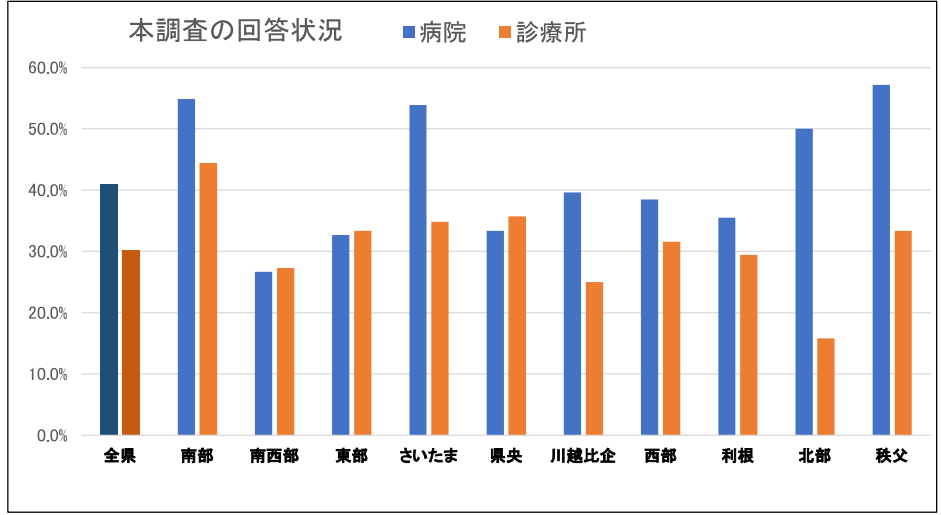


地域医療構想におけるアンケート調査結果 1 基本情報 一医療圏別回答率一

調査期間 令和6年9月26日(木)から10月15日(火)
調査対象 県内の病院(339病院)及び有床診療所(162診療所)
調査方法 E-mailまたは郵送で依頼し、E-mailで回答
回答状況 139病院(41.0%)、49有床診療所(30.2%)

圏域名	回答率 (病院)	回答率 (診療所)
全県	41.0%	30.2%
南部	54.8%	44.4%
南西部	26.7%	27.3%
東部	32.7%	33.3%
さいたま	53.8%	34.8%
県央	33.3%	35.7%
川越比企	39.6%	25.0%
西部	38.5%	31.6%
利根	35.5%	29.4%
北部	50.0%	15.8%
秩父	57.1%	33.3%

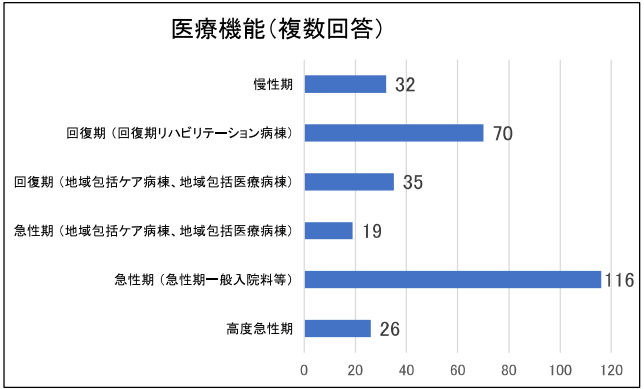
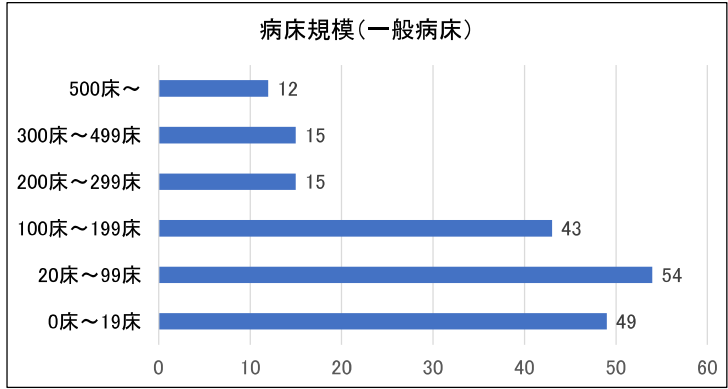


1 基本情報 一病床規模別の回答状況一

病床規模別の回答状況

	0床 ~19床	20床 ~99床	100床 ~199床	200床 ~299床	300床 ~499床	500床~
一般病床	49	54	43	15	15	12
精神病床	1	5	0	4	2	0
感染症病床	8	1	—	—	—	—

医療機能(複数回答可)	回答数
高度急性期	26
急性期(急性期一般入院料等)	116
急性期(地域包括ケア病棟、地域包括医療病棟)	19
回復期(地域包括ケア病棟、地域包括医療病棟)	35
回復期(回復期リハビリテーション病棟)	70
慢性期	32
その他	0



2 入院に係る課題 —課題感—

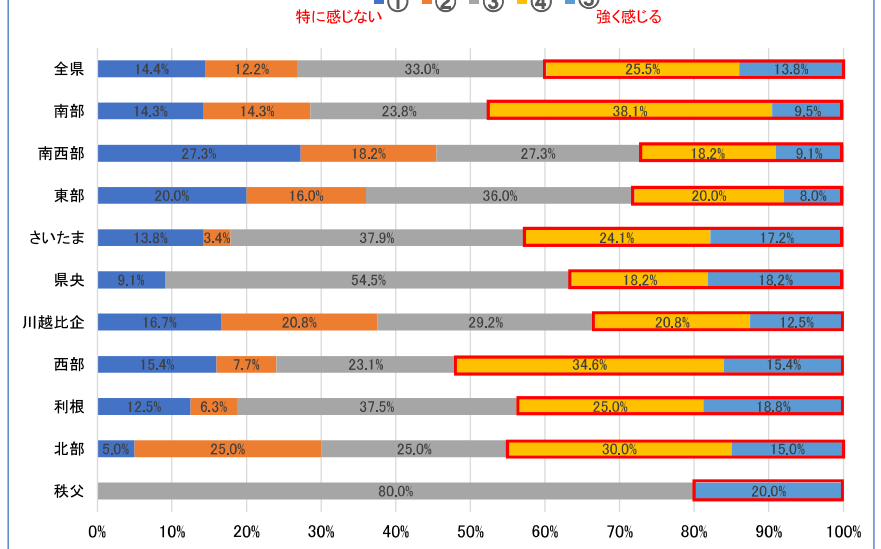
患者の入院について、地域との連携の観点からどの程度の課題がありますか。特に感じない(①・②・③・④・⑤)強く感じる

入院における課題

全県で39.4%(74医療機関)が課題を強く感じる(④⑤)と回答

圏域名	課題を強く感じる(④又は⑤)
西部	50.0%
南部	47.6%
北部	45.0%
利根	43.8%
さいたま	41.4%
県央	36.4%
川越比企	33.3%
東部	28.0%
南西部	27.3%
秩父	20.0%
全県	39.4%

【入院】連携にかかる課題感

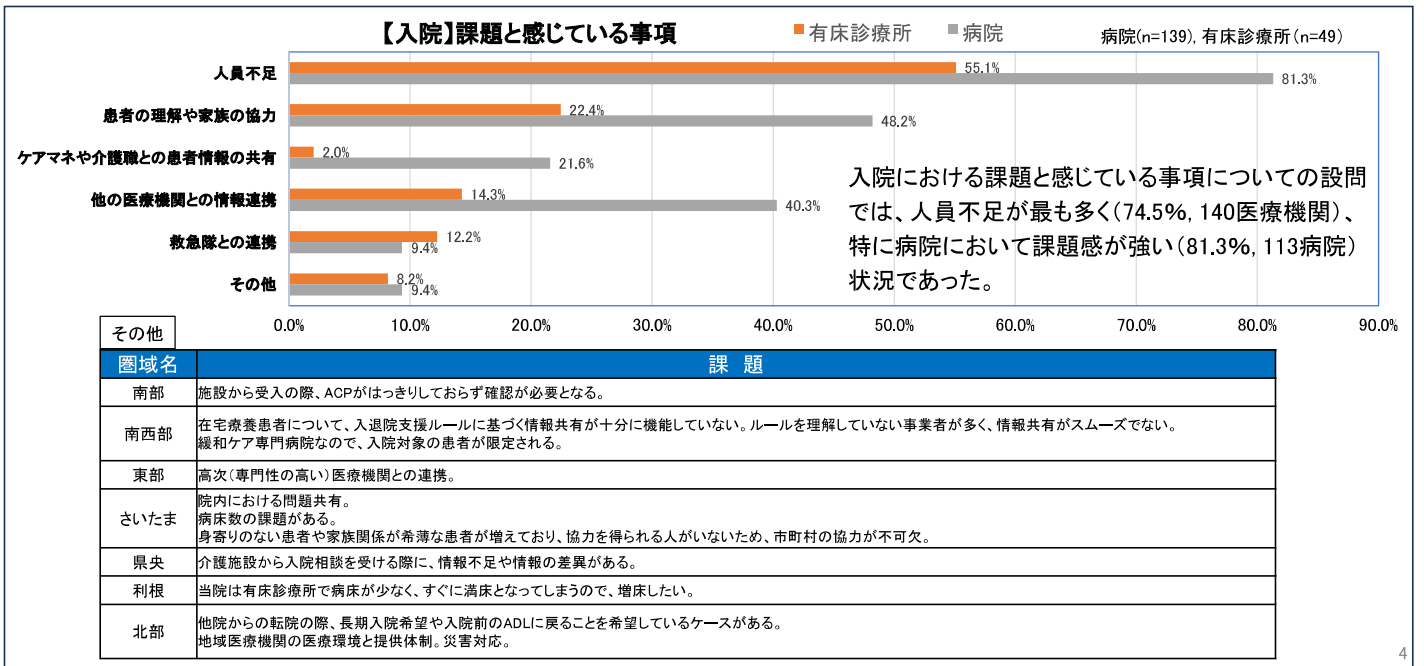


※一部圏域において、未回答の医療機関を含むため、合計が100%にならないことがある(①～⑤と回答があったものを100%とした積み上げグラフを作成している)

