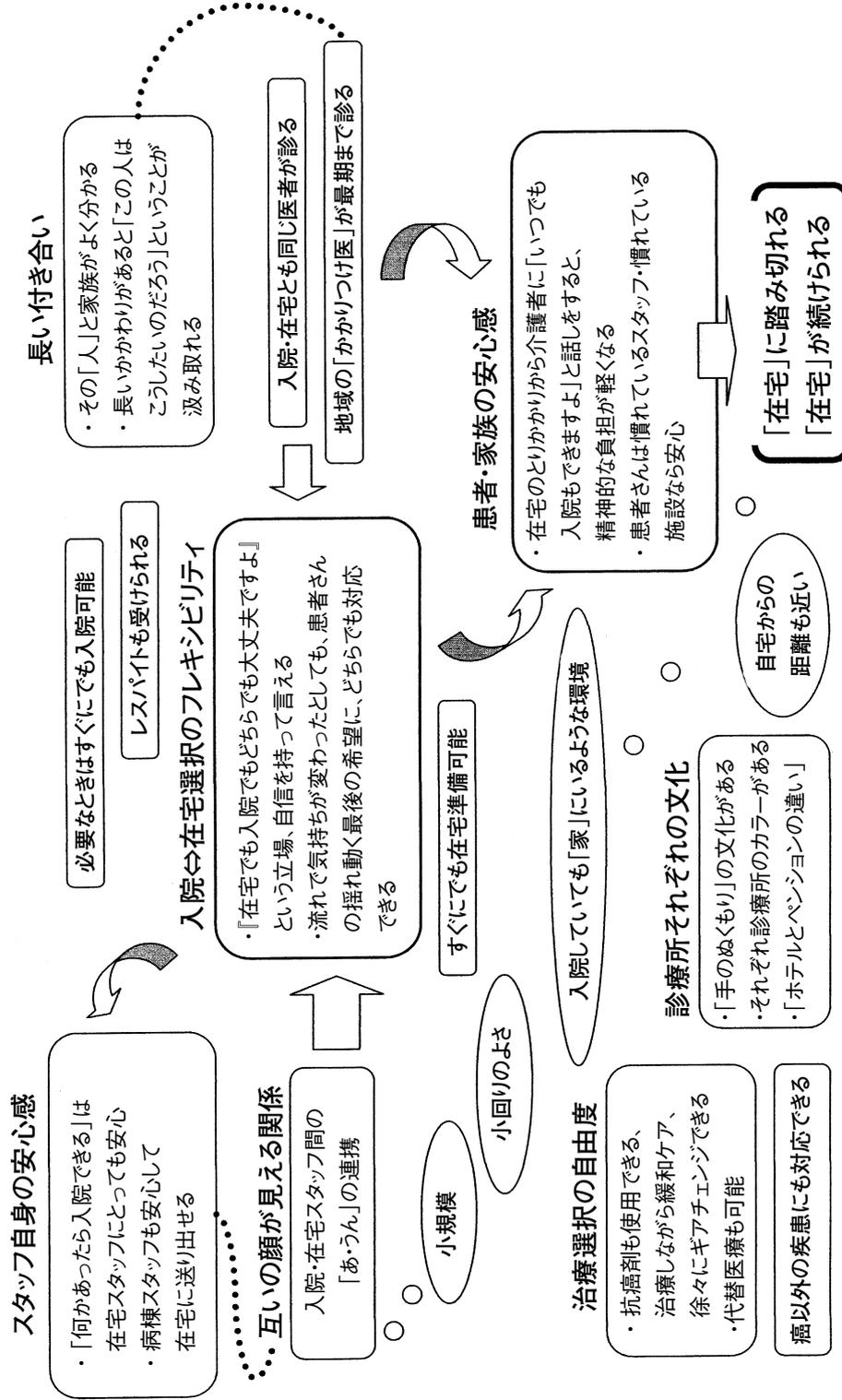


図1 「有床診療所」のメリット

表5 有床診療所のデメリット、抱えている問題点

1) 経営的に困難

・副院長「やはりこれだけのスタッフを抱えながら、入院点数が、病院と比較するとしたら非常に低く抑えられている。『有床診療所』というのは『看護師が2, 3人いて、夜は夜勤ではなくて当直で、重度の人はいないんだ』という想定の上に点数が設定されているままなので。また検査をあまりしませんし、その分、検査収入がないわけですね。でも検査とか機械とかではなくて、一番の手間暇かけた、高度の医療。機械が患者さんの終末期を診るわけではないですから、人が診るわけですから。人間の感性を使わなければいけないから。そこが評価されないのは、おかしいと思っている。」

