

令和４年度 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（第１回） 【議事録】

■日時：令和４年９月６日（火）18:00～19:30

■場所：毎日札幌会館５階

ＴＫＰビジネスセンター赤レンガ前５階 ホール５Ｃ

【事務局】

それでは定刻となりましたので、ただいまから令和４年度第１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。皆様方におかれましては、大変御多忙のところ御出席をいただきまして誠にありがとうございます。

本日の小委員会でございますが、委員総数１６名のうち、会場２名、ウェブ１２名の方々に御出席をいただいております。

続きまして、本日お配りしております資料の確認をさせていただきます。まず資料の１でございます。それから資料の２、資料の２の参考資料といたしまして、参考資料１－１から１－４までお配りしてございます。続きまして、資料の３－１から３－３までお配りしてございます。最後に資料の４で以上でございます。不足等ございませんでしょうか。

それでは早速議事に入りたいと思いますが、委員長が選出されるまで、引き続き、私の方で進行させていただきますと思います。

それでは次第の２でございますが、委員長及び副委員長の選出について御説明いたします。本委員会につきましては毎年度、委員長及び副委員長を選出しておりまして、事務局といたしましては、昨年度に引き続き、委員長に〇〇委員に、副委員長につきましては、〇〇委員をお願いをしたいと思います。委員の皆様、いかがでしょうか。

（意見なし）

それでは皆様の御賛同得られましたので、以降の議事進行につきましては、委員長にお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

【委員長】

ただいま委員長に選出されましたのでこれから委員会を進行させていただきます。次第に沿って進めさせていただきますが、午後８時頃までには終了したいと思います。今日は台風の１１号が来ていまして、もうすぐ暴風圏に入ることとなりますので、早めに帰宅をしたいと思いますのでどうぞ進行は、御協力をお願いしたいと思います。

では、まず議題の（１）ア 北海道における在宅医療の現状について事務局より説明をお願いいたします。

議題（１）ア 北海道における在宅医療の現状について

【事務局】

担当から資料説明の前に、若干本日の会議の内容について御説明をさせていただきますと思

います。

本日は報告事項として、資料1になりますが、こちらは国保データベース（KDB）のデータに基づいて、北海道の在宅医療がどのような現状になっているかを御報告をさせていただきます。

また資料2の方では、北海道の方で北海道在宅医療推進支援センターを設置しております。北海道医師会様、北海道総合研究調査会HIT様のコンソーシアムで、こちらのセンターを受託していただいているのですが、そのセンター事業の中で、道内の在宅医療等について取りまとめたものを報告させていただきます。

また、協議事項としまして、北海道医療計画、6年間で来年度までの計画になっていますが、その計画で定めている各種指標の推進状況等、毎年度、評価をこの委員会ですべていただいております。その評価の結果につきましては、親会であり、地域医療専門会の方に、この小委員会の方から、結果を報告する形になっておりますので、協議の方よろしくお願ひしたいと思います。

また、最後に先ほど御説明いたしました北海道在宅医療推進支援センターは、すでに令和4年度も半年近く過ぎていますが、今年度の事業の実施内容について御協議させていただきたいと思っております。本日はどうかよろしくお願ひいたします。

それでは引き続き担当の方から説明をさせていただきます。

【事務局】

私から、議題（1）アにつきまして、資料1に基づき御説明をさせていただきます。

本資料につきましては、本年7月に国から提供がありました、国保データベースの集計データを分析、グラフ化したものとなっております。基礎となります内容は、国民健康保険、後期高齢者医療の診療報酬請求のデータでございます。こちらに社会保険は含まれておりませんので、医療的ケア児など、小児の在宅医療については基本的に入っていないデータとなっております。社会保険が含まれるデータベースにつきましては、2ページ目に図表に記載しています情報特定健診等情報データベースがございますが、こちらは医療機関が特定できないように、匿名化の処理がされているため、具体的な数値が表示されないケースが多いものです。今回の分析に使用していますKDBデータは、高齢者の在宅医療に特化したものでございます。

3ページ目を御覧ください。分析項目の一覧でございます。国から提供がありました基礎データにつきましては、本年7月に委員の皆様にお送りをさせていただいておりますが、数字のみではわかりにくいということがございますので、グラフ化し、かつ平成30年以前のデータを追加しまして、経年で比較ができるように作成をしております。

また、一部KDBではわからない項目につきましては、国の医療機関調査等の結果を参照してございます。

4ページ目を御覧ください。全道の訪問診療件数について、9年間の推移をグラフ化したものです。件数は在宅患者訪問診療料を算定したレセプト件数の1ヶ月の平均、こちらの棒グラフが、上下に同一建物、同一建物以外の算定分に分けております。レセプト件数は同一医療機関であれば、患者1人につき月1件でございますので、言い換えますと、1ヶ月の患者の実人数の平均になります。全道では一部増減はありますが、基本的に年々増加し令和2年度の実績は過去最高の数値となっております。

5ページ目を御覧ください。同一建物、同一建物以外の分けについて御説明させていただきます。同じ日に同じ建物で2名以上に訪問診療などを行った場合は、すべて同一建物居住者として算定をすることになっております。同一建物とされるのは、アパートや老人ホームなどでございます。

6ページ目を御覧ください。6ページ目から43ページ目までは、全道39の地域単位別にグ

ラフ化したものです。なお、地域単位は在宅医療を具体的に検討するため、地域によっては二次医療圏単位では大きく、市町村単位では小さすぎるという点から、中間の単位として在宅医療独自に設定をしているものです。設定の考え方としましては、郡市医師会単位を基本に受療動向等で補正し、39 の地域単位に設定をしております。

全ての地域単位を御説明するには時間が限られていますので、特徴的な圏域について御説明いたします。24 ページを御覧ください。胆振西部地域でございますが、全道単位では右肩上がりとなっていました、地域単位では横ばいや、減少している地域もございます。胆振西部では、平成 26 年に減少し、平成 28 年から再び増加をしております。これは、伊達市のクリニックが平成 25 年まで月 57 件ほど実施していた訪問診療を中止しまして、その後、平成 28 年に洞爺湖町のクリニックが訪問診療を開始され、現在は在宅クリニックとして、月 100 件程度提供されているということが増加の要因となっています。その他の地域につきましても、特定の医療機関による増減が大きく影響しているという状況です。

45 ページ目を御覧ください。こちらは訪問診療を実施する医療機関数でございます。こちらは医療施設静態調査を使い、参考に作成をしております。病院数は横ばいでございますが、訪問診療を提供する診療所、右側のグラフになりますと、実数割合ともに減少傾向にございます。

