

平成 28 年度第 2 回 熱海伊東地域医療構想調整会議要約議事録

- 1 開催日時 平成 28 年 10 月 12 日(水) 19:00～20:30
- 2 開催場所 伊東市市役所 低層棟 2 階中会議室
- 3 出席者
 - 委員 鈴木 卓 (熱海市医師会長)
 - 山本 佳洋 (伊東市医師会長)
 - 坂本 信夫 (熱海市健康福祉部長)
 - 下田 信吾 (伊東市健康福祉部長)
 - 服部 真紀 (熱海市医師会理事)
 - 土屋 元雄 (熱海市歯科医師会長)
 - 下村 俊宏 (伊東市歯科医師会長)
 - 堀野 泰司 (伊東・熱海薬剤師会長)
 - 岡部 敦 (伊東・熱海薬剤師会副会長)
 - 佐藤 哲夫 (国際医療福祉大学熱海病院長)
 - 荒堀 憲二 (伊東市民病院管理者)
 - 杉浦 誠 (熱海所記念病院長)
 - 勝俣 文隆 (伊東病院長)
 - 鈴木 和浩 (熱海 海の見える病院長)
 - 馬場 貞子 (静岡県看護協会熱海・伊東支部幹事)
 - 菅野 幸宏 (熱海市介護サービス提供事業者連絡協議会長)
 - 葛城 武典 (伊東市介護保険事業者連絡協議会長)
 - 竹内 浩視 (熱海保健所長)
 - オブザーバー 小林 利彦 (浜松医科大学特任教授)
 - 欠席委員 北谷 知己 (熱海ちとせ病院長)
 - 佐藤 潤 (佐藤病院長)
- 4 配付資料
 - ・ 次第
 - ・ 委員名簿・座席表
 - ・ 資料 1 第 8 次静岡県保健医療計画の策定
 - ・ 資料 2 平成 27 年度病床機能報告結果 (病院個票データ)
 - ・ 資料 3 二次医療圏別 各種医療の自己完結率(平成 26 年度データ)
 - ・ 資料 4 特定健診データ分析結果
 - ・ 資料 5 療養病床を有する医療機関への訪問調査の状況
 - ・ 資料 6 地域医療介護総合確保基金
 - ・ 参考 1 在宅医療に関する参考資料

- ・ 参考2 前回会議における主な意見（他の構想区域分を含む）
- ・ 参考3 「静岡県保健医療計画策定作業部会」における主な委員意見
- ・ 参考4 熱海伊東圏域 診療所年齢別医師数
- ・ 意見提出用紙
- ・ 参考資料 熱海伊東構想区域の病院（β版）

◇議長

本日が第2回の会議で、前回は6月に開催したところですが、内容盛りだくさんで資料も多く活発な議論までは難しかったと思いますが、今回は事前に資料を配布しましたので、目を通していただいているかと思しますので、御討議の程よろしくお祈いします。本日の議会は3題、医療提供体制の検証、療養病床を有する医療機関への訪問調査の状況、地域医療介護総合確保基金を活用した取組です。

まず、竹内保健所長から今回の会議の趣旨等について説明をお願いします。

◇保健所長

皆様今晚は。熱海保健所長の竹内でございます。まず、この場をお借りして保健所業務に御理解、御協力賜っておりますこと、厚くお礼申し上げます。また、本日はお忙しいところ、また、夜間の会議にもかかわらず御出席いただき重ねてお礼申し上げます。

それでは、これまでの会議の経過や今回以降の調整会議の方向性などについて説明いたします。第1回調整会議の後、8月30日に静岡県医療審議会第1回静岡県保健医療計画策定作業部会が開催されました。当日、この圏域からは荒堀委員が御出席いただいておりますが、当日の部会の中では9つの調整会議での主な意見等が紹介され、熱海伊東構想区域からは、医療圏のあり方、特に両市の人口比率と医療資源の状況に対する意見があったことが報告されています。

