

平成28年度第1回県南東部地域医療構想調整会議議事概要

日 時：平成28年8月18日（木）

14：00～16：00

場 所：メルパルク岡山

出席者：委員42名、事務局8名、傍聴者3名

1 開会

調整会議の目的、公開、委員の変更について、事務局から説明

2 あいさつ

内田議長

3 議事

1) 病床機能報告等医療提供体制の現状について

資料1、2により事務局から説明

委 員：当院の報告結果について、稼働していない病床があるようになっていますが、全て稼働しているよう報告しているはずですが、どうなっていますか。病状により、その病棟、病床に入院させることが好ましくない患者もあるので、稼働していないから不要だということになると不本意です。

事務局：許可病床数と報告病床数が異なる場合等、医療推進課が調整しておりますので、現状と異なっていることもあるかと思えます。稼働病床の考え方については、後ほどご検討いただきたいと思えます。

議 長：事務局からの説明について、ご質問・ご意見があると思えますが、後ほどまとめてお願いいたします。

それではここで病床機能報告の結果について、ご参加の先生方に各医療機関の現状・課題についてご発言をお願いしたいと思います。

委 員：いつもお世話になっております。特に高度急性期を担当させてもらっています。高度救急救命センターとしてやっております。大学病院としての機能を果たすという課題に取り組んでおります。

委 員：当院は、DPCⅡ群対応の総合病院として診療をしております。3年前に看護職員の夜勤者が不足し、病床を減らしておりますが、現時点で574床まで回復し、稼働しております。やはり、病床数が回復すると救急の受け入れが十分できるようになり、紹介のお断りをする回数も減っています。需要は多くあるということです。

委 員：岡山市南部の中核病院として診療しております。玉野地区からの救急搬送、入院がかなり増えています。冬期病床稼働率は高い週で95%、総合病院の95%というところ、ほとんど満床という形で非常に多くの方に利用いただいています。今後も地域の医療に貢献していきたいと考えてお

ります。

委員：救急は断らないという方針でやっております。中でも脳卒中に関しては、10人体制でその特徴を生かして頑張っております。北長瀬に移転したことにより、患者が西寄りの倉敷から増えてきている傾向にあります。

委員：救命救急センターを設置し、急性期を中心としております。前回の会議で、県南東部の許可病床数、うち本当に稼働している病床はどのくらいなのか、休止病床はどのくらいあるのか教えていただきたいということで、本日、この資料が出てきたのだと思っております。これを見ますと稼働病床が8,279床で、許可病床数に比べ、必要病床数に近づいていると思われま。ただ問題は、高度急性期と急性期が多く、回復期が少ないという点です。必要病床数は満たしているが、機能のバランスが悪いということだと思います。全ての病床を高度急性期とされておられる病院もありますが、実態と異なるのではないのでしょうか。当院も他院のことは言えませんが、徐々に調整していかないといけないと思っております。謙虚すぎるくらいで報告されている病院もあるなど見ております。

委員：本年の1月1日から新病院に変わりました。これは昨年データであり、高度急性期と急性期を分けておらず、全て急性期ということで報告しております。本年の1月1日から病院の体制が変わり、救急センターを拡充し、HCU病床も作りましたので新たに高度急性期の報告をしなくてはならないと思っております。

委員：いつもお世話になっております。749床の許可病床ですが、現在施設の老朽化のためその半分しか稼働しておりません。今年の12月1日に新築移転し、総合医療センターとして700床弱の新体制を予定しております。

委員：循環器の専門病院として心臓病、血管疾患の病院として診療しております。循環器の病気は季節変動が大きく、冬場は非常に稼働率が上がり、中間期は少し稼働率が下がるという特徴があります。現在、心臓病大血管手術の約3割が四国から来られている患者ということで、推計データ等を岡山県の人口で考えて良いのかと少し疑問も感じております。疾患としては高齢化と共に少しずつ増えており、先進治療のニーズも高まっておりますので、役割をしっかりと果たしていきたいと思っております。最近、当直、夜勤ができない職員がどの職種でも少しずつ増え、看護職員等、夜勤職員の確保に苦勞する場面があり、一部の機能を少し落として運営をしている現状があります。今後は、しっかり補充して再開したいと思っております。

