

## 平成 30 年度第 3 回

### 駿東田方構想区域地域医療構想調整会議（駿東）

日時；平成 30 年 12 月 11 日（火）午後 6 時 30 分～ 8 時 30 分

場所；東部総合庁舎別棟 2 階会議室

#### 議題 1 療養病床転換移行等調査結果（概要）について（事務局より説明）

意見・質問等なし。

#### 議事 2 訪問診療及び介護サービスの提供状況について（事務局より説明）

（西方議長）

ただ今、事務局から説明がございましたが、質問・ご意見などございますでしょうか。

訪問診療の数、特に沼津市の数ですけれども、私が沼津に住んでいるので、これからどんどん数が増えるんじゃないかって予想していたんですけれども、これで見ると 2017 年と比べると、2025-2018 年が 124 ですけれども、去年から 112 に減っていて、その前の年と比べるとほとんど増えていないような状況なんですけれども、これは沼津市さん、このとおりなんですか、予想としては。

（沼津市福祉部長尾和委員）

やはり、廃業される診療所の数ですとか、そういう所が、受け皿としての大きい影響があるのかなと感じています。需要として、必要とされる、希望している方は多いものと見込んでいるところではございます。

（西方議長）

この数字は、希望している人じゃなくて、実際にこのくらいしか行けないだろうという見込みということですか。希望している人はどれくらいいるのですか？

（沼津市福祉部長尾和委員）

正確な数字としては把握しておりません。みなさん方の集まりのあった時の希望ですとか、そういった方向性としての量を入れてございます。はっきりとした数字としては把握しておりません。

（西方議長）

御殿場市さんも同じですか。現状で行けると言う見込みの数字なんですか。

(御殿場市福祉部長梶委員)

見込みの数字は出しましたけれど、予定どおりにはなかなかいかないだろうなと思っています。

(西方議長)

必要量が示されないと、医師会としても、これくらいしか行けないだろうとされてしまうと、それでいいのかなとなっちゃうので、できたら本当はこれくらい必要な数によっていう数がわかればと。

(沼津市福祉部長尾和委員)

必要量の把握の仕方みたいなものを、少し他市町の方ともお話をさせていただきながら研究して、見込みにしっかりとした数字をつかむというのは大事なことです。検討させてください。

(西方議長)

訪問診療に関してですけれど、歯科の方はどうでしょうか。

(沼津市歯科医師会長芹澤委員)

需要は、はっきり言って把握できていません。あと、どの歯科医院が訪問診療をやっているかどうかっていうのは、一応医療ネットしずおかに登録してあるのと、県の歯科医師会のホームページを見るとわかるんですけど、それが今ずれている歯科医院もあるので、今それを揃えようと調整を計画しているところです。そこに載ってなくても依頼があれば行くよと言う先生もいるので、なかなか難しいです。あと、あそこに載せちゃうと、依頼がどんどん来てしまって、マンパワーで診きれなくて断らなくちゃならなくなるのでそういうのが嫌なので載せないって言う先生もいて、なかなか数ということでは沼津市歯科医師会では把握しきれないです。

(西方議長)

歯科で訪問診療専門って言う方もいらっしゃるのですか。

(沼津市歯科医師会長芹澤委員)

保険上は前回でしたっけ、それが、診療所がなくてもできるようになったんですけど、沼津ではまだいないです。

(西方議長)

駿東歯科医師会の方はどうでしょうか。

(駿東歯科医師会長吉田委員)

駿東歯科医師会は2市3町の行政単位からなっていますが、市町ごとの歯科の訪問のニーズがどれくらいあるかについては把握しておりませんが、住民サイドから何か訪問診療の依頼があれば、すぐに対応できるようなネットワークはちゃんと作っております。その点は、今後も行政とも連携をとってやっていきたいと思っています。

訪問専門の歯科医院ですけれども、御殿場に1箇所あるかないかです。歯科医師会の会員ではないものですから、歯科医師会で把握はしていませんけれども、どうも訪問歯科を専門にやっている歯科医があるとは聞いています。

