

平成28年度第2回東近江圏域地域医療構想調整会議 議事録概要

日時 平成29年3月2日(木) 午後2時～3時40分
場所 湖東信用金庫本店 5階 コミュニティホール
出席委員 別紙のとおり
欠席委員 花澤委員 小梶委員 周防委員(代理 三ツ浪理事長)
由利委員(代理 高田事務局長) 竹内委員(代理 福本事務長)
傍聴者 4名
事務局 東近江市 沢田地域医療政策課長、山川福祉総合支援課係長
竜王町 木下福祉課主任介護支援専門員
県庁健康医療課 西川主幹
東近江保健所 木下次長、黒橋副参事、武田副参事、西澤主幹、川村主幹、
中村主査

【議事の経過概要】

○開会宣言 14時

東近江保健所 小林所長あいさつ

司会 木下次長 議長 河村近江八幡市蒲生郡医師会長

○議題

1. 医療機能分化の連携について

資料1および2に基づいて事務局より説明があり、その後、質疑応答が行われた。概要は次のとおりでありました。

(委員)

今後の展望としましては、療養病棟に関しては認知症などに力を入れつつ在宅を目指したい。法人として、近江八幡にエスペラル近江八幡介護老人保健施設、東近江市内に看護小規模多機能、介護施設などを設置する計画もありまして、施設、居宅介護サービス事業所等と連携をとりながらご協力していきたいと思っています。

(委員)

当院は154床で、急性期病床が60床、慢性期病床を94床有しています。慢性期は急性期からの転院を受けていて、今のところ回復期病床を作る予定はないですが、電子カルテの整備は進めています。近江八幡総合医療センターや東近江総合医療センターから転院し、一時的に急性期に入院後、慢性期病床に転床している。最近変わってきているのは、退院支援実施とケアマネージャさんの調整システムがありますので、できるだけ入院から退院に向けてスムーズに、また早い段階から在宅に向けた支援を進め在宅に帰す計画をしている。病床機能に、高度急性期、急性期、

回復期、慢性期とありますが、回復期から慢性期、また施設入所もありますが、とりあえず在宅に向けた連携を繋げていって患者さんにスムーズかつ快適に病院での生活をしていただけるようにしております。

(委員)

一覧の診療所は病床を廃止されるのですか。6年後の話なのでまだわかりません。平成28年の状況はまだ出ていないのですか。

(事務局)

医療構想の27年のデータに基づき資料を作成しています。

(委員)

近江八幡総合医療センターは地域医療構想（以下「構想」という。）で回復期が50床になっていますが、48床で地域包括ケア病棟に変更しています。

(委員)

当院も八幡総合医療センターにならって地域包括ケアを整備しようと準備中です。高度急性期を含む構想となっていますが、6床を高度急性期、地域包括ケア病床を55床予定しています。うまくいけばいいですがダメならやめる方向で進めています。

(委員)

前回の会議で被用者保険として、自主的な病床の転換等を希望しておりますという勝手なことを申し上げましたが、手元の資料で、必要病床に関する第6次医療計画の平成25年～29年度の資料では、東近江圏域の既存病床数と基準病床数の差が滋賀県下の中で最も大きい状況です。病床の転換が最も多く要求される地域かと思いますが、自主的な転換と前回申し上げましたが、目標が構想の中に示されている中で、6年先のことであり、また構想を着手されたばかりということは重々わかりますが、その状況で保健所ではどのように考えているのか尋ねたい。

(事務局)

後程ご説明させていただく予定でしたが、医療計画の改定の中に従来からの基準病床を算定する算定式で計算するようになっておりますが、今回はこのように管内の医療圏域で医療構想に基づく病床数の必要数を算定されますので、それに準じたつまり、従来の保健医療計画の算定式は使わずに、医療圏で作った構想のそれぞれの機能の病床数を記載する予定になっています。

(委員)

そうしますと、医療計画では1,644という数字になっているようですが、前回の平成37年の必要病床数が1,832ということですので約200近く差があるということですか。

(事務局)

そうですね。医療構想の病床数で進めさせていただく予定でおります。

(委員)

