

令和7年度第2回在宅医療推進懇話会（令和8年2月18日開催）議事概要

3. 議題

- (1) 第8次医療計画（在宅医療対策）の評価及び令和7年度の取組について

資料1-1,2,3

4. 報告

- (1) 訪問看護ステーションにおける終末期看護および看取りアンケートの結果報告

資料2

- (2) 市町向けデータ分析結果報告

資料3

- (3) 令和7年度基金事業 取組報告

資料4-1,2,3

- (4) 市町在宅医療・介護連携推進事業の取組

資料5-1,2

- (5) 移行期医療支援

資料6

- (6) 在宅人工呼吸器を使用している医療的ケア児等の非常用電源確保のために補助を実施している市町数調査結果報告

資料7

- (7) 感染症対策

資料8

- (8) 新たな地域医療構想

資料9

- (1) 第8次医療計画（在宅医療対策）の評価及び令和7年度の取組について

資料1-1,2,3

事務局：

資料1について説明

委員：

令和7年度の昨年9月より地域の医薬品の提供体制の構築の推進事業の方は進めて参りました。今、県の10の各地域の薬剤師会の方で、そういう現状と、例えば休日夜間の対応や、特別な対応、小児在宅に関しても、できない体制に対してどのように取り組んでいくかということを各地域の方で、薬剤師会の方では対応考えさせていただいておりますので、今回出られている先生方も、各チームの中で、医師会や看護師協会の方々にいろいろご協力をいただく予定となっておりますので、今後何卒よろしくお願い申し上げたいということで話をさせていただきました。

座長：

これからも三師会で協力することが多いと思います。
またお願いいたします。

委員：

1-3の資料、前回も少し触れさせていただいたところで、介護給付費適正化事業のケアプラン点検支援アドバイザー派遣事業のところなんですけども、現時点で、2月13日に、4保険者とも全部終了させていただいております。

あと、これは減ってきているのを感じておりまして、今年度、私の方も実際このアドバイザーで派遣させていただいていますが、実際にケアプラン点検マニュアルが、令和7年9月26日に新しく出ていますが、それすらご理解いただいている保険者や主任ケアマネージャーがたくさんいます。ケアプラン点検をしていただいているという実情を目の当たりにしまして、これも少し県の方でご検討いただきたいと感じましたので、お願いをしたい。

事務局：

ケアプランデータ点検につきましても、県の方でもやっていただきたいということで、保険者の方に当たっていますが、1度使っていただいているところは結構効果があるということで何回も手を挙げていただいています。しかし、今までほとんどしていないところに声かけしても、忙しいと言ってなかなか受けていただけないのが現状です。

国や規定文書については県の方も保険者に伝達はさせていただいているのですが、その内容を理解して業務にあたっていただくように再度県の方から各保険者には周知いただければと思っております。

座長：

現状を打破してください。

お願いします。

(1) 訪問看護ステーションにおける終末期看護および看取りアンケートの結果報告 資料2

(2) 市町向けデータ分析結果報告 資料3

(3) 令和7年度基金事業 取組報告 資料4-1, 2, 3

事務局：

資料2、3、4について説明

委員：

現場へいくと体制の部分では看取りに関わっていくところは非常に大変なところが、ある一定の人数が、看護師さんがオンコールを持てる人が5人以上いないとなかなか厳しい現状にあります。どうしても小規模のステーションでは難しく、ある一定の看護師がいな

いと難しい現状にある。ただ逆に、この看取りの大変さではありますが、うちにいる約半分の看護師さんが面談の際にこの看取りにチャレンジしたいということに来ています。

なのでそこを循環できるようにしながら、そのやりたいことをサポートできれば、ケアができるのではと思いました。

委員：

訪問看護ステーションのアンケートが本当に残念なことに、271ヶ所のうちの11.1%しか参加できなかったことにとっても残念に思っています。私どももアンケートの協力にもう少し取り組むべきだったかと思ったところです。

98ページのところに、スタッフの経験不足といったようなものが、看取りのときに課題になっていることが挙げられておりました。ステーション協議会としては地域で、経験不足等をカバーしていけたらなというふうに取り組んでいるところです。

ところが、その教育に関わるころの、先ほど忙しいというお話もありましたが、小規模のところが多いために、十分な教育ができないということもございます。地域で助け合いながらということは、いつでも質問ができたり見学をさせてもらえたりという、現場教育のできる教育ステーションが身近にあったらいいなと思っています。仲間うちでは、ラインを活用して行っていますが、そういうことを体制として作り上げていく必要があるのではないかと思っております。またご尽力いただければと思っております。

