

第5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8月23日(火) 19:00~20:00
- 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、安西委員、太田委員、大原委員、檜村委員、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、平尾委員、廣瀬委員、藤田委員、松本委員、横見瀬委員

【事務局】

高木健康福祉部長、木村健康福祉部次長、星川健康福祉部参事、合田医務国保課長、安藤長寿社会対策課長、石井医務国保課副課長、山崎副主幹GL、十川副主幹

4 議題

(1) 地域医療構想案について

(会長)

ただいま事務局から説明がありました。御意見や御質問があれば、御発言ください。

(委員)

先ほど、26年度の病床機能報告の数字の方がより実態を反映しているという説明があったように思うが、27年度の方が、病床機能報告制度の理解が進んだ上での報告になっているように思う。もう一度確認したい。

(事務局)

委員の御指摘のとおり、東部構想区域や西部構想区域は、2回目の報告で、1回目の報告を踏まえて、現状を適切に反映していると思うが、県全体で推計をとったときに、小豆構想区域で300床余りが報告対象外となっているということが、全体でみたときに違和感がある。構想本体はしばらくこのままでいくので、27年度の数字を掲載することで誤解を生みはしないかということで、26年度の数字をこのまま使っている。

(委員)

小豆構想区域のデータについては、26年度の方が実態を踏まえているということですね。

26年度と27年度の報告を比較すると、数がかなりちがう。おそらく、高度急性期、急性期の報告は、機能の理解がある程度進んだからこのようになったのだと思うが、回復期が西部構想区域では290床増えている。東部構想区域でも22床増えている。そして、慢性期は、西部構想区域では118床減っている。これは、かなり理解が進んだためなのか、それとも、病床機能が1年間で実際に変更されたことによるのか。事務局ではどのように解釈しているのか。

(事務局)

細かい部分については、病床機能報告の4機能の報告状況以外の、例えば、診療報酬でどの点数を算定しているか、どんな手術をやっているか、といった部分を精査しなければ分からない。

しかし、実感としては両面あると思っていて、26年度には、全ての病床が高度急性期と報告した病院もあったが、そういったところは、ある程度、高度急性期の数が減って、急性期の数が増えたりもしている。そういう意味で、病床機能報告制度の理解や、他の病院の報告状況を見て報告の仕方を変えたところもあると思う。

一方で、病院によっては、例えば看護師配置が変わったとか、機能転換をするという話も少しずつ聞こえてきており、実際に機能が変わったところもあるかと思う。

そのような両方の面での変化が、26年度と27年度の数字の変化に反映されているものと考えている。

(委員)

高度急性期と急性期は、そういう理解でよいと思う。しかし、回復期が西部構想区域で290床増えている。これはやはり、病床の機能そのものが変わったのかなとも思う。病床機能報告の基準がまだ明確でない中で、回復期の報告数がこのように変わっている。回復期が一番気になっている。もし分かれば教えてほしい。

(事務局)

国でも言われていることだが、回復期とはどういうものかということについて、報告する側が分かっている面があるようである。特定入院料である回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病棟は、間違いなく回復期であろうが、他はどうなのだろうというように、理解が病院の側で一定していなくて、初年度の病床機能報告では回復期が少なめに出たということが、全国的な傾向としてあると伺っている。

その中で、一部の療養病床について、実際の機能でいえばこれは回復期なのではないかというように、慢性期から回復期に報告が変わった病床が全国的にはあると思う。また、香川県の病床数をみても、慢性期から回復期に移ってきたものが一定数あると推察する。

(会長)

他に御意見はありませんか。

本検討会は今回が最後になると思うが、総論でも各論でも御意見があればどうぞ。

(委員)

資料5 構想案の27、28ページ、在宅医療のところを読ませていただいて、文章としてはこれでいいと思うが、在宅医療支援病院や、在宅医療を提供する病院と出てくる。実際は、退院するとき在宅で医療を受けるのか、それとも施設に入るのかということが問題になって、そういうところの連携が非常に大切だと思っている。各地域が、そのような退院の取組みをしていくことが、在宅医療の充実につながっていくと思う。この文章でそういうことも含まれているとは思いますが、もう少し強調してもいいかなと思って、提案させていただいた。

(会長)

具体的には、どの部分ですか。

(委員)

構想案の28ページです。実際の患者さんの場合は、退院するときに、どういう方向に行くかが、かなり問題になって、病棟から帰るときに、地域連携室や看護師、そういう役割が大きいと言われている。今の記載でも十分分かると思うが、施策の方向性として、今後、退院時の取組みが重要であるということが記載されてもいいのかなと思ったので、提案させていただいた。

