

○井上専門官 それでは、定刻となりました。ただいまから第4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」を開会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。

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、異議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、カメラに向かってうなず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。

構成員の交代がございますので、御紹介いたします。

松本構成員に代わりまして、日本医師会の江澤和彦常任理事が新たに構成員となられました。よろしくようお願いいたします。

次に、資料の確認をさせていただきます。

事前に、資料、参考資料、構成員名簿をお送りさせていただいておりますので、お手元に御準備くださいますようお願いいたします。

カメラ撮りのため、構成員の皆様におかれましては、ビデオをオンにさせて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。

(冒頭カメラ撮り終了)

○井上専門官 それでは、以降の進行は田中座長をお願いいたします。よろしくようお願いいたします。

○田中座長 皆さん、こんにちは。

早速議事に入りますが、議事の前に、代理出席についてお諮りします。

本日の会議では、中林弘明構成員の代理として、一般社団法人日本介護支援専門員協会副会長、牧野和子参考人の御出席をお認めいただきたいと思いますと思いますが、よろしゅうございますか。

(委員首肯)

○田中座長 ありがとうございます。

では、議事に入ります。

資料の「在宅医療の基盤整備について（その1）」。これを事務局より、説明をお願いします。

○中西補佐 座長の田中先生、ありがとうございます。

それでは、事務局から資料「在宅医療の基盤整備について（その1）」に沿いまして御説明申し上げます。

まず、資料の2ページ目に目次をお示ししております。

次に資料の3ページ目からでございますが「はじめに」という形になってございまして、その次の資料の4ページ目及び5ページ目におきまして、医療計画の全体像における在宅医療の位置づけについてお示ししております。

続きまして、資料6ページ目でございます。

本ワーキンググループにおけます、今後の検討事項についてでございます。

本日御議論いただく該当箇所につきましては、赤字の実線で囲みを入れさせていただいております。

続きまして、資料の7ページ目であります。

本ワーキンググループの検討スケジュールについてでございます。

本日の検討事項の箇所を赤字の実線で囲んでおりますが、本日のテーマを含めました各検討事項につきまして、まず、1巡目の議論を通じて、現状と課題の提示、そして論点出しを行い、夏以降に、さらに2巡目の議論を通じて議論の取りまとめを、そして年明けに指針の作成をという形で予定をしております。

続きまして、8ページ目からは、前回までのワーキンググループの振り返りでございます。9ページ目及び10ページ目の中で、主に本日の検討事項に関連する内容につきまして、構成員の先生方からの発言を一部御紹介させていただいております。

続きまして、資料の11ページ目からは、在宅医療の現状と今後の動向につきまして、主にレセプトデータ等を用いたマクロの視点からの解析結果を中心に提示させていただくとともに、地域での取組事例につきましても、一部御紹介させていただきたいと思います。

続きまして、12ページ目でございます。

国保データベース（KDB）を用いまして、全国における在宅患者訪問診療料のレセプト件数のこれまでの推移についてお示ししております。これにつきましては、中期的に訪問診療の件数は増加傾向となっております。

続きまして、資料の13ページ目でございます。

これは、2019年度のKDBを用いまして在宅患者訪問診療料を算定した患者における介護度の内訳をお示ししております。

要介護1、2まで患者が約30%、要介護3以上の患者は約50%となっております。

続きまして、資料の14ページ目でございます。

2019年度の、こちらはNDBを用いた訪問診療についてのデータでございます。

左上のグラフは、2019年度の年齢階級別の訪問診療受療率をお示ししております、後期高齢者、中でも85歳以上で、その受療率が顕著となっております。

左下のグラフは、2019年度における性・年齢階級・都道府県別の訪問診療受療率を、推計年度におけます性・年齢階級・二次医療圏別の推計人口に乗じて積み上げることで、全国における訪問診療患者数の推計をお示ししております。

これにつきましては、2040年度に向かひまして、需要の増加が見込まれております。

右側のグラフにつきましては、これは二次医療圏別の訪問診療患者数の将来動向についてお示ししております、こちらは、多くの二次医療圏で今後も訪問診療の患者数は増加し、2040年もしくはそれ以降にピークを迎えることが見込まれてございます。

続きまして、資料の15ページ目であります。

こちらは、在宅医学総合管理料及び施設入居時総合管理料の算定患者におきまして、次の16ページ目に記載しております特掲診療料の施設基準等を用いまして、その病態や病状等に基づき、便宜的に3種類のカテゴリーに分類してございます。

15ページ目の左側のグラフにつきましては、各カテゴリーの需要推計をお示ししてございまして、いわゆる難病等の区分でございましてカテゴリー1、要介護2以上等からなるカテゴリー2、そしてカテゴリー1及び2のいずれも該当しないカテゴリー3、のいずれにおきましても、今後、患者数の増加が見込まれております。

右側につきましては、カテゴリーごとの1レセプト当たりの訪問診療及び往診の頻度の平均を比較してございます。

カテゴリー1におきましては、その平均の値が多い傾向になってございますけれども、レセプトごとの頻度の分布は把握できていない関係で、いわゆる統計学的検定を用いた差の違いにまでは言及できてございません。

続きまして、17及び18ページ目でございます。

こちらは、都道府県別に、2019年度におけます訪問診療件数の実績値を青色の棒グラフで、2020年度から40年度までの5年おきの時点での訪問診療の需要が最大となる年度の件数を赤い色の棒グラフでお示ししてございます。

こちら、いずれの都道府県におきましても、今後、現下の訪問診療件数よりも増加が見込まれてございます。

続きまして、19ページ目でございます。

こちらは、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の届出数の推移でございます。

左側の、いわゆる在支診全体の数は近年、おおむね横ばい傾向となっております一方、右側の在支病の数につきましては、増加傾向となっております。

続きまして、資料の20ページ目であります。

患者の状態像別に見た、在宅医療を提供する医療機関の診療報酬上の類型ごとの対応状況についてお示ししてございます。

グラフの左半分につきましては、いわゆる在医総管、右側は施設医総管を算定された患

者についてお示ししてございます。

いわゆる施設医総管を算定されました患者数につきましては、いずれの医療機関類型におきましても、在総管の算定患者数よりも多い傾向となっております。

また、双方の管理料ともに、機能強化在支診・在支病ほど、いわゆる難病等の区分の患者に多く対応をしていただいております。その割合も高い傾向となっております。

一方、在医総管の算定患者は、施設医総管の場合と比べまして、どの医療機関類型におきましても、難病等の区分の患者に多く御対応いただいております。その割合も高い傾向となっております。

続きまして、21ページ目となります。

こちらは、患者の状態像別に見た医療機関の診療報酬上の類型、そして、二次医療圏の規模ごとの対応状況についてお示ししてございます。

二次医療圏の規模につきましては、右側の真ん中少し下目の黒枠の部分に記載しておりますように、人口規模や人口密度の違いに応じまして、便宜上、このように3つのパターンに分類してございます。

そして、左上にございます、大規模型の二次医療圏におきましては、機能強化型在支診・在支病が最も多く訪問診療を提供し、さらに、いわゆる難病との区分に属します患者にも最も多く対応している状況となっております。

右上の中規模型の二次医療圏におきましては、機能強化型在支診・在支病が、難病等の患者にも最も多く対応している一方、患者の総数という観点からは、機能強化型在支診・在支病と在支診・在支病との間の差は、それほど大きくない状況となっております。

左下のその他の二次医療圏につきましては、機能強化型在支診・在支病における難病等の区分の患者の割合がやや高いものの、難病等の患者への対応数は、在支診・在支病でやや多く、訪問診療件数全体の数も多い傾向となっております。

ただし、これは二次医療圏の規模別に患者の絶対数がそもそも異なっておりまして、それぞれにおける特徴について解釈する際には、留意が必要と考えております。

また、今回は二次医療圏の規模を便宜的に、このような3つのパターンで区分してございますけれども、必ずしも各地域における特徴を代表するものではなく、やはり地域ごとの特性をさらに深掘りするためには、ミクロな視点での調査分析も重要であると考えております。

続きまして、資料の22ページ目でございます。

先ほど12ページ目の中で、KDBを用いて、全国における在宅患者訪問診療料のレセプト件数の推移についてお示ししてございました。

こちらにおきましては、それに加えて、医療機関当たりの訪問診療件数の区分別の内数もお示したグラフとなっております。

特に青色の部分、すなわち、1か月当たりの訪問診療件数が100件以上1,000件未満の実績のある医療機関から提供される部分の全体に占める内数が伸びてきているという特徴が

ございます。

続きまして、23ページ目でございます。

こちらは、二次医療圏の規模別に見た訪問診療提供医療機関数と、訪問診療提供件数との関係でございます。

横軸に訪問診療を提供した累積医療機関数の全体に占める割合。縦軸には訪問診療の累積レセプト件数の全体に占める割合を置いてございまして、1か月当たりのレセプト件数の多い医療機関から順に積み上げてプロットすることで、グラフを作成してございます。

まず全体的に言いまして、訪問診療の多くが、一部の医療機関によって提供されているという特徴がございます。

そして、二重線の放物線のところでございますが、特に大規模型の二次医療圏ではその傾向が強く、上位約20%の医療機関で、全体の8割の訪問診療が提供されている状況でございます。