私どもの病院は回復期56床、慢性期240床、それ以外に認知症病棟56床、全部で352床ありますが、介護療養病床が平成30年度末で廃止と決まっています。経過措置の期間もありますのでその間になんらかの動きはしたいと思っております。先が見えない状況なので、今現在なんとも言えない状況です。おそらく「介護医療院」という施設に変わるのではないかと。そうなれば当院の療養120床が減ることになります。また、この必要病床数も一方的に計算式で与えられたものであり、それに従えというのも納得いかないことだと思っています。今さらこんなこと言っても仕方ないですが、地域包括ケア構想自体の是非については他の先生たちと今でも思っています。滋賀県警の職員と話していましたが、現場ではある程度現場で解決していかないといけないのかなと思っています。言い訳を出しながら、各病院が対応していったらいいかなと思っています。

(事務局)

必要病床数ですが、絶対目標数ではなくて、一定の目標量でご理解いただければと思います。

(委員)

一昨年時点で、今後のことをいろいろ考えて、回復期の病床数が少ないとのご意見だったので、できればそちらの方向にしていきたいと考え、構想のアンケートを書いたんですが、まだ確定的な意見ではありません。療養病床から回復期への転換について、いろんな人的な問題があります。急性期から転換する場合は、比較的人的に緩和されますが、療養病床から回復期、地域包括ケアや回復期リハ病床に転換する場合はいろんな障害があります。それから、地域包括ケア病床は、今急性期の病床をどうするかということで現状は療養期病床しか持たない病院が影響を受けまして、八幡総合および東近江総合医療センターに整備されるということになりますと、自院で自己完結できることになり、急性期の病院で自己完結されずと影響は大きく、当院はそこからくる患者さんを受けている状況です。急性期は自分のところで自己完結できると思いますが、当院ではなかなか難しい状況になってくるのではないかと。今日初めて、東近江総合医療センターから計画を聞いたので今後のことを考えていきます。

(議長)

いろいろご意見いただきましたがその他、湖東記念、日野記念、他の病院で病床の変更など今のところございませんか。

(委員)

医療法人会ですが、理事長が決めることで、今のところは急性期で進めていく予定です。現実的な問題として、年月が経つごとに転換を余儀なくするという時期がくるのではないかと思いますし、これからの問題で、私の印象として回復期とか慢性期は競争が激しくなっていくことを国は見据えていると思います。その競争を激しくさせておいて、さらに全体的な病床数を減らすという方向に必ず進んでいくのではないかと思います。急

性期の維持、向上に国は施策をもって推進していきたいのではないかと私の印象です。

(委員)

回復期を増やそうということは連携が大事である。急性期、回復期、慢性期、在宅の連携も大切である。連携して患者さんも地域完結も進むのではないかと。連携の議論が今後は必要ではないか。

2. 滋賀県保健医療計画の改定について

資料3に基づいて事務局より説明があり、その後、質疑応答が行われた。概要は次のとおりでありました。

(委員)

今の説明で医療提供のための回答が必要である。たとえば、協会健保がやっております糖尿病とかの重症化予防とか、そういった事業に対して書くということは馴染まないものですか。

(事務局)

提供体制という表題がついておりますが、今後医療計画策定させて頂く上で意見としてお預かりしたいと思っております。

3. 地域包括ケアシステムの進捗状況について

資料4および参考資料に基づいて事務局より説明があり、その後、質疑応答が行われた。概要は次のとおりでありました。

(委員)

私は看護協会でも2年支部長をさせていただきました。この地域医療構想調整会議や、退院支援ルール評価検討会、看護職の連携の打ち合わせ会にも参加させて頂いております。看護職員間連携の重要性を痛感しているところですが、事務局からも今後の目指す方向とか、目標について説明がありましたが、これから病院看護職としましては、訪問看護師またはケアマネなど在宅スタッフとしっかり連携をとっていき、在宅への調整がスムーズに行えるようにしていただきたいと考えております。また地区支部活動としましても、会議等を開催して、看護職員間連携について、病院とか施設の看護師、在宅看護師、それぞれが考えて進めていきたいと考えております。

(議長)

退院支援は難しい課題ですが、具体的な地域の状況として介護支援専門員からご報告をお願いいたします。

(オブザーバー)

