

平成 29 年度 第 2 回地域医療構想調整会議事録

日 時：平成 29 年 11 月 27 日(月) 18:00～19:45

場 所：湖北健康福祉事務所（長浜保健所） 2 階 大会議室

出席委員：（別紙名簿のとおり）

欠席委員：1 名（千種委員）

傍 聴 者：6 名

事 務 局：長浜保健所（澤田次長、他関係職員）

議事の経過概要

開会宣告 18:00

長浜保健所長挨拶 : 小林所長

議 事

議題 1 滋賀県保健医療計画(素案)について

(資料 1) (参考資料)

[概要]

事務局から、滋賀県保健医療計画(素案)のと、二次医療圏域のあり方に対する意見照会の結果について、その概要を説明した。

滋賀県保健医療計画(素案)では特に、医療構想に関する記述および、二次医療圏に関する今後の対応について説明を行った。

二次医療圏域のあり方に対する全意見において、「現状を維持すべき」であったことや、維持した場合の対応については、圏域の慢性期機能充実の必要性についての意見が多数寄せられたことを報告した。

滋賀県保健医療計画(案)については、12月下旬から1月中旬に行われるパブリックコメントの時期に合わせて、意見照会を予定していることを報告した。

(議長)

議事の(1) 滋賀県保健医療計画(素案)について、事務局から説明よろしくお願ひします。

(事務局より、**資料1**滋賀県保健医療計画素案および、**参考資料**滋賀県保健医療計画における二次医療圏域のあり方に対する意見抜粋について、報告。)

(議長)

医療圏域については、**参考資料**にあるように、湖北からは、現状維持が必要であるという意見をたくさん出していますが、**資料1**素案の25ページで、「現在の医療圏域を維持すべきという意見がある」としか書かれていないのは残念だという私の感想です。

他にまたご意見あれば、事務局のほうに伝えていただきたい。

議題2 目指すべき医療提供体制の実現について ～医療機能の分化・連携、慢性期機能～

(資料2・3・4)

[概要]

事務局から、圏域の医療構想に向けた課題の整理および、回復期機能を考えるにあたっての情報について資料により説明した。

各病院長から、公的医療機関等 2025 プランの情報を基に今後の医療提供体制について発言いただいたうえで、各委員の間で回復期・慢性期機能について意見交換が行われた。慢性期機能の提供体制を考える上で、医師確保の促進についての議論や、慢性期患者の医療と介護の必要量をイメージ化するために必要なデータ等について議論された。

(議長)

議題2の「目指すべき医療提供体制の実現 ～医療機能の分化・連携、慢性期機能について～」の議論を進めます。

(事務局より、**資料2** **資料3** を説明)

(議長)

資料2の1ページ、②の医療資源欄で、湖北は在院日数14.1日で、県全体が17.9日。湖北では病院が大変努力いただき平均在院日数をここまで短くしていただいている。

県下で一番短いことを理解した上で、**資料3**の2ページをごらんいただき、急性期の患者を多く受け入れている急性期病棟は、在院日数が短いことから、慢性期患者や回復期患者は少ないはず。回復期の患者は市立長浜病院や長浜赤十字病院の急性期の病棟では、ほかよりは少ないのではないかと。

そのような理解でよいのかということ、病床報告の仕組みについて、病院の先生から教えていただきたい。また、急性期が過ぎた患者は、慢性期は圏外に流れていることは分かっており、その他は在宅に帰っておられるのかも併せて、ご意見をいただきたい。

(委員)

点数的に言えば、急性期病棟で報告した病棟の患者は殆ど急性期の方で、急性期対応が済めば、病院全体が退院の方向に向かう流れになってきている。患者自身も以前のように早く退院させられたということでトラブルになることも少なくなっている。

(委員)

医師も看護師もある程度役割を終えれば、次につなげるという意識が当然の流れになっている。経営上、稼働率を上げるために入院を増やすという考えもあるが、全体の意識は、退院につなげていく方向になっている。

急性期や回復期の病床報告で、色々な病期の患者が多少混じってくるということは、それぞれの病院の状況にもより、それをコントロールすることは難しい。

(委員)

