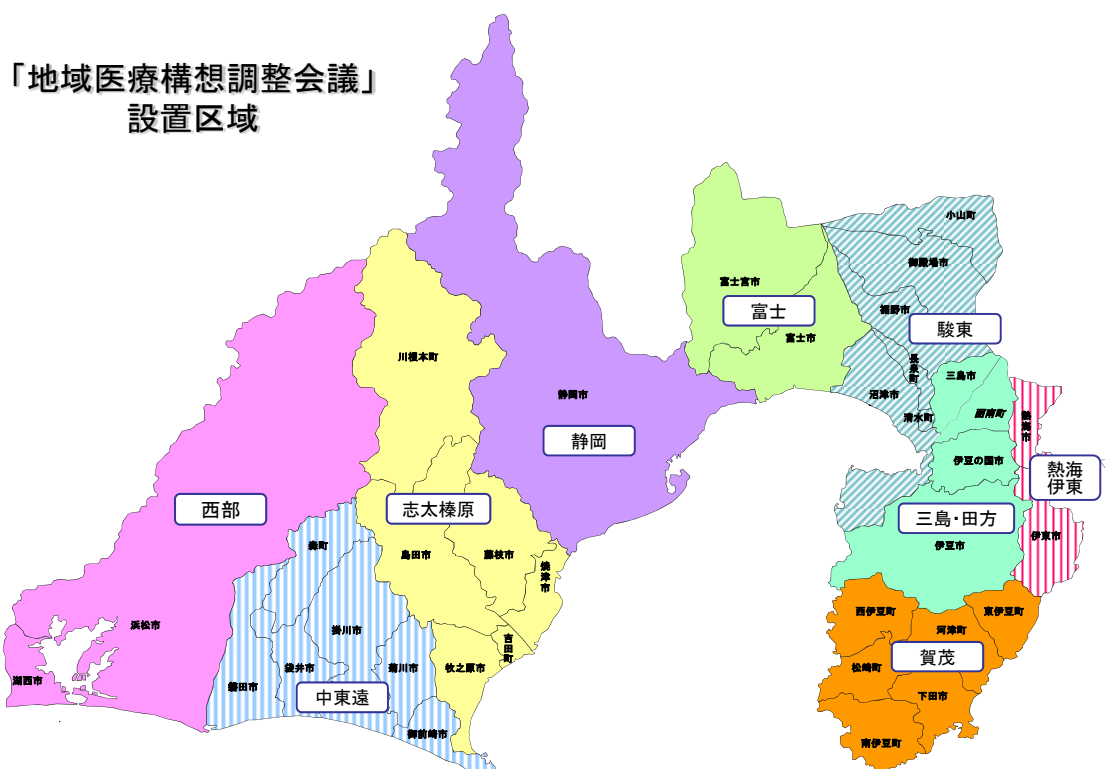


前回会議(第1回：平成28年6月～7月)における主な意見

1 地域医療構想調整会議の開催状況

設置区域	議長	開催回数	開催日	構成員数
賀茂	賀茂医師会長	1回	7月6日	18人
熱海伊東	熱海市医師会長	1回	6月29日	20人
駿東	沼津医師会長	1回	6月16日	20人
三島・田方	三島市医師会長	1回	6月20日	18人
富士	富士市医師会長	1回	6月24日	20人
静岡	静岡市静岡医師会長	1回	7月8日	23人
志太榛原	志太医師会長	1回	7月6日	22人
中東遠	小笠医師会長	1回	6月15日	25人
西部	浜松市医師会長	1回	7月5日	22人
計	—	9回	—	188人

(平成28年7月末現在)



