

令和2年度岡山県在宅医療推進協議会 議事概要

日時：令和2年11月4日（水）

19：00～20：30

場所：ホテルメルパルク岡山 3階 曙

【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ついて
（2）その他

〈発言要旨〉

○会長 次第に従い、4議題、第8次岡山県保健医療計画の中間見直しについて、事務局から説明をお願いします。

○事務局 資料1、2、3、4、5をご準備いただきたい。

資料2が、平成30年4月に策定している岡山県保健医療計画である。2ページ、4 計画の期間は、平成30年度から平成35、令和5年度の6年間となっている。計画期間中の中間年に当たる3年目に在宅医療等について調査、分析及び評価を行い、必要があると認めるときは、計画を変更することとなっている。今年は、中間年であり、皆さまにご協力いただき、保健医療計画の見直しを行う予定としている。

資料1は、保健医療計画を策定する際に、国が都道府県に対して通知しているものになる。2ページに第7次医療計画の中間見直し等に関する意見の取りまとめとして、国において中間見直しに関する意見を取りまとめているものになる。国は第7次、岡山県は第8次の医療計画となっている。資料10ページ 3 在宅医療に関する見直しの方向性を示している。1つ目として、都道府県において取り組むべき事項を整理した通知の内容を指針に反映する。これは、11ページから載せているが、在宅医療の充実に向けた取組の進め方について平成31年1月に国が通知したものであり、都道府県が取り組むべき事項について記載してある。その中で、ご意見をいただきたいものが、12ページ（2）都道府県全体の体制整備、②年間スケジュールの策定について、医師会

等の関係団体や各医療機関の課題を集約し、関係者間で課題を共有し、計画的に在宅医療の推進に向けた取組が行われるよう関係者間で共通の年間スケジュールを策定し、議題の解決に向けたロードマップ等を作成することとなっている。資料4が、ロードマップとして考えている（案）になる。資料1、10ページ「在宅の歯科医療の体制、提供体制等に関する検討会」における議論の整理を踏まえ、在宅歯科医療をより推進するための指標例を追加することとなっている。続いて、医療的ケア児に関する記載であるが、国では第8次医療計画に向けて、岡山県では第9次医療計画に向けて医療的ケア児の必要な支援について検討することとなっている。次に、介護保険事業計画及び障害福祉計画等の関連する計画と整合性を確保しながら検討することとなっている。次の指標例の見直しについて、7項目指標例があるが、今回の中間見直しでは、指標例を見直すよう記載があり、岡山県としても指標例を追加する方向で考えている。以上が国の示す方向性、在宅医療に関する中間見直しの方向性になる。

資料5である。皆様にご協力いただいた「在宅医療に係る医療機能の把握のための調査報告書」である。6月から7月に県内の病院、診療所、歯科診療所、訪問看護ステーション、合計3,046施設に調査票を配布し、実施した。表紙の裏側に回収率を記載しているが、配布数3,046に対し、2,538施から回答いただいている。回収率83.3%である。1ページから病院・診療所、21ページから歯科診療所、30ページから訪問看護ステーションの調査結果を記載している。医療機関は県南に多いが、人口10万対としても集計している。特に小児の訪問診療については、厚生労働省からの保健医療計画の見直し意見として指標例が示されたものである。7ページに、小児の訪問診療の実施状況として、病院では実施されていないが、診療所では、県南9診療所が実施しているという結果であった。8ページは人口10万対で示しているが、県全体で0.5という状況である。将来に向けた訪問診療の実施意向については、現在、訪問診療を実施していないが、今後は検討する等、それぞれの診療所の意向をご回答いただいている。自由記載としては、医師の高齢化によって訪問診療実施が難しいという回答もある。15ページ以降の訪問看護については、病院や診療所における訪問看護の実施状況について回答をいただいている。

21ページ以降の歯科診療所についてである。訪問歯科診療についても、厚生労働省から中間見直しにおいて、指標例が示されている。将来に向けた訪問歯科診療の実施意向については、医師と同様に、歯科医師が高齢化しており、年齢的に難しいという回答が多くあったが、一方で、自分の患者さんを最期まで診たいというご回答もいただいている。

