

平成28年度 第2回徳島県南部地域医療構想調整会議 議事録

平成28年7月21日（木）午後7時から
阿南保健所 2階 大会議室

1. 議事

資料に従い事務局から説明（省略）

2. 質疑等概要

（1）議事(1)について

<A委員>

今日の会議以降、どういう単位の医師会団体の意見聴取されていくのか。

<事務局>

基本的には県医師会の方へ文書で照会させていただこうと思っている。ただ、郡市医師会などに医師会の中でどのような取り扱いをするかは、協議していただこうと思っている。あくまで窓口は県医師会という形で考えている。個別の郡市医師会の方に県から照会することは考えていない。

<B委員>

今回の案は地域医療構想に関して言えば、大々的・基本的な案だと思うが、その中で、南部地域での微調整を2025年の間に、どの様にやろうと考えているのか。

<事務局>

構想策定後においては、構想実現に向けて具体の調整が始まっていく。個別の病院にどの機能になっていただくかは、ガイドラインに記述があるが、協議会の中から更にワーキンググループや分科会など、関係者の方により特化した仕組みを作っていただいて、議論していただくという仕組みが予定がされている。

<B委員>

ワーキングブロックを作って、期限的にはいつまでにどの様な事を検討して、いつまでには構想実現というのは決まっていないのか。

<事務局>

スケジュール的な事は、現状では決まっていらないが、これについては、PDCAサイクルを回して行く事、あるいは工程表を作るよう、ガイドラインで指針が示されている。個別の方法論については、これからの協議会等で議論をしていただく。その際は、県の方からも情報収集して提供させていただこうと考えている。

これまでの地域医療構想の策定会議を、三圏域で、同時並行でやってきたが、今後秋の策定以降については、地域特性・課題等抽出していただいているので、それに沿って、それぞれの圏域毎に考えたいと思っている。

高度急性期は圏域毎で集まっていたと言うよりは、全圏一区で担っていく様になるので、別途集まっていたいで協議していただけたらと思う。この会でご提案等あれば、また後日でも結構なので、事務局へご連絡いただけたらと思う。

< B委員 >

今のお話から考えると、高度急性期においては、P. 22に示してある数字はあまり関係ないのか。

< 事務局 >

基本的には圏域毎の数値というのは、受療率に基づいて出した必要推計病床数ではある。ただ、高度急性期については、本県においては、三次医療圏になるので、総病床数的には担う三圏域の全圏一区的な協議も必要ではないかと思っているということで、この数字が全く関係ないとは考えていない。

< B委員 >

私は、この調整会議の最初の会議の冒頭で、二次医療圏単位で基本的に考えるという事で、皆で納得したと解釈していたが、その辺の整合性はどうなっているのか。

< 事務局 >

高度急性期自体も、基本的には構想区域である二次医療圏を原則とするものの、この圏域を越えて実際には行われているので、ガイドラインで示されているように基本的には圏域毎であるが、例えば南部圏域にある赤十字病院では南部だけではなく、東部も担っているというので、そういう所で全体での協議も必要かと思う。

< A委員 >

P. 22には大幅な医療機関のベッド数の削減が予定されているが、これは絶対的なものではないと伺っているが、これはある程度の強制力を持って対応しなければ、達成しないと思うが、これに関して、行政側の指導があるのかどうかを教えてください。

< 事務局 >

必要病床数推計値の達成していく過程の強制力や、行政のリードのお話をいただいたが、構想の枠組みとしては、推計値を見ていただいて、管内の医療機関において自主的な取り組みをしていただく構造になっている。自主的な取り組みをしていただいた上で、調整会議で相互に調整していただく事になっている。その取り組みを継続していただく。

また、先程の専門部会とワーキンググループの設置の所で、より正確に申し上げると、ガイドラインの文言を引くが、「急性期医療に係る病床の機能の分化、及び連携や地域包括ケアシステムの推進など、特定の議題に関する協議を継続的に実施する場合には、地域医

療構想調整会議を元に専門部会等を設置し、当該議題の関係者との間でより具体的な協議を進めて行く方法も考えられる」という記述になっている。「またこの場合に、特定の議題に応じた関係者の参加を求める事となるが、参加を求める関係者は代表制を考慮した、病院・診療所・地域における主な疾病等の特定の診療科等に関する学識経験者、医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会・市町村等に加え、例えば医療を受ける立場からの参加を求められる場合には住民を加える等、柔軟に選定する事が望ましい」という事でワーキンググループを弾力的に設置して、そこで協議を実施していただくという事になっている。

また、今回の資料に追加で付けているが、法律的な知事の権限として、知事による対応についてという記載をさせていただいている。公的病院については命令・支持という権限を備えている。ただし、民間病院は要請・勧告という仕組みがあるが、基本的には要請するという事になる。あくまで調整会議の協議によって、調整していく形になる。

この病床機能報告自体については、毎年行われる、病床機能報告を実施していただくに当たっての中身の精緻化については、現在、厚生労働省の方でされている所である。

ただ、病床機能報告の仕組み自体が、病棟単位という所もあるので、これを毎年報告いただいて、これと2025年と比較をしながら協議を進めるというのが、調整会議となっている訳だが、現実的にはかい離というのは否めない所もある。

