令和２年度（2020 年度）第３回北海道総合保健医療協議会
地域医療専門委員会在宅医療小委員会
【議事録】

■日時：令和３年１年２２月（金）18:00～20:00
■場所：TKP ビジネスセンター赤レンガ前　５階　はまなす

【事務局】
お疲れ様です。ただいまから令和 2 年度第 3 回北海道総合保健医療協議会地域医療専門委員会在宅医療小委員会を開催いたします。皆様方には大変ご多忙のところご出席いただきまして誠にありがとうございます。事務局を担当しております、地域医療課の櫻井と申します。よろしくお願いいたします。本日の小委員会ですが、事前に山本委員、西澤委員、野村委員、波潟委員、石崎委員の５名の方々から、所用のため欠席する旨のご連絡を事前にいただいております。このため、委員総数 16 名のうち、11 名の方々の出席によって、本委員会開催させていただくことになります。

続いて、資料の確認をさせていただきます。資料の一覧に基づいて、確認をさせていただきます。本日の議題は４つ用意しておりまして、それぞれの議題の資料がありますが、まず、一番上から、次第、配席図、出席者名簿とありまして、資料 1－1 から 1－4、続いて、資料 2－1 と 2－2。続いて、資料 3－1 から 3－5、そして、資料の 4 と資料 5、最後に、参考資料、追加参考資料となってございます。ご不明の点などございましたら、お申し出いただければと思います。

なお、参考までに、今日は報道の方は会場に来られていませんが、議題 3「北海道の在宅医療の現状について」つきましては、個別の医療機関名が協議の中で出てくる可能性がありますので、ここは非公開での取り扱いとさせていただいていることをお知らせさせていただきます。それでは、ここからの議事につきましては、委員長にお願いしたいと思いますので、藤原先生よろしくお願いいたします。

【委員長】
皆さんこんばんは、お疲れ様です。それでは、次第に沿って議題（1）から進めさせていただきますが、概ね 2 時間をめどに、終了したいと思います。議題も多いことですから、議事進行にご協力をお願いいたします。それでは議題 1、協議事項、北海道医療計画在宅医療の提供体制の中間見直し案（案）について事務局より説明をお願いいたします。

【事務局】
はい。北海道地域医療課の山中と申します。よろしくお願いいたします。私の方からは、北海道医療計画中間見直し素案の在宅医療の部分についてのご説明をさせていただきます。

まず、資料 1－1 になりますが、「北海道地域医療計画の中間見直し素案についての意見」ということで、パブリックコメントと保険者協議会、地域での協議の場の方から意見が出ておりますので、それについてご説明させていただきます。この意見につきましては、区分分けをしておりまして、左側の「Ａ」が意見を受けて素案を修正したもの。「Ｂ」は素案と意見の趣旨が同様と考えるもの、「Ｃ」は素案を修正していないが今後の施策の進め方の参考とするもの。「Ｄ」につきましては、素案に取り入れなかったもの。「Ｅ」につきましては、素案の内容についての質問等になります。

まず、一つ目のパブリックコメントになりますが、パブリックコメントの意見としましては、第 1 次医療圏ごとに在宅医療を支える訪問看護ステーション、受け入れ病床、在宅での生活を

支える介護保険を初めとして在宅介護制度の充実が必要であることから、その内容を計画に盛り込むべきという意見がありました。道における意見に対する考え方でございますが、人口減少や高齢化が進行する中で、急性期医療から在宅医療までバランスのとれた体制を目指す地域医療構想の実現や医療と介護が連携した地域包括システムの構築と整合性を保ちながら在宅医療の体制整備を図るため、保健所が中心となって多職種連携などの取組を二次医療圏ごとに進めるとともに、日常の医療支援に関する機能等については、在宅医療・介護連携推進事業を実施している市町村単位での構築を目指すということで、区分は「Ｃ」、素案を修正していませんが、今後の施策の進め方として参考とさせていただくということにしております。

二つ目は、北海道保険者協議会様の方からご意見をいただいております。意見の概要としましては、要介護認定者、認知症患者の増加が見込まれる中、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院を各医療圏に等しく確保していくことには限界があるため、北海道の広域性・積雪寒冷などの特性ならびに、今回の感染症拡大リスクを考えると、「ＩＣＴを活用した遠隔、在宅医療の推進」について、他府県よりも一歩進んだ検討をすべき。体制整備については、多職種連携体制の研修などで民間企業の方に来ていただき、当事者である医師や薬剤師、看護師、介護支援専門員、市町村の職員などが、具体的にイメージできるような積極的な活用方法などを検討すべきだということでご意見をいただいております。北海道の考え方としましては、広域分散で医療資源の偏在が著しい本道においては、限られた医療資源を効果的に活用し、良質かつ適切な医療提供するためには、地域の実情を踏まえたＩＣＴを活用した遠隔医療システムの導入を促進することが重要であり、引き続き、関係団体等の意見を伺いながら、地域医療介護総合確保基金を活用した効果的な支援のあり方を検討し、地域の具体的な取り組みを支援して参るということで、これにつきましては、地域医療構想調整会議の説明資料などで、ＩＣＴの事例集などを説明資料の中に入れさせていただいておりますので、これを進めていくということで、これも区分「Ｃ」ということにさせていただいております。

続きまして「地域の協議の場」の意見として、後志の老人福祉施設協議会様からご意見をいただいております。意見としましては、「患者が望む場所での看取り可能な体制づくり」について、まだ全国平均にも及ばない点を改善する必要があることから、看取りに関する理解について、道民への理解、普及啓発はもちろん、主治医の理解も必要不可欠だと考えるというご意見をいただいています。これに対して道の考え方ですが、看取りや人生会議に対する医療従事者の理解を深めるため、21 圏域にあります道立保健所等が事務局になっている多職種連携協議会や在宅医療推進支援センターにおいてセミナーや研修会を開催しており、引き続き、こうした取り組みを通じて、看取りや人生会議の普及啓発に努めて参るということで、区分「Ｃ」ということにさせていただいております。

続きまして裏面になりますが、こちらも「地域の協議の場」の意見として苫小牧市からいただいております。意見の概要についてですが、在宅医療の提供体制については、地域における連携体制を構築する上で、保健所のコーディネーター役として役割を果たすべく、関係者において、定期的な打ち合わせは必須であるが、コロナ禍においても議論を進めていくべきということですが、これはコロナ禍で中々集まって多職種連携協議会などができていないというご意見をいただいております。これにつきましては、21 圏域で道立保健所等が事務局となって、多職種連携協議会を設置し、地域における在宅医療の連携体制構築に取り組んでおり、引き続き新型コロナウイルスの感染状況を踏まえながら、地域における取り組みを進めるとして、区分「Ｃ」ということにさせていただいております。これまでが北海道医療計画の素案に対する意見ということでまとめさせていただきました。

続きまして、資料 1－2 になります。北海道医療計画の中間見直し案【在宅医療提供体制部

分】主な変更点ということで資料1－2になります。まず1点目でございますが、北海道における追加的需要の推計方法についてお話をさせていただきますが、まず、前回までのお話で、一番後ろの方に、参考資料を付けさせていただいております「在宅医療の新たなサービス必要量の需要推計」をご覧下さい。まず需要推計のお話で振り返りになりますが、まず、在宅医療の需要推計は、画面に表示されている参考資料のスライド２になりますが、まず、この高齢化の影響によって、この黄色の部分が増えます。これは全国的に100万人います。その他に、病床機能の分化・連携に伴って生じるのが、上の山の部分となり、在宅医療の部分は大部分が病床の機能分化・連携に伴って、介護施設や在宅医療等の新たなサービス必要量が生じるということになっております。そこで、スライド４になりますが、この右側に上がっていく山のうち、緑の部分は介護で見る部分です。紫っぽい色のところが在宅医療の部分、黄色い部分が外来で診る分ということになっております。また、スライド２に戻りますが、高齢化の影響による黄色の部分の数字は決まっていますけれども、上の追加的需要の部分を今回の医療計画の中で見直しを行っているということになります。前回暫定値ということで出させていただいておりましたが、今回、国の調査も踏まえまして、確定値ということを出させていただいております。R5年度まで必要量につきましては、スライドの資料1－2のスライド3になりますが、国の推計によるR7年度までの必要量は2万3,461人分となります。そのうち1万6,731人分が、この療養病床からの転換部分になりまして、この1万6,731人分のうち、療養病床から転換する部分と、そこの余った部分を、介護施設と在宅医療で案分することとし、この在宅医療の需要部分を出しております。少し複雑な計算になりますけれども、そのような計算の方法でいきますと、R5年度までの必要数は、1万2,548人ですが、転換分につきましては2,107.8人分ということになり、残りの部分を按分し、在宅医療部分58.5%、介護施設対応部分41.5%で按分すると在宅医療の新たなサービス必要量の追加的事業の部分、すなわちスライド２でいうと右側の山に伸びてくる部分になりますがＲ５年度の在宅医療の部分が6,108人。下のＲ７年度までが8,515人ということになります。先ほど参考資料のスライド２の図を出しましたが、下の高齢化の影響による黄色の部分と上の右側に伸びて山になっている部分の在宅医療の部分を足し上げると、R5年度までの合計が4万6,590人、令和７年が、5万1,281人ということになります。

