

平成29年度 第1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6月5日（月） 16：00～18：00

場 所：県庁北新館 5B会議室

出席委員：別紙名簿のとおり

欠席委員：井上（文）委員、石田委員、井上（輝）委員、
青木（浄）委員代理：清水事務部長（瀬田川病院）

事務局：滋賀県健康医療福祉部医療政策課 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 16時00分

県健康医療福祉部あいさつ：嶋村課長

議 題

（1）滋賀県保健医療計画の改定について

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。

議長 この計画はいつまでに作るのか。また計画としていつまでに何を
するということはどこで示されるのか。

事務局 秋ごろ素案をまとめ、11月頃に県民政策コメントにかけ、年度
末までに策定する。また従前5年だった計画期間が今回から6年
に変更になる。3年経過時点で中間見直しをする予定。

委員 地域の中で医療機能別の病床数の調整が必要となるが、法律上
は都道府県知事がこれを是正する為に公的病院については強制力
を持って指導できるということだが、民間病院についてはどうな
のか。

事務局 法律上は都道府県に権限が付与されているが、区分別の必要病
床数というのはあくまで推計値であって、これを参考に各圏域で
皆さんにご議論いただいて、各圏域で今後どうしていくのか話し
合っていていただくべきもの。

委員 今後保健医療計画策定の中で二次保健医療圏について議論され
ることとなるようだが、この調整会議は現在の圏域設定で設置さ

れているが、こちらへの影響はどうか。

事務局 現在医療機能調査を実施させていただいているところ。この結果を分析して医療機能の全体像を把握し、将来必要となる機能と考えあわせて医療圏を見直すべきなのか検討していくこととなる。

委員 当面この会議では大津圏域の構想について話し合うという枠組みということではよろしいか。

事務局 現状では7つの圏域、7つの調整会議でご議論いただいております、今年度はこの体制でお願いしたい。

委員 病床機能報告について、病院が機能を自主的に選択とあるが、これは県の責任逃れであり、実態がつかめない。高度急性期についてはICUとかに限定しないと、大津圏域は高度急性期が非常に多いということになってしまっていて、これをもとに分析するのは論外。県が指導すべき。こんないい加減なデータをホームページに出してはいけない。何度も定義を直すように言ったはず。

(2) 平成30年度地域医療介護総合確保基金（医療分）にかかる事業提案について

事務局より資料に基づいて説明があった。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 6月半ばを締切りにして事業募集をされていたものがあつたと思うが。

事務局 基金事業の中のどれか個別の事業で募集をしているものはある。

議長 昨年度までの実績などは公開しているのか。

事務局 平成27年度分までは実績ベースで公表している。平成28年度についてはまだ決算がまとまっていないので実績は出していないが、計画は公開している。

(3) 平成28年度病床機能報告結果について

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 こんな実態を反映していないデータで分析できるわけがない。大津圏域でこんなに高度急性期があるわけがない。こんな資料は直すべき。怠慢だ。

事務局 病床機能報告の制度自体が、基本的に各医療機関が自らの機能を報告していただくというしくみになっている。それを県や国が指導して直させるということまでできるものではないと考えている。

委員 これをもとに議論をするのなら、厳密なものにすべき。データに信憑性がないので議論なんてできない。ホームページに出れば宣伝効果もある。高度急性期がたくさんあってすごい病院だからここに行こうということにもなる。ホームページに今載せているものも撤回してもらいたい。

委員 医療機能の区分の定義があいまいなところは確かにあって、私どもも平成 26 年度については慢性期から回復期への機能転換を報告した。当時 25 対 1 の療養病棟入院基本料 2 基準を取っていたものを、20 対 1 の医療依存度の高い方のための病棟、療養病棟入院基本料 1 の基準をとることとした。これをとらえて回復期へ転換と報告した。ところが今よく見ると患者さんの病態が慢性期であれば慢性期ということであったので、平成 27 年度ではもう一度変更させていただいたという経過があった。その後療養病棟から回復期のリハビリテーション病棟へ転換した時に、回復期への転換と改めて報告させていただいた。私自身もよく理解できていないところがあったということ。例えば慢性期が将来的にとても少なくなるという見込みが見えているが、ひかり病院さんも療養病棟 2 から 1 に変更することを回復期への転換とされていて、個々の病院が思い思いの考えを持っているので、そこに気を付けることがあるのでは。

