

平成 29 年度 第 1 回志太榛原地域医療構想調整会議 会議録

日 時	平成 29 年 6 月 7 日 (水) 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 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</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 (欠席)</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</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">&lt;オブザーバー&gt;</td> </tr> <tr> <td>藤枝市立総合病院長</td> <td>中村 利夫</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">&lt;事務局&gt;</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	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 (欠席)	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	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>			藤枝市立総合病院長	中村 利夫	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	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 (欠席)	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	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>																																																														
藤枝市立総合病院長	中村 利夫																																																													
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 管内市町の在宅医療推進の方向性と課題</li> <li>2 志太榛原圏域保健医療計画について</li> <li>3 平成 28 年度病床機能報告の結果</li> <li>4 県民意向調査の結果</li> </ol>																																																													

司会から本会議の委員は 22 人で、榛原医師会長、藤枝薬剤師会長、看護協会志太榛原支部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、藤枝市立総合病院長、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)

本日の議題1は、「管内各市町の在宅医療の推進の方向性と課題」として、テーマを持った。各市町の考え方は、地域包括ケアの推進や病床機能分化がキーポイントだと思うので、利用できるデータ、実態を踏まえて率直な意見交換をお願いしたい。また、地域医療構想に関連して、病院から報告したいことがあるとの申し出をいただいているので、この議題の中で御発言いただければと思う。

議題2「地域保健医療計画について」は、5月31日に県の医療審議会保健医療計画策定作業部会が開かれ、保健医療計画の圏域版のイメージが示された。これを受け、当所でも圏域版の策定作業を始めた。参考資料2に、まだ書き始めたばかりの未定稿をつけた。これをもって原稿のイメージを共有していただければ良いと思っている。今後、皆様の御意見を盛り込みながら作成していきたいと思っている。

本日は、時間の関係で、議題の1で時間が一杯になってしまうと思われる。資料をお持ち帰りいただいて、「特に重点的に取り込むポイント」「数値目標」当圏域として「特段に配慮すべき事項」など、広い視点で我々が書くときに気をつけるべきことなどがありましたら、後ほど御意見としてお寄せいただきたい。御意見をいただいたものを盛り込んで、圏域版の計画として作成したものを、皆様の所にお送りしたい。それに対し、御意見をお寄せいただきたいと思う。

スケジュール的には、7月の中旬ぐらいまでには素案を作成して、8月に行われる県の作業部会に提出できればと考えている。

事務局から、資料の確認。

新任委員の紹介。

### 【議題1】管内市町の在宅医療推進の方向性と課題について

(三輪議長)

この会議も本日で4回目を迎えた。

当初から、この会議で病床について決めるのかと緊張していたが、そうではなくて、県へ意見をあげたり、圏域の地域包括ケア会議に参考となる意見を述べたりという役割。会議の目的は、2025年には高齢者が増大し、要介護者が非常に増える。2035年には人口も減少していく。それに備えた医療制度はどんなものか。高齢者に注目すれば、高齢者の特性に合わせた適正かつ効率的な医療とはなにか。従来のままの医療で良いのかといったことを論じていく。

具体的には急性期とか回復期とかの病床のあり方と在宅のあり方ということになっていく。一方では、アンケートによるまでもなく、多くの国民が自宅での療養を希望している。現在、在宅介護している介護者についても、6割くらいは、このまま自宅で介護したいと言っている。しかし、一方では、家族の介護力が落ちていて、自宅で介護するのは苦しいという分析もある。苦しいから現状のまま進めていくのか。いや、大きく方針転換して、ご本人が望むような在宅医療を進めるべきだということ

論議していくべきものだと思う。現実的に他の医師会と話してみたが、在宅療養患者は増えていない。どこも、むしろ減っている状況。これはどういうことなのか。今後、分析して、療養型病床に吸収されていると思うが、その後どうなるのかという課題がある。

この会では、活発な御意見をお願いしたい。

昨年度は、1回目は全体的な話をして、2回目は管内の公立病院の先生方に今後の方針、予定はあるかという話を聞いた。3回目は、管内の慢性期病院の先生方に、今後の方針についてお聞きした。

今日は、市町の方に、今後の方向性について聞くが、不確定要素が多すぎて、決められないことが多い。自分も在宅医療をやっていて、あまりにも不確定要素が多すぎて、なかなかわからない。ただ、基本があると思うので、その辺を論じていきたいと思う。

参考資料2の後に、今までの各病院の意見をまとめてあるので、お読みいただきたい。本日は「在宅医療推進の方向と課題」として、市町の取組を10分ずつご発表いただきたい。高齢化率は県が28.2%。志太榛原圏域も28.7%。そういったことも参考にしながら、高齢者が着実に増えていく中で、今のサービスの需要と供給のバランスを取っていけるのかといったことを考えていきたいと思う。時間にも限りがあるので、課題も多く不確定要素も多い中で申し訳ないが、各市町から発表をお願いします。

島田市からお願いします。

(横田川委員)

資料1-①のとおり2025年に想定される慢性期の必要病床数は152床となっている。市内の慢性期病床数は35床で、新市民病院建設計画では療養病床は作らないので、2025年にはない。現在も志太榛原圏域内の病院で対応をお願いしているが、引き続きお願いすることになる。

