

## 第1回 湖南圏地域医療構想検討会議 議事概要

日 時： 平成27年8月24日（月）14：00～16：05  
場 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： 山崎委員  
事務局： 草津保健所 寺尾所長 佐藤次長 他関係職員

### 議事の経過概要

開会宣告 14時00分

草津保健所あいさつ：寺尾所長

事務局より、全委員および事務局の紹介があった。

### 議 題

#### 1. 座長の選出について

事務局より草津栗東医師会の樋上会長を座長にとの提案があり、満場一致で了承された。

#### 2. 副座長の選出について

座長より、要綱に基づき守山野洲医師会の福田会長にとの指名があり、了承された。

#### 3. 部会の設置について

座長より、要綱に基づき「病床機能分化・連携部会」を設置すること、また配付名簿のとおり部会委員の指名があり、了承された。

#### 4. 平成26年度 病床機能報告結果について

#### 5. 地域医療構想について

4, 5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、意見情報交換が行われた。

その概要は下記のとおりであった。

（委員）病床機能報告の医療区分の定義がもう1つはっきりしなかった。高度急性期がICUのような高度医療なのか、癌、白血病で慢性であっても高度、高額な医療なので、国は3000点以上と言っているし、解釈の誤解があったように思う。湖南地域は人口が暫くは増え続け高齢化が急に進むという背景で、当面、高度急性期、急性期は充足するけれど、回復期、慢性期は2040年を目途に足りないということが想定されると重々理解した。

（委員）高度急性期については純粋にICUに入っている数をあげた。3000点ということもあるが、重症度でいくと20数%なので、その辺が高度急性期なのかと思う。流入、流出

の算定の根拠は正しいのか。疑問点もあるような数字はないのかと感じた。

(事務局) 中身は、国が示した支援ツールを使っている。医療機関所在地、患者住所地で推計されているが、社会保険は住所地が入っていないのでそこは推定して計算されている。精度に問題が無いわけではないと思うが、今のところ、考えられる中での流出入の計算となっている。

(委員) 基本的な数値で大事なデータになる。

(委員) 厚生労働省がレセプトをベースに既にビックデータを持っている。いかようにしがたいと思う。我々レベルの話ではないと悲観的にも思っている。それから、将来、厚生労働省は、病床再編に関して、公的病院には命令を私的病院に対しては要請をするということで、公的病院にとってはしわ寄せがくるのではないかと極めて危惧している。

(事務局) ガイドラインでは、要請や命令が書かれている。しかし、中身は限定されたもので、「病院、有床診療所が開設増床する時の対応」とか、既存医療機関が「過剰な病床の医療機能区分に転換しようとする場合」とか、「地域医療構想調整会議での協議が整わない時に自主的な取り組みだけは不足している機能の充実が進まない場合」とか、「稼働していない病床への対応」とか、かなり限られている。

(委員) 民間病院で少し余裕を持ってみている。ある時、厚生労働省の方に聞いた時、病床機能は病院には一つの機能を持たせたいとのこと。当院はケアミックス。ケアミックスはやりやすく、病院完結、地域完結、多様なサービスの提供がスムーズで良いと思っていたが、官僚は病院の病床機能は単体で出した方が良いと言っていたので、それがどうなっていくのか。それから、本日のデータで、例えば慢性期はパターンAとBがあるが、パターンAは乱暴で、最高値を最小値にもってくるということだが最小値のところでは本当に良い医療がなされているのかどうか。そこまで無理やりもってくるのはどうか。本来は、厚生労働省は中央値に近いものを目標にして病床数を調整することを提案するべきではないかと思う。乱暴な印象がある。湖南圏域は、ここ5年は人口が増えていく。県内でも湖南圏域だけなので、他の人口が減少する地域と同じような歩みをしていて良いのか。バランスが取れているなら大きくいじる必要はない。病床の機能は若干変えていかなければならないが、ベッドを増やす、減らす、の議論ではなく、それを温存させて機能を充実強化させ、病床320減が本当に正しい数字なのか議論すべきだと思う。それと、流入、流出で、当院は位置からいくと大津圏域で、入院患者の3分の1が大津市民、湖南圏域は7割。このデータも湖南は7割。患者の流動化が既に起きている。流出、流入は視野に入れる必要はないのでは。素晴らしい道路が一本付けば患者の動きは変わってしまう。例えば南草津駅に新快速が停まるだけでも、職員のバランスも患者さんの動態も変わる。いろんなファクターがあるので、こうした数字を定点の数字で評価していくのは問題がある。

