

平成 29 年度第 2 回富士地域医療構想調整会議 議事録

日時：平成 29 年 8 月 2 日（水）午後 7 時から午後 8 時 50 分

場所：静岡県富士総合庁舎 2 階 201 会議室

1 出席委員

議長（磯部委員）、出席委員 17 人（保健所長含む）（詳細は別添出席者名簿のとおり）

2 配布資料

資料 1、2、3、4、5、追加資料 1 及び資料・データ集一式

3 議 事

- (1) 新公立病院改革プランについて
- (2) 第 8 次静岡県保健医療計画の策定について
 - ・ 7 疾病 5 事業及び在宅医療に係る課題への対応策
- (3) 平成 28 年度病床機能報告について
- (4) 平成 29 年度在院患者調査の結果について

磯部議長：それでは、議長を務めさせていただく。円滑な議事・進行について、皆様方の御協力をお願いしたい。

最初に議事 1「新公立病院改革プランについて」であるが、新公立病院改革プランは総務省が定めた「新公立病院改革ガイドライン」に基づき、病院事業を設置する地方公共団体に対し、策定が求められた。そこで、圏域内にある 3 つの公立病院から、それぞれの改革プランの概要について御説明をお願いしたい。

最初に富士市立中央病院から説明をお願いする。

柏木委員：改革プランの前半の部分では、中央病院の現況と静岡県及び富士保健医療圏域の患者動向等一般的なことが述べられている。24 ページにあるとおり、高度医療への対応の問題、特に少子高齢化のなかで高度医療や救急医療を果たしていくための対応と、もう一つの問題は医療を支える人口の減少があり、人材の確保と労働環境の改善ということを中央病院の課題として考えている。地域医療構想を踏まえた役割の明確化のなかでは、26 ページの中ほどだが、新改革プランの計画年度の終期である平成 32 年度には、1 病棟分、大体 50 床を高度急性期病床に転換し、急性期病床約 450 床を目指している。平成 37 年には、更に 1 病棟分を高度急性期病床に転換し、高度急性期病床約 100 床、急性期病床約 400 床を目指している。(2)、(3)は、地域包括ケアシステムにおける果たすべき役割、一般会計負担の考え方について書いてあり、また、(4)以降は数値目標や経営目標が書いてある。ただ、29 年度以降に関しては数値目標と異なる色々な変化が起こってくると考えられ、その中で職員数の確保をどのように図っていくかということが中央病院の課題になるが、26 ページの地域医療構想を踏まえた中央病院の取組がこの改革プランの中心になると思う。

磯部議長：それでは次に富士宮市立病院から説明をお願いします。

米村委員：当院は資料1の最初に書いてあるように、高度急性期、急性期、回復期という地域完結型の病院を目指している。高度急性期病床は0床という報告をしているが、実際にレセプトを調べてみると平均50床は年間稼働しており、急性期病床が250床、地域包括ケア病床として50床、トータル350床となっている。今後の5年間に、市の医療計画において病院の新築を考えており、その際には、急性期・高度急性期を含めて350床、回復期病床を50床と考えている。整形外科が2年ほど前に診療縮小せざるを得なくなったが、現在2名、来年度は現時点で3名の確保を見込んでいるので、整形外科病棟の回復も含めて可能ならば50床増床、病院の病床のいろいろな問題があるので不可能な場合には整形の50床を新たに増設して回復期を50床、それから他の病床から4床ずつ出してもらって整形外科の50床を回復する。小児科医に関しても現在4名確保しており、来年度以降の用途は現時点ではっきりしていないが、地域完結型で高度急性期、急性期、回復期ということで考えている。病院の新築も含めて可能であれば50床の増床を行っていきたいと思っている。

