

## 医療審議会各部会の開催概要

### 在宅医療推進懇話会（10月16日）

- ・在宅医療推進懇話会の意見が、地域医療構想調整会議に反映されるようにしてほしい。
- ・病床の機能分化に関して、退院後の患者の受け皿として在宅医療の充実は非常に重要である。
- ・地域医療構想ガイドラインに基づく在宅医療の推計値ではなく、本懇話会で議論しているフレームワークに基づいた在宅医療の受入可能数が推計値となるべきである。
- ・10年後在宅医療のプレイヤーが増えている体制づくりをしていくべきである。
- ・在宅復帰率が加算の要件になり、急性期からダイレクトに在宅へ帰ってくるという流れもある。入院患者の流れが変わってきているので、更に在宅が増えると思われるが、2025年必要病床数の推計にもそのことは加味すべきではないか。
- ・地域性のことを考えていくのが、地域医療構想調整会議であり、その地域性の声をしっかり受け止めていくことが在宅医療推進懇話会だと思われる。

## 救急医療部会（11月4日）

- ・ 救命救急センターから回復期、慢性期への転院について、在院日数の関係で早期に転院、退院を進めていく必要があるが、早期転院、退院をさせると必ずリターンがあり、受けざるを得ないことから、これが予期せぬ急性期への搬送として増えている。需要予測に基づき、高度急性期・急性期を減らすと、回復期、慢性期の患者が急変した時などに対応が困難となることが予測されるが、県としては検討しているのか。
- ・ 伊勢志摩地域について、2次病院がほとんどなく、ほとんどの患者が救命救急センターに来てしまうという現状がある。またこれからこういう状況が加速するだろうと思われるので、その対策を打っていかないと、今たまたまうまくいっていても、いずれ破綻は目に見えているので、2次病院の機能強化を図る施策が必要。
- ・ 示された必要病床数には質の評価がない。三重県内で同じ医療を提供できるのではなく差がある。四日市地区では、2次救急の受入れ患者数が減って3次救急に来てしまう状況。2次救急は疲弊して質が保てていない。2次救急でとってもらうために2次救急へのバックアップや連携をどうするかを構築する必要がある。2次救急全体としての連携が取れていないので、一人の患者に対して複数の症状があると、専門外の症状があれば受けられない状況があり、各2次救急で受け入れられずに3次に来ている状況がある。2次でしっかりと受けて、そのあとを連携しバックアップしていくことが、必要なのではないかと。
- ・ ベテランの救急救命士が減り若い救急救命士が増えている。救急現場で適切に判断して病院に運ぶという実施基準があるが、うまくできていないものが一定数ある。
- ・ 8地域における小児医療・小児救急について考えていく必要がある。
- ・ 四つの医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の高度急性期と高度医療等の最新医療との関係をどのように考えるのか。また救急隊の搬送時間で地区によって四倍近い差がついているがどのように考えているのか。
- ・ 四日市地区の救急患者数を見ると、1次と3次の患者数の差が激しい、市立四日市がER的に患者を受け入れているからだが、このままでは破綻する。伊勢地区も昔は同じ状況だったが、初診時自己負担金を取るようになってから1次の患者が救命センターに来ることはなくなった。県としてそのような方向になるよう働き掛けることはできないのか。
- ・ 救命センターは、四つあるが、地区での住み分けを行うのか、それとも広域でやっていくのか。またドクヘリの場合と救急搬送の場合では、広域の考え方も違うし、ドクヘリだと南部が中心になるのかと思われるので、そういった考え方を県の方で示してもらった方が、こちらも対応ができると思う。
- ・ ドクヘリについては、やらなければならないことであるし、需要もあるのだが、金銭的には苦しい。救命救急センターに来るお金が減ってきているという話があるが、今のところ病院は救急をやっていく方向に向かっている。しかしながら次の段階を目指して設備等の充実をどうするかが問題となってくる。金銭的なものも含めて充実させていきたい。またベットの削減についてもどの規模で行われるのかほかの病院も戦々恐々としていると思う。どのような方法・考えで減るかを、具体的に知ることによって対策もうてるし、将来も見えてくるのではないかと。
- ・ 予算措置等も当然大切ではあるが、人材の育成も非常に大事なのでぜひお願いしたい。