続きましてスライド５になります。目標値の考え方でございますが、体制整備の目標値の中で、訪問診療を実施している医療機関数の人口 10 万対という数字がございました。考え方は、現状より増加ということで医療需要の伸び率から推計としておりました。国調査による需要推計値を暫定値で計算を出していましたので、目標値も暫定値ということで19.9ということで出させていただいておりました。今回、何を変更したかと言いますと、現状値の詳細のところでございますが、素案時で「訪問診療を実施している医療機関数」を811という数字を出させていただいておりましたが、「訪問診療を実施している医療機関数」を804に変更させていただいております。これは何故かと申しますと、同じ医療機関番号で単純に医療機関を積み上げていくと811だったのですが、同じ医療機関番号で、医療機関名が変更になっているとか、重複部分が出てきましたので若干変更になっております。そうすると、現状値が人口10万対で15.1となります。目標値につきましては、現状値を医療需要の伸び率から推計をするとしておりますので、この数字からしますと、目標値が19.6という推計値になるのですが、これは、今回の30年度に作った計画の目標値が19.9ということにしておりますので、目標値としてこれを下げるというのはどうかということもあり、今回は30年度に作った計画の目標値継続ということで19.9を目標値とするということにさせていただいております。

次にスライド６となりますが、同じ考え方ですが、今度は訪問診療を受けている患者数とな

ります。先ほどは医療機関数でしたが、患者数につきましても、現状値の部分でございますが、2万6,007.3人だったのは、今回2万7,554.4ということでさせていただいております。これは保険者別で2万6,007.3を計算していたのですが、道外の保険者で道内の医療機関にかかっている方もいらっしゃるということで、この数字を含めると2万7,554.4人分という患者数に変更させていただいております。ここから計算すると現在値が人口10万対で516.0人ということとなり、これから伸び率で計算していきますと、664.9となり、今回の最終目標値とさせていただきたいと考えております。

続きまして、それを踏まえまして資料1－3の新旧表になりますが、文言的には、ほとんど前回と変更しておりません。どこを変更したかと言いますと5ページとなります。今お話しました、国の調査を受けて暫定値としていた訪問診療の需要を今回確定値ということで左側を確定値としております。先ほどスライドで申し上げました通り、合計としまして令和5年度4万6,590人。令和7年は5万1,281人ということで若干、前回よりも増加しております。その他、特に文言は変更しておりませんが、ページでいうと8ページになります。先ほど申し上げました、各体制整備と機能ごとの体制、多職種連携のある実施件数などを目標値として掲げておりますが、今回変更させていただいておりますのが、体制整備の「訪問診療を実施している医療機関数」の現状値と目標、実施件数の「訪問診療を受けた患者数」の現状値と目標値の部分を変更しております。あと13ページになります。これは第7章に同じものを、目標値などを掲載致しますので、これにつきましては先ほどお話をさせていただきました通り、「訪問診療を実施している医療機関」と「訪問診療を受けた患者数」の部分を先ほどと同じような変更をしております。あと、資料1－4につきましては、全体溶け込み版を作成しておりますので、ここは説明を省略させていただきます。私の方からの計画の説明については以上です。

【委員長】

はい、ありがとうございます。ただいま、事務局から議題の1、資料1－1から1－4について説明がありましたが、質問やご意見はありませんでしょうか。手を挙げていただければ、こらから見える範囲で、指定します。はい。どうぞ。〇〇先生どうぞ。

【〇〇委員】

質問ではないのですけども、パブリックコメントのですね、2番目のところは地域医療の中で大事な視点かなと思うのですけども、この意見の中で、特に数字だけではなくて、北海道の特性であるそれぞれの距離がとても遠い、それから積雪、雪の中でというようなことも含め、他府県よりも一歩進んだ検討いただければという意見の回答の方に、地域医療総合確保基金を含めて効果的な支援のあり方を検討するということでありますけど、是非その辺で、できれば具体的に例えば、ワーキンググループやそれから意見の中ありましたけれども、モデルを設定するとか具体的な動きに繋がっていただければ良いと思いまして、質問させていただきました。よろしくお願いします。

【委員長】

課長お願いします。

【事務局】

道庁の東でございます。ご意見いただきましてありがとうございます。本日この後に在宅医療の関係の取り組み状況に関するアンケート調査の結果の概要もご報告をさせていただくことになりますので、改めてそこでも先生方からご意見をいただければと思います。よろしくお願いします。

【委員長】

よろしくお願いします。ちょうどコロナ関係で色々なこういう会議がＷｅｂでできるように

なって、段々近づいてきて、自然になってきたような感じがします。それでは議題１に関してはよろしいでしょうか。では、無いようですので議題の 2、報告事項「北海道在宅医療推進支援センター事業の取組」について、事務局から説明お願いします。

【事務局】

はい、私の方からは資料 2－1 になりますが、「北海道在宅医療推進センター事業の取組」について、ご説明させていただきます。

今年度から北海道では北海道在宅医療推進センター事業を北海道医師会様と北海道総合研究調査会様のコンソーシアムに委託をさせていただいて実施しているところでございます。

まだ年度が終わっておりませんので事業は完了しておりませんが、これまでの途中経過を小委員会でご報告させていただいておりませんでしたのでご説明させていただきます。

スライド２になりますが北海道在宅医療推進センターは、大きく４つの事業をやっております。医療アドバイザーの派遣ということで、地域へ医療アドバイザーを派遣しまして保健所、多職種連携協議会、市町村等からの求めに応じて、地域に医療アドバイザーを派遣することとしております。専門的な助言、アドバイス、フォローアップを行うということで、医療アドバイザーとしては、北海道医師会様、北海道家庭医療センター様の専門的知見を有する医師という設定をさせていただいております。こちらはコロナ禍でございますので、今年度につきましては、中々活動ができていない状況でございます。また、コーディネーターによる地域ごとの課題分析から各種研修を企画します。同センターではコーディネーターを配置しておりまして、老蘇会静明館診療所の医療ソーシャルワーカーの田上様にお願いして配置しております。コーディネーターは医療アドバイザーとともに地域へ出向き、助言、アドバイス、フォローアップを行っておりまして、今、地域のヒアリング、医療機関のヒアリングを実施しているところでございまして、これもコロナ禍で、すべての予定していた地域に出向けているわけではないのですが、可能な限り同行していただいてヒアリングをしているということです。ヒアリングの状況につきましては、後程説明をさせていただきます。次に真ん中のとこでございますが、在宅医療の推進に向けた各種研修会についてですが、これは在宅医療推進に向けた医師向けの研修、在宅医療に係る同行研修、人生会議普及に向けた医療従事者向け研修、地域住民に対する人生会議の普及啓発、多職種連携協議会構成員を対象とした研修ということでございます。右側ですが、基礎的な情報を整理し、公表ということで、北海道内や全国における在宅医療の先進的な取り組みについて調査、事例として整理しますとしております。これは道内と道外で在宅医療を積極的に実施している数字上良いところの医療機関にヒアリングしながら、道内の状況を確認しているところでございます。

次に国保の KDB のデータベースや既存のデータを整理して分析しますというところですが、これは在宅医療の地域単位ごとに整理をして、まずデータ分析から始めるということでございます。これまで、在宅医療も二次医療圏単位でのデータ分析が主でございましたが、昨年の在宅医療小委員会で地域単位を設定させていただきました。もう少し細かく、市町村よりは広いですけれども、もう少し細かい地域単位でデータを出させていただきますので、それをお示しいたしまして、皆さんで議論していただければなと思っております。

次に医療機関へのアンケート調査や保健所等へのヒアリングを通じて在宅医療に係る具体的な取り組みや課題を整理するというところでございますが、ヒアリングやアンケートについては、後ほどご説明いたします。実際の具体的な取り組みはスライド３になります。まず、地域包括ケアシステム構築に向けた多職種合同研修を 10 月３日に札幌で開催させていただきました。保健所や市町村の方を集めて実施させていただきましたが、コロナの感染が収まっている時にやらせていただきまして参加者は 45 名で WEB による後日視聴も開催しております。これにつきましては、行政説明のほかに、家庭医療学センターの草場先生や北見市の医療介護連携推進支援センタ

一の関センター長にご講義いただき、今回は「入退院支援」というテーマでやらせていただきましたので、帯広保健所の取組と千歳保健所の取組をご説明させていただきました。

続きまして、在宅医療に関する医師向け研修でございますが、12 月 10 日に開催させていただきました。コロナ禍でもございましたので ZOOM ウェビナーで開催していただきまして、当日参加は 43 名の方がご参加いただきまして、後日視聴は 89 名で後日視聴の募集はまだやっておりますので、もう少し増えるかなといったところでございます。これにつきましては、在宅医療の基礎知識ということでこちらも草場先生にお願いさせていただきお話いただきました。

また、地方の取り組みと都市部の取組はやはり変わってきますので、都市部の取組として静明館診療所の大友先生、地方部での取組として更別村国保診療所の山田先生にお話をいただきました。

続きまして、人生会議住民向け普及セミナーについては、コロナ禍ですので中々進められないで少し苦慮しているというところでございます。開催予定地域として、中空知、日高、上川北部、渡島檜山、根室ということで設定をしておりましたが、先週、砂川で開催させていただき地域の砂川市立病院の田口院長先生とソーシャルワーカーの及川さんにお話をいただきまして、24 名の住民の方にご参集いただきました。もちろん、コロナ対策を十分実施して開催させていただきました。なお、日高の浦河町では 1 月 30 日開催、名寄、八雲、中標津の開催につきましてはコロナの状況も踏まえ、近くなったら開催検討することにしております。各定員 50 名、内容は ACP の人生会議のお話をさせていただいた上で、それぞれのご参加いただいた住民の方にセルフシートのようなものに記載いただき、自分自身の人生会議を考えるということで、色々セルフワークをやっていただくということになっております。砂川で行ったときも会場からは、自分の父親を看取ったお話ですとか、家族を看取ったお話を色々いただきまして、非常に良かったという印象があります。地域住民の方も人生会議については、このような機会がないと触れる機会が無いのかなと思いますが、現状コロナ禍で中々進められてないところではございますが、次年度以降も、コロナの感染状況を踏まえながら進めさせていきたいところでございます。

