

平成 29 年度 第 2 回志太榛原地域医療構想調整会議 会議録

日 時	平成 29 年 7 月 28 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><委員></p> <table border="0"> <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（欠席）</td> <td>藤本 嘉彦</td> </tr> <tr> <td>榛原医師会長（欠席）</td> <td>石井 英正</td> </tr> <tr> <td>島田歯科医師会長</td> <td>川端 泰三</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>平野 一美</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>藤枝市立総合病院長</td> <td>中村 利夫</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</td> <td>森田 信敏</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>河野 義行</td> </tr> <tr> <td>藤枝市健やか推進局長</td> <td>仙島 秀雄</td> </tr> <tr> <td>牧之原市健康長寿まちづくり専門監</td> <td>高橋 伸行</td> </tr> <tr> <td>吉田町健康づくり課長</td> <td>増田 稔生子</td> </tr> <tr> <td>川根本町健康福祉課長</td> <td>北原 徳博</td> </tr> <tr> <td>静岡県中部保健所</td> <td>木村 雅芳</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><オブザーバー></td> </tr> <tr> <td>県病院協会会長</td> <td>毛利 博</td> </tr> <tr> <td>浜松医科大学特任教授</td> <td>小林 利彦</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><事務局></td> </tr> <tr> <td>静岡県中部健康福祉センター副所長</td> <td>田辺 光男</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（欠席）	藤本 嘉彦	榛原医師会長（欠席）	石井 英正	島田歯科医師会長	川端 泰三	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	平野 一美	市立島田市民病院事業管理者	服部 隆一	藤枝市立総合病院長	中村 利夫	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	森田 信敏	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	河野 義行	藤枝市健やか推進局長	仙島 秀雄	牧之原市健康長寿まちづくり専門監	高橋 伸行	吉田町健康づくり課長	増田 稔生子	川根本町健康福祉課長	北原 徳博	静岡県中部保健所	木村 雅芳	<オブザーバー>			県病院協会会長	毛利 博	浜松医科大学特任教授	小林 利彦	<事務局>			静岡県中部健康福祉センター副所長	田辺 光男	〃（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（欠席）	藤本 嘉彦																																																													
榛原医師会長（欠席）	石井 英正																																																													
島田歯科医師会長	川端 泰三																																																													
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	平野 一美																																																													
市立島田市民病院事業管理者	服部 隆一																																																													
藤枝市立総合病院長	中村 利夫																																																													
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	森田 信敏																																																													
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	河野 義行																																																													
藤枝市健やか推進局長	仙島 秀雄																																																													
牧之原市健康長寿まちづくり専門監	高橋 伸行																																																													
吉田町健康づくり課長	増田 稔生子																																																													
川根本町健康福祉課長	北原 徳博																																																													
静岡県中部保健所	木村 雅芳																																																													
<オブザーバー>																																																														
県病院協会会長	毛利 博																																																													
浜松医科大学特任教授	小林 利彦																																																													
<事務局>																																																														
静岡県中部健康福祉センター副所長	田辺 光男																																																													
〃（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 第 8 次保健医療計画について</p> <p>2 病床機能報告について（報告）</p> <p>3 在院患者調査結果について（報告）</p>																																																													

司会から本会議の委員は 22 人で、島田市医師会長、榛原医師会長、藤枝薬剤師会長は所用により欠席であることを報告。また、オブザーバーとして、県病院協会会長、浜松医科大学特任教授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)

本日は、お忙しい中、お集まりいただきありがとうございます。

日頃から、県の健康福祉行政には御協力いただき感謝します。

本年度2回目となる本日の会議では、平成30年度からの第8次保健医療計画の骨子案について、それぞれのお立場からご意見をいただければと思う。

国民の医療を確保するため、昭和23年に医療法が制定され、病院等の基準が示された。その後、一定の質と量の医療が確保されたため、昭和60年に法改正により医療計画制度が始まった。この時は、医療圏の設定と必要病床数が必要的記載事項、へき地医療と救急医療の確保が任意記載事項であり、医療資源の地域偏在解消がテーマだった。その後、地域医療支援病院や一般病床・療養病床、必要病床から基準病床と法改正も行われ、平成22年から4疾病5事業、その後、精神疾患や在宅医療等と分野別の必要的記載事項が拡充されてきていますが、地域において良質な医療を効率的に提供するという目標は変わっていないと考えている。

現在、志太榛原医療圏域において、医療提供に関わっているすべての方々が、その場所で、より良い医療提供への努力をしてくださっているが、これをより良い方向に導く道しるべが、保健医療計画である。

今までの地域医療構想調整会議での意見やメール・FAXで御意見いただき、骨子案を作成させていただいた。さらに、案作成後も何回かやりとりさせていただき、今回、皆様のお手元に提示させていただいた骨子案となる。

これについては、8月1日に開催される、県保健医療計画策定作業部会にて議論されることになる。

この骨子案中の圏域の「対策のポイント」及び「数値目標」については、皆様に送付した際には記載してなかったが、県庁からの作成依頼により、事務局として仮置きさせていただいている。今後、検討していく中で、必要に応じて差し替えをしていきたいと思うので、積極的な発言をお願いしたい。

また、今回、骨子案全体について、急ぎ修正が必要な重要項目があるか確認させていただくとともに、10月位を目途に提出予定の素案に、本日いただいた御意見をもとに追加・修正させていただく予定である。

委員の皆様には忌憚のない意見をいただきたく、よろしく願います。

本来、地域医療構想調整会議では、病床機能に関して議論することが主要目的になるが、これについては、病床機能報告について後ほど報告させていただきたいと思う。

事務局から、資料の確認。

新任委員の紹介。

【議題1】

(三輪議長)

地域医療構想調整会議は、地域の中で2025年、2035年と高齢者の数が増えてくる中で、医療がどうあるべきか構想し調整する会議である。

どういことが起こるのかと考えると、まず病院が変化してくる。高齢者にあわせた医療、若年者が減ってくることに耐えられる医療が必要になる。そうすると自然に慢性期が増えて、在宅が増えてくるのではないかという予想が立つ。これらに対してどのように対応していくか考える必要がある。

在宅という医療だけではすまない。医療と介護の連携、むしろ、介護が中心になって一体化して対応していかなければならないということを論じてきた。

最初は、公立病院の将来構想について聴いてきた。次に慢性期病院、療養病床を持つ病院の先生方に将来のことについて聴いてきた。そして、前回は各市町にそういった地域医療構想（調整）について、どんな具体的な案があるか聴いた。

