

## 平成28年度 第2回 大津圏域地域医療構想調整会議 議事概要

日 時：平成29年2月15日（水） 13：30～15：10

場 所：県庁北新館 5A会議室

出席委員：別紙名簿のとおり ※石田委員代理：見本委員

欠席委員：渡辺委員

事務局：滋賀県健康医療福祉部健康医療課 嶋村課長、  
大津市保健所 中村所長 他関係職員

### 議事の経過概要

開会宣告 13時30分

県健康医療福祉部あいさつ：嶋村課長

### 議 題

#### （1）平成29年度地域医療介護総合確保基金事業について

事務局より資料に基づいて説明があり、その後質疑応答および意見交換が行われた。その概要は下記のとおりであった。

委員 （病床機能分化促進事業による施設整備について）先般この会議では大津市域ではまだまだ回復期が足りないという話があった。病床単位での整備が可能ということなので、急性期の一部を地域包括ケア病床に変えようということに取り組んでいる。2か月以内に患者さんを在宅へ返さないといけないというのが大前提としてあり、これ以外にもいろいろ基準があるために、いきなり病棟ごと転換するのは見通しが立たないので、とりあえず可能な病床数から始めて、それで地域の先生方との連携をより緊密にしてできればこれを広げていきたいと考えている。

議長 既に回復期を持っておられる病院では、稼働率は今どれくらいになるか。

委員 今、当院ではだいたい8割患者さんが入っている状況。

委員 当院は病棟ごと50床、2年前に地域包括ケア病棟にしたが、現在のところ稼働率は大体88%位。割とうまく回っている。当院の場合は整形外科が充実しており、整形関係の術後とか、そういう患者さんがメインで回している。

委員 機能転換の基金事業について、現在進めて頂いているのが病床

の転換ということで、量的な転換に対する基金の活用という理解をしているところだが、質に関する整備については今後どう考えているか。

事務局

病床転換については、現在のところ、まずは量的整備を進めていきたいという中で、別の機能から回復期機能に転換していただくための施設・設備に補助しているのが現状。ただ、この予算を用意してはいるが、簡単に機能転換が進むかという点、診療報酬改定も控えていることもあり、実際のところこの基金を十分活用していただけていないのが現状。今後はご指摘のような、同じ回復期でもより質の高い回復期機能のサービスが提供できるような事業に対しても何らかの支援ができないかということも含めて将来的には考えていかなければいけないと思っているが、現状では補助金の制度・要綱上ではまず別の機能から回復期の充実をはかっていただくための補助金という形で進めている。今後の検討課題とさせていただきたい。

## (2) 大津圏域における在宅医療の現状と課題について

井上文彦委員より在宅医療の現状と課題について説明があり、続いて事務局より資料2-1、2-2について説明があった。その後意見交換が行われた。その概要は下記のとおりであった。

(井上委員説明)

委員

在宅医療の現状と課題ということだが、大津市医師会のオフィシャルな意見では必ずしもない部分があるので、その点ご了承いただきたい。実際在宅医療にかかわっている中で感じていることをお伝えしたい。

まず入院から退院への移行について、皆さんご承知のとおり、在宅医療・介護について準備不足の状況で退院されることがある。資料2-1によると、滋賀医大、大津市民、大津日赤あたりを見ると、退院患者の6～7%が退院後に在宅医療を必要としていることがわかるが、これ以外の中にも在宅医療が必要な人はいると思われる。

受入れ側の準備ができていない状況で退院が早く決まってしまうと困ることもあり、退院調整力についても期待したいと思う。

また、病状として早すぎる段階での退院について。これは患者の家族からも聞く。誰が一体退院を決めているのかということ。病院に退院してくれと言われれば患者は退院するしかない。病状

として早すぎる退院があるということを知っていただきたい。

回復期病床が増えればそちらに回っていただけるのではないか。あるいは慢性期病床が減ることも問題なのではないかとも思っている。

次に入院受入れの基準について。在宅医療をしていて、これは入院が必要と思われる、あるいは患者が入院を希望される場合がある。こういう時に、ほとんどは入院させてもらえるが、中には病院に行っても断られる場合がある。救急車で行ったのになぜ帰ってきたのか？というようなことも実際ある。病院の入院の基準がわからない。受入れのいい病院とそうでない病院があるということも耳にする。基本的には入院の希望があれば受け入れて頂きたい。在宅医療をしている者としては感じている。こちらが入院した方がいいと言っているのに帰れと言われると病院の意見が通ってしまう。その辺が病院の医師と在宅の医師で見立てが違うということになる。