委員：当院の特徴としては急性期、回復期、慢性期と3つの種類の病棟を持っているというところで、高度急性期と慢性期、在宅医療の橋渡しとなるような病院を目指しております。回復期病棟、特に地域包括ケア病棟への転換を色々考慮しておりますが、HCU加算を8床とっておりまして、これをとっていると地域包括ケア病棟を1つしか認められないという現状でして、今非常に苦慮しているところです。

委員（代理）：当病院は脳神経と運動機能の専門病院で中小病院です。昨年の12月から30床を地域包括ケア病棟とし、急性期にも力を入れております。もう一つの特徴は、急性期でも今は入院患者の平均年齢が70歳となっていることから、デイケアを取り入れ、手術後の患者をデイケアで毎日、医療スタッフがリハビリを行い、日常生活を早く取り戻そうということに力を入れております。また、救急対応も行っておりますが、全科の患者に対応はできませんので、近隣の総合病

院にお世話になっております。入院の患者は整形が43%、神経内科が26%、脳外科が15%、内科が15%です。

委員：当院は、129床の回復期リハビリ病棟が3病棟となっています。回復期リハビリ対応の患者さんしかお受けできない状況です。8割方が脳血管疾患の患者さんでその他が整形疾患です。各病院が地域包括ケア病棟を作られているようですが、当院では、在宅復帰にもう少し時間がかかり、在宅の環境設定や復職支援など急性期病院だけでは復帰に少し時間が足りないような方を引き受けるようにしております。当院では平均在院日数が約3ヶ月ですが、365日リハビリでしっかり支援をして、在宅に送り届けることが役割だと思い、急性期病院の病床を急性期の人のために利用できるよう、できるだけ早く受入できるように努力しております。そのため、在宅の開業医の先生や各関係者との連携を常にとって情報交換をしながら適切な在宅支援をしていけるよう、努めております。今後ともよろしくお願ひいたします。

委員：当院は171床の慢性期の病院です。ほぼ8割が岡山市内の高度急性期、急性期、回復期リハビリテーション等の病院からの在宅復帰ができないという患者さんです。医療、介護ともに必要度の高い患者さんがたくさんおられます。最近では介護士、看護助手の負担が大きく、人材確保に難渋していることが今一番困っていることです。これからも幅広く急性期の病院から患者さんを受け入れ、断らない慢性期、慢性期の最後の砦として頑張っていきたいと思っております。どうぞよろしくお願ひします。

委員：198床で、岡山には急性期の大型病院が多いということで、その後方支援をしております。一般病床の106床は、平均在院日数が13、4日となっています。また、地域包括ケア病床と障害者一般病床を設けております。いずれも看護、介護職員の確保等大変ではありますが、充実を図るよう努めています。

委員：162床の急性期病院です。もともと産婦人科と泌尿器科の病院でしたが、実は救急と整形も充実しており、特に救急専門医は常勤が3名、非常勤を入れると7名で対応しております。一月に病床数と同じくらいの救急搬入件数があります。高度急性期として12床計上しておりますが、ICUが6床、HCUが6床です。一時、看護師不足により病床を利用できない時期があり、報告に差が出ていると思います。その点はこれからも課題ということでやっていきます。

委員：当院は110床で運営しておりますが、将来的には地域の医療状況を色々考え、回復期リハビリ病床が必要ではないかと思ひます。新しい病院にはそのための準備をしており、一部は急性期病床を回復期に転換する予定で事業を進めております。高齢化率が32～3%で、「ほぼ在宅、時々入院」とも言われておりますが、この時々入院について、これからも地域の需要に応えるべく、急性期としての役割を十分果たしていくつもりです。

委員：90床、96床、50床の病院を管理しております。50床の病院に言及しますと、稼働率がいつも90%、病床が慢性の不足です。また、特養3件、老人ホームが1件、計180人の老人をお世話させていただいております。昨年度、救急搬入が380件、全身麻酔が108件、腰痛麻酔が59件と手術がかなり増えまして、慢性の病床不足です。病床を減らせという意見がこの会議で出ますと、住民、患者のことを考えますと大変です。