(西方議長)

在宅の方への薬剤に関する事で、薬剤師会さんとしては何かご努力されていることがありますか。

(北駿薬剤師会長勝又委員)

在宅に関しては、お医者さんの方から指示をもらえれば必ず行かなければいけないということなんですけれども、実際のところやっぱりマンパワーが不足していて、人がいないということです。私も今ひとりお宅にお邪魔しているところなんですけれども、仕事が終わってから7時過ぎに伺って、薬の管理をして説明をして戻ってきて、ケアマネさん等に報告書をあげて行ってやっていると、一人の患者さんで2時間くらいかかってしまう。それを何人か持ってしまうと日常の業務の方に影響がでてしまう。一人薬剤師の薬局なんかだと、もちろん薬局を外せないということもあって、今後在宅を希望される患者さんと言うのはたくさんいらっしゃると思うんですけれども、当地区は薬剤師の数も少ないという感じもあるので、そのへんをどうにかしていかないと、という課題があると思います。

(西方議長)

はい、ありがとうございます。訪問看護の方は、数の方はどうでしょうか。

(看護協会渡邊委員)

訪問看護の方も不足という地域がありまして、積極的な増員を図ってきたいというところはありますが、全体的な看護師も不足しているところもありまして、難しい現状にあります。

ただ、医療依存度の高い人たちも地域に帰って来ることが今後もっと多くなって来ると思っていますので、看護職の方も教育体制を充実させていこうということで、eランニングにおける研修会を設置したりとかたちで、質の高い看護師を養成していこうということで、積極的な取り組みを行っています。

あと、やはり、病院・施設の方からご自宅に帰られるときに、なかなかスムーズに帰れない場合もありますので、そこは病院間、施設間、訪問看護ステーションであったり、居宅の

方であったりとかと、もっと連携を取って行こうと言うことで、今、駿東田方地区だと、看護と介護をつなぐ連携というので、モデル事業を昨年度から始めています。その中では、急性期の病院であったり、施設であったり、訪問看護ステーションの看護師、あとは行政も入っていただきながら、そこでの連携を図りながら、その人らしく最後までその地域で生活できるような支援体制をできるようにとすることでモデル事業を始めているところです。

(西方議長)

少し話がずれてしまうかもしれませんが、看護師さんの働く場がいろいろと増えて、訪問看護であったり施設に貼りついたりとか、病院の方では今看護師さんはどうなんでしょうか。充足しているのでしょうか。

(沼津市立病院卜部委員)

充足しているかという点で充足していません。急性期の方の病棟で、最低限の看護師でやっているのが現実で、新卒の人が入って来ますけど、新卒の人が多ければ多いほど、それを教育する中堅の人たちの負担が大きくなって辞めていくと、そういう現実問題もありますし、多分どこの領域でも看護師は足りないんだと思います。

(静岡がんセンター高橋委員)

うちは幸い、若干まだ定数には足りませんが、まあまあ充足しております。このへんは、その次に生かしてちょっとがんばっていきたいと思っています。

(静岡医療センター中野委員)

静岡医療センターは、幸い、定員 80 人の大規模な看護学校を抱えておりますので、看護師の数についてに関しては充足をしております。先ほどの訪問看護について言うかたちですけれども、急性期の病院は、今、退院後訪問加算について言う加算が付きまして、これを静岡医療センターでも始めようというふうになって、退院後の訪問加算、3 回だったですかね、それをまた受け継ぐ形に地域の方で連携が取ればと、院長命令でうちの看護部長の方に言ってるんですけど、全然始まっていないというのが現状です。

(富士病院鈴木局長)

