

第2回 長野県医療審議会 地域医療構想策定委員会 会議録（要旨）

1 日時 平成28年3月25日（金）午後3時30分から午後5時15分まで

2 場所 長野県庁議会棟4階 404・405号会議室

3 出席者

委員 相澤孝夫委員、伊澤敏委員、上原明委員、牛越徹委員、大澤麻美委員、大淵律子委員、奥野ひろみ委員、唐木一直委員、久保恵嗣委員、関隆教委員、竹重王仁委員、竹前紀樹委員、日野寛明委員、保谷ハルエ委員、本郷一博委員、宮坂圭一委員、三輪百合子委員、山田一尋委員、吉岡二郎委員
（欠席 春日司郎委員、園原規子委員）

長野県 健康福祉部長 小林透、衛生技監兼医療推進課長 山本英紀、健康福祉政策課長 清水剛一、医療推進課医師確保対策室長 牧弘志、健康増進課長 吉沢正、保健・疾病対策課長 塚田昌大、介護支援課企画幹兼課長補佐兼計画係長 油井法典、薬事管理課長 斉藤邦昭、医療推進課企画幹兼課長補佐兼管理係長 熊谷健吉
他

4 議事録（要旨）

【会議事項】

（関委員長）

委員の皆様方におかれましては、第2回の策定委員会ということでご苦労さまでございます。それでは次第に沿って進めてまいります。資料1「第1回策定委員会での主な意見について」事務局から説明をお願いします。

（山本衛生技監兼医療推進課長、資料1「第1回策定委員会での主な意見について」説明）

（関委員長）

ありがとうございました。前回の策定委員会の意見の取りまとめでございますが、大体こんな辺に集約されると思うんですが、いかがでしょうか。

（出席者一同）

異議なしの声あり

（関委員長）

では、こういう意見で取りまとめたということで、ご了承いただいたということにします。

（関委員長）

それでは、次に（2）各種調査結果等について、（3）第1回地域医療構想調整会議の開催状況について、（4）必要病床数推計値の都道府県間調整について、（5）構想区域間の患者流入の調整の考え方について（案）は関連がありますので、一括して事務局からご説明をお願いいたします。

（山本衛生技監兼医療推進課長、資料2「各種調査結果等について」、資料3「第1回地域医療構想調整会議の開催状況について」、資料4「必要病床数推計値の都道府県間調整について」、資料5「構想区域間の患者流入の調整の考え方について（案）」説明）

(関委員長)

どうもありがとうございました。何しろ膨大な資料をいただいたものですから、これだけの資料があると時間がかかると思います。

まず、資料2について見たいと思います。資料2は、1、2、3、4とありますが、これについて何かご意見なりご質問ございますか。

私から一つ、資料2-2ですね。これは先ほど部長がおっしゃいましたように、12月、長野県の療養病床の実態はどうなんだというアンケート調査をしていただいたわけですが、これは一人一人の入院、入所の患者さんについて事細かく回答していかなくてはいけないので、大変なんですよね。私のところもつぶされる前の介護療養をやっているんで、みんなで頭をひねりながらやっただけですけども。中には200、300床のベッド数があるところもあるので、その皆さんは大変だと思うんですね。せっきくの生のデータなので、棒グラフももう少しわかりやすくしていただけたらありがたいと思うんです。確定の時にはもうちょっとわかりやすくお願いします。

それから、資料2-3の療養病床の在り方に関する検討会の一番最後のイメージ図ですが、医療療養病床20対1、それから新(案1-1)、新(案1-2)、というのがあったけれども。医療療養病床の20対1については医療保険対応で考えていいんですね。あとの新(案1-1)と新(案1-2)というのは、これは医療保険対応なんですか、介護保険対応なんですか、まだわからないんですか。

(山本衛生技監兼医療推進課長)

組み合わせることも含めて、このあたりはまだ明確に示されていないという状況でございます。

(関委員長)

まだそこまでははっきりしていないわけですよ。医療療養病床はこのまま医療保険でいくということですね。だが新案の1と2はまだ内容ははっきりわからない。一応、イメージ的なものを出されたということでもよろしいですね。

それから資料2-4は県内の療養病床の状況であります。資料2の関係についてはいかがですか。現状はこんなところだということで、よろしいですね。

(出席者一同)

異議なしの声あり

(関委員長)

はい。それではその次の資料3ですね。これは地域医療構想調整会議の開催状況、今、ここに出ているのは第1回の開催日と、各構想区域で挙げた意見をそのまま出したということですね。ですから、最終的なまとめではなく第1回目の開催状況であると、こういう現状の意見ということで考えてよろしいですね。

これについて、各委員は、各地域の実情をどんなふうにお考えになりますか。

(伊澤委員)

佐久が一番最初にありますが、比較的簡潔にまとめてあります。アンダーラインが書いてあって、佐久医療圏は医療機関所在地ベース。上田・小県の上小医療圏から佐久医療圏へという形が東信地域において時間をかけて、20年ぐらいかかって今のような形ができていますので、それを無理やり変えるよりも、今の形を維持していくほうがおそらく、お金もかからないし、患者さんたちの混乱も少ないという意見が出ておりました。

