

平成30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31年2月6日（水） 16：00～17：30

場 所：県庁危機管理センター1階 会議室1

出席委員：別紙名簿のとおり

欠席委員：青木（浄） 委員代理：清水事務部長（瀬田川病院）

石田委員代理：村上事務部長（琵琶湖病院）

田畑委員代理：高木事務長（琵琶湖養育院病院）

島田委員代理：矢守代表（大津市介護支援専門員協会）

事務局：滋賀県健康医療福祉部医療政策課 小林課長

大津市保健所 中村所長、平尾次長

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：小林課長

議 題

（1）大津圏域地域医療構想調整会議6病院意見交換会の開催結果概要について

（2）平成29年度病床機能報告を用いた定量的な分析について

事務局より資料1～2、参考資料1に基づいて説明があり、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 事務局から説明があったが、せっくなので6病院の委員の皆様から意見をいただきたい。

委員 この6病院の意見交換で事務局から説明があったように、どの方式を採るにしても、ある程度機能分担が見えてきたような気もするし、資料1のまとめのところにも意見として出ているが地域急性期（軽症急性期）の部分が出てきたことが非常に良いと思う。今後議論していかなければならないのは、この地域急性期を奈良県や大阪府は回復期に入れているが、名前から言うと地域急性期と急性期があるのでそれをどちらに入れるか、そういったところを共通認識していかないといけないのではないかと思うが、だいたい分担の割合はざっくり言うと良い感じではないかと私は捉えている。

委員 今後この後にも出てくると思うが、色んな方式で計算しており意見も一緒だったと思うので追加することは特にない。

委員 私も追加することは特にないが、我々は地域密着型の医療を展開しており、一般病床と地域包括ケア病床と療養型病床のケアミックスでやっていて、その一般病床というのが地域急性期という役割を担うという形で展開しているところである。当院の病床機能報告の数字と様々な分析結果の数字とはほぼ一致しているので、現状をそのまま続けたいと考えている。

委員 かなり考え方が整理されてきたと思う。高度急性期、急性期の区分はあまり意味がないようであり、それよりも地域急性期、つまりまああの医療というか地域で診るべきだという医療、高度な医療機関まで届けなくてもいいのではないかという患者さんが増えるということにおいて、そこを今後どのように確保していくかというような議論にむしろ進んだ方がいいかなと思う。

高齢者の合併症を持った人が増えているので、目が離せない何が起ころかわからない患者さんが増えているため、当然高度急性期やICU、HCU等もある程度確保する必要がある意味では益々ある。

そういう所の急性期の部分と、そこまでいなくてもそこらへん（地域急性期）で診てほしいという人も増えてきているので、それを5年単位くらいで見たときに相当変わると思う。5年先、10年先を考えると10年後にはある程度できていないといけないうことを今から考えていないと病院の機能構造は間に合わないと思う。むしろそちらの方の議論に行った方が良くと思うので、奈良方式等が議論に出てきたのは非常に良いことだと思う。

委員 高度急性期と急性期の区分はあまり重要ではないということがはっきりしてきたし、地域急性期のところの必要性が非常にはっきりしてきましたので、当院でも急性期と地域包括ケア病棟を使いながら地域に医療を展開できるように考えているので、良い方向に進んでいると思う。

委員 地域急性期という概念は先ほどから委員の皆様が言われるように非常に大事な考え方で、これから後期高齢者が爆発的に増えてくるということで、そうなるとちょっとした肺炎等で入院が必要になる。それが何もかも高度急性期の病院に行くと機能不全に陥るということで、地域急性期を充実させていく、それが地域包括ケア病床を持っている病院がしないといけないうと思う。これにつ

いては「地域」という名前がついているくらいなので、地域性を考えて、ちょっとしたことですぐに大病院に行くのではなく、地域急性期を担う病院がやっていく、その病院が地域包括ケア病床を持ち在宅も支えていく。

単に数だけではなく地域性についても地域急性期については考えていくべきではないかと思う。

議長

分析の方法が提示されたかと思うが、どうしても保険点数で病床機能を見せると恣意的になってしまうので、埼玉方式や大阪方式は医療行為というか疾病をしっかりと見て分析しているので、その方が現実的かと私は感じている。

ただ気になったのは、埼玉方式で資料2のスライド8で示されたグラフでは埼玉県方式分析結果の高度急性期と急性期を足したら1941床になるけれども、2025年推計値は1631床になる。310床いらないうことにもとれるが、平成29年からの8年で大津圏域の急性期の必要な人が2割も減るのかという気がするが、事務局としては何か考えがあるのか。

