

今後圏域ごとに協議いただく在宅医療のテーマ  
(優先課題)及び協議の場について

令和5年2月14日

医務課

・・・これまでの経緯・・・

## 第7次医療計画の中間見直し(在宅医療)

医療審議会了解事項(R4.3.29)、地域医療構想調整会議報告事項(同日)

---

- 整備目標見直し・・・・・・・・第8次介護保険事業計画との整合を図り見直した、在宅医療の整備目標について了解
- 調査・・・・・・・・令和3年度に分科会等で圏域ごとの現状や課題を把握したことを以て「調査」とすることを了解
- 分析・評価・・・・・・・・「調査」を踏まえ、令和4年度から令和5年度にかけて関係者の御意見を聴きながら、課題への対応など、今後の在宅医療体制について検討することを以って「分析・評価」とすることについて了解

## 「分析」「評価」の方向性

追加ヒアリングを行い、更なる現状・課題の把握



医療圏ごとに分科会で協議いただくテーマ(課題)を設定



現場の実態に即した分析・評価となるよう、分科会で協議  
(課題解決に向けて医療圏内で取り組めることがないか検討)

## スケジュール

- ・5月下旬からヒアリングを実施
- ・10月頃から順次分科会を開催(本年度中に各圏域2回開催予定)

第1回目 協議いただくテーマ(課題)の設定

**第2回目 協議いただくテーマ(課題)の設定、協議の場の設定**

- ・令和5年度は、次期医療計画の検討と合わせて協議(数回程度)

※ 協議結果を次期医療計画に反映させた上で、  
必要に応じて医療圏の取組を後押しするための支援策を県として検討

### ご意見

- 医師や看護師だけでなく介護士も看取りに関する医療現場での研修（教育）が必要。
- 在宅や介護施設での麻薬の使用（痛みのコントロール）が必要になる。薬剤師も含めた看取りのチーム（多職種連携）が必要
- 幸せな看取りとは何かを考えたほうがよい。在宅での看取りが幸せとは言えない。
- 医師少数区域であり、今後働き方改革もあるので「在宅医療を行う医師の増加」の余力は出てこない。  
（医師の高齢化、働き方改革も導入され医師不足）
- がん末期の患者を施設で看取る体制ができていない。  
「がん」と診断された患者は施設に入所させることは難しい。
- ACPの普及を含め、介護施設のレベルを上げる必要がある。このような取り組みを通して、不必要な医療が浪費されることがないように、地域の救急医療体制を守っていくことが長期的には重要である。
- 地域の特徴として在宅での個人への対策は非効率。  
限られた医療資源を有効に活用するためには医療の集約化が必要であり、そのためには高齢者施設への入所等もやむを得ない。ただ、その高齢者施設、例えば、宅老所等の施設は医療が脆弱であり、まずは個人ではなく、施設への医療提供体制を充実させることが先決である。
- 次の会議では在宅医療実践者、患者の立場の方も参加いただく必要もあるのではないかと。

### テーマ（案）



『西部地区の高齢者施設における看取り・ACPをいかに普及させるか』

## 《本日 確認事項》 今後圏域ごとに協議いただく在宅医療のテーマ

---

○第1回分科会にて、今後協議いただく在宅医療のテーマを設定することとしてはどうか。

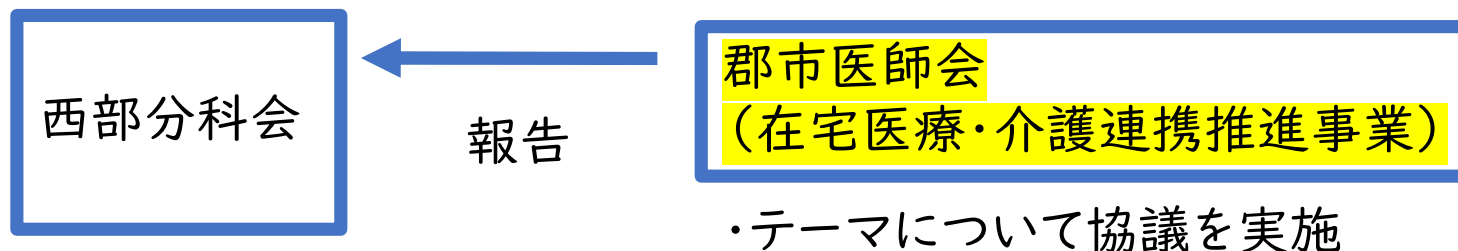
### テーマ (案)

