

平成28年度第1回 尾張東部圏域地域医療構想調整ワーキンググループ 会議録

- 1 日 時 平成28年7月8日（金） 午後2時から午後3時30分まで
- 2 場 所 瀬戸保健所 3階 講堂
- 3 出席者 別添出席者名簿のとおり
- 4 傍聴人 2人
- 5 議 題 (1) 地域医療構想の素案について
(2) 病院ワーキンググループの結果について

6 会議の内容

(1) あいさつ (愛知県瀬戸保健所大野所長)

(2) 議長の選出について

委員の互選により、黒江委員が議長に選出された。

(3) 会議の公開・非公開について

開催要領第5条第1項に基づき、全て公開とした。

(4) 議題

ア 地域医療構想の素案について

(ア) 事務局説明

愛知県健康福祉部医療福祉計画課久野課長補佐から、資料1、2、3、参考資料に基づき、説明を行った。

- ・ 地域医療構想の素案については、平成28年5月25日（水）に開催された愛知県医療審議会医療体制部会で承認された内容で、必要病床数は、医療機関所在地ベースでの推計とすることとされた。
- ・ 当構想区域の課題については、本日御議論いただき、必要に応じて追加等を行い、地域の医療課題を明確にしていきたい。

(イ) 質疑応答・意見

○尾張東部構想区域の医療課題について

(水野委員（瀬戸旭長久手薬剤師会）)

薬剤師会の立場からは、在宅の患者が病院に行くということで後方病院が必要であるということが大事だと感じる。

(酒井委員)

参考資料4のまとめで、「医療課題について特に新たな医療課題は無かった」、

「尾張東部構想区域における必要病床数については特に意見は無かった」とあるが、主な発言は、地域包括ケア病床、あるいは病棟のこれから果たしていく役割、位置づけ、在宅医療を行うための後方病院の確保、という話が出て、病床機能ごとの必要病床数ということに踏み込んでいく必要があるという内容であった。

現時点の必要病床数の策定に関しては、今後、病床機能報告制度による病床機能別の病床数の精緻化を図ったうえということが前提なので、何も意見が無かったわけではない。大学病院が2施設あるため、一般的な病床機能別の病床の割合からいくと、高度急性期にかなり偏重した状況である。全医療圏において回復期が少ないというのは共通だが、意見はたくさん出ていた。ただ、結論的には今の時点でそこをどうこうするというのは、なかなか難しい。

それぞれの病床機能別の病床の「目標値」のようなものが出てくる段階で調整していくという話だったが、病床削減になるのは非常に困る。さらに、病床機能の転換をどう図っていくか、例えば私たちの病院では700床ある病床の内のどれだけを他の機能に、現在は高度急性期と急性期だが、急性期の病床を例えば地域包括ケア病床にするかといった事が非常に大きな関心事である。

これからの病床の転換が中期的な病院の運営計画に非常に関わってくるため、このようにまとめてしまうと、何も意見が無かったように感じてしまう。かなり議論は出たことだけは追加させてほしい。

(井手委員)

必要病床『数』と書いてあるが、必要病床『数』には問題無かったということと、内容はこれからということになっていくと思う。

この区域の医療課題で言えば、急性期に関しては後方病院の確保というのはあまり困らないという気がする。

地域医療構想は「在宅へ帰る」ことが大前提になっているので、むしろ「本当に（在宅へ）帰れるか」ということのほうが、いったん後方病院に入った時に少し（ADLが）落ちた段階で（在宅へ）戻れるか、地域包括ケアシステムとの連動において、かなり難しいのではないかと思う。

結局、急性期の在院日数を減らして慢性期へ移行していくが、慢性期も減ら

して在宅へ実際に帰れるかというところは非常に難しい。

私どもも一般病院であるので、病床数を減らされたらどうしようか、病床機能をどうしようかと考えてしまうが、それとともに、その部分が一緒に動いていかないと成り立たないと思う。

(水野委員 (日進市地域福祉課))

