

第4回鹿本地域医療構想検討専門部会 議事録

日時：平成28年12月2日(金)19時00分～20時30分
会場：鹿本総合庁舎3階 大会議室
出席者：委員15名(1名欠席)
＜熊本県山鹿保健所＞井手次長、濱田次長、
前原総務福祉課長、斉藤主幹、揚村参事
＜熊本県医療政策課＞松岡課長、阿南課長補佐
＜熊本県認知症対策・地域ケア推進課＞中野参事
＜熊本県高齢者支援課＞西山課長補佐

開会

(山鹿保健所 井手次長)

- ・定刻となりましたので、ただ今から「第4回鹿本地域医療構想検討専門部会」を開催します。
- ・本日は、お忙しい中にご出席いただき、大変ありがとうございます。
- ・私は、本部会の司会を務めさせていただきます、山鹿保健所の井手と申します。よろしくお願いたします。
- ・まず、資料の確認ですが、事前に委員の皆さまへ配布いたしました分は、お持ちいただいておりますでしょうか。会議次第、資料1、2を1部ずつお配りしております。また、本日、お席に委員名簿並びに配席図、また、「資料2熊本県地域医療構想(原案Ver.2)に係る一部修正について」をお配りしております。不足等ございましたらお知らせください。事務局よりお持ちいたします。
- ・次に、本日の日程についてご説明申し上げます。「会議次第」をご覧ください。これによりまして、議事を進行させていただきます。終了予定時刻は、午後8時30分頃を予定しております。
- ・なお、本日の部会は、「審議会等の会議の公開に関する指針」に基づき、前回に引き続き公開とし、傍聴は、会場の都合により10名までとしています。また、会議の概要等については、後日、県のホームページにて公開予定です。
- ・それでは、開会にあたりまして、山鹿保健所長 池田よりあいさつ申し上げます。

挨拶

(山鹿保健所 池田所長)

- ・山鹿保健所長の池田です。
- ・本日はお忙しいなか、「第4回鹿本地域医療構想検討専門部会」に御出席いただきまして、ありがとうございます。
- ・第3回が10月20日でございましたので、まだ1か月半も経っておりませんが再度お集まりをいただきました。
- ・前回の専門部会では、構想区域を鹿本医療圏とすることで賛同いただきました。御存知とは思いますが、熊本県は、上益城と熊本圏域を一体として構想区域とする以外は、現行二次医療圏を構想区域とするということで進めるこ

とになりました。

- ・第3回では地域医療構想の概要をお示しするというところで、未定稿という形ではあったのですが、素案をお示しして御意見をいただいたところです。
- ・本日は、原案ということで、今回は記載がありませんでした医療提供体制上の課題として「病床機能の分化・連携の推進」「在宅医療等の充実」「医療従事者・介護従事者の確保」とお示ししております。これらにつきましては、既に地域で取り組んでおられることも多々あるかと思いますが、御意見をいただきたいと思います。
- ・また、施策につきましてもお示ししております。県全体ということではありますが、これらの点を中心にご意見等いただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

委員の紹介

(井手)

- ・続きまして、委員の皆さまの御紹介ですが、お手元の委員名簿及び配席図にて代えさせていただきます。よろしくお願いします。

(井手)

- ・それでは、ここから議事に入らせていただきますが、設置要領に基づき、進行を幸村会長にお願いいたします。

(幸村会長)

- ・第3回の開催から時間も空かず第4回を開催しておりますが、委員の皆様には御出席いただき、ありがとうございます。
 - ・第3回専門部会では構想区域の決定、病床数の検討等を行ないました。
 - ・今回は第5章にありますように鹿本地域の状況、中でも医療提供体制の課題、将来のめざすべき医療提供体制の実現に向けた施策について御議論いただくことになると思います。
 - ・県の医師会におきましても、先日前原理事と会に出席してまいりましたが、この地域医療構想に積極的に取り組む姿勢を確認してきたところでございます。
 - ・本日は、皆様の忌憚のない御意見等をいただきますようお願いしまして進行させていただきます。
- ・それでは、お手元の次第に沿って会議を進めます。
- ・本日の資料は2種類となっております。「第3回各地域医療構想検討専門部会の結果について」と「熊本県地域医療構想(原案)について」を合わせて事務局から説明をお願いします。

議事

- | | | |
|---|-------------------------|-------|
| 1 | 第3回各地域医療構想検討専門部会の結果について | 【資料1】 |
| 2 | 熊本県地域医療構想(原案)について | 【資料2】 |

