

第2回湘南西部地区保健医療福祉推進会議 会議結果

議事

議題1 2025年に向けた対応方針（民間病院プラン）について

資料1-1、資料1-2、参考資料2より事務局から説明

<久保田会長>

議題1 2025年に向けた対応方針（民間病院プラン）について、ご質問、ご意見等がありましたらご発言をお願いします。

<山田委員>

公的医療機関等と民間医療機関等の区別がよく分かりません。資料では東海大学大磯病院は民間医療機関、資料1-1の下の※印のところでは、東海大学医学部付属病院は公的医療機関となっていますが、どのような扱いですか。

<久保田会長>

事務局いかがでしょうか。

<木下企画調整課長>

公的医療機関として規定されているのは、資料の下の四角囲内に記載の病院で、東海大学大磯病院は民間医療機関となります。

<山田委員>

東海大学大磯病院も大学の付属病院ではないのでしょうか。

<木下企画調整課長>

東海大学医学部付属病院は特定機能病院であるため、公的医療機関等の扱いです。

<飯田委員>

東海大学病院の本院を代表して参加させていただいております。公的、民間の違いは病院で決められるものではございませんが、東海大学大磯病院は回復期を有しているということが本院との大きな違いです。

<丹羽委員>

病院が介護医療院になった場合の病床の扱いの確認ですが、既存病床数には含まれなくなるのでしょうか。

<医療課>

病院が介護医療院に転換した場合は、第7期保健医療計画の期間中は、既存病床数に含む扱いになります。

<丹羽委員>

4つの区分に加えて、介護医療院の区分が増えるのでしょうか。

<医療課>

病床機能報告については、病床ではなくなるため4区分からは外れ、介護施設となります。

ただ、介護医療院に転換した病床を既存病床数に含めないと、基準病床数との差が生じて新たに病床を設けることができってしまうため、次の保健医療計画の見直しまでの間は、既存病床数に含む扱いとなります。

<丹羽委員>

将来的には、既存病床数から除かれるという理解でよいでしょうか。

<医療課>

次期保健医療計画を策定する際に、病床の扱いが決まることになります。

<鈴木委員>

日本介護医療院協会の会長を務めています、そうした話は聞いていませんでした。国が決めた方針でしょうか。

<医療課>

次期の保健医療計画については、まだ決まっていません。現在の保健医療計画では、基準病床数の決定にあたって、介護医療院に転換予定の病床数も含めて基準病床数を算出したため、現計画の期間中は、特例として既存病床に含めます。

<鈴木委員>

転換型老人保健施設が介護医療院に転換した場合はどう扱うのでしょうか。既存病床数に二重にカウントすることになるのではないのでしょうか。

<医療課>

神奈川県の場合には転換型老人保健施設は事例がないですが、他県ではおそらく既存病床数に含む扱いになっているものと思われます。

<小松委員>

平塚十全病院は増床希望の欄に○がついておりませんが、25床増床分はすでに配分されているということでしょうか。

<木下企画調整課長>

25床の増床は医療病床としての配分ではなく、介護医療院への転換後に増床すると聞いています。療養病床60床を介護医療院に転換するのではなく、35床を介護医療院に転換し、その後、介護医療院のベッド数を増やすことになります。

<小松委員>

療養病床から介護医療院への転換は認められていますが、転換後の増床も認められているのでしょうか。

<鈴木委員>

現時点の特例として、療養型病床から介護医療院に転換する場合には、ベッド数の総量規制から外れるということです。全国のいくつかの自治体では、介護保険事業計画の総量規制を緩くして、介護のベッドの増床を認めているところがありますが、神奈川県はそうしていません。

3、4年後に総量規制が緩くなるかもしれないので、将来的に介護保険のベッドを増床できないことはないということだと思います。

<医療課>

資料が分かりにくい表現となってしまいましたが、療養型病床から転換するのは35床です。

また、介護保険のベッドも総量規制があるため、現時点で25床増床はできませんが、将来的に介護保険事業計画の中での総量規制がかからなくなった後に、介護医療院のベッドを25床増床することを考えていると聞いています。

