

平成 28 年度 第 3 回志太榛原地域医療構想調整会議 会議録

日 時	平成 29 年 2 月 17 日（金）午後 6 時 30 分から 8 時まで																																																															
場 所	藤枝総合庁舎別館 2 階第 1 会議室																																																															
出席者 職・氏名	<p>&lt;委員&gt;</p> <table> <tr> <td>焼津市医師会長</td> <td>堀尾 恵三</td> </tr> <tr> <td>志太医師会長</td> <td>三輪 誠</td> </tr> <tr> <td>島田市医師会長</td> <td>藤本 嘉彦</td> </tr> <tr> <td>榛原医師会長</td> <td>石井 英正</td> </tr> <tr> <td>榛原歯科医師会長</td> <td>良知 義弘</td> </tr> <tr> <td>藤枝薬剤師会長（欠席）</td> <td>鈴木 正章</td> </tr> <tr> <td>静岡県看護協会志太榛原地区支部長</td> <td>神尾 裕美子</td> </tr> <tr> <td>市立島田市民病院事業管理者</td> <td>服部 隆一</td> </tr> <tr> <td>藤枝市立総合病院事業管理者</td> <td>毛利 博</td> </tr> <tr> <td>岡本石井病院長</td> <td>平田 健雄</td> </tr> <tr> <td>藤枝駿府病院長</td> <td>田中 賢司</td> </tr> <tr> <td>焼津市立総合病院事業管理者</td> <td>太田 信隆</td> </tr> <tr> <td>榛原総合病院長（代理：事務長）</td> <td>関 正之</td> </tr> <tr> <td>全国健康保険協会静岡支部企画総務グループ長</td> <td>山西 ゆかり</td> </tr> <tr> <td>特別養護ホーム住吉杉の子園施設長</td> <td>鈴木 佐知子</td> </tr> <tr> <td>島田市健康福祉部長</td> <td>横田川 雅敏</td> </tr> <tr> <td>焼津市健康福祉部長</td> <td>小池 厚彦</td> </tr> <tr> <td>藤枝市健やか推進局長</td> <td>熊谷 直樹</td> </tr> <tr> <td>牧之原市健康長寿まちづくり専門監</td> <td>辻 良典</td> </tr> <tr> <td>吉田町健康づくり課長</td> <td>八木 三千博</td> </tr> <tr> <td>川根本町生活健康課長</td> <td>鳥本 宗幸</td> </tr> <tr> <td>静岡県中部保健所</td> <td>木村 雅芳</td> </tr> </table> <p>&lt;オブザーバー&gt;</p> <table> <tr> <td>コミュニティホスピタル甲賀病院長</td> <td>甲賀 美智子</td> </tr> <tr> <td>駿河西病院長</td> <td>横田 通夫</td> </tr> <tr> <td>聖稜リハビリテーション病院長</td> <td>グエン スワン ナム</td> </tr> <tr> <td>藤枝平成記念病院事務長</td> <td>杉山 純</td> </tr> <tr> <td>誠和藤枝病院事務長</td> <td>稲葉 正治</td> </tr> <tr> <td>ハイナン吉田病院事務長</td> <td>伊藤 和仁</td> </tr> </table> <p>&lt;事務局&gt;</p> <table> <tr> <td>静岡県中部健康福祉センター副所長</td> <td>河合 耕二</td> </tr> <tr> <td>〃（中部保健所）医療健康部長</td> <td>梅藤 薫</td> </tr> <tr> <td>〃（中部保健所）地域医療課長</td> <td>小泉 奈加之</td> </tr> </table>		焼津市医師会長	堀尾 恵三	志太医師会長	三輪 誠	島田市医師会長	藤本 嘉彦	榛原医師会長	石井 英正	榛原歯科医師会長	良知 義弘	藤枝薬剤師会長（欠席）	鈴木 正章	静岡県看護協会志太榛原地区支部長	神尾 裕美子	市立島田市民病院事業管理者	服部 隆一	藤枝市立総合病院事業管理者	毛利 博	岡本石井病院長	平田 健雄	藤枝駿府病院長	田中 賢司	焼津市立総合病院事業管理者	太田 信隆	榛原総合病院長（代理：事務長）	関 正之	全国健康保険協会静岡支部企画総務グループ長	山西 ゆかり	特別養護ホーム住吉杉の子園施設長	鈴木 佐知子	島田市健康福祉部長	横田川 雅敏	焼津市健康福祉部長	小池 厚彦	藤枝市健やか推進局長	熊谷 直樹	牧之原市健康長寿まちづくり専門監	辻 良典	吉田町健康づくり課長	八木 三千博	川根本町生活健康課長	鳥本 宗幸	静岡県中部保健所	木村 雅芳	コミュニティホスピタル甲賀病院長	甲賀 美智子	駿河西病院長	横田 通夫	聖稜リハビリテーション病院長	グエン スワン ナム	藤枝平成記念病院事務長	杉山 純	誠和藤枝病院事務長	稲葉 正治	ハイナン吉田病院事務長	伊藤 和仁	静岡県中部健康福祉センター副所長	河合 耕二	〃（中部保健所）医療健康部長	梅藤 薫	〃（中部保健所）地域医療課長	小泉 奈加之
焼津市医師会長	堀尾 恵三																																																															
志太医師会長	三輪 誠																																																															
島田市医師会長	藤本 嘉彦																																																															
榛原医師会長	石井 英正																																																															
榛原歯科医師会長	良知 義弘																																																															
藤枝薬剤師会長（欠席）	鈴木 正章																																																															
静岡県看護協会志太榛原地区支部長	神尾 裕美子																																																															
市立島田市民病院事業管理者	服部 隆一																																																															
藤枝市立総合病院事業管理者	毛利 博																																																															
岡本石井病院長	平田 健雄																																																															
藤枝駿府病院長	田中 賢司																																																															
焼津市立総合病院事業管理者	太田 信隆																																																															
榛原総合病院長（代理：事務長）	関 正之																																																															
全国健康保険協会静岡支部企画総務グループ長	山西 ゆかり																																																															
特別養護ホーム住吉杉の子園施設長	鈴木 佐知子																																																															
島田市健康福祉部長	横田川 雅敏																																																															
焼津市健康福祉部長	小池 厚彦																																																															
藤枝市健やか推進局長	熊谷 直樹																																																															
牧之原市健康長寿まちづくり専門監	辻 良典																																																															
吉田町健康づくり課長	八木 三千博																																																															
川根本町生活健康課長	鳥本 宗幸																																																															
静岡県中部保健所	木村 雅芳																																																															
コミュニティホスピタル甲賀病院長	甲賀 美智子																																																															
駿河西病院長	横田 通夫																																																															
聖稜リハビリテーション病院長	グエン スワン ナム																																																															
藤枝平成記念病院事務長	杉山 純																																																															
誠和藤枝病院事務長	稲葉 正治																																																															
ハイナン吉田病院事務長	伊藤 和仁																																																															
静岡県中部健康福祉センター副所長	河合 耕二																																																															
〃（中部保健所）医療健康部長	梅藤 薫																																																															
〃（中部保健所）地域医療課長	小泉 奈加之																																																															
議 題	<p>1 管内公立病院の今後について</p> <p>2 管内慢性期（療養病床を有する）病院の現状と今後の方向性について</p>																																																															

