

第3回医療・介護連携専門部会 議事録

1. 日 時 : 令和2年3月2日(月)19:00~21:00

2. 場 所 : 出雲保健所大会議室

1. あいさつ (所長)

○新型コロナウイルス対策で忙しいところまた、それぞれの施設内で緊張感がある中集まっていただき感謝。これから中国5県の中で1例でも発生すると「県内発生早期」ということで取組のギアチェンジをしていくことになる。発生ということになると、保健所が開設している相談センターについては時間帯を拡充することも考えている。市民の皆さんと一緒に取り組んで行きたい。

○本日の議題について

- ・ 「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証について」ということで協議をお願いする。
昨年9月に厚生労働省が「地域医療構想における再検証が必要な医療機関」として全国で424の公立・公的医療機関を公表した。その中の1つに、「同一圏域内に類似かつ近隣に一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上有り車で距離が20分以内」の医療機関として出雲市立総合医療センターが挙げられた。その後、厚生労働省より通知があり、当該医療機関に加えて調整会議も再検証をすることが求められた。今回、出雲市立総合医療センター及び調整会議事務局として保健所より再検証案を示すので協議頂きたい。
- ・ 老健と病院の連携について出雲市から、総合確保基金の申請について県中から提案頂く。
- ・ 消防からの部会への参加について提案させて頂く。救急と地域の連携については、次年度以降に協議させて頂く予定。
- ・ まずは新型コロナウイルス感染症については現段階での情報提供をさせて頂く。

5. 新型コロナウイルス感染症について (レジメでは最後だが最初に説明)

資料に沿って説明 (宮本)

【質疑】

○岡委員 (出雲市)

国の発表では、この検査が医療保険の対象になり、医療機関からの依頼で検査ができるようになる体制が整うとのことであるが、現実的に可能か。現在の検討状況は。

→保健所

県内で検査ができるのは保環研だけである。外部の検査機関で、どこにどれ位の検査ができるのかに情報は入っていない。診療報酬でできるようになった段階で、どこに依頼できるのかの広報はあるものと考えている。それにはもう少し時間がかかると考えている。保環研の検査については、現在2クールで検査している。

○白澤委員 (寿生病院)

外部の検査機関に相談したところ、機器はあるが受付はできないと言われた。それが現状であると思う。

○堀江委員（出雲医師会）

検査をする場合、一般患者と動線を分離する必要があるのですが、現時点では検査することは難しい。

→保健所

そのように考えている。検体を採取するという事は暴露しやすい。それぞれの病院で相当な注意が必要。そういう段階になっても、保健所に相談して頂いたほうが良いと思う。治療薬が確実に出てこないで医療機関の皆さんを守ることにならない。注意が必要と考えている。

協議事項

1. 公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証について

資料1に沿って説明（伊藤）

国から5点が示された。3点が出雲市立総合医療センター、2点が保健所。それぞれから再検証案を説明。

杉山委員【出雲市立総合医療センター】

① 2025年を見据えた出雲市立総合医療センターの役割について

当センターは出雲構想圏東部にあり、人口減が進む中で、75歳以上人口は2030年までは増加すると考えられる。高齢化が進む地域の中で、地域包括ケアシステムの構築に重要な役割を担っている医療機関であると考えている。

医療法改正の中で、医療機能分担推進という考えに基づき、平成17年3月の市町村合併時には69床のダウンサイジングを行い、以後、圏域で不足する回復期病床の確保を進めてきた。

地域医療構想策定後は、その実現に向けた取組として、平成29年2月に、急性期病床50床を地域包括ケア病床に転換した。また、介護力の低下や認知症高齢者の増加、特に平田地域の開業医の高齢化等により懸念される、在宅医療の提供体制を確保するため、平成31年3月から訪問診療を開始し、令和元年8月には訪問リハビリテーションを開始、令和2年度中には訪問看護を開始する予定としている。

