

愛知県在宅医療推進協議会 議事概要

日 時：平成29年2月14日（火）午後2時から午後3時30分まで

場 所：名古屋市医師会館5階第2・第3会議室

出席者：（委員）17名

（事務局）医務国保課長、医務国保課主幹 他

1 あいさつ

（長谷川医務国保課長）

- 本日はお忙しい中、愛知県在宅医療推進協議会にご出席いただき、御礼申し上げます。
- 県では医療計画を策定しており、来年度が見直しの作業の年に当たる。今回は医療に係る計画と介護に係る計画を整合的に策定する観点から、医療計画の計画期間を6年に見直し、介護に係る計画との見直しの時期を合わせる事が予定されている。

2 議題

（1）在宅医療の現状把握に関する指標について

（事務局）

- 資料1-1から資料1-5について説明

（三浦久幸会長）

- 本日配布された資料とは別に、昨年7月6日に厚生労働省が開催した全国在宅医療会議で示されたデータを愛知県の2次医療圏ごとにまとめたものを参考にお配りした。地域の傾向がわかるので参考にして欲しい。
- 参考資料1「医療計画の見直し等に関する意見の取りまとめ」について、厚生労働省はこの内容の全てを医療計画に盛り込むという訳ではないが、17ページの②具体的内容の4つ目、在宅医療の提供者側に対する施策に偏重しないよう、多様な職種・事業者が参加することを想定した施策を進めるとの記載があり例示が示されている。この文言は来年度見直しを予定している医療計画に盛り込まれる見込みだと聞いており、これも念頭に議論していただければと思う。

（野田正治委員）

- ストラクチャー指標であるが、私も昨年の6月に東海北陸厚生局のデータ

で在宅療養支援診療所を分析した。もう一つ私がやったことは、在宅療養実績加算Ⅰ、Ⅱというのがある。これは、単独とか強化型ではない一人の医師が強化型と同じ看取り数を実施しているところを加算Ⅰ、そこまで至っていないが程度実施しているところを加算Ⅱとして平成28年度から新しく加わった。この加算Ⅰ、Ⅱを合わせると99施設あった。つまり機能強化型が198施設と資料にはあるが、約100施設が医師一人であるが、頑張って在宅医療をしているということがわかる。先程集められないデータがあるとの事務局の説明があったが、在宅医療を専門に実施する診療所数であるが、東海北陸厚生局のホームページを毎月注意深く見ると、私の知る限りで正式には1施設、もう1施設あるといったところである。歯科診療所はチェックをし忘れたが、たしか1施設あったように思う。東海北陸厚生局は調査していないが議事の中で答えているので、もしかしたらわかるかもしれない。後はデータを取得することが難しい項目だと思う。最後のアウトカム指標の自宅死亡の割合であるが、これについては皆さんにデータをお示ししたいと思うが、昨年7月に中日新聞に掲載された全国の自宅死亡の割合が5万人以上の都市では蒲郡市が最低であったと報道された記事のことである。それについてその後マッピングを行った。愛知県内を見たところ、知多半島の半田市を中心に自宅死亡の割合が高い地域があることがわかった。知多半島地域だけ割合が高いのかがどうしてもわからなく、県内の他地域と比べてさほど在宅医療が進んでいる訳ではないのに自宅死亡の割合が高いのは不思議であり、色々な角度から見るとわかったことがある。検案する医師が死亡診断書に自宅かその他と丸を付ける際に特定の医師に癖があるということが何となくわかってきた。自宅死亡の割合をアウトカム指標にするのは難しい。では、どうすれば良いのかということと看取り数ということになるかと思う。看取り数がデータとして実際には出ない。現在、愛知県医師会の在宅医療サポートセンターでは、センター毎に統計を取り、看取り数を把握しようと努力している。恐らく本年3月末までのデータが5月ぐらいまでにお示しできるのではないか。看取り数が一番アウトカム指標になりうる。事務局の資料では、看取り数がプロセス指標となっているが、これはプロセス指標ではなく、関係者が努力した結果としてアウトカム指標ではないかと思う。

(事務局)

- 看取り数については、厚生労働省の医療施設調査でデータが取得できるの

でその数値を資料 1-5 の 6 ページへ平成 26 年 10 月の調査の数字となるが掲載した。

(三浦久幸会長)

- 在宅療養支援診療所による看取り数が無いので総数がわからないが、厚生労働省の医療施設調査の看取り数は相当少ない気がする。というのも、愛知県の自宅死亡数が 7,500 人ぐらいであったと思う。検案でも 4,000 人ぐらいが自宅での死亡であったかと思うが、どうやって看取り数を出したのか。

(野田正治委員)

- 看取り数の算出の仕方がわからない。本日の資料のデータは初めて見た数値でどこにこのような数値があったのだろうと正直驚いている。

(三浦会長)

