

平成29年度 第1回 湖東圏域地域医療構想調整会議 議事概要

日 時 : 平成29年7月27日(木)15:00~16:30

場 所 : 湖東健康福祉事務所 2階会議室

出席委員: 別紙名簿のとおり 欠席委員: 牧野委員

傍聴者: 2名

事務局: 彦根保健所 堀出次長、他関係職員

議事の経過概要

開会宣言 15:00

彦根保健所長あいさつ : 勝山所長

事務局から各委員の紹介

議長・副議長の選出について

事務局より、議長に上林議員との提案あり、承認された

また、副議長に小林委員との指名があり、承認された。

議 題

1. 滋賀県保健医療計画の改定について

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

(委員)

資料1 5P 5疾病5事業から、わかたらおしえてほしい。急性心筋梗塞から心血管疾患等心血管疾患と変更となっている。大動脈解離などの外科的な緊急手術を要し、死亡率が高い疾患など、心筋梗塞に限らず対応するということだろうと思う。どのような観点から、変わったのか。根拠や方針についてわかたら教えて欲しい。滋賀医大でも調査をするようなことを聞いている。

(事務局)

確認して説明させていただく

2. 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き説明があり、その後、彦根中央病院から説明があった。

(彦根中央病院から説明)

平成26年度の病床機能報告の制度が始まったが、「許可病床数」と「病床機能の報告」ともう一つは「診療報酬上の区分」この3つが、非常にあいまいな部分があると感じている。

H27年度の報告では、「障害者病棟」の分け方がわからず、国の委託受けている機関に問い合わせしたが、「あくまで機能別です。」との回答。障害者病棟は意識障害の患者さんを診ているが、あくまでも長期入院の患者はいないで、回復期と報告した。平成28年度の報告では、病床機能の4機能にそれぞれ診療報酬の算定例が明記され。障害者病棟は慢性期になるということで、慢性期に報告を変えた。医療法上の位置づけは一般であり、機能別でいくと、慢性期になる。

医療療養病棟には1.2あるが、医療区分が1. 2. 3に分かれる。医療区分2・3の割合80%が医療療養1となる。病名や処置でわかる。来年の春に医療療養2がなくなり介護になる。他の圏域の病院では、医療区分2・3でないので受け入れられないという実情があることをお伝えしたい。

この圏域では、急性期病院で高度医療を受け、回復期に行かれた意識障害の方は、当院の障害者病棟に来られている。現状では入院まで1ヶ月以上待ってもらっている。今後、当院では、医療区分1は介護へ、在宅へ行かれると思うが、医療がまだまだ必要で行けない患者については障害者病棟でリカバーすべきだと考える。行くところがなく困られる難民ない地域にしたいと思っている。まだ決定ではないが、医療療養の一病棟を障害者病棟とし、増やしたいという考えでいる。

(委員から追加説明)

当院は急性期や回復期からどんどん在宅へ帰ってもらおう病院とは少し違って、急性期の病院から在宅にはもう少し時間かかりそうで、もう少しリハビリが必要という患者や、施設で状態が悪くなり急性期の病院で治療しても、施設へ戻すにはもう少し時間がかかる患者をお引き受けしている。将来的に慢性期の患者が増えるだろう。当院は機能別に見たら慢性期の病院だろうと考えている。

現在当院は一般190床 療養156床持っているが、療養病床で長期にわたり慢性期の患者を見るには病床機能が限られてくる。療養病床の一部を一般病床にかえ、障害者病棟とする変更の許可を取りたいと検討している。在宅や介護施設に行けない方を受け入れる慢性期の病院としてやっていけるのではないかと考える。

(議長)

議題2と議題3の質疑はとまとめて議題3の後でお願いしたい

3. 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、説明資料に基づき説明があり、その後、金子委員、蔦本委員から提案調査票に基づき説明があった。その後、質疑応答があり、概要は下記のとおりであった。

(委員から説明)

説明の前に、病床機能報告制度に関連して質問したい。地域包括ケア病棟の患者層は、急性期から慢性期まで幅広い患者がいる。3つの機能がある。1番目は急性期が過ぎてポストアキュート、2番目の機能としては在宅で悪化したなどのサブアキュート、3番目は介護者の介護疲れに対応するレスパイト。この医療圏の病院で、地域包括ケア病棟において、この3つの機能がどのくらいの割合かわかると非常にありがたいのでここで質問したい。

