

## 第2回香川県地域医療構想策定検討会議事録

1 日時 平成27年11月13日(金) 19:00~20:40

2 場所 香川県庁本館 12階大会議室

3 出席者

### 【委員】

長尾会長、安西委員、大西委員、大原委員、樫村委員、久米川委員、塩田委員、白川委員、鈴木委員、田中委員、豊嶋委員、中川委員、中村委員、原田委員、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、合田副課長、石井課長補佐、十川副主幹、山主任、和田主任、西主任主事  
植松病院局県立病院課副課長

4 議題

(1) 構想区域の設定について

(会長)

現在の5医療圏を3構想区域にするということで、自治体から意見を聴取し、提言をいただいているようである。また、構想区域の設定についても説明があった。

これについて御意見があればどうぞ。

(委員)

意見の聴取は関係者が集まったうえで行ったのか、文書で問い合わせたのか。

(事務局)

文書で照会した。

(委員)

三豊市、観音寺市から意見がほとんどないが、県から念押しはしたのか。

(事務局)

意見なしの場合には、確認して、その旨の文書をいただいた。

三豊市からは、協議を要する事項があれば、会議に参加したいという意見をいただいた。

(委員)

実際に自治体の皆さんにフェイストゥフェイスで集まってというわけではなく、文書だけで照会したのか。

(事務局)

文書照会にあわせて、各市町の関係者にお集まりいただき、第1回検討会資料をお配りし、ど

のような御意見があったかも説明した上で、文書で意見照会を行っている。

(委員)

市町に説明を行った際には、コメントはあったのか。

(事務局)

意見については別途文書でいただくこととした。第1回検討会資料に対する質問はいろいろあったが、県から考え方を御説明した。

(委員)

構想区域を3区域とする案が妥当かどうか、私どもなりに検証を行った。

去年の8月から10月までの3か月間のレセプトを基に、5疾病ごとに3つの構想区域で流入・流出がどうなるかを見た。小豆島は除いて、他の2つの区域については、ほぼ8割程度が、住所地がある区域内の医療機関で受診されていた。これは入院も通院でもある。病気によっては6〜7割、特に高松だと9割が区域内という結果となっており、3つの構想区域で妥当であると判断したところである。

(委員)

シームレスケア研究会をやっていて、医療機関間の連携ということで、脳卒中と大腿骨ということで、10年間であったが、香川県を中讃・三豊、高松・東讃の2つでやっている。そこでは、いろんなデータの分析等の発表してもらっているが、その地域で完結するような需要が多いなと考えていて、中讃では例えば労災病院に行く方などもおられるだろうが、回復期になると、中讃の方でも三豊に移動している。したがって、西と東にわけて、小豆は別にして、3つでやるのが妥当ではないかと考えている。

また、医療と介護の連携についてもその会で取り組んでいるが、こちらについては、あまり大きな圏域では連携がなかなかうまくいかないと考えている。丸亀市からも、老人福祉圏域は別に考えたかどうかという意見があったが、介護の圏域となると、もう少し小さい圏域の方がよいのかなと考えている。

(委員)

地域医療構想を打ち立てるにあたって、まず構想区域の設定ということだが、先ほどから御意見があるように、構想区域については3つということで概ねよろしいかと思う。

問題は、これからそれぞれの構想区域ごとに各論に入っていくわけだが、総論として区域を3つとすることはよいが、医療需要を区域ごとでおさえているが、それが枠としてはめられて、そのあとそれぞれの構想区域ごとの各論をやっていくと、枠としてはめられているのは全体をまとめた数なので、そのまとめた数は最も効率的に示されて、その枠の中で各論を議論して当てはめていくと、絶対齟齬が出てくる。おさまらないことが出てくると思う。これを全部おさめようとすると、医師の偏在の問題とか、地域差の問題とか、そういうものを、より格差を広げるような方向でしか調整できないと思う。各論になったときに、3つの構想区域の需要みたいなものにと

らわれないで、もう少しある程度フレキシブルに議論ができるようなかたちをとっていただきたいと考えている。

とりあえず、構想区域を3つとすることは妥当であると考えているが、各論を議論するに当たっては、その中での地域ごとの個別事情を大事にすべきでないかと考える。

(会長)

