

第1回大津圏域地域医療構想検討会議 議事概要

日 時：平成27年8月25日（火）14：00～16：00

場 所：旧大津公会堂

出席委員：別紙名簿のとおり

欠席委員：渡辺委員、福田委員

事務局：大津市保健所 勝山所長、県健康医療課 嶋村課長 他関係職員

議事の経過概要

開会宣告 14時00分

県健康医療福祉部あいさつ：嶋村健康医療課長

事務局より、全委員および事務局の紹介があった。

議 題

1. 座長の選出について

事務局より大津市医師会の吉徳会長を座長にとの提案があり、満場一致で了承された。

2. 部会の設置について

座長より、要綱に基づき「病床機能分化・連携部会」を設置すること、また配付名簿のとおり部会委員の指名があり、了承された。

3. 平成26年度病床機能報告結果について

事務局より資料に基づいて説明があり、その後質疑応答が行われた。
その概要は下記のとおりであった。

委 員 4区分の定義があいまいで、病院によって解釈が違う。データとして公表するのであれば、そのあたりをきちんとしていかなければならない。

事務局 国ではこの制度の精緻化に向けた検討が進められている。例えば回復期機能は、実際は急性期から在宅につなが、いわゆる亜急性期の機能も含まれるところ、回復期リハの病棟だけが該当するとの誤解もあるようで、こうしたことも含めて、今後、区分の定義付けをはっきりして、より精度を高めていくということになる。

委 員 国の検討会では、定性的な報告のほか、医療の内容、出来高に応じた基準点数が公表され、高度急性期などの機能の区分がなされている。このあたりについてはどうなのか。

事務局 病床機能報告は、定性基準に基づき報告いただくことからスタートした。一方で、地域医療構想で定める将来の必要病床数の推計は患者の治療度合い、

出来高点数で切って医療機能を区分するという方法である。このずれを解消するということが国では問題意識としてもっており、いずれは報告制度を定量基準で実施できるような方向を検討していくということである。

座長 慢性期の考え方については、まずは在宅医療の質の向上や充実といった体制を整えたうえで、それに応じて慢性期機能の調整をするということだと思うが、そのあたりはいかがか。

事務局 地域医療構想では、慢性期の機能と介護施設も含む在宅医療について、患者の状態も近いことから一体的にとらえるという考え方である。

委員 今後、精神病床も機能分化されていくということになるのか。

事務局 精神病床は、病床機能報告の対象になっておらず、地域医療構想で推計する将来の必要病床数の中にも含まれていない。ただ、国のガイドラインにも書かれているとおり、地域の精神のベッドも地域医療連携を考えるうえでは重要な役割を担うこととなる。精神病床も含め地域包括ケアシステムをどのように構築していくのかということも地域医療構想の重要なテーマである。

4. 地域医療構想について

事務局より資料に基づいて説明があり、その後質疑応答が行われた。

その概要は下記のとおりであった。

座長 医療区分1の7割が在宅へ帰るという推計であれば、療養病床が減ることになると思うが、在宅に帰ってもまた入院する必要が出てくる。いろいろなケースが想定されると思うが、そうしたことをどのように考えていくのか。

事務局 重要なポイントである。今回の考え方は、病院から地域へということを踏まえた推計になっているので、当然ながら地域の体制が十分にできていないと実現できないということになる。推計では、全国統一の考え方の中で、医療区分1の7割の患者は、将来的には在宅・介護で対応するということが計算するが、それが果たしてそれぞれの地域で実現できるのかということについて、検討会議の場で議論いただきたい。

座長 高度急性期や急性期の機能を守るためにも、慢性期機能や在宅を充実させるというのが根本にあると思う。大津市医師会としても、在宅医療の充実に取り組んでいるが、何かあった時には療養の病床が必要となってくる。大津圏域は療養のベッドが少なく、かつ入院日数が長い。そうしたことも解消して、在宅療養患者が何かの時には入院できるようなシステムづくりも考えるべき。市医師会では、在宅療養推進部を立ち上げたが、在宅に帰ってこられた患者さんを受け入れて、スムーズに在宅療養が行えるような調整もしていきたいと考えている。

