

○松本補佐 ただいまから、第7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、発言の方法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」ボタンをクリックいただくか、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。

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。

(冒頭カメラ撮り終了)

○松本補佐 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 構成員の皆さん、こんにちは。

まず、議事に入る前に、代理出席についてお諮りします。本日の会議については、長内繁樹構成員の代理として、大阪府豊中市福祉部長寿安心課主幹 高岡由美参考人、そして高砂裕子構成員の代理として、一般社団法人全国訪問看護事業協会常務理事 阿部智子参考人の2人の御出席をお認めしたいと存じますが、よろしゅうございますか。ありがとうございます。

早速、議事に入ります。資料の「在宅医療の提供体制について（その2）」について事務局より説明をお願いします。

○谷口室長 それでは、資料の御説明をさせていただきます。「在宅医療の提供体制について（その2）」の資料を御覧ください。

2ページ目に目次をお示ししております。本日、検討の内容に沿いまして、6つのパートで資料を構成してございます。

3 ページ目を御覧ください。「在宅医療の提供体制について」「急変時、看取り、災害時等における在宅医療の体制整備について」「在宅医療における各職種の関わりについて」と、本ワーキンググループにおける主な論点を整理してお示ししてございます。本日、二巡目の議論でございまして、前回、「在宅医療の提供体制について」、御議論いただきまして、本日は下の2つ、「急変時、看取り、災害時等における在宅医療の体制整備について」「各職種の関わりについて」、御議論いただければと存じます。

4 ページ目に、本日の検討内容の詳細をお示ししてございます。

急変時・看取りの体制につきましては、在宅医療を担う医療機関と救急医療機関、消防機関等との連携について。また、在宅療養患者が住み慣れた地域で最期まで過ごすための訪問看護の役割について。

災害時の支援体制については、BCPの策定について。

各職種の関わりについては、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導の適切な提供について御議論いただきたいと考えてございます。

5 ページ目から「急変時・看取りの体制について」の資料となります。

6 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いて、現在、載っておるものを示してございます。右の赤枠で、急変時の対応と看取りに関わる指標例を囲っております。ターミナルケアを実施している訪問看護のステーション数は指標例となっておりますが、訪問看護によるターミナルケアを受けた患者数は、まだ指標例に入っていないところです。

7 ページに、これまでワーキングでいただいた主な御意見をお載せしております。

救急医療機関と消防機関など、地域でのネットワークづくりがまだ不十分であるという御意見をいただいております。

また、後方支援に係る医療機関の問題ですとか、訪問看護の機能に着目した整備目標の記載等について御意見をいただいております。

8 ページ目を御覧ください。以前からお示ししている概要の図でございます。

在宅医療の提供体制に求められる医療の機能、緑のところでお示しておる1番から4番、退院支援から看取りまでの中で、本日はマル3の急変時の対応、マル4の看取りの点を中心に御覧いただきたいと思っております。

9 ページ目を御覧ください。「在宅医療の体制構築に係る指針」における急変時の対応とか看取りに関する指針の記載事項をお示しております。

「在宅医療の体制構築に係る指針」においては、在宅医療に係る機関について、24時間対応が可能な体制を確保するとともに、自院で対応できない急変に対しては、その症状や状況に応じて、搬送先として想定される入院医療機関や消防機関との連携が求められるところです。

また、自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制の構築も求められております。

10ページ目に、在支診・在支病の施設基準を参考としてお示ししております。

在支診・在支病、また機能強化型、さらに右のほうに後方支援病院についても載せております。青字が令和4年度診療報酬改定で変更となった点を記載してございます。適切な意思決定支援に係る指針の作成とか緊急の受入れの実績ですとか、急変や看取りに関する内容が含まれてございます。

11ページを御覧ください。在宅療養支援診療所等の届出数をお示ししております。

左に在支診、右上に在支病、右下に後方支援病院をお示ししております。在支診は近年横ばい、在支病は増加を認めておりまして、後方支援病院については近年横ばいで経過してございます。

12ページ目に、地域で有効に機能している在宅医療の連携モデルということで、バックアップの体制等も含めた形で有効な連携が構築されている事例を2つお載せしております。

左が柏市、右が長岡市となっております。いずれも診診連携、病診連携、後方支援まで含めた円滑な連携が行われている事例でございまして、柏市ですと、ICT等の活用により、患者情報の共有等がスムーズに行われていること。また、正副主治医制に加えて、訪問看護ステーションの整備も進み、24時間の対応ですとか患者の在宅移行がスムーズに行われているという取組の効果がございます。長岡市につきましても、救急隊の現場所要時間の短縮等の効果が見られるという取組の成果が現れている事例でございます。

13ページ目を御覧ください。救急現場における傷病者の意思に沿った対応について、消防庁の資料よりお示ししております。

救急隊出動後に心肺停止状態、かつ心肺蘇生拒否の意思が医師や家族等により確認された事例が、令和元年で5359例、令和2年で5538例ございました。その中で、「心肺蘇生の継続」や「搬送」となった事例が依然多いものの、「中止」や「不搬送」となった事例が少し増加しております。また、かかりつけ医への連絡が取れた例も増加しているところです。

14ページに、在宅医療を受けている患者の救急搬送に関する調査をお示ししております。

在宅患者の診療に関する情報を把握できるようなツールですとか、救急搬送に関する受け入れ等のルールについて、一部作成が進んでおり、また、多くは取組がないという状況でございました。

15ページ目に、救急医療情報ですとか搬送ルールに関する取組の事例をお示ししております。

左が八王子市、右が岡崎市となります。いずれも救急情報のカード等を用いまして、患者情報等を事前に記載しておき、搬送等の円滑化に役立っているという事例でございます。

16ページ目に、消防庁のほうの資料をお示ししております。

下のほうにございますように、消防機関に求められることとしまして、在宅医療や介護に関わる関係者等の議論も意識されているというところが示されております。

17ページ目に、二次医療圏に設置された協議の場の構成員について資料でお示ししてお

ります。

二次医療圏に設置された在宅医療に係る協議の場に参加する構成員の割合を示しております。左の円グラフが在支病の参加の割合になっておりまして、40.6%、真ん中の円グラフが後方支援病院の参加になっておりまして、25.6%。右が消防機関の割合になっておりまして、9.4%で、今後、参加を促していく余地があるのではないかと考えております。

18ページから、看取りに関する資料をお示ししております。訪問看護ステーションにおけるターミナルケアの利用者数をお示ししております。

左が介護保険、右が医療保険で算定されているものになりまして、いずれも増加傾向でございまして、令和元年と令和3年の間で特に増加が見られるところになっております。

19ページ目を御覧ください。訪問看護のターミナルケアにおける意思決定の支援についてお示ししております。

訪問看護においては、介護保険におけるターミナルケア加算及び医療保険におけるターミナルケア療養費、在宅ターミナルケアの加算において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえて対応することが要件となっております。患者の意思決定の支援を確実に行うことが求められております。

20ページ目に、在宅看取りにおける訪問看護の体制及びケアの提供について資料でお示ししております。

調査に基づくものでございますが、上から取組の状況としまして、「利用者の希望に応じた「看取りを含む在宅療養者の生活の継続支援」に積極的に応える姿勢である医師と連携できる体制が整っている。」という回答が53.7%。

「終末期ケアおよび死の迎え方について、利用者本人の考え方を確認し、適切に対応している。」というのは、8割以上のところを見ますと、かなりのところがしっかり取り組んでいる。

次に「死の受け止め方など、利用者等への精神的な側面へのケアを行っている。」というところが8割以上のところを見ますと、約7割となっております。

また「利用者の死後、必要に応じて家族等のグリーフケアを行っている。」というところが、赤枠でお示しするとおり6割程度となっております。いずれもさらに取組を進める余地はあるものの、しっかりとした取組の姿勢が見えてきているというところでございます。

21ページに、在宅患者に対する看取り機能の強化のために取り組んでいる施策をお示ししております。

左のほうに、厚生労働省の人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業をお示ししております。

また、右のほうに地域医療介護総合確保基金を活用しまして、自治体で看取り機能の体制整備に活用していただいている事例を、徳島県と兵庫県の事例として、お載せしております。

