

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1月23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
<p>・施設で看取り加算を取るのハードルが高いというよりも、ノウハウがない部分がある。ちょっとしたサポートで訪看ステーションの看護師に教えると、3例目ぐらいから、スムーズに看取る能力がつく。マンパワーの確保が難しい地方が、在宅医療を進めることは難しいと思うが、訪問看護ステーションが育つことは大事である。</p>
<p>・看取りのできる施設とできない施設で、ACP・看取りの対応は変わってくると思う。施設ごとでACP・看取りの話し合いをしてもらった方が良い。先生方は各介護施設に行かれた時にその話題を喚起するのも良い。</p>
<p>・老人保健施設での看取りが多くなった。訪問看護ステーションがバックアップしてくれており、看取りがわからない施設は、訪問看護ステーションがバックアップしてくれる。</p>
<p>・最近（看護業務効率化アワード等で）目立つのが、ITを使ったものが多い。この地区の訪看ステーションは人数が多い所で10人いない。2人で回している所もあり、横のつながりもあっていいのではないかと思う。</p>
<p>・唐津市では、いきかたノートを作成しており、活用講座の実施、ホームページや市報などで周知、YouTubeも活用して周知に努めているところ。いきかたノートの普及啓発をすることで、在宅医療というものを知ってもらう機会になるのではないか。</p>
<p>・地区には10程度の訪看ステーションがあるが、実際に人数が少ないので、質を問いたくても、研修に出せないというのが現状。認定看護師の研修も、受講する際、夏に長い期間抜けられると、経営的にも厳しいとことがある。</p>
<p>・訪問看護ステーションで、利用者からひどいハラスメントを受けている事案があった。誓約書を書いてもらい、サービスを続けているが、何か対応ガイドラインがあればと思う。</p>
<p>・老々介護介護が多くなっている。70歳近くの方が90歳を看護している所もある。現場の声では、介護しているご家族のフォローが必要だと伺っている。</p>
<p>・スタッフそのもの、コロナの問題を併用しながら対応しているので、マンパワー不足。現在訪問看護ステーションは、マンパワー、人材育成かなり厳しい。医療機関でも看護師を求人しているが中々足りない状況。</p>

《本日議論いただきたいこと①》 今後圏域ごとに協議いただく在宅医療のテーマ

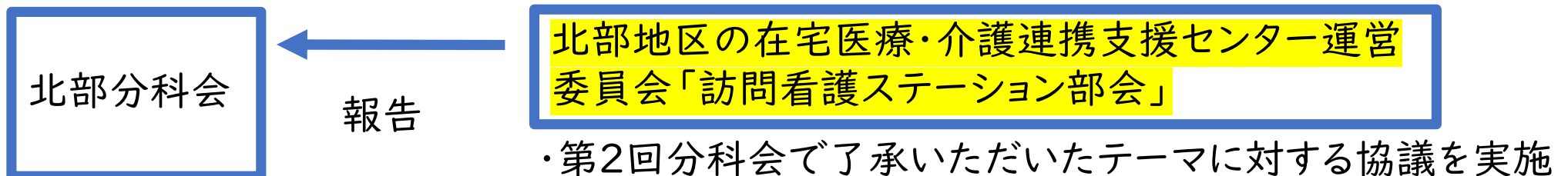
- 第1回分科会にて、いただいたご意見をもとに、今後協議いただく在宅医療のテーマとしてはどうか。

テーマ(案)