ここにきて、保健医療計画ということが入ってきて、今までとは違った切り口から将来の医療の構想について検討してもらおう。今回は病気の話が多く、介護の話があまり入ってこない状況だが、冊子を作るための会議ではなく、皆さん集まっていたいので、（保健医療計画）骨子案の内容について、忌憚のない御意見を願いたい。

次第に従って行きたいと思う。

まずは、事務局から説明をお願いします。

（小泉課長）

既に、前回の会議でも伝えているとおり、現在、県では、平成 30 年度からの 6 年間にわたる第 8 次保健医療計画の策定作業を行っている。

今回の保健医療計画では、圏域における計画を重視することになっている。

当圏域においても、書面を通じて、委員の皆様から御意見をいただき、資料 P11 の骨子案を作成した。

この骨子案は、8 月 1 日行われる保健医療計画策定作業部会の資料とするため、すでに県庁には提出しているが、本日の会議の中で、急遽、修正すべき重要事項があったら、当日、口頭で修正させていただく予定である。

また、本日の皆様からの御意見は、今後の素案作成に役立てていきたいと考えている。

ここで、皆様に送付した骨子案の中に記載のなかった、圏域の「対策のポイント」及び「指標」について説明する。

まず、P11 の「対策のポイント」については、今までの調整会議での委員の皆様の御意見から、事務局案として、「圏域の地域医療構想と在宅医療等の推進」と「圏域における特徴的な課題解決」とさせていただいた。

1 点目の「圏域の地域医療構想と在宅医療等の推進」については、病床機能の分化の推進ということで、皆様からの御意見があった「回復期」病床の充実、強化を挙げた。そして、在宅医療の充実について、医療と介護・福祉の連携の強化を挙げた。

2 点目として、「圏域における特徴的な課題解決」については、皆様から、がん、脳卒中、心血管疾患などの予防が大事という御意見を多くいただき、特定健診及びがん検診において受診率のさらなる向上を挙げた。また、当圏域に多いとされる糖尿病有病者や糖尿病予備群者に対し、早期介入が必要と挙げた。また、医師会、保険者、行政等関係機関との情報共有及びネットワークの構築、他圏域より不足している質の高い医療を提供するための医師等医療従事者確保。隣接する静岡、中東遠医療圏との

広域的な医療体制の確保について、記載した。

次に、この「対策のポイント」に合わせて、数値目標をP16のように記載した。数値として表せるものとして、「がん検診精密検査受診率」をあげた。がん対策では、早期発見早期治療が重要で、市町において受診率向上に努力されているところであるが、さらに受診率を向上させ、要精密となった人を見逃さないことが重要である。

次に「回復期の病床数」を挙げた。地域医療構想でも、2025年前までに回復期病床を増やすことが重要としている。各委員からも回復期病床の増床に関する意見が出されていたので、数値目標とさせていただいた。

最後に、「人口10万人当たりの医師数」を挙げた。この圏域の重要な課題である。以上について御意見を願います。

また、今後の予定については、10月頃を目途に素案を作成し、1月頃を目途に最終案を作成する予定である。

(三輪議長)

ありがとうございました。

まずは、事務局から説明のあったP11「圏域の対策のポイント」及びP16の数値目標について、皆様からの御意見をいただきたいと思うが、いかがか。

まず「対策のポイント」を総論的に聴いて、あとは各疾病・事業別に皆さんの意見を聴いて、最後に在宅について聴くので、介護関係の方はここで発言してほしい。

対策のポイントについて、今まで論じられてきた回復期病床について書かれている。急性期病床は、短期入院となるので、在宅に戻す調整ができないため、回復期病床で2か月くらい預かって、ここで回復を図りながら、なおかつ、在宅への復帰を促すということが必要だと、ずっと論じられてきた。

当圏域においては、数値目標を896床の現状を1,054床にするということだが、これについては、総合病院が主体の分野なので、病院の先生に回復期病床のあり方や課題や対策などを伺いたい。

(太田委員)

当院では、在宅復帰率が80数%。病院全体の在院日数は12日を切っている。まずまず上手く回っていると思う。

ただ、10数%の家に帰れない患者には、回復期やリハビリ病院などが必要になってくるが、幸い焼津市内には受け皿になってくれる病院があるので、現在は問題ない。

急性期が終わったら全員回復期に入れなければいけないという議論はおかしい。家に戻せるなら家に戻す。現在、当院は幸い上手くいっているが、さらに看護師の訪問指導などを行って、より安心して家に帰れるような体制を作りたい。

(三輪議長)

焼津市内には幸い回復期の病棟があるということと、回復期を通らなくても家に帰す努力をしているという意見。

岡本石井病院には回復期はあるか？

(平田委員)

回復期病棟はない。慢性期の中に地域包括ケア病床がある。そういったところでお受けして、時間をかけてなるべく家へ帰せる人は帰すし、帰せない人は当院の療養病床で診ている。高齢者が増えていく時、総合病院の病床数が変わらず、あふれて出て

くる患者を入れる所が足りなくなる。それをどうするか。

もう一つは、回復期病床を持っていても、実際に稼働ができていないところもある。支えるスタッフがいないためである。

(三輪議長)

療養型でも、ゆっくり回復期のように家に帰すような役割があるということか。

(平田委員)

療養型も、様々である。当院には、重症な患者が多く、100日前後で死亡することが多い。一方で300日以上入院している病院もあって、同じ療養病床でも違う。

ただ、当院は結構、重症の患者を依頼されることが多く、その場合、在宅復帰というのは難しい。最後は、病院で亡くなることになる。

(三輪議長)

療養病床が必要ということ、人材不足で回復期といってもオープンできていない病床があるということか。

藤枝の中村先生いかがか。

(中村委員)

太田先生がおっしゃるようにこれからのことを考えていく必要がある。志太榛原圏域で考えると、回復期は、地域によって足りない。

「ほぼ在宅、時々入院」という厚生労働省の考え方は、急性期を短く、たとえば、(平均入院日数を)13日から11日或いは10日へという方向に向かっていると考えると、急性期の病床は、もう少し縮小した方がいいということになる。そのために急性期から回復期に病床数を移して、急性期の入院期間を短くするというのがモデルになっていく。在宅は必ずしも自宅だけでなく施設も含むが、そういった所へのスムーズな移行が、患者にとって地元で安心して暮らせる方法になると思う。

(三輪議長)

藤枝市立総合病院は、回復期の予定はあるか。

(中村委員)