<久保田会長>

民間医療機関が過剰な病床機能への転換を予定する場合など、各病院の方針について確認したい場合はこの会議への出席を求めるとのことですが、出席を求めべき病院はありますか。

特にないということで、よろしいですか。出席を求める病院はないことを確認しました。

議題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

資料2により事務局から説明

<久保田会長>

議題2 地域医療構想調整会議活性化のための地域の実情に応じた定量的な基準について報告がございましたが、ご質問・ご意見等がありましたら発言をお願いいたします。

<金井委員>

高度急性期から慢性期までの4つの区分の境界をどうするか、3つの県の手法が示されましたが、埼玉県的手法はかなり細かくて計算し直さなければならないようです。これまではそうした議論はなかったと思いますが、そこまで明確にする意味があるのでしょうか。病院では病棟ごとに、「重症度、医療・看護必要度」の数値が出ていますが、区分ごとの患者が何%いるか区切って集計すれば、高度急性期が何床、急性期が何床とか簡単に区分けできると思います。直近の数値を使うか、過去半年の平均かを使うかなど決めればよいと思います。同様に急性期と回復期の間でも毎月数値が出ているので、病院に新たな負担がなく、簡単に区分できるのではないかと思います。

<鈴木委員>

資料2の別紙の佐賀県、埼玉県、奈良県の違いを見ると、埼玉県と奈良県では回復期が多いが、埼玉県では回復期が増えています。奈良県では恐らく回復期扱いとする軽症急性期という区分があり、埼玉県と奈良県方式では回復期として扱う場合の認識が少し違うと思います。金井先生のご意見と同様に、どこで区切るかということにはなりますが、現状の病床機能報告の数値よりは実態に近いように思います。自分としては、回復期の捉え方はもう少し幅広くすべきと考えており、一般病床でも入院期間が少し長めの場合には回復期として扱ってよいと思います。また、地域包括ケア病床と回復期リハビリテーション病床は回復期でよいと思いますが、地域包括ケア病床が非常に増えている印象があり、大病院以外は殆どの病院で作っていると思われます。地域包括ケア病床の病床数の変化などが分かれば、もう少しイメージがしやすくなり、議論しやすくなるのではないかと思います。

<久保田会長>

金井委員と鈴木委員から非常によいご意見をいただきました。事務局で基準を作成する場合に参考としていただければと思います。

議題3 急性期・慢性期病院・介護・在宅をつなぐシステム構築の検討状況について

資料3、資料4により事務局から説明

<久保田会長>

medical BIG netについては、前回の会議でも議題となりましたが、湘南西部病院協会の丹羽会長から補足説明がありましたらお願いいたします。

<丹羽委員>

前回の会議で申し上げたとおり、平塚共済病院、東海大学病院、医師会で検討してきました。

先日、静岡県で導入されているシステムを視察しましたが、予め全国の医療機関、介護施設のなどの公表情報が登録されており、見えそうだという印象を持ちました。湘南西部病院協会で、転院の際にどのような患者情報があれば受け入れ可能かなど、必要な項目などを検討しています。機能があまり細かすぎると費用もかかるうえ、使いやすいものにはならないため、東海大学医学部付属病院が中心になって検討を行ってもらっています。その結果を湘南西部病院協会のシステム担当者会議で検討していこうと考えています。先週、湘南西部病院協会の連絡協議会でも検討状況を説明したところです。

<久保田会長>

システムの構築に関しては、湘南西部病院協会が中心となって進めています。各郡市医師会も協力していきます。秦野伊勢原医師会、中郡医師会の先生方から、ご意見やご質問はございますか。