自治体からの意見にもそのような趣旨の意見が見られた。  
県の方から何かありますか。

(事務局)

御意見はそのとおりだと思う。  
調整会議の中であるべき医療提供体制の実現に向けた協議の中で十分検討してまいりたい。

(委員)

先般、自治体病院協議会と開設者協議会の支部会を開き、各自治体病院、開設者協議会からの御意見を伺った。

都市部の医療については十分検討されると思うが、どうしても、香川県でいうと、さぬき市、東かがわ市、高松市でも南部の方の地域、中讃でも少し都市部から離れた地域の医療がどうなるかということが一番心配されている。

また、先ほどお話もあったが、救急について自治体では特に心配されているようなので、そのあたりを調整会議で十分検討していただけるようにという意見が出たのでお話しておく。

(事務局)

救急体制については、確かに各市町から多数意見が寄せられている。  
救急体制は長い歴史の中で築かれてきたものである。構想区域は統合するが、救急体制についてはすぐに統合する考えではない。十分検討してまいりたいと考えている。

(会長)

高度急性期は、最初から出入りがあってもよいが、急性期、回復期、医療提供機能の偏在が起こることが一番危惧されている。これから意見を集約していくと思うが、県には配慮していただいて、先ほどお話があったようにフレキシブルに対応していただきたい。

## (2) 地域医療構想調整会議の設置について

(会長)

ただいま、地域医療構想調整会議の設置について事務局から説明があった。  
3つの区域で、12月から2か月から2か月半くらいしかない。その間に何回くらい開催する予定なのか。

(事務局)

回数は特に決めていない。御指摘のとおり、期間が大変短い中で実施していく必要があるが、関係者にお集まりいただき、医療需要や病床数の確認、医療提供体制を実現するための施策などの検討事項についてお諮りしたい。

(委員)

地域医療構想調整会議はどういう位置づけなのか。見ていると実務担当者も入った幹事会的なもののようにも見える。しかし、医療提供体制を実現するための施策を決めていくとなると、相当な政策決定機関のように見える。これだけの短期間で何回やってそういうことができるのかどうなのか。

調整会議の検討事項は各種データの共有から3つですか、この3つを検討して結論を出すと。1つ目の「各種データの共有」というのは、すでにデータはある程度出ているのでそれはいいと思う。2つ目の「医療需要及び必要病床数の確認」というのも、今日もある程度出されており、圏域全体でいくらというのは出ると思う。しかし、3つめに「2025年のあるべき医療提供体制を実現するための施策」と書いているが、あるべき医療提供体制は、だれがどこで決めるのか、あるべき医療提供体制はこうあるべきだということをこの調整会議で決めて、しかもそれを実現するための施策、具体的にどういう風に病床数なり病院間の調整をやるのかという施策まで、この調整会議で決めるということになると、とてもこの短期間で、こういう行政でみると部局長、トップではない部局長レベルで入って政策決定していくというのは非常に難しいのではないかと気がしている。

私が危惧しているのは、あるべき医療提供体制というのが、いわゆる必要最小限で、マクロ的に見た最も効率的な病床数なり、体制を求められているのだとすれば、今の状況よりも医療や介護が後退につながるのではないかと。先ほども言ったように、圏域の中での都市部と郊外の格差の拡大につながることを危惧しているが、そのあたりについてはどのように考えているのか。

(事務局)

確かに期間は大変短い。今後の進行の予定としてスケジュールを示しているが、調整会議の方でいろいろと検討していただいた後、第4回の検討会で素案をお諮りし、第5回検討会で構想原案の決定等に進んでいくという予定にしている。

その元となるものを調整会議の方で十分検討していただくことを予定しているが、病床数については、方針として、現に稼働しているものを県が削減することはしないというように、県として考えている。将来的にふさわしい医療提供体制を、関係者が集まって、将来的に見込まれる患者数、将来減少していくが、そういったデータに基づいて、関係者の共通理解のもとに進めていきたいと考えている。

(委員)

あるべき医療提供体制について良い御意見があったので、それに対する意見を述べる。

国が言っているあるべき医療提供体制というのは、実はそういうことではなくて、将来の必要病床数を出して、それに対して、各医療機関からの病床機能報告の数をその必要病床数にいかにか合わせていくかというのが、国が言うあるべき医療提供体制であると言っている。これ自体がお

