2025年めざした長野県の医療・介護を考える 県民シンポジウム 発言要旨

各シンポジストによる発言

6月21日に開催された「2025年めざした長野県の医療・介護を考える県民シンポジウム」での基調講演とシンポジストの発言要旨を紹介する。

「長野県の医療・介護提供体制の将来像と課題」山本 英紀氏（県健康福祉部　衛生技監）

県健康福祉部　山本英紀氏

医療、介護についてはサービスの単に切り下げではなく、サービスを効率的に提供することによって医療費の伸びをある程度抑えていけないかという議論になっているところだ。

入院については機能分化という言葉がよくテーマになる。病院は必要な機能を備えた病院をきちんとした比率で整備していくということだ。もうひとつは介護だが、医療機関に入院して治療を受けた後に、施設であったり在宅で暮らしていただくことになるが、退院された後も地域で暮らしていただけるように整備しようといった二つの柱で改革が成り立っている。基本的には長野県でも全国ベースと変わらない人口世代別比率を示す。医師数については長野県は人口10万対で全国よりも少ない数字になっている。その一方で、長野県は人口に比べて面積が非常に大きく、医療、介護を提供する上で人口密度が低いところでサービスを提供することはなかなか難しい。移動に時間がかかったり、サービスを提供するのに時間がかかったりする意味では非常に難しい状況にあると思っている。

医療機関はそれぞれの機能に応じて医療を展開することが必要だ。大きい病院で全てを提供するというのではなく役割分担をしながらやっていくことが重要だ。連携の必要性としては、先ほど医師の数等を紹介したが、地域ではドクターの数が限られている。それぞれの役割に応じて医療を提供しているので、ひとつのところに集まってしまうとそこが過重な労働になってしまい、他のところは患者が減ったりとする。それぞれの医療機関は求められている機能に応じた医療を提供するので、そこを住民にも理解をいただいて医療機関を移る協力をいただくことが必要だと思う。そういうことをしていかないとかえって地域の医療提供体制が縮んでいくということになる。

かかりつけ医はプライマリケアという一次的な医療を提供するうえで中心的な役割を担うと思っている。2025年に向けて医療機関の機能分化をより一層推進しようという取組みがされている。医療機関にはそれぞれ役割分担があるといった話をしたがそれでも入院医療機関がどんな役割を持っているかは見えづらいという指摘もある。それで病床機能報告制度という制度を新たにつくり、各医療機関がどういう医療を提供しているのかということを国を通じて県に通知していただくという制度がはじまっている。これは県のサイトを作って住民の方にも見れるようにしたいと思っている。もうひとつは、地域医療ビジョン構想の策定だ。2025年に必要な医療提供体制を整備していくといった目標があるので、県のほうで2025年にどういう機能が必要かということも示し、病床機能報告をいただいた内容を見比べて、2025年に必要な医療提供ができるようにしていこうとしている。国のほうで2025年にどういった病床がどれくらい必要なのかというのを日本全体の数字と各都道府県の数字を示したものが公表されている。その結果だが、現状2013年ベースで134.7万床と、これは許可を受けている病床数なので実際に患者さんが入院されている病床数とは異なる。実際に稼動している病床数は少ないと思っている。それでもその数字と比較して2025年の推計では今の医療提供体制のままで高齢化が進むと152万床必要という試算であるが、そこを機能分化を明確にして効率的にすることにして115～119万床で提供していけるようにできないかといった絵姿になっている。全国の都道府県の数字が出ているが、長野県のところは現時点で20400床、2025年には16700～16800床くらいではないかということが国が示している数値だ。留意点としてベースとなっている20.4（千床）は稼動している数字ではなく、許可を取っている病床なので純粋に20.4と16.7を比較するのはあまり現実的ではない。これは我々の方でもきちんとした数字を示さなければいけないが、稼動している病床、今使っている病床ときちんと比較しなければいけない。

超高齢化社会を迎えるにあたって、広域的な医療提供体制を整備するとともに、介護体制を充実させることによって、住民が地域で暮らしていただけるようにしていくことが課題になっている。そうしたときに行政だけではなく住民の方々や医療、介護のサービスを提供している関係者が相互理解しながらすすめることが必要だと思っているので、今後ともよろしくお願いしたい。

