

ひょうご人生 100 年時代プロジェクト推進委員会（第 3 回）議事要旨

- 1 日 時 平成 30 年 12 月 25 日（火）13 時 00 分～15 時 30 分
- 2 場 所 兵庫県民会館 7 階 鶴の間
- 3 出席委員 藤原久義（委員長）、上村敏之、大和三重、小林由佳、笹嶋宗彦、
武久洋三、邊見公雄
〔欠席委員〕杉村和朗、空地顕一、名須川知子、米沢なな子
（事務局）柏福祉部長、盛山社会福祉課長、松岡社会福祉課職員
（陪 席）庄社会福祉課企画調整参事、前田高齢政策課副課長、
稲見こども政策課主幹、味木健康福祉部参事兼医務課長、
藤原健康増進課長、元佐病院局企画課長

4 議 事 等

- (1) 第 2 回委員会の議事要旨の確認
- (2) 検討テーマに係るプレゼンテーション及び意見交換
- (3) 第 4 回委員会の日程及び検討テーマ
- (4) その他

【議事等の概要】

(1) 第 2 回委員会の議事要旨の確認

事務局が作成した前回委員会の議事要旨案について、委員に事前確認願ひ、特に修正等の意見はなかったことから案のとおりとし、県ホームページの当プロジェクトのページに追加掲載することを確認した。

(2) 検討テーマに係るプレゼンテーション及び意見交換

ア 医療・介護基盤の在り方について

武久洋三委員による医療についてのプレゼンテーション、大和三重委員による介護についてのプレゼンテーションの後、質疑応答、意見交換を行った。

《主な意見》

(医療について)

- 医療と介護の行政の縦割りの弊害が医療現場にも影響を与えている。例えば、病院には介護職員の処遇改善交付金が適用されず、介護職員が対応できる業務（清拭等）を病院では看護師が行っている。これは明らかに非効率であり、兵庫県では効率的な体制が構築されるよう期待したい。
- 看護師は、正看護師と准看護師があって良い。看護の業務も ICU から介護まである。これらをすべて同じ資格で行う必要はなく、手分けをすればいい。高度なものから下の世話まですべて同じ者がするところは日本くらい。
- 看護師や介護士の外国人人材の受入れ要件（日本語能力等）は厳しすぎる。これでは、アジア諸国も人材ニーズが高まる中で日本は選ばれなくなる。
- 医療のすべての問題は医師の三大偏在（地域偏在、診療科偏在、病院・診療所間偏在）にかかっている。例えば、産婦人科では 24 時間体制での対応が必要でオン・

オフがない。診療報酬が同じでは医師が楽な診療科に流れるのは当たり前。また、開業医は都市部では増えているが、地方では後継者がなくどんどん減っている。勤務医は都市部でも足りない。医師が余りそうだから医学部の入学定員を減らそうという意見もあるが、本当に余ってから言ってもらいたい。