22ページに、論点をまとめてございます。

在宅医療に係る機関と入院医療機関、消防機関等における情報共有や連携を進めるため、「在宅医療の体制構築に係る指針」において、後方支援を行う病院や消防機関を関係機関の例として追加するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促してはどうかとしております。

2つ目の論点ですが、本人と家族が希望する医療・ケアを提供するに当たり、訪問看護によるターミナルケアを受けた患者数を指標例に追加してはどうかとしております。

23ページから「災害時等の支援体制について」の資料となります。

24ページを御覧ください。これまでのワーキングでいただいた主な御意見をまとめてございます。

BCPの策定の必要性ですとか、その推進については、御賛同の御意見をいただいているところです。

また、一番下のポツにありますよう、1つの医療機関だけで事業者等との交渉も必要になったりということがございますので、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等が中心になって構築するべきといった御意見をいただきました。

25ページに、現在の指針における災害関連の記載事項をお示ししております。

赤字でお示ししておりますように、在宅医療において積極的役割を担う医療機関等の項目に、災害時および災害に備えた体制構築への対応を行うことですとか、災害時等にも適切な医療を提供するための計画を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うことなどが記載されております。

26ページを御覧ください。在宅療養支援病院等におけるBCPの策定状況について、お調べしたものを載せております。

BCPの策定については、一部は進んでいるところですが、まだこれからというところが多くございます。特に、在宅の分野では、しっかりとした支援が必要と考えております。

左に在宅療養支援診療所、右に在宅療養支援病院を載せておまして、いずれも一部は策定、多くはこれからという状況でございます。

27ページを御覧ください。厚生労働省では、令和3年度の特別研究を用いまして「BCP作成の手引き」を策定してございます。こちらを用いて、今後、在宅療養支援診療所等のBCPの策定を進めていきたいと考えております。

28ページを御覧ください。こちらは事業の御説明の資料となりまして、在宅医療の災害時における医療提供体制強化支援事業となっております。令和4年度に設定しているものです。先ほど御説明いたしましたBCPの手引き等も用いまして、本事業で両機関のBCPの策定を支援してまいりたいと考えております。

29ページに、論点をまとめております。

1つ目の論点ですが、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」については、現

行の指針において、災害時等にも適切な医療を提供するための計画を策定することとされております。次期指針においても引き続き計画の策定を求めることとはどうかとしております。

2つ目の論点ですが、災害時対応においては、医療機関同士だけではなく市区町村や都道府県との連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、BCPの策定を推進することとはどうかとしております。

30ページから「訪問歯科診療」の資料となります。

31ページに、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いて、歯科に関する部分を赤の枠で囲ってお示ししております。歯科訪問診療を実施している診療所や病院の数、また在宅療養支援歯科診療所の数、訪問口腔衛生指導を実施している診療所や病院の数等が指標に入っているところです。

32ページに、これまでのワーキンググループでいただいた主な御意見を載せております。

医科歯科連携の推進の必要性や、急変時における在宅歯科診療のバックアップ体制についての御意見。

また、二次医療圏単位での在宅療養支援歯科診療所の届出状況。

在宅における口腔の管理の観点から、歯科衛生士の活躍が期待されることなどを御意見としていただきました。

33ページに、歯科疾患に関する有訴者率と通院者率の図をお載せしてございます。

「かみにくい」と自覚している有訴者率が年齢とともに増加してございます。

一方、歯科疾患による通院者率は80歳から低下いたします。

減少部分に通院が困難な者が一定数存在し、訪問歯科診療のニーズが存在すると考えられます。

34ページを御覧ください。1医療機関当たりの訪問歯科診療の実施件数、また居宅での訪問歯科診療、施設での訪問歯科診療を行っている診療所の数等を調べたものをお載せしております。

1医療機関当たりの訪問歯科診療の実施件数ですが、こちらは増加傾向にございます。棒グラフでお示ししておりますとおり、青の棒グラフが1医療機関当たりの居宅での訪問歯科診療の実施件数、赤の斜線の棒グラフが施設での訪問歯科診療の実施件数となります。

青の線で、居宅での訪問歯科診療の実施の割合、赤の点線で施設での訪問歯科診療の実施の割合をお示ししております。令和2年度で居宅での訪問歯科診療を行う診療所の割合が、施設のほうを上回るという現象がございました。

35ページを御覧ください。こちらに口腔の管理等による効果をお示ししております。

入院患者の口腔の管理を行うことで、在院日数が削減される効果を左上に載せてございます。

また、右上に載せておりますように、口腔の管理をしっかりと行うことで、術後の回復過

程によい効果を及ぼすということですか、また、左下にごございますように、要介護者に対する肺炎発症の抑制効果等も認められております。

さらに、右下にお載せしておりますように、口腔管理をしっかり行うことで、体重減少のリスクなどにも関係してくるといったような事例がございます。

36ページを御覧ください。口腔の管理等に活躍する歯科衛生士の数ですとか、地域での活躍の状況をお載せしております。

就業歯科衛生士数は増加傾向にありまして、令和2年度が14万2760人となっております。

就業場所の別では、診療所が約91%、病院は約5%となっております。

37ページを御覧ください。このように、多くの歯科衛生士が診療所にいるということになっておりますが、その場合でも、歯科診療所だけではなく、病院や施設などでも活躍しておられる方がいらっしゃるということと、また、歯科医師の指示等の下に、様々な形で地域で活躍することができるという事例をお載せしております。

38ページを御覧ください。「在宅医療の体制構築に係る指針」における歯科の関連の記載事項につきまして、「歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の利用者数」が既に記載されてございます。

在宅での口腔衛生の管理におきまして、歯科衛生士の活躍が期待されている中、歯科衛生士による訪問歯科医療への関わりを指針の中に具体的に記載することで、歯科衛生士のさらなる活用につながることを期待されます。

39ページに、在宅療養支援歯科診療所の分布をお示ししております。

左に市区町村、右に二次医療圏別に見たものを載せております。総数として8466施設ございますが、市区町村では31%でゼロ件、それ以外の約7割のところでは1件以上はあるという状況です。

二次医療圏に参りますと、非常に多くの医療機関が入ってまいりまして、88%で3件以上と、かなりの数がしっかり存在しているというところではあります。

下の棒グラフに、在宅療養支援歯科診療所数の推移をお示ししております。令和2年度で減少しているという傾向がございまして、こちらについては、引き続き傾向等をフォローアップしていく必要があると考えております。

40ページを御覧ください。在宅歯科医療における医科歯科連携について資料を用いてお示ししております。

訪問歯科診療を主に担う施設として「在宅療養支援歯科診療所」がございまして。

また、こちらは、在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例としても設定されているところです。

72%の都道府県で指標として用いており、目標を設定している都道府県が47%あるということになっております。

在宅療養支援歯科診療所を含め、訪問歯科診療を行う歯科診療所が、後方支援機能を有

する歯科医療機関との連携とか医科歯科連携を推進することが期待されます。

下の青いところにお示ししますように、赤字で書いております在宅医療を担う他の医療機関、カのカ欄になりますが、また、キの連携実績等に医科歯科連携の効果を発揮する病院・医科との連携の項目が入っております。

41ページに論点をお示ししております。

居宅で療養している者や施設に入所している者に対する口腔の管理は重要であり、「在宅医療に係る体制構築に関する指針」において、在宅医療の現状ですとか医療体制の構築に必要な事項の項目等で、歯科衛生士の機能や役割、訪問歯科診療への関わりについて、記載してはどうか。

2つ目の論点ですが、在宅歯科医療を進めるに当たり、歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携は重要な課題です。「在宅医療において必要な連携を担う拠点」も活用し、圏域内の状況を踏まえ、地域の在宅歯科医療の目指す姿について、関係機関等と共有しつつ、連携体制構築を進めることとしてはどうかとしております。

42ページからが「訪問薬剤管理指導」のパートになります。

43ページを御覧ください。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いて、薬剤の管理に関わる部分を赤で囲っております。訪問薬剤管理指導を実施する薬局等の数、また訪問管理指導を受けた者の数が入っているところです。