3

2 入院患者の受入に係る課題 —課題と感じている事項—

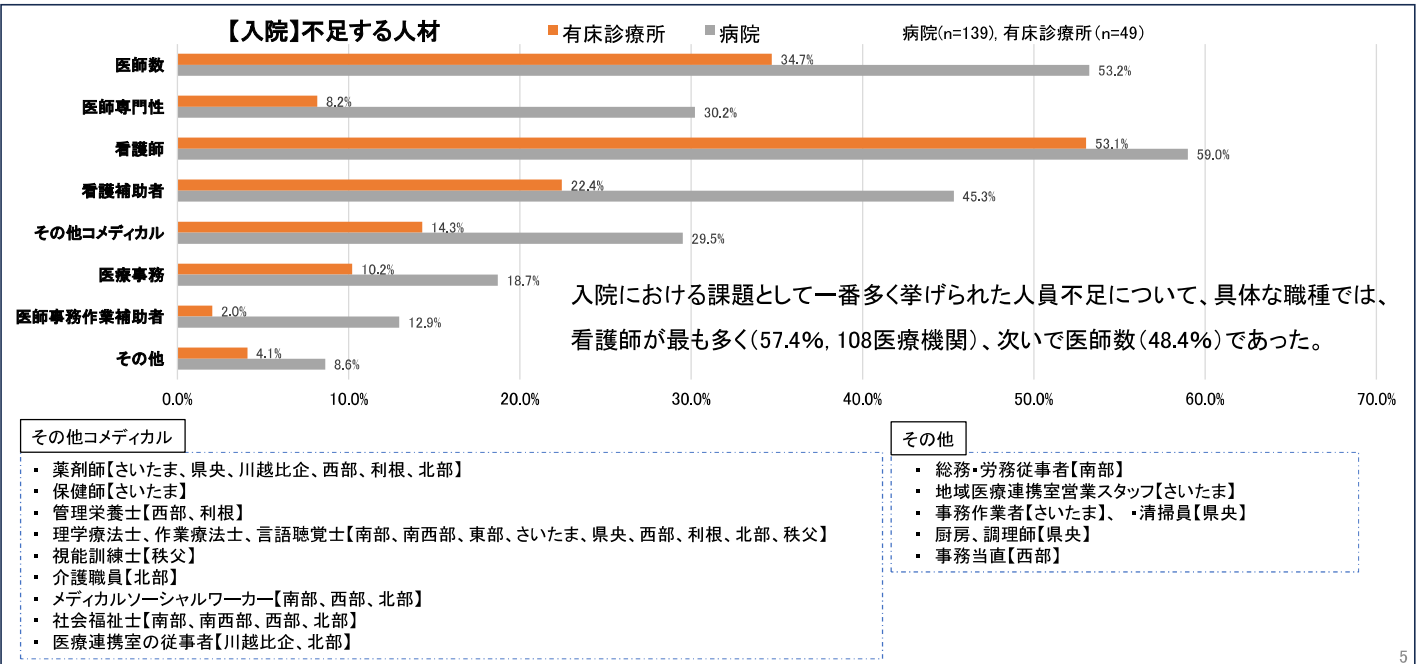
患者の入院に当たり、課題があると感じている事項について、選択してください。



4

2 入院に係る課題 —課題と感じている事項(不足する人材)—

患者の入院に当たり、不足する人材について、選択してください。



5

2 入院に係る課題 —その他感じている課題(自由記述)—

患者の入院における課題について(自由記述)

患者側の課題

圏域	課題
南部	<ul style="list-style-type: none"> 新規入院患者の獲得に苦慮している。救急頼りの集患は安定稼働にならず在宅医療診療所等への営業を強化している。 疾患治療としての入院ではなく、社会背景の調整を目的とした入院が多く、在院期間が長期化することがある。
さいたま	<ul style="list-style-type: none"> 職員への暴言、無理な要求、時間の拘束などを強要する保護者が有り、対応に苦慮している。これが理由で職員が体調を崩し退職した。 認知症の患者が増えており、診療における意思決定の問題も深刻化している。入院患者を受け入れるためにセンター内に総合的に判断できる部署を考えたい。
川越比企	<ul style="list-style-type: none"> 家族や身寄りがない患者が増えており、協力を得られる人がおらず、入院の手続きや金銭管理、同意・契約・死亡時の対応等問題が多く発生している。個人情報保護との関連も難しい。また、このような患者を地域も把握していないことが多い。 高齢者、独居の患者が増加しており、受診が遅れる場合があり、重症化してしまう。 疾患治療としての入院ではなく、社会背景の調整を目的とした入院が多く、在院期間が長期化することがある。
西部	<ul style="list-style-type: none"> 急性期の状態での入院患者が増え、在院日数が短くなっている。
北部	<ul style="list-style-type: none"> 障害児者病棟であるため、治療より(A DL)維持するのが難しい。また、療育を必要とする為、他の一般の病棟より人員を必要とする。
秩父	<ul style="list-style-type: none"> 回復期リハビリ病棟の入院について、認知機能が低下している患者が増えており、意欲的なリハビリ実施が難しかったり、介助量も多く常時見守りが必要になったりと、セラピスト、看護師、介護職の負担が増えている。

医療機関の管理の課題

圏域	課題
南部	<ul style="list-style-type: none"> 自院の役割の認知と実践。
南西部	<ul style="list-style-type: none"> 電子カルテが各病院ごとに違うため、転院時にカルテの情報の共有ができない。就職する看護師も操作に慣れるまでに時間を要する。
秩父	<ul style="list-style-type: none"> 施設基準を満たす人員の配置を維持することが難しい。 職員の異動により、施設基準を満たし、適切に運用する体制の維持が難しい。

6

2 入院に係る課題 —その他感じている課題(自由記述)—

患者の入院における課題について(自由記述)

人材確保の課題

圏域	課題
南部	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネの質や患者・家族とのコミュニケーション不足。 高齢、認知症を有する患者のケアに対し、看護師、看護補助者のマンパワー不足が加速している。
南西部	<ul style="list-style-type: none"> 入院患者の高齢化に伴い、「治す治療」に加えて「支える治療」を行う総合内科・総合診療科の医師の確保。 急性期病床でのリハビリテーションを充実のため、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の確保。
東部	<ul style="list-style-type: none"> 施設基準の維持のための看護職員の採用・定着とスキル向上。
さいたま	<ul style="list-style-type: none"> 基幹病院や施設からの急な入院や転院を応需出来るようにしたいが夜勤の看護師体制を確保することが大変（特に夜間や祝日、休日）。
西部	<ul style="list-style-type: none"> 多職種連携に割ける時間的な余裕や人員の余裕がない。ケアマネが付いているが在宅生活がギリギリの状態にもかかわらず施設等を勧めない。ケアマネへ入所を相談しても動いてくれない、と家族が話す。「入院出来て良かった」と言われるケースが時々ある。 入院前のケアマネとの連携等が充分に取れない。 少子化による大学全入時代となっており、診療、看護、介護に従事するには実力が上がらない人がある。 増員が難しく、入院を前提とした患者のオリエンテーション等（入院時支援加算や入退院支援加算に関係した）が全入院患者などに対応出来ていない。 政策誘導で介護の賃金や報酬を手厚くしており、その分医療機関からは職員が離れていくことになっている。
北部	<ul style="list-style-type: none"> 施設基準の維持のための看護職員の採用・定着とスキル向上。 医師不足は顕著であり、手術時は救急の受入を止めざるを得ない場合も発生。

7

2 入院に係る課題 —その他感じている課題(自由記述)—

患者の入院における課題について(自由記述)

地域の課題、その他の課題

圏域	課題
南部	<ul style="list-style-type: none"> 地域で患者情報を共有する仕組みを早急に整備していただきたい。（共通のシステム）
南西部	<ul style="list-style-type: none"> 年間6,000件を超える救急搬送があり、うち45%が75歳以上の高齢者。さらに増加が予想される。高齢者が入院となる割合は約60%で、他の年齢層（約30%）と比べても非常に高い。救急外来での初期対応や入院診療には、総合内科や総合診療科の医師が必要であるが、専門診療志向が強く、これらの医師の確保が困難な状況である。 消化器疾患を担当する医師の確保が難航している。特に、内視鏡治療を行える医師がいないため、対応できない状態が続いている。 精神科への入院について、他の医療機関や地域、行政との連携が必要と感じる。治療により回復を見込める方が、自身の努力だけでは適切に医療に繋がることが出来ないために、孤立や不利益を甘受せざるを得ない状況に置かれていると感じる。
東部	<ul style="list-style-type: none"> 入院後の緊急搬送先を増やしてほしい。
さいたま	<ul style="list-style-type: none"> 転院できない患者がおり緊急入院が受け入れられないことで役割が果たせない。後方病院（回復期病院）へ転院するシステム構築を地域全体（県・市）で考えてほしい。 小児の患者の受診が集中する時期（夏休みなどの長期休暇）は予定入院が多く空きベッドが無いため、緊急入院の受け入れが困難な場合がある。
県央	<ul style="list-style-type: none"> 急変時の延命処置に関する意向について、一般住民や介護施設の認識不足を感じる。受け入れにも影響があるため、住民の意識啓蒙の必要性を感じる。 救急隊とのコミュニケーションについて、温度差を感じることもある。 消化器疾患等の他の医療機関への連携が困難な時があり、医師、看護師で転院先を探すことがある。
川越比企	<ul style="list-style-type: none"> 医療区分1の受け入れ先がないことがある。
西部	<ul style="list-style-type: none"> 定数どおりでは認知症、廃用を抱えた高齢者のケアができない。定数以上を確保することが必要であるが、診療報酬が追いついていない。
北部	<ul style="list-style-type: none"> 施設や他院からの入院や転院の際、入院依頼時の情報と来院時の状況の不一致や必要な情報が揃っていないことがあり、入院時に対応に追われることがある。

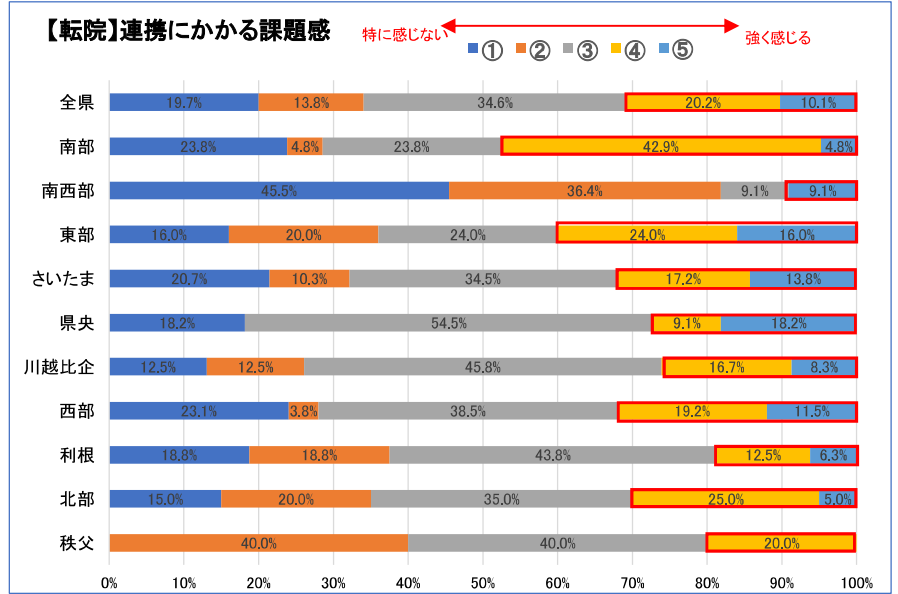
8

3 転院に係る課題 —課題感—

患者の転院について、地域との連携の観点からどの程度の課題がありますか。
特に感じない(①・②・③・④・⑤)強く感じる

転院における課題についての設問
全県で30.3%(57医療機関)が
課題を強く感じる(④又は⑤)と回答

圏域名	課題を強く感じる (④又は⑤)
南部	47.6%
東部	40.0%
さいたま	31.0%
西部	30.8%
北部	30.0%
県央	27.3%
川越比企	25.0%
秩父	20.0%
利根	18.8%
南西部	9.1%
全県	30.3%

