

令和元年度岡山県在宅医療推進協議会 議事概要

日時：令和元年12月16日（月）

18：00～20：00

場所：ピュアリティまきび 3階 飛翔

【会長・副会長選出】

【議題】（1）第8次岡山県保健医療計画の中間見直しに向けて

- ・「在宅医療の充実に向けた取組の進め方について」

（2）その他

〈発言要旨〉

○会長 選任いただき、ありがとうございます。微力ではあるが、本協議会のために頑張りたい。

いつも申し上げているが、全て在宅ではないと思う。在宅でできない事情、在宅が不可能な色々な状況があると思う。これは致し方ないことであるが、全て病院、施設でもないと思う。その人に合った、オーダーメイド医療、看護でその方のACP、人生会議を開いておき、意見をよく聞いて、各専門の方の知恵を集結して、その方にふさわしい最期が迎えられたらいいのではないかと思います。喜んで亡くなる方は一人もいないわけだが、残されたみんながその話をし、よかったんじゃないかという形で送ってあげられたらいいと思う。これからの在宅医療を考えるというこの事業をいかに務めていくかということで、今申し上げたように、各専門の方のご意見を頂戴しながら、いい形で進めていきたいと思うので、ご協力をお願いしたい。

次第4、報告について事務局から説明願いたい。

○事務局 最初の報告である。平成31年2月岡山県保健福祉部医療推進課作成、平成30年度岡山県在宅医療推進協議会における要望、質問等への回答について説明させていただく。

昨年度の岡山県在宅医療推進協議会において、2点、委員の方からご質問、ご要望が出ていた。1つ目は、福祉避難所についてである。要配慮者につい

て、一度一般の避難所へ避難した後に福祉避難所へ避難するという実態があるが、福祉避難所へ直接避難できるよう運用を改定してもらいたいという意見に対し、回答は、被災者の安全確保のためには避難所への迅速な受け入れが必要であることから、市町村において福祉避難所の開設情報を対象者に速やかに提供し、円滑な受け入れができるよう市町村を支援してまいりたい。

2点目は、訪問看護のサテライト事業所についてである。訪問看護ステーションがサテライト事業所を開く際、本事業所から20分以内で行ける距離内にサテライト事業所を開設するよう指導がある、中山間地域等では20分以内という規定であるとサテライト事業所を開設するのは困難であるが、そのような規定があるのかというご質問であった。これについての回答は、サテライト事業所の開設については、サテライト事業所に関する国の通知の趣旨を踏まえ、県内指定権者において具体的な要件を定め、所管事業所に対して周知を図っているところである。県では具体的な要件のうち、本体事業所との距離については、本体事業所と一体的な管理ができるという観点から、本体事業所からおおむね20分以内で移動可能であることを要件としているが、中山間地域等では要件緩和がされる場合もあることから、個別にご協議をいただきたい。なお、県内指定権者も同様の取り扱いと聞いてはいるが、詳しくは各指定権者にご確認願いたい。

もう一点、報告である。昨年度の協議会において、自立支援協議会というのが市町村にあるが、医療が必要な方も増えているため、是非医療分野からも参加していただきたいというご意見をいただいた。昨年度、自立支援協議会の専門部会として医療的ケア児等支援部会を設置し、今年度、部会を開催させていただいたので、それについて担当課から報告させていただく。

○事務局 医療的ケア児等支援部会を3月1日に設置した。自立支援協議会には、3つの専門部会がある。人材育成部会は、障害福祉に係る人材を育成することを検討する委員会である。就労支援部会は、障害者の就労についての議論をする部会である。そして医療的ケア児等支援部会について説明させていただく。

6ページの上のスライドであるが、いわゆる障害者総合支援法のことである。障害者総合支援法及び児童福祉法の一部を改正する法律が平成30年4月1日に施行されている。その中で2（3）医療的ケアを要する障害児が適切な支援

を受けられるよう、自治体において保健・医療・福祉等の連携促進に努めるものとされており、児童福祉法の中に規定されている。具体的には児童福祉法56条6第2項に規定を盛り込んでいる。これを受け、県でも医療的ケア児等の支援部会を設けたところである。2(3)は平成28年6月3日に施行されており、遅ればせながらではあるが設置したところである。6ページ下スライドをご覧ください。医療的ケア児の定義として、医療技術の進歩等を背景としてNICU等に長期間入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが必要な障害児（医療的ケア児）とされている。

医療的ケア児が増加している状況を受け、国でも法改正をし、平成28年6月3日付で医療的ケア児の支援に関する保健・医療・福祉・教育等の連携の一層の推進について、厚生労働省から通知が出された。医療、障害福祉、保健、保育、教育等、色々な分野が連携する仕組みをつくるように記載されている。地方公共団体と書いてあるが、県単位、市町村単位等においても仕組みをつくるよう法律は求めている。

