

平成 30 年度 第 4 回志太榛原地域医療構想調整会議 会議録

日 時	平成 31 年 3 月 4 日 (月) 午後 7 時から 8 時 50 分まで																																																																			
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>錦野 光浩</td> </tr> <tr> <td>島田市医師会長</td> <td>松永 和彦</td> </tr> <tr> <td>榛原医師会長</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</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補佐兼副院長</td> <td>青山 武</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 (代理：焼津市理事)</td> <td>壁下 敏弘</td> </tr> <tr> <td>藤枝市健やか推進局長</td> <td>松野 京子</td> </tr> <tr> <td>牧之原市健康推進部長</td> <td>鈴木 郁美</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>静岡県中部保健所長</td> <td>岩間 真人</td> </tr> <tr> <td colspan="2">< 地域医療構想アドバイザー ></td> </tr> <tr> <td>浜松医科大学特任准教授</td> <td>竹内 浩視</td> </tr> <tr> <td colspan="2">< オブザーバー ></td> </tr> <tr> <td>静岡県病院協会長</td> <td>毛利 博</td> </tr> <tr> <td>医療法人社団聖稜会理事長</td> <td>宮津 巖</td> </tr> <tr> <td>聖稜リハビリテーション病院長</td> <td>横山 日出太郎</td> </tr> <tr> <td>誠和藤枝病院事務長</td> <td>稲葉 正治</td> </tr> <tr> <td>中部健康福祉センター所長</td> <td>高橋 良武</td> </tr> <tr> <td colspan="2">< 事務局 ></td> </tr> <tr> <td>静岡県中部健康福祉センター医療健康部長</td> <td>青野 秀子</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	錦野 光浩	島田市医師会長	松永 和彦	榛原医師会長	石井 英正	島田歯科医師会長	川端 泰三	藤枝薬剤師会長	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補佐兼副院長	青山 武	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 (代理：焼津市理事)	壁下 敏弘	藤枝市健やか推進局長	松野 京子	牧之原市健康推進部長	鈴木 郁美	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	静岡県中部保健所長	岩間 真人	< 地域医療構想アドバイザー >		浜松医科大学特任准教授	竹内 浩視	< オブザーバー >		静岡県病院協会長	毛利 博	医療法人社団聖稜会理事長	宮津 巖	聖稜リハビリテーション病院長	横山 日出太郎	誠和藤枝病院事務長	稲葉 正治	中部健康福祉センター所長	高橋 良武	< 事務局 >		静岡県中部健康福祉センター医療健康部長	青野 秀子	〃 (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	錦野 光浩																																																																			
島田市医師会長	松永 和彦																																																																			
榛原医師会長	石井 英正																																																																			
島田歯科医師会長	川端 泰三																																																																			
藤枝薬剤師会長	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補佐兼副院長	青山 武																																																																			
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 (代理：焼津市理事)	壁下 敏弘																																																																			
藤枝市健やか推進局長	松野 京子																																																																			
牧之原市健康推進部長	鈴木 郁美																																																																			
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																																																																			
静岡県中部保健所長	岩間 真人																																																																			
< 地域医療構想アドバイザー >																																																																				
浜松医科大学特任准教授	竹内 浩視																																																																			
< オブザーバー >																																																																				
静岡県病院協会長	毛利 博																																																																			
医療法人社団聖稜会理事長	宮津 巖																																																																			
聖稜リハビリテーション病院長	横山 日出太郎																																																																			
誠和藤枝病院事務長	稲葉 正治																																																																			
中部健康福祉センター所長	高橋 良武																																																																			
< 事務局 >																																																																				
静岡県中部健康福祉センター医療健康部長	青野 秀子																																																																			
〃 (中部保健所) 地域医療課長	小泉 奈加之																																																																			
議 題	<p>1 病床機能報告における定量的基準について</p> <p>2 地域医療構想実現のための医療ニーズ (介護医療院) 調査</p>																																																																			

- | |
|---|
| 3 在宅医療後方支援体制整備事業の実施について |
| 4 各医療機関の 2025 年への対応方針について
(誠和藤枝病院・聖稜リハビリテーション病院) |

司会から本会議の委員は 22 人で、本日、焼津市健康福祉部長は所用により欠席で、焼津市理事が代理出席であることを報告。

また、地域医療構想アドバイザーとして、浜松医科大学特任准教授の出席、オブザーバーとして、県病院協会長、誠和藤枝病院事務長、医療法人社団聖稜会理事長、聖稜リハビリテーション病院長、中部健康福祉センター所長の出席を報告。

本会議は原則として公開であることを説明。

【あいさつ】

(岩間中部保健所長)

【議題 1】病床機能報告における定量的基準について

(錦野議長)

事務局から説明をお願いします。

(事務局)

1 ページの病床機能報告の静岡県における定量基準の考え方について、説明する。

厚生労働省は平成 30 年 8 月の通知において、各都道府県は地域医療構想調整会議を活性化する観点から、本年度中に、都道府県医師会など医療関係者と協議を経たうえで、地域の実情に応じた定量的な基準を導入するよう求めている。

もともと、現在の病床機能報告は、病棟全体の病床数が、一番の多い医療機能としてカウントされるという、報告上の限界があり、この報告の手法が、実態を分かりにくくしているという議論もある。