御殿場の富士病院ですけれども、7 : 1 は維持しているのですけれども、本当にぎりぎりで、それが故に、入院患者が多くなってくると冷や汗を流している状況です。御殿場の場合、共同で医師会設置の御殿場看護学校、9 病院 1 診療所で運営しているのですけれども、定員が 32 名と少なく、卒業まで行く過程で、若い男性も女性も、どうしても忍耐力というか、途中で離脱してしまう学生さんも多くて、卒業までくるのに大体 1 割 2 割は減ってしまう。そして、なおかつ、以前は御殿場看護学校から 10 名以上うちの方に来たんですけれども、今は広く分散されて 5 名から 6 名くらいに減ってしまっているという状況があります。

また、どうしても、民間ですので、なかなか入ってくる学生、新卒の方が少ないってことと、あと、紹介業者を介しての採用が年間 20 人近く採用して、それで何とか回している。ただ、その費用というのが非常に膨大で経営を圧迫している状況です。

(東名裾野病院木本委員)

うちは医療療養なので、一般病院に比べれば基準が低いですけど、基準に達していても潤沢ではないので、重症が多い分大変疲弊しております。

この場でちょっと質問してもいいですか。7 ページのですね、訪問診療と介護サービスの併用の数なんですけれども、そもそも施設サービスで介護医療院とか老健はドクターの基準があるので、訪問診療はないと思っていたのですが、わずかでもちょっとあるので、何がどのような形でやっているのかなということと、それからグループホームとか有料老人ホームはすごく訪問診療の数が多いのですけれども、当然ドクターの基準がない分そう言うことなのだろうなとは思っているのですが、これだけ訪問診療が行われているってことは、それだけ先生方がそちらに行かれていると言う解釈でよろしいでしょうか。

(老人福祉施設協議会杉山委員)

老施協の杉山でございます。介護保険の方の立場でお話させていただくと、まず特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養施設はそもそも医師の基準がございますので、原則的に訪問診療という概念はなかったんですが、今特定の疾患、末期がんですとか、そういった事案に対してのみ外部の医師が来てもいいという要件に緩和されていますので、おそらく拡大解釈の中で訪問診療を入れたのではないかなと推測されます。グループホームに関しましても、元来訪問診療ではなく、グループホーム単位で個別に医師と契約するかたちでできているというのが現状でございますので、おそらくそれも拡大解釈で訪問診療だというふうに捉えたのではないかと、データと現状からみるとそのように推測されます。

(東名裾野病院木本委員)

基準は知っているんですけども、それでも、なぜこんなに訪問診療が多いのかなっていうのが疑問だったんですけど。

(老人福祉施設協議会杉山委員)

グループホームは、現時点では医師との契約がないとですね、ある特定の加算が取れない仕組みになっておりますので、さきほどの退院時の連携加算ですとか、そういうことをする場合には、医師との個別の契約が必要となりますので、おそらくみなさんそれを取っていただいているということなのではないかなということです。

ですので、医師が、実際にはクリニックの先生が契約している場合が多く、病院から派遣されるということはほとんどないと聞いております。

(東名裾野病院木本委員)

だから、言いたいのは、その施設ばかりに行くんじゃないで、本当に在宅で困っている方の方に少しシフトできないのかなって、ちょっと疑問に思ったんですね。かなり回数を行っていらっしゃる先生もいるようなので、介護サービスもそうなんですけれど、かなりたくさんさんのサービスを入れたりする事例もあるようなので、そこらへんで本当に在宅で遠方の方とか困っている方の方に振り分けもできたらいいのかなって、ちょっと疑問に思ったのです。

(老人福祉施設協議会杉山委員)

すみません。介護保険の方のお話になるのですが、そもそも訪問診療という考え方で申し上げると、介護サービスと訪問診療が併用できかせんので、特に一人暮らし、あるいは老々世帯の場合、家に介護力がないと言うことがありまして、日常は介護サービス、たとえば日中預かっていただくデイサービスとか、ショートステイとか、預かっていただくケースが最近大変増えております。ところが、さきほどのお話で、介護サービスと、その日に同時に医療を入れることができないものですから、必然的に、訪問診療をい入れる場合にはデイサービスやショートステイを休んで、自宅に戻って入れるというかたちになりますので、すみません、介護保険の立場からすると訪問診療は非常に受けにくい状況になっております。