議長：先生方、大変簡潔に病院の特徴をまとめていただいて、ありがとうございました。

これから、事務局からの説明と今後のことを含めて皆様方のご意見を伺っていききたいと思えます。挙手でご発言をお願いします。病院以外の先生方、行政の方でも結構です。地域の特異性や高齢化率を踏まえての病床のあり方に関して、何かありますか。

委員：季節変動のある診療科と季節変動のない診療科がありますので、同じ土俵で話をしたいものか疑問に感じております。病床数と入院患者数が同じならば効率がいいのですが、実際には救急ということ考えるとある程度空床がないといけないということは事実ですし、行政の方で指標をどのように考えているのか、明確に示していただければありがたいと思えます。

事務局：この必要病床数の推計値にはモデル的なケースが使われており、国としても社会保障費の負担や今後の高齢化の問題があり、いかに社会保障費を効率的に確保していくかという中でぎりぎりの数字で出していると聞いております。実際どのようなデータなのか十分理解できてはおりませんが、そういう数字ですので、ご意見にありましたように、季節変動や地域による特性について、ではどのような数値が良いのか実際の所はわかりにくいということがあるかもしれません。よって必要病床数は出ておりますが、これはひとつの目安として、そこに向かってどう近づいていくかということについて、地域の今後の医療のあり方についてこの場で協議するというところでいいのではないかと考えています。何が何でもこの数字ということではないと思っております。

議長：ありがとうございました。今の回答でよろしいでしょうか。

委員：疾患別にもう少し細かい踏み込みが必要ではないかと思えますが、今後の様々な検討にまかせるということもありますし、この話題にかかりすぎても議論が進まないのでは、話を受け承ります。

委員：高度急性期と急性期の分類はどのように考えたらいいか伺いたいと思えます。一般的にはICU等を高度急性期とし、また入院診療点数が入院基本料に加え3,000点以上あれば高度急性期という判断をしていると聞いています。当院は平均3,000点以上あるので、高度急性期という分類にしております。

事務局：病床機能報告の記載要領には、高度急性期機能とは、急性期の患者に状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能をいいます。急性期機能とは急性期の患者に対し状態の早期安定化に向けて医療を提供する機能となっております。

事務局：この病床機能報告の最大の欠点は病棟単位で出しているという点で、本当に実情を反映しているかどうかというのが難しいところです。より精度の高い病床機能報告とするよう、県庁を通じて申し入れはしておりますが、これ以上のものは今のところ示されていないという現状であり、各医療機関において、苦勞されているところだと思います。

事務局：医療需要の推計では、診療報酬点数で機能を分類しております。

事務局：病床機能報告は、診療報酬で分類している訳ではなく、それを踏まえた上で報告いただいているということです。

議長：病院の判断により、機能はある程度変わってくると解釈してよろしいですか。

事務局：はい。

委員：先ほどの話ですとICUやHCUは全て高度急性期となり、7：1の入院基本料を算定している

病院の中でも高度急性期、急性期に分かれて報告しているということになりませんか。7：1体制の病床が病院によって高度急性期に入る場合もあるし急性期に入る場合もあるという解釈になるということですか。

事務局：そうです。それぞれの病院が判断して報告されているので、それで困ったことになっているところですよ。

委員：7：1体制が、高度急性期、急性期の2つに分かれて報告されているということになると、今後議論の際、疑問として残ると思いますがよろしいのでしょうか。

事務局：報告結果を見ていただければわかりますけれども、全ての医療機関から報告されておられませんが、煩わしい中で報告いただいているなどと思いながら数字を見ております。もう少し明確な基準になれば報告しやすい体制になっていくと思います。私どもも、機能の分類が明確にわかるようにして欲しいという要望を国の方にしていく必要があると思っています。