磯部議長：続いて共立蒲原総合病院から説明をお願いします。

西ヶ谷委員：当院の改革プランの8ページの下の方、患者さんの流れというところをご覧ください。当院の今までの成果と現状を簡単にお話しさせていただく。当院は平成22年に一般病床の一部を療養病床に転換した。現状は、急性期病棟（DPC7対1）が2病棟、地域包括ケア病棟（回復期機能病棟）が2病棟、療養病棟が2病棟の計6病棟で運営されている。付帯施設としては健康診断センター、平成13年には介護老人保健施設「芙蓉の丘」を開設し、訪問看護ステーションを併設している。また昨年度、富士市が運営していた訪問看護ステーションを当院が引継いで運営しているという状態である。当院は、救急患者さんも受け入れており、他病院から紹介された患者さんも受け入れているが、このような病院の運営になっているので、ある意味患者さんの病状・病期によって、一病院で完結できる患者さんが多くいらっしゃる。完結できない場合は、他病院に転院していただく場合もあるが、そのほか病院間の連携によってポストアキュートの患者さんも受け入れていく。受け入れ先は、地域包括ケア病床、療養病床である。昨年度ぐらいから訪問看護ステーションと富士市医師会の在宅医療をやっている先生方と連携して患者さんの事前登録制度を実施しており、サブアキュートの患者さん、あるいは難病の患者さんも含めたレスパイトの患者さんも受け入れている。また、健康診断センターにも力を入れているので、特定健診や企業健診等の実施や検診車も受け入れて、予防医学にも力を入れている状態である。この形態は今後も続けていく予定である。こういった形で地域包括ケアシステムに貢献できることも多々あるのではと考えている。6ページは地域医療構想に記載されている平成27年と平成37年の富士圏域における病床機能報告と必要病床数で、7ページには当院のものを記載している。実際には平成28年10月に病棟の再編をした。1

病棟が 60 床で比較的多い病棟で動線が長いということで、より機能的な、看護師さん達の職場環境も考えるということで再編した。再編の結果、急性期が 2 病棟で 78 床、回復期が 2 病棟で 65 床、慢性期が 2 病棟 92 床で変わりはない。また、当院は休床病床が 32 床ある。急性期も受け入れており、平成 28 年度のデータでは、救急車が年間約 1,100 人、時間外が 600 人ぐらい、ご自宅の車で来られる方は時間外で約 3,000 人の方が救急外来を訪れている。これ以外にも、マンパワー的な問題、病院の機能的な問題で受け入れられないということもあり、救急医療にもう少し力を入れることも踏まえて、平成 37 年には最終的には急性期を 2 病棟 92 床、回復期を 2 病棟 83 床、慢性期を 2 病棟 92 床ということで、8 年後にはそういった病床機能の振り分けになるように頑張りたいと考えている。ただ当院においては平成 27 年の 4 月、私が院長になった時には、常勤医が 13 名しかおらず、当院においては過去最低の常勤医数であった。マンパワー的に急性期をどうやっていくかということも考えて医師を増やすことが喫緊の課題だと思い、2 年半あまりのところで内科の先生 3 名、整形外科の先生が 1 名増えて、17 名という体制でやっている。これに関しては、もう少し増やして頑張ってやっていかなくてはいけないなと思っている。当院の構成市は、静岡市と富士市と富士宮市である。10 年以上も前の話になるが、旧庵原郡が構成市町になっていたが、平成の市町村合併により静岡市、富士市、富士宮市の 3 市に分かれてしまったということである。合併時の決めごとにもあったように旧由比町、旧蒲原町の患者は引き続き診ていくということで静岡市が入っている。現状の外来患者さん、入院患者さんの数は富士医療圏の方が 50% 強、静岡医療圏の方が 50% 弱ぐらいの割合である。当然ながら静岡市の救急車も来るので、この圏域内外の患者さんの流入・流出に関しては、当院の影響によって流入患者・流出患者に多少影響がある。以上、当院の地域医療構想を踏まえた役割について述べさせてもらった。

磯部議長：ただいま、3 病院から説明があったが、委員の皆様から何かご質問やご意見等はあるか。

<特に質問・意見等なし>

また何かあったら後ほどでも構わないのでご意見を頂きたい。

それでは次の議事に移りたいが、議事 2 の前に、議事 3 「平成 28 年度病床機能報告について」及び議事 4 「平成 29 年度在院患者調査について」、事務局から説明をお願いしたい。