29ページ、在宅で活動する栄養サポートチーム（NST）との連携状況について、歯科診療所833のうち9施設で実施している状況である。

30ページから訪問看護ステーションについて記載している。多くの訪問看護ステーションが介護保険、医療保険の両方を届け出ている。県南東部の訪問看護ステーションで医療保険のみの訪問看護を届け出ているステーションがある。介護保険のみを届け出ている訪問看護ステーションはない状況であった。施設基準として、24時間体制を確保している訪問看護ステーションが、回答141ステーションのうち130ステーションであった。機能強化型訪問看護管理療養費は回答141ステーションのうち12ステーションという結果であった。小児の訪問看護の実施状況について、回答141ステーションのうち40ステーションで実施している状況である。訪問看護ステーションにおける、将来に向けた訪問看護の実施意向については、看護師としての使命感を記載している回答が多かった。

資料3、それぞれの指標についての追加項目を赤字で記載している。機能強化型の訪問看護ステーション数、小児の訪問診療を実施している診療所病院数、小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数、歯科訪問診療を実施している診療所、病院数、訪問口腔衛生指導を実施している診療所、病院数、在宅で活動する栄養サポートチーム（NST）と連携する歯科医療機関数、小児の訪問診療を受けた患者数、訪問歯科診療を受けた患者数、歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数、訪問口腔衛生指導を受けた患者数についての指標を追加する案を示している。また、岡山県の数値は、ご報告させていただいた調査報告書から記載している。人口10万対の数字については括弧書きで記載している。

国から都道府県として取り組むべき事項が示され、年間スケジュール、ロードマップを示すこととされており、本県におけるスケジュール、ロードマップ

(案)である。内容は、保健医療計画の項目を中心に記載している。

○会 長 医療計画については、問題があれば見直し、在宅医療を推進していくということである。各専門団体の皆様方から自由なご発言を頂戴したいと思う。

○委 員 町村会からである。

医師の偏在化について、顕著に言えるのは、県南に医師が多く、県北には少ない。費用対効果からいえば、県北では医師が顕著に少ない中で、専門的な小児医療に特化して言えば、リスクが高く、選択すら難しい。やはり、人口が多く集まる川下と川上は、区別して考えるべきではないか。このような中で、どうしたらいいのか一番悩ませるところである。

昨年9月に2025年問題を捉えて、公的病院は、県北では鏡野町だけであるが、近隣の医療機関と協議を実施し、それぞれすみ分けをするよう数年かけて実施することを意思決定した。しかし、小児科は、また協議が別になると思う。現状を皆さん方にお伝えしながら、参考になればというところで、発表させていただいた。

○会 長 今の意見に関して、事務局、いかがか。

○事務局 医師の偏在、診療科偏在についてである。在宅医療を推進することとしているが、医師がいない場合、難しいという話しであると思う。地域医療構想の話の中で、地元が一生懸命、取り組んでいるとお話をいただいたと思っている。

医師の偏在、診療科偏在については、昨年医師確保計画を取りまとめて、実際地域でどれくらい足りないのかをはじき出し、それに基づいて今後計画的に医師を確保していく取り組みを進める次第である。

実際にどういう形で進めていくのかについては、自治医科大学を卒業された先生方を配置していく、地域枠の岡山大学と広島大学医学部の学生を育て、将来的に配置していく取組を進めている。この数は今後増えていく状況もあり、足りない地域へどのような形で配置をしていくのかということになってくる。今も県北中心に配置している状況だが、県南でも一部地域、特に市街地ではなく、周辺地域においても医師不足が言われているので、そのようなあたりにも、県としては進めていきたいと思っている。

その上で、改めて在宅医療、かかりつけ医の先生、多職種連携の形で進めさ

せていただければと思っている。

○会 長 医師の偏在、小児科の診療が大変難しいということだが、ほかの委員の皆様方からご意見いかがか。

○委 員 病院協会である。委員が言われたことは、よく分かる。事務局が言われたように、市街地以外の県南でも、クリニックの先生が高齢化してくるということで、在宅医療や訪問診療が非常に難しくなってくると憂いている。