むしろ、我々側からすると、何らかの方法で、たとえばヘルパーさんが同行して病院に連れて行く方が、まだ介護保険との併用がぎりぎりできるものですから、訪問診療という扱いでやっていくのが在宅の場合、特に独居、沼津市さんの場合独居と老々介護が増えておりまして、現状、私が把握している範囲では、高齢者世帯のうち20%以上が独居と老々介護になっています。先ほどのお話では、今、病院側も往診で行くというのが行きにくくなっていて、やはり施設の方でまとまって、有料老人ホームですとか施設の方が行きやすいという結果になっているのではないかと。介護保険側の立場からは以上です。

(富士山麓病院清水委員)

我々のところは、認知症専門ですので、訪問看護とか訪問介護とかということは、ちょっと考えられませんよね。それで、そういうようなことをしないで、それにかわるようなかたちを実行しています。つまり、外来に来ていただいて、だいたい一人の方に短くて30分、1時間を超えるような時間を費やして、いろいろな会話をして、そしてそれによって認知症の程度を少しでも軽くしてあげると言う方針をとっていますので、訪問というのはちょっと考えられないですね。我々のところの外来に来てもらって、大体平均して1時間くらい、重くなると1時間半くらいの時間をかけるんですけど、来ていただいた患者さんはほぼすべて認知症の進行が止まっているという状態。また、改善している患者もいるということなので、認知症の場合は、訪問するかしないかと言うようなことじゃなくて、どういう話題を提供して、どういう夢を共有してあげて、願っていることを実現させてあげるかということを外来を使って対応しています。

従って、訪問診療・訪問看護というのは、ちょっと別の問題として、外来をやっておりま

す。そして、非常に経過がいいですね。ただ、入院した患者さんを、外来でやっているようなことをやってあげる場合があります。それは、昼間は一応落ち着いてくださっているけれど、夜になって寝ないと。徘徊している。そうすると、一人でもって独語を続けている、そういう患者さんをどのように対応したらいいだろうかということいろいろやっています、私自身が夜の当直と回診をやっていますので、そういう患者さんの所へ行って、「明日の夢」という、家族とどういうことをしたいかというようなことを聞いてあげて、明日まずそれを患者さんと二人でもって家族に連絡して、訪問するのはいつがいいのかというようなことを聞いて、要するに昼間にやる治療を夜9時過ぎに行うんですね。そうすると翌日、患者さんは割合落ち着いて昼間の治療に参加してくれます。で、そこで1回終了して、1時間か2時間後は我々がやったことは忘れちゃうんですけど、一時でもいい気分させてあげる、安心した気分させてあげるという状態にして、そして、夜また就寝前、要するに眠れない患者さん、徘徊している患者さんに、もう1回願っていることは何かということを知って、それを実現するようなかたちと言う会話を取って、落ち着かせているんですけど、意外にそれがいいんですね。

したがって、訪問介護・訪問看護というのは昼間でなければできないことなので、我々のところのように夜の回診のできないところでの、そういう対象になりうるお年寄りに、夜回診の時に時間をかけて対応してあげて、そして安心させてあげて、これはもう私も元気にならなきゃというような夢を持たせてあげると非常に経過がいいので我々のところは昼間やっていることをもう1回繰り返してそして落ち着かせてあげる、夢を持たせてあげるという行為を訪問診療と訪問看護ということに変えてやっているつもりです。この方針で今やっていますけれど、経過が非常にいいです。昼間の治療と夜の治療と、それを組み合わせると、非常に認知症のお年寄りの経過がいいですので、このまま続けていきたいと思っております。

(西方議長)

ありがとうございます。ほかに、何か、どなたかご意見等ございますでしょうか。

(病院協会毛利氏)

