

小豆構想区域（仮称）地域医療構想調整会議議事録

1 日 時 平成 27 年 12 月 24 日（木）14:00～15:30

2 場 所 香川県小豆総合事務所 南館 1 階会議室

3 出席者

【委員】

久米川委員、八木委員、炭山委員、大石委員、・元委員、佐藤委員、田岡委員、中澤委員、原田委員、三木委員、浜田委員、西尾委員

【事務局】

土草医務国保課長、合田副課長、石井課長補佐、十川副主幹
星川健康福祉部参事
岩井小豆総合事務所次長、岡田保健福祉課長、宮武主任、大上主事

4 開会

(1) 議長及び議長代理の互選について

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、久米川委員が議長に、八木委員が議長代理に就任した。

(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

(議長)

ただ今、事務局から、地域医療構想の趣旨や概要、これまでの策定経過、また、慢性期の医療需要の推計等について、説明があったが、この説明に対して、御意見や御質問があれば、御発言をお願いしたい。

(委員)

資料 6 の慢性期機能の医療需要の推計について、特例適用の要件というのが 2 つあるが、これは、小豆構想区域としてみるべきか、それとももっと小さな区域としてみるべきか。

(議長)

これは、小豆構想区域でみることになる。

(委員)

小豆区域は、特例を適用できる地域になっているのか。

(事務局)

特例を適用できる地域になっている。

(委員)

香川県を3つの構想区域に分けたという話については、それでよいが、約50万人の区域と約30万人の区域、小豆島の3万人弱の区域という分け方の理由は何か。小豆医療圏は30万の10分の1である。

(議長)

この調整会議の前に、地域医療構想策定検討会が2回あったが、その中で小豆を含めて5つある二次医療圏の中で患者の流れについてのデータが出されている。まず、高松に大きな施設が多くあり、大川地区や小豆地区からかなり入り込んでいる。西に関しては、中讃地区に結構大きな施設があり、それより西から入り込んできている。結局、この医療構想調整会議で何をするかと言えば、10年後の病床をなるべくその地区の中で合わせるということになる。これをあまり小さな地区で行ってしまうと、例えば、高松などは、病院はあるが、外から患者が来ており、高松の人口の中で病床をどうにかしろとなるとそこは減らさなくてはならない。反対に、大川地区については増やさなければならない。今から病院を建てるとなると大変なことになる。ただ、香川県は小さな県であるから、小豆島は除いて、結構道は綺麗についているし、車でずっと行ける。ということになれば、1つの医療圏として考えた方が、国が言っているよう、ベッド数を10年後の予想されるベッド数に合わせなさい、といった場合、それほど我々が苦労しなくても、このとおりにしているんですよという話にできる。

小豆地区に関しては、高松地区に含めてしまってもよかったと思うが、そうすると、逆に小豆の医療需要が全部高松の方で計算されてしまうということになり、小豆の医療の現在困難なところが全部消えてしまう。うまくいっているじゃないか、ということになって、小豆の医療の問題点が完全に消えて、何の問題もないというようにされてしまうと困る。船で往来しているため、何かあったときにどうするのかということがあるし、やはり、小豆地区に関しては今も困った状況があるということ国に分かってもらう必要があるので、ここは別個としてやらないと実態が数字に表れてこない。そこで、後々、小豆の医療体制をつくるには、1つの区域として残していた方がいいのではないかという意見があって、このような区分になったものである。

(委員)

土庄町の高齢化率が37.7%、小豆島町も38%、2025年の問題は小豆島については現在の問題である。これは、病院が統合されて新しい病院ができて変わらない。そこを

協議していく場にもなるのか。

(議長)

なる。新しくできる病院の機能をどうしていくか。例えば、ほとんど今は急性期で出されていると思うが、資料にあるように急性期・慢性期はこれくらいにしてくれとやってきた場合に、新しくできた病院の病床の機能をどう考えていくかというような場になる。

(委員)

