

令和7(2025)年7月25日

令和7(2025)年度第1回宇都宮地域医療構想調整会議並びに
宇都宮構想区域病院及び有床診療所会議 合同会議

資料3

在宅医療等に係る意見交換の結果について

栃木県保健福祉部医療政策課

要約①

在宅医療（訪問診療など）

- 在宅医療の実施については、診療所の間で差が見られる
- 面積の広い地域では、在宅医療の実施頻度に限界がある
- 施設への訪問をメインとしている在宅医療を専門にしている診療所と外来をやりながら在宅医療を実施している診療所は分けて考えるべき
- かかりつけ医の先生の在宅医療への移行が課題だが、一般的な診療所では、外来診療で手一杯であり、在宅医療まで手が回らない状況

歯科訪問診療

- 要介護者が歯科治療を必要としているケースもあり、訪問看護師や介護職と連携し、要介護者の口腔状態に気づくことが重要（多職種連携）

訪問薬剤管理指導

- 実施する薬局においては、やるほど在庫を抱える現実があり、円滑な流通システムの構築が必要
- マンパワー不足で緊急時の対応が出来ていない薬局もある
- 非公開型SNSの活用で訪問診療医や看護師との連携強化に期待

訪問看護

- 面積の広い地域では24時間体制の訪問看護ステーションの運営は困難であり、利用者の確保が難しい地域も含めて、支援が必要
- 各訪問看護ステーションにおいてどのようなサービスが提供できるのかということについての情報提供に課題

介護（訪問介護、高齢者施設）

- 面積の広い地域では訪問介護という選択肢が取りづらく、施設への入所が増える（事業としても、遠方への訪問介護は利益が出ない）
- サ高住などでは主治医がバラバラで、その対応に差がある
- 特定の介護資源（訪問入浴サービス、夜間対応可能な障害者のヘルパー）が不足している
- 医療が必要な方の受入体制に課題（介護側の医療の知識が不足）
- 施設における看取りは増えてきている

要約②

ACP

- 日頃から繰り返し働きかけをすべきだが、そのタイミングや誰が働きかけを実施するかの整理は必要
- 患者及びその家族に対する意志決定支援が不足
- 家族構成で在宅療養は困難と判断し、本人やその家族の意志とは関係ないところで病院側が意志決定してしまう場面もある
- 特に、急性期病院ではACPに時間と労力を割くことが難しい
- 自治会や社会福祉協議会など様々なチャネルを活用した周知が重要
- 救急搬送の件数や在宅から後方支援病院へ回る患者数を抑えるという意味でも、ACPは重要

在宅療養支援病院・在宅療養後方支援病院

- ADLが下がって、在宅へ復帰できない患者の出口を探すことが負担
- ワンクッションとして後方支援してくれる病院があると、在宅療養支援病院としては新たな急患を受けられることができる
- 在宅療養後方支援病院の当番制ということも考える必要があるのではないか

職種間連携・情報共有

- 「どこでも連絡帳」、「わんコネ」、「ケアブック」、「メディカルケアステーション（非公開型SNS型ツール）」など複数の情報共有ツールが活用されている（地域、病院ごとに違いが見られる）
- 在宅医療専門の診療所では、医師が度々替わるため、連携が難しい
- 患者が最終段階に入った際のケアマネジャーと医療従事者の役割分担に悩むことがある
- 予後の説明もなく在宅医療へつなぐ医師もいて、ACPを踏まえた対応について、訪問看護師やケアマネジャーで内々に話し合って対応している現状もある

行政

- 入退院支援に係る指標の管理については更なる検討が必要
- 在宅医療の周知、関係者間の顔の見える関係づくりの構築が課題
- 地域医療構想と地域包括ケアシステムのリンクが重要であり、県から市町へ方向性などは示したほうがいい

在宅医療等に係る意見交換の結果（宇都宮①）

構想区域	項目	主な意見
宇都宮	在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> 提供量は足りていると思うが、特定の施設が大きくやっている状況 かかりつけ医の先生が在宅医療に移行していける取組が必要
	訪問薬剤管理指導	<ul style="list-style-type: none"> 実施する施設は増えてきているが、一生懸命やるほど在庫を抱える現実がある 流通システムを上手く構築できれば、訪問薬剤指導を実施する薬局も増えるのではないか
	訪問看護	<ul style="list-style-type: none"> 利用者が確保出来る地域であれば訪問看護ステーションが運営しやすいが、そうでない地域での事業所の開設は難しい。このような地域への支援も検討すべき
	介護サービス	<ul style="list-style-type: none"> 特定の介護資源（訪問入浴サービス、夜間対応が可能な障害者のヘルパー）が不足 介護資源としては、宇都宮市においても供給が追いつかなくなる兆しを感じている（日光市や那須町で訪問介護事業所の閉鎖や人材不足でサービスを受けられなかったという声があり、この現象が宇都宮市にも押し寄せてきていると感じる） ターミナル期で訪問介護の利用希望があり、ケアマネジャーが事業所5カ所以上に連絡しても、どこからも対応してもらえなかったという話も聞く 訪問介護は時間も場所もバラバラで、往復の時間やガソリン代などを考えると、遠方では利益出ない 人材確保の観点でも、職員の高齢化が進み、募集しても応募がなく、事業所内で配置転換をして対応しているところもあると聞く
	在宅療養支援病院	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療が安心してできるための病院の役割は高齢者医療の充実であり、特に、高齢者医療は2次救急が主体となるため、2次救急の供給体制を整える必要がある 病院側としては、ADLが下がって、在宅に復帰できない患者の出口を探すことが負担となり、新たな患者を受入できないことが課題 ワンクッションとして後方支援してくれる病院があると、新たな急患を受けられることができる

