

# 平成28年度 第1回徳島県西部地域医療構想調整会議 議事録

平成28年5月25日(水) 午後7時30分から  
三好保健所 2階 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),(2)について

〈A委員〉

13ページの大腿骨頸部骨折については、手術をしているので西部で「0」はないはずである。

また、一番最初に少子高齢化が記載されているが、高齢化のことばかりであり少子のこととは書かれていない。東京に引っ張られている。東京は成人が居るが子どもは居ない、西部圏域は成人は居ないが子どもは居る。三好市は子どもは減っておらず、東みよしでは増えていると思う。その部分が他とは異なっている。

また、グラフが直線的に人口が減っている、長い目で見るとそうなるかもしれないが、小さい目で見るともう少し波がある。短い期間でのデータも見ながら考えるべきだと思う。

〈事務局〉

11ページに記載しているように、厚生労働省の「地域医療構想策定支援ツール」など、規程に従って数字を示している。

〈A委員〉

社会保障・人口問題研究所で見るとこうなると思うが、国勢調査が昨年度あった、それで見ると違ってくる。今の人口の上がり方と、将来の上がり方では減少率が違う。それも知った上で検討していかないといけない。

〈議長〉

とりあえず、その様な御意見があったという整理でよろしいでしょうか。

〈A委員〉

はい。

〈B委員〉

22ページに地域別の2025年の必要病床数が病床機能ベースに記載されている。この必要病床数は全国一律に決められた物だと思うが、徳島県は人口を勘案して決めたのか。

西部地域は人口減少があるけれども、面積が広いというところがあるので、それを考え

ると機能も変わってこないといけないと思うが、人口だけで決められているのか。

〈事務局〉

15ページに推計方法を記載している。この推計方法は「当該構想区域の2013年の性・年齢階級別の入院受療率×当該圏域の2025の性・年齢階級別推計人口」の総和であり、面積については推計の中には勘案されていない。

〈B委員〉

医師の偏在が問題になっている徳島県で必要病床数を人口、年齢で決めると、ますます医療の過疎化が進む可能性がある。医師の偏在や高齢化を是正しない限りはもっとひどい状況になる可能性もある。この辺はどうか。

〈事務局〉

推計値は人口などによって決まってくるので、それに必要な訪問看護や訪問歯科診療、訪問診療など取り組んでもらうために、課題とか取組の方向性について記述している。

〈B委員〉

回復期が少ないという話があったが、回復期を増やそうという国の意図により全国共通で少ないのか、それとも、徳島県が独特に少ないのか。

〈事務局〉

15ページに、推計方法を記載しているが、これは「医療資源投入量」という概念を持ってきており、診療報酬の点数で画一的に分けて推計している。全国的にどういふ推計になっているかは直ちに分からない。

ただ、高度急性期、急性期から、実際にリハビリ等を行う回復期を充実していこうという意図と考えられると思っている。

〈議長〉

中四国の他の県も全て回復期だけが不足した形で、高度急性期、急性期が多くて慢性期も多いという形になっているようです。

〈B委員〉

医療資源投入量の点数で分けるとそうなるかもしれないが、例えば脳卒中だと回復期は基本的な考え方ではリハビリであるが、これとかなりかけ離れており、現実的には、この様にはならないと思われる。急性期から経過をたどっていく疾患であればそうなるかもしれないが、色々な病気があるので、点数で区切って回復期とすると変に誘導するのではないかなと思われる。

〈事務局〉

区分も含めて国から示されている。国からはこの前提で行うようにとのことなので、点数で分けることも含めて、国示した方法で推計せざるを得ないということは御理解をいただきたい。

これまでの診療報酬の評価というのは、7対1看護など体制に点数が付いていた。ただ、今後は体制だけではなく医療資源の投入量、患者に対してどのような医療を行ったかによって高度急性期、急性期、慢性期と評価していこうという診療報酬の変化もある。

〈C委員〉

42ページに「西部の公立病院のネットワーク化」とあるが、美馬市には自治体病院がない。民間が救急の2次病院になっているので、「公立病院」とすると、この民間病院が外れてしまい、美馬市の2次病院が無くなるので修正していただきたい。地域基幹病院ネットワークにさせていただいた方が、美馬市はネットワークは組みやすい。

