

各構想区域分科会における意見(総括)

各構想区域分科会における意見のうち、各分科会から共通して出された意見などを医務課において整理したもの

項目	意見の概要
医療需要全般	○今後も、県・医療圏単位で今後の需要見込み、不足する部門等についての見通しが必要。
病床機能報告	○引き続き、国において4機能の定義の明確化・定量化が必要。
病床連携関係	○クリティカルパスだけでなく、医療機関の地域連携室を活用した連携なども重要。 ○病院完結ではなく、地域完結の視点が重要。時々在宅、時々入院という形が重要。そのための退院調整、入院調整が必要。
在宅医療・地域包括ケア	○在宅医療は、「居宅」ではなく、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅等も含めた「広い意味での在宅」であることを共通認識として持つべき。 ○在宅医療、地域包括ケアにおける有床診療所の役割は重要。 ○在宅医療、地域包括ケアシステムの体制作りに向けて、市町、医療関係者、介護関係者の連携、協議、地域資源の共有をしっかりと行う場づくりが必要。 ○退院・退所を強制するのではなく、グループホームやサービス付き高齢者住宅、低所得者でも入所可能な施設等の整備も必要。 ○終末期医療や介護施設における看取りの問題に取り組むことが重要。 ○急性期病床に入院した患者の要介護認定について、主治医意見書、審査の在り方について、医療機関と市町の連携が必要。
医療従事者の確保	○有床診療所における従事者、将来の需要を見込んだOT・PT確保が課題。 ○地域包括ケアシステムをシームレスにするためには、在宅医療のコーディネーターが重要。 ○医療従事者の勤務環境等のサポートが必要。
その他	○医療供給体制に十分配慮し、医療費の適正化とのバランスが取れた地域医療構想にしてほしい。

開催経過 第1回平成27年9月15日、第2回平成27年11月17日、第3回書面開催、第4回平成28年1月18日

項目	意見の概要
医療需要全般	<ul style="list-style-type: none"> ○大学病院や好生館は急性期までといった基準がほしい。 ○佐賀県や佐賀中部管内で、不足する部門や今後の展開等についての情報がほしい。 ○大学病院と言えども、どうしても在宅、介護というものにかかわらざるをえない状況になる。 ○専門的バックアップ機能としてか救急医療での支援として大学病院が機能していくのではないか。 ○特に大学病院から紹介される末期症状の人が最近増えてきている。
病床機能報告	<ul style="list-style-type: none"> ○病床機能報告に関する国の示した4つの機能の定義がわかりにくい。 ○リハビリをやらないと在宅復帰は無理なので、国の資料にある回復期の解釈はおかしい。 ○医療需要は定量的なのに対して、医療供給は文書だけでは判断できない。 ○病床機能報告を2、3回と行って定義も収れんさせて、次に定量的な話になると思われる。 ○点数でみるという物差しと期間でみる物差しは、病院ではなく病棟に対するラベルだという共通の理解が必要。 ○「回復期機能の提供意向調査結果」を見ても、回復期機能の内容がよくわからない。 ○患者の病体像をどこでどのように分けるのかがわからない。 ○患者との信頼関係もあり、高度医療機関も、慢性期の患者を地域の診療所に簡単には回せない。 ○一般病床でも急性期から慢性期もいるので、こういう形で決まっていくなれば危うい。 ○小さな民間病院はすべての機能をやっており、ケースミックスの形でどういう患者がいるかをきちんと把握して議論していただきたい。 ○地域包括ケア病床は条件が厳しくてなかなかうまく運営できない。
病床連携関係	<ul style="list-style-type: none"> ○クリティカルパスを担当しているが、診療報酬がついていることもあり制限が多い。 ○病院協会としては、時々在宅、時々入院という形を容認してほしい。 ○麻薬が必要なような、ややこしい人は施設でも見てもらえない。 ○在宅ありきではなく、在宅時々施設が、正に病床機能の分化連携の行き着くところ。

中部構想区域分科会における意見(2/3)