- 4,000 人近くは、在宅療養支援診療所で看取っていると読み取れるが、厚生労働省が出しているデータをどうするかである。

(野田正治委員)

- おおよその数ではあるが、間もなく在宅医療サポートセンターで看取り数を集計するので、そちらの数も見たい。

(三浦久幸会長)

- 看取り数をしっかり把握していくということによろしいか。

(増井恒夫委員)

- プロセス指標であるが、訪問診療を受けた患者数は、1 日当たりの患者数なのか、看取り数も 10 月の 1 日当たりなのか、それとも 1 か月当たりなのか。単位が非常に大切になるかと思う。資料 1-4 で在宅医療に携わる医師数のデータが無いとのことであったが、これは医療計画の必須指標であるが、どうしていくのか考え方を教えて欲しい。

(事務局)

- 厚生労働省の医療施設調査は 10 月時点の調査であるが、前月 1 か月の数値だったと記憶している。調査概要を持ち合わせてないことから、事務局で再度確認し、後日回答させていただきたい。また、医療計画の必須項目でもデータが取れないことについて、実際に国のデータからも取れないことから、今後このために国が調査すれば記載することができるが、現状ではデータが取れないことから難しいと考えている。

(小川直孝委員)

- 資料 1-5 の在宅療養支援歯科診療所であるが、2月1日時点では、施設数が506となっている。これは県下の歯科診療所の13.8%が在宅療養支援歯科診療所となる。年々少しずつ伸びてはいるが、全国平均は18%であるので愛知県は全国と比較して低い状態が続いている。歯科訪問診療をする歯科診療所数は538施設とあるが、平成26年9月のレセプトデータから538施設が訪問歯科診療したというデータを出されたのであり、たまたまこの月に歯科訪問診療をした施設数が538であり、実態としてはこの数の倍以上の施設が訪問歯科診療をしているだろうと県歯科医師会では把握している。具体的な数字を1年間延べ施設数にしてみても簡単に把握できるものではないというのが一つ。資料1-4の在宅医療を専門にする歯科診療所数であるが、県医師会と同じく把握が難しい。県歯科医師会に所属している歯科医師については、おおよそ把握できるが県歯科医師会に所属していない歯科医師については、公的機関例えば東海北陸厚生局などが把握するなど、県歯科医師会では把握しづらく協力が難しい。

(絹川常郎委員)

- 自宅死というのは、いわゆる本当の自宅での死亡を数えていると思うが、在宅医療の役割の重要性が言われ、サービス付き高齢者向け住宅などでの死亡は自宅死には入れないだろうと思うが、これからどのようになるのか。

(野田正治委員)

- 厚生労働省の死亡診断書の記入マニュアルでは、自宅にはグループホームとサービス付き高齢者向け住宅を含むと記載されている。サービス付き高齢者住宅やグループホームは自宅での死亡となる。死亡診断書の記入方法を変更しない限り本来の自宅での死亡というのは把握できない。

(鈴木弘子委員)

- 資料 1-4 で薬局の居宅療養管理指導件数が出せないとのことであったが、私は以前、愛知県国民健康保険団体連合会の関連団体が一堂に会する介護保険審査部会に出席しており、その時はデータが内部資料ではあるが出ていた。是非出してほしい。別の指標として在宅患者調剤加算を提案させていただきたい。これは東海北陸厚生局に届出が必要で、国が把握しているデータである。直近1年間で居宅療養管理指導を含む訪問薬剤指導を10件以上実施し、プラスアルファの要件を満たし届出すると加算されるもので、在宅訪問に取

組む薬局では結構算定されている。こういったものを指標にしてもいいのではないか。

(事務局)

- 愛知県国民健康保険団体連合会に確認したところ、現在、居宅療養管理指導件数について把握はしているが、それぞれ医師、歯科医師、薬剤師など職種別での集計はしておらず、全体の件数となっているとのことであった。来年度、居宅療養管理指導件数を職種別で出していただけそうなので今しばらくお待ちいただきたい。

(野田正治委員)

- 資料 1-5 のプロセス指標である訪問看護利用者数、訪問栄養食事指導を受けた者の数、訪問リハビリテーション利用者数について、2次医療圏毎の数値が出ていないがこれは出るものなのか。

(事務局)

- これら数値は、NDBオープンデータを参照しており、そこには都道府県別での診療報酬件数しか記載されていないことから、現状では2次医療圏毎の数値を出すことはできない。

(鳥山喜之委員)

- 資料 1-5 の在宅患者訪問リハビリテーション事業所であるが、訪問リハという言葉が訪問看護ステーションの中ではよく使われる。訪問看護ステーションで請求できるという形になっている。この 179 件は純粋に診療所、病院、老健での事業所数として理解してよいか。届出するということはこれら事業所になるが、実態として訪問看護ステーションからのリハの請求数は厚生労働省の中でもデータの取り方で結構もめているがその辺はどう把握されているのか。