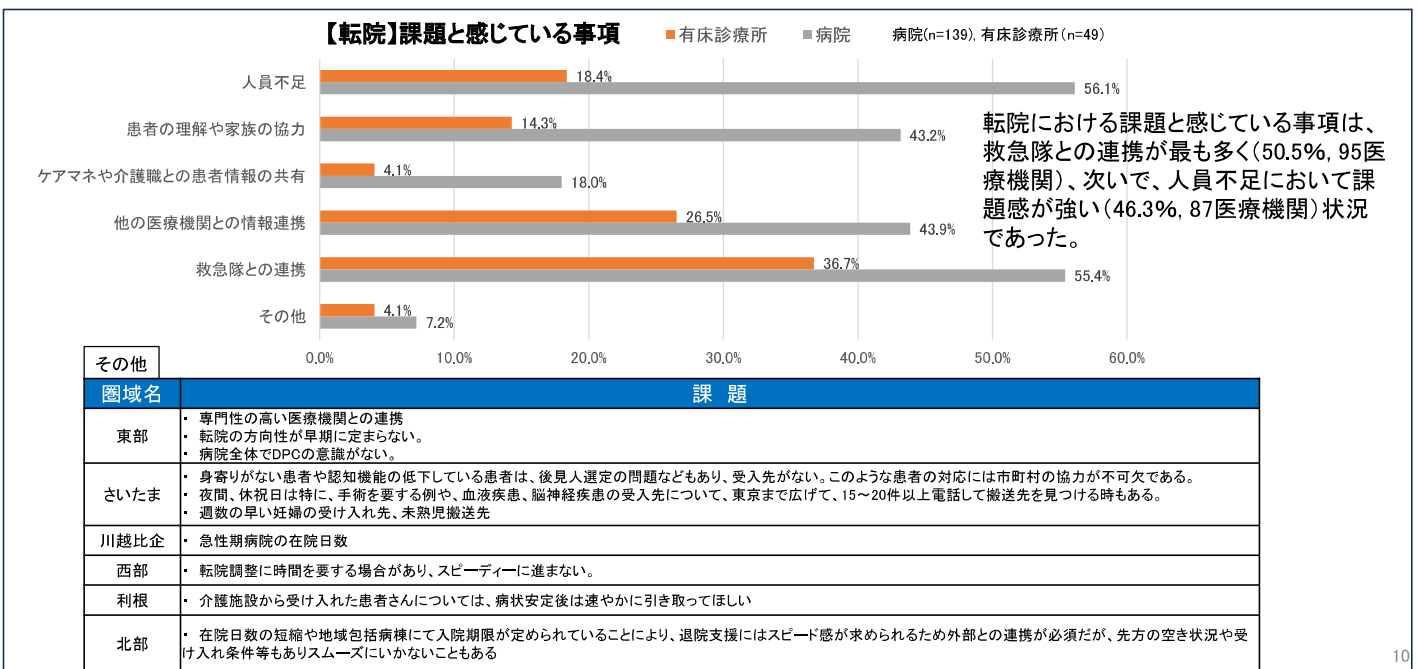


※一部圏域において、未回答の医療機関を含むため、合計が100%にならないことがある
(①～⑤と回答があったものを100%とした積み上げグラフを作成している)

9

3 転院に係る課題 —課題と感じている事項—

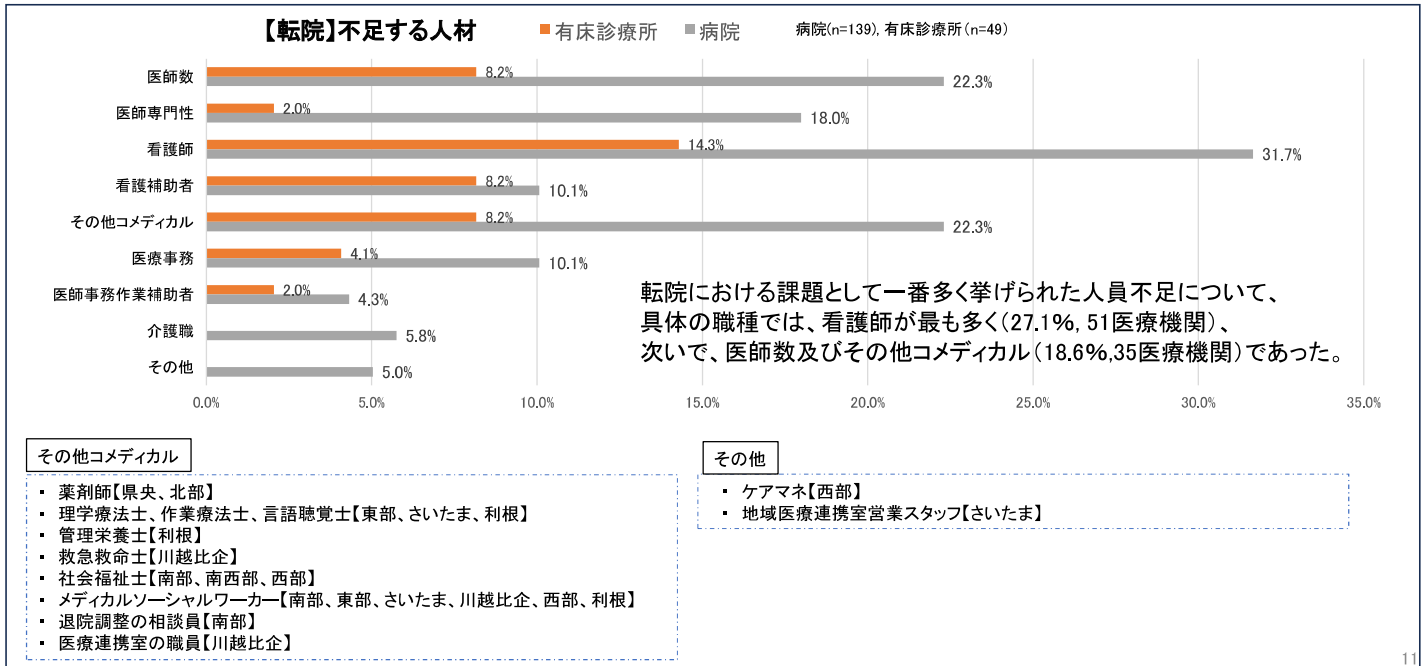
患者の転院に当たり、課題があると感じている事項について、選択してください。



10

3 転院に係る課題 —課題と感じている事項(不足する人材)—

患者の転院に当たり、不足する人材について、選択してください。



3 転院に係る課題 —その他感じている課題(自由記述)—

患者の転院における課題について(自由記述)

患者側の課題

圏域	課題
南部	・ 経済的問題や人間関係・家族関係
東部	・ 患者・家族の抱える社会的な問題(急性期医療機関だけでは時間的猶予含め解決が困難な問題)のために急性期からの受け入れが制限されてしまう。 ・ 身寄りがない患者や認知機能の低下している患者は、後見人選定の問題などもあり対応しきれず、受け入れ先がない。
さいたま	・ 身寄りがない患者や認知機能の低下している患者は、後見人選定の問題などもあり対応しきれず、受け入れ先がない。 ・ 治療終了後は次の療養先を速やかに決定してもらうことを説明しているが、特に転院の場合は患者・家族の要求度が高く、なかなか転院先が決まらないことがある。
川越比企	・ 病院の受け持つ機能を理解していただけない患者家族がいる。病院=治療(良くなる)等
西部	・ 救急搬送数が増えているが療養中心の医療機関では救急患者を夜間の受け入れは経営面から無理である。 ・ ACPが推進できておらず、高齢者の三次救急搬送が多いことや療養選択の検討時期が進められていない。
北部	・ 家族が遠方の場合、近くの病院への転院希望のケースが増えているが、情報が乏しく転院先を探すのに難渋している(地域包括支援センターや家族から情報収集する) ・ 医療費・療養費は、急性期病院が最も負担が少ないので、転院に伴う負担増について、家族の理解が得られず難渋することがある。 ・ 転院について、家族から要望があっても、患者の状態によっては中々受け入れ先が見つからないケースがある。

医療機関の管理の課題

圏域	課題
西部	・ 医療機関の間で、各医療機関の持分について理解が共有できていない(救急と療養では患者の質も担当する患者数も使える医療資源も異なる)。

3 転院に係る課題 —その他感じている課題(自由記述)—

患者の転院における課題について(自由記述)

人材確保の課題

圏域	課題
南部	・ 後方連携においては、複合疾患を持つ患者の場合、医師の専門性から対応できないケースがある。
さいたま	・ 転院を決定した翌日に病院が決まることがベストだが、そのために転院先の医療スタッフの確保も必要。
川越比企	・ がん末期や予後不良の状態でもリハビリ転院をしてADL回復させてから自宅へ退院させるなど、ケアマネの医療の理解不足や家族の対応に困っている。
西部	・ 施設基準を満たす人員の配置を維持することが難しい。(看護師、看護補助者) ・ メディカルソーシャルワーカーの人員増加が困難な状況である。

地域の課題、その他の課題(次ページに続く)

圏域	課題
南部	・ 地域で患者情報を共有する仕組みを早急に整備してほしい。(共通のシステム) ・ 当院として治療の終わった患者を早期に後方病院へ転院させられない。 ・ 高度障害ある患者の受入れ先数が少ない。 ・ 当院は予約制ではないため、より専門的治療を必要とする患者の診療に対応できない場合がある。 ・ 診療科によって、例えば血液内科等、南部地域では受け入れ先の確保が困難なことがある。
南西部	・ 回復期リハや施設への入所待ちに期間を要するため、患者・家族に負担をかけてしまっている。 ・ 医師による診療情報に加え、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、臨床工学技士からの情報提供も行われている。しかし、これらの情報は紙媒体で提供されているため、手間やコストが増加し、さらに個人情報漏洩のリスクも懸念されている。署名付き電子媒体による情報提供の普及が課題となっている。 ・ 一人の患者の転院先を選定する際、複数の医療機関に打診する必要がある。 ・ 受け入れ可否の判断に家族との面談を求める医療機関も多く、手続きが複雑化している。

