

平成29年度第1回阿蘇地域医療構想調整会議 議事録

日 時： 平成29年7月31日(月) 19時00分～20時30分
会 場： 阿蘇地域振興局2階大会議室
出席者： <委員> 13人(うち代理出席1人) 欠席1人
 <熊本県阿蘇保健所>
 服部所長、内村次長、島田総務福祉課長、吉田保健予防課長、
 大川主幹、納参事
 <熊本県健康福祉部>
 医療政策課 松岡課長、太田参事
オブザーバー： 4人

開会

(島田阿蘇保健所総務福祉課長)

ただ今から、平成29年度第1回阿蘇地域医療構想調整会議を開催します。

阿蘇保健所の島田でございます。よろしくお願いいたします。

まず、資料の確認をお願いします。

会議次第、出席者名簿、配席図、熊本県地域医療構想を1部お配りしております。

また、資料1、2、3、3・別紙、4、参考資料を事前にお送りしており、本日、お持ちいただいていると思いますが、不足がありましたら、お知らせください。

なお、本日の会議は、審議会等の会議の公開に関する指針に基づき公開とし、傍聴は、会場の都合により10名までとしています。

また、会議の概要等については、後日、県のホームページに掲載し、公開する予定としています。

それでは、開会に当たり、阿蘇保健所長の服部から御挨拶申し上げます。

あいさつ

(服部阿蘇保健所長)

皆様こんばんは。阿蘇保健所の服部です。

今日は、お忙しい中、平成29年度の第1回阿蘇地域医療構想調整会議にご出席いただきましてありがとうございます。

この医療構想ですが、平成27年から阿蘇地域でも専門部会を設置させていただきまして、協議を重ね、平成27年・平成28年と皆様にたくさんのご意見をいただきまして、今年の3月に地域医療構想策定することができました。

本当にありがとうございました。

この地域医療構想の推進につきましては、各医療機関の自主的な取組が前提となっておりますが、医療法に基づいて設置されます調整会議におきまして、委員の皆様と一緒に現状や課題を共有して、合意を図りながら、この医療構想を進めていきたいと思っています。

この調整会議ですが、専門部会と同様に、県の調整会議と地域の調整会議という二段構えで進めていくこととなります。

そして、委員の皆様方の構成につきましても、専門部会と同じ構成の代表者の方にお集まりいただいております。引き続き、ご理解とご協力をよろしくお願いいたします。

地域のためになる医療体制を皆さまと一緒に創っていききたいと思っています。

今日の議事は、5題ご用意しております。

まず、議長と副議長を選出していただきまして、2番目に地域医療調整会議をこれからどのように運営していくのかということをご説明致します。また、今年度新たに委員に就任いただいた方もいらっしゃいますので、地域医療構想とは、というところを簡単に説明したいと思います。

3番目に、平成28年度病床機能報告結果についてご説明しまして、4番目に地域医療介護総合確保基金、この地域医療構想を進めていくうえでの大事な財源になる基金ですが、その概要について説明して、最後に、回復期病床への機能転換施設整備事業についてのご説明をします。

限られた時間になりますが、皆様からたくさんご意見いただきたいと思っています。

どうぞよろしくお願いいたします。

(島田阿蘇保健所総務福祉課長)

この調整会議の委員の皆様のお紹介につきましては、時間の都合上、お手元の委員名簿並びに配席図にて代えさせていただきますが、前身となります阿蘇地域医療構想専門検討部会から交代があった委員のみ御紹介いたします。

委員名簿の5の阿蘇市町村会会長の北里小国町長、10の県保険者協議会代表の田上様、14の県看護協会阿蘇支部の山部阿蘇医療センター看護部長です。

なお、委員名簿7の坂本委員は欠席で、代理として小国公立病院片岡副院長にご出席いただいております。

議事

1 議長及び副議長の選出について

(島田阿蘇保健所総務福祉課長)

本日の一つ目の議題であります、本会議の議長及び副議長の選出に入らせていただき

ます。

阿蘇地域医療構想調整会議設置要綱第4条第2項の規定に基づき、議長及び副議長は、委員の互選によることとなっておりますので、ここで委員の皆様方に議長及び副議長の互選をお願いしたいと思います。ご提案等はございませんでしょうか。

もし、御提案がないようでしたら、事務局から御提案します。

この阿蘇地域医療構想策定に当たり、専門部会として平成27年7月から計4回の協議を行っていただきましたが、その際には専門部会の会長を阿蘇都市医師会の平田会長に、副会長を阿蘇医療センターの甲斐院長をお願いしておりました。