レスパイト入院についても在宅医療をやっているものにしてみると非常に重要。大津市内ではレスパイト入院をしている者が非常に少ない。病院間で差がある。病状によって受け入れ可能かどうか変わる。仕方がないとは思いますが、もうちょっと選択肢がたくさんあればそういうことも解消できるのではと思う。したがって地域包括ケア病床の増床も一つのアイデアではないかと思う。

また人工呼吸器をつけている患者さんは受け入れられないといわれることがある。病状によって受け入れてもらえない患者さんもいるので、受け入れ可能な範囲を広げて頂きたい。あるいは期間を延長していただきたいこともある。

次に緩和ケア病床について。在宅をやっているとがんの患者さんが必ずおられる。家族の負担の問題や御本人の意向で、緩和ケア病棟に入院したいという方もおられるが、緩和ケア病棟は大津市民病院の20床だけで、それ以外の選択肢がない。京都に行くか、大津圏域外に行くしかない。選択肢が限られていて、大津市民病院も非常に混んでいて、待たないといけない。緩和ケアで待つのかということをよく家族の方からいわれる。これも病床数が少ないが故のことかと思う。緩和ケア病棟も検討していただきたい。

次に看取りの問題。これはこれから2025年には病院死・在宅死の絶対数はどちらもふえるが、在宅死の割合が増える。誰が最後に看取るのが問題になってきている。在宅で看取る場合はほと

んど開業医が診ることになるが、開業医で在宅をやっている人数はそう増えるわけではない。そこをどうするのが問題。このままでは開業医もパンクする。病院ではどうお考えなのか、お聞かせいただきたい。世の中の流れとして在宅へというのはわかるが、そういわれても診る人がいないのではないか。在宅死の「在宅」は必ずしも自宅だけではなくて施設も含めるが、施設では看取らないというところもあるので、この場合最後に病院に送られると思うが、病院としてはどうされるのか。

最後に在宅医療・在宅介護サービスの地域間格差が大津の中でもある。一部の地域では往診・訪問看護を敬遠されるところがあるのは確か。行ってもらえないという話を聞く。往復だけで1時間かかるようなところでどういう手当をするのか考えなければならない。これもマンパワーの不足が考えられるのではと思う。病院を出た後の流れを考えて頂かないと、トータルな医療としては完結できないので、出た人はまた帰ってくるということを考えて議論していただきたい。

(意見交換)

議長 病床機能分化促進事業をされている琵琶湖中央病院さん、いまのお話しを聞かれてどうか。経営的にどうかという話も聞かせていただきたい。

委員 平成27年度の資料を示していただいているが、当院は27年に事業を活用して、病床機能転換をしていて、資料からはかなり変化している。例えば27年では新規入院患者が386人だが、28年は506人ということで3割ほど増えている。病床機能転換によって患者の入退院の回転が早くなっている。その中で退院患者も約1割増しになっている。退院後の行き先は少しすそ野が広がってきたと認識している。というのは、退院後は自宅というのがかつては一般的だったが、最近は様々な介護サービスを活用されて自宅以外の在宅に帰られるというように、在宅のすそ野が広がってきているのではないかという印象をもっている。ここ数年で少しずつ介護サービスの資源が周知されてきているのかと考えている。

委員 井上委員の話を聞いて身の引き締まる思い。在宅医療を進めるためにはバックアップ体制が大事で、開業医の先生方が在宅を診ておられて、何かあったらすぐ引き受けるという体制が不十分ということで、耳が痛かった。例えば心筋梗塞を起こしたとか吐血

したということになれば、すぐ大学病院や日赤に行かれるだろうが、ちょっと熱が出たとか元気がないとかそういう時に診るといふ機能は、いくら重篤でないといっても一般病床あるいは地域包括ケア病床があつて、救急的なことができる病院が受けないと、まったく慢性期やリハビリだけの病院ではなかなかしんどいのではないか。そういう意味では地域包括ケア病床を持っている病院とか我々のような病院はがんばらないといけないと思う。ただ院内では地域の開業医さんとの連携があるから、開業医からの紹介は断らないようにと言っているが、徹底できていないこともある。大事なことは院内で徹底して、患者さんを選んではいけないが特にそういう開業医からの紹介は断らないようにすること。

ただ我々のような慢性期の病院はベッドの稼働率が高い。どうしても満床の時にはとりたくてもとれないこともある。その辺はいわゆる在宅の先生方との前もつての情報交換、この病院だったら空いているとか、そういうこともできたらいいのではないか。

