

各圏域における地域医療構想調整会議の協議事項と主な意見

		主な意見	
	協議事項	構想区域について	地域の特性について
丹後	<ol style="list-style-type: none"> 1 丹後地域医療調整会議の設置について 2 地域医療構想について 3 平成26年度病床機能報告について 4 将来の医療需要と医療提供体制について 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 構想区域は基本的に二次医療圏が適当である。 ○ 疾病等によっても二次医療圏を越えた枠組みが必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ がんや脳疾患等、高度医療に対応でき医療提供体制が不足している。 ○ 病院の慢性期患者を在宅医療に移すことについて、受け側となる「かかりつけ医」やコメディカル、介護士等の人材及び介護施設が不足している。
中丹	<ol style="list-style-type: none"> 1 中丹地域医療調整会議の設置について 2 地域医療構想について 3 平成26年度病床機能報告について 4 将来の医療需要と医療提供体制について 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 中丹圏域は完結型と言われているが、現場はかなり苦勞している。 ○ 中丹圏域から兵庫県に慢性期の患者が流出している現状があり、今後稼働する程度防げると考える。 ○ 福井県・兵庫県からの患者の流入数は、国の推計値より実際の患者数の方が多と多く感じる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 中丹圏域は、機能分化・地域連携が進んでおり、他の病院（特に中核機能を担っている公的病院）の動向によって自らの位置付けも変化する。 ○ 地域住民の経済力が低下し、医療費が増えたと感じる。 ○ 在宅医療の人材（開業医、看護職、介護職等）が現状でも大変な状況で、今後はさらに厳しくなる。
南丹	<ol style="list-style-type: none"> 1 南丹地域医療調整会議の設置について 2 地域医療構想について 3 平成26年度病床機能報告について 4 将来の医療需要と医療提供体制について 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 現状の圏域でよい。京都市域への流出はあるが、南丹病院を中核とした圏域の維持が相当。 ○ 病院同士の連携による機能配分、機能充実が必要。 ○ 超高急性期などは大学病院などに任せ、急性期機能を持することが重要。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 京都市内には超高急性期を担う医師が多い。 ○ 開業医の高齢化や減少、また管内が広域であり、在宅医療の確保の推進に課題がある。
京都・乙訓	<ol style="list-style-type: none"> 1 京都市域地域医療調整会議の設置について 2 地域医療構想について 3 平成26年度病床機能報告について 4 将来の医療需要と医療提供体制について 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 各二次医療圏には既にさまざまな医療機能が存在している。それらを精緻に把握しながら内容を詰めていったほうが、よりの住民や患者の感覚に近いものになるのではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 京都市内の在宅医療の施設整備は主に京都市が行っており、京都市との連携が必要。

丹後地域医療構想調整会議審議概要

- 1 開催日時 平成27年11月16日（月）13時30分～15時30分
- 2 開催場所 丹後保健所 講堂
- 3 審議の概要

（病床機能報告について）

- 実際に丹後に住んでいる方にどんなニーズがあり、どんな機能を提供できるかを把握しないとうまくいかないのではないかと考える。丁寧に調整をした方がよいと考える。
- 国の数値では急性期がかなり絞られてくるので、急性期との棲み分けがある。
- 一般病床に高齢者が多いので、これを急性期といえるのか。どのような診療になるかは医師にもよると思われる。

（構想区域について）

- 構想区域は、基本的に二次医療圏が適当である。
- 疾病等によっては二次医療圏域を越えた枠組みが必要である。
- 丹後だけで完結できるか。医師、看護師や介護士も充足しているか。他府県に流出しているということだが、医療・介護のレベルを考慮し、他と比較して丹後にふさわしい医療がちゃんとできているのか。
- 医療資源が乏しいことを念頭において将来どのようにすべきかは重大な課題。
- 医療の質の問題もある。医療の質を落とさないように、平成30年までに計画を完成させるのではなく、もっとゆっくり煮詰めてもよいのではないかと考える。