〈事務局〉

この部分は、調整会議で出た意見を引用しているので、議事録を確認したい。委員の言われた趣旨であれば、案にする段階で改めて示すこととしたい。

〈C委員〉

全国でもまれな病院であるので仕方がないと思うが、御理解していただければありがたい。

〈議長〉

三好、三野、半田でネットワークを行っているので、その事かもしれないと思うが。

〈事務局〉

公立病院改革ガイドラインの中に再編ネットワークというがあるので、公立病院改革に向けての一つの手法としての表現かもしれない、皆様の同意をいただけたら修正したいと思う。

〈C委員〉

国から出てきた物を徳島にそのまま当てはめると、相当地域の均衡が崩れてしまい、調整が難しいと思う。合計10万人が居ない西部には、高度急性期が可能な医療資源は無いので、県全体で考える必要がある。

〈議長〉

高度急性期は三好病院で10床あったと思うが、それについての意見は。

〈A委員〉

高度急性期という言葉をなにで捉えるかということ、町で言っている高度急性期を行おうと思ったら西部圏域は無くなると思う。高度急性期を全体行おうとすると東部と一体になって、プラス、システムを考えないといけない。

ただ、完全ではないがある時間はこれだけのことができるとか、これはできるがこの部分はできないというのがないと住めない。このため、この部分は三好病院が絶対していかないといけないと考えて取り組んでいる。

〈D委員〉

西部圏域は非常に分かりやすい。

例えば、三好病院が220床あって、一般が206床あり、平均在院日数が13日。1日の入院患者が10人ぐらいであるため、平均在院日数を14日としても2回転する。機能的には220床は今でも必要ないとなる。三好病院にしても、人口動態を見たら急性期は要らなくなる。

非常に分かりやすいため、対策を立てやすい。

一つの例で言えば、回復期が足りないと言うが、脳卒中で三好病院に急性期で入院した患者はリハビリには東部、井上病院や田中病院に行っている。三好病院の一つの機能として考えた場合には、急性期は減っていく、回復期は算定の数の上では多いかもしれないが、池田より西の人は県外に行っているのだから、三好病院が病床数は分からないがリハビリをすれば良いと思う。そういう意味では分かりやすい。A委員、どうでしょうか。

〈A委員〉

三好市に来たときから、D委員にリハビリ施設が無いと言われてきた。計画の中で三好病院がしないといけないのが、西部圏域の生活ライフラインとしての高度急性期、これを担わないと救急とかが成り立たなくなる。あと、西部圏域の中で急性期を転換したとしてのリハビリ、これはどのような形にするかは別で、これを増やしていただきながら担う、というのが三好病院の役割だと思っている。

〈D委員〉

三好病院で言えば、その通りだと思う。他の公立三病院、三野病院は60床あって、30床が地域包括ケア病棟、加えて30床が急性期。半田は120床あって、ほとんどが急性期。これを今の三好病院のように当てはめた場合、三野病院はどうなるのか、半田病院はどうなるのか、これがネットワーク化に関係してくると思う。公立三病院のあり方、機能をどうするのか、公立病院ならばやりやすいと思う。民間の場合は簡単にはいかないと思う。ただ、民間もおそらくはその地域の人口動態が分かっている訳ですし、個々の事情もあるので、強制しなくても自然に収れんしていくのではないかな。

すぐにできるのは公立病院の機能をどうするか、ネットワークをどうするか、だと思う。これから先、考えてもらいたい。

〈議長〉

計画の次のステップを含めての御提案をいただいた。もしかすると1年後に話をする議論をいただいたのかもしれないが、事務局からなにか。

〈事務局〉

高度急性期に限ってのみ医療機関の所在地でやっているの、それについては東部も含めて全県的な形で追求させていただいているというのが1点と、今、D委員とA委員が議論したところについては、調整会議のさらに部会的なものをつくっていただいて、医療機関で病院がどのような役割を担っていくか議論が行われていく、調整会議自体の仕組みがそのようになっていると考えている。

