

第10回菊池地域医療構想調整会議 議事録

日時 令和5年(2023年)3月2日(木)午後7時~午後8時30分

会場 県北広域本部別館2階大会議室

出席者 委員17人(うち5人代理出席)

事務局

熊本県菊池保健所

本田次長、浦上参事、山部主事、瀬戸技師

熊本県医療政策課

朝永主幹、村崎参事

傍聴者 2人

I 開会

(事務局 本田次長)

定刻になりましたので、ただ今から、第10回菊池地域医療構想調整会議を開催します。

本日の進行を務めさせていただきます菊池保健所次長の本田と申します。どうぞ、よろしくお願いたします。

まず、資料の確認をお願いします。

「会議次第」「委員名簿」「配席図」「資料1」「資料1-2」「資料1-3」「資料2」の資料を配布しておりますが、不足はありませんでしょうか。不足がありましたら、お知らせください。

なお、本日の会議は、県の「審議会等の会議の公開に関する指針」に基づき公開とさせていただきます。傍聴者の皆様は、お配りした傍聴要領に従い静粛に傍聴し、必要に応じて係員の指示に従ってください。

また、会議の概要等については、後日、県のホームページに掲載し、公開する予定といたしますので、本日の会議の内容を録音させていただきますので、ご了承いただきますようお願いいたします。

それでは、開会にあたり、菊池保健所長の劔から御挨拶申し上げます。

(菊池保健所 劔所長)

皆様、こんばんは。

本日は年度末の御多用な中、第10回菊池地域医療構想調整会議にご出席いただき、誠にありがとうございます。

また、日頃から菊池地域の保健医療福祉の施策の推進にご協力いただきまして、感謝申し上げます。

前回12月の会議以降、年末年始を中心に第8波が発生しました。

陽性者としての発生届の内容は、高齢の方と妊婦がほとんどを占めており、大方が軽症という状況ですが、患者数が多かったことと、高齢者施設や医療機関でクラスターが頻発したこと等の影響で、全県的に病床がかなり逼迫しました。

コロナ対応病床を確保いただいている病院はもちろん、確保されていない病院でも診ていただきました。それでも 自宅療養をせざるを得ない高齢者の方々がいらっしゃいましたので、市町や介護分野の方々にご協力いただき、フォローすることができ、何とか乗り越えられたかなと思っているところです。

現在、第8波が落ち着いておりますが、5月8日に5類になることが決まりました。少しずつ

厚生労働省から情報が来ているものの、具体的なものは見えておりません。5類に移行した場合は、いろんなことが変わりますので、地域全体が混乱しないように準備を進めていきたいと思っておりますので、皆様の御協力をお願いいたします。

地域医療構想についてですが、昨年12月に3年ぶりに対面開催することが出来ました。その際、「これまでの振り返り」を行ったうえで、「今後の地域医療構想の進め方」や「外来医療計画」「外来機能報告」そして「地域医療支援病院の新たな責務」について御協議いただきました。

本日の議事として挙げております「医療機関の具体的対応方針の協議について」は、前回合意いただきました「今後の地域医療構想の進め方」に沿って行う議題です。このテーマでの協議は、来年度にかけて継続して行っていますが、本日は、熊本再春医療センターそして菊池病院の各病院が本圏域において担う役割について御協議をお願いします。

上山委員と渡邊委員におかれましては、熊本再春医療センターそして菊池病院の管理者というお立場で資料を作成いただきありがとうございました。併せて、御説明についてもよろしくをお願いいたします。

そのほかに、こちらも前回会議で御協議いただいたものですが「外来機能報告のスケジュールについて」を報告事項として挙げさせていただいております。これは、お示ししておりましたスケジュールの変更について御報告させていただくものです。

皆様お疲れのところかと思えますけれども、忌憚のないご意見を賜りますよう、どうぞよろしくをお願いいたします。

(事務局 本田次長)

