

東部構想区域（仮称）地域医療構想調整会議議事録

1 日 時 平成28年1月13日（水）19時～20時15分

2 場 所 香川県庁 本館12階 第1・第2会議室

3 出席者

【委員】

久米川委員、曾我部委員、宮崎委員、木村委員、溝渕委員、三森委員、占部委員、安藤（幸）委員、苧坂委員、木下委員、太田委員、和田委員、網谷委員、若林委員、安藤（健）委員、前場委員、厚井委員、蓮井委員、徳田委員、坂東委員の代理出席 河内氏、横見瀬委員、高木委員、田中委員、山本委員、松岡委員、古市委員、大西委員、山地委員

【事務局】

（医務国保課）土草課長、合田副課長、石井課長補佐、十川副主幹、土肥主任主事、西主任主事
（健康福祉総務課）星川参事 （県立病院課）山本課長 （東讃保健福祉事務所）丸山保健所長、丸西次長、藤田副主幹

4 開 会

(1) 議長及び議長代理の選出について

香川県地域医療構想調整会議設置要綱第6条の規定により議長及び議長代理を互選し、議長には久米川委員が、議長代理には山地委員が選出された。

(2) 会議の公開・非公開について

本調整会議を今後も原則公開とし、傍聴を希望する者の傍聴を認めるとともに、会議資料及び議事録を県ホームページにおいて公表することとなった。

5 議 題

(1) 地域医療構想について

(事務局)

資料3から6に基づき説明

(議長)

事務局から説明のあった、地域医療構想の趣旨や概要、これまでの策定経過、慢性期の医療需要の推計等について、御意見や御質問をいただきたい。

(委員)

高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能に分類されるということだが、回復期には地域包括ケア病床（病棟）も含まれるのか。また、医療投入量で分類されるということだが、機能的にどのような分類となるのか。

(事務局)

病床の機能別の分類については、参考資料1の5ページの上段の考え方で区分されている。回復期については、医療資源投入量600点以下の区分で分類される。御質問の地域包括ケア病棟は、回復期の機能を有する場合も、急性期の機能を有する場合もあると思うので、病棟における主な機能を各医療機関で判断いただき、病床機能報告で報告していただくものと認識している。

(議長)

他の構想区域でも同様の質問が出るが、国が示しているのは医療資源投入量で区分しているのみである。高度急性期がICUのみかと言うと必ずしもそうではない。一日当たりの医療資源投入量が、入院基本料は別として3,000点あれば高度急性期病床とし、点数から割り出した将来の医療需要を出しているだけであり、高度急性期や急性期がどういう病床を示しているのかを現段階で理解するのは難しいことと思う。もしそういう報告をした場合に将来的にどうなるのかまでの説明はない。高度急性期が将来的に診療報酬に直結する可能性があるかもしれないが、国はまだそこまで示していない。医療機関が報告の際に困るところかと思う。

(議長)

参考資料1の2ページを御覧いただきたい。本会は下段の③に当たる。目的としては、病床機能報告制度の報告結果を基に、現在の医療提供体制と将来の病床の必要量を比較して、どの機能の病床が不足している等を検討し、また、医療機関相互の協議により、機能分化・連携について議論・調整するものである。

(議長)

今回の会で決めておかなければならないのが、資料6の「慢性期機能の医療需要の推計」において、パターンAとするか、パターンBとするか、若しくは特例が適用できるのであれば特例ということでしたが、このことについて御意見等ございませんか。

事務局の考えとしては、なるべく緩い方向でと言うことでパターンBとし、特例が適用できるのであれば特例としたいということでした。この地域において特例は適用できるのですか。

(事務局)

東部構想区域については、おそらく特例は難しいと考えている。

(議長)

ちなみに、小豆構想区域と西部構想区域は特例が取れそうなので、特例ということにしました。この区域については特例が適用できるか微妙なようですが、一応パターンBということにしておき、もし特例が適用可能であればそうするということがいいのでしょうか。特例が適用できるか、国が示してくれるのですか。

(事務局)

今、国の方に構想区域を再設定した場合の数値を出してもらえるよう依頼しているので、それが示されれば、要件を満たしているかどうか分かると思う。

(議長)

それでは、なるべく緩やかなところで決めていけば後で困らないと思うので、特例が適用可能であれば特例で、無理であればパターンBということでよろしいでしょうか。何か御意見がありましたらどうぞ。

(異議なし)

(議長)

ないようでしたら、この区域はそういうことで決めたいと思います。他に何か御意見等ございませんか。

(委員)

(資料6中段の図で)パターンBを見ると、2016年から2025年にかけて毎年少しずつ病床を減らしていくということになるのか。

(議長)

減らし方は、一定ではないと思う。

(事務局)

資料6上段の図を見ると、目標設定を2025年に置いた上で、パターンBは目標の設定の仕方が全国の入院受療率の最大値を全国中央値にまで下げる割合を用いるものであり、パターンAはどこの構想区域も全国最小値の入院受療率を目標にするという厳しい内容である。

一方、特例については目標設定の年次を2030年とすることができ、2025年の入院受療率を逆算して求め、それを2025年の目標とするものである。

(委員)

病床を減らす場合に、2025年に一挙に減らすのは無理だと思うので、10年かけて減らしていくものだとすれば、例えば診療報酬の改定に合わせて減らすなどそのやり方を教えていただきたい。

(事務局)

そのことについては、現段階では決まっているものではない。

(委員)