委員：報告の基準が曖昧なままですと、高度急性期と急性期を合わせたような数字で見ていくことになりかねないのではないのでしょうか。基準を最初に決定していただかないと、今後の話し合いを進めていくのも足並みを揃えるのに問題ではないかと思えます。

議長：県南東部圏域だけで、かなりの地域差が出ているので、これが国レベルになると相当の差が出てくると思えます。

委員：今のご質問はかなり大事な点だと思います。国からの基準を明確に提示していただいた上で高度急性期か急性期かということを整理しておかないと、例えば1年前に比べて病床が減少したという報告結果となっても、実質は変わっていないということがありうると思います。

議長：今日の会議は、結論を出すのではなく、将来を見据えて県南東部でよりよい医療を提供していくためには限られた医療財源の中でどのような動きを我々はしていかなければならないか、そういうところが議論の根底であると思います。他にいかがですか。

副議長：回復期病床は、必要病床数に比べ、現在病床数が少なく、今後これを倍増していくということになっています。主に地域包括ケア病棟といわゆるリハビリ病棟も含まれますが、在宅への橋渡しということで運用できる病床の増加を目指していこうということだと思います。現在の高度急性期病床は急性期病床に移行し、急性期の病院でも一部地域包括ケアを担っていただいて回復期を共に行い、トータルの病床を減らさず、医療を提供する体制が良いと思いますが、いかがでしょうか。

事務局：地域包括ケア体制の構築が大事だと言われている中で、やはり地域のレベルをしっかり強化していく必要があります。地域との関係をどのように作っていくか、今後、回復期の病床には地域への橋渡しの役割を期待しております。

委員：慢性期はちょっとデリケートだなと思っております。在宅医療がもっと進まないといけないと思っています。現在は医療費の削減、療養型病床の削減の方向になっていますので、これからは、在宅の受け皿が大事になってきます。在宅医療は非常に地域差があると思いますので、県南東部においても、訪問診療の医師を増やす、施設を増やすなど、具体的な方針が必要ではないでしょうか。

事務局：おっしゃられるとおりです。これまで在宅医療連携推進事業等で在宅医療の推進に努めてきたところですが、今後、どういった医療が必要か等は、医師会の先生にご発言いただいた方がわかりやすいと思いますのでよろしくお願いします。

議長：岡山市医師会として申し上げます。岡山市医師会は一昨年春から岡山市、岡山大学土居教授、私共と三者が共同して在宅医療を推進する会を開催しております。一年毎にテーマを決めてやっております、一昨年のスタート支援、昨年はステップアップ、今年はスキルアップです。岡山市医師会の会員約400名にアンケートを行った結果、約100名の先生方が、今は積極的な在宅医療は行っていないが、ニーズがあれば行ってみたいという意欲をお持ちでしたので、この事業を始めました。今年度10回の研修会を行い、各医療機関に訪問して開催したりしています。中尾委員からご指摘がありましたように、今後、病床が減った場合、患者さんたちがどこで過ごすか、あるいはどこで最後を看取るかを考えなければなりません。病院で最後を迎えるということが難しい時代がきます。在宅で最後まで過ごしていくということを医師会だけでなく歯科医師会、薬剤師会、看護協会その他の多職種の方々と共に取り組んでいます。

副議長：赤磐医師会ですが、郡部の実情としては、内科、外科系の標榜科で診療している先生方が訪問診療をしておられます。若い先生も比較的多く、情熱を持ってやっておられまして、多職種連携もしっかりとやっておられます。グループ診療では、特に看取りに関して多職種連携で対応したりしているようです。さらに中山間地域では、開業医の高齢化という問題があります。高齢化でまず訪問診療を辞め、その後閉院する、そういったことが起こっています。残った医療機関では、外来がパンクするようになり、訪問診療も2倍3倍になり各地でへとへとになりながら取り組んでいるという状況になっています。多職種連携に関しては、在宅医療では、今後、訪問看護ステーションだけでなく、薬剤師の方たちにも非常に大きな期待をしております。薬剤師会の方たちにも非常に頑張らせていただいているのですが、薬剤師も偏在で、お住まいは岡山市街地中心部で、お仕事は郡部という方も多いため、そのあたりも今後の課題というところもあります。