こうした経緯を踏まえ、調整会議の議長には平田会長に、また、副議長には甲斐院長をお願いしたいと思います。よろしいでしょうか。

(委員拍手)

(島田阿蘇保健所総務福祉課長)

御承認いただきましたので、平田会長、甲斐院長には、議長、副議長の席に移動をお願いします。

それでは、設置要綱に基づき、この後の議事の進行を議長をお願いしたいと思います。

(平田議長)

皆さんこんばんは。

一言挨拶と思っていたのですが、話したい内容は服部先生が話されたので、特に私の方からはありません。

阿蘇地域の今後の医療をどのように考えていくのかという大事な会議ですし、皆様の忌憚のないご意見を十分に出していただければ、それで結構かと思います。

本日は、よろしく願いいたします。

(平田議長)

それでは、お手元の次第に沿って議事を進めます。

本日は、ほとんど事務局からの説明になるかと思いますが、議題ごとに、事務局からの説明をいただいて、それに対して、皆様からのご意見をいただきたいと思います。

それでは、**議題2**について、事務局から説明をお願いします。

(納 阿蘇保健所参事)

(1) 熊本県地域医療構想の概要について

地域医療構想調整会議の説明の前に、熊本県地域医療構想について、ほとんどの委員の方には、構想策定段階からご意見をいただいたところですが、今回の調整会議から新たに委員になられた方もいらっしゃいますので、構想の概要を簡単に説明したいと思います。

参考資料、熊本県地域医療構想・概要詳細版をお願いします。

地域医療構想は、医療法の規定に基づき、地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として、将来の医療提供体制に関する構想を各都道府県単位で策定することとされたもので、本県では、今年3月末に策定しました。

この構想では、病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量と病床の機能の分化及び連携の推進、目指すべき医療提供体制の実現に向けた施策等を定めています。

2ページの中ほどをお願いします。将来の医療需要・病床数の推計です。

高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの病床の機能区分ごとの2025年の病床数の必要量については、左側の1 医療法及び厚生労働省令に基づく算定式による推計に加えて、本県では、右側2のとおり、独自に3通りの病床数の推計値を構想に併記しました。

阿蘇地域の将来の病床数の必要量は、3ページの(3)に記載のとおりです。

目指すべき医療提供体制の実現に向けた施策については、4ページに記載のとおり、病床機能の分化及び連携の推進、在宅医療等の充実、医療従事者・介護従事者の養成・確保という、3つの医療提供体制上の課題ごとに、施策の方向性を定め、今後、具体的に取り組んでいくこととしています。

今回の地域医療構想調整会議についてですが、4ページの下段に記載のとおり、地域医療構想の実現に向けた推進体制の中核として位置付けられています。

(2) 地域医療構想調整会議の運営について

それでは、議題の地域医療構想調整会議の運営についてご説明します。

資料1の2ページをお願いします。

この地域医療構想調整会議は、先ほど説明しましたとおり、地域医療構想の達成を推

進するための協議の場となります。

また、本県では、県全体と10構想区域ごとの計11の調整会議を設置します。

3ページをお願いします。

県調整会議と地域調整会議の役割として、それぞれの議事項目を整理したものです。

県調整会議では、制度設計等の全体の方向性に関する協議を、地域調整会議では、構想区域ごとの具体的な協議を予定しています。

地域調整会議では、特に、将来の提供体制構築のための方向性共有については、各医療機関の役割明確化、回復期病床への機能転換施設整備事業については、申請案件の適否をご協議いただきたいと思います。

なお、各医療機関の役割明確化については6ページで、回復期病床への機能転換については議題5で詳細を説明します。

調整会議の運営方針ですが、4ページのとおり、地域医療構想の達成を推進するため、関係者が合意形成に向けた協議を行うこととし、この協議に当たっては、

(1) 必要に応じ、関係医療機関に参加を求めるとしています。

この関係医療機関については、3ページで説明した各医療機関の役割明確化や回復期転換事業に係る適否等の協議に係る医療機関を想定しています。

また、(2) 在宅医療の推進及び医療・介護連携に係る在宅医療連携体制検討地域会議との情報共有を進めて参ります。

次に、調整会議のスケジュールについてです。

5ページに記載のとおり、6月30日に県調整会議が開催され、本日が阿蘇地域の調整会議の第1回目、第2回目の地域調整会議を10月ごろに開催し、その結果報告等を2月の第2回県調整会議で行い、3月の第3回地域調整会議につなげていく、また、この間、在宅医療推進の会議と相互に情報を共有しながら進めていく予定です。