また、この資料には出ていないが、病床機能報告のマニュアルには「回復期機能については、『リハビリテーションを提供する機能』や『回復期リハビリテーション機能』のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても、『急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療』を提供している場合には、回復期機能を選択できることにご留意ください」、また「地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください」、「特定機能病院においても、病棟の機能の選択にあたっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照ら

して、医療機能を適切に選択してください」とある。こういうメッセージが出されている中で個々の病院が判断すればよいと思うが、もう少し認識を一致させないと、あまりにも実態から離れている場合には、県としてもこれはどうですか、という働きかけをされてもよいのではと思う。

委員 ひかり病院としては回復期リハビリテーション病棟を作るという計画はない。療養型病床のままいく予定。

議長 この件については県で整理していただきたい。

(4) 慢性期機能の現状と連携における課題について

事務局より資料に基づいて説明があり、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。

委員 JCHO滋賀病院では急性期と地域包括ケア病床を回復期として、そこから退院へという流れで回っている。地域包括ケア病床については50床動かしていて、だいたい8～9割の稼働率。

(代理出席)委員 瀬田川病院は精神科専門で、中でも認知症に主に対応している。その中で精神疾患以外の疾患を持っておられる患者さんについて、皆さんに御協力いただいている。

委員 療養型の病床を持っていて、今3分の1が施設基準の1で3分の2が施設基準の2となっている。その3分の2のうちの一部を施設基準の1に上げようとしているが、医療区分2、3が80%以上という基準のハードルが高い。去年9月に在宅療養支援病院の基準を取るなどして、在宅医療に向けて取り組んでいる。

委員 琵琶湖大橋病院では急性期病棟は循環器疾患が多く、眼科、スポーツ整形も患者さんが集まっている。救急も力を入れている。平均在院日数はかなり短い。回復期病棟については昨年11月から地域包括ケア病床を開始した。この会議でも話がでていたように、今後在宅との関わりのある病棟が大津市には必要であると考えた。これについてはほぼフル稼働している。慢性期病棟については療養型病床、障害者病棟を持っている。療養型病床については医療区分2、3の方が8割以上という基準があるので、医療区分1の方をどうするのかという問題があり、すべての方々をなかなか取りたくても取れない。そうすると在宅へということになる。障害者病棟についても障害者が7割以上入院することが施設基準上必要であり、患者さんの需要だけでなく診療報酬上の制限との兼ね合いで苦労している。今後、医療機能をどうしていくかという

ことだが、診療報酬の誘導にかなり影響を受けるのではないかと思う。入院機能の一番の川上が高度急性期で川下が在宅だとすると、在宅のすそ野が広がらないと川上から川下へ患者さんの流れが作れない。その在宅が進まない理由の一つは、在宅療養していて急変した時の医療供給側の対応が不十分である事が挙げられる。在宅医療をされている開業医の先生方が24時間対応するには無理がある。そこをバックアップする体制をどうするかが大きな問題である。当院もそれに対応するため、在宅患者急変時専用の24時間体制の医師と看護師を配置することを試みたが、なかなか財政的、人的に難しい。行政等による財政的支援も含めた協力が必要であると考え。とにかくまずは在宅医療のすそ野を広げることがとても大事だと考える。

委員 琵琶湖中央病院は180床で、120床慢性期60床回復期から昨年の3月に50床を慢性期から回復期に転換した。6年後の姿としては180床回復期としているが、今年度次のステップに移りたいと考えている。

委員 山田整形外科病院は整形外科の急性期、単科病院ということで、平均在院日数が長くなっている。従来は家庭に帰られることが多かったが、最近は介護施設へ退院していかれる場合が増えている。当院では訪問リハビリテーションもやっており、これからも在宅支援ということで力を入れていきたい。また24時間受け入れ態勢もとっているので、去年だけでも379件の救急を受け入れている。

委員 訪問看護では慢性期の方や回復期の方が在宅に移っていかれるのを見るが、在宅に戻ってこられるときに薬のこととか、患者さんの家族の介護力とかそういうことが見られていないので、在宅で訪問看護が入るときに調整が難しいという課題がある。やはり病気も関わってくるし、医療依存が高い方も在宅に帰ってこられているので、家族の介護力等も見極めて退院支援をしていただければと思う。

