

平成29年度岡山県在宅医療推進協議会 議事概要

日時：平成30年2月7日（水）

16：00～18：10

場所：メルパルク岡山 光琳

- 【議題】（1）現状認識と今後の取組
（2）関係団体や行政への要望
（3）その他

〈発言要旨〉

- 1 開会
- 2 挨拶
- 3 報告

○会長 在宅医療の推進に向けて、本協議会で何を深刻な問題と捉えるかという共通認識を持ち合わせたいと願っている。では、まず事務局から、岡山県保健医療計画の達成に向けた取組に関する報告をお願いします。

○事務局 現在策定中の第8次の保健医療計画の概要を説明させていただく。資料には、パブリックコメントとして公表している計画のうち、第7章第2節の在宅医療関係部分を抜粋している。素案は、現状と課題、施策の方向、数値目標という構成で、それぞれについてプライマリ・ケア、在宅医療の推進、在宅医療提供体制の整備、看取りという4つの柱ごとの構成になっている。

現状と課題では、生活習慣病の治療や管理、健康相談等に対応するプライマリ・ケアの中心的な役割を担っているかかりつけ医、かかりつけ歯科医の役割を發揮できるように、医学部教育や臨床研修等に加え、岡山県医師会が実施するかかりつけ医認定事業への補助を通してかかりつけ医の普及を図っている。また、かかりつけ医を始め、関係職種や事業所等と適切な対応を行うための研鑽を積む機会の確保が課題の一つである。

在宅医療の推進については、県民満足度調査によると、余命が6カ月程度よりも短いと告げられた場合、58.1%の方が自宅で過ごしたいと希望されている。一方で、実際に自宅で亡くなられている方は11.4%であり、できるだけ希望に沿えるような環境整備や機運を高める取組が課題である。

退院支援担当者の配置については、診療所17施設、病院78施設の計95施設、入院中に医療機関が退院時カンファレンスを開催した患者の割合は、年齢調整後の全国を100とした場合に132.3で、全国より高いが、より充実させていかなければならないと認識している。その他、ICTを活用した晴れやかネットも、一層の利用促進を図っていく必要がある。

3つ目の在宅医療提供体制の整備では、訪問診療が提供できる医療機関、実際に行っている医療機関を掲載している。在宅医療で中心的な役割を担う在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院は、大局的に見ると近年横ばいの状況であるが、今後も数の増加や機能強化を行い、体制整備を図るのが課題である。その他、在宅療養支援歯科診療所、訪問薬剤管理指導を行う薬局、訪問看護事業所等在宅医療に必要な施設、在宅患者訪問栄養食事指導実施施設等の増加、在宅医療に関する県民への普及啓発も必要である。

看取りについては、県民満足度調査、人口動態統計の死亡の状況等を見ると、目標年度には、自宅死亡者の割合を13%にすることを目指している。ご本人やご家族が満足できる在宅での看取りが行われるような機運、支援者の確保と資質向上を図ることが大切である。以降の資料はご参照いただきたい。

これらの現状を踏まえた施策の方向として、プライマリ・ケアについては、かかりつけ医等を持つような周知、かかりつけ医の資質向上、24時間体制で医療が提供できる体制等を見据えて、引き続き取り組んでまいりたい。

在宅医療の推進については、在宅医療が身近に受けられることの普及啓発に努めるとともに、ケア会議等も活用して、同じ支援方針でケアを継続できる体制づくりに引き続き取り組む。その他、関係職能団体と連携を図りながら、多職種連携を推進する上で必要な研修会や会議等を通して資質向上に努めてまいりたい。

在宅医療提供体制の整備では、本協議会において各職種の役割や多職種連携のあり方、団体等の取組について協議し、協働に向けた合意形成と医療介護関係団体の連携を図ることを引き続き進めてまいりたい。さらに、在宅医療を担う専門職の人材育成、人材確保の観点からも体制整備に努めてまいりたい。

看取りについては、県民が自分らしい療養生活を人生の最終段階まで含めて考え、周りの方にも伝えて実現していくためには、まず考えることを進めて機運

を高め、それを支える専門職の資質向について新規事業として取り組んでい
るので、今後も進めてまいりたい。

最後に、岡山県保健医療計画数値目標の進捗状況である。7次計画の時点での
現状と、8次計画の直近の現状について比較できるように横並びで掲載してい
る。全般的にはおおむね向上しているが、やや下がっているのは内科診療所の
うち在宅療養支援診療所の数の割合と、病院のうち在宅療養支援病院の数の割
合である。

