

地域医療確保対策調査特別委員会会議記録

地域医療確保対策調査特別委員会委員長 佐藤 ケイ子

- 1 日時
令和2年4月15日（水曜日）
午前10時2分開会、午前11時46分散会
- 2 場所
第3委員会室
- 3 出席委員
佐藤ケイ子委員長、武田哲副委員長、高橋はじめ委員、郷右近浩委員、千葉秀幸委員、
千葉伝委員、高橋こうすけ委員、工藤大輔委員、佐々木朋和委員、飯澤匡委員、
斉藤信委員、工藤勝子委員
- 4 欠席委員
なし
- 5 事務局職員
藤根担当書記、佐々木担当書記
- 6 説明のため出席した者
一般社団法人岩手県医師会 常任理事 本間 博 氏
- 7 一般傍聴者
なし
- 8 会議に付した事件
 - (1) 調査
岩手県医師会の在宅医療への取組
 - (2) その他
 - ア 委員会県内調査について
 - イ 次回の委員会運営について
- 9 議事の内容

○佐藤ケイ子委員長 ただいまから地域医療確保対策調査特別委員会を開会いたします。
まず、委員会を開きます前に、当委員会の担当書記に異動がありましたので、新任の書記を御紹介いたしたいと思います。

藤根担当書記。

佐々木担当書記。

これより本日の会議を開きます。

本日は、お手元に配付いたしております日程のとおり、岩手県医師会の在宅医療への取組について調査を行いたいと思います。

本日は、講師として一般社団法人岩手県医師会常任理事の本間博先生をお招きいたして

おりますので、御紹介いたします。

○本間博参考人 今日はよろしくお願いいたします。

○佐藤ケイ子委員長 本間先生の御略歴につきましては、お手元に配付しております資料のとおりでございます。岩手県高次救急センター助手を皮切りに数々の役職を担っておられまして、現在在宅医療の分野で地域医療を先導的に取り組まれていらっしゃいます。

新型コロナウイルス感染症対策ということで、医療関係者全体が大変な状況になっているところがございます、本間先生も御多忙中のところ本当にありがとうございます。

これから講師のお話をいただくことにいたしますが、後ほど本間先生を交えての質疑、意見交換の時間を設けておりますので、御了承願います。

それでは、本間先生、どうぞよろしくお願いいたします。

○本間博参考人 岩手県医師会の本間でございます。日頃、委員の方には、岩手県医師会の業務、活動に関して、御支援、御協力をいただきましてありがとうございます。また、本日はこのようなプレゼンテーションの場を設けていただきまして、心より感謝申し上げます。1時間弱ですけれども、新型コロナウイルス感染症のこともございますので、あまり話が冗長にならないように、かいつまんで申し上げたいと思います。

お手元の資料にもございますとおり岩手県医師会の在宅医療への取組と題しまして、岩手県医師会がどういうことをしているのかの要点をお話しさせていただきます。

まず、この在宅医療とは何なのだろうかということですが、医療の分類にはいろんな分類があると思います。急性期の医療、慢性期の医療、既存の医療、先端医療などは患者さんから見た分類の方法でして、外来医療は通院してくる、入院医療はベッドで療養する、それから在宅医療は逆に医療者が患者さんの御自宅、あるいは療養している施設に赴いて医療をすることです。

この在宅医療にかかわらず、いま私たち医療者が基本として考えなければならないことなのですけれども、少子化の進展によりまして、労働力人口の減少、給与水準の低下、保険料負担の増大、このような中でどうやって若年世代の負担を減らし、社会保障制度を守っていくか。また、単なる寿命ではなくて健康寿命を延伸して、高齢者が元気で活躍できる社会へ持っていくことが私たち医療者が常に考えておかなければならないことだと思います。

在宅医療は医療者が赴くわけですので、これを訪問診療という言葉で表しております。では、往診と訪問診療は何の違いがあるのか、私たち医療者も混同して話をしているので、患者さんの方でも、私がずっと訪問しているのに、今度往診日はいつですか、という話をされますので、なかなか理解しづらいのですけれども、この表をごらんになっていただければと思います。ポイントは、基本的性格が、往診は患者さんからの求めにより赴く、求めがないときは行かないということでございます。それから、在宅患者訪問診療とは、医療機関で計画を立てて、それで患者さんを尋ねて、何日の何曜日、何時頃に行きますかというので診療が成り立っています。あとは加算とか、基本診療料の併算と

かいろいろありますけれども、これは細かいことで、基本的性格だけをきちんと頭の中に入れていただければ往診と訪問診療の違いがよくわかると思います。

算定点数、金額なのですからけれども、往診料が 720 点、7,200 円です。それから、在宅患者訪問診療料が 888 点、8,880 円で、消費税率の変更により半端な点数になっております。往診と訪問診療とでどっちが高いのかというのは、これにいろんな状況によって管理料などが入ってきますので、一概には言えません。ただ、医師が赴く行為についての評価がこうなっています。

昔はあまり在宅医療という言葉はなかったのです。往診という言葉ぐらいしかなかったと思うのです。在宅医療の変遷というちょっと仰々しい言葉でくくってみたのですけれども、さかのぼること 1981 年に往診料が点数化されました。その当時の点数は何点だったかちょっと記憶にないのですけれども、それまでは特に往診料というものはなくて、それぞれの医療機関で、例えば再診料とか管理料に近いから、500 円とか 1,000 円いただくとか、そういう感じで算定されたと思われまます。その 5 年後、1986 年にかなり高齢化率が高まりまして、在宅医療ということが頻繁に言われるようになりました。前は往診料でくくっていたのですけれども、やはり往診とはちょっと性格が違うということで、訪問診療が点数化されました。続いて、2 年後、1988 年には看護師が赴いた場合の訪問看護も点数化されました。その 4 年後、1992 年にいろいろな管理料があるのですけれども、振り返ってみればこういう言葉が妥当なのかどうかよくわかりませんが、寝たきり老人在宅総合診療料という言葉で、すっかり寝たきりの方、半分寝たきりの方、ちょっと歩けないという方もいらっしゃるのですけれども、こういう言葉が訪問診療に関する管理料に用いられるようになりました。その 2 年後、1994 年に在宅時医学総合管理料、普通の診療ですと特定疾患療養管理料があるのですけれども、それと普通の外来診療と在宅診療の裏腹ということで、このような管理料にされました。それから、2000 年には救急搬送診療料ができ、これは在宅医療とは特別関係はないのですけれども、これは何かといいますと、例えば自院にとっても手の施せない患者さんがいらした、あるいは診療中に具合を悪くされて、心電図を撮ってみたら、心筋梗塞であり、開業医では手に負えない場合に、医師が消防署の救急車と一緒に乗って、いろいろな処置をしながら、例えば高度医療病院の岩手県立中央病院や岩手医科大学附属病院に行くことも点数化されました。これは、私たちはかなり気をつけて、そういった場合に医師の処置が十分であったかどうかということが、後で、医事紛争とまではいかないまでも、患者さんとのいろんなトラブルになる場合があります。やはり最善を尽くすということで、医師会としても会員の先生方に、自院でそういうことがあった場合には、外来診療をやめていくのは大変かもしれないけれども、そういうことでぜひ乗って行くべきというお話をしております。2006 年には在宅療養支援診療所、これは病院もあるのですけれども、在宅医療に対して本格的に取り組む在宅療養支援診療所に対しての評価は、これを申請していない医療機関に比べれば、少し高くなるということで、点数の階層化が出ました。

