

第2回 長野県保健医療計画策定ワーキンググループ（医療従事者確保・へき地医療・在宅医療WG）会議
会議録（要旨）

1 日時 平成29年5月30日（火）午後2時から午後5時まで

2 場所 長野県庁議会棟 第2特別会議室

3 出席者

委員 井口光世委員、市川彰委員、井上憲昭委員、岡田啓治委員、小林広美委員、高田弘子委員、塚田修委員、中澤勇一委員、細谷たき子委員、三輪百合子委員
（欠席 牛越徹委員、園原規子委員、竹前紀樹委員、村島隆太郎委員）

長野県 北信保健福祉事務所長 加藤浩康、医療推進課長 尾島信久、医療推進課企画幹兼課長補佐兼管理係長 柳沢由里、医療推進課課長補佐兼医療計画係長 下條伸彦、医師確保対策室長 牧弘志、地域福祉課課長補佐兼福祉人材係長 百瀬聡美、健康増進課課長補佐兼食育・栄養係長 吉川さなえ、保健・疾病対策課長 西垣明子、介護支援課計画係担当係長 社本雅人、薬事管理課薬事温泉係担当係長 佐伯成規、市町村課財政係主任 新山孝博 他

4 議事録（要旨）

【会議事項】

（1）第1回ワーキンググループ会議の開催状況について

（2）第2回保健医療計画策定委員会における主な意見について

（井上座長）

それでは、早速会議事項に入らせていただきます。

会議議事の（1）の第1回ワーキンググループ会議の開催状況についてと、（2）の第2回保健医療計画策定委員会における主な意見について事務局から説明をお願いします。

（下條医療推進課課長補佐、資料1、資料2により説明）

（井上座長）

ただいま説明いただきましたが、資料2-1の目指すべき方向性、その中でも我々のところとしては、5番の在宅医療の部分と、そして8番の人材確保・養成の部分について、いろいろと策定委員会の委員からこのように出たわけです。この部分について何か質問ございますでしょうか。特にないようでしたら、次の会議事項に入らせていただきます。

（3）医療計画作成指針等の概要について

（井上座長）

次に会議事項（3）、医療計画策定指針等の概要について、これは国から示されたものですね、それでは説明をお願いします。

（下條医療推進課課長補佐、資料3により説明）

（井上座長）

医療計画作成指針の概要をご説明いただきましたが、ただいまの説明について、質問ございませんでしょうか。

1ページ目の医療介護連携の都道府県と市町村の協議の場というのは、県としてはどういうところを想定されているんですか。町がつくってこちらへというわけにはいかないでしょう。

(下條医療推進課課長補佐)

県と市町村の協議の場については、国からも言われているんですけども、二次医療圏ごとに協議の場をつくっていくと。そこで地域医療構想で出された在宅医療の推計がございましたけれども、その数字、それと市町村では介護サービスの提供量を介護保険事業計画では示すわけですけども。その数字の整合を図るよう県と市町村で協議をさせていただくという形で、国は想定をしているところがございます、県でも二次医療圏ごとに協議の場を設けるということを検討しております。

(井上座長)

ちょっと考えたら、二次医療圏ごとに地域医療構想調整会議というのがありますよね。それに介護の部分をつ加したようなものが考えられるけど、そんなに何回も会議ができないでしょう。その辺を考えていただいているんですか。

(下條医療推進課課長補佐)

そうですね、あまり会議をいっぱい作るわけにもまいりませんので、地域医療構想調整会議の分科会というような位置づけも考えているところです。

(井上座長)

そうですね。それではわかりました。

(下條医療推進課課長補佐)

具体的には今後、詰めさせていただきたいと思います。

(井上座長)

いいですね。それでは、そういうイメージだということです。

(4) 分野別・項目別の検討体制について

(井上座長)

ほかにはございませんでしょうか。では、ないようでしたら、次の会議事項(4)、分野別・項目別の検討体制について事務局からご説明をお願いいたします。

(下條医療推進課課長補佐、資料4により説明)

(井上座長)

それでは、ただいまの分野別・項目別の検討体制、たくさんあるんですけども、その中でも第7編の医療従事者の確保と、へき地医療、在宅医療、そして高齢化に伴って起こるような疾病対策という部分が示されましたけれども、ここについては質問ございませんでしょうか。

(委員から質問なし)

それでは、これはこういう範囲で我々としては検討するということになります。

(5) 疾病・事業ごとの現状と課題を踏まえた今後の方向性の検討について

(井上座長)

それでは次の会議事項、(5) 疾病・事業ごとの現状と課題を踏まえた今後の方向性の検討についてに入らせていただきます。

議論する項目が多岐にわたるため、まず医療従事者の確保についての資料5-1～5-8までを一括して事務局から説明を受けた後、資料に関する議論を行いたいと思います。

それでは、事務局から現状と課題、論点の説明をお願いいたします。

(牧医師確保対策室長、資料5-1(医師)、西垣保健・疾病対策課長、資料5-2(歯科医師)、5-3(歯科衛生士・歯科技工士)、佐伯薬事管理課担当係長、資料5-4(薬剤師)、尾島医療推進課長、資料5-5(看護職員)、5-7(その他の医療従事者)、吉川健康増進課課長補佐資料5-6(管理栄養士・栄養士)により現状と課題、論点を説明)

(井上座長)

それでは、まず人材確保の観点から5-1から5-7までの説明をしていただきましたけれども、それでは個別に検討していきたいと思います。

それでは、ただいまの説明について全体を通して何かご質問ございますか、なければお一人お一人に聞かせていただきます。

まず医師に対する論点について、まず中澤先生はどのように。

(中澤委員)

私、信州医師確保総合支援センター、信州大学医学部分室の専任教員を兼ねておりますが、医師の確保に関しては、長野県医学生修学資金貸与の学生、あるいは卒後の医師ということで一つのキャリアということでやっているんですが、正直いって、修学資金貸与を受けたとしても単純に医師が卒業してどこでも働けるという問題ではありません。実際にはどういった研修をされて、どういった実力を持ったということを確認をした上でいろいろなところに出さなければいけないということが非常に大きな問題になると思うんです。

ですから、修学資金貸与者がいれば、すぐ医師不足の病院に行って働けるという、単純にそういうことではないということが一番の課題です。

あと、私がかかわっているのは、大学で医学部医学科進学者を増やすということで、同じく信州医師確保総合支援センターで信州大学を中心としてやらせていただいて、平成23年には長野県から医学部進学者が、1年間、私学大学も含めて120名おりました。現時点では、全国で81医科大学ありますけれども、今年はちょうど100名ぐらいということで、このところ20名程度減りましたけれども、大体100名ぐらいは医学部医学科に進学をしているということになります。

医学部医学科進学者を増やすとおそらく、すぐ戻っている方も当然おられますし、あと時間をかけてしばらくして戻っていかれる方も当然いると思うんですが、将来的な医師確保という点において、若い方々に啓発の機会を与えながら医学部、また進学者を増やすというのも一つの重要な事業だと考えておまして、一生懸命やっている状況です。

(井上座長)

地域で診療されている塚田先生、医師の確保ということについて。

(塚田委員)

僕は有床診療所の会の会長ということで、有床診の存在というのをもっと知ってほしい。地域に密着した特に往診とか、これから医療と介護を含めた場合に非常に重要なものです。今でも有床診療所というのを知らない人が多いと思うんですけれども、医者が3人以上ベッドが20以上は病院ですが、ベッドが19床以下の有床診療所でも3～4人、現在、うちも4人はいるんですけれども、それだけの違いなんですね。有床診療所で訪問看護とか往診とか包括的に、医療と介護をやる上で非常にキーポイントになるということは、先週、全国の有床診の理事会があって、厚生

労働省もやっと気づいたというか、ぜひ、行政等の人たちにその効率のよさというか地域におけるよさを知ってほしい。実際、長野県ではもう減ってきているんですよ。当初は100以上あったんですけれども、現在、30もう割るぐらいです。

(井上座長)

有床診療所の必要性はわかりましたが、そこにおける医師確保の問題について限定してお話いただけますか。

(塚田委員)

医師の確保、こちら辺も専門医制度が入ってきたりして、有床診は病床が足りないところとか、過疎地とか、その辺においてはいいと言っていたんですけども、やめていくところが多いということで、有床診を何とか存続できるような方法を行政も絡めて考えていかなければいけないということで、非常に苦労しています。

(井上座長)

だんだん減ってきているということで、有床診が今後、継続するという意味で、後継者の維持というのは実際的には非常に難しい状況にありますよね。

(塚田委員)

そうですね、難しいですね。

(井上座長)

病床を持っていると、それだけ拘束されるということがありますし。

(塚田委員)

