

平成28年度 第1回徳島県東部地域医療構想調整会議 議事録

平成28年5月27日（金）午後7時から
徳島保健所 2階 大会議室

1. 議事

資料に従い事務局から説明（省略）

2. 質疑等概要

（1）議事(1)について

〈A委員〉

病床機能報告のデータを県がどの様に扱っているのかを教えてください。

〈事務局〉

推計値については規則によって定められているので、県としてはそれに従わざるを得ないと考えている。また、病床機能報告については、今後精緻化を図っていくが、精緻化と言われていることから、現状においてはそこまでの精度はないと考えているが、現状ではこの数字しか比較の数字がない。この数字で比較するようにと定められているので、御理解いただきたい。

〈A委員〉

比較の位置付けですが、参考として推計値が絡んでくるが、影響することはないということか。

〈事務局〉

構想における数値については、医療需要の推計と人口動態から必要病床数として算出されたもの。その基となったのが平成25年のレセプトデータなので、今後、調整会議で必要病床数と病床機能報告の数字と見比べながら収れんしていくという形になっていると思う。この数値については動かしようがないと考えている。

病床機能報告が病棟単位となっているので、必要病床数と合致することはないと考えている。このため、実働病床数が出てくれば、現在の状況が出てくるので、調整会議において、より具体的な議論ができると考えている。

〈A委員〉

提供側の立場からすると、詳細な情報がないと何十年やってきた病床の転換ができるかが分からない。できれば、数字はこれで、アドバイスをいただき適切にやっていけるような方法を協議していければよいのだが、通達会議になっている感じがする。

病床機能報告を出す側の現状を把握していただいてアドバイスいただきたければ、効率的な会議になると考えている。

〈事務局〉

そういう面もあるので、実働病床数を共有することが重要だと思うので、調査への協力をよろしく願います。

〈B委員〉

19ページの病床利用率はどの様に計算したのか。

〈事務局〉

医療法施行規則第38条の28の3から別表6に行き、そこで定められている。議論はあるかと思うが、我々としては規則どおりに計算せざるを得ない。

〈B委員〉

17ページの数字自体もかなり不安定になると思う。今は病棟の機能を自発的に出しているが、やがて、レセプトデータも含めて診療内容が出てくる。

〈議長〉

17ページについては、医療機関のレセプトとNDBとDPCの実データから算出したものであると理解していただければと思う。

〈C委員〉

歯科の訪問診療等を支えていくにも歯科の情報をある程度シームレスにまわしていけないといけない。そのためには、ある程度歯科の知識をもった人間が関与していけば比較的スムーズに歯科医療情報がまわるのではないかと。基本的には地域包括ケアシステム、もしくは地域医療構想においてもある特定の地域の中で歯科情報もある程度医科の情報、また介護情報とくっついてまわっていくというような部分も現在考えている。そこで、自院の歯科衛生士ではなく、公の部分で活動できる歯科衛生士が今後必要になってくるのではないかと。第6章(2)在宅医療の充実(3)医療従事者の確保・養成を踏まえて、そういう部分の歯科衛生士の養成等の追加もお願いしたい。

また、各医療圏の課題を見ると、在宅医療をどうしていくかという言葉が非常に出てきている。在宅医療をどう支えていくかを整理していただきたい。

〈事務局〉

構想と第7次の医療計画との役割分担についてだが、構想については現況や課題など、大きな骨組みを記載させていただいて、具体的方策については、時間がかかるが平成30年の医療計画で本格的に議論していく。そういった構想と計画の役割分担があるのではないかと。

歯科衛生士の養成については、在宅医療関係の医療従事者の課題があるので、その中で検討していきたい。

平成24年の就業歯科衛生士の数が県内で約1,000人いるうち、ほとんどの方、9

88人が診療所で、実際に県市町村だと10人弱となっている。人口あたりで見ると、全国が84.8人、徳島県が137.1人ということで、徳島県は全国平均の人口平均の1.5倍いる。就業していない歯科衛生士もたくさんいるので、歯科衛生士会に入っている方で実際に各市町村のほうから歯科口腔ケアの事業等も委託されて従事している方々にもご協力願いたい。

〈A委員〉

たとえば保育士だと有資格者でありながら60%が就業していなかったり、いろんな職種で40～60%が就業していない現状がある。そういう方々が就労復帰できるような体制を整えるために労働環境の担当の方々と協議しないと数字がなかなか出てこない。

この4月に保険局の林先生を話をしたが、「療養病床のあり方検討会」が5月に開かれたが、療養病床は施設化していくという定義というか、基準を上げていく方向である。平成30年になって療養病床がなくなると、推計で2,200床が施設に変わらざるを得ない。

施設はすなわち在宅であるから、そうすると、定義の変更により、数字自身が変わってくる可能性がある。そうすると、医師、看護の数が変わってくるので、その部分をしっかり教えていただきたい。