事務局

今の件については先ほどから出している急性期をいわゆる重症急性期と地域急性期に分けるという考え方の中で言うと、300床の差というのは大阪アプローチや奈良方式で病床機能報告上というか、扱いとしては回復期相当の地域急性期としてスライド8では回復期の推計値と平成29年度の病床機能報告や埼玉県方式での差があるので、そちらで考えていくと、それほど減るというよりはその中に地域で診る患者さんがいるという事かと解釈している。

議長

逆に言うと、回復期の埼玉県方式分析結果の536床と2025年推計値の961床の差がそこに来るといふことか。そうなってくると、受皿として在宅医療が問題になってくるわけだが、いかがか。

委員

新しく地域急性期病棟という考え方が出てきて、それが回復期に入るというイメージであるということだが、委員からの意見があったように地域によって随分違う。その通りだと思うし、偏在していればあまり効果は出ないだろうと思っている。数合わせだけでは意味がないかなと思う。

今までは回復期が足りないと言っていた中に地域急性期という認識が病院側に持ってもらえるのであれば、かなり現実的な方向に行けるのではないかという印象がある。

委員 資料2のスライド20に分析結果まとめという所があるが、地域医療構想調整会議との位置づけとの関連でお伺いしたいが、ここに「議論の目安」という一定の共通認識ができれば良いのではないかと認識だが、そういう意味ではこの調整会議の目的を考えた場合、こういったまとめで良いのかどうかというのを改めて確認したと思うが、いかがか。

事務局 この分析結果のまとめに書いたのは、今回いくつかの方法で定量的な分析を実施したが、例えばこの方法で大津圏域での議論を進めていこうという考え方ではなく、いくつか見た中で基準がそれぞれ違うので違う結果が出ているが、おおよそ方向性を共有できるので、方式を固めて進めていくことをしなくても目安程度で良いのではないかと書いています。

議長 この会議は情報交換の場であっても結論がでない会議をやっているような気がしているが、それで良いという認識か。

事務局 例えば、大阪なり奈良なりはこの方式で、この計算方法で2025年の推計値にできるだけ近づけていくという決定をされていると思うが、今回の分析結果のまとめの中ではそもそもぴったりと推計値に1床まで合わせていくつもりはないというのが最初のスタートかと思うので、どれが良いというのはなかなか決められないという意見も頂いているので、この方法でやるということを決めなくてもおおよそ計算すると、先ほど指摘のあったとおり回復期と地域急性期のところがもう少し整理が必要だということがわかってくればそれでいいのではないかと考えている。

議長 今日は資料として出ていないが、滋賀県は人口あたりの病床数が最低レベル。少ないどころじゃない。なので、国全体の指針を鵜呑みにして動く大変なことになるのではないと思う。特に滋賀県は平均年齢が若いので、そうすると下手に（病床を）減らしてしまうと困るのではないと思う。

最近感じているが、新規の開業の先生は眼科や耳鼻科、皮膚科、小児科が多く内科の先生の開業が少ない。少ないし開業しても40代後半、また先日もこの1月で閉院される先生がいたが、在宅をやる先生も高齢化しており、持つのかなという不安がある。

在宅のバックアップを若手の先生にしてもらわないと持たないのではないかと考えているが、その対策について県はどのように考えているのか。

事務局 来年度から医師確保に関して法改正に伴い医師確保計画を策定すること、そして外来医療機能の把握をして目標を立てていくということが始まる。これまでこの調整会議の中での議論は病院のベッド数の部分を中心になっていたので、医師確保の点から言うと病院で勤務する医師の方が直結していたかと思うが、今お話しがあったとおり、在宅医療の部分になると当然開業している先生の外来部分が重要になってくるので、そこで考えていく形にもなるかと思う。

もちろん在宅医療は県庁の中で言うと医療福祉推進課の中で考えているので、そこと連携しつつ進めて行こうと考えている。

委員 今のことについては、今まではへき地医療対策というのがあったけれど、まさにこれからはそういうことも踏まえながら在宅医療対策を立てて進めていただけたらと思う。

それともう1つ、今の6病院の意見交換会のまとめのところで非常に良い意見が出ている。地域医療について後方支援をやっていきましょうという意見が書かれているが、これが6病院の共通認識かどうか疑問が残るところがある。参考資料1の最後に6病院の調査結果が出ているが、6病院で医療機能の違いがあると思う。これだけの違いがあるところが共通認識を持ってどこまでやってくれるのかということに不安があるが、意見が出たということは良いことだが、これは共通認識として考えても良いのか。