議長：ご紹介ありがとうございました。

議題の1の方はとりあえずこれで終了させていただきます。

本日いただきましたご意見は今後の協議にあたり、参考とさせていただきたいと思っております。また、事務局への質疑等については、次回またご回答いただきたいと思います。ご意見ありがとうございました。

2) 地域医療介護確保基金について

資料3により事務局が説明

議長：ただいまの地域医療介護総合確保基金について、何かご意見等、ございますか。

今回の基金は、医療に限るということでしたが、予算規模について、岡山県はどのくらいかという概算はわかりますか。それを踏まえた上での、提案ではないでしょうか。

事務局：国に要求するようになりますので、例えば箱物を想定した場合、2分の1の補助となりますが、

地域での予算が試算されないと、県の予算も試算できない状況になっています。従って、地域での試算をまずしていただくことが必要です。

議長：ありがとうございました。何か意見がございますか。

事務局：回復期病床が少ないという現状であり、本会議で調整ができれば回復期病床を充実させたいと思っております。施設整備も補助の対象となっています。スケジュール的に厳しい状況ではありますが、是非この事業についてご検討いただきたいと思います。

議長：例えば、回復期ケア病棟や建物の設備という箱物が対象ということですが、人件費は対象となりますか。

事務局：対象となりません。

議長：予算規模が見えてこない、委員の先生方も要望を出しづらいところもあるのではないかと思います。タイムスケジュールを参考に、医師会や看護協会等の勉強会を通じて意見を出していただきたいと思っております。

委員：当院では、地域医療の勉強会、講演会などを開いて地域の多職種の方々との連携を図っているところです。今後も引き続き事業を継続する予定ですが、講師の報酬等、この基金の対象となりますか。対象は施設整備のみでしょうか。

事務局：要綱上は、事業内容に4項目ほどありますが、国の方は医療分を重点配分の予定とされておりますので、難しいと思っております。

委員：医療に限るという説明でしたが、例えば病床の介護保険施設への転換や居住系の施設への転換に運用するといったことは想定されていないということでしょうか。

事務局：介護保険施設へ転換につきましては、介護分での対応になります。

事務局：その場合は、本会議での調整の必要はございません。

3) 疑義等について

議長：事務局の説明につきまして、何かございますか。

委員：1番の回答がよくわからなかったもので、もう一度お答え願えますか。

事務局：病床譲渡等の医療法人の事業譲渡については、平成28年9月から原則として「合併」または「地域医療連携推進法人」のいずれかの方法により実施するように指導することといたしております。窓口は県庁の医療推進課でございます。今後、同様の事例につきましては調整会議における議論に反映できるよう医療推進課に要望してまいります。

委員：ここでの合併というのはどういう形態をいっているのですか。

事務局：これは医療推進課と調整した上でこのような回答になっております。これでは、回答になってい

ないということは私どもも十分承知しております。質問の事案について、今の体制では阻止することはなかなか難しいので、具体的に別な枠組みを作っていく必要があると思っております。例えば医療施策に貢献する者は、税制上の優遇をするなどです。

委員：同じような事案がこの9月から出てきた時には、それを許可しないということになるのですか。

事務局：吸収はダメです、合併にしなさいと指導することになります。形だけで合併したようになって後で処理すれば良いということにもなりかねないので、なかなかこれでは上手くいかないと思っています。

委員：法律上、合併はありましたが、実際の合併はなかったと思います。これまで全て吸収でしかないと。結局今回から合併、推進法人など、やり方を変えて見直しをするということですね。

事務局：今一番求められていることは、地域医療構想の中で必要病床数に向かって進んでいこうという中で、せつかくの良い機会を生かしていくということだと思います。この事案は、その地域で継承してやっていけるかどうかを検討する必要がありますが、このような経緯ではその機会を全く失っていますので、私自身も非常に衝撃的でした。