それで別途、実質的な患者さんの把握についての調査の仕方について、厚生労働省に対して、国として実態に沿った調査をしないのかという事を、文書で質問をしているので、回答次第では独自に出来る所はさせていただき、国としてやっていただけるのであれば、それに基づいて進めていく。今後協議を進めていくに当たり、病床機能報告での数字と、病床数を見比べていたのではなかなか進まない部分もあると思う。また、西部の場合は、自然に病床数・医療機関が減っている状況なので、削減というより、どう維持していくか、西部と南部では是非とも協議をお願いしたいと考えている。

地域医療構想を取り巻く国の状況を追加で説明させていただくと、まず、療養病床のあり方検討会で議論がされている所であり、地域医療を取り巻く状況が大きく変わりつつある。また、病床についても、基準病床数は、本県は7025床で、過剰病床地域となっているが、一方で2025年の推計病床数の関係を、どうするかの議論が始まったばかりで、これも整理をしていく所で、周辺の状況が国の方で検討されている。構想は構想で固めていくが、状況が流動的な部分があるので、その点について補足させていただきたいと思う。

それと、病床の数値的に26%調整となっているが、過去10年間を見ても、何ら政策的な事をしなくても、自然減で10%の病床が減っている。26%のうち、自然減で半数程度、政策的な所で半数程度と捉える事も出来るのではないか。そういった点も考慮していただいて、今後の協議に当たっていただけたらと思う。

< A委員 >

用語解説が付け加えられているが、急性期機能では急性期の患者に対し、医療サービスを提供するという当たり前の事が書かれているが、もっと具体的な、実際の医師数とか病院の機能の内容とかは既に決まっていないのか、決まっているけど書いていないのか。

将来的に、高度急性期機能に入るのか、急性期機能に入るのか、全くわからない。詳しい条件等が決まっているのか。

< 事務局 >

P. 20で高度急性期、急性期、回復期、慢性期の定義的なものを記載させていただいている。

本日お集まりの皆様は専門的な知識をお持ちの方々なので、用語解説では物足りない面があるのかも知れないが、一般の方も含め、広く見ていただくという観点から、用語集については記載している。

地域医療構想があるが、徳島県ではどういう医療をやっていくかについては、第6次徳島県医療計画の期間が5年あり、次の期間が30年度から始まるので、来年度には計画の策定が始まるので、この構想を受けて、より詳細については保健医療計画でやっていく。

< A委員 >

よくわからない。例えば高度急性期は何%、どこが入るのか等ははっきりしない所がある。具体的な人員配置等、数字が書き込まれていたらいいが、決まってないのは不安である。

< 事務局 >

この4区分については、先の昨年度までの診療報酬によって、医療資源の投入量で、入院基本料等を除く点数で3,000点、600点、225点の境界点を持って出させていただくものである。

今後については、同じ様に診療報酬の点数で出せるものではないので、昨年度までについての区分になる。実際には今の診療報酬で区分がついていない。例えば地域包括ケア病棟は急性期なのか、回復期なのかは各病院で、何床が急性期で何床が回復期なのかを運用していただく様になると思う。現時点で各病院が本日現在でという点数で区分を出すというのは、具体的には無いという所である。

そこで、次の診療報酬の改定等含めて、療養病床の転換にあたっての累計というのが検討されており、そこが医療の診療報酬、介護報酬他含めて、どういう風な自己負担になるのか検討され、今年中にほぼ決まって、来年度法制化、そして、診療報酬・介護報酬についても反映されるという方向性の所まで我々も共有していく。

< A委員 >

医療報酬で区分されるという事だが、医療報酬は2年毎に改定があるから、長期のビジョンで立った計画において医療報酬に頼って決めるのは、現場としては困るのではないか。

<事務局>

診療報酬のみに左右される状況であってはならないと思っている。

厚生労働省において、在宅への誘導という形で、前回・前々回の改定であったと思うが、今後も病床機能の分化と、在宅等への移行の推進という所から考えると、そういった方向性は続くのではないかと思う。

しかし、診療報酬によって地域医療構想を誘導するという事はしないと、厚生労働省の担当者は言っておられるが、我々としても動向は注視していく。

<A委員>

よくわからないが、病院を運営されている方は心配されていると思う。2年毎に変更されるのであれば、なかなか思い切った病院の改革も出来ない。点数も一つの判断基準だと思うが、もう少し具体的な県独自の判断基準を示していただけたら、それに沿った対応もやりやすくなるのではないかと思う。

<C委員>

地域包括ケアを進めるとしたら、県として誘導するとか、医師会を通して補助金が出るとか、どういう風な方法で考えられているのか。

<事務局>

地域医療構想とセットになっている、医療介護総合確保基金というのがあり、構想に沿った形で病床の機能分化をしていただく分には、基金で応援させていただく仕組みになっている。

<議長>

議事を終了する。

以上