

愛知県医療審議会医療計画部会（平成19年11月9日開催）会議録

（林課長補佐）

お待たせいたしました。定刻になりましたので、ただ今から「愛知県医療審議会医療計画部会」を開催いたします。

私、医療福祉計画課の林と申しますが、議事が始まるまでの間、進行役を務めます。

どうぞ、よろしくお願いいたします。

はじめに、お手元に配布させていただきました資料の御確認をお願いいたします。

本日の資料は、先に郵送いたしました、

「会議次第」、「委員名簿」、

「議題(1) 病床整備計画について」関連として、

資料1 - 1 総括表

資料1 - 2 病床不足地域における病床整備計画一覧

資料1 - 3 病床整備計画について

「議題(2) 地域保健医療計画について」関連として

資料2 - 1 愛知県地域保健計画見直しの概要

資料2 - 2 愛知県地域保健医療計画（県計画）素案の特徴

資料2 - 3 医療連携体系図

資料2 - 4 主な数値目標

資料2 - 5 愛知県地域保健医療計画（県計画）素案

資料2 - 6 医療法施行規則第1条第7項の適応について

「報告事項(1) 医療実態調査の結果について」関連として

資料3 平成19年度医療実態調査集計結果

「報告事項(2) 社団法人愛知県歯科医師会の要望について」関連として

資料4 社団法人愛知県歯科医師会からの要望

参考資料として

参考1 愛知県医療審議会医療計画部会名簿(平成19年8月1日現在)

参考2 愛知県医療審議会運営要領

参考3 愛知県医療審議会の傍聴に関する要領

以上が、郵送いたしました資料です。

さらに、本日、机の上に配布いたしました「配席図」、また、誠に申し訳ございませんが、「資料2 - 2、3、4」を差替え、例えば、資料2 - 2で申しますと目標値等のところに数値の修正がございました。資料2 - 3につきましても目標値の数値を若干部分的な修正をさせて頂いております。更に、「資料2 - 5 愛知県地域保健医療計画（県計画）素案」に、ページに枝番をつけまして、98 - 1 ~ 6ページ、110ページ、116 - 1ページを追加いたしました。

最後に宮村委員の方から資料の追加がございまして、紙を見て頂けるとわかると思いますが、県の資料は少し茶色がかっています。宮村委員から頂いたのは白の紙で頭に愛知県医療審議会医療計画部会の議会等に関する意見等ということで3枚、本日の追加資料として机の上に置かせて頂いております。

資料の不足がございましたら、お申し出ください。

次に、定足数の確認をいたします。本日は、7名の委員が現在の所ご出席を頂いております。

松本委員が遅れていらっしゃいますが、定足数は満たしておりますので有効に成立していることをご報告申し上げます。

それから、傍聴者が1名いらっしゃいますのでよろしくをお願いします。

なお、本日の議題であります「病床整備計画について」は、事業情報活動に該当する発言も出てくる可能性がありますので非公開とし、それ以外は公開とさせていただきますので、よろしくお願ひいたします。

それでは、健康福祉部健康担当局長の五十里局長からごあいさつを申し上げます。

(五十里局長)

健康福祉部健康担当局長の五十里でございます。

本日はお忙しい中を愛知県医療審議会医療計画部会にご出席いただきましてありがとうございます。開会にあたり、一言ごあいさつを申し上げます。

既に御存知のとおり、昨年の6月に医療法の改正を含む医療制度改革法案が国会において成立し、各都道府県においては、医療計画、健康増進計画の見直し、医療費適正化計画、地域ケア体制整備構想の策定といった作業を進めているところでございます。

本日は、見直しを進めております「地域保健医療計画」の県計画の素案を中心として、御審議いただくこととしております。

今回の見直しのポイントは、医療機能ごとの医療連携体系図の作成と目標数値の設定でございますが、詳細を後ほど事務局から説明いたしますので、広く忌憚のないご意見を頂きますようお願いいたします。

(林課長補佐)

本日の委員のご紹介に移りたいと思います。

ご出席の委員のうち、新しくご就任いただいた方をご紹介させていただきます。

愛知県国民健康保険団体連合会 専務理事 足立吉朗委員でございます。

本来であれば、残りの委員の皆様のご紹介でございますが、時間の都合がございますので、事前にお配りしてあります「委員名簿」及び本日お配りしました「配席図」により紹介に代えさせていただきます。

それでは、これから議事に入りたいと思いますが、以後の進行は、妹尾部会長にお願いしたいと思いますので、よろしくお願ひいたします。

(妹尾部会長)

愛知県医師会の妹尾でございます。

本日は、皆様のご協力をいただきまして、円滑な会議の運営に努めていきたいと思っておりますので、よろしくお願ひいたします。

本日は議題として、病床整備計画、地域保健医療計画について、審議していただきます。

限られた時間ではありますが、皆様の活発なご意見により、有意義な会議となりますよう、ご協力

をお願いいたします。

では、議題に移る前に議事録の署名者を決定したいと思います。署名者は「愛知県医療審議会運営要領」第4に基づき、会長が2名を指名することとなっております。

本日は、足立委員と西山委員にお願いしたいと思いますがいかがでしょうか。

【承 諾】

(妹尾部会長)

それでは、議題「(1)病床整備計画について」に移りたいと思います。

この議題は非公開となっておりますので、議事終了まで傍聴者は御退席をお願いします。

では事務局から説明をお願いします。

(高橋主幹)

それでは、議題1 病床整備計画について、ご説明申し上げます。

資料の方は、資料1 - 1となっておりますので、そちらの方を見て頂きたいと思います。

この表は、各圏域におきます整備可能病床数と今回提出されております病床整備計画を総括的に表にしたものです。表の左から3つ目の(A)欄が基準病床数で、平成18年3月31日に公示した数字です。

その隣の(B)欄は平成19年3月31日現在に実際に許可を受けている病床数に、法に定められた補正を行った後の既存病床数です。

その隣の(C)欄これが計画承認済病床数となっております。前回の本医療計画部会において承認されました増床計画でして、つまり(B)欄、(C)欄を足しまして既存病床数というかたちになります。

したがって、今回は差し引き数(D)欄のところがございますが、ここに三角の無いところが病床整備可能という数字となっております。

本日提出しております整備計画は、西三河北部医療圏また西三河南部医療圏から出てきております。内容に付きましては次の資料1 - 2をご覧くださいと思います。

一般病床及び療養病床に付きまして今回病床整備計画を提出してきた1診療所、1病院でございます。

西三河医療圏ですが、ここにございますように「河合眼科」から計画が提出されていまして、現在の一般病床2床を、今回、一般病床5床を増床し、一般病床7床の診療所として、整備するものです。

増床理由ですが、当診療所は白内障等の治療を中心に行っており、高齢者の増加に伴い、今後も、患者が増えることに対応を図るためとのことです。

なお、増床に当たりましては、現在の診療所の用途変更を行い、病床を確保し、平成19年12月に使用開始の予定と聴いております。

次に、番号2の西尾市に建設を予定しております「あいちり八ピリ病院(仮称)」ですが、この病院の開設予定をしております医療法人が、現在開設しております診療所の療養病床19床と、今回、希望しております22床を合わせ、一般病床41床の病院を新たに開設するものです。

これは、有床診療所が本年1月1日から病床規制の対象となったということでこのようなかたちで

出てきております。

開設理由ですが、現在、有床診療所において回復期リハビリテーションを中心に行って、入院患者の平均稼働率が90%に達しており、今後の高齢化に伴い、さらに、リハビリテーションを必要とする患者さんが増大すると考えられ、診療所の病床を移動し、病院として開設するものです。