委員：医師会の渡邊です。今の中小病院は、非常に経営的に困難な状態で、それで廃院ということになれば、病床数は地区内で確保しておかなければならないと思いますが、そういう制度になっていないというのが今の現実です。医師会としては非常に寂しいですが、現実にはこういうことも起こっているということで質問をさせていただきました。

事務局：現在の制度では、地域医療の確保や調整会議の意義等を考えた時に、問題があると思っておりますので、医療推進課を通じて皆様の意向を伝えたいと思います。

事務局：一般住民への啓発ですが、患者自身、県民自身が医療のあり方について十分理解するということ、今後の地域医療構想の整備につながっていくと思います。これまでは地域医療再生基金により、県民への啓発等に十分に予算の確保ができ、実施できましたが、予算措置が難しくなっており、市町の方には是非確保していただきたいと思っております。医師会や病院関係の方々の協力を得て、住民への啓発に取り組んでいただきたいと思っております。要請があれば保健所も是非協力してやっていきたいと思っております。

委員：市町の代表として意見を言わせてもらいます。まず、啓発活動これはまさに我々基礎自治体の業務と思っております。しっかりやらせていただきます。しかし、市民の皆さんがわかりやすく接しやすい情報リソース、これを我々自治体の方で準備するという事になればばらつきも出ます。県の方で情報リソースを整備していただいて、これに我々基礎自治体がそれぞれの市、町での事情、状況も踏まえたものを加えて情報を提供していくということが必要だと思います。各自自治体さんお願いしますでは困ります。

また、質疑等について、委員の皆様から非常に良い意見が出ているなど思っています。先ほど回答を聞きますとこの調整会議で検討すべき課題だとお答えになったところが何点かございました。検討する場面がどのように提供されるのか、どう考えているのかお答えいただけたらと思います。

事務局：今後、こういった会議での議論を踏まえて次の議題を考えていきたいと思っております。この課

題を解決していくには多岐に渡っており、かつ大きな課題であり、将来にわたり私ども自身もどういう形で会議を構成していくのかと苦慮しているところであります。委員の皆様方におかれましては、会を重ねる毎にご意見をいただければ非常にありがたいと思います。

議長：これだけ多くの委員の方々が一堂に介する、それだけでも専門的な立場で話し合いができる貴重な会議だと思います。人材は減っています、予算も減っております、の中でどのように効率的に医療を提供していくか大変難しい問題でございますが、皆で知恵を出していかないと切り抜けられない課題だと思います。

4) その他

議長：その他について、何かありますか。

委員：先ほど病床機能報告について、各医療機関の委員の皆様にご報告いただきましたが、許可病床数と稼働病床数の報告に間違いがあるのではないかと、稼働病床数が、必要病床数に近いのではないかとというようなご意見をいただきました。実際、ハード面から、マンパワーが確保できないから等様々な理由で稼働していない病床があり、この整理が今後大事ではないかと思っています。

ご指摘にあったように、許可病床数と稼働病床数に差がありますので、その差は稼働していない病床ということになると思います。一覧表を見ますと、許可病床はあっても稼働しておらず、今後病床としても使いそうにもないという病院もおそらくあるのではないかと思います。そこで稼働していない病床（休床）の実態についての調査をさせていただきたいと考えております。今後、病床として利用する予定のない場合は、この際、整理していただくということを考えております。委員の皆様もご指摘のとおり、病床機能報告の結果については、不明瞭な部分も多いので、実際に稼働していない病床を精査していくというのが、医療構想の実現に向けた一つの方法になるのではないかと思います、提案させていただきます。実施にあたっては、調整会議が実施するというご協力いただかないといけませんと思いますが、委員の皆様方のご意見をいただきたいと思います。

議長：説明ありがとうございます。

委員から休床について調査をしていきたいと提案がありましたが、いかがでしょうか。

委員：病床については、診療報酬の基準が改正されているということを少し考えていく必要があると思っています。例えば心筋梗塞は全てICU適応になっておりますが、新しい基準ではスワングアンツカテーテル対象の重症例は対象となるが、軽症の場合は対象とならない、心筋梗塞でも対象にならないということもあります。心筋梗塞の場合は、軽症でも致命的な合併症も起こることがあるので、きちんとICUで管理していかななくてはいけないと思いますし、基準が変わったということで配慮していかないと全て杓子定規で決めていっていいのかという疑問がありますので、調査の際には少し考えていただきたいと思います。