(事務局)

26ページを御覧ください。「第2節 病床の機能分化及び連携の推進」の「2 施策の方向性」の(2)のところで、病院、診療所、介護施設等の連携体制の構築として、退院促進や、疾病ごとのクリティカルパスの構築・普及、医療の情報化等についても触れている。病床機能分化の部分と在宅の部分はある種つながっているところがあり、我々の整理としては、退院促進や、病院と介護施設の連携等については、在宅医療等の方ではなくて、こちらの方で、御指摘に沿った内容の記載をしているものと考えている。

(会長)

よろしいですか。

(委員)

はい。

(委員)

香川県における2025年の必要病床数と平成26年度の病床機能報告を見たときに、特に、高度急性期は西部構想区域では足りておらず、急性期は東部構想区域も西部構想区域も多いということになっている。そして、施策の方向性として、「不足する医療機能を提供する病床への転換の促進」として、「各医療機関が構想の達成に向けて取り組む施設設備整備等に対して、地域医療介護総合確保基金等を活用することによって支援し、」となっているが、急性期から回復期、回復期から慢性期への移行は簡単にできるかもしれない。しかし、急性期から高度急性期に転換するには、人的な確保も含めて、かなり難しい面がある。県としてはそのあたりをどう考えているのか。

(事務局)

数字を解釈する上で、前提としておかなければならない留意点として、構想の必要病床数と病床機能報告の病床数は、一概に比べられるものではないと思っている。構想の必要病床数は、診療報酬の点数で輪切りをしてかなり客観的に出されているが、一方で、病床機能報告の病床数は、病院ごとの解釈に幅があって、現状は、病院ごとに果たしてどこまで横串で比べられるものか、

というところには留意が必要である。

そういう意味では、病床機能報告の制度が変わっていく中で、高度急性期や急性期の病床の本当の過不足の状況が見えてくるのかなと思っている。

高度急性期の必要病床数と病床機能報告の報告数を比べると、病床機能報告の方が少ないが、西部構想区域の病院の実際の状況を見ると、急性期の患者さんを診ることのできる病院はたくさんあると思える。西部構想区域で高度急性期が本当に足りないのか、そこは、病床機能報告の精査が進んでいく中で本当の実態が見えてくるというところが、一つ、留意しなければいけないところと思っている。

それに加えて、実際に、高度急性期が足りなかった場合については、患者の需要を満たしていく上では、転換を支援していかなければならないので、地域医療介護総合確保基金を活用して、急性期から回復期への転換だけでなく、急性期から高度急性期への転換についても、支援の対象としたいと考えているところである。

(委員)

今言われたことは、従来から意見としてはずっとお聞きしているが、構想案のどこに書かれているのか。病床機能報告は信用ならない。これだけの差がある。データを取ったが、なかなか信用できないということは、どこに書かれているのか。

(事務局)

構想案の24ページの上の端、(3)で、病床機能報告制度の現状として、「現状の病床機能報告制度については、病床の機能を区分する定量的な基準がないこと、病棟単位の報告となっていること等の課題があり、医療機関がもつ医療機能の実情をより反映した報告がなされる制度となるよう、国において検討がなされている状況にあります」と言及している。

「2 施策の方向性」の(3)においても、「病床機能報告制度については、医療機関の有する医療機能の実情をより反映できる制度となるよう、また、将来的には、定量的な基準に基づく客観的な報告制度とすべく検討を進めるよう、国に要望を行います」と言及している。

また、参考資料22ページには、先ほど御説明した内容をまとめた対比表を掲載しており、病床機能報告の報告数と構想の必要病床数については、留意した上で比較する必要があるとまとめているところである。

(委員)

そうすると、構想を公開するときは、参考資料を必ずつけるわけですね。

(事務局)

ホームページ等で構想を掲載する際には、参考資料をつけて、統計もよく御覧いただいた上で、構想自体も御理解いただければよいと思う。

(委員)

構想案の24ページの(3)で「現状の病床機能報告制度については、病床の機能を区分する

定量的な基準がない」と、県も明らかに、病床機能報告で各病院に報告させたことは間違っているとやっている。なぜ、そんな無駄なことを各病院にやらせたのか。この説明だけでは、各医療機関は十分な理解できないと思う。最初、こういう病床機能報告をさせたが、国が基準を変えたので、それでどうだ、という議論をしてきたと思うが、どこかにそのようなことを書くべきだと思うが、いかがか。

(事務局)