委員：

資料3で、項目の10のところの多職種連携退院支援というところがあります。退院支援を受けた患者数が多く、それ以外の介護支援、連携指導や、退院前の共同指導料の数が少ないですが、きっと退院支援計画書を取った件数を上げているのだと思います。退院支援に入るにあたって、きっとそうではないと思いますが、加算を取るための介入になっていないかというのが気になることがあります。

本来退院支援に入るために、スクリーニングをしますが、虐待されていないかやヤングケアラーではないかなど、あと、意思決定支援をするための身寄りのない方の、身寄りがどうかというところまで、病棟の中で在宅の方と協力しながらチェックするような項目が増えているところもあり、ぜひこの退院支援の件数が増えた実態を、実際に在宅医療等病院から連携してるかを言っていただけるといいなと思いました。

事務局：

データで詳細まで取れておりませんので、委員が言われた通り退院支援が進んでるよう
に普及啓発、検証事業をこちらも考えていければと思っております。

委員：

資料4-3についてですが、歯科医師が一番下の方に小さく書かれています。そこには、栄養サポートチームとしての診療や在宅患者訪問口腔リハビリテーションについての記載があります。もちろん栄養や食べることは大切ですが、歯科的な課題もありますし、誤嚥性肺炎もありますので、歯科の課題も反映していただきたいと思います。

座長：

資料4-3のところ、最後に説明があったこれは津だけで行っているのか。

事務局：

そうです。

座長：

他の市町はやっていないのか。

事務局：

まずモデルケースとして津で行っている。今日委員からいただいたご意見も、事業を行っている三重大学に伝えさせていただいてブラッシュアップを図っていければと思っております。

委員：

看護協会の方は、委託事業で外来看護師の能力向上研修ということで、医療と在宅をつないでいく看護師の能力の向上研修を3年ほど前から開始しております。少人数ですが、段々増えてきておりまして、そのところを、連携をしております。看護協会のなでこの訪問看護事業をやっていますが、やはり人材が不足しておりまして、24時間体制をとっていくところでは、本当に携帯を持ってもらう正規職員をなかなか増やせなく、またそれが苦痛で、なかなか人材が増えていけないというのが実情です。在宅の看護師はかなり一生懸命頑張ってやっておりますし、熱い気持ちでやっております。また訪問看護の方も、研修もしておりますし、在宅の方の小児の方の看護もしておりますけれども、忙しくてなかなか参加状況が少ないという状況です。

(4) 市町在宅医療・介護連携推進事業の取組 資料5-1,2

事務局：

資料5について説明

委員：

地域医療繋がりサポート、現場にいる医師として、非常に助かっております。特に名張市の素晴らしいところは、行政の中に地域包括があり、基本的に高齢者の窓口ですが、年齢、問題点関係なく、地域包括がワンストップで受けとめ、そこから行政の適切な人を介入してくださるので、役所の中の本当の窓口の担当がわかりにくいのが、ここに一旦かけたら、中の人が何とかしてくれるというのは非常に素晴らしいシステムです。

委員：

医師会のご協力をいただきまして、在宅医療介護連携支援センターを医師会の方で、運営していただいております。その中で色々な研修会と連携に対し、取り組んでいただいております。今年度は特に看取りの部分はACPについて力を入れて、検討いたしました。ACP自体は前からあるのですけれども、どうやって周知啓発していくかというところに重きを置いて、現場の医療職の方や介護助手、介護職の方、あと地域包括支援センターの皆さんと検討会を重ねています。こういった場面でACPや他の終活の関係もございますので、エンディングノートなどのツールがあることを周知していくという方法を取りまとめて、これから周知していくというような取り組みを行いました。