また、定量的基準については、国が一律の基準を設定するのではなく、都道府県が地域の実情に応じて定量的な基準を設定するように通知があった。

埼玉県では、病床機能報告にある診療実績等の数値を基に「しきい値」を設定し、高度急性期、急性期、回復期の医療機能を区分している。

先日の医療対策協議会において、埼玉方式による分析結果を調整会議に提示して御意見を伺うこととされた。

定量的基準については浜松医大の小林教授とも協議しながら、本県独自のいわゆる「静岡方式」についても検討している。

はじめに、埼玉方式について、説明する。3 ページをみると、医療機能区分設定の考え方は、2 つの視点に立っている。

1 つは、入院基本料による区分であり、もう一つは、具体的な医療の提供内容により、手術件数の回数等の数値から、区分線を設けている。

4 ページをみると、高度急性期と急性期を分ける区分線 1 については、「A：全身麻酔下手術」から「J：全身管理の算定回数」でしきい値を設定している。

項目と算定回数が、A から J のいずれかを満たす病棟については「高度急性期」とみなすこととしている。

区分線2については「K：手術」の算定回数や、「P：一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合」からしきい値を設定されている。

項目と算定回数がK～Pのいずれかを満たす病棟は「急性期」、AからJ、KからPのいずれも満たさない病棟は「回復期」とみなしている。

7ページの分析結果を御覧いただきたい。埼玉方式に基づき、本県の平成29年度病床機能報告について試算した結果である。志太榛原圏域の欄を御覧いただきたい。埼玉方式に基づく試算結果はBで示した部分であり、その左のAが各医療機関から頂いた病床機能報告となっている。埼玉方式と2025年の必要病床数を比較したものが、表の一番右の(B-C)欄である。

分析結果では、「全体の必要病床数と許可病床数はほぼ同程度」「埼玉方式においても、高度急性期が若干不足。役割分担等について検討する必要」「埼玉方式においても回復期が不足。現場感覚や実態はどうか」「慢性期はほぼ同程度。介護医療院への転換等により、慢性期が不足する状況とならないよう留意する必要」とのコメントがされている。

続いて、13ページの静岡方式を御覧いただきたい。本資料は、地域医療構想アドバイザーの小林特任教授に作成いただいた、静岡県における定量的基準、言わば「静岡方式」の案である。

静岡方式(案)のポイントとして、次のことを目指したものと伺っている。

- ・病院職員の事務的負担を減らすこと
- ・病院の職員なら概ね認識しているであろう数値(診療関連データ)から簡単に判断できる目安にすること
- ・まずは「高度急性期+急性期」と「回復期」、「慢性期」をある程度整理すること
- ・静岡方式が他の都道府県でも応用可能なこと
- ・あくまで裁量権を残した「目安」であること

17ページに詳細があるので、御覧いただきたい。詳細の説明は、次回以降小林教授にお願いしたいと考えている。

また、小林教授の私見を御紹介する。

- ・地域医療構想において「数字合わせ」に走ることは避けるべきこと、「定量的基準」は現場の管理者や担当事務職員にわかりやすいものが望まれること、定量基準の静岡方式が病床機能選択の一つのヒントにでもなれば幸いである、とのことである。
- ・今年度内に、もう少し分かりやすいパンフレットの的なものを作成し、現場に配布していきたいと考えている。

(錦野議長)

ただいまの説明について、御質問や御意見はあるか。

<意見なし>

(錦野議長)

県医療政策課から補足をお願いしたい。

(花嶋班長)

定量的基準として事務局から2つの方式の紹介があった。ひとつは、埼玉方式、もう一つは静岡方式。資料2については、埼玉方式の資料となる。国から計算ツールが配られ、それに基づいて計算した、埼玉方式に基づく区分結果となっている。地域の実情に応じた基準については、小林教授と相談しながら、皆様の御意見を聞きながら、考え方を整理していきたい。

(錦野議長)

ありがとうございました。

(毛利病院協会会長)

埼玉方式と静岡方式の差はなにか。同じような形態になっているが。

(花嶋班長)

埼玉方式の基準は、資料の3ページにあるように、ICUなど入院料の分類から決めているものと、4ページのように、手術などの手技から導き出されるもので算出している。

一方、静岡方式は、根本的な考え方は埼玉方式と変わらないが、医療提供の状況を簡便化している。具体的には資料17ページにあるように、上から2つめの枠をみると、手術、放射線治療、化学療法が項目となっている。埼玉方式を、わかりやすく、簡単にしたものが静岡方式である。

(錦野議長)

その他あるか。

(壁下焼津市理事)

確認だが、1点目として、病床機能報告の定量的基準の導入は、どの段階から適応するのか。静岡県としてどちらの方式をとるか別として、どの段階で定量的基準を示していくのか。2点目として、病床機能報告を各医療機関から報告していただく時に、それに基づいて報告してもらうのか、それとも、今までどおり病棟単位で報告いただいたものを県が修正する形なのか。3点目として、資料2の一番右側に、「静岡県収集データを反映」という欄があるが、静岡方式に則っての参考ということか。

(花嶋班長)

1点目の導入段階については、来年度の病床機能報告から活用できるようにしたい。2点目については、定量的基準に従った報告を求めるのではなく、定量的基準はあくまでも参考であるので、病床機能方向の大前提である、医療機関が自ら選択するという考え方は維持される。3点目については、埼玉方式の推計ツールでは、データ不足で区分できなかつたものがその前の行に「不明」と記されている。県でデータを補足することで、区分を表示しているものである。

(竹内アドバイザー)

補足をしたい。病床機能報告の在り方については、国のワーキングでもずっと議論されている。病床機能を判断する際に1ヶ月間だけの状況で判断すると、実際の状況を反映していないのではないかとの意見もある。国でも1ヶ月だけのデータ入力から、数年分のデータ入力をするように替えるという意見が出ている。来年度の病床機能報告の在り方については、国からまた説明があると思う。

