

宮城県保健福祉部医療政策課

在宅医療関係機関アンケート調査結果

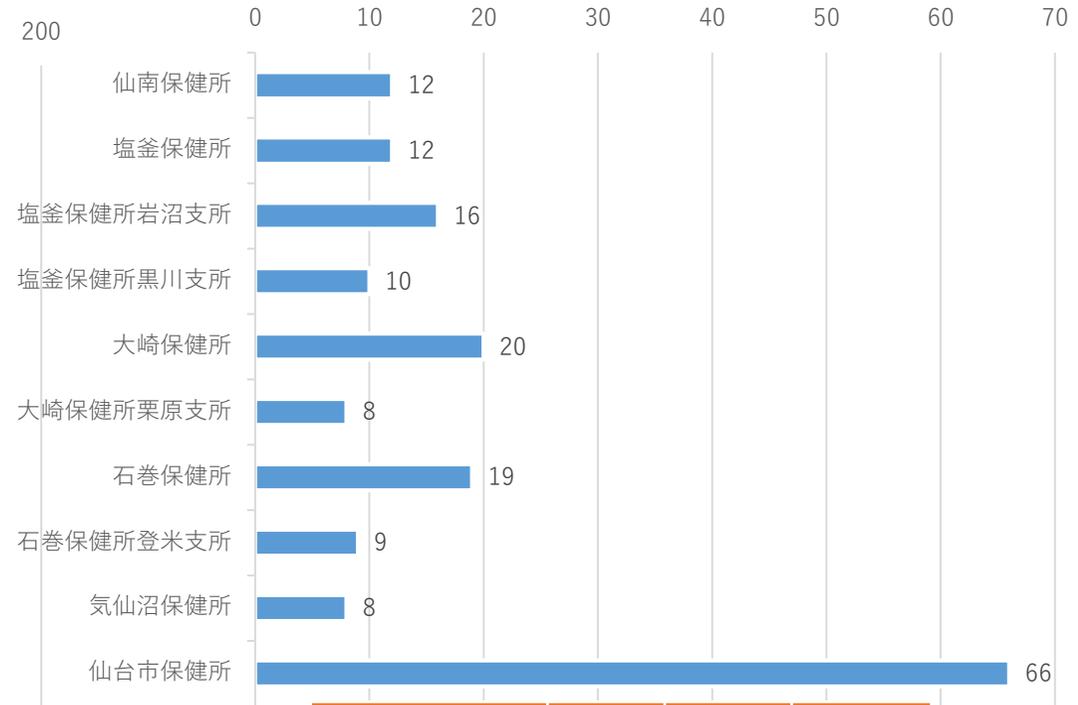
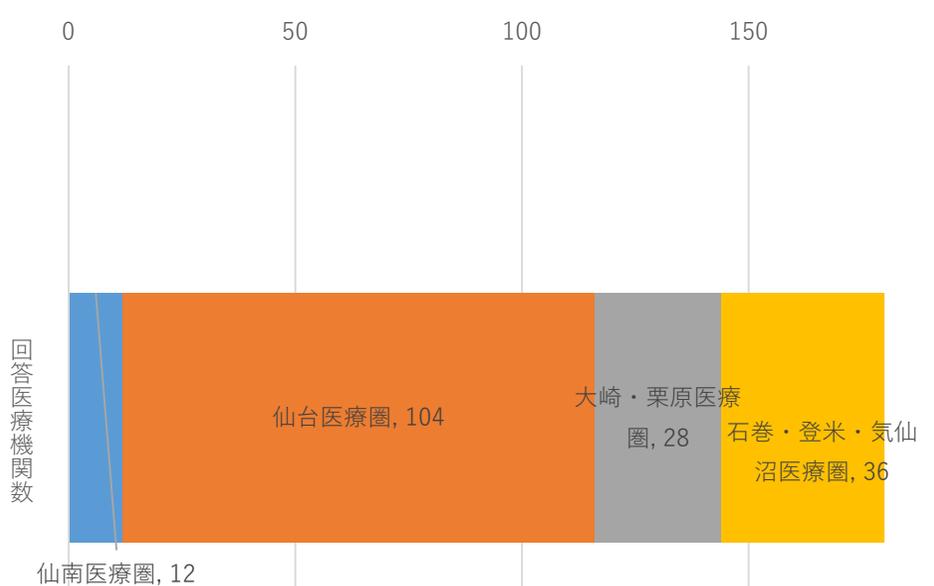
実施期間：令和5年7月10日（月）から 7月27日（木）まで

※【自由記述欄】事務局にて要約

基本情報

回答数180／送付先医療機関310

■ (1) 所在地

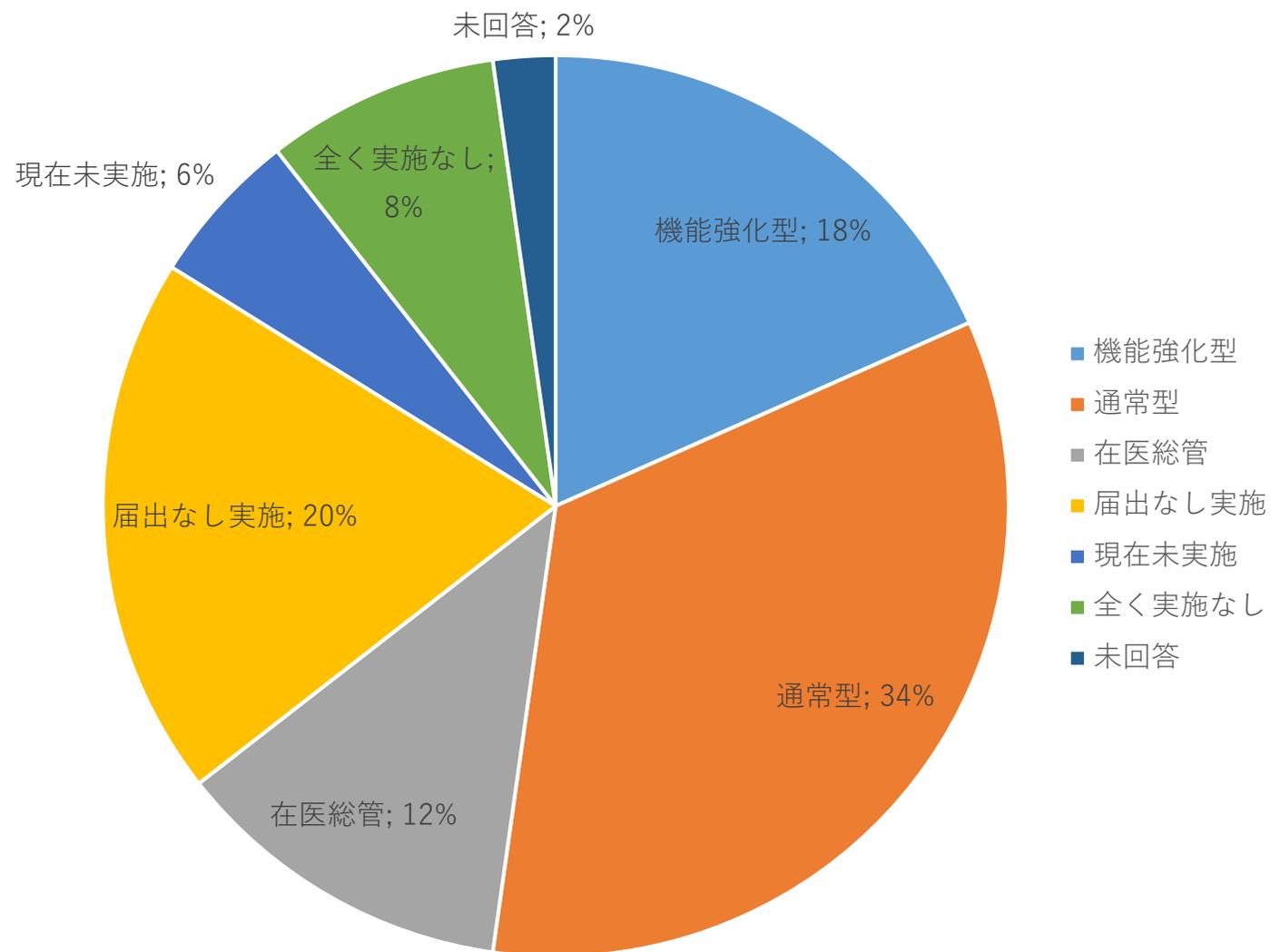


二次医療圏	送付数	回答	回答率
仙南医療圏	25	12	48%
仙台医療圏	194	104	54%
大崎・栗原医療圏	42	28	67%
石巻・登米・気仙沼医療圏	49	36	73%
合計	310	180	58%

保健所	送付数	回答	回答率
仙南保健所	25	12	48%
塩釜保健所	21	12	57%
岩沼支所	24	16	67%
黒川支所	13	10	77%
大崎保健所	27	20	74%
栗原支所	15	8	53%
石巻保健所	27	19	70%
登米支所	13	9	69%
気仙沼保健所	9	8	89%
仙台市保健所	136	66	49%
合計	310	180	58%

基本情報

■ (3) 在宅医療の実施体制



機能強化型	通常型	在医総管	届出なし実施	現在未実施	全く実施なし	未回答
33	61	22	35	10	15	4

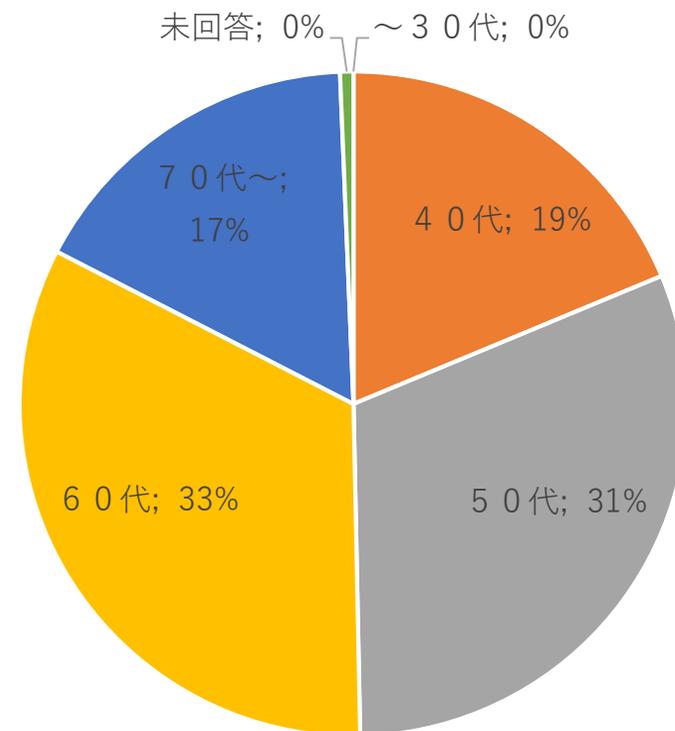
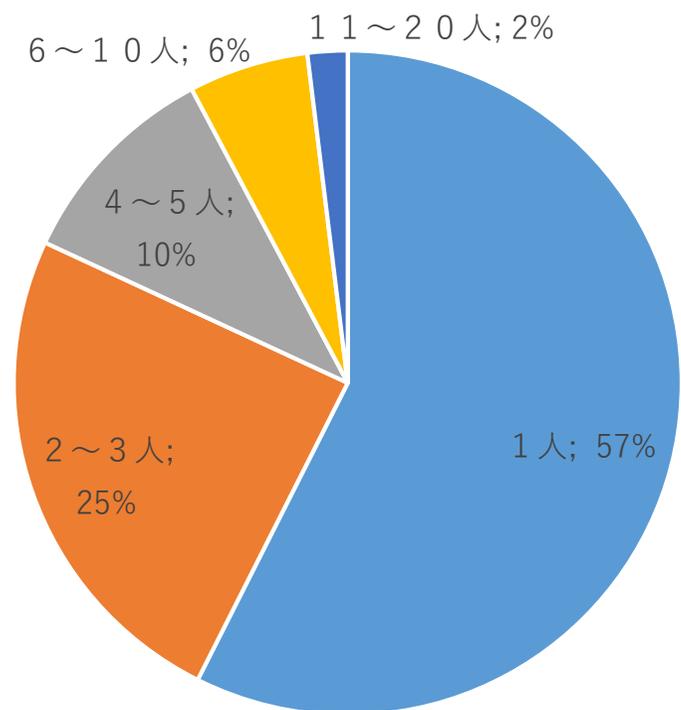
回答数 n = 180

