

大津圏域における 在宅医療について ～前回意見のまとめ～

令和元年度 第1回大津圏域地域医療構想調整会議

【大津圏域における在宅医療の課題と取組み】

(課題)

- 1 2025年に在宅医療ニーズの増加に対応するための訪問診療、訪問看護体制の強化
- 2 医療・介護、医療の多分野間(病・診、診・診、看・看など)の連携強化

(取組み)

- 1 3か所の訪問看護ステーションを拠点とした、医療・介護関係者への在宅医療に関する相談支援、ネットワーク強化
- 2 訪問看護体制強化
- 3 医療・介護多職種連携の推進
 - ・合同研修会
 - ・入退院支援ルールの実用
- 4 在宅医療・看取りに関する市民啓発(大津在宅医療養応援講座)

【在宅医の立場から】(1)

1 医療体制(回復期・在宅医療)について

(課題)

急性期病棟はかなり充足しておりありがたいが、今後在宅医療ニーズが多くなって、医師・介護職員の供給に不安がある

2025年には今の1.5倍程度の需要があると言われていて、訪問診療を実施する医師をそこまで増やせるかと言われると難しい。

(提案)

急性期から退院するとき在宅か施設かというような形、二者択一になるのではなく回復期病棟というのがあれば、もうしばらく考える余裕ができるのではないかと思う。

在宅医療にかかわる医師不足がある中で、病院の先生方も何らかの形で在宅医療に関与していただけたらありがたい。

(例) 医療ニーズの高い人には往診、訪問診療に行く。

【在宅医の立場から】(2)

2 訪問看護師の増員について

(課題)

大津圏域は看護師の数は県内トップであるが、訪問看護師が非常に少ないというギャップがある。

(提案)

病院の方から訪問看護ステーションに定期的に応援に行き、そこで人数を増やすということができれば、病院と在宅との連携も深くなっていくのではないか。看護師の分布というか、病院から訪問看護へのシフトということを考えてもらえたらありがたい。

【訪問看護の立場から】(1)

1 レスパイトの環境整備について

(課題)

医療依存度の高い在宅療養患者(※)が大変増えているが、在宅で24時間365日介護をするには、ご家族の介護力が重要である。また、期間が長期化すると介護者の肉体的、精神的負担がかなり大きくなっていくため、負担軽減を図る必要がある。

このためレスパイトが必要であるが、受け入れ可能な施設が少ないことや、受け入れ可能であっても利用までに時間がかかるといった現状があるために本当に必要な時期に受け入れられずに介護者が疲れ果ててしまうというケースがある。

(※)難病で人工呼吸器装着、胃瘻、在宅酸素、重度の褥瘡で毎日処置が必要な方など。

(提案)

今後、在宅療養患者が、在宅療養を継続していく上での希望や安心感を持てるようにするために、レスパイトを受け入れる施設の増加と、スムーズな受け入れができる体制整備が必要がある。

【訪問看護の立場から】(2)

2 訪問看護師の負担軽減について

(課題)

訪問看護ステーションの事業所数自体は増加している、小規模(人数)の事業所に関しては24時間体制をとるにあたって一人の負担がかなり大きくなって疲弊してしまうということに繋がりがねないような状況になっている。

※訪問看護ステーションは、最低人員は決められているが患者数に対する必要数などの基準の規定がない。

(提案)

◆病院からのサポートや人材交流

認定看護師や専門看護師のほか、一般の看護師の中にも在宅に興味を持っている方が訪問看護の方へシフトできるような体制づくりができると良い。

◆看看連携の推進(多分野の交流や研修の機会の増加)

入退院支援看護師が実際にステーションに研修に来て在宅の現場を見ることで入院中から退院を見据えた看護や指導をすることができるようになり連携もより取りやすくなってきたと思う。そういった取組がさらに活発にする必要がある。

【介護支援専門員の立場から】(1)

1 医療関係者との円滑な連携について(特に急性期病院看護師)

(課題)

