

新居浜・西条圏域における将来あるべき医療提供体制を
実現するための施策(当初案)に対する意見等

○ 施策の追加

I 病床の機能の分化及び連携の推進

入院患者の口腔健康管理（口腔機能管理、口腔衛生管理、及び口腔ケアを含む）および周術期の口腔機能管理を実施するため、在宅歯科医療連携室から歯科医師および歯科衛生士を派遣できる体制を構築します。また、病院は、在宅歯科医療連携室に対応できるような施設並びに人員の整備を行います。

II 在宅医療の充実

在宅療養者および介護施設入所者の口腔健康管理（口腔機能管理、口腔衛生管理、及び口腔ケアを含む）を推進するため、医療機関や介護施設との連携、受診の相談、歯科医療機関との診療応需体制の構築、在宅歯科医療に関する広報・啓発、在宅歯科医療機器の管理を主たる業務とする在宅歯科医療連携室を設置します。

III 医療従事者の確保・養成

歯科診療者の派遣や歯科医療従事者に対する研修会を開催するなど、人材育成や確保に努めます。

- 将来あるべき医療提供体制を実現するために、医師の偏在が問題になっておりますが、薬剤師や看護師、その他医療関係者だけでなく、すべての職種の働き手自体を地方で確保することが難しくなっております。医師の偏在をなくすだけでなく、その他すべての医療スタッフを確保する方法が必要であると思われま。また同時に医師の確保が現実的に一番難しいと思われるため、医師でなくてもできることを他の医療スタッフが行えるようになれば、医師の負担を軽減することができるため、さらなる連携が必要と思われま。

高齢者が多い地方や移動手段が少ない地方などは医療機関・医師数は年齢構成が若い地域より必要なはずですから、実際には松山圏域の医師数は見た目よりさらに多すぎるのではないのでしょうか？現実に松山で新しくクリニックを作ると患者数の確保ができないと聞きます。言いかえると新居浜・西条圏域の医師数は非常に少ないと言うこともできると思ひます。そのような中で地域包括ケアシステムを適切に稼働するには、医師が中心となるとしても、他職種力を活用して連携して行わなければ非常に難しいのではないのでしょうか？

医師を中心として歯科医師・薬剤師・看護師・介護スタッフなどが連携し、地域で必要な医療・介護を受けられる体制を作る事、すなわち地域包括ケアシステムが稼働することで、安心な医療を地元で受けられるようになり、高度な医療を必要とする患者以外の流出が減ることになると思われます。さらに、そうすることで、医療従事者のやりがいにもつながり、人材の確保にもつながります。よって、多職種連携を一層強固にし、地域包括ケアシステムを稼働することが必要だと思われます。

- 身体機能の回復や在宅生活に向けて、入院しリハビリを行うとしても、四国中央市（川之江）や松山市のような受け皿がない。一方、家族は新居浜市で充実したりリハビリができる医療機関を必要としている。

介護職員も、訪問診療を行っている医師、訪問看護、訪問歯科医師、薬剤師の方々と連携を取りながら支える利用者の方が増えてきたが、医療面での知識が少ないため、研修や連携を図る場があれば活用したい。

他の職種と同様で、介護職員の高齢化と共に人材不足もあり、今後も確保は難しいのが現状である。

- 介護の現場で一番困ることは、利用者さんが急変や重篤な状態になった時だと思います。常々、医療機関の皆様には、大変お世話になっています。

この地域での病床数が減る前提には、在宅医療システムの充実を図らなければならないと思います。医療と介護の連携と地域の協力をこれからは求められると思います。重度になっても、在宅で安心して過ごせる、過ごしたい人が多いことを実感しています。

反面、医療依存度の高い人や急性期の方が、入院できない事態が起こるとすれば、地域医療とは、相反すると思います。圏域内の病床数は確保されることが求められていると思います。

国の政策も、在宅サービスの充実を図ると言いながら、施設増床などを昨年発表されました。医療、介護の必要な人に対して、もっと、金銭的な考え方だけでなく、地域が必要としている支援体制を検討してほしいと思います。

- 現在、愛媛県新居浜・西条圏域地域医療ビジョン調整会議で議論されている必要病床数については、会議中に他の委員からも発言がありましたように、必要病床数は医師数、看護師数、専門医の数など流動的な要素が大きく、予め決めるものではなく、結果的に決まるものであると考えます。例えば、ベッド数が100床で病床稼働率が70%であれば必要病床数は70床になりますが、稼働率は日々変わるもので100%の日もあれば50%の日もあり、結果的に70%（70床）になったといえます。したがって医療機関が考える必要病床数は常に100%（100床）であると思われます。

病床機能制度により届けられた病床機能は、診療報酬上、看護師配置数や医療・

看護必要度などによる制限があり、病床機能の変更を余儀なくされることも多くなり、2年毎の診療報酬改定の度に変化してしまいます

次に、病床稼働率が50%であって100床のうち50床が空床であれば、空床部分からは診療報酬が発生しないので、増え続ける医療費の抑制政策の観点からも問題はないと思われます。また、仮に必要病床数が決まったとしても、国や県が各医療機関の病床を強制的に増減することはできないと思われます。

従って、域地域医療ビジョン調整会議では必要病床数の議論は中止し、医師不足や医師の偏在により、医療崩壊をきたしている状況を改善するための方策や、あるいは地域の救急医療を維持、継続するための方策などを議論する場にしてほしいと考えます。

- 地域の医療体制を考えるという事は結局、医療連携と機能分化をどのように行っていくかを考えることである。そのためにはどの医療機関が核になるかを決めて、その医療機関がイニシャチブをとらなければ前に進まない。

核になる医療機関（地域中核病院）に対して医療資源の充実強化を行い、その医療機関は責任を持って、その分野を引っ張っていくことが求められる。例えば、救急医療、周産期医療は県立新居浜病院、がん診療は住友別子病院等。

その上で、各医療機関が中核病院の補完をどのように行うかを考えて、仕組み作りをするべきである。

救急医療については、今後の救命救急センターとしての機能と体制が不透明であることから、体制を整備する必要がある。

がん患者の松山医療圏への依存度が高い現状に鑑み、地域のがん診療の提供体制の充実を図り、急性期、回復期医療の地域完結を目指すべきである。

- 施策（案）の⑱「市は、医師確保のために財政的支援を行うなど、地域が一体となって医師確保に努めます。」の部分において「市は」を「県と市は」としてはどうか。県も⑮の地域枠医師の養成など、「医師確保」について様々な取り組みを行っており、県も関わっていることを明確にすべきであると考えます。