今、最後に説明いただいた資料6の裏側の小豆医療圏の医療需要の必要病床数の推計の表であるが、右端の平成26年の病床機能の報告では全部で約400床、急性期が約200床、慢性期が約200床くらいあるというのが現状ということか。

(議長)

現状というよりも、各医療機関からこういう報告を受けている、というものである。

この調整会議で議論するのは、この報告の数を例えば2025年の必要病床数にどうやって近づけていくかということ。これは人口減少を踏まえた計算値であるので、病床機能報告の数をどうやってここに近づけていくかというのを論議するのがこの場である。今はこれだけ開いているが、10年後の目標がここなので、今すぐどうこうしろという訳ではないが、これに近づけて行くにはどうしたらいいか。そのためにはこのようなお金が要るのだ、というのであればそこで基金を使って事業をしましょうという話になってくる。

(委員)

平成26年度病床機能報告には、新病院の内容は盛り込まれていないのか。

(議長)

盛り込まれていない。

新病院ではなく、土庄中央病院と内海病院から出てきた病床数を足した報告になっている。そのため、また来年度、再来年になれば、報告数は違ってくるはずである。

平成27年度の報告はもう出たのですか。

(事務局)

平成27年度については、各医療機関から報告をいただいて、集計中である。

(議長)

だから、この資料の数字は、最新のデータではなく去年のデータである。

このような報告が毎年あがってきて、必要病床数に近づけていくということである。

(委員)

平成25年の医療需要と必要病床数を比べるとバランスが取れている。10年後の2025年においてもだいたいバランスが取れている状況であるが、平成25年と10年後を比べると、例えば急性期だと倍ぐらいになっている。慢性期だと同じぐらいか、少なめとなっているが、その構造が分からない。

(議長)

小豆島の人口構成を見て、お年寄りが減ってきているという推計で計算されているのではないか。例えば、20年、30年と経つと80歳代の人は少なくなるだろうという人口構成で計算されている数字である。

(事務局)

参考資料3を御覧ください。二次医療圏ごとの疾病別患者数の推移の資料であるが、2ページ目に小豆の疾病別患者数の推移を推計している。下側が入院患者の疾病ごとの推計で、今から2025年にかけては、入院患者数が増えていく疾病もあるが、その後は徐々に減っていくという推計になっている。

(委員)

地域包括ケア病棟というのは、基本的に慢性期ということでもいいのか。今後、病床の機能を4つに分けて行くというのは、いつからか。

(議長)

それを年々報告していただきたいというのである。この病床によって診療報酬の点数が変わってくるため、急性期の病床、慢性期の病床というように機能を分けてくれということのようである。

(事務局)

地域包括ケア病棟については、急性期の機能を担う場合もあるし、回復期の機能を担う場合もあるというように聞いている。病床機能報告については、現在、病棟ごとに報告いただくということになっているため、その地域包括ケア病棟がどちらの性格が大きいのか各医療機関で判断していただいて報告していただく、というのが現状の病床機能報告制度である。

(委員)

必要病床数の推計数は昨年時点の話ということでは理解したが、この計画は毎年更新するものなのか。

(議長)

いいえ。この必要病床数は変わらない。2013年のレセプトデータで計算した必要病床数である。

(委員)

4機能ごとに、患者の流出入や地域差を縮小させるような作業を入れることと、小豆島の場合は新しく小豆島中央病院ができるので、私は患者の動向が若干変わるのではないかと期待しているが、そのあたりにギャップが出てくるのではないかと思う。今よりも、小豆島の方で入院される方が増え、この数字よりいい数字が出るのではないかと考えている。

(議長)

高松に患者が流出しているが、この流出が止まるのではないかという話であるが、どうか。

(委員)

止まるとまで言えるかは分からないが、ある程度戻ってはくると思っている。他の事例でも、結局、病院が古いから行きたくないという考えはどうしてもあるため、中身が例え同じであっても、新築にただけで患者の数が増えたという事例が多いのではないかと思う。

(議長)

ただ、今の流れから言っても、新しくした効果はだいたい2、3年であり、10年後となるとまた分からない。

(委員)