44ページを御覧ください。これまでのワーキンググループでいただいた主な御意見を載せております。2つの観点での御意見をいただいたと承知しております。

1つは、訪問薬剤管理指導の質の向上について御意見をいただきました。

特に、薬局薬剤師の看取りに関する経験の在り方ですとか、その質の向上についての御意見をいただいております。

また、小児の薬剤の管理等、高度な管理についても、薬局薬剤師も身につけていくべきといった御意見をいただいております。

また、そういったことを把握できるように、指標例に追加すべきではないかといった御意見をいただきました。

また、地域連携薬局につきましては、令和3年に新しく始まった制度であること、医療計画上に記載することについてなどの御意見をいただいております。

45ページに、病院薬剤師と薬局薬剤師の連携の必要性について資料としてお示ししております。

入院中の情報を薬局薬剤師が薬剤の管理に関する情報をしっかり受け取り、また患者が入院するときなど、在宅における管理の状況などを情報提供するなどして、シームレスに連携することが必要だという図になってございます。

46ページを御覧ください。薬剤師の主な業務・役割について整理した図となります。

左にありますように、調剤のほうが薬剤師の主な業務として注目されやすいところでは



ございますが、右上のほうのチーム医療への参加ですとか、高度な薬剤の管理等、充実が求められる業務・役割についてももしっかり対応していく必要があると考えられます。

47ページに、在宅において必要とされる高度な管理の事例としまして、麻薬調剤や無菌製剤の処理、また24時間対応が可能な薬局を都道府県別に状況を整理してお示ししております。

麻薬の調剤については、約8割が対応可能となっております、無菌製剤の処理に対応可能な薬局は1割未満、24時間対応可能な薬局は約3割と、都道府県によってもばらつきがあるところになっております。

48ページを御覧ください。在宅において必要となる高度な管理の一つとしまして、人生の最終段階の利用者・患者への訪問薬剤管理指導について掲載してございます。

薬局の方針として、人生の最終段階の利用者・患者への訪問薬剤管理指導を行っている薬局は26.2%となっております。

また、人生の最終段階の利用者・患者への訪問薬剤管理指導に当たり重要と考える事項については、「利用者・患者・家族との連携」が89.0%、「他職種との連携」が86.8%となっております、こういった部分の強化を図っていく必要があると考えております。

49ページを御覧ください。在宅における薬剤の管理指導における高度な知識を必要とするものの一例としまして、小児の訪問薬剤管理指導を掲載してございます。

こちらは、薬局における小児への在宅訪問薬剤管理指導の算定回数が増加しております、薬剤師が小児の在宅医療に積極的な関与を行っているということが近年の傾向としてございます。

また、小児への訪問薬剤管理指導には、より高度な薬物療法の提供が求められますので、こちらについても資質の向上をしっかりと図っていく必要がございます。

50ページを御覧ください。これら薬局の薬剤師等にも求められる高度な薬剤の管理の知識や技術の提供につきまして、地域において地域医療介護総合確保基金を活用した取組の事例がございますので、載せております。

例えば、和歌山県では和歌山県立医大と連携した教育の提供ですとか、在宅医療を実施している医師との症例検討会の実施ですとか、在宅医療の取組に非常に資する資質向上のための取組が行われています。

51ページを御覧ください。こちらは厚生労働省の事業となりますが、薬剤師の資質向上等に資する研修事業を開始しております。こういった事業も活用しまして、薬局薬剤師等のさらなる資質の向上に取り組んでいきたいと考えております。

52ページに、地域連携薬局の基準をお示ししております。

こちらは、在宅医療にも非常に貢献するような形の体制が取られておりまして、高度な管理の一例として申し上げました麻薬の調剤ですとか無菌調剤についても、体制整備として求められております。

また、24時間の対応ですとか、在宅医療に必要な対応の体制の整備等も基準に求められ

ているところです。

53ページに、地域連携薬局の認定状況をお示ししております。

令和3年に開始した制度でございまして、これから体制の整備が進んでいくものと思われませんが、現在、3000施設が認定されております。

都道府県ごとに見ますと、まだ整備状況にはばらつきがあるところです。

54ページに、論点をまとめております。

1つ目でございますが、在宅医療における薬学管理につきましては、多様な病態の患者とかターミナルケアの患者への参画の観点からも、病棟薬剤業務や高度な薬学管理の豊富な知識・経験が求められます。一方で、これらを習得する機会は限られることから、地域医療介護総合確保基金等を活用し医療機関と連携して行われる研修や、カンファレンス等への参加を通じて、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上や、医療機関と薬局の連携体制の構築を図ることとしてはどうか。

また、2点目でございますが、在宅医療においては、地域における医薬品等の提供体制の確保が前提となります。都道府県の薬務主管課と医療政策の主管課が連携し、地方薬事審議会等も活用しながら、麻薬調剤や無菌調剤等の高度な薬学管理が可能な薬局の整備状況や実績について把握・分析し、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を整備してはどうか。

3つ目に、指標例に今後加えたらいかかという論点を載せております。申し上げた高度な管理としまして、麻薬等の調剤を行っている薬局数、その提供を受けている患者数、無菌調剤等の訪問薬剤管理指導を実施している薬局数、その提供を受けている患者数、小児の訪問薬剤管理指導を行っている薬局数、提供を受けている患者数、及び24時間対応可能な薬局数を指標例に追加してはどうかと考えております。

4つ目の論点ですが、地域連携薬局については、令和3年度に制度が開始されて間もないものでありまして、都道府県によっても認定状況に差がございます。地域連携薬局の在宅医療への貢献について、今後、調査を進めることとし、その結果を踏まえて再度検討することとしてはどうかとしております。

55ページから「在宅医療におけるリハビリテーション、栄養管理、口腔の管理等の連携について」、資料でお示ししております。

56ページに、現在の指標例をお示ししてございますが、現在の指標例では、訪問リハビリテーションと訪問栄養食事指導に係る指標例が入っていないということがございます。

57ページに、これまでワーキングでいただいた御意見を載せております。

リハビリテーション、口腔、栄養の取組については、しっかり進めるべきといった御意見を主にいただいていると承知しております。

また、口腔ケアについては、誤嚥性肺炎の防止等、期待が寄せられていることとすとか、歯科衛生士の活躍について、しっかり進めていくべきといった御意見をいただいております。

また、栄養指導等につきましては、栄養士がなかなか地域にいないということもあり、どのように活動しているのかといった情報の共有の必要性ですとか、訪問リハビリテーション等についても御意見をいただいたところであります。

58ページを御覧ください。「在宅医療の体制構築に係る指針」の多職種連携に関する記載事項をお示ししております。

「在宅医療の体制構築に係る指針」におきましては、訪問診療や訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導の各項目について、日常の療養生活の支援に係る現状という記載がございますが、訪問リハビリテーションや訪問栄養食事指導の記載はございません。

また、在宅医療において多職種による連携が重要ですが、医療体制の構築に必要な事項において、患者の疾患、重症度に応じた医療が、多職種協働により、継続的、包括的に提供されることが目標と記載されてございます。

59ページに、リハビリ、栄養、口腔の取組に関する概要図をお示ししております。

リハビリ、栄養、口腔の取組が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ております。

60ページを御覧ください。こちらは、理学療法士等による訪問看護と訪問リハビリテーションについて、お示ししております。

理学療法士等による訪問看護と訪問リハビリテーションについては、人員基準、設備基準等が異なるほか、医師の指示に関しても、指示や指示期間や内容が異なっております。

61ページに論点をまとめております。

まず、在宅医療を行う上で各職種の関わりは重要であります。医師の定期的な診察と評価に基づいた指示により、患者の病状に応じて、適切な時期に適切なサービスが提供される必要があるということを次期の指針に記載してはどうか。

また、2つ目になりますが、次期指針における在宅医療の現状の項目におきまして、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導を追加してはどうか。また、医療体制の構築に必要な事項等の項目で、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導等の各職種の機能・役割、多職種の連携等について記載してはどうか。

