

第3回香川県地域医療構想策定検討会議事録

1 日時 平成28年2月16日(火) 15:00~16:25

2 場所 香川県社会福祉総合センター 7階特別会議室

3 出席者

【委員】

長尾会長、太田委員、久米川委員、塩田委員、白川委員、鈴木委員、田中委員、中川委員、中村委員、原田委員、平尾委員、廣瀬委員、松本委員、横見瀬委員

【事務局】

野本健康福祉部長、東原健康福祉部次長、星川健康福祉部参事、土草医務国保課長、中井長寿社会対策課長、合田医務国保課副課長、石井課長補佐、穴澤課長補佐、山主任、中村主任主事

4 議題

(1) 地域医療構想調整会議の開催状況について

(会長)

調整会議でいろいろ意見が出たようだが、県はこれに対してどう回答をしたのか。

(事務局)

例えば、資料1の3ページにあるように、東部構想区域(仮称)の調整会議で、構想策定後の進め方について、2025年に急に病床を減らすというわけにもいかないが、今後どのように進めていけばよいのかという御意見をいただいた。これに対して、議長の方から、現段階では病床機能報告の結果を見た上で、今後毎年どういう風に進めていくかを相談していくというお話をしていた。

そのほかにも、それぞれの項目ごとに、委員同士でその場で話し合った内容がそのまま回答になっているものもある。例えば3ページの下の方だが、仮に現在、高度急性期だと報告している医療機関が考え直して、病床の一部を急性期と報告した場合、どのように吸収していくのかという御意見に対して、その都度どこかで減らすということではなく、地域全体でどのような姿になっているか、2025年まで見ていけばよいのではないかと、しだいに収束していくと思われるので、そこまで心配しなくてよいのではないかと、というように意見交換がなされた。

(会長)

そのほかにも、県として、これは難しいなという意見はあったか。

(事務局)

病床機能報告と必要病床数の考え方について、定義が違うという点について、いずれの区域の調整会議でも議論があった。2025年に向けて、今後、毎年議論を進めていく中で、深めていけばよいのではないかと御意見があった。また、国の方でも病床機能報告制度について検討がなされているので、そのあたりを注視しながら、毎年調整会議で集まっていただいて、検討していけばよいのではないかと議論があった。

(委員)

高度急性期、急性期、回復期については、収束すべきところに収束していくような気がしている。しかし、国もまだ方針をはっきりとは出していないが、慢性期病床をどうするかが大きな課題である。調整会議のメンバーに、慢性期病床をもっている病院の院長が入っていない。そういうところの声が反映できなくてよいのかというところが気になった。

(事務局)

市町の方に調整会議に参加していただいている。医療機関ということで言えば、各都市の医師会長にも加わっていただいている。御意見を伺いながら進めていければと思う。

(委員)

療養病床を持つ医療機関は大小様々であり、療養病床を代表するような組織は香川県にはない。各地区の医師会長に参加していただいているので、そこで療養病床の立場の意見を集約していただければと思う。有床診療所にも療養病床を持っているところはある。大きな施設だけが入っていれば良いということでもないと思う。療養病床に関しては、地区の医師会で意見をまとめた形で持ち寄ってもらうのでよいのではないかと。

(委員)

医療関係者は、地域医療構想について興味もあるだろうし、ある程度、理解をされていると思うが、調整会議の委員のうち、医療関係者ではない方々が、この地域医療構想をどの程度理解をしてくださっているのか。療養病床の議論に当たっては、医療機関以外の方々の理解も大事だと思うが、その点はいかがか。

(事務局)

本日の検討会では骨子案をお示ししているが、検討会の御意見を踏まえて、県議会への報告や、パブリックコメントで県民の皆さんにもお示しして、御意見をいただく予定にしている。今年の秋ごろに地域医療構想をまとめた後は、改めて県民の皆さんへの広報、周知をするとともに、次の調整会議等でいろいろと御意見をいただければと考えている。

(委員)

