

令和5年度 岡山県在宅医療推進協議会 議事概要

日時：令和5年7月24日（月）18：00～19：30  
場所：ピュアリティまきび

【議題】

- (1) 第9次岡山県保健医療計画（在宅医療等）の策定について
- (2) 「令和5年度在宅医療に係る医療機能の把握のための調査」速報値について
- (3) その他

（「(1) 第9次岡山県保健医療計画（在宅医療等）の策定」について、事務局説明）

（会長）

ただいまのご説明について、それぞれの先生のご専門の立場から、ご意見を頂戴したい。

（委員）

まず、確認したいのは死亡の場所である。自宅での死亡者数を増やしていきたいということだが本当の自宅だけなのか、それとも色々な施設を含んでいるのか。含んでいるならば、どの部分まで含まれるのか。例えばグループホームや特養、あるいは老健とかも入っているのか。

これから独居が増えてくる中、自宅で亡くなることが難しい方が多くなると予想され、本当の自宅だけでは難しいと思うが、どのようにお考えか。

（事務局）

自宅死亡者の割合だが、本当に自分の自宅だけではなく、グループホームやサポートサービス付き高齢者向け住宅の中で亡くなった方も含んだ数字が人口動態統計で示されており、その数字となっている。

（委員）

自宅だけの死亡ではないと理解した。

例えば、老健施設も、入っているのか。グループホームや特養と、老健の場合はベースが少し違う。

データの的にこのような表現をすると、自宅で家族が配慮しながら、看るという印象を受けるため、定義をしっかりと示す必要があるのではないか。一昨日、日本病院会理事会があり、その際に示されたデータで、自分はどのように最期を迎えるか、入院する時、入院する必要がない時を示したデータでは、やはり最期は病院という方が多い。例えばがんの末期等である。

がん末期で、在宅でなるべく看たいが、本当にいよいよ最後は酸素吸入が必要等様々なケ

アもちろん在宅でもできるが、最後は病院で過ごしたいという人も結構おられるというデータもある。

一方で訪問看護や訪問リハビリテーション、訪問薬剤師を利用するには人員を要する。人員を要するという事はお金も必要である。いつも同様のことを伝えているが、この文面だけの計画でよいのか、本当にそれで人員と金がちゃんと工面できるのかというのが、一番の心配である。

(事務局)

自宅死亡者の割合というご自宅で亡くなったイメージになるため、注意書きで自宅の定義がわかるようにしたい。

それから、お金と人員については、計画では方向性を決めることとし、予算の問題もあるため、施策の中で検討をしてみたい。

(会長)

最後にオブザーバーから、県北での訪問診療が足りない等のお話を多分されると思うが、その辺を踏まえて、お願いしたい。

(委員)

私は、真庭市の地域包括支援センターのセンター長をしているが、実は先ほどのご意見と同様に自宅はどこまでかと思っている。自宅での看取りを家族が望んでいることが多いが、県北で支援が少なく、訪看や地域の主治医との連携には非常に注力していただいている。しかし、自宅での看取りは厳しいと感じている。

また、家族葬は真庭市でも増えており、地域との繋がりは徐々に希薄になっている所が非常に多い。その辺を地域包括支援センターはどのようにサポートしていくかが問題である。

あと、本当に今人材不足が非常に大きなウエートを占めており、人材確保についても計画に載せる必要があると感じている。

(委員)

歯科医師会では歯科訪問診療で在宅医療を進めており、県南に歯科医師が集中しているため、県北はこれまでの意見どおり、人材面において、在宅医療を進めることは難しい。県北では長距離間の訪問診療を実施しているのが現状である。

2040年まで65歳以上の人口が増えていくが、対応している歯科医師自体も高齢化が進んでおり、やはり若い歯科医師にも積極的に歯科訪問診療を実施してもらわないといけない。ただそうすると、やはりドクター1人、歯科衛生士数人で対応していることが多いため、診察に長距離を移動すると、医院の経営のこともあり、設備の投資を行って、あえてそこまでするかという問題もある。

