

平成 29 年度第 1 回岩手県在宅医療推進協議会 会議録

1 開会（省略）

2 挨拶（省略）

3 協議・報告等

(1) 平成 29 年度の在宅医療関連施策の取組状況について

（事務局：千田医療政策担当課長）

※説明は省略

（本間会長）

ありがとうございました。それでは、ただいま報告のありました事項に対しまして、委員の皆様方からご質問、ご意見等はございませんか。

（佐々木一委員）

先ほど報告のあった胆江地域のモデル事業について、歯科医師会等も含まれるのか、それとも医師会のみのお取組みとなるのか。また、公的、民間含め、管内のすべての医療機関が参画する、というものが。

（本間会長）

医師会の取組み。また、医療機関の参加は全てではなく、まずは参加いただける所からやっていきたいと思います、というスタンスで進めることとしている。その中で、支援側として対応できる医療機関がどれだけあるか、という話になる。

（佐々木一委員）

開業医の中では、入院施設がない所も多いと思うが、何かあったときの入院支援といった支援方法も考えているのか。

（本間会長）

重要な観点であり、急変時の入院対応等についても支援の内容として考えることも一案である。

（佐々木一委員）

全国的に在宅医療を進めていく、という流れがあり、市町村も在宅医療を進めていきたい、となっているが、実際には、診療所ではスタッフがいらないから進められない、医師がいる大きい病院で在宅医療をやってくださいよ、という話の流れになってしまう。

また、住民だけでなく、在宅をやっている先生方も高齢化が進んでいく中で、胆江地域のモデル事業が、在宅医療にどのような影響を与えるか大変興味があるところ。相互で在宅療養を支援していく体制が作れば大変良いと思う。

（奥寺委員）

以前、奥州保健所にいたことがあるが、奥州市は、県立胆沢病院が中心となって、地域連携パスで、二次的な県立江刺病院や奥州病院等との連携を進めるなど、病病連携が盛んな地域だったと記憶している。そこから、在宅医療、開業医に更につながっていく、といった、病診連携の体制が進んでいるのか聞きたい。モデル事業のイメージとしては、診療所が訪問診療を進めるための仕組みとして、病院等の支援できる医療機関が支えて

いく、というもので良いか。

(本間会長)

具体的に、どれくらい病診連携が進んでいるか、といったところまでは把握できていないものの、事業のイメージはその通り。また、奥州市の病院は、公的、民間、病院の大小に関わらず、御支援いただける、という声があり、心強く思っている。

(佐々木裕委員)

最終的には、かかりつけの医師が、患者に対し在宅を含めどこまで関わってくれるのか、というのが大切な観点かと思う。患者が入院となって病院で療養しても、退院して在宅に帰ったときは、かかりつけ医が在宅で診てくれるのが理想である。

今後、診療所では、それぞれ毎週何曜日の午後は、訪問診療の日にします、という体制ができてきて、必要に応じて代診医の活用もできますよ、という形ができるのであれば、各地域、地域で普及が進んでいくのかもしれない。

実際のケースは少ないかもしれないが、こういった事業に、開業医の先生には少しでも入っていただき、制度を運用してみて、このシステムがあれば、在宅ができるかもしれない、という足がかりになれば良い。

胆江地域では、まごころ病院、江刺病院、金ヶ崎診療所、少し水沢病院、といった、公的で大きい所が在宅医療を担っているの、開業医の先生が少しでも、この事業で手を挙げてもらえれば、良い環境になると思う。

(佐々木一委員)

患者としては、全く知らない先生が代診医として訪問される、というシステムでも不安にならないか。町で、在宅療養の希望があった患者に対して、先生を紹介していくけれども、この先生は嫌だ、この先生に診てもらいたい、という不満や希望が出される場合がある。

また、病院に入院していた方だと、退院するときに、今までのかかりつけ医ではなく、病院の先生に引き続き診て欲しい、という希望が出ることもある。このような調整システムが、必ずしも患者にとっての安心につながるという部分も感じたことがある。

ただ、今聞いたところだと、胆江モデル事業は、支援側は基本的に病院であり、入院したことのある病院が診療所の支援に回る、という形であれば、在宅患者も安心するかもしれない。

(佐々木裕委員)

例えば、違う医師が来ることとなっても、訪問看護師が顔なじみであることも多く、相談は訪問看護師にする、といった人も多いので、顔なじみの訪問看護師と一緒に訪問する、といった連携を取れば、患者の不安は少ないかもしれない。