在宅医療を受ける患者さんの動向でございます。これは、厚生労働省の資料をコピーしたものでございます。ごらんとおり高齢者の増加に伴い、訪問診療を受ける患者さんは、近年大幅に増加しております。往診は横ばいです。右の表をごらんになりますと、これは当たり前のことですが、訪問診療を受ける患者さんの大半は75歳以上の高齢者でございます。ただ、忘れてはならないのは、子供さんでもかなり重症な病気にかかっている方が一定割合でおり、その数も微増傾向にあります。

死亡場所の推移でございます。これは、委員の方もいろんな会議でごらんになっているのではないかと思います。最期をどこで迎えたいかということなのですが、できれば自宅という方が大半でございます。ただ、現実には右の表のとおり、今から四十数年前は御自宅で亡くなる方が死亡者の8割でございました。2000年頃から自宅死が1割強となりまして、病院、診療所問わず医療機関での死亡が8割ぐらいとなりました。これを示したのが右の表でございます。どうしてこうなったのかというと、やはり高齢者がふえて若い人が少ない。つまり御自宅で面倒を見てくれる人が少なくなってきたからだと思います。

医療機関での死亡割合を海外と比べてみます。日本は、大体8割が病院、診療所でみとられている。フランスが6割、米国が4割程度でございます。それから、医療の先進地域であるオランダでは3割以下となっております。それぞれの国の事情があるようで、一概にこの比較はできないかもしれませんが、日本はやはり医療機関での死亡割合が国際的に見ても高いということでございます。

在宅医療体制支援事業について少しお話をしたいと思っております。これは、岩手県の事業で、事業概要は記載しているとおりでございまして、平成30年度事業としては郡市医師会が実施する研修の企画支援を実施し、全県を対象とする県委託研修としましては市町村職員の研修、小児在宅医療研修、それからACP（アドバンズ・ケア・プランニング）、人生会議と言われている講演会の受託実施。胆江圏域、胆江というのは胆沢地区、江刺地区における在宅医療に取り組む医師への支援のモデル事業の実施調整でございます。

それと関連しまして、岩手県医師会における取り組みの内容についてですが、平成26年10月に、岩手県医師会から岩手県へ提案を行いました。これに基づくものは医療介護総合確保推進法でして、これは平成26年6月の公布でございます。これは、団塊の世代が75歳以上になる2025年を視野に、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築や地域包括ケアシステムの構築といった課題に対応していく法律でございます。

地域医療介護総合確保基金の設置については、県が医療、介護の事業計画を国に提出し、国、県で予算化しまして、市町村や医療機関等に事業費を交付するものでございます。岩手県医師会では、平成26年度医療分で基金に申請しまして採択されました。事業区分は居宅等における医療提供に関する事業、事業名は有床診療所等機能強化事業でございます。その内容は、在宅療養支援診療所として病床の常時確保、連携医療機関との調整で、疲弊している有床診療所、無床診療所も入るわけでございますが、これにおける週末の休みにかかる際の医師、看護師の確保といったことでございます。

平成 27 年度に岩手県が在宅医療体制支援事業補助金として予算化を行い、対象を診療所、病院に拡大して事業を実施することとなりました。まず岩手県医師会では、在宅医療・地域包括ケア推進準備会の設置を行いました。目的は、県内で在宅医療がどのように実施されているかという実情把握、それから在宅医療を行っている医師の休日なのですけれども、これは一人で頑張っている先生方もおりますし、何人かでグループを組んで頑張っている方もおりますが、それは大変だろうといった場合に気軽に代診できるようなシステムが必要ということで、実態と課題を把握し、平成 28 年 1 月末に第 1 回委員会を開催しました。

その後、岩手県医師会の私を含めた在宅医療に関係する役員と岩手県保健福祉部長寿社会課の方々に先進地視察を行いました。まず、初めの 2 月末には静岡県医師会、名古屋市医師会を訪問し、どういうことをしているのかということなどいろんな説明を受けました。岩手県と人口構成、医師数も違いますので、県によって随分違うということを確認しました。印象深かったのは、岩手県に比べるとかなり先進的なことをしているのですけれども、会員の先生方の取り組み意欲はどうなのでしょうかと聞いてみました。そうしたら、やはり案の定、やる人はやる、やらない人はやらないと両極端に分かれるということでございました。これは岩手県においても同じです。ですから、先進県といたしましても、基本のところはあまり大きく変わらないという印象を受けて帰ってまいりました。ただ、いろいろな工夫点がそれぞれの医師会にあり、非常に参考になりまして、岩手県医師会の取り組みの参考にさせていただいております。3 月には京都府医師会を訪れ、これも大体同じような状況でございまして、いろいろ学ぶ点がございました。

県内の岩手医科大学附属病院を除く 764 医療機関のニーズ調査を行い、485 機関より回答がありました。内訳は 92 病院、672 診療所で、回答率は 63%でございます。485 機関のうち在宅医療を実施している医療機関が 4 割ですが、これは非常に幅広くやっている医療機関と、1 例、2 例やっているような医療機関も含まれますから、医療機関によってさまざまです。今後訪問する患者人数の増加見込が 32 件、減少見込が 13 件、現状維持が 51 件、患者人数はよくわからないという医療機関が 66 件で、内容も見ますと、スムーズに積極的に旺盛に取り組んでいる医療機関は少ないことが分析の結果でわかっております。

在宅医療の実施において苦労していることは、在宅医療に対応する時間の確保です。私も実際、いま外来診療の傍ら、在宅の患者さん 30 人、40 人ぐらいのところ、夜、休日、土曜日の午後などの時間を使って行っているのですけれども、外来診療が忙しいと夜遅くなってしまうということもあります。医師が複数いる医療機関であればいいのですが、私の場合 1 人でございますので、1 人で動かなければならないものですから、在宅に行けば外来はストップするということになります。

