

各構想区域地域医療構想調整会議の議事要旨

1：有床診療所では休床がかなりあるのではないかと。他県では診療所で今後の予定を調べたのがあったが、長崎県はどうか。

2：人口減を県全体としてどう食い止めるか。人口を食い止めるという点で医療は重要なインフラ。

3：看護師を目指す学生は急性期嗜好が強く、訪問看護にも学生の目を向けさせることが課題。

4：薬剤師がひとりしかいない薬局が6割くらいを占めており、なかなか在宅にいけない。ただ、若い薬剤師は積極的に在宅にかかわろうとしている。

5：県民の理解や積極的な広報が必要。医療機関から追い出されるのではないかと意識がある。理解を得ないと、協力してもらえない。県民と反目してしまう。

6：訪問看護ステーションもへき地では人材の確保が難しい。すぐになくなってしまふ。人員を確保する財源もない。県は何が原因と考えているのか。

(事務局回答)少数でやると訪問看護師の負担が大きい。大きな医療機関や看護協会による訪問看護ステーション、又は100人規模の組織に集約される等でない、ワークライフバランスは達成されないし、人員の確保は困難ではないかと考える。都市部に一定規模の集約されたセンターを設置し、周辺はサテライトでカバーする、医師や訪問看護を融通していくと、そういう方法しかないのではないかと。

7：施策について、全体的によくできているが、大学病院だけでなく、各地の基幹病院でも人材育成を進めると、そういう動きがあり、「地域で医師を育てる」という観点を盛り込むべきではないか。遠隔医療については、問題になっているのは、人的なところだから、女性医師の復帰の際の活用など仕組み作りに重点を置くべきではないか。

8：新たな専門医制度では地域偏在がさらに大きくなる可能性もある。地域で研修医をどれくらい獲得して、どう専門医として育てていくか。診療科単位で考えないといけない。医療需要がどうなるか、病床数がどうなるかという議論だけではダメで、医師の育成という観点をしっかりもっていかないといけない。

9：急性期病院の稼働率は低下していて、在院日数の縛りもあり、早期に在宅へ帰す方向になっている。このため施設の負担も大きくなっている。回復期も医療の必要度が高くなっていて、マンパワーの確保が必要になっている。また、訪問看護ステーションも、少数で移動距離が長くなっており、非常に負担が大きくなっている。医師会を中心に、若い先生がグループで在宅医療に関わることができる仕組みが必要ではないか。

10：ショートステイ(短期入所生活介護)が不足して困っている。療養病床をレスパイト的な位置づけで活用できないのか。

11:急性期を担っている看護師にとって、訪問看護師になろうとするマインドは少ない。

初期の教育段階でしっかりとやるべきではないか。

12：潜在看護師を掘り起こすとあるが、実際にやるとなると難しい。明確に何をするのか記載をしてほしい。

13：急性期を減らすには、在院日数を短くしないといけない。回復期、慢性期との顔の見える関係を構築する必要がある。病院の地域連携室が仲間うちだけでやっているには限界があると思う。

14：病床からできるだけ早く施設等に帰すようにしているが、区域内でも施設の偏在がある。

15：介護施設も在宅という概念だが、施設は特定の診療所、病院と連携しているところがほとんど。このため医者が疲弊してしまう。施設への訪問診療のあり方も考えてもらわないといけない。

16：薬剤師の在宅医療への関わりについては、一人薬剤師が多いので対応時間が問題。夜は患者の生活形態として難しい。

17：訪問看護をしている人から話を聴いていると、事業はたくさんあるが、人がいないとのこと。

18：看護協会では、訪問看護に興味のある人を対象に見学実習等をしている。講義、実習、eラーニング、スキル、管理者研修と段階を踏んで養成に力をいれている、病院の離職率と比較して訪問看護ステーションはやや高い。経験がないと難しいと考えているが、他県では新卒が配属されて育成しているとも聞いている。

