

平成 28 年度 第 1 回 湖南圏地域医療構想調整会議 議事概要

日 時：平成 28 年 10 月 3 日(月) 午後 2:00～4:00
場 所：南部健康福祉事務所（草津保健所）3 階 大会議室
出席委員：別紙名簿のとおり
欠席委員：福田委員、角谷委員、野村委員
事 務 局：草津保健所 寺尾所長、他関係職員

議事の経過概要

開会宣告 14:00

草津保健所挨拶：寺尾所長

自己紹介：各委員、事務局から

議 題

1 議長、副議長の選出について

事務局より草津栗東医師会の榎上会長を議長にとの提案あり、満場一致で了承された。
議長より、要綱に基づき、守山野洲医師会の福田会長を副議長にとの指名があり、了承された。

2 滋賀県地域医療構想および調整会議について

3 平成 27 年度病床機能報告結果等について

2、3については一括し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。概要は下記のとおりであった。

（議長）高度急性期の定義について、昨年度の経過では統一性が無かったと聞いていたが、資料 3-1 で具体的に挙がっているが今後はこれに従って統計を取っていくのか。例えばがん患者はどこに入るのか。高度急性期か、急性期なのか。しっかりしておかないと統計的な意味が無くなるのではないか。

（事務局）国でも検討されているが、定量的な定義をとという意見もあるが、現時点ではまだ定性的な定義の中、各病院のご判断での報告と聞いている。

（委員）資料 1 の 63 ページで、医療需要の推移について、高度急性期から慢性期までどの領域においても増えていく。66 ページで、2025 年の医療需要を見るとトータルのベッド数が 2,706 床で良いとなっている。実際の許可病床数は 2,958 床なので、ベッドが減ることなのか。人口予測、医療必要度（慢性期を除けば 20%以上）は高まっていくのに、2025 年の必要病床数は減ることになる。具体的にどれくらいかは分からないが、その乖離について説明が十分になされていなかったがどうか。

（事務局）病床必要量は、国の算定に従って全国一律のデータを用いて算出した将来必要と

なるだろうという推計値である。目標値ではなく参考として捉えていきながら、どの様にこの圏域はあるべきか、患者さんのあるべき姿を考え、圏域のこうした場でご協議いただきながら検討していく。そうした方向で関係者がベクトルを合わせていくものとして認識していただきたい。1つの参考値としてのものであり、その数値に向けてベッドをリアルに減らすなどの直結したものでないと聞いている。

(委員) では、幾つかの数字が出ているが、病床機能報告の6年後の数字は我々はどう捉えると良いのか。私たちはああいう風な形のベッド数で運営しますと言っている。一方で、人口、医療需要も増えていく。厚労省が出している2025年の必要量の数値はビッグデータから出てきているのである程度信用しなければいけないが、では、私たちはどこを指標にして、一番ポイントをどこに置いていくのかを示していただいた方が、我々が今後どんな病床にしていくのかに対しての基本的な考え方が掴みやすいと思うがどうか。例えば、6年後の病床数が出ているが、これを見てると慢性期は減らして良い、回復期、急性期に移しなさいとも見える。ところが2025年の人口動態を見ていくと全ての領域で増やしていく必要がある。で、一方では、厚労省の数値を見ると全部減らしていきなさいと見えてくる。ここが大きい矛盾だと思う。だからどこに焦点をあてれば良いのか、県や、こうした場では、ある程度はセッションしていただかないと。そこは丁寧に説明をしていただきたい部分でもある。

(事務局) いろんな数値が出てくる。現在の許可病床数、病床機能報告の数、医療需要から推計された数、など。これらを横に比較できるかと言うと、全然違う形で計ったものであるから出来ない。先ほどから“参考値”と言っているが、以前は引き算をしたりしていたが、多分それは間違いだと思う。現在の許可病床数2,958床を、それをそのまま2025年の推計値と比較できるかと言うと中身が全然違っている。この数値そのままではできないので、大きな方向感としては必要量に向かうのだろうが、細かい数字についてはこれだということは出し難い。県の役割に“調整”と言うことは書いているが、既存病床に対して減らせと言うことは出来ない。これからの需要に向けてこんな風に多分なっていくだろうという風に受け止めていただいて、方向感をこの中で共有していく。これから何回か調整会議を開いていくので、こうして今後集約されていくのではないかと思っている。現時点では先のことは検討出来ない部分があるかなと思っている。

