

平成 29 年度第 3 回富土地域医療構想調整会議 議事録

日時：平成 29 年 10 月 31 日（火）午後 7 時から午後 8 時 40 分

場所：静岡県富士総合庁舎 2 階 201 会議室

1 出席委員

議長(磯部委員)、出席委員 19 人(保健所長欠席) (詳細は別添出席者名簿のとおり)

(オブザーバー参加) 浜松医科大学 小林特任教授、県病院協会 毛利会長
県医療健康局 奈良技監、医療政策課 鈴木課長

2 配布資料

資料 1、1-2、2、3、参考資料

3 議 事

(1) 第 8 次静岡県保健医療計画富士圏域版 (素案)

(2) 地域医療構想の推進

ア 在宅医療等への対応

イ 「公的医療機関等 2025 プラン」の報告

ウ 平成 29 年度地域医療介護総合確保基金(医療分) 充当主要事業

(3) その他 意見交換

磯部議長：それでは、議長を務めさせていただく。円滑な議事・進行について、皆様方の御協力をお願いしたい。

本日の会議では保健医療計画の富士圏域計画素案に関する件と、新たな資料データを基にした地域医療構想の推進について、委員の皆様から忌憚のない御意見をいただきたい。最初に議事 1 「第 8 次静岡県保健医療計画富士圏域計画 (素案) について」事務局から説明をお願いする。

資料 1、資料 1-2：梶田医療健康課長 説明

酒井所長：資料の訂正と補足説明

- ・ 資料の訂正：資料 1-2 の 2 ページの数値目標の設定のうち、習慣的喫煙者の割合の目標値について、国の計画、それを受けた県計画に合わせて、男女計 12% に訂正をお願いする。目標値の考え方についても、「目標値を 12% にする」が正しい表現となる。
- ・ 補足説明：参考資料にあるが、前回会議では、現状の対応や今後の取組などを、疾病事業ごとに表形式で提示させていただいた。これについて、会議もしくは会議終了にいただいた意見を、資料 1-2 に記載している。これらを踏まえ作成したものが、今日お示ししている資料 1 の計画素案となっている。先週末に資料を送付したばかりのため、委員の皆様もお目通しできなかつた点もあろうかと思うが、御意見等お願いしたい。

磯部議長：ただいま、事務局から資料の説明があったが、委員の皆様から御意見・御質問等を

お伺いしたい。事務局から説明があったとおり、会議終了後でも意見がある場合は、書面にて事務局に意見をお寄せいただくこともできるが、この場で御意見あるか。

青柳委員：喘息を圏域では削除という説明だったが、全庁的な方針として他の圏域でも喘息は削除としたのか。

酒井所長：おっしゃるとおりである。もともと国で示している疾病事業は、従前が4疾病5事業であり、それに精神疾患が加わり5疾病5事業プラス在宅となっている。静岡県においては、肝炎について特に体系的に施策が進められ、体制整備が進められたこと、喘息も同様に対策が進められてきたことから、2疾病を加えて7疾病5事業ということで進めてきた。喘息に関しては一般的な対策で対応できるという考え方で、全県一区ということに変更した。圏域版から落として、アレルギー疾患の中で全て記載するということである。

長野委員：6疾病5事業になるということか。

奈良技監：アレルギー対策基本法ができアレルギー対策もつくりなさいということになったが、圏域でアレルギーまでつくるのは大変ではないかという意見もあり、喘息が全てアレルギーではないが、そこに含めて全県一区で記載することになったものである。肝炎を入れて6疾病5事業になる。

磯部議長：数値目標だが、特定健診の受診率は目標値は70%となっているが、現状の35.4%から考えるととても達成できるものではないと感じる。ただ掲げているだけのよう。

