

平成30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30年10月19日（金） 14：00～16：00
場 所：県庁北新館 中会議室
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）
荒堀委員代理：坂口理事長（琵琶湖中央病院）
田畑委員代理：中原地域医療連携室長（琵琶湖養育院病院）
岡本（美） 委員代理：畑所長（大津市訪問看護ステーション連絡協議会）
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 14時00分

県健康医療福祉部あいさつ：小林課長

議 題

（1）平成30年度の大津圏域の地域医療構想調整会議の概要について

事務局より資料1～4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 事務局としては以前お話いただいた滋賀医大は実際は大津市民よりも外部の入院が確か多かった。その点については考慮している将来推計なのか。

事務局 2025年の将来推計については医療機関所在地ベースなので、今の状況が変わらないのであればという前提での推計となっている。

議長 各病院の意向について、それを聞くのがメインでと思っているので、皆さんからご意見を伺いたいと思うが、いかがか。

委員 資料4のところの主にはこのようなことになると思うが、埼玉県方式にして実態に近い形になっているという部分はあると思うが、これだけではなくて大阪方式などいろいろあるので、それも

資料として加えて踏まえていただきたい。高度急性期と急性期を分ける必要があるのかというのが大阪方式ではそうだと思うが、高度急性期と急性期の区分を取っ払っていつでも診ますよというところと、面倒見の良い病院ということで急性期を2つに分けて急性期と回復期の部分を分ける新たな方法があると思うが、そちらの方が実践的かなと思う。

埼玉県方式だけでやると（急性期は）実際多いということになっているが、それは違うのではないかという気がするので、別の方式についても参考資料として欲しいと思う。

議長 私も高度急性期と急性期を一体で考えてもいいのではないかなと思う。

委員 3病院については資料2にあるとおり、意見交換会を実施しており、主な意見としては資料2スライド5に書かれているところでそれなりに共通認識ができていますので、これが全てだと思うし、こういう考え方で3者が意見を共有したと認識している。いずれにしても定量分析をしなければならないので、何方式をとるか、いずれにしても多少はずれてくるので、それを了解すればざっくりと分けてみれば良いと思う。

委員 大津圏域では高度急性期、急性期が多いということで3病院が機能分化をしていないのではないかと見える部分があるので、定量的な分析もあるがこれも1つのやり方であって、必ずしも病院で実施している内容や機能が十分反映されているとは思っていない。

例えば埼玉県方式では全身麻酔の手術を病棟毎に実施しているので、逆に言えば筋骨格系や循環器系等の機能ではなくて麻酔が多い術後の病棟という様に分けると医療安全上や看護単位等の問題が出てくる。現状で分析したものだと思うが、必ずしもその病院の高度な手術が反映されていない部分もある。例えばもともと医療密度がどれだけ使っているのかというのは財務省から出てきた問題であり、単価で見るとかなり差がある。医療看護必要度等の分析があるが、そういったものだけでは完全に高度急性期、急性期を分ける意味があまりないので、急性期相当と考えて、高度急性期はまさしく国が配置を決めている1対2、1対3、1対4の特定病床、そこは加算がついているので、非常に高密度な医療を提供していることは誰もが疑わないので、それ以外は急性期相当あるいは高度急性期の一部を含めたものとして見る。

回復期リハ、地域包括ケア病棟が作られたもとの考え方は高齢者、後期高齢者が多くなった時にいきなり高度急性期、急性期の病棟が悪くなると入院するのではなく、ミニ急性期というかまあまあの急性期をやる病床群で診て、回復期もやるというところで地域包括ケア病棟ができたと聞いているので、まあまあの急性期と本当の治す急性期をやる部分をやる部分という考え方でやった方が良く思う。そういう意味で当院は高度急性期、急性期の医療を担当していく考えである。

委員 当院は急性期と回復期を担う病院と考えており、回復期については既に地域包括ケア病棟を稼働している。今の状況で新たに変化はないが、今後の意見交換会で議論させていただきたい。