<須藤委員>

よいシステムができればよいと思います。システムのツールステーションの会員に対する説明については、伊勢原の場合は、東海大学病院の飯田先生にお願いしています。

<山田委員>

病院から在宅に向かう患者には有益なものになると思いますが、在宅に戻った患者が急変したときに、このシステムで受け入れ先の検索に使うことで解決につながればよいと思っています。

施設入所で一番問題になるのが金銭の問題であり、費用が負担できず施設に入れないことがあるため、システムで概算費用も分かるとよいと思います。

<久保田会長>

施設の入所費用をシステムに登録することは検討されているのでしょうか。

<丹羽委員>

このシステムの大きな機能は、対象とする施設を絞るための検索機能で、絞り込んだ施設と直接交渉することを想定しています。システムが複雑になると導入コストがかかり、運用も難しくなるので、どのような機能を持たせるのがよいかを現在検討しているところです。

<久保田会長>

各市町の委員のご意見をお聞きしたいのですが、平塚市さんから順番にいかがでしょうか。

<高橋委員>

平塚市では紙ベースの情報は持っておりますが、このようなシステムが入れば多くの市民の方にメリットはあると思います。内容につきましては、別の部署が事務を所管しておりますので持ち帰らせていただきます。

<木川委員>

丹羽先生にお聞きしたいのですが、静岡県では全県でシステムが導入されているということでしたが、課題というか情報更新行われぬなどの問題はないのでしょうか。

<丹羽委員>

全県でやっているようですが、地域によってシステム活用が進んでいる地域とそうでない地域があるとのことでした。導入が進んでいない地域には、県医師会の担当職員が説明に行き、システム活用のメリットなどを説明しているそうです。また、静岡県でもシステム導入時は県の補助金を活用したそうですが、将来は運用費用への補助がなくなるため、一IDあたり月1000円の利

用料を取ることにしたものの、現在 830 の医療機関や事業所が参加しているということです。県医師会の担当職員がかなりシステム普及の努力をしており、当地域でも導入後、放っておいてよいものではないと考えています。

<佐野委員>

システムが構築できればよいと思っておりますが、中郡医師会の先生方に在宅医療・介護連携支援センターの業務を委託しておりますので、先生方にご相談しながら参画できる時期となりましたら、協力させていただきたいと思っております。

<小椋委員>

二宮町は、大磯町と一緒に中郡医師会に業務を委託しています。一番心配しているのは、各介護事業所で情報が更新できるのかということです。

<高橋委員代理>

医療、介護の情報共有システムについては、秦野伊勢原医師会と一緒に導入を進めているシステムがあり、介護高齢の部門でも別のシステムを構築しているので、すべてが一本化され、繋がることになればよいと考えています。

<丹羽委員>

秦野伊勢原では、色々なシステムが動いているということですが、これは電子カルテとの連携システムでしょうか。

<須藤委員>

秦野伊勢原医師会では、神奈川病院と電子カルテ情報をもとにした医療介護の情報共有システム事業を進めていますが、個人情報への配慮がネックになっているという面があり、セキュリティがしっかりしている分、大変で手間もかかるし費用も掛かります。また、一つの病院との間ではエリアが狭すぎると考えています。静岡県では全県下でシステムを動かしているとのことですが、それでは広すぎるため、二次医療圏とするのが丁度よいと思っております。介護施設のシステムについては進みつつありますが、はっきりとお伝えできる状況に至っていませんので、情報提供できるようになればお伝えしたいと思います。

<丹羽委員>

システムに電子カルテの情報を取り込もうとすると、それに対する情報提供の許可を個人にもらわなければならないこと、また各病院が使う電子カルテの業者が違うため共用できないなど、いろいろな問題があります。そこで、電子カルテの情報は入れない想定で進めているところです。

