

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15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

10/17 南部分科会でご意見抜粋

ご意見

- ・介護施設やデイケアを併設している病院では比較的、在宅医療に取り組まれているが、個人の診療所では難しい状況。チーム医療についてもアンケートを行ったが、手は上がらなかった。
- ・久留米地区ではがん患者の在宅医療ができる開業医のリストがあり、退院前に患者の自宅近くの医師を紹介することができるが、南部地区ではリストがなく、退院後に在宅対応できる医師がいるか分からない。
- ・人口動態ではこれから85歳以上が急増する。独居などで来院できない患者がでてくると考えられ、個々の医師ではなく医師会が中心となって在宅医療に取り組むべき。
- ・在宅医療に本腰を入れて取り組まなければいけないと感じている。今後、訪問医療を行う医師をいかに増やすか、訪問診療の敷居をもう少し低くやれる環境を作れるかということが一番のテーマと感じる。
- ・個人で開業している医師が365日看取りまでいきなり話がいからなかなか話が進まないというのがあるのでは。そこまでいなくても、85歳で病院へ通ってこられない患者が今から増えるという看取りの前の段階というのを考えると新しいアイデアがでるのでは。
- ・患者の人生会議で「在宅で看取りまで」という話をしていても、いざとなると救急車を呼んでしまうという現実がある。看取りと在宅医療を切り離れた形で、コメディカルを含めた医療資源を活用して訪問診療につなげる、なんとか当地区で1人でも多く在宅医療に参加する医師、在宅医療を受ける患者を増やせればというところで、南部地区のテーマとしたい。(会長)

《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

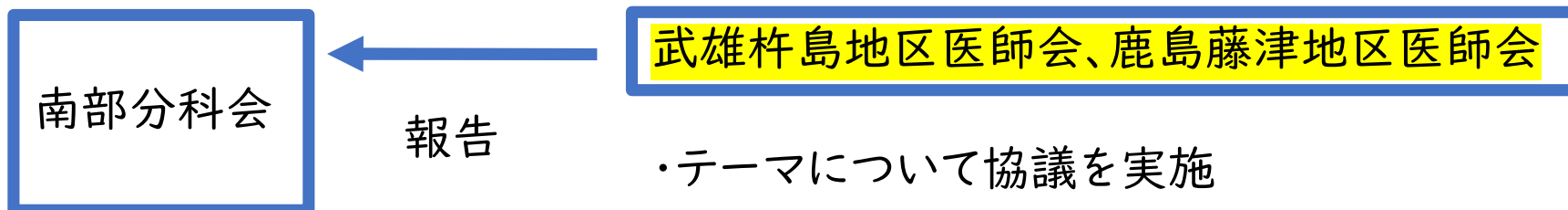
○第1回分科会にて、今後協議いただく在宅医療のテーマを設定した。

テーマ

『南部地区において、いかにして1人でも多く、在宅医療に参加してくれる医師を増やしていくか』

《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、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

南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	南部
テーマ①	訪問診療を行う医師の増加
テーマ②	地域住民に対する在宅医療の周知
テーマ③	在宅医療を支える他のサービスの従事者確保
テーマ④	患者が望む自宅での看取りを実現する体制の構築

<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	医療圏	要旨
優先課題	訪問診療を行う医師の増加	南部地区では、訪問診療を実施している医師が少なく、人材不足。
	地域住民に対する在宅医療の周知	(肌感覚) 在宅医療の潜在ニーズはあるが、病院で亡くなるのが当たり前とっており、在宅死を知らない現状。 →在宅医療が選択肢になるためには、在宅医療を行う医療機関、訪看ステーションなどの情報を住民に届けることが重要。
地域内での連携	—	カナミックはID登録が県内の都市医師会で最も多いが、使用件数(患者部屋)は多くなく、本当に情報共有が必要な患者(看取りや状態の急変、褥瘡の発生など)に対しては介護関係などとの情報共有が必要なため使用頻度が高くなる。
	—	在宅医療関係の多職種連携は比較的取れていると感じる。
在宅医療を担う人材	訪問診療を行う医師の増加	南部地区は、面積が広く、武雄から鹿島、嬉野、太良等移動するにも時間がかかり、採算的な観点からも、訪問診療を実施している医者が少ない。
	在宅医療を支える他のサービスの従事者確保	看護師、ヘルパーが人材不足。特に介護職は、給与が低く、仕事が長続きしていない。
医療需要	—	都市部と異なり、入院したくてもできないという声は聞こえてこない。何かあれば入院できるという環境であるともいえる。
その他	—	医療提供側だけでなく、在宅医療を選択すると、住宅改修や家族の負担など増。
	—	「つながり手帳」を作成し、周知予定。(患者自身の医療・介護等の利用内容を記入、関係者で共有できるもの。)
	訪問看護ステーションによる看取り減少の食い止め	訪問看護ステーションにおける看取り件数は年々下がっている印象。質の向上が必要ではないか。
	患者が望む自宅での看取りを実現する体制の構築	看取りまで行う場合患者家族の負担も増える。患者本人は家に帰りたいといっても、家族の意向もあって、病院に戻り、最終的に病院で看取る件数も多いのではないか。
	—	カナミックやシステムで情報共有は必須。先生によっては、FAX、メール等情報共有するツールは異なる。

前回の分科会における主な意見

- ・〈人材育成〉人材確保のためには県から在宅医療に関わることの魅力を広報する必要がある。
- ・〈人材育成〉訪問看護を行う人材の育成が必要だが、鹿島藤津医師会立看護学校は毎年定員割れしている。