また、二次医療圏の設定については、事務局である医療政策課から前回の保健医療計画改定時における経緯等の説明があり、委員からは、熱海伊東医療圏は隣接する賀茂医療圏等、人口規模が小さく、例えば、がん、脳卒中や急性心筋梗塞、周産期医療等、保健医療計画に定める疾病及び事業の自己完結率が低く、駿東田方医療圏や首都圏に流出している割合が高いことから二次医療圏を見直すこととしたらどうかという意見がありました。また、二次医療圏の検討においては、人口規模や入院患者の流出割合といった国の見直しの基準、外形基準のみを基準とするのではなく、観光客や首都圏からの転入者等伊豆地域特有の地域事情を考慮する必要があるなどの意見がありました。

本日の会議の目的の一つとして、来年度に改定作業が予定されている地域医療構想を含めた静岡県保健医療計画について、二次医療圏、構想区域の前提となる7疾病5事業及び在宅医療の医療提供体制に関して、地域における課題について御意見をいただくことであります。地域医療構想では、高度かつ専門的な医療が提供される高度急性期機能を除き、患者の身近な地域での医療について全体量として推計がなされ、住所地ベースで必要病床

数が示されています。しかしながら、この構想を実現していくためには、より具体的な検討、実際には保健医療計画における7疾病5事業及び在宅医療についての課題抽出をしていくことが重要であります。例えば、7疾病5事業及び在宅医療について、現在この医療圏にはどのような医療施設や資源があり、どのような医療が提供されているのか、また、圏域内での自己完結率が低い疾病等があった場合、今後は、圏域内での自己完結率を高めていくのか、引き続き他の医療圏との連携で対応していくのかという議論から、地域医療介護総合確保基金を活用した取組や二次医療圏に対する考え方等につながっていくものと考えています。

本日の会議のもう一つの目的は、地域包括ケアシステムの視点から、平成30年度からは全ての市町において介護保険法に基づく地域支援事業の完全実施や多職種連携による在宅医療・介護連携、医療と介護の整合性の確保が求められています。保健医療計画の改定と同時に市町の介護保険計画、県の介護保険事業支援計画も改定されることから、この調整会議におきましても、特に、在宅医療を中心に医療と介護の連携等につきましてもそれぞれのお立場で御発言をいただければと考えております。

なお、この調整会議は従来のように事務局で案を示して御了解をいただく形式のものではなく、地域医療構想の実現のために、地域の関係者の皆様に議論、調整を行っていただくための協議の場であります。そのため、前回と同様に、事務局では、できる限り多くのデータを提供できるよう準備をいたしました。データには示されない地域の特性を反映した情報の交換等も重要な役割ですので、委員の皆様方には積極的な御発言をお願いしたと考えております。時間も限られておりますが、よろしく申し上げます。

◇議長

ありがとうございました。議題1「医療提供体制の検証」について、事務局から説明願います。

◇医療健康課長

《 以下、資料1～4、参考1～3に沿って説明 》

- ・ 資料2のP14「入院患者の状況（年間）」表データのうち、南あたま第一病院の「在棟患者延べ数（年間）」欄の30人は34,097人の誤りであることを報告。
- ・ 引続き、オブザーバーの小林浜松医科大特任教授から資料提供のあった内容等について説明をいただく。

◇オブザーバー

《 以下、資料「熱海伊東構想区域の病院（β版）等を基に説明 》

- ・ 4つの機能を合計した必要病床数はたたき台となる数値として理解願いたい。高度急性期と急性期、回復期の合計833床を当地域の急性期の必要病床数とすると、稼働率を75%、78%と低めに見積もって算定していることから、やや甘い設定となっている。一方、慢性期は厳しい内容となっている。
- ・ 熱海伊東圏域の病院の稼働病床数は938で、必要病床数とほぼトントンの状況で