46 ページ目を御覧ください。24 時間の体制を確保するなど、必要な要件を満たし積極的に在宅医療を提供する在宅療養支援診療所につきましては、従来型が減少している反面、在宅医療担当する常勤の医師が 3 名以上などのより高い基準を満たす機能強化型の在宅療養支援診療所が増加をしております。

47 ページ目を御覧ください。在宅療養支援病院でございますが、年々数力所ずつ増加をしております。

続いて 48 ページ目を御覧ください。在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院につきましては、今年度の診療報酬改定により、4 月 1 日から施設基準の見直しが行われてございます。

見直し内容としましては、1 点目に、適切な意思決定支援の推進ということで、こちら背景としましては、人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進するという観点から、国のガイドラインを踏まえた指針を作成することとしてございます。今月末までが作成の経過措置期間となっております。

2 点目に、地域との協力推進としまして、質の高い在宅医療の提供を推進するという観点から、地域で開催される在宅医療、介護に関する会議などに出席することが望ましいという表現が、施設基準及びに追加をされてございます。

最後 3 点目でございますが、機能強化型在支病の要件の見直しとしまして、在宅医療を支える入院機能の充実を図る観点から、従前、在支病は自ら緊急往診行われまして、年 10 件以上の実績が必要でございましたが、それに変わり、在支診などから、年間 31 件以上の緊急受入を行う又は施設基準の地域包括ケア病棟入院管理料の 1 または 3 を届け出ていることで基準を満たすということになってございます。

49 ページ目を御覧ください。こちらは変更後の施設基準の一覧でございます。ただいま御説明しました変更点は青字で記載をしております。

50 ページ目を御覧ください。1 医療機関当たりの訪問診療件数の推移でございます。このグラフでは年度ごとに訪問診療料を算定している医療機関数を抽出し、さらに 1 か月の平均レセプト件数により分けたものでございます。全体の合計、傾向としましては、在宅患者訪問診療料を算定している医療機関数は減少傾向となっております。

右側の、令和 2 年度の実績の棒グラフを御覧ください。下から 96 と表示しております。96 医療機関は、月 1 件未満のレセプト件数となっております。その上 252 の医療機関は月 1 件以上 10 件未満の算定となっております。その上の 347 医療機関は月 10 件以上 100 件未満のレセプト

件数でございます。その上の 85 医療機関は月 100 件以上 500 件未満でございます、さらにその上の 3 医療機関につきましては、月平均 500 件以上の実績がある医療機関数でございます。

比較しますと、レセプト等件数で、月 100 件未満の医療機関数は減少してございますが、月 100 件以上の実績がある医療機関数は増加をしてございます。

道内で最も在宅医療訪問診療料を算定されている医療機関になりますと、札幌市東区のクリニックでございます、566.5 件。次いで西区のクリニックで 565 件、同じく東区、516.3 件という、いずれも月 300 件を超える提供は札幌市内でございます。

51 ページを御覧ください。ただいまのレセプト件数と医療機関数の関係でございますが、こちらの曲線グラフでは、一定のレセプト数がどの程度の医療機関数により算定されているか分析をしたものでございます。グラフの縦軸になりますが、レセプト件数の 80% を算定している医療機関数になりますと、曲線が 25% 上にございます。全道、札幌でございますと、上位 25% の医療機関により 8 割が算定しているということが分かります。札幌以外の地域で言いますと、上位 30% の医療機関により 8 割が算定しているということがわかります。

先ほどのグラフでも医療機関ごとに月に 1 件未満から 100 件以上、500 件以上と、医療機関ごとに差があることがわかりますが、同じ訪問診療を提供している医療機関の間にも、大きな差があり、少数の医療機関により訪問診療の大部分が実施されているということが分かる図になってございます。

次に 52 ページを御覧ください。訪問診療を実施する医療機関数と、患者数でございます。こちら令和 2 年度の実績でございます、実数ではなく、人口 10 万人当たりの数を表示をしております。折れ線が右の縦軸でございます、月平均の患者数。棒グラフが左の縦軸になります、医療機関数でございます。青は、在支診、在支病の数でございます、薄く表示しているのは、在支診、在支病以外で訪問診療料を算定して医療機関数でございます。青線の在支診、在支病のある地域では、患者数も多いという傾向が見てとれます。

こちらのグラフは全人口で、作成しておりますので、次のページを御覧ください。

65 歳以上で作成したものを、御用意をしております。65 歳以上でこちらは人口 1000 人あたりで整理をしたものでございます。特徴的な点で参りますと、折れ線で突出しております寿都地域でございます。こちらは寿都、島牧、黒松内の 3 町村でございます、在宅医療を提供しているのは、うち 2 医療機関でございますが、黒松内町のブナの森診療所が、月 100 件以上の実績がございます、人口 1000 人あたりですと札幌を上回る提供量となっております。

反面、すぐ右でございます。地域的にも隣接をしております羊蹄地域でございますが、在支診、在支病以外の在宅医療を提供している医療機関数で参りますと、寿都を上回る数となっておりますが、1 医療機関の提供量、実施数が少ないということから患者数は少ないという状況となっております。

54 ページを御覧ください。次に訪問診療を実施する上で、切り離せない訪問看護ステーションにつきましては、KDB ではデータはございませんので、国の介護サービス施設事業所調査から作成をしております。全道ではステーション数、看護職員数ともに年々増加をしております。

55 ページを御覧ください。訪問看護ステーションの看護職員数でございますが、こちらを増加をしております、24 時間対応の職員数につきましても増加をしております。

56 ページを御覧ください。ステーションの実数を地域帯別にしたグラフでございます。こちら地域差が大きく、札幌に 4 割が集中しているという状況でございます。令和 2 年の実績では渡島西部で 0 ということになってございますが、令和 3 年 5 月に、松前町で、1 ヶ所開設をしておりますので、現在は未設置地域は解消されてございます。

57 ページを御覧ください。訪問歯科診療所でございます。こちら、3 年ごとに実施されております、医療施設静態調査に基づき作成をさせていただいております。居宅、施設とも右肩

上がりで増加をしてございます。

58 ページを御覧ください。こちらは、地域単位別に分けまして、札幌に3割、4割は集中しているという状況でございますが、全道すべての地域で、居宅または施設、或いはその両方に対応する訪問歯科診療所が設置をされております。

59 ページを御覧ください。歯科訪問診療料のレセプト数の月平均値でございます。令和元年度まで増加をしておりますが、令和2年度に減少をしてございます。こちらの減少が、39 地域のうち 36 地域で減少しております、全道的な傾向でございますが、時期的には、新型コロナによる一時的な影響ではないかと推測をしてございます。

