

山梨県医療審議会 審議録

1 日 時 平成25年5月23日(木)午後7時～午後8時40分

2 場 所 ベルクラシック甲府

3 出席者

・委員(五十音順、○は会長)

浅賀 嘉之 雨宮きよ子 刑部 利雄 切刀 融 篠原 豊明  
白倉 政司 鷺見よしみ 長沼 博文 七沢 久子 原 寛  
藤井 秀樹 藤巻 秀子 松下由美子 三塚 憲二 薬袋 健○  
山角 駿 横山 宏

・事務局

山下 誠(福祉保健部長) 宮原 健一(福祉保健部次長)  
小島 良一(医務課長) 依田 誠二(医務課総括課長補佐)  
山本 盛次(医務課地域医療監)

・欠席委員(参考、五十音順)

雨宮 多丸 池田 春子 石川 恵 小山 勝弘 島田 眞路  
角野 幹男 幡野 仁 堀内 茂 渡辺 真弓

4 会議次第

1 開会

2 新審議委員紹介

3 福祉保健部長あいさつ

4 会長あいさつ

5 議 題

(1) 第三次山梨県地域医療再生計画について

【報告事項】

(2) 山梨県地域医療再生計画の達成状況について

(3) その他

## 5 議事の概要

### (1) 第三次山梨県地域医療再生計画について

#### ○事務局

(資料1、1-1、1-2により、「第三次山梨県地域医療再生計画について」説明を行う。)

#### ○議長

ただいま事務局から説明がありました。

委員の皆さん、ご意見、ご質問はございますか。

#### ○委員

現時点で予算15億円余りのうち予算配分の比率を教えてくださいたいのですが、ふたつほど質問したいのです。官公立病院等の医療機関と民間医療機関とに分けた比率。それからもう一点は、県内で最も重要な基幹病院である山梨大学医学部附属病院に対して全体の何%ぐらいが関連して配分されているかという二点について。

#### ○事務局

申し訳ございませんが、今すぐ手元でその率を出しておりませんので、今から計算をいたしまして時間を改めましてご案内をさせていただくということによろしいでしょうか。

#### ○議長

他に何かございますか。

#### ○委員

今のご質問といささか関連してくるのですが、結局、国は500億円の基金を見せられているけれど、これから分捕り合戦ということでしょう、わかりやすく言えば。単純に今まででしたら100分の1くらいかな、5億円くらいかなと消極的とか積極的とかではなくて。今は一般的な行政の傾向になっておりますけど、いわば提案型、内容がどうであるかというのが非常に大切だと。そういう中で500億を47都道府県で山梨県がどれくらい頑張ろうとなるわけですね。そういう意味からすれば今、事務局が国の動向だとか、5月31日までに提出して国の有識者会議で数字を決定すると。国の動向とか有識者会議は提案型として主としてどんなことを期待しているか、重要視しようとしているかということはあるのでしょうか。

#### ○事務局

具体的なものは国からは示されてございませんが、今回の基金につきましては、非常に災害対策ということを重視してきております。冒頭に私がちょっとご説明申しましたように三分野しか対象になっていないのですけれども、そのうち医師確保と在宅

医療につきましては5億円以内に収めてこいと、15億円をマックスとした計画の場合。災害医療はそうなりますとマックス取っても10億以上にはしてこいと。逆に言うと災害医療が15億円でもいいと国は言っています。そういう意味でも災害医療を重視しているということが見て取れます。

それからもうひとつは、この間の3.11を国もやはり意識しております。今度は南海トラフ、東南海という地震を意識しております。本当は富士山も入れていただければよかったです。国はどうもそこら辺を重視しております、全国的に。そうするとやはり海岸沿いにある、海拔があまり高くない医療機関であるとか救護所等を高台へ移転するといったような計画でありますとか、お金について優先的に付けてくるのではなからうかと想定されます。そこについて国は明確に申してはおりませんので、そんな風な情報しかございませんが、ただ精一杯頑張っただけでできるだけ多くの基金を持ってきたいと努力していきたいと思います。

○議長

よろしいですか。他に何か。

○委員

今の質問に関連があると思うのですが、今回、第三次の計画で私は国のころころというのはなかなか進まない在宅医療の推進ということにも国は期待しているんじゃないかなと。本当に今、進んでいないのですね。最も問題は、3頁に絵柄が書いてくださって色々な仕組み、例えば在宅連携サポートステーションを作ろうとか、多職種の協働のチームづくりのコーディネートをしようとか、形から入っているのですが、実は、在宅療養を支援する診療所もこのような状況ですし、在宅療養を支援する病院もないわけですね。ですから、この第三次の計画の中で本県において最も今、1年しかないわけですから、本当に成果をあげる仕組みとえば、やっぱり在宅医療を可能だと県民の方にきちっと伝える仕組み。そして、今ここに3頁にサポートステーションの絵があるのですが、このどれもが不足しているのですね。医師も私ども訪問看護をしているのですが、医師が診断して治療方針を決定して看護師に訪問看護の指示を出すのですが、その指示すら出てこないのです。今、病院にお願いして退院するので治療の継続が必要ですので、指示をしてくださいと言っても、うちの病院は指示書は書きません、と言っている病院がまだあります。だから、この1年間で山梨県では本当に在宅も核家族化、老々介護、少し認知症の人が介護し合う、そんな家庭が増えている中で在宅医療の推進というのは、この絵柄はこれでよくわかったのですが、そのひとつひとつの在宅療養支援診療所だとか支援病院だとかそういうことは官公立病院とか民間病院のところで仕組みをきちっと作っていただくようなところに財源が使えな