医療ニーズの高い方の支援に関して、困った時に医療関係者に気軽に相談できる関係作りが必要である。

各ブロックにおける大津市の多職種連携の取り組みや入退院ルールの運用により、連携がスムーズになってきている。

しかし、急性期から在宅復帰に戻るケースが多い中、在宅療養の準備(医療的な管理)が十分でないまま退院し在宅でトラブルが発生するケースがあるため、病院看護師に在宅療養のイメージを持ってもらいたい。

(例) インスリンの管理が確実にできず血糖コントロールが不安定になる

※地域の多職種連携に関する取り組みにおける課題として、医療関係者の参加者の固定化、また、病院関係者、特に急性期にかかわる看護師の合同研修会等への参加の要望が多い。

【介護支援専門員の立場から】(2)

2 病院におけるソーシャルワーカーのかかわりについて

(課題)

病院の入退院については、ソーシャルワーカーにかかわっていただくことがあるがソーシャルワーカーの支援がなく混乱したケースがある。

(例)・前回退院時にはソーシャルワーカーがついて支援してくれたが、再入院された時には全く支援がなく、いきなり帰ってきたため、準備ができなかった。

・救急医療で対応された時に、救急から相談員への連携が全くなされていないという状況で(入院中の情報が)何の情報もなく在宅に戻って混乱した。

(提案)

相談員が関わる基準を知りたい。こちらからお願いして相談員についてもらった方が良いのか、病院の判断でこういった形で担当されるのかが在宅側にも見えると連携がもっとしやすいのではないかと思う。

1. 強化型在宅支援診療所・病院

- ・平成28年度より近隣の在宅支援診療所と連携し、在宅医療のバックアップ体制を取っている。
参加医療機関：青木医院、小松診療所、ふくた診療所、中井医院、小泉医院、田中ファミリークリニック、大津赤十字志賀病院
- ・月1回、定期カンファレンスを持ち、患者情報の共有を図っている。
- ・平成30年度診療報酬改訂からは、在宅訪問診療を行っている患者が入院し、7日以内に病院で死亡した場合も在宅看取りの件数に含めることが出来るようになった。患者・家族の在宅看取りへの負担感を軽減出来るよう、当院のベッド運用状況についても同カンファレンスで報告し、自宅で看取りを希望されていたが、家庭の事情などで難しくなった場合の入院受入れが可能であることを説明している。

2. 在宅訪問診療

- ・常勤医5名体制にて訪問診療を行っている。
- ・平成30年度→令和元年度にかけて、実患者数はほぼ倍増（下図参照）

	H30									H31			
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
実人数	6	7	8	9	9	8	8	9	10	10	11	12	107
延べ人数	11	14	21	13	17	12	11	16	14	15	19	21	184
看取り	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	3

- ・実患者数が増加した要因として、訪問診療に関わる医師が積極的に対応し、令和元年度から訪問可能枠を増やしたこと（毎週金のみ→水、木、金）が挙げられる。
- ・新規依頼も患者の退院時のみならず、外来通院中の患者・家族、ケアマネージャーから多数問合せがあった。新規依頼が複数あった場合、当院にてお引受け出来ないケースもあった。
- ・平成30年度末で、訪問診療担当医師が2名退職したが、メンバーを追加・再編成し、事業縮小することなく推移出来ている。

3. 当院の特色

- ・訪問診療、レスパイト入院、療養病棟など患者の状態・ニーズに合わせた調整が可能である。

4. 今後の課題

- ・医師数の減少により、現職の医師にかかる負担が増大している。時間外、休日の対応が訪問診療リーダーの医師に集中しがちである。
- ・強化型在宅支援診療所・病院の届出上、連携している全ての医療機関において、過去12か月間に2件以上の看取り実績が求められる。当院は勤務医が訪問診療対応しているため、訪問可能な時間が限られ、実績を満たすことに対し負担が大きい。

『地域包括ケアシステム構築のため在宅医療を全面的にバックアップします』

医療法人弘英会 琵琶湖大橋病院
理事長
院長 小椋英司

《当院の概要》

当院は天津市北部に位置し、急性期病床、地域包括ケア病床、障害者病床、療養病床合わせて199床を有し附属施設として訪問看護ステーション、老人保健施設、グループホーム、住宅型有料老人施設、居宅介護事業所・ヘルパーステーションを運営しております。当院では、早くから「専門性+地域包括ケアシステムのセンター的役割」を経営方針に掲げ、体制整備を進めて参りました。