○会 長 報告について何かご質問、ご意見はあるか。

○委 員 何点か質問する。1つは、在宅医療の推進として、訪問歯科医療や訪問看護を
行う機関を紹介する窓口の設置運営については具体的にはどこなのか。例えば
歯科だったら歯科往診サポートセンター、訪問看護だったら訪問看護等連絡協
議会の事務局が窓口になっているのか、既にできているのか等について教えて
いただきたい。また、本年度から新規事業で取り組んでいる事業の29年度の実
績と30年度の計画について教えていただきたい、その他、平成35年度末
の第8次計画の目標について、7次計画から目標数値が変わったものがあれば
教えていただきたい。以上3点について回答願いたい。

○事務局 窓口は、訪問歯科は歯科往診サポートセンター、訪問看護の窓口は訪問看護コ
ールセンターおかやまであり、ともに現在機能している。新規事業について
は、主に県民に対する普及啓発と、ACPの実践にあたりキーパーソンとなる
医師あるいは看護師等の資質向上の2本立てになっている。ACPの事業とし
は、先般12月にRSKで企画番組として放送し、その内容をDVDにして関
係機関に配付したり、希望があれば研修などに使っていただくために貸出しも
行っている。その他、天満屋等でパネル展等も行っている。来年度については
所定の予算要求をしているところで、引き続き普及啓発と関係者の資質向上を
着実に進めていきたいと考えている。

○事務局 指標については、この度新たに加えたものは、訪問診療を実施している診療
所・病院数と、人生の最終段階で受たい医療について家族と話し合ったこと
がある県民60歳以上の割合である。

○委 員 数値目標のうち、訪問看護の回数だけ目標年度が平成32年度末になっ
ているのは、何か理由があるのか。

- 事務局 こちらは長寿社会課から入手したもので、介護保険事業支援計画の中で市町村からの数字を積み上げて設定してある数字であるため、このような設定になっている。
- 委員 了解した。
- 副会長 自宅死亡率の定義は何か。最近の流れでは介護施設や新設の介護医療院等で亡くなる方が増えているため、病院で亡くなる方が減っている現状なので、これらも含めた目標がよいのではないか。また、指標のうち退院患者平均在院日数を用いているが、退院支援加算の状況で見る方がより正確に退院支援の状況を表すのではないか。次に、訪問診療を受けた患者数の人口10万対の数値が全国平均より岡山県の提供回数が多いと理解してよいのか。その他、計画の数値目標は全てストラクチャー指標なので、プロセス指標も入れたほうがよいのではないかと思う。今回の診療報酬改定においても、今の流れは在宅療養支援診療所を増やすよりも、在宅療養支援診療所ではないが、在宅医療を行っている医師や訪問診療等を含めた総合力を評価することも検討してはどうかと思う。
- 事務局 自宅死亡は、人口動態統計上の自宅を表している。
- 副会長 今後は介護施設も含めてもいいと思う。今回の診療報酬改定で、在宅療養の結果、最期の亡くなる時だけ病院に運ばれたものについて報酬上評価することになった。保健医療計画の評価においても柔軟に検討できればと思う。
- 事務局 ご指摘については必要な視点と認識している。プロセス評価の退院支援については、国から示された指標でもあるので変更が難しいこともあり、現段階で見直しが可能かどうかもあるので、今後、このような観点で進行管理をしていきたい。それから、訪問診療を受けた患者数のレセプト件数で人口10万当たりの件数は、全国と比べて高いと見てよいと解釈している。
- 副会長 大事なことは、入院前及び入院早期に退院も視野に入れて支援しながら取り組むプロセスなので、この点についても見ていければよいと思う。その他、看取りの指標にある看取り数（死亡診断のみの場合を含む）は自宅のみか。その下に記載のある自宅死亡者数との関連は。
- 事務局 これはナショナルデータベースとして国から示されている数値で、詳細は今お示しできない。自宅死亡者数は人口動態統計の数値である。
- 副会長 了解した。これらの数値は届出等の精度の問題もあるので、単に在宅療養支援

診療所や在宅死亡を増やすことが重要ではなく、在宅療養支援診療所以外で、訪問診療や緊急往診回数など在宅医療を担っている医師も相当多いので、これらをうまく統合して、在宅医療・介護提供体制を構築することが重要である。

○会長 レセプト件数が往診と訪問診療両方で拾うことができればよい指標になると思う。

○事務局 今回の保健医療計画の数値目標の一つに、新たに訪問診療を実施している診療所・病院数を加えた。これが在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院とは関係なく、実際に訪問診療を行っている施設として見ていく指標の一つと捉えている。レセプトデータについては、今後フォローの対象として検討したい。

○副会長 了解した。

○委員 本計画には、訪問看護の件数として介護給付におけるサービス見込みを掲げているが、在宅医療を進めるという点において、医療保険による訪問看護の数も入れたほうがよいのではないかと思うが、把握が難しいのか。