それぞれの地域の基幹病院、中小の病院を中心に、訪問診療をカバーしていけると思っている。それぞれの地域でクリニックを開くことは、患者さんや人口が減少して、リスクがある事業になってくる。地域の中小でもありながら、ある程度2次救急等を担っているような病院に地域枠のドクター、例えば小児科、毎日でなくても、週に何回か派遣して、訪問診療も含めてカバーできるのではないかと、私のビジョンとして、これから進めていけばいいと考えている。県としても考えていただき、病院であれば、収入が安定すれば、訪問診療、あるいはある程度の医療ができると思うので、県として中心的に地域の病院を支援、大学等も協力していただき、医師の派遣の中心機関として、どんどん育てていけばいいのではと考える。

○会 長 事務局、いかがか。

○事務局 委員が言われるとおりでらうと思う。

我々もできるだけ今までの配置にこだわらずに、できるだけ地域の実情に即したような配置ができ、なおかつ皆様方からご理解いただけるような形を目指していきたいと思っている。

○会 長 ほかにご意見、いかがか。

○委 員 岡山県歯科医師会である。2点、お伺いしたい。

1点目が、調査項目の中にある、在宅で活動する栄養サポートチーム（NST）と連携する歯科医療機関数とは、病院の中であると、NSTチームと分かるが、具体的に在宅でそのようなチーム等あるのか。STと連携しているものと想定するが、どのようなことなのか、分かれば教えていただきたい。

○委 員 総合病院ではNSTのチームで行われているが、在宅で行われているケースというのは非常に少なく、実際に在宅でNSTと言えるかどうかというのが疑問にはなる。一つは、1つの医療機関内で多職種がチームをつくるNSTと、

複数の医療機関に属する多職種がチームを介して実施する、2タイプある。たくさんの方の医療機関の多職種がチームで集まり、必要に応じて患者さんのチームをつくる、NSTの中に歯科医や歯科衛生士、栄養士、ST、リハビリ等、みんながチームができれば、施設の垣根を乗り越えてチームができると思う。12月5日に、歯科衛生士会と栄養士会で勉強会を実施する。小児歯科を実施している歯科医師の先生と、医療的ケア児に訪問栄養指導を実施している人の症例説明等を予定している。多職種と一緒にコラボして研修会等をしていくことも、これから必要と思う。

○事務局 委員が言われたように、これからNSTのことも意識して、在宅医療に取り組むという趣旨で、項目設定されていると考える。

○委員 もう一点は、歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数について、本来は歯科衛生士によって口腔ケアを充実するという趣旨かと思ったが、単に、一緒に行くことにはあまり意義を感じない。訪問口腔衛生指導との区別はあるのか。

○事務局 委員が言われるように、本来の意図は、歯科衛生士による指導の人数を把握する項目と考える。しかし、今回の調査では、歯科衛生士を帯同した数として、言われるような単に一緒に行った歯科衛生士の数も含まれていると考えられることから、次回以降の調査項目としての課題と考える。

○会長 ほかにご意見、いかがか。

〔「なし」と声あり〕

○会長 それでは、せっかくの機会なので、委員の先生方からお一言ずつ、ご意見を頂戴したい。

○委員 専門外にはなるが、小児在宅医療の提供体制について、どういう疾患を対象に、その疾患数は岡山県内にどれぐらいいるのか、各圏域にどれぐらいの先生がいたら充足できるのかが分かれば、より計画が具体的になると感じている。そういう資料があれば、いただけるとありがたい。

○事務局 医療的ケア児に関する調査を実施しており、在宅療養指導管理料の算定件数を調査している。疾患に関する調査は実施していないが、医療的ケア児に関する概要として、後日ご報告させていただく。

○委員 かなり特殊な疾患になるため、県北領域だと、例えば、どのくらいの人数がいるのかという問題にもなると思う。

○委員 医療ソーシャルワーカー協会である。2点気になった。

医療ソーシャルワーカーが退院支援等をしているが、診療報酬の関係も入退院支援という言葉に変わっている。入院期間は、非常に短いため、在宅療養支援という視点を持ち、退院支援・在宅療養という視点で、病院とケアマネジャーさんなど、地域の関係機関が密に連携を取る必要があると思う。退院支援だけに視点を置かず、入退院支援及び在宅療養支援へ視点を変えていくべきだと思う。