3ページでお示した地域調整会議における医療機関の役割明確化に係る具体的な協議の方法ですが、2点ございます。まず、6ページをお願いします。

現在、厚生労働省の地域医療構想に関するワーキンググループで地域医療構想の実現プロセス、議論の進め方について検討が進められています。詳細は、13ページに掲載していますので、後程ご参照ください。

このワーキンググループでの検討を踏まえ、本県でも、地域調整会議において、1点目として、救急医療等の政策医療を担う中心的な医療機関の役割について協議いただくこととし、この協議対象となる医療機関については、7ページのとおり、5疾病・5事業に係る拠点病院を基に、地域調整会議で決定いただきたいと思います。

なお、阿蘇地域の5疾病・5事業に係る拠点病院は、阿蘇医療センター、阿蘇温泉病院、大阿蘇病院、小国公立病院の4病院になっております。

一方で、救急告示は受けておられないものの、病院群輪番制病院として阿蘇立野病院にも参加協力いただいておりますので、7 ページに掲載されている 4 病院に阿蘇立野病院を加えた 5 病院とするという考え方もあります。

後ほど、ご意見をお伺いしたいと考えております。

8 ページをお願いします。

2 点目として、過剰な病床機能への転換を予定する医療機関は、地域調整会議で協議を行う、としています。

これは、医療法に基づく取扱いですが、過剰の定義について、医療法で病床機能報告の基準日と基準日の 6 年後の病床機能が異なる場合であって、6 年後の病床数が厚生労働省令の算定式に基づく 2025 年の病床数の必要量に既に達している場合と規定されています。

この後のスライドで具体的な事例をご紹介しますが、そうした転換を予定する医療機関は、地域調整会議で転換する理由等を説明いただき、協議が調ったときは転換が認められ、やむを得ない事情がないとして協議が調わないときは、県は医療審議会の意見を聴いて対応を判断することとしています。

この、協議が調う、調わないについての議決方法は、目安として出席者の過半数と示しておりますが、この点についても、後ほど、ご意見をお伺いしたいと考えております。

9 ページをお願いします。

過剰に関する事例 1 として、病床機能報告に基づくケースを掲載しています。

架空の X 構想区域において、今年度の病床機能報告における 6 年後の報告病床数が、2025 年の病床数の必要量との比較で、高度急性期、急性期、慢性期では過剰、回復期では不足の状況の場合を想定します。

Y 病院の報告が、 のとおり、基準日の機能が高度急性期、6 年後が同じ高度急性期であれば、対応は生じませんが、 のとおり、基準日が高度急性期、6 年後が急性期であれば、過剰な病床機能への転換となり、地域調整会議での協議が生じることとなります。

ただし、病床機能報告の結果が国から県に提供されるのが年度末になりますので、地域調整会議での協議は、翌年度になると考えています。

10 ページをお願いします。

過剰に関する事例 2 として、病床の種別変更の許可申請のケースを掲載しています。

想定は、事例 1 と同じとします。X 構想区域内の Z 病院が一般病床を 50 床、療養病床を 20 床保有し、病床機能報告では急性期 20 床、回復期 30 床、慢性期 20 床と報告していたものが、療養病床 20 床のうちの 10 床を一般病床に種別変更し、病床機能についてもこの 10 床分を慢性期から急性期に変更する計画である場合、過剰な病床への転換となりますので、Z 病院に地域調整会議に出席いただき、転換する理由等をご説明いただ

くこととなります。

以上で、議題2、地域医療構想調整会議の運営について、の説明を終わります。

(平田議長)

では、事務局から説明ありましたが、これに対して、ご意見をお願いします。

(荒尾委員)

概要詳細版の2ページの上のところでは、医療構想区域は、熊本と上益城を併せましたので、10構想区域になっていると思いますが、資料1の説明では、調整会議が11とあったのですが、これはどのように理解したら良いのでしょうか。

(納 阿蘇保健所参事)

県全体の調整会議が1つと、構想区域ごとの10カ所、合計で11の調整会議があるということです。

(甲斐副議長)

いくつかお尋ねしたいことがあります。まず1つは、厚労省令に基づく数値の根拠は、2013年のデータを基にこの数値をはじき出したということですよ。

専門部会の中で、阿蘇にいたっては、根拠になる数値が、阿蘇医療センターができる前である。その後、地震が起こってしまって、地震で色々な状況が変わっている。そういうことはこの数値には全く反映されていないということですが、これは、厚労省令で出した数値は動かさないのか、ということが1点。

今回、話をする上でのスタート地点の数値に関しては、その当時出された数値を根拠として持ってくるのか、という確認です。

(太田医療政策課参事)

