

平成29年度第1回愛知県在宅医療推進協議会 議事概要

- 日時
平成29年9月8日（金）午後2時30分から午後4時まで
- 場所
愛知県医師会館 5階会議室
- 出席委員
計 18名
- 事務局
医務課長、医務課主幹 等
- 概要
 - 1 医務課長あいさつ
 - ・日頃より、それぞれの立場から、在宅医療の推進に多大なるご尽力をいただき、この場をお借りして、厚く御礼申し上げます。
 - ・平成30年度からは、地域支援事業における「在宅医療・介護連携推進事業」が全ての市町村において実施されるという、節目の年を迎えようとしている。県としても、また新たな位置付け・課題認識を持って、平成30年度以降の進むべき方向性について検討を行っているところである。
 - ・本日は愛知県地域保健医療計画の見直しについて、議題に挙げさせていただいている。前回会議では、指標となり得るデータ等の確認をいただいたが、それ以降、国より整備指針が示されたことから、それに沿って、計画に書き込んでいく課題認識や、数値目標を掲げる項目、推進すべき方向性などについて、様々な観点からご意見を賜りたい。
 - 2 議題『愛知県地域保健医療計画における「在宅医療対策」について』
(三浦会長)
 - ・皆様のご協力をいただき、円滑な会議の運営につとめてまいりたい。
 - ・本日は議題が1件用意されている。愛知県地域保健医療計画における在宅医療対策についてだが、次期計画において非常に重要なテーマである。2018年度から2023年度までの6年間の計画となり、2025年というところを見越すと実質最後の計画となる。ぜひ闊達なご議論をお願いしたい。

＜事務局より資料1、2を説明＞

- (小川委員)
 - ・資料2の2（1）プライマリケアに関する取組み内容のところで、医科の寄附講座の記載があるが、歯科についても愛知学院大学に在宅歯科の寄附講座を昨年度から

設けていただいているので、(2)の方かもしれないが、できれば記載してほしい。

(岡田委員)

・資料2の2(2)のところで「介護士」との記載があるが、こうした資格はない。介護福祉士であれば国家資格になるが、どういった位置付けで記載されているか。

(医務課)

・これについては、前回計画をそのまま持ってきているという状況であるが、今後適切な名称に整理していきたい。

(岡田委員)

・訪問看護ステーションについて、現在は582か所ということだが、これは介護保険指定事業所から拾ったのかどうか、確認したい。

(医務課)

・この数字については、県内の介護保険の事業所一覧から持ってきている。

(田川委員)

・プライマリケアの推進について、課題に対して様々な取組みがされているということだが、この成果をどのように評価をしていくのか、という視点が必要だと感じる。内閣府では診療報酬に関わるデータベースが公表されているので、地域別・診療科別に今後把握できる。最初のかかりつけ医をどのように定着させるのか、その後の病診連携をどのように展開するのかということ、データベースを見ながら分析が可能になってくると思うが、そうした点についてどのように検討されているか伺いたい。

(医務課)

・現状では、診療報酬上のデータベースの活用について、まだまだ検討ができていない。いただいたご意見は今後の参考にさせていただきたい。

(田川委員)

・ぜひ専門職の間でも注視していただきたい。

<事務局より資料3、4を説明>

(野田委員)

・在宅療養支援診療所の数が全国平均より少ないという話だが、資料4の190ページの数値は、参考資料3の(1)～(3)を足した数値ということになるか。(1)～(3)それぞれを見るとそんなに悪くない。つまり、在宅療養支援診療所の(1)と(2)は強化型と連携型、(3)は単独型であって、単独型というのは届出をしてもほとんど何もしていないというところもたくさん含まれているので、それをもって多い少ないという議論は意味がない。もしやるのであれば、加算(1)、(2)を取っているところを捉えればいいと思うので、少し違和感をおぼえる。ただ国がそう言っているのであれば仕方がないと言えばそうだが。

・全国平均というのも、西日本と東日本で全然数値が違って、西日本は非常に在宅療養支援診療所が多くて、東日本は少ない。ところが、看取り数は西日本が少なく東日本が多い。つまり、在宅療養支援診療所の数が多い少ないでは、評価ができていないという部分がある。