かしいことだなと実は思うが、その必要病床数に合わせていくときにどういう風に合わせていくのかがいいかということを考えていただくのが、調整会議だと国が言っている。その地域に必要な医療を考えていければよいが、単に必要病床数をそこに収束していく会議が、調整会議だといよに国が言っているので、いかがなものかと私は思うが、調整会議の目的は、どうもそこにあるように私は思う。

(委員)

各委員は非常に大切なことを言われた。

日本病院会でもよく議論しているが、誰がどこでというのが一つ大きな問題である。調整会議で何を調整するのかをもう少しはっきりしてほしい。また、皆さん言われているように、非常に短い期間で非常に重要なことを決めようとしているので、先ほどから質問が出ているが、調整会議を具体的にどのように開くのか、誰が音頭をとって、何回くらい開くのか。議題があれば、毎週のように開くことができるのか。県が1回だけ開いて、調整会議は終わりましたとするのだとすれば、未成熟なというか、十分練れた案が出ないと考えるが、そのあたりどのように考えているのか。

(事務局)

何を調整するかということについては、基本的にここに示しているデータをもとに、医療需要と必要病床数を確認していただいた上で、それに向かっての施策を十分調整していただくのが基本であると考えている。

短い期間というのは、確かにそのとおりである。関係者の方々に、そんなにたくさんの回数集まっていただくわけにはいかないと考えているので、十分ポイントを絞って資料を作成し、それぞれの構想区域ごとに事情も異なると思うので、一律に何回とは申し上げにくいですが、そんなに多くの回数は開けないだろうという前提のもとで、よりポイントを絞ったかたちで、御議論いただきたいと考えている。

(委員)

ということは、県が音頭をとって、調整会議を開くということですね。

今言われた、必要病床数を確認する。必要病床数が確認できたら、稼働しているベッドは削減しないと断言していたが、必ずしもそうならない可能性は高いわけで、結局やろうとしていることは、急性期の病床をいくらにして、慢性期の病床をいくらにする、最終的にはそこに落とし込むという意図なのか。

(事務局)

ここに示している必要病床数は、あくまでも、平成37年、平成52年における病床数の目標である。データを基にすると、本来望ましい患者さんの医療需要に見合った必要病床数は、こうなると考えている。ただ、稼働している病床まで削減するという考えではない。

(委員)

しかし、現実には、必要病床数と現実動いている病床数に非常に大きな乖離がある。そこを調整するから調整会議という名前をつけているのだと思うが、非常に大きな乖離があるところをどのようなかたちで調整していくつもりなのか。

(事務局)

誤解があるようなので、補足させていただく。

地域医療構想の病床数であるが、はじめの報道で削減目標のようにとられるような出方をしたため、不安に思われている面があるかと思うが、これは削減目標ではない。

これは何をあらわしているかというのと、2025年の患者さんの需要予測とニアリーイコールであると考えている。2025年になると、この地域にはこれくらいの患者がいる、これくらいの方が医療を求めているという推計値であると考えている。

皆様方、医師確保、看護師確保に大変苦慮されていると思う。2025年に向けて医療需要の大きな変化があるが、その変化に対して、医師確保、看護師確保に苦慮されている中で、この需要を満たす供給体制を作っていかなければならないという状況がある。その中で、どうすれば、皆様方で力をあわせて、2025年の医療需要に対応できるのかということを考えていく場が調整会議である。

また、調整会議は、もともと法が想定しているスケジュールとしては、地域医療構想を県レベルの会議で議論してつくった後に、調整会議を立ち上げて、地域医療構想で推計された需要にどう対応するかを議論していくというのがもともとの予定であった。法律制定後に、国の方で予定が変わって、地域医療構想を作る前にも調整会議の意見を聴くべきであるという方針変更があったので、構想を作る前に調整会議に意見を聴くこととしたものである。

調整会議の議論の本番は、地域医療構想ができてからであり、地域医療構想で示された将来の需要予測に対して、どのように各地域で対応していくかを皆様で知恵を出し合って考えていくというのが、調整会議の本当の役割である。調整会議について、時間がないのではないかという御意見があったが、本当の意味での調整会議の期限は2025年であり、2025年に向けて調整会議を何度も重ねて、医療需要に対応できる医療提供体制をつくっていくことが見込まれるところである。

