

令和7年度愛知県在宅医療推進協議会 議事録

○日時：令和8年3月5日（木）午後3時から午後4時30分まで

○場所：愛知県自治センター 6階 603会議室

○内容

1 報告事項

- (1) 在宅医療関連の指標について
- (2) 令和7年度在宅医療年間スケジュールについて

2 その他

- (1) 愛知県医師会からの情報提供
- (2) 愛知県歯科医師会からの情報提供
- (3) 愛知県薬剤師会からの情報提供
- (4) 愛知県医療法人協会からの情報提供
- (5) 愛知県看護協会からの情報提供
- (6) 愛知県栄養士会からの情報提供
- (7) 愛知県歯科衛生士会からの情報提供
- (8) 愛知県訪問看護ステーション協議会からの情報提供
- (9) 国立長寿医療研究センターからの情報提供

○議事録

(愛知県保健医療局健康医務部医務課 稲葉主事)

お待たせいたしました。

ただいまから令和7年度愛知県在宅医療推進協議会を開催いたします。

私は本会議の進行をさせていただきます、保健医療局健康医務部医務課の稲葉と申します。よろしくお願いいたします。

初めに、定足数の確認をいたします。この会議の委員数は20名であり、定足数は過半数の10名でございます。

現在19名の委員にご出席をいただいておりますので、本日の会議が有効に成立していることをご報告申し上げます。

なお、本日の会議内容につきましては、事務局で議事録を作成し、発言された委員に内容を確認の上、公表させていただきたいと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

それでは、開会にあたりまして、保健医療局健康医務部医務課長の古川からご挨拶を申し上げます。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課 古川課長)

皆様こんにちは。

愛知県保健医療局健康医務部医務課長の古川でございます。

本日は、皆様大変お忙しい中、令和7年度愛知県在宅医療推進協議会にご出席いただきまして誠にありがとうございます。

また、委員の皆様方におかれましては日頃から、それぞれの立場から、在宅医療の推進に多大なるご尽力いただき、この場をお借りをいたしまして、厚く御礼申し上げる次第でございます。

こちらの在宅医療推進協議会は、平成の27年度から、地域において在宅医療が円滑に提供される体制が県内全域で整備されることを目的といたしまして、保健・医療福祉をはじめ、関係者の皆様方にお集まりをいただき、在宅医療の確保、推進に必要な事項につきましてご協議をいただいているところでございます。

来年度は、現在の愛知県地域保健医療計画の中間見直しの年とされております。

委員の皆様方からは、愛知県における在宅医療提供体制のさらなる拡充のため、それぞれの職種や、地域の視点に立ったご意見を頂戴していきたいと考えております。

さて、本日の会議は、報告事項といたしまして、在宅医療関連の指標について及び令和7年度在宅医療年間スケジュールについて、その他といたしまして、9団体からの情報提供を予定をしております。

以上、大変限られた時間ではございますが、活発なご議論をお願い申し上げます。簡単ではございますが私からの開会の挨拶とさせていただきます。

本日はどうぞよろしくお願い申し上げます。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課 稲葉主事)

次に資料の確認をお願いいたします。資料は次第の裏面でございます、配付資料一覧の通り、資料1から資料11までとなっております。不足等がございましたらお申し出ください。

続きまして、委員の皆様のご紹介でございます。本来であれば、お一人お一人ご紹介し、ご挨拶をいただくところではございますが、時間の都合上、今年度新たに委員に就任された方をご紹介させていただきます。

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター在宅医療・地域医療連携推進部長、赤津裕康委員です。

愛知県市長会、加藤健一郎委員です。

一般社団法人愛知県訪問看護ステーション協議会会長、森田貞子委員です。

愛知県町村会、依田佳久委員です。

以上の方が新たにご就任いただいております。

また本日、一般社団法人愛知県病院協会、岡田温委員におかれましては、所用によりご欠席との連絡を受けております。

続いて、愛知県在宅医療推進協議会設置要綱第4条に基づき、本協議会の会長を互選により選出します。どなたかご推薦がおありでしょうか。

松浦委員お願いいたします。

(松浦委員)

愛知県医療法人協会の加藤真二委員を委員長に推薦したいと思います。いかがでしょうか。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課 稲葉主事)

ただいま加藤真二委員を会長にとのご推薦をいただきましたが、いかがでしょうか。

<委員 異議なし>

それでは、委員の皆様の総意ということで、会長は加藤委員にお願いしたいと思います。それでは加藤委員、会長席にお移りいただきまして、以後の進行をお願いいたします。

(加藤会長)

愛知県医療法人協会の代表で来させていただいております、加藤です。

ご指名いただきましたので、会長を務めさせていただきます。よろしく願いいたします。

皆様のご協力をいただきまして、この会議の円滑な運営に努めて参りたいと思います。忌憚のないご意見をどんどん出していただければと思いますので、よろしく願いいたします。

時間も限られておりますので、早速ですが議題の方に入りたいと思います。

では、次第の4報告事項に入ります。

報告事項の(1)在宅医療関連の資料について、(2)令和7年度在宅医療年間スケジュールについて、事務局の方から説明をよろしく願いいたします。

(愛知県保健医療局健康医務部医務課 浅井課長補佐)

はい。それでは報告事項につきまして事務局からご説明いたします。

医務課医務グループの浅井と申します。着座にて失礼いたします。

それでは報告事項(1)在宅医療関係の指標についてでございます。お手元の右肩の資料1と記載された、A3横長の資料をご覧ください。

愛知県地域保健事業計画第9章の在宅医療対策に掲載している13の資料の一覧でございます。

この中で直近値は表の左から5つ目の列になりますけれども、資料の通りの数字となっております。数字の下の括弧書きで時点が記載されております。データの種類によって直近算出の時期が異なりますが、いずれも現時点での最新のデータとなっております。なお、左から2列目の出典「NDB」と記載されたデータ、こちらはナショナルデータベース、レセプト情報・特定健診等の情報データベースでございますが、基準値の数値に満たないものに対して秘匿処理がされております。つまり、市町村別に数値を算出したときに、1市町村に存在する数が少なすぎる、例えば医療機関ですと3未満の数では個人が特定されてしまいますので、そうした数値を除外するという統計上の処理を行うため、実際の数値とは異なる場合がございます。

表の左から4つ目の目標値でございますが、こちら令和5年度の現行計画策定時に設定した目標値となっております。整備目標を定める上での基本的な考え方は、国の通知において示されておりました、その通知に基づいて目標値を設定しております。また目標の進捗率を表の一番右の列に記載しております。この中で現行計画を達成したものは数値が100%を超えているものとなりまして、6つございます。

上から3つ目「機能強化型在宅療養支援診療所・病院」は現行計画の目標値363施設に対し、直近値はその右側にありますが、368施設です。

上から4つ目、「在宅療養後方支援病院」は同様に、現行計画の目標値25施設に対し、直近値は28施設です。

上から5つ目、「24時間体制をとっている訪問看護ステーション」は、現行計画の目標値1,110施設に対し、直近値は1,275施設です。こちら現行計画策定時と比較して、270施設と大幅に増加をしております。これは令和6年度診療報酬改定により、それまで24時間対応体制の連絡相談を担当するのは保健師または看護師とされていたところ、マニュアル整備等の要件を満たし、連絡相談に支障がない体制を構築している場合には、保健師または看護師以外の職員でも差し支えないとされまして、基準が緩和されたことが影響しているものと考えられます。