基本情報

■ (4-1) 在宅医療を担当する ①医師数 及び 平均年齢

n = 155

※以降、表記していない場合の回答数は全て155



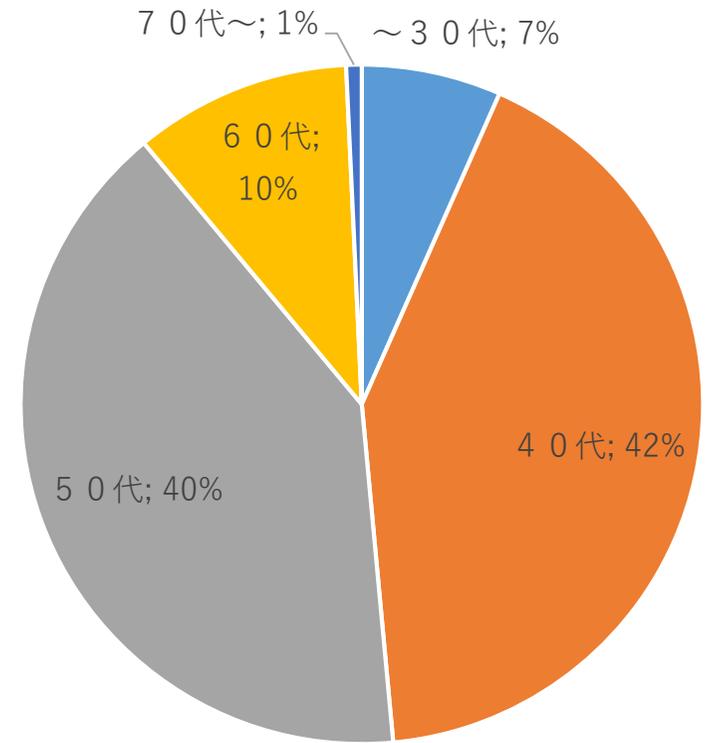
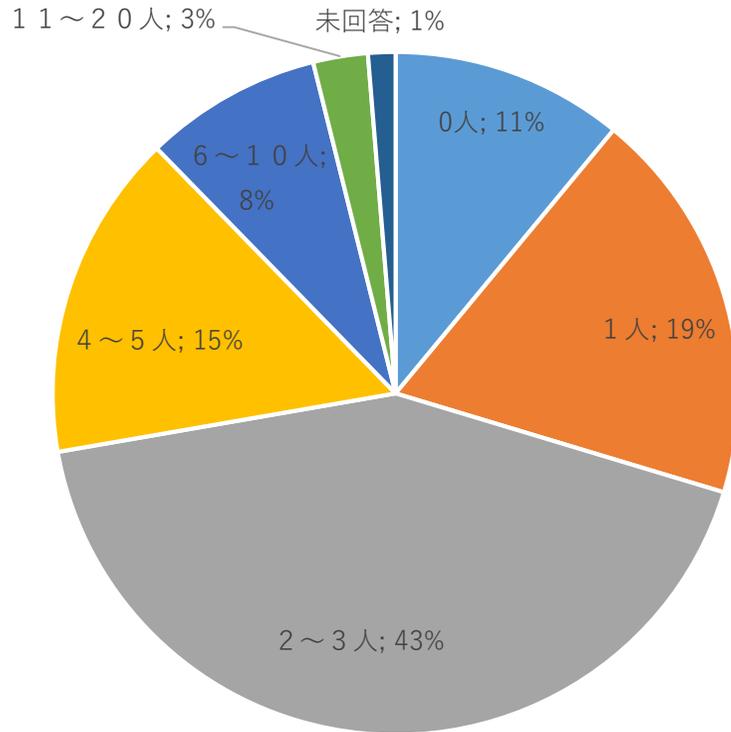
1人	2～3人	4～5人	6～10人	11～20人
89	38	16	9	3

～30代	40代	50代	60代	70代～	未回答
0	29	48	51	26	1

基本情報

■ (4-2) 在宅医療を担当する ②看護職員数 及び 平均年齢

n = 136



～30代	40代	50代	60代	70代～
9	57	55	14	1

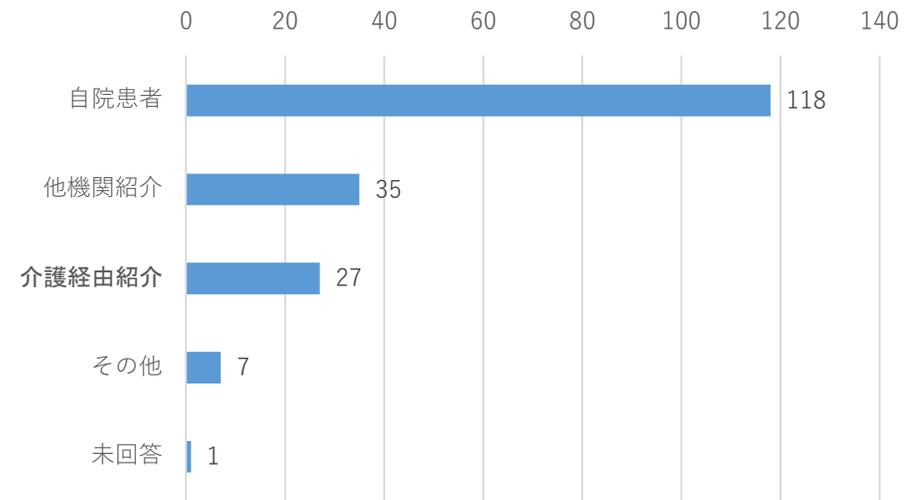
0人	1人	2～3人	4～5人	6～10人	11～20人	未回答
17	29	66	24	13	4	2

基本情報

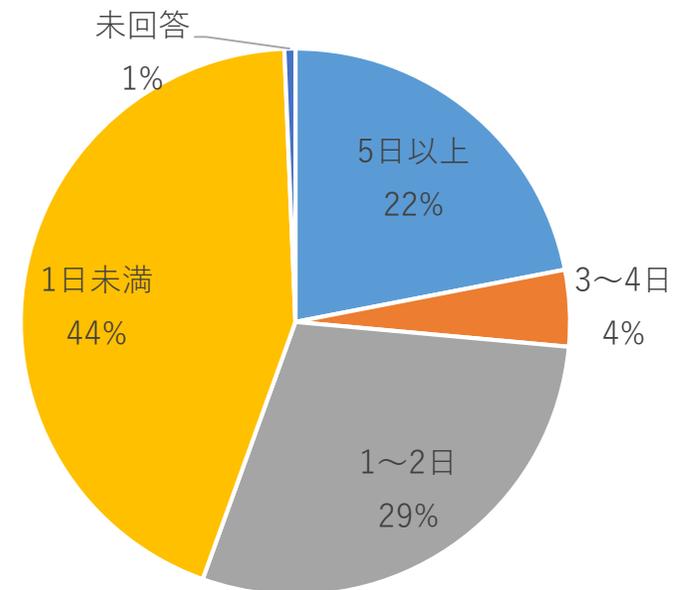
■ (5) 患者担当の主な契機

◎その他の意見

- ・施設（有料老人ホーム（併設含む）、短期入所生活介護）の利用者
- ・出入りしている施設からの依頼
- ・施設や患家からの問い合わせ
- ・3つとも主



■ (6) 一週間のうち、医療機関として在宅医療を行っているおおまかな日数

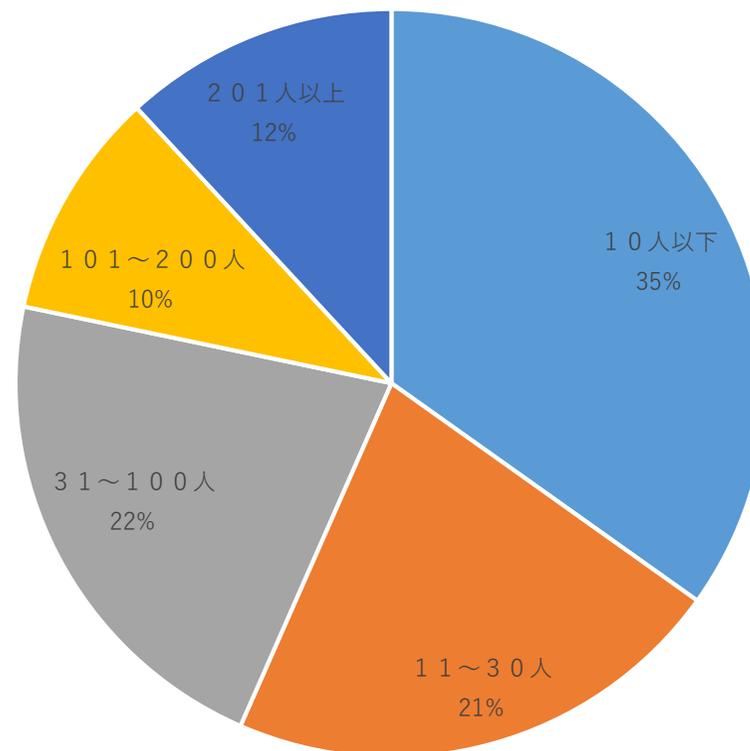


基本情報

■ (7) 直近1か月間(令和5年6月)の患者数(実人数)

n = 152

※記載あった分のみ



10人以下	11~30人	31~100人	101~200人	201人以上
53	33	33	15	18

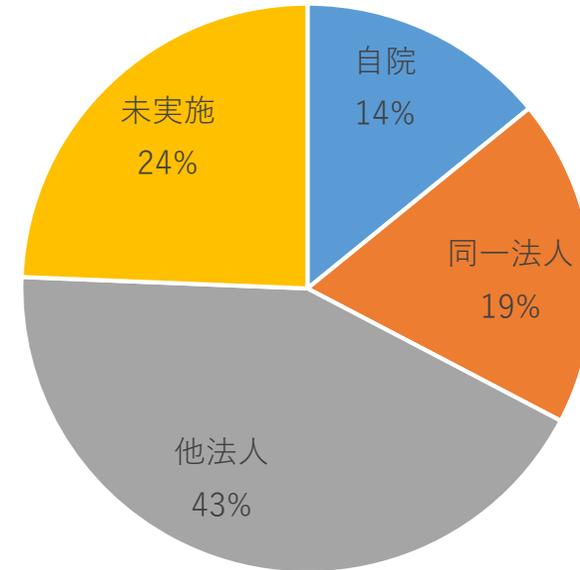
うち介護サービス(公的・民間問わず)を利用している患者数が70%以上の医療機関は97/152

※「カウント不可」との回答や未記入もあったため、割合は参考値

基本情報

■ (8) 主な訪問看護の体制

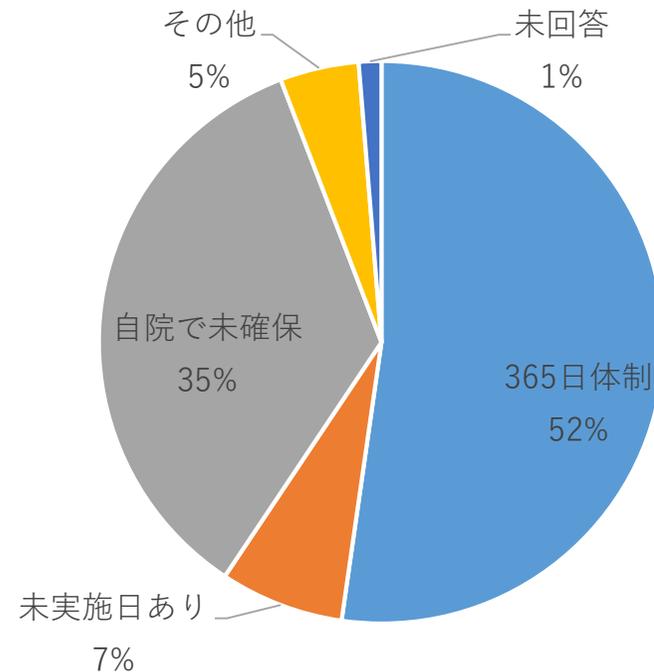
※1件重複チェック回答があったため、合計が155ではなく156である



■ (9) 緊急時の往診対応等24時間体制の確保

◎その他の意見(主)

- ・看取りのみ24時間体制
- ・緊急時は救急外来
- ・なんとか365日実施できる体制を取っている
- ・24時間に対応しているが一人のため緊急訪問できない時もある
- ・緩和ケア中の患者さんがいる場合は夜間でも訪問できるように備えている
- ・施設入居者対応
- ・検討中



