

大津圏域地域医療構想検討会議  
第2回病床機能分化・連携部会 議事概要

日 時：平成27年11月13日(金) 14:00～15:40  
場 所：滋賀県大津合同庁舎7-A会議室  
出席委員：別紙名簿のとおり  
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

議 題

1. 地域医療構想の検討について

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 資料1について、第1回部会で療養病床に関して意見を述べさせていただき、また部会長が建設的にまとめていただいた。それらを反映しているもの  
と知っている。

部会長 必要病床数の推計については、構想区域間の流出入が将来も続くと想定して病床を推計するということである。この考え方は変わらないことであると思うが、慢性期に関しては流出が多いため、病床が減ってもいいのだということになっている。流出をしないようにすることが重要であるので、数字だけでなく、もう少しダイナミックに考えないといけない。例えば、他圏域には終身希望の患者の受け入れを積極的に行っている病院があり、患者家族の希望でそのような病院を選ぶことも多いとの意見があり、大津圏域の慢性期機能と他圏域の機能が違うことが原因で流出しているのであれば、慢性期の性格を変えていくといったようなことも考えていかないといけない。

事務局 現在国において療養病床のあり方について検討されており、その議論も踏まえて検討していくことになるが、患者ニーズに合った提供体制をつくっていくということが地域医療構想の目的であるので、慢性期機能、療養ベッドのあり方について、地域の実情に応じて考えていただくことになると思う。

部会長 病院だけでなく、地域包括ケアシステムにおいては介護サービスも大事である。大津は、中核市の中でも老健、特養の施設数が少ない。介護施設が少ない中で、さらに病院の療養ベッドを少なくしていくというのはどうなのかと思っている。

事務局 推計では、療養病床の入院患者の医療区分1の7割について、将来は在宅

へといった内容も含まれており、こうしたことは検証をしていく必要がある。基準病床数を増やすことはできないが、高度急性期から慢性期の医療機能については柔軟に考え、足りない機能があれば充実させていけるような努力を皆でしていかなければならないと考えている。

委員

資料2について、7点の質問、意見である。

1点目、高度急性期機能は広域的な病床機能ということであるが、大津圏域の必要病床数については、全県的な供給調整を行う中で、大津圏域の高度急性期機能を設定していくのか。

2点目、急性期機能の機能分化について、機能分化を進めていくにあたって、例えば専門部会などを医療圏の中で設置していくのか、それとも全県的な協議の場で整理し議論されていくのか。

3点目、具体的な展開に関しては自主的な取組に委ねるのか、それとも何らかの働きかけがあるのかどうか。

4点目、在宅医療の需要予測について、2025年には約1.65倍に増える見込みとなっているが、これは介護需要の予測ではないのか。数字について確認したい。

5点目、在宅医療の地域間格差の解消という課題があげられているが、具体的にはどのようなことか。

6点目、構想実現に向けた施策について、地域医療構想は今後継続的な進捗の検証が必要と思うが、このことについてはどのように考えているのか。

7点目、医療・介護従事者の確保・養成について、施策例の追加を提案したい。現在、大津市保健所を中心に、あんしん長寿相談所を地域ごとにつくって、多職種連携の取組を精力的にされている。ここでは在宅医療の実践例を話し合っただけで連携の形を模索している。こうした動きを例えば在宅医療サポートチームといったような形で取組を進めていってはどうかと提案する。

事務局

1点目、大津圏域の高度急性期機能の病床推計については、医療機関所在地ベースで算出した病床数を設定することになる。高度急性期機能には広域的な機能があるので、検討にあたっては広域の視点を考慮していくということになる。

2点目、急性期の機能分化に関する検討方法について、構想策定後は調整会議で引き続き協議していくことになるが、どのような形で調整会議を進めるのかについては今後検討していく。構想策定の検討会議は、全体会議と病床機能・分化連携部会という2つの枠組みで進めてきたが、こうした方法も参考としながら、テーマや内容に応じた議論ができるような枠組みというものを考えていきたい。

3点目、具体的な取組に関しては、基本的には医療機関の自主的な取組と調整会議における協議・調整の中で進めていくことになる。行政としての調整はもちろんしていくし、また、医療介護総合確保基金を活用しての支援というのも行政の役割の一つと考えている。

4点目、在宅需要の数字について、これは国から提供された地域医療構想

策定支援ツールに基づくものである。約 1.65 倍という数字は、医療区分 1 の 7 割を将来は在宅医療等で対応という考え方なども含まれてのものとなる。

5 点目、地域間格差については、いただいたご意見を反映させていただいたものである。

6 点目、進捗確認については、毎年の調整会議の場で、病床機能報告の数値をはじめ、さまざまな指標を構想の中でまとめていくので、それらについて確認していきたい。

7 点目は、ご提案ということで受けさせていただく。

事務局

3 点目の具体的な取組に関して、基本的には自主的な取組ということであるが、県としては、病床機能報告で報告いただいた内容などについて協議しやすい形で整理して提供させていただきたい。また、明らかに不足する機能を充実させていくのが行政の役割でもあるので、そうしたところは基金を活用して積極的に支援できるしくみをつくっていきたい。