(事務局)

地域包括ケア病棟のある友人山崎病院、豊郷病院にお願いします。

(委員)

当院の地域包括ケア病棟では、3つの機能は、どれも機能している。具体的な%は看護部長から説明します。

(委員)

はっきりとした数字はないが、3割強がポストアキュート、7割近くがサブアキュート

(委員)

豊郷病院でも、3つの機能はある。当院は、急性期病床が100床2病棟あるので、そこからの一部移動、リハビリに向けての患者が比較的多い。他院からの紹介で在宅に向けての患者、あと家族の要請でレスパイトもある。看護単位としては簡単な手術もできるような機能もある。そのような簡単な手術にも対応できるような、地域包括ケア病棟の中でそういったものを目指している。

(委員から説明)

当院は昨年4月から、在宅診療部もうけ、地域のかかりつけの先生方との連携を始め、在宅治療を展開して1年。順調に患者も増えており、地域の先生方の疲弊を防ぐ役にも立てていると感じている。現在、当院には、休棟があるが、在宅診療部が自由に使える病棟がない。在宅診療部が見ている患

者で、急に熱が出た患者を受け入れる、いわゆる地域包括ケア病棟の機能の一部であるが、受け入れる機能がない。現在の休棟を利用して在宅診療部が使える病床として利用したいので、提案した。

当院が地域包括ケア病棟を持つと、圏域の他の病院に迷惑をかけることとなりますので、当院は地域包括ケア病棟として3つの機能を持つのではなく、あくまでも、急性期でも軽症の患者を対応する在宅部門という形での利用となる。

この流れで入院となった患者で在宅までには時間かかる患者は、他院の地域包括ケア病棟等に転院してもらおう動きになる。地域包括ケア病棟の3つの機能ではなく、軽症の在宅の患者さんの主にサブアキュートの患者を診る病棟となる。また、オープン病床でかかりつけ医と一緒に患者を見る病棟、そういう体制を整えたいと提案させていただいた。

(委員から説明)

たくさん提案をあげているが一つだけ説明します。4P さきほど中央病院が医療療養の回復期を減らすとの話があったが、当院にも 32 床の医療病棟がある。当院には先ほど説明した亜急性の地域包括ケア 51 床ある。更に、医療療養病床を認知症や慢性のレスパイとなど療養型に近い様な地域包括ケア病床にできたらと考えている。圏域全体では、回復期病床が減った分を、私どもの病院で、療養型で認知症対策も含めた地域包括ケア病棟を提案したい。

(議長)

議題2 3まとめて質問・ご意見はありませんか

(議長)

今後将来的に在宅の患者が増加する。しかし、開業医は90名あまり。全員が在宅診療をやってくれるわけでない。医師自身の高齢化の問題で、将来的に大丈夫かと不安がつきまとう。病院より により在宅医療への特化 方向性に協力していきたい、また、豊郷病院にしては提案の2・3も在宅医療できるような病院の先生を派遣できる提案もある。開業医が少ないことを病院でカバーしてもらえ。手におえない症例についても4病院で安心して頼める状態となっているのは、ほっとしているという感想です。

この圏域に関しては、4 病院でうまく機能分化されていると思う。急性期に関しては主に市立病院、慢性期は中央病院、中間型として豊郷や友仁山崎がある。機能分化的には上手く配分されている。

圏域では病床数1200を構想的には1000ちょっとに減らす。矛盾している。2025年までに全国で15万減らす、県への割り当ては1400あまり。関東一円のみ増加が認められているときくが、この圏域ではさわりずにいけるといいかと思う。

(委員)

先日、湖東医療圏看護部長会で意見が出ていた。湖東医療圏でどのような病床が不足しているのか。県は回復期を増やしたいようだが、実際私たちは現場で慢性期の患者、障害の患者の行き場がないと感じている。何らかの栄養経路が必要な患者など、療養に行けるわけではなく、家でも見られない。そういう患者が増えている。基金の話では、増えていくのは地域包括ケア病棟だが、本当に湖東医療圏で増やすべき病床なのかどうか、ご審議いただきたいと思う。私はそう思わない。