(5) 移行期医療支援 資料6

(6) 在宅人工呼吸器を使用している医療的ケア児等の非常用電源確保のために補助を実施している市町数調査結果報告 資料7

事務局：

資料6、7について説明

委員：

移行期医療については、大学病院の取組について報告させていただきます。今日報告ありましたように、令和7年8月に移行期医療講座を設置させていただきまして、移行期医療講座の教員は循環器内科医師と脳神経内科医師がやっています。我らが中心となって、三重大学病院内に、24の診療科の方に移行期のメンバーに加わっていただける委員の方を任命しまして、検討するグループを作っております。それと加えて三重県内の20の病院に移行期の推進委員という方を依頼させていただいて、三重県内20の病院に移行期に関して推進していただけるという主に医師ですが、一部事務の方もいただいておりますが、そのようなネットワークを今作ったところで、令和8年度は、三重県移行期医療支援センター設置に向けて、先ほどおっしゃっていただいた、移行期医療支援コーディネーター養成を進めるといふことと、あと移行期医療学講座が中心となりまして本日参加していただいている業種の皆さんに向けて、移行期医療についてのセミナーのような研修のようなものを企画していき

たいと思っております。それらは本日ご参加の皆さんの団体の方を通じて、またご案内させていただくつもりでおりますので、またその際の参加の方をお願いできればと思います。

やはりまだ移行期医療という言葉が聞かれてどういうことかということから、ご説明しないといけないというところもあるのかなと思います。そういったところから浸透していきけるように 1 年間かけて実施していきたい。つい最近も在宅療養をうけている小児の患者さんで、入院治療が必要になり入院先を探す際に、紹介していただいたのですけれども、その患者さんを診れるところはないということで、患者さんからも何とかしていただきたいという声がずっとあります。そのような方を受け入れていただける体制を作っていただきたい。

委員：

この移行期は今年度の取り組みの②の体制の検討というところの、移行期医療支援コーディネーターの養成が一番の目標かと思いますが、具体的には 1 年間で何名ぐらいの人数の方で、どのような職種の方が、コーディネーターとして研修が可能になるような予定なのですか。

委員：

移行期医療支援コーディネーターは資格としてはそういう基準がなく、認定される資格ではない。今現在、昨年からの意見としまして、三重県なりのコーディネーターという職種についていただける方の基準というものを作成しまして、それに準じて、各研修を受けていただくなどの基準を満たした方になっていただくということで、その候補者としては、看護師職の方があって、ある程度小児の診療の経験がある方を候補者として、養成していくということを考えている。まずはセンターの中には、そのような方を専任として中に入れるということは人員的に難しいところがありますので、兼任という形で 2 名ほど養成という形で配置できたらという計画です。

委員：

各 29 市町にある在宅医療介護支援センターは各 29 市町にゆだねられていて、県からの委託事業や或いは補助というのがあるのか、またそのセンターの配置、最低限こういう人たちを配置する必要があるという基準が、県から出されているかという点を、実は小児や移行期のことも含めながら、まずビジョンとして県として、この位置付けがどのぐらい影響力を持ってやっってるかということをお願いしたい。

事務局：

県の方からお金は入っていない。
特に配置の基準もないが、ベースとしては高齢者の在宅医療介護連携を進めるために設置

していただいているセンターということになります。

委員：

そうしますとこの調査の中に、各センターにどういう人員を配置していて肩書きが何かというデータは結構存在するという理解でよろしいでしょうか。

事務局：

そこを把握しておりませんので、来年度調査するときに体制やどういう職種があるかを調べさせていただいて、次の時にお示しさせていただければと思います。

委員：

財政的には、各センターにどこからお金をおりてやっているのかというのは市町がやるのか、委託でやっていくのかその辺は各市町によって異なるのか。

事務局：

市町がお金を出していますが、その出し方については委託や補助なども市町のやり方にかかっております。

委員：

これに合わせながら小児の在宅医療は非常に数が少ないので、三重県として在宅医療この会議はおそらく在宅医療全般を担って議論する場所が、ほとんど今まで介護保険を中心にお話されていた。この5年ぐらい前から小児を組み込んでいただいて、小児在宅関係の医療政策課の事業をまとめて提示していただく、こういった流れが組み込まれて5年経過をしてきていると思うのですが、一方でこの在宅医療全般を三重県がどうとらえるか、三重県としてトータルのライフステージをサポートする体制づくりとして、この介護医療保健のセンター、そして医療的ケア児と支援センター、移行期医療コーディネーターを含めたセンター、こういった人員を配置がバラバラであるということは、先ほどの名張市の取組は素晴らしいと思ったのは行政のワンストップだと。今後数がどんどん減っていく三重県の人口において、受け皿が分かれていてセンターが分かれて人員が配置できない。今の訪問看護の担当者もいないというような状況を考えると、きちっとしたセンターを29市町で備えながら連携する体制数というのを描いていくのが大事だと思ったのですが、次の医療構想のときに、介護保険の国の縛られたビジョンとともに、三重県のオリジナリティをもった取り組みを体制づくりの中に描かれるといいと思い質問させてもらった次第です。1つの考え方として言わせていただきました。