	3 訪問看護実態調査等の報告
	4 保健医療計画の改定について（疾病・事業ごとのデータから見た地域課題と今後の方向性）
	5 その他

司会から本会議の委員は 22 人で、藤枝薬剤師会長は所用により欠席、榛原総合病院院長は、欠席のため代理者が出席している旨を報告。また、オブザーバーとして、管内の療養病床を有する 6 病院の代表者にも出席いただいていることを報告。

本会議は公開となるので、後に会議資料及び会議録も公開となることを説明。

### 【あいさつ】

（木村中部保健所長）

全県的に地域医療構想調整会議を行っているが、段々と次の地域保健医療計画への会議という意味合いが強くなっている。志太榛原圏域においては、本来あるべき姿の病床又は病院同士の率直な意見交換の場として、今回は、三輪議長からのリクエストもあり、療養病床をお持ちの病院の皆様にご参加いただいている。

相互の生の声を聞けるのは貴重な機会なので、忌憚なき意見交換ができればと思います。

### 【議題 1】管内公立病院の今後について

（三輪議長）

本日で 3 回目を迎えた。

この調整会議をどのように進めていったら良いか悩んでいたが、県医師会でも話しあってきて、少しずつわかってきた。

1 つめは、10 年後 20 年後の人口構成の変化を想像しながら、それに合った良い医療体制を考えて、今ではなく、将来、後世の人に付けを残さないようにしなければならない。

2 つめは、高齢者が増加する中で、高齢者にとって適正な医療とは何か、経済効率も含めての効率的な医療とは何か。

3 つめは、この会議で何かを決めるのではなく、どんどん意見を出してもらって、県の本会に伝えていくこと。是非、活発な意見交換をお願いしたい。

議題 1 として、管内公立病院の今後についてですが、前回、焼津市立総合病院、市立島田市民病院、榛原総合病院の先生たちに、公立病院の今後について話していただいた。その内容は資料 9 に要約してまとめている。

今回は、前回御欠席された、藤枝市立総合病院の毛利委員からお話をお願いします。

（毛利委員）

前回、所用で欠席したため、議論がどういう形で進められたのか見えていないので、ずれた形で発言するかもしれないが、御容赦いただきたい。

当院や志太榛原医療圏に限らず、医療の今後を見据えると、2025 年を目標に地域医療構想と言っているが、2025 年は単なる通過点で、その先の 2035 年が大きな問題点

である。2025年は医療需要がまだ残っているので、病院がどうこうということはないが、その後を見据えて国は地域医療構想というものを作ったと理解している。

そのような中で、患者さんをどのように診なければならぬか、当院としては、今までは病院完結型で対応してたが、今後は急性期は急性期の役割、回復期は回復期の役割、慢性期は慢性期の役割、在宅は在宅の役割、老健は老健の役割をきちんと考えて、その流れの中で医療難民を出さず、何処かに収容できるようにすることが大切だと考えている。当院では、病診連携室に力を入れており、回復期や慢性期の病院の医師や事務等と連携し、患者をどこかに収容できるような形を作っていきたい。これまでは、1つの船で処理できたが、今後はそのやり方では医療保険制度の中で破綻を来す可能性がある。国の施策を見るとそう感じる。これからは、連携という意味での艦隊を作って地域の医療を担っていく必要がある

