

# 令和6年度第1回埼玉県在宅医療部会（令和7年1月16日）における意見

## 2 議事

### （1）第8次埼玉県地域保健医療計画（在宅医療の推進）の進捗状況について

#### ア 訪問診療を実施する医療機関数

・在宅医療を担う医師の育成が一番肝要であることから、埼玉県医師会在宅医療塾を開催している。1回目は「明日からでも始められる在宅医療」とし、チームやICTを活用すれば在宅医療に参加できるということを受講者に説明している。

・会員の先生から、在宅医療を始めたいという相談があり、在宅医療塾の資料を提供して、その結果前向きに検討するという返事を頂いたところである。在宅医療塾が少しずつ医師会員の中で認知されて、在宅医療に取り組もうとする医者が増えているのが実際のところである。

・在宅医療塾や、私の知っている先生も同行訪問に同行してかなり勉強になったということで、共にかなりいい成果が出ている。

・今回示されている訪問診療を実施する医療機関は数だけだが、実際には地域差があったり、医療機関の規模の差異があるので、そういった指標も必要だと思う。

・地域医療構想が医療計画の中ではなくて、上位計画として設定されると聞いている。特に在宅医療については、実際に提供されている数が重要な指標となると思うので検討していく必要がある。

・2040年に向けた地域医療構想の議論の中で、訪問診療体制をどうするか議論をすることになる。そういったものを共有しながら、議論していきたい。

#### イ 訪問看護ステーションに従事する訪問看護職員数

・訪問看護ステーションは、今すごく増えている。ただ、訪問看護ステーションの規模としては、小さなステーションが増えている状況である。今年度から訪問看護ステーション協会で管理者研修を一本化して、ZOOM等を活用して管理者の育成に力を入れている。

・令和7年度に向けては、教育ステーションを各医療圏に1ヶ所ずつ置いて、それぞれ訪問看護師の育成教育と地域連携に重きを置いて研修等を行っていく。

・2040年に向けては看護の質を高めていく必要性があると思っている。

・部会として機能強化型Ⅰのステーション数を指標に挙げているが、これは看護の質を高めていくためにも大事なものだと思う。

#### ウ 地域連携薬局の認定を取得した薬局数

・前にもお話した通り、連携薬局に登録することのメリットっていうものがあまり生まれていない。令和6年度の実施内容に、調剤報酬上の検討や認知度の向上に対する施策を打っていただけとあるので、こちらに期待しつつ、令和8年度の800薬局という目標に向かって頑張っていきたい。

#### エ 在宅歯科医療実施登録医療機関数

・新しく開業した先生方に、在宅で使う様々な診療機械をどのように使うのか紹介している。

・歯科のない病院の入院患者を訪問してアセスメントを行う事業を行っているが、そこにまず一緒に同行してもらい、自分の診療所以外でもこういう道具や材料を使えば（在宅歯科が）できるという事を教えている。

## オ その他

・85歳以上人口の急激な増加に伴い、要介護率が上がり、それに伴って通院困難になり必然的に在宅で医療を受けざるを得なくなってくること、加えて働き世代の中心世代が減っていくという、需要は増えるけど、供給が必ずしも増えないという、非常に厳しい状況が2040年以降も想定され、どう供給量を確保していくかというのは本当に重要な問題だと考えているので、こういう場所でしっかり議論していければいい。

## (2) 在宅医療に関する実態調査の結果報告について (アドバンス・ケア・プランニング (ACP) の普及について)

・基幹病院で実施する PEACE (ピース) 研修は、医師だけでなく多職種が参加できる ACP の研修であると聞いている。ぜひこの研修を広くやっていただきたい。

・ACP は栄養士でも大変興味がある分野で、病院や介護施設等に勤務している栄養士はある程度認識がある。地域で働く管理栄養士等にも普及していくことが大事だと思っており、来年度の生涯教育の中にこの ACP を入れている。団体としてもこういったところは広めていきたいと考えている。