〈議長〉

在宅医療については療養病床が施設等に変ったことを含んだ概念での整理になっているし、今後構想を進めるにあたって国の動きも教えていただけないか、と思っている。

〈A委員〉

医療政策課は地域医療構想ということで、入院患者をいかに在宅に戻すかという方式を考えるというのは分かるが、受け皿たるべき地域包括ケア体制が面であるので、その部分にどのように整合性を持たせるのか、それが一番大きなテーマである。

委員ではないケアマネージャーが出席して、流れを理解する場があれば、もう少しスムーズに動くのではないかと考えている。

〈事務局〉

調整会議のメンバー構成については、ガイドラインをもとに構成した。ケアマネージャーの方にも調整会議に入っていただくべきだと思うが、調整会議本体に入っていただくか、細かい話をする部会のようなところに入っていただくか検討したい。

療養病床のあり方検討会については、我々は検討会の議事録などを確認しながら、省庁からいただく情報を紹介することである。私も講演会に行ったが、別のルートで情報を入手していただけるのであるならば、調整会議にもご提供いただけたらありがたい。

〈D委員〉

調整会議であるが、質問に対しての回答は、全て医療法の規則とかガイドラインが決まっているわけで、それについていろいろ議論しても仕方がないことだと思う。調整会議と

というのは、各地域に対してどう調整すれば一番よいかを考えるべきだ。なかなか在宅が進まないのは医者が高齢化していたり、訪問看護師がなかなか確保できないことが背景にある。一番は、患者側の在宅医療に対する理解があまりないことであるので、行政がもっと具体的に広報や周知をするべきだと思う。

〈議長〉

調整会議というのは構想ができてから毎年度開く、本当の意味での調整が本番であると思っている。

〈C委員〉

28ページの部分についてだが、認知症患者については地域包括ケアシステムと入っているが、認知症だけがここに入っているのはなぜか。

〈事務局〉

ガイドラインに触れるようにという記載がある。他の事でも触れるべき部分はあると思うが、認知症については特別に記載をするようにと書かれている。

〈C委員〉

がん対策で緩和ケアがあり、となると広い意味で在宅も含まれてくる。徳島オリジナルとして書いても良いのではないか。

〈事務局〉

構想でどこまで触れるかというのはあるが、5疾病5事業ということで次期の保健医療計画に個別の話は記載していく。構想と計画の役割分担はあると思う。ただ、構想に書いてはいけないということではないので、どの程度書き込むかというのは検討する。

〈B委員〉

厚生労働省からの話の中で、施設入所者の90%が認知症だった。居宅系と言われているところで80%、在宅で70%という実態がある。高齢者なので認知症は外せない問題である。

〈事務局〉

訪問看護について、看護協会や中央病院から今後に向けてご意見をいただきたい。

〈E委員〉

中央病院長としての発言になってしまうが、東部の急性期、高度急性期病院というのはほとんど国、または公立病院が病床の大半を占めている。そこに看護師がいるが、10年間で30%の急性期以上の病床を削減した場合でも、そこに属性がある看護師が在宅に移ることはできない。中央病院の看護師の平均年齢は34歳であるが、公務員であるため、25年近くは国あるいは県や市という中での資源がとどまってしまう。医療を提供する本

質は、国が示しているように在宅医療を充実させていかなければならない。急性期を担っている我々は在宅医療に対してどういう貢献ができるかを真剣に考えて、人的資源の再配分を医療、介護等の実態等に則して、その中で再配分を構築していく考えでないといけない。在宅のマンパワー不足というのはその資源を利用しないかぎりでは難しいのではないかと。ぜひ、医師会の先生方や看護協会等の方々に教えていただきながら、人的資源をいかに有効に医療、介護に反映させていくのかを大急ぎで検討していかないと10年以内に間に合わない。体制としてのシステムが構築できても、それに伴って人的資源が移っていかなければ決して充実した在宅医療にはならないのではないかと懸念している。

〈F委員〉

病院で働いているベテランの看護師がすぐに訪問看護師になるのは厳しい現状にある。看護協会としては訪問看護要請研修を広く公募したりと地道な育成には計画を立てて実行しており、新卒のときから訪問看護師を目指すということも広報している。ただし、一度公的などころでキャリアを積んでいるものが公的な所属を離れて訪問看護ステーションの所属になることは、社会的な問題や経済的な問題を含めてなかなか決断しにくいというのが現状である。

ある程度のキャリアを積んだ方がベテランのスタッフとして訪問看護ステーションに勤務することは非常に多く、技術は素晴らしいが、長期的な面で考えると先が苦しいため若手に多く訪問看護に行ってもらう必要がある。たとえば、県立病院に勤務している看護師を一定期間訪問看護のスタッフとして出す出向のような制度があれば違ってくるかと思う。実際、訪問看護師を志望している若手は多いが、30～40代の女性は家庭の問題等もあり転職が難しい。患者や家族が高齢になってきているので、細かいことを広報していただかないと新しいところにはなかなか踏み出せない。

