

○松下専門官 ただいまから、第5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、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。

本日は、長内構成員は御欠席との御連絡をいただいております。また、田母神構成員は所用の関係により、遅れての出席になるとの連絡をいただいております。

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きますので、お手元に御準備いただきますようお願いいたします。

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いては、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にお願いします。

○田中座長 委員の皆さん、こんにちは。

本日は、管理栄養士による在宅医療における栄養食事管理について、社会医療法人慈泉会相澤病院、矢野目英樹参考人も御出席との連絡を事務局より受けております。

早速、議事を始めます。

まず、資料の「在宅医療の基盤整備について（その2）」を事務局より説明してください。

○谷口室長 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1に沿って御説明を申し上げます。

まず、資料の4ページ目でございますが、本ワーキンググループにおける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、赤枠でお示ししております。

続きまして、5ページ目、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枠でお示ししております。

本日のテーマを含めた各検討事項について、1巡目の議論を通じて、現状と課題を踏まえた論点を抽出し、夏以降に2巡目の議論を通じて議論を取りまとめ、年明けに指針の作成という予定で考えております。

資料の6ページ目、在宅医療の体制についてでございます。

在宅医療の提供体制に求められる医療機能のうち、赤枠で囲んでおります、多職種連携を図りつつ、24時間体制による在宅医療を提供するという点について、また、こちらの図に記載はございませんが、小児在宅医療について、本日、御議論をお願いいたします。

7ページ目、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をお示しております。

今回御議論をいただく多職種による在宅医療提供体制や、医療的ケア児を含む小児在宅医療についても御意見をいただいております。

8ページ目、在宅医療の体制構築に係る指針における多職種連携の記載をお示しております。

指針では、日常の療養支援の目標として、患者の疾患、重症度に応じた医療が、多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的・包括的に提供されるということが掲げられており、多職種による情報共有の促進を図ることが求められております。

また、在宅医療に係る機関において、医薬品等の供給を円滑に行うための体制を整備することや、身体機能及び生活機能の維持向上のためのリハビリを適切に提供する体制を構築することも記載されております。

9ページ目、引き続き、在宅医療の体制構築に係る指針における、多職種関連の記載をお示しております。

積極的役割を担う医療機関の目標として、多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと等が掲げられております。

続きまして10ページ目ですが、在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例におきまして、第7次医療計画で追加されたものを下線、第7次計画中間見直しで追加されたものを赤字でお示しております。

11ページ目から訪問歯科診療に関する資料となります。

12ページ目、平成29年12月に取りまとめられた歯科保健医療ビジョンの概要図となります。

歯科医療機関の機能分化・役割分担のもと、地域の中で様々な職種、施設との連携を前提とした歯科医療提供体制を構築していくことが提言されており、3つの大きな柱として、あるべき歯科医師像とかかりつけ歯科医の機能・役割、歯科疾患予防策と具体的な医科歯科連携方策、地域包括ケアシステムにおける歯科医療機関等の役割を掲げております。

13ページ目、リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待されます。

特に、誤嚥性肺炎の予防及び口腔嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効であり、口腔・嚥下機能を適切に評価することで、患者に適した食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となります。

14ページ目でございます。

歯科に関する検討の場でございますが、歯科医療提供体制等に関する検討会において、歯科医療提供体制の議論が進められており、歯科医療提供体制に関すること、歯科専門職の需給に関すること、その他、歯科医療の提供に関することが検討されております。

15ページ目、検討会における具体的な議論は2つ目の〇の①から⑥に沿って行われております。

訪問歯科診療については、③地域包括ケアシステムの構築における歯科の役割、食べる機能の維持・回復への支援、他の関係職種との連携、要介護高齢者等への在宅歯科診療の推進等についてという部分で議論されております。

16ページ目に、歯科医療提供体制に関する検討会における検討スケジュールをお示ししております。

新たな歯科保健医療ビジョンの取りまとめに向けて、議論が重ねられているところです。続きまして、17ページ目、訪問歯科診療を実施している歯科診療所の状況を示したグラフとなります。

歯科診療を実施している医療機関のうち、居宅において訪問歯科診療を実施している診療所の割合は微増、施設における訪問歯科診療の割合は増加を認めております。

1 医療機関当たりの訪問歯科診療の実施件数も伸びており、特に施設への訪問歯科診療で顕著です。

18ページ目、訪問歯科診療を実施している医療施設の割合を都道府県別にお示ししております。

19ページ目は、小括となります。

訪問歯科診療においては、高齢者だけでなく若年者も含め、地域の訪問歯科診療のニーズに対応すること、病診連携に着目した体制構築を図ることが重要です。

また、口腔の健康維持は、健康増進にとどまらず、誤嚥性肺炎予防等にも有効であり、地域における歯科保健医療には多職種と連携しつつ、口腔の健康保持・増進を担うことが求められます。

さらに、訪問歯科診療を実施する歯科医療提供機関は微増傾向であるが、高齢化や社会資源の状況が地域ごとに異なり、地域の実情に応じた歯科医療提供体制を構築することが求められます。都道府県等において地域の実情を踏まえた歯科医療提供体制の構築が行われるよう、歯科医療提供体制に関する検討会において議論を行っているところです。

20ページ目から、訪問薬剤管理指導に関する資料となります。

21ページ目に、在宅医療において薬局に期待される主な役割を整理しております。

大きく4つの役割が薬局に期待されると考えております。

1つ目が、医薬品・医療機器・衛生材料の提供体制の構築、すなわち物品確保から患者状態に応じた調剤等も含まれます。

2つ目が、薬物療法の提供及び薬物療法に関する情報の多職種での共有・連携、すなわち情報共有の観点です。

服薬指導や支援、服薬歴の管理、入退院時の薬剤情報の共有等が当たると考えております。

また、急変時の対応もございまして、24時間体制で対応することも重要な役割と考えております。

さらに、医療用麻薬の調剤など、ターミナルケアへの関わりも期待される場所です。

続きまして、22ページ目は、在宅医療への薬剤師参画の意義を示す資料としてお出ししております。

左上の円グラフですが、薬剤師が在宅医療に介入することで、14.4%の患者で有害事象を発見できたということを示しております。

当該の患者において、薬剤の中止や減量、また、薬剤の変更などが実施され、88.1%で薬剤の有害事象の改善が確認されたということです。

また、薬物療法で重要となる服薬状況に関しましても、医師の指示どおりに服薬できる患者の割合が60.3%から83.8%に改善されているということです。

続いて23ページ目ですが、薬局における在宅患者訪問薬剤管理指導の実施状況をお示した資料となります。

お示しのとおり、薬剤師による在宅薬剤管理が進んでいるという状況でございます。

24ページに、令和元年の薬機法等の改正の概要をお示ししております。オレンジの枠内に記載しておりますけれども、この改正により薬剤師・薬局の在り方が見直されまして、2の(2)のとおり、患者自身が自分に適した薬局を選択できるよう、機能別の薬局の知事認定制度というものが新たに導入されました。

この制度が、令和3年の8月から施行されております。

25ページ目でございますが、その認定制度の説明資料となります。薬剤師・薬局を取り巻く状況が変化する中、患者が自身に適した薬局を選択できるよう、以下の機能を有すると認められる薬局について、都道府県の認定により名称表示を可能とし、1年ごとの更新制となっております。

認定される薬局は、地域連携薬局と専門医療機関連携薬局の2種類がございます。そのうち地域連携薬局は、入退院時の医療機関等との情報連携や在宅医療等に、地域の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応できる薬局として認定を受けた薬局であり、主な認定要件が、資料の左下に記載のとおり、関係機関との情報共有や夜間、休日の対応を含めた地域の調剤応需体制等の構築・参画、地域包括ケアに関する研修を受けた薬剤師の配置、在宅医療への対応となっております。

26ページ目ですが、地域連携薬局の基準の詳細となります。赤枠で囲われた部分が多職種連携に関する基準となっておりまして、利用者の薬剤及び医薬品の使用に関する情報を他の医療提供施設と共有する体制を求めています。

27ページ目からは、地域連携薬局の在宅医療への参画状況を示す資料となります。薬局は、地域連携薬局の認定の有無にかかわらず在宅医療に取り組んでいるところですが、左のグラフのとおり、その他の薬局と比較し、地域連携薬局において在宅患者に係る処方箋が多いということが示されています。

勤務している薬剤師数や処方箋の受付枚数が多いところから、在宅患者に対しても多くの処方箋を取り扱っているということが考えられます。

28ページ目になります。

在宅医療において薬局に求められる役割の1つである、物品の供給体制を示す資料となります。

左上のグラフを御覧いただきますと、薬局は多くの医療用の医薬品を備蓄しており、薬物療法に必要な医薬品を速やかに患者に提供する体制を整備しているということが分かります。

また、薬局に在庫がない特殊な医薬品等の処方箋を応需した場合は、近隣の薬局と協力し合い、当該の薬品を他の薬局から譲受して調剤を行っています。

右上のグラフからは、その薬局間での連携状況を示すものとなっております。

また、左下でございますが、医療用麻薬についても多くの薬局で調剤の実績があるということが分かります。特に地域連携局では、麻薬の調剤についても進んでいるということ、また、右下でございますが、薬局は医薬品にとどまらず、医療機器や衛生材料の提供も行っているということをお示ししております。

続いて29ページ目ですが、多職種との情報連携に関する資料となっております。

薬局は薬物療法の質の向上と安全性の担保のため、医療機関からの求めの有無にかかわらず、服薬状況等の情報提供を積極的に行っております。また、退院時には在宅医療を担う医師や看護師、介護職員等と連携体制を構築するため、退院時カンファレンスにも参加しております。

お示ししているとおり、グラフより地域連携薬局は、医療機関への情報提供や退院時のカンファレンスの参加、訪問看護事業所との連携体制の構築を積極的に実施しており、在宅患者の薬物療法の質の向上に貢献しているということが分かります。

30ページ目ですが、在宅医療において薬局に求められる役割の急変時の対応や、ターミナルケアへの参加に関する資料となっております。

左のグラフにより、多くの薬局において24時間対応が可能な体制が整備されているということが分かります。

また、右のグラフにより、人生の最終段階の患者への訪問薬剤管理指導や患者家族との話し合いの場にも、薬局の薬剤師が参加しているということが分かります。

31ページ目ですが、地域連携薬局の認定状況を示すものとなります。現在、全国の約6.1万の薬局のうち、約2,700が認定を受けております。

32ページが、小括となります。お示ししたデータより、薬局は在宅患者の薬物療法の提供において、医薬品等の供給体制の整備や多職種との情報連携、急変時の対応、さらにターミナルケアに積極的に参加しているということ、また、令和元年の薬機法改正により導入された地域連携薬局の認定件数が全国で約2,700にとどまるところですが、今後増加する在宅医療の需要に応えるためにも、多くの薬局に在宅医療の積極的な参加が望まれるというところでまとめさせていただいております。