次のスライド４になりますが、人生会議の医療従事者向け研修になります。これは 2 月 27 日に開催予定で、これも ZOOM ウェビナーで医療従事者向けに開催いたします。内容につきまして、人生会議推進に向けた急性期医療現場の取り組みと課題として倶知安厚生病院の木佐先生にお願いする予定になっております。また、事例紹介として多職種で意思決定支援をして行っていくということで、MSW の立場から、新さっぽろ脳神経外科の上田様にお願いしております。事例紹介 2 で、多職種でチームを支援する訪問看護の立場から訪問看護ステーションフレンズの保坂様にお話をいただいて、最後、皆様でパネルディスカッションをしていただくという流れでございます。

続きまして、道内の医療機関へのアンケート調査でございますが、これにつきましては、後程ご説明をさせていただきます。全道の取り組みのアンケート調査を全道の医療機関にさせていただいております。課題分析のための地域ヒアリングということで、八雲保健所と八雲総合病院、倶知安保健所、森内科胃腸科医院、余市の医療機関は後ほど事例にも出てきます。

また、静内保健所、浦河保健所、日高管内の医療機関、留萌保健所、地域の医療機関にヒアリングを行う予定でございます。他には道外の先進地域事例調査ということで、岡山県の奈義ファミリークリニック様の方に在宅センターの方でお邪魔してヒアリングをしたという状況でございます。

続きまして、資料 2-2 のアンケート調査の方に移らせていただきたいと思います。在宅医療の取組状況に関するアンケート調査ですが、まず全道の在宅医療の状況を把握する必要があるのではないかということで、今年の７月から 8 月にかけて、道内の診療所、病院における在宅医療の

取組状況や在宅医療の推進に関して感じた課題等についての調査として全医療機関に調査を実施しております。P１になりますが、回収率は 39.7%という状況でございます。右側の発送した件数と回収率の状況がございますが、左側に発送した対象、件数、パーセンテージがあり、回収の構成割合は概ね同じぐらいかなと思っております。下の診療所でございますが回答の構成割合は在支診の部分が若干多い状況でございます。スライド３～６までの届出状況等について時間の関係上省かせていただきます。

次にスライドの７ページですが訪問診療の状況ですが、訪問診療を行ったは病院で 24.2%、診療所で 35.6%。往診を行ったのは病院で 25.7%、診療所 20.7%。訪問診療・往診いずれも行っていないのは、病院、診療所でそれぞれ 6 割弱という状況です。（２）①の訪問診療・往診実施人数、延べ訪問回数、②看取り実施人数ですが、実人数は月平均になりますが、病院では 20.1 人。往診は 3.1 人、診療所では 15.5 人、往診は 3.6 人、看取りは病院で 0. 4 人と診療所で 0.5 人になっております。

次に対応している患者の状況でございます。次のスライド８になります。病院では「末期がん」、「神経難病」、「認知症」、「精神疾患」などで、「自院のみで対応している」割合は、診療所よりも高くなっております。児童への対応でございますが、診療所、病院ともに、「患者からの依頼がなく対応してない」が８割を超えている状況でございます。少し飛びまして、訪問介護の利用状況です。やはり在宅医療を進めるにあたっては、訪問介護の事業所の活用が必須となりますが、資料は少し飛びましてスライド 12 になります。「訪問看護事業所の活用状況」について、病院では、「自院または関係する法人の訪問介護事業所を活用している」割合は 48.2%で、診療所の 19.5%に比べると高いという結果になっております。診療所で「自院または関係する法人以外の訪問看護事業所を有している」割合は 59.3%で、病院の 41.8%と比べて高いという状況になっております。訪問看護事業所を活用していない理由として、病院では「自院の看護師のみで十分対応できるから」が 76.5%で診療所の 43.0%から比べると高いということになっております。訪問介護事業所を利用していない理由でございますが、診療所は「訪問看護指示書や報告書のやりとり・手続きが手間だから」が 17%。これは病院では無いのですけども、診療所の方ではある。スライド 13 になりますが、この状況を札幌市と札幌市以外で分けており。理由として、札幌市以外の病院の方では、「地域に 24 時間対応の訪問介護事業所がないから」が 13.3%となっています。診療所の方でございますがスライド 14 になります。訪問看護事業所を利用していない理由について、「訪問看護指示書や報告書のやりとり・手続きが手間だから」について札幌が 29.6%、地方の 12.3%と比較すると多い状況となっております。これは電子カルテの有無で大きく手間は変わってくるとお聞きしておりますので、ケースバイケースではあるかと思いますが、もしかしたら、そのクリニックにつきましては、電子カルテを入れないという状況から、この辺はちょっと手間に感じていられるということではないかと考えられます。

続きまして、スライド 15 になります。訪問診療・往診をする上で課題として感じてこととして、これは大体の予測はできていたのですが、病院では「24 時間の往診体制をとること」、「在宅医療行う医師を確保すること」、「在宅医療を行う看護師を確保すること」という項目こが診療所と比べると高い状況です。診療所は「神経難病に患者に対応すること」が 18.3%と「緊急時に入院できる病床確保すること」などが病院と比べて割合が高い状況でございます。

少し飛びますがスライド 18 になります。訪問診療・往診を行ってない理由として「診療所では外来患者が多く、訪問診療・往診に時間を割くことが難しい」が 56.6%、「24 時間連絡を受けることが難しい」が 74.7%で、「緊急時に入院できる病床確保することが難しい」が 38.3%で、病院と比べて 20 ポイント以上割合が高いという状況でございます。

スライド 19 ですが病院を札幌市・札幌市以外の地域で分けておりますが、病院では札幌市・

札幌市以外ほぼ同様の傾向、札幌市の病院では「神経難病患者への対応が難しい」が 42.4%。「精神疾患の患者の対応難しい」が 39.4%、「緊急時に入院できる病床を確保することが難しい」が 24.2%で、札幌市以外の病院と比べると 10 ポイント以上高いという状況でございます。診療所につきましては、大体、札幌市・札幌市以外は同じような傾向でございますが、札幌市の診療所では、「外来患者が多くて、訪問診療・往診に時間をさくのが難しいが」62. 7%で、札幌市以外に比べると 10 ポイント以上高いという状況でございます。

次にスライド 21 ですが、地域で在宅医療を拡大しようとする場合、重要だと考えることとして、「在宅医療を担う人材が確保されていること」が病院で 79.3%。診療所では 58.1%あります。診療所では、「在宅医療の受け皿となる入院施設が確保されていること」で、バックベッドの確保の問題が病床持っている病院に比べると、割合が高いという状況でございます。札幌市・札幌市以外の分けについては、スライド 22 になりますが「在宅医療を行うために必要な人材が確保されていること」は札幌市以外では 84.6%、札幌市に比べると割合が高いという状況でございます。スライド 23 の診療所につきましては、札幌市・札幌市以外の診療所はパーセンテージでいうと大体同じような状況でありますが、札幌市以外の診療所では、「住民が在宅医療について理解を深める機会があること」が 27.1%、「在宅医療を行うために必要な人材が確保されていること」が 60.5%で、札幌市の診療所に比べると割合が高いという状況でございます。

最後でございますが自由記載の部分でございます。沢山書いていただいたのですが、抜粋して課題の整理をさせていただいております。まず、課題としましては「在宅医療の実施体制」として「1 人でクリニックをしているので、24 時間は難しい」ですとか、「医師の高齢化」ということで「医師が高齢化で、積極的に在宅医療に取り組めない。」、「65 歳を超えて、これ以上自分の時間を割いて訪問するという気持ちになれない。」、「医師の負担」ということで、「個人開業だと、やはり負担が大きい。」、「在宅医療制度の拡大に比例して、増加する文書作成量を抑制する必要がある。」ということ、「人材の不足、確保」ということで「在宅医療を行うための人材がそろってないとサービスが十分に提供できず、家族の負担が大きいと感じる。」という記載があります。「地域における体制」では、「高齢施設や介護事業者は増えているが、在宅医療を担う事業者とそこで働く人員が十分でないと感じる。」、「診療報酬」の課題として「診療報酬が低い」、「在支診のハードルが高すぎる、要件が高すぎる」という記載がありました。

スライド 25 になりますが、「制度・仕組みの検討・改善」では、「移動に時間がかかり効率的に回れない。」とか、「へき地で公共機関が充実してないので、今後ますます在宅医療の拡大を求められるのでは。」というご意見もありました。

また、「病院での治療・看取り」の項目では、「緊急時に病院に運ぶシステムを多くして、病院で治療する方向になるべくしていくことが望ましいと思う。」というご意見も出ておりました。「診療科特有の課題」や「その他」でございますが、先ほど少し ICT の話も出ましたけども、「情報共有。リアルタイムに気軽に相談できるシステム、グループチャットなどが必要。」、「入院病床の確保、退院支援、病診連携」の項目では、「急性期の病院から在宅医療に移行を希望する患者が多いが、受け皿が少ない。特に難病・終末期の患者を診てもらうところが少なくて、安心して退院を勧めることができない。」、「在宅療養していても急変時に入院を希望するケースが多く、その際、入院施設がスムーズに見つかるとよい。」、これはバックベッドの問題は先ほど調査のパーセンテージがでておりました。