## 脳卒中医療福祉連携懇話会（11月9日）

### 1 必要病床数について

- ・ 脳卒中患者の流出入については数%にとどまるが、東紀州医療圏においては母数が少ないので目立つ。
- ・ 入院患者の半数以上が在宅医療となる。なぜ在宅医療ができないかを考えないと、必要病床数を考えるのに無理がある。
- ・ 再発により救急の需要が増える傾向にあるなど、脳卒中患者が今後増えていく見込みがある中、このことを必要病床数の算定に組み込むべきである。
- ・ 嚥下障害など在宅にいきにくい要因をもった患者が多いと感じている。結果的に回復期の在院日数が延びてしまう。病床数は在院日数に依存すると思うので、在院日数が延びていくということを加味した計画をたてていただきたい。
- ・ 患者からすると、回復期に転院できる状況や維持期にいける状況にあっても、少しでも無理して退院しすぐまた悪くなったらどうしよう、一旦退院したら病院に帰れないとの思いから病院にとどまる状況が見られる。これが実際の入院患者数と医療需要とのズレになっている。
- ・ 単純なリハビリは地元に近いところで良いと思うが、合併症などいろいろな高齢者が増えてきて、これらの患者が救急になると結果的に寝たきりになってしまうということもある。急性期には急性期と高度急性期という考え方があるように、回復期についても階層的な考え方を入れておかないといけない。
- ・ 医療機関により理学療法士の配置などかなりの格差がある。リソースが多い機関は、圏域を越えてくる患者がそれなりにあるという想定をした方が良いのではないかと。
- ・ 在院日数がクリティカルにきいてくるので、現状を是認するのであれば病床数は多めに予想されるということになるのではないかと。
- ・ 紀南病院では脳疾患、循環器疾患については治療を完結できないため、新宮医療センターへ送ることとなる。新宮医療センターも受入できないこともあり、松阪や津へお願いすることになる。独居高齢者が多く、症状が進行してから救急車で搬送されるため、急性期もみていかないといけない。
- ・ 協会データによると、90日程度の在院日数で10万人あたり50床となっている。東紀州の人口に基づくと、在院日数がほどほどであれば、紀南病院の回復期病床整備により対応できる状況にあると考えられるのではないかと。
- ・ 南勢志摩では、急性期については画像ネットワークで対応できている。この地域も高齢化率が高く過疎地域であり、元気高齢者を利用しながらの介護も必要である。在宅移行がこの予想どおりであればやっていけない。
- ・ 桑名の場合、愛知県への流出があるが、桑名市総合医療センターが整備されると救急への対応力があがると思う。

## 2 在宅医療推進について

- ・ 嚥下障害、介護者不在、認知症、多臓器疾患などでなかなか維持期にいけないので、それをどう解決していくかが課題。患者の立場で考えると、訪問看護、訪問診療をしてくれる人が地域にいない。これをどう担保していくかのしくみづくりを進めてほしい。
- ・ 入院と在宅の間を、介護老人保健施設（老健）などでつなぐことが重要である。老健が1つのカギとなる。
- ・ 介護サービス施設は確実に増えていく。一旦、中間的なところがあれば患者はスムーズに流れる。
- ・ リハビリに至らない回復期もあるので、これをどうするのか。このような患者を維持期に帰すといっても介護力がないと無理である。結局、施設入所とならざるを得ない。老健、老人ホームなどにどう流していくのか。
- ・ 全くの寝たきりであっても在宅で不可能ということではない。こういうことがもう少し広がっていけば良いと思う。
- ・ 訪問看護ステーションは小規模のものが多く格差が大きい。質を高めていく必要がある。
- ・ 寝たきりでも何とかなるという状況もあるが、条件がそろわないとなかなか難しい。サポートできる体制、離れた家族の理解など、世の中の理解が必要である。
- ・ 地域包括ケア会議の業務量がふえるので、そこへのサポートが必要である。
- ・ サービス付高齢者住宅（サ高住）が急速に増えてきているが、そこにケアマネージャーが入れない。高齢者の状況把握がますます難しくなり危惧される。
- ・ 在宅がうまくいっている事例では、開業医と訪問看護の連携がうまくいっている。訪問看護が在宅のカギの一つと考える。
- ・ サ高住や有料老人ホームを利用できない貧困層への見守り体制が貧弱である。経済的な要因により再発リスクが高まることが危惧される。