

○井上在宅医療専門官 それでは、定刻となりました。ただいまから第2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」を開催させていただきます。

構成員の皆様方におかれましては、お忙しい中、御出席くださいますこと誠にありがとうございます。

議事に入ります前に、本来であれば、構成員の皆様方の御紹介と事務局の紹介をさせていただくところがございますけれども、時間の関係上、構成員名簿及び省庁関係者出席者名簿の配付をもって紹介に代えさせていただきます。

本日は、新型コロナウイルス感染症対策の観点から、オンラインによる開催とし、傍聴は報道関係者のみとさせていただきます。

まず初めに、発言の仕方につきまして説明させていただきます。

御発言の際には、手を挙げるボタンをクリックして、座長の指名を受けてから、マイクのミュートを解除し、発言をするようお願いいたします。

なお、手を挙げるボタンがない場合には、画面に向かって挙手をお願いいたします。

発言終了後は手を挙げるボタンをオフにするとともに、再度マイクをミュートにするようお願いいたします。

また、座長から、議題などに賛成かどうか、異論がないかを確認することがあった際、賛成の場合には、反応ボタンをクリックした上で賛成ボタンをクリックするか、または、カメラに向かって頷いていただくことで、異議なしの旨を確認させていただきます。

次に、資料の確認をさせていただきます。

事前に資料と参考資料をお送りさせていただいておりますので、お手元に御準備いただきますようお願いいたします。

なお、冒頭のカメラ撮りにつきましては、ここまでをお願いいたします。

それでは、以降の進行は田中座長をお願いいたします。よろしくをお願いいたします。

○田中座長 委員の皆さん、こんにちは。

早速議事に入ります。

まず、資料の第8次医療計画策定に向けた在宅医療について、事務局より説明をお願いします。

○中西在宅医療推進室長補佐 座長の田中先生、ありがとうございます。

それでは、事務局から「第8次医療計画策定に向けた在宅医療について」の資料に沿って御説明申し上げます。

まず、資料の2ページ目に目次がございます。目次の1番目が前回のワーキンググループの振り返り、2番目が2040年までの人口動態・患者動態等について、3番目が在宅医療の現状と課題についてとなっております。

続きまして、資料の3ページ目から6ページ目までにつきましては、昨年10月13日に開

催されました本ワーキンググループ第1回目におきまして、構成員の先生方からいただきました御意見の一部を掲載させていただいております。

続きまして、7ページ目でございます。ここからは、2040年までの人口動態・患者動態等につきまして、先日3月4日に開催されました第8次医療計画等に関する検討会における資料に沿って御説明申し上げます。

続きまして、8ページ目でございます。これは我が国の人口動態の推移でございますが、既に総人口はピークを過ぎてございまして、生産年齢人口の減少が続く中、高齢者の増加がしばらく続くことが予想されております。

続きまして、9ページ目でございます。人口構造につきましては、2025年にかけては高齢者、特に後期高齢者の急増といういわゆる需要面での課題、さらに、2040年にかけては生産年齢人口の急減という供給面での課題という形で挙げられております。

続きまして、10ページ目でございます。これは2025年から40年にかけての、高齢者人口の変化を都道府県別に見た図でございます。上段は65歳以上の人口動態で、右端から東京都、神奈川県、愛知県等をはじめとするいわゆる都市部での増加が大きくなってございます。下段につきましては、75歳以上について都市部を中心に増加が見られますが、一方で、左端の大阪府におきましては減少が見込まれております。

続きまして、11ページ目でございます。今度は二次医療圏単位で人口の変化率を出してございまして、横軸が生産年齢人口、縦軸が高齢者人口の変化率となっております。

左の図は2015年から25年までの期間を見ております。多くの二次医療圏が左上のゾーンに集中してございまして、生産年齢人口の減少と高齢者人口の増加を反映していると言えます。

一方、右の図は2025年から40年までの期間の変化で、生産年齢人口のさらなる減少が進む一方、高齢者人口は増加する圏域と減少する圏域とに広く分かれることが予想されております。

続きまして、12ページ目でございます。ここからはマンパワー関連の資料となります。

真ん中のグラフは就業者数の将来必要推計を示してございます。2040年にかけて就業者数全体の数は減少傾向となりますが、医療福祉分野の就業者数の数は逆に増加傾向となっております。

続きまして、13ページ目でございます。2024年度から医師の働き方改革が開始となりますが、左の図の平成28年度の調査におきましては、時間外労働が年間当たり1,860時間を超える医師のいる病院の割合が、特に大学病院や救命救急機能を有する病院で高くなってございます。

右側のその後の令和元年度の調査では、その割合が減少傾向にあるものの、これらの病院はいずれも4割程度という形でございます。引き続き今後の課題となっております。

続きまして、14ページ目でございます。2024年度からの運用開始に向けての取組を示してございます。上から実態調査、圏域単位での協議と調整、医療機関勤務環境評価センタ

一による評価、都道府県による助言と支援、基金の活用を通じた取組となっております。
続きまして、15ページ目でございます。医師の高齢化について示した資料となっております。

左側の図は病院の場合でございます、60歳以上の医師数は増加傾向でございます。全体に占める割合は2018年時点で15%となっております。

一方、右側の図は診療所についてでございます、60歳以上の医師が占める割合は2018年時点で50%となっております、さらに、平均年齢は60.0歳まで上昇してございます。

続きまして、16ページ目でございます。ここからは医療需要の変化に関する資料となっております。

これは、平成29年の患者調査のデータを用いまして入院患者の推計を行ってございます。左上の図につきましては入院受療率について示してございます。0歳の階級を除きますと、年齢階級が上がるほど増加いたします。そして、特に後期高齢者におきましては、その増加が顕著となっております。