（丹後地域において加味しなければならない特殊要因）

- 丹後においては、がん、脳疾患等の高度な医療提供体制が不足している。
- 丹後では脳外、精神はできない。救急は福知山にという話もある。
丹後だけでどこまででき、しなければならないのか検討がある。要望だけなら何でも言える。
- 今の医療資源であるが、京丹後市でいうと「かかりつけ医」は10人くらい。500キロ²、58,000人、65歳以上は33%のなかで、開業医10人で診るのはどうにもならない。
- 丹後では2025年問題はもう来ていて、過ぎているという意見もある。
- 豊岡にドクターヘリがあるが、丹後にも必要ではないかと考える。
- 年寄り夫婦が多いが、例えば旦那さんが舞鶴まで行って入院したら、残った奥さんが舞鶴まで通うことはできない、地域でなんとかしてほしいということ。子供さんが精神で舞鶴に入院など、同様の話もある。
- 丹後地域においても高度医療を実施していかなければならないと考える。
- 京都市域と丹後は状況が異なると考えてほしい。医師が確保しにくい。枠組みを作っても肝心の医師がいなければ、豊岡や舞鶴に送ることとなる。自治医大卒の医師でも丹後には来ていないのではないかと考える。

- 質という点では医療受療の数値ではまだまだと考えている。この地域では医師の確保がネックであるが、どんな医師が来てもいいというのではなく、診療に必要な医師がいる。スタッフの質の違いもあり、教育をしていく必要がある。

(在宅医療の展開について)

- 自宅の在宅の場合は、医療介護について十分なケアが必要であるが、医師、看護師などスタッフの不足でまわっていかないのではないか。
- 在宅の受け皿が少ない。その体制づくりが必要であるが、なかなか進まない。
- 在宅をしようとしても、かかりつけ医がいるのか。在宅でどこまでできるか。ただでさえ丹後はかかりつけ医が少ない。

(慢性期の状況について)

- 病床では80歳以上の方がほとんど。外来患者は内科、整形が多いが外科はない。産婦人科も医師がいない。高度医療は他の病院へ回している状況。
- 病院でも長い人は5年以上いるが、在宅へ返せるような状況にない。一人暮らしとか、家族が共働きで看られないとか、現実的に可能なのか。難しいと思われる。

(介護施設について)

- 国も胃瘻などを福祉施設に移管するなどすれば病床も削減となるのではないか。
- 施設をつくっても、看護職員の教育はものすごく大変である。こういう構想があるからああしろこうしろといってもできない。

(その他全般について)

- コメディカルはまだまだ不足している。
- 医者も資源として送り込んで欲しい。
- 医師、看護師等人材がいない。1つの病院で完結できる状態にない。質の確保も難しい状況である。
- 民間病院はさらに医師の確保が難しい。来て欲しいと頼みにくい状況にある。人材、コメディカルの確保ができない。
- 人口の減少が著しい中、2025年だけでなくどうすべきか。府からも指導をいただきたい。
- 質のよい指導医師がいるとよい人材が集まる。
- 医療側からはこう、町のひとはこうしてほしいという意見があると思う。
- 助成金を入れることも必要。
- 病院は黒字とはいっても、公費を入れての黒字であり、実際は赤字である。医療の内容に大きな違いはないと考えている。そのあたりも議論していただきたい。
- 高齢化問題の中に認知症もある。かかりつけ医が診るのか、病院が診るのか。訪問看護も足りない。

中丹地域医療構想調整会議（第1回）審議概要

- 1 開催日時 平成27年10月22日（木） 14時 ～ 16時
- 2 開催場所 京都府総合教育センター北部研修所
- 3 審議の概要

● 議 事

(1) 中丹地域医療構想調整会議の設置について

→設置要綱第4条の規定に基づき、互選により、京都府中丹広域振興局健康福祉部長が議長に選出された。

(2) 病床機能報告について

<主な意見>

○昨年度は機能の分類の定義が曖昧であり良くわからないままに報告した。今年については病床機能分類の境界点を参考にするため、より現実に近い形の報告になる。

○点数による定義づけが不明確であった。また、救急救命病棟の位置づけを加味した為、前年度からは大きく変わる内容になる。

(3) 構想区域について

<主な意見>

○中丹地域の特に問題であるのは福井県・兵庫県の圏域があることが大きな問題となる。資料の流出入の数字について正確性に疑問もある。医療需要が実際より低く見積もられることが不安である。

○地域連携パスなどが浸透してきて、機能分化・連携が中丹でも進んできており、周りの環境によって自分の病院の立ち位置が変わってくる。特に北部は、公的な病院が中核的な役割をもっており、公立病院の立ち位置により自分の病院の立ち位置も大きく変わる。

