

平成 29 年度第 3 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 29 年 10 月 20 日(金) 19:00~20:25
- 2 開催場所 熱海総合庁舎 2 階第 3・4 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)
 - 山口 智朗 (熱海市長寿介護課長、健康福祉部長代理出席)
 - 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)
 - 稲葉 雄司 (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)
 - 川村 宮 (佐藤病院事務長、病院長代理出席)
 - 鈴木 和浩 (熱海 海の見える病院長)
 - 稲村 啓子 (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)
 - 欠席委員 杉浦 誠 (熱海所記念病院名誉院長)
 - 北谷 知己 (熱海ちとせ病院長)
 - 勝俣 文隆 (伊東病院長)
- 4 配付資料
 - ・ 次第
 - ・ 委員出席者名簿、座席表
 - ・ 資料 1-1: 「二次医療圏」及び「構想区域」の設定
 - ・ 資料 1-2: 第 8 次静岡県保健医療計画熱海伊東圏域計画(素案)
 - ・ 資料 1-3: 骨子案・素案対照表
 - ・ 資料 2-1: 静岡県肝炎対策推進計画改定について
 - ・ 資料 2-2: 第 3 期静岡県肝炎対策推進計画熱海伊東圏域計画(案)
 - ・ 資料 2-3: 同上新旧対照表
 - ・ 資料 3-1: 地域医療構想を踏まえた「公的医療機関等 2025 プラン」 につ

いて

- ・ 別冊：公的医療機関等 2025 プラン
(国際医療福祉大学熱海病院、伊東市民病院)
- ・ 資料 3-2：病床機能報告の集計結果
- ・ 資料 3-3：療養病床の転換等調査結果
- ・ 資料 3-4：在宅医療等への整備目標・見込み量に係る調査結果
- ・ 参考資料：平成 29 年度地域医療介護総合確保基金(医療分) 充当主要事業
- ・ 意見提出用紙

◇議長

皆様今晚は、暫時、議長を務めさせていただきます。活発な協議と円滑な議事進行について、皆様の御理解、御協力をお願いします。

当会議は今回が第3回の会議となります。6月に開催した第1回会議は、地域医療協議会との合同会議で、平成30年度からの次期保健医療計画の策定に関する概要や記載イメージ、圏域計画の重点取組み事項と数値目標設定の考え方などについて説明があり、圏域の7疾病、5事業及び在宅医療に関する課題や取組みについて皆様から御意見をいただきました。

7月の第2回会議では、書面協議により保健医療計画の熱海伊東圏域版計画の骨子案についての意見照会がありました。

今回、第3回の会議になりますが、保健医療計画の熱海伊東圏域版計画の骨子案に、書面協議で提出のあった意見への対応や県医療審議会での決定事項などに対応した修正案の素案、並びに県肝炎対策推進計画の熱海伊東圏域計画案に関する件と、新たな資料やデータを基にした地域医療構想の推進を議題として、皆様からの忌憚のない御意見をいただきたいと思っておりますので、よろしくをお願いします。

それでは、議題1「第8次静岡県保健医療計画 熱海伊東圏域計画(素案)について」と、関連する議題2「第3期静岡県肝炎対策推進計画 熱海伊東圏域計画(案)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1-1 から 資料2-3 により説明 》

◇議長

それでは、これより協議に入ります。

議題 1、2 に関して御意見、御質問等がありましたら、お願いします。

◇委員

肝疾患の死亡率のデータで、平成27年が急に上がっているが何か理由があるのでしょうか。

◇保健所長

人口 10 万人対の死亡率データで、圏域人口が 10 万人余の熱海伊東圏域では、23 年から 24 年で急に減少してきているように、単年度のデータ比較をもって特定の原因があるとは分析しにくいところがあります。

◇委員

全体としては、熱海伊東圏域の死亡率は高いということですね。

◇保健所長

そのとおりです。一般的に B 型、C 型肝炎とも感染の機会を考慮すると、高齢化率が 40% を超える当圏域では、罹病率が高くなるため死亡率も高くなる傾向があります。

◇委員

最近の良い薬も出てきているなか、治療が進んでいないということなのか。

◇保健所長

罹患率までのデータが手元にありません。治療法は進化しており、インターフェロンフリーの治療も積極的に導入していただいている。また、県の肝疾患拠点病院の順天堂病院との連携も図っていただいている、治療面で何らかの問題点があるとは考えていません。

◇議長

保健医療計画の数値目標に関して、健(検)診の受診率が予想以上に低いと感じている。熱海市の健(検)診率が低いことは承知しているが、他の地域の状況はどうなのか。

◇保健所長

特定健診の受診率に大きな差はありません。がん検診に関しては、両市とも様々な工夫をしていただいているが、当圏域の受診率は全県に比べると低いのが現実です。

◇議長

検査自体あまり負担がかからない肺がんや大腸がんの受診率が低く、被検者負担が重いと思われる子宮がん、乳がん検診の受診率が高いのは、当地域の特徴なのか。

◇保健所長

両市とも個別の勧奨や特定健診との同時実施などの工夫をしていただいているものの、受診率は伸び悩んでいると聞いています。胃がんなど検査手法が国の指針に合わないカウントされないなどの問題もあります。

