

平成30年度愛知県在宅医療推進協議会 議事概要

- 日時
平成31年2月22日（金）午後2時から午後3時30分まで
- 場所
愛知県東大手庁舎 4階北 402会議室
- 出席委員
計 17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お礼申し上げます。
 - ・この在宅医療推進協議会では、超高齢・多死社会の中で、円滑な在宅医療提供体制の整備を目指し審議を行っている。
 - ・昨年度の在宅医療推進協議会では、愛知県地域保健医療計画について検討を行い、委員の皆様のご協力により策定に至ったこと、改めてお礼申し上げます。
 - ・本日は議題を6つ用意している。人生の最終段階における医療体制整備事業の途中経過について、三浦会長からご報告していただき、在宅医療サポートセンター事業の成果について、野田委員からご報告していただく。在宅医療の充実に向けた取り組みについては事務局から報告をさせていただく。忌憚のない意見をいただきたい。
 - 2 議題
 - (三浦会長)
 - ・皆様のご協力をいただき、会議の円滑な運営につとめてまいりたい。本日は議題が多く6件用意されている。
 - (1) 『人生の最終段階における医療体制整備事業について』
 - <事務局より資料1-1を説明>
 - <三浦会長より資料1-2を説明>
 - (三浦会長説明要旨)
 - ・事業名が長く分かりづらいので、事業内容である、ACPの習得に着目して、通称「あいちACPプロジェクト」として呼んでいる。他県で同様の取組はまだない。
 - ・主に2次医療圏毎に地域拠点10か所を設け、意思決定支援の活動の活性化を行った。

- ・現在行われている厚生労働省の事業は、主に、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の普及啓発を目的としたものであるが、あいちACPプロジェクトは、早い時期からの意思決定支援を想定していることに加え、普及啓発ではなく人材育成を目的としていることが差別化したポイントである。
- ・運営体制として、本事業における代表者会議を本協議会に兼ねている。
- ・7月に講師人材養成研修会を行い、その研修の受講者を事業のメインである相談対応力向上研修会の講師としている。現在は、相談対応力向上研修会の受講者を対象としたフォローアップ研修会を、10か所中6か所終えたところである。
- ・県リーダーを養成する講師人材養成研修会は、eラーニングシステムを用いず、1日半に渡り実施した。
- ・講師人材養成研修会ではアンケートを行った。参加者は医師が多く、次いで医療ソーシャルワーカー、看護師が多かった。キャリアのあるベテランの方が多かった。本事業での活動を応援してくれる職場環境にある方が多かった。研修会について、90%程度の方に評価いただいている。研修内容について、8割以上の方が活かせると回答している。
- ・相談対応力向上研修会では、講師人材養成研修会の受講者を講師としたが、拠点に講師の推薦を依頼した結果、野田先生には、講師としてかなりご協力いただいた。
- ・相談対応力向上研修会は、eラーニングシステムによる事前学習と1日の研修というプログラム構成とした。
- ・相談対応力向上研修会では、全10か所、合わせて779名の方が修了した。
- ・相談対応力向上研修会でもアンケートを行った。参加者は看護師が圧倒的に多く、その他にもケアマネージャーや医療ソーシャルワーカー、薬剤師など多くの受講があった。経験を積んだ方の受講が多かった。看護師が多いためこちらの研修では女性が多かった。9割以上の方が職場で応援してくれる環境にある。9割以上の方が研修に満足している。
- ・フォローアップ研修会では、相談対応力向上研修会后、それぞれの職場で実践して見つけた課題を生活圏域毎で検討するグループワークを実施するプログラムとしている。

(野田委員)

- ・相談対応力向上研修会の講師を5か所でやらせていただいた。来年度どうするかが重要で、まだ講師を経験していない他の方にも講師をぜひ経験していただきたい。
- ・どの会場もいい雰囲気であった。

(加藤委員)