あるが、機能面では一般病床は空きが出て、慢性期はきつくなると考えられる。

- ・ 回復期は、現状 121 床に対し必要病床数は 384 床であり、この差をどこかがある程度担ってほしい。これは、回復期リハ病棟入院基本料を取ることとはまったく違うもので、回復期に強い療養病床や急性期でも回復期リハに力を入れる病棟でも良いとのイメージ。
- ・ 当地域で、どの機能が足りないのか。その機能を高めるにはどうしたらいいのかを皆様で考えていただくことが大事であり、医慮介護総合確保基金は、この地域で足りない機能を担うところを評価することで資金を出しやすくなる。
- ・ 20 対 1 の医療療養病床に移行するにしても、レスパイトに強い、リハに強いなどの差別化が必要になってくる。
- ・ 今回用意した β 版は、私の責任で分析し作成した資料である。

◇議長

ありがとうございました。これまでの説明に関して御意見、御質問がありましたらお願いします。

◇委員

病院 β 版資料のうち伊東市民病院の 1 日入院患者、平均稼働率のデータ元は。

◇オブザーバー

県で公開されている年間延べ患者数 62,685 人を 365 日で割り戻したデータである。私の計算が間違っているとは思っていないが、このようなデータが公開されているということ意識していただきたい。市民も見ることができる状況にあるが、市民にはそこまで分からない。病院の事務が県に提出する段階で誤ったものを出している可能性もあるため、まず、きちっとしたデータを出していただくことが重要である。

◇委員

修正があれば、いつでも言えるのか。

◇オブザーバー

言えると思う。延べ患者数は昨年 1 年間のデータで、在院日数は 27 年 7 月の入院患者と退院患者数から算出したものである。伊東病院の在院日数については、同月の入院患者、退院患者が 0 人とのデータであったため、計算不能との表記とした。この国の調査（病床機能報告）は、このような計算ができる仕組みとなっており、全国の病院のデータを出すことができる。また、毎年実施されるもので、今年から各病棟別にコードが付き、重症度、医療・看護必要度が全部出るため、各病院の機能が分かりやすい。

◇議長

病床機能報告が一般市民にも分かる状況にあるということは、その数値には重みがある訳で、もし事務方の集計に誤りがあるとするならば、事務方に早急に指導すべきである。具其他的な数値の出し方はどうなっているのか。

◇オブザーバー

今回の調査は 2 回目で、その前のデータはもっとひどいものであった。DPC と同様に年月が経てば徐々に良くなるものと思われる。現在、本年度分報告について作業中で、今年度末までに国での集計が行われ、来年度早々に県に届けられて法に基づき公開される運びとなる。

◇議長

具其他的な手順等、事務方は承知しているということか。

◇オブザーバー

資料 2 の中に各項目の定義が示されているように、厚労省から各病院に資料は渡っている。提出されたデータを県なりがチェックすればいいのだが、そこまで余裕がなくできていないのが実情。なお、公開されているデータは各病院別の個別データで、今回、私が示したデータのような串刺しにしたものとはなっていない。

◇議長

回復期機能は、回復期リハ病棟とは違うとの説明があった。回復期リハ病棟の設置基準は非常に厳しいが、そうではなく、各病院の回復期機能のやる気だとの説明であったが、それでも何らかの基準があると思われるが、具其他的なきまりはあるのか。

◇オブザーバー

具体的なものはないと思う。元々、回復期機能の定義は、回復期リハ病棟を取っていることは優先されるが、それ以外はポストアキュートというか、所謂、退院前くらいの患者のフェーズは回復期というのが基本的な国の考え方であった。一般的に、病院の先生方は回復期リハ病棟が回復期だと考えるので、自分の病院は急性期だという方に寄ってしまうと思う。ただし、気持ちは急性期でも回復期に力を入れている病棟であるということで、回復期機能と自主申告していくことで、回復期リハ機能を評価していく方向に話が動いていくと思っている。施設基準は厳しすぎ、特に地域において回復期リハ病棟だけで回復期機能を考えると意味がないことになってしまうので、療養で 20 対 1 であっても、リハの部屋がわりと広く取ってあったり、一所懸命やっていて、もう少し強化したいので補助してほしいとかの提案は、県は受けやすいと私は思っている。

