

○在宅医医療実態調査の結果について有
(R5.5.16~6.18実施)

○在宅医医療実態調査の結果取りまとめの共有

訪問診療を実施している医療機関

回答数:271

回答率:(在支診・在支病における回答率)90.2%

	訪問診療を実施している	訪問診療を実施していない
県内	162	109
うち在支診・在支病	125	4
(中部)	57	59
(東部)	29	15
(北部)	30	13
(西部)	14	9
(南部)	32	13
計	162	109

訪問診療対応可能年齢区分

回答数:162 単位:医療機関数

	15歳未満	15歳以上～65歳未満	65歳以上～75歳未満	75歳以上
県内	20	88	145	157

訪問診療に従事している医師数について

回答数:162

県内	267
(中部)	103
(東部)	59
(北部)	38
(西部)	19
(南部)	48

○在宅医医療実態調査の結果取りまとめの共有

R5.4月の1ヶ月間で訪問診療を行った実患者数及び主な居所について

	実患者数	実患者数		
		自宅	高齢者向け施設等	その他
県内	7613	1355	6177	81
(中部)	3504	830	2611	63
(東部)	1816	248	1568	0
(北部)	948	91	857	0
(西部)	419	90	311	18
(南部)	926	96	830	0

パーセント表示

	実患者数	実患者数		
		自宅	高齢者向け施設等	その他
県内	100.0%	17.8%	81.1%	1.1%
(中部)	46.0%	23.7%	74.5%	1.8%
(東部)	23.9%	13.7%	86.3%	0.0%
(北部)	12.5%	9.6%	90.4%	0.0%
(西部)	5.5%	21.5%	74.2%	4.3%
(南部)	12.2%	10.4%	89.6%	0.0%

○在宅医医療実態調査の結果取りまとめの共有

R4年度に看取りを実施した医療機関

	R4年度に看取りを行った	R4年度に看取りを行っていない
県	107	148
(中部)	40	76
(東部)	22	22
(北部)	18	19
(西部)	7	13
(南部)	20	18

看取りをどこで行ったか

	病院・診療所	自宅	高齢者向け施設等	その他
県	14	75	83	6

どのような方の看取りを行ったか

	老衰	フレイルや認知症	心不全や呼吸不全等の臓器不全	悪性腫瘍	神経難病	小児	その他
県	100	42	69	68	12	3	6

○在宅医医療実態調査の結果取りまとめの共有

患者の情報共有等を行っている機関

回答数:164

	①他の病院	②他の診療所	③訪看ステーション	④居宅介護支援事業所	⑤歯科診療所	⑥薬局	⑦介護保険施設等	⑧訪問介護事業所	⑨訪問リハ	⑩栄養ケア・ステ	⑪その他
	80	61	137	90	32	110	67	54	68	4	9
割合	49%	37%	84%	55%	20%	67%	41%	33%	41%	2%	5%

業務継続計画（BCP）を策定している医療機関

回答数:131

	策定している	策定していない
県	27 (うち在支診・在支病22)	140 (うち在支診・在支病98)

○在宅医医療実態調査の結果取りまとめの共有

ご意見抜粋（在支診・在支病以外で訪問診療を実施している医療機関から）

- ・24時間体制ではないので、夜間帯の状態変化には診療不可。場合によっては、別の医療機関へ救急搬送等を家族へ依頼する。（中部）
- ・月に1回の訪問のため、それ以外に診療希望があれば、病院受診を依頼するしかない。（中部）
- ・医療機関が少ない田舎の方で、通常診療を行いつつ、学校医・園医や警察の検死や健診・予防接種や障害者施設の嘱託医や各種会議などをこなしながら在宅医療を行うことには、相当の労力を要します。（西部）
- ・このままでは数少ない医療資源が減少～枯渇していく可能性が高く、地域によっては医療資源ゼロになるところも出てくるかもしれません。そういった場合には基幹病院の中に地域医療を支える診療科を設置することも考えないといけなくなるのではと思います。時代に逆行するようですが、そもそも在宅医療自体が国が進める働き方改革と相反しているとも思います。（西部）

ご意見抜粋（在支診・在支病の医療機関から）

- ・1人の診療所では、特に外来時間中の緊急の対応が困難。病状の不安定な患者の受け入れができない。（南部）
- ・訪問診療患者増加による医師の負担や訪問診療先への移動負担軽減のため、ICTを活用していこうと思っている。（北部）
- ・休日や夜間の看取りが大変（北部）
- ・在宅医療に対応する医療機関の数が限られている、訪問看護師数が需要に満たない、施設看取り可能な施設がまだ不十分（サポートする在宅医療を行う医療機関が少ないことも要因）（北部）
- ・長期的な訪問診療の提供のために複数人体制（医師3人程度）を構築したい。
一方、内科医師が相対的に少なくなり、他のクリニックも高齢化し、女性医師が増えていき、訪問診療ならではの危険な結果に陥ったニュースもある。（中部）
- ・夜間のオンコールかつ訪問診療という医療は敬遠されがちである。この傾向は悪化すると見込んでおり、訪問診療の質の低下、入院での死亡数の上昇につながると予測する。（中部）
- ・医師1人の診療所では、外来診療中などに急な往診に対応困難で、症状が不安定な人を断らざるを得ません（南部）
- ・地域での在宅医療を担う医師の増加が将来的に必須である。（南部）
- ・個人の診療所は外来患者で忙殺される環境であると、在宅診療を行うことが難しくなる（中部）

○在宅医医療実態調査の結果取りまとめの共有

ご意見抜粋（在支診・在支病の医療機関から）

- ・伊万里有田地区にはオピオイド注射薬を調剤処方可能な薬局がなく、唐津や佐世保の薬局を利用している。現状では処方数が少なく採算が合わないため、導入の障壁がある。
- ・在宅医療、在宅看取りについて、医療者や市民への啓発が必要。地域で在宅医療を行なっている医療者の交流の機会を作り、啓発の主体とする枠組みを作る支援をして欲しい。
- ・施設看取りが可能な施設が少ない。患者家族側に最期まで過ごせる施設なのか、最期は入院が必要な施設なのか情報提供がなく、ブラックボックスになっている。看取りを行わない施設と分かると集客や、入所者の転所につながるため、必要な時期にACPが行われたい。数年かけて弱って、自然の経過で肺炎や老衰による食欲低下を併発しても、それまでのACPの積み重ねがないため、入院→胃ろう→療養型という流れが変わらない。（西部）
- ・ACP(アドバンス・ケア・プランニング)が十分に行われていない症例がある。疼痛管理の技術、特に持続皮下注の普及がまだまだ不十分で、痛んでいる患者さんがいる。
- ・在宅には限らないが医療においては倫理的なジレンマに悩むことが多く、倫理相談窓口が必要。在宅医療が一人診療所の医師で行われている場合が多いがバックアップ体制がないことが課題。特別養護老人ホームに患者が入所した場合、嘱託医が主治医となり、訪問はできなくなるが、嘱託医は毎日来ておらず、手のかかる患者の医療が、手薄となる。訪問診療と嘱託医の問題は以前より、ずっと指摘されているが全く改善がない。またショートステイ中の訪問も1ヶ月以内の自宅での診療がないと認められず、入所待ちでやむを得ずショートステイをしている人が月一回、訪問診療を続けるために自宅に月一回帰るといったことが起こっている。施設と待機者のバランスの悪さによって起こっている事態だが、救済策があっても良いのではないかとあえて、ざっと思いつくことを書きました。（中部）