ここで、委員の皆様の御紹介をさせていただくべきところですが、時間の都合上、お手元の委員名簿と配席図で代えさせていただきます。

なお、中野委員、宮本委員、新改委員の3人の委員については、都合によりご欠席です。

また、川口病院理事長の川口委員の代理として、川口病院院長の多森様。菊池市長の江頭委員の代理として、健康福祉部長の本田様。合志市長荒木委員の代理として、健康福祉部長の岩田様。大津町長金田委員の代理として、健康福祉部長の坂本様。菊陽町長吉本委員の代理として、保険衛生部長の東様に御出席いただいております。

また、本日は、本庁医療政策課からも出席しておりますのでよろしくお願いします。

ここから議事に入らせていただきます。菊池地域医療構想調整会議設置要綱の規定に基づき、進行を樽美議長にお願いしたいと思います。樽美議長、よろしくお願いします。

II 議題

1 協議事項

医療機関の具体的対応方針の協議について

(樽美議長)

皆様こんばんわ。

菊池郡市医師会の樽美です。円滑な進行にご協力いただきますようお願いいたします。それでは、お手元の次第に沿って議事を進めます。

協議事項の「1 医療機関の具体的対応方針の協議について」、協議を行います。

本日は、熊本再春医療センターと菊池病院について協議を予定しております。

協議の流れとしましては、まず、前回会議での協議内容等について事務局から説明をお願いします。

その後、熊本再春医療センターの協議を行いますので、病院からご説明をお願いします。
それを受け、皆さんで意見交換をし、合意の確認を行います。
菊池病院についても同様に、病院からご説明、意見交換、合意確認の順に進めたいと思います。
それでは、事務局から説明をお願いします。

(事務局 浦上参事)

菊池保健所の浦上です。議事1の医療機関の具体的対応方針の協議について説明いたします。
本日はこの後、2つの病院について協議を予定しておりますが、まずは、資料1により、昨年12月に開催した前回会議の協議内容を改めて確認したいと思います。

「資料1」の2ページをお願いします。

中ほどの部分ですが、新型コロナウイルス感染症を踏まえた地域医療構想の考え方として、国においては、感染症対応により浮き彫りとなった課題にも対応できる医療提供体制の構築に向けた取組みを引き続き進めることが必要とされています。

県としても、医療機関相互の役割分担や連携についてあらかじめ協議しておくことは重要と再認識したところです。

3ページをお願いします。

取組の方向性として、コロナ禍であっても高齢化や人口減少が進む中、地域医療構想の実現に向け、コロナ対応を踏まえて確認された役割を踏まえながら、地域での議論の促進、分化連携に向けた取組みを着実に進めていくこととしています。

4ページをお願いします。

下の枠囲み部分ですが、1つめの○は菊池地域においては対象となる医療機関がありませんので、飛ばしまして、2つめの○として、一般病床・療養病床を有する医療機関について、今年度から令和5年度にかけて、具体的対応方針の検証が求められており、前回12月の調整会議において、その協議方法や協議順序を決定いただいたところです。

5ページをお願いします。

協議方法については、これまでと同様、政策医療を担う中心的な医療機関、菊池地域においては9医療機関ございますが、これらの医療機関は「統一様式」により、その他の病院及び有床診療所は、一覧を用いて一括で協議する方法としました。

6ページをお願いします。

協議順序については、本ページの順序により行うこととしておりまして、本日は①の会議ということで、熊本再春医療センターと菊池病院について、協議をお願いいたします。

来年度以降も順次スケジュールに沿って進めていくこととしておりまして、個別説明をお願いする医療機関に対しましては、統一様式の作成をお願いします。

7ページをお願いします。

政策医療を担う中心的な医療機関に作成をお願いしている、「統一様式」の構成です。

一度目の協議で作成いただいたものをベースに、真ん中の上にあります、新たな留意事項として、新型コロナを念頭とした新興感染症への対応と、医師の働き方改革への対応を踏まえ

て、改めて検証いただくこととしております。

8 ページ以降は、今回の取組みの根拠となる厚労省通知の概要ですので、参考までにご覧いただければと思います。資料1の説明は以上です。

(樽美議長)

ありがとうございました。

それでは、病院の具体的対応方針について、熊本再春医療センターの上山院長先生、ご説明をお願いします。

(上山院長)