『西部地区の高齢者施設における看取り・ACPをいかに普及させるか』

## 《本日 協議事項》 第2回分科会後の協議の場

---

上記のテーマ(優先課題)で、引き続き、分科会で議論する。もしくは今後以下の協議の形式としてはどうか。



**以下、前回分科会参考資料**

# 本日議論いただきたいこと

## 西部医療圏の在宅医療の課題について

- ・分科会で協議いただくテーマ(課題)の設定

### <テーマ(課題) 【案】>

医療圏	西部
テーマ①	施設における看取り、ACPの普及
テーマ②	訪問診療を行う医師の増加
テーマ③	訪問診療に対応できない医療機関から訪問診療を行う医療機関への円滑な引継ぎの仕組み
テーマ④	在宅医療におけるICTの活用

#### <参考:整備目標との関係>

- ・スライド5の整備目標は、地域医療構想の病床機能ごとの必要量を達成できたときの、在宅医療の必要量
- ・地域医療構想は、将来の医療提供体制の構築に向けた施策の方向性を示すものであり、整備目標の達成が目的ではないため、本日の協議は(整備目標に縛られることなく)、実態に即して議論いただきたい。

項目	課題	要旨
優先課題	施設の看取り、ACP推進	<u>看取りをできない施設、ACPが進んでいない施設が多い。施設での看取りを増やしていけば、病院の負担が減ったり、家族の満足度が高まったりするのではないか。</u>
	訪問診療に対応できない医療機関から訪問診療を行う医療機関への円滑な引継ぎの仕組み	<u>退院支援の場面でかかりつけ医が訪問診療に対応できない場合、在宅医療に移行することが難しい。</u> <u>以前は、かかりつけ医で訪問診療を実施している医療機関も多かったが、少なくなっている。訪問診療を行っている医療機関は数か所あるが、数年後どうなるかは不明確である。</u>
在宅医療を担う人材	訪問診療を行う医師の増加（若手）	伊万里で在宅医療を中心に担っているのは2人程。 <u>在宅医療を行っている若い先生があまりいない現状。</u> 医学生に在宅医療に触れてもらう機会がより必要。
	ターミナルまで対応できる訪問診療を行う医師の増加	在宅医療を行っている医療機関は数か所あるが、ターミナル期まで見ることが出来る医師は1、2人ほど。
地域内での連携	—	有田地区では、クリニックの医師同士で連携し、訪問診療をしている印象がある。
	—	年に数回、地区内の医師、看護師、ケアマネージャー、入退院部門等多職種での研修会を行っており、顔の見える関係を作っている。
医療需要	—	(肌感覚) 在宅のニーズはそれほど多くないと思う。施設や病床が多いことが影響しているからか、在宅医療のニーズは増えていっているとは思っていない。
	訪問診療を行う医師の増加 (福祉施設の整備)	送迎を実施している医療機関もあるが、実際は自宅ではなく、地域のポイントとなる場所まで出て行かないといけないので、要介護2以上の方など歩行が難しく、通院が困難な方はバスの利用ができず受診ができない。この様な方は最終的には、施設に入所せざるを得ないが、調整の際、最近では施設の空きが少なく、調整が難しい。
その他	施設のACP推進 ターミナルまで対応できる訪問診療を行う医師の増加	訪問診療も施設に行っている医師が多く、何かあったら病院に入院となる。あまり、施設で最期まで看るという意識もなく、最期は病院に行くという状況ではないか。

前回の分科会における主な意見

- ・在宅医療に関する課題・距離が遠いという問題がある以上、家庭でモニタリングするとか、ICTの活用も考える必要がある。
- ・在宅で看取することはたまにあるが、1人での対応は大変。どこかにセンターを設置するなど、複数人のグループで対応できる形ができれば。
- ・西部医療圏では、訪問診療で診なければならなかった人を送迎している実態があり、その場合は訪問診療料は取れないので、それも影響しているのではないか。
- ・訪問診療の推進は、医療資源の分散につながる
- ・人口が少ないから施設も少なくいいという話ではなく、施設がしっかりしているから安心して住むことができるということ で、都会型とは別の考えを持つ必要がある。