2ページに委員名簿を載せているが、先ほど申しましたとおり色々な分野の方に入っている。

3ページである。医療的ケア児等支援部会を年2回開催することとしており、今年度第1回は7月17日に開催したところである。部会で医療的ケア児等支援の全県的な課題・ニーズの把握、関係機関の連携強化、課題解決のための支援、検討、医療的ケア児等支援体制の構築・確保等を議論することとしている。

県の自立支援協議会の中で部会を設けたが、市町村単位でも医療的ケア児に関する協議の場を設けることで、有機的に結びつく必要があり、そのような仕組みをつくらうとしているところである。

県担当課連携会議は、県庁内の関係課、担当者が集まり、ワーキングチームを設けている。情報共有、共通認識、各課所管の協議会等への水平展開を図れるように実施している。市町村・地域自立支援協議会は、県内に14地域の自立支援協議会がある。例えば、岡山市は岡山市単独、倉敷市は早島町と一緒に地域の自立支援協議会を構成、津山市は鏡野町、美咲町、久米南町と一緒に協議

会を構成している。その中の子ども部会等で医療的ケア児等の検討をしていた
だくようになっている。地域の自立支援協議会の単位で医療的ケア児等に関す
る議論の場を設けているところは、県内ではまだ少ない状態であり、今14あ
る地域の自立支援協議会のうちの4カ所が協議の場を設けている状況である。
まだまだ道半ばの状況であり、県の方から各地域に協議の場を設けるようにお
願いしている途中である。地域から県のほうへ課題を上げていただき、県の課
題として解決していくような仕組みをつくらうとしている状況である。

4ページである。支援部会の今後の進め方について、令和元年度は、7月に第
1回目の医療的ケア児等支援部会を開催、来年2月にも開催予定である。部会
の上にある自立支援協議会のいわゆる親会議を1月に開催することにしてい
る。そこでは、令和3年度からの次期障害福祉計画を策定する方針について議
論する予定としている。それを受けて2月に医療ケア児等支援部会を開催す
ることとしている。令和2年度は、支援部会について2回開催予定である。2と
して、庁内関係課の連携、先ほど申したワーキンググループを設け、議論し
ていくこととしている。3として、市町村・地域自立支援協議会と連携してい
くことを考えている。

5ページである。7月17日の医療ケア児等支援部会の議事概要である。7
(1) 第5期の障害福祉計画、第1期の障害児福祉計画の概要、医療的ケア児
等とその家族の安心生活サポート事業の実施状況、(2) 小児等在宅医療連携
拠点事業、(3) 特別支援学校における人工呼吸器使用児童生徒の通学受入れ
に関するガイドライン、(4) 医療的ケア児等の支援部会の今後の進め方につ
いて、協議を行った。医療的ケア児等、在宅でご家族が面倒を見られているよ
うなケースが増えており、課題等も部会で協議していく予定である。

○会 長 どなたか、ご質問等あるか。

○委 員 1点要望である。この医療的ケア児等支援部会について、是非歯科の関係者も
入れていただきたい。先ほどの説明の中でも医療技術の進歩等を背景として、
NICUに長期入院した後、引き続き人工呼吸器、胃ろう等を使用して、たん
の吸引や経管栄養などの医療的ケアが必要な障害児とされていた。成長に伴
い、経管栄養だけでなく経口摂取が可能となってくるお子さんもいる。そこ
から歯科が入るのではなく、実際にNICUでも、小児歯科の先生や成人歯科の

先生が入って、摂食支援をしているというところもあるので、是非ともこの部会に歯科の関係者も入れていただければと思っている。よろしく願いしたい。

○会 長 ただいまの意見について、いかがか。

○事務局 歯科の関係者が部会の委員にということで、関係課から伺っており、検討しているところである。次回2月に行う予定の部会であるが、すぐに委員としてではなく、オブザーバーとしてご参加をいただきたい。

○会 長 そのような流れで進めていただきたい。

ほかにご意見、ご質問等いかがか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○会 長 次第5に移る。

(1) 第8次岡山県保健医療計画の中間見直しに向けて、「在宅医療の充実に向けた取組の進め方について」事務局から説明願いたい。

○事務局 平成31年1月29日付厚生労働省から在宅医療の充実に向けた取組の進め方について通知があり、在宅医療の充実に向けて都道府県において取り組むべき事項について通知がなされた。6項目ある中で1つ目、在宅医療の進め方である。第7次医療計画の改善について、在宅医療の目標を立てて取り組むこととされている。2つ目、都道府県全体の体制整備であり、関係課との連携を図って進めること、どのような形で在宅医療を進めていくのか年間スケジュール、ロードマップを作成することとされている。3つ目は、在宅医療の充実に向けた市町村支援、在宅医療の取組状況の見える化、データ分析を行い、在宅医療の提供整備に係る取組状況を評価できるような情報収集、情報共有に取り組むこととされている。3①KDBを使ってデータを活用していく必要があること、3②既存の資料だけでなく、医療機関ごとに訪問診療の実施可能件数や訪問診療への参画意向についての実態調査を行い、その結果に基づいて保健医療計画を見直していくということで、調査を行い、結果について市町村や関係団体と共有して進めていくこととされている。4つ目は、在宅医療への円滑な移行、入退院ルールなどを策定することを都道府県で支援する。5つ目は、在宅医療に関する人材の確保、育成であり、都道府県は在宅医療の体制の充実に向けて、人材育成に取り組むこととされている。特に5②については、多職種連