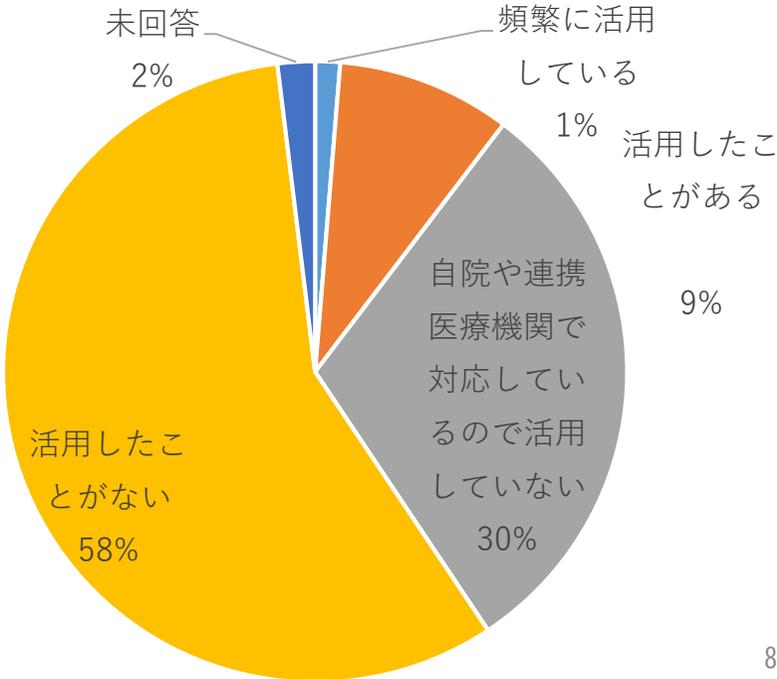
基本情報

■ (10) 在宅医療の実施に当たっての関係機関等（①から⑤）との連携（患者の紹介や情報共有等）についての連携状況

	十分連携している	ある程度連携している	ほとんど連携していない	全く連携していない	未回答
連携状況①自院で対応できない場合に往診や看取り等を行う医療機関	38	58	25	34	0
連携状況②訪問歯科診療を実施する歯科診療所	22	44	34	55	0
連携状況③訪問薬剤指導を実施する薬局	69	50	10	25	1
連携状況④訪問リハビリ実施施設	37	69	24	25	0
連携状況⑤介護サービス事業所	68	64	14	9	0

■ (11) 宮城県病院協会が実施している在宅患者入院受入体制事業の輪番病院について

頻繁に活用している	活用したことがある	自院や連携医療機関で対応しているため活用していない	活用したことがない	未回答
2	14	47	89	3

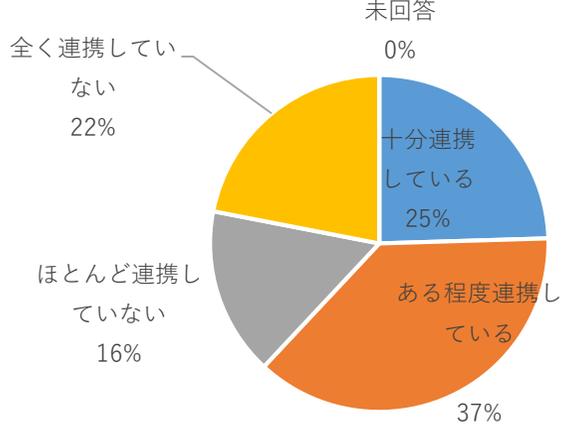


基本情報

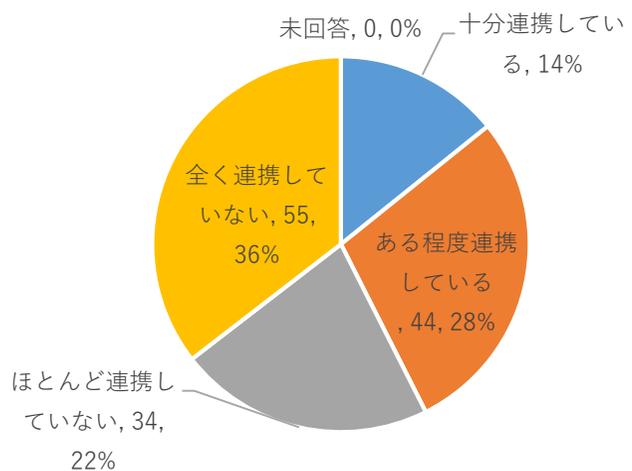
■ (10) 在宅医療の実施に当たっての関係機関等 (①から⑤) との連携 (患者の紹介や情報共有等) についての連携状況【円グラフ】

連携状況①自院で対応できない場合に往診

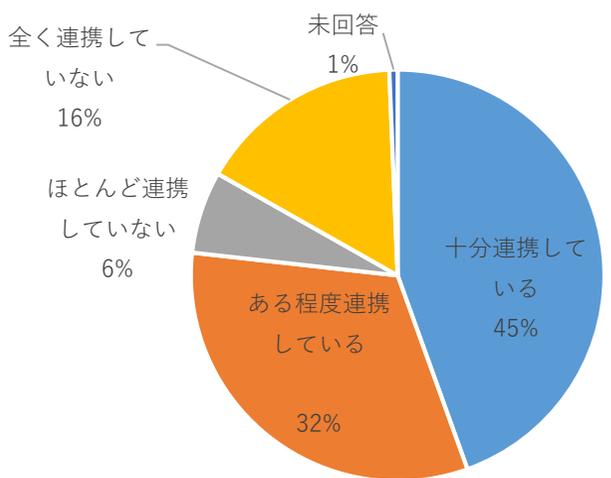
や看取り等を行う医療機関



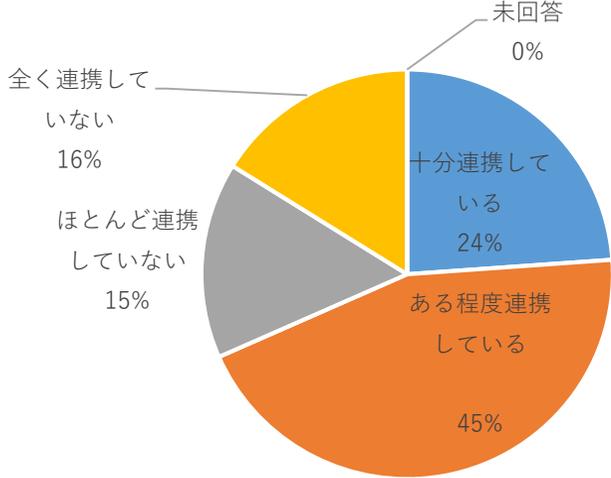
連携状況②訪問歯科診療を実施する歯科診療所



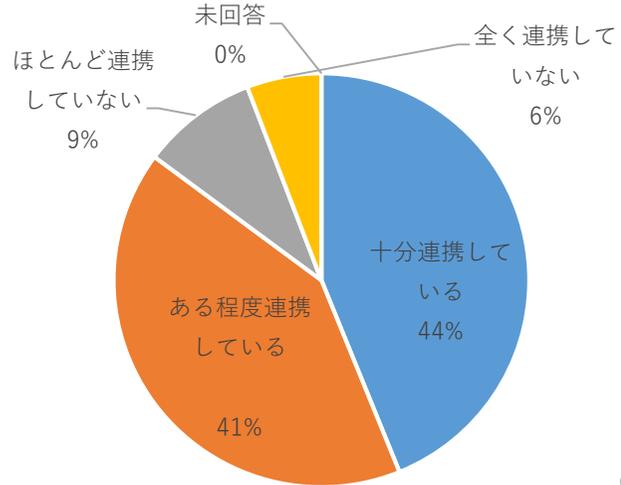
連携状況③訪問薬剤指導を実施する薬局



連携状況④訪問リハビリ実施施設



連携状況⑤介護サービス事業所

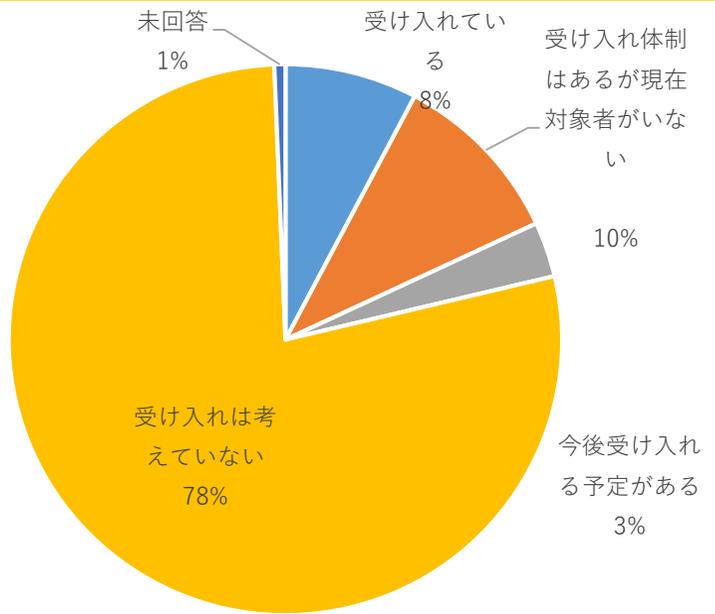


基本情報

■ (12) 医療的ケア児・者の受け入れ状況

	5人以下	6人～20人	21人以上
受け入れている場合、直近1か月間（令和5年6月）の患者数（実人数） n = 12	6	3	3

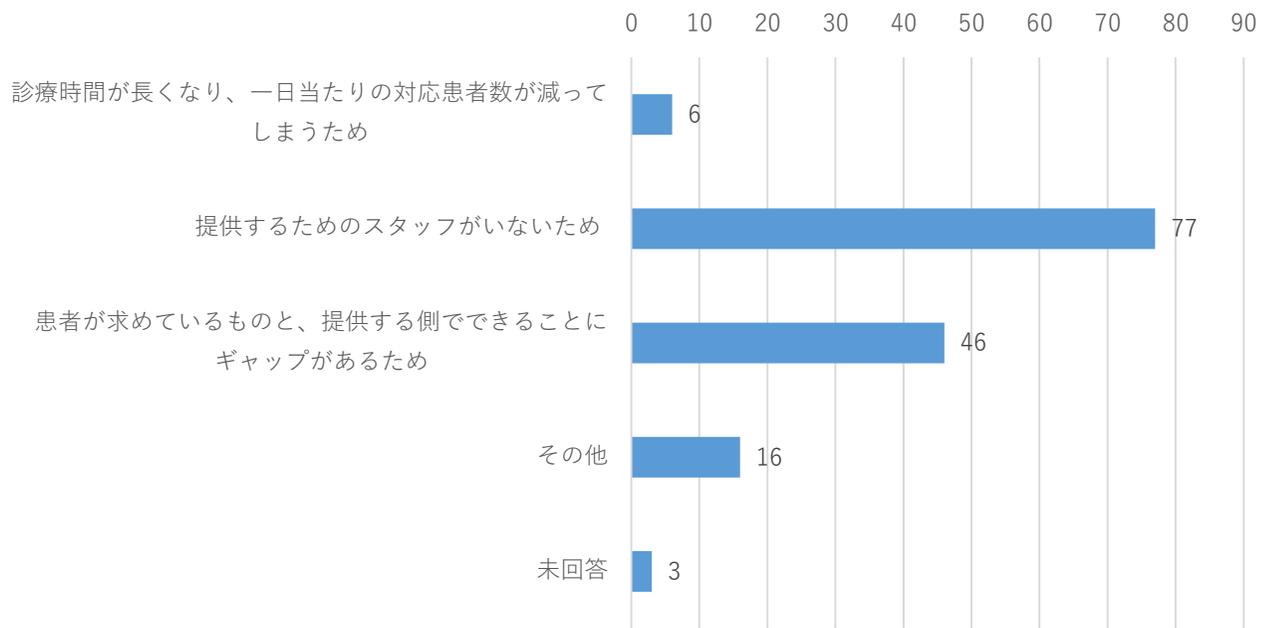
※うち、15歳未満の患者がいた医療機関は2ヶ所／12ヶ所



受け入れは考えていない理由 n = 121

◎その他の意見（主）

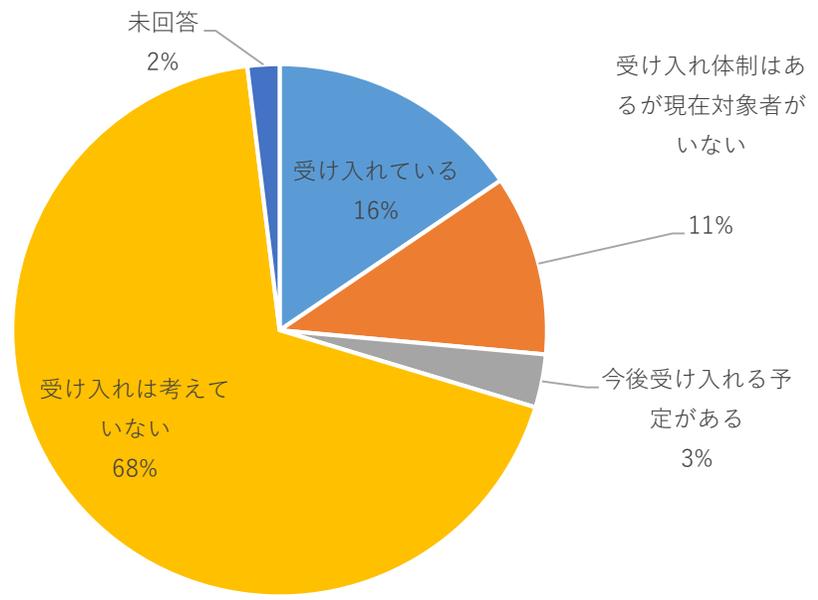
- ・対応していない
- ・専門外
- ・これ以上の余裕がない、既にオーバーワーク
- ・夜間・休日の対応が難しい。急変時の対応も困難
- ・医療的ケア児の年齢やケアの内容により受け入れできる／検討する



