

さっぽろ医療計画 2024 の策定に向けた  
第 1 回 在宅医療ワーキンググループ

日 時 令和 5 年 2 月 27 日 (月) 19 : 00 ~  
場 所 札幌市保健所 2 F 大会議室

次 第

1. 開 会

2. あいさつ

3. 委員紹介

4. 座長選任

5. 議 事

**【報告事項】**

(1) さっぽろ医療計画の概要

(2) さっぽろ医療計画 2018 の主な取組と進捗状況について

**【協議事項】**

(3) 在宅医療にかかる現状と課題

## 1. 開 会

○事務局（高田医療政策課長） 定刻となりましたので、ただ今より、さっぽろ医療計画2024策定に向けた第1回在宅医療ワーキンググループを開催いたします。

私、事務局を務めさせていただいております、保健所医療政策課長の高田と申します。

本日は議事に入るまでの進行を務めさせていただきますので、どうぞよろしくお願いたします。

なお、本ワーキンググループは公開で開催することになっているため、傍聴席を設けてございます。また、議事録を札幌市公式ホームページ上で公開することとしております。

あらかじめご了承くださいますようお願いいたします。

委員にご就任いただいた皆様には、あらかじめ、委嘱状をお送りさせていただいております。

本来であればこの場で手交させていただくという形ではございますけれども、略式での交付となっておりますことをご了承いただきたいと思います。

会議に先立ちまして、お配りしている資料の確認をさせていただければと思います。

上から順に、まず、「次第」でございます。

1枚めくっていただきまして、「委員名簿」と本日の「座席図」でございます。

その下、ホッチキス留めしてある資料で、「さっぽろ医療計画策定委委員会 第1回在宅医療ワーキンググループ」の資料でございます。

そのほか、参考資料が1、2、3と入っております。

また、札幌市医師会からは、こちらA5版のサイズでございます「在宅医療ハンドブック2022」、また、在宅医療協議会からは「在宅医療に役立つ情報集」、ピンク色の冊子でございます。それから、「胆振東部地震における在宅医療現場の対応状況調査報告書」、こちらでございます。

それから、大友委員からは「第1回在宅医療ワーキンググループへの意見」という形でこちらのホッチキス止めしている資料。それから、A5の冊子でございます「おうちに帰りたいと思ったら手に取ってください」という、イラスト入りの冊子でございます。それから、A41枚物でございます、「横須賀市退院前カンファレンスシート」ということをご提供いただいております。

さらに、ピンク色の冊子、「これからの過ごし方」という資料でございます。

さらに、A4縦、ホッチキス留めの資料でございます、「医療安全を考慮した在宅での胃管挿入手順」という形での資料でございます。

それから、歯科医師会様から頂いております「訪問歯科診療のご案内」という、カラーA41枚物の資料。それから、「道央圏域在宅歯科医療連携室だより」という資料でございます。

最後、札幌市から委託事業でございますけれども、在宅医療介護認知症サポートセンターをご紹介します。こちらでございます。

以上、本日、大変資料が多くなっておりますけれども、不足等ございましたら挙手を願えればと思いますが、資料のほう、おそろいでしたでしょうか。

それでは、次に、本日の委員の皆様の出席状況でございます。

本日は、委員11名全員ご出席いただいております。ありがとうございます。

また、本日の会議時間でございます。これから約1時間、20時までを予定しております。お時間が限られておりますので、議論を十分に深めるため、あるいは、この会議中に伝えきれなかったご意見等につきましては、事務局等にメール等で頂戴する手段も設けたいと思っております。併せて、よろしく願いいたします。

## 2. あいさつ

○事務局（高田医療政策課長） それでは、開催にあたりまして、このワーキンググループの行政委員でもあります、札幌市保健福祉局医療政策担当部長 柴田より、ご挨拶を申し上げます

○札幌市保健福祉局医療政策担当部長（柴田） 皆様、お疲れさまでございます。保健所医療政策担当部長の柴田でございます。

このたび、委員にご就任いただきまして、そして、ご多忙の折、このようにご参加いただきまして、ありがとうございます。

また、日頃より、札幌市の保健福祉行政全般にご理解、ご協力を賜りまして、この場をお借りしまして厚くお礼申し上げます。

本ワーキングのご審議の趣旨でございます。医療法では、地域の医療計画は都道府県が策定することが法定化されてございますが、札幌市では、その北海道医療計画に沿いつつも、札幌市特有の状況を踏まえて、さっぽろ医療計画を策定してまいりました。

次期医療計画が2024年から始まりますことから、皆様にお集まりいただきました。

12月に、親委員会となります計画策定委員会のほうに、特に重点的に医療計画としてご審議いただく3テーマを掲げましてご了承をいただいたところですが、その三つ、本日の在宅医療、救急医療、そして、新興感染症関連でございます。

この札幌市におきます在宅医療でございますが、今後見込まれる需要等の増加、それから、必要となる医療提供体制の整備、これに関する課題整理と目標設定などにつきまして、委員の皆様からそれぞれ他職種のお立場、そして、深い現場のご理解を持っていらっしゃる委員の皆様からたくさんご意見を頂きながら検討を進めさせていただきたいというふうに考えております。

どうぞご協力を賜りますようお願いいたしましてご挨拶とさせていただきます。

よろしく願いいたします。

## 3. 委員紹介

○事務局（高田医療政策課長） お手元の次第に従いまして、委員の先生方、ご紹介させて

いただきます。

お時間、限られておりますので、私から名簿順に皆様をご紹介させていただきますので、恐れ入りますが、その場でご起立いただき、所属とお名前をお願いできればと存じます。

一般社団法人札幌市医師会から、西村委員でございます。

○西村委員 札幌市医師会の西村と申します。よろしくお願いいたします。

○事務局（高田医療政策課長） 札幌市在宅医療協議会、大友委員でございます。

○大友委員 はい。札幌市在宅医療協議会の大友です。よろしくお願いいたします。

○事務局（高田医療政策課長） 一般社団法人札幌歯科医師会、當山委員でございます。

○當山委員 札幌歯科医師会から参りました當山でございます。よろしくお願いいたします。

○事務局（高田医療政策課長） 一般社団法人札幌薬剤師会、西部委員でございます。

○西部委員 札幌薬剤師会から参りました西部と申します。よろしくお願いいたします。

○事務局（高田医療政策課長） 公益社団法人北海道栄養士会、中川委員でございます。

○中川委員 北海道栄養士会から参りました中川と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局（高田医療政策課長） 札幌訪問看護ステーション協議会、木浪委員でございます。

○木浪委員 訪問看護ステーション協議会の木浪と申します。よろしくお願いいたします。

○事務局（高田医療政策課長） 一般社団法人札幌市介護支援専門員連絡協議会、和田委員でございます。

○和田委員 札幌市介護支援専門員連絡協議会の和田です。よろしくお願いいたします。

○事務局（高田医療政策課長） 一般社団法人北海道医療ソーシャルワーカー協会、木川委員でございます。

○木川委員 北海道医療ソーシャルワーカー協会、木川です。よろしくお願いいたします。

○事務局（高田医療政策課長） NPO法人ささえあい医療人権センターCOMLにご推薦いただきました、NPO法人がんサポーター北海道、近藤委員でございます。

○近藤委員 NPO法人がんサポーター北海道の近藤と申します。よろしくお願いいたします。

○事務局（高田医療政策課長） 行政委員でございます。高齢保健福祉部地域包括ケア推進担当部長、阿部委員でございます。

○阿部委員 札幌市保健福祉局高齢保健福祉部地域包括ケア推進担当部長の阿部と申します。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

