

鳥取県地域医療構想（案）に対するパブリックコメントの実施結果について

医療政策課

[募集期間] 平成28年7月25日～8月24日

[募集方法] 郵送、ファクシミリ、電子メール、意見箱（県庁県民課、各総合事務所地域振興局、日野振興センター日野振興局、東部・八頭庁舎、県立図書館に設置）、市町村窓口、病院窓口

[応募件数] 20件（人）

〔内訳〕

Ⅰ 地域医療構想（案）の内容に関する意見： 2件

Ⅱ 地域医療構想策定後の取組に関する意見： 13件

Ⅲ その他の意見： 5件

[意見及び回答（対応方針）] ※長文の箇所には、ポイントとなる部分にアンダーラインを引いています。

意見		回答（対応方針）	備考	
I 地域 医療 構想 （案） の 内容 に 関 す る 意 見	1	<p>鳥取県の将来の必要病床数の策定にあたっては、鳥取県の実情に応じた内容となるようにしてください。</p> <p>仮に病床数が減ると、在宅で療養する患者数は増加しますが、それを受け入れることが可能なか否かを、<u>実態の調査や県民、自治体、関連団体などの意見を十分に聞き取って、必要病床数の策定に当たってください。</u>現在、入院期間（平均在院日数）は短くなる傾向にあります。それがもたらす影響も十分に調査してください。平均在院日数や医療介護の供給体制が現状としての病床数の将来推計を期待します。</p> <p>また、地域医療構想の任務ではありませんが、大規模災害に対する備えも必要です。県その他の担当部署と連携して、<u>災害時の必要病床や機能についての検討もお願いします。</u></p> <p><u>医師、看護師不足への対応にももっと力を入れてください。</u>鳥取県看護職員状況調査（H24年7月）のような調査を随時行い、状況の把握に努めてください。とりわけ、看護職員のはたらきやすい職場づくりは重要と思われます。鳥取県医療勤務環境改善支援センターなど、政策のより一層の充実に期待します。</p>	<p>地域医療構想に掲載する将来の病床数は、医療法等により定められた計算方法により算出することを求められており、<u>県独自の調査・算出に基づく数値を地域医療構想の必要病床数（目標値）とすることができませんが、国が求める算出方法による推計値も、参考値として扱うことと</u>していません。</p> <p>また、<u>大規模災害に対する備えについて</u>ですが、地域医療構想を包含する鳥取県保健医療計画上の<u>災害医療対策として既に取り組んでおり、さらに、平成30年度の計画の改正に向けて、所要の検討を進めていきます。</u></p> <p>このほか、<u>医師・看護師不足への対応も、保健医療計画に基づき医療従事者の確保と資質向上に努めており、ご意見を踏まえ、平成30年度の計画の改正でも検討していきます。</u></p> <p style="text-align: right;">【担当課：医療政策課】</p>	構想案の修正不要
	2	<p>必要病床数等推計ツールの結果について</p> <p>①各病院の実データを県民が自由に見ることができるよう公表して下さい。</p> <p>②高度急性期、急性期など医療機能の申請が平成27年度分までは病院の自己診断によるもので、本当の医療機能を反映しているとは言い難い。そのため、レセプトデータに病棟番号が入り、<u>客観的データから病棟</u></p>	<p>①地域医療構想の将来の病床数は構想区域毎に推計しますので、病院毎のデータはありませんが、病床機能報告では病院毎のデータを公表しています。</p> <p>②診療報酬上の点数に基づく地域医療構想上の<u>医療機能の区分・定義</u>と自己申告による病床機能報告の医療機能の区分・定義は異なっており、<u>国においても整理中</u>です。</p>	構想案の修正不要