基本情報

■ (13) 精神疾患（認知症を除く）を有する患者の受け入れ状況

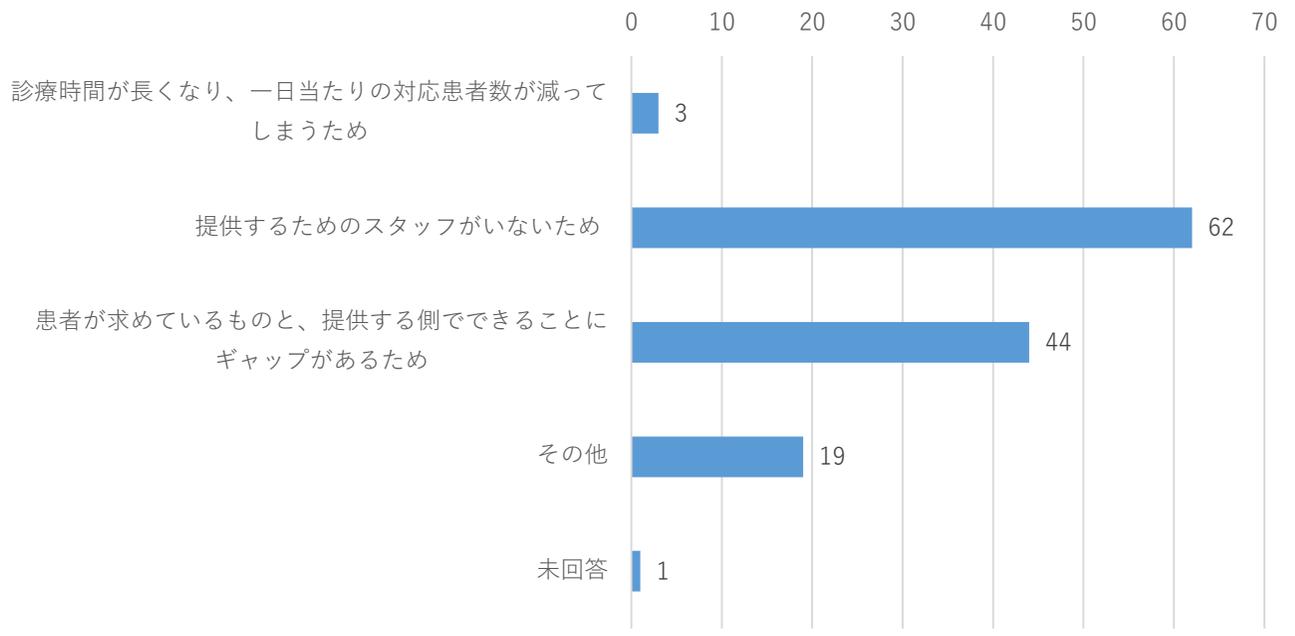
	5人以下	6人~20人	21人以上	未回答
受け入れている場合、直近1か月間（令和5年6月）の患者数（実人数） n = 24	13	5	5	1



受け入れは考えていない理由 n = 106

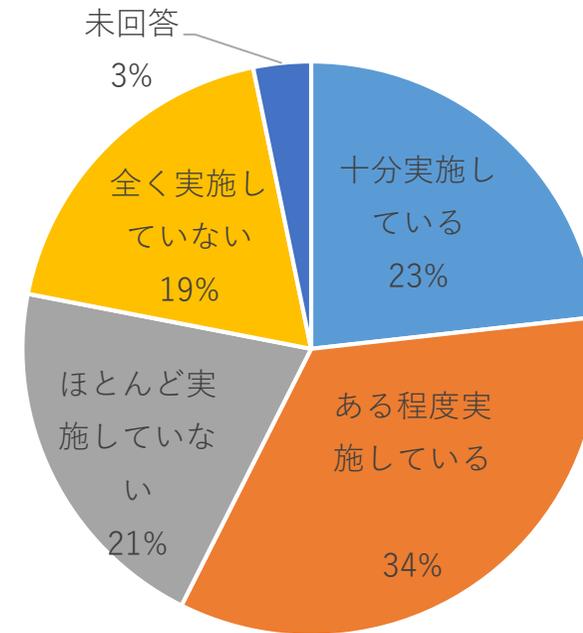
◎その他の意見（主）

- ・対応していない
- ・専門外
- ・精神科専門医が常勤でないため



質問 1 : 退院支援

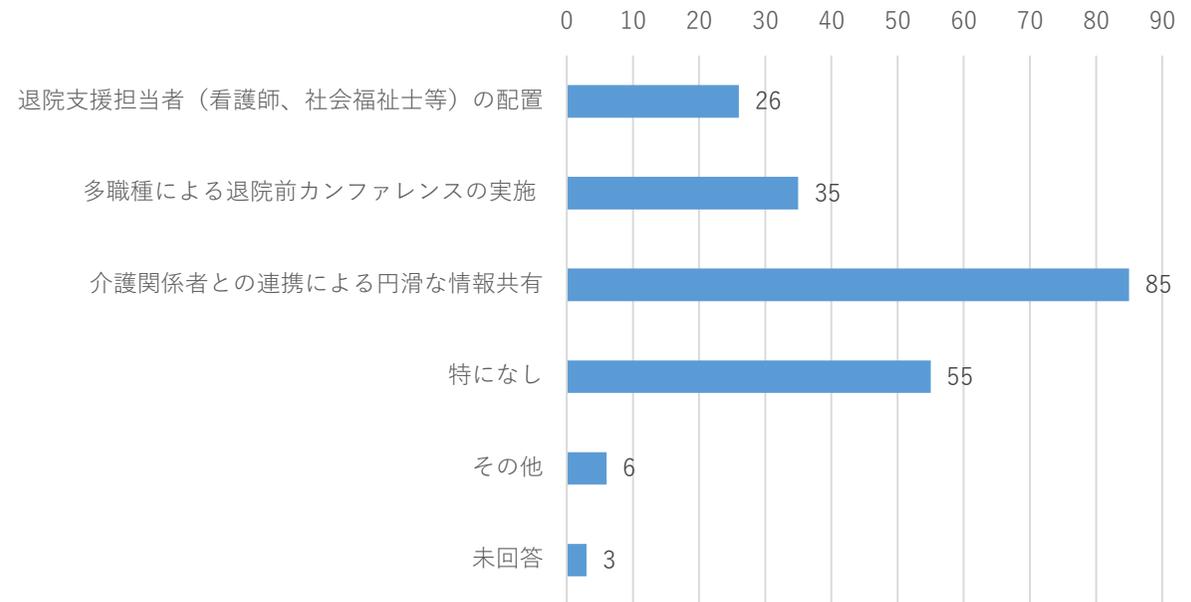
■ (問1) 入院医療機関と在宅医療・介護に係る機関との協働による退院支援



■ (問2) 今後、医療機関で拡充したい機能

◎その他の意見(主)

- ・地域の病院との連携
- ・訪問診療専従医師の増加
- ・病院職員の在宅訪問
- ・メディカルケアステーション(MCS)の活用
- ・退院カンファの実施は可能な限り対面を希望
- ・在宅サービスの状況のフィードバック体制の構築
- ・情報共有は、電話連絡やFAXの利用で困っていないので、カンファレンスは不要と考えている



質問 1 : 退院支援

■ (問1) 入院医療機関と在宅医療・介護に係る機関との協働による退院支援

◎退院支援の具体的な実施内容 (主)

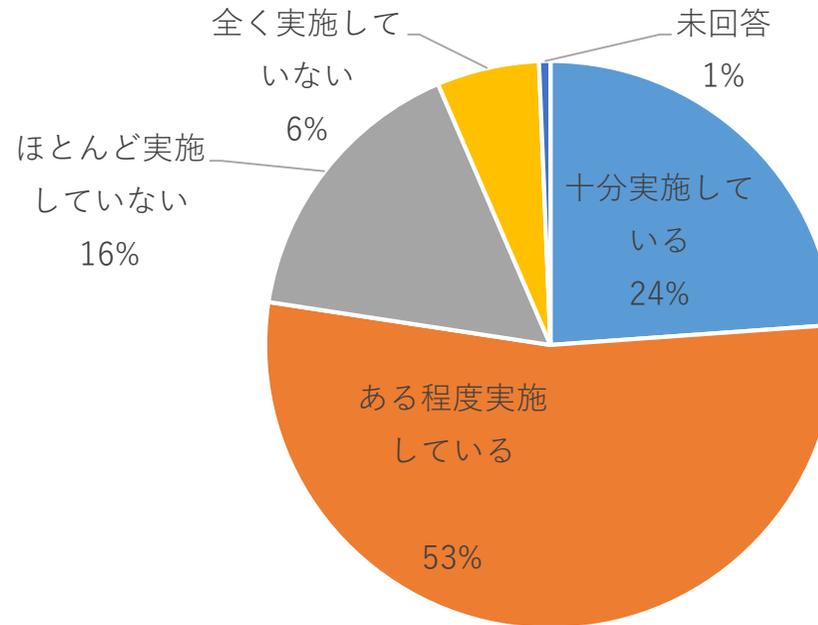
- ・退院前カンファレンスの実施 (オンライン上)
- ・ケアマネジャー、家族、施設、行政などと適宜連絡を取り、退院前カンファレンスや退院前訪問などを行っている
- ・訪問看護師の介入、お家の環境整備の相談、家族支援の相談など、多職種の協力支援
- ・多職種カンファレンスの実施
- ・情報提供書での情報共有
- ・退院後のフィードバック (退院前、退院後の訪問指導、退院後を担う関係機関との担当者会議の実施)

■退院支援に関する自由意見欄 (主)

- ・在宅支援を拡充または充実させていきたいが、医師、看護師ともにマンパワーが不足している
- ・なるべくかかりつけ医に相談してほしい。勝手に在宅専門に引き継いでほしくない
- ・在宅医療スタッフは病院経験者が多く、病院と自宅での生活の両方を経験している。一方、家庭と病院の関係性は一方通行であることが多く、病院職員が在宅生活を知る機会はほとんどない。病院職員が担当患者の在宅医療を経験し、そこで実施可能な医療の内容を知ることができると、在宅医療に必要な支援方法、準備の仕方などを学ぶことができ、双方によりよいサービスを提供することができると思います
- ・医療機関と家族・患者本人との間で退院に関する考えの相違があり、スムーズな退院支援が行えない場合がある
- ・コロナ退院前カンファレンスが行えず、連携不足になりがちであり、全体的な把握ができなかった
- ・退院日決定が遅すぎる現状。入院と同時に入院期間、計画書を発行しているため退院に向けて家族への指導を開始するとスムーズに在宅への移行ができると思う。今は数日病院に家族が通い説明を受ける程度で終了している
- ・医療と介護の連携・情報共有が大切である。在宅での生活を意識した生活リハビリや療養環境整備が重要と考える
- ・ACPIについては、入院中に話をしていただけるとありがたい
- ・入院すると本人だけではなく、家族も今後について不安なことが増えるので定期的にカンファレンスを実施し、不安を軽減しながら退院に向けて支援することが重要だと感じます

