

平成19年度第1回帯広市地域医療推進部会・高齢者支援部会 議事録

日時：平成19年10月9日（火）19時～20：40

場所：帯広市保健福祉センター視聴覚室

委嘱状交付

地域医療推進部会 鹿野委員(医師会)

高齢者支援部会 松崎委員(社会福祉協議会ボランティア連絡協議会)

開会

ただいまから地域医療推進部会、高齢者支援部会の合同部会を開催いたします。

出席者は地域医療推進部会委員9名中8名、高齢者支援部会委員10名中10名となっております。

欠席委員

地域医療推進部会 堀委員

佐藤保健福祉部長挨拶

事務局

今後の議事進行は高齢者支援部会の部会長にお願いいたします。

部会長

今晚は、まず、前回会議の議事録の確認について事務局から説明をお願いいたします。

事務局

本日の部会は2つの部会を合同で開催しておりますことから、次回のそれぞれの部会におきまして、前回及び今回の議事録をあわせて確認させていただくことで、本日は割愛させていただきたい。

(委 員 了 承)

部会長

それではこの件は了承されましたので、次回の部会において議事録確認をすることといたします。

部会長

それでは本日は、地域ケア体制整備構想・十勝圏域(案)について議題といたします。議題が議題だけに大変ですが、ご意見等をお願いいたします。事務局から提案内容について説明をお願いします。

事務局

資料の説明に入ります前に、若干これまでの経過についてご説明いたします。国は、膨張する医療給付費の抑制など医療費の適正化を図るため、昨年6月に医療保障制度と医療提供制度を改正する医療制度改革関連法を制定しました。

12件もの法律が改正による介護療養病床の全廃や平均在院日数の短縮などが講じられることとなりました。

本日の会議のテーマであります「療養病床の再編成」は、こうした流れのもとで行われるもので、国においては、本年6月29日に「地域ケア体制の整備に関する基本指針」を策定し、これに基づき都道府県が、療養病床の再編成のための「地域ケア体制整備構想」を年度内に策定することになっております。

道としては、広大な行政区域という特性を踏まえ、二次医療圏ごとに構想づくりを行うこととしており、十勝圏域においても「地域ケア整備構想」の十勝圏域版を策定することになっております。

その策定にあたっては、療養病床の現状や地域特性などを踏まえた対応策が必要なことから、十勝保健福祉事務所から市町村に対して意見を求められております。

帯広市の意見として述べるためには、行政だけではおのずと限界があり、専門的知識や幅広い視点での検討が欠かせないことから、皆様には大変お忙しいところ、御意見をいただくため、過日参考資料を添えてお願いしたところでありました。

医療制度改革の内容が複雑多岐にわたり、わかりづらいところもありますが、十勝保健福祉事務所が

管内の療養病床をもつ医療機関を対象に行ったアンケート調査結果についてご説明をいたします。

それでは資料1をご覧ください。

1 ページ目には、今回の医療制度の概要が示されており「国民皆保険制度を堅持し、医療制度を将来にわたり持続可能なものとしていく」として国の考え方が示されています。

療養病床の再編成については、2の「医療費適正化の総合的な推進」の(1)「医療費適正化の推進」の中に示されております。

2 ページになりますが、療養病床の再編成のイメージとして、平成24年までに医療型と介護型をあわせた37万床を15万床に再編成するほか、入所者の状態に応じた医療機能の強化や、老人保健施設、特別養護老人ホーム、ケアハウスなどへの円滑な転換が図られるように、様々な支援措置が講じられていることが示されております。

3 ページは「地域ケア整備構想の全体イメージ」を表したもので、30年後の平成47年度を見越し、また、これを踏まえつつ平成23年度までの対策等を検討することとされております。

4 ページには、「地域ケア体制整備構想」のイメージで5 ページには、策定までのスケジュール、6 ページには、在宅療養を支援するためのイメージ、7 ページには、十勝圏域の介護サービス事業所数が示されております。

次に資料2についてご説明いたします。この資料は、十勝保健福祉事務所が行った、管内市町村の人口推計などの基礎データや管内療養病床を持つ医療機関へのアンケート調査結果を整理したものであり、1 ページから6 ページには、人口等の推移などが示されております。

7 ページは、入院患者等の状況として、医療区分やADLの分布が示されております。

なお、これらの区分に関する説明については、資料4を参照して下さい。次に7 ページの上段の囲みをご覧ください。

医療療養病床では、療養の状態が比較的軽い「医療区分1」は40.8%、一方、日常生活動作などで依存度の高い「ADL区分3」が50.7%となっております。

また、介護療養型病床では、要介護4の方と5の方は、88.5%となっており、日常生活における全面的な介護を要する方がほとんどとなっております。

また、主な病名については、医療療養病床、介護療養病床ともに、脳梗塞が最も多くなっております。

ここ1ヶ月間に行われた医療処置についてですが、医療療養病床では「経管栄養」「喀痰吸引」「膀胱カテーテル」「点滴」の順に多く提供されており、介護療養病床も同様の順となっております。