携に関する会議や研修の支援を実施し、課題等の解決に向けて必要な研修等を行って市町村を支援するよう記載がある。6つ目は、住民への普及啓発である。都道府県は、在宅医療に関する住民の理解を深めるためにも、人生の最終段階における医療ケアについての意思決定支援に関する普及啓発を行うこと、在宅医療や介護に関する普及啓発を行うこととされている。

県保健医療計画において、策定時の目標値と今の進捗状況、最終的な平成35年末の目標値を記載した資料である。自宅死亡者の割合を増やす、希望される方が最後は自宅でということで、自宅死亡者の割合を県としては目標に掲げている。策定時については11.4%であったが、平成30年自宅死亡者の割合は11.5%となっている。内科診療所のうち、在宅療養支援診療所数の割合は、策定時29.9%だが、平成31年4月時点27.5%となっている。これについては、平成28年度診療報酬改定において、平成29年4月以降にも在宅療養支援診療所となる場合には、再度の届出が必要になったこともあり、手続の関係から在宅療養支援診療所数が増えなかったのではないかと考えるが、その後徐々に診療所数は増えてきているため、引き続き在宅療養支援診療所数が増えるよう取り組みを進めていきたい。病院のうち在宅療養支援病院数の割合については、策定時20.4%であり、順調に増えており平成31年4月26.7%となっている。平成35年の目標値を既に超えている状況であるため、目標の見直しが必要となる。退院支援担当者を配置している医療機関数は、95施設が99施設になっており、徐々に増加しているが、126施設を目標として、今後も引き続き取り組みを実施して参りたい。訪問診療を実施している診療所、病院数は、平成27年601施設が、28年には572施設となっているが、国のデータが平成28年までのため、減少している状況について、検討には至っていない。ご意見があれば、ご協議いただきたい。訪問看護サービス利用見込みは、5万4,826が、5万8,689と順調に増加してきている状況であり、引き続き6万3,460の目標に向けて取り組みを進めたい。人生の最終段階で受けたい医療について家族と話し合ったことがある県民の割合は、策定時52.6%が、今年度の調査で50.9%と落ちているが、昨年度40%台に落ちていた。そこから考えると、今年はまた上がっている状況であり、上がったりがったりを繰り返している状況と考えている。今

後70%の目標に向けて取り組みを継続していきたい。

保健医療計画の見直しについて、令和元年11月27日に開催された、第10回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループで在宅医療の中間見直しの方向性の案として示されたものになっている。

在宅医療の体制について、国が在宅医療の体制構築に係る指針を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。国の指針を受けて都道府県でも保健医療計画を策定しているという流れである。

10月28日医療計画の見直し等に関する検討会における主な意見として、医療的ケア児については周産期、小児、福祉等多面的に支える必要がある、まずは都道府県で医療的ケア児数を把握した上で体制整備を行えるようにすべきという意見が出ており、岡山県でも医療的ケア児等支援部会を設置して取り組みを進めているところである。

在宅医療提供に係る中間見直しの方向性（案）としては、1つ目、在宅歯科医療の体制構築を進めるための指標を指標例に追加する。2つ目、小児在宅医療の提供体制の把握について、障害福祉計画等と整合的となるよう、ほかの検討会等の動向も踏まえながら、医療計画の見直し等に関する検討会で検討を行う。具体的内容として、方向性を踏まえ、在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例に以下を追加、在宅歯科医療の提供体制等に関する検討会からの報告を踏まえ、在宅歯科医療の提供体制の構築を進めるための指標となっている。岡山県としても関係課を中心に在宅の歯科医療の取り組みを進めているところだが、岡山県としてどのような在宅における歯科の現状があるのかご意見をいただきたい。今後国が中間見直しの方向性を示した段階で在宅歯科に関する取り組みを県としても考えていく必要が出てくることが予想されているため、ご承知の現状等あればご意見をいただきたい。

国において中間見直しに向けて、都道府県に関する取り組み状況を把握するため、都道府県に対し、調査を実施している。在宅医療の体制整備に係る取り組み状況については、既存の統計調査等を活用することにより、施設数や患者数などの基本的な情報を把握することはできるが、患者の重症度や要介護度等の患者の特性を把握することはできない。また、独自に調査をしない限り、在宅医療への参入意向についても把握できないとなっている。先ほどの指針、国が

