

平成 29 年度第 1 回長野医療圏地域医療構想調整会議 会議録（意見要約版）

平成 29 年 10 月 31 日（火）午後 6 時 30 分～8 時 30 分
於：長野保健福祉事務所 3 階会議室

【吉岡委員】

- 現在、高度急性期・急性期・回復期の定義が医療資源投入量と入院基本料を除いた医療資源投入量のみで規定されている。この定義が医療の現場で受け入れやすい定義に変われば、必要病床数も変わってくるのではないか。
- 来年度の診療報酬と介護報酬の同時改定により、入院基本料が 7 対 1 から 10 対 1 になるとか、地域包括ケア病床にする等、考えざるを得なくなる。それにより各病院の考え方も大きく変わってくるのではないか。（ただし基本は、地域住民の年齢構成や疾病の変化に合った適切な医療をいかに効率的に提供していくかということ。）
- 当医療圏の急性期の機能をどのように見直しをするか、機能分担をいかにするかということについて、当会議で議論されていくことを期待している。

【池田委員】

- 当院では地域医療構想を先取りし、急性期病床を 44 床減らし回復期的機能のある地域包括ケア病床を導入したところ。
その結果、ダウンサイズにより急性期病床はより急性期病床らしくなり、また患者のニーズに応えることにも繋がり、地域包括ケアを導入して良かったと感じている。
- 当院で急性期と回復期を分けただけでもメリハリのついた医療が提供できたことから、当医療圏の中でも急性期と回復期の役割分担を行えば、より良い医療が提供できるのではないか。

【宮下院長】

- 病床数の必要量と病床機能報告を見ると、随分乖離がある印象を受ける。
- 保険点数を高度急性期と回復期で分けることについては不満がある。
当院は近隣からの急性期の受け入れはもちろんのこと、回復期についても受け入れざるを得ないケースがある。急性期（高度急性期）の部分は非常に需要があるとは思いますが、回復期も近隣にお願いしなければならなくなると思う。

【春日委員】

- 当院は先の 3 病院とは異なり、以前から 7 対 1 ではなく 10 対 1 で行っている。点数だけ見れば回復期の患者の割合は大きい。
- 急性期を現状どおり続けていけば、厳しい状況に直面することは避けられない

ので、将来的には地域包括ケア病床といったものに変換することも考えている。

【寺田委員】

- 急性期の連携に関して、血栓溶解療法 TPA の治療が即必要となるような心血管疾患、脳梗塞等に関する TPA 治療が早急に必要となるような脳血管疾患については、近隣の対応可能な施設へ当院から行く場合や、メディカルコントロールのもと、救急隊からの搬送が既にできあがっている状況。
癌に関しては、診断まで当院で行い、そこから先は治療施設のある施設に送って最終的な手術をしてもらうという状況。
- 国の指導により急性期の在院日数を 18 日から 17 日へ短縮することを目指している中での来年度の報酬改定になるため、地域包括ケアに関する何らかのしぼりが出てくるのではないかと懸念している。
- 当院において、整形外科病棟 1 棟については昨年 10 月に 7 対 1 から 10 対 1 に変更し、残りは 7 対 1 で行っている。こういった部分のバランスは来年度の改定を見据えながら少しずつ変えていく必要があるのではないかと考えている。
- 連携については、近隣の病院と協力し、地域住民に迷惑の掛からない形で運用をしていきたいと考えている。

【伊藤院長】

- (飯綱病院と信越病院について) この人口減少社会において、2 万人程度の人口の 2 つの町が同じような 2 つの病院を存続できるかどうかというところが一番の課題であると認識している。
ただ両院ともある程度の歴史があり、2 つの病院を連携させる・病院を 1 つにするのは、地域住民の感情としては非常に困難なものである。