酒井所長：御指摘いただいた目標値の考え方だが、この計画については30年度から35年度までの6年間の計画になっており、この間の目標値ということである。国、県の計画においても70%の目標値を設定している中で、当圏域のみがこの目標値を下げるという理由は見当たらない。そのようなことから、手が届くか届かないかということかなり厳しいところであると思われるが、目標値として掲げてある。今回の医療計画に関しては、6年間ある中で医療と介護の連携ということで介護事業計画が来年度から3年間の計画になっており、医療計画についても3年目の中間評価見直しを行うこととなっている。そこで必要があれば目標値についても具体的な動向をみて議論していただきながら調整していきたいと考えているので、今回については70%の数値に設定させていただきたい。そのほか、がんについては暫定値となっている。習慣的喫煙者の割合については、この地域では現状では下がっていない。標準化した習慣的喫煙率についても、他の圏域よりも有意に高いという実態である。これまでも委員の方からがん対策に向けて予防という観点から、また心筋梗塞等も含めて喫煙対策は重要ではないかと市のほうに強く要請されていたと記憶している。そういった点で、喫煙対策については、この計画の中でも充実をさせるように記載した。

国のほうでは、この12%の目標値について、アンケートを取る中でタバコを止めたいと言っている人たちが止めたとしたら喫煙率が12%になるという説明がされており、この圏域でもそこを目標として置いている。

磯部議長：がん検診の受診率の中で胃がんが低いのが、これは、バリウムのみであり、透視ができる医療機関が少ないからだと思う。31年度からは内視鏡による胃がん検診がスタートするので、受診率も上がってきて、目標値の40%は他のがんも含めて達成できる可能性のある数値という気がする。他にご意見はあるか。

<特に質問・意見等なし>

磯部議長：ただ今、委員からいただいた御意見等及び、会議終了後に提出された書面意見については、本日提示のあった素案に反映させ、県庁の医療政策課に提出するとのことですが、修正文の確認については、スケジュールの都合もあるようなので、私に御一任いただきたく存じますがよろしいか。

(委員から異議なしの声)

磯部議長：それでは、議事1「第8次静岡県保健医療計画 富士圏域計画(素案)について」は終了する。

続いて、議事2「地域医療構想の推進」に移る。最初に事務局から、(1)「在宅医療等への対応」について、説明をお願いします。

資料2：阿部福祉課長 説明

磯部議長：ただいま、事務局から資料の説明があったが、これについて御意見、御質問等はあるか。

小田委員：資料2の1ページ、(2)の高齢化に伴う需要分のうち、2025年の在宅医療等サービス供給量Bの欄の数字だが、各市からの数字で算定されたという説明であったが、Aの必要量をもとに要支援1、2それから介護度1の方々を通院の利用に行ってもらうことで減ってくる分を在宅医療から外してこのサービス供給量にしたと伺っている。供給量というよりも目指す目標的な数値を供給量としているという印象をもっているが、そのような受け止め方でよいのか。

事務局：委員がおっしゃるとおりで、4ページのグラフを見ていただくとわかりやすいと思うが、一番右のグラフの高齢化に伴う需要分のところで、訪問診療が必要な部分と老健施設など既存の施設で病床数が確保できる部分が1,284、特養などの施設を今後増設する予定があるという部分が50、先ほどおっしゃられた通院できる方については外

来対応になりますよという部分が340、これが富士市、富士宮市を足した数字であり、通院できる方は外来対応としている。訪問診療がこうなるのではないかと推計なので目指す姿でよろしいかと思う。市で健康事業などをやっていくことによって要介護になる方が要支援にとどまるとか、今後の取組次第で変わると思うので現状における推計で目指す数字と考えていただければ良いと考える。

