

地域医療協議会「地域医療構想策定作業部会」における検討状況

(概要)

現在、静岡県保健医療計画の推進のため、2次医療圏ごとに地域医療協議会（構成員：首長・郡市医師会・歯科医師会・薬剤師会・病院長・地域住民代表ほか）を設置し、圏域における医療連携の推進等に関する協議が行われている。地域医療構想は保健医療計画の一部であることから、本地域医療協議会のもとに、主に医療関係者を構成員とする作業部会（以下「地域作業部会」という。）を設置し、地域医療構想の策定に向けて各地域における協議を進めている。

なお、地域医療構想策定後は本地域作業部会を「地域医療構想調整会議」へと移行させることを想定している。

(参考) 地域医療構想策定ガイドラインより抜粋

- ・ 地域医療構想の策定段階から地域の医療関係者、保険者及び患者・住民の意見を聴く必要があることから、都道府県においては、タウンミーティングやヒアリング等、様々な手法により、患者・住民の意見を反映する手続をとることや、構想区域ごとに既存の圏域連携会議等の場を活用して地域の医療関係者の意見を反映する手続をとることを検討する必要がある。

1 地域作業部会の構成員

各圏域において、医師会、歯科医師会、薬剤師会、主要な病院、療養病床を有する病院、保険者、市町等から選任

2 地域作業部会の開催状況

圏域名	部会長	開催回数	開催日	構成員数
賀 茂	賀茂保健所長	1回	10月9日	18人
熱海伊東	熱海保健所長	1回	9月30日	18人
駿東田方	東部保健所長	1回	10月2日	25人
富 士	富士市医師会長	1回	10月14日	17人
静 岡	中部保健所長	1回	9月4日	23人
志太榛原	中部保健所長	1回	9月3日	20人
中 東 遠	西部保健所長	1回	10月1日	25人
西 部	浜松市医師会長	1回	10月2日	27人
計		8回	—	173人

(平成 27 年 11 月 19 日現在)

3 地域作業部会における主な意見

各地域作業部会において、「構想区域の設定」や「必要病床数の設定と県内調整にあたっての考え方」等について検討をしていただき、様々な御意見をいただいているが、主な意見は以下のとおり。

(1) 構想区域の設定について

圏域名	主な意見
賀 茂	<ul style="list-style-type: none"> ・二次医療圏を変えらるとなると、大変大きな医療圏となってしまうこと、天城峠等を越えねばならない地形的な問題を考えると、非常に難しい。今の医療圏を保ちながら部分的には垣根を超えた協力が必要。 ・高度急性期は駿東田方をお願いして、その他はこの圏域で完結していくしかないのではないか。
熱海伊東	<ul style="list-style-type: none"> ・伊豆半島は現状の医療圏では不便なことが生じてくるだろうから、既存の医療圏が前提ではなく、伊豆半島全体をひとつの地域、大きな医療圏と考えるなど、もう少し慎重に考えたほうがいいのかもかもしれない。 ・地域の疾病状況や患者の動線の変化もよく分析した上で、県が責任を持ってバランスを取って進めてほしい。
駿東田方	<ul style="list-style-type: none"> ・高度急性期・急性期については、賀茂・熱海伊東圏域と駿東田方圏域を一体として考えていくという考え方でもよい。 ・今のままで適切である。 ・高度急性期、急性期機能に焦点をあてれば、賀茂は単独地域として成立しないかもしれないが、慢性期の焦点をあてれば単独でもよい。
富 士	<ul style="list-style-type: none"> ・現行の二次医療圏とすることに意見なし
静 岡	<ul style="list-style-type: none"> ・基本的には現行の二次医療圏を中心に構想区域を設定することで出席委員の了解を得た。 ・隣接する志太榛原及び富士医療圏が、静岡医療圏に高度な医療を依存している状況がある。
志太榛原	<ul style="list-style-type: none"> ・一般病床の構想区域については、二次医療圏とすることで了承を得た。 ・現在、精神の身体合併症患者や認知症患者の受入先確保に大変苦勞しているため、精神病床の構想区域については検討が必要である。
中東遠	<ul style="list-style-type: none"> ・高度急性期について、隣接する医療圏に流れている患者を呼び戻す余力が当該圏域の医療機関にあるか、疾病、医療機能、マンパワー等を考慮しつつ検討する必要がある。
西 部	<ul style="list-style-type: none"> ・高度急性期までの全ての圏域で含まれる広域での検討が必要。診療科の不足補填も考慮し東・中・西3地域での圏域が妥当。 ・浜松市天竜区は合併以前は別の医療圏として独立しており、合併後においても交通の利便性はむしろ低下している。生活圏は中心部とは全く異なることに配慮した検討を希望する。