また、調整会議の話から若干離れますけれども、私たちのところは病院の中で高度急性期と後医療をやる病院を分けたんですけれども。4月の診療報酬の改定で高度急性期はプラスになりますが、後医療をやる本院はマイナスになります。おそらく佐久だけでなく、軒並み、よその医療機関もそうだと思うんですが、高度急性期がきちんと機能するには、後医療をやる周辺の中小規模の病院がちゃんと機能しないと、高度急性期の病院も機能しなくなるんですね。

ですから、これから、専門医制度も始まっていきますが、中小規模の病院が一斉に苦戦をしていくということになって、特に都市部にある病院はまだいいんですけれども、周辺ですね。人口が比較的少ないところに立地している中小規模の病院というのは、とても大変になってくるのではないかなと。そういったところがうまく機能しなくなると高度急性期の病院までいろいろな形で影響が及ぶ可能性があるんですね。

こういったところをうまくバランスよく病院のネットワークの中で成り立たせていくような構想にしていけないといけないのではないかと、このごろ強く感じております。

(関委員長)

ありがとうございました。ほかにいかがですか。はい、どうぞ。

(久保委員)

木曾ですけれども、木曾医療圏は非常にシンプルでして、県立木曾病院しかありません。資料4の2ページ目で、患者住所地ベースと医療機関所在地ベースでは病床数にかなり大きな差が出るんですけれども、各医療圏でがんの流出、流入はやむを得ないと思っているんですけれども、保健医療計画の中で、少なくとも心筋梗塞と脳卒中は各医療圏でなるべく完結するようになっていきますし、循環器に関してもそうですけれども、流出・流入が難しいところでもありますので、前回にも申しましたけれども、将来的にそういう医療提供ができれば、十分この数字も変わってきますので、各地域の現状を見ながら必要な病床数は考えてもらいたいと思っております。

地域の住民の方々は、この数字を見て相当危機感を覚えているようでして、木曾地域には「木曾病院・木曾地域の医療を守る会」という、地域の約半分以上の方が入っている会がありまして、そこからもきつく陳情を受けました。広大な木曾地域は周りが山で囲まれていますので、急性期の患者さんを移動することは非常に危険なところがございますので、患者住所地ベースに近い数字が必要ではないかと思っております。

(関委員長)

ありがとうございます。木曾谷は深いところですから、なかなか難しいのがあって、どうしても患者住所地ベースでやらないと難しい点がありますよね。相澤委員、いかがですか。

(相澤委員)

松本地域の話でも、流入・流出というのは今、現にあって、それを急に止めることはできないだろうと。しかも日本の医療そのものはフリーアクセスで、患者さんはどこへでも行けるわけで、それを止めることはできないだろうというのが皆さんの意見でした。計画で決められるより、診療報酬でじわじわと首を絞められるようになってくると、経営的に移らざるを得ない、あるいは療養病床の先生もおっしゃっていたんですが、医療区分1が多いと、もう病院をやめてしまおうかという先生方もおられて、多分、いくら抵抗すると頑張っても診療報酬で変わってきてしまうんだから、今、いろいろ計画をつくるよりも自然に放っておいたほうが、自然にそういうところへ移っていくのではなかろうかという意見がかなり大半だと思います。

(関委員長)

ありがとうございます。まあ構想というのはプランでありまして、実情はどうなるかわからない。実情というのは国も多分わかっているでしょうけれども、我々にとっては診療報酬、介護報酬という形で責めてくるのが一番効くわけですね。そこら辺がどうなるか。今、現状はそれなりに回っているんですね、なから回っていくので、伊澤委員言われたように壊すようなことというのはかえって大変な費用負担が出ることなので、できれば現状の追認のほうがいいんじゃないかなと思うんですけれども、竹重委員、どうですか。

(竹重委員)

資料3を読ませていただいて、佐久とか諏訪とか、飯伊、松本なんかは、どっちかという流入が多いところだから、医療機関所在地ベースでカウントしてほしい。それから上伊那、木曾、大北、北信は流出の多いところだから患者住所地ベースでやってほしいというのは至極、当然のように思います。

その中で、地域医療構想をつくっていくわけですが、私自身、県にお尋ねしたいのは、各構想区域ごと患者住所地ベース、あるいは医療機関所在地ベースで混在していてもいいと思うんですね。ミックスしてもいいように思いますけれども、その辺、何か県の考えがあれば教えてください。

(山本衛生技監兼医療推進課長)

ご指摘のとおりだと考えています。4区分全て医療機関所在地、患者住所地ということでやりなさいということではなかろうと思っておりまして、これはもう実情に応じて、この区分は医療機関所在地ベースを基本とするけれどもこちらは変えていこうということは、当然、議論の経過によってあろうと思っています。

そうした中で、まず最初の資料1でご説明させていただいたとおり、高度急性期と急性期は一体でいったほうがいいんじゃないかということも含めて、検討していくことになるかと思っています。

(竹重委員)

各構想区域のビジョンを積み上げて、県全体の策定にさせていただきたいと思います。

資料5までの中で、今日申し上げたいと思ったのは、災害用のベッドについてきちんとしてほしいということなんです。2013年の入院受療率から必要病床数を出しているんですけれども、災害についてのベッドについては全然、地域医療ビジョンの中にはございません。