もう一点、人生の最終段階で受たい医療について話し合ったことがある方が70%とあるが、厚労省の研究で、身寄りのない人への医療の意思決定支援に関するガイドラインが出された。私の職場にも、救急で来られた方の中に身寄りのない方や家族と連絡が取れない等、ガイドラインのように、意思決定を実施した人はほとんどいない。例えば生活保護の方では、ケースワーカーの方も家族のことを把握されていない方もあり、ハイリスクの方に対して、人生の最終段階の意向を聞く等の取組をしないと、困ることがあるため、県民への広報が必要と感じている。

職域を越え、いろいろな専門職も取り組むべきかと思う。

○事務局 退院支援だけではなく、在宅支援という観点も必要であるということが、よく理解できた。今後の計画の中でどのような形で入れるかは検討をさせていただきたい。

ACPについてもご意見をいただいた。関係者の中では周知ができてきており、それぞれ関係団体で独自の取組もされている。ご指摘のように、県民の皆様方にとっては、まだまだである部分もあるため、普及啓発、広報をしっかりと実施していきたいと思う。

○会長 病院において、退院支援を実施し、在宅に帰る会議（ケア会議）の際に、担当看護師、可能であれば主治医が退院後に1回程度訪問、あるいは電話連絡する。退院で切ってしまうと、1回か2回、つながりをつくることで、在宅につながることを実施し始めている病院もあると聞いている。

それから、人生の最終段階で受たい医療について話し合ったことがある方

が70%とは、ACPと言われはじめ、最期自分はどうなりたいかと考えることはあると思う。しかし、ご指摘のように、生活保護の方、独居の方で余裕がない、日々暮らすことに精一杯の方は、なかなか考えることも難しいと思う。事務局の発言にもあったように、行政で啓発をしていただき、県民一人一人が生き生きと生きていけるということを、是非お願いしたい。

○委員 岡山県看護協会です。岡山県看護協会では、訪問看護総合支援センターを今年4月から看護協会内に県の支援で設置させていただいている。訪問看護の基盤整備、人材確保、訪問看護師さんの研修等も含めて、総合的に支援ができるようにということで立ち上げている。今年4月1日からの立ち上げのため、十分な活動はできていないが、訪問看護ステーションが5人以下の弱小という場合、継続することも不安定であり、基盤整備ができていない状況もある。研修に関しても、人員が少ない状況の中で、研修に出にくい状況もある。看護協会としても、診療所の看護師さんがみなしで訪問されるときについていくこともあるため、看看連携（外来の看護師さんと診療所の看護師さんとの連携）、在宅に向けた支援を強化していけたらということで、診療所の看護師さんの状況について、アンケートをする予定である。

看護職が連携しながら、対象者を中心にどのような支援ができるかということとを今後強化して実施していきたいと思っているが、訪問看護の看護師さんも40、50、60代ということで、高齢化しているのも、新人看護師の育成にも力を入れながら取り組んでいるところである。裾野を広げてきている状況の中、今後若い人が少なくなってくる状況もあり、訪問看護師を魅力あるものにしていくために必要なことを検討しながら取り組んでいる。

○会長 高齢化は、どの職種も同じように問題となっているが、看護協会では、研修会等を行い、新規の看護師さん、訪問看護を目指す方を募集していると聞いている。

○委員 訪問看護ステーション連絡協議会である。資料3の1ページに、訪問看護ステーションの機能強化型の訪問看護ステーション数とあるが、これが一つのステーションの質の指標と考える。

常勤看護師数が多い、難病の方を診ている、看取り数が一定以上ある、小児の訪問看護もこの中に含まれている。地域貢献、看護師の出向研修（在籍出

向) 期間、例えば1か月、3か月来られた方の研修を引き受けることによって、機能強化とされているため、今回の調査では、機能強化型訪問看護ステーションは県南東部と県南西部にしかないが、少しずつ増えていくと訪問看護の質も向上すると思う。