ドクターについても同じことが言える。大学の医局から人員を追加するとき、病院が新しくなるのだったら出そうかということがある。実際、内海病院も以前の木造の建物から新しい病院になったときに、その当時各医局がある程度医師を派遣する力を持っていたため、どんどん増やして一時的に膨れ上がったが、4、5年して、じわじわ右肩下がりで減ったということがあるため、新病院に関しても同じようなことを覚悟しておかないといけない。

(議長)

おそらく今度の病院で、どういうドクターが、どういうふうに頑張っていたかということによって、だいぶ違うと思う。なかなか、先が見えないですけども。

(委員)

はい。建物が新しくなったという効果だけでは、効果が持続するのはわずかな時間だと思われる。後は、中の人間がどう動くかだと思う。

(委員)

島民の新しい病院に関する意識の改革というか町民会議を何回か行っているが、我々としては患者に周知して、新しい病院を盛り上げようとしており、期待している。2、3年後どうなるかは分からないが、前向きに考えて行けたらと考えている。

(議長)

是非ともそういう働きかけ、そういう島民の意識の向上を十分にやっていただきたい。小豆の中で医療が成り立つというような形にどうにか持っていきたい。この高度急性期に関しては、その区域によらなくてもいいということであるため、なかなかこの小豆島の中で死ぬか生きるかの治療をやるとなると、なかなか難しいし、人を集めるのも大変であるから、そこに関しては高松でお願いして、それより後の急性期の機能を小豆島でやっていくと考えていってもよいのではないか。

(事務局)

先ほどの資料6の裏側の推計値について、説明を補足すると、急性期・回復期・慢性期の医療需要については、患者住所地ベースで、患者がお住まいの区域の医療需要として推計している。新しい病院になって患者がどの病院に行くかというところは、この推計上影響は無い。今、議長からお話があったように、高度急性期については医療機関所在地ベースで推計しているため、流出の場合には医療需要が小さくなっている。したがって、患者住所地ベースで推計している急性期・回復期・慢性期の数値については、特段影響がないと御理解いただきたい。

(委員)

確認のため、以前の検討会の資料と比べていたときに、2025年の必要病床数というのは、医療機関所在地ベースであったと見たのだが。

(事務局)

2回目の構想策定検討会に資料4の下側の3番目「構想区域間の医療供給数の調整」に記載していた、「構想区域間の医療供給数の増減の調整に当たっては、地域医療構想策定ガイドラインに沿って、高度急性期は医療機関所在地ベースで、急性期、回復期及び慢性期は患者住所地ベースで調整すること」としたい旨、事務局から御説明して、御了承いただいたので、それを元に数値を整理して記載させていただいたのが、今回の資料6の裏側の推計値である。

(委員)

医療機関所在地ベースで算出したのではなく、再調整されているということか。

(事務局)

高度急性期については、医療機関所在地ベースで記載しており、急性期、回復期及び慢性期については、患者住所地ベースでの数字を記載している。

2回目の策定検討会の資料は、参考なので両方の数値を記載していた。

(委員)

高度急性期病床の定義は何か。

(事務局)

参考資料1の5ページに「病床の機能別分類の境界点(C1～C3)の考え方」がある。これは、高度急性期、急性期及び回復期の区分というのをある程度客観的に区分するためには、やはり医療資源投入量を目安に区分するというのが考え方になっているので、C1の医療資源投入量が3000点以上を高度急性期という形で区分されている。

(議長)

入院基本料等を除いて1日3万円以上の医療がなされているというところからきているのではないか。入院基本料等を入れない点数であるから、ここに書いているように、ICUやCCUの医療というふうに考えたらと思う。

(委員)

地域包括ケア病棟について、今、土庄中央病院で療養として出している場合は、慢性期でよいと思うが、一般の場合は、現場の感覚としては亜急性期というか回復期くらいの感覚であるが、急性期になるのか、回復期になるのか。

(事務局)