(委員)

2025年というと10年先の話である。

(委員)

今の説明を確認すると、地域医療構想調整会議は構想の策定の事前にやるが、事前の調整というのは、どこまでのことをやるのか。構想ができた後も調整会議は続くという説明があったが、できたあとに、調整会議はどういう役割をもって、どういう議論をしていくのか、そのあたりを具体的にお話いただきたい。

資料3の3番のところに調整会議の検討事項は3つあるとのことだが、上2つはわかる話、事実関係の話なのでよいが、一番下の「あるべき医療提供体制を実現するための施策」、これを調整会議で検討するとされているが、調整会議が構想策定前にやる内容と、構想策定後にやる内容、

そのあたりをより具体的にお話いただければわかりやすいと思う。

(事務局)

現段階で決まっている範囲でお答えしたい。地域医療構想を作るまえに調整会議で議論しなければならないことは何かというと、まず、一つあるのは、今も地域医療構想の策定に先立って、こうして将来の需要予測などを議論しているが、これらの情報を共有していただくのが一つである。

次に、調整会議で決めていただく必要があることがあり、それは、慢性期の病床数の議論である。地域医療構想で定める4機能ごとの需要予測のうち、高度急性期、急性期、回復期については機械的に計算される場所であるが、慢性期の需要については、一定程度、定める側に裁量がある。資料2で、パターンA、パターンB、特例と示しているが、慢性期の医療需要については、幅をもって推計しているところであり、これは、慢性期の場合、療養病床など、慢性期の患者がどのような受療率で医療を受けるのかということについて、国の方で幅を持たせており、その幅をいったいどの部分に決めていくのかということについて、調整会議で意見をいただく必要があると考えている。こちらが最低限、地域医療構想をつくるまでに、調整会議で議論しなければならないことである。

2025年の医療需要を見越したうえで、どのように体制をつくっていくのかということは、地域医療構想を作ってからが本番であり、調整会議で、皆様の知恵をいただきながら、どうすれば2025年の医療需要に対応できるのかということを経験をかけてやっていくということである。

(会長)

結局、委員の方々が危惧しているのは、3か月くらいの間に、3つの構想区域ごとに集まって、何回か会議をする。そこでいろんな意見が出ると思うが、それを凸凹を抑えて平均化して、一つの医療提供体制という風にされると、これは困るという意見ではないかと思う。

地域医療提供体制、2025年のあるべき姿というのは、まだ十分フィギュアアウトできていない。全部予想である。2025年のあるべき医療提供体制を実現するというのは、3つの構想区域でのディスカッションでちゃんと積み上げていけるかということ、皆さんそこを心配している。そのところ、県としてどのようにオーガナイズして、どのようにまとめていくかが問われている。ここで代表になっていただく方は、ほとんど医療提供側の人ばかりである。需要を統計上、疾病ごと、ステージごとに見てということだが、それで、県のこれからの2025年のあるべき医療提供体制ができるのか、ということである。

委員の皆さんからの危惧を県は十分受け止めて、3つの構想区域でやるディスカッション、これを次回の検討会でも、逃さず全部御報告いただきたい。ここに集まっている方は、それぞれの領域のエキスパート、代表者の大きなリーダーばかりだから、この検討会で揉みなおす、そういうこともありうるのではないか。調整会議の決定が全てオールマイティ、これが2025年のあるべき姿であるということになると、これは困るという話でないか。

(事務局)

御意見ありがとうございます。

調整会議の議論の中身については、検討会で十分報告させていただいて、検討会としての御意見をいただきたいので、よろしくお願ひしたい。

(委員)

県の方針は少しわかった。

調整会議で今言ったようなことを議論する、特に、慢性期の病床数に関する議論が必要になるだろうという説明が事務局からあったが、調整会議のメンバーを見ていると、病院会は急性期型の病院が出てくるし、自治体病院協議会にしても急性期型、それから救急医療機関も急性期型である。事務局から言われたように、慢性期を中心としている病院の意見はどこで出てくるのか。医師会が慢性期の代表者を出されるということによいのか

