

平成 29 年度第 1 回在宅医療体制検討会議 議事録

- 1 日時：平成 29 年 10 月 12 日（木） 18 時 30 分～21 時 00 分
- 2 場所：高知県庁 2 階 第二応接室
- 3 出席委員：寺田委員、阿部委員、内田委員、公文委員、田上委員、崎岡委員、辻委員  
芝委員、宮井委員、宮野委員、森下委員、安岡委員、山村委員、和田委員  
堀川委員

<事務局>医療政策課（松岡課長補佐、久保田チーフ、濱田チーフ、原本主幹、金子主査、  
横川主事、田内主事）

医事薬務課（浅野課長） 高齢者福祉課（飯島課長、有澤主幹）  
健康対策課（山崎課長補佐） 健康長寿政策課（市村チーフ）  
安芸福祉保健所（山本主事） 中央東福祉保健所（窪内室長）  
中央西福祉保健所（川村次長、竹崎チーフ） 須崎福祉保健所（陰山室長）  
幡多福祉保健所（浦田主事）

---

（事務局）それでは、定刻となりましたので、ただ今から平成 29 年度 第 1 回在宅医療体制検討会議を開催させていただきます。

本日はお忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。まず、今年度、新たに委員となられた方をご紹介します。

高知県薬剤師会理事の阿部恭宣委員です。

（阿部委員）高知県薬剤師会の阿部恭宣です。よろしくお願いします。

（事務局）なお、お手元に配っています委員名簿につきまして、役職が常務理事さんとなっておりますが、正しくは理事でございます。訂正してお詫び申し上げます。

次に、高知県歯科医師会副会長、崎岡雅仁委員。

（崎岡委員）歯科医師会の崎岡です。いつもお世話になっております。今日はよろしくお願いします。

（事務局）高知県介護支援専門員連絡協議会副会長、芝弘美委員。

（芝委員）高知県介護支援専門員連絡協議会の芝弘美です。よろしくお願いします。

（事務局）以上 3 名の方が新しく委員になられております。どうぞよろしくお願いいたします。

続きまして、資料の確認をお願いいたします。事前にお配りしております資料、右肩に 1 から 4 と書かれた 4 つの資料、プラス参考資料として 1、2 を事前にお送りしてござい

すが、資料等に不備等はありませんでしょうか。

それでは、当課課長補佐の松岡より開会のご挨拶をさせていただきます。

(課長補佐) 医療政策課の松岡と申します。

開会にあたり一言ご挨拶をさせていただきます。

本日は、お忙しい中、平成29年度 第1回高知県在宅医療体制検討会議に出席いただきまして、ありがとうございます。また、平素より、私共の医療行政の推進につきまして、ご尽力をたまわり本当にありがとうございます。この場をお借りしましてお礼を申し上げます。

この会議につきましては、高知県医療審議会の在宅医療体制にかかる検討部会として位置付けられております。高知県医療計画におきまして在宅医療にかかる計画立案や進捗管理等に加え、在宅医療に関連します事業へのご意見などをいただいております。

今年度におきましては、第6期高知県保健医療計画の最終年度にあたり、第6期の総括及び第7期の計画立案が必要であることから、本検討会におきましても、本年度の主な協議事項になっていくと考えておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

高知県におけます在宅医療の現状、課題などにつきましては、後ほど、詳しくご報告をさせていただきますが、地域医療構想の推進におきまして大きな役割を担うこととなりますし、また、医療と介護の関係性におきましても、その整合性を求められるなど、在宅医療は今後の保健医療行政を進めるにあたり非常に重要な位置付けがなされております。

そのような点をふまえ、本日の議題である第6期の保健医療計画の評価及び第7期の計画立案につきまして、ご協議をいただきたいと思いますと考えております。

重ね重ねになりますが、本日は、第7期保健医療計画の策定に向けた第一歩となっておりますので、活発で忌憚のない発言をいただきたいと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

(事務局) それでは、ここからの進行につきましては、座長でいらっしゃる寺田先生にお願いしたいと思います。お願いします。

(座長) はい。皆さん、こんばんは。

秋らしくなりましたが、まだ日中は蒸し暑くて過ごしにくい時期が続いておりますが、いかがお過ごしでしょうか。

今日は、協議事項としましては、課長補佐から、今、言われましたように第6期保健医療計画の評価。それから、第7期保健医療計画案についてですけど、今日の主役です。報告事項は、保健医療計画と介護保険事業計画の整合性ということで報告させていただきます。

何しろ、在宅医療体制というのは非常に一番この部分は難しいものございまして、多職種の方が協力しないとできない話ですので、色々問題点あろうと思います。大体2時間くらいを目処にご協議いただいて終わりたいと思っています。よろしくご協力のほど、お

願います。

それでは、まず、協議事項（１）の第６期保健医療計画の評価についてという分と、（２）の第７期保健医療計画（案）について事務局から説明をお願いします。

（事務局）医療政策課の田内と申します。私のほうから資料１から３まで説明させていただきます。座って説明させていただきます。

資料１の第６期保健医療計画評価について説明いたします。第６期保健医療計画は、平成２５年度から今年度…。

（座長）マイク入ってないだろう。

（事務局）失礼いたしました。

第６期保健医療計画は、平成２５年度から平成２９年度の５年間の取り組みについての計画になります。今年度は第６期の最終年度ということになります。では、資料１の１枚目を開いていただきまして、Ａ３の資料でございます。

在宅医療につきましては、非常に多岐にわたりますので担当課としては、医療政策課、健康長寿政策課、健康対策課、医事薬務課、高齢者福祉課と５つの課が関わっております。説明は私のほうで一括で、なるべく手短かにご説明させていただきます。

１枚目が、第６期の保健医療計画に記載している内容になります。左から、現状、課題、対策、それにとまなう目標と一番右の列が、今年度、第７期計画を策定するにあたっての総括の欄を設けております。

次に、上からになりますが、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りという４つの大きな項目に分かれております。現状から対策までは省略させていただきますが、４つの項目に応じた現状、課題、対策があるということをご認識いただければと思います。

目標欄になりますが、まず、一番上の退院支援の項目については、退院前カンファレンスを実施している病院数を科目であげております。目標設定時は５０だったものが直近値は５４となっております。目標は５７でしたので、目標には数字としては達していませんが、あくまで退院支援加算の届出から数字を出しているため、実際はもっと進んでいるのではないかと思います。また、対策については、医療計画案のほうで、後で説明するほうで述べさせていただきます。

次に、日常の療養支援のところになります。訪問診療可能な医療機関ということで目標の項目をあげております。現状値、直近値が１５１となっております。

失礼いたしました。目標設定が１５１という数値から、直近値１７８まで上がっております。目標が１７０だったので目標は達成されているということになります。

次に、急変時の受入可能病院と有床診療所数というところをご覧ください。目標設定時は４１箇所となっていました。直近値は６７箇所となっています。目標が４６箇所だったので、こちらも数値の目標は達成されているということになります。

一番右の総括評価については、事業ごとの評価をまとめて記載したものになりますが、次のページから事業ごとの評価、課題、対策を記載していますので、そちらのほうで説明させていただきます。

では、次のページをご覧ください。28年度の計画実行と平成25年度から28年度までの実績の総括評価。第7期計画に向けた課題及び対策ということで記載をしております。全ての項目について説明の時間がございませんので、抜粋及び要約して説明をさせていただきます。

まず、退院支援の一番上の「・」のところになります。計画はとばしまして実行のところになります。回復期病院における退院支援体制構築のための指針を用いた説明会の実施をしましたということで、参加医療機関64機関と記載させていただいています。こちら、県立大の森下先生のほうで進めていただいている事業になります。

Cの評価の欄にうつっていただきまして、退院調整支援を実施する人材の育成につながり、地域の医療資源を効果的に活用できたということで記載をしております。

課題と対策としては、指針がより活用されるよう病院への直接的な支援が必要ということで、今後も研修や相談支援を実施していきます。

次に、同じ退院支援の欄になりますが、「・」の3つ目になります。ここでは、情報システムを利用した多職種による患者情報の共有について記載をしております。

実行の欄の「・」3つ目をご覧ください。県からの支援によって、高知大学が医療介護連携情報システムを開発し、自宅等で療養する患者の情報を医療介護の関係機関がスムーズに情報共有できる環境を構築しました。

評価の欄では、このシステムには28年度末で50施設が加入しているという旨、記載をしております。

今後の対策としましては、情報通信技術を利用した在宅医療にかかる多職種の情報共有の促進を図っていきます。

続いて、日常の療養支援の項目になります。2、3、4、5と続いています。この中の3個目をご覧ください。3番のところ、項目が3つに分かれておりますが、これの真ん中のところの訪問看護サービスの提供体制の整備、サービス提供地域の拡大と記載をしているところとなります。

こちら、Dの実行欄のほうを見ていただきまして、「●」で中山間地域等訪問看護サービス確保対策事業費補助金と記載をしております。この事業により訪問看護師の派遣調整をおこなう体制が整備されるとともに不採算となる遠隔地へのサービス提供の支援を行なうことで、サービス提供量と提供地域の拡大ができたということで評価をしております。

また、訪問看護サービス提供がない地域でも、地元の医療機関から訪問に出向き対応している状況にあり、ニーズに応じた訪問看護が提供される体制が現状、整っているということになります。

今後の対策としましては、継続して中山間地域に安定的な訪問看護が提供できるようサービスの拡充を行いつつ事業を推進していきます。

続いて、一番下の列になります。5番の急変時及び看取りの対応のための啓発活動ということで、28年度の取り組みとしては、がん患者向け「在宅療養ハンドブック」に在宅体験事例を掲載ということで記載しています。

右の評価の欄になりますが、27年度までは地域医療フォーラムの開催とか安芸市をモデル地域とした市民啓発のための終活講座等を実施していましたので、それもふまえて看取りや在宅医療の理解促進ができたということで評価をしております。今後も引き続き情報提供の場所ですとか手段を検討して啓発を行っていきます。

次のページを開いていただきますと、一番上の列になります。6番の訪問歯科診療については、実行欄のほうをご覧くださいまして、高知県歯科医師会内に在宅歯科医療連携室を設置し、県民からの相談や歯科診療所の紹介、歯科診療所への在宅歯科医療機器の貸出などを実施するとともに、高知学園短期大学に委託して歯科医療従事者のスキルアップ研修を実施しましたということで記載しています。

評価としては、これらの取り組みにより訪問歯科診療のニーズに対応する仕組みができたという評価をしております。

今後の対策としては、県民の方へのさらなる周知を図るとともに、幡多圏域のニーズにより対応できる体制づくりを行うことを予定しております。

続いて、その下の列になります。7番にうつりまして実行の欄をご覧くださいまして、これまで在宅訪問薬剤師を育成するための研修会を実施するとともに、南国市、香南市、香美市の3つの市をモデル地区として在宅患者の飲み残しお薬をきっかけとした「高知家お薬プロジェクト」事業を実施してきました。これにより連携ツールの作成や多職種連携による薬剤師の在宅訪問につなげることができたという評価をしております。

今後の対策としましては、引き続き、第7期の計画期間においても訪問薬剤師としての専門性、基礎的知識及び技術を向上するための研修を継続的に実施していくとともに、高知家お薬プロジェクト事業を県下的な取り組みとして定着させるため、モデル地区を拡大し多職種連携の構築を図ってまいります。

最後の看取りで、10番とありますが、これは5番に記載している内容の再掲となりますので、省略をさせていただきます。

以上、抜粋になりましたが、第6期計画の取組にかかる総括評価でございます。

つづいて協議事項(2)の第7期保健医療計画(案)について説明をさせていただきます。

まず、資料2の第6期計画と第7期計画の構成対照表をご覧ください。計画の方の説明に入る前にこちらの資料で、第7期計画の論点を簡単に説明いたします。

まず、1ページ目をお開きください。右側が第6期計画の構成で、左側が第7期保健医療計画の構成になります。対照表になっております。まず、資料の見方ですが、下線部分が構成上の変更箇所になります。論点として考えている部分は赤字で記載をしております。