訪問診療等の比較をしているのであって、看護師さんが足りる足りないの議論をしているんじゃないと私は認識しているんですけども、実際問題として訪問診療の実績と言うのが駿東田方でみると2018-2017年で105人減っていると。でも、これが、実績として上がっているんだけど、本当はもっとニーズがあるんだけどマンパワーがなくてできないのか。やっぱり東部の、私も熱海の方に行ってみましたが、みなさんかなり高齢化が進んでいて、開業の先生方もかなり高齢化が進んでいる。というところを聞いていると、これ、たとえば2025年需要が3862で、市の方の積み上げですよ、地域の。これが、どういう根拠でこの数になっているのか、毎回これはよく議論されているんですけど、どういう根拠でこの数字ができてきているのか、もしこの積み上げが本当なのであれば、これに対して本当に病院あるいは在宅を担う開業医の先生方のマンパワーとか訪問看護のマンパワーが本

当に足りるのか足りないのかっていうことを、本当に真剣に考えておかないと、それぞれやっていますというだけだと、2025年非常に危ういことになるんじゃないかと感じたので、そのへんをちょっと議論していただいて行った方がいいのではないかと。行政の積み上げの根拠もちゃんと示していただきたいですし、それに対して病院あるいは診療所の先生方が訪問看護をやってられる方々が、それに対応できる組織作りができるのかということが、なかなかちょっと難しいのですけれど、そこを見込んでおかないと、ちょっと危ないことになるんじゃないかなと感じているので、一言だけ付け加えさせていただきました。

(西方議長)

ありがとうございます。医師会の方でも、なかなか在宅に備えるというのが難しく、数を把握するということがなかなか難しいものですから、それに対してどれだけやっていない方を巻き込んでいっていかっていくのが医師会としての課題だと思っているのですけれども、先ほども言いましたがこの数字だと、見込みの数字があまりにも少なすぎると目標を立てにくいものですから、そのへんはまた数値がわかりましたらまた。

どなたかほかにご発言を。

(沼津市立病院卜部委員)

毛利先生に教えていただきたいのですが、9ページを見るとですね、後期高齢者に対する訪問診療の実績と言うのは、県内どこも大体同じくらいの割合、もちろん介護度が違うので一概には言えないと思いますが、この地域だけの問題ではない問題もいっぱいあって、ほかの地域でどういう問題があがって、どういう提案がなされているのか、または議論されているのかを、ちょっと教えていただければよろしいでしょうか。

(病院協会毛利氏)

なかなか、そこまで今踏み込まれているのは、私もできるだけ調整会議に出るようにしていますが、すべてに出られているわけではないのですけれども、訪問看護について言うと、やはり今小規模の訪問看護ステーションが多いので、結局、訪問看護をお願いした時にも、そちらの方のマンパワーの問題からしたときに、患者さん、診る人をセレクトしてしまう。やっぱり手間のかかる人はちょっと受けられないとか、いろいろそういうバイアスがかかっているとは言われていて、県の方でも推めたい拠点化っていうところを、志太榛原なんかでは拠点化をできないかなってことで今模索をしているところです。今後、こう言う静岡県のように医師もまだ十分じゃないと言うところで行くと、そういうものをしっかり作っていかないといけないんじゃないかなと思います。

訪問診療については、なかなか難しいですが、ただ、浜松医科大学の井上先生が、家庭医療講座ですか、あれをやっていられて、そのモデル的なものとして、今、中東遠の方で家庭医のシステムがかなり動いています。森町を中心としたものですが、それで、一応、中東遠が一応大体終了したというか、これで継続していくのだけれども、その次には今志太榛



原の方に家庭医のことについては展開をしていこうと、大学の方とも調整して今推めてきているところです。志太榛原が落ち着いてくれば、その次は、多分、東部に、浜松医大の伊能先生は行きたいと考えられていますので、そのあたりのところで、手をあげていただけるような病院があれば、1年2年で行けることではないと思いますけれども、5年10年のスパンだと思いますけれども、そういったことを大学の方は考えていて、私たちとしても病院協会としても推していきたいなと思っています。