・できれば、加算(1)、(2)を取ったところという形でやった方が良いと思う。

(三浦会長)

・実際に看取りも含めて24時間対応でやっているところはほとんど(1)と(2)なので、単独型は資格だけ取ってあまり実績がないところも多いので、これを含めない方が良いのではないかというご指摘だったと思う。それでよろしいか。

(野田委員)

・もしやれるのであれば、加算(1)、(2)で見るというものを付けていただいた方が数値目標として分かりやすい。

(岡田委員)

・野田先生の話はもっともなことであって、在宅のお年寄りが入院されて、帰ってくる場合に、地域の在宅療養支援診療所があるかないかですぐいぶん家族にとっても違う。やはり地域に在宅療養支援診療所が必ずある形に整備していただきたい。そうすれば在宅での看取りというのも十分に可能になる。そうしたことを医療計画でどのように表現されるかは分からないが、それを進めていただくのはありがたい話。それは実際に動いているところの確認をすることで進んでいるという評価ができるのだと思う。地域包括支援センターからしても在宅療養支援診療所というのは大切な機能だと思うので、医師会の先生方の協力もいただいて、ぜひともお願いしたいと思う。

(野田委員)

・資料3の5ページのところに、「退院支援に係るルール策定」という記載があるが、これは具体的に何のことを言っているのか。

(三浦会長)

・丹波保健所長になっている逢坂さんという方が、もともと西播磨のリハビリテーションセンターにいて、そこで淡路島の保健所長と一緒にやった事業で、それまでは、病院から退院するときに、要介護状態でケアマネに連絡されるのがだいたい半分くらいしかなくて、残りの半分は要介護状態なのにケアマネに何の連絡もなく退院をしていくという状況があった。要介護状態の人について、100%ケアマネに連絡がいくようにということで、病院とケアマネの組織がタイアップして、ケアマネがもともといる時はこう、いないときはこう、というようなルール作りをして、徹底してケアマネに連絡がいくようにした、というのがもともとのもの。

・保健所などが相当頑張らないと、なかなか二次医療圏の病院をまとめたりするのは難しいのではないかと思う。

(野田委員)

・尾張東部医療圏の病院全部に、3年間で退院時共同カンファランスを何回やりましたか、というアンケートを取った。そこで見えてきたのは、500床以上の病院はやってる、しかし、500床以下の病院はほとんどされていないという実態が分かった。退院時共同カンファランスの開催数とかいうものが数値目標になってくると、それが多或少ないで退院の時にうまくいったかどうか分かると思う。

・中核病院はほとんどのところでできるようになってきているので、むしろこれから狙っていくのは、中小病院の退院時共同カンファランスを充実させるということになって、先生のおっしゃった退院支援に係るルールというのも、おそらく500床以上の病院はある程度できているので、支援していかなければならないのは中小病院、または200床から500床くらいまでの病院、というように思っている。

・この3年間の退院時共同カンファランスのデータを出してみても、背筋が寒くなる思いで、ほとんどされていない。たぶんそれは尾張東部医療圏だけではなくて、愛知県内、または日本全国そういった実態があるのではないかと考えている。

(江口委員)

・資料3の最初のところで、在宅患者訪問栄養食事指導件数が61件ということで、あんまり少なくてびっくりしているが、配布した栄養士会の資料で、調べて数値を出したものがある。栄養士会の中の在宅医療・介護委員会というところで、在宅訪問を動かす仕組みを作っているが、栄養ケアステーションにおける訪問実績数値ということで、平成27年度で615件、平成28年度で973件という数字である。これも栄養ケアステーションとして認定されたところのみの数字で、実際はもっともたくさんやられているのだと思っている。

・何とか栄養士の方も訪問指導をやっていかなければということで、二次医療圏ごとに担当を決めて実際に動ける人を登録して動かそうというように考えているので、そういう要望を感じていただけたら、栄養士会にお電話をいただいて、それからケアステーションが動くという形でやっていくので、どうぞご理解をいただいて、ご要望をいただけたら、対応していきたいと考えているので、よろしく願いしたい。