資料 4、資料 5：梶田医療健康課長 説明

磯部議長：ただいま、事務局から資料の説明があったが、これについて何か、質問等あるか。

<特に質問・意見等なし>

それでは、続いて、議事 2 「第 8 次静岡県保健医療計画の策定について」に移る。今回の会議では、第 8 次保健医療計画の策定に当たり、その中核的な構成部分となる 7 疾病 5 事業及び在宅医療に係る圏域の課題に対する今後の対応方策などについて、皆

様から忌憚のないご意見をいただきたい。それでは事務局から説明をお願いします。

資料2、資料3：永井保健所長 説明

磯部議長：ただいま「7疾病5事業及び在宅医療」に関する現状と今後の取り組み目標について、事務局案ということで説明があった。

まずは、「がん」について議論していきたい。これまでの会議において、病院の役割分担を明確化することで、がんセンターの負担軽減が必要ではないかということなどがご意見としてあった。病病連携、病診連携など、どなたか御意見があれば発言をお願いしたい。

柏木委員：富士医療圏の流出において一番大きな影響を与えているのががんセンターへの流出であると思われるが、がんセンターは負担が増えているということではよろしいか。根拠は何かあるのか。

永井保健所長：具体的な数字はがんセンターにまだ照会してないが、実際に患者数が増えたことにより、初診の予約が取りにくいということで、紹介してから受診するまで、あるいは受診してから手術までの日数がだんだん伸びてきているというお話を伺っている。

柏木委員：それは富士医療圏からの患者数が増えたという解釈でよろしいか。

永井保健所長：そういうわけではなくて、がんセンターにかかりたいという方が増えているということである。駿東田方の患者さんも増えているし、どこの圏域の人達を優先しているというわけではないので、オーバーオールでのお話になるかと思う。

柏木委員：がん診療でがんの集学的治療を行うということは、がんセンターでしかできないという解釈か。

永井保健所長：保健医療計画でお示ししているがんの集学的治療というのは、手術、放射線療法、化学療法等を行う医療機関は全て含まれているので、富士圏域の中では、富士宮市立病院と富士市立中央病院が、がんの集学的治療を担う機関ということで、現状の保健医療計画の中でもそのように示している。

柏木委員：了解した。がん診療における患者移動に関して言うと、結局、初診から手術までの期間の延長が起ることによって、もっと早く受診できる病院へ移動するという患者心理が働くので、ある病院に患者数が集まってくると、どうしても頭打ち現象が必ず起こる。がんだとかそういう診断がついてから手術まで2ヶ月ですよと言った場合に非常によくこういった問題が起こる。そうすると、ある程度もっと早く対応できる病院が対応しなければいけないという問題が当然起こる。あと超高齢者のがん疾患が増え

てきた時にがんセンターが対応できるかという点、がんセンターは総合病院ではないので、その予測は違ってくるのではないかと思います。また、実際に富士宮市立病院も富士市立中央病院もがん診療を縮小しているのではなくて、当然、需要があればそれだけの対応をしている訳だが、患者行動、患者心理の中でがんセンターという名称の中で流れているというのはあると思う。実際、富士市立中央病院の中でみると、がん患者が減っている感じではなくて、むしろ地域がん診療病院の指定を受けてからは消化器領域のがん患者さんが増えており、富士市立中央病院としての問題は、呼吸器等がん診療の中でまだよく対応できていない領域を今後補強していかなければならないということがあるのかなと思っている。

磯部議長：ほかにご意見があるか。

米村委員：がんセンターは、がんの集学的な治療をするために静岡県がつくったセンターで、いわゆる高度特定機能病院的なものであると思うので、がん患者の流出・流入を論じるうえで、がんセンターをその中に含めることは大きな間違いであると思うのだが、それを富士宮市立病院、富士市立中央病院、蒲原総合病院、沼津市立病院と同じレベルにして患者が富士宮からがんセンターに行ったからこれは流出というのではなくて、県全体のためにがんの集学的な治療をするためにつくった医療機関であれば、そこへ行った患者さんは統計から省くべきではないか。というのは、そのようなデータを出すのであれば、富士・富士宮の患者はがんセンターにいつてはいけないということを遠回しに言っているようなことになる。もし、がん患者さんがこのデータを見て、富士宮からがんセンターへ行く人が多いからこの圏域から駿東田方に行く人が多いんだよとなれば、富士宮市のがん患者さんはがんセンターに行つてはいけないのかというように穿った解釈をする人が出てくる。特定機能病院はそこから省くべきではないかと思うが。

