

## 第2回地域医療構想置賜地域検討部会 議事概要

日 時 平成27年11月26日(木) 18:00~20:10

場 所 置賜保健所 2階 講堂

出席者 各委員11名

事務局 (健康福祉部 健康福祉企画課、地域医療対策課、健康長寿推進課、  
置賜総合支庁保健福祉環境部 福祉課、保健企画課)

### 1 病床機能検討部会の協議内容について

- 事務局から資料1-1、1-2、1-3により説明。
- いただいた御意見等
  - ・ 2次医療圏別医療提供体制(SCR)の状況で、脳卒中の項目中「tPA」の実態の数値がある。これは急性期に血の塊を溶かす治療がやれているかを表す数値だが、置賜だけ43.3%と低い値になっている。脳外科の医師が少ない等医療体制の問題なのかは不明だが、これから専門的な治療をどこまで地域で行うかの議論に繋がっていくと思う。
  - ・ 救急搬送の状況の中で周産期の搬送時間が長くなっていると説明があったが、二次医療圏内だけの搬送ではなく置賜から村山へ搬送するものも含めてと捉えて良いのか。  
(→事務局から、救急搬送時間は置賜から村山へ搬送するものも含んでいることを回答)
  - ・ 「tPA」を行う時間は、発症後3時間から4時間半以内となっており、以前に比べて投与するケースは増えていると思う。発症後に定められた時間内で搬送されれば市内の病院でも対応可能な治療法であり、年齢や合併症への対応など治療を行う上での基準があるため、体制は整っていても治療は十分に行われていないのが実態だと思われる。もっと医師の数が揃っていて時間外でも診られる体制が整っていれば、より充実するのではないか。
  - ・ 置賜の患者は我慢強く救急へ行かない。病状に応じて適切に救急医療を受診することを教育することが重要だと感じる。
  - ・ 回復期はレセプトベースで推計され、急性期病院の中でレセプト点数の下がった患者も対象に含まれると思うが、その患者の内容を理解するのが難しい。これから回復期の病床を増やすと言われても、どのような患者を対象とした病床なのかが理解できないと検討は進まない。

### 2 病院・病床機能の分化・連携に関する課題(医療機能分化・連携、確保)に対する施策について

- 事務局から資料2~3により説明
- いただいた御意見等
  - ・ 資料3の裏面、施策の方向性に休日・夜間診療所の機能強化が掲げられているが、機能強化とは具体的にどのようなことを考えているのか。  
(→事務局から、救急告示病院等に搬送された患者のうち、直ちに入院となった患者は少ないことから、比較的軽症の患者が受診している実態が見られる。軽い患者は地

域の休日夜間診療所等で診ることにするなど、休日夜間診療所の整備や診療時間の拡大をお願いしたいことを回答)

- ・資料3の透析医療・へき地医療について、現状と課題の記載がないため、施策の方向性と対応していない。現状と課題、施策の方向性の整合性をとるべきではないか。
- ・米沢市立病院では透析を担当する医師が不足している。救急医療についても同様であり、米沢市内の救急医療は3つの病院のローテーションで回しているが、担当の医師は相当疲弊している。
- ・米沢市の休日診療所では、休日には山大医学部の小児科から応援を頂き診療をしている。平日夜間は内科医が小児を診ることになっているが、米沢市立病院の小児科を頼ってしまう傾向があるため、市立病院に相当負担をかけていると思う。
- ・医療の連携強化、病床数調整の課題、人材の確保等については、既に県の第6次医療計画で示されているので他の場で議論することにして、この場では病床機能の分化連携に関する課題と在宅医療に関する課題を議論すべきだと思う。
- ・休日診療所の機能強化について、村山管内では山形市に規模の大きな休日診療所をつくったときに検査がしっかりできる環境が整備され、山形市以外からも一次救急の患者さんが来るような形がつけられている。米沢や長井の休日診療所の検査機能がどのようになっているかわからないが、検査機能を整えることが機能強化につながるのではないか。
- ・資料3では救急医療の充実についてもきちんとまとめていくべきだと思う。また、総論的な事項と併せて具体的な内容が入るとわかりやすくなる。