○事務局（高田医療政策課長） 行政委員でございます。札幌市保健所医療政策担当部長、柴田委員でございます。

○柴田委員 柴田でございます。よろしくお願いいたします。

○事務局（高田医療政策課長） 続きまして、事務局でございます。改めまして、医療政策課長の高田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局（重永医療企画係長） 同じく医療政策課医療企画係長の重永と申します。よろし

くお願いいたします。

#### 4. 座長専任

○事務局（高田医療政策課長） 続きまして、本ワーキンググループの座長の選任をさせていただければと存じます。

事務局案といたしまして、札幌市医師会理事で、地域医療部長を務めておられ、札幌市における在宅医療の推進にご尽力いただいております西村委員が座長に適任かと考えてございますが、皆様いかがでございましょうか。

（異議なし）

○事務局（高田医療政策課長） それでは、西村委員に座長をお願いいたしたいと思います。  
（拍手）

○事務局（高田医療政策課長） それでは、座長、一言、ご挨拶を頂戴いたしまして、これからの議事進行につきましてはお願いできればと思います。

○西村座長 はい。ただいま事務局から専任されました札幌市医師会地域在宅医療を担当しています西村と申します。本日、これからどうぞよろしくお願いいたします。

#### 5. 議 事

##### 報告事項(1)さっぽろ医療計画の概要

##### (2) さっぽろ医療計画2018の主な取組と進捗状況について

○西村座長 それでは次第に従い議事を進めていきたいと思っております。

まず、報告事項として、議事(1)の「さっぽろ医療計画の概要」と、議事(2)の「さっぽろ医療計画2018の主な取組と進捗状況について」、説明を事務局からお願いいたします。

○事務局（重永医療企画係長） はい。それでは、事務局よりご説明させていただきたいと思っております。

お手元にごございます資料、及び、前方のモニターのほうにプロジェクターの画面、投影しておりますので、こちらをご覧くださいければと思います。

また、本日、お時間限られておりますことから、先週金曜日に事前に送付させていただいたかと思っておりますので、内容につきましては幾つか割愛いたしまして、ポイントのみご説明させていただければと思っております。ご了承ください。

それでは、画面に沿ってご説明させていただきます。

まず、スライドの3番ですが、医療計画についての概要でございます。

こちらについては、先ほど、冒頭の挨拶で柴田よりご発言もありましたが、国のほうで定めている基本方針に沿って都道府県のほうで策定するものというふうになってございます。

こちらの検討体制については割愛させていただきます。

国の定める指針に基づき、北海道のほうで定めている医療計画は、法的に義務づけのある策定です。札幌市では、法定義務はございませんが、医療に関する独自の施策を定めるため、札幌市において、さっぽろ医療計画というものを定めてございます。

こちらの6番、ご覧ください。

現在の計画は「さっぽろ医療計画2018」というものになっておりますが、こちらが2023年度、令和5年度で期間が終了ということもございまして、2024年度からの新たな計画を定めるため、今回の協議会等でご検討いただくというものになってございます。

検討体制につきましてはスライド7の図のようになってございます。割愛させていただきます。

スライド8番につきましても、2024の骨子案ということでお示ししておりますが、今後、具体的内容につきましては策定委員会等において協議していく形になります。

本ワーキンググループにおける協議内容、こちらのスライド9番にお示しさせていただいております。本日は、特に在宅医療に関して課題の抽出という部分をメインに実施していただきたいと思っております。本日の課題抽出をした上で、第2回、第3回の中で、それに対する方向性の検討や具体的な医療計画2024の中に盛り込む項目をご議論いただくという流れになってございます。

続けて、スライドの11番、12番が、今現在、さっぽろ医療計画2018の中で定めている主な取組になっております。高齢者の在宅医療ネットワーク推進事業というものと、在宅医療・介護連携推進事業というものになっております。詳細については、後ほど、スライド等をご覧ください。

スライド13番でございますが、さっぽろ医療計画2018の中で、指標として二つの項目を定めてございます。

指標の一つが在宅看取りを実施する医療機関の割合、指標の二つ目が訪問診療を提供する医療機関の割合となっております。それぞれ初期値と目標値を定めてございます。

こちら、ピンクの枠で囲んでございます目標値につきましては、この計画の初期値として定めている2014年時点の全国平均を目標に設定してございます。

実際、この指標の達成、進捗状況というところでございますが、指標①にございました在宅看取りを実施する医療機関の割合ですが、病院に関してはおおむね目標に近づいているところでございますが、一般診療所については、策定当初より、むしろ、割合は下がっているというような状況がございます。

また、これに関して幾つか補足の説明でございますが、在宅における看取り件数のグラフがスライド15番でございます。看取り件数自体は年々増加傾向にあるというところが見てとれるかといいます。

さらに、スライド16番ですが、市民の方へのアンケート結果でございます。

「通院等が困難となった場合にどのように過ごしたいか」というものについて、約6割の方が自宅でも療養しながら最期を迎えたいというような回答をいただいております。

その一方で、スライド17番ですが、実際に亡くなられた場所別の死亡率ということになりますが、札幌市では、自宅で亡くなっている方が、2020年時点で約13.3%ということになっております。2016年当時よりは増えているのですが、例えば全国平均ですとか政令指定都市の平均に比べると低い水準となっております。

続けて、スライド18番、指標②でございますが、訪問診療を提供する医療機関の割合でございます。こちらにつきましては、病院、あるいは一般診療所ともに、計画の策定時点よりも割合は減少傾向でございます。一方、歯科診療所につきましては増加をしている傾向がございます。目標に近づいている状況でございます。

スライド19番ですが、診療を提供する診療所数を人口100万人当たりで他政令市と比べたものでございます。一番左のピンクの部分は札幌市ですが、他都市に比べてかなり低い水準なのかなというふうに思います。

さらに、スライド20番でございますが、一方で、訪問診療件数の推移でございます。こちらにつきましては、2014年と比較して件数そのものは増えているという状況がございます。

さらに、在宅医療に特に積極的に取り組んでいただいている医療機関というくくりかなと思いますが、在宅療養支援病院、あるいは在宅療養支援診療所、若しくは在宅療養支援歯科診療所の件数でございます。こちらにつきましては、いずれも2017年当初より増加の傾向が見られるところでございます。

さらに、薬局の関連で、在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている薬局も、スライド22番のとおり増えている状況がございますし、スライド23番のとおり、訪問看護ステーションの施設数も増えてきているという状況がございます。

一旦、現況に関する説明は以上でございます。

○西村座長 はい、ありがとうございます。

ただ今の事務局からの説明について、ご意見、ご質問などございますか。

ここまで、ある程度見ますか。ご承知置きということよろしいでしょうか。

### 協議事項(3)在宅医療にかかる現状と課題

○西村座長 それでは、今日は時間も限られていることですので、次に、協議事項として議事(3)の「在宅医療にかかる現状と課題」について、説明を事務局からお願いいたします。

○事務局(重永医療企画係長) はい。では、続きまして、現状と課題でございます。

スライドの25番をご覧ください。

札幌市の人口推計ですが、生産年齢人口はこれからどんどん減っていく一方で、65歳以上、若しくは75歳以上の高齢者の数というものは2040年頃まで増加の傾向が見てとれます。