歯科往診サポートセンターで県北も対応しているが、10年経過した際に高齢人口が増えてくるが、医師も高齢化が進んでおり、その中でどのように対応するかということも、歯科医師会の課題と感じている。

最近、新型コロナウイルス感染症の流行が落ち着いてきたため、サポートセンターへの依頼も増え、対応している。今後積極的に取り組みたいことは、やはり小児、特に医療的ケア児へのケアである。歯科医師会長もことあるごとに話題にしているため、対応していきたいと考えている。まずは講習会から開始し、受け皿体制をしっかりと整えたうえで、県全体に

案内をしていきたい。

(委員)

私は管理栄養士としての視点で拝見した。県北の人手不足もあり、難しいことは承知しているが、本計画の目標は、必ずしも目標期間までに達成しなければいけないのではなく、ある程度同じ方向を向いて、少しずつ努力するというイメージを持っている。

その中で、看取りや急性期の対応など、様々なことが重要になっているが、在宅医療でも予防的な視点が必要ではないのかと感じている。予防には段階があるが、生活習慣病、心疾患や先ほどの医療的ケア児の問題もある。人手が少ないならば医療が必要な患者を今以上に悪化させないようにする発想、厚生労働省の通知にもあったように、リハビリ、口腔ケア等をセットで提案するという予防的な攻めの視点が入ると大変素晴らしいと感じた。

(委員)

看取りの定義だが、自宅で過ごし、ある時から苦しくなっていくと、病院に最期だけ入院することも看取りに含まれるのか。

かかりつけ医は高齢化が進んでいる。診療所を増加させることは、非常に難しい。公立病院がその役割を担うことも厳しく、医師は県南に集中している。地域偏在の問題があるため、その部分の努力を依頼したい。

資料の1-1の13ページの下から二つ目の数値目標の24時間体制をとっている訪問看護ステーション数について、現在の160施設から令和11年度末に300施設を目標に設定しているが、これは倍近い数字であり、その根拠を教えてください。

また、資料1-3の5ページ機能強化型療養支援診療所について、機能強化型療養支援診療所の意味を教えてください。

(事務局)

開業医が高齢化しており、県北で診療所が減少していることについてだが、県としては、へき地の診療所に対して、医師の派遣を行っており、地域枠の医師を確保し、県北の医療機関で働いていただき、医師の偏在を減少させる取組を進めている。

看取りの定義については、確認するが、在宅医療の計画においては、基本的には自宅での看取りを考えている。

(委員)

最期の時には、医師に来てもらいたいと望む方が多いが、医師が近くにいないため、救急車を呼んでいる場合が多くある。在宅で療養し、最期の時だけ病院で迎えた方も看取りになるのではないかと。

(委員)

訪問看護でも、ターミナルケアの加算要件として、自宅で看ていた場合も、医療機関に入院され、24時間以内に死亡された場合は、ターミナルケア加算が算定できる。

(事務局)

訪問看護ステーションの300という目標値については、現在、中国地方で最も広島県が多く、そちらを目指すというところで設定をしているが、他の目標の数値と併せて、今後具体

的に検討してまいりたい。

機能強化型在宅療養支援診療所につきましては、通常の在宅療養支援診療所は24時間体制等様々な要件を満たしている診療所になるが、その条件に加えて、実際に診療を行った件数等の条件を満たす必要があり、在宅療養支援診療所よりもハードルが高い診療所となる。

(委員)

機能強化型とはどういうことか教えてほしい。

(オブザーバー)

機能強化型というのは在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院の(1)単独型と(2)連携型が当てはまる。(1)単独型は、在宅医療を担当する医師が常勤で3人以上という基準が設けられている。それから(2)連携型としては、連携している医療機関で常勤の医師が3名以上という基準が設けられている。(3)従来型の在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院はそういった常勤医の基準は設けられていないが、24時間連絡を受けることができる体制の確保や24時間の往診体制の確保等、機能強化型と同様の基準が設けられている。

(会長)

機能強化型在宅療養支援診療所、機能強化型在宅療養支援病院は、従来型の在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院と同様に厚生局に届出ている。先ほどのご説明のとおり、常勤医の基準が設けられており、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院同様に24時間対応を行うものとなっている。当然、診療報酬の加算は増えるが、県北では現実的ではない。