出した取組の進め方についても同じように記載があるが、今後どの程度、新しい医療機関が参入し、在宅医療が進んでいくかについては、既存のものでは把握ができないため、来年度の間見直しに向けて、在宅医療の今後の進め方、課題、参入意向について調査をさせていただきたい。都道府県において把握している医療機関ごとの在宅医療のデータをどのくらいの都道府県で把握しているのかにおいて調査を行ったものが載せてある。岡山県は、まだ実施はしていないが実施予定であるということで、赤色で示されている。岡山県も是非来年度、中間見直しに向けて調査をさせていただきたい。

調査案としては、国が調査案を示している。将来に向けた訪問診療の実施意向ということも踏まえて調査をさせていただきたいと考えている。ご意見をいただきたい。

- 会 長 ご意見等いかがか。
- 委 員 岡山県保健医療計画の項目は国が策定した項目か、県が策定した項目か。
- 事務局 保健医療計画は、基本的には国が定める5疾病5事業がある。その5事業の一つに在宅医療という項目があり、その項目を採用している。
- 委 員 自宅の定義は、これは厚生労働省が定義する有料老人ホーム等を含むと考えると良いか。
- 事務局 その通りである。自宅死亡者の割合は、自宅、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅での死亡者数の合計を、全死亡者数で除した数値である。
- 委 員 人生の最終段階で受けたい医療について家族と話し合ったことがある県民の割合というのは、どういう調査か。
- 事務局 毎年岡山県で県民満足度調査というのをさせていただいており、その中の項目の一つで上げさせていただいている項目である。
- 委 員 対象者は無作為抽出か。
- 事務局 無作為抽出である。
- 委 員 目標値で、自宅死亡者の割合というのは、これが上がるといいのか。会長も言われたが、それぞれの意向があるため、これが上がることが指標になるのか。在宅医療の手当では、市町村によって施策も違い、格差が問題になってきている。経済的な格差、県北と県南という地域格差を行政としてどのように取り組んでいくのか、その格差を埋めていくということは今後ますます限界集落が

増えていく中で必要になると思う。もし自分の家族が県北にいたらどうなるかと思うが、皆さんが安心して住みなれたところということはそもそも崩れていくと感じている。

○事務局 1つ目の自宅死亡者の割合を目標で定めているのが、いいのかということについてである。実際県民の方にアンケートをとってみると、大体10人のうち6～7人程度が住みなれた地元で最後を迎えたいという思いがあると聞いている。それがご自宅の場合もあれば、介護施設の場合もあるかと思うが、実際にどこでお亡くなりになられているのか見てみると、大体11人に1人程度しかご希望のところでは亡くなられていない現状がある。この目標値というのがあくまでも県民の方が望まれている最後をご自宅等ということで目標としており、数字が上がるのが希望に沿うということで数字を設定している。

2つ目の地域間格差があることについて県の取組ということである。医療資源一つをとってみても、例えば医師が県北部は足りているのかというとなかなか難しい状況であり、それに伴うコメディカルの方も充足率は厳しい状況がある。それから、逆に介護施設を考えると、都市部では不足しているというご意見もある。なかなか解決策がない状況だが、県・市町村、関係団体等を含め、その解消が進むような事業をしていきたいと考えている。すぐ解決できる問題ではないが、大きなテーマと感じている。

○委員 最近気になっているのは、地域包括ケアもだが、自助、公助、共助とだんだん住民におろしてくる施策があり、ACPもどちらかというところ、行政が言うことは非常に大きな意味がある。在宅で死亡という行政が意図するところが見えているため、行政が数値目標を出すというのは、注意しなければいけないと思う。これは住民にとってみたら医療経済の問題である。それが見え隠れしており、地域包括ケアも上からこうあるべき、自助、共助、公助と言って、共助の場合は、家族が担がれている。地域の関係性も減っている中で全部丸投げされているような状況を住民は感じていると思う。そういう意味で一つ一つの目標値を出すときに、住民への影響を少し謙虚に配慮すべきだと思ったので、お聞きした。

○委員 今後調査をされるという項目の中で意見を言わせていただきたい。岡山県保健医療計画の中では、訪問看護については介護給付についてのみ件数が上がって

いるが、今後は医療給付についての数値が必ず上がってこないと、在宅で訪問看護をしている実態というものが正確に把握できにくいと感じる。医療給付は難しいとは思いますが、そこの調査をお願いしたい。

自立支援協議会の報告を受けて、14ある市町村の協議会の中で、まだ動いているのは4つということであるため、県と市町村が実際に協議をする場ができるのは、どちらからもアプローチがないと難しいという感想を抱いた。

○委員 在宅医療の中間見直しで、在宅歯科医療に目を向けていただいている報告があり、大変感謝している。在宅歯科医療指標例を追加するというのは、具体的にどのような指標となるのか。

○事務局 国が現段階で案を出しているものになるが、訪問口腔衛生指導を実施している診療所、病院数等になっている。

○委員 地域格差が課題となっていくと思う。そういう中で訪問診療、訪問看護等についてもなかなかサービスを受けることができないという格差もあるため、皆さんで検討していただけたらありがたい。