どういう形になるかはまだこれからだが、少なくとも急性期の564床は、入院期間を短くすることによって、もう少しコンパクトなものにしていく方向に向かうと思う。

(三輪議長)

島田の服部先生は回復期についてどうか。

(服部委員)

当院は、回復期病床が既にあり、新病院でも回復期を40床持つ予定。回復期に入る患者は主に脳卒中のリハビリ、整形外科の大腿骨頸部骨折のリハビリなどがメイン。そこで受け入れられない人は藤枝市内のリハビリテーション病院等に依頼している。今のところ何とか回っている。

問題は、急性期の病床で、今、7対1の看護基準で稼働している。今、7対1の病床は重症度・看護必要度を満たす患者割合が25%を超えていないとだめだが、来年の診療報酬改定で、多分28%を超えないとだめになる。試算すると当院は27.数%で28%を超えていない。そうすると一部病床を地域包括ケア病棟に転換しなくてはいけなくなるかもしれない。切実な問題が、起こってきている。

療養病床、回復期病床があって、その上に地域包括ケア病棟ができると、訳がわか

らなくなる。その辺の整理が必要になってくると思う。

(三輪議長)

他に回復期病棟に関して必要性や課題について、発言はあるか。

(森田委員)

14 ページにあるように、回復期リハビリ病床 40 床を設置の方向で、準備している。スタッフ集め、病棟の改修工事など今年の秋を目標にがんばっているが、秋の実施は難しい状況。いずれにしても早期開始に向けて対応していく。

当院は、自分が整形外科で、吉田町、牧之原市、御前崎市に整形外科がない中で、2. 5 日に 1 人、大腿骨頸部骨折の患者が来る状況で、がんばって治療して、在宅に戻す。受け皿という点では、自分がかんばることで、御前崎など圏域外にお願いしなくても、住まいに近い当病院で、リハビリをやり、自宅に戻すことをやっていきたい。

内科病棟が少ないので、冬場は、急性期の需要が増えると病床数を上回ってしまう。回復期を作ることによって、すぐには帰せないがリハビリをやれば帰せるケースを、急性期病棟から移動させて、本来の急性期病棟での対応が可能になるようにしたい。

14 ページの下にあるように、当圏域では、回復期が大幅に足りないとの状況があるので、当院も、回復期の設置で、改善に貢献できるのではないかと思います。

(徳州会では)療養病床もあるし、老健施設もあるので、そことの棲み分けをすることで、最終的に在宅に向かわせるようにしたいと思う。

(太田委員)

服部先生と森田先生の話の中で、スタッフが足りないということが出てきた。医師が足りないということは、みんな承知しているが、医師以外のスタッフが足りていないなら、実態も含めて計画に記載すべきではないか。

(森田委員)

今年の採用が終わっても、職員が足りないということでは厳しい。特に看護職は厳しい。さらに、看護師を 1 病棟分採用することは、かなり厳しい。

(三輪議長)

前回の会議でも、焼津に 100 人の特養と 100 人の老健を作るという話が出ていた。介護職員だけでなく、看護師やリハビリスタッフを採用するわけなので、人材不足になる。施設を作るというのは簡単だが、リハビリスタッフや看護職などを確保するのが大変だと思う。

看護協会としてはいかがか。

(平野委員)

看護職の不足は地域によって差があると聞いている。たとえば愛知県などは、看護師が余ってきていて、就職難。静岡県はそこまでいってなくて、どこの病院も不足の状況。ただ以前より緩和していて、病院によっては、採用人数を絞りかけている印象がある。

(三輪議長)

看護師が余っているというのは、総合病院系ですか。在宅系列ですか。

(平野委員)

たとえば、看護系大学が増えたことによって、看護師がかなり育成された。新卒看護師は大きな病院に就職することが多い。そういう所で飽和状態になっている状況で

ある。

(三輪議長)

続いて、対策のポイントの「在宅医療と介護・福祉施設等との連携体制の強化」について。大事な問題と思うが、福祉施設において、医療との連携で困難なことはあるか。

(鈴木委員)

在宅サービスは通所とショートステイということになるが、基本的には間にケアマネが入って、何かあればケアマネに相談することになる。自分の施設では13年目になるが、ショートステイの人でも看取りをやってほしいとの希望があれば、看取りを行っている。上手くケアマネに入ってもらって、医師や訪問看護との結び役をやってもらえれば、施設でもそういったこともできる体制が整っている。

(三輪議長)

逆にケアマネと医師の連携がうまくいかなかった例や課題などあるか。

(鈴木委員)

(うなずく)

(三輪議長)

課題はあるようですね。後で出てくると思うが、現実的には、通所系、訪問系、訪問看護、医師など連携がうまくとれている地区と、とれていない地区があって、今後どうしていくかが大きな課題である。

他に連携という点で意見があるか。

(平野委員)

県の看護協会では、今年度、看看連携を進めていくということで、モデル地区の募集をしている。県内5か所のモデル地区を、東・中・西で設定。

協会として顔の見える関係づくりをそれぞれの地域でしていった欲しいという方向ですすめている。

(三輪議長)

藤枝でも救急隊と訪問看護ステーションとの話し合いが始まった。なにか問題点がたくさんある様子。

次の対策のポイントの「圏域における特徴的な課題の解決」として、「特定健診及びがん検診受診率のさらなる向上」を挙げているが、各市町では、受診率向上に向けて何かやっていることがあるか。

(横田川委員)

検診の体制が整っても、検診受診率がなかなか伸びないため、土曜日や日曜日の検診の機会を増やす努力をして、普段受診できない人が受診できる体制を作っている。

(河野委員)

焼津市は特定健診の受診率が、県下でも低い方。議会でも話題になっている。戸別訪問や自治会への啓発により、取り組んだ地域は受診率が上がったので、全域で働きかけたい。

(三輪議長)

特定健診の受診率が上がらないとがん検診の受診率が上がらない。連動している。

(仙島委員)

特定健診の受診率は比較的高い。これは、地区ごとに、日を指定していたものを、個人の都合でいつでも受診できるように、受診体制を変えたことが影響している。さらに伸ばしていくために、別の方法も考えていく予定。

(三輪議長)

集団と個別を取り混ぜて対応していくということですね。

(高橋委員)

牧之原市でも特定健診の受診率の向上は課題。牧之原市は高血圧が多く、原因が何かということが問題。榛原総合病院に循環器内科医がいないことは危機的に思っている。受診率の向上は課題。

(増田委員)