上から6つ目、「機能強化型訪問看護ステーション」は、現行計画の目標値54施設に対し、直近値は62施設となっております。

下から2つ目、「訪問診療を受けた患者数」は、現行計画の目標値1,543,224件に対しまして、直近値は1,550,350件です。ご参考までに資料にはございませんけれども、こちら令和4年度は1,419,141件でございまして、3年度から4年度にかけて、また、4年度から5年度にかけて、年々13万人ずつ増えてい

るという状況になっております。

一番下、「看取り数」は、現行計画の目標値 17,469 件に対し、直近値は 17,504 件です。こちらも資料にはございませんけれども、令和 4 年度は、16,902 件でございまして、3 年度から 4 年度にかけては、2,355 件と大きく増加しております。4 年度から 5 年度にかけては 602 件の増にとどまり、伸びは緩やかとなっております。

また、現行計画策定時より、直近値が下回っている指標が 1 つございます。

一番上の「訪問診療を実施している診療所・病院」は、現行計画策定時 1,425 施設が直近値では 1,416 施設となっております。ご参考までにこちらは令和元年度が 1,431 施設、2 年度が 1,432 施設、3 年度が 1,425 施設、4 年度が 1,436 施設、5 年度は 1,416 施設と毎年若干の増減を繰り返しております、ほぼ横ばいの状況でございます。一方で下から 2 番目の「訪問診療を受けた患者数」が増えておりますので、医療機関がより多くの患者を受け持つようになってきているものと考えられます。

目標に届いていない指標につきましては、今後も引き続き達成に向けて取り組みを継続して参ります。

なお、愛知県地域保健医療計画につきましては、来年度が中間見直しの年に当たります。データの時点修正や、令和 11 年度までの目標値の設定を行い、本協議会においてご議論をお願いしたいと考えております。

来年度の協議会は 2 回開催予定でございますが、時期につきましては現時点で未定でございますので、また改めてご連絡をさせていただきたいと思っております。

続きまして報告事項 (2)、令和 7 年度在宅医療年間スケジュールについてでございます。

お手元の右肩の資料 2-1 と記載された A3 横長の資料をご覧ください。

こちらのスケジュール等につきましては、平成 31 年 1 月 29 日の厚生労働省通知「在宅の充実に向けた取組の進め方について」におきまして、「医師会等の関係団体や各医療機関の課題を集約し、関係者間で課題を共有し、計画的に在宅医療の推進に向けた取り組みが行われるよう、関係者間で共通の年間スケジュールを策定し、課題の解決に向けたロードマップ等を作成すること。」とされたことを受けまして、例年作成しているものでございます。

今年度は 5 月に県関係課や関係団体に対する照会を行いまして、それぞれの団体等の取り組みを取りまとめ、8 月に取りまとめ結果を送付させていただきました。

1 枚目から 3 枚目が県の関係課の回答を集約したスケジュール表でございまして、4 枚目の資料 2-2 と記載されたページ以降が関係団体の回答を集約した

ものでございます。

他団体の取り組みを知っていただくことによりまして、連携や協力できることがあるかなど、各団体の今後の取り組みの参考にしていただければ幸いです。

来年度5月頃にまた、年間スケジュールの策定に向けた照会を行いたいと考えておりますので、その際にはご協力をよろしくお願いいたします。

以上で事務局からの報告を終わります。よろしくお願いいたします。

(加藤会長)

ありがとうございました。

ただいまの説明で何かご意見ございませんでしょうか。

この資料1は毎年出ていて、議論をするところがあると思いますが、いかがでしょうか。

一番上からいきますと、訪問診療を実施している診療所・病院がちょっと上下繰り返しながらということですが、今年度直近値としてはマイナス9と減っているということです。

目標値としてはかなり増える予定ですね。300ぐらい増える予定のところ、まだ未だにマイナス9となっていますが、このあたりは医師会の松浦委員は何かご意見ございますか。

(松浦委員)

昨日、厚労省の地域医療計画課の西嶋課長の話を聞いてきたんですけども、全国的にも在支診や在支病は横ばいということで愛知県でも同じような傾向。医師会でも在支診を増やそうといろんな活動はしているんですけど、こういう状態。

ただ、訪問診療の数は全国的にも増えてきていますし、愛知県も順調に増えているようなので、既存のところは頑張って取り組んでいただいているのではないかと考えております。

(加藤会長)

ありがとうございます。その他で何かご意見等ございませんか。このような要因があるんじゃないとか。

先ほど事務局や松浦委員の方から言われましたけど、件数が増えているし、たくさん診てくれているということなのではないかという話ですが、そのあたりはいかがですか。

豊田市でいきますと、やっぱり在宅専門みたいなところがあると、そこに結

構持っていかれて、「もう在宅診療はしなくていいや」と言って、やめてしまうようなクリニックさんがあったりということがあります。完全にやめてしまうわけではないですけど、患者さんがいないからやっていないってところですね。そういう所があったりもしますけれども、そういった大手のというか、在宅専門クリニックで患者さんが減っているというようなことが、もし何かご存じの方とかあれば。

その他のところはいかがでしょうか。

歯科診療に関しましては、富田委員は何かご意見ございますか。

(富田委員)

ありがとうございます。

歯科の方は、歯科医師会の方でも研修、訪問診療を増やす努力はしてるんですが、微増にとどまっているのかなというところで、やはり訪問専門にやっている先生と、格差が開いている感じはあるのかなと思っております。以上です。

(加藤会長)

ありがとうございます。

その他の項目で、訪問看護ステーションもありますけれども、訪問看護ステーション協議会、森田委員は何かご意見ございますか。

(森田委員)

ありがとうございます。

看取り数の方が増えているというところで、私は知多半島で訪問看護しておりますけれども、本当に増えて、終わったかなあとすると、また、ということでも、もう年間何十件と看取りが今多くなってるのが現状です。

(加藤会長)

在宅看取りが増えているというイメージですかね。あまり看取りのときに病院に行くのではなく、という人たちが増えているような。

(森田委員)

はい。もう長いこと訪問看護をやっているんですけど、訪問看護の癌の患者さんが多く、訪問介護に依頼が多いということですね。

おうちで最後を迎えたいという方が結構多いなというのを実感しております。

(加藤会長)

はい。ありがとうございます。

その他の方々でその辺りはいかがですか。魚住委員は何かございますか。

(魚住委員)

はい、ありがとうございます。愛知県薬剤師会の魚住です。

先ほど先生方が言われたように、薬局も在宅訪問専門の薬局と外来も一緒にやる薬局というのが、二分化してきているのかなというところがあります。

実際、在宅訪問専門ですと、外来の時間に関わらず、確かに時間にとらわれずに訪問できるということで、こちらに薬剤師も就職希望する流れができています。今年も改定がありますけれども点数によって、どうしても訪問とか在宅の方、行きたいけれども、その施設基準を満たすためにはハードルが高かったりだとか、いろいろありまして、あまり件数的には変わらないのかなと思って見ておりました。

以上です。

(加藤会長)