在宅医療等に係る意見交換の結果（宇都宮②）

構想区域	項目	主な意見
宇都宮	ACP・住民理解	<ul style="list-style-type: none"> 急変時の対応で自宅で過ごすしたいという人が救急車を呼ぶことが多い 心停止、呼吸停止している方が3次救急を塞ぐこともあるので、呼吸停止をしても、しかるべき場所に対応して、看取りまでできるよう、地域の方達の理解を得ながら進めていかないといけない 地域包括ケアシステムのうち、「本人・家族の選択と心構え」というものがあるが、ここに格差があり、一人暮らしであるにも関わらず、ACPに全く関心を示さない人もおり、そのような方が認知症となったり、救急搬送された際、医療機関やケアマネジャーの負担となる ACPが明確化されていないと、搬送先の困難や医療資源の使い方などのバランス不全が生じる ACPは手間がかかる取組だが、周知が薄い部分がある 基本的には、自宅で看取る、看取られる覚悟があれば、どんな状態でも在宅医療、そして看取りは可能だと考えているが、現実にはACPや意思決定支援が不足している 病院から、この状態で家に帰ると死んでしまうという事を伝えたと、自宅で看取られたいと思っていた人が療養型の病院に行く話もある 体が不自由な方は公共交通や地域内交通で医療機関へ行くことが難しく、このような方が周囲に相談する人が少なかったり、相談できなかつたりすることがある 在宅医療は家族の負担が大きく、高齢者世帯では対応できない場合が多いと思うが、このような時に、どのような対応が考えられるか、高齢者向けに分かりやすい情報提供が必要 自治会、社会福祉協議会など様々な団体があるので、そのような組織を通じて、市民向けの説明会や勉強会を開催することも必要 普及啓発に当たっては、在宅医療を提供できる体制が確保されていることが前提
	行政（市）の取組	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア推進会議を設置し、在宅医療と介護の連携を推進している 入退院支援においては、入退院支援に係る指標が一部出ていないところもあり、更なる検討が必要 医療・介護従事者の質の向上を図るため、テーマを決めてワークショップなどを開催している 医療と介護の連携を強化するため、市内5ブロックに医療・介護連携ステーションを設置し、多職種が参加する事例検討や研修を実施し、顔の見える関係づくりに取り組んでいる

在宅医療等に係る意見交換の結果（県北・県東）

構想区域	項目	主な意見
県北	在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> • 一般の診療所の医師が在宅医療まで時間を取るの難しく、先進的に取り組んでいる医師が引っ張っている状況 • 看護職員が不足しており、支援が必要 • 在宅に対応をした薬局は増えてきているが、介護職から相談を受ける窓口は明確化されていない
	ACP	<ul style="list-style-type: none"> • ACPの取組が実施されていないケースが多い • 日頃、患者の状態が安定している時に、繰り返し話し合いを重ねるべき
	行政	<ul style="list-style-type: none"> • 医療と介護の両方にニーズがある高齢者の問題については、地域医療構想と地域包括ケアシステムをリンクさせる必要があり、県から市町へ方向性は示したほうが良い
県東	在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> • かかりつけ医の患者や病院から退院調整してもらった患者を診るケースと、サ高住などの施設へ診療するケースが同じ在宅医療としてカテゴリーされているが、全く別物 • 施設をメインとして在宅医療を専門にしているクリニックと、外来をやりながら在宅医療をしているクリニックは分けて考えるべき • 在宅療養支援病院が増えていかないと、いい在宅医療は提供できない
	情報共有	<ul style="list-style-type: none"> • 県東地域では2つのアプリを活用している（「わんコネ」、「ケアブック」） ※「わんコネ」：医療福祉施設向けの入退院支援システム ※「ケアブック」：入退院支援クラウドサービス • 4つの病院でアプリを利用しているが、今後、介護との連携状況も見える化する必要がある