「専門性」においては、循環器内科で365日24時間体制でカテーテル治療にあたっており、症例数も滋賀県ではトップレベルにあります。特に下肢のEVTについては県下1、2位の実績を誇っています。眼科では、最先端の設備を備え、京都府立医大眼科関連病院として高度で幅広い治療を行っています。整形外科では、膝関節専門外来を設けて、歩行を安楽にすることで健康寿命の延伸を目指しています。さらに、透析センターでは、現在56台の透析台数を有し約240名（県下最大数）の患者様の血液透析を行なっています。

《地域包括ケアシステムのセンター的役割》

一方、当院は天津市北部の中核病院と位置付けられています。二次救急病院、また機能強化型在宅療養支援病院であり、天津市北部地域の地域包括ケアシステムの中心的役割を果たすことが使命です。具体的には、地域包括ケア病床を中心に、地域の急患や、在宅療養患者様の急変時の入院ベッドを確保し、在宅医療、介護を全面的にサポートします。また、地域のケアマネージャー、介護施設、薬局、行政等との連携を密に行っていきます。

《入院サポート機能の強み》

入院機能において、「救急は断らない」、また、「開業医の先生方の紹介は断らない」という基本姿勢で臨んでいます。加えて、そのような入院患者様に早期に在宅に帰っていただき、一刻も早く元の生活に戻っていただくよう、院内の多職種や地域の介護施設、ケアマネージャー等と連携して退院支援を進めています。それが、今後ますます

増加するであろう高齢在宅患者様の入院機能として大切であると考えています。

《在宅サポート》

在宅サポートの機能の充実では、訪問診療、訪問歯科、訪問看護、訪問介護、訪問リハビリ、訪問栄養などの在宅医療の質と量の強化を行っております。訪問看護では、天津市からの要請もあり、天津市北部の訪問看護キーステーションとして機能強化型への類上げを準備しております。また、休日、夜間の当直医を2名配置し、緊急の往診要請、看取り要請に応え、また、在宅療養患者様、その家族、そして介護施設のスタッフの方々への安心を担保できるように体制を整備しています。

《地域の連携体制構築にむけて》

さて、地域の包括ケアシステムを成功させるためには、医療・介護の関係者が有機的に連携していかなければなりません。つまり、地域の医療資源や介護資源を有効に活用できる体制、仕組みをつくっていくことが肝要です。

当院では、前述のとおり、専門性の強化、入院ベッドの確保、そして在宅系機能の増強に努めています。そして、その機能を、地域の開業医の先生方にも活用していただきたいと考えています。特に夜間休日の当直医二人体制の機能は、開業医の先生方に大いに活用いただきたいという思いもあり整備した機能です。例えば、既に在宅診療を行っていらっしゃる先生方との休日夜間の連携、あるいは、これから、在宅診療に取り組もうと考えていらっしゃる先生方との連携を行っていただきたいと考えております。ご存じのように、在宅療養患者様からの時間外のコールのうち、実際に往診する必要がある件数はそれほど多くはありません。しかし、地域の連携病院に医師が控えていることは、患者様にとっては大きな安心になります。