今回日常の療養支援とか、退院支援における現状の課題ということで少しまとめてきました。私ども介護支援専門員が支援を対象としている方は、みなさん何らかの疾患を持

たれて不自由ながらも在宅で暮らしておられる人が多いですけど、その人らしく暮らして頂くのはどうしたらいいのかとか、どういう支援をすればいいのかという中で、どのように暮らしていきたいかという話とともに、どのように最期を迎えたいかというところも一緒に確認するようにしています。できれば、元気で笑いながらお話できる時にご家族さんと一緒に、もちろんお1人暮らしの人もいろいろと思いはお持ちですので、できるだけ一緒にお話を聞くように努めています。やっぱり最期は家の布団がいいとか、管とか入れることはいやだとか、みなさんいいお年寄りの人ばかりですので、お話して下さる事が多いですが、やはり今まで担当させて頂いた人の中には、その者らしくという尊重する結果に、透析必要だけど行わずに、そのまま看取りを選ばれた方とか、脳梗塞で独居の人でするので病院が退院するときには施設に行かないといけないうって指導をされていたのですが、ご本人さんの強いご希望でご自宅に退院されて今も元気に暮らされている人とか難病誤嚥や熱発を何度も繰り返されても好きな食べ物をやめられないという人とか、いろんな指導を受けながら、強いこだわりをお持ちの者が多いように思います。先ほど話がありましたが、訪問して頂いている医師や訪問看護にもすごく感謝しております。元気な頃からかかりつけとして通っていた医師に見て頂ける人も多いですが、退院をきっかけに、また病状が悪化されて意図的に医療処置が必要ということを経験して急きょお願いする医師、訪問看護がとて多くて、医師も訪問看護さんもお話を伺いにいくと快く引き受けていただき、その人のご意向を尊重しながら暮らしを支援して下さっているというところがいつも印象的です。先ほどの話でもエンディングノートとかの普及もありまして、ご本人さんがどのように暮らしていきたいかとか考える機会を持ちましょうとか、市民の意識も変わってきておられますが、ご本人さんの声とか家族さんの声とかみなさん多職種にお伝えしながらどのように暮らしたいかというところ、その人にとって最善の治療とかどういう治療環境だったらその人らしいかなとかをできるだけお伝えして本人が望まれる暮らしが実現できるように支援していけたらと常々思っております。

(委員)

患者さんの認知度というのはどれくらいですか。

(オブザーバー)

認知症の人もしいろいろおられます。ひどい人もおられます。そのような者の場合はご家族に、元気だった頃どんな人だったと思いますかとお伺いして、若い頃どんな人でしたかと尋ねています。

(委員)

それは家族の意思を最終的に反映するわけですね。本人を大切にしているのか、家族で見られる人は認知症が強い人ですね。

(オブザーバー)

ご本人をわかるのは身近な人である家族かなと思うので家族さんの意思になるのかもしれないです。

(委員)

私、実は97歳のとんでもない認知症の母親を抱えていますけど、とてもじゃないけど今の美しい話が受け取れなくて、自分からみて、必ずしもその患者自身が周りから見て尋常じゃないケースはあると思います。そういう人に対してどのように家族さんには基本どう接していますか。今聞いている話は尊敬できる美しい話ですけど、現実はどういかないうことでもあるのではないかと私は思います。

(オブザーバー)

今、先生が言われたようにどちらかというと介護や看護の以前の感情の話が出てくるケースがすごく多くて、今朝もおばあちゃんの愚痴をお嫁さんに聞かせてもらう。これいつまでとか結構本音で言うてくださり、毎月訪問する中で本当に困ったら電話でのSOSを出せるその場面では先生がおっしゃって下さった建前だけではないだろうと思います。

(委員)

ありがとうございます。また個人的にお話を聞かせてもらいます。

(議長)

最期の看取りのところですね。療養支援や看取りをみていく中でもいろんな課題があります。施設の状況ということで、介護サービス事業者協議会から報告をお願いいたします。

(委員)

施設の現状として、看取りに関する研修は、多く開催されていますので学びの場が増えている現状があります。たいへん進んできていますが、現実におそらく施設の中で意見交換する中で1番言われるのがマンパワーの部分がなかなか難しいと言われます。本音と言われる人は日々の介護で精一杯でそれどころではない。そういった意見が一方であるのと一方で看取りを進めている施設もありますので現実の東近江圏域の3.9で滋賀県が5.2という現状について、この圏域の集まりがありますので、そういう現状を理解してこの状況をなんとかしていかないといけないと共通認識をもって具体的に進めていくと、横の連携の中でいろんな細かい悩みを解消していくというのが1番効率がいいということがありますので、現実看取りを進めていく上で施設に学びに行くという現状をお互いやっていますので、そういったところが大事なのかなと思います。また嘱託医の方ですね。週1回1時間半から2時間くらい来て頂いていますが、それにプラスして看取りの時期に入りますと、24時間オール体制というのも出てきますし、看護師もオンコール体制とらないといけません。そのあたりのマンパワーのところをしっかりと確保して、最終的には嘱託医の意向に沿って、いろんなとこに関わって頂いて、協力に進めて頂ける場合もありますし、そうでない場合もある中で施設としてどうしていくか。施設としてできる部分と、嘱託医にお願いしてやっていかないといけない部分で、進んだり進まなかったりとの現状があるかと思えます。