志太榛原圏域では、急性期の病院が4病院あって、どのような強みを出していくかを議論していかなくてはならないし、急性期が終わった方を、回復期、慢性期、在宅の先生方とどのように連携を取っていくかがキーになる。在宅や老健ということになると市町も絡んでくる。

来年、医療介護の一体化の波が起きるので、県の方では、医療と介護を連携させることを考えているようであるが、医療と介護の間を結ぶ、接着する方法がなかなか出来てこない。まだ、介護の方が少し弱い。地域包括ケアシステムを動かすように言われているが、市町が中心となってやっていかなければならない。市町の行政と病院が関わって、医療と介護の一体化を進めていかなくてはならないが、各市だけでやって行くのは難しいかもしれない。連携をどう構築していくのか考えながら進めて行けばよい。病院としては、やはり連携を中心に考えて進めていきたいと思っている。

(三輪議長)

前は各病院から、将来はこんな風に病院をもっていくとか、地域に出て行くとか、自分で訪問看護をやるなど具体的な話が出てきたが、藤枝市立総合病院としては、具体的に考えていることはあるか。

(毛利委員)

在宅がキーだと思っているので、自分の頭の中で考えている段階ではあるが、拠点の訪問看護をどのように作れば良いのか。それを急性期の病院がどのように担うべきかと考えている。

連携ということ言葉を言うのは簡単であるが、なかなか各々のところの利害があるので、簡単にはいかないかもしれない。

次の診療報酬改定は、急性期に厳しく、慢性期には少し優しい改定になると思う。地域の病院で急性期を維持しようとする患者をどんどん出していかなければいけない。そういったことを見据えながらやっていかなくてはならないと思う。

(三輪議長)

ありがとうございました。訪問看護については、後でまた話が出ると思う。

【議題2】管内慢性期（療養病床を有する）病院の現状と今後の方向性について

（三輪議長）

議長の私からお願いして、急性期病院についてはすでに聞いた。今回、慢性期病院の現状、課題、今後の方向性など明らかにしていく必要があるのではないかと考え、療養病床の先生方に参加いただくようお願いし、本日御協力いただけることになった。ありがとうございます。

平田先生からは、前回慢性期病院は必要だと言うお話をいただきました。早速各病院から順番にお願いします。

（甲賀院長）

具体的に何を聞かれているのか分からない。どのような話しをすれば良いのか。

（三輪議長）

10年20年後のことを論じているのであるが、甲賀病院として、現状はこうで、課題はどうで、今後どういったことが予想されるということをお話しいただければ、地域の医療に対する将来のイメージが出来ると思います。

（甲賀院長）

当院は一般急性期が141床、地域包括ケア病棟が30床、回復期が208床、医療療養が28床、トータル407床。そのほかに、介護保険施設の老健やグループホーム、小規模多機能などを運営している。

毛利先生から話があったように、次の診療報酬改定では、急性期に厳しく、7:1の急性期の病棟が生き残っているのかという感じがしている。

病院を運営していく中では、どの病棟も必要で、がん末期の患者とか在宅で看取れない患者には療養病床が必要だし、脳梗塞や骨折の患者では、最初寝たきりで入院しても、リハをやり歩けるようになって退院していく患者を見ると、回復期も必要だと思う。障害が重くて在宅に帰れない患者もいる。その場合どういう施設が良いのかということもMSWと一緒に話をしながら次に行けるところを決めていく。一般急性期は、肺炎や骨折、心疾病や脳血管障害も対応している。

（三輪議長）

甲賀先生のイメージの中で、10年後20年後のこの地域の高齢者はどのような医療を受けているのか、施設完結型から地域完結型への国の方向転換はどのように感じているか。

（甲賀院長）

基本的には、病院の勝手は許されない。国によって管理される様な体制が作られていくと思っている。多分、地域によって差が生まれる。病床や介護施設が足りないような大都市と違い、人口が減ってくるところでは病床がいらなくなる。

在宅へ在宅へとってはいるが、介護力が今の状態では、たとえば、老老介護や独居老人、認認介護の実態を考えると、本当に在宅が可能であるのか疑問に思う。在宅の患者にとって必要なのは、ほとんどが医療と言うより介護。排泄ケア、入浴援助な

ど、日常生活での援助が大事。在宅医療の中で医療の占める割合はわずかとなる。そのため医師だけではなく、介護の職員や看護の職員と連携を取って、在宅の患者は本当に在宅で看られるように出来るシステムを作らないと、医療難民がでると思う。

(三輪議長)

次に、駿河西病院の先生お願いします。

(横田院長)

駿河西病院は、療養型の病床を持っている病院で、医療療養病床が100床、介護療養病床が100床、合計200床。

病床機能の転換に関して、国からのプレッシャーがあり、どうするのか議論を重ねてきた。駿河西病院は医療法人綾和会の一つでしかない。医療法人綾和会は浜松南病院、掛川東病院、掛川北病院、それに付属する老健も併せると1,040床ある。その理事長もやっている。

全体の将来の方向を考えると、慎重にならざるを得ない。実際には、老健に変わるとか、医療療養に変わるとかなど色々検討したが、先日、国から転換については経過措置として6年延長という方向性がでた。これによって左右されるかという議論になったが、今のところは、今後の方針については、はっきりしている。