医療圏の規模が小さくなるにつれて、その傾向はやや弱くなる傾向となっております。

こちらにつきましても、これは、あくまでも二次医療圏の規模ごとのマクロな分析という一定の限界があることに留意しつつ、さらに地域ごとの特性を把握するためのミクロな視点での分析も重要と考えております。

続きまして、24ページ目であります。

医療機関類型及び二次医療圏の規模別に見た1医療機関当たりの訪問診療提供件数の分布についてお示ししております。

こちらは、図の一番左側になりますが、二次医療圏全体で見ますと、機能強化型の在支診・在支病で、1つの医療機関当たりの診療件数が最も多くなっております。図の左から2番目、そして3番目でございますように、その傾向は特に大規模型、そして中規模型の二次医療圏で特徴的となっております。

一方、その他の二次医療圏、つまり、一番右側のところの図でございますけれども、こちらは、大規模型、中規模型の医療圏と比べまして、医療機関類型の違いによる診療件数の差が、やや少なくなっている状況でございます。

続きまして、25ページ目でございます。

ここからは、訪問看護に関する資料となっております。

こちらは、中医協からの資料でございますけれども、訪問看護ステーションの利用者数は、介護保険、医療保険ともに、経年的に増加傾向となっております。

続きまして、26ページ目でございます。

2019年度のNDB、介護DB等を用いた訪問看護についてのデータでございます。

左上のグラフは、2019年度の年齢階級別の訪問看護の利用率をお示してございまして、こちら年齢とともに、その利用率は増加傾向を示してございます。

左下のグラフは、2019年度におけます、性・年齢階級・都道府県別の訪問看護の利用率を、推計年度における性・年齢階級、二次医療圏別の将来推計人口に乗じて積み上げるこ

とで、全国におけます訪問看護利用者数の推計をお示ししております。

こちらにも2040年に向かひまして、需要の増加が見込まれております。

右側のグラフにつきましては、二次医療圏別で訪問看護利用者数の将来の動向を示してございまして、こちらにも多くの二次医療圏で今後も訪問看護の利用者数は増加し、2040年もしくはそれ以降にピークを迎えることが見込まれております。

一方で、一部の地域では近いうちに需要のピークを迎えたり、あるいは既に需要のピークを過ぎていているという推計のデータとなつてございまして、これにつきましては、やはり、将来の人口構成の他に、現下の利用率が訪問看護のニーズとどの程度一致しているかといったことにも多少影響を受けることもございまして、そういう意味では、推計の数字を唯一の拠り所とすることなく、あくまで参考の一つと捉えつつ、地域ごとで求められるニーズをしっかりとさらに把握していくことが重要と考えております。

続きまして、27ページ目であります。

医療保険による訪問看護ステーション利用者の状態像についてでございます。

左側の円グラフにございまして、主傷病は、精神及び行動の障害が最も多く、神経系の疾患、悪性腫瘍を含めると、75%以上を占めてございまして。

また、右側のグラフで示しておりますように、訪問看護利用者における別表7の該当者は70から80歳代、そして別表8の該当者は小児及び高齢者において割合が高い状況となっております。

続きまして、28ページ目であります。

訪問看護ステーションの利用者の傷病分類についてでございます。

介護保険の利用者は、循環系の疾患、筋骨格系及び結合組織の疾患が多く、医療保険の利用者は、先ほどの27ページ目と同様、神経系の疾患、精神及び行動の障害が多い状況となっております。

続きまして、29ページ目であります。

こちらは、機能強化型訪問看護ステーションの届出状況についてであります。

左上の届出数の推移につきましては、機能強化型の類型2につきましては、近年やや横ばいとはなっておりますが、全ての類型全体として増加傾向と考えられます。

続きまして、30ページ目であります。

こちらは、令和元年の介護サービス施設事業所調査をもとに、訪問看護ステーションの職員数及び二次医療圏の規模別に見たサービス提供量の状況であります。

青色の棒グラフで示されてございまして、二次医療圏の規模にかかわらず、看護職員数の多い事業所ほど、職員1人当たりの平均訪問回数が多い傾向を示してございまして。

二次医療圏の規模別では、大規模型の二次医療圏のほうが、それ以外の規模の二次医療圏と比較いたしまして、職員1人当たりの平均訪問回数が多い傾向となっております。

続きまして、31ページ目であります。

こちらにも同じく令和元年の介護サービス施設・事業所調査をもとに、訪問看護ステーシ

ョンの従業員規模別の届出状況について示してございます。

看護職員数が多い事業所ほどを緊急時に訪問する体制、医療的依存度の高い利用者への対応が可能な体制、24時間対応が可能である体制等、これらの整備がされている割合が高い状況となっております。

続きまして、32ページ目であります。

こちらは、訪問看護ステーションの大規模化に関する取組事例でございます。

看護職員を増員し、充実した看護ケアの提供を通じて、利用者数の増加、研修体制の充実、そして職員の労働環境の改善等につなげた取組となっております。

続きまして、33ページ目であります。

こちらは、訪問看護ステーションのグループ化に関する取組事例となっております。

事務作業の一元化やICTの活用により、業務の効率化を図り、時間外勤務時間の削減、1日当たりの訪問件数の増加、在宅看取りの体制強化など、過疎地域が抱える課題に対応されている取組でございます。

特に、このようなマンパワーの少ない地域において、有用な方法となり得ることが示唆される一例であります。

続きまして、34ページ目でございます。

こちらは、在宅医療のグループ化に関する取組事例でございます。

左側は、医療機関の間でのグループ化に関する事例でございます。主治医をバックアップするための副主治医の確保を通じまして、24時間対応等に備える仕組みを確立してございます。

右上の図は、多職種での情報共有ツールを用いた取組でございます。

そして、右下の図では、こうした取組を通じて、新たに訪問診療を導入した患者数や在宅看取り数の増加につながっております。

続きまして、35ページ目であります。

こちらは、令和4年度の診療報酬改定におきまして、在宅療養移行加算が新設され、地域における連携体制確保に基づく評価が加わっております。

このような診療報酬の新設を通じまして、今後グループ化による地域の在宅医療提供体制の強化につながることが期待されます。

続きまして、36ページ目、在宅医療における情報通信機器等の活用についてでございます。

今後、高齢化の進展に伴い、在宅医療のニーズは増加する一方で、マンパワーの制約があることを踏まえまして、このような情報通信機器等の活用も含めました質の高い効果的、効率的な在宅医療の提供体制を進める必要がございます。

在宅医療における情報通信機器等の活用の取組といたしましては、対面診療の補完、医療過疎地における遠隔診療、多職種連携におけるネットワーク構築等がございます。

続きまして、37ページ目、「在宅医療の現状と今後の動向」のところの小括でございま

す。

1つ目であります。今後も難病等の患者や要介護2以上の患者等を含めまして、訪問診療の需要の増加が見込まれております。

2つ目であります。難病等からなる患者及び要介護2以上等の患者への訪問診療に関して、二次医療圏の規模が大きいほど、機能強化型在支診・機能強化型在支病による提供が多く、二次医療圏の規模が小さいほど、在支診・在支病による提供が多い傾向にございました。

3つ目であります。1つの医療機関当たりの訪問診療の提供数は、大規模型、中規模型の二次医療圏においては、機能強化型在支診・機能強化型在支病が多い一方、規模の比較的小さい二次医療圏につきましては、在支診・在支病による提供数が最も多い状況でございました。

4つ目であります。訪問看護についても、今後多くの地域で需要増加が見込まれております。

5つ目であります。従業員数の多い訪問看護事業所では、職員1人当たりの訪問回数が多い傾向が見られ、さらに、緊急時に訪問する体制等の整備がされている割合が高い傾向にありました。

最後6つ目であります。在宅医療の提供体制を確保するため、訪問診療を提供する医療機関や訪問看護事業所において、大規模やグループ化、ICTの活用等を通じて、診療体制の強化や、業務の効率化等、様々な取組がなされているところであります。

続きまして38ページ、38ページ目からは、在宅医療圏についてでございます。

次、39ページ目、医療圏の設定についてでございます。

図の下側でございますけれども、現行の医療計画の指針におけます、在宅医療圏に係る記載について示しております。

医療圏の設定に当たりましては、退院支援、生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りといった各区分に求められる医療機能を明確にして圏域を設定すること。

また、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制や(重症例を除く)、医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護支援等の実情に応じて弾力的に設定することとしてございます。

続きまして40ページ目、在宅医療の体制についてであります。

在宅医療に求められる4つの医療機能を明確にして圏域を設定した上で、地域における多職種連携を図りながら、24時間体制で在宅医療が提供されることが重要となります。

こうした観点から、在宅医療において積極的役割を担う医療機関や在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置づけていくことが望まれております。

続きまして、41ページ目であります。

現行の在宅医療の体制構築に係る指針において、在宅医療において積極的役割を担う医療機関や在宅医療に必要な連携を担う拠点につきまして、医療計画に位置づけることが望

ましいとされてございまして、目標や、求められる事項についての記載がございしますが、設定や配置の目安については、明記していない状況となっております。

続きまして、42ページ目、第7次医療計画における在宅医療に係る圏域等の記載内容についてであります。

一番左側の円グラフでございしますが、在宅医療体制を構築するに当たっての圏域の設定単位は、二次医療圏としております都道府県が66%でありまして、その他一部では、保健所の圏域、郡市区医師会単位、市町村単位等に設定している都道府県もございました。