左下は入院患者数推計の推移を全国単位で示しております。入院患者数は2040年以降にピークを迎えるということを示してございます。

さらに、右側は二次医療圏別に入院患者数がピークを迎える年を色分けして表示してございますけれども、ピークを迎える年は地域によって様々となっております。

続きまして、17ページ目でございます。今度は外来患者数についてのデータとなっております。

左上の外来受療率につきましては、10歳未満の年代と高齢者の年代を中心に2つの山がございます。

左下の全国の外来患者推計につきましては、2025年にピークを迎えることが見込まれてございます。

右側の二次医療圏別の外来患者数につきましては、多くの圏域におきまして2020年までにピークを迎えるということが示されております。

続きまして、18ページ目でございます。今度は訪問診療の患者数についてのデータでございます。

左上の訪問診療受療率につきましては、特に75歳以上で急激に増加が示されております。

左下の訪問診療患者の推計におきましては、2030年がピークとなっておりますが、その後も高止まりの傾向が見込まれております。

右側の二次医療圏別の訪問診療患者数につきましては、多くの圏域で今後ピークに向けて増えていくことが見込まれております。

続きまして、19ページ目でございます。急性期の医療ニーズの変化につきまして示したデータとなっております。4つの代表的な疾患につきまして、2025年から40年にかけて、高齢者人口が増加する医療圏と減少する医療圏とで、各疾患における入院患者数と、それに対する急性期の治療の件数を示してございます。

高齢者人口が増加する医療圏におきましては、消化器の悪性腫瘍、虚血性心疾患、脳梗塞、大腿骨骨折のいずれにおきましても入院患者数の増加が見込まれておりますが、大腿骨骨折以外の疾患につきましては、急性期の治療の件数は相対的に減少するということが見込まれております。

高齢者人口が減少する医療圏につきましては、消化器の悪性腫瘍、虚血性心疾患の入院患者数は減少、脳梗塞は入院患者数が増加するのに対し、急性期の治療件数は相対的に減少することが見込まれているという形であります。大腿骨骨折につきましては、入院患者数と急性期の治療件数ともに増加が見込まれております。

続きまして、20ページ目でございます。左の図でございますけれども、年齢とともに要介護認定率は増加し、特に85歳以上でその傾向が顕著となっております。

一方、右の図でございますけれども、2040年頃までは85歳以上の人口の増加が見込まれているということで、今後ますます医療・介護の複合ニーズは高まっていくだろうと考えられます。

続きまして、21ページ目でございます。患者調査を用いまして、退院患者の退院先の内訳とその推移について示しております。

左側は2025年から40年にかけて高齢者人口が増加する医療圏でのデータとなっておりまして、退院先がほかの医療機関、介護施設、家庭のいずれの区分においても、それぞれ増加が見込まれております。

右側につきましては、高齢者人口が減少する医療圏でのデータでございまして、退院患者の総数は2040年に向けて減少となっておりますけれども、介護施設等やほかの医療機関への退院患者につきましては増加が見込まれております。

続きまして、22ページ目でございます。左の図は年間死亡者数の推移を示してございます。死亡者数につきましては、2040年頃までは増加傾向。その40年時点におきまして、年間約170万人の年間死亡者が見込まれている状況でございます。

右上の図につきましては死因の推移を示してございまして、近年の特徴といたしまして、老衰が増加傾向となっております。

右下の図につきましては死亡場所の推移を示してございまして、近年では介護施設等や自宅での例が増加してございます。

続きまして、23ページ目でございます。第8次医療計画、地域医療構想等の検討・取組に当たってでございます。これは従来から医療機能の分化・連携、地域包括ケアシステム、かかりつけ医機能等の取組を進めてきたところでございますけれども、やはり今般の新型コロナウイルス感染症拡大に伴いまして、様々な課題が顕在化したところでございます。こうした課題も踏まえて、引き続きこれまでの取組を着実に進めるとともに、今後の中長期的な動向も踏まえながら対応していくことが重要と考えております。

続きまして、24ページ目でございます。医療提供体制をめぐる課題といたしまして、足元の新型コロナ対応に関する課題、2040年を見据えた中長期的な対応を要点として示して

ございます。

続きまして、25ページ目でございます。ここからは「在宅医療の現状と課題について」となっております。

続きまして、次26ページ目でございます。これは先ほどの18ページ目と同様の資料でございますため、説明は割愛させていただきます。

続きまして、27ページ目でございます。これは国保データベース（KDB）を用いて、在宅等における看取り機能について解析してございます。

左上の図は看取り加算や在宅ターミナルケア加算を算定した医療機関の数、左下はそれらのレセプト件数、右上は65歳以上の死亡者数に対するこれらのレセプト件数の割合を示してございまして、いずれも経年的に増加傾向となっております。

続きまして、28ページ目でございます。これは訪問診療を行っている原因となった疾患を示してございます。主に循環器疾患、脳血管疾患、認知症、糖尿病、骨折・筋骨格系疾患の割合が多い状況となっております。

続きまして、29ページ目でございます。これは、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料を算定している患者様におけます介護度別の内訳を示してございます。要介護3以上のいわゆる中重度の要介護者が半数弱を占める一方で、それ以外の介護度の患者様も一定程度含まれている状況となっております。

続きまして、30ページ目でございます。これは、医療機関退院後半年時点におけます外来診療と訪問診療の利用割合の内訳を介護度別に示しております。介護度が上がるにつれまして、訪問診療を利用する割合が増加傾向となっております。

続きまして、31ページ目でございます。訪問診療を行っている理由について調査した報告でございます。

一番上のところがございます、身体機能の低下のため、介助があっても通院が困難なことが半数以上を占めている一方で、介助があれば通院可能であったり、交通手段の確保が困難等の理由から訪問診療を利用するに至ったといったケースも一定程度見られております。

続きまして、32ページ目でございます。これは患者への移動に要する時間についての報告でございますけれども、大方30分未満であるのに対して、一部のケースにおきましては30分以上要するといったケースも一定程度存在したという形であります。