熊本再春医療センター院長の上山です。

資料1-2をご覧ください。熊本再春医療センターが担う役割について説明します。

1 現状と課題についてです。

5年前に前院長の米村が説明した内容から変わっていることを説明します。

平成31年4月に熊本再春荘病院から熊本再春医療センターに名称を変更しました。

令和元年9月に建て替えを行いました。

また、令和2年に理念を「思いやりの心で 患者、地域、職員に愛される病院」に変更しました。

平成24年8月に地域医療支援病院の承認を受け、地域医療及び救急医療に力を入れてきました。

令和3年度は、年間で4,366名の救急患者を受けて入れています。なお、うち1,398名が救急車による受け入れです。

その他、熊本県指定がん診療連携拠点病院、熊本県難病医療拠点病としてがんや難病に取り組んでおります。

また、県立黒石原支援学校と廊下でつながっており、医教連携のもと成育医療にも取り組んでおります。

新型コロナウイルス感染症においては、令和2年9月30日に重点医療機関の指定を受け、今年の1月の時点で、入院患者700名以上に対して診療を行っております。また、合志市と協力し、住民や医療従事者に対するワクチン接種も行っています。

従いまして、地域医療と政策医療の両方に取り組んでいる病院です。

3ページをお願いします。

救急外来の診療状況ですが、今年度の救急車の受け入れ件数は、年末時点1,293台で、昨年度よりも多くなる予想です。

地域医療支援病院の承認条件の一つである紹介率と逆紹介率ですが、昨年末時点で紹介率が74.8%、逆紹介率が78.9%となっており、紹介率が65%以上かつ逆紹介率が40%以上という条件を満たしております。

一般病棟の10対1入院基本料については、病床利用率82.9%程度で推移しています。

職員数は、医師が39名、看護職員325名、その他職員も含めると合計で539名となっております。

次のページをお願いします。

指定発達支援医療機関ということで、政策医療についてです。

重症心身障害や筋ジストロフィーといった慢性の神経難病の病床が160床あり、長期入院患者様を診ています。特に医療的ケア度が非常に高く、ほとんどの患者様が人工呼吸器を使った

り胃ろうの処置をしています。

また、多機能型通所事業のなかよし広場を行っております。

次のページをお願いします。

自施設の課題を挙げております。

まず、救急医療体制についてです。当院は、平成20年に救急告示病院に指定され、救急医療に積極的に取り組んでいます。救急専門医がおらず、救急部やICUもありませんので、高度救急医療は出来ておりません。

医師確保がなかなか難しい。一方で医師の働き方改革で、医師の労働時間が制限されております。これを遵守するためには医師を増やさなければならないが、逆に減少してきているという大変な現状となっております。

現在は、内科系の医師1名と外科系の医師1名の2名体制で対応している当直も、減少傾向が続けば、体制の維持が難しくなっていくと思われまます。

放射線技師や薬剤師等のコメディカルのスタッフも少ないため、21時までは院内待機としておりますが、それ以降はオンコール対応となるため、緊急度が高い患者様への対応が難しい状況で、非常に大きな問題点であると考えています。

去年の10月から選定療養費といって、紹介状がない患者様は7,700円払わないといけなくなりました。この影響で、夜間の患者様は減ったものの、日中の外来患者様は減っておりません。

2 入院患者受入の促進についてです。

コロナ禍でなかなか難しいものの、地域の医療機関の先生方と連携を一層強化していきたいと思っております。

3 診療科の充実についてです。

これは現状なかなか難しいと思っております。

4 新型コロナウイルス感染症対応についてです。

当院は、第2波の最初から診療をしています。良かったと思う点は、1つの病棟(30床)を丸ごとコロナ病床として稼働させたことです。感染者はもちろん疑い患者もこの病棟で隔離して診ています。

今後も、この病棟を安易に元に戻すことは考えておりません。

感染症は山と谷があります。今、谷だからと言って安心してると山が来たらまた体制を整えなおさなければいけないため、よほど感染者数が少なくなる限り、閉鎖することは考えていないということです。少なくともここ1年程度は継続したいと考えていますが、この病棟をどう運用していくか考えているところです。