現状のことを説明すると、介護療養の医療区分2・3の割合は25%、医療区分1は75%になっている。国は、医療区分1の人の70%は在宅で看るべきとの方針を出しているが、甲賀先生から指摘があったように、何%の人が家に帰っていくかということを検証してみると、100床の介護療養から在宅に帰れた人は15%くらい。あとの人は、帰れない状態。帰れない理由は、医療の必要度が高い。重症の疾患に認知症が合併しているという大きなグループの患者さんがいるので、もし、介護療養病床がなくなったらどうしたらよいのかということが大きな問題になっている。

志太榛原地域で、介護療養病床が120床あるが、駿河西病院はそのうち100床持っている。毎日の診療でみている様子では、とても家には帰れない。医療区分1でも、帰れない人が多い。イメージで伝えるしかないが、高齢者はしょっちゅう熱を出す。肺炎ではないかとレントゲンを撮る、吸引をしなくてはならない等の状況で、多くの介護サービスを必要とする人が、老健などに移って欲しいというのは現実的ではない。

介護療養病床について、慢性期医療の雑誌で、東京でアンケートをとっている。地方には当てはまらないかもしれないが、家に帰ってもいいと思っている人は15%くらい。そして、介護療養病床の廃止に対して反対は90%以上。家族や本人から、強い反対の意見が出ている。10年先、在宅医療がもっと充実しないと、現状は動かないと思う。

在宅医療の充実のために、医師会の先生たちの努力がされているが、昨日のNHKの特集(クローズアップ現代)をみても、なかなか一筋縄ではいかない。というのは在宅医というのはすべてカバー出来る能力があるわけではない。家族とのコミュニケーションを取るのも苦手な医師もいて、家族の理解が得られない。そうすると、在宅医療は心と心のつながりがベースになっていると思うが、そこが破綻していることもある。10年後のことを考えると、医師の教育が重要だと思う。幸い、総合医を目指す人、

地方で医療を全うするという人が出てきているという話もある。在宅医を専門とする情熱を持っている医師がどんどん出てくるのが望ましい。

(三輪議長)

ありがとうございました。

医療区分1の70%は在宅へという国の基準の数値はどこから出てきているのかはよくわからないが、突然その数値が出てきて、それを元に在宅が足りないなどとの話になっていて、前提になるところがいかげんなものかという感じがしている。

実際に、お金が掛かりすぎて退院という人はいますか。

(横田院長)

います。社会的な入院ということだと思います。

私たちは民間病院なので、どうしても経営ということを考えざるを得ない。極端なことを言うと、お金を払えない人は入院してもらっては困るということも実際には起こってくる。院長の役割として一番大事なことは、働いている職員の給料を払わなければならないのが重要な役割。

お尋ねのように、お金が掛かるからというを理由について、方向性を決めている患者もいる。

(三輪議長)

次に、聖稜リハビリテーションのグエン先生お願いします。

(グエン院長)

現在、聖稜リハビリテーション病院は、許可病床を療養で受け125床全ての施設基準を、回復期リハビリテーション病棟としている。

入院者の大半は、急性期の医療機関（藤枝市立総合病院・焼津市立総合病院等）よりの紹介です。

脳血管障害の術後の患者さんや骨折等の術後の方を対象に、リハビリテーションを提供している。

リハビリ訓練は、1回（20分）1単位を、1日・1人平均6単位程を提供し、日常生活の向上と、在宅復帰を目標に集中的なリハビリ訓練を実施している。

自宅へ退院可能な方には、退院後の調整に向け、家庭訪問に訓練士が患者と伴に同行し、直接的な生活のアドバイスも実施します。また、退院後も安心して地域に溶け込んだ在宅生活ができるよう、居宅介護支援事業所（ケアマネ）との積極的な支援に向けた情報提供体制の見直しも進めている。

また、在宅医療では、藤枝市を中心に医療保険・介護保険の訪問リハビリも常勤セラピスト6名が近隣の主治医の協力の下、力を入れております。在宅へ移行の際は、

いずれにしてもネットワークが重要となる。

さて、診療報酬改定により、回復期リハビリテーション病院は、アウトカム評価【FIM】の利得27以上の基準が設定された。

目的は長期化する入院と、只々訓練従事者を増しリハビリの回数だけ多く提供する体制を根底から見直し、リハビリの効果を出し更に、平均在院日数の短縮化を図ったと言えます。

アウトカム評価の報告（リハビリの効果）は年4回、平成29年1月を初回とし、当院は、目標とする【FIM基準27以上】を上周り36.4と、結果を出すことが出来ました。

さらに、平均在院日数が88.51から83.0日に5.5日短縮できた。さらに在宅復帰率は、75%でした。

これまで実施してまいりました、私ども聖稜リハビリテーション病院の、リハ医療の実績評価と確信し、病床機能区分は前報告と変わらず、125床・回復期機能区分を選択いたします。

