

平成27年度 第1回徳島県医療審議会 議事録

平成27年11月26日（木）午後7時から
徳島グランヴィリオホテル

1. 議事（1）：医療広告における徳島県独自の広告可能事項の定め （徳島県医療人材育成認証医療機関）について

〈事務局説明〉

資料1に従い説明（省略）

〈A委員〉

対象となる実習生は看護実習生だけで、医学部生は含まれないのか。

〈事務局〉

看護だけということではないが、最も人数の多い看護師の認定機関を対象にすれば医師もかなりカバーできるのではないかとと思われる。（特に看護師は）全国的に臨地実習の受け入れ先獲得に苦労している状況も踏まえ、実習生を受け入れている施設に対して県としても報いるために制度を創設した。看護師だけではなく、広い医療人材が対象となり得ると考えている。

〈A委員〉

自身の無床診療所で医学部生の受け入れを行っているが、対象になるのか。

〈事務局〉

まず看護師を対象とすれば広くカバーできるということで制度創設しているが、「看護師等」という文言にしているとおり、医師も対象とできるよう検討したい。

〈B委員〉

薬剤師も実務実習があるが、対象となるのか。県内2大学に薬学部があり、実習生の配属調整に苦慮している事情があるが、薬局も対象の「医療機関」に入るのか。

〈事務局〉

医療法が対象としているのは、医師、歯科医師、助産師、病院、診療所、助産所であり、薬局は含まれていない。

〈C委員〉

まずは、看護師からと思うが、今後、歯科にも拡大されると考えてよいのか。

〈事務局〉

当初の想定は看護師であるが、御意見を踏まえ、看護師以外のすべての医療人材が対象となるよう検討していきたい。

〈D委員〉

「病院等」の例示が記載されているように、「看護師等」のところも例示すればよいのではないか。

〈事務局〉

分かりやすい表現に努めていきたい。

〈会長〉

それでは、今回の意見を踏まえて修正し、再度審議するということになるか。

〈事務局〉

制度としてはスタートさせ、詳細の制度設計についてあらためて報告させていただきたい。

〈会長〉

確認だが、制度としてはスタートさせるが、どういう職種を対象とするかはもう少し審議をしてから最終決定するという理解でよいか。

〈事務局〉

看護師を対象に制度設計したものであるが、御意見を踏まえ、まずは看護職の受け入れ施設について始めさせていただき、その他の医療人材については追加的に検討したいと考えている。

〈D委員〉

医療人材は幅広に捉えるべきだ。高校を卒業した人が地元に残るかどうかということに関わる。若い人の県外流出が多いので、県内に残ってもらう観点から考えることが必要。

〈事務局〉

御意見を踏まえ、拡大の方向で検討していきたい。

〈会長〉

看護職を突破口として制度をスタートさせ、他の職種は近いうちに検討開始する。看護師受け入れ施設は他の職種も受け入れているが、全体的な受け入れ施設を対象とする制度となるよう、早急に検討をお願いしたい。

2. 議事（2）：医療法第30条の4第8項の特例による
阿南中央医療センター（仮称）への増床について

〈事務局説明〉

資料2に従い説明（省略）

〈C委員〉

今後の運営方法がどうなるのか教えてほしい。主体は厚生連だろうが、各団体が事業費を負担している。歯科としても、病院で口腔ケアを進めていく予定であり、具体的にどこと話をすればいいのか。

〈事務局〉

先月、厚生連、阿南市、阿南市医師会の間で協定を締結しており、厚生連が中心となった運営となると伺っている。

〈C委員〉

では、今後、厚生連と話をするようにしたい。

〈E委員〉

事務局から説明のあったとおり、去る10月6日に協定を締結している。今後、統合に向けて手続きを進めていくので、よろしく願いしたい。

〈会長〉

人口減少も視野に入れた、病床減少する地域医療構想の象徴的な事業であると思う。運営は完全に厚生連ということ。

よろしゅうございますか。（異議なし）はい、ないようでございます。

3. 報告事項：地域医療構想の策定に向けた検討状況について

〈事務局説明〉

資料3に従い説明（省略）

〈F委員〉

基準病床数は、医療計画改定の度に数値が下方修正されてきたが、この基準病床数と必要病床数の違いは何か。

〈事務局〉

基準病床数は現時点での基準、必要病床数は2025年時点の推計値という点が違うが、両者の整合性をどう図るかということについては、現在、厚生労働省で検討中であり、今後何らかの見解が示されると聞いている。

〈D委員〉

厚生労働省の「ガイドライン検討会」の構成員をしているが、今日も第12回の検討会に出席した。その立場からすると、必要病床数に対する誤解が多いと思う。これは、2025年の構想区域の医療需要、すなわち人数に対する供給量を一応、ベッド数であらわしたもので、点数によって各医療機能を区分したものである。これは、削減目標ではなく、将来の需要が示されたので、自院の方向性をどうするか、自主的な取り組みを行う際に医療機関が参照するもの。先ほどの「阿南中央医療センター（仮称）」においても自主的な取組として、地域医療構想を先取りしたものと思う。マスコミも含め「ここまで減らさないといけない」というようなショックや、高知県でも療養病床に入院中の患者が追い出されるのでは、という誤解がある。この点は基本的な部分であり、医療審議会や地域医療構想調整会議でも共有する必要がある。