永井保健所長：ご意見としては承つておく。ただし、流入・流出については国が全国一律で数のカウントをしているので、私どもの方で特定機能病院だけを省くということは現状できかねるが、やはりそこは圏域内でどういうところまでみてもらえるのかということをしつかりと広報するべきではないかなと考えている。

米村委員：がん診療においてこの東部で一番足りない点というのは血液疾患である。静岡県全体がそうである。例えば白血病だが、これはかなり入院期間がかかるし、高度医療が必要になるが、どこも血液内科の先生が少ない。県中部も県西部もがんセンターも確かに少ない。患者が入院すると長期間かかるので病床が一杯である。血液の悪性疾患になった人は行くところがないというのが県内全体の問題であり、東部の問題でもある。血液はいいんだよとか、そのようなかたちで見逃されていると不公平感がものすごくある。外来でこの人は白血病だねとなつても、静岡で断られ、浜松で断られ、もう電話をせずに大学病院に何も言わずに病診連携で予約を取つて送るとか、そういうこと

をしないと全然治療が受けられないという現状を、もう少し県は把握したほうがいいのかと思う。

柏木委員：昨日の県の会議で申し上げたが、国は全部ひっくるめて流出が 20%以上であれば医療圏として適切でないとして解釈している。これはあくまで数字だけで解釈しているので、実際の患者さんの需要を考えていない。数字だけで走ってしまうと、富士の医療圏だけで 20%なんてとんでもないという話だが、一方において、患者心理としては当たり前である。がんセンター（ハイボリュームセンター）でローボリュームと言うか症例数がアウトカムに影響与えない治療をやるべきなのかという議論もでてくる。食道がんや肝がんの領域はハイボリュームセンターでないとアウトカムに差が出てくるが、それ以外の病気は必ずしも差が無いので、そこをあえて 3 次医療の病院が 2 次医療をやるのかという話が出てくるので、この問題は内面にいろんな問題を抱えているので、その点を考えていただければと思う。

永井保健所長：私としては、5 大がんはやはり圏域内でみてほしいと考えている。ただし、先ほど米村委員もお話しされたように、白血病などの血液疾患は確かに行き場がない患者さんが多い。もちろん患者数全体としてはそれほど多くないとしても、いったん見つけた方の行き場がないというようなことはいろいろな方からもご意見を伺っているので、そういったことについても行き場の確保というか、診療の確保というのは非常に重要かと考えている。確かに、流入・流出が 20%を超えると医療圏として適切ではないと国は考えているが、私自身は数字にこだわらずに、この地域で住んでいる人が必要な医療を受けたい場所で受けられるというのが一番重要かなと思っているので、引き続きご意見をいただきたいと思う。

磯部議長：ほかにご意見があるか。

末期になって帰ってくる患者をがんセンターから紹介され、1 週間ぐらいして在宅で亡くなるとか、一時帰宅して点滴だけやる等、看取りやつなぎの医療というのを我々診療所ではやっている。もっと積極的に在宅に帰すというようなことができれば、在宅をやっている先生方に頑張ってもらってそういう患者さんを引き受けたいと思っている。

ほかにはよろしいか。では先に進み、またご意見があったらその時伺いたい。

次に脳卒中について議論したい。

まず、脳血管疾患を専門的に治療している富士脳研病院の谷島委員から現状の取組、特にリハビリテーションについては診療報酬の改定でアウトカム指標の導入が進んでいることを踏まえた病院の対応や課題、必要な取組などをご説明いただきたい。

谷島委員：私どもは急性期病床以外に回復期リハ病床を持っている。ケアミックス型で、どうしても脳疾患の手術をすると急性期だけでは終わらないので、回復リハ、更には人工呼吸器をつけるような方もでてくるので、療養型も必要になってくる。そういう方をど