委員 ケアマネージャーとして見ると、在宅医療の受入れ環境として高齢者の夫婦や家族が就労しているなどの状況で、在宅で看るとなると負担になっている方が多いのではないかと思う。特に慢性期の病床から戻ってこられる場合、家族はいったん介護から離れていて、ずっと病院で看てもらえると思っておられることが多いと思うので、その意識を変えていくことも我々の仕事かと思う。在宅に帰ってこられるときに経管栄養や人工呼吸、インシュリン

など、医療的な処置が必要な場合が増えている。この場合、家族がどこまでできるか、あるいはそれを担えるサービスがどれだけ地域にあるかというところが難しいところ。

また一方で家族の負担軽減も必要で、今はショートステイの受入先や病院へのレスパイトなどの受皿が少なくなっている。その辺を確保していかなければならないし、在宅部門と病院との連携を今後深めていかなければ家族の負担が大きくて、受け入れ拒否ということにもなるのではと思う。

委員 保険者の立場で申し上げますと、在宅の議論が病院の今後に影響するということだと思うが、在宅について議論しないと今後進まないのではと感じる。

委員 同じく保険者の立場で申し上げますと、医療機関から在宅への橋渡しという点で言うと、保険者が医療機関との連携のなかで保健事業などの組合せの中で今後入院がおわった方に対してどういうフォローができるか考えないといけない。

委員 市では訪問看護については課題があるということで24時間365日のバックアップ体制を含めた機能強化の拠点となる場所に財政的支援を行っている。病院との連携については今後ご意見をお聞きして検討していきたい。

委員 滋賀里病院は、年間新規入院患者は300名程度で、7割程度は急性期に入られていて、在院日数は短いと思われるかもしれないが50日程度。退院から3か月以内に戻ってこられる方は1割程度。当院では訪問看護ステーションを運営している。9人体制、24時間電話対応をしていて、状況によっては現場へ走る。退院後1か月程度で病状が不安定になる方がおられるが、そこをしっかりと押さえると割と地域でくらしただけ。今後精神の療養病床がどうなるのか、施設にするのかというような問題がある。精神疾患としての病気はある程度治ったとしても、社会スキルは簡単に身につかない。地域で生活するための中間的な訓練施設が必要。それがないと療養病棟を減らすのは難しいかなと思っている。

委員 先ほどから急性期・高度急性期の話が出ているが、そこにはあまりこだわっていない。むしろこだわりすぎておられるのではないかと思う。日本医師会の中川副会長もおっしゃっているが、高度急性期と言っても、そのまま急性期から回復期になって、退院していかれる方もおられるではないか。その人をいちいち病棟を変えらなければならないというのも非現実的。実態としては急性期や回復期の機能

を担っている高度急性期の病棟もあるだろう。また I C U や M F I C U 等だけが高度急性期だとすると、滋賀県で必要なのは 200 から 250 床程度しかない。推計された必要病床数ではレセプトの出来高が 3000 点以上のケースがどれだけあるかというのを見て、病床稼働率で割戻しただけなので、あくまで推計値であってこの数値にきなさいということではなくて、それぞれの病院であり方を考えてくださいということだと理解している。

いずれにせよ診療報酬で必ず誘導される。例えば 7 対 1 が 25% から 30% に上がる。I C U や H C U の急性期の病床、それが高度急性期だとするとそこに病床を増やすと一般病床が 7 対 1 というのはなくなる。これらは 10 対 1 になる。そういうことになると看護師さんが激減する。そうすると医療に大きな変化が起きる。それは非現実的ではないか。そういう意味でソフトランディングを考えながら 2025 年から 35 年にかけての将来を考えるべきではないかと思う。したがって大津市民病院におかれては、高度急性期 & 急性期というくくりで考えられてはいかがかと思う。

滋賀医大としては医療人の育成が役割。できるだけ滋賀県に残ってそれぞれの地域で活躍してもらいたいと思っている。幸い昨年度は 53 名で 100% のマッチングができた。やはりその中で、来年度から専門医制度がスタートする見込みになっており、それで行われているのはこれ以上地域医療を悪くしない、地域でできるだけ研修ができるようにということで、我々はそういう配慮のもとに考えている。最終的にはホスピタルジェネラリストという、ある程度総合的に診られる総合医で、病院で地域包括ケア病床など受皿になるような病床で対応できるような人材を 2025 年から 2030 年に向けて育てていかなければならないのではと思っている。医師会のかかりつけ医の考え方も整合性を持たせながら、連動してやっていく必要があると思っている。