(議長)

急変した場合、病院で対応する部分について在宅療養支援病院の立場からいかがですか。

(委員代理)

2年ほど前ですか、在宅療養支援病院をしています。自ら訪問診療もやりながら、入院も持つという立場の病院ですけれど、訪問診療というのは非常に能率が悪いと痛感しております。やはりどんどん訪問患者数を増やすというのは病院としては難しいと考えております。在宅療養支援病院が訪問する患者さんというのは非常に重症な人で入退院を繰り返された人に絞って、主な機能は地域の在宅医療が重要だと思いますので診療所の先生方が少しずつでいいので、この訪問診療で見ておられる患者さんは悪くなった時にいつでもバックアップで受け取って、しっかりと回復して頂いてまた地域に帰って頂くこと、急変時の対応と在宅復帰です、そこに力を注ぐべきだと考えております。今の療養中の患者さんの悪化時の受け入れについては、現在の病院の体制で主に急性期の病床を使って、かなり直近の稼働率が上がっていてギリギリのところもありますが、なんとかお断りせずに受け入れられていると思います。在宅復帰に関しては、非常に痛感しているのは地域包括ケア病床の優良性であります。60日間入院できるという設定は素晴らしい設定で、基本3週間までという急性期の病棟ではとても在宅復帰はできないのが60日間ですとしっかりリハビリテーションを行って在宅に帰れるというのをたくさん見えています。そういう意味で地域包括ケア病床はありますが、滋賀県内でも大きな病院も含めて地域ケア包括病床を持っていただけということは、本当に在宅復帰につながれるという病棟がどんどん増えているということなので、地域包括ケア病床の役割は、大きく3つ挙げられていて、急性期からの受け入れ、在宅療養患者さんの受け入れ、リハビリテーションとあります。在宅からの受け入れがスムーズに行われています。そういう受け入れ病床が滋賀県に増えているということは、非常に大変素晴らしいことだと考えております。ぜひリハビリテーションを行っていただいて在宅に帰して頂く、これが地域包括ケアにつながっていくと思っておりますのでよろしく申し上げます。その中で在宅療養支援病院というのは中心になって、支援していきたいと思っております。

(委員)

昨年の10月に地域包括ケア病棟として48床、一般急性期から変えさせて頂きまして、当初は患者選定とかも非常に難渋しましたが、まず1つはどういう患者に入院していただくかというところですが、基本はポストアキュート(急性期後)、整形外科などです。その他の疾患ですぐにお家に帰れない人の60日間という三ツ浪先生がおっしゃったちょっとゆっくりできるという期間で在宅復帰に向けて少しゆっくり見てあげるのが建前ではございますけれど、当院はDPC(包括医療費支払)病院で、DPCには入院期間1、2、3というのがあります。経営上の問題もすごく大きいです。急性期病院でこういう病床を持つのはそれを目的にしています。まずDPCの長期入院によって入院料の落ちてきた患者が1つ、短期滞在手術の患者です。こういう患者も一般の急性期病棟にいるより、地域包括ケア病床は手術料が診療報酬の加算になります。こういった患者が入院しております。4か月のデータが手元にはございますが、病床確保が88%。在宅復帰率が92%。

基準では70%ですけれどこれが92%、看護必要度は12月までは7対1で基準内である25%。1月に入って看護必要度が低い方が上手に選べるようになりまして、1月は18%。今までが23.4%ということになっております。平均在院日数は31日。先ほど療養型を持つ病院が言われてましたけれど、だんだんと病院完結型になってしまって、地域完結になっていないというお話がございましたけれど、うちの病院に関してはほとんどございません。転院していただいても在宅復帰率が92%もありますので、転院していただく患者さん僕はどんどん転院させろと言っておりますが、まだ下の方にはなかなか伝わっていない。ということで今そういう患者はいっぱいおられます。