地域医療構想調整会議で協議する対象として、医療法に規定されている内容が、あくまで厚生労働省令で計算された数値を基に協議を行うこと。これは、法律上の建て付けになっておりますので、一つひとつの実情を見ますと、甲斐先生がおっしゃられたようなこともあろうかと思いますが、これは法律に従った考え方で行くしかないということが回答です。

(甲斐副議長)

分かりました。2点目ですが、そういうことがあるので、この数値は動かせないということを踏まえて、熊本県で色々と考えていただいて、推計 ・ ・ ・ (熊本県地域医療構想における、将来必要となる病床数等を検討するための本県独自の推計値のこと事務局注)の違う数値を出していただいたということですが、この推計に関しては、

構想区域ごとの調整会議で、ある地域は推計 をもって全体の数値がこういう数値、高度急性期・急性期がこういう数値と決めていいのか。

それとも、県全体では推計 ・ ・ のいずれか基準を決めていくということでしょうか。県独自推計 ・ ・ の扱い方について、教えてください。

(松岡医療政策課長)

今のご質問ですが、結論から申し上げますと、厚労省令に基づく比較での差異に関しての過不足について、議論するということになります。

推計 ・ ・ 、地域の色々な事情がありますので、地域医療構想はそもそも医療機関の主体的な取組を応援するということが、厚労省も大前提に置いております。

ただ、患者の受療動向、厚労省令の計算で出した数値が、あまりにも地域の実情を踏まえない、画一的で乱暴ではないかということで、去年、国とやり取りをしまして、熊本県としては、地域の実情に合わせて、3つのパターンを提供して、これで議論を深めていただくということ、最終的に了解はしていないのですが、国にも報告したうえで、こういった構想にまとめております。

今後、地域で議論していただきますが、過不足ということに関しては、基準日に対しての厚労省令に基づく数値の過不足に対して議論をするのですが、やむを得ない事情、例えば、阿蘇地域はこういう事情があるから、この医療機関がこういう病床機能転換の必要性を感じて事業計画を出してきたというような場合、この調整会議の委員の皆さまが確かにそうだ、数値上は過剰となるが、地域にとっては必要だということで皆さまが同意をされるのであれば、県は、構想の数値より多いからダメだ、とは申し上げない、ということです。

(甲斐副議長)

熊本県の場合、こうやって推計値 ・ ・ を出していただいたのですが、他の県ではこういうことはないと思います。他県は、厚生労働省令に基づく数値で、調整会議の中で過不足分を調整していくということですか。

(松岡医療政策課長)

他県は、ほぼ厚労省令のとおり機械的に当てはめて出しているだけです。

本県の場合は、地域の実情が違うので、この3つのパターン、どれが正解かという話ではなくて、あくまでも将来の医療提供体制を議論していただくに当たって、参考となる資料ということでお使いいただければと思います。

(上村委員)

私どもがこの案に賛成した大きな要因は、平成27年8月5日の塩崎大臣の、将来の病床数は、医療費削減や病床削減を目的としたものではない、というコメントがあって、ものすごくホッとして、この会議を協力的に進めたいという話があったことを大前提として、確認させていただきたいと思います。

その文言も、構想の中に記載されてございましたので、安心しました。

もう1つ確認したいことは、今年の6月22日に、第6回地域医療構想に関するワーキンググループが厚生労働省であって、そのときの資料の中に、次のような年間のスケジュールを毎年繰り返すことで、地域医療構想の達成を目指す、という文言が入っていたのですが、年4回の調整会議でPDCAサイクルを回しながら、2025年に向かって、毎年進めていくということを約束していただければ、私どもも協力的に推進していきたいと思います。

(松岡医療政策課長)

上村先生がおっしゃったように、国は年4回を提示しています。本県の場合は、先ほど、スケジュールをお示ししましたが、年3回を予定しています。他の都道府県の中には、年2回というところもあります。

PDCAがきちんと反映できるような回数は確保しなければならないし、間隔が開き過ぎると、病床転換を希望する医療機関を待たせることにもなりますので、委員の皆さまの負担にならない程度に、ということで3回にさせていただいております。

(甲斐副議長)

例えば、ある医療機関から病床機能を転換したいという提案があったときに、申請して、許可されるまでの流れは具体的にどのようになりますか。

(太田医療政策課参事)

病床機能の転換を希望される医療機関が、この調整会議の場に参加していただきまして、調整会議で了承を得られれば、法律上、それ以上の手続きは発生しませんので、調整会議で議決を得られた瞬間、認められたということになります。

