

平成27年度 第1回 滋賀県医療審議会保健医療計画部会 議事概要

日 時：平成27年9月24日（木）10：30～12：00

場 所：滋賀県庁北新館 5-A会議室

出席委員：松末委員、笹田委員、小西委員、芦田委員、片岡委員、石橋委員、
若林委員、菊井委員、三輪委員、渡辺委員（順不同、敬称略）

欠席委員：山口委員、本白水委員、織田委員（順不同、敬称略）

事務局：健康医療福祉部

藤本部長、瀬古次長、角野次長、嶋村健康医療課長、井下健康寿命対策室長、
河瀬医療福祉推進課長、健康医療福祉部担当職員

議事の経過概要

開会宣告 10時30分

健康医療福祉部あいさつ：藤本部長

事務局より、本日の出席者数は委員総数13人の過半数である10人であり、滋賀県医療審議会運営要綱第5条第3項で準用する第4条第1項の規定により、会議が有効に成立している旨の報告があった。

議 題

1. 部会長の選出について

事務局より滋賀県病院協会の片岡会長を滋賀県医療審議会保健医療計画部会の部会長にとの提案があり、満場一致で了承された。

部会長 当会は審議会の中でも、地域医療構想を検討する重要な会議と位置づけられていると聞いている。本年度中に策定を目指す地域医療構想のナビゲーションの会でもあるので、皆さんから活発なご議論をいただき、建設的な会となるようによろしく願いたい。

2. 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。

部会長 我が国は既に人口減少時代に入っており、滋賀県も人口減少の局面を迎えている。人口推計には地域差があるものの、**2025年**というだけでなく、その前後においても団塊の世代がどんどん高齢化していく。そうした中で、滋賀県ではアクセスの関係や患者ニーズを基に流出入が生じている。そのことも踏まえて、必要病床数を決めていくということで、昨年度から病床機能報告

制度も動いている。滋賀県にとっての最適な医療提供体制について、コンセンサスをもって作りあげていきたいということである。

委員 湖南圏域について、2014年の病床機能報告と2025年の必要病床数を比較すると急性期が大きく減少している。一方で、75歳以上人口の推移を見てみると、2025年には約2倍近くに増える見込みであるが、高齢者が増えるにもかかわらず、急性期の病床が少なくてもよいのか。

事務局 現在の報告制度は病棟単位で報告をいただいているが、例えば急性期病棟にもいろいろな状態の患者さんが入院されていることが想定される。一方、将来推計は、患者のレセプト点数から機能ごとに区分しているのので、これらの数字にズレがあると考えられる。地域医療構想では、そのあたりをバランスのとれた病床機能に分化・連携していこうというもの。また、人口推計では、大津、湖南は高齢者が急速に増えていく。当然急性期のニーズもあるものの、むしろ回復期のニーズの方が今後は増えていくという見込みなので、回復期の機能をより充実させていこうという推計となっている。

委員 病床機能報告は、病院の自己申告による総計で、一方、将来推計はレセプトによる計算であるので、比較しているものの考え方が違うということである。

事務局 現在の病床機能報告が、あいまいな定義の中で定性基準になっていることは国も問題意識としてもっている。定量基準ができれば将来推計としっかり比較できると思うが、地域医療構想では、病床機能報告と将来推計を比較しながらギャップがあれば埋めていきたいと思いますということなので、当面はこれらの数字を見ていながら、大きな方向性として回復期の充実ということを目指していくことになると思う。

委員 患者流出については、若年層が多いとのことであったが、どのような現状となっているのか。

事務局 国の推計ツールによる算出では、若年層の方が完結率は低い傾向にある。推測ではあるが、若年層は比較的行動範囲が広いので遠距離での動きがあり、高齢になるほど、より近くの病院で入院されている現状があるのではないかと。

部会長 そもそも我が国の保険医療制度、診療はフリーアクセスである。滋賀県の患者すべてが滋賀県で受けなければならぬということではない。患者は自分の意思で動かれるので、アクセスや人口などでも状況は変わってくる。

委員 慢性期について、滋賀県の病院に入らずに京都の病院へ行かざるを得ないということがあった。流出が患者や家族の希望によるものなのかどうかということも考える必要があるのではないかと。人口が減ってサービスが低下していくことが考えられる中で、患者の立場に立ち、どのようにバランスをとっていくかを考えなければならない。