資料2の尾張東部のところで、「緊急性の高い救急医療について、他の構想区域との適切な連携体制を構築していく・・・」とあるが、「適切な連携」というのは文章からは読み取れなくて、具体的なものを1つでも挙げていただくと分かりやすい。

(医療福祉計画課 久野補佐)

資料2の課題は、あくまでも事務局で例示として挙げている。具体的にどういいう個別の施策があるのかは決定されているわけではない。当医療圏で連携体制がとれていないというわけではなく、今後も適切に連携体制をとっていくということで、あくまでも例示という形で挙げさせていただいている。

(瀬戸保健所 大野所長)

資料2の課題は、「新たに構築」ではなく「体制がとれている」と言っていると思うので、「今後も継続」といった表現にしても良いと思うがどうか。

(酒井委員)

尾張東部医療圏は「緊急性の高い救急医療」、代表的なのは急性心筋梗塞、心臓疾患、脳血管障害、あとは交通外傷もあるかもしれないが、圏域内における急性期疾患の完結率が非常に高いと思う。

救急の応需率も非常に高く、応需するまでの時間も全国でもトップクラスの短い時間である。救急隊が搬送して病院が受け入れる時間も非常に良い。「他の構想区域との適切な連携体制」というのは、例えば構想区域をまたがってドクターヘリで搬送するようなケース、あるいは、緊急性を要する疾患が想定されているが、強いて「構築」という単語がここに必要かと思う。もう構築はされているので、今の状況をさらに発展させていくような内容で良いのではないかと思う。

(瀬戸保健所 大野所長)

どちらかと言えば他の医療圏からの受入をイメージして記載した文言になっていると思うので、「構築していく」という表現は変えていくということで案を

考えたい。

(井手委員)

今後も受け入れていくということ。そういう機能があるから、これだけのベッド数が認められているので、周りからもどんどん受け入れて、愛知県のセンター的な働きをこの区域はやるんだ、ということだと思う。

(瀬戸保健所 大野所長)

上の段に「広域に支える役割」という文言が入っているので、その役割を継続していくということになると思う。

(黒江議長)

文言の問題であるので、適切な言葉を用いて作っていただきたいと思う。

(酒井委員)

名古屋・尾張中部医療圏でも同じことが書いてある。流入・流出が多いところにこの文言が書いてある、ということか。

(医療福祉計画課 久野補佐)

共通の例示として同じ文言を使わせていただいている。名古屋・尾張中部医療圏のワーキングは既に開催しているが、特に意見はなかった。

尾張東部医療圏が修正する、ということであれば、名古屋・尾張中部医療圏も同じような表現に修正していきたいと思う。

(酒井委員)

知多半島も、海部も、決まり文句のようにある。二次医療圏の自己完結ではなく、周辺の圏域と協力して連携していきなさい、という決まり文句ということであれば、これでも良いか。

(黒江議長)

これがついていない地区はどうなのか。

(井手委員)

高度急性期は圏域内で自己完結しなくて良いということですよ。高度急性期に関しては構想区域間で連携しながらやっていきましょう、ということなので。

(亀島委員)

医療課題については、看護協会として異論はない。看護協会のこの地区の支部委員としては、回復期機能の病床確保、その次の段階では在宅支援の充実で、この段階になってくると看護師連携の充実ということが課題となる。看護協会としても連携し合って高齢者対策に臨まなければならないことを了解している。この課題が明確になり次第、地区支部活動も充実していきたいと思う。

(黒江議長)

リビングウィルという考え方が言われ始めているが、この考え方が一般社会に受け入れられるようになると、自分が死ぬ時のとらえ方も変化して、急変した時に病院に運ぶのではなく、静かに見守る態勢をとるのか、といったことも議論になってくると思われる。

○「その他全般」について

(酒井委員)

地域医療構想は、必要病床数に焦点が当たっているが、もう一つの大きな課題である医療従事者をどう確保していくかという点は、素案の中には入っているのか。

(医療福祉計画課 久野補佐)