◇議長

基本的に自己申告、自分達の考え方でどこにポイントを置いているかで考えればよいのか。

◇オブザーバー

基本は自己申告である。

◇議長

分かりました。療養型病院には 25 対 1 と 20 対 1 があるが、20 対 1 の数だけにこだわっても仕方がない。その中で何を売りにするのか、どこに重点を置くのかということでしたが、おそらく 25 対 1 の病院は、とにかく 20 対 1 にしないと前に進まない。実際に

はそこが苦しいところで、構想としては20対1にして何を売りにするのか各病院長はじめ考えていると思うが、あと何年かすると25対1は自然消滅、レセプト点数が入ってこないことになる中、20対1になってもやっていけるのか、いけないとすると所謂「内包型」とか「外付型」の介護施設に移るしかないのか。

◇オブザーバー

県の集計資料で、全県で25対1の半分強が20対1に移行するとのアンケート結果であった。看護師の確保がまず一番で、一番難しいのだと思いますが、その際にダウンサイジングを合わせて考えているのか、希望的観測で20対1に行きたいとの両方だと思う。診療報酬上は20対1の施設基準があるので取らざるを得ないが、それが取れない場合、法律が今国会で通る前提では29年度末で終了ということになると、そこは病室ではなくなりレセで算定できなくなる。ただし、6.4㎡で住まいと認めるのか10㎡の老健並みとするのかは全く分からない。では、看護師を集めて20対1にすれば良いのかというと、医療区分1の患者が多く入っていたら意味がなくて、サブアキュートが少しできるような病院、病室を国は目指している。それが正しいことなのかは分からないが、地域によっては外にはもう部屋がないという話があり、それでは追い出すことになるのかということになるが、追い出すという議論にはしない方が私は良いと思っている。結果として、住まいということになってしまう場合もあるかもしれないが、どこも20対1にしたいという強い思いがあることは理解した。

◇議長

実際、20対1にしていくためには、療養病床を持つ各病院は苦勞しているところだと思うが、意見をお願いしたい。

◇委員

先程の確認になりますが、高度急性期や急性期はスカスカになるとか、慢性期や回復期は満杯になって来るということになると、2次医療圏の完結率の資料を見ていると急性期の心筋梗塞やがんの患者は、現在、熱海伊東圏域は駿東田方圏域に流れており、今後受け入れてもらえると思うが、回復期や慢性期の場合、神奈川県に13%、駿東田方に20%流れているということになっているが、これは熱海伊東圏域でも療養型ベッドが少なくなるということは、駿東田方圏域でも少なくなるし神奈川県も少なくなり全体的に少なくなる。そのような時に、熱海伊東圏域の自己完結率56.7%を増やしていかないと、外にも流せず内でも対応できないということになる。熱海伊東圏域の療養型ベッドを減らすことになると、行き場所のない人達は何処に行くのか非常に問題になってくる。

他の医療圏を考えた場合、熱海伊東医療圏域の人達が将来的に駿東田方医療圏の療養型に移れる可能性があるのかを伺いたい。

◇オブザーバー

ここで言う患者の移動は病室を使う患者であるが、国は、一定以上の人を病室でというイメージを持っており、一定の処置をしない人達はここの移動の計算にも入らない。

そのような人達が住まいなのか介護なのか、特養、老健、サ高住などあらゆる施設で見たいというのが国の狙いであろうが、現実として、そのような施設がないという地域であれば、当面は、療養病棟なり急性期病棟なりで診ざるを得ないだろうと思う。その辺は、非常に流動的、ファジーに動くと思うので、「必要病床数」をあまり正直に見過ぎて最初からベッドを減らすというのではなく、周りのサ高住などの様々な整備状況などを見ながら、病院として減らしていくことが必要なのか、もう少し維持することが必要なのか、経営上のことを含めて判断していくことになる。