実際、このごろ軽井沢でバスの転落事故がありました。患者を長野県だけでは収容できなくて、群馬県にお願いしたという方もございます。一方、災害拠点病院の計画という部分が厚生労働省から出ておりまして、その中にBCPという業務継続計画という部分がございます。30年度までにいろいろなものを策定していくんですけれども、通達の中で入院患者数は通常の2倍ぐらいまで収容できるようにしろと、外来は5倍まで想定しろという記載も同じ医政局の通達で出ております。ベッドが簡易ベッドでもかまわないとなってますが、災害のときにベッドだけあれば対応できるわけではなくて、そこには必ずスタッフが必要であったり、それなりの機能が必要です。

そういう部分で、地域医療ビジョンを立てていくときに、患者さんの入院受療率だけで必要病床数をつくっていくというのは、非常に危ない計画のように思いますので、ぜひ災害時のベッドについて検討していただきたいし、災害拠点病院は構想とは相反する部分、片方は必要に応じて増やせ、片方は削減しろということもありますので、その辺について少し精査もしていただいたり、考えていけるような方向に持っていっていただきたいと思っています。その辺、何か県の考えがあれば教えてください。

(山本衛生技監兼医療推進課長)

災害対応用の医療提供体制、準備に関するご質問とご意見だと考えております。災害医療については、長野県は一昨年、災害に見舞われて、災害医療提供体制の整備というのは本当に重要だと考えております。

その上で対応病床数や人材をどのように考えていくのかということについて、竹重委員からのお話のとおりで、ベッド数については簡易ベッド等々で対応していくということが一つ想定されているということと、もう一つ人材につきましても、DMATを含めて他圏域から入って対応していくということが災害医療上、先生方にご協力いただきながら整備をしていくところかと思っております。

これはなかなか重要であって、本当にしっかり議論していかないといけないと考えておりますけれども、数年に一回のために固定のベッドを用意し医療人材を用意して待っているか、医療提供体制を考えていく上で、緊急時対応をしっかりとやらないといけない中で、通常の体制をどう考えていくのかということは、非常に重要な課題だと思っております。

一応、国から示された地域医療構想上の数字としては、病床稼働率については、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、それぞれ一定のもの、当然、ずっと病床に盛っているわけではありませので、一定の数字を置いてやっていく形が示されているというのが現状だろうと思っております。私からとりあえずご説明できることは以上で、またご議論いただければと思っております。

(関委員長)

そのことについて、同じ医政局の中で、片や減らせ片や増やせと言っているんです。しっかりそこら辺の整合性はとれているんですか。

(山本衛生技監兼医療推進課長)

私がお答えすることが適切かどうかはあるんですけども、一応、そこは結論的にはとれているだろうと。緊急用の対応で、簡易ベッドも含めて収容できるように一定規模整える体制を整備していこうという話と、平常時にどれくらい病床を整備しておくのかという、多分2つの形があって、緊急時に対応できるように、ずっと平時から固定のベッド、固定の人員を整備しておかないといけないということではないという意味で整合性はとれていると思っております。ほかにご意見があればと思うんですけども。

(関委員長)

まずスペースとかそういうところから始まりますからね。そこら辺はどうも納得できないんです。

(竹重委員)

まあ平時から必要かどうかという部分もありますけれども。これも言おうと思っていたんですけども、病床平均稼働率というものを高度急性期、急性期、回復期、慢性期で、各75、78、90、92%と割り戻しますよね。実際に平均稼働率というものだけで割り戻しているんですけども、長野県の特徴として、北も南も冬は入院が多くて夏は少ないという季節性が非常にあるところだと思えます。だから単純に平均稼働率で割り戻すという作業をしていっていいのかわか、そこには災害のベッドもそうですが、ある程度、ゆとりを持ったものをつくっておかないと、ぎちぎちにこれだけの必要病床数というただ計算上でつくったもので2025年の姿を見ていいのかというのは、非常に疑問に思いますので、先ほど相澤委員が自然の流れでなっていくという論点もありますので、必要病床数をぎちぎちに数を決めていくというのは、非常に危ない論法だと思いま

す。

(山本衛生技監兼医療推進課長)

その点は本当に貴重なご指摘だと思っています。そういう意味で、資料5の必要病床数の持つ意味が重要になると思っています。

資料5の2つ目の丸で記載させていただいた、これは一定の仮定を置いて推計をすると入院の患者数はこうなるんじゃないかという仮定のもので数字だということに関係者にご理解いただくというのが厚生労働省から示されており、おそらく絶対削減しなければならないといったようものではなからうと。でも、先ほどのとおりで、診療報酬、介護報酬等々で一定程度の動きもあると思いますので、そこは制度全体の中で各医療機関、自主的な取組を中心に取り組んでいただくものと思っていますので、必要病床数は砕けた言い方ですと、どうでもいいということはなく、当然、一定の目安だと思えますけれども、だからといって、一方で絶対これに合わせないといけないというものでもない。これはちょっとあやふやなところがあるんですけども、数字の持つ意味ということを踏まえてご議論いただければと思っています。

(関委員長)

だんだんわかってきました。調整会議についてはこの辺で終了してもいいですね。この後、資料4、都道府県間の調整、それから資料5の構想区域間の調整の考えですね。

県単位の場合には、長野県の場合には、具体的には木曾の場合は岐阜へ流出していると、それから諏訪の場合には山梨から流入していると。それぞれ、山梨の場合にはこっちに入ってくるからこちらでやると、木曾の場合は出て行くから岐阜でやるということでもいいと思うんですけども。