次に、真ん中の円グラフであります。都道府県の医療計画におきまして、在宅医療を積極的担う医療機関に関する記載内容につきましては、記載なし、または、目標や対策に指針の内容をそのまま記載しているとしている都道府県が約90%でございました。

また、一番右側の円グラフでございしますが、在宅医療に必要な連携を担う拠点に関する記載内容に関しましては、記載なし、または、指針の内容を記載しているのみとしてございまして都道府県が81%となっている状況です。

続きまして、43ページ目、医療及び介護の体制整備に係る協議の場についてであります。

地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針の中で、特に将来の在宅医療に係る医療需要について、介護保険事業（支援）計画との整合性の確保のために設置する都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場、これを規定してございまして、訪問診療を必要とする患者の増加に対する目標について、介護保険事業（支援）計画等と整合性を持って設定していくことが重要であり、このような協議の場を活用し、検討を行うこととしております。

設置単位につきましては、二次医療圏を原則としてございしますが、都道府県が適当と認める区域での設置も可能となっております。

また、例えば、地域医療構想調整会議の枠組みを活用し、調整会議のもとに関係者によるワーキンググループ形式で設置する等、柔軟な運用を可能としております。

続きまして、44ページ目、在宅医療に係る協議の場の設置状況についてであります。

左側の円グラフであります。各都道府県における在宅医療に係る協議の場の開催区域でございしますが、二次医療圏単位が86%という状況でありました。

また、二次医療圏に設置された在宅医療の協議の場のうち、地域医療構想調整会議の枠組みを活用している二次医療圏は39%でありました。

続いて、右側の円グラフであります。二次医療圏における在宅医療に係る協議の場の事務局の設置場所につきまして、保健所または都道府県としているところが86%となっております。

続きまして、45ページ目、「在宅医療圏について」のところの小括であります。

1つ目であります。現行の指針では在宅医療圏の設定に当たっては、地域の医療資源の整備状況や介護との連携の在り方を踏まえて、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く）や、医療と介護の連携体制の構築を図られるよう、従来の二次医療圏にこだわらず、

市町村単位や保健所圏域等、弾力的に設定することとしております。

2つ目であります。在宅医療体制を構築するに当たっての圏域の設定単位につきまして、二次医療圏としている都道府県が最も多く、そのほかに、郡市区医師会単位や市町村単位等の二次医療圏以外の単位で設定しているところも見られております。

3つ目であります。医療計画において在宅医療を積極的に担う医療機関や在宅医療に必要な連携を担う拠点に関しまして、ほとんどの都道府県におかれましては、具体的記載がない状況となっております。

4つ目であります。各都道府県における在宅医療に係る協議の場の開催区域は、二次医療圏単位が86%でありまして、地域医療構想調整会議を活用している二次医療圏は39%でありました。

最後5つ目であります。二次医療圏における在宅医療に係る協議の場の事務局の設置場所は、保健所または都道府県が86%でありました。

続きまして、46ページ目、課題と論点でございます。

最後に47ページ目でございますけれども、課題及び論点をそれぞれ3つずつ御用意させていただきます。

課題の1つ目でございますが、在宅医療及び訪問看護の利用者数は、今後、高齢者の増加等により、多くの地域で増加が見込まれております。

2040年に向けまして、生産年齢人口の減少に伴うマンパワーの確保も求められる中、在宅医療の提供体制の整備がより一層必要となります。

2つ目、在宅医療の提供体制の整備に当たっては、現在の地域の在宅医療に係る体制の整備状況、介護サービス等との連携状況を踏まえまして、適切な医療圏を設定することが必要となります。

3つ目、医療計画において指針上記載が望ましいとされております、「在宅医療を積極的に担う医療機関」や、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に関しまして、多くの都道府県におきまして、具体的な記載がない状況となっております。

次に論点でございます。

1つ目であります。今後の在宅医療の提供体制について、医療機関や事業所の数を増やすといった量的拡充や、効率化も含めた一層の整備が求められますが、現在の地域ごとの医療資源の状況を踏まえ、どのように整備していくべきか。

2つ目でございます。在宅医療における医療圏につきまして、どのような規模で設定していくべきか。

最後3つ目であります。「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の機能や役割を現行の記載よりも明確にし、地域における在宅医療の提供体制の整備や、介護サービス等との連携を行うための拠点の整備を進めていくこととしてはどうかとさせていただきます。

以上、駆け足となりましたが、事務局からの説明は、以上でございます。

○田中座長 ありがとうございます。

ただいまの説明について御意見、御質問のおありの方は、お願いいたします。

鈴木構成員、どうぞ。

○鈴木構成員 47ページの論点が3つありますので、1つずつ意見を申し上げ、そして、最後に質問を1つさせていただきます。

まず、1つ目の論点でございます。

在宅医療の需要は、多くの地域において2040年に向けてさらに増加していきます。医師数の多い大都市部では在宅医療に参入する医療機関も多いと思いますが、医師数の少ない地方では、まず、既存や新規開業するかかりつけ医に、少しずつでも可能な範囲で在宅医療に取り組んでいただき、足りない部分を地域の有床、無床の在宅療養支援診療所や中小病院の在宅療養支援病院と患者ごとに緩やかなグループを作って、全体として、一時的な入院も含めて、24時間365日対応できるようにする必要があります。

可能な地域では、大規模化やグループ化を進めることも必要ですが、いずれにしても効率化のためにはICTの活用は必須です。その際、連携ツールは地域でできるだけ統一することが望ましく、行政が要介護認定申請時に利用同意を取得しておくなどして、各事業所の負担を減らすことも必要です。

2つ目の論点です。

在宅医療圏については、以前、日医から参加していたこのワーキンググループにおいて、質問を私からしたのに対して、事務局から日常生活圏域以上、二次医療圏以下との回答を得ています。

二次医療圏の人口は、2万人台から300万人台と大きく異なりますが、私の地元の茨城県では、9つの二次医療圏の人口は全て20万人以上であり、市町村も合併により、全て1万人以上となりました。

現在は人口減少により、8,000人台の自治体もありますが、本県の在宅医療圏は市町村が基本です。

本県は、市町村ごとの地域包括ケアシステムの構築を目指していますので、訪問介護など、介護保険サービスとの整合性を考えれば、在宅医療圏も市町村単位を基本とすることが望ましいと考えています。

今後、二次医療圏単位の地域医療構想調整会議で、在宅医療の協議を行う際には、市町村単位のワーキンググループを作って行うことが考えられます。

3つ目の論点についてです。

在宅医療を推進するためには、第8次医療計画においては、在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院を対象とした、在宅医療において積極的役割を担う医療機関と、医師会などを対象とした在宅医療に必要な連携を担う拠点を、その機能や役割を明確にした上で、医療計画に位置づけて、具体的に整備を行う必要があります。

在宅医療に必要な連携を担う拠点は、介護保険の地域支援事業の中に、在宅医療・介護

連携推進事業の1つとして位置づけられているため、本県では、地域包括支援センターに設置されているところが約60%と多くなっています。もし実際に機能していないようであれば、郡市医師会や医療機関に設置先を変更することも必要と考えています。

それらの役割としては、1つ目に、ICT活用の地域でのルール策定、ICT未導入の医療機関、介護サービス事業者への働きかけ、2つ目に、在宅医療参入の支援、3つ目に病診連携、医療・介護連携の場の設置と運営、4つ目に、新興・再興感染症、大規模災害時の介護施設等への医療機関の支援に関する地域ごとのルールの策定、5つ目に、在宅医療における圏域内のACPのルール策定と促進が考えられます。

さらに、地域での在宅医療・介護連携を推進するためには、1つとして、二次医療圏単位の地域医療構想調整会議に、市町村の介護保険事業計画担当者や、在宅医療・介護連携拠点の参画を必須とすることが必要だと思います。

2つ目に、市町村の介護保険事業計画の委員には、在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所の医師等の参画を必須とすることも必要だと思います。

3つ目に、医療計画、介護保険事業計画には、在宅医療の実績量や見込み量だけでなく、各在宅に係る医療圏ごとに必要な在宅医療の内容及必要量を明確にし、目標値として設定することが必要と考えています。

最後に質問ですが、ここに出てくる在宅医療に必要な連携を担う拠点とは、平成23年度に、医政局のモデル事業として始まった在宅医療連携拠点及び、その後、再生基金を経て、平成27年度からの介護保険の地域支援事業の中に位置づけられた在宅医療・介護連携推進事業の在宅医療・介護連携に関する相談窓口と同一のものとして理解してよいでしょうか。これが質問でございます。