2025年を見据えた当センターの役割は、新改革プランに示している当センターの運営方針である「5つのフラッグ」に集約していると考えている。

まず一つ目が、「急性期・回復期・慢性期医療の提供と在宅医療の推進」である。急性期から回復期、在宅復帰まで切れ目のない一体的な医療を提供したいと考えている。地域包括ケアシステムの構築に向けて、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ等の在宅医療の体制づくりを考えている。

二番目として、充実した「予防医療の提供」である。がん検診や健診センターの機能を拡張し、疾病予防、生活習慣病予防に向けた予防医療のさらなる充実に向けて取り組んでいきたい。

三番目として、「高齢者の急性期医療の提供」である。高齢者の慢性疾患が進む中で、急性増悪した際の急性期医療の提供を担いたいと思っている。

四番目は、「市立診療所への支援」である。医療過疎地域に所在する市立診療所の支援で、現在は塩津と鷺浦に医師を派遣している。

五番目として、「1次及び2次救急医療の提供」である。3次救急医療機関への過度な集中を防ぐとともに、出雲構想圏の東部地域を中心とした救急医療を提供する。

② 分析対象領域ごとの医療機能の方向性（他の医療機関との機能統合や連携、機能縮小等）について

資料集P1～7に当センターの受け入れ状況について示している。

平田、斐川地域の患者が90%を占めている。年齢では70歳以上の高齢者が55%。平田地域の中でも20%は交通の便が悪い海岸部から通院している。高齢者が大部分を占めている。再検証の分析の疾患は30%で70%は消化器、呼吸器などの疾患。急性期病棟は平均在院日数が13日程度と短くなっている。看護必要度も高い状況である。救急の受け入れ状況は、救急搬送が500件であるのに対してウォークインの患者は1500人と多い。1次、2次救急を担っていると考えている。

分析の対象となった領域ごとの専門性を追求するのではなく、5つのフラッグが密接に関連しながら医療体制を確保し、地域の医療機関と連携をしつつ、役割を果たして行きたい。

③ 4機能別の病床の変動について

回復期病床を拡充してきた。

急性期病床57床については、地域包括ケアシステムの構築における当センターの役割として、5つのフラッグに掲げる2次救急医療を引き続き提供するために必要と考えている。また、急性増悪した高齢者への急性期医療は、海岸部を有する平田地域の特性から考えても、患者が居住地の近くで治療できる体制が必要であり、引き続き継続したいと考えている。

伊藤【保健所】

④ 構想区域全体における領域ごとの2025年の医療提供体制の姿

医療体制図は平成30年4月に策定した保健医療計画に示している。(資料集P8~10)これが2025年の医療提供体制の姿と考えている。出雲市立総合医療センターの機能については赤字で説明している。小児については変更を加えており、入院を要する救急医療及び小児救急医療を担う病院からは削除している。

また、地域医療構想は、将来人口推計、医療需要データ、DPC等を基に2025年を目指したものである。資料集P11に示すように、当圏域の65歳以上の入院、外来の患者数は2035年まで増加すると見込まれている。よって地域医療構想そのものが2025年の医療提供体制であると考えている。

⑤ ④の結果得られる構想全体の2025年の4機能別の病床数

資料集P13に示している。地域医療構想で示した4機能別病床数を目指して取組を進めている。高度急性期・急性期が減少、回復期が増加、慢性期が減少しつつあるというのが現状である。

地域医療構想の実現に向けては、圏域調整会議(医療・介護連携専門部会)で検討を続けているということを説明として加えている。取組を進めているということも報告したい。

補足として、2点あげている。これは国の通知で、留意事項として「厚生労働省の分析だけでは判断し得ない地域の実状に関する知見を補うこと」「必要な民間医療機関の参加も得て議論すること」あげられているためである。「部会には、圏域内の民間病院を含む全ての病院及び地域の医療介護等関係者が参加している」ということと、「検討に当たっては、各種調査を実施し、実態を踏まえた検討を心がけている。」ということ報告する。

