

開催日 平成 28 年 7 月 5 日

1 各委員からの意見

【地域医療構想の推進】

- 療養病床の在り方で、厚生労働省が言う住まいの概念がわかりにくい。県からも国に対して具体的な内容を示してもらえよう働きかけてほしい。

- 介護療養型医療施設というのは名称のとおりあくまで医療施設、しかも病院なので最低基準ではあるが患者 100 名につき 3 名の常勤医師がいる。転換型老健にすると入所者 100 名に対して医師 1 人である。医師 1 名と医師 3 名の違いは、夜間帯に医師が配置できるというところにある。医師 3 名がいて、夜間帯も早朝帯も当直として医師がいると看取り機能が保たれ、患者の死についてエビデンスが取れる。特別養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、グループホームなど様々な施設ができてくるが、やはり死の瞬間に医師が立ち会っているかどうかというのは死の質を保つために重要だと思う。その施設に常に医師がいるかどうかは、看護師が辞める否かという判断基準にもなっている。いざというとき医師がいると安心なので、介護療養のほうが老健に比べ看護師の離職率が少ない。

- 多死社会を迎え、これからは看取りが大事になる。医師の最後の重要な役目は死亡診断書を書くことなので、そこがおろそかになるような政策はやめてほしい。

- 医療従事者の必要数も試算しているのであれば、資料を提供してほしい。

- 高齢化率は県内でも地域によって非常に差がある。高度急性期の患者は圏域間を移動して受診すれば（短期間だから）よいが、慢性期になると家族の支援も必要であり、なるべく近場に小規模な施設が多くあった方が入院中になにかと便利である。

- 日本人の死生観が 35～40 年の間に変わってきている印象がある。2025 年以

降の死生観は自己選択に変わってくると思われる。例えば、フランスには 2005 年 4 月 22 日の法律という、自分の望まないことは一切せず、そのことによって寿命を縮めても医療側を訴追しないという法律がある。日本の場合は、医療側を訴追しないという法律は作らないでにおいて、なんとなく阿吽の呼吸でやっていきなさいという形に流れているように思う。

- 死というものを若者が意識する時代となってきた。運転免許証の裏に臓器移植関係の記載事項があるのを確認するだけでも死というものを意識する。死生観が変わってきて、望まないことはやらないようになると思われる。
- 慢性期施設に入所する時、急性期になったらどうするのかという意思をはっきり持って、同意書等を書いて死生観を変えていかなければならないと思う。
- リハビリテーション病院としては在宅に返すことに全力を尽くしているが、在宅医療の担い手が少ない。軽症の方が再発しないようにとか、生き生きトレーナー制度とか、健康な高齢者が高齢者を支える事業を展開している。例えば、嚥下障害では肺炎にならないような手立てを早めに打つようにしている。急性期病院からの転院の場合でも、急性期病院でリハビリがしっかりなされていると軽症で転院してくるので自宅に早く帰することができる。高齢化の影響で従来のリハビリとは変わっていかざるを得ないので、関係者で議論して急性期、慢性期、在宅医療、それぞれどの部分で貢献できるか模索している。

【病床機能報告】

- 医療機関はこのような資料を基に、自主的に方向を決めるよう進む印象がある。

【医療提供体制の現状】

- 多くの症例があり、一方で在宅医療を担う施設はまだまだ足りない。