(委員) 今後、湖南圏域だけでなく全ての圏域も、県の方から病床数は示されないのか。では、私たちは何を以て、基準を持って、見て行けば良いのか分からない。県の方からある程度の指標なりを出していただいてその進捗状況を見ながら会議を行わないと進められないと思う。参考資料1で、構想実現に向けての役割の中で、各医療機関の自主的な取組による病床機能の分化、連携の推進に期待、と書かれているが、これに関しては自主的なという部分で、医療機関が基金を使いながら変えていかないといけないということで、そこを指導していくのが県だと思うので、県から数字を出していただいてそれに対して進捗状況を報告いただくということを、この会議の中で下ろしていただかないとなかなか難しいのかなと感じる。

4 入退院支援の取組について～病院と在宅のスムーズな連携のために～

3については事務局より資料に基づいて説明があった。

5 地域医療介護総合確保基金について

5については事務局より資料に基づいて説明があった。

6 意見交換

概要は下記のとおりであった。

(議長) 地域医療構想の実現に向けて、機能分化や連携の推進が求められているが、将来に向けた取組は病院自ら考え取組を進めることとなっており、そのために地域医療介護総合確保基金の活用も考慮していくことについても、ただ今、事務局からも情報提供があった。委員の皆さんも、それぞれのお立場で将来に向けての医療体制についての自主的な取組もお考えのことと思う。ご意見、ご報告、課題提案などをいただきたいと思う。

(委員) この調整会議の重要なゴールの一つは、近い将来の然るべき時までには湖南地域の機能別の病床をどのように調整するかということにあると私は認識している。先ほどより議論しているように、その際に例えば高度急性期の定義について、これは前回も出たけれど、時間軸で急性なものなのか、或いは診療密度の高い重症のものなのか、例えば、がんなどは私の中でも高度と思っているが、統計を見てもかなり乖離がある。ここをまず調整しないと議論が進まないと思う。それから、もう一つのテーマは、先ほど委員が言われていたが、人口動態、或いは、医療のニーズというものを見据えて2025年までにどういうベッド数が求められ、その中でどう調整するかといったことも議論しないと進まない。実際に、今日はこの2点に関しては明らかになっていないので、全く議論が進んでいないと私は思う。だから何らかの形でしない限りはこの議論は、この会議は、踊るだけで進まないと思われる。先ほどの資料2の3ページの必要に応じて“(仮称) 病床機能分化・連携にかかる意見交換会”というのがあるが、これを活用して、一つはこの部会から、県全体に対して今の2点を早く表示して欲しいと言わないと私は議論が進まないと思う。これは県の責務だと思う。県が“こういうものですよ”と言って、やれば、各医療圏ごとに議論が進むと思う。それを是非ここから提案していただきたいと思う。それでもし願わくば、各圏域ごとに横断的なこういう連絡会議を作られて、そこで調整する、或いは、湖南の中だけでも病院の担当者らが議論しないと実質的な進歩はないと思う。そのあたりを今日是非検討いただき、次のアクションとして。もしこれで、あと一回で(会議が)終わりだと言われたらまた前回のような消化不良で終わると思う。今、言った2点を明確にするような“次の一手”を。これは、県に対する要望と、それからこの会議の中でどういうツールを使った、例えばこの仮称の会議を使ってでも良いので具体的な議論を進めないと、いつの日か病床機能別のベッド数を決めないといけないのだから、とにかくタイムコースを決めていかないと私は議論が進まないと思う。その2点、是非私の意見として申し上げたいと思う。