各病院に定性的な基準に基づいて御報告いただいております、解釈に幅はあるとは思いますが、しかし、足元の医療機関における医療機能を把握するには、これ以上のものは現状では存在しないと思っています。この報告が、解釈に当たって留意は必要だが、必ずしも間違っているからまったく信用ならないというものではないと思っています。

構想で議論を進めていくうえで、病床機能報告の4機能分類について、もちろん我々としても、資料としてお出しして、議論の材料としたいと思っています。また、病床機能報告では、4機能についての報告だけではなく、例えば、どのような診療報酬を算定しているか、どのような手術をしているのか、といった項目についても報告いただいております、そういった詳細な情報もあわせて提供することで、地域の皆様の議論に資するような形で、病床機能報告を活用できればよいと考えているところである。

(委員)

そのとおりだと思うが、最終的には、構想案20ページの第2節のところにも出ているが、この推計結果で、将来必要になるのはこうだということになる。結局はDPCのデータをベースにしてすべて計算されるというのが現状ではないか。

(事務局)

御指摘のとおり、構想の必要病床数については、DPCのデータやレセプトデータをベースに、投入医療量が医療需要を表わすという考えの基に、必要病床数を算定しているところである。一定の仮定は置かれているが、統一的、客観的な基準で算定されており、構想の必要病床数については、そう簡単に変えることはないと思っています。

一方で、将来の必要病床数に対して、足元で機能ごとにどれくらいの病床があるかというところは、病床機能報告に依っているところであり、必要病床数と病床機能報告を比べる際には留意が必要であると思っている。

(会長)

委員の質問されていることは、過去、本検討会においても、何回か質問が出たことである。構想案に記載されているとおり、病床機能を区分する定量的な基準がないこと、病棟単位の報告であることについては、我々は、最初からそういう認識で、ファジーなままで積み上げていった話である。委員のおっしゃるのはそのとおりであるが、それでも、病床機能について、10年後にどうなるかということを決定しなければならないということやってきたわけである。そのことについては、委員の皆さんも共有しているのではないかと思う。

(委員)

会長の言われるとおりで、第1回目から議論してきた。

一番分かりにくいのは、構想案としてまとめたときに、二つ、構想案の20ページの第2節と、21から22ページの第3節とで並べているが、最後は、どちらに収れんしていくのかということである。

この構想案を進めるのであれば、具体的に、先ほど言ったように、急性期から回復期、慢性期というような機能転換は大きな問題はないが、高度急性期が足りないというのであれば、やはりそれを今後どうするかというくらいのことを、少しは書くべきではないかという気がする。

(事務局)

急性期を高度急性期へ転換するのは難しいというのはおっしゃるとおりであり、ハード面については投資すれば改修できるが、人材面について、看護師の配置を手厚くすることは、本当に困難が伴うと思っている。そういう意味で、急性期の病床を高度急性期に転換しようとする、まず、急性期の病床が回復期に転換していくことによって、ある程度、看護人材の逼迫度合いが下がっていくといったことが前提にないと、高度急性期を強化していくことは難しいと思っている。しかしながら、これについては、構想の必要病床数に対して、病床機能報告を近づけていく取組みを進めていく中で、人材の確保もできるようになり、急性期病床を高度急性期病床に転換する素地も整っていくのであろうと思っている。

構想案では、26ページの「2 施策の方向性」の(1)で、「不足する医療機能を提供する病床への転換の促進」と書いており、不足するというのは、必ずしも急性期から回復期への転換だけでなく、急性期から高度急性期への転換についても、実際に不足することが明らかとなれば、それも対象としたいと考えている。この記述については、あえて方向性を決め打ちせず、「不足する医療機能を提供する病床への転換の促進」といった書きぶりで、フレキシブルに対応できるように考えている。

(委員)

看護師の確保のことを今言われたが、確かに、看護師はそういう形で確保できる可能性がある。しかし、もっと重要なのは、専門の医師が確保できるかどうかということで、新専門医制度がはじまって、いよいよ難しくなったときに、高度急性期を担う医師をそれだけ確保できるかというほうが大きな問題だろうと思う。そのあたりも十分確保していただけたらと思う。

(会長)

重要なポイントなので、県としても、こういう意見が出たということ記録しておいてください。

(委員)

委員の御心配はごもっともで、具体的に大きな問題となるのは、基金を活用して、病床の転換を図る時期をいつにするかということだと思う。

病床機能報告が正確になってからでないと、そういうことはできないので、そのあたりのことを、今後十分に考える必要があると思う。

(会長)

それは、委員からの希望というか、現実を踏まえての御意見だと思う。

(委員)