なお、開設にあたっては、敷地は既に確保しており、その上に新たな建物を建築する計画で、平成20年7月に着工、平成21年4月に使用開始の予定となっております。

また、資料1-1にもどって頂きますが、一般病床及び療養病床の整備計画は以上2件27病床ということになります。

その下の欄に精神病床、結核病床、感染病床とございますが、精神病床は今回41床の空きができて、2病院から増床計画が出てきております。

資料1-2をご覧ください。

下の欄でございますが、精神病床全県域ということになります。二次医療圏ではなく全県域の規制というかたちになります。

番号3の名古屋市にあります「医療法人生生会 松陰病院」ですが、精神病床669床を、今回、精神病床4床を増床し、結果、精神病床673床の病院として、整備するものです。

増床理由ですが、当病院は平成11年8月に精神科急性期治療病棟の施設基準を取得後、平成19年2月には応急入院指定も受け、精神科の急性期治療を中心に行っておりますが、急性期治療を必要とする患者は年々増加しており、さらに、精神科救急に対応するためとのことです。

なお、増床にあたっては、病院の建物を現在増築しており、その計画を一部変更し、病床を確保する予定としており、平成20年2月に使用開始の予定となっております。

次に番号4の東浦町にあります「医療法人寿康会 大府病院」です。

現在、療養病床37床、精神病床120床の合計157床を、今回、療養病床37床を減床し、精神病床37床を増床し、結果、精神病床157床の病院として、整備するものです。

増床理由ですが、療養病床を精神病床に転換し、精神科病院として特化を図り、問題行動のある認知症患者等にもさらに対応し、地域医療に貢献したいとのことです。

なお、増床にあたっては、現在の療養病床を精神病床として使用することとしており、平成20年2月に使用開始の予定となっております。

次の、資料1-3は、参考までに病床整備を行うための事務の流れを示しております。

以上、説明いたしました、今回提出されております整備計画は、すべて、8月から9月に開催されました各圏域の推進会議に諮り、異議なしとの意見を頂いた計画です。

よろしくご審議をお願いいたします。

(妹尾部会長)

ただいまの事務局の説明について、ご質問がございましたら、ご発言願います。

ございませんか？

(妹尾部会長)

それでは、病床整備計画については、提出されたすべての計画を適当と認めることとしてよろしいでしょうか。

【異議なしの声】

(妹尾部会長)

ありがとうございました。

(妹尾部会長)

傍聴者の方に入室してもらってください。では、次の議題に移りたいと思います。

【傍聴者入室】

(妹尾部会長)

議題「(2) 地域保健医療計画について」、また、内容が関連しておりますので、引き続き報告事項「(1) 医療実態調査の結果について」、「(2) 社団法人愛知県歯科医師会の要望」の説明を一括として事務局からお願いします。

(吉田総括専門員)

医療福祉計画課の吉田と申します。大変申し訳ございませんが、座って失礼させていただきます。

最初に資料2-1の「医療法の改正に基づく地域保健医療計画の見直し」をご覧ください。

昨年、医療法の一部が改正され、医療計画の見直し等を通じて切れ目のない医療の提供を推進することとされました。計画の見直しについては、がんなど4疾病、救急医療など5事業の医療連携体制を明示することとされました。また、進捗情報を評価できるよう数値目標を設定することとされました。

また、医療連携の明示については、住民の目から見てわかりやすく示すため、医療連携体系図を作成することとされました。

2番の「愛知県地域保健医療計画の見直し内容」をご覧ください。

愛知県におきましても計画策定指針を作成し、見直しを行いますとともに内容については厚生労働大臣が定める基本指針に基づき、4疾病5事業の内容を見直すとともに新規項目として「薬局の機能推進対策」等2項目を記載することとなりました。

計画の構成としては、現行計画と同様、県全体の計画である県計画と医療圏ごとの医療圏計画の2部編成と致します。

内容でございますが、現行計画は、「基本計画」と「本文」計画から構成されますが、今回新たに「基本計画」の直後に「目標値」の項目を新たに設けました。

また、県計画の体系図におきましては、中核的病院の具体的医療機関名を記載しました。

「3今後のスケジュール」をご覧ください。県計画については本日の会議で素案をご検討頂き県計画試案を、別途医療圏で作成されました医療圏計画試案とともに医療審議会に諮る予定となっております。審議会後作成した原案をファブリックコメントや市町村・関係団体に対する法定の照会にかけます。

こうした意見なども加えまして、修正原案を作成し、再度計画部会、医療福祉推進議会などでご検討頂いたうえで、公示とする予定でございます。

続きまして、資料 2 - 2 をご覧ください。資料 2 - 2 では、4 疾病 5 事業及び新規項目の見直しあるいは変更の要点についてお示ししておりますが、4 疾病及び 5 事業のうちの母子保健医療対策対策に付きましては、次の資料 2 - 3 で体系図とともにご紹介申し上げます。

始めに、大変申し訳ございませんが、資料 2 - 3 - 1 がんの医療連携体系図をご覧ください。がん対策に付きましては、今年度作成予定であります「愛知県がん対策推進計画」との整合性をはかり、がん対策全体を見直しました。

また、がん医療連携体制について体系図により治療段階別に分かりやすく明示致しました。

資料右の体系図をご覧ください。がんの体系図であります。他の体系図とも共通でございますが原則として、県民が体系図の上部から下部に向けて順に、関係機関を利用する様なイメージになっております。発病から在宅に向けての一般的な情勢が理解できる様に作成しております。また、体系図の左側に治療段階別のステージが示してあります。順次ご説明申し上げます。

まず、早期発見・診断のステージであります。診療所や検診機関等の検診によりがんの早期発見診断を行います。何らかの異常が認められれば、専門的医療を行う病院等に紹介致します。

次に専門的医療のステージでございます。県がん診療連携拠点病院であります、愛知県がんセンター中央病院や独立行政法人国立病院機構名古屋医療センターを始め 10 か所の地域がん診療連携拠点病院を中心に専門的ながん医療を提供致します。がん診療連携拠点病院は、連携機能を有する病院と連携して専門的ながん医療を提供致します。

次に在宅ケア・緩和ケアのステージであります。退院後は、在宅または通院での治療及び観察を行います。主治医の指導の元で、服薬指導、訪問看護を行うとともに必要に応じて緩和ケアを行う施設への入所や訪問診療・訪問看護を通じた緩和ケアを実施致します。また、必要に応じて歯科診療所による口腔ケア等を実施致します。

なお、医療計画の体系図におきましては地域の実情に応じて可能な限り「連携機能を有する病院等」及び「緩和ケアを行う医療機関」の具体的医療機関名が記載されております。

資料左下段の目標値をご覧ください。資料 2 - 2 でもご説明致しますが、今回の医療計画でお示しする目標のうち、医療計画上特に重要と思われる物をご紹介します。

始めに、がん地域連携クリティカルパスの整備は、医療連携を整備する有力な手段である連携パスについての指標であります。現状におきましては、5 大がんの連携地域クリティカルパスを整備しているがん診療拠点病医はありませんが、今後 14 か所まで増やすことを目標と致します。続きましては、地域がん診療連携拠点病院数につきましては 10 病院を 13 病院に増加させることを目標とします。最後に、平均在院日数につきましては、医療の進歩、医療連携の推進の結果をみる指標になると考えております。現行の愛知県の平均在院日数は 36.8 日でございますが全国平均の 37.2 日よりやや短くなっております。目標値については、大変申し訳ございませんが、現在検討中でございます。

次のページをご覧ください。

続きまして脳卒中に関してでございます。脳卒中につきましては、回復期リハビリテーション病棟など診断から急性期治療、リハビリテーションに至る治療体制の充実を図ることについて記載しております。今回の見直しにつきましては、特に脳卒中の医療連携体制について、体系図により急性期、回復期、維持期、在宅医療まで治療段階別に分かりやすく明示しました。

資料右の脳卒中の体系図をご覧ください。急性期のステージにおきましては、専門的な治療を開始致します。専門的治療としましては、脳血栓溶解や開頭手術などの外科的治療、血圧管理など症状に

応じた治療を行います。専門的治療を担当するのが、連携機能を有する病院や急性期治療病院になります。連携機能を有する病院とは平成16年度の医療実態調査におきまして、一定以上の医療機能を有する病院のことでございまして、これが各医療圏でのセンター的、中核的病院となっております。