急性期機関を始め各医療機関の連携支援・切れ目のない介護連携を確保するとともに、今後も地域における回復期リハビリテーションの重要な役割を果たしていく所存です。

（三輪議長）

聖稜リハビリテーション病院は現状のまま、行くと言うことですね。

（グエン院長）

そうですね。現状を維持してさらに質の高いリハビリを目指したいと考えています。

（三輪議長）

ありがとうございました。

次に、藤枝平成記念病院お願いします。

（杉山事務長）

当院は、7：1の急性期病床が113床。療養病床が86床。

86床は入院基本料の1を算定している。平成28年度の病床機能報告を整理すると、平成27年7月から平成28年6月の1年間で、使わなかった病床は2床。84床は使っているということになる。入院基本料1の場合、医療区分2・3の割合は8割となっていて、平成28年6月診療分は81.2%。ただ、これについては、平成28年の診療報酬改正で、規定された。心配しているのは、30年の診療報酬改正で医療区分2・3の中身が変わり、パーセントが変わるかもしれないということ。しかし、我々としては将来も、医療療養病床で存続させたいと考えている。

次に新規の入院患者についてみると、1ヶ月の入院患者は、10人。院内の他棟から転棟した患者は、10人のうち6人。他の病院からが4人。

また、退院した患者は13人。他の病院への転院は2人、自宅復帰は1人、介護保険施設、老健施設への入所が3人、死亡7人。この状況から見ると、在宅医療と言っても、医療区分が高い患者がいるところは、50%以上が死亡退院。そういう意味では、医療療養病床からダイレクトに在宅に戻して在宅医療を提供するのは、難しいのではないかと思う。

退院後、在宅医療を必要とする患者は、自宅に帰った患者1人以外は必要はない。12人は必要ない状態だった。

療養病床のあり方について国の方針がでていますが、志太榛原地域についての療養病床のあり方によっては、老健などが圧迫される。地域連携で急性期病院から自宅復帰が80%以上ある。指定された病院ではカウントされるが、カウントされるような老健、療養型病床になるには厳しいと感じている。

(三輪議長)

現状は在宅医療と言っても、家族の力もないし、見て回る医者も少ないので、供給がないと需要が生まれません。そのため、どこの病院も需要を満たしている状態。在宅の供給が増えれば別の考え方が浮かんでくるかもしれないが。平成記念病院から退院した場合、医師が往診したりすることはないか。

(杉山事務長)

それは、ないです。

(三輪議長)

次に誠和藤枝病院の稲葉さんお願いします。

(稲葉事務長)

誠和藤枝病院では、医療療養病床だけで228床。入院基本料の2の算定をしている。1と2の違いは看護基準。1は20対1。2は経過措置であるが25対1。平成28年の診療報酬改定で、医療区分の2・3の患者を50%以上看るというのが追加になっている。当院の現状は、55%くらいで推移している。

入院患者は、管内の急性期病院からが95%、あとは老健や特養、開業医の先生が往診をしている状況で紹介をもらった患者が5%弱。ほかには静岡や近隣からの患者。

療養病床の役割は看取り。それと急性期病院が在院日数の関係で退院させ、治療が途絶えることもあり、我々が出来る範囲で治療を継続する。救急も含めた、自分たちの存在意義を出して、退院後、老健や特養や自宅に行ける人が何人いるか。ほとんどの方が看取ることが多い。将来も方針的には変わらない。

(三輪議長)

10年後20年後といっても、よくわからないが、日々の経験の中で、家族や患者と接する中で、経済的なことも含めて20年後どうなると思うか。



一番危惧されるのは、仕方なく家に戻る。昔のように適当に終わるということが来そうで困るが、そういう傾向はあるか。本当は病院にいるべきだけど、もう自宅に戻りますというような人はいるか。

(稲葉事務長)

います。自宅での受入体制に問題あるが。

(三輪議長)

経済的な理由で家に帰ろうとしても、介護力が全くない。そもそも、受け入れている患者は、介護力がない家が利用しているわけですから、返すのは無理だと思う。

次に、はいなん吉田病院の伊藤さんお願いします。

(伊藤事務長)

はいなん吉田病院は、誠和藤枝病院と同じ法人なので、考え方の基本は同じです。医療療養病は180床。入院基本料の2を算定している。医療区分2・3の患者を50%以上入れなければならないという基準でやっている。現状は55%~60%の状態。

患者は管内の総合病院からが90~95%。あとは在宅系の特養や老健入所中で状態が悪くなった患者が入院してくる。ケアマネからの紹介や開業医からの紹介で入院してくる患者も多少いる。

誠和藤枝病院との違いは、リハビリに力を入れている。180床だがPT、OTが14名いて、回復期が終わったけれどもリハビリをやりたい患者の受け入れを積極的に行っている。

今後も医療療養病床の継続を進めていくが、当院は、看護師の配置基準20対1は以前からクリアできているので、医療区分の内容が今後どのように変わるかはっきりしないという面もあるが、医療区分が付かない患者で、総合病院から行くところがなくて、困っている患者を今は受けようという方向で進んでいる。診療報酬改定で、医療区分2・3の患者を80%受けなくてはいけないというように変わってくると、そういった患者を断らなくてはいけなくなってしまう。介護施設でも受けられないような医療区分1の患者も結構いるので、どこに行けばいいのだろうかという疑問がある。

今後については、医療区分の関係で、患者を多数入院させることが厳しいとなれば、医師会の開業医と連携を取りながら、往診や訪問看護等を考えていかなければいけないと話し合いをしているのが現状である。