	<p><u>別の医療機能が判断できる平成28年度の病院提出データを使って地域医療構想の判断をして欲しい。</u></p> <p>③<u>推計ツールでは受療率を2013年度の数値に固定しているため、鳥取県が今後受療率をどのようにしていくのかのビジョンを示す必要がある。</u>2013年度と同じ受療率で行くのか、それとも健診率を上げて受療率を下げる政策をとるのかによって必要とされる病床数は異なる。</p> <p>④<u>地域医療構想で設定されている医療区分別在院日数では、特に7対1入院基本料を算定する医療機関は重症度基準を満たすことができないことが多いため、現実的にはより短くなっている。</u>在院日数の予測を構想会議でしっかり行わないと、病床稼働率が非常に低くて病院経営が成り立つ前提の数字を使っても、実態とずれるため、<u>病床が余剰になってしまうことを避けるために精緻な稼働率予測が必要。</u></p> <p>⑤<u>医療の病床を残そうとするがために、介護の既存施設の経営を圧迫となることを避けなくてはならない。</u>特に医療療養病床、介護療養病床は平成28年度の療養病床在り方検討会で方向性が出される新型療養病床へ移行する可能性が高いが、介護施設の利用者をすべて吸収してしまわないよう、医療と介護の患者像を明確にして役割分担する必要がある。</p>	<p>③受療率の動向は変化していくものであることから、随時国からデータを提供するよう、全国会議などでも国と地方とで協議しており、その動向を注視していきます。</p> <p>④地域医療構想における将来の病床数の推計では、病床稼働率は国が示すものを使用することとなっています。</p> <p>⑤療養病床の今後のあり方については、現在国で検討中であり、県では、その動向を注視していきます。</p> <p style="text-align: center;">【担当課：①～⑤のいずれも医療政策課】</p>	
II 地域 医療 構想 策定 後の 取組 する 意見	<p>3 鳥取県では、東部・中部・西部に休日急患診療所が医師会により運用されています。在宅医療において、<u>かかりつけ医のない方に対して休日急患療所から医師及び看護師を派遣する方法はどうでしょうか。</u>また、医師の中でも休日等で健診ができない場合も利用できるため、メリットがあると思います。</p> <p>さらに、休日診療所を核とした往診を中心とした在宅医療の連携体制づくりも可能になると思います。</p>	<p><u>休日急患診療所は、各地区医師会の会員である医師が当番制で夜間、休日に当該診療所に来院される方の診療をしているものであり、これらの診療所から医療スタッフを派遣することは困難と思われ</u>ます。</p> <p>なお、現在、本県の各地区医師会が地域における在宅医療の連携拠点としての事業に取り組んでおり、<u>各地区医師会を拠点とした往診や訪問診療などを行っていただく医師の派遣、その調整を進める体制の整備を進める方向で考えています。</u></p> <p>(第4章の2の(2)の②の「在宅医療連携拠点事業」を参照。)</p> <p style="text-align: center;">【担当課：医療政策課】</p>	
	<p>4 鳥取県の医療を考えた時に、多くの問題点があり、また多くの改善すべき点がある事が指摘できます。箇条書きに気のついた点を上げてみます。</p>		

①救急医療体制の不備

鳥取県には救急医療を専門とする医師（救急専門医）が3名しかいない（大学2名、県立中央病院1名）。大学で救急専門医が養成できれば良いのであるが、入局者がほとんどおらず、専門医を輩出できる状態にない。大学ではそれでも、診療各科から応援医師を救急科へ出しているの、救急科が維持出来ている。ところが、東部、中部では救急専門医が1名のみ（鳥取県立中央病院在籍）で、鳥取県立中央病院が3次救急を担っている。鳥取県立中央病院救急科は3次救急の初期治療とトリアージを主に行い、多発重度外傷、重傷熱傷、中毒等の治療を担当している。救急科は、救急専門医1名と研修医1名で対応しており、当然、上記の患者が多く搬送される事態に対応出来ない。そのような場合には、豊岡病院の救急センターに応援を依頼し、患者を搬送しているのが実態である。また、救急専門医不在時（病欠、学会、会議等で不在時）には、研修医1名と応援を依頼された診療科の医師が重症患者の治療に当たっており、十分なバックアップ体制がとれないのが実情である。大学病院からの応援医師派遣も期待できない（大学自体が手一杯であるため）。県東部～中部の救急医療体制をもう少し強固なものにしなければ、地域住民が安心して暮らせる社会の構築に至らないのではないかと危惧している。

鳥取県立中央病院が県東部～中部の救急医療を担っていくなら、義務年限期間中の自治医科大学出身医師を1年間鳥取県立中央病院救急科へ配属していく事も一案であろう。そうすることで、救急専門医－義務年限期間中の自治医科大学出身の先生－研修医という体制が構築でき、当座の県東部～中部の救急医療は安泰となる。根本的には、鳥取大学医学部附属病院が救命救急医を育成していく必要があり、大学病院にその自覚を持ってもらうことが大切と考える。