次に回復期のステージです。身体的機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションを実施致します。

維持期のステージです。生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施し、在宅等への復帰及び日常生活の継続が出来るよう支援します。

在宅医療のステージです。在宅等の生活の場で療養できるよう、介護サービス等と連携し医療を実施致します。

なお、医療圏計画の体系図におきましては、急性期治療病院、回復期リハビリテーション機能を有する医療機関、在宅療養支援診療所の具体的医療機関名を記載しております。

資料左下段の目標値をご覧ください。回復期リハビリテーション病棟の整備でございますが、急性期病院と比べまして回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関が少数なこともございまして、医療圏によりましては1か所以下の配置にとどまっている所もございます。このため39病院ございます回復期リハビリテーション病棟を有する病院を42病院に増加させる目標を立てました。平均在院日数については、現状愛知県では93.1日であり全国平均の106.1日より短い状況であります。がんと同じで大変申し訳ございませんが目標値の設定につきましては現在検討中でございます。

次のページをご覧ください。急性心筋梗塞に関してでございます。急性心筋梗塞につきましては、急性心筋梗塞に関する医療連携体制について、「急性期」、「回復期」、「在宅医療」の各治療段階別を分かりやすくイメージ致しました。

資料右の体系図をご覧ください。急性期のステージでは、専門的治療を開始いたします。専門的治療としましては経皮的冠動脈形成術や冠動脈バイパス形成術などがございます。専門的治療を担当するのは、連携機能を有する病院や急性期治療病院になります。脳卒中と同様でございますが、連携機能を有する病院とは平成16年度の医療実態調査におきまして一定以上の機能を有する病院でございまして、各医療圏でのセンター的病院になります。

回復期のステージでは、身体的機能を回復させる心臓リハビリテーションを実施するとともに、在宅等への復帰の支援を行います。

最後になりますが、在宅医療へのステージでございます。在宅医療の支援を致します。

なお、医療圏計画の体系図におきましては、急性期治療病院、心大血管リハビリテーション実施病院の具体的医療機関名が記載されております。

次のページをご覧ください。糖尿病についてでございます。糖尿病対策につきましては、健康日本21あいち計画との整合性に配慮しつつ、平成20年度から開始されます医療保険者による特定健康診査及び特定保健指導の実施に向け糖尿病対策を見直しいたしました。また、医療連携体制につきましては、県民が理解しやすい体系図により明示しております。

糖尿病につきましては前の3疾病とは異なりまして慢性の疾患であり経過も非常に長期にわたります。また、生活習慣を改善することで、発病や重症化を防ぐことが可能な疾患でもあります。糖尿病は正常、境界領域、発病と段階的に進行しておりますが、体系図をご覧になって頂きたいのですが、体系図の左上部にはそれぞれの段階の目安となりますように空腹時血糖、ヘモグロビンA1Cの検査数値を記載しております。まず、特定健康診断・労働安全衛生法に基づく健康診断で糖尿病や糖尿病

予備軍の早期発見に努めることが非常に重要になります。糖尿病と診断されましたら初期安定期治療になりますが、地域の病院、診療所やかかりつけ医の診療所の定期的な治療により合併症や重症化を予防することが重要になります。合併症や重症を併発した場合は、体系図下段の糖尿病専門医療機関で治療を受けることになります。なお、医療圏計画の体系図におきましては、糖尿病教育入院の具体的な医療機関名が記載されています。

次のページをご覧ください。周産期医療に関する医療連携体系図でございます。周産期医療に関しても出産のリスクに応じた医療機関を明示するとともに今回救急医療との連携体制についても新たに明示しました。

資料右の体系図をご覧ください。妊婦さんは通常、妊娠・分娩・出産を安心安全に行うために主治医や担当助産婦を持つことが強く望まれます。正常分娩の場合、地域の診療所や病院又は助産所で分娩されます。妊婦に、ハイリスク分娩等緊急事態が生じた場合には、主治医を通じて地域の拠点病院である地域周産期母子医療センターに連絡・搬送致します。さらに母胎事態が大量出血などの危険な状態が生じた場合には、母胎胎児の集中治療室で対応可能な総合周産期母子医療センターである名古屋第一赤十字病院に連絡・搬送することになります。また、心臓に障害のある新生児手術など、専門的な先端医療が必要な場合には、コロニー中央病院や4医科大学病院に連絡・搬送致します。専門的な療育相談や小児疾患については、あいち小児保健医療総合センターで受けることが可能になります。

妊婦にかかりつけ医がなく、緊急事態が発生した場合ですけれども、消防に連絡することになります。消防は、妊婦の状態に応じた緊急搬送先に迅速に連絡し、対応致します。休日夜間など、診療所が休診の場合、住民が直接医療機関を探す際に24時間電話対応サービスを行っております、救急医療情報センターを通じ、妊婦さんの状態に応じた緊急搬送先が案内されます。

なお、医療圏計画の体系図におきましては、分娩を扱う医療機関の具体的な医療機関名が記載されております。

資料左下段の目標値をご覧ください。総合周産期母子医療センターに関する指標につきましては、ハイリスク妊婦さんの増加によりまして総合周産期母子医療センターの多忙を緩和するため、現状1か所ありますセンターの複数配置を目指すものであります。

大変申し訳ありませんが、資料2-2の方にお戻りください。

資料右側の5事業についてご説明致します。

救急医療対策につきましては、第1次から第3次救急医療体制のそれぞれの医療機能の充実について記載しました。また、目標値につきましては、救命救急センターの整備促進としまして、現在12か所ありますセンターを14か所増やすことを目標といたします。

次に災害保健医療対策につきましては、災害拠点病院の指定方針を見直して圏域ごとに複数の災害拠点病院の指定を行う等災害医療対策の強化について記載致しました。目標値と致しましては、災害拠点病院の整備促進として、現在の30か所から36か所に増やす目標値をたてております。

母子保健医療対策につきましては先ほどご説明致しましたので省かせて頂きます。

次に、小児救急医療対策につきましては、集中的な医療管理が必要な小児患者に対応するため小児ICU整備促進について記載しております。

次に、へき地保健医療対策と致しましては、二つめの にありますようにへき地医療体制について県民が理解しやすいよう具体的な医療機関名を体系図に記載して明示しております。

次に、新規その他についてご説明致します。

始めに公的病院等の役割を踏まえた医療機関相互の連携のあり方につきましては、過去問題になっております、医師不足の中で地域医療の確保をはかるため、公的病院の機能再編と相互の連携について記載致しました。

次に、保健医療従事者の確保対策と致しましては、医師確保の充実を図るため、新たに行う政策、ドクターバンク事業や医学生に対する奨学金制度の創設について記載しております。

次に、薬局の機能強化推進対策につきましては、新設の項目になりますが医療法の改正により薬局が医療提供施設と位置づけられたことから、地域の医療連携体制の中での役割について新たに記載しました。

最後となりますが、健康危機管理対策も新設となりますが、新型インフルエンザや、原因不明の健康危機事例に対応するための体制整備等について新たに記載致しました。

以上で資料2-2と資料2-3の説明を終わらせて頂きます。

大変申し訳ありませんが、資料2-4の方をご覧ください。資料2-4は、医療計画の巻末に記載予定の数値目標の一覧でございます。目標値の設定について若干ご説明申し上げます。指標については、国が提案した指標等を参考に、愛知県が策定する「健康日本21あいち計画追補版」「愛知県がん対策推進計画」等における指標、目標値とも整合性をとりながら選定いたしました。また愛知県では、現行計画においても既に国の指針に先駆けて、医療計画に目標を設定しております。こうした現行計画にある指標、目標値については、特に問題のない限り原則として今回の計画にも採用しております。目標年次については、原則として平成24年度としておりますが、現行計画や他計画との整合により目標年次が異なっているものがあります。個別の指標については後ほどご覧いただければ幸いです。