病床種別の変更については、これまでどおり、阿蘇地域の場合、菊池保健所が窓口になります。そちらで、調整会議で協議が調いましたということで、種別変更の許可申請をしていただきます。

菊池保健所から阿蘇保健所に調整会議での協議結果の確認があり、確認ができれば手続きに進むというような流れになります。

(甲斐副議長)

申請から許可までの期間は、どのくらいですか。知らないのですが、教えていただきたい。

(太田医療政策課参事)

調整会議で協議していただく必要があり、その調整会議のスケジュールが7～8月、10月、3月を予定していますので、申請を行った直近の調整会議で協議していただくことになります。

(松岡医療政策課長)

今以上に時間がかかることはないと思います。今も、一定程度の時間はいただいていると思いますが、地域で合意がとれたということで、要件さえ整えば、許可されることになりますから、今、どのくらいかということとは分かりませんが、今以上に時間がかかることはないということです。

時間がかかるのは、地域で協議が調わなかった場合でも、申請はできるのですが、そのときは、医療審議会に意見を聴いて、ということになりますので、相当に時間がかかると思います。

(荒尾委員)

今の会議の議決の方法ですが、このように皆が集まって話し合う方法と、書面での会議の方法とあると思いますが、その手法に関してもここで議論していいということですか。

(太田医療政策課参事)

先ほどの厚労省の考え方にもありましたとおり、PDCAサイクルを回してということですので、原則、3回は会議を開いていただきたいですが、どうしても急ぐ案件で、集まる時間がない場合、あらかじめ委員の皆さまの合意を取っておけばいいかと思うのです。いわゆる持ち回りの会議を地域でルールさえ決めておけば、それを明確に否定するものはございません。地域での決め方と思います。

(平田議長)

それに関しては、今、この場で決めておきますか。

どうしても緊急の案件があって、調整会議を開催できない場合は、全員に書面での決議を求める形も採れるようにしておいた方が良いですか。

(服部阿蘇保健所長)

緊急の案件かどうかの判断は、どなたかに決めていただいた方が良いでしょう。

申請者が緊急の案件として申請されたら、すぐ書面決議という訳にはいかないと思いますので、そこは、議長にご相談して、決めていただいてということによろしいでしょうか。

(平田議長)

議長1人で決めるのは難しいので、副議長と3～4人で決められると良い。

電話や書類で意見を交換しながら決めていくことがいいと思いますが、他に、どなたか。

(松岡医療政策課長)

病床機能転換の計画をお持ちの医療機関からの提案を書面で持ち回りしたときに、ご判断できるかなというところが我々には分からない部分があり、やはり話を直接聞いて

みたい、と言う方が一人でもいらっしゃったら、やはり会議を開催した方がよろしいのではないかと思います。

ただ、先ほど申し上げたとおり、決め方次第ではあるので、その辺も含めて、ご検討いただければと思います。

(平田議長)

そういう急ぎの申請があった場合には、全委員に申請書類を送って、書面だけで議決するのか、直接話を聞きたいと言う委員が一人でもいらっしゃれば、臨時に調整会議を開くか、次の調整会議まで待っていただくか、という形を取りたいと思いますが、それでよろしいでしょうか。

(荒尾委員)

それで賛成です。

(平田議長)

では、そのように議事録に残しておいてください。よろしくお願いします。

議決の方法について、過半数か、もっと厳しく、2 / 3 か、全会一致かについて、ご意見ありませんでしょうか。

(甲斐副議長)

出席者の過半数ということで大丈夫でしょうか。

(平田議長)

私としては、出席者の過半数よりも、委員の過半数をもってした方がいいと思います。

(甲斐副議長)

この調整会議には、定足数の規定がありますか。この調整会議が成立するには、どれくらいの委員が出席しておかなければならないとか。

それがなければ、出席者が3人しかいなくて、そのうち2人が同意すれば議決になり得るということですよ。

(平田議長)

私としては、委員の過半数もしくは委員の2 / 3以上という縛りをかけていた方がいいと思います。

これに関して、どなたかご意見ありませんでしょうか。

私としては、2 / 3 くらいの厳しい縛りをかけていた方がいいのではないかと思います。

内田先生、何かありませんか。

(内田委員)

決める基準は難しいですね。

(下村委員)

今日のような一般的な内容ならば、欠席でも委任でもできるようなことだと思いますが、病床機能の転換のような案件は大事なことです。特別な議決をするということは、はっきり決めておく必要があると思います。

(平田議長)

私としては、できるだけ多くの方の賛成をいただいて進めるのが筋だと思いますので、2 / 3 や 3 / 4 など、できるだけハードルを上げておいた方が良いでしょう。

(下村委員)