項目	意見の概要
<p>在宅医療・地域包括ケア</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○家族も失業してまで退院高齢者の面倒を見る力はない。 ○大きな県では有床診療所が万が一無くなってしまうと、地域医療が崩壊するのではないかと懸念。 ○介護難民を出さないように、グループホームなり特定施設なりを作るよう考えてほしい。 ○有床診療所は地域の第一線で地域医療を守っていると認識している。 ○介護保険法の新規3事業は、各市町における地域の関係機関との体制づくりが重要。 ○患者を受け入れる現場では、本当に在宅や介護の方向に向かうことが現実的に叶うのか、疑問。 ○薬局の客が介護を必要とした時に、相談・アドバイスをどうしたらいいか、わかるようにしてほしい。 ○地域包括ケアシステムでは、体制づくりが重要だが、その体制を作るのが難しい。 ○医科の取組みの中で歯科も一緒になって患者を診ていく効率的なシステムの構築が必要。 ○現在、医療では医師の方が先導しているが、今後は介護の方が段々強くなっていく。 ○介護界では患者1人に数人でスクラムを組み世話しているが患者が多くなると動かなくなる。 ○在宅では家族に負担がかかるため、結局、どこか施設、病院に入れるようになるのではないかと懸念。 ○療養病床の患者を家庭に帰せない状況なのに、退院させる制度が進んでいる点を危惧する。 ○どういう形で帰せばいいのか、ソーシャルワーカーがいつも右往左往している。 ○何でもかんでも在宅というのではなく、真っ先に病状のことを考えてやっていくべき。 ○在宅医療と言うが、無理やり帰そうとするような基本的な問題があるのではないかと懸念。 ○在宅医療・介護連携では、おたっしや本舗がうまく連携すべきだ。
<p>医療従事者の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○有床診療所は過剰な労働、スタッフ減少という現状なので行政のサポートをいただきたい。 ○患者が一番要求しているケアワーカーが疲弊してリタイアしている。 ○有床診療所が軒並みクリニック化しており、夜勤のナースの確保の問題が一番多い。 ○地域包括ケアシステムをシームレスにするためには、在宅医療のコーディネーターが重要。 ○介護離職ゼロという方針が出たが、病院は夜勤の看護師の成り手が少ない。 ○現場は本当に疲弊しており、給料面だけでなくいろんな面からもサポートしていただきたい。

中部構想区域分科会における意見(3/3)

項目	意見の概要
診療報酬・介護報酬	<ul style="list-style-type: none"> ○急性肺炎の患者が有床診療所と大学病院で同じ治療を受けたときにそもそも点数が違う。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ○医療法人が住いを提供しても家賃が高く入れないので、介護療養病床から溢れた難民が出る。 ○地域包括ケア病床は、有床診療所と病院とが横並びの点数付けになればよい。 ○将来、低料金で利用できるような高齢者集合住宅の確保が重要になってくる。 ○お金がはつきりしないと事業が出来ない。佐賀県は基金が少ない。行政はもっと情報提供すべき。 ○医療供給体制に十分配慮し、医療費の適正化とのバランスが取れた地域医療構想にしてほしい。 ○地域包括支援センターは人員が少なく疲れ切っている。行政はもっとお金をだすべき。 ○医療法人で施設を作っても入居費が高くなるため、国民年金の患者は入れない。 ○在宅というものを家族の方が認識していない。 ○在宅医療の家族や医療人、介護士も休ませるシステムを作るべき。 ○終末期医療のシステムが必要。 ○介護保険の審査に時間がかかりすぎる。もっとスムーズにならないか。 ○終末期は家では怖いという方が増えているので、家族に対して啓蒙していくのも大事。 ○旧基金での事業について、県は使用の方法をもう少し幅広く考えてほしい。 ○事業主体が市町に移行するので、地域包括支援センターと市町行政と医師会の3つの位置づけをもう少し明確にしておくべき。 ○地域医療構想は狭義の在宅ではなく、広い意味での在宅で考えていかなければならない。 ○介護を知らない若い先生が多すぎる。 ○一般の県民と現場で苦労されている医師との意識のギャップが非常に大きい。 ○低所得高齢者向けの集合住宅の整備や木造空き家の利用など低所得高齢者の行き先を確保すべき。

東部構想区域分科会における意見

開催経過

第1回平成27年9月29日、第2回平成27年11月25日、第3回書面審理

項目

意見の概要

医療需要全般

○東部医療圏は久留米医療圏と一体となった医療圏と考えられ、相互に補完的な機能を果たしていると思われる。久留米医療圏との流出入の調整は、現状で問題はないので必要ない。

病床機能報告

○回復期病床の定義(概念)の明確化が必要。

病床連携関係

○パス作成の際の手間等を考えると今のところ活用の必要性が実感されていない状況にある。現状としては、地域連携室を通じた連携や医療情報提供書による情報提供により、久留米医療圏の医療機関との連携は問題ないと認識している。