以上で簡単ではございますが資料2-4の説明を終わらせて頂きます。

続きまして資料3「平成19年度医療実態調査の集計結果」をご覧ください。まず1ページをご覧ください。調査結果の概要でございます。

今回の調査でございますが、県内の全病院及び有床診療所を対象といたしまして、回収率は病院が99.7%、有床の診療所の方が97.1%ございました。

続きまして、5ページの方をご覧ください。調査結果を医療圏ごとに集計したものでございまして、順次、簡単にご説明申し上げます。

一般病床を有する病院は229病院でございまして、トータル41,531床でございました。最多は、名古屋医療圏の104病院、17,311床でございます。次に、西三河南部の27病院の4,482床、最小は尾張中部の2病院、202床でございました。療養病床を有する病院は160病院の13,364床でございました。

「問1 医師数」についてでございます。常勤医師数は6,854人、そのうち女性は1,138人で女性の比率は17%ございました。非常勤医師数は、6,268人、女性は、1,198人で女性の比率は19%でございます。研修医師数は、1,030人で女性の比率は、31%ございました。研修医の女性の比率が高いのが特徴でございます。

6ページの方をご覧ください。

「問4 緩和ケアを有する病院」は11病院で病床数は200床でございました。調査日において、158人が入院していました。緩和ケア病床のない医療圏としましては、尾張中部、尾張西部、尾張北部、知多半島、西三河北部、東三河北部の医療圏でございました。

問の5番でございますが、回復期リハビリテーション病床を有する病院は、39病院で、病床数が

2,071床でございました。調査日において1,728人が入院しておりまして、回復期リハビリテーション病床のない圏域としましては、東三河北部医療圏でございました。入院患者の内訳としましては、脳血管リハビリテーションが66%と最多でございまして、つづいて運動器リハビリテーションが33%でございました。呼吸器リハビリテーション、心大血管リハビリテーションはわずかでございました。

問6番入院リハビリテーションを実施している病院は、計128病院でございまして、調査日に入院していた患者さんは9,123人でした。入院患者の内訳としましては脳血管リハビリテーションが62%最多でございまして、運動リハビリテーションが35%と続いております。

続きまして7ページの方をご覧ください。

問7番産科病床を有する病院は、62病院ございまして、病床数は、1,720床でございました。産科病床の入院患者数は調査日において、1,014人でした。尾張中部と東三河北部医療圏には病床はございませんでした。

問8番です。小児科病床を有する病院は60病院で病床数は、2,189床でした。小児科の入院患者さんは調査日において、1,486人でした。尾張中部、東三河北部には小児科病床はございませんでした。

問9番です。NICUを有する病院は、26病院ございまして、病床数は248床でございました。患者数は調査日において196人で病床利用数は79%でございました。尾張中部と東三河北部には、病床はございませんでした。

問10番です。管理者のNICU病床に対する充足感についての調査でございまして、大いに不足と答えられた医療機関が15%、不足と答えられた医療機関が54%、充足と答えられた医療機関が23%で十分充足と答えられた医療機関が8%でした。NICU病床の不足を感じている管理者が多数を占めました。

問の11番でございまして。「小児重症患者の入院」があった病院は43病院で、計2,141人でした。入院病棟としては、ICU入室があった患者が384人、18%、小児科病棟のみが1,624人、76%でした。小児重症患者数の多さや、治療環境を考えますと小児重症患者専用の集中治療室の整備の必要があります。

8ページをご覧ください。

問の12番でございまして。「時間外医療」に関してです。調査期間におきまして、外来受診者は計109,068人です。科別の内訳は内科が37.3%、外科6.4%、小児科23.1%、整形外科10%、脳神経外科4%、その他18.7%でした。入院患者は11,979人、内科40%、外科9%、小児科14%、整形外科7%、脳神経外科6%、その他25%でした。単純な比較はできませんが、時間外の入院患者総数を受診患者総数で割ると11%であり、多くの患者は入院の必要のない比較的軽症の患者さんと考えられます。

問の13でございまして、「地域連携クリティカルパス」を実施している病院は67病院、準備中は22病院でした。パスの内訳としては、大腿骨63病院、脳卒中5病院、心筋梗塞2病院、悪性新生物2病院、糖尿病2病院でした。大腿骨頸部骨以外のパスの普及は低い状況です。医療連携を促進する手段としてパスは非常に有効であり、今後の普及が望まれます。

9ページの方をご覧ください。

問の14でございまして。「悪性新生物」、「脳卒中」、「急性心筋梗塞」の退院後の状況です。調査期間

におきまして、悪性新生物の退院患者数は2,198人、退院後の状況は居宅から自院に通院される患者さんが75.8%、居宅から他院に通院される方が5.6%、他院に入院された方が5.4%、他施設に入所された方が1%、死亡退院10.5%でした。退院後に自院に通院される患者が多数を占めました。脳卒中の退院患者数は1,120人、退院後の状況は居宅から自院に通院される方が36.1%、居宅から他院に通院される方が15.8%、他院に入院された方が26.1%、他施設へ入所された方が5.5%、死亡退院12.1%でした。悪性新生物と比較して、他院、他施設に通院、入院される患者が多くなっています。急性心筋梗塞は、その中間でございまして、退院患者数は220人、退院後の状況は居宅のまま自院へ通院される方が58.6%、居宅のまま他院へ通院される方が20.5%、他院へ入院される方が6.8%、他施設へ入所される方が4.1%、死亡退院7.3%でした。

以上、雑駁ではございますが、医療実態調査についてご説明致しました。

有床診療所の調査につきましても、同様の調査になっております。なお、問2の標榜科と問3の専門医の調査についてもまた後ほどご覧いただければ幸いです。

以上で説明を終わらせて頂きます。

(高橋主幹)

すいません、報告事項の(2)社団法人愛知県歯科医師会からの要望につきまして、ご説明申し上げます。

資料の方は、資料4をご覧いただきたいと思います。この資料4が、前回の医療計画部会におきまして、宮村委員からご提出のありましたものでございます。

この要望に対して、本計画にどのような形で反映したのか、出来なかったのかについてご説明致します。

まず、今回の要望書につきまして、要点としては、2点ということで考えております。

1点としましては、地域保健医療計画の進捗状況の中に体系図における、歯科領域、口腔ケアの追加とのご提案と理解しております。これにつきましては、先ほどからご説明しております様に脳卒中等におきまして、体系図の中に口腔ケアを記載するという事で、各保健所、地域の方にお話をいたしまして、概ねすべての圏域で書いているのではないかと考えております。ただ、糖尿病については、全て書いているのですが、心筋梗塞については、一部の地域で記載していることになっております。

続きまして、第2点の医療実態調査についてでございますが、これにつきましてご提案の方が2点あるかと思っております。

1点は、脳卒中の地域連携クリティカルパスに口腔ケアの連携が含まれているかの調査をして欲しいというものでございます。先ほど、実態調査においてご説明しました様にクリティカルパスにつきましては、現在診療報酬上、整形外科領域のみということで、その他についてはなかなか出来ていないということが想定されましたので、今回は4疾病、生活習慣病ということで限らせていただいております。概況の把握ということでクリティカルパスについて調査をさせて頂いたので、歯科、口腔ケアという形では行っておりません。また、今後クリティカルパスは、もっと詳細な調査が必要なのではないかと考えております。

次に、糖尿病の教育入院における歯周病についての患者教育の実施状況の調査を考えてほしいとの要望でございます。これにつきましては、平成18年度に愛知県歯周病実態調査というものが実施さ

れておりまして、この調査結果に基づきまして、医療圏計画の方で反映をさせて頂いているというところでございます。以上でございます。

すいません、宮村委員の方から資料の方が提出されておりますので、宮村委員の方から少しご説明があればと思います。

(宮村委員)