ありがとうございました。

本当に在宅看取りというところが、こうやって増えているというのはとてもいいことだと思います。

先日、愛知県医師会で研修を実施した E-FIELD の話ですが、意思決定支援についての研修会があって、看護師さんがすごくたくさん、訪問看護の方々が参加していただいたり、その他にもいろんな多職種の方が参加していただきました。本当にその人に寄り添うとか、その人の意思決定に従って、家で最期を迎えたいという方は家で最期を迎える。そんな体制を作っていきたいという流れが、結構うまくできているというイメージになっています。

この資料1に関しましては、これでよろしいですか。

では資料2の方に移りたいと思いますが、資料2の方も、これは各スケジュール等々が書いてあります。最初のところが愛知県が書いていただいているところで、そこから少し進んでいきますと、各団体様がやっけていただいているという形になります。

何かこのあたりで、うちはこんなことやっているとか、ご意見とかありましたら。本当にその他のところの、団体がやっているものを見て、参考になるかなというところがありますけれども、いかがですか。

理学療法士会の池野委員は何かご意見ございますか。

(池野委員)

理学療法士会の池野です。ありがとうございます。

こちらにも記載させていただきましたけれども、今日参加いただいている団体さんやいろんな団体さんにご協力をいただきながら、事業ができていく状況になっています。

例年ご協力いただいている団体様がどんどん増えている状況になりますので、今後ご協力いただきながら、連携して進めてさせていただきたいと思えます。

また、これまで連携がない団体さんも、これからぜひ一緒にやりたいと考えておりますので、よろしく願いいたします。

以上です。

(加藤会長)

はい、ありがとうございます。よろしく願いします。

今の話も含めて何かご意見ございますか。栄養士の奥村委員はいかがですか。

(奥村委員)

ありがとうございます。

栄養士会からは5ページ目になるんですけど、こちらで在宅医療介護に関する研修会、人材育成をしております。

こちらは理学療法士会等リハ団体と、歯科衛生士会と合同でやらせていただいているのと、地区の方で訪問栄養の御依頼が非常に増えておりますので、地区で担当ができるという体制を整えていますので、またご利用いただく際にはお声をかけていただければと思います。以上です。

(加藤会長)

今のお話、私はとても大事だと思いますが、利用できる体制を整えたというのはどういう感じなんでしょうか。

(奥村委員)

ありがとうございます。

今までは名古屋市の御依頼が非常に多かったんですが、名古屋市以外の地域でも訪問栄養を利用したいというドクターが非常に増えていきます。多分2倍くらい増えているんじゃないかと思っているんですけど、なかなか在宅栄養士

がないという相談を受けます。

そこで地区を区分しまして、各地区で窓口の担当者を決めて、派遣ができるような体制が整ってきたということです。

(加藤会長)

栄養ステーションでしたか。

(奥村委員)

栄養ケアステーションという県の、私がセンター長をさせていただいておりますが、そこで登録をしていただいた愛知県栄養士会の会員が全地区にいますので、看取りだとか、神経難病の方も多く御依頼いただいておりますので、そこに適した人材を派遣するという仕組みがこの2年間で整ってきましたので、またご利用いただければと思います。

(加藤会長)

いっぱい聞いてしまってすみません。

そのケアステーションは、いろんな所にできてきつつあるような気がするんですけど、その中で愛知県が持つてるケアステーションが一番、大元締めということによろしいですか。

(奥村委員)

県で、登録をしている人は愛知県の会員となります。

あとは、日本栄養士会が認定をしている認定ケアステーションっていうのが各地区にでき始めて、最近では医師会の中にも出来ており、東名古屋医師会で一個作っております。そういったところで医療連携もスムーズに取れるような体制が整ってきたかなと思っております。

(加藤会長)

というところだそうです。

本当に栄養って、前からこの会でもすごく重要視されていますが、なかなか形が整わないということで悩みの種だったんですけど、すごく安心できるかなと思います。

ありがとうございます。その他何かございますか。作業療法士会の稲垣委員はいかがでしょうか。

(稲垣委員)

作業療法士会の稲垣です。

まず全部行けないものですからあれですけど、今まで理学療法士会さんとか言語聴覚士会さんとか、栄養士会さんとか歯科衛生士会さんとかとは、協力していろいろやらせてもらっているんですけど、それ以外でも聞いていくと、協力出来たり、研修会などに参加させていただくと、勉強になるようなものもちらほら見られますので、そういう連携が新たにできるといいかなと思ってこれを提供させていただきました。

(加藤会長)

はい、ありがとうございます。

いろんな情報のツールとしての役割は大きいと思います。また皆さんも協力していけるといいかなと思います。

熊谷委員、何かご意見ございませんか。

(熊谷委員)

はい。ありがとうございます。愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会の熊谷と申します。

ケアマネジャーの団体です。私どもの方は、医療との連携についてはもともと大きな課題で、継続しているところでございます。年間を通じまして法定研修で、その連携について実施するとともに法定外研修でも、通算30回程度研修会を開催し、そのうちの10回程度が医療との連携ということで、疾患別で行っているところでございます。

各団体の委員の皆様にもご協力いただきながら、研修でしかなかかなか追って行けないところでもありますが、そういった形をさせていただいて、連携できればと継続しているところでございます。

以上です。

(加藤会長)

はい、ありがとうございます。

またよろしく願いいたします。先日のシンポジウムでも発表いただいてありがとうございます。

その他何かございますか。田川委員は何かご意見がございますか。

(田川委員)

ただいまのここまでの資料については特にございません。ありがとうございます。

(加藤会長)

はい。ありがとうございます。

三浦委員、何か全体を通してで構いませんが、いかがですか。

(三浦委員)

今の森田さんたちとタッグを組んでいるんですが、なかなか訪問看護のところが伸び悩んでるところがあったりします。

実はですね、この24時間対応のさっきの資料1においても、確かに24時間体制は増えてるんですが、どのぐらいの割合の人数のところできちっと24時間体制をやれているのか。申請してるのと、実際やれているのとは違うので、前も、その点をお伝えしましたが、そのデータを取ってほしいです。24時間体制が出来てないところは、実は半数以上が職員4人体制のところの割合が多く、体制加算を取るために24時間申請はしているけれども、実際それが本当に機能しているかというところが私たちとしても危惧しているところです。

そのことを踏まえて、何か手当できないか、何か改善のための要望を出せないか考える材料がほしいです。

実際に訪問看護の方も本当に人が足りない中、訪問看護に行きたいと思う人はいるのですが、やはり夜勤がハードルになっていて、なかなか人材不足は解消されません。

今、プラチナナース登録者が1,500人くらいいるわけですが、そういう人たちの中で、在宅を経験した人たちに、県から予算をいただき、在宅に関する事業を行ってもらっています。

今日皆さんたちの話を聞いていて、もう少し連携をし、しっかり情報を共有すると、お互いをもっと協力し合えるのではないかと思います。

(加藤委員)

ありがとうございます。非常にありがたいお言葉です。

本当それぞれがとても頑張ってやられているので、うまく連携ができるといかなと私もとても思います。

ありがとうございました。

ではちょっと時間が押してきましたので、5番のその他の方に移りたいと思います。委員の皆様からのご質問やご意見を最後にまとめて伺いたいと思いますので、よろしく願いいたします。

始めに(1)のところですね。愛知県医師会からの情報提供について、松浦委員からよろしく願いいたします。

(松浦委員)