(揚村)

- ・総務福祉課の揚村と申します。よろしく申し上げます。
- ・失礼しまして、着座にて説明させていただきます。

【資料1】 第3回各地域医療構想検討専門部会の結果について

- ・資料1をお願いします。
- ・第3回各地域医療構想検討専門部会の結果について説明します。当地域は10月20日の開催でしたが、同じく10月に各地域で部会が開催され、構想区域に関する審議と地域ごとの課題に関する意見交換を中心に議論が進められました。
- ・なお、構想区域につきましては、表の2列目のとおり、当地域を含む9圏域が現行の二次医療圏どおり、2ページ目及び3ページ目の中ほどのとおり熊本及び上益城が統合と決定されました。
- ・表の3列目の課題に関する主な意見等としましては、在宅医療並びに人材の確保をどのように進めていくかについて、多くの御意見がありました。
- ・資料1の説明は以上です。

【資料2】 熊本県地域医療構想(原案)について

- ・資料2をお願いします。熊本県地域医療構想(原案)について説明します。
- ・表紙を開けていただき、目次を見開きでお願いします。
- ・本日は、前回「作成中」としていた箇所を含め、「第6章 将来の目指すべき医療提供体制の実現に向けた施策」と「第7章 地域医療構想の実現に向けた推進体制」までの全体をお示しております。
- ・前回から修正及び追加した主な内容を説明します。
- ・2ページをお願いします。中ほどの「3 将来のめざすべき医療提供体制の姿」につきまして、各地域部会での議論を踏まえ、文末、前回までの「患者の状態に応じた質の高い医療を」に続いて「地域の関係者が連携することによって」との表現を加えるなどの修正を行いました。
- ・4ページをお願いします。「3 構想の策定体制・プロセス」は前回作成中の箇所で、「1 策定体制」及び5ページからの「2 策定プロセス」を追加しております。なお、今後の見込みの部分についても括弧で囲む形で記載しております。
- ・21ページをお願いします。「第3章 構想区域」につきまして、これまでの検討経過を追加しました。
- ・25ページをお願いします。資料1で説明した各地域部会の決定に沿って、「2 構想区域の設定」のとおり10の構想区域とするとしました。なお、図表20の下のマルのとおり、4機能のうち的高度急性期については全県的な対応を進めていくとしております。
- ・27ページをお願いします。「第4章 将来の医療需要・病床数の推計」です。構想区域の設定にあわせ、病床数の必要量等の数値を、11圏域から10構想区域に見直しております。
- ・具体的には、29ページをお願いします。「図表26・2025年の構想区域ごとの医療需要推計結果」、33ページの「図表31・病床数の必要量の推計結果」などのとおり、10の構想区域での整理となります。
- ・ここで資料の修正があります。「図表30 病床数の必要量の推計結果」を説明し

ております上の文中の病床数が間違っております。表中の数値が正しく、高度急性期1875床、急性期6007床、回復期7050床、慢性期6092床、合計で21024床となります。