すみません、今ご説明ありがとうございました。

この意見書というものを、歯科医師会として出したのですけれども、これはやっぱり歯科のですね、地域保健をやっている、現実の仕事をやっている人間の思い入れが強いということです。こういう意見書をそういう人たちが書いて提出したのですが、先ほどの説明をいただきまして、私は承知しましたと申し上げます。しかし、そもそもこのような要望を出しているのはですね、歯科医師会、あるいは歯科医師がですね、いろんな思いを持ってやっているのですけれども、行政が独自にどう思われているかというだけで別段行政が必要が無いというか、別談私はどうでもいいというのが前提としてございます。

私が前提で申し上げたいのが、法として医師法、歯科医師法とかですね、あるいは医療保険で健康保険法で医科と歯科の診療報酬が違うとか、あるいは、大学において医学部歯学部が違うということが、医科歯科二元論としてあるのですけれども、委員の先生方も聴いていただきたいのですが、一人の人間の体ということで、耳と全身が関係ないとか歯と全身が関係ないとかそういうことは全然ないですよ。口と全身が関係ないとは常識的に考えられないし、一番最初に物が入っていくところなので、なんらかの意味があるところなんです。前提としてですよ、それで、歯科がですよ、はっきり言って昭和40年代ですけども、歯科も少なくても虫歯の洪水ですよ。虫歯がいっぱいあって、我々は削り屋ですよ、穴があって少し削る、あるいは抜いて入れ歯を入れる、ある意味では、それが歯科職人としてのひとつは誇りだなんて思いながら歯科は歯科であったんですけども、また、全体の認識もですね、まあようすに入れや削りや医科で言えば外科的な応急処置であるという仕事をずっとやってきたと思います。ところがですね歯科医も増えた生活状況も違って、実はですね虫歯というものは、ほとんど、征服できるというか、だいたい予防できるという事が、現実になりました、でも、もう一方でそうすると、やることのないというのももちろんあるのですけれども、歯が必要ないというのは無い物ですから、歯の具合が悪いというのは、あと歯茎ぐらいですよ、歯茎の部分しかもう無いであろうとなってきたんですよ。で我々も歯肉周辺、歯肉炎、歯周病というものの治療がほとんどになってきた。それしかすることが無くなってきたというのもあるのですけれども、歯の治療に対しては慢性疾患である歯肉炎であるとか、歯周病というのがやっぱり、一番大事だということで今の歯科医の治療というのは、どちらかという堅組織よりも軟組織に対して診療を行っているのが現実です。

それで、そういうことをやりだして、歯茎の所に目を向きだして歯周病というものがですね、結局歯の周りを取り囲んでいる内面ですね。びらん潰瘍状態というものが、そこの中から、全身に血流で回っていくんだから、何らかの影響があるんだろうと自分たちの中であるんです。

しかもその潰瘍面というのは全部の面積で葉書大くらいであると、したがって歯周病の治療というのは、圧倒的にこれをやれば糖尿病が治るなんてことは思わないけども、何らかの意味があると思って今、歯科医師、歯科医師会が取り組んでいるというのが前提でございます。

そこでですね、この意見書の中で、1ページ目のですね、今日お出し頂いた数値目標の中に実は80

20の認識度が100%にするとか、12歳の人たちの虫歯を1本にするとかですね、これは、虫歯知慮という意味で、意味のあることではあるんですけど、私たちがお願いしたいのは、これからの目標としてはですね、歯肉という物にあてた目標をここにに入れて頂きたいと、ここにお示したのは17年にですね、「健康日本21あいち」の中での目標としてはこの左の「歯肉炎を有するもの」のあるいは「喫煙は歯周病にだめですよ」という知識普及のこと、あるいは、「健康づくり得点」、これは愛知学院大学の中川教授がですね、作られて一応行政の方も認知している、こういった物をですね、目標値に入れて、虫歯といった硬組織よりも、歯肉といった軟組織のほうにはっきり書いていただけると、今後自分たちの仕事もやりやすいという事が1点目です。

それから、2番目のこの表はですね、これは、まさに歯医者さんのひがみっぼさがですね、空欄があったからここに医科と歯科を入れなきゃという意味で記入はしたもので、もともと空欄ではなかったもので、誤解です。これ、2番目は、控えさせていただきます。

2ページ目ですね、循環器の所にですね、これは松本先生もいらっしゃるんですけども、いくらなんでもやっぱり、脳卒中の所に、誤嚥性肺炎なんかが口腔ケアによって改善されるということがわかっているんで、こういう文言が入れて頂ければと、それから、こういうものでも、回復期とか急性期の時に口腔ケアみたいなものが、入ってもいいのかなと思うんですけども、在宅になってからイメージ図に書いてありますけども、もう一度検討願って、回復期より急性期からこういったことにかかわれるといいなと思います。

糖尿病の所も同じです。

あとですね、母子保健とか救急なんかとか、あとは、歯科医師会の思いでありまして、自分たちもやってるんだから出来れば文言を入れてくださいということで、特段、事務局に任せますので、最初僕が申し上げた目標値とですね、循環器医療での口腔ケアとか、嚥下のリハビリテーション等、私は意味があると思いますので、ご検討願いたい。糖尿病についても、県医師会にお願いして糖尿病と歯周病との連携を事業をモデル化していきますので、こういった文言も入れていただけると今後やりやすいと言うことでその3点を要望という形であとはご覧になって頂きたいと、2番目のだけは、カットしてください。

(妹尾部会長)

要望書の在宅の部分は、大丈夫ですか？

(宮村委員)

これも、読んで頂いて要望として受け取っていただければと思います。

(妹尾部会長)

薬局の機能の方で何かご意見ありますか？

(亀井委員)

まず、薬局の機能について入れて頂いてありがとうございました。

薬局が医療提携施設になったということで、その部分を記載していただきありがたいと思います。

その中で、今日の資料3のところ、2ページの在宅医療が気になっておりまして、この一番下の

所歯科診療、かかりつけ医、在宅支援、介護サービスとあるんですが、薬局も訪問服薬指導をしておりますし、看護師さんも訪問看護をしていらっしゃると思いますので、この二つを入れていただければと思っております。

薬局の機能評価のところ、106 ページの丁度真ん中あたりに、災害時の医療救護体制を確保するため、愛知県医師会、歯科医師会、日本赤十字社愛知県支部との医療救護等に関する協定を提携しておりますし、薬剤師会も提携しておりますので、入れていただけたらと思います。

最後に薬局の所ですが、やはり基本計画の中に私たちも在宅医療のチーム医療の中でやっていきたいと思っておりますので、基本計画の中に在宅医療を入れて頂きたいこと。それからもう一つ薬局というのは、地域においては、やはり住民の方からのファーストアクセスの場であること、それと同時にセルフエデュケーションの場でもあるかと思っておりますので、薬剤師会としては国保連合会さんと一昨年から健康介護まちかど相談薬局というのをやっております。

こちら看板なんですけど、今、県に386件しかないんですけど、これを進めて行きたいと思っておりますので、これも是非、健康と介護のまちかど相談薬局を入れて頂ければと思っております。よろしくをお願いします。

(妹尾部会長)

宮村先生、一番最後の8020支援情報システムの件はいかがですか。

(宮村委員)

はい、これもですね、実際やっておりますので、できたら我々がやっているのだから、文言として入れといて頂ければと思います。

それから、妹尾会長がおっしゃってくれた在宅にしても現実問題、我々医療保険の部分、3割強現実にはやっておりますので、歯科も在宅診療に関わっているんだということを文言として入れてあればわかるんで、入れて頂ければということです。

(妹尾部会長)

その他、ご意見ございませんか？

西山委員いかがですか？

(西山委員)

このフローチャートは非常に分かりやすく、市民の立場から見るとどういう風になっていくのが、非常によくわかると思うんですね。

かかりつけ医というのが結構重要な、例えば病気が治って退院した後のケアにかかりつけ医というのがかなり重要というのはわかるんですけども、がんの場合ですね、この表を見ても例えば県民というところから始まりまして、検診で、検診医療機関等で受けまして、そこで病気があることがわかりますよね、そうすると拠点病院で病気を治して、そして自宅に帰ってきて、継続的な健康管理だとか通院治療は、またこの拠点病院にかえってやるということなんでしょうか。