資料の2の方をご覧ください。

ちょうど一昨日、新たな地域医療構想の検討会の取りまとめが厚労省のホームページに夜、出まして。昨日、西嶋課長の話を聞いてきました。

厚労省のホームページを見ていただくとわかるんですけど、まだ新たな地域医療構想の具体的なガイドラインというか、進め方がまだ出ていないものですから、愛知県との整合性は、地域医療構想と、それから愛知県の医療計画の整合性は話し合っていないといけないんですけども。

とりあえずの第8次医療計画の、この在宅医療体制整備推進事業というものを来年度から始めます。

具体的に、ここに書いてございますように、各二次医療圏で在宅医療を担う中心となる医療機関と、それから連携拠点、それからもっと大きくは在宅医療圏ですね。どういうふうにするかを話し合っていて、それぞれの中核医療機関と連携拠点を選んでいただくという会議を、愛知県から委託を受けております。

ここの、目標とか10万人当たりどうこうと書いてありますが、これはあくまで目標で、お任せをしようと思っております。

それから、積極的な役割を担う医療機関とか、連携拠点に対するどういう役割があるかとかですね、そういうインセンティブをどうするかというのは、これから愛知県医師会の地域医療介護委員会というところで、具体的に話し合っていて、進め方をこれから決めていこうと思っておりますが、その全体的な説明会が、4月22日14時から考えております。この日は医師会と保健所、それから在宅サポートセンターに説明会をやって、それから各医療圏で一番下に書いてある構成員を集めていただいて、積極的役割を担う医療機関と連携拠点を抽出していただく、推薦をしていただくという事業を計画をしております。

その役割としては、次の厚労省のレジュメに書いてございます①から④です。こういうような役割を担っていただけたところを考えております。細かい役割等については説明会で御説明させていただこうと思っておりますけれども、とりあえず、こういう計画があつて、各医療機関で各職種の方々にお声掛けをさせていただきます。

1ヶ月ごとと書いてありますが、この医療圏で大体決まっているところは、少ない回数でいけると思いますし、まだ決まっていないところは1ヶ月に1回ぐらいの会合を開いて決めていただくということです。

これにどういう要件を当てるかは地域医療介護委員会とかで決めていくんですけども、今、愛知県の委託で、在宅医療実態調査というのをやっております

ので、それを改変して一部をこれに充てようと思っております。

その後のアンケートの内容、それからチェックリストの内容をまた、4月の説明会でお示ししたいと思っております。

簡単ではございますが、以上でございます。

(加藤会長)

ありがとうございました。愛知県医師会からの情報提供ということですが。

では先ほど言いましたように、質問等は後でということにさせていただきますので、引き続き、(2) 愛知県歯科医師会からの情報提供について、富田委員より、よろしく願いいたします。

(富田委員)

愛知県歯科医師会の富田と申します。よろしく願いいたします。

資料の4をお目通しください。

こちらの方は、愛知県の委託事業の在宅歯科医療連携室事業をご説明したいと思いますが、他にもいろいろな事業がある中で、この連携室事業をお話したいと思います。

こちらの目的は記載にありますように、在宅歯科医療のニーズに対応するための体制確保にて、地域のニーズ、課題把握するための各団体との連携強化、そして歯科訪問診療に従事する人材確保を進めるといったところになっております。

実施内容に関しましては、(1) ですね。在宅歯科医療提供体制検討会というものを開催しております。ニーズの高いところを明確にし、課題を整理。そして、在宅歯科提供体制の充実を図るための検討で、我々歯科医師会以外に歯科衛生士会、保健医療福祉の関連団体の代表者、そして学識経験者としては、愛知学院大学歯学部の高齢者在宅歯科医療の先生、行政担当の方が集まって会議をしております。

(2) 在宅訪問歯科診療の導入研修会です。在宅を始めたいという歯科医師、歯科衛生士に向けた研修を実施、座学プラス、在宅施設の見学実習を同行という形で行っております。

3番目に、医療介護福祉関係者との連携強化である口腔ケアの技術指導。こちらは要請に基づきまして、この連携室に登録されている歯科衛生士、愛知県歯科衛生士会の協力を得まして、高齢者及び障害者に対するそういった口腔ケアの技術指導をするという内容の講習を行っておりますが、以前に比べてちょっと件数が減っております。30件満たない状況ですので、もう少し周知方法を含めて検討したいと思っております。

最後に相談窓口設置ということで、県民の、地域からの要望や照会に対応した情報提供を行っているという内容となります。

以上となります。

(加藤会長)

ありがとうございます。

では引き続き、(3) 愛知県薬剤師会からの情報提供について、魚住委員、よろしく願いいたします。

(魚住委員)

ありがとうございます。

資料の方をご覧ください。

愛知薬剤師会の方は、在宅医療推進の取組ということで、まず1番目に前回もお話をさせていただいたと思うんですけども、ホームページから在宅を積極的に受け入れている薬局のご紹介ということで、もちろん在宅、訪問を希望してご家族の方もそうなんですけども、クリニックの先生だとか訪問看護ステーションの方だとか、他職種の方が薬局も必要だから、どこで受けてくれるのかということが、他職種の方でも検索して声掛けいただけるような形でリストを作っております。リストの中で検索の項目を、例えば、麻薬を使っているか、麻薬の受け入れがどうだとか、無菌調剤をやっているかとか、小児薬物療法の対応をできるかとか、項目を細かく検索できるような形で工夫をしております。ぜひご利用ご活用ください。

2番目に、地域の薬剤師会と地域との良好な関係のサポートということで、やはり地域で格差がありまして、その中で、それぞれの地域の担当者が集まって課題を共有して、好事例などを共有しながら改善していく、というような会議を年に1回しております。

続きまして資料の2-2に掲載しておりますが、県の委託事業ということで、在宅医療対応研修事業をいくつかしております。この中で、多職種連携力の向上ということで、いろいろな方々にご支援いただき、年に2回研修をしております。

そんな形で、在宅の方に行きたい、積極的に関与していきたいんだけど、なかなかきっかけを掴めないという薬剤師と、薬局にちょっと来て薬の相談をしたいんだけど、どこの薬局に相談すればいいかわからないというような、その橋渡しをできるように、会としてはバックアップを引き続きしております。以上です。

(加藤委員)

ありがとうございます。

では、(4) 愛知県医療法人協会からの情報提供ということで、これは私からの情報提供になりますが、これは医療法人協会そのものというよりも、その会員のという話で、主体は豊田市、みよし市の医師会等とか行政になりますが、在宅医療について結構いろいろやっているの、ここで情報を共有したいと思い、持って参りました。

豊田加茂ウェルビーイングネットワークというものです。資料6-1の参加組織一覧のところを見ていただきますとわかるように、両市のかなりいろんな多職種の施設も含めて、多職種の連携をするという1つのツール、ネットワークを作り上げたところになります。出来上がったのは3年ぐらい前なんです、それが大分、進んで参りましたので、今日ここで情報共有、提供したいと思います。

資料6-2をご覧くださいと思います。豊田加茂ウェルビーイングネットワークというのは、この基本理念のところを書いてありますが、「病気や障害があっても、誰もが自分らしく生きることを支えることができる」ということで、本人が本人らしい選択ができ、幸せ生きがいを感じ、尊厳を持って人生を全うすることができる地域になるという、大きな理念を持っております。