また、今回総合医療センターの名前が上がったのは、20分以内に同様の機能の病院があるということであった。今回国からその根拠のデータが示された。(参考資料のP7)総合交通分析システムという分析方法で出しているが、実態に即した数字ではないという印象である。そこで、「当圏域は中山間地も含めて広範囲であるが公共交通機関は十分でなく、高齢化が進む中で医療機関へのアクセスに大きな課題がある。医療機関の機能を担当エリア別に考える知見も重要であると考えている。」という補足を加えたいと考えている。

地域医療構想の検討状況については、資料1-2と資料集で報告したい。資料1-2は地域医療構想に沿って今までの議論をまとめたもので、左は地域医療構想をそのまま転記したもの、右はどのようなデータで分析したかと結果と今後の方向性である。資料集のデータは、結果を説明できるデータをこれまで示したものの中から選んでまとめたものである。

今後の方向性の所だけを説明する。高度急性期・急性期は、「当圏域の場合は他圏域の踏まえながら検討

する必要がある。」「高度急性期・急性期の機能分担の検討が必要である。」と整理している。回復期については「転換を進める必要がある。」「地域包括ケア病棟のサブアキュートの機能強化が必要である。」と整理している。慢性期については「地域医療構想の策定時から病床数については継続して議論が必要である。」としている。在宅医療の所にも関係し、当初より在宅医療が進むのだろうかという不安があり、そのような記述になっている。在宅医療が思うように進んでいない現状を考えると、慢性期については医療区分1の人の受け皿も問題になっており、「慢性期病棟の在り方については検討していかないといけない。」というまとめをしている。在宅医療については、老健等の受け皿がない中で「課題が大きい。人材不足もある。」というまとめとしている。

これらのことを今まで議論してきたということで提案案としたい。

【意見交換】

○出雲保健所長

総合医療センターのデータを細かく説明する。

- P1** : 上のグラフは、黒線が65歳以上で赤線が75歳以上。65歳以上は2025年までは増え気味でそこから下がるが、入院医療の対象となる75歳以上はそれからも増えていく。
- 下は、これまで総合医療センターが取り組んできた病床と機能の変化をたどったもの。青が急性期、赤が回復期、灰色が慢性期病床で、次第に変わってきている。
- P2** : 上は地域別外来患者割合。平田、斐川地区が9割ということで近いところをカバーしているということがわかる。下はその年齢階級別。70歳以上の高齢者が55%を占めている。外来については若い人も受診している。
- P3** : 上は地区別アクセスが悪いところをカバーしているということの図。下は、出発地を久多美にした場合の各病院への公共交通機関を使った場合の時間と交通費を示している。国の試算とは違うことがわかる。自動車であれば近い数字が出るかもしれないが、高齢者が多く、そうはいかない状況がある。
- P4** : 上は入院患者の地区別の割合。平田、斐川地区が9割を占めている。下は70歳以上が70%、80歳以上が50%を占めるという図。高齢化が進む平田の地域の受け皿になっているという図。
- P5** : 厚労省が問題にしている新生物、脳血管疾患、心血管疾患と言うのは確かに少なめだが、高齢者が多く抱える肺炎、胃腸疾患は大きな割合で受け止めてもらっている。急性期病棟の入院期間は長くはなく、看護必要度の割合も低くはない。
- P6** : 退院先の割合も自宅退院が80%を占めている。救急受診を見ると、救急車の搬送は400から500であるが、休日や夜間の救急では2次救急医療機関の役割を果たしてもらっている。地元に貢献してもらっている。下は回復リハのデータ。
- P7** : 地域包括ケア病棟についてはポスト、サブアキュート機能を果たしてもらっている。地域の長期療養が必要な人の受け皿になっていただいている。
- P11** : 石川ベンジャミン氏の試算表で、出雲圏域の今後の入院外来の患者数の変化である。患者数と変化率。75歳以上は増加していくことがわかる。

○金森委員（斐川生協病院）

斐川町の出東地区から往診に出かけることがある。入院が必要な場合、総合医療センターに入院したいと言われることはよくある。地域の住民にとっては近いところの病院に入院したいという思いがある。総合医療センターの療養病棟に入院したいが満床で入院できず、当病院に入院される人もある。そういう状況があ