現状として「必要病床数」のイメージはそのようなところにあるので、定義を理解して、あまり数字に合わせて10年後に向けてベッドを削るとかの前提で考えることはやめたほうがよいと思う。ただし、そのような数字がないと議論も始まらないということもある。

◇議長

先生の言われることも理解できますが・・・。

◇委員

非常に矛盾しているように思われるが。

◇オブザーバー

今までの日本の医療提供体制は、常に供給が先にあって需要を作ってきてベッドを埋めてきた。今度は、それでは間に合わないということで、人口予測をして、ある程度、急性期は甘めに作ってあるので必要病床数は多いと思っている。慢性期は厳しいが、外に追い出すことは現実的ではないので、国がどのような看板を作るのか、それで経営が成り立つのかは分からないので、その様子も見ながら自分の病院のベッドをどうしていくのかすぐには決められないと思うが、目安の数字がないと、前に進めない。これまで、高齢者が増えるので特養、サ高住をどんどん整備して供給を増やしてきたわけだが、これから方向性を変えたいというのが国のメッセージだと思っている。

◇委員

自己完結率が今の状況で、伊東市は慢性期や回復期で低い訳であるが、今後10年も経つともっと低くなるのに対し、出されている数値(必要病床数)は、そこを目標としていこうとするものであると私は思っていたが、先生の説明ではそこは目標ではなくある程度のたたき台ということになると、何を目標としていけばよいのか分からなくなってしまふ。

◇オブザーバー

目標という言葉とたたき台という言葉がどの程度意味が違うのか難しいが、とりあえずの目安の数字ということではないかと思う。

◇委員

先生から急性期の数値は甘いとの発言があり、私もそのように感じているが、計算式は今後もこのまま変わらないで行くのか。

◇オブザーバー

浜松医大では 30%程度の患者が医療圏外から来ている。そのような求心力のある病院と地域に密着して人口がどんどん減っていく市町の公立病院があって、市町の公立病院はいわゆるスーパー機能、例えば救命救急センターやがん拠点などになれば患者を引っ張って来やすいが、それがないと人口が減ると同時に患者数は厳しくなってくると思う。埋めようとすればするほど本来の急性期の患者とは違う患者を受けざるを得なくなると思うので、どこかで在宅をやらなければいけないだろう。病院が後方支援病床の機能や在宅医療を行う姿が中小の病院には出てくるし、そうしないと埋まらないと思う。そのため、甘めに作ってある分、急性期で周囲の患者を取り込む病院と患者が流れていく病院があり、その病院が生きていくために稼働率を考えると在宅医療等をやらないといけない。急性期の方が空きベッドの対応が厳しいという気がしている。

◇議長

逆に急性期で余ってきた病床が、慢性期病床化していく傾向は考えられるか。

◇オブザーバー

当然あると思う。

◇議長

そうなると余計、療養型の病院は経営的に非常に苦しくなっていくように思われ、どんどん悪い方向に行ってしまうのではないかと懸念を感じる。

◇オブザーバー

回復期や慢性期でのポストアキュートの部分をどこがやるのかが問題であり、25 対 1 を 20 対 1 に強化して人材や機材を入れていく姿と、急性期で空いているところを回復期とか慢性期に本来送るような患者で埋めるということも出てくると思う。

この地域は、総数としてのベッド数は必要病床数から見るとほぼトントンのイメージであるが、機能としてはある程度皆さんのイメージからは少し変わっていくことが想定されるだろうと思う。