まず、1ページ目の赤字部分の現状の部分ですが、訪問看護ステーションの従事者数を今回初めて記載をしております。

続いて、2ページ目をめくっていただきまして、赤字の部分から説明させていただきますが、課題のところの退院支援の項目で、今回、退院前カンファレンスを含めた退院調整支援を展開するための人材育成と入退院時の患者情報の引き継ぎについて記載をしております。その下、日常の療養支援の項目では、患者の情報を医療・介護間で共有する体制について今回、新たに記載しております。

続いて、3ページ目になります。赤字部分ですが、対策のところになります。先ほどの課題に対応する内容になりますので、退院支援のところでは、1点目で、地域と病院の多職種が共同する退院支援体制の構築のため、人材育成や研修活動を実施すること。2点目として、入退院時の引き継ぎ手順である退院調整ルールの作成、運用に向けた支援について記載をしております。その下、日常の療養支援の項目では、高知医療介護連携情報システムを用いた医療と介護の包括的な提供及びこれと並行した、かかりつけ連携手帳の利用普及を頭に追記をしております。あとは、訪問看護に関して、中山間地域への訪問看護師の派遣調整と訪問看護ステーションの設立支援を対策の中に追記をしております。

続いて、4ページをご覧くださいまして、目標の設定になります。6期の際には3つだった数値目標を数を増やして、より詳細な目標設定を行っております。中でも論点となりますのは、赤字で記載しておりますが、ICT導入施設数、訪問看護ステーション数、訪問看護ステーション従事者数。

続いて、5ページ目にうつっていただきまして、訪問看護利用者数、最後に24時間体制をとる訪問看護ステーション数・従事者数ということになっております。

資料2については以上でございます。簡単にですが、計画の構成と論点の整理をさせていただきます。

続いて、資料3、第7期保健医療計画（案）のほうで、本文案の説明をさせていただきます。資料3の1ページ目をお開きください。まず、資料全体の見方ですが、先ほどと同様に下線の部分が6期計画の本文から修正をした箇所になります。

また、本文中に図表ですとかグラフが掲載されていますが、全て数値ですとかグラフ、更新をしております。時間の関係上、6期からの変更箇所を全てご説明することは難しいので、赤字の論点となる部分を読んで説明をさせていただきます。

では、本文に入ります。1ページ目、こちらが総論の部分になります。1段落目から4段落目までは、現在における在宅医療の重要性ということで内容を6期から書き変えております。

簡単に説明しますと、2段落目のところが退院支援に関してで、3段落目が日常の療養支援と急変時の対応について。4段落目が看取りについて記載しているということになります。

続いて、5段落目。今年度、実施した「平成29年の県民世論調査では、」と書き出しているところになりますが、今年度実施した県民世論調査において「自宅で暮らしながら訪問診療や訪問介護などにより在宅医療を受けることを希望する」と回答した方は27.9%。入院に次いで2番目に多くなっています、ということで記載をしております。

前回、平成23年に実施した世論調査においては在宅医療を希望する方、24.4%でしたので、約3.5%需要がアップしたことになります。

その下の図表1、在宅医療に係る保健医療圏の記載をしております。在宅医療に関しては、地域との緊密な連携が必要なことから、保健医療圏設定において、中央保健医療圏を高知市・中央東・中央西の3つに区分をしております。これは6期から引き続きになります。それぞれの圏域における人口と高齢者数と高齢化率を示していますが、前回からはもちろん全ての地域において高齢化率がアップしているという状況になります。

では、2ページ目、お開きいただきまして、枠囲みで現状と記載をしているところです。患者の状況についての(1)訪問診療受診患者数というところです。こちら、数値の更新をしておりますが、この数値については、昨年度、当検討会議において皆様にご意見をいただき調査票を作成しました在宅医療実態調査の結果を用いたものになります。宮野先生のほうで実施していただいた調査でございます。

今回ですね、訪問診療を受けている患者数は2617人という数字が出ております。前回調査時には2992人でしたので、県全体で見ると、訪問診療患者数は約380人減となっております。

続いて、(2)訪問診療受診患者の年齢構成になりますが、76歳以上が全体の83%以上ということで大部分を占めております。これは、平成24年の状況とほとんど変わりはありません。

続いて、3ページ目をご覧ください。下のほうになりますが、(3)高知県の高齢者人口推計です。ここは、次の4ページのほうにグラフがありますので、そちらを見ていただいたほうがわかりやすいかと思っておりますので、4ページをお願いいたします。図表5のグラフになりますが、本県の65歳以上の高齢者人口は平成32年にピークを迎えまして、その後は減少する見込みとなっております。

続いて図表6ですが、高齢者の保健医療圏別将来推計人口では、緑のライン、高知市の増加が著しく、ピークとなる平成52年には平成22年と比較して約2万人の増となっております。その他の地域は現状から少し減っているか横ばいという推計になっております。

続いて、2、医療機関・事業所の状況ということで、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の数値になりますが、すみません、こちら5ページのほうに表がありますので、そちらをご覧くださいませうでしょうか。5ページの図表7、在宅療養支援診療所数ですが、現状値、県全体で37箇所となっております。平成24年には45箇所だったので少し減っているという状況になります。

続いて、図表8の在宅療養支援病院数ですが、こちらは現状が16箇所平成24年には7箇所でしたので、こちら9箇所ほど増えているということになります。

続いて、(2)訪問診療を実施している医療機関数になりますが、こちら図表をご覧くださいませう、図表9ですが、現状、県全体で133箇所となっております。数だけ見ると高知市が多くなっていますが、一番下の列の人口10万人あたりでみると、高知市のほうは数が少ない状況となっております。

次に、6ページをご覧ください。一番上が図表10になります。訪問診療担当医師数別の医療機関数ですが、病院、診療所ともに医師1名で訪問診療に対応しているところが最も多いという状況になっております。

図表11の在宅医療を実施していない理由のところは、院内人的資源不足が圧倒的に数が多くなっていて、こちら、平成24年の時の調査とあまり変わらない結果となっております。

続いて、(3)訪問歯科診療所の項目です。訪問歯科診療を実施するための施設基準の届出を行っている歯科診療所数は、県内の7割以上の275箇所となっております。平成24年の時点では約5割でしたので、それが7割以上に増加をしています。その下には、本文になりますが、在宅医療を支える医療機関や介護事業所等との連携を含めた地域完結型医療の提供体制の構築のため、歯科衛生士のマンパワーの充実が必要ということで記載しております。

次に、7ページにうつっていただきまして、(4)訪問薬剤管理指導を実施する薬局のところになります。図表になりますが、訪問薬剤管理指導が可能な薬局数は、現状346箇所、県内保健薬局の約90%という数字になっております。こちら平成24年の時点では約50%でしたので大幅に増加しているということになります。

続いて、(5)訪問看護ステーション、訪問看護実施医療機関数ですが、こちら、図表のほうを見ていただきまして、図表14の訪問看護ステーション数のところですが、県内に訪問看護ステーション数は61箇所あります。平成24年の時点では44事業所でしたので、17箇所増えているということになります。

そして、その下の図表15、訪問看護ステーション従事者数ですが、県内全体で280人という数字が出ております。保健医療圏別で従事者数を見ていただくと、高知市と幡多のほうに地域偏在があることがわかります。これは、ステーション数と同様の傾向となっております。ということで、本文の方にも記載をしております。

本文のほうに戻っていただきまして、ページの真ん中あたりになりますが、訪問看護ステーション1事業所あたりの常勤換算看護職員は、1事業所あたり3.5人で全国平均値と同水準となっております。その下の段落ですが、訪問看護を実施している病院・在宅療養支援診療所は25箇所となっております。

8ページをお願いいたします。先ほどの訪問看護実施機関の在宅療養支援診療所数の保健医療圏別の数字が出ております。この数字を見ていただくと幡多で割合が多くなっているということがわかります。

続いて、青字の医療提供体制の状況ということで、ここからは、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りの大きく4つの項目に分けて記載をしております。

まず、(1)退院支援に関する現状ですが、2段落目のほうから見ていただきまして、平成28年度の診療報酬改定により退院調整加算の見直しが行われ、3つに分類される退院支援加算に組み換えられました。その退院支援加算の届出を実施している医療機関数は現状54箇所となっております、平成24年の退院調整加算届出医療機関数の51箇所と

比較して3箇所増加しているということになります。

続いて、退院支援のところの4段落目になりますが、訪問診療を実施していると回答した病院・有床診療所58箇所のうちということで書いてありますが、こちらは、在宅医療実態調査のほうで回答をいただいたということです。訪問診療を実施していると回答した病院・有床診療所58箇所のうち、病院の95%、有床診療所の33.3%が自院入院患者の退院前カンファレンスを実施しているという状況です。

続いて、9ページをお願いいたします。(2) 日常の療養支援ですが、こちらも、まず図表19をご覧ください。こちら、①訪問診療実施患者数と、その下に、②対応可能な訪問患者数ということで記載しておりますが、こちら両方とも1ヶ月間での数字になります。その下の、さらに訪問診療可能な患者数というところですが、これがどういう計算から出しているかという、②の対応可能患者数から①の実際に訪問診療を実施した患者数を差し引いて、現状からプラスで対応が可能な患者数を算出しております。

この表を見ていただきますとわかりますように、安芸においてはマイナスの数字が出ております。このマイナスの状態というのが、既に医療機関が想定する訪問可能な数値を超えて訪問診療を実施している状態にあるということを示しております。また、中央西や高幡も38、34ということで、現状以上の訪問診療を実施することが困難、余裕のない状況になっているということになります。

続いて、図表20、訪問看護ステーションの訪問看護対象範囲の表になりますが、こちら、この表は対象範囲に入っていない旧市町村数を示していますが、すみません、こちら、出典が在宅医療実態調査になっておりまして、この調査のほうでは、高幡のほうで1箇所、対象範囲外の市町村があるということで記載してあります。別で、訪問看護ステーション連絡協議会のほうで実施した調査では、全ての地域が訪問看護の対象範囲という結果が出ておりましたので、こちら、すみません、次回の会議までに修正をさせていただきたいと思っております。

次、図表21の小児訪問診療実施医療機関数と訪問看護ステーション数ということですが、小児訪問診療実施医療機関数は、調査の期間の平成28年の10月の1ヶ月間に実施した医療機関の数を示しております。この時は、高知市の5箇所のみ小児訪問診療を実施したという数字が出ております。訪問看護ステーションのほうは、訪問診療が可能なステーション数ということになりまして、こちらは32箇所となっております。平成24年の時点では17箇所でしたので、約2倍増えているという状況です。

続いて、10ページをお願いいたします。(3) 急変時の対応についてですが、まず、図表22のほうをご覧くださいまして、こちらも今年度実施した県民世論調査において、長期の療養が必要になった場合にどのような条件や環境を整えば在宅医療を選択するかという質問に対して、身体的な負担ですとか経済的な負担に関する回答に続いて、3位が、急に病状が悪化した場合にすぐに入院できる医療機関があること。4位に、急に病状が悪化した場合にすぐに往診してくれる医師や看護師がいるということで回答があがっております。これを見ますと、急変時に対応可能な環境が構築されているということが在宅医療を

選択する際の重要な要素になっているということがわかります。

次に、図表 2 3 をご覧いただきまして、急変時受入可能病院・有床診療所数になりますが、こちら、在宅医療実態調査にもとづく、訪問診療を実施していると回答した 5 8 箇所のうち 3 7 箇所が急変時の受入を行っているという回答をしております。

続いて、図表 2 4 で、2 4 時間対応可能訪問看護ステーション数ということで、県内 6 1 の事業所のうち 4 5 箇所が 2 4 時間対応可能となっております。こちら、平成 2 4 年の時点では 3 2 箇所でしたので、1 3 箇所、増加しているということになります。また、平成 2 4 年の時には、安芸が 0 箇所だったのが、現状値 3 箇所になっておりまして、全保健医療圏に該当事業所があるという状況になっております。

続いて、1 1 ページをご覧ください。(4) 看取りの項目になります。まず、図表 2 5 をご覧ください。看取り実施可能な医療機関数ということで、県計で 1 3 3 箇所という数字が出ております。平成 2 4 年の時点では 8 7 箇所でしたので、約 5 0 箇所増加しているということになります。