(鈴木弘委員)

・栄養士会の数字と同じように、資料3の在宅患者訪問薬剤管理指導件数の70件というのもとても不思議な数字である。

(鳥山委員)

・参考資料3の退院支援の中に、訪問リハビリテーション事業所数が46件ということで、全国の数値とかは出ていない。高齢福祉課のデータということだが、46件のはずはない。要はみなしなので、医療機関が届出を出せばその数が出てくるというのが現状で、そうするとあまりにも少ない。

・資料3の最初のところで、出典のところが26年度と29年度があったり、下から2つ目の24時間体制の訪問看護ステーション数で機能強化型を含むということで、

531か所というのはおかしい。従業員の数も、この箇所数を前提としても、1か所7名以上の必要があるので、531×7名と合わない。データの引っ張り方と年度によって対比が変わってくると思う。あとは偏りもあると思うので、やはり一番大事なのはマップで、どこにあるのかということ。

(医務課)

・資料3の最初の数値については、昨年度の会議でもお示ししたものをそのまま引っ張ってきたという現状であるが、ご指摘のとおり確かにおかしい点があるかと思うので、再度精査させていただく。大変申し訳ない。

(高齢福祉課)

・訪問リハビリについて、愛知県の46か所というのは、みなし分を含まずに、いわゆる単独で指定を受けているところであって、時点が違うが、29年5月1日現在で医療施設の方でみなし指定を受けている事業所数が5,276か所、訪問看護ステーションについても同様で、582か所は単独で指定を受けている数字になり、いわゆるみなし指定を受けている事業所は5,500事業所ということで把握をしている。

(鳥山委員)

・訪問リハビリの単独と言われたが、事業所の単独というものは介護保険ではない。必ず医療機関に併設されるか、もしくは訪問看護ステーションに入るので、単独事業所はあり得ない。

(高齢福祉課)

・介護保険指定事業所としていわゆる指定申請をし、指定を受けている事業所が46か所になる。

(鳥山委員)

・指定はしていない。指定ではなくてみなしで全てやっているところだと思うが。

(野田委員)

・データの出し方について、実態に合う出し方をしっかり相談してやってほしい。

(野田委員)

・看取りの話だが、在宅療養支援診療所が東海北陸厚生局に対して報告を義務付けられているので、厚生局に問い合わせるとたぶん全体の数字が出てくると思う。もちろんそこ以外の看取りもあり得るが、全体の4分の3くらいは在宅療養支援診療所の看取り数だと思うので、ぜひ厚生局に対して数字を出してもらおうと。それに対し今度はどういった目標値を立てるのかということ。例えば、高齢化率の今後の推移を掛けるとか、そういったことができると思うので、一度厚生局と相談していただきたい。

(伴委員)

・行政基礎自治体だが、一つは、医師や訪問看護の確保というのが県ではなくて、基礎自治体の行政課題として非常に大きく取り上げられているので、基本的には県と同じスタンスだと思うが、ぜひ医師の確保、訪問看護の確保について積極的な記述を

お願いしたいと思う。

・もう一点は、遠隔診療の話である。通常遠隔診療はへき地医療で出てくるものと思うが、我々豊田市は、へき地ではない部分について、在宅医療を進めるために遠隔診療を入れてこようという発想を持っている。へき地医療の章にそうしたことが書かれているかもしれないが、在宅医療についても効果的であると、診療報酬制度も変わってくるので、今回遠隔診療についての記述が全然見当たらないということについて、へき地医療の部分と合わせて触れられるのかどうか、一度ご検討をいただきたい。

(三浦会長)

・186ページにICTで少し書いてはあるが。

(野田委員)

・遠隔診療については、全体の合意ができていないところなので、計画に書くというのは難しいのかなと思う。今議論が巻き起こっているので、もう少し待たないと書き過ぎてしまうという可能性もある。本当に必要な遠隔診療とビジネスで大量に入り込んでいてそれが混じっている。全面的に否定するわけではないが、医師会の中でもかなり反発が出ているので、なかなか書きにくいと思う、焦って書かない方が、1～2年経てば落ち着くとは思いますが。