◇議長

市民への啓蒙がまだまだ不十分だということだと思う。目標値が 50% 以上ということを見ると、我々、もっともっと頑張らなければならないと思う。

◇委員

質問ではないが、地域医療構想は病床の機能分化を図って効率的な医療提供体制を推進する計画だと認識しているが、在宅に患者が戻ってきてから急変したときに、病診連携がしっかり取れて入院する急性期病床が確保されていれば我々としては非常に良いが、平成 37 年には急性期病床が減少するとの計画となっており、少し危惧される部分ではある。

◇議長

他に意見がないようであれば、議題 1 及び2に関する協議は、一旦これで区切りにしたいと思います。

続いて、議題の3「地域医療構想の推進について」事務局から説明願います。

◇医療健康課長

《 以下、資料3-1 から 参考資料により説明 》

公的医療機関等2025プランに関して、事務局から趣旨、概要の説明後、2病院からそれぞれのプランについて別冊資料により説明あり。

○ 国際医療福祉大学熱海病院

○ 伊東市民病院

◇議長

ここまでの件について、御意見、御質問等がありましたらお願いします。

◇委員

資料を見て、在宅医療については大変な時代が来ると再認識した。これらデータは、今後もサ高住や有料老人ホームができるとの考え方なのか、訪問診療は在宅分のみを見ているものなのか。

◇保健所長

資料 78 ページの「介護施設、在宅医療等の必要量のイメージ」にあるとおり、高齢化に伴う需要分というのは、従来からの介護老人保健施設入所者と在宅で訪問診療を受けている者の増加見込みです。また、地域医療構想の病床機能分化に伴い、医療区分などにより療養病床や一般病床にいる患者を地域で対応していく追加的需要分として257人が加わる見込みとなっています。御指摘のあったサ高住や有料老人ホームにいる方は、在宅に含まれます。

◇委員

訪問診療分が非常に多くなると、家族が疲れて、レスパイト入院や緊急搬送されるケースが多くなる。一方、国は 2025 年の急性期病床数を減らしていきたいとの計画のなか、先ほどの 2025 年の伊東市民病院と国際医療福祉大学熱海病院の計画をみると、急性期を増やす計画としており、このあたりが良く分からなかった。また、伊東市民病院では、レスパイト入院のための病床を持っていると聞いたことがあるが、回復期病床になるのか、また、どの程度の病床数なのか教えてほしい。

◇保健所長

全体的なことについて私からお答えし、それぞれの病院から補足していただければと思います。まず、地域全体としての急性期のニーズは減るかもしれません。各病院の機能分化・連携によるほか、有床診療所の病床で急性期病床と報告しているところもあります。また、国際医療福祉大学熱海病院の未整備分の 50 床がオンされています。伊東市民病院については、機能区分別の病床数に変化はありません。

在宅の患者が急変して入院した場合に、急性期機能として扱うことについては病床機能報告

制度の報告の例として示されています。

◇委員

未整備分の病床に関しては開設許可をいただいた時点での区分であり、今後の病床の運用については、状況をみながら検討していく方針である。

◇委員

この圏域では、急性期については変わらないと思っており、全く心配はないと考えている。在宅からのレスパイト入院や状態悪化による入院を、回復期病床で対応することはあまりないと思う。当地域では、急性期機能に関しては、もう少し機能を上げていかなければならない部分がありそれぞれ努力はするが、問題は、不足する在宅をどうしていくのかだと思う。この件について、この会議でどのように対応し、何をゴールにするのかが分かりにくい。

◇保健所長

この会議の目的は、病床機能の整理だけではなく、御指摘があったように、手薄な在宅の医療について、手厚くするためにどのようにしたらよいのか、在宅医療に関わっている地域の医療の方々や介護の方々や連携していただくために参画いただいています。

地域医療介護総合確保基金の中には、在宅医療を強化するための訪問看護ステーションに対する支援や有床診療所の機能強化のための補助金、在宅医療推進員の配置への支援など様々なメニューがあり、これらをどのように活用したらこの地域で在宅医療が手厚くできるのかも併せて御協議いただければと考えています。

◇委員

伊東市内では、クリニックを持たずに在宅医療だけを行っているところはなく、これから増えていくことも考えにくい。新規の開業も難しいことから、地域にある医療資源で対応していくしかないので、当院もできることならば在宅に協力していきたいと思っている。そういった取組に対しての財政的な支援を検討してもらいたい。

地域医療全体を推進できるように、当院では地域医療支援病院の指定に向けて努力しているところであり、本年5月以降は紹介率50%をクリアしているので、そろそろ地域医療連携のための協議会を設置して、地域の先生方と在宅を含めた地域医療を考えていきたいと思っているので、御協力をお願いします。