続きまして、33ページ目でございます。これは奈良県からの報告でございますけれども、奈良県下のレセプトデータを用いまして、県内の在宅療養支援診療所ごとの在宅医療の患者数を示したデータとなっております。要約いたしますと、一部の少数の医療機関が相当数の患者を診ている実態が明らかとなったという報告でございます。

続きまして、34ページ目でございます。これは千葉県柏市におけますグループ診療の取組の事例でございます。在宅医療におきましては、やはり24時間365日対応が求められている中で、特に夜間、休日対応を含めたバックアップ体制を主治医・副主治医によるグルー

プによって形成し、対応に当たられているということでございます。

続きまして、35ページ目でございます。在宅医療を行う上で連携している機関についてでございます。様々ございますけれども、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、薬局、在支診、在支病、訪問介護事業所、歯科診療所と、このように多岐にわたってございます。

続きまして、36ページ目でございます。これは福井県坂井市におけます他職種連携の取組を紹介しております。ICTの活用により、多職種間で患者情報を共有して連携を強化する。その結果、在宅医療の質を高める取組につなげているという事例でございます。

続きまして、37ページ目でございます。これは、令和3年度の介護報酬改定におきまして、訪問介護における通院等乗降介助の見直しについての資料でございます。これは一定の条件の下で、例えば右下のところにございますように、通所系のサービス利用後に医療機関を受診する場合に、このようなサービスが算定可能となつてございまして、より弾力的な運用が可能となったということでございます。地域や利用者の状況によりましては、医療機関へのアクセス改善の一つの手段になり得ると考えております。

続きまして、38ページ目でございます。これは第7次医療計画におけます在宅医療に係る指標例を紹介しております。退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りと4つの機能ごとに、表中にございますようにストラクチャー、プロセス指標を提示しております。

最後に39ページ目でございます。これは本日のワーキンググループでの課題と論点という形でお示ししてございます。

課題の1点目でございます。現状の医療計画におきましては、在宅医療の基盤整備に係る指標として、例えば訪問診療を実施している医療機関の数であったり、そのような施設の数等が採用されているというところであります。1日当たりの訪問サービスが可能な患者数など、今後増加が見込まれる在宅医療等を必要とする患者に対応した具体的な数値目標の設定というのはなかなか難しい状況となっております。

2点目といたしましては、今後、高齢化等に伴う在宅医療や介護の需要増に対しまして、相応の基盤整備を行う必要がある地域は一定程度存在いたしますが、マンパワーの制約がある中で、在宅医療等を必要とする患者に適切なサービスが提供されるためには、在宅医療における役割分担や介護との連携、情報通信機器の活用などを含めた効率的な提供体制というのも一方で構築する必要があると考えられます。

次に、下半分が論点でございますけれども、1点目といたしまして、今後、マンパワーの制約がある中、必要となる在宅医療等の整備量を確保するために、在宅医療等の需要の設定、及びそれを踏まえた整備の在り方についてどのように考えていくかということ。

2点目につきましては、基盤整備を行っていく上で、在宅医療を提供する医療機関等や、それを支える医療機関等との役割分担、先ほどのグループ化のこともございましたけれども、バックアップ等の仕組みとしてのそのような取組、多職種連携、介護との連携、そし

て、情報通信機器等の活用も含めた質の高い効果的・効率的な在宅医療の提供体制の在り方についてどのように考えていくかということ。

最後に、これらを踏まえつつ、在宅医療患者の状況、状態に応じて適切な医療を提供できるよう質を維持し、また、持続可能性を高める方策について今後どのように考えていくかとさせていただいております。

少し駆け足となりましたが、事務局側からの御説明は以上でございます。

○田中座長 説明ありがとうございました。

ただいま伺った説明について、御意見、御質問がおありの方はどうぞお願いいたします。

鈴木構成員、どうぞ。

○鈴木構成員 論点が3つ挙げられておりますが、まず1つ目についてでございますけれども、在宅医療の整備量につきましては、医療機関数だけではなく、実際に訪問サービスが可能な患者数の現状把握をまずするとともに、2025年の整備目標をどのように達成するか、二次医療圏ごとの地域医療構想調整会議などで協議を行う必要があります。

ただ、私の地元を見ても、まだ新型コロナもあって在宅医療まで議論が進んでいないという状況であります。本来の医療機関の機能分化と連携の議論もさらに進める必要がありますが、第8次医療計画には、在宅医療において積極的な役割を担う医療機関としての在宅医療支援病院（在支病）、あるいは在宅医療に必要な連携を担う拠点、いわゆる在宅医療連携拠点などを位置づける必要があると思います。

2つ目の論点については、在宅医療の基盤整備を行うためには、地域医療構想において医療機関の機能分化を進めるとともに、かかりつけ医機能を持つ中小病院、有床診療所、診療所の在宅医療を基本としますが、今後、需要が大幅に増加し、かつ人口当たりの医師数も格段に多い大都市部では、今回のコロナ禍を見ても、在宅医療専門の医療機関の協力を得ることが必要になってくると思われま。ただ、その場合に、医療はいいのですけれども、介護とかの連携はどのようにするのかという課題があるのではないかと思います。

具体的には、市区町村ごとなど一定の人口ごといわゆる在宅医療連携拠点を整備し、かかりつけ医が可能な範囲で在宅医療を行い、足りない部分を地域の有床、無床の在支診や在支病などと患者ごとに緩やかなグループをつくり、一時的な入院も含めて24時間対応する体制を構築する必要があると思います。その際には、ICTを活用した医療機関間、医療機関と患者間、医療機関と多職種間などの情報共有も重要になってくると思います。その際、郡市区医師会のかかりつけ医は、ぜひその地域における多職種連携のまとめ役になっていただきたいと思。います。