2) 医師が入院・在宅それぞれに割ける時間に制約がある

・Dr. 「(入院も外来も在宅も) 3つこなすのはちょっと疲れますね。外来も沢山いて、入院の人が具合悪くても外来をやっている間は待たせなきゃいけない。」

3) スタッフが少人数で役割が広いため、スタッフの負担が大きい

・Ns. 「病院に勤めていたときのように病棟だけやっていればいいというのは違うから、外来も覚えなきゃいけないし、事務もやるし、往診にもついていかなきゃいけないし、覚えることがいっぱいありすぎて、すごい大変だな、というのが最初はありました。」

4) 患者との距離が近いことによる、スタッフの精神的負担が大きい

・Ns. 「患者さんもしょっちゅう出入りしているから、自宅と医療機関の距離がだんだんなくなってきて。ずっと延々とその人と関わっていると、自分のスタミナが続かないというか、息切れするときがありますね。」

5) 検査設備が病院に比べて少ない**6) 専門各科の医師が揃っていない****7) 「病院」でなく「診療所」であるという、患者・家族の漠然とした負担がある**

・Ns. 「病院から転院してきた患者・家族に、『ここでちゃんとやってもらえるのだろうか?』という不安が見える時がある。施設と勘違いされて。」

8) 閉鎖的になりがちである

・病棟 Ns. 「本当は外に向けていきたいんだけど、うちは(訪問看護)ステーションを抱えているから、ここだけで固まっています」

不安が見受けられることがあると言う。一般に、大病院ではすぐれた医療やケアが受けられ、診療所のような小さなところでは頼りない、というイメージが持たれているようだ。8) 閉鎖的になりがちである、という発言もあった。どうしても自前の訪問看護ステーション等で完結してしまう傾向があり、もっと外部とネットワークを作り広げていくことが必要だと、今後の課題も挙げられていた。

2. 質問紙調査の結果

質問紙は在宅終末期に取り組む全国32の有床診療所に郵送し、22の診療所から回答が得られた。回答があった22の診療

所のうち、1件の診療所は休床中、もう1件の診療所はベッドがほとんど機能していない、とのことで集計からは除外した。また、期限内に回答が得られなかった診療所に電話で協力を依頼した際、1件は休床中、1件はまもなく休床となる、1件はベッド数が少なく入院で看取りは行っていない、1件は現在終末期の患者はほとんど診ていない、という不参加の理由を得た。これら6件を除くと、対象診療所は26件、有効回答は20件、回収率は76.9%となる(表7)。

この20診療所の基礎データを表8に示す。併設事業は診療所内あるいは同一法人内で行われているものを示している。20診療所すべてが在宅療養支援診療所であっ

表6 有床診療所入院基本料～病院の緩和ケア病棟、一般病棟との比較
平成20年4月～{ () 内は平成18年4月～平成20年3月 }

	入院基本料 (単位: 点) (緩和ケア病棟、在宅末期総合診療料: 包括払い 一般病棟、有床診療所: 出来高払い)			
	7日以内	14日以内	30日以内	30日超
病院 緩和ケア病棟	3,780			
病院 一般病棟 (10対1看護)	1,728 (1,697)		1,492 (1,461)	1,300 (1,269)
有床診療所 (入院基本料1) (看護師10名、医師2名)	990 (925)	840 (775)	670 (605)	630 (565)
在宅末期医療総合診療料 (院外処方あり)	1,495			
在宅末期医療総合診療料 (院外処方なし)	1,685			

表7

質問紙郵送	32診療所	→	6診療所は除外(休床等の理由により)
	↓		
調査対象	26診療所		
	このうち、20診療所より質問紙回収		

たが、年間入院看取り数、年間在宅看取り数にはかなりばらつきがあり、診療科や併設事業も様々で、同じ有床診療所でも診療所によって性格・役割がさまざまであることが分かる。そこでまず、20 診療所の中