(委員) 今年、院長になったばかり。今日の議論もある程度の概念はつかんでいた。急性期もあれば慢性期の状態もある。当院は両方を自己完結型に目指す方向にならざるを得ない。宇治徳州会病院も高度急性期から長期の患者さんの老健施設や療養施設の全部を揃えて完結させている。当院も規模は小さいながらも同様の形をイメージしながら今日の会議の内容を取り入れてやっていきたい。

(委員) 3ページの精神病床数について 滋賀県自体も少ないが湖南は県と比較しても少ないことを改めて認識した。

(委員) 当院は重症心身障害の病棟で、湖南圏域に限定せず県全体の入院入所を受け付けて入院入所調整会議等を行っている。待機者が100人近くありなかなか入れない状況なので、こういう構想の枠外でニーズに合わせて病床数を検討していく必要があるのかなと思っている。

(委員) 地域包括ケアシステムの件で、今回、医療費の改定があったが、これを進めていくにあたりお金がかかってくる。国の方が削減とか言い出してくると果たして回っていくのかなと懸念している。当院は療養型があるが、確かに経管栄養等を始めると施設に入れない。中で回転が上がっていかないのも事実。病床をうまく動かしていくのに自宅に帰して、訪問リハ、訪問看護、往診等を入れて進めていかないといけないと思う。民間のやり方も取り入れていかないといけないのかなと感じている。

(委員) 2点悩んだ。①県立病院なので、県民の税金の中で運用しているので県民全体に対して医療を提供する。地域とややずれがあるのをどうするか。②重症心身障害児の医療を行っている。一見、慢性期、回復期に見えるが、脳梗塞の患者が慢性期に至っているとは様相が違ふ。しばしば急変時への対応も頻回にある。急性期、場合によっては高度急性期に近いこともどんどんやっている。当院をどこに区分化させるかが悩ましいと思っている。

(委員) 湖南圏域は急性期が非常に多い。確かに住民からも期待されている。DPC、レセプトベースで見て、病床に合った患者さんを診ているのか今後問われてくるかもしれないと思っている。市民(公立)病院として、この会議を非常に重く捉えて参加している。昨年4月に病床編成して、急性期111床、慢性期88床と、慢性期を少し増やした。開業医の先生、地域住民の慢性期への対応など期待に応えて、周囲の病院と連携し、高度急性期、急性期からの患者さんを受けたり、市民病院としての役割を十分果たせるように、この会議を通じて学んで当院の将来像を描いていきたい。

(委員) 県立精神医療センターは全県的に、精神科救急の2次救急を365日やってもらっている。輪番制で精神科救急は長浜赤十字病院を含めて3圏域でそれぞれの地域特性に応じて輪番制で1次救急を担っている。湖南病院は、県内で一番小さな民間精神科病院だが、精神科救急の受け入れ数は、県立精神医療センターとこの20数年間ほぼ同じ患者数を診ている。いろいろ思うが、だいたい中央値に近いが、湖南圏域に集まっている医師は、関西きっての名医、全国的な名医が各科に数多く結集している。いろんな相談事も精神科からすればありがたい地域。それは患者さんにとっても良いこと。自分の住んでいる町よりも病院、診療所を問わず、湖南圏域にかかってくる。大阪、京都、岐阜、福井からも流入し数多く看られる医療圏域だと思っている。それから、滋賀県の全面積は福島県の3分の1に過ぎない。それを圏域ごとに分けて300病床削減の議論は根本的にナンセンス。琵琶湖があるが琵琶湖大橋を通ればほぼ移動可能なので、厚生労働省が言う2次医療圏域で厚生労働省がはじき出した数字に縛られてものを考える必要は全くない。精神科でなくとも厚生労働省の言い分を跳ね返すだけの医療の実力をこの圏域は持っている。

(委員) 公立病院化の検討が4年前から始まり、ここ1年、議会で行っている。一般病床(158床)を減らして、この医療構想の検討に照らして、現在199床あるが公立病院では120床くらいでいいのではないかとされている。半年前からの議会の中でもこの医療構想は取沙汰されている。野洲市の公立病院化構想の中でもこの会議は大変重要視してい