60 ページを御覧ください。在宅患者訪問薬剤管理指導料につきましては、介護保険の対象であれば、右の居宅療養管理指導料が優先されてございますが、医療、介護ともに年々増加をしてございます。

61 ページを御覧ください。在宅患者訪問リハビリテーションにつきましては、左の医療保険は減少しておりますが、右の介護保険の給付が増加しております。こちらは介護保険が優先されますので、全体では年々増加をしてございます。

最後、まとめてございます。記載の内容を要約しますと、全道で訪問診療を受ける患者数は増加していますが、反面、訪問診療を提供する診療所数は減少傾向となっております。

また、一部地域では患者数も減少しているなど、地域差がございます。これまで訪問診療を提供されていた医療機関が、月 100 件 200 件と、より多く実施するという事で少数の医療機関が大部分を提供しているという状況となっております。訪問診療を提供する医療機関数が増加し、裾野を一層広げる取組を進める必要があると考えられます。今回のデータは令和2年度までの、令和2年度から開始しました在宅医療推進支援センターによる取組は、今後、見えてくるものと思われます。以上でございます。

【委員長】

はい、ありがとうございます。ただいま事務局より、北海道における在宅医療の取組について説明がありましたが、質問や御意見はありませんでしょうか。〇〇先生いかがですか。

【副委員長】

本当に、非常に重要なデータだと拝見して思いました。特に地域の中でかなり伸びる地域もあれば、どんどん減っている地域もあるということで色合いが相当違うということがわかりますし、逆に減っているところは、おそらく個々の施設の対応の変化があるということですので、非常にきめ細やかに、この減少しているところの原因を探索して、そこにどうアプローチするかという、結構具体的なアプローチがこのデータで出来ますから、非常に有用なデータだなということを感じました。

その一方で、事務局からお話があったとおりで、徐々に、その少数の訪問診療を手がけてこられた施設が減ってきているというところについては、その原因を探索しなければいけません。やはり開業医の先生方の高齢化などで、今まで頑張っていた先生方がリタイアする中で徐々に減っている可能性が高いのかなと思っています。やはりこの裾野を広げるための活動を展開しないと、本当に地域格差がますます拡大するというような印象がありますので、そういった方向性もこれから模索するべきかなと改めて感じました。以上でございます。

【委員長】

はい、ありがとうございます。その他に質問や御意見ありませんか。〇〇先生御意見ありませんか。

【〇〇委員】

ありがとうございます。ただいまの説明の5ページ、同一建物居住者について、訪問診療で、1人のみの訪問、または2人以上の訪問という御説明がありましたが、年々同一建物居住者で複数の患者さんを訪問されていることが、このデータでわかるのですが、歯科の方でも、年々、同一建物居住者に対する訪問診療は増えております。

ここについて、これまで疑問に思っていたのですが、5ページの説明のところに、2人以上訪問の場合、全員同一建物居住者を算定するってありますね。これは歯科の方でも歯科訪問診療料というのがございまして、1人の居住者に訪問する場合には歯科訪問診療料1を算定します。2人以上の同一建物居住者の場合には、歯科訪問診療料2を算定するのですが、この場合、同じ建物にいる複数の患者さんを診療した場合に、1人目は歯科訪問診療料1、これはちょっと高い点数ですが、2人目以降、同じ治療を行っても歯科訪問診療料2を算定します。これは歯科訪問診療料1の約3分の1程度の点数です。そういった算定のルールがあるのですが、医科でもこのようなルールはありますか。

【副委員長】

医科でもございます。

【〇〇委員】

1人目が点数高く2人目以降の点数が低い設定でしょうか。

【副委員長】

その場合、つまりローテーションをしながら、同一の方というわけにはいきませんので、例えば5人いらっしゃる場合は、この月はAさん、次の月はBさんみたいな形で万遍なく、例えばグループホームとか、高齢者の住宅的なものに関しては対応している感じです。

【〇〇委員】

ありがとうございます。診療を受ける側からすれば、同じことをされているのに、1人目と2人目が点数違うのはおかしい話ですよ。ずっと疑問に思っていたんですが運用の仕方ですら平等にしたほうが良いということでしょうか。

【副委員長】

おそらく、2人以上であれば、先生が先ほどおっしゃった歯科訪問診療料2を算定することになると2人になった瞬間に極端に収入減りますよね。3分の1を2人だと3分の2になってしまうので、なぜか2人訪問しているのに収入が1人訪問する場合の3分の2になるという、理不尽な状況になるので、苦肉の策としてこういう特殊な算定方法を国が提示したのかなと考えています。

【委員長】

すみません、診療報酬について議論する場ではないので、この辺で打ち切りたいと思います。

以前、同一建物で医療費が非常に増え、無駄ではないと思いますが、膨大な量の医療費が使われたことがありましたので、このようになったと思います。

そのほかに御意見ありませんでしょうか。はい、〇〇さんどうぞ。

【〇〇委員】

すみません、質問ですが、55、56ページに訪問看護ステーションの24時間対応職員の増加の

割合が高いと出ていまして、多分札幌圏域でステーションの数が増えていて、そこで働く人の数が24時間対応の事業所に多いので増えているのかなと思うのですが、そういった地方と札幌圏域との傾向の中で、24時間対応の看護職員数の割合が、もう少しわかるものがもしあれば教えていただきたいと思いますと思うのですが、いかがでしょうか。

【事務局】

申し訳ございません。分析をさらに進めまして、提供させていただければと思います。

【〇〇委員】

実は参考資料1－3を見ますと、保健所へのヒアリング結果では地方では、24時間体制が確保できないという回答がありましたので、地域偏在しているのではないかと思います。どうぞよろしくお願いいたします。ありがとうございます。

【委員長】

ありがとうございます。スライド30の富良野が徐々に下がっていて、ちょっと深刻だなと思って見ていましたが、これはどのような分析をされていますか。

【事務局】

はい、富良野でございますが、これまで訪問診療料を提供していた9の医療機関が徐々に減少している状況でございます。現在、5医療機関まで減少しておりまして、それに伴い提供件数自体も減少しているところでございます。

富良野の傾向としましては、提供する医療機関の減少とともに医療機関ごとの提供量も減少しているという状況でございます。

【委員長】

はい、ありがとうございます。それでは次の議題に移ってよろしいでしょうか。

それでは、議題の（１）イ 令和3年度の在宅医療推進の取組実績について事務局より説明をお願いいたします。

議題（１）イ 令和3年度の在宅医療推進の取組実績について

【事務局】

それでは、令和3年度の在宅医療推進支援センターの取組実績について御説明をさせていただきます。

資料2を御覧ください。これまでの本小委員会で承認いただいております推進方針です。こちらの内容に基づき、在宅医療推進に向けた取組を令和3年度も取り組んで参りました。

