

平成 28 年度 第 1 回志太榛原地域医療構想調整会議録

日 時	平成 28 年 7 月 6 日（水）午後 5 時 30 分から 7 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	<委員> 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（代理：副会長） 服部 隆志 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 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 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 <事務局> 静岡県健康福祉部医療健康局医療政策課長 石田 貴 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	1 議長及び副議長の選出 2 静岡県地域医療構想の推進 3 平成 27 年度病床機能報告の結果 4 医療提供体制の現状	

司会から本会議の委員は 22 人で、藤枝薬剤師会長は都合により欠席のため副会長が代理出席している旨を報告。

また、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。

志太榛原地域医療構想調整会議設置要綱（以下、「設置要綱」という。）第5条に、「設置後最初の調整会議は、静岡県中部保健所長が招集する。」と規定されているため、最初の議事進行を木村中部保健所長が務めることを説明。

### 【議題1】議長及び副議長の選出

（木村委員：中部保健所長）

設置要綱第3条第2項で「調整会議に議長を置き、委員の互選によりこれを定める。」と規定されているが、提案として、志太医師会の三輪先生を議長に推薦したいがいかがか。（委員に意見を求める。）

（委員一同）

異議なし

（木村委員）

皆様からの御賛同がいただけたので、議長は三輪委員とし、これ以降の議事の進行は、三輪議長にお願いします。

（三輪議長）

ただいまご推薦いただきました三輪です。

本会議の目的について、私なりに解釈してきたことをお伝えする。

この会議は10年後20年後のことを話す会議で、高齢者が増加し、若年者が減少し、2025年問題をどう乗り切るかということだと思っている。総人口も減少し、それに伴い疾病構造が変化していく。治る前に退院することで、入退院を繰り返すことが頻回になる。この中で、政府は、医療施設の機能分化が必要と判断している。

本会議は、慢性疾患の多い高齢者の疾病発生は予測しやすいということを根拠に、10年後の人口構造を参考に疾病構造を予測し、地域住民に質の高い医療を適切に提供するために行われるものと理解している。それは、病床削減を目的にしているのではなく、地域の安心を目的としたものである。従って、在宅医療を大幅に増やさなくてはならないとの表現もあるが、病院同士の相互の機能分化のみならず、診療所・介護事業者が、病院に期待する機能も明確に示してなければいけない。さらに人材が不足することにも明らかになっていく中で、そういうことにも思いを致しながら、対策を練っていくことが要求される会議だと思いますので、皆様には忌憚のない御意見をお願いしたい。

設置要綱第3条第4項で、議長は、あらかじめ副議長を指名することし、必要に応じて副議長がその職務を代行するということになっていることから、焼津市医師会の堀尾先生に副議長にお願いしたいと思うがいかがか。（委員に意見を求める）

（委員一同）

意義なし

（三輪議長）

それでは、堀尾委員に副議長をお願いします。

## 【議題 2】静岡県地域医療構想の推進

### (三輪議長)

「静岡県地域医療構想の推進」につきまして、静岡県医療政策課石田課長から説明をお願いします。

### (石田課長)

「地域医療構想と地域包括ケアシステムの推進」について、資料 1、2 により説明を行う。

### (三輪議長)

今日はいろいろな課題を出すことが目的の会議です。意見等ありましたら発言をお願いします。

### (毛利委員)

以前から療養病床（25：1療養病床、及び介護療養病床）が廃止といわれており、延期された経緯がある。厚生労働省の情報を県が正確に把握して、そういった情報に病院が惑わされなくて済むようにしてほしい。

もう 1 点は、平成 30 年から始まる医療介護一体化の診療報酬改定は厳しいと思われるが、医療と介護の線引きをどこで引かれるのか、みていく必要がある。医療を介護におきかえられていくと、市町に負担がかかると考えられる。現段階で情報があれば教えてほしい。

### (石田課長)

療養病床（25：1療養病床、及び介護療養病床）は過去に廃止すると決まったが、延期になって右往左往した時期があり、結局、平成 29 年末まで延長となりました。今回も一部に再延長との意見もあるが、延長というより新しい転換を求める方向だと思われる。社会保障審議会医療部会の中に特別部会を設けて検討されており、年内にとりまとめるとの情報がある。

県が入手した情報は適宜お知らせしていきたいと思っている。今後、療養病床を有する病院に意向調査を計画しており、一部の病院については、訪問調査を予定している。

また、報酬改定に関する情報はまだないが、御指摘のあったとおり、市町には介護分野の負担は覚悟していただくことになると思う。地域医療構想を作る中で在宅医療の推進に伴って医療のみの対応では済まず、介護が付随してくることになる。地域医療構想は医療の話だけではなく将来の介護の負担に関わってくることをご理解いただきたい。