いものかと考えたのですが、いかがでしょうか。

○委員

関連した話ですが、一昨日ですね、峡南地区で在宅医療のネットワークが動き始めていますよね。飯富病院にセンターを置いて長田先生が中心となってネットワークが動き始めたところみたいでして、その説明に一昨日ですか、担当の方がみえたのですが。なぜかといううちの病院である地区に退院する方がいたら、そのセンターを通じて、そういうネットワークで動くというのがちょっと動き始めたところなので、そういうモデルケースが動き始めた。あれは峡南エリアなのですけど、そういうのを各地区で作ればうまくいくのかなと感じたのですけれど。

○委員

お聞きしたいことがひとつとお願いがひとつありますけど。やっぱり在宅医療のところの在宅医療支援センターのイメージが今ひとつ僕にはわからない部分がひとつある。在宅医療支援センターの中で健康管理システムを構築して多職種の連携を図ることなのでしょうけど、前ちょっとどこの場所にどう設置するのかという話を伺ったのですが、前部長の時ですけど。もうひとつ何かイメージとして伝わってこないのと。やっぱり問題は地域包括支援センターの情報の共有化とかですね、それが一番肝になってくると思うのですが、医療と介護の協議会が二度ほど、僕、会議か何かで欠席したことがあったので、そこで包括支援センターの位置づけが検討されていると思うのですが、そこと当然リンクしてやっていかないといけないと思うのですが、その辺のリンクの状況がどうなっているのかということをお聞きしたい。

それからお願いは、歯科のことなのですが、災害時の医療対策のところでは歯科の災害時のマニュアルの作成とか、それに関わる機器とか、研修のための670万円を予算設定していただいて大変ありがたいと思っていて、実は東日本大震災の時にも私も死体の検案は別としましても口腔ケアとか歯科医療で入っていったのですが、やはり高齢者の口腔ケアがうまくいっていないために、やっぱり口腔内が二次感染して肺炎になったりですね、そういうケースが非常に多い。したがって、ある程度治まったところでの医療救護の中での歯科の医療と口腔ケアが非常に重要となってくるわけですし、特に高齢者に関して。ですから、ここの部分のところの予算をうまく国の方と折衝してうまく取っていただいてここを活用していかないと災害時の二次感染等が起こってくる可能性があるんで、是非その辺のところをしっかりとやっていただきたいと思っています。こちらの方はお願いでございます。

○委員

医師をどこに確保するかで、では医師は誰が一番持っているかという、はっきり

言って開業医の息子、娘なのですね。そこに開業医が600人プラスアルファいますので、その子弟をいれますとおそらく600人くらいは簡単にいるのですね。県外に。早い話、私なんかは自分の親戚、自分の息子、従兄弟を入れれば6、7人いますね。そういうものに対しての何かアプローチというものがアイデアとしてないか。

もう一点は私どもは医局に相当の寄附をしています、あるいは支援をしています。そういうことによって私どもの病院は医師を確保し、まわりついているのですね。あるいは当直医に対して従来の常識よりは高い金額の当直料を払ったり、医局に寄附をしたり、医局でやる学会等に積極的に寄附をしたりということをして、はじめて自分の病院がまわっているという実態があります。そういったことについて、当然、公の機関ですから支援するという事はないでしょうけれど、我々は個人の民間病院としてはどこの民間病院もそうです。どこの民間病院もみなそういう形の中で特定の医局、特定の先生方とダークな感じでお金を動かして医師を確保しているというのが実態です。そういう風なことのなかでやっているのだ、ということも場合によっては評価していただきたいなという部分が若干あります。

もう一点、全然話は違いますけれど、国にこういう形でお金を縛られているからこういう話になるのでしょうか、在宅医療というのは言うならばその場しのぎのやり方であって、将来的には全く成り立たないシステムですね。つまり、在宅というのは在宅に人がいるから成り立つ訳で、在宅に人がいなくなったら、つまり息子や娘たちがいなくなったら在宅という話はないのですね。ですから、県独自でもっと長いスパンでものを考えたときは在宅医療というのはあくまでピンチヒッター的な要素だという認識の中で、むしろ施設的なですね、あるいはそういったものについての展望というものをもっともっていいのではないかなと。最終的には施設を使った有効的な高齢者医療といえますか、「健やか山梨21」なんかでいわれているような支援の形というものが数年後には、あるいは10年後には中心になってくるわけで、自分の娘や息子たち、自分自身の伴侶なんかを考えていけば、当然、10年、20年後は在宅というのはあり得ない、無理ですね。だから、そういう視点の中で、国がこういう形でお金をくれるから今年、来年はこれでしかないでしょうけれども、県としてはもっと長いスパンでの考え方があっていいかな。つまり、いわゆる規制、規制で民間病院が施設を持つことは許されておりません。つまり、作りたくても作れないのですね、特養とかそういうのは規制の中で、あるいは社会福祉法人を作らないと駄目だとか、医療法人には許されていない。だけど、病院の隣に施設を作ることが一番、有効的であり、患者さんの幸せにつながるというのは誰でも考えたらわかりきったことなのです。いうならばそういう面での規制をはずしていただければ、早い話、私の病院に