スライド26番ですが、北海道のほうで、今後の在宅医療の需要推計というのをしております。2025年のデータですが、推計値として4万4409人という数字になっており

まして、需要自体は今後も非常に多いものと考えてございます。

スライド27番は、国のほうで今現在実施しています在宅医療にかかるワーキンググループの検討における主な論点を整理したものでございます。

こちらも踏まえまして、札幌市として課題感を整理したものが次のスライドになります。スライド28番でございます。

我々、札幌市のほうで、今、議論のたたき台といたしまして、課題を幾つか挙げさせていただきました。

一つ目としましては、在宅医療の提供体制の整備・拡充でございます。

先ほど、スライドでもお示ししたとおり、在宅医療の需要というものは今後ますます増加が見込まれる一方で、訪問診療を提供する医療機関の数はまだまだ十分とはいえない状況かと考えております。

こうした中、主な論点として、例えば、現行のグループ診療体制ですとか、医師、看護師、その他、人材の確保、若しくは、効率的・効果的な在宅医療の提供に向けたICTの活用、それと、今現在、訪問診療を実施する医療機関の割合などを指標としておりますが、こういった指標の見直しの必要性、妥当性というものも議論していただければと考えてございます。

続けて、スライド29番、課題の二つ目でございますが、急変時、看取り時における体制整備でございます。

先ほどお示しした資料の中でも、実際に訪問診療を提供している医療機関の割合と、在宅看取りを実施している医療機関の割合というものにギャップがございます。

また、救急医療の現場等におきましては、在宅療養中の患者の急変時に、患者ご本人が心肺蘇生等を望んでいないにも関わらず、救急搬送になって、本人のご意思に反した搬送となってしまうという問題も聞いているところでございます。そうした中で、在宅医療と救急、消防との連携強化ですとか、在宅看取りを行える医療機関の整備・拡充、若しくは、在宅医療の患者さんや家族、若しくは、医療従事者も含めて、ACPの普及啓発、こういったことが考えられます。また、施設ですとかサービス付き高齢者住宅、こういったところとの在宅医療との連携、こういったことも論点としてはあるのかなと考えてございます。

続きまして、スライド30ですが、課題の三つ目として、災害時における体制整備でございます。

自然災害ももちろんそうですし、今回のコロナのような新興感染症の感染拡大時において、在宅療養をされている患者にどのように医療を提供するかという問題でございます。

特に、その医療機関、我々行政、若しくは在宅酸素の患者さん等であれば、機器業者、こういったところの連携、あるいは役割分担、そういった患者さんの情報把握をどのようにするか、若しくは、在宅医療機関におけるBCPの策定等の論点があろうかと考えてございます。

スライド31番、課題の四つ目でございますが、在宅医療における多職種連携の話でござ



います。

在宅医療につきましては、単に医療を提供するというだけではなくて、その患者さんの日常生活を支えるために様々な職種の関与があらうかと思えます。

看護、歯科、薬剤、そのほか、訪問リハビリテーションや訪問栄養食事指導、様々必要なところがあるかと思えますが、どういった体制、あるいは支援の在り方があるのかというところ、若しくは、そういった多職種連携にかかる人材の育成・確保をどのようにするか、こういった論点があるかと感じております。

最後、スライド32番ですが、課題の五つ目として、小児在宅医療の問題でございます。

現在、小児在宅医療の需要というものが増加してきているところですが、実際、現実問題として、今現在どれくらい利用者さんがいるのかや、提供医療機関数等についても正確なデータというのが把握できていない現状でございます。

そうした中、こういった情報をどのように把握するのかというところから始めまして、医療提供体制をどのように整備・拡充していくか、若しくは、小児期から成人期への移行にかかるトランジションの問題、こういったところも含めて検討していく必要があると考えてございます。

駆け足になりましたが、説明のほうは以上でございます。

○西村座長 はい、ありがとうございます。

ただ今、事務局から、国のワーキンググループで検討されている在宅医療にかかる主な論点、在宅医療にかかる主な課題と論点について課題1から5の提示がありました。

本日は今後の方向性を示せばと思いますので、各委員の立場で日頃課題に感じていることがあると思いますので、お一人、まずは2分程度でご発言をお願いできでしょうか。

それでは、最初、名簿順にいかがと思いますのでよろしく願いいたします。

まず、私から。

まず、課題1の在宅医療の提供体制の整備・拡充。主な論点で、現行のグループ診療体制ですとか人材育成研修の話などがあつたと思うのですけれども、これというのは恐らく2015年に施行した在宅医療実態調査からの課題を検討して、在宅医療ハンドブック等に反映してきたのではないかと思うので、この辺、もし可能ならば、もう一回、実態調査を施行して課題抽出をするのはどうでしょうかとちょっと考えました。

それから、効果的・効率的なICTの活用ですけれども、これ、実は、多分、在宅をやっている各先生方はもう個別にちゃんとセキュリティ確保できている、SNSなど使っていると思うのですけれども、ただ、今回、COVID-19で、在宅医療機関、訪問看護の情報供与、多分、ファックスやメールでやっていたと思うのですけれども、これ、医療介護ICT連携に行政が参加していないというのが、やはり不都合があつたのではないかと思うので、できたら、札幌市全体の行政、医師会も参加した、医療介護ICT連携の協議会みたいなものがあつて、ちゃんとそこで、うまく運用できるように考えたらいいかないと考えました。

それから、現行の成果指標の妥当性について、これは、ちょっと、今後またいろいろ委員の皆さんからも出ると思いますけれども、ちょっと今のだとなかなか不十分なところもある、この辺について、また、皆さんの意見をお伺いしたいと思います。

あと、急変時、看取り等における体制整備についてですけれども、これも、今後、行政を含めた、在宅医療、救急医療機関、消防との話合いの場がやはり必要だと思います。年に2回ぐらいあればいいのではないのでしょうか。

皆さん、ご存知のとおり、多くの医療機関、特に病院ですが、もしものときに心肺蘇生をするかしないか、特にCOVID-19のときには少しずつやっていたりもしていたのですけれども、これってACPと全く違いますよね。あくまでも、医療者に、僕も病院なのですけれども、病院としてはやはりこういうのをちゃんと取っておかないと診きれないというようなところがあったのですけれども、でも、ACPというのはやはり患者さん中心で、日々の思いは揺れているわけで、医療ケア職は、専門が専門職としてこの意思決定に関わってきたのACPだと思うので、そうすると、このDNARとACPとの間に結構隔たりがあると思うのです。そこをちゃんと埋めていくためにも、やはり、行政を含めた在宅医療、救急医療、消防との話合いの場が必要なのではないかなとちょっと考えました。

また、課題3ですね。災害時における体制整備ですけれども、これも、僕、東区なので、東区で、今、BCP作成中で、その中ではどうしているか、医療、介護従事者で構成された災害対策本部というのを立ち上げて、あと、Google Homeなんかを使って、災害情報収集して、LINEで何とか情報発信できないかとやっているのですけれども、問題は、やはり行政の参加がないのですよね。そうすると、なかなか、要配慮者とか避難所情報とか、要配慮者、2次避難所ですか、その情報共有ができないことが課題なので、この辺、できたら行政と連携してやれたらいいねという話がちょっと東区は出ています。

それから、在宅医療における多職種連携ですけれども、これは心不全ネットワークなんかですよね。連携のため、地域で見守る心不全連携手帳みたいのを作って、その中で、多職種、特にリハビリとか栄養とかという形で項目作ったのに、なかなか情報共有は図れてないのです。これはちょっと今後の課題なのですけれども、ふと考えると、この今日の委員会にリハビリの方が出ていないですよというのがちょっと気になるので、できたらリハビリの方も少し参加してもらったほうがよかったのかなと、ちょっと考えています。