(事務局)

- 調査毎の定義をしっかりと確認しないとお答えできない。今回、資料 1-5 として、こういった指標であればこのような数値になるという参考でお示しさせていただいた。注釈で定義を記載していないことから、その辺りは今後記載を工夫し、わかりやすくしていきたいと考えている。

(鳥山喜之委員)

- 訪問リハビリテーション利用者数と在宅患者訪問リハビリテーション事業所は繋がらないのではないか。訪問リハビリテーション利用者数では在宅

患者訪問リハビリテーション指導管理件数が記載されているがこれは診療報酬で請求するものである。在宅患者訪問リハビリテーション事業所では請求事業者数の記載があり、これは介護保険に関係する事業者数である。これでは繋がっていかない。これだけの件数を行っているということではあるが、慣らすとたいへん少ない数になるのではないか。やはり指標として出すのであれば介護保険でやっている訪問リハビリテーションの件数やレセプトでも結構出てくると思う。もう一つ、これら指標には、1年間のデータと月単位のデータが混在しているが、何か意図があるのか。データの取り方に統一性が無い。

(事務局)

- 指標を決め、その指標のデータが取れるものとして記載をさせていただいた。国の調査などを調べて出てきた数値がこちらとなっている。

(加藤容子委員)

- 訪問看護事業所が29年1月で582か所あるとのことだが、訪問看護に従事している者としてはこんなにあるとは思っていない。サービス付き高齢者向け住宅などでは施設の中だけで訪問看護をしており、施設の外には出て行かないとのことである。これから訪問看護は色々な場面で必要になるかと思うが、実際サービス付き高齢者向け住宅など施設以外で訪問看護している事業者数はこの数字の3分の2ぐらいではないか。

(野田正治委員)

- 全国データでは、人口比に対して訪問看護ステーション数が愛知県は平均より少し低いと出ているが、全国データも同じ数え方をしているのか。

(加藤容子委員)

- 全国データも同じ数え方をしているのではないか。

(野田正治委員)

- 全国データも実情を反映しているとは限らないということか。

(鳥山喜之委員)

- 私の事業所がある名東区では、24か所の訪問看護ステーションがある。その内の3割近くはサービス付き高齢者向け住宅などに併設されている訪問看護ステーションで、ほとんど施設内で稼働しているのが実態である。それが良いのか悪いのかはわからないが、機能強化型が中々やっていけないことが生んできた結果だと思う。愛知県も機能強化型が全国からすると非常に少な

いので、今後、自宅での看取りとかサービス付き高齢者向け住宅での看取りについて考えていくと、機能強化型の件数を今後の指標にしていただければと思う。

(加藤容子委員)

- 少人数で外へ出て訪問看護している事業所は機能強化型を取れない。東京都や大阪府など愛知県と同じような規模の都道府県の状況を実際に聞いてみるとサテライトでやっているところが多い。愛知県はサテライトが少ない。サテライトをあまり推進していないというか。厚生労働省の話を知ると、サテライトにして大型化すると良いと聞いているが、愛知県はそれが進んでいないという実態がある。今回の資料で機能強化型の中で対応体制と記載していないので、電話だけの相談なのか実際に何かあった時に出て行くのか把握はできないがサテライト化も進めていければ良いと思っている。

(鈴木弘子委員)

- 今の議論を聞いていて、ストラクチャー指標で評価するのは難しいと感じた。訪問看護ステーションは、集合住宅と個人在宅では診療報酬が違うのか。

(加藤容子委員)

- 集合住宅の場合、訪問看護療養費は同一日に同一建物の3人目の訪問看護の場合減額となる。介護保険の場合は、集合住宅は関係なく、ステーションと同一建物の訪問看護の場合10%の減額となる。同一建物の意味合いとしては、道を挟んで直ぐとか、駐車場の向い側などが含まれる。その場合は人数に関係なく減額となる。

(鈴木弘子委員)

- 薬局の介護保険請求の場合、効率の良い集合住宅は個人在宅の約7割の報酬である。ストラクチャー指標ではわからない業務の違いが、プロセス指標を請求件数にするときちんと出る。是非、愛知県国民健康保険団体連合会には職種別はもちろん、さらに細かくコード別に請求件数を出していただきたい。より現実を反映できる。

(三浦久幸会長)

- プロセス指標で見ていくことも事務局で検討していただければと思う。

3 報告事項

(1) 専門部会からの報告

(事務局)

- 資料 2 について説明

(加藤容子委員)

- 今年度 9 月補正で開始した補助金の申請状況はどうか。

(事務局)