(委員)

それで結構である。

(委員)

医師会の方で慢性期型の代表者が出てくるということであれば、慢性期の意見も出てくるということに安心した。

病院会でも、慢性期型の病床がどこの県も余っている。それをどうするのか、心配だけして、まだ議論にはなっていない。慢性期医療をどうするかということについて、しっかり意見を言える委員が必要になってくると考える。

また、メンバーについて、医師会は2名となっている。日本病院会の支部に意見がたくさん来ているが、日本病院会の病院はたくさんベッドを持っていて、急性期から慢性期までいろんな医療をやっている。できることならば、日本病院会香川県支部からも、急性期、慢性期含めて、2名ないし3名を出させていただけないかというのが、支部の会員からの意見である。

できることなら、考慮していただきたい。

(委員)

中核病院からはどの程度の人数が参加するのか。

(事務局)

2次以上の救急医療機関から各1名出していただきたいと考えている。

2次医療の救急医療機関は、大川は2つ、高松は9つ、小豆は2つ、中讃が5つ、三豊が2つの病院があり、それぞれ1名を出していただければと考えている。調整会議全体の人数は、東部構想区域は29名、小豆構想区域は14名、西部構想区域は32名になるものと考えている。相当な人数になっており、救急医療機関で県内の大きな病院はほとんど網羅できていると考えている。

(委員)

救急に関しては、どのようなことをするかという議論で、あまりベッド数の削減にはならず、大きな議論にならないと思う。しかし、西部というか中讃の方で、32名の委員にどのような方が選ばれているかわからないので何ともいえないが、救急をやっている施設だけを集めたのでは、一番大きなベッドがある慢性期の議論が進むのか、ということが言われている。

(委員)

先ほどのお話賛成だが、中核病院、急性期の大きな病院、そういったところの意見が主体となって、小さな病院、慢性期の病院の意見が吸い上げられるのか。

それから、慢性期の病床をどうするか、慢性期の病床が余っているという考え方もあるが、慢性期の病床が足りないのではないかという考え方もあるわけで、慢性期の病床を減らして、在宅の方に持って行きたいというのが、国の、財務省の考え方なのだろうが、在宅で見られるだけの介護力、受け皿があるのか、医療ニーズがあるような慢性期の患者をどこで受け取るのか。ということを見ると、案外、慢性期の病床は足りないということになってくる。そのときに、この構成メンバーで果たして議論ができるのかということだと思う。

(事務局)

慢性期の医療需要への対応が足りないのではないかという御指摘については、そのとおりであり、先ほどの資料2の3ページ、医療需要の推計値を見ると、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能に加えて、在宅医療等という項目があり、大きな医療需要が計算されているところである。4ページは必要病床数の推計値になっており、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能になっている。これが何をあらわしているのかということ、考え方として、3ページ目に書いてあるように、高度急性期、急性期、回復期、慢性期のいずれでも見られていない方であるが、医療需要のある方がかなりの規模でいらっしゃる、といったことが想定されている。それについて、国の方では短くまとめて在宅医療等と言っているが、これは在宅で全てこれに対応するという趣旨ではなく、例えば、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、サービスつき高齢者住宅等において医療が提供されるということを想定している。

国の試算の思想をお話すると、実際のレセプトの点数等をみると、実質的にほとんど医療を受けられていないと考えているようであり、こういった方々の医療需要に対応していくには、今の現行制度にある病院で医療を提供するのは、需要に合っていないのではないかという問題意識をもっているところである。国の方で検討会が立ち上げられており、平成29年度に、介護療養病床が、経過措置が終わり廃止される予定になっている。これについて、今、国で制度改正を考えていて、介護療養病床の後釜になるようなものを検討しているところである。国に言わせれば、今の病院のようなものではないものであり、そういったところで医療が提供されるという観点から、病床の推計値から外されているということである。

慢性期の病院の意見をどう吸い上げるかということだが、急性期については、かなりの病院に調整会議に参加いただきたいと考えているので、例えば、病院団体から推薦していただく方について、慢性期の医療機関から選んでいただくというのも、一つの手段だと考えている。