また、開業医の先生方の患者様が増悪した時の入院ベッド機能、専門外の診療機能、あるいは、各種検査機能での連携も欠かせません。

さらに、訪問系でも、訪問看護、訪問リハ、訪問栄養等の在宅診療機能での連携でもお役に立てるものと考えております。

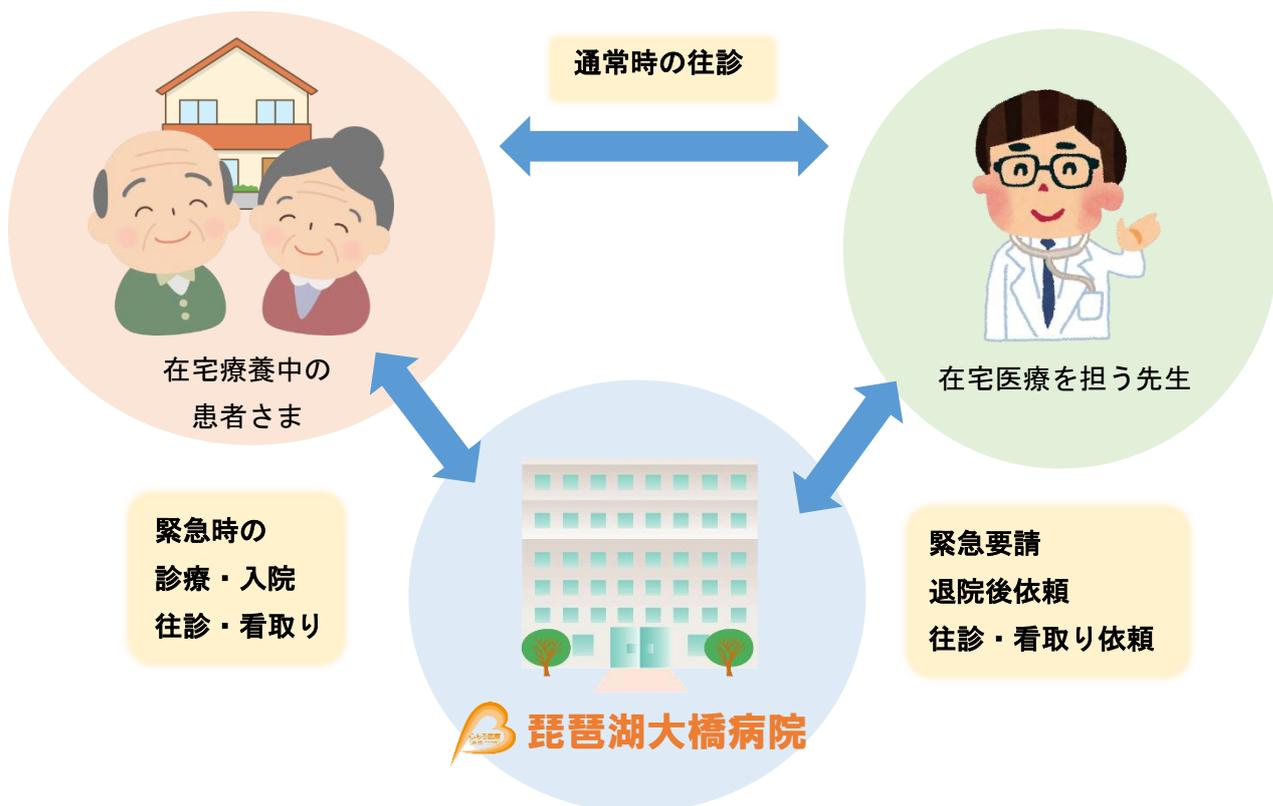
そこに住み慣れた方々が、その住み慣れた土地で、安心して暮らし続けられるような地域になるよう、貢献していきたいと切に願う次第です。

【在宅療養支援】 BackUp 体制のご案内

当院では、「なるべく自宅でご家族と過ごしたいが、必要なときには適切な医療を受けたい」という在宅患者さま及びそのご家族さま、また「何かあった時にバックアップしてくれる病院があれば安心」という在宅医療を支えておられる地域の先生方のご希望に少しでも沿うことができるよう、【在宅療養支援】BackUp体制を整えております。

当院と地域の先生方や医療機関同士が協働して在宅医療を支援させていただくことを目的とし、連携医療機関の先生方の求めに応じて、あらかじめ登録されている患者さま（緊急時に当院での治療を希望されている患者さま）に対して、何らかの緊急対応が必要になった場合には、当院が24時間、診療（往診・看取り）・入院をお受け致します。