かかりつけ医というのが無いのかなってという疑問があります。拠点病院でいいんですか。

あとの治療というのがアフターケアですね、そこら辺がちょっと浮いていないかなってという疑問を

ちょっと思ったものですから。

(吉田総括専門員)

はい、大変貴重なご意見ありがとうございました。

委員のおっしゃるとおりでございまして、できれば、かかりつけの先生が在宅の方でも見て頂くというのが一番いいあるべき姿と思っておりますが、先ほどの実態調査でもわかりますように、がんに付きましては、残念ながらと申しますか、今のところわりと病院にかえてそのまま同じ病院に通院するという方が非常に多くてございまして、あくまでこの体系図、現状を中心にと捉えておりますので、将来につきましては委員のおっしゃるとおりと思っております。

現状においては、かなりの率ですね、今のところ患者さんの意志もあると思っておりますが、同じ病院で通院しているケースが多いと、ただ状況が落ち着けば、かかりつけの先生に戻っていただくというのが望ましいと思っております。

(西山委員)

その通りですね。

そうしないと、拠点病院の機能がすごく膨らんでしまいますね。

(丸山健康対策課長)

健康対策課でございます。

現在国においては、がん対策の基本計画が作成されたわけでございますけれども、緩和ケアの重要性が言われておまして、まず、緩和ケアを担う人材育成を行わなければならないということもございまして。県といたしましても今年度中に県がんセンター中央病院において、国立がんセンター主催の緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修を受講していただきまして、その先生に主に県内の地域がん診療拠点病院の緩和ケアの指導・指揮して頂くということで、またその先生方が地域においてまた、地域医療関係者の研修の講師となっていて、先ほど出ておりました地域の診療所の先生に緩和ケアを担っていただくといったことを今後進めていきたいと考えております。よろしく申し上げます。

(玉利委員)

まず、医療連携体系図のがんのところなんですけども、訪問看護の中でやはり、在宅医療緩和ケアまで入っているのですが、看取りケアは入っていないんですね。看取りって言うのは亡くなった時のケアなんですけども、今後、看取りケアは看護が担うと言われてるんですね。ところが、体系図は緩和ケアまでで、看取りケアの所はどこになってしまうのかなっていうことを感じます。

現状ではないと思うんですが、もう間もなく始まるという風に思います。

それからもう一つ、脳卒中のところ、先ほど宮村先生もおっしゃった脳卒中の方が在宅の場合、やっぱり嚥下ケアというか摂食、嚥下のケアは非常に大事ではないかなと思います。このところが、どこに入っているのかな、介護とは違うと思いますし、歯科診療所の役割とも違うと思うんですが、あるいは、リハビリの所に入っているのか、食べていただくというケアを在宅の場合どこで担っていくのか、この2点をご検討頂きたいと思っております。

(丸山健康対策課長)

看取りにつきましては、当然、緩和ケアだけではなくて、診療報酬上も、在宅患者診療訪問在宅ターミナルケア加算という診療報酬、10,000点でございますけど、在宅療養支援診療所がどんどん推進されれば、がん対策推進計画の方に盛り込んでいきたいと考えております。

それから研修の方でございますけども、県立看護大学で、平成20年度教育課程でがん化学療法の看護ということで30名、がん性疼痛看護ということで30名の定員が認められたということでございまして、がん疼痛看護といったことで人材育成も取り組んでいきたいと思っております。

(妹尾会長)

脳卒中の医療連携体系図の中の歯科診療所の上あたりに「嚥下リハビリ」と入ってますけど。

(玉利委員)

歯科診療所で行う嚥下リハビリと看護が行う摂食、嚥下ケアは違うと思うんです。この中に含まれているというのであれば、別物としていただきたい。

丸山課長から回答いただきましたけど、看取りケアと緩和ケアは違いますし、もちろんがん化学療法のケアも違いますので、ここはきちりと切り分けしていただきたいと思います。

(妹尾部会長)

体系図の一番下に、入れていくということですか。

(玉利委員)

摂食、嚥下ケアというのをに入れて頂くといいなと思います。

(高橋主幹)

すいません。

今、玉利委員からのご質問でございますが、玉利委員のご指摘のとおり、現状ではまだという部分につきましては、この体系図は現状図ということで表しておりますので、そのところはご容赦いただきたいと思います。

今後は、これを踏まえまして、現状は今地域の医療機関を洗い出すという形で進めております。ここには、圏域計画は出ておりませんが、圏域計画の方で地域の医療機関名を出すという形というものがやっと出てきた。今後はこれを踏まえまして、どのようにもっていくかという所へいきたいと思っておりますが、今回はちょっと時間がなくて、現在この様な段階のものでということでご了承いただきたいと思います。

看取りケアにつきましては、もう少し議論を重ねてですね、その上で記載していくということをお願いしたいと思います。

なお、脳卒中の摂食ケアにつきましては、訪問看護ステーションが行うというかたちなんでしょうか。そうしますと、今のところ、ぱくっとした形ですが介護サービスの中にですね、一部入っているという理解でしかないんですが、ここを切り分けてですね、書いていくかどうかは、少しお時間頂きたいと思います。宮村委員又は亀井委員の方から様々なご指定を頂いておりますので、ここも併せて

一度早急に検討させて頂いて、部会長さんにご相談させて頂いて計画変更の場合は、変更させて頂きたいと思いますのでよろしくお願いしたいとおもいます。

(松本委員)

これは、どのような形で公表されるのでしょうか？

この前の審議会でも出たと思うんですけども、このままこの体系図が出ますと患者さんが集中します。結局、そういうことしか無くて、実際どういう役割を地域がん診療拠点病院というのが担うのかといった事が不明確であって、このまま公表されると、患者さんがここに集中します。これから外れた病院は、一応名前としてあがると思いますけども、患者は行きません。そうなってくると、他の所はじゃあなんなんだと、いうことになります。同じ事が救急で起こりますと、今必死で、これ外れたところも一生懸命やっているんですけども、風の糸が切れたみたいにじゃあやらなくてもいいのかと、今、大変な思いをして人を配置し、これは、医師だけじゃなく看護師も全て配置してかなり無理をしてやっているんですけども、やめていいのかと、やめさせて頂ければ、未払い金も少なくなるし、トラブルも圧倒的に減るわけで、みんな腹に据えかねるくらい思っちゃる所が多いんです。これをよほど慎重に出さないで、このまま出されたら、ああもういいんだと、で、お産に関しまして、登録されている患者さんについては診るけれどもそうじゃない患者さんで救急で来られた患者さんが大変多いんです。それも責任もって診なきゃいかんのかと、じゃあこの病院に全部お運びください、となるんですけども、そういう問題が起こってしまいますと、例えば名古屋市内ですと二次輪番を組んでおりますけど、組めなくなってしまいます。

すでに三次救急の病院が、かなり受けているという状況でございますけども、全部そこをお願いしていいかということです。2、3年前にもう二次はやめましょうということになりまして、その旨、お話ししましたら、三次救急病院の両方の病院の部長さんがもう全員で辞表を出すとそれぞれ言われました。それで、院長さんが青くなってみえまして、このままでは、もう医者が全部辞めてしまう。こんな物が出されたらとんでもない、迷惑です。大きい病院ですら言われております。

これをどう解決するか考えずに、このままされることは、病院協会としては絶対反対です。大変な問題が起こります。そういうふうにしてよろしければ、そうしますけど、毎日毎日駆けずり回って二次輪番をお願いしに必死で回っている状態で、撤退しないでいただきたいとお願いしている状況で、こんな風に出されると我々としては非常に迷惑ですし、勝手に皆さん動き出すと、収集が付かなくなるんじゃないかと、思います。救急においても、一次患者が三次救急病院に集中しているということが問題ですので、これもですね、最近、三重県なんかですと救急病院は夜真っ暗にして紹介がない限り受けないと、本当にそうやっている医師が去った三次病院があるとされています。それでうまくいっているという話もこの前、三重県と岐阜県と愛知県の私とで三県病院協会の会長、副会長会議をもちました。