都道府県において、訪問リハビリテーションや訪問栄養食事指導の現状把握ができるよう、提供する医療機関等の数や患者数を指標例に追加してはどうかとしております。

最後に、これまで御提案申し上げた指標例を一覧としてまとめてございます。63ページを御覧ください。

都道府県が在宅医療の現状を把握するための指標例について、右側のように新たに追加するものを検討してございます。これは前回のワーキングでお示したところでございますが、上から、機能強化型在宅診療・在宅病の指標例の追加。

2つ目の箱になりまして、訪問看護によるターミナルケアを受けた患者数を指標例に追加すること。

3つ目になりますが、訪問薬剤管理指導における麻薬調剤や無菌調剤、小児の訪問薬剤

管理指導の実績のある薬局数及び患者数、24時間対応可能な薬局数を追加。

また、訪問リハビリテーションを実施している診療所・病院等の数、及び訪問リハビリテーションを受けた患者の数を追加。訪問栄養食事指導を実施している施設数、及び訪問栄養食事指導を受けた患者数の追加を、新たな追加の指標例として検討いただきたいと思っております。

最後の64ページに、追加・修正等を検討しているものを赤字で載せております。

以上が資料の御説明でございます。

○田中座長 ありがとうございます。急変時、看取り、災害時、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、リハ、栄養、口腔ケアなど、多岐にわたる説明でした。

では、構成員の方々からの御質問、御意見を承ります。手挙げボタンを使ってください。

では、早速ですが、角野構成員からお願いします。

○角野構成員 すみません。今日は前後に会議が挟まっております、言うだけ言って、また退出させていただきます。申し訳ございません。

まず、22ページの論点です。協議の場に消防機関が入ることは非常に重要かと思っております。ですから、これを促すことは非常に大事だと思います。

また、訪問看護師の役割は非常に大きくて、ターミナルケア、最後の看取りをしていこうと思ったときに、訪問看護というのがどれだけ頑張っているかということは非常に良い指標になると思いますので、ぜひ患者数を指標例に追加していただきたいと思います。

続きまして、41ページ、口腔管理の件の1つ目のポツです。歯科衛生士が今度指標になるのは非常にありがたいことです。歯科衛生士がどれだけ頑張っているかということ。と同時に、今回、指標にはなかなか難しいと思いますが、どこかに、今後、この口腔管理、特に嚥下とかを考えた場合、STの存在というのは非常に大事かと思っております。口腔ケアには、STがこれから関わっていくことというのも、何か頭出ししていただければいいのかなと思っております。

ポツの2つ目です。歯科と医科との連携ということで、これも大事なことですけれども、在宅において訪問歯科をするのは非常に大事なのですけれども、例えば滋賀県ではモデル的に、歯科のいない病院に対して、開業医の歯科の先生が退院前にそこへ行って口腔評価をして、そして在宅に戻すということをやっております。したがって、そういった開業している歯科の先生方が病院で退院前からどれだけ関わっているかといったことも、知ることができればいいのかなと思っております。

続きまして、54ページです。ポツの3つ目、薬局数といったものを示していくことは大事なのですけれども、このときにマスとして大きく何か所というのではなくて、ここでは圏域当たりとか人口当たりとか、何かに対してどれだけあるのかという示し方が評価につながるのかなと思います。何としても小児在宅を進めるにおいて、小児の訪問薬剤管理というのは非常に大事なことです。ここについてはしっかりと指標として残していただきたいと考えるところです。

続きまして、61ページの論点であります。この真ん中の多職種連携についての記載は非常に大事であります。これをする場合に、訪問リハとか訪問栄養指導だけではなくて、今、全国を見てもそうですが、例えば滋賀県では50ほどのグループがあるのです。地域、地域に多職種連携の人たちが、場所によって一月に1回、二月に1回の集まりをして、そこでお互いの連携をつなげているというのがあります。そういったことも都道府県でやっているところがあれば、記載していただくことによって横展開が図れるといいのかなと考えております。

少し早口になりましたが、以上でございます。

○田中座長 事例に基づいて、それぞれの論点に関する意見ありがとうございました。

STについては、確かに今回は無理かもしれないけれども、将来の検討が必要であるぐらいなら入れられるかもしれませんね。考えます。

続きまして、鈴木構成員、お願いします。

○鈴木構成員 それでは、論点を中心に意見と質問を述べさせていただきます。

まず、22ページの論点ですが、1番目の論点については、それでいいと思います。意見としては、指針に在宅療養支援病院や消防機関を追加して、協議の場にも参加できるようにするとよいと思います。

2つ目の論点は、それでいいと思います。

それから、29ページでございます。1つ目の論点は、それで結構だと思います。意見としては、計画の策定に当たっては、厚労省のBCP策定のためのガイドラインや、動画やひな形などが活用できるようにするとよいと思います。

2つ目の論点もそれでいいと思いますが、意見として、市町村の地域防災計画において、医療機関への支援を明記するとともに、各医療機関のBCPにも市町村からの支援内容を明記するとよいと思います。また、個人情報保護の対象となっている各市町村の避難行動支援者名簿や個別避難計画について、医療従事者の閲覧を可能にしておく必要があります。

41ページの論点については、2つともそれでいいと思います。

54ページの論点についてですが、1つ目の論点については、それでいいと思いますが、意見としては、在宅医療に係る調剤薬局、ドラッグストアの薬剤師については、卒後一定期間、医療機関での研修を義務づける必要があると考えます。

2つ目、3つ目の論点もそれでいいと思います。

4つ目の論点もそれでいいと思います。地域連携薬局は、53ページの図を見ると、私の地元は茨城ですが、人口当たり薬剤師数は少ないのに、なぜか地域連携薬局数だけ2番目に多いように見えますけれども、実際には、全国的にもばらつきがあると同時に、本県においてもばらつきがあります。ということで、前は令和元年に制度化されたという話をしましたが、実際には令和3年8月からということで、なおさら地域では全く知られていない制度でございますので、今後、実態を調査の上、再度検討する必要があると考えます。

それから、61ページの論点については結構だと思いますが、意見として、訪問栄養食事

指導は、通院・通所が困難でなくても、独居や高齢世帯、退院後療養中の方などが在宅を継続できるように、低栄養や摂食・嚥下困難などのある方に対して、在宅での状況を把握した上で支援ができるようにするとよいと思います。1つ目の論点はそれで結構です。2つ目の論点が今の意見です。

3つ目もそれでいいと思いますが、意見としては、訪問看護における療養士の訪問状況も把握したほうがよいと思います。

それから、質問ですが、46ページの薬剤師の主な業務・役割の図を見ますと、在宅医療を薬局薬剤師だけがやるようにも見えるのです。教育・研究のところは両方にまたがっていて、上半分は病院薬剤師、下半分は薬局薬剤師と記載されているようにも見えるのですが、病院薬剤師も薬局薬剤師と同様に在宅医療が可能ですので、それが分かるようにしたほうがいいのではないかと思います。在宅療養支援病院では、薬剤師不足で苦しみながらも病院薬剤師による訪問薬剤管理指導を積極的に行っている病院があります。

最後に、62ページの指標案についての意見ですが、新たに追加する指標については、それらに関して国が把握しているデータを都道府県に提示することが必要と考えます。その際には、ぜひ他の都道府県と比較できるようにすることが望ましいと考えます。

以上です。

○田中座長 それぞれの論点について追加の提案もありがとうございました。

46ページが質問ですか。

○鈴木構成員 はい。

○田中座長 では、事務局、お答えください。

○谷口室長 御質問ありがとうございます。

在宅医療に関わるところが、薬局薬剤師のところのみに項目として記載されているように見えるという御指摘と御質問と理解しております。こちらは、便宜上、箱の形で連続性をお示ししており連続性がわかりにくくなっておりますが、こういった機能・役割は完全に分かれて独立しているものではなくて、それぞれ関連し合っているものと考えております。さきの資料でもお示ししましたとおり、病院薬剤師と薬局薬剤師はシームレスに連携する必要がありますし、在宅医療についても、病院薬剤師や在宅への移行に向けて薬局薬剤師への情報力ですとか共有ということをしっかり行っていく必要がありますし、また逆もしかりでございます。

ですので、これは便宜上、図としての整理でございまして、病院薬剤師と在宅医療が切り離されているといったことは、我々も意図してございません。箱同士は、いずれも連携している内容だと考えています。今後の資料においても、そういった形が分かりやすいようにお示ししていけたらと考えております。