がん検診の受診率は比較的高い。検診の受診機会を増やすため、各種検診を一度に受けられるように、特定健診と組み合わせて、すべての検診を同日に受けられる体制を作っている。また、土曜日に検診を実施している。がん検診は、地区の保健協力員に受診勧奨をしてもらったり、スーパーにチラシをおいてもらったりといったような地道な呼びかけをしてもらっている。特定健診は、未受診者対策を進めていく。受診率が上がらないと予防につながらないので、まずは受診率の向上に努めていく。

(北原委員)

がん検診は県の平均より超えている。個別に連絡して対応している。引き続き努力していきたい。

(三輪議長)

健保組合の山西さんから、検診について意見はあるか。

(山西委員)

平成 28 年度の協会健保の受診率では、会社に入っている人の受診率は 56.8%。扶養家族は、21.9%であり、扶養家族の受診率が低い。

志太榛原地域の特定健診の受診率は、比較的高い。県下 18 市町は、がん検診と同時実施を行っており、今後も市町で行う特定健診と同時実施できるよう、調整していきたい。御協力をお願いしたい。

(三輪議長)

健保の扶養家族は、特定健診を受診しにくいと思う。

自分の所にも、社員がいるが、その奥さんが受診しにくいと聞いている。

何か方法があるといいと思うが。

(山西委員)

協会健保の保険証を持っている人も国保の保険証を持っている人も同じ検診を受けられるようになるのがいいと思う。

(三輪議長)

誰に言えばいいのか。

(山西委員)

協会健保の検査項目と特定健診の検査項目が一部違う。請求などがなかなか上手くいかないと聞いている。

(三輪議長)

市町に聞いても同様に、一緒にやることは、今は難しい。どこかで検討してほしい。

それが課題で、若い世代が検診を受けていない原因の一つになっている。ここをどう解決していくのかは、大きな課題である。

検診に関しての追加はあるか。

(毛利アドバイザー)

受診率について、注目されているが、検診の質の向上が大切という議論もされている。質の向上をどうしていったら良いか。がん検診だけでなく特定健診についても同様。難しい問題だが、受診率が高いから良いということではなく、疾病の拾い上げや予防をどうしたら良いか工夫をして欲しい。

(平田委員)

今、後期高齢者に余力を入れるべきではなく、前期高齢者に力を入れるべきである。生活習慣病は10年が勝負。若い人が受診する努力をすべき。同じ力を入れるのであれば若い人への対策に力を入れてほしい。

人材やパワーがない中で地域の健康に活かすのであれば、利益が出るような努力をしてほしい。

(三輪議長)

実際に90歳になっても前立腺癌治療の注射を打ちに来る患者もいるが、いつまでやるべきか迷うこともある。

毛利先生と平田先生の意見を合わせると、検診の適正化や効率化についてより、若年層の方に光が当たるようにして欲しいということだった。たとえば、受診率についても年齢別受診率で分析するとおもしろいかもしれない。

先ほど太田先生からでた、回復期における人材の問題も大切な問題なので、保健医療計画に活かすことが出来れば良いと思う。

もう一つポイントでみたいのは、「糖尿病の有病者及び予備群者への早期介入」という点。焼津市立総合病院と藤枝市立総合病院で対応していると聞いているが現状はどうか。

(太田委員)

旗を振っているが、旗の下で患者に対応してくれているのは開業医。非常に熱心な開業医とあまりそうでない方といらっしやる。それが一番大きな課題。

(中村委員)

志太榛原地域には、糖尿病の専門医が9人しかいない。中東遠圏域と同様に少ないのが問題。当院でも常勤で糖尿病専門医がいないので、開業医と連携してうまくやっっていないといけない。行政で糖尿病患者の拾い出し、特に女性の早期糖尿病の発見は、力を入れるべきである。

(川端委員)

対策のポイントの手段として、病院、医師会、薬剤師会、行政の連携とあるが、歯科医師会を加えてほしい。明らかに糖尿病と歯周病との関連性がある。実際中等度の歯周病の治療をしたら、HbA1Cが1ポイント下がったという患者がいた。他にも何人も経験しているので、糖尿病と歯周疾患の関連はある。

(三輪議長)

ぜひ歯科医師会を追加してください。

次に16ページのがんのところから見っていく。

がんのところをざっと見て御発言があるか。

17 ページの上から 6 行目の「圏域内の病院の手術等治療実績が十分に周知されていません」というところが気になった。確かに、開業していて、どこの病院がこの手術が得意なのか知らないと、とりあえず県立総合病院に送ってしまおうかといったことになってしまう可能性がある。各病院の得意なものとか、治療実績が、住民にはどうかと思うが医師会レベルには周知していただけると、紹介しやすいと思う。

下から 6 行目の「住民に対して、圏域内の病院でも、先進的な治療や手術ができること、病診連携で対応できることを周知していきます」とあるが、そんなことができていくといいなと思う。太田先生いかがですか。

(太田委員)

当院では、各診療科に対して、得意とするところをホームページに書くように指示し、大幅なホームページの改訂を行った。また、地域連携の部署の事務担当には、各科の開業医からメッセージを出してもらいましょうと言っている。地域連携室担当者が、2～3か月に1回各科を回っている。それで十分ということではないが、そういったことをやり始めているというのを知ってほしい。

(中村委員)

これまでの病院は、自分たちから発信することはなかった。特に公立病院ではそういう傾向が強い。希少な手術ができる専門医がいるのに宣伝しないのは奥ゆかしいと思う。たとえば産婦人科の腹腔鏡の専門医は、県下で 10 人しかいない状況で、当院に 1 人いるが、なぜ宣伝しないのかなと思う。病院毎に発信していく努力は必要だと思うが、志太榛原圏域全体で発信していくなど、考えても良いと思う。当面は各病院の努力義務なのかなと思う。

(服部委員)

外科系の手術成績は病院のウェブサイトに掲載するなど、発信するよう努力している。ただ、地域の診療所の先生に対してアピールするのは、各科の医師が個別に努力するしかない。たとえば勉強会を開くなど、熱心にやる科とそうでない科があり、はっぱをかけるしかないと思っている。

がんについては、診断をすると、患者や家族から、がんセンターを紹介して欲しいと言われてしまうことがある。それはやむを得ないかなと思っている。ネームバリューに完全に負けてしまっている。

(三輪議長)

4 医師会については、会長、副会長の会を定期的にやっているもので、そういった場で、志太榛原圏域の開業医には周知できると思う。

では、次に 18 ページの脳卒中についてはどうか。

(太田委員)