(委員)

地域差について、保健医療計画策定協議会でも議論になったと思うが、資料1-1の現状と課題を拝見して地域格差の表現があまり含まれていないと感じた。2点目として、2029年度の目標という形で記載されているが、例えば2029年の高齢者の人口がどれくらいなのか、疾病がどれだけ増えるのか、在宅で最期を迎える方がどれくらい増えるのか等の現状も含めるとよいと思う。

資料1-1の13ページに家族と話し合ったことがある割合について、現状が47.9%が現状となっており、資料1-3の5ページと数が合わないと思う。また、資料1-1の目標値70%ですが、現状は下がっているため、厳しい目標設定との印象を受けた。

(会長)

それではリハビリテーションのことにに関して、実は、私から前回終了後にリハビリの観点も含めてはどうかと事務局に伝え、オブザーバーにお越しいただいている。先生から訪問リハビリも含めた今後の在宅医療についてご意見をお願いしたい。

(オブザーバー)

資料1-1の11ページ、施策の方向で、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士が参画している岡山県リハビリテーション専門職団体連絡会と協働ということに記載いただき、感謝申し上げます。

現在県内の19市町村から地域リハビリ支援事業の依頼を受け、療法士を派遣し、基本的には介護予防の活動をしている。高齢者については、ご承知のとおりだが、医療的ケア児につ

いては、我々のところに直接依頼がある。内容は、重度な障害を持ったお子さんのお母さん方から運動機能の質問など、どういふことをしてあげればいいのかとかいふ、ちょっとしたことについて知りたい、教えてほしいという相談がかなりある。

私のところでも、1ヶ所だけ月に一度訪問しているという状況だが、実は医ケア児への対応ができるセラピスト自体が非常に少なく、自身が所属している病院や施設での対応に一杯一杯で、本当に在宅で困っている方々への訪問支援ができてないのが我々の課題と思っている。ニーズがあるのに対応できないということや、元々それを対応できるサービスの数も少ない。

人員の確保が難しいという話が出ているが、リハビリに関しても、高齢者に加え、特に小児のニーズに対応できる者が少ないことが我々の課題と感じている。そういった点について、NICUの医療的ケア児のところにリハビリのことも少し入れていただければありがたいと感じた。

(会長)

在宅医療というといふ高齢者の話題になるが、医療的ケア児に対しても課題かと感じるがいかかが。

(事務局)

医療的ケア児については、在宅医療の中で記載しているが、保健医療計画の心身障害児(者)支援部分にも記載しており、適切に対応したい。

(会長)

後ほど訪問看護連絡協議会も話題にあがるかもしれないが、医療に関しては訪問看護の力が非常に大きい。岡山県で医ケア児が何人いるかご存じか。

(事務局)

約350人と記憶している。

(会長)

正解である。340数名である。私は日本医師会の小児在宅ケア検討委員会の委員を2年勤めていた。

災害時、特に真備の災害があった時に、人工呼吸器をつけた子供たちが大変困った。避難所に電源がない、人工呼吸器が使えない。もちろん病院が受けてくだされば一番良いが、病院が受けない場合に避難所に緊急的な酸素や電源の設置するような公共的なものを備えていたいただきたいと申し上げている。

(委員代理)

今日は代理という形で参加させていただいているが、第9次医療計画においては、先ほどの医療的ケア児、小児や若年層も避けて通れないと感じており、県薬剤師会としてもその部分の在宅医療に、今年度は研修会の開催含めて、会員の意識を変えていきたいと考えている。

夜間の調剤を実施しているところが少ない点については、薬局で夜間対応をすると調剤の夜間体制加算は取れるが、介護保険での加算項目は薬局には全くついていないため、人員とお金をセットで考えていただかないといけない。ただ単に薬剤師が訪問するしなだけではなく、医療に対しての継続性、BCPも含めてだが、これらを保つためには、その部分なしには注力す

るということは難しいため、その辺も含めた形でまず策定に反映していただきたい。

(事務局)

