

## 地域医療協議会「地域医療構想策定作業部会」における意見概要

各地域医療協議会のもとに設置した地域医療構想策定作業部会において、在宅医療等への対応や地域医療構想（素案）について検討いただいた。様々な御意見をいただいているが、主な意見は以下のとおり。

### 1 在宅医療等への対応について

圏域名	主な意見
賀 茂	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療とは何か、寝たきり患者への訪問だけでなく、移動手段がない人への訪問も含む考え方もある。一人の医師で看取りまで在宅対応することは困難。エリアごとのグループ対応が必要。在宅療養支援診療所でなければ在宅医療ができないと思われているが、決してそんなことはない。</li> <li>・独居患者が多く、家に帰すことが難しい状況。病院看護師が地域に出て行ければよいが、現状では困難。看護師確保の問題もあり、在宅で患者を看ていくことができる体制整備が必要。</li> <li>・ほとんどの歯科医院で訪問の要請があれば対応可能と思うが、機材保有の問題があるし、技術的にも診療所と同等の治療を行うことは難しい。</li> <li>・薬剤師不足や地理的条件により往復に時間がかかる等、在宅医療への対応は難しい状況にあるが、薬剤師会としても今後検討していきたい。</li> </ul>
熱海伊東	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療、地域包括ケアシステムがうまくいくかどうかは、ICT を活用した情報共有の成否が鍵だと思う。</li> <li>・家庭があり人も居れば「在宅」の選択肢はあり得るが、独居高齢者が多い当地域でうまくいくのか大変危惧している。</li> <li>・在宅医療に関しては2次医療圏で完結させなければならないと思うが、医師会員の高齢化、会員数の減少傾向の状況を勘案すると、今後、きちっと対応できるのか不安がある。</li> <li>・訪問看護について、当地域では自転車で回れる距離に対象者がなく、狭く急坂な道路が多いため、効率的な訪問ができず経営面等から当地での開業、就労を控える傾向がある。特定看護師が増加すれば在宅医療の幅が広がるので、力を注いでほしい。</li> <li>・薬剤師会でも高齢化、後継者不足が問題となっている。また、一人薬局の会員が多く、訪問・在宅医療に時間を掛けられないのが実情であるが、在宅医療を推進するためには他職種連携での顔の見える関係づくりが急務と考える。</li> <li>・歯科医師会でも会員の高齢化が進んでいる。訪問歯科診療をしている会員はいるが、訪問診療に十分な時間が取れず進展していかない。</li> <li>・認知症患者の増加が見込まれるが、医療なのか介護なのか曖昧なところがあり、今後、どう処遇・対応していくか大きな課題と考える。</li> <li>・伊東市民病院では、家庭医、総合医の研修プログラムを持っており、在宅医療などを志向する医師が何人かいる。医師会の協力を得て在宅現場での経験を積み、結果として地域に残ってもらえればとの希望を持っている。</li> </ul>