県内の構想区域間での流入・流出が一番、我々にとって大変な問題となると思うんですよね。そのときに、必要病床数の考え方が、今、竹重委員言われたように、平常時はこういうものでいいけれども、長野県は非常に季節要因が多いと。これは富士見高原病院の井上院長が言われたことなんですけれども、夏は少なく冬は多いと。そういう季節要因もあるし、それから大規模災害、大規模の救急のときにどうしたらいいかということも含めて、いろいろ考えていかなければいけないと。

ただ簡易ベッドでいいといたって、スペースも確保しなければいけないので、そういうことからベッド数を考えていかなければいけないと。そしてそのことに対して国は資料5にありますように、1番の必要病床数の意義ですか、四角で囲った中のポツの2番目、医療法改正で都道府県知事の対応の規定を新設したが、不足している医療機能の充足等を求めるためのものであると、稼動している病床を削減させるという権限は存在しないと、これは本省からこういう通達が出ているわけですね。だからそこら辺も私どもははっきりと頭に入れておかなければいけないと、稼動病床を削減しろということではないと、そういうことを頭に入れておきたいと思います。これについてはいかがですか。資料4と5について何かご意見なり。どうぞ。

(牛越委員)

関委員長おっしゃられたように、国の通達というのは非常に重いものがあるなど、そして実は含蓄があるなと思っていますのは、「需要に応じた適切な医療提供体制、病床数となっていく」というところがあります。あるいは、「稼動している病床を削減させるような権限はない」、そのとおりですが、では、現在稼動していないものはどんどん潰していいのかということになったときに、稼動していない理由が、医療需要が低いためにそうした状態になっていけば、早晚、変えていかななくてはならないんですが、例えばお医者さんがもう一人この科に配置されればもう10床間違はなく稼動するということは、私ども特に医療資源が少ない地域では実感として経験的にわかって

いるわけです。

ですから、そうした努力を全く無視して、今回、例えば私ども大北医療圏はベッドが空いている、では10%分はカットしなさいと、だからお医者さんも要らないんですよ、病床の整備も要らないんですよということで固定されてしまうと本当に切ないですね。

ただ一方で、構想区域間での調整でいえば、先ほど竹重委員がおっしゃったように、現に私どもからすれば松本医療圏には本当にお世話になっているわけですから、それを戻してくる、そのために医療機関所在地ベースではないということを主張すると、かえって、今、既に整備されている水準を落としてくださいというのに等しいわけですから、それはあまり過大にそういうことは主張すべきではないと思っております。

そうしたことから、ではどうするんだと言われると、医療機関所在地ベースと患者住所地ベースをいかに調和させるか、しかもそれぞれの医療圏でも独自の努力の余地をどのように残すかというところが、最後の調整ではないかと思うところです。

またあわせて、医療体制の改善をどのように反映していくか、これにはまさに県が医師確保に一生懸命取り組んでいただいておりますが、そうした医療行政の成果をこの中にどのように織り込むかというところが最後の調整ではないかと感じているところです。ご理解いただきますようお願い申し上げます。

(関委員長)

ありがとうございます。いかがですか。

(小林健康福祉部長)

確かに、委員、今ご指摘のとおり、それぞれに不確定な部分が非常にあると思います。先ほどご説明させていただいたように、2014年以降の医療機関の取組も調査をさせていただいております。ただ、全体の数字の話では、国のルールで示されているところがあるので、第1回のときもお話をいただいたように、これが一つの目安であろうと思います。

まだ、調整会議もそれぞれ一回やっていただいたところですので、もう少し調整会議で牛越委員のお話のようなところも含めて論議をしていただいた中で、ぎりぎりどこまで調整が必要なのかというところを浮き上がらせて具体的にしていかないと、なかなか地に足がついた論議にならないと思っております。

あまり先走って数字だけひとり歩きさせてもいけないものですから、その辺、また論議をしていただきたいなと思いますし、先ほど来、お話させていただいているところの療養病床の扱いというのは非常に大きな話です。牛越委員さん、唐木委員さんが市町村を代表して入っておりますが、国のイメージ図の一番下に書いてあるように、療養病床が仮に介護の施設になると今度は介護保険の、これは我々高齢者プランをつくっていますし、市町村は事業計画をつくっていて、施設等の整備をしておりますが、そこにかかる可能性もありますので、調整会議には市町村の方々もお入りになっていますから、そうした論議も十分にやっていただき、先ほどの季節的なところは、これ施設面でも当然同じようなことが言えるし、施設との行ってこいの部分というのもあります。その辺も踏まえて、地域の実情をよく話をさせていただくというふうに思っております。以上です。

(関委員長)

はい、ありがとうございました。どうぞ。

(相澤委員)

国の推計したやり方だけで地域の医療のあり方を論議するのは、私はきわめて危険で危ないと

思っています。そういう中で、私たちがしっかり県民のためにどんな医療がどういうところにどれくらい必要かは、もう少ししっかりとしたデータを我々に示していただいて、その上でどうしていくのかということもしっかりと考えないと、このままでいくとお前のところに流出しているのを止めるとか、あるいはもう受け入れるのはやめるとか、変な感情論になってしまいますので、今のところは少しファジー、例えば患者住所地と、医療機関所在地の範囲内で何とかするとか、多分、そんなようなことを考えつつ、もう少ししっかりとしたデータ、皆さん方、御存じのない方が多いかもしれませんけれども、この4月1日から診療報酬のレセプトの中に、各病棟ごとのデータが全部入れられます。そうすると、例えば大田市立病院のこのA病棟はどんな患者さんが入っていて、どんな医療をしているか全部、診療報酬の上からわかるようになってしまうんです。そうなったときに、そこでどんな医療がされているかが今度、病院全体でなくて、病棟ごとに全部把握されるようになってきますので、そういうことも踏まえて、今後、どう考えていくのかは議論すべきで、今、私は早急にこの数値をもとに、エイヤとやっていくのはかなり危険なので、少しその辺ご配慮いただいた地域医療構想にさせていただければありがたいということをお願いしたいと思います。