◇議長

そのあたりのところが、我々には具体的にイメージしづらいところがあり、活発な討議がされにくいのかなと正直感じている。

◇委員

小林先生のおっしゃることは、これまで私が聞いた説明の中では一番よくわかるが、トントンというのは急性期の様々な疾患の患者が医療圏外に出てしまって、その結果としてトントンなのであって、それを将来的にこの地域で診なければならないとは思っていないが、今後、周りの状況として、急性期治療のために医療圏の外に出ていく患者を、将来も周囲の医療圏で受けってもらえるのかとの疑問がある。また、回復期機能に関しては、何が動きのきっかけになるかという、診療報酬であり、それがしっかり出てこない結局誰も手が挙げられないと思う。

◇オブザーバー

回復期に関しては、先を予測することはできないと思うが、リハの重要性は間違いなく出てくるわけで、点数等を取れるならば誰でも取るが、取れないけれどリハには力を入れている病棟ということで回復期機能との申告はなされるのかなと思う。外に出て行ってしまふ部分の中で診なければならぬかというのは別の議論かもしれないが、中で診ようとするにあたり必要な人件費以外の設備投資などについては提案をいただきたい。そのようなところにはお金を持っていき易いと思っている。

◇委員

特に、心筋梗塞やがんなど急性期の重要な部分が出てしまっているの、これを医療圏の中で行えるようにするのは大変難しいことだと思うし、それを行うと逆にコストパフォーマンスが非常に悪く、国の望むことでもないでしょう。例えば、がんに関しては県立がんセンターがあるからこそ、余計にこの辺のがん患者は医療圏外へ抜けていくわけで、その問題は県の方針によって生じているのであるから、当医療圏では解決できないし、解決する必要もないと思っている。

◇委員

外にお願いしている急性期のベッドは、こちらでみてやらなければならないという話も出てこないとも限らない。地域包括ケア病棟は、リハ的な機能を持つ病床のことか。

◇オブザーバー

現在の地域包括ケア病棟は、何でもあり病棟で、手術もできるし病院によっては急性期のようなものもある。国がイメージしているのは回復期機能だと思う。

◇委員

この医療圏ではまだないのか。

◇オブザーバー

昨年7月のデータなので、現在、どこか申告しているかは不明である。

◇委員

転換に伴う補助は、当面、今後とも付けていく予定なのか。

◇保健所長

単年度予算としての話にはなるが、基本的に、基金では地域包括ケア病棟の整備しか補助が出なかったが、今年度からは回復期リハ病棟に転換する場合にも補助が出るようになった。来年度以降の具体的なことは言えないが、基本的な方向からすれば、不足している機能に対してそれを充足するために基金を使うことになるので、県の予算が付くかの点はあるが、方向としては違っていない。

◇議長

時間的にも次の議題にも移りたいと思いますが、一点だけ確認させてほしい。第1回会議でも出た質問であるが、そもそも熱海、伊東で組んでいること自体が無理ではないかという意見があり、これは今からでも見直しとすることができるものなのか。先程の

竹内先生の話の中で少し出たが、現実的に可能なものなのか、熱海・伊東という中でや
って行けということなのか、そのあたりはいかがでしょうか。

◇オブザーバー

構想区域と二次医療圏は基本、違うものと思うが、今後 1 年半の内に動かそうという
静岡県保健医療計画は、まさに二次医療圏を設定する場だと思う。この話は、ずっと昔
からのもので、オール伊豆なのか、伊豆を南と北に割るのかで続いている議論で、個人
的には再編した方がよいと思っているが、その決定をするにはかなり強い力が必要だろ
うと思う。県レベル、県医師会長が腹を括ってやるんだという強い方向性を示さない限
り、その決断は難しいのかなという気がしている。20 万人以上とか流入が 20%以上、
未満というのは意味がなくなっているし、賀茂などは特にこの後、人口はどうなるのか
というところを構想区域、二次医療圏として残していくかという議論があり、皆お互い
分かってはいるが、最後の決定的なものは医療審議会が決断すべきことだと思っている。