から、年間在宅看取り数が 10 人以上の 6 診療所を便宜的に抽出し、インタビューを行った 4 つの診療所も交えてその特徴を調べてみた。

まず、比較的多くの在宅終末期患者を持

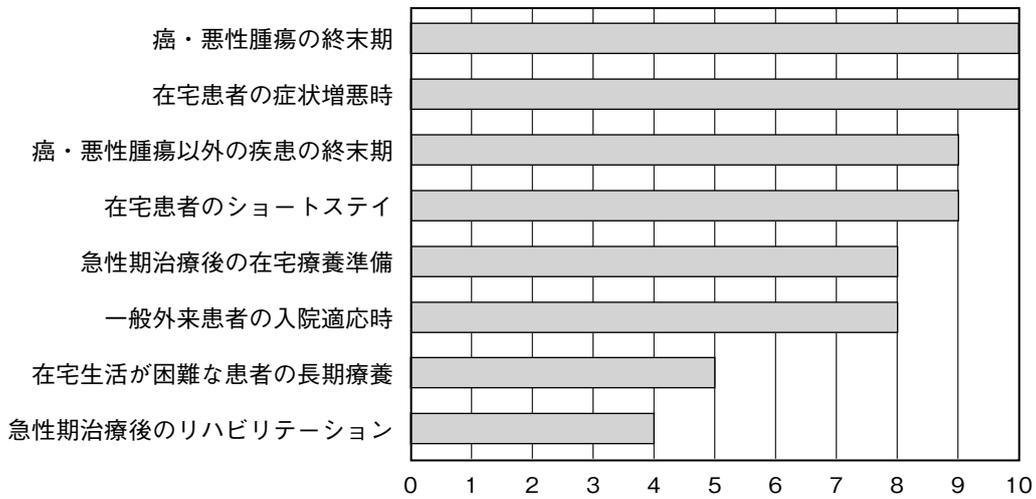


図2 年間在宅看取り 10 人以上の有床診療所において、受け入れている入院

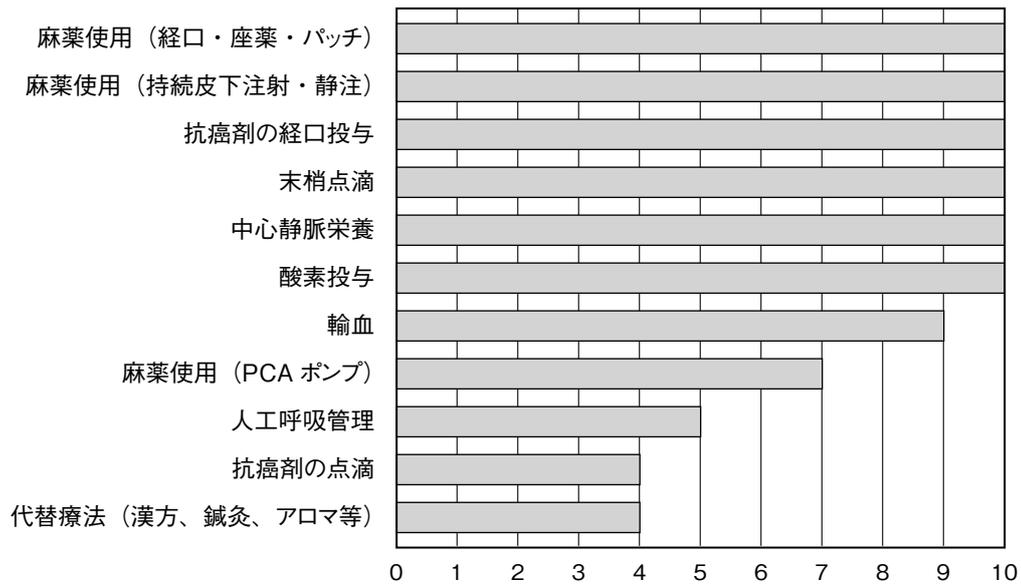


図3 年間在宅看取り 10 名以上の有床診療所において、実施できる医療行為

つこれら10の診療所が、どのような入院を受け入れているのかを図2に示す。ほとんどの診療所が癌と癌以外の疾患の終末期患者の入院を受け入れており、在宅患者の症状増悪時の入院と、家族の介護上の理由によるショートステイ、急性期治療後の入院下での在宅療養準備を行っている。また、一般外来患者の入院適応時（肺炎など）にも対応しており、終末期を診る一方で、地域のかかりつけ医としての役割も果たしていることが分かる。在宅療養が困難な患者の長期療養は、療養型病床を持つ一部の診療所などで行われており、急性期治療後のリハビリテーションを行っている診療所も一部に見られた。

次に、これらの診療所で行われている医療行為を図3に示す。医療用麻薬の使用は経口・座薬、貼用剤、持続静注・持続皮下注は10診療所すべてにおいて可能との回答であった。抗癌剤の使用に関しては、経口投与はすべての診療所で可能との回答であったが、抗癌剤点滴が可能な施設は4診療所にとどまった。漢方、鍼灸、アロマセラピー等、代替療法を行っている施設も4診療所あった。なお各診療所には、「入院下で行うことが可能な行為」として質問したが、もちろん一部の行為を除いて在宅でも可能であろう。