②勤務実態に合わせた適正な医師の配置の必要性

鳥取県西部には大学病院があり、十分とは言えないまでもあらゆる診療科がそろい、高度医療にも対応している。翻って、中部～東部の医療はきわめて貧弱と言わざるを得ない。これは、この地域に大学病院に匹敵する大規模病院がないことと、医師派遣能力を持つ大学病院の姿勢によるところが大きい。例

①について

救急医の確保を含む救急医療対策は、鳥取県保健医療計画の主要事業の一つであり、これまでも、県としても鳥取大学と協力しながら、医学部の地域枠や医師確保の奨学金などを通じて救急医を含めた医師確保に努めてきたところです。

平成30年度の計画の改定に向けて、ご意見を踏まえて、鳥取大学を含めた関係機関と救急医の確保を含めた救急医療体制の充実に向けて協議を進めていきます。

【担当課：医療政策課】

②について

地域に必要な医療提供体制の充実・確保には、医師の確保も必要であるとともに、効率的な医療提供のための地域内の医療機関による役割分担、連携を進めていくことも重要です。

県としても、今後も鳥取大学等と協力しながら県内の医師確保・適正配置に努めていきますが、地域の医療機関に対しましても、地域医療構想調整会議などの地域で医療提供体制を協議する場な

例えば、鳥取県立中央病院は、心臓血管外科と循環器内科を併せ持ち、地域の心臓血管センターとしての機能を担い、4名の循環器内科医はP C I 治療やアブレーション治療に忙殺されている。この地域のP C I 治療の70%、アブレーション治療の95%、心ペースメーカー埋め込みの70%が鳥取県立中央病院で施行されている。一方、鳥取赤十字病院、鳥取市立病院は、それぞれ4名の循環器内科医が勤務しているが、十分な力を発揮しているとは言いがたい。また、脳外科医も鳥取県立中央病院、鳥取赤十字病院、鳥取市立病院2名ずつの体制であるが、脳血管内治療が鳥取県立中央病院に集中している。この様に、勤務実態に合わせた勤務医師の配置がなされていないことが、病院勤務医の疲弊につながっていく。県は、病院勤務医の勤務実態をつぶさに把握し、勤務実態に合わせた適切な医師派遣を、医師派遣能力のある鳥取大学医学部附属病院と協議、折衝していくことが大切である。鳥取大学医学部附属病院の都合で医師派遣がなされていることを、医療行政の立場から少しでも改善していく事が切に望まれる。

③薬剤師配置のアンバランス

鳥取県は県全体で薬剤師が不足している。鳥取県は、県出身の薬学学生に奨学金を支給しているが、奨学生が卒業後に鳥取県へ帰っても、勤務する先は調剤薬局である場合が多く、薬剤師の病院勤務は敬遠される。その原因として以下の点が考えられる。

- 1) 病院勤務薬剤師の初任給が低過ぎる点。病院により給与形態は違うであろうが、県立病院の薬剤師の初任給は、調剤薬局より約10万安いと言われている。
- 2) 病院勤務薬剤師の業務量の多さ
病院勤務薬剤師は当直や土日勤務が義務化されており、加えて最近、薬剤師の業務が高度化、複雑化してきている。患者の持参薬管理、服薬指導、チーム医療への参加など病院勤務薬剤師へ要求される業務は増加の一途をたどっている。

この様な理由から、病院勤務薬剤師は慢性的人手不足に陥っている。この悪循環を絶つために、まず、病院勤務薬剤師(特に県立病院)の基本給を引き上げていく事が望まれる。さらに、薬学生に奨学金を付与する場合の条件として、卒業後は一定期間病院勤務を義務づけるなどの方策を考えていただきたい。

どを通じて、質の高い効率的な医療提供体制の構築に向けて、地域のそれぞれの医療機関の役割分担、医療機関同士の連携についてご検討いただきたいと考えております。

(第4章の2の(2)の①の「地域医療構想の実現に向けた体制整備事業」を参照。)