13

3 転院に係る課題 —その他感じている課題(自由記述)—

患者の転院における課題について(自由記述)

地域の課題、その他の課題(続き)

圏域	課題
東部	・ 母体・新生児の搬送先の確保を図っていただきたい。
さいたま	・ 独居・生活保護申請中など社会的問題がある患者を受け入れられない病院が多く、転院先が見つけれない。 ・ 経済的困窮者のうち、生活保護とのボーダーライン上の患者の行き場がない。 ・ 嚥下リハビリや高次脳機能障害に対するリハビリが必要な患者について、回復期リハビリテーション病棟の対象外の場合に、受け入れ先の候補が少ない。 ・ 入所、在宅を問わず、20歳を超え医療度の高い重症心身障害者の受け入れ先がない。 ・ 医療的ケア児の受入れ先医療機関の確保。
県央	・ 呼吸器科については、受け入れ医療機関に限られ、転院先の医療機関を見つけるのに3~4時間かかることがある。二次医療圏で見つからないことはよくあることで、県外に相談することも稀にはあるが発生している。 ・ 精神疾患がベースにあるケースも同様。他に救急搬送で転院する場合に混雑や処置中のため、受け入れ困難な場合がある。
川越比企	・ 病院によっては受け入れ会議のようなものを実施しており、それが月2回程度の実施のため、転院に時間がかかり、調整が困難である。 ・ 呼吸器装着患者の受け入れ先がない。キーパーソン不在の患者の受け入れ先がない。 ・ 高次医療機関への重症患者の転送を断られることがあると感じている。
西部	・ 治療の完結を待ってからの転院ではない、という認識なのは急性期病院側のみと感じる。後方連携の医療機関側も同じ認識をもつことで地域完結の医療体制の構築が図れるものとする。現場の感覚では、病床機能分化と地域包括ケアシステムがうまくかみ合っていないと感じる。 ・ 500名以上/月程度の入退院と同程度程度の救急患者を受け入れているが、急性期治療後の受入れ先医療機関がなく退院が滞り、患者受け入れを断らざるを得ないケースが散見されている。 ・ 地域の医療機関との役割を明確にし、連携強化には日々注力しているが、急性期治療後の受入れ先医療機関の確保は大きな課題であると感じている。 ・ 医療療養区分1の患者さんの転院先。 ・ 介護タクシーの手配に難渋するケース(医療依存度が高いと料金が高額、急ぎの場合にすぐ見つからない)が多いため、自院で送迎できるシステムを構築予定である。

14

3 転院に係る課題 —その他感じている課題(自由記述)—

患者の転院における課題について(自由記述)

地域の課題、その他の課題(続き)

圏域	課題
利根	<ul style="list-style-type: none"> 3次及び2次救急患者の搬送を多く受入れているが、精神疾患を抱えた患者さんの身体疾患での救急搬送入院が近年増加している。精神疾患と身体疾患の両方を継続治療できる医療機関が非常に少なく、転院調整に難渋し時間がかかり急性期病の入院期間が延びることで、救急医療の提供に影響を及ぼすケースがある。 急性期治療後の患者さんの退院先(療養病棟や回復期、地域包括ケア病棟、介護老健など)が少なく、転院するための受け入れ条件(個室代、転院後の帰来先等)のハードルが高い。次のステップへの方針決定後も退院先のベッドが空かず急性期病院のベッドに転院待機することで在院日数が長くなると、本来対応すべき急性期医療の提供が困難となる。 回復期機能や療養機能病床が少ない。 診療科によっては、時間外など転院先が中々見つからない。 他院から患者を受け入れる際、事前に頂いていた情報と相違がある場合や情報不足で混乱する時があるため、日頃より他院との連携強化が必要。
北部	<ul style="list-style-type: none"> 医療区分がないものの施設での受け入れも難しい方(鼻腔の経管栄養や1日数回の痰吸引を要す方など)の転院先が限られているため、待機となると時間を要する。 脳神経外科の患者について、近隣に回復期病院がなく地域を広げての転院相談となっている。 連携先の相談員が多忙の為に返事を頂くのに日数を要する事があり、調整が進まない事がおこる。 転院の相談を受けた時点と実際に転院できた当日の患者のADLの違いや認知機能などの情報に差がある。
秩父	<ul style="list-style-type: none"> 精神疾患のレベルが重く、回復期リハビリ病棟での入院継続に限界がある場合、転院先を探すのが難しいことがある。

15

4 退院に係る課題 —課題感—

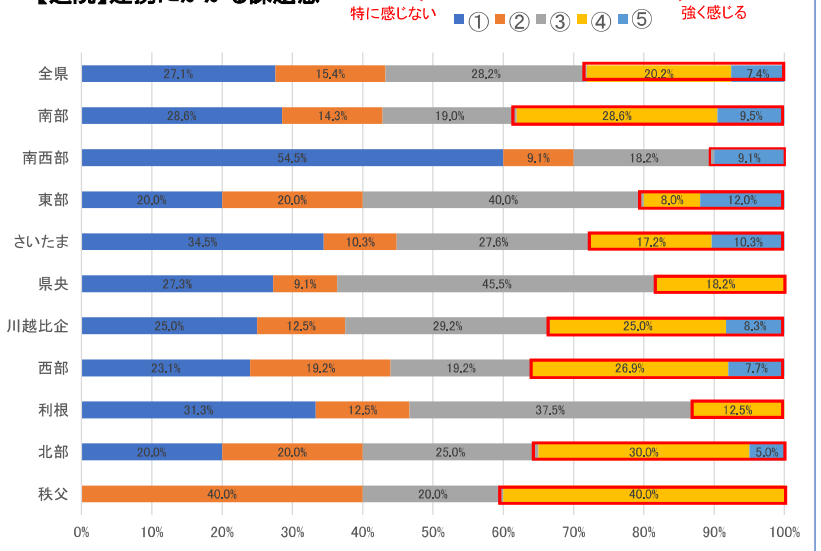
患者の退院について、地域との連携の観点からどの程度の課題がありますか。
特に感じない(①・②・③・④・⑤)強く感じる

退院における課題

全県で27.7%(52医療機関)が、
課題を強く感じる(④又は⑤)と回答

圏域名	課題を強く感じる (④又は⑤)
秩父	40.0%
南部	38.1%
北部	35.0%
西部	34.6%
川越比企	33.3%
さいたま	27.6%
東部	20.0%
県央	18.2%
利根	12.5%
南西部	9.1%
全県	27.7%

【退院】連携にかかる課題感

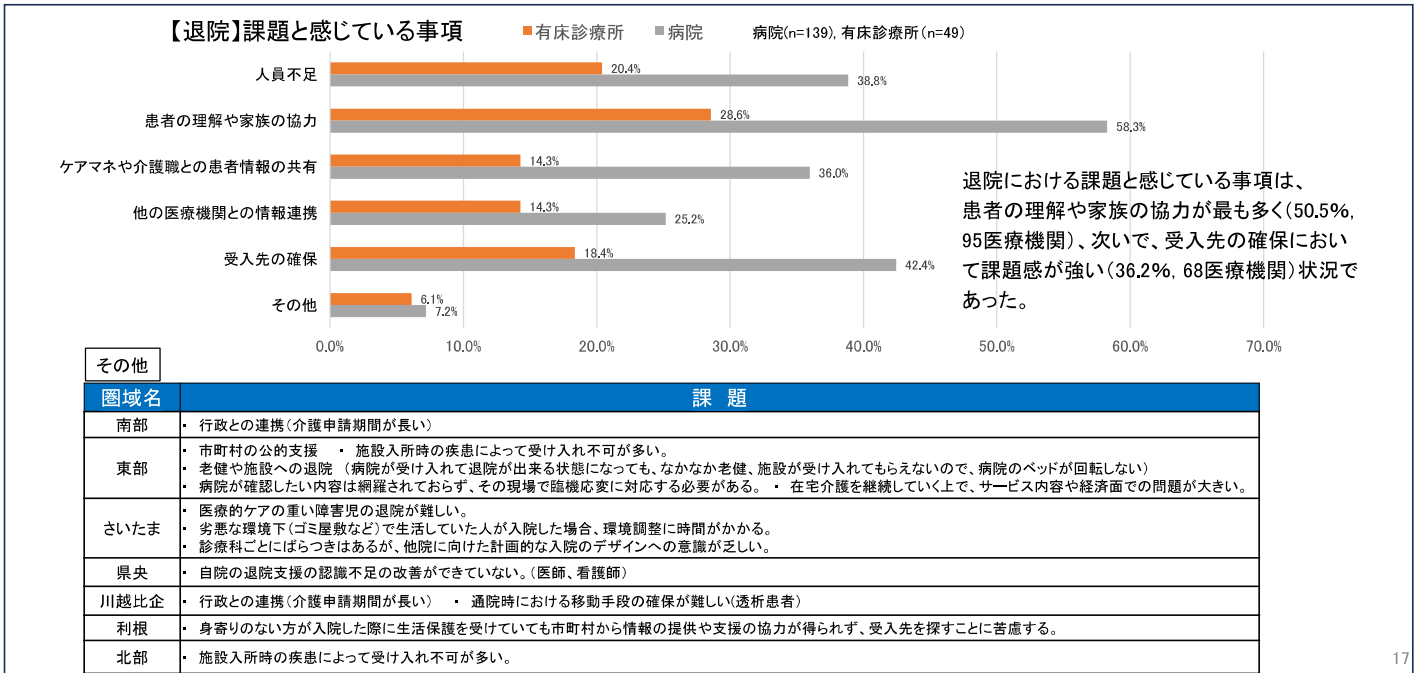


※一部圏域において、未回答の医療機関を含むため、合計が100%にならないことがある
(①～⑤と回答があったものを100%とした積み上げグラフを作成している)