平均在院日数は短くなってきている。内視鏡手術など比較的侵襲の少ない治療が主流になり、長い入院という状況は少ない。

回復期病棟として報告している地域包括ケア病棟には、在宅に慣れるためのリハビリをするために移る。急性期の在宅復帰率は90%あり、殆どの方が在宅に帰っておられるので、回復期機能の需要が本当にどれだけあるのかはあまりわかりにくい。

これらのことから、在院日数が減ってくれば、病床数も自然と減っていくとは思いますが、無理に数を決めるのは難しい所がある。やはり少し余裕を残しておかないと、今後どのような方向になるか不明ということがある。

(議長)

急性期病棟は殆どが急性期患者で、また在宅に帰られる方が殆どであること、平均入院期間も県内で1番短いという状況。日本全体で見ると、急性期病棟の中にも回復期の人が一定の率でいる、とのことだが、湖北では、本当にそうかということ踏まえて、このイメージ図(資料3 P2)をごらんいただきたい。

湖北では、回復期の需要が伸びると推計されているが、回復期の実情を見直してみるとということと、大きな課題である慢性期の患者が圏域外に流れていることについてどうするかということを考えていきたい。

各病院から、2025プランで出されたお考えを紹介していただきたい。

(事務局より「地域医療構想を踏まえた『公的医療機関等2025プラン』」について説明)

(委員)

- ・当院は、5疾病すべてとへき地医療を除く4事業の医療提供を積極的に進めている。
- ・課題は、眼科、呼吸器科、血液内科に常勤医師がいない。外来のみの診療であること。NICUでも未熟児網膜症については非常勤の医師での対応である。
- ・呼吸器科では、〇病院との連携を進めている。
- ・地域包括ケア病棟は、満床になりにくい。急性期病棟でリハビリを行い、状況が変わらない限りは病棟の移動も少ない。
- ・地域包括ケア病棟はこれ以上、増えない可能性が高い。7対1入院基本料を届けている病院は、地域包括ケア病棟は一つしか持てないという縛りもある。
- ・今後の医療機能としては、病床削減は考えていない。稼働率は大体85%である。
- ・平均在院日数は、今後10日ほどになる可能性があり、自然と短くなっていくと思われる。
- ・精神科については、スーパー救急の40床と慢性期30床で計70床。効率化を図るためにも、急性期病棟のみとすることも考えられる。精神科は、地域医療構想で謳われていないが、全体的な流れとして、精神科も同様と感じている。
- ・診療科の見直し予定はない。現状を継続させる方針である。

(議長)

今のご説明で、制度上地域包括ケア病棟は一つしか持てないので、回復期について現状のまま、慢性期の整備予定はないということ。

(委員)

(追加発言) 地域包括ケア病棟について、ポストアキュート(家に帰る前に1クッション入れて在宅を想定したリハビリを行う)という考えで病床報告をしている。地域包括ケア病棟の仕組みは今後変わる可能性はある。都市の大病院が回復期を多く作ることで中小規模病院の経営を困難にさせないための現行制度であろうが、地域の必要度によって変更の可能性もある。将来的に回復期リハビリ病棟の必要性が高まれば、考慮する可能性はある。

(委員)

- ・患者の住所地は市北部が中心。
- ・内科・泌尿器科を中心に、一般救急から急性期・慢性期までをみている。
- ・救急は当直1人対応のため制限がある。脳外や心臓血管分野では、トリアージ後、2病院に送る形としている。
- ・内科医師がサブスペシャリティーを持ちながら総合診療的に診療するスタンスである。
- ・地域包括ケア推進を目指し、慢性期から終末期まで、在宅医療・看取りを行っている。
- ・今後の見通しは、医師やスタッフのマンパワーと需要のバランスだと考えている。
- ・地域包括ケア病棟は急性期後のリハビリをする位置づけ。稼働率はあまり高くなく、今後の需要動向を見て、ベッド配分を考えていく予定。

- ・慢性期に関しては少し受入れの余地はあるように思う。地域医療連携室を通じて他の2病院との連携を進めている。

(議長)

ベッドの稼働率としてはもう少し上げられるが、ベッドそのものを増やすことではないということ。

(委員)