在宅医療・
地域包括ケア

○在宅医療の質の向上を図ることも必要である。

医療従事者の
確保

○今後の見通しをみると、在宅医療に関わる人材の確保はできるのか。

その他

○人口推計結果が介護における人口推計結果と異なる(2025年東部地区全人口で 8000人ほど:推計方法が異なる)ことから、整合性を図る必要があるのでは。
○必要な医療環境、利便性を確保しつつ、医療費増加の問題もあるため、バランスのとれた医療提供体制の構築をしてほしい。

北部構想区域分科会における意見(1/2)

開催経過	第1回平成27年9月14日、第2回平成27年11月16日、第3回書面審理
項目	意見の概要
医療需要全般	<ul style="list-style-type: none"> ○高度な医療の議論に関しては、数の問題だけでなく質の議論も重要である。 ○小児医療と周産期医療も重要な課題である。 ○離島の医療についても、将来も踏まえながらの検討が必要である。 ○患者の状態による医療機関の役割分担や終末期医療まで含めた議論が必要である(国より看取りのガイドラインの提示など)。それがなく現場も苦慮している。また、最終的な医療需要もかわる。
病床機能報告	<ul style="list-style-type: none"> ○病床機能報告は定義があいまいであり、明確化(特に回復期)が必要である。また、地域医療との連携の中心である回復期の基準も厳しく、取り組むことが難しい。
病床連携関係	<ul style="list-style-type: none"> ○いろいろな病院が完結型でなく、地域の中での役割も持ってやっていくことが重要である。地域医療連携のなかで、大病院の果たす役割の検討と、中小病院の役割に対する評価もお願いしたい。 ○公立病院のあり方も検討が必要である。
在宅医療・地域包括ケア	<ul style="list-style-type: none"> ○地域包括ケアの全体像を示してほしい。 ○地域医療や地域包括ケア等について意見を述べる場が必要である。現場の意見を反映させてほしい。 ○グループホームや宅老所は、入所者や看護の質にばらつきが大きい。レベルアップにむけた研修等が必要である。 ○地域包括ケア会議の活性化とともに、事例困難ケースについては、効率化のためパターン化して簡素化・類型化を目指してほしい。 ○訪問看護も増えており、地域における教育や認定看護師による緩和ケア等の連携も必要である。 ○要介護度や金銭的問題で必要な介護が受けられない方に、ボランティア等の支援の検討も必要である。
医療従事者の確保	<ul style="list-style-type: none"> ○休床している有床診療所もあり、活用のためには人材確保も含めた支援をお願いしたい。

北部構想区域分科会における意見(2/2)

項目	意見の概要
診療報酬・介護報酬	○夜間の訪問看護は対象者も増えず赤字事業である。また、夜間の体調悪化時の対応も困難であり、急性期病院との連携等も含めて今後のあり方を注視したい。
その他	○特に急性期病床に入院した患者が要介護認定の申請した場合、その審査期間が短くなれば、医療コスト削減や急性期病床の有効活用につながる。認定期間の短縮に向けて優先的審査などの検討をお願いしたい。 ○来期以降、地域医療・地域包括ケア関連の意見がより多くなると思われるので、様々な組織・団体の意見を取り入れられるような構成員の検討もお願いしたい。