■連携イメージ



入院が必要となった場合は、原則として当院で入院治療を行います。ただし、専門治療など疾患により当院で対応できない場合は当院より適切な医療機関へご紹介いたします。

※時間外(夜間)や土日、祝日も**在宅担当医が待機**しており、必要時に応じて往診・看取り・診療をさせて頂く体制を整えております。

※往診・看取りの対応に際しては、事前に患者様のご登録が必要です。

■患者さまの登録方法

連携する開業医の先生方からの依頼は、地域連携課を窓口とします。

診療情報提供書・処方内容・保険情報等をご送付いただき、登録いたします。

TEL : 077-573-4321(代表) FAX : 077-573-8790(地域連携室 直通)

■ご登録いただいた患者さまの診療依頼

ご登録いただいた患者さまの診療依頼の際は下記までご連絡下さい。

月曜～金曜日 9:00 ～ 17:00

▶琵琶湖大橋病院

TEL : 077-573-4321(代表)

※訪問診療担当医師と相談の上、対応させていただきます。

上記以外の時間（土・日・祝日の終日 および 平日の17:00以降）

▶琵琶湖大橋病院

TEL : 077-573-4321(代表)

※在宅担当医師と相談の上、対応させていただきます。

※いずれの時間も

「登録患者さまの受診（往診・看取り・入院）依頼」である旨をお伝えください。

■緊急入院について

当院にて対応可能な場合、緊急の入院受入も対応します。



やすらかな 看取りのために

医療法人弘英会 琵琶湖大橋病院
訪問診療科

安らかな看取りのために

ご自宅で看取するためには、旅立ちに至るまでに見られる身体の変化をあらかじめ知り、どのように対処すればよいかを理解しておくことが大切です。その変化は全ての方に見られるわけでも、また、必ずしも順序どおりに起こるわけでもありません。大切なのは、これから説明する変化が旅立ちに至るまでの自然な経過であるということです。

このパンフレットは、ご家族が安心して在宅での看取りができますよう、ご本人が旅立たれるときの症状の変化を中心に記載しています。不安な事や分からないことは、いつでも訪問看護師にご確認ください。

1. 旅立ちが近づいている時の状態

1 目を閉じ、眠っている時間が多くなります。

体力が低下し、起きていることができなくなります。無理に起こさず、ゆっくり眠らせてあげましょう。



2 食欲が低下し、食べたり飲んだりする量が減り、時には全く食べられなくなります。

ご本人が食べたいと希望されるものを食べさせてあげてください。無理に食べさせる必要はありません。

3 時には穏やかでなくなり、意味不明な言動や大声をあげる状態になることがあります。

そばに付き添い、穏やかに優しく語りかけたり、見守ってください。時にはご本人がお好きな音楽を流すことも有効です。ベッドから転落などの危険もあるため注意してください。

4 便や尿の失禁が見られます。

手足の筋力が落ちるように、便や尿を排泄する筋力も低下するために失禁がおこります。時間をみてオムツ交換しましょう。

5 唇や皮膚が乾燥します。唾液や痰が溜まり呼吸の際にゴロゴロという音が聞かれます。また尿量が減少し、時には全く出ないこともあります。

水分量が少ないため、脱水の状態です。口腔内が乾燥したら、濡らしたガーゼや綿棒等で口腔内を湿らせたり、口腔内用の保湿ジェルを塗ってください。

6 手足が冷たくなり、白～紫色になってきます。

そして、身体の下になっている皮膚は暗紫色になることもあります。

血液の流れが悪くなって来ています。手足の冷たさが気になる時は、掛物で調整したり、湯たんぽなどを用いて保温してください。湯たんぽを使用する場合には、低温やけどに十分注意してください。

7 呼吸は変化しやすく、不規則になります。

時には15秒～30秒ほど止まることもあります。

慌てず見守ってください。呼吸がしばらく止まったり、あごを持ち上げるような呼吸はお別れが近づいているサインです。来てもらいたい人があったら連絡を取ってください。

8 呼びかけに対し反応がなくなります。

耳の機能は最後まで保たれているといわれています。皆さんの声かけはご本人には聞こえています。思い出や感謝の言葉をかけてください。

9 お看取り後に着る服のご準備をお願いします。

ご本人が用意されているものがあればそれを、ご家族が着せたいと思ったもの、ご本人が気に入っていたもの、思い出のものなどなんでも結構です。



この時期は、一生懸命介護され緊張状態が続いているご家族にとっても辛い時期だと思います。ご自身の体調はいかがでしょう？可能であればご家族内で話し合い、交代で介護できるように調整されると良いでしょう。また、看護・介護サービスを増やすことも可能です。