診療報酬上のことについて、県の計画に記載することはないが、施策を考える際にそうした課題も認識して、検討してまいりたい。

(委員)

行政の立場から、24時間体制をとっている訪問看護ステーション数の300施設という目標は難しいと思われる。県南部はできるかもしれないが、県北部では、多分今でも訪問看護ステーション自体が少ない状態の中で、24時間体制の訪問看護ステーションをさらに増やすことは難しいと感じている。働き方改革等もあり、スタッフをどう確保していくのかということとは大きな課題と感ずるため、広島県がこうだからこうだと言われても、全然根拠がないと感ずる。そこはしっかり根拠がある数字を、又は、県がこういうこと施策をする等の根拠があつての300施設であればよいかと思う。

他の目標数字も今後説明していただくとお思いますので、ぜひそういうところを示していただきたい。

それから、資料1-1の11ページに「県医師会と協働して、医師の在宅医療への対応および質の向上を図ります」とあり、地域枠の医師の話もあつたが、やはりすぐに行きたくても距離が遠いという問題がある。

地域枠の医師は非常にありがたいことであるため、こうした医師で特に地域医療、かかりつけ医という総合診療を目指す医師の確保が重要になるかと思う。高齢の医師が多いということもあるため、地域でどのように医師を確保していくかというのは、施策の方向だと思う。そのあたりの記述があつてもいいかと思われる。

また、24時間訪問看護ステーションもですが、看護師についての記述がどこにあるのかと感ずている。看護協会の方がおられるが、看護師をどう確保するのかということに、非常に苦慮している。

看護師の養成については、例えば県で地域枠の看護師を作る制度を設けてもいいと思うが、その辺の対応もぜひ9次計画に記載いただきたいという思いもある。

(委員)

在宅医療の連携体制、特に在宅看取り、緊急時の対応では、訪問看護の役割を非常に大きく感ずている。ここ数年、訪問看護ステーションは急増しており、令和5年度に入りまして、23ヶ所のステーションが設けられている状況である。

先ほどから、24時間体制をとっている訪問看護ステーション数の11年末の目標300件について話題に挙がっているが、私どもで行っている調査では、92~95%のステーションが24時間体制を取っており、11年度までに現状の通り、増加していけばある程度の数が達成できるのではないかと思う。

ただ、事業所の内容としては、小規模ステーションが多く、看護師の数が4人から5人以内のステーションがほとんどであるため、その中で24時間の対応をするというのは、非常に厳しい状況である。契約はしているが、実際に、活動できるのか、懸念があるため、人材不足の状態をどうするのかということと、働き方の問題が非常に大きいところ、そして地域格差が課題になってくるように感ずている。

また、在宅看取りでは、ACPの関係で医師や看護師、ケアマネージャーが関わっているが、

十分でないという印象もあるため、進め方をどうするのか、小児や医療的ケア児に対応できる看護師の数はまだ少ないため、そこに対応できるステーション数も限りがあるため増やしていくことが大事と感じている。

(会長)

現在、県内で訪問看護ステーションがない市町村は何ヶ所か。

(委員)

7市町村となっている。

(会長)

そこは今後、どうされる予定か。

私も実は訪問看護ステーションにお世話になっているが、ご指摘があったように、県北の人員の問題があり、訪問看護ステーションは現状、民間会社がかなり入ってきている。民間のステーションは営利目的で入ってくるため、経営がうまくいかなければすぐ引き上げる。そうすると、担当していた患者たちは行き場を失う。それをどうするかという問題もあり、なかなか難しい状況である。

そのため、訪問看護ステーションができるのはいいことだが、地元根付いた診療所がバックにあるところがいいと思う。しかも、ステーション1人当たりの看護師が4~5人ぐらいのため、なかなか24時間対応というのは、マンパワーで難しい。でも、24時間対応の点数を取らないと経営が成り立たないという問題もある。在宅医療に関しましては常々、申し上げているが訪問看護ステーションが肝である。訪問看護ステーションが動いてくれることによって在宅医療も可能になる。地域のかかりつけ医としては助かっている。本当に頼りにしているのでぜひ応援をしていきたいし、頑張っていたきたい。

(委員)