る。また、市議会でも、この医療構想の会議で決まってしまうと誤解をしている議員も一部おられる。資料の留意点にあるように「地域医療構想はあくまでも必要病床の施策であって個々の医療機関の病床や事業について明記するものではない」ということ。個人病院では経営も絡んでくる。一般病床から療養、療養病床から回復にするということは経営面でも影響する。経営面から見て、野洲病院の立ち位置とすれば、済生会病院、成人病センターからの回復病棟、地域の病病連携の一役を担う、隣の東近江医療圏の近江八幡総合医療センターからの回復期、地域医療、在宅医療の担い手として受皿になることが当院の役割と思っている。そうした認識を持って地域で施策を進めていただければ、議会でも、また、公立病院化をする中でも、その流れを汲んで、計画に持っていきたいと考えている。この医療圏の構想については注視しているのでよろしくお願ひしたい。

(委員) 当院は38床の病院。滋賀県のお産の60%は開業医の産婦人科でお世話になっている。2次の病院では当院と済生会病院、草津総合病院。第3次の重症の妊婦や新生児を診るところは、滋賀医科大学と大津日赤しかない。そこがいざという時に受け入れることができなくなると困るので、病院にそれなりの周産期を受けるベッドが必要と思う。湖南圏域は、分娩が横ばいから増えている状態。開業医が老朽化している。閉院を迎えるところもある。そこに新しい開業医が来て滋賀県の60%を守っていくというよりは、病院で、正常お産を取り扱っていかねばならない時期も来ると思うので、そういう意味でも産婦人科のベッドは確保して欲しいと思っている。

(委員) 高度急性期と急性期の分類の違いが分かりにくい。当院には全圏域から来られるが、圏域毎に脳卒中や心臓等で、救急で入られることもあるが、急性期の医療を認知症の人がいかに診てもらえて無事帰ってこられるのかをいつも気にしている。そうすると高度急性期と急性期の数の分類も実態と少し違うかなと思う。当院は認知症疾患医療センター診療所型という新しいカテゴリーだがその委員会を3年くらいしている。大学病院を中心にした基幹型、精神単科病院を中心とした地域型、今後増えていくであろう診療所型という疾患センターがあるが、今後、こうしたカテゴリーをなくそうとしている。それぞれがどういう機能をするかによって地域拠点型と地域連携型に分ける。もともとの病院というよりも、そこで何をするのかによって分類する方向。病院間が協力、連携し合って、患者さんの治療を受ける体制がうまくいくと良い。認知症の患者さんがせん妄なりBPSDを出しながら身体疾患を治療してもらい得るので、各病院の機能をあげることで、得手不得手があるので、精神症状が強い時は精神科病院、身体的が強ければ一般病院など連携も含め機能の役割分担をしながら、上手くいけば良いと思っている。

(座長) 高度急性期、急性期の定義はまだはっきりしてないのか。

(事務局) 定義については、資料1の4区分のとおり。H26年度の報告は、この基準に基づいて各医療機関が自主的に区分を判断し報告されたもの。現在、国でガイドライン検討会が7月に再開され病床機能報告制度について集中的に検討されており、参考資料(資料1関連)のような形で議論され、今年の報告の定義はそれに沿って通知されるがまだ具体的、定量的にははっきりしないだろう。翌年度以降(H27年度報告)、精度は更に改善されるだろう。3000点の話も出たが、これはあくまでも医療需要を見込むにあたってレセプトから拾う時にこれでいこうというものであって、具体的には病棟にはいろいろな患者さんが入っているので、単純にはこの点数での報告も難しいだろう。例えば、高度な手術が

疾病ごとに、何件以上とか、いろいろなデータから定量的に見られるもので報告することになるだろう。今回の地域医療構想は、病床機能報告については今年報告されたデータを基に一旦作ることになる。地域医療構想は滋賀県保健医療計画の一部として作っていくので、計画は平成30年度が見直しの年であり、この医療構想も精度の高い医療機能区分に基づき、精度の高いビジョンとして見直していくことになる。