スライド 26 になりますが、「在宅医療の実施に必要な知識・情報の周知」の項目で、「必要性を感じ、在宅医療始めてみたが、独学で不明なことが多く、かつ、もともと昼休みに行っていたが多忙になったため、現在は、中止している。」という記載もございます。「在宅医療を初めて行うにあたり、必要な書類や必要なことを具体的にわかるようにするとよい。」とありますの

で、在宅センターでは今年度から医師向け研修を始めていますので、このまま継続してやっていく必要があると思われます。「家族への必要な支援」や「在宅医療に係る啓蒙、情報提供」、「行政が果たすべき役割」の項目では、「在宅医療は地域全体で支えていく必要があり、行政が主体となって取り組むべき問題である。」、その他に「新型コロナウイルスの影響」等のご意見をいただいております。アンケート調査、在宅医療推進センターの取り組みについてのご説明、アンケート調査についてのご説明は以上になります。よろしくお願いします。

【委員長】

はい、ありがとうございました。この議題２について、ご意見や質問ありませんでしょうか。講師をやっていただいた〇〇先生何かご意見ございますか。

【副委員長】

そうですね。いい形で運営できて、意外と皆さんの反応が良くてほっとしているところです。

【委員長】

はい、ありがとうございました。中空知、砂川で人生会議の住民向け普及セミナーを行ったっていうことですので、〇〇先生何かご意見ありませんか。

【〇〇委員】

はい。人生会議の研修について私はちょっと出席できなかったのですが、院長の田口先生が熱心に取り組んでおりまして、今、当院の中では ACP という言葉がほぼ普通に会話の中で出てくるっていうことで、やはり、特に在宅で看取りをやっていますと、ACP の有り無しが非常に重要で、それによって、ご家族の満足度、患者さんの満足度も大きく違っていますので、この ACP の普及は大事なことだと思っております。

そこで今のご説明で少し確認したい所があったのですがよろしいでしょうか。

アンケートの中で、一番多い意見は必要な人材っていうことなのですけど、その次に多いのは診療報酬水準が拡大されることっていうこと。これ非常に重要だと思いますし、やはりある程度診療報酬が確保されてないと、必要な人材も確保できないので、より在宅を普及していくには、ある程度のインセンティブといいますか、診療報酬が拡充されるということを保証されないと、中々進まないのかなと思っております。その中で医療計画の中の中間見直し案の中の 5 番目、数値目標を達成するために必要な施策は、色々ありましたけども、その中でも確実に診療報酬を確保するっていうことも必要な施策なのかなと感じます。以上です。

【委員長】

はい、ありがとうございます。〇〇先生、何かご意見ありませんか。

【〇〇委員】

ここでちょっと確認したかったのですけれど、最初の在宅支援センターで、基礎的な情報を整理し公表しますとあり、国保データベースなど、基礎データを地域ごとにとありますが、今後どういう形で、データとして公表されますか。

【事務局】

在宅療養支援センターでは今回の資料３で各地域単位のデータを KDB で出させていただいております。国から色々データ提供があったものを、今後色々整理していって、ホームページ等も含めて公表していく、後は地域の調整会議ですとか地域の会議の中で提供して、それに基づいて、在宅医療提供体制を検討していただくということが必要になるのかなと思っております。

これまでは二次医療圏単位のデータしか出すことができませんでしたので、在宅医療の場合は二次医療圏単位でデータを出されても、ちょっとどうなのだろうという話があって、例えばですが、後志なんかで言うと、小樽があって、羊蹄があって、寿都などあって、同じ後志の中でもやはり細かく分かれております。そのようなことから二次医療圏単位のデーター つで在宅

医療は語れないっていうところがありますので、もうちょっと細かく、今回地域単位のデータを出させていただきますので、それを地域に出させていただいて、ご議論いただければと考えております。
【〇〇委員】
恐らく地域、医療圏単位や色々な研修会とか含まれると思うのですけれど、いただいた数字とかは、こういう現状だということで出して大丈夫なのですか。
【事務局】
はい。今回の在宅の小委員会の方で出させていただいたデータはホームページでも公開する予定でございますので、保健所や地域にも提供してですね、これで議論をしていただこうかなと思っておりますので、本来であればもうちょっと新しいデータをすぐ更新できれば良いのですが、30 年度のデータで２年遅れになるのですが、このようなデータを随時提供させていただいて、議論の材料としていただきたいなと思っております。
【〇〇委員】
ありがとうございます。
【委員長】
〇〇委員どうぞ。
【〇〇委員】
先ほどですね北海道在宅医療推進支援センターのご説明がございましたけども、全道各地に草場先生が講師として行っているということで大変だなと思って聞いておりましたが、一つ確認したいのですが、病院診療所を含めて在宅医療を実施している医療機関の割合ってどれぐらいなのかちょっと教えていただきますか。
【事務局】
道庁の東でございます。在宅医療実施している医療機関につきましては、資料の 3－1 の①の資料見ていただきたいと思うのですが、こちらの列から 3 行目になりますけど、訪問診療の実施医療機関数、これで各圏域の合計で 804 というような数字が出ております。
こちらの資料の 3－1 の①については改めてご説明をさせていただきます。よろしいでしょうか。
【〇〇委員】
歯科の方ではですね、平成 24 年から在宅歯科医療連携室整備事業というのをやっておりまして、先ほどご説明のあった北海道在宅医療推進支援センター事業と同じようなことを平成 24 年から始めて 8 年目になるのですけれど。歯科全体で訪問診療を実施している医療機関はですね今 43.8%ぐらいになります。医科の方も多分、我々歯科の方で 8 年目にしてようやく 4 割ちょっとくらいまで持ってこられたので、医科の方ではどのような状況なのかとお聞きしたく、ご質問しました。
【事務局】
はい。ありがとうございます。あと先ほど〇〇先生からの診療報酬のお話があったかと思うのですけども。〇〇先生、もし、診療報酬のことをお話しいただけますか。
【副委員長】
診療報酬については適切な形で算定する場合、外来の患者さんを 10 人診るのと在宅の患者さんを 1 人診るのが大体同等の報酬になりますので、意外と診療報酬の面では優遇されていると考えております。
ただ、その時も強化型在支診とか在支病といった枠組みで算定しないと単価が上がりませんので、在宅を手がける先生にその枠組みで取っていただけるような支援をしていくことが、セ

ンターの仕事かと思っています。
【委員長】
　強化型を取ると割とやっていけますよね。ただ札幌なんかの場合はビルにガサッと入って、それで単価下げられたことがあるので、やっぱり札幌市とそれ以外とはちょっとまた違うのですよね。ほかに何か質問ありませんか。
　〇〇先生、今度薬規法が改正になって、何とか薬局というのを制度として作るようなのですけれど、それは在宅医療と一緒にできるとかっていう形にはなりますか。
【〇〇委員】
　ありがとうございます。薬規法が改正になりまして、今年の 8 月からですね。地域連携薬局という新しいカテゴリの薬局というのができる予定になっております。その地域連携薬局の要件の一つに、地域の中で在宅の実績と、医療機関と連携して、情報提供を定期的に行っているということが要件になる予定になっておりますので、今後はこういうのを積極的にやっている薬局は、各地域ごとに地域連携薬局として、割と存在感を出していくことになっていくのではないかなと考えているところです。
【委員長】
　ありがとうございます。突然振りましてすみませんでした。その他に質問やご意見ありませんでしょうか。無いようですので、議題の 3、協議事項、「北海道の在宅医療の現状について」に移りたいと思います。事務局から説明お願いします。
【事務局】
　資料 3 により「北海道の在宅医療の現状について」ご説明させていただきます。また、続けて資料 4 で、地域の細かい状況を少しご説明させていただこうと思っております。一番後ろの資料に地域単位のデータの資料を付けております。在宅医療の地域単位ということで、このように分けさせていただいております。おさらいになりますが、こちらのスライドは資料には付けてはいないのですが、画面を見ていただければと思います。在宅医療の提供体制を考える地域単位の一部変更ということですが、そもそも二次医療圏単位で在宅医療を考えていくことは、中々データ上で、地域で議論していくのは難しいということで、地域単位を細かく設定したら良いのではという考え方から、基本は郡市医師会の単位をもとに設定し、そのほかに、訪問診療の需要動向ですとか、多職種連携協議会がありますので、その活動区域で補正をしまして、保健所でご意見いただきながら、一度、40 圏域ということで設定をさせていただいた上で、最終的に 39 圏域ということに変更をさせていただきました。後ろの追加資料にある通り二次医療圏の他に地域単位というものを設定させていただきました。今回は、この地域単位ごとにデータを提供させていただきまして、皆様にご議論をいただければなと考えております。
　まず資料 3-1 でございます。訪問診療の状況、道内の地域単位別ということで左側の上の方でございます。「提供体制」というピンクのところでございます。在支診・在支病の部分と、それ以外の訪問診療を実施している医療機関、訪問診療実施医療機関数、合計に人口 10 万対と 65 歳以上の人口 1 万あたりを掲載しております。右側が提供量で、訪問診療を受けている患者数、これは KDB になりますので、国保連のデータと、国民健康保険と後期高齢者のデータになります。この中で月あたりの平均で在宅医療を受けている方と 10 万対の人口割と 65 歳の人口 1 千人あたりのデータを掲載しています。その他に、同一建物外と同一建物、いわゆる、施設系の訪問診療など行っているところの同一建物と同一建物外で分けております。黄色で着色しているところがベスト 5 のところとなります。訪問診療を実施する医療機関数でございますが、平成 30 年度現在、全道で 804 となります。30 年度の医療機関は、全部で 4,032 ということになりますので、掲載はしておりませんが、大体 19.9%ぐらいが、訪問診療を実施してい