そうですね。子どもが医者になっていけばいいんですけども、ない場合には、いわゆるその後の継続というのが非常に困難になるという、例えばなぜかという根本的には有床診療所の入院費が根本的には低いから。

(井上座長)

今、低いですからね。わかりました。ありがとうございました。
次に岡田先生。

(岡田委員)

全体的な医師確保の面ではこれでいいと思います。医師会で在宅医療を担当していますので、在宅医療の医師確保という面では、開業している人は貢献していると思います。ただ、この科別だけでは、在宅医療をこれから担当していく人数の把握にはならないと思います。

(井上座長)

在宅医療の従事医師というものは、今の県の調べだけだと使いにくいということですね。それについては医師会でも結構調べられていますよね。そこの県のとのつながりを持っていただければと。

(岡田委員)

県でも統計をとっていただいたので、そうした数字もここに載せていいと思います。それからもう一つ、5ページの2番目ですが、大学、地域中核病院と中小病院が連携した医師派遣システ

ムというのは何か具体的なものを描いているのでしょうか。

(井上座長)

論点の2のところですね。これは僕もよく言っていることなので後ほどへき地のところで。

それでは医師以外の方から見て、医師確保に対する問題は何かありますでしょうか。看護のほうから三輪先生、何かご意見を。

(三輪委員)

今、岡田先生が言ったように往診とか在宅医療とか、そういうところをきちんと対応してくださる先生たちの確保というのはこれから在宅医療については大切ですし、あとでまた看護のほうであるんですけども、訪問看護とか、本当に在宅医療の推進によるそういったことが一緒になって在宅医療を支えていますので、まず医師なくしては訪問看護もやっていけませんので。

(井上座長)

一番、県として気にすることは、医療提供の最小単位をどう持っていくという、市町村ごとに小学校はだんだん統合されているけれども、一応旧市町村単位に小学校とか中学校はありますよね。だけど、医療提供体制の根本の単位をどう持つかという発想がまず県にあるか、それは松本とか長野の市街はいいですよ。長野でも松本でも外れたところと市内、そこらについては何か基本的な方針があるんですか。へき地のことは後で話が出るんですけども。

(尾島医療推進課長)

基本的には、医療ですと一次、二次、三次医療ということで、一次医療は市町村単位、二次医療が圏域単位、三次医療は救急の担当ですと全県単位というようなものがありますので、基本的にはその中で対応ということになります。

ただし、座長おっしゃられたように、在宅ということになると地域包括ケアの単位になるのもありますので、そこは議論の中で中学校区になるかもしれません。基本的には、医療は一次、二次、三次の医療単位ですね。

(井上座長)

整備する医師の数とか診療科のことについても一応の念頭に置くのは、まず一番小さい単位では地域包括ケアが、国が言うように中学校区単位ですよ。その次市町村単位の一次で、その次、二次医療圏は10ということですね。それで三次は全県だけれども、長野県は広いから東南中北ぐらゐの単位で考えると。

(尾島医療推進課長)

こちらの第6次の冊子の166ページを開いていただきますと、ここに医療圏の設定があります。今、一次、二次、三次と言いましたけれども、ここに解説がありまして、例えば、一次医療圏ですと、住民一人ひとりの健康管理活動を見たりするのは市町村単位ですと。そして二次医療というのが10の広域行政の単位。三次医療ということで、専門性の高いものとか高度・特殊な医療サービスは県全体、または先ほど座長おっしゃられた4圏域という形になっております。

(井上座長)

今後いろいろ整備のことを考えるときにもこういう単位で考えてもらうと一番ありがたいというようなことでしょうか。

それでは、医師のことはまた後で全体としてやります。

次は歯科医師について、では井口先生。

(井口委員)

長野県歯科医師会の井口と申します。ここに記載していただいていることが、基本的なことだと思いますけれども、病院の歯科は、従来は口腔がんですとか、あるいは口腔外傷等の治療をメインでやっておられたと思います。

最近、公立病院を中心に病院の歯科が設置されまして、高齢者のリスクのある方の治療ですとか、あるいはオーラルリハビリテーションというような、口腔機能の維持というところを診ていただくような科になってきていると思います。

一般診療所の先生方も在宅に取り組み始めておりますが、ハイリスクの患者さん方への対応は困難な場合があったりしますので、次に病院の歯科のあり方とするならば、ここへ記載してあるような口腔機能の維持向上というところに加えて、在宅のハイリスク患者さんの訪問診療というところを、歯科の病診連携という立場でお考えいただくと非常にありがたいと思います。

また、病院歯科に配置される歯科衛生士につきましても非常に今はレベルの高い歯科衛生士が出てまいりまして、摂食・嚥下訓練なんかをしてくださるような歯科衛生士もおられますので、そういう歯科衛生士を配置して、開業医の在宅診療の後ろ支えの役割を担っていただければ大変ありがたいと思います。以上です。

(井上座長)

確かに病院の歯科は、今、非常に増えていまして、特に信大でも今の栗田さんになってからは歯科口腔外科ということで、病院の中に歯科診療施設を併設するというのが非常に増えております。それで、これからも特に摂食・嚥下と高齢者の肺炎という問題が出てきているので、非常に大きい機能だと思いますね。

それから歯科医師の数が多くてという話もあるんですけども、医師も今後そうなるのかもしれませんが、現状では、いろいろ言えば歯科の技術的な面だけじゃなくて、衛生面における広がりというのは非常にあるんですけども、まだそんなに積極的に入れているところは病院歯科ぐらいで、一般歯科のところは出ていないんですけども、そこらはどうなんでしょうか。

(井口委員)

地域によって、歯科医院が多いなと感じられるところもあるわけですけども、在宅・訪問診療に取り組もうということで、県からも基金を使った訪問診療のポータブルユニットの購入に関するご支援などをいただきながら各圏域にそういう、削ったり吸引したりするような装置の配置を進めていただいております。

そういう中で、機械が整った後に先生方も在宅に積極的にかかわるという方向にはなってきていますけれども、他職種との連携をとっていかないと、訪問歯科診療が必要な方々がどこにいらっしゃるかというのは、開業医の先生方ではちょっとアンテナが低いので、ケアマネですとか訪問看護師たちとのネットワークを組んで、そこへチームの一員として加えさせていただければ、さらにその必要性というのは高まってくるんじゃないかと思います。

(井上座長)

ほかに皆さんのところでないでしょうか。一つだけ聞きたいんですけども、歯科の訪問は確かにいいんですけども、訪問は制限されますよね。入所施設の中に歯科施設を持って、そこに来てもらってやるということをしたときに、うちも機械まで置いたんですけども、それが法的にいろいろ点数のこととか何かで制約されているんですよ。

だからこれから、介護施設はいっぱいあるので、そこの中できちんとした施設を整備して、そこでやっていただくと非常に安全性も高いと思うんですけども、その点は今、どうなっているんですか。

(井口委員)

特養と老健の開設要件の中で、協力歯科医療機関というのを努力義務という形ではあるんですね。ただ、それがちょっと中途半端なものですから、協力医となった先生が積極的にその入所者の皆さんの口腔管理にかかわれるかといったら、かかわれないんですね。そうすると今度保険診療という話になりますので、保険診療になりますと先生おっしゃるようなさまざまな縛りが出てくるということがあるので難しいところはあると思います。

医科の先生は嘱託医契約をされるので、嘱託医の契約をして、例えば病院の先生ですと、病院に歯科があれば初再診はとれないとか、診療の回数の制限とかが出てきたりというようなものがあるので、その辺の保険診療との整合をどう図るのかと、それは国の制度もあつたんだと思いますけれども。

(井上座長)

そこも大事なことで、医療だと保険診療の、歯科医療は別立てということが可能だし安全性もあるし、そんなところで設備を整えるのは同じ、その企業じゃないといったらおかしいですけども、その医療機関でなければ、ほかの人が来てやることは問題ないと思いますが、そこらは法的な問題だとも思いますけれども、歯科のほうで考えていただければと思いますけれども、よろしくをお願いします。

次に歯科衛生士、歯科技工士のことについてはどうでしょうか。

(井口委員)

歯科衛生士については先ほど申し上げたように、少し積極的に取り組んでいるような衛生士が、病院の歯科に配置がされていけばよろしいんじゃないかと思います。

(井上座長)

これもお聞きしたいんですけども、歯科衛生士を置いて口腔ケアしたときの診療報酬というのはあるんですか。看護師は口腔管理は点数がついていますよね、歯科の衛生士がやるというものもあるんですか。

(井口委員)

あります。医師の指示のもとにというのがありますので。

(井上座長)

それは施設においてもあるんですか。

(井口委員)

施設においてもあります。介護保険のほうにもあります。

(井上座長)

そういうのもあるんですね。

それでは次に薬剤師について。

(高田委員)