- ・ 34ページをお願いします。上から2行目の「病床の削減目標を示したものではありません」との記述について、下の脚注の欄に昨年の塩崎厚生労働大臣の国会での答弁内容を追記しました。また、このページのマル2つは基準病床数と病床数の必要量との違い並びに関係性についての内容となりますが、現在の国での議論を踏まえた内容に修正しました。国では、次期の医療計画で新たに設定する基準病床数について、病床過剰地域で病床数の必要量が既存病床数を大きく上回る場合は、基準病床数の算定を見直すことができるようにすると検討されています。本県は直近のデータによる試算で、すべての構想区域が病床過剰地域で、病床数の必要量が既存病床数を下回っていますので、対応の可能性は低いと考えられます。
- ・ 43ページをお願いします。「第5章 構想区域ごとの状況」として、当構想区域のデータを整理しています。
- ・ 45ページをお願いします。第5回県専門委員会での御指摘を踏まえ、診療所数の内数として、有床診療所のデータを盛り込みました。なお、当構想区域では、人口10万人当たりの有床診療所数は全国平均を上回っています。
- ・ 49ページをお願いします。第3回地域専門部会及び第5回県専門委員会での御指摘を踏まえ、新たに「医療施設に従事するその他の主な医療スタッフ」として、理学療法士から精神保健福祉士までの13の職種に関するデータを追加しました。
- ・ 50ページをお願いします。「介護施設数」について、第3回地域専門部会での御指摘を踏まえ、下の図表51-04のとおり老人ホームに関するデータを追加し、整理しました。
- ・ 51ページをお願いします。「法令に基づく医療需要及び病床数の必要量の推計」です。厚生労働省令に基づく医療需要及び病床数の必要量の算定において、熊本地域と上益城地域との統合により、基礎となる入院受療率や他地域への流出入率が全構想区域でわずかに変わってまいります。そのため、小数点以下の四捨五入という端数処理等の関係で、当構想区域では図表53-04のとおり、4機能合計で医療需要が前回の418から417人/日、病床数の必要量が489床から486床に変わりますので、御報告します。なお、その下のマルにも記載している在宅医療の必要量は変動ありません。
- ・ 52ページをお願いします。「熊本県における将来の病床数の独自推計」です。下の枠囲みに示す3つの推計方法のうち、推計については、基礎となる厚生労働省令に基づく医療需要がわずかに変わることと連動し、図表54-04のとおり、当構想区域の推計値が前回の711床から710床に変わります。なお、推計とは変動ありません。
- ・ 54ページをお願いします。「5医療提供体制上の課題」ですが、ここからが新規に追加した内容となります。「病床の機能の分化及び連携の推進」に係る課題として、まず、図表57-04及び58-04に掲げる5疾病・5事業に係る拠点病院や地域医療支援病院等との連携体制の強化・充実の必要性を挙げています。次に、図表59-04の病床稼働率、55ページの図表60-04の平均在院日数、図表61-04の許可病床数に対する稼働病床数の割合等のデータにより、区域内の受療実態を区域全体で共有し、各医療機関が自ら検証していくことの重要性を挙げています。さらに、図表

- 62 - 04で、昨年度の聞き取り調査で示された「病床の機能分化・連携を進めるために今後必要と思われる取組み」を挙げています。なお、図中の と に関する病床機能の転換のための施設や設備の整備については、機能ごとに病床の過不足への対応を当構想区域で協議の上、進める必要があると考えています。
- ・ 56ページをお願いします。「在宅医療等の充実」に係る課題です。まず、図表63 - 04に再掲する厚生労働省令の算定式に基づく在宅医療等の必要量を見据え、より一層の医療・介護提供体制の構築などに取り組む必要性を挙げています。次に、図表64で、全国のデータではありますが最期を迎えたい場所を示すとともに、図表65 - 04で死亡の場所の推移に関する当構想区域及び全国データを示しました。このような意識と実態の差を把握し、対応を進めることの重要性を挙げています。
 - ・ 57ページをお願いします。一つめのマルに、当構想区域では、在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所とともに、人口10万人当たりの施設数が全国平均を上回っていますが、今後の受療動向や地域のニーズを見据え、在宅医療に取り組む医療機関の増加を図ることの必要性を挙げています。また、二つめのマルに、聞き取り調査で示された「在宅医療の充実を進めるために今後必要と思われる取組み」と個別の御意見等を整理し、地域の事情を考慮しながら、患者本人や家族のニーズに応じて、できるだけきめ細やかな対応を進めることの重要性を挙げています。さらに、図表66 - 04の下のマルに、地域特性に応じた医療・介護、生活支援等のサービス基盤の一体的な提供、介護予防、地域リハビリテーションといった予防的な取組みの重要性を挙げるとともに、新たな受け皿づくりやサービス量を考慮しながら、第7期以降の介護保険事業計画等において検討していくことも重要とまとめています。
 - ・ 58ページをお願いします。「医療従事者・介護従事者の養成・確保」では、診療科別、医療機関の規模別等での差異や構想区域間の患者の流入などにも留意し、人材の養成・確保を進めること、具体的に、人材の養成については、聞き取り調査で示された必要な取組みを通じた資質の向上、人材の確保については、処遇の向上をはじめ、キャリア形成の支援や勤務環境の改善を通じた定着・就業継続を図ることなどを挙げています。
 - ・ 59ページをお願いします。「第6章 将来のめざすべき医療提供体制の実現に向けた施策」です。課題については構想区域ごとに整理しますが、施策についてはまず全県的な対応に関する方向性や取組みを整理することが必要との考えから、まとめて記載しております。
 - ・ 施策の柱の一つめの「病床の機能の分化及び連携の推進」についてです。
 - ・ 施策の方向性として、枠囲みのおり、まずは、本県の医療提供体制の立て直しのため、被災施設の復旧・復興を進めること、そして、各医療機関による病床の機能の分化及び連携のための自主的な取組みが促進され、実効性のあるものとなるように、必要な体制や基盤の整備、支援を進めることとしています。
 - ・ そのため、「1 被災施設の復旧・復興への支援」「2 病床の機能の分化及び連携を支える体制・基盤の整備」、60ページの「3 病床の機能の分化及び連携に取り組む医療機関への支援」と区分し、主な取組みを整理しています。
 - ・ 具体的な取組みとして、災害復旧費補助金やグループ補助金の積極活用の促進、熊本地震時における医療救護活動等の検証を踏まえた災害・救急医療提供体制の充実・強化、地域医療構想調整会議による協議・調整、医科歯科連携に向けた体制づくり、ICTを活用した「くまもとメディカルネットワーク」の構築などを挙げて