在宅医療に取り組んでいる全ての医療機関が 24 時間体制で行っているというわけではないのですが、最期までみとるとなりますと、夜や深夜だから診ないということは言えないのが現実になってきます。私は今まであまり大病もせずにきましたので、何とか乗り切ってきたのですけれども、いろいろな病気を抱えながら医療に取り組んでいるドクターも

おります。また、日中の診療が非常に忙しく、さらに深夜対応するのが大変というのは本音だと思います。

それから、緊急時に入院できる病床の確保は、なかなか難しいです。私も非常に苦勞しています。例えば高齢者が多いものですから、訪問診療している患者さんの年齢は、今は70代、80代だけではなく、90代の方もかなり多くなってしまっていて、安定していると思った患者さんが急に心筋梗塞、脳梗塞を起こしたということで、日中、夜にかかわらず訪問診療を頼まれて行く場合があります。これは入院させなければいけないといった場合に、引き受けてくれる病院が必ずしも潤沢にあるとは限らないのです。例えば盛岡地区にある高度医療病院とすれば岩手医科大学附属病院、岩手県立中央病院ですが、それぞれ忙しい状態です。できればほかの医療機関に当たってくれないかということにもなり、時間がかかるし、労力が要ります。自分自身で向こうのドクターと話さないと話が通じないものすから、診療をストップして1時間とかかかるような場合も頻繁にありますので、最近ではケアマネジャーの方が患者さんの状態を把握しているので、その方々に入ってもらって、基礎的な情報は話しておいて、また基礎的な情報をケアマネジャーの方に預けていただいて、例えばどこの病院のベッドが空いているというようなことを調べてもらい、幾らかそれを利用することができて、とても助かっております。

緊急時の連絡体制の確保で苦勞していることをございますけれども、ICTの技術を駆使することによりまして、今は携帯電話もあるし、メールでやることもできますので、これは技術的に解決は可能だと思います。

在宅医療に関する知識、技術の向上について苦勞していることですが、私は内科医なのですが、例えば内科の患者さんを診ていて、急に尿が出なくなった場合にどうするかというと、カテーテルを入れて排尿させるのですけれども、そういった場合にいちいち泌尿器科の先生を呼ぶのも大変なので、ある程度そういう技術は得ていますので、やれる範囲は自分でしております。そのほか、胃ろうにチューブを入れて栄養を補給する方法などいろいろあるのですけれども、こういったものを時々医師会としても、専門的に行っている在宅医療機関の先生を講師として講習会を開いて、会員のドクター方の在宅医療に関する知識、技術の向上に努めております。

ほかの医療、介護関係者との連絡体制ですけれども、これも苦勞していることが多いのですが、顔の見える環境をつくっておくというような、日頃の努力で解決できる問題だと思います。

あとはいろいろございまして、必要書類の煩わしさというのがあるのですが、実は私たち医療者の困っていることの一つとしまして、非常に書類が多いです。例えば介護保険に関係する主治医意見書については、患者さんの医療、介護の状況がどうなるかということをして1年か2年に1回作成します。恐らくそういう声が国に届いたと思うのですけれども、今後は3年に1回の作成でいいという患者さんも出てきましたので、少し国のほうでも考えてきているのではないかと思います。

生活保護を受けている方がふえてきまして、この方々にも半年に1回主治医意見書を書く必要があり、患者さんを診るよりも書類を作成するほうが大変なため、電子カルテの中にそういうシステムが入っていきまして、私のところでは職員に少しトレーニングをさせまして、大体つくってもらって、あと要点を私がマーキングするというような方法で作成していますけれども、それでも時々提出もれがあり、関係機関から連絡が来ます。院内には備忘録ということで大きい黒板に書いておきまして、職員みんなで見えるようにして、書き忘れがないようにチェック体制を少し厳しくしております。

おむつ証明書、通院に係る交通の証明書、あとは身体障がい者の診断書など、とにかくいろいろな書類が次から次です。

在宅医療を実施していないという医療機関が303件ありました。これについては、今後実施意向ありというのは12件だけで、実施意向なしときっぱり言い切る医療機関が199件です。では、なぜできないかということなのですけれども、在宅医療に対応する時間を確保できない。例えば科によっても違うのですけれども、外来に1日100人も200人も来ているような医療機関ですと、実際にその時間が確保できない、それは当たり前のことだと思います。

対象となる患者さんがいるけれども、場所が遠くて、とても対応できないことがありました。根田茂って御存じでしょうか。私の最長の往診距離は盛岡市根田茂で片道20キロメートルあるのです。午後の時間を使ってやっと1件行ける距離のため、今はちょっと年を取ってしまったので、行きづらいのですけれども、若い頃はいとわず行っていました、何だか大変なことでした。

やはり特殊な科で医院を行っており、自院での専門の診療に専念したいという方もいます。

緊急時に対応可能なスタッフを確保できない。医者が1人で行く場合もあるのですけれども、看護師も行かないと大変な場合もありますが、いま看護師自体が少なく、私たち市内の開業医が募集してもまず来ないです。私の医院も多い頃は看護師が五、六人いたのですけれども、いま減って2人になってしまいました。

みとりの対応ができないので、ちょっと踏み込めないという方もいます。

在宅医療に関する専門知識や技術が足りないということで取り組めない。これはクリアできる問題ではないかと思います。

やはり医師、看護師等医療従事者及び介護スタッフの確保が難しい。それから外来が忙し過ぎる、高齢の先生がもう80歳になったのでなかなかできないだろうと、言ってみるとどっちが患者さんなのかわからない状況もあるかと思います。

在宅医療への経験不足と、それから基準が厳しい。あと、私はふだん感じていることとしまして、在宅医療の診療報酬会計が非常に複雑なのです。こういう患者さんに行きたいのだけれども、どういう点数算定できるか、考えてもわかりません。物理とか数学みたいな公式がありませんので、何の理論もなしにその点数が決まってきます。しかも、医療機

関の体制が24時間体制なのかでも違うし、医師が何人いるか、ベッドを持っているかでも違いますし、訪問する患者さんが自宅であるか、施設であるか、施設であっても何人診察するのかでも、組み合わせも問題になるのですが、恐らく百何十通りになってしまうのです。ですから、私も高齢のほうになるかもしれないけれども、さらに高齢の先生が、君、よくそんな在宅医療なんてやっているね、俺もやろうと思うけど、計算の仕方すらわからないよ、やる気ないよ、という方が多いです。もう少しシンプルにできないのかと思っております。