3ページ目になります。こちらの概要図では、北海道在宅医療推進支援センターを中心に、地域への支援や、医療機関への医師向けの研修などを実施しております。令和3年度につきましても、北海道医師会様、北海道総合研究調査会様のコンソーシアムに受託をさせていただいております。

4ページ目の活動実績でございますが、先ほどの取組方針にもありました、まずは現状分析、地域単位での状況と把握、整理としまして、KDBデータを整理してございます。こちらは、参考資料としまして、資料の1－1として添付をしてございますので、こちらについては後程御覧をいただければと思います。

次に（２）でございますが、実態を把握するためには、数値によるデータ以外にも、実際に地域に取材を行いますことも重要でございますので、実際に、保健所及び地域の医療機関へのヒアリング調査を実施してございます。

ヒアリングの実施地域につきましては、記載のとおりとしております。個別の内容につきましては、参考資料１－２について後程御覧をいただければと思います。

５ページ目を御覧ください。各圏域の取組を推進するため、コーディネーターと医療アドバイザーによる支援を行っております。コーディネーターは、静命館診療所の田上さんをお願いをさせていただいております。医療アドバイザーにつきましては、草場先生をお願いをさせていただいております。

在宅医療推進支援センター事業全般について助言をいただいているほか、個別対応としまして在宅医療の実施について検討している医師からの直接の相談対応ですとか、センターとして重点的に支援をすることとしております、モデル地域への派遣について御対応をいただいております。

特に苦小牧につきましては、情報交換会を第１回、第２回と開催をし参加人数も４０人から５０人と増加しております。

画面上でのみ、御紹介させていただきますので、画面を御覧いただければと思います。

こちら、第１回在宅あるある会の開催案内などですが、第１部、第２部と、研修と懇談会を開催しております。

非常に丁寧な、活動報告書がまとめられておまして、草場先生には、研修全体発表、次いで懇談会の中で、医療アドバイザーとしまして、研修の講師、講評を実施されております。

ごく一部の紹介であります、非常に充実した内容で、開催をされております。

それ以外に多職種研修会につきましては、田上さんがコーディネーターとして参加をいただいております。こちらの詳細につきましては、参考資料１－３で添付しておりますので、後程御覧いただければと思います。

６ページ目を御覧ください。在宅医療の先行的な取組を行っている医療機関にヒアリングを実施しまして、これから在宅医療に参入する医師の参考にしていただくため、先進事例集を作成しております。在宅医療のポイントのほか、実際のタイムスケジュールや訪問診療に行く際のかばんの中身など、より実践的な内容となっております。

こちら事例集の実物につきましては、参考資料の１－４に添付してございますので、こちら後程御覧をいただければと思います。

７ページ目を御覧ください。各種研修会の実施についてでございます。昨年度第２回の本委員会で、研修事業にスポットを当てまして、アンケート結果等を報告させていただきましたので、詳細については省略をさせていただきます。

在宅医療の実際を経験する同行研修でございますが、令和３年度は新型コロナの影響があり、実施は延期としておりましたが、今年度、延期した回については既に実施をしております。

８ページ目を御覧ください。人生会議ＡＣＰの普及に向けた研修でございます。介護従事者についても、参加可能としておまして、多数の御参加をいただいております。医療機関としまして、患者御本人の意思決定を確認されていない状態で、意識のない状態で方が、介護施設から緊急搬送されると大変お困りになるということもありますことから、介護との情報共有という点も含め、介護従事者の方も対象として開催をしております。

住民向けの研修につきましては、新型コロナの影響により、中止を余儀なくされているところですが、今年度の実施に向けて、開催報告含め調整をしております。

９ページ目を御覧ください。多職種連携協議会の構成員を対象とした研修を開催してございます。関係する多職種が地域を越えて横で繋がるということを目的に開催をしております。

5 番目に、在宅医療推進支援センターの取組としまして運営協議会、連絡協議会、ワーキンググループを設置しまして、具体的な取組内容について、有識者の方に御協議をいただいております。

10 ページ目でございます。こちらは、道立保健所が事務局となりまして、地域の多職種により構成運営されています、多職種連携協議会につきまして、主な取組を抜粋して記載をしております。

11 ページを御覧ください。多職種、専門職による研修、その他、地域の実態や取組を反映するためにアンケート調査などを実施しております。以上でございます。

【委員長】

はい、ありがとうございました。ただいま事務局より令和3年度の在宅医療推進の取組実績について説明がありましたが、〇〇先生から追加をお願いします。

【副委員長】

事務局の報告、非常にまとまっているかなと思いますが、少し追加しますと、先ほど、画面に出ました苦小牧の取組というのが、私にとっても非常に新鮮です。医師会の中心となる先生方が主体的に、この会を自ら開催されて、そして症例検討、その場には医師以外の、看護師であったり、薬剤師さんであったりソーシャルワーカーさんだったり、多職種の方がともに学ぶ場を設置されているという点で、積極的な活動が展開されているなど感心しているところでございます。

今回いろいろな議論をする中で、一つ面白い点は、医療事務の方が在宅医療の診療報酬を請求することに結構ハードルを感じているという話が出てきました。このように、その地域の中でなぜ在宅医療が浸透していかないかという具体的な理由が対話の中からも見えてくるという展開もありますので、こういったかなり深く、掘り込んだ形で関わることで、私自身もヒントを得られるということがわかりました。こういった会の活動を支援することで、一つのモデルとして、全道的に伝播させるようなことも可能かなと感じているところであります。引き続きしっかり関わっていきたいなと思っています。以上です。

【委員長】

はい、ありがとうございます。そのほかに御意見、質問はありませんか。

私からいいですか。3 ページ目の、地域包括支援センターの機能強化とあります。私、北海道の地域包括支援センターの会長をしているのですが、今、北海道の組織率、地域包括支援センターの加入率が50%を少し超えている段階です。非加入の地域包括支援センターが137、加入が140 ありました。137 のうちの65%が、市町村の直轄です。ですから、道からぜひ働きかけていただきたいなと思いますが、〇〇さん何か追加ございますか。

【〇〇委員】

はい、ありがとうございます。組織率が低いというのは本当にずっと課題でありますので、そこはぜひ、先生おっしゃったように、働きかけをいただければと思います。

また、資料の中でACP普及の研修についても、御報告いただいておりますけれども、やはり介護従事者もそういう意味では、施設入所も意思決定ですし、その後の生活のあり方であるとか、終末期であるとか、そこには地域包括ケアも非常に注目しているところでありますので、ぜひ、その研修の案内も、包括在介協もそうですし、ぜひ色々なところからアピールしていただいて一緒に動かさせていただければありがたいなと思います。以上です。