委員：ご意見の部分については、整備されれば、条件が満たされれば稼働する等でお答えいただければ良いと思います。即、現在稼働していないから廃止しましょう等とは考えておりませんので、それは誤解のないようにお願いします。それぞれ病院の事情がありますので、現在の時点でのご意見をいただければいいと思います。

副議長：有床診療所について、この調整会議に有床診療所協議会の方に入っていただいたらどうかと思います。今後、地域の在宅医療の受け皿という点で、有床診療所も頑張っておられますが、現実的には有床診療所はどんどん病床数が減っています。現実的にはもう稼働していないところがあると思います。具体的に在宅の受け皿について、どう考えていくのか、是非、診療所の立場を明確にお示しいただけたらと思うのです。

事務局：ありがとうございます。そのようにさせていただきます。

議長：ご提案について、また前向きなご検討をお願いしたいと思います。

他にいかがでしょうか。休床等を調べていくという提案について、何かご意見等ございますか。

委員：有床診療所の方も毎年病床機能報告をするということでよろしいですね。個々の表を見ると有床診療所に急性期病床がかなりあります。現状を把握する必要はあると思います。

議長：それでは委員からご提案がありました休床の調査について、この調整会議で実施するというところでよろしいか。もしよろしければ拍手でご賛同いただけますか。

【拍手】

ありがとうございました。では、ご賛同いただいたということで、準備を進めます。調査の項目と内容等の詳細につきましては、近々にワーキンググループ等を設けたいと思います。調整会議の設置要領によりますと、議長はワーキンググループを設置することができるということになっておりますので、そのように取りはからっていくことでよろしいでしょうか。ご賛同いただければ拍手をお願いします

【拍手】

ありがとうございます。それでは休床等の病床の実態を調査するというところから始めることとし、また各委員からのご指摘がありましたように、詳細を調べていくということで進めさせていただきたいと思います。

議長：全体を通じてご質問・ご意見がありますか。

委員：看護の立場からのお願いをしたいと思います。今回示していただいた資料にもありますが、県南東部圏域においては、岡山市内とそれ以外で看護職員の偏在が大きくなっています。私が属しているのは東備地区ですが、看護職員不足は、継続した大きな悩みとなっております。また、管内に7病院ありますが、平均年齢が50歳代を超えています。もともと不足している上に、平均年齢が上がってきており、どうやって質の高い看護を継続していくかということが大きな課題になっています。先ほども岡山市内の病院の方からも看護職員の確保ができず、病床を一部閉鎖、休止したというお話を伺いましたが、近い将来、起こりうることです。また、最近では夜勤対応が

できない看護職員が増えてきており、私の勤務する病院では6割の看護職員しか夜勤ができていない状況です。何人かの看護職員で病院を24時間支えているというのが実情になっています。岡山市内では若い職員の確保ができ、心配はないと思いますが、地域の格差をご理解いただき、人を育てるとするのは年数がかかり、即というわけにはいきませんので、病院を支えていく地域を支えていく職員の確保や質の向上を重点的に取り組むようお願いしたいと思っています。基金について、ハード面だけでなく、人材の確保にも活用できるように検討していただきたいと思っています。

次に住民の受療行動についてですが、今後大きな問題となるのは、意思決定だと思います。高齢者が増えてきた中で、高齢者の医療について、どこまでするのかという点です。高齢者でも救急車で運ばれば救命処置を行っておりますが、本人が望んでいない医療を家族の意向で提供する必要があるのか、住民に啓発していく必要があると思います。本当に高度な医療を受けたいのか、意思決定に関わる部分について適切に支援できるよう、看護協会をあげて取り組もうとしております。医療構想の中で病床数の調整はもちろん重要課題ですが、適正な医療という意味では、こういうソフト面も含めてご検討をしていただきたいと思っています。また、皆さんのご意見もお伺いして協会の取組に反映していきたいと思っております。よろしく申し上げます。