3つ目の論点につきましては、地域医療構想と地域包括ケアシステムを連動させる必要があります。そのためには、地域医療構想において在宅医療を含む地域包括ケアを支える医療機関を明確にするるとともに、都道府県医師会が他の職能団体のまとめ役になって、都道府県行政と連携して郡市区医師会と市区町村を支援し、市区町村ごとなど、地域ごとに地域性に応じた在宅医療を含む地域包括ケアシステムを構築する必要があります。特に、

内部に多職種のマンパワーを有する地域密着型の中小病院が、在支病として在宅医療を含む地域包括ケアを積極的に支えることが重要になると思われます。

以上です。

○田中座長 それぞれの論点について御意見をありがとうございました。

佐藤構成員、お願いします。

○佐藤構成員 座長、どうもありがとうございます。

2点ほど意見を述べさせていただきます。

まず、11ページ以降に、在宅医療の歯科医療については、介護と当然連携することが多くなりますので、市区町村の役割が重要であります。そのような意味では、今回、様々な資料の中で二次医療圏を中心にした資料を多く出していただきました。これは、市区町村にとっても、それから、都道府県にとっても非常に有意義な資料だと思っております。このことは大変評価したいと思っています。

2点目です。39ページの論点2です。在宅医療の基盤整備について、バックアップとしてのグループ化であったり、多職種連携であったり、そのようなことの記載がございます。このような様々な連携については、例えば保健医療2035等でも連携そのものの議論と連携を担う人たちの議論がされたと理解しています。チームプレーが必要なこういう連携の中では、個々のプレイヤーのアビリティの問題と、チームプレーに必要な連携そのものの議論は両方必要なのだと思っています。

歯科の場合は、例えば病院歯科の配置状態が全体の2割しかないという現状の中で、アビリティの部分不十分などもあるという現状から、ここの議論につきましては、現状の把握とそれぞれのプレイヤーの理解が必要ではないかと考えていますので、議論の進め方については、それぞれの連携の重視、お互いの尊重とそれぞれの役割の専門性の向上ということを進めていただくような議論になればと願っています。

以上です。

○田中座長 議論の方向についてありがとうございました。

次は長内構成員、お願いいたします。

○長内構成員 座長、ありがとうございます。

今回、詳細なデータをお示ししていただく中で、市町村の立場で実際に保険者として介護保険サービスなどを提供している立場から申し上げます。

37ページにありますような訪問介護における通院等の乗降介助は、見直しをしていたことを大変ありがたく思います。通っている通所系あるいは短期入所系から医療機関に通うことができるという点では、見直しについて、我々、介護保険の事業者さんともその改善点については意識を共有しているところなのですが、一方で、在宅医療のサービスの質、あるいは通院ができる人はできるだけ通院をしていくといった点から言いますと、医介の連携の中で言いますと、病院の中で、通院介助まではやってもらえるのですが、現実につき添える家族が減ってきている。家族自身がいらないといった状況も

ありますので、やはり通院介助だけでなしに、病院の中の移動と家族機能の代弁といったところについても介護保険制度が及ぶようにしていただけたらという声を現場から聴いております。一人の利用者さんが、病院に行くまでは利用者なのですけれども、医療機関に入った途端に患者になって、介護保険の対象が利かないために、現実にはサービスとして付き添いはしているのですけれども、報酬の対象にはならないといったことが、介護保険の事業者にとって、通院のサービスについてちゅうちょを生む。それが、ひいては在宅医療にしろ寄せが行くというようなことも考えられますので、この医療と介護の垣根の部分について、特に医療機関の中における介護保険サービスの適用についての御議論もこれからお願いしたいと思います。

以上です。

○田中座長 ありがとうございます。医政局だけでなく、介護保険側への御意見も承りました。

松本構成員、お願いいたします。

○松本構成員 座長ありがとうございます。

私からは、論点2のバックアップ連携、3の在宅医療患者の状態に応じた適切な医療を提供できるような質と持続可能性について関連したことで、今回、埼玉県において痛ましい訪問診療、在宅医療における痛ましい事件がございました。それを踏まえて、日本医師会では直ちに、先日、地元の医師会長の先生とその場の現状とその後の在宅医療に携わる方々のケア、それから、連携による在宅患者の引き受け状況等をヒアリングいたしまして、医政局とも連携をし合ってこの問題について取組を始めたところでございます。今回の事件は非常に特殊な例なのかもしれませんが、やはり現場の方々にとっては非常にショッキングな例でございまして、今後、本当に他人事だとは思えないという意見が非常に多くございました。ぜひこういった訪問診療や、これまでも医療・介護の現場における各種ハラスメントやクレーム対応など、問題が指摘されているのではないかなと思います。また、一時的にこういった300人とか抱えている医療機関が急に機能しなくなった場合のバックアップ体制の在り方なども大事かと思えます。

もう一点、また別の視点ですけれども、今回のコロナ禍におきましても、在宅医療は非常に重要性が指摘されましたけれども、やはり問題点もいろいろ抱えていると思います。ぜひ今回のコロナ禍における在宅医療の検証といったこともしっかりと取り組んでいただきたいと思えます。

私からは以上です。

○田中座長 2つの論点ありがとうございました。

田母神構成員、お願いいたします。

○田母神構成員 座長、ありがとうございます。日本看護協会の田母神でございます。

39ページの論点に関しまして、訪問看護について意見を申し述べたいと思えます。

論点の1点目につきまして、訪問看護に関しましても、需要や整備量について医療計画

での目標設定は取り組むべき重要な課題であると考えております。

訪問看護の需要数の検討については、高齢者人口、要介護認定者数の人数ベースの推移とともに、今後、80歳以上人口が増加し、より重点的に訪問看護が支援を行う必要があることや、地域医療構想に基づく各圏域での在宅医療の必要量の変化等を考慮する必要があると考えます。既に医療計画や地域医療介護総合確保基金事業の都道府県の計画で、訪問看護に関する目標値を挙げている都道府県の算出根拠などを御提示いただくと、検討の参考になるのではないかと考えております。