事務局 ご指摘のとおりで、患者流出として数字は出てくるが、それが患者自らの選択なのか、やむを得ずなのか、その実態について考えていく必要がある。今回、定量的に分析してデータをお示ししているが、今後は、7つの圏域ごとに地域の実態に応じて、それぞれの数字がどうなのかということについて、

ご意見をいただいて検討を進めていきたいと考えている。

委員

ドクターヘリが運航されたこともあり、高度急性期の部分の地域間格差は解消されてきたと思う。急性期の患者に関しては、今後高齢化に伴い、医療と介護をあわせたケアが必要な患者が増えていくことが推測される中で、看護人材の確保、質の向上などが求められ、あわせてチーム医療の推進も一緒に検討していかなければならない。慢性期の現状については、資源が少ない中で在宅医療が進められているということで、地域の熱意で動いているように思う。今後40～50歳代の人たちが介護離職されていくのではないかとということも懸念されるが、慢性期における展開において、在宅医療を進めていこうとするならば、医療提供体制と地域包括ケアの推進は一層強化していく必要がある。そのためには、訪問看護の人材確保も重要である。

部会長

必要病床数の話だけではなく、必要な人材育成があつてこそ、住みやすいまちづくりが実現するという。地域医療構想はベッドだけの将来構想ではなく、県民の皆さんが滋賀県に住んでよかったと思える構想であるということで、人材育成を同時に進めてほしいとのご意見であったと思う。

委員

現在、動ける人は圏外に出ておられる場合も多いと思うが、年をとってくると通院の手段が無くなってくため自分の家の近くで治療を受けたいとなってくる。それは、今も将来も変わらないと思うので、流出入の傾向は10年後も変わらないだろう。ただ、今後高齢者が増えていくことから、患者住所地ベースの需要が高まってくることが考えられる。医師会としては、在宅医療の受皿を開業医で担おうと取り組んでいるが、在宅で見ようとするとなと介護力が大切になってくる。在宅に帰れば、本人にも家族にも負担がかかるため、介護力がないと、最期は在宅でと言っても難しいところがある。その点も考慮しながら、在宅への移行が難しいと考えられる方でも在宅で受け入れられるような支援体制作りや組織作りが必要である。

部会長

流出入の状況を見られて、在宅医療の観点からいかがか。

委員

圏域の中でどれだけ医療供給体制がしっかりできているかということが大切である。圏域内で対応したいと思っても、在宅に移行できる環境が整っていればいいが、現実には難しいことが多い。現状としては、医療供給体制が十分でないために流出も出ているのではないかと思う。

部会長

多くの方が最期は自宅だと考えておられるが、実際には8割ほどは自宅で亡くなられていない。人生の最期まで自宅というニーズにどう応えていくかということは、介護力のことや、慢性期と地域包括ケアを一体として考えていく時期が来ている。

委員

慢性期医療については、在宅医療体制をきっちり整えないといけないということで、最重要課題である。

また、一つの考え方として、患者が良質な医療を受けられるように、高度急性期から慢性期まで一貫した、二次医療圏内で完結できる医療提供体制ということで、患者の利便性を踏まえた患者住所地ベースで必要病床数の整備をしていくものとする。ただ、現実を見ると、これを整備していくには一

定の予算や人材確保が必要となるため困難が想定される。現在の流出入が続くと仮定するのであれば、充足率の増減が20%の範囲内で考えていくことが必要ではないか。

患者住所地ベースで考えたとき、湖西医療圏は大変困難な状況にある。試算によると、大津医療圏と湖西医療圏をあわせた数字では、充足率が120%から80%の間で保たれたという結果が出た。しかし、湖西から大津までのアクセスは、改善されてはいるものの時間や距離を要するので、湖西圏域の住民からすれば不便であるということのを拭い去ることはできない。こうしたことも踏まえ、特に湖西と大津などは十分に考えていくべきである。