続きまして33ページ目から、訪問リハビリテーションに関する資料となります。

34ページ目でございます。

より効果的な自立支援・重度化予防においては、リハビリ、栄養、口腔の一体的な取組が重要ということは、前述させていただいた通りです。

スライドの左側のように、高齢化社会において医療施設における急性期・回復期におけるリハビリだけでなく、地域における居住生活の維持向上を目指した生活期のリハビリテーションの提供体制が求められております。

その中で、特に在宅患者の多くは、多様な病態や障害があることから、心身機能や活動、参加等に働きかけるリハビリが重要となります。

在宅医療を受ける患者に対しては、それぞれ患者の状態や要介護度に応じ、通所、訪問リハビリが提供されており、通所リハビリは介護保険の対象となりますが、訪問リハビリにおいては介護認定を受けていない方、急性増悪時の患者については医療保険の対象となっております。

続きまして35ページ目、保険区分による訪問リハビリテーションの件数をお示ししております。

左側のグラフですが、医療保険での訪問リハビリテーションの、また、右側に介護保険による訪問リハビリテーションの算定機関数及び月当たりのレセプト件数をお示ししております。

医療保険、介護保険どちらにおいても、医療機関数、事業所数、レセプト件数が年々増加を認めております。

また、レセプト件数につきましては、医療保険と比較し、介護保険による提供の割合が非常に高くなっております。

続きまして、36ページ目、訪問リハビリテーションを実施する医療機関や事業所の特性についてお示ししております。

左上の円グラフを見ていただきますと、主に病院・診療所、また、介護老人保健施設、介護医療院から提供されており、開設者別に見ると、医療機関・診療所が約8割以上を占めるというところですので。

続きまして、37ページ目、各都道府県別の要支援・介護要支援認定者に対する訪問リハ

ビリテーションの実施状況についてお示ししております。

リハビリテーションを行う事業所数、利用率においては、通所、訪問ともに、全国的にばらつきがございます。

また、通所リハビリテーションと比較しまして、訪問リハビリテーションは、サービスを実施する事業所数、利用率が低い状態となっております。

続きまして、38ページ目、訪問リハビリテーションにおけるADLについて、訪問リハビリテーションの効果を、Barthel Indexと言われる食事や移動、入浴等のADLを評価した指標を用いて示しております。

左側のグラフが、訪問リハビリテーションの介入直後のADLを示しております。

右側が開始後6か月の結果となっております、特に要介護度3から5の歩行困難な方の約4割でADLの改善を認めているという結果でございました。

続きまして、39ページ目、リハビリテーション提供体制の構築について御説明をいたします。

左に記載の、令和2年度にら発出された介護保険事業計画における要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制の構築に関する手引きにおきまして、リハビリテーションサービス提供体制の構築のためには、都道府県の地域リハビリテーション支援体制との連携も重要とされております。

具体的には、右の図にお示したとおり、都道府県の取組にもありますように、データの共有、医療機関等でのリハビリテーション専門職の配置等の観点から、医療計画と介護保険事業計画の整合や、都道府県と市町村との連携が重要となっております。

続きまして、40ページ目でございます。

こちらが、これまでの資料の小括となっております。

訪問リハビリテーションのレセプト件数が年々増加していることと、また、多くは介護保険により提供されていること、訪問リハビリテーションの提供主体は病院・診療所であるということ、要介護、要支援認定者に対するリハビリテーションを行う事業所数、利用率においては、地域によって大きな差が認められること、通所と比較しまして、訪問リハビリテーションを行う事業所数が少なく、利用率が低いということ、リハビリテーションの提供体制の整備につきましては、地域におけるリハビリテーション提供体制の実態把握、医療機関や施設、事業所における専門職の配置等の観点から、衛生主管部局による医療計画と介護保険主管部局による介護保険事業支援計画の整合を取ることや都道府県と市町村との連携が重要、とまとめさせていただいております。

続きまして、41ページ目から訪問栄養食事指導に関する資料となっております。

42ページ目でございますが、訪問歯科診療の項でもお示した図を再掲しております。

適切な食事形態や摂取方法の提供、食事摂取量の維持・改善、経口摂取の維持を口腔やリハビリテーション、機能訓練と一体となって運用することで、より効果的な自立支援・重度化予防につながるということが期待されます。

43ページ目ですが、在宅での栄養食事管理の実施状況についてお示ししております。

左側の図ですが、KDBを用い、医療保険の在宅患者訪問栄養食事指導料を算定している医療機関数と患者数の推移を見ておりまして、医療機関数、患者数ともに年々増加を認めております。

右側のほうは、介護DBの任意集計を用いまして、介護保険の管理栄養士による居宅療養管理指導を算定している事業所数と、レセプト件数の推移を見ております。

居宅療養管理指導を算定している事業所数は近年横ばいではありますが、レセプト件数は年々増加しております。

また、在宅での栄養食事管理については、その多くが、介護保険から支給された要介護認定を受けている方となっております。

続きまして、44ページ目、管理栄養士による居宅療養管理指導の算定事業所数について、介護DBの任意集計を用いまして、都道府県別に65歳以上の人口の10万人単位でお示しておりますが、全国的にばらつきが認められます。

続きまして、45ページ目、通所リハビリテーションを利用している高齢者の低栄養の改善のために、管理栄養士が月1回居宅へ訪問し、朝食や昼食の献立について助言を行い、栄養改善に取り組んだ事例となります。リハビリテーションと食事摂取量との調整についても随時実施し、介入6か月後のエネルギーやタンパク質の摂取量、体重、また、IADLに改善が認められたということです。

続きまして、46ページ目、全国の通所サービス利用者に対しまして、居宅訪問を含む栄養ケアマネジメントを実施したところ、介入6か月後の体重増加量が有意に多く、IADLの悪化率が有意に低かったという結果がございました。

続きまして、47ページ目ですが、こちらは、これまでの資料の小括となっております。

なお、事務局からの御説明の後に、相澤病院栄養科の矢野目参考人により、訪問栄養食事指導の現状等について、御説明をいただくこととなっております。

ここまでの内容につきまして、現状及び課題と論点のほうをまとめさせていただいております。

現状及び課題でございますが、在宅医療の提供体制の構築に係る指針におきましては、日常の療養支援において、患者の疾患、重症度に応じた医療が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されるということを目指しております。

今後増加が見込まれる在宅医療において、多職種連携の推進や薬物療法の有効性及び安全性の観点から、令和元年の薬機法改正により導入された地域連携薬局をはじめ、薬局のさらなる参加と活躍が期待されます。

リハビリ、栄養、口腔の取組は、一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待されます。

また、訪問リハビリテーションのレセプト件数が年々増加しておりまして、多くは介護



保険により提供されております。

一方で、訪問リハビリテーションの提供主体は病院や診療所となっており、地域における訪問リハビリテーションを行う事業所数や利用率のばらつきも大きいというところがございます。

さらに、在宅医療を受ける患者に対し、管理栄養士による栄養食事指導の実施件数や医療機関数、事業所数は年々増加傾向にあります。

一方で、管理栄養士による居宅療養管理指導を算定している事業所の分布は、全国ではばらつきを認めるというところではあります。

以上が現状及び課題となりまして、論点として2点抽出させていただいております。

まず1つ目、地域連携薬局を含めた在宅医療に関わる薬局について、医療計画上の記載を充実させることについてどのように考えるか。

2つ目としまして、在宅医療提供体制を充実させる観点から、リハビリテーション専門職によるリハビリや多職種と連携した管理栄養士による栄養食事指導についてどのように考えていくかという形で論点を抽出させていただきました。

続きまして、49ページから、小児在宅医療に関する資料となっております。

50ページ目になりますが、在宅医療の体制構築に係る指針における小児に関する記載でございます。

各医療機関との連携として、退院支援と日常の療養支援の2か所に記載がございます。

51ページ目に、小児の訪問診療の利用者の状況を示しております。

約3,200人の小児が訪問診療を受けており、特に10歳未満における利用が多く見られまして、また、内訳においては、青に示すカテゴリー1、難病等や在宅酸素療法、中心静脈栄養等の処置を受けている患者が多くなっております。

カテゴリーの詳細につきましては、52ページの方にお示ししております。

続きまして、53ページ目、小児の訪問看護利用者の状況となります。

小児の訪問看護の利用者数は年々増加しておりまして、令和元年には約1万9000人となっております。

また、小児の訪問看護利用者のうち難病等や医療的ケアに該当する者の割合は、平成23年に比べて令和元年で2.7倍となっております。利用者の約半数を占めているという状態です。

54ページ目に、小児の訪問看護ステーションの利用状況をお示ししております。

小児の利用者数のうち難病等や医療的ケアに該当する者の割合を、5歳階級ごとに見たグラフとなっております。

別表7の難病等に該当する小児は、どの年齢区分においても約20%ということになりました。

一方で、別表8の人工呼吸器や透析等の医療が必要な者は、40から60%となっております。特に0から4歳が最も多いという状況でございました。

続きまして、55ページ目になりまして、都道府県における小児の訪問診療及び訪問看護に関する把握の状況を示しております。

訪問診療及び訪問看護を利用した小児の人数を把握している都道府県は約25%、小児在宅医療機関等を把握している、または一部把握しているという都道府県が、病院診療所については約40%、訪問看護ステーションについては約50%という状況でした。

56ページ目でございます。

小児在宅医療の体制整備に関する施策としまして、厚労省において小児も含めた在宅医療に係る高度な知識や経験を備えた医療従事者等の育成や、また、医療機関においてレスパイトを受け入れるための体制整備にかかる費用の補助を行っております。

また、地域医療介護総合確保基金を活用した都道府県の小児在宅医療関連事業を御紹介しております。

57ページ目になりますが、福岡県の事例を御紹介させていただいております。

福岡県では、NICUに入院する小児や在宅医療を必要とする小児について、地域で安心して暮らせるよう、平成26年から福岡県小児等在宅医療推進事業を実施しているということです。

具体的には、県が主体となって検討会を開催するほか、地区別に県6つの拠点病院に事業を委託し、ネットワーク構築や課題の抽出の検討等を行っております。

また、県内の訪問看護ステーションにおける小児への対応可否などの情報をウェブサイトで公表する情報提供も行っているということです。

58ページ目でございますが、現状と課題及び論点をまとめてございます。

現状と課題としまして、まず、訪問診療を利用している小児が約3,200人おり、特に10歳未満で難病等の患者の割合が多いということ、また、訪問看護を利用している小児が約2万人おり、そのうち半数程度が難病等や医療的ケアに該当する児であるということ、小児在宅医療については、利用者数や提供機関数を把握できていない都道府県が多く、小児在宅医療の実態が不明確であるということを経験と課題と考えております。

