

平成 30 年度第 1 回東紀州地域医療構想調整会議 議事概要

- 1 日 時 平成 30 年 11 月 5 日 (月) 19 : 30 ~ 21 : 30
- 2 場 所 尾鷲市役所第 3 委員会室
- 3 出席者 長谷川委員 (議長)、谷口委員、中村康一委員、松井委員、黒田委員、川口委員、加藤委員 (代理 : 小藪尾鷲総合病院長)、穂刈委員、須崎委員、長井委員、尾崎委員、松島委員、久保委員、三鬼委員、松本委員、中村吉伸委員、下川委員、志田委員
- 4 議 題
 - ・平成 29 年度病床機能報告結果について
 - ・必要病床数と病床機能報告を比較する際の考え方について
 - ・地域医療構想調整会議の活性化のための地域の実情に応じた定量的な基準の導入について
 - ・地域医療構想をふまえた 2025 年に向けた各医療機関の役割について
 - ・在宅医療体制の整備について

5 内 容

(1) 平成 29 年度病床機能報告結果 について

《事務局説明》

- 平成 29 年度病床機能報告に基づく三重県全体の病床数は 16,391 床であり、前年比で 1 床増となっているが、平成 28 年度末報告であった 12 の医療機関からの報告があったため、実質的には 122 床の減になっている。(資料 1-1)
- 東紀州地域においては増減なしである。(資料 1-1)
- 病床機能報告は昨年 7 月 1 日時点の数値であり約 1 年間のブランクが生じるため、最新の病床数や病床機能について、別途アンケートにより把握をしている。それによると、昨年の 7 月 1 日以降の病床数は、県全体で 267 床減、東紀州地域では増減なしという結果であった。(資料 1-1)
- 病床機能報告の報告項目である「具体的な医療の内容に関する項目」のうち、高度急性期・急性期に関連する項目を、県内の高度急性期又は急性期と報告された病棟でどの程度実施しているかを確認したところ、約 7.2%にあたる 20 病棟がそれらの項目を全く実施していないという結果となった。(資料 1-3)

<質疑なし>

(2) 地域医療構想調整会議の活性化のための地域の実情に応じた定量的な基準の導入について

《事務局説明》

- 病床機能報告の結果と 2025 年の必要病床数を比較すると、全国的に急性期過剰で回復期が不足するという傾向があるが、実態よりも多くの回復期病床が不足するという誤解を生じているのではないかという指摘がなされている。そのため、地域医療構想調整会議の議論を活性化させるための方策の一つとして、回復期機能の充足度の評価や、医療機能の分化・連携の在り方を議論する上での目安となる定量的な基準の導入について国から各都道府県に要請がなされた。(資料 2-1)

- 先行して定量的な基準を導入している4府県（佐賀県、奈良県、埼玉県、大阪府）は、それぞれ医療関係者等と協議の上独自の基準を工夫しているが、それらの基準を三重県に当てはめると、回復期機能の充足度が大きく変化するなどの結果となった。（資料2-2～資料2-4）
- 今後、先行府県の定量的な基準等を参考に、三重県版の定量的な基準を作成することとしたい。

《主な質疑等》

- 例にとってこの4県をみたということで、次回の会議までに三重県の方法を模索してくるということでしょうか。
- ⇒国の会議とかで報告されているのがこの4府県の方法。これを参考にして三重県版を作りたいと考えている。
- やっていることは回復期だが急性期病棟として取り扱いをされているような場合、県の指針に基づき病床機能報告をすることになるのか。
- ⇒病床機能報告自体は今までと変わらず報告していただく。定量的な基準を三重県版として示すが、報告いただいた機能で定量的な基準と少し異なる機能を持った病床については県の方で補正し、実態を把握するということになる。報告自体が定量的な基準に縛られるというものではない。
- 緩和ケアは慢性期になるのか。
- ⇒例えば、埼玉方式の場合、緩和ケア病棟の中でも放射線治療を行えているかどうかで、急性期と慢性期を分けて考えている。慢性期の部分をどういう基準とするかということになってくるので、今後検討していくことになる。
- 埼玉方式は比較的内容重視で数値に従ってやっているが、三重県からすると、埼玉や大阪のように増えてくる地域に合わせてしまうとどうなのかなという気がしたので、いい補正の方法を考えていただけるとありがたい。

(3) 地域医療構想をふまえた2025年に向けた各医療機関の役割について

《事務局説明》

- 平成30年2月7日付の国からの通知「地域医療構想の進め方について」においては、2025年における役割・医療機能ごとの病床数について毎年度具体的方針を取りまとめることとされているが、平成30年度以降の地域医療介護総合確保基金の配分にあたっては、この具体的対応方針の進捗状況を考慮するとされている。（資料3-1）
- 本県における2025年に向けた具体的対応方針の取りまとめについて、昨年度は、公立・公的医療機関等の役割を協議したところであるが、本年度は公立・公的医療機関等以外の医療機関の役割についても協議を行う。（資料3-2）
- 現在、民間医療機関に2025年に向けた今後の方針・計画の提出を依頼しているところであり、次回の調整会議において具体的対応方針の取りまとめに向けた協議を行う予定である。（資料3-2）