ることを話しておきたいと思う。

○杉山委員（出雲市立総合医療センター）

回復期は県中から紹介が多い。ポストアキュートの面、検査でも連携している。

○小阪委員（島根県立中央病院）

その通りである。特に当病院の急性期リハが終わった後の回復リハを受けてもらっている。骨折が多い。助かっている。縮小する議論には賛成できない。今回の指標は限られた疾病であり、議論そのものが不毛な気がする。何かをしないといけないのなら回復期を増やすことだと思うが、この2年間で変わってきている。厚生労働省のデータも古く、それ以降の見直しが反映されていない。こういう会議をやりながら地域医療構想はニーズに応じて流れているのに、古いデータで評価されるのは不毛な議論であると思う。

○井川委員（島根大学医学部附属病院）

ペットCTについてこれまで連携してきた。負担を考え、年内には本院で稼働させたいと考えている。検査等で大変お世話になっている。患者に関しては回復期等で紹介させていただいている。

○中山委員（島根県老人保健施設協会）

急性期を減らした時に、どのようなことが困るかを示さないといけないのではないかと思う。具体的に示す必要があると思う。

○出雲保健所長

急性期がなくなったらという例を紹介する。以前、益田保健所長の時に津和野共存病院の機能をどうするか検討をした。人的確保が難しく、2次救急医療機関の看板を下ろした。それはどういうことかという、休日、夜間の患者を受けないということ。もし出雲市立総合医療センターがそうになったら、現在の夜間救急の役割がなくなり、2500人がどこに行くのかということになる。2次救急医療機関としての役割は大きい。

○出川オブザーバー（出雲市消防本部）

総合医療センターは平田、斐川地域でかかりつけ医として重要な役割を担っていただいている。救急搬送の受け入れもしてもらっている。この救急の受け入れがなくなれば、県中や大学に搬送しないとけない。平田も広いので、総合医療センターがなくなるとさらに遠いところに搬送する必要がある。そうなれば、その間救急車が使えなくなってしまう等、様々な問題が生じると考える。

○小阪委員（県立中央病院）

働き方改革で勤務体制を今まで以上に考えないとけない。2,000人を救急で受けるとなると夜中中働かないといけない状況になり、宿日直許可が取れない状況になる。医者がたくさん居ないと救急が支えられなくなる。日常の診療を制限せざる得なくなる。他の診療にも影響する。

○磯田委員（ケアマネ協会）

平田地域の医療を担っている病院が無くなるとケアマネも困ってしまう。平田地域の人は総合医療センターに受診している人が多い。ケアマネが支援している要介護の人は自分で受診ができない人が多く、平田

地域の中心部に出るのにも支援が必要で、出雲地域の中心になるとさらに支障が出てくる。公共交通機関も便数が少なく、乗り継ぎをしながら行くというのは、時間以上の負担がかかると思う。移動方法や高齢者の負担を考えると、総合医療センターには今後も今まで通りの役割を担って欲しいと思っている。

○出雲保健所長

「回復期をもっと増やして欲しい」「病床が空くのを待っている人もいる」等、今後の有り様を考える貴重な意見を頂いた。

再検証の結果としては、新たな再編や統廃合を考えるのではなく、今の流れの延長線上で検討を継続していく、ということに了解いただいたということで良いか。

→ 了承される。

2. 老人保健施設と病院の連携について

○神田オブザーバー（出雲市 医療介護連携課）

資料2により説明

病院と老人保健施設の相談員で意見交換会をしてきた。

結論から言うと、来年度出雲市で策定を予定している「出雲市入退院連携ガイドライン」において具体的に整理していきたい。ガイドラインに盛り込むことで、この取組の実効性を担保していきたい。