<久保田会長>

検索システムを使って検索し、最後は電話で確定するというのでしょうか。

<丹羽委員>

静岡県のシステムでは、システム上でも受け入れ可能かどうかを入力する機能があります。

湘南西部病院協会では、対象施設を選んで、最終的にはFAXや電話等で調整して決める仕組みが必要と考えています。

<鈴木委員>

丹羽先生と同意見で、システム上でOKとなっても、結局は直接電話等で連絡して、これでよいかと確認することが必要だと思います。受け入れ側でもいろいろと必要な情報があり、一回も直接連絡をせずに、受け入れることは考えられないと思います。最終的には個別に問い合わせを

するものですので、全ての介護施設が、全ての情報を更新する必要があるわけではないと考えています。

<久保田会長>

介護施設については、ある程度まで共通のフォーマットで情報を更新していくよう統一する必要がありますと思いますが、今後検討することと思います。

<山田委員>

システムの立ち上げは湘南西部病院協会が中心になっていただいておりますが、病院協会がずっと運営を担っていくということなののでしょうか、本来ならば行政に運営してもらえればよいように思いますがいかがでしょうか。

<丹羽会長>

将来的にも湘南西部病院協会で継続して事務局を担っていくことは難しいと考えており、県が行政のリーダーについては音頭をとってほしいとは思っていますが、いかがでしょうか。

<医療課加藤グループリーダー>

このシステム構築については、地域の皆様から提案された事業であり、医療介護総合確保基金の補助金を活用して、進めていただくことと考えています。

<小松委員>

ICTの事業に関しては、基金を財源に県内5か所でモデル事業を進めているところですが、実際にはなかなか厳しい状況にあります。システムの使い勝手が悪いということや、互換性の問題や入力する手間などがあると思います。あると便利なものであったとしても、無くても困らないものであれば問題ないとなってしまう、結局は続かなくなります。転院のためのシステムは、病院にとってはメリットがあると思いますが、少しだったら費用を負担してもよいと医療機関が感じるようなシステムでないと続かないと思います。自分の病院では、相談室のソーシャルワーカーが月に150件の案件の調整をしていますが、実際に入院するのは30件に過ぎず、非常に効率の悪いことをやっています。システムで連携することで、マッチングがよくなるかもしれません。

また、患者さんからすると、お金の問題とか、患者や家族が実際に施設に行ってみないと分からないということがあり、患者さんやご家族の意向は省けません。調整は済んだつもりでも、最後に転院の了解が取れないという話があります。第一には、あると便利なシステムであることが大切で、特定の組織が先頭に立って導入しても、いずれ費用的に自立できるものでないと、なくても困らないということになってしまうと思います。逆にシステムを通じて連携をしていくことで、このくらいの状態の方ならここで引き受けてくれるのかとかノウハウの蓄積や関係性ができてくるのかもしれません。ICTを通じて連携がより深まる可能性があるかもしれませんが、逆に止まってしまう可能性もあります。ICT導入のエリアについては、全県で進めていくのは広すぎて難しいため、湘南西部くらいの範囲でやるのがよいのではないかと思います。

<久保田会長>

これまでの経緯に記載されていますが、湘南西部地区というのは医療の自己完結率が高く、1次、2次、3次の救急の医療機関がしっかりしていることに特徴があると思っています。また、病院協会と郡市医師会の連携がしっかりと図られており、全県を見てもモデル地区のようなものと思います。平塚市医師会で、医療機関情報の冊子を作成し始めたのは5年前ですが、厚木や足

柄地区からも照会がありました。このシステムは湘南西部病院協会からの提案があつて、医師会も協力しながら進めてきたものですが、湘南西部はちょうどよい地域で、モデル地区としてやっ
ていくことに価値があると思います。今後、県で医療介護総合確保基金から補助金が得られるか
どうかは未定ですし、医療と介護の連携の詳細、どの程度の運用資金が必要かなど、詳細にはこ
れから検討していくこととなります。一番大切なことは、この地域で病院と医療連携ができてお
り、国の大きな方針としても、医療と介護は連携していく必要があります、このシステムによって実
現していくということをご承知していただければと思います。

それでは、本日の会議は終了いたします。熱心なご討議ありがとうございました。

以 上