次に、小林先生のパワーポイントにあるように、各病院は、事務の負担が少ないように入力いただいて、自分の病院の機能がどこにあるのかあてはめながら判断できるようなソフトが配れると良いと思うが、実際はなかなか設計上難しいとのこと。

埼玉県方式はかなり細かいので、地域医療研修会で埼玉県の課長さんが報告をされていたが、埼玉県では国の調査票を集計して、県でツールに当てはめて、各病棟を精査して、圏域全体の4機能を分割したものを圏域全体にフィードバックしている。病棟毎のデータはフィードバックしていないとのこと。静岡県では資料2のように、全ての病院の全ての病床を地域の方にフィードバックすることで、情報をより共有して、

議論していただき、また自分の病院の立ち位置を確認していただく。本来は、各病院で提出する前に自分の立ち位置が分かるようなソフトが出来るといいと思うが、今のところは、そこまでいっていない。

(錦野議長)

この議題に関しては、次回も議論していきたい。

次の議題に移る。

【議題 2】 地域医療構想実現のための医療ニーズ（介護医療院）について

(錦野議長)

事務局からお願いします。

(事務局)

資料 4 を御覧ください。

第 2 回志太榛原地域医療構想調整会議において、志太榛原圏域において介護医療院への転換が進まないのは、介護医療院のニーズが無いのかが議論され、第 3 回調整会議において、調査を実施することを了承いただいた。また、早急に実施し、第 4 回調整会議の際に調査結果を報告して欲しいとの御意見をいただいた。

そのため、第 3 回調整会議終了後、調査対象をどうするのか、何を持って介護医療院の対象数と考えるのかなど、調査実施に向けて、病院関係者、市町関係者、県庁医療政策担当者、長寿政策担当者にききとり及び相談をさせていただいた。

介護医療院が新しい種類の施設であることや、すでに存在する慢性期医療及び介護保険の入所系施設にもその対象となりうるケースが現状、入院・入所し受け入れられていること、従来ある医療機関や入所系施設の対象者と介護医療院の対象者が一部重複し、その境界が明確では無いことから、対象数とカウントする対象をどうするのか、非常に難しいと感じた。そのため、本日お示しする人数については、そういった背景がある中で、重複部分が存在する最大値としての推計と考えていただきたい。個々のケースの詳細を分析するには、病院や施設への過重負担がかかり、時間も要するため、今回の結果が限界と考える。

最終的に調査は、管内 13 病院と介護老人保健施設 17 ヶ所、特別養護老人ホーム 33 ヶ所に依頼しました。アンケートの回収率は、資料 4 の中段に示した。

実際の調査票は 35 ページに添付してある。

介護医療院については従来の入所系の介護保険施設と比較し、医療機能の充実と看取り機能という特徴があるため、今回、介護医療院の対象としてカウントしたのは、

①医療機関については、「退院の際、自宅に戻れず、行き先の調整が困難だった 65 歳以上、又は 40 歳～64 歳の特定疾病の患者」を、介護医療院の対象とカウントした。

②施設については、すでに特養、老健に入所している対象者のうち、「1 ヶ月の間に急性期の病院に入院しその後、元の施設に戻ることができた」介護医療院であれば急性期病院に入院とならなかつたかもしれないと推定される人数を対象者数とカウントした。

資料下段にあるように、病院 203 人、特養 9 人、老健 12 人の人数を合計し 224 人とした。

現状において、志太榛原圏域では介護医療院への転換が進んでいない状況があるが、

今後高齢者の増加により、現在受け入れて頂いている慢性期病床、介護保険の入所系施設の受入が困難となってくる可能性もあり、早急な対応が必要と考える。

今回、医療分野の立場から、介護医療院のニーズの推計を示した。今後は、介護保険の担当部署に情報提供していく必要がある。ただ、医療保険から介護保険への移行により、市町の財政負担は増加することが予測され、段階をおっての対応が必要である。

市町においては、今回の結果を介護保険担当部署と情報共有し、今後について話し合いをお願いしたい。また、県の段階でも担当部署である長寿政策課との情報共有をしていきたい。ただ、各市町単位で、今後必要量を推計する際は、あらためて御検討いただくようお願いしたい。

(錦野議長)

ありがとうございました。

ただいまの説明につきまして、御質問や御意見はあるか。

(太田委員)

行き先が決まらなくて困難である患者は多いが、ほとんどは経済的な理由であると思う。このままずるずる市立病院にいさせて欲しいというような人が多いが、アンケート用紙に書く欄が無かった。

(錦野議長)

他には意見があるか。

(毛利病院協会会長)

介護医療院の位置づけは難しい。今後、多死社会に入っていく中で、病院にどんどん来て、看取るということは不可能になってくることは、自明の理。今、年間 120 万人亡くなっているのが、2025 年以降は 160 万人に達するということは、分かっているので、その 40 万人をどうするのか。今の老健施設などで看られるのか。もし老健施設等で看る場合、安易に救急車で急性期の病院に搬送されると、急性期の病院が本来の役割を果たせなくなる。個人的には、終の棲家というイメージで介護医療院を考えてもらうのが適切であると思う。そういう中で、行政などが介護保険を負担するのか、国も考えている様子があるので、市町から、県から国に働きかけて、地方自治体の負担を軽減する様な方向で持っていくことが必要である。

(竹内アドバイザー)