医療機関自体が、地域医療構想がどういうものか実は十分にはわかっていない。例えば、慢性期病床とはどのようなものか。国が示すのは、在宅や老健まで含めた病床を考えているようだし、介護病床でも、医療病床だけで、介護療養病床は入れていないというような話も出ているし、国の方も少しずつ明らかにしていくようなところがあるし、我々も把握しきれていないところがある。

(会長)

その中で10年先の病床数を議論していくというのは、なかなか難しい。

構想の病床数は、医療経済から入っている。診療報酬の点数から入って、そして病床数。一方、各医療機関からの自主的な申し出による病床数の報告があって、それらと比較するわけですね。そのように、いろいろと不確かな要素があるが、集約された定義、あるいは国の方針、それに対して、1年ごとにリモデルしていくのか。それとも、1度決めれば変えないのか。

(事務局)

目標値については、毎年変えるものではない。

(委員)

地域医療構想は、医療計画の数値として示すわけですね。そうすると、今の話だと、慢性期病床は中途半端な数値が出るのか。

(事務局)

地域医療構想の病床機能区分ごとの数値については、会長から話があったようにレセプト点数から算出されるものである。各地域で慢性期病床の入院患者の入院受療率のパターンをA、B、特例から選べば、具体的な数字が決まる。これが需要から割り戻した必要病床数であり、これくらいの病床数が必要であるという目標値となる。

それに対して、実際どの程度の病床あるのかということについては、病床機能報告で把握することとしている。この病床機能報告の基準が定性的なものになっており、報告内容にかなりばらつきがある。ばらつきがあるままだと、目標に対して今どれだけの病床があるのかということが正確にはわからない。こちらについて、病床機能報告制度を精緻化していくなかで、果たして目標値に対して機能ごとに足元でいくら病床があるのかが見えるようになるか、病床機能報告制度が今後の改善を迫られている。我々としてはこのように理解しているところである。

(課長)

必要病床数と病床機能報告における医療機能の考え方については、後ほど資料3で改めて説明する。

(2) 地域医療構想骨子案について

(会長)

ただいま事務局から地域医療構想の骨子案について、データを含めて報告があった。これについて、御意見があればいただきたい。

(委員)

地域医療構想を実現するための施策の②で、「不足する医療機能を提供する病床への転換の促進」とあるが、回復期病床の定義があいまいで、回復期という名称から、なんとなく回復期リハ病棟なのかなと思いがちだが、回復期リハ病棟は、地域によっては、例えば西讃地域では、ある意味過剰という考え方もできる。

回復期の定義がはっきりしない中で、転換の促進ということをあまりはっきり記載してしまうと、かえっていびつな形になる可能性がある。

(事務局)

必要病床数と病床機能報告の定義について説明を行った。確かに相互でずれている状態である。必要病床数は、それに向かって10年間をかけて調整していくものである。医療計画を30年度から見直しをする予定だが、その段階でも、現時点では、2025年の必要病床数を見直しをする予定とはなっていない。いったん決めた目標値については変えることなく、今後10年かけて調整をしていこうということである。

一方で、病床機能報告の在り方については、国の検討会でも議論がされている。例えば高度急性期医療については、救命救急入院料や、特定集中治療室管理料など、診療報酬の区分で定義づけができないのかという検討がされていると聞いている。ただ、その中でも、地域包括ケア病棟入院料については、急性期を担っている場合もあれば、回復期を担っている場合もあり、中には、慢性期を担っている場合もあるということで、今後引き続き検討するという事になっていると聞いている。回復期、慢性期等の定義が、病床機能報告としての実情が明らかとなる方向で、国でも検討されているところであるので、県としてもその状況を注視しながら、今後検討を深めていきたい。現時点ではそういう状況である。

(会長)

定義が今ひとつはっきりしておらず、医療機関の認識も今ひとつ統一されていないと思う。それに、病棟単位で報告することとなっているので、全体の報告結果をみると偏りが出てくる。そのように問題点がいろいろある。そこは県も承知だと思うのでデータを集めてください。現場は混乱していると思う。