議長 事務局はいかがか。

事務局 事務局が答えるのも何かと思いますが、事務局としては各病院がそれぞれの形で考えていただいていると理解している。その際に今回提案させていただいた参考資料1のアンケート、6病院の方についてはやっていたこともあり、全病院にお願いし、どういったところに優先度をつけて13ページのように見えるような形で実施してはどうかと考えている。

議長 正直に言って大学病院で在宅の受入れというのも違うのではないかという気がする。

委員 大学病院も地域の医療を支えるために人材を育成し、そこで活躍してもらおう。そのために大学はできたのであり使命を持っていると考えているので、資料1のスライド7の部分にもあるが、人材育成、認定看護師や専門看護師といった専門性のある者、医師も含めて地域に入っていくことをサポートしていくということ

関係していると認識している。

委員 先日病院会議があり、そこでも講演いただいた病院協会の先生にも同じことを言ったが、結局我々民間病院が在宅を支えようとしても、そのために医者を送ってくださいと言っても大学は送ってくれない。どちらかと言うと専門的な、例えば専門医的な循環器やがんの手術等の専門的な医者を設備を揃えてそういう医者であれば（医者を送る）ということですが、在宅のためにというのはまずない。だから、自分のところで自前で医者を探してなので、どちらかと言うと高齢者の方、一度専門医としての経験が終わって、そういう方を何とか確保してやりくりしている感じなので、ここでいうのもどうかと思うが大学の方でいわゆる総合医、ジェネラルドクター的な人で在宅を若くから診るような先生を育てる方向で考えていただけると非常にありがたいと思う。

委員 大学病院の高度医療をやっているところではいわゆるホスピタリスト、病院総合医という言葉だと思うが、地域密着型の病院とローテーションしながら人材を育成していくのがいいのではないかというように検討中である。

議長 よろしくお願ひします。

病院について別の立場からお話をいただきたいと思うが、急性期から回復期の流れということについて協議が必要ということだが、病院の現場で感じていることがあれば看護師の立場からご発言をお願いしたいと思うがいかがか。

委員 病院それぞれの機能があるので、看護師の体制もそれぞれだとは思いますが、全病院の看護部長が集まってそれぞれの病院の看護部の立場でどのようにして在宅医療に貢献しているかということについては考える場をしっかりと持つ必要があるかを感じている。私の病院は急性期病院なので急性期のことが中心になってしまうところがあるので、もう少し在宅に向けて考えられる看護師を育成していくことも大事なことだと思っているので、訪問看護師の方ともう少し看看連携しながら病院として実際にどういったことを在宅医療に向けてやっていくかということは考えていく必要があるとは思ふ。

議長 病院勤務の看護師と在宅をやっておられる訪問看護の看護師が意見交換する場はあるのか。

委員 大津市保健所で多職種連携をやっている場では各ブロックから

訪問看護の方やケアマネの方がたくさん参加しているので、もっと病院の看護師が参加できると良い。なかなか全ては行けてはいないが、病院の退院支援部門に所属している看護師はブロックの多職種連携の会議に出席して在宅の看護師と連携を取り合ったりはしている。その他にも保健所において他分野で働く看護師の研修会を企画しているので、そこには様々な分野の看護師が集まって在宅医療、地域包括ケアシステムの推進に向けて話し合う場は年に何回かはあるが、頻繁ではない。

議長 職種間の共有、あるいは多職種連携が必要かと思うが、その辺について委員からの発言にあったように、保健所の役割も大きいのかと思う。それでは看護師が集まって意見交換しているとのことなので、回復期、在宅への流れについて議論していただくということをお願いしたいと思う。

事務局 事務局から1点確認させていただきたいが、先ほど提案させていただいた参考資料1の部分、こちらのアンケート調査についてできれば次回の調整会議で使用するよう事務レベルで調整し、次回の調整会議で提示する形で話を進めたいと思うが、その点について皆様から了承いただければと思うがいかがか。

議長 ただ今の提案に異議はないか。

(異議なし)

それでは異議なしということで承認していただく。

事務局 それでは詳細については事務局を通して調整させていただく。

(3) 大津圏域における在宅医療について

事務局より資料3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

議長 大津圏域においての在宅医療について事務局から説明があったが、実際に在宅に深く関わっている委員の皆様からも意見を伺いたいと思う。

委員 今の事務局からの説明に加えて2点だけ意見させていただく。
まず1点目は先ほども意見が出たが、急性期病棟はかなり充足しているということがあり、急性期から退院するときはどうするのかというところで、在宅か施設かというような形、二者択一になってしまうのではないかとすることを考えないといけないと思