○田中座長 そうですね。便宜上であっても、誤解を招くとまずいですから、病院薬剤師と薬局薬剤師が分離したような図でないような工夫をお願いいたします。

鈴木構成員、よろしゅうございますか。

○鈴木構成員 よろしくお願ひします。以前は、訪問薬剤管理指導については、薬局薬剤師のほうが有利な回数とかがあったのですが、私が中医協委員のときに全く同等にさせていただきましたので、ぜひ医療機関からも訪問薬剤管理指導ができるということが分かるような図にさせていただきたいと思ひます。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。

続きまして、佐藤構成員、お願ひいたします。

○佐藤構成員 ありがとうございます。

まず、41ページ、歯科に関する論点がございます。歯科衛生士の機能・役割について記載してはどうか。ここにある歯科衛生士の機能・役割につきましては、口腔衛生管理等、例えば歯科医師の指示の下に行うスケーリングであったり、歯垢除去であったり、歯肉の評価であったりといった専門性が高いことを指しているような気がいたしますし、また、エビデンスとしても口腔衛生管理等が今、広く出されているところでございますので、口腔衛生管理等の記載があってもしかるべきかなという感じがいたしますので、御検討をお願ひしたいと思ひます。

関連して、57ページのこれまでのワーキングにおける主な意見の中で、丸ポツの2つ目に口腔ケアが重要であるということが記載されております。ここで言う口腔ケアは職種間の連携で大いに役立っている部分で、普及しているという意味では非常に大きな意味がございますので、これは先ほどのいわゆる口腔衛生管理と違って、口腔ケアは職種間連携を強く指しているものであらうと思ひますので、広がりや評価・広報という意味で言えば、61ページの論点にも一部加わってもよろしいのではないかと意見として申し上げたいと思ひます。

また、もう一点だけ、地域医療介護総合確保基金に関する具体例を、このところ、ずっと多く出していただいていることを評価いたしますし、感謝申し上げます。歯科領域におけるこのような基金の活用事例もできるだけ示していただければありがたいと思ひます。これは要望でございます。

以上です。

○田中座長 ありがとうございます。口腔ケアの重要性が改めて理解できました。

続きまして、中林構成員、お願ひいたします。

○中林構成員 ありがとうございます。

まず、22ページの論点2つ目になりますが、まず介護保険での介護支援専門員としては、ターミナルケアマネジメント加算があります。これは、がんの方が対象となっており、できましたら患者数の追加だけではなく、疾患別、例えばがんとか非がんのデータが加われれば、よりよいかと思ひます。

2点目、29ページの丸2つ目です。内閣府の防災のほうでは、平成25年に避難行動の要支援者名簿の作成の義務化、また令和3年度では個別避難計画の作成の努力義務化に伴ひまして、被災者の支援システムの構築を行う上で、BCPの策定と関連しながら推進していく

ことが望ましいかと思えます。

そのほかの論点に関しましては、特に異論はございません。

以上です。

○田中座長 御意見と評価、ありがとうございました。

次は、島田構成員、お願いいたします。

○島田構成員 ありがとうございます。

まず、質問です。1. 急変時・看取り時の体制についての13ページ、マル1、救急出動時の心肺蘇生の継続または中止の割合について、これは恐らく若い世代も全て含まれたものを示していると思えます。この医療計画で考えれば、若い世代を含めていない高齢者または後期高齢者の場合の心肺蘇生を拒否する意思表示の割合などが分かる資料があればよいと思えます。

また、同じページのマル3、かかりつけ医への連絡の有無のところでは、この表は、かかりつけ医に連絡していれば、計算すると約83%はきちんと連絡が取れるということに、むしろ着目すべきものだと思います。ですから、連絡を取っていない35%に対しての改善策を考えるべきだと考えております。

論点の1つ目、後方支援病院や消防機関を追加するのは、とてもよいことだと思います。心肺蘇生の中止の意思表示について、患者の意思決定権は、恐らく憲法第13条により保障されていると考えられますが、一方で、消防法2条9号の救急隊員の応急処置等の基準の定めから、現場の救急隊員が心肺蘇生を中止することの判断が難しく、実際、都道府県によって運用が異なると聞いております。また、病院に関しても、患者の自己決定権は医師の救命義務には及ばないとの最高裁の判例もあるため、その辺りの見解について整理していくためにも、この2つの消防や病院が加わっていくのは、とてもよいことだと考えます。

論点の2番目にある、訪問看護によるターミナルケアを受けた患者数を指標例とすること自体は、悪いことではないと考えます。一方で、現場では、在宅医療機関への終末期のケースの依頼が最終段階、ぎりぎりで紹介されるような場合には、訪問看護ステーションへ依頼する間もなく、往診医療機関だけで看取るようなことも多くあります。早い段階から往診医療機関と訪問看護ステーションが介入できるように、病院が在宅医療を紹介する流れを強化することも必要だと考えます。

次に、2. 災害時の支援体制についてです。在宅療養支援協会を含む19団体で構成する日本在宅ケアアライアンスの会議でも、BCP策定について委員会を開催しています。その中で、29ページの論点に示される、在宅医療において積極的役割を担う医療機関については、在宅療養支援診療所と在宅療養支援病院では、人員を含めた規模と体制には大きな差があることから、まずは在支病による取組を先行させるのがよいのではという意見がありました。

そして、1つの医療機関が災害時のBCP策定に必要な薬剤や医療材料、在宅酸素などの事業者や地域の基幹病院と直接に交渉を行い、協定書などを締結していくことはとてもハー



ドルが高いと考えます。そのため、在宅医療に必要な連携を担う拠点として期待される地区医師会や公立病院、区市町村の機関などが体制構築の枠組みを先行させていただき、これらの中に在宅医療を担う医療機関が参画する方法が現実ではないかという意見が出ておりました。

続きまして、3. 訪問歯科診療についてです。41ページの論点で示される医科歯科連携については、恐らく、まずは歯科を標榜する病院によるバックアップ体制づくりと理解していますが、将来的には全身状態のよくない患者を訪問歯科で診療している場合の医療的なバックアップ体制、後方支援としての医科歯科連携を考えていく必要があると思います。今までのワーキンググループにおける意見でも示されている、急変時におけるバックアップ体制について、果たしてこの急変時とは具体的にどのようなことを指しているのか。例えば、歯科処置中のキシロカインなどの麻酔ショックの事故対応、それから歯科処置とは無関係に生じ得る心筋梗塞や脳卒中、誤飲を起こしたなど、具体的な例を示しながら議論していく必要があると考えます。

また、訪問歯科診療で嚥下評価や嚥下訓練などが重要視されている中で、歯科診療による嚥下評価や嚥下訓練の後に発生し得る誤嚥性肺炎などを、医科の往診や必要に応じて速やかに入院できる医科連携なども必要になってくると思います。

最後に、5番目の在宅医療におけるリハビリテーション等です。61ページに示される論点の2つ目の訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導はとても重要なテーマだと思います。介護保険で訪問看護ステーションから提供される理学療法士、作業療法士、言語聴覚士によって行われるリハビリテーションは、現行の最長6か月の医師の指示書ではなく、医療保険での訪問リハビリテーションのように、1か月ないし2か月など、今よりも短い期間で、状態に合わせたきめ細かな医師の指示書によって実施されるべきであろうと考えます。

そして、訪問栄養指導を行う管理栄養士に対しては、歯科医師の視点からの助言は大変有益であると考えられます。現行の法律では、歯科医師による管理栄養士への指示は恐らく認められていないのではと思いますので、その辺りの検討があってもよいかと思います。

以上です。よろしく申し上げます。

○田中座長 多様な分野に関する御意見、ありがとうございます。最初は質問が含まれていると理解すればいいですか。13ページでしたか。

○島田構成員 そうです。心肺蘇生の中止意思のところですか。

○田中座長 では、そこをお答えください。

○谷口室長 御質問ありがとうございます。

先生の御質問、マル1の心肺蘇生の継続または中止に換算されている5359名、令和2年5538名の患者さんの内訳と申しますか、年齢構成というか、若年層が含まれているかといった点が、恐らくこの継続や中止の経過にも関わってくるところから、内訳をしっかりと評価すべきではないかという御質問かと理解しております。この場で内訳を即座にお答えす