次のページをお願いします。

今後の方針についてですが、前回会議で決まった地域医療支援病院としての責務について、ここに書いていないことについて口頭でご説明します。

医師の少ない地域への支援については、例えば、菊池郡市医師会立病院様に、隔週で神経内科医を外来派遣しております。今年度までですが、菊池病院様に内科系の医師を往診で派遣しております。また、大津町にできた整形外科の診療所に毎週医師を外来派遣しております。

平成31年3月に、熊本県から地域医療拠点病院に指定されました。県内では、医師の約6割が熊本市に偏っており、熊本市は人口当たりの医師数が平均を超えるが、他の地域は下回っている状況です。この地域偏在を是正するため、熊本大学病院から医師を派遣してもらっています。その代わりに過疎地や離島に医師を派遣しなさいということになっておりますが、菊池地域には、離島やいわゆる無医村がない。そのため、要望があったところに医師を派遣するとい

う形をとっております。

新興感染症対策については、先ほどと重複しますので割愛しますが、新型コロナや新興感染症が発生した場合は、積極的に受け入れやワクチンの接種等に対応したいと考えております。

災害時の医療提供ですが、当院にはD-MATを整備しておりません。災害拠点病院である川口病院様と連携して、可能な範囲での災害医療を行っていきたいと思います。

今現在行っている災害時の対応の具体例としては、台風避難入院に対応しています。これは、神経難病や重度心身といった人工呼吸器を使用されているような方は、電源が供給されないと生命の危機にさらされることから、台風接近時等に受入れているものです。

8ページをお願いします。

病床機能の変化についてです。病院建て替えの際に41床減らしました。

回復期が0から46床に増えていますが、これは地域包括ケア病棟を設置したもので、整形外科のリハビリを中心とした患者様のケアを行っております。

9ページをお願いします。

内容はこれまでと重複しますので割愛します。

10ページをお願いします。

診療科の見直しですが、医師の確保が難しいことから、これを変えることは現実的に難しいと考えております。

私が一番要望したいのは、消化器内科です。10年以上非常勤医師だけで賄っております。消化器外科は5人の医師がおります。内科と外科の医師が揃っていないと円滑な診療ができません。熊大に常勤医師を要望していますが、大学側も医師が不足しているということで、非常勤医師の派遣にとどまっている状況です。

11ページをお願いします。

病床稼働率についてです。2025年に向けても現在と同水準で推移すると考えています。

12ページをお願いします。

当院の機能としましては、一般医療、急性期医療、特に2次救急医療。そして重度心身障害や神経難病の長期入院を主体とした政策医療といった機能を有しております。これらの機能を両立させていることを特徴としております。これらの取組みを引き続き継続していきたいと考えています。

(樽美議長)

上山先生ありがとうございました。

それでは、意見交換に入りたいと思います。

委員の皆様、御質問等あればお願いします。

(樽美議長)

それでは私から質問させていただきます。

コロナ病床として確保されている3階の病床30床を5類になっても継続されるというご説明でしたが、本当に大丈夫ですか。

(上山委員)

コロナは感染が拡大するとき、そして終息するときも非常に速いスピードで移行します。

今は落ち着いていますが、コロナ病床をなくし、一般の患者様を受け入れてしまうと、再び流行した際に、コロナ病床に転換することは大変です。これは、病院を守るという意味もあり

ます。最近、院内感染が結構発生しています。入院時、無症状でも検査をすると陽性だったというケースがよくありますが、このような時、コロナ病床があるとそこで隔離できるため、院内感染のリスクを低減させることができます。

新型コロナは重症度や致死率は季節性インフルエンザと変わらないが、感染力は5倍くらい強いということが大きな違いです。コロナ病床については、流行の経過を見ながら慎重に考えていきたいと思います。

(樽美議長)

ありがとうございました。

個人の医療機関では、5類になって空床補償が無くなるとコロナ病床を維持することは困難です。30床を空けたままにしておくことは大変かと思いますが地域としては非常にありがたいことで、保健所も含めて助かります。

(上山委員)

できるだけ長めにやろうと思っています。

今後の感染の動向が全く見えないので、慎重にやらなければいけないと思っています。

(上山委員)