(4) 中丹地域において推計値に加味しなければならない特殊要因

<主な意見>

○臨床の場で肌で実感することは、住民の経済力がじわじわと下がってきており、これが医療需要に影響する段階にまできている。自己負担を賄えきれない、貧困が進み、医療機関にかかれぬ人が増えていると思う。こうした現実を事実として受け止めることが必要ではないか。

○県境に関する患者の流出入の問題を中丹としてどう考えるか。また、中丹と言っても距離があり、地理的な分布についてどういう戦略を立てるかが雛形として与えてもらうとディスカッションしやすくなる。地域の固有のニーズや問題を議論するのが筋ではないか。

○中丹地域の医療は完結型といわれているが、実情はかなり苦勞している。そのあたりを加味し、策定部会には北部としてどうするか訴えてもらう場としてほしい。

(5) 在宅医療の展開について

<主な意見>

○在宅で看護や介護をする人的な余裕があるかどうかと言われると、今でも大変な現状になっている。今後、在宅医療の方が増えてくると、なかなか手が回らなくなるのが実情である。

○開業医がだんだん高齢化してきている。5年先10年先に増えた在宅患者を往診診療で対応出来るか疑問に思っている。病院の機能や患者数であるが、医者の数が増えれば、ベッドの稼働率や高度医療も増えると思っている。

○現状であれば何とか賄えるが、10年先に維持出来るのか、人口減少の中で新規の開業は難しく、その中で医療区分1の70%が在宅となると、診療所の先生の疲弊が起こってくるのではないかと感じる。

○京都府歯科医師会で訪問診療のエキスパートを養成するような講座をされている。在宅の維持には口腔機能の維持・管理を強化していかなければならないが、診療報酬が伴わないため、強く押し進めていくことが困難である。

○在宅で薬剤師がかかわる部分は、居宅で療養されている方の服薬管理や指導となる。独居の方も多く、入院後のフォローが出来ない方も多い。現状は在宅でかかわっている件数は少ないが、薬剤師会としても在宅の委員会を立ち上げ、活動しており、協力していきたいと考えているが、マンパワーも必要であり、その辺も含め対応していきたいと考えている。

○看護職の現状については、50歳以上の比率が高く、10年後には看護職全体が足りない状況が更に起こる。現状でも訪問看護や居宅サービスの看護職が足りていない。今後、現状よりもさらに知識や高度なものが必要な方が在宅で生活されると考えおり、教育をどの様にしていくのか、課題が多い。

(6)慢性期の状況について

<主な意見>

○慢性期と言えば療養型と言われがちだが、慢性期病床＝療養型ではないということを理解してほしい。慢性期の病床を減らすとなると療養型がやり玉に挙がるが、利用料は、老健や特養とあまり差が無い中で療養をしてもらっている現状をもう少し知ってもらえたらと思っている。

○中丹は慢性期の患者が兵庫県に流出しているとのことであつたが、慢性期病床の開設もあり今後は中丹の方の慢性期の流出は、ある程度防げるのではないかと考えている。

(7)介護施設について

<主な意見>

○在宅介護サービスの利用者が減ってきている。それに対し老健や特養の数が増えたので以前と比べると入所しやすい。そうすると益々在宅介護サービスの利用者が減る。施設については、今後はそんなに増やさないと考えの中、地域包括ケアシステムについて取り組んでいるが、一方で総理大臣は介護離職ゼロを目指し、施設をつくると言っており、施設側としてどのように動いていけば良いのか悩ましい。

○特養の入所者のほとんどは医療が必要な方である。そうした中、非常勤の嘱託医の先生にお世話になっているのは非常に大きな負担である。今後は民間の有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅等が2025年問題の対象者のニーズではないか。

○老健では、看取りをどうするか、また、かなりの医療を必要としている方が多い中、利用料は基本的には医療費込みであり、今後、病院との協力体制をどの様にとっていくのが課題である。

(8)その他全般について

<主な意見>

○医師の地域偏在、突然医師がいなくなり病棟が閉鎖になる。地域医療構想も、もちろん重要であるが、まずは今の診療をしっかりとやっていく体制が整えきっていないのが現状。