- 現在審査中の段階であるが、現段階で 78 施設から申請書の提出を受けている。

(加藤容子委員)

- 私の運営している施設でも申請しようとしたが、補助金の対象となるのが初めて訪問看護ステーションに勤務した人ということで、以前に数週間、数か月の勤務経験がある人が多く、今回の補助対象にはならなかった。この補助事業が制度化されたことはありがたく思っている。

(2) 在宅医療に関する主な事業について

(事務局)

- 資料 3-1 及び資料 3-2 について説明

5 その他

(三浦久幸会長)

- 訪問栄養食事指導を受けた者の数として、在宅患者訪問栄養指導件数の記載があるが、件数そのものがかなり少ないと感じる。実態に沿ったものなのか、県栄養士会としてはどう思うか。

(江口澄子委員)

- この件数は訪問栄養指導の診療報酬を請求した数ではないか。今、県栄養士会では、当会議に出席するようになったこともあり、3年かけて人材育成を進めてきた。121名の管理栄養士が受講して医療圏毎に担当者を配置し、動かそうというところまできている。実際は訪問栄養指導をもっとやっていると思うが、どれくらいやっていると言われるとデータは無いので、件数を県栄養士会として出して良ければ実態調査をすぐにでもしてお示ししたい。患者さんにしてみれば食べたいという気持ちがどこかにあるのではないか。食の部分は切り離せないはずなのに何故か食の部分は出てこない。実績が少

ないので我々のデータの出し方が下手なのだと思っている。難しいのは、在宅をやろうとすると医療機関と雇用契約を結んだ後しか指示がいただけない。診療報酬を取っていくには契約をしてからでないといけないし、医療機関も理解していただけてない。セールスができる栄養士もまだ少ない。そのところを書類的に整備してやっていこうとしている。栄養士は、医療機関に勤務している者も大勢いるので、医療保険での訪問栄養食事指導と介護保険の居宅療養管理指導での訪問栄養指導の両方で進められるようにしていきたいと考えている。もう少し待っていただけたらもう少し良いデータが出せたのかと思う。

(野田正治委員)

- 訪問リハと同じで医療機関での件数だけを拾っているのではないか。介護保険の方が拾えてないので、介護保険では結構やっていると思う。本当のところは、訪問看護ステーションと同じように栄養ステーションがあってそこへ患者が訪問栄養指導を頼みにいくようになれば上手くいくのではないか。

(江口澄子委員)

- 日本栄養士会にも栄養ケアステーションというものあり、1万5千作ろうとしているが、ただし、在宅医療だけではなく、スポーツ栄養もあれば、身近な栄養相談もあり、何もかもが栄養ケアステーションに入ってしまう、それで力が分散されてしまうこともあるかもしれない。県によっては在宅に力を入れ、県によってはスポーツ栄養にいつてしまうということがあるので、在宅の数が伸びないかもしれない。県栄養士会も栄養ケアステーションを持っている。無料職業紹介所として認可を受けたので、各医療機関へ報告しながらシステムを示し、県栄養士会に連絡があれば何らかの形でお答えできるところもまでもっていこうと思っている。

(三浦久幸会長)

- 県で公表するデータは悉皆データというか、公的なデータでないと恐らく不都合があるのではないか。団体が集計したアンケート調査を使うのは難しい。しかしながら実態はつかみたいと思うので是非お願いしたい。

(野田正治委員)

- 県だけでデータを集めるのではなく、各団体でも各団体の実績をデータにして発表していただくことをお願いしたい。県で集めるデータは先ほど三浦会長が言われたように悉皆データでないといけないので、私も努力

はしているが、それぞれの職種でアンケート調査になると思うが集めていただき、去年に比べて今年はこうなったとか、県内のどの地域がたくさん行っているなどのデータが出てくるとこれから話が進むのではないか。

(三浦久幸会長)

- 貴重なご意見である。例えば、このその他のところで、討議のたたき台にする形で、各職種からの進捗状況を発表するのは可能か。

(事務局)

- 原則としては、公的なデータを採用するが無いデータは、各団体の調べということで注釈を付け、参考ということになるがこちらを記載することは可能であると考えている。

(鳥山喜之委員)

- データの取り方は非常に難しいと思う。ただし、先ほども言ったように訪問リハビリテーション事業所と訪問リハビリテーション管理料は全然違うものである。専門の言葉の定義やどこを調べたら良いかということは、データは出なくても専門職の団体に聞かれてやった方が調べるのも早いのではないか。県理学療法士会は毎年3年に1回各所属にデータを出していただき、東海北陸厚生局のデータを見てマップを作るなどをしているが、基本慣れているところに、集めるのは県で良いと思うが、どうやったら良いかというノウハウはそれぞれ持っていると思うので、その辺をうまく活用されたら良いのではないか。