また、令和4年度の診療報酬改定では、訪問看護の領域で専門看護師、認定看護師あるいは特定行為研修修了者の活動が評価されておりますけれども、今後、こうした専門性の高い訪問看護人材の確保を指標化することや、あるいは24時間体制、機能強化型の事業所数、医療的ケア児に対応できる事業所数、及びこれらについて提供可能なサービス量についても、訪問看護の質と量の確保という点では、多くの都道府県で指標、目標としていただくことが必要であると考えております。

また、今回の資料で訪問診療のデータを主にお示しいただいておりますけれども、在宅療養者の全体像を把握するには訪問看護のデータについても重要でございますので、既存の調査等を基に、訪問看護の提供状況についてもできる限り資料を御提示いただきたいと思いますと考えております。

論点の2点目について、在宅医療をバックアップする仕組みとして挙げられているこれらの点は、訪問看護においても非常に重要な点であると考えております。

特にグループ化についてでありますけれども、こちらについても令和4年度診療報酬改定で、複数の訪問看護ステーションの連携によって24時間対応の加算が算定できるケースが拡大されることになりましたけれども、加算を算定する場合以外でも、ステーション間の連携や、あるいはステーションと医療機関との連携によって、特に夜間の訪問看護の対応の体制を強化することで、各訪問看護事業所でのオンコール体制の負担軽減を図ることが重要であると考えております。

3点目についてでございますけれども、24時間体制の訪問看護の提供のためには事業所の規模拡大が必要となっておりますが、まだまだ小規模の事業所が多いのが現状です。各事業者の自助努力では、小規模事業所でありますので、対応に限界もございます。2019年度から、本会のモデル事業として、都道府県の看護協会や関係団体との連携により、訪問看護総合支援センターという機能を設けまして、訪問看護に関する各課題を一体的に総合的に支援する事業を試行しているところでございます。個々の事業所ではなかなか対応が難しい課題について一括して対応し、また、ノウハウを伝達するというような支援機能の構築に努めておりますので、こうしたことについても訪問看護の持続性について重要な取組であると考えておりますので、御紹介を申し上げたところで。

以上でございます。

○田中座長 訪看の数値を把握する必要性、ステーション間の連携、事業所規模等、多彩

な課題について論点を提示いただきまして、ありがとうございます。

荻野構成員、どうぞ。

○荻野構成員 座長、ありがとうございます。

私からも、論点の3つの項目を踏まえた上での意見を申し上げさせていただきたいと思
います。

在宅医療の提供体制については、かかりつけ薬剤師・薬局が外来から在宅へシームレス
に対応していくことが重要と考えております。在宅と申しましても患者像は多様でありま
して、高齢者のみならず、医療的ケア児等も含め、薬物療法が必要な患者に的確に医薬品
を提供できるよう、かかりつけ薬剤師・薬局が一貫して患者さんを支え、医療・介護の多
職種チームの一員として地域の在宅医療を支えてまいりたいと思います。

地域のチーム医療を構築していくには、行政や医療介護の職種、関係者との組織的な連
携がその基盤として重要であると考えておりますので、地域の薬剤師会が連携体制の構築
に関わっていく必要があると考えております。

また、医療・介護分野での情報利活用の仕組みの構築が進む中、薬局・薬剤師もこうし
たデータヘルス改革にしっかりと対応していきたいと考えております。在宅医療、介護を
受けておられる個々の患者に対し、個別最適化された安全、適正な薬物療法を提供でき
るよう、かかりつけ医をはじめとした多職種連携は極めて重要であることは言うまでもなく、
その際に、情報通信機器をはじめとしたICT技術の活用は大変有用であり、同時に、地域医
療情報ネットワークの整備についても確実に進めていく必要があると考えております。こ
うした技術やインフラの整備によって専門職間の情報共有がより円滑になることを踏まえ
て、我々薬剤師もより質の高いサービスの提供につなげていきたいと考えます。

在宅医療の整備量という御提示がございましたけれども、今後、在宅医療のニーズが増
加する中、在宅業務を行う薬局を増やしていくことで地域の在宅医療ニーズへの対応を図
っていききたいと考えております。

地域全体で在宅医療を支えていくような体制、面で支える体制が重要だと理解をしてい
るところでございます。第1回目のワーキングでも申し上げ、資料の4ページにも記載が
あるとおり、地域連携薬局は在宅医療の実績を認定基準の一つとしており、在宅医療に着
実に取り組んでいる薬局であるため、地域連携薬局の認定数が指標の一つとなり得ると考
えておるところでございます。

私からは以上でございます。ありがとうございました。

○田中座長 ありがとうございます。かかりつけ薬局・薬剤師、あるいは薬剤師会として
の決意が含まれていましたね。

角野構成員、どうぞ。

○角野構成員 ありがとうございます。

では、論点1、2、3に沿ってお話ししたいと思います。

まず、マンパワーの制約とあるのですけれども、今日お示しいただいた表を見ても、65

歳未満でいつも考えるのですよね。この構成員の方の顔を拝見しておっても、私自身もそうすけれども、65を超えています。あと10年ぐらい頑張らなければいけないなど思っているのです。世の中にはそういう人がいっぱいいるわけで、まずマンパワーを考えたときに、せめて70ぐらいまでですね。実際に、地域でもヘルパーさんであったりといった方で70ぐらいの方はたくさんおられます。ですから、その人たちもやはり考慮すべきかなと。むしろ、そういった元気に働いておられる方は、長く元気でおってくれるわけですから、まずマンパワーの考え方というのを今後考え直す必要があるのかなと思います。

それから、整備量についても、この元になっているのはやはりどうしても高齢者の在宅医療なのです。今日お示しいただいたのも、今後高齢者がどうなっていくかという話ばかりで、ところが、せっかく前回からの議論の中で、医療的ケア児の訪問診療等にやっと光が当たるようになったわけです。ということは、この医療的ケア児がどういう状況で今後どのように増えてくるのかどうなるのかというのがないと、それを踏まえた上での整備量を考える必要があるのかなと思っております。