最後、小児在宅医療ですね。これも、一つは、北海道小児等在宅医療連携拠点事業、稲生会が行っているはずなので、道と協同していくのが大切なのだと思いますけれども、やはり、小児期から成人期への移行した患者さんを通常の訪問診療で行って、医療機関で本来なら受けていくべきだし、そのための医療機関、医療機関数を把握していかなければいけないという話を東区でも動きだしているところなのですが、なかなかハードルが高いので、ここは今、小児科、内科含め、開業の先生方と、訪問診療やっている先生方と相談して考えているのか、そういう連携が必要かなと思いました。

僕のほうからは以上ですね。

次、大友先生お願いします。

○大友委員 はい。

「第1回さっぽろ医療計画策定委員会在宅ワーキンググループへの意見」という紙を用意していますが、そこに書いてあるので読んでくださいということです。

ちょっとかいつまんで。まず、一番最初に、この、国のほうで出された取りまとめというのにロジックモデル等のツールを使うということが書いてあるのですが、札幌市、医療計画全体にロジックモデルというのが使われていなくて、だから、何をやるのかが分からないのですね。

例えば、在宅医療と介護の連携をするとか、市民への普及啓発をするというところが、それが何のためになっているかというところがロジックになってないわけなのです。

例えば、このロジックモデルの、基本ロジックモデルというのは後に載っていますけれども、それは、例えば、退院支援、日常の療養支援、急変対応、看取りみたいなところを目標にするのですけれども、退院支援のための多職種連携とか、看取りのための多職種連携とか、別なので、そういう多職種連携が目的ではなくて、何のための多職種連携かというところをしっかりとロジックを作って構築するということが計画に含まれるべきであるということが最初に書いてあります。

あと、在宅医療は、最近では、救急との関連とか災害との関連とか小児とか新興感染症とかでも、この3年ぐらいはずっと関わってきたので、この辺に関しても議論すべきかなというふうに思っています。

それから、死亡に関してなのですけれども、在宅看取りの指標が出ていましたが、北海道、札幌で、かなり少ないのは、老人ホームの死亡でありまして、これが少なく、生活の場の死亡割合というのが少ない、全国一少ないぐらいです。これ、やはり、この在宅医療の推進ということに関しては問題で、在宅看取りとか自宅で最期までということも必要ですが、施設とか有料老人ホームとかそういうところで最期までということも大事なところだと思います。

課題1のほうに入っていますが、次のページになっています。

これは、論点のところ、在宅医療において積極的役割を担う医療機関、在宅医療に必要な連携を担う拠点について、国のほうでは大事というふうに書いているのですが、計画の中に記載がないと思われました。

あと、主治医、副主治医制度については、これは今やっているのですけれども、これだけでは、今のままだけではやはり不十分で、ソロで、1人でやっている先生にとっては、ちょっとこの制度だけでは無理があるので、もうちょっと考えていく必要があるかなと思っています。

I C Tのこともいろいろ書いてあるので後で見てください。

課題2の、DNARについては、西村先生が言ったように、やはり、DNARということとACPということはかなり違うことですので、その辺を切り分けて、ちょっと計画の中に

入れていったほうがいいかなと思います。

あと、消防、医療機関と在宅の協議の場というのは非常に重要かと思っています。

課題3に関して書いていないのですけれども、今、BCPに関し、各区でつくるような講習会を行っていますけれども、これは地域BCPというのに持っていくべきだと思っ  
まして、胆振の、今、報告書もお渡ししましたが、各医療機関が一個一個やるBCPだけではなくて、全体のBCPというのが必ず必要で、それは行政なしには地域BCPというのが絶対できないですね。こういうものを作っていくというのは計画に載せたほうがいいかなと思っています。

課題4に関しては、リハビリの記載がないので、やはり、記したほうがいいかなと思っています。リハビリと栄養が結構大事というふうに、国のほうでは記載していると思います。

課題5に関しては、これは、今、西村先生が言った、稲生会の先生のほうからヒアリングしていますけれども、小児医療といつつ、成人、小児から成人になってしまっている方がいまして、そういうトランジション医療というのが不足していたり、あと、そもそも小児在宅できる先生が少ないと思います。あと、小児科で、人工呼吸器とか医療依存度が高い方はその専門の小児の在宅の先生にお任せするけれども、医療依存度の低い人はもう少し通常の在宅療養支援診療所など、そういうところではできないかという分担を考えたほうがいいということが意見としてありました。

あと、その他の課題としては、認知症のことは、在宅医療の分野で、かなり重要なのですが、札幌市では認知症疾患医療センターの整備はなくて、この最後の砦みたいなところがありませんので、こういう、地域の相談研修を行ったりとかもしながら患者さんを診ていくというセンターも各区に1個ぐらい配置してもよいのではないかなというふうに思っています。

この在宅医療だけではないお話ですが、意見として挙げておきます。

以上です。

○西村座長 はい、ありがとうございます。

それでは次は當山委員、よろしくをお願いします。

○當山委員 歯科のほうからは、課題1から課題5、大まかにというか、そういう感じで説明させていただきます。

まず、在宅歯科医療では、在宅で関わっている多職種の方、また、家族なども、口腔内に問題を把握しにくいことから、なかなか診療につながっていないのが現状でございます。

どういうことかと言うと、家族の方が、自分の親、高齢になった親の口の中を把握していないことから、例えば、入れ歯が全然合っていないのに、なんで食べないの、食べられないのとか。実は合っていないで痛くてかめない、又は、歯がぐらぐらしているのを気づかないで、そのままぐらぐら動いてる歯でも軟らかいものにしたら食べれるかといったら、痛くてかめないという、そういうことがあるので、やはり把握していない部分、なかなか歯科に直結してこないというのがあります。

そこで、当会の歯科衛生士が、病院や施設に口腔内のアセスメントを取るために介入した際に、大体、五、六割の高齢者に歯科にかかる必要性があることが分かっております。

このことから、課題としては、口腔内の問題に気づいてもらうのが一番重要なというふうに考えております。

また、食べる、話す、笑うは全て口腔に関与しておりますが、ターミナル期の生きがい、QOL向上にも関与することから、多職種の方にも、ぜひ、口腔に関心を持ってもらいたいと考えております。

あとは、災害時の課題なのですが、一応、大学、主に北海道医療大学でしたか、そういう派遣チームというのがつくられていまして、前回の胆振東部地震の際にもチームが災害地に向かって、例えば義歯をなくされた方を、数時間で作って、食事ができるようにするというチーム体制はできております。

私からは以上です。

○西村座長 はい、ありがとうございます。

それでは、次は、札幌薬剤師会、西部委員、お願いいたします。

○西部委員 はい。札幌薬剤師会の西部です。

課題ごとにまとめたというものではないのですけれども、在宅に全力で注力してる薬局と、一応、手は挙げて参画しており施設として件数は伸びているのですけれども、ルーティンワークにもまれてしまっていて、なかなか手一杯で入り込めるような施設が少なかったりするという状況ではあります。

それを何とか打開するために、こういった行政と絡みながら、我々の中でも努力していきたいとは思っております。

課題1の部分、やはり、そのICTの活用というところは、この事業所さんはこのICTを使っていて、また、よその事業所さんでは別のソフトを使っているなどがあって、かなり困惑している薬局というのも非常に多い印象はあります。

そこで、先ほど言われたとおり、何か統一したものであったりとか行政が推奨するものであったりというものがあると、非常に我々としても、その標準化になるのかなというところは感じております。そこら辺の検討いただきたい、検討したいなと思っております。