2 第1回調整会議における主な意見

(1) 議題

- ・ 静岡県地域医療構想の推進
- ・ 平成27年度病床機能報告の結果
- ・ 医療提供体制の現状

(2) 主な意見

区域名	主な意見
賀 茂	<p>【地域医療構想の推進】</p> <ul style="list-style-type: none">・賀茂圏域の流れとしては2025年の必要数に近づいていると思うが、在宅に対応するには人数的に厳しいところが、今後のこの圏域の一番の課題だと思う。圏域内の訪問看護ステーションは規模が小さく24時間対応は難しいが、#8000のように、在宅で介護しているご家族が困った時に電話で相談することにより、夜中に訪問看護を呼ばなくても済むような仕組みができないか。・圏域外に患者が流出しているので、医療スタッフを充実させ、遠方の病院まで通院している患者を当方で何とか診ることができる体制を作ることを優先したい。・西伊豆町や東伊豆町等は隣接圏域の訪問看護ステーションを利用している率がかかなり高いが、そのような数字が計画には反映されていない。圏域だけの数字で調整すると、現実と異なったものになってしまうので、今後、このようなデータもこれから調整していく中に入れて検討したい。・患者負担がかかなり違うため、訪問診療ではなく、敢えて往診にしている開業医も多くいると思うが、そのような数字が計画に反映されていない部分があるので、今後の調整会議で出せればと思う。・在宅については訪問診療の需要が高くなるが、病院も訪問診療を充実させてきているので、徐々に増えると思う。
熱海伊東	<p>【地域医療構想の推進】</p> <ul style="list-style-type: none">・回復期機能については、今の診療報酬上の回復期リハ病棟のイメージが強い。そうするとハードルが非常に高いが、ここでいう回復期とはどのようなものなのか。今と同じものだとすると、とてもこれ程増やせないで、当然変わるものと思われる。大腿骨頸部骨折とか慢性硬膜下血腫など限定的なものが対象で、手足の骨折は入らないし、脳外科疾患の慢性的な部分は入らないが、高齢者がそういう病気を持つと廃用症候群も被ってきて大変治しにくい。回復期に向けてしっかり治すためには、対象疾患を拡げるなどハードルを低くしていかなければ意味がなく、その辺りが明確にならないと議論が噛み合わないと思う。・熱海と伊東が一医療圏であることが無理だと思う。熱海の人口に対して伊東の人口は倍であるが、熱海のベッド数が伊東の倍ある。このような状況で、熱海、伊東が同じ医療圏であることは難しい。また、慢性期病床について、高齢者人口に対してベッドが足りるのかということ、保健所や国は真剣に考えてほしい。同じ意味で言うと、在宅医療について、熱海と伊東の人口配分から言うと伊東に1.5倍のものができないと、また「山を越える医療」になってしまうので、在宅をやっている方はできるだけ伊東でやってほしいと考えている。・総論としては非常に良く分かるし、国が進めているプロジェクトなので、そ

	<p>れに合わせて何とかやっけて行かなければならないと思う。熱海伊東で組むこと自体が厳しいのではないかと意見があったが、例えば、そのような議論まで戻ることが可能なのか。今後、そのような各論の部分に踏み込んでいかなければならないと思う。</p>
<p>駿東</p>	<p>【地域医療構想の推進】</p> <ul style="list-style-type: none"> 必要病床数について急性期は患者住所地としており、賀茂や熱海伊東圏域は急性期病床が不足しているので圏域内に新たに急性期病床を建てて医者を集めなければならないことになるが、本当にそれが現実的なのか？現在それらの圏域の急性期の患者は駿東田方圏域で治療を受けているが、現実に即した計画ではなくて、あくまでも構想の数字で進めていこうということか？必要病床数が目標病床数だと誤解されて、病床過剰であるとか返還しなさいということに直接結びつくことを心配している。 駿東と三島田方と2つに分けて調整会議を開催しているが、二次医療圏全域で出された数字を配分する上で、例えば、二次医療圏で減らすものは駿東で全部減らせというような乱暴な議論が起きないか、心配である。 一般病床の機能区分を高度急性期、急性期、回復期、慢性期と分類するのはわかるが、認知症に当てはめた場合にはどのように考えたらよいのか？認知症についても決めていただかないと非常に混乱すると思う。 <p>【病床機能報告】</p> <ul style="list-style-type: none"> 病床機能報告にかかる病床区分は、あくまでも各病院が自主的に選択したものにもかかわらず、その数字を基に病床の目標数を検討するのはおかしいと思う。皆さんが主観的に出された数字を見て、今後病床機能の変更を行っていくと考えるのは腑に落ちない。 病床機能区分については、まだこのような会議で取り上げるにはどうなのか？県が勝手に数字を取り上げているようでどうなのか、という気もする。まだ途上にあるということで理解してよいかと思う。 <p>【医療提供体制の現状】</p> <ul style="list-style-type: none"> 人口動態から病院の医療提供まで盛りだくさんで、この会議で理解するのは争点が広過ぎるのではないか。これで議論しろと言われても、皆さんの議論が、まとまりようがないのではないか。
<p>三島田方</p>	<p>【地域医療構想の推進】</p> <ul style="list-style-type: none"> 回復期の機能が不足しているが、慢性期を回復期に移行するのは大変であると思う。病床機能報告で急性期と申告しているところが回復期に移行してもらわないと、この地域医療構想は成り立たないと思う。 当院では地域医療構想の議論はしていないが、医師不足が問題である。慢性期にすることで医師がまた来なくなるのではないかと危惧する。 当院では、回復期を少し増やして一般病床はきちっと確保していきたい。医師が確保できれば、一般病床、急性期を増やしていきたい。療養病床は返上して、一般病床として残していきたい。