その下、図表 2 9 となっておりますが、すみません、こちら 2 6 の誤りです。申し訳ございません。あわせて、下の 3 つの図表番号も 2 6、2 7、2 8 から 1 つずつずれますので、訂正をお願いいたします。

訂正後の図表 2 6 で、看取りに対応する加算届出介護施設数を記載しております。これは、今回、在宅医療体制の構築にかかる指針として、国から示された資料の中で介護施設における看取りについて必要に応じて支援をとということが示されていたため、ひとつの指標として記載をしております。

次に図表 2 7、年間の看取り数になります。こちらの図表ですが、一番下の列を見ていただきまして、人口 1 0 万人あたりの数を見ますと、高知市、高幡、幡多で看取り数が多くなっているという状況がわかります。

続いて、図表 2 8 ですが、ターミナル実施訪問看護ステーション数ということで、こちら、県計で 4 7 箇所という現状値が出ています。平成 2 4 年の時点では 3 5 箇所でしたので、1 2 箇所、増加をしております。

続いて、一番下の図表 2 9。こちらは在宅死亡者数ですが、こちら、県計でしか数字が出させなかったもので、下の段、在宅死亡率を見ていただきますと、高知県では 1 3. 8%、全国平均値の 1 9. 8%より低い状況になっております。

以上が、現状についての説明になります。

続いて、1 2 ページからは、現状に向けた課題について記載をしております。

まず、1 の退院支援については、主に 3 つの課題をあげています。1 つ目が、地域と病院が連携して地域の限りある資源を効果的に活用する必要があること。2 つ目に、退院支援体制の構築にあたって、地域内でリーダーとなって退院支援ができる人材の育成が必要であること。3 つ目に、円滑な在宅生活への移行に向けて、入退院時に患者情報の引継ぎを確実に行う必要があること。以上 3 つの課題を記載しております。

続いて、2 の日常の療養支援に入りますが、ここでは、まず 1 段落目、在宅医療に係る

機関は医療と介護が包括的に提供できるよう、患者の医療情報を共有する体制の構築が必要ということで、朱書きで追記をしております。

続いて、5段落目までとびまして、「小児や」ということで書き出しをしているところですが、ここは、小児の、6期の計画の時には小児の在宅医療体制構築についてのみの記載になっておりましたので、今回、障害を持った方等も含めた様々な状態の方が在宅医療の対象であることをふまえて修正をしております。

次の段落については、訪問歯科と訪問薬剤師に関する記載になりますが、6期のほうではもちろん、記載はありましたが、少しちょっと修正をしまして、在宅歯科医療の提供体制の強化、訪問薬剤師の養成等、多職種による取り組みが必要である旨記載をしております。

続いて、13ページをお願いいたします。枠囲みの対策のところから説明をいたします。課題を受けての対策について記載をしております。まず、1、退院支援ですが、ここもちょっと要約をしますと、病院と地域が協働する退院支援体制の構築及び退院支援を実施する人材の育成等を進めることと、入退院時の引き継ぎ手順である退院調整ルールの策定・運用に向けた支援を実施することについて記載をしております。

続いて、2の日常の療養支援ですが、こちらも1から8行目まで、情報通信技術等を利用した多職種連携について記載をしております。要約しますと、質の高い在宅医療をより効率的に提供するために、県からの支援によって高知大学が開発した「高知医療介護連携情報システム」などの情報通信技術や、かかりつけ連携手帳を利用した在宅医療にかかる多職種の情報共有の促進について記載をしております。

その下、10行目からは、訪問看護についての記載になります。こちらも赤字で追記している部分が9行ほどございますが、在宅医療の促進において訪問看護のもつ役割が大きいことから、対策を詳細に記載しております。

こちらも要約しますと、1つ目は、訪問看護ステーション連絡協議会との連携による中山間地域への訪問看護師の派遣の推進。2つ目に、あつたかふれあいセンターや集会所における訪問看護の普及啓発。3つ目に、県立大学と連携した訪問看護師の育成の実施。4つ目に、高知県看護協会と連携した研修の実施により組織としての研鑽をはかり、また、訪問看護に関係する看護職者間の連携を促進するといったことを記載しております。

続いて、14ページに移っていただきまして、ここでも最初に訪問看護ステーション、サテライトステーション設置のための支援実施について追記をしております。

次の段落では、様々な年代、様々な状態の在宅療養者に対する在宅医療提供体制の整備についての検討を実施する旨、記載をしております。

その次の段落になりますが、歯科についての記載になります。在宅歯科連携室を核とした医科・介護等との連携や相談窓口及び訪問歯科診療の調整機能の強化をはかること。また、歯科衛生士等の養成のあり方について検討し人材確保を努めると共に歯科医療従事者を対象とした研修を実施することを記載しております。

次の段落では、在宅での安心安全な薬物療法の提供を目的として、訪問薬剤師としての

専門的、基礎的知識及び技術を修得するための研修を実施して、人材育成に努めるといったことを記載しております。

続いて、3の急変時の対応のところですが、患者やその家族側への急変時対応の意識付けについて、6期の時には記載がありませんでしたので、急変時の連絡先の提示というのを具体策として示して追記しております。

続いて、4の看取りに関しては、1行目に人生の最終段階における症状に対する患者や家族の不安を解消するという追記しております。また、その下のほうに、看取りなどにより居宅で最後を迎えた患者に対するその後の対応について、かかりつけ医、訪問看護師、病院、介護施設、消防機関など多様な立場の関係者の共通理解と役割分担に取り組みますということで追記しております。

続いて、15ページになりますが、ここからは、在宅医療の中心的役割を担う機関についての記載になります。(1)で積極的役割を担う医療機関として、在宅療養支援診療所と在宅療養支援病院一覧を記載するように予定しておりますが、すみません、今回は更新ができておりません。診療報酬施設基準の届出を行っている医療機関数、医療機関は把握できますが、掲載について同意を得ておりませんので、第2回の会議までに該当する医療機関に掲載の可否を調査しまして更新をさせていただきます。

続いて、16ページをお願いいたします。(2)在宅医療に必要な連携を担う拠点ということで、各保健医療圏における拠点として保健所及び福祉保健所を記載しております。

最後に、目標について、になります。今回、数値目標の設定数を大幅に増やしておりますが、これについては参考資料1をご覧くださいませでしょうか。

参考資料1の1ページ目に第7次医療計画在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例と上に書いてある資料になります。こちら、厚生労働省のほうから今回、計画を作成するにあたって、こういう指標を使ったらいいですよということで示されたものになります。こちらの指標例に基づいて、これから説明させていただく目標の設定をしたということになります。

計画の本文のほうに戻っていただきまして、16ページの目標のところですが、ここも退院支援から看取りまで4つの大きい項目に分けて記載しております。

退院支援の1つ目、退院前カンファレンスを実施している医療機関数ということで、直近値は54箇所になっております。この数字は、診療報酬施設基準の退院支援加算の届出から拾った数字になります。目標値は60箇所とさせていただいています。平成30年から1箇所ずつ増えるということを目標としまして、この数字にしております。

次に、多職種連携のための情報通信技術を導入した施設数ですが、こちら、直近値は54箇所になっておりますが、目標値として250箇所という数字をあげております。この目標値につきましては、現在、ICT導入の対象施設数が県内約1500箇所ありまして、その6分の1の数字になっております。

次に、2番、日常の療養支援のところですが、1つ目の訪問診療を実施している医療機関数のところになります。ここの目標値の設定については、すみません、また参考資料1

のほうをご覧くださいませでしょうか。

参考資料1の2ページ目になります。在宅医療の需要推計についてと上に書いてある資料になります。こちらも厚労省のほうから出された資料になりますが、目標値の算出方法として例示をされたものになります。

ここで、どういうことが書かれているかと言いますと、訪問診療を必要とする患者数の伸び率と同じ比率で訪問診療を実施する医療機関数を設定するということが書かれております。要するに、訪問診療の患者数が1.2倍に増えるのであれば、訪問診療を実施する医療機関数も1.2倍に増やすということを書いております。今回、この算出方法を当県でも用いることとして目標設定をさせていただいております。

すみません。計画の本文のほうに戻っていただきまして、先ほどの続きになりますが、訪問診療を実施している医療機関数ということで、直近値133箇所となっております。ここで、先ほどの在宅医療の需要の推計を用いまして、当県においては、平成28年度から平成35年度までで訪問診療を必要とする患者数が約1.08倍になると推計をされております。なので、医療機関数も同様に1.08倍にするということで、133掛ける1.08で数字を出しておりますが、すみません、ここ、計算誤りがございます。142箇所と記載しておりますが、先ほどの計算方法で144箇所になりますので、すみません、訂正をお願いいたします。144箇所が目標値になります。

次に、2つ目の訪問看護ステーション数ですが、現状値61箇所から目標値66箇所としております。こちら、休止中のステーション全てを稼働させることを目標として、この数字を出しております。

3つ目の訪問看護ステーション従事者数ですが、こちら、現状値280人から15人増加で目標に295人としております。これは、上のステーション数と連動しますが、1ステーション最低3名必要となっておりますので、上に書いてあるとおり、5ステーション、5箇所増加した場合、少なくとも15人は増えるということで、この目標値を設定しております。

次に4つ目、訪問診療を受けた患者数ですが、こちら、ひと月の人数になります。現状値2617人となっておりますが、こちら先ほどの在宅医療の需要推計に基づいて、2617人に1.08を掛けまして2826人という目標にしております。

次、5つ目の訪問看護利用者数ですが、こちらは、現状値382人となっておりますが、こちら、大体の想定数で、35年時点で400人を目標として記載をしております。

次のページをお願いいたします。17ページ。一番上の往診を実施している医療機関数というところです。こちら、現状値249箇所ですが、在宅医療の需要推計を用いまして266箇所を目標値として設定しております。

上から2つ目の訪問歯科診療を実施するため施設基準の届出を行っている歯科診療所数のところですが、現状、県内、歯科診療所の7割の275箇所が届出をしているところですが、8割以上の300箇所を目標として設定をしております。

上から3つ目の全保険薬局に占める訪問薬剤管理指導が可能な薬局の割合は、現状90.

1%であるところを100%を目標として設定しております。

続いて、3の急変時の対応に関しましては、1個目、急変時の受入可能病院・有床診療所数ということで、こちらも在宅医療の需要推計を用いまして、目標値40箇所としております。

その下の24時間体制をとる訪問看護ステーション数・従事者数については、現状維持ということで45箇所219人を設定しております。

最後、4の看取りのところですが、1つ目、在宅看取りを実施している医療機関数ですが、こちらも在宅医療の需要推計を用いまして144箇所、現状値が133箇所のところ、目標値144箇所としております。

一番下、年間の看取り数のところも同様に在宅医療の需要推計から算出をしまして、現状値612人のところ、目標661人としております。

目標については、以上になります。

最後のページですが、こちらには在宅医療の医療連携体制図を載せております。こちら、6期から大きな変更はしておりませんので、説明は省略をさせていただきます。

計画の本文案の説明は以上になりますが、最後、参考資料2について簡単に説明をさせていただきます。参考資料2、在宅医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標でございます。1ページ目を開いていただきまして、こちらの表ですが、全ての指標が毎年更新できるものではなくて、国の特別調査ですとか3年ごとの調査もありますので、今年度、可能な限りで更新をしております。黄色で網掛けをしている部分が、今年度更新をした最新のデータとなっております。説明は省略させていただきますので、また見ておいていただけたらと思います。

長くなりましたが、私からの説明は、以上でございます。

(座長) 最後の、今日配られた総合事業・包括的支援事業の実施時期調査の説明はしなくていいんですか。あとにしますか？

(事務局) 資料4が終わった後になりますので。

(座長) まだ資料4がある。

(事務局) 一番最後になります。

(座長) はい。これで一旦、色んな議論をさせていただきます。資料4は最後に説明させていただきます。

今、資料1が、第6期の今までやったことの計画の評価のこと。それをもとにして第6期と第7期の計画の構成対照表及び今の第7期の保健医療計画案まで説明いただいたんですけど。

今の第6期の資料1の部分については一定の成果があったというデータが出ていますので、それはそれでよしとして、何かここで、ちょっとおかしいなというところがあれば、意見だけ聞きますけど。