課題にもあるが、患者や家族の理解がまだまだ少ない。施設も含めて在宅ということになっていくと抵抗があるかと思う。看護協会としてはこういう問題に全面的に関わって活躍したいという思いはあるが、看護師の数が多くて少ない。若手がたくさんいる病院でも育児休暇などをとっている方もたくさんいるので、実際に働いている人数は限られている。

資料の34ページや38ページの課題に対して、7章のところでは具体的な案が出ないとなかなか解決は難しいかと思う。

〈事務局〉

これまで人材育成等について看護協会等の協力を得ながら、意識の共有しながらやってきたが、なかなか効果的な方法が得られないところである。今後も具体的な施策を行いたいと考えているので、引き続きご協力していただきたい。

〈B委員〉

公的病院で長く勤務している方が在宅に移行することは到底無理だと思う。在宅には若手が適しているが、出産や育児などの問題がありなかなか難しい。

24時間在宅で見るとなるとかなり難しい。また、急変時や見取りの時にバックヤード

という形で病院に入院する。在宅の見取りなどは実際はなかなかできないので、病床の確保が必要でそれが地域包括ケアなのかもしれない。

在宅医療をどうするかというのは非常に大きな共通した課題である。

〈事務局〉

在宅医療については徳島市の医師会において24時間対応できる体制を整えているというふうに承知しており、そういったモデル的な取り組みが全県的に進んでいけるように、モデルを示していただいている。そのモデルを全県的に展開していきたいとは思っているが、なかなか現実的に難しいことも承知している。

〈G委員〉

在宅、在宅というのであれば、給料は県が出した上で、県の若手看護師たちを訪問看護師として2年ほど出向させればいい。我々はずっと募集をしてきたが、訪問看護師は来ない。訪問看護師は全部自分でできないといけないし、誇りもあるが、県が出向しろと看護師に命令すれば出るのではないか。それでないと、在宅、在宅とこんな所で話をするよりは、看護師に君はあそこに行け、あそこに行けとパッパッと、モデル的にやらないと。

放っておいても医療構想なんか、人口が減っていついっているときに、病院は淘汰されるので、そういう所からしていかないと、本当に質の良い医療は何もできないと思う。同じ県同士ならば無理ができるのではないか。

我々は訪問看護師をずっと募集しているが、全然居ない。

また、居宅と在宅が頭の中でゴチャゴチャになっている。在宅は入院以外の全部がそうである。そういう所は見取りをしても良いのではないか。なぜ、病院で死ななければいけないのか。人間、死ぬときは交通事故でも、どこでも死ぬのではないか。簡単などころからしていくべきである。以上。

〈事務局〉

最初のご提案については即答できないが、そういった発想の転換、どうしてできないかを検討して、どうしたらできるかという所を具体的に少し、限られた人材というのはそういうことなので、やっていかななくてはならないと思っている。

できることなら居宅が一番いいと思うが、なかなかそれが無理な環境にある方もいるのでそれに近い形の在宅等がもともとの希望される地域で実現できる様にしたい。それには市町村や医師会の力なしではできないので、ぜひ今後ともご協力をお願いしたい。普及啓発については、講演会等もケーブルテレビだとかいろんな形で繰り返しいろんな方に見ていただき、マスコミにも取り上げていただけるように努力していきたいので、皆様の御協力をよろしくをお願いしたい。

〈A委員〉

先日、ケーブルテレビの方が来られて、遠隔治療を診療報酬の対象にできないかという相談があった。様々な問題があるが、所管が総務省である。厚生労働省以外の所で既にアイデアが出てきている。使えるところは使い、法的に整理できるところは整理して積極的

にやっついていかないと、在宅は広がらないという印象を受けた。

〈事務局〉

病床機能報告については毎年ご報告いただくわけだが、実働の病床数の調査については南部や西部、本日は東部にご報告いたしたところである。今後の進め方については、県医師会等の方々に改めてご説明とお願いをさせていただいて、具体的にデータをもとに協議できればと考えている。

地域包括ケアの推進というところで、ぜひとも市町村、県医師会、郡市医師会の方々にはこれまで以上にご協力をお願いすることになる。

〈D委員〉

病床機能の在宅を進めるにはバックベットの非常に大事である。計算する上で、バックベットの余裕のところも入れて計算していただきたいと思う。

〈B委員〉

6月データであればわざわざ調査をしないでも分かるのではないか。

〈事務局〉

病床機能報告はそうであるが、我々が調査をお願いしたいのは、4区分についての1年間の延べ患者数についてである。

〈B委員〉

どうやればいいのか。4区分を区分している数字は仮の数字で有り、必ず動くと思う。

〈事務局〉

3,000点というのは27年度までの診療報酬の点数上の部分だと考えている。病床機能については4区分となっているので、27年度分についてはこの点数の区分で調査をお願いしたい。調査方法については、各協会団体や県医師会と相談したい。おそらくDPC等でされているところについては、すでにデータ的には出せると聞いているところもある。出せていないところについてはまた相談したい。

以上