長野県薬剤師会の高田と申します。よろしくをお願いします。

薬剤師に関しましては、表1に△で24.9と全国より少ないというふうにあるんですが、我々の体感といたしましては、今、先ほど説明にありましたように薬局ビジョンというのが出まして、

かかりつけ薬局機能ですとか、あるいは24時間対応、それから在宅への対応、あるいは県民の健康を支えるような健康サポート、そういった今までよりもかなり広い範囲での仕事を求められる部分もありますし、病院の薬剤師も今、病棟に専任で入るといった制度もできまして、仕事の範囲が広がって仕事量が増えていく中で、この数では表し切れない不足感が私たちには体感としてあります。

募集してもなかなか来ないですし、本当にどこでも薬剤師どこかにいないかという話ばかりをしているような状況が現状でございます。

実は薬剤師会としては昨年度になります、県のご支援もいただきまして、例えば銀座NAGANOで就職支援の説明会をさせていただいたりとか、掘り起こしの事業を基金を用いてやらせていただきました。幾ばくかの成果は得られたんですけども、免許を持っているけれども活用していない方を掘り起こして就職していただくということが一つ。

それからもう一つは、今年度も3月の試験で県から131名の薬剤師が国家試験に合格したんですが、実際に、その131名のうちどれだけが長野県に戻ってきているかというデータはなかなかとれません。免許をとったらなるべく、一人でも多くの方に長野県に戻ってきていただいて、薬剤師として活躍してもらいたいという、それに対しましては、一つは魅力的な実習を準備するとか、あるいは県内の薬局の質を上げて長野県の薬局を魅力的なものにするといったような、私たちが努力しなければいけないところもあるんですが、県としてもぜひ、長野県の医療は魅力的だからその中で薬剤師として働きたいといったような、長野県の医療の質自体を上げていただきたいし、PRも含めて、長野県に薬剤師が戻ってきて働きたいと思ってもらえるような環境を整えていただければと思っていますところでございます。

(井上座長)

ちなみに、高田委員さんはどういうところに勤務されているんですか。

(高田委員)

私は信州大学前の薬局に勤めているんですが、本当に日々忙しく働いておりまして、募集しているんですが、一向に応募してくれる方がおりません。

(井上座長)

病院にいと、初任給が調剤薬局のほうが多そうだからと、病院には来てくれないというのが一番の感じですけども。本当に今、薬剤師不足に苦しんでいる病院が非常に多いんですよ。だけど、調剤薬局のほうでもそう言われると、どこにいるのか。人口対薬剤師の数は、OECDの中で日本が一番多いはずなんですよね、どこかで統計を見たと思うんですよ。その中でいろんなところで不足感が出ているということ自体がどうしてなのかという問題。岡田委員さん、何かそういうことは。

(岡田委員)

経済的な問題は別として、個別の薬剤師さんを採用するというのではなく、メディアで連携して何か行えば、もっと効率的な募集ができるのではないかと考えています。

在宅医療を行う上では、医師だけではなくて看護師や薬剤師、理学療法士や作業療法士などが協力して行う姿勢を見せることで、その地域に集まってくるということもありますから。

(高田委員)

ぜひ長野県の医療者になるとこんないいことがあるということで、本当にそういった形で、足りないのは医師の先生も同じですし、皆さんご苦労されているので、これから在宅医療を支える上でも充実したメンバーを用意しないと当然いい医療はできないと思いますので、本当にそう

なっていけばいいなと思っております。

(井上座長)

それに関連して、在宅に指導をしているような薬局もある一方で、ある地域は全くしていないという、地域間格差というものもあることは事実ですね。

(高田委員)

そうですね。私たち自身がそういう啓発をしていくということはずっと近年やってきていることですが、後ほど在宅の部分でもあるんですけども、私たちの役割を果たすには、まず必要な人数がきちんといないとなかなか在宅にも出かけられないので、その確保は努めてまいりたいと思っております。

(井上座長)

それから、今、お話ありました、ペーパー薬剤師というか、いわゆる薬剤師の資格をとって、現状は働いていない方とか。長野県には薬学部はないんですよね。

(高田委員)

今はないです。

(井上座長)

上田のほうで問題になっていますよね。県の薬剤師会と何かいろいろあってというのがありませんけれども。

長野県にはないということもあって、薬学部に何人通って、何人帰ってきているかという、復帰率とかそういうのは、県にはデータはあるんですか。

(佐伯薬事管理課担当係長)

データはないです。

(井上座長)

ないんですね。そういうのは得られるんですか。

(佐伯薬事管理課担当係長)

難しいです。

(井上座長)

難しいですかね。中澤先生、何か薬剤師のことについて。

(中澤委員)

実は信州大学でも多職種の共同というのはこれから非常に求められるんですけども、長野県内では薬剤師養成の学校がないものですから、信州大学は保健学科でやっていることなんですが、当然ですけども、多職種共同の教育をする上では薬学部の学生も当然参加していただくことが非常に理想なので、あとで高田先生にお聞きしようと思ったんですが、何かつてがないかどうかということですけども。

ただ、薬学部へ進学した学生に関して言うならば、県内の高校の進路指導等に可能な限り連絡をお願いできないかという形でたどると何とか連絡がついたりする可能性はありますけれども、医学科もそんな形でやっていますけれども。

(井上座長)

そうですね、薬学部へ行った人でどれだけ帰ってきてどういう、どの地域の人がどのくらいいてというような情報があれば大分、いろいろな面での違いがあるかもしれませんね。

次に、看護職員ということで。看護職員、保健師とか助産師は全国に比べて多いです。確かに保健師は多いと思いますよね。だけど、看護師は決してということと、この中で数字が出てこない、今、病院勤務をやっていると夜勤のできる看護師の絶対的不足というのはものすごく大きくなって、夜勤をやるなら臨時に変えてくださいという看護師は経済的不利益があるにもかかわらず、かなりいるという状況の中、そういうことも含めて三輪会長さん。

(三輪委員)

全体的には、数字上は充足というか、そうなっていますけれども、偏在ということで、保健師に関しては中小の市町村ではなかなか採用ができないという状況ですので、そういうところと、それから市町村の保健師は業務が非常に膨らんでいる中で、保健行政の仕事ができていないという、本当に苦しい悩みはあります。

助産師に関しては、周産期の中でもあったと思いますけれども、出産場所が集約化されている中で、もう分娩を休止したようなところでも大勢助産師はいるんですけれども、そういう助産師が、助産師出向システムとかでたくさんお産をやっている施設に派遣されたりというシステムがうまくいけばいいんですけれども、助産師という名前があっても看護職員として病院で働いていますのでなかなか出向で、たくさんのお産をやっているところを手助けできる状況ではないというのが現状です。そこを何とかしようと、今、県とも一緒にやらせていただいています。

あと看護職員について、全体的にはここに書いてあるとおりですけれども、5-5の②の論点の3のところです。離職防止と資質の向上をどうしたらいいかというあたりでは、この2つは違う視点で考えないといけないと思っています。

離職防止については、女性医師のところでは書かれていましたけれども、勤務環境の改善もしながら離職を防止していく。それは中での教育にもかかわることだと思うんですけれども、先ほど座長がおっしゃられた夜勤の問題ですね。まず夜勤をする人がいない。これは勤務環境がよくなったからそういうことにもなっているんです。小学校入学まで育短がとれるということで、常勤のまま育短をとって働いている人が、ほとんどの病院に聞いてみますと10%以上、250人規模の病院ですと30人くらい育短で働いていて夜勤をしない看護師がいる。それに加えて産育休が10%くらいいるという感じで、配置上は定数は足りているけれども、実際は働く人がいないというのが現在の状況です。

だからといってどんどん採用するかというと、今、採用がなかなか手控えられている。7対1を少し減らしたりとか、病棟転換で看護職員の配置数を減らしても病院運営ができるような体制、人件費を減らしてというようなどころが出てきていますので、ではどんどん養成すれば全部就職が待っているかということ、病院の現状としては新卒の採用を手控えているということが、今、見受けられていますので、新卒の養成確保は、今後どうなっていくのかなというように思います。

あと、もう一つは、さっき尾島課長からの説明ではなかったんですけども、訪問看護に関してはこれからどうしていったらいいのかという、地域医療構想の中で在宅医療をどうするかと、訪問看護のあり方というのをセットで考えていかないといけないと思っています。

この厚生労働省から示された指針の8ページの在宅医療の体制の右の図のところ、在宅医療を進めるためにかかりつけ医と在宅の分野では、居宅介護支援事業所が必要だとして書いてあるんですけども、ここに何で訪問看護が入っていないんだろうというような、厚生労働省のこの図の中でも、いつも訪問看護が宙ぶらりん、医療の中になかなか明記されないということを私はいつも思っています。