〈追加発言〉経営上の目標ラインに到達するのは難しいが、一方で目標に近づくとスタッフの稼働が困難になるという現状がある。

現在のところ、ベッドの増減は具体的には考えていない。全体の状況を見て、考える。

(委員)

- ・急性期病院として今後もやっていく予定である。脳外科・循環器科・心臓血管外科など血管系に力を入れている。
- ・がん拠点病院として専門的がん医療の提供を進めている。フォーラム等がん予防啓発では、今年度から〇病院と共催の形をとるなど、今後、協力関係はさらに進める。
- ・回復期病棟は、稼働率は低いが必要はあると思っている。受入れを増やすための課題は医師とリハビリ職の不足。特にリハビリ職は、満床となると人員不足になってくる。
- ・訪問看護ステーションでは、循環器科・呼吸器内科が訪問看護をしやすいように手順等を進めているところ。人工呼吸器患者の在宅管理など、在宅医療を進めるために、地域の訪問看護ステーションとの連携を考えている。
- ・今年度、患者総合支援センターを立ち上げ、地域連携をますます進めていく。近い将来は、地域医療支援病院も取る予定である。
- ・稼働率は全体によくはないが、在院日数は13日程度で、地域連携パスに乗って退院される。在院日数はまだ短くなる傾向にある。
- ・医療提供機能の課題としては、消化器内科・小児科の医師不足。湖北圏域では、小児科・周産期は、〇病院が中心となり、当院は補助に回る形になる。
- ・今後の病床機能としては、現在の稼働状況を見て、急性期病棟自体は減らしていく方向で考えているが、それを慢性期に持っていくかについては未定。他圏域に流出している患者を現行のままとするのなら、湖北に慢性期病棟も不要となると考える。

(議長)

病棟の機能としてはそのままということ。

(委員)

〈追加発言〉急性期は減らしていくつもりで考えている。回復期については現状のまま。慢性期は考慮中ということ。急性期と慢性期を同時に経営するのは困難で、もし湖北圏域に慢性期機能を残すのであれば、当院の慢性期を切り離し、別の組織を作ることなども考えないといけないかもしれない。

(議長)

回復期の現状は分かってきた。まず、慢性期の議論をしていきます。議論を積み上げていくために、どんな資料やデータがあるとよろしいか。

(委員)

委員の方からの二次医療圏に対するご意見でも慢性期を充実したほうがよいとの意見があり、それが、ほぼ総意と思われれます。

次に、今流出している分を現状のままとするのか、ある程度までは湖北で受けるのか、あるいは、すべて湖北で受けるのかということの合意や、方向性を決めた上で議論するのがよいのではと、事務局では考えている。

(議長)

圏域のあり方については、各団体から、慢性期の充実が必要との意見が出された。地域医療構想の本来の目的は「要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい生活を最期まで続けることができる」です。

湖北圏域では、急性期・高度急性期は完結できている。回復期も努力いただいている。医療圏の見直しではなく、慢性期の流出をどうするかのご意見をお願いしたい。

(委員)

慢性期の流出の数値は2025年の推計だが、現状はどうか。この数値は、現状から将来を推計しているので、現状でも同じということでもいいか。

7~8年先にどう変わっていくかは不明だが、その時の人口構成などで国もなるべく在宅に帰す・延命治療を控えるなどと変わってくるのではないか。病床をたくさん作っても何年先には入らなくなることもあるというのが感想だ。

(委員)

患者が病院を移動するというのは本来自由なので、他の圏域に流出するという事は、それだけ魅力的な病院が他圏域にあり、かつ経営できているということになるのか。

(委員)

湖北においては現状、慢性期病床が限られていることや人員不足の中で稼働率が低いことなどの原因が大きいと考える。また、他圏域の慢性期の容量が大きいということもある。もう一つの大きな理由は、湖北は在宅医療を非常に頑張っているということが考えられる。

(委員)