う。そこにもう1つ回復期病棟というのがあれば、もうしばらく考える余裕ができるのではないかということをご提案させていただきたいと思う。先ほど議長も言われたとおり、ニーズが多くても、医師あるいは介護職員はそれだけ供給できるのか不安がある。2025年には今の1.5倍程度の需要があると言われていて、訪問診療を実施する医師をそこまで増やせるかと言われると難しい。急性期を終わった後にいきなり在宅に帰るのか、あるいは施設に行くのかという状況よりは、もうしばらく病院で診ていただき、十分に回復できれば在宅というようなステップがあればありがたいなと考える。急性期の充実は非常にありがたいが、在宅のことを考えると回復期病棟があればもう少し在宅医療に余裕ができるのではないかと思う。病院においては医師不足がある中で先生方も何らかの形で在宅医療に関与していただけたらありがたいと思う。例えば医療ニーズの高い人には往診に行くというようなことも考えてもらえるとありがたいと思う。

2点目としては、訪問看護師の増員について、先ほどもあったように、大津圏域は看護師の数はそこそこいるが、訪問看護師が非常に少ないというギャップがあり、そこに問題点があるのかと思っている。先ほどもあったが、エキスパートを育成して訪問看護ステーション、大津市は幸い3つの拠点型のステーションを整備しようとしているので、そういった所に病院の方から定期的に応援に行き、そこで人数を増やすということができれば、病院と在宅との連携も深くなっていくのではないかと思う。看護師の分布というか、病院から訪問看護へのシフトということも考えてもらえたらありがたいと思う。

委員

在宅療養の課題ということで、訪問看護の立場から2点挙げさせていただく。1点目はレスパイト先の環境整備である。在宅療養をされる利用者の方の中には、最近医療依存度の高い方が大変増えている。難病で人工呼吸器を付けていたり、胃瘻であったり、在宅酸素であったり重度の褥瘡で毎日処置が必要な方など、様々な方がいる。そういった方を毎日24時間365日ご家族が介護をしなければいけないが、色々なサービスを利用して何とか在宅生活を続ける中、期間が長くなると特に医療依存度の高い方は介護力が必要になり、介護者の肉体的、精神的負担がかなり大きくなっている。それらを軽減するためにも一時的な入院や入所といったレスパイト先が必要となってくる。しかし、レスパイト先の施設

や病院は少なく、運よくレスパイト先があったとしてもすぐに受け入れてもらえるわけではなく、依頼してから病院の判定会議であったり院内調整であったりとかなり時間を要している。そのために本当に必要な時期に受け入れられずに介護者が疲れ果ててしまうというケースも出てきている。在宅療養をされる方がさらに増える中、介護者の負担を軽減するためのレスパイト先が今後増えて、スムーズな受け入れられる環境を整えられることが大きな課題だと思われ、在宅療養を継続していく上での希望や安心感につながると思う。

もう1点は訪問看護ステーションの現状ということで事務局からも説明があったが、現在訪問看護ステーション連絡協議会に登録しているステーションが20か所以上、さらに立ち上げなど全部で29か所と訪問看護ステーション自体は多いが、小規模の事業所に関しては人数が少なく24時間体制を採るにあたって一人の負担がかなり大きくなって疲弊してしまうということに繋がりがねないような状況になっている。委員からも話があったが、認定看護師や専門看護師が地域に入っていくサポートは大変ありがたいお話だと思うが、病院の一般の看護師の中にも在宅に興味を持っている方もたくさんいると思うので、そういう看護師が訪問看護の方へシフトできるような体制づくりができると思う。

あとは委員からも話があった看看連携について、入退院ナースが実際にステーションに研修に来て在宅の現場を見ることで入院中から退院を見据えた看護や指導をすることができるようになり連携もより取りやすくなってきている。そういった取組がさらに活発にできれば良いと思う。

委員

先ほどの事務局の資料にあったケアマネージャーが不満に思っていることについて、確かに医療知識はないよりあった方が良いが、困った事に相談できるよう連携を深めていくことが重要であり、ケアマネが全て判断する必要はない。困った時にそれに係る専門職に相談するという体制をしっかり作っていくといった意味では大津市で多職種連携が各圏域で積極的に行われているので、それに関しては以前のことを思うと進んできたかと思う。

それと、急性期から在宅という流れではなかなか在宅療養も難しいという現状もある。これも地域性があり、大津市中心部になると急性期から在宅に戻る患者は非常に多い。そういった中で大津市の中では病院とケアマネの連携ルール作りというところに沿