	<p>【医療提供体制の現状】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 今後は、成人肺炎の患者を入院ではなく在宅で診ていく必要性が高くなっていくのではないかと。
富 士	<p>【地域医療構想の推進】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 療養病床を転換して減らしていくと、今度は必要な病床数を確保できなくなり、どこかにしわ寄せが来ることになるのではないかと。 ・ 平成 27 年度の病床機能報告で高度急性期として出しているのは NICU と ICU だが、循環器病棟や脳神経外科等病棟の構成を変えて持っていけるとの思いがある。できるだけ地域で収められる努力はするつもりである。 ・ 地域包括ケア病棟を作り、そのため急性期病棟が減り、その患者をどうするかを考えており、現状では高度急性期のことまで考えられない状況である。 ・ 在宅医療が必要な方をどう支えるか、特に医療の情報を共有する部分でスムーズにっていない。医師会でやっている事業が介護事業として十分使える状況になっているとは思えない。個々のケアマネジャー等ががんばっていることをシステムとして支える状況に持っていくのが課題である。 ・ 在宅医療推進員の事業を行っており、在宅医療をしていない医療機関を回り問題点の洗い出し、病院での退院支援、地域包括支援センターへの情報提供ができないかと思っている。 <p>【病床機能報告】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病床機能報告制度は、機能の理解があいまいで、感覚的なものでよいのか報酬点数できちっとするのかどのように考えればよいのか何か答えはあるのだろうか。 ・ 病床機能についてももう少し明確な基準があれば、将来的な病院の方向性を決めるものとなるので、冷静に実情を合わせて各病院が自分の立ち位置を考えていくべきだと思う。 <p>【医療提供体制の現状】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 救急搬送について、この資料ではそんなに時間はかからないことになっているが、メディカルコントロール協議会へ行くと富士圏域は 30 分以上とか 6 回以上の問合せが他圏域に比べて多く問題となっているので疑問に思う。
静 岡	<p>【地域医療構想の推進】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療療養病床 25 : 1 と介護療養病床の病床が上手く転換できればいいのか。 ・ 慢性期病床削減数が 3 月時点の数と今回と相違があるのはなぜか。
志太榛原	<p>【地域医療構想の推進】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 療養病床の設置期限について、過去には延長された。病院が振り回されないように、県は情報を出してほしい。平成 30 年から始まる医療介護一体化の診療報酬改定は医療と介護のどこで線引きされるか見ていく必要がある。 ・ 地域医療構想、地域包括ケアの地域はどの範囲を想定しているか。 ・ 今後あるべき理想型を示していただきたい。 ・ 「予算がないからできない」ということでなく、なんとかして事業を推進する方