(関委員長)

そうですね。とりあえず、今の県内の状況はそこそこに回っており、現状で、かなり極端に不便だということはないんだから、まず現状の追認をしていただいて、それで地域間の調整といたしますか、牛越委員が言われたように、患者住居地と医療機関所在地の間で調整すると、またその地域の自助努力が必要になってくると。まず現状で回っているんだからここからスタートするのが大事ではないかと僕は思っているんですけども。

では、患者流出入の調整の考え方というのはこれでよろしいですか。

(吉岡委員)

患者流出入についてはもう何人もお話があったとおりで、現状はそういうふう動いているわけですから、それを容認するというのが基本的なことだと思います。

ただ、高度急性期、急性期と回復期、慢性期は意味合いが違うので、高度急性期は基本的には医療機関所在地ベースで考えるのが妥当だと思いますけれども、ただ、先ほど久保委員がおっしゃったように、高度急性期というのは医療資源をたくさん使っている病気ということですから、その中でも非常に治療に緊急性を要する高度急性期と、時間は要さないけれども、重篤ながん等で高度医療を必要とするものと、二通りあると思うんですね。それは国民に対する医療提供の責任の上から分けて考えたほうがいいと思います。

したがって、木曾地域のようなところでは、急性心筋梗塞や脳血管疾患に対応できるような体制はある程度、整備すべきであります。時間がかかってもいいような疾患については今までも集約化してきたわけですから、それをまた分散化するというのはおかしい話で、かえって医療の質が低下してきますから、これは集約化してやるべきだと思いますし、回復期、急性期はどこから分けるかはわかりませんが、急性期の一定のところから、回復期、慢性期は患者所在地ベースでやるというのは当然のことのように思います。

また非常時を平時に設定しておくということは不可能なことです。平時の設定をした上で、非常時にどんな対応をするかということを考えるというのが常識的な考え方ではないかと思えます。

(本郷委員)

多くの委員の方々、あるいは関委員長も言われていて、構想区域間の流出入については、今、いい形で来ている、それに線を引くというのはきわめて不自然だろうという、私も全くそういう

考えを持っております。

私の属する大学病院、それからこども病院も同じ状況だと思いますけれども、二次医療圏だけではなく、全県の立場での医療行為を行っていることをぜひご理解いただければと思います。以上です。

(関委員長)

ありがとうございました。そのほかに何かご意見なりご質問ございますか、よろしいですね。では次にまいりましょう。

【報告事項】

(関委員長)

4の報告事項ですね。(1)平成27年度病床機能報告の速報、(2)在宅医療提供体制調査結果の概要、(3)県民の在宅医療に関する意識調査結果の概要について事務局から説明をお願いします。

(山本衛生技監兼医療推進課長、資料6「平成27年度病床機能報告の速報について」、資料7「在宅医療提供体制調査結果の概要について」、資料8「県民の在宅医療に関する意識調査結果の概要について」説明)

(関委員長)

ありがとうございました。資料6、7、8であります。資料6の病床機能の報告、それから資料7の在宅医療提供体制調査結果、これは先ほど申し上げましたように、12月にやった調査ですよ。横棒グラフの意味がよくわからないので、わかるように整理をお願いします。

(山本衛生技監兼医療推進課長)

それぞれ少し、整理をさせていただければと思います。

(関委員長)

よろしくをお願いします。それから資料8は、県民の在宅医療に関する意識調査の報告であります。この6、7、8についてはいかがでしょうか。

(三輪委員)

看護協会の三輪でございます。こういう在宅医療提供体制に関する調査は本当に貴重な調査でして、訪問看護ステーションを151カ所調査していただいたことは本当にありがたいと思います。

先ほども訪問看護ステーションの看護師の充足率が非常に高まったというデータはありますけれども、訪問看護というのは訪問看護だけでは完結できなくて、診療所の先生方と連携して、そこから指示が出ないと、訪問看護は実現しません。そういう中では、病院から診療所へ患者を紹介していただいて、かかりつけ医というものも成立しなければいけませんし、そういう中で、訪問看護が成り立っていると思います。

ただ、診療所の先生たちも、ここにあるように、実施できない理由というのがかなり明確になってきていますし、これから訪問看護のあり方を考えていく上で、経営も成り立たなければいけません。この151カ所が全て、今、順調かといいますと、最近の状況としてはなかなか利用者が増えない、経営としては厳しいというステーションも多々聞いております。

ですので、今、これからの医療提供体制を医療から介護、施設から在宅へという流れをつくっていく中で診療所、それから訪問看護ステーションがこれからどのようにして生き残っていくか、

そしてサービスを住民に提供していくかを考えていかなければなりません。住民が安心して在宅へ入れるのか、それから居宅型の施設が増えてきて、そういうところへのサービスの提供というふうになっていくのかということ、まだ絵が描けない状況です。訪問看護もどういう方向に行けばいいんだろうかというのが、今、非常に厳しい状況になってきているということをお伝えし、そんな中で議論もしていただければと思います。