○事務局 この件については、医療分についても数値目標に入れられないか事務的にチャレンジしたが試算が困難であったため、第7次計画から取り入れている介護保険対象分だけでもモニタリングできるのであればということで設定した。

○会長 医療保険でのレセプト請求件数は入手可能と思われるので、今後ご検討いただきたい。

○副会長 ターミナルケアについては、本当は介護保険で対応したいが、最後には結局医療に変わり、介護保険での看取りが少なくなっているのが現状だと思う。

○会長 では、医療ソーシャルワーカー協会からお願いします。

○委員 退院支援の話題が多く出ているが、今は急性期病院などでは外来からの支援が非常に重視されており、例えば、がんの方などは外来でぎりぎりまで治療して最後のところを診療所や緩和ケア病棟にお願いすることも多い。実際には退院支援のみならず、在宅療養支援という意識に変わってきている現状もあるので、今後このような視点も必要かと思う。

○会長 では、続いて意見交換の(1)現状認識と今後の取組について、発言をお願いし、その後協議したい。では、病院協会からお願いします。

○委員 病院として在宅療養を支援する立場として、ほぼ在宅で時々入院というような

形が望ましいと思う。ぎりぎりまで在宅でいきながら、最後の1週間足らずの間は病院で過ごし、最期を看取るという形はあると思う。このような看取りを担うのは、急性期の大病院ではなく、地域の中小病院が緩和ケアなども含めて担うべきだと思っている。しかし、専門医制度や働き方改革の問題などもあり時間外対応等様々な考え方の医師がいるのも事実であり、なるべく医療機関間の共通認識を持ち、ご家族等の意向を汲んだ対応ができるようにしたいと思っている。

- 会長 では、障害福祉施設等協議会から願います。
- 委員 障害をお持ちの方が自宅で亡くなるのは大変少ないと思う。当協議会は知的、身体、精神の3団体からなる組織なのでわかりづらいところもあるが、私の所属する施設は児童が対象で、平成30年度の報酬改定で医療的ケアに手厚く加算がついた状況であるが、使えるかどうかは別問題だと感じている。その他、資料の中で小児の訪問看護の利用者数がとても少ないことに驚いた。なるべく施設、病院、訪問看護ステーション等と連携をとっていきたいが、現実的には介護保険より障害福祉部門のほうが制度の充実がゆっくりと感じており、どうにかしていかないといけないと思っている。
- 事務局 1カ月分とは言いながら、レセプト件数が19人というのは確かにどうかとも思うが、国が示している数値なのでおかしいとも言いがたく・・・。
- 会長 では、老人保健施設協会から願います。
- 委員 今回の介護報酬の改定で、老人保健施設もさらに在宅支援に取り組むようにという方向性が出ているので、在宅支援について体制を整えなければならないと思っている。県民満足度調査では、人生の最終段階における療養場所に関する問いで、最後になれば緩和病棟に行って亡くなりたいという方が最も多いが、県北では緩和病棟はないし、今後の多死社会に向けて今さら緩和病棟をつくるのも個人的には必要ないと考えている。むしろ医療介護全てが、患者さん（利用者）の希望に沿った、まさにACPを提供できる体制を整えていかなければならないのではないかと感じている。今年の3月に、国において「人生の最終段階における医療・ケアのガイドライン」が改定される予定であるが、介護施設あるいは介護専門職もこのガイドラインを知ること、啓発することについて国に進言している点が画期的だと思う。今までのガイドラインと異なり、医療

だけでなく、介護も参加していかないと対応できないと思う。今、急性期病院でもがんの化学療法を外来でどんどんやっている。治療過程でくたたくになり、最後に診療所へ紹介されて1週間あるいは10日ぐらいで亡くなることがある。その間、どこもご本人の意向や気持ちを聞いたりすることがなかった事例も結構耳にしている。紹介先・紹介元の2人の主治医の間で、相談体制も含めて整えていかないと、特にがんの患者さんは今のままでは大変だと思う。

○会 長 今のご指摘は非常に重要である。後程私からも意見を述べたい。それでは、地域包括支援センターから願います。

○委 員 在宅医療のうち、介護の問題として認知症の問題がある。平成30年4月から全市町村で認知症初期集中支援チームを進めていくことになっているが、立ち上げた後は、一つ一つ押さえながら進めていくことが必要である。保健師、社会福祉士等の個別訪問等で支援するが、認知症の問題は、医療と介護で解決していく課題があるので、サポート医の充実も含めて皆さんのお知恵やご支援をお願いしたい。介護の状況に関しては、訪問看護の利用が増えてきている。今回介護保険の策定にあたり実施したアンケートでは、3年前に比べて高齢者の方々も日常のサービスを受けて在宅を希望されるように変わりつつある現状がある。