「ウェルビーイング」、幸せとか生きがいを感じていくのは、生活が自立していれば、その人が考えればいいということなんですけれども、そうではなくて、自分で自分のことが思うようにできなくなってきた、何らかの障害とか、認知とか、そういうところで自分で自分のことができなくなったとき、我々、医療介護福祉行政がそこに手助けをして、そうなるからも生きがい、幸せを感じて最後まで生き続ける。そんな地域にしていきたいという、思いのネットワークになります。

なので、今、健康寿命の延伸という言葉がよく言われていますが、健康寿命と本当の寿命の間の場所を自分たちは埋めて、その部分の生きがい、幸せというものを、専門職でいろいろ連携しながら考えていこうということになっております。

4つの部会がありまして、「老い・病と共に生きる」と、「食べる」、「動く」「課題別プロジェクト」。地域づくりということは4つのプロジェクトに分かれて、とにかく専門職の人たちがそれぞれ考えて、それぞれ勉強をして、その人の思いや価値感とか、そういったものに向かって、人生観、価値観から希望に向かって皆が同じ方向を向いて、同じ線路の上に乗って、その人のウェルビーイングを考え、実現していく。

そうすると、その幸せな姿を見て、支援者もやってよかったなというよう

な、ウェルビーイングを感じるというような、みんながウェルビーイングを感じられるような地域にしていきたいということです。

次のページ、先ほど言った基本理念を書いておまして、その上のウェルビーイングという考え方、アドバンスライフプランニング、アドバンスケアプランニング、エンドオブライフケアという、いろんな考え方を、ツールを使って本人の意思をしっかりと聞いて、その中でその人が幸せになれるのはどういうことなんだろうと考えて、みんなですべてに対して協力していこうということです。

「幸せはいつも自分の心が決める」という相田みつをさんの言葉があるんですけども、豊田加茂ウェルビーイングネットワークとしては、「あなたの幸せはいつもあなたの心が決める」と決めて、その人にしっかりと寄り添って、その人の幸せ、生きがいにつなげていけたらなと考えて行動をやっています。

先日、2月8日、ウェルビーイングを叶えるにはどうしたらいいかという研修をずっとやってきて、それを今度は受ける側の人たちが、やっぱりある程度知ってないといけないというところもあって、豊田みよしウェルビーイングフェスタを開催しました。市民の方々を呼んで、今、僕達はこんなことをやっているんだよと伝え、その価値というのは、突然聞かれたってわからない、聞かれたときにもわかるようにとか。

そのフェスタ自体でもその価値感がわかるようなもしバナゲームをやったり、いろんなゲームをやったりして、その価値感というのに触れていく、自分の価値観が何なんだろうと触れていくというフェスタをやったところですね、600人を超える、大勢の方々に来ていただいて、豊田・みよしががちょっとそちらの方向に動いてるということがありますので、今日報告させていただきました。

以上です。ありがとうございます。

では、次いきます。(5)です。愛知県看護協会の方からの情報提供につきまして、三浦委員よりよろしく願いいたします。

(三浦委員)

お願いいたします。

まず、訪問看護第三者評価ということで4年が経ちます。病院機能評価と同様訪問看護の機能評価を行い質の高い看護の提供体制を構築したほうがよいと思いを立ち上げました。

このマークですが商標登録をしてあります。第三者に判定したところは、この認定マークを渡しています。今年の第三者評価は4つのステーションから応募がありました。

訪問看護ステーション単独でやってるところは、第三者評価を受けるにあたり、準備が全くできていない中で受審するのでとても大変です。病院の付属となっているところはきちんと病院自体が機能評価をやってるので、比較的スムーズにいきます。

ですがその人たちがやってきたところに真摯に向き合いながら、認定するように支援しています。

今現在、この4年間で12件受審しており、だんだん認知されてきているのかなと思っております。

第三者評価は外部の有識者や多職種の方を交えて委員会が設置されており、最終的な評価も委員会を通して行っております。

次のページを見ていただくと受審した訪問看護ステーションのアンケート結果では、なぜ受審したかについては、サービス向上とか、職員の意識改革のためというような回答が多かったです。

第三者評価にはサーベイヤーの育成が必要です。今年は多職種にも参加していただき10名受講となりました。内訳は医師1名、薬剤師2名、理学療法士2名、看護師5名でした。多職種がはいることでより複数の目で評価することが大事だと考えています。

今サーベイヤー研修修了者は23人で、現場での実地研修のみ未履修の方が5名で、その方たちが修了すると合計28名となります。これからもより多くの多職種の皆様にもサーベイヤーを受けていただけるとありがたいなと思っております。

次のページを見ていただくと、先ほど言いましたように、訪問看護ステーションの経営基盤の支援事業ということで、地域医療介護総合確保基金の中での訪問看護支援の補助金をいただいてプラチナナースによる看護管理アドバイザーの派遣を行っており、そのためのアドバイザー研修とか、新人同行訪問指導者派遣も行い、その研修も開催しています。

このアドバイザーに関しましては今年度8ヶ所から依頼があり、やったところは非常に満足度が高かったです。

次に新人の同行訪問ですが、訪問看護ステーションは、ほとんどが4人ぐらいで運営しているところが多く、職員がいないため訪問先に新人と同行できないというところがあるため、そこをサポートする事業となります。

今年はこの事業は2ヶ所からの依頼で、成果としては、新人も学びが多かったことが、管理者からも同行訪問を活用して非常に良かったという結果が出ております。

次に資料の7-3の、看多機なんですけど、これももう3年前ぐらいからやっておりましたが、昨年重点事業としてしっかり行おうということで取り組ん

でいます。

看多機の現状は、今事業所数が 37 件ということで、非常に少ないんです。もう少し増やしたいということで看多機のネットワークを開設し、いろんな課題だとか、タイムリーに情報共有をしながら相談事業を行っています。それから交流会を定期的にやっております。

今回、看多機の調査をしまして、次のページを見ていただくと、7-4 のところに、調査結果が出ております。

まず訪問看護事業所と小多機のところにアンケートを出しまして、1,469 の施設にアンケート用紙を配布し、回答数 187 ということで、回答率は 12.7% でした。設置主体で多いのは多いのは営利法人でした。

開設の意向については、「予定はない」と回答した施設が 87% でした。

ただ、令和 4 年度に同じようなアンケートを取りましたが、その時には「開設を検討している」というところが 7.4% でした。しかし今回 10.4% ということで、ポジティブな答えが少し増えたかなと思っております。

次のページはまた見ておいていただければと思います。

次の 3 ページの看多機の 3 のところですが、看多機の開設を迷っているところは、資金面や用地・建物の確保が困難ということが主な理由でした。

次のページを見ていただくと、4) ですが、看多機の開設に関する自由意見の中では、やはり開設時の費用、負担、それから開設後の経営難などを心配するということのフリーコメントが比較的多かったということになります。

次の資料 7-5 ですが、これは現在、看多機をやっているところの調査結果です。39 ヶ所のうち回答 13 施設で回答率は 33.3% でした。ほとんど医療法人か営利法人が多かったです。

次のページを見ていただくと、2) の看多機の開設時に市町村や愛知県などの行政から得た支援は何ですかという問いに対して、補助金と申請に対する助言、というところが多かったです。