また、病床機能の分類だが、推計をする際についての600点のところの注釈にはNDBのレセプトデータおよびDPCデータから医療資源投入量がおよそ横ばいとなって落ち着く段階の平均資源投入量を計算。具体的には、DPCの入院期間2および入院期間3における全疾患資源投入量を入院期間2および入院期間3のそれぞれの患者数で加重平均して、その後NBBのデータも加えて補正。このような緻密な補正を加えて割り出していることから、議論はあろうとは思いますが、我々としてはこれを前提にせざるを得ないということとは御理解いただきたい。

〈議長〉

他に御意見はないか。

〈E委員〉

歯科としては、切れ目なく歯科医療や口腔ケアを提供する体制確保が課題と思っている。

昨年、半田病院に在宅歯科医療連携室を設置していただいて、1年間が経過して美馬地区においては順調に成果が上がっている。公立病院のネットワーク化とかを考える場合に三好病院とかとも在宅歯科医療連携室の連携に加えていただければ西部地区においてより広範囲に病院とかの連携や地域包括ケアシステムにおける充実した歯科医療体制が構築できると考えている。また、この連携の中において歯科衛生士の働きは非常に重要だが、素案の7ページの医療従事者数の所に歯科衛生士を加えていただければ幸い。歯科衛生士も他の医療職と同様にこの地区においては確保がだんだん難しくなっている。そういう面からも復職支援等も含めて一緒に考えていただければ幸い。

〈議長〉

今の御提案についてどうか。

〈A委員〉

公立病院のネットワーク化を考える場合の方向として既に出ている。

〈議長〉

既に方向性が出ているのならば、医療従事者数の所に歯科衛生士を加えるかどうかですね。他に御意見はないか。

〈F委員〉

在宅医療について41ページには、「在宅医療等の治療に関しては、他の圏域と異なり小幅にとどまる見込みである」と記載されている。西部圏域になると、非常に広域であって、人口については10%くらいで、これから人口減が想定されているところ。地域の中では訪問診療、訪問看護といったような訪問系サービスについてはきちんとした手当てをしていかないと人材の確保が難しかったり、経営的なことを考えるとそれを運営していくのも難しい。最悪、サービスが減少していき提供できなくなる。住民の方々の在宅で療養したいという意志があっても、それが選択できなくなってくる可能性があるのではないかと気になっている。そこで、「今あるサービスを減少させないような対応を考えていくべきではないか」を事前の意見として提案した。

もう1点が、医療機関、病院、診療所以外にも介護保険事業所だとかその他諸々のところで必ず看護職員がいなければならないと規定されている施設がたくさんある。7ページで医療従事者として看護職員が出ているが、後ろの東部、南部、西部に関する医療従事者の状況というところでは医師、歯科医師、薬剤師についての数のみしか出てきていない。看護職員に係る数についても従事者として資料の後半部分でも記載していただくようお願いしたい。

〈事務局〉

訪問看護については、市内とこちらでは状況がちがう。なかなか具体的にというところに効果的なものがない。専門職である看護協会に課題解決に向けて具体的なご提案を今後もいただきたい。

在宅等というところで先ほど定義等の居宅以外のところも含めてと出てきたが、市町村、医師会とともに地域包括ケアシステムを構築していこうというのが、在宅という大きなところだと思っている。すでにモデル事業から介護保険の地域支援事業へと移行する中で進めていっていただくわけだが、療養型病床の転換が検討されている。すでに類型も案も提示されて今年中に類型から決められる。法制化されてない来年度、介護報酬も含め診療報酬で規定されることになると思う。そういうふうな中で、在宅等になっていくような医療の外付け方的なところも今後そういうふうな想定もされているので、なかなか居宅で難しいという中で自己負担が大きくなるのは難しいと思うので、国の制度構築が図られる中、在宅等へのサービス確保もあわせてぜひ一緒にやっていただけたらと思っている。

(実働病床数調査についてのお願い)

〈議長〉

議事を終了する。

以上