(2) 必要病床数の設定と県内調整にあたっての考え方について

圏域名	主な意見
賀 茂	<ul style="list-style-type: none"> ・ 構想では在宅が基本になっているが、独居の老人が多くなかなか在宅に帰せない。施設を含めて在宅という考え方にもっていく必要がある。 ・ 賀茂圏域においては、高度急性期や急性期はそれほど必要なく、回復期や慢性期が今回の必要病床数ぐらいあればよいと考える。
熱海伊東	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高度急性期機能を医療機関所在地ベースで考えるのは、新しく病院をつくるのは大変だからということ。峠を越えれば死亡率も高くなるので、圏域内の医療機関が高度急性期機能の一部でも担えるようバックアップしてほしい。 ・ 推計値は在宅医療が増えるから病床がこれだけ減るといふ国の思惑が入っているが、これらがあてはまらない伊豆半島の圏域の実情を盛り込んだ数字を作っていく必要がある。
駿東田方	<ul style="list-style-type: none"> ・ 賀茂、熱海・伊東、富士圏域は病床が不足、駿東田方、静岡、西部圏域は充足しており、それでバランスがとれている。二次医療圏単位より、もっと広い単位でデータを出して議論すべきである。 ・ 施設にどのような状態の高齢者がどれだけいるか、そこでどこまで医療を行うかも今後の病床設定に必要。
富 士	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本的に、高度急性期は医療機関所在地ベース、急性期、回復期、慢性期は患者住所地ベースという案が良い。 ・ 理想としては、圏域内で全部まかなえるという方向で考えたいと思う。 ・ 富士圏域と他圏域との流出入の動きが今後どう変わっていくのか、あらゆるデータを見ながら見極めていく必要がある。
静 岡	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本的に、高度急性期は医療機関所在地ベース、急性期、回復期、慢性期は患者住所地ベースという案が良い。
志太榛原	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本的に、高度急性期は医療機関所在地ベース、急性期、回復期、慢性期は患者住所地ベースという案が良い。 ・ 点数で医療機能を分ける考え方では、患者の状態が変わらなくても新しい医療技術を使うと点数が上がり急に高度急性期になる。必要な治療ができなくなってしまう可能性もあるので、柔軟性を持たせた配分が必要。
中東遠	<ul style="list-style-type: none"> ・ 急性期、回復期、慢性期については、患者所在地ベースで適切だと考える。 ・ 西部圏域との連携により対応し、バランスの悪い部分は調整会議で検討していく。 ・ 平成 25 年 5 月に開院した中東遠総合医療センターの実績を考慮した調整を行うべきではないか。
西 部	<ul style="list-style-type: none"> ・ 浜松市における救急医療体制など、地域の特色を加味して高度急性期、急性期の必要病床数を検討する必要がある。 ・ 慢性期の必要病床数が西部地区では少なすぎる。これは、慢性期病床が今後転換していくべき老健施設について既に整備が進んでいるためと考えられ、話し合いで解決する範囲を超えているように思われる。

(3) その他

圏域名	主な意見
賀 茂	<ul style="list-style-type: none">・最終的には在宅で死にたい人は少ない。入所の際は施設での看取りに納得していても、最期を迎えてもう一度医療にかかりたいと希望する方もいる。・調剤薬局ではなかなか訪問時間が取れず、まだまだ追いついていない状況。・訪問看護を行う施設が非常に少なく小規模で、在宅医療を進める上での課題。・慢性期や長期のリハビリのために日本全国から患者や若い職員が来ている。地域活性化に貢献している病院があることを構想に入れてもいいと思う。
熱海伊東	<ul style="list-style-type: none">・診療所医師の高齢化や会員薬局の後継者不足など、今後の在宅医療を担う医療提供体制の脆弱さが大きな課題。・独居の高齢者世帯が多い当地域の特殊事情を考慮する必要がある。
駿東田方	<ul style="list-style-type: none">・医師確保が厳しい。救急対応も東京から来る非常勤医師に頼っている。特に内科救急が脆弱な状況。1ヶ所の病院が崩れると総崩れになってしまう。・在宅（医療）の人が、末期になって救急搬送される事例が増えている。三次救急のレベルの所へ在宅（医療）の人が搬送されるのは、患者にとっても医療者にとっても負担が大きい。・増加する認知症患者をどの施設で収容するのかコンセンサスが必要。精神科病床と療養病床又は介護施設での実態は如何にするのか。・今回の議論では精神科の病床は考慮されていないが、今後は、認知症や自殺対策などで精神科のニーズが増えると考えられるので、最終的には、精神科も加えて考えるべきである。
富 士	<ul style="list-style-type: none">・患者数の動向、流入や流出のことを考える場合に歯科、口腔外科のことも考慮いただきたい。
静 岡	<ul style="list-style-type: none">・静岡医療圏については、10年後患者増加の状況にある中で慢性期病床がオーバーといっているが、本当にその解釈が正しいのか疑問である。
志太榛原	<ul style="list-style-type: none">・在宅医療の確立も重要である。・診療所医師と病院医師が協働して地域完結型医療を作っていく必要がある。
中東遠	<ul style="list-style-type: none">・慢性期から在宅医療について、今後の需要見込みに基づいて医療・介護のマンパワーが充足できるのか、不透明な面が多い。このデータを収集し、今後の更なる検討が必要な課題である。
西 部	<ul style="list-style-type: none">・訪問看護事業者の増加策、医療療養病床が転換しやすくするための支援等について、更なる検討が必要。・回復期、慢性期に分類される患者の受け皿が整備されれば、病床の削減や転換が検討されると思うが、現状では他施設の状況まで予測することが困難であり、Win-Winの関係で収束するのは難しいと思われる。・これから増加する高齢者に対して医療福祉財源を効率的に運用しようとする地域医療構想には賛成であるが、慢性期を担う施設のほとんどは民間であり、縮小に向けた話し合いで決定できない場合の最終的な決断を行政が行うことは無理があるように思われる。