いろいろな所に打診しながら、医師を集めているのが現状である。

○中丹の中でも各市ごとに地区調整会議が必要なのではないか。また、診療機能別や臨床部門別にも中丹・丹後をまたいだ議論が出来たらと考えている。

南丹地域医療構想調整会議（第1回）審議概要

- 1 開催日時 平成27年11月9日（月）14時～16時
- 2 開催場所 公立南丹病院 大会議室
- 3 審議の概要

● 議事

1) 南丹地域医療構想調整会議の設置について

→ 設置要綱第4条の規定に基づき、互選により、南丹保健所の廣畑所長が議長に選出された。

（病床機能報告について）

- 病棟単位での報告となると、病床数の少ない管内の医療機関では対応が困難である。地域実状に合わせて、病床単位での申請が可能となるような制度見直しが必要ではないか。

（構想区域について）

- 現在の南丹医療圏で良い。
京都市域への流出もあるが、南丹病院を中核病院とした医療圏の維持が相当と考える。病院同士が連携し、うまく機能配分、機能充実をしていく必要がある。
- 理想としては、地域医療を支えるためには、人口集中地域にある中核病院を中心として、他の病院がサテライトとして機能できるような医療体制を構築できればよい。
- 課題もあるものの、中核病院に他の小さな医療機関が連携し圏域内にある医師や医療資源などを共有する「ホールディングス構想」の活用も、この地域では検討すべきかもしれない。

（医療需要と提供体制の確認）

- 高度急性期の機能報告では制度上の規定で謙虚に0として報告したが、実際には高度な資源を投入せねばならない医療にも対応しており、報告内容と現場に乖離がある。
- 今回公開された病床機能報告において、医療機関の数値が正確に反映されているとはいえない。将来の病床機能を考えるためには、正しいデータに基づく分析が重要である。

- 圏域には超高度急性期機能病床はないが、このような機能は大学病院などの研究機関にまかせ、地域医療を支えるために中核病院で高度急性期機能を維持することが重要。

京都市内には超高度急性期を担う医療機関が多く、患者も流出しやすい。

南丹医療圏での医療を確保するためには、人材確保を図るとともに、基幹病院での高度急性期医療の推進が大切である。

(在宅医療の受け皿について)

- 市町介護保険計画との整合はどうか。
- 両医師会共に開業医の減少、高齢化で在宅医療を担う医師が少なく、今後医療機関との連携を図り、協力しながら在宅医療を進めていくことになる。
- 開業医の先生方と連携し、在宅医療を必要とする患者を紹介し合うことが出来ればと考えている。また、急変した方の受入も積極的に行いたい。
- 高齢化により老老介護や独居老人が多く、一旦入院となった際に在宅に戻ることが困難であり、今後老健施設等の連携が必要となる。

京都市域地域医療構想調整会議（第1回）審議概要

1 開催日時 平成27年10月8日（木）16時30分～18時00分

2 開催場所 京都府医師会館 6階会議室

3 審議の概要

● 議事

(1) 京都市域地域医療構想調整会議の設置について

→ 設置要綱第4条の規定に基づき、互選により、京都府の本橋保健医療対策監が議長に選出された。

(2) 地域医療構想について

<主な発言>

○ 介護系の施設整備率が低いようだが、今後の整備計画はどのようになっているか。また、医療圏ごとの地域差が分かるような資料はあるか。

(3) 平成26年度病床機能報告（平成26年度末まとめ）について

<主な発言>

○ 26年度の報告は基準が曖昧だったので、日赤や京都市立病院、京都医療センターなどはすべて高度急性期で報告した。27年度はもっと明確な定義がされる予定か。

○ 26年度は病院単位で報告する形だったが、今回は病棟単位の報告に変わる。地域で連携していたものが病院内で完結する形になるが、これまで地域で培われてきた連携体制はどうなるのか。

(4) 将来の医療需要と医療提供体制について

<主な発言>

（将来の在宅医療提供体制の整備について）

○ 今後、在宅医療の需要が増えるのは明らか。その中で、国は医療区分1の70%相当を在宅に移行させる方針を示しているが、状態が不安定な患者もおり、長期間安定して在宅で見続けることができるか不安である。