また、薬剤師等もかかりつけ薬局、服薬指導等を進めていると聞いており、そういった所も、今後の連携の窓口になるかもしれない。

(佐々木一委員)

薬剤師については、居宅療養管理指導で訪問しても、その結果が医師にうまく伝わっていないことがある、という課題を聞いたことがある。また、服薬管理の重要性はよく言われているが、在宅に出るにも、医師の指示書がないとできないこともあり、医療側としても、他職種連携としてもう少しやりやすくなれば、患者にとっても良くなると思う。

(2) 県の保健医療計画の見直しについて

(本間会長)

次は、医療計画の見直しについて、事務局より説明をお願いします。

(事務局：千田医療政策担当課長)

※説明は省略

(本間会長)

ただいま説明いただいた件について、ご意見、ご質問等がありますか。

(平澤委員)

訪問看護ステーションの人材確保について、医療計画の課題として取り上げていただきありがとうございます。指標として、「24 時間対応の訪問看護ステーション数」を挙げているが、現在の訪問看護ステーションは、2.5人から3人程度の小規模であっても、既に24時間体制をとっているのではないかと。

となると、訪問看護師数を増やしたところで、24 時間対応の訪問看護ステーション数自体が大幅に増えていくことは、考えにくいと思う。

訪問看護師数を増やし、訪問看護ステーションの大規模化、機能強化を考えていくのであれば、指標としては、機能強化型訪問看護ステーションの数等が適切なのではないか。今は、機能強化型となっている訪問看護ステーションは一か所（くる訪問看護ステーション）だけである。東北で見たとき、機能強化型が1件しかないのは、岩手県だけあり、何とかしていかなければならないと思っている。

(事務局：千田医療政策担当課長)

ご指摘の通り、届出上は、24時間体制としている訪問看護ステーションが殆どである。ただし、その中でも小規模な訪問看護ステーションほど、24時間体制は負担が大きく大変だ、ということを知っている。

機能強化型の訪問看護ステーションを何件増やします、という目標が現実的に達成できるのか、という課題もあるが、まずは、訪問看護師数を増やしていき、訪問看護師が3人のところは4人に拡充する、そういった取組みを進める中で、訪問看護ステーションの24時間体制も安定し、いずれは、機能強化型まで持っていけたらと考えているところ。

(平澤委員)

訪問看護ステーションの人員が実質的に増えていったとしても、この指標では、その変化が数字として出てこないのではないかと、思い確認したもの。

人材育成、人材確保とずっと話がなされていて、県でも研修等をやっていたところだと思うが、人材の確保ができていない。訪問看護ステーションとしても、人材が欲しいと思っているが、中々、人が集まらないのが現状である。

もっと具体的、直接的な確保対策、例えば、潜在看護師を訪問看護師につなげていく取組みや、県内の看護大学も増えている中で新卒看護師を訪問看護師に直接育てていく、といった取組みをやっていかなければ、中々厳しい。

例えば、岩手医大においては、地域医療に力を入れると話しており、在宅（訪問看護）に進めば、返済が免除となる奨学金を創設する、という具体策の検討に入っている段階と聞いている。そういった中で、県として何をやっていくのかを明確にしてもらいたい。

(事務局：千田医療政策担当課長)

先ほどお話いただいた内容等も含め、現在、訪問看護師を増やすための取組みを内部で検討している状況である。

(奥寺委員)

新卒の看護師を病院では様々なプログラムで育てていくように、訪問看護でも、育成プログラムを組んで育成していくとなったときに、一人前になるまで訪問看護師の指導者がつかなければならないし、経営的にも厳しいと思う。そうすると病院等で経験を積んだ看護師の方が、訪問看護師ではやりやすい、ということになるのか。

(平澤委員)

大病院が経営している訪問看護ステーションであれば、看護師のやりくりもできるかもしれないが、2.5人から3人程度でやっている訪問看護ステーションだと、とても一人前になるまでの人件費を負担できない。以前、県に話をしたこともあるが、新卒を1人雇うのに、初年度人件費に対して200万円でも支援してもらえれば、きちんとした育成ができると考えている。

また、経験を積んだ看護師の方が良い、というのは一概に言えない。基礎的な技術としては共通するが、病院の治す医療と、在宅の支える医療は根本的な考え方が違う。この考え方を受け入れるには、新卒看護師の方が早いという面もある。

(老林委員)

重点施策として、現状値、目標値があり、目標値は検討中としているが、これらの指標の設定は、どのような考え方でやっているのか。

(事務局：千田医療政策担当課長)

