

平成 31 年度第 3 回東近江圏域地域医療構想調整会議議事録

日時：平成 31 年 1 月 31 日（木）14 時から 16 時

場所：ショッピングプラザアピア 4 階研修室

1 開 会

2 あいさつ

3 議 事

(1) 平成 30 年度年間スケジュールについて

資料 1 により事務局から説明

(2) 地域医療介護総合確保基金について

資料 2 により事務局、近江八幡市立総合医療センターおよび東近江総合医療センターから説明

2 病院からの事業提案について承認された。

(3) 滋賀県保健医療計画に基づく 5 疾病 5 事業の現状および課題について

(精神・救急・災害・へき地医療)

資料 3 により事務局から説明

<精神>

(委員) 精神科救急をやるようになったことについて評価されているかはわからないが、長期入院患者については課題である。

精神科救急は、県内を ABC 3 ブロックにわけて、各ブロック 3 病院が輪番制で救急当番をしている。B ブロックは、甲賀と湖南と東近江の 3 圏域。3 病院あるがいずれも精神科単科の普通の病院。身体疾患に対応されている救急病院のような形で、24 時間 365 日対応するのは難しいのが現状です。元来、自傷他害のおそれがある精神障害者の措置入院のための病床確保という目的のため始まった輪番制だったが、その後、精神科救急全般の対応も要請された。なけなしの病床が救急によって埋まってしまうと、次の事例がきたときに対応しにくくなる。その際には、県立精神医療センターや、他のブロックの病院や、同じブロックの他病院に協力いただいで対応している。

課題は、精神科単科なので、身体面の対応であまり重い、例えば向精神薬を大量服薬された自殺未遂の方。この場合、徐々に意識レベルが下がっていく。時間がたつに従い、人により昏睡状態に陥ることもあって慎重な対応を求められている。生命の危機を脱するまでは救急病院で対応いただき、生命の危機を脱してから精

神科病院に送ってほしい。普段は、心療内科等クリニックに外来通院されている患者さまが症状が重くなってきた場合、治療歴や病歴不明であることが起こり得る。そうなる、対応が難しい事例となる。

長期入院者の治療については、もともと国家の施策で統合失調症の重症患者を治療する目的ではじまった。重い症状の患者を家族が連れて来られて、入院し、さあ退院となった時に、家族が退院拒否することあった。結局、退院できず長期入院になっているケースがある。現在少子高齢化の世の中で、60%が3か月で退院、80%が1年以内に退院する時代。早く帰してくださいと、いい時代になったと思う。それに加えて、長期入院者の高齢化が進んで、死亡退院が増えている、がん、肺炎、など。

厚生労働省の掲げる「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築」。「にも」というところが今頃か…という感じがしますが、いろんな差別を受けてきた精神障害者をちゃんと地域で扱ってほしいということ。東近江圏域の障害者サービス調整会議精神部会で、当院の長期入院者の退院に向けて支援しようということで、地域移行のサポートを進めている。退院後に住むところがないのが一番の課題。親が亡くなると、兄弟で受け入れるところは、なかなかない。施設もなかなかない。受け皿がなくて地域移行が進まないのが現状。しかし、平成26年から現在まで、現場の話を知ると、年2~3例退院が実現しているということなので、精神部会を構成される方々の努力に敬意を評するとともに、今後の活躍に大いに期待しています。

(委員) 健康保険の保険給付では、精神疾患の伸びが高い。ほとんどが一般のクリニックや診療所の関係のうつを中心とした保険事業費で、昨今うなぎのぼり。この場で話しているのは、この病院以上の視点で話をされていると思うが、一般の診療所の外来医療費はほとんど民間経営の部類に入るかと思うのですが、全国でも、地域医療構想調整会議の民間病院との調整が遅れているといわれていますが、そういったところに対して、大多数の診療所の医療が野放しになっているのか。そういった状況になった時に、大きい病院が、そういう部分において、把握、統率、誘導されたり、そういった仕組みについて、この会議では議論はされないのでしょうか。うつで療養する人は増える一方、期間が延びる一方、治療内容は内服。この辺の実態の把握するのは地域医療構想の中では必要ないのでしょうか。