うするのか、かなり重度の慢性期の方も診ていただけるような施設があれば紹介していきたいと思うが、現状ではなかなか難しい。回復リハに関しては、例えば7月は40床のうち17人退院したが、そのうち14人が自宅又は自宅扱いの施設に退院している。81%位は在宅へ復帰している。そのために地域の包括支援センターに大変お世話になっている。介護申請する場合には、必ず地域包括支援センターにお願いし、そこでうまく環境を整えていただいて在宅へとつないでいく、そういう状況である。

磯部議長：これについて、どなたかご意見があるか。

永井保健所長：いま谷島委員から慢性期でもう少し受け手があればというようなお話があったが、その点について慢性期医療を専門に担っていらっしゃる川上委員にご発言をお願いしたい。

川上委員：脳卒中は急性期で1ヶ月、回復期を終わって半年ぐらい、どちらかというとな脳血管障害は慢性期の方が長い。慢性期のリハビリは重要性はあるが、あまりその意味を認められてないし、それに関わる人の意欲とか、変わり映えしないと特に若い人はやる気を失ってしまう。リハビリをして良くなったということがあれば充実感があるが、慢性期というのは見栄えのする変化が乏しいので、慢性期のリハビリは重要なものだけれどもその重要性を意味づける、あるいは自分のキャリアの中でどう捉えるかがすごく難しいことは間違いない。脳研病院からいきいき病院へ行って、いきいき病院から新富士病院に来るという流れはもちろんあるし、脳研病院から重症患者が来ることもある。そこでもリハビリ継続というのはすごく労力を使う割にはやりがい感が乏しい面は多少あるかもしれない。慢性期後も長生きするようになってきたので、脳卒中の死亡率は減っている。ただ介護者（対象者）は増えている。そういう意味では縁の下の方力持ちではないが、継続していかなければいけない、そういう意味でのポリシーを持ってなければいけないと思っている。引き続きリハビリを行うための従事者は多いが、外来に通うのに交通の便が悪く、車で来てもらわないと受入れられないので、その辺が悩んでいるところである。

磯部議長：ほかにご意見があるか。

大塚委員：地域包括支援センターが退院時に機能しているというご発言があったと思う。

そこで確認だが、具体的な依頼というのはケアマネにつなげるとか、診療所とケアマネの間を上手くマッチングするというようなことを依頼しているのか。

谷島委員：具体的にはケースワーカーがやっているが、在宅に向けてどう調整していただくかということが一番大きなことである。なかなか在宅診療所との結びつきは薄いようで、訪問看護ステーションを利用したいとかそのようなところで調整していることが多い。

磯部議長：退院後も脳研病院でフォローしていかれるような体制をとられるのか、それとも在宅というか訪問診療などを地域の医療機関にお願いするという形になるのか。

谷島委員：原則的には退院された方は診療所の先生にお願いしているが、患者さんが来てしまう場合は病院で診ることもある。原則は診療所の先生にお願いする。

磯部議長：救急対応のところだが、脳卒中と思われる患者さんについては1次医療機関を通さず、治療のできる2次医療機関に送るということは救急隊でも充分研修を積んで、なるべく迅速に搬送するということは行っている。

磯部議長：ほかに何かご意見があるか。よろしいか。

それでは次に、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、喘息、肝炎、この4つについて何かご意見があれば伺いたい。特に糖尿病に関しては、腫瘍と同様に医科歯科連携の重要性が話題になっている。また、先ほどがんのところでも口腔ケアによる合併症の予防ということもあり、在宅医療においても誤嚥性肺炎の防止のため、嚥下機能や口腔ケアが大切になってくるが、この辺について何かご意見はあるか。

永井保健所長：医科歯科連携ということで、今日は富士宮歯科医師会の高木委員がご欠席なので、富士市医師会の大村委員から何かコメントがあればお願いしたいと思うがいかがか。

大村委員：口腔ケアについて、現在、専門的な口腔ケアは歯科衛生士が受け持っているという環境であるが、現状、歯科衛生士が足りないということで各病院から歯科衛生士を雇用したい、少なくとも入院患者については病院で受け持ちたいといわれている。退院すれば近くの診療所で口腔ケアをやる、入院する前でも近くの歯科医院で口腔ケアをやるということによって、結構、誤嚥性肺炎を防ぐことができる、入院日数を減らすことができるという具体的な数値が上げられている。今後はそういう意味の医療連携、広い意味での地域包括の中で、歯科医院と診療所あるいは病院あるいは在宅、その辺がチームをつくって一緒になって輪をつくって進めていくと効果が上がるのではないかと思う。