前回会議までの経緯について説明する。この取組は、出雲保健所で今年の6月に市内老人保健施設の状況調査を実施したものである。この調査の結果から、老健入所者の3か月以上入所者が定員の7割を占め、6か月以上は5割を占めていた。その6か月以上入所者の7割は特養を含めた施設入所待ちであることがわかった。

その結果を踏まえて、市において老健の相談員にヒアリングを実施した。病院の医師などに知っておいて欲しいことをとりまとめ前回の会議で報告したところである。

その後の取組として、病院相談員等で構成する病病連携会議と老健相談員の意見交換会が実施された。その取りまとめをした。

資料2はその議論を踏まえて、その取組内容を場面ごとに分けて整理したものである。この過程で分かったのは、老健といっても施設により類型や特徴があり、老健を一括りとして議論できるものではないが、老健入所前や、入所後早期から、病院のMSW、ケアマネと連携し、必要な情報を共有することでサービス調整の初動を早め、老健退所後の次の療養場所の見通しが立てやすくなるのではないかとということ。それを踏まえ、今後の取組として、来年度策定予定の「入退院連携ガイドライン」において取組を具体化していくこととしている。

「入退院連携ガイドライン」の策定に当たっては、二つの視点で臨むこととしている。ガイドラインは主に情報共有の方法についてルール化するものであるが、情報共有の柱として本人の望む暮らしを中心に据えること。もう一つは医療介護連携に関わる関係職種の効率化、高度化に資するガイドラインにしたいということ。2月に作成に着手をしたところであり、引き続きこの会議でも、皆さんの意見を頂きたい。

○中山委員（島根県老人保健施設協会）

昨年調査をして、老健の課題を把握したが、課題がわかっても解決が難しい状況がある。情報を共有して、入所する時から、医療側、介護側で共通のゴールを考えておくことが一番大事であると思う。

紹介状も、病名と「よろしくお願ひします」の1行だけで、検討のしようがないものもある。事前に家族構成等がわかり、ゴールがわかると老健も対応のしようがある。配慮があると、入所がスムーズに進むのではないかと思う。

○椎名地域医療構想アドバイザー

まず、再検証について意見を述べたい。厚生労働省のデータはだいたい2年前のものである。それを踏まえて先を見越して対策を考えないといけない。実情に即した対応をなささいということである。意見交換であったように、都会の10万と田舎の10万は違う、人口構成も違う、出雲市立総合医療センターは国の対象疾患以外の老人性の疾患の肺炎や骨折に取り組んでいる。重要なことである。提案された方向性は正しいと思う。

資料1-2のとおり、今後の方向性としては、「高度急性期・急性期の機能分担を進め、そこを少し減らして回復期を増やす。慢性期は減らしてはいけない。」後方支援につながり、ここを減らすと大きな弊害が出てくると感じた。

病院と老健の連携についてはとても重要なこと。紹介するに当たって、何が目的で何が問題か書けないという指摘であると思う。今後はそういうところを改善しながら対応していくことが大事である。

○林委員（出雲地域介護保険サービス事業者連絡会）

入退院連携ガイドラインについては打ち合わせ等させて頂いた。要は情報共有をしっかりとやりましょうということである。病院からの情報にばらつきがある等の問題があるが、医療機関にとっては老健からの情報が、来るところもあればそうでないところもある、そういう状況であると思う。相互で思っていることがあると思う。医療機関側はかなり統一されている現状があるので老健側も様式を揃えて情報提供ができるようにする。消防とも、救急搬送をお願いする時の引き継ぎの事とかも含めて情報提供がお互いにできるように、様式の統一の出雲バージョンのようなものを行政に関わってもらいながら考えていきたい。よろしくお願ひしたい。

○岡委員（出雲市）

昨年保健所で調査してもらい、一つは連携が大切ということ。中山委員の意見であったように、分かっているけども出口がない状況があり、在宅医療を含めた地域包括ケアを進めるに当たって、多くの課題がある。このような連携の中で、課題の洗い出しなどを行い、少しでも前に進めて行きたい。今後もご意見を頂きながらガイドラインを作成していきたいと思うのでよろしくお願ひしたい。