以上、意見と質問です。よろしく申し上げます。

○田中座長 3つの論点についての的確な意見、ありがとうございました。

質問にお答えください。

○中西補佐 鈴木構成員、ありがとうございます。事務局でございます。

最後の御質問でございます。医療計画上は、いわゆる連携拠点につきましては、市町村が取り組んでございます在宅医療・介護連携推進事業と整合性を取りながら進めていくことを記載がございまして、拠点が必ずしも同一である必要はございません。ただ、連携拠点の主体が市町村になってもよいと医療計画上の記載がございまして、市町村がそもそも医療計画上の連携拠点になりましたら、いわゆる在宅医療・介護連携推進事業の担い手にもなるというところでもあります。

○田中座長 よろしいですか、鈴木構成員。

○鈴木構成員 そうすると、同一と理解してもいいし、別だと考えてもいいという感じですか。

○中西補佐 おっしゃるとおりです。いわゆる立てつけの問題だけになりますので、誰が主体をするかというところの問題だけでございます。

○鈴木構成員 お互いに県と市町村がそれでいいと言え、一緒にしてもいいということですね。分かりました。ありがとうございます。

○田中座長 田母神構成員、お願いします。

○田母神構成員 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。

初めに資料について1点、先ほど事務局から御説明もあったところでありまして、資料の26ページの訪問看護の利用者数が最大になる年の図につきましては、解釈に注意が必要であると考えております。

推計を出すに当たって、需要と供給がマッチしていることを前提にしていると思いますが、例えば、2020年以前に最大を迎えたとされております地域では、需要に対し供給が足りていたのかどうか、供給が足りていないことで需要が過小評価されていないかというところが、懸念するところでございます。

訪問看護の利用は増加を続けておりますことも、厚生労働省の資料でお示しいただいているところでありまして、適宜、最新のデータを用いていただきまして、分析の精緻化を図っていただくように、お願いをいたします。

続いて、論点に沿って意見を申し上げます。論点の1点目については、参考資料2とし、本日資料を提出させていただいておりますが、都道府県における訪問看護の体制整備に向けまして、訪問看護に関する総合的な支援機能の確保が重要であると考えております。

本会では、個々の訪問看護事業所の自助努力による取組では課題解決に限界のある事項に対しまして、一元的・総合的に取り組む拠点として、訪問看護総合支援センターの構想を2019年に掲げたところでございます。

訪問看護総合支援センターには、このスライド1ページの表にお示ししております3つの目的がございまして、経営支援、人材確保、訪問看護の質向上について各県の実情に応じて、具体的な対策を展開する拠点としております。

本会の調べでは、類似する場合も含めまして、総合的な支援機能を有する都道府県が23となっておりますので、スライドにお示しをしております。

新潟県看護協会の取組例の体系図を、次のページにお示しをしております、県からの補助もいただきまして、こうした総合的な取組を実施しているところでございます。

これまでの各県協会の取組で、訪問看護の体験研修や医療機関との人材交流による人材確保といった効果でありますとか、人材確保後は、研修なども重要になってまいりますが、新任の看護師から看護管理者までの体系的な研修の実施といったものは、小規模の訪問看護事業所単独では実施が難しいものでございます。こういった研修によって看護の質向上にもつながっております。

また、事業所向けの相談支援、事業所への経営アドバイザーの派遣などによる経営の安定化という効果もございます。

こうした取組について、さらに進めていくために、医療計画においても訪問看護の基盤

整備に向けた総合支援機能を方向性として位置づけていただきたいと思いますと考えております。

また、スライド29ページから、厚生労働省の資料でお示しいただいておりますとおり、24時間対応を含む訪問看護の安定的な供給のためには、事業者の大規模が方策の1つでございます。訪問看護の従事者数については、全ての都道府県で指標として挙げていただき、機能強化型ステーション等の位置づけについても、明確化をすることが重要であると考えております。

こうした訪問看護の提供の充実に関連して、先ほど発言しました総合支援機能として、訪問看護の人材確保や、その後の教育研修、管理者のマネジメントの能力向上などの一体的な対応策が併せて動いていくことが重要であると考えております。

もう一点、本日の資料にはございませんけれども、複雑な医療ニーズを有する利用者の方々のケアに当たっては、認定看護師や専門看護師、特定行為研修修了など専門性の高い看護師の活用促進が課題となっております。

在宅領域では、現在、診療報酬で緩和ケア、褥瘡等の創傷管理の領域、また、特定行為研修の在宅慢性期領域が評価をされておりますけれども、病院に比べると、訪問看護ステーションの看護師の研修修了者は非常に少ない状況となっております。在宅での療養の継続を支えていくためには、こうした専門性の高い看護人材の育成と確保について、医療計画等で指標化していくことを含め、活用促進を進めるべきと考えております。

最後に、論点の2点目、3点目についてでございます。二次医療圏にこだわらず、地域における在宅医療の各サービスの提供状況を詳細に把握できる圏域を設定し、各サービスの空白地帯や空白領域、例えば、小児でありますとか難病でありますとか、それぞれ専門性の高い領域において、空白領域がないように、地域の課題と整備目標、整備方策を明確にすることが重要であると考えております。

また、地域における在宅医療の提供体制整備や介護サービス等との連携を行うための拠点整備についても進めていくべきと考えております。

以上でございます。

○田中座長 参考資料の提出もありがとうございました。

スライド26については、事務局も自分で言うておられましたが、これは、2020年時点の供給量に応じて顕在化した需要の量を基にしています。したがって、本当に潜在ニーズまで全部拾っているかどうかは分からないので、必ずしも将来の必要量を全て表しているとは限らない。事務局も、御自分で認識していらっしやったので、ただいまの御指摘は、私も賛成いたします。

牧野参考人、お願いします。

○牧野参考人 ありがとうございます。

日本介護支援専門員協会、本日は代理で出席をいたしております、副会長の牧野和子と申します。どうぞよろしく願いいたします。

私のほうからは、46ページの論点の最後のポツ「在宅医療において」という部分について

て発言を2点させていただきます。

介護支援専門員は、訪問看護ステーションや在宅療養支援の先生方と活動しております。神経系の疾患や悪性新生物を含めると、多くの方々を支援してくださっているのが、この在宅での医療に関わる方々と捉えております。データの的にも、今後、難病等の患者や要介護2以上の患者等を含め、訪問診療の需要の増加が見込まれております。

訪問看護につきましては、具体的に32ページで、北海道釧路市の労務管理や請求事業についての閉鎖を回避できた事例など、ICTの活用や、時間外勤務の時間の削減等の体制強化などが表されております。

在宅医療の提供体制を確保するために、訪問診療を提供する医療機関や訪問介護の事業所におきまして、大規模化、グループ化、ICTの活用等を通じて、診療体制の強化や、業務の効率化等が展開しやすい環境づくりが求められていると感じておりますので、今回の議論につきまして、とても重要なところを取り上げてくださっていると感じております。

次に、基盤整備について伝えます。

高齢化に伴い需要が増加傾向にあります供給体制が、ここでは課題となっております。在宅医療では、33ページの長崎市の事例のように、在宅療養をサポートできる支援体制が必要とされています。県が主体となり、医療機関、各県医師会等と連携を図りまして、費用については、基金の活用、35ページにありますように、ICTの活用を推進することにより、拠点の整備を進めることが必要と考えます。

また、介護保険事業計画と連携しながら、行政、医療・介護等を含めた議論ができる場が必要と考えます。

また、こちらはお願いになります。介護支援専門員もチームの一員として、様々な視点で意見を述べることで感じておりますので、介護保険事業計画や医療についての計画を検討する際に、地域にあります、職能の団体の代表等が参加できるような形を作っていたら幸いです。

以上です。

○田中座長 御意見ありがとうございました。

次、長内構成員、お願いいたします。

○長内構成員 田中先生、ありがとうございます。

豊中市長の長内でございます。

まず、論点1について意見を述べたいと思います。

在宅医療を進めていく上で、やはり一番キーになりますのは、それぞれの地域で在宅高齢者を支えていただく、様々な職種の人の情報共有だと思います。

先ほどの委員さんの話の中にもありましたけれども、やはり、情報共有できる仕組みとして、様々なICTを活用した簡単なツール、それと、その情報を共有するという法的な体系、支援、この部分が大変大切だと思っております。

もう一点、論点1に関して言いますと、在宅医療が進む上でのキーとなりますのは、急

変時の病院のバックアップ体制、これが、医療を進める上で大変大きなキーになってくると思います。

この点で、やはり整備をしていく上での大きな論点になると思いますので、意見として挙げさせていただけたらと思っております。

それと、論点2と論点3につきましては、在宅医療に係る医療圏、二次医療圏は、どちらかといえば、病院の整備という観点で医療圏が設けられていると思うのですが、在宅という医療を進めていく観点で言いますと、それを縮小した観点が必要だと思っております。

その観点から言いますと、やはり市町村単位、これが一番最適ではないかと思っております。

その中で言いますと、それぞれの市町村ごとに、あるいは郡市区ごとに医師会もありますし、それと、介護保険事業計画、あるいは国保の保険計画、こういったものについても、やはり市町村単位で計画が作成されて、そしてサービスが提供されているということ。

それと、現状から見ますと、今後、85歳以上の高齢者あるいは要介護3以上ということで、利用者の高齢化と介護の重度化がさらに進んでくる中での在宅医療の推進になりますので、やはり市町村圏域という狭い圏域での推進の観点が必要になってくると思います。