駿東田方	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療の環境整備には、行政が具体性・実現性のある施策を講じなければ実現は困難。福祉施策を取り入れ、日中独居とならない安心安全な施策、夜間診療体制医師・看護師等の疲弊の解消施策など、条件を整える必要があるのではないか。</li> <li>・在宅等の取組も一部の有志のみが積極的に取り組んでいるように見受けられる。圏域全体として取り組めるような方法を考える必要がある。</li> <li>・在宅・介護を支える人材の確保と育成に向けた体制づくり、潜在看護師や介護福祉士へやりがいのある職場提供ができるような地域での教育の場などが必要。</li> <li>・開業医の先生の協力なくしては、在宅医療の充実はありえない。インセンティブなども考慮する必要がある。</li> <li>・市町と連携を取った在宅医療の提供体制や広報を考えていただきたい。</li> <li>・回復期病院から在宅医療等に移行する患者に誰が医療介護を施すのか。在宅療養患者が増えると人的資源が追いつかない。2025年問題を乗りきる方策は住民の意識改革であり、国家レベルで啓発していく必要がある。</li> <li>・都市部とそれ以外では生活環境が大きく違う。伊豆地域においてはまず「在宅医療」という意味を住民に理解してもらうことから始めないといけない。</li> <li>・まずは、しっかりと高齢者をアセスメントできる人材を育成することと連携を同時にすべき。</li> <li>・在宅医療を進めていくためには、医師会や機関病院と連携した取組や、訪問看護の充実とそれを支える看護師の確保が不可欠。</li> </ul>
富 士	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅にかかわる医師、歯科医師会、薬剤師会、介護職等それぞれの垣根を少なくして、相互に在宅医療と介護のネットワーク作りを進めていこうとしている。病院から在宅へつなげる仕組み等もこれからの課題。</li> <li>・介護と医療が同時になると患者の費用負担が大きくなる。患者側も介護には目が向くが医療に目が向かない。訪問医療よりも薬を処方してもらうために医療機関を受診する患者が多い。</li> <li>・在宅支援診療所の加算により診療報酬点数が高くなると患者負担が大きくなる。在宅支援診療所とそれ以外の在宅診療を行っている医療機関を切り離すような制度はまずいのではないか。在宅支援診療所の加算はとりたくない、でも在宅診療はやっていきたいと考えている医師がたくさんいることを県には知っていただきたい。</li> </ul>
静 岡	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護師の医療行為には限界があり、診療報酬上の制約もある。このため、在宅医療では、医師にかかる負担が大きく、現場の医師と訪問看護師等が連携した活動しやすい体制づくりが必要である。</li> <li>・訪問看護師の役割が今後ますます重要となる中、看護の質を向上させるためには、訪問看護師に対する教育の充実が必要である。</li> <li>・市として地域包括ケアシステムの構築に向けて取り組んでいるが、在宅医療に携わる人材の確保と育成が課題となっている。</li> <li>・患者の立場としては、夜間や急変時に往診を依頼したくても、多忙な医師の状況を考えると、躊躇してしまう。医師は、このような地域住民の思いを知り対応してほしい。</li> </ul>