- ・トヨタ記念病院で講師をやらせていただいた。トヨタ記念病院での研修後、豊田市も本事業へ同調し、市内で6回同内容のプログラムを用いて研修を行った。豊田市は市

を挙げてACPを推進しており、いい機会となった。

(小林委員)

- ・全国的にも初めてのプロジェクトに参加させていただける、よい機会を与えていただいた。
- ・愛知県MSW協会でも、意思決定支援委員会を組織し、ACPの推進に向け準備をしているところである。

(増井委員)

- ・本年度、知多地域が地域拠点から漏れているが、本事業についてはいい話ばかりで、知多地域においても実施してほしい。来年度の事業実施見込みについてはどうか。

(医務課)

- ・本年度5月に地域拠点を選定する際、2次医療圏域が11圏域ある中で、予算の都合上、10か所を選定せざるをえなかった。知多地域が漏れたことについては申し訳なく思っている。
- ・来年度の事業実施については、本年度と同規模での予算を要望しているところである。事業実施が確定し、地域拠点を公募する際には、今年度の地域拠点の選定結果も配慮する予定である。

(三浦会長)

- ・来年度の予算も要望されているということなので、事業実施の際には、委員の皆様にも引き続きご協力をお願いしたい。

(2) 『在宅医療サポートセンター事業の取組結果について』

＜事務局より資料2-1を説明＞

＜野田委員より資料2-2について説明＞

(野田委員説明要旨)

- ・3か年の事業の中で、事業開始前も含め計4回実態調査を実施し、事業実施効果を検証した。平成30年度には、ICTの利用状況についても調査を行った。
- ・アンケートの発送数・回収数について、集計方法が統一されておらず年度による違いもあるため、調査結果について多少の誤差があるかもしれないが、参考にはなりうる。
- ・在宅医療機関数、在宅療養支援診療所数、在宅療養支援病院数、在宅医療に参加している医師数等、回答率に差はあるが概ね増えたと言える。
- ・在宅医療グループとは、経済的なつながりを指すのではなく連携しているかどうかを示すもので多少増えている。
- ・在宅死亡数は、報告のあったものの総和であり、相当数増えた。死亡診断書を集計した、愛知県衛生年報掲載のデータと比較すると、死亡数に差があり、本事業内で行ったアンケートが全てを網羅できているということではない。

- ・「在宅提供数のうち看取り数」が一番大切な指標であると言える。在宅医療を提供していたが看取れたかどうかである。様々な観点から見ても、確実に自宅看取りが増えて検死が減っている。
- ・自宅看取り数を地域別に見ると、名古屋市、岡崎市、西尾市が非常に増加している。
- ・検死数を地域別に見てみると、名古屋市、豊田市、設楽の方は減少しており、地域包括ケアシステムが進んだ地域であるとも言える。検死数が増えた地域については、今後地域包括ケアシステムを整備する余地がある。名古屋市については、在宅の看取り率が大幅に改善した。尾張、三河については、それほど変化はない。
- ・在宅医療の中でも特に独居者を看取るとは非常に困難であるので、独居死亡者が検死に至る割合が減ったということは、事業を実施した成果として大いに評価できる点である。
- ・独居死亡者の多い名古屋市と東三河を比較すると、発見に至る日数が明らかに東三河の方が短い。近所づきあいにおける密度の違いであると思われる。
- ・病院死のうち、死亡の直前まで在宅医療を提供されていた患者数も重要な指標の一つである。最期は何らかの理由により病院死が選ばれたが、それに至るまでは在宅医療ができていたと考えられるからである。
- ・小児在宅医療提供数、緊急往診数、在宅がん緩和ケア提供数、退院時の共同カンファレンス、サービス担当者会議への主治医としての出席回数も増え、概ね良い結果が得られた。
- ・医療介護連携に係るICTの利用状況を調べた。投稿された記事数を見れば、ICTがどれだけ利用されているかの指標になると考えた。豊川市を筆頭に東三河地域で活発に利用されており、ICTによる医療介護連携が図られていることが分かった。
- ・医師会への意識調査においても、少なくともこの3年間において、在宅医療提供体制の充実や、病院・診療所等との連携の向上が見られたと言える。
- ・地域看取り率の話をさせていただくと、先程までは分母が総死亡だったが、もう少し厳密にするために、総死亡から看取りに関係のない数字と考えられる不慮の事故や自殺の数を引いたものを分母として計算した。
- ・愛知県、全国、東京23区を比較すると、全国も東京も伸びてはいるが、愛知県はそれを上回って伸びている。続いて全都道府県についても比較を行った。概算地域看取り率の増加率が全国平均の1.69倍を上回った都道府県だけを抽出すると、愛知県がトップとなった。増加ポイント、すなわち何%増加したのか見ると、兵庫、静岡、香川、岐阜の次に愛知が来る。
- ・地域看取り率は、特養や老人ホームも入っているので、これらを除いた自宅看取り率を算定してみた。算定にはまだ検討すべき問題もあり再評価が必要ではあるが、自宅看取り率で飛び抜けて高いのが兵庫である。
- ・地域看取り率と同様に増加率が全国平均を上回った都道府県を抽出すると、大阪、長