在宅医療等に係る意見交換の結果（県西）

構想区域	項目	主な意見
県西	訪問診療	<ul style="list-style-type: none"> 地域の面積が広く、実施頻度に限りがある
	歯科訪問診療	<ul style="list-style-type: none"> 鹿沼市は行政からの支援や高齢者歯科診療に係る専門家の先生がいるため、積極的に勉強会を実施するなど体制の構築が出来ている ケアマネジャーとの連携は進んでいないので、多職種間の連携は課題
	訪問薬剤管理指導	<ul style="list-style-type: none"> 登録はするが、緊急の対応にはマンパワー不足で対応できていない薬局が多い 県の補助事業を活用し、各薬局がどのような対応ができるかマップ化し、医療機関や訪問看護ステーションに配布する取組を実施している
	訪問看護	<ul style="list-style-type: none"> 地域の面積が広く、移動時間がかかり、1日に対応出来る人数に限りがある 広大な面積のため、24時間体制で訪問看護ステーションを運営するのは経営的に成り立たず、算入する訪問看護ステーションが増えず、ステーションの数が減ってきている
	介護サービス	<ul style="list-style-type: none"> 特に面積の広い地域では訪問介護を実施する事業者は少ないため、病院側も在宅療養を勧めることができず、結果的に施設への入所が増えている 経営的な問題もあり、民間の努力だけでは難しく、公的な補助が必要 介護ヘルパーやケアマネジャーが不足 施設での看取りは増えている 介護側の医療の知識に限りがあり、医療が必要な方の受入体制の構築が難しい
	職種間連携・情報共有	<ul style="list-style-type: none"> 「どこでも連絡帳」という便利なツールがあるのに利用率が上がらない ケアマネジャーとしても、「どこでも連絡帳」を活用してもらえると助かり、職種間連携も進む 特に大きな病院で「どこでも連絡帳」を使わない先生が多い印象
	ACP	<ul style="list-style-type: none"> 在宅で診ている患者の家族から、最後に病院で入院させてもらえないかという要望があるが、急性期病院の立場からすると、経営的な視点から負担はある 市民へのACPに関する普及啓発は必要 人の感情はその時々で変わるので、日頃から繰り返し働きかけをすべきだが、どのタイミングで誰がその働きかけを行うかは整理したほうがいい

在宅医療等に係る意見交換の結果（県南①）

構想区域	項目	主な意見
県南	病院間の連携・病診連携	<ul style="list-style-type: none"> 診療所の立場からだと、在宅医療を受けている患者の急変時に、入院の受け入れをしてくれる病院を探すことに苦慮している 急変時に必ず受け入れてもらえる仕組みを整えているところもあるが、満床で受け入れ不可となることもあり、今後は入院医療機関同士の連携や空床確保なども含め診療所と入院医療機関との連携が課題となる 「DAC（獨協アライアンスクリニックアンドホスピタル）」と名付け、超急性期・急性期・慢性期の医療機関同士で年1～2回の顔の見える連携を行い、紹介体制の強化を図っている
	歯科訪問診療	<ul style="list-style-type: none"> 要介護者の多くが歯科治療を必要としているが、実際に受けているのは3割程度 訪問看護師や介護職が口腔内の状態に気づくことが重要
	訪問薬剤管理指導	<ul style="list-style-type: none"> 緩和ケアでは病院から薬局に直接連絡が入り、必要な調整を行うなど連携は進んでいる 多職種連携研修会において、施設における薬の管理、配薬・与薬に関して薬剤師が介入ができる部分もあることを伝えた MCS（メディカルケアステーション。非公開型SNS型ツール）などの多職種連携のツールを活用することで、訪問診療医や看護師との連携強化が期待できる
	訪問看護	<ul style="list-style-type: none"> 利用者が減少してきており、家族の事情などで、終末期を医療機関で迎えるケースが増えている 本人やその家族の意思を汲もうと注意しているが、家族構成などの問題で、療養型施設が優先される場面も多い 各訪問看護ステーションがどのようなサービスを提供できるのかということについて、情報提供が上手く出来ておらず、利用が見送られるケースもある
	看取り	<ul style="list-style-type: none"> 在宅看取りは家族の負担、周囲の環境など様々な条件をクリアしなければならない 医療機関で最後を迎える人が多く、家族の中で在宅看取りという選択肢が取りづらいのではないかと
	医療的ケア児	<ul style="list-style-type: none"> 今後も増えていくことが予想され、学校との連携が必要となる
	介護施設	<ul style="list-style-type: none"> 医療的な問題を抱え、自宅に戻るのが難しい高齢者が多く老健施設に入所しているが、施設によっては在宅復帰率が50%と高いところもある