◇保健所長

本日配布した資料の参考の 3 の 2 「第 1 回部会における主な意見」の中で、「熱海、
伊東を一つの医療圏とすることはいかがか」という当圏域の調整会議での意見の紹介が
あったが、部会の中ではむしろ、より広域の流れの話の中で、前回の国の医療圏改定の
人口や患者流出割合などの外形基準をあまりにも下回ってしまう場合には基準自体を
当てはめることが矛盾であり、二次医療圏として成り立っておらず、見直しの対象にな
るのではないかというのが前回の計画策定作業部会で出た意見で、前回の当圏域の調整
会議での「熱海、伊東がそれぞれ市内で完結したい」という話よりも、広域の話として、
熱海伊東を一つとしてまとめることよりも、より広域にという話であった。

この調整会議の場で地域の意見として協議いただいた内容については、次回の計画策
定作業部会に報告させていただく。

◇委員

そうやって、一つにしたからと言って現実が何か変わるのかということ、その地域、地
域では診療をやっていくことになるので、一所懸命に力を働かせて一つになりましたか
らと言っても日々の医療はそれほど変わらない。果たして何のためにやったのかという
問題もあるので、非常に難しい。

◇委員

現状の追認ということ。必要に応じて既に行われている行動であるから、無理に変え
る必要はない。3 次救急病院などがより充実する方向で整備すればよいと思う。

◇議長

プリミティブだが大きな問題だと思いますが、今日この場で結論は多分出ないと思う
ので、これで議題 1 に関しては区切りとし、次の議題の 2 「療養病床を有する医療機関へ
の訪問調査の状況」について、事務局から説明をお願いします。

◇医療健康課長

《 以下、資料5に沿って説明 》

- ・ 25対1の療養病床を持つ病院を対象として、今後の病床転換等の意向を確認するための訪問調査を7月から8月にかけて実施した。
- ・ 対象医療機関は、南あたま第一病院、熱海海の見える病院、佐藤病院、伊東病院の4病院で、調査対象となる有床診療所は管内にはない。
- ・ 調査結果は裏面の2ページのとおり。転換計画の予定時期の違いはあるが、20対1の医療療養病床への転換を計画するとの結果。
- ・ 平成28年3月末現在で集計対象としているため、熱海海の見える病院（療養72床）については、調査は実施したが、集計対象には含めていない。

◇議長

統計の時点が平成27年度ということならば、熱海海の見える病院の数値が入っていないことはやむを得ないが、次回から報告してもらうことはできるか。

◇医療健康課長

今回は調査時点での国の動向等を前提とした集計データであり、今後の診療報酬等の改定、内容を見極めたいとする医療機関もあり、調査は今回1回限りではなく継続しての調査を予定しているので、その際には時点修正のデータとして熱海海の見える病院の療養病床72床を入れた数値をお示しすることは可能です。

◇議長

実情に沿った情報提供をお願いしたい。

本議題について、勝俣先生いかがでしょうか。

◇委員

療養病床の25対1は生き延びられないことは分かっているので、当院では、今年10月1日から20対1に移行した。ただし、施設基準が段々厳しくなって、今までのように伊東市民病院や順天堂病院からの紹介患者について、3月までは受入れ可と言えたが、ある一定のレベルの病状の重さがないと無理があるでしょうかというように急性期の病院で待たせられる状況がある。その意味で、もう少し円滑に流れればいいなという感じはする。

◇委員

熱海海の見える病院の鈴木です。当院の療養病床は72床で、20対1でやっていこうという方針である。始まったばかりで、まだ達成しておらず未確定な部分はあるが、現実に目指していこうとすると、患者の医療区分をクリアすることが難しいと感じている。所記念病院と海の見える病院との間でも調整が難しい状況にあり、地域で考えた場合にはもっと難しくなると思う。