○小阪委員（県立中央病院）

病院と老健だけではなく、地域包括ケアシステムすべてに関わる事であるが、ACPの話が入ってきている。当院としては救急を受けるが、家族が蘇生を望んでいないことがある。救急隊としては病院に運び病院は蘇生をするが、望まないことをしていれば不幸になってしまう。ACPをどうするか、そういう意見を入れて欲しいと思う。

3. 救急医療と地域の連携について

○出雲保健所より

本日、消防本部からオブザーバーとして参加いただいているが、来年度は本部会に委員として参加して頂きたいと思っている。そのことを協議したい。

併せて、来年度以降、救急と地域の連携ということについて、深めた検討をさせて頂きたいと思っている。

(資料3により説明)

高齢者福祉課から保健所に来た通知である。医療と介護の連携の検討の場に消防の人も積極的に入ってもらうようにしてください、という内容。

その背景として消防長救急企画室長が厚労省老人保健課長にあてた通知がある。それには、消防本部に求められることとして、地域における地域包括ケアシステムやACPに関する議論の場に、在宅医療や介護等の関係者と共に適切に参加してくださいということが記載されている。

その背景になったものが次のページ。消防庁が、救急隊が傷病者の家族等から心肺蘇生の中止を求められる事案が生じているということから実態調査をした。その報告書によると、「基本的には消防隊は救命を役割としているが、ACPの考え方が盛り込まれ、本人の生き方・逝き方を尊重した中での救急の在り方を考えないといけない。そこで、実態調査をしたところ、消防によってそのやり方は千差万別であって、国として一つにまとめることができなかった。なので、そのことについてそれぞれの地域の中で、実態を共有した上で、あり方について検討していかなければならない」というまとめとなっている。

そこで今後、この会に消防にも入っていただき、現場で起こっていることを一緒に検討して頂きたいと考えている。今回オブザーバーで参加いただいております、出雲で起こっていることを話していただきたい。

○出川オブザーバー（出雲市消防本部）

地域包括ケアの中でACPという考え方がある。消防としてもその対応が課題となっている。

具体的には何かというと、基本的にACPという考え方があるが救急隊としては搬送が目的の業務である。救急、重症度を判断し、適切な医療機関に搬送するということが業務とされている中で、現場において延命治療を拒否される状況になった時、救急隊の業務と180度違うことを求められることとなる。本人の意思があっても、業務としては「そうですか」と帰ることができないのが実情。救急隊は、死亡診断はできない。亡くなられた理由の判断もできない。何もせずに搬送することは搬送業務ではないということも国から通知を受けている。そういうことで、「救急隊の業務は医療機関に搬送することである」というのが現状である。

出雲市においては昨年度延命拒否が9件程度あった。過去10年では45件あった。国で法整理ができない中では地域で議論が必要である。出雲市消防本部の活動方針による対応は、まず119番通報があり、現場で延命拒否が示された場合は、死亡診断ができないことを家族に説明し、必要最低限の処置をして病院に搬送する。かかりつけ医の先生に連絡してもらい、その先生の判断で治療終了として搬送しないということもあるが、臨場してもらえない場合は搬送となる。

今後会議に参加させていただき、地域包括ケアシステムの中で搬送というわずかな部分ではあるが一緒に検討して頂きたい。

○堀江委員（出雲医師会）

考えてはいるがなかなか進まない現状がある。9件は在宅か施設か
→施設からの要請である。

○堀江委員（出雲医師会）

施設にはかかりつけ医がいる。家族と話さないと言っているが進まない。何かあったら連絡してくれと言っているが…。夜が多い。主治医に連絡が取れないことが多くてそうなるかもしれない。施設に入った時点で家族と話しをしてくださいと言っているがそれも進まない。難しい。佐田のやまゆり園は一生懸命やっ