委員 スケジュールでは今年度中に構想をまとめていくということであるが、最終的には県全体で調整していくということでのよいのか。

事務局 本県の検討の体制は、県の医療審議会と地域の検討会議を同時並行で進めていくというもの。高度急性期のように広域で検討を要するものもあるので、

そうしたことも含め、県全体での検討と地域での検討を双方向で進めていきたい。

委員 推計では、病床稼働率など目安としての数値があるが、元のデータが正確でないといけない。早急に医療区分の定義づけを明確にする必要がある。

委員 病床を機能で分けていくということ。医療区分は、DPCデータで分析可能であるが、滋賀県含めⅡ群の病院がない県もたくさんあって難しい。そこで診療の出来高の点数何々点という形で切っていくということになった。内科系、外科系で状況は変わってくる。推計はあくまでも目安ということで考えてよいのか。

事務局 地域医療構想では、2025年をターゲットにして、国の示す推計方法に沿って目標を定める。ただ、今後新しい人口推計が出てきたりもするので、そこは毎年PDCAサイクルを回しながら、目標値というのをも点検していくことになる。まずは、現時点で分析可能なデータによって目標値を定めていくということ。

委員 急性期から慢性期までは各医療圏でカバーできるようにし、高度急性期は圏域をまたがっているので広域で考えていくということか。

事務局 そのような考え方が基本である。ただ、滋賀県の場合、地域によっては慢性期患者の流出入が大きいところもある。そうしたことも含め地域ごとに検討していくということになる。

委員 疾患別にみることも重要。例えば、がんの手術だと患者は圏域を超えて動いておられると思う。骨折だとか肺炎などは地域でカバーされているだろう。

事務局 重要な検討視点である。国のガイドラインでもがんや脳卒中、肺炎などといった主な疾患別に分析をしていくということが明記されている。今後、部会会議の中などで、疾患別のデータも示していければと考えている。

委員 慢性期患者の一定数について、将来は在宅でという国の方針であると思うが、大津圏域の在宅医療体制はどのくらい整備されているのか、また今後どのように強化していくのかというものがないと、慢性期の入院患者を在宅で受け入れると言っても難しいのではないのか。

事務局 まず現状を把握するということが大変重要である。また推計によると2025年には大津圏域の在宅患者が1.5倍になるという予測である。現在の在宅療養患者が純増するうえに、さらに入院患者の一部を在宅や介護施設で受け入れようとするのが目標である。そうしたことが実現できるのかどうかなども含めて現場の声を聞かせていただくというのがこの会議の場でもある。

委員 今年度中にまとめるということに無理があるのではないのか。

事務局 構想は、まとめた後で、関係者による調整の場を設け、毎年進行管理していく。そうした中で、数値等についても関係者とともに確認していきたい。

委員 大学病院の取扱いについて、この圏域だけの枠組みの中で考えていってよいのか。大学病院には広域の役割があると思うが。

事務局 医療審議会でも議論している内容である。大学病院は特定機能病院としての役割があり、また、救命救急センターには3次救急の役割がある。医療区

分でいうと高度急性期に該当してくると思うが、そういう県全体や圏域をまたぐような機能については、医療審議会場で議論していただくことになる。

委員 在宅医療の需要については、今後大きく増えるという推計があり、また慢性期患者の受入れということもある。大津圏域の在宅療養支援診療所は、現在45か所で県平均以上ということであるが、これで対応できるとは考えられない。在宅医療は、在宅療養支援診療所だけでなく、届出していない診療所でも対応しているが、将来の需要に見合っただクターが増えることはない。受皿があつての将来の病床の検討であると考えている。また数だけの問題ではなく、訪問診療の質も担保されなければならないので、そうした検討も必要である。

事務局 検討会議に病院だけでなく、医師会はじめ介護関係の団体の方にも入っていただいているのは、まさにそのような視点からご意見をいただきたいと考えているため。地域医療構想で目指す地域の体制強化のために、大津圏域にどのような課題があつて、どのような施策をやっていけば目標に近づいていけるのかといったご意見もいただきたい。

座長 今年度中に構想をつくって、それを毎年確認していくのだろうと思うが、2025年に向けて、どのように病床のあり方は決まっていくのか。

事務局 まずは地域医療構想で定める目標数が基本となる。2025年の4機能区分の必要病床数と病床機能報告の数値を比較して、そこに乖離があればそれを解消していこうというのが地域医療構想の目的。