磯部議長：ほかにご意見があるか。

訪問診療の供給量と書いてあるのがややこしいが、供給量というと医療機関が診られる数のような感じを受ける。Aの必要量でこれだけの訪問診療が必要なんだけど逆にこれだけしか訪問診療をできないよ、だから195足りないよというような印象を受けるが、実際はそういうものではない。実際、訪問診療をやっている方は、それだけしか需要がないから、それだけしかやっていないわけである。先ほど1医療機関で往診1件、2件しかやっていないという説明があったが、当然訪問診療が必要になってくれば限度はあるが、供給量は増えてくると思う。ただ、現実的に考えると、今はやっているけど10年後にはまだやれるのかという医療機関も出てくると思う。そういう細かいところは精査していないが、いわゆるキャパシティは十分であると医師会では思っている。足りなくなるからどうするのとみえるが、そのようなことはないと思う。

三浦委員：悲観的な論議であるが、富士宮市の在宅医療を実施している診療所というのは、インターネットで調べた数字ではないのかなと、比較的正確な数字ではないのかなという考え方を持っている。訪問診療とか取らないで、訪問看護ステーションをうまく利用して訪問看護ステーションで看取りをやっていただきながら、こっちが往診をするというような方法をとっていて、実際にはそんなに不足するような事態ではないかなという感じをもっている。訪問看護ステーションもひとつひとつの機関として強化してもらって、もう少し人数の多いところでしっかりとした訪問看護ステーションができれば訪問診療のほうも充実するのではないかなという考えを持っている。

酒井所長：資料2の3ページについて再度みていただきたいが、地域医療構想で2025年の必要量ということで示されている。こんな形で現在療養病床に入院されている方の中でも体制を整えば在宅で療養が可能ではないか、一般病床に入院されている方も同様に在宅で療養が可能ではないかという形で推計がされてきており、その方達はどうやって対応するのが点線の中の絵になっている。介護医療院に関しては、先日行われた県の地域包括ケア推進ネットワーク会議のなかでも、まだまだどのような基準になるのか確定していない中、年末には何らかのかたちで説明ができる状態になるのであろうという情報があった。現在、当圏域内でも介護療養病床であるとか25対1を取っている一般病院があるが、そういった医療機関がなかなか介護医療院の方への転換見込みを示すことができないという現状がある。そのような中で、ここにあるように、ひとつの施設の中で看取りまで完了が出来るような体制、あるいは老人保健施設で今までの中間施設的な役割に加えて在宅支援までやっていただくような体制、さらに加え

て一般の診療所、病院でやっていただいている訪問診療もしくは往診も含めたものに介護サービスをセットする、単体で行うことでそれぞれの患者さんに対応していこうというものである。この点は御理解していただいていると思う。先ほど議長がおっしゃられた数のことだが、14日に開催を予定している当地域における地域包括ケア推進ネットワーク会議では、現在、富士市、富士宮市の方で来年度からの介護保険事業計画の策定をしており、そこでの見込み量がこの場で示されている。資料1ページの(3)にあるが、一昨年度策定した地域医療構想では訪問診療1,612人を見込でいたところ、市の計画の現在の見込みだと1,754人を見込まれるということであり、地域医療構想の見込みと比較して142人の訪問診療等の対応が必要、不足しているということである。まだ両医師会と市が調整できていないので、14日までの間に御説明をして調整を取らせてもらうが、これが現実可能かどうかその点も含めて御意見いただきながら調整してまいりたい。また三浦先生からお話のあった点について、資料2の5ページの在宅医療の診療機関数についてはレセプトデータからの実際の数字である。実際に訪問診療を行っていただいているということで数が載せられている。ただ先生がおっしゃられたように医療機関によっては、かかりつけとして外来にいらっしやっている患者さんについては往診という形で対応しているよ、また訪問看護ステーションを活用して最後の看取りはやっているよとか、実際の数字よりも多く対応していただいているということもある。訪問看護ステーションについては、富士宮市においては3箇所、富士市は18箇所であり、市ということで見比べると数的には若干の隔たりはある。先般の県のネットワーク会議で訪問看護ステーション協議会の副会長も小規模がほとんどであり、これを大規模化するのが当面業界の目標であるということをおっしゃられていた。地域地域で小規模のものがたくさんあったほうが良いのか、大規模的に集約されて、ある一部ではサテライトをもって運営していくのが良いのか、それは医師会の先生方と御相談、討議しながら現実的な路線を探っていくことではないか。また、たとえば病院さんの方で訪問看護ステーションを併設するようなかたちでやっていただくといいようなことも今後、御議論、御検討いただければと思う。