また看護の領域について、在宅については訪問看護師コースを看護科につくり、正式なコースとして文科省に申請していこうと考えている。また特定行為の講習もやっており、区分を増やしていこうとしているが、最近では訪問看護ステーションの方も来られていて、そういう意味では在宅での呼吸管理や輸液管理等も含めてできるだけ在宅支援ができるようなコースを作ろうとしているところ。

リハビリテーションの領域についてだが、医療計画の 5 疾病の

急性心筋梗塞が「心筋梗塞等の心血管疾患」と概念が広がり、慢性心不全に対する対策が遅れているのではということで、それに対するリハビリを含めた対策がうたわれている。慢性心不全の方は入退院を繰り返して最後はどこまで診るかということだが、がんの緩和ケアは割とプログラムができており、ある程度皆さんわかっているが、心不全に関してはそれがなくて、滋賀医大ではハートケアサポートチームという多職種連携のチームを作って循環器内科を中心に立ち上げているところ。

薬剤師についてもかかりつけ薬剤師になれるような研修もやっていて、地域の医療機関にとって役立つような人材の育成に努めている。

委員

堅田病院は長期療養が必要な方向けの医療と介護を併せ持った病院。大津圏域で介護療養病床を持っているのは当院だけかと思う。現在入院されている患者さんは、介護療養型では要介護4、5の寝たきりで、容体が比較的安定されている方が主。医療療養型の方は医療区分2、3で療養型病棟の1の基準を取っている。ほぼ満床。

紹介元は急性期・回復期からの病院からが多く、一度入院されると長く、平均在棟日数は300日を超える状況。稼働率は100%を目指しているが実態は90%程度で推移。

来年度介護と医療の同時改定があるので、療養型の再編が見込まれるが、医療型にするか、介護主体にするか、現在考えているところ。

委員

滋賀日赤は急性期と回復期、慢性期の3つの機能を持っている。高度急性期に関しては大津日赤にお願いしている。慢性期機能の現状としては、療養病床が50床ある。また地域の開業医の先生方の強い要請があって、3年前に強化型の在宅医療支援病院を取得してグループを組んで運営している。月1回病院のスタッフも参加してディスカッションしているが、なかなかハードルも高い。現在は在宅医療ができる医師が2名いるが、増やしたいと思っている。在宅医療に関して、開業医の先生が主催されてコメディカルが80名ほど集まられて勉強会をやっていただいている。療養型病床に関しては患者層が変わってきていて、昔は胃ろうや経管栄養の患者さんが多かったが、今は少なくなって、今はターミナル期の患者さんが増えて、在院日数も短くなってきている。当面は現状の、急性期50、回復期50、慢性期50のままでやっていき

いと考えている。

委員

病床機能報告について、ご指摘の点については理解している。問題は定義があいまいなところがあって、例えばICU「等」とされている。例えば救命救急センターに入れない患者さんが一般の外科病棟に入られたりしている場合など、悩むところ。病棟ごとの報告になると、病床の機能と病棟の機能は違ってくる。そういう重症の急性期の患者さんを受け入れる体制をとっていれば高度急性期という認識になるので、例えば病棟の中の何割がその体制をとっているかというようなことになればまた厳密な数字になってくるとは思う。今は悩みながら報告しているところ。

また受皿については以前と比べると慢性期の病院にお世話になって、かなりスムーズに受け入れて頂けるようになってきている。ただ病態としては慢性期でも人工呼吸器や処置など、いろんな条件がある患者さんについては難しいところがある。また逆に慢性期の病院や施設の患者さんが急変した時の対応については亜急性期あるいは二次救急病院が受け入れるべきだとか言うが、実態として受け入れ態勢が整っているのかということ、必ずしもそうではないと思う。救急体制についても機能分化を言い出すと、来られた患者さんが高度か急性期の患者でないから断るというような事態が起こると大変だなと思っている。当院はどのような病態の患者さんも受け入れる態勢を取っているが、では何の機能を担っているのか？と聞かれると困ってしまうところがある。

委員

実体を把握するためには病棟でなくて病床でいいのではと思う。大津市民病院はたまたまICUが病棟ごとなので、一般の急性期の病棟と全然密度が違う。ある一定のところまで来たら一般病床に行ってもらおう。ICUは6床しかないのだからそこがいっぱいになったら重症の救急患者を受け入れられないとなると大津日赤や滋賀医大に迷惑をかけてしまうので、2床だけ増やそうとしているところ。国が保険のパイが決まっているから、この点数から上は高度急性期として考えるよと示したならそれでいいと思うが、この定義を見る限りではそうではないと思うので、どれだけ手がかかっているかを考慮すべき。