論点としまして2点抽出しております。

都道府県が小児在宅医療の利用者数と提供機関数を把握するに当たり、国や都道府県においてどのような取組が必要と考えられるか、また、小児に対応する訪問診療提供機関や訪問看護ステーションが不足している地域において、それらを充足するためにどのような方策が考えられるか、以上2点を、小児の項の論点とさせていただきました。

駆け足となりましたが、事務局からの御説明は、以上でございます。

○田中座長 ありがとうございます。

続いて、参考資料2、管理栄養士による在宅医療における栄養食事管理について、矢野目参考人より、説明をお願いします。

○矢野目参考人 よろしく願いいたします。

相澤病院の管理栄養士、矢野目英樹と申します。よろしく願いいたします。

それでは、進めてまいります。まず、最初に、在宅医療における栄養食事管理の課題と  
いうことで、よろしくお願いします。

在宅療養支援病院、診療所に管理栄養士の配置基準はなく、栄養に関する評価項目がないこと。

2つ目、医療機関を見ますと、在宅療養者への栄養食事管理ができる管理栄養士が少ないこと。

また、在宅療養者に目を向けますと、栄養に関する情報について、入院医療機関と、在宅医療機関との連携、多職種間での情報共有、連携が十分になされていないことなどが課題となっております。

次にまいります。

第7次医療計画における長野県の訪問栄養管理・指導のスライドとなります。

平成29年5月現在の在宅患者訪問栄養食事指導を実施する医療機関は、診療所で19件、病院で22件とございます。

過日、対象となる病院へ、私、確認したのですがけれども、2022年7月現在、COVID-19のパンデミック以降ということで、いろいろな施設の事情もあろうかと思いますが、実施の確認ができたところが4か所で行いました。

次にまいります。

相澤病院での訪問栄養食事指導の実施状況になります。

松本医療圏の高齢化率は29.1%、人口推移は、既に人口ピークを迎えており、緩やかに人口減少していくタイプで、日本の高齢化率、人口推移と類似しております。

居宅療養管理指導の実施には、当院の院内資格であります、相澤居宅療養支援管理栄養士取得を必須としております。

更新の要件、左の下の方にあるのですがけれども、2番目、院内の職員、地域の医療介護福祉従事者を対象に、居宅における栄養ケアに関する内容について、それぞれ1回以上研修会を開催すると定めておまして、定期的な啓発活動が、当該資料の有効な啓発活動と考えております。

多職種との連携の状況は、院内は比較的情報共有はしやすいのですが、院外との連携は具体例としてなののですがけれども、歯科クリニックと定期的な研修会において情報共有しやすいといった環境整備をしたこと。また、地域の薬局とは、薬剤師を対象とした研修会を開催したこと。また、速やかな情報共有という側面では、IoTを利用することで、速やかに情報共有が可能となっております。

次にまいります。

管理栄養士による居宅療養管理指導の流れと、その対象患者の主疾患となります。

居宅療養管理指導を実施する上で課題となっているところは、主治医、かかりつけ医との契約と考えております。

当院では、在宅医療機関の主治医から栄養食事管理の指示をいただく際、必ず当該クリ

ニックへ管理栄養士が訪問し、そこのかかりつけの先生とカンファレンス、療養生活を行う上での注意点を情報共有しております。

また、訪問する際には、ケアマネージャーと主治医が当該指導を在宅療養者が希望している、そういうところについて情報共有している、こういった状況となっております。

主疾患としては、脳神経系が37%、2番目としては循環器系が17%といった状況となっております。

次をお願いします。

入院時から在宅での栄養食事管理に至る流れと、その対象者となります。

入院時から在宅での栄養食事管理に至る流れの中で、管理栄養士が関わるタイミングとしては、予定入院であれば、入退院支援、こちらは外来になりますけれども、緊急入院であれば、可能な限り速やかな介入が重要と考えております。

同タイミングにて、退院支援の看護師など、関係職種との栄養情報共有も重要と考えております。

右のデータになりますけれども、当院で居宅療養管理指導した在宅療養者83名を、摂食・嚥下が困難な患者と、それ以外の患者で比較しました。

生活背景としては、同居家族にいる世帯、こちらにも退院後の介護負担や不安を考慮して、積極的に関わる必要があること。

また、当院が対象とする地域は、認知症を持つ高齢者が全国平均よりも多く見られたことから、栄養スクリーニングの際、その部分を早期に確認すべきと考えております。

最後のスライドになります。

在宅医療における栄養食事管理の目指すべき方向性となります。

問題解決につながる部分としては、在宅療養支援病院、診療所に、診療報酬上の管理栄養士の配置基準を作る。栄養に関する評価項目を入れる。在宅療養支援診療所等では、管理栄養士の雇用を増やす、栄養ケア・ステーションとの連携を進める。

3番目として、栄養に関する情報について、入院期間と在宅医療機関での連携、多職種間での情報共有、連携を進める、こういったことにあると考えております。

私からは、以上となります。ありがとうございました。

○田中座長 ありがとうございました。

議論に入る前に、本日欠席されている長内構成員から事前に意見が届いております。事務局による代読をお願いします。

○谷口室長 長内構成員より、御意見を頂戴しておりまして、御紹介をさせていただきます。

まず、48ページ目におけます、事務局より提示の論点につきまして、御意見をいただいております。

地域連携薬局を含めた在宅医療に関わる薬局について、医療計画上の記載を充実させることについてどのように考えるか、また、在宅医療提供体制を充実させる観点から、リハ

ビリテーション専門職によるリハビリや多職種と連携した管理栄養士による栄養食事指導についてどのように考えるか、こちらにつきまして、御意見をいただいております。

医療計画上の記載の充実により、薬局すなわち薬剤師の在宅医療への積極的な参画の後押しになるものと考えている。

また、その際は、薬剤師の在宅医療への参画に向けたICT等の環境整備や人材確保の支援等についても、併せて検討すべきと考える。

本市では、「在宅医療・介護連携支援センター運営事業」において、医介連携の基盤づくりに取り組んでいる。

リハビリや栄養指導をはじめ、多職種による研修会や意見交換会などを通じ、各職種の業務に対する知識向上や各職種の抱える課題を共有することで、多職種と連携できる人材の育成につながるものと考えている。

また、介護関係の地域ケア会議等で、リハビリテーション専門職や栄養士が助言者となって多面的にアドバイスをしている。

薬剤師もオブザーバーとして参加していることが多い。

このように、多職種が参加することによって、患者のため、多様な視点からアプローチができ、患者の重度化防止に寄与するとともに個々の医療従事者への負担も軽減できる。

在宅医療は生活が基盤であることを再認識して、介護関係者との両輪で患者に関わっていくことがより医療の充実につながる。

もう一点、58ページ目についても、御意見をいただいております。

小児に対応する訪問診療提供機関や訪問看護ステーションが不足している地域において、それらを充足するためにどのような方策が考えられるのかという論点に対する御意見です。

小児在宅医療の提供機関数などについては、医療法等で定められている医療機能情報提供制度の充実や診療報酬等の報告などを活用することで把握しやすくなると考える。

大阪府内の小児在宅医療では、病病連携、病診連携が行われている。

入院、フォローアップ医療機関が三次医療圏で遠方の場合、市立豊中病院と訪問診療・かかりつけ小児科医を複数組み合わせるなど、機関毎に役割分担をしている。

NICUなどの医療機関退院時には病院の地域連携室より、保健師への支援依頼、状況によっては退院前に関係者の合同カンファレンスを開催した上、在宅医療を開始している。

そのほか、小児在宅研修会などの人材育成や、移行期医療センターにより成人期への移行に関する取組が行われており、内科診療所などが小児在宅医療に携わる機会にもなり、拡充につながるものと考えている。

また、豊中市では、この7月に「医療的ケアが必要なお子さんと家族のための支援ガイドブック」を作成し、医療的ケア児を受け入れている医療機関や訪問看護ステーション等の一覧など、情報発信をしている。

このような御意見をいただきました。

御紹介は、以上となります。

○田中座長 紹介をありがとうございます。

それでは、事務局及び矢野目参考人から伺った説明について、御意見、御質問のおありの方はお願いいたします。

角野構成員、それから、鈴木構成員の順でお願いいたします。

○角野構成員 では、順番にいきたいと思います。

まず、歯科の点についてですけれども、口腔ケアは非常に大事であるということは、私、従来から申し上げていますし、皆さんも合意されていることかと思えます。

ただ、これについて、今まで指標などでも、歯科衛生士を帯同してという話もあるのですが、訪問歯科診療しているというのものもあるのですけれども、むしろ、その後、歯科衛生士が何回も行くということ、これは非常に大事かと思えます。

ところが、歯科衛生士の必要数と言いますか、そういったことがあまり考えられていないし、また、実際、どの程度各地域で歯科衛生士というのが活躍しているのかというのが見えてこないというのがありまして、その辺り、今後考えていく必要があるのかなと思っております。

それから、今回論点にもありますように、リハビリ、栄養、口腔の取組は一体的になって運営となっておりますが、その時の入り口になるのは、僕は、口腔ケアということが、思いとしてありまして、論点のところでは、リハ職によるリハ、あるいは多職種と連携した管理栄養士による栄養についてどのように考えるかということですが、このとき、ここにはやはり文言として、一緒に、当然のことながら、歯科医師及び歯科衛生士等、そういった専門職による口腔ケアというものをどのように考えていくのかというのが、大事かと思えます。

そういった中から、これもどこまで指標にできるかですけれども、三位一体という限りは、例えば、1人の利用者に対して、やはり3つが関わることによって、一番効果があるわけですから、それぞれ個別の数だけ見ていくのではなくて、例えば、口腔ケアを受けている、また、リハも受けている、そして栄養指導も受けている、そういった利用者さんが、全員でなくてもいいわけですが、どれぐらいいるのかどうなのかという、そういったところも見ていく必要があるのかなと思えます。

それから、訪問リハについてですけれども、これは、ちょっと僕の勘違いか分からないのですが、事業所数で考えているわけですが、そのときに、病院であるとか医療機関が、事業主体といますか、そういう記載がありますが、実際、訪問リハしているのは、訪問看護ステーションにいる方もたくさんおられまして、そういった方が実際よく行っておられるのですね。

ですから、別個の事業所数だけではなくて、訪問リハに関わるセラピストの数といますか、そういったものも一定必要なのかなと思えます。

それから、薬剤師の件です。地域連携薬局です。これについては、本県においても、ちょっと調べましたら、もうほとんどが大手の薬局さんですね、いわゆるチェーン店の、こ

れは、やはり、資料にもありましたように、複数名の薬剤師がいるので、なかなかこういう活動ができないということからなのですけれども、それはそれで、大手の場合、各圏域に結構散らばっていますから、満遍なく、この薬局を作ることはできるかと思うのですけれども、ただそのときに、研修を受けた人がいないと駄目という中で、異動したために、翌年認可が切れる、認定されないというケースがあったりします。