います。

・ここで、別紙でお配りしております「資料2 熊本県地域医療構想（原案：Ver.2）に係る一部修正について」をお願いします。59ページの「2 病床の機能の分化及び連携を支える体制・基盤の整備」の二つめのマルにつきましても、県歯科医師会からの御指摘を踏まえ、1行目末の「中でも」以降を「回復期リハビリテーションの機能強化や療養継続支援等を目的とした回復期における医科歯科連携のため」と修正しますので、よろしくをお願いします。

・62ページをお願いします。施策の柱の二つめの「在宅医療等の充実」についてです。施策の方向性として、枠囲みのとおり、2025年を目途に、県民が住み慣れた地域で医療や介護、生活支援等が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を進め、在宅医療等の充実に必要となるサービス基盤の強化、受け皿づくりを進めること、また、県民が健康で安心した生活を住み慣れた地域で送ることの重要性に関する認識を高めるとともに、介護予防や地域リハビリテーションの充実を進めることとしています。そのため、「1 在宅医療基盤の充実」、63ページの「2 医療と介護の連携の推進」「3 在宅等住まいの場における看取り等の終末期療養の充実」「4 介護予防や地域リハビリテーション機能の充実」、65ページの「5 退院支援機能強化のための人材養成の充実」「6 高齢者の自立支援に向けたケアマネジメントの推進」「7 日常的な見守りや生活支援など在宅生活を支える基盤の強化」「8 中山間地域における介護基盤の充実」と区分しています。主な取組みとして、訪問診療、在宅歯科医療、訪問看護サービスの基盤充実のためのスキルアップ研修や小児在宅支援コーディネーターの養成、在宅歯科医療連携室や各地域の在宅訪問薬剤師支援センター等の運営支援、市町村や地域包括支援センター等と連携した地域における介護予防の推進、三層構造での地域リハビリテーションの推進、また、被災地支援として、被災地における介護予防や生活不活発病対策の推進に向けた「県復興リハビリテーションセンター」の設置運営等を挙げています。

・66ページをお願いします。施策の柱の三つめの「医療従事者・介護従事者の養成・確保」についてです。ここでは、医療従事者と介護従事者を分けて整理しています。まず、「3-1 医療従事者の養成・確保」に係る施策の方向性として、枠囲みのとおり、5 疾病・5 事業、地域で不足が見込まれる機能、チーム医療の推進に係る医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、歯科衛生士、リハビリテーション関連職種、医療ソーシャルワーカーなど、必要な人材の養成と確保を進めること、また、医療機関の魅力ある職場づくりを支援することとしています。そのため、「1 人材確保と資質の向上」、「2 魅力ある職場づくりの支援」に区分し、「人材確保と資質の向上」では医師、看護職員、チーム医療や地域連携の推進に係るその他の主な医療スタッフでそれぞれ整理しています。主な取組みとして、医師に関しては、修学資金貸与、オール熊本での初期臨床研修医の確保と県内定着、総合診療専門医養成システムづくり、「特例診療所制度」を活用した在宅、へき地、小児、周産期医療の担い手確保等、看護職員に関しては、修学資金貸与、看護師等養成所における看護学生の県内定着への取組み支援、潜在的な看護職員に対する定期的な研修等を通じた再就業支援等を挙げています。なお、平成30年度開始予定の新専門医制度については、熊本大学医学部附属病院や県医師会等の関係団体と連携し、医師が偏在することなく専門医の質を高める体制の構築を図ります。