16

4 退院に係る課題 ー課題と感じている事項ー

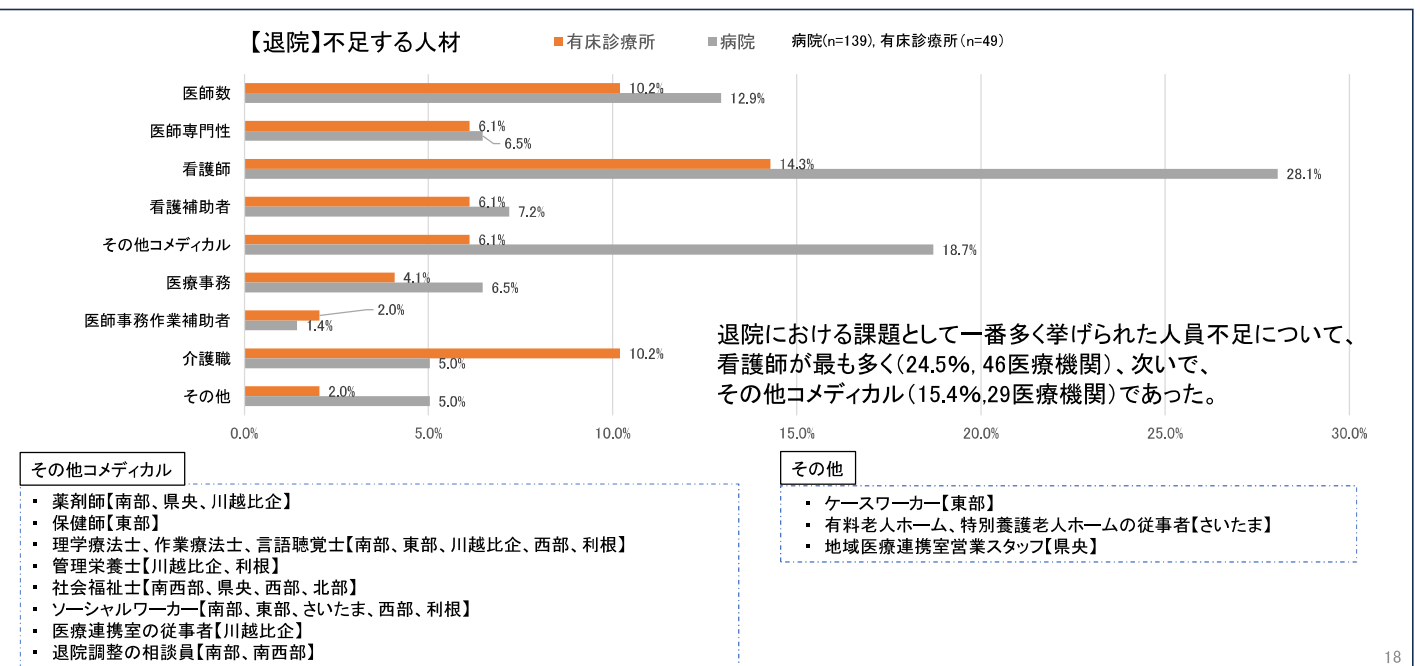
患者の退院に当たり、課題があると感じている事項について、選択してください。



17

4 退院に係る課題 ー課題と感じている事項(不足する人材)ー

患者の退院に当たり、不足する人材について、選択してください。



18

4 退院に係る課題 —その他感じている課題(自由記述)—

患者の退院における課題について(自由記述)

患者側の課題(次ページに続く)

圏域	課題
南部	<ul style="list-style-type: none"> 入院期間には限りがある事を理解してないことがあり、家族の動きが遅く、施設等の決定に時間を要する。 患者家族の意識が低く、病院をホテル利用に近い使い方で要求してくるケースが見受けられる。
南西部	<ul style="list-style-type: none"> 退院先の選定や退院後の生活において、本人の意思よりも家族の意思が優先される傾向がある。その結果、退院支援が長引き、入院期間が延長することもある。また、本人の意思確認が十分に行われていないことも、家族の意思が優先される要因の一つである。
さいたま	<ul style="list-style-type: none"> 身寄りがない患者、認知機能が低下している等の患者や家族の協力が得られる人がいない場合など、後見人の選定の問題もあり、退院先の調整が課題である。 重症度が比較的低くても、受入家族の状況(空間、経済的理由、ケア者の能力不足、受入渋りなど)で、退院が困難である。 在宅で対応できず、施設には金銭的理由で入れないことから、退院先が決まらないケース等がある。 低所得等で自己負担が少ない方が介護保険施設に入ると自己負担が増える場合もあり、退院を進めにくい。 入院期間には限りがある事を理解してないことがあり、家族の動きが遅く、施設等の決定に時間を要する。
県央	<ul style="list-style-type: none"> 家族が施設入所の手続きに関して動いて頂けず、在院日数の延長となることがある。
川越比企	<ul style="list-style-type: none"> 病識の理解度が現実と違う。 患者と家族の意向の相違 同居していない、または遠方に住む家族が多く、自宅退院困難な事例が多い。 自宅介護困難な状況でも無理に在宅調整して入退院を繰り返すことが多い。 死亡退院時家族と連絡が取れず、そのまま家族が行方不明になってしまったケースがあった。
西部	<ul style="list-style-type: none"> 老々介護、高齢者独居の方が増えている中で、生活破綻をきたし、生活困窮者も多く存在しているために、退院支援に苦慮するケースが多く存在する。
利根	<ul style="list-style-type: none"> 独居の方に対する治療方針の相談に係る課題がある。 無保険や生活困窮と思われる未払いがある。

19

4 退院に係る課題 —その他感じている課題(自由記述)—

患者の退院における課題について(自由記述)

患者側の課題(続き)

圏域	課題
北部	<ul style="list-style-type: none"> 退院にあたり患者と家族の退院先の意向が異なる時の意向のすり合わせ。 退院間際になって、家族より現状のADLでは自宅で見られないため施設を紹介してほしいと依頼を受けることがあり、外部との早急な対応が必要になる。 家族の希望で社会的入院となった際、ご本人の理解が得られない等の理由で支援が必要となっても、家族の協力が得られにくく、サービス調整に時間を要す。

医療機関の管理の課題

圏域	課題
川越比企	<ul style="list-style-type: none"> 医師が今後の方針をしっかりと決めないことがあり、退院先が定まらず、調整に時間がかかることがある。

人材確保の課題

圏域	課題
南部	<ul style="list-style-type: none"> 後方連携において、施設の選定について、家族との情報共有等でMSWの役割が拡大している。 早期退院を目指したチーム医療において、外来PFMの導入が必要と思われるが、担当看護師の育成に関し、人員不足が課題である。
南西部	<ul style="list-style-type: none"> 多忙な業務状況で、退院時に看護サマリーや連携シートそれを看護師が行っていくことは難しいのと、社会福祉士の確保が難しい。 退院時のカンファレンスを企画・推進する役割を担う病棟看護師、退院支援看護師、社会福祉士の育成が十分に進んでいない。
川越比企	<ul style="list-style-type: none"> 施設入所を希望された際、痰吸引あり、インスリン投与回数多め、といったケースで、施設側の看護師不足で断られることが多い。
西部	<ul style="list-style-type: none"> 看護師、メディカルソーシャルワーカーの人員増加がより困難な状況であり、退院カンファレンスが充分に対応出来ていない。

20

4 退院に係る課題 —その他感じている課題(自由記述)—

患者の退院における課題について(自由記述)

地域の課題、その他の課題(次ページに続く)

圏域	課題
南部	<ul style="list-style-type: none"> 自宅退院の場合、入院期間が短い中で新たに在宅サポートのメンバーを決め、退院前カンファレンスの日程調整するためには、相談員数の確保が必要。 入院時からケアマネや施設と情報共有するが、治療後、元の場所に戻るという認識が薄く、施設では特に入院したら終わりとなることがある。 行政との円滑な連携。 介護保険申請から結果が届くまで、平均1か月半程時間がかかり、退院支援に影響が出ている。行政に対して改善を望む。 治療の終わった患者を早期に退院先へ退院させられない。 精神障害者の在宅生活にあたり、各種支援が適用できないケースの対応に苦慮する。
東部	<ul style="list-style-type: none"> メンタル疾患を持った妊産婦が増え、核家族により育児困難者が増えている。その為地域によるサポートが重要であると考える。 治療の終了を見越した退院時期の選定が望まれるが、入院患者数増加に伴い予後予測を各医療従事者間で把握・共有することが難しくなる。
さいたま	<ul style="list-style-type: none"> 経済的困窮者のうち、生活保護とのボーダーライン上の患者も行き場がない。 患者・家族に地域の支援(訪問診療や訪問看護)について、受入れ困難で何の支援も入れられず、退院した患者がすぐ再入院となるケースが発生している。 施設からの入院を受け、退院可能な状態になったのに、受け入れ先の判定会議後でないと受け入れられないことがある。退院が長引くと患者のADLも低下、他患を応需できないなどが起こる。この点は患者家族の理解も求めたい。施設で経過をみる努力する施設もあり、評価したい。
県央	<ul style="list-style-type: none"> 施設から入院した患者を施設に戻す際、吸引などの医療行為があることで戻れないケースがあり、在院日数の延長に繋がっている。
川越比企	<ul style="list-style-type: none"> 介護保険申請から結果が届くまで、平均1か月半程時間がかかり、退院支援に影響が出ている。行政に対して改善を望む。 入院を機にケアマネが介入、調整を病院側に委ねる傾向にある。 地域によって社会資源量に格差がある。 回復期や療養病院での受け入れが遅く、急性期病院での待機日数が多い。 地域包括支援センターでの代行申請業務が行われず、入退院支援看護師が代行することが増えている(独居・身寄りなし)。

21

4 退院に係る課題 —その他感じている課題(自由記述)—

患者の退院における課題について(自由記述)

地域の課題、その他の課題(続き)

圏域	課題
西部	<ul style="list-style-type: none"> 医療と介護の連携強化がさらに必要である。 介護施設に入居させたくても医療度の高い患者の受入れ先がない。 医療区分が年々厳しくなっているなかで、医療療養病床の区分2・3の該当患者を8割維持しながら、医療区分の該当がない患者の受け入れ先がないために退院支援が難航するケースが多い、結果、在院日数延長の要因となっている。
利根	<ul style="list-style-type: none"> 消化管出血の患者さんの救急診療を引き受けているが、東部などかなり遠方からも搬送されてくる。医療の速やかな提供、患者や家族のためにも望ましいことではない。できるだけ近くの医療機関が引き受けるべきと考える。遠方から搬送される患者には問題のある方も多く、地元の医療機関が避けているということはないか。
北部	<ul style="list-style-type: none"> 患者のレベルに合わせた情報提供が出来るようにしていくことが必要だが、施設の空き状況も日々変動があるため日常的な連携が必須である。
秩父	<ul style="list-style-type: none"> 介護度が重かったり、独居だったりといった要因で、施設への退院を検討しなくてはならない場合に、受け入れ先がなかなか見つからないことがある。