磯部議長：ほかに何か御意見あるか。

大村委員：資料5ページの訪問診療の表の中で歯科の数字はどのように考えたらよいか。

奈良技監：ここはあくまでも訪問医療だけの話になるので、申し訳ないが、歯科診療のほうは別の考えでお願いしたい。

大村委員：訪問歯科については考えないということか。

鈴木医療政策課長：訪問歯科を考えないということではなくて、当然在宅医療を進めていく中で訪問歯科をやっていただく部分もあろうかと思う。この訪問医療にプラスして訪問歯

科があるという考え方で訪問歯科が関係ないということではない。

大村委員：わかりました。

事務局：地域包括ケア推進ネットワーク会議がございまして、こちらで多職種の連携について議題にしており、歯科医師会さんにも参画していただいているので、そういう場でも協議していけたらと思っているので御理解いただきたい。

酒井所長：今後、両市とも介護保険計画の策定をしていく。それには介護保険料が関わってくる。どういったサービスを提供していくのか、施設系のサービスでいくのか、あるいは訪問系のサービスでいくのか、そういったところにかかる費用が変わってくる。それが、介護保険料にも反映されていく。市としては今ある資源を見据えた上で、あるいは医師会の先生方の御協力とか、歯科医師会の先生方の御協力をいただく中でどういった体制で現在入院中の在宅を希望される方々を受け入れていくのか、その姿を推計しているのがこの数字である。そういった点でこれがいいのか悪いのか、できるのかできないのか、そういったこともここで御意見を頂戴する中、必要ならば改めて調整をしていくことによって介護保険計画ができあがっていく。もし、市の方から補足的に説明やお願いなどあれば発言いただきたいがどうか。

小田部長：5ページの表の実績と供給量の差の欄で、富士宮市はマイナス471人となっている。これは、地域医療構想から由来して出てくると思われる2025年必要量577人から、現状診ている106人を引き算したようですけれども、月量の471人が足りなくなるといことなのか。月量の471人はどうとらえたらよいのか。いずれにしろ、今の実績の数字からみるとかなりの数字になる。富士市の103人と比べると割合においても相当なものであり、単純にどこで引き受けるかと言うには大きな数字だと思う。これをどのように解消していくかは大きな問題で、市の方でどうやっていくかは簡単に言える数字の差ではないと感じている。471人について、どういう数字がお聞きしたい。

事務局：高齢者数の増加分と追加的な需要分で必要になる人数が、富士宮市ですと2025年には、月に577人の方のところに訪問診療に出向く必要がでてくるだろうということ。2016年のレセプトの実績でみると実際富士宮市の方は106の方が訪問診療を受けていますよということ。577人は富士宮市が推計した数字ですので、実際これだけ必要になるということであれば、かなり訪問診療を増やしていかないと追いつかないということもある。

三浦委員：10年後にどうなっているか分からない。努力目標という表現で良いではないか。

磯部議長：28年度の訪問診療の実績というのは、需要がそれしかないから行ってないだけであって、できないということではない。あんまり意味の無い数字のような気がする。

酒井所長：2025年、平成37年に向けて今後3年間どのような体制で整備していくか事業計画を作っている最中である。いろいろ考え方はあるが、2025年はあくまで目安、目標値だというのはおっしゃるとおりだと思う。そこに向けて、直線的に右肩上がり延ばしていくのか、一気にスタートダッシュを図って維持をしていくのか、それとも準備段階を経ながら後は体制がゴーできるような十分な多職種連携等を含めてできあがったところで一気に進めるのか、それは今後地域の中で動きが出てくると思われる。この数字が目安、目標であることは間違いない。この数字が多すぎるのかどうかで言えば、市の方から出されている数字ですので、こういった形ではなくて違うサービス体系を整備すべきとか、この場でも結構ですし、医師会で実際に在宅をやっていたら先生方、訪問を考えている先生方含めてご意見いただきたいと思う。