過去のこの会議において、当地域では、高度急性期の病床は0である。全て熊本市に搬送して対応してもらうということになったと聞いています。

これは、当地域では高度急性期医療を行わないと決定されたという理解でいいのでしょうか。

地域完結型医療を否定するような結論になっていることについては問題ないのでしょうか。

果たしてそれでいいのかという疑問が湧いてきました。県内の各医療圏において高度急性期が0床という地域はあまりないと思うが、これについてはどう考えればいいのでしょうか。

(医療政策課 朝永主幹)

医療政策課の朝永です。

当圏域では、確かに高度急性期病床が0床となっておりますが、厚生労働省が示しております2025年の必要量は64床となっております。

例えば、熊本再春医療センターで高度急性期を担われるということをこの会議で御議論いただくことはあると思います。

おっしゃいまいしように、域内完結という意味から高度急性期の病床は必要だと考えております。

(上山委員)

当院で担いたいのはやまやまですが、医師確保がネックとなっております。

スペースも機材もあるが、救急医がおりません。医師さえいれば対応可能であることはこの場で明言します。

医師の地域偏在が顕著で、医師の確保が大変難しい。この5年間ほどで4人ほど常勤医師が減っております。

医師が大学に依存している状態です。これがどうにかならないかと常に思っています。

(医療政策課 朝永主幹)

医師不足については、どの地域でも発生している問題です。

必要な人材が確保できれば高度急性期を担うことが出来る、コロナ病床についても今後しばらくは維持していこうと思われているということで、とても心強い申出をいただきありがとうございます。

行政としましては医師確保については非常に難しい問題だと認識しております。
できるところについて御支援できればと考えております。

(上山委員)

コロナについても、たまたま日本感染症学会専門医であるの中村医師が在籍しております。
また、呼吸器内科と小児科がたまたまあったので、小児も含めてコロナ対応することが出来ました。

今でこそ軽症化していますが、発生当初は、呼吸器内科の医師がいない病院では、コロナ患者を診るのは恐ろしかったのではないかと思います。

専門の医師がいたから対応できたが、専門の医師がいない医療機関で診ることは不可能です。
県では医師確保対策に取り組まれておりますが、まだ不十分です。もっと医師を養成すればいいのにとおもいますが、まったく逆方向に動いている印象です。

(樽美議長)

当地域で高度急性期に対応できるのは熊本再春医療センターしかありませんのでよろしく
お願いしたいと思います。

ヘリポートは完備しているのですか。

(上山委員)

ありません。

病院建て替えの時、ヘリポートの話も出ましたが、多額の費用が掛かることから許可されませんでした。

(樽美議長)

意見が出尽くしたようですので、ただいまの熊本再春医療センターからの説明について、合意の確認をしたいと思います。合意について賛成の方は挙手をお願いします。

全員挙手

全員賛成と認められますので、熊本再春医療センターの役割等について、菊池地域医療構想調整会議で「合意」といたします。

続きまして、菊池病院の渡邊院長先生、ご説明をお願いします。

(渡邊院長)

菊池病院の院長の渡邊です。よろしくお願いします。

資料1-3をご覧ください。

2ページです。

当院の理念、基本方針は変わっておりません。「安心して相談できる心と脳の専門医療を目指

します」としております。

目標については、頭文字をつなげた言葉ですが、「Mental Care」「EBM」「National Policy」「Teaching」「Amenity」「Local Network」の頭文字をつなげた「MENTAL」としております。

3 ページです。

診療実績についてです。届出入院基本料は、精神病棟入院基本料、認知症治療病棟入院料1、障害者施設等入院基本料、指定入院医療(医療観察法)を届け出ております。

障害者施設等入院基本料は、いわゆる重心病棟で、重度の知的障害で精神症状が活発な方、自傷他害や興奮や不安のある方を診る病棟です。

指定入院医療は医療観察法病棟です。重大な犯罪を犯した精神障害者の方を診る病棟です。

平均在院日数は、精神病棟が 206 日です。医療観察法病棟は 1, 862 日となっております。700 日程度が目途なので、結構長引いている状況です。重心病棟は 1, 161 日で、病院全体で 353. 7 日となっております。医療観察法病棟や重心病棟の在院期間が長いため、全体としても入院期間は長い結果となっております。