### (太田委員)

地域医療構想や、地域包括ケアの中で「地域」といつているが、「地域」とはどこをさすのか。地域医療構想は二次医療圏域、介護（包括ケア）はまた範囲が違う。患者が家で死にたいとあって、在宅で対応する際、焼津のような小さい市でも病院や社会資源までの距離はある。バスに乗って、通所リハに 1 時間以上かかるようなところに通っている状況では、「上手く回っていません」といつても違うと思う。

今後のあるべき理想形を示していただきたい。ゴールが何かをどこかで示して欲しい。ゴールや理想形がない中で、地域といっても何のことかわからない。

もう1つは、保健所の会議などでは、「予算がないからできない」という意見が出てくることが多いと思う。焼津市役所の仕事をみると、予算がないのに手弁当で仕事をし、参加している人も結構いる。どの町でもこれは同じだと思う。お金がなくて、関われないということではなくて、何とかしてこの事業を推進する方策を考えてほしい。

(石田課長)

地域とは何かとの御指摘がありましたが、地域医療構想はこの地域でいうと志太榛原、地域包括ケアシステムというと中学校単位。地域という言葉がいろいろに使われているのは事実。

考え方として大きく分けると、医療は県の役割、介護を中心とした地域包括ケアは市町と考えている。国で示している、医療介護総合確保推進法の方針で大きく区分けがされている。各地域でできること、県ができること、市町ができること、関係団体ができることを考えてほしい。

今後、地域医療構想をどのように進めていくかと考えたとき、予算については、医療介護総合基金を使うことになる。この基金は使い道（枠）が決まっているため、毎年計画を提出してもらいなど、使いにくい部分もあるが、県としても必要などところに予算投入をしていきたいと思っている。是非、この圏域にはこういうものが必要だと声を上げてほしい。

(三輪議長)

病院の再編、病棟の再編は、志太榛原圏域で考えていくことになる。介護、包括ケアについては、市町村で考えていく。真ん中に回復期やリハビリの病院があるが、それは後で議論する。

### 【議題3】平成27年度病床機能報告の結果

(三輪議長)

平成27年度病床機能報告の結果について、事務局から説明をお願いします。

(事務局)

資料3「平成27年度病床機能報告の集計結果」の説明を行う。

(三輪議長)

ただいまの説明に御意見・御質問がありましたらお願いします。

(藤本委員)

藤枝市立総合病院の高度急性期の報告数が多いが、理由がわかれば教えて欲しい。

(毛利委員)

厚生労働省の基準では、3000点以上を高度急性期としている。現状では基本、病棟単位の報告になっており、高度急性期・急性期の病棟で3000点以上の高度医療を行う入院患者で100%を占めるという病院はないと思う。本当に

急性期、高度急性期の患者のみかというところ、実際は混在している。

私たちのところは、看護の必要度の高いところで、最初は ICU、NICU のみの報告としていたが、それでは対応できないので、外科系の病棟は高度な医療財源を使うので、これを報告にあてるようにした。今後、病棟機能報告については様々な議論が出てくると思われる。

実際に高度急性期の人が落ち着いたからといって、転棟した場合に、診療報酬をどう計算するか考えた場合に、途中で支払いの区分を変えるかということ、厚生労働省がそうしてくれていいといっているけれども、支払い側は、やめて欲しいというのが意見で、支払い側と厚生労働省の意見が一致していない。

ただ、今年中に全部決めてしまうということではなくて、2025年までに、形が出てくる。現状は国から試案として出ている。そういう流れの中で、高度な医療財源を使う病棟を高度急性期として、それ以外を急性期として自分たちの病院は考えている。

#### (服部委員)

レセプト 3000 点以上は高度急性期、それ以外は急性期。3000 点以上がどのくらいいるかチェックしたところ、だいたい、50 人前後が高度急性期の患者で 1 病棟分ぐらいに該当していた。ただ、実際はいろんな科にいて、病棟が分散している。(病床機能報告は) 病棟単位としての報告だが、病棟としてまとめるのは、実際は無理だと思い全部急性期として報告した。この圏域では高度急性期と急性期を分けずに、一緒にして急性期扱いにして議論を進めていったらいいと思うが、いかがか。

#### (三輪議長)

必要病床数は、3000 点というので決めたのか、それとも、お年寄りが若者より高度急性期・急性期が必要になる確率が高いというデータがあつてのことなのか。根拠があつて必要病床数を決めているのか。