関しては、病院の隣にそういう介護施設なんなりを作るということは一番考えられる方法なのですね。そういう視点でのちょっと違う形での考え方を持っていただけたらと思っております。

○議長

最初の委員からありましたご質問といたしますか、ご要望といたしますか、その辺をまず行政の方からお答えをいただきたいと思えます。

○事務局

私の方からお答えをさせていただきたいと思えますが、在宅医療について今、国、県をあげて施策を総動員する形で進行しようとしております。私どもの考え方としては施策を総動員するだけでなく、いくつかの段階に応じた系統だった取り組みを効率的に進めていくことが望ましい。往診でありますとか、訪問診療といった医療行為としての在宅診療は古くからございますけれども、行政の課題として在宅医療が取り上げられたのは、まだまだ歴史も浅く施策も熟しておりません。ただ、ニーズ、2025年を控えた医療の提供体制を調えるという意味では非常に力を入れてやっていかなければならない分野であることは間違いのないと思えます。そのために3頁の方でご覧いただきました三つの階層による取り組み県全体における取り組みと保健所単位、これは医療圏単位と申し上げてもいいかと思えますが、それと地域における実践と、この三つの階層で取り組みを強力に進めていっていただきたい、それを支援して参りたいと思っております、委員がおっしゃった箱物よりは仕組みでありますとかソフトの部分といったものは一番上の市町村が地域において検討協議会みたいなものを作っていて、先行する事例を研究したり、先達から助言をいただきながら、仕組みづくり、あるいは顔の見える関係づくりを築いていただき、在宅医療を実践していただきたいと思いますと思っておりますので、そういった部分でふまえていただいているとご理解いただきたいと思います。

関連して申し上げますと、災害の場面で口腔ケアが必要となる患者さんが非常に多くあるということはおっしゃるとおりでございます、この歯科の中に掲げさせていただいた歯科の医療救護対策の中で実践が可能ではないかと考えておりますので、実施段階において施策を展開していただければと考えております。

○議長

最初の官公立病院と山梨大学医学部附属病院の比率に関する回答はまだ出ないでしょうか。

○事務局

官公立病院と山梨大学医学部附属病院の事業費の割合の話ですけれど、官公立と民

間の病院の比率については、まだ事業費間にきちんとしたミシン目が入っているわけではございませんので、明確な数字は出しかねるところがございます。ただ、資料1でご覧になっていただいている最後の頁、5頁をご覧いただきたいのですが、民間病院、官公立病院を問わず事業の対象としていることはご理解いただきたいと思っております。医師確保の一番下、院内保育施設整備事業。これは対象として今、考えておりますのは、市立甲府病院、笛吹中央病院、山梨厚生病院、加納岩総合病院、社会保険鯉沢病院の5病院でございます。5病院のうち4病院は、社会保険鯉沢病院は厳密に言うと特殊団体になりますけれど、4団体は民間病院ということを想定しています。

また、災害医療のところの一番上、災害拠点病院等施設・設備整備事業。これは県内8地域災害拠点病院を対象としておりますけれど、巨摩共立病院、笛吹中央病院、山梨厚生病院、社会保険鯉沢病院だと思っておりますが、これが民間病院だと思っておりますので、事業の半分は想定としましては民間病院に充てさせていただく考えだと思っております。

また、もうひとつの山梨大学医学部附属病院を対象とする事業でございますが、これは山梨大学に恩恵があるという意味ではございませんけれども、医師確保の中の上からふたつ目は寄附講座設置事業でございます。これは山梨大学への寄附を元に講座を設置していただく事業ではございますけれども、これは山梨大学の医師を地域の病院に派遣していただくための事業でございますので、これを山梨大学の事業と見るかどうかあれかもしれませんが、直接の事業主体としては山梨大学というのはこの部分。それから、医師確保の四つ目の開放型シミュレーションセンター、これも山梨大学にシミュレーション機器のひとつとして心臓や血管のカテーテル検査ができる高度なシミュレーターを設置する事業でございます。これも山梨大学に設置はしますが、地域の病院に利用を開放していただくということで効果を広域に及ぼしていきたいと考えておりますので、山梨大学のためだけにやるのではないことをご理解いただきたいと思っております。もうひとつが災害医療のところの下から三つ目でございますが、被災時に治療場として転用できる病院駐車場改修事業、これも山梨大学の立体駐車場を災害時に治療場あるいは避難所として転用できますようにライフラインの確保をするための事業でございます。これも山梨大学を事業主体としておりますけれど、対象地域は広域に広がると思っております。

以上申し上げますと2億8千万円が山梨大学を事業主体とする事業ということになるかと思っております。よろしく願いいたします。

○議長

よろしいですか。

○委員

使い道というのは関連する病院がそれぞれ民間も必要になってくるのです。配分自体の比率を聞いているのですが、配分したときの比率はどうか、と聞いているのです。それをどのように使うかというのはもちろん最初に受けた病院がそれぞれの病院に委託していくわけですから、それぞれの使い道の中では裾の方であれば色々なところに行くかと思うのですが、配分のことを聞いているのですよね。

○事務局

申し訳ございませんでした。配分額につきましては民間病院を対象とするものは院内保育施設整備事業65百万円のうち5分の4でございまして、すぐに計算はできませんが、その額が民間病院。それから災害拠点病院等施設・設備整備事業4億16百万円のうち半分余り2億円余が民間病院への配分額であるをご理解いただきたいと思えます。