ただ、まだ始めたばかりですので、今後どういうふうに家庭医という人たちがどれだけ来るか、今年は5人ですかね、何人か新専門医の中で入っているということは聞いていますので、そういったところが徐々に増えてきてくれればいいのかと思います。

(沼津市立病院卜部委員)

静岡県医師の数で見ると、中部の静岡市が一番多くて、その次は西部浜松市ということなんですが、そういう所においても、介護度も違いますから一概には言えませんが、高齢者の数に対する実績というのがやっぱり同じなんですよね。ですから、医療資源でできる訪問診療の数というのは、頭打ちがだいたい決まっているんじゃないかと考えると、どんどん高齢化していくこの家庭医たちを見ると、訪問診療が大事だ大事だといつまでも言っていますが、埒があかないような感じがするんですが、そのへんはどういうようにお考えになりますか。

(病院協会毛利氏)

私は訪問診療の代表として出ているわけではないので、どう思われるのかといわれても…ただやっぱり、これから病院の方も高齢化が次の診療報酬体系等々で、国がどう言うように打ち出してくるかわかりませんが、病院に対しては外来診療の数を減らせと、これはもう間違いなく出てくると思います。あとは、病院の何対1だとか言う基準が看護必要度だけに絞られていますけれども、これは必ず他のものが乗っかってくる可能性があります。それが何なのかというのはまだはっきり具体的には出てきていませんけれども、病床稼働率かも知れませんが、あるいは病床100床当たりの医師の数だとかで絞ってくるかも知れないですけれども、そういうので、病院自身も厳しい状況になって、なかなか弱者と言われるお年寄りの誤嚥性肺炎だとかは病院、特に急性期と称しているような病院ではなかなか診れなくなってくるんじゃないかなと懸念しています。

そうすると、その受け皿としては、1つは介護医療院であるのかもしれないし、あるいは、慢性期の病院がこれから増えることはないと思うのですが、地域包括ケア病床あるいはレスパイトの病床というものを病院としては考えていかないと、地域の医療は崩壊して行って、年寄はどんどんどこにも行けなくなって孤独死をしていくと。で、あまり孤独死をすると、病死なのか事件性のあるものなのかわからないと警察の介入があるのですが、今度は警察がパンクしてしまうとなると、いろんな難しい問題が出てきますので、それをどこで止めるのかって問題になります。そこで訪問診療をと。しかし、訪問診療はなかなか難しいと

思っています。たとえば片道1時間2時間かかる所について1件だけやって、帰ってきて、往復で4時間かかったら採算あいませんよね。そうするとそれをどうするのか。やはりどこかに集めて、そこに先生方が行って診るのか。それはやっぱり行政の手腕もあるかと思えます。病院とか診療所だけでは結論を出せないことにこれからなっていくと思います。限界集落等の問題もあります。それを一元的に解決するのは難しいから、こういう議論が調整会議等でされているのだらうと思います。どういう結論がでるか分かりませんが、まず考えるということが大事で、考えてそれに対して一歩ずつ進んでいくことがすごく大事だと考えています。お答えになっているかどうか全く分かりませんが、私の考えとしてはそういうことです。

(沼津市立病院卜部委員)

ありがとうございました。

(西方議長)

訪問診療については、また医師会の方でも考えたいと思います。

**議事3 平成31年度地域医療介護総合確保基金(医療分)事業提案の状況(事務局より説明)**  
意見・質問等なし。

**議事4 各病院の2025年に向けた対応方針について(事務局より説明)**

(浜松医科大学竹内氏)