(議長) 大事なことなので、事務局から何とかこれを県の方に言って示して欲しい。

(委員) 委員と同意見で、高度急性期の定義すらはっきりせずに数字だけ〇〇人とか、いったいどのようにして出したのかよく分からないし、高度急性期の数を出しているが、定義が違うので、委員と今も横で話をしていたけれども、全然、話が違ふとこんな数字を元にこれで議論することの無駄さを感じる。少なくとも滋賀県内では“こういうことを高度急性期とします”とか。国はきつとなかなか出してこないと思う。とすると、湖南地域とよその大津地域と比べるだけでも、定義も大津も違うものを高度急性期に入れているし、我々が比較も出来ないと思う。だから少なくとも“滋賀県だけはこういうようにします”と決めて、各地区と比較するとき、これは高度急性期に入れてくださいと調整していかないと、いつまでたっても、委員も言われているし、僕も考えているが、こんないい加減な数字でそんなもの決められる訳がないじゃないかと言うわけである。

(議長) ということで、がん診療とか、脳卒中、心筋梗塞のような急性期の病気とちょっと性質も違うと思うので、その辺はやはり区別していかないと、なかなか話が進まないのでは

ないかと思う。何とか県で統一していただければなと思う。そうしないと議論が進まないということで、よろしくお願ひしたい。

(委員) 先ほどから言われているように、工程表が一応示されているけれども“いつまでに”“何を決めるか”といったことが分からない。この矢印が延々にずっと5年間続いている。だから今年度はここまでやりますよと、来年度、或いは、平成30年には病床を決めるんだと言うくらいの緊迫感を持って議論していかないと、そのままずっと行くと思う。ですから、やはり県も必要でしょうけども、我々も独自にこういったものを、タイムスケジュール、時計を作っておいて、ここまでやりましょう、といった形で議論は詰めても良いのではないかと思う。

(委員) 慢性期での在宅の医師会の役割について、在宅のどこまで引き受けることが出来るかということ、状態によって互いに、慢性期の病床とか役割と範囲が決まってくるので、国はおそらく進めようとしているけれども、なかなか医療制度上、回復期の先生方も取り組めるような仕組みに出来てないと思う。地域の先生方も進められるかどうかというのが、時間はかかるかと思うが、これも進めないと今の高度急性期、急性期、回復期、慢性期のことも、病院にとってどの辺りまで受け入れようかと決まってくるので、そこは心配している。

(委員)「湖南太郎さん」は、入院から外来診察までの流れが非常に有益だなと感心している。先ほどの高度急性期の定義だが、この圏域では3病院がそれぞれ病床を提案しているので、まずはこの3病院で、数字の根拠をこうすることで以って我々はこういうことにしたという要求を打診してもらおうのが良いかなと思う。

(委員) 病床数は少ないが、精神科の場合は私どもの考え方としては“地域型医療を目指す”ということで、基本的には地域で、在宅で、やっていってもらおうと。どうしても病院に入院が必要な人を急性期治療病棟で、できるだけ3ヶ月を越えない範囲で在宅に戻ってもらうとやっている。病床は他の圏域にくらべて数字上は少ないが、実は、なかなか受け取り難いのは、本当に急性期の人ばかりが立て続けに発生すると、隔離室という部屋が全然回らなくなってしまって、他の圏域の病院にお願いするという事態が起こる。湖南病院から県立精神医療センターの方をお願いするという事例も起こってしまう。何が言いたいかというと、回復期、慢性期という病床も含めて精神科病床があるわけで、私どもが一番苦慮していることは“本当に病院が引き受けなければならない”という切羽詰まった状況の中でお受けするのが、大体はお受け出来ているが、日によってどうにもならない時がある。これが多分、精神科医療の特徴だろうと思う。かといって、全部を隔離室並みの個室にしたら、言葉は悪いが全ての患者さんを独房のような部屋に隔離するという、そういう病院運営はやはり病院としてなかなかやり難い。そういういろんな病院の内部での矛盾、ジレンマを抱えている。そうした精神科救急の問題がある。

(委員) 事後予測、人口動態予測からしてベッド数が減るといのは何だっということ、去年、散々ディスカッションしたこと。ここからまた蒸し返してしまうとどうしようもないと思う。最初、委員がちょっと言われたが、昨年度みんな指摘したけど、ここは認めていかなくてはいけないということで検討会議では終わったように僕は認識している。要は、先ほど高度急性期の定義はどうなっているかとかいろんなこともあるが、具体的にはやはり、各病院がこれだけのいろんな施設がある限りは、機能分化をしていかなければいけないということで、そういった方向で、おおよその高度急性期、急性期、回復期、慢性期は、定義上は難しい面もあるかと思うが。概念としては大体回っているわけで、まとめる方向に向かって何回かディスカッションしないと、いつまでもまとまりがないかと思っている。私ども野洲病院としても、今度、新病院に移行する場合には、その辺をよく考えた病床を設定していくつもりなので、全体の流れで協力出来るようにしていきたいと思う。最後に一点、どうして