三重は、はっきり言って誰がなんと言われようと医者が居ないんだから本当に崩壊してしまうんだから全部救急病院電気消しましょうとって消してしまっている状態なんです。

ようするに、あきらかに紹介状があるものと、救急車以外は受けないと、それぐらいの覚悟でやっているんです。それでないとみんな辞めてしまう。

先ほども言いましたように、こんなのが出ると集中します。集中しますと集中された特定の病院の科、全部ではないと思いますけれども、お辞めになってしまう。それぐらいひどい状況であるという

事を認識いただいて、実施していただきたい。

でなければ、病院協会としては、これは反対です。断固反対です。できないです。現状の医療崩壊をどの様にとらえておられるのか、協会内の会議でも段々会議ごとに、私、会員の方から鋭い意見が出て参りまして、詰め寄られます。私も、どうしようもない状況にだんだんなりつつあるという事です。

ですから、この救急体制についても現状患者さん側から見てこれをどう取られてどういう行動に出られるかということを実際に認識していかないといけない。がん拠点病院も結局全部ひとかたまりではないでしょうか。実際には、専門医もばらついております。

もっと言えば医療圏の分類で今の4疾病5事業を行うには必ず無理がある。全部医療圏ごとで考えると無理があると、抜本的に考え直さないとただ国から出てきたのをそのままやるということに無理があるのではないのでしょうか。

中小病院と有床診療所の役割が非常に不明確となっています。これは我々すべての病院が、どこをどのように担うか、地域ごとにこういう患者さんはどこが担うのか、救急だったらどこへ行くのが大事で、形を作っていく事が先では決していないと思う。そうしないと本当に崩壊します。診療科でもみなさんご承知かもしれませんが、かなり大病院でも、例えば消化器内科、7人も8人も居たところが1人になっている。もう、いなくなってしまった大病院、400床クラスの病院もあります。看板はあがっていますけれどもありません。それから、現状これから崩壊するところをいくつか知っています。撤退病院がもう2、3出てきてます。そのあとの補充がないと聞いております。このままでいくと、この計画が机上の空論となってしまうのではないかという危惧を持っていますのでお考え頂きたいと思います。

(妹尾部会長)

何かありますか。

(丸山健康対策課長)

地域がん診療連携拠点病院のことだけ、私の担当ですので答えさせていただきます。

地域がん診療連携拠点病院につきましては、私ども、厳正、公正に現地調査を致しまして、国に選定させて頂いておりますので、その点をご理解頂きたいと思っております。

(松本委員)

選定ではなくて、何を担うかはっきりしなくて選定されたら困るということです。選定の事を言っているのではなくて、この病院が何をするのか、しかも、一般の方、患者さんから見て、この病院が何を担うのかということをはっきりする手段がはっきりしない限り、この計画が表に出ると患者さんが集中すると言っているのです。

(丸山健康対策課長)

あくまでこれは、地域がん診療連携拠点病院として国から指定された病院のことでありまして、患者さんは地元の病院とか自らの自己決定で病院を選ぶのは当然の事だと思っております。

(松本委員)

これは公表されるのでしょうか？

(丸山健康対策課長)

これは、医療計画のことでございますので、担当課の方からお答えしたいと思います。

(西山委員)

少しいいでしょうか。

市民が、直接、この拠点病院を選定できるんですか？それとも、市民は、直接には診療所だとか検査機関に行って、そしてそこから紹介状があってそこで初めて拠点病院に行けるというシステムではないのですか？

(松本委員)

いや、自由に行けます。

(高橋主幹)

松本委員の質問にお答えさせていただきます。

現在の所、この医療計画の公表の仕方につきましては、実は、本一冊そのまま公表しようという形でございます。したがって、がん拠点病院に付きましても、前のページにございます説明もふまえてというかたちなんです、たぶん先生の懸念されているのは、表ばかり見てですね、なかなかそこを読んでも住民の方が理解出来ないのではないかとということではないかと思っております。また、今西山委員からご質問のありましたとおり、我々の方は、県民の方が、がんという体系の中で見る中にはですね、一般的には診療所なり、検診機関において、がんの疑いがある、そこからがんという診断を受けるか受けないかというかたちとなっております。実はこの体系図の中も、がん診療連携拠点病院の方に矢印が向いておりますが、本来は連携機能を有する病院、診療所等ということで、がん治療を行うという流れを考えているのですが、病院協会さん等の病院側から見ればですね、名前の出たところが良い所だと患者さんが思っています、そこへ集まるのではないかと懸念があると、それは、公表したからそういうことが起るのではないかとご心配だと思います。ただ、現行計画でも実は、この連携機能を要する病院という病院名は公表しておりまして、それにつきまして、患者が集中したという事例はですね、圧倒的に事例が集中したという事例は、私どもは受けていない段階ですので、確かに、そういう行動が起る可能性は否定はしきれませんが、その辺は出してみないと、と思っております。ただ、ご心配の様子ですね、そういうことが起るとですね、現在は、根底にですね、医師不足と医師の偏在という問題がありますので、公表の仕方に注意しなければならないと考えております。したがって、ホームページに公開する時にはですね、全文出すのは容量的にとっても大きい物ですから、概要版としてお出しすることとなると思っております。

それは、医療圏計画も含めた段階でございます、少し考えさせて頂いて、また、この医療審議会等ですね、お諮りしながら公表というか、概要版という形でございます、ご相談したいと思います。

もう一点、救急につきましては、実は、本日お配りしております、98ページの方を開いて頂きますと98-1からですね、病院、名診療所名が載っております。

これは、愛知県内における、救急告示を受けている医療機関が全て網羅されております。なぜそうかと申しますと、法律の規定によりまして、医療計画に記載のない医療機関は、救急告示を受けられないという逆の規定がございます、救急告示、いわゆる救急をやる所はですね、必ず医療計画に乗せよという逆の縛りを受けて今載せさせて頂いております。

ただ、今のご心配の点はですね、そういうオフィシャルな話ではなくてですね、この実体的に一次二次の救急患者搬送が三次の病院に、この体系図でいいますと第三次救急医療体制の病院に実際の搬送が行われているのではないかということかと思えます。それは、この絵を出したからそうなるのではなくてですね、実際の救急搬送は現場において受けられる医療機関を探して来るという体制を取っておりますので、この絵が原因でなるのではなくてですね、実際、搬送できるところに搬送するといったことだと思えます。したがって、先ほどから申し上げていますように医師の偏在という問題もあると思えますし、また、医師の勤務形態という問題もありますので、それは地域においてですね救急医療体制、医療機関が相互にどういう協力をしあって、どうやっていくか、これを話し合っていかなければですね、たぶん実際やれる所に集まるおというのはですね、救急車の場合もこれは患者さんを運んで治療をうけてもらわなければならないという使命を持っておりますので、当然そういう選択が現場では起っているかと思えます。これを解決していくにはですね、現場で医療機関同士または圏域会議も一つの場合かと思えますが、そのようなところで、実際の救急体制をどうひいていくかという検討していく必要が実体的に検討していく必要があると思えます。なお、それ以外にですね、今回県計画で示しているところ、このままの絵ではなくてですね、この絵にですね、圏域計画の医療機関名が入った物、また診療所名が入ったものをわかりやすくしたものを概要版を作りたいと思っておりますが、なにせ、非常に大きい数字の診療所名が出てきておりますので、実際どの様な物が今後出来ていくのか、また、少し考えさせて頂いて、実際ホームページに載せる段階にはまたもっと見やすい物にならんかなと思っておりますのでよろしくお願いしたいと思います。

(妹尾部会長)

御意見はございませんか。

(松本委員)