(関委員長)

在宅のときは訪問看護ステーションが非常に大事です。僕もこの前、慌てたのが、うちへ来た患者さんで95歳のじいちゃんが一晩中ひとりでお風呂に入っていて、次の朝、息子が帰ってきて見たら、まだお風呂の中に入っている。それで引っ張り出して、そうしたらもう翌日から熱が出たり、ぐあい悪くなってきて、今まで全然元気でやってきたものがおかしくなって、1日、2日で亡くなってしまったんですよ。だからそのとき、すぐ訪問看護を入れようと思って連絡して話しているうちにもうすぐに亡くなってしまったんですね。

だから、例えば死後処置なんか、うちのスタッフ全部連れて行って、一緒にやったということになってしまったんです。日ごろから訪問看護を使ってくるとよかったんだけど、そういうのを使ったことのないおじいちゃんだったので、非常にそれで苦労しました。だからステーションに入ってもらわないとだめだなと思って、本当にそう思ったんですね。ありがとうございました。

それでは、日野委員、いかがですか。

(日野委員)

資料7に関連することなんですけれども、在宅医療ということで、長野県下で900ぐらいの薬局がありまして、そういう中で在宅訪問薬剤管理指導というサービスを使って、かかりつけ医の先生方と連携していく薬局は2割ぐらいと、この数年間で倍ぐらい増えてきたということです。在宅の方はほぼ100%に近い形で薬剤を服用しているという中、服薬支援とかいろいろな管理を連携してということでもあります。

何を言いたいかといいますと、近々に薬局の状況ということも調査をしなければならないと思っているということでもあります。

この調査は診療所の先生方のいろいろな問題点とかも非常に見える貴重なデータだと思っています。以上です。

(関委員長)

ありがとうございました。竹前委員、どうですか。

(竹前委員)

資料8の在宅療養生活の「希望しない」というのが、今、14%ですね。これ、これから減っていくことはないと思うんですよ。どんどん増えていくと思うんです。

その点について、これからもっと増えていくんじゃないかと考えると、療養病床を減らすような方向にはいかないんじゃないかと思うんですけれども。

(山本衛生技監兼医療推進課長)

非常に重要なご指摘で、先ほどの療養病床の調査でもなかなかご自宅では難しい、それは家族の問題や、そもそも独居であったりという問題があると思うんです。

そういう意味で在宅というときの、言葉の定義の問題なんだろうとも思っておりまして、医療機関で診ていくものと、いわゆる施設系の介護、特別養護老人ホームもございますし、サービス

付き高齢者向け住宅、また今回示された新たな施設類型、あとは本当にご自宅という選択もあると思っていますが、これをどういう比率で組み合わせていくかというのは非常に重要なテーマだろうと思っています。

病院とご自宅の二択ではない中でどういうふうに、これは地域の実情、当然、人口密度等も含めて異なっているかと思しますので、そこは大きい方向性の中で、また地域、それぞれのことで非常に細かい議論が必要になってくると考えております。

(竹前委員)

この調査の在宅というのは、自宅という意味ではないということですか、両方含まれているんですか。

(山本衛生技監兼医療推進課長)

アンケート上の在宅は言葉の定義を明確にしきれていないのですが、基本的にはアンケートはご自宅を想定してご回答されていると思います。病床の推計では在宅医療等についての等の中で医療施設以外も含まれている。ここは整理が不十分ですみません。

(関委員長)

これは長野県内のアンケートですよ。国の言っているのは、在宅というのは介護施設を含んでいるわけですよ。ただ、療養病床については長野県の場合は入院が全国で下から3番目なんです。それほど低いのをさらに落とす、そんな必要があるかなと。僕のところは北信医療圏だから県内でもダントツにまた低いんです。そういうところで、それ以上落とすこともできるのかなと思っていますんですけども。

今、一番、国で問題になっているのは療養病床ですね。療養病床の点数は本当に安いんですけども、期間が長くお金がかかるから減らせと、これは財政的な、特に財務中心の考え方です。それでは、大淵委員。

(大淵委員)

先ほどの療養病床のこととか、それから今の在宅医療に関する移行とかの中で、今回、在宅療養生活を希望しない理由というところで、家族の負担が大きいという、これはいろいろなところで出てくると思うんです。これは地域における家族の介護力が低下している。働きに出ているとか、それから家族構成のこととか、いろいろとあるだろうと思うんですね。

そういうことで、皆さんがいろいろと意見を出されているように、地域特性に合わせたということになると、療養病床もずっと、それぞれのところで工夫はしていらっしゃると思うんですけども、生活の質というところがしっかり保てるようなものに、さっきのイメージ図では、何回で何回みたいになっていたけれども、この地域ではもっともっと普通に生活するスタイルといいますか、一般のお家のような状況にして、非常に生活していて、療養ということはあるんですけども、生活の質がしっかり保たれて、ご自分らしい生活がそこでできるような環境だったり対応だったりという、そういうところと、それから、いつも在宅のケアの中では、ご本人、療養者の方と家族の方、両方に向けたケアを展開するというのが基本のところだと思いますので、そういう意味では、家族の負担が大きいというところは、これは予想してというか、そうだろうということもあるだろうし、それから実際にはどんな支援を受けられるかという、そのあたりのところの具体的なイメージがつかないという場合もあるかもしれないということと、それからもう一つは、今は、これからはひとり暮らしの方も、それから例えば高齢者のご夫婦の方でも、在宅でその人の生活が継続できるというところを目指して、こういう在宅医療だとか、在宅ケアというところを考えていくということにあると思いますので、形よりも中身をいかにつくっていくか