○委員 在宅のサービスが不足しているというのが現実かと思うが、特に医療系のサービス、在宅支援診療所や訪問診療を実施している診療所、確かに数字は減少しているが、このあたりは本当に郡部に行けば行くほど少ない状況であり、在宅でACP等を考える上でも整備されてなければ難しいと思う。訪問看護にしても現在のところ足りてないように感じている。

在宅で死を迎えたいということで退所された方を数えてみると7名であった。

7人に1人程度しか施設を退所して、在宅で死を迎えることはできない。この数字が正しいかどうかは分からないが、非常に難しいことと感じている。やはり色々なサービスがないと在宅へとは、ご家族は踏み切れないと思うので、まずそこから考えていくべきだと思う。

デイサービスが、増えたり減ったりしているが、ホームヘルパーが割と減ってきており、蒜山ではほとんどホームヘルパーはいない。

都会では死に場所がないと言われているが、岡山県ではそこまでのことはないように思うが、将来的には不足すると言われており、そのあたりもどうなるかと思っている。何らかの方策を考えないと、在宅というのは進まないような気がしている。

○委員 現場を預かっている首長たちの話をしたい。ACPの話が出ている、話し合ったことがある県民の割合を70%にするということで、大事なことだと思う。なぜ大事かという、事例として、救急で運んでいる方が実は心肺蘇生を望まないということを伝えた。どうするかということが、実際に議論になっていた。医師会と消防との会議の中でも話題になっていた。その方が、人生の最後をどのように迎えたいかということを家族で話し合うというのは非常に大事なことであると思う。単に目標を掲げ、70%にするだけではなく、話し合うというのは、100%でもいいと思う。しっかり住民の皆さんが、最期の看取り、最期をどう送るかについて話し合える環境づくりが要るだろうと思う。高梁の場合は医師会、消防等が話をして住民の皆さんにお知らせをしていこうと思っている。是非県民の皆さんに行っていただきたいと思ったところである。そうすれば、70%を超えることができると思う。

在宅で最後を迎えたいという希望は確かにあるが、私どものような市では、在宅で誰が見るのかということがまず出てくる。1万4,000世帯のうち4,700世帯がひとり暮らしである。そういう状態で在宅というのは不可能な状況でもあるので、そこをどうするかというのも個別に状況を見ていかないといけない。ACPの話をしていく必要があると感じている。

かかりつけ医でも言われるが、普段診察される医師と、訪問の医師が違う場合は、先生方がしっかり連携をとっていただくことが大事なことである。そのように、先生方が話し合えるような、土俵づくりができないかと思っている。そうすることによって、患者さん、住民の方は、家族の方も含めて納得されると思う。先生方がご努力され、達成のためにしていただいているというふうに私は理解しているので、それを是非全てのところでできればいいと思う。

是非お願いしたいことは、訪問看護の数値である。単純に進捗状況の数字を見れば増えているが、高梁の子どもを見ると、申し訳ないが訪問看護の施設、訪問看護を行う事業所がなくなっているため、高梁では数字が落ちている。それをどうするかという課題を持っていることを申し上げて、単純にトータル数字だけが増えたからいいと言っていたらだいたくはないというのが私の感想とあいである。

○委員 私も行政に所属しており、かつ包括支援センター長という立場で来させていた

だいているが、来年度8期介護保険の事業計画に突入していく。その前に数値を見たときに、人口減と高齢化、赤磐市を見たときに75歳以上の高齢化のピークは2030年、約10年後である。どこの市町村も似たり寄ったりの数値だと思うが、そのときに若い人たちはどうかと言うと既に人口減が始まっており、支えていく人たちがどんどん減ってきている。そういった中で、介護職、医療職だけでなく、地域で支えましょうと言うが、地域で支えないとどうにもならないような状況を住民の方たちも気がついている。新興住宅地でも、できるうちに何とか地域で支え合えるようなシステムをつくっていかないといけないという活動を皆さんのほうが積極的に考えており、私たちも今仕組みづくりを何とかしないといけないと市職員も一生懸命考えている現状にある。どこまでできるかというのは別として、市民の方にも現状、状況を突きつけて、一緒に考えていただかないとどうにもならない時代だと思う。

医療を見ても、赤磐市内で地域の先生方はどんどん高齢化し、その次の後継者の先生たちがいるかといえば、少ない。そういう中で、本当にどこまで先生や看護師の手がいるのか、重篤な方たちはしっかり見ていただかないといけないため、軽度な人たちは自分たちで支えられるだけ支えていかないといけないことは、行政よりも住民の方たちのほうが気づいていると、実感している。計画の数値は、県が出しているような目標値に到達できないところもあると思うが、現状の中で住民の方と一緒に話し合っていくことが非常に大事と思う。