課題2の、急変時、看取りの部分。これ、先ほどの部分なのですけれども、どうしてもこう、日常の中で、結構、人をぎりぎりの中でやっているのです、在宅業務に行くためにも、その緊急のときにすぐに対応できない場合に、薬局の中では、一応、サポート薬局というもの、主治医、副主治医ではないのですけれども、薬局にもそういったような体制というものを一応設けていきたいというふうには思っております。

これはもう、施策ではなくて、診療報酬の中にもありまして、サポート薬局体制というものがありますけれども、なかなかそれが周知できていないというのが現状になっておりますので、そこら辺は当会の中でも改善していかなければいけない部分でもあり、そこら辺を検討したいなと思っております。

課題3においても、BCPを考えたときに、まず、薬局の業務として、薬をどのように供給できるかということ優先してしまっているがために、在宅よりもまず薬局機能を整えるということを最優先にしてしまっているというところはあるかもしれません。その部分では、ちょっと議論の余地が入ってきづらいかなという印象はあります。これは、まず、大切な薬をどのように適切に運用していくかというところは検討していかなければいけない、流通していくかというところは検討していかなければいけないかなと思っております。

課題4に関しては、やはり、多職種連携という部分に関して、これはもう、以前より、常に当会のほうでも話しており、ここに関してはもう進めてはおります。

ただ、一生懸命やれている薬局はもうどんどんそういった会議にも参加してはいるのですけれども、手は挙げているけれどもなかなか参加できていないという印象もありますので、どうしても、これに関してはシステムを構築していかなければいけないのかなというふうにも考えております。

課題5、小児在宅に関しては、依頼はかなり来ているとは思いますが、その母数、やはり、全体数というのがちょっと把握できていないので、どれぐらいのニーズがあって、どれぐらいが薬局のほうにその依頼が来ているのかというところの判断をしづらいのかなという印象はありました。

以上です。

○西村座長 はい、ありがとうございます。

それでは続けまして、北海道栄養士会、中川委員、よろしくお願ひします。

○中川委員 栄養士会、中川です。

実を言うと、このワーキンググループって、ずっと栄養士会って入っていないくて、今回初めて入れていただいたのです。

在宅に栄養はやはり必要ということは言われてはいるのですけれども、では、実際に栄養士は何ができるのかと、皆さん思っているんじゃないかなと思うのです。

実際、在宅の栄養指導というのは、今まで、病院、それから、介護施設に勤めている栄養士しか実は診療報酬が取れない、介護報酬が取れないという形だったのですが、今回の介護報酬、しかも、前の診療報酬で、栄養ケア・ステーションの栄養士でも指導ができるという形になったので、体制づくりを始めたのが2年くらい前で、やっと昨年、体制ができたかなというくらいです。

本当は、病院の栄養士、施設等の栄養士が在宅に行けばいいのですけれども、実際、栄養士はすごく少ないのですよね。

例えば、在宅だったら、今まで1人しかいなかったし、病院でも100床以上で1人という、そういった形なので、そんなに必要とされてはいなかったのが、今、栄養管理計画書というものを全ての患者さんに作成しなければいけなくなったということで、ようやく栄養士も増えてきたというのが現状です。

それで、栄養ケア・ステーションの栄養士だったら動けるのではないかとということで、や

っと活動を始めたところで、昨年から、人材育成などを始めています。それと、栄養士の勤務場所は、全部で7つぐらいあるのですが、病院で勤めていた栄養士は在宅はうまくできるかもしれないですけども、例えば、学校とか行政などに勤めている栄養士が患者を見れるかというとなかなか見れないのかなというふうには思います。そうすると、すごく数の少ない中で、栄養ケア・ステーションを動かしていこうかなというところで、今、ちょうどその課題の4のところですが、ほかの職種の方たちと一緒に連携していければいいなというところですよ。

資料を頂いて、これできるかなというのが、これだけの病院で、今、在宅されているということがまず分かったっていうことがありますので、余裕ができたらかういったところに、働き掛けたいなというのと、もし、全体のそのアンケートということがあるのだとしたら、そこに、栄養士・栄養というのは必要なかというのを、一度聞いていただきたいなと思います。多分そういった資料などはないと思うのですよね。なので、お願いしたいと思います。

以上です。

○西村座長 栄養ケア・ステーションというのはもうあるのですか。

○中川委員 はい。栄養士会の中に栄養ケア・ステーションというのができて、今年度から二人、そこに事務員がいるのです。

そのため、今、例えば、健診のようなある程度標準化されているものに行ったり、それから、保健センターにて地域の住民の方に対して栄養相談とか講演とかというのを、本当に、今年度から進めているという形です。

○西村座長 それは、栄養士会のほうに連絡をすると連携ができるのですか。

○中川委員 はい、そうなのです。

ただ、本当に、まだ在宅に関してというのは全くなくて、これからとなります。もちろん、病院にいたときには、在宅の病院に行っていましたけれども、実際に栄養ケア・ステーションという形ではまだ動いてないという状態です。

○西村座長 今回ちょうどよかったです。

○中川委員 はい、よかったです。

○西村座長 ありがとうございます。

○中川委員 はい。

○西村座長 続きまして、札幌訪問看護ステーション協議会、木浪委員、よろしくお願いたします。

○木浪委員 はい。訪問看護ステーション協議会の木浪です。よろしくお願いします。

私どもの訪問看護のほうも、このワーキンググループに参加するというのは初めてだと思いますので、余り深く考えないで会に参加させていただいた次第なのですが、今、いただいたお題の中で少し感じたところをお話しさせていただきたいと思います。

課題1の中で、診療体制についてなのですけども、さっきの説明の中でも、診療所が、若干、札幌市、減ってきているというところもあったのですけれども、在宅療養支援診療所

は、若干ながら、周りでは少し増えてきている感じは受けていますが、自分の活動している手稲区に関してはかなり少ないというのが現状としてあります。

あと、札幌市全体で、大体、訪問診療、往診という形でやってくださっている医療機関は、内科や総合診療がメインだと思うのですが、皮膚科の先生が撤退しているところがありまして、今、皮膚科で訪問診療、往診も受けてくれるというところがかなり少ないのです。というのも、やはり、診療報酬が伴わないというところで、経営が成り立たないから撤退せざるを得ないという話もちょっと聞いたのですが、在宅ではとても重要で必要な医療だなというふうに感じておりまして、そこら辺も何か見直しの機会に参入していただけるような、何か特典等あればすごくいいのになと思っています。

とてもそこら辺は困っています。

あと、ICTについては、やはり訪問看護ステーションはほとんどのステーションでも何らかのソフトなどを導入・利用しているとは思いますが、それぞれが、その会社、法人で違うものを利用しているので、共有できているところがないという部分で、行政でそこら辺はやはり共有できるものを作成していただくとか、作成しても、導入するに至っては、やはりお金が掛かるということもありますので、そこら辺の経済的な負担の部分はどうするかということも含めて検討していければいいのかなと思っています。

薬局に関しても、さっき、少しお話いただきましたけれども、何か札幌市ではいろいろなアプリ、二、三種類ぐらいありまして、薬局によってお薬手帳のアプリが違ったりというがあるので、非常に使いにくいなというふうに感じておりました。

あと、急変時のことは先生方が言ってくださったのと同じで、ACPについてなのですが、医療機関を退院されるときにきちんと取っていただけていないことが多くて、こういうものは変わることもあると思いますけれども、ある程度、情報が入ってきたほうが看取りに進めるに当たって、分かりやすいし、介入しやすいというのはありますので、そこら辺の普及啓発はぜひお願いしたいなと思っています。