○委 員 認知症サポート医は既に岡山県内では130名超え、数は増えているが活動できる医師は約半数以下ではないかと思う。4月から診療報酬改定で認知症サポート指導料（サポート医が連携して支援すると450点の報酬）が設定されたため、増えることも予想されるが、医師会としては、県から受託している研修等を通して、サポート医がうまく活躍しやすいように支援できればと考えている。ご要望等あればお知らせいただきたい。実際、チームで活動していて、初期から関わるというよりも、既に地域で問題になっている事例に対応することが多い。研修受講者も激減している実態もあるため、今後のあり方等について行政と共に考えていきたい。

○会 長 それでは、介護支援専門員協会から願います。

○委 員 介護保険が始まる前と今の状況と比べると、20年余りの年数を経て、今は入居系サービスなど様々なサービスが圧倒的に増えてきており、医療依存度の高い人達については、家族が見るよりも施設やサービスを利用しながら看取る事

例が増えている。訪問看護も確かにニーズはあるが、供給の問題もあるので、今後の状況としては、住まいのサービスの中で生活していく人達が増えていくのではないと思う。そうすると、例えば施設の嘱託医の配置が少ない中で、ケアマネと医師が連携して、医療を抱えた人達をどう支援するかということが課題になってくる。また、医療の必要な重度の方は特別養護老人ホームでは受け入れてもらえず、有料老人ホームや住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅に入ることになるので、診療所の先生方との連携が今後の課題になってくる。本来は有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅はそういう方々を入れる施設ではなかったが、駆け込み寺的なものになっていることも大きな課題だと思う。その他、保健医療計画の数値目標について、在宅医療の推進を評価するならターミナルケア加算の算定回数で見るほうが評価につながると思う。

- 会 長 それでは、薬剤師会からお願いします。
- 委 員 今まで在宅の現場では余り薬剤師の顔を見ることはない状況であったが、薬剤師会としても研修会を重ねていくうちに、積極的に在宅の現場に薬剤師が関わるようになったと思う。昨今では、がんのターミナルケアの疼痛緩和における麻薬処方の依頼が増えてきており、薬剤師もターミナルに関わるようになった。今、1薬局当たり20品目ぐらいの麻薬を管理している状況であるが、期限が切れたら全て廃棄となるため、薬剤師会のホームページから麻薬の在庫状況について情報提供できるシステムの構築を検討している。アンケートで医師の方々の賛同が得られているので、今後システム化に向けて行政と協議しながら進めてまいりたいと考えている。その他、在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数は医療保険からの情報だと思うが、介護保険の居宅療養管理指導では薬局はみなしになっているため、該当施設数が増えるのではないと思う。医療と介護の両面からの指標についても検討されてはいかがかと思う。
- 会 長 麻薬の管理は恐らく全国規模の話だと思うが、全国規模の動き、厚労省や内閣の対策支援はあるのか。
- 委 員 今は全国規模の動きはない。麻薬自体が薬局間での譲渡が一部しか認められていないので、厚生労働省での法整備が整わないと難しい。
- 会 長 そういったことも県から国に上げていくこともご検討願いたい。他にもう一つ、ポリファーマシーの問題もある。これについては、薬剤師会としてはどの

ように取り組む予定か。

- 委員 委員会で担当を決めて積極的に今後進めていくことにしている。
- 会長 副会長、今回の診療報酬改定でこの点について何かあるか。
- 副会長 例えば老人保健施設の医師と在宅のかかりつけ医が連携して薬を出した場合の加算や、副作用などの観点から減薬した場合、残薬管理、また、分割処方や調剤に関して薬局の薬剤師が医師に進言した場合の加算などが4月から導入される予定である。
- 会長 以前から薬剤師の権限について課題は感じていた。今回の診療報酬改定で盛り込まれたことは非常に心強い。それでは、町村会から願います。
- 委員 行政の立場では、まず在宅医療が必要となる対象者を多くつくりだす努力、健康寿命を延ばす努力が大切だと感じている。保健福祉の問題として、地域医療において行政は自治体病院を持っているが、民間病院や開業医では医師の高齢化に伴う後継者不足が大きな課題である。県とタイアップして解決していきたいと考えている。中山間地に住む高齢者は公共交通機関の不足しているところに多く住んでおり、そのような地で医師が開業しても生業として結びつかない現状があると聞いた。勉強して今後の行政に活かしていきたいが、私なりに抱えている課題はたくさんあり、一言では言えない。包括と保健福祉との間で働く者は豊富な知識と経験と判断力を持ち合わせる必要があり、なかなか難しいと感じている。
- 会長 これからの高齢社会において、安心してその地域に住み続け、そこでターミナルを迎えることができるような町づくりが最も重要な事業であると我々保健医療関係者は認識している。では、歯科医師会から願います。
- 委員 歯科医師会では、昨年策定された第2次岡山県歯科保健推進計画に則り、様々な事業を実施している。8020推進運動は、平成元年に始まった当初は達成者がわずか7%だったが、昨年度の歯科保健実態調査では51%になった。私達が介護保険施設等に歯科往診に行くと、以前は歯がないことが大体前提であったが、今後は歯があることを考え、口から安全に食べられることを常に頭に入れて、口の機能や嚥下機能、咀嚼機能等を見ながら歯科往診を進めていかないといけない時代になってきている。
- 会長 それでは、保健所長会から願います。