ることができず、申し訳ございません。この調査は、消防庁の検討会の資料でございまして、この背景のより詳細な内訳等も見つけられるかどうかを含めて、確認させていただければと存じます。

○田中座長 よろしゅうございますか。

○島田構成員 ありがとうございます。

○田中座長 続きまして、大三構成員、お願いします。

○大三構成員 よろしく申し上げます。

全ての論点に賛同いたします。

22ページの在宅医療の体制構築の指針に関して、後方支援病院と消防機関の追加というのは、特に必要じゃないかと思っております。消防機関につきましては、急変時対応を経て、本人の意思に沿った看取りを行う上では、必ず重要な機関となってくると思うので、30年度の検討部会の報告書にあるように、現場からもACPの協議の場への参画、体制へ入っていきたいという声も挙がっておりますので、ぜひこちらは入れていただきたいと思えます。

実際、平成30年度の報告書を基に、徳島県でも医療介護連携の場があり、そちらでもこの検討が上がりましたが、ACPにおける消防機関の役割というのが、いろいろな法律による絡みで縛りができ、消防機関の決定だけではなかなか動けない、できないことにジレンマがあるということで、現在に至っている状況であります。

ただ、このような話を受け、地域の地域包括ケア会議等場に、地域の救急消防機関の方に来ていただき、平時から、こういう住民の方がいらっしゃるということを情報共有する機会を設けることは、有効なことにつながると思っております。

続きまして、54ページの4点目、地域連携薬局につきまして、地域連携薬局の認定がまだ十分じゃない過程にあるということで、これから調査・再検討するということですが、参考資料の9ページに歯科に関する資料が出ており、それを見ますと、在宅療養支援歯科診療所数と、実際に訪問口腔歯科指導とか訪問歯科診療を受けた患者数というのが、全く比例するものではないという指標が出ております。このような結果もありますので、現在はまだ認定数にこだわり等もあるかと思いますが、その調査の過程においては、認定数に限らず、あくまで利用者の現状把握というのを大事にいただき、そこで大きな差異が出てくる場合、どのような課題があるのか。そういうものに着目して進めていきたいと思っております。

最後に、歯科衛生士についてですが、41ページと61ページの論点に歯科衛生士機能の役割、関わり方を明記したほうがいいのではないかという点と、クローズアップしていきたいという点につきまして、賛同いたします。介護部局の行政事務も行っており、地域包括ケアで多職種連携を行うということで、2019年から口腔ケアは特に力を入れており、現場で直接住民の方に接するサービス事業者の方に対して、1年に何回も口腔ケアの研修を行っております。介護部局では同様にアプローチしておりますけれども、在宅医療のほうで

も訪問歯科に対しまして、歯科衛生士さんの口腔訓練とか、そういうアプローチの仕方も並行して進めていっていただきたいと思います。

特に、歯科衛生士に限りましては、地域に眠っている有資格者というのが結構いらっしゃるように見受けられます。結婚・退職等で家庭に入っている方というのが多くいらっしゃるように思うので、その方々に着目していただき、クローズアップして再研修を行い、その方々が地域の患者さんや、住民の方に対してアプローチしていけるような体制づくりというのを考えていただきたいと思います。

以上でございます。

○田中座長 地元の進展に基づく御発言や人材育成について御意見ありがとうございました。

次は、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。

まずは、各論点について意見を述べさせていただきます。

22ページ、1ポツ、後方支援を行う病院や消防機関を在宅医療の協議の場への参加を促す。この点に関しては大いに賛成でございます。

2ポツ、訪問看護によるターミナルケア加算、あるいは訪問看護ターミナルケア療養費の算定患者数を指標とする点に関しても異論はございません。

29ページのBCP策定に関わる論点、1ポツ、2ポツともに異論ございません。

41ページ、訪問歯科診療に関わる論点、1ポツ、2ポツ、異論ございませんし、2ポツに関しましては、特に嚥下内視鏡検査等を実施して、嚥下機能の精緻な評価、そして摂食機能療法を実践していく場面も増えておりますので、それが結果として肺炎等を抑制する、資料にもありました効果を生んでいる。そうした歯科医科連携の有効性を日々実感しているところでございます。

54ページの訪問薬剤管理指導に係る論点です。

1ポツの「病棟薬剤業務や高度薬学管理等の豊富な知識・経験が求められる」、そこまではまさにそのとおりで、以下の「地域医療介護総合確保基金を活用し医療機関と連携して行われる研修やカンファレンス等に参加することを通じて…」、そうした試みは、大変結構なことだと思います。しかし、44ページに指摘されている、求められているとも言えます、「病院等医療機関での十分な研修」は、実態とすると、鈴木構成員がおっしゃったように、勤務歴に等しいと思われまじけれども、それを求める方向に状況が進んでいくことが、より実効性を担保できると考えます。

2ポツ、そして3ポツに異論はございません。

4ポツに関しましては、地域連携薬局を医療計画の中で位置づけることを当面は留保するという内容で、地域連携薬局の構成員たる薬剤師の方々の、在宅医療における資質向上を求める1ポツの課題が今後どういうふうクリアされていくのか、注視していきたいと考えます。

61ページにありますリハビリ、栄養管理、そして口腔衛生管理等の連携についての論点ですが、3ポツの訪問リハビリテーションや訪問栄養食事指導、これらを指標例に追加する点も含めまして、全て異論はございません。

最後に、地域包括ケアシステムの視点から、本日のテーマの看取りを含めました終末期の場面を例に、「かかりつけ精神科医」の在宅医療への関与について意見を述べさせていただきます。精神科が関与する在宅医療における役割としましては、例えば認知症患者さんの介護抵抗やせん妄等のいわゆる心理・行動症状、BPSDと言われるものへの対応がすぐにイメージされますが、BPSDが非常に活動的で活発なステージから、さらに病気が進行しますと、多くの認知症が神経変性疾患ということもあり、現在の医療では終末期を迎えることは回避できません。

そこで、摂食・嚥下障害が顕著になれば、長期間服用中の薬剤をどのように扱うのかが、在宅医療現場での喫緊の課題となってまいります。それは、降圧剤とか胃潰瘍の薬のようなものであったり、あるいは認知症の治療薬、睡眠薬等の向精神薬であったりもします。特に、後者の向精神薬の場合、それが易怒性を刺激しているというリスク、あるいは嚥下障害や傾眠等を悪化させているリスクもありまして、減量、さらには中止を検討すべきタイミングが微妙ですが、訪問診療医の先生が一般科医師の場合、御自身が処方されていない場合も含めて、その判断に悩まれる事例も少なくありません。

そうした場面での一般科の訪問診療との連携や、調剤薬局との連携も含めまして、かかりつけ精神科医が人生の最終段階も含めました在宅医療に関わる責務や可能性が大分広がっています。

ただいま申し上げましたかかりつけ精神科医は、第2回のワーキングで御紹介いたしました「障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しについて」（これは令和4年6月に取りまとめられました）において、地域包括ケアシステムにおける精神科医の役割として取りまとめられたものであります。「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等の職員と連携しながらチームを統括して、ケースマネジメントを行うこと、あるいは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など、いわゆる『かかりつけ精神科医』機能を果たすことが求められる。また、他科のかかりつけ医との連携の強化が有効である」と示されています。

いわゆる9時～5時のビル診の精神科医の先生のニーズ、役割を否定するものではございませんが、多職種コメディカルスタッフとの協働、行政との連携、複数医師による柔軟な応需体制、緊急時対応などを含めた多様な役割を担える点で、ビル診の開業医の先生とある種対極にあるイメージでございます。今後、この「かかりつけ精神科医」の活躍がより見える形で、例えば訪問診療医として、あるいは在支病の中の一員として、あるいは精神科在宅患者支援管理料のアウトリーチチーム医師として、あるいは一般科の訪問診療と密に連携する形で、第6回ワーキングのテーマでもありました「連携を担う拠点」と地域の中で位置づけられていくように要望するところですし、社会的な認知度が高まることを