(座長) この地域医療構想は、介護施設は含まれないで良いのか。退院しても施設が無ければ退院できないことにもなってくるがどうか。

(事務局) この会議は地域医療構想なのでどうしても医療が中心となってくるが、2本立てで、医療のことだけでなく地域包括ケアシステムの形の中で作っていかないと地域の中では上手くいかない。医療計画と、市が持っている介護保険事業計画（県では介護保険事業支援計画）とは両輪になっている。慢性期医療の方が入院から在宅の方にどんどん近づいて、在宅は自宅以外の施設も含む非常に広い概念になっているが、在宅への受け入れが重要な視点になっている。しかし、今年はこの部分までの話には行きにくいかもしれない。ただし、この会議には、介護保険関係の方、市の方、保険者の方が入っていただいているように、在宅医療も含めて地域包括ケアの中身のことがより重要になってくる。

(委員) 健保組合では、医療費の支払い、国が進めている健康寿命の延伸、推進について、データヘルス事業に取り組んでいる。320病床の削減は、適正かどうかという情報も得られていない。今後、こういう検討会議を進めていただく中において、将来のあるべき姿、4つの機能区分の中で、医療が適正に受けられるような形で、地域の中で進めていただきたい。

(委員) 病院の病床数マイナスと言う話だけでなく、病院から帰られるときに在宅でどういうふうに過ごされるかがちゃんと出来ていないと、また直ぐ再入院となってしまう。今後、湖南の医療需要として在宅は170～180%の増加率が見込まれるが、ここ5年間でも在宅支援診療所が殆ど増えていない現状もある。それも問題としてぜひ取り組んでほしいと思っている。

(座長) 訪問看護師やヘルパーの需要予測もやっているか。

(事務局) 今ここにデータはないが予測推計しながら一定されている。介護関係の職種は、もっと必要になると聞いている。そのシミュレーションも非常に重要な中身である。

(委員) 管内の病院搬送が92%、滋賀医大も含めると99%くらいになる。全国平均よりも10分以上早く病院収容が完結している。ファーストコンタクトで9割くらい、病院は受けてくれている、2回目では99%くらい。近年、救急件数が増えている。去年も500件、現時点でも470件増えている。これから在宅医療が増えれば更に増えるともっている。救急行政としては考えていかなければならないと感じている。

(委員) 医療機関のことは一定県が役割を担って進めていただいている。草津市もこれから75歳以上人口が全国ベストテンに入るくらいの勢いで増加する。今後、介護施設や医療機関で全ての方の受け入れは大変難しくなる。在宅医療が今後大切になってくるとしみじみと感じている。草津栗東医師会とも、在宅医療の支援ということで検討を始めているところ。今後、取り組みを進めていく必要性を考えながらこの会議では今後の地域医療構想を進めていくということなので、注目しながら話を聞いていきたいと思っている。

(委員) 薬剤師会としても在宅や地域貢献をこれから非常に重視していきたい。数字を見

ると全国と比較して湖南地域は、薬剤師は5%くらい多く薬局が10%くらい少ない。大手のチェーンが入っている。薬局は大きく3つくらいの業態がある。上場している病院前にある調剤薬局、ドラッグと言ってOTCを中心に展開している薬局、個人の調剤薬局。個人でやっているところは医療機関に割と近いが、上場しているところは株式会社会的な動きをされる。薬局数の割には地域貢献できていない。学校薬剤師にも出て来ていない、地域にも、在宅にも全然出て来ない。在宅は、調剤報酬体系の中では効率は良くない現実もある。今後そこにメスを入れたいと思っている。今後、行政の協力も必要なので、保健所、草津市、栗東市にも支援もお願いしたい。

(委員) 各圏域に代表者が参加している。それを協会にも戻していく予定。看護協会としては、次回の会議の中でしっかり提示していきたい。

(委員) 在宅サービスでは、人員が足りない。訪問看護師もホームヘルパーも足りないので、一定の慢性期の病床確保は必要ではないかと感じる。

(委員) 介護支援専門員としては、急性期病棟での退院調整で3日以内に退院調整を依頼されることもある。介護支援専門員の話し合いなどでは、動いても自分たちの報酬にならないと言う話もある。しかし、ニーズがあるなら受けようと病院と連携して頑張っている。確かに、独居老人、高齢者夫婦世帯、介護力の弱さ、日中独居、その中での在宅への退院で、家族の不安はある。でも、ケアマネジャーとしては退院と分かった段階で、医療との連携もしっかりして関わっていききたい。在宅でも看取りのケースも増えている。施設にも入れない。サービス付き高齢者向け住宅の住まいでも悲惨なケースある。ケアマネジャーが軸になって、しっかりやっていききたい。1人でも多く良いケアマネジャーを育てていききたい。