『北部地区において、訪問看護ステーションの人材不足を補うために、ICT等を活用した働きやすさの向上や事業所間の連携推進を図るためには、どうすればよいか』

《本日議論いただきたいこと②》 第2回分科会後の協議の場

上記のテーマ(優先課題)とした際、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

項目	課題	要旨
優先課題	在宅医療の周知	潜在的なニーズあり。在宅医療は多くが提案型。患者自身が在宅医療の存在を知らない、思いも及ばないケースもある。在宅医療の周知が必要。
	訪問診療を行う医師の負担軽減（かかりつけ医の訪問診療への参画）	かかりつけ医が、自分の患者を最後まで見ようとする姿勢が大切。ターミナル期の患者を診るのは、オンコール対応が多く、かかりつけ医の対応が難しいと思うが、症状が安定している人だったらコールも少なく、訪問看護師に対応させやすい。症状が安定している人を見ていただくだけでも、一人で訪問診療を行う医師の負担が減るのではないか。
	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引継ぐ仕組の構築	大きな病院のSWから、患者が在宅に戻る際、元のかかりつけ医が訪問診療を行っていない場合は、在宅医療に結び付けることが難しいと聞く。かかりつけ医が病院へ患者の紹介を行う際の事前確認事項として、退院時のADL低下に伴いかかりつけ医への通院が困難になった場合に、在宅医療を実施できるかという事項を設けるなどの工夫も必要 患者側が在宅医療を望んでも、かかりつけ医で訪問診療を行っていないければ、その時点で在宅のニーズがストップする場合もある。在宅医療の実施が可能な医師の可視化・共有化が必要と感じている。ケアマネージャーや入退院部門が在宅医療の必要性を感じたとき、ニーズを受け止め、在宅医療に結び付ける仕組みが必要。
	かかりつけ医の訪問診療への参画	かかりつけ医も一般診療と同様に在宅医療を行うという意識付けを行う必要がある。誰に対しても（要望があれば）訪問診療を行う体制が必要。
地域内での連携	訪問診療を行う医師の負担軽減（全体で支える体制）	医師については個人に依拠している面があるが、グループ制まで作らなくても、普段訪問診療に行っている先生が行けない時に、フットワーク軽く全体で見れる体制が必要ではないか。
	訪問看護ステーションのネットワーク構築	訪問看護ステーション同士で情報共有ができていない。訪問看護ステーション連絡協議会（支部会）にも、小規模の訪問看護ステーションの参加が少ないので、小規模事業者の参加・情報交換により、地区の訪問看護の技術が上がると思う。
在宅医療を担う人材	訪問看護ステーションの増加	地域の訪問看護ステーションが、実際足りていないと感じている。（唐津は中心地を外れると手薄な状態）
	訪問診療を行う医師の負担軽減	地区の在宅の先生が少ないため、負担が一部の先生に集中している状況。
	訪問看護ステーションの看取り対応力の向上	定期的な訪問診療では、訪問看護ステーションの質の差は感じない。看取りに関して、訪問看護ステーションの実力の差が表れる。実力がわかっていないと頼めない。
	ケアマネージャーの質（在宅医療に結びつける技量）の向上	ケアマネージャーによって在宅医療に結び付けているか、ケアマネージャーの質（技量）の違いを感じる。
	訪問診療を行う医師の増加、在宅医療を支える他のサービスの従事者確保	在宅医療に係る医師、看護師、ケアマネージャー等専門職が少ないと感じる。開業医の先生で24時間対応できる医師も少ない。なり手がいないと感じる。
	訪問診療を行う医師の増加 訪問看護ステーションの増加	訪問看護師、医師が足りていない現状。24時間365日対応でライフワークバランス等を考えると、なり手があまりいない。 医師、訪問看護ステーションが不足している。訪問看護ステーションの数が少ないため、訪問看護師が空いていたらお願いする形をとっている。つまり、看取りができる、訪問看護ステーションの力量を判断している時間がない。