委員

療養病床の医療区分 1 の 7 割の患者を在宅医療へ移行することについて、これは国の方針として在宅へ移行して療養ベッドを減らそうということである。このことは受け入れ体制の問題もあるし実際にできるのかどうか。国では介護離職ゼロの政策も展開されており、在宅医療・介護と慢性期をセットで考えるということはその通りだと思うが、現実問題として本当にできるのかどうか心配である。

事務局

現場の声として、そのようなご意見が多いということだと思う。資料 1 ではそのようなご意見を踏まえて整理したところであるが、今後、調整会議の場や、また大津圏域では医師会と病院との間で意見交換される場もつくっておられると聞いているので、そうした場でも、大津の慢性期患者への対応などについて議論していただければと思う。

委員

受皿ができるのかどうか分からない中で病床を減らしていったら介護難民を生むことになる。

事務局

病床削減ありきではない。

委員

状況を見極めながらやっていただきたい。

委員

高度急性期の病床について、大学病院のような広域の病床を二次医療圏の議論に押し込めるのはどうかと考えている。急性期病院のご意見も伺いたい。

調整会議では、いろんな施策をどのように実践し、構想を実現していくのかといった検討もしていくのか。

事務局

滋賀県全体の議論は滋賀県医療審議会があるので、その場で高度急性期の役割も含めて議論していただくものと思っている。

事業の評価・点検については、基金の活用にあたっての県の計画もあるので、そうした計画の点検も実施していく。地域の調整会議で確認していただくこととあわせて、医療審議会では県全体の確認をしていただくことになる。

委員

滋賀医大の患者には、草津からの患者も多いのに、それをなぜ大津圏域に入れるのですかということ。滋賀医大は大津圏域の議論から外して滋賀県全体の高度急性期と考えた方がいい。

- 事務局 高度急性期は県全体で考えるということについては、大津圏域のご意見として整理したい。
- 今回の病床推計は、医療機関所在地ベースで出しているの、大津圏域に流入している患者も推計したものとなっていることは確認しておきたい。
- 委員 2025年に向けての推定病床数が出てきているが、今はまだ10年先の1年目である。10年先の数字を決めてしまうということではないとの認識である。2025年に向けて一つの目標をもちながら、いろんな情勢もみながら考えていきましようということで、その捉え方が資料2のような方向性であると思っている。
- 事務局 将来推計をすればこのくらいの病床数になるだろうということは示すことになる。そのうえで、どのような機能がどのくらい必要になるのかということを検討していく。稼働している病床を削減していこうとするものではない。全体的にみれば回復期機能を充実させていこうということである。
- 委員 急性期機能について、がんや脳卒中、心筋梗塞など機能分化していくということであるが、急性期病床において専門性を出していかないといけないということか。
- 事務局 それぞれの病院が同じような機能を持つということは、医師の配置などを考えても非効率であるという考え方もある。選択と集中による機能分化を進めて地域の医療の質を高めつつ、病床の稼働率も上げるとのことかと思う。
- 部会長 急性期機能の病院間の機能分化について、大津の患者は近くの病院に行っている傾向が強い。その中で機能分化していいのか。患者自身がより不便になってしまう可能性もある。そういうことも考えていかないといけない。それぞれの病院が一通りこなせないと不便であるというのが大津市民の考え方であると思う。
- 事務局 メジャーな疾病は近くの病院で受療できないといけないと思う。一方で専門的な治療が必要な患者さんの対応は集中させるということもあると思う。
- 委員 今後の進め方について、調整会議と医療審議会の2つの場で協議し、進捗確認していくということであるが、大津圏域で検討してきたこの会議は継続すべきと考える。
- 事務局 調整会議は7つの構想区域ごとに設置するので、この調整会議の場で継続して検討していきたい。
- 委員 確認であるが、滋賀医科大学の場合、高度急性期で全県から患者が来るだろうということで、医療審議会でも議論するとのことだが、推計は医療機関所在地ベースで織り込み済みだから関係ないよということなのか。
- 事務局 医療機関所在地ベースで推計しているということは、例えば滋賀医科大学へはいろんな圏域から患者さんが来ていると思うが、そうした状態が2025年も続くと仮定した病床数になっているので、大津圏域の病床数には他圏域から来るであろう患者さんも含めた数で推計されているということである。
- 事務局 三次機能についてはご意見があるような広域の視点という考え方で整理し