さて、有床診療所のデメリット・抱えている問題として、インタビューでまず挙げられたのは「経営的な困難」であったが、終末期ケアを行う他の有床診療所ではどの程度困難と感じているのか。質問紙の中で、経営的にはどんな具合か、1. かなり困難、から、5. かなり余裕がある、までの5段階で回答を得た。20診療所からの回答を

まとめた。結果を図4に示す。7割以上の診療所が「かなり困難」または「困難」との回答であり、終末期ケアに取り組む有床診療所の多くが経営困難を実感していることが分かった。経営的な厳しさについては、自由回答の中でも様々な意見が記入されており、表9の中にそのいくつかを示した。

では、もしそのような経営上の困難がなかったら、有床診療所は今後終末期ケアにおいてもっと活用すべき診療形態と思うかどうか、1. かなりそう思う、から、5. ほとんどそう思わない、の5段階で各診療所開設者に回答を求めた。結果は図5のようであった。「かなりそう思う」「そう思う」が7割以上を占めていた。

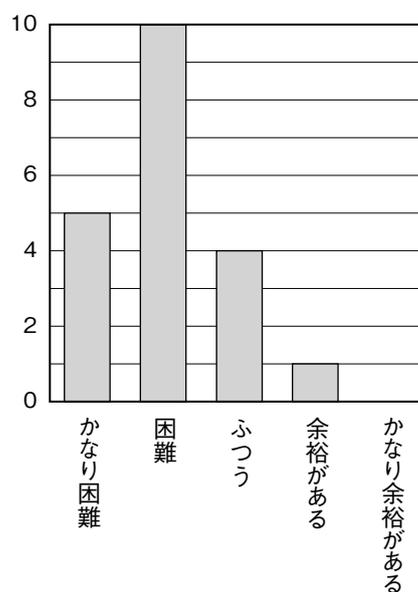


図4 「経営的にはどんな具合ですか」に対する回答

最後に、なぜ有床診療所で終末期ケアをはじめたのか、経営困難や診療所の不利な点を克服するためにどのような工夫をしているのか、抱えている不安、その他意見など、自由記載で書かれた内容を、表9に記す。

IV 調査・研究の成果と課題

終末期ケアに取り組む有床診療所の診療内容の実際と、在宅を含めた終末期ケアを行う上での有床診療所のメリット、デメリットと抱えている問題について概観した。

今回の調査では、終末期ケアに取り組むすべての有床診療所が拾い上げられたわけではない。また、有床診療所は診療所ごとに性格が様々で、全てをまとめて論じることが難しい。しかし、在宅も含めた終末期ケアに取り組むこのような有床診療所群が

あり、それぞれの地域で一定の役割を果たしているということが言える。

小規模で小回りのきく有床診療所は、在宅での終末期療養を支えていく上で有効に機能しうる診療形態である。特に入院しても、自宅に帰っても、同じ医者・スタッフがみるという体制は、終末期にさまざまな不安を抱える患者・家族にとっては非常に大きな安心につながる。病院や、無床診療所にはない、有床診療所だからこそ可能なスタイルである。

しかし現在は診療報酬の低さから、そういった有床診療所を維持していくことに困難をとまなっている。そこに相応の診療報酬を充てることが、各地域でより患者や住民のニーズに沿った終末期ケアを展開していく上で必要と言えらるだろう。