ですから、大手は大手でいいところもあるのですけれども、やはり、私が思うには、従来からある薬局、それもチームでできるわけですから、そういったチームで地域連携薬局というものを考えていく、そういったことも進めていく必要があるのかなと思います。

また、この箇所数については、これはまさに、地域包括ケアシステムの圏域と合わせた数、これを1つの目標数にしたらどうかというのが提案であります。

それから、小児在宅、これは、今後、非常に大事な部分かと思っておりますが、そういったときに、なかなか数字としては出せないですけれども、やはり将来予測として、いろいろとケアを必要とする子供たちというのが、どの程度になってくるのかということ、やはりそれを見据えた上での訪問看護師さんの数であるとか、当然セラピストも必要になってきますし、そういった人たちの今後の養成確保というのも課題になってくるかと思えます。

と同時に、滋賀県でも、小児在宅については10年ぐらい前から協議会を作って、全県的に展開しているわけですけれども、そのメンバーの中には、医療関係者だけではなくて、福祉関係者だとか、学校とか、要は、やはり子供たち、また年齢によってそれぞれ様々なのですけれども、幼児期であれば、その関わる人たち、また、学童期であれば、当然、教育という問題が出てきます。

そういった人たちも含めた中で、小児在宅というのは考えていかないと、単に医療、保険の部分だけではなくて、やはり生活を支えるということが大事なので、そういった視点で、この計画の中に、何か記載がされればいいのかと思うところです。

以上です。

○田中座長 4つの論点について、御意見をありがとうございました。

次に、鈴木構成員、お願いします。

○鈴木構成員 それでは、まず、48ページの2つの論点から意見を述べさせていただきます。

まず、最初の論点ですが、地域連携薬局は、私の地元である茨城県でも107か所あると記載されています。しかし、都道府県により人口当たりの数はばらばらで、本県においても都市部に偏在しています。

令和元年より地域連携薬局制度が開始されたとのことですが、まだ日も浅く、医療関係者においてもなじみのない存在です。

地域包括ケアシステムにおける多職種連携において、薬剤師の役割は重要ですが、地域連携薬局を第8次医療計画上に記載することは時期尚早と考えます。

なお、薬剤師が在宅医療に従事するには、卒後一定年数医療機関での勤務を義務づけることが必要であると考えています。

次に2つ目の論点です。

在宅医療において、リハビリテーション専門職や管理栄養士の役割は重要です。私が医師会長している茨城県では、地域リハビリテーション支援体制を地域包括ケアシステムと一体的に構築することを目指しています。

リハビリテーション専門職の訪問については、訪問リハビリテーションだけでなく、訪問看護ステーションからの療養士の訪問の実態も確認する必要があります。

そのためには、介護保険事業計画及び介護保険事業支援計画策定と連動させて、医療計画においても、訪問リハビリテーションに関する指標及び訪問看護ステーションからの療法士の訪問状況についての指標を設ける必要があります。

また、訪問リハビリテーションを軽度者に長期間実施している場合も認められることから、質の担保のために、適正なサービス利用についての指標も必要と考えられます。

さらに、訪問栄養食事指導や管理栄養士による居宅療養管理指導をさらに充実させる必要がありますが、そのためには、在宅療養支援病院などの在宅医療に取り組む医療機関に訪問を行う管理栄養士の配置をしたり、栄養ケア・ステーションの設置を推進する必要があります。

私の地元の茨城県では、当院を含めて栄養ケア・ステーションが9か所、そのうち機能強化型栄養ケア・ステーションは2か所しかなく、県栄養士会のさらなる働きかけが必要と考えています。

次に、58ページの2つの論点についての意見です。

まず、最初の論点です。私の地元の茨城県では、提供機関数については、一部各医療機関への実態調査により把握しているようです。ただし、毎年行っているわけではありません。

提供機関を把握する方法としては、1つ目に、各医療機関への実態調査、2つ目に、厚生局に提出する在支診、在支病の定例報告に小児の実施状況の報告を入れることが考えられます。

また、厚労省から都道府県に提供されるKDBデータについては、小児への提供も分かるようにする必要があり、KDBデータを、抽出基準をそろえて抽出し、人口10万対で、全国や他都道府県と比較できるようにすると良いと思います。

利用者数については、提供機関数と同じく、各医療機関の実態調査がありますが、数のみの回答の場合、複数の医療機関が関わると重複する可能性も考えられます。

現在、国から都道府県に提供される医療計画作成支援データブックのNDBデータは、市町村ごとの数字など、人数や医療機関数が3以下の場合、個人が特定されないための配慮と思われませんが、数字が分からないものがあります。

次に2つ目の論点です。



私の地元の茨城県は、人口当たりの小児科医数は全国最下位で、地域偏在もあります。訪問看護も、もともと小児に対応できる方が少ない上に、地方ではそもそも小児の患者数が少ないため、多くの市町村をまたいでサービスを提供している事業者があります。

そのため、小児の訪問看護の事業所数の調査に当たっては、サービス提供地域も把握する必要があります。また、小児の在宅療養のコーディネーターとして、障害者分野の相談支援専門員が位置づけられていますが、医療に関する知識は十分とは言えず、特に医療的ケア児については、研修カリキュラムにおいてもほとんど触れられていません。

医療的ケア児の在宅医療を継続するためには、治療だけでなく、療養環境の整備、レスパイトや一時預かりなどによる家族負担の軽減、メンタルサポートなどの支援が必要になりますので、相談支援専門員の小児医療への理解を深めることが重要と考えます。

それらの課題に取り組みながら、小児に対応していない訪問診療医療機関や訪問診療を行っていない医師、訪問看護ステーションに少しでも実施してもらえるように、研修会の開催、経験のある医師との同行訪問、小児科の入院可能な医療機関のバックアップ体制の構築、ICTの活用などを丁寧に行っていく必要があります。

以上です。

○田中座長 茨城県の実態を踏まえた発言をありがとうございました。

また、角野構成員と共通ですが、訪問看護ステーションからの訪問リハですね、これについてデータがあったほうがいいのではないかと御指摘がありました。ありがとうございます。

佐藤構成員、お願いします。

○佐藤構成員 どうもありがとうございます。

私も48ページに関して、先ほど各構成員がお話になったとおり、リハビリ、栄養、口腔と一体的に取り組まれていくということは、非常に重要な視点だと考えております。

一方で、それぞれ各部門別に小括という形でまとめられているのですが、できれば、小括の中でも、一体的提供をするための課題は何かとか、そういう部分の現状と課題及びそれに対する論点というものもあったほうが、より深い議論ができるような気がしますので、論点のないセクションの話よりは、論点のある部分の話のほうが、話が深まるのかなということをお願いしたいなど、事務局のほうにはお願いしたいと思います。

もう一つ、これも意見でございますが、今日は参考資料の中に、在宅療養支援歯科診療所、この数字が出てまいりました。この診療所に関して言うと、先ほど、これも歯科衛生士の配置であるとか、同一建物内での基準が示されているものであります。

一方で、都道府県別のデータに関して言えば、居宅系と施設系の2つだけの資料が今回出ていますが、県が、これを医療計画の中にどう盛り込んでいくかといった視点で見た場合には、在宅療養支援歯科診療所の在り方、どちらを推進しようとするのかというような視点も当然必要になってくるのではないかと思います。

今回は、都道府県別のデータがなかったと思いますが、こういうようなデータについて

は、いかが御提供いただけるものか、ここからは質問をさせていただきたいと思います。  
以上です。

○田中座長 ありがとうございます。

質問にお答えください。

○医政局歯科保健課高田補佐 ありがとうございます。

参考資料のほうに添付させていただきました、在宅療養支援歯科診療所の施設基準の届出を行っている医療機関数でございますけれども、こちらにつきましては、都道府県別のものもお示しすることができますので、次回以降の会議の中でお示ししてまいりたいと思います。

○田中座長 佐藤構成員、よろしいですか、次回まで。

○佐藤構成員 ありがとうございます。よろしく願います。

○田中座長 ありがとうございます。

では、荻野構成員、願います。

○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、訪問薬剤管理指導に関しまして、2点申し上げさせていただきたいと思えます。事務局からも御回答をいただきたいと思えますので、併せて、よろしく願いを申し上げます。

まず、21コマ目にまとめていただいたとおり、在宅医療において薬局薬剤師は、医薬品・医療機器・衛生材料の提供はもとより、処方医や他職種との密な連携のもと、患者さんにとって最適な薬物療法が行われるための薬学的な管理を行っております。

22コマ目にお示しいただいたとおり、薬剤師が在宅医療に参加することで、薬物有害事象の防止や服薬状況の改善といった、安全性と有効性の両面で大きなメリットがあります。

在宅ですと、より患者さんの生活環境が見えますし、生活の中で困っていること、できることが見えるようになり、そのことに合わせた服薬の提案ができるようになります。

患者さんが独り暮らしなのか、生活のサポートをしている家族やスタッフがいるのか、その方の生活自立度がどうか、そういうことを踏まえて、その方に合った薬の飲み方、つまり服薬タイミングや剤形、量の調節、そういったことを、薬の性質を踏まえて設計するわけです。

その上で調剤して、その方の服薬管理能力に合わせて、例えば、一包化をしたり、あるいは、その方の自立度を下げないためや、御家族などとのコミュニケーションの関係から、あえて行わないこともあります。その分、飲んでいるかどうかなどの確認などを細やかに行うなど、フォローアップをするわけです。

治療効果はもちろん、治療効果を保ちながら生活を見た薬の提案をしたり、薬物の生活機能への影響を介護者やケアマネの方と共有する、そういうことができると、患者さんの療養の質が上がるものと認識をしております。

当然このようなことは、薬学の専門家である薬剤師でなければできないと思

っております。

そのほかにも、薬剤師は、関係職種との情報連携を基盤として、急変時への対応や、ターミナルケアへの関わりなども含め、在宅チームの一翼を担っております。

患者さんに必要な医薬品と、薬剤師による薬学管理の両方が、どのような療養環境の方にも提供される体制が必要不可欠です。

日本薬剤師会としましては、今後の地域におけるニーズを踏まえ、多くの薬局薬剤師がより一層在宅医療に積極的に取り組んでいくよう努力して参る所存でございます。

その上で、2点申し上げさせていただきます。

冒頭にも申し上げましたけれども、事務局のお考えをお尋ねしたいと思っておりますので、よろしくお願いを申し上げます。

まず、1点目でございますけれども、地域連携薬局についてでございます。

日本薬剤師会としては、地域連携薬局を在宅療養支援診療所や、機能強化型の訪問看護ステーションのように、「在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例」の指標として追加をお願いしたいと考えております。