あと、災害時に関してなのですが、これも先生方がおっしゃっていただきましたが、行政の参加がないというところが一番困っています。

訪問看護としては、今、BCPを、2025年度でしょうか、義務化されたというところがありまして、介護保険で。それで、今、一生懸命、新年度から、完成ということで、進めているのですが、訪問看護自体は、各区で管理者の会を作成しまして、管理者同士でBCPをどうしていくかということをお話している段階です。今、私が所属している手稲区に関しては、訪問看護同士で協定を結んで、数か所だと小規模ステーションも多いので、大規模ステーションも含めて協定を結んで、まず、訪問看護だけでもBCPとして連携が取れるような体制を取っていかうというふうに動いています。また、新年度に向けては、ケアマネージャーさんとか介護事業所等との連携をぜひ図っていきなというところで動きたいと思っています。

ただ、医療機関、主治医の先生とどういうふうに関係を取っていくか、あと、一番大きい



のがやはり行政で、行政を動かすことがなかなか私どもの力では難しいというところで、保健師さんがそこにまだ参入していないというところを聞きましたので、どうしてもそこは必要なのではないかなというふうに課題に感じております。

さきほどのICTも関連すると思うのですが、情報共有ツールが、共有できるものが一本できれば、このBCPのときも、お互いのステーションであったり、介護の方、事業所などであったり、お互いに助け合って、1人の利用者さんをカバーするというような体制をつくる時にいろいろなツールを使っていると情報共有がなかなか難しいというところがあるので、そこは、BCPも含めて、ぜひ共有化できるというふうには考えています。

あと、その情報共有の部分で、一番簡単に作れるなというふうにかねてから思っていたのは、札幌市のほうはいくら言ってもいろいろな縦割りがなかなかうまく交わらないなというところがあって、1人の利用者さんに対していろいろな複数の機関、介護事業所でもそうですし、医療機関もたくさんのお医者さんを持っている利用者さんもいらっやっや、薬局もそうだと思うのですが、情報が一つに一本化できていないというところがあるので、そこを、ICTはまず難しいとしても、例えば、連絡ノートみたいなのを本当にかっちり作って、一つのをそれぞれの機関が見て情報共有できるような体制というか、形ができれば、もっと簡単に情報共有できるのではないかなというふうには考えていました。

あと、小児に関しては、訪問看護ステーションで小児を受入れできるステーションというのは結構多くなっています。ですが、実際、依頼が少ないと思います。やはり、稲生会の系列のステーションが主に受け持っていたりとか今まで受けていた小児のステーションが主に受けていて、ほかのステーションへの依頼はかなりまだ少ないですし、ただ、少ないのをそのままにすると訪問看護師の勉強にならず、また、ちょっと臆病になってしまうというところもあるので、もうちょっと普及活動のほうをしていただければいいかなと思っています。

以上です。

○西村座長 ありがとうございます。

移行期の患者、いっぱいいるそうなので、多分、またそれは相談です。

ここで、木川委員は時間がないとのことでしたので先にさせていただきますか。たしか、今日はご欠席のところ出ていただいたので。

○木川委員 お気遣いいただきありがとうございます。

○西村座長 よろしいですか。ちょっと、和田委員、先にお願ひしてよろしいでしょうか。では、木川委員、よろしくお願ひいたします。

○木川委員 北海道医療ソーシャルワーカー協会の木川でございます。

僕たちのちょっと実感としては、最近の新型コロナの関係で、病院や施設は、面会ですとか外出、外泊がなかなかできなくなってきました。そういった意味で、患者さん自身が、入院療養ではなく在宅療養を選択される方が過去にないぐらい増えてきているという印象があります。

ただ、今後、コロナが落ち着いたときにどうなるかとなるのですけれども、ただ、こういう体制ができたということは、きっと、今までは無理だと思っていた患者さんが、在宅でというふうに希望される方がそのまま続くということがあります。

私自身がそういった部分もあったので、昨年5月に、うちの病院が白石区にあるので、白石区のケアマネージャーにちょっと調査を行ってみました。

具体的には、要介護認定を受けていて、かつ、訪問診療を利用している患者さんの数を教えてもらったところ、全数回答ではないのですけれども、312人いますよと。そのうち、身体機能が低下したので通院ができなくなりましたという方が95%の296人いたと。ただ、その296人のうち、介助の確保が困難のため、訪問診療を利用しているという方が133名いたので、もしかすると、介助の担い手だとかそういった部分があれば、そのまま、かかりつけの病院に受診できた可能性もあるかなというふうに見ていました。

今は、そのほかに、独力、自力で病院に通院している利用者さん、介護認定を受けている利用者さんのうち、3年以内に通院ができなくなるのではないかとというふうにケアマネージャーが予測した患者さんが176名いました。3年以内に176名、受診ができなくなるのではないかとというふうな話がありましたので、そういった部分の調査をちょっと見ると、先ほどもちょっと、スライドを出していただいたのですけれども、リハビリの重要性ですとか栄養の重要性だとか、要は、予防するためにはどのようにしていったらいいかということも少し検討の材料にしたほうがいいのかということと、あとは、今日はデータ頂いていませんけれども、例えばですけれども、札幌市は二次医療圏とか三次医療圏で考えるのではなくて、札幌市で考えていただけるというふうになると、区別の、例えばですけれども、要介護保険、要介護認定を新規で受けた方の要介護数が区別にどれくらいあるのかだとか、介護保険は必ず病気が付いてきますから疾患が何かというところがある程度見えてくると、先ほど、先生方がお話しいただいたように、小児の部分がどれくらいだとか、小児というか、難病だとか悪性腫瘍だとか循環器だとか、それによって、在宅で診ていただける先生方の関わりだとか、皮膚科だとかもそうなのですけれども、いろいろと対策が少し見えてくるのかなんていうふう感じたところです。

課題が、今、どれくらいあるのか見えてこない、次の医療計画のほうも、医療計画にどのように僕たちがちょっとお話ししていいかも悩んだものですから、今日、そういった発言をさせていただきました。

ありがとうございます。

○西村座長 ありがとうございます。

それでは、続きまして、戻りまして、札幌市介護支援専門員連絡協議会の和田委員、よろしくお願いたします。

○和田委員 はい、よろしくお願いたします。

今日のところ聞いていただけたのですけれども、まず、1点が、さきほど、訪問看護ステーションのほうからもあったのですが、皮膚科の先生、訪問診療のという話があったのです

けれども、現場でケアマネージャーをやっているのが、認知症の方で、家に閉じ籠もっておりもう出られないという方がすごく多いのですよね。

私、豊平区にあるのですけれども、認知症専門医といっても結構限られた中だったりするのですが、札幌市として、認知症の診断をしてくれたりとか、訪問診療だったりとか、何かそういうようなスタイルができたらいいなかな。そういう方は、後々、グループホームに入所したいよとかだったりするのですけれども、まず、介護度が付いたりというところの絡みだったりとか、そういう方って受診が難しかったりというのもあるので、ちょっとそういうところも見てもらえればなというふうに思います。

2点目なのですけれども、先ほど、先生からもお話がありましたが、ACPとDNARの違いというところがあったのですけれども、実際、在宅にいて、急性期病院で、がんなどの末期でとかなのですけれども、やはり、言葉の解釈や温度差などがすごくあるのですよね。

例えば、その方は、バックベッドするよと言っても、バックベッドの解釈が、在宅とその病院間であるというところがすごく感じたり、先ほども話があったみたいに、その連携だったりとかそういうところの言葉の解釈に深みを持たせないで、その連携というのをもっと深めていけないのかなというところで、そういうところを盛り込めるようなところ、話し合えればなというふうに思いました。

