

令和8年度第2回岡崎市民病院地域医療支援委員会 会議録	
開催日時	令和8年7月23日（木） 午後2時から午後2時50分
開催場所	岡崎市民病院 第7・8会議室
委 員	（出席者）11名 小林 靖、田那村 収、梶山 真、市川 博文、高村 俊史、鈴木 正博、相川 美代子、山下 晋、諸田 孝子、中根 敏裕、石山 聡治
説明者	薬局長補佐 村井 宏通
事務局	地域医療連携室管理監 岡田 幸男、副室長 蟹江 尚美、室長補佐 酒井 玲、副主幹 岸 こずえ、総括主査 若山 淳、看護師主任 眞木 阿矢、会計年度任用職員 梶山 広美
会議次第	1 院長挨拶 2 議題 （1）地域医療支援病院業務実績（令和8年3月～令和8年5月）について （2）ポリファーマシーについて
傍聴者	0人
議事要旨	1 院長挨拶 （内容省略） 2 議事 議題1 地域医療支援病院業務実績（令和8年3月～令和8年5月）について （事務局） （資料1） 紹介患者数の令和7年度の月平均は1,540人と前年度を下回っている。そのうち7年度の紹介時間内救急患者数は月平均52人、紹介時間外患者数は月平均91人、紹介時間内患者数は月平均1,398名で6年度の1,444人から46人の減少。令和7年度の初診時間内救急患者数の月平均は195人、8年度の月平均は175人だが気温上昇に伴い、今後増加の可能性ある。時間内における紹介は、地域の医療機関から藤田医科大学岡崎医療センターや愛知医科大学メディカルセンターへの患者の分散が起きていることが予想される。全体の紹介患者数が伸び悩んだ理由については、小児科において感染症患者が減少したことや、コロナ収束により呼吸器内科の減少、皮膚科の医師不足により紹介数の減少が考えられる。 紹介患者数の減少は、当院にとって最大の課題。当院が選ばれる病院になるため情報収集し、問題案件があれば速やかに事実確認や対策を講じ、クリニックに出向き説明するなど信頼が得られるよう努力していく。今年度に入り、積極的にクリニック訪問を行っており、6月までに計111件訪問している。循環器内科、消化器内科、腎臓内科、婦人科等の医師による診療科訪問は計28件、歯科口腔外科の医師による訪問が10件となっている。クリニックより忌憚のないご意見を頂戴することもあり、当院の課題が明らかとなっている。当院にご紹介頂いた患者さんのその後の情報が速やかに欲しいなどのニーズにこたえられるよう院内で検討し、よりスムーズな病診連携ができるように努めていく。また当院診療科のPRが足りないというご意見を頂いており、広報誌なども積極的に活用しながら当院の機能をアピールしていきたいと考えている。また、地域医療機関がWeb予約システムにて紹介状送信ができるようになり、より円滑な患者紹介システムを整えた。逆紹介率の令和7年度の月平均は94.5%。今年度は104%を上回っている。これは冬から春にかけて、医師の転勤に伴い逆紹介が増える傾向にあるためである。逆紹介は、これまでの泌尿器科、脳神経内科、皮膚科に加え、消化器内科にも介入して

いる。逆紹介が推進されることで医療提供体制の機能強化が図れるので、各科医師・看護師からの意見聴取をもとに今後も積極的に介入していきたい。

(資料2)

紹介検査受診者数合計は、月平均で令和7年度は45件、今年度に入り43件。MRI、RIが令和7年度月平均12件と増加傾向にあり、高度医療機器が活用されている。開放病床の小児病棟は令和7年度が前年度よりも利用が増え23件、今年に入り2件となっている。成人の開放病床の利用はない。当院とクリニックが共同で診療していくことを前提に効果的な活用ができるよう、新規開業のクリニックには開放病床の活用目的について情報提供していく必要がある。会議室、図書室の利用実績はない。

(資料3)