委員 先に話した3病院とは様相が違い150床であるが、CTもMRIもあるのである程度急性期は扱うが、ミニ急性期が50床、地域包括ケア病棟が50床、療養型が50床となっている。高度急性期については大津赤十字病院と特に強い連携を取りながらお願いしている。

委員 大津赤十字志賀病院とよく似た立ち位置なので、当院も意見交換会に加えていただきたい。高度急性期、急性期については委員の皆様と同じ考えであるが、地域性について、大津は南北に長いので南部に急性期病院が偏っているので、北部の部分についても考えていただきたい。

議長 事務局として地域性については何か考えていることはないか。

事務局 今年度大津市においても保健医療基本計画の改定があるので、大津市とも協議しつつ検討していきたいと思う。

議長 大津は細長い地域であり、瀬田になると滋賀医科大学附属病院や圏域をまたいで草津総合病院ある。県を越えると洛和会音羽病院もあるので、圏域のことは頭に入れながら今後の将来像を見ていかないといけないと思う。

委員 大津は縦長の地域性があるので、大津圏域と一括りにするのはなく、北部と南部では違うという認識からいかないと数だけ合わせればそれで良いという問題ではないのではないかと。どのように考慮するかというのは難しいかと思うが配慮していただきたい。

委員 精神科で主に認知症を担当しているので、急性期、回復期とも精神科で身体合併をされた方を受け入れていただく形で各病院に

お願いしているところである。受入れに支障のない形で単に病床数を減らしていくことは望んでいないので、支障のないようご協力いただきたい。

委員 慢性期の療養病床であるが今後地域包括ケア病棟を加えていくか検討中である。急性期病院からの慢性期への受入れを担っているが、回復期と思われる患者さんもいるので、回復期から慢性期の患者さんを担当している。

また、今後の在宅医療の推進についても考えているところである。

委員 瀬田川病院とはほぼ同じ規模で展開しているが、当院としては国の施策である在宅復帰を促進するために病床数の削減をいずれ検討していきたいと考えている。

委員 急性期病院からの脳血管や運動器の患者さんのリハビリを担当する病院である。1つ伺うが、地域医療連携推進法人については2次医療圏を中心に考えるということによいか、2つ以上の構想区域からの圏域を超えることが認められるのか教えていただきたい。

事務局 圏域を超えての地域医療連携推進法人については認められないという方針は出ていない。現在滋賀県内で地域医療連携推進法人の設立はなく、必ずしも圏域内の完結を求めるものではないが、2つ以上の圏域での設立であればそれぞれの調整会議で説明をしていただくことになる。

委員 現在の状況で（圏域をまたいだ場合）何か特別な効果を求めるような問題は認識はされていないということによろしいか。

事務局 圏域をまたがった地域医療連携推進法人はできなくはないと認識しているが、もともと圏域内を想定していたところもあり、手探りで検討をしているところである。他の質問でもあったが2025年の将来推計の流出入は検討されていて同じ条件でということになるが、その中でやるのであればあまり効果は変わらないのかもしれないし、他府県との流出入についてはあまり調整しているものではない。