4 ページをお願いします。

職員数です。合計 242 名です。医師は 11 名ですが、常勤は 4 名です。当院も熊本再春医療センターと同じようにマンパワー不足で困っている状況です。非常勤は 7 名いるものの常勤があと 2 名は欲しいです。看護職員は 154 名で、専門職 52 名、事務職員 25 名です。

当院の特徴ですが、昭和 52 年に精神科に転換しました。当時、室伏君士先生が東京から赴任され、菊池病院における認知症患者に対する医療システムを考えられ、現在に引き継いでいます。

特に、脳器質性精神疾患を含む精神障害、老年期精神障害、特に認知症患者に対する医療。さらに平成 19 年に医療観察法病棟が開棟しております。重心病棟については、昭和 52 年以降継続しています。

5 ページです。

菊池病院の担う政策医療としては、精神では認知症患者様を積極的に受け入れ、老年期精神障害に対する総合的専門医療を展開している。基本的に認知症患者様に対しては、薬物療法等により、自宅から来られた人は自宅に、自宅に帰ることが出来ない人は施設入所可能な状態までにするということを目指しています。

慢性期の重心病棟は、昭和 52 年に 6 歳くらいで入院され今も入院されているという方もいらっしゃいます。長期間にわたって入院されるような病棟です。

九州全域～中・四国を中心に入所相談を受けており、ニーズは高い領域です。

コロナ患者の受け入れについては、令和 2 年 10 月より精神疾患を有する軽症までの方で県からの依頼に基づき、5 床確保し対応しており、これまで約 80 名の方を入院受け入れしました。今後、5 類移行に向けての対応について検討しているところです。

菊池構想区域内で唯一の地域拠点型認知症疾患医療センターとして、行政機関、地域包括センター、医療・介護福祉施設等との連携を充実、強化について継続したいと考えております。

また、室伏先生の伝統で、当院は、他の医療機関従事者向けに「西日本認知症高齢者対策研修」を実施しており、認知症高齢者ケアに関する教育研修の充実を図っています。この研修は年に 2 回実施しており、コロナ禍のここ 2 年はオンラインで実施しました。

更に、熊本県内唯一の「強度行動障害を伴う重症心身障がい児(者)」の入院受け入れ施設として、地域に不足している病床分を病棟建替に併せて増床し、医療需要に対応します。

もともと重心病棟は 2 病棟各 40 床の計 80 床でしたが、熊本地震で病棟が使えなくなりまし

た。令和2年2月に新しい病棟ができ、20床増床して100床で運用しています。これに伴い入院患者も徐々に増え、現在90床程使用しております。

医療観察法の病床は、もともと25床でしたが、再編し6床減の19床で運用しています。

更に、令和4年3月、熊本県災害拠点精神科病院に指定されました。これは各県に最低1病院指定されることとなっておりますが、熊本県では、当院と桜が丘病院、と益城病院の3つの病院が指定されています。災害発生時、熊本県地域における精神科医療の必要な患者の受入れ、治療及び搬出を行う。また、被災地にDPAT先遣隊を派遣するといった役割が課せられており、今準備をしているところです。当院でも、熊本地震の時、他県の病院に受け入れをしてもらいました。もしそのような状況が発生した際には当院で受入れを行いたいと考えております。

8ページです。

熊本地震の前は247床でしたが、重心病棟が慢性期病床で20床増床しております。その他は、精神病床167床だったものが、現在は、観察法19床、一般60床、認知症病床60床の139床となっております。熊本地震の前に比べて1病棟なくなったという形ですが、その代わり1病棟45床単位で構成していたものが1病棟60床単位での構成に代わったせいで、動線が長くなり、職員の負担が増えました。

10ページです。

現在、診療科を見直す予定はありません。

11ページです。

病床稼働率ですが、認知症病棟については、60床のうち休床含む18床をコロナ対応用としているため、現在42床で運用しています。そのため77.7%という稼働率となっております。