ていきたい。

委員 医療区分1の7割の考え方について、介護施設や在宅医療の環境が整備されない病床削減はできないということである。大津圏域の中でも在宅医の集中しているところと、そうでないところがあるので、遠方でも仕方なしに療養病床に入院されている実態もある。家族がいて在宅に帰れる人はいいが、帰れない医療区分1の人もいてそのような患者が長期入院化している。受け入れる施設がない中で7割は戻せるという数値だけの検討はどうかと思う。療養病床を有する病院が、医療区分1の患者の状況などを具体的な数値で公表してもいいかと思う。医療の必要な療養病床と介護施設、在宅医療の整備が同時に進まないといけない。

事務局 地域の実態はどうなのかということそれぞれの病院がデータを持ち寄って共有しながら検証するということが重要である。医療区分1の7割は在宅へということも、一つの議論のスタートであると思うので、大津ではどうか、本当に実現できるのかといったことを、地域のデータをみていながら検討していくものと思っている。

委員 国が在宅への移行を進めるのは医療費抑制のためである。医療・介護・福祉を預かる者は、そればかりにとらわれて現状を見極めないと大変なことになる。現状の医療体制を崩壊させないように考えていくべき。

部会長 大津の慢性期患者は流出傾向にあって、また療養病床の稼働率は高いという状況を考えれば、この圏域では療養ベッドが少ないと理解するべき。

事務局 現行医療法上の基準病床数は増やせない。推計病床数の医療区分の中でどのように調整するのかということもある。

部会長 大津圏域では慢性期のベッドを70床ほど減らすということになっていた。他圏域には終身の慢性期ベッドがあるから急性期の段階で流出するケースもあるといった意見もある。こういうところも考えないといけない。療養病床を70床減らしてもいいんだという考え方がどこから出てくるのか。増やさないとダメだと考えるべき。大津圏域では、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション数は県平均を上回っているかもしれないが、全国的には低い。在宅医療があまり進んでいないという中で、療養病床を減らして患者が流出する、在宅医療もできないという状況にどのように歯止めをかけるのかという検討をこのような部会で議論すべきと考える。

事務局 医療区分1の7割を在宅へという国の政策部分が含まれているので病床も減じるという推計になっている。あくまでそのような条件で推計した結果である。減らすことを目的に検討するのではなく、地域の実情を見極めながら必要な医療機能を確保していくということであると考え。

部会長 療養病床が少ないと在宅医療をする立場では不安を感じる。何かあって自宅でみられないというときに対応してくれる病院がないとなると在宅医療をする人は減っていつてしまう。そういうことのないように療養病床を確保すべき。

事務局 そういった現状も踏まえながら、2025年にどうしていくべきかということ

を、いろんな情報も持ち寄って考えていくということかと思う。

委員

療養病床を持っている病院は悩んでいる。医療区分1の70%は在宅に帰れるという議論がされているが、診療報酬改定では、入院基本料2の療養病床でも医療区分2、3の患者で5割以上から6割以上でないと施設基準として認めないという議論もされている。そうなってくると、現在病院全体で医療区分2、3の患者で55%を占めているが、一病棟で入院基本料1にもっていきこうとすると、他の病棟では施設基準が満たさなくなってくる。それに合わせて運営していきこうとすると必然的に病床を減らしていくしかない。これをどうしたものか、国の診療報酬改定を見据えながら考えていかなければならないが、そのような締め付けが既に始まっている。療養病床の果たす役割は今後も重要なものと認識しているが、一方で診療報酬改定の締め付けとの間で悩んでいる状況である。

委員

急性期病床も同じような状況で、診療報酬がベッド数を減らす方向に行っているのは間違いない。国の推計でこうなっていますよということだが、その推計の根拠が間違っていたらどうしようもない。医療区分1の7割は在宅に帰れるだろうという仮定のもとに推計されているが、これはおかしいということ国に対して言っていって効果はあるのか。変えてくれればいいが、これは政治力にもなってくるので、いくらこちらから意見を言っても国はお金がないんだからこういう方向でいくしかないんだということであれば、会議しても無意味である。調整会議で議論して効果があるのかどうか。診療報酬にも関係してきて病床を閉めざるを得なくなると最終的には住民の方が迷惑してくる。

事務局

医療区分1の7割の患者は、将来は在宅医療や介護施設で対応することとされているが、直ちにこれを実現できるかという困難が予想されるという認識である。国のガイドラインでも、在宅医療等の整備が先行した上で、慢性期機能の必要病床数に係る目標に向けた取組が不可欠であるとしている。地域医療構想の中では、いただいたご意見を反映して、滋賀県はこうあるべきといった、必要な部分は必要であるということを書いていきたい。

委員

今回の資料は、検討の経過を踏まえてうまくまとめたいただいたと思っている。これをどのようにして我々が実践していくのかということだが、それはまさしく今後の検討の場で協議していくものである。

事務局

本県の地域医療構想は、47分の1であるかもしれないが、単なる47分の1であってはいけないと思っている。滋賀県の療養病床は標準的なものであるが、こだわるところはこだわって書き込んでいきたい。

大津市保健所あいさつ：勝山所長

閉会宣告 15時40分