いま、紙カルテでやっている医師が二、三割、あとは電子カルテでやっています。私も後ればせながら電子カルテを導入したのですが、初めの文言を入力するとざあっと並んで出力されてきますので、そこから選んで入力するというもので、この電子カルテでも時間がかかることなのですけれども、こういうものがないととても点数算定できず、手書きでカルテを書いている医師にそれを要求しても、無理ではないかと思っておりました。これは、日本医師会でもいろいろな意見を述べる代議員会というシステムがありますので、そういったところでよく話して、そういう方向に行きたいと考えております。

在宅医療の充実のために必要なことについてのアンケートですけれども、複数医療機関のグループによる分担体制、緊急時の患者からの連絡を受ける体制の確保、緊急時に入院可能な病床の確保ができています。また、訪問看護ステーション等との連携の確保と、それから、ITを利用する、しないにかかわらず、ケアマネジャー、理学療法士、訪問看護師の方などときちんとした連携システムを整備することが必要である。いろいろな意見がございます。

その他意見としては、在宅医療専門診療所を開設、夜間の在宅当番医の当番制の確立と、それに対して市町村からの予算補助とか、やはり事務手続の簡素化、さっき申し上げましたようないろいろな診療報酬算定の事務手続の簡素化についての回答をする先生が多いです。かなりいろいろな文言が繰り返し出てくるのですけれども、やはり重症化した患者さんの引き受け病院を探すのが大変という意見もかなり多いです。

平成28年4月から平成29年3月まで、県内の郡市医師会、市町村のヒアリングを行いました。ヒアリング項目は、医療と介護の連携状況ですとか、積極的に在宅医療に取り組んでいる医師の事例を知りたいとか、岩手県医師会に対して代診医の派遣事業が必要ではないかという意見がありました。これをまとめますと、岩手県全体の状況はどうなのかということが浮き彫りになってきました。これはよく言われていることで、考えれば当たり前のことではあるのですけれども、医療資源の不足、偏在です。それから、地域包括ケア担当市町村の取り組み状況に温度差がある。全体の状況ですけれども、県北部や沿岸部は人口減少で過疎化、高齢化。基本的に医師不足です。しかも、その中で在宅医療を行う医師は非常に少ない。一時的に在宅医療に熱心な医師が現れる場合もあるのですけれども、次に続く医師の参入がないと、裾野が拡大していないというのが岩手県全体の状況であることが浮き彫りになりました。

岩手県の在宅医療連携拠点、つまり県の中で在宅医療、地域包括ケアに熱心な地域というのがございます。この3カ所だけということではなく、10カ所ぐらいはあるのですが、主立ったところを挙げてみました。

釜石医師会は在宅医療連携拠点チームかまいしというのがございまして、全国モデルの一つにもなっております。釜石医師会に介護在宅医療部会が設置されまして、せいてつ記念病院に勤務されています寺田部会長がチームかまいしのアドバイザーとなっております。また、熱意のある釜石市職員もキーパーソンとなっております。

岩手西北医師会は高橋会長が中心になりまして、在宅BOX滝沢が滝沢市地域包括支援センターと密接に連携をとっております。岩手西北医師会に在宅医療部を設置しまして、滝沢市を中心に隣接する岩手町や八幡平市との連携を視野に入れております。

紫波郡医師会は木村会長なのですが、紫波郡医師会が中心となり、紫波郡地域包括ケア推進支援センターを設置しました。紫波町と矢巾町の2町が共同設置しまして、紫波郡医師会に運営を委託し、県から補助を受けまして広域型在宅医療介護連携拠点運営支援事業を導入しております。

このようなことから、岩手県の在宅医療の課題としては、在宅医療に取り組んでいる医療機関の厚みがないということです。グループ化も困難な状況です。それから、市町村や郡市医師会ともに人員等の体制が不足している。当面、岩手県医師会が在宅医療支援の拠点として郡市医師会の支援、コーディネート機能を持つことが必要なのではないかという結論に至りました。

それで、平成29年6月1日でございますけれども、岩手県医師会に岩手県医師会在宅医療支援センターを開設いたしました。右の写真のほうは、右側は岩手県医師会の石川前会長で、左側は、岩手県保健福祉部の八重樫前部長です。全国の県医師会の状況を見ますと、かなりの県医師会でこういった似たような在宅医療を支援するセンターを設置しているところがあります。

先ほど述べました岩手県医師会在宅医療・地域包括ケア推進準備会を格上げしまして、岩手県医師会在宅医療支援委員会をつくりました。構成員は、その当時でございますけれども、このようなメンバーで、岩手県医療政策室からはその当時の千田医療政策担当課長が入っております。

それで、まずは奥州モデルの立ち上げということを考えてみました。胆江地域の奥州医師会をモデルとして事業を立ち上げております。なぜ胆江地域を選んだかということでございますけれども、奥州医師会では、以前から在宅医療、それから多職種との連携について役員を中心に勉強会などで検討されていた。ほかの地域に見られない特徴として、在宅医療にかなり熱心な県立病院、国保の病院、民間病院があり、かかりつけ医への代診医派遣等の支援が期待されたからでございます。奥州医師会では、奥州医師会臨時社員総会でモデル地域となることを了承していただきました。

奥州モデルとは、在宅医療を行っている主に無床診療所、有床診療所、一部の病院です

けれども、これが疲弊しないように、例えば学会で診療所を離れるといった場合に、岩手県医師会がコーディネートしまして、在宅医療に積極的に取り組んでいる病院から医師を派遣するものでございます。

支援メニューとしましては、在宅患者への代診医の派遣でございます。それから、もう一つは、これは全て訪問診療、在宅医療に取り組んでいる医療機関への力入れということなのですけれども、在宅患者の入院受け入れに対しても・・・

[中断 講師電話]

○本間博参考人 在宅医療に実際取り組んでいますと、このような電話があり、いまは施設に入っている84歳のおばあちゃんが、発熱がありだんだん上がってきているようなので、どうしたらいいかというもので、緊急性はないので少し待ってほしいと伝え、こういうことが一つの例で頻繁にございます。

話を戻して在宅患者の入院受け入れのコーディネートでございます。レスパイト入院というのは御存じかもしれませんが、例えば年がら年中自宅で療養している高齢者を看ている家族の疲弊を、時々それから解放して、のんびりさせようということで、その患者さんを1週間ないし10日間病院で預かるとか、家族の方にあまり肩肘張らずに、ある程度生活も楽しみながらできるよう、病院も手助けをしていこうという考えになります。