・69ページをお願いします。「3-2 介護従事者の養成・確保」に係る施策の方向性

として、枠囲みのとおり、介護ニーズの増大に伴う介護人材の確保のために、多様な人材の参入促進、介護職員の定着の観点から、総合的に介護人材の確保・養成・定着に向けた取組みを進めていくこととしています。そのため、「1 多様な人材の参入促進」「2 介護職員の定着促進」「3 情報共有・国への施策要望」に区分し、主な取組みを整理しています。

- ・70ページをお願いします。「第7章 地域医療構想の実現に向けた推進体制」です。「1 推進体制」につきまして、地域医療構想の推進には、策定主体の県はもとより、市町村、医療機関・医療関係団体、介護事業者・介護関係団体、医療保険者及び県民が将来のめざすべき医療提供体制の実現に向けた今後の方向性を共有し、それぞれの役割を果たしていくことが重要となります。その中核として医療法に規定された協議の場である「地域医療構想調整会議」を構想区域ごと並びに全県単位で設置し、引き続き二段構えで推進を図っていきたいと考えております。なお、調整会議での議論の進め方については厚生労働省で検討中ですので、最終の取りまとめを踏まえ、本県の運営方針を定める必要があると考えています。
- ・71ページをお願いします。「2 関係当事者の役割」として、まず県では、調整会議の効果的かつ効率的な運営やデータ提供、地域医療介護総合確保基金等を活用した第6章に掲げる施策の推進、県民への周知啓発、市町村介護保険事業計画の策定に当たっての助言等を行っていきます。なお、図表74のとおり、構想実現に向けた知事の権限が規定されていますが、これまでに説明してきたとおり、知事に稼働している病床を削減する権限等は与えられていませんので、医療機関の自主的な取組みを促していきます。
- ・72ページをお願いします。「2 市町村」の役割として、地域医療構想にも留意した在宅医療・介護連携の取組推進、市町村介護保険事業計画の策定に当たっての構想の策定趣旨や内容を踏まえた検討を挙げています。「3 医療機関・医療関係団体」の役割として、一般病床及び療養病床を有する医療機関においては、毎年度の病床機能報告を確実に実施いただくこと、地域医療構想をはじめ、県が示すデータ等を参考に、構想区域における自院の病床機能の相対的な位置づけを把握した上で、自院が将来めざす医療の実現に向けた自主的な取組みを行っていただく、その際に病棟単位で選択した病床機能に応じてどのような患者を受け入れていくか、また、それにに応じてどのように必要な体制を構築していくかを検討いただくこととしています。なお、有床診療所においては、1から5までに例示する機能について、地域の実情に応じて必要な役割を担っていただくこととしています。併せて、図表75の下のマルのとおり、医療関係団体におかれては、医療機関の自主的な取組みへの支援をお願いします。「4 介護事業者・介護関係団体」の役割として、介護事業者におかれては、医療機関との連携強化を通じて介護サービスの充実を進めること、介護関係団体におかれては、介護事業者の自主的な取組みへの支援をお願いします。
- ・73ページをお願いします。「5 医療保険者」の役割として、構想の策定趣旨や内容に関する加入者への周知・啓発、構想の推進に必要な医療提供施設の機能に関する情報やその他の必要な情報の県への提供をお願いします。「6 県民」の役割として、人生最後の場面をどのように迎えたいのか、どのような医療を希望するのかということ、一人一人が考えておくこと、限りある医療資源を有効に活用できるように、医療に関する適切な選択を行い、医療を適切に受けるよう努めることを挙げています。なお、平成26年の第6次医療法改正により、枠囲みのとおり国民の責務が規定

されています。「3 構想の進行管理」として、構想の実現に必要な事業の進捗状況を毎年度評価し、調整会議等に報告するとともに、県庁ホームページにて公表すること、評価結果に対する調整会議での意見等を踏まえ、必要に応じて施策や事業を見直すとしています。

- ・資料2の説明は以上です。

質疑応答・意見

(幸村会長)

- ・資料1、2を通して説明いただいたが、これから意見交換に入りたいと思います。御質問も含めて、御意見等をよろしく願います。
- ・できるだけ、御自身の領域に関するところでみなさん御発言をいただきたいと思えます。

(水足構成員) スタッフの確保についてですが、49 ページの主な医療スタッフについて、介護支援専門員の把握はどうなっていますか。

(医療政策課 阿南課長補佐) このページは医療従事者に関することということで、医療施設に従事しているスタッフを掲げています。医療スタッフは当然これだけの職種だけではありませんが、どこまで関連職種を掲げるかについては、厚生労働省の「チーム医療の推進に関する検討会」報告書に掲げられた職種をあげています。介護人材については、高齢者支援課の方から願います。