次のページを見ていただくと、資料の 7-6 ですが、これは医療機関における看多機の認知と利用に関する調査です。回答は 64 施設で回答率 31.8% でした。

看多機について「知っている」と回答したのは 95% でした。フリーコメントでは、情報が足りなくて活用に至っていない現状があるとか、事業所が少なく PR があまりないので利用が難しいとか、実際の活用方法や具体的な活動内容がわからないということがわかり、病院に積極的に看多機のことを利用していただくために、認知度を高める必要があります今年度は交流会を開催しています。

看多機は今後絶対必要だと思っております。ただ全国的なところを見ますと、

看多機の開設準備のことは、愛知県は、開設に向けての具体的な書類作成や準備の説明などは多くやられてる方だということがわかりました。それでもなかなか準備がスムーズに進まないのは、行政からの公募情報が非常に見にくいことと、看多機の募集があっても、期間が短くて準備が難しいという意見が聞かれています。

看多機に対する準備から解説に至るまでの支援の啓発活動をし、ぜひ増やしていきたいと思っております。

以上、今行っている事業の報告をさせていただきました。

(加藤会長)

ありがとうございます。

なかなか詳しいしっかりした資料までご用意していただきいただき、本当にありがとうございます。

では次に移りたいと思います。(6) 愛知県栄養士会からの情報提供について、奥村委員よりよろしく願いいたします。

(奥村委員)

よろしく願いいたします。

資料8をご覧ください。先ほどありました、県の栄養ケアステーションのご案内となります。問い合わせに関して、改定がございましたのでお知らせいたします。相談内容に関してはメールでの問い合わせに対応するということが改訂させていただきました。

メールにした理由は2つあります。まず、電話でどうしたらよいか分からないという抽象的な相談が増え、整理するためにもフォーマットに準じたご相談をお願いしたいと思っております。もう一つは、非常に困難なご依頼、例えば、栄養代謝異常でどうしてよいか分からないなど医師からの依頼も増えていきます。そのため、栄養ケアの目的を明確にするためにもフォーマットに準じた問合せをお願いしています。整備していただいてこちらに送っていただくと適材適所で御支援ができるというような改定となっております。

対応に関しましても水曜日、金曜日のメール対応にさせていただきます。理由は、問合せが多くなっていますので、事務所対応が追い付いていないことがございます。

来年度に関しての診療報酬改定でも、在宅における管理栄養士との連携によって、多くの職種の加算が付くかと思えます。特に、病院からの訪問栄養に関しては、私たちの在宅栄養士と同じ530点がつくということもありますし、あとは退院後1ヶ月間で、月に2回までというところが4回になったりだとかで

すね。おそらく利用してみたいなと思われる先生も増えると予測をしまして、私たち急ピッチで準備をして参りますので、必要に応じて管理栄養士、栄養士をご利用いただきたいと考えております。

以上となります。

(加藤会長)

ありがとうございました。

では(7)ですね。愛知県歯科衛生士会からの情報について、細久保委員よりよろしく願いいたします。

(細久保委員)

愛知県歯科衛生士会です。

資料9-1をご覧ください。「歯科衛生士は地域の自立支援、介護予防、口腔衛生や食べるを支援する観点から対応します」とありますが、口腔の健康が全身の健康に寄与するということは、最近ではこの場にお見えになれる先生方には周知されていると思います。

しかし在宅療養の現場では、口腔機能の低下や、食べにくさというのが見逃されて、誤嚥性肺炎や低栄養に繋がるケースが少なくないと言われております。

私たち歯科衛生士は、愛知県で7,000人ほど就業登録しておりますが、約9割が歯科診療室に勤務しております。地域に出ていくということが、勤務の形態からなかなか難しいところがあるのですが、やはり私たちが、歯科衛生士が地域に出て行って、多職種の皆様方と顔の見える関係づくりや連携をすることによって、口腔の大切さをもっともっと周知できるのではないかとということで、この資料9-1を作成しました。

次の資料、9-2をご覧ください。こちらは、「災害時の口腔ケアは命を守るケアです」ということで、在宅医療を受けて在宅でお過ごしの皆様、療養者にとっては、口腔ケアというのは命を守ることに直結するケアということになります。各団体様は日頃から、災害時の対応はもうされていらっしゃるかと思いますが、歯科衛生士会も歯科医師会と共同しまして、災害時の対策を行っております。

しかしながら、やはり平時にお口のことを少し興味を持っていただきたく思います。この1枚めくっていただきますと、平時から防災グッズの中に、ケア用品の方を入れておいていただいて、お水が使えない状況でも口腔を清潔に保って、災害関連死を防ぐ手だてになればいいのかなと思います、このようなリーフレットを作成しました。

こちらは愛知県歯科衛生士会のホームページから、自由にダウンロードして使っていただくことができますので、もし先生方も周知する場面がありましたら、ぜひご活用いただければと思います。

以上です。

(加藤会長)

ありがとうございました。

では、(8) 訪問看護ステーション協議会から森田委員より、よろしく願います。

(森田委員)

よろしく願います。

日頃より、愛知県訪問看護ステーション協議会の活動にご理解とご協力、いつもありがとうございます。今回令和7年度、愛知県訪問看護ステーション協議会の会長を務めます、森田です。

本日はお時間頂戴いたしまして、昨年度、災害時の取り組みについて行うということでお伝えしましたので、今回は資料10「りあん」を用いて説明したいと思います。

「りあん」の、表紙の次の2ページ、3ページをご参照ください。

昨年度ですけど、当協議会として災害マニュアルの作成に取り組んでいることをご報告させていただきました。

今年度は、災害時情報共有マニュアルとして、原案をもとに7月7日に愛知県内で、44か所ある地域連絡会の代表者を集めて、地域ネットワーク代表者交流会を開催しました。

そして、9月9日には、愛知県全域の河川で大雨による氾濫情報が発表されたと想定した実動訓練を実施し、県内241の事業所が参加されました。

災害訓練アンケートでは、「自事業所のBCPの見直しができた。」「平時から地域で連携することの重要性がわかった。」「今後も実動訓練を継続してほしい」などの貴重な意見をいただきました。

来年度は、皆様からいただいた意見をもとに、災害時情報共有マニュアルの見直しを行い、BCP研修会や地域ネットワーク代表者交流会と実動訓練を継続し、有事の際にも地域がつながるようにしていきたいと思っております。

愛知県民を地域で支えるためには、自治体や医師会の先生方、看護協会をはじめ、他職種での連携が不可欠です。

今後とも当協議会の活動にご協力をよろしく願います。

以上です。

(加藤会長)

ありがとうございます。

最後に(9)国立長寿医療研究センターからの情報提供について、赤津委員より、どうぞよろしく願いいたします。

(赤津委員)

国立長寿医療研究センター赤津でございます。

まず資料の11-1をご覧くださいと思いますが、こちらは来年度から、国立長寿医療研究センターの方の内部の研究資金を獲得できまして、それによってまずは知多半島の、先ほどのBCPの話がありましたけども、BCPの連携を少し進めていこうというような、研究的な要素もございますが、そういったことを進めていきたいという考えでおります。

特に研究の概要、読んでいただければわかるかと思いますが、地域連携と、それから在宅医療を中心としたBCPということに加えまして、ACPをその中に取り入れまして、ACPはなかなか日常的にも十分進んでいるとは言いがたい状況かもしれませんが、日常的なACPも推進しながら、災害時に備えたACPもどのようにやっていくか、ということを考えていきたいと思っております。