何回も申し上げますけれども、病状が急変した場合の入院受け入れをスムーズにするコーディネート、それから診療所でみとりをしようと思っても、そういう患者さんがたくさん出てきて大変な場合に、その一部を病院の入院で受入れるようなシステムを考えておりました。

奥州モデルの地域は、詳しい方もいらっしゃると思うのですけれども、人口が約14万人です。65歳以上の高齢化率が約4万人で約30%、これは全国よりもちょっと低いと思います。

施設数や病床数はごらんとおりで、医師が259人、歯科医師73人、薬剤師43人、看護師は1,020人であります。

これは、バックアップしてくれる病院等が手助けをしていただきまして、岩手県立江刺病院、奥州市総合水沢病院、奥州病院、美山病院、岩手県立胆沢病院、奥州市国民健康保険まごころ病院などでございます。

奥州モデルのコンセプトはごらんとおりでございます。

今後の事業と課題でございますが、支援を受ける在宅医への事業の周知と組織化、センター、奥州サブセンターの設置、支援の申し込みから報告までの具体的な事務の詰め、在宅医と支援病院の患者の情報共有システムの構築、訪問看護ステーションとの連携。実際にそういったコーディネーションして診療所の医師が学会に行く間、病院がそれをカバーしたという例も出てきておりますので、今後もこのシステムの活用が図られるのではないかと思います。全地域に拡大していこうということでございます。

在宅医療体制支援事業に係る郡市医師会のアンケート結果については、昨年の12月から

本年の3月まで出された部分でございまして、さまざまなことが記載してあるのがわかると思います。

在宅医療で可能な医療技術については、羅列してみましたけれども、CTとかMRI検査以外、大きな手術以外であれば大体は可能で、かなりのことができるということでございます。

訪問歯科診療については、ごらんとおりの流れでございます。

在宅における薬剤師の役割も大きいです。

先ほど申し上げました複雑な診療報酬算定については、今後いろいろ検討していきながら、実際に取り組んでいます。

家族関係が随分希薄なところもあり、みとりや葬儀に誰も来ないというような家族関係もございまして。

離婚、再婚を繰り返した複雑な家庭環境で、誰がキーパーソンなのかよくわからないという事例もあって、それは老若男女問わず、なかなか大変なことだと思います。

あと、自分の身近での在宅死、在宅医療のみとりですが、元気だった自分が自らの老化と死の過程を次の世代に見せてあげるといことは、次の世代にとっては大変なことかもしれないけれども、生きるとは何か、死ぬとは何かということを実際にわかっている一つの社会貢献でもあるのではないかと考えております。

療養している方に納得される在宅医療の提供のためにということで、今のような話をまとめるとごらんとおりある程度の項目にまとめられるのではないかと思います。

最後のみとりについて、ACP、アドバンス・ケア・プランニング、人生会議ですが、これについても羅列していきますけれども、これは在宅医療と切っても切れないようなものでございまして、ACPの意味合い、考えたことはあるか、事前指示書を作成しているか、それから話し合うきっかけとなったものは何であるかということ、自分や家族の病気や退職がきっかけです。

それから、岩手県医師会のACP組織構成図でございまして。これがいわゆるいわて方式ということで、かかりつけ医が診ている患者さんに話すこととございまして。これが岩手県版ACPの特徴でございまして。このような想定になっています。

まとまらない話で大変失礼いたしました。以上でございまして。御清聴ありがとうございました。

○佐藤ケイ子委員長 大変貴重なお話をいただきましてありがとうございます。

きょう、岩手県医師会の事務局の方もお二人いらしております。そして、皆さんのところに1枚の資料提供がございました。在宅医療を選ばざるを得なくなかった医療の背景という資料も後でごらんいただきたいということで、まず、終末期医療のあり方も考えていかなければならないと書かれているようでございます。

それでは、これより皆さんから質疑、意見をいただきたいと思っております。

質疑、御意見がありましたら、どうぞ挙手をお願いいたします。

○**工藤勝子委員** どうもありがとうございました。

私は、遠野市に住んでいるのですけれども、遠野市に北村先生がいたころ、まだ法律でレントゲンを持ち出せなかった時代でしたが、レントゲンを持ち出したりして在宅医療をかなり進めてまいりました。その中で、遠野市も非常に難しくなっているのではないかといいますのは、医師、看護師が不足している状況になっております。個人病院もあるのですけれども、往診は受けてくれるのですが、在宅医療という形ではしていないのです。そういう中において、今後団塊の世代の人たちがどんどん高齢期に入ってくるわけです。健康寿命ということで、健康で長生きできればいいのですけれども、なかなかそうはいかなくて、こういう人たちがふえてくることによって全ての方が入院したり、在宅医療に入ってきて、若い先生方はいまこの課題の中にあつたように、在宅医療を支える人が少ない、働き方改革もあるし、逆に難しいわけです。今後私もそういう年齢になってくるのですけれども、これから高齢者がたくさん出てくるわけですが、どのような医療体制に持っていったらいいのかをお伺いしたいと思います。

○**本間博参考人** ここで回答できる問題ではないかと思うのですけれども、いまの医療制度改革の中で医師の地域偏在を変えていくという試みもありますので、若い研修医のある程度地域への何年間かの勤務義務をやっていくとか、例えばフランスやドイツのように、ある程度国が権限を持って医師の配置を決めていくというようなこともだんだん検討されていくのではないかと考えています。確かに遠野市医師会の会員の先生方が十数人しかいらっしゃらず、しかも地域が広大ですから、訪問診療するにしても恐らく行って帰ってくるために1時間も2時間もかかるのではないかと思いますから、今の体制で臨むのはなかなか難しいのではないかと考えております。今後県医師会のレベルというのか、国全体の医師会としての大きな課題ではないかと考えています。

○**工藤勝子委員** よく地域を回ったりしたときに、例えば老老介護で施設に入ってもらった方がいいのではないかと思う人たちも、在宅で女性の方が倒れて男性の方が一生懸命看病しているお年寄りの姿もあるのです。施設も満杯の状態に入れられないような状況の中で、在宅医療までいき届かなくて、逆にいろいろな形の中で支援を受けていらっしゃると思います。せめて入居したいという人たちが、入居できるようなシステムになったり、そういう介護施設をつくった方がいいのではないかと思うのですけれども、つくればつくつて今度は逆に人材がないという話も出てきておまして、こういう地域が持っている課題に対して、先生の御助言をいただければと思います。