この23ページからの「体制構築にかかる」という中では、訪問看護、看取りを含めてやった中

に、365日訪問看護は必要だよと言っているんですけども、何となく訪問看護が表に出てこないというのはとても寂しいという感じをしています。

(井上座長)

はい、それでは細谷委員さん。

(細谷委員)

保健師のほうの論点の7ページで地域間の偏在ということがありますが、保健師養成でいわゆる過疎の市町村で今やっただいている中で、奨学金で卒業した学生が自分の市町村に就職するときには全て行政のほうが払いますという取り組みがされているんですね。

実際にそうして就職した卒業生がいるんですけども、でも、これ実際のケースですけども先輩の経験のある保健師は離職してしまう。そして彼女は新卒として就職するとそこにはもとの保健職の上司しかいないと。それで新しい人が多職種でその業務を、例えば母子保健などをどうしてもやらなくてははいけないんですけども、母子保健を知っている職員がみんな入れ替わってしまって、保健職はその仕事をやらなくてははいけないからというので彼女はつぶれそうなんですよね。という現状があります。病院のナースは就職したときに制度としてきちんと1年間是指導をしてもらえる体制が確立されている。だけれども保健職に関して、特にローカルな市町村の場合にはなかなかそのところが、人事の関係もそうですけれどもうまくいかない。実際には私が経験したそのケースの場合は、信大の教授が指導員に入ってくださいましたんですけども、それでもずっといるわけではないですからね。大学のチームはあるんですが、それはやり切れないと。看護協会からも研修はあるんですけども、でも日常ではないですから。日常の職員の人材育成に関して、何らかの保障がないと新卒もやっっていけないという状況が見えてきます。

それから奨学金のほうですが、経済的に苦しくなっているご両親が年々増えてきており、奨学金が大事なと思います。厚生連の奨学金を利用されている学生が多いんですけども。厚生連もその奨学金の予算立てが結構難しくなるだろうと、このまま継続していけるかどうかわからないとおっしゃっていますから、そこら辺は今後、経済的な面で弊害が出てくるかもしれないということもありまして、看護職員の修学資金の貸与の充実が課題だと思います。

あと3点目の離職のところですけども、新卒の看護職員の約5%が離職している状況で、そして学校での看護基礎教育と臨床現場で求められる技術、能力のギャップがありますが、ここのギャップを埋めるために大学に進む、専門学校に進む、基礎教育ですから、臨床に入ったときに臨床の状況に応じて動けるために何らかの指導がなくてははいけないので、研修制度が取り上げられているんですよ。以前よりもよくなったんですが、それでもまだ離職率が高いということは、仕事はかなりきつい職場であるということはいえると思うんですよ。二交代制、三交代制とありますが、若くても二交代制はかなりきついようですね。それでも頑張っやっています。

それから、5%の離職率は、ほかの職業の離職率に比べて高いですよ。ということは、それなりの特殊なものが要求されているということもあると思いますので、ここら辺は大学のほうの実習で、かなりいろいろな変化に対応していますが、このギャップというのは今後検討していかなければいけないことかと思います。ただ、新卒ですから仕事の内容に関して、そんなに無理を言っははいけないところもあると思うんですけども。

もう一つ、9%弱の離職率ですが、就業したときに大体3年～4年たったら、今、仕事をしている病院から移っもう一つ別の経験がしたいとか、夫や家族の関係で別のところに引っ越さなければいけないとか、それぞれ家族の問題とか自分の自己成長の関係で数年たったら考えるんですよ。でも、離職していると退職ととられてしましますが、看護師を続けている人が多いです。ですからこの数字はそのまま鵜呑みにするわけにはいかないと思います。以上です。

(井上座長)

はい、今、報告がありました、まず看護師の数では足りているという数字は出てくるけれども、一つはその育短とか名前は残っていても産休・育休の人、そして夜勤可能看護師数がきちんと把握されていないと、現状の現場での看護師不足というものがどうなっているのかというのが理解しにくいし、どういうところを特に支援していかないといけないという問題が出てこないというのが一つはありましたね。

それから保健師の問題で、今出た保健師の地域格差、特にへき地的なところへ行くと指導も受けられない。この問題は医師の初期の、何年間の研修を受けたらすぐにへき地へ1年行けとか言われても指導者がなければというのと同じようなところがあります。そして、少なくとも小さな市町村単位でこの人たちを育てたり、その後、安定的に保健活動をするスタッフを維持するというのは難しいので、広域的な取組がないと非常に難しいんですね。

それともう一つ指摘された指導体制のことですけれども、僕らが最初から行政に入った保健師さんは役に立たないと言ったら、言い方が悪いんですけども、ここだけの話ですが、死ぬとかに対する経験がないので、いわゆる保健師活動としての指導体制だって児童・母子衛生の教育とかが必要でしょうし、そして、看取りとか在宅のというと病院での研修とかの義務づけを本当はどこかに入れて、インターンのように経済的保障をしながらそういうことができるというようなことができないかとは、今、感じました。

それから、先ほど出なかったんですけども、認定看護師の養成の問題ですけれども、それが全部、東京とかよそに行かないとできない。お金もかかるし時間もかかるし、その分、残った看護師たちに負担がかかるという、県内で養成ができる場所を、東信、南信、中信、北信ぐらいに分けてでもできないかというような話があることは事実ですので、その問題は一つあったように思います。

看護師の問題は、今後も非常に重要となっていくわけですけれども、まずはその印象を述べさせていただきます。ほかのところから、この看護師問題についてどうでしょう。井口委員、何か自分のところで看護師のこととか。

(井口委員)

歯科医師会という立場よりも病院の歯科なものですから、その立場から言わせていただくと。

当院、一般と精神をあわせ持つ病院なものですから、精神科になかなか若い看護師が入ってきてくださるということはありません。ただ、昨年4月から認知症治療病棟を開設したものですから、諏訪地区の学校を出られた新卒の方が2名入ってきてくださいました。若い方が入ってきてくださるということはあるがたいなと思います。

一方、県ですとか看護協会で紹介事業などたくさんしていただいているんですけども、なぜか最近、紹介業者が非常に増えてきていて、悪いとは言わないんですけども、大体80万～100万円という間接的な経費を非常にとられると。ですから業者はいけないというわけではないんですけども、せっかくこういう公的なり業界団体がやっているところが置いておかれて、民間の紹介会社がはやってくるというのも、どこかに何かがあるのかなんて思いますけれども。

病院の立場とすれば、看護師たちが勤めていただけるような魅力ある病院づくりというのは当然していかなければいけないとは思いますが、先に配置基準の維持とかに目が行ってしまおうと、どうしても看護師がほしいというところへ先走って、紹介業者にもおつき合いをいただくような形になってしまっているというのが現状です。

(井上座長)

その紹介料は看護だけじゃなくて、医者のところも非常に増えていまして、病院会で調べると、毎年、増えているんですね。そういう問題は確かにある。

それでは看護職員のことはこのぐらいで、次に管理栄養士・栄養士のほうです。栄養士会は、今日は休んでられるんですね。

栄養士さんは施設の中では、ここでも論点の3番目にありましたけれども、嚥下障害とかがあるから食の形態は非常に重要だということがあります。行政機関でも施設でも管理栄養士の配置が数人ということですから、こういう少数でのごところでは、先ほどの保健師と同じような問題点がどこにでも出てくるところで、広域的な取り組みとかが今後大事じゃないかと思います。

施設における管理栄養士の有無と同時に人数とか、そういうことも調べていく必要があるのではないかと思います。

それでは、その次にその他の医療従事者ということで理学療法士等について。

(市川委員)

長野県は全国的に見れば、一応、結論とすると平均以上になっているということでありましたが、その中の需給関係、実情を見ますと、医療保険系と介護保険系を見ると、医療保険系は高く、介護保険系は低いという状況になります。これは特に若い理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が多いものですから、最初のうちはしっかりと臨床医学を学びたいという気持ちもよくわかるかなと思います。

それから職種でいきますと、これは全国的にだと思んですが、言語聴覚士が全然足りていないですね。それで、今、医療と介護の連携の立場からいうと、病院は在院日数の短縮という誘導をされておりますし、その中で患者さんが帰れるかという話になったときに、自分でちゃんと座れて、自分で食事を口の中に取り込むことができ、誤嚥のリスクなくしっかりと栄養が補給できる、この3点セットが家に帰れる条件ですね。排泄もすごく大事な要素になるんですが、それとあわせてそういった部分ですね。

だから言語なんかで見ますと、今までは失語症とか統合障がいの患者さんが対象だったんですが、高齢化に伴って歯科領域との連携も大事ですが、嚥下障がいの方が大体8割～9割を占めているというような状況になってきておりますから、その部分の充足は、PT、OTに比べるとさらに今、重要な課題と感じております。