も気になることがある。湖南地域には、滋賀医科大学も高度急性期で非常に近くにあるが、元々は湖南地域のベッド数として滋賀医大は草津圏域だったのではないかと思うが、この資料では、昨年もそうかもしれないが、湖南地域に入っていないが、大津市に入っているのか。

(事務局) そうです、大津圏域です。

(委員) 滋賀医大が建設される時の概念でいうと、病院、ベッド数については草津市に含んだ形での計画だったように記憶しているが、現在は大津市ということで、このディスカッションから外していいわけか。了解した。

(委員) 近江草津徳洲会病院は、滋賀医大に一応近いので、滋賀医大は大津に入っているが、うちの病院は高度急性期は無いことにして届けている。けれど、実際は、高度急性期と急性期の違いは言葉で表現すると診療密度が特に高いという言葉が入っているだけ。実際は、表にICUとか書いてあるが、うちの病院で心臓血管外科の手術をする時はその時だけ数日間“非常に診療密度が特に高い”が、数日後、その環境は消滅しているという、現れては消えるという使い方をしているので、構造として存在はしないが、機能的には存在して、月に何回か、十何日かは、高度急性期な内容が実質はあるが、届ける環境というのは無いためにされてないということ。その辺の病床の今後の結果として、我々のところはどういう風に分類、仕分けして届出をしなければならないのか今後もう少しそのあたりの視点を明確にしないと、とは思っている。滋賀医大に非常に近いために大学の機能の一部を下請けというか、距離の近さゆえにかなり影響が強い病院なので、今後、かなり大きく変化していく可能性は高いかなと思う。

(委員) 回復期をさせてもらっている中で、患者さんの高齢化がすごくなってきている。80代の脳梗塞とか、やはり在宅へ戻るのがかなり困難で、療養型と余り変わらない状態というのが増えてきたのが現状だということと、地域包括病棟に関しては、病床は減らさせてもらったが、レスパイトというような方が何人か、固定して利用してくださっている方が増えてはきているので、利用価値はすごくあるのかなと思っている。“安心ロード”の様に、出来るだけ在宅へ向かって行くが、いかに在宅での環境整備をしっかり整えてあげないといけないかということで、早め早めにちょっと動きたいが、ただちょっと市町村によっては介護保険の申請の時期が少し遅くなってからしか受け取ってもらえないというような所もあるので、なかなか、在宅の例えば工事をするという部分が、市町村によって患者さんによって、ズレが生じてきたりしてしまうという状況があるのが事実。できるだけ地域包括に回せるように協力をしていきたいと思っはいるので、ケアマネも挟んできちんと相談していくというスタイルはとっていききたいと思っている。

(委員) 我々のところはここにも書いてあるが、重症心身障害児の県下全員のニーズを受けている。草津は116床で野洲も入れると260床くらいになっている。今日のこの湖南圏域の特殊な圏域というところで、6年後の2,953床と2,706床の差を見ていると、我々の特殊な病床で、他の圏域には無いところもあって、慢性期の病床がこれから減っていくという中で、草津と野洲を合わせたら260床くらいあって、他のところを減らすということにはならないと思っているということと、あと、重症心身障害のところは、今、小児の医療ケアの方がNICUの後方支援とかで、呼吸器とか増えてきていて、何とか、それらが20、30代くらいまでは在宅でいかれて40代になるともう在宅が困難になってきて入所されるケースが増えてくるが、在宅の方が、やはり、24時間のケアなので、病床をかなりレスパイトで利用されている。小保の場合は緊急入院があるが。在宅に移行した人たちは、それで病床数が減らせるかと言うと一定の割合でレスパイトして地域生活とかが困難になって。それも福祉の支給量の半分くらいしか皆利用されてない形で、ということなので。小児重症心身障害者の部分は、湖南圏域は特殊なところで、全圏域を担っていて、かつ、在宅移行される場合は、在宅移行