地域包括ケア病棟がそのまま、急性期になるとか、回復期になるというような位置付けは厚生労働省でもなされないようである。いろいろな性格をもった病棟ということになると思うが、現状の病床機能報告制度では、病棟ごとの報告であるから、どちらの機能を担っているかというのを各医療機関で御判断いただいて報告していただくことになる。

(委員)

回復期でもかまわないのか。

(事務局)

回復期で報告していただくことも十分に考えられる。

(委員)

小豆島の場合は、急性期と回復期とがごっちゃになっているようなところが多く、病棟によって、きちんと区分することが困難である。

(委員)

その病棟の平均的なところで判断するのか。

(事務局)

急性期と回復期の医療費投入量の境界点が600点ということで、いろいろな患者がいるとは思いますが、病棟単位でどちらの比重をおくべきかで判断する。

(委員)

急性期が多かったら、全部急性期にしてしまってもいいのか。

(事務局)

そのようになる。

(議長)

病棟単位の報告なので、どの病院もどのように報告していいかまだ分かってない。おそらくいろいろ今後こういう場で、集積がなされていくと思われる。低い機能で報告すると、後で困ってしまっはいけないので、とりあえず高い機能でというようなことで報告もなされているようである。

(議長)

ここで決めておかななくてはならないことがある。先ほど出た、資料6「慢性期機能の医療需要の推計」にあたって入院受療率の地域差を解消する目標を決めておいた方がいいのですか。

パターンAとパターンBと特例があるが、小豆地区においてはどれにしようかということである。事務局としては、パターンBを原則として、小豆地区が特例要件に入るので、特例でもOKだという話があったが、パターンAというのは急に減るので、これはちょっとまずいと思う。そこで、パターンBか特例をとるかということだと思うが、これについて御意見はありませんか。

小豆地区は特例が取れるのか。

(事務局)

はい。

(委員)

特例というのは。

(議長)

ここに書いてあるように、減らさなくてはならない目標が緩やかになる。

(委員)

パターンBよりもか。

(議長)

もっと緩やかになる。

特例にしておけば後でどうにでもなるのではないかと思う。目標値はあまり厳しいところに置いておくと、後で困ることになるので、国がここまでいいといっているのだから、特例にしたいが、よろしいか。

(委員 複数)

はい(異議なし)。

(議長)

では、小豆地区は特例ということでお願いします。

他にも御質問・御意見があればいただきたいが、いかがか。

(議長)

今度のこの会は、いつ頃の開催になるのか。まだ県議会も通っていない。

おそらく、今日の会は顔見せみたいなもので、もう決めることは無いのだと思う。医療審議会を通して、議会を通して、それで、ちゃんと3つの区域にという決定がされると思うので、それからまた各医療施設からのデータが出てきて、それで初めてどうしようかという話し合いの場というのがこの会になると思う。次の会はだいぶ先になるのか。

(事務局)

今の予定では来年の2月頃に次回の構想策定検討会を開催させていただく予定である。そこに本日いただいた御意見等を報告させていただき、その後、県の方で地域医療構想を策定する目途として、来年度半ばということで作業を進めさせていただいている。来年度前半に、今御説明いただいたように医療審議会に諮問させていただいた上で、県議会の方にも議案、保健医療計画の一部という位置づけになっているため、本県の場合、保健医療計画は議決の対象になっているので、議会にも承認していただくという手続きが必要になる。そこで、今回、構想区域を3つとするということで御検討いただいているが、それが確定することになる。

構想区域ごとの調整会議は、構想策定後に本格的に皆様に議論していただくということであるので、それと合わせて、平成27年度の病床機能報告も、前回平成26年度の例でいくと、来年度前半くらいに1回目の集計ができて、さらに調整・修正が入り、使える数字になるのが、来年度の半ばくらいになるかと思う。そういったものが揃った上で、来年度後半に調整会議を開催させていただくことが見込まれる。

(議長)

今回は、来年度後半ということなので、今、御意見があればぜひいただきたい。

(委員)

小豆の場合は高度急性期は10未満という形で、新病院には高度急性期はできないということか。

(委員)