委員

先ほどレスパイトの話がでたが、当院ではできる限りレスパイト入院を協力したいと考えている。レスパイトの期限は、当院では2週間から1か月というところで院内ルール化をしている。当院が提供できる医療機能を明確にしたうえで、その範疇で受けている。一つはケアマネージャーと主治医との連携、病院との連携が大事かと思う。当院では登録をしていただくような制度を検討している。そういう前もつての準備、システム作りも今後の方策として考えている。

議長

JCHO滋賀病院では現状はどうか。あるいは今後は地域包括ケア病床を増やすような計画はおありか。

委員

今非常に迷っている。病棟の形の問題があつて、病床の分け方で迷っているところ。地域包括ケア病棟を入れたことで、患者さんの流れは良くなって、スムーズになっている。

議長

大津市は病床がたくさんあるので病院の機能分化はしやすいのではないか。

委員

大学病院から見たときに、どういう形で地域包括ケアシステムへの支援ができるのかということだが、一つは医療人材について、新しい専門医制度が来年から動く。若い人はどうしても細分化された専門領域に興味を持つが、地域で一番求められている総合内科的な総合診療医の育成が県全体の課題ではないか。JCHOと日赤志賀は地域包括ケア病床があるということで、内科とか骨折とか、

大きい病院まで行かなくてもいいという患者さんが受けられるしくみがあるが、全体的に見たときには医療人材を養成しつつちょっとした肺炎とかちょっとした骨折やレスパイトで3～4週間見てほしいという時の受皿が今後の課題かと思う。その辺はやはり医療人材とセットの課題かと思うが、地域の先生方はいかがお考えか。

議長  
委員

いま現実に滋賀医大として退院の受皿としてはどうか。

当院はほとんどが予定手術で家に帰れるような人が90%位。どうしても救急で来た患者さんでリハビリとか回復期の病院を探すこともあるが、大津以外の圏域の方も多くおられる。大津圏域だけ見たときには地域包括ケアのような、かかりつけの、ちょっとした急性期も含む回復期の病床がもう少し今後展開されていくのではと思うが、その時に人材の確保が問題になるのではないか。

委員

地域包括ケア病床というのはリハビリがメイン。今おっしゃったように、今は専門医志向なので、なかなか地域包括ケア病床を増やして患者さんを診るといっても大学から来た医師は喜んで診てくれない。だからジェネラルドクター的な養成を大学でしていただくと、非常にいいのではと思う。

委員

地域包括ケア病床に関していうと、レスパイトについては昨年から院内で内規をつくって受け入れてきたが、結構需要があって、昨年1年間、予定より多い数を受け入れた。いわゆる重症の方については控えている。

在宅医療については、地域の開業医の先生方の後押しがあり、2年前に在宅医療支援病院になった。当初、地域の4診療所との連携強化型で支援病院となった。現在は5診療所で、当院含めて6つの医療機関がカンファレンス等をして、それぞれ在宅で診ている患者さんに何かあれば当院で優先的に受け入れる態勢を作っている。北部の場合は当院と琵琶湖大橋病院が中心となって受け入れて、地域の開業医の先生と密に連絡して、和邇や堅田の地域包括支援センターとも連絡をとって、地域包括ケアシステムを進めていきたいと考えている。

議長

救急の後の受皿について、一番たくさんの中で扱っておられるのは大津赤十字病院かと思うが、いかがか。

委員

資料2-1でわかるように、当院では救急での受入れが全体の3分の1を占めていて、この中には1次から3次までの様々な重症度の患者さんがおられる。そういう患者さんが最終的に退院さ

れるときには、慢性期の状態であったりリハビリが必要な状況であったり様々。そういう患者さんが全員後方の施設や在宅に行っていただけるかというところでもなくて、常時当院の中で30人から50人おられる状況。したがってそういう方をうまく受け入れていただけるような機能を持ったベッドが地域にふえると当院としても非常に患者さんの流れが良くなってくると思う。だからといって当院がそういう機能を改めて持つかというところ、最終的に目指す形は急性期病院なので、地域全体として慢性期の病床がもうちょっと増えるとありがたいと思っている。

資料2-1の、「退院後に在宅医療を必要とする患者の状況」で、「自院が在宅医療を提供する予定」が40人弱ほどあるが、当院では在宅医療は提供していない。訪問看護ステーションの数字を報告しているのかもしれない。