資料の24、25コマ目にお示しいただきましたとおり、令和元年の薬機法の改正によりまして、地域住民に薬局の機能を分かりやすく認識、利用していただくための認定薬局の制度が始まっております。

地域連携薬局の在宅医療への対応状況につきましては、地域連携薬局と、それ以外の薬局の各種比較データにおいてお示しいただいておりますとおり、6コマ目の「在宅医療の提供体制に求められる医療機能」の日常の療養支援にとどまらず、退院支援や急変時の対応、そして看取りまで、地域連携薬局の在宅医療への対応の充実度は明らかであります。

現状、地域連携薬局が約2,700にとどまっておりますが、今後、各都道府県において、医療計画主管課と、薬務主管課が連携をして、計画的に整備を進めていくためにも、ぜひ、地域連携薬局を在宅療養支援診療所や機能強化型の訪問看護ステーションのように、「在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例」の日常の療養支援だけでなく、退院支援や急変時の対応、そして看取りにおいてストラクチャー指標として追加いただきたく、御検討いただきたいと思います。

27コマ目では、在宅患者に係る処方箋枚数について、地域連携薬局とそれ以外の薬局を比較したデータをお示しいただいておりますけれども、ここで注目していただきたいのは、地域連携薬局以外の薬局においても、月平均40枚程度の在宅患者に係る処方箋を応需しているという実態でございます。地域連携薬局の認定を受けておらずとも既に多くの薬局において、在宅医療の担い手となっていることが示されております。

薬局の在宅医療への参加状況を適切に現状把握するためにも、現行の訪問薬剤管理指導を実施する薬局数という指標は残しつつ、地域連携薬局を指標へ、ぜひ追加していただきたいと思っております。

なお、先ほど鈴木構成員から、地域連携薬局を医療計画上に位置づけるのは時期尚早と

いう御意見をいただきましたけれども、地域連携薬局の認定制度が令和3年度に開始された直後であるからこそ、第8次医療計画の開始時点で、医療計画上に位置づけることが重要であると考えております。

現在、地域連携薬局は全国に2,700件にとどまったと、先ほど申し上げておりますけれども、今後、過疎地域も含めて計画的に整備していく必要がございます。

この地域連携薬局の整備に必要なこととして2点、1点目は、在宅医療に対応可能な人材の育成、2点目としては、過疎地も含めた薬剤師の確保、この2点になりますけれども、1点目の人材育成については、地域医療介護総合確保基金による支援対象の1つであると認識しております。

また、2点目の医療従事者の確保についても、医療計画の重要な事項であると認識しております。これらの事項について、効果的な政策を都道府県が実行するには、医療計画で地域連携薬局を明確に位置づける必要がございます。

以上のことから、日本薬剤師会としましては、第8次医療計画の開始時点で、地域連携薬局を医療計画上に位置づけるべきと考えておりますので、よろしくお願いを申し上げます。

もう一点でございますけれども、小児在宅についてでございます。

既に指標例として位置づけられている小児の訪問診療を実施している診療所、病院数、あるいは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と同様に、小児への訪問薬剤管理指導を実施している薬局数を、小児在宅の指標例として追加をお願いいたします。

第1回の在宅ワーキンググループでも申し上げましたとおり、医療的ケアが必要な子供たちが地域で暮らしながら医療を受けられる体制を整備していく必要があります。

その中に薬剤師が参加することで、小児の患者さん本人へのメリットだけでなく、医薬品の管理をはじめとする保護者の負担軽減といったメリットもございます。

例えば、医療的ケアが必要な小児への特徴的なものとしては、規格単位に満たない薬量の製剤学的特性も踏まえた、調節、例えば錠剤の粉碎、あるいは脱カプセルといったことがございますが、投与経路に応じた工夫、経鼻チューブの閉塞を下げるために粉碎後のコーティングの除去等々、配合変化や使用状況に応じて、きちんと薬剤の使用が継続できるように、一包化あるいは別包の判断、成長に合わせた輸液の重量調整など多岐にわたりますが、例えば、一包化などは、介護される保護者の負担を減らし、なるべく簡便・容易とするような視点も含まれます。

薬剤師が小児在宅に参加することで、適切な薬学的介入が可能となり、小児の患者本人だけでなく保護者の負担軽減など、大きなメリットが認められます。

また、多くの医療用医薬品は、成人向けの用法用量が設定されていますが、小児向けの用法用量が設定されているものは限られます。

一般的に肝代謝能や腎排泄能が正常であれば、年齢、体重、体表面積等に基づく目安としての小児薬用量計算式もございますけれども、医療的ケア児については、肝代謝能や腎

排泄も踏まえた個別の投与設計が極めて重要になります。

医師、看護師や多職種とも密な連携の上、有害事象が発生していないかや、小児向けの処方提案など、多くの場面で薬剤師は活躍が可能です。

そのため、昨年度から小児の薬物療法に係る専門性の高い薬剤師の育成や、医療的ケア児が必要な小児患者等を支える地域の医療提供体制の確保につなげることを目的としたモデル事業が、全国10地区で進められており、日本薬剤師会としても、こうした取組を全国的に広めていく予定としております。

そこで、具体的な提案でございますけれども、薬物療法を必要とされる小児が住み慣れた地域で暮らせる体制を整備するために、小児患者に特有なニーズや疾病の特性に応じた訪問薬剤管理指導を提供していく必要があります。

そのために、繰り返しになりますが、既に指標例として位置づけられている小児の訪問診療を実施している診療所、病院数、あるいは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と同様に、小児への訪問薬剤管理指導を実施している薬局数を、小児在宅の指標例としてストラクチャーに追加することを提案させていただきたいと存じます。

この点についても、事務局より、お考えを伺いたいと思います。

以上、2点、よろしくお願いを申し上げます。

○田中座長 今の2点の提案に関するお考えがあるかという御質問でした。

○谷口室長 御指摘ありがとうございます。

まず、地域連携薬局の指標への位置づけについてお答え申し上げます。

御提案、また、ほかの構成員の方からも御意見をいただきましたとおり、地域連携薬局の役割というのは、在宅医療において非常に期待されるというところと考えております。

一方で、令和3年度からの施行であるということで、全国で数が約2,700、地域によっては、まだこれからの状況であるというのも承知しております。

ですので、その役割に非常に期待が持てる一方、また、この制度が始まる前から地域に密着して、非常に在宅に貢献されてきた地域連携薬局にはなっていない薬局というところもあられると承知しておりますので、どのような指標が適正なものかということにつきましては、構成員皆様からの御意見もいただきつつ、引き続き御議論いただきながら、事務局の方でも検討していきたいと思っております。

2つ目、小児のほうでございますが、こちらは、事務局からの資料でもお示ししておりますとおり、小児の在宅医療を受けておられる方々の数が全国でも把握できているところで約3,200、訪問看護が約2万と少なく、小児の在宅医療というものの実態が、まだ全体像として捉えられていないと考えております。

あと、成人と違うところがございますが、小児については成長の過程で、例えば、医療から卒業していく方ですとか、非常に病態も疾患も多様でございます。

そういった中で、小児の在宅医療について、どういったことをどのように把握し、どのような指標を設けていくかについては、まだまだ議論、検討が必要と考えておりますので、

引き続き、御指導をいただきたいと思っております。

以上でございます。

○田中座長 回答ありがとうございました。

では、島田構成員、お願いします。

○島田構成員 全国在宅療養支援協会の島田です。

まず、訪問歯科診療について、リハビリ、栄養、口腔の取組を一体的に運用することで、療養状態改善や、食欲の増進によるQOLの向上、それから、誤嚥性肺炎の予防につなげていくことは大変重要で、賛同いたします。

その現場で歯科医師が重要な役割を果たしていると考えています。その際に、口腔嚥下の状態に応じた食事形態や摂取方法の指標が必要になってきますが、歯科医師による言語聴覚士や管理栄養士の指導、指示について、法律の中にきちんと明記されていないように思います。その辺り、事務局でも確認の上で、法律の整備等が必要なのかどうか、お聞きしたいと思います。

医療関連職種として位置づけられていないことの問題点なども出てくるかもしれません。全身管理を行っている、かかりつけ医と歯科医師の連携も重要です。私は、診療所なので、歯科医師が嚥下評価を行う際に、事前にかかりつけ医のほうに連絡が来ていなかかったために、評価後の気管支炎や肺炎の合併症が起きて、その対応が遅れてしまったというようなことがあります。

17ページに、訪問歯科診療の数が示されています。増加が顕著ですね。一方で、居宅の訪問歯科診療は、ポータブルの機械を持ち込んで、複数名で訪問をするために、一般家庭への訪問とかは、ちょっと大きいと思います。ですから、その辺りの診療報酬なども評価も行わないと、一般家庭のほうの訪問をするのは、難しいのかなと思います。

18ページの資料について要望なのですが、都道府県ごとのパッケージのみを示していたりとか、恐らく歯科診療所の各件の母数とか、対高齢者数との比率を示さないと、比較検討が難しいと思います。

同様に、31ページの薬局の資料に関しても、地域連携薬局の都道府県の整備状況を見る上では、各県の薬局数、また、先ほどの小児の話にもありますが、そのあたりもしていただかないと、比較するのが難しいと考えております。

リハビリテーション、とても重要で、フィジカルなりハビリテーション、訪問看護では、精神疾患の方への配慮もあるように、これから精神保健福祉士とか、臨床心理士、新しくできた公認心理師などの資格者にも何らかの役割を担ってもらうことも必要だと感じています。

35ページ目の資料、訪問リハビリテーションの介護保険の利用と、医療保険の利用の数字が出ていますが、少し意図が分からなかったのです。現在、介護保険の認定を受けていれば、そちらが優先されますので、医療保険での利用者が低いのは、当然のことと考えますので、この辺りの意図があったのかどうか、教えていただければと思います。

それから、45ページ、46ページには、訪問栄養指導について書いてあります。高齢者医療においては、極めて大事だと思っています。

そうしますと、45ページ目の改善例は、一例報告になってしまって、それから、46ページ目の調査の話、体重増加のみの指標になっていて、これは栄養状態の資料としては不十分と考えます。体重だけであれば、心不全でむくみとかの水分が貯留すれば、それだけで体重は増えますので、NSD、栄養サポートチームが用いる指標などのデータを示すのがよいと考えます。

最後に、小児在宅医療について、小児の訪問看護の利用者数、このうちで医師の訪問診療を受けている人は、6人に1人と割合として少ないと思います。

実際、在宅医療を行っている利用者の中でも、小児在宅医療へ対応できる数は少ないと思います。

私の板橋の地区医師会などでも、集会などは行っていますが、体の小さい小児の管理を行うには、なかなか担い手が見つからないという現状があります。

あと、視点を変えますと、実は、御両親の希望としても都内の場合は、往診医に頼るよりも、病院の専門医の外来に信頼を寄せていて、そこからの訪問看護指示ということが非常に多いです。そして、地域の医療機関に訪問診療に入ってもらおう提案をしても、それを御両親のほうが好まないというケースが多いです。