っては連携しているが、病院の看護師にもっと在宅というものを理解していただきたいという思いはある。病院での整った環境の中でケアをする、それを家族に在宅のケアとして指導していく。しかし、実際に在宅に帰るとギャップが激しくて病院で伝えたケアが在宅で活かせていないということが多々ある。簡単なことというインスリンの管理ですらできていない現状がある。比較的回復期の看護師や相談員は入院期間もある程度あるので、そこはじっくり在宅を見て指導していけるが、急性期の場合は入院期間が短いため、入院した時に退院の話をしていきたいということ伝えていく。ただ病院の方からは、入院時に診療方針が決まっていなくてなかなか退院の話もというのは難しいという話もいただくが、退院をイメージすることで治療方針が考えられるということもあると思う。入院時、我々も情報を持って病院に行ったりはしているが、その時から退院をイメージした診療方針をもって治療やリハビリ等を進めると、在宅ケアにもっとスムーズに移行できるのではないかと考えている。

もう1点、病院のソーシャルワーカーが患者を担当し色々と支援していただくが、どういった基準でソーシャルワーカーが患者につく、つかないというのがあるのか、我々在宅側にはわからないところがある。具体的に言うと、前回退院時にはソーシャルワーカーがついて支援してくれたが、再入院された時には全く支援がなく、いきなり帰ってきたということもある。あとは救急医療で対応された時に、救急から相談員への連携が全くなされていないという状況で何の情報もなく在宅に戻って混乱したというケースがあるので、相談員が関わる基準を知りたい。こちらからお願いして相談員についてもらった方が良いのか、病院の判断でどういった形で担当されるのかが在宅側にも見えると連携がもっとしやすいのではないかと考える。

議長

それぞれの立場で課題だと思ふ事について挙げていただいたが、この課題を解決するために個々の部分では既に努力されているのだと思うが、仕組みを変えていかないと難しいところはあるかと思うし、仕組みはやはり行政で作っていただく。予算を確保し、議会で承認を得るといったステップが必要かと思うが、そのところは是非ともお願いして、安心して住み続けられる大津市を継続していきたいと思うので、よろしくお願ひしたい。

(4) その他

平成 31 年度地域医療介護総合確保基金（医療分）にかかる予算見積状況について事務局より説明があり、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。

議長 事務局にお願いしたいが、先ほど委員から意見があったとおり、やはり課題は人の充実。それであるのに基金の 3 割程度しか人材の部分には使えない。おかしなことを国はやっているの、これを改善する方法をどうしたら変えられるのかということをお我々にも知恵を貸していただきたい。そうしないといつまでたっても人材を確保したくてもできないのでよろしく願います。要するに 7 割はハード面に使用するという事は、医療界以外に行ってしまう。それで人材の確保ができるのかということをもう少し真剣に考えていただきたい。

議長 私からもう 1 点、先日来聞いているが湖南圏域で行われた調整会議において医療法人誠光会から地域医療連携推進法人について話があり、大津圏域内でも医療法人華頂会も参加すると聞いている。大津圏域にも関わることであり、瀬田川エリアの患者は湖南圏域の病院にもお世話になっているので、情報があれば教えていただけるか。

委員 ただ今の件について、私個人の見解だが、地域医療構想がお見合いだとすれば、地域医療連携推進法人に参加するということは婚姻に繋がるようなもの。なので、深化していかないとある意味自分たちが鏡張りにならないとお互い信頼できないという形になるかと思う。国の方針によると時々雑誌等でも拝見するが、医療法人の 3 割が赤字、自治体病院の 9 割が赤字という状況で我々も私立の医療機関がどのように生き抜いていくかということをお踏まえるところといったことも考えないといけないのかということでお理事長が手を挙げたのだと感じている。

委員 地域医療連携推進法人の中身だが、地域医療構想調整会議の中で患者の動態や必要ベッド数、地域の中での連携を考えている中で、地域（圏域）を跨いで地域医療連携推進法人と地域医療構想との整合性についてはどのようになるのか。地域医療連携推進法人の連携の中身にもよると思うが、その点について教えていただけないか。

委員 1 月 25 日に東京で開かれた地域医療連携推進法人の連絡会議

というものがあり、その議事次第が厚生労働省のホームページに公開されているので、それを一度熟読された上で判断いただければ良いと思う。

議長 経営が成り立たないと話にならないので、研究をしてこの場でも情報交換をしながら判断していただくようお願いする。

大津市保健所あいさつ：中村所長

閉会宣告 17時35分