○委員 県の保健所では、以前から医療と介護の連携のための協議会（親会議）とその下の実務者会議、ワーキング会議等を実施し、それらを通して多職種連携のための研修会等を企画・実施して顔の見える関係づくりに努めている。現在、市町村が主体で医療・介護連携を行うようになっているが、患者さんが市町村の枠を超えて移動することもあるので、県としても広域的な観点で取り組んでいるところである。その他、医療と介護の連携を進めるための連携シートをつくり、広める取組も行っている。例えば、総社市や井笠地域ではケアキャビネットを活用してICTでのやりとりも行っている。ただ、この連携シートは、備中、倉敷、総社、早島エリアはこの連携シート、井笠地域はこの連携シート、岡山ではこの連携シートというように、域ごとに異なっているので、将来的には県下統一が好ましいが、難しい現状もある。ケアキャビネットの関係では、今は試行的な取組であるが、将来本格的になると自己負担がネックだという意見もある。また、昨年度から今年度にかけて、退院時に切れ目なく地域のサービスに移行できることを狙い実態調査を行った結果、入退院時に円滑に進むようなルールづくりを進めることになった。統制力はないが、入院したら必ずケアマネに連絡するとか、ケアマネがいなければケアマネを決める、そのためのリーフレットや好事例の事例集等を作成し、普及していこうと取り組んでいる。以前から様々な取組を行っているので、ある程度、医療と介護の顔の見える関係はできてきたが、調査を行ってみると、施設等によってはまだ不十分と感じているところもあるので、様々な取組を通して顔の見える関係を進めて行けるように継続している。

○会長 それでは、介護福祉士会からお願いします。

○委員 会に与えられた課題は人材育成である。中・重度の方が在宅で生活されている現状で在宅の方を支えるには、介護だけではなく、医療知識を始め他の専門的な知識も必要であると考えている。会としては、このような知識が習得できる機会を数多くつくる必要があると考えている。それと同時に、多職種と連携がとれるような関係づくりや、在宅での介護や看取りなどについて、ご本人やご家族の意向や気持ちを大切に、実現へのお手伝いができるようにしたいと考えている。できるだけ多職種の方と連携がとれる機会をつくり、活動している。

○会 長 それでは、市長会から願います。

○委 員 市長会を代表して15市のことをお話するのは難しいので、高梁市の状況についてお話させていただく。今、高梁医師会を中心に歯科医師会、介護、民生委員等が連携する形で「やまぼうし」に取り組んでおり、安心して在宅で過ごせる体制づくりを進めているが、高梁・新見エリアは医師や看護師の数も少なく、4月から訪問看護体制が弱まることを懸念している。

在宅療養を進めていく上で必要なことは、住民の方々に在宅療養について正しく理解していただくことと、不安を少しでも取り除くことだと考えている。その対策として、去年の8月に、国の資格でいう特定行為研修修了看護師を一人採用して、医師としっかり連携をしながら、医師が近くにいなくてもその看護師が地域にいることで地域の方へ安心感を与えられるような取組を進めている。その他、田舎では要介護度が高い方は最後まで一人で暮らすのが難しかったり、老老介護の高齢者世帯も非常に増えてきつつある現状なので、遠くの山の中の自宅のみが在宅ではなく、一つの方向性として、病院の近くで在宅生活ができる体制づくりとして、新たな施設の整備も考えている。

○会 長 私は、地域包括ケアシステムのヘッドクォーターは保健福祉部局では担い切れないので、むしろ市町村の総務部、企画部でないと進まないのではないかと考えている。そういう意味でも、今後高梁市長さんのリーダーシップに期待したい。それでは、老人福祉施設協議会から願います。