毛利会長：病院協会長の毛利と申しますが、今聞いていて、数遊びをしているようにしか感じられない。私も第1回地域包括ケア推進ネットワーク会議の委員で、先週会議があった。ここでの議論は、やはり多職種の中で在宅を誰が担うのかがひとつ大きな問題で、介護医療院についてはどういう対応をするのかという意見が出たが、その内容は全然詰められてない感じである。訪問看護については小規模でやっている場合には在宅に入っている人の患者選びが始まってしまって、重症の人は看ないかたちになるので、そういう人達はどこに行けばいいのかということになる。そういう中で訪問看護ステーションの副会長さんが言うように、この地域でもある程度拠点化ができるかどうかという議論を進めていっていただかないといけないと思う。介護士の問題として、介護士が非常に少ないという中でこれをどう確保するのか、議論を詰めていかないといけない。もし、在宅を開業医の先生方がやっていただけなのであれば、基幹病院、あるいは病院の方としてはレスパイトの機能を持った病床をある程度考えていかないと、在宅の人が最後に急に状態が悪くなって病院に診てくれとなった時に診てもらえないと、亡くなってしまって非常に苦しい立場になる。その辺を病院の方もどう考えるのか、こういったことを議論しておかないと、このまま数だけが、足りている、足りていないと言っていると2025年になったときに大変なことになるような気がする。

磯部議長：2ページの地域医療構想を踏まえた2025年における介護施設・在宅医療等の必要量のイメージ図だが、これでいくと、じわじわと在宅医療や訪問診療が増えてくるような感じであるが、どこかでドカンとくるのではないか。例えば、今、療養病床に入院している人が、ここから療養病床はダメだよとなり、そこでドカンと外へ放り出され、急激に在宅の需要が増える。このイメージ図だと、なだらかに増えてくるから対応できそうな気がするが、33年度からもう療養病床認めないよとなったとき、追い出されるわけである。追い出される人を在宅に返す、それを診ないといけなくなる。急激に増えてくると、たぶん医師会としては対応しかねることになると思う。介護医療院とか介護老人保健施設に、今の療養病床や25対1が移行していくのだろうが、みんな慢性期病床に残るよということを書いており、実際に看護師がそれだけそろうのか

と言ったら、止めざるを得ない。みんなが放り出されたときに、どうなるのといったとき、我々としては保障しかねる。なだらかでなくて急激に増えることが怖い。今、実際、在宅医療をやっている人が少ないというのは、需要が伸びてないからやっていないだけで、需要が伸びてくれば、もっとやってくれる人が増えると思う。その辺のことを県はどう考えられているか。

酒井所長：今の議長の質問に対しての答えはできかねる。というのも、地域医療構想の策定した際にもおそらくその辺の議論はなかつたろうと思う。あくまで2025年という確実に来る超高齢化社会の中で、団塊の世代が後期高齢者になる2025年の数値をみてそこに向かってどうしていくかという一直線にしかみていなかったの、現実的な対応というところでは制度がこれからどう変わっていくか分からない中で議論されていなかったというのが現実だと思う。そういう激変に関してどう対応していくかと言うことに関しては、激変の情報があれば、この場や地域医療協議会、地域包括ケア推進ネットワーク会議の中で皆さんの御意見をいただき圏域の中の体制整備に務めて参りたいと思う。