ちょっと時間も押しているので、私が感じていることだけお話させていただきます。

資料を出そうかと思ったのですが、今データを分析している中で、東部地域、特に駿東田方では医師が足りないという話がよく出てくるんですけども、診療科別の人口10万人当たりの医師数を見てみると、内科・外科というのは、駿東田方の圏域っていうのは静岡ですとか浜松の入っている西部と劣らない人数、むしろ外科の場合ですと県内トップなんですね。よく、がんセンターさんと順天堂さんのお話が出てくるんですけども、その人数を考えてもこの圏域っていうのは、内科とか外科とかのメジャーな診療科については人口当たりの医師数は決して少なくない。賀茂ですとか富士ですとか周辺圏域を含めると、東部は中部西部に比べると少ないという話が出てくるんですけども、二次医療圏単位でいうと、たとえば志太榛原とか中東遠というのは人口当たりの外科医人数でいうと駿東田方の半分なんですね。それでもやっぱりきちんと二次救を回していらして、救命救急もやっていらっしゃる。それなりにその地域で頑張っていらっしゃる。

何を言いたいかっていうと、前回もお示したようにこの地域っていうのは、1病院当たりの病床も少ないですし、医師はいるんですけど、病院の数が非常に多い。いわゆる中小規模の病院が多いってことです。それだけに、今日これだけのたくさんのご説明があったと思いますけれど、今日、在宅の話の絡みの中で、中小病院の病床稼働率を

見ても決して高くない病院もいっぱいあって、そういう中におそらくは自宅で生活するのが難しく入院をしていらっしゃる方もいらっしゃるのかもしれませんが、個々の病院は決して経営状態として今後そのままずっと続くのかということを見ると、それぞれ病院でご苦労されていると思うのですが、そういう方々がこれからどうなるのか、ずっと病院として入院をされていくのか、高齢化率がこの地域はこれから急に上がってくると思うのですが、そういう方々をどういうふうに地域で抱えていくのかっていうところを考えていくっていうのがすごく大事になってくると思うので、それを協議するのがこの調整会議だと思っただけですね。病院それぞれの機能分担をどうするのか。例えば、高度急性期、急性期をどういうふうにして、また今二次救もなかなか回っていないというお話もありましたし、前回ト部先生から田方と一緒に協議をしたらいい病院とどうやって一緒に協議をしていくかというお話も出てきたと思うんですけど、駿東田方全域の中でどういうふうに医療体制をしていくか、そして在宅に行く方をどうやって支えていくのか。

医師はとりあえず「働き方改革」がもう少し先になりましたけれど、看護師さんとか医師以外の医療従事者っていうのは、来年4月から罰則付きの制限がかかりますよね。ですから、働き方で医療従事者の方、特に看護師さんとかが厳しくなっていく中で、病院の経営とか救急とか非常に難しくなってくると思うんですね。

そうになっていった時に、この地域でどうやって医療を支えていくか。今回の診療報酬改定でいくと、中小病院の特に在宅支援ということでアウトリーチに対しての加算とかいろいろついてきていると思うんですけど、多くの病院のご紹介がありましたけれど、必ずしも在宅、在宅支援、病院の退院支援という言葉はいくつも出てくるんですけど、たとえば訪問看護ステーションを設けましたとか、訪問リハビリを設けましたという病院は散見されましたけれど、これからのニーズとしてそれが足りるのか。前回地域医療構想、基金の中で、有床診療所の在宅支援って話が出て、実際にそういう診療所はなかなかないですよって話になった時に、やっぱり次にそういうのを担おうとすると中小病院で在宅支援部門を作って、訪問看護なりを作って地域を支えていくことになっていくと思いますが、今日いろいろプランが出てくる中で、なかなかそういう所が見えてこない。そうすると、入院は病院、在宅は在宅と、まったく切り離されている状態が続くとすると、やっぱりその負荷と言うのは急変したときに負担がかかってくるのは急性期病院にかかってくるので、そうすると救急の方も大変になってくるし、この地域としてどういうふうに抱えていくのかっていうことを、やっぱりもうちょっと深く考えていかなければいけないのではないかなと思っています。