医療従事者の確保については、素案の54ページから55ページにかけて、本構想を実現するための施策の、今後の主な方策に記載している。

(黒江議長)

人材を確保するということは、どんどん卒業生を出すというわけにはならない。看護師対策にしても、退職した看護師が子育てしているのか、再就職しているのかの把握もなかなかできていないのではないかと思われる。そういった方も今後把握していかないと、訪問看護は成り立たなくなっていくと思われる。人材育成は難しく時間がかかる。今までの人材を誘導するような施策があると良いと思う。埋もれていく人材を再活躍できるような施策を考えていただくと良いと思う。

(鶴見委員)

この地域には愛知医科大学病院、公立陶生病院があり非常に恵まれた環境である。介護事業所に聞いても、尾張旭市については緊急時の受け入れの際に、たらいまわしされ、どこにも行けなくなるということが無く、環境が整っていると聞いている。

(鉄羅委員)

一般住民の視点から、是非とも病床は確保していただくように策定していただきたいと思う。

(石井委員)

素案の医療従事者の確保というところで、在宅医療を推進する歯科医師を養成する、という1行に目が留まったが、尾張東部医療圏では在宅医療を実施する歯科医師の希望者を募って準備をしている。

愛知学院大学歯学部では、在宅歯科医療学寄付講座という在宅歯科医療に関する講座を新しく作り、若い先生に在宅医療をやってもらうように、在宅医療とは何かを教育し、高齢者に対する歯科講座を作って歯科医師を作り出そうとしている最中である。

(黒江議長)

歯科の往診は範囲が広がっており、いろんな処置ができるようになっていく。そういった(医療)資源がたくさんあるので、皆さんも使っていただければと思う。

(瀬戸保健所 大野所長)

酒井委員から、病床機能ごとの必要病床数という部分では現実と比べてアンバランスとなっていることに対し医療課題として出たはずだ、という御指摘があったが、それを資料2に入れるのか。

課題として挙げるというのはどうするか。

(酒井委員)

挙げなくてもよいのではないか。

それから、地域包括ケア病棟は回復期機能の中に含まれると理解しているが、それでよいか。

(医療福祉計画課 久野補佐)

病棟の主に担う機能が回復期であれば、回復期に入る。国は、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして急性期か回復期の機能を選択するように言っている。

(酒井委員)

診療報酬の点数で区分されていたが、どこに入るのか決まっていないのか

(医療福祉計画課 久野補佐)

必要病床数を推計するには、600点未満を回復期としているが、地域包括ケア病棟がどこに入るのか明確な定義が示されていない。病床機能報告制度としては、病棟が主に担っている医療機能によって医療機関が選択することになっている。

(黒江議長)

今後明らかにしていくということか。我々（医師会）も、病院もどんな対応をしたらよいか分からない。

(医療福祉計画課 久野補佐)

今後、精緻化はされてくると思うが、いつ頃になるかははっきりしていない。

(酒井委員)

そもそも地域包括ケア病棟の機能を持つ病床は7対1からの受け皿という形でできてきたと言われている。7対1の急性期病床を減らしたいと。じゃあどこへ行くか、ということで、急性期のような回復期のような、ということで出てきていて、なかなか7対1が減らないから、診療報酬も少しずつ変えながら、こちらに移るような方向で進められている。

点数で分けても診療報酬改定で、例えば今年の診療報酬改定では地域包括ケア病棟で手術だとか麻酔、リハビリ、麻酔は包括外で請求できるようになった。これは大きなことである。点数である程度誘導される方向に向いてくる。おそらく、ポストアキュートかサブアキュート、こういった急性期からの流れの途中かあるいは在宅に戻ってからまた悪くなって病院に戻ってくる、その機能と位置付けられてくるのではないかと思う。

それぞれの点数毎の基準は、後からついてきたものだ。

(黒江議長)