期待しているところです。

以上です。

○田中座長 かかりつけ精神科医の重要性について非常に的確に御指摘いただきました。ありがとうございます。

続きまして、阿部参考人、お願いします。

○阿部参考人 ありがとうございます。

訪問看護の現場からの御意見として、お伝えさせていただきたいと思います。資料18、訪問看護ステーションにおけるターミナルケア利用者数ということで、令和1年から令和3年に関して増加している状況が見られておりますが、現場としては、新型コロナウイルスの感染症により、入院すると家族とも会えなくなるために、在宅で最期までお過ごしになるのを選択するのだと思います。老健協で現在調査中でございますので、調査の結果が出ましたら、また御報告させていただきたいと思います。

資料19です。在宅看取りにおける訪問看護の体制及びケアの提供についてです。訪問看護では、加算や療養費にかかわらず、ターミナルケアに関わることとしてターミナルケアの質を担保するということもありまして、ACP、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン等の内容を踏まえて対応しています。今後もこれを大事にしていきたいと思っております。

資料20です。在宅看取りの対応として、訪問看護では、医師との連携や本人の意思確認、精神的なケア、グリーフケアなどを実地できる体制を整備しております。また、医療と介護を統合し、ケアとマネジメントなどを行っていくことによって、在宅看取りの役割は大きいと感じております。また、そのグラフにありますように、資料19のガイドラインでは、家族とは血族の関係を示すだけではなくて、本人が選択した人であり、その関係性は多岐にわたること。その方、その方に合わせたターミナルケアを実施することで、時間などかかることが多くなりますが、それを丁寧に実施していくことが大事かと思っております。

資料22の論点です。在宅医療の体制構築に係る指針に、訪問看護によるターミナルケアを受けた患者数を指標例に追加していただければ、その地域におけるターミナルケア実践例が分かりやすくなって、よいかと思います。

続いて、資料24です。このワーキンググループでもBCPの紹介など、いただきました。資料27から分かるように、訪問看護ステーションにおけるBCP策定も最近は随分進んできております。また、近年の新型コロナウイルスの感染症や災害なども、地域全体でBCPを考える機会になっていると思います。それから、多職種連携で考える、地域を巻き込んだBCP策定の支援を引き続きお願いしていきたいと思っております。

資料46です。ターミナルケアのことを申し上げましたが、ターミナルケアにおける薬剤師さんの役割には、質的にも量的にも期待するところがかなり大きいと考えております。ターミナルのほうへチームの一員として参加していただきたいと感じております。

続いて、資料59です。リハビリテーションは、とても大切な機能であり、栄養や口腔ケアなどの取組が一体となって運用されることで、より効果的な自立支援や重度化予防につながることを期待されています。この絵になぜ訪問看護が入っていないかというのは疑問なのですが、在宅では専門職につなぐ役割も担っております。さらに、栄養士や歯科衛生士、リハビリテーションスタッフの専門性を発揮いただいていると感じておりますので、今後も栄養士の活躍など、特に期待する場面もありますので、これからも地域での量的な拡大を希望していきたくと思います。

以上です。ありがとうございました。

○田中座長 訪問看護だけでなく、薬剤師への期待まで含めて御発言ありがとうございました。

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、訪問薬剤管理指導につきまして、54ページの各論点に関してコメントさせていただきたいと思っております。

まず、論点の1つ目でございます。今後、さらに増大する在宅医療のニーズに薬剤師・薬局が的確に応えるには、あらゆる病態の患者さんを対象に、外来・入院・在宅と療養の場が変わっても、切れ目なく、質の高い薬物療法を提供できることが必須です。そのためには、薬剤師が在宅医療の現場での経験を積み、その経験を生かしつつ、知識・技能の研さんに努めていくことが重要です。

また、研修やカンファレンスへの参加などを通じて、日頃から適時・的確に医療機関と連携が取れる体制を構築していくことも必要と考えております。お示しいただいたように、基金を活用した取組を積極的に進めていくことが不可欠であり、私どもも積極的に取り組んでいきたいと思っております。

論点の3つ目でございますけれども、薬局により提供される在宅医療のさらなる質の向上を図り、地域の患者さんによりよいサービスを提供していくため、PDCAサイクルを回していく観点からも、地域において、その具体を見える化していくことが重要であります。よって、論点のとおり、指標例として麻薬調剤や無菌調剤、小児への対応について、実績に基づく薬局数や24時間対応可能な薬局数を位置づけることに強く賛同するものでございます。

また、これらの体制整備には、まさに論点2つ目にお示しいただきました都道府県内の関係部局の連携、薬事審議会の活用等の対応が不可欠であります。それがないと現場は回りません。

4つ目の論点になります。地域連携薬局が入退院時の医療機関等との情報連携、あるいは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であり、全ての薬局が目指すべき姿の一つであるという基本的な考えに変わりはありません。地域連携薬局がさらに普及し、在宅医療への貢献が示された際には、改めて医療計画の検討の

場で御議論いただきたいと考えております。

最後に、今回は薬局薬剤師が地域医療で求められる機能の中で、麻薬・無菌調剤など、特に在宅医療に関わる具体的な機能・内容を指標例とする提案をいただきました。これは、当会の目指す方向性と一致するものであり、ぜひこの方向でお進めいただきたい。日本薬剤師会としても、在宅業務のさらなる質的向上や、医療機関・多職種との連携体制を含め、地域医療のチームの一員として地域の多職種と協働して、在宅医療の推進に一層取り組んでいく考えでございます。

私からは以上でございます。

○田中座長 薬剤師会から大変心強い、これからに向けての意気込みを示していただきました。ありがとうございます。

続きまして、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。

資料の22ページの論点の訪問看護についてでございます。訪問看護によるターミナルケアを受けた患者数について、事務局の御提案のとおり指標に追加すべきと考えております。訪問看護のケアにおいては、先ほども阿部参考人から御意見もあったところでございますけれども、在宅における利用者の療養のプロセスを一貫して支え、人生の最終段階においても、利用者・家族に対して全人的なケアを提供することを非常に重視して取り組んでおります。利用者・家族との信頼関係の構築や、24時間体制のケアの体制構築に加え、資料21ページに人材育成の取組例ということでお示しいただいておりますが、関係各団体においても、訪問看護に携わる看護師の看取りに関する教育研修等の取組が実施されてきたところです。今後の日本の人口構成を考えましても、誰もが迎える死について看護職として理解を一層深め、利用者や家族と対話し、意思を尊重したケアを行うことが看護職として注力すべき事項であると考えております。また同時に、ケアの質も追究していくべきものであると考えております。

併せまして、在宅ケアにおきましては、先ほど来、委員の先生方からも御発言ありますが、入院中、退院前からの支援も含めて、非常に重要になっていると考えております。利用者の方、家族の意向を丁寧に聴き取り、心身の状態を的確に捉える中で、医療・介護の多職種が連携しながらケアを進めていくことが重要と考えております。今後、特に85歳以上の方々を支えていく中で、一方では入院期間が非常に短くなっている現状がございますので、退院に向けて利用者・家族が不安を持つことが多いと考えております。

退院前後を支える取組については、訪問看護師など多職種による退院前からの関わりとともに、入院している医療機関の看護師も退院前後に在宅を訪問するような取組、これら双方向の取組もございますが、各地域でのこういった支援が進むよう、医療計画においても、訪問看護などの退院時の共同指導についても指標に入れることを御検討いただきたいと考えております。現在、プロセス指標として、退院時共同指導を受けた患者数というところで表しているのかもしれませんが、今後、こういった医療機関と退院後の訪問看護の

連携というのをより強固にしていくということは、指針の中でも方向性としてしっかりと記載していただきたいと考えております。

続きまして、29ページの災害対応ということで、2点目のポツのところでございますけれども、在宅医療に必要な連携を担う拠点において、平時から連携を進めることについては、全く異論がないところです。併せて、災害の規模も様々でございますので、多様な形で連携体制が構築されていると思いますし、また、訪問看護の同職種の間でも横のネットワークが構築されているような取組もございますので、そういった重層的なネットワークということも非常に重要になっているということで、併せてお考えいただければと考えております。