山梨大学医学部附属病院への配分額につきましては、先ほど申しましたとおり2億8千万円ということになります。

○議長

よろしいですか。他にありませんか。

○委員

しつこくて悪いのですが、在宅医療の推進が本当に進んでいないというのが現実あって、訪問看護が一番困っているのは、ドクターとの連携が取りにくいんですよ。この計画の保健所単位の取り組みの中に医学部生と看護学部生が共同体験するというのは、これ将来を見据えればいいかもしれませんが、今、開業の先生や病院の医師と訪問看護の看護職が在宅でこれだけのことができるという経験をまさに今、私はやっていく必要があると、本当に進んでいないのです。だから、医師も在宅医療をするキーパーソン、いわゆる医師から指示書がなければできないのですが、その指示書すらも書かない。こんな色々な医療をしていかなければいけない人を地域に帰るのにどうしてかということにも考えが及ばないのですね。だから私は、まだまだ在宅医療というのはこれから本当にきちっと推進していかないと行き場がなくなってしまうと思うのです、病気を持った人たちの。だからもうちょっと先のこと、医学部生や看護学部生よりも保健所単位に地域の先生方と訪問看護ステーションの共同で1件でもいいので、体験する中で、在宅でこれだけのことができるということの事例集をたくさん積み重ねていくというような事業ができればもっと指示書を書く先生も増えるでしょうし、これだったら在宅支援診療所になってもいいかなという診療所も出てくるので

はないか。実態を知らないので、そういうことができないと思っているのではないかなどこの頃思っているので意見を言わせていただきました。

#### ○委員

皆さんご存知のように2025年問題というのが大きな問題となっていておられます。山梨県は人口も少ないし、高齢化がだいぶ進んでおられます、それでももう手一杯なんじゃないかと思うのですが、あと東京と千葉、神奈川、埼玉あたりは人口が非常に多くて、しかもいわゆる団塊の世代という人たちが75歳を越えるというのが2025年、平成37年頃になると思うのですが、そういう方たちに対して県の方では、県と県との間で何か色々相談というか、お互いのやり取りは考えていらっしゃるのでしょうか。そういう場合の予算は確保できているのでしょうか。

#### ○事務局

2025年まであと12年ということで、すぐにでも準備を進めるべき状況にあらうかと思いますが、ご存知のとおり国では来年、下半期になると思いますけれども、病床機能の報告制度を開始する見通しだとお聞きしております。今、一般病床が大きく膨れあがっておりますが、この内容を高度急性期、一般急性期、亜急性期、回復期というような形で機能分けして、その報告をいただいたうえで、県として地域医療のビジョンを医療計画に附属させる形で策定する。これが早ければ平成27年から28年にかけて行われる作業になってくると承知しております。

ですから、県としましては現行の地域保健医療計画、平成25年から29年までのものを先般ご了承いただいたところですけれども、それを前倒して改正することが今後、求められてくるのではと予測しております。これは厚労省の職員も色々な会議の中でおっしゃっていることですので、前倒して病床機能の専門分化ということを求めてくるのではないかと考えております。まだ、ご質問の中にあつたとおり、他の都道府県との協議や調整というものははじまる段階に至ってはおりませんが、国の方から方針が示された段階で、早い段階でそういったことも考えていく必要があらうかと考えております。以上です。

#### ○委員

もう一度ちょっとすっきりしたいのですが、先ほど他の委員がおっしゃったように今現在、患者さんが在宅で困ったらどうしようかという問題の中でこのシステムで確認したいのは、患者さんが病院から在宅に戻りますよね。在宅で見てもらおうかという時にそうすると患者さんの家族とか、それからケアマネの方がこういうことが必要だから見てもらいたい。そうするとそれはどこに問い合わせするか、この図という在宅医療支援センターにそういう方々が連絡をして在宅支援センターの中に管

理システムをちゃんと整備しておいて、そこが発信基地で例えば主治医の先生のところに連絡が行って、そこから多職種にぐーっと広がっていくというシステムを構築するのか、そのところがいまは僕にはわからなくて、それでいいのかどうなのかその確認をちょっと取りたいなと思って。

#### ○事務局

おっしゃるとおり在宅医療が必要となる大きな局面は退院時調整の場面だと思います。各病院の地域連携室で退院後の療養について調整してくださる場合もあろうかと思えますし、二次医療機関で療養された方がかかりつけの先生のところに戻ってくるというパターンもあろうかと思えます。強化型の在宅医療支援センターを在宅連携サポートステーションと呼ばせていただいておりますけれども、ここでやらせていただきたいのは、そのようなつてのない方、病院によっては退院時調整が上手くいかなかったり、患者さんやそのご家族のご意向でお住まいにより近いところで療養したいというご希望もあろうかと思えます。そういった方々のリクエストに応じて主治医がいない方については、主治医を紹介し、主治医の求めに応じて副主治医あるいはその他のコメディカルの方々、介護サイドの皆さまをチームとしてコーディネートさせていただくという役割が在宅連携サポートステーションの大きな役割だと考えておりました、その際には当然のことながら市町村にございます地域包括支援センターとの高度な連携ということは必ず必要になってくると考えておりました、あくまでも求めに応じて支援をするという仕組みを作って参りたいと考えているところです。