○委 員 理想と現実はなかなか思うようにいかないのが本音である。例えば施設で看取るにしても医師が来なければ始まらない。岡山市等の南部地域では病院系列の特別養護老人ホームが約85%で、そういうところは夜でも割とスムーズに嘱託医が対応しているが、郡部で社会福祉法人が施設運営しているところでは、夜中に先生に電話しようにもできないような所もある。このような状況では看取りどころではなく、もし電話をしても救急搬送の指示で終わってしまい、法人によってかなりの差がある。嘱託医の手当も安いとよく言われるが、全国的に調べてみると月々10万～100万という非常に大きな差があり驚いた。本当に困ったときにきちんと医療が対応できないと、在宅看取りは難しいと感じている。一番いいのは、在宅療養支援診療所のような機関が施設から20分以内くらいの所があれば、施設でも対応可能になる。このような機関や24時間

の訪問看護等があれば、在宅でも安心だと思し、施設でも安心だと思。施設と在宅療養支援診療所が契約をして、看取りができる体制を組んでいる事例報告も何度も聞いている。このような体制が理想ではあるが、現実的には非常に厳しいのが正直なところである。特に医療依存度の高い方は施設でも対応できない。私の施設は大変な田舎にあり、介護度4～5の方は在宅にいなくなった。だから、当然そういう方はデイサービスに来ることもない。デイサービスに来る方は介護度3以下である。在宅では対応できなくなってしまっている。嘱託医のなり手がいないところも多く、いろいろ相談を受けているのが現状である。体制を整えていくしかない。また、介護人材不足の話が出ているが、現実的に本当に人がいない。社会福祉法人がまず困ったら、まずホームヘルパーを廃業にし、それでも人が足らなければ施設は最後に残しておく。施設によっては、ショートステイやデイサービスをたたむなどして人を充当する安易なやり方で逃げてしまう社会福祉法人も多いように思う。私の施設も苦しいが、そんなことをしていたら在宅福祉も何もなくなってしまふ。苦しいがここは頑張らないといけないところだと思う。特に社会福祉法人がヘルパー事業からどんどん手を引いていっている。求人しても一番来ないのがヘルパーである。昔からやっている人が高齢になっても頑張って続けてくれているのが正直なところで、この方たちが終わったら終わってしまう。最近働き方改革とか言われているが、これをもっと真剣に取り組むべきだと思っている。おそらく施設だけではなく、病院でも人材は不足しているのではないかと思うが、普通のやり方で求人してもどうにもならない。今一番お金の無駄遣いと思うのは求人広告である。そこで、施設長ではなく若い人にどんな求人をしたらいいか考えてもらう。若い人の柔軟な考え方で求人をする、意外と近所のスーパーにビラを張らせてもらったほうが人がよく来たりする。友達のコネで人を引っ張ってくるとか、いろんなやり方があると思うが、そういった細かいことをたくさんやっていかないと医療も介護も人は全然いなくなると思う。その他、家庭の事情で曜日等の条件がある人にどのように対応するか。これは経営陣の腕。条件のある人同士をうまく組み合わせるとか、高齢の方も若干採用して事業の分化を図ることなどを考えるしかないと思っている。少しうまく回りつつある。残業が多いと人も辞めていく。働いて気持ちがいいように、目標は残業

ゼロを目指し、仕事がしたい人には仕事をしてもらうなどニーズに忠実に対応するよう、在宅で真剣に考えていかないといけない。在宅で亡くなりたいという方は少しずつ減っていていると思う。施設としても体制を整えて対応できるようにしていかないといけない。このやり方は他で既に効果があったということなので、全国老人福祉施設協議会でも進めるようキャンペーン中である。

○会 長 初耳であるが素晴らしい。それでは栄養士会から願います。

○委 員 在宅でも栄養指導を受けられることになっており、保健医療計画では、医療保険のみの計上ではあるが48施設となっている。非常に施設も少ないし、栄養指導件数等も上がっていない現状である。これは制度上栄養士の数が少ないことと、介護保険等ではおそらくマルメになっていることもあると思う。今回の診療報酬改定では管理栄養士に関するものが多く出てきているので、少し活動が増えると思っている。ただ、栄養管理等だけをしている施設ならよいが、給食管理もやっている施設では給食もしながら外へも出向くことは現実に難しいこともある。栄養士会としては、在宅療養における栄養、専門管理栄養士等の生涯学習での認定制度を設けて対応はしているが、少ない現状がある。

○会 長 私も自分が介護を受けるようになったことを想像すると、人生の楽しみは食べることしかないだろうと考えると、最も重要な分野だと思う。今回若干診療報酬にも反映され、栄養士会でも必要な研修をされているということなので、今後に期待したいと思う。それでは、看護協会から願います。