訪問看護の規模が常勤換算の平均で5.2程度、ここ3年程度あまり増えていないという状態である。訪問看護ステーションは今年度11か所程度新設があり、11月にも2つ開設をしているが、常勤換算では5人以下が多いため、これがだんだんと大きくなると、研修にも出にくい、経営も安定しないということがある。新卒、新人の方が来られて、その方が定着するように、支援したいと考える。

昨年度は、1年に116人程度、新任の訪問看護師が入り、そのうち48名程度は1年未満にほかのステーションに行く、やめてしまうという状況であった。今後も、人材確保、質向上を目指すことを継続していきたいと思う。

○委員 老人福祉施設協議会である。在宅医療を推進する上では、当然ながらドクターの訪問、訪問看護、訪問リハなどを充実させていくべきだと思う。老人ホームの視点で見ると、在宅や病院から入所する方、施設に入られて一番にすることは、口腔を見る。口腔がしっかりしてないと、おむつも外れない、食事も進まないということで、在宅にいる方の口腔ケア、訪問歯科診療が十分充実していただきたいと思っている。歯医者に連れていくのは大変であり、施設から連れていくときも、苦勞するため、少し改善できないかと思う。口腔ケアだけでなく、当然栄養ケアも必要となってくると思うので、生活者としての視点の部分から、改善できれば、より長く在宅で生活できると思う。

○委員 地域包括支援センターである。地域包括支援センターを直営で実施する市町村が一番検討していることが、第8期介護保険事業計画である。第8期の事業計画の中で第7期と国がどのように変えるのか。赤磐市は県南東部圏域であるが、周辺地域は、医療不足で悩んでいるのが実情である。同時に、地域包括支援センター、県、市で介護保険計画を立てているところだが、新型コロナウイルス感染症の影響で、その前年の給付費と今年は変わってきているような気がする。県から定期的に送っていただく介護医療院の情報が気になっている。介護医療院の給付費の流れを見ると、介護医療院のほうが増えてきている。それ

が月々で1増えると、影響が大きい。次の給付費の關係に影響してくるところがあり、伺ってみたいと思っていた。

もう一つは、市町村で取り組んでいる医療連携の關係で、ケアキャビネットの説明をしていただき、非常に進んでいると感じた。ケアキャビネットは、あまりに進めていないと思っていたが、非常に進んでことが分かり、取り組みが進んでいない市町村にしっかり啓発していただきたいと思った。在宅医療介護連携協議会は、各市町村とも一生懸命実施しているので、在宅の医師と訪問看護師さんが連携するために、セキュリティーが十分ではない中で、タイムリーに情報共有するため、スマホ等を使いながら褥瘡の状況を診たり、写真で送ったり、工夫をされる中で、ケアキャビネットが進んでいるのであれば、セキュリティーも非常にいいため、ぜひもっとPRしてほしいと、思ったところである。

介護保険でも、新見市では進んでいると聞いており、情報提供するときに、ツールを使ってみるところまで進んでいるという情報を聞いた。

○事務局 介護医療院の關係であるが、おっしゃるとおり、非常に単価が高いということもあり、何人か入れば、影響が大きいと思っている。県としては、介護療養病床、あるいは療養病床から介護医療院への転換情報について、随時市町村へ情報提供させてもらっている。引き続き情報提供をさせていただきながら、その数値を使っていただきたいと思っている。

個別の相談については、相談に乗りたいと思っている。

○会長 介護保険に関しては、保険料が高い。高い割には、今ご指摘があったようなことで、追いついていないということがある。

○事務局 ケアキャビネットについて評価いただいた。おっしゃるとおり、なかなか退院時カンファレンス等使われていないが、集まって実施するのは大変で、Zoomを使って実施しているところもあると聞いている。セキュリティーについては、晴れやかネットで運用しているケアキャビネットが、VPN、TLSの形で、国のセキュリティー基準を満たしているシステムになっている。あまりPRできていないが、今後、ぜひ説明に行きたいと思っている。ぜひ興味のあるところはお声がけいただき、関係者、専門家と一緒に使い方、利用料金も含めてご説明をさせていただく。