事務局

湖西と大津は、本県の中でも特徴的な関係性があると思っている。流出入を考えるうえでは、高度急性期から慢性期までの医療機能別に検討する必要がある。高度急性期などは良質な医療とあわせて効率的な提供体制ということも同時に必要となってくる。分散するのか集中するのかといった検討が必要であるし、また年代別や疾患別の動きも参考となる。例えば湖西では、全体的に流出傾向にあるものの、疾患別では、心筋梗塞や脳卒中などの急ぐ急性期などは高い完結率を示しているもので、こうした疾患には圏域でしっかり対応していただいているのではないかと思う。このように様々な観点からの検討というのも必要ではないかと思う。

委員

高度急性期に関しては、高度な医療機器や人材が必要となり、また質の担保も重要であるので、集約して圏域を越えての対応となるだろう。急性期や回復期については、一つの流れとして圏域で完結することが望ましい。今後、骨折、肺炎、脳卒中といった疾患が増えていく見込みであるが、こうした疾患は圏域で完結している。高度でテクニックを要するものは、広域搬送も可能となっているので、圏域を越えた枠組みをつくって、一般的な疾患については圏域で対応するなど、患者さんの病態像を見て判断していくことになる。

75歳以上の高齢者への医療提供を考えたときは、地域包括ケア病棟というのがあり、ここが担うことになると思うが、ただ、国の政策がどう動くのかと様子を窺っておられるようで、まだ普及していない。地域包括ケア病棟がうまく経営できて、回れるようになれば、圏域内での対応もできていくのではないか。

慢性期について、滋賀県では介護施設の整備が全国47位ということであったかと思う。バックアップ体制が十分でない状況で、療養のベッドを急に減らすのは難しい。したがって、慢性期の目標をパターンBでいくということには賛成である。療養型にも医療圏を越えての移動があることについて、どのように見るかということ、これは長い時間をかけて出来てきた病院の機能分化である。これを自圏域でという方向も理解できるが、そうすると圏域間でベッドの調整をする必要があるということなので、難しい問題があると感じている。

委員

西浅井地域は湖北と湖西の境目にあるが、この地域では福井県の病院にも行っていると思う。岐阜、三重、京都以外に、福井への流出もあるのではな

いかと思うがどうか。

湖北圏域と言っても、長浜と、余呉、木之元、西浅井とでは、だいぶ落差があるように思う。例えば、県立高校の定数を決めるときは、中学校3年生の生徒数だけで決めるのではなく、ニーズに応じて定数が決まっている。10年程前から全県一区になったが、そうなる生徒の流れは今回の患者の流入と流出と同じような動きになっていると感じた。今回検討する地域差解消の目標設定や供給調整について、現状だけではなく、地域医療を守る、お年寄りが遠くに行かなくても入院できるという考え方があるのであればよいと思う。

事務局

福井県への流出については、ご指摘のとおりゼロではない。ただし、国の推計ツールでは、一日10人未満の患者数は非表示となるため数値として出てきていない。

需要に応じた供給体制を考えていくべきというご指摘はまさにそのとおりであると考え。例示いただいた県立高校の関係と医療体制については、高校は公的な部分でコントロールできるが、医療体制の整備は民間病院も多いので、そのような難しさもあると思っている。

委員

入院患者の疾患は、肺炎が2番目に多いということであるが、中でも、急性期、回復期の肺炎患者が多い。主病があつての肺炎なのかどうか分からないが、肺炎予防には口腔ケアが重要であると思っている。公立病院などには歯科があるが、歯科のない病院へは、歯科医師を派遣し、口腔ケアを行う取組もしている。

在宅療養患者への対応も増えてくると思うので、今後の課題である。

委員

本日の資料については、今後の課題を考えていくうえでも大事であると感じた。データに基づいて医療施設の適正配置を考えていくうえで、2点あげておきたい。

1点目は、病気の特徴に応じた体制を考えることが必要であるということ。言葉として整理しておきたいのは、「急性疾患」、「慢性疾患」である。「急性疾患」とは、代表的なもとして小児医療とか救急医療である。こうした医療は原則として各医療圏で対応する必要があるし、そのように出来てきている。「慢性疾患」というのは全県的な対応が可能であるが、その代表はがんである。がん患者はその日のうちに手術するのではなく、しっかり診断して、治療方針を決めて対応していく。したがって、がんは全県医療の典型的なものである。こうした医療は各医療圏に高度な施設を設置する必要はない。こういうことを考えて配置を検討する必要がある。