補足をする。

県内の地域医療構想調整会議に出させていただいているが、両隣は介護医療院への転換が進んでいる。中東遠圏域では、今年度だけでも 200 床くらい介護医療院ができた。静岡圏域も大規模な医療法人がまるごと介護医療院に転換して、ほぼ、慢性期の病床の必要量が地域医療構想の目標数値まで下がってきている状況。療養病床の転換が 6 年後、介護療養病床は 6 年間の経過措置で 2023 年度末まで。実際に医療療養病床は、ベットコントロールの総量規制を考えると、2020 年度末までが期限と国は言っている。気になったのは、資料の下段の参考の所に、2020 年度末までは、希望どおり新設が出来ないとあり、国が特例措置を考えている間に、この圏域で何も出来ないというのは、望ましいことでない。療養病床を持っている医療機関は、今後、どのように運営していくのか、よく考えていただくことが必要。東部地域の調整会議の際、療養病床を持っている病院から、市町に相談しているが介護保険料のことがあって、なか

なか話が進まないという話があり、足踏みしている状態があった。国の総量規制の期限が2020年度末なので、早めにこの地域の中でどういう医療が必要で、介護が必要な人を見ていくのか、先程、太田委員が言ったような急性期病院にいるというのは本来の姿ではないので、そこを地域としてどうするのか考えていく必要がある。

(錦野議長)

ありがとうございます。

病院の側からの問題があるが、施設の立場から、鈴木委員いかがか。

(鈴木委員)

施設に入所している方について、特養は看取りが進んでいると思う。病院に行って肺炎などで治療できる人を病院に出して、老衰で看取りと思われる人は、家族と相談して病院に送らず、嘱託医と相談して、施設で看取るというようになっている。なんでも病院という方向では無くなってきている。

(錦野議長)

特養自体が、変わらないような気がする。最後まで看取るという方向にはなっているが、介護医療院とどう違うのかわかりにくい。

(森田委員)

介護医療院についてはよく分からないが、病院を運営する側からすると、国が信用できない部分がある。新しい制度が出来て、そこに投資をして長期戦略をたてていくと、途中で変わってくるという事が今までもあった。下駄を外される状況が今までもあった。介護医療院を作って、国として何年くらいこの制度でいこうとしているのか。

(竹内アドバイザー)

介護医療院は介護保険の施設なので、高齢で慢性疾患を持っていて介護が必要な人が対象。県でも訪問診療を受けている人の90%以上が介護サービスを受けている。訪問診療を受けている人で、要介護4、5という人たちは、ショートステイなり、訪問サービスを受けていたりする。医療は急性期や早期リハビリの段階からシフトして、慢性疾患を持っている方で、医療必要度が低い人は、介護保険で対応していこうという流れである。棲み分けをしている。そういう中で療養病床の転換を国も検討しつつも、うまくいかなかった。今回は、慢性期病床の医療必要度の低い方を終の棲家として、介護医療院で受け入れる。特養よりも常勤の医師がいることで、療養病床からの転換にしても、老健からの転換にしても、医療の対応ができ、看取りができるという位置づけ。国としては介護医療院を作る事を考えているので、無くなってしまうことはない。ただ、医療保険から介護保険に変わるので、市町の負担は増える。ただ、その対象が、在宅にいけるかという点、老老介護や高齢者の単身、認知症の方などの問題があり、みんなが在宅では看られない。訪問診療、訪問看護などを充実させるにしても、一方でなんらかの施設的なサービスは必要。特養なのか、老健なのか、介護医療院なのか。介護医療院であれば医師が常勤にいるということになり、慢性期疾患も看ることが出来る。そういった中で、この圏域で新設が出来ないというのが示されているが、圏域の中で、在宅でもサービスが足りない、どうしようということから、方針を立てていくことが必要になる。

日本医師会のホームページで、システムというページがある。各市町毎の介護需要や医療需要の伸びが2015年を100としたときに、どこまで伸びてどこまで減っていくの

かということが市町単位でデータになっている。市町毎で違う。島田、藤枝、焼津に比べて、牧之原市は医療のニーズが下がって、介護ニーズがそれほど伸びない。その中で介護サービスをどうするのか、在宅医療体制をどうするのかということを考えていく中で、介護医療院は必要な施設ということになってくると思う。

この圏域の中で、今一度考えていかなければならないと思う。

(錦野議長)

介護医療院の必要量と推計される人数が出てきている状況なので、福祉サイドに問題提起をしていく必要があると思われる。市町の中でも、介護保険担当部署と情報共有及び意見交換をお願いしたい。また、県の段階でも担当部署への問題提起をお願いする。

その後の経過についても、来年度予定されている本会議の中で、情報共有していきたいと思う。

次の議題に移る。

【議題3 在宅医療後方支援体制整備事業の実施について】

(錦野議長)

県地域医療課から説明をお願いします。

(県地域医療課大山班長)

39ページの資料5を御覧ください。

第1回調整会議の際説明した、在宅医療後方支援体制整備事業について説明する。

中部健康福祉センターにおける事業実施について、審議いただきたい。事業内容は、以前説明した内容と同じのため、省略する。

40ページの「4、事業実施予定者」の欄を御覧頂きたい。この地域で事業実施いただくのは、錦野クリニックで、在宅療養支援診療所として現在、医師2名、看護師13名の体制で、約1700名の患者に対し、医療の提供を行っている。また、在宅医療の提供も行っていて、訪問診療を年間2400件以上実施し、終末期医療として年間240件以上の看取りを行っている。また、本事業の対象となる有床診療所として認められている。