志太榛原	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療を診療所の医師だけで担うことには限界がある。診療所医師の現状を把握し、その上で施策を考える必要がある。</li> <li>・訪問看護は24時間体制で対応しているが、診療所の医師が24時間体制で対応することは難しいため、24時間体制で対応している病院と訪問看護をつなげる仕組みが必要である。</li> <li>・病院から退院する患者の在宅医療は、診療所の医師や訪問看護師に個人的なつながりで依頼しており、協力体制を形として整える必要がある。</li> <li>・在宅医療を進めるために必要な医師等人材の現在数や今後確保すべき人数を地域医療構想に明記する必要がある。</li> <li>・在宅医療の目標や課題を明確にするために、必要な医師数を算出した上で、病院と医師会との分担数を実数で示したらどうか。</li> <li>・療養病床の患者が減り、療養病床から老人保健施設へ移行する患者が増えているとの情報もあるので、療養病床の患者の動きを調査する必要がある。</li> <li>・高齢者マンションや介護サービス付き高齢者住宅、グループホームに介護認定4～5の人が入っており、これら介護度の高い人たちの在宅医療の需要と供給の状況を把握する必要がある。</li> <li>・今後は介護だけでなく医療の調整もできるケアマネジャーの育成や拠点となる訪問看護ステーションの設置が重要である。</li> <li>・訪問看護の体制が市町によって異なっているので、2次医療圏全体での調整が必要である。また、訪問看護師の育成や確保も必要である。</li> </ul>
中東遠	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護ステーションは小規模事業所の経営、人材不足が課題。訪問看護の役割について市民、ケアマネ等が理解不足のため、本来の能力を活かしきれていない。</li> <li>・「在宅医療等」とされる患者の居場所の確保のためには、在宅医療を後方支援できる体制が重要。医療依存度の高い在宅患者の一時入院やレスパイトサービスの充実等がなければ在宅を選択することが困難となる。</li> <li>・在宅療養支援診療所等を担う、医師、看護師の育成、体制整備、介護連携体制の構築のための支援強化を期待する。</li> <li>・在宅医療については、一般的には知られていないことが多い状況であり、普及に向けた啓発を行うことが必要。</li> <li>・在宅医療というセーフティネットがあって始めて、病床のあり方を議論すべき。当圏域は在宅に関わる介護職員数は全国平均を大きく下回っており、在宅ケアに関しては不十分。</li> <li>・結局はどこでみるのかという問題になる。住民に、高齢になった時の生き方や死に方についてよく考えてもらい、いたずらに医療を提供することがよいわけではないことを理解してもらわないとニーズは減らないだろう。</li> <li>・口腔機能の重要性を考慮し、多職種・包括ケアシステムとの連携をさらに進めていただきたい。</li> <li>・市街地周辺はともかく郊外までへの訪問医療や介護の提供は極めて非効率的で実現困難に思われる。そのような中で現在の地域包括ケア病棟は、ハードルが高いうえ安定的な運営の面で厳しいと思われる。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 県民の医療（特に高齢者に対して）についての理解、意識の変化がなければ 2025 年に必要となる病床数についても画餅となってしまおうと思われる。</li> <li>・ 在宅医療体制の整備は重要な課題だが、まだまだ住民の理解が得られない現状もある。啓発活動や在宅医療・介護を支える人材の育成を進めていく必要がある。</li> <li>・ 介護療養病床が平成 29 年度に廃止されることから、真に医療が必要な者、真に介護が必要な者、両者が必要な者の区分けを行い、必要な介護と医療の組み合わせを検討していくことが必要。</li> <li>・ 当圏域は、構成市町すべてに地域医療を守り育む活動を行っている市民団体があり、市民への医療の現状、救急医療等に関する意識啓発等を行っている。</li> </ul>
西 部	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅医療推進員等の配置や圏域内における関係者のネットワークづくり、在宅医療等に関する周知啓発が必要。</li> <li>・ 2025 年を目ざして介護士・ヘルパー・理学療法士などの人手の育成を地域ごとに行うしかないのである。</li> <li>・ かかりつけ医と同様に、歯科訪問診療を推進するうえでかかりつけ歯科医師が必要となってきている。</li> <li>・ 市町行政と他施設との連携強化、在宅医療に関する窓口の設置と周知が重要。</li> <li>・ 在宅患者への安心安全な薬物療法の提供には、薬局、薬剤師が不可欠であるが、現状は十分に活用されていない。薬局、薬剤師ができることの周知が必要。</li> <li>・ NP の育成や介護施設での軽処置を可能とする制度設計が必要。</li> <li>・ 介護の社会化がうたわれているとはいえ、家族への負担増を解決することなく在宅医療のみを推し進めるのは国民の理解を得られない。施設ケアを増やさないために居宅を増やす、のではなく、居宅を増やすためにはショートステイの施設を増やす、ということが必要。</li> <li>・ 地域医療構想実現に最も重要なのが在宅医療等の充実であり、ここが機能しないと各機能別の病床運営に影響してしまう。したがって、その充実のために基金をうまく活用していくことが望ましく、特に人材の確保と育成が重要。</li> <li>・ 在宅医療は人口密集地では比較的効率的に行えるが、郊外や過疎地では移動時間が増加するため、ICT による支援も必要になってくる。</li> <li>・ 2025 年に向けて、まだハード面で不足することが予想され、慢性期ベッドの余剰と考え合わせると、調整をする機会になるとも解釈される。訪問診療分に関しては、地域での診療所を中心とした在宅医療のシステム作りが急ぐ必要がある。</li> <li>・ 「在宅での看取り」の市民の意識は低いと想定されるので「今後は、家で死ぬ事も必要」との考えを広める方法を示して頂きたい。在宅＝自宅ではないので、在宅の定義を明確に市民に伝えてもらいたい。</li> <li>・ 認知症カフェ（よろず相談室）の整備推進や機能強化型訪問看護ステーションの計画的整備、訪問看護の課題把握等が必要。</li> <li>・ 在宅医療・介護を支える、高齢者を含めた人材の育成も必要。</li> <li>・ 在宅医療と介護の連携を図り、コスト（利用料金）含め利用者のニーズにあった施設の整備と、運用体制の整備をお願いしたい。</li> </ul>