これは実は、昨年10月からですね、在宅医療推進室の室長で、新たに荒川という医師が来まして、今年度から我々のこの地域が、在宅・地域連携が体制刷新をされて、方向的には、足元からまずしっかりやっていこうということで、まずは知多半島という視点にさせていただいております。

それから資料の11-2をご覧くださいと、これも知多半島の話で恐縮なんですけども、我々の病院自体が非常に立場的に微妙な、国立医療研究法人。国立の機関ではあるんですけども、やはり東浦、それから大府あたりの病院として、地域の病院という機能を十分に発揮していかないといけないということで、まずその在宅医療を、我々の国策として進めていかないといけないということもあるんですけども、地域の在宅医療、地域の先生方と協力をしていこうということに少し力点を置きまして、24時間体制の、地域で在宅を受けられている患者様、そしてそういった先生方の協力を得て、登録体制を作っていこうということです。

これはナショナルセンターのNをとりまして、N登録というような形で、いろいろ規約とか作りまして、正式には今年度はちょっと間に合わなくて、来年度から正式に動き始めるぐらいの流れで進めております。

概要もここに記載してある通りなんですけども、少し紙面の関係で書けなかった点がございまして、この中でもACPを強く推進していこうということが、

我々の狙いでございます。

地域の先生方から、急変時に受診をしていただいて入院された患者様には、必ず ACP を取って、地域の先生方に返すというようなことを、今進めていこうと思っております。

特に ACP。先ほど豊田みよしの先生のお取り組みもございましたけども、「ウェルビーイング」という話が非常に強調されていたかと思うんですが、日本老年医学会が、今の北米から始まった 5Ms という、高齢者総合機能評価を、もう少し多職種でわかりやすくやっていこう、というようなフレームワークが出てきまして、それを日本老年医学会が中心として、日本の土壤に合った形で推進していこうというような流れがございます。

この 5Ms というのは、Multi-complexity という高齢者が持つ複合的な問題と Mind と Medications、そして Mobility と Matters Most と言って、本人が何を一番大事にしているかということのを皮切りに、ACP までつなげていくというようなことで、Matters Most ということに非常に力を入れていこうと。まさにこれ、先ほど先生が言われたような、ウェルビーイングにつながる、今の段階で大事にしていることから将来的なことまで繋げていって、それを我々の方で、できるだけ聴取をして地域の先生に返させていただくということで、在宅の患者様の情報共有をしていこうというような流れを作っていこうと思っております。

これはこれからの取組になりますので、また今後ご報告させていただきたいと思っておりますし、先ほどからありますけども、やはり各職種、それから各地域、連携をして、情報共有をしていくということは非常に僕も重要だと考えておりますので、何かお力になれることがあれば、どんどん使っていただければと思います。よろしく願いいたします。

以上です。

(加藤会長)

ありがとうございました。

知多半島の方々が羨ましいような感じがしました。

以上で、各担当のところからの説明が終わりましたけれども、何か全体を通して、(1) から (9) までご質問とかご意見等ございましたら、どんどん忌憚のないご意見を願います。

(田川委員)

失礼します。多くのご意見を伺って、大変勉強になっております。

在宅医療の推進にはやはり言うまでもなく、医師をはじめとして、看護師、

そしてコメディカルの専門職の役割や機能の充実も重要だと考えております。

しかし、今先生がおっしゃられたようにウェルビーイングとか、本人が何を大事にしているのかというところを、これから考えていかなければならないというところでは、最後は自宅でというような希望も多い中で、この住まい、在宅医療が行われる自宅についてのこの情報がこの資料にはほとんどないんです。

先ほど看多機について、まだ充足がこれからだというお話もありましたし、それから地域医療で地域の先生方と連携しているというときには、その在宅である在宅がどこなのかという情報がここにはないんですね。

「自宅」とありますけれども、多くの方は、もしかしたらケアハウスとかサ高住とか、高齢者施設ですね。在宅として、自宅扱いになっている施設におられる方が多いんじゃないかなと、もしかして。ここに情報がありませんので。以前は何か出てたと思うんです、住まいに関する情報が。

地域包括ケアの中では、その住まいも1つの要素となっておりますので、ぜひその住まいに関する情報も入れていただければありがたいと思います。

また、フォーマルサービスはもちろん専門職の方々の施策が充実して成り立つものですけれども、他にもインフォーマルケアとして、家族の役割とか。それから、例えば私が学生と話をするとき、「看取りケアにボランティアとして関われるんでしょうか」とか、そんなことも学生が言ってきたりするんです。でも、日本の資料を見ると、看取りに一般人が関わるという場面というのは、ほとんど情報としてない。

ただこれからはやはり、ご本人が地域の方々の中で、そして自宅で亡くなりたいという希望がある中で、専門職だけでは、それを充実させることは難しいように思います。

ですからぜひ、ボランティアとか、一般のインフォーマルケアに携わる人たちの支援とか充実、こうしたものもここに含まれていくといいなあという、そういう気持ちはございます。

私の意見です。以上です。

(加藤会長)

ありがとうございます。

ただいまの、とても大切なご意見だと思いますけれども、反応してのご意見でございますでしょうか。

(赤津委員)

国立長寿の赤津です。

全く僕も同感でして、先ほどこの資料1を拝見したときに、訪問診療を受けた患者数が伸びたというようなご報告があったんですけども、これも本当に自宅だとか、施設なのかっていうところがわからないですよ。

ですからそういったことも、なかなかそこまで情報を得るといのは難しいのかもしれないんですけども、本当にご本人がちゃんと希望したところでおられるかどうかというようなところも、できれば調査していただけると非常にいいかなと感じました。

以上です。

(加藤会長)

ありがとうございます。

これはかなり難しいですよ。

本当の「自宅」というか、住宅なのか、施設だったのかっていうのを区別するのは死亡診断書には書いてあるけど、こういう何らかのデータベースということになってくると、もう全然見えなくなっちゃうような気がするんですけど、いかがですか。

(浅井課長補佐)

NDB データですと、どこの場所かというのは拾えないかと思えますけれども、ご意見ございましたので、何かその関係のデータが拾えるかどうかは検討させていただきたいと思えます。

(加藤会長)

ありがとうございます。

今のお話について、田川委員のお話で付け加えてという話じゃないんですけど、ACP とかっていうところで、自宅で最期を迎えたいっていう方もあると思うんですけど、何か施設の中でちょっと、ACP の考え方がずれてないかと思うようなところもあったりします。

この人はもう何もしないからと言って、救急搬送もしないというようなことでの、ACP の捉え方に注意が必要で、ACP は決め事ではない、ということ。ちょっと誤嚥性肺炎をして、「これだったらすぐに治療してもいいんじゃないか」というようなところでも行かないということに決めてしまったから、みたいなことを言ったりとか。

結局、何が言いたいかというところ、2023年ぐらいに全国の死亡数が150万人を超えてきましたよね。150万人を超えるのは、本当はもっとずっと先のはずだったのに、最近、一気に死亡数が増えているというところで、その中でやっぱ