#### ○委員

そうすると基本的には病院から戻ってきて在宅に入った時にかかりつけ医がいるところにはその患者さんなりケアマネなりがかかりつけ医にまず相談すると。そこで対応できるものは当然そこで対応すると。ところが、かかりつけの先生がいないとか、そういう患者さんは「私はどこに行ったらいいのでしょうか」という話になる。その場合にはここを利用してもらうということになる。それから、かかりつけ医のところに行っただけけれど、これはちょっと対応が難しいという場合には、またこちらに戻っていく。そういうシステムを、当然これは予算がおりてきてからわかりやすい組織図が当然出てくるわけですね。今、そこだけ確認しておけば今後どういう風になっていくかというのが頭の中で展開しやすかったのです、わかりました。ありがとうございました。

#### ○委員

今日の計画とちょっと横道に行くのですが、前回、災害時医療について精神科についての特殊性というのが非常にあると。そういう中で精神科としての災害時のいわ

ゆる医療体制の確保ということが非常に必要ではないかという話。それを精神保健福祉審議会ですかね、そちらの方で検討してくださいということだったと思うのですね。

その際、私ども精神科関係で今ある山梨県内のいわゆる災害時マニュアルというのを見たら、非常によくできているのですよね、マニュアルが。こんな厚い本ですが、緊急時の医療体制をどうするかと。ただし、それを知っている人は一人もいなかったのですね。そういう意味で今回、災害医療ということがひとつの項目になっておるわけで、実際に机の上では非常にいいものができているのだけど、現場ではそれが周知されていないという乖離があるので、この際、災害医療についての整備をしていくのは当然いいのですが、実際にあるものをどうやって有効に使うかというようなことに関して県としても力を入れて、私どもでいえば精神科病院協会ですが、少しその辺の周知、実際にこういう状況になったときにどんな風に動けるのかということを含めて、力を入れてほしいと思います。これはお願いですけれども、よろしく申し上げます。

○議長

要望でよろしいですね。

今、病院から在宅に移る場合に主治医がいる場合はいいのですが、医師がいない場合はどうすればいいのかというのが大きな問題じゃないでしょうか、どうでしょう。

○委員

医師がいないということもあるのですが、とにかく在宅医療をするためには本当にいわゆる在宅で例えば訪問看護で看護師が行く場合に血液のデータなんかも閲覧できませんし、病院からの診療の情報なども細かくはいただけない。今の処方内容の確認もできないとか、そういう中で前回の会議でも、そんなところにはとても指示は出せないという病院の主治医からの意見もあったようにまだまだ仕組みが未熟なのですね。その中でさらにそのことを理解している医師、いわゆる在宅で医療ができる、在宅療養ができるということを本当にわかっている医師がまだまだ少ない。そういう情報がやっぱり私ども訪問看護をするところでも患者さんの色々な情報がスムーズに医者とほとんど連絡が取れないのですよね。そのことを私はもう少し具体的に在宅医療が推進できるような仕組みを、少ないということもあるし、具体的につなぐ、安心して主治医の先生が在宅につなげる、それには細かな連携が取れないとできないと思うのですが、そういうところがまだ確立できていないということを何とかこういう中で、それには困った事例のときに医師と訪問看護師が同伴で訪問してみて在宅で何かするというのをいっぱいできれば、こういうことをすれば在宅医療ができるということが確証できるかなということを期待しているということです。

○議長

いかがでしょう、行政の方で何かコメントございますか。

○事務局

委員の先生方から色々なご意見を頂戴いたしました。

まず、在宅医療に関して申し上げますと、第一次の再生計画。峡南版と富士・東部を作りました時に、たまたま私が医務課長を務めていたということで峡南版の中で在宅医療の充実ということを掲げました。その時はなぜかと申しますとご承知のとおり高齢化率が異常に県内の中でも高いところ。地域の医療機関、開業医の先生が非常に少ない地域であると。お年寄りばかりですから、病院とか医療機関に行くのもご自分ではなかなか行ききれないという地域だったものですから、在宅医療の充実をその地域でモデル的にやるにはどうしたらよいかということで飯富病院さんのご協力を得て、在宅医療支援センターというのをあそこに作らせていただいて、よその医療機関から戻られた方、飯富病院から退院された方、それらの方々の患者データというのを集めさせていただきまして、共通の様式を作って、携帯型のモバイルみたいなものにそれを入れて、訪問診療とかができるという。どこにどういう在宅医療の方がいて、その症状はどういうことで、どういう治療、どういう投薬をしているかというデータを持った方が定期的に訪問できるように、そのコーディネートを支援センターにいる保健師さんたちにお問い合わせするという仕組みでやり始めていて、先ほど、委員の先生からお話しがあったようにその成果が出てきていると。

今回、この計画の中に盛り込みましたのは、いきなり全県下に在宅医療の充実といっても、これは正直言って、今の現状からすると無理だと思われれます。今度は、例えば街中であつたりしても一度、医療機関から出てこられて在宅医療に移られた方が主治医、かかりつけの先生が従前からいらっしゃる場合は、問題がないかと思ひますし、病院を退院される時に在宅に戻ったら、こういう先生にこういう治療を受けなさいとご指示をいただけた場合にも大丈夫だと思ひますが、そういうことがない、普段かかりつけ医とのお付き合いがないような方が在宅になった場合、どこへ行ってどうすればいいのかわからない。そういうことを何とかするようなシステムをモデル的にできないか、ということのを盛り込ませていただいたのが今回のこの形と。先ほど、先生のご質問で、こちらの方で答えさせていただいた内容で大体ご理解いただけたと思ひますが、どこへどういう風にしたらいいかわからないという方、もしくはそのご家族にお問い合わせをいただければ、このサポートセンターの方で関連するドクターをご紹介したり、訪問看護をしてくださるような看護師、訪問看護センターと連携をさせていただいたところをご紹介するというような仕組みをここで一回やってみよう、というのが今回の趣旨でございます。