今後、地域包括ケアシステムにおいて、有床診療所の役割を発揮していただくため、本事業の活用をしたいとの意向があった。

本補助事業を活用する診療所は、地域で有効に活用いただきたいと考えており、そのため、認定に当たり地域の関係者の合意が必要と考えているので、ご審議いただきたい。

なお、今回、本会議において合意いただいた場合は、来年度以降、病床の稼働率と事業実施の実績などを本会議の中で報告いただきたいと考えている。

(錦野議長)

ただいまの説明について、御質問や御意見はあるか。

<意見なし>

(錦野議長)

補足します。

現在、工事を実施していて、息子が帰ってくるので、整形外科と今までの診療科で実施したいと考えている。

病床は、基本、急性期だが、4床だけはこの事業として使いたい。在宅医療を行う上で、有効に患者の流れに役立つと思う。

(毛利病院協会会長)

確認だが、レスパイト機能をやっていただけるという理解でいいか。

(錦野議長)

はい。

この議題は承認でいいか。

<異議なし>

また、会議の中で報告させていただく。

【議題4 各医療機関の2025年への対応方針について】

(錦野議長)

今回は、誠和藤枝病院及び聖稜リハビリテーション病院にお願いする。

まずは誠和藤枝病院からお願いする。

(稲葉事務長)

2025年に向けた病院の方針について説明する。

現状は、許可病床は医療療養で228床。診療科目は、内科とリハビリテーション科。

診療実績は、療養病棟入院料2で、平均在院日数は297.3日。

医師の数は、常勤医2名、非常勤医17名。

看護師は、常勤42名、非常勤19名。

病院の特徴としては、228床の医療療養病棟として、急性期を脱した亜急性期及び慢性期の患者の療養、介護を目的としている。受け入れ疾患は、主に人工呼吸器管理が必要な患者、結核の急性期等の特殊な感染症の患者を除き、全般的に亜急性期から慢性期にかけての療養、介護を必要とする患者である。病床は、4人部屋が中心で、より管理の必要な患者には、2人部屋での対応も行なっている。

その他、リハビリテーションにも力を入れており、PT、OT、STの各セラピストを揃え、対応している。また、療養上の心理・社会的な問題に対しても、ソーシャルワーカー2名を配置し、入院から、退院までの経過の中で必要に応じて対応している。

病院の課題は、認知症の患者に合併症の治療が行える場所があまりないこと、認知症で問題行動がある場合、急性期病院での受け入れが難しい等の問題がある。このような患者に対し受入れ後どのように係っていくかが課題と考えている。

地域において今後担うべき役割は、リハビリテーション、嚥下訓練等が必要な患者等ケアニーズの高い慢性期患者に対して、生活の視点を重視した医療・看護の提供と在宅療養における家族の介護負担や急変時の対応等を踏まえて、レスパイト入院の対応体制の更なる充実が必要である。

4機能毎の病床の在り方については、現状、慢性期228床で、今のところ2025年についても変わらず慢性期228床の予定。

今後持つべき病床機能等については、基本的には現在の慢性期（療養病棟）を維持

する方向でいるが、入院基本料等の内容により、介護医療院を一部もしくは全面的に検討する。

具体的な方針及び整備計画については、診療報酬改定により維持できなくなる可能性がある。療養病棟を維持する方向ではあるが介護医療院への転換も考えていきたい。具体的計画は方向性がはっきりするまで、未定。

(錦野議長)

ありがとうございました。

続きまして、聖稜リハビリテーション病院から報告をお願いします。

(横山院長)

当院の現状と課題をお伝えする。

当院はリハビリ専門病院で、許可病床数、稼働病床数 回復期リハ125床（療養）で、回復期リハビリテーション入院料1をとっている。

平均在院日数は、77日、脳90.2日、運動器63.9日、廃用65日。2年前の平均在院日数は、85.3日だった。

病床稼働率は91%、入院者は月43人、退院者は月47人。2年前の病床稼働率は、97%だった。

FIM（実績指数）は45.7（回復期リハビリテーション入院料1の基準値37）リハビリの実績としてはいいと思う。

医師数は7.8人、看護職員数は76人。PT57人、OT34人、ST6人とセラピスト中心の病院。

今までの疾患の分野は主に回復期リハビリテーション対象疾患である脳血管疾患、運動器疾患（骨折）、廃用等で、リハビリテーションを必要とした運動器不安定症、廃用症候群などの患者。

また、重症心身障害児にも対応している。

入院は表の通り。

訪問を行っていて、訪問リハビリは月に500件ほど実施している。

病院の特徴は、リハビリを必要とする患者、回復期リハビリテーション対象者とそれ以外の患者に、セラピストによる実績効果のあるリハビリを提供する、入院・外来・訪問リハにおいて実施している。

また、県立こども病院より紹介される小児・乳児のリハビリも予約にて対応している。さらに、予防事業として、口腔ケア、訪問C、通所Cなどの予防的にリハを提供している。

病院の課題は、当院はリハビリテーション専門病院である為、医療依存度の高い患者の受入は困難な状況となっている。また立地条件も悪く山間地にある為、交通のアクセスも非常に不便となっている。

回復期の病院なので、多くの患者を急性期病院にお願いしている事が課題。

FIM（実績数）が入院料の評価体系で上り、病床回転率がアップした。これに伴い病床稼働率が低下し、一割程度の空床状況となっている。これは、経営上の問題。

急性期病院・開業医からの医療・社会的・経済的等の情報の共有については、心肺、

肺、腎等のリハビリを行う上で必要な情報、退院時受け入れ先を決める情報について、積極的に共有するよう努めているが、苦勞している。

主治医・居宅支援事業所との連携については、在宅で運動器リハビリテーションを行えば改善する人が、どこにどのくらいいるのかという情報が集まりにくい事が課題である。

リレーファイルについては、個人毎にリハビリを指導するということを柱としている。また、セラピストが若いため、教育体制の充実が課題。

今後は、疾患別対応として、地域の方々の役に立つリハビリ専門病院とし、発展していく事を目指す。対象疾患として、1 回復期リハビリテーション対象患者に、適切なリハビリを行う。2 運動器不安定症の患者は、在宅や施設入所中の患者に適応になる。3 救急の圧迫骨折のリハビリを適切に行う。