救急患者の延べ数合計の令和7年度の月平均は1,888人。ドクターカーの出動数は令和6年度月平均4.3件、7年度月平均7件。今年度は9件と増加。ドクターカー単体の出動が減少している理由は、救急科医師の人員不足及び火曜日のみの出動となっているためである。DMAT車両については、令和6年度は計8件、7年度は7件の出動があったが、いずれも患者の搬送に使用したものである。

(資料4)

地域医療支援病院講演会を1ヶ月に1回定期開催している。よくある疾患でタイムリーかつ活用可能なテーマの視聴数が多い傾向がある。視聴者数が少ない月もあるので、PR方法等を工夫していきたい。今年度から配信時間を午後2時からに変更したことで、全体数が減少傾向にある。今後も研修会への参加者を増やし、広い範囲で最新の医療をお伝えし、地域医療の質向上に貢献できる講演会を企画していきたい。

(資料5)

諸記録の閲覧実績は、歯科医師の月平均数が増加傾向。医師や歯科医師からは、過去の手術や治療内容が主な問い合わせ内容。

(資料6)

患者相談の実績は、地域医療機関との連携を円滑に行い、また患者家族からの苦情相談に応じている。実績数には大きな増減はない。退院支援相談については、令和6年度より算出方法が新規の相談件数のみとなったので月平均数は減少傾向にはあったが、7年度後期からは月平均900件を上回っている。がん相談件数も安定した数で推移している。がん相談の案内カードやがん相談案内用紙の配布等で、今後さらに相談数が増えることを期待している。市民の皆様には、予定の外来受診はなくても相談にみえる方や、電話での相談の方が多くなっている。セカンドオピニオンは、患者サポートセンターへの移行時よりも安定した数を維持。

(資料7)

退院調整をして退院した患者数は、令和7年度の月平均が脳神経内科30.1人、整形外科29.1人と2科は依然として高く、これは脳卒中及び大腿骨骨折の地域連携パスの運用が浸透しているためである。月平均合計は、令和7年度は171.8、今年度も176と増加。全体の退院調整数の増加傾向の理由は、引き続きの治療やリハビリが必要なケースだけではなく、社会背景の多様化に伴い治療後も自宅に戻れない、戻ってきては困るといったケースが増加していることによる。退院カンファレンスは減少傾向。退院カンファレンスが増加しない理由は、自宅に退院される方が減ったためと考える。

(資料8)

地域連携クリニカルパスの新規登録件数は、令和7年度の月平均57件で前年度の比較で増加傾向。内訳は、脳卒中、大腿骨骨折、岡崎CKDの地域連携パス登録件数の月平均が多く、令和7年度が19件、11件、16件。CKD連携パスは糖尿病連携パスとあわせて、藤田医科大学岡崎利用センター、愛知医科大学メディカルセンター、当院の3病院の共通パスを使用し、地域の診療所が連携しやすい環境を整えている。がんパスについては、肝がんを除く4つのがんについて数を増やしており、患者中心の地域医療の質向上のために地域の医療機関との連携を充実させていく。

(委員A)

DMATの車両は、要請されて出ているものか。

(事務局)

DMATについては、要請されて出動しているわけではなく、当院から違う急性期の病院にどうしてもこうした車両でなければ転院できないという患者さんに対して、このD

MA T車両を使用しているという状況である。

(委員B)

資料4の医科歯科連携交流会のとおり医科歯科連携を一緒にやっているが、このような魅力的な研修をやっていただければ、幸田町でも歯科医師会を通して各地域に派生していく。市民病院中心にこれからも広がっていくよう協力していきたいと思っている。

(委員C)

退院カンファレンスが減ったことは、自宅に帰る人が少なくなり、施設が何かに入所することになっているのかなと思う。家に帰れないから施設というときに、家族に決めてきてもらうのか、市民病院でこういうところがあると提案するのか、ケアマネがある人はケアマネジャーに聞いてというのか、どのような手段を講じているのか。

(事務局)