その上で、資料7に関しましては、非常に進んだ在宅の呼吸器の非常電源、ここまで進んだというのは理解していますが、昨今の物価高もあって、非常に各市町に対する補助金とい

うもの一定額になってますので、そういったものに対しても、推進を徐々に上げていくような働きかけが1点あるといいなということ。

あと右下にあります、人工呼吸器が29市町で三重県90名が医療的ケア児で人工呼吸器を利用してる方はいらっしゃいます。残念ながら、把握していない市町が10市町、29市町中19市町は、医療的ケア児の人工呼吸器を把握しているが、残りの10は把握していないというのは、三重県が7年間医療的ケア児を市町の保健師に実数調査を上げて、そして足りない部分は大学で教育委員会ともデータを集めて、29市町に返している。何歳の方が、人工呼吸器をつけていて市町に住んでいるというデータを返しているにもかかわらず、29市町中10市町は人工呼吸器の子どもを把握していないという返事が来たというのは、私の推測では、この調査をした場所に依存したのかなと思うので、市町の横断的調査を県は立てて、このデータの正確性に関して、明らかに医療政策課から見たらおかしいデータを、今説明されたこと自体に衝撃を受けているので、県として行ったことつじつまが合わないなと思ったときは、市町にもう一度調査をかけることで100%につなげることは結果として欲しかったと思います。責めているわけではなくて、行っている実績をきちんと載せていくことが、県のリーダーシップかなと感じております。

いずれにせよ会長が言われたように、ぜひこの90名に行き渡るような、今度は実数としてその90名のうち何名の方が、実際補助金を使って、蓄電池を獲得できたか、多くの方はほとんどまだ自分で買ったという人もいらっしゃいますので、そういったところでつなげると、より広く伝わったなということがわかると思えました。

座長：

先ほど名張市の報告もありました、ワンストップサービスが本当に素晴らしいなと思いましたが、各市、町で行っている内容も、千差万別だと思います。

私は松阪ですけれども松阪は医師会の中に、在介センター地域包括支援センターと在宅医療の連携拠点があるので、その中で一つの建物の中で全部行えるわけです。しかし介護も医療も含めて、そこに何人の人材がいるのかということは、市町は知っていると思いますけれど、県の方は把握していないということです。これからもずっとこれから出てきます地域医療構想もそうなんですけれど、やはりそれが必要なことになってくると思いますので、ぜひこれから早急に調査をお願いしたいと思います。

(7) 感染症対策 資料8

事務局：

資料8について説明

委員：

知りたいのは、この死亡者数というのはデータに上がってきているのでしょうか。

事務局：

死亡者数につきましては現在は統計をとっていないので、データはありません。

委員：

重症化率という意味では入院率は。

事務局：

入院の状況ではコロナに関して言うと、毎週発表しておりまして、大体 1 週間で基幹定点（8 定点）での集計では、新規入院患者数が 10 名程度ということで今非常に低い状態が続いております。

委員：

発生数が少ないので、入院比率が下がってるのかどうかっていうのは、印象としては、やはり下がっているのか。

事務局：

そのように認識しています。

委員：

あとインフルエンザに関しては入院者数も把握されているのか。

事務局：

コロナ同様毎週基幹定点（8 定点）での集計は行っていますが、全数把握はしておりません。

(8) 新たな地域医療構想 資料 9

事務局：

資料 9 について説明

座長：

地域医療構想調整会議は私も出させていただいておりますけれど、今まではどちらかというと大きい病院のベッド数が主になっており、介護関連の方や市町の方も出ていただいておりますが、発言する機会があまりないような雰囲気も実際はあったように思います。

しかし、これから在宅医療や介護との連携という話をこの調整会議の中で出していかな

ければなりませんので、これから先の進み方をよく見定めていただいて、小児を含む在宅医療を進めていかなければならないと思います。

○全体を通して

委員：

資料1-1、4-3と資料1-1を使いながら説明させていただきます。

まず資料1-1で、訪問栄養食事指導を実施している病院、診療所ってところが、令和3年から5年まで倍増していますが、自分のところでは増えた実感があまりありませんでしたが、資料を見せていただいて、増えていくんだなと思いました。