質問2：日常の療養支援

■（問3）介護事業者等の多職種との協働による医療の提供

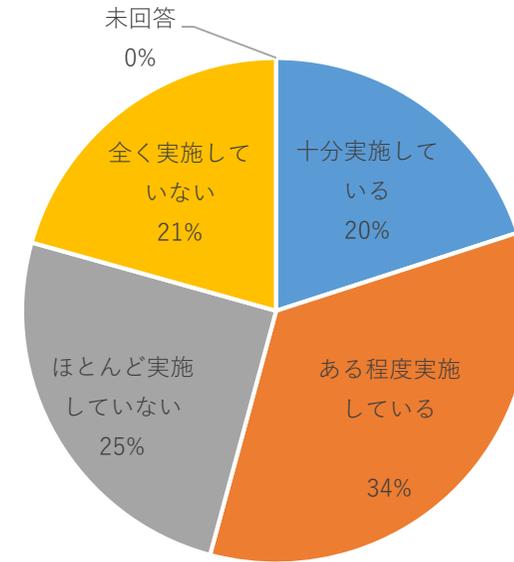


◎多職種との協働による取組の具体的な内容（主）

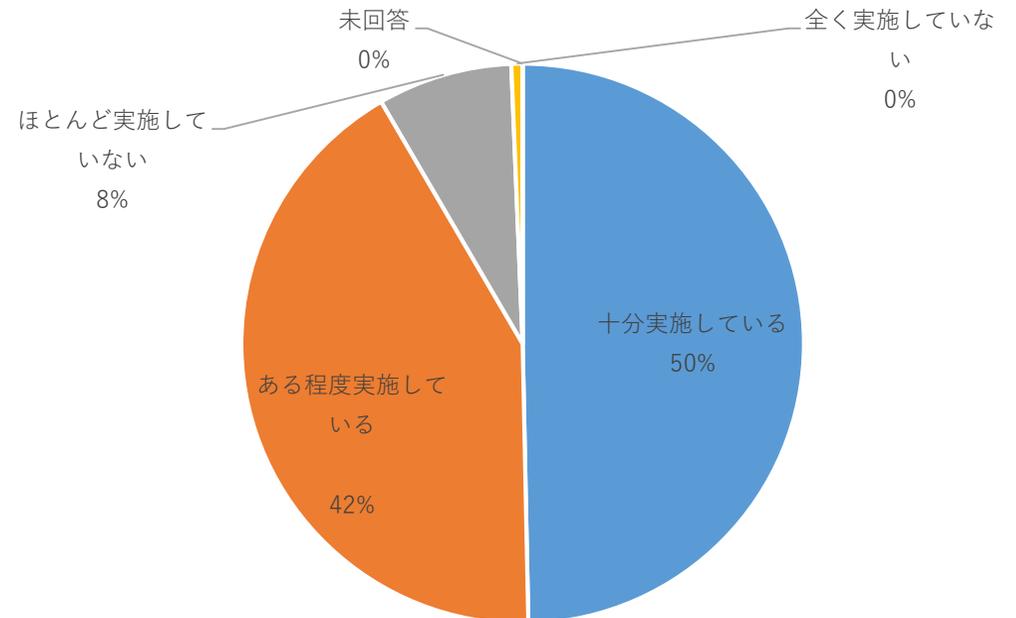
- ・MCSやアプリ活用による情報共有
- ・訪問看護、薬局・薬剤師、ケアマネ、セラピスト(PT・OT・ST)、介護士、ヘルパー、福祉用具担当者、医療機器事業者等と連携して、高頻度、高密度に協働しています
- ・退院前カンファレンス
- ・リハビリ見学の実施 ・施設相談員との情報共有等
- ・ケアマネジャーに来院してもらい、実際の様子を見てもらっている
- ・ケアの実際について学ぶ機会を作っています
- ・定期的に勉強会の実施

質問2：日常の療養支援

■（問4）緩和ケアの提供

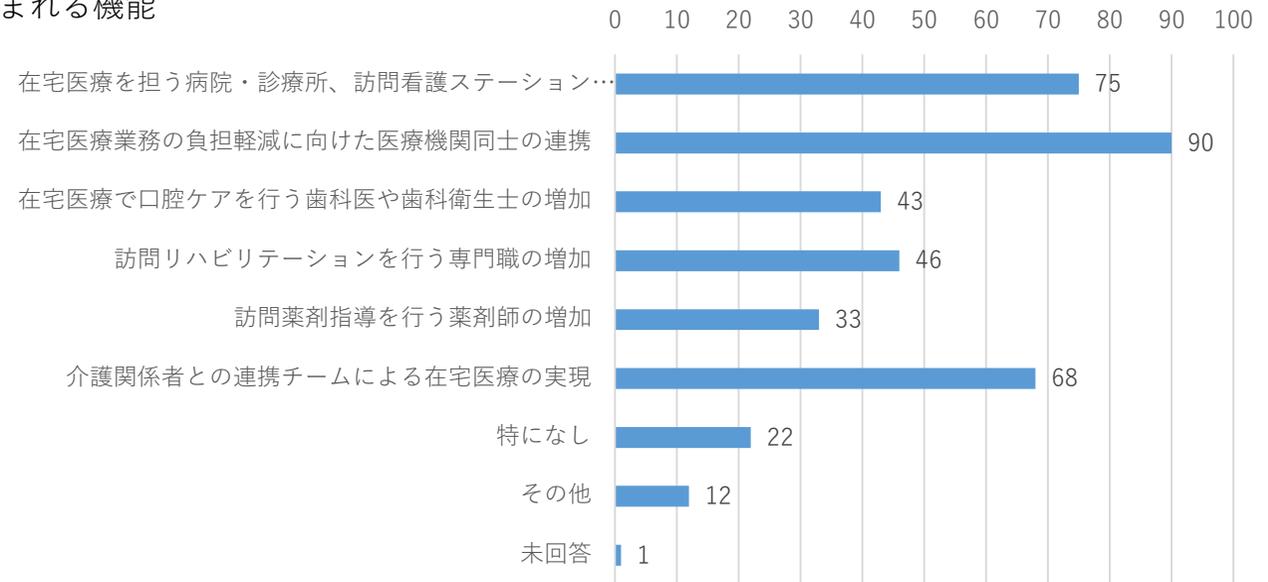


■（問5）家族からの相談対応



質問2：日常の療養支援

■（問6）日常の療養支援のため、今後、拡充が望まれる機能



◎その他の意見（主）

- ・ 医師の増加、看護師の権限拡大、非医療者へのタスクシフト、タスクシェア
- ・ 医療機関同士の連携については望ましいが、なかなか困難
- ・ レスパイト入院受入できる医療機関の拡充
- ・ 訪問看護ステーションが24時間対応できるよう体制構築や改善
- ・ 数より質！
- ・ ケアマネジャーの質の向上、医療機関とのかかわり方の認識の再教育、患者家族と医療機関をうまく繋ぐためのトークスキルアップ
- ・ 介護職員の確保・充実・研修
- ・ 休日、夜間に対応してくれる介護事業所の充実
- ・ 家族の勤務時間帯が早目の人も遅目の人も利用できるようなデイサービス時間帯のフレックス化
- ・ 多職種として心理師の必要性
- ・ 特定疾患患者における同一事業者の医療と訪問看護同日利用を可能にすべき
- ・ 独居、老々介護のサポート体制

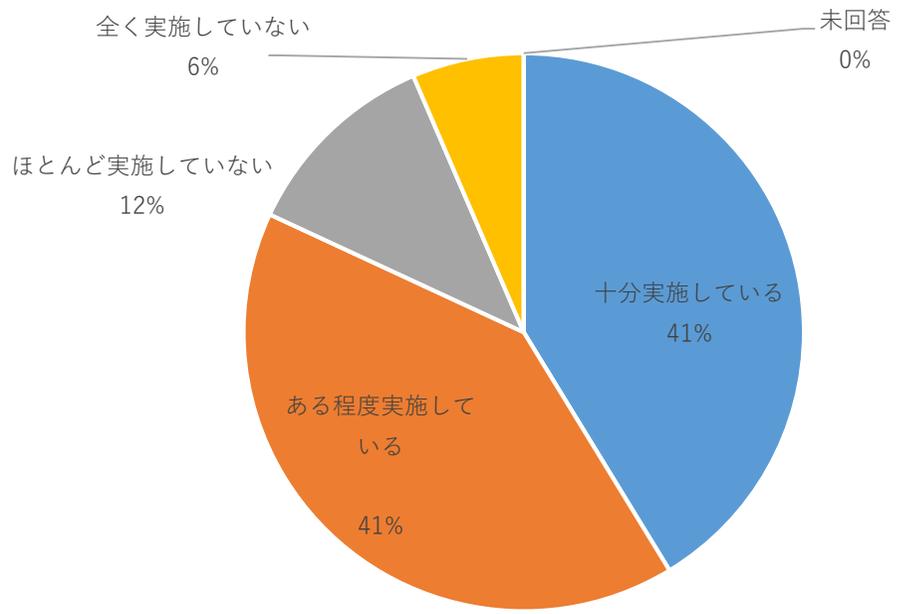
質問2：日常の療養支援

◎日常の療養支援に関する自由意見欄（主）

- ・今後単一医療機関による対応は、マンパワー的に厳しくなる
- ・必要時に適切な医療を提供できる体制整備
- ・仙台と比べれば不足に感じることもありますが、地域のリソースを最大限活用してできることをやるだけです
- ・訪看ステーションや薬局も、医療機関と同様に24h, 365日動くべきであると考え
- ・在宅医療専門の診療所が増加しており、きめ細かな対応が必要な患者さんと比較的定期的な状態確認が中心の患者さん等、一般の診療所との対応する在宅医療患者さんへの役割分担が重要
- ・前項（特定疾患患者における同一事業者の医療と訪問看護同日利用を可能にすべき）にも書いたが、系列の医療と看護のしぼりが患者にとって不利益となっている
- ・患者の望む方向での在宅支援、医療機関での対応、連携で日常の生活支援が行える
- ・本人だけではなく、家族の負担も大きいので。介護サービスなどを利用しながら在宅生活を支援し、必要なレスパイト入院も検討する
- ・独居、老々介護によりキーパーソンが不在で書類の手続きや同意・承諾を得られないケースが増加傾向

質問3：急変時の対応

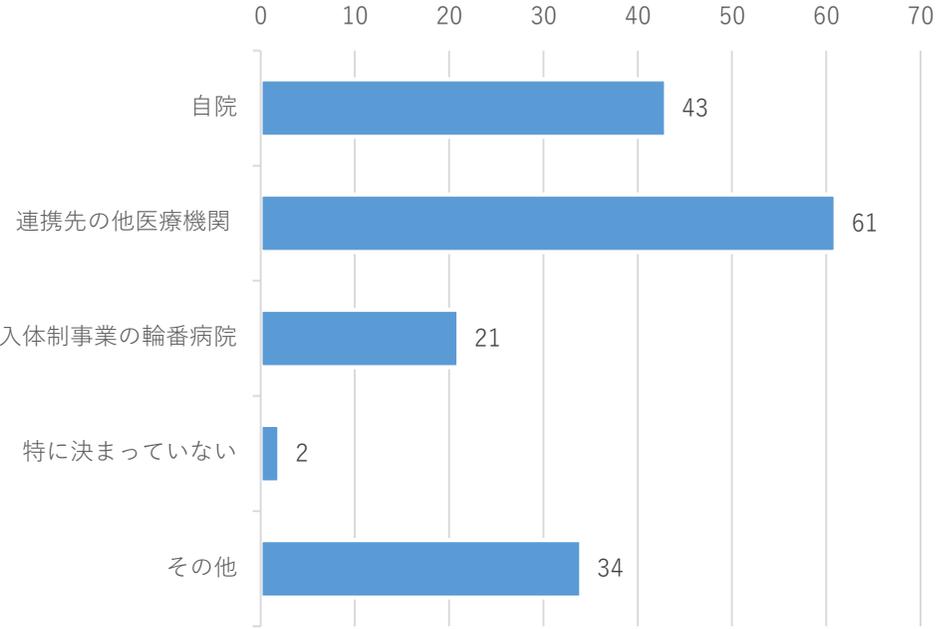
■（問7）在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護



■（問8）主な緊急時の入院先

◎その他の意見（主）

- ・後方支援病院が決まっており、連絡体制も整備されており、そこに原則搬送する
- ・連携先、患者が入院していた医療機関、輪番病院 全てが選択肢
- ・本人・家族の希望を踏まえた医師の判断
- ・平日医師が在席している場合は相談。不在の場合はご家族に救急車を呼んでいただき、救急隊に受け入れ先を探していただくよう、ご家族に指導している