基本は当院のスタッフがご家族と面談をし、自宅では見られないということで施設が希望であれば、当院の方からその患者さんとご家族の希望に沿った施設をいくつかピックアップさせていただき、そこを紹介して家族の方が実際にその施設に出向いて状況を確認してこの施設がというふうに決めていただくケースが多いと思う。中にはケアマネが入っていただき、ケアマネを通して施設の相談を家族とやっていただいているケースもある。家族の状況に応じて、どれぐらい費用がかけられるかで選ぶ施設も変わってくる。

議題2 ポリファーマシーについて

(薬局長補佐)

ポリファーマシーは、単に薬剤が多いことではなくて、それに関連して有害事象のリスクが増加し、患者さんの服用過誤とかアドヒアランス低下の問題に繋がる状態のことをいう。通常5、6種類の薬剤を使用しているとポリファーマシーと定義することが多いが、実際5種類以上の薬剤を服用している患者は転倒の発生が多く、6種類以上服用していると、有害反応が多いとの報告もある。平成28年度にポリファーマシーの解消に向けて、薬剤総合評価調整加算というものができた。当時は、減薬かつカンファレンスを行うことで、薬剤総合評価調整加算というものが取れるというものでスタートしている。その後、令和6年には、カンファレンスを行わなくても多職種で協議をして、薬剤を調整すれば診療報酬の算定ができるというように診療報酬が改正されている。今回の令和8年度の診療報酬改定では、病棟薬剤業務実施加算1という薬剤師の点数の必須項目になり、地域との連携をしなければ薬剤総合評価調整加算は取れなくなった。

国の意向としては、薬剤師が関わって頑張れということと、地域と連携して調整した薬剤の適正使用を推進してくれということが今回の診療報酬改定から酌み取れる。病院全体で取り組むポリファーマシー対策チームのメンバーは多職種ということで、医局、看護局、医療技術局、薬局のすべての局から参加している。当院に入院してくると必ず持参してくる薬、薬剤調整加算は常備薬の内服の調整をしたときに取れるということなので、まず服用中の薬剤をしっかりと確認するという作業から始まる。そのときに、患者さんの体調の変化等で薬剤がその状態に合わないことや、そもそも調整してくれて入院してくる人もいるので、そういう方の薬剤調整を行い、薬剤総合評価調整加算の算定基準を満たした方の算定を行う。その際に、薬剤管理サマリーを添付して、地域との連携を図るという一連の流れになっている。患者家族からの訴え、服用が難しいなどで薬を減らして欲しいという声が上がることがある。薬剤、服薬管理能力の低下のリスク、認知力、視力障害などいろんなことがあり、患者さん側の問題として上がってくることもある。副作用の観点で、相互作用がすでに起きているのではないかと、患者さんが入院してくると実際に腎機能が悪かったということで容量調整が入ることがある。最近あったことで70歳から減量で、入院したときにちょうど70歳を迎えていたというケースもあった。患者さんの状態変化から薬剤調整をしようというケースが一番多いという報告もあった。当院で採用してる薬剤システムの薬剤サマリーの書式では、患者さんの禁忌薬、アレルギー歴、副作用歴、腎機能、必要な検査情報を転記している。薬剤の管理状況、投与経路、服薬状況、退院後の薬剤管理は誰が行うか、特記事項のところに入院からどういう経緯で薬剤が調整したかということを記録して、当院で始めた薬で例えば、3ミリから5ミリに2週間分増やしてもらうなど、そのような薬剤と投与方法に関わる注意点があれば書いている。処方内容は、入院時の持参薬が退院時にどのように薬が変わっているか、調整が実際にかかった薬がどれかを比べるような書式になっている。返書兼

問い合わせ状ということで、担当した責任者の名前が記載されて、患者名、返信される医療機関で自由な記載ができるようになっており、最後に、疑義・確認事項等がない場合は返書不要、質問とか気になる事項があれば意見が出せるように、薬局直通のFAXとなっている。ポリファーマシー対策は、薬害対策や薬剤費削減のため国の政策として続いていくと思われ、診療報酬の観点から取り組みを強化する必要がある。また、同対策は、各病院で持続可能なモデルを作る必要があり、当院では対策チームを発足して各病棟と連携している。そして、地域の連携が必須であり、各医療機関で患者さんのために薬剤調整を行ってもそれがしっかり次へ繋いでいけないことになると、患者さんは適切な薬物治療を受けられないということになる。