役割として、連携が重要で、特に、急性期病院との連携が重要。急性期病院からの受入は、迅速な対応が必要であるし、情報の収集も必要。

開業医との連携も、当院の受入対応が出来る疾患やリハビリの方法をアピールしていきたい。

退院時の連携、退院支援も、窓口を設置する事により、居宅支援事業所との連携をスムーズにする体制を作りつつある。

急性期病院との対応については繰り返しになるが、連携体制を築いていく。

予防事業についても、口腔ケア・介護予防啓発事業で、ボランティア育成などに積極的に参加していきたい。

その他として、各種施設や医療機関連携の充実に貢献したいと考えている。

(錦野議長)

ありがとうございました。

2病院に質問や御意見があれば、お願いしたい。

<意見なし>

(竹内アドバイザー)

誠和藤枝病院からの報告で、先程話題に出た介護医療院について、これからの方針について、誠和藤枝病院に限らず様子見という病院も多いと思うが、方向性についてもう一度説明する。

去年の4月に診療報酬と介護報酬の同時改定があつて、来年の4月に診療報酬の改定がある。おそらく、この2点で今後について考えられると思うが、その1年後には、介護報酬の改定がある。各市町は保険料を決めなければならない。来年4月の診療報酬の改定が終わってから、急に「こうします」といった話になった場合、もし介護医療院だった場合、市町の立場では急に介護医療院分が保険料に上乗せされることになる。国の特例措置は3年で、再来年の年度末までとっているため、この1～2年で、全国的に様子を見ている施設から、駆け込みがあると思う。そのあと、市町がそれを受け形になるので、それを受けてから施設をどうしようかということになると、追い込まれた形になり、不安があると思う。

今現在、介護医療院を考えているところがあれば、施設だけでなく、市町の担当者も一緒に、介護医療院に転換したところに見学に行くなり、話を聞くなりしてほしい。

来年の診療報酬改定を待たずに、市町と施設で一緒に考えていくことが大切だと思

う。

(壁下焼津市理事)

焼津市では、市内にある医療機関から、内々の打診はある。ただ、もともと志太榛原圏域は、介護医療院の元になる介護療養病床が極端に少なく、以前この会議で発表された駿河西病院の担当者が、昨年度まで介護療養病床を1病棟持っていたが、それを医療療養病床に転換したという発表をされた。

転換老健は把握できていないが、転換老健は介護保険からということで問題ない。

本日の資料7ページの病床機能報告の志太榛原の欄で、埼玉県方式でみると、「地域医療構想に比べて、99床慢性期病床が多い」と記されているが、コメントであるように、他の圏域と比べて、もともと慢性期病床が少ない、医療区分がうまくいっているところなので、介護医療院への転換が、慢性期病床からされた場合、医療の慢性期の機能が不足するということが起こってくる可能性がある。

そのため、総量規制にかからない転換もあるかもしれないが、介護医療院の資料の参考にあるように、総量規制にかかる介護医療院の新設ということもある程度考えていけないといけないと思う。新設といっても、実際は老健施設からの転換といったものが考えられると思う。老健施設から介護医療院への転換であれば、1人あたりの費用は上がるが、老健施設はもともと介護保険の施設であるため、介護保険料がそんなに跳ね上がることはないと思われる。

そういったことを、相談を受けながらいろいろと考えているが、介護医療院の必要性の調査をしていただいたので、広域施設であり、焼津市だけでその必要数を出すのは難しいので、今日の資料に付いている市町毎の資料を見て、どれだけ介護医療院のニーズがあるのか、具体的に介護医療院の転換や新設の時、健康福祉センター（保健所）なり、または介護なので、県庁の介護保険の担当部署に相談しながら、進めていきたいと思う。

市町だと、そのデータをどのように出せばいいのか、単独では無理で、広域になればなお、難しいので、ぜひ県のリーダーシップで、「こうすれば数値が出る」ということを示して欲しい。むやみに転換してしまうと、医療分野も困る事が出てくる。

医療と介護で調整しながら進めていただきたい。

(柴田主査)

御意見ありがとうございました。

県のリーダーシップについては、対応していくべき事だと思う。議題2の介護医療院のニーズ調査について、市町において介護保険の担当部署と情報共有して、今後について話し合いをお願いしたいという内容があった。まず、市町の段階で介護医療院のニーズがあるという中で、介護医療院への転換や新設について具体的な話が出てきたところで、県長寿政策課に連絡、御相談いただきたいと思う。一緒に考えていきたいと思う。

(錦野議長)

ありがとうございました。

以上で協議事項は終わります。

次は報告事項に移ります。

(錦野議長)

報告事項 1～3 について、事務局から説明する。

【報告事項 1 在宅復帰支援強化事業について】

(事務局)

