

平成 30 年度 第 1 回 上伊那医療圏地域医療構想調整会議議事録

日 時：平成 30 年 8 月 2 日（木）

午後 7 時から 8 時 45 分まで

場 所：いなっせ 3 階 会議室

1 開 会

2 あいさつ

3 会議事項

(1) 会長選出について

委員の互選により上伊那医師会の北原会長が選出された。

(2) 上伊那医療圏の医療提供体制について

医療推進課より 資料 1-1、1-2 を説明

(3) 公立・公的医療機関以外の具体的な対応方針の策定について（案）

医療推進課より 資料 2-1、2-2 を説明

[質問・意見]

○ 柴委員（田中病院）

以前から民間病院の代表として会議に出席していたが、今回は対象の病院が出席されているので、議事録、資料などの配布やこれから行う予定の調査表については事務局から個々に送付するということがよいか。

○ 事務局（医療推進課）

実際の調査は、9 月以降を予定しており、各病院に事務局より依頼する。

また、具体的な対応方針に関し御意見等があれば事務局に提出していただきたい。

○ 北原会長

資料 2-1 の 3 ページの「新公立病院改革プランの概要について」の中で、3 病院とも現状の病床数と将来の病床数がまったく同じになっていることについてはいかがか。

○ 事務局（医療推進課）

新公立病院改革プランは、地域医療構想を踏まえてその役割を明確化し、改革に取り組むこととされているが、病床数については、5 年先の見通しが見つからない場合もあり 3 病院とも現状の病床数のままで転換を見込めていない状況かと思う。ただ、プランは今後、地域医療構想の推進状況や診療報酬の改正等の情勢を踏まえて、見直しが行われるものとする。今後、毎年報告される病床機能報告で病床数が変更されていけば、県として、

またこの会議において病院側から説明をいただくことも考えている。

また、9月以降に実施予定の民間病院の具体的対応方針についても、その時点で決まりということではなく、状況の変化で常にそれは見直しがされていくものとする。

(4) 医療と介護の連携について

事務局（保健福祉事務所）より 資料3を説明

上伊那広域連合より 資料4-1～4を説明

[質問・意見]

○ 猿田委員（駒ヶ根市）

伊南の状況を少し補足すると、医療介護連携にいきなり行くのはなかなか難しいなかで、病院と診療所の病診連携ができて初めて、在宅介護に行けるのではないかと提案が医師会などからあり、現在活動している。

○ 小林（俊）委員（上伊那福祉協会）

医療と介護の連携ということで若干課題かなと思っていることを申し上げる。

3次・2次救急で伊那中央病院や昭和伊南総合病院へ看護職員が利用者連れて行くことがある。その際、介護施設は生活の場であり医療行為や治療行為はせず、施設に看護職員はいるが、介護保険制度上利用者の健康管理が主な仕事であるということ、医療機関の看護師や先生方にもう少し御理解いただける機会があると上手くいくのではないかなと感じている。介護施設では医療行為、治療行為はしない中で、吸引が必要な利用者が多くなっているが、介護職員のできる範囲は決まっているので、常時、施設に看護職員が居ない中で、どうしても医療機関へお願いしていかなければいけないこともある。そうした医療面での支援が必要な方がいることから、上伊那圏域でも介護医療院などのニーズが少しあるのではないかなと思う。

○ 小林（豊）委員（伊南福祉会）

私は駒ヶ根市内の施設に勤めていて、担当しているケースは駒ヶ根市の方が圧倒的に多い。医療と介護の連携については、入退院連携や退院時のカンファレンスは加算が絡んでくるので、盛んに行われるようになってきている。また、駒ヶ根市では、他職種事例検討会を毎年行っており、今年9月に6回目を行う予定で今準備を進めている。この会議は、医科、歯科、薬局等の医療機関とか訪問、通所等の介護サービス事業者から駒ヶ根市の介護支援事業所の連絡会、市の担当課等が一つの事例について意見交換や連携を図るグループワークのような会議である。

それぞれの専門性を生かして連携をとりながら、どうやったら利用者の方を支えられるかという課題をもとに話し合う場で、この会議のお陰で少し敷居の高かったお医者さん達、歯科医師さん達、薬剤師さん達と仲良くなれた気がして、とっても良いことだと日々感じている。