磯部議長：ほかにご意見はあるか。

先ほど永井保健所長からも説明があったが、心筋梗塞等の心血管疾患ということで、大動脈瘤、急性大動脈解離ということが入ってきましたので、その辺の手術等を含めまして何かご意見があるか。今、富士市立中央病院は大動脈瘤とか急性大動脈解離の手術についてはどのような状況なのか。

柏木委員：今年から心臓血管外科が2名体制になり、麻酔科もスタンバイできるので、大動脈関係の緊急手術も対応は可能である。

磯部議長：次に、精神疾患について議論していただきたい。精神疾患の中でも高齢者の増加に

伴い、今後、認知症の患者が更に増加すると見込まれていることから、現状の取組みや今後必要な取組みについて議論していただきたい。本日は、鷹岡病院の高木委員がご欠席なので、事務局から認知症疾患医療センターについて説明をお願いする。

追加資料1：阿部福祉課長 説明

続いて、認知症初期集中支援チームについて、富士市、富士宮市それぞれから説明をお願いする。

青柳委員：富士市では、認知症初期集中支援チームの設置を、当初、平成30年度の予定としていたが、1年前倒しをして今年の4月に設置した。複数の専門職からなるチームを市内に1ヶ所、鷹岡病院に委託という形で設置している。今年度は8つの日常生活圏域から2件ずつ症例を出してもらい、年16件の対応を目標にしているが、4月に活動が始まったばかりである。実績はそれほどないが、直近の状況では各圏域から3件の相談があり、そのうち1件を支援チームの対象とし、アセスメントが始まっているところである。また、支援チームの設置に向けて検討委員会を開催してきたが、設置後もこれを継続しており、事業の進捗確認や検証を行い、来年度以降の事業につなげていくこととしている。

小田委員：富士宮市は平成30年度から認知症初期集中支援チームを設置する予定で、28年度から準備を始めており、28年度は7月に国が実施した認知症初期集中支援チーム員研修を担当課の職員が受講し、支援チーム設置に向けた知識の習得を行った。市では平成30年度から地域包括支援センターの再編を行う予定であり、現在の直営1ヶ所、委託11ヶ所を直営1か所、委託5か所にするため、支援チームは再編後の6つの包括支援センター毎に設置することとしている。現在、30年度の設置に向け、サポート医、保健師、看護師、介護福祉士、主任ケアマネ等チーム員の編成と体制案について検討中であり、今後、包括支援センター運営推進協議会に諮って準備を行っていく。

磯部議長：事務局と2市から説明があったが、精神科医とかかりつけ医の連携についての課題等、どのように考えているかご意見をいただきたい。

精神科が認知症を診ることが多いと思うが、開業医を含め精神科医が全員認知症に対して積極的に取り組んでいるのかということと、神経内科や脳神経外科で開業している先生方等精神科以外でも認知症の診断や治療を行っていると思うが、精神科だけでなく神経内科や脳神経外科との連携はどうなっているのか。

川上委員：神経内科医として認知症を診ている立場から発言させていただく。認知症と言っても色々なタイプがあり、原因も様々である。精神症状（問題行動）に対しては精神科が力を発揮すると思うが、診断に関しては色々な観点から正確な診断を付ける必要があることから、むしろ精神科だけでなく脳外科、神経内科等皆で知恵を出し合

っていく必要がある。認知症と一括りにして間違った診断で支援チームが動くと、家族や周りから反発を買う可能性がある。どういう認知症に対してどのような支援が有効なのかを含め、正しい診断と経過を知り（経過がわからないと対応が難しい）、色々な知恵を出し合って地域の役に立つ支援チームを作してほしい。

西ヶ谷委員：川上委員が仰ったとおり、正しい診断は必要だと思う。数は少ないと思うが、慢性硬膜下血腫等の類いの疾患からくる認知症の患者さんもおり、中には手術で治せる方もいらっしゃるの、画像診断を含め正確な診断を行い、何故そうなっているのか原因を把握することも必要である。興味を持って勉強をしている先生方もいらっしゃる。