この地域は脳卒中の多い地域だが、日本脳卒中学会では、キャンペーンを張っていて、循環器の先生が(比較的簡易にできる)心房細動を徹底的に治すことで、脳卒中を防ぐことができると言っている。これは、全国レベルでやっていくことだと思うが、この圏域に脳卒中が多いので、圏域の課題としてあげていくのでもいいのではないかなと思う。

(三輪議長)

確かに以前は、開業医レベルで、小児用バファリンの処方ぐらいで終わっていたものが、今はきっちり、抗血症板剤を飲ませているので、だいぶ変わってきていると思う。さらに脳梗塞予防に尽くした方がいいという意見である。

ほかにはどうか。

次に 21 ページの心筋梗塞はいかがか？

「医療提供体制」のところに「3 病院（市立島田市民病院、藤枝市立総合病院、榛原総合病院）」と記載しているがこれで良いか。

（森田委員）

当院では、一応心臓カテーテルもやっている。マンパワー的に対応できない時もあるが、非常勤の医師等で対応できるので、載せておいていただければと思う。

（三輪議長）

22 ページの下から 5 行目の「退院前からの病病連携、病診連携や医療・介護連携により、かかりつけ医を中心とした地域の医療・介護のネットワークにつなげることに
より、再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理、生活機能の維持・向上を
図ります。」は、紹介状をしっかりと書くということか。

「安定した患者については、開業医からの圏域内の病院への患者紹介を促すよう、
連携体制を深めていきます。」については、表現をわかりやすくしてほしい。

次に糖尿病を見ていく。23 ページ。

糖尿病患者が増えていて、特定健診で早めに発見していくということだが、特定健診の受診率の向上のために、先ほど発表していただいた市町が取り組んでいることが書かれている。

24 ページの下から 6 行目の「栄養士のいない診療所において、病院と連携した栄養指導・保健指導の協力支援体制を整備」については、栄養士のいる診療所を宣伝して、アプローチしやすくするといった逆の発想も良いと思った。

24 ページの下から 4 行目の「病院・医師会・薬剤師会・市町に加えて、訪問看護ステーション、地域包括支援センター等と連携した重症化予防体制の強化を図ります」については、受診できない人に対し、訪問看護ステーションや地域包括支援センターが訪問するという意味か。

糖尿病について何か発言はあるか。

（特に意見なし）

次に喘息について。

岡本石井病院、市立島田市民病院、藤枝市立総合病院の 3 病院が、専門治療を担う医療施設として記載されているが、3 病院だけの記載でいいか。

（平田委員）

喘息で大変なのは、救急対応。そういう意味では、焼津市立総合病院にずいぶん助けていただいている。地域として喘息治療ができていないということはないと思う。

（三輪議長）

3 か所に指定してしまうということはどうかと思う。

（木村委員）

記載元が、医療連携調査であり、(丸をつけた項目が)条件を満たした病院を記載している。毎年調査しているので、実際の記載は、直近の調査結果を載せたいと思う。

(三輪議長)

ここは、調査結果を記載することにする。

次に肝炎ですが、26ページになる。御発言はあるか。

27ページ下の「在宅療養支援」の「肝炎陽性者や治療中の患者の不安解消や治療継続を図るため、随時、電話や面接による相談に応じていきます」について、具体的に相談センターがあるのか。

各病院に電話すれば良いのか。具体的な記載があると良いと思う。

(事務局：梅藤部長)

地域肝疾患診療連携拠点病院と保健所等において相談を受けている。

(三輪議長)

具体的に詳しく記載していく方が良い。

次に精神疾患に入る。

(田中委員)

自己完結率が、71.6%で、静岡圏域に流れている。静岡県の救急システムがあって夜間・休日輪番制で対応している。当院は水・金曜日で、焼津病院は火曜日対応。それ以外の曜日は静岡市内の病院にお願いしているので、その分が流出しているのではないか。平日の日中の精神科救急の当番は決まっていないが、出来るだけ受け入れたい。現状が不明なので、曜日毎の休日・夜間と平日の受入状況や違いがわかれば、教えてほしい。

また、精神科患者の合併症治療は圏域内に合併症治療のできる病院はないが、総合病院の先生たちに協力いただいて、即対応いただいて助かっている。精神症状が激しい患者の場合、検査などなかなか総合病院での対応が難しい場合、県の身体合併症の受け入れ病院である、聖隷三方原病院や、共立菊川病院にお願いしている。1年に1件あるかどうかぐらいで、ほとんどは総合病院の先生たちに御協力いただいている。

(三輪議長)

精神疾患の方は在宅でもたくさんいる。

看護協会の平野さん、訪問看護ステーションの方たちが、精神科の訪問看護を勉強しているが、訪問看護ステーションから精神科患者の訪問をするケースは多くはないと思われる。いかがか。

(平野委員)

すべてを把握しているのでないので、答えられないこともあるが、精神科の患者は在宅へという方向で動いている。訪問看護ステーションに退院後の患者の訪問を依頼される件数が増えてきていると聞いている。また、在宅にいながら受診行動ができない患者も多いと聞いているので、精神科の問題は大きいと感じている。

(三輪議長)

訪問看護ステーションをやっているが、時々精神科の訪問看護の勉強に行ってきたという話は聞く。

地域で精神科の看護を学ぶ機会を増やすことは必要である。

28ページの下から5行目に「藤枝駿府病院では、早期退院支援として、訪問診療・

訪問看護を実施しています。また、病院に併設している訪問看護ステーションが、退院後頻回に訪問看護を行い、患者の様子を医師に報告できる体制を整備しています」となっているが、普通の訪問看護ステーションもそれに加わることができるように、藤枝駿府病院を中心にして対応して欲しいと思う。

29 ページの「普及啓発・相談支援」のところだが、研修会や多職種連携について、あまりされていないのではないかと感じている。また、29 ページ下から 9 行目の「安定期には訪問診療や訪問看護で支援する仕組みを構築します」については精神科の医療機関のことだと思うが、一般の医療機関においても、そういったことができるかどうかかわからないが、需要が増えてくれば対応せざるを得ないのではないか。

(田中委員)

訪問については、当院の看護師やケースワーカーが対応している。ただ、川根など遠隔地については訪問看護がなかなかできない現状がある。

(三輪議長)

まずは、精神科患者の在宅医療について、訪問看護ステーションへの教育などから対応していく必要があるかもしれない。

この書き方で良いと思うが、現実的には、精神科に不案内な医師や看護師が多いのではないかと感じている。

他に御意見あるか。

(中村委員)