質問3：急変時の対応

■（問9）在宅療養者の病状急変時における夜間・休日・休診日の主な連絡先

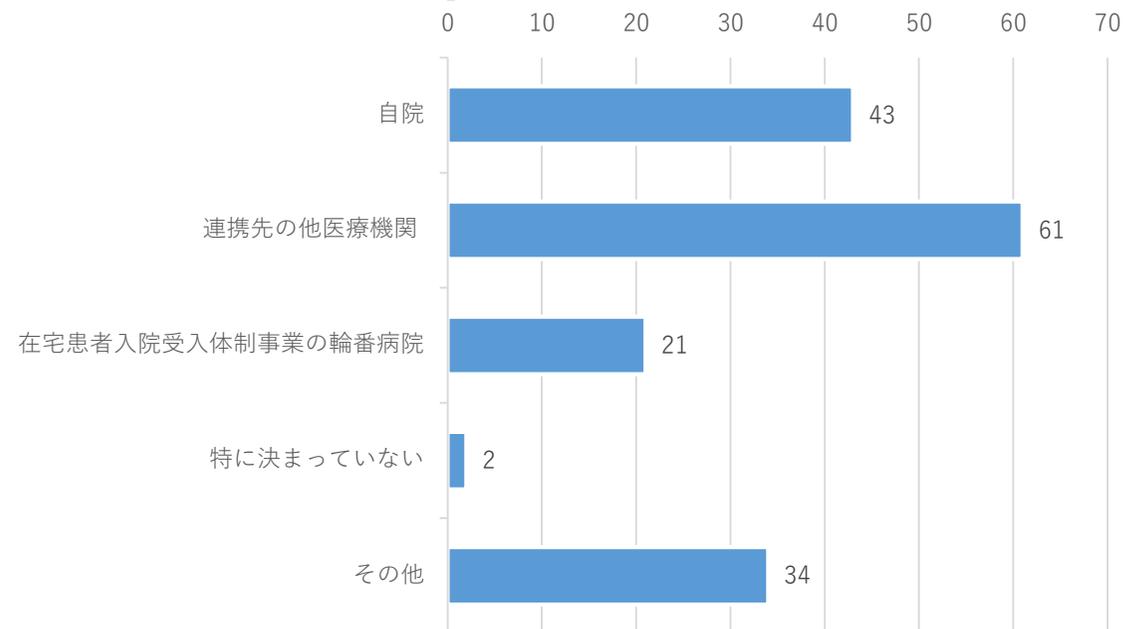
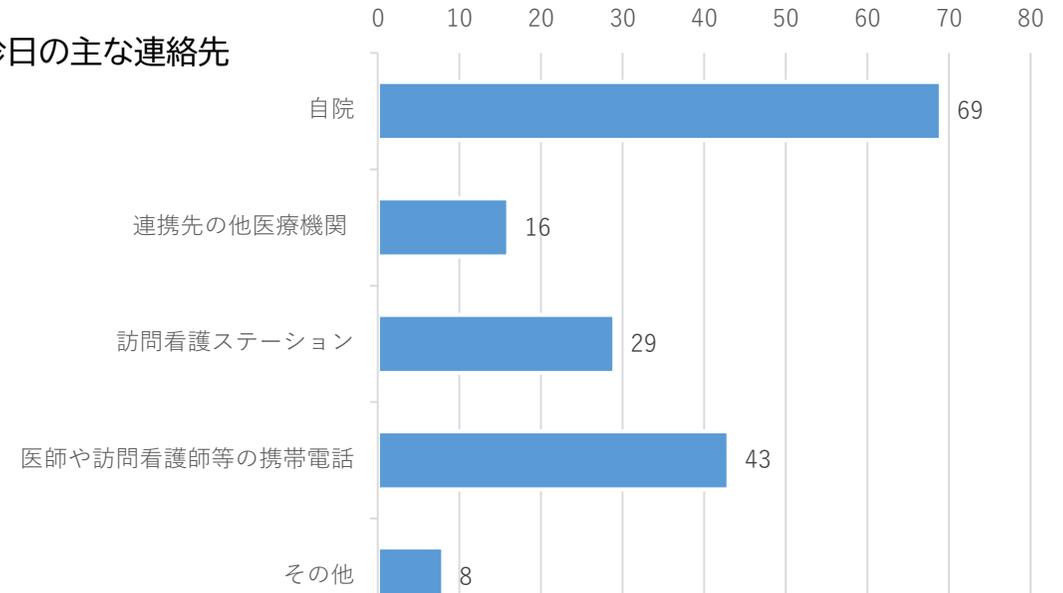
◎その他の意見（主）

- ・その時の地域の救急担当の医療機関
- ・救急車にて対応
- ・緊急の場合はご家族に救急車を呼んでいただき搬送していただくよう、ご家族に指導している。お知らせとして、夜間・休日等の連絡用として看護師の携帯番号を記載した用紙をお渡ししている
- ・自宅、クリニックと共通の電話
- ・看護師長が365日携帯電話

■（問10）今後、医療機関で拡充したい機能

◎その他の意見（主）

- ・オンライン看取り
- ・マンパワーがあれば考えたい
- ・夜間・休日のオンコール体制
- ・在宅医療実施職員の増員と在宅医療の質の向上



質問3：急変時の対応

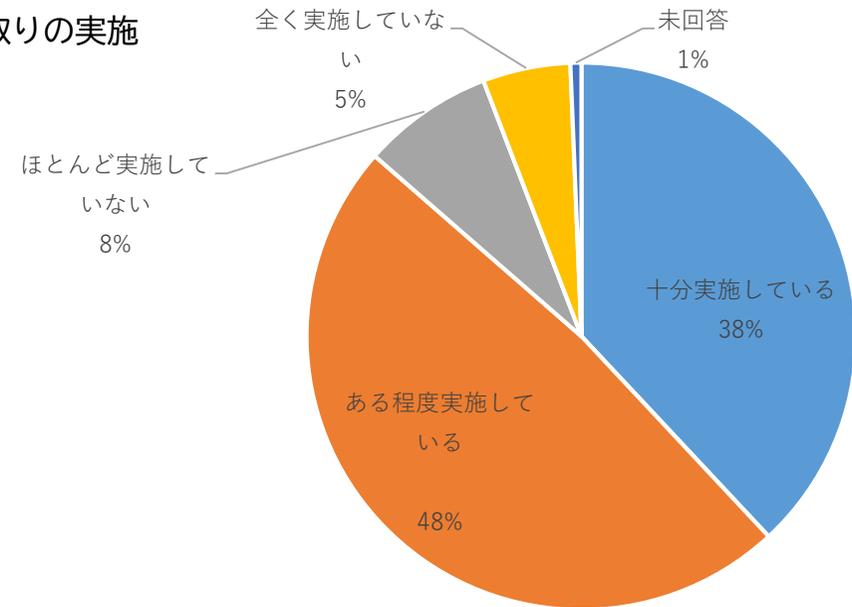
■急変時の対応に関する自由意見

◎その他の意見（主）

- ・ 後方支援は必要です
- ・ 急変時の対応を自院で行いたいが、環境が整っていないため、難しい状態である
- ・ 医師1人で外来診療をしながら24時間365日在宅医療や急変時の対応をするのは極めて困難です
- ・ 急変時は中核病院で受入していただいている
- ・ 自院の訪問看護なので、急変時は訪問看護師が訪問し、医師に確認し、在宅での処置や入院などスムーズに対応できるよう心掛けています
- ・ 入院していた病院へ問い合わせをするがほとんど断られる。退院時に社交辞令と思われる「具合が悪い時、何かあったらいつでも連絡してください」と本人、家族へ話すため急変時に入院していた病院に戻れると信じているケースが多い
- ・ 在宅医療患者さんの自宅まで比較的距離があることもあり、直接状態確認する時間的余裕がなく、前回入院医療機関も受入困難時には直接救急要請になることもあるため、急変時の対応に困難さを感じることもある
- ・ 最近、宮城県立こども病院の患者が移行期を迎えた後、新しい紹介先がないまま、緊急入院ができずに行き先に惑うという不安が生じている。特殊な疾患の患者が多く、移行期の担当診療科との連携が先に行われるべきところ、行き先のない医療難民が生命の危険にさらされていることにとっても心配をしています
- ・ 介護職員の判断のみで搬送する場合もあり、そこについては対応ルールが必要。全て救急車で搬送すれば良いと考えている場合がある。看取りも含めてACPIについても確認が必要
- ・ 緊急対応時の救急隊の動き。搬送先は「主治医からの紹介が必須」との主張が多く、現実的ではない
- ・ どうしても高齢、重症例が多いので入院を要することが多くなる。いざという時入院できなければ家族介護者による対応は困難である
- ・ 今後高齢化によりICTの拡充が必要と思われる。看護師のみならず准看護師の実務年数や実績等も考慮し門戸を広げてほしい。県内での実地研修開催も検討してほしい