(三輪議長)

ありがとうございました。

岡本石井病院の平田先生、ひとことお願いします。

(平田院長)

療養病棟は、今後厳しくなると思う。基本料以上になるよう、重症な患者を選んで、総合病院から手の掛かる患者さんを受けている。

一方では療養病棟の一部を包括ケア病棟に変換して、地域包括ケアシステムの中で、

大きな病院に頼むのは抵抗があるが、行ったり来たり出来るような患者を入院させて、リハビリを集中的にやって在宅に戻すといったようなことをやっていこうと考えている。

在宅医療については、自分も往診をやっているが、感じるのは、地域の介護力がないこと。どうしても最後の看取りは施設になると思う。医療保険でやるのは難しいので、介護保険でやるようになると思うが。今後、診療報酬の改定ごとにそうなっていくのかなと考えている。

(三輪議長)

ありがとうございます。

全体的には、国は在宅をもっと広い意味でとらえなさいと言っている。なるべく病院でない所に患者をおいてくださいということだと思うが、実際はなかなか難しいという話を伺った。

総合病院の先生方いかがでしょうか。急性期を目指しながら、回復期、療養型という流れが作られているわけですが。

(毛利委員)

これから10年20年先を見据えた中で、皆さんの御意見を聞いたのですが、実際に今の病床数で、足りるという理解で良いのかということでは、意見があれば聞きたい。色々縛りがあるという意見を聴きましたが、この縛りをこれからどのように変えて行かなければいけないのか。多分、県の方に話しをしても聞いていないようで実は聞いているので、病院協会などを通して意見を吸い上げて、話をしていく必要があると思う。今までは急性期の病院の意見を中心に聞いている感じがするが、これからは、回復期や療養の病院の意見を聞いていく必要がある。現在の病床数で足りているのかどうかという点でも、御意見を伺いたい。

(横田院長)

療養病床は、医療と介護が一緒になっている。現在、当院の介護療養病床100床をどうするかという結論がほぼ出ている。老健にするのではなく、医療療養病床に変えていくという方針。一部に回復期リハをやりたいと思っている。理由としては、志太榛原地域では回復期リハが不足しているから。

毛利先生の足りているかどうかという質問については、200床がほぼ埋まっている状況で、ウェイティングリストの方もいるということを見ると、まだまだニーズの方が上回っていると思われる。回転率が良くないのは、重症の方が亡くなったら病床が空くという状態。10年前は病院全体で40人亡くなっていたが、去年は150人亡くなっている。重症者が増えている。ほとんどが総合病院からきている。これは総合病院で看取ることがなくなっているということである。自分たちの役割は、家族が対応できない時、対応しなくてはならないので、今後もこの役割は継続していくと思われる。

看取りの問題は、在宅医療と深く関係している。アンケートをみると「自宅で死にたい」という人が多いので、希望的観測でいうと、在宅で看取りが出来る様な体制に

なってほしい。

昨日のNHKの在宅医療の特集を見ていると、医師が患者に「あなたはどこで死にたいですか」と聞いていた。そんな医師だったのかということで、大きな問題になってしまったというエピソードが取り上げられていたが、これ自体はとんでもないことで、こういうことが日々在宅の現場で起こっているのであれば悲しいことですので、変えていかなくてはならない。

(甲賀院長)

先ほど、病院の勝手ではないと話したが、7:1の急性期の平均在院日数を減らして、回転率を上げることで、結果、病床ががらがらに空いた。それと同じ事が、療養病床の在院日数は今のところ決められていないが、30年の介護保険の改定の時に、老健の在院日数をこのくらいにしなければいけないと決められると、老健ががらがらに空くと思う。国は急性期の病床で味を占めたというか、このようにすれば病床が空くんだということが十分わかった。老健や療養病床についても、患者を置かないようにしようと思えば、在院日数を短くすればいいと言うことが国はわかっている。在院日数を超えれば診療報酬を大幅に削るということをすると、補助金も何も入ってこないで、先ほど国の方針に従わざるを得ないと言ったのは、そういうことです。

(三輪議長)

2025年には、75歳以上の人口が今の1.5倍になるので、単純に計算すれば、いくら健康作りに励んでも1.5倍の病人、要介護者が出るのではないかと。健康作りを一生懸命やると、1.4倍との意見もありますが。それでも、今が満床だったらとても追いつかないということです。

資料8を見ると、当圏域の慢性期の病床数について、2025年の必要病床数と現状の病床数では175床過剰であるということが示されている。このへんに国の意思が感じられる。

他に御意見はありますか。

現状ではとても減らすことは出来ないが、しかし国は減らしてくるだろうと思う。回転をよくして、1.5倍の老人をまんべんなく見なさいということなのか。

慢性期の病院の先生方、ありがとうございます。将来の医療体制、適正かつ効率的という言葉で、療養型の現状がどうで、今後について皆さんがどう思い描いているのかということをお聞きしたくてお集まりいただきました。ありがとうございます。

次に、議題3ということで、静岡県保健医療計画策定作業部会で、看護協会から訪問看護実態調査の結果を活用してほしいとの意見が出まして、本日は神尾支部長さんから御報告をお願い致します。大変興味深いアンケート結果だと思います。