「世界と日本と長野県」熊谷 嘉隆氏（長野県民医連会長）

世界と日本の医療を比較すると、日本が国民の医療に国家予算を使わない特異な国であることが分かる。また、日本の人口当たりの医師数はOECDの中でも最も低いランクである。ここでキューバを見てみると、経済後進国であるにも関わらず高い健康度を達成していることに興味を持ち、長野県とキューバを比較すると、それぞれ所得に関係なく平均寿命、健康度が高いという特徴がある。キューバがなぜ高い健康度を達成しているかというと、医師数が多い、医療へのアクセスが容易、ファミリードクターによる保健予防が充実していることが挙げられる。長野県では保健予防活動を自治体の保健師や地域組織がその役割を果たしており、住民の生活のより近い場で保健予防活動が活発に行われているところが長野県とキューバの特徴であり、私たちの財産である。

「急性期病院をめぐる諸点」北澤 彰浩氏（ＪＡ長野厚生連佐久総合病院診療部長）

入院をしたら退院のことを考えなければならない現在、患者の人生も踏まえて連携パスをつないでいかなければならない。佐久総合病院では医師、看護師とケアマネジャーの連携をしやすくするために、連携室というところに看護師を配置した。これにより、入院前の情報は入院中の看護に生かし、入院中の情報をケアマネジャーに伝えることによりスムーズな退院につながっている。連携が重要と今盛んに言われているが、ここで言う連携パスは患者をちゃんと見た連携パスだろうか。在宅へ向かう連携パスはほとんど整備されていないのが現状だと感じる。機能分化で役割分担するだけでは本人は幸せな入院生活を送ることができない。

「医療連携の落とし穴」野口 修氏（元の気クリニック　院長）

私は医療連携の中で仕事をしているが、紹介だけが連携ではなく、自立することも実は連携であると考える。実際独居であるが認知症ではない患者を介護ヘルパーとの連携で自宅で看取りをできた例があった。

今、介護を頼みたいと思っても活動的な軽度の認知症、意思のはっきりした高齢者は介護度は低いため介護保険は使えない。家族介護にすれば、女性が外で働けなくなり、介護離職にもつながる。その上、病床削減となればますます入院しにくくなり、特養入所も限られている点を踏まえると介護難民が増えると考える。改めて行政に公助を求めること、地域住民で医療、介護の包括ケアのコミュニティをつくることが重要と考える。

「医療・介護をつなぐ事業所として」高橋　光子氏（諏訪赤十字訪問看護ステーション）

介護施設の職員は実際の仕事の中で不安を多く抱えていることがアンケートで分かり、介護職が利用者の状況・状態を判断する際に参考となる知識を身につけてもらい、困った時に気軽に相談してもらえるような窓口となれるように研修会を開催した。研修後、実践で役立てることができるなどの意見があった。今後も施設などでの介護力を上げるために出張看護技術講座を開催する予定である。

「地域包括ケアシステム構築に向けての課題」塩原　孝子氏（主任ケアマネジャー）

自助、互助を土台にすえた地域包括ケアシステムの構築により、医療・介護の連携推進の名のもとに他職種連携会議などが求められ業務が増加している。また、今年度から介護報酬が下がったことにより、介護サービス事業所が利用者にデイサービスなどの回数を減らすなどの影響が出ている。利用者の立場に立って考えたいという思いもあるが、経営する側としては経営が成り立たないといったこともある。理想と現実にギャップはあるがお金のあるなしに関わらず、必要な医療、介護、福祉、生活支援が切れ目無く提供され、住み慣れた地域でその人らしく、人間らしく暮らし続けることを保障する「無差別平等の地域包括ケアを目指したい。

「難病患者をめぐる情勢と今後の課題」北沢　和雄氏（長野県難病患者連絡協議会）

難病患者と家族だけでなく、多くの国民が長期慢性疾患や障害を持っても地域で尊厳を持って生きることのできる共生社会の実現にはまだまだ多くの課題が山積している。今、難病患者に対する就労支援が始まっている。医療、福祉、介護と連携しながら人間らしく生きる時代になってきたことを理解いただき、協力いただきたい。