○会 長 医療側から、晴れやかネットについては幾つかの問題があり、医師会も頑張
って使っていただけるようにはしている。

○委 員 時々、往診したりする程度であるが、場所によってニーズも異なってくる場
合、面的に地図等使って道路情報などからも記載してみてはいかがか。例え
ば、場所によってドクターが1時間ぐらいで訪問可能等、地理情報といった面
的な情報も使って把握しておく、ここまでは医療が届く、ここは届かないと
人を派遣するときにも、ここに人を置いたほうがいい、といったことも評価で
きるように思った。地理情報の解析を扱う会社もあるため、そういうのも利用
しながら、在宅の考え方に使ってみるのはいかがか。

新型コロナウイルス感染症の影響で変わってくると思うため、どれだけ新型
コロナウイルス感染症の影響が続くか、医療機関がどこまで耐えていけるのか
によっても変わってくると思う。医療機関によっては、小児科の患者さんが半
分になっていると言われるところもあり、逆に小児の在宅を促していくといい
のではないかと思った。

病院等で面会ができなくなっていると思う。そういうときに、在宅の良さを
伝えていくのも良いのではないかと思った。

○会 長 岡山県も県北から県南まで広く、調査はどうしても延べにした形となるの
で、最初に委員からご指摘があったように、地域、地域によって違う。当然分
かったこととして調査をしているが、数字が独り歩きしてしまうため、行政の
ほうで考えていただき、実りある調査とし生かしていただきたい。

○委 員 障害福祉施設等協議会である。障害の関係からであるが、医療的ケア児のこ
とは、ノーマライゼーション、インクルージョンということで、家族とともに
に、地域で教育を受け、そこで生活をしていきたいという思いを持ちながら暮
らしている方がいる。支え手としては、訪問看護であり、家族が何か病気やけ
がをしたときの医療型ショートステイという声をよく耳にする。県北ではいざ
というときに受け入れるところがない、知らない方だと医療側もちゅうちょし
てしまうというような課題があると聞いているが、小さいときからかかりつけ
医で慣れていくことは、障害を持たれた方にとっては重要だと思う。

もう一点、障害者の分野でも、高齢化の問題があり、障害を持ちながら、高
齢化の中でまた別の疾患を持って、対処が必要になってくることが増えてい

る。障害を持たれた方は病院にかかることにもハードルが高いため、在宅医療は、支援をする周りの人たちにとっても必要、不可欠なことだと思う。最期、看取りをグループホームや在宅となると、地域の医療と連携しながらになる。これからニーズは増えると思うので、多職種連携、大きな病院と地域のかかりつけ医の連携というのはすごく大事になってくると感じている。

○委員 薬剤師会である。在宅訪問薬剤管理指導の普及ということで、研修会、認知症の対応力の向上の研修会などを含めて、幅広く対応できる人材育成に取り組んでいる状況である。

在宅では、残薬であったり、ポリファーマシーといったことも問題になっていると思う。薬剤師だけでは対応しにくいところもあるため、先生方やケアマネさんの皆様方とも連携強化していく取組を進めていきたいと考えている。

コロナ禍の中でオンラインによる仕組みを利用される状況のため、今後うまく利用していくような形で在宅の推進を進めていければいいかと考えている。

○会長 ポリファーマシーに関して、薬剤師の先生方には大変お世話になっている。

オンラインに関して、オンライン診療というのが、出てきている。コロナの前から話題はあったが、コロナの状況に鑑み、特例的に初診からオンライン化ということも出ている。本来の形のオンライン診療と違った、都会で実施することの懸念、危惧もあり、在宅医療を推進するために、今在宅でお困りの患者さんたちのためのツールがオンラインだろうと思っている。ご指摘のとおり、多職種の皆様方と相談しながら、オンラインでいろいろとできていったらいいと思っている。