19：民間では、廊下幅や面積等の規定があって、急性期からそのまま移行できない。補助がいただければ回復期病床に移行するのは可能であり、前向きにやっていこうと思う。リハビリが重視されるようになれば、回復期に移行するのは前向きに捉えられる。

20：県全体でも薬剤師はいないのに、まして離島には帰ってこない。雇うのに高額給料が必要となると、そこまでして在宅はできない。一人だと在宅をする間は薬局を閉めないといけない。対応後の事務処理も大変で、簡素な処理にしてもらわないと。

21：人材育成の研修に派遣するには、施設の職員が足りないうえに、移動も長く厳しい。認定看護師が島内2名おり、地元の看護師を使って、島内でやっていけないといけない。ただ、島外に出ないと正看護師の資格をとれない、そこが大きな問題。

22：最近施設に入ってくる人は特に医療依存度が高い人が多い。できれば、日常圏域での入所状況、施設種別や、看護師がいない地域、充実している地域を分析して、それに応じた計画が必要。きめ細かい連携ができるシステムの構築が必要と考える。

23：薬局の「あじさいネット」への加入が進んでいない。あじさいネットを利用して、我々も在宅への訪問指導をもっと積極的にしたい希望がある。

24：病棟では急性期の医療を継続しながら、認知症に対応することが大変な負担になっている。職員の負担増が早期退職に繋がっているのは否めない。夫婦とも認知症という世帯が多くなっている。また、在宅では骨折が多いので、予防が必要。

- 25：へき地の中核病院は患者の平均年齢が高いため認知症が多く、看護師に負担がかかっている。予防には運動が重要、そうした取り組みもやらなくては。認知症の解決策としては、病院職ではないボランティアが必要ではないか。話を聞くだけでいい。それだけで徘徊を防止できる。高齢者ボランティアの力を借りるのが最も効果的かと思う。
- 26：精神科医療について、区域外流出が大きい、緊急時受け入れが十分でない、自宅での対応を余儀なくされているとあるが、精神医療は5疾病5事業の一つになっているので、政策として必要だということを明記してほしい。
- 27：病床を急に減らそうとすると、行き場のない医療難民を作ってしまう。どれだけ計画的に、時間内にできるかということ、社会的な基盤の余力がない。疲弊が起きないようなペースで考えないと、結局、絵に描いた餅になる。
- 28：病床に関しては、在宅等とか看取りのできる場所、そういうことを考えていくと訪問看護ステーションの役割か。介護保険施設が看取りをしているが、医療従事者のトレーニングも必要。
- 29：在宅医療と介護の連携については、平成28年度から、医師会と連携して、市も一緒にやっていく方向で、予算要求等を行っている。医療人材、特に看護師については今でも不足している状況だが、市独自の修学資金等の創設等も今後やっていきたい。
- 30：看護師不足について、やる気が持てる職場づくりを目指しているが、女性が多い職場なので、子供を預けるといっても考えてもらいたい。
- 31：マンパワーについては、地元だけではとうてい解決できない。国や県が離島、過疎地にそれなりの人材の派遣ができるようなシステムを作っていただかないと、医療・介護の進展はほとんど見込めない。医療のレベルを上げる看護教育、あるいは医療、介護との連携を今後どのように考えているのか。
- 32：病床数だけでなく機能そのものを再編し、効率的に運用できるような体制も同時に作らないと、離島の医療の崩壊が起こりかねない状況。外科、精神科を含めて、島内で有効に人材を活用していく。マネジメントする人材がいないので、県も援助してもらおうとか、今までの方法だけでは解決しきれないだろうと思う。
- 33：市が安価な高齢者住宅を作って、低家賃で貸して、訪問診療に行くという形が、現実的ではあるが。
- 34：コミュニティを、医療・介護サービス付きで作って、そういうことを少し市が主導してやっていかないと。これだけ交通アクセスの悪い地域に、何人かの集落があって、高齢者が増えたら、大変。