

平成 28 年度第 1 回中東遠地域医療構想調整会議 結果概要

開催日：平成 28 年 6 月 15 日

I 各圏域の特徴 (資料 4 及び参考資料による保健所長説明要旨)

II について

- ・ がん、脳卒中、成人肺炎、大腿骨骨折等はいずれも、2013 年に比べ、2025 年は増加が認められる。
- ・ 急性心筋梗塞は西部圏域（以下「西部」という。）以外 0.0%となっているが、これはレセプト件数が 10 件未満の場合は非公表であり、件数は反映されない。

III について

- ・ 療養病棟入院基本料を見ると、中東遠圏域（以下「中東遠」という。）の患者の 21.9%が西部に流れていることが分かり、1つの特徴であると思う。
- ・ 疾患別では、がん（入院）は中東遠が 72.9%で、西部の医療機関に流れているのが 22.6%と、これも多くなっている。脳卒中は中東遠 84.1%、西部 12.8%、急性心筋梗塞は 89.4%、西部 10.6%、救命救急が中東遠は 86.1%、西部 11.6%となっており、疾患別に見るとがんの患者が 2 割以上西部に流れている。

IV について

- ・ 基本診療体制：一般入院基本料が 66.2 で県が 84.7 で、県の約 8 割位の値になっている。
小児入院医療管理料は 51.0 で、県が 99.9 で半分くらいである。
特定集中治療室管理料(ICU)と回復期リハビリテーション病棟入院料は、県より大きくなっている。
- ・ 救命・救急：救命救急体制【2次救急】は 96.3 で県は 111.1。救急搬送全体は 29.0 で、県より低い。
- ・ 心疾患：急性心筋梗塞患者（主病名）入院は 78.4 で県が 99.7 で 8 割位である。虚血性心疾患に対するカテーテル治療（全体）は 79.4 で、県が 98.8 で、8 割位である。
- ・ 脳血管疾患：脳血管疾患はデータの殆どが 8 割以上となっている。脳卒中の t-PA 入院が 112.6 となっており、100 を超えているが、県も 121.8 である。
- ・ 在宅：在宅の関係は県を下回る値が多い。ただ県の値もほとんどが 100 を下回っている。療養病床における急性期や在宅からの受付が 97.5 となっており、県より大きくなっている。一方、在宅療養中の患者の緊急入院を受け入れが中東遠 7.2、県が 45.9 となっている。

【以降は参考資料】

- ・ がん：県も 100 を越すものはあまりないが、中東遠はがん治療（その他）以外は 10～30 位下回っているとの印象である。緩和ケアの診療体制（緩和ケアチーム）は中東遠 33.5 で県が 103.4 となっている。一方、がん性疼痛緩和の診療体制は、中東遠 61.7、県が 56.7。こちらは県よりも上回っている。
- ・ 生活習慣病：一部県と同じくらいの値があるが、県も値が少し下がっている印象である。
- ・ 周産期：県を半分くらい下回る値のものが多い印象である。

- ・ 小児医療：県の値を下回るものもあるが、ほぼ同じくらいのものも混在する。小児悪性腫瘍患者指導管理、重症児の入院治療体制、乳幼児に対する手術体制（入院）等は低い。
- ・ 精神医療：県の値と同じか、あるいは下回る。

Vについて

- ・ 搬送時間は中東遠の方が他の地域に比べて2～3分長い。新生児・乳幼児（7歳未満）はその時間が6分くらい長い。

VIについて

- ・ 磐田市立総合病院、中東遠総合医療センターはほぼ全て網羅している印象である。
- ・ 疾患別アクセスマップと人口カバー率については、図のとおり。

◎まとめ

- ・ いずれの疾患も多かれ少なかれ西部に流れている。SCRにおいても県に比べて少し小さい値が並んでいることもあって、西部に流れている印象がある。
- ・ 救急、心疾患、脳血管疾患に関してはまずまず対応できている。ただ、救急搬送時間が他圏域より2～3分長く、改善の余地はあるのか、がん、周産期、小児医療は少し余力が足りなくて、西部圏域にお願いしている印象がある。
- ・ 療養病床の再編や回復期病床の確保、在宅医療の受け皿をどうしていくか今後議論していく必要がある。