るという状況でございます。訪問診療の人口 10 万対でいきますと、どこの地域単位が大きいかというと、「寿都」、「余市」、「岩内」ですね、その他に「留萌」、「南十勝」です。65 歳以上 1 千人対で考えますと、「羊蹄」なども大きい状況でございます。また、「日高」も大きい状況です。提供量については、どれぐらいの患者さんがいらっしゃるかっていうことが大事かなと思っております。「函館市」は 784.4 で、65 歳以上の人口 1 千人あたりで両方黄色くついていますので、非常に高いということでございます。「渡島西部」、「札幌市」が 65 歳以上の人口 1 千人あたりで言うと高い、「寿都」は 1 万対でも、65 歳以上 1 千人あたりでも高いという状況でございます。「日高」も両方高い、「旭川市」は 65 歳以上の 1 千人あたりでいくと、高いという状況でございます。あとは「留萌」も高い状況でございます。これをグラフに表しましたのが、次の資料 3-1-②になります。棒グラフが医療機関数をあらわしております。訪問診療を実施している在支診・在支病は青になっておりまして、それ以外はオレンジ、折れ線グラフは訪問診療を受けている患者数、人口 10 万対で掲載しております。下のグラフは、65 歳以上の人口 1 千人当たりということで掲載しております。これを見ると、必ずしも医療機関数が多いから患者数が多いかというと、「寿都」は、「提供医療機関数」も多いですし、「患者数」も多いのですが、隣の羊蹄で言うと「提供医療機関数」は多いけれども、「患者数」としては少し落ちるような状況でございます。訪問診療をできる所はあるけれども 1 医療機関当たりの患者数はそんなに多くないという傾向があるのかなと。その他留萌や日高が非常に高い状況でございます。65 歳以上 1 千人の割合でいいますと「札幌市」は結構高いという状況です。あとで詳しく地域単位ごとの話をさせていただきますが、資料 3－1－①に戻っていただくと、「旭川市」、「函館市」が高いのは、例えば「函館市」ではもともとその医療機関の月平均で 100 件以上やっている医療機関数が結構ありまして、個別の名前を出させていただくと、資料には出していませんが、（医療機関名）さん、（医療機関名）さん、（医療機関名）さんとか、そのようなところが非常にやっていて、在支診以外でも（医療機関名）さん、（医療機関名）さんなど、そういったところが非常に件数、行っているという状況でございます。函館市は、在宅医療・介護連携推進事業で在宅医療推進支援センターを医師会様に委託して行っておりまして、色々な活動、研修会など行っておりますので、そういったものが影響して高いのかなと思っております。また、「渡島西部」、「松前」の診療所が非常に高いという状況でございます。「寿都」につきましては、2 ヶ所しか訪問診療を行っているところは無いのですけれども、（医療機関名）が、月当たり、30 年度のデータで 119 件やっておりまして、（医療機関名）が 17.3 ということで、この二つの診療所で非常に高い数字を出してございます。「日高」、「留萌」のお話は後程、別の資料でご説明させていただきますので、訪問診療のお話は以上です。

続きまして次のページ資料３－２－①の訪問看護の状況でございます。提供体制としましては、訪問看護ステーションが左のピンクのところでございます、「訪問看護ステーション」、「サブステーション」、「合計数」、「65 歳以上人口 1 万人あたり」と右側に「提供量」として医療の参考値を掲載させていただいております。これは NDB 公表ルールにより市町村データが不明のため除いた形で記載をさせていただいております。NDB のルールでは医療機関数は３未満はマスク、2 千人未満の人口の市区町村は患者数の数字を表示しないとありまして、それに基づくと右側に書いている市町村が抜けているという状況でございます。マスクがされているので、そこを抜いた状況で一応参考値として記載しております。右側が介護保険の利用者数を月平均で割って 65 歳以上 1 万人あたりで計算し掲載しております。提供体制、訪問看護でいうと、「南檜山」、「羊蹄」、「上川」、「富良野」、「留萌」は高いということになります。提供量ですと「札幌」、「石狩」、「千歳」、「羊蹄」、「余市」、あとは「北網」が少

し高いという状況でございます。数字をグラフ化すると資料３－２－②ようになります。提供量はステーションが多いからといって必ずしも高いっていうわけでございません。やはり勤めているステーションの看護師ですとか、その人数にもよるかと思うのですけれども、ステーション数と利用者数で掲載しますと、このようなグラフになります。

続きまして、次のページでございます。資料 3－3－①の訪問歯科に移ります。訪問歯科の状況でございますが、左側が実施状況で参考値とさせていただいておりまして、提供施設の所に※2 と書いておりますが、NDB のルールで、提供体制の方では 3 以下はマスクされていて、「*」のところは 2 か 1 ということなのですが、そこを 1 で推計値として出しております。提供量としましては、レセプト数ということで、先ほどの NDB ルールにより、抜けている市町村がありますので、そこは抜かさせていただいておりますので、参考値で掲載させて頂いております。参考値でいうと「小樽」、「寿都」、「羊蹄」、「余市」、「南空知」、「中空知」ですとか、「釧路」などが提供体制は多い状況です。提供量ですと「札幌」、「小樽」、「寿都」、「旭川」、「帯広」が高く、ここはマスクされており市町村のデータがないところがあるのですが、提供量が多いということになっております。今回、医療計画の目標値に追加いたしました「訪問口腔衛生指導の実施状況」でございますが、こちらの提供施設等の提供量についても、掲載しております。提供施設につきましては「札幌」、「小樽」、「羊蹄」、「中空知」、「南十勝」が高い状況。提供量につきましては「札幌」、「寿都」、「中空知」、「富良野」、「帯広」が多い状況です。訪問口腔衛生指導では、やはり提供している数と数字がある程度、連動しているのかなと考えております。それがグラフ化すると、次の 3－3－②のような状況でございます。

次のページ資料 3-4-①です。薬局になります。薬局の方も、左側に医療保険と右側に介護保険で分けておりまして、提供施設の方は、先ほどお話している通り、「*」のところはマスクされておりますので、「１」で推計値ということで出しております。右側の提供量につきましても、抜けている市町村がありますので、参考値で出しております。それを踏まえて、提供施設で言いますと「札幌」、「千歳」、「寿都」、「中空知」、「北十勝」が高い状況でございます。提供量ですと「江別」、「寿都」、「中空知」、「胆振西部」、「宗谷」が高いという状況でございます。介護保険ですと居宅療養指導を実施している機関数は「札幌」、「小樽」、「胆振西部」、「日高」、「紋別」が高いという状況でございます。提供量としましては「函館」、「札幌」、「千歳」、「日高」、「帯広」が高いという状況でございます。これは 65 歳以上 1 千人あたりの数字になります。これらをグラフ化すると、次のページ資料 3-4-②の状況になります。

最後に、訪問リハビリの状況でございます。あまり細かいデータが国から提供がなくて、資料 3－5-①ですが、左側ピンクのところ、医療保険の在宅患者訪問リハビリテーション指導管理をとっている機関数と実施数を掲載しております。国からのデータが、二次医療圏単位と政令中核市のデータしかなく、参考値ということで掲載しております。介護保険も、訪問看護ステーション、介護予防リハビリサービス、二次医療圏と政令市中核市の数字を掲載しておりますので、このような状況になります。実際に受けている利用者さんの数なのですが、保険者別で厚労省のデータがございましたので、そちらを掲載しております。保険者別ですので、住所地とは違うのですが、訪問リハビリ、介護保険のサービスを受けている利用者数ということでカウントしますと、65 歳以上 1 千人あたりで、「函館」、「室蘭」、「胆振西部」、「旭川」、「北見」、「東十勝」が高いという状況になっております。これをグラフ化しますと、資料 3-5-②のような状況になります。

続きまして、具体的にこのデータに基づきまして、比較的高い地域をヒアリング等で分析を

させていただきました。資料４でご説明をさせていただきます。お手持ちの資料は、医療機関のA,B,Cで記載しておりますが、スライドの方では、病院名を具体的に出させていただき、ご説明をさせていただこうかなと思っております。先ほど、資料3－1で、「日高」と「留萌」が非常に高く「余市」も少し高めなので、そちらの方にヒアリングですとか、地域の状況を確認し資料を作らせていただいております。スライド２の「日高」の状況ですが、7町で人口67,908人高齢化率32.8%、在支診・在支病が４、それ以外の訪問診療を実施しているは14で、18の医療機関が訪問診療を実施してことがH30年度のKDBデータでわかります。人口10万人あたりの在宅医療機関26.5、患者数が805.6人で、全道平均516.3からしても、非常に高いという状況でございます。訪問介護ステーションのメインが7、サブが１、65歳人口1万あたりで25.1ということでこれも全道平均からいうと高いということです。利用者数は全道平均よりも落ちますが、機関数は非常に多いという状況です。位置関係で言いますと、図のような形になっておりまして、右側の地図にポイントをしておりまして、下に在支診・在支病の、A、B、C、D、E、F、G、H、I で掲載しております。そのままマッピングさせていただいた地図ですが、新ひだか町のところに、大分集中しております。中を見ていきますと新ひだか町でいうと（医療機関名）さんが30年度のデータの月平均は81.7人、新ひだか町では（医療機関名）さんが46.7人。（医療機関名）さんは65.1。浦河町が在支診の（医療機関名）さんが78.7人と非常に高いという状況で、（医療機関名）さんも、63.7人と非常に高いという状況でございます。