はい、どうぞ。

(堀川委員) 目標は達成したというお話ですけども、この1枚目の在宅、日常の療養支援と急変時の対応については、設定時には在宅医療の調査で、先ほどの計画の中でも、この調査での数字を出されているので、少なくとも両方併記するべきではないかというふうに思いますけど。

(事務局) ご指摘ありがとうございます。

そうですね。直近値ということで最新の数字を出すために、こちら、届出等からひろってききましたが、おっしゃられるとおり、確かに少なくとも併記する必要があると思いますので、すみません。失礼いたしました。

(座長) よろしいですか。

ほかにこの資料1についてのご質問、あるいは、意見、ありましたら。

これは今までの実績の状態のようですので、これは、気付かれたら、またおうかがいしたいと思いますけど。

資料2の第6期、第7期計画、構成対照表。これも、第7期このようにしますよということなんですけど、これは大きく分けていくつかあるんですが、それよりも第7期の保健医療計画、資料3ですかね、のところで全部出ていますので、資料3をもとに何かご意見、うかがいたいと思うんですけど。

基本的に在宅医療、ベースとなるのは往診医の確保、それから、訪問看護ステーションの数、あるいは看護師数、それから、退院時のケアカンファレンスによって在宅に移行する時の問題。それから、急変時の入院、あるいは施設への入所、入院が可能か、どれぐらいあるかという問題。それから、看取りの部分については、いかに在宅で看取れるかということですので、このへんの27～28%の県民の皆さんの在宅でいたいという意向のようですから、そのへんのところをどういうふうにとらえるかと。

看取りについても色々あると思うんですけど、色々計画が中に出ていますが、それも含めて、現状、第7期の保健医療計画がこういうことでいいかどうか。とりあえず意見を求めて、僕がそのあと、各セクションの皆さん方のご意見、とりあえず。

はい、どうぞ。

(堀川委員) 1.08の根拠という、どういう計算で1.08になったかということをお教えいただけたらと思うんですけど。

(事務局) 1.08の根拠ですが、地域医療構想の策定の際に、国のほうから訪問診療の需要の見込み数というのが数字が出されておりまして、それを基に計算をしたこととなります。

(堀川委員) 地域医療構想がそのままになるかどうかは別として、医療区分1の方の70%が在宅でいいとかいうような数字がある中で、1.08というのは、ちょっとピンとこなかったんですけれど。

(事務局) 地域医療構想担当の原本と申します。

今回、純粹にこの指標の中の目標値で伸び率を掛けた1.08は、地域医療構想の作成の際に訪問診療分として推計した部分のみを使って、今回は足している部分で、このあと、第4の資料で医療計画と介護計画の整合性のところで、先ほど所長のおっしゃられた追加的に医療からふってくる部分の説明をさせていただくので、今回のこの部分につきましては、基本の訪問診療分、ナースの高齢化等で伸びる率を地域医療構想の際に国のほうが推計したものを、国のほうが提供したものを今回反映させていただいて、その伸び率を目標に反映しているというかたちになっています。

(座長) 今の説明でいいですか。1.08の問題ですよね。これ、一定のそういう国のほうから示された部分があるわけ。

よろしいですか。はい、どうぞ。

(堀川委員) どういうふうに考えるかというのは、それでいいと思うんですけども、この中での高齢者人口の推計のところなんかで、65歳以上ということで高齢者が減っていくということで書かれているんですけど、その前のところで、訪問診療を受けている方は、76歳以上は13%ということを書いておられて、ということは、75歳以上は80%はおられるということで、高知市以外も75歳以上人口はそれほど減らないと思いますけれども、これから伸びていくと思うんですけども、そういう場合と、この1.08というのがちょっとそぐわないような感じがするんですけど、そういうことで言わせていただきました。

(座長) 国の示したものと実態というか、そっちが乖離しているというご意見ですか。そういうことでいいんですか。

(堀川委員) 国がどういうかたちで出したのか、ちょっともとの計算式がわかりませんが、6年先まで1.08ぐらいだったら非常に、そんな無理な数字じゃないと思うので、非常に嬉しいことだとは思いますが、高齢者人口とそれから療養病床の行方を見ると、やはり1.08でもいいのかなというふうには感じます。

(事務局) それにつきましては、ページ、4ページのほうの図表6を見ていただきますと、各圏域別の保健所別の高齢者の将来の推計人口がございまして、実際に高知市さんは少し上がっていきます。ただ、ほかの地域においては、大体、平成30年前後を中心に大体ピークがきてしまうということで。

(堀川委員) 先ほど言ったように、75歳以上の人口で検討すべきじゃないかなと。これ65歳以上人口なんですよ。

(事務局) 65歳です。

(堀川委員) だから、在宅訪問診療の患者数が、8割は75歳以上なので、75歳以上人口の推計を見たほうが正確かなというふうに思っています。

(事務局) はい。確かにおっしゃられるとおりですけれども、実際、これ、65歳からみられていますけれども、そんなに大きく外れないだろうと。国の方から出されました、本当に、各市町村別の推計数というのが出されておまして、それを基にそういったような数字を少し出させていただいたということになります。もう一度、私共の方でも、ここの数字につきましては、検討のほうはさせていただきますので。

(座長) 今のでよろしいでしょうか。回答で。

それでは、この中で色々ご意見ほかがあれば、受けたうえで。

はい、どうぞ。

(安岡委員) 16ページの日常の療養支援のところ、訪問看護のステーション数で、従事者数も関係はしてくるんですが、61箇所から目標66箇所で、その中で休止中のステーション再開とおっしゃられたんですが、すみません、圏域別に本当に、どのあたりにいくつ、どういったステーション、どのエリアにステーションがあったほうがいいのかとかという、そういった具体的なところって、県としては。

圏域別での数も出してはいただいているんですが、ここで目標値66箇所で休止中のステーションの再開って、ちらっとおっしゃったので、ちょっと気になったので教えていただきたいです。

(事務局) ありがとうございます。今現在、休止中のステーションが、高知市1箇所、それから、この時点での休止の状況が、高知市1箇所、南国市が1箇所、四万十市が1箇所、それと、香美市が1箇所というかたちになっています。

新しく増えているところもあるんですけれども、この作成した段階での61箇所にしておりますので、若干数が動いているのも事実です。このステーション数というところは、

今、病院がステーション開設しようかというところの相談も色々うけていますので、今のところ66、先ほど言ったところの何を根拠とするかということがありましたので、限りなく、ここ近年、急激にステーション数は増えておりますけれど、今後、これがずっと伸びていくかというところの、なかなかおいかねるところもありまして、その数字を示させていただきました。

(座長) これは、いわゆる地図でプロットするということではないんですね。

(事務局) 地図上で落としていますが、現在、高知市が一番多いというところ、30数箇所あります。各市町村ごと、落とし込みをしております。現在、ステーションがない地域もちろんありますし、訪問看護が、ステーションが訪問に入っていないエリアも確かにありますが、そのエリアにつきましては、その地域にあります病院、もしくは診療所が訪問に出ているということと、遠距離訪問の関係がありますので、理想としては、各市町村に1箇所、最低1箇所あったらということと言われておりますけれども、そのところをカバーするための施策として、今、医療政策課のほうで遠距離訪問への支援ということもしております。

また、今現在無い、黒潮町のところに、市町村のほうと連絡を取り合いましてステーションの設置ということにつきまして話はしておりますが、訪問看護師数の確保が難しいというところもありまして、サテライトステーションの設置のお話もさせていただいておりますが、診療所の訪問看護で、今カバーしていただいているというところでは。

なので、ステーションの設置が難しかったとしても、サテライトステーションの設置でカバーできないだろうかということで市町村さんのほうのお話はしているところです。

(座長) よろしいですか。

結局、13ページのところで、下のほうのところに文言として出ておって、それで、しかも今の箱の中に書かれると、どうしても、どこなの？ということになってしまう。具体的な案が出てこない。だから、そのへんのところ、どうしても。

ただ、きちっと書き込めるかどうかというのは、ここにできますよと言ってもなかなか利用者の問題ですので、そう簡単には、こちらの意向どおりいくかどうかわからない。ただ、目標値としては、こうしたいんだというレベルで抑えたということでもいいんですよ。そういうことですよ。

具体的話になってくると、全部やったらおおごとになるんだけど、ここにどれくらいとか、この日常の療養支援なんかでもですね、どこにどれくらい必要かという話。当然、訪問診療やっている医療機関とかステーション、あるいはどこにどれくらい患者数があるとか、各地域のことを考えると、なかなか結構出すのは、算定するのは難しいように思うんだけど。ただ、大きい網掛けとしてはこういうふうにしますよというのは、どこかに文言出ていますので、それはそれでいいんじゃないかと思うんですが。

意見、ほかにありますか。具体の話にしないといけないんだったら、またそれはそれで、グラフとか地図でプロットするとかになってくるんだけど。

(安岡委員) そうじゃないかとは思ったんですけど。近年、高知市内に急増しているの、ちょっとそのへん、高知市にまた集中してもあれかなと思ったので、ちょっと確認を。すみません。

(座長) 事務局としては、なかなか具体の場所とかを書き込むのはなかなか、全体数としては書いても、地域ごとになってくると難しい話、どうですか。できそうだったらやったらいいと思うけど。

(事務局) そうですね。基本的に県としましても、全市町村になるというのは非常によろしいことだろうというのは大前提としてあります。ただ、先ほど寺田先生が言われたとおり、需要と供給のバランスというのがあります。それから、従前からしっかりやられていて、そこがもう、いわゆるエリアを持っているというところも実際にはございまして、そこに無理して参入させるということは、影響面からもあまり良いことではないだろうというふうに考えています。

その中で、今、県が考えているのが、中芸地区は、やはり、ひとつ、大きな問題だろうと。中芸のほうには、何とかおいていただくということで、今、話を進めておりまして、できれば年内、年度内にはスタートができるような目処がついてございます。

また、黒潮町につきましては、先ほどチーフが申しましたように、今、ひとつできそうかなというところまでは行ったんですけど、なかなか手配のほうは足りなくて、今、実際にそこにある診療所のほうで、そこを何とかまわしてカバーしていただくというところで、もう少し頑張ってくださいと。その中で、需要が増えるようであれば、また、さらに考えていきたいというふうに思っております。

あと、もうひとつは、嶺北のほうになります。ただ、そこも、特に大川村のほうになるんですけども、そこは、土佐町になりまして、病院さんのほうにも話にいきまして、役場の方も入れて何とかまわせないかということでお頼みをしております。ただ、どうしても、人手ということもありますので、現状は何とか人をまわしていただくということで何とかならないかという方向で検討させていただいています。ただ、ほかの地域になりますと、ステーションはなくても、病院とか診療所が訪問をやっていただいでカバーができています。また、私共、遠距離につきましては補助金というものを出してやっておりますので、それでカバーが、今のところできているのではないかと。

ただ、今後、需要も増える、そういうこともにらみながら、少しずつかたちが変わりながらも、このカバー率は落とすことがないようにということ考えているところです。

(座長) よろしいですか。

何かほかに。

はい、どうぞ。

(宮井委員) 看護協会の宮井です。

今の話に、16ページに関係するんですけれど、ステーションの数の考え方はわかりました。ステーションの訪問看護師の従事者数なんですけれども、仕組み、考え方としては5箇所増えるので、施設基準だと、3人、2.5、3というので、5を掛けて15というふうにお考えで15を出しているというお考えもわかりました。

しかしながら、26年度の従事者届けで211名だったと思うんですけど、そこから2年間のうちに、育成もしっかりしていただいて68人ぐらい増えているんですけど、ちょうど65歳以上の人口が32年でピークで、あとは減少に転ずると。地域差はございませぬけれども。

それで、今おっしゃった、診療所等、病院等が訪問看護に、訪問診療、訪問看護に行くという観点から考えて295なのか、在宅でステーションの数は5箇所でも、機能強化とか大規模化と言われている中で、3掛ける5というのは少し単純過ぎはしないかと思ったり。

そして、在宅と訪問看護と大きく叫ばれながら、32年のピークは過ぎても15人しか増えなくていいのかという、何かちょっとすみません、そういうので割り出すと、そうなのかもしれませんけど、どうも頭の中にしっくりとこないというのがありまして、ちょっとご説明を。