2点目の質の高い効率的な云々ところですが、やはり先ほども1人構成員の方が言っておられた地域包括ケアシステムを元に考える必要があるのかなと。地域包括ケアシステムの場合、必ず地域の力というものが大事になってくるわけですし、何も専門的なあるいは事業所等のサービスを提供することを本務としている人たちが関わるだけではなくて、地域の人たちですよ。だから、地域力。例えば、通院介助の問題もありますけれども、これも何も事業者だけがするのではなくて、地域の方々がそういったことも手を出していく。そういったことによってこの在宅医療というのは一定成り立つのかなと思っております。

また、3番目の質の問題ですけれども、ここでは、今でもそうすけれども、生活を支える医療というものが中心になるわけですから、そういったとき、やはりかかりつけの先生方の力が非常に大きいかと思います。ところが、先ほどの表にありますように、かかりつけ医の先生方も高齢化が進みつつある中で、やはり今後若い先生方にどんどん開業していただいて、かかりつけ医になっていただくことが大事。また、医学教育の中で、総合診療医というものをもっともっと増やすような教育というか、あるいはそういった視点を持った医師を養成していくことが必要なのかなと思います。

同時に、柏市のモデルにありましたように、いわゆる専門医も、私が思うのは、やはり眼科とか皮膚科、特に皮膚科です。そういった先生方が訪問診療に関わること。実際に、先日、滋賀県でそういった勉強会をしましたけれども、東京のほうで皮膚科の先生が訪問診療を積極的にされているのです。それによってさらに質の高い在宅医療というのが担保されるのかなと思います。

以上です。

○田中座長 ありがとうございます。在宅医療の背景としての地域包括ケアシステムの重要性に触れていただいて、私としても心強かったです。また、医ケア児の問題は忘れてはなりませんね。

最初の年齢の点は私もまったく賛成で、半分冗談ですが、今日の資料でも64歳までが現役で生産年齢と書いてあると、角野構成員、私は非現役で非生産年齢ですよね。こういう無礼な書き方はよしてほしいです。半分冗談ですが、そう思っています。

中林構成員、お願いします。

○中林構成員 ありがとうございます。ケアマネージャーの中林から報告させていただきます。

まず、29ページの論点2番になります。この件に関して、ほかの構成員の先生方もおっしゃられていましたように、福祉の視点から言いますと、当然のことながら、今、地域包括ケアシステムは2025年に向けた取組が進められているところですが、今度、第9期の介護保険事業計画が策定に入ります。その25年に向けた老健局との整合性、連携をしっかりと図っていただきたい。

また、在宅医療においては、当然のことながら暮らしがベースになります。そこを支えていく福祉職、特に介護職におけるその体制等があることでその在宅医療と考えておりますので、これまで以上に医療と介護の連携、そして、そこをつなぐケアマネージャー、かかりつけ医との連携と役割がしっかりと重要と考えておりますので、その連携に支援をしていただきたいと考えております。

それと、気になるのが、29ページの介護度別の受療状況の資料を見ますと、要支援2と要介護1で、要支援2の方が3%、要支援1、2でも2%、3%なのですけれども、要介護1以上になりますと14%と一気に受療といいますか訪問診療のニーズが大きくなってきている。これまで厚生労働省においては、フレイル予防ということで要支援の方の重度化防止といった取組が行われているわけなのですけれども、要支援2から要介護1で一気に1桁高くなる。この辺の原因等も精査といいますか、少し見ていただければと考えております。

以上です。

○田中座長 ありがとうございます。介護や福祉との連携、そして、省内では老健局ときちんと連携をしないといけないと言っていました。

島田構成員、お願いします。

○島田構成員 座長、ありがとうございます。

在宅医療に関わる医師が加入する在宅療養支援医協会から出席しております。

今日の論点に関して発言させていただきます。

まず、在宅医療は、在支病もございますが、基本的には多くの診療所が地域で担っていると思います。

この15ページの資料にあるとおり、病院は医師の平均年齢が45歳ですが、開業医は60歳という状況であります。在宅医療かつ365日24時間の診療提供と、相談や書類なども非常に多いということがあります。かつ、個人診療所の場合は、一人一人が院長、自営業者なので、実は労働者ではないために労働基準法などの法律で守られる立場にないというような

こともある中で、実態はかなり厳しい状況でドクターたちが頑張っていると思います。

ぜひこのような負担軽減のために、例えば今、病院では、診療報酬で医師事務作業補助体制加算などで医師の事務業務をカバーするようなことを制度的に推進していますが、そのようなことがあるとよいのではないだろうかと思います。

また、在宅療養支援診療所は、単独または連携をして3名以上の医師に集まっていたら365日を担っていかうという形でスタートしておりますが、ひょっとしたら、この連携する医師の数をさらに増やしていくようなことを後押しする施策も検討してもよいのかもしれないと思っております。医師は結婚する年齢も少し遅いので、仮に娘さん、息子さんが医者になっても、自分の診療所に戻ってきてくれるのは恐らく70歳ぐらいということになってきますので、ぜひともこの辺りに若い先生方を病院が研修や貢献を兼ねて出させていただくような施策の推進もあるとよいのではないかと考えております。

次に、資料の33ページにありましたように、やはり在宅医療を多く診る診療所が地域医療の在宅患者を担っているという状況もかなりの地域で出てきていると思います。27ページの資料で、ターミナルケア加算をやっている在支診が恐らく6,000診療所ということになりまして、本来在支診は1万5000以上届出がありますので、この部分をもう少し増やしていくためにどんなことができるかということにもあるだろうと思います。