### 3 在宅医療の充実に関する課題に対する施策について

○ 事務局から資料4～5により説明

○ いただいた御意見等

- ・米沢地域と南陽東置賜地域でも違いがある。例えば、置賜総合病院を退院することとなった患者は、自宅との中間に位置するサテライト病院があることが米沢との違い。一旦サテライト病院に移る患者が相当数いて、その時点で訪問診療や訪問看護の連携が整ってしまう。診療所の医師が連携に関わるケースはあまりない。
- ・資料5に施策の展開方向として記載されているが、サ高住と他に記載されている分野のレベルが一致していない印象を受ける。セミナーの開催、訪問看護の立ち上げ、24時間対応の医療機関を増やすなど幅のある施策の方向になっている。本当にできること、やらなければならないことなどと整理した方が分かりやすい表になると思う。
- ・在宅医療介護連携の拠点整備が進んでいない置賜地区で一番求められていることは、医師会と自治体が一緒になって連携拠点の立ち上げを急ぐことだと思う。拠点での活動を通して在宅医療の需要や潜在看護師の把握等をしていただきたい。
- ・置賜のサテライト病院では、診療所の医師から紹介された患者は、医療のステップを踏んで大体、診療所に戻っているものと思う。
- ・連携拠点を整備することは良いことで、鶴岡や山形のような形で作れば良いと思うが、置賜地域では、職員体制等が不十分で医師会主導では難しいのではないかと。単に予算が用意されているだけでは解決できるものではなく、医師会と自治体が協力して話を進めなければならないと考えている。

- ・県が主導して市町村に対して拠点整備の指導をして欲しい。
- ・他県のある地域の医師会が整備した拠点では、専任のコーディネーターが配置され、在宅医療のコントロールが行われていた。それぞれの地域で実情にあったやり方があると思うが、米沢の場合は、市が中心になって進めることだと思う。
- ・資料4の最初のグラフを見る限り、置賜が一番将来の医療推計での在宅移行の見込みが少ないと読み取れる。置賜としての状況は示されたとおりで、西置賜は福祉のベッドが多いことから、更に在宅対応と想定される人口は少ないと思う。市町単位や西置賜と東南置賜別で見ることができれば各自治体はやりやすいのではないかと。
- ・国の推計で見る限り、置賜の在宅移行の人口はそれほど多くはない。ここでいう在宅は、福祉施設も含めての在宅と捉えるのか。  
(→事務局から、国が示しているのは、全体の在宅医療等の推計と訪問診療分だけであり、老健施設については県の長寿安心プランの整備計画の値を置き替えていることを回答)
- ・地域の全体推計では市町毎の推測は出来ないため、保健所も一緒になって自治体ごとに丁寧に分析することを進めていく必要がある。高齢独居がこれだけ増えている中で福祉施設での看取りが必要になってくると思うが、そこに向けての連携については書ききれていないため、自治体毎の統計をもとに、拠点の整備や看取りについて話し合いを進めなくてはならないと思う。
- ・資料5の円滑な在宅復帰に向けた医療機関による連携強化に関して、庄内地域では訪問看護ステーションも医療ネットワークに加入し連携強化が図られると聞いているが、置賜地域の訪問看護ステーションでは、一部の訪問看護や介護施設が加入している状況。加入するためには、年間利用料が必要になることも影響しているのではないかと。
- ・往診と在宅診療は違うものであり、往診は患者からの要請を受けて診察して一回で完結する。在宅診療は、計画的に実施する必要があり事後に報告も求められる。他に診療所の施設やスタッフの基準も満たさなければならない。米沢市では3人の医師で強化型の在宅診療に取り組んでいる例もある。
- ・在宅診療所の施設基準の届出をしないで診療している理由として、24時間対応をやらなければならないこと、施設として看取りを行ったときに患者から高額な報酬を貰うことになることが関係していると考えられ、高額な報酬を得るということは患者の負担が大きくなってしまうため、医療を提供する側の良心的な意識と24時間の診療を行うことで自分が縛られてしまうことを気にすることの表れだと思う。
- ・歯科の在宅支援については、医科と同じように往診はスポットで治療や義歯調整に出かけているが、訪問診療となると口腔ケア全般まで見なければならなくなり、米沢市内でも9軒の歯科診療所しか指定を受けていないのが現状。今後は「おきねっと」等の医療情報ネットワークのへ参加も進めていければよいと思う。

以上