・医師会としては、今地域住民に対する ACP の普及を行っている段階で、会員に対する ACP の普及については、来年度に向けて考えていきたいと思う。

・看護職に関しては、看護協会でも意思決定支援や ACP に関する研修を実施している。病院等でもこの辺りの意識は大分高まってきていると思っており、引き続きこの研修を開催していきたい。

・住民サイドから、しっかりと ACP という言葉が出てくるようになると、全体として認知度が高まっていくので、供給側とサービスを受ける側両方に働きかけていくことが非常に重要だと思う。

・ACP を実施するには、非常に多くの会話と説明を要するが、それを医師だけに任せておくのは相当の負担があると思うので、それをアシストするような仕組みがあると良いと思う。

・カルテの記載方法など具体的なサポートがあると (実施率は) 向上すると思う。

・ACP を実施しているという基準が難しいと考えていて、私の中では、「とりあえずの ACP」と「がっつりの ACP」とに分けて考えている。

・「がっつりの ACP」はどうしても手間がかかるので、医師だけではとてもできるものではなく、ケアマネージャー、訪問看護師、病棟の看護師、ソーシャルワーカー等と連携しながら、どう多職種で分担しながらやっていくのかという視点はとても大事だと考えている。

・ACP を実施しているという基準についても、軽い ACP (とりあえずの ACP) みたいなものは、普段から実施されている方も多いのではないかと考えていて、そういったところを整理していくと議論も進みやすいかと思う。

・医師 1 人で ACP を実施するのは大変なので、医師、訪問看護師やケアマネのチームで研修に参加していくと、それぞれの地域でまた広げられると思うので、研修会の中身を工夫していくことが大事だと思う。ACP=高齢者という意識があるが、携わっている医療従事者や家族など、他のすべての人に関わってくることなので、高齢者だけでなくその家族等にも浸透していくことが大切だと思う。

### 3 その他 (在宅での看取り)

・自宅で看取れるのに最後には病院に行く人が結構いる。

・今は、看取りのための有料老人ホームみたいなところ、看取りハウスと言われるようなところもあり、そういったところに最後は行く方もいる。

・特別養護老人ホームに最後は預かってもらい、それで看取っていくケースも少なからずある。

・看取りは、医療機関としてもある程度は診るが、こういったところで見てもらわないと、在宅だけではカバーしきれない。

・老健でも看取りができるようになっている。

・在宅で診ていく中では、ACPがあっても途中で気持ちが変わっていくことは当然あるべきだと思うが、ご家族側の窓口が1つになっていないと、難しいところがある。

・在宅での看取りは、地域格差がもしかしたらあるかと思うが、南部保健医療圏だとかなり在宅での看取りを行っていると思う。在宅で看取る時は、先生方としっかりタッグを組み、ご家族とご本人の意思をしっかりと病院の退院前のカンファレンス等で確認しながら、サポートする。

・埼玉県の保健統計年報、人口動態統計を見ると、最近自宅や施設の死亡率が増えている。

・先日参加した地域包括ケア学会は、経済力という問題があり、裕福な場合は問題なく、極端に貧しければ行政が入ってくる。その中間の人達は、1人とか独居が多いので、保証人が無く入院を断られる等問題もいろいろあるようだ。

・北部ではサ高住とか有料（老人ホーム）等の施設が結構沢山あり、多分県南に比べてそれほど高くはない。

・医療従事者が常駐していないので、施設から救急車を呼んで、最後のときは入院するというケースはまだ多い。

・施設で看取るケースについては、診ている主治医と約束ができていて、「翌日でもいいよ」という事で軽減を図っていることもあるとは聞いているが、やはり最後に救急車を呼ぶケースが多いと思う。

・先ほど出た中間層でお金がない方の問題が私のところでも相談が多い。70歳ぐらいの方がずっと未受診のまま寝たきりで、入院するお金もない、訪問診療にもなかなか繋がらないというような困難事例が増えてきている印象がある。