【委員長】

はい、ありがとうございます。他に質問ありませんか。ないようでしたらこの件に関しては、とりあえず、終了します。

次に議題の（２）北海道医療計画令和３年度在宅医療の提供体制の進捗状況及び評価案について事務局より説明をお願いします。

**議題（２）ア 北海道医療計画（H30～R５年度）【R３年度】在宅医療
の提供体制の推進状況及び評価等（案）について**

【事務局】

北海道医療計画在宅医療提供体制の推進状況及び評価でございます。

各事業の個別実績につきましては、資料３－２、資料３－３を用意してございますが、そこから、医療計画に設定をしております、数値目標を概要版で御説明をさせていただきます。

２枚目を御覧ください。在宅医療提供体制の数値目標に対する実績でございます。順番に説明をさせていただきます。

まず訪問診療を実施している医療機関数でございますが、先ほどのKDBのデータ分析にもございましたとおり、減少傾向となっております。目標に対する進捗率は74.4%でございます。評価点は、今年度から一律のルールを設けまして、進捗状況の、10%未満を切り捨てた数値を右側に点数として記載をしております。こちらは74.4%、評価点は70点でございます。

次に、機能強化型の在支診又は在支病がある圏域につきましては、21圏域の目標に対し、12圏域となっております。こちらは前年度から変化がなく、ある圏域につきましても、同じ圏域があるという状況になってございます。こちら進捗率57.1%でございますので、50点となっております。

３番目に、退院支援を実施している医療機関でございます。こちらは退院困難な患者に対する退院調整加算を算定している医療機関のある圏域でございます。こちらすべての二次医療圏に設置をしておりますので、100%、100点となっております。

４番目に、在宅療養後方支援病院のある二次医療圏でございますが、こちらは、10ヶ所ということになっておりまして進捗率47.6%。40点でございます。

また、在宅療養後方支援病院につきましては、全道で総数24病院という状況でございます。二次医療圏別では札幌が内13、南渡島と上川中部が2病院。後志、中空知、北空知、西胆振、日高、遠紋、十勝が各1病院となっています。

５番目、在宅看取りを実施する医療機関でございますが、看取りに関しては在宅ターミナルケア加算、看取り加算を算定している医療機関でございます。こちらは19圏域ということで、前年度と同じ内容となっております。

その下でございます。24時間体制の訪問看護ステーションでございます。こちらは、令和２年度実績では20となっております。先ほど御説明申し上げました通り、南檜山が、令和３年度から松前町に1ヶ所設置しておりますので、現状は、21圏域となっておりますが、こちらは令和２年度の実績でございます。

その下でございます。歯科訪問診療を実施している医療機関数は、すべての二次医療圏に設置をしておりますので、進捗は100%、100点となります。

その下、訪問口腔衛生指導を実施している診療所、病院につきましては、減少をしております。前年度実績では、留萌圏域以外の20圏域に設置されていましたが、令和２年度実績で

は、留萌に加え、南檜山、北空知、遠紋以外の 17 圏域となっております。

ただ、これまでも南檜山、遠紋は各 1 ヶ所。北空知は 2 ヶ所の実施ということで。提供している医療機関数が少なかったというような状況もございます。

その下でございます。訪問薬剤管理指導、居宅療養管理指導を実施する薬局につきましては、計画策定時からかわらず、すべての二次医療圏に設置されておりますので 100 点となっております。

その下の訪問診療を受けた患者数につきましては、資料 1 のグラフの通り、全道では増加をしております。こちらは 89.1%、80 点となっております。

最後、在宅死亡率につきましては、人口動態統計により確認をしております。全国平均 24.9%に対しまして、北海道が 15.9 と全国平均を下回っております、評価点は 60 点となっております。

参考に北海道で亡くなる場所として最も多いのは、病院となっております、78.5%と。これは全都道府県で最も多い数値でございます。全国平均は 68.3%でございますので、約 10%上回る状況でございます。

この下の欄外でございますが、評価点の合計、項目数で割り返しまして、評価点は 78 点となっております。

1 枚おめくりいただきまして、左側、先ほどの評価点 78 点は 4 段階中の 3 番目に当たり、一部に努力を要するとしております。

参考に、昨年度実績を今年度の評価に当てはめますと、77 点になりまして、同じく一部に努力を要するとなりますが、わずかでありますが増加をしている状況でございます。

真ん中に、評価理由がございまして、訪問診療を提供する医療機関数が減少しているということ、計画の目標値を下回っているという状況から、引き続き、実施医療機関数を増やす取組を進める必要があるものです。

右側の、課題と今後の取組方針でございますが、地域ごとの課題、資源や人口や世帯構造は大きく異なりますことから、住み慣れた地域での生活を継続するためには、地域の事情に応じた取り組みを行う必要があるということを踏まえまして、以下 7 項目について記載をしております。

上から地域の事情を把握するためのヒアリングなどによる課題を把握、分析、次に在宅医療を担う医療機関、訪問看護ステーションの拡大に向けた各種研修会の開催や、連携強化を目的としたネットワークシステムの構築について、補助金による支援、次に多職種連携協議会の取り組みによる、連携体制の構築、次に、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、介護支援専門員向けの研修につきましては、各関係団体も皆様と連携しながら取り組むとしていきます。

さらに人生会議の普及に向けた研修会の開催。

最後に、関係の皆様との定期的な協議の場として、引き続き本委員会を開催し検討するとさせていただきます。

以上で概要版による、御説明を終わらせていただきます。各担当課による個別取り組み実績につきましては、冒頭申し上げましたとおり、資料 3-2、3-3 に記載をしておりますので、後程御覧をいただければと思います。以上でございます。

【委員長】

はい、ありがとうございます。

ただいま事務局より、北海道医療計画令和 3 年度在宅医療の提供体制の進捗状況及び評価について説明をいただきましたが、御質問や意見はありませんでしょうか。〇〇先生どうぞ。

【〇〇委員】

医療計画の目標数値はもうすでに決まっているものですので、目標を今から変えるというわけではないですが、薬局の場合、やはり今現状で二次医療圏に在宅の算定のある薬局が1件でもあれば、達成というのは、二次医療圏を1件の薬局でカバーするというのはやはり現実的ではないので、100点いただいているのはありがたいのですが、間違いなく今後もずっと100点であり続ける部分だと思いますので、次の8次の医療計画ではやはりちょっと評価の方法をもう少し実態が見える評価とすることに、検討していかなければいけないかなと思います。