資料1-②にあるように、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で対応する患者数は、一般病床のC3基準未満と療養病床の医療区分1の70%の203人と訪問診療分の388人を合わせて、591人が2025年の在宅医療の対応ケースと見込まれている。

在宅医療対象者のうち、介護保険の入所系サービスで対応する見込みは、資料1-②のとおり、2025年の介護老人保健施設入所者は418人になる。市内の介護老人保健施設は4か所あって、その定員が420床であるので、ほぼ見込みと同程度となる。

在宅医療の対象者のうち、介護保険の通所サービスや訪問サービスを活用しながら往診対応をするケースの見込量は、県から示されている2025年の在宅医療等必要量の療養病床から在宅に移行する203人。訪問診療分388人を足して591人。一方、在宅医療を受ける高齢者の住まい、グループホームや特養などは、市内に30施設あって、定員枠は約1,000人。こういった施設への入居者の状況から判断して、現在の高齢者の住まいで往診対応しているケースは390人程度。資料1-③のとおり、平成28年度の市内の診療所における訪問診療の推計が133人。一部、重複する部分もあるかもしれないが、高齢者の住まいにおける往診対応と市内の診療所における往診対応を併せて、523人の往診が行われている状況。市内の特定施設入居者生活支援施設の現状をみると、市内の医師会の先生だけでなく藤枝市や焼津市の先生にお世話になっている現状がある。今後も、近隣市の医師の協力を受けながら対応出来ていけば、将来

の在宅医療の必要量 591 人から現状の対応実績 523 人を引いて 68 人の不足を見込んでいる。

在宅医療対象者への対応は、まずは、市内の 4 か所の訪問看護ステーションと連携を強化することで、訪問看護師と医師との連携体制ができないかということを検討している。医師の往診や訪問診療の回数を減らし、医師の負担を軽減していくことを考えていきたい。

2 つめとしては、市内に療養病床が少ないので、看護小規模多機能型居宅介護事業所の整備を次期計画の中に入れて推進していく必要があると考えている。

3 つめとしては、市内の特定施設入居者介護に 104 床の空きがある。在宅の生活が困難でも施設で看取りが出来るように体制作りを推進していきたい。

在宅医療にかかる医師の負担軽減のため、平成 29 年度から、島田市医師会にお願いして、在宅医療介護連携の相談窓口を設置している。ここが調整して、医師同士で不在時のバックアップ体制を取ってもらうことになる。在宅医療の医療材料の調達についても、市立島田市民病院の協力を得て、スタートさせて行く取組を始めた。

その他、在宅医療の実施医療機関を確保するため、診療所の開業の支援も検討しなければいけないのではないかと考えている。在宅医療を効率的に行う施設でも介護職員が不足しているため、入所を制限しているところもある。医療職だけでなく介護職も人材確保をしていく必要がある。

医師会や医療機関への要望としては、島田市の在宅医療の現状は、今後かなり厳しくなっていくことが予想されるので、医師会や医療機関との関係を強化し、情報共有して行く中で、課題も整理して、具体的な対応策と一緒に検討して必要があると思う。

島田市では、生活習慣病の発症予防・重症化予防のため、生活習慣の改善、ライフステージに応じた健康づくり、地域の輪の力を活用した健康づくりに取り組み、要介護状態にならないことを目標に進めている。また、シニアトレーニング指導員養成講座を行い、元気な高齢者に地域の高齢者の支え手になってもらう仕組みづくりを進めていきたい。

併せて、生活支援の協議体や地域の支え合い体制作りにも本腰を入れていきたい。

(毛利委員)

いろいろまとめにくいと思うが、島田市では何がどこまで出来て、何が出来ていないのか。今後、何をやるべきかが、時系列に整理できていないので、わかりにくい。藤枝市や焼津市にお願いするという点だけが心に残ってしまった。協力しなければいけないということはわかっているが、実際どこまでやれていて、どこからが出来ていないのか。今の課題が何か整理してほしい。何をしたいのかというある程度の方向性を出してほしい。

(横田川委員)

島田の課題は、市内の医師会の先生が少ない。それを補完する意味で、以前この会議でも報告しているように、訪問看護ステーションを市が直営で立ち上げて強化を図り、訪問看護ステーション同士の連携、医師会との連携を進める中で、整っていない環境整備に取り組んでいる。

地域住民の理解、今後の高齢化社会に向かって、地域住民がどういう考え方で医

療・介護に関係していくのか、他人任せでなく、自ら考えていただくような仕掛けを各地域に入って行政としては推進していく、そういう取組をしている。

(三輪議長)

次に焼津市お願いします。

(河野委員)

焼津市においての在宅医療等必要量としては、資料1-②にもあるように、2013においては867人、2025年には1,403人で、現在の1.6倍になる試算がされている。

在宅医療の必要量が急増する要因としては、高齢者の人口の増加、合わせて国の施策として、病床数の調整が主なものだと感じている。

対策として、現状の在宅医療の提供体制の整備を進めていくことが必要だと考えている。

在宅医療の供給体制の整備の中心は、訪問診療と思うが、介護保険の地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業により、多職種連携の仕組みを進めていくことは当然と思っている。今後、医療機関や介護施設の整備、市民への啓発は超高齢化の進行する中で、関係機関が取り組むべき課題。