現在の病床機能報告の数字は信用ならない、これでは動けませんという御確認だと思う。では、いつになったら動けるのかということについて、今後、もう少し具体的に考える必要があるのかなと思う。

現実とどれだけ乖離しているかということ、病床機能報告だけに頼っていると、いつまでも動けないのではないかという気がする。

(事務局)

4機能の報告の部分だけではなくて、どういった診療報酬点数を算定しているかという病床機能報告の他の部分についてもよく注目したうえで、資料を整理したい。明らかに回復期が足りないということは、今の病床機能報告でも窺い知れると思っている。そういう意味で、手を付ける順番としては、まず、急性期を回復期に転換するところから手をつけていって、病床機能報告の改善を待って、微調整の部分をどうするのかということ、というのが手順なのかなと思っている。

(委員)

構想案の29ページ、第4節で、こういう書き方しかたぶんできないのだろうとは思いますが、施策の方向性の(2)香川県地域医療支援センターに関する記載について、例えば、医療従事者の需給に関する検討会における意見等を踏まえて、もう少し踏み込んだ書き方ができないものかと思うが、県の見解はいかがか。

(事務局)

国において、今、医療従事者の需給に関する検討会をやっており、前段として、将来の需給推計が出た。その中で、構想の4機能分類をある程度踏まえた上で需給推計を行って、医学部の学生については当面維持していくという方向性が出たのが、中間とりまとめである。

その後、国でさらなる検討を行って、もともとの書きぶりでは、「規制を含めた」と書いていたが、年末までには、法改正を含めた形での医師確保の仕組みを検討していきたいと、国は言っているところである。国が検討中の段階で、国の制度改正を見越した記載を構想で書くのは難しい。

しかしながら、次期医療計画について、平成29年度に改定作業を行って、30年度から改定するということが基本にあって、国の方で、医療計画において、医療人材の確保について何らかの記載をしてはどうか、といった形で、今、検討が進んでいるところである。香川県としても、次期保健医療計画を策定する際には、国から医療計画策定指針が出ると思う。30年度から6年間の次期医療計画の中で、どういったことを増やしていくのかということについて記載できれば、

と考えているところである。

(委員)

そのようにしか答えようがないということも理解できるが、全国でも地域医療支援センターがうまくいっているところはあまりない。中間とりまとめがあるのだから、何かこういう試みをするとというようなことを少し書くとよいのではないか。

(事務局)

御指摘はごもっともなところもあるが、地域医療構想は、10年長持ちするものにしなければならないというのがあり、個別の事業を記載するのは、10年後にその事業が継続されるのかという問題がある。また、具体的な事業を書くとなると、予算との関係が出てくるので、財政部局との調整も必要となってくる。

(委員)

具体的な事業名ではなくとも、もう少し具体的な方向を記載してはどうか。なかなか書きづらいのだとは思いますが。

(会長)

委員も難しいと御理解された上でおっしゃっているものと理解する。
難しいところである。

今回の案について、大きく書き変えないといけないというような御意見はありますか。

現時点では、ファジーな制度に乗った記載となっているが、国の指針にしたがって運用するというので、仕方ないと考えます。

原案を修正するに至るような御意見ではなく、医療人材の育成に関する御意見や、将来的にどの時点で見直すか、というような御意見であったと思います。

このような御意見を踏まえて、事務局としても、長期的に、本検討会の委員の御意見を生かしていただき、また、それを実現していただきたいと思います。

それでは、事務局案のとおりで、医療審議会への諮問や議案提出を進めていただくということで、よろしいですか。

(異議なし)

(会長)

それでは、そういうことにさせていただきたいと思います。
他に意見はありますか。

(委員)

最初の検討会で、二次医療圏についてはかなり議論されて、香川県の5つの二次医療圏を3つにすると我々は聞いて、会を進めた。途中から、構想区域でやればいいということで、構想区域を3つとして、最終的に二次医療圏をどうするかというところの考え方は聞いていないが、どうするのか。5医療圏のままで、構想区域だけ3つとしてやっていくのか。

また、医師確保の話が出たが、専門医制度について、厚生労働省から意見を求められていると思うが、県としてはどういう回答をしたのか。

(事務局)

1つ目、二次医療圏の見直しの関係であるが、この会議は地域医療構想の検討会であり、区割りについては、最初から、構想区域をどうするかという議論をしてきたところである。大川保健医療圏と高松保健医療圏を合わせて東部構想区域、中讃保健医療圏と三豊保健医療圏を合わせて西部構想区域として設定するという方向で議論が進んできた。