○委員 地域の診療所で時々往診させてもらったりするが、開業医の先生たちの年齢も上がってきており、なかなか往診するのも大変とおっしゃっている。このため、1つ目として、把握のための調査をするときに、今の意向だけではなく、例えば10年後も続けられるかがあると、在宅で診る体制ができるかということを経済的なことも把握できると思う。2つ目として数値だが、数値だけでなく、細かく見たほうがいいのかと思う。例えば、岡山県保健医療計画を見させていただくと、死亡の場所別に見た死亡者割合の推移が、この15～16年程度書いてあるが、岡山県は、最初25%であったものが下がってきて、途中で全国と2003年頃に入れかわっている。そこで何が起きたのかを検証したほうが良いと思う。結局13%であっても、数値を見るとなかなか増えそうにもないため、何でそこで入れかわりが起きたのかを見たほうが良いと思う。在宅療

養支援診療所・傷病日数の推移で、減っていつているのは県南東部保健医療圏の層が減ってきている。訪問診療を実施している診療所、病院数が減ったという事だが、どこが減っているのかを見ることで、仕方ないのか、改善できるのかということもわかるのではと思った。人生の最終段階で受けたい医療について家族と話し合ったことがある県民の割合は52.6%だが、もしかしたら60歳以上の方で家族等話し合える人がいなくなっているために、減っているかもしれない。3つ目の意見としては、満足度調査のときに家族以外、近い方と話し合うという項目を入れても良いのではと思う。今後、自分が親を自宅で看れるかと言われたときに、微妙だと思ったりもするため、若い人たちの親を自宅で看取りたいとか、自分が年をとってどうしてほしいか、希望を聞いても良いのではと思った。だから、把握のための調査のときに、10年後も医師が地域の診療所を続けられるのかは懸念があることと、数値目標は、どうしても上げられないものなのか、上げることができるものなのか、細かく検討しても良いのではと思った。県民満足度調査をするときには、もう少し情報を変えたり、将来的なことも聞く項目があっても良いと思う。

○委員 医療的ケア児の取り組みだが、これに精神的ケア児は、含まれるのか。多動性の特徴のある子ども、精神的に支援が必要な子どもが多いが、それは医療に入らないのか。

○事務局 厚生労働省が定義する医療的ケア児では、入っていない。

○委員 了承した。

最近、精神的な医療的ケア児が、顕著に出てきているため、そういうところに目を向ける必要があると思い、質問をさせていただいた。

公的病院が指摘され、地域の病院は、これを補完するためにもすみ分けが必要であり、選択肢が多いほうが良いと思う。訪問医療、一般病床が多いところで外来が多い、その隣の病院が訪問医療をしてもらいたい等、すみ分けが必要であるため、そのあたりを捉えて、これから話し合いをしていきたいと思っている。

訪問医療をされている医師が言うには、だんだん僻地、中山間地域では、訪問医療をする対象者が少なくなってきており、施設に入っている。子どもがいないため、施設に入っていることが顕著であると言われていた。診療報酬の点数

を変えていかないと医師はもたないという状況が、顕著に出ると思う。

岡山県保健医療計画の中で、在宅療養支援病院数の割合で、策定時と進捗状況、35年度末の目標で下がっている。目標は普通上がると思うが、そこを疑問に思う。

○事務局 これは策定時20.4%、目標25%としているが、今年度の時点で26.7%となっており、来年度計画見直しのときに今の35年の目標は見直しが必要と考えている。

○委員 例えば急性期で褥瘡をつくって帰ってこられた方に、訪問栄養士や看護師、口腔ケアの歯科の方等、チームでプランをつくり、3カ月や6カ月で褥瘡を治して、胃ろうをつくって在宅に帰ってきた人を歯科の人、訪問看護、通所リハに行つてNSTの人等、チームで経口摂取を取り戻すようなことを日々日常業務でやっているが、第7次保健医療計画の中で、「在宅医療の体制について」を見せていただいたが、その中に栄養の文字が見えない。日常の療養支援の中にどんな疾患、例えば糖尿病、褥瘡にしても、今栄養状態の改善がないという問題がある。予防的な発想があったほうが良いのではないか。資料を見せていただくと、悪くなるのありきで、悪くなった人を在宅でどうするかのように見える。現在、悪くない人を悪くしないという視点も必要だと思う。予防には1次予防、2次予防、3次予防とあるが、それぞれのレベルで予防する。例えばリハビリテーションもリハビリテーション栄養という概念が2010年ごろからあり、リハビリをするときも栄養状態をよくしてリハビリをしないと効果が出ない。周術期栄養というのは、急性期のNSTで手術をする前に栄養状態をよくして、手術をしたら回復が早くなるということもある。いかに在宅生活中に栄養状態をよくしておくということが、何かのハプニングで入院したときに回復が早くなることになるため、是非日常療養支援の中に食事、栄養の支援のような文言を添えていただきたい。せっかく急性期で入院して、NSTで栄養状態がよくなっても、退院してまた栄養状態が悪くなって再入院というのを急性期の医療機関の方からもよくお聞きする。

近所の方を集めて、お弁当をつくってみんなで集まって食べるという機会を設けている。そういう地域でサロンをしている方もたくさんいると思う。そこへ医療や介護の予防的なかわりをする中で、せっかく集まったから血圧を測定