(委員D)

病院で調整して薬が減らしたとしても、また元の薬が処方されているようなケースが多々ある。今回処方せんの形態で、先ほどの腎機能、肝機能が悪い人に調整が必要だったという話があったが、処方せんの中に検査値が出るようになってきたので、我々としてもそれを見ながら、処方提案できたらよいと思っている。今後とも連携を深めてやっていきたい。

(委員C)

東病院は、薬はリスクという頭でやっているのでも、市民病院から来たとしても全部そこから見直す。4つの病棟があるが、すべての病棟に担当薬剤師を配置しており、担当の医師もいて、市民病院だから大丈夫というわけではない。一番多いパターンは、整形外科で薬がダブっている傾向があって、必要性のないものはやめるっていう方向で考えている。薬剤性誤嚥で嚥下障害とか、向精神薬みたいのをを出しており、それで飲み込みが悪いとか食欲がないとかの患者さんが重要だと思っている。

(委員E)

ポリファーマシーの問題はすごく大事だと思うが、問題は、副作用の可能性がある薬を伸ばしていることである。国の施策として薬害の問題だから、薬を減らして医療費の削減ということを強調されたが、それは最終的にはそうしたらいいのであって、基本はやはり、患者さんに必要な薬はしっかり出すということである。市民病院に患者さんをご紹介して手術とかで入院となると、例えば1ヶ月分を処方して持ってきてくださいと言われる。例えばポリファーマシーの患者さんを送った場合に、先生これ余分ですよと言っただけだと助かる。また、この病状に合わせてどうですかというのを退院サマリーでやっていただくと助かる。あと、市民病院の科で腎臓と循環器と糖尿病にかかっている場合に、それぞれでたくさん薬が出されていて、かかりつけ医に来たときには、ポリファーマシーになっていることが多々ある。その辺りの調整をしていただいて、例えば、循環器と糖尿と腎臓で、これが必要かどうかを検討してもらったうえで対応して返していただくとありがたい。我々だけでは、薬局も僕が処方した薬に何か意見をつけるようで薬剤師が躊躇されると思う。病院にうちの患者さんが行った場合に、そこで何かサジェスションいただければいいのと、やっぱり我々がそういうことでポリファーマシーじゃないかということを相談できる場所が基本的にあるといいと思う。中立的な調整ができるようなシステムを市民病院にお願いするだけではなく、医師会とか、薬剤師会の3者で上手く客観的に見ていただけるような場所があるとよいと思う。

(薬局長補佐)

専門医がそれぞれの状態を評価するのは、現状ではなかなか難しいのかなというのが正直な感想である。ただ病棟薬剤師がそういうところを総合的に見て、主治医と共有しながら少しでも調整ができればよいと思っている。

(委員E)

病院で入院のときは、患者さんが逃げていかない状態で話ができるので、例えば痛み止めもずっと飲んでいて腎臓を悪くするとか言っただきたい。医師会や市民病院が主催する講演会や市民講座で、睡眠薬や痛み止めをもっと合理化するように市民に啓蒙してもらいたい。

(委員D)

薬剤師会としても理事の中に市民病院の先生も入っているので、一応検討させていただきたいと思う。薬剤師だけで判断するのは難しいところがあるので、医師の先生方、歯科医師の先生方のご意見も伺いながら進めていきたい。

(委員C)

	東病院の病棟薬剤師は、患者さんの薬について意見を積極的に交わすシステムになっている。 （議長） 他に意見及び質問がないことを確認する。 本日の提出議案は全てご承諾いただいた旨を報告し、会議の終了を宣する。 次回は令和8年10月22日木曜日14時からを予定している。 （以上）
--	---