【担当課：医療政策課】

③について

現在、薬学生に特化した奨学金制度は本県にはありませんが、平成27年9月に創設された「鳥取県未来人材育成奨学金支援助成金」制度(所管：商工労働部)により、既存の奨学金を受けられた方が県内で薬剤師として就職された場合に、奨学金の返還を助成(最大216万円)しています。

病院勤務薬剤師の確保のため、県では、鳥取県薬剤師会等と連携して、就職説明会等での県内就業のPRや、薬学生を対象に県内の病院での見学・体験機会を提供するサマーセミナーなどを実施していますが、ご意見にある病院運営上支障を来しかねない病院薬剤師の慢性的な不足については、各病院現場の状況やニーズを情報収集し、改善に資する取組を検討していきます。

なお、県立病院の薬剤師の基本給ですが、県職員の給与は地方公務員法により国や他の地方公共団体等の給与との均衡が必要という制約がありますので、本県独自に基本給を引き上げることは困難ですが、県立病院では薬剤師の育成のための研修プログラムを設けており、採用後、一人ひとりの病院や調剤薬局での勤務経験の有無等を考慮しながら研修を実施し、段階的に知識や技術、各種認定薬剤師等の資格取得に対する支援体制を整えているところです。

【担当課：医療指導課、病院局総務課】

5	<p>①介護サービス費用の圏域別の状況について <u>東・中・西部と地域によってサービスの充実に差が見られる。この差の原因が何なのかははっきり見えてこない。例えば、東部には軽度の高齢者が多く小規模多機能サービスが多いのか？中部は認知症の方が多く、認知症G Hが多いのか？西部は病院が多いから医療系サービスが多いのか？反面、経営側の立場からなのか？中部では特養の入所待機者が100名ぐらいおられるのに6期中の整備計画には0になっている。本来はどの地域でも差がないような介護サービス体制が必要ではないでしょうか。</u></p> <p>②目指すべき医療提供体制及び実現のための施策について 在宅医療・看護の推進の中で介護保険サービスだけでなく、<u>介護予防と地域で支える体制づくりの推進</u>をするということですが、<u>ぜひ市町村にしっかり働きかけて欲しいです。</u> 65歳以上の高齢者だけでなく、これから10年後高齢者になる県民に対しても目を向けて介護予防教室等の体制づくりをお願いいたします。よろしくをお願いします。</p>	<p>①について <u>介護保険は、各市町村等を保険者として、高齢者の方の人数など地域の特性等に応じて必要な介護サービスを提供する仕組みとなっていることから、サービスによっては、ある程度の地域差が生じるのはやむを得ないものと考えられます。</u> 鳥取県介護保険事業支援計画も、各市町村等が策定する介護保険事業計画をもとに取りまとめており、第6期計画における特別養護老人ホーム等の施設の整備数についても、保険者である各市町村等の計画をもとに、施設等の整備数を計画しているところです。 【担当課：長寿社会課】</p> <p>②について <u>高齢者の方の介護予防については、介護保険制度の枠組みを活用しつつ、市町村の取組の支援等を進めていきます。</u> また、<u>健康寿命の延伸のためには、早い段階から日々の生活習慣を改善するほか、食生活の改善や運動習慣の定着等に努めていきたいと考えています。</u> 【担当課：長寿社会課、健康政策課】</p>
6	<p>在宅看取りや在宅介護が今後充実していくために、以下のことに積極的に取り組んでもらいたいです。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○訪問看護ステーションの増加 ○喀痰吸引・経管栄養ができる在宅ヘルパーの養成強化（養成され、技能を持ったヘルパーは介護施設に配置されることが多い。施設の医療者不足のためか？） ○住民への意識啓発（死ぬときは病院・施設を考えている人が圧倒的に多い） →住民啓発用の在宅看取りDVDを作成し、行政、地域包括、介護事業所等へ配布し、地域での啓発に活用してもらおう。 ○在宅医療を支える医師・看護師の養成、転換 ○在宅介護を支える介護従事者の増加 	<p>ご意見にある取組は、いずれも地域医療構想を推進するために重要な施策と考えており、県内の関係機関等と協力しながら進めていきます。 【担当課：医療政策課】</p>
7	<p>医療機関の機能分担、運営体制の推進について<u>経営的な問題からも医療機関の「自主的な取組み」には、限界があると思います。県の強力な調整（財政支援も含む）も必要</u>と思います。 県西部在住の友人の家族が人口呼吸器装着患者のため、県外の施設しか受入れがありませんでした。数年にわたって片道1時間以上の距離の施設での療養でした。 在宅医療・看護の推進、医療従事者の確保</p>	<p>地域医療構想推進のための取組については、<u>県としても、地域医療介護総合確保基金などを財源とする医療機関等への支援などに努めていきます。</u> <u>在宅医療に従事する医師、訪問看護師の確保、資質の向上につきましては、今後の地域に必要な医療提供体制の整備に必須であり、在宅医療・介護の推進に係る住民教育も含めて、医療機関だけでなく、医師会や看護協会などの関係団体とも協力しながら進めていきます。</u></p>