看護師不足はやはり医師不足とセットで、考えていただきたい。中山間地域の看護職は少なくなっていて、高齢化しており、40、50代がピークになっている。10年20年後には看護職がいなくなるのではないかという医療圏域もある。

その中で在宅医療を考えると、やはり中山間地域は社会資源が少ないので、訪問看護と訪問介護がセットでないと在宅医療の条件が整わない状況である。訪問看護の条件だけ整えればいいというのではなく、チームとして地域の中で支援をしていかないと、成り立たないと感じている。

看護職、訪問看護の数にしても看護職の約86%が県南東部・県南西部の南部、約14%が県北の3圏域である。県北では准看護師や高齢者の看護職が頑張っていて、医療を支えている現状にあると思う。

今後の方向性を示すに当たり、特定行為研修修了者や認定看護師、特定認定看護師等の地域での訪問看護、手順書を医師に書いていただいて、ある程度の看護を提供できる体制を中山間地域に整備をしていく必要があると思う。県南は医療機関とか社会資源等が豊富にあるので、ぜひ中山間地域にある程度核になるような診療所に、特定行為研修修了者、認定看護師や特定認定看護師等、より専門的な看護職を配置していただけたらいいと考えている。中山間地域、県北には特定行為研修修了者、認定看護師、特定認定看護師等がまだまだ少ないという状況である。その中で、やっと特定行為研修修了者が訪問看護関係で県全体で3人、

今年 4 人受講しようとしている。まだまだ先は遠いが、そういう方向性としてお示しいただくことも検討いただけたらありがたい。

(事務局)

先ほどの話題から、地域枠の医師については、令和 6 年度までということが決まっている。令和 7 年度以降については、国の方向性や医学部の定員の枠もまだ固まっておらず、未定だが、県としてはこの地域枠を活用していきたいと考えている。

それから、専門的な能力、専門性の高い看護師についてだが、医療従事者の確保の章の中で、具体的には 11 年度までに 750 人程度の専門性の高い看護師確保も目指すことにしている。専門性の高い看護師の確保に向けて、研修も実施し、その他の事業も行っていきたい。時間は要するが、専門性の高い看護師確保を目指していきたい。

(会長)

研修に対する補助は県の方から出ているが、その資格を取った後の補助についてはいかがか。

(事務局)

資格取得後につきましては、働かされている各事業所において能力等に応じて適切にお支払いいただくものと思うので、そちらでお願いしたい。

(会長)

なかなかそれがない。水は高いところから低いところへ流れるが、医療者や介護職は、給与の低いところから高いところに流れる。私達が本当に困っている。これは国に言わなければいけないが、診療報酬等があるものの、日本の大企業は春辺りに、何%の賃上げとかある。医療や介護はそういう仕組みではないため、その辺りも踏まえていただきたい。医療や介護の環境づくりは、気持ちはお金ではないが気持ちよく働ける環境が大切だと思う。行政においても、多職種協働で気持ちよく働ければと思う。

(委員)

在宅医療については、イメージが独り歩きしているのではないかと感じる。県南と県北に限らず、岡山市内や備前保健所管内でも、医療資源が全く異なっているので、在宅医療を提供できる体制は、地域によって全然違う。体制が違う中で住民自身は、自宅で亡くなりたいと思うかもしれないが、その時にどこまでの医療を提供できるかについて、地域ごとに提供できる在宅医療を住民も含めて共通認識を持っておかないと、思っていたことと違うとなるとかわいそうなことになってしまう。

地域でできる最善の在宅医療でよいのではないかと感じる。住民と医療関係者が意識を共有できる場がある方がよいのではないかと感じた。

(会長)

岡山県は広いため、県南西部や南東部で構想会議を行っても、課題が全然違う。また一概に在宅医療といっても全くマンパワーが違う状況である。

(委員)



看取りに関しては、最期の場所が重要なのではなく、それまでの過程が大事だと思われる。最後に病院行ったら看取りではないのかという話があったが、在宅療養支援病院では入院後1週間以内であれば、看取り対象となる。