- 日本では様々な既得権が一般化していて、それらを変えるのはなかなか難しいが、そうは言っていられない時代が来つつあるので、変えていかないといけない。
- 高齢者に対する日本の医療では、胃瘻の措置が非常に多い。介護では一生懸命食べさせるのが仕事。一方、スウェーデンでは食べられなくなったら終わりという発想で死を受け入れるので、ほとんど寝たきりがいない。
- キリスト教では神に召されるという考えで、死生観の違いもあるが、食べられなくなったら一律に終わりということではなく、状況に応じた対応をすることが必要。生理機能の低下によるのではなく、何らかの要因で一時的に食欲が落ちているのなら、補正をしてあげると良くなる。
- フレイルは、生活状況で作られるというより、急性期病院での治療の副作用として人為的に作られることが多い。入院で2週間ベッドに寝たきりでいると、急激に身体機能が衰える。術後は早期にリハビリを行うことが必要。
- 医療が介護よりも上で、医療の中でも、大学病院、高度急性期病院、急性期病院、回復期病院、慢性期病院というヒエラルヒーがあって、慢性期病院は終末期病院で、そこに行ったら終わりというように社会が勝手にランク付けをしている。今は慢性期病院の方が患者数が多く、これからは専門医よりも総合診療医が大事。
- 高齢者は多くの臓器の機能が低下しており、臓器別専門医のみによる主病名の治療を行うと、副作用として他の臓器の機能が多角的に障害される事例が多発している。諸外国のように少なくとも医師の半分は総合診療医とすることが必要。
- 国立大学では、医師を一人養成するのに7千万円程度費やしており、医師には社会的責任がある。医療機関（診療所を含む）の管理者になるには1年以上の地方勤務を義務付けるなどの制度化が必要。
- 新専門医制度でも現状は総合診療医を専攻する者は少ない。今の若者は「住めば都」ではなく「都に住みたい」と東京圏から出たがらない。これではどうしようもない。
- 患者側の専門医に診てほしいという意識やブランド志向もあり、それが診療科偏在に結び付いている面もある。
- 人生50年時代の医療は、急性期の「治す医療」だったが、人生100年時代の高齢者に対する医療は根本的に別のもの。医者も考え方を変える必要があるが、発想の転換ができていない。
- 小規模な自治体の公立病院は、慢性期の総合診療にシフトすべきだが、住民も首長も反対する。それで急性期のベッドに必要以上に入院させてしまう。職員定数があってリハビリ専門職もいないので、リハビリするとなると外部から派遣してもらう必要がある。
- 急性期の平均入院期間が長い要因の一つとして、日本では、術前入院が1週間（海外なら前日か当日）、開頭なら術後1か月半入院するのが当たり前という土壌がある。

厚労省も入院期間を短縮させようとしているが、まだまだ改革途中。

- 厚労省は急性期のリハビリの重要性を認識して、診療報酬改定で急性期のリハビリ点数が引き上げられたが、現場ではリハビリは急性期医療ではないとの考えがあって、1か月以上してから回復期でリハビリをするので、非常に効率が悪い。
- 診療報酬上、高度急性期の技術料は驚くほど低い。手術すればするほど赤字になる。慢性期の評価も低い。急性期の社会的入院をなくすだけで今の医療費はずっと下がる。必要なところに点数を付けなければ病院経営はやっていけない。
- 医療のことを一般県民に啓発して理解してもらうことが大切。
- メディアでも社会の誤った固定概念の存在を知らせてほしい。学校教育でも社会保障など生活に密着した授業が少なすぎる。
- 行動経済学で最近言われているのが、個人に気付きの機会を与え、行動変容のインセンティブとなる仕組みである「ナッジ」。リハビリが大事と気付かせるのは正にナッジ政策。行政が医師や個人にターゲットを絞ってどう働きかけるか。教育では後手後手に回る。
- 兵庫県は、比較的医療政策が早いし革新的。このプロジェクトも通じて、高齢者医療の特殊性を踏まえた慢性期の医療・介護の模範を示していくべき。

(介護について)

- 高齢者の生きがいや就労で一番重視すべきは一次産業。食料は戦略上も重要。
- 農林漁業は、体力が必要で高齢者には厳しい。一方、介護には、ベッド回りの清掃、食事の世話、衣服の着脱など、体力や専門性の要らない仕事もある。ここに高齢者を活用すれば、介護福祉士は専門的な介護に集中でき処遇も改善される。
- 外国人労働者の活用も進んでいるが、日本の高齢者のうち75～79歳の要介護・要支援認定率は15%弱で、80～84歳でも30%程度。残りの人たちは元気に働ける。80歳くらいまでは仕事をしてもらわないと日本社会は成り立たなくなる。
- 東京圏でも介護人材不足で特養の空きが出ている。人はいるのに集まらないのは労働市場の問題なので賃金を上げることが必要だが、財源をどうするか。一方東京圏以外ではそもそも人材がないので、別に対策を考える必要がある。また、地域が崩壊していて地域包括ケアが組めないところをどうするかも課題。
- 首都圏の特養でも給与の高いところは職員が充足している。人件費の高い分は調達費を抑える必要があるが、人材はいて、ネットなどで条件を比較しながら様子を見ている。それで実績のあるところに人が集まる傾向がある。
- 規模の経済で、規模の大きいところは調達費も抑えやすい。また、複合施設になると日勤だけの職場もあり、夜勤のできない職員も事情に応じて働き続けられるので、小規模なところより離職率も低くなる。
- 人件費を上げるのは、介護保険の枠の中では限界がある。医療保険の混合医療のように混合介護を導入することも検討が必要かもしれない。ただし、負担能力によって受けられるサービスに差が生じるといった弊害もある。
- 地域包括支援センターの課題として、多職種連携の困難さがある。医療職は治療モデルで考え、介護職は生活モデルで考えるため、議論がかみ合わない。医師と介