続きまして、スライドの３になります。では、何故こんなに在宅医療提供体制が多いのかというのを、地域の保健所ですとか、医療機関、在宅医療推進支援センターからお話を聞くことにより状況を確認しております。在支診のA医療機関は（医療機関名）で、在宅担当医が１名で、午前中は外来、午後は訪問と、積極的に訪問診療を実施している。看取りの対応は、F（医療機関名）が精神科を中心に訪問診療を実施していて、患者の看取りも対応しており、様似町やえりも町にも訪問診療を行っている。（医療機関名）は、希望者があれば対応している状況。現在は、浦河町の1医療機関、様似町の医療機関も実施している。日高は、浦河保健所管内と静内保健所管内で分かれおりまして、静内保健所管内が訪問診療している機関数が集中しております。新ひだか町内の後方ベッド機関として、新ひだか町立静内病院、日高徳州会病院のほかに新冠町立病院などと連携していて、苫小牧市など都市部に入院した患者が地域に戻って来る際、一度、新ひだか町の静内病院に戻して、それから在宅につなげているという状況でございます。二つ目として、医療機関と介護等関係機関の連携があるということで、訪問看護や訪問介護事業所を積極的に活用している。市町村が実施する在宅医療・介護連携事業が積極的に行われている自治体もある。お互い医療と介護と医療機関間が垣間見える関係づくりが行われている。新ひだか町では町立病院と特養と老健をICTツールで繋いで情報共有を行っているということで聞いております。浦河保健所に多職種連携協議会がありまして、研修会などの参加者が多数という状況です。

この地域の課題としましては、それぞれ各医療機関に１人体制で訪問診療を実施している機関が多く、医師が高齢化している医療機関もあり、今後の地域の在宅医療の担い手確保が課題で、これから10年、20年経った時に、この状態をキープしていける、もしくは、増やしていけるかというと中々難しいのではないかという課題があるということです。また、訪問看護事業所や訪問介護事業所のヘルパーが不足しており在宅医療を実施したくとも、ヘルパーなどが不足していて、自宅に戻せない場合があると聞いております。住民や医療機関に在宅医療に関する理解が不足しているという課題があります。今後の在宅医療の推進のためには若い世代に研修医時代から、都市型、地方型の両方の在宅医療の経験をしてもらうと従事する医師が増えるのではないかということや先ほど話しました医療機関間、訪問介護、介護事業所の連携が必

要ですとか、まず、行っていない医療機関については、１～２名から在宅医療を始めて欲しいという意見がヒアリングした先生からありました。また、住民の普及啓発を学ぶ機会が必要ではないかという意見もありました。実際、在宅医療推進支援センターの事例集にも載せようと思っておりますが、北海道新ひだか町内にあります、駒木クリニックさんのお話を聞かせていただきまして。令和元年度の訪問診療実施件数は 43 人、往診は 31 人、看取りは 2 人という状況です。駒木クリニックさんがあって、日高町の地域訪問看護ステーションと 24 時間対応で連携しており、そのほかに、バックベッドとして、新ひだか町立静内病院さんと連携している。先ほどお話ありましたが、スライド４の下のところに、苫小牧、帯広、札幌に入院される方が多く、在宅に戻す場合は一度、新ひだか町内の町立病院で 1 回受けて、そこから在宅に戻すということをやっているとのことです。在宅医療の実施のポイントですが、訪問看護事業所の活用ですとか、町内の多職種連携が必要だということになります。

スライド５になりますが、医師 1 人の診療所でありますが訪問介護事業所と積極的に連携し、在宅医療を実施している状況です。町立病院の地域連携室が中心となって年に 1 回、町内に医療や介護事業者が一堂に会する研修会、懇親会が開催され、かなりの機関が参加するとのことです。〇〇病院の〇〇先生が医師会長でございますので、ここで顔の見える関係作りが積極的に行われているということでございます。サービス担当者会議は、診療に都合がつく限り必ず参加すること。在宅医療実施する医療・介護に関わる関係者との情報共有が必須で医師一人で在宅医療に取り組もうと思っても、続かないといとのことでございます。２番目に、後方ベッドの確保ということで、これは町内の町立病院と徳洲会病院、新冠町立国保病院に協力をお願いしているので、スムーズに受け入れてもらっているとのこと、先ほどお話しましたが、新ひだか町内では、三次救急などから退院してくる場合、直接在宅に戻さないで、一旦、新ひだか町立静内病院で受けており、入院している間に患者の状況を見極め、関係者で情報共有し、在宅復帰に必要なサービスを検討・調整できるとのこと。新ひだか町立病院の地域連携室が良く機能しており、ワンクッションあるということで患者の在宅復帰に向けて、関係者の調整がスムーズになるとのことです。

スライド６は参考でございますが多職種連携協議会ですとか、市町村の在宅医療・介護連携推進事業の主なものを掲載しております。

続きましてスライドの 7 ページになります。留萌の状況でございます。留萌の地域単位でございますが、人口 4 万 6,720 人、高齢化率 38%という状況でございます。在支診の数が 3 つ、それ以外で訪問診療している数が 10 の合計 13。人口 10 万人あたりですと 27.8。患者数は人口 10 万人あたりで 738.6 人。訪問看護ステーションは、メインが 4、サブが 6、下の在宅療養後方支援病院は無いという状況です。下の、訪問医療機関や、在支診・病を見ていただくと、留萌市ではＡ医療機関が 25.6 人、Ｄ医療機関が 183.5 人で非常に高いということでございます。他の町村ではＦ医療機関が 26.1 人、Ｇ医療機関が 47.3 人ということで、高いという状況になっております。

留萌の状況でございますが、訪問診療実施している医療機関でＤ医療機関は、施設入所者の体調管理をメインとしてかなり頻繁に訪問に行っているので、訪問診療の数が多い状況であると聞いております。医療機関単独で行っており、医師１人で行く場合と、自院の看護師を同伴していく場合があって、有料老人ホーム、グループホーム、特定施設等の施設に対応しているということでございます。留萌のＡ医療機関、医療機関Ｂのいずれも、同法人の系列の居宅介護支援事業所とか、訪問介護事業所をもっていて、内部でチームを組んで、在宅医療を実施しているという状況でございます。その他、医療と介護の連携がやはり進んでおります。羽幌町では、医療機関Ｇの連携室、地域包括支援センター、訪問看護ステーションがチームとなって、

在宅医療を実施していて、町内の特別養護老人ホームでは、医療機関Ｇの関わりによって施設の看取りが行われており、ここは地域ケア会議のケース検討が結構な頻度で行われていて、そこを発端にそれぞれの役割の確認することができて、チームによる看取りが積極的に行われていると聞いております。また、保健所で留萌圏域全体版の入退院支援ルールを作っており、それが圏域全体で活用されているということで、非常に活用状況がいいとのことです。毎年、利用状況の調査をして、多職種連携協議会で報告しているということでございます。

課題につきましては、在宅医療に関して、訪問看護が追いつかない。土日を支援してくれる訪問介護、看取りが近い人の訪問介護がないと中々難しい。留萌市では、市内の居宅介護、訪問介護事業所がそれぞれ個別に在宅看取りを実施していて、行政も含めて市全体の取り組みに位置付けをしていかないと中々進まないのではないか。今後の在宅医療の推進につきましては、各市町村における地域ケア会議、個別事例検討などが行われている市町村は、在宅医療の推進に積極的であるため、やはりこういった地域ケア会議の実施状況ですとか、在宅医療・介護連携推進事業の実施状況を確認していくことが重要となってくるのではないかということでございます。また、住民の普及啓発も必要ではないかとのお話がありました。多職種連携協議会や市町村の医療・介護連携推進事業の状況については参考までに掲載しております。

続きまして、余市になります。スライド 10 になります。余市につきましては、高齢化率 38.9%。右の地図見ていただくと、在宅医療を実施している医療機関が余市に集中しております。下の医療機関を見ますと、Ａ医療機関が 74.2 人、Ｂ医療機関が 25.9 人ということで高い状況でございます。右側の在支診以外でもＦ医療機関が訪問診療をされております。次のスライド 11 になりますが、こちら地域の訪問診療が多い理由でございますが、患者のニーズが増えてきて、そのため徐々に増えてきたとお伺いしております。Ａ医療機関とＢ医療機関では、ともに通院できなくなった患者の訪問診療対応や、介護支援専門員からの依頼に対応しているうちに患者数が増えたという状況です。Ａ医療機関では、有床診療所であるため、後方ベッドの心配はなくて、自法人で短期入所や特養、グループホームを設置していて、必要に応じて、小樽や札幌の医療機関でも対応可能なので、患者ニーズに応じて対応できていると。Ｂ医療機関では、町内の病院と連携して、後方ベッドを確保して、自法人で介護医療院も設置している。2 つ目としましては、訪問介護ステーション、介護支援専門員と連携しているという状況でございます。課題としましては、医師が高齢化しているので、若手医師に在宅医療に従事してもらわなければ、この地域の在宅医の継続が不可能となるという状況。また、訪問看護事業所及び訪問介ヘルパーの不足、患者宅への距離が遠いのでインセンティブが必要ですとか、看取りも含めて理解が必要とのことです。今後の在宅医療の推進のためには、1～2 名からでも良いので訪問診療に行っていない先生に訪問診療に行っていただきたいといったところや医療従事者も含めて普及啓発が必要とのことです。