ていると聞いている。参考になると思う。ただ、意識が変わるので難しいところもある。

○出雲保健所長

大事な話。施設だけでなく、居宅の問題もある。今後意見交換の時間を持ちたいと思う。
消防に参加いただくということです承いただけるか。

→ 了承される。

4. 地域医療介護総合確保基金事業について

資料4により説明

○小阪委員（県立中央病院）

在院日数が11～12日ということで以前の6割になっている。稼働病棟のべ入院患者数が減るということである。又、これから人口が増えるわけではなく、かつ、外来治療ができたりすることで在院日数がこれまで以上に減る可能性もある。病床を減らし、減らしたところに、新たな機能を持った施設をつくるそのために改修したいということ。

「生活習慣病治療ブロック」「がん等治療ブロック」「脳・心疾患・感覚系疾患治療ブロック」と疾患によるブロック化とした。「がん等治療ブロック」の所に外来化学療法室を整備することで、化学療法の外来と入院をまとめ、臨床腫瘍内科、認定看護師、専門看護師がそのフロアを見ることができるようになりたい。7階は、新リハ室をつくる。搬送がスムーズとなり負担のない形で早期から心臓リハができる形にしたい。

病床数を減らし、地域医療構想に乗っ取った形で総合確保基金を活用し整備したい。

○出雲保健所

総合確保基金の申請に当たっては調整会議の合意を得ることとなっている。ご意見はないか。

○出雲保健所長

地域医療構想からすればとても良い方向であるが、患者さんにとって厳しくなるのが心配である。それについてはどうか。

→稼働率等を見て試算し、年に2～3日オーバーベッドになるかもしれないという計算である。これまでは634床あるということでゆったり入院させていたところもある。DPC入院期間70%という目標を出し、10月から動かしているがオーバーベッドにはなっていない。11月にまだ体制が不安定な時に1回だけ入院を断ったかもしれない。大災害が起きればわからない。また、コロナで感染予防のためにベッドを使えない場合に問題があるかもしれないが、通常診療においては現状のところ問題は無いと考えている。

○出雲保健所

県立中央病院の基金申請について合意したという事で良いか。

→ 合意を確認する。

○出雲保健所

資料4により説明

来年度の病床削減に伴う国の予算について情報提供をして欲しいとの意見であった。

現状での情報は別紙の通り。具体的な内容がわかった段階で通知等するとのことである。

報告事項

1. 医師確保計画・外来医療計画について

資料5により説明

現在パブコメを終了し作成中。前回部会で出した案がそのまま盛り込まれている。

○井川委員（島根大学医学附属病院）

医療機器の効率的な活用に係る計画のPETの記載について、圏域内は2カ所となっている。年内には本院にもPETが入るので、「計画である」というような表現で書いて欲しい。

→今段階で盛り込めるかどうか県と確認し、難しければ当領域の説明時に加えさせて頂きたい。

○出雲保健所長

この件については、PETの基金利用を承認する際に、出雲市立総合医療センターとの調整ができるということが条件になっていた。当領域としてはPETが3台必要と言うことは認めていない。しっかりと調整してくださいということだった。それを変更するとなると協議が必要である。ニーズがそれだけ有ると言うことであればあっても良いのではないかと思うが、それが調整済みで、対応的にも総合医療センターが縮小、更新しない等調整済みであるのか。そうでなければこの文章を置き換えるということにはならない。

○井川委員（島根大学医学部附属病院）

これに関しては、この場所で協議させてもらった。総合確保基金のサポートを頂いた時に整理した。

○出雲保健所

圏域内の2病院に配置されているということを、3病院にとは書けない。

○井川委員（島根大学医学部附属病院）

そういう意味ではなく、「今後1病院に配置される計画である」とか、そういう表現をしていただくとありがたいなということである。

○出雲保健所

なので、それだと3病院の整備を認める内容になる。移行期もあると思う。大学が始まると総合医療センターは止めるとか、考え方を調整すれば書きぶりが変わってくる。ぜひ調整をしていただいて、こういう文言で書いて欲しいと調整の後に話をして欲しい。