○ 将来の在宅医療の需要は、病院から流れてくる患者だけではなく、通院ができなくなることにより、在宅医療の対象となる患者もいる。そのことも考慮しなければならない。

○ 医療区分1の70%相当を在宅医療で対応するとなると訪問看護の体制も大幅に強化しないと行けない。現在の体制が飛躍的に改善するとは考えづらい。

京都は老健等の施設の整備率が低く、在宅への移行を考えた場合、他府県より不利な状況にある。構想策定に当たってはこのことを十分考慮しなければならない。

- 医師会としても在宅医療体制の強化を図っていきたいが、そのためには大きな発想の転換や財政的な支援が不可欠である。
- 政府が「新三本の矢」として介護離職ゼロを新たに掲げた。地域医療構想の達成にも影響が出る可能性もあるので、その辺りも含めて検討願いたい。
- 在宅医療の患者全体が重症化してきている傾向があり、どのような対応をしていくのか、看護力が試されている。量だけではなく質を高めることも重要。構想実施によりどれだけの患者を診ていくことになるのか今はまだよく分からないが、今後さまざまな対応を検討していきたい。

(将来の疾患別医療需要について)

- 2025年に75歳以上の人口の割合が乙訓地域では2倍になる。一方、眼科系疾患の医療需要はそこまで増えていない。データの信頼性に問題はないか。

(団体間の連携について)

- 病院内における歯科の状況など、歯科医師会としても把握しきれていない部分がある。今後把握に努めていきたいが、本日参加されている他団体からも情報を出していただければよりよい地域医療構想になっていくものと思う。

(京都市との連携について)

- 在宅医療の施設整備は主に京都市が行っているので、構想策定に当たっては京都市と連携を密にしてほしい。
- 京都市では介護サービス量の推計を行っているが、地域医療構想との整合性を図りながら、次期介護保険事業計画の策定に臨んでいきたい。

(策定方法について)

- 各二次医療圏には既にさまざまな医療機能が存在している。それらを精緻に把握した上で、2025年の医療需要を睨みながら内容を詰めていったほうが、より住民や患者の感覚に近いものになるのではないか。
国の出した数字に合わせるのは容易だが、そのようなことは避けていただきたい。

(策定期間について)

- 国から提供されたナショナルデータベースの数値は、病床数の算定に定められた係数を使うなど、かなりアバウトな計算方法となっている。しかしながら数字というのは収斂（しゅうれん）していく作用をがあり、たいへん怖いものである。また、各医療区分の定義もいまだにはっきりしない状況で、28年度半ばに作成を終えるのは少し乱暴ではないか。

乙訓地域医療構想調整会議（第1、2回）

の審議概要

- 1 開催日時 平成27年10月15日（木）15時00分～16時30分
平成27年11月26日（木）14時00分～15時45分
- 2 開催場所 京都府乙訓保健所 講堂
- 3 審議の概要

第1回議事

(1) 議長の選出について

→ 設置要綱第4条の規定に基づき、互選により、京都府乙訓保健所の三沢所長が議長に選出された。

(2) 地域医療構想について

<主な発言>

- 二次医療圏は、京都・乙訓医療圏であるが、病床数に関しては乙訓のみで考えるのか。
- 乙訓地域の人口は京都・乙訓医療圏の1/10。南丹医療圏とほぼ同じ規模。大きなデータの中に1/10のデータが入ってしまうとわからなくなってしまう。
- それぞれの病院がどのような役割を担うべきか検討するための基礎データを提示していただき、大学病院も含めて、この地域でどう連携していくのか検討していくのがこの会議の役割と考える。

(3) 乙訓地域の医療等の状況について

【 乙訓地域の医療等の状況について 】

<主な発言>

- 国民健康保険等の高齢者と協会けんぽの働き盛りの年齢層で受療動向が違うことに驚きを感じた。国民健康保険と協会けんぽでは年齢構成の違いがあり、疾病別の乖離はあったとしても、全疾病での乖離はいかがなものかと思う。母数が小さいとちょっとした数字がデータに影響するので、病床を検討するにあたっては、信憑性の高いデータが必要だ。
- 今回乙訓地域では回復期、慢性期の病床が少ないことがわかったので、それを念頭に置いて他の病院と一緒に役割分担を考えていければと考える。

【 将来の在宅医療サービスの整備について 】

- 在宅療養の推進は地域包括ケアシステムなしでは考えられない。弱者を慢性期病床から追い出すのではなく、地域で迎え入れる体制づくりを検討していくべきだ。
- 効率化を考えた医療の提供を考える時期になってきた。無駄な延命や、苦しい時間を短くするための取組として、リビングウィル等についても啓発が必要だ。

