

## 平成27年度 第4回徳島県南部地域医療構想調整会議 議事録

平成28年2月1日(月) 午後7時から  
阿南保健所 2階 大会議室

### 1. 議事

資料に従い事務局から説明(省略)

### 2. 質疑等概要

#### (1) 議事(1),(2)について

##### 〈A委員〉

在宅療養支援診療所で在宅医療を行っている。小松島市の場合は、赤十字病院のバックアップがあるので夜間など心強い。少子高齢化が進み、居宅での在宅医療は困難になり、施設への住み替えで対応しないとマンパワーが不足する印象がある。若い人が増えればいいが。

##### 〈B委員〉

口腔ケアについて、急性期においては、専門的な連携を徳大病院と始めているが、回復期など他の病院に移ったときに情報が途切れてしまうことが問題。それぞれの段階で歯科医が介入できるよう情報提供のシステムを作してほしい。また、治療だけでなく、介護予防の観点からの記述も構想に盛り込んでほしい。

##### 〈C委員〉

例えば、海部郡では療養病床がない、といった地域事情を踏まえた、患者の生活に即した視点が重要。療養病床の患者の実態に合った対応も必要。サ高住で対応できる患者と医療療養病床の20:1で対応する患者とは異なる。また、患者の立場からすると、費用負担の面も配慮しつつ、今後の提供体制を検討することが必要。サ高住は費用が高い。

##### 〈事務局〉

国の「療養病床の在り方等に関する検討会」においては、「費用負担が可能なものであること」という視点をもちつつ、新たな施設類型の検討がなされていると聞いている。

##### 〈D委員〉

事前提出意見の中で、「在宅への移行が進むと介護保険の自己負担等が増加する」というのがあるが、実際にそうなのか、またどの程度増加するのか。

##### 〈事務局〉

データは持ち合わせていないが、市町村から、介護保険の保険者としての立場でいただいた意見であり、市町村財政に影響があるのではないかという趣旨と思われる。

〈D委員〉

医療保険を使おうが、介護保険を使おうが、在宅へ移行するとトータルで余計に費用がかかるなら、意味がない。その点を資料として示してもらう必要がある。

〈事務局〉

国の「療養病床の在り方等に関する検討会」では費用面も含め検討されている。現在でも、医療療養病床、介護療養病床、老健の順に費用は低減すると言われており、在宅等への移行についても、費用は低減するという前提の下に検討されていると理解している。ただしサ高住なども含め、施設類型によって差があるので、できるだけ自己負担も少なくすむよう、国にも要望していかないといけない課題と考えているので、皆様からもご意見をいただきたい。

〈E委員〉

医療区分ごとに、ベッドの現状を知る必要がある。実際に例えば高度急性期のベッドがどのくらいあるのかなどの資料がないと、話が進まない。DPCや診療報酬に則って、実態がどうなっているのか県内全医療機関が提示すれば正確な現状把握ができ、いい案ができるのではないかと。

〈C委員〉

必要病床数は4区分で推計しているが、医療法上の分類は一般と療養となっており、整合していない。やはり、医療資源投入量によって現在の病床を区分し、データを出していただきたい。また、病床機能報告において、地域包括ケア病床は、どの区分に属するのかわからない。きちんと整理されるべきだ。

〈中川議長〉

全国保健所長会の研修会で専門家の話を聞いたが、高度急性期や急性期の医療資源投入量による区分は、マクロ的にスパッと切っただけで、3000点や600点というのは参考の数値に過ぎない。地域包括ケア病床については、慢性期や在宅をコントロールする機能を期待しているとのことであった。そして一体として扱う慢性期と在宅等について、各地域でどう区分するかが、大きなポイントであり、これからの作業が重要となるが、在宅と介護は市町村の考え方が、重要な意味を持つ。あわせて、高度急性期については、新専門医制度との整合性にも配慮しながら、大学等とも検討すべきであるときいた。