磯部議長：ほかに何か御質問あるか。

大塚委員：介護保険からの立場からすると、今この中に老人保健施設の記載があるが、入所者の状況を考えると、特養や、実際には一部有料老人ホーム、場合によってはサ高住という施設に入っている人が相当たくさんいて、老健と特養は介護では施設の扱いになっているが、有料老人ホームやサ高住、サ高住はそもそもアパートであるが、そこにいる方が、実は要介護4や5の人が結構いるという現状はある。その人達は医療を必要としている人が大半だが、外来という形で行けている状態ではないし、訪問診療、訪問介護を実際にはどこまでやっているのか、現状ではよく分かっていない。サ高住の実態はよく分からず、有料老人ホームも病気を有している高齢者がたくさんいるが、そこにどういう医療がはいっているかわからないというのが私の現状である。そういった中、ここで受け皿がどうかという議論しても、今病院の中にいる人しか考えてなくて、それ以外が全て無いので、片手落ちというか、現状の世界を議論しているのかなと疑問に思っただけ聞いていたが、整理されないので質問という形でコメントした。

酒井所長：現状の把握ということに関して、市の方から少しコメントをいただけるか。

青柳部長：サ高住に介護度が重くて医療が必要な方も実際にはいらっしゃる。富士市で在宅医療と介護の連携体制の会議をもっているが、そこで訪問看護ステーションの方から出た意見だが、そういったところに訪問看護が入りたいんだと。ただし、サ高住などの場合には、系列のヘルパーを入れて対応しているのでなかなか実態は見えてこない。数字だけを追っていった場合、質のところはどうなんだというところがでてきて、そこは非常に難しいという話になっている。実際にサ高住なり有料老人ホームに、どの

程度訪問診療が必要な方がいて、どの程度きちんと受けているのか、そこのところはなかなか把握できていないと思う。それから、さきほど市の方向性としてどうかという話があったが、計画を立てるために去年基礎調査を実施して、そこで介護保険料の動向について市民の方がどう思っているかを聞いている。そうすると、やはりサービスは現状程度で介護保険料は上げたくないという御意見が大半である。そこから考えると、やはり施設を造っていくとお金もかかるので、どうしても、在宅中心にという考えにはなっていくのかなと考えている。

酒井所長：それぞれ市の考え方として、医療需要が低い方達をどうケアしていくのかということで、特別養護老人ホームのような施設の整備をしていくのか、在宅ということで、例えば地域密着型の小規模の特養の整備を進めていく、さらには小規模多機能みたいな機能を持ったものを整備していくことで、介護保険料の方も抑えつつ、選択肢を作っていく。介護サービスについても、その人に対してケアマネがすべてはめ込んでいくというものではなくて、選択をしていただくことになるので、ある推計を置きながら、そこにいろんな選択肢を用意して、そちらの方にシフトしていくというのが今の流れなのかなと感じている。

毛利会長：あまり箱物の議論をしてもしょうがないと思う。実際には、例えばこれだけの需要があった場合にどれだけの訪問看護師が必要なのかとか、介護士が必要なのかという必要量をしっかり出して、それが本当に足りているのかという議論をしておかないと、箱だけできたけど雇おうと思ったら誰もいないとなってしまうと困るので、その辺はこういう調整会議で、その地域にあわせたテラー・メイドを作りなさいと言うことでつくられたと理解している。

磯部議長：いろいろと御意見も出ているが、市と県と医師会で調整して、それに必要な現状把握をしていただきたいと思います。
在宅についてはこの辺で終わりにして、次の(2)「公的医療機関等2025プラン」の報告について事務局から説明をお願いします。

資料3： 稗田医療健康課長 説明

磯部議長：いま、事務局から資料の説明があったが、8月2日の地域医療構想調整会議の時に各病院から御説明いただいたものをまとめたものである。ここで各病院から補足説明があればお願いしたい。柏木先生いかがか。