それ以外にも色々取り組むべきことがあるというのはその通りでございますが、それはまた別な場面で各保健所単位での取り組みの中でやっていきたいと思っております。

ご質問の中で、地域包括支援センターとの連携はどうかというお話がございました。いわゆる介護との関係で言いますと、地域包括ケアということを国が推進しようとしているということで地域包括支援センターというのがございます。県全体で見るところ、それから広域センターという福祉医療圏ごとに設置しているところがございます。とりあえず、介護と医療の連携ということに関しましては、昨年度、介護と医療の連携協議会というのを県が立ち上げさせていただきまして、それぞれ関係者の皆さまにお集まりをいただいて、どう進めていったらいいかと協議している段階でございます。今年度は介護と医療の連携に関する指針というのを協議会で作成する予定でございますので、順次でございますが、少しずつその点に関しても進めていきたいと思っておりますし、今回のモデル的に作るサポートセンターにつきましても、当然、地域包括支援センターもしくは広域支援センターとの連携、そこにいらっしゃるケアマネとかそういう方々との連携も当然していくと考えております。

それから、2025年の問題という話、東京や神奈川といった首都圏のところで団塊の世代の方々がこれからますます年を取っていくと、そういうことをどうすんだと、都道府県間の話し合いはないのか、という話がございました。

医療に関しましては先ほど、お答えをさせていただきましたが、医療に限らず介護の面でもそうなのですが、例えば今、サービス付高齢者住宅というような制度がございまして、都会の方々がとても東京とかそういうところで今いらっしゃる団塊の世代が高齢化した時にその地域の中で新たな施設を作って全部を受け入れるというのはたぶん無理だろうと。いくら裕福な東京都であっても無理だろうと。そうすると近場である山梨県のようなところにはそういう方々がおいでになるのではないと。そういう受け皿のひとつの制度として考えられますのが、介護サービス付高齢者住宅と。賃貸とか色々ございますが、そういう制度がございまして。ただ、そういう制度の現状の問題点といたしますと、介護保険が地域特例対象外でございまして、突然、東京とか神奈川から移り住んでこられても、そこで介護保険を使ったとしてもですね、新しくいらっしゃって住民登録をした山梨県内の市町村の介護保険を使うということになりまして、今まで介護保険料を納めてない方が突然いっぱい来て、いっぱい介護保険を使ってもなかなか市町村も困りますので、地域特例、従来の住所地の介護保険の給付を受けられるような仕組みに変えていただけないかということをお願いしているところでございまして。はっきりは国の方もまだ申ししておりませんが、なんとなくその方向に動きそうな気配もしているところでございます。

それから、こういった地域医療再生基金で何をするあれをするということもあるけれど、その他の場面で例えば色々な規制を緩和するとか、場合によっては特区とかいう話にもなろうかと思えますけれども、医療法人が介護施設とか老健施設を経営する時に社会福祉法人を設立しないと駄目だという仕組みになっておりますので、例えばそういうことを見直すとかいうことを今後考えていくべきではないかというご意見を頂戴しまして、ごもっともだと思いますので、調査検討し、国の方になぜそれが実現できないのかということをもう少し問い合わせをしてみたいと思っておりますので、ご意見ありがとうございます。

雑ぱくではございますが、今まで出たお話しの関係で私の方から話とさせていただきます。

○議長

いかがでしょう。

○委員

先ほど出ているお話しで、つまるところは人材不足というところに行き着くわけですね。人材さえいれば相当の部分が解決。そういう中で医師については先ほどちょっと発言させていただきましたが、もうひとつは看護師の圧倒的な不足ですね。いつまでたっても不足の数が減りません。相変わらず200数名が不足している状況が続いております。今回のことでは無理とは思いますが、いわゆる看護師の養成ということについてもっと積極的な考えをもっていただけたらと思います。

それからもう一点は、やはり在宅うんぬんをやる場合に、地域でのケアとかを考えると、具体的に言いますと多機能療養施設というものをもっと今の2倍、3倍増やさないことにはまわりつかないという考えを私はもっております。この多機能療養施設について何かお考えがありますでしょうか。もっと増やすとか、規制をはずして誰でも作ってもいいようにするとか、そんな意味合いでございます。

○事務局

二点お話しをいただきました。まずは医師、看護師の確保対策の充実ということでございます。医師につきましては今更ながらではございますが、先生のところのように親族関係にたくさんいらっしゃる方、あちこちにご協力をいただいていると思っております、ありがとうございます。相対的な本県における医師不足、これをどうしていくかということにつきましては、私どもの県としては山梨大学さんのご協力を得まして医学部の定員、現状で確か125名いらっしゃる。全国で最多の定員だということでございます。定員を増やしていただき、その中で地域枠ということで30名、プラス5で35名あるという山梨県で地域医療を携わることを私やりますということ