精神疾患で気になるのは、少子高齢化の進行で増えてくる認知症の患者の増加。志太榛原医療圏では、焼津市立総合病院とやきつべの径診療所が認知症疾患医療センターに認定され活動をしている。ただ、高齢者人口 6 万人に 1 か所という基準を満たしているだけでいいのか。これからさらにセンターを増やすべきなのか。それぞれのところで、対応を積極的にして、認定看護師などを増やしていくべきなのか。満たしているというだけでは、それで終わってしまう。これからの問題なので、今、大丈夫というだけでなく、今後についても、認知症について記載したほうがいいのか。

(三輪議長)

認知症についての発言を参考に、記載するように。

次の救急医療については、色々な会議で話し合っているので、良いと思った。

30 ページの 3 行目「初期救急医療については、志太榛原地域救急医療センター及び島田市休日急患診療所並びに在宅当番医制により、体制を確保しています。」について、服部先生、この書き方で大丈夫か。

(服部委員)

一応建前上そうだが、各病院とも初期救急医療への対応も結構行っている。

(三輪議長)

これが正しい表現とのこと。

(太田委員)

個々に書く、書かないは別として、問題提起する。

救命救急士に訓練が行き届いていない。血管確保の成功率が 50%。明らかにトレーニングの機会がなく、機会があればおそらく一生懸命やってくれると思う。そういっ

たものを充実させて、救命救急士がこれだけいて、特定医療行為がこれだけできるということになっているが、実際にはなっていない。書くことではないかもしれないが、把握していて欲しい。

(三輪議長)

次に災害時医療について

(太田委員)

個別のことになってしまって恐縮だが、災害時に、県は透析に関しては、水の備蓄や電源、衛生材料の備蓄など把握してくれているが、災害時に産気づいた人がどこでお産するかというあたりの体制が不十分である。正常分娩は、ほとんどが病院でなくクリニックで行っている。クリニックで水、食べ物の備蓄、電源がどうかという点に不安が出る。お産は2～3日待ってくれということとはできないので、大きな問題として考えてほしい。

(三輪議長)

堀尾委員いかがですか。

(堀尾委員)

特別に異議があるわけではないが、一番問題なのは、今いる産科の先生が災害時に限らず、あと何年できるのか。災害時に産科の先生が確保できるかだけでなく、平常時の対応もいつまで出来るのか。

災害時の正常分娩は重要だが、実際に電気や水道や動けるスタッフが確保できるのか。実際は、開業の先生には難しく、病院しか対応できないのではないか。

(三輪議長)

周産期医療でも出てくるが、災害時に必要な電気や水道などを、産婦人科診療所がどのくらい整備しているのか。こういった調査をした上で話をしていかなければいけないと思う。医師会でも調べてみたいと思うが、そういう所に援助するかどうかということは大切である。

次にへき地医療について御発言があるか。

川根本町で困っていることはあるか。

(北原委員)

川根本町では、該当地区にて診療所を運営している。困っていることはそんなになが、引き続き充実させたい。

(三輪議長)

県立総合病院の遠隔診療所はいかがか。

(北原委員)

引き続きやっている。

(三輪議長)

次は周産期医療だが、御意見はあるか。

先ほど話が出たが、35ページの下から10行目に「現在の周産期連携体制が崩れる可能性があります」という表現になっていて、先々の不安がある現状が示されている。

36ページの上から7行目に「基幹地域周産期母子医療センターの設置を検討していきます」

4郡市医師会長会議で、前田焼津医師会副会長や産婦人科学会の理事の先生が話を

してくれた。その中で、産婦人科の先生をただ寄せ集めてもうまくいかない。基幹センターとして、ただ寄せ集めるという方向性だけでなく、寄せ集めてもうまくいかないという考え方もあることを念頭に置いて、文書を作っていたきたい。

続いて小児医療について、御発言があるか。

(堀尾委員)

いつもと同じことを言って申し訳ないが、高齢者を中心とした医療をいくら整備しても、少子化対策に役に立たない。元気な老人が増えても少子化対策にならない。

これだけのエネルギーやここに集まってくれている方々のエネルギーが、高齢者の医療に注がれているのは、残念。将来の少子化対策としては心許ない。

健診に関しても、今は特定健診として40歳以上が対象。子どもを産む年齢の20代や30代の健康はいったいどこにいったのかと思う。小さい子どものいる親御さんが病気をすると大変なのでそこに手を尽くさないといけないと思う。子どもの健康もそうだが育てるのは若い親なので、その人たちに投資する必要がある。あまりに高齢者にエネルギーと金が行き過ぎている。平田先生がおっしゃった75才以上は過剰な医療は、もういいじゃないかという意見は、同感。極端ではあるが、若年者対策だけやればいいのかと思う。

(毛利アドバイザー)

今週の月曜日に県知事が主催の静岡県産業人材確保育成対策県民会議があった。現在病院協会の会長をやっているので、その立場で参加した。いろいろな協会が参加していた。その中で、知事に少子高齢化ということに触れさせていただいた。全知協の辺見先生もいつもおっしゃっているが、少子はいつも枕詞で高齢ばかりやっている。少子の対策が大切なので、少子化ということに対して、県としてもしっかり向き合っていく必要があると提言した。その中で女性医師が働ける、働き方改革ということをしかりやっていたかかないといけないということも繰り返し伝えて行く必要がある。

(三輪議長)

若い女性の健康を管理する必要があるとの意見があったので、市町としてその意見を受けて、たとえば年齢別健診受診率を出してその推移を見守っていただいて、若い人が検診を受けられるよう、努力をお願いします。

次に在宅医療についてだが、気になったのは、39ページ19行目「在宅での看取りを実施している診療所及び病院の数は、38施設あります」というところ。在宅看取りをしている診療所は、志太医師会管内で40ある。年間1～2人の看取りをしているところも含めてだが、決めつけられるのはいかがかと思った。

(毛利アドバイザー)

志太医師会の「在宅医療サポートセンター」ができた。いいモデルだと思うので加えていったら良いと思う。

(三輪議長)

これは国保と後期高齢者の合体のデータが出てきていて藤枝市も見始めた。「看取り」というキーワードを入れると、データが出てくると思う。

39ページ下から4行目「急性期病院においては、在院日数が短くなっており、入院と同時に退院先の調整を行う医療機関がありますが、今後、在宅へ向けての早期介入

が重要な課題となってきます。」とあるが、在宅に向けての早期介入の主語が見えない。病院が介入するのか、誰が早期介入するのか記載が必要ではないか。

(平野委員)