り「在宅」って言われてるところの死亡数がすごく増えて、それはすごく意味がある、いいことだという捉え方もあるけれども、それだけではない様に感じています。

ちょっと ACP が違う方向に流れているところがないかというのが、すごく懸念されたりするところもあります。

ACP っていうのは本当に、その時々でどんどん変化していくものだというところをしっかりと理解しながらやっていかないといけないという、すごく神経を使わないといけないタイプのものだと考えています。在宅なのか施設なのかというところと絡んでくるのかなという気もします。

もし可能であれば、調べていただけるとありがたいと思います。

<事務局確認>

厚生労働省の「人口動態調査」では、「死亡の場所」別の集計を確認することができ、年次別および都道府県別にデータを閲覧できます。

同調査によると、令和 6 年における愛知県の死亡総数 82,618 人について、病院 51,391 人(62.2%)、診療所 659 人(0.8%)、介護医療院、介護老人保健施設 3,165 人(3.8%)、老人ホーム 12,081 人(14.6%)、自宅 14,270 人(17.3%)、その他 1,052 人(1.3%)です。

また、令和 5 年は死亡数 80,557 人について、病院 50,573 人(62.8%)、診療所 709 人(0.9%)、介護医療院・介護老人保健施設 3,053 人(3.8%)、老人ホーム 10,996 人(13.6%)、自宅 14,159 人(17.6%)、その他 1,067 人(1.3%)です。

その他、何かご意見はございませんか。

今 2 か所、3 か所ぐらいから、災害との兼ね合いというところも出てきたと思いますが、防災のところを何かご意見などございませんでしょうか。

どうしても防災というと、普通の方々がどこに居て、災害関連死がどうのという話が出るんですけど、在宅をやっている人たちの、災害が起きたときにどうフォローするかとか、そういうところはなかなか今、話が進めていないのではないかと思っはいるんですけども。

通常の、本当に避難所に来られる方々はいいんですけど、在宅をやっている方々というのは、基本的に避難所に来られない、自力で動けない方々というところに対して、何か自分たちはやらなきゃいけないことがあるのかというようなことを常々思っています。

松浦理事、何かございませんか。

(松浦理事)

個別避難計画は立ててはいるんですけど、なかなか実際、その避難訓練をし

たら、その通り動かなくてうまくいかない。うちの施設も個別で患者さんと、うちの近隣の方たちと避難訓練をしたんですけど、ボランティア、助けていただけの近所の方々がほとんど参加しないということで、やっぱり地域での情報共有というか、助け合いがうまくいかない。

それも日曜日にしかできなくて、じゃあウィークデーで災害が起きたらどうなるのか、というのもありますし。

今後、ぜひ国とか県の方でそういう啓発、意識改革をやっていただきたいと思っています。

それから赤津先生に伺いたいんですけど、日本老年医学会で、避難所からの高齢者の救急搬送に関して、ガイドラインが出ていますよね。あれ、役立つんですかね。すごい細かく疾患ごとに書いてあるんですけど、あれはどういう趣旨でまとめられたんですか。

(赤津委員)

実は僕は関与していないものですから、内々の経緯がどういうことでああったかというのは、よく存じ上げてはいないんですけど。僕も、同感と言うか、ちょっと気になるところはあります。

関係者に聞いて、またご報告できれば、報告させていただきます。

(加藤会長)

ありがとうございます。

ソーシャルワーカーの立場で、水野委員、何かご意見ございませんか。

(水野委員)

在宅医療に関してですが、やはり意思決定支援というのが大変多くなってきてまして、施設で過ごしている方も、何が何でも病気になったらもう病院に運ぶという時代から、もう施設で見取りというときもありますが、ただやはりそこで、本人の望むような人生の最期を迎えるというときに、やっぱりソーシャルワーカー相談員がですね、意思決定支援の視点というか、しっかり知識を持って対応しないといけないということで、最近では当協会でも研修をたくさん行っているというのが現状です。

以上です。

(加藤会長)

ありがとうございます。

言語聴覚士会の村瀬委員、よろしく申し上げます。

(村瀬委員)

ありがとうございます。

今日はウェルビーイングというキーワードが出ていると思いますけど、それに伴い、意思決定支援というお話も非常に興味深いところで、言語聴覚士というのは、割と脳卒中で認知の障害、高次脳機能障害の方とか、失語症とかそういった言語障害のある方、または聴覚障害があつて、総じてコミュニケーションに障害がある方に関わるリハビリテーション職です。

皆さん、その人の思いを聞くということがとても大事だというのは社会的にも盛り上がってきているけれど、今後、高齢化がどんどん進んでいって、認知機能が低下している方、ないし認知症の方の意思というものを、どうやって汲み取るのか、聞き取るのかというところは、非常に難しいと現場からも聞かれています。

本人に意思表示がおもて上ない方に対しての意思決定を一体どうするのか。そういったところは、話題として上がってくるところです。

言語聴覚士としても、言語障害がある方とのコミュニケーションの取り方であつたりとか、そういったことを多職種の方々と協働し合いながら、言語聴覚士は少ないですから、皆さんにお伝えして、支援者の支援という立場で、何か協力できたらと思っています。

以上です。

(加藤会長)

心強いご意見ありがとうございました。

福祉の立場から、社会福祉協議会の池口委員、よろしく願いいたします。

(池口委員)

私の方は社会福祉協議会の方の高齢者部会というところから代表として出させてもらっています。

私、実は社会福祉法人の方で30年ほどやっているものですから、医療のところは、あんまり詳しくないんですね。ただ、うちの母体が医療法人を持っていますので、その関連でいろんな連携を取っています。

これから必要なのは、やはり医療と福祉が連携してやっていくという世の中になると思いますので、それに向けて地域のために何をしていくかということが、1つ課題として、共通課題として考えている最中です。

先ほどの豊田とみよしの取組で、あれも大変興味がありまして、そういったものがやはり地域で実情が違いますので、そこら辺をちゃんと分析してそれを

広げていく。良いものはより取り入れて、自分のところで新たなものを見つけ
て進めていく。

在宅でやっていく中で一番気になるのが、やはり認知症の対策だと思います
ので、そこら辺は福祉と協働でやるべきものだと思いますし、また逆に、ケア
ハウスなんかですと、先ほど出てましたけど、やはり一般と一緒に扱いなん
ですね。その中で、やはり医療というのはもう欠かせないものですから。そこ
ら辺のところの、夜間急変があったときにどうしようとか、そういったような
ことも一応課題がありますので、そこら辺を課題にして協議ができればなと思
います。以上です。

(加藤会長)

ありがとうございました。

本当にこれから認知症の問題というのは、大切になってくるか
なというところがあるかと思えます。

ちょうど時間が来てしまいましたので、全員の委員の先生方にご発言いた
けなかったのが申し訳ございませんが、これで終了とさせていただきます。ま
た何かございましたらよろしく願いいたします。

これで事務局にお返しする形でよろしいでしょうか。

(丹羽担当課長)

医務課担当課長の丹羽と申します。

加藤会長、ありがとうございました。

また、各委員の皆様も貴重なご意見をいただきまして、ありがとうございました。

最後に事務局から連絡させていただきます。本日の会議内容につきまして
は、事務局で議事録を作成し、発言された委員に内容を確認させていただきます
ので、依頼がありましたら、ご協力くださいますよう、よろしく願いいた
します。

それでは、本日の在宅医療推進協議会はこれで終了させていただきます。あ
りありがとうございました。

以上