○井川委員（島根大学医学部附属病院）

検討させていただく。

2. 島根大学医学部附属病院より情報提供

○井川委員（島根大学医学部附属病院）

レスポンスしないといけないかなと思って出させてもらった。

現在 NICU の設置に向けて改築工事をしている。今後、周産期を充実させていく。

トランスサイレチン型アミロイドーシスに対するビンダケルという薬剤の導入施設に認定された。病院というより一人の医師の処方が可能になった。薬が 1 日 20 万円。毎日服用となる。月 600 万円。高額な医療になる。対象者が 2~3 例あると考えられる。

キムリアの治療が可能になる。高額な治療で 1 回が 3000 万以上。細胞を処理する施設と専用の機器が必要。秋ぐらいから運用できるかも知れない。年間数例ある。中四国では岡山大学だけ。中四国で実施できる 2 番目になると思う。血液内科、小児科である。

今後も大学病院としての役割を果たしたいと準備をしているところである。

○小松委員（出雲市民病院）

地域医療構想の中で病床移行に関わる事柄を報告する。当院の地域における役割として地域包括ケア病棟を 88 床有している。急性期病床 32 床もっているが、患者層を検討した結果、地域ケア病棟で対応できると判断した。診療報酬の内容も出てきた中で、32 床の一般病床を地域包括ケア病棟に転換したいと考えている。準備ができ次第、120 床すべてを地域包括ケア病棟とさせていただく。患者の受け入れ等は今までと変わらない。

来年度に向けて

最後なので来年度に向けて今後の方向性を共有させていただく。

○高度急性期・急性期

高度急性期医療機関間の機能調整について協議していく。本庁が中心になると思うが共に協議を進めていく。

高度急性期・急性期・地域包括ケア病棟の連携について協議を進めていく。

○回復期

転換の話もあったが、当圏域は増床が目標なので、引き続き目指していく。

地域包括ケア病棟のサブアキュート機能については課題が上がっており、強化に向けて検討する。

○慢性期

医療区分 1 の人はどこにいるのかという疑問が残っている。実態を把握する取組をしていかないといけない。サ高住の調査等、実態を把握し、今後の病床のあり方について検討する。

介護医療院について会議で話題になった。勉強会をしたらどうかとの意見もあったができていない。知識の共有化を図る必要がある。

○在宅医療

開業医を中心にした在宅医療は今後難しくなるという意見が多い。病院を中心とした在宅医療は少しずつ取り組まれているが、体制整備を進めて行く必要がある。これは全県の問題でもあるので、県と連携しながら体制整備を図っていく。

かかりつけ医による在宅医療の後方支援体制については連携が大切になってくるので検討していく。

具体的な取組は、出雲市医療・介護連携推課の取組に係ることが大きいので、連携を深めていく。
○救急と地域との連携を新たな取組として深めていく。

出雲保健所長 あいさつ

多岐にわたり議論いただき感謝。内容を確認させて頂く。

1. 公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証について

了解いただいたということで報告する。

2. 老人保健施設と病院の連携について

出雲市入退院連携ガイドラインの策定に向けて来年度検討していく。

3. 救急医療と地域の連携について

ACPの問題を中心にして消防本部から問題提起して頂く機会を作り来年度検討していく。

4. 地域医療介護総合確保基金事業について

県立中央病院の病床削減と合わせた新たな機能の整備に向けて了解を頂いた。

5. 報告事項

計画については以前了解頂いた内容であるが、医大との件については調整が可能かどうか確認していく。

大学から周産期、高度治療に関して情報提供頂いた。

出雲市民病院から新しい病棟再編について情報提供頂いた。

他分野に渡って展開が必要。保健所で進行管理はするが、それぞれの分野、市役所、病院、介護系施設それぞれで検討を進めて頂きたい。

新型コロナウイルス感染症は今が山場だと言っているが、中国5県では発生していない。このまま終息すれば良いが難しいかもしれない。大事なのは日常の診療機能を崩壊させないことだと考えている。崩壊すると一度にパニックになる。そうならないように軌道修正しながら協力を頂きながら進めていきたい。