すでに国での医療計画の策定の中では、新しく地域連携薬局というのがこの在宅医療にとって中心となる薬局というふうに重きが置かれているところがありまして、例えば、二次医療圏の中で新しくできた地域連携薬局が存在しているのか、という指標にするとか、もう一歩進めて、第一次医療圏、ほとんど市町村ごとになると思いますが、またそこで、薬局がどの程度カバーできているかというような、何か新しい指標というのは、この場でやるわけではないと思いますが、今後の検討としてぜひお願いしたいと思いますので、よろしくお願いいたします。以上です。

【事務局】

はい、ありがとうございます。目標数値につきましては、次の医療計画に向けまして、検討をさせていただきます。

単位につきましては、在宅で参りますと、先ほど資料1にございましたとおり、北海道独自の地域単位というものもございますので、そういったものを、活用してよりその実態に近づけるというようなことも考えながら、御相談させていただきますのでよろしくお願いいたします。

【〇〇委員】

よろしくお願いいたします。ありがとうございます。

【委員長】

はい、〇〇さんどうぞ。

【〇〇委員】

同じような意見になりますが、訪問看護ステーションにつきましても、達成率90点ということで、高くはなっていて、圏域に1つあれば良いという形のものになってくるかと思いますが、実際に北海道が推計した訪問看護ステーションの従事者数は、2025年に4752人と推計されておりまして、そこには到達しないような形になっているということ、先ほどお話した参考資料1-2で、各保健所の方にヒアリングした結果を見ますと、かなり24時間体制の方も看護師の確保、それと根室では、サブステーションになってしまうなど、道内ではステーションの機能が充分ではないところが散見されている実態がありますので、その実態に即した形での計画が今後必要になると思っております。

また、人員の確保に対しての取組というところの数の確保もありますけれども、質の確保という部分で、今、看護の方では、特定行為研修を終えている訪問看護師さんも増えてきていますので、そういった技術の向上により、地方でがん治療への様々なケアができるような看護師を養成することで、訪問看護ステーションの方もドクターの指示を受けながら、何とかやっていけるような体制づくりができると思いますので、質的なものも含めた評価指標を今後検討いただけたらありがたいと思っていますので、よろしくお願いいたします。以上です。

【委員長】

はい、うなずいておりますので大丈夫だと思います。〇〇先生御意見ありませんか。

【〇〇委員】

ありがとうございます。

特に北海道は非常に広域でそれから過疎化も進んでいまして、これから一層在宅での療養というのが重要かと思いますが、一つ、縦の連携、この度、在宅療養支援病院、それから、在宅療養支援診療所。おそらく地域の在宅だけで完結するというのがなかなかできる場合とできない場合があると思いますが、主に在宅で時々入院、入所というようなことを上手に活用していくためには、最初の資料にもございましたように、支援診療所と支援病院との縦の連携も地域包括ケアシステムを完結していく、充実させていくのにはとても重要なのかなと感じております。

それからもう一つ多職種連携で、在宅に関わる看護師さん、それからドクター、それから、多職種の方々。在宅のカンファレンスなんかを重ねてくと質も上がり、中身も充実すると思いますが、在宅の療養については、専門性といいますか、そういうのがこれから必要になるのかという感じがしておりました。そういうのが、これからの取り組みに盛り込まれていただければいいかなと思います。意見や感想のような話で申し訳ありません。

【委員長】

はい、ありがとうございます。〇〇先生御意見ありませんか。

【〇〇委員】

いろいろ資料を見させていただいて考えることがありましたが、まず、地方と都市部でかなり在宅支援の取組が増えてきていいことと思うのですが、実態的にはやはり関わる人の数が地方では少ないというのが現状です。

訪問看護ステーションとか訪問看護師さんが増えているのはいいと思いますが、逆に地方の病院の看護師は今どんどん少なくなって、どんどん高齢化もしているのが現状で、やはり病院の支援ということもなかなか逆にできなくなっているという現状もあると思うので、在宅が進まない裏にはやはりその人の問題というのはあるのかなと感じました。

足寄町では今、実はケアマネジャーが少ない現状があります。病気になられたり、高齢化されたりということもあって、その代わりになるケアマネジャーを探そうとしてもいなくて、結局役場の保健師さんが、地域包括の中でやっていただくとかありますけど、なかなか追いついていかないというような現状も実際あったりします。

訪問看護師さんも、足寄町は本別のサブステーションでやっていますが、2人体制で何十件とやっていて、がんとか認知症の患者さんの1人に係るケアがすごく大きくなってきている中で、かなり過重な状況になっているのかなというのがありますので、何か人をうまく分配できるようなシステムということも、今後考えていただけるとありがたいと思います。モチベーションの高い人はどんどん増えてきている状況もありますし、ドクターの中にも在宅やりたいという人が増えてはいると思うのですが、上手くそれが回るようなものがあるといいなと思います。

あともう一つ、足寄はほんと広いのですが、冬場になると、山奥の中にやはり30分以上かけて行くんです。一度外に出てしまうと1時間かけても1件しか回れないというような現状があります。場合によっては山奥ですから冬場で大雪が降ったりすると全然到達できない時もあります。

今、ICTも普及していますので、例えば何か、オンラインとかでもできるような、訪問の

あり方を先進的にやっているようなところがあれば、紹介していただくとか、負担を軽減できるようなシステムを考えていただけるとありがたいなと思います。以上です。

【委員長】

はい、ありがとうございます。参考になると思います。〇〇先生、御意見ありませんか。

【〇〇委員】

在宅医療っていうのはあまり思った以上に爆発的に増えてないですね。先ほどの資料でも、富良野では提供量が減っていると。それは医師が高齢化して、閉院とかではないかというような御意見あったと思うんですけど。

ですから、ある程度もう 60 代になってくると、在宅をそこからやると無理なので、もう少し若い医師とか学生に対する在宅医療の講義とか講演、説明とかそういうものはあったでしょうか。教えてください。

【副委員長】

私の知る範囲では、ここ 10 年ぐらいの取組としては、在宅医療については医学部の講義の中でも、地域包括ケアなどと繋がった形で講義の対象になっているとは聞いております。

ただ、それを扱う部門が大学のどこかというのが非常に難しく、総合診療分野でジェネラリストがいるような講座があれば、そこが担当できるのですが、その意味では今ひとつ、導入されてもまだ低調であるという話も聞きます。

あとは地域医療実習が、増えてきていますので、地域医療実習で地域に行った時に、その先で訪問診療に触れることができた学生さんは、結構在宅医療というものに関心を持つと聞いています。