○**本間博参考人** 私が把握しているところでは、遠野地域もそうなのですけれども、特に沿岸、県北地域の医療が過疎で、私たち盛岡市内に住んでいると車で10分か20分で帰ってこられるような自宅の患者さんも多いし、あるいは施設もいろいろなところでできていますから、そんなに時間かからないのです。ですから、今の県北地域のようなところでは、遠い距離の訪問診療というのは実際無理ではないのか。患者さんが御自宅にいたいという意向はよくわかるのですけれども、やはりいろいろなバランスを考えてみて、ある程度集

約した地区に施設をつくって、利用者も患者さん方もあまり苦勞せずに豊富な医療を受けられるようにしていくしかないと思います。これは、私だけではなく多くの医療者はそういうふう感じていると思います。

○齊藤信委員 ありがとうございます。

奥州市国民健康保険まごころ病院、一関市国民健康保険藤沢病院は、病院としてかなり訪問診療していて、高齢者を診ているので、肺炎を起こした人は、病院ですからすぐ入院させられるという。ただ、個人の診療所でやっている場合には、重症化した患者さんの入院受け入れが一番の悩みで、大変だという話がありました。ただ、県立病院を見ると、病床利用率はせいぜい80%いくかないかなのです。だから、何で受け入れが大変なのか、それはベッドが埋まっているのではなくて、病院の医師不足が一番の問題なのかどうかの具体的な要因は何かを一つお知らせください。

あともう一つは、時節柄新型コロナウイルス感染症対策を聞きたいのですけれども、検査の数が少なく、検査を断られて、発熱があると言うと診療所から受診を断られるという話も私のところに届いているのですが、先生のところではどういう形で新型コロナウイルス感染症に対応をされているのか。特に院内感染が一番怖いのですけれども、そういういまの新型コロナウイルス感染症対策を、在宅医療ともかかわってどういうことが必要とされているのか、このことをお知らせください。

○本間博参考人 まず初めの問題は、基幹病院ですと病床をある程度空けておかなければならないところがあるのです。例えば私でも患者さんを搬送する場合、非常に迷う場合があるのです。年齢は95歳で、病気半分、老齡半分だということで、本来はそういう施設でみとってもらいたいというような状況のなか、どういう病院へ送るのが妥当なのか。岩手医科大学附属病院や岩手県立中央病院の基幹病院ですと、やはり心筋梗塞とか重症な脳血管疾患などを引き受けてくれるようなキャパシティーはある程度残しておく必要があるのではないかと私たちも考えているので、医療機関をある程度選別するわけなのです。例えば岩手医科大学附属病院とか岩手県立中央病院に患者さんを紹介したとしても、ふだん私と交流がありますので、むげに断るわけにもいかないから一応引き受けてくれますけれども、即次の日から別な病院に転院されるので、そういうことも含めて、どういう病院が果たして妥当なのかということです。あと、そういう状況を見て、予定どおり私にみとってほしいという方は、入院はしないで、自然の経過で診る場合もあります。

新型コロナウイルス感染症ですけれども、いまテレビなどでもよく言われているのですが、対応の仕方が大分変わってきているのです。このウイルスはまだよくわかっていないところもあるのです。結局いままでのように軽症なのか重症なのかで単純に分けるのではなくて、感染者をとにかく多く見つけて隔離して、ウイルスが体内にいる期間が大体1週間から10日ぐらいかと思います。だから、この間隔離をして、ウイルスが蔓延しないようにする。微妙に少し治療の方針が変わってきているのが現状ですので、岩手県でもそういう動きが出てきております。本当に保健所も一生懸命頑張っているのがわかるのですけれ

ども、実は医療機関からも、いままでの保健所の対応について、そういう階層分けよりはとにかく多く感染者を見つけ出して、無症状であるかないかに関わらず、わかっただんどん隔離して、1週間すれば消えてしまうわけですから、そういった方法で持っていこうというふうに、国もそうですし、岩手県もそういう流れになってきているようです。

○飯澤匡委員 どうもありがとうございました。

いまの医療政策の中で、やはり医療費の増高というのがある種、こういう在宅に導いている部分があると思うのですが、いずれにしても先生がおっしゃったように人材の育成が追いついていない。特に医療が高度化すればするほど診療科も細分化になってしまって、医師をふやしても私たちが需要としている部分に供給が追いついていないという現実があって、先生が先ほどおっしゃったように、ドイツみたいに合理的に診療標榜も制限するというような方向に持っていけばよろしいのでしょうかけれども、医師会の力も大きいし、我が国では難しいです。今後岩手県としては、奨学生などを養成して医師をふやしていく傾向にはあるのですけれども、実感が出ていない。

お伺いしたいことは、先ほど申し上げました計画的な医師の配置について、ある程度制限をつけるのかどうか、これは一定程度これから必要で、もう少し医療体系の中で、総合医療といいますか、いわゆる地方にとって必要な人材を特別につくっていかないともうもたないのではないかと考えているのですが、理想と現実がうまくいっていないというのが現状で、国は地方は人口が減っていくから、それに任せていけばいいようにも見えます。岩手県としては県立病院が供給先の大きな担い手となっているので、うまく岩手県でやっていける方策というのは他県よりあると思うので、御示唆をいただければありがたいと思います。

○本間博参考人 私も常日頃そう思っております。確かに医師の偏在、都会への偏在とか、いろんな問題があって、もうちょっと地方にも来てくれないかというところも実際に考えているのですけれども、実は地域医療構想調整会議というものができまして、県内でも開かれております。それから、時々日本医師会で行っている調整会議の今後の展開の仕方というのを聞いているのですけれども、前とは少し違ってきているようなニュアンスが見られます。私がつと感じたのは、ここ一、二年で全部で四、五回そういう調整会議をするための会議があるのですが、そこに医療者、行政の方々も出てきて、岩手県からも6人ぐらい来ていたのですけれども、そこでいろいろな具体的な例が示されました。例えばあるまちで個人開業の医療機関を新設した場合に、以前ですと何も抑制がかからなかったのですけれども、地域医療構想調整会議の中で、その地区にある標榜科がこのようになっていて、それに対して今度新たに開業する標榜科が、オーバーラップしているということでの調整は少し入ってきていますので、何かそういう国策としてのものが入ってくるのではないかと思います。初め、違和感を覚えたのですけれども、でもやはりこれは致し方ないということもありますので、自由自在に行けるのだというのがいつまでいいのか、それがいいことなのか悪いことなのかかわからないのですが、多分そうせざるを得ない状況にもなってくる