委員 2つ以上の圏域をまたいだ地域医療連携推進法人が設置されることは原則ないという認識によろしいか。

事務局 現状、県内に地域医療連携推進法人はなく、各法人で考えていただくこともあるかと思うが、全国的にも少ない。

- 委員 地理的に草津に近いところにあり、大津のみならず草津の病院とも連携を図っている。病院としては10月から地域包括ケア病床を18床、一般病床から転床して始めた。これからは回復期の機能として在宅復帰に向けて調整していきたい。
- 委員 整形外科の単科病院であり、医療機能から言えば急性期であるが、今回の病床機能報告の中では回復期に分類している。平均在日数の関係で地域一般基本料1～2が急性期、3が回復期となり、当院は平均在日数が長いので地域一般基本料3となり、病床機能報告は回復期となる。機能別に分けたいとは思いますが、小病院なので従来通りの機能でいきたいと思う。
- 委員 訪問看護ステーションとして、連携ということが大切だと思っている。大津市では拠点ステーションが3か所あり、そこで地域のために相談業務を実施しており、今後地域をつなぐ訪問看護ステーションとして役割を担っていきたいと考えている。
- 議長 現在のところ、マンパワーは充足している印象か。
- 委員 訪問看護ステーションでそれぞれ状況が違い、充足しているところもあれば、募集をかけているところもあるが、全体として不足していると思う。
- 委員 介護保険の分野においても今年度法改正があり、医療と介護の連携強化が挙げられている。例えばケアマネージャーは担当の利用者様が入院された時に情報提供という形で情報提供書、介護のケアプラン等を持参して医療機関のソーシャルワーカーと面談をさせていただいている。また、退院時のカンファレンスをお願いするなど在宅に向けてしっかり連携が取れていくよう、今回の改定でも退院支援加算が上がっている。また、末期の悪性腫瘍の患者さんに対するケアマネジメントに対しても加算が設けられるなど医療との連携が強く推し進められている。これらに対応していくにあたっては、各ケアマネージャーの知識等の底上げが必要と考えている。協会でも研修や勉強会、ケアの研究会を企画しており、1人ケアマネージャーとして1人で事業所を立ち上げるケアマネージャーもいるので、そういった方も吸い上げて今後医療との連携に力を注いでいけるようにしていきたい。
- 議長 マンパワーの確保はできているのか
- 委員 事業所によって違うところはあるが、介護の分野は転職をする者が多く見受けられるので、定着してケアマネージングにあたって

いくことが重要と考えている。

委員 大津圏域の総合病院の中で精神科病棟があるのは滋賀医科大学医学部附属病院だけであり、精神科の入院も高齢化が進んでおり認知症疾患、身体疾患の合併の方もおられるので、そういった方の受入れについては病院との連携をお願いしたい。

委員 療養病院であり慢性期だけの病院である。急性期および回復期からの方を長期で受け入れているので、介護療養型への転換をするか模索中である。

委員 45床で療養病棟入院料を届け出ており、周辺の急性期病院からの転院が多く80%以上である。急性期から在宅に戻れない患者や施設に申し込んだがすぐに行けない方等を受けているので、在宅に戻られる方もいるし、長期の入院になる方もいる。一般病床21床では回復期患者の方を、療養病床24床では医療区分2、3の方を中心に受入れをしていきたいと思う。

議長 大よその話を聞いたが、今の流れで良いのではないかと思う。3病院に加えて6病院で（意見交換会を）実施することを考えていただきたい。

（2）平成29年度病床機能報告結果および（4）病床機能の変更について

事務局より資料5、6に基づいて説明があり、併せて市立大津市民病院より資料9に基づき病床変更の説明があった。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

議長 病床機能報告で急性期と言っているが、大津圏域でも一部の病棟で該当があるとのことだが、説明していただけるか。

委員 該当するのは緩和ケア病棟であり急性期と報告している。

緩和ケア病棟は原則的にがんの積極的治療は行っていないが、症状コントロール、疼痛緩和がメインとなっている。疼痛がコントロールできるようになれば在宅に帰し、終末対応を頂いており、急変対応や放射線治療を行っている。また、平均在日数も短く、看護師の配置も7対1で急性期病棟と変わらない。近畿病院団体連合会でも緩和ケア病棟は急性期と考えている病院が多い。また、資料4の埼玉県方式の分析でも緩和ケア病棟を2つに分けて放射線治療をやっているところは急性期とするとなっており、当院は放射線治療を実施しているので急性期と考える。

議長 実際には急性期として扱うということをお願いしたい。病床機能報告について、変更を予定している病院については説明をお願いします。

委員 2025年の病棟の機能をどうするのか報告するとのことであるが、特に大津圏域は慢性期はほぼ充足していて、埼玉県方式で分析しても回復期は（2025年の必要病床数より）少ないということであるが、当院も回復期を増やそうと思うが、今の段階で回復期を増やそうとしてもなかなか患者さんが退院されない。これから在宅の機能が働きだすと慢性期の方が退院するので回復期が増えると思う。現在はその途中にあると思うので、現段階で当院はどこで回復期を持っていくかというのが悩みどころであり、在宅との関係がどこまで進むかという予測が不確定のなか、当院はもっと在宅をバックアップしようとしているが、その辺をどのように考えたらよいか。随時変更可能なのか、3年度、5年度に変更することは可能なのか。