(高齢者支援課 西山課長補佐) 数値は今手元にありませんので、確認しまして事務局に回答します。

(水足構成員) これだけ高齢化が進んでいるので、医療と介護の連携を進めるには、介護支援専門員の把握は必要と思えます。

(医療政策課 阿南課長補佐) データがとれるのかも含め確認します。

(幸村会長) 医療施設で従事していない介護支援専門員も多くいますが、各専門職団体の管理者が把握しておられると思えます。よろしく願います。

(保利哲構成員) 73 ページに、どのような医療を希望するのか、人生最後の場面をどのように迎えたいのか一人ひとりが考える必要があるとの記述があり、56 ページに国のデータとして、実際には多くの方が病院で亡くなっているとあり、意識と実態の差を把握し対応を進めると掲げてありますが、これは看取りを進めていくという意味でしょうか。

(医療政策課 阿南課長補佐) 56 ページの文の意味は、多くの方が最期は自宅で迎えたいと希望しているのに対し、実際は病院で亡くなられているので、できるだけ本人の希望に沿う形になるようにしていくことが大事だということです。

(保利哲構成員) 山鹿警察署での検死の数は年間120から130体ありますが、警察を介さず病院で死亡確認した数はもっと多い。本人は自宅での看取りを希望しておられても、御家族が警察や消防隊を呼ばれると運ばざるを得ないので、希望通りになりません。

(医療政策課 松岡課長) 地域医療構想は何のための構想かということで、家族も本人の意向を確認、希望を聞いたりして、できないことを願うのではなく、本人の希望にできるだけ添うようにしていくということです。

(田代構成員) ターミナルケアの研究会が先日ありましたが、患者の方や家族は真に

在宅での看取りを希望しているのかという点で、例えばがんの終末期の方など、できるだけ在宅がいいが、最期に亡くなる場所としては必ずしも自宅を希望してはいないケースが、現状では多いのではないかという意見が多かったです。最後の1週間は入院するなどですね。在宅で亡くなるということは医療機関に入院していれば受けられる医療行為を拒否することであり、そういうケースあまり多くはないかとの意見がありました。山鹿地域で、在宅を望んでいる方が供給側の問題で受けられないケースはどのくらいあるのでしょうか。

(水足構成員) 56ページの死亡場所の推移ですが、割合では病院や介護施設で亡くなる方は減少、診療所と老人ホームでは増加となっており、これは、有床診療所が尽力し最期まで看取っているということでしょうか。割合だけでなく実数を提示していただきたい。自分の経験から、家族で看取る大変さも、住み慣れた場所で亡くなりたいという本人の気持ちもわかります。どう環境を整えるかが我々の仕事であり、人間的には難しいですが、取り組み始めた以上は続けなければと思っています。

(幸村会長) 在宅医療の希望は症状の進行度によって変わってきます。最初は在宅を望んでおられても、痛みに耐えられない、家族が見かねて病院へなど、在宅の現実とイメージは違います。今月、病院から2件の在宅移行の患者を受けました。地域の診療所としてはがんばらねばと思います。

(医療政策課 阿南課長補佐)

山鹿市民の実態ということですが、56ページに記載しております「最後を迎えたい場所」のデータは全国値です。先ほど水足構成員より実数の提示をとの要望ありましたが、死亡場所ごとの実数は取れると思います確認します。

(幸村会長) この2、3年かけて地域医師会では在宅医療に関する地域資源等の情報を集めていますが、市民への公開に向けては必要な情報を整理する必要があります。

(認知症対策・地域ケア推進課 中野参事) 資源については、県では在宅医療に取り組まれている医療機関に貼っていただくステッカーを作成し、配布予定です。医療機関以外にも、訪問看護ステーション等関係協力機関へも配布予定です。条件等を整備中です。

(水足構成員) 医療と介護サービスの提供者が、お互いに知っておくべき情報の共有が先だと思います。住民への啓発はそれからでしょう。

(認知症対策・地域ケア推進課 中野参事) 本日の委員の皆さんからの御意見は参考にさせていただきます。

(中嶋構成員) 56ページの最期を迎えたい場所として、自身の経験ですが、本人は家に帰ることを希望していましたが、搬送先の病院やかかりつけの医師に相談した結果、自宅への移動中をふくめ、家庭では十分に必要な対応できないということで断念しました。現実的には難しい面が多いです。