(委員)

当院も近江八幡総合医療センターのノウハウを頂いて、実際は10対1看護単位で看護師が不足して10対1が守れない状況です。他の機構病院から3か月交代で数人の看護師を短期派遣してもらっているのですが、10対1を下回るとたいへんなことになって、今年度も4億ほど赤字を抱えてしまうということで人件費、材料費の比率があがるということになります。近江八幡総合医療センターがうまくいったという話を聞いてから、当院も今検討中という状況です。地域包括ケア病棟を整備すれば、10対1もスムーズになりますし、先生方が心配される患者の長期入院の方結構おられてなかなか取ってくれない人が溜まっている状況です。そこらをどう整理するかというところで看護師も慣れてないし、移動を少しずつ始めるところなのでいい知恵があれば教えてほしいくらいの段階です。

(議長)

ありがとうございます。時間の関係であると市町の方から簡単をお願いします。

(東近江市)：

医師会、歯科医師会、薬剤師会、ケアマネ介護事業所等連携を取りながら、地域包括ケアシステムに向けて進めております。いろいろと実施していますが、市民啓発も必要ではないかということで、コミュニティーセンターを中心とした講座の中に1つ枠を入れて、市民啓発在宅医療講座を行わせて頂いていることと、75歳到達された人に対して、保険年金課が保険証を交付する際に介護予防とか運動とかいろんな予防の推進のところに「終活」ということで、私の生き方として東近江市で作りました冊子を朗読させてもらって、自分の終活を考えて頂く機会にしてもらうことで75歳に到達する人には啓発をしております。先生方と病院と地域との連携をということで同行訪問研修もしております、在宅に訪問とか経験のない人が、訪問している訪問看護や医師、歯科医師等に同行訪問してもらうことによってお互い相互に効果をもたらして在宅を知るなり、いろんな面で相互作用があるという現実があります。今後ですが、東近江市では旧市町単位で子三方よしという形で多職種の連携ということで進めています。身近な環境で連携が取れて市民にとっても良い連携ができればということで、まだまだ不十分で連携が取れてなくて集まるだけで収まっているところもありますがそれが有効に動くように今後検討していく予定です。

(日野町)

当町でも三方よしのような多職種連携の研修会を立ち上げさせて頂いてはいます。まだ在宅医療の検討までは進めていませんが、顔の見える関係づくりは現在続けている状態です。あとは先ほどの資料1の1ページ目の地域包括ケアシステム構築の図でいきますと生活支援の部分なんかもやっぱり基盤として大切ということで、今後は地域で高齢者の人がいつまでも住めるということで地域住民の人への啓発ということで、地域で高齢者がどのようにずっと社会参加できる形で受け止められるかという研修会を広く一般向けに開催しまして在宅医療含め地域の生活支援の在り方を考えていきたいと思っていますところです。

(竜王町)

「ぼちぼちねっと竜王」で平成24年から竜王町で勤務している各職種の方々、事業所なのでそこで働いている人々、竜王町でなにかしら介護、医療、福祉の部分で携わっている人々が2か月に1回集まって勉強会とか、情報交換会をさせて頂いております。これは任意の集まりですが毎回30、40名くらい集まって医師もみんな同じ立場でそれぞれ勉強してグループワークなどして積極的に推進しております。それは非常に財産になっておりまして、いろんな担当者会議や入退院の担当者会議であつてもいろいろ連携が取りやすくて先生になにか外来でお聞きしたいことがあつてもスムーズに一緒になって利用者、患者のことを考える機会になっております。地域包括ケアシステムの構築に向けまして、多職種が共同しているところを重点的にしておりまして事業を進めております。

(議長)

それぞれの立場から今後の課題、取り組み、ご意見いただきました。地域包括ケアの推進につきましてそれぞれの立場からいろんな課題を共有して、今後のための意見をこれからもお伺いさせて頂きたいと思っております。それぞれの機関の機能強化が必要であります、連携が必要でありますので関係づくりも大切かと思っております。最後に事務局からお願いします。

(事務局)

冒頭説明しましたように、平成29年度は保健医療計画の改定協議・検討のため当調整会議を3回程度開催予定です。また、引き続き医療機能の分化と連携および地域包括ケアについても進めていく予定です。

○閉会宣言 15時40分