・養成の2項目は、一体のことと思います。

94歳(要介護5)の実母を弟夫婦(勤労者)と訪問診療、訪問介護・看護に助けられながら在宅で介護しています。その経験から「在宅で最期を迎える」ためには、第一に援助していただける医師・訪問看護師の確保が必須条件であり、また、その数だけでなく質の確保も望まれます。「免許さえあれば誰でも」ということでなく、今後多くなってくる癌等のターミナル在宅、難病の在宅療養においては、特に医学・医療の発達に適応できる人材が在宅看護にも必要とされると思います。

また、日々の介護においては、家族のみでは困難です。その場合、公的介護の要となるのがケアマネージャーだと思います。現在、ケアマネージャーには、力量の格差がかなり見受けられるように思います。

看護を受ける側(本人家族)は、ほとんどが介護・医療において素人です。ケアマネージャーの助言や適切なケアプランの提案が在宅介護を支える大きな柱になっていると思います。ひいては、介護保険の適正使用にもつながると思います。全体的にケアマネージャーの質の向上を望みます。

最後に、在宅医療・介護の推進には、住民教育が大切だと思います。住民の意識改革のためにも。

介護支援専門員(ケアマネジャー)については、平成27年度から受験要件を介護福祉士などの法定資格者等に限定するとともに、平成28年度から法定研修制度の見直しを行い、研修時間の増加や演習を中心とした研修内容に改定するなど、介護支援専門員(ケアマネジャー)の質の向上に関する取組が強化されています。また、地域や事業所における介護支援専門員(ケアマネジャー)の人材育成を担う主任介護支援専門員(主任ケアマネジャー)に資格更新の制度を創設するなど、継続的な資質向上についても強化が図られていると

【担当課：長寿社会課、医療政策課】

8 医療の進歩は健康寿命を伸ばしますが、同時に不健康寿命も伸ばします。患者数の増加が予想される中で、病床数が現在より少なくてよいとは考えられません。

本人は最期を自宅でと考える人は多いと思いますが、実際最期を自宅で看るということは大変なことです。核家族化が進展する中では、いくら在宅サービスを充実させても家族の負担は大きく、限界がある。

CCRCの推進は、医療・保健面では大きな負担となる政策です。人口減対策として行政が進める政策であるのか疑問に思います。

必要な医療提供体制を整備・確保していくことが前提ですが、今後増える医療需要は高齢者の増加が主な要因であることから、回復期機能の充実や希望すれば在宅で療養できる環境整備により、結果として病床数が減っていくことも考えられます。

地域医療構想では、訪問診療や訪問看護の充実などにより、患者が希望する医療をできる限り地域で受けられる体制の整備に努めたいと考えています。

CCRCですが、本県では単なる「高齢者移住」を目的とはしておらず、若いうちからのものも含めて移住による地域活性化を期待しています。

県としては、現在の県民の方々を含めて適切な医療・介護が受けられる体制整備を図っていきます。

【担当課：医療政策課】

9 約10年後の体制、計画等は講演・資料等でわずかながら知ることができた。身近な中部では、大きな病院、高度な医療も少なく、ましてや市町村にある医院の医師を頼っているが、高齢化しており、後継者も少ない”

地域医療構想では、できる限り自分が住んでいる地域に必要な医療を受けることができる体制を目指していますが、地域の医療提供にも限界があり、先進的な高度医療や特殊な医療を必要とする疾病、相当重度の傷病などの場合は、他地域や