○委 員 中山間地域の人材の確保という点においては看護職も同じで、高齢化を踏まえて県でも施策を考えていただいているが、在宅医療を進めていくために、今までの臨床看護と施設を含めた在宅看護の相互理解を進めていくことが必要だと思っており、今年から人材の出向交流研修を関係機関のご協力で始めた。3カ月を目安に例えば急性期病院から訪問看護ステーションへ出るとか、訪問看護ステーションから病院の在宅支援を知るとか、それから病院間同士を想定したが、まだ3組しか成立していない。この3組の成果発表を3月8日に行う予定で、頭でなく肌で感じていくことの大切さについて進めていきたいと思っている。それから、特別支援学校を初めとする学校での医療的ケアを必要とする子供達へのケアや、有料老人ホーム、民間の老人ホーム等の重症の方へのケアな

ど、看護職の活動の場が広がっていることもあり、このような施設の方々とも交流をしっかりと、未体験の活動の場の理解を深める取組も行っている。

まだ緒についたばかりであるが、退職後の次のステップを考えたときに、介護の世界も選択肢に入るように期待している。今、病院では65歳まで大抵働かれるが、60歳定年後は同じ仕事でも処遇が落ちるため、モチベーションが随分下がっていく現状がある。経営者の考え方ではあるが、何らかの対策が取れないかと感じている。また、がんを中心として外来での医療や看護が充実してきているが、外来指導の算定対象ではない方にも何度も指導が必要だったり、詳しい説明をしないと理解していただけない患者さんが増えている。このようなことも含めて、外来が果たす役割はこれからますます重要になってくるので、この点についても力を入れていかないといけないと感じている。

○会 長 外来機能について、今回の診療報酬改定では何かあったのか。

○副会長 国が報酬上かかりつけ医と定義しているのは、診療所と200床未満の病院で算定できる地域包括診療料と地域包括支援加算、認知症地域包括診療料と認知症地域包括支援加算である。かかりつけ医の最大のハードルは24時間365日対応であり、それを1人でやるのは難しいので、今回はグループで連携体制を構築し、在宅療養支援診療所以外と連携体制を構築している場合には、24時間の訪問往診体制や、近隣の病院等と連携していることを評価することになり、国としては少しハードルを下げて進めたい考えである。その他、一般的な疾患（糖尿病、高血圧、高脂血症等、認知症等）は大病院からかかりつけ医に少しでも誘導しようという動きがある。

○会 長 それでは、医療ソーシャルワーカー協会からお願いします。

○委 員 実際にはかかりつけ医を持っていない方は多く、私が勤めている病院でもかかりつけ医キャンペーン等を実施したりしている。今までの話の中で、多様な生き方や死に方の希望（在宅の場が家の場合もあれば施設、特別養護老人ホームもあるなど）に対してどのように対応していくかを考えたとき、一方で急性期病院では入院期間がどん短縮しているのも、入院した翌日に手術とか、入院の日は検査でいっぱい話ができないなど、短い時間の中で退院支援として何回お目にかかれるかという状況で支援していかないといけないのが現状である。入院前、在宅、もっと言えば介護保険の初期の段階から関わっていきながら、

ご本人との信頼関係や家族関係の理解等アセスメントしていかないと間に合わない状況になってきている。ソーシャルワーカーとしては、入院から外来をトータルで見られるところで力を発揮しなければならないと感じている。その他、意思決定支援については所属や職能団体で勉強会をしたりしているが、どの段階でどういう情報を確認していくか、認知症でがんの方、知的障害でがんの方など本人の意思が確認できないときの代理意思決定の問題など課題は非常に大きいと感じている。ソーシャルワーカーとしてプロセスを大切にしながら対象者を理解し、本当の意思に沿って語り合い、進めていく過程に寄り添っていきたいと思い、研鑽を積んでいるところである。

- 会 長 今までの発言なども踏まえ、関係団体、特に行政への要望等どなたか御意見いかがか。
- 委 員 多職種連携は我が町ではやっており、率先して取り組んでくださっている医師もおられるので感謝する次第であるが、行政がそれに甘んじていいのかということ、費用の課題は非常に大きい。費用面の課題はそれぞれの施設が努力していくのを行政がどのようにサポートしていくのか。もっともっとやれる方法があるのではないかなと思う。回を重ねるたびに知恵をつけていき、変化し、形を変えているのだと思う。
- 委 員 国では平成26年から特定行為の研修を行っており、包括的指示である程度の診療行為に近いものができるようになってきている。特に、中山間地域ではそういう人材が育つことが、医師の高齢化等にも対応していける策の一つであると思うが、それをするにもお金がかかるし、身分保障の問題もある。国保病院等で看護職にそのような所へ派遣することも一つの手ではないかと思うが、いかがか。
- 委 員 今、高梁市にいる訪問診療看護師は高梁市立の成羽病院に属している。まだ来てもらって半年なので、地域での動きを模索しているところである。高梁市で医療計画策定に取り組んでいるが、その中で、市の公務員として採用しているその特定診療看護師を、地域の人材として市内の病院の医師の方々に使っていないかと考えている。まだ、具体的な話まではいっていないが、方向性については医師会長と話をしている。公務員でありながらそのようなことができるのかどうかを含めて、総務省に問い合わせている。

