

第 1 2 回 地 域 医 療 構 想 に 関 する W G	参 考 資 料
平 成 3 0 年 3 月 2 8 日	1

## 前回地域医療構想に関するワーキンググループにおける主な意見

### 議題①：地域医療構想調整会議における議論の進捗状況について（その3）

- 地域医療構想調整会議を進めていきたいと思っていたって何かしないと進まない。調整会議が機能するように、全国の行政に対して厚生労働省としてどういう具体的な支援ができるか。このままだと何年たってもだめなところはだめ。だから具体的に次までに考えていただきたい。
- ある循環器専門の高度急性期病院が休眠病棟を 2040 年まで試算して、どんどんふえていくから休眠病棟を 50 床また戻したいということを行ったときに、県の担当官が、休眠病床の増床ということは県も考えていないとはっきり言った。このように具体的に進めていかないと調整会議は全然進まない。県も怖がらずに本気で言うことで議論が進んだ例と思う。

### 議題②：在宅医療の充実に向けた取組について

- 在宅医療の整備を考える上でいつも問題になるのは、介護保険事業計画を幾ら緻密に立ててもサ高住とか住宅型有料とか計画的なしにつくれるようなものが地域にどんどん勝手にできてしまうという状況があり、一応、緩やかな計画はあるのですけれども、それを超えても別にペナルティーも何もない。そういうものが地域に自由につくられるような状況があるので、そこをどのように取り込んでいくかということを考えないと、実質的には緻密な計画にならないと思う。
- 国土交通省が把握しているサ高住は、市の保健福祉の部署ではなく、土木の部署が把握している。市町村、自治体は結果的にはそうなっている。市ではサ高住も有料老人ホームも全て数を握っているが、これを県と共有する場が余り意外とないと感じている。
- 我々石川県は4つの二次医療圏があり、金沢市を含む中央の医療圏の会議は年に1～2回あるが、金沢市まで話が及ばないのが実態。中核市レベルになりますと、1つのユニットは中学校区である地域包括支援センターが握っており、ここの情報量はすばらしく、こういったものの情報を集約して中核市は介護保険の事業計画をつくっている。中核市は医療が弱く、逆に県は多分福祉、介護は弱いと思うので、それを補完し合うような計画にすることが最もいいのではないかと。
- 今回の雪は往生した。在宅にいらっしゃる方は完全に閉じ込められてしまった。消防隊から聞いた話だが、救急車で受診をすとか、あるいは透析に行けないといった在宅療養者もいた。すなわち災害と救急は在宅医療を語る上で欠かせないことではないか。
- 地域包括ケアシステムの推進においては、在宅医療の体制整備、体制構築が非常に重要であり、訪問看護師の確保が重要と思うが、訪問看護師を含む看護職員の確保の取り組み状況なども把握できる項目を挙げる必要があるのではないかと。

- 病床機能報告で医師、歯科医師の数を報告することになっているが、できたら何をやっているかという機能、例えばNSTをやっているとか、口腔機能管理をやっているというところの報告も上げていただきたい。
- 県においては、普通の市と町るときは本当に情報がすごく入りやすかったが、中核市になるとなぜか入りにくくなった。県としてもいろいろ工夫が要ると思われる。また、地域医療構想推進会議は、滋賀県と大津市と共管で事務をやっているが、実際には県庁のほうがほとんどするという感じになってしまう。そのあたり運営の仕方とかいろいろ考える必要があると考えている。
- 30万人の拡大なのですが、ここの医療区分1の70%の方々があふれるという話の中で、この医療区分1の8割、9割の方々は大体介護度4、5という状態であり、ここで医療が提供できる以前にそもそも介護度4、5の人を家で見られるかという前提がなければ、これは在宅医療の提供のベースがなくなってしまう。ですからここは介護で本当にその人たちが受けられるかということで、介護保険事業計画にちゃんと在宅にあふれた部分、医療からあふれた在宅医療の方々を計算したかということをぜひ確認していただきたい。
- ぜひ在宅医療の拡大に伴うニーズの把握ということについては、担当する看護課のほうと十分連携をとっていただきたい。
- 在宅医療において、何十種類もプロセス指標的なものはあるが、アウトカムにつながるようなものはなかなかなかった。介護のほうは介護度とかいう形がある程度あるが、なかなか在宅医療の目的って何ですかということからかなり苦しい部分があって、アウトカムになるものが見つからないという状況と思う。このため、都道府県からこういう数字がどうかというのがあったらぜひ検討したいので、積極的に集めていただきたい。

議題③：地域包括ケアシステムの構築のために必要な有床診療所の在り方について

- 病院で働いている人は病床を持ちたいが、今までほとんどが新しい病院勤務の人が開業しようとしても、病床がいっぱいということで、病床を持てなかった。この特例は、若いドクターにはいい特例ではないかと思う。
- 病床について、地域でも田舎で必要なところもあるし、オーバーベッドでどうやって削減していこうかというところがいろいろある。だから一律にオーバーベッドでもオーケーですよというような形で入れられると、非常に問題が起こってくるのではないか。
- 一番大事なのは、今、有床診でこうやって24時間体制で少し頑張っているところを何とか残すためにどうしたらいいかということ絶対に考えなければいけない。たとえば、いかに後継問題を上手にコーディネートしていったり、あるいはいわゆる立ち入り調査でいろいろな監査とか病院と同じような委員会をつくれ、何をつくれと、とてもやっていられないという声をよく聞く。それをもう少し包括的に

そういうものを認めて、ある程度柔軟に対応するようなことも一緒にやっていかないと、絶対に有床診は残らないと思う。ごくわずか残っているのは単科に特化して整形だけやっている有床診は残るだろうが、本当に残ってほしい地域包括ケア的な有床診は残らないと思うので、その辺もあわせて考えていただきたい。

- 有床診療所の現状を補足すると、去年 11 月末の時点で既に 7,236 施設、1 年間で最近加速度的に 600 施設ぐらいはどんどん閉鎖している状況。一生懸命やっている先生方は確かに一生懸命やっている。ただ、将来的に後継者がいない、夜勤の看護師さんがいないということで、都市部の有床診はかなり不利である。やはり僻地、医療過疎地の有床診、婦人科の有床診が最終的に残るのではないか。
- 有床診療所の特例に関しては、地域医療構想調整会議での議論がもう少し進んで、この地域はこれが必要なんだというのはみんなが自覚したところで、そういう段階で有床診療所の特例があるというお話をさせていただいたほうがいいのではないかという気がする。

(以上)