では、2025年の病床数をどのくらいにするかということを決めるだけなのか

(事務局)

現段階では、目標を設定するものである。

(委員)

はい、わかりました。

(議長)

目標値だけが決まっていて、それに向かって毎年どうやって行くか相談するということのようなのである。

(委員)

この会議のミソは、各医療機関の自主的な取組みであると思う。今般の診療報酬の改定においても、いろんな所でインセンティブを付けて変換を求められる。そんな中で、私たちの病院も有り様を考えている。各自が病院の有り様を考え、毎年病床機能報告を行って、どの程度変わったかをみんなで議論していくということなのか。自主的な取組みとは、国の用意するインセンティブに従って自分たちの有り様を変えていくということなのか。

(議長)

配布の資料の中にも26年度の報告が載っているかと思う。27年度報告分については、次年度の夏頃には出ると思うが、他の病院の報告から自病院の有り様を自主的に勉強していただき、国の示す目標値にもっていきたいということであり、強制的に減らす場ではない。

(委員)

資料3の3ページの「地域医療構想（ビジョン）を実現する仕組み」の中で、協議だけで上手くいかない場合には、都道府県知事は以下の措置を講ずることができることとするとある。事務局からの説明にはなかったが、矢印以降には医療機関が上記の要請に従わなかった場合の措置として勧告を行うとある。勧告に従わなかった場合、医療機関名の公表や、各種補助金の交付対象や福祉医療機構の融資対象からの除外、地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消しの措置を講ずることができることと書かれている。非常に強いことが書かれているが、法的根拠とこのような措置が起こる可能性についてお聞きしたい。

(事務局)

矢印以降の項目については、医療法の第27条の2、第28条及び第29条第3項で規定されているもので、可能性としては全くないと言うものではない。ただ、先ほど委員の発言にもあったように、自主的な取組みと調整会議での協議が構想の実現に向けての基本であり、知事の権限が行使されるということは、極端な場合のみと考えている。

(委員)

言われれば分かるが、先程の説明で外されたことはいかがなものか。可能性が全くないわけではないので、慎重に考えなければいけないと思う。

(事務局)

失礼致しました。

(議長)

医療法上の規定もあり、真剣に協議する必要もあって資料に載せてもらった。都道府県知事の権限がかなり強くなっている。しかしながら、命令等があるとしても、まずは公的病院に対してということのようにも思われるし、命令の前には本会や医療審議会もある。例えば高度急性期がいっぱいあるのに高度急性期をしようとした時には止めなさいと言うことはあるかもしれないが、恐らくベッドを減らさないという話はないと思う。

(議長)

今回の会で決めることは、慢性期の医療需要推計だけだが、この会の後、策定検討会や医療審議会を経て、県議会を通して初めて構想区域が決定される。その後、この会での検討が始まると思うので、よろしく願いたい。他に何かありませんか。

(委員)

例えば、さぬき市民病院で何床減らさなければいけないのか。急性期から回復期、慢性期にどう転換していくのか。当院の医療資源投入量から計算してみると、高度急性期が約1割、急性期が約6割、回復期が3割位の比率である。似かよった郡部の病院ではそれ位の比率かと思うが、例えば500床で高度急性期ばかり診ている病院があるとして、今回の推計に基づいた病床の再配分、機能転換によって100床を高度急性期、400床を急性期に転換したいと考えたとする。高度急性期は所在地ベース、急性期以下は構想区域の中で考えるとの説明があったが、その場合には、その区域内において400床を新たに解消しなくてはならないのか。

(事務局)

高度急性期については、医療機関所在地ベース、つまり医療機関が所在している所に医療需要があるという考え方で推計しており、それとの比較になる。一方、急性期・回復期・慢性期については患者が暮らしている地域に医療需要があるとして、患者居在地ベースで推計している。医療需要に基づき推計した必要病床数に見合うような供給をその区域内で調整していただくことになる。

(委員)

結局は400床が放出され、その区域に新たに付加されるということですね。例えば、高度急性期の病院が3つも4つもあって、各病院が200床ずつ急性期病床を放出した場合、その構想区域で800床吸収しなくてはならない。資料6には、病床機能報告で東部構想区域の高度急性期病床数は約3,200床あって、一方、2025年や2040年の必要病床数を見ると約1,800床、つまり1,400床減らすということになるが、そこに800床が入ると2,000床余り減らす話になる。高度急性期500床の病院は、100床の高度急性期と足りない回復期400床を作ってもらおうと、地域は平和になるという考え方でいいのか。

(議長)

ここが満床になったからここに入れてはいけないという考え方ではなく、各病院のその年の報告分の合計が、ここに示す数に収束していけばいいだけの話である。10年後の話であって、2年ごとの診療報酬の改定でも考え方が変わってくると思う。また、使用していない病床も報告に挙げられているものであり、将来、例えば建て替えのときに小さくするという意向の病院も出てくると思う。今からそこまで心配しなくても大丈夫ではないか。この数年間は、さしあたり報告だけを見る感じかと思う。

(議長)

他に質問もないようなので、今の議論を踏まえ、県の地域医療構想策定検討会に諮りながら、地域医療構想の策定を進めていただければと思う。

来年度以降が、この地域医療構想調整会議の本番であり、関係者間で情報を共有し議論していくことになるので、よろしくをお願いしたい。

以上で本日の会議は終わります。長時間にわたり、ありがとうございました。