主語は、医師や看護師やソーシャルワーカーなどの医療関係者と思われるが、入院前から動き出している場合は、地域の医療スタッフも含めることとなる。

(三輪議長)

40 ページの下から 12 行目「島田市が普及している『リビングウィル』の冊子等を参考に、本人の意思が伝えられる啓発を進めていきます」について、とても良いように感じるが、島田市としていかがか。

(横田川委員)

島田市在宅医療推進協議会の中でリビングウィルの様式を作成している。これをどのように地域住民に浸透させていくのかが課題。強制はできないので、どういう手法で浸透させていくか検討している。

(三輪議長)

それが一番大事。昨日、市で行った会議での事例は、もう在宅看取りと決めていて、子供夫婦や医者や看護師はそのつもりで理解していたが、子ども夫婦が不在の時に孫がいて、亡くなりそうな状況の時に一生懸命心臓マッサージをしていた。訪問看護師が訪問したときに、「お話が付いていますよ」と伝えた。これらから、子どもだけでなく孫にも教育しなければいけない、市全域での、子どもまで含めた啓発が必要だと感じた。

(島田市の) リビングウィルが成功したら、圏域に広げていったらどうか。

(横田川委員)

市では、出前講座を設けていて、要請があれば様々な団体に啓発している。こういった積み重ねも大事だと思っている。

(三輪議長)

特養でショートステイやデイケアをやっていて、死に関して家族とのコミュニケーションの困難性などあるか。

(鈴木委員)

在宅というより、入所の方の看取りもやっている施設が増えている。入所の段階でどのように最後を迎えたいかということを知ることがどこもやっている。

特養は家族会があるので、家族の勉強会などもやっていて、経管を入れたいという家族が前に比べると少なくなっている。最後を施設でいいですといても弱くなると病院へという家族もいるが、そういう勉強会を通して自然な形でという家族も増えている。

(三輪議長)

家の人といってもどこまでを指すのかが問題。

国民的な問題としてやっていかなくてはいけないのではないかと思います。

市町でも考えているところだと思う。

そのほかにあるか。

(平野委員)

在宅医療に関してですが、県の看護協会、訪問看護ステーション協会との話し合

いが初めて行われた。東部・中部・西部と地区に分かれて話し合いが行われ、中部地区に参加した。

その中で静岡地区は150の訪問看護ステーションがあるが、志太榛原地区は18か所で、すごく少ない。39ページの下から11行目に「訪問看護指導料の請求件数は237件/月で、実績のない町もあり、訪問看護体制の構築が求められています。」と記載されているように、体制強化が必要とのことだが、志太榛原地区も静岡地区も訪問看護ステーションが小規模なため、運営が継続できないことが課題。14ページ下の行にある「在宅医療等については、24時間体制で対応している病院と訪問看護をつなげる仕組みづくりが必要です。」とあるように、施策の所にも追記したらどうかと思った。

(三輪議長)

静岡市のような人口密集地と過疎地では事情が違うので、県は訪問看護ステーションの大規模化と書いているが、経営に資するのかが入っていない。広域化しても動く班を複数持たなくてはいけなくなり、そういう研究をした方が良い。

また、訪問看護ステーションの多い少ないと在宅に戻ってくる人の多い少ないがどういった相関関係があるのか。通所系を利用しながら生活している人が多いので、訪問看護よりも通所系のサービスの方が必要。介護力も関わってくるがそういう意見もある。

他に意見はあるか。

(小林アドバイザー)

調整会議は今年度末まで保健医療計画を作らなければならないので、作文の下書き作業に化している。

国からは、調整会議の本来の仕事をやるようにいつてきていて、国は、都道府県がどうしているか確認するための、調整会議の中身のチェックリストを出してきている。

「データの共有」として、45ページのようなデータをきちんと出席者に説明してわかってもらうようにしているか。

また、今動いていない病棟がどうなのか。特に年単位で動いていない病棟があるのか。もしあるなら、今後どうするという計画があるのか。

また、診療科別に患者の移動はどうなっているのか。

自治体病院が、公的病院改革プランを出しているが、現状と課題について、この中で出していくことになっている。

国は、この件に関しては、総務省よりも厚生労働省の方が上だとはっきり言っている。また、調整会議の中で了解を得ていくということが必要である。

さらに、特定機能病院の病床機能についても、調整会議中で議論するよということもはっきり言っている。

すぐには出来ない部分もあるが、上記のようなことを、この会議でやっているのか都道府県に確認しろと言っている。

45ページの「志太榛原医療圏域の病床機能報告」を見てほしい。読めるようになった方がいい。

高度急性期が321床とあるが、現状で動いているのは251床。手術の件数は病棟毎に違うが、全国平均でいうと、外科の病棟だと、一月あたり1病棟1つ以上の手術を

している。

内科ではがんであれば化学療法をどのくらいやっているかとか、放射線治療をどのくらいやっているかとか。

右の方に行くと、7：1と10：1で患者重症度が病院全体で25%以上ないと7：1はだめと言われている。実際は病棟によって差がある。この表を見ることで、7：1、10：1の重症度が見られる。

たとえば急性期をざっとみて、在院日数の状況、手術の状況、重症度の状況を見て、それぞれを比較してみて、自分の病棟がどのくらいの所にあるのか、考えていく。あくまでも6月の1か月の状況である。

ぱっと見て思ったのは、島田の53病棟は、58件/月手術をしていて、重症度は61%ということで、これは高度急性期に当たる状況。単に重症度が高い低いだけでなく手術件数などをみて、機能の選択が妥当か。説明責任が果たせるかということ。

急性期の中でも、差がある。この圏域は回復期が少ないとの話があったが、回復期リハ病棟の加算をとっているかどうかという判断もあるが、国は退院間際の患者が入院している病棟も回復期と考えているので、高度急性期、急性期、回復期というのは単なる看板。1病棟の中で急性期の患者が、時間が経つと回復期に近づいてくるのは当たり前のこと。急性期の必要病床数1,133床に対して、稼働病床は1,602床。回復期必要病床数1,054床に対して、稼働病床数396床ということで、おそらく、この地域は必要病床数がまだ足りない。一番下にある牧之原の病床をどう使うかということが非常に大事。返還しろということではなく、これをどううまく使うかということ、この会議で考えていく。