<p>”ない”といった現在、今後どうなるのかと不安を感じているところである。在宅といっても、働く労働人口が多く、家族で介護できる人もわずかで、例えばデイサービス通院をお願いしても行く時間は遅く、帰る時間は早く、働いている人にとってはどうしているのか不安です。<u>働きながら老人・病人を見るためには、訪問看護の強化は大いに必要だと感じました。中部は東西部に頼らなくても良い高度医療の進んだ施設はないといけないと思いました。</u></p>	<p>他の都道府県との連携が必要なケースもあります。中部での医療提供体制の確保に関するご意見ですが、<u>訪問看護の充実など、中部に住所地のある患者の方々ができる限り同地区内で必要な医療を受けることができる体制整備を目指し、また、医師等の医療スタッフの確保にも努めていきますが、患者の方々の疾患の特殊性や傷病の重症度によっては、県内の他地域、あるいは県外との連携を図ることもやむを得ない状況もあり得ることをご理解いただきたいと思います。</u></p> <p style="text-align: right;">【担当課：医療政策課】</p>
<p>10 県中部でドクターヘリが利用できる場所が少ない。もっと中部地区も医療の充実した設備の整った施設があると良い。せめてドクターヘリを利用できる環境があればと思う。</p> <p>人間ドックを受けられる医療機関も少ない。60歳前後で人間ドックの補助もない。年齢と共に早期発見できれば公私の負担も少ないので実施してほしい。</p>	<p>現在、鳥取大学医学部附属病院を基地病院とする鳥取県単独のドクターヘリの導入を進めており、導入後は、中部は全域がドクターヘリの一般的な運航範囲（半径70kmエリア）に含まれ、救急搬送の体制の充実が見込まれます。</p> <p>中部で人間ドックを受けられる医療機関や人間ドックの補助制度につきましては、お住まいの市町の担当課あるいは勤務先の事業所の担当部署などにご確認、ご相談ください。</p> <p style="text-align: right;">【担当課：医療政策課】</p>
<p>11 在宅で家族が見ていくことは無理だと思う。家族・介護を受ける人、共に破綻につながると思う。</p> <p>健康寿命を伸ばすための予防医療を考える。</p> <p>意識改革が必要。</p>	<p>厳しい現実があることは認識していますが、<u>多くの人々が生活の場での療養を希望されているのも事実であり、訪問診療、訪問看護の充実や、病院等の支援体制の整備を進めることなどで、希望する方が少しでも在宅で療養できるように努めたいと考えています。</u></p> <p>また、<u>健康寿命の延伸のための生活習慣の改善や意識改革も重要であり、医療機関や医療・介護の関係団体などと協力しながら進めていきます。</u></p> <p style="text-align: right;">【担当課：健康政策課、医療政策課】</p>
<p>12 構想が完成した後の公表（住民への周知）は、どのように行うか。次のような問題点ではないか。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 専門用語について理解できるか 2) 費用の個人負担はどうか 3) 地域住民は具体的にどのような行動をするのか <p>したがって、住民の立場、サービスを受けの人について配慮し、作成すればどうか。例えば、構想の最後に解説など記載してはどうか。</p>	<p>地域医療構想の公表は、とりネット（鳥取県のホームページ）で掲載するとともに、製本したものを市町村、医療機関・団体、その他の関係者等へ周知しますので、費用負担は発生しません。また、専門用語の解説は、参考資料として地域医療構想の後段に掲載しています。</p> <p style="text-align: right;">【担当課：医療政策課】</p>
<p>13 機能分担⇒連携体制の推進が重要と思われます。</p> <p>例. 急に倒れた人に救急車を呼び、どこの病院に行くのか見極めが重要でアドバイス（指示）できる人を増やす。</p> <p>家族が意識はあるが動けないと大声で呼んでいる父親を発見。暑かったので、救急車を呼ぶ。ペースメーカーを入れていたので、救</p>	<p>医療機能の分担（分化）、連携は、地域医療構想推進の重要な柱として取組を進めていきます。</p> <p>取組の一つとして、医師同士、医療機関同士で患者情報を共有するネットワークシステムを整備・充実させ、個々の患者の既往歴に応じた円滑な医療連携を図っていきます。</p> <p>（第4章の2の（2）の①の「医療情報ネットワーク整備事業」を参照。）</p>