ご本人にとっては住み慣れたご自宅で、ご家族の声を聞きながら過ごす事は何よりの喜びであると思います。何か特別のことにするのではなく、ご本人の安楽を優先し、そばで見守ってあげてください。そして、いつものように話しかけ、手を握ってあげてください。きっとその言葉や想いはご本人に伝わっています。

何かありましたら、遠慮なくお声を掛けてください。ご家族の不安や心配を軽減し、

落ち着いてお別れが出来ますよう、私たちも出来る限りお手伝いさせて頂きたいと考えています。

2.旅立ちが訪れたときの状態

呼吸が完全に止まり、胸やあごの動きがなくなります。

心臓の動きが止まり、脈拍が触れなくなります。

揺り動かしても、大声で呼んでも反応が全くなくなります。

手足の先の方から、徐々に紫色に変わってきます。

3.旅立たれたときの対応

- 1 慌てて、救急車や警察を呼ばないでください。
- 2 息を引き取られたら、まず訪問看護師に連絡してください。
医師と看護師が訪問し、医師が死亡確認します。
- 3 手足をまっすぐにし、眼や口が開いている場合は閉じてください。
口が閉じない場合はたたんだタオルを丸めてあご
- 4 ご家族は十分にお別れをしてください。
- 5 お体をきれいにさせていただきます。
- 6 医師より死亡診断書をお受け取りください。



大津圏域における在宅医療について

－ 在宅療養支援病院による在宅医療 －

医療法人良善会 ひかり病院 理事長・院長 柳橋 健

現代の在宅医療： 定期往診（訪問診療）＋ 24 時間対応

2006 年「在宅療養支援診療所」制度の発足

現代の在宅医療の主な担い手

在宅療養支援診療所（在支診）

在宅療養支援病院（在支病）

在宅専門クリニック

機能強化型在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院

単独型（施設基準 1） 連携型（施設基準 2）

在宅療養支援診療所の施設基準の概要

	機能強化型在支診		強化型以外の在支診
	単独型	連携型	
全ての在支診が満たすべき基準	① 24 時間連絡を受ける体制の確保 ② 24 時間の往診体制 ③ 24 時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に 1 回、看取り数等を報告している		
機能強化型在支診が満たすべき基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3 人以上 ⑧ 過去 1 年間の緊急往診の実績 10 件以上 ⑨ 過去 1 年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれか 4 件以上	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で 3 人以上 ⑧ 過去 1 年間の緊急往診の実績 連携内で 10 件以上・各医療機関で 4 件以上 ⑨ 過去 1 年間の看取りの実績が連携内で 4 件以上、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれか 2 件以上	在宅療養実績加算 ・過去 1 年間の緊急往診の実績が 10 件以上かつ看取りの実績が 4 件以上であること。
在宅患者が 95% 以上（※）の在支診が満たすべき基準	⑩ 5 か所/年以上の医療機関からの新規患者紹介実績 ⑪ 看取り実績が 20 件/年以上又は超・準超重症児の患者が 10 人/年以上 ⑫ (施設総管の件数) / (在総管・施設総管の件数) ≤ 0.7 ⑬ (要介護 3 以上の患者＋重症患者) / (在総管・施設総管の件数) ≥ 0.5		

※在宅患者が 95% 以上とは、1 か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち往診又は訪問診療を実施した患者の割合が 95% 以上

※在宅看取り実績には、直近 6 月間にわたり訪問診療を実施して、自院又は連携医療機関に入院して 7 日以内に死亡した患者を含めることができる。

在宅療養支援病院の施設基準

許可病床 200 床未満 または 半径 4km 以内に診療所が存在しない病院
他の施設基準は在宅療養支援診療所と同じ

在宅療養支援病院が訪問診療を行うことのメリット

(外来 + 訪問診療のミックス型在宅療養支援診療所と比較して)