◇議長

熱海海の見える病院では、療養病棟入院基本料1を取ったのは1病棟か。

◇委員

1フロア1病棟で、もう1病棟はまだ取得していない。

◇議長

南あたま第一病院でも8月から療養病棟入院基本料1を取得し、何とか25対1から20対1へ移行できたが、本来ならば医療区分2、3の患者を受入れるべきところ、区分1の患者を受けざるを得ない事情もあり、新たな問題が出てくる。いずれにしても、熱海伊東圏域の療養型病院の見通しとしては20対1に移行する目処がついた、あるいはつきそうだといいことでよろしいでしょうか。

他に発言がないようでしたら、時間も迫っているので最後の議題3「地域医療介護総合確保基金を活用した取組」について事務局から説明願います。

◇医療健康課長

《 以下、資料6に沿って説明 》

- ・ 消費税増収分を活用した新たな制度として平成26年度に創設されたものが地域医療介護総合確保基金で、負担割合は国が3分の2、都道府県が3分の1。
- ・ 今回の資料は、平成28年度分の主要な基金充当事業の一覧で、充当対象事業は、医療では医療機能の分化・連携等に係るもの、在宅医療の推進、医療従事者の確保・養成の3つ。介護分では介護施設等の整備に係る事業と介護事業者の確保・養成の2項目。
- ・ 29年度分は、先月中旬までの期限で、関係団体等に事業提案等の募集を実施し、現在、担当課において内容等を整理中。

◇議長

ありがとうございました。本件について、御質問等がありますか。

議題全体を通して、「ほぼ在宅、ときどき入院」といったフレーズの下で、その方向で進んでいくという理解でよろしいのでしょうか。

◇オブザーバー

良いと思うが、それほど絵に描いた餅のようにきれいに行くとは思っていない。イメージを作って、この地域に足りないものを工夫していく働きかけを少しずつ行って、気が付いたら何となく動いているという形でしか進まないと思っている。

5か年計画でこの病院のベッドを減らしていくとか、新しく病院を作っていくような圏域ではなく、今ある中で役割分担をしていく所なので、会議でギシギシした結論を出すというのは現実的ではない。立場的にそういう事を言っているのか分からないが、そのように思う。

◇議長

分かりました。在宅関係で気が付いたことがありましたら、服部先生お願いします。

◇委員

基本的に国は、医療費を削減して介護へ持っていき、利用者負担を増やして、支出を

削りたいとの方向だと思うが、在宅医療に関しては、医師の性善説に立ち、やらなければならない事が増え、かかりつけ医の負担が増える一方で、訪問診療専門の医療機関が熱海市内でも3件あり、段々、医療の構造が変わってきている。国、県は在宅医療を担う医療機関が足りないと言っていたが、実はここ数年で訪問診療専門の事務所のような、レントゲンもないような所が出てきて、どうなっていくのか予想がつかない。

◇鈴木議長

そのとおりだと思う。佐藤先生いかがでしょうか。

◇委員

二次医療圏の話で、がんに関して患者の流出があるとの説明があったが、静岡がんセンターは患者を集めるためにある訳なので、100%のがん患者が二次医療圏で完結することはあり得ないことで、それは医療機関が悪いという話ではない。圏域には精神科病院がなく、適正な医療のためには他の病院と連携しなければならない。逆に、医療連携をうまく進めるとすれば、流出患者が増えるのは当然のことであり、医療連携を粛々と進める必要があると思う。

◇議長

予定の時間となったので、まだ課題は多いと思いますが、3回、4回とこの会議は続いていくと思うので、今後とも皆様の活発な御討議をお願いしたい。

では、事務局にお返しします。

◇保健所長

本日はお忙しい中、活発な議論をいただきありがとうございました。また、オブザーバー参加いただきました小林先生ありがとうございました。

今回いただいた御意見等は、年内に開催予定の県保健医療計画策定作業部会に報告させていただきます。また、年度内に、必要に応じて、この調整会議を開催させていただきますので、皆様よろしく申し上げます。本日は、誠にありがとうございました。