で入学の際に枠を設けていただいている方が地元から30名、その他のところから5名というところがございます。県としてはそれらの方々に奨学金という制度を用意しておりまして、これまで平成24年度までに491名の皆さまに奨学金を貸与させていただいております。現状でも1年生から6年生までで360名程度の現役の方に貸与をしているところがございます、地道ではございますが、山梨大学さんのご協力を得ながらそういう形で確保対策を進めているところがございます。

看護師でございます。県内に今、看護の養成機関がいくつかございます。その定員、入学定員を全部足しますと単年度490名というのが定員でございます。定員が全て埋まるわけではございませんし、もしくは3年、大学の場合は4年ですが、途中で退学とかいう方もいらっしゃいますので、卒業という意味では400名に達するか達しないかという数でございます、現状は。で、そこから県内の医療機関に定着する方がどれくらいかといいますと、これは正直言いますと270名程度、これは過去から現状に至るまでこの数字というのはほとんど変わらないという現状がございます。それならもっと看護師の養成機関の定員を増やすなりすればどうかという話があるかと思いますが、定員が増えた場合にそこを志望する方が分母としてそれだけ県内にいるのかどうか。これもちょっと実は看護の養成機関の平均的な入試の際の倍率を見ますと2倍から3倍ということになっておりますが、ほとんどの方が掛け持ちで大学と専門学校とかいう形で受験をされておられるということで実質的な競争倍率になるとおそらく1.何倍というようなことになろうかと思ひまして、490名の単年度の定員をもう少し増やしたとしましても、はたしてそこに応募してくる方が分母としているのかどうかというようなこともございます。したがって、当面力を入れるべきなのは卒業生のうち県内の医療機関に就職してくださる方をいかに増やすかというのが一点。それから途中でお辞めになられた方、お子さんが産まれたりとかいうようなことで一度、職場を離れた潜在看護師の方々をどうやってもう一度復帰していただくかというこの二点が重要だと思ひしておりまして、今、県としてもその点に力を入れさせていただいているつもりなのですが、なかなか現実問題としたり増えないという状況がございます。この点につきましても委員の先生方のお知恵を借りながら更に何か新しい施策を進めていきたいと思ひしております。

多機能の療養施設ですが、これ先生のおっしゃるとおりだと思ひのですが、この規制自体を県独自でかけている訳ではありませんので、なかなか県がそうあるべきだと言ってもですね、全体としたり現状直ちに実現というわけにはいかないというところがございます。これはすみません、私は先週も厚労省に行って参りましたが、厚労省の関係者にもう一度、どういうことで認められないのか、この後、国はどうしてい

くつもりなのか、どういう考えなのかというのを機会ある毎に伺いまして、その中でこれはおかしいのではないかということであれば積極的に提案して参りたいと思います。

#### ○委員

今の看護師確保対策の件なのですけれども、これから少子化がますます進んでいく中で、若い人たちにどんどん看護の中に入ってきてもらうという発想はもう捨てなければならぬと思っております、今、働いている方々が辞めないで働き続ける職場を作っていくということが一番大事だと思っておりますので、是非その点を考えていただきたいというのが一点。

それからもう一点は全く別の話なのですが、災害医療対策の概要をざっと見ますと、災害が起こった直後のハード面の整備のところ非常に重点がおかれているような気がするのですが、もう少し災害が起こって少し落ち着いた段階で起こってくるのは、慢性病を持った方々のこれまでの治療歴ですとか、どんな薬を飲んでいたのかとかそういう情報が災害の場合、失われてしまうということがすごく課題になっていると思うのですね。そういったしますとこの在宅医療の推進のプランにあります在宅医療支援センター整備の考え方ですとか、在宅健康管理システムの整備とか考え方をきちっと構築していけば患者情報の共有化したものをバックアップしておけば、それが災害発生時に使えるわけですし、そしてまた日頃の医療者間、施設間の連携ができていれば災害の時にも役立つわけですから、ふたつは分断して考えないで連携した形で位置づけていくともっといいのではないかと思いますので、意見なのですけれど。

#### ○事務局

ありがとうございました。看護師の確保につきましては、現在、県では先ほど申しした二点について力を入れているところですが、県ではもうひとつ委員の先生ご案内のように看護師の方々の環境を整えるということでアドバイザーを派遣するなどの事業を実施する中で、できるだけ今、勤めている看護師の方々に辞めないでいただきたいという環境づくりにも努めているところでございます。またこうした事業も強化をして参りたいと思っておりますので、ご協力やご意見等いただければと思います。

それから患者情報の関係のご意見ですけれども、おっしゃるとおりだと思います。できるだけ患者情報につきましては何か発災時におきましても情報が残るような形で、それはどういうことかと申しますと、やはり複数のところで情報を共有して持つておくということが大事になってくると思います。これにつきましても同様な形で検討を重ねて参りますので、どうかよろしくお願い申し上げます。

#### ○議長

他に何かご意見ございましたらどうぞ。

○委員

ひとつコメントですが、先ほど他の先生から医師確保の話がでまして、非常に重要な問題でありまして、山梨県出身のドクターをいかにリクルートするかというところで昨年、県の医務課の方にドクターバンクというのが作られたと思うのですが、長野県にもドクターバンクがあって、5、6年の実績がホームページに出ているのですが、たしか7、80人くらいこの5、6年で実績があるわけですね。ですから、山梨県も長野県のドクターバンクをたぶん真似て作られたので、もう少しノウハウを聞かれて、問い合わせはあるようですけど、なかなか実績としてないので、その辺を少し頑張ってもらいたいと思います。コメントですけど。