(委員) 軽度のうつ病については一般の開業医が見ていると思う。難しくなってきたら、紹介してもらおうという形になっていると思います。医師会でどうなっているかは調べてないのでわからないが。

(委員) 精神科、心療内科としての開業医は、当圏域は少ないと認識している。大津、湖

南は多くあるが。我々は、主に内科で軽いうつ病の方を診ている。

(委員) 軽症・中度以下の人が多い。大多数の診療所は民間で運営されている、その医療のありかたについてはこの場で議論しなくていいのかと思った。

(委員) 認知症患者はたくさんみている。統合失調症やうつ病は、開業医は圏域 100 名程度だが、あんまり診ていないのではないかと思う。

(委員) 県下の大多数の医療機関（診療所）の在り方については議論しなくていいのかということ。

(委員) 民間のクリニックは 800 くらいあると思うが…。

(事務局) 委員委員より、東近江圏域の精神科領域の診療報酬データをいただければ、検討もできると思うが。

(委員) われわれは滋賀支部で支払っているデータしかない。

(委員) うつ病でデータをだしてもらい、その医療機関を見せてもらえるとよい。

(事務局) 精神科領域についても、地域包括ケアシステム構築に向けた今後の対策は非常に重要であると認識していますので、会議等でさらに検討を進めていきたいと考えている。医療も含めた中での課題の共有、対応も含めて、委員委員の発言も含めて検討できたらと思っています。

<救急医療・災害医療・へき地医療>

(委員) 2006 年に市立医療センターになった。市民病院の時代に、東近江医療圏の救急患者の 40%が圏域外に出ている状況だったので、新しい医療センターができるときに、圏域内で救急患者が診られるように、地域型の救命センターが併設された経緯があります。その後、医師不足が目立ち、救急患者を受け入れていただける医療機関が減ったり、入院病床の制限もあり、一時的に当センターに圏域の救急患者の 70%が集まる事態になった。オーバーワークもあったが、最近、東近江医療センター、湖東記念病院が頑張っていたら救急診てもらえるようになった。H30 のデータですが、東近江医療圏の救急患者の 91%が圏域内の病院で診られるようになり、そのうち、当病院が 55%受け入れた。他の医療機関でお断りされた

患者さまも月平均 15～20 件引き取っている。そういう意味で、東近江医療圏の救急を支えているのではないかという自負を持って、「断らない医療」ということで頑張っている。救急医療の告示にあるように、認定要件の中に、十分な知識と技術を持つ医師が常駐し…とある。当センターは、平日の日勤帯は専従の医師が 2～3 名おり、研修医 2～3 名、看護師も常時 3 名、年末年始は 4 人が常駐している。薬剤師、放射線技師、臨床工学士、検査技師もおおいての 24 時間体制を整えている。15 ページの 1 次、2 次、3 次は病院がたくさんある都市部なら成り立つが、当圏域では成り立たない。滋賀県でもまったくできていないと思う。当センターでも、搬送患者の 50%が軽症患者で、歩いて帰る方もしょっちゅうです。草津市、大津市では 70%以上が軽症患者。救急医療体制の課題は、救急車の適正利用医療が重要だと思う。二次救命救急告示病院が、軽症患者を時間外においても協力いただいているのが、円滑にするのに重要なことではないかと考えている。

(委員) 当センターは、一时常勤が 12 名まで減った時は救急できなかつたが、5 年前に常勤が増え、救急医も増えて、圏域で救急を完結させるような体制を整えてきた。その間には苦労がありました。昼間は常勤がいてスタッフも多いです。夜間は外科 1 名、内科 1 名、産婦人科 1 名、小児科は 2 次救急の時だけ、の医師当直体制です。今後、働き方改革で医師の当直業務のことが言われると、今の人数では破綻するかなと危惧している。時間外の薬局、検査、レントゲンは 1 名ずつです。夜間に患者が来られると、時間がとられて対応困難になるのが現状です。現場は頑張っていたが、今後働き方改革でどう変わるかが問題と思っている。