また、自分の方もそういう所でお話する機会があればデータを準備したいと保健所の方にもお話をさせてもらっているのですが、そういう所をまた検討していただければと思います。

今回一通り各病院の方向性は出てきましたけれど、ほかの圏域ではどうかというご質問が今日出ましたけれど、やっぱり熱海伊東とか賀茂とか、本当に高齢化がもうすでに

進んでいて、在宅が厳しくて、診療所の先生方病院の先生方も高齢化して診療所も減っていると言う所では、病院が在宅支援部門を作って、診療所の先生と組んで行こうという話もありますし、今日ちょっと歯科の方で出ましたけど、在宅専門の診療所が、医師会とか歯科医師会の先生方と一緒にどれだけうまくやっけていけるのかとか、その地域で訪問診療が成り立つかどうかになると思いますし、そう言うところをこれからまたお話をしていく必要があるんじゃないかなと思います。

他の圏域のご紹介とか感想を述べるようなかたちになりました。以上です。

(西方議長)

ありがとうございました。他にどなたかご発言ございませんでしょうか。毛利先生よろしいでしょうか。

(病院協会毛利氏)

医療圏ごとですごく違うのを感じています。ものすごく高齢化が進んでいて、私立の病院であってもその方がもう75歳80歳で5年後には私がいるかどうかわかりませんとか、病院の看護師さんの平均年齢が60歳を超えようとしているとか、今は60歳で定年になっているはずなんだけれども民間だから定年延長をしているんだろうと思いますけれど、そういう所もあります。そこらへんはお尻に火がついちゃっているの、行政はすごい危機感を持っていて、介護医療院をどうしようかとか、実際介護医療院と言うのは行政は基本的に自分たちに負担がかかるのでできればその議論はしたくないと思っているところが多いと思うのですが、でも背に腹は代えられないとか、地域住民の最終の場所をどこにするかとか、在宅で本当にいいのかとかいうところでの、特に伊東市とか非常に高齢化が進んでいて、賀茂の方もそうですけど、そういう所もあれば、多分長泉町なんかはまだ若くてそのうち高齢化はしていくんだろうと。伊東市とかは、私たちの地域とは10年高齢化が進んでいるので、多分あそこを見ていると将来どうなっていくのが多分見えてくるような気はします。

私は昔伊勢市の伊勢慶應病院という所にいまして、今潰れましたけれど、あの時でも高齢化がすごく進んでいて、それが15年前ですけれども、今ちょうどこの地域がその年代に入ってきているということは見えていますので、高齢化の先進している事例っていうのはやはり参考にする、というのは申し訳ないのだけれども。二次医療圏ごとですぐ温度差があります。

で、連携が非常にうまくいっているところもあれば、まったくうまくいっていない、俺は俺は高度急性期だと言ってそれで終わりという所もありますし、まだまだ議論は途に就いたばかりのような気がします。ただ、高齢化と少子化は待ったなしで、あと2025年問題と言っているけれど、実は、国は、2040年、2050年、要するに私たちが死ぬ時代、多死社会の時にどうしようかということを考えています。少子化多死社会になれば、病院もそんなにいらぬのではいかとか、そういう議論まで国は考えていると思います。

そうすると、病院の統廃合ということが、私たちの時代にはないかもしれないけれど、10年後とかそのへんから出てくると、それをどこかで舵を切ってくると思いますので、そのへんを注意してみてやっていかないと、医者が来たらできますよという時代はもう終わって、箱もの行政もほとんど終焉に近づいていると思いますので、病院に対しては医者が来るというのはいらないので、その現実を直視しながらこれからどうその地域の病床を守っていくのかということ、その地域でも考えながら、私たちもできる限りのことはしていきたいと思います。大きな医療の中の潮の目が変わる時なのだとは感じていますので、それを踏まえながら、この調整会議がより意義のあるものになっていけばいいと感じています。

(西方議長)

どうもありがとうございます。本日の議事はこれにて終了とさせていただきます。いろいろご意見をいただきましてありがとうございます。