22

5 在宅医療に係る課題 —在宅医療を担う機能について—

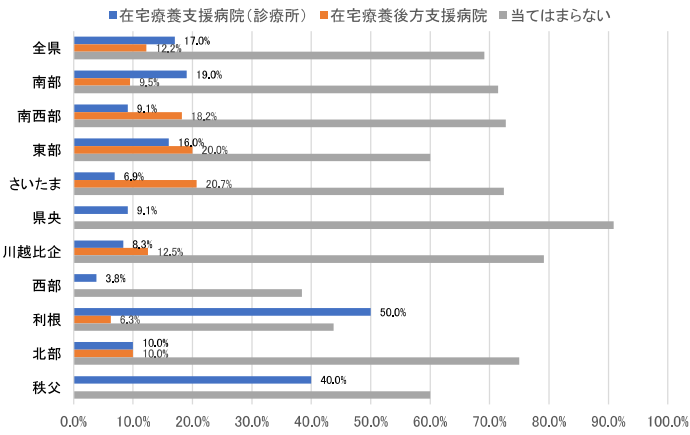
在宅医療について、担う役割について回答してください。

- ① 在宅療養支援病院(診療所)
- ② 在宅療養後方支援病院
- ③ ①②に当てはまらない

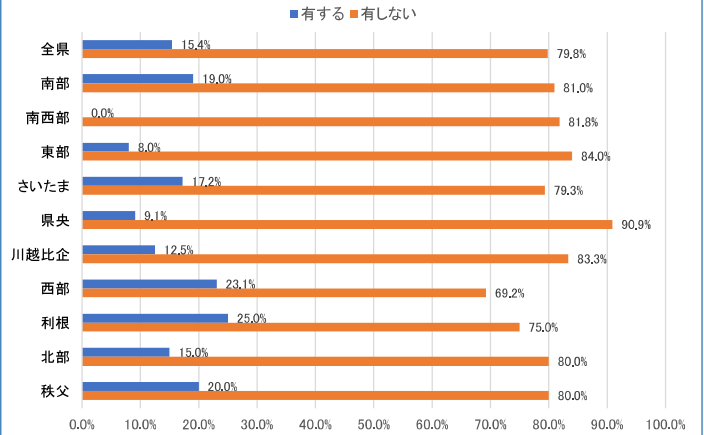
在宅医療に対応する地域包括ケア病棟を有しているか回答してください。

- ① 有している。
- ② 有していない。

【在宅】在宅支援医療機関及び在宅療養後方支援病院



【在宅】在宅医療に対応する地域包括ケア病棟を有しているか



在支診・在支病及び後方支援病院について、圏域のばらつきが大きかった。
 ・在支診・在支病 3.8%(西部) ~ 50.0%(利根)
 ・在宅療養後方支援病院 0.0%(県央・西部・秩父) ~ 20.7%(さいたま)

在宅医療に対応する地域包括ケア病棟の保有状況についても、圏域ごとにばらつきがあった。

23

5 在宅医療に係る課題 —課題感—

在宅医療について、地域との連携の観点からどの程度の課題がありますか。

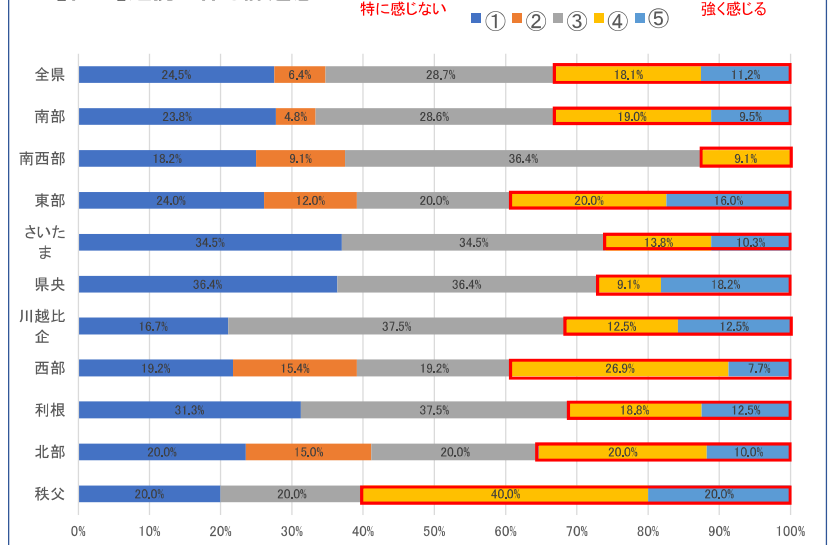
特に感じない(①・②・③・④・⑤)強く感じる

在宅医療における課題についての設問

全県で29.3%(55医療機関)が、
課題を強く感じる(④又は⑤)と回答

圏域名	課題を強く感じる (④又は⑤)
秩父	60.0%
東部	36.0%
西部	34.6%
利根	31.3%
北部	30.0%
南部	28.6%
県央	27.3%
川越比企	25.0%
さいたま	24.1%
南西部	9.1%
全県	29.3%

【在宅】連携に係る課題感

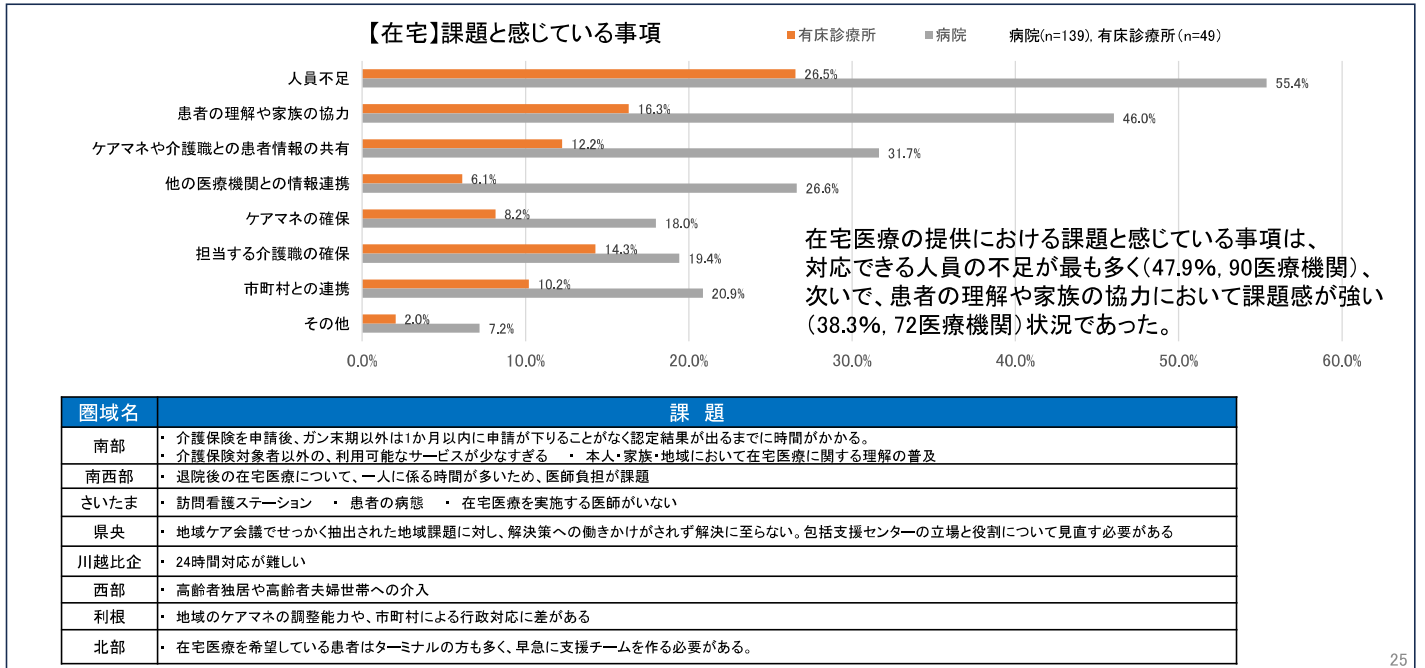


※一部圏域において、未回答の医療機関を含むため、合計が100%にならないことがある
 (①~⑤と回答があったものを100%とした積み上げグラフを作成している)

24

5 在宅医療に係る課題 —課題と感じている事項—

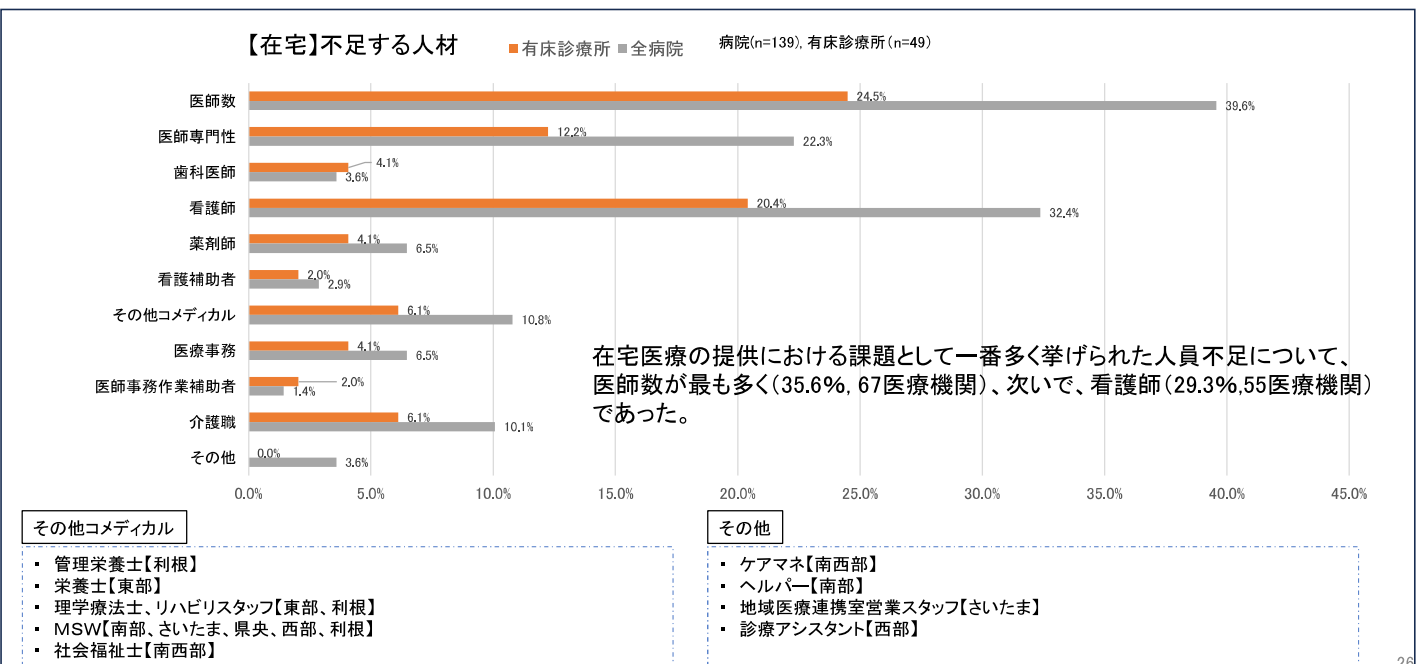
在宅医療の提供に当たり、課題があると感じている事項について、選択してください。



25

5 在宅医療に係る課題 —課題と感じている事項(不足する人材)—

在宅医療の提供に当たり、不足する人材について、選択してください。



26

5 在宅医療に係る課題 —その他感じている課題(自由記述)—

在宅医療の提供における課題について(自由記述)