(委員) 当院は、介護保険制度ができるまで、全床一般病床だった。年間 600～700 件受けていた。高齢者が増えてきて、高齢化社会が問題になってきて、地域に密着した病院として、全床 110 床を高齢者をみる床と、一般（急性期）にわけた。現在は、療養病床が 94 床、60 床が一般（急性期に対応できる）病床です。地域住民のためにはそういう形態がよいのかなと思った。医師が研修医制度ができたことから激減した。若い医者は救急とか一生懸命診るが、そういう方が辞めて医師だけで対応できなくなってきた。以前は内科外科 2 人で当直していたが、翌日診察に影響してきた。1 つの診療科だけでも常勤だけではできないとのことで大学病院などに協力得ている。問題は、急性期の救急患者は何が来るのかわからない。ある程度オールマイティーな力を持った医師が必要ですが、専門医ということで自分にあった患者は診るがそれ以外は診れないということで減ってきた。できるだけ日勤帯でも協力して救急患者を受けていきたいと思います。増えてきたと思うが、時間外となると十分に対応できる力がないのが現実です。

- (委員) 約 5 年前、常勤 5 名で救急体制が取れない時代があり、年間 150 名まで減った。その後、病院として急性期病床 102 床を確保できた。地域の救急をできるだけ確保していこう、能登川五箇荘地域の年間約 1000 件できるだけ診ていこう、となった。医師の働き方も含めて、土日は外部の医師を雇用している。平日も外部の医師に協力いただき、できるだけ常勤医は当直の負担を減らすようにした。現在は、数件断っている程度で、それは反省しながらできるだけ取るようにしている。京大の ER の医師は、小児科以外は取ってくれる。最近の若手医師は、病院設備の関係で検査できなければ受けない場合もあるのが、現状の課題でもある。規模の小さな病院で、職員数も限られているが、1 次～2 次救急の範囲でできる範囲で力を入れていきたいと思う。高齢者救急における重症は比較的少なく、20～30% 以下だと思うので、できるだけ地域の病院で受けられたらと思う。軽症の救急は、救急隊の理解もあり振り分けていただいているように思う。小児科救急は日勤はできるが、それ以外は困難である。
- (委員) 循環器内科などの心疾患系が 2/3 を占めており、比較的重症患者が多い。季節性に起こりやすいので、一気に集まってきて一時的に対応困難になった時は、おそらく近江八幡市立総合医療センターにいていっていると思う。昨年からは、消化器内科の常勤医師がいなくなり、受けられなくなり地域としての弱点かなと思う。来年からは人数増えるので、もう少し対応できるかと思う。当院の問題は、脳外科、循環器内科の入院患者は高齢者もしくは 50～60 代独身男性、社会的基盤のない方です。高齢者は認知症があり、軽症とはいえ併存症が多く重症化しやすい、その結果、特養以外は帰れない方もいる。今は、老老介護が多いので帰ってもらえないこともある。50 代の男性については、社会復帰ができない状態になると、退院後について後方支援施設もしくは市町役場が円滑に支援してもらえたら、より急性期病院としての使命も果たせると思う。来年から脳血管疾患は 3 段階に分けられる。包括的脳卒中センター、血栓除去など。そうすると当圏域は、近江八幡市立総合医療センターも無理です、当院も無理です。現在はこの 2 病院でほとんど対応しているのが、それができなくなるのがこれからの課題になり、すべて大津に行くことになるかもしれない。
- (委員) 当院は、900 件程度の救急搬入を受けられたらと思っているが現在 700 件程度です。取れない現状があるのは、専門医の不在などです。対策としては、救急ホットラインを設置して、救急隊と直接話せるような取り組み、整形外科の若い先生がいるので、内科とセットで当直してもらっている。週末満床ではとれないのでベッドコントロールしているが、どうしても取れないこともある。できるだけ町民に対しては取れるようにしていきたいと思っている。