最低はわかるんですけど、もう少し何かご検討いただけたらと思ったりするんですけど、森下さん、どうでしょうか。先生、いかがでしょう。ふって見たけど、かまいませんか。すみません名前も間違えて、ごめんなさい。

(森下委員) 私も、この人数が少し気になっていて、少し、やはり、前、訪問看護の寄附講座を立ち上げた時に、何人必要、人口割りで、高齢者の割りで何人訪問看護師が必要という数字を高齢化率をもとに出して、その中から目標値を設定したんですけども、ステーションが3箇所増えるから、4箇所増えるからということではなくて、やはり、高齢化率と、あと、他県の訪問看護の利用者率だとかというようなものも少し考えて、ここの需要、目標値というのはしっかりと設定していただけたらいいんじゃないかなというふうに思います。

ごめんなさい。計算値を今、忘れてしまったんですけども、計算をさせていただいたと思いますので。

ステーション数ではなく、少し、高齢者の人数、そして、在宅療養者の人数、介護度の推定値も多分出ていて、より介護度が上がるにつれて訪問看護の利用率だとかということもふまえて必要者数を出したと、訪問看護師の必要者数を出したと思いますので、ちょっと、その計算式をもとに。

(座長) わかりました。もう少しきめ細かにこの数字を出せという話なんだけど、それ、どうですか。

(事務局) はい。ありがとうございます。

平成26年度の段階で31年度まで84名増やすということでしたので、実数のところ280数名というのが大体、今の段階で直近値と合っているなという話はしたところなんです。その際にも計算上では、今の280名と大体同等の値ではなっておりました。

35年度まではその動きの中で、今、県立大学のほうで寄附講座を設置していただきまして、新人の看護師もしくは新任の看護師の育成をしているところなんですけれども、その研修生の伸び率、伸びの状況もふまえて、本来であれば、大規模化というところを目指し、高知県としても動いていきたいところではあるんですが、すぐその、どれだけ規模が増やせるかということもありまして、実際のところ、ここ直近の2年間の増というところはステーション数が増えていますので、そこで影響しているのかなというふうに思っております。

先ほど、森下委員のほうからお話がありましたように、その部分の計算は再度、もう一度してはいきますけれども、31年度、32年度以降の伸びというところが、ほとんど今の考え方と同じになりますし、国の計算上のデータが出ていませんでしたところで、同じような考え方でもっていきました。

従事者のところでは、ご指摘のとおり、15名しか増えていないというところで、今後、ステーションの需要が望まれる中で少ないのではないかとというところで、確かに事務局としても、作成したほうにとっても、ちょっとそこはひっかかるころではありますが、再度次回までに検討させていただきます。

(座長) よろしいですか。もう少し、数の問題で検討という話なので、これは何とかできますか？

はい。

では、議論の中身、ちょっと皆さん方に提案するために、10ページの図表22のところですね。この横のグラフですけど、4つほどですね。上から、家族の身体的・時間的な負担が大きくなる、経済的な負担、急変した時の入院、それから、すぐ往診してくれる医師や看護師がいる。この4つが基本、この在宅医療の患者ニーズに対する問題点であって、それをどうやってクリアするかという話が大きな話になると思うんですね。

書き込まれているかどうかというところで、各セクションの方で聞いてみたいと思うんですけど。

これ、例えば、家族の身体的・時間的な負担が大きくなるという意味では、どこかに書き込んである？1番目の家族の身体的・時間的な負担が大きくなるように、46.5%あるんだけど、じゃあ、それをどうやってクリアしようとかという目標値とか何とかかんとかはあるんですか。どこを見ればいい？

(事務局) 今回、書かせていただいた案の中では、記載がございませんので、こういったことへの対策として記載するという事は検討をさせていただきたいと思います。

(座長) はい。この4つに対する何らかの文言のリアクションがあればわかりやすいと思うんですけど、一般の人が見た時にね。我々はある程度わかりますけど、読んだら。だけど、そのへんが大事なことはないだろうかと思いますけど。

それでは、これで何か意見があったら聞きますけど。なかったら、今からあてますので、順番に。自分のセクションのところ。

看護協会、大体もう言ったので。

宮野さんの高知大学のICTの話、今どうなっているか、何百人増えるんだけどこれでもいいのか。

(宮野委員) これだけ1.08倍じゃないみたいだけど。

(座長) 例えば16ページのね、退院支援の目標のところの54箇所が250箇所に増えるということになっているんだけど。この施設数が。これでいいわけ？

(宮野委員) これ、どうして250になりましたか。

(事務局) 現在、県内でICT導入施設の対象となっている施設数が1500箇所、その6分の1という数字を出しております。

(宮野委員) 介護系も全部含めてですね。

(事務局) 実際、その数字に関しましてはですね、まず、このシステム自体が円滑に運営していくために必要な数字というのが、200いくつくらいだったと思います。その中で目標とした数字ということです。

(座長) それと、現状はどうなっている。

(宮野委員) 現状は、最初このシステムを導入して使い始めて、最初は在宅医療とかをやられている先生方とか皆さんにお世話になって40箇所くらい、すぐ配置していただいて、そのあと、少しずつ増やして、今ちょうど55になっていますけども、やっています。

今現在、どっちかと言うと、ちょっと止まっている感じはあるんですけども、ただ、どっちかと言うと、使っているところでの運用ルールというか、色んなICTを使った情報共有ですので、どういった情報を載せるかとか、個人情報の中にもありますし、必要な情報だけでいいんじゃないかというところで、使っている人達の中で、そのルールを作り

ながら、ちゃんと中身をしっかりさせて順番に広めていこうというようなかたちでやっています、特に安芸市のほうですとかはワーキングをつくって熱心に使っているところで話し合いを繰り返してやっているとかやっています。大学のほうでも導入しましたので、順番に、そういう院内でのルールを作って医療介護連携のほうで実践で使っていきたいなと思っていますところでは。

(座長) 宣伝しておいてください。

これ、実はですね、多職種で、しかも在宅医療と関わる介護の部分ですので、ICTというのは皆が使ってくれないといけませんから、医療機関だけじゃなくて訪問看護ステーションだとか、ケアマネさんだとか、あるいは包括だとか、そういうところですね。のところで使い勝手のいいものになっていますので、是非、1人の患者さんを多職種が見るということですので、医者だけの問題じゃなくて。

というのは、情報共有ツールということですので、なるべく安くしてランニングコストを。皆さんが参加して、数が多ければ多いほど、1人の患者さんをいかに安心安全でみられるかということになりますので、参加していただきたい。これから宣伝するということですか。

(宮野委員) 運営のことを考えますと200箇所くらいは入っていただいて、特に医療機関はやっぱり入っていただきたいんですけども、通常は、やはりICTは連携のツールとして、日頃に連携をたくさん、連携にかかる業務をたくさん行っている人ほど、すごくメリットを感じるということで、ケアマネさんとかに最近はずごく使っていただく、理事会とかに出向いてやっていますので、是非使っていただきたいというふうに宣伝にまわっているのと、あと、包括さんにも是非使ってもらいたいというかたちで、市町村にもまわっているところでは。

(座長) 看護師グループは、ちょっとスキップします。

山村先生、慢性期の、例えば急性期にいざとなったら入院できるとか入所できるとか、そこらへんの話も含めて先生の立場で何かお願いできますか、意見。

(山村委員) 全体的に今回、慢性期自体が来年の改正で、なかなか大変な状況になってくるんだろうと。ここ、5、6年の間に本当に慢性期医療って段々なくなってくるんじゃないかなというふうに思います。

それが、今の段階では、なかなか慢性期自体が低迷というのかな、今後、行っていくにはすごく大変な状況になりますので、実際は少し変化をさせながらいかんといかんかなと。次の段階を見定めながら動いていかないと、ベッドを段々閉めるところが、今、増えてきておりますので、また、今年もいくつかベッドを閉められたところがあるみたいですので。だから、例えば急性期のほうから完全に受け皿ができないところか受けられないような状

況には現在なっています。

今までと、新たにそこから新たに治療が始まるんじゃないしに、継続的な流れでずっと動いていますので、慢性期としても、その重度の人達をとってみてあげればいいんでしょうけども、慢性期も次の段階に移せなくて、なかなか長期にずっといれるのは、今後の流れ的にはちょっと大変だろということで、ここの受け皿的なところも結構、大変な流れが結構起こってくるんじゃないかなというふうに思います。

今回の、次回の改正がどういうふうなところまでなってくるかということも、大きな問題になってくると思いますし、家族がみれないという方がどんどん増えてきておりますので、老老パターンというのがどんどんどんどん増えてきて、今までみている方々がどこかの施設に入れてくださいということの流れが段々増えています。

だから、これを何とかしなかったら、絶対的に行く場所がほとんど、今の状況ではなくなってくるから、その色々施設等が増えてはきておりますけれども、ここが大きな問題ではないかと。

やはり、そういう方々というのは僕の周りにもすごくたくさんおまして、早く何とかしてほしいという。それがために、ショートステイ使ったりデイサービス使ったり、あらゆるパターンを使いながらすごく動かしているような状況ですし、今まではその受け皿の慢性期があったんですけども、今後の流れ的には、いかに動かしながら在宅を上手に使いながら、施設を上手に使いながら全てを動かしていかない限り、絶対生活することはできないんじゃないかなと。

そういうすべての連携を、今後、より以上、求めていかないといけないんじゃないかなと思います。このままでおったら、大変なことになるんじゃないかなというふうにすごく思います。

(座長) 今の話を要約します。わかりやすく。

介護療養病床廃止、6年後には来ます。医療療養病床はある程度残ると思いますけど。療養病床の再編の状態になって、つまり、介護療養病床は6年間かけてサ高住か、あるいは介護医療院という介護施設に移れというのが、厚労省のやり方です。

今、山村先生がおっしゃったように、そうなった時に、果たしてどれぐらいの病院が、そうやって介護のほうに行って生き残っているか。つまり、受け皿があるかどうかですね。

今、もう閉めようかというところもあったりもします。ということは、今、寝たきりの方が在宅へ持ち込まれた場合には、このシステムをちゃんとさせておかなかつたら、地域包括ケアシステムですね、これをちゃんとしておかないと受け皿がないということで、急いで、しかも、構築しないといけないということなんです。

在宅医療と介護連携システムですね。これがちゃんと機能しないとだめなので、あとで説明してもらいますけど、どこまでどう進んでいるかですね。このへんのところがうまく機能しないとえらいことになるということで、このへんのことは、この計画の中に、これ、5年間の計画ですので、まだ盛り込まれてないというところなので、そのへんのところは

今後の課題だということです。そのへんをふまえて、今後、見ていかないといけないと思います。

けど、書き込むには、なかなか難しい部分があって、どの程度、療養病床がどう移行するか。移行、今、アンケート調査していますけど、それについてどうなるかですね。だから、まだ、この2月、3月にならないと医療と介護の給付費が出ませんので、どういうシステムになるかわかりません、まだ。

今、山村先生がおっしゃったように、それを見てみないとわからないんですけど、6年後にどうなっているかという問題は、ある程度見据えてどこかに書き込む必要があるかもわかりませんね。以上です。

あと、和田さん、あとで講評してくれる？あとでね。

ソーシャルワーカーの辻さんですかね。ご意見あったら、何か。

(辻委員) 退院支援とか日常の療養支援のところですけど、退院支援ルールだったり、この介護保険に関係する入退院のことだったり、カンファレンスのことだったり、医療機関の中でもずいぶん育ってきたかなという、認識もされてきたかなという感じが実際にあります。

今回、課題の方にもあがっていますように、小児だったり、障害者のほうでも在宅療養の支援をとということが課題にあがっていますが、介護の関係と障害とは支援の体制の仕方が違ったり、あと障害とか小児のほうでも、入院の時点から退院に向けての育成といいましょうか、そこも併せてしていただきますと、在宅のほうは、もう少し今後進んでいくかなというふうに思います。

(座長) 僕の聞きたいのは、病院からのケアの、退院時のケアカンファレンス。ソーシャルワーカーがそこに大きく関わってくると思うので、そのへんの話、今のこの書き込みでいいのかどうかを聞きたいんですけど。