焼津市では、第6期の介護保険計画で特養を100床、介護保険老人施設を200床と計画して着工している。完成して、運営が順調に進んでいけば、在宅医療にかかる負担は防げると思っている。平成30年から始まる第7期の介護保険事業計画においては、地域包括ケアシステムの構築に力を入れながら進めるということが当然である。地域における、地域にあった医療と介護提供体制の構築を目指していきたいと思っている。その構築に向けては、地域密着型サービス事業所と平成29年度から開所した介護予防日常生活支援総合事業の充実を図っていき、在宅医療と介護の連携に力を入れていきたいと考えている。

2025年問題と言われているが、その先を見据えて理想の地域社会を実現するには、訪問診療をする医師の確保、病診連携のあり方、医療と介護の連携などの重要課題を検討しなくてはならないと思っている。

この解決のためには、行政だけでは難しいので、医師会、病院、介護事業所など多くの関係者と協力・連携が重要だと考える。

(毛利委員)

焼津市の発言の中で、施設を100床とか200床という話がでていた。このあたりが行政のキーとなると思う。これから、多死社会の中において、160万以上が亡くなる状態で、病院にも入れない、在宅医療をやりたくても、在宅医療をやると医療保険と介護保険の両方で掛かってしまうので、施設で亡くなるしかなくなってくるのではないかと。最後の死に場所、多分施設になると思うが、その充実を各市町が整備する必要が出てくる。ただ、あまりやり過ぎると介護保険のお金が肥大して、市町の財政を圧迫するという面もある。

今後、自宅で死ぬのは、非常に難しくなるのではないかと。

10年間をどう乗り切るかが大きな課題。

(三輪議長)

次は藤枝市さんお願いします。

(仙島委員)

2025年の在宅医療等の必要量の推計については、担当課と協議したが、具体的な推計の数値は、今の段階では確定していないので発表を控えたい。もう少ししたら数値がはっきりしてくるので、その段階で報告したい。

本日の資料1-③の訪問診療等の実施状況では、平成28年度の月平均は625人で、2025年度の必要量は574人であり、藤枝市の場合、現在の体制では、必要見込みを上回っているが、これについても、担当課が昨年実施した往診・訪問診療の実態を調べた数値においても、志太医師会の協力をいただき、県国保連のデータを参考に集計した結果、ほぼ同様の数値だった。

しかし、現状では、市民ニーズに十分対応していないと分析しているため、今後、高齢化が進み、高齢者人口がピークを迎え、減少する平成40年頃までは、往診や訪問診療の必要量は減少しないと考えている。

県の資料では、人口按分をした資料だが、それについて施策を進めるのは難しい。

次に、見込み量の把握と施策の方向性について、平成29年4月の段階で、要介護者が6,335人。うち中重度と言われる要介護度3以上が、2,273人となっている。これらの方々への支援を最重要課題として、市立病院や医師会などとともに多職種多機関で構成した地域包括ケアシステム専門家会議を司令塔として、現在取り組んでいる。

また、供給の施設面からみると、第6期の介護保険事業計画の整備計画では、広域型の特養が8床、有料老人ホームである介護専用型の特設施設が70床増床する。6期末までの入所系サービスの総定員数は1,164床となる。単純計算では、要介護3以上の2,273人に対して、入所サービス提供率が約50%。残る50%は、中重度でも、在宅療養で対応することになる。新たな7期の介護保険計画では、この50%の人に対して、真に施設入所が必要な人には適切な施設系のサービスを提供し、グループホームや小規模多機能型の居宅介護事業者などの地域密着型サービスの充実、さらにサービス付き高齢者向け住宅など、多様な選択肢を増やすことで、市民の望む、住み慣れた地域で最後までその人らしく生活することが出来る在宅医療を支援する仕組みを整える計画にしていく予定。

藤枝市として取り組む方向性としては、本市は、地域包括ケアシステム構築に早期から着手し、現在は進化推進の時期を迎えている。昨年12月に実施した高齢者の生活の意識に関する調査において、介護が必要になった場合、どのように介護したいかという質問に対し、「なるべく自宅で介護したい」との回答が一般高齢者で72%、要支援者の59%という結果を受けて、「時々入院、ほぼ在宅」を支えながら、老老介護や認知症高齢者の増加することに伴って生じる家族介護者の負担を軽減し、高齢者が安心して住み慣れた地域で暮らすことが出来るよう支援をしていきたい。また、志太医師会に委託した在宅医療介護連携推進事業については、在宅医療の量の確保と質の担保の両輪で志太医師会の在宅医療サポートセンターの開所支援をしていきたい。訪問看護ステーションについては、小規模なステーションの安定経営のため、ネットワーク会議を通じて支援していく。

医師会や病院への要望としては、高齢者の自立支援と介護度の重度化防止といった介護保険の理念の実現と制度の持続可能性の確保を擁立していくことができるよう、地域の介護資源の発掘や基盤整備、多機関多職種の連携の促進、効率的なサービスの提供に取り組み、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを構築していくため、連