患者側の課題

圏域	課題
川越比企	<ul style="list-style-type: none"> 在宅でも訪問医の介入がありながらも、家族は最後の看取りは病院を希望するケースが多い。 家族が在宅で看るための知識がないため、在宅医療のハードルが高い。
西部	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療に移行する際に、患者家族の不安が大きく、協力を得るのに苦慮する事例がある。地域包括ケアに関する住民への一層の理解に向けた啓発が必要である。 患者、家族からのパワハラ、モラハラ、セクハラ等のハラスメント。

人材確保の課題

圏域	課題
南部	<ul style="list-style-type: none"> 訪問診療を行う医師が少ない
東部	<ul style="list-style-type: none"> 特にケアマネが不足している。ケアマネ以外にもメディカルソーシャルワーカーが不足している。
県央	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネのみ加算が付かないこととなり、ケアマネ資格を取得しても、給与面でケアマネ職に就けない現状がある。
川越比企	<ul style="list-style-type: none"> 医師によってできる医療行為が異なり、地域によって差を感じる。 ケアマネには介護経験者が多く、医療を分かっていない人が多い。もう少し看護師経験者のケアマネを増やしてほしい。
西部	<ul style="list-style-type: none"> 医療者同士でも病院医師と在宅医師では医療についての温度差がある。全員が少しでも在宅療養に従事すれば大変さが理解できるが、病院にしがいたことがない医師は自分ができるかと錯覚していることがある。
北部	<ul style="list-style-type: none"> 往診医、訪問看護師、ケアマネとの連携が必須だが、外科系の患者について医療処置が多いこともありスキルが求められるため相談しても断られることもある。 在宅医療を担う医師(診療所)が少ない地域なので、医療依存の高い患者(カテコラミン依存、腹膜透析)を在宅医療につなぐことに難渋している。

5 在宅医療に係る課題 —その他感じている課題(自由記述)—

在宅医療の提供における課題について(自由記述)

地域の課題、その他の課題(次ページに続く)

圏域	課題
南部	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関としては、今後、医療スタッフへの地域志向のケア教育に取り組む必要がある。 市をまたぐ患者の受け入れ、退院等の問題が生じた場合、各市がスムーズな連携を取っていただくことを望む。
南西部	<ul style="list-style-type: none"> 介護保険の申請から取得までに時間がかかりすぎる。また、申請方法などをサービスを受ける側の人が周知されていないため、医療機関から説明をしないといけないこと。自宅での生活が難しくなってきたから施設などを探し始めるため、病院に負担が来る。 本人の意思を最優先に考える場合、家族の希望を調整し、場合によっては心の準備を促すことが必要である。本人が望む場所で、受けたい医療や介護を提供するということは、場所に制約されずに、その人に合った医療や介護を提供することを意味する。そのためには、医療や介護に携わる多職種が、それぞれの専門知識を活かし、柔軟な発想で対応することが求められる。これを実現するためには、チーム全体の力が重要で、すべての関係者が同じ目標に向かって協力する体制が必要である。しかし、現状ではカンファレンスが不十分で、研修会でも活発なディスカッションが行われていない。この問題に対応するために、多職種が集まり、課題を共有できるコミュニティのような枠組みがあるとよい。実際、地域でコミュニティ活動が活発な場合、状況が良い方向に向かうことが多いと感じている。
東部	<ul style="list-style-type: none"> 当院での急性期治療が終了し、在宅医療に移行した患者が一時的に入院が必要となった際(在宅での緩和医療を受けているような場合)のバックベッドの確保。
さいたま	<ul style="list-style-type: none"> 施設入居中の患者が入院する場合、訪問診療医が救急搬送を判断しているが、誤嚥性肺炎や尿路感染は訪問診療医で治療を行っていただきたい。 急変時の受入ベッド(特に、20歳を過ぎた重症度の高い重症心身障害者)がない。 在宅診療をしている機関とは常に、連絡先の交換などをするようにしている。連携に係る会議には積極的に出るよう心掛けたいし、多くのDrらの参加を望みたい。 医療的ケアが必要な場合、地域によって在宅医や訪問看護ステーション、二次病院などの受入先の確保に難渋することがあり退院が先延ばしになることがある。当院は小児専門の医療機関であるため、成人となった慢性疾患の患者さんは退院に紹介している。疾患や病状によって受け入れ先を見つけるのが難しい現状である。
県央	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネ難民が増えると、結果として急性期の在院日数に影響が出る。介護保険と医療保険双方に影響を及ぼすため、早急な対応を望む。 MCSについて、システム自体は効率的であり必要性を感じるが、訪問診療で担当する患者は複数の市町にあり、訪問診療医師全員が複数の医師会に所属することは費用負担が大きく困難なため活用できない現状。この環境の改善がされなければ普及は困難と思われる。

5 在宅医療に係る課題 —その他感じている課題(自由記述)—

在宅医療の提供における課題について(自由記述)

地域の課題、その他の課題(続き)

圏域	課題
川越比企	<ul style="list-style-type: none"> ・ 災害時の体制。 ・ 緊急往診、看取り等発生した場合にすぐに対応できない場合がある。 ・ 要介護1、軽度認知症あり、単身、インスリン回数(多)のサービス量が適正に入らないため、退院調整に苦慮する。
西部	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅介護の介護報酬が下げられたので地元の小さな事業所は経営困難になると思う。医療、介護に従事する魅力がなくなってきている。
利根	<ul style="list-style-type: none"> ・ 採算性。 ・ 病院医師が自宅では無理と話をしてしまう、看護師も無理と決めつけるような発言をする。
北部	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療に移行する際に連携可能な医療機関が少ない。 ・ 住まいの地域によっては往診を行っている医院やクリニックが近くにないことがあり、往診先を探すのに苦労することもある。 ・ 急変時や在宅での限界を感じた際に、スムーズに受け入れ出来るよう調整が必要。
秩父	<ul style="list-style-type: none"> ・ 経済的な困難や、家族関係の問題、精神疾患等があって民間事業者での対応が難しい場合の行政のサポートが不十分だと感じる。

29

医療機能の分化・連携の取組や地域医療構想調整会議等についての意見(自由記述)

南部

- ・ 病状的に退院可能でも、退院後の生活に向けた環境整備に時間がかかり退院できないケースがあるので、急性期後の退院患者の受け皿の拡充が必要と考える。
- ・ 救急車や緊急入院の受け入れについては、外来→入院などのつなぎ目の人員(受け入れ時の聞き取り、患者搬送や入院手続き関連)が不足している。
- ・ 高齢者人口が増えてくる中で、救急搬送後の入院受け入れ等の仕組みが、病院間の努力になっており、うまく進んでいないと感じる。地域全体の仕組みとして構築する必要があると感じる。高齢者の終末期の対応や療養について、医療も介護も学習を進める必要があると考える。
- ・ 急性期から回復期や慢性期病院へ転院をシームレスに、短期間で行うためには病院同士の連携が重要と考える。また、患者・家族の考えが、まだまだ追いついてこず、転院に抵抗を示している人も多い。住民の意識が変わらなないと、説明しても受け入れてもらえないこともあり、医師や看護師・相談員など病院職員は大きなストレスを抱えている。
- ・ 高齢者、単独独居、8050問題など病院だけでは解決できない問題もあり、地域包括ケアシステム構築のためには行政を含め地域全体の協力体制が今後ますます重要になってくる。
- ・ 機能分化の重要性は理解できるが、統合によって効率化できることも考慮すべきではないか。在宅医療を担うクリニックが抱える悩みの一つとして、夜間対応や後方支援病院自体が在宅医療を支援することが可能になると考えられる。在宅医療を担うクリニックと後方支援病院の一体化は、効率のかつ経営的にも安定するのではないかと。
- ・ 医療機関同士での連携では限界があり、県や市が中心となり医療機関の分化・連携を指導して頂きたい。
- ・ 外国籍の患者対応。未収金対応に苦慮→外国籍専門の医療機関や外来診療など特化できないか。
- ・ 診療所の開業には制限をかけるべきではないか。小児科や婦人科などは積極的に開業した方がいいと思う。
- ・ 夜間診療している医療機関を増やすべき。救急病院の負担が大きくなっているのではないかと。
- ・ 医療の分担が上手くない。(経営母体が異なると、同じ機能を持つ病院が多い。)
- ・ 急性期を脱した患者の定員先の探索が難しい。老々介護や核家族化やKeyパーソンの不在などで協力が得られず、患者の在院日数が延長してしまう場合がある。
- ・ 医療機能分化を進めるには、構想に応じた病床確保が重要課題であることは認識している。近年は介護領域を含めた複雑な症例が多々ある。それゆえ、在宅医療を推進するには医師会との情報共有も明示していただきたい。連携担当として、調整会議の議事内容にも注視していきたいと考えている。

30

医療機能の分化・連携の取組や地域医療構想調整会議等についての意見(自由記述)

南西部

- ・ レスパイト入院等も急性期の病院に入院してくることがあるため、より細分化していく必要がある。

東部

- ・ 老健や施設から病院の受け入れについては診療報酬等で加算され、受け入れる体制が出来つつあるが、この患者が元の施設に退院することが困難な事例が多い。そのため、急性期ベッドが埋まってしまい回転が悪くなる。施設の受入体制についても、施設側に対してACPや看取りの考え方等についての教育を行う等、何か対策を講じる必要があるのではないか。
- ・ 地域医療構想では、今より病床数が減少してしまうのが課題。このままでは医療費が増加し、税金や社会負担の増大につながる恐れもあり、現役世代が減少していく未来、現状の医療体制を維持するのは難しい。しかし、病床数の減少により急性期医療が受けられる病院が遠くなるなどの影響が考えられる。よって地域住民の医療需要に合うような病床数や医師の確保が課題といえると推測される。
- ・ パストアキュートを担っていただけの地域包括ケア病床との連携は必須と考えるが、現状では受け入れの円滑さには課題がある。特に高齢者の誤嚥性肺炎等の内科治療後の廃用症候群(数週間まで身体機能の向上が見込める方)、在宅での介護環境調整に時間を要するなどのケースでは積極的な受け入れをお願いしたい。
- ・ 救命救急センターに搬送される患者のうち、結果的に2次救急該当と判断されるようなケースについての搬送受け入れの枠組み(診療報酬上の「救急患者連携搬送料」は送り手の報酬であるため、受け手のインセンティブが必要)の構築が望まれる。
- ・ 緊急時の母胎・母体・児の搬送時の搬送受け入れ先の充実。