他の地域の調整会議と合わせる必要はないのですか。

(太田医療政策課参事)

これまで行われてきた3地域の調整会議では、すべて「出席者の過半数」で合意を得ています。

資料に「目安」として記載しており、この内容に合意を得たということです。

(上村委員)

委任状なしでは、少し乱暴な感じがします。委員の方に委任状なりをきちんと取った形でないと、参加していない方に説明のしようがないと思います。

(平田議長)

出席者とするよりも、委員全員で決めた方が良いでしょう。

定款などでは、委任状を含めて何人以上の出席がなければ成立しないと規定しているところが普通だと思います。阿蘇都市医師会の総会でも、委任状と出席を合わせて過半数出席で、(委員全員の事務局注)過半数の賛成を取らないと議決できないという厳しい縛りを取っています。

ただ、出席者の過半数だと、さっき甲斐先生が言われたように、誰かが妨害工作をして、賛成する委員だけが出席できるような会議を開いてしまうことも考えられます。

委員全員の過半数もしくは2 / 3以上の賛成をもって議決するくらいのハードルを上げていた方が良いでしょう。

(甲斐副議長)

2 / 3だと、かなりハードルが高いと思います。

平田会長が言われたように、委員全員が必ず委任状を含めて意見を出すということにして、過半数でどうでしょうか。

(平田議長)

委員全員の過半数とさせていただきたいと思いますが、それでよろしいでしょうか。特に反論がないようでしたら、これで決定とさせていただきます。

あと一つは何でしたか。

(服部阿蘇保健所長)

資料1の6ページのところです。

この調整会議の役割の一つが、政策医療を担う中心的な医療機関の役割について協議を行うことで、5疾病・5事業を担っていただいている医療機関は、7ページにありますとおり、阿蘇医療センター、阿蘇温泉病院、大阿蘇病院、小国公立病院となっております。

また、救急告示病院ではいらっしゃいませんが、阿蘇立野病院も救急病院になっていただいております。

現在、5事業に係る拠点病院は、救急と災害拠点病院はありますが、へき地、周産期、小児救急の中心的な役割の病院については、阿蘇ではまだどここの病院を充実させようという話は明確には出てきてはいませんので、今後、議論を進めていく中で、7ページに記載の4病院と阿蘇立野病院を含めた5病院を、政策医療を担う中心的な医療機関としてよろしいか、ということです。

(甲斐副議長)

上村先生がご自分からは言いにくいと思います。阿蘇立野病院は8月もしくは9月ぐらいから、病院の再建の目処を立ち、オープンすることが決まっています。

以前から、5つの救急指定病院(輪番制病院 事務局注)があつて、地震で休止中ですが、また復活されると思いますので、ぜひ入れていただきたいと思います。

(服部阿蘇保健所長)

こちらとしても、ご協力いただきたいと思います。

(平田議長)

上村先生よろしいでしょうか。

(上村委員)

ありがとうございます。

(平田議長)

阿蘇立野病院を含めた5病院で、協議を行いたいと思います。

では、次の議題に進みたいと思います。

平成28年度病床機能報告結果についての説明を事務局よりお願いします。

(納 阿蘇保健所参事)

議題3 平成28年度病床機能報告結果について、ご説明します。

病床機能報告は、毎年7月1日を基準日として、一般病床・療養病床を有する病院・診療所を対象に、基準日の病床機能別の病床数や6年後の病床機能の予定等をご報告いただくものです。

資料2の1ページをお願いします。この病床機能報告に係るデータ共有のねらいです。地域医療構想調整会議では、病床機能報告の結果をはじめとする各種データにより、各構想区域において不足する病床機能の把握や、医療提供体制の構築に向けた進捗状況の確認を進めていきます。

各医療機関におかれて、これらのデータを参考に、地域における自院の相対的位置づけを把握されたうえで、病床の機能分化等の自主的な取組を進めていただくために、データを共有するものです。

なお、平成28年度は、報告対象の487医療機関に対し、483医療機関に報告いただき、回答率は99.2%となっております。

2ページをお願いします。

(1) 許可病床数のグラフをご覧ください。グラフの左側が基準日、平成28年7月1日における許可病床数、右側が6年後における病床見込数です。

高度急性期、急性期、回復期において、6年後に病床数が増加する見込みという結果になっております。

これには、熊本地震、その他の理由により現在休止中であるものの6年後には入院機能を復活させる予定の医療機関の病床も含まれます。

(2)の 病床稼働率ですが、高度急性期が89.9%で最も高く、最も低いのは急性期で72.1%でした。

また、表の2行目に、参考として厚労省令の病床数の必要量算定式に用いる病床稼働率を記載しておりますが、高度急性期ではこの数値を上回り、急性期、回復期、慢性期ではこの数値を下回っております。