携による協力をお願いしたい。

要介護度の悪化予防や生活支援について施策で力を入れていることについては、本年4月より介護予防・日常生活支援総合事業が始まって、多様なサービスの創出に力を入れ、緩和基準による指定事業所や委託事業所などより多くの選択肢が出来るように、介護予防短期集中型リハビリテーション指導事業の新設、住民主体による地域支え合い事業を充実した。また介護予防事業では、一次予防と二次予防の区分けをせず、一本化した。また、市民がいつまでも住み慣れた地域で自分らしい生活が出来るよう、多様な支え合いによる地域作りを推進するため、生活支援コーディネーターを各地域に配置し、地区社協と協力しながら事業展開を図っている。

(三輪議長)

ありがとうございました。続いて、牧之原市お願いします。

(高橋委員)

牧之原市は、介護保険料が県下で高い方からベスト3に入っている。今後、特別養護老人ホームや老人保健施設などの大型の施設の建設は行わない方針。榛原総合病院については、回復期病棟設置の動きがあり、牧之原市としても応援していきたいと考えている。また、慢性期病棟は不足しているという感じはしているが、他市町の病院を利用させてもらって、増やす方向にはない。

2025年の在宅医療等の見込量は、これからの介護保険事業計画を策定する中で決めていきたい。

訪問看護、訪問リハビリの必要性は感じているが、現在のところ、キャパシティからすると、精一杯の所まで来ているので、これ以上増やすのは難しい。

在宅医療の資源を増やすため、市独自で、開業支援の制度を設けていて診療所を新規開設する医師に補助金を出している。

在宅医療・介護連携については、榛原医師会と連携しながら、連携会議を設けて具体的に吉田町と協力して進めている。

(三輪議長)

ありがとうございました。続いて、吉田町お願いします。

(増田委員)

吉田町では、在宅医療連携や地域包括ケアシステム構築に関する業務を担当している課が福祉課なので、健康づくり課は連携に対して参画したり、健康づくりの立場として、協力をしている状況である。

現在、介護保険計画策定のための策定委員会を準備しているところであり、推計値や見込などの提示は難しい。今後、策定委員会には健康づくり課も参画していくので、その中で明らかになったものは報告できると思う。

牧之原市から説明があったように、平成28年度から在宅医療介護連携推進会議を立ち上げている。それについては、3師会、榛原総合病院、介護支援事業所、介護サービス事業所、地域包括センターや行政が参画して取り組んでいる。

昨年度の取組としては、在宅医療を進める医師たちの負担軽減のため、必要書類の統一化の研究や関係機関や多職種連携のための研修会を実施した。今後もその会議を中心に連携を進めていきたい。吉田町は、高齢化率が県内で下から4番目ということで、若い町と見られがちであるが、高齢者は確実に増加している。在宅医療に対する

町民への周知に関しては、段階を追って進めていきたいと考えている。

認知症予防の対策、介護予防の対策に取り組んでいるが、今年度始まった総合事業をシルバー人材センターに委託して、ワンコインサービスなど新しい仕組みを構築中。

若い世代の生活習慣病予防や要介護者を増やさないための重症化予防、認知症予防、運動の普及を図っている。

在宅医療は榛原総合病院の訪問看護ステーションを中心に御協力いただいている。町内の開業医が高齢化し、今後については不安がある。開業医の先生とは個々に、吉田町が今後どういった手立てを打っていけばいいのか、相談をしている。

(三輪議長)

ありがとうございました。

次に川根本町お願いします。

(北原委員)

介護担当の課長でないので、担当課長と協議したものを発言させていただく。

まず、在宅医療にて対応するケースの見込み量は、慢性期の入院は、国保は確認できるが、後期高齢者のデータ確認は困難。

次に、在宅医療対象者のうち、介護保険の入所系サービス利用で対応するケースの見込み量ですが、県のデータを参考にしたい。

次に、在宅医療等対象者のうち、訪問看護、介護保険通所サービス、訪問サービスなど活用しながら、往診対応するケースの見込み量ですが、町内の医師と協議して決めていきたい。

次に、在宅医療等対象者に対して、今後、町として取り組む対応の方向性としては、地域包括ケアシステムの充実を図っていきたい。

次に、在宅医療に対応する際、町の立場で、医療機関や医師会に要望することとしては、病院や診療所との連携とICTの活用を推進していきたい。

最後に、介護保険の要介護度の悪化予防や生活支援に関する施策で力を入れているところとしては、総合支援事業では、短期集中の運動指導、又は生活支援のサービスを実施している。

(三輪議長)

ありがとうございました。

共通のテーマみたいなものがあると思うが、一方では、在宅医療と言ってもそれは無理だろう。看取りは、病院や施設がこれからの流れだろうと、これは全体のコンセンサスだろうと思いますが、看取りの手前は家で生活できるかどうかが大変なことであり、どうしたら、家で最後まで暮らしていただけるかということである。重症になれば考えなければならないが、そういう施策が、まだ、出てきていない。

世間が、在宅医療という言葉にこだわりすぎているのではないかと思う。在宅療養を守るためのことなので、訪問看護や往診が増えても、在宅療養者が増えるかは疑問である。私の患者でも、月1回往診しなくても、訪問看護やデイサービスで医療を受けたりして生きている。訪問診察や往診の量だけで、在宅の伸び縮みを指標にするのは、検討した方が良くと思う。訪問看護が1日30分しかいかないから、残りの23時間30分を家の人が見ていく状況の中で、訪問看護は精神的な支えは出来るが、家族を休ませることは出来ないことが問題である。