しよう等、そういう視点で日常生活の療養の予防的な支援というものを是非栄養、運動、休養、こういう視点で入れていただくと、少しでも入院や急変される方が減っていき、システムの的にも助かると思いながら聞かせていただいた。

○委員 高齢者が増えてくることで、死の問題、在宅を進めていく上では薬の問題が非常に大きいと考えている。薬剤師会としても訪問薬剤管理指導の推進体制ということで、さまざまな取り組みを行っており、薬局自体の在宅開業薬局は増えてきているが、まだまだ薬局が十分に活躍できていないと感じている。

また、病院との連携も十分できていないという現状のため、強化していく取り組みもしていきたいと考えている。

薬局ではなかなか情報収集が難しい現状もあるが、岡山県では地域医療ネットワーク等があるので、うまく活用できるような取り組みも盛り込めればいかと感じている。

○委員 我々としてはスタッフ不足、特に地域差があるということで、どのように解決していくのか、特に中山間部や県北では診療所、クリニックの先生、訪問診療をする先生も少なくなっているのをどのように病院がカバーしていくかを考えないといけない。病院の医師派遣等が少ないということで、なかなか病院の中での医療が手いっぱい外へ出ることができない。また訪問看護の看護師さんも少なくなってきた色々問題が出てきているというようなこともあると思う。それを今後、訪問診療するような診療所が増える可能性はまずない。減っていくときに、その地域の基幹病院、核になるような病院がどのようにカバーできるか非常に重要だと思う。その中で、在宅よりも箱物の中にその対象者を集めて診ていくような方法をとらざるを得ないのかと思う。

もう一つ、ACPにも関係するが、在宅をするときに疾患によって状態が変わってくると思う。例えば脳血管障害でどんどん弱っている人と、悪性腫瘍で1カ月～1カ月半で状態が悪くなっていく人の在宅病院の診方というのは、その介護力と家族の負担が違うと思うので、その辺をどう考えていくかというようなこともあると思う。色々な家庭があり、経済力の差でかなり介護力に差が出てくるため、それなりの対応をしないといけない。ACPの問題では、延命と救命という言葉があり、この間経験したが、家族の人と話し合っ、徐々に認知症も進んでADLも下がってきているので、CPR・挿管等をしないでおこ

うということがあった。まだ経口で食事ができているときに、食べ物を詰まらせたが、この人はCPRをしないからもういいのかというようなことも問題になった。

ALSの患者さんが、呼吸状態がどんどん悪くなり、最後の段階で余りにもしんどいため、やはり挿管、気管切開をして、人工呼吸器をつけて欲しいとって大きな病院へ送ったら、この人はそういうことをしないと決めているからもうしませんということでやらなかった事例があったと聞いた。果たしてそういうことがいいのかどうか、そういうことも含めてACPというものをこれから十分に考えていかないといけない。延命と救命とは違う。この人は延命はしないが、必要なときの救命は努力をしないといけない。家族にとって後味が悪い結果にならない様にした。それぞれの対象者にとって何が一番いいかということを考えてやらないといけない。これが在宅医療だとは思う。

- 委員 要望が何点かある。県保健医療計画の策定時と進捗状況の数字を出していただいているが、できたら出典等を書いていただきたい。在宅医療に係る医療機能の把握のための調査で、先進的に独自で調査している都道府県も他にたくさんあるということで、そういう調査も参考につけ加えた方が良いと思う。在宅医療は入院医療とは違って2次医療圏ではなく、狭い地域のものであるため、市町村単位で現状把握が要ると思う。地域によっては資源が限られているので、それを都会の真ん中と同じようにサービスの提供というのはどうしても難しいことがある。住民は力を持っているので、現状、本当はここまで出来れば良いができない、どうするかを自分たちで考える機会を設けたらどうか。税金が高くなるけれども在宅サービスが充実する方が良いか、税金は今のままで違う方法を考えるのが良いかということ住民に考えて貰う必要があると思った。
- 必要な医療はあるが、地域でひとり暮らし、高齢者世帯の場合では、医療そのものが不必要な場合や、不安、生活し辛いということで、医療よりもむしろ不安を減らす、生活で簡単な手助けをするという共助の部分である。若い人は地域にいないため、担い手がないという地域もあり、不安を減らすという、精神的・側面的な支援を高齢者に対してできる部分があったりする。そういったことを含めて、住民が自分たちのこととして考えるような雰囲気づくりが必要と思った。

もう一つは人生会議についてだが、こういう考え方があるということをお伝えし、啓発していくということだが、しないといけないといった押しつけの印象を与えてはよくないだろう。若い人には、伝えるのが難しい。自分が病気になったとき、考えないといけないと自然に考えるようになってきたり、あるいは年をとってから色々なことが立ち行かなくなってきたりして考えないといけないと、自然にできるような、そのための環境づくりをしていくのが良いと思う。