〈事務局〉

制度的には、不十分ながら病床機能報告で各医療機関の病床区分状況を把握することとされている。病床機能報告は制度初年度であることや、精緻化が検討中であるが時間もかかると思われ、試算的なものを出していただければ、議論は一挙に進むとは思われる。

〈E委員〉

当院では、病床機能報告を希望として報告しており、正確なデータに基づいていない。他の医療機関も含め、皆がデータに基づいた機能区分毎の病床数を出せばいいと思う。

〈事務局〉

病床数を医療区分ごとに現状把握するという点については、各医療機関が診療報酬の点数と入院患者数等により計算することが可能である。ただし、年間平均データを基に推計するのか、ある時点でのデータにより推計するのかについて提案をいただき、DPC病院においては、すでに計算済みかと思われるので手間をかけない方法を一緒に検討させていただきたい。DPC病院でないところについては、大変な作業になるが、御協力をお願いしたい。

〈C委員〉

診療報酬の改定において、7:1と10:1が混在する病棟を認めることや、療養病床における医療区分の変更などの方向が検討されているが、これらは地域医療構想の達成を意識したものと思われる。調整会議での議論よりも、診療報酬改定によって先に病床の集約が進む可能性があるため、留意すべきだ。

〈F委員〉

南部の場合は、美波町の町立病院合併と阿南市内の病院合併で、すでに病床が削減されている。2025年までに他に病床削減や廃院があれば、必要病床数を確保できない可能性がある。逆に、どの医療機能をどれだけ守るのかという議論が必要。

〈D委員〉

「高度急性期」という言葉は、実態に合っていない。「高度医療」ということならば、必ずしも一刻を争うわけではないので、東部に集中していてもかまわないが、「(高度)急性期」ということになると、各圏域にもある程度ベッドを置かないと間に合わない。こういった本県の事情は推計に反映されているのか。

〈事務局〉

全国統一のルールであり、必要病床数は、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の医療区分で推計せざるを得ない。基本的には、構想区域内で入院医療が完結することを目指すために患者住所地ベースで推計するが、高度急性期については、全県的に医療資源を有効活用する観点から、医療機関所在地ベースでの推計としている。

〈事務局〉

高度急性期というのは、医療資源投入量が一番多い時期ということであり、高度救命救急医療のみを指す訳ではなく、委員指摘のとおり高度医療も含んでいる。保健医療計画では、3次保健医療圏は専門的特別な医療ということで全県一区、2次保健医療圏は、特別な医療を除く入院医療ということで構想区域に合致するもの、他に従来の2次医療圏で

あった1. 5次、市町村単位の1次では地域包括ケアの推進と、それぞれが役割に応じて合致していると考えている。

(2) 議事(3)について

〈C委員〉

地域医療構想の構想区域は2次保健医療圏と同じということではよいが、将来的には見直しが必要でないかと思われる。西部の人口減や患者流出状況を見ると、圏域内での完結は困難である。南部についても、東部から赤十字病院への流入が多いことや、がんの手術などは全県的に行っている。将来的な見直しについて、構想に盛り込むべきだ。

〈E委員〉

今の意見に大賛成。南部の赤十字病院へも東部から多数の患者が流入しており、果たして、区域毎に分けて考える必要があるのか。緩やかに考えればいいのではないか。

〈事務局〉

平成30年度からは、新たな保健医療計画がスタートする。その際に本格的な議論をさせていただく。構想への記載については、ご意見を十分に参考とさせていただきたい。構想区域については、現行の2次保健医療圏を基本とするとなっているが、ご意見も十分に参考とさせていただきたい。

〈事務局〉

先ほどご意見いただいた実質的な病床利用の状況を把握することについて、たたき台や提案をいただきたいと思います。

〈E委員〉

当院では毎月算出しており、そんなに難しいことではない。(病床機能報告では全病床が高度急性期と報告している) 当院でも、保険点数から言えば、5%位は慢性期の患者も含まれていることがわかっている。大体の数値を皆さんから出してもらえれば、実態がわかってくるのではないか。

以上