それと、やはり先ほど前の方がおっしゃっていましたが、この在宅医療を進める上で言いますと、医療と介護だけでなしに、様々な多職種のアプローチ、これでもってやはり進むことができると思いますので、この観点、大切にしていけたらと思っております。

そして、この在宅医療の推進で言いますと、次のステップとしては、まず、市町村単位という圏域を想定して議論が進められることが、まず基本だと思うのですが、それ以降の視点としては、やはり、介護保険事業計画における日常生活圏域、ここまでの細分化が進めていけるような議論も、今後は必要だと思っております。ただし、その前提としては、やはりしっかりと医療と介護が、まず、市町村単位でしっかりと結びついて、機能していく上での議論になると思います。

以上です。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。今後の議論の進め方についてもありがとうございます。

馬屋原構成員、お願いいたします。

○馬屋原構成員 田中座長、ありがとうございます。

日本精神科病院協会の馬屋原です。論点に関しまして、特に最初の論点である量的拡充や効率化、それから、その次の在宅医療圏域について、お話しをさせていただきたいと思っております。

まず、在宅医療におきまして、訪問診療と訪問看護が在宅医療の両輪であるとは認識しております。

一方で、12ページの資料にございます、訪問診療件数の増加。そして、25ページにござ

います、訪問看護利用者数の伸び、これを見比べますと、明らかに後者の訪問看護が、特に医療保険における訪問看護利用者数の増加が抜きに出ており、両者の実態、つまり訪問診療と訪問看護の実態は、同様とは言えないと思われます。

同様に、14ページにおける、訪問診療の利用者数は今後も増加して2025年以降に、後期高齢者割合が9割以上となることを見込まれるのに対して、26ページ、訪問看護の利用者数の推計においては、2025年以降に後期高齢者の割合が7割以上となることを見込まれる。この9割と7割の対比でも分かりますように、やはり訪問看護の利用者には、比較的若年者が多いという実態があり、そのことは26ページの年齢分布にもはっきりと表れております。

つまり、訪問看護利用者の、この抜き出た昨今の急増や、若い年齢層が多い点など、訪問診療とは異なる点を、今後はより分析する必要があると思います。

御案内のとおり、訪問診療と異なり、訪問看護ステーションは、営利法人によって運営できるわけです。昨今、株式会社等営利法人による訪問看護の全国展開が著しく、訪問看護件数の伸びが、純粋な真のニーズ・必要度を反映しているのかどうかに関して、例えば、ステーションにおけるスタッフへの過剰なノルマ等が課せられていることから怪しむ声もありますので、その点に関しまして、純粋な必要度を反映しているのかどうかに関しましては、より慎重な分析が必要だと考えています。

30ページでございます。

従業員規模別のデータであります。看護職員数が多い事業所ほど、職員1人当たりの訪問回数が多い点を、今、お話ししたとおり、効率化の指標と安易に解釈しては、まずいのではないかと考えています。

同様のことが、37ページの小括（その1）の従業員規模の評価にも関わってくると思っております。

ですから、訪問看護の実態に関しては、より精緻な分析が必要で、例えば、27ページには保険局医療課が、一部サンプリングを行った上で実施した実態調査が紹介されておりますけれども、営利法人と医療機関立の訪問看護ステーションの対比など、もう少しそこから得られるデータはないのか、引き続き、部署横断的な取組を事務局の方をお願いしたいと思っております。

次の論点、在宅医療圏域につきましては、現在の「日常生活圏域以上、二次医療圏以下」という状況から、今のデータ等からより踏み込んだ表現に国の立場から規定するのは難しかりと、やはり都道府県の実情に委ねる部分が多いのではないかと考えております。

以上です。

○田中座長 データの読み方を併せて、御意見ありがとうございました。

佐藤構成員、お願いいたします。

○佐藤構成員 田中座長、ありがとうございます。

私のほうからは、37ページでございます、小括について2つお伺いしたいと思っております。

ます。

まず、今回の御報告の中で、在宅医療を支える在支診であったり、在支病であったり、そのような実態をしっかりと把握くださっていることは、今後に向けての体制整備にも大きな意味があるのだらうと思えますし、さらに、機能強化型の有無等も併せて報告いただいたことは、今後の体制について非常に重要であると同時に、やはり在宅医療を支えている現場の方々からすると、こういうバックアップは非常に大きな意味があるのだらうと思っております。

一方で、前回もちょっと一部質問をさせていただきましたが、在宅歯科診療に関わる診療所の歯科医師が、急変時等に、どこにバックアップを求めるかといった際の報告であったりとか、調査であったりというのが、どうも現状は不十分ではないかと、現時点では考えてございます。

この現状を把握するためには、どのような調査が可能なのか、必要なのかという点について、厚労省のほうのお考えを伺えればありがたいと思うのが1点目でございます。

もう一点目、36ページにもございましたが、いわゆる在宅医療における情報通信機器の活用について、歯科医療分野もしくは歯科の介護分野を含めてですが、まだまだ未成熟な分野でございます。

したがって、このような活用例を示していただけるということは、視覚的にも理解が進むという点では、大変ありがたい部分を持っているのだと思えます。

一方で、では、歯科における情報通信の基金の活用等については、一部調査が行われているとは伺っておりますが、いまだに、それらの報告が出てまいりませんが、今後に向けての御予定があれば、教えていただきたいと思います。

以上、2点でございます。よろしく願いいたします。

○田中座長 ありがとうございます。

在宅歯科について、質問が2点ございました。お答えは、どなたがなさいますか。

○医政局歯科保健課堀之内主査 御質問いただき、ありがとうございます。

今、いただいた質問に関しましては、持ち帰らせていただいて、また確認して、御回答という形にさせていただきたいと思えます。

○田中座長 佐藤構成員、今日は、すぐはできないので持ち帰ってということですが、よろしゅうございますか。

○佐藤構成員 はい、分かりました。

○田中座長 では、そのようをお願いいたします。

次、荻野構成員、お願いいたします。

○荻野構成員 ありがとうございます。日本薬剤師会の荻野でございます。

私からは、2点ほど意見を申し上げさせていただきたいと思っております。

まず、1点目でございますけれども、本日の資料の36コマ目でございます、在宅医療における情報通信機器等の活用についてであります。

資料の右側の部分に、ネットワーク構築による病病連携、病診連携、多職種連携の構築の活用例が示されているところがございますけれども、患者の生活あるいは医療の質の向上に当たりましては、34コマ目の長崎の事例にもありますように、医療・介護に係る多職種が有する情報を関係者間でシームレスに共有することが重要と考えております。

改めて申し上げますことではございませんけれども、在宅医療における情報推進機器等の活用につきましては、多職種連携の体制構築の観点から、在宅医療を担う薬局を忘れずに含めていただきたいと思います。

2点目でございますけれども、43コマ目にお示しいただいている協議の場についてでございます。

都道府県によっては、薬剤師の参画がまだない場合があるように認識しているところで、在宅医療を必要としている患者さんに不利益が生じないよう、また、今後の在宅医療ニーズの高まりも踏まえつつ、患者さんの状態に応じた細やかな訪問薬剤管理指導に対応していくため、都道府県において、きちんと薬剤師が協議の場に参加するように、実効性を確保していただきたいと思います。

私からは、以上2点、意見として申し上げさせていただきました。ありがとうございます。

○田中座長 薬局薬剤師の大切さについて御指摘いただきました。ありがとうございます。

島田構成員、お願いします。

○島田構成員 ありがとうございます。全国在宅療養支援協会の島田です。

事務局には、在宅医療を行う医療機関の受け持ち患者の構成など、大変詳しい資料を御用意いただきまして、ありがとうございます。

初めに、資料について、少し意見をさせていただいて、その後、論点について述べさせていただきます。

13ページ目に、在宅医療の介護度の円グラフがございますが、このうちの15%が要介護の未認定の患者さんということで、結構な割合です。このところ、少し説明が欲しかったなど。

おそらく、小児、40歳未満のがん患者、介護認定申請から決定までの1ヶ月間が間に合わないターミナル/がん患者、65歳未満の事故後遺症/脊髄損傷等の2号保険者の特定疾患に該当しない疾患とか、そのような人たち、あと、昨今多いのは、精神疾患やひきこもりなど、そういうものなのではないかなと想像していたところです。

あと、今回の資料は、在宅で暮らす方と、施設で暮らす方を比較しているものも多かったのですが、できれば、全体だけではなくて、在宅と施設のそれぞれの介護度の分布であったりとか、65歳以上の1号保険者の方の介護度の割合、それから、40歳か65歳の間の2号保険者の方の割合なども示していただくと、20ページの在宅診療所の患者構成の、在宅と施設の比較などでも判断がしやすかったのではないかなと感じております。

続きまして、論点のところですが、1つ目の量的拡充や、効率化についてですが、15ペー

ジ目に、カテゴリーの1、2、3、いわゆる介護度や医療処置依存度、難病などで重症度を分けていますが、この表を見ますと、右のほうのカテゴリー3というのは、一番処置とか介護度が軽いケースです。これは、ひょっとしたら医療提供自体が不適切だったりがあるのかなと、そういう目線で見ますと、当然、定期的な訪問診療の回数は、カテゴリー1、2、3で、予定している頻度は減っていますけれども、臨時で組む往診については、カテゴリー2と3は、同じ1.4と同数であることから、医療処置がある人となない人でも、やはりあまり安定していない人に対して在宅医療は提供されていると解釈してよいのかなと思います。