(幸村会長) できる限り、多職種連携でできるところまで突き詰めていきたい、がんばっていききたいです。

(神山構成員) 歯科は90%近く外来で患者を診ています。国の方針としては在宅、緩和ケア、施設、病院、診療所へ訪問するという方向性になってはいますが、一番の課題は訪問診療に当たって16km域内に限られることや、例えば内科などの他科には自力で通院している方に、歯科は在宅診療とすることができるのでしょうか。今はこのような対応はしておらず、在宅診療する際の判断も歯科医個人の判断になっています。さらなる課題は、訪問に同行する歯科衛生士の人材確保です。募

集しても応募がありません。

(幸村会長)他科通院の患者の方が歯科は在宅診療というのはどうなんでしょうか？皆で共通理解しておく必要がありますね。医療職不足の問題は、皆さんいろいろとあると思いますがいかがでしょうか。

(保利真理構成員)医療従事者の不足が言われていますが、介護職も不足しています。69ページに記載されていますが、施設現場では、介護の資格を有していなくてもできることがあるので介護職の業務を見直し、介護職が直接しなくてもよいものを、介護アシスタントとして人材育成しています。補助事業で始めました。看護職では潜在看護師の掘り起こしを始めておられますね。

(松岡構成員)69ページに記載されています痰の吸引等の医療ケアを行う介護職の研修ですが、平成24年4月の法改正により研修を受講した者を県が認定しています。特別養護老人ホームでは経過措置の期間中に資格を取得しましたが、看護師教育でも行われていない高いレベルを介護職員の痰の吸引研修では求められています。特定行為については現場では人材が不足しており、指導できる人材も不足しています。実地研修を行う際に指導看護師が実地施設に配備できていない状況で、痰の吸引が必要な方が現場に出てきた場合、医療機関でお願いできませんでしょうか。もとより、介護職の人材確保は厳しいです。最近では医療機関も介護職を募集しておられ、施設では応募しても職員が集まらずに一部稼働できていないところもあります。地域医療構想では、病床について、正当な理由なく稼働していない場合は知事は・・・という文言がありましたが、人材不足で稼働できていないのです。病床の必要数を推計するうえでこれらの予想は大変難しい、厳しいということも、表に出していく必要があるのではないのでしょうか。

(幸村会長)どういうふうな方向で進めていくのか、現実的に対応を検討する場所を設けていただければと思います。

(水足構成員)介護職を指導するため資格が必要となり取得しました。医療的な行為を医療の基礎が無い介護職の方に教えるのは、どこまで教えればよいのかも含め難しいものです。看護師をもっと確保できればいいのですが、人件費との兼ね合いがあります。公的な支援が入らなければ企業独自で頑張ってもうまくいきません。

(幸村会長)行政の方もよろしくお願いします。

(佐藤構成員)人材確保は行政の政策的な導入が無ければ難しいです。都会では、シングルマザーに家事・育児支援を行い看護職や介護職の資格取得、就労を支援する取り組みが行われています。人口流出とは反対に、人が入ってくる仕組みを作る必要があります。在宅での医療、看取りについては住み替えや集合住宅、グループホームなどで効率的に医療提供を行うなど、住まいと医療・介護の提供は合わせて考える必要があると思います。

また、60ページに熊本メディカルネットワークの構図がありますが、ICTは距離の遠い地域にこそ必要です。オンコールで訪問看護師が訪問し、医師へ情報を繋ぐ、空床を即座に検索して入院を手配する、在宅復帰後の準備を地域包括支援センターへつなぎ入院中から整備するなど。今の山鹿域内完結の体制を崩さずに、先進的な取り組みを早く導入・定着させ、住みやすい街、住みたい街になっていけばと思います。

(江上構成員)在宅支援は圏域内ではマンパワー不足で十分にやれてない状況です。医療機関は時間帯を決めて訪問に出ることができますが、外来に追われていたり、

院内薬局などは閉めて訪問に出向くわけにはいきません。この点、どうにかならないかと考えています。終末期、緩和ケア、麻薬の管理は在宅で御家族が行うには難しいです。薬局間の情報連携ができるようになったので、痛みの緩和については薬局連携でいつでも対応できるようになりました。無菌製剤は今は菊池でのみ対応できています。皆で学び、地域貢献できるようにしたいと思います。

(徳永構成員) 休日夜間について、今日はどの医療機関が空いていて、当直医師の専門は何科で、病床はいくつ空いているかなど、すぐに確認できる仕組みがほしい。消防に確認すべきなのか。何箇所も電話確認し、結果、熊本市内へ搬送となると時間がかかり過ぎる。