崎、鹿児島、山口、宮崎などが挙げられる。もともと自宅看取り率の低い都道府県が増加率で高くなりやすい。

- ・増加ポイントを見ると兵庫が圧倒的で、香川、愛媛、愛知と続く。
- ・在宅医療サポートセンター事業を始め地域で様々な取り組みを行ったので、愛知がトップではないかと思ったが、上には上がいた。兵庫、神奈川のどこがよかったのか研究すると愛知県にも活かすことができる。今後はそういった地域がどうしてよかったのか分析したい。

(田川委員)

- ・先ほどの話にあった「概算自宅看取り率」の、自宅とは、サービス付き高齢者住宅とか住宅型有料老人ホームも含まれるとみなしてよいのか。

(野田委員)

- ・その通りである。死亡診断書に載る場合の自宅というのは、サ高住やグループホームも入っているので、我々がイメージする本来の住み慣れた自宅とはイコールではないと思う。しかし住み慣れた自宅だけの統計を取る方法がない。
- ・ただ、サポートセンターで自宅といって数をカウントしたのがある。それが、資料2-2の8ページにある在宅の死亡数である。詳しく分析していないので何とも言えないが、おそらくこのデータではサ高住などはカウントされていないだろうと思う。それと右の9ページの上の愛知県の実際の自宅死亡数と比べると違いが分かってくるが、それでは、愛知県の自宅死亡数は7000くらいあるのに対して、8ページのデータでは6000とか4000であるので、その差が、サ高住などなのかもしれない。
- ・それでもやはり数字に若干の差があるので、この自宅看取り率という言葉を使うこと自体はまだ少し難しいかなとは思う。ただ、評価するには面白い数字であると感じる。全国を評価したり、愛知県内もすべての自治体で評価をしたりしたが、非常に面白いデータが出たので、またそのうちにお話をしたいと思う。

(三浦会長)

- ・野田先生、自宅看取り率が非常に高い兵庫県や香川県はどうして高いのか、ある程度予想はついているのか。

(野田委員)

- ・兵庫県や香川県についてはもともと高かったところが、さらに増えている。他の県はもともと高いところでも横這いになっている。もともとそのような風土があったにせよ、それに加えてさらに努力をしたのではないだろうかと思う。そのため全国トップになっているのではないか。
- ・それは21ページの上のグラフを見ると分かるが、最初は、ほとんど全国、ましてや兵庫県も1番ではなかった。24年は2番目である。それが、この5年間でトップに

君臨したというのは、多分もともとの風土以外に、地域包括ケアに対する取り組みを県下挙げて行われた結果だろうと私は理解している。どんな取り組みなのかについては、むしろ三浦先生の方が知っておられるのではないかと。

(三浦会長)