医療介護の連携といっても、それをどのように実現するのか、医療と介護を連携させて何をしたいのか、入院にならないように医療介護をどう連携させるのかなど、もう少しあればよかったと思う。こういう質問をすれば、こういう回答になるかなと思う。

医師会からはどうですか？

(藤本委員)

三輪先生に伺いたいですが、藤枝市の平成 28 年度の訪問診療件数の月平均が 625 件となっていて、非常に多い数値だと思うが、藤枝には訪問診療専門のクリニックがあって、島田市や焼津市に行っている、藤枝にカウントされていると思う。

(三輪議長)

県が出したデータなので、わからない。医師会への報告はこれからののでわからない。

(藤本委員)

実際、島田市や焼津市に（訪問診療専門のクリニックが）出てきていると思う。藤枝にカウントすると、実際訪問している数が、藤枝にカウントされてしまう。

(三輪議長)

今、藤本先生が話したことは大切なことで、訪問診療には、強引に行く、押しかけという点があって、在宅療養を守るにはいけない部分があるのは大事な点。高齢者住宅に入っている人に往診する際、オンコールがあればすぐに行くので、往診に入るかどうか悩ましい。

(藤本委員)

県医師会から聞いたことだが、最近訪問診療の報酬も査定を受けていると聞いている。それから、みんな訪問診療に対して少し抵抗感が出ている。行政も訪問診療の点数が上がってきているので、あまりそれをやられると、萎縮してしまって、在宅支援診療所をやめて、往診だけにする人も出てくるのではないかと心配されている。

(三輪議長)

島田の約 500 何人に往診している量が、必要量にほぼ近いという島田市の発表に対して、いかがですか？

今後、どんどん往診が増えていくわけでないという発表について。

(藤本委員)

データの意味がよくわからなくて、必要量は何を根拠に出しているのか。

今、島田市内で在宅診療しているのは 25 件で、ほぼ看取りはちゃんとやれている。

(高齢者人口の増加で) 将来足りなくなる。また、医師の高齢化で、10 年後には難しくなるかもしれない。訪問診療専門のクリニックなどが入ってきているが、何とか自分たちで看取りはやるという気持ちでやっているが、必要量のデータがどこから来ているのかわからないので、県に聞きたい。

(小林先生)

地域医療計画策定委員会から参加。

今日、話を聞いていて、ミスリードしそうなので説明しますが、志太榛原圏域の必要病床数は、一定の仮説であるが、一定のロジックで作られた数値である。資料 1-①の必要病床数は、きわめていい加減です。焼津市や藤枝市は複数の病院があって、

他の地域から流れ込んでいるところです。単純に高齢者人口で按分しているの、焼津市は1,345床あるが、平成37年には996床に減らさなければいけない様に見える。藤枝市も同様です。これは、複数の病院があって、他から流れてくるのだから当たり前です。患者の住所で割り振りしているだけです。最初、国がガイドラインを作ったとき、市町の按分はしないでくれというのが、元々の本来の筋。構想区域全体で考えていく。今回の保健医療計画では、参考資料3の4～6ページにあるが、第13章の圏域版に入れるために、本日の議論がある。ただ、各市町の数値は、あてにならない数値である。既に、今ある医療機関の配分や市町の受療率によってもずれる。あまりこの数字は見ない方が良い。結果的にそれから出た数値が資料の1-③になるが、それが今の現状と合っているとか合わないとか、足りているとか足りていないと議論しても意味がない。

自分の市町、病院についてだけ医者を集めてがんばるというのでなく、圏域全体でどうするか考えるべきである。

各論になっていくと、各々の島田の事情が沢山あって、保健医療計画の13章に書くのは良いが、第4章に地域医療構想という欄があり、圏域全体の需要バランス、供給バランス、足りないものは何か、この圏域として足りないものをどうするかを書いて行きたいので、個人的には、本日の話は興味深かったが、数値にこだわると、変な方向に行ってしまう。

(三輪議長)

そういうわけで、全体的な眼が必要ですが、どちらにしても在宅医療とか、在宅療養とか、往診、訪問診察、訪問看護、それに介護サービスでの、ほとんどの人が、介護サービスで生きているわけで、往診と訪問看護で生きているわけではない。在宅医療とデイサービスはデータに上がってこず、デイケアしかデータに上がってこないの、わかりにくいかもしれない。

病院から発言があるとのことだが、藤枝の毛利委員どうですか？

(毛利委員)

当院は、564床で病床を確保している。地域医療構想は、小林先生も言っているように数で縛られるのは、好ましくないと思っているが、回復期と慢性期があまりにも少なすぎる。

今後、国が急性期病院に対して平均在院日数を短くするよう、次の報酬改定で出してくるかもしれない。この地域では12±1日が適当と言われているが、当院では入院日数が13±1日で推移しているの、1日以上短くしなくてはならない。

今後、高齢化というファクターは入るが、疾病構造が変わることはない。人口は減少することになる。そう考えると、2025年は大丈夫だが、それ以降が問題となる。急性期病床はそれほどなくてよい。急性期病床を50床くらい減らして、他の病院から50床集まれば、合わせて100床の回復期病床を、病院外のどこかしかるべき所に、高次機能を持った回復期病床を作りたいと思っている。本日、皆様にお諮りして、よろしいと言うことであれば、財源の問題で無理と言うこともあろうが、5年以上前から考えていることなので、何とか形にして、この地域の中の医療体制の一助になればいいと思う。