現在、在宅医療を多く診る診療所で、例えば外来患者がそのうちの5%以下、ほとんどが往診をやっているというところは、この5%ルールで管理料などの減算をする形をとっています。もちろん地域医療本来は外来が基本であるべきで、あまりいびつな形の地域医療というのはという懸念から設けたものでありますが、この17ページの資料で、既に外来患者が2015年をピークにして減り始めている地域が大半であるということを考えて場合には、往診を一生懸命しようという医療機関があって、その中で外来患者数を同じように増やしていくということは難しい状況が発生しているかもしれません。そのように考えると、この5%ルールについて検討していく必要性も出てくるかもしれないと考えました。

また、資料の10ページ目の高齢者人口の増加は、全国で言うとかかなり偏りが出るということです。東京や神奈川、愛知、福岡、埼玉、千葉などの都市部では高齢者数が非常に増えていくということで考えますと、ここを支えるために、例えば今は地域医療を支えるために過疎化の地域で地域枠を医学部が設けたりしていますが、同じように、在宅医療に若いうちに一定期間従事していただくような医師の枠というようなものを考えてもよいのかもしれない。

最後に、松本先生もおっしゃっていたとおり、埼玉県ふじみ野市で訪問医師が猟銃で殺害されるというショッキングな事件がありました。その少し前には、大阪のメンタルクリニックでの放火事件というのもありました。

私ども在宅療養支援医協会は緊急のアンケート調査を会員向けに行いまして、150名ほどの回答を得ておりますが、やはり理不尽な要求やクレームが毎年ある、数年に1度はあるを合わせると58%という高い数字になっております。そこには、いわゆる嫌がらせ行為

とか威嚇恐喝が20%、それから、亡くなったことを受け止められないということでトラブルになる。現場でいわゆる蘇生をしるという話であったりというケースも20%となります。あわせて、身の危険を感じるような経験というものについても、毎年あるという回答が5%、数年に1回あるというケースも合わせると20%近くとなっております、やはり在宅医療を提供する従事者に対しての安全確保ということも考えていかないと。在宅医療は特に医師だけでなく看護師など女性のスタッフも多いので、考えていく必要があるだろうと考えております。

以上です。

○田中座長 ありがとうございます。診療報酬面、在宅医療の医師の育成、安全確保と多彩な方面について意見をいただきました。

お待たせしました。馬屋原構成員、お願いします。

○馬屋原構成員 ありがとうございます。

精神科医療機関の立場から、論点1から3に関して意見を述べさせていただきます。

前回述べさせていただいたこととも重なりますが、精神科の在宅医療は、本人の病識がない、受診に結びつかないひきこもり患者さんの存在、あるいは入院中の精神障害者の方を地域に移行させていくという問題、あるいは近隣とのトラブル、経済的な事情、当事者の困りごとが多岐にわたっている分、それらにに応じていく我々の支援も多岐にわたるということをお話しさせていただきました。

当然ながら、そうなりますと、例えば医師1名と受付の事務の方だけで、コメディカルスタッフの応援もなくビルで開業されているような先生方は、なかなかその役割を担っていただきにくい側面があるかと思えます。

我々は、どのような精神科医師や医療機関がこのような役割を担っていけるのかということについていろいろと考えておりますが、「障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しについて」の中間整理というものが昨年12月16日に社保審の障害者部会から出されましたので、その一節を引用させていただきますが、地域包括ケアシステムにおける「かかりつけ精神科医」という概念でございます。これは、精神科医療機関の多職種及び地域援助事業者、地域包括支援センター等や行政機関の職員等と連携しながら、チームを統括し、ケースマネジメントを行うことや、精神科以外の診療科との連携を図り、身体合併症等に対応することも含め、いわゆる「かかりつけ精神科医」機能を果たすことが今後の地域包括ケアシステムにおける精神科医の役割として求められるというものです。また、当然、他科のかかりつけ医の先生方との連携の強化も極めて有効ということです。

こうした「かかりつけ精神科医」こそが、精神科在宅医療を推進していくために、必要な姿であろうと考えております。そうしたマンパワーをどういうふう確保するかという観点におきましては、多職種のコメディカルスタッフとの協調がないと動けないこと、あるいは複数の医師がある程度柔軟に協調しながら診療をしないといけないこと、あるいは緊急時の対応ができないといけないこと。そうした視点で考えますと、やはり精神科病院

がこの大きな役割を担っていける既存の医療資源であると考えております。

また、精神科病院におきましては、今後、今までの入院医療中心からダウンサイジングによってこうした地域の在宅医療も含めた役割を大きく担っていくという社会的な使命を帯びております。在宅医療における持続可能性という点でも、精神科病院のダウンサイジングで生み出されるマンパワーが役立つと考えています。

なお、議題1にありますように、訪問診療等の件数がこれまでの将来推計の指標になっていたということですが、精神科の場合、残念ながらこれまで適切な指標となるような診療報酬上の目安がなかなかありませんでしたが、平成30年度に「精神科在宅患者支援管理料」が新設されました。この在宅患者支援管理料が令和2年度、令和4年度と改定ごとに内容が変わっております。このたび、令和4年度の改定におきまして、これまで対象でなかった治療中断例ですとか、ひきこもり等でこれまで治療を受けることができなかった方に関しても、行政等との連携の中で、我々が行っている、精神保健相談という行政と精神科医とのタイアップによって全国市町村において行われているサービスでございますが、その中でなかなか治療に結びつかない方々に関して、こうしたアウトリーチサービスを診療報酬上行っていこうという評価が新しく加わりました。今後はこの在宅患者支援管理料も信頼できる大きな指標と成り得るのではないかと考えております。

以上です。

○田中座長 在宅医療における精神科の特性について、私たちにたくさん教えていただきましてありがとうございます。

高砂構成員、お願いします。

○高砂構成員 座長、ありがとうございます。

私は全国訪問看護事業協会の高砂と申します。よろしくお願いします。

39ページの論点に関して、少し意見をお願いしたいと思います。

前回の10月13日のワーキングでも申し上げたのですが、現在、訪問看護の数値等は、全ての都道府県で挙げられていませんので、ぜひ第8次医療計画では挙げていただきたいということをお願いいたしました。さらに、その数値というのは、地域包括ケアシステムの基盤である市区町村と連携していただき、ぜひ実数といえますか、必要な数を挙げていただくよう、御検討をお願いしたいと思います。