事務局：貴重なご意見ありがとうございます。看護職員の確保対策については、これまでも様々な施策を行っております。岡山県は看護学校が多いという点で安心しておりましたが、県外出身者が多いということで、つい最近、人口10万に対する看護師数が鳥取県より少なくなり、非常に私も危機感をもっております。岡山県出身者はもちろん、県外出身者の確保、県内への定着について、岡山県の魅力を知っていただくような取組を積極的にしていかなければいけないと思っております。委員の皆様方のお話を伺いながら、医療介護総合確保基金の活用についても色々知恵を絞っていきたいと思っております。その時は是非ご協力よろしくお願いします。

また、医療についての本人の意思決定については、岡山県としても力を入れてやらなければいけないことですが、医師会での取組も結構進んでいるところもあります。御津医師会さんが取り組んでおられますので、お話をお願いします。

委員：地域の方々に医療に対する意思決定を促すのは覚悟をしていただくことで、大変だと感じています。医療関係者としなくても覚悟が必要です。幸い、御津医師会では8年程前から地域の町内会長さんとの話し合いの場を持ち、地域の方々への働きかけも行ってきています。その中で医療制度に対する疑問点の解決や在宅医療、在宅で最期を迎えるにはなどを話し合ってきました。その成果としてリビングウィルについて考えていただき、一回書いてみようかといった意見もうかがえるようになっていきます。岡山医療センターという高度急性期病院も同じ医師会内にあり、医師同士は意見交換ができる環境にあり、かかりつけ医と病院の専門医が同じ言葉で語りかければ、地域の方々の意思決定もスムーズになっていくではと思っています。医療関係者同士の話し合いは何とか進めていけますが、地域の方々の意識を変えるにはまだ多くの障壁があります。ただ、時間はかかりますが地道に働きかけることによって、少しずつですが変化してきていると思います。地域の医師会の活動がその一助になっていると思います。

議長：ありがとうございました。最後は大変重要な話でございます。本当にこれは現場の先生方にと

りましては、近々の重要な課題であります。何か他にご意見・ご質問ございますか。

委員：療養病床の廃止について、その転換先を模索しておりますが、国の方針が気になっています。居住系の施設についても方向としては考えていかなければならないと考えています。

委員：この会議の終期はいつですか、委員の任期が2年ということですが、今後のこの会議の到達目標は何か、決められていますか。

事務局：会議では検討するという事に意義があり、意見交換をしながらそれぞれが主体的な取組で地域医療構想を目指すという非常に漠然としたことはあります。私としては、現在どういう思いでやっておられるのか、この会議で新しい施策や意見を聞かせていただくというのが今後の取組に活かされるのではないかと期待しております。

事務局：この会議は、地域医療構想の実現に向けた会議で、2025年を目指しております。

議長：いかがでしょうか、もうそろそろ時間もありませんが。

大変活発な意見をいただきまして感謝しております。また、休床等調査についてはご賛同をいただきましてありがとうございます。これをもちまして終了させていただきます。

4 閉会

二宮保健所長あいさつ

本日は皆さん非常にご熱心にご協議いただきましてありがとうございました。この地域の調整会議は2回目ということで、私自身は初めての会議で身が引き締まる思いで出席いたしましたが、実に多くの貴重なご意見をいただきました。今後の方向性も見えてきたように思います。本日皆様方にご承認いただきました調査につきましては、ワーキングメンバーや内容の調整等、今後もお世話になる方もありますので、よろしく願いいたします。調査結果は、次回の会に反映させていきたいと思っております。また、ご提案いただきました中で、県を通じて国に要望すべき内容もございましたので、医療推進課に伝え、国へ要望してまいります。これからも協議を重ね、よりよい医療の提供ができるよう体制の維持、向上をしていきたいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。

事務局

次回の開催につきましては、地域医療介護総合確保基金の動向、休床調査の結果等を踏まえながら議長と相談し、時期を見て開催させていただきたいと思っております。以上をもちまして本日の会議を終了させていただきます。ありがとうございました。