あと、災害時のというところでBCPのお話が出ていたのですけれども、介護保険でも、事業所のほうは具体的にBCPの作成をしていきなさいというふうになっているので、実際、作っているのですけれども、先ほど、看護ステーションでもあったのですけれども、実際、ブラックアウトも経験して、協定を結んで、例えば、お手洗い、ちょっと貸してくれるよとか、電話の確保するよとか、そういうところの話をしたいなと思うのですけれども、実は、札幌市だったりとか行政だったり、包括支援センターにその話を持っていったのですけれども、考えさせてくださいと言って、協定を結んでくれないのですよね。

なので、もっと、やはり、行政とかが結びやすい体制をつくらないと、実際、災害など何か起こったときに連携を取れる形ができていかないなというところで、やはり、協定を結びやすい関係性のところはすごく大事ななというふうに思います。

あと、先ほど、栄養士会のほうからもあったのですけれども、実は、ステーションはすごくいいなと思いました。例えば、リハビリをするとどんどん痩せていくんですよね。たんぱく質とか肉を食べなさいと言われるのですけれども、肉を食べろと言っても現場レベルではどうしたらいいんだろうと。かかっている病院のスタイルとかで、なかったりして、そこで、やはり止まってしまったりとか。それで、補助栄養剤とか出たりするのですけれども、すごく甘くて飲めないよとかもあったりするので、やはり、そこの栄養の部分だったりとも、本当、連携部分だったりとかも含めて、もっともっと深めていかないと、連携というところが深まらないかなというふうに思います。そういうところが、もっと具体的な計画として必要なというふうに感じております。

以上です。

○西村座長 はい、ありがとうございます。

それでは、NPO法人がんサポーター北海道の近藤委員、よろしくお願いいたします。

○近藤委員 はい。がんサポーター北海道の近藤と申します。

患者の立場から課題ということで考えたときに、やはり一番大きな課題と思ったのは、在宅医療とかそういったことが患者さんにとってまだまだ身近なものにないというところだと思いました。私自身も、親が末期になったときに、最後、突然、由佳、痛いと言いだしたのですけれども、全然、私も、がん患者さんの支援活動はしているのですが、在宅医療とかという部分は全く想定していなくて、頭になくて、そこからいろいろなことを考えなければいけないということで、知識がないところからなるのですけれども、恐らくそういった方がすごく多いのではないのかなと思います。

先日、北海道新聞のほうに医師会さんのYouTubeの記事が出ていたので、私もそれを見させていただいたのですけれども、そういったことで、市民の方々に、もう少し在宅医療ということが身近になるような、そういった周知をしていくということもすごく大切なのかなということと、あと、患者さんが、そういった、いざ在宅医療というようなことを選ばれるときに、一番不安に感じるのが金銭的なものなのかなと思うのですけれども、全く知識がありませんので、在宅医療というと、お医者さんが家に来てくれたらすごく高いのではないとか、保険は使えるのだろうかとか、そういったことも一般の方では恐らく分からないのかなと思います。そういった不安の解消ということも、あらかじめ周知していくというのも、一つ、大切なのかなというふうに思いました。

あと、今回の資料で頂いた中で、在宅医療中、本人の意思に反した救急搬送ということの記載があったのですが、こういったことがあるんだというふうに拝見して思ったのですけれども、これは患者さんの人権問題にも関わるぐらいのことなのかなと思ったのですが、これはご家族が救急搬送を呼んでしまうという意味なのでしょうか。

○西村座長 そうですね。ご本人はなるべく最期まで自宅でおっしゃっているのだけれども、急変してしまうと、やはり、ご家族が、気が動転して呼ぶということもあるようですね。

○大友委員 あと、施設です。

○西村座長 施設ですね。施設もそうですね。

○近藤委員 やはり、ご本人の意志が大変尊重されないといけない……。

○西村座長 呼んだ後にもいろいろと、また、その主治医の先生なり、あるいは、そこでもいろいろと、何か、それこそ書いたものなどあれば、またそれで話は変わってくるのでしょうか、なかなかそれがうまく行かないときが多いということですかね。

○大友委員 はい。

○西村座長 はい。

○近藤委員 そうすると、やはり、そもそも最初のところで、在宅医療を始めるときに、ご

家族を含めて、インフォームド・コンセントであるとか、そういった部分をもう少し丁寧にしていくであるとか、一步踏み込んで、同意書みたいなものが、書類にしてしまうとか、そういったことがあると少しはご家族の頭にも残っていただけるのかなというふうなことを感じます。

○西村座長 ありがとうございます。

まさしく、それは先ほどからお話に出ているACPというもので、もう、医療者、ご家族、ご本人と交えて、今後どういう生活を送りたいですかとか、どんなふうな暮らしをしたいですか、あるいは、もっといったら、最期、どんなふうにというところまでお話し合いますよというのがACPなのです。それを何とか、札幌市医師会としても札幌市としても進めたいということが、まだ全然浸透していないということですね。

浸透させましょう。

○近藤委員 はい。

○西村座長 ありがとうございます。

○近藤委員 あと、すみません、もう一つ。恐らくなのですけれども、2018年の札幌市の指標の目標のところで、在宅看取りを実施する医療機関の割合というのがあったのですけれども、これを拝見したときに、患者さんの中には、訪問診療を受けたいけれども最期の看取りはやはり病院で、診療所という方は、ご希望がすごく多いのではないかなというふうに、個人の感想なのですけれども、患者の立場ではそういうふうに思ったのですが、この頂いたメールで送られてきた資料の中の2018年の札幌市の資料の中では、市民が自宅で最期を迎えることを望んでいるというのが32.5%になっていて、令和4年度では12.4%というふうに減ってきているというのも分かりましたし、これから独居の方の在宅医療もどんどん増えると思いますので、そういった方は、恐らく、最期は病院というご希望なんかも多いのかなというふうに思いましたので、ここを少し考える余地はあるのかなというふうに思いました。

あと、もう一つ、教えていただきたかったことが、今現在では、患者さんが在宅医療を希望された場合、全て受入れは可能というぐらいのイメージでよろしいのでしょうか。それともまだ足りていないというイメージなのでしょうか。

○大友委員 足りてないです。

○西村座長 足りてないですね。

○大友委員 特にコロナ禍では足りなかったですね。

○西村座長 ご希望されてもなかなか事務が間に合ってなかったように思うので、ただ、逆に言うと、そのために、やっていただいている医療機関も増やしたいねというのも、今回、計画に入っていますね。

先ほどおっしゃっていた、最期は病院でという方ももちろんいいと思うし、やはり最期まで在宅で、ご自宅で過ごされたいという方も、どちらでも、それはもうご本人のお考えなので、それに沿って、そういったシステムをつくってあげればいいのかと思っています。

だから、別に、どうしてもどこかへ行きなさいとか言っているわけではない。やはり、患者さんのお気持ちで結構揺れるじゃないですか。やはり、家はつらいから入院してというのも当然ありだと思うし、それはそのときそのときでだと思います。その方のそのときによって合わせて差し上げることだと思います。

○近藤委員 あと、すみません。いろいろ知識がないものですからいろいろ質問させていただいてすみません。

このスライドのところにありました、26ページの「在宅医療と需要の推計」というところで、2025年に約倍になっている、この右側の2万0933というのは、これは施設などに入っている方も含めるとこうなるという意味で考えればよろしいでしょうか。

○事務局（重永医療企画係長） そうですね。こちらのグラフにつきましては、ちょっと、緑の部分につきましては道のほうで出しているのは2025年のデータしかないのですね。