## 2 地域医療構想（素案）について

圏域名	主な意見
賀 茂	<ul style="list-style-type: none"> <li>・賀茂圏域はそのまま残す方がよい。大きな災害が予想されるこの地域では、急性期医療に対応できる病院は絶対複数必要。いざという時に慢性期だけ看ていた病院が急性期医療、災害時医療に対応することは困難。急性期病院がないと若い医師も来ず、衰退・消滅の方向に行ってしまう。圏域内で急性期に対応できる医療の充実が第一条件であり、そのためには医療従事者の確保が課題。</li> <li>・2025年以降、どの程度の医療の量が必要か、医療機関がどのように維持でき得るのか、介護関係の我々から見ると果たして成り立っていくのか心配している。地域包括ケアシステムも医療が中心となっていないと成り立っていない。</li> <li>・松崎町民の受療動向を独自に分析したところ、後期高齢者の80%以上は町内か西伊豆健育会病院に行っているが、国保加入者は意外にも下田市ではなく伊豆市の医療機関が多い。動ける人・移手段のある人は買い物等も兼ねて遠方の医療機関に行くケースも多いのではないかと。今後伊豆縦貫道が開通し、下田・沼津間が近くなると流出入の状況にも変化があると思う。</li> </ul>
熱海伊東	<ul style="list-style-type: none"> <li>・回復期、慢性期機能については圏域で対応するのが妥当であるが、人口減少や高齢化が顕著な伊豆半島では、医療資源、人材の確保さえ困難で順天堂静岡病院を中心に動かざるを得ない。</li> <li>・必要病床数に関して、人材確保や経営面での課題から今後の在宅医療の充実が難しい当圏域では、慢性期・療養病床の必要度が高い。回復期と慢性期機能の垣根を低くして柔軟に運用すべきではないか。</li> <li>・必要病床数の推計値は2013年実績を基にしているが、実態と乖離する状況が生じた場合には見直しを検討してほしい。</li> </ul>
駿東田方	<p>今後、計画の進捗や医療財政状況等から更なる変遷を遂げていくはず。全てを二次医療圏内で完結する計画にするのは無理があり、賀茂圏域や熱海伊東圏域とのやり取りが可能な計画が妥当と考える。中小病院の勤務医不足が甚だしい。医師不足が大きな課題であり、それを補うための病病・病診連携を推進する取組を構築してはいかか。</p> <p>静岡地区、西部地区に比べて基幹病院が少なく、研修医、専門医への対応が充分でない。東部圏域内での医療がほぼ完結しているのは評価できる。2次救急、3次救急の体制をしっかりと構築してほしい。急性期の病床が余っているのに救急体制がとれていない現状がある。</p> <p>圏域の人口は60万人台を維持しているが、75歳以上人口は増加傾向にあり、高齢者ゆえに疾病罹患率も増加すると予測される。急性期、回復期のベッド数を減じているが、需要に応じられるか。また、医師不足による救急医療機関数が漸減傾向にあるが、これの解決策はどうするか。</p> <p>二次医療圏といえども、伊豆地域と御殿場、富士地域とではかなり医療事情が違い、今後は調整が必要。</p> <p>患者のなかには急性期を過ぎても様々な理由で、退院や回復期病院への転院ができない人もおり、社会的な背景も関係する。総論は理解できても各論は様々であるので、制度の運用は弾力的に願います。</p>