柏木委員：ありません。

磯部議長：米村先生は。

米村委員：当院は平成 26 年から地域包括ケア病棟を設置して、稼働率が 50%弱ということで、急性期と地域包括の回復期というかたちの二面性で運営している。平成 30 年度から地域包括ケア病棟を新しく 30 床増床したい。その分、現在使っている地域包括ケア病棟を整形外科の入院病床に変更するということを考えている。医師確保については、8月の時点ではかなり曖昧な点があったが、現在のところ整形外科の方は4名、小児科の方も4名確保できて、おそらく平成 25 年度の状態に戻る状況。長期的には平成 35 年までには新病棟をつくって、その時にはどういう診療科を増やすかとかそういうことを考えていきたいと思う。ただし来年度からは新専門医研修が始まって医師派遣や医師確保には不確定要素があり、なかなか2年後、3年後がどうなるかはぼやっとしているが、徐々に急性期の機能は来年度は回復するのではないかと予測している。

磯部議長：西ヶ谷先生は。

西ヶ谷委員：ここに記載のない部分について再度の説明になるが、当院では健康診断センター、訪問看護ステーションを併設して付帯事業としてやっている。それらも含めて、付帯事業も十分活用して地域医療構想の実現に寄与していきたいと考えている。

磯部議長：3病院の院長先生方については、これからも調整会議のなかで、いろいろと意見交換していきたいと思うのでよろしくお願ひしたい。

磯部議長：では、次に（3）「地域医療介護総合確保基金(医療分)充当主要事業」について事務局から説明をお願いします。

参考資料 平成 29 年度地域医療介護総合確保基金（医療分）充当主要事業事：梗田
医療健康課長 説明

磯部議長：この件について何か御質問等あるか。

<特に質問・意見等なし>

磯部議長：30年度事業についてはもう締め切られているが、31年度、32年度と続くので、当圏域の医療・介護の体制充実のためにも、今後、積極的な御意見を頂ければと思う。事務局に提案していただければ、必要に応じて当会議でも議論していきたいと思う。

磯部議長：それでは、全体を通して、あるいは本日の議事とは別に、御質問や御意見等あればお願ひしたい。

渡邊委員：青柳部長から去年行われた基礎調査の話があったが、富士市では病院又は施設で亡くなりたいたいという方の割合が、他の圏域により特筆するぐらい多かったのが、まだまだ

富士市ではそういう面での教育を、介護する側の人とか、短期間でも啓発して教育していくような余力があるのではないかと、そういう解決方法も一つあるのかなと思っただ。

磯部議長：ほかにはよろしいか。

それでは本日お越しいただいている、浜松医科大学の小林先生、病院協会の毛利先生からも何か御意見あればお願いしたい。

小林委員：全般的な話をすると、数字のところに捕らわれないほうがよいと思う。かなりいい加減なロジックでこれが動いているので、いい加減なロジックで動いているものを、いい加減に解決しようとするところが、非常に問題なんだろうと思う。順番にコメントをするが、先ほど意見のあった介護のことを考えていないというのはそのとおりである。もともと入院受療率という入院する比率から計算しているので、なおかつそれが少なくならないように思案したんです。どんどん落ちて介護の方へ行くことはわかっているのに、入院を少なくしたくないので、2013年で止めてしまった。だから、基本的に介護の需要の方がどんどんこれから大きくなる。だから、市町は何をやらないといけないのかというと、要介護度を下げるしかない。介護度5とか4とか3の人達を1か2にして、もっと手前のところで認知症対応とかそちらの仕事を死にものぐるいでやらないと、おそらくとんでもないことが起こると思う。箱の話もしたが、私は箱を作るのは反対で、箱を作らずに町でそういう人達がうまく生きていけるようなかたちにする事が大前提である。資料2の2ページであるが、37年度に外来で受けるのは一般病床C3未満の152人だけで、これは国が決めたルールである。ところが富士圏域では市へもっていったら612人を外来で診られるだろうというアバウトな事をしている。ここですでにガイドライン違反といえばそうだが仕方がないことである。要するに残ったものを外来に入れているので、どんどん増えていった結果がこうなっている。これがいいとか悪いとかではなく、2,510人が3,723人になるので1.4倍～1.5倍の在宅医療等が増えるという大きなとらえ方と、もうひとつは医療区分1の70%という根拠も全然無いので、実際はもう少し甘くて5割ぐらいだろうと言われるのでこんなに増えていかないだろうと。磯部先生が言われていた急激な変化が本当にあるのかについては、私は無いと思っている。いきなり70%を外に追い出すことはあり得ないので、実際はおそらく状況を見ながらだんだら動くだろうと思う。最終的には出したところの箱を介護医療院という形に変えていくしかないので、そういう人は外に出なくて済む。あと、ここに入っていないサ高住などがかなりバッファーとなり、そこは市場原理で動いているのでどんどん吸収する。先ほど、サ高住で医療の見込みができないと話があったが、訪問診療の中にサ高住の出張訪問診療が入っているので、そこで見れるようになっている。いずれにしろ、市町がやることは、なるべく介護の方達にお金がかからないようにするというのが、まさに市町事業だと思う。