医療観察法病棟は、積極的に外出・外泊を進めることとなっておりますが、コロナの影響で受け入れ先がなく、その結果退院できないという影響が出ています。一方で、全国で70人くらい入院待ちの方がいらっしゃるような状況で、コロナが明けたら積極的に退院を進めるよう裁判所からも指導を受けている状況です。重心病棟は、100床のうちの10床程度はレスパイト入院用に確保しておく必要がありますので、実際には稼働率100%に到達することはできませんが、目標ということで100%と掲げております。

紹介率や逆紹介率も現状と比較し非常に高い目標値を掲げております。目標に向かって取り組みたいと思います。

12ページです。

取組みと課題についてです。

菊池病院は赤字運営をしている病院で、建て替えをお願いできる状況ではありませんでした。しかし、熊本地震で病棟が壊れてしまったことから立て直しが行われたという背景があります。令和2年に完成し、精神病棟が一般精神60床、認知症60床、重心病棟が50床×2という形で稼働しており、熊本地震の前後で病床構成が変わりました。アメニティが格段に向上しました。

今後の課題としましては、大変課題の多い病院ですが、第1に医師がなかなか来てくれません。公的病院の人氣がないようで残念です。

2つ目が依存症や発達障害です。依存症については、統合失調症は若い人が発症するような疾患ですが、若い人が減っていることの影響か患者様が少ない状況です。一方で、アスペルガーといった発達障害の方はものすごく増えています。うつ状態や自傷行為を行う方たちに対応できればいいのですが、専門性が高いので医師確保の問題がありますので、現実には、認知症病棟と一般精神病棟を維持するのが精いっぱいという状況です。

3番目としては、病棟は立て直してもらったものの管理棟やサービス棟は古いままです。次に地震に見舞われたら持たないだろうと言われており、早く建て直してもらいたい必要があるもの

のなかなか厳しい状況です。

一言でいえば人員不足で活性化しない。併せてコロナ禍で参集することもままならない状況でしたので、5月あたりからはチームワークを良くしてやっていければと思っております。

(樽美議長)

渡邊先生ありがとうございました。

それでは、意見交換に入りたいと思います。

委員の皆様、御質問等あればお願いします。

(上山委員)

医師数が常勤4名ということですが、当直はどうされているのでしょうか。

(渡邊委員)

大学から2名来てもらっています。

(上山委員)

では医師1人で50人ほどの患者を診ているということでしょうか。

(渡邊委員)

そうです。私も含め多くの患者を診ております。

(樽美議長)

以前、地震の後、建て替え前の時で、重心病棟がもともとの定員の半分くらいしか入れられない。県内には菊池病院しか病床がなく、近隣県にもあまり病床がないため他県からの患者様も受け入れなければならない。そのため待機患者がかなり多くいると聞いていた。

100床に増え、待機患者はいなくなったのでしょうか。

(渡邊委員)

確かに、昔は待機患者がいたようです。

現在は、元々あった80床は満床ですが、100床になったうちの90床程は埋まっています。5床はレスパイト用に空けておくという運用をしておりますが、待機患者はいらっしゃいません。

(樽美議長)

ほかに御意見ございませんでしょうか。

特に意見はないようですので、ただいまの菊池病院からの説明について、合意の確認をしたいと思います。合意について賛成の方は挙手をお願いします。

全員挙手

全員賛成と認められますので、菊池病院の役割等について、菊池地域医療構想調整会議で「合

意」といたします。

2 協議事項

外来機能報告のスケジュールについて

(樽美議長)

ここからは、報告事項に入ります。報告事項は、1項目です。

それでは、「2 外来機能報告のスケジュールについて」について、事務局から説明をお願いします。

(事務局 浦上参事)

資料2により、今年度から始まった「外来機能報告」につきまして、スケジュールの変更が
あっておりますので御報告いたします。

2ページをお願いします。外来医療機能の明確化・連携に向けた方向性としまして、真ん中の四角枠のなかですが、①外来機能報告を実施することと、その結果を踏まえ、②連携に向けて必要な協議を行うこととされました。また今年度は、右矢印の先で、「紹介受診重点医療機関」を明確化する取組みを進めることとされておりました。厚労省の狙いとしては、下のイメージ図にありますが、外来機能の役割分担により、患者の待ち時間短縮や、勤務医の外来負担の軽減、働き方改革への寄与を旨とされています。