施設利用者に対しても丁寧に対応されるお医者さんもいて、本当に心強く、ケアマネー

ジャーとしても皆で情報を共有できるのがありがたい。

私がケアマネを始めた頃の医師は、すごく遠い存在、なかなか近寄りづらい存在だったが、この頃医療関係の方々がすごくフレンドリーで身近な存在になったなと感じている。

○ 北原会長

最近では上伊那でもあちこちで、多職種連携の会議があり、顔と顔を突き合わせることは非常に大事で、今お話があったように敷居が低くなったと思う。

○ 小池委員（伊那市社会福祉協議会）

社会福祉協議会は、地域福祉推進の中核的な団体組織で、医療と介護にも多方面に関わりながら様々な活動をしている。もちろん一介護事業者という立場では、例えばケアマネ部門とかデイサービス部門とか各市町村の社協それぞれで実施している事業も様々であるが、地域包括ケアの構築を平成 30 年度の講習会において、その進化、推進が求められている中でその中心的なところにも医療と介護の連携が位置付けられていると思うので、一介護事業者としても十分意識しながら事業に取り組んでいきたいし、より一層特に医療関係者のご理解等いただけるとありがたい。また一方で地域福祉の推進に絡めながら、今、地域包括ケアでは、例えば市町村レベル、行政区レベルさらに個別レベルで地域ケア会議の実施が推進されているが、多くの社協では町から委託を受け、その推進役となる生活支援コーディネーターを配置して、まさに地域に出向いて中核役割を果たしている。また今後、ケア会議の中で出された地域関係者の皆さんの医療に関わる意見などをしっかり調整会議に提供したい。

○ 田中委員（ケアマネ協会 上伊那支部）

辰野町から中川村まで管轄する上伊那支部は、居宅のケアマネージャー、特養や老人保健施設の施設ケアマネージャー、グループホームや小規模多機能居宅介護のケアマネージャーも含めて 160 人在籍している。介護と医療の連携については、まだまだ個々のケアマネージャーの努力によるところが多い中、箕輪町や駒ヶ根市など市町村が中心になって、多職種事例検討会を行い、医療関係者と顔が見える連携ができています。その他にも自主的な会を立ち上げているケアマネージャーもいます。また当協会としても毎年薬剤師会と合同研修会を開催して、昨年度は伊北と伊南と伊那市の 3 ブロックに分かれ、それぞれ 60 人前後の参加者があった。これからは医師会や歯科医師会と同様の研修会を行いたいとの意見も出ているが、まだまだ模索中である。病院との連携については、昨年度、入院連携ルールができ、それまでは昭和伊南総合病院、伊那中央病院の様式が異なっていたのでケアマネージャーがその都度作り変えたり、それ以外の病院は様式が無かったりで、ケアマネージャーが連携を取るのに苦労していたが、統一様式を 12 月から試行している中で、項目に関してまだまだ修正したい部分があるが、統一様式ができたことは助かっている。時期的に熱中症の一手手前の高齢者が大勢いて、毎日夕方になると熱が出る人に対しヘルパーさんが毎日訪問してくれたり、心配なので朝 7 時にもう一回訪問したり、ケアマネージャーが救急車を呼んだりということが日常茶飯事で起きている。それらに対して、先ほど説明のあった軽症の方でも入院できる地域包括ベッドが地域で知られていけば良いかなと思う。今回の改正で地域包括ケア病棟が在宅療養の支援的入院ができるとい

うことを私も4月に病院のソーシャルワーカーさんから聞き、開業医の先生、病院関係者、ケアマネージャーで情報共有できる場があればいいと思っている。

○ 北原会長

介護関係の4名の方からの発言について、医療に直接携わっている関係者の方いかがでしょうか。

○ 河野委員（上伊那医師会）

医療と介護の連携については、上伊那全体でどうやって扱っていくのかを検討する会議を行っている。当初、市町村は自分のところで精一杯だと思っていたので、あまり全体の話は進まないのではと思っていたが、各市町村の代表の方が熱心に動き、とりあえず入退院ルールを決めることになり、上手にできたと思う。今後いろいろ修正点は出てくるかと思うが、現在うまく進んでいる。

○ 北原会長

医療と介護の連携についてはいろいろな課題があると思うが、今後も引き続きそれぞれの現場で取組を進めていただきたい。

(5) その他

事務局より「今後の長野県の地域医療を考えるシンポジウム」の紹介

○ 寺井所長

最後に大事なポイントの確認で、一つ目のポイントは民間病院の具体的な対応方針をお願いすることで、介護療養病床などが中心の民間病院は介護医療院への転換をどうするか早急に真剣に考える機会ということ。その動向によって今度は市町村が介護施設を作るのか作らなくても良いのかという大きな選択に関わってくること。

二つ目のポイントは資料の2-1の3ページ目の中段下の【その他】の「都道府県は、以下の医療機関に対し、会議に出席し必要な説明を行うように求めよ」と書かれている下の「・病床がすべて稼働していない病棟を有する医療機関・・・」というのは、その他民間医療機関の中で病床が稼働していない病棟がある医療機関は危機だということ。今は医者や看護師が不足しているけど何年後には不足が解消され稼働率が60%から80%に増えると言ってもその時は地域が許さないと国は縛りをかけ、この調整会議で調整しなさいとしているので、病床が十分に稼働していない病院は真剣に何らかの形で病床を動かすように考えること。

三つ目のポイントは介護関係のみなさんから話があった入退院ルールがやっと形になったが、これはあくまで入口であって、入退院ルールが動くということは介護施設と医療機関の話し合いができる状況になったということ。これまで医療機関と介護施設の情報共有が図られていなかったことが問題で、医療機関と介護施設がもっと真剣に在宅医療をやるためにいろんな情報を共有するのが重要ということ。

情報共有という点では飯田に比べ10年遅れているのが現状で、是非とも皆さんの御協力をお願いしたい。