II 各委員からの意見

1 医療と介護の連携について

- ・ 医療療養病床 25 対 1 と介護療養病床を廃止又は転換することになると、地域医療構想の慢性期の数が減ってしまうがその点が理解できない。
- ・ 医療療養病床 20 対 1 を残すが、これは医療保険で行うのか、介護保険に変わるのか。
- ・ 在宅医療介護連携情報システムは既存のものか。県医師会のものと、県立総合病院が中心に実施しているものがある。これを一本化することはできないか。
- ・ 20 対 1 と 25 対 1 の区分設定が医療の必要度とぴったり合っているか、非常に疑問に思っている。例えば、認知症で点滴必要、吸引も必要であるが、25 対 1 には入れられない患者さんは、果たして在宅でやっていけるのか疑問である。区分の設定を実情に合ったかたちでもう一度見直した上での判断が必要ではないかと思う。
- ・ 高齢化が進む中、それを支える若者の人数が減っていく段階で、果たして在宅医療が実際に目標をクリアできるのか。
- ・ 在宅医療の地域医療推進事業の中で、現在、在宅を担っている 600 床程度、在宅医療を 900 床まで伸ばすということで、推進員を配置して、その人材確保を考えている。これが 900 床まで達成できるかは、やってみないとわからない。また、医師だけではどうにもならないので、訪問看護ステーションとケアマネージャの連絡協議会等と連携しないと、先には進まない、現在、行政とどの程度やっていけるかを検討中である。
- ・ 確かに介護力はだんだん落ちてきて、一人暮らしや老々世帯が非常に増えてきて、そういう部分で厳しくなっているのは事実であるが、一方、多職種の関わり、訪問看護ステーションや訪問看護とか、いろんな職種が関わっていくと、必ずしも家族の介護

力がなくても結構在宅で支えられているという実感はある。訪問看護や在宅医療に移行するとき、患者さんは不安であるが、できることからやってみると看取りまで在宅で見られることが、結果としてでている。途中の過程で不安を取り除くのは、在宅医療をバックアップする入院機能が必要と思う。今年の3月から地域包括ケア病棟を導入して、患者や介護者の負担が軽減できている。介護者の家族が中心になって介護しなければ成り立たないという考えをすてなければ成り立たない。多職種でシステムの中で患者を支えていく形を進めていくことで、ある程度の在宅医療を進めていけるのではないかと思う。

- ・ 在宅医療で対応できる患者と、入院しなければならない患者の中で、その患者の精神的な問題も大いにある。精神的にコミュニケーションがとれれば家族でも対応できるし、家族以外でも対応できるかもしれないが、高齢者の場合は、コミュニケーションがなかなか取りにくくなってきている。とことんやっていくのは非常に厳しいところがあると考えている。
- ・ 地域医療の推進は、当初は漠然とした部分があるなどの印象であったが、行政や多職種連携を詰めていき、小笠の圏内では多職種連携に関しては、具体的になってきたと考えている。

2 平成 27 年度病床機能報告の結果について

- ・ 看護師などの医療従事者のデータの情報提供をお願いしたい。

3 医療提供体制の現状について

- ・ 地域医療構想を考える上で、2013 年の実績を受けて、2025 年において、例えば高度急性期はかなり増えてきている。今後はフリーアクセスで隣接県への流出を呼び戻して、地域完結型でどのように戻すかを、この構想の中で考えていかなければならないとの視点での説明と理解した。

4 その他

- ・ 当資料を利用し、県民への説明・情報提供と理解促進へ繋げていただきたい。