(委員)

繰り返しになるが、定義がはっきりしない。

県はわかっていることかもしれないが、いろいろな懸念があるということは1つ1つ会議の場で申し上げておいた方がよいと考えている。

回復期病床として、回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟が代表例のように言われているが、地域包括ケア病棟というのは、どちらかという診療報酬上7対1が多すぎるので、7対1を減らす、その受け皿として出てきたという実態が強いと思う。

回復期の病床を増やすために県全体としてどうするかというと、高度急性期を標榜している病院が、高度急性期の一部を例えば地域包括ケア病棟に転換して回復期を担うというようにシフトしてくる可能性がある。そうすると、大きな病院で高度急性期をやり、急性期をやり、回復期をやって、地域に帰すという流れができる。それは、今までやってきた、各病院が機能分化をして連携してという流れとは、むしろ逆行する流れになる。それが一つの懸念である。回復期の数を上げればいいということになると、そういう流れになりかねない。

また、医療従事者の確保に関して、香川県は全国平均より良いという説明があったが、地域、病院によっては、今示されたデータと実感には乖離がある。民間の小さな病院では、確保するの

が大変というのが実感である。今の資料を鵜呑みにしていくのはいかなものか。県全体という大きなところから見て、例えば看護師は全国平均より良いからそれでいいんだということになると、小さな病院の小さな事情が置いていかれるのかなという気もしている。救急にしても、医療従事者の問題にしても、そういう気がしているので、一言お願いしておきたい。

(事務局)

医療従事者の確保については、データで示すと、香川県は全国よりも数が多いが、地域的な偏在、診療科によって、多いところ、少ないところがあるとお示ししている。各医療機関の実感が、データにはなかなか表れてこない部分がある。検討会の場で実感を御発言いただければ、施策に反映できるのでありがたいと思っている。

(会長)

先ほどの御発言は現場の医療者の実感であると思う。県でも認識していると思うが、データで見えないところの意見を集めるということも大事である。パブリックコメントをとっても、そういうバックグラウンドがないと地域の実態が見えてこないなので、よろしくをお願いします。

(委員)

医師数、看護師数についての情報提供であるが、医師も看護師も路上で医療をやるわけではない。病床を中心に動く。よく出すのは、病床当たりで出す。人口で割るより、病床で割った方がよい。

(委員)

高齢者医療に関して、在宅医療等の充実というところが気になる。在宅医療というときに、病床とはまたちがって、それぞれの回復期、慢性期から自宅に帰る、または、地域にある施設に帰るというときに、そこにおられる方がどのように適切な医療を受けることができるかというのがこれから大事な視点になってくると思う。

そういう関連で資料3を見ると、12ページに「香川県における在宅医療に関する施設の現状」として、地域との連携を図っている病院や診療所の割合が示されているが、これは病院や診療所の性質の割合であって、そこで、どれくらいの医師が訪問診療ができるか、看護師が訪問できるかという量的なものは、まだ測れるまでのデータがない。

今後は、病床のみならず、地域に出向いて活動ができるかかりつけ医を含めた医療体制ということも必要となってくると思うので、そういったことについても調査、働きかけ、病院に対する補助や施策を検討する中で充実させていただけるような視点が入ればよいと思う。

(事務局)

地域医療構想の中で、医療需要の計算上は、4機能に加え、在宅医療等の需要も計算されている。すなわち、在宅、介護施設等で提供される医療の量についても推計がされている。我々も重要性を認識しているので、在宅医療等の充実が施策と必要であろうということで、骨子の③に記載している。

資料3の12ページでいろいろ書いているが、香川県の在宅医療等に関する資源を見てみると、割合でみても人口あたりでみても全国的には恵まれているのだろうと考えている。これ以上の数字は、探したのだけが見当たらなかった。病床機能報告の中でも、在宅医療等に関していくつか報告項目があるので、そういった数字も見ながら、どのようにして在宅医療等を充実していけばよいか考えているところである。

(委員)