(委員)

難しい問題。国が慢性期療養減らし、在宅へと進めている。終末期医療をどう考えるか。高齢者が増え、終末期を全部病院が、慢性期でみるのか。終末期の定義、考え方のコンセンサスが必要。施設なのか病院か、費用はだれが負担するのか。終末期のあり方を国も県も地域も考えていかないといけないと思う。施設が必要であればそういう施設を考え、在宅がベストだとは思いますが核家族化して一人暮らしが増えている現状。全体的な問題を考えないと、医師は目の前の患者をみないいけにという義務があるが、医師も働き方改革を言われている。医者数が減る時代で、労務管理も病院管理者はしていかないといけない。看護師もそう。全力で助けていくのは正しいが、終末期を定義し、コンセンサスを

得て、人の働き方も一緒に考えていく必要がある。

老年医学会でも話題になっている。それぞれの職種の圏域で福祉を考えているとパンクする。会長の意見では、認定看護師も増えている、医師がいなくてもできる行為もある。在宅看取りも極端に少ないが、そのようなことを看護師もできるような体制も作っていかないと在宅・終末期医療介護福祉が成り立たないのではないかと心配がある。

(委員)

病床機能報告には、高度急性期 急性期 回復期 慢性期と 4 機能あるが、病棟別でみると、例えば整形外科は 実際は、回復期としての機能として見られても仕方ない部分もある。ここで報告されている数字はリアルワードと大きく違うのではないかとの思いもある。実際のところ急性期には回復期がもっと含まれている。機能の中で慢性期はずれはないかもしれないが、急性期、回復期の枠はかなり実際とは違うのではないかと思う。

4. 医療介護の体制整備に係る協議の場について

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

(委員)

住民代表は入るのか。以前は住民代表が入っていた会議があったが。

(事務局)

住民代表が入っているのは湖東協議会。こちらの会議は住民が入らない

(委員)

医療と介護の体制を一緒に考える具体的にイメージとして浮かびにくい。どういう点を協議する場になるか。

(事務局)

具体的な数字を出しているわけではないが、地域医療構想は 2025 年に向けて協議するもので、在宅にという流れで、病床数が減り、その患者を在宅でみていくという流れになっていく。そういう方々を、市町がたてる介護保険事業計画の中でどの様に見ていくか考えないといけない。これまで一緒に考えてきていなかった。もあわせてみていかないといけない。

今までは、病院から退院する患者については、検討する具体的に、何年に何名が病院から地域にという数はまだ国から示されていない。

(委員)

資料1 地域包括ケアは精神科の分だが、住まいから医療・介護全部つながっている。一人の患者を医療と介護・在宅・福祉全部つながっているというのが国の新しいプラン。医者だけ看護師だけでなく、介護など様々な人が役割分担しているという流れになっている中では介護の方は必ず必要になってくる。

(委員)

地域包括ケアシステムを構築するための会であれば、地域医療構想と介護を一つでやるのが、地域包括ケアシステム全体をえることになるのか。事例検討的に、医療と介護でそうだったか考えるのであればイメージわくが、システムの中で、医療と介護を取り出し検討するというのはつかみにくい。もちろん、システムに絡んでいるのはわかるが、具体的なイメージがわからない福祉や住まいはどうか、その中で医療と介護だけを 1 つの場のみ、その必要性はわからない。つかみにくい会になると思う。

(議長)

拡大構想にすると、医療構想の焦点がふれることも懸念されるし、地域ケア会議などは市町ですでに取り組んでいる状況。国や県が入れるということなら仕方ないが、市町関係で地域ケアは取り組んでい

るので、ダブルで話すのかなと疑問を感じる。資料5に関しては、十分な検討が必要かと思う。

(事務局)

地域医療構想調整会議の拡大の件ですが、県の参考資料で滋賀県地域医療構想の概要3ページ目。もともと地域医療構想の取組の重点事項、「病床機能分化推進連携」「地域包括ケアシステムの充実」の両輪がある。地域包括ケアシステムの充実については市町で具体的に取り組んでいただいている。その中で例えば、市町を超えた圏域で調整しないといけない事案について、医療だけでなく介護関係者と一緒に横の連携を進めていく中で、圏域として安心して暮らしていくための協議の場としてこの場をできないかと考え、介護の関係者にも入ってもらえないかとご提案した。