- ・兵庫県は地域包括ケアを進めるときに、兵庫県の医師会が各モデル事業で10数か所、ちょうど愛知県のサポートセンター事業でやったような形をモデル事業として平成24年くらいから始めたと記憶しているが、それだけなのかちょっと分からない。医師会が県全体で活動しているというのも影響しているのではないかと思っている。
- ・香川県はよくわからないが、これについては今後検討していくことになる。
- ・愛知県としては、サポートセンター事業でかなり華々しい成果を挙げたという報告があったが、それについて意見等はないか。野田先生、サポートセンター事業が終わった後はどうなるのか。

(野田委員)

- ・在宅医療・介護連携推進事業の主体は全部市町村に替わったので、愛知県医師会としては、進捗状況を皆さんに見せていただこうと考えている。
- ・在宅医療に関係する指標が向上したことは、今ここにいる全ての職種の皆さまの努力の賜物であり、別にサポートセンター事業だけによるものではない。これは愛知県全体の多職種の成果だと思う。
- ・これからも色々な事業を継続して実施し、フォローアップのために同じデータを取っていかなければならないと思う。データを今後も2年後、3年後も取っていき、どう変化したのかを見ていくと、愛知県の長所や弱点も見えるのではないかと思っている。

(3) 在宅医療の充実に向けた取り組みの進め方について

＜事務局より資料3を説明＞

(野田委員)

- ・愛知県の取組状況「未実施」となっているところの「訪問診療への参入意向等の実態調査」はそれ自体が非常に難しいのに、さらにそれを分析しろというのはどうするべきか。正直言って、この項目だけがどうやって実施するのであろうかというのはある。
- ・その上のKDBシステム、国保のデータベースのシステムは、「未実施」とあるが、尾張東部医療圏ではデータを収集して、実際にデータを活用している。例えば瀬戸市の患者が退院した時にどこに行くのか、どこに入院するのか、ということ尾張旭、瀬戸から豊明に至るまで市町村ごとにKDBにより実施したので、まったくやっていないわけではない。

- ・K D Bを活用し基本データとして、面白いデータを作った。何が分かったかご紹介すると、瀬戸市は自分のところで全部入院も完了している一方で、豊明は外と連携しているなど、それぞれの市町で事情が違うということが分かってきた。そのようなことは、どんなふうに見えるか、他県の事情は知らないのでまたこのデータをお見せしながら相談したいなと思っている。

(加藤委員)

- ・2つ質問があり、三浦先生にお伺いしたい。入院のルール決めについて、豊田市で入院の支援ガイドブックというものをサポートセンターで作った。その中に、ACPにおいてやはり入れていくべきなのかということについて議論がある。ACPにおいてクローズされたところでみんなで話し合っていて決めていても、突然急性期に入院すると、それが伝わらずに結局急性期では、何も聞いていないからやるだけのことをやってしまうというようなことが起きるのではないかという話が研修の時に出了。入院の支援ガイドブックの中にACPを入れ込んだ流れを作るべきではないかということが話し合われたが、いかがなものか。

(三浦会長)

- ・加藤先生のおっしゃる通りである。救急の現場では、これまでは普通に来た方を蘇生すればよかったのだが、最近では蘇生したら、中には本人や家族に怒られることも出てきたということで、今、救急の先生方が非常に困っている。そのため、在宅救急医学会等が立ち上がり、医療やケアに関する意向をきちんと確認したものを連携していかなければいけないという流れがあるので、入院の時に、ACPもそうであるが、患者の意向が反映されるようなシステムを作るのが不可欠だと思っている。

(加藤委員)

- ・もう1つの質問である。最近「地域リハビリ」というのがキーワードとして出てきている。退院してから、在宅に戻ってからのリハビリをどのように行っていくのかということで、医療で行うリハビリと介護で行うリハビリがある中で、医療と介護の連携の推進にも関わってくると思うのだが、リハビリを行うのが介護系になった途端に情報が途絶えてしまうようなことがある。
- ・そのため、今度野田先生と静岡へ行き、地域リハビリを支えるためのかかりつけ医、地域リハビリサポート医についての研修を受講する予定である。
- ・地域リハビリというのを地域包括ケアシステムの中に組み込むことを県単位の事業として実施していかなければいけないと思うので、ぜひ今後、地域リハビリを考慮していただけるとありがたい。