47ページの参考資料 1 を御覧ください。

地域医療構想と両輪と言われている地域包括ケアシステムの構築について、当圏域においては市町の段階で、在宅療養を支援する多職種の連携は充実していると思う。

ただ、医療機関への入院等についてみると、1割から3割程度の対象者が市町を越えて入院等をしている。国が提唱する「ときどき入院、ほぼ在宅」をすすめる上で重要と考える、病院と在宅ケアに携わる関係者間での連携をスムーズに行うため、平成 28 年度に静岡県では、県全域を対象にした「静岡県在宅療養支援ガイドライン」を作成した。お手元に冊子を配付した。また、平成 29、30 年度は二次医療圏域における様々なルールなどを検討していくこととされた。

当圏域では、平成 29 年度は、研修会を開催し、平成 30 年度は、関係者にお集まりいただき、ワーキングを 2 回実施し、資料にあるように、圏域内の課題や各機関の取組について意見交換した。その中で出された、市町を越えた連携の取りにくさという課題を解決、支援するため、各機関の窓口を紹介する資料集を作成することにした。ワーキング構成員とは、事務局と何度もメールでやりとりし、ご尽力いただいた。この資料集は、3 月上旬に印刷ができ上がり、関係機関に配布する予定である。最終校正前の資料をお手元に配付した。

今年度は、さらに、3 月 12 日に医療機関と在宅療養支援多職種間の連携について、啓発する研修会を予定している。ワーキング構成員の代表者に、病院の立場から、ケアマネの立場から課題と感じていることや、取組状況をお話しいただくと共に、牧之原・吉田地区の医療機関とケアマネの連携のための実践について御紹介いただくことになっている。

【報告 2 地域医療介護総合確保基金について】

(事務局)

資料 51 ページ参考資料 2 を御覧ください。

H31 年度の医療分の基金事業は、約 27 億 7,000 万円となっており、ほぼ前年度と同規模となっている。

具体的な事業の一覧については、57 ページ以降に記載してあるので、後ほど参考に御覧頂きたい。

基金を地域医療構想の実現に向けた有効な「ツール」として活用していくために、地域の関係者の皆様の貴重な意見を反映していくことが重要である。

申請して全ての提案が通るわけではないが、基金事業に結びつかなくても、事業提案をきっかけとして、行政、関係団体、地域の医療機関の間で協議が進み、医療提供体制の確保につながったものなどもある。

県としても、この調整会議などの場において、個別の医療機関の枠組みにとらわれず各地域にとって、必要性や公益性の高い事業とは何かということ、共有していくことが重要となるので、今後とも御協力をお願いしたい。

【報告3 平成31年度協議のポイント】

(事務局)

資料65 ページ参考資料3を御覧ください。

来年度実施予定の地域医療構想調整会議の協議ポイントについて、記載されている。

今年度からの流れで、「①病床機能報告の定量的基準の活用について」、前回榛原総合病院に報告いただいたが、引き続き「②非稼働病床について」情報共有していく。また、介護医療院への転換も含めた「③慢性期機能の提供体制について」。今年度は余り踏み込めなかったが、「④在宅医療等の推進方策について」等を中心に協議を予定している。

引き続き、御協力をお願いしたい。

(錦野議長)

何か御意見があるか。

(毛利病院協会会長)

県庁担当者に伺いたい。

国の調整会議の進捗状況についての考え方は、どのようになっているか。

2025年までにやればいいのか、途中経過のどのタイミングで国が施策を示してくるのか、ロードマップが出せるのか、教えて欲しい。

(花嶋班長)

まだ国からはそういった話はないので回答できない。

これまでは、昨年度、今年度の2年間で集中的な議論を促進するという事で、具体的用法について、とりまとめるよう国から指示があり、進めてきた。

来年度以降は、これを元にいろいろ考えていると聞いているが、まだ詳細はわからない。

(毛利病院協会会長)

個人的に聞いている情報では、国は調整会議に関して満足しておらず、どこかのタイミングで各県に介入するということがありそうである。次の診療報酬改定で反映するのか、その次の診療報酬改定で反映するのかということ、懸念している。

県では今までどおり調整会議を実施することで、何とかなると考えているのか。

(花嶋班長)

いままでどおりで何とかなるとは考えていないが、診療報酬改定との関係については、はっきりわからない。国は病床機能報告は、変更はしないと聞いている。

来年度、資料にもあるように、医師確保計画の具体的な動きもあるので、これまでどおりでなく対応していくことは求められてくるのではないかと思う。

(毛利病院協会会長)

国は、進んでいないところは保険点数について奈良方式を考えるという可能性を指摘する人もいるが、そういったこともないか。

(花嶋班長)

現時点では、把握できていません。

(錦野議長)

特になければ、報告事項4に移る。

【報告4 医師確保計画の策定プロセスについて】

(竹内アドバイザー)

お手元の資料 67 ページを御覧ください。情報提供として話をさせていただきたい。1週間前の医師需給分科会で医師偏在指標が議論された。翌日の新聞報道等で大々的に出たのでご存じだと思うが、静岡県は医師少数県ということで、新聞報道された。参考資料4の67ページ上段のスライドをみると、医師確保計画の策定プロセスが載っている。

年度末までに医師偏在指標が算出される。その後、都道府県で調整が行われ、国が最終的に医師偏在指数を確定するのが、夏頃の予定。そういった中で、都道府県は二次医療圏単位で医師多数区域、少数区域を設定し、県としての目標医師数を設定し、来年の今頃、医師確保計画をとりまとめる。

下のスライドは、静岡県は39位で下位3分の1に入ったので、医師少数県に入ることになった。68ページ上段の二次医療圏別8圏域の医師偏在指標が、上位、中位、下位のどこに入っているかみると、二次医療圏は全国で335ヶ所のうち上位に入ったのは、西部と静岡と駿東田方。下位に入ったのは、賀茂と熱海・伊東と富士。志太榛原と中東遠は、中位に入っている。