富 士	<ul style="list-style-type: none"> <li>・富士圏域に 40 万人の人口がある中で口腔外科が 1 病院しかないという状態は、全国的にも県下的にも圧倒的に少ない。口腔外科の診療を担う病院に、もう少し注目してほしい。</li> </ul>
静 岡	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療提供体制を確保するためには、まずは医師の確保が必要である。</li> <li>・医師確保のためには、地域偏在の緩和のための適正な配置や県内への定着を図ることが必要であり、ふじのくに地域医療支援センターによる実効性ある取組が求められる。</li> <li>・医師確保や地域医療の充実のためには、研修医を育成する指導医の確保が重要。</li> </ul>
志太榛原	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケア病床や回復期病床を 2 次医療圏全体で活用するという視点をもち、医療連携体制を整える必要がある。</li> <li>・急性期から慢性期に至るまでの患者の動きや、それぞれの病床に対する需要を把握する必要がある。</li> </ul>
中東遠	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2013 年 5 月には中東遠総合医療センターが開院し、既に当医療圏の医療環境は大きく変化している。今後、医療環境の変化に応じ適切に見直していくことが必要。</li> <li>・2025 年に向けて、回復期、慢性期の病床が足りていないことから、老人保健施設、療養型病床等の状況を踏まえた検討が必要。</li> <li>・地域包括ケア病床との機能の棲み分けをどうするか、慢性期病床に関して在宅医療にどう移行させるか、慢性期病床をどう機能転換するかが課題。</li> <li>・当圏域の病床数での医療体制確保のため、回復期及び在宅医療の充実が必須。</li> <li>・地道に医師確保を続けることが重要。</li> <li>・医療機関と診療所等の連携を一層密にしていくことが重要。</li> <li>・急性期治療が終わったが在宅への受け皿のない患者さんへの医療、介護に危惧を抱かざるをえない。</li> <li>・当圏域では、急性期、回復期の増床が必要となっているため、施設拡充の検討、医師や看護師の集まりやすい環境づくりが必要。</li> </ul>
西 部	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関毎の病床機能の分析や課題の整理、関係者間の定期的な情報共有（調整会議等）の実施が重要。</li> <li>・隣接する愛知県東三河南部圏域との連携。</li> <li>・慢性期病棟の転換等により在宅医療へのニーズが増加する。地域にマンパワーをカバーできるのか。</li> <li>・各郡市の地域に密着した社会的資源の掘り起こしと活用。</li> <li>・県境では、他県との連携、小さい市町は大きな市との連携が重要。</li> <li>・病床数の算出が「医療区分 1」の 7 割にもとづいており、実際の医療内容に直接基づく数値でないと、在宅医療等の必要数との整合性が取れない。</li> <li>・医療機関から病床を減らす流れになる場合には、職員がモチベーションを保てずに離職することがないような施策を期待する。</li> <li>・各病院からの 27 年度の病床機能報告結果を考慮する必要がある。また、今後も医療動向が変わり得ることから、病床数について調整の余地を残すことが必要。</li> <li>・急性期から在宅や慢性期に移行するために回復期リハビリテーションの役割は益々大きくなると考える。</li> </ul>

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>・当圏域はやや高度急性期医療過多の状況と言え、医療需要の増加に対しては現在不足している回復期病床をいかに確保するかがポイントになる。</li><li>・経営状態を維持しながら病床機能の転換を行うことは難しい。現在活用しきれていない病床をどのように有効活用するかという視点が重要になってくる。</li><li>・西部地区は既に老健などが多くできたため、転換等の調整はかなり困難と思っていた。しかし在宅医療への必要量を見ると、このような分類に入る入所施設は不足すると予想されており、まだ少しは話し合いの余地があるものと思われる。</li><li>・現在の慢性期病床の転換促進策等の具体的な記載がない。地域包括ケア病棟への転換等を示し、医療・介護療養病床からも入れるシステム作りをお願いしたい。</li><li>・慢性期病床の転換に伴い、新たな、利用しやすい受け皿となるような施設も検討する必要があるのではないか。</li><li>・減少する病床の有効活用を含め、場合によっては米国「スキルドナーシングホーム」のような施設への移行も検討いただきたい。（在宅医療への対応にも活かせる。）</li></ul> |
|---|