先ほど40床を回復期にしていくという方向性が出ていたが、ひょっとしたら、もっとやっていかなければならないかもしれない。その部分の人件費を県は払えないが、建設、設備投資は基金が使える。この調整会議の中で合意してもらえたら。そういう形で使っていきながら、使わないなら、他の部分で使っていく。

空床部分が、牧之原市や吉田町のものなのか、徳州会のものなのかかわからないが、いい形でこれを使っていくためにどういうプランを立てていくのか考えていく。全部が7：1だと医者も看護師も足りない。だから、ある程度傾斜配置するなかで、医者や看護師がすぐに充足されない中で、空床を上手に使いながら、回復リハ病棟加算の病棟でなく、回復期リハ的な退院前の病床としてうまく使っていく。

おそらく、介護医療院として使うと、市町の負担増になるので、不具合がある。医療として、市町の病院としてうまくこの病棟を使えるかどうか、この箱をうまく転換していくように県として指導する。

この地域は他の地域と違ってやるべきことが多い地域だと思う。その辺をうまくやっていくために、この調整会議の中で考えていくことが必要。

保健医療計画は書いてしまえばそれで終わりだが、この会議はずっと続く。ずっとデータが出され経緯もわかるということも含めて、歩きながら考えることが大切。

データでわからないことがあれば、県に聞いてほしい。県がわからなければ、自分が教える。うまく教えるのが県がやらなくてはならないこと。それを国がチェックしなさいと言っている。

(太田委員)

聞きもらしてしまっただが、回復期という看板が掛かっているから回復期というわけではないということだが、もう少し詳しく説明してほしい。

(小林アドバイザー)

静岡県だけでなく日本全体がそうだが回復期＝回復期リハ病棟というイメージがある様子。回復期と言っているほとんどは、回復期リハ加算をとっているところがほとんど。

一般病棟は、急性期という形で通常出している。国は患者の重症度や病床単価によってもう少し回復期があるだろうとっている。実際に、急性期の病棟の中で退院が近づいてくると、保険点数が下がってくる。だから現実には高度急性期と急性期と回復期を足したのが、先生方の病棟。この200床をうまく使えば、この地域はやっていけないのではないかと思う。回復期リハ加算をとらないとペイするかどうかという点は難しいところ。

回復期機能というか後方病院というのか、地域包括ケア病棟というのか、診療報酬の点数がどうなるかはわからないが、回復期機能、後方病床的部分がここは、他の医療圏に比べて使える。なおかつ、空いているところがあるということで、これを単純に返すのではなく、うまくこの地域で使う。もし榛原地域で使い切れないのであれば他の地域でうまく使う。新しい病院を作る時代ではないが、ある病床をうまく使うことが大切。

介護医療院になると、介護保険になり、市町負担が大きい。医療保険の病床として使うなら、回復期系、後方病院系、地域包括ケア系として、診療報酬改定がされれば、

(高度急性期の)看板を下げろと言われるという話が出ていたが、そうでなくて、仮に診療報酬改定で10:1になっても、自信をもって高度急性期と言えば良いと思う。そのうちリンクさせられると思うが、今はリンクしていない。このデータを見て、自分たちの病棟が今どこにいるのか、急性期の高度急性期寄りにあるのか、回復期寄りにあるのか。完全に回復リハだけやっているのか、いろんな色があって自分たちがどこにあるのか見つつ、この地域の足りない機能は何なのかを見ながら、おそらく回復期機能が足りないが、地域としてその病床をうまく使っていく話し合いが必要。

(森田委員)

榛原総合病院は病床が余っている。(稼働していない病床がある)ここまでの議論を壊すようで申し訳ないが、データを見てもらうと、うちの場合、急性期が90%を超えている。冬場でなくても、90%を超えている。

看護師が目の前に10人いたら、療養病棟をもう一つ作って、それが埋まって、利益が上がってということになる。スタッフさえいれば、そこで患者を入れられる自信がある。どこの病院でもそうなのではないか。

在宅に帰す算段、たとえば、救急外来で、これは帰っていいか、入院させろというやりとりをずっとしている。単純に空床部分を返すという単純な状況ではない。当然医師も足りていないし、スタッフが足りていない。

西5は精神科病棟だが、自分がいる間に稼働は難しい。この病床を返して、回復期病棟にしたかったが、あちこちから圧力がかかり、せっかく持っている精神科病棟を返すなということになった。

先生に聞かれたので、ついでに回答すると、病床で徳洲会のものはない。職員の給

料は徳洲会からでていますが、建物は市町組合のものということ。建物の借金も市町が背負っている。

勝手に動かせない。老健は徳洲会として持っているの、榛原総合病院として持っているわけでない。余っている病床を老健にしようとしたら、それも決まりとして医療以外に使えないということだった。

よほど医療体制の奇跡が起こらない限り、全部復活はないと思う。当院が何年も脳外科がなくて、今回、その病棟を回復期に改修しなかったのは、急性期用に集中治療室もあるので、その病棟は残しておきたいと思っている。

(小林アドバイザー)

医師会として、基金を取ってくる時、急性期部分の看護師確保など、人的な部分でお金を取ってきた。人が一番欲しい。基金として人の部分にお金を使うことは、県としては了解されにくい。ただ、設備的な部分に使うことは対応できる。森田先生が言うように40床は回復期という形で、地域で不足する回復期を榛原総合病院が持つということで、この会議で合意が得られれば、1病院に基金を入れることが出来る。

このような生の話し合いをこの会議で実施することが目的である。

実際はうまくいかないこともある。わかっているが、生の声を議論して、この地域について考えていくことを、国が求めているところ。

県は今、保健医療計画を作ることにあせっていて、作文書きを他の地域でも9割以上やっているの、県のリーダーシップが悪いと思う。

(森田委員)

回復期については既に申請もして、予算化もしてもらっている。県に援助してもらおう予定。

(小林アドバイザー)

先生のところが回復期をやることは、おそらくこの会議でも合意してもらえと思う。その際に、せつかくある基金を使ってほしい。

(三輪議長)

もう少し県が資料を出せということによろしいか。

甲賀病院が何床空いているのか、いつも疑問で、空いているところをうまく回復期として使えばいいと思うのだが、誰も調べようとしないので、議論が深まらない。

もう少し調整会議での議論があることはわかっているが、次の機会に話し合いたいと思う。

(副所長)

時間の関係で、予定していた報告の在院患者調査については、各自資料を確認ください。

これを持ちまして、第2回志太榛原地域医療構想調整会議を終了する。御協力ありがとうございました。