医師のマンパワーが多い - 緊急対応 (往診) がより行いやすい

後方支援ベッドの確保

他の在宅部門 (訪問看護、訪問介護、居宅介護事業所、デイケア等) を併設しているところが多い

- 多職種連携を進めやすい

施設を併設しているところが多い

ひかり病院の在宅医療の現状

機能強化型在宅療養支援病院

2017.9 在宅療養支援病院 (施設基準 3) 届け出 認可

2018.9 機能強化型在宅療養支援病院 (施設基準 1) 認可

常勤医師 5 名 非常勤医師 8 名

病床数 170 床 (医療療養)

在宅部門: 訪問看護、訪問介護、居宅介護支援事業所、デイケア、訪問リハビリ

関連施設: 介護付有料老人ホーム

2019 年 7 月 訪問診療実患者数 : 71 名 (在宅 38 名 関連施設 33 名)

訪問診療回数 : 在宅 63 回、関連施設 週 1 回 (1 回の訪問で 16 名程度診療)

過去 1 年間 在宅看取り実績 10 例 緊急往診実績 22 回

在宅療養の後方支援 (ベッド)

過去 1 年間の在宅からの入院症例 37 例 (このうち訪問診療を含めた当院外来からの入院 17 例)

ICT の活用

① びわ湖あさがおネットの利用 : 全例包括同意取得

病歴、診療記録を在宅療養支援情報システムに記入

訪問看護指示書 主治医意見書 等を びわ湖あさがおネットで作成

但し、他職種がほとんどびわ湖あさがおネットを利用できていないため、現状では多職種間の連携にはあまり役立っていない。

滋賀県薬剤師会の「令和元年度の連携体制整備のための検討モデル事業」にモデル事業病院の一つとして参加。（びわ湖あさがおネットを活用した連携体制の構築）

② 「電子連絡ノート」の利用（現在 3 症例で活用）

iPAD を用いた、患者・家族からの情報発信もできる連携ツール

訪問診療備品

ポータブルエコー 簡易心電図モニター など

平成 30 年度の補助金により購入

胃瘻内視鏡：在宅における PEG ボタンの交換に使用 今後嚥下内視鏡としても使っていきたい

ドップラー血流計：ASO の診断、在宅での足潰瘍 褥瘡の治療に使用

おつゴールドプラン 2018 に沿っての活動

- ① 大津市 7 ブロックの中の比叡ブロックで多職種連携と市民啓発の活動に参加
- ② 当院訪問看護ステーション ヴィーナス 24 が大津市の 3 か所の拠点訪問看護ステーションのひとつとして選定され活動

ひかり病院の在宅医療の今後の課題

開業医の先生方（在宅療養支援診療所）との連携

① 大津市中部における機能強化型在宅医療連携

現在 2 つの診療所と当院での連携型機能強化型在宅診療・在宅病での連携の構築が進行中

- (1) 24 時間 365 日対応に関するゆるやかな連携体制を作る
- (2) びわ湖あさがおネットのメーリング機能や在宅情報システムを用いた情報共有
- (3) 緊急入院体制（後方支援ベッド）の構築

緊急入院が必要な場合、主治医から直接ひかり病院に電話連絡（ホットライン）

但し当院の看護体制などの体力的な面から、夜間休日の入院は不可能で、急性期病院に短期間の入院をお願いする。

② 今後「大津市中の方在宅安心ネットワーク（仮称）」のようなものをつくれぬか

- (1) 24 時間 365 日対応の医師負担の軽減
- (2) 在宅看取りの対応強化
- (3) 緊急入院受け入れ体制の確保
- (4) 多職種との連携強化
- (5) 在宅医療にかかわる各診療所、病院の経営の改善
- (6) びわ湖あさがおネットの利用促進

訪問診療医師の確保・育成

来年度若手医師 1 名採用予定あり

大学総合診療部との交流が可能か？

当院での在宅医療・訪問診療の理念を造っていく

在宅医療のすぐれたところ：

療養者や家族の療養環境、生活を実感できる。療養者家族の本当の希望が聴き取れる。個々に応じた
医療・ケアが行える

在宅で安心して暮らしていただけるような良質な在宅医療の提供を目指す