	<p>急隊員が勧めたのとは別の病院へ向かって、夜だったが点滴をしてもらって入院、様子見だったが、次の日は何も検査はなく、その間に脳梗塞になってしまった。家族は緊急で行ったのだから、早くされなかった治療を残念に思われていた。</p>	<p>【担当課：医療政策課】</p>
<p>14</p>	<p>「第3章 将来の医療需要・病床数の推計」について、「本県の将来の医療提供体制は、必要病床数等推計ツールによる数値に捉われるのではなく、医療機関の自主的な取組により、本県にふさわしいものを構築していくことが重要と考えられます。」とあるように、地域医療構想（案）の推計は、「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」を区分する点数が設定され算出された将来需要であり、現実の入院実態とかけ離れたものとなっているという認識は一致できる。問題は、<u>今後診療報酬の改定により、入院の要件や基準が地域医療構想の方向へと誘導される可能性が極めて高く、医療機関が「自主的な取組」を実質的には強制されることになるという点だ。</u></p> <p>2016年改定でも、地域医療構想と地域包括ケアの推進が改定の主題とされ、例えば医療看護必要度の見直しにより在院日数を短縮するように仕組みられている。<u>そうした場合、どのように本県にふさわしいもの（地域の実情や患者のニーズに応じて、高度急性期から、急性期、回復期、慢性期、在宅医療・介護に至るまで、一連のサービスが切れ目なく、また過不足なく提供される体制を確保する）を構築するつもりなのか、対応の考え方を明確にしてほしい。</u></p> <p>そもそも、データに基づく全国一律の算定式では、地域の実情が十分考慮されているとは言えないし、現時点でも医療・介護体制は充分とは言えない。特に、在宅医療については、医師、看護師をはじめ担い手が不足しており、さらに病床削減などの影響で、今後患者家族や施設、在宅医療の現場で、これまで以上に医療依存度も介護依存度も高い患者が増えることになり、受け皿が確保されなければ、医療・介護難民がさらに増える事態につながることを懸念する。</p>	<p>地域医療構想では、将来の医療需要に応じた適切な医療提供体制の構築を目指しています。</p> <p>ご指摘のように、<u>全国一律の算定式では地域の実情が十分に考慮されていないことから、県としては、国の推計ツールで算出した将来の病床数はあくまで「国が示す参考値」として扱っています。</u></p> <p><u>本県にふさわしい医療提供体制</u>については、これまでも関係者と協議しながら<u>地域医療構想を包含する「鳥取県保健医療計画」</u>にとりまとめたところとす。</p> <p>県としては、<u>関係者とその方向性を共有し、地域医療介護総合確保基金の活用等により、医療機関等が地域に必要な医療を提供できる体制の整備を進めていくことへの支援などに努めていきます。</u></p> <p>【担当課：医療政策課】</p>
<p>15</p>	<p>高齢者が住み慣れた地域での生活を継続するため、公民館等集団的に集まれる所に介護職（作業療法士等）の派遣もあるような制度を作ってほしいと思います。</p>	<p><u>公民館等で実施される住民主体の介護予防活動等にリハビリ専門職等を派遣できる事業が、平成27年度から市町村事業として介護保険制度に位置付けられています。</u></p> <p>県としては、研修会や連絡会等の開催を通して、市町村の取組が円滑に実施されるよう支援していきます。</p>