次に9 ページをお開き下さい。表3-7の「対応が望ましいと考えられる施設等」ですが、医療療養病床又は介護療養病床となっており、積極的な転換は望まれていないことが伺えます。

(2) ですが、再アンケート調査では、すべての医療機関から回答がありました。

医療療養病床は996床あり、入院患者は884人で病床利用率88.7%、昨年10月1日に行ったアンケート調査では、病床利用率は85.8%であり、少し増加しております。これは、医療療養病床数の減少によるものと考えられます。

介護療養病床は224床であり、入院患者数は201人で病床利用率は89.7%となっております。医療療養病床での医療区分は「区分1」が36.5%、「区分2」が50.8%、「区分3」が12.7%となっており、前回と比べ「医療区分1」の方が減少しております。

次に、10 ページですが、再調査結果による医療機関の病床転換意向については、医療療養病床の12%が介護保険施設への転換を検討しており、介護療養病床は18.8%が平成23年度まで継続し、20.5%が医療保険病床への転換を検討していることとなっております。

また、医療療養病床の43.0%、介護療養病床の79.5%が未定となっており、転換が容易でないことが伺えます。

転換が進まない理由としては、

転換先の基準や報酬が不明確

施設改善の費用がかかる

転換先の医療提供の在り方が明確でないなどがあげられております。

資料3は、資料2の地域ケア体制整備構想・十勝圏域版(案)において使用されています表・グラフ等の基礎資料であります。

説明は以上です。

部会長

ただいま、事務局から説明がありました。ご質問やご意見などがあればご発言願います。保健所での検討委員でもあります委員は、いかがでしょうか。

委員

先日会議があり、検討委員会で座長を務め、意見を聴きました。どう取り組むかのトータル的な方向性ということですが、国の考えでは療養型病床を減少させていくものであり、保険医療面からは、やらざるを得ない状況であります。検討会のメンバーとしては、医師会、歯科医師会、老健施設、特養施設、看護協会、地域の代表、行政などの代表が出席し意見を述べた。受け皿をどうするか、国は老健施設に移行するとであるが、今までの設備投資もあり、うまくいかないのが現状。では、在宅はどうかというと訪問看護、訪問介護など、これが整っていない。一方では、短大の福祉学科で介護に関する生徒数の減少などや訪問看護のなり手がいない。どんどんすすめていったとしても大きな問題がある。また、老健の先生からは、在宅への中間施設の位置づけだが、重症化してきており、実際に在宅に移行できたのは、年間1桁という。市町村からは、ある小さな村では、療養型病床が無くなったらどこに行けばいいのか。受け皿もマンパワーも整っていない中でどうしたらいいかといった深刻な問題が出されていた。まとめる役割が、意見が多くてまとめができない状況でした。

部会長

我々がまとめるというより、委員の発言通りといった感じがします。介護する家族も減少している中で療養病床を無くしてしまったら、非常に厳しい状況になりますが、他にございませんか。

委員

特養を運営しています。老健施設もできつつあるところですが、財政が既に切迫してきた状況といえます。老人ホームにも介護度が高い人が入ってきており、介護度が高くて医療が必要ないかということ、そうはなりません。医療の必要性が高くなったら、そろそろ療養型といった役割分担が出来ていました。以前の医療計画では、財政面においても施設整備が進められて来ましたが。現在、特養では医療的な行為をするのはいけなくなっており、朝早く職員を呼び出している現状があります。

今回の問題は、理論的にはできたとしても、その次をどうするのかといった問題が残る。何とか受け皿を無理やり作ったとしても、医療従事者がいつもいるとは限らず、日々の医療措置をどうするか。酸素吸入や経管栄養、胃瘻の管理等を誰が行うのか。今は有資格者がシフト換えしローテーションでなんとか補っているが、今後どうするかは現実に起こってくる問題である。医療を等しく受けられるのは国の責任である。今回の改正は、とても納得いくものではない。

委員

高齢者の代表として、今までもたくさんの資料の基に介護保険の計画などに参加してきた。まだ何年も経っていないのに、また、このような変化があるという。現状でも施設は順番待ちで困っている人が多くいる状況である。お年寄りは情報に敏感で、来年から変わる医療費の問題も出ていることから、不安が先に立っている。問題は何か。医療費の問題か、それとも施設の問題か。市の考えは、

事務局

今回は国の制度改正があり、医療制度が変わります。75歳以上は後期高齢者の医療制度ができ、北海道も、札幌にある国保連合会に加入することになります。

今回は、新たに療養病床の問題が出てきており、施設や在宅においても、受け皿がない現状にあります。こうした中で、高齢者の皆様にとつては、療養病床だけではなく、相当大きな改正の影響を受けることとなります。これからは病院の受け皿も検討されていくこととなります。