	<p>策を考えてほしい。</p> <p>【病床機能報告】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・レセプト 3000 点以上を高度急性期としているが、病棟単位の報告になっていて、同じ病棟に 100%3000 点以上の患者がいるのではなく混在している。今までは ICU のみ報告していたが、外科系の病棟は医療財源を使うので報告に当てた。これから病棟報告については、様々な議論が出てくると思う。 ・レセプト 3000 点以上は高度急性期としているが、50 人ぐらいの対象者が、様々な科に入院していて、それを集めて 50 人位なので、1 病棟分として報告した。病棟としてまとめるのは無理があるので、この圏域では、高度急性期と急性期を分けずに報告するようにしたらどうか。 ・DPC のデータを押さえて、将来的には病床機能報告を求めてこなくなるかもしれない。2025 年に最終形を作るということで、だんだんこの議論は終息してくるのではないか。 ・回復期が足りないといわれるが、成り行きにまかせるのか、ある程度の指導性をもってやっていくのか。 ・今まで県の会議では、目標とするところは決まっていて、話し合いだけさせるという手法。目標をはっきり示されれば、ディスカッションしてもいいが、示されないとまとまらない。 ・急性期病棟からの在宅復帰率は高い。無理して回復期病棟に入れなくても、在宅を回復期病床と考えるという発想があってもいい。静岡方式を考えてほしい。 <p>【医療提供体制の現状】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・産科・小児科についての議論が欠落していて違和感がある。高齢者の数が増える一方で、生産年齢人口や子どもの数が減っていく。地域の存亡がかかっている。医師、看護師、介護従事者など人材が減る。若者が流出しないような施策が必要。
<p>中東遠</p>	<p>【地域医療構想の推進】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療療養病床 25 対 1 と介護療養病床を廃止又は転換することになると、地域医療構想の慢性期の数が減ってしまうがその点が理解できない。 ・医療療養病床 20 対 1 を残すが、これは医療保険で行うのか、介護保険に変わるのか。 ・在宅医療介護連携情報システムは既存のものか。県医師会のものと県立総合病院が中心に実施しているものがある。これを一本化することはできないか。 ・当院は両方を使っている。介護連携、多職種連携などみんなで情報を共有するシステムと医療の専門領域で情報を共有する場合はふじのくにネットとなる。明確にしていけば使い分けも可能だと思う。 ・20 対 1 と 25 対 1 の区分設定が医療の必要度と合っているか、疑問に思っている。例えば、認知症で点滴必要、吸引も必要であるが、25 対 1 には入れられない患者さんは、果たして在宅でやっていけるのか。区分設定を実情に合った形で見直した上での判断が必要ではないかと思う。

	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢化が進む中、それを支える若者の人数が減っていく段階で、果たして在宅医療が実際に目標をクリアできるのか。 ・在宅医療の地域医療推進事業の中で、在宅医療を伸ばすということで推進員を配置して、その人材確保を考えているが、達成できるかはやってみないとわからない。また、医師だけではどうにもならないので、訪問看護ステーションとケアマネジャーの連絡協議会等と連携してやらないと先には進まない。現在、行政とどの程度やっていけるかを検討中である。 ・確かに介護力はだんだん落ちてきて、一人暮らしや老々世帯が非常に増えてきているのは事実であるが、一方で、訪問看護など多職種が関わっていけば、必ずしも家族の介護力がなくても結構在宅で支えられているという実感はある。訪問看護や在宅医療に移行するとき、患者さんは不安であるが、できることからやってみると看取りまで在宅で見られることが、結果としてでている。途中の過程で不安を取り除くのは、在宅医療をバックアップする入院機能が必要と思う。今年の3月から地域包括ケア病棟を導入して、患者や介護者の負担が軽減できている。介護者の家族が中心になって介護しなければ成り立たないという考えを捨てなければ成り立たない。多職種でシステムの中で患者を支えていく形を進めていくことで、ある程度の在宅医療を進めていけるのではないかと思う。 ・在宅医療で対応できる患者と、入院しなければならない患者の中で、その患者の精神的な問題も大いにある。精神的にコミュニケーションがとれれば家族でも対応できるし、家族以外でも対応できるかもしれないが、高齢者の場合は、コミュニケーションがなかなか取りにくくなってきている。とことんやっていくのは非常に厳しいところがあると考えている。 ・地域医療の推進は、当初は漠然とした部分があるなどの印象であったが、小笠の圏内では多職種連携に関しては具体的にできてきたと考えている。 <p>【病床機能報告】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護師などの医療従事者のデータの情報提供をお願いしたい。 <p>【医療提供体制の現状】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域医療構想を考える上で、2013年の実績を受けて、2025年において、例えば高度急性期はかなり増えてきている。今後はフリーアクセスで隣接県への流出を呼び戻して、地域完結型でどのように戻すかを、この構想の中で考えていかなければならないとの視点での説明と理解した。 <p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当資料を利用し、県民への説明・情報提供と理解促進へ繋げていただきたい。
西 部	<p>【地域医療構想の推進】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・療養病床の在り方で、厚生労働省が言う住まいの概念がよくわからない。療養環境を整えるものになっておらず、病院というものを存続させるために出してきた案という気がする。厚生労働省が当院の転換型老健に視察に来て「かなり重い方が入所している」という印象を持って帰られた。そういうところに住まいとい