できないというか、0ではないかもしれないが、10になることはないのかなと考えている。

(議長)

おそらく、10未満というのは、数はちゃんと出ているのだろうが、出すと個人が明らかになるおそれがあるので、個人情報関係で10未満のものは、全部「10未満」という数字になっているらしい。先に言ったとおり、1日あたり3万円以上の医療需要を投入するようなことが1箇月続いているような治療を、新しい病院でやる機能があるかという、結構厳しいのでしょうか。

(委員)

そうですね。ただ、例えば透析患者が悪くなって日常的に体外循環しなければならないような場合、それが本当に高度急性期かは分からないが、少なくともお金に関しては、それに匹敵するような金額になろうかと。

(議長)

それはそういうことで、こういう数字がでてきているのかと。

(委員)

ですので、まさにこのとおり。0ではないと思うのですが、10未満という。

(議長)

病床機能と言われるとなかなか困るところですよ。

(委員)

はい。

(議長)

そういう術後とか、それに匹敵するような医療需要はあるが、ただそれを必要病床というか、病棟として抱えるわけにはいかないか。

(委員)

はい。10床も重症専用のベッドを構えるということはできないと思う。

(議長)

構えとなると専用の医者が何人も必要になってくると思うので、なかなかそこをやるのは難しいと思うが。

(委員)

結果的になるかもしれないということか。

(議長)

はい。高度急性期機能に関しては、外の区域でもOKだということになっているので、例えば3くらいだったら、必ずしもその3の病床だけではないということですので。ただ、そういう場合、患者をどのように運ぶのかという問題は別に出てくるので、それは国に言っていくべきだと思う。

(委員)

ICUやCCUは高度急性期か。

(議長)

はい。高度急性期。そういう1室というのではなく、ある程度の病棟単位で。

(委員)

あとは、区分の点数で算定されることになるということか。

(議長)

入院基本料を除いての医療資源投入量である。

(委員)

地域医療構想の趣旨を理解した上ではあるが、医師の確保が小豆島の抱える問題である。このことを香川県全体として制度として考え、提言していくようなことは検討しないのか。

(議長)

この調整会議は、あくまでも、必要量と報告されたベッド数をいかに合わせていくかという論議までであって、その区域の医療をどういうふうに変えていくかの話し合いではない。ただ、その中でこういう問題点が出たということは大事なことであるので、それをもって、ベッドを必要数にもっていきのにこれだけの金が必要だといえ、金を出してもらい、基金を動かせる理由にはなるんですよね。

(事務局)

資料3「地域医療構想について」の下側、「地域医療構想の内容」として、「目指すべき医療提供体制を実現するための施策（例）」と記載させていただいているが、一つ目は、まさしくこの調整会議の場などで自主的な取組みと合わせて共有をしていただいて、医療提供体制を実現していくということになるけれども、次に3つほど、「病床の機能の分化及び連携の推進」、「在宅医療の充実」、「医療従事者の確保・養成」と記載している。先ほど若干申し上げた、消費税率引き上げによる消費税増収分を財源とした、地域医療介護総合確保基金を活用する際のメニューとして、厚生労働省が示している区分が、この「病床の機能の分化及び連携の推進」、「在宅医療の充実」、「医療従事者の確保・養成」といったメニューである。

こちらに該当する事業については、毎年度県の方で計画を取りまとめて、国の方に提出して、国の方から基金の配分を受けるという流れになっている。その計画を策定する際に関係者の方々にどういった事業があるか、県から照会させていただき取りまとめている。

(議長)

例えば、基金を使って、医師の確保はできるのか。なかなか、どういうふうな形で出すかは難しいが。

(事務局)

事業計画のようなものを出していただいて、また、この基金の活用に関してはそのための外部の委員の意見を聞く場を設けているので、そちらの委員の御意見を聞きながら県の方で計画を取りまとめて提出したい、というふうに考えているので、まずは具体的な事業概要を出していただく必要がある。