現行の医療計画を基に、様々な取組みを進めてきて、中々上手くいっていない部分、時間がたち環境が変わったことにより、これまでの課題設定とずれが出てきた部分等に対して、これから取り組んでいく必要があるものを、新たな目標として設定するもの。

(老林委員)

例えば高齢者のピークになる2040年や、団塊の世代の2025年など、どの時点を見据えて考えていくものなのか。

(事務局：千田医療政策担当課長)

第7次医療計画においては、平成30年から6年後、在宅においては、中間見直しがあり、まずは3年後を見据えて、必要な指標を設定するという考え方である。

また、在宅においては、地域医療構想において10年後の在宅医療の需要量の推計値を出しており、量的な数字が示されていることから、その数字を基に、3年後、6年後はどうなっているか、どのように整備していくか、を考えて設定することとなる。

(大黒委員)

今回示されている歯科のデータは、今年度やっている医療機能調査の結果なのか。

（事務局：千田医療政策担当課長）

現在、調査を実施中であり、まだ反映できていない。

（大黒委員）

昨年度の議事等でも議題になっていたが、現状、歯科診療所として在宅の受け皿は増えているものの、連携が中々上手くいっていない状況。ただし、胆沢病院では、退院時カンファレンスを含め、歯科とうまく連携しており、全国的にも先進事例として動いている。

在宅に戻って、患者にとって一番何がうれしいかということ、食事を食べられることなので、歯科としても、摂食、咀嚼、嚥下といった口腔ケアの推進について、各地区団体にも広めていきたいし、他団体との連携が重要になると考えている。

医療審議会で、当会の佐藤会長より既に話があったかもしれないが、肺炎の中でも、誤嚥性肺炎については口腔ケアが重要であり、患者、家族はもとより、支援する多職種にきちんと口腔ケアの重要性を広めていくことが、当会の使命ではないかと思っている。引き続き、連携を深めていきたい。

（吉田委員）

医療については詳しくないが、資料4で在宅療養支援診療所数は、ほぼ横ばいと記載であるが、届出している、実際には殆どやっていない、または、在宅療養支援診療所ではないが、熱心にやっている、といった診療所等も考えられ、中々この指標では、在宅医療の姿は見えてこないのかな、という部分もある。

市町村によって地域差も大きいのかな、というのは分かるが、これまで在宅医療をやってこなかった開業医の

先生たちが、1件でも2件でもやってくれるようになれば、また違ってくると思う。一方で、市町村単位で、どれくらいの先生が、何件くらい在宅をやってくれば、在宅医療の目標に近づける、というような数値を市町村から出していただく、ということも、方法としてはどうか。

（事務局：千田医療政策担当課長）

在宅療養支援診療所数は、施設基準を満たしているところが届け出を行っているもので、該当しなくても、在宅医療をやっている診療所数は相当数あると認識しているし、国の統計でもそれが示されている。

また、ご意見はその通りで、これまでやっていない開業医の先生が少しでも、在宅医療を担ってくれば、在宅医療の状況は良くなっていくと感じている。

まさにこれから、医療計画と介護事業計画を作っていく中で、在宅医療の需要について、介護施設で診るのか、在宅で診ていくのかを、県と市町村ですり合わせしていくこととしており、市町村ごとに、どれだけ在宅医療が必要になるのかを検討していくことになる。

（佐々木一委員）

地域の病床数にもよる。私が住んでいる北上地域は、昔から病床数が多い地域ではなく、介護保険が始まる前から、在宅もやっていきましたよ、となっていた地域であった。一方、奥州市のように、ベッドが多く、病院としても受け入れ余力がある地域もある。地域の中でも偏在があり、状況も違うので、全ての地域で在宅を進めていきましたよ、となるかはわからない。

（事務局：千田医療政策担当課長）

ご指摘の通り、ベッドで診るというのは一つの方法であるが、国は、地域差はあるにしても、あまりにも差がありすぎる、合理的な理由で説明ができない部分については、その差を縮小していきましょう、療養している患者についても、できるだけ、在宅や介護施設など、病院や診療所でないところで診ていきましょう、とい

う方向性を示している。基本的には、その方向性に沿った方向性で検討を進める必要があると考えているが、とはいっても、全ての地域で、在宅で需要を受け止められるかというところがあると難しいところがあると考えているので、市町村と調整していかなければならない。

(村井委員)