のではないかと考えていました。

○**工藤大輔委員** 貴重な話をいただき、ありがとうございました。

私は洋野町に住んでいるのですが、福祉施設が医療にも取り組みたいというように思いから、八戸市立市民病院の先生が退職されることに合わせて、その先生を迎えて、訪問診療を含めて、まずは旧小学校学区のエリアを対象に訪問診療を行いたいということで、福祉施設と医療の診療所のほうと一体となったような取り組みを始めた事例が数年前にあって、当初なかなか聞かない事例だったもので、うまくいくのかという思いを持ったりしていたのです。いずれの中で感じたのは、その先生も今まで市民病院でやってきたことよりも地域の医療をやりたいのだということで、先生の強い思いが何よりも実現に結びつき、本当にありがたい方に来ていただいたと思ったところでした。

それで、先生にお伺いしたいのは、奥州モデルの中で、県立病院が参画しているということで、県立病院をどのような形でその中に組み込んで一体となってやれるようになったのか。県立病院はそういったところまで踏み込むのに少し抵抗があると思っていたのですが、その辺のハードルをどう越えていったのか。それと、実際に県立病院の先生方が訪問診療にどの程度携わられて、このモデルを回して、活動しているのかどうか、その辺についてお伺いしたいと思います。

○**本間博参考人** 奥州地区で県立病院が参画してきたというのは、実際に奥州地区に住んだことはないのですが、県医師会の理事をしている先生方が個人的に膝を突き合わせて飲んで、腹を割って話す機会が、県立病院の先生だけでも、こういう関係で平日頃そういう顔が見える関係になっていた、人となりをよくわかっているというような状況があったからだと思います。奥州地区の開業の先生方と県立病院の先生方の関係は恐らくそういうことだったのではないかと考えております。

県立病院の先生方がどの程度訪問診療にかかわられているかについては、実際はよくわかりません。ただ、県立病院の先生方も在宅医療に関心があるということでした。今回のモデル事業の中では、在宅医療を専門にしている医療機関のドクターが海外の学会に行くということで、そういった支援システムを使ったことでした。幸いにその間受持ち患者の急変がなくて、待機事業で終わっております。ただ、待機事業をしてくれるだけでも助かりますので、ある程度そういう県立病院の先生方といいますか、周りにある国保の病院ですとか、そういう先生方も在宅医療への関心といいますか、協力したいという気持ちはあると思います。

○**工藤大輔委員** 県立病院、特に中核病院となるところは、初診も断るといえるのか、まずかかりつけ医からの紹介状が必要だとかというふうな形で、以前ともまた違うような体制になってきて、こういった事例が岩手県立胆沢病院とか岩手県立江刺病院等の先生方が異動する毎に各地域に広まればいいと感じたところでもあります。また今後ともよろしくお願ひしたいと思います。

○**郷右近浩委員** 今日は貴重な講演をありがとうございます。

工藤委員から質問があった部分で、先ほど先生がお答えになったとおり、かねてより奥州市では医師会、いわゆる開業医の先生、その方々が県立病院との連携というものをよく取られていた。それこそ岩手県立胆沢病院の先生が訪問診療云々という形にはなり得ないのですけれども、バックアップ的な部分だったり、さらに岩手県立江刺病院の先生は特に院長が訪問診療に興味を持っておられるので、強いバックアップといった連携を取っている中で、そうした支えがあるからこそ訪問診療を前線で行っている奥州市国民健康保険まごころ病院などの先生方が思い切り動ける。そうしたような環境をつくられてきた中で、これがモデルケースのような形でさらに広まってくればいいなという思いはあります。

お伺いしたいことは、死亡場所の推移の中で最期を迎えたい場所として国民の55%が自宅を希望しているという数字ですけれども、本当にそうなのか。私はいま元気で、この生活をしている中で急に死ねればピンピンコロリで、僕自身は幸せだとすると死ぬ場所は自宅であるだろうと。アンケートがあれば、病気になって苦しんで、みんなに迷惑をかけて死にたくないとする病院という場所は選ばない。また、施設しかりであります。そうすると、こうした設問によっては、これはもう自宅しか選ばないというような傾向にならざるを得ないのです。これは私自身だけの感覚なのか。友人関係にも聞いたのですけれども、やはり自宅で本当に死にたいのかと。これは、もしかしたら国であったり、どういう形かの中で在宅医療に誘導していくような、数字ではないかと私自身はちょっと疑ってかかっているところがございます。例えば家の中で在宅医療や在宅介護を受けるであったり、家庭の負担であったりも含めて、もちろんこれは工藤委員、飯澤委員も先ほどおっしゃっていましたが、本当にきちんとした医療や介護の提供体制ができるのか、そうしたものと密接な裏表となっているような部分であります。そこをしっかりと作り上げることを優先すべきであって、このアンケートにもあるとおり、在宅は負担が大きくて、しかも働き方改革に逆行しているような部分もあって、逆行ではないのでしょうかけれども、そこまで手当てをみんなでお互いに力を寄せ合ってやれるということまで持っていくのは非常に難しいと思われま。先生が説明されたときも日本8割、フランス6割、米国4割程度と、国によってさまざまな背景なり違いがあるといった話がありました。その点について、先生は日本の死に場所をどのようにお考えになっているのか。

○本間博参考人 このアンケートなのですけれども、これもどこまで真意なのかというところもわからないところもあるのです。この表だけですから、裏づけとなる資料というのはないのです。私は継承開業で、父親が若いときから診ていた青年の人たちが80代、90代になり、ずっと来ているのですが、事情が許せるのであれば自宅で亡くなりたいけれども、最期の場所というのはいろんなことが頭によぎるようで、子供も遠くに行っていない、盛岡圏内に子供1人だけ、女房も年取っている、だからやはり無理なのかということで行き来していると思います。そういった中で思うのは、ずっとかかりつけ医と思って来てくれた青年時代からの患者さんが、いわゆる高齢による病気になって、高齢半分、病気半分だというときに、自宅でできるのであれば、高度な医療や亡くなるときの特別な最先端医療は

要らないのだけれども、死ぬときに一緒にみとって欲しくないか、寄り添って欲しくないかという気持ちになってくる患者さんもかなりあるのです。そういった場合に、家族の方の負担が大変なものですから、それを実現するために私たちも努力するのです。それは何かといいますと、訪問型のいろんな介護事業の一つに、実の子供たちは当てにできないから、もう社会資源を使ってやるしかないのだと、だから今の制度を使っていけば、ヘルパーさんが来てくれる、それから風呂は訪問入浴で行ってくれる。私は月に2回しか行かないけれども、看護師さんが週2回来てくれる。あとは関節の拘縮防止するために作業療法士やリハビリ療法士が来てくれるというようなサービスのミックスができるのであれば、自分の住み慣れたところで、自分のつくった庭を見ながら、最先端の医療は必要ないような状況で過ごせればいいかと、そういう納得があった場合にこの線でという形になるわけです。これが回答になっているかどうかわかりませんが、そういうような感じで診療を行っております。