実際の内容については、国の方から内示があって、額によっていろいろ調整をするが、その前段階として、地域医療構想の中に、例えば小豆医療圏では医師が足りない。そのため、このような各方策が必要であるとの意見をいただいた、それを検討会に諮って、構想に記載したということが、ひいては基金の配分の上で影響してくるのであろうと考えている。

(議長)

こういった会で問題点のあぶり出しはされると思うが、だからといってここで、こうしろといったことはないと思う。基金でも要望の中身を入れることはできると思うので、それを議論するには、この会は良い機会ではないか。

(委員)

資料6の小豆の必要病床数の小計の270床台について、今度の新病院は。

(委員)

234床である。小豆のベッドの数も全てが新病院というわけではないので、妥当な線かなと思う。

(議長)

病床機能報告では3つか4つの病院があるようである。

(委員)

小豆島病院と牟礼病院とを合わせてということですね。

(議長)

国の統計からすれば、今増えている高齢者もしだいに減ってきて、病床が減るという感じなのですね。

(委員)

では、現在の報告から100くらい減っているのはこれでいい訳ですね。

(委員)

今の現場を見ていて、ベッドが足りないという状況には、残念ながらなっていない。それは今、高松医療圏に入院されている患者のことを考えないで話なので、島外に出ている患者が、全員帰ってきたら足りなくなるかもしれない。

(議長)

たぶん高松でもそうだと思う。高松の大きな病院もベッドが余ってくると思う。

(委員)

在宅医療等に関して、施設や訪問診療などに関する細かい目標などは無いのか。

(事務局)

参考資料1の5ページの下側から6ページの上側にかけて、「慢性期機能および在宅医療等の需要の将来推計の考え方について」の説明があるが、慢性期については、高度急性期や急性期、回復期の必要病床数の推計とは若干異なる推計の仕方をしている。

地域によって療養病床の入院医療率に地域差があるので、これを踏まえ、慢性期機能と在宅医療等の患者数をいったん一体的に推計した上で、目標を設定してそれぞれを推計する。

在宅医療等とは、5ページの四角囲みの中に記載されている、「在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す」ということで、かなり広く定義されている。慢性期の患者の推計は、目標を定めて、先ほど特例ということで御了承いただいた目標と同様に、在宅医療等についても、その裏返しになるが、目標を設定するという形になる。

したがって、資料6の裏側、「香川県における医療需要及び必要病床数の推計値」の医療需要の方の推計値で、2025年医療需要のところを見ていただくと、香川県全体で、慢性期

の医療需要の特例のところと、在宅医療等の特例のところを足し合わせると、小計の香川県全体のところ、1つの数字になっている。このように慢性期の病床機能と、在宅医療等が裏返しということで、どちらかを増やすとどちらかが減ると言う関係になっている。

(委員)

今回の在宅医療の、特養やグループホームを含めて、小豆郡のベッド数というか、収容人数は把握されているのか。小豆郡の特養などは200人待ちであるとか、たくさん待っている方がいて、需要に追いつかないというイメージを持っている。これは、今回の医療圏のベッド数の話とは外れるとは思いますが。

(事務局)

県の方で高齢者保健福祉計画を策定していて、その中で現状・今後の整備目標を定めている。そこに記載されているのは施設系の整理目標という面が大きい部分があるが、そちらとも連携を図りながら、在宅医療の部分をどの程度見込んでいくかということになるかと思われる。今、数字としては持ち合わせていない。

(事務局)

先ほど言われたのは、介護の需要であろうかと思うが、こちらはあくまで医療の需要であり、医療が必要な方だけを計算したものである。

(議長)

それでは、今の議論を踏まえて、県の方で、香川県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きたい。

この地域医療構想調整会議は、地域医療構想が策定された後が本番という趣旨の説明が県の方からあった。来年度以降、構想が策定された後、関係者間で情報を共有し、議論を行っていくことになるので、よろしく願います。

それでは、以上で本日の会議を終わります。

本日は、いろいろな御意見をいただき、ありがとうございました。