スライド 12 をご覧ください。余市の医療機関の中島内科医院さんには在宅医療推進支援センターでヒアリングさせていただきました。下の診療所実施状況については、令和元年度で 50 人、往診 14 人。中島内科医院さんがあって、訪問看護ステーションが 24 時間対応のところが 3 つあります。バックベッドとして余市協会病院さんがある状況です。訪問看護ステーションの恵泉マリアが看取りなどを積極的に行っている訪問看護ステーションということで伺っています。こちらの実践のポイントとしましては、1 つ目は連携をきちっと行っているということ、医師の役割は訪問診療と往診で、訪問看護に指示をしておけば、看取りも最後のときに行くだけで良いということで、自院の看護師の同行はない状況です。介護と連携していることによって、患者さんが他人を家に入れたくないという心理的ハードルが下がるということでございます。

２番目として後方ベッドの確保と急変に備えた準備です。これは、後方ベッドとして余市協会病院さんに協力していただいているとお聞きしております。院長が先輩医師であり、直接依頼するのですが、やはり在宅で看取ることができるか迷っている家族が、余市協会病院に一度受診してもらって、病院に患者カルテを作ってもらうと、家族の方も安心して在宅医療にスムーズに進むといったところでございます。

３番目でございますが、介護支援専門医、地域福祉関係の連携が必要ですということです。各事業所からは、日中は外来があり、電話対応が難しいので、各事業所からFAXで連絡をしてもらい、手が空いた時に必要な指示は電話でしているとのことです。フルでがっちりやっているというよりは、FAXですとか、写メとか、そういうものを活用しながらやっていると言ったところでございます。これが余市の状況でございます。

次に北檜山渡島ですがスライド 15 になります。これは参考までに掲載させていただきます。Ａ医療機関は88.8人で、訪問診療が多いのですけれども、積極的に一般の在宅医療も始めているらしいのですが、精神の方が多いということで今回のご説明は割愛をさせていただきまして、最後に取りまとめのとき、もう少し詳しく書かせていただきたいなと思っております。

最後でございますが、ヒアリングの状況を踏まえまして在宅医療推進のポイントですが、１番目として訪問看護ステーションなどとの多職種連携がきちっと行われているところが多いということでございます。２番目としては、後方ベッド、ショートステイ先がきちっと確保されていること、３つ目としましては、市町村や郡市医師会の在宅医療推進に対する関わりが積極的なところが、在宅医療が進んでいるというところでございます。

課題としましては、ヒアリングや地域の状況を確認すると共通として個人のドクターの熱意によって訪問診療が行われている地域が多く、どこの地域もそうだったのですが、今後、医師の高齢化を抱えていており、在宅医療を継続していく、増やしていくというところでどうしていくのか、今後、地域で郡市医師会などと協力し、各医療機関と連携して、地域で在宅医療を実施していける体制が必要ではないか。また、若手医師に在宅医療に従事してもらわなければ、今後、地域で在宅医療の継続が難しいというところが課題でございます。こちらも人材不足の話になりますが、訪問看護ステーション、訪問看護事業所の人材不足が各地域共通して課題としてあること。４番目でございますが、在宅医療や人生会議について、そもそも普及啓発が、不足しており、これをもう少し行う必要があるのではないかということです。少し長くなってしまいましたが、私の説明は以上になります。

【委員長】

はい、ありがとうございます。あまりにもデータ面白いので、ちょっと長くなりましたけれども、まず資料３についてですね、訪問診療の状況に関して、何か質問やご意見はありませんでしょうか。資料3－1から3－5まで。ありませんか。はい、〇〇委員どうぞ。

【〇〇委員】

薬局の方の資料3－4－①に関してですが、大変興味深いデータまとめていただきましてありがとうございました。ちょっと補足ですが、薬局独自の状況や影響もあるということで少しデータの見方で補足させていただきたいのですが、薬局の場合はですね。在宅に行かれている患者さんが、介護保険をお持ちで介護認定受けられている方は自動的に介護での請求しかできないという介護優先のルールがありますので、このデータでは、今、医療保険と介護保険で分けていただいているのですが、大凡高齢者の方は、介護認定受けられているので、今、このデータにあるとおり介護保険の提供量1万2千に対して、医療保険の方の提供量が500ちょっとで20分の1になっているのは、実際そういった背景にあります。よって医療保険で受けられている方はどのようなケースかと言いますと、小児、それから若い方で精神疾患、それから障がい

のある方ということで、かなり特殊なケースが医療保険の薬局における在宅の事例になりますので、そうなると、65 歳以下で割った方が近いかなということで、あまりこの高齢者に対しての割合で高い低いというのは医療保険の方はちょっとなじまないのかなと思っておりますので、ここは黄色で目立つようにしていただいたのですが、どちらかというとそちらよりは、介護保険の 65 歳以上のところが、やはり、薬局の状況を一番表しているデータとなるのではないかなと思いますのでそこの整理をもう一度していただけるとより薬局の実態が見えてくるのではないかと思いましたので、補足で意見させていただきます。よろしくお願いします。

【委員長】

はい、ありがとうございます。訪問系は訪問看護も、訪問リハビリもそうですよね、全部介護保険が優先になっているので、データとして医療保険が少なくなるっていうのは当たり前のことなので、まとめ方をまた工夫しなければいけないかなと思いますけど。

そのほかにご意見ありませんでしょうか。それでは今度は資料の 4 の方ですね北海道在宅医療の現状ということで、これちょっと面白かったですね。ご質問はありませんか。

これ余市は同一建物が少なくて他のところは全部同一建物が多かったのですよね。やはりそういうところは非常に有利と言うとおかしいですが、やはりやりやすいですよね、余市の中島先生は一人で頑張ってますよね、名前出して申しわけないのですが、大変頑張ってらっしゃるなというのはよくわかりました。ご意見ありませんか。〇〇委員どうぞ。

【〇〇委員】

すごく興味ある資料ありがとうございます。ここで結構気になるのが、1 人頑張ってらっしゃるっていう施設が多いですが、特に看取りをされる際に、例えばその医師が学会でいない場合とか、ちょっと不在という時の体制とか、そのような部分での他の医療機関との連携はされているかというのは、何か言ってましたでしょうか。

【事務局】

すいません。今もちょっと確認する必要があるのかなと思っておりますが、確認しておりません。

【〇〇委員】

ありがとうございます。今帯広とかでもそうですけれども、やはり本当に看取るときに主治医がいれば一番ベストではあるのですけれども、何かで不在のとき、看取るときではなくても翌日の朝とかに行くようなケースもある。長期出張でいないという時に、他の医院や施設のドクターにお任せするとなった場合にそのときの経緯がよくわからないとか、予め情報が何かあれば、一応行くけれども、家族も違う先生が来たとかっていうことで戸惑いも出るのではないかとか、特にお 1 人でやっている方っていうのはそういう部分っていうのは逆に家族と信頼があれば、良いのかなっていうとこあるのでしょうけど。もしそういうところにも情報として特にお 1 人で実施されている方が、そのバックアップに対応しているか、もしわかれば教えていただければ。

【事務局】

道庁の東でございますけども、今先生おっしゃられているお一人だと中々在宅医療を行う上でハードルが高いということもありましたので、道の方でもグループ診療を行っていただくっていうところに対して、学会等でいないときにその代診の先生だとか、そういった場合の補助というものを制度として設けておりますので、今後、そのような補助金の状況についても整理をした上で、情報提供させていただきたいと思います。

【〇〇委員】

ありがとうございました。

【委員長】
　これは地域医療構想との絡みで見ると面白いですね。日高と留萌と北渡島檜山ですか。これ、地域医療構想から非常にはっきりと真っ暗っていうか真っ青なとこですよね。そういうところの先生が非常に活躍されているっていうのは、僕非常に感動して見てましたけれども、何かありますか。
【事務局】
　そうですね、地域医療構想につきまして、やはり在宅医療と整合性を図りながら進めていかなければいけないということもありますので、こうした在宅医療の現状についても地域に情報提供させていただきながら地域全体の地域医療構想をどうしていくかということを検討していただきたいと考えております。
【委員長】
　〇〇先生ご意見ありますか。
【副委員長】
　今回、深掘りをして調査してみますと、やはりかなり良い事例が見えてきたと思います。
　例えば札幌などであれば複数のドクターが在籍している診療所にて 24 時間で往診可能な体制を構築するモデルが実現可能です。
　ただ、地域の中では今、〇〇先生おっしゃったように、なかなかそういうモデルを作りづらい。そんな中で、駒木クリニック、或いは中島内科の医師が、訪問看護ステーションなどを地域連携としてかなり活用されているということが今回よくわかりました。特に中島先生のケースは見ていただくと、まだもうちょっと深掘りしたいのですが、看取りの時にドクターが必ず行くということではなくて訪問看護ステーションが正面でかなり動いている。それ故、中島先生は継続的に 10 年も 20 年在宅医療を手がけておられるといった状況が見えてきました。こういう診療スタイルを実践しておられる先生方が北海道にいるということを示し、色々なモデルとして打ち出していくということができそうです。こうした良い事例がいくつか出てきたことを踏まえますと、今までの議論では北海道の中で在宅を進めて行く難しさに焦点が当たっていましたが、何か希望を持てる方向性が出てきたのかなと感じています。
【委員長】
　ありがとうございます。女医さんですよね。一人で頑張ってらっしゃるっていう。堅調なのですね。すごいなと思います。他にご意見や質問ありませんか。はい。〇〇委員どうぞ。
【〇〇委員】
　興味深い協議会資料でした。ケアマネージャーの立場から説明をお聞きして、ケアマネが十分機能している事例であると思ったところです。できれば、診療所の情報とあわせて、それぞれの地域にケアマネの事業所がどれくらいあるのかということを、数字的にお示しいただくと、他地域への参考モデルにもなっていくのではないかと思います。
【事務局】
　道庁の東です。ご意見ありがとうございます。また、いただきましたご意見踏まえまして、資料を整理させていただきます。
【委員長】
　ありがとうございます。〇〇委員、何かご意見ありませんか。リハビリの関係で。
【〇〇委員】
　訪問リハビリテーションの先ほどありましたけど、実施している施設そのものがやはり、医療の方からは少ない状況になっておりますので、やはり現状、前にもお話しておりましたけれども、訪問看護ステーションからの実施の部分がやはり、まだまだ多い状況だと思います。特