(鳥山委員)

- ・診療報酬におけるリハビリは13単位の枠があるが、今度の改正により、介護保険の認定を受けている方の介護保険への移行を促す動きがある。
- ・介護保険の受け皿としては、訪問リハや通所リハがあるが、それらの質の向上や所在

の把握について、今リハビリテーション情報センターで行ってはいるが、なかなか進展しない現状があるので、少なくとも内容までは把握をしていかなければと思っています。

- ・特に訪問リハビリと言うと、訪問看護ステーションからの派遣と、訪問医療機関からの派遣などあるので、複雑な仕組みになっている。その中で主治医との関係でさらに複雑になってしまうので、そのへんがもう少しクリアになると非常にありがたい。
- ・今後の展開としては、特に医療機関からのリハビリ資源を地域の医療機関の主治医の先生方に使っていただければと思っている。

(地域包括ケア・認知症対策室)

- ・地域包括ケアの方では、介護予防の分野での地域リハビリについて、リハ専門職に参与していただくことが、平成27年度の介護保険法の改正から始まっている。
- ・平成27年度以降、理学療法士会、作業療法士会、言語聴覚士会の3療法士会と連携して、地域リハの介護予防の分野の人材育成等を行っている。また、今後、市町村が行う介護予防事業等に、リハ職を派遣していくことを検討していく予定である。
- ・医療と介護の連携で、予防ではなく、すでに医療にかかられている方の地域に戻ってからの重度化の防止や再入院の防止などに関しては、医務課と詰め切れていないということが現状としてあると認識している。

(鈴木(弘)委員)

- ・KDBシステムというのは、一般に私たちでも見られるものなのか。

(医務課)

- ・国保のデータであるので、閲覧できるのは、基本的には市町村と国保連合会ということになっている。愛知県においても、国民健康保険課という課があり、そちらで、統計データとしては閲覧できるが、それ以外については、閲覧は難しい。データを市町村とかが加工して、色々なところで情報提供や地域課題の分析といった形で公表できるのではないかと考えている。

(鈴木(弘)委員)

- ・薬剤師会に限らずどの職能集団も、在宅医療の評価をするときにこのデータは非常に分かりやすいものかと思うので、調査中というのであれば何らかの形でぜひ共有していただきたい。在宅医療の進展というものを評価したいという思いからの発言である。

(医務課)

- ・野田委員のご発言のとおり、市町村においては、そういった取り組みを実施しているところもあるようだが、今回ここで書いたのは県全体について記述した。
- ・この通知が来るまでは、KDBデータについて把握はしていたものの、活用には至っていなかったが、今回の調査で、県の部署で閲覧ができると分かったので、その活用について検討したいと考えている。

(三浦会長)

- ・地域包括ケア相談体制整備事業も当センターが一部受託しており、今年の8月に全市町村の部課長に集ってもらい、KDBデータの市町村利用について管理職合同会議を実施しようと考えていた。
- ・そこで、KDBデータの活用を先進的に行っている千葉県市原市について、そのデータ解析を行った千葉大の藤田伸輔教授に来ていただいて、ご紹介いただこうとしていたが、今日の話聞いてもっと早く動く必要があると感じた。
- ・県と相談し、全市町村のKDBデータについてのベンチマーク、市町がどのような状況にあるのか把握できるような流れをもう少し早く作らなければならないと思ったが、県においても情報収集してできるだけ早めに動くという認識でよろしいか。
- ・年間スケジュールについては、厚生労働省が全国在宅医療会議というものを開いて、その参加者である、日本看護協会や日本医師会や日本薬剤師会などトップのレベルの会に、それぞれの中期計画を始め、在宅医療推進にはどんな課題があり、どのような事業を行おうとしているのか、行っているのかをリスト化して、どの団体が今どのような状況で何をしているのかが分かるように取りまとめているので、おそらくこれは厚労省でやっている国レベルのものを、県レベルでもやりなさいという内容かなと私自身思った。
- ・状況によっては事業化されたものは把握できるが、事業化されていない、各団体の中で内部の人はよく知っているが外部の人には知られていないことも含めて、ある程度アンケート調査みたいなもので各団体の事業内容を集約して、他の団体がどういう活動をされているのか分かるようなリスト、エクセルシートでもよいので作った方がよいという気はする。愛知県としてはどうか。