質問4：看取り

■（問1 1）住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施



■（問1 2）主な看取りの場所

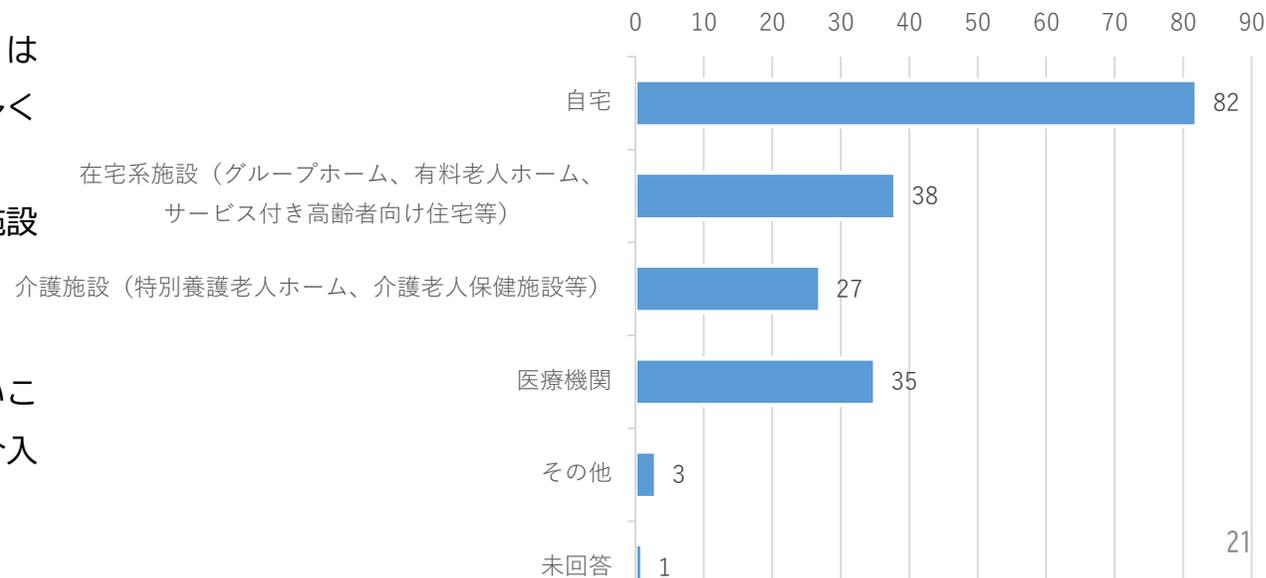
◎その他の意見（主）

・以前は自宅看取りが多かったが、現在は自宅看取りは減って、在宅系施設や介護施設での看取りがかなり多くなった

・希望があれば自宅。介護施設からの要請があれば施設で。医師不在時は医療機関にお願いする

・特定の診療科のみ看取りを実施している

・紹介先の医療機関で在宅医療としてできないことを十分に理解されないまま当院への紹介があり、介入後に患者との意見相違が発覚した



質問4：看取り

■看取りに関する自由意見

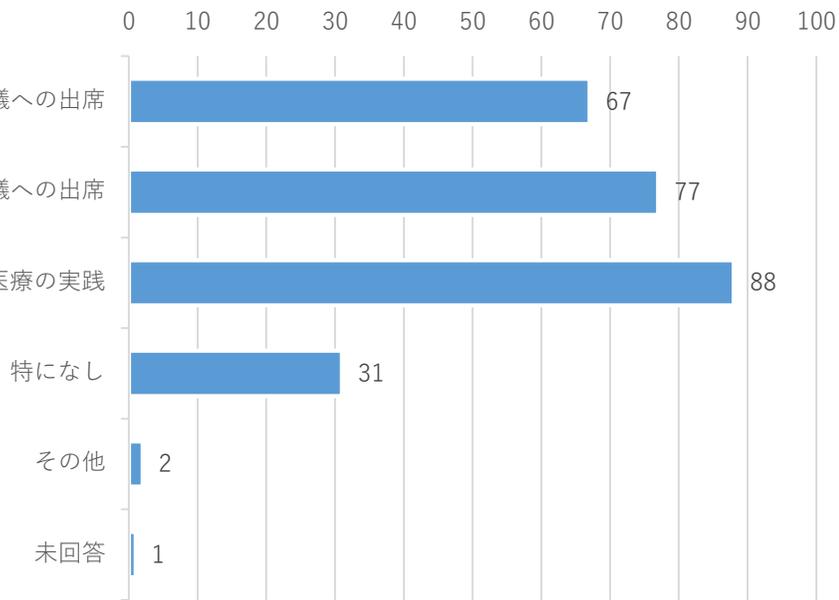
◎その他の意見（主）

- ・看取り対応を365日24時間提供することは、医師1人では不可能
- ・地域特性なのか最期は病院でと考えている人がまだまだ多い
- ・以前は看取りの場所は病院がほとんどであったが、最近是在宅系施設や介護施設での看取りが増えてきた。病院以外で看取りを希望された場合でも病院の協力が必要だと思われる
- ・今後増加すると予想される医療機関以外での在宅や施設等での看取りについて、より具体的な取組方法の構築が必要不可欠である
- ・在宅移行時のムンテラと介護事業者の認識にズレがある。介護事業者のスキルアップが必要と感じる
- ・嘱託医のやる気であり、その職員との手順、了解が必要
- ・コロナ禍で家族が看取れない状況にある。できるだけ面会できるように対応していたが、不十分であったと思う
- ・退院時から在宅での看取りを希望される方がほとんど。時々、介護に疲弊しレスパイトを利用したり、またそのまま入院し最期を迎える方もいます。コロナ禍で面会制限等がありギリギリの状況で在宅療養に移行される方がこの3年間で急増した。このケースではクリニック、訪看、ヘルパー、Pt、家族との人間関係が築けないまま看取り、終了すると「虚しさ」だけが残る。せめて2週～1か月の在宅療養があればと思います
- ・本人、家族と主治医が相談して決めている。近隣の特養でも看取りを実施している
- ・本人、ご家族の意向を尊重し在宅で行える範囲の状態を確認しながら最後は病院に搬送し、お看取りを行っている。在宅看取りを希望される方については対応できるクリニックを紹介している
- ・看取りについては、本人とご家族の意向を尊重しながら状況をみながら往診やカンファレンスを実施し、入院や在宅看取りへのサポートをしています
- ・ご本人・ご家族等の意思を尊重し、ご家族等の協力体制も確認し決めます。特養・老健・ご自宅でできる限り生活し最期は病院でお看取りする場合がありますが、生活の場である特養・老健でのお看取りを医療機関として協力（看取り協力）、また、医療・介護サービスを利用しご自宅で最期を迎える場合もあります
- ・警察医をしていましたが、明らかに看取りであるにも関わらず、主治医ではなく警察医が検案させられる事態がありました。病院はもっと酷く、「亡くなっているのなら警察に連絡してください」という対応が多いです
- ・ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の普及が今後の看取りの重要な視点で市民・県民への啓発が必要
- ・オンライン看取り（D to P with N）
- ・看護師による看取り規制緩和（現状相当な書類作成が必要との意見あり）

質問5：在宅医療・介護連携

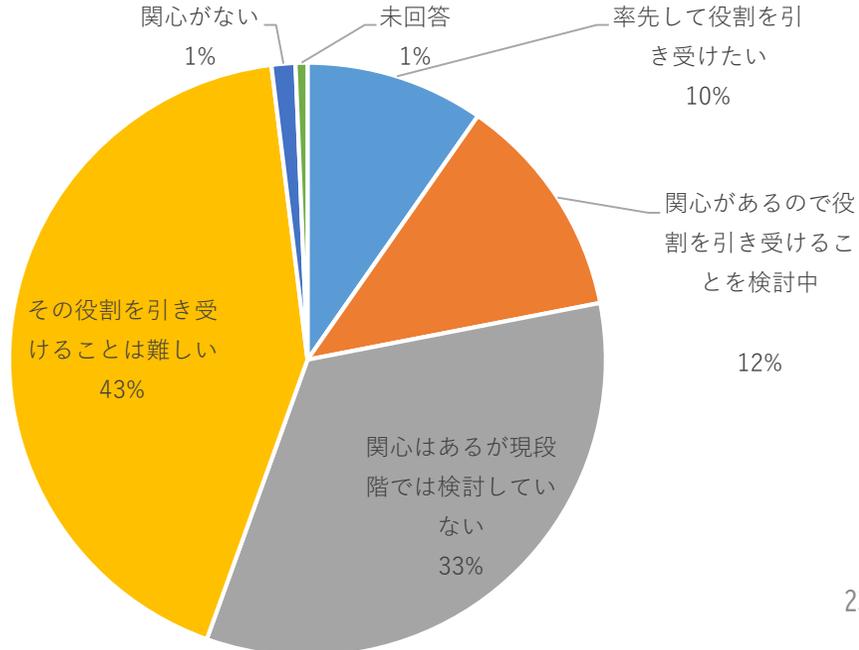
■（問13）介護関係者等の相互協力体制の構築に向けた現在の取組

- ◎その他の意見（主）
- ・認知症初期集中支援会議への参加



■（問14）国が推奨する積極的役割を担う在宅医療機関

（自ら 24 時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所）について



質問5：在宅医療・介護連携

■在宅医療・介護連携に関する自由意見

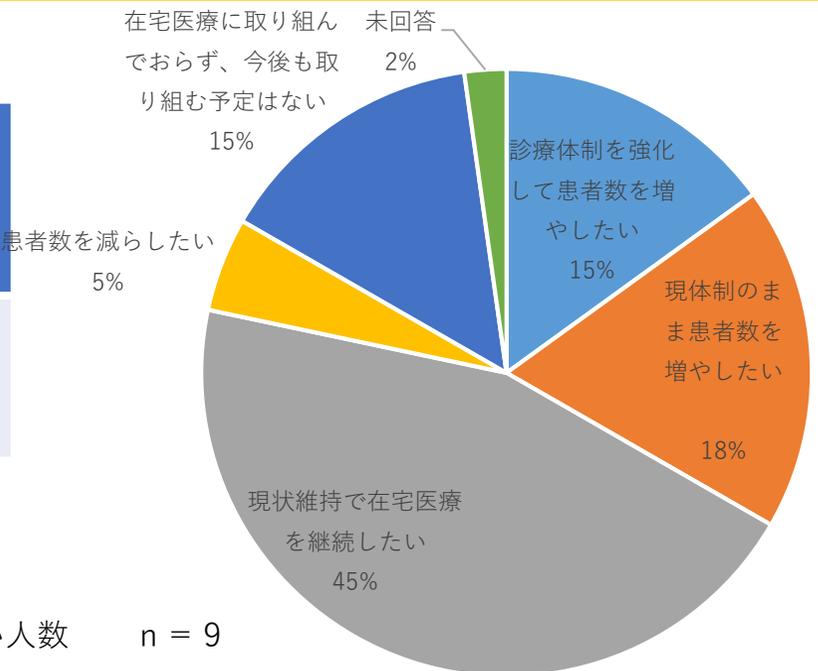
◎その他の意見（主）

- ・在宅医療を提供している地域（クリニックと同一町内）に他に医療機関がない
- ・現状マンパワー的に難しい
- ・自分が高齢化しており、継承者には在宅医療にかかわる余裕がない
- ・開業医の高齢化もあり、積極的な役割を担うのは困難。現状では最近増加してきた在宅専門の診療所などをお願いするのが良いと思われる
- ・現状で手一杯。関心が無い訳では無いが医師1人体制で今以上の業務をこなすのは困難。通常診療の合い間に訪問診療、5類になっても続く発熱外来や産業医に加え、医師会業務等もあり現状を維持することすら困難である。今回の対象では無いが、医師の働き方改革が開業医でも調査すれば過労死ラインを既にオーバーしている
- ・往診、看取り、急変時は入院も含め、自院で対応している。かなりの数対応しており、余裕がありません
- ・医師を24時間縛り付けることは、労働時間の面でも賃金の面でももはや無理。「診療時間以外は自由にしたいので開業した」という若い開業医も多い。彼らは全て救急に丸投げしている
- ・医療従事者以外の介護職員やリハビリ職員、ケアマネジャー等との多職種による更なる連携強化が求められる
- ・ただし、他医療機関について「在宅生活全般に関する介護・福祉制度や民間制度の活用」、「ICFについて」、「看取り」、「医師 — 患者関係論」等をよく理解し、共有可能な他医療機関であることが前提となる
- ・在宅医療は、他の介護サービスと連携することが重要なので、多職種でカンファレンスをしながら高齢になっても不安なく住み慣れた自宅で過ごすことができるようにサポートすることが必要だと思います
- ・在宅医療、多職種連携といわれるが働く側の「善意」の部分が多くをしめている現状にて「疲弊しないシステム」を作らなければ24時間、365日の医療、看護、介護の提供は難しいと思う

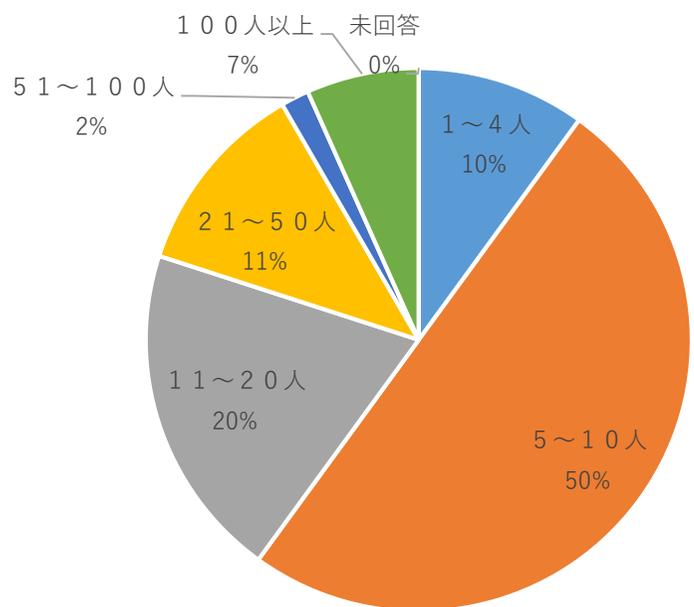
質問6:今後の展望

■ (問 15) 今後の在宅医療に対する取組予定 n = 180

診療体制を強化して患者数を増やしたい	現体制のまま患者数を増やしたい	現状維持で在宅医療を継続したい	患者数を減らしたい	在宅医療に取り組んでおらず、今後も取り組む予定はない	未回答
27	33	81	9	26	4