議長

方向性を明らかにされたので、他の病院は何をしないといけないのかわかったのでは。

もう一つ、救急をたくさん受け入れられている大津市民病院さんはいかがか。

委員

現状では琵琶湖中央病院さんとMSWがよく意思疎通をしていて、受け入れて頂いて回転が良くなっている。昨年と今とでは医療の状況が変わっている。当時は急性期が減ったら困るだろうと心配していたが、診療報酬改定があって、急性期病院は入院患者が減った。どちらかというところ国の考える方向に進んでいる。地域包括ケア病床が必要。しかし、これは私個人の意見だが、例えば急性期の患者が減ったからと言って職員を減らしていいかというところそういうわけでもない。一旦当院は回復期リハを閉めたが、地域包括ケア病床を持たないといけない可能性も出てくる。そういう風に回していかないと、職員の配置もうまくできないということも出てくるので、思ったよりも病床の転換は大津圏域でも進むのではないかと思う。当初急性期は減らないと思っていたが、回転もいいし、稼働率も下がっている感じになっているので、メインは地域包括ケア病床かと思う。

レスパイトは急性期病院には無理だと思う。当院の場合は神経難病に限って引き受けているが、それは大体1週間と決まっています、それに則ってやっている。

緩和ケアについては、緩和ケア病棟と名前のついているのは当院だけかもしれないが、県内で緩和ケア病棟は増えている。当院

では20床だが、2人部屋があるので実質18床。これが満床になることは最近はない。患者さんに待ってもらっているというのは、適応を決めているからであって、当院としてはこれを増やす必要はないだろうと考えている。

議長

大津市内の開業医の数は約240名。医者寿命を40年と見積もると、毎年6人程度開業すると今の態勢が保てる。今は大体6人程度、毎年開業される。そのうち在宅医療をされるのは1人くらい。それに病院で疲弊して開業した後に、まだ40年在宅医療をやるというのは無理かと思う。では新規開業の6人のうちの1人を2人にしようとするとなんが必要なのかということも、全体で考えないと難しいと思っている。

今日はいいい情報共有ができたと思うので、これから各病院で、病院の将来を考えると大いに参考にさせていただきたい。

### (3) 第7次医療計画作成に向けた国の方針等について

事務局より資料に基づいて説明があり、その後質疑応答が行われた。その概要は下記のとおりであった。

委員

この二次医療圏別の自己完結率が出ているが、これをどうしたいと考えているのか。たとえば80%以下だったら何か問題なのか。100%を目指すということなのか。

事務局

本日お示ししたのは現状をできるだけ見える化してご覧いただきたいという趣旨。現状のデータを見て皆さんに何が課題なのか議論していただきたい。中には隣接する圏域との連携の中でカバーできているのであればそれは課題ではないということもある。あくまで議論をしていただくための材料として出している。

議長

地域で看取することを考えると、地域でできるだけ診ていくのが良いと思うが、これを見ていると、明らかに流出が多い医療圏がある。しかし7医療圏として見るから流出が多いことになっているのであって、医療圏が2つになっていけば流出していないとも言える。滋賀県として地域の発展のためにどう考えるかということで、ここではなく別の場所で議論すべきことかと思う。

できるだけ最後まで県内で診てほしいし、高度急性期も県内で診た方が県民、あるいは大津市民のためにはいいのではないかと。

委員

緩和ケア病棟は急性期・回復期・慢性期にきっちり分けられるものではないと思うが、県としてはこの区分に当てはめるのか、それとも緩和ケアや小児のことはもうちょっときめ細かく検討し

ているのか。大津だけ見ると緩和ケア病棟は急性期に入っているが、県全体を見るとそうでもないようだし、急性期に入れたらいいということであればそれはそれでいいが、緩和ケア病棟もそこに入っているという認識で議論していくのか。機能別に検討するのか。また、緩和ケア病棟は大津圏域では充足しているのか調査したいが、そういう調査はされているのか。

事務局

これらの資料は、各医療機関から御報告頂いた現状を見える化したもの。いまご指摘いただいたように、医療機関によって選択を迷っておられるケースがあるかと思う。ご指摘の緩和ケアもそうだと思う。おそらくどういった患者さんが入棟されているかということの捉え方かと思う。こちらとしてはこういう現状を見て頂いて、他病院の状況を見て頂きながら今後の病床機能報告に臨んでいただきたい。緩和ケア病棟については判断が分かれているということが、この資料からは見て取れるということかと思う。

委員

大津市民病院が急性期で報告していたとは思わなかったので、そのあたりは帰って検討する。

大津市保健所あいさつ：中村所長

閉会宣告 15時10分