う概念を押し付けてくることは疑問。県からも国に対して具体的な内容をお示しいただけるよう働きかけをお願いします。

- ・介護療養型医療施設というのは名称のとおりあくまで医療施設、しかも病院なので最低基準ではあるが患者 100 名につき 3 名の医師の常勤あり。転換型老健にすると入所者 100 名に対して医師 1 人。医師 1 名と医師 3 名の違いは夜間帯に医師が配置できるということ。医師 3 名がいて夜間帯も早朝帯も当直として医師がいると看取り機能が保たれる。それはどういう意味があるかということ、その人の死についてエビデンスが取れる。特別養護老人ホームとかサ高住とかグループホームとかいろいろなものができてくるが、やはり死のところに医師がいるか、いないかというのは死の質を保つために重要だと思う。看護師が辞める辞めないという判断基準でも、医師がいると安心感につながる。だから介護療養のほうが老健に比べ離職率が少ない。
- ・多死社会を迎える時代に、この住まい機能にするというのは死の看取りをおろそかにしてしまうので日本人としてのアイデンティティが崩れるのではないか。これからは看取りが大事になる。医師の最後の仕事とは死亡診断書を書くこと。そこが劣化するような政策はやめていただきたい。
- ・医療従事者の必要数も試算しているのか。しているのならば提供いただけるとありがたい。
- ・高齢化率は県内非常に差がある。高度急性期では患者は圏域間を移動して受診すれば（短期間だから）よいが、慢性期になると家族の支援も必要であり、なるべく近場で小規模のものが多くあったほうが入院中にサービスができる。浜松市は合併したが合併前ならば差が発生する。構想を進める際には、細かく見ていくようになれば必要な施策も変わってくる。
- ・日本人の死生観が 35～40 年の間に変わってきている感じがする。2025 年以降の死生観は自己選択に変わってくると思う。例えばフランスでは 2005 年 4 月 22 日の法律という、自分の望まないことは一切せず、そのことによって寿命を縮めても医療側を訴追しないという法律がある。日本の場合は医療側を訴追しないという法律は作らないでおいてなんとなく阿吽の呼吸でやっていきなさいという形で流れている。
- ・死というものを若者が意識する時代となってきた。運転免許証の裏に臓器移植関係を確認するだけでも死というものを意識する。死生観が変わってきて望まないことはやらないようになるというような気がする。
- ・慢性期施設に入所する時、急性期になったらどうするのかという意思をはっきり持って、同意書等を書いて死生観を変えていかなければならないと思う。
- ・リハビリテーション病院としては在宅に返すことに全力を尽くしているが、在宅の担い手がない。軽症の方が再発しないようとか、生き生きトレーナー制度とか、健康な高齢者が高齢者を支える事業を展開している。例えば嚥下障害では肺炎にならないような手立てを早めに打つ。急性期病院からの転院でも急性期でのリハビリをしっかりとされると軽症で来られるので早く帰しやすい。高齢化の影響で

	<p>従来のリハビリとは変わってこざるを得ない。関係者で議論して急性期、慢性期、在宅それぞれどの部分で貢献できるか模索している。</p> <p>【病床機能報告】</p> <ul style="list-style-type: none">・医療機関はこのような資料を基に、自主的に方向を決めるよう進む印象がある。 <p>【医療提供体制の現状】</p> <ul style="list-style-type: none">・多くの症例があり、一方で在宅はまだまだ足りない。
--	---