県薬剤師会です。資料4-5岩手県内で、調剤薬局は約500施設あり、その中で437施設が在宅患者訪問薬剤管理指導の届出を行っているものの、かかりつけ薬局等の問題があり、実際に服薬指導をお願いしますと言われたときに、対応できる体制になっていない。一人しか薬剤師がいない調剤薬局も多く、在宅に出ている間、薬局に薬剤師が不在になっても良いのか、と議論となっている。

こういった中、やりたいと思っている薬局は多いものの、実際にはできないというのが現状。もし、やるのであれば、営業時間外、夜に訪問する、という形にするか、新しく一人薬剤師を採用する必要があるが、それに見合うだけの収入が在宅で得られるか、という話にもなる。国や県に対しては、報酬を上げていただきたい、という話になる。

在宅医療の会議に出させていただいて、他職種の関係者の皆様や、住民に向けて、在宅の薬剤師の役割を発信していきたい、という思いはあるものの、需要が増えたときに、薬局で受けられるか、というと受けられないというジレンマを感じている。

第7次計画では、訪問看護師を増やしていくという方向性を示しているが、更に次期の計画では、薬剤師の人材確保についても県として検討いただければと思う。

潜在看護師と同じような悩みだと思うが、潜在薬剤師の活用についても悩ましいものがある。結婚し退職して、子供を育てて、10年後にパートとして改めて働きます、となった時に、医療の内容も環境も大きく変わっている中で、すぐに現場に出してよいものか、という思いもある。

そういった場合、雇用した薬局で指導していただく必要はあるが、そこまでして潜在薬剤師を雇うのか、というと、パートであっても手を引くところがあるのではないかと悩ましい所と感じている。

(平澤委員)

障がい者・児について、少ししか触れられていないが、平成30年度から、介護保険、障害福祉制度に共生型サービスが始まることとされている中で、内容としても少し踏み込まなくても良いのか。

(事務局：千田医療政策担当課長)

記載の充実を図ることとしており、今後、内容については検討する。

(佐々木一委員)

元々、介護保険と障害福祉は制度上異なっているもので、どこまで統合的にできるか、という話もあるが、高齢者のデイサービス、ショートステイを、障がい児も使えるようになるなど、一体的に提供できるのであれば、介護職員、看護師等も有効活用できるし、良い形なのではないか。どうしても、障がい児に対応できる施設は少ない。

障害認定でサービスを受けると自己負担が少ないが、介護サービスに移行すると、自己負担が増えるなど、制度上の課題もあるが、うまくやっていければ良い。共生型サービスもできたので、今後、制度としては横並びに揃っていくものと思う。

(事務局：野原副部長)

本日は委員の皆様から様々な意見をありがとうございました。現場に即した、説得力のあるご意見をいただ

いたと思っている。

指標に関して、実態を正確に表した指標は、我々にとっても永遠のテーマであり、ご指摘の通り、今回は届出数を指標としているが、それが本当に在宅医療の実態を示しているかということ、そうではないことは事務局としても自覚しているところ。

また、指標の設定方法にも、目指す姿があって、その高い目標を目指していくものもあれば、全国と比べてギャップがあり、そこを何とか全国平均まで埋めていく、という考えなど様々あるが、どういった指標が良いのか、引き続き検討を進めてまいりたい。

今回は、医療計画の案をお示しさせていただき、書面協議により、皆様にお諮りさせていただきたい。こういう視点もあるよ、この項目について記載した方が良いのではないかと、といったご意見を頂戴できればと思う。

医療計画は、県として事業を実施していくうえでの根拠となるもので、大変重要な計画であり、より良いものを作っていきたいと考えている。まずは、そのスタートということで、引き続き、よろしく願いたい。

（事務局：千田医療政策担当課長）

最後に、3月に開催した前回の協議会において、市町村別の健康寿命は県で出していないのか、といった御質問を委員から頂戴しており、内容について、当部健康国保課に確認したところ、そのようなデータは持っていない、とのことでしたので、参考まで報告します。

（本間会長）

長時間にわたりありがとうございました。今後の取組みについて、引き続きお願いすることとして、議事を終了し、進行を事務局にお返しします。

（事務局：千田医療政策担当課長）

本間会長ありがとうございました。また、委員の皆様には、長時間にわたり御議論いただきありがとうございます。次回の開催は、10月～12月頃の開催を予定しておりますが、協議会の開催に先立ちまして、野原副部長より申し上げた通り、まずは、医療計画の案を書面にてお諮りしたいと考えております。

以上をもって、平成29年度第1回在宅医療推進協議会を終了いたします。ありがとうございました。