【安里委員】

- 南長野医療センターや松代総合病院に夜間救急で協力する形に加え、また、在宅医療・地域包括ケアシステムの受け皿として医師会・地元・多職種が連携することにより、来年度に向けた新たな体制づくりを進めているところ。
- 在宅、看取りや寝たきり、癌の緩和ケアの患者を救急医療にのせないよう、地域の在宅医療で頑張っていきたいと考えている。

【下鳥委員】

- 急性期、回復期といった病床の機能分化の一方、5 疾病の中身の機能分化というものもここで話し合うということについてはいかがか。

【三井委員】

- 救急受入(時間外の受入)を続けていけるような体制であれば良いのではないか。病床を減らしたことで救急受入ができなくなったり、遠くへ搬送しなければな

らなくなってしまうたり等、そういったことが起こらないよう機能をうまく分担していけば、十分地域のためになるのではないかと考えている。

【丸山委員】

- 当地域では超高齢化が進んでおり、包括ケアで看取り等行っているが、今後更に一時的救急対応を必要とする場面が多くなることを懸念している。当会議においては、地域住民が安心して地域で最期を迎えられるような医療体制作りについても議論していければと考えている。

【宮澤会長】

- 当地域の急性期・回復期については問題ないと考えているが、在宅については、往診診療所等に負担の偏りが発生していると感じている。在宅を診療所が一人で24時間体制で行っていくことは困難なため、在宅を担っている診療所が負担なく運営していける連携体制を作っていく必要がある。
- 介護と医療の連携や、多職種連携等、連携体制作りを医師会が中心となり、行政等含め強化していきたいと考えている。

【山本委員】

- 来年度の改定により、当院では一部回復期病床を増やさざるを得なくなるのではないかと考えている。現在、はっきりとした数値はまだ出ていないが、地域全体でも体制がかなり変わってくるのではないかと思う。

【大生委員】

- 当院は地域に根差した地域医療の拠点病院を目指しており、地域の様々なニーズに合わせて病床の配分も実施していかなければならないと考えている。
- 介護・福祉法人、町とも協力して体制作りを進めていきたい。
- 夜間の協力等、在宅を行っている開業医をサポートするような病院でありたいと考えている。

【小瀬川委員】

- 将来的には、急性期はある程度減らし、回復期や慢性期を増やしていく必要があると考えている。ちょうど篠ノ井総合病院と南長野医療センターとして合併したため、当院の機能は急性期よりも回復期・慢性期の方を主とすることだと考えている。

【澤口委員】

- (急性期の患者を診ることはないが) 多職種連携を一つのキーワードにしながら、在宅患者を手厚く診る方法を考えるとともに、人材育成を進めていきたい。

【森院長】

- (飯綱病院と信越病院について) 同じ地域に同じような病院が2つ、というイメージがあるかと思うが、地域のお年寄りには結構離れたところにあるという印象を持っている。
また、信濃町は開業医の先生が一人もおらず、当院が唯一の医療機関である。手術をする外科医が在宅医療にも出掛ける等、急性期から慢性期まで実に広範囲の医療を担当している。
先ほどの伊藤委員の発言のとおり、2つの病院の存続は重い課題ではあるが、何とか地域住民の拠り所として残していかなければならないと考えている。
- 当地域は観光地でもあり、旅行者の受診も多い状況。地域の観光産業のためにも、旅行者が気軽に受診できる医療機関が必要という声も地域からあがってきている。

【小林委員】

- 長野日赤のように新しく病棟を建てる予定の基幹病院がある場合、現在は偶然バランスがとれていても、何かの診療を重点的にやりたいとなった場合にバランスをどのように調整していくのか疑問。
- 当医療圏の急性期医療が問題なくまわり、急性期の病床を回復期へうまく転用するような議論ができれば良いのではないかと考える。

【高山専務理事】

- 在宅訪問薬剤管理指導等、在宅の分野で連携していきたいと考えている。

【酒井委員】

- 在宅においては訪問看護事業が非常に重大な役割を果たしていくものと考えている。医療と介護の連携をどう行っていくかが課題。次回の会議においては、在宅の受け皿として意見を述べたいと思う。