3ページをお願いします。入院前・退院先の場所別の入院患者の状況です。

入院前の場所は、高度急性期・急性期・慢性期については家庭からの入院が、回復期

では院内他病棟からの転棟が最も多くなっています。

退院先の場所は、全ての病床機能で家庭への退院が最多です。

4 ページをお願いします。在宅医療の実施状況についてです。

在宅療養支援病院、在宅後方支援病院、在宅療養支援診療所を届け出ている医療機関は全体の 25%の 122 機関でした。

また、診療所のうち、昨年 6 月の 1 か月間で在宅医療を実施した診療所の割合は、28%の 88 診療所でした。

なお、退院後に在宅医療を必要とする患者の状況については、在宅医療の必要なしが 89%、自院が在宅医療を提供予定が 4%、他施設が在宅医療を提供予定が 3%でした。

7 ページ以降に県計並びに各構想区域の詳細データを掲載しています。

阿蘇構想区域の結果については、39 ページからです。39 ページをお願いします。

平成 28 年度は、報告対象の 13 医療機関全てから報告をいただきました。

まず、1 基準日における許可病床数です。

(1) の表のとおり、阿蘇地域では、高度急性期の病床はなく、急性期が 342 床、回復期が 95 床、慢性期が 380 床となっております。

(2) 病床稼働率ですが、急性期、回復期、慢性期いずれも、厚労省令の病床数の必要量の算定式に用いる病床稼働率より下回っております。

2 の 6 年後における病床数の見通しについては、高度急性期、回復期が基準日と変わらず、急性期で若干の減、慢性期で若干の増の見込みです。

40 ページをお願いします。

3 入院前・退院先の入院患者の状況については、県全体の動向とおおむね同じです。

41 ページをお願いします。4 在宅医療の実施状況です。

在宅療養支援病院、在宅医療後方支援病院、在宅療養支援診療所を届け出ている医療機関は、15%の 2 機関でした。

また、在宅医療を実施した診療所は 62%の 5 診療所。

退院後に在宅医療を必要とする患者の状況については、在宅医療を必要としないが 43%、自院が提供予定が 35%、他施設が提供予定が 10%となっております。

以上で、平成 28 年度病床機能報告結果について の説明を終わります。

(平田議長)

ありがとうございました。ただいま説明がありましたが、これに対して、ご意見・ご質問ある方はいらっしゃいませんか。

(上村委員)

去年の7月1日現在の報告ということですが、うちの病院(阿蘇立野病院 事務局注)は、報告していたでしょうか。

(松岡医療政策課長)

阿蘇地域は全医療機関から報告という結果ですので、ご報告いただいていると思います。

(上村委員)

去年の7月は、病院を続けるかどうかもまだ考え中というような状況だったので、調査自体は、その前ですか。

(服部阿蘇保健所長)

報告は、10月31日までにいただくことになっているので、7月から10月の間です。

(上村委員)

この報告を提出するときに、病床の機能区分があやふやなところが、これは全国的な傾向ですが、割と急性期として報告してしまうことが多いということが、この前の報告で分かってきました。

そういうことを頭に入れて分析をしないと、間違えて理解してしまうことがあるので、皆様方でご存知であれば、教えていただきたいと思います。

4つの区分がありますけど、回復期というのはどの病床も持っています。それを明確に分けて報告している訳ではないですよ。それを委員の皆様、私も含めて、理解しておかないと、数字のマジックに陥ってしまうかもしれないと思いました。

(平田議長)

今後の議論を進めるうえで、そういったことも頭に入れながら、話をしていっていいのではないかと思います。

その他、ご意見・ご質問ある方、いらっしゃいませんか。

これは、数値結果を見るだけですので、次の議題に進みたいと思います。

地域医療介護総合確保基金についての説明をお願いします。

（納 阿蘇保健所参事）

議題4 地域医療介護総合確保基金・医療分について、ご説明します。

資料3をお願いします。

地域医療介護総合確保基金は地域医療構想の達成のために活用できる財源ですが、事業の実施に当たっては、いわゆる医療介護総合確保促進法により、県は県計画を作成し、関係者の意見を反映させるために必要な措置を講ずるよう努めるものとされています。