31

医療機能の分化・連携の取組や地域医療構想調整会議等についての意見(自由記述)

さいたま

- ・ 経済的に厳しい病院が多い中、機能・役割を担うためには、様々な地域病院との連携が必要だが、もう少し県・市が取りまとめて動けるシステムを考えてほしい。単身者の増加、認知症高齢者の増加、生活困窮者の増加等、社会的課題を抱えた患者が多く、医療機関だけの対応は困難を極めている。既存の成年後見制度の改正等も必要だと考えるが、なにより行政に協力をしてほしい。
- ・ 総合的に診療できる医師が不足しているが、中小病院においてすべての専門医を雇用する余力は無く、入院依頼や救急車の受け入れに支障をきたすことがある。地域医療構想の実現のためにも総合診療医を育成し地域密着型病院に配置する事が必要であると思われる。
- ・ 訪問診療を行っている医療機関は医師会加入率が低いのか、連携が十分に取れているとはいえない状況であるが、今後は連携を取る努力をしていきたい。
- ・ 産科に特化して、今後の展開を含め、情報を共有したい。
- ・ 地域医療構想について、既存の医療インフラの有効活用は非常に重要である事はいうまでもない。その中、安易な救急車利用は厳に慎みたい。特に若い人への教育、小児の搬送は、軽症者が多い。各種保険料に、救急搬送に関わる費用を追加徴収し、コスト意識を植え付けてはどうか。
- ・ 急性アルコール中毒は病気ではない。これで繁忙期に救急車を使われると、迷惑である。アルコールがらみの搬送は有料にすればよいと考える。結果、脳梗塞やAMIなどの疾病だった場合、本当の病だった場合に救急搬送料金をバックするなどのシステムにすればよい。
- ・ 三次医療機関である当センターは各地域の調整会議に参加することがないため、各地域で何が問題になっているか知る手段がなく、二次病院との役割分担や開業医も含めた連携の課題になっている。
- ・ 各地域の調整会議においては年配者の救急の受け皿や在宅医療の相談はされているが、小児医療に関する議論はほとんどされていないと聞いており、少子化対策に重点を置くのであれば何か対策が必要だろうと思われる。
- ・ さいたま市地域医療構想においては回復期病床数が不足していると記されており、回復期病床を最大限有効活用できるよう病院連携に尽力している。しかし、慢性的な看護職員不足と診療報酬改訂では実質減収で算定のための作業は増加しており臨現場の疲弊感が増している。配置できる人員に合わせて入院患者数を調整する必要が出てきそうである。

32

医療機能の分化・連携の取組や地域医療構想調整会議等についての意見(自由記述)

県央

- ・ 専門医が少ない症例に対して、医師の確保や救急対応について体制整備を期待したい。
- ・ 有床診療所は地域医療構想の入り口になるべきだと感じる。ただし、看護職員の確保が難しく(看護補助者も同様)先に進めない。実際、一人何役もこなしながら実施している状態である。
- ・ 独居の高齢者の受入が急性期病院では難しいという症例について、自院で受け入れている。この場合、一部専門外の患者が含まれることもあるが、容態を安定化させて在宅に移行させている。

川越比企

- ・ 地域医療構想や地域包括ケアシステムに関し、当院としての機能の構築、地域の医療機関との連携、救急医療体制の充実、紹介患者の増加、逆紹介患者の増加、応需率の向上を目標に取り組んでいる。
- ・ 地域包括ケア病院において自院の入院、手術した患者しか受け入れない病院がある。
- ・ 医師や看護師等の人材確保の問題から、緊急手術が必要な症例に対して対応が難しい状況が続いている。他院との連携が不足しているわけではないと考えているが、スムーズな受け入れについて検討していただきたい。
- ・ 在宅医療や地域包括は高齢者を念頭に置かれており、そこから置き去りにされている患者さんが居ることを分かってほしい。たとえば20才の低酸素脳症後の寝たきりの人や若い難病疾患で動けない人など。現在のシステムからは置き去りにされている感が否めない。
- ・ 老健の薬価が包括扱いであるため、高価な薬を服用する患者は入所できないケースがある。

33

医療機能の分化・連携の取組や地域医療構想調整会議等についての意見(自由記述)

西部

- ・ 医療機関間の連携は当事者間でも関係構築のための方策を実践しているが、この地域医療のあるべき姿を、地域単位で共通認識を持つことは重要だと考える。そのためにも、自治体や保健所等の公的機関主導での地域包括ケアシステムの活性化に向けた取り組みがあるとよいのではないか。
- ・ 今後の救急医療に関しては機能分化が必要になる。救急分野では今後課題となる高齢者救急は分散型で急性期、亜急性期、回復期、療養、在宅と患者さんを中心に各施設での共同が必須であり各医療機関がどの役割を行うのか明確にしていく必要がある。
- ・ 周産期や小児医療は逆に一点集中でエリアごとに対応可能な医療機関に役割を担ってもらう必要がある。
- ・ 地域医療構想では役割の中心となる医療機関を設定する必要がある。
- ・ それぞれの医療機関が自分の役割を明確にしてどの役割を担うのか決める必要がある。また、地域住民にも医療機関の役割の周知が必要であり分散医療を理解してもらう必要がある。その旗振りには行政または保健所をお願いしたい。
- ・ 高度急性期病院では地域医療支援センターの活動(在宅に向けた取り組み)について、情報を得る機会が少ないので、会議で情報交換を設けてほしい。
- ・ 地域的に介護保険ケアマネ事業所や訪問介護事業所が不足が課題と考える。
- ・ 中間施設としての介護老人保健施設の役割が曖昧になってきており、稼働維持が困難となっている。
- ・ 介護老人保健施設や精神病床から介護医療院への転換が許可されれば、地域のニーズにマッチした地域完結型医療が実現できる。その際は、補助金についてもご検討願いたい。
- ・ まずは経営面で安定できるような事業所への財政面でのご入力が急務。現場は疲弊している。ダブルワークで生き延びている人達がたくさんいる。
- ・ 法的に求める書類の整理も必要(例えば、介護サービスを実施する時には医師に確認)。ICT化するなら共通のツールを行政が準備できるのが全体の連携には重要。現在の電子カルテのようなバラバラではインターフェイスでお金がなくなり経営できない。
- ・ 中小弱小同士での連携施策を行政主導で立ち上げることも必要かと思う。株式会社は最終的には利益誘導であり、医療、介護の立ち位置とは異なる部分がある。儲からないところには手を出さなくなると思う。
- ・ 病院、施設、自宅でできることの違いの認識、療養上の覚悟を一般住民がもっと理解できるような啓蒙が必要。医療資源(人、物、金)は有限であり、限界設定を考えるべきであろう。

34

医療機能の分化・連携の取組や地域医療構想調整会議等についての意見(自由記述)

利根

- 地域の住民が(特に高齢夫婦・独居)困ったときに、相談先がわからないと言うケースがある。行政を含め、地域多職種とのさらなる連携が必要。
- 加速する高齢化に向けて具体的内容を決定して実行に移していただきたい。
- 現行の医療保険制度で民間医療機関の運営は厳しい状況である。(行政機関の積極的な介入と柔軟な対応、既存制度の積極的な活用(介護保険制度など))を期待する。
- 医師の考え方がまだ在宅に向いていない。特に病院で働いている先生の認識が「家では見れない」とレッテルを貼っている様に感じる。看護師も同様に自宅方向ではなく施設方向に誘導している様に感じる。
- 急性期、回復期を終えた患者について、施設側の受入れ調整が困難な事例が多い。また、身寄りのない生活保護者の受入れ先を探す等の支援がないため、苦慮している。今後は医療機能だけでなく、介護、自治体も含めた総合的なネットワーク機能の構築が必要だと感じる。

北部

- 高齢者人口の増加、認知症、独居、核家族化、貧困等高齢者を取り巻く課題はたくさんある。長期入院により意欲の低下やフレイル、サルコペニア等のリスクもあるため、入院早期からスクリーニング、カンファレンスを多職種で実施することに意義があり患者の今後の生活を左右すると思われる。
- 独居や認知症、老々介護の方は日中介護サービスを受けられても夜間に介護サービスを受けられず自宅を諦めることもあるため、安心して自宅で生活出来るよう24時間切れ目のない支援が必要となってくる。
- 療養病棟へ入院しても、時間の経過とともに転退院の希望が出るケースも多い。その際、中々介護施設(医療機関含む)が見つからない事もある。また、同時に北部地域には基幹病院がなく、専門的な治療が必要となる場合には圏域を超えることが多いが、ご家族の理解が得にくい場合も多い。

秩父

- 医療機能の分化・連携について普及啓発を行い、住民の理解を深める必要があると考える。

35

(参考)アンケート用紙

医療機能の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

このアンケートは、地域医療に関する連携の取組や調整会議等に関する、埼玉県に関するものです。結果は公開されず、集計結果を元に今後の施策等に活用させていただきます。ご協力をお願いします。

二次情報提供先(匿名): 所在地、医師数、診療科目数、診療科目別件数、診療科目別件数、診療科目別件数、診療科目別件数

1. 調査対象の地域医療機関について、該当する番号を記入してください。

2. 調査対象の地域医療機関について、該当する番号を記入してください。(複数選択可)

3. 患者の入院について、地域との連携の観点からのご意見を伺います。

4. 入院患者の退院に向けた地域との連携の観点からのご意見を伺います。

5. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

6. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

7. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

8. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

9. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

10. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

11. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

12. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

13. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

14. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

15. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

16. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

17. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

18. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

19. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

20. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

21. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

22. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

23. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

24. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

25. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

26. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

27. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

28. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

29. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

30. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

31. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

32. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

33. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

34. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

35. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

36. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

37. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

38. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

39. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

40. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

41. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

42. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

43. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

44. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

45. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

46. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

47. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

48. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

49. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

50. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

51. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

52. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

53. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

54. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

55. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

56. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

57. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

58. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

59. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

60. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

61. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

62. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

63. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

64. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

65. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

66. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

67. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

68. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

69. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

70. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

71. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

72. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

73. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

74. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

75. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

76. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

77. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

78. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

79. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

80. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

81. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

82. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

83. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

84. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

85. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

86. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

87. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

88. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

89. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

90. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

91. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

92. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

93. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

94. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

95. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

96. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

97. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

98. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

99. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

100. 地域医療機関の連携に関するアンケート【埼玉県調査】

36