【 乙訓地域の今後の医療提供体制について 】

- 患者も身近なところで医療を受けたいと思っているので、できる医療は地域で提供していきたい。
- 各病院が特色を持って地域の中で活動している。全てを乙訓地域で完結するのは難しいと思うが、高齢者だけは乙訓地域で完結できるよう考えていただきたい。
- 一つの病院で全ての疾患を網羅するのは難しいが、地域のそれぞれの病院の特色を活かしていければと考える。
- 乙訓地域には精神科病院が2病院あり、精神科病院同士の連携は大切にしたい。身体疾患の合併症もあるので、一般病院とのスムーズな連携を今後も行っていきたい。

第2回議事

(1) 乙訓地域の高齢化の状況、介護サービスの状況等について

<主な発言>

- 希望者は施設に入れる状況にあるのか。待機者、待機期間はどれぐらいか、待機の中の介護はどのようにされているのか。

(2) 乙訓地域の在宅医療、在宅療養について

<主な発言>

- 現在、在宅療養手帳を実際に利用し、在宅医療を受けている方はどれぐらいいるか。

【 乙訓地域の介護施設の状況について 】

<主な発言>

- 特養・老健・介護療養型医療施設の3施設はひとくくりにされることが多いが、それぞれ持っている性格があり、また介護療養型医療施設については、今後制度改正でどうなるか不透明である。

- 2市1町の特養7施設では、それぞれ150人～400人の待機者がいる。特養の申込者の7～8割は要介護3以上。特養や老健だけでなく、グループホームや有料老人ホームの状況も合わせて考える必要がある。
- 今後461名が在宅に移るという推計であるが、今でも待機者が多くあり、かといって施設を増やすのも簡単ではない。最大の課題は働き手である介護士が集まらないということ。専門学校も減り、また平成26年のある大学の社会福祉学部卒業の300人のうち、高齢者の仕事に就いているのは40人であるが、全て介護の職ではないので更に減ることになる。2025年問題に対応していくためには、このような状況を地域の方に周知していく活動も大切と考える。
- 市として、施設整備も進めていくが、在宅で介護を受けようと思うと在宅診療が非常に重要になってくる。
- 町としては、町域が狭いということもあり施設整備は容易ではない。医療機関も少なく在宅が厳しい状況だと危惧している。

【 乙訓地域の在宅医療の状況について 】

<主な発言>

- 1人の医師で診れる人数として、在宅専門クリニックでは100人を超え、在宅専門医が3人ぐらいいると200人弱ぐらい。地域にこういうクリニックがあると、良いと思う。この圏域で個人で診療しながらだと、多くて60人ぐらいが数名いるが、高齢のため診療が難しいとか、小学校区に限るということでエリア外のグループホームに入所すると行けないという医師もいる。また、新規の内科開業医が少なく、10年後を見たときマンパワーが足りない。
- 在宅医療を整えるためには、病院のバックアップが必要。
- 歯科医師会のアンケートでは、1/3は訪問診療に積極的、1/3は要望があれば、残り1/3は歯科は訪問診療にそぐわない、という結果である。
- 口腔サポートセンターを組織して病院からの要望に応えられるよう進めているが、なかなか期待に応えられていない。実際に依頼が来ると時間がないから行けないと、各病院に対して御迷惑をかけていた。それに対して、実働部隊を作って、できるだけ訪問診療をできる歯科医師を集めてシステムを組もうとしている。
- 胃ろう等の関係では、歯科医師としては口から食べられるようにしろと言われているように感じるが、実際訪問診療に行くと、「噛める入れ歯を作ってほしい」と言われる。寝たきりや車いすになると、健康な時とポジションが違うので、入れ歯も変わってくるのに、削って削って噛めない入れ歯になっている。実際は噛む面積が広い方がよいのだが、実行できていない実態がある。残存歯数が4本ぐらいになると、多数歯が残存しているより1.6倍の医療費がかかるというデータもある。

- 女性の歯科医師が国家試験合格者の1/3を占めている。医師も3割ぐらいを占めていると思うが、10年ぐらい立つと出産等で現場を離れ、子育てが一段落すると復帰されるので緩いM字カーブを描いている。供給不足という意味では、女性医師の活躍を期待しないといけない。
- 管内の薬局は45。在宅可能な薬局も20数件ある。在庫負担を軽減するため、在庫システムを整備し、ネットで各薬局の在庫を見られ、麻薬や輸液、衛生材料のやりとりができる。また、各薬局の状況がわかる冊子を作成し、各医療機関や地域の施設等に提供し、在宅に対応できる薬局の紹介をしている。
- 訪問看護事業所としては在宅のなかでも、とりわけ医療依存度の高い人を具体的に出してもらえるとありがたい。