これは一つの基準であって、病院のほうで話し合いをしながら高度急性期や急性期、回復期、慢性期の流れになることを期待しているのだと思うが、それは診療報酬の改定などで少しずつ、そちらに向くような方向性が出されるのではないかと思う。それを踏まえて病床機能報告でもそのように報告されると思っている。

(南委員)

協会けんぽはコールセンターを設置しているが、いろんな御意見をいただく。

今回の病床や課題について、私どもに特に意見があるわけではないが、今後については被保険者や被扶養者が求めるニーズに沿った医療の提供というようなことについて、県にも医療関係者の方にも是非お願いしたい。

中小企業は給与も恵まれていないので、年間の収入も大企業に比べて少ない。にもかかわらず、全国平均で収入の約10%の健康保険料がかかるということで、それを事業者と折半で負担している。そういった中で、医療機関には適切な医療を提供いただけたらと思う。

個人的な意見としては、大きな病院の優秀な先生ほど大変忙しい状況で、もう少し雑務みたいな作業を何とか他の人で対応してもらい、何でもかんでもレセプトの点検に至るまで我々もお願いしている部分があって心苦しいが、そういった雑務については何とか軽減して、医師には医療にのみ集中していただきたい。

協会けんぽの課題としては、未受診者、治療中断、健診の結果が悪いにもかかわらずその後の対応をしない、精密検査すら受けない、それで重症化をもたらすというようなことが課題となっている。それについて何とかしなければいけないということで取り組んでいる。意見というよりは私どもの状況ということである。

二次医療圏単位でいろいろなお話をされるが、国境があるわけではないので、利用者にとっては道路が新しくできたとか、交通機関が良くなったとか、医療機関の中の医療体制、新しい機械を入れた、先進医療でロボット手術ができる先生がいる、などで随分変わってくると思うので、その都度修正していただけたらと思う。

(黒江議長)

患者さんが望む医療、人気のある先生ほど忙しい、雑務の問題、未受診者の問題、いろいろ触れられたが、おっしゃる通りだと思います。そういうことを仰っていただければとてもうれしく思う。

(酒井委員)

多忙な医師の事務的作業を補助するために、診療報酬で「医師事務作業補助体制加算」という加算が、そういう人材を配置した時には患者数どれだけに対して何点、という補助が出るようになっていて、少しずつ改善している。それが医師だけではなくて看護師に対しても「看護補助体制加算」がついて、チーム医療を主眼に、少しずつ分業して、それぞれの権限の範囲で働けるようなそういう仕組みが導入されている。

二次医療圏にこだわるということは、全くその通りで、特に尾張東部医療圏は南北に非常に細長い。患者の動きから行くと決して二次医療圏の中では動いていない。そういう問題があるが、二次医療圏を変えることは難しいようである。行政の区分を変更するというのは非常に難しいようである。

(黒江議長)

瀬戸旭医師会では地域包括ケアの在宅医療介護連携推進事業で忙しく動いているが、いろんな職種の方に御発言いただき、とても活発に議論が進められている。各領域でどういうものが足りないのか、資源が足りないのか、そういった抽出はだいたい終わっているが、その基となるところで何が一番動かないかという、在宅医だと思っている。在宅医をいかに増やすか、どうやって在宅医になってもらうかを念頭に動いている。瀬戸旭医師会では11地区に分けてあるが、そこに必ず在宅療養支援診療所という加算を取っている医師が何人かいて、そのトップになるであろう者を集めて、会合を持とうとしている。そういった事を通して、どうやって在宅医を集めるかを話し合っている。

課題の抽出が終わり、対策を一つずつ練っており、今年度中にはその対策をやろうと思っている。

皆様方にお知恵をいただいたりデータをいただいたり、行政にはいろんなデータをいただきたい。患者さんが入院した後、どこへ帰ってくるか、診療所への逆紹介なのか、違う病院へ行ったのか、そういったことをつぶさに知ることによって、在宅医を何人増やせばよいのかということもある。

先を見据えたデータをいただきたいと思うので、行政には是非データ提供について御協力をいただきたい。

(5) 閉会 (黒江議長)