そもそもの話だが、本県で、構想区域を二次医療圏と同一とした理由は何か。

〈事務局〉

入院患者の流出入の状況や、現行の第6次保健医療計画の改定時に二次医療圏を6つから3つに再編した経緯も尊重するなど、総合的に勘案した結果である。

〈D委員〉

高度急性期など、西部は東部に依存していると思う。3つに分けることは無理があるのではないか。（地域医療構想で使用するレセプトデータのうち）国保や後期高齢者については住所地が把握できている。

〈事務局〉

本県の場合、高度急性期は、医療機関所在地ベースで医療需要を推計している。また、2025年の西部の入院患者の完結率は77.7%と推計されており、これは調整会議の資料でも提示している。

〈D委員〉

それは、必要病床数を満たした場合ということか。

〈事務局〉

そう考えていただいてもかまわない。

〈D委員〉

西部の高度急性期は、病床機能報告の10床に対して、2025年の必要病床数は47床となっている。これを満たして77.7%という数字が達成されるということか。

〈事務局〉

資料3に掲載している2014病床機能報告は、制度開始初年度ということや、各医療区分の精緻化に向けた検討中であることから、今後報告数値の変更が予想される。それがある程度落ち着いた段階で、確度の高い比較ができるようになるのではないかと考えている。

〈D委員〉

どうしても構想区域内で完結させるべきだ、と主張しているわけではない。実態として、流出があり、西部は、高度急性期や急性期を東部にお願いしている状況があるが、これを認めて構想策定を進めるならいいが、このデータの出し方は「足りないところは増やさないといけない、余っているところは減らさないといけない」という議論なら、医療関係者、患者やその家族にとってもハッピーにはならない。3つの構想区域間で補完し合うように地域医療構想が作ればいいが、ベッド数の増減ばかりに議論が集中するのは皆にとってアンハッピーのような気がする。

〈事務局〉

患者の身近なところで受療が完結するのが望ましい、とのガイドラインの基本的な考え方に従っている。ただし、高度急性期については、より広域での医療提供体制を構築することもやぶさかではないとの考え方が示されており、本県では、「高度急性期は医療機関所在地ベース」、「その他は患者住所地ベース」で医療需要を推計し、調整会議での議論が進んでいる。

〈D委員〉

西部をはじめ、他県との流出入の調整については検討しているか。また、他県との協議を行う予定はあるのか。

〈事務局〉

調整会議で検討している。本県は、香川県と兵庫県との間で流出入があるが、比較的小数であることなどを勘案し、本県から協議を持ちかけることはせず、基本的な考え方である患者住所地ベースでの推計を行うこととしている。

〈D委員〉

地域医療構想は、医療関係者だけではなく住民の目線が必要だ。流出入が少ないからそれでいいというものではない。机上の数字だけで進めるとアンハッピーになる。必要病床数への増減だけの議論をするのは違うと思うし、今日のガイドライン検討会でもそのような雰囲気であった。本県は28年度の半ばまでに策定するとのことだが、策定期期を決めずに、構想区域の検討に時間をかけている県もある。本県もその辺の整理を調整会議に示して進めるべきだ。

〈事務局〉

病床削減ありきではなく、2025年の医療需要に応じたものとして必要病床数を示している点については、本日の県議会でも同様の説明を申し上げたところ。病床機能報告について、ガイドラインにも、初年度は他の医療機関の報告状況がわからないことや2025年の必要病床数が未算出であったことなどから、比較に際しては十分に注意する必要があると注記されている。2014年の病床機能報告しか比較対象がないのでこれを掲載しているが、病床機能報告は今後精緻化により、より実態にあった形で出てくると思われる。例えば、西部や南部の高度急性期は、1つの医療機関が自院の全病床数を報告しているが、今後基準が固まってくると大きく報告数値が動く可能性があるので、現時点では、比較に用いる数値としてどのくらい有効かは疑問があると認識している。

〈D委員〉

昨年の病床機能報告は、2025年の方向性についても報告していたが、今後はこれはなく、現状のみが毎年報告される。医療区分についてはわかりにくいので、「例示をする」ということで検討されている。例えば、全身麻酔やPTCAの件数など。報告は病棟単位なので、例えば急性期と報告した50床の病棟があっても、実際には入院患者全員が急性期というわけではない。よって数値のみにこだわると、実態とかけ離れてしまう。そこを整理して、調整会議で議論する必要がある。

〈会長〉

推測するに、県としても、病床機能報告の集計値をそのまま出さざるをえないので、少し奇異な数字が並んでいることが原因だろう。報告する側へのレクチャーなども含め、今後の地域医療構想策定を検討いただきたい。構想区域と二次医療圏の考え方についても、流入流出の数値を示した説明を次回お願いしたい。

〈事務局〉

補足するが、ガイドラインにもあるとおり、病床機能報告は病棟単位であり、各医療区分と各入院患者の病態とが完全に一致するものではなく、ある程度の幅があるということは認識している。

〈D委員〉

H28診療報酬の改定で、病棟に付された番号をレセプトに記載するようになるので、今後は病棟ごとに結果が出てくるような報告制度になる。

〈事務局〉

本日は、様々な忌憚のない御意見を賜りありがとうございました。御指摘、御意見を踏まえ、今後の制度作りに活かして参りたい。地域医療構想については、国の「ガイドライン検討会」の構成員でもあるD委員から、重要な御指摘もいただいた。地域医療構想は、解釈、とらえ方が難しいところもあるが、委員の皆様にも、今後ご尽力賜りますようお願いいたしたい。

以上