もう一つ、別の視点から申し上げると、慢性期の医療については、介護との連携というのが重要になっており、医療については県で考えていく一方で、在宅医療や介護の連携については市町

村を主体と考えようという発想があり、介護保険法の改正に伴って、市町村の方で在宅医療、介護の連携体制を構築していく。市町の方で、今、おそらく、郡市医師会等との間で、どのように在宅医療や介護の連携体制をつくっていくかという議論が始まっているかと思う。そちらの方で、慢性期の病床、介護・医療の連携体制、在宅医療の連携体制をどう築いてくのかの議論をして、その議論のフィードバックを調整会議に持ち込んでいただく。市町の方が委員として入っているので、そういったチャンネルから、議論を調整会議にフィードバックしていただいて、市町における在宅医療、介護、慢性期医療との連携、そして、県レベルでの医療、特に高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能についてのバランスをとっていくというのが一つの考え方だと思っている。

(委員)

今説明がありましたが、慢性期というのは、介護も含めた地域の方針についても意見を述べることもこの中に入ってくる、そういうことですよ。

(事務局)

市町において、郡市医師会と連携しながら、在宅医療、介護の連携体制について検討が始まっていると思うが、それを調整会議にフィードバックするチャンネルとして、全市町の方17人が3つの区域の調整会議に入らせていただくので、そういった方がフィードバックしていただくというのが、一つの考え方だと考えている。

(委員)

そうすると、調整会議のミッションは膨大なものになる。高度急性期、急性期、回復期、慢性期、介護までとなると、これは本当にできるのかなと思うが。

(委員)

調整会議というのは、そんなに大それたものではなく、地域の医療をどうしようかということを考えるのではなくて、単に必要な病床数と各病院が出してきた病床機能報告の数を収束するのにどうすればいいかを話し合いをするだけの場なんです。各地区の医療、介護をどうするかを考える場ではない。そうですね。

(事務局)

調整会議とは、地域の医療や介護の関係者が集まって、どのように需要に対応しようと考えているのかという情報を共有し、持ち帰って、地域の医療需要の変化に対して全体として対応できるのか、また、自分たちの機関が医師不足、看護師不足の中で経営的に成り立つのかということを考えていただいて、各自が自主的な判断することによって、結果として、地域の医療需要に対応できる医療提供体制を築いていくということを想定していると考えている。

(委員)

おそらく、病床を多く持っているところが問題になろうかと思う。急性期、回復期、慢性期の

病床を持つところにちゃんと入っていただかないと、さあどうしようかというときに議論にならないと思う。ただ病床を減らすことがこの会の目的ではないということであるし、中小病院の病床を減らすという議論は出てこないところなんですよ、ここは。やはり、大きな病院からどのように考えるか、という話合いになると思う。

ただ、今出ている、病床機能報告の数字は、病院によってでたらめというか、一定ではない。今出ているのは去年の報告であり、今年の報告がまた出てくると思うが、それをまた、来年、再来年、各医療機関の報告をどう考えるかということの話しあう場であって、調整会議というのは、いろいろと決めるところではないと思う。

最初の会議も、おそらく顔合わせのようなもので、最初の頃は、何も決められない会だと思う。現状はこういう形ですということだけで、おそらく最初の会は終わるのではないか。

(委員)

理解できないところがあるが、そうすると、おそらく、この地域医療構想というのは、香川県の医療をどうするかということを考えるのではなくて、病床数をどうするのかということ議論するのが、我々の役目だというように理解すればよいのだろうと思う。それで香川県の医療が決まるのかどうかということは私にもわからないが、目標値というか、こういう風な病床数にしようということ、どこで決めるのかというのが、皆さんもやもやとしているのだと思う。それが調整会議の場で最終的に決まるのか、策定検討会で、目標値というか、こういうふうな病床にしてくださいということを調整会議にお願いするようなことになるのかということが、どうなるのかわからない。

(委員)

その数を調整会議で決められればよいか、そうではなくて、国が持っているビッグデータ、将来の人口動態から計算して、その数だというのが、厚労省の方針である。必要病床数はすでに計算されているものであり、そこから将来変わっていくかもしれないが、それに合わせていくんだということで、数は調整会議で決めることではない。

(委員)