【 乙訓地域の終末期医療の状況について 】

<主な発言>

- 介護療養病床での看取りが増えてきている。以前は悪化すると一般病棟へ替わっていたが、家族もこのままこの病棟でと希望される。いかに健康寿命を延ばすか、高齢者でも動けるうちは頑張りたいが、それ以上の治療は望まないという人が増えてきているように思う。
- 当病院は、認知症＋合併症の方ばかりなので、本人の意志を聞くのは困難でご家族の判断を仰ぐことになるが、だいたい胃ろう、呼吸器までしなくていいが、経管栄養や点滴は希望される。
- 食べられなくなったり、歩けなくなったりした状態で処置をすることが、死を迎える人にとってよいのかと考える。治療することによって、苦しい期間を長引かせることもある。医療機関、家族、世間の目、いろいろ問題がある。望んでいない治療を減らせば、在院日数、在所日数を減らせると考え、2月に「リビングウィル」のシンポジウムを開催し、多くの人に考えてもらうきっかけとしたい。

山城北地域医療構想調整会議（第1回）審議概要

1 開催日時 平成27年10月29日（木）14時～16時

2 開催場所 宇治総合庁舎第3会議室

3 審議の概要

● 議事

(1) 山城北地域医療構想調整会議の設置について

→ 設置要綱第4条の規定に基づき、互選により京都府山城北保健所の和田所長が議長に選出された。

(2) 地域医療構想について

<主な発言>

○ 4機能の病床稼働率は、どのようにして算定されたものか。

○ 高齢者人口が飽和状態にある地域もあれば今後増える地域もある。山城北地域は、京都市との間で患者の流入・流出が相当ある。そうした事情を考慮して2次医療圏で考えるのではなく、流動的に考えた方がいいのではないか。

○ 京都市と一体で考えられるということだが、府でコントロールするのか、地域医療調整会議で方向性を決められるのか。各地域医療調整会議とのすりあわせをするのか。

○ 国が示したガイドラインでは、高度急性期、急性期、回復期、慢性期と分け、病床が減ると全国的に問題になり、どうなるのかと思っていたが、6ページのC1～C3の区分に懲り固まらずに地域の実情に応じてと説明されている。国は、全国トータルの数字から、参考として出されたものと思う。医療区分1の70%が「在宅」となっているのも、地域ごとの受け入れ状況に応じた形で考えるべき。現在の診療報酬では、慢性期の点数が高く、高度急性期・急性期の点数がそれほど高くないという場合もある。届け出はあくまで病棟単位。それぞれの実情を踏まえて、府は柔軟に検討して欲しい。

(3) 平成26年度病床機能報告（平成26年度末まとめ）について

<主な発言>

○ 平成26年度病床機能報告の6年後の数値が、現状とほとんど変わらないが、4機能の分類はわかりにくかったか。

○去年の段階では、かなり抽象的で、自分の思うように出さないとの表現。

ガイドラインは示されたものの、もう少し具体的で分かりやすい内容にする必要がある。

(4) 将来の医療需要と医療提供体制について

<主な発言>

○P35、人口比で見ると京都・乙訓は山城北の3倍強なのに、高度急性期の疾病発生数は5倍くらいになっている。算定の仕方に問題はないか？高度急性期の患者流入が多いのは分かるが、発生率は変わらないのでは？京都市域で、高度急性期・急性期の疾病発生率が高いのは違和感がある。

同じ重症肺炎で挿管した患者を治療した場合、ICU認定（加算で基礎点が高くなる）の病床と認定がない病床では、点数が違ってくるのではないか。特定集中治療室が多い大都市より、少ない地方では、高度急性期の患者数が少なくなってくる。特に大学病院などでは、ベースとなる加算が違ってくる。加算がとれてないと高度急性期の発生率は下がる。点数だけで区切る区分はすっきりいかない。

○800人と推計される在宅の人をどう支えるか。今後どう動くかを懸念している。

○2025年の病床需要の推計値では、山城北管内で800人が在宅等で対応が必要となる。病棟を削ることで医療難民、介護難民を出さないため、受け皿の計画は常に問題になる。