最後に質問でございますが、特に今後の日本の社会において在宅医療が重要性を増してくると考えておりますけれども、各都道府県の医療計画におきまして、こうした指標をさらにしっかり位置づけていただくためのお考え、これは次回の検討課題なのかもしれないのですけれども、厚生労働省での現在のお考え、方策など、お考えのところがあれば、ぜひお聞かせいただきたいと考えております。

以上でございます。

○田中座長 御意見ありがとうございました。

自治体支援に関する厚労省の取組について質問がございました。お願いいたします。

○谷口室長 御質問ありがとうございます。

今回御提案したのものも含めまして、指標例をいろいろお示ししているところではございますが、こういったものがしっかり都道府県で活用されるように、厚労省としても図っていくべきではないかといった御意見と御質問であると理解しております。御指摘のとおりと考えておまして、今回、現状把握と今後に向けて有効と思われるものを、新たな追加のものも含めて御提案申し上げました。また、既に入っているものにつきましても、しっかりフォローアップしていくことで、地域の在宅医療の体制構築に資するものがしっかり組み込まれていると考えております。

こういったものが有効に活用されますように、我々のほうでも都道府県に対し、しっかりデータをお示しするとか、またその数値をフォローアップすることで、こういったものが見えてくるかといったことについても、意見を交換したり、情報共有したりということを図ってまいりたいと考えております。

○田中座長 どうぞ。

○田母神構成員 ありがとうございます。

今後、こうした指標、そして、今回、看護で言いますと、専門性の高い看護師、例えば認定看護師や専門看護師数、特定行為研修修了者数というところは、指標案の中に入っていないところがございますけれども、現在、就業先が医療機関に偏っておりますので、現時点では難しいことかもしれませんが、今後、こうした指標について、既に自治体の中で指標化されているところの把握等、中間評価などのタイミングも捉えて、ぜひ御検



討いたきたいと考えております。

以上でございます。

○田中座長 今回だけではなくて、将来に向かっての御意見も含まれていましたね。ありがとうございます。

では、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。

それでは、論点に沿って意見を述べさせていただきたいと思います。

まず、22ページの論点については、全て賛成でございます。後方支援を行う病院に、ぜひ在支病も含めるべきではないかと考えています。

看取りの数の記載も賛成ですけれども、今後、看取りの質に着目することが大切だと思っています。死は訪れる真実の瞬間ですけれども、その瞬間までのプロセスが極めて重要であります。人生の最期まで、本人の意思に基づいて尊厳が保持されるということを確実に担保していかないといけないと思います。

特に、死が近づくにつれて感情が揺れる振れ幅は大きくなります。したがって、心肺蘇生を拒否する意思表示についても、その時点で本当にそうであるのか、安易に決めつけることなく慎重な対応が求められると思います。また、そのような方が救急搬送された場合には、それなりの理由があると思いますので、詳細な分析が必要と思います。併せて、どういう状態の方がどこの医療機関やどこの病棟へ搬送されているかも、実態把握すべきと考えております。

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインにつきましては、本人もしくは本人が意思表示できない場合には、家族等と医療・ケアチームが合意を形成するプロセスを重視しています。在宅で多職種が一堂に会するというのは、極めて困難なのが我が国の在宅の現場であります。一方で、デリケートな話し合いですから、本人や家族の瞬間の顔色や表情も酌み取らなくてはいけないので、必ずしもIT、リモートでできるものでもないと思います。したがって、なかなか難しい課題ですけれども、在宅の好事例を収集して横展開していくということも、今後進めていくべきだと思います。

また、在支病が在宅医療のかかりつけ医や介護事業所と日頃から顔の見える関係により連携を行い、気軽に相談できる体制を構築していくことが、在宅医療を地域で支える基盤となります。そうすることによって、介護施設の職員さんが救急車を使うことなく病院へ搬送していただけることが非常に多くなります。

なお、日本人の4人に1人は、亡くなる最期の場所に自宅を希望していますが、もう一方で、残りの4人に1人は病院と答えています。これは、内閣府でも厚労省の調査でもいつも同じ割合ですけれども、大事なことは本人の意思が尊重されることでありますので、特に看取りは手厚いケアの集大成の結果でありますので、この世で最も尊い、価値観の高い命を、資料には一部「看取り機能」とも書いてありますけれども、決して機能化することなく、手厚いケアを、そして大往生を支えるということが根幹だと思いますので、意見

を申し上げたいと思います。

続きまして、29ページの論点2の関係でございます。昨年度の報酬改定において、全ての介護事業所、全ての障害福祉サービス事業所においてBCPの策定が義務化されました。3年間の経過措置はあります。したがって、今後の在宅医療におけるBCPが、同じ地域の他の分野の事業所と整合性を図れるように、協議の場を設置して、BCPが地域でより有効に発揮できるようにしていくことが、今後、災害対応力の向上につながると考えております。

続きまして、41ページの論点でございます。内容については、賛成でございます。特に、定期的に歯科にかかっていると肺炎の発症が2分の1となる報告がありますし、また、病院や施設では口腔ケアを行っていても、在宅に帰るとなかなか手が回らないで、また誤嚥性肺炎を発症して入院するという実態もございます。したがって、今後の歯科衛生士の在宅での活躍を期待しておりますとともに、その仕組みをどう構築するのが重要だと思います。

また、前回のこの検討会で、このテーマのときに、病院歯科医師は全ての歯科医の3.0%と示されて、その機能強化のような議論があったと思います。病院には、特定機能病院、公立・公的病院地域支援病院、あるいは地域に密着した回復期・慢性期を提供する病院、あるいは在宅医療を提供する在宅病等、特殊性が様々でございますので、その歯科医師の先生が所属している病院の機能に応じて、地域なり高度医療なりを提供する機能の充実が重要だと思っております。

続きまして、54ページの論点ですけれども、これについても賛成でございます。入院患者、外来患者、在宅患者にバランスよく薬剤師のサービスが届くことが重要だと思っております。

続きまして、61ページの論点でございます。今後、リハビリテーションと栄養と口腔を一体的に取り組むことが、有効性を発揮するために重要だと考えております。ここに示されている医師の定期的な診察と評価に基づいた指示によって、より質を高めることを期待しています。実際に介護保険の医師の詳細な指示に基づくリハビリテーションマネジメント加算では、改善の効果を示す有効性の実績が複数示されているところでございます。

最後に、62ページ、63ページについてでございます。新たに追加する指標例の見直しについては、賛成でございます。

訪問による薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士の指導は、介護保険での提供が圧倒的に多く、居宅療養管理指導として提供されています。また、訪問リハビリテーションや訪問看護のターミナルケアも、その多くが介護保険のサービスとして提供されているのが実態であります。したがって、可能であれば、参考指標として介護保険での実績を記載すべきではないかと考えています。そのことによって、地域の提供体制の把握が可能になります。在宅サービスと介護施設は相互に補完する関係にあり、介護施設の配置あるいは在宅医療の継続を左右する訪問介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護の社会資源の状況を把握していくことが、在宅医療計画の策定においては不可欠であると考えております。し

たがいまして、そういったことももし可能であれば御検討いただければと思います。

意見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した。看取りについて重厚な意見を言っていただきました。

また、介護保険データの活用・連携も必要であると、私も言いたい点をきちんと御発言いただき、助かりました。

BCPは個別機関がつくるだけではなくて、BCP同士、違う機関のBCPが連携を取るとなると、実践される時は意外と困ったりするかもしれないですね。なかなかよい御指摘を頂戴しました。ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。一わたりよろしゅうございますか。画面では手が挙がっている方はないようですが。

では、皆様から論点について、特に大きな反対はございませんでした。御意見がなければ、本日の議論はここまでといたします。

前回と今回で二巡目の議論が行われました。議論は大いに深まったと判断します。論点についてのまとめもありました。これまでの議論も踏まえて、事務局では次回での取りまとめを行うようお願いいたします。

最後に、事務局から連絡をお願いします。

○松本補佐 事務局でございます。

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、詳細が決まり次第、御連絡いたします。よろしくようお願いいたします。

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。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。