◇委員

今後、これだけ在宅医療の需要が増えてくると、今でも家族が疲弊してしまう状況の中、レスパイト入院のための病床を確保しておいてもらいたいと思っているが、市民病院では確保できているのでしょうか。

◇委員

病床稼働率が100%となることはないので、対応は可能と考えている。

◇議長

山本先生からレスパイト入院の話題が出たが、私の経験を基に言うと、在宅医療の患者さんが全て理想的に徐々に悪くなってお亡くなりになることは決してないので、在宅医療を始めても、

これは医療施設でなければ患者さんもかわいそうだといった問題に直面するようである。そうした場合に、見た目では、急性発症のようであるが、実は慢性疾患が急性増悪している。治る方向にない看取りを前提とした患者が急性増悪した場合、一般の急性期病院に送りづらいとの意見がある。

急性期病院が担うレスパイトと慢性期病院のレスパイトを同じように考えていいのか迷うことがあるが、いかがか。

◇委員

もっともな御意見だと思う。私も、慢性期で診ていて、それほど重度ではない急性増悪した場合、少し脱水になって2・3日点滴すれば治るような患者で、家族の希望で入れてほしいと要望されたようなときに、急性期の伊東市民病院では敷居が高く感じて、南あたま第一病院さんをお願いしたことが時々ある。

◇議長

在宅を行っている先生にしてみると、しっかり後方支援をお願いしたいとの意見を聞いているので、我々、有床病院としては重大かつ喫緊の問題だと思っている。

先程、事務局から、現在と6年後で病床機能を変更している2病院について、その理由を説明してほしいとのことであった。

南あたま第一病院は、現在の急性期 20 床、慢性期 90 床を、6年後には、急性期 20 床、回復期 32 床、慢性期 58 床との計画としている。当院の回復期病床は、包括ケア病床に近いものを想定しているが、現行の基準では施設基準が非常に厳しくて手上げができない状況となっている。以前の調整会議で(オブザーバーの)小林先生から機能区分に関しては厳格に解釈するのではなく、どのような方向で運営していきたいのか積極的にアピールしていけばよいとの説明があったので、6年後の施設基準等がどうなっているは分からないが、当院の考え方を示したものである。熱海海の見える病院はいかがでしょうか。

◇委員

当院は現在、一般病床 40 床、療養病床 72 床で運営しているが、急性期に関しては、いわゆる障害者病棟、難病や障害者に該当する患者を受入れており、機能転換をする意図ではない。療養病床の医療区分はⅡ、Ⅲが9割を超えており、また、在宅復帰率も 50%を超えている。その意味では、在宅医療の後方支援として機能しているのではないかと考えている。基本的には現在の機能を継続していきたいと思っている。

◇保健所長

本年度、病床機能報告は3年目となります。これまでは、一般病床であれば急性期、療養病床であれば慢性期、回復期機能は回復期リハビリ病棟または地域包括ケア病棟を算定した病棟のみであるような解釈で報告していたのが実際のところだと思いますが、今年からは、病床の区分や診療報酬上の施設基準に係らず、実態に合わせて報告してほしいとされています。例えば、療養病床であっても急性期を脱した後の患者を在宅に返すということであれば、回復期と報告しても構わないとしています。在宅から急変して入院した場合には急性期ということもありうるし、

病棟全体でどの患者さんが一番多いかで判断することになります。これまでのように、ステレオタイプに病床が一般か療養か、診療報酬上の施設基準で回復期リハや地域包括ケア病棟ではないから報告できないということではなく、実態を見た判断になります。

例えば、南あたま第一病院であれば、32床を回復期機能と報告されていますが、施設基準を満たさなくても、またはリハをしていなくても回復期機能を果たしていれば回復期と報告しても構わないとされています。熱海海の見える病院でいえば、これまで病床区分で急性期、慢性期と報告されていたと思いますが、慢性期が駄目ということではなく、取り扱い方で長期療養が必要な難病患者や障害をお持ちの方は慢性期の医療として区分されることになったので、担当した事務の方が実態を見て慢性期と判断いただいたもので、大きな機能の変化ではないと考えていただければよいのではないかと思います。

◇議長

予定の時間が近づいてまいりましたが、他に御意見はございませんでしょうか。

無いようでしたら、協議はこれで終了とさせていただきます。

事務局にお返しします。

◇保健所長

本日は週末の夜分にも係らず、お忙しい中お集まりいただき、また御議論を賜りありがとうございました。

御議論いただいたように、今後、調整会議では病床以外に在宅医療が大きな課題となってきます。本日は、その入口のところで、将来、かなり多くの在宅医療が必要となることを御理解いただけたものと思います。

この調整会議は、地域医療協議会と違い介護事業や訪問看護関係の委員あるいは療養病院の方々に参画いただいているのは、まさしくこれから在宅をいかに充実させていくか。また、県の基金を活用していただくとともに、来年度に向けて事業提案等がありましたら御相談いただきたいと思います。本日はどうもありがとうございました。