それも必ずしも全ての学生さんが配置されるわけではないので、偏りが結構あると聞いています。まだまだ在宅医療の医学教育は不足しているのかなと個人的には思っているところです。以上です。

【〇〇委員】

どうもありがとうございます。私事ですが、息子がちょうど札幌医の 5 年生で盛んに実習に行っているところなんですが、どの病院に行ってきたという話は聞くのですが、在宅の話は 1 回も聞いたことがないので、その辺どうなっているのかなと思った次第でございます。どうもありがとうございます。

【委員長】

〇〇さん、御意見ありませんか。

【〇〇委員】

先ほどの医療計画のところの評価の部分につきましては、なかなか感想言うのも少し難しいというか、現状維持でも点数高かったり、一見、現状値、目標値に対して、実績が上がっているのにちょっとパーセントが低かったりっていうことでなかなか難しいのかなというところを感想として持ちました。

あとはこの前の会議でもそうでしたけど、人生会議の普及という部分。医療の方でやられておりましたが、福祉の側も、そういう研修にまぜていただくということでもいいのかなと思いました。福祉の側でも、意思決定支援ということで、少し丁寧に取り扱うというか、対応するというか、そういうことがちょっと必要になってくるような気がしております。

これは本会のほうでも福祉職員に対する研修を多数取り扱っているものですから、ちょっと医療の方々のアドバイスもいただきながら、この分野への企画実施にチャレンジしたいなというのを、先ほどのお話のところで感じました。以上でございます。

【委員長】

はい、ありがとうございます。〇〇さん、御意見をお願いします。

【〇〇委員】

はい、評価に関するところは私もそうだと思いますながら皆さんの意見を聞いていました。

前半の資料1とか2のところでの話になってしまいますが、1人の医師がどれぐらいの件数を持つかって個人差があるのかなと勝手に思ったところがあります。ですから、体力や時間の問題とか、また事業所の大きさ。要は医師が1人よりも3人とかのところの方が、相対的に件数持ちやすいのかなと思いました。そうすると、評価やまた今回のこの話の全体的な話ですが、北海道っていう広域的なところを評価するときに、今のような事業規模とか、個人の意思のあり方とか年齢とか、これは訪問看護にしる、私たちのケアマネージャーにしる、そういったのが、どうやら数字に表れてしまうのだなと思った次第です。

なので、理想的なのはその圏域ごとに、ある程度中核的な病院とか中核的な在宅の機関とか中核的なケアマネージャーの事業所とか中核的な訪看とか、そういったステーション的なところがやっぱり全道単位で見て作っていかないと、人の枯渇とか、そのパワーの配分とかの難しさっていうのがあるのかなと思って聞いていました。

特に質問ではありませんが、北海道は改めて大きくて、地域差や人の差というものがあるんだなと思って聞いていました。すいません、感想までです。

【委員長】

はい、〇〇さん、御意見をお願いします。

【〇〇委員】

はい、北海道医療計画の方の数値目標の部分だったのですが、今までずっとお聞きしていて、やはり二次医療圏単位での病院の数ですとか、訪問看護ステーションの数ですとか、そういうところに現状置かれていて、100%とかもうちょっと少ない数字のともありますけど、先ほどのお話を聞いていると、単純にやっぱり施設の数だけじゃなくて、そこに勤務するドクターの数ですとか、訪問看護師さんの数ですとか、人口単位と合わせてもいいのかもしれないけど、やっぱり質的な評価をもう少し盛り込んでいただいた方が、全体像として見えてくるものがあると思います。目標100%ではなくて、もうちょっと足りないっていう話になるでしょうから、そこがわかるような形にぜひ修正いただけた方が今後の考え方としてより皆さんが理解しやすい形をつくれるんじゃないかなというふうに思いました。

【委員長】

はい、ありがとうございます。〇〇先生、御意見をお願いします。

【〇〇委員】

ありがとうございます。北海道医療計画のとこなんですけども、第3章第12節在宅医療の提供体制の数値目標等っていう説明がございましたけど、下の方に訪問口腔衛生指導を実施している診療所がある二次医療圏数ってあるのですけど、目標21に対して17医療圏っていう結果が出ています。これ南檜山、北空知、留萌、遠紋地区で訪問衛生指導が算定されていないとい

うことですが、これはイコール、歯科衛生士がいないということですよ。訪問診療はしても、治療できても、訪問衛生指導がされていないということです。訪問診療に関しては、治療もちろん必要ですけど、口腔ケアなどの衛生指導がとても大事な部分です。ドクターがやっても指導料は算定できない。衛生士がいないと算定できないということなので、とても問題だと思いますね。

衛生士に関しては、二極分化されていて都市部にはたくさんいますが、まだまだ地方には衛生士がいないということなのですよ。この数値から、全道くまなく衛生士が配置できるような体制作んなきゃいけないというふうに感じました。

【委員長】

はい、ありがとうございます。最後に〇〇先生、大まとめをお願いします。

【〇〇委員】

今の皆さん方が言っていることはすべてまともなことで、正しいと思います。

ただ言っているのは問題点、人が足りない、質がどうだという話ですが、私たちは評価するためだけに参加しているのかと考えたときに、少し違うなと思っております。

例えば今、北海道病院協会では、へき地の診療所に対して、少し余裕があったり、リタイアした医師が応援に行くという事業をしています。

今、訪問看護の少ない地域があるから、どうするとか、いろいろあると思いますが、例えば人が足りなくて困っている地域がある。一方、余っているとは言わないけども、ちょっと余裕がある地域がある。であれば、余裕ある地域からないところへ、何かの形で応援にいけないか。あるいは各職種団体が、そういうことに協力できないか。そういう議論をしてもいいのではないかと思います。私たちはいろんな物事、実態をきちっと見て評価する。続いてそれに対して提言すると同時に私たちが何ができるかという議論に持っていけたらと思いました。

これだけいろんな方々、多くの団体が集まっているので、議論だけでなく、実際に行動に繋がればいいなと考えております。以上です。

【委員長】

はい、ありがとうございます。それではこの件に関してはよろしいでしょうか。

では次に議題の（２）令和４年度北海道在宅医療推進支援センター事業について、事務局より説明をお願いします。

議題（２）イ 令和４年度北海道在宅医療推進支援センター事業について

【事務局】

資料４に基づきまして、令和４年度在宅医療推進支援センターの事業について御説明をさせていただきます。

資料２ページ目を御覧ください。今年度につきましても、北海道医師会様、北海道総合研究調査会様のコンソーシアムに受託をさせていただいております。こちらのリーフレットで、センター事業の取り組みについてはＰＲをさせていただいております。