(委員) 東近江行政組合は、愛荘町を含め2市3町で構成している。平成30年は、救急要請は11641件、そのうち10805件を病院へ搬送した。前年比5%増加でした。平成20年から平成30年では2800人、35%増えた。高齢者の占める割合は、平成20年は48%でしたが、平成30年は59%で、救急と大きく関係している。救急は14の種別によって分類するが、平成20年と比較すると、交通事故が200人以上減少したが、急病が2000人以上増えた。急病は救急搬送の64%を占め、65歳以上ではさらに高い割合になり、全体を押し上げているような状況です。消防機関の対応する救急は、保健医療計画の5疾病・5事業のほとんどに関連してきますが、当圏域では、90%が圏域内で収容いただいている。課題は、医療機関までの収容時間です。車にGPSつけて現場から一番近い救急車が出動するようになっているが、要請件数が増えると一番近い救急車が対応できなくなり、現場到着時間や病院までの収容時間が延伸するという状況です。平成30年の現場到着までは9分19秒、医療機関までは36分57秒で県内と遜色ない状況ではある。特に重症患者の対応については、医療機関調整が4病院以上は1回だけだった。

一方で、重症以外では、4回以上かけたケースが23回あった。特に精神疾患がある場合は医療機関の交渉が多数にわたってしまうケースがあり、現場から長時間動けない状況あった。引き続き、速やかな受け入れをお願いしたい。全救急事案のうち、救急隊が交渉する回数は1.07回で、ほぼ1回で受けていただいている。しかし、最大で6病院に交渉し、現場で2時間待機している事案があったので、ご協力をお願いしたい。もう1つ課題は、老健や診療所から救急告示病院への搬送依頼があり、医療の機能分化が進んで適切な救急車必要か判断してもらっていると思うが、施設の関係者や家族が蘇生拒否をされることがある。事前にかかりつけ医と看取りの意向を確認されながらも、医師に連絡がつかない場合等に見受けられる。しかし、救急隊は、死後硬直等がない場合は蘇生しながら病院に行かなければならないので対応に苦慮することがある。患者さまの意志を尊重する意味でも、かかりつけ医や嘱託医と必要な協議や体制づくりをお願いしたい。

(委員) 平成29年度は、年間24日間休日診療している。在宅当番医制度で、開業医の輪番で診療しており、この方式で10年近くしている。それ以前は、休日の日数が多かったが、急患が来られない日もあったので年間24日にしている。これは、ゴールデンウィークとお盆と年末年始含めてです。9時～16時で診療していて、H29年度は139件あった。東近江医療圏外の方が14名いた。数は大体これくらいで推移している。緊急性も調べているが、歯科医師からみて緊急性があるのが1/4くらい、中等度が2/3くらい、1/3が軽症です。

(事務局) 救急医療体制のさらなる推進のためは、情報交換と支援できる体制を考えてい

ただきながら構築していくことが必要と考えます。また支援もさせていただきたい。

<災害拠点病院の活動現状>

(委員) 災害医療と医療は似て非なるものです。救急は患者 1 名に対して、医師も薬のたくさん投入できるが、災害医療は患者数が多く、医師も確保できず、病院機能も落ちた中で展開しなければならない医療です。別物であることも含めて、先日の沖島の船の事故ですが、たまたま人のいる時間だったのですぐに対応できた。こういうことが広域の地震が起きたときに、各病院でこれが起きることを認識してもらわないといけないのが災害医療です。災害拠点病院は要件があり、24 時間体制であること、災害時の傷病の受け入れ、搬出、搬送の体制の構築が必要。当センターでは、DMAT 医師 6 名、看護師 11 名、調整員 6 名おり、災害時はいち早く出動できるように準備している。先日の大阪北部地震でも 7 名が出動した。幸い茨木の現場に行ったが局所の災害で終わり活動はなかった。熊本地震の時は、当番になってなかったので活動なかったが、ひどい事例もあったようです。地震や広域の大きな災害あったときは、県庁に滋賀県災害対策本部ができ、そこに DMAT 調整本部ができて、その命令により各病院の DMAT が活動に当たる。同時に、県庁は県全体を把握できないので、二次医療圏の災害対策地方本部ができる。多くの都道府県では、地方本部が災害拠点病院につくられることが多いが、滋賀県は保健所にできる。保健所にできるメリットは、近くに消防本部や土木もあるメリットがある。インフラ関係の連携がしやすくなる。この東近江医療圏については、災害拠点病院が近江八幡市にあり、地方本部である保健所が東近江市にあり、10 km も離れている。果たして災害が発生した時に駆けつけて地方本部の業務ができるかということが不安であるが、その解消のため、これまで 2 回、保健所と訓練したり、各病院を含めて、EMIS 等の訓練をしていただいている。何回か訓練をして、マニュアルの改正や意識付けをしていく。災害医療体制が醸成されてきているのではないかと考えている。年間 1 回以上、実働・机上訓練を院内で行っており、市内の病院、市町職員含め訓練している。今後は東近江医療圏全体の病院が参加しての大きな訓練できればと思う。地震は起こるかかわからないが、水害はどこも起こっている。滋賀県も中小河川が多いので、この水害に対しては、医療機関が協力してやっていかなければならないのではないかと考えている。平時からの訓練が大切ですので、ご協力いただきたい。