となると、ここに出ている数字が目標値ということになる。それ以外ないとなると、調整会議では、数を増やす病床も減らす病床もたくさんあるだろうし、どういう風にまとまるのかなというのが。

(委員)

決して減らせという話ではないということなんです、厚労省が言うには。そこに収束するにはどうすればいいかを話し合えと、それに対して意見を出してくれということですよ。そういうことしか文書に書いていない。

(委員)

目標値は目標値であって、それに対してどうするかという最終的な結論は、2025年までに

達成できていればいいと私も思うが、それまでの過程の中では、今回の調整会議ではそこまで決めることではないという理解をしておけばよいのか。事務局としてもそれでよいのか。

(事務局)

何度も申し上げるが、地域医療構想で定める病床数は、削減目標ではない。

2025年の医療需要を推計した結果として、4機能についてこれくらいの病床がないと、患者さんに対応できないという数である。その数は、現在の医療提供体制とはかなり異なっている。2025年に向けて後期高齢者が増えていき、また、場所によっては人口の減もある。その中で、医療提供体制をかなり抜本的に変えていかないと、医療需要に対応できないといった危機感が、地域医療構想という制度を作り出したそもそもの発端にあると考えている。

最初の報道によって、医療費削減のために病床を減らすための計画というように皆様思っておられるかもしれないが、そういうものではない。医療需要の変動が大きく変わる中で、医師不足、看護師不足に皆様大変困っておられると思う。人口減があるということは、医師、看護師不足についても分母の人口が減っていくわけで、その中で需要の構造が大きく変わり、また、医師、看護師は足りない。その中で、どうすれば、2025年に確保できる医療資源で、2025年の医療需要に対応していくのかということを知恵を出し合って考えて行く、そういう場が調整会議である。

病院経営をしていく中で感じておられるかもしれないが、確保できる医療人材から、稼働できる病床数はほぼ自動的に決まってくるという面もあるのではないかと。本当に我々地域が直面している制約は、ベッドではなくて人材であると考えている。それに対してどう対応していくかを考えるのだと私は考えている。いかがでしょうか。

(事務局)

繰り返しになるが、必要病床数の取り方については、医療機関所在地ベース、患者住所地ベースといった取り方がある。それを決めるのは、検討会であると考えている。

(委員)

病床機能報告では、現在の病床機能報告と、できれば6年後にこういう姿にしたいというのをそれぞれ報告することになっている。ガイドラインの中にもあったかと思うが、削減の強制と誤解しないように、自主的な取組みで、そういうところへ収れんしていくというのが、たぶん厚労省の考え方だと思う。

自分の病院のことを申し上げると、2025年の人口推計、需要推計から、どの程度の病床数が必要かいろいろと検討した。例えば、急性期と届け出ているが、現在の患者の医療需要を分析すると回復期に相当するのが3分の1くらい。そして、将来の需要を推計すると、今、三豊総合病院は478床だが、300強くらいの病床におそらく収れんしていくだろう。

そういう自主的な取組みをやっていくことで、2025年には医療需要にマッチした病床数に収れんしていくのではないかと、そういう話もできると思う。そういうことを継続して、毎年のようにやることでだんだん近づけていって、まったくこの数字どおりになるとは思わないが、そういう風に調整していけばいいというものではないか。

(会長)

結局この一文が、皆さんファジーにとられているのだと思う。調整会議の検討事項の3つ目、「2025年のあるべき医療提供体制を実現するための施策」、これがものすごい重石になる。それが、ずっと継続して行われるものであって、2025年にはこういう医療の姿になるんだということ、少なくとも医療提供者の間ではコンセンサスを持って取り組んでいくというような捉え方なのですね。

それにしても、調整会議を3つの区域で、2、3か月で進めていくのは大変であると思うが、県にはしっかりがんばって担っていただきたい。来年の9月に県議会に出して、構想決定、告示とある。実質的には、ここ2、3か月検討して、またこの検討会で検討して、結論をださないといけない。

来年9月に決定したあと、また引き続いて、この検討会、あるいは区域ごとの調整会議は継続して行うのか。

(事務局)

地域医療構想は2025年に向けてのものであるので、調整会議は、引き続き開催していく。

検討会については、地域医療構想は医療計画の一部という位置づけであり、医療計画については、医療審議会で審議するということである。したがって、この検討会については構想の決定まで、これ以降については医療審議会等の議論に引き継ぐということになるかと思う。