(水足構成員) 当院ではホームページに公開しており、消防隊にも伝えている。救急隊と医療機関からの電話は絶対に医師が受けるように指示しています。ただし、専門外や時間帯で複数受けていたりなど対応できないことはあります。

(徳永構成員) セカンドオピニオンを聞きたい場合もありますし。

(保利哲構成員) 消防に問い合わせればわかります。マンパワーが不足や地域に1名しかいない専門医などもおり、手術が必要な場合などは夜間の時間帯はできないこともあります。

(豊永構成員) 当院では当直医の他にも内科、外科、整形外科医が待機しておりオンコールで30分以内に医師が到着する体制はとっておりますが、救急隊が搬送してきても空き病床がほとんどなく、受けられない状況です。御紹介の分は極力受けるようにはしているのですが、前回の会議でも申し上げましたように地域では回復期の病床が不足しています。地域はこれから回復期の病床が増えないと厳しい、公的医療機関といっても厳しくなってきました。

(幸村会長) 地域包括ケア病棟の状況はいかがですか。全体の病床を増やすことは考えられませんか。

(豊永構成員) こちらもほぼ満床です。病床を増やすにしてもマンパワーが不足しており、現在、170床までしか入れない状況です。民間の慢性期、回復期に受け入れを打診していますが、急に受けてもらえない、また、1、2ヶ月待たされるのが現状です。

(水足構成員) 回復期を担いたいと思っておりますが、御高齢、長期入院の見通しの方が多く、御家族の意向もふまえると受入先がない状況です。

(田代構成員) 病床の回転を速くできればと思うのですが、まず、厚生労働省の示すデータと地域の現状が合っていないことが問題です。病床を減らすと在宅医療の必要な方が増えるという見込みは確かなのでしょうか。2025年の段階では、確実に医療従事者が減っていますので在宅医療の提供を増やすのは不可能に近いのではないのでしょうか。限られたスタッフで効率よく医療介護を担うとなると、法制度的に在宅の区分になるのかわかりませんが、入院・入所系でなければ対応できないと思います。

(幸村会長)

・いろいろ議論は出ましたが、時間になりましたので終了したいと思います。必要であればまた協議の機会を持ちたいと思います。

・事務局におかれては、本日の御意見等を踏まえて整理、検討を進めていただくようお願いいたします。

- ・ここで、次回の開催方法について、お諮りしたいと思います。参考として配られております本構想の策定スケジュール(案)では、今年度中の策定完了に向け、当部会は第5回までの検討を想定されています。また、親会議である「鹿本地域保健医療推進協議会」に、当部会の協議結果を報告する必要がありますので、限られた期間の中で最終のとりまとめを進めていくこととなります。
- ・今日の意見交換を踏まえれば、地域医療構想案を大幅な見直しが必要かどうか。内容としては問題がないのであれば、文言の微修正が中心かと思います。そうしますと、次回の議事は、修正後のとりまとめ案の内容確認となりますので、委員の皆様全員にお集まりいただくまでの必要はないであろうと見込まれます。大幅な変更が必要ということであればまた会議を開催しますが、
- ・そこで、修正内容の確認については、私どもに一任いただき、また、必要に応じて事前にご意見・ご指摘いただいた委員に内容確認をいただく。そのうえで、保健医療推進協議会に報告します。協議会へは、正副会長を基本としまして若干名の代表者が出席する形で、併せて私に対応を一任いただければと思いますが、いかがでしょうか。

(異議なし)

- ・ありがとうございました。それでは修正後の内容確認は私に一任いただき、第5回鹿本地域医療構想検討専門部会は開催しないこととします。
- ・事務局におかれては、ただいま決定した方法より、準備等をよろしく願います。それでは進行を事務局にお返しします。

閉会

(井手)

- ・幸村会長、ありがとうございました。
- ・委員の皆様には、たいへん熱心にご協議いただき、貴重なご意見、御提言をいただき、ありがとうございました。本日いただいたご意見等を踏まえて、構想の取りまとめ等を進めて参ります。
- ・なお、お手元に「御意見・御提案書」を置いております。本日御発言できなかったことや新たな御提案などがありましたら、お帰りになられてからでもご記入いただき、後日ファックスまたはメールでお送りいただければ幸いです。
- ・それでは、以上をもちまして、本日の会議を終了させていただきます。ありがとうございました。

(20時35分終了)