(事務局) 今年の医療機関の立入監査では、BCP を早急に立てるよう、また災害を想定して、どういう方が何分以内に来るかを検証するよう依頼しています。琵琶湖周囲断層、南海トラフ地震が発生すると言われているので、平時からそれを想定した

体制についてそれぞれの機関の中で準備をお願いしたい。

<へき地医療>

(委員) 沖島は人口 280 を切り、高齢化率 52.8%です。沖島診療所は医師会の協力のもと、週 1 回診療していただいている。平均 12.4 名前後、多いと 20 名、少ないと 5~8 名程度です。医師会の医師 5 名が輪番していたが、4 名が輪番で当たっていただいている。今後の継続について不安の声があるのが現状。

家族がいる高齢者は、市内の病院にいつているが、そうでない場合は沖島診療所を頼りにしている。高齢化もあるので、往診が必要な場合は行っていただいている。今後、往診が必要な方に対しての体制についても検討が必要。島の方は、最期を島で迎えたいという看取りを希望する方も多く、市内の病院と訪問看護が連携するケースもあるが、数は少なく検討が必要。県の離島診療計画には診療日を増やすとあるが、難しさがあるので、平成 28 年度から看護師が残りの週 4 日常駐し、看護師に健康相談ができる体制をとっている。また相談は随時看護師が応じることで、救急搬送を減らすことを目標としている。看護師の業務として健康相談のほか、健診への受診勧奨、歯科衛生士による歯科相談、受診勧奨を勧めている。島の中は移動できても、島外へ受診することの難しさがあるので考えていけないといけないのが現状。

(4) 病床機能の分析について(埼玉方式による)

資料 4 により事務局から説明

(5) 「東近江圏域医療福祉ビジョン」実現にむけた計画について

資料 5 により事務局から説明

(6) その他：地域医療連携推進法人制度について

資料 6 により事務局から説明

(委員) 県下医療機関についてですが、医師会のデータではなく、厚生局滋賀事務所が公開されている登録医療機関の一覧表に基づいて調べたところ、医科が約 1000、歯科が約 600、合計約 1600 でしたので、訂正させていただきます。

資料 2 の他府県の現状を調べてもらった結果ですが、1 のハード面、相対関係あるが基金の予算額、執行額については滋賀県下著しく少ないのではないかと思います。

平成 30 年度の予算示してもらっているところだが、もう少し進めてもらいたい。先ほどの精神の部分で言っていたことですが、民間の医療の参画について懸念しているということですので申し上げます。

(委員) 埼玉方式について、いろいろと提示いただいているが、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、平成 29 年度病床機能報告から 30 年度にかけてどういう風になっていくのか、今後のビジョンですが、この議論が一つもないのはどうかと思う。参考資料 6 ページの 3. ①、②ですが、これを解消するために埼玉方式が出てきたのだと思うが、これを地域医療再生計画にどのような展開にもっていくのか次の課題に入れていただきたい。

4 閉 会