それから、20ページ目について、重症度の一番高いカテゴリー1について、強化型の診療所は、在支診の約1.6倍診ていると。施設でも同じように1.6倍、よりカテゴリー1という重症度の人を診ているので、ここは強化型と普通の在支診で、きちんと役割分担はできているように見えました。

それから、22ページ目です。どのように量を確保していくかというところでは、この棒グラフを見ていきますと、100人以上を担当できる診療所は、5年間で1.5倍増えていると読み取れます。

それから、23ページ、24ページで見ましても、2割のところは8割の患者を診ているということは、ざっくり平均で4倍受け入れているということになりそうです。

今回、人口密度に応じて、大規模エリア、中規模エリア、その他と分けていただけていますが、やはり強化型のところは、一般の在支診に比べて3倍から5倍の対応ができています。この数は、在支病よりも強化型在支診のほうが少し多く受け入れているぐらいのキャパシティーを持って機能できていると考えます。その辺りが、在宅患者が非常に増加するエリアにおいては、それをカバーする主軸になりそうだと考えます。

それから、論点の2つ目になりますが、在宅医療の医療保険の考え方、なかなか難しいと思います。私は、東京の板橋という、いわゆる人口過密地域でやっております。

在宅医療の最大値が、6万人から8万人増える地域は、これを見ると、東京、神奈川、大きさの3つのみ、それから、3万から4万人増える地域も、埼玉、愛知、兵庫の3つだけということになっています。

ほかの地域は、それほど増えないから大丈夫なのかといえば、そうではなくて、人口が少ないということは、在宅医療に従事する従事者を確保すること自体も難しいということになりますから、やはりいろいろな取組が各地域で必要だろうと考えております。

21ページ目、大規模の密集地域と中規模の密集地域の一番重いカテゴリー1、重度者を見てみると、これは、強化型も普通の在支診もほぼ同数になっています。

心配なのは、その他地域で、そもそもカテゴリー1の割合が非常に低くて、6割ぐらいしかありません。そうすると、これは、地域の介護力と在宅医療を担う強化型とか在支診の不足で、重度者が住み慣れた地域では暮らせず、入院、入所を選択せざるを得ない状況なのかもしれない。この辺りについて、事務局のほうで、またさらに調査を進めていただ

けるといいのではないかと思います。

そして、最後、3つ目の連携拠点についての意見でございます。

前回の意見の総括してある9ページ目のところに、在宅医療連携拠点の点は、在宅医療に関わっている医療機関や病院が軸になっていますが、当初、このワーキンググループには、新興感染症を地域で、どのように、今後発生した場合に、対応するかという話がありました。あとは、がんや神経難病など、必要時には、医療受入れも念頭に考えれば、200床以上の基幹病院にも参加してもらう必要があるのではないかと考えます。

そして、在宅療養の移行加算というのが34ページ目で紹介されています。今回の診療報酬改定で、自分の診療所で連絡体制を24時間とれば、往診体制は、ほかの協力で賄ってもよいというもので、これは非常に参加しやすくなると思います。

これは、連携拠点とも関係しますが、そのような土日や夜間の対応が難しい小さな医療機関に協力する側のところにも何らかのインセンティブなど、当然、コストや体制づくりにいろいろ費用もかかりますから、そういうことも検討していかないと、協力する側の参加が難しいかもしれないと思っています。

私どもの地域でもいろいろ御協力するのですが、39ページ目の表のとおり、一般の診療所に対して補完的に在宅医療の診療所が動く場合、やはり一番多いのが死亡診断、看取りのケースということが結構あるわけです。

そうしますと、現在の法律では、基本的には、ふだんから診療していた患者さんが、その疾患の延長線上で死亡したと考えられる場合に、死亡診断書を交付していいということになっています。

ですから、バックアップする、在宅医療に力入れている医療機関は、代わりに診るので初診ということになりますから、その状態で、いわゆる情報共有、もともとの主治医からの情報をいただいているということだけで死亡診断書を交付していいのかどうかという法的な整理が必要になってくるだろうと考えています。実効的に地域で補完し合って在宅の患者を診ていくためには法の整備が必要だろうと思いました。

それから、27ページに訪問看護の実態が書いてありますけれども、この真ん中の年齢層、30歳から65歳の利用者は、処置行為が非常に少ない、20%以下になっています。

ただ、訪問看護というのは処置だけに行っているのではなくて、やはり病状の悪化を防いで、在宅療養を継続させたり、家族支援などによって役立っているケースもあるので、そういうことの評価も必要なのではないかと考えております。

最後に、情報通信機器についてです。私もオンライン診療のガイドラインの検討会に出させていただいていますが、実際、私の診療所の患者を診ていても、現時点では、高齢者とか、往診を受ける世帯は、IT知識が乏しくて、かつ経済的にも困窮している方が多く、スマホなどが、買えないことが普及のネックになっていると思います。

看護師やヘルパーなどが、こういう在宅医療を受けている患者さんのお宅には出入りしていますから、スマホの持込みなども、この出入りしている人たちにお願いして、操作の

補助者として普及していくしか、なかなか難しいのではないかと考えています。

そして、在宅医療特有のことですが、患者さんがドクターへ連絡をしてきた場合の一部は、電話だけの指導や説明だと不満が残ることが多いです。これが、テレビ画像つきになった場合に、どれだけ患者さん側の満足度が上がるか、それとも、やはり先生は来てくれなかったと、テレビ電話でごまかされてしまったというような落胆になってしまうのか、依然としてお医者さんがきちんと診に来てくれたという安心感とか、精神的な支援による効果が高い分野でもあることが難しさだと感じています。

以上です。

○田中座長 幅広い分野に対して、意見提示をありがとうございました。

角野構成員、お願いします。

○角野構成員 滋賀県の角野でございます。

論点3つについて、まず1つ目です。

在宅医療の提供体制を考える場合に、当然のことながら、まず生活の場ということですので、このワーキングが在宅医療及び医療・介護連携となっていますように、やはり介護の部分、ここもしっかり考えていく必要があるかと思えます。ただ、これについては、高齢者福祉計画であるとか、他の計画でも記載がありますので、そことの連携といいますか、整合性を取るように、あるいはそちらのほうでしっかりと記載していただいて、こちらのほうでは、その必要性というのをしっかりと求めておく必要があるのかなと考えております。

そういったところから、やはり様々な資源の獲得について、介護サービス、ここについても必要であることは、うたうべきだと思います。

また、在宅医療についての量的拡充ということなのですが、これについては、やはり、何といたってもマンパワーの整備なのですね、これについては、しかし、医療計画の中では、それぞれのマンパワーの確保の章立てはあるかと思うのですが、どこの都道府県においても、やはりそこでの整合性が大事で、この在宅医療の章の中において、どのような、例えば、看護師といっても、いわゆるここでは訪問看護師が必要なわけで、そして、どれぐらい数が必要であるかというのをやはり出していくことを、そちらの全体的な人材確保計画の中にちゃんと組み入れてもらうことも大事かと。

と同時に、やはりそういった人たちの養成方法ですね、例えば、訪問診療する先生方あるいは訪問歯科診療をする先生方が、どれぐらいそういう地域において必要なのか、と同時に、その人たちをどのようにして獲得していくのか、例えば、滋賀県では以前から、県医師会と共同で、訪問診療に興味がある、あるいはやろうと思っているという先生方を対象として、在宅医療セミナーというのをやっております。また、訪問看護師については、滋賀医大のほうで、これはもう早くから、訪問看護師養成の、そういうプログラムを作って養成にかかっている。そういうのを、やはり、各都道府県、自治体においては、具体的に考えていく必要があるのかなと考えております。

次、2つ目の在宅医療の医療圏の規模です。今日いろいろデータをお示ししていただいたように、本当に、この人口規模とか、様々によって関わっている事業所の関わり方も変わってきております。ということは、単なる人口とか、そんなのだけでは決められない、やはり地域特性というのは、非常に強いわけですね。

そういった中で、先ほどの在宅医療というのは生活ということを行いましたけれども、まさにそれは、地域包括ケアシステム、この構築というのは各市町がやっているわけですが、本来はその地域包括ケアシステムの圏域と、これが一緒であるべきだと思います。

そういったときに、では、地域包括ケアシステムの圏域というのはどう決めるのか、これも曖昧で、中学校区であったり、小学校区であったりというわけですが、ですから、一概に中学校区とか小学校区とかという言い方ではなく、これは、もうまさに地域によって全然違います。

ですから、考え方を示すだけであって、あとは、やはり、それぞれ市町村を中心として、今ある社会資源ですね、あるいは医療資源、そういったものを考慮した中で、それぞれ生活圏域という中で考えていくという、そういった考え方を示した上で、それぞれが規定していくものかと思います。