事務局 今後については国の施策もどうなるかわからない部分もあるので、2025年の病床について今の段階で確定するものではないので、機能区分については随時状況に応じて変更していただいて構わない。

議長 要は病床転換したがそこに患者さんを確保できるかという話だが、確保できなくても行政としては保障しないのであれば、どこも怖くて転換できないのではないかな。

事務局 慢性期の病棟の患者さんがスムーズに退院すれば回復期に転換することもできるが、実際に慢性期から回復期に転換している事例はあるので、転換はできると考える。患者さんが来なくなるのか、慢性期の患者さんが本当に在宅に帰ることができるかということも含めて機能分担していただく中で考えていければと思う。

委員 今の段階で理想像を作って2025年にもっと在宅に帰られる患者さんが増えて回復期病棟を増やせるという理想ですね。ところがその理想を申請してしまっ、国が在宅と言っているが一向に進まないとなった時にまた変更することはできるのか。

事務局 今の時点でこう考えてやったので、次の時にこうしてはいけないというものにはならないと思っている。どれが先かという話になると思うが、患者さんが在宅に行くようになったから換わる、あるいは先に換わるという形を見せてそれに合わせて患者さんが流れていくような形になるのか、あるいは同時なのかもしれない

が、そういう流れになるかと考えている。

委員 2025 年のあり方を現段階で決めるとというのが現場としては違和感があるということを申し添えさせていただく。

委員 後の議題にあるが議題 4 の病床機能についてもここで報告させていただく。資料 9 にあるが I C U が 6 床から 8 床に 11 月から稼働し高度急性期が増える。当院は I C U しか高度急性期で報告していないのでそれが 8 床に変わる。現在は 6 床で頑張っているが、院内発症の重症もある可能性があり、重症化した場合に入ってもらふ。極力しないようにしているが、満床になってどうしようもない時に患者さんが来たときに（救急を）受け入れたら申し訳ないので、救急隊に事前に連絡し、I C U が満床のため救急車を受けられないことを伝えている。その場合、大津圏域の別の病院に御迷惑をかけている。それを無くすためにはあと 2 床増やすことで恐らく年間の救急患者は全て受け入れられる。365 日 24 時間断らないことを掲げているので、そのためには 2 床がどうしても必要ということで県にも認めていただいているので、よろしく願いしたい。6 年後の医療機能については I C U 増床により 2 床増え、急性期が若干減る予定。

委員 今年の 3 月に 50 床の療養病棟を回復期病棟とした。回復期リハビリ病棟は一般的に人口 10 万人あたり 50 床が一応の目安であり、大津圏域は人口約 34 万人であり病院全体で回復期 180 床とした。

（3）大津圏域における 2025 プランの作成について

事務局より資料 7、8 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 これを宣言したらアドバンテージを得られる等はあるのか。なければ誰も手の内を明かさない。

事務局 この会議で皆さんに合意を図っていく形になるので、先に行った方が有利なのか後に言った方が有利なのかは皆様の協議次第かと思うが、戦略はともなく、真摯に協議していただければと思う。

議長 真摯にとっても喰うか喰われるかの話。そこは行政として整理していただいた方がいい。

議長 先ほど地域医療連携推進法人の話が出たけれども、一部滋賀県でも動きがあると聞いているが、色々なメリットとして共同購入、

医療専門職の人事交流、電子カルテ等がある。スケールメリットを出してやった方がいいと思うが、問題は大規模化した時に系列化が起こり、例えば薬剤で大病院が決めると選択の余地がなくなりそちらの流れに乗らざるを得ない。薬剤の購入単価が抑えられると国は薬価や点数を下げてる、そうすると、それに乗り遅れた病院はやっていけなくなる。そう起こってきたときに、最初の議論でもあったが、大津は南北に細長いので、(病院を)南部に集中するとなると、大津北部の人は入院しようと思うと南部にしか行けなくなる。そういう状況が生まれてくる可能性がある。その辺をしっかりと理解していただいて、行政および各病院の皆様にも勉強していただいて、良い形になるものを滋賀県全体で考えた方が良いのではないかと思います。私ももっと勉強しないといけないが、皆様からも意見をいただければと思う。