というところを大事にしていく必要があるかなど。

本当に生活していて楽しいとか、どこかに入っていて何か窮屈な思いではなくて、もっともつと自分らしい生活ができるというところに、在宅医療とか在宅ケアが向かうべき方向だろうなと思っております。

(関委員長)

ありがとうございました。それでは山田委員。

(山田委員)

歯科的なお話になりますと、先ほど資料を見せていただいたんですが、長野県でも現在、高齢者の歯の残存が非常に増えていまして、80歳でも3割ぐらいの方、65歳では5～6割の方の歯がたくさん残っております。

そういった中で、今、在宅医療に向けてシフトしていくというお話なんですけど、虫歯菌とか、歯周病菌がいろいろな病気に関連してと言われていまして、その辺のケアも一緒に考えていただければと思います。

また、先ほどからお話に出ているので繰り返しになるんですが、私の妻も自分の母親も実は認知症ということで、もう亡くなったんですが、いろいろ大変な思いをしたんです。在宅ということになりますと、仕事ができなくなって経済的にも家計が大変になったりとか、医療施設以外の在宅でも経済的な負担があったりとかしますから、その辺のことも十分考慮していただきたいと思います。

またドクターも忙しくて行けないということになりますと、在宅にしたのはいいいんだけど、全然回らないということになりますので、十分配慮していただきたいと思います。

(関委員長)

ありがとうございました。では奥野委員。

(奥野委員)

資料8を見せていただきまして、在宅療養ができない方の経済的な負担が非常に多いというのは大きな問題なんだろうと思います。どんどん経済的な貧困層が、今後、日本でも増えていくということが言われていて、いろいろな方に聞くと、在宅でどうして見ているかというのと、施設に入れるだけのお金がないから在宅で見ざるを得ないという方も実はたくさんいらっしゃって、本来は自宅で豊かに生活をしたいという思いがあって在宅だったらとてもうれしいことなのですが、現実的にはそうではないという状況があることについてもぜひご検討いただいて、何ができるかをぜひ考えていただきたいというのが一つです。

それからもう一つですが、高齢者の多くの方が何らかの疾患があり、急性期病棟に入り、それから在宅に戻っていくという絵図を国は考えていると思うんですが、多くの場合、高齢者の方が急性期の病棟に入り、安全のためにベッド上の生活をしていた場合、昨日までトイレに行けていた方が入院を機会に全くの寝たきりになってしまった、ということが現実的に起きているんだと思います。

そういう意味で、療養病棟に移行して次のステップへと考えていくときに、ぜひ在宅を見据えた医療のあり方ということをおもがもう一度考えていかないと、実際には多くの人たちが自分で動けなくなり、言葉がよくないですが、施設などにたまってしまうという現実があるんだろうと思います。

そういう意味では、医療そのものも、高齢者の在宅というのをどう見据えていくのかということと、もう一つ、一般の住民の方々も、昨日まで動けていたのに何で急に動けなくなってしまっ

たのかイメージできない方が多いだろうと思います。多くの方は病院というところは手術をして治って帰る場所というイメージで捉えている方が多い中で、違った思考を醸成していかないと、なかなか在宅まで進めていくということが滞ってしまうのではないかと感じています。ぜひそのあたりも含めて、ご検討いただけるとありがたいと思います。

(関委員長)

ありがとうございました。では宮坂委員。

(宮坂委員)

在宅をやっている立場からなんですが、今回のアンケートで在宅をやっている先生は半分ぐらいいらっしゃると思うんですが、2025年を考えたときに、今やっている先生があと10年後に高齢化して、本当に在宅ができるのか非常に問題がありまして、若い先生たちはある程度続けていただけだと思うんですが、このアンケートに「10年後に在宅をやっていますか」という項目を加えて、10年後の在宅が成り立つのかどうかという問題も少し考えていただければと思います。

あと、私のところですと療養病床がいっぱいで、施設に胃ろうの方たちが集まっていて、それを私たちが診に行くという状況で、療養型があっても足りないんじゃないかなど。それが施設に流れていって胃ろうとか、今度、肝性脳症の人を施設で見ろということで、アミノレバンを使ってやらなくてはいけないとか、もう、要は療養病床がいっぱいだという現状も場所によってはあるのではないかとということも含めて、今後考えていただければと思います。

あともう一つ、先ほどありましたけれども、今の介護報酬で本当に在宅で利用者さんを見ていけるのかと。ヘルパーさんたちの給料をもう少し上げてあげないと離職率が高くなってしまってなかなかそろわない。そろわないと在宅が成り立たない。医療だけでは在宅はできなくて、生活を支えてくれる部門が充実しないとだめではないかということで、そんなように、今日は見ておりました。以上です。

(関委員長)

ありがとうございました。10年後、私も在宅をやれるかどうか自信がとてありませんけれども、できるだけ頑張ってみます。

(唐木委員)