県保健医療計画素案の P242 に医師数が掲載されている。今の議論で、ベッドはあるが医師がいらないから慢性期が稼働できないとはっきり出ている。その議論を抜きにしては話し合えない。病院勤務の医師の全体数は記載されているが、慢性期医療を担う医師はどれほどおられるのか、多分おられない。だから、湖北に医師が来ないという現状があると考えられる。市長も何度も陳情に行っているが解決しない。県の計画では、適正配分という言葉はあるが、湖北の医師不足を解決しようという強い考えが見えない。湖北圏域の医療構想には医師不足が書かれているが県全体では一切出てこない。大津にたくさん医師がいるので湖北に何とか持ってこようとする強い計画までになっていない。

ベッドは持っているのだから、そこで慢性期医療を担う医師をどう確保するかの議論がないと、構想の目標には進まないのではないか。

(議長)

湖北の慢性期ベッドが100%近く稼働すれば、流出の流れがどう変わるのか知りたい。

(委員)

県議会では、湖北の医師確保についてどう議論されているか。

(委員)

県議会での議論内容については承知しておらずここで答えできず申し訳ない。

議長からの問いかけにあった、慢性期病床の稼働率が高い場合の流出については(資料2 P4)、患者の住所地ベースでも、慢性期については8割近く流出していることになる。

まだ、おおよそ100ぐらいは足りない状況と考えられる。

(委員)

県内のバランスをどうしようとされているか。地域ごとの調整会議で議論する意味は理解するが、県全体のバランスと各地域の動きが一体化しないと、議論は進まないと思う。

(議長)

医師の派遣については、県の地域医療支援センターがあるが、何をしているかが見えにくい。委員のご指摘の通り、わかるようにしていただきたい。

流出を示す矢印は、レセプトデータで出されたら記憶するが、矢印の太さが変わる程度で、患者住所地ベースで考えていないことの不備は、再三、県に申し上げているところ。

(委員)

医師確保について、県は、自治医科大卒の医師をどこに配置するか、奨学金を出している分をどこに配置するか程度の手段しか持っていない。奨学金もそれほど充実しているとは思えない状況。ただ、自治医科大卒の医師は県が人事権を持っており、それなりに機能しているが、慢性期医療を担う医師を何とか配置しようという発想はないのではないか。このことは検討してもいいことかと思う。

(委員)

確かにベッドがあってもそこで働く人がいなければ稼働しない。急性期、慢性期の医師がどこに何人くらいいるのかが分かると議論しやすいかもしれない。可能かどうかは不明だが、必要なデータとして考えてみたい。

(議長)

医師会としても、在宅の受皿があつどのくらいあるのかを、医師会に持って帰って調査してみようと考えている。

事務局としてはどのようなデータがあればよいと考えているか。

(事務局)

現在他圏域に流れている慢性期の方は、病態としてどの程度の状態が多いのかが分かれば、受皿を検討しやすいのではと考える。より在宅に近い人が多いのか等、慢性期の患者の分析ができるものがないか。

(議長)

療養病棟そのものが最初から非常に限定されているので、急性期を出て慢性期に移った人がどの程度かは、病院ではわからないのではないかと。

(委員)

医療構想の考え方として、回復期までは現状の点数をベースに推計しているが、慢性期は政策的に在宅医療の方向とした推計になっている。医療区分1の人の7割は退院の見込みとして計算されている。今、流出している慢性期患者の状態が、在宅では困難で入院医療が必要な状態か、在宅に近い状態かがわかれば、湖北で引き受けるベッドの必要量もわかりやすいのではないかと。その内訳は、医療点数がよいか病名がよいかは今後の検討。

(委員)

療養病床の必要医師数はどういう条件になっているか。一般病床は16床につき1人の医師が必要。療養病床はそれほど医師が要らないと思うが、必要数を教えていただきたい。

(事務局)

医療療養病床では、48対1となっている。詳しくは確認します。

(議長)

この調整会議は、今年度中に結論がいるのか。

(所長)

最終は2025年度までの目標で、こういう方向に向かっていっているということの共通認識は全員が確認しておきたいことだ。

(委員)

医療福祉というくくりで考えると、介護医療院の考えが出てきたが、特別養護老人ホームと療養病棟の利用者の区分けはどう考えたらよいか。特養は今後増やすことは見込めないで、今後、療養病床へ行くのか介護医療院へ行くのか、情報あればお願いしたい。