○委員 住民の方々が自分のこととしてなかなか考えられない、ACPや認知症のことは、自分のところに降りかからないとなかなか意識して考えられないのが、オレンジカフェ等をしている中で感じている。

予防の点に関しては、フレイルチェック機関として岡山市もされているが、予防に力を入れると訪問看護ステーションの利用は減ると感じている。認知症の件では、サポーター養成講座を年2回しているが、小中高校生に働きかけて、子どもたちに認知症を知ってもらい、地域でかかわってもらおう。先生方も教えてもらってよかったと言われているので、そういう働きかけも必要と思う。

○委員 要望を言わせていただくと、入退院ルールを策定し、その後押しをしましょうということだが、在宅の介護支援専門員についてはよく理解してきているが、医療機関の方がまだ理解されていないところがあるという印象である。どこの病院でもわかっていただけるように周知をしていただきたいと思っている。

もう一点、在宅でということになると、医療だけでなく、生活を支える介護職の人材というのも大きな問題と思っているので、しっかりと取り組みを進めていただきたい。

○副会長 私は、医療機関、病院に所属しているが、私の病院に入院している患者の平均年齢を出してみた。一般病棟と地域包括ケア病棟、介護病棟がある病院だが、そのうち一般病棟と地域包括ケア病棟の平均年齢が、87.5歳であった。ある瞬間の平均だが、87.5歳、その日の一番若い方が53歳で、びっくりするぐらいのデータが出ていた。そういう方々が在宅へ復帰したり、退院したりするときに、必ず要介護認定をとる、あるいは要介護認定を持った人たちが在宅へ帰っていくということで、今の制度ではその調整をするのはケアマネジャーが医療サービス、介護保険のサービスを調整していかないといけないというシステムになっている。制度ができたときは看護師の割合が高かったケアマネ

だが、どんどん看護師が現場のほうに戻っており、今は8割が福祉系の人たちである。その人たちもだんだんモチベーションが下がってきており、去年のケアマネの合格者数というのは、岡山県全体で70名程度であった。今年は合格率が16%に上がり、160名の方が出たが、結局調整するケアマネ自体が医療に対する知識あるいは調整能力が低いと言われ続けていて、カリキュラムも大きく変わった。在宅療養支援研修会をするが、退院のときに入院、退院支援をする看護師、あるいは指示するかかりつけの先生方がケアマネに積極的にアドバイスをしていただき、在宅医療に結びつけるということが大切と思う。今のケアマネは福祉系の人たちが80%のため、医療のニーズをうまく見つけられなく、例えば本当に医療が必要でもあるのにかわらぬデイサービスへ行ってしまうというようなことが、特に郡部のほうでは医療密度が低いため、福祉系のサービス、例えば血圧測定をしたり、それから状態の観察をしているというような事例もある。これでは在宅医療、健康を守るシステムになっていないため、看護師たちの力をかりていかないとできない。在宅療養支援研修でも、もっと看護師を活用して、訪問看護も増やしていくべきだというような形でまとめていくようになると思う。先生方からケアマネがもう少しアドバイスをいただきながらやっていきたいと思っている。

自宅死亡が本当に増えるのが是かというところで、希望したところで死ぬことができないという実態がある。むしろACPのシステムの充実化になると、岡山県保健医療計画の中の自宅死亡者の割合というのは、どちらかというところ本来に希望したところで死ぬことができていたかどうか、そのことをしっかり調べていくというのは県民にとって良い資料になると思うし、自宅とは何なのかといたら、介護領域も自宅の中に入ってくると思う。

- 会 長 それぞれ専門の立場から、今お住まいあるいは勤務地域の実情といったことでご意見を賜った。事務局の方からいかがか。
- 事務局 それぞれの立場でしっかりと現状を踏まえた課題をいただいたと思う。今後の保健医療計画の中間見直しをしていくに当たっては大変貴重なご意見をいただいたと考えている。
- 会 長 在宅医療に関する医療機関の把握のための調査は、具体的にいつから始めるというのはあるか。

- 事務局 まだ、スケジュールは持っていないが、今日の意見を踏まえながら検討していきたい。
- 会長 在宅療養支援診療所をしていると、質問項目にあるものの中には中国四国厚生局に報告しているものもある。岡山県ホームページにある医療機能情報、これも年1回更新するようになっているので、似たようなデータがアップされている。国の審議にもあるようにそういったものも利用しながら岡山県の医療の実情を把握する。委員の先生方からも色々ご指摘があったように県南東部、県南西部、北部、それぞれ地域によって差があるので、そのあたりも加味しながらやっていただきたい。在宅医療は、必ずしも数字ありき、在宅イコール全てというものではない。そのあたりを県民一人一人の希望、オーダーメイド的なものが是非できるよう、在宅を希望しているのにそうならなかった、あるいは希望していない人に無理やり押しつけたといったことがないようにしていただきたい。委員の皆様方、長時間にわたりご審議いただき、感謝する。