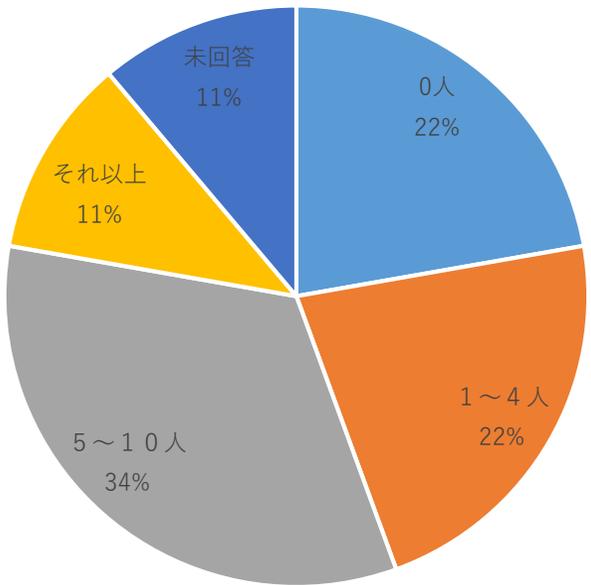


○ 増やしたい人数 n = 60



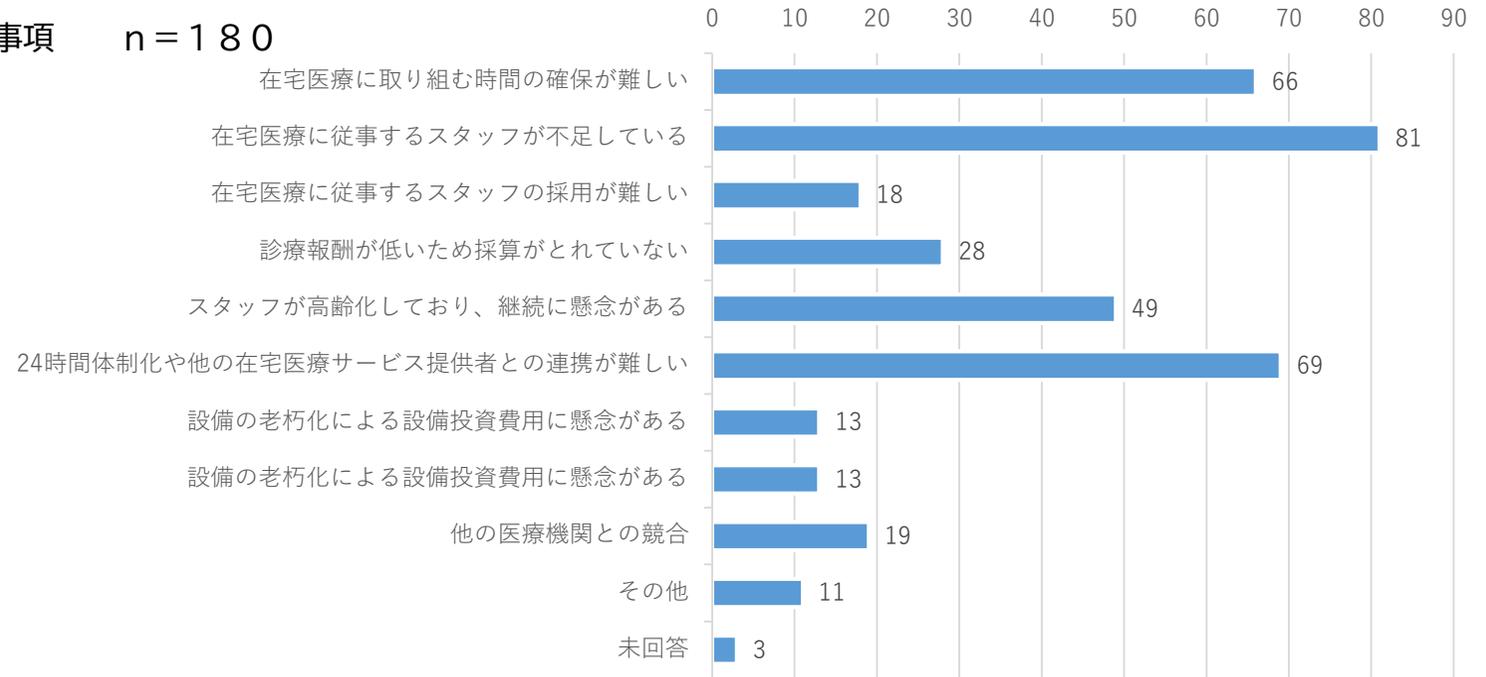
○ 減らしたい人数 n = 9

← 9 医療機関は基本情報 (4-1) で担当医師数 1 と回答している



質問6:今後の展望

■ (問16) 医療機関としての懸念事項 n=180



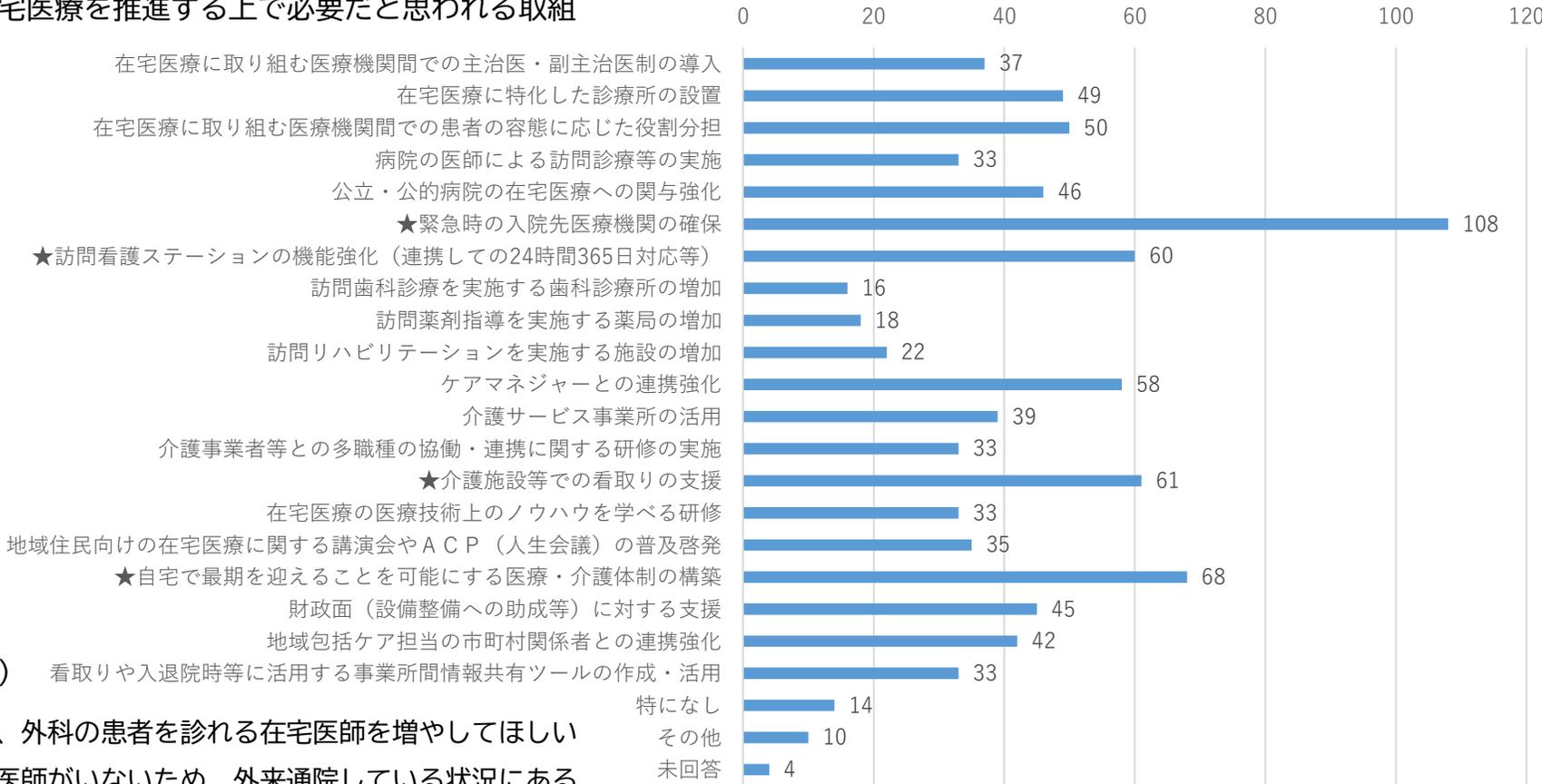
■ ◎その他の意見 (主)

- ・ 医師不足
- ・ 医師1人で24時間、365日の体制は確保できない／医師一人の診療所のため、できることに限界がある
- ・ 医師が高齢化したり、体調不良があると厳しい
- ・ 都市部と地方の医師偏在による24時間体制の継続に懸念
- ・ 立地自治体の人口減少により対象者も人口に比例して減少するのではないか
- ・ 急性期病院との連携が不十分と感じます。自身も急性期病院勤務を経て在宅診療に従事していますが、急性期病院の医師に、もっと在宅診療の現状についてご理解いただけると良いと考えます
- ・ 居宅・介護施設高齢者の看取りや急変による救急搬送の増加、医師の働き方改革による地域の夜間救急体制の弱体化、在宅医療に携わる医師の高齢化や減少により、三次救急を担う病院への搬送患者の増加による救急体制の崩壊を危惧しております
- ・ 夜間、休日の医師確保。夜間、休日に対応可能な薬局を調べるのに一手間かかるので見える化希望

質問6:今後の展望

■ (問17) 今後、在宅医療を推進する上で必要だと思われる取組

n = 180



■ ◎その他の意見（主）

看取りや入退院時等に活用する事業所間情報共有ツールの作成・活用

- ・ 地域全体で精神疾患、外科の患者を診れる在宅医師を増やしてほしい
- ・ 通院困難な患者も訪問医師がいないため、外来通院している状況にある
- ・ 他の先生方の工夫や取組の実例をお聞きしたい。手探りでやっています
- ・ 病院勤務医師への在宅医療の啓蒙
- ・ 何と云っても在宅医療にかかわる医師の育成／文部科学省における医学部での在宅医療教育、在宅医療における基本概念（人間関係論）の教育
- ・ 看護師の看取りに関わる研修へのアクセス改善
- ・ 地元在住のスタッフの採用
- ・ 休日、夜間に訪問対応してくれる介護事業所の充実
- ・ 診療報酬算定の簡素化

質問6:今後の展望

■今後の展望に関する自由意見（主） 1 / 2

【在宅医療機関の継続】

- ・医療機関が在宅診療を始めるのに障壁となる大きな理由の一つに「24時間365日の診療体制」、特に休日夜間の対応が求められることにあると思います。また、都市部以外ではどの地域も医師不足で対応に苦慮されていると思いますが、この偏重が解消されないと、在宅をやってみようか、という医療機関は増えていかないように思います
- ・高齢化比率の高い地域において、在宅医療を希望する患者（患家）の多様なニーズに十分対応できるよう、医療人材確保が困難な地域（郡部や過疎地等）に対して、人材が集中する市街地等より優先した確保体制を構築していただきたい
- ・在宅医療を担う医療機関の情報公開、病院による一人医師体制の医療機関への緊急時の支援
- ・在宅医療に取り組む医師が必要である。現在担当している医師が引退した後の後継者を確保できるかが問題
- ・医師の高齢化などがあり既存の診療所に24時間体制での在宅医療を求めるのは困難。病院の参加、新たな若い医師の参加による診療体制が望まれる。今後更に高齢化と人口減少が進むと独居高齢者や後期高齢者だけの家族が増えると予想され、24時間そばで見えてくれる人がいなくなると、現在の在宅医療体制では対応困難になると考えられる。新たな体制も考えておく必要がある
- ・診療所の継続自体が難しい／人口減少がはっきりしているので、なかなか開業医は増えない環境にある。また、開業医の高齢化も目立ってきている。こういった中で在宅医療への参加も推進も困難であると思われる。採算がとれるうちは、現在在宅を行っている医療機関が担うが、これからは公的病院が在宅医療を担う可能性は高い。病院の赤字解消のためにも、今後は積極的に在宅医療に参加すべきだと思う。しかし、在宅医療参加した場合のインセンティブや勤務医の時間外が増えることになるので、これらの点については十分に検討してから参入すべきであろう

質問6:今後の展望

■今後の展望に関する自由意見（主） 2 / 2

【医療機関間の連携等】

- ・在宅医療も病院のように、機能分化や役割分担が進み対応できるとよい
- ・これまでの緊急入院や医師不在時の急変で苦勞することも多く、医師の個人的なつながりや患者さんの病歴で変化するような連携ではなく、システム化された連携がますます必要になってくると思う
- ・在宅診療をグループとする場合は、グループ作成に県や医師会の介在があれば、ある意味安心かもしれません
- ・近隣の医療機関でグループを作る場合、その体制自体に保険診療がついてきていないと思われます。働き方改革を推進されている現在、今までのように、個々の医療機関の医師の献身性だけでは、地域医療は難しくなっています。そして、グループ診療が可能だったとしても、何かあった場合の責任の所在など、現在の医師—患者の関係では非常に複雑

【その他】

- ・外科と皮膚科などのマイナー系の訪問診療実施医の増加が必要と感じています。在宅での処置(小手術含む)や皮膚疾患に対する治療を要する患者が非常に多いためです
- ・在宅医療は本人だけでなく、家族への配慮も重要なので、家族が不安なく安心して在宅で看れるように、多職種連携、本人の意向を考慮しながら対応し、在宅看取りが増えていけばいいと思います
- ・1. 在宅医療にかかわる医師・看護師・薬剤師・歯科医・心理師等の確保のため財政面の支援が喫緊の課題と思います。2. 自宅で家族が介護・介助する場合の財政面の支援が必要。3. 今まで以上に尊厳を守る介護の体制の構築が必要
- ・以前から訪問診療の時間確保は困難でしたが、新型コロナウイルス感染症が広がってからは発熱外来やワクチン接種の時間確保が優先になってしまいました
- ・在宅医療の研修会、講習会があるとありがたい
- ・診療報酬での評価／医療保険と介護保険の同日算定ができない
- ・在宅医療のサービスを提供できるエリアの格差の減少。遠方地へ訪問する際に掛かる諸経費、人件費等の補助