(三輪議長)

突然の申し出ですが・・・

今の急性期の 50 床を回復期に移行して、他の病院の 50 床と合わせて 100 床の回復期の病院をどこかに作りたいというお話でした。

太田委員からもお話があるということですが、いかがですか？

(太田委員)

毛利委員の話と関連するが、志太榛原地域における回復期病床はこれくらいであると比較表を作った。焼津市内は回復期病床が全体の 18.7%、藤枝地域は、11.9%、島田は 6.9%、榛原は 0%となっている。

当院は病院の新築に向けて病床数をどうするか議論している最中で、県の許可を取っていないのであまり話せないが、病床数を多少減らす予定でいる。医療需要など抜きにして、財政計画のうえで、あまり大きな建物を作って維持していくのは大変で、国全体の地域医療構想にも反することにはなっていないと思っている。

回復期病床と慢性期病床のバランスをどうしようかと考えた際、先ほどの表にお示ししたとおり、焼津地域には甲賀病院さんやその他の病院が回復期の病床を持っているので、必ずしも当院が全部の病床をそろえなくてもいいのではないかと考えている。

現在、純粋な急性期としてやっているが、病床稼働率は当地域でも指折りの数を示している。病院ができた瞬間に稼働病床数が減少することがあったのでは大変です。国は各病院がすべての病床機能をそろえるように言っているが、焼津地区ではこのような状況を鑑み、回復期は他の病院にお願いして、当院は急性期病院としてやっていきたい。是非、ご了解いただきたい。

(三輪議長)

市立島田市民病院の服部委員はいかがでしょう？

(服部委員)

在宅については、島田市医師会の開業医の先生は少ないので、病院としても在宅に協力してやっていきたいと考えている。

前にもお伝えしたが、当院に、在宅医療を専門でやりたいという医師がいるが、その医師の所属する診療科は医師が足りず、いまだに在宅の方に行けない状況が続いている。

看護部も在宅に協力していかなくてはいけないと考えてきており、意識も変わってきている。実際に島田市の訪問看護ステーションがなくなる話が出て、病院から看護師 2 人を出向させた。残念ながら 1 人は途中でやめてしまい申し訳なかったが、病院としても出来るだけ在宅に関わっていきたいと考えている。

実際に在宅をやると考えていると、がんとそうでない人の対応は大部違う。がんの人はゴールが見えているが、ゴールの見えていないの方が大変だと思う。

もう一つ、新病院構想が進んでいて、当院では、一般病床が 405 床で回復期が 40 床、合わせて 445 床を考えている。急性期病床は現在より減る方向で、2025 年から 2035 年の間は、病床が少し足りなくなるかもしれないが、回転をよくして、凌いでいけば、その先は人口が減ってくるので、病床が余ってくるかもしれない。20 年後 30 年後を考えると、計画の病床数で充分と考えている。島田市は、療養病床 33 床持っている。当院の療養病床は医療費が月 10 万円かからない。これは申し訳ないが、他

の療養病床では18万円から20万円近くかかるので、経済的に余裕がない人は入院できない。

本当は、市の病院で療養病床を持つことができれば、政策的にはいいかもしれないが、我々の病院では、療養病床まで持つと建設費が高く、また、療養病床をやりたいという医師がいなくて、各科の医師が忙しい中、対応しているという状況がある。療養病床の収支の試算をしたが、赤字のまま、諸々の事情もあり、島田市として療養病床を持たない方針なので、志太榛原地区で他の市の療養病床に受け入れてもらえるとうりありがたい。現状も受け入れていただいているが、そのような形でお願いしたい。

(三輪議長)

森田委員からいかがですか？

(森田委員)

回復期の表を見させていただいて、榛原地域の回復期は0%で、当地域で回復期が足りないという話でした。新聞にも載ったが、休んでいる病床を回復期病床の整備に向けて努力しているところである。一応40床を回復期病床に考えており、時期的には未定だが、個人的には年度末か新年度初め頃と思っている。徳洲会からは、もっと早くがんばれと言われており、お応えできない状況。皆様からの御異論がなければ、当院としては、回復期病床の整備に向けて取り組んでいく。

また、慢性期病床については、ニーズがあり、お許しいただければ、その辺のところも、もう少し考えたいと思っている。

基本的には、まだ、急性期病床自体、かなり現状で満床状態で詰まっている時期も多いので、地域の要望としては、増床するという事ではないが、「しっかりやってよ」というニーズかと思う。まずは、自分たちの体力で可能な、足りていない回復期病床の整備を考えたい。皆様に御理解をお願いしたい。

(三輪議長)

だんだん、病院の話になってきているが、急性期で早期退院を図ろうとすると、入院直後から退院の話をしていかないといけない。MSWも自宅に向けての時間のかかる作業よりも、療養型やリハビリ病院に進めていって、結果的に総合病院は、急性期を保てる状況にある。どうしても、自宅に戻る間もなく、リハビリ病院や療養型に入っていく。そして、家族は、どんどん介護力を失っていく。今までいた人がいなくなる状況に慣れ、もう戻ってこなくていいという状況になるので、それが問題だと思っている。