V 調査・研究成果の公表予定

今回の調査の結果は、2008年7月に開催された第13回日本緩和医療学会学術大会にて発表した。また、国内の学術雑誌への投稿も検討中である。

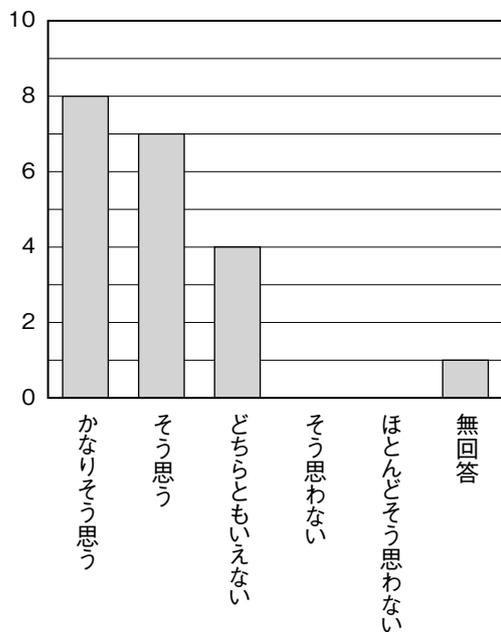


図5 「今後終末期ケアに、もっと有床診療所を活用すべきだと思いますか」に対する回答

〈謝辞〉

本研究の遂行にあたり、質的研究の実施・分析方法についてご指導いただいた松村医院院長松村真司先生、唐津市民病院きたはた大野每子先生に、心より謝意を申し上げます。

〈参考文献〉

- 1) 梁 勝則、宇野さつき：有床診療所を拠点としたホスピス継続ケアの有効性について．日本緩和ケア学会,2006.
- 2) 堂園晴彦：癌患者の在宅死を可能にするためのシステムの検討．日本産婦人科学会雑誌、53(2):273,2001.
- 3) 土地邦彦、小林一彦、中島克仁、船山忠久：有床診療所における緩和ケア．山梨医学 32:230,2004.
- 4) 土地邦彦：患者の意思を守り抜く End of Life Care—有床診療所での在宅医療と緩和ケア—．ペインクリニック 29:15-24,2008.
- 5) 厚生労働省ホームページ 統計調査結果 最近公表の統計資料 医療施設動態調査 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m08/is0805.html>
- 6) 戈木クレイグヒル滋子 編．「質的研究方法ゼミナール グラウンデッドセオリアプローチを学ぶ」．医学書院、2005.
- 7) N.K. デンジン、Y.S. リンカン 編、平山満義 監訳．「質的研究ハンドブック」1巻～3巻．北大路書房、2006.
- 8) 和田 努編：在宅ケア医年鑑2006年版 在宅ケアをしてくれるお医者さんがわかる本．同友館、2006.
- 9) 篠田 毅、谷澤 洋、河西竜太：在宅緩和ケアの実践—有床診療所として．ペインクリニック 29,25-33,2008.

表9 質問紙 自由記載欄に書かれていた内容

- Q. 有床診療所での終末期ケアをはじめられた理由を記載してください。**
- 「かかりつけ患者さんからの要求」「在宅医療の延長」「亡くられる人のそばにいてあげたい」
「自宅のように住み慣れた場所での、自分らしい生活の継続が可能であるから」
「平成3年より在宅ケアを開始し、患者・家族・地域のニーズにしたがって事業所を設定してきた」
「脳血管障害の在宅医療を30年間行ってきた。その結果として終末期があり、当然の医療・ケア行為」
「透析患者が中心のクリニックであるが、開設後25年の今、患者の高齢化により終末期ケアの必要性がおこり、挑戦している」
「山林ばかりの過疎の町、少なくとも4代前から開業医として地域医療を自分の事と考えている私は、重症を含む医療全般に努力する地元人としての義務感がある」
- Q. 有床診療所の不利な点を克服するために、または経営的に成り立たせるために、貴施設ではどのような工夫をされていますか。**
- 「スタッフの多能（何でもできる、何でもする）」「人件費の抑制」「看護師を2交代にしている」
「職員数をおさえる、職員が複数業務をこなす」「職種をこえて助け合い、時々の息抜き」
「院長が時間外・休日も働いている」「医師が3倍働いている」「医師の人件費圧縮」
「備品購入にあたってメーカー、販売店と厳しく交渉する」「医師会の設備利用」
「他の病院、専門医との連携を常にとること」
「介護保険、特定健診、外来等の工夫をこらして展開している。特に、在宅部門の充実を熟慮している」
「病棟はどうやっても赤字なので、外来、デイケア、在宅診療で穴埋めしている」
- Q. 現在抱えている問題、不安な点**
- 「あまりにも点数が低すぎる」「医師が体力、精神力の面で継続できるかどうか不安」
「療養型が廃止となり、大変困っている」
「この4月から外来がマイナスとなり入院の赤字補填に使えず、ピンチになります」
- Q. その他、ご意見があれば自由に記載してください。**
- 「以前から、有床診で最期を看取っても病院の緩和ケア病棟の1/3にしかならないのは、患者満足度の観点から、医療費の使い方としてとても不合理と思っていた。ホスピスケアというのは有床診でも十分に提供可能なケアであるし、患者満足度も高い（その方の自宅に近い、人間関係が近いため）」
「家族で看取りたいという希望に対応してあげたいと思うが、山間過疎の町で自宅までの距離が遠い場合、夜間急変に対応できない場合が考えられ、ケースによって入院し色々な形で対応してゆく」
「有床診は地域になくってはならない医療施設だと思っている。地域医療という観点からは、病院よりもはるかに深く住民へ浸透しているし、有床診を継続させていくためにはその重要性を認識し、もっと保険点数を病院並みに上げていく必要がある」
「緩和ケアに対する評価を、もっとやってほしい。点数上も、もっと改善を」
「有床診、それも一人医師ではなく複数医師のチームがあちこちにできれば、大変有効な終末期ケア（在宅をふくむ）ができると思う」