また、2番の基盤整備では、このコロナ禍において情報通信機器等の活用がとても目まぐるしく進められたと思います。これから質の高い効果的・効率的な在宅医療の提供体制という在り方はとても大切だと思うのですが、具体的にどのような情報通信機器等により、どのようなことが行われたかということについて議論する場において、医療的な内容だけでなく、看護において、または、介護現場において様々な形での情報通信機器等の活用を検討していただきたいと思います。

また、島田先生がおっしゃってくださった安全性ということに関しては、持続可能性を高める方策としてとても大変なことですし、医療依存度の高い方が増えていますので、夜

間の緊急訪問も訪問看護で増加しているという点で、先生方とともに検討していただきたいと思っています。よろしくをお願いします。

○田中座長 看護の立場からの論点でした。ありがとうございます。

大三構成員、お願いします。

○大三構成員 お世話になります。徳島の大三です。

私からは、小規模・限界集落を抱える自治体の立場からお話しします。

2040年までの人口規模を見ても、どんどんこのような自治体が増えると思っています。現状、美波町もどんどん限界集落地域が増え、高齢化率50%を超えるところが年々本当に増えております。こういった中で、町に病院はありますが、山村部からは非常に遠く、公共交通機関が無いため、通院することが難しい状態であります。そのような状態で、介護のできる家族がいらっしゃる方であれば、家族からの通院援助を受けられますが、それもできない場合があります。

以上のことを踏まえ、論点の1番、在宅医療等の需要の設定、整備量の在り方を考えるに当たり、単に人数で把握されると、人口の少ない私たちのようなところは対象として外されたり、あまりサービスが行き届かなかつたりすることが危惧されます。そのため、拠点施設をつくっていただく際の整備量については、人数を確認するのではなく、公共交通機関があるかどうか、通院が可能な立地状態であるかどうか、そして広範囲的に来ていただけるかどうか等、そういうものを全て勘案して整備量を設定していただきたいと思います。

実際に、移動手段として公共機関もなくて、今回、37ページに通院等乗降介助ということで、介助は本当に使いやすくなってありがたいのですが、一方で使いたくても現在事業所がまざらないという状態があります。そのため、実際にそのような小規模な限界集落を抱えるところは、このサービス自体が使えないという状態です。そのため、この点を施策の中である程度広範囲に対応していただくような拠点というものを必ず設けていただいて、在宅医療に取り残されないような施策をお願いしたいと思います。

2点目の論点について、36ページに福井県坂井市の事例が挙がっています。在宅医療・介護における多職種連携は、介護保険の総合事業のほうでどの町とも取り組んでいます。ただ、この事例のように、完全に市の中で巡回させるような形はすばらしい事例だと思いますが、実際にこういうことをしたくてもやはり業種的に不足する社会資源が生じてきます。そういうときに、情報通信機器等を通じて、拠点のほうからバックアップをしていただくことで、地域にある社会資源の中で、このような連携システムについて頑張っていきたいと思っていますが、何分社会資源が不足している中でグループ化を図ることに限っては、どうしても圏域を越えてというのは無理がありますので、そちらへの支援を切にお願いしたいと思います。

私からは以上です。

○田中座長 ありがとうございます。在宅医療の整備量だけではなくて、公共交通機関や

通院介助を行う事業者など、ほかの指標もないと全体像が捉えられないという御指摘でしたね。

松本構成員、お願いいたします。

○松本構成員 ありがとうございます。

先ほど角野構成員からも医療的ケア児の話をいただきまして、ありがとうございます。

私は埼玉県から日本医師会に来て、通算して10年以上にわたって医療的ケア児に取り組んでおりますけれども、高齢者の方や成人の方とは違った特殊な状況というのは本当にたくさんあります。今回の1、2、3の論点に沿っても様々な指摘をいただいておりますが、診療報酬改定でもいろいろ取り組んできましたけれども、ターミナルケアについてはがんだけが注目されていますが、実は医療的ケア児の場合は非がんの方もかなりいらっしやったりするという。それから、看取りに関しては、やはり親御さんとかきょうだいに対する手当が非常に重要であること。

こういった高齢者の方とは若干違った問題点もたくさんあります。それから、成人とはちょっと違った問題で緊急往診が必要になること。これは診療報酬改定で一定の手当はされましたが、やはりそういった特殊性をもう少し分かっていただくように、今、医師等の養成にも取り組んでいますけれども、そういった理解をさらにもっと深めていくような取組が求められているのではないかと思います。

以上です。

○田中座長 ありがとうございます。医療的ケア児については、在宅医療の中で重要なテーマです。埼玉県が力を入れているヤングケアラーの問題でも、きょうだいの医療的ケア児を世話する若者たちの話も出ています。

一当たり言っていたいただきましたが、ほかにいかがでしょうか。よろしゅうございますか。

いずれも密度の濃い話をしていただいたので、1時間とは感じなかったですが、2回目目の発言がないようでしたら、本日の議論はここまでといたします。後からあのとき言っておけばよかったというのはないですね。

では、事務局から最後の説明をお願いします。

○井上在宅医療専門官 本日は誠にありがとうございました。

本日は一般傍聴の制限をしていることから、議事録につきまして、可能な限り速やかに公表できるよう、事務局として校正作業を進めてまいります。

構成員の皆様におかれましては、御多忙中とは存じますけれども、御協力いただけますようお願い申し上げます。

また、次回のワーキンググループにつきましては、詳細が決まり次第、御連絡させていただきます。よろしくお願いいたします。

それでは、本日のワーキンググループはこれまでとさせていただきます。

大変お忙しいところ、誠にありがとうございました。