○委員 3点申し上げたい。委員も言われた医療的ケア児について、県で調査を実施していると思うので、ニーズもある程度は把握できているのではないか。しかし、そのニーズを満たすのは、地域の実情もあり、県南と県北の連携、基幹施設と地域との連携であることを含めながら、可能な範囲で進めていただきたい。

2点目は、入退院ルールについてである。資料1の13ページ、医療圏ごとに必要な入退院ルールを策定することが重要とあるが、介護支援専門員協会でも各医療機関との連携、各医療機関の入退院関係のルールをまとめた広域連携のための入退院支援ブックを作成している。

県栄養士会で、栄養ケアステーションという相談窓口等を設けているが、希望する診療所等に栄養士さんがいない場合、栄養指導を栄養士が行う取組も行っているため、そういうことも盛り込んでいただければと思う。

3点目だが、国の言う指標を入れることに伴い、計画の本文に加筆等が場合により必要と思う。県計画でも必要があると認めるときは、計画を変更することとしている。

○委員 岡山県介護福祉士会である。

介護の立場から言わせていただくと、在宅医療を支える医療の方々との連携は以前に比べると進んできている印象を持っている。入退院支援ルールということで、情報提供させていただき、退院するときは、自宅でどんな生活をしたのかということで支援させていただいている。しっかりとその連携が取れる医療機関、そうでない医療機関がはっきりしているため、充実していただけたらと思う。

○会長 在宅を扱ったことがない診療所の場合、退院後の支援について、なかなか理解が得られない部分があるかもしれない。在宅医療を推進する会を立ち上げ、多職種の方をお招きし、開業医も参加していただいているが、来られる方は決まっている。熱心な方は来ていただけるが、ご興味のない方はなかなか来てくださらない。できれば幅広く、浅く広く、一人でも在宅の患者さんをお願いしており、診療科にもよるが、できるだけ在宅で診ていただくようお願いしている。

開業した頃には、1人で昼夜なく、患者さんを診ていた。今は薬剤師さん、看護師さん、介護士さん、みんなが助けてくださり、大変助かっている。在宅がやりやすい時代になっているので、行政の皆様にもお願いしたいし、医師会の立場としても広く啓発しながら、在宅医療推進に努めてまいりたい。

○副会長 介護支援専門員協会である。

入退院支援ルールについては、退院支援であったものを、入退院支援ということで、入院時にも医療、介護の枠なしに支援するということとされている。本県では、病院協会の全面的な支援をいただき、3年程かけて全ての病院から入院時の情報提供、退院のときの窓口を明示した入退院支援ルールブックを作成している。有床クリニックの先生方にもデータを取らせていただき、進めて

いる。

医療と介護の連携の中で、県南東部560名のケアマネにアンケートを取った。医師との連携の中で、主治医にケアプラン等を渡しているかというアンケートを取ると、2017年のデータでは、15%しかなかったが、今年5月の状況で69%、7割近いケアマネが主治医へ渡している。これは平成30年介護保険制度が変わったときに、医師にケアプランを持っていくように位置づけられたこともあると思うが、数年前から比べると、先生方へ情報提供が行われてきていると思う。

歯科の力が大きいため、嚥下困難な方には、ぜひ歯科医の先生方、栄養士さんに参加していただきたい。介護福祉士さん、ヘルパーさん等の介護職員も一緒に参加していただきたいと思っている。

介護医療院の件であるが、介護医療院とは、新しく病院ができない限り、増えない。介護療養型が転換をしたところである。医療から介護に費用が増えるので、介護側から見ると、増えたように見えるが、医療と介護の相対から見ると、増えているわけではない。在宅でターミナルを迎えられない方の受け口としては、環境のいいところで丁寧なケアを行うことができることは、今後在宅医療の最終的な受け口として、家族の負担から考えると、介護医療院の重要性は増してくると思う。

介護保険料だけが増えるわけではないため、そのあたりを見ていただければと思う。

○会 長 委員の皆様方から大変活発なご意見をいただき、ありがとうございます。

他に、ご意見いかがか。

〔「なし」と声あり〕

○会 長 議事（2）その他について、事務局から議題はいかがか。

○事務局 なし。

○会 長 本日の協議は、これで終了とする。