小児専門外来には、今、18歳を過ぎても入院し続けるケースがあって、この専門外来のほうでも、この辺り困っていて、在宅医療機関へつなぐ提案をやるのですけれども、それもなかなか親のほうの気持ちとしての整理が難しいということなどがあって、なかなか移行が難しいという状態があるので、ぜひ、全国でそのような取組、どういうものがあるか、事例をさらに集めていく必要があるだろうと思います。そして、家族の選択ということもきちんと配慮した中で、小児在宅医療は、どのような形がいいのか、検討を進めていくとよいと考えます。

以上です。

○田中座長 ありがとうございます。

島田構成員、申し訳ありませんが、音量が大きくなったり、小さくなったりして、聞き取れない部分が結構あったような気がするのですが、通信環境のせいかもしれません。

御発言は、歯科医師による多職種への指示の話と、それから訪問リハビリテーションに関するところが御質問だったと、私は聞き取ったのですが、よろしゅうございますか。

○島田構成員 はい、大丈夫です。

○田中座長 では、事務局、お答えください。

○高田課長補佐 御質問いただき、ありがとうございます。

すみません、まず、18コマ目のグラフの比較についてでございますけれども、例えば、75歳以上の都道府県人口と比較してのグラフの作成など、次回以降対応したいと思います。

またST、言語聴覚士さんへの指示につきましては、法律の中で医師または歯科医師の指

示のもとに明確に規定をされておりました、言語聴覚士については指示ができると考えます。

一方で、栄養士につきましては、医師と連携を図りながら取り組んでいると認識しております。

○田中座長 もう一点、訪問リハビリテーションについてお願いします。

○谷口室長 35ページ目の訪問リハビリテーションの部分について、お答えを申し上げます。

御指摘のとおりでございます。介護保険で優先されますので、医療保険分が少なくなっているのは、御指摘のとおりでございます。

こちらをこのようにお出しいたしましたのは、介護保険のほうから提供される方が非常に多い中で、提供する専門職のほうは、医療の側からまいりますので、資料として、医療保険において受けておられる方と、2つの資料をお示ししたというところでございまして、御指摘のとおりと承知しております。

○島田構成員 ありがとうございます。

○田中座長 では次に、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。日本介護支援専門員協会の中林と申します。

48ページの論点の2つをまとめて発表させていただきます。

この在宅医療提供体制を充実させる観点から、国はフレイル予防を推奨しておりまして、このフレイルに関しましては、適度な運動やバランスのよい食事などにより、免疫力を高める体づくりを行っていることが大切であり、フレイルの進行を予防するためには、42ページのように、リハビリ、栄養、口腔は一体的に運用されることで、より効果的な自立支援、重度化防止につながるかと考えます。

今後、この在宅医療提供体制を充実させる観点から、これまでの個々の取組から、やはり地域、全体に面的に市町村が中心となって、医師会等を拠点としながら、地域の医療、介護関係者による協議の場などで、関係機関の綿密な連携の調整や、支援体制、バックアップ体制の強化が必要と思います。

さらに、在宅療養を安心して継続するためには、特に急変時の対応の体制の充実が必要であり、特に人生の最終段階である、そういった方々の抗がん剤治療等を行う患者の受け入れや、薬物療法の提供が充実していくこと。また、専門医療機関連携薬局等が、整備されることによって、安心して地域の中で暮らしていける体制、または、そういった連携等が必要だと考えています。

次に、論点2の58ページに関しまして、小児在宅医療に関して、高齢者の医療とは異なり、やはり医療提供だけではなく、発達の支援であるとか教育の支援、また、就労支援ということが必要になってきます。また、保護者が介護できなくなる時期や保護者と死別した後の支援も考えていく必要があるということを考えれば、障害者の総合支援法や児童福祉法と、また、その先の介護保険にも及ぶ長期的に渡る支援計画、立案、実施していくこ



とが必要であると考えます。

高齢者の地域包括ケアシステム同様の、小児医療における地域包括ケアシステム構想が必要であると考えます。

以上です。

○田中座長 御意見ありがとうございました。

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。

まず、訪問歯科診療について申し上げたいと思います。

17ページに示されておりますように、施設における訪問歯科診療を行う歯科診療所の割合が増加しておりますが、要介護度や障害度認定区分が重い重症の入所者にとりましては、訪問歯科診療は物理的アクセスの観点で極めて利便性が高く、今後も増加が予測されます。

加えまして、直接的な狭義の歯科治療に限らず、何人かの構成員もおっしゃっていらっしゃる誤嚥性肺炎の予防に向けた口腔ケアの重要性の認識は高まっており、48ページに掲げられております3つ目の課題でもある、「リハビリ、栄養、口腔の一体的取組」に関しましては、訪問歯科診療を積極的に導入している施設におきましては、やはり在宅よりも、いち早く実践されていると思われまます。

この場面での歯科医療従事者からの指導を十分に吸収した上で、施設内で普遍的な対応としていくことで、摂食嚥下機能の維持向上が達成できると思われまます。

さらに、一部の訪問歯科診療におきましては、嚥下内視鏡（VE）を通じまして、嚥下機能の精緻な評価や、摂食機能療法における有効な方策の策定にも寄与しています。

高齢化社会における地域包括ケアにとって不可欠な役割を果たしており、今後より多くの歯科診療所の参画が望まれます。

次に、論点の2点目であります訪問リハビリテーションの提供体制について、意見と事務局への要望を申し上げます。

訪問リハビリテーションに関しましては、34ページで対比されております通所リハビリテーションが、月平均62万件であるのに対して訪問リハビリテーションが月12万件と、確かに少数であり、37ページにおきましても、この点が指摘されておりますが、この点を訪問リハが少ないと単純に評価してよいのかどうか、慎重に検討する必要があると思われまます。

一般論におきましては、通所リハが、そのスタッフ構成等においては、必ずしもリハ専門職ばかりを集中的に配置しているとは言い難く、利用者ニーズもより多岐にわたっているのに対しまして、訪問リハビリテーションは、リハビリ専門職が濃密に関わることが担保されているだけに、よりピンポイントにリハビリテーション効果を上げることが期待されまます。

その一方で、訪問リハビリテーションと類似の行為が、理学療法士や作業療法士による訪問看護の形でも行い得るところに注目すべきで、この点は、長内構成員をはじめ、他の構成員の方も指摘しておられます。

保険局医療課が2021年度の中医協議論で使用した資料でも、昨今の訪問看護ステーションでの医療保険での訪問看護件数の急増要因の1つが、従事者内で急速に理学療法士の割合が増加していること、そして、その関与が増えていることであると示唆されています。

つまり、医療機関しか行えない訪問リハの代替を営利法人による訪問看護ステーションでの、医療保険での訪問看護が一部担っていると考えられる実態が指摘されています。

この点も把握しないと、48ページの現状と課題4点目の地域におけるばらつき、地域差の課題に向き合うことは難しく、現行の基盤の実態を見誤ることになるかと懸念します。

言うまでもなく、訪問看護は実に多機能で、従事可能な職種は、看護師のみならず、准看護師、理学療法士、作業療法士、精神保健福祉士、看護補助者など、多岐にわたっていることから、どういった従事者が、どのようなケアを、どのくらいの所要時間提供しているのかに関しての訪問看護の実態を正確に把握することが、ほかのメニュー、例えば、本日の話題の訪問リハビリテーション等の代替機能をどの程度、今、果たしているのか、ひいては、現状の基盤整備量の実態把握と将来推計の予測を可能にすることになると思います。

前回、第4回のワーキンググループでも要望したことでありますが、第2ラウンドにおきましては、訪問看護ステーション、及び訪問看護を実施する従事者の職種構成割合や、ケアの内容、質をより深掘りしたデータを提供いただきたいと、事務局をお願いするところ です。

最後に、小児の在宅患者への従事者、どのように医療機関も含めて確保するのかという論点につきましては、そもそもこの領域の専門性の観点から、医師数、それから専門の看護師の絶対数が少ないということ。その上での急変時の対応まで考えますと、ある程度の規模の総合病院のバックアップが図れる体制づくりが不可欠であると考えます。

そのためには、行政、医師会等が連携した中での支援システムづくりが不可欠だと思います。

以上です。

○田中座長 御意見、御要望ありがとうございました。

続きまして、大三構成員、お願いします。

○大三構成員 美波町福祉課の大三です、よろしくお願ひいたします。

まず、48ページの論点について、美波町の事例としては、低栄養からのフレイル状態、また、それからの重症化、ひいては、そのまま在宅医療から入院となる事例が本当に多いです。それも徐々にではなくて、突然発覚し、町のほうに相談として上がってきた時点では、もう救急対応ということで、本当に町が介入する間がないことが多いです。

また服薬管理ができず、在宅で過ごすということが難しく、施設もしくは医療への措置入院という形で、在宅での生活というのが妨げられる傾向が本当に多いです。

そういうこともあり、今回論点に挙げています、薬局、地域連携薬局の活躍や、リハビリテーション専門職等、それらを連携して、低栄養状態の解消を大いに期待ができる栄養

士による栄養食事指導については、本当に大事なことであり、現場としましては、即、有効な手段であるかと思っております。

ただ、連携するに当たり、まず、それぞれの専門分野の方や栄養指導の方につきまして、先ほどお話がありましたように、やはり、在宅での、その方の生活状況に応じて、どのようにその方の低栄養状態を解消していくかということについては、ケアマネージャーさんであったり、リハビリや筋肉量なども併せて栄養指導をしていただくのが、一番有効だとは思っています。

また、それぞれの栄養士の方も、きちんと研修の場がないと、やはり経験していないことを、頭では分かっているにもかかわらず不安なところが大きいかと思っております。

理学療法士につきましても在宅での専門職のきちんとした対応の仕方、そういう研修の場というのを、国、県できちんと設けていただくことが本当に大事かと思っております。それができ、本人の資質が安定し、連携を保ってから現場で住民の方に対して行くということが、町としては、とても希望しますので、計画の策定内容にしっかりと入れていただきたいと思っております。

続きまして、58ページの小児在宅医療につきまして、美波町は、本当に小規模な町なので、第1回目の会でも申し上げましたが、医療的ケア児がいらっしゃっても、学校等の登園時、登校時につきましては、家族の方の御対応ということでお願いしております。

学校でということで、家族の方が、どうしても都合がつかない場合は、訪問看護ステーションのほうから、お願いしたいところではありますが、残念ながら施設のほうには入れないということで、なかなか対応し切れない実態ができてきております。

そのため自治体で看護師をきちんと配置できない小規模自治体のために、先ほどの事例にもあるように、1件、県内に何か所か拠点の病院等を置いていただき、それらを拠点としたところからの支援という方法を考えていただき、整えていただきたいと思っております。