何ページにある？事務局ちょっと言って。退院時支援のところよ。8ページ？

退院前カンファレンス、このへんはソーシャルワーカー、一番関与するでしょう。そうじゃない？

(辻委員) そうですね。窓口になったり。

(座長) このへんのところは、いわゆるソーシャルワーカーだけでなく、やは、ケアマネ、それから往診する往診医がどれぐらい関与するかとか。退院時カンファレンス、あとは、かえってくださいの話で、そのあとの受け皿をちゃんとしないといけないので、追いつけなかったじゃなくて、ちゃんと在宅で支援してもらえたということにもっていかなくちゃいけないけど、こういう書き方でいい？

(辻委員) はい。大丈夫です。

入院時及び退院時におけるというところからいくと、退院が決まってから、さあ、退院の調整をしましょうというよりも、入院の時点から、ソーシャルワーカーも関わっていますし、ナースのほうも入院の時点から先を見越した支援をするようなかたちになっておりますので、この書き方で大丈夫だと。

(座長) はい。事務局、何かある？ない？僕の言っていることに対して何かある？

(事務局) この入院時からのいわゆる多職種の協働ということにつきましては、高知市さんのほうは、外部とのつながりということでは、退院調整ルールというのを作っていらっしゃるしまして、それをベースに各全県下の広げていこうというような動きが実際にはございます。

また、院内ルールにつきましては、退院調整支援としまして、ガイドラインのほうを今日いらっしゃる森下先生のほうに作っていただいております、それにつきましては、今年度、幡多のほう、それから、安芸のほうでモデル病院を設定してやっております。来年度は、中央東のほうと須崎のほうでもやって、もともとこれは、土佐市のほうで作っておりますので、来年度には県下の全域でモデルというかたちではスタートできるという。

(座長) 問題はですね、点数化されていると思うんです。保険点数化されていると思うので、参加する医療機関がかなり増えるはずなんですね。それをちゃんとアナウンスしてこれをやれば、お金になるという話で。

だから、そういうことによってこういうものが増えていくと、在宅支援もかなりの確率で増えていくのではないかと。その受け皿を我々が、今、決めるところだからということですね。

(森下委員) それは退院共同指導の加算がつくと思うんですけれども、退院時の共同指導の加算の数とかというのは、数値としては出ないんですか。

退院時カンファレンス、退院時共同指導というので。

(事務局) わかりました。今回ちょっとまだ拾えておりませんので、その点につきましては、また努力のほうをして、出せるものは次回、出させていただきたいというふうに思っています。

(座長) はい。田上先生、あとでね。

ケアマネの芝さんだったっけ。何かご意見ありますか。

(芝委員) ちょっと話が変わるかもしれませんが、在宅死亡率というところですが、全国

が19.8で、県が13.8…。

11ページです。資料3の11ページです。

なっていますが、全国の中で高いところが何%なのかということと、どういう地域、地域性はどんなところなのかという、県がどこまで、高知県がどこまでそこに迫れるのか、この死亡率を、在宅死亡率というか、在宅で亡くなりたいと希望しているのが28%ぐらいでしたっけ、のところまでもっていきたいという目標なのかということを知りたいのと、在宅、在宅と言っていますが、今回の、前回か、総合事業が始まってから、ヘルパー事業所が閉めているところが田舎でも出てきているんです。人材が足りないということもあるんですけども、本当に在宅を目指すならば、小さな事業所でも生き残っていけるような対策をしないと、在宅介護、医療は全く機能しないということになるのではないかと、すごく危惧しています。

実際悩んでいるところも、今、ありますし、どうやって生き残っていけるかという状況になっています。

(座長) ケアマネの事業所の話ですか。

(芝委員) いえ、ヘルパー事業所です。

(座長) ヘルパー事業所。

(芝委員) ヘルパー事業所もそうです。ケアマネも独立採算できる予算はついていない、点数がついていないですので、本当に在宅を国は目指しているのかというところで、疑います。すみません。

(座長) 問題は、国の制度の問題なのか、我々が努力すればできる話なのかというところなんだけど。

(芝委員) 努力でできる部分は越えているような気がするんですが。どうなのでしょう。

努力しないといけない部分はあるとは思いますが。過渡期だからなのかも知れませんが、本当にこうやって病院のベッド数が減らされて在宅が増えてきた時には、ヘルパーさんも身体介護が増えていって、やっていけるようになる時代が来るのかもしれないけども、高知県…。

(座長) ちょっと待つて。あのね、この問題はですね、今医療の話を言っているんだよね。介護の話なのよ、ヘルパーの話はですね。

その介護保険のシステムの中の点数化だと思うんですよ、ヘルパーの話は多分。

(芝委員) そうですけど。

(座長) 介護度が出ての話でしょう。

(芝委員) そうですけど、介護との整合性というのもありますので、医療だけで整うものではないですので、すみません。違う話になったかもしれませんが。

(座長) わかります、気持ちは。だから、そこにいわゆる色々なフィーがつかないと、ヘルパーの事業所なりが機能しないと。機能しなければ、いわゆる在宅医療と介護のシステムが、こっちは今、在宅医療の話なんだけど、次は介護保険の話なわけですね。それがうまくリンクしないとだめだという話でしょう。

だから、これから、そこらへんは課題としてなんだけど、ここの今のこの会では、解決する話ではないので、課題としてうかがっておくということによろしいでしょうか。

(芝委員) はい。

で、高知県として、ベッド数をどこまで減らすつもりと言っていいんでしょうか、なのか、ベッド数、高知県って全国で医療も介護もベッド数が多いので、高知県としての方針というのがここに出てこない、もう本当に目先のことだけクリアして行って。

(座長) これはですね。ちょっと待ってください。ちょっと待って。

今の話はね、病院、病床数の話ですよ。今、おっしゃられるのは。そういうことでしょうか？減らされるのがどうのこうのという話でしょう、今の話は。

(芝委員) 全部がリンクしていると思うのですすみません。紛糾させてしまってすみません。

(座長) 地域医療構想というのがあって、その中で今、どうするかという話が、数という問題が出ているんです。ここで、ここはそういうことを議論する場じゃないので、これ、事務局、何か言い方がある？

地域医療構想の中での病床数、あるいは計算式がありますよね。その中で、今の話、減らされるかどうかという話を言っているんだけど、この会は在宅医療の話なので、病院数あるいは病床数、この話を議論するにはちょっと不適切だと思うんだけど。違う会がありますからね。

(事務局) 今回の計画、第7次の計画につきましては、地域医療構想も内包するかたちでという、今年かたちをとっておりますので、別立てとしまして地域医療構想というものがございます。地域医療構想につきましては、また地域医療構想の中で、また話をしておりますので、そちらのほうと、こちらに入れてしまいますとダブリになってしまいますの

で、今回は、数字ということは、ここには書く予定は今のところございません。

(座長) もちろん、わかります。減らされたら在宅医療介護がおかしくなるという話もですね、受け皿としてどうなるのという話も、僕がさっき言ったような話と同じです。ちょっと課題とさせていただきます。

歯科のほうの崎岡さん。

(崎岡委員) お世話になります。資料3の6ページを開けてください。

下のほうに、口腔ケアを担う歯科衛生士のマンパワーを充実させる必要があります、とありますが、歯科のほう、昨年アンケートをとりましたら、全県下でアンケートとりましたら、訪問歯科、訪問診療をするにあたって歯科衛生士がどれくらい不足しているかというのをとりましたら、地域差はありますけど、大体1名くらい足りないという。

その全県下的に普段、診療するにあたって衛生士は不足しているんですが、そのために、県内にある養成機関、学園短大ともタイアップしまして、高知県下の中学・高校生向けに歯科衛生士体験イベントと、そういうものを開いたり、また、卒後の研修をしたりして、できるだけ卒後の学生が歯科衛生士に向くように、また色んな条件を考えつつ、マンパワーのほうの充実をさせていきたいと思っております。以上です。

(座長) これは、このまま書き込めばいいですか。

わかりました。

その次に、公文さん、地域包括ですかね。ご意見ありましたら。

(公文委員) 私が申し上げられることもそんなにはないんですけども、少し、今度の計画に対しても何ら意見もございませんが。

13ページにあります、退院支援と日常の療養支援の部分が包括も関わらせてもらっている部分なのかなと思います。私、本山町の包括ですので、去年、一昨年、あつたかふれあいセンターへの訪問看護普及啓発のために人材を派遣していただいて、個人的にですが、大変効果を得ているというふうに思っております。

実際、中山間地域への訪問看護に関する経費も補助していただいて、実際に、今日も費用は要らないから明日から行く、というふうに力強いお言葉を訪問看護ステーションからいただきました。大変ありがたく思っております。ただ、懸念することといえば、この退院支援のほうのケアマネージャーやら病院のナース、外来のナース達とのここの連携がうまくいかないところが、目下の私の悩みでして、何とか狭い地域ですので、一緒に退院を支援しながら日常の生活が見えていけるような関係性をどうやってつくってあげればいいのかというふうに個人的には思っております。

そして、先生が推進してくださっているICTのことも何度もお勉強もしたんですが、高齢化はナースの方にも迫ってきておりまして、なかなかICTを使えるナースもいない

とは言いませんが、大変、ひとつひとつに対して、ちょっとようせんという話があったりなんです。

ですが、本当に嶺北地域、毎日と言っても過言じゃないほど、お葬式があつて見る見る人が亡くなっておりまして、もう本当に人がいなくなり、人口がどんどん減っておりまして、もう多分、高知市さんなんかとは比べものにならないくらい、皆切迫感をもっています。

何とか来年に向けて、7期に向けて、少しでも明るくなるような計画を立てていけたらなと思っています。感想です。すみません。

(座長) これは事務局かな。

そしたら、内田先生、何かご意見ありますか。

(内田委員) 老人保健施設協議会の内田ですけど。

老健施設が新しく在宅療養を支援しないといけないというふうに決まりました。今までは、介護の必要な人がリハビリをしたりとか療養したりする施設だったのが、在宅復帰とか在宅医療、療養を支援するということが決められたので、今後の在宅医療に関して、もっと役割を持っていかないといけないし、この計画にも、もっと老健の意義をのせていただけたらいいかなと思います。

(座長) 先生、ショートステイの老健はですね、システムになっていると思うんですが、緊急時にそういうことができます？ショートステイですと。

(内田委員) いや、老健施設はショートステイも緊急時に使えます。

(座長) はい。今の内田先生の意見で、もうちょっと書き込んでくれという話だけど、老健を。

(事務局) そうですね。この計画自体は医療計画ということで、実際、同時に介護の関係の計画のほうも書いていただいています。

委員が言われるのは、多分、こちらのほうが中心になろうかなというふうには思っておりますので、そちらの主管課のほうとも、また少しそのあたりはですね。

(座長) 介護保健計画のね。

それでは、薬剤師のほうの阿部さんのほうから。

(阿部委員) はい。薬剤師のほうは、この第7期の資料の7ページにあるんですけども。ひとつ教えてもらいたいんですけども、薬剤師による訪問薬剤管理指導が実施可能な薬

局が346箇所ですとあるんですが、この実施可能な薬局というのは、何を数えた数なんでしょうか。

(事務局) いつもお世話になっています。医事薬務課長の浅野でございます。

この数は、四国厚生支局に届け出をしている薬局の数でございます。

(阿部委員) 何？居宅？

(事務局) 訪問薬剤管理指導で…。

(阿部委員) 居宅療養管理指導のいつでもできるという届け。

(事務局) ええ。

(阿部委員) 算定できる。

(事務局) いわゆる実績とは違う。

(阿部委員) 実績とは違う、はい。

90%で、平成35年度の目標が100%というのが17ページにありまして、というのと、薬剤師は平成35年度までにまだ届け出られていない残り約30箇所の薬局が算定ができますよというのを厚生支局に届ければいいのが目標というのが何かちょっと寂しいなと思ひまして。