(医務課)

- ・県からの補助や委託事業については当然こちらでも把握できるが、三浦会長が言われるように、各団体の自主事業については確かに把握できないので、各団体の事業計画、実施状況についてはやはりアンケートなど調査を検討していかなければならないと考えている。

(三浦会長)

- ・それにつきまして、今日の委員の先生方皆さんにご協力いただかないといけないので、お願いしたいと思うのだが、よろしいか。
- ・訪問診療の参入意向は、多分2030年とか2040年にその地域に訪問診療をする医師がどれだけ残っているかということを含めての調査だと思うが、これはすぐ実施するにはちょっと難しいので、また考えていくということによろしいか。

(4)『本年4月27日から5月6日までの10連休における医療提供体制の確保に関する対応について』

＜事務局より資料4を説明＞

(5) 『専門部会（愛知県訪問看護推進協議会）の開催状況について』

＜事務局より資料5を説明＞

(6) 『在宅医療に関する主な事業について』

＜事務局より資料6を説明＞

3 その他

○ 愛知県栄養士会からの情報提供

(江口委員説明要旨)

- ・ 栄養士は、頼みたいけどどこに言えばいいか分からないとずっと言われ続けてきたので、なんとか組織的に栄養士会で動きたいと考え、平成26年くらいから訪問指導を中心に、仕組みづくりを行ってきた。
- ・ リーフレットを作り、栄養士がどういうことができるのかを見えるようにした。
- ・ 栄養士会の中の在宅医療介護委員会を立ち上げて、実施要領を作り、どういうことをするのかということをも文化した。
- ・ 難しいことを書いても分からないから、どうやって栄養士に頼めばよいのかを図式化したらどうだろうと野田先生から助言を受け、簡単に図式化した。
- ・ 栄養士会に連絡があれば、地区の栄養士が外向く仕組みも作った。医療圏ごとに担当を決め、実際に行っている者の名前も公表している。メンバーに連絡が行くと、地域に向いて訪問栄養指導をする手続きを取るといような流れになる。これについては、7月にほぼ250か所、訪問ケアステーションなどに郵送し、理解を求めたところであり、協力していただける事業者が増えてきているという状況にある。
- ・ 訪問栄養指導を希望される方に、分かりやすく伝えるために、日本栄養士会がリーフレットを制作した。
- ・ 最後に、事業者の訪問栄養指導実績数について、グループや栄養ケアステーションとして動いているところのみであるが、平成27年から件数を調査した。当初は栄養士の訪問の件数がなかなか上がらなかったが、29年、30年とかなり増えてきている。そのほかに、訪問だけではなく、予防事業としての事業、介護予防教室であるとか、ケアマネへの料理教室であるとか、高齢者サロンであるとか、いろんなことが予防事業として、独自に行われているような現状が見えてきたので、またそういったところからもぜひ声をかけていただきたいと思います。
- ・ 日本栄養士会は厚労省の助成を受けて、平成29年度から栄養ケア寄り添い型ソリューション事業、寄り添いプロジェクト事業というものを進めており、栄養ケア

を担う人材育成と確保体制を強化している。栄養士による地域における栄養ケアサービスの充実を図るため、栄養改善取り組みのプログラムの開発を進めているので、これに向けて全国的に栄養士の人材育成と技術の向上を目指して動いているところだということをご理解いただき、ご活用いただきたいと思いますので、今日情報提供させていただきました。