事業内容につきましては、前年度から引き続き実施する取り組みと、今年度、新規に取り組むものがございますので、個別内容につきましては、次のページ以降、御説明をさせていただきます。

３ページ目を御覧ください。１番の現状課題分析でございますが、ＫＤＢデータからも、地

域により、患者数や提供量の差が大きいという状況がわかっておりますので、実際に関係機関に取材を行い、数字だけでは見えてこない実態について引き続きヒアリング調査を行うとしてございます。

2番の医療アドバイザーの派遣についてですが、各地域の在宅医療提供体制を強化するため、専門的な知見による助言やフォローアップをいただくものでございます。医療アドバイザーには引き続き草場先生にお願いをさせていただいております。

重点的に推進するモデル地域に、引き続き羊蹄地域を設定しているところでございます。KDBデータからも、羊蹄地域は他の地域と比べまして、訪問診療件数が少ない状況でございます。羊蹄地域の医療機関によっては、医師を招聘する際に、とにかくいていただければいいということで、外来も実際には短い診療時間でしたり、そういった先生に、院外に一步出ただき、在宅医療を実施していただくということも必要になってございますので、地域の関係作りを含めたアプローチも必要と考えてございます。

4ページ目を御覧ください。3番の、先進事例集の作成でございます。こちらにも引き続きの実施でございまして、道内外の先行的な取り組みについて取材を行いまして、先ほど御紹介させていただきました事例集に追加をし、充実を図って参ります。

4番でございしますが、各種研修会を引き続き開催をして参ります。医師の在宅医療への心理的ハードルを下げ、参入を促すことを目的としております。KDBデータからも訪問診療件数の増加は、これまで提供されてきた医療機関がより頑張って提供されてきたことが大きいという部分がございますので、裾野を広げるためにも、まずは興味を持っていただくと。基礎的な知識から実践的な内容まで段階的な内容としております。

先ほど御意見いただきましたとおり、より若い先生にも、参加していただけるように、工夫をさせていただければと思います。基本的には参加しやすいように、オンライン開催としまして、当日参加できなかった場合でも、後日、動画を御視聴していただけるということを検討しています。

5ページ目を御覧ください。研修の続きとなっております。

(2)でございしますが、在宅医療に実際に同行し経験をする研修としまして、同行研修でございしますが、昨年度、申し込みいただきましたが、コロナで実施できなかった回については、今年度実施をしてございます。

次に(3)人生会議ACPについてですが、人生の最終段階の意思決定につきましては、今年度から在支病、在支診の施設基準に追加されるなど、重要性、注目をされておりますので、こちらについても、引き続き実施をさせていただきます。

ACPの住民向け研修につきましては、普及啓発が必要となっておりますが、開催地域の先生に、講師になっていただき、地域の住民の皆様のお心なども踏まえた、お話をしていただくということで、より実効性のあるものを実施と考えてございます。

次に各地域の取り組みが活性化することを目的に、多職種連携協議会を構成する委員や市町村や保健所職員向けに、連携の仕組み作りについて研修を開催するとしてございます。

最後6ページ目を御覧ください。今年度、新たな取り組みでございまして、在宅医療推進支援センター専用の、Webサイトの立ち上げでございまして、こちらでは各種研修会の資料や動画、先進事例を公開するほか、在宅医療に関する質問を受け付けるなど、北海道の在宅医療はここを見ればわかるということを目的に進めて参ります。

こちらホームページは準備ができ次第、今年度中に公開を予定しておりますが、道のホームページからもリンクを貼るなど、周知ですとか、まず触れていただけるように工夫をして参りたいと思っております。

こちらの活用実績などアクセス条件につきましては、今後の小委員会等でも御報告をさせていただきます。以上でございます。

【委員長】

はい、ありがとうございます。ただいま事務局から説明がありました議題の（２）イ 令和４年度北海道在宅医療推進支援センター事業について説明がありましたが、補足で〇〇先生よろしくをお願いします。

【副委員長】

令和４年度は、もうすでに始まっているわけでございますけども、令和３年度で一つ方向性が見えたかなということで、各地域の先進事例が見えてきたということがありますので、これを引き続き探索していくというのと、あとは在宅に参入する敷居をとにかく下げるための、具体的なノウハウを、各種研修会の中でしっかり提示していきたいと考えています。

そして、関心をお持ちになった地域のドクターあるいは医師会などがありましたら、そこにしっかり密着した形で、アドバイスを提供していく。こういった流れで、本当に地上戦というか、１個１個の地域に目を向けながら丁寧に支援をするということしかないだろうと思っています。その原則に則って、令和４年度も推進センターの活動を推進していただきたいというのが、私自身の考えです。以上でございます。

【委員長】

はい、ありがとうございます。先ほど〇〇さんから出たＡＣＰに関して、社協の方々も、こういう研修会に参加できるような形になりますか。

【副委員長】

こちらの方は、一緒に参加いただける形になるかと。社協さんの方の独自の研修会がすでにもう運営されている感じでしょうか。そういうわけではないのでしょうか、ちょっと状況が、私もまだ見えていないですけど。

【〇〇委員】

よろしいですか、〇〇です。現在は私どもで取り掛かっている部分はまだないです。まだ検討中というか勉強途上ということで、先ほど発言させていただきました。

【副委員長】

でしたらもう、ぜひ声をかけていただいて、地域が限定されている部分が幾らかありますけども、その地域地域の社協さんに入っていただくというのは地域にとって現実的な普及啓発になるかなと思いました。

【〇〇委員】

ありがとうございます。

【委員長】

はい、ありがとうございます。そのほか質問や御意見ありませんか。はい、ないようでしたら全体を通して御意見、質問があればお願いします。

ないようですが、先ほど〇〇先生がおっしゃったことはすごく大事なことでと思います。やっぱりそれぞれの団体の方が持ち帰ってやはり団体として何ができるかということを考えていただき、そしてそれを北海道医療計画の中で生かしていきたいというふうに思いますので、ぜひよろしく願いいたします。最後にその他として事務局から何かありますか。

（特になし）

はい、それでは以上で本日の議事をすべて終了いたしました。事務局から次回の開催案内をお願いします。

【事務局】

はい、事務局でございます。皆様の長時間の御議論、お疲れ様でございました。

また、委員長におかれましては円滑な進行を務めていただきまして、誠にありがとうございます。

次回の在宅医療小委員会日程でございますが、また追って事務局から御連絡を差し上げたいと思います。以上でございます。

【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。本日は御協力、誠にありがとうございました。