それから、3点目の拠点のお話であります。どこが拠点をするかということで、これは、もう本当に様々でして、滋賀県でも、やはり中心になっているところが、病院の場合もありますし、郡市医師会ということもあります。これは、もうそれぞれのところ、場合によったら、この在宅医療、本当に家庭医療センターは、滋賀県はそれに近いものが3か所あります。かなり、2人どころか、4人、5人の医師を置いて在宅医療をやっているというところがあるのです。そういったところは、そういう町であれば、そこが拠点になることによって十分いけると思いますし、また、そういったところではなくて、開業医の先生方がそれぞれ頑張っておられるところの場合、もし、どこか基幹的な病院があれば、そこが拠点、あるいは、もちろん郡市医師会、あるいは地域包括支援センター、そういったところと、これはやはり地域の実情とそれぞれ変わってくると思います。

ただ、そのときにも、やはり全体的なバックアップといいますか、それを支援するのは、保健所であるのかなと思ひまして、やはり、そこは保健所の役割というのもしっかりあった上での拠点整備かなと考えております。

以上です。

○田中座長 ありがとうございます。

3つの論点とも、地域の実情をしっかりと踏まえよと主張されたと理解いたしました。ありがとうございます。

江澤構成員、お願いいたします。

○江澤構成員 ありがとうございます。

本日より、構成員として参加させていただく江澤でございます。よろしくお願ひいたし

ます。

私のほうからは、簡略に意見を5点述べさせていただきたいと思います。

まず、最初に、在宅医療の継続性に影響を与える大きな要因の1つは、在宅介護でございます。

本日の資料の13ページにも、在来患者の要介護度別のグラフがございますが、要介護度3から5で全体の5割を占めます。

したがって、訪問介護、あるいは24時間定期巡回・随時対応型訪問介護看護、いわゆる定巡、こういったものの日常生活の下支えがないと、在宅医療は容易に破綻をします。

したがって、在宅医療計画を策定する際には、地域の、こういった在宅介護サービスも踏まえて検討しないと、絵に描いた餅になる可能性があります。

しかも訪問介護は、介護のサービス類型の中でも、人材不足が最も著しいサービス類型でございますので、慎重な検討が必要だと思います。

そして、今後の在宅医療の推計がいろいろ示されておりますけれども、今後増えてくるのは、在医総管よりも、当然施設総管が量的にも高まってきます。

現在、全国的な平均ですけれども、高齢者住宅、すなわち住宅型あるいは介護つき有料老人ホーム、あるいはサ高住等をのうち、全体の平均でございますが、入居者の3割から5割が要介護3から5というデータが従前から示されています。

したがって、在宅医療の提供の場は、本人の住まいとなりますので、住まい政策とも連携を図っていく必要が、今後は、高まってくると思いますので、提供の場所、あるいは在宅介護の下支え、そういった視点は極めて重要だと思います。

続きまして、2点目でございます。

地域医療構想を、私は当初、地域医療構想調整会議が発足したときから、地域医療介護構想とするべきではないかということをお願いしていただいております。

すなわち、医療区分の1の7割に相当する全国ベースで新たな30万人の受け皿の議論、ここには、介護の行政担当者あるいは介護の関係団体、そういった地域の方々が必要だと思っております。

したがって、例えば、この地域医療構想調整会議の発足の議論の当初から、じわじわと、例えば療養病床も稼働率が低下してきております。さらに現状においては、全国ベースですけれども、老健と特養を合わせますと、ざっくり言いますと、1日に10万ベッドぐらいの空床がございます。

特に介護においては、施設と在宅は、相互に補完する位置づけとなっております。施設か在宅かという二元論ではないということでもあります。

したがって、そういった介護施設の受け皿も含めて、既存の社会資源の有効活用というのは、これは、地域包括ケアの推進に当たっての基本でございますので、その辺りの把握ということも非常に重要だと思っております。

続きまして、3点目でございます。

在宅医療・介護連携推進事業について申し上げたいと思います。

国レベルでは、平成24年から医政局でスタートしまして、その後、老健局が所管するという事業になっています。

これは、市町村におきましては、初めて医療行政に着手する登竜門となっています。さらには、地区医師会と良好かつ円滑な連携がない限りは、なし得ない事業にもなっています。

したがって、多くの市町村では、多かれ少なかれ地区医師会とのいろいろな話し合いや取組が始まっているはずでございます。

こういったことを総合的に考えて、そして、先ほど申し上げた介護サービスとの整合性を踏まえましても、論点にあります医療圏というのは、市町村が妥当であると考えます。

その中で、地域包括ケアの日常生活は、当初は、中学校区とされておりまして、市町村が医療圏となることによって、中学校区にも目配せができると考えております。

続きまして、4点目でございます。

論点の在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点の機能、役割を現行の記載よりも明確にすることには賛成でございます。

具体的な記載は不可欠でありますし、あわせて、先ほど申し上げました介護サービスや、高齢者住宅の社会資源の把握も必要と考えます。

そして、記載するだけでは意味がございませんので、さらにこれをどういうふうの実効性を担保するかということを深掘りして、議論していただきたいと考えているところでございます。

既に、いろいろ取組が地域でございますけれども、例えば、在支病等が、近隣の在宅医療を担う診療所や病院とネットワークを組んで、例えば、月に1回、毎月症例カンファレンスを行い、あるいは診療所の先生の不在時の対応のカバーリングの話をを行う、いろいろなそういった取組が各地で、今、始まっていますので、そういった地域で支える、24時間、365日、1人の医師が支えるのではなくて、地域で支える仕組みというのを考えていく必要が非常に重要だと思っております。

その際に、後方支援機能が非常に重要であります。要は、いざという緊急の際に、必ず即座に入院が可能である病院が必要でございます。

診療報酬上の評価は、後方支援機能は、200床以上の病院となっていますけれども、実際に在支病が、そういった役割を担っているケースは多々ありますので、そういった200床に限らず、在支病等も後方支援機能を担うということで、例えば、資料の40ページのところに、左下に在宅医療において積極的役割を担う医療機関のところの役割の中にも、後方支援機能が入りますし、3番の急変時の対応に、入院病床の確保というのがございますが、ここは、もう少しクローズアップしてもいいのかなと思っておりますのでございます。

そして、こういった取組がなかなか進まないエリアも、まだまだ多数あるかと思っておりますので、こういったところは、ぜひ医師会がコーディネート役を担って、地域で支える仕

組みを後押しするという構図がよろしいかと思えます。

いずれにせよ、地域住民の健康と命を守り、地域に責任を持つということが、そういった志が極めて重要だと思えます。

最後に、在宅医療の計画においては、特に地域の特性を生かすこと、あるいはその辺りを踏まえて、取り組むということが極めて重要ではないかと思っています。

いろいろな調査がありまして、例えば、後期高齢者人口当たりの訪問診療数、訪問看護の提供数、あるいは訪問介護の提供数等がいろいろ調査の結果、明らかになっておりますけれども、これは全国によって、かなり地域によって大きく差がございます。当然ではございますが、非常に人口過疎部の社会資源が少ない地域においては、それまでの、その地域の風土に見合った、あるいは長年の習慣に培った医療や介護のサービスのかかり方というのもあると思えますし、要は我が国は、8割の人口が2割の国土面積に住まわれている、非常に人口偏在が著しい島国でもございますので、全国一律の在宅医療政策というのは、当然あり得ないわけでございます。

したがって、大事なことは、地域包括ケアに当たっても重要ですが、地域の課題の抽出、とにかく住民のお困りごとが何であるのか、それは極めて重要だと思えますので、そういったところを含めて、特に社会保障のセーフティーネットの網からこぼれ落ちる方がいらっしゃることはあっては許されないことだと思いますので、そういったことを含めて、各地域をいろいろ分析して、特に住民におけるお困りごと、いわゆる地域の課題、ここにちゃんと目を向けて取り組んでいくことが重要であって、提供側の計画ですけれども、提供される側の視点というのは極めて重要だと思っております。

以上、5つの意見を申し上げました。以上でございます。ありがとうございます。

○田中座長 5つの重要な意見、ありがとうございます。特に最初に言われた、在宅医療は在宅介護とセットであると、これは私も常々同感で、強調しております。ありがとうございました。

増井構成員、お願いします。

○増井構成員 ありがとうございます。協会けんぽの増井でございます。

私からは1点、事務局への要望を申し上げます。

第2回目の本ワーキンググループの資料の中に、外来患者のピークは、2020年にピークを迎える二次医療圏が多く、在宅患者のピークについては、2040年以降にピークを迎える二次医療圏が多いという資料がございました。

今後、その需要の中身を見ていくときに、大分都市部、地方部で将来の姿が異なると思えますので、その地域がどういう姿になるのかということを外体患者、在宅患者を含め全体としてお示しただけると、将来在宅医療についてどのように考えていくかということに役立つと思えますので、それを要望いたします。

以上です。

○田中座長 御要望を承りました。ありがとうございます。

ほかによろしゅうございますか、田母神構成員、どうぞ。

○田母神構成員 ありがとうございます。

先ほど馬屋原構成員から、訪問看護の医療保険における伸びということで、コメントを頂戴したところだと思います。

これに関しましては、やはり、病院等での平均在院日数の短縮化でありますとか、患者さんの高齢化等が要因ではないか、訪問看護の場合は、訪問診療と異なりまして、療養上の世話という部分もございますので、大きくその性格というところは異なっておりますので、例えば退院後でありますとか、医療ニーズの高い方、あるいは看取りの時期の症状のコントロールでありますとか、独居の方でありますとか、非常に頻回に訪問を要する場合もあるかと思えます。