座長 機能別の必要病床数が決まったとして、それを受けて各病院がどのように対応していくのかという具体的なものがない。このあたりはどのように調整していくのか。

事務局 ガイドラインに沿って構想区域ごとに必要病床数をまとめることになるが、具体的にどの病院がどのような機能に転換するかといったことについては、構想策定後の協議の場を設けなければならない。構想実現に向けては、医療機関の自主的な取組と協議の場での調整を進めていくことになる。県としては、医療機関の自主的な取組に対して、医療介護総合確保基金などの財源を使って支援していくことになる。

委員 医療機関が自主的に取り組むとのことであるが、病床数を増やすことは難しい。病床許可の権限は県が持っているので、いつ病床転換を図ったらいいのかなど言っていないと。構想をつくっても効力がなければ単なる提案である。県が構想を受けて、例えば病床を増やすこともありますよとか言っていないと会議をしても意味がない。

事務局 病床に関しては基準病床制度があつて、現在滋賀県は各医療圏とも過剰病床となっており、総量を増やすことはできない。地域医療構想では将来の患者像に応じてバランスよく提供体制をつくっていくというのが趣旨である。行政が個別に病床転換を働きかけるということには限界がある。今後、構想実現に向けた診療報酬体系が組まれていくと思うが、そうした動向をみたり、構想で示す将来需要などをみながら、個々の医療機関自らが将来のあり方に

について考えていただくということだと思う。

座 長 大津圏域は療養病床が少なく、在院日数が長く、稼働率が高い。そのような中で、在宅療養患者は療養病床になかなか入院できない。そのため軽症患者が高度急性期や急性期の病院に入院している現実がある。そのあたりを根本的に見直さないと質の向上もできない。急性期医療を守るためには療養病床の稼働率ではなく回転率を上げていかなければならない。療養病床で受け入れていただけるシステムづくりをしないと、在宅医療を続けたいとか始めたいという人が出てこない。慢性期病床を考えるうえでは、そのような検討もいるのではないか。

座 長 今後の検討については、部会会議を進めるということなので、該当の委員の皆様はよろしくお願ひしたい。

大津市保健所あいさつ：勝山所長

閉会宣告 16時05分

大津圏域地域医療構想検討会議 委員名簿

(敬称略)

	機関・団体名	職名	氏名
1	大津市医師会	会長	吉徳 克仁
2	大津市医師会	在宅療養 推進部長	井上 文彦
3	大津市歯科医師会	会長	木村 誠
4	大津市薬剤師会	会長	渡辺 茂
5	滋賀県看護協会第1地区支部	支部長	上田 かよ子
6	打出病院	事務長	朝田 晃司
7	大津市民病院	副院長	青木 悦雄
8	大津赤十字病院	院長	石川 浩三
9	大津赤十字志賀病院	院長	馬場 信雄
10	堅田病院	事務室長	中野 志登司
11	滋賀医科大学医学部附属病院	病院長	松末 吉隆
12	滋賀里病院	地域連携室 次長	大伴 政示
13	地域医療機能推進機構滋賀病院	院長	来見 良誠
14	瀬田川病院	院長代行	青木 浄亮
15	ひかり病院	事務局次長	高橋 裕
16	琵琶湖病院	理事長	石田 展弥
17	琵琶湖大橋病院	理事長	小椋 英司
18	琵琶湖中央病院	管理副院長	荒堀 光信
19	琵琶湖養育院病院	理事長 (代理：地域医療連 携室相談員)	加藤 守彦 (代理：中原ちか子)
20	山田整形外科病院	事務長	橋本 勲
21	大津市訪問看護ステーション連絡協議会	会長	福田 章子
22	滋賀県介護支援専門員連絡協議会大津ブロック	代表	矢守 友樹
23	大津市介護サービス事業者協議会	会長	北村 拓人
24	大津市社会福祉協議会	会長	桐畑 弘嗣
25	大津市健康推進連絡協議会	会長	小林 妙子
26	滋賀県農協健康保険組合 (滋賀県保険者協議会)	常務理事	原田 憲一
27	大津市健康保険部保険年金課 (滋賀県保険者協議会)	課長	井上 康平
28	大津市健康保険部	部長	菅原 弘一