この会は、病院をどうするかという話と同時に、市民が家に帰りたいといった場合、どうやって在宅に受け皿を作るかという話を市町がしてくれた。

回復期病床は、家に帰るための病床で、急性期が終えてそのまま家に帰せない。慢性期に行くと、そのまま家に帰ることが出来なくなる。急性期から回復期に入れて、リハビリをして、なるべく自宅に帰すようにする。

毛利先生そういったイメージですか。

(毛利委員)

病院を退院し、医療から介護に移行してから、介護度を軽くすることや自立度を上げて改善していくのは難しい。そこで施設は寝かせっぱなしということが多く、それを何とか避けたい。どうしてもなくて、そういった施設へ入所するしかあてがない、

身寄りもない、独居でどうしようもないという人は仕方がないが。日常生活が多少不便でも自立できそうな人は、回復期や慢性期でもリハビリを行っている病院で、積極的にリハビリをして、自立をさせていく、そういった体制をしっかりと作っていききたい。

そういう時には、医師会にもバックアップしてほしい。

(三輪議長)

回復期で回復できない人は慢性期に行くでしょうね。

(毛利委員)

そうですね。症状が固定してしまい全く自立できなくなってしまった人は、介護施設に行く。早くに介入してあげれば、そうなる前に何とかなる可能性がある。そういうところに力を入れていきたい。

(三輪議長)

はい。

(森田委員)

介護力を失っていくということは大きな問題であると思うが、自院の正確な在宅復帰率を把握していないが、家族には当院の療養病床が終の棲家ではないことは伝えている。急性期の病床から10日前後で自宅に帰すようにしているが、大腿骨骨折の90歳のおばあちゃんが、1~2週で自宅に帰るのは難しい。療養病床に移っても自宅に帰る努力はしている。榛原総合病院の関連の老健でも在宅復帰率について言われており、老健でも在宅復帰率が低ければ生き残れないので、最大の努力をしている。家族にも介護力を失ってもらっては困るので、入院時に退院後の話をする等自宅に帰るための働きかけをしている。昔に較べ、住民の意識も変わってきて、良い時代になっている、良い方向に向いているのではないかと思う。

回復期は期限が決まっているので、回復期でリハビリをして、最大限がんばっていただけで、それでもだめなら老健に入ることもあるかもしれないが、老健でも最大限がんばってもらって、在宅復帰率を上げる努力をしていく。そのようにやっていけば、何とかなるのではないかと思う。

(三輪議長)

太田委員いかがですか。

(太田委員)

見当外れな発言かもしれないが、先ほどから在宅医療、在宅療養、往診、訪問診療などいろいろな言葉がある。在宅医療1つとっても定義の仕方が色々違っている。たとえば血液透析患者が在宅医療と言っても、在宅医療ではなく通院。自分の家で透析の機械をもって透析をすると、在宅医療になる。国と県が言っている在宅医療は何を指しているのか。私もわからないので、4月から着任された市町の方はさらにわからないのではないか。わかりやすく説明いただけると助かります。

(三輪議長)

在宅医療とは難しい質問です。在宅とはもともと自宅だったが、どんどん枠が広げられ、老健や特養まで在宅に含まれるようになり、サ高住まで含まれるようになって、マジックを使って在宅率が保たれていると言いたいかのようだ。

(小林先生)

在宅医療等という言葉は、大きく分けて、今までの在宅医療と必要病床数から考えて外に出してほしいという、あらたな在宅医療との2つに分けられる。元々ある在宅医療等とは、いわゆる診療所の先生たちが中心だが、月1回～2回訪問診療費を取るレセプトの件数から出されたものと老健の患者で、おそらく今後も増えていくだろう。もう1つは、新たに定義され、全国に30万人と言われているが、療養型の医療区分1の7割と一般急性期で外に出された人を合わせた新たな在宅医療です。両方合わせて在宅医療等です。

それ以外に、医療はやっていないけど看護や介護が中心の在宅療養。元々の在宅医療はレセプト上の言葉で、在宅医療等はもともとのレセプト上の訪問診療の数と老健の数と考えていい。新たな在宅医療等は、病院から追い出される人、ただ、そこに介護医療院という基準病床にカウントする抜け道を作ってしまったので、新たな在宅医療はかなり減ると思う。

今の介護療養型や医療療養25対1が介護医療院になれば、同じ病院の中でここから先は介護医療院だけ病床。お金は介護保険なので、点数は下がる。実際に経営が成り立っていきけるかわからない。新たな在宅医療等がかなり減っていると思われるが、介護医療院がかなりカバーしていくため、それほど在宅医療の需要は増えないと思う。

ただ、患者さんにアンケートを取ると必ず6割～7割は家にいたいという。お金持ちでそういうことが出来る人もいるだろうが、独居で生活が出来ない人はどうしたらいいのか。特養がいいのか、一般急性期でレスパイト的に行ったり来たりするのがいいのか、在宅医療にはいろんなパターンがある。在宅医療等とは、レセプト上の言葉と理解してもらいたい。

(三輪議長)

急性期、回復期、慢性期以外の形ですね。

岡本石井病院の平田委員いかがですか。慢性期をたくさん持っている立場として。

(平田委員)