もう1点は、施設配置を検討する際は、患者さん中心に考えないといけないということ。患者さん中心に考えた場合、病院は急性期を担う医療機関、慢性期を担う医療機関、そこから診療所へ行って、在宅へとなる。今後の課題として、そのようなシステムを考えていかないと流れない。施設をいくら整備しても流れ図をつくらないといけない。このことは、滋賀県全体で考えていかなければならないことだと思う。

委員

在宅へ移行していくということについて、滋賀県は在宅療養支援診療所の

数が少ないということであるが、県はこれから増やしていこうとされているのか。すぐに増やしていけるものなのか。

事務局

在宅に対応する医師を増やそうということで、3年前から在宅医療セミナーを開催しており、医師会からも毎年参加していただいている。在宅療養支援診療所は、診療報酬上、届け出るかどうかということ。実際には訪問診療をされている医師はたくさんおられると思うが、客観性のあるデータとして在宅療養支援診療所の数を見ている。全国よりも低いという実態があるが、セミナーを受講いただいた方が届出をされたり、セミナー受講者以外でも増えてきている状況にある。

委員

在宅療養支援診療所とは一つの制度上の名称であって、届出制となっている。在宅療養支援診療所でないと在宅ができないのかということ、それは関係ない。ほとんどの開業医は、自分の患者さんの具合が悪くなられたときは、往診もしている。在宅療養支援診療所が増えていないのは、届出の基準が厳しいという要因もある。医師会としては、在宅療養支援診療所を届け出いただくために研修もしているし、啓発もしている。在宅療養支援診療所が少ないからといって決して在宅医療が進んでいないということではないと考えている。

部会長

近畿2府4県の会議でも地域医療構想の議論をしているが、滋賀県は他府県に比べて有り難い県であると思っている。それは、7つの構想区域の会議にすべての病院が参画して意見を述べられ、理解をしながら検討できているということ。本県では病院と行政、医師会も含めヨコの連携を図り、情報交換も常にしながら、県民の皆さんへ最適な医療体制をとという基本理念がうまくいっていると感じている。

病床機能報告制度や地域医療構想の検討については、病院が自然淘汰される時代の中で、病院がなくなるかもしれないという危機感をもって、それぞれの病院が切磋琢磨できる一つの起爆剤になるのではないかと考えている。そのことで病院の質、医療の質が上がるということであるので、切磋琢磨できる環境が整った中で、県民の皆さんにより良い医療が提供できると考えている。

それを、今回は病院がすべて自主的にやってくださいということであるが、より良い医療を提供するためには、良い医療人を確保し、育てていかなければならない。そうしたシステムは病院に任せきりでは困るので、プロとしての医療人育成に関しては、地域医療構想そのものの根底に関わるものでもあるので、滋賀医科大学、病院協会、県がタイアップしながら、研修医の確保や新専門医制度による専門医の獲得に努めていかなければならない。住みやすい滋賀県、働きやすい滋賀県、働いて良かったと思える滋賀県ということで、我々病院も力をあわせてやっていくし、医師会とも協力しながらやっていきたい。

部会長

本日の検討事項について、まず、慢性期機能にかかる地域差解消の目標設定ということで、パターンBによる推計を基本として検討を進めるという方

向性について、決めさせていただきたい。また供給調整の考え方の案については、いろいろ検討課題はあるものの、必要病床数については、医療機関所在地ベースで考えていこうという、この2つの原案について、これで進めさせていただいてよいでしょうか。(異議なし)

この意見をもって構想区域で検討していただいて、その結果をまたこの部会にもってくるということで、今日の話がすべて決定ではないという流れで進めさせていただきたい。

委員 資料の補足のところに、「患者住所地ベースによる必要病床数も参考としながら、構想実現に向けた協議の場で確認していく」と書いているが、このことも十分に考えていただきたい。

部会長 分かりました。

事務局より、今後、当部会で了承された考え方を踏まえ、各構想区域での議論を進めていくこと、また、それぞれの地域での意見等を集約したうえで、改めて当部会での審議をお願いしたいことについて確認された。

閉会宣告 12時00分