3ページをお願いします。

外来機能報告の説明資料です。今年度から新たに始まっておりまして、下の方に記載されていますが、報告項目として、医療資源を重点的に活用する外来の実施状況等が設定されています。対象医療機関は、真ん中の右の方にありますとおり、病床機能報告の対象である一般病床または療養病床を有する病院と有床診療所は報告が義務とされており、無床診療所についても、任意で報告ができることになっています。

4ページをお願いします。

紹介受診重点医療機関の説明になります。真ん中の右側に地域の協議の場とありますが、先ほどの外来機能報告の結果を踏まえ、①基準を満たした医療機関や、②基準は満たしていませんが、紹介受診重点医療機関になる意向を有する医療機関について、地域で協議いただき、どの医療機関を紹介受診重点医療機関とするか決定することとされています。

5ページをお願いします。

基準のひとつである重点外来についての説明資料です。医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来など、①から③のいずれかの機能を有する外来を「重点外来」と定義されていますので、参考までに御確認ください。

6ページをお願いします。

県の方針ですが、病診連携が地域で構築されてきた経緯を踏まえ、調整会議において、①基準に該当するが、紹介受診重点医療機関となる意向を有さない医療機関、逆に、②基準に該当しませんが、意向を有する医療機関を対象として、「紹介受診重点医療機関」の決定について、協議いただくこととしております。

7ページをお願いします。

当初示されていた、紹介受診重点医療機関決定までのスケジュールになります。予定では、昨年10月、11月で外来機能報告を実施し、その結果をもとに、今年度内に「紹介受診重点医療機関」を地域で決定することとされておりまして、前回の調整会議でそのように御説明しておりました。

8ページをお願いします。

そのようななか、昨年12月に厚労省から通知がありまして、上の枠内にありますとおり、NDB レセプト情報・特定健診等データベースにおいて一部レセプト情報の補正作業の必要が生じたことから、病床機能報告及び外来機能報告の期限が延期されております。

結果、一番下の枠内にありますとおり、外来機能報告については、厚労省での補正作業後、詳細を改めて通知することとされたところですが、2月上旬に通知がありまして、3月末までに報告いただく予定と示されたところです。

外来機能報告の結果が県へ提供されるのが今年4月以降となりますので、年度内に予定していた「紹介受診重点医療機関」の決定に関する協議は延期し、厚労省から県へ結果が提供された後、令和5年度の調整会議で協議をお願いしたいと考えております。

報告事項は以上になります。

(樽美議長)

ありがとうございました。

ただ今、説明のありました、報告事項2について、御意見、御質問等をお願いします。

(上山委員)

これになると診療報酬上のメリットはありますか。

(医療政策課 村崎参事)

医療政策課の村崎です。

紹介受診重点医療機関に設定された場合の診療報酬上の影響についてですが、200床以上の病院については、先ほど選定療養の話もありましたが、定額負担徴収義務の対象となるとされております。

逆に言うと200床未満の医療機関が紹介受診重点医療機関になった場合は、診療報酬上のメリットは特にございません。

患者目線で紹介患者への外来に対応する医療機関を明確化するということが厚生労働省の狙いかと考えています。

(上山委員)

診療報酬上はかわらないということですね。

病院毎に設定するというのでしょうか。

(医療政策課 村崎参事)

はい。わかりません。

指定は病院単位で行うことになります。

(樽美議長)

ほかに御意見ありませんか。

[意見なし]

(樽美議長)

最後に、4 その他について、事務局から報告があれば、お願いします。

(事務局 本田次長)

特にございません。

(樽美議長)

ありがとうございました。

本日予定されていた議題は以上となりますが、全体を通して、何か御意見等ございませんか。

[意見なし]

特にご意見もないようですので、この辺で議事を終了したいと思います。

皆様には、円滑な進行に御協力いただき、ありがとうございました。

進行を事務局にお返しします。

Ⅲ 閉会

(事務局 本田次長)

樽美議長、そしてご説明いただきました上山院長先生、渡邊院長先生ありがとうございました。

次回、第11回調整会議は、6~7月頃の開催を予定しておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、これもちまして会議を終了させていただきます。ありがとうございました。