(神尾支部長)

静岡県看護協会の望月会長から報告させていただいております。

資料6の病院と事業所から訪問看護についてアンケートを行った。東部が10カ所、

西部が 17 カ所、中部が 25 カ所。62 カ所に対して調査し、38 カ所より回答があった。訪問看護を開始して 10 年以上が 19 カ所。1 年未満が 6 カ所。

看護体制としては、看護師が 88 人、准看護師が 12 人、保健師 2 人、助産師 0 人。常勤換算すると、1.0 人以下が、21 カ所。

専門・認定看護師いるところは 5 カ所、いないところは 33 カ所。

訪問看護認定看護師、脳卒中リハビリテーション認定看護師、摂食嚥下障害認定看護師がいるが、専門・認定看護師の確保はこれからというところである。

研修受講状況については、積極的なところもあるが、業務多忙で参加できない等と困難な状況があることがわかる。

遠隔地への訪問看護を実施している医療機関は、静岡 2 カ所、島田市川根、牧之原市は各 1 カ所。利用者の年齢は、75 歳から 99 歳がもっとも多い。

平成 27 年度の在宅での県の看取りの件数は、436 件。中部は 122 件であった。

P39 資料 7 は訪問看護ステーションの実態調査で、全県 188 カ所、中部は 49 カ所の回答があった。設置主体は、有限会社や合同会社。

職員体制では、看護職は 1,194 人、リハビリテーション職員 349 人、看護職員の常勤加算数は 3.0～3.9 人のところが最も多い。

小規模ステーションが全体の 6 割を占めていた。

専門・認定看護師は、訪問看護認定看護師 6 人、認定看護管理者 3 人、がん性疼痛看護認定看護師 1 人の 10 人である。

研修受講状況では、159 カ所、84.6%が受講しており、受講なしは 18 人 9.6%であった。参加できない理由として業務多忙が一番多かった。

先日の保健医療計画策定作業部会で、望月会長がやりとりした内容では、必要病床数の検討では、看護小規模多機能型があれば、病院や施設に入所しなくても、引き受けられる場合も有り、レスパイトにも対応できる。

訪問看護ステーションは、病状安定していれば病院と同様の医療が出来る。急変時救急車を呼ばなくても、24 時間対応の訪問看護が出来る。

利用者は増えていて、在宅でも医療資源を利用するケースが増えている。

訪問看護ステーションの経営は大変であり、施設利用者が増加すると、訪問看護の利用者が減少する。

訪問看護ステーションに指示を出す在宅医が少ないことも課題である。病床機能を検討する上で在宅療養独自の課題としては、病院機能分化と在院日数短縮化により、入院時に落ちた機能を回復しないまま自宅または施設に退院する状況があり、家族の介護力が未熟のまま退院すると、褥瘡などの悪化で再入院するケースもみられる。訪問看護の充足をしていかなければならない。

今後、病院の役割として、再入院しないための指導や介護力低下に対しての教育や人材育成を目指すべきと考える。

(三輪議長)

ありがとうございました。

私も訪問看護ステーションを持っているので、興味深く見させてもらった。療養型に入院する(家族に)介護力がないという問題と訪問看護を活用して、(家族に)介

護力があるという場合は正反対である。その中で、家で看たいという方が、再入院とか療養型に入らないで、ぎりぎりまで在宅で生活するための訪問看護かなと思う。ただ、訪問看護がすべてを解決するとも思えないというのが実感です。資料のP45を見ると、収支状況で黒字の事業所は半分しかない。

P46の3)のところで興味深かったのは、要介護5の利用者が平成24年度をピークに減少している。要介護5が訪問看護の対象と思ったら、いないということは、要介護5はみんな施設に入ったということか。それだけ介護力が落ちているということ。

訪問看護の指示書発行は、43.7%が病院。開業医から発生する訪問看護も大事だが、病院に通院している間から、訪問看護を依頼して、再発予防に務める、急変に対応するということが興味深かった。

総合病院の先生方、どこの病院も訪問看護を充実するという話がありましたが御質問があればいかがでしょうか。

(毛利委員)

訪問看護が大事であると思っているが、資料を見ると、小規模な訪問看護が多い。ある所に聞いたら、職員が少ないので患者をセレクトする。大変な患者は、今できませんと断るようにしているという。

そういう点の掘り下げ、これから訪問看護をやる場合に、今のままの小規模で良いのか。それとも他の方法を考えた方が良いのかということで、何かありますか。

(神尾支部長)

志太榛原地域では、各市で色々持っていて散在しているが、大きな病院から在宅に帰って開業医へというところが多く行くと思うが、なかなか訪問看護は職員の人数が少なく対応できないというところと、24時間対応を行っていないところが多いので問題であるかなと思う。

個人的には、小規模であちこちでやるよりも、大きいところに統合すれば人材確保も出来ると思う。

(三輪議長)

訪問看護ステーションを自分が経営しているが、損益分岐点があって、看護師3～4人が黒字。それ以上増やすと、人件費が掛かり赤字になる。増やしたら、A班、B班などに分けて、当直をそれぞれに作る必要がある、把握できる患者数に限りがある。