(委員)

調整会議も、構想策定後には開催されなくなるのか。

(事務局)

調整会議は、地域医療構想を策定してからが議論の本番である。

地域医療構想策定検討会、つまり、この会議については、地域医療構想を策定した時点で一度役割は終わりとなり、地域医療構想は医療計画に溶け込む。その後は、医療審議会等の場で、医療計画の全体の議論として、まとめて議論していくということになると考えている。

(委員)

調整会議はどのような位置づけになるのか。どこが主体になって、どのように継続して実施していくのか。

(委員)

毎年、病床機能報告が出る。その毎年の報告結果が、地域医療構想で定める病床数にどれくらい近づいているか、また、そこに収束するにはどうすればよいか、議論をしていく。その年、その年で合わなくていい、2025年に向けて段々収束していく、そういった議論を毎年重ねていくということだと思う。

(委員)

それを県で主導してやるということか。

(事務局)

調整会議は法律にも根拠があり、県が主体となって毎年開催する。そして、各医療機関が真剣に将来の医療需要を推計し、例えば、機能転換しつつ病床削減をするという将来構想をもつ医療機関もたくさん出てくるかと思うが、そういった医療機関同士が将来構想を共有し合って、間に落ち込む医療機能がないようによく調整する場として、調整会議が機能すればよいと考える。

(委員)

地域医療構想と地域医療計画の関係をはっきりさせてほしい。

地域医療構想を策定して、それは現行の保健医療計画の変更という形で、その中に溶け込む。現行の保健医療計画は平成29年度までの計画であり、平成30年度には新しい保健医療計画が作られる。全体を見直して新しい計画が作られるということで、それ以降は、保険医療計画全体の運用ということになるのではないか。地域医療構想が保健医療計画に溶け込んで、今の現行計画が続く限りはそのフォローアップをするというのはよいが、新しい保健医療計画ができる平成30年度以降は、地域医療構想は病床数を中心にした医療資源の考え方だが、医療計画となったら、全体、診療科をどうするのか、そのような医療全体の計画が新しくできるわけで、それ全体を運営管理、フォローアップしていく必要があるのではないか。

調整会議だけが残って2025年まで協議を行っていくということと、保健医療計画全体の運営管理がどうなっていくのか、そのあたりがよくわからない。

(事務局)

医療計画の審議は医療審議会で行う。その中で、地域医療構想も含めての医療計画全体を審議していただくというかたちになる。

(事務局)

保健医療計画の策定の際に、法的には医療審議会の意見を聴取するという事になっているが、これまでの保健医療計画の策定の際には、医療審議会の意見聴取の前段で、計画策定のために有識者にお集まりいただく個別の検討会を別途設置して検討していただいているところである。

そのかたちを踏襲するとすれば、平成30年度からの第7次保健医療計画策定の際にも、個別の検討会を設置し、御意見を伺いながら、地域医療構想を含めた保健医療計画の全体を検討していくことになろうかと考える。また、保健医療計画の策定後にも、必要に応じて、検討会などの御意見をお伺いしながら、修正すべきところがあれば修正していくということになると考えている。

保健医療計画はこれまで5年ごとに新しいものを策定してきたが、第7次保健医療計画からは、6年ごとの周期とすることになっている。構想の目標は2025年、平成37年に向けて医療提供体制をどうしていくかということである。つまり、第7次保健医療計画で、見直しすべきところは見直した上で、さらに、2025年、平成37年が近いところ、平成36年に第8次の保健

医療計画を策定することになる。その際に、2025年の目標に向けてどのように進んでいるのか、最終検証して見直す機会もあるものと考えている。

(会長)

いろいろな意見を出していただいたが、いずれにしても調整会議を3構想区域で設置していただき、代表者に集まっていただいて、地域でどのような医療が求められるのか、議論していただきたい。

他に御意見はありますか。

ないようであれば、第2回香川県地域医療構想策定委検討会はこれで終わりにします。

次回もよろしくお願いします。

ありがとうございました。

(事務局)

委員の皆様方、長時間にわたりありがとうございました。