に北海道の地域の方に行くと、単独で行っているところがほとんどないので。やはり訪問看護からのものが多くなっているので、単独では中々見えない動きになっていると思うのですよね。訪問看護から訪問リハビリの部分ところだけ抜いてくるっていうのは難しいというお話をされていたので、そこの部分が難しいのはわかるのですけど、リハビリテーションの提供そのものが訪問看護に多くのものが含まれている状況が少し見えにくくしているというところがあると認識をしていただいて、動いてもらえればなあと思います。以上です。
【事務局】
道庁の東ですけれども、今お話いただきました内容を含めましてですね、今後、資料の方も、工夫して参りたいと考えております。よろしくお願いします。
【委員長】
〇〇委員何かご意見ありませんか。
【〇〇委員】
はい、最後の推進のポイントの中で一番最後の在宅医療や人生会議の普及啓発というのがありましたが、私どもがやっている北海道立消費者センターなどでも色々な話題でセミナーなどを実施しています。人生会議、終活のセミナーを結構行っているのですけれども、在宅医療の内容であるとか、それから人生会議ということをまだ行ったことがないので、是非、医療関係の知識も実際に利用できるのか、受けたいのかも含めて、ぜひ取り入れていきたいと思うのですが、その際に、先ほど、コンソーシアムで住民に対する人生会議の普及がありましたが、私どもから、講師依頼という形で対応いただけるのでしょうか。それとも、限られた、予定したものだけで、講師依頼にはまだまだ応じる様な状況ではないということでしょうか。
【事務局】
道庁の東でございますけども、特にどのような形でという、決まっているものはございませんので、毎年度、計画を立てる中で、どのようにしていくかということで、決めていきますので、ご要望があれば、事前にいただければ対応させていただくことになると思います。
【〇〇委員】
ありがとうございます。ちょうど来年度といいますか。今年度の事業の計画等を立てる状況でありますので、ぜひ参考にさせていただきたいと思います。ありがとうございます。
【事務局】
あと先ほど山中からもご説明いたしましたが、砂川で先日行わせていただきましたが、かなり住民の方からも色々ご質問だとかもあって、結構良かったというようなお話がありましたので、また今後も継続して参りたいと思いますのでよろしくお願いします。
【委員長】
〇〇先生、ご意見ありませんか。
【〇〇委員】
意見というか感想ですけど、最後のところの事例で、駒木クリニックさんというのがありまして、三次救急で急性期の治療が終わった後に、まっすぐ在宅に帰らないで、そこに、58 床の新ひだか町立静内病院に 1 回入って、それから多職種でよく見極めて在宅に戻ると。この仕組み非常に、他のところも行っているところもあるようですが、すばらしいと思いました。ただ札幌で考えますと、病院なんか急性期もたくさんあるし、中小病院も沢山あるのに、このようなことは、かえってやりづらいのではないかと。これは開業医の見方でやりやすいのでないかなと感じました。以上です。
【委員長】
はい、ありがとうございます。〇〇先生ご意見ありませんか。

【〇〇委員】
ありがとうございます。先ほど、いろんな地域でご苦労なさっている病院、北海道だけで無いですけれども良いモデルになるのかなと思います。お１人で実施されているところですけども、お話もありましたように看取りとか 24 時間体制を維持するのも中々大変なのではないかなと思います。札幌でも中々大変なのですけども、そういうのを行政の方のバックアップでできると、先ほどもお話ありましたように、そういうのはとても心強いなと思いました。ありがとうございます。
【委員長】
よろしいですか。それではちょっと時間が押しておりますので、議題の 4、令和 5 年度に向けた推進方針案について資料に基づいて、事務局から説明をお願いしたいと。
【事務局】
はい。地域医療課の櫻井と申します。私の方から資料５に基づきまして、医療計画の目標値を掲げている令和５年度に向けた推進方針の案をご説明いたします。既にこれまでのアンケート調査やヒアリング結果などに出てきている内容をまとめると、このような内容になるのではないかと思いますので、予定のご説明させていただきます。
まず、総論といたしましては、圏域ごとの課題設定を行っていくこと。これは引き続き、地域単位ごとに現状分析、課題設定をして、地域の関係者間で共有していくということです。このようなことについては、今年度設置いたしました在宅医療推進支援センターなどによって、引き続き支援を行っていくということでございます。具体的に各論として３つございまして、①が提供体制の構築でございます。在宅医療に参入していただく医師を増やすために、研修会を開催すると。ご意見もありましたが、診療報酬ですとか、24 時間対応などを含めたノウハウをお伝えするような研修会を行って、心理的なハードルというものを下げて、参入を促していくということでございます。
また、先進事例を集めてホームページ等で情報提供するということで、これもご意見ございましたけれども、様々なデータもしっかりと集め、分析して情報提供していくということも併せて行っていかなければならないと思います。
もう一つ、効果的な補助事業でございますが、地域医療介護総合確保基金を活用した補助事業を行っていくこと。これにもご意見ございましたけれども、遠隔医療というところも含めての内容になっていくと思われます。
続いて、各論の２つ目の関係者間の連携促進、人材育成と資質向上、普及啓発でございます。繰り返しになりますが、先進事例等の共有を行っていくということで、各圏域の取り組み状況などを集めまして、事例集の作成や研修会を開催するなどして、関係者間で共有していくということです。また、入退院ルール等の取り組みの推進ということで、入退院時の連携ルール、情報共有の取り組みなど、重要と考えられる取り組みについて、現存での取り組みが進められることを目指すということにしております。
最後、各論の 3 つ目は人生の最終段階における医療ケア、急変時対応の推進でございます。人生会議ＡＣＰに関する研修会、これについて、医療従事者向けと、住民向けをそれぞれ行い普及啓発を行っていくということでございます。
続いて、来年度のスケジュールの案でございます。まず、上半期におきましては、引き続き、データ、先進事例などを取り、各圏域、地域単位ごとに情報収集などを行いまして、整理を行っていくということ。また、保健所や市町村向けの研修などを実施して、全道共通課題や先進事例の共有を行っていくこと。また、この小委員会につきましては、上半期と下半期にそれぞれ１回ずつぐらいは開催したいなと考えております。

最後に、通年で行うものといたしまして、各地域へ在宅医療推進支援センターのコーディネーター、医療アドバイザーが出向いて行きまして助言などを行うということ。コロナの状況があるので、その状況を見ながらということになりますが、行っていきたいなと思います。
また、在宅医療推進に向けた医師向けの研修会の開催、医療従事者向けの人生会議の研修、住民向けの人生会議のセミナーなど、これらも、それぞれ圏域ごととありますけれども、これも地域の状況を見ながらできるだけ開催していきたいなと考えております。私から以上です。
【委員長】
はい、ありがとうございます。事務局の方から議題4の推進方針について。説明がありましたが、質問やご意見ありませんでしょうか。〇〇先生せっかくいらしたので、何か意見をお願いしたいと思うのですか。
【〇〇委員】
他の会議と重なったので、変な形の参加ですみません。大体は聞いておりましたが、きちっと今の北海道の中で、在宅に関して計画的に行われているし、色々な地域ごとの状況もよくわかってきていると思います。やはり、北海道はすごく広いということで地域ごとに違うのだと、そのことを勘案しながら、やらなくては駄目なのだろうということは聞いていて感じました。もう一つ、今回のコロナ禍における在宅ですよね。これはコロナ禍における医療ということになるのでしょうが、コロナ禍でどうなるということと、落ち着いた時に、逆にお年の方が在宅にいる方が良いのだという、空気にもしかしてなって、施設で診るよりも、在宅でということになるのではないかなという予感もしています。そういうことでは、ますます在宅医療が大事だし、この会議というのも非常に大事になってくると思います。それを今日聞いて非常に思いました。
【委員長】
はい。〇〇先生ありがとうございました。ちょっと時間がなくなってきましたので、最後にその他として事務局の方から何かありますでしょうか。
それでは以上で議事をすべて終了したいと思いますが、特に最後に一言だけ、絶対何かお話したいという方いらっしゃいませんでしょうか。いらっしゃいませんので、本日の議事をすべて終了します。事務局から次回の開催案内、お願いします。
【事務局】
皆様、長時間にわたりまして、本当にお疲れ様でございます。次回の開催については、今のところ特に詳細決まっておりませんので、決まり次第、ご連絡させていただきたいと思います。お願いいたします。
【委員長】
それでは地域医療専門委員会在宅医療小委員会を閉会いたします。本日はどうもありがとうございました。