資料1-1の9ページの表が、多分誤解を招くのだと思う。確か死亡診断書に死亡場所を書くため、それを単純に集計しているだけだと思われる。一番高いのは東京都23区で20%である。東京都23区で看取りが進んでいるかという点と全くそんなことはなく、実は3人に1人は孤独死である。孤独死も含まれるため、看取りとかけ離れた死亡数となっている。多分自殺も入っているかと思われる。この数字＝看取りではないことは認識をしていただきたい。

それからもう一つは老健、介護医療院、特養等は入っていない。施設は自宅死亡に入らないと思われる。施設死亡となるため、別の数となると思う。自宅と施設を合わせるとおおよそ30%で、病院での死亡は最高で2000年を超えたあたりの83%だったと思う。最近では、大体70%まで落ちていると思う。

施設の立場からすると、老健は看取りじゃないと言われると非常に辛いので、その過程を大事にしていきたい。

計画自体の策定については同意させていただく。

(委員)

我々は特養、高齢者の施設関係になるが、今、特養では看取りを希望される方がだんだん増えている。入院後に胃ろうを勧められても、断って戻ってこられて、看取り段階に入ってターミナルケアを行う方も増えており、最後に病院入院を希望しないという方も増えており、尊厳死や延命措置をしないという傾向になっていると思う。

やはり、在宅でも本当の住み慣れた家で、その最期を迎えたいと思われるが、いろいろ事情があり、施設で最期を迎える。いろんな条件を整えば在宅で最期を迎えるのはいいと思うが、先ほどから話題に出ているとおり、地域性や24時間体制の難しさがあるため、やはり在宅医療の計画ではそういったことを進める必要があるし、先ほど会長がおっしゃられたが、災害時が大変だと思うため、そういったことも基本的に考えていかななくてはいけないことではないかと思う。

(事務局)

災害時の医療については、別項目で災害医療の項目があるため、そちらの方で参考にさせていただきたい。

(会長)

本日はお忙しい中、Webでオブザーバーに参加いただいている。

(オブザーバー)

資料1-1の4ページ、「在宅療養支援診療所と在宅療養支援病院ので、H27(2015).7～H28.6の1年間に看取りの実績のあった275施設のうち、183施設(66.5%)が看取りを行っています」の意味がよくわからない。先ほどから話題にある看取りの場所についてだが、人口動態統計の場合、自宅は、自宅、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅となっている。有料老人ホームは特養などと同じ老人ホームとして扱われているが、現場では自宅と同じ感覚で訪問診療を行っていると思う。

それと自宅での死亡は確かに看取りだが、それに近いものであれば、まさに7月1日のデ

一タを厚生局に報告する必要があり、その報告の中で死亡の場所、自宅での死亡者数、自宅以外での死亡者数、医療機関での死亡者数を記入している。

次に、私の印象になるが、県北の状況をお伝えする。

まずは都市部に比べて在宅医療を行っている医療機関の規模が小さい。大都市であれば、年間何千人という規模で患者を診ているが、津山では数十人から百数十人程度の診療所が数か所で、外来に来ていた患者さんが通院できなくなった場合にだけ在宅で診るという小規模の医療機関が多いと思われる。

あとは、今まで外来で診ていた患者さんが来られなくなったので在宅で診るという方が多いと思う。ただし、私の印象の中には特養は入っていない。特養は診療報酬とは全く違う世界となっている。

津山市内でも県北と言われるが、県北でも津山市内と周辺部では違う。患者さんの数が少ないということと、地形的な面です。多方向からのアクセスができず、非常に効率が悪い。

津山市では看護職員の少ない診療所が多いと思う。看護職員が少ないと在宅療養支援診療所をやっていくことは難しい。私は在宅療養支援診療所（3）で行っているが、看護師が4人いてやっとその体制が整えられているといった状況で、看護師が1人や2人となると難しい。

最近の傾向として、いわゆる本当の自宅での在宅医療は減っていると思う。有料老人ホームなどの施設での在宅医療が増えている印象がある。根拠はないが、やはり高齢化が進んで老々介護、独居老人が増えているためと思われる。