西部構想区域分科会における意見

開催経過	第1回平成27年9月24日、第2回平成27年11月18日、第3回書面審理
項目	意見の概要
医療需要全般	<ul style="list-style-type: none"> ○回復期病床の不足が見込まれており、そうした時に、確保しろ確保しろというと、かなり取り合いのような感じになってしまう。 ○人口が減少する中であって、今後、どのような医療や介護サービスが、どれくらい必要になるのか予測することが最も重要。
病床機能報告	○緩和ケアは、慢性期なのか、あるいは回復期なのか、分類が難しい。
在宅医療・地域包括ケア	<ul style="list-style-type: none"> ○地域包括ケアをうまく回して、介護難民をなくしていくためには、医療供給サイドだけでなく、需要サイドである地域住民への周知徹底が必要。 ○地域の医療や介護の特徴を把握したうえで、その地域の課題を明確にし、地域包括ケアを進めていけば、医療と介護がリンクして大きな流れができる。 ○宅老所を今後どのように位置づけていくのが課題。中には劣悪な施設もあるが、宅老所がないと高齢者の行き場所がないという現実もある。 ○地域包括ケアを進めるに当たっては、意見交換や研修の機会を通じて、医療機関や介護現場で働く看護職の情報共有が必要。 ○これからの医療等は施設完結型ではなく、地域完結型で外に出ていかないと在宅とか成り立たない。 ○今後増加する認知症の人や人口呼吸器等が必要な在宅の神経難病の方を地域でどのように見ていくか考える必要がある。
医療従事者の確保	○OPT、OT等の人材を増やすということだが、2025年までに本当に可能なのか。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ○各機関が別々に持っている医療や介護のデータを集めて今後の検討に活用できれば、地域に何が足りないのか、何が必要なのかはつきりわかる。 ○地域ごとに様々な事情があり、単に病床数を減らすだけで問題が解決するものではないので、色々な意見を踏まえながら医療需要の変化にも対応でき、かつ将来を見据えた医療供給体制を整備していくことが必要。

南部構想区域分科会における意見(1/2)

開催経過

第1回平成27年9月29日、第2回平成27年12月2日、第3回書面審理

項目

意見の概要

医療需要全般

- 回復期と慢性期の医療需要の検討状況や、介護療養病床の患者の区分方法が不透明である。毎年の需要の動きを見ながら、将来の需要を推計していくことが必要ではないか。
- 高度急性期・急性期について、現在の33万床ある7対1看護の病床を18万床に減らすという方針ありきで、医療投入資源の3,000点、600点との区分がされているのではないのか。
- 病床数削減ありきの調整ではなく、将来の需要推計や介護施設・老人ホーム・グループホームの充実度を考えたうえで、病床数の削減を行うべきである。

病床機能報告

- 病床機能報告でどの区分を選べばよいかということに難しさを感じる。特に有床診療所には様々な状態の患者がいる。
- 病状から見れば、回復期や慢性期であると定義づけできたとしても、ご家族の希望や介護能力の有無などを考える必要があり、定義は難しい。

在宅医療・地域包括ケア

- 地域包括ケアのスキームは示されているが、何にどう取り組めばよいのか明確でない。
- 在宅医療・介護連携推進のためには、①地域包括ケアシステムの整備、②訪問看護ステーションの整備や医療の面での後方支援、③住民や医療従事者の理解が重要となるのではないか。
- 病院から在宅へ戻す際、金銭面、地域性の問題で帰住先を確保するのが難しい。
- 介護施設等で、最後の看取りが出来るようになれば、医療機関の負担も減るのではないか。
- 在宅での看取りを考えた場合、強化型の訪問看護ステーションの数を増やす必要がある。
- 在宅復帰にはご家族の理解が不可欠である。ご家族に向けた啓発活動が必要ではないか。
- 県内では宅老所が多い。費用面でも安く、老健から宅老所へ移られる場合もある。宅老所も在宅の受け皿として考えていく必要がある。
- 在宅や宅老所等から褥瘡と嚥下の問題で繰り返し入院されるケースが非常に多い。それらを防止するような継続した介護やケアを行うために、地域全体でレベルアップをする必要がある。
- 誤嚥性肺炎等を防止するためにも、口腔機能の向上は重要である。そのためにも、かかりつけ歯科医をもっと活用していただきたい。

南部構想区域分科会における意見(1/2)

項目	意見の概要
医療従事者の確保	<ul style="list-style-type: none"> ○地域によっては医療機関が少ないため、在宅医療にかかわる医師や人材の確保が難しい。 ○看護師が特定行為を行えるようになれば、在宅医療において果たせる役割は大きくなるが、必要とされる研修を受講できる環境とは言い難い。 ○在宅医療・介護連携支援センターに、「医療および介護保険の知識を有する看護師、社会福祉士等の配置」とあるが、これだけのメンバーを1つ機関に揃えるのは難しいのではないか。 ○各薬局が在宅患者を訪問し服薬指導を行うためには、マンパワー不足の問題があり難しい面もあるが、地域薬局の連携を図る等により、取り組むことも必要である。
診療報酬・介護報酬	<ul style="list-style-type: none"> ○経管栄養の患者などは非常に手が掛かるが、医療区分が低く取り扱われているのではないか。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ○保険加入者の求める医療の確保と医療保険者の財政、これらのバランスを取りながら将来を見据えた医療提供体制を構築する必要がある。