#### (石田課長)

必要病床数の考え方は、資料 9 ページに示している。

御注意いただきたいのはレセプトのデータを年間で分析して、どこで境界を設けるか議論があつて、3000 点、600 点、175 点のところ、線を引いて、マクロ的に推計を出している。本来は疾病ごとに分析するべきなのかもしれないが、今回は診療報酬の基準で出されている。

一方で病床機能報告については、高度急性期 3000 点以上といった定量的な基準が示されればわかりやすいが、実際、国が示しているものをみると、高度急性期は「急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、特に診療密度が高い医療を提供すること」。急性期は「急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供すること」とされていて、非常にわかりにくい表現になっている。

各機能の基準は、高度急性期と急性期の違いは「特に診療密度が高い」という部分のみ。なおかつ、病棟単位。どちらの病院でも 1 つの病棟に急性期、

慢性期など混在していると思うが、そのうちのどこかを代表させて、病棟機能の4つの区分に該当させるということになる。

浜松医科大学の小林教授がおっしゃるように、そもそも物差しが違う病床機能報告を単純に比較するのはいかなものかとの御指摘もある。病床機能報告については、これからまだまだ練られていって、少しずつ改善されていくと思うが、参考として、各病院がどう考えているのかが数値になっていると考える。

**(毛利委員)**

病床機能報告制度については、最初は、病院の思うとおりに書いて欲しいということだった。藤本委員の言われるとおり、病院がばらついている印象だったが、今後は、DPCのデータの活用により、病院に病床機能報告を求めてこないかもしれない。DPCのデータから、Aという病院を検索すると、すぐにデータ分析ができるのではないかと思う。2025年に最終形をつくるというファジーな表現だが、だんだん終息してくると思う。

**(三輪議長)**

現状をどう分析するか、信憑性があるか議論されているが、将来的にはナショナルデータベースで人口推計が決り、病床機能が自然に決まってくるかなと思われる。

**(石田課長)**

病床機能報告制度は、始まったばかりで、新専門医制度や診療報酬の改訂により、病床は動いてくると思われる。

**(三輪議長)**

むしろ、回復期や慢性期の方が困難かもしれないと思う。

高度急性期や急性期は自然に収斂してくるかもしれない。ナショナルデータベースをもって自然に収斂してくるのではないかと思う。

病院の話題が多くなっているが、病院の急性期、慢性期、回復期の話題が落ち着くと、介護の話題に移ってくると思う。

**(毛利委員)**

どこの医療圏も回復期が足りないといわれている。それについて、島田（市民病院）や焼津（市立総合病院）についても病院側が回復期をやろうと言にくい現状である。急性期が減って回復期が増えるのを、成り行きに任せていこうという考え方か。それともある程度指導性を持って、やっていこうということか。

**(石田課長)**

今回の地域医療構想自体は、なにが何でも県が進めていくというわけではない。元々の考え方は、調整会議で自主的な取り組みを促すというのが目的で、今までは行政がデータを示すことはなかった。例えば、各病院がコンサルテーション会社に依頼し、急性期の患者が地域にこのくらいいると把握していたことはあったかもしれないが、今回のように全国で同じようなやり方

をしたのは初めてだと思います。行政に打つ手がないという面もあるが、みなさんに一緒に考えてもらい、回復期が足りないなら、回復期を増やすのにどうしたらいいのか、病棟の改修が必要なら、必要な経費については基金を使ってもらおうという考え方になる。

現にそういった補助制度を設けているので、活用してもらいたい。

**(三輪議長)**

地域の方々が安心して暮らせる医療と介護を作る。回復期がなければ、医療難民、介護難民になって市町など自治体の人が苦労や大変な思いをすることのないようにすることが必要。

在宅医療は決して安いわけではなくて、質のいい在宅医療をするとお金がかかり、介護保険にも負担がかかる。今後、回復期をどんどん進めていかないと収まらないのではないかと思う。

**(石田課長)**

県として回復期が足りないのは全県的に明らかである。

今までの急性期病院に「入院して治って、退院する」というものでは、これからは濟まないと思う。急性期病院には急性期病院としての役割をしっかりと果たしてもらい、回復期ではしっかり在宅に戻るための準備をしてもらう。医療的なりハだけでなく生活におけるリハも考えてもらい、必ず在宅に戻れるようにしていくことが必要なことと理解しているつもり。