69ページ以降に人口10万人対の医師数が載っている。71ページがわかりやすいがみると、志太榛原圏域と中東遠圏域は、人口10万人に対する医師数が少ない地域として、県としても考えてきた。今回中位3分の1ということになると、医師少数という中に入らないことになった。これに対する国の考え方は、地域毎の高齢化率が高いかどうか。高齢化率が高いと医療が必要な高齢者が多いので、医師の必要量が多い。もう一つは、地域で診療している医師の平均年齢が高いかどうか。平均年齢が高いと、マンパワー的に医師がもっと必要だろうということになる。もう一つの観点は、患者の流出入ということ。患者をたくさん引き受ける医療圏は、人口以上に医師が必要と判断する。

そのため、人口10万人対ということだけで無く、様々な観点から指標を作ったとの説明があった。

68ページの下のスライドで、上とまん中の境界線あたりがどのくらい離れているかみると、志太榛原圏域やや中東遠圏域は、下位に近い。

これがどのように影響するかというと、医師少数区域と判断された場合、平成32年以降都道府県で医師を確保するにあたって、医学部の定員見直しが実施される予定。浜松医大でみると、20人奨学金の増員枠があって編入学5人と合計25人の増員枠がある。このうち15人が、平成32年以降の入学の見直しの対象となっている。地域枠を設定するかどうかを、大学と県で協議しているが、地域枠を設置した場合、それに当たる学生は、全員6年間奨学金を借りてもらう。9年間、貸与を受けた都道府県で勤務してもらうが、そのうち4年間は医師不足地域で勤務してもらうというのが国の考え方。全くその他の医療圏に行かないわけではないが、医師不足地域で働いてもらうという考え方が、国のキャリア形成プランに書いてあるので、大きな取組になる。そのような流れの中で、志太榛原圏域が中位に入っていることは、その対象地域になら

ない可能性があり、様子を見ていかなければならない。

具体的には、年度末に県で協議をすることになる。

地域枠というだけでなく、医師確保をどうするかという問題については、医師の働き方改革という話がある。医師以外の職種の上限枠設定はこの4月から厳しくなるが、医師の場合は5年後に実施になる。この5年間の間に、特に救急など政策医療に必要な医療機関は、県が指定しているが、そういった医療機関であっても、1860時間が上限となる。県が指定していない医療機関の場合は、960時間が上限となる。地域の中で救急を始め、どのように医師を確保するのか考えなければならない。調整会議の目的の一つとして、5年後を見据えて、医師確保と医師の働き方改革を見据えて困らないように地域の医療提供体制をどのように作るのか、考えていかなければならない。いま、圏域の中で公立病院等で重複している医療、競合しあっていて、結果として両方とも実績があまり上がっていないような診療科については、見直す必要があるのではないかと、国の検討会で議論している。

どこか一つに集めるということだけでなく、「必要な医療であれば分散していないかということを見なさい」ということを国が都道府県にワークシートなどを示して確認していくことになると思う。

2年間は集中的な審議期間ということだったので、4月以降はもう一度地域の中で医療提供体制に過不足がないか、もう少し、機能分担したり集約したりした方がいいか見直すような必要が来るかもしれない。医師が分散していることで、あちこちで時間外勤務が増えてしまう事も起こる。そういった所を地域で考えることになると思う。

(錦野議長)

何か意見はあるか。

大学のシステムで、自治医大が有るが、それとの関係は。

(竹内アドバイザー)

自治医大と各大学の地域枠は別で、都道府県の中でどういう風な医師を育てたいのかを話し合うべき。浜松医大が県に伝えているのは、総合診療医ばかり必要なわけではなく、地域の基幹病院で働く医師の養成、スペシャリティーを持つ医師の育成も必要だとお伝えしている。

(錦野議長)

ありがとうございました。

【その他】

次はその他に入ります。

中村委員お願いします。

(中村委員)

前々回の調整会議において、圏域の小児科医が厳しい状態にあることを報告した。医師偏在の話があったが、志太榛原圏域の小児科医が非常に少ない。特に救急や入院に対応できる医師は非常に少ない。藤枝市立総合病院でも医師の退職に伴い、医師が1人になってしまう恐れが出てきた。圏域で救急を要する小児科の受入が、焼津市立総合病院だけになってしまう恐れが出てきた。浜松医大に相談し、浜松医大も危惧して県も含めて相談してきた。まだ結論は出ていないが、来年度小児科医を何人か派遣いただく方向になっている。十分な数ではないが、少しでも焼津市立総合病院を補完し、

圏域の役に立てるように進めていきたい。

(森田委員)

第3回調整会議において、急性期病棟を再稼働したいと報告したが、2月1日に休床している40床を、30～40床開棟する予定だったが、厚生局の席次調査が2月12日に入ることが決まり、延期した。2月の病床利用率は95%だったが、グループ病院も満床で、医師の応援が厳しかったため、3月からは、最小限の病床の開棟とした。2月28日に厚生局に届け出を行い、既存の急性期病棟のサテライト病棟として3月1日から10床を増床し、急性期病床を150床から160床とした。

回復期、慢性期も併せて、227床から237床となり、3月の病床利用率は93%だった。4月の新入職者を受け、6月頃には、30～40床を開棟していきたいと考えている。

(錦野議長)

ありがとうございました。

以上をもちまして、本日の議題及び報告は終了となります。

御協力ありがとうございました。

(司会)

錦野委員、ありがとうございました。

来年度についても、よろしく願います。

以上を持って終了とする。