そのため、今年度の計画等について本調整会議でお示しするものです。

1ページをお願いします。本基金と医療計画等との関係を示したものです。

本基金の県計画は、県の医療計画、本県では、保健医療計画として策定しておりますが、それと介護保険事業支援計画、市町村の計画との整合性の確保が求められています。

2ページをお願いします。

本基金は消費税増収分を活用した財源支援制度として平成26年度に創設され、全体の2/3を国が、1/3を県が負担しています。

対象事業は、右下の枠囲みの5つの事業となっており、そのうち、1、2、4が医療分の対象事業です。

3ページに平成26年度から29年度までの本基金の本県の計画の概要をまとめております。

なお、本基金の県計画の作成に当たっては、医療介護総合確保区域を設定することとなっており、平成28年度までは二次医療圏と同じとしておりましたが、今年度からは地域医療構想区域と同じ10区域としています。

4ページから6ページにかけて、平成28年度の実績等をまとめています。

4ページをお願いします。

1の地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する目標、2の居宅等における医療の提供に関する目標に対する各指標の動向は表のとおりすべて上向きとなっています。

なお、矢印の白抜きは累計値で見ていく指標、塗りつぶしは単年度の実績値で見ていく指標になります。

5ページをお願いします。

4の医療従事者の確保に関する目標のうち、医師と看護職員に関する目標の達成状況です。

医師に関しては、概ね目標達成に向かっていているところですが、看護職員に関しては、計画策定時よりも上向いてきているものの、目標達成には至っていないところです。

6ページをお願いします。

4の医療従事者の確保に関する目標のうち、勤務環境改善、職種間の連携に関する目標の達成状況です。

こちらも、概ね目標達成に向かっていているところです。

また、資料3の最後のページに阿蘇構想区域の平成28年度の実績をまとめています。記載されている指標等は、昨年度末に開催された阿蘇地域保健医療推進協議会でご報告した内容です。

1の地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する目標及び4の医療従事者の確保に関する目標は、全県的な取組を実施していることから、全県の目標と同じとしています。

2の居宅等における医療の提供に関する目標について、阿蘇構想区域では、訪問看護ステーション数、訪問診療及び往診実施の医療機関数、いずれも今年度末までに計画策定時に比べて、拡充・充実としています。

訪問看護ステーション数については、昨年末までに4施設から6施設に増加しているところです。

訪問診療及び往診実施の医療機関については、歯科診療所は増加しているところですが、病院・診療所は横ばいの状況となっております。

7ページに戻っていただきますようお願いします。

7ページ、8ページは、本年度の国の予算と本県の要望状況をまとめたものです。

現在、個別事業について、国との調整を行っており、今後、国からの内示額を踏まえ、本年度の県計画を策定する予定です。

なお、平成28年度、29年度の個別事業の詳細については、資料3・別紙に記載していますので、後ほどご確認いただければと思います。

9ページをお願いします。平成30年度に向けた新規事業提案募集についてご説明します。

毎年、次年度の予算要求に向け、新規事業提案募集を行っており、各関係団体にもお知らせしましたとおり、今年度も7月1日から本日31日まで、新規事業の提案を募集しました。

今後、事業化に当たっては、5 事業化に当たっての考え方に沿って検討を進めます。

なお、今年度の新規事業の提案募集は次の10ページに記載しているスキームで実施し、スケジュールは11ページに記載のとおりです。

以上で、議題4 地域医療介護総合確保基金について の説明を終わります。

(平田議長)

ありがとうございました。ただいまの説明について、ご意見・ご質問ありませんか。

(上村委員)

基本的なことの確認ですが、在宅医療の在宅とは、自宅だけではなく施設も含むと考えていいですか。

(事務局)

そのとおりです。

(甲斐副議長)

基金の使い方に関して、例えば、医師確保、看護職の確保については、県全体で上向きになっていることを提示していただいて、うまくお金が使われていることを示していただいたのですが、ただ、阿蘇に関して、それが上向きになっているかということ、医師に関しては、県全体で、学生が卒業した後、各地域へ行くような計画ができていますが、阿蘇において、現時点で医師が増えている訳ではない。

看護職に関しては、地震後に離職していく人が非常に増えました。これについては、県に動いていただき、くまもと復興応援ナースという仕組みを創っていただいたりしていますが、そういったところもこの中で使えるように、何らか組み込んでいただけないかという意見(要望 事務局注)です。

(松岡医療政策課長)

ご提案を色々な団体からいただいております。これから、ご提案いただいた案件を集約して、県の医師会の方とも相談をして、個別のヒアリングもさせていただきます。

甲斐先生からも、色々なご提案をいただいていると思いますが、この基金の中には、県が事業主体として行う事業もたくさんございます。

この基金は消費税を財源としているものですから、消費税が10%にならない限り、総額は増えないため、他県との財源の奪い