そういったこともあり、行政での医療計画をはじめとしまして様々な計画の中で、今後も伸びを期待する自治体が多くあると認識しております。

一方で、非常にニーズに見合わない極端な状況といいますか、ニーズに合わない頻回の訪問でありますとか、日中だけしか見られないような状況、それは、事業所の規模にも関係してくるところであります。そういった質の部分はどうなのかというところの御意見だったかと思えます。そうしたケアの質というのは、訪問看護以外でも非常に重要なところであるかと思えますけれども、先ほど申しました本会での訪問看護総合支援センター試行事業としまして、看護職員の教育研修でありますとか、あるいは、様々な形で事業所内でも、ケアの質評価というところは、取組を行っているところだと思います。

看護師が訪問看護ステーションを開く際に法人格が必要になり、株式会社という形態を取る場合も多くありまして、質の部分が設置主体で色づけられるのかどうかというところは、詳細に丁寧に見てみないと、なかなか分からないところだと思うのですけれども、ニーズに合うようなケアが提供されているか、質が担保できているかというところは、非常に重要な部分だと考えております。

以上でございます。

○田中座長 ありがとうございます。

牧野参考人、どうぞ。

○牧野参考人 ありがとうございます。

私のほうからは、在宅医療の提供体制の整備や、介護サービス等との連携を行うための拠点の整備を進めていくことに賛成である点についてお伝えさせていただきます。

たくさんの資料を今回は提供いただきました。具体的に各県の状況などが書かれていたことが、参考資料として役立つものになったと思っております。各地域の状況が様々でございますので、やはり各地域でどのような課題があるか、そして、各地域にあります在宅療養支援事業の状況も鑑みながら、例えば、災害等ですと、地域のどんな職種の方も一緒に考えることができる、このようなテーマも添えながら拠点の準備を進めていく。具体的な活動についても少し触れながら、この拠点地域整備を進めていくことが重要ではないかと思

いました。

医療と介護の連携を進めつつ、各地域でお住まいになっている方が、長く地域で生活できることを希望したいと思います。

以上です。

○田中座長 拠点整備についても触れていただきました。ありがとうございます。

高砂構成員、どうぞ。

○高砂構成員 遅参いたしましたして、申し訳ございませんでした。高砂です、どうぞよろしくをお願いします。

課題と論点に関しまして、意見を少し述べさせていただきたいと思います。

皆さんもおっしゃっていらっしゃいましたように、今回の細かなデータを見れば見るほど、地域格差が今後ともとても大きくなっていくのだなというのを感じております。

その上で人材育成をどのように進めていくかということになりますと、行政や関係機関の皆さん方と一緒に、人材育成というのも、その地域におけるニーズを明らかにしながら、実施させていただきたいなと思っています。

今回の資料の中で、訪問看護ステーション大規模化と言われてはいますがけれども、実際のところ、小規模なステーションが多いということで、様々な連携事例の御紹介があったと思います。

さらに、コロナウイルス感染症の感染拡大により、昨年、中医協の11月の資料にございました八戸モデルと長野県モデル、訪問看護ステーション同士がクラスターなどが出たときに、どのようにみんなでサポートし、連携を取っていくかというのと、八戸モデルは、医師会、看護協会などにサポートしながら、その大規模化といいますが、継続的な訪問看護の提供を具体的に考えたものなど、その地域の特性を生かした様々なモデルができてきていますので、ぜひ皆さん方も御確認いただきながら、その地域に合った連携モデルというのを検討していきたいなと思っています。

論点のサービスの効率化のところにおいては、確かにICT化において、高齢者には、苦手な部分というの、たくさんあると思うのですがけれども、意外とスマホを上手に使っていらっしゃったりということもございますので、どうやってサポートするか、補完的な部分で、やはり、これからも活用していきたいと思っています。

どうもありがとうございました。

○田中座長 御意見ありがとうございます。

馬屋原構成員、お願いいたします。

○馬屋原構成員 先ほど田母神構成員のほうから御意見をいただきまして、ありがとうございます。

おっしゃるとおり、平均在日数の病院における短縮化の流れに沿って、退院後の医療的な処置等を要する在宅医療もしくは医療保険における訪問看護を要する患者さんが増えていらっしゃるといふこと、要因として確かにあろうと思います。

しかしながら、介護保険の利用者数の伸びに比べて、医療保険における訪問看護の利用者の伸びは、やはりちょっと突出しているというのが明らかでございます。

その点におきまして、おっしゃるとおり、私も問われるのは数より質だと思っております。本当に従業員規模が多ければ、それが、たくさんの利用者を効率的に満足させることができるのかという観点におきまして、さらなる営利法人と医療機関における対比等も含めましたデータ、あるいは調査の分析が必要だと、さらに深掘りをお願いしたところでございます。

以上です。

○田中座長 ありがとうございます。

ほかによろしゅうございますか。

大三構成員、どうぞ。

○大三構成員 美波町の大三です。

美波町では医師の参画もケアマネの参画もしていただき、サービス提供や、在宅介護連携も進めていっております。

ですが限界の集落に近い地域のため、圧倒的にサービス提供とマンパワーが不足しております。本日の論点ですが、在宅医療における医療圏について、確かに在宅医療圏というのは自治体の小さなところも見落としのないよう、細やかなサービスを進めていきたいということには賛同いたします。

ですが現時点で、既に課題となっており、マンパワーとサービスの圧倒的不足、こちらについて、小規模では解決策が全く見出せないところであり、広域的な二重の枠での何かの支援という形での在宅医療圏の構築の仕方というのも、少し考えていただけたらありがたいと思っております。

今、データをいただいているKDBシステムで、実際に医療でレセプトを使った状態での今後の見通しと現在の状況ということで、訪問看護の必要性などの数値をいただいておりますが、この伸びにつきまして、実際、訪問看護、訪問診療を使っているところでも、ニーズは、2倍、3倍と高いように感じております。

そのため本当はもう少し在宅医療の小規模団体への何かサービス提供ができる仕組みができると、訪問看護の必要性の数値はもっと増えていくと思います。

今回、過疎地に対する訪問看護センターさんの提案で、専門性の確保や、人材確保についての取組など、いろいろ提案されておまして、これが実現して、24時間体制で過疎地域や、遠距離に対しても、こういう支援が大規模化によって整えられたら本当に素晴らしいなと思って聞いておりました。

私からは、今後の提案になってくるかと思いますが、過疎地でのマンパワー不足など、もっと具体的に何か提案していただけるような計画づくりというのをすごく希望したいと思っております。それについては、ICTの活用であったり、新たなる連携の仕方というのが出てくるかとは思いますが、そのように考えて聞いておりました。

以上でございます。

○田中座長 過疎地の問題を御指摘いただきました。ありがとうございます。

一当たりよろしゅうございますか。多彩な御意見をありがとうございました。

鈴木構成員、どうぞ。

○鈴木構成員 皆さんのお話を聞かせていただいて、最初の説明も踏まえてですが、在宅医療のニーズが、これから2040年以降も増えていく地域が多いということですが、そのマンパワーが、先ほどの過疎地でなくても、現状でも不足しているわけです。さらに需要が増えていくときに、どうやって人材を確保するのか。我々の分野にはもう人手は余っていません。少子化も進んでいきますし、その中でマンパワーをどうやって確保したらいいと、事務局としてはお考えなのか。これは、地域医療構想の実現や地域包括ケアシステムの構築とも関わる話だと思うのですけれども、具体的には、どこからその人材を在宅に持ってくるのか、どこから移動させることをお考えなのか、教えていただけますでしょうか。

○田中座長 さあ、簡単に答えられる質問ではないですが、いかがですか、どうしますか。

どうぞ、課長、お願いします。

○鷺見地域医療計画課長 地域医療計画課長の鷺見でございます。

御指摘のマンパワーの不足の問題につきましては、人口動態が変化し、生産年齢人口も2040年に6000万人を切るという中で、どうやってマンパワーを確保していくのか、非常に難しい課題だと思っております。

現在、地域医療構想につきましては、2025年に向けてしっかり進めるということになっておりますが、その先も見据えながら、しっかり考えていく必要があると思っております。

この場ですぐに何か回答をお示しできるような状況ではございませんが、重要な課題として取り組んでまいりたいと思っております。

以上でございます。

○田中座長 答えがあれば実行していますから、みんなで考えましょうとしか言いようがないのかもしれませんが、医療だけではないですから人材不足は、御質問、お答え、両方ともありがとうございました。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

○田中座長 考えましょうという御指摘ですね。

よろしいですか、ほかに御意見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。

最後に事務局から何かあれば、説明してください。

○井上専門官 ありがとうございます。

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は、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も、御多忙中とは存じますが、御協力をいただけますよう、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、次週、7月28日の開催を予定しております。よろしく願いいたします。

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、ありがとうございました。

○田中座長 ありがとうございました。