初めて出席をさせていただきまして、大変な会議の委員になってしまったというのが実感であります。

行政の立場から在宅医療、在宅療養、こういったことは理想だとは思いますが。しかし、今、行政の中で一番相談が多いのが家族が診れないから何とかしていただきたいという相談なんです。このことをどうしていくかということを考えていかないと、なかなか理想には近づいていかないんだろうと思います。したがって、在宅を考える上ではいろいろな組み合わせを考えていかないと、これは無理かなと思っております。

いわゆる療養病床の話も出ましたし、施設的な介護、これもないと行政としてどうにもならないという思いがあるところであります。と同時に、在宅をやっていく上では、訪問看護の充実だとか、介護施策というのをどうしていくのか、この充実がないと、在宅ということは成り立たないんだろうと思いますので、在宅部門では、総合的ないろいろなものを組み合わせていく、このことをぜひ研究、検討していただきたいというのが行政側の願いであります。

(関委員長)

その通りだと思いますね。ありがとうございました。では大沢委員。

(大沢委員)

私は患者側の立場からお話を聞かせていただいて、在宅に関しては、10年ぐらい前ですけれども、私自身も義理の弟を難病で、在宅で妹と一緒に介護するという経験をしているんです。そのときに、訪問看護ですごくお世話になったので、訪問看護の大切さというのはすごく実感していますし、実際に自宅で診られたというのは、自営業をやっていてそこに私も妹も勤めていたから、経済的な負担を心配することなく、若かったというのもありますし踏み切れたんです。今後10年後を見据えてご高齢の方を在宅でとか、自分の親を診るといったときに、そう簡単にはいかない問題であるし、稼動していない病床があるからといって、単純に病床数を減らすという話になっては絶対いけないことだというのはすごく思いましたので、その辺はしっかり検討していったほうがいいと思います。

中心にあるのが地域住民だというお話なので、今回のように、県民にアンケートをとるのはすごく重要ですし、いろいろな方の話を聞いて、こういう目に見える状態で全県民がしっかり考えられるように、私たちだけではなくて、自分のこととして捉えて考えられるような資料を整えていただけると、もっと県民の意識も高まっていくのではないかと感じました。

一番は、病床数もそうなんですけれども、患者としては子供が心臓病だとこども病院を頼りますし、親ががんになったというときにはがんにごく権威のある先生がいるところだったり、施設が整っているところというのを、上田からでも、では松本へ行きますとか、患者の感情はそうなので、単純な問題ではないというのをすごく感じています。

先生方がすごく頑張ってくださいているのは患者の立場からわかっていますが、診ていただいている主治医の先生もご高齢になってきていますので、医師の確保だったり、先生方の働きやすい状況を整えるという部分もあわせて考えていかないといけないのではないかなというのを、今日、話を聞いていて感じました。以上です。

(関委員長)

ありがとうございます。この前やった県のアンケート調査というのは非常にいいんですよ。療養病床の医療の提供と、それから県民の側と両方出ているので、なるべく見やすく使いやすいものにしましょうよ、できれば工夫をお願いします。

最後になりました、保谷委員、お願いします。

(保谷委員)

いつもは産後のお母さんたちのそばにいる助産師として今日は出ているので、私の仕事とか、それから私の立場とかとは全然違うんですが、ただ、この年になってくると、私の周りにもいろいろな介護を受けていたりする人たちもいて、実際、今、私の両親は家で私の妹が二人を介護していて、その妹の経済的な部分を私と私の弟が見ていて、それでやっているという感じで、私も助産師だし、それから弟も看護師だったりとかするので、非常にそういう面ではすごくいい環境で何とか成り立っているんですが。

あと、親戚でついこの間、お話を聞いていたら、頑張ってお家で介護していたんだけど、今まで診ていただいたドクターが亡くなられて、閉められて、それでもう診てもらえなくて、これでもうちの母ちゃんが亡くなったら警察の人を呼んで検死してもらわなくてはいけない状況だという話を聞いて、何か他人ごとではなくて、本当にドクターの訪問ステーションみたいなものをつくって、そこからいろいろなところに訪問して、そして在宅でちゃんと診ている人たちの負担にならないように、ドクターとそれからナースや介護の人たちが全員でサポートしながら自宅で診られるような、そんな社会ができればすごくいいと思っています。

それから、最初の会議で感じたのは、「こんにちは赤ちゃん訪問」の事業のところで、切れ目の

ないということを常に言われているんですけども、そんなところも、病院から退院してきてからすぐ訪問してもらえなくて、一番不安のある1カ月間ぐらいはほとんどほったらかしになって、自宅で一生懸命、自分たちで苦労して、しばらくたって慣れてから訪問してという、そんなことがあるので、多分、数字的には順調と出ていたと思うんですけども。各市町村がやっているからいいとか、数字でこういうふうに出ているからいいとかというのではなくて、内容がちゃんとできているのかどうなのか、それから受けている人がちゃんと満足できているのかどうなのか、そんなまた考えていただければいいと思います。

【その他】

(関委員長)

ありがとうございました。資料がまだあるんですね。

(山本衛生技監兼医療推進課長、資料9「地域医療構想策定に係るスケジュールについて」説明)

(関委員長)

ありがとうございました。ちょっと時間は超過しましたがけれども、お互いにいろいろ意見を出し合っている話に持っていきましょう。ただ単なる会議のための会議では意味がないと思っていますので、そこのところよろしくお願いします。では事務局にお返しします。

【閉会】