二次医療圏の見直しについては、次の保健医療計画を来年度検討する際に、また御議論いただきたいと思っている。国の方針としては、本来、構想区域と二次医療圏は一致させるのが原則であるという考え方が示されている一方、地域の実情に応じて、例えば、5疾病・5事業ごとに異なった区割りを設定する、例えば、救急、へき地、災害については、一定の区割りをするが、別の分野については別の区割りにするといったことも認められている。我々としても、国の方針も踏まえて、次の保健医療計画を検討する場において、区割りをどうするのか、御議論いただければと思っているところである。

(委員)

最初の会議のときに、小豆郡を二次医療圏として残すということについてずいぶん議論して、そのときは二次医療圏だという認識で最初やっていたと思う。議事録を見てもらえれば分かると思う。県の考え方は分かったので結構である。

(事務局)

2点目について、専門医の関係かと思う。我々としては、専門医制度がもし導入された場合に懸念される悪影響として、専門医の認定に当たって症例数が大きなウェイトを占めている関係があり、このまま何かしら規制の仕組みを設けずに専門医制度を運用すると、医師がますます都市部に集まってしまうのではないかということが懸念される場所である。知事会等の中でもそういった議論があり、ぜひ地方にも配慮してほしいといった意見を、知事会を通して厚生労働省に提出したと記憶している。

(委員)

専門医に関しては、具体的なことは話していないということか。

(事務局)

知事会の中でもかなり議論があり、知事会として意見をとりまとめて、厚生労働省に提出した

経緯があると認識している。

(委員)

知事会としてではなくて、香川県としてどのような意見を出されたのかということを知っている。

(事務局)

他県と同じように、医師がますます都会に流れてしまうのではないかと心配しており、そういった考え方を基に意見を提出している。

(会長)

他にありますか。

(委員)

この地域医療構想策定検討会にはずっと参加させていただいているが、目標の数字としては2025年の病床数があり、それ以外のいろんな施策というものの、先ほど御質問にもあったように、一定の目標といっても、結局具体的なことがないわけで、例えば、必要であるとか、努力をする、促進するというような文言は出てくるが、我々の理解としては、やはり、将来の病床の機能と数をどうするかということを計画するものだと理解すればよいと思う。

そんな中で、この会は終わって、次に調整会議に移っていくのだと思う。そのときに、先ほどから議論があった27年度の新しい病床機能報告数や、いろんな新しい病床機能報告の制度などを、調整会議の中で、しっかり情報提供していただいて、そこで、構想がもう少し具体的に、あるいは、より精度の高いものになっていくようにしていただければと思う。これは要望である。

(事務局)

調整会議で、構想の実現の議論をしていく中で、病床機能報告のいろんな数字を我々としてもよく工夫してまとめ、分かりやすい資料を提供したい。

(会長)

他にありますか。

(委員)

調整会議で、具体的に病床の調整をする際に、全体としていえば、急性期が多く、回復期が少ない。その中であって、急性期の病床を持つ比較的大きい病院、公的病院が、自分の医療機関の中の急性期のベッドを回復期に変えるという方向になりはしないかと懸念している。それをすると、結局、その医療機関の中で、急性期の患者さんを今度は3A病棟の方に移しましょうという感じになってしまうわけで、そうすると、地域の中での医療の連携というのとは逆行することになりはしないかという風に懸念している。余談であるが。

(事務局)

そういった御懸念もあろうかと思うので、地域医療構想調整会議の議論の中で、地域の患者さんの健康を守っていく上で、どういったかたちで医療機関が協力し合えば、一番うまくいくのかということを皆さんで話し合っただけであればと思っている。

(会長)

他にありますか。

最後に事務局から何かありますか。

(事務局)

委員の皆様方におかれましては、昨年の9月から今日までの5回にわたり、熱心に御議論いただき、誠にありがとうございます。

いろいろ御意見をいただき、一部、十分に書ききれていない部分を感じられた委員の方もいらっしゃるかと思いますが、最終的には、この検討会の成案とさせていただき、誠にありがとうございました。

今後は、先ほど事務局から説明のあったとおり、8月31日に開催予定の香川県医療審議会に諮問をした後、9月の県議会に議案として提出いただき、議決をいただきましたら、構想を決定し、公示していきたいと考えております。

これまで委員の皆様方からいただきました御指導、御鞭撻に厚くお礼申し上げまして、簡単ではありますが、お礼のあいさつとさせていただきます。本日は、まことにありがとうございました。

(会長)

それでは、これをもって、5回にわたった地域医療構想検討会を終了とします。

委員の皆様、ありがとうございました。