なので、ちょっと、2013、2020、2023は入っていないという感じなのですが、道のほうでは、左側がいわゆる訪問診療、自宅という方ですし、緑の部分はそれに加えて施設の方も含めてという数字なのですけれども、その辺も全部引くめるとこれくらいの数字の推計になっていますよという、そういう資料になっています。

○近藤委員 はい、分かりました。

それは、今でも足りないということであれば、もう全く足りなくなるという。

○西村座長 そうですね。おっしゃるとおりですね。

○近藤委員 分かりました。ありがとうございます。

○西村座長 医療機関は減っているけれども、頑張って頑張って、看取りとか訪問診療の数は増えているのですけれども、それぞれ医療機関が、今、頑張ってやっけていただいている状況なので、やはり実数が増えないとなかなか不足が補えないように思いますが。

○大友委員 実数、増えないと思いますね。医者の数とか働き方改革で、ほかの医療計画もありますけれども、医師の確保というのが、多分、いろいろなところで言われているわけです。

在宅医療だけが増えるということはないですので、これで、ただ、高齢者は多くなっていくところを、どのように計画を立てて、望むところで望むように過ごしていただくかということ計画するというのがこの場なのではないかと思います。

医者を増やせばいいということではない状態、もう増えないと思います。

○近藤委員 ありがとうございます。

○西村座長 よろしいですか。はい。

ちょっと時間が過ぎてしまいましたけれども、あと、何か言い足りないとか、あるいは言っておきたいとかありますか。

○大友委員 資料の説明だけさせていただいていいでしょうか。

○西村座長 どうぞ。

○大友委員 ちょっと資料の説明だけ。この、私持ってきたものの中で、いくつか、胆振のものはお伝えして、「在宅医療に役立つ情報集」もいいですね。

あと、この「退院前カンファレンスシート」というのを持ってきたのですけれども、退院のルール化みたいなことが医療計画の中に入っていますが、これ、私、横須賀でやった事業で、こういうカンファレンスシートを市で作って、市が作ったという形になっていまして、こういうものを策定するとルール化になりますので、こういうものも計画していくといいかなというふうに思います。

それから、あと、医療安全みたいなのを全体のところに書いていますけれども、在宅医療機関は非常に小さいところが多くて、医療安全委員会とかつくるのがなかなか難しく、医療安全に実際には手を付けられないところが多く、これはうちの診療所で「胃管挿入手順」というのを作っているのですけれども、こういう手順書とかを、例えば、共有して作ったりとかということも可能かとは思いますが。

○西村座長 ありがとうございます。

あと、札幌市医師会からハンドブックが、比較的分かりやすく、今いろいろ質問あったことも、ちょっと字が小さいですが、書いてあります。参考にしてください。

あと、何か言い足りない方。

○西部委員 僕ではないですけれども。

先ほど、栄養士さんのほうで、栄養ステーションの場所というところで、実際のところ、その市民の方がどういうところで栄養相談を受けやすいかというところ、最近、調剤薬局の中に管理栄養士が常駐しているという薬局が非常に増えています。

実際、認定栄養ケア・ステーションを取得している薬局というのが、結構、全道的にも増えている状況です。

その中で、薬局に来られてお薬を待っている間に栄養相談をして、実際に、具体的などころで在宅に結びつく、その在宅での栄養相談、栄養指導に結びつくというケースも広がったりしますという補足です。

○西村座長 ありがとうございます。

それ、実際、リスト化されて分かるのですかね。

○西部委員、ホームページ上に載っています。

○中川委員 医療ケアステーションの中に認定栄養ケア・ステーションというのが。

○西村座長 そういうのが入っているのですか。

○中川委員 はい。

○西村座長 載っているのですか。

○西部委員 もう少し、そういったところを広報媒体として使っていくと、市民の相談窓口というところが分かりやすいのかなと思ひまして、ちょっと一言。

○西村座長 おっしゃるとおりです。ありがとうございます。

ほか、何か。

○阿部委員 すみません。時間がない中で大変恐縮なのですが、今日、別に配らせていただいた在宅医療介護認知症サポートセンターのご紹介、ちょっとさせてください。

○西村座長 なるほど、失礼しました。そうですね。

○阿部委員 先ほど、皆様もおっしゃっていたように、札幌市、高齢化率がどんどん上がってきていて、特に75歳以上の後期高齢者の割合というのが、今後、非常に増えてまいります。

そうすると、言わずもがな、支援が必要な高齢者が増えるということで、医療と介護、まさに、病院と在宅を行ったり来たりする、そういった高齢者が増えてくるということを想定しています。

ですので、介護と医療、医療と介護の連携というのは、札幌市にとっても非常に大きな課題というふうに認識しておりまして、今までも、それぞれに関わる関係者の皆様に対しての研修や対応力の向上というところも図ってきたところですが、このたび、やはり、ネットワークの構築ということも重要で、また、適切な情報を適切に提供することも必要だなというふうに考えまして、医師会と連携して様々な施策を展開しています。

本日、このサポートセンターもその事業の一環として、まさに医療と介護が切れ目なく提供できる体制づくりの相談、あと、情報提供を行うものですので、さらなる活用をこれから目指していきたいなというふうに考えております。

よろしく願いいたします。

○西村座長 ありがとうございます。

○大友委員 近藤委員が質問されていた内容はほとんどここに質問していただくとよいのではないかと思います。

先ほど、質問されていたような、どこに医療機関があるとか、お金が幾ら掛かるとか、全部、相談しても。

○西村座長 一応、原則は医療機関なのですよ。でも、個人で聞いても多分親切にお答えいただけると思います。

○近藤委員 それがあるということが、まず、一般の方に分かると。

○西村座長 ですよ。はい。これ、すごく……。

それで、困ったら身近な医療機関なり何なり、必ずここに連絡来ると思いますので。

はい。あと、何だったら、言い足りないこと、あるいは、質問しておきたいこと、ありますか。

○大友委員 ちょっと、この計画をどのように立てていくのかというのが、このスライドだけでちょっとよく分からなくて、札幌市のほうで、どんなふうに、この課題の抽出を受けて作っていくのかというのをちょっと伺えればと思うのですが、何か。

○柴田委員 ありがとうございます。まず、一旦、事務局でお出しさせていただいた五つの柱はあるのですけれども、今、各会の皆様から、それぞれの課題感、それから、共通する課題感も幾つもあったので、それを踏まえて、一旦整理をもう一回させていただかなければな



らないなと思っております。

それと、先生からもお話がありましたけれども、限られた医療資源の中で、増大する需要に対して、どのような優先順位を決めてというふうに思っております。

それから、ロジックツリーの中で、何を指すのかというのを、再度、整理をさせていただきたいと思っていて、その作業を鋭意させていただきたく、また皆様にバックをして意見をいただききたいというふうに思っておりますので、よろしくお願いいたします。

○西村座長 はい、よろしいでしょうかね。

ちょっと、座長の不手際で大分時間が押してしまいました。申し訳なかったのですが、実り多い討論ができたのではないかと思います。

最後にまとめていただきましたので、あまり、僕も、今後また、今回のを整理していただいて、また改めてということによろしいですか。

以上で議事は終了となります。

事務局から事務連絡ありでしょうか。

○事務局（高田医療政策課長） はい。ただ今のスライド9にありましたとおり、第2回のワーキンググループ、年度変わりまして、4月頃に予定してございます。

日程につきましては、各委員の日程の調整のほうをさせていただきまして、なるべく早くご連絡差し上げたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

事務局からは以上でございます。

○西村座長 はい、ありがとうございます。

それでは以上をもちまして、第1回在宅医療ワーキンググループを閉会いたします。

皆さん、お疲れさまでした。