(5) 平成30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

事務局および各委員より資料10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 在宅医療に関係しているが、今日の議論を見ていると急性期医療の議論が中心であり、これから増えてくる在宅の視点が少し欠けているのではないかと思います。急性期の病気はこれから減っていく試算がある中で、慢性期から在宅へのシフト、需要が増えていくのは試算上あるのでその辺の配慮はどうかと思う。公的病院からは慢性期や回復期が消えていくということで、在宅療養を民間に任せるというのは違うのではないかという気がする。その辺の視点も配慮していただかないと、看取りは誰がするのかという話になり、(大津圏域では)看取りをしている公的病院はほとんどないので、増えていく看取りを公的病院はしないのかという話になるので、何らかの形で在宅医療に関係していただくよう、病院の機能としてお願いしたいと思う。

委員 公立公的の急性期を担う3病院は在宅からのミニ救急を受けている。その点に関して御心配はいらないし、今後も受け続けるのでその点は強調させていただきたい。

委員 この会議に出ていていつも思うが、人間は高度急性期、急性期の状態が継続することがあるのか、慢性期の方が急性期化するこ

とや回復期の方が慢性期化することはあると思うが、その辺の切り分けをどうしているのか、人間はそのように（状態を）切り分けることができるのか疑問に思った。また、この会議の設定が財政諮問会議、要するに金の話かなという気がしている。事業を実施する時に費用が必要だが、人をどうするのかということについてあまり話に出てこないのが気になっている。

議長

人をどうするのかという話は非常に重要。人口減少していく中で賃金が下がると人を集められないということになるが、事務局で何か考えや戦略があるのか。

事務局

まず、医師について医療法および医師法が改正され、都道府県で医師確保計画を平成 31 年度中に策定することになった。保健医療計画に組み込まれ、今まで言われていた地域偏在や医師偏在について都道府県に権限と責任を与えて取り組むことになるので、働き方改革も踏まえて策定していくことになると思う。

看護師については新しい看護の受給推計が国からは年末までに出すと言われているが、それを受けて都道府県でも病院のみならず訪問看護ステーション等を含めて検討し人材活用に努めたい。

委員

薬剤師としては在宅としてかかりつけ薬局、どこにいかれても地元に戻って来られる部分を支援していかないといけない中で入院退院の情報が薬局は抜けることが多い。薬剤部との連携もそうだが情報伝達の方法についても協議していただけたと思う。結局地元に戻られるかかりつけ薬局のところを考えると、情報伝達、びわこあさがおネットのみならず、カンファレンスへの薬剤師の参加をお願いしたい。

議長

薬剤の在庫の問題はないのか。

委員

在庫の問題については、共同購入の話もあるが、年間大量の廃棄があり悩ましい問題だが、商品指定ではなく一般名処方が増えたので、最近はやや改善している。

委員

重点事業の 1 つとして地域包括ケアシステムの中で看護師として何をすべきかということをしっかり考えられるナースの育成を行っている。その中で、保健所と連携を取りながら多職種の連携やケアマネージャーとの連携等、様々な分野で働く看護師の看看連携に関しての研修を行っている。今年度は地区支部長が中心となり地域包括ケアシステム会議を発足させ、病院からは代表の看護部長 3 名、訪問看護からは連絡協議会の所長に 1 人、行政には統括保健師等に参加していただき会議を行い大津市のそれぞれ

の分野の中での現状を出し合い、少しでも在宅医療に向けて課題解決になるような計画を立案していきたいと考えている。

議長 (看護師の) 就労率はどれくらいか。人材活用を考えるとその辺も聞きたいのだが。

委員 滋賀県のナースセンターにおいて退職をする段階で届出をするようになっているので、看護協会で把握しているはず。

委員 保険者としては、被保険者の方が平等に適正に医療を受けられるようにしていただきたいと思う。

大津市保健所あいさつ：中村所長

閉会宣告 16時05分