○武田哲委員 どうもありがとうございました。

滝沢市でも高橋先生が一生懸命やってくさっていますので、かなり在宅医療に対する考え方が浸透してきたのですけれども、どうしてもそれぞれの家族の最期の亡くなり方の問題なのですが、きちんと病院で高度な医療を受けて亡くなることが最善の命と寄り添ったという考え方の人たちがまだまだ多いのです。自宅で亡くなったということを、周りの人たちがいいことをしたと見ない傾向もあつたりする。住民の意識を変えていくためには、奥州モデルのようなことを立ち上げて、最期どう命を終えるか、そして今回の資料の中にも希薄な家族関係という項目がありましたけれども、これから子供たちに命の大切さといったものを見せるためには、家族でみとっていくといったことが当たり前になっていかないと、難しいところがあります。

そこで、お伺いしたいのは、自宅で亡くなった家族の満足度というのはなかなか聞くことではないかもしれませんが、奥州モデルの立ち上げに取り組んで、自宅で亡くなった方の安心感というか、満足度というか、どういった意見があつたのでしょうか。

○本間博参考人 奥州モデルは立ち上げてから時間があまりたっていないので、まだそういうアンケートは取れてはおりません。ちょっと場所が変わりますが、盛岡市医師会では実際に在宅で親御さん、旦那さんを見とったという方自身にも集会に出てきていただきまして、こういう面は大変だったけれども、こういう面はよかったという実際の話をしていただきました。医療と病気と年齢による変化との見極めといいますか、どこまで医療として手を加えるべきなのか、一つの方式はないのですけれども、90、95、100歳で亡くなる場合には60、70歳で亡くなるのとは違うわけですから、どういう最期を迎えたいのかということところは、私たち医療者なりにも、考えていく時代ではないかと思えます。患者さんが今こういう状態で、これに対して今医療を加えれば、その病気自体はよくなるかもしれないけれども、苦痛が伴うとか、例えば点滴するのがいいのか、しないほうがいいのかと、こういう問題にもなってくるのですが、医療者としてこういう経過で来たので、い

まとしては自然体でみとるのが一番だと。でも、この場合は少し肺炎を起こしているので、ちょっと入院すればよくなる可能性があるかと、そういうめり張りといえますか、そういうことを繰り返し、私たちが根気強くやっていって、全て在宅医療に持っていかうというわけではないので、自然な死で自分が希望する場所で亡くなりたいというのであれば、病院でもいいです。1人に1回だけの人生ですから、それを全うさせて希望をかなえてあげれば、素晴らしいことではないのかという感じで個別に対応しております。

○千葉秀幸委員 お時間をいただきましてありがとうございました。

胆江圏内の奥州モデル事業で、支援するほうも、されるほうも、双方に成果が出ればということで、興味関心を持っているところでございます。このモデル事業を通じて特に在宅医療に対応する時間の確保、24時間体制の対応、この二つが大きな課題と思うのですが、課題の対策と、こういった方向になれば改善されることがあれば教えていただきたいと思えます。奥州モデル事業でICT化も検討されていて、これは釜石医師会のときにもないですし、県の新たな導入と思っているのですけれども、こういった導入方法、取り組みを検討されているのかをお聞かせいただきたいと思えます。

○本間博参考人 まず、ICT化に関しましては、このシステムではまだそこまで到達していないところであります。ただ、もう既にこういう規模の大きい連携ではなくて、例えば盛岡市内の数件の医療機関がある程度個人情報の漏えいがないような範囲で連携を取っているところはありますが、この奥州モデルではそこまではいっていません。

それから、24時間体制をどうするかなのですけれども、いろいろな方法があると思えます。まず一つは、私も24時間でやっているのですけれども、深夜に起こされるのは前はもっと多かったのですがいまは月に1回か2回ぐらいなのです。

一つは、患者さんにも、病状の教育と言ったらおこがましいのですけれども、例えば熱が出たら心配だからすぐ来てくれという電話もあるのですが、どういう状態で発熱しているのか聞き、こういった場合には安全な容量の少ない解熱剤をちょっと使ってみて、それでうまく改善しなければ電話をしてほしいなどと伝えています。それから、いつでも電話には出ます。本当に24時間体制で電話対応を行っているのですけれども、そういうことを話しておくで安心して逆に電話してこない。いつでも心配な時に電話に出してくれるから、少し様子を見ようという気持ちに患者さんもなる。

もう一つは、訪問看護ステーションを活用し、分担し合うことです。まず、ファーストコールを訪問看護ステーションに任せてみると、訪問看護ステーションの看護師の指示でおさまる場合、足る場合があります。このようなことを利用していけば、24時間体制とか時間の確保は、一つ一つ丁寧にまめに対応していくことで対処できると思えます。ですから、いま24時間でやっているけれども、そんなには苦にならないです。

○佐藤ケイ子委員長 ありがとうございます。本当にお忙しいところお話をいただきました。本県の在宅医療は大変厳しい状況や、病院と診療所の連携、それから病院同士の相互応援とか、そういったものが本当に大事だということもまた改めて認識をしたような状況

であります。本当に貴重なお話をいただき、ありがとうございました。

では、本間先生にはこれで退席いただきます。

委員の皆様には、次回の委員会の御相談がありますので、しばらくお待ちください。

次に、当委員会の県内調査についてでありますけれども、6月に実施したいと考えておりましたけれども、昨今の新型コロナウイルス感染症拡大の状況を踏まえて、さきに正副委員長会議が行われまして、中止とする方針が確認されたところでございます。つきましては、6月に予定されておりました当委員会の調査は中止としたいと思います。これに御異議ございませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○佐藤ケイ子委員長 御異議なしと認めます。よって、当委員会の県内調査は中止することといたしました。

次に、8月に予定されております当委員会の調査事項についてでありますけれども、御意見などはございますでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○佐藤ケイ子委員長 特に御意見等がなければ、当職に御一任願いたいと思いますが、これに御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○佐藤ケイ子委員長 御異議なしと認め、さよう決定させていただきます。

以上をもって本日の日程は全部終了いたしました。

本日はこれをもって散会といたします。