(田川委員)

・在宅医療が行われる場所についてだが、施設の建設は抑制されている中で、住まいの確保ということで、住宅型有料老人ホームが急増していると思う。住宅型有料老人ホームは施設ではなく自宅としてみなされるので在宅医療が展開される場面になるわけだが、住宅型有料老人ホームも所得階層によっては非常に多様性が広がっていて、中には生活保護受給者ばかり、あるいは民間の老朽化したマンションを借り上げて、3LDKを3人が自宅としてみなされて入居していたりとか、そういった場面もたくさんでてきている。そうなる診療を行う医師ばかりでなく、または医療と介護の連携が強調されるが、福祉の連携もしていただく必要がある。所得の格差の中で在宅医療の格差も広がっていく、二極化していきだろうというように思われるので、ぜひ福祉の連携も記述していただいて、国家資格である社会福祉士の活用も明記していただければと思うが、いかがか。

(医務課)

・住まい・福祉など、地域包括ケアの項目にもあることなので、その辺りの記述ができるかどうかについて今のご意見を踏まえて検討させていただく。

(野田委員)

・その話に関わるが、これから向かうべき方向の中の一つに、いわゆる孤独死、孤立死の数を減らすということが求められていく。社会的に孤立化していった人たちに対してどうするか、低所得者はそういったサ高住に入り込んでしまうという一面も

あると思うがまだ看取ってもらえる可能性はある。しかし看取ってもらえない人たちもいる。孤独死の中のだいたい3～4割くらいが80歳以上という状況になっているので、これを減らすために、当然民生委員さんとか、各自治体の努力も必要だが、それと地域の取組みがないとうまくいかない。ただここに書ける項目なのかという微妙なので、いろんところで発言はするが、うちでは書けませんねと言われてしまうので、どこかで孤独死・孤立死の問題を取り上げていくようなことをしていただけると、と思う。

・看取りについては看取りの質を上げればいい、低所得者については、行政の対応とか、社会福祉士とかケアマネの対応があれば、ということ。でもそこに入っていない、介護保険にも医療保険にも関わっていない人たちの部分が相当数あって、その人たちが一番今困っているので、その部分をどこかに記載できると良い計画になるなと思うので、検討をしていただければと思う。

(鈴木正委員)

・亡くなる方についてだが、病院の数は増えない中、病院で亡くなる方が以前は9割だったのが今は8割くらいになっている。いずれにしても今後多死社会になっていく中で、看取る場所がない人たちが全国で47万という数字も出ているが、この人たちをどういう形で看取っていくかというところで、病院にキャパはないわけで、在宅で看るというところをしっかりとやっていく必要がある。そういう意味では在宅死の数は増やしていく、というのは言い方がおかしいが、現在の数値よりも上の数を目指していくということにはなるのか。

(野田委員)

・死亡統計から出てこないのも、私は県警に直接頼んで、警察署ごとの死体取扱件数と、その中で独居はどれだけあったのかという統計がようやく手に入ったところなので、どこかで皆さんに今の現状をお話しできるとこれからどうしていったらよいかということについて、共通認識が出来て今後の方向性が出てくると思う。私主催で勝手にやるので、予算が掛からない形で皆さんに来てもらって、死亡の現状とか施設の現状とかデータが揃いつつあるので、ご説明したい。

(鈴木正委員)

・先ほどサ高住とか、有料老人ホームの話も出たが、今はまだまだそういうところでの死亡は少ないと思う。こういう数値を少し上げていくような、自宅という定義をどのようにするかもあるが、在宅の中でも住んでいる家で亡くなる以外にも、在宅復帰率で言う在宅という概念の中で、数を上げる、推進していくという方向に持っていくということだろうと、国全体がそういう政策であるし、その辺りをどのように盛り込んでいくのか。

(医務課)

・目標値としては、在宅看取りを実施している診療所や病院数を目標値として掲げて

はどうかということになるかと思う。実際の人数となると、人口動態調査等の死亡診断書などで掴んでいる統計数値は参考資料3にも載せてはあるが、これが実際の看取りかどうかというところもあるとは思う。

(鈴木正委員)