介護医療院のところから出てくるが、財務省などの数字をみていると、介護療

養病床 100 床当たり 3600 万/月ぐらい稼ぐ。強化型の介護医療院が 3800 万/月、老健型の介護医療院が 3200 万/月とか、特定施設型が 500 万/月とかいくつか情報が出てきている。おそらく、介護医療院の方に流れやすくして、今の介護療養病床と 25 対 1 は介護医療院で箱を変えていくというかたちで、あまり外へ出なくて済む、追い出されなくて済むように動かさるだろうと思っている。この地域は一般病床が足りない。必要数が多いので、現場的には在院日数を短くして稼働率を上げてどれだけ病院の中で回せるかという話で、逆にがらがらになる地域では病院は在宅医療をやればいいが、おそらく、この地域はそんな暇はないと思うので、急性期を中心に回していくことでいいのではないかと思う。

毛利会長：安倍さんが勝ったので消費税が 10%に上がることは確定している。それに労基の問題で医者は労働者と定義されてしまったので、その時間外がどうなるのかすべての病院が不安に思っていること。診療報酬がマイナスになって、出る方の人件費がかさんで、消費税が 2%に更に上がってとなると、ギリギリか、少し黒字で頑張っている病院は赤字に転落していくことになると思う。そういう中でどのように診療報酬をあげながらやっていくのか。そのような状況をふまえながら病院も考えていかなければいけないし、もし病院がまかり間違っただけでクラッシュしてしまうと地域の医療が完全に崩壊してしまうので、この地域でも病院と医師会がしっかりと連携して頑張ってもらいたいと思う。

磯部議長：貴重な御意見・御提言等いただき大変感謝する。また、議事進行への御協力をいただき、スムーズに会議が行えた。それでは、議事を終了してマイクを事務局にお返しする。

酒井所長：私たち事務局で考えなければいけない点、両市で考えなければいけない点をご指摘いただいた。医療計画についてはこれで確定ではなく、今後御意見をいただく中で、パブリックコメントを経て最終案をつくっていく。当然、パブリックコメントの中でも、委員の先生方から御意見をいただくことができるので、十分な意見反映がいただけるようお願いしたい。医療も介護も、ある方向性や仮定をもとに体制整備を進めていかざるをえないが、そこが現場と乖離しては計画にもならないので、今後も、こういった場を通じて、現場での率直な御意見をいただきたくよろしくようお願いしたい。最後に、事務局から事務連絡をさせていただく。

(事務局からの説明)

- 1 「第 8 次静岡県保健医療計画 富士圏域計画（素案）」について、別紙により、本日終了後又は 11 月 6 日までに提出していただくよう依頼
- 2 今後の会議スケジュールについての説明
- 3 在宅医療等への対応について、11 月 14 日(火)に開催を予定している「富士圏域地域包括ケア推進ネットワーク会議」においても審議し、保健医療計画と介護保険事業計画における在宅医療

等の整合性を図っていくこととしている旨説明

議事終了