○医療圏完結型になるのは無理があるのではないか。在宅医療も2次医療圏外で受けたり、介護サービス受け入れについても2次医療圏では無理な実態がある。受け皿の問題もあり、生活圏も考慮しながら、もっと広い医療圏ごとの考え方必要なのではないか。医療も大都市型と地域型に分かれる。地方ではひとつの公的病院が中心となって支えるが、山北ではそうはいかない。

○山北では公的病院は南京都病院があるが、高度急性期・急性期は民間病院が支えている。交通の便も良く、流入・流出はあってしかるべきだ。

○この管内から、京都市内に患者は流出しているが、市内まで通うのが大変な人もおり、できるだけ地域で診ていけるようにしていく必要がある。在宅と国がいているが、国はサービス高齢者住宅等、本当に裏付けをしているのか。家で家族が犠牲にならずに、見ていくのはなかなか大変な状況。地域医療介護総合確保基金事業と連携を取って、在宅と病床のあり方を考えていくべきではないか

山城南地域医療構想調整会議（第1回）審議概要

1 開催日時 平成27年10月21日（水）14時00分～16時00分

2 開催場所 京都府山城南保健所 2階会議室

3 審議の概要

● 議事

(1) 山城南地域医療構想調整会議の設置について

→ 設置要綱第4条の規定に基づき、互選により、保健所の時田所長が議長に選出

(2) 地域医療構想について

<主な発言>

○ 療養病床の入院受療率の地域差への対応について、Aパターン、Bパターンの説明をしていただいた。京都府はBパターンと理解していいか。

圏域ごとに決めることではなく、京都府全体で決めるという理解でよいか。

○ 医療機関で医療機能を自主的に選択とあった。精華町国民健康保険病院は一般もあり、救急もありとなるとどうなのか。

(3) 平成26年度病床機能報告（平成26年度末まとめ）について

<主な発言>

○ 発言なし

(4) 将来の医療需要と医療提供体制について

<主な発言>

(将来の医療提供体制の整備について)

○ 将来高齢者が増え医療需要が増加する中、病床数を減らしていく、医療費抑制のため地域で対策を考えていくのはむずかしいのではないか。

○ 山城南圏域での東部と西部では人口推移から違う点を考慮していかなければならない。また、この地域は診療所医師は全国平均だが、病院勤務医師、看護師は京都府内で最も少ない現状にある。

○ 膨大な在宅医療の必要者の受け皿を整備していかないといけないこと、後期高齢者の受診等の送迎手段等の確保も含め行政とのネットワーク作りが必要と感じた。

○ 医療法改正、診療報酬点数改定で配分を病院の中も変えていかないといけない。回復期が評価される等病院の生き残りがかかる。施設基準でなく病床で決まると言われていたが診療報酬点数改正によって高い診療報酬で病院は変化していくのではないか。

(他圏域との連携について)

- 奈良、大阪へのアクセスが良好であり、そちらで受療している。奈良や山城北医療圏で病床制限がかかると、この地域はかなり困難な状況に陥るのではないかと。奈良市内の大学病院、総合病院で治療を受けた場合の在宅移行などは、近くの病院でないと連携が難しい面がある。
- 隣接する大阪、奈良へと仕事で行く生活事情もあり、この医療圏の中ですべて受療していくという結論には至らない。ただ高齢者が増えるということで交通手段がなくなる。在宅、慢性期という状況になるが医療機関へいく手段がない状況に陥ることが考えられる為、もう少し行政と共にネットワークを作り医療プランの枠作りが出来たらよいと考える。
- 10年後20年後どうするか。3割強の方が他府県への受診となっている。このままでいいのか、やはり自分の圏内で100%を目指して進めるべきか、そのあたりが2回目以降の議論になるのか。

(医療・介護の連携について)

- 医療分野からの数字を見て今後、この先10年後、20年後、在宅医療の需要が必要にせまられている問題と認識した。医療介護総合確保推進法によって介護分野においても医療・介護連携、包括ケアをすすめていくことが大切である。
- 医療需要の推移では在宅医療が増えているので、在宅を行う看護師の研修等を看護協会でも行っていかなければと考えている。

(策定方法について)

- 今は人口が増えている木津川市、精華町も、2040年に後期高齢者の実数がかかり増えてくる。逆に東部3町村は大きく変わらないこと。2025年は在宅医療のニーズが大きくなっていくであろう。その時に、高齢者が近くの住み慣れた医療機関で受診のできる送迎を含めた仕組みを作っていくことではないか。