項目	課題	要旨
在宅医療を担う人材	特定行為研修を受講しやすい環境の確保	(訪問看護ステーション) 特定行為研修を受講するにも、費用や受講期間の関係で、他職員の負担が増えてしまう。
医療需要	訪問診療を行う医師の負担軽減 訪問診療を行う医師の増加	かかりつけ医が訪問診療を対応できない(断られた)場合、地域の在宅医療を実施している医師に頼んでいる現状。一部の先生に負担が増えているのではないかと。
	—	在宅医療のニーズは高まっていると感じる。特にコロナの影響で面会ができないことから、最後は在宅という方が増えてきている。
その他	かかりつけ医の訪問診療への参画	かかりつけ医が訪問診療を行っていない場合、地域住民の在宅医療という選択肢が取れなくなる。
	中心部以外の在宅医療の需要への対応	経営状況(採算)も考慮し、都市部以外での在宅医療を行う先生も少ない。
	—	医師に関しては、高齢化が進んでいるが、現在、佐賀大学の在宅医療の講座実習が組まれていることから、今後、医師が増えていくかもしれない。
	住民への在宅医療の周知	在宅医療を希望される場合、病院側が金額面や制度の内容をうまく説明するため、小さなガイドブックがあれば在宅医療に結びつけやすい。

前回の分科会における主な意見

- ・在宅医療においてケアマネジャーの役割は非常に重要。働きに対し、相応の給与がもらえる制度が必要ではないか。
- ・ケアマネジャーがいなければ、計画を立てても在宅医療は進まない。佐賀県はケアマネジャーの合格率が非常に低いため、改善を図る必要がある。
- ・24時間対応の訪問看護ステーションが無いと医者は動きにくいので、地区ごとに相談したら誰かが主導で動いてくれるような、医者の動きやすい環境が必要。
- ・医療介護間の情報共有のため、カナミックで画像等のやり取りをしているが、通信手段は非常に重要であるので、特に環境の悪い中山間地の対応を考える必要がある。

【昨年度】

「北部」在宅医療に関する「調査」の状況（令和3年度地域医療構想調整会議分科会意見）

項目	要旨
医療需要	・在宅の推進には、需給バランスの視点が重要。医療機関側だけでなく、住民側の需要も押さえておくべき。実際の需給と合致するのであれば、必ずしも、計画等で目標とする数字に縛られる必要はない。
	・独居で身体能力が落ちているなど、交通手段が無い事が要因で在宅医療を選択せざるを得ない場合がある。何か対策が無いかと考えるが、個人でできることは無く、公的なもので何かできないかなと思う
	・コロナの影響で面会が難しくなったため、在宅を選択する家族が増加した。
人材確保・育成	【ケアマネ】・在宅医療においてケアマネジャーの役割は非常に重要。働きに対し、相応の給与がもらえる制度が必要ではないか。
	【ケアマネ】・ケアマネジャーがいなければ、計画を立てても在宅医療は進まない。佐賀県はケアマネジャーの合格率が非常に低いため、改善を図る必要がある。
体制構築	・24時間対応の訪問看護ステーションが無いと医者は動きにくいので、地区ごとに相談したら誰かが主導で動いてくれるような、医者への動きやすい環境が必要。
	・唐津は、訪問診療で看取りまで対応してくれる医者が少ない。在宅需要への対応を考える際は、重症患者の看取りへの対応は、開業医が通常看るものとは異なり、手厚くできる体制を特別に考える必要がある。
	・地区毎に仕組みを作っていくというのが良い。終末期は24時間対応となり、1人で対応していくことが困難なので、グループで診る仕組みが必要。
	・コロナ対応で、県から訪問看護STに訪問診療・看護のフォローの依頼が来ていたが、裏付けのある（主治医がおり、患者情報を熟知する）医療機関を整理してくれなければ、負担が大きい。
小児在宅	・在宅小児では、九州大学や福岡こども病院にかかっている人が多いが、地域にも裏付けのある医療機関が必要だと考える
	・小児在宅は広域で考える必要がある。障害が重いほど大学の信頼があるので、システムで情報共有して、唐津で在宅受けるなら日赤に診療情報がなければならぬ程度の縛りをかけなければ、地域の医療機関が入ることは難しい。
ICTの活用等	・医療介護間の情報共有のため、カナミックで画像等のやり取りをしているが、通信手段は非常に重要であるので、特に環境の悪い中山間地の対応を考える必要がある。
	・カナミックは導入して5年経過し、そこそこ活用もしているので更新を検討している。導入の際は補助があったが、機器の更新についても補助を検討いただきたい。