部会長

この場でお出されたことを行政の方が積み上げて、皆さんにもお伝えすることになります。

委員

福祉行政部門に就労した経験があるが、介護保険導入後、15年度、17年度に改正があり、また来年変わる予定がある。制度が変わり軌道に乗る前に変わる事がある。コムスンやフリーダムの問題が例として挙げられる。今回も介護する人も大変、養成しても労働が大変で収入に繋がらない。24時間体制など、制度が変わっても働く人にとっては大変な状況である。来年4月からの入る医療制度も大臣が変わったら凍結とも言われている。どんどんおかしくなっていくように感じる。

委員

療養型病床37万床を15万床にしていると言っているが、医療区分1の方が、地域に帰ったときに受け皿がきちんとなっていないとすれば片手落ちと思われる。24時間アクセスできるかどうか。老人保健施設にも看護師を配置しなければならない。高齢者は感染にも弱く安全性も高くしなければならない。

施設にもきちんと研修の場を位置づけることが必要。また、在宅のターミナルケアも進めて行かなければならないと思うが、いづれにしてもそれに見合った点数の配分をしていただければならないと思う。訪問看護も一生懸命働いても報酬が上がらない。勤めても次々に退職してしまい人材不足になっている。看護師を育成していかななくてはならない。

委員

さきほど病院から追い出される話があったが、どうしてもなく困ってボランティア団体に助けを求められることがある。何とかならないかと、まず行って見て来てから考えようといった話をしている。

私は西帯広地区のノーマライゼーションも実施していて、施設見学もいろいろ行ってきた。施設はどこも立派であるが、一部の人しか現状では入所できない。まるで宝くじに当たるようなものだ。国が地域ケアを勧めるのも財政状況のことからと思う。見守りなど、お互いにお年寄りを見ていかななくてはならない。民生委員なども活動しているが、場合によっては行政の方から見に来るとか、そういったきめ細かなところにお金をかけるべきだと思う。

部会長

次々とハシゴをかけては外すような感じがするね。療養病床に限らずマンパワー不足がある。これをどうするか考えてほしいね。

委員

自分の病院は急性期に入院し、手当てをして帰ってもらうが、帰す時に不安がある。帰ってもまた、同じ状態になるのではないかと、そうした時に誰が診てくれるのか、結局なかなか帰せないことがある。

そうすると急性期の病院に長期の患者さんが増加していくことになる。どこの医療機関に紹介したらいいのかが不明な状況がある。

部会長

ppk、ピンピンコロリというが、なかなかそう簡単にはいかない。医療をきちんと家族に届けられるようにしてほしい。

委員

在宅の方がお金はかからないと言われているが、それはどうか。

委員

施設は24時間体制でケア体制をとっているため、いちがいにお金がかかるとは言い難い。むしろ負担は軽い。

委員

札幌市の講演会で、講師が施設に対しては、国は税金を20数万円支払うと話されていた。

部会長

全体の枠の中でいろいろな縛りのある中で、どう実施していくかは難しい。

委員

介護施設や老健施設に入り、帰って来たとしても又すぐ入院の状況になるのではないかと不安。病院

の危機により成り立たないことから、ベッドを減らすのでは、我々としてはとても心配である。

部会長

医師を確保していくことも必要。実際に困っているのはご家族と思うので、しっかり見え据えてほしいと思う。

委員

資料1の4ページ、高齢者の介護サービスを47年までという、ずいぶん先の話しになるが。こういった計画は、5年か10年位のものではないか?まだ3年しかたっていないのに、あまり長期的な計画ではなく、5年から10年間でお願いしたい。

部会長

3年から5年間で見直していくものです。

委員

アメリカの制度に似ている。特に来年からの後期高齢者の医療制度は今までにない制度で高齢者のことは高齢者で行い、家庭や地域に帰そうとするもの。全体的にマンパワーが不足している。具体的には後期高齢者についてはこれから決まって行くことであるが、全体的にマンパワーが不足しており危機感がある。歯科の場合、歯科医師は出向いて行けたとしても、衛生士のマンパワーがない。政治との関係も大きい。

委員

私は2点を申し上げたい。

一つ目として、国は療養型を移行老健施設にというが、判断できない。また、すぐ変わるのではないかと考えたことが考えられる。保障をしっかりしていかなければならない。国の行くことだが、次に移ってもやっていけるという点数や保障が必要だ。

二つ目としては、医療区分がいくらの方が何名か、ADL区分がいくらの人を何人想定するかといった数字の積み重ねが必要。この人口の場合、この地区にベッドがいくら必要か、老健施設がいくら必要かが出てくる。具体的な数字は役所の方が推計し、介護する人、マンパワー数などは我々も考えるなど、現場からの話も詰めながら決めて行く必要がある。

部会長

他に何かありませんでしょうか。

なければ、これで質疑を終了いたします。本日の部会で皆さんから出された意見のとりまとめについては、事務局に一任し、帯広市の意見として、北海道に提出していくこととしてよろしいでしょうか。

(了 承)

以上で予定されている議事は修了いたしました。事務局から何かありますか。

事務局

今後の部会の開催日程につきましては、あらためて調整させていただきます。

委員

この次からは、日程にゆとりをもってお願いいたします。

(了 承)

部会長

本日はこれで閉会します。長時間お疲れ様でした。