こう考えると、民間がやるのではなく公がやるべきかと思う。赤字覚悟でやる必要がある。

原則として、在宅を増やそう、慢性期を増やそう、老人が増えてきたら療養形も必要だけでも、それからあふれた方も出てくるのではないか。そういうときには訪問看護なしでは語れないので、研究して民間でも公立でも出来るようにしていく必要がある。当直をした後、看護師が休みを取れるようにしてあげないと行かない。そのためには、数をこなさないといけないと思う。

(藤本委員)

島田市内の訪問看護師に何が困っているかと聞くと、移動のガソリン代、車の保険代などの経費が基本的に請求できない。雀の涙ほどしか交通費は出ないらしい。島田は川根など遠くの地域が入っている。川根の人に訪問すると、その日は1人しか看れないので、非常に効率が悪い。タクシーで行くほどの金額がもらえれば、訪問看護師も行くかもしれないが、交通費に関しては、何らかの対応を取ってあげないと、全員辞めてしまうのではないかと思う。本来1カ所にいれば、ざっとみて、ペイできるが、あまりにもあちこちに点在していると、厳しいと思う。深刻な問題。交通費に関しては、行政が補助を出すなど考えていかないといけない。

(服部委員)

在宅をやっているとき、家で看取りましようと話していても、いざ看取りの場面で、苦しんでいるのを見て不安になって救急車を呼んで病院に来ることがある。救急の現場の医師によっては、なんでこんな患者を連れてくるんだと言う医者もいるが、そういうことは言わずに、急性期の病院としては、看取りに一部は協力していかないといけないと思っている。

もう一つは、レスパイトの入院を引き受ける施設がなかなかない。この地域で、レスパイトの入院をどこかが引き受けるようにしないと、在宅をやっていくのが困難ではないかと思う。

(三輪議長)

優しい御意見をありがとうございます。

今回の調整会議では、在宅医療の必要量、介護保健施設等にかかる供給量との整合性を図るうえで、各市町、地域包括ケアの主役は各市町ですが、市町がどのように分析しているのか、御報告をいただきたいと考えている。今回の看護協会の御報告も参考にさせていただきたいと思う。

次に、第8次保健医療計画について、議題4に移ります。疾病・事業ごとのデータから見た地域課題と今後の方向性につきまして、皆様に御意見をいただきました。事務局から概要を説明いただきたい。

(梅藤部長)

保健医療計画の改定については、資料1「静岡県保健医療計画の策定に向けた今後の取組」を用意させていただいた。時間の関係で詳細な説明は省略させていただきませんが、平成30年度からの保健医療計画は、介護保険事業支援計画をはじめとする、他の計画との整合性を図りながら進めていくものとなっている。

内容的には、2025年を見据え、地域医療構想を踏まえて7疾病、5事業と在宅医療を中心に構成していく。さらに次期計画は、圏域での取組を重視する考えとなる。

今回、皆様方から、現在の地域課題の健康データを基に7疾病5事業と在宅医療についてのご意見をいただき、お手元の資料3にまとめさせていただいた。お忙しい中御協力いただきありがとうございます。

最初のページでは「がん」の項目をご覧ください。

地域課題に対し、想定される原因、現状の対応、今後の方策について、皆様からの御意見をそのまま掲載させていただいている。

右端には、第2回目の地域医療構想調整会議後に皆様からいただいた意見を記載している。

以下それぞれの項目についてまとめてある。

今後、これらの御意見を整理させていただき、保健医療計画圏域版として盛り込んでいく。

また、今回いただいた皆様からのご意見は、県の「保健医療計画策定作業部会」へ報告をする。

つきましては、皆様からいただいた御意見は、無記名で掲載させていただいていますが、県庁への報告は、各委員のお名前が入ったものを資料として報告しますので、御承知おきください。

(三輪議長)

残り、5分くらいございますが、御意見がありましたらお願いします。

(毛利委員)

保健医療計画について、今までの7疾病5事業でくくろうとしているが、これでもいいのかということ議論として残しておいて欲しい。

これからは、高齢化に伴って、フレイルなどや誤嚥性肺炎など、疾病構造の変化に伴った変更が必要。たとえば肝炎などは、良い薬が出来たので、事業として必要なのかどうかといった議論が出てくる。その当たりを圏域の中で盛り込んでいていただきたい。

(田中委員)

精神科病床が170床。重度で慢性の患者がかなり入院しているが、高齢化が進んでいる。色々な合併症があり、どこで治療してもらおうかという問題がある。精神症状が比較的落ち着いている患者は、地域の総合病院で診てもらっているが、重症な精神疾患がある場合、一般の病床では対応できないということで、地域を越えて菊川市立総合病院をお願いしている。ここ数年では何とか対応してくれている状況だが、今後、高齢化がさらに進むと、患者が増えていくので、どこまで対応していただけるか心配している。

(三輪議員)

今まで、総合病院の話、そして総合病院以外の病院の話、訪問看護の話も聞いた。

次回は市町の需要と供給の関係などを含めて、多分、在宅の話になると思いますが、どういうふうにして需要と供給のバランスを取っていくかという話になると思います。今、どのくらい供給量があるのか、在宅でもどのくらいの先生たちが往診などしているかなど、つかみにくいと思いますが、なんとかレセプトデータなど利用しながらつかんでいただけると話が盛り上がると思います。

以上で議事はすべて終了いたしました。ありがとうございました。