の方のベッド数も非常に必要になっている。ちょっとこのデータのところで病床数と利用数と乖離があるような形になっているが、福祉の方の重症心身障害者のレスパイトは入院ベッドを使うが、一応、福祉の方になっているので、ちょっとそこは、使われているのだけ使わないようになっているので、そこは追加させていただく。

(委員) 今、委員が言われたような内容だが、そこで出た様に、こういった障害者用のベッドというのはいわゆる全県的なベッドなわけなので、湖南の地域医療の様ないろいろな統計をされるといろんな影響が出てくるということになるので、医療構想が何処まで馴染むのかなあとということがある。いわゆる全県的なベッドを県としてどうしていくのかなということも出来れば何処かでお聞きできればありがたいと思う。

(議長) 重度心身障害者用ベッドは、この構想の中に含まれるのか。

(事務局) 数としては入っているが、先程から話にあるように全県的なことになっているので、これは重度心身障害児のことだけではない、他のところでも同じ様な話もあるとは思いますが、特別に考えていかないとうまく回っていかないなと思う。

(委員) たくさんの細かい数字で、いろんな資料を提供いただいているが、その数値が、議論を明確化して実際に議論が進むようなものを提供いただくということが必要であると、先程から出ていたところだが、この調整会議が無駄でなく順調にスムーズに進むような形での資料を県の方からも提供いただくことでお願いしたいということと、保険者の立場として感じることは、2025年に向けて高齢者が倍増していくという中においては、実際に現場におられる先生方は大変その辺は移行していくのが難しいということはあるが、高齢化が進む中で、在宅医療の方向へどんな形でスムーズに移行されていくのか、そういう体制づくりが重要になるのではないかと保険者の立場としては感じる。また、この地域医療構想を進めていくにあたって、将来的に患者負担や保険者の保険料の負担が過度のものにならないような医療の適正化の視点で、現役世代にも負担を残さない様な形で、長期的な視点で、調整いただきたいということをお願いしたい。

(委員) 先ほどからお話が出ている在宅医療へどうして繋いでいくのかという部分で、行政の方も医師会のご協力を得ながら話し合いを進めていただいている。今、作っていただいているのが在宅医療に関わっていただく先生方のリストマップといった取組を進めているが、このリストマップをどの様に使っていきのかとか、先生方の意向であるとか、また、かかりつけ医がおられない方が退院されてきた時にどのように繋ぐのか、また、かかりつけ医がおられたとしても退院時の状況が変わってくる場合もあるので、その時点で受け入れられない状況も出てくるのかといったところなどの、いろんなケースでの、どの様に使っていきのか、非常に問題ですよねと言うところで、今まだ課題提起で止まっている。今現在こうしたことをどう進めていきのか関係者が集まって協議をさせていただいているので、ご意見があればお聞かせいただきたいと思っている。また、医師会の先生方や保健所に入らせていただきながら在宅療養支援センターの設置運営についての会議を進めていただいているが、この中でも在宅医療の依頼書を作らせていただいていると聞いているが、これを関係者がどのように共有すればスムーズに進むのか、ものを作っていくのは出来るが、それをどう活用していきのかなかなか進まない状況。ご家族の方の意向であったり、緊急時の病院のバックアップもお願いしなければいけないと話は出ている。どの様に進めていきのか、なかなか進まない状況で立ち止まっている。たくさんの課題はあるがこれからもいろいろ議論を重ねながら進めていきたいと思っている状況。よろしくをお願いしたい。

(委員) 栗東市も医師会の会議に参加させていただいている。その中でリストマップの作成もさせていただいているので進めさせていただきたいと思っている。特に栗東市は、高齢化率は低いですが、急激に今後進んでいく中で、持続可能な社会保障制度という中で、介護の予防