看取りの内容に関してだが、悪性疾患の患者さんの看取りも行っているが、悪性疾患以外の看取りが増えているように感じている。認知症などが進み自分で食事が摂れなくなったとき、経管栄養や中心静脈栄養などと共に何もしないという選択肢もあることを提示すると食べられるものを食べられるだけで経過をみたいと希望される方が増えてきたように思う。有料老人ホームやグループホームでの訪問診療や看取りをより良く行うためにこのような施設での看護職員の配置の強化をお願いしたい。

最後に、訪問看護などの目標値等について、県北においては、訪問看護ステーション数の増加は望めないと思われる。訪問看護ステーションの規模を大きくすればよいのではないかと思う。

（会長）

県北の状態を教えてくださいましてありがとうございました。

訪問看護ステーションの話が最後に出たが、サテライトを出すという話はどうか。

（オブザーバー）

サテライトもあるが、訪問看護ステーションの方と仕事をしていて、一つのステーション規模が大きくなれば、より重症なケアが必要な方たちがいるところでも対応できると思われる。

（委員）

新しく出すことは、サテライトにしても難しい。オブザーバーと言われるように規模を大きくすることが確実かと思われる。あとは、なかなか難しいですがステーション同士の連携をもう少し進めることができれば大規模と同様になるのではないかと思う。

（会長）

岡山市内でも非公式のグループがいくつかあり、在宅医療を数人でお互いに助け合っているようにしている。訪問看護ステーションでもそういった連携ができれば、大変素晴らしいと思う。

その他何かご意見はいかがか。

(オブザーバー)

これは県北に限ったことではないかもしれないが、医療受給の見通しが不透明な中での新規参入や事業継続は難しい状況なのかなと思う。在宅医療を行っている診療所が少ない地域では一軒の診療所が診療を止めただけでその地域の在宅医療は崩壊する。そのような状況で私は、数十名の訪問診療を行っているが、リタイアを前にして診ている患者さんの引き受け手がいるのだろうかと不安に感じている。

(委員)

在宅死亡や在宅医療の定義は不明瞭だが、資料 1-1 の 5 ページに、自宅死亡者の割合について記載されているので、厚生労働省の調査の件も同じレベルまでいかないが、社会環境は 10 年間で大変変わってきている。データを少し見直していかなければいけないと感じるし、在宅医療というのが、医療提供施設以外のところもあり、定義が曖昧だと感じている。

数字の面において、ターミナルケア加算算定はもうほぼ神経難病の方が対象になっているのではないと思う。委員のご意見にもあったが、高齢の方を看取るのはエンドオブライフになっている。在宅看取りは、委員が言われたようにチームで行うことが必要となっていて、家族だけで在宅看取りはできなくなっている。

そうした中で、ヘルパーの事業所数がどんどん減ってきている。ヘルパーの確保が困難になってきている。長寿社会課も来られているし、医療と介護の整合性を踏まえた事業計画を立てていただく必要がある。なかなか難しいと思うがぜひお願いしたい。

(事務局)

計画全体としても高齢者の介護の計画との整合性をとることとしており、素案が出来た段階で、医療計画と介護計画のすり合わせも行いたいと考えている。

(委員)

医療ソーシャルワーカーは退院支援担当者として多くの病院に配置されるようになっていて、県協会の会員数も増加している。ただ、若い方が多く、4分の1ぐらいが20代という年齢構成になっているため、若いスタッフの力量をつけていかないといけない。県協会でも研修を頑張っているが、配布資料の「在宅医療の体制構築にかかる指針」にも書かれていたので、退院支援担当者の配置や研修のことについても記載いただきたい。

地域のことで、孤独死について言われていたが、私の印象としては孤独死で病院で検死となる事例がここ数年増えていると感じている。单身の方や認知症の方が増えていることから、地域では身寄りのない高齢者が非常に増えており、ソーシャルワーカーがそういう事例に関わることは日常的になっている。

そういう中で、身寄りのない方に対しても行政との連携が欠かせないが、地域によっては、身寄りのない方が亡くなった際に行政に相談しても、病院で身寄りを探してくださいということと言われることもあり、取りこぼさないように考えていっていただきたい。

(会長)