在宅医療等に係る意見交換の結果（県南②）

構想区域	項目	主な意見
県南	ACP	<ul style="list-style-type: none"> • 外来診療をやりつつ、急性期病院でACPを30分、1時間やることは現実的に難しい。老健でもやっているが、時間と労力がかかる • ACPに対する診療報酬上のインセンティブが必要 • 急性期病院の先生の中には、家族構成などをみて、在宅療養は無理と判断し、本人や家族の意思とは関係ないところで意思決定されてしまう場面がある • 中小規模の病院では比較的時間が取れるので、ACPを実際にはやっているところもある • 在宅から後方支援病院に回る患者数を減らすという意味では、ACPは大切
	在宅療養後方支援病院	<ul style="list-style-type: none"> • 在宅から急変した患者のうち、自院で対応出来ないものについて、他院を紹介するところに時間と労力を要する（ただし、それにより業務が回らなくなるほどではない） • 後方支援病院の当番制ということも考える必要があるのではないか
	職種間連携・情報共有	<ul style="list-style-type: none"> • MCSの活用などの取組は進めている • 多職種が集まったの研修会、事例検討会は地域によっては高頻度で実施することが難しい • ケアマネジャーは基礎資格がそれぞれ異なり、福祉職出身の人は医療ニーズの高い利用者の支援に苦手意識を持つことがあるので、医療知識に係る研修を通じてスキルアップを図っている • ケアマネジャーが医療関係者に相談しづらいという声もあるようなので、医療側から対応を改善することで、よりよい連携が図れるのではないか • 「わんコネ」が情報共有ツールとして有力になってきている ※「わんコネ」：医療福祉施設向けの入退院支援システム
	行政	<ul style="list-style-type: none"> • 市民に在宅医療が十分知られていないこと、関係者間で顔の見える関係が築けていないことの2点を課題と認識している

在宅医療等に係る意見交換の結果（両毛①）

構想区域	項目	主な意見
両毛	在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> 開業医は外来診療に時間が取られ、在宅医療までは手が回らない 在宅診療クリニックについても問題が多いと聞く 熱心にやっているところはやっているが、往診を嫌うところもある
	歯科訪問診療	<ul style="list-style-type: none"> 訪問するのは寝たきりの方など限定的 行く人は行き、行かない人は行かないという世界 県歯科医師会の在宅歯科医療連携室を訪問歯科に係る相談窓口として案内している
	訪問看護	<ul style="list-style-type: none"> 看護師のスキルの差により、看取りに対応できる施設とそうでない施設がある 看取りに関してはスタッフの負担が大きく、施設として実施しないというところもあるため、このようなケースに対する研修の実施は必要 サ高住では、夜間に介護士のみ体制になり、看取りが難しいことから、訪問看護を利用するケースが出てきている 初めての訪問で、利用者の家族に対して、亡くなるまで時間の問題ということを伝えなければならないケースもあり、早期の介入が難しい状況 訪問看護ステーションが増え、以前より在宅看取り、医療的ケアができるようになってきている
	ACP	<ul style="list-style-type: none"> 在宅看取りで納得していた方も、急に気持ちが変わって入院となるケースや救急車を呼ぶケースもあり、ACPに係る住民への意識付けは必要 高齢者施設における急変時の対応として、入院して回復する見込みがあるなら、入院でもいいかもしれないが、看取りの段階であれば、施設で完結したほうがよく、ここに関するACPを進めれば、救急搬送も減るのではないか 特にがんの末期の患者で、亡くなる数日前にケアマネのところへ相談に来ることがあり、家族の気持ちの整理がつかないまま亡くなることもあるので、病院、在宅医療の医師による意思決定支援は重要

在宅医療等に係る意見交換の結果（両毛②）

構想区域	項目	主な意見
両毛	高齢者施設	<ul style="list-style-type: none">特養では施設で亡くなり、退所するケースが多く、施設で看取ることが多いサ高住などの施設は主治医がバラバラで、何かあったら救急車を呼ぶケースが多く、主治医がいるのに連絡が取れないなど、医療側にも問題があるのではないか
	職種間連携	<ul style="list-style-type: none">在宅医療専門の診療所は医師が度々替わり、すぐに救急車を呼ぶ医師や連絡が取れない医師などもおり、医師によって対応力が異なることから、連携が難しい最終段階に入ったときに、誰が口火を切るかという問題があり、ケアマネジャーがやったほうがいいのか、医療従事者がやったほうがいいのか悩んでいるACPを踏まえた対応をする医師もいれば、予後の説明もなく在宅へつなぐ医師もいて、家族も何も心構えがなく、在宅に移る人もいるので、訪問看護師やケアマネジャーが内々でどうするか話し合っている現状もあり、訪問看護師やケアマネジャーなどが専門職としてそこにどう関わるべきかは課題介護ヘルパーの高齢化や事業所の減少により、在宅看取りを支えるということに関しては、ヘルパーを探すのが大変になってきている