(委員) 健康推進員の活動としては、病院に行く前の市民に糖尿病予防や生活習慣病予防とか認知症予防とか、講座や食育講習を地域に密着して取り組んでいる。少しでも健康寿命を延ばしていただこうと頑張っている。各市に健康推進員がいる。今日の話は難しいがここに住んでいて良かった、こんなにたくさん良い医師や病院があると安心した。

(委員) 身内が入院した時、病棟の患者さんの8割くらいに認知症の症状があると感じた。症状があると家族に付いて欲しいと病院から言われる。付き添えなかったら日数を限られて退院してくださいという現実がある。看護師からは、体の病気は治っても、認知症の症状が進んだまま帰ってもらわなくてはならないという本末転倒な話もある。家族としては入院させないで在宅で往診してくれる医師がもっと増えて欲しい。でも、それでも足りなくて、ある程度集中して病院でしっかり治して貰えることができるという湖南地域であって欲しいし、出来る地域であると心強く思った。

(委員) 歯科医師会として、回復期から慢性期にかけて患者には関わる。病床には関係ないことが多いかもしれないが、口腔ケアを通じて、守山市民病院との病診連携もある。今後、医師会とも協力しながら診療所同士の顔の見える関係を作っていく、地域に協力していきたいと思っている。

(委員) 守山野洲は特異な地区と見ている。確かに2025年問題で老人は増え在宅も増えるが、守山市民病院は唯一国保が黒字で、小児や40歳代の人口が増えている。生活習慣病、うつ病、認知症、精神疾患も重要な疾患になってくる。その中で、330床を減らすことを持ってきたことには納得いかない。病床を減らして、市民が十分な診療ができるかと危惧

している。会員の声を代弁している。充足率が足りているなら、このままで良いのではないかと思う。

(委員) 小児科医として発言する。湖南圏域は、小児が増えている、減っていない、全国的にも極めてまれな地域。湖南圏域小児保健救急医療検討会を数年前から持ち、この地域の小児救急の体制を整えるように努力してきた。済生会病院をはじめ、圏域の各病院、地域の小児科医と、日本中で誇れるような連携システムをとっている。心配するのは、こうした急性期病床を減らすときに、必ず、小児科病床を減らす議論が出てくる。小児科は大事な診療領域でもあるので各病院長にはお願いしたいし病床も運用的に小児救急の後のスムーズな入院ができるように病床確保をお願いしたい。湖南圏域の小児救急は、甲賀、湖東、大津、湖西等からも受けており全県に貢献しているので、急性期病床を確保すると言う意味では、小児科も忘れないで欲しい。

(座長) 小児科医師の確保も重要。

(委員) 昨年7月、急性期病床を50床減らし、回復期(地域包括ケア病床)に移行させた。年末年始、インフルエンザが流行ると急性期病床が回らなくなり救急を断った。ひと月に20件くらい断っていた。そうした季節変動に伴う急性期病床が慢性化した時にどう対応するか、救急の体制も含めて考えていかないといけない。スケジュール案は来年の4月に公示となっているがそれはほぼ確定か。

(事務局) はい。

(委員) 毎年10月に病床機能報告をするが、その報告のデータはどの様に活用されていくのか。以前、微調整程度で余り生かされないのではと聞いたがどうか。このデータが生かされ毎年積み上げて新たな病床機能としての形作りがされていくのであれば良いが、報告しても反映されず、政策誘導と同じで、こういうふうに変えていきましょうという誘導の方向になってしまわないか危惧する。おそらく報告しても変更されないのではないかと思う。

(事務局) 危惧されていることは分かる。一旦、今年度、構想を策定する。平成30年には保健医療計画の見直しにも反映させていく。その時には同報告制度を使用していく。報告の精度も上がっていくと見ている。

(座長) 時間となったので、事務局に戻す。

(事務局) 本日、熱心に発言いただきありがとうございました。第2回もよろしくお願ひしたい。議決をいただいた専門部会も、引き続き、委員となつていただく方は、よろしくお願ひしたい。第1回専門部会は、10月14日(水)午後の予定。よろしくお願ひしたい。

閉会宣告 16時05分