よく、最近では、少なくなりましたが、いつでも算定ができるように届出するのは書類だけでできるので、結構、ご覧のとおり90%の薬局がいつでもできますと手をあげているんですけれども、実際ドクターから、看護師さんから話を聞きますと、届け出の準備はできているというふうにはあげているけれども、ちょっと人手不足で行けませんとか、やったことがないのでできませんという声を残念ながら聞くということを知りましたので、入り口、これも目標のひとつでいいと思うんですけども、実際の、例えば直近1年間で、1例でもいいから居宅療養管理指導を算定した薬局がどれくらいあるか、みたいなほうが、実際、県からお金をもらって基礎講座を毎年、薬剤師会のほうでもしてしまひて、2、3年に1回、薬剤師会でアンケートはとっていますけれども、7、8年前から1年に1回でも算定したことがある。実際にしたことがあるというのが、20%、40%、55%と、2、3年ごとにしか見ていませんけれども上がってきているので、実際の算定の件数を目標にさせていただくと、僕の立場でも励みになるかなと。

(座長) 実数がどうかという話なんだね。結局、届け出してあってもやっていないところ

がいっぱいあると。

(阿部委員) はい。それが100%の目標というのが、何かこう、それだったら30件に僕がはたらきかけて届け出してもらえば、100はいくなと思った。

(座長) ある種、事務局の話でもあるけど、薬剤師会での話でもあるわね。薬剤師会の問題、課題でもありますね。

(阿部委員) はい。

(座長) その両方でやってもらうしかない。

居宅療養管理指導をやっているところというのは、調べればわかる？

(阿部委員) はい。

(事務局) 多分、アンケートでしかわからないですね。

医療と介護とごっちゃにあがってきますので、そこもなかなか難しいところがあって。

今回、ごめんなさい。先生もご存知のとおり、患者のための薬局ビジョンが27年度に出されまして、その中で、かかりつけ機能を全ての薬局に持たせます。かかりつけ機能は何ですかといった時に、在宅が入っていたということがあって、一度、ここで整合性をとらせていただきました。

ただ、実績としてやった、例えば、1人、常勤薬剤師が1人のところが半数以上ですので、そこはなかなか難しいところがあると思います。そこは地域の仕組みとしてどうやってやっていくかというところは、薬剤師会と今後、話をさせていただきたいというふうに考えてございます。

(座長) この問題はですね、24時間体制の薬局がどれくらいあるかというのをからんでくるわけです。在宅医療というのは24時間対応ですので、基本的に。だから、薬局が連動しないとできない話。日曜祭日お休みですと言われていたら、我々のところだと当番医なんかもやっているんだけど、その時には出て来てもらっていますけど、そこらへんも含めて、どの程度、連携してできるか。というのは、薬局側の問題もあると思います。今後の課題として、それも、また検討してください。

それでは、もう時間、大体来ましたので。田上先生、何か意見ある？

(田上委員) それでは、私、10ページの表と、それから、6ページのこの表、この2つで、急変時の対応のことについてお話ができればと思います。

10ページのこの表でいくと、要は、上2つは、家族に依存せずに安上がりにできる場所があればということなので、なかなか医療では難しい別次元の大きな課題ですね。

その次の、病状が悪化した時にできる往診というところが、その次の2つの大きな項目であると。

それから、6ページのところの在宅医療を実施していない理由の2つ目のところに急変時の対応が困難と。まず、できそうなところで、急いでやらなきゃいけないところが重要な課題なのかなというふうに思います。

在宅医療実態調査の結果、中央東の管内の数値を見てみると、435人で施設等が3で在宅が1なんです。施設等、多いのが特徴になっておるんですが、看取りの件数で見ると、むしろ居宅のほうが多い報告になっています。

すごく気になっているのが、救急搬送のデータをちょっと見てみたんですが、高齢者の施設からの救急搬送が、通常の一一般の救急搬送と同じような傾向で高知市に大量に、軽症でも大量に救急搬送されている。何をいわんとするかというと、高齢者施設といった時、一定のある程度の連携のネットワークができてはいるはずなのに、異常に弱いという問題。それが、この看取りができていないといったところにも数字が表れているのかなと。

家族介護に期待しないとすると、この施設等が今後、重要になってくる。高知県、サ高住等が少ないわけですけども、そうした時に、これらの高齢者施設の急変時の対応が非常に弱いと。これ、地域単位の、もっと急変時のネットワークシステムをしっかりと作らないとだめなんだなということ。非常に大きな問題として課題意識を持ち、そこらあたり、詳細な実態調査をできればなといったことを今、考えているところです。まず、このあたりから重点的にと考えています。

(座長) 意外と難しいのは、施設というのは、医療もあり介護もありという話なので、そのへん、どう整合性をとるか、今の話をどうもっていくかですね。これ、事務局は何か回答できる？今の話を。

(事務局) 実際に、高齢者の方が急変された時に、実際にいわゆる自宅で最後までといわれるような方も救急搬送されてしまう。しかも、そういう状況ですので、三次救急にいきなり運ばれてしまうという実態はあるということで、それは問題になっているのも事実だろうと思います。

それにつきましては、救急医療等の部会で中心に、どういったかたちにするのか。また、退院とかそういったものに対してのもの。それと、やはり、まず、在宅とかそういったものになれば、まず、救急車よりも、いわゆる看護、いわゆる訪問看護の担当の方とか在宅医にまずは連絡すると、そういったようなところからスタートする。

(座長) あのね、大体わかった。

問題は、看取りをどこで看取るかという話と連動するので、施設でやるのか、在宅でやるのか、あるいは病院でやるのかという話ですね。ということは、リビングウィルとかエンディングノートだとか、よく言われるACPというやつですね。アドバンス・ケア・プ

ランニングという。それはACPというのは、リビングウィルとかエンディングノートは自分から発するものだけど、全体の多職種で決めましょうと、終末期をですね。そういうやつをACPと。

そういうものをどこかに書き込んで、看取りをどこでするかわかっていると、今の、何でもかんでもERへ運んでしまうということは、本人の意向がそうであれば、家族の意向がそうであれば、別にそれ、必要ないんじゃないかということもありますよね。

看取りをどこですか。今時だったら、どこでも看取れる話になっているので、点数化されているし。という話をどこであれするかですね。

はい、どうぞ。

(山村委員) ちょっといいですか。

うちの特養とか色々な介護施設があるんですけども、特養の場合は、大体が、もう、ある程度のレベルが下がった時、家族と看取りをしましょうというふうな話で看取りの契約書をとっております。

ある程度、ご家族が、また病院へ行きたいということであれば、早目に病院に行ってもらうような状況。どうしても夜中に急変した場合だけは、これはどうしても仕方がないですけども。その方が看取りの場合、もうそのまま最後まで介護施設で看取りますと。

やはり、そういう計画をある程度、施設に入ったら、もう最後、いかに最後を看取るかということが大事だと思いますので、どういう契約の仕方をしているかが、いつも大事だと思いますので、うちの場合、ある程度がきたら、皆、ご家族と、もう90まわったら…。

(座長) いや、それ慢性期病床、そういう協議会とかで、そういう話とか整合性というのは皆ができての？そういう話は。先生のところだけ？

(山村委員) 今、特養の施設というのは大体、看取りというやつを契約しようという流れは結構出てきているみたいですね。

(座長) 内田先生のところは、どうなんですか。

(内田委員) やっていますね、はい。

(座長) やっているんですね。

そのへんも含めて書き込むかどうか、課題として。

(山村委員) ある程度、場合によっては病院が早目に全部対応して入院させて色々やるような状況にしています。

(座長) わかりました。

最後に、和田先生、先生はご専門で国の対策のあれに入ったりして非常に活躍されているので、今、我々の高知県の今の現状、今の話を聞いて、感想なり何なり、どうぞ。

(和田委員) 私、病床を増やす必要のある千葉県におりまして、病床再編の会と在宅医療の会に出ておりまして、本当に、皆さん本当に実に細かいというか、きめこまかに議論されていて、非常に私、敬意を表します。先ほどの堀川先生の議論とか森下先生のお答えとか、非常に私、勉強になりました。また、退院支援とか医科歯科連携とか、中山間の訪問看護ステーションのご活躍など、本当に素晴らしいご活動をされているなという気がします。

私から3つほど、中問題に対するご提案をちょっとしたいと思います。

1つは、在宅医療推進で、このあいだ、愛媛県でやっていらっしゃる対策として、各二次医療圏ごとに在宅医療コーディネーターみたいなものを各地域で養成していて、その人が地域のことを非常によく知っている。その個々の先生方の趣向であるとか、特性であるとか、地域のどこを押せばうまくいくという、例えば地域のキーパーソンとか、そういう方々を非常によく知っているようなコーディネーターを養成すると、どうも、既存の医療機関で看取りがほとんどなかったところでも、大体50%くらいの自宅看取りでいけるというのを結構、四国がんセンターの先生なんかと県の医師会とかでやっておられまして、寺田先生とかご存知だと思いますけど、そういう在宅医療コーディネーターみたいなものを養成するかどうかということがひとつ、あるかと思います。これが1つ目です。

2つ目ですが、これ、僕、非常に関心をもっている領域で、訪問看護師の安全性の問題です。訪問看護師ですね。例えば、性暴力の問題とかですね。今、高知県出身の藤田さんという方が神戸でかなりおっしゃっていますよね。性暴力の問題。それから、腰痛保持率は大体、体験者は90%とかですね、針刺し事故からほとんど守られていないとか、交通事故の問題とか、そういう労働安全性が、女性の安全性と、あるいは訪問看護師の安全性が非常に、病院に比べて非常に安全性が低いという問題で、訪問だけはやりたくないというナースも結構おられると。

こういう問題についてもちょっとご考慮いただいて、訪問看護師の労働安全性を高めるということで訪問看護師の参入を高めていきたいというふうな、そういうことをちょっと、私自体は非常に関心を持っているんですが、そういうことについてもご考慮いただければと。これが2つ目でございます。

3つ目ですけれども、先ほどの家族の負担をどんなふうに軽減するかを具体的にどう記載するかという議論がありましたけど、僕は是非、こういうふうに書いてほしいというのがあります。ひとつはですね、家族の負担を減らすというと、ショートステイを使いなさいとか、デイサービスを使いなさいとか、施設を使いなさいとか、そういう話になっていくんですね。そういう話は、患者さん本人からご家族を引き離す、休息させるというといんですけど、引き離すということなんですね。

しかしですね、例えば、訪問看護を入れるというのは、訪問看護を入れると、ご家族が

訪問看護師に習いながら、どんどんスキルアップしていくわけですね。つまり、患者さんから家族を離していったら、いくらでも、全然スキルアップしないんだけど、訪問看護師を入れて一緒に習いながらやっていると、さらにうまくなる。さらに色んな身体的なトラブルがありますね、患者さんは。熱発する、吐いてしまう、痛みが出る、色んなトラブルがありますけど、訪問看護師さんに相談していると、次々とそういう問題が解決すると。そしたらですね、こんな問題があっても解決する。こんなことがあってもやっていける。段々自分も介護がうまくなって自信がついて来た、これならやれそうや。というふうに、自身をつけていくというプロセスがあります。

だからですね、家族の負担をとるという時に、家族を休ませる、家族を患者さんから隔離、何と言うか引き離すということばかりやっていると、いつまで経ってもスキルアップしたり自信をつけたりすることができないので、その2つのことを明確に記載してもらいたいと思います。

その3つ。ちょっと足早で申し訳ありませんが、ご提案して意見にしたいと思います。

(座長) 今のコーディネーターの話は今からいいます。資料4のところ。

それから、あと、労働安全性の問題は、これ、書き込む話かどうか。

それから、今の訪問ナースの、じゃない、患者家族のスキルアップの問題。これは一定書き込めるかもしれませんね。このへん、どうでしょうか。回答できますか？

(森下委員) 訪問看護師のこの本人と家族のセルフケア能力の向上に関しては、訪問看護師の育成講座で、すごく力を入れて演習も含めてやらせていただいていますので、是非ここに、その能力を向上する、訪問看護師の育成に力を入れているという、さらに力を入れていきたいというところで書き込んでいただけたら、ありがたいかなというふうに思っています。