施設に入ると思われる人はどういう人かということを見ていくことが、今後必要病床を考える上で必要かと思う。在宅で診られない認知症の方をどこで診ていくかということだ。

(委員)

慢性期医療は、100%に近い入院が無いと経営が難しい。

慢性期の充足率は、湖北が20数%というだけで、県全体では9割以上ある。慢性期は100%近く受け入れて、初めて成立するようなことから、他に流れている分を湖北で受けるということは、今受け入れているところを減らして、湖北に移すということになる。

(委員)

糖尿病の血糖管理している人などは老人保健施設や特別養護老人ホームでみるということがあり、医療と介護の区分けが分からない。介護の方でたくさんあるのなら慢性期はいらないというものなのか。

(委員)

老人保健施設が医療と介護の一番の接点になるが、老人保健施設は3か月の入所期間で次の段階に移る。その受皿として、これだけの数を全部介護で受けるのは無理があると思う。

(委員)

医療が必要ということか。

(委員)

慢性期のIVHがずっと入っている人や、胃ろう管理しているが時々肺炎を起こす人など、少し手厚い医療体制が必要な人が行く場所が必要と思う。

(委員)

特別養護老人ホームに入所していて、在宅医療で対応するというやり方は可能か。

(議長)

特別養護老人ホームは嘱託医がいるので基本的に往診に行けない。行けないことはないが、継続していくことが難しい。

(委員)

どう振り分けるかが問題だが、慢性期病棟での対応だけでなく、特別養護老人ホームや回復期病棟などに振り分けるということも考えられる。

(委員)

ケアマネ協議会では、30年度に向けて地域包括ケアシステムの研修の機会が多くある。介護医療院というのは今の療養病床の名前が変わるという認識である。また、2025年には、急性期・回復期の次は、在宅という研修内容だと認識している。ただ、受皿としての老人保健施設や特別養護老人ホームは少なく、医療処置があると断る施設が今もあるのが現状。受皿はあっても経済的問題で施設も病院も行けない人もいる。希望して在宅に帰る人もあれば、仕方なく在宅になる人もあり、それらは今後増えると思う。

回復期の次は在宅というイメージが最近の流れで、驚いているところ。

(委員)

訪問看護の人的パワーは足りているか。

(委員)

訪問看護ステーションは湖北圏域に13か所あり、現状、満杯状態というわけではないという印象。医療依存度の高い患者は病院の訪問看護ステーションが担い、それ以外の患者は他のステーションが受けている。他の地域に比べると数は足りている印象で、そのうち12か所が24時間対応している。しかし小規模が点在しているという状況である。大規模で機能強化型を取っているところが湖北圏域にはない。

(議長)

在宅の主治医から見ると、訪問看護は使おうと思えば使えるが。今までなくてもやってきた。夜中に呼び出されて訪問看護に行ってもらえばよいが、それを潔しとしない医師は自分で行く。訪問看護を利用しようとする話と、それが足りているかいないかの話は難しいと私は考えている。使うのはいくらでも使えるが今日までなくても足りていた。

事務局から今までの議論でよいか、追加していただきたい。

(事務局)

一定、本日病院の方針をお話いただき、慢性期を考えるにあたっての必要な項目についてもご意見いただいた。二次医療圏ごとの医師確保の進み方の確認、医療と介護の組合せを考える上での患者の状態像などを一定事務局で整理する。

(議長)

次回の資料に示していただくように。

療養病床の医師の必要数や老人保健施設が足りているか、訪問看護ステーション、地域医療支援センターの役目などの資料です。

(所長)

多くのご意見ありがとうございます。慢性期機能について次回以降も考えていくために、医療機関で受け入れる形だけでなく、医療・介護・在宅も含めてのバランスを考えていく。そのために、医師の数等について事務局でデータを整理していきたいし、皆様にもお願いすることも出てくると思うがよろしくお願ひしたい。

また医療構想会議は、会議そのものが、それぞれの所属する機関団体がどういった形で取り組んでいくかを考える一つの機会とするものであり、是非今後の方向性を考えていただきたい。次回予定は2月から3月ころを予定している。

閉会宣告 19:45