○会 長 その他、大きな問題の一つに医者の問題がある。大学はどういう医療人材を育成しているのかということである。看護師、薬剤師、介護福祉士、ケアマネ等他の職種は地域包括ケアに必要な人材育成に熱心に育成しており、参加者も多い。医師会も研修をやっているが、参加者はわずかである。大学の役割は何か。

○委 員 民間の病院長ではなかなか解決できないと思うが、専門医制度や人材不足の問題があり、特に医師の場合は、地域偏在や診療科の地域偏在が叫ばれている。在宅を支援するには卓越した専門医の知識は必要ない。基本的には、対象者の年齢に関係なく、終末期を優しく、苦しくなく、痛みなく看取ることが大切だと思う。そういう中で、4月から新専門医制度が始まり、スーパードクターをつくらうとしている。全国レベルの病院団体でも、地域医療が守れない、地域医療が崩壊するとかなり反対しているが、スタートしてしまっている。実は、先日、総合診療医を育てる指導医の講習会に行ってきた。そこでは、いろいろなことを診られる、結局人を見る、トータルの体を診ることが基本だということを知ってきた。私見であるが、全ての患者がトータルで診られる医師教育を受けた上で、内科の専門医、外科の専門医、耳鼻科、産科、小児科等の専門医であるべきだと思う。ある程度の救急医療やトリアージができればよい。そういう力量が必要なのではないか。そこで、例えば、医学部の最後の学年と初期研修の2年間の計3年間できちとした研修ができれば、ある程度の基本的な、総合的な力を持った医師は育成できると思うが、できていない。大学は講座制に頼り、専門化している。そのような体制では総合診療医は育たない。さらに、もう一つの欠点は、医者になる人の多くは特に中学校、高校で優秀で、常にトップを走って皆から注目されて、上から視線で人を見るような人が多い。このような人達が医師になったら、専門医制度というスーパードクターをつくる方向に邁進するのは当たり前である。こうした背景により、地域偏在や診療科偏在が生じるのだと思う。その他、女性医師とシニアの医師をどのように活用して地域の医療を守っていくかということも考えなくては行けない。医学部の先生方のほとんどは、自分達の専門分野に人を集めて専門医をつくらうと躍起になっている。地域の医療をどうするかというのは次の関心事である。もう一つの問題は働き方改革である。これにより医師が働きにくくなる。それ

は看護師でも同様である。当病院でも、看護師の働き方を見直し、残業を減らすことによって夜間の救急等が回らなくなってきた。また、専門医制度が進み、地域の中小病院で働こうとする医師がいない。働ける医師がいない。大学からの臨時の当直医は自分の専門以外は診ようとしないとすると、施設等から急変や夜間や休日に医療の必要な人が来たときにどうしても診ない。そうすると、3次救急に搬送され、非人道的な処置を施される可能性が高くなる。そうすると大学の中で人材育成を頑張ってもらわなければならない。

○会長 このような議論を受けて、是非、県の保健医療計画の中で、総合診療医の育成数、人材教育の目標数も重要な指標に加えていただきたい。実際に、専門医機構ができたために、地域医療人材育成の空洞化に拍車がかかっている。

○副会長 指摘されている課題は、急性期による20代～30代の若い医師が80歳～100歳の人の生活をイメージできないことである。急性期の医師も在宅生活の実際を知っていく必要がある。また、今回の同時改定にも盛り込まれたACPについては、全国や岡山県でも研修に取り組んでいるが、現場の職員が実践力を身につけなければならないので人材育成をお願いしたい。さらに、在宅療養する上ではヘルパーとの連携や口腔・栄養に関するケア、歯科も重要である。また、地域包括ケアシステムの構築では住民が主人公なので、住民を交えた話し合いが喫緊の課題だと思っている。その他、救急医療の医療費の問題もあり、救急事例の振り分けをどうするのかということも考えていかないといけない。最後に医者の方であるが、以前は0歳～100歳まで診て、胃カメラやエコー等の技術も当然備わっている状態でその後大学へ戻って専門性を深めていた。今後、医学教育の中でベースの部分がなく、専門しか診ない医者となると働き場がなくなる。今後は、脳血管疾患や肺炎、骨折、心不全等やがん患者は増えるが、がんの入院患者は減り、緩和医療やプライマリ・ケアに対応できる医者の需要が高まる。このようなことも考えて医師の教育を再考していかないといけない。

○会長 本日の協議会では、若い人から働き方を考えるブレイクスルー思考、地域医療人材育成の空洞化等いろいろなことが活発に議論され、感謝する。