○事務局

昨年度、先生のやはりご意見をふまえて本県でも知事名で本県出身の他県に勤めております医師の方々に私どもの県に戻ってきていただけないかという働きかけもはじめたところがございます。先生もご案内のようにはじめたところがございますので、実績がでるといところまで至ってはおりません。また色々お知恵をいただく中で、できるだけドクターバンク事業についても発展してうまい具合に機能するように努めていきたいと思っております。

○議長

他に何かございませんか。

○委員

これは再生計画とはちょっとはずれるかもしれませんが、災害時の医療コーディネーターですけれども、実際に災害が起こった時に指揮命令系統が混乱するということがよくあることかと思えます。ですから、県においてそういう災害医療コーディネーターの人選、これは県内で災害が起こった時、あるいは周辺の土地で起こって支援に行く時のコーディネートについて、確か県でははっきり決まっていないと思いますが、お考えがございましたら。

○事務局

先生からご指摘いただいたように県では災害時の医療コーディネーターにつきましては、現在、検討・確認を行っている状況ではございません。またご意見をふまえて私どもの方で確認をさせていただいて検討させていただきたいと思えます。

○議長

非常に重要な要望でございます。ほとんどの県にコーディネーターがいて指揮系統がしっかりしていると思えます。山梨県はその点、非常に貧弱でございますから、ど

うか前向きに検討していただきたいと思います。

他に何かございませんか。

#### ○委員

在宅医療がなかなか数として件数的には増えてきているようには思いませんけれども、ドクターの方も少し考え方を変えなければいけない。つまり、訪問をする場合には、どこが痛い、どこが具合悪いということで行く、いわゆる往診というのと、もうひとつは健康管理ということを考えて、訪問診療という言葉と往診という言葉の使い分けをしなくてはいけないのではないかなと思っております。定期的にドクターが関わっている家庭に行くのは、これは往診と言わずに訪問診療ということになると思いますが、私は日本医師会の第1回日本医師会在宅医療支援フォーラムというのが3月17日にございまして、非常にたくさんの受講者がおりました。山梨県からも5人くらいドクターが参加していたかと思います。それから、私が今、属しておりますのは日本慢性期医療協会というところですが、ここでは、私が第1回目の時に1泊2日で1月に1回ずつ研修会を受けに行きました。今、うちの恵信の院長もりほくの院長も受講中ですが、やはり県の方と医師会の方で連携して在宅医療認定医講座というものをやっていただいて在宅医療も増えるということも考えられますし、実際に患者さんも喜ぶことだろうと思いますし、特に在宅医療支援病院というもののの中ではそういうドクターが積極的に働いて点滴を必要とする3日間とか4日間くらいはお預かりをして、またすぐ家庭にお返しするというような、すぐに大病院に行かないような在宅医療支援病院というようなものをもう少し増やしていただいたらどうかなと思っております。

#### ○事務局

私ども今、在宅医の認定講座というものにつきまして、ちょっと承知をしておりますのでしたものですから、またご意見を承りまして検討させていただきたいと考えております。また、よろしくお知恵をいただきたいと思います。

#### ○議長

皆さんそれぞれご意見、ご要望もあるかと思いますが、だいぶ時間も経っておりますからこの辺で、第三次の山梨県地域医療再生計画につきまして閉じさせていただきたいと思います。

第三次山梨県地域医療再生計画につきましては、たくさんのご質問、ご意見、ご要望をいただきましたが、事務局案のとおりにいたしたいと思いますが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

(異議なし)

○議長

特にご意見はないようですから、議題（２）の「山梨県地域医療再生計画の達成状況について」事務局から報告を求めます。

## **（２）山梨県地域医療再生計画の達成状況について**

○事務局

（資料２により「山梨県地域医療再生計画の達成状況について」報告を行う。）

○議長

ただいま事務局から報告がありましたが、委員の皆さんご意見、ご質問がありましたらどうぞ。

○委員

この資料の事業費、県補助額の単位は千円ですかね。

○事務局

そうです。

○議長

他にございませんか。

これ達成状況でございますから、せっかく大学からいらしておりますから、達成状況につきましてよろしいですか。

○委員

達成の状況というよりもこの計画案のことでちょっとお話ししたいのですが、ずっと聞かせていただいておりますので、国からいかに基金を取ってくるかということが一番問題で、これを見ますと山梨県独自のしっかりと基金を取得できるような大きなアイデアがあんまり見えてこない気がするのですよね。例えば、先ほど災害医療と在宅医療は私もほぼ同じだと思います。やはり一番大事なのはネットワークであって、ネットワークが山梨でなぜ必要かといいますと、ここに一定期間の自立が求められるとかですね、やっぱり山梨県がどういう地域にあって、一番山梨県らしい問題点は何かということをおの中に盛り込まないとなかなか国はお金をくれないのではないかな、と思って聞いておりました。すみません、ひどいことを言いました。

○議長

はい、ありがとうございます。他に何かご要望なり、時間も来ておりますから。

以上をもちましては、山梨県地域医療再生計画の達成状況について終わらせていただきたいと思いますので、いかがでしょうか。

（意見なし）

○議長

以上をもちまして予定の議事を全て終了させていただきたいと思います。長時間、御協力ありがとうございました。