在宅医療は様々あるわけですが、がんの患者は分けて考える必要があります。それ以外の患者、車いすで生活できる範囲の人は、在宅で対応する。寝たきりになったとき在宅で生活できるかを考えないと行けない。たいてい施設で生活することになりますが、我々病院でもなるべく家に帰りたいから、手をかければ一旦は家に帰すことが出来ます。多少の時間稼ぎは出来る。お金がかかる問題なので、もういいですよという家族もいるし、もう少しがんばるといふ家族もいる。今後、10年ほどかけて、意識が変わっていくかどうかというところだと思う。

(毛利委員)

行政にお願いしたい。

今後、多死の時代に入っていく。日本人の死生観が、まだ醸成されていない。死生観をどのように持つか。今までは困ったら急性期の病院に救急車で行けばいいという感じだったが、今後は難しい時代になってくる。施設に入所している方が、そのような状況になった時、その方を救急車で送るかどうか。(看取りは)施設の責任者や特定看護師でいいと思うが、その人が判断して家族に十分話をしてどこまでやるのか、挿管してしまうとずっと動き続ける。救急で搬送され、呼吸していないと若い医師は挿管してしまう。それからずっと入院してしまうことになる。そういったところの地

域住民の教育、今まで病院に投げていたところを、もう少し、死ぬときにはどうしたいかということのリビングウィルのようなことをやってほしい。

(服部委員)

リビングウィルについては、島田市は取組を始めている。啓蒙する冊子を作って出来るだけ元気なときに、ご家族で話し合ってくださいとっており、映画上映も行っている。映画は、多くの住民が見に来てくれた。

病院がバックアップすることを介護施設と契約するが、その際に各施設には、出来るだけ看取りは施設でやってほしいとお願いしている。施設に入っていて、悪くなったとき病院に運ばれてくることが多かったが、最近は、施設から病院に運ばれる人がなくなってきたと救急センターの職員から聞いた。出来るだけ施設で看取りまでやってほしいと、入所の際に家族としっかり家族と話し合っていくようにして欲しい。

(三輪議長)

アンケートを持ち出すまでもなく、家にとどまりたいという人たちが結構いるということが大切。例えば、訪問リハビリの話が出ましたが、骨折して3か月入院していても、途中で退院して、訪問リハビリとかデイケアを利用して、在宅にとどまることをしていかないと、家族の介護力は落ちる一方である。なにか、家族の介護力を保つ案が必要ではないかと思う。

(田中委員)

精神病床ですので、総合病院とは事情は少し違うが、170床で、急性期56床、慢性期114床の病床がある。急性期は、重症度と家族のサポート力で退院できるかが違ってくる。3か月から6か月以上入院を超過すると長引く傾向で有り、何とか3か月以内に退院をさせようとがんばっている。

ここ20年で入院してくる患者の様相が少し変わっている。

以前は統合失調症が中心で、20代、30代で発症して来ることが多かったが、だんだん高齢化して、統合失調症の再発の40代50代、高齢者のうつ病などがみられる。高齢者のうつ病と認知症の患者さんの在宅移行は難しい。若い患者の場合は家族もスムーズにがんばるが、高齢者の場合、家族は一旦入院すると、退院を受け入れてくれない。認知症も同様。退院が決まってご家族が受け入れられないというところから退院先を探さないと行けない。重度になって入院して、周辺症状でかなり家族が困っていると、引き取れないという。

これから、高齢者が増えてきて、住民への教育は必要だと思う。今の施設では対応困難なので、受け皿を増やしていきたい。

(中村先生)

田中先生のご苦勞を感じる。周りの病院間の協力で、受入を協力できる体制を培っていただけるとよろしいかと思えます。

(堀尾委員)

相対的に、今までの話を聞いていて、施設を作る場合、施設長になる医者がないという。医者の兼務が出来ればいいが、療養にまわる医者が足りない。定年退職後に務める医者しかいない。介護施設を作っても医者だけでなく職員が確保できない。行政は施設を作っても介護職の確保という所を考えていないのではないかと感じた。

100 床、200 床の施設を作っても、職員の確保ということを真剣に考えていかないといけない。入れ物を作っても中身がないということになりかねない。

極端なことを言うが、高齢化社会はいずれ 10 年もすれば、年寄りばかりになる。年寄りばかりの中で、誰がどのように分担するか。全員が 80 歳以上の社会では介護は無理。在宅医療を担当する医師に、介護を担う人材を確保する方法はと聞くと、方法はないという。その医師にヨーロッパの様子を聞くと外国人がサポートしている。ヨーロッパは移民が多く安い労働力を使う。後はロボットとのこと。在宅医療は人手がかかる医療であり、その人手を真剣に考えた方がいい。結局、何が言いたいかというと、10 年先 20 年先を考えると少子化対策を一生懸命やるしかない。少子化対策を本気で考える必要がある。

(三輪議長)

市町の方々に市民が在宅で暮らせるよう知恵を絞っていただきたい。

(副所長)

三輪議長、議事進行ありがとうございます。時間の都合で議題の 2 と報告事項は省略させていただきます。それに関する資料 3 以降をご確認ください。参考資料 2 については、御意見を意見様式により 7 月 7 日までに地域医療課までご提出ください。

次回の調整会議の開催は 7 月 28 日となりますので、よろしく申し上げます。

以上をもちまして修了いたします。