あとのほかの部分も含めまして割と、ほかの検査にしても放射線にしても、やめていく方と入ってくる方がうまく均衡になるという状況にあるんですが、このリハビリテーション関連職というところでは、まだあまりやめていく人間も少ないけれども、入ってくる人間がどんどん増えているわけですが、その中でもそういった医療と介護におけるところのアンバランスと職種間によるバランスの悪さというところが大きな課題としてあると思っています。

(井上座長)

確かに理学療法士のほうが多いんですかね、作業療法士の増え方が少ないという面と、言語聴覚士の不足というのは明らかで、以前はSTというスピーチセラピストとって失語の先生と言われたけれども、今はもう、ほとんど在宅復帰との関連の中で嚥下ができなくなったとき、倫理的な問題も含めてどうするのかというところに言語聴覚士と歯科衛生士が一緒になってやっていくというところが増えていて、その仕事の拡大というのをどうやっていくかという、それは今まで、おそらくトップのところでは言語聴覚士と歯科衛生士の話し合いはあまりなされていないと思うので、今後、積極的な取組が地域ごとでも必要になるかと思いましたがね。

それから、今、言われた医療と介護ですけれども、我々のところでも施設をたくさん持っていると、まず2年か3年は病院でやったらその次に老健施設へ行って、それからまた戻ってきて、それで訪問に行くのと分かるとかという教育体制ができるんですけども、最初から介護施設にポンと出されて、最初1年目からですから、周囲でその人の教育を応援してくれるスタッフがいる地域でないときには非常に苦痛なんです。そういう体制はその地域ごとにつくらないといけない。その職能団体が中心となることが大事だと思うんですけども。

それからMSW（医療ソーシャルワーカー）のことはこの前も出ただけけれども、地域包括ケアにおけるケアマネジャーとか、MSWとか、小林さん、そういう医療と介護をつなぐ人材とし

ての重要性とか、そこらについてのことはどうでしょうか。

(小林委員)

そうですね、医療連携室みたいなところにはMSWの方たちが医療ソーシャルワーカーとしていらっしゃるんですけども、そのところだけでは不足してくるところがあるので、今後、在宅の介護支援専門員だったり施設の介護支援専門員だったり、うまいこと連携をしていくといった意味では、そういう中に私たち自身も入っていければいいというのがあるんですけども。

(井上座長)

小林さんはちなみに、MSWでなくてケアマネジャー。

(小林委員)

ケアマネジャーで、元は看護師なので、どっちかというとなんか看護師の意見になってしまうんですけども。

昨年度ぐらいから、病院によっては担当のMSWが配置されるようになってきているので、大分、今までに比べたら、在宅との連携ということであったりとか、退院に向けての連携といったところがとりやすくはなっているのかとは思いますが。

例えばそこで連携をとって行く中ではどうしても在宅が見えてこない、連携の取り方は難しくなってくると思うので、実際、そのところでも医療と介護をつなぐ役割といった部分ではもう少し、医療ソーシャルワーカーの質の向上が必要なのかなと思います。

(井上座長)

MSW、非常に病院での需要は大きいんです。だけど、やめる人も本当に多いし、仕事が多様なことと、つながをやられると、昔は全部看護師さんがやっただけで、今はそうじゃないんですよ。それでつながをやらされて、病院からはこの人を出すとと言われて、家族との間に板ばさみになって、それがストレスでやめる人が結構多いんですよ。だから、在宅のこととか継続のことを考えるメンバーの中にもMSW経験者という方がかなり重要な位置を占めてきますよ。それは運営していればわかるんですけども。

そして、先ほど保健師のところでも出ましたけれども、小さな場所とか保健師さん、大きい病院でも大きい行政体でも、地域包括支援センターや在宅介護支援センターとかで働いている保健師さんは、幾つもの職種を兼務しているんですよ。母子やらこれもあれもと、そういう人たちが思ったような方向性の努力ができないというのがありますからね。

(小林委員)

つけ加えて、MSWの方たちは本来すべき仕事があるんですよ。在宅に戻るときにお金が足りないとかいろいろな方たちがいらっしゃるんで、だけど、在宅に戻る人たちの連携ばかりやっていると、なかなかそのソーシャルワーカーとしての本来の仕事がうまくできなかったりというのがあります。

在宅との連携の中に看護師がいてソーシャルワーカーがいてといったところに、もう一つ介護支援専門員が入った形ができると、そういったところのすみ分けができるのかなと思ったり、あと、先ほどの保健師のお話でもありましたけれども、保健師とって配属される割には、その市町村によって配属される保健師さんは全く保健師さんの仕事ができないで、介護のほうのプランを立てなければいけなかったりとか、役職で配置されている割には違った職種も兼務しなければいけないというような状況の中で、もう少し市町村でもこれから地域包括ケアを進めていくとなったときに、包括支援センターに配置されている保健師と社会福祉士と主任介護支援専門員の役割をもうちょっときちんとすみ分けができる形にしないと、何かそれこそ、みんな離職ではない

んですけれども、そういうところにつながっていってしまうのかと思います。

(井上座長)

そこのところは大きい問題でね。病院でも、そうはいつでも施設が空いたらそちらへ誘導するようとか、そのたびごとに間に立ってこう、いじめているわけでないけれども、結果としていじめられたみたいになってという人たちが多くて、いろいろ問題があると思いますけれども。

今、以前に比べてその端境、間に立つ人たちのところの問題というのを含めて、医療の現場でも循環器科とか呼吸器科とか何々とやっているのに、間にいって総合医という、病院ではその間に立つ人たちが本当にいないというのと同じようなことがいろいろな医療現場の職種間の間にもあると。そこらについての配慮も必要だということがあるかと思っています。

(細谷委員)

今のご発言で、地域包括支援センターで、各役割をきちんとということでは文面ではきちんとなっています。でも、それが障害になって、そんなにたくさんのスタッフがいないわけで、協力したいがなかなかできないという弊害もあるので、各職種も人柄もあるし、能力があるし、そして資格だけではないから、そんなに職種によって仕事を分担させるというよりも、もうこの機能ということで解釈したほうがいいんじゃないかと思っているんですけれども。

(井上座長)

いろいろな面でそれも確かですけれども、それはソーシャルワーカーでも全部のことをまとめて忙しいのにできる人と、もう何か言われないとできない人とかいっばいいますから、それはいろいろな問題がありますけれども、それぞれの組織がある程度の機能を持たせるように、誰かが弱くても誰かが応援できるような組織をつくらないといけないと思います。

それでは前半のところは、大体、お話を聞かせていただきましたので、ここで10分間の休憩をとって、それから5時には終わるようにしたいと思いますので、それでよろしいでしょうか。トイレ休憩ということでよろしく願いいたします。

(休憩)

(井上座長)

それでは、先ほどの議論に続き、資料5-8、へき地医療についての説明を事務局からよろしく願います。

(尾島医療推進課長、資料5-8(へき地医療)により現状と課題、論点を説明)

(井上座長)

へき地医療の問題点についてですが、今、その対象となる市とかが少ないのでそんなに大きい声として出てこないんだけど、そこに住む人にとって非常に重要なことになります。

この問題については、特に中澤先生が一番関係していると思うんですけれども、へき地医療についてはどうお考えでしょうか。

(中澤委員)

へき地医療拠点病院のリストがありますけれども、見てわかりますように、信州上田医療センターのように活動休止中のところがありますから、現行にこだわらなく、新たに実際に実績を上げているところを今後入れていくようにしていく、あるいは見直しをしていくということは当然必要になっていくというのが一つなんですけれども。

それと、へき地診療所に人材を確保する、常勤の医師を確保するというのは非常に難しい状況があると思うので、へき地医療拠点病院、あるいは近隣のある程度の病院に医師を確保して、そこから定期的に週何回か派遣という形でやっていく方向が今後あるべき姿なんじゃないかということが一つです。

あともう1点ですが、最後のへき地医療支援機構、これは全国で3都道府県が設置していないんですけども、これ難しい部分がありまして、私も昨年度まで厚生労働省のへき地医療関係に協力ということで議論に加わってきたんですが、他県は県立病院に支援機構を設けて専任医師が必ず入って、診療所に何らかの理由で代診医の派遣がということになると、そこから医師が行くということをやっていたんですけども、長野県内のいろいろな診療所に聞いてみますと、あまり代診医のニーズがなくて、近隣の病院にお願いして来ていただいていたり、あるいは近くの診療所がお互いにカバーし合っているとか、そんなことで進んでいるものですから、実質のニーズはあまりないという可能性があります。専任医師の確保をすることが現状としてはなかなか難しい可能性が高いということがあって、これについては今後いろいろな意見を聞きながら、議論をしていく必要があるんだろうと思います。

(井上座長)