和田先生、どうもありがとうございました。

(和田委員) いや、実はですね、訪問看護師がいくらスキルアップしても、ケアマネージャーさんが理解して、それをくんでくれないとだめなんです。

だから、そこをちょっと、介護と連携の問題がありますけど、訪問看護師はちゃんとご利用なさるということをしっかり、その部分が結構大事。すみません。

(森下委員) ありがとうございます。ご提案していただいて、先生、ありがとうございます。

(座長) ちょっと時間おしていますので、また後で最終的に何かあれば。

資料4のところ。それから、今日、1枚のA4の資料があります。それも含めてちょっと、保健医療計画と介護保険事業計画の整合性について簡単に説明をしてください。

(事務局) 地域医療構想を担当しております原本と申します。自分のほうから資料4の説明をさせていただきます。時間の関係もあり、一部資料を省略させていただきます。座って説明させていただきます。

早速とびますが、2ページ目をお開きいただけたらと思います。2ページ目の下ですが、今回、この医療計画と介護計画の整合性に関連しまして、まず、地域医療構想、先ほども皆様、質問がありましたが、そちらに対する一部回答にもなるかなと思いますが、関連しますので、地域医療構想から簡単にご説明させていただきます。こちら、2ページの下の方の地域医療構想について、四角囲みの中を見ていただけたらと思います。

昨年度、高知県におきましても医療計画の一部としまして地域医療構想を策定しております。この2つ目の「○」を見ていただけたらと思いますが、構想につきましては、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて高齢化等や人口減少等もふまえて、必要な医療等が変化してくるといったところで、その変わってくるものをふまえながら2025年の必要な医療の病床数を整理しまして、それを必要病床数といったかたちで推計し示したものが主な部分になります。

続きまして、3ページ目の上を見ていただけたらと思います。こちらの上の図が日本全体のマクロで表した、その病床数を表した図になっております。先ほどの説明で、左側が現在、27年、ちょっと古いですがけれども、27年の病床数。それが2025年、平成37年にはこうなるであろうといったかたちで示しております。

中身を見ていただくと、今現状、急性期があるのが減ります。回復期の方は逆に増えます。高齢化が進むにあたって、どちらかという和一時的に入院するとか退院に向けた回復期のほうが、需要が増加するといったことを表し、こちらにつきましては、地域医療構想における、右側にありますが、必要病床数として整理しました。

この整理の際に、一番、2025年の下のところに赤字点線で囲みがありますが、介護施設、在宅医療等約30万人と書かれております。こちらにつきましては、そういったかたちで、現状、入院している患者さんを見ますと、どちらかと言うと、医療の病床で対応するというよりは、在宅医療や介護施設といった生活の場で見べきといった医療の患者さんのほうがいるだろうということで、構想においても新たに医療というよりは、この施設や在宅等に対応すべきということで、日本全体で30万人いるよということで整理されました。

今回、この医療計画と介護計画でお互いに整理すべきというのは、この30万人が医療から追加的に発生してくるので、それを両計画できちっと整理するよといったことが主な部分になります。

本県におきましては、今現状、療養病床から介護医療院といった話がありますが、この30万人の中には、その介護療養から、療養病床等から医療院に行くという需要も含まれているということで、療養病床が多い本県におきましては、この部分のかなりの部分がそれを占めるのかなというのが推計されております。

続きまして、4ページ目をお開き下さい。では、実際に、市町村の介護計画、県の医療

計画にどのようにその数字を落とし込むかについて、全体、まとめた資料となっております。

上の四角囲みの中の2つ目の「・」を見ていただけたらと思いますが、新しく追加的に発生する需要の受け皿としましては、主に在宅医療と介護施設、あと、外来医療の3つが考えられております。

下の図につきましては、それを両計画に実際にどのように落とし込むかについて図で表したものとなっております。その図の下の四角囲みの上の数値の推計方法とありますが、そこから見ていただけたらと思います。地域医療構想の数字というのが平成37年の数字ですので、基本的に介護計画については、赤字、図でもありますが32年の目標値で、医療計画については35年の目標値ですということです。

両計画に、では、その37年の目標値をどう落とし込むかという部分の考え方が、基本的には、この四角囲みの最後のところに比例的に推計するとありますが、37年まで30年度から全部で8年間ありますので、毎年度同じ量ずつ増加するものとして計算しまして、37年につきましては、37年の目標値の8分の3が目標値であると。35年の医療計画の目標値については8分の6が目標値であるといった整理となっております。

その中で、次の下の資料の、各区分の推計方法の考え方のところを見ていただけたらと思いますが、外来という部分にあります、ここにC3未満とありますが、これ、診療の報酬自体があまり高くない患者さんで、特に外来で対応できるということで国の方で整理しまして、ここの部分につきましては、外来で対応ということで整理させていただいて、それを除いた部分につきまして、在宅医療、介護施設の赤字の部分を見ていただけたらと思いますが、新類型等転換分を除いたうえで、赤字の部分ですが、自治体関係者間による整理・調整等を行い、在宅医療対応分と介護施設対応分に按分を行うといったかたちで整理されております。

こちらにつきましては、その国から示された数字で32、35年に落とし込んだ数字につきまして、下の緑点線ではありますが、新類型等転換分としまして、直近で言えば、介護療養病床が介護医療に転換するといった部分の調査を県のほうが各医療機関に調査を9月に実施して、今、集計している最中です。

この数字をこの国から示された数字から引いたうえで、その部分につきまして在宅医療と介護施設分に自治体間、県と市町村が話し合いを行ったうえで按分し、それぞれの計画に盛り込むといったことが、この計画のそれぞれの計画に落とし込むといった中身の具体的な部分となっております。

5ページ目をお開きいただけたらと思います。5ページ目の上につきましては、先ほど説明したことを箇条書きにしたものになりますので、では、その言った整理をどのような場であるかにつきまして、5ページ目の下の部分になりますが、医療・介護体制整備にかかる協議の場についてということで、一応、国から示されている案としましては、この下の四角囲みの中で、協議の場につきましては、上記審議会、医療計画、介護計画の審議会等で議論する前段階として自治体が地域医師会等の有識者をまじえて計画を策定するうえ

で必要な整合性に関する協議を行う場とするといったことで、こういった場をかまえるべきだということが示されております。「〇」の2つ目では、二次医療圏単位で設置してはどうかといったことが示されています。現状は、本県におきましても、関係課と協議したうえで、今、福祉保健所単位で市町村を集めて、こういった協議の場をもとうかと、今、調整を考えております。

今後のスケジュールとしましては、先ほど、数字のどういったかたちで推計するかの説明をさせていただきましたが、その数字の市町村別の数字を具体的に県のほうで整理しまして市町村のほうへ配布し、それをふまえたうえで、この協議の場で協議を行い、整合性を持ったかたちで載せる数字というのを確定したいと考えております。

その確定した数字につきましては、この在宅医療分というかたちでふられた部分につきましては、先ほどの在宅医療の需要の目標値のところ、訪問看護数の伸び数のところの説明をさせていただいたと思いますが、その伸び数に上乘せするかたちで、基本的には目標の整備数にも比例して増加するようなかたちになるといったかたちで反映させていけたらと考えております。

次回のこの在宅の会議においても、その中身を整理したうえで、市町村等と調整を行ったうえで図れたらと考えております。

すみません。こむずかしい話を短時間で申し訳ないですが、以上が医療と介護の整合性の中身となります。

(座長) 簡単に言います。要するに、高知県で介護療養病床が2600床減少になると。減らすことになる。それをどうするかということで、減らして、もう1個、一番下の地域医療構想調整会議、調整会議という中で、どこへ転換するとか。

一般病床が増えると問題なので、そういう時に調整会議で、あなたのところは、ちょっと堪えてもっと減らしてくれる？と、そういう調整をするのがこの調整会議。簡単に言うとそういうことです。今の話がややこしい。国の話、言っても話にならない、高知県の話を言っても話にならない。だから、そういうことです。

もう1個、A4の1枚のをちょっと説明してくれる？

(事務局) 高齢者福祉課長でございます。後ろのほうから失礼いたします。

A4の紙をお手元にお配りさせていただいておりますけども、こちら、厚生労働省老健局が調べております8月1日時点の各事業実施時期調査の結果でございます。こちら、近日中に厚生労働省のほうより全県の情報が公表される予定でございますので、それまではお取扱い注意とさせていただければと思います。

本日、ご説明をご依頼いただいております在宅医療介護連携推進事業につきましては、中央の列②と書かれた列でございます。こちらは、平成26年の介護保険法の改正によりまして、全ての市町村が平成30年度内に、この事業を実施するようにまとめられているところでございますけれども、この実施時期、ご覧いただいておりますとおりの

に、既に全市町村がお取り組みをはじめている、着手している、進めている状況というふうになってございます。

各市町村におきましては、平成30年度の事業実施に向けた目処がたっているというところで聞いてございますけれども、その進捗状況ですとか取り組みの内容につきましては、市町村により濃淡がございます。また、本事業は8つの取組事業からなっておりますけれども、在宅医療介護連携に関する相談支援、それから、医療介護関係者の研修、それから、地域住民への普及啓発などの事業につきましては、その他の取り組みに比べて少し遅れているといったような事業別の濃淡も見られているところでございます。

介護保険法の枠組みとなりますため、当初は、なかなか介護、それから医療のほう、それぞれのご理解、ご協力を得るのが難しいというような市町村の声も聞こえていたところではございますけれども、一方で、中央東圏内では、医師会のご協力もいただいて事業委託につながっているというふうなことも聞いております。

そのおかげで、今年の10月に医療介護関係者の相談支援にかかるコーディネーターが配置されるというふうにかがっておりますし、進んだ地域もございますし、なかなか難航しているような地域もあるというのが正直なところでございますけれども、一応何かしらの目処が立っている状況というふうには認識をしております。

こちら、地域地域で安心して住み続けられる環境づくりのためには、医療と介護の連携が必須と考えておりますので、引き続き、県といたしましても市町村のお取り組みを支援してまいりたいというふうを考えてございます。

(座長) これはですね、簡単に言います。

②のところ、在宅医療・介護連携推進事業、平成30年に仕上げなきゃいけない法律です。各市町村が。

ところが、山間部とかそういうところではなかなかできないので、いわゆる広域のレベルでやるとか、あるいは、高知市なら、ある程度単独でできるでしょうけど。その中で一番の核になるのが、在宅医療介護連携推進事業のキーパーソンは、先ほど和田先生がおっしゃったようなコーディネーターです。

コーディネーターを雇って、その中で、コーディネーターが例えば、この人、在宅医療をやっている先生が、実は入院させたいんだと。どこにしたらいいでしょうかという話。また、病院から退院する時にコーディネーターに相談されたら、どの先生が往診医なのか。こういうようなことをするのがコーディネーターです。キーパーソンです。これを今、我々はぼつぼつやっています。これ、今、取り組んでいるみたいですけど、なかなかまだ進捗状況というのは、まだ手についたところで、具体的などころまだいないと思いますけど、我々のところで、例えば、私の関連している医師会では既にコーディネーターを雇ってやっています。

ですので、これがモデルになって高知県内で進んでいく。愛媛県内でやっているという話なので、二次医療圏という問題じゃなくて、この法律の中でやりたいというふうに思っ

ています。以上です。

何かご意見あります？今の資料4。ちょっとわかりにくい説明でしたけど。国の話をやられたって話にならるので、高知県どうなるの？という話。

僕が今、言ったように、2600くらい多分減るということ。あるいは転換しなくちゃいけないのもありますので。それをどういうふうなかたちでもっていくかという問題です。

最後にどなたかご意見あれば、1、2分で。ちょっと30分ほどオーバーしているので。ありますか。

和田先生、今の僕の考え方でいいんですね。

(和田委員) はい。二次医療圏と言ってももちろん、僕の地域でやっていますので、医療圏でも。おっしゃるとおりです。

(座長) では、ご意見がなければ、事務局のほうにお返しするので、あとのこと、お願いします。

(事務局) はい。それでは本日の会はこれにて終了させていただきます。

本日は長時間にわたりまして多くのご意見、ご提案いただきまして、まことにありがとうございました。本日、いただきましたご意見等ふまえて、次回の会議のほうにもあげさせていただきたいと思います。本日はどうもありがとうございました。

▲▲▲ (終了) ▲▲▲