これが、訪問看護ステーションが不足している地域において、充足するための方策であるかと思っております。

また併せて、保育園において、医療ケアができるような職員を置くというのが参考資料にございました。そういうことができるのであれば、在宅医療ケアを行える保育士の研修制度を整え、取りやすい形で、できるだけ小さなところでも対応できるような形で、研修制度というのを設けていただきたいと思っております。そうすれば、自治体のほうでも、今いる保育士の中から、医療ケアができる方というのを、育成、養成ができますので、そうなれば訪問看護ステーションからの支援がない場合でも対応できるかと思っておりますので、御検討いただきたいと思っております。

少々ずれましたけれども、この58ページの論点の1点目につきまして、徳島県におきましては、こちらの資料でも、徳島県が補助金をもらって、いろいろな検討をして、小児関係の検討をしているということが挙げていますので、徳島県のほうに確認したところ、徳島県においては、令和元年度から医療的ケア児等コーディネーターという職種の養成を取

り組んでおり、現時点で59名養成できています。

来年度につきましては、参考資料の14ページにもありますように、国からの支援を受け、医療的ケア児支援センターというのを本年度に開設する予定でございます。

ですので、徳島県につきましては、現状、在宅医療児の利用者、利用者数とか、この提供機関数の把握というのは、それぞれ保健所や各医療機関の担当所管課で障害福祉関係の担当所管課ということで、それぞれ数値をばらばらに持っている状態です。

ですので、徳島県におきましてでございますが、医療的ケア児支援センターという拠点ができるということで、これらの数値を統括して、数値把握をして対応していけるかというところで、内容については、これから検討ということですが、障害児の方へのアンケートを取ったところ、医療的ケア児対策をしている徳島県下において、どういうところに何があって、支援している機関があるというのを、案外、保護者の方は御存じないということが確認できたということで、そのセンターができたときには、徳島県下での社会資源の周知とともに、まず、どういう状態でお過ごしなのかというのを、情報を一手に管理したいかなということで、お伺いしております。

それと併せまして、医療的ケア児等支援コーディネーターというのを、養成はしていますが、それが県下、意外と東西南北いろいろな箇所からの養成修了があり、それぞれが持っている情報や、相談が来た情報等提供し利用者数や機関、社会資源もそれぞれ把握していこうかなということでお伺いしておりますので、このやり方については、全国的に有効な数値の把握の仕方ではないかと思っておりますので、一応提案しておきます。

以上でございます。

○田中座長 徳島県の事例を含めて、ありがとうございます。

田母神構成員、お願いいたします。

○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。

本日は、本会内の会議対応のために、部分的な出席になりますことをお許しいただきたいと思っております。

資料58ページの小児在宅医療について、論点に沿って意見を申し述べます。

論点の1点目でございます。

小児在宅医療の利用者数の把握についてでございますが、これは、例えば、NDBで、在宅療養指導管理料などの算定件数などで、ある程度把握はできるかもしれませんが、NDBでは、ADLの状況や医療的ケアの内容までは分からないということと、訪問看護療養費のレセプト情報がNDBにまだ載っておりませんので、令和6年5月からの医療保険の訪問看護のレセプト情報のオンライン化後のデータ収集とともに、具体的なニーズに基づいて、今後の小児在宅医療の体制整備を進めていくという点では、都道府県あるいは県内で基幹となる組織や団体が、訪問看護の具体的な対応状況等の実態把握を行う必要があると考えております。

それに際しまして、国におかれましては、都道府県等が実態把握を行う際の手法であったり、把握する対象や、必要な情報の定義を明確化することが重要であると考えておりま

す。

また、既存の、医療機能情報システムや、介護サービス情報公表システムといったものがあるかと思しますので、そうしたシステムを活用しまして、小児に対応する事業所を把握するという点も検討し得るのではないかと考えております。

論点の2点目についてでございます。

事業所によっては、小児の訪問看護の経験に差がありまして、経験の少なさから対応が困難と考える事業所もあるかと思っております。

小児の訪問看護に関する研修機会を確保するとともに、治療経過や在宅の様子についてタイムリーに訪問看護と主治医、医療機関、自治体が情報共有できる仕組みも重要であると考えております。

小児の成長、発達に向けたケアでありますとか、疾患の理解、家族への支援、社会的な側面のケア、地域の機関との連携構築が必要となってまいります。看護師への研修機会を確保するために、例えば、前回資料で提示させていただきました、訪問看護総合支援センターでありますとか、様々な機会を通して体制整備をすることが重要であると考えております。

また、本会が2020年度に実施いたしましたモデル事業には、神経難病などを専門とする医療機関併設訪問看護事業所が、例えば、ALSの患者さんを初めて受け入れるといった地域の訪問看護事業所と同行訪問を実施しまして、看護技術や療養環境調整の助言を行った事例がございました。

資料57ページの福岡県の小児等医療提供ネットワーク構築といった、そういった考え方に近いのかもしれませんが、小児の分野で医療資源を豊富に有する医療機関の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師の同行訪問など、看看連携によって、小児の対応の少ない訪問看護事業所を支援し、円滑な在宅移行につなげる取組を、基金などを活用して展開していくべきではないかと考えております。

また、小児の場合は、専門医療機関に外来受診しながら在宅療養を行っているケースも多くあると思っております。訪問看護師が医療ニーズの高い小児の外来受診に同行しまして、本人や家族の負担軽減を図ったり、病院との情報共有を行っている場合がございます。

また、既にある制度といたしまして、看護小規模型多機能型居宅介護で共生型サービスを実施して、小児を支えているという場合もございます。

資料56ページでは、日中一時支援事業が挙げられておりまして、こうした居宅以外でのサービスというものも非常に重要であると思しますので、こうしたサービスを必要とする場合に、いつでも利用できるような、そういった体制整備を図っていくことが重要であると考えております。

以上でございます。

○田中座長 小児について、貴重な意見をありがとうございました。

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。

本日のテーマに沿って順に意見を述べさせていただきたいと思います。

まず、1番目の訪問歯科診療についてでございます。

在宅において医科歯科連携、この充実をもっともっと図っていくべきだと思います。また、介護施設も含めた在宅と、歯科医師と医師の連携、こういったところも、たくさん現実ではニーズがありますので、今後そういった方策を検討するべきではないかと思います。

複数の構成員が申されましたように、やはり歯科衛生士の活躍の場というのは、今、相当広がっております。特に自宅、高齢者住宅、介護施設等においても、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、活躍する場というのが、相当ございますし、ニーズも相当あります。口腔ケア、誤嚥性肺炎の防止等、大きな期待が寄せられておりますので、歯科衛生士をもう少しクローズアップしていくことが重要ではないかと思います。

続きまして、2番目の訪問薬剤管理指導についてでございます。

資料の23ページにございますように、介護保険の居宅療養管理指導は、高齢者数の伸びを上回る勢いで伸びています。

一見、良好な状況にも見えますが、医療全体のバランスから考えますと、今、最も病院で不足している職種の代表が薬剤師であります。

一方で調剤薬局には、多くの薬剤師さんがいらっしゃいます。したがって、薬剤師の配置のアンバランスをずっと生じてきているわけでありまして。しかも我が国は、OECD諸国で対人口当たりの薬剤師数はトップであります。

そういったところで、現状を考えますと、例えば入院患者さんへの薬剤指導管理の対応が、手が回らないという状況が実態でございまして、医療全体のバランスから考えますと、どう考えるかということで、特に地域連携薬局の医療計画の記載というのは、そういったバランスを助長する可能性もありますので、まず、全体を視野に入れた上で考える必要があるので、医療計画への地域連携薬局の記載には反対でございます。

しかも地域連携薬局の配置の分布を、やはりもう少し見ていかないと、かなり都市部に集中傾向がありますので、特に人口過疎部においても、過不足のない配置というのが重要であって、数よりも地域性を十分視野に入れて、検討していくことが必要だと思っております。

特に医療機関の薬剤師の充実というのが非常に大きな課題だということは、共有していただければと思います。

続きまして、3番目の訪問リハビリテーションについてでございます。

34ページに生活期リハビリテーションが示されておりますけれども、心身機能に偏らず、活動参加にバランスよく取り組むことが重要であります。

その提供事業所が36ページに出ておりますけれども、訪問リハの提供事業所は、医療機関と老人保健施設、老健でございます。

ここで老健の数を見ると、国全体の老健の数の4分の1程度となっておりますので、今

後、老健からの訪問リハの提供というのは増やしていくべきであろうと考えています。

そして、今日も複数意見が出ておりましたけれども、介護保険の訪問看護ステーションにおきまして、全国の訪問看護ステーションの延べ算定件数の半数を超える部分、半数強が、リハ職が訪問しているものであります。

また、費用ベースでも全体の3割が訪問看護ステーションの全国の総請求費用の3割は、リハ職が訪問しているものになっています。

ちなみに、リハビリテーションは医師の指示のもとに、医師またはリハビリ専門職、PT、OT、STが行うものと、明確に定義されています。一方で、訪問看護からリハ職が行くものは、制度上においても、訪問看護の一環として看護職員の代替として、リハ職が行うと。その際は十分看護職と連携をすることが求められているわけでございます。

しかも、リハ計画書の策定もないわけですから、訪問看護からリハ職が訪問しているものについては、これはリハビリテーションではないということが明確になっています。

ただ、これは制度上の問題でありまして、私は現場の職員に問題があるとは到底思っておりません。

したがいまして、これは、やはり経営者とか、管理者が訪問看護の理念、役割をもう少し明確に考えていく必要があると思います。世の中には看護職員が3人で、PT、OTが20人、30人いらっしゃるというステーションが結構あります。

これ自体が問題であって、やはり、訪問リハビリテーションは医療機関と老健が提供事業者であって、しかも、3か月に1回、リハ計画書をちゃんと診察しながら作成しているということが重要でありますので、今後、その辺りを大きく見直す必要があると思います。

最後に、リハの最後で、39ページに地域リハビリテーションが出ております。地域リハビリテーションを、しっかりと制度に位置づけ、そして住民のリハビリテーション意識を高めるということが今後の介護予防の視点からも重要だと思えます。

自治体においては努力義務ではなく、制度に位置づけることが重要だと思っております。

特に、都道府県リハビリテーション協議会と都道府県医師会・地区医師会との密接不可分な連携が、リハビリテーション支援体制の構築において地域リハビリテーションを推進する原動力となります。

都道府県医師会の十分な関与のもと、各都道府県のリハビリテーション協議会や、あるいはリハビリテーション支援センター、あるいは地域リハビリテーション支援センターを指定することが重要で、医師会が、地域リハビリテーションを支える体制というのが、全国各地から要望の声が届いております。