も含めて総合的に取組をさせていただいている。引き続きよろしくお願ひしたい。

(委員) 野洲市は、在宅医療介護連携推進事業の推進ということで、課題の抽出と対応策の検討をしている。地域医療あり方検討会という会議を設置しており、その中の在宅ケア部会において、医師会、歯科医師会、薬剤師会、介護支援専門員、野洲病院、介護者家族会の皆さんなど地域の関係者による会議を開催しており、野洲市における在宅医療と介護の課題についての対応策の検討等を行っている。具体的には認知症ケアパスの作成であるとか、医療介護関係者の情報共有のツールである在宅療養手帳の評価などを行っている。また、病院の機能と在宅医療、介護との連携についても今後検討する予定をしている。また、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進を目指す事業として、地域医療あり方検討会の中で、24時間訪問看護・介護検討会において、訪問看護師とホームヘルパーが在宅で誤嚥予防などについての知識を深めるために勉強会を行っている。今年度は薬に関する知識を深め、服薬の支援が適切に行えるように薬剤師会の協力を得て勉強会を開催する予定をしている。

(委員) 今の市民の医療ニーズ、健康への強い思いがすごく高まってきていると感じている。それと合わせて最終の終末期における自分はどうしたら良いのかという、自宅で最期を迎えたいという思いもお持ちであり、守山市も在宅医療、在宅介護へ向けた取組を進めている。昨日、市民病院で開催させていただいた“もりやま健康フェスティバル”でも、医療、健康、病院に対する思い、期待が年々高まってきていると感じている。今年で3回目。参加していただいたのが570人くらいで、市民病院を中心に健診やいろんな医療、介護の相談をさせていただいた。すごい高まりを見ているといったところ。守山市では、在宅医療介護をうまく繋がなければいけないということで、国のモデル事業を平成25年から取組を進めている。“在宅医療介護連携サポートセンター”というものを守山市すこやかセンター1階に窓口を設けて、専門職員の保健師、社会福祉士、看護師を置き、病院から退院を自宅の方でどのように介護を受けたら良いのか、在宅医療をどなたに頼んだら良いのか、など、そんな繋ぎをする役割をそのサポートセンターで担っている。今日の資料1の52ページでも書いていただいているが、滋賀県での医師の数が全国的にも圏域でも少ない状態にある。在宅の医療を進めていただく部分でも、守山野洲医師会長を先頭に、例えば主治医、副主治医の動き方を進めようという部分で取組をさせていただいているが、やはり、そのような繋がり、広がりが進んでいない状況。それと合わせて、診療医と病院の先生方との繋がり、例えば診療医を後方で支援していただく体制という部分も在宅医療を進めていく上では必要なのかなということで、一つは、先生方が言われている様なそれぞれの基幹病院での診療のしっかりとした医師の確保は必要であるし、地域で、ご自宅でしっかりと診療していただけるような連携した対応が必要だということで、市としては、介護事業所との繋ぎの部分の部分をしっかりと進めていきたいと考えている。

(委員) 看護協会としては、各病院、施設の機能を各立場で相互に理解し合いましょうと常々話し合っている。その中で患者さんがスムーズに地域へ帰ることができる様に“看看連携”の強化をしていく取組を実施しているし今後も強化していきたいと考えている。第2地区支部の活動では、実際に退院調整に関する具体的なことや、地域包括に関する内容であるとか、高齢者が増加するというのも見据えて認知症看護に関する研修会も実践しているし、この中で顔の見える関係を構築しようというグループワークであるとか意見交換の場を積極的に持っている。加えて、訪問看護ステーション、夜間の巡回等も含めて積極的にされているので、できるだけ早く患者さんを地域に返して行こうということで看護協会は目標を決めて実施している。

(委員) 薬剤師会は、地域住民と繋いでいるというところもあるので、こういう場所では病床機能など将来的な難しい議論もされているところだが、やはり分かりやすくある程度の段

階で地域住民さんに提供させていただく役割も担っているのかなと思っている。最後に、地域医療総合確保基金だが、医師会、歯科医師会、病院協会、看護協会をはじめ多くの有益な活動をしている。これらをしっかりとアウトプットしていくと、ここで議論されている部分がかかなり明らかになっていくところもあると思うので、これにも期待していきたいと思っている。

（議長）時間もきたので今回は終了したいと思う。先ほどあった様に、高度急性期の定義とか、そういう課題は、次回は是非とも解決していただかないと、なかなか議論が進まないと思うのでよろしく願いしたい。

閉会宣告 16:00