・以前新聞に市町村別の在宅死の数値も出ていたので、そういったものも見ながら。

(野田委員)

・どこかで私が持っているデータを一度見てもらって、死亡率とかの話も、そうでないと次が11月ということで、それまでにある程度書いていかなければならないと思うので。

(小林委員)

・先ほど田川先生からもあったように、生活環境や介護の質が疑われるようなサ高住等や、孤独死の問題は重要なことと考える。孤独死になる前に、急性期の病院に入院できても身元保証人がないと、患者が希望する次の病院や施設に行けない、受け入れてもらえない実態があり、このような保証人問題について取り組んでいる。ぜひ野田先生のお話をお聞かせいただきたい。

(医務課)

・野田先生と相談させていただいて、またお知らせしたいと思う。

(三浦会長)

・重要な問題だと思うのでよろしくお願ひしたい。
・今日資料にはないが、老健局の方では場所別死亡数ということを行っている。どれだけ正確に把握できるかはわからないが、その方が地域看取り率に近いかもしれない。重要な話なので、考えていかななくてはいけないと思う。

(野田委員)

・まだ出せるものなのかどうかはわからないが、課題がこういうふうにあるよ、ということを出すだけでもいいかなと思っている。

(増井委員)

・保健所では地域医療構想の会議ということで、病床ごとの急性期、回復期、慢性期に対する議論が始まっているところだが、その中で在宅医療等でケアする患者さんがどれくらいいるかというところがデータとしてあまり出てきていなくて、その状態でどのように議論を進めていけばよいかということを保健所として困っている。
・地域医療構想と整合性を取る中で、具体的にどれくらいの数を在宅医療でケアする必要があるかということを出していただけると議論しやすいかなと思うので、可能であればお願ひしたい。

(医務課)

・その点については、医療福祉計画課のほうで詰めているところなので、今後、保健所単位で想定される在宅サービスの量というのは提供できると思う。

(増井委員)

・目標値で出ている病院数とか施設数とどのようにリンクしていくのか、非常に気になるところなので。

(医務課)

・まだ数字がないので目標値が出せていないところだが、またこれはお示ししたい。

(野田委員)

・もし必要であれば、例えば尾張東部医療圏だけであれば、どういうふうに住宅訪問診療料が取られていて、人口がどう変わっていくから将来1.〇倍になる、という推計までは出したので、お示しできるかもしれない。

(加藤委員)

・サポートセンターについて、現在、野田先生が中心となって活動されているが、病院と在宅を繋ぐなど、医介連携は今やとても大事な事業になっている。この事業はもともと3ヶ年計画で、本来、今年度で終わりということであったが、現在、サポートセンターは地域に必要な存在になっており、今後のこの事業の継続について、市町村事業への移行の後方支援や広域的な調整については県が支援をすることになったと伺っている。今現在、県から具体的な計画が出てこないため、市としても医師会としても予算をたてる、人員を確保するなどの動きがとりにくい状況にあって、ただ、医師会としては絶対に継続しなくてはいけないと思っているので、具体的な計画を早く出していただけるとありがたい。

(野田委員)

・来週、県医師会長と県の部長が直接お話し合いになるそうなので、その頃には。

(加藤委員)

・その結果を市町や各医師会にお伝えいただくと各々動きやすくなるので、ぜひよろしくお願ひしたい。

(医務課)

・ただ、基本はまず市町村単位で考えていただくということになるので、当然県の後方支援、広域支援、それから、少しまだ進んでいない自治体への支援というものはやっていくが、県の広域的な支援ありきではなくて、自治体単位で30年4月からスタートするので、地区医師会さんとかと詰めていただくということをまずはやっていただきたい、県を待たずに。県は何もしないということはおそらくないので、今やっている取組みが続くのか、他のやり方なのかまだ分からないが、県医師会さんなどと調整をさせていただいているところ。いずれにしても、まずは各自自治体において話を進めていただきたいと思う。

(三浦会長)

・時間が来てしまったので、まだご意見はあると思うが、その場合は事務局の方へお寄せいただきたい。

- ・ それでは、本日の会議はこれで終了させていただく。