孤独死について、これも郡部都市部関係なく起きている。私は警察の協力医をしているが、死体検案に行くこともあり、こういった事例にまれにあたることもある。一番は普段からその町内会単位で、愛育委員などの地域のボランティアが声をかけていくことだと思うがなかなか難しい問題だと感じている。

これは県というよりも、市町村単位で把握をしていくということが一番かと思われる。

続いて、報告事項(1)「令和5年度在宅医療に係る医療機能の把握のための調査」速報値について、事務局から説明をお願いしたい。

(「(2) 令和5年度在宅医療に係る医療機能の把握のための調査速報値」について、事務局より説明)

(会長)

ただいまの速報値に関して、委員の皆様からご意見・ご質問はいかがか。

(オブザーバー)

オブザーバーだが、アンケートについて発言してもよろしいか。

退院支援を実施していない機関が多いのは、無床診療所が多いため、当然の結果かと思う。それから特養等では医療保険による訪問診療が行われることは少ないためこの質問項目では実態の把握ができないのではないかと感じる。

規模の小さな診療所では看取りの数も少なく、今年1月だけの看取り数では看取りを行っている、いないの判断はできないと思う。

自分の診療所内に訪問看護師がいることは少ないと思う。周囲の訪問看護ステーションと連携しているケースがほとんどなので診療所に訪問看護を行っているか否か尋ねても無駄かなと思う。

(会長)

今のご指摘について、事務局いかがか。

(事務局)

今後、3年後の中間評価や第10次保健医療計画の策定時にも現状の把握を行う目的で、調査を行いたいと考えており、ご意見について参考とさせていただきたい。

(オブザーバー)

今後、地域ごとのデータの集計をされると思うが、その結果についても、提供いただきたい。

(会長)

無床診療所について、内科等、限られた診療科に在宅医療をしているか調査を行ったのか。そうではなく、全ての診療科を対象としたのか。

(事務局)

全ての診療科を対象とした。

(会長)

まず、眼科や耳鼻科は訪問診療は行わない。内科系等、訪問診療を行っている診療科を対象に調査を実施すると数字が変わってくる可能性がある。

また、そのあたりのパターン分析をされるといいかと思う。速報値なので、オブザーバーからのご指摘通り地域別等分析をするとよいのではないか。

訪問看護ステーションの看取りが少ないことについていかがか。

(委員)

看取りに関しては1年間の数をみているため、こんなところかなという感じがする。

ただ、退院支援については、1ヶ月間の算定数であり、しかも規模の少ないステーションが多いため、1ヶ月での退院支援というとなかなか難しく、1年間で見の方が信頼性はあるかと感じる。

(会長)

統計を取る期間には、注意が必要である。その他、いかがか。

それでは5「その他」に移りたい。皆様から全体を通しましてのご意見等いかがか。

一点、医師会からお伝えをさせていただきたい。

先ほど御指摘があったように岡山県は医療的な偏在が地域によってある。岡山県医師会では、松山会長が就任以来、移動会長室を行っている。地域に出向き、各地域の医師会の先生方と一緒にその地域の住民を招いて禁煙やACPといった啓発を行っている。これが大変好評で、日本医師会でも評価されている。会長が熱心に取り組んでおられ、そういった地域偏在が少しでもなくなるようにという思いで啓発運動を行っている。

その他、各先生方いかがか。

現在コロナウイルス感染症の感染状況についていかがか。

(委員)

全国的に増えている様子。地域によっては、人の移動等を制限しないといけないというところもありそうな状況。夏は増える傾向にあると思われる。

先ほどの調査の件だが、クロス表等で、患者の年代別にどうなっているのか等も見た方がいいかと思う。また、構想区域について、無回答22人とされていたが、構想区域は、とりまとめ側で記載できるのではないかと思うので、データのスクリーニングもした方がいいかと思う。

(会長)

それでは、事務局にお返しする。

(事務局)

本日は、お忙しいところご参加いただき感謝申し上げます。

今後、保健医療計画の素案を作成予定。項目ごとに関係のある各委員の皆様のご意見をお伺いする場合があります、ご協力をお願いしたい。