まず現実にはへき地の決まったところはどんどん縮小していくわけで、高齢者人口も減っていくという中で縮小していくところの医療なんですよね。現実には、1日の診療所の患者数は16人だと、看護師一人と事務と、事務の応援と医師でやって全然、経済的にも成り立たないわけですよね。そういう、へき地の問題と、もう一つ、今、へき地ではないけれどもへき地の扱いになるような地域もいっぱいこれから出てくるんですよね。だから、今、へき地のところを守るといふことと同時に、今後、へき地の医療状態になりそうなところをどう支援していくか、そのこの住みやすさをどうするかという2つの問題点が出てくると思うんですけども。

まず、このへき地という対象とされている人の医療ニーズとか介護ニーズについてのきちんとしたアンケートとかはとられたことはあるんでしょうか。対象の住民が何を一番望んでいるのか、こちらから提供するものがいいと思っても、本当はその人たちは望んでいないということがあるので、それはあるんでしょうか。

(尾島医療推進課長)

県では、住民に対しては多分ないです。

(井上座長)

ないですか。

(尾島医療推進課長)

医療機関等についてしていたことはありますけれども、住民についてはありません。

(井上座長)

そうですね、人数は少ないので、まずそこらが非常に大きい問題かということが気になることと、もう一つ気になるのは、体制として先生方がそこへ行くというのも大事ですけども、この前テレビで織姫さんとか双方向ロボットとかそういうものがあって、ある診療所に行けば、ある時間帯はどこかその近くの病院と診療所の間で、行かなくても、法律のあれはあるんですけども診断できるとか、そういうのを利用しての診療補助というんですか、そういうものはあまりここに何も出ていないんですけども、そういうことは今後は考えていかないといけない問題で、モデルケースなんかをつくりながらやっていく必要があるんじゃないかとか思いました。

そこらも含めて、岡田先生、何かどうですか。在宅の採算性のとれない、松本・長野にいても

ものすごく遠いところで、行って帰ってくるのに1時間ぐらいかかるようなところへは誰も行きませんが、いいですね。

(岡田委員)

在宅医療に限らず、遠隔診療の規制緩和がなされているので、今、井上先生がおっしゃったように、信大、あるいは中核病院ですね。そうした所をセットにして、遠隔診療ができる方向にモデル地区としていけばいかがでしょうか。

(井上座長)

そういう方面も考えてみる必要は出るんじゃないかとは思いますが。

まず住民がそういうのだったら要望しないというのだったらダメですし、大学病院とかに行かなくても、近隣のある中小病院でもいいので、そことの間の接点があって、その人が判断したら大学とか長野日赤とかへ送るというような方向性も一つは考えられないかなと思いましたけれども。

へき地のこととか、そういうところで働く看護師さんのことについては何か。

(三輪委員)

こういうところへも看護師の確保も大変になると、それから、診療所が成り立たないような経営状況だとすると、訪問看護もそこでは経営としては成り立たないので、住民の方たちはどういうサービスを受けられるのかということ、診療所もないし、訪問看護もなしというような状況になると、大変なことだろうと思います。

(井上座長)

今、医療機関がなくなっていくとかへき地もそうですし、人口が減少していく中において、医療機関とかが撤退していくという状況のあるところをできるだけそうでないようにという、へき地のことと同時に、そちらのことについても、準へき地的な地域を守るという方策を考えていくということも、将来にとっては非常に大事なことではないかと思えます。

薬局は、そういうようなところへ配達とか、例えば、いわゆる遠隔診療をしたとしますよね、住んでいるおじいちゃん、おばあちゃんが、遠いところにいるというときの配達みたいなことは可能なんですか。

(高田委員)

長野県薬剤師会で、薬事管理課の協力を得て無薬局村というのを調べると、県内で14地域、無薬局地域がありますし、さらに平成の大合併で、今は例えば松本市なんだけれども昔は例えば安曇村とか、そういうところも入れますと27ぐらい薬局がない地域があります。

先生がおっしゃったように、まず、一つは今、長野県薬剤師会で今年度の薬局ビジョンの事業としまして、そういうところに行って定期的にお薬相談を受けるとか、日ごろ薬剤師に相談することができない地域に、薬剤師が出かけて行って相談を受けるということを今年度は試みでやってみようと思っているのと、先生がおっしゃるように、実際に、では処方箋が出たらどうするのということですが、それに関しては、もし実際そのようなことがあれば私どもで何かしらお薬を持っていくという、基本的には、もし診療所さんがあれば、そこにある程度のお薬は常備していただくのが住民のためには便利かなと思うんですが、いよいよとなれば持っていくということも私たちのほうで対応は必要かなとは考えております。

(井上座長)

そういう場合は、例えば診療所だって、先ほど言ったように双方向ロボットで話をして、診療

所の先生がそれを見て処方を出すと。そちらにファックスで送られたらそれを持っていくというときに実費をとったりはできるんですか、薬局はそれを持っていくのにとれないんですか。

(高田委員)

一応、在宅訪問をする上においては、交通費というのは制度で実費請求が認められています。

(井上座長)

それでは可能性はあるんですね。

(高田委員)

はい。距離制限とかもろもろあるんですが、実際にその地域に薬局がなければ、誰かが届けなければその方にお薬は届かないので、その辺の制限も撤廃した上でお届けをすることは可能ですが、では本当に届けてくれる薬局がどの距離まであるか。

(井上座長)

ありますか。

(高田委員)

そうですね、そこまでのところは我々としても難しいところではあります。

(井上座長)

はい。ほかにはいかがでしょうか、よろしいでしょうか。

それでは、これは終わって、その次は在宅医療について、資料5-9、5-10と一緒に説明願います。

(尾島医療推進課長、資料5-9(在宅医療)、西垣保健・疾病対策課長、資料5-10(高齢化に伴い増加する疾患)により現状と課題、論点を説明)

(井上座長)

それでは在宅医療とか訪問診療といった部分と高齢化に伴い増加する疾患に対する問題ですけれども。

まず在宅医療の問題点ということについて、ここについては岡田先生、よろしく願います。

(岡田委員)

それでは、11ページの論点からまいります。1番の今後増加する在宅での医療需要に対応するための方策として、確かに医療機関を増やさなければいけないということが大事だと思います。これは基金をいただいて県医師会も一生懸命取り組んでおります。ここに問題が一つありまして、5ページを見ますと、在宅医療は在宅療養支援診療所が行えばいいという考え方もありますが、長野県の場合は、表6を見ると、在宅診療を行っている一般診療所が436件、表7で在宅療養支援診療所が236件という形で、つまり大半は在宅療養支援診療所ではない一般診療所が在宅医療を実施しており、これが特徴的だと思います。この辺のところも押さえておかなければいけないと思っております。

それから在宅医療の考え方で、今後、在宅医療の専門クリニックの人たちが入ってきて形だけの在宅医療を行っていくというような数だけが先行してしまうことを懸念しております。本質的な在宅医療をしていくためには、往診かばんを持って行って治療をある程度することも必要ではないかと考えています。

それから、2番目のICT、これはぜひ普及してほしいと思っています。忙しい中、ICTを利用して画面を見てお互いに話しあうというのはこれから必要になってくるのではないかと思います。

それから急変時、これはどうしても後方に病院が必要なので、長野県医師会としては病院協会との連携も必要だし、大切なのは訪問看護の皆さんといかに連携していくか。スムーズに連携できれば、在宅医療はうまく進んでいくのではないかと思います。

それから看取りに関してですが、厚生労働省も今、率先してこの方向に来ております。いろいろな意味があると思いますが、ぜひ県民を啓蒙していくということは必要だと思います。

それから看取りを行っている医療機関は在宅療養支援診療所のみではなくて、長野県の場合には、多数を看取っているという医療機関よりも、一医療機関が一人、二人を看取るというところが非常に多い。ですので、長野県の在宅看取りの方法もこの方式で伸ばしていくということも必要だと感じています。つまり多くを看取らない医療機関のサポートもしていかなければいけないというのが今後問題ではないかと、論点として挙げておきたいと思っています。以上です。

(井上座長)

どうもありがとうございました。

それでは、在宅医療をしていく際には必ず問題になってくる訪問看護との協力という部分もあるので、三輪委員のほうから。

(三輪委員)

今、岡田先生が言われたとおりで訪問看護師、今、このデータの中で保健師のところ、訪問看護師の看護数というのが今、調査中になっていますけれども、多分、印象としては非常に不足している。特に看取りとか医療依存度の高い方々をケアする看護職がこれから必要になってくる。病院から早くに在宅へという移行の中で。それで今、一番ニーズが高いのは、看取りに対して訪問看護がどう対応するかというところで、独自の研修会を組んであるんですけども、150人の定員に対して300人以上の申し込みがあって、今、これがきちんとできる訪問看護、訪問診療というのをやっていかないと、もう太刀打ちできないといいますが、もうそういう方々がどんどん家庭に帰ってくる実態があるということを実感しています。