当院にも訪問看護ステーションがあって、オンコール体制で夜間も対応できるようにしている。最近のリハビリの回復期をやめてスタッフをシフトできるので、訪問リハビリをやって好評いただいている。今後も進めていきたい。また心臓リハビリについて

はりハビリと循環器のドクターが熱心で、かなり前からやっている。患者さんの行き先についてはひかり病院さんや琵琶湖中央病院さんにお世話になってかなり円滑に引き受けて頂いている。

委員

今回のこの議論は前からあって、元に戻っているというか前に進んでいない。

打出病院は慢性期と、前回から一部回復期とさせていただいているが、この区分の定義もわからない。現実で言うと療養だけを持っている病院と、一般病床も持っている病院では受け止め方が違うのではないか。療養の病棟であれば、療養病棟入院基本料1を取るために8割が医療区分2か3の方という条件に見合う方ではないと受け入れないという最初の面談など決定に至るプロセスがある。そうなってくるとある程度そういう方を受け入れるということで満床にしたうえで担保できる。国の方針は医療区分1の方の7割は在宅へということであるが、どんどん医療区分1の点数は引き下げられて、病院にいてももらってもペイできないという方向にもっていかれている。

当院では大津市民病院や大津日赤、日赤志賀から急性期を過ぎて退院しないといけないけれども施設にも入れないというような方を主に受け入れている。年間入院の8割程度。その中には在宅に帰る前提の方はあまりおられず、そこから在宅をやられている開業医さんやケアマネ、訪問看護になかなか結び付いていかない。今後、慢性期の患者さんで施設の入所が数か月先に予定されている方であれば受け入れましょうというような選別が進んでいくのではないかと思う。このまま各病院の自主的な判断に任せるといふのであれば今後各区分の病床の配分は変わらないのではないかと思う。知事の権限はどのラインで行使するのか。ゴールが見えないとこの会議に出ていていつも思う。

当院は慢性期の中でも在院日数が長い、身寄りのない方で経管栄養をしていて施設にも移れないような方もいる。こういう方は医療区分1の方でも出してもらえない。こういう方を点数関係なく受け入れるような公的な施設を作って在宅につなげるようなことが必要ではないか。

委員

看護の視点から。病床機能報告を見ていると、高度急性期と急性期の病床機能を持つ施設が多く、回復期と慢性期が県全体で見てもかなり少ないのが不安な点かと思っている。

高齢者の独居や認知症の患者さんがこれからますます増えてい

く中、病院から患者さんをスムーズに自宅に帰すというのが難しくなる。このような状況なので、今の回復期、慢性期の病床数で果たして足りるのかと思う。

病院の看護師の背景を考えると核家族が多く、高齢者が自宅でどのように過ごされているのかが、想定できにくい環境の中で育っている。よって看護師は、入院中の患者さんに対して、在宅へ向けてどう支援するのかというところが現状では結びつかないように思う。看護協会の役割として、患者さんや家族が困らないような状態で在宅へ帰っていただけるよう、看護実践能力の強化するための研修等に力を入れていきたいと思っている。

委員

薬剤師の立場で。病院から退院されたときに薬の情報があまりないので、病院薬剤師と薬局の薬剤師で施設間の情報提供書というのを作って、退院されるときに患者さんに持って行ってもらい、薬局の薬剤師がそれを見て対応するという取り組みをしている。

また在宅に関しては残薬をずっと持つておられる方がよくおられるので、ブラウンバッグという残薬整理をする袋を患者さんにお渡しして、担当の医師と整理をするという取組を始めた。

また在宅の県の事業で平日夜間、夜9時から朝9時まで、日曜日は朝9時から夜9時まで電話で相談を受けている。これははじめ大津でやっていたのが県の事業になって年々予算が削られてきているので継続していただきたいと思っている。

委員

歯科医師会はほとんどが開業医なので、在宅療養の方の支援が主になるが、今後は歯科のない病院のお手伝いもしたいと思っている。

議長

2025年の、この必要病床数は本当なのか、疑問。皆さんのお話を伺っていると、慢性期の受皿が足りないということかと思う。現状で急性期は充足しているということだが、2025年までに急性期がこんなに減るのか疑問。ニーズがこんなに減るのか、県として考え直すことが必要ではないか。

大津市保健所あいさつ：中村所長

閉会宣告 18時00分