やはり公表するときは、実態に合わせて公表して頂きたいと思えます。表にあっても実際受け入れない病院もあると思えます。はっきり申しまして、東三河北部、南部は浜松に流れています。南部には他の病院もあるんですけども、そこも満杯でこれ以上来られたら皆辞めるという厳しい雲行きになってます。現実にもそうです。岡崎市民病院でも大量にドクターがお辞めになった事実があります。

ここにこう書いてあると集中します。現実には辞めたんです。現実をよく見て対応をお願いしたい。書いてあるとああそうですよという話になる。実際には、これ地域ごとにこれだけは必要ですので、大学と合わせてですね、人材を供給してこの地域にはこれくらいの患者さんが発生するからこの病院にはこれくらいの人材を確保して、という話し合いがいるのではないかと思います。

(妹尾部会長)

愛知県医師会と愛知県と大学で話し合わなくてはいけない。

(松本委員)

われわれも協力しますし、要は、地域の医療が崩壊しないように、医師の偏在の解消も病院協会が実際やれるわけではございませんし、医師会でも出来るわけではございませんので、行政も一緒になって、やらないといけない。計画策定だけじゃなくて、実態が困らないように、地域の人が困らないように、地域ごとに話し合う必要があるんじゃないかなと思います。

(妹尾部会長)

地域の病院ごとに集まって話し合う必要がありますね。

(松本委員)

病院だけが集まって、それぞればらばらにやるのではなく行政も医師会も地域も一緒に集まってやらないと、だめですね。

(妹尾部会長)

この病院だけは救おうといった考えはだめですね。

(服部委員)

時間がおしているそうなんです、簡単にお示し頂ければと思います。

一点はですね、春頃の前回の会議でアンケートを行うということがありまして、今日、アンケート結果のご説明がありました。その中で出てきた個別の問題と、それが審議の過程のなかでどこに反映されるかということをお示し頂けたらと思います。

というのは、先ほどの説明で出てきたのですが、例えば東三河の北部ですね、ここでお示しいただいたのは産科、小児科の病床がないとそういった個別の問題をですね、全体の計画作りのどこに反映させているのかといった問題意識をお伺いしたい。

それからもう一つはこれも簡単で結構ですけれども、4疾病のうち2疾病なんですけれども、病床の目標値なんですけれども、いつ頃、あるいはどのような要件が出そろえば数字として出せるのかと言う点です。

といった2点を教えて頂ければと思います。病床の転換とか縮小といった非常に難しい問題に直面されているからからだと思いますけれども、お示しいただければと思います。よろしくお願いします。

(高橋主幹)

すみません。本年、行いました実態調査の問14でどこの病院からどこに出ているか。というような調査をさせて頂きました。今日お出ししてなくて申し訳ないんですけれども圏域計画の方には、それをもって具体的に、どこからどこに行くのかというところをベースにさせていただいております。ご指摘の東三河につきましては、その結果、静岡県の病院に行っているとかにですね、そういった状態が出てきておまして、それを圏域計画の方に書かさせて頂くことに、静岡県の方に記載することについてですね、了解をお願いしている状態であります。ただ、ある一時点の動きですので、とりあえず、現状の流れとして圏域の中で書かさせて頂いてるという所でご了承頂きたいと思います。

介護施設とかですね、介護サービスの所まで実は名前が出てきているところもあるのですが、そこ

のあたりまで全部が全部追いきれない所がありますので、医療機関を中心に今、この体系図の中に圏域計画を含めて落としている、ということでご理解願いたいと思います。

目標値でございますが、実は先ほど説明させていただきました様に愛知県の平均在院日数は全国より低いという状況がございまして、これをいったいどれくらい落せばいいのかということになりますと非常に難しいなという所がございまして、一方では適正化というような計画もありまして、その計画の流れもあるんですが、一度専門家の方にですね相談をして、早い段階でですね、この所の結論を出していきたいなという風に考えております。早ければ、医療審議会までにはなんとか方向だけでも見えないかなとちょっと今考えておりますので、よろしくお願ひしたいと思います。

(妹尾部会長)

厚生労働省が猫の目のように変わるからなかなか追いつかないですね。

では、時間もしておりますので事務局から他にいかがですか。

(吉田総括専門員)

先ほどの松本先生からご指摘がありました病院集中の話ですが、今日はですね。県計画ということで、いわゆる圏域の代表的な病院のみが記載となっております。数が大変少ないということでご心配をおかけしておりますが、次回お示しします医療審議会で、圏域計画として例示の中には、いわゆる急性期の病院、今ここに記載しております病院の3、4倍くらいの病院が具体的に記載してございますので、これは、主な代表的な物が記載してあるということで理解頂ければと思いますのでよろしくお願ひします。

(妹尾部会長)

以上の皆さん方の意見を踏まえてもう一度事務局と相談して修正して審議会に試案として提出してよろしゅうございますか

その他、事務局から何かありますか。

(高橋主幹)

すみません。その他ということでございますが、資料の2 - 6の方ご覧いただきたいと思います。時間もだいぶ経っておりますので簡単にご説明したいと思います。

この資料の2 - 6でございますが、これは実は、有床診療所が、19床以下の有床診療所が18年末までは、病床規制の対象になっておりませんでした。19年1月1日から医療法改正に伴いまして、病床規制の対象になったということでございますが、ここにつきまして国の方が、の二つめでございますが、のものにつきましては、病床規制を外す、許可ではなく、届出でいいよということで、医療方施行規則第1条第7項で示しております。本県におきまして、実はこれをどう運用するかという問題があります。見て頂きますと、条件といたしましては医療計画に記載された、名称が記載された医療機関についてはいいと、いうことになっております。

いずれにせよ医療審議会において、有床診療所が、ここにあるべきということをお認め頂くということが、条件になるということでございます。

これにつきまして実は、本日お示したのは、県計画でございますが、医療圏の中に一部有床診療

所を届出でやらしていただけないかという課題がある圏域がございます。したがって、今日、ご審議いただきまして、考え方としてのご意見を頂きたいと思っております。

今回出てきておりますのは、実は産科の有床診療所につきまして、過剰圏域でも設置したいということでございます。

本県におきましては、先ほど周産期の体系図を見て頂きましたが、今回は、周産期の体系の中に総合、地域周産期医療センター、それ以外に圏域においては、実際、産科が出来る医療機関全て取り上げさせて頂いております。このなかです、どれだけ必要かという部分もあるんですが、かなり産科を名乗っても分娩が出来ないという様な医療機関も増えてきておまして、本県におきましては、総合、地域周産期医療センターとですね、連携が見込める有床診療所には届出の特例の適応をしていきたいという考え方をもっております。

これは、大過剰圏である名古屋市においても例えば、地域周産期母子医療センターとの連携がはかれて先ほどから、松本委員のご心配の様にハイリスクの患者を受ける地域周産期母子医療センターがですね、通常分娩と、棲み分けが出来る条件を視野に入れながら、その連携がある所については、有床診療所も過剰圏域であっても認めていこうではないかという考え方を持っているということでございます。その考え方について少しご意見をいただければと思っておりますのでよろしくお願い致します。

(妹尾部会長)

いかがですか。

(松本委員)

それは、是非認めて頂きたいですね。産科は、だんだん高齢化して、分娩を扱わないところが増えていきます。岡崎でも年間700例くらい取り扱っていたところが閉じられたりとか聞いております。

愛知県下では、私、詳細は知りませんが、7割くらいが病院以外でお産されていると思います。名古屋市内でもたぶん6割くらいですかね。

診療所に担っていただき、ハイリスクは病院中心で、一般のお産は診療所さん中心で扱って頂くのが、効率的だと思いますので、それは是非認めて頂きたいなと、いいことだと思います。

(妹尾部会長)

病院はもうハイリスク分娩だけ扱うかたちですね。

(松本委員)

そうです。そうしていただけると助かります。それは、すみわけですので、私はそれでいいと思います。

(妹尾部会長)

じゃあ、そういうことで、お認めいただいてよろしいですね。

それでは、本日の医療計画部会はこれで終了します。ありがとうございました。

署名人

署名人