三浦副議長：今週送られてきた認知症疾患医療センターに関するアンケートの件だが、どの程度の医療機関に配布したのか。

福祉課長：入院病床を有している全ての病院と、内科、精神科、神経内科、脳神経外科を標榜している診療所及び病院に対して配布している。

三浦副議長：内科にも配布されているとかなりの数になり、無駄なように思われるが。

福祉課長：認知症サポート医とかかりつけ医の連携がこれから重要になるため、事業周知も含めて内科に配布した。

磯部議長：認知症に関連して、今年の3月から道路交通法の改正により、認知症が疑われる高齢者の運転免許更新には診断書が必要になった。どのくらいの先生が対応されているかわからないが、今のところ、特に診断ができなくて困っているとの状況にはなっていないようである。他になければ、次に救急医療について議論していただきたい。病院前救護については、先日のメディカルコントロール協議会でも議論になったが、医療機関に搬送するまでの時間や搬送先が決定するまでの照会件数が、他の圏域に比べて突出して多い。平成27年度の数字が資料2の9ページにあるが、搬送先決定までの照会時間が30分以上を要した事例は103件、6回以上照会した事例が74件であった。平成28年度は30分以上が130件、6回以上が90件と更に増えている。これについては色々と事情はあると思うが、医療機関が少ないということも原因の一つではないかと思われる。富士市医師会では、会員にファーストタッチをしてほしいと案内を出しているが、昼休みの時間帯が多いこともあり、なかなか難しい。首都圏で救急救命をやっている先生に言わせると、時間がかかろうが、回数が多かろうが、重症でなければ良いじゃないかという話が救急医療センターの連絡会議では出ていたが、8圏域の中で突出して多いことは確かである。対策と言っても難しいが、今後も呼びかけをしてファーストタッチをしていただくしかないのかなと思っている。他に救急医療に対してご意見はないか。

渡邊委員：地域包括ケア病床は、回復期病床の中の一つとして区分けされている傾向にあると思われるが、本来は高齢者を救急に収容する目的があつて導入されたかと思うので、このようなことを含めて考えないと、富士圏域の急性期病床がどんどん減っていつて、本当に救急医療が受けられない状況になってしまうので、そういうことも加味してそのような病床を失わない方法を考えてほしい。

磯部議長：富士市においては、夜間と休日、土曜の午後を含め、1年のうちの半分以上の時間帯について、二次救急のほとんどを富士市立中央病院が受けている。救急センターに誤嚥性肺炎や軽微骨折で運ばれてきた患者さんの送り先は富士市立中央病院しかない。1.5次くらいの患者さんを受けてもらえるような体制をなんとか作れば、富士市立中央病院が救急ストップになるというようなことも起こらないのではないかと考えている。このことについては、部会を作って検討しようと永井保健所長と話をしているところである。

次に災害時の医療、へき地医療、周産期医療、小児医療についてご意見を伺いたい。へき地医療については、圏域にへき地と言われる場所がないので、それ程問題はないかと思う。三次救急がないので、小児の重症ケースはやむを得ないと思われるが、災害時医療や周産期医療等について意見がないか。

永井保健所長：災害拠点病院になっている富士市立中央病院と富士宮市立病院の、災害時における事業継続計画の策定状況について、把握ができていれば教えていただきたい。

米村委員：一言で災害と言っても水害、地震、富士山の噴火等様々であり、規模もそれぞれ異なるのでケースバイケースだろうと思われる。数年前の3.11の後の3.15の時に、富士宮市は震度6強であった。その時には、200人強の職員が20分以内に集まったが、災害で来院した患者さんは8人であった。こういう場合はこうすると決めていても、被害を受けた方が多いのか、少ないのかということもある。多い場合はこうする、少ない場合はこうするということは決めており、病院長の判断により対応するため、事業継続計画は作成していない。