			【担当課：長寿社会課】	
III その 他の 意見	16	現在、高齢者施設で仕事をしています。人手不足は毎日感じています。自身もいずれ入らなければいけないと思う中、ベッド数の減少、スタッフの不足など心配です。人として尊重され、人生が終わる場所を増やすどころか、削減されていく現状に……。今日、そうならないよう頑張っておられる話を聞き、また明日から頑張ろうと思います。	<p>地域医療構想に掲載している将来の病床数の推計値はあくまで参考値です。</p> <p>地域医療構想では、「必要な医療を適切な場所で提供できる体制の整備」と「希望すれば在宅で療養できる地域づくり」を目指しており、県としては、病床転換を含めた回復期機能の強化、在宅医療等の提供体制の充実などに向け、医療機関が進める取組を支援していきます。</p> <p>【担当課：医療政策課】</p>	高齢者施設の現状に関する感想
	17	県内の医療機関で、モラハラ・パワハラを行っている現状があると聞きました。職場環境について挙げておられますが、まずはそこから変えないといい環境づくり・働き続けられる職場づくりは難しいと思います。問題として取り上げてください。	<p>特定の医療機関の職場環境改善についてのご意見であり、関係機関にこのご意見を伝えておきました。</p> <p>【担当課：医療政策課】</p>	医療機関の勤務環境に関する意見
	18	(がんの)死亡率が高いのは、県の取組の甘さにある。本気度が感じられない。この点、県民として不満・不安を強く感じている。その理由は何か？タバコは原因の大きな要素であるのは明らかなのに、県は対策に熱心でない！	<p>本県でがんにより亡くなる方は、毎年約2千人で、全死亡者の3分の1を占め、その75才未満年齢調整死亡率は、全国に比べ高い(悪い)状況で推移しており、県としても非常に重要な課題であると認識しています。</p> <p><u>このがん死亡率が高い状況を少しでも改善するために、「がん対策推進条例」、「がん対策推進計画」などを策定し、市町村や医療関係者等とも連携しながら次のような取組を行っています。</u></p> <p>1) <u>がん予防対策としての禁煙、食生活の改善、運動習慣の定着に関する取組</u></p> <p>2) <u>早期発見のためのがん検診受診率を高める取組</u></p> <p>3) <u>質の高いがん医療が受けられる体制づくり</u></p> <p>4) <u>がん患者の支援</u></p> <p>ご指摘のタバコの関係では、こうした取組に加え喫煙・受動喫煙がもたらす健康被害など喫煙に関する知識の普及を行うとともに、公共施設においては全面禁煙を原則とした上で、禁煙対策が難しい場合においても適切な受動喫煙防止対策を行うように施設管理者へ求めているところです。</p> <p><u>このような取組により喫煙者の割合は減少(男性：H19 37.5%→H25 33.2%、女性：H19 8.2%→H25 6.9%)し、敷地内禁煙とする施設は増加(H23 273施設→H27 530施設)しているところです。</u></p> <p>がんは、喫煙、食生活や運動など長年の生活習慣に起因する部分が多いと言われていますが、<u>今後とも市町村や医療機関等と連携しながら、禁煙対策はもとより、がんによる死亡率が減少するよう、「がん対策推進計画」や「健康づくり文化創造プラン」の見直しも含めて、引き続き取り組んでいきたいと考えています。</u></p> <p>【担当課：健康政策課】</p>	がんの死亡率の改善、禁煙対策に関する意見

19	<p>はっきり言って、かなり難しい問題です。その人、その方の考え方で十分ではないかと思えます。</p>	<p>医療や介護については様々な考え方があるところですが、県としては、必要な医療を適切な場所で提供できる体制の整備に努めていきます。</p> <p>【担当課：医療政策課】</p>	<p>地域医療構想の推進に関する感想</p>
20	<p>介護に対する知識はありませんが、私の耳に入った情報等ではデイサービスに行く回数が減り、居る場所が狭くて運動もできない、<u>自宅で一人暮らしの者も、二世帯住宅に住んでおられ、ピンピンしておられる者も施設に来ておられるが、同じ条件なのか？</u>と思うことがあります。また、別の方は、都会に若者が集まり、高齢者を地方に送り出すように国の政策がなされているとも聞きます。一人暮らしの方は別として、<u>家族内に世話ができる方がおられれば介護費用の公費の負担の部分をもう少し抑えるため、在宅介護をしてくださる家族に対して税制面で考慮するとか、対策を打っていただきたい</u>と思えます。</p>	<p><u>介護サービスの利用は、利用者及び家族の生活に関する意向や課題への対応策として必要な介護サービスや利用回数等を定めて行うもの</u>ですので、同じような条件の方が同じような介護サービスを利用されるとは限らず、逆に違う条件の方が同じサービスを使うこともあり得ます。</p> <p>また、介護保険の制度では、各市町村等が保険者として高齢者の方々に対して必要な介護が受けられるよう様々な取組を行っております。<u>一緒に暮らす家族の状況によって介護費用や税の負担を変えることは困難ですが、市町村によっては、地域の実情等を考慮して、介護用品購入の助成や慰労金の支給など、在宅介護を行う場合の助成等を行っている場合もあります。</u></p> <p>【担当課：長寿社会課】</p>	<p>介護保険制度に関する意見</p>