認定ケアステーションというのが増えているなというのにはあり、調剤薬局に栄養士さんがいらっちゃって、そこから訪問栄養食事指導に出ているという話は聞こえてきてました。地域に自分はあるので、訪問栄養を要望する声はよく聞いていますが、なかなか担当が見つからず、それを調剤薬局の栄養士が担っているってところは、進歩だなんていう感じはしていません。

資料4-3の入退院の連携モデルですが、ここの栄養の部分で、栄養サポートチームが書いてありますが、今年松阪で入退院に関してどういう問題があるかということ松阪保健所の栄養士が主導で各職域の栄養士が集まり、問題を出し合って、解決策を探るという研究会を行っており、今年3月に3回目があります。その中で見えてきたことが、病院にサポートチームがいらっちゃって、退院支援で退院されていくのですけれども、施設や在宅に、行かれるときに、刻みやミキサーの食形態の名称が営業所の中で、各病院各施設によって呼び方が違うので、サマリーが回ってきても、受け取った側はどういうふうになってるのかよくわからないということが問題として上がってきているということがわかってきました。栄養士は介護職に対してとろみの付け方や食事指導をしますが、それがうまくいっていないところが多いという話も出てきたり、細々した問題が栄養の部分でたくさんあるということもまず出し合いました。名称統一するってところまではいきませんが、ある病院の食事形態を写真で撮って一覧表にするとか、そういう作業を始めています。退院後、食事はすぐついてきますが、その形態をどのように、次の施設に伝えていくかが、課題であることが見えてきました。

そしてもう1つ、在宅に帰られる方は病院から出されたサマリーを読める方がいらっしやいません。退院のカンファレンスに、家族の方が出ていらっしやったとしても、言われていることが把握できないで、退院支援のときに、栄養士に言われたことが、家族はわからないということが起きます。在宅の場合は、家族がすぐに食事を担う必要がありますので、その困りごとに対して、どう対応したらいいかという意見が出てきています。

これを今、松阪市で動き出したことを報告させていただきましたが、三重県中の栄養士会にも広げながら、在宅や施設に移られる方の食支援に対して、栄養士がどういうふうに関わっていきけるかっていうことを、来年度に向かって、課題としてやっていきたいなあと、思い

ましたので報告させていただきます。

委員：

在宅医療の立場としてへき地では高齢化が進み、医師や看護師がいない人材不足の問題があります。今後、地域医療構想でベッド数はある程度整理されつつあると思うのですが、問題は、在宅医療を推進するにあたっては、医師が1人で診れる患者はおそらく在宅医の先生は70人から80人だと思います。私のように午後だけでも40人ほどです。津市の中でやっていく上では、それでアクセスはある程度いいですし、ビルディングのような施設があるところに訪問で医師が入って何十人診て帰っていくってこれは効率がいいと思います。

しかしおそらく南の地域はそうではないと思いますし、へき地は移動距離もあります。これについては人材を補填して、医療保険と介護保険で運営しなさいという形で放置して、意見を聞く会議を開いても、厳しいと思います。そこには何らかの補填をする考え方を、国から取ってくるのか、県独自で広げるのか、そこをどういう考えで意見を持つてるかっていうのを考える必要がある。

また、現場については介護保険の人が、家族がインフルやコロナになるともう家に行けなかったり、行くことを拒まれることがあり、事業所も訪問看護が厳しい状態になります。一旦そのようなことが起こってしまうと、あっという間に医療のサービスが落ちます。

なので、ある程度、どのぐらいの人数の利用者・対象者に対して、どのような面積でどのぐらいの人材が必要だということでは、ビジョンの中に多分立ててると思います。

例えば、消防隊員は県から派遣でしたか。

事務局：

市町です。

委員：

そうするとおそらく市町の中で消防隊は、何か計算のもとでその人数が配置されてると思います。それと同様なものが、この医療政策課のデータにあると思うのですが、そこに面積も兼ね合わせながら、どうやってこの地域を運営していくのか、無理であれば、どういう補助、或いはどういう支援をしていけばいいかということ、そのビジョンの中に組み込んで解析できるといいなと思い、自分が実践しながら、小児の場合、本当に片道1時間かけていくようなこともあるので、そういう医療過疎に診てくれる医師がいないという状況はあるということ、現実とお話させていただいてそこ加味しながら、計画を立てていただけると三重県のオリジナリティが出ると思います。