磯部議長：それでは最後に、在宅医療についてご意見を伺いたい。本年度第1回の地域医療協議会では、高齢者のみの世帯、特に高齢者の単身世帯が増えていることについてご意見があった。課題や必要な取組みについてご意見があれば伺いたい。富士市医師会のホームページで在宅医療一覧表を公表しており、在宅診療を行っている医療機関が20施設ほどあるが、在宅医療や多職種連携の研修会に出席するのは10名くらいで、いつも同じような顔ぶれである。普段診ている患者さんが通院できなくなった場合は訪問するが、他からの紹介を受けてまで積極的にはやりたくないという先生が結構いらっしゃる。こういう先生方は、頼みに行けば診てくれるのではないか。高齢者世帯の場合は、医療だけでなく介護と協調していく必要があり、地域包括ケアシステムをどのように動かして行くかということや、地域包括支援センターの活

動等が問題となってくるのではないかと考える。

大塚委員：独居高齢者、高齢者世帯が増えていることは実感している。ただ、多くの方は介護サービスを使っていたり、かかりつけ医等医師と何らかの接点を持っていたりしているが、まれに非常にひどい生活をしていて医者にもかかっていないケースがある。本会議の課題に含まれるかどうかかわからないが、このような方が亡くなった時のことが気になっている。

三浦副議長：ここ10年か20年くらいで、死に場所のない方が30～40万人いるとの推計が出ている。そういう現状を見据えておく必要がある。

西ヶ谷委員：開業医の先生も非常にお忙しい中、地域の在宅医療に関わってくださっている。看護師の特定行為はだんだん拡大されてきているが、特定行為が高度医療だけでなく、在宅医療でも認めてもらえるようになれば、訪問看護ステーションとの連携で、開業医も在宅医療をやりやすくなるのではないかと考えている。

磯部議長：実際、在宅で看取りまで含めて患者さんを診る場合、訪問看護ステーションがないと絶対にできない。看護師を頼りにしてやっている。在宅で特定行為ができる看護師がいると助かる気がするが、これについては、日本医師会はあまり賛成していない。

青柳委員：市では次期介護保険事業計画を策定しているところだが、今回の計画では地域医療構想との整合性を図ることとなっており、在宅医療についても記載が義務付けられている。地域医療構想の中で圏域における在宅医療の必要数が出ているが、前回までの会議でも話題になっているとおり、医療的に在宅レベルの方がそのまま在宅でやっていけるのかということ、ご家族の介護力の問題等もあり、そのまま在宅に移行するものではないだろうと考えており、そういう見極めをしながら必要な施設整備について検討しているところである。

磯部議長：富士圏域で特に在宅が増えているとの状況は今のところない。療養病床がこれから削減され、実際にこれが機能しなくなった時に一気に在宅が増えるのだろう。本気で国が療養病床を減らすつもりならば、そういうことが起きてくる。今は、介護療養型25：1の病床が機能しているので在宅は増えていないが、急激に増えた時の対応を考えておかないと、医療難民というような問題も出てくるかも知れない。会議で在宅医療について話しをしているが、実際にそれほど増えていないのだから良いのではないかとこの考えの方もいるのが現状である。

三浦副議長：富士宮市には訪問看護ステーションが30ヶ所くらいあるが、1対1の訪看が多くてあまり力になっていない。実際に訪看が何をやったら良いかわからず、患者さん

の希望で療養型の施設に入院するようなこともあった。富士宮市では点滴等をお願いできる訪看は3～4ヶ所で、富士市の病院の訪看に助けられている。訪問看護ステーションは合併して大きくなり、輪になってくれると良いと思う。

磯部議長：時間になったので議事を終了し、マイクを事務局にお返りする。

事務局より事務連絡

- ① 本日議論できなかった項目を含め、7疾病5事業及び在宅医療に係る課題への対応策について、別紙1の提出を依頼（提出期限：8月10日）
- ② 今後のスケジュールについて
 - ・ 2回の調整会議でいただいたご意見をもとに、富士圏域として骨子を固める。
 - ・ 県では昨日の作業部会で骨子の審議が行われた。
 - ・ 8月21日には医療審議会に骨子を諮り、その後、素案の作成を行っていく。
 - ・ 富士圏域では、9月下旬以降に調整会議を開催し、素案の作成に向けて議論していただく。

議事終了