そういった中で、例えば地域リハビリテーション活動支援事業においても、地区医師会は窓口になってリハ職を派遣すること、そういったことも重要でありますし、そのことによって人材育成とか研修会の開催につながると思っています。

続きまして、4番目の訪問栄養食事指導についてでございます。

在宅療養支援病院等からの在宅訪問、在宅指導をより充実していく方策が、今のところ、

理に適っているのかなと思っています。

そして、この在宅の訪問栄養指導を充実するに当たって、各事業所ごとに管理栄養士さんを配置するというのは、これからの人口減少社会においては、なかなか厳しいと思いますので、要は、その担う地域の全ての管理栄養士さんが、その各地域を面で支えるという方策がよろしいかと思っています。

したがって、栄養ケア・ステーションをはじめ、医療機関、介護施設から母体の異なる事業所で指導を行う仕組みというのも重要ではないかと思っています。

昨年の介護報酬改定では、併設施設であれば、常勤の管理栄養士さんが、併設の事業所で栄養指導してもいいというようなことが入っておりますので、まずは、そういった仕組みを参考しながら拡大していくことが必要だと思います。

最後に、小児在宅医療についてでございます。

私ども日本医師会におきましては、2016年に、小児在宅ケア検討委員会を会内委員会として設置いたしまして、2017年から毎年、全国の都道府県医師会小児在宅ケア担当理事連絡協議会を開催して、そこで現状と課題の把握、共有、あるいは好事例の共有等で研修会を行っています。

したがって、これは一例ですけれども、今後、実地も含めた研修というのが必要ではないかなと思っています。

座学については、特に訪問看護ステーションの看護師さんは、なかなか研修に出られないという声が多々ございますので、人数も限られている中で、オンラインとかウェブを対応していただく必要があると思います。

そして、障害福祉サービスにおいては、医療的ケアがあるがゆえに、なかなか受入れが難しいというところも多くございますので、そういった障害福祉サービスにおける医療的ケアの対応等も念頭に置く必要があると思います。

以上でございます。ありがとうございます。

○田中座長 全ての論点について、詳細な御意見をありがとうございました。

高砂構成員、お願いします。

○高砂構成員 田中先生、どうもありがとうございます。

48ページと58ページの論点に関して、御意見を申し上げたいと思います。

まず、薬局に関しましては、コロナ禍において医療機関の逼迫や、入院すると家族とお会いできないなどで、ターミナルケアとか重度の方が増加している状況を認めます。

その中で、やはり薬局の方が、同じように在宅で活動していただくことを、とても重要だと思っています。24時間対応や365日の対応を全てではなく、どこの薬局がどのように具体的に実施していただけるのかというのが分かるようになるというのをいいなと思っています。

また、栄養士に関しても、今、独居や高齢者世帯など、介護力が脆弱になってきている状況の中で、栄養だけではなく、やはり食べるということに対して、とても日本人は大事にしているという点を含め、栄養士さんの活動が推進されるといいと思うのですけれども、



なかなかやはり地域でいっしょにやらないので、どこでどのように活動なさっているのかという情報が共有できるようになるといいなと思っております。

また、今日、何人かの先生方に訪問看護ステーションにおけるリハビリテーションについて御意見を頂戴いたしました。8月から具体的な介護保険におけるリハビリテーションの実態調査というのが始まりますので、医療保険だけではなく、介護保険におけるリハビリテーションの現状というのを、訪問看護ステーションにおける現状を正しくお伝えしながら地域の中で安心して生活していけるよう、支援できるケアをリハ職の人と一緒に提供していきたいと思っています。

58ページの小児の医療的ケア児に関しましては、56ページにもございますように、小児在宅医療に関する基盤整備や、人材育成が重要と考えますが、対象の小児が多くないので、全てのステーションが受けるというのは、なかなか難しい状況でございます。

そこで、全国訪問看護事業協会では、3年がかりで小児訪問看護研修会のプログラムを作り、今、検証している状況です。もちろん、ウェブ研修などの活用も効果的だと思うのですが、お子さんのシミュレータなどを活用した研修をプログラムとして開発いたしましたので、各都道府県が作るのではなく、そういうものを活用していただき、小児の医療的ケア児が支えられるような基盤整備や人材確保に活用いただき小児の訪問看護を提供していきたいと思っております。

また、お子さんだけではなく、御両親に対するケアも、きっちりとできるような訪問看護師を育成していきたいと思っています。

これは、私の現場が横浜市の訪問看護ステーションなのですが、今日も医療的ケア児等コーディネーターのお話が何度か出ました。横浜では、横浜型医療的ケア児者等コーディネーターということで、訪問看護の経験のある訪問看護の経験のある看護師が、このコーディネーターを実践し、実績を上げておりますので、また、御紹介していきたいと思っております。

どうもありがとうございました。

○田中座長 横浜の事例も大変参考になります。ありがとうございます。

荻野構成員、どうぞ。

○荻野構成員 申し訳ございません、2回目の発言をお許しいただきましてありがとうございます。

江澤構成員からお話がありました、病院薬剤師の確保の点について、短く私どもの考え方を御説明させていただきたいと思っております。

全く同様に、病院薬剤師の確保というのは極めて重要な課題の1つであると認識しております。病院薬剤師の不足の悪化が助長する、そういうことを避けるためにも、病院だけではなく、薬局も含めた一体的な人材の確保の議論が重要だと考えております。

当然、地域連携薬局の整備というのは、患者だけでなく医療機関の医師、薬剤師等の負担軽減にもつながると考えておりました、薬剤師の確保をはじめ、医療資源の偏在対策を

推し進めるには、病院と薬局の一体的な議論を行う必要があると思っております。

そのためには、医療計画で地域連携薬局の位置づけをし、都道府県において、医療政策主管課と薬務主管課が連携して対応するべきと考えておりますので、このような観点から、医療計画上に地域連携薬局を位置づけていただきたいということを申し上げさせていただきます。よろしくお願いいたします。

以上でございます。

○田中座長 ありがとうございます。

鈴木構成員、どうぞ。

○鈴木構成員 荻野構成員から、再度、地域連携薬局を医療計画上にという御発言がございましたので、改めまして、私からも再度発言をさせていただきます。やはり江澤構成員がおっしゃったように、我が国は、断トツに世界で人口当たりの薬剤師数が多いにもかかわらず、医療機関では、常に大病院から中小病院まで薬剤師不足に苦しんでおります。その原因は、もうはっきりしているのです。大手調剤薬局チェーンとドラッグストアに、薬剤師が学生のときから奨学金で抱え込まれているのです。そこが大きな問題なのであって、今の話は論理のすりかえのような感じで、我田引水といいますか、説明にはなっていないと思います。しかも、実際に看取りとか、そうした現場を知らないまま、卒後すぐに調剤薬局やドラッグストアとかに就職された方が、そうした看取りも含めた在宅医療に積極的に関わりたいというのは、私は非常に無理があると思います。やはり、私は、そういうことをされたいのであれば、医療機関で何年かしっかり研修をしていただくことが前提になると考えていますので、そこから変えないと、この問題は、本当に解決しないと思います。

そして、大体そういう薬局は、大手チェーン薬局が多いのですが、薬剤師会というよりは、薬局として活動される感じになっていて、地域では非常に違和感を感じています。薬剤師会の方はそのようにおっしゃいますが、やはり現場で多職種連携チームの一員としておやりになるのであれば、なおさら薬剤師会としての活動と、そして、もっと大元の医療機関との薬剤師のアンバランスの是正、そうしたことにものを薬剤師会自らが取り組んでいただきたいと思います。

以上です。

○田中座長 ありがとうございます。

江澤構成員、どうぞ。

○江澤構成員 荻野構成員からコメントありがとうございます。

今、鈴木構成員もおっしゃいましたように、やはり薬剤師の人材育成も含めて、総合的な視野で考えていきたいと思っています。特に、今年の診療報酬改定でも調剤報酬においては、対物から対人ということで評価のシフトが行われたところでございますが、やはり我々の医師会等でも、やはり卒後、医療機関等でしっかりと研修を積んで、いろいろな薬剤師の幅広い分野を担って、研修でちゃんと担った上で、地域に出ていくということが重要ではないかという議論がよくなされます。

したがいまして、特に入院患者さん、ハイリスクの薬剤も多々使っておりますけれども、実際、全国の病院で非常にその辺りの薬剤師によるケアが、手が回らないのも実態でございますので、今後、ぜひ、いろいろなバランスのよい配置というのを、ぜひ、鈴木先生が実態をおっしゃいましたが、私も同感しております、全国共通の動向だと思います。ずっと調剤薬局のほうに就職が相当多いという実態が続いておりますので、バランスを見ていただいて、ここは、在宅の医療・介護のワーキングですけれども、医療計画全体から見たときということで、私は申し上げまして、医療の中の全体のバランスを見たときに、当然、調剤の方がたくさんいらっしゃるの、在宅の訪問指導等は伸びるわけですけれども、それが本当に医療全体から見ていいのかどうか、特に医療や介護は、共助の世界の公的保険方式で、大きなリスクは保険でということになりますから、やはりその優先順位、公的保険方式の中での優先度というのは、どうしても、今後、限られた中では必要になってきます。そうすると、医療計画、医療全体の中から何が一番、優先を考えながら、やはり入院治療している方については、相当手厚いことが、入院患者さんの入院期間においては必要であると思いますし、その点を含めて、全体のバランスということで申し上げた次第でございます。

どうもありがとうございます。

○田中座長 だんだん医師会と薬剤師会の対決になってきましたけれども、荻野構成員、さらに反論されますか。

○荻野構成員 貴重な御意見をいただきまして、ありがとうございます。

私どもは、在宅については在宅という観点と、それから人材確保については人材確保という観点で、説明させていただきたいと思いますので、今ほどのお二人の先生方からのいろいろな御指摘も踏まえて、今後も議論をさせていただきたいと思います。

どうもありがとうございました。

○田中座長 在宅医療の話か、医療計画の話なのか、さらに別のテーマである薬剤師の育て方の話なのか、いろいろな論点がありましたが、事務局は上手に、今日の話で、我々のワーキンググループとしてのまとめを作ってくださいね。あまり話を広げてしまうと、親検討会への回答にならないので。皆さん方、最後は本音で議論をしていただきまして、ありがとうございます。

また、委員の方々から頂戴した、それぞれ各地域の実情の報告なども踏まえた貴重な御意見に、感謝いたします。ほかによろしゅうございますか。

ちょうど時間になりましたので、本日の議論は、ここまでといたします。

最後に、事務局から連絡があれば、お願いします。

○松下専門官 ありがとうございます。

本日は、一般傍聴を制限していることから、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ても、御多忙中とは存じますが、御協力をいただきますよう、お

願ひ申し上げます。

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、御連絡いたします。よろしくお願ひいたします。

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。