県としても回復期が必要だと思っているので、どうすれば回復期が増えるのか考えていかなければならないと思っている。

**(藤本委員)**

今まで県のこのような会議に参加していて、目標がないと感じている。県はある程度の腹づもりは、(目標とするところは)決まっていると思う。結局こういう形で話し合いをさせて、最終的には(県が)決めてくる。そういう手法は、ほかの会議にも出ていて、強く感じている。これだけのデータを持っているということは、おそらく、「これくらいがいいのではないか」という目標があるのではないか。

病床機能についても、高度急性期・急性期にしても、この辺でいいという目標がはっきりすれば、みんなでディスカッションしてもいいが、目標がないところでディスカッションしてもまとまらないのではないかと思う。ある程度方向性を示してくれた方が、いいのではないか。

**(三輪議長)**

だんだん出てくると思う。焼津(市立総合病院)や島田(市民病院)が新しい病院を作ろうとしている中で、そういうのにも情報が行っているかもしれないが、そういう問題もありますね。

**(太田委員)**

急性期病床がいくつのところには、回復期病床がいくつ必要なのか比率の問題である。

たとえば、うちの焼津市立総合病院でみると、（急性期病床からの）在宅復帰率が極めて高い。おそらく、他の急性期病院も同じだと思う。そう考えると無理して回復期病床に入れなくても、在宅の布団を回復期病床と考えて使うといった発想が有ってもいいと思う。国の命令に従って全部やる必要はない。静岡方式というものが有ってもいいのではないかと思う。是非、地域の実情にあわせたよい方法を考えていただきたい。

**（三輪議長）**

そういうものは、医師会の先生たちにとってもありがたい意見である。

病院と医師会がタッグを組んで、在宅を増やすという考え方はいいと思う。

#### **【議題4】医療提供体制の現状**

**（三輪議長）**

医療提供体制の現状について、木村委員から説明をお願いします。

**（木村委員）**

資料4「医療提供体制の現状にかかる参考データ」の説明を行う。

**（三輪議長）**

今の説明も含めて、全体に対して御提案や御意見はございますか。

**（堀尾委員）**

地域医療構想は年寄りが中心で、肝心の産科や小児科が抜けていて、重要な部分が欠落しているという感じで違和感がある。今後10年20年で年寄りの数は増えていくが、一方で生産年齢人口や子供の数が減っていくことはゆゆしき事態である。大げさな言い方をすると、地域の存亡がかかっているといっても過言ではない。このまま人口減少がどんどん進んでいったら、今は病床数だけ議論しているが、それを支える医者とか看護師とか介護をする人間が減ってしまい困ることが生じる。それに対して何をしなくてはいいか。まずは出産数の減少に対し、なんとかプラスになるように持っていかななくてはならないと思う。待っていてもなかなか実現しない。とにかく若い親がでていかないような町を作ることが必要。若い親がそこで住んでそこで産み育てるように、そういう施策をとらない限り、地域は先細りになってしまう。これは自治体そのものに関わる問題で、病床数、どうのこうのといっても、話は終わらない。結局それを支える人間がいなければどうなるのかということ、静岡県の全体の問題であり、日本全体の問題でもある。県がどうしてくれるか、国がどうしてくれるか待っていてもどうにもならない。市町の職員がいるので、ここでゲキをとばしても仕方がないが、がんばるしかないと思う。

**（三輪議長）**

地域医療構想調整会議でそういったことも論じなさいと、読んだ本に書いてありました。

**（石田課長）**

地域医療構想を策定するとき、ナショナルデータベース、レセプト1年分



を国が分析していると説明した。それは高齢者のデータだけでなく、たとえば小児だけでなく成人も、すべての年齢を含めたデータで、今回、3月策定の地域医療構想としてお示ししている。

今回、地域医療構想としてお示し、冒頭でも説明したが、次の保健医療計画策定を控えている。その中で7疾病5事業、その中には小児医療や周産期医療も柱の1つとして含まれている。この調整会議でそういったことを含めた議論をしていただいて、それを次の保健医療計画に結びつけばいいかなと思う。

少子化対策、人口減少対策は、川勝知事が非常に力を入れているところで、健康福祉部のそれぞれの担当部署に次から次へといろいろな指示が出ており、部をあげて取り組んでいる。

### (三輪議長)

ほかに御意見もあると思うが、第1回目としてこの辺で閉めさせていただきます。

川の上流と下流に厚生労働省はたとえており、上流は病院で、下流は在宅又は介護ですが、もっと下流に流しなさい、たまには下流から上流にいきますよということもある。下流である在宅医療を論じるときに、介護人材そういったことも論じていかないと間に合わないのではないかと思うので、みなさん、今後も御意見をよろしくお願いします。

これで、第1回志太榛原地域医療構想調整会議を終了します。