在宅診療所の実績報告を厚生支局に4月1日に行っており、そういうところから実態はとれるはずである。例えば、在宅の看取り数が報告されているはずであるが、在宅療養支援診療所のうち看取りができていないところが半分くらいあるなど、すごい偏りがある。そういった情報は県でもとれると思うので、もう少し整理をすればよいのではないか。

(事務局)

厚生支局にお願いして、どのような資料をいただけるか交渉していきたい。

(委員)

資料2の地域医療構想を実現するための施策のうち、③在宅医療等の充実の中で、「在宅医療に関する住民に対する普及啓発」というのがあるが、どういう方向で啓発をするのか、方向性があれば教えてもらえればと思う。

(事務局)

住民が、地域の医療機関の役割分担を理解した上でどのように医療機関にかかっていたかのほうがよいのかという点について、医療法に規定が追加された。患者さんの側も、少し体調が悪いからといっていきなり大病院に行くということではなく、症状に応じてどのような医療機関にかかるのが、医療資源の有効活用という観点から適切なのか、理解していただくということが、啓発の方向性との1つとして考えられる。

(委員)

資料の中に最期を迎える場所についての住民の意識についてのものがあつたので、方向性を確認したかった。

(事務局)

最期を迎える場所についての住民の意識の資料をお示しした理由としては、資料3の香川県における在宅医療に関する施設の現状の資料をみると、全国に比べて香川県の在宅医療等の資源は恵まれているという状況が見える。それにもかかわらず、住民の希望として、自分の最期を自宅で迎えたいという方が多いが、実態としては病院で亡くなる方が多い。つまり、全国と比べて、香川県の資源は恵まれていると言えるが、それをもって十分とはいえないということではないかと考えて、この資料をお示ししたものである。

(委員)

次回の検討会では素案が示されるという説明があった。骨子を見ると、趣旨があって、ゴールを設定して、それに向けての施策を示すということである。

地域医療構想は、医療計画の一部ということであったと思うが、ここに書いてある施策1つ1つについて、医療計画にあるように数字が出て、それをモニターして、もともとの計画にどれくらい迫ったかというように評価する仕組みになっていくのか。素案では、文書になって具体的に数字が並んだものが示されるのか。

(事務局)

P D C Aサイクルということがガイドラインにも書かれているが、構想にどこまで書いていくかは今後検討していきたい。

(委員)

資料3のうち、在宅医療に関する施設の現状について、香川県は全国と比べて良いように見えるという説明があったが、このうち、訪問看護ステーションの事業所数については、香川県は45、今は50いくつくらいになっていたとは思いますが、全国最下位であると示されることがよくある。事業所数が全国最下位であることと在宅死が少ないことが連動している。

在宅で働くナースを探してもなかなかいない。全国よりナースの数も多いという説明に対して、病床当たりでみるとよくわかるという御指摘もあったが、一般病床数が全国よりも相当多いことも看護師が見つからないことと関連しているように思う。ある程度は病床を集約化していただいて、ナースが求められているところに行けるような状態になることを私は願っている。

(会長)

いろいろ意見をいただいた。

県としては今後どのようなスケジュールで考えているのか。次回の検討会はいつ頃になるのか。

(事務局)

次回、第4回の検討会については、28年度に入って、春頃に開催させていただきたいと考えている。第2回検討会でスケジュール案をお示したが、そのスケジュールと変更はない。第4回の検討会を春頃に開催して、素案について検討していただいて、その後パブリックコメントを実施する予定にしている。

その後、第5回の検討会を夏頃に開催して、パブリックコメントの結果を御報告して、構想の原案について御検討いただくという予定にしている。さらに、医療計画の一部であるので、医療審議会の答申をいただき、さらには秋頃の県議会に、医療計画の一部変更ということで、構想案を提案するという予定にしている。

(会長)

次回は素案が出てくるということですね。

他に御意見はありますか。よろしいでしょうか。

それでは長時間になりましたが、第3回の香川県地域医療構想策定検討会を終わりとします。
ありがとうございました。