《主な質疑等》

- 2次医療圏としては、周産期はどこかに置いておかなければいけないという発想なのか。これは、周産期はこの地区は他所に行ってくださいと明言した方がいいのかなと思うが。
- ⇒周産期医療部会等で検討していただいて、そこで方針等決定させていただきたい。

(4) 必要病床数と病床機能報告を比較する際の考え方について

《事務局説明》

- 医療型障害児入所施設及び障がい者の療養介護を行う施設の病床については、特定の患者のみが利用しているため、必要病床数と病床機能報告を比較する際は、病床機能報告から両施設の病床数を除いて比較することとする。(資料4-1)
- 病床機能報告の病床数と必要病床数を比較する場合は、2025年の必要病床数との比較だけではなく、医療需要のピーク時の必要病床数も勘案しながら、病床機能の分化・連携に取り組んでいくこととする。(資料4-1)
- 東紀州地域においては、医療型障害児入所施設等の病床がなく、医療需要もすでに減少傾向にあることから今回の考え方の影響はないが、県全体では今後この考え方に基づき進めていきたい。

《主な質疑等》

特になし

(5) 在宅医療体制の整備について

《事務局説明》

- 今年6月から7月にかけて市町ヒアリングを実施し、在宅医療・介護連携の各市町の現状についての把握を行った。(資料5-1)
- 平成30年度より、医療計画や介護保険事業(支援)計画の改定が行われ、在宅医療・介護連携推進事業の全ての項目を実施することとされている中、県内の各市町において各種の取組が進められている。(資料5-1)
- 紀北広域連合においては、平成30年4月に尾鷲総合病院に「紀北在宅医療・介護連携支援センター」を設置し、2市町、広域連合、同センター、紀北医師会、尾鷲総合病院などの関係者で連携しながら、体制の整備を図っている。(資料5-1)
- 紀南介護保険広域連合においても、平成30年6月に紀南病院に「紀南地域在宅医療介護連携支援センター『あいくる』」を設置し、3市町、広域連合、同センター、紀南医師会、紀南病院などの関係者で連携しながら、体制の整備を図っている。なお、紀南介護保険広域連合内においては、和歌山県(新宮市)の医療機関で受診する住民が相当程度いる。(資料5-1)
- 在宅医療に関する各種指標について、進捗状況を把握するため、できる限り市町単位で現状の数値をとりまとめたので報告する。(資料5-2、5-3)
- 療養病床を有する医療機関における病床転換の意向を調査したところ、平成30年度～平成32年度末までの間に介護保険施設(介護医療院)に転換する予定の療養病床数は、県全体で107床、東紀州区域では0床であった。(資料5-4)

《主な質疑等》

- この地域は国民年金の方が多くこともあり、在宅医療の費用負担が厳しい。
- 医療、看護の従事者が不足しており、かつ高齢化が進んでいるため、訪問診療、看護が難しくなっている。また、看取りができる施設も少なくなっている。
- 病院にスタッフを集約して、病院から医師と看護師がペアで訪問するような地域展開を考える必要がある。また、可能であれば患者さんに一か所に集まっていただく方法はとれないかと考えている。
- この地域は介護施設にそこそこベッド数があるので、(開業医が) 看取りに行ける体制が取れると良いのではないかと。
- 尾鷲市では紀北町と紀北医師会の協力のもとで尾鷲総合病院に在宅医療センターを立ち上げたところ。看取りも含めて本人が望む医療の在り方について、医療関係の他、消防などいろいろなところと一緒に考えていき、住民に丁寧に説明していく必要がある。
- 介護施設の人は介護がしたいと思っているが、亡くなりゆく患者さんを看取ることが多い。それも大きな意味で介護ではあるものの苦しんでいる。患者さんにはそれぞれかかりつけ医がいるので、かかりつけ医が看取りに行くという意識付けを持つ必要がある。
- 家族が、患者さんとかかわりを持とうとしなかったり、回復の見込みがないところに医療介入を求めたり、両極端の場合が結構ある。その中に本人の意思はない。自分がどう生きたいのか、どう死にたいのかという意思表示を前もってしていただける土壌をつくってほしい。アドバンス・ケア・プランニング（ACP）について、市民の方々に認識していただきたい。
- 熊野市では救急情報キットを作って5年目になる。本人や家族の同意を得て、血液型や病気や薬など最低限の情報を書いた紙を筒に入れて冷蔵庫の中に入れてたり玄関の裏側に貼ったりということを数百件はやっている。また、在宅医療介護連携支援センターを立ち上げて、医療と介護の方が週に最低1回は話をするようになった中で、独居老人が多い中、最後の看取りについて希望を聞いておく必要があるとの共通認識を持つようになった。市でも、保健師が救急車に同乗を求められどうしますかと聞かれることが多くなっており、(紀南病院を運営する) 3市町でそういう話をしておくことは必要だと感じている。医療と介護の職員が一堂に会しているんなことを進めることでいろんなことが見えてきたと思っている。
- 看取りというとネガティブなイメージに捉えがちだが、医師として意識しているのは、最後ということではなくて、どう生きるかと捉えて話している。ただ、浸透するには時間がかかるので地道に活動するしかないと思っている。

以上