(委員)

地域医療構想は2025年の医療の必要度にあわせて、医療をいかに集約していくかを検討する場である。地域包括ケアシステムというのは今現在、市町が中心になり、行政・福祉が中心になり運用している。現在運用しているシステムと、将来に向かって集約させよとしている会議とを一本化することの意味書かれてあるが、ちょっとイメージ描きにくい

(委員)

地域医療構想の会議ですが、自主的な取り組みで調整しなさいという考え方だと思うが、4病院がすべて公立病院だとやりやすいと思うが、経営母体が違うなかで、自主的な取り組みで、機能分化調整をやるのはハールが高い。県の目指すゴールがいつまで何をを目指すのかわかりにくい。進まないときは知事の権限で命令が出ることも聞いているが、病院管理者として、どの段階で知事の命令が発令されるのかタイムスケジュール的なものを教えてほしい。

(事務局)

2025年の推計値は示しているが、あくまで推計値を示している。確実に検討していきますという、目標値という数値ではない。県としては、2025年にこういう数字になるので、各病院として考えて頂きながら、慢性期の患者が在宅に移行するというのも推計している。どうしてもこの数字でないといけないとは考えていない。国がいうところの姿で県の数値を表している。この圏域として、回復期の病床が少ないので、そこに移行していただくについて基金で支援していくというもの。タイムスケジュール的にどうしてもというものは示していない。

(委員)

わかりました。ありがとうございました。自主的な取り組みで議論が進まない場合は、知事が出てきて指導することになっているとなっている。どういう形で進んでいくのかある程度知っておきたかったので尋ねた。

(委員)

少なくとも医療法上では、彦根市立病院の場合、休床を急性期にするということは、過剰な病床の急性期を増やすとなるとになるで、必要な書面をもらい、圏域で協議し、県の医療審議会で協議することになる。一定足りない分を増やすのも医療審議会で決定して、各圏域で調整する。県のスケジュールは具体的に示されていない。今後、過剰な機能を増やすのは絶対ダメなので、まずはそこが第1となる。

(委員)

今日は話が出てこなかったが、高度急性期の目標値80 現在、高度急性期は湖北へ流出してしまっている。湖北はできるだけ頑張りたいが医者が不足している。現実的に彦根市立病院はこれ以上高度急性期を増やせないで、高度急性期は医療圏をまたいで議論しないと、圏域ごとでは考えられない。重症度別、疾病別 3つの医療圏をまたぐような協議会はできないか。小児科や精神科は一部している。検討してもらえたらという提案。

(委員)

県保健医療計画全体としては、県の担当課中心に検討すすめている。医療審議会に諮りながら検討している。現在の考え方は、先生のご提案も入っていて、全部が二次医療圏で賄いきれないので、二次医療圏を見直すという案もあるが、今は精神や周産期など疾病ごとに7つの医療圏でなく、ブロック制で完結できないかとの検討を進めている。

急性心筋梗塞や大動脈解離、脳梗塞 TPA 治療なんかは救急車の範囲で完結できないといけない。一方、頻度が少ない疾患等と、どこかで受けられる疾患もある、ガンの手術も7つの医療圏が全部が同じがん治療ができないといけないことではない。髙本委員のおっしゃるとおりのことだと思います。

(委員)

高度急性期 将来少なくなると出ている。急性期で高度急性期の患者もみている。急性期の中に回復期含まれているといったが、高度急性期も急性期に含まれている。あくまで報告の数であり、厳密にみると、報告されているものと 実際は形相が違うと思う。現実を反映したものではない。本来現実を反映したものにすべきでないか。急性期と高度急性期を分けるもの、急性期と回復期を分けるもの、診療報酬でみるか、ほかに見るのかあるのか、検討が必要じゃないかと考える。

(事務局)

マニュアルに書かれている、診療報酬の例をもとに基準に分けるのは難しいということでしょうか。

(委員)

それだけで分けるのは非常に難しい

(議長)

時間もきましたので、会議は終了したい。意見ある方は保健所なり、次回宜しくお願ひしたい
協議の場はもう少し考えていきたい

議長ありがとうございました。

時間が参りましたので、これで終了いたします

次回 9 月から 10 月で調整したい