護職の社会的な地位の違いが壁を高くしている面もある。

- 国として社会福祉士を重用してこなかった報い。社会福祉士の試験は難易度が高い。社会福祉士を重用して医師との窓口にすると連携はもっと上手くいく。また、看護師がもっと地域包括支援センターに入っていくことが必要。
- 地域包括支援センターは、在宅医療と介護をコーディネートする要。在宅高齢者が入院して1週間もすると部屋が孫の部屋になったりして帰るところがなくなる。早く在宅復帰するようにコーディネートすることが必要。病院と診療所の医師同士が話をするより、センターが間に入った方が上手く話が進むこともある。
- 地域包括支援センターは、主任ケアマネ、保健師、社会福祉士の3職種が配置されるが、社会福祉士は若くして権利擁護や虐待のような困難事案を担当させられるなどで離職率が高い。また、看護師は地域包括支援センターへの興味がない。
- 主任ケアマネは、5年の経験だけでなれるのではなく、試験制度にして能力のある人にすることが必要。また、主任ケアマネや医師は、社会福祉士を育てていく意識が必要。

イ 健康寿命の延伸方策について

藤原久義委員長による資料説明の後、意見交換を行った。

《主な意見》

- フレイル予防は、自治体レベルで取り組めるが、例えば准看護師の位置付け等は、国でなければできない。課題によって主体やレベルに違いがあるので、仕掛ける先（国、自治体、医療機関、個人等）を明確にして進める必要がある。
- オーラルフレイルは非常に大事。がんで手術が上手くいっても、入れ歯が合わなくてなかなか体力が付かないといったケースはたくさんある。特に内服薬や栄養が中心となる在宅では、歯科の役割が重要。
- 病棟に歯科衛生士を配置したら、患者の口の中が凄くきれいになり、嚥下性肺炎が3分の1になった。口腔清掃を歯科衛生士がするのと看護師がするのでは全然違う。歯科衛生士は役に立つので、医療機関はぜひ雇ってほしい。
- 具体的なデータを数字で示すと説得力があり、皆、納得して言うことを聞いてくれる。
- データを示せば、信頼性があるかどうかを判定した上で、厚労省も政策に反映してくれる。
- 「人生100年時代」という名称は、長く働くことをお上から押しつけられるようなイメージで受け止められるのか、言葉へのアレルギーが強く、受けが良くない。提案書を出すときには、名称を考えた方がいいかもしれない。
- そんなに長く生きたくないという人もあるが、好むと好まざるとにかかわらず、長く生きざるを得ない状況になりつつあるということは自覚した方がよい。
- 思い切った意見をいろいろ出しているが、兵庫県では、良いと思うことは、ぜひ全国に先駆けて取組みを進めてほしい。

(3) 第4回委員会の日程及び検討テーマ

あらかじめ確認した委員の都合を踏まえ、次のとおり第4回の日程、検討テーマ等を決定した。

《決定内容》

◇第4回委員会の開催日時

平成31年2月15日（金）13時から16時まで

◇検討テーマ及びプレゼンテーションをお願いする委員

- ・テーマ①：人工知能（AI）の可能性と社会への影響

プレゼン委員：笹嶋宗彦委員

- ・テーマ②：出生率・出生数を飛躍的に高めるための抜本的な少子化対策

プレゼン委員：名須川知子委員

※最後に今年度の中間まとめについて意見交換

(4) その他

ア 来年度の委員就任（再任）について

前回委員会において次年度も議論を継続するようスケジュールを見直したことから、事務局から現委員に対し、支障がなければ来年度も引き続き委員に就任いただきたい旨を要請した。

イ 第5回（平成31年度第1回）の開催時期と日程調整について

委員から、委員会の日程をできるだけ早期に設定願いたい旨の要請があったことから、次々回（第5回）の開催予定時期を5月頃として、早めに日程調整を行うことを確認した。

以上