ですので、訪問看護師の教育、最初のところでは人材を増やすこととか教育だとか、それから24時間体制で緊急に対応できる訪問看護の体制、それから看取りの事前指示書の確認で、医師との連携の中でそれを実施できる訪問看護体制というのが非常に重要だと思います。

さっき言ったように、経営が成り立たないところも出てきておりますので、小さなところが頑張ろうとしても経営が成り立たない、継続できないという実態もありますので、そういうところをどう支援していくかというのがこれからの課題だと思います。

(井上座長)

それでは、訪問の歯科診療のところでは何かありますか。

(井口委員)

1のポツの3番目、多職種による連携を深めるための研修会ということで挙げていただいております。

先ほども発言させていただきましたけれども、診療所の先生がほとんどですので、在宅歯科医療のニーズがどこにあるかというのが、なかなかわかりづらいということがあると思います。

県が長野県歯科医師会に委託して在宅医療に関する相談窓口等、あるいは各郡師会が在宅訪問診療等に関する窓口を開いておりますけれども、なかなか相談件数が伸びてこないという状況があります。

そういった中では、在宅にかかわっている多職種の皆様方に、歯科が介入するとういうメリットがあるということもご理解いただいて、ご相談をいただける体制をつくっていくということも非常に重要だと思いますので、その辺はまたご支援をいただければと思います。

(井上座長)

先ほども見た、施設に入っている人の46%がまだ未治療な歯科問題があるので、現実に施設もずっといる人と、老健のように動く人がいるので、それは在宅に戻るので、今、言われたように現実にはいろいろ問題があるんだけど、それがいわゆる一般診療の歯科のところの診療に結びつくような人たちが結びつけないのか、もうこの年だからと放置されているのか、そこらの問題が一つある。

次は訪問リハビリの立場からどうでしょう。

(市川委員)

訪問リハビリは、長野県は全国で見ると件数だけ見るとトップとなっております。あと地域によつての格差が大きくなりまして、中信地区がダントツに多い状況となっております。医療施設、そしてそういった力を入れているところは、当然のことです。

(井上座長)

中信地区ですか。

(市川委員)

相沢病院がすごく大きいんですけど、ただ、農村やへき地に行くと、経営的な効率が落ちてきて、同じ移動、同じ点数的な部分であれば、自転車で回れる地域で数名完結すればそれが一番いいわけで、1戸1戸の距離が長くなるというのが現状ですので、その辺で件数が伸びない。そうすると経営的な部分でも少しデメリットが大きいというような状況が、普及に対しての足かせになっているという感じはしております。

(井上座長)

わかりました。では訪問薬剤ということでは。

(高田委員)

私どもは7ページに載っていますように、薬局ということで、訪問に行きますよという薬局は96.3%という届け出は出しているんですが、実際に訪問しているのはその下の白丸にありますように、こちらのデータでは1,487人の方に訪問させていただいているんですが、直近の薬剤師会の資料では、大体2,500回ぐらひは県下の薬局さんが患者さんを訪問させていただいているような状態になります。

ようやく最近少しずつ増えてきたところですが、まだまだ件数としては少ないですので、一つは先ほど井口先生もおっしゃられましたけれども、在宅ではどうしても薬の問題は切って切れないと思いますので、服薬管理が悪い方に対して薬剤師が行くといいということをきちんと皆さんにもお知らせをしていくという、我々の活動の認知度を上げていくことも必要ですし、それと同時に薬剤師側もきちんとした資質の向上も努めていきたいと思っていますところですので、ぜひこの1つ目の丸の医師や訪問看護職員、訪問歯科医療を担う人材のところには薬剤師も入れていただくとありがたいと思っています。

それから2番目の丸ですが、退院調整ルールが今、盛んに各地区でつくられている、私どもの近くでもつくっている地域がたくさんあると思うんですが。我々が一番感じるのが入院中のお薬、それから退院時に出される退院時のお薬、そして在宅でお使いになるお薬の情報を私ども薬剤師

のほうで一元的に管理することが現実、難しい。開局にとっては病院の中でどんなお薬が投与されたかがわからない。そして退院される側も出してしまったら、医師もそうですが、入院中、どんな薬を飲んでいたかがわからないという、薬の情報を退院調整ルールの中でも相互にやりとりできるような仕組みをぜひ入れていただきたいと薬剤師としては思っております。

それと同時に、私どももそういった事業もやらせていただいたんですが、在宅医療をされているお家の中にある残薬というのは本当にたくさんありまして、多職種の方も大変苦労されていることはよくわかっております。国のデータでも、下手すると全国の残薬を全部集めると兆の単位になるのではないかとといったようなデータもありますので、ぜひ家の中できちんと飲まれていないお薬、あるいはいろいろな医師から出されているお薬が重複している場合もありますので、そのあたりも我々の活躍の場はあるのかなと思っておりますので、ぜひそのあたりもお考えいただければと思っております。

それから、あとはもう一つ、私どもが気になっているところが、看取りを先生方たちが在宅でやられるということがこれから増えていくかと思うんですが、その際、医療用麻薬が使われる確立が非常に高くなっております。私どもも病院や医院の先生から医療用麻薬の処方をお受けする機会が多いんですが、看取りになりますと、医療用麻薬がオピオイドローテーションとか、いろいろな段階でころころ変わったりする。最後のその部分での医療用麻薬の供給体制というところも、開業医の先生たちがやられる時代になると、薬局が担う部分も出てくるかと思っておりますので、医療用麻薬の供給体制のほうは私どもも勉強していかなければなりませんし、構築のほうも県と協力してやっていかなければと思っておりますのでございます。

(井上座長)

塚田先生は有床診療所がこういう在宅との間でつながるといって、有床診療所のベッドが本当の意味での、レスパイト的に応援として使われる部分もあるんですけども、長期に入っている人が多いとかそういう問題があるんですけども、そこらのところはどうか。有床診療所が小さい地域の在宅支援のツールとして非常に重要な部分というものについてのお考えはどうか。

(塚田委員)

有床診で残っているのは、専門医を持っているところと、あと訪問看護ステーション、老健、特養を持っているところで、個人的なことを言うと、例えば訪問看護ステーションを持っている、地域包括支援センターを持っている、特養がある、透析で入院できる。19ベッドだけれどほとんど2週間以内に退院する。抱えている医者は自宅があるから、そこにもう住み込んでいる。だからパッケージにおいて非常に患者も安心、スタッフも安心、訪問看護ステーションも安心、それをコネクトできないと、単品で頑張ってもだめだろうと思うんですね。

だから、今、薬にしても、早くスマホを使って個人ナンバーで、せめて急変しても飲んでる薬、それで直近の検査データ、これをこの患者の手にないと。僕も往診しているときに、訪問看護ステーションから来ている。リハビリの先生も来ている。一人の患者に3人も4人もくっついて一遍に顔を出している。それでお金もとられると、そんな効率の悪いことをやっているわけですよ。

(井上座長)

一つにまとまってどこかが指示しているんじゃなくて、ばらばらでやっているということですね。

(塚田委員)

そう、自分たちの勝手にやっている。だから、その各部署の都合で行くのではなくて患者を診るのであって、自分たちの都合で行っているというところが今もう、だから僕は早くマイナンバ

ーを使うなり、マイカルテというのをつくって、介護保険と医療保険を一緒にして、それを幾らかかって幾らどうだというのを患者が知らない。だからぜひこの県や何かにおいてもマイナンバーとか、そういうプランがあるのかどうか知りたい。

(井上座長)

ポリファーマシーじゃなくて、ポリメデュケアとかポリメディカルとか、そういう問題を一つにまとめていかないといけないということと、もう一つは診療所も地域のためのあれをやるためには、診療所の小規模多機能といったらおかしいけれども、老健とかが小規模多機能で、外来も何かやるように、訪問も通所も入所もというようなことと同じようなことが必要かということですね。わかりました。

それでは細谷委員さんですけれども、こういう訪問看護とか在宅医療に支援するという意味での看護師の立場から何かありますか、教育の立場からですけれども。

(細谷委員)

11ページの在宅医療に関する論点の、「急変時に対応できる体制の確保が必要ではないか。」の訪問看護の体制強化のところですが、これについては質の向上とそれから数の量的なもの両方が必要であって、訪問看護の質の向上の意味では、いわゆる専門看護師とか、アドバンスのキャリアアップのシステムがありますから、連携して機能が向上するということも研修に出せるような体制をぜひつくっていかねばいけないと思います。

3.5人で1つの訪問看護ステーションができるから、本当に人数が少ないと出せないから、母体大きい、例えば病院が設置母体の場合には例えば日赤なんか、訪問看護ステーションの職員と臨床の職員と各3名ずつ交代して臨床できるという体制もありますし、それからアドバンスのところに研修に出せる体制がある。だけど、それは病院に任せられているんですけども、訪問看護する者などにほかの、10床のマイナーが訪問看護ステーションでそういうことができるような体制を認めないと、特定行為研修で技術の向上ができるという制度もありますから、そっちに出せるという制度が必要かなと。

その点でこの意識の面ですけれども、2ページの(2)の丸の3番目のところの記述で、医師や看護師などの医療従事者と、その次に訪問看護師や訪問介護員などの介護従事者との間でということ、ここは介護保険を使つての訪問だから、訪問看護が介護としての意識で書かれているんじゃないかと思うんですが、現状的には、訪問看護は医療ですから医療者として書かれないといけないかなと。そうじゃないと、緊急時の対応ということで推進するわけで、その辺のところは、意識がバラバラになっているのかなという気がいたします。

(井上座長)

それは確かに介護保険でやるか、医療保険でだけれども、費用の差がものすごくあるので、どうしても介護のほうでというパターンが多くなるんですね。

(三輪委員)

このところが非常に気になっていて、介護領域で訪問看護というような記述は違うんじゃないでしょうか。

(井上座長)

医療に位置づけるべきであって、介護の中の訪問看護というのがおかしいと。

(三輪委員)

ええ、それはずっと思っています。

(井上座長)

まあ制度上のことですから。

(三輪委員)

認可のときは介護認定というか、ここで訪問看護の施設の設置基準をとっていくんですけれども、訪問看護は医療なんですよ。

(井上座長)

看護のほうはその点は強いかもしれないけれども、リハビリも両方に分けられているんですよ。そういう問題はあります。

(細谷委員)

もう一ついいですか。量的な問題ですが、訪問看護ステーションは訪問看護で新卒はとらないんです。臨床で経験した人しかというところがかなりの数、パーセンテージを占めるんですが。

セコムの訪問看護ステーションは、母体が大きいですけれども、新卒も訪問看護師としてとって、そしてもちろん指導として臨床の研修に出して、臨床の研修をしながら訪問看護を主として育てるといって、やり方をしているんですよ。今、そういう方法も出てきているんです。訪問看護師を増やすときには、臨床をやってから訪問看護という選択だけでは今、それだと限界があるから、もうちょっと幅広く訪問看護師の育成ということが考えられないかと思っています。以上です。

(井上座長)

それでは全体的に在宅、訪問というものに関して、あと高齢化に伴い増加する疾患のロコモのことについては時間のことがあるので先に言っておきますけれども。

これについては、確かに把握できていないと言いますが、住民検診というのはどこもやっているんで、痛みのために日常生活に障がいがある人がどの程度いるかぐらいのことは、そういうことで日常生活の何が困っているかというのは、アンケート形式で県が一つのひな形みたいなアンケートをつくれれば、どこの市町村も検診はやっていますからね。そういうときに一緒に入れ込んだらいいんじゃないかと思っています。

それでは中澤先生、全体を通して先生の意見も入れていただいておりますか。

(中澤委員)

在宅医療に関しては、もし県民に広く言うなら、なぜ在宅医療なんだというようなことをもっと強調してもいいのかなという感じがします。在宅医療だと何がいいかというと、実際には在宅医療を導入しても医療費の削減にはあまりつながらないという話もあるので、一体、在宅医療はどのような目的でどういうことだからこうだというようなことは、もうちょっと強調してもいいのかなという感じがします。

それと、在宅医療というのはわからないところがあって、どういう人が在宅医療の適用になるかというのは、正直いってわからないんですよ。通える人は本来通うべきなので、ではどういう人が本当に在宅医療かということと、それともう1点、これも細かいことですが、9ページになりますね。この老人ホームという表現が正しいかどうかというのは、おそらく特養とか有料老人ホームというイメージで書いていますけれども、用語として正しいかどうかというのはまた検討していただければと思います。

(井上座長)

これはおそらく法律上の老人ホームですね。だから、いわゆる死亡診断書で特養は老人ホームに入るし、ほかはどうかということがあると思うんですけども。

では、今、一応、全体的なところでお話していただきましたけれども、非常に重要なことがわかるんですけども、さっき先生が言われた、なぜ在宅かという。今日、小林麻央さんのブログを見ましたけれども。最近家へ帰ってきて家は一番だという。普通にアンケートをとっても、できるならば家で過ごしたいというのがありますから、そこらのところから広がっていくんじゃないかとは思いますが。施設も含めて在宅としているんですけども。基本的には、誰だって家で過ごせるなら過ごしたいというのがほとんどですから、そこらの問題はあると思います。

ということと、在宅医療に関するところでは、一つは在宅医療が可能な地域と、不採算地域といわれる問題は、医療もリハビリも薬剤師も歯科診療も、そういう経営の効率的でないところについてもどうするかというような問題が一つありますし、そして先ほどもどちらからも出ましたけれども、薬の情報が入院前、入院中、入院後、そして施設においては、何カ所かからの医療行為とか介護行為を共通して受けている人たちのそれがどうその人に影響しているかといったら、その一人を中心にどのようにしているかの情報が一元化されていない、マイナンバーも言われましたけれども、その問題点というのがかなり指摘されたものと思います。

小林さんに、聞くことを忘れたんですけども、失礼しました。

(小林委員)

3 ページに吸引の話が出ていましたけれども、これは医療職のやる吸引ではなくて、今、介護士さんたちが在宅で吸引できるようになっているというお話だと思うんですけども。この表現では、最終的に「実施しています」となっているんですが、確かに県内でたん吸引ができる介護職員を養成されたというのが現状としてあるんですけども、実際、現場で吸引をしている介護職員を拝見したことがないので、「実施している」という表現でいいのかどうかというのは、課題で挙げている部分では違うのかなと。

介護職員については、そこは医療行為であるので、怖さであったりという部分もあって、養成されてもなかなか実践されていないという現状もあったりとか、それは地域性によるのかもしれないんですけども、巡回型があるとかいうのも、看護職の管理と支援のもとにできるというのがあるんだと思うんですけども、巡回型もまだまだ長野県の中では少ないので、なかなかこれが実践としてまだ定着していないといったところもあるのかなと思います。その辺で表現がこれでいいのかなというのを思ったところではあります。

あともう一つ、介護支援専門員として気になったところは4 ページの、ここだけ棒グラフがあるんですけども、何でこんなに地域によってケアマネジャーと連携しているという差が大きいのかなと。佐久病院であるとか飯田病院があるとかというせいなのかとも思うんですけども、何か実態としてあるのかなという、私としてももう少し把握していかなければいけないと思いましたし、あと、今、論点のところの2 番目に退院調整ルールの策定とありますけれども、そこには切れ目のない病院と在宅の連携といったところがあるので、そういったルールの中には、先ほど出たソーシャルワーカーですとか、ケアマネジャーとの連携をとる部署というか、機関というか、時期というようなものも取り込んでもらえるといいなというところと、あとここにも多職種の方々が集まっていますけれども、多職種による連携を深めるための研修会といった部分では、ぜひそういったターミナルについての事例検討であるとか、在宅で過ごしていく部分での検討であるとかというような研修会みたいなものを、いろいろな職種を交えて検討ができるようなものも、たくさんできてくるといいなと思いました。

(井上座長)

どうも、まあいろいろどうしていくか。吸引のことは本当は、研修をやってくればそれでしてもいいとかいって時間とお金だけとられるんです。病院側とか施設の運営側からすれば、もう少

し近くからの応援で実際にやっているのとかというのがあったらいいんだけど、今のところ法律上、いやそうじゃないとか、いろいろ矛盾はいっぱいありますけれども、そこらをどう解消していくかという問題があるかと思います。

それから、先ほどのあのグラフの差がどうしてかというのは誰も疑問に思ったと思うんですけども、これはなぜこんなに差があるのか、どこかの施設によるのかというのがありますけれども、この説明がついたらありがたいということがありました。

本日は時間的に早足で行ったところもあるんですけども、いろいろなものについてありましたけれども。全体として、このほかにどうしてもこのワーキンググループの中で取り上げていたいただきたいとか、このことだけは最後に絶対言っておきたいというようなことがありましたら。

(6) 今後のスケジュールについて

(井上座長)

次のワーキングは何カ月後でしたか、1カ月後、2カ月後にはありますか。

(下條医療推進課課長補佐)

次は8月ごろです。

(井上座長)

8月ごろですね。

(下條医療推進課課長補佐)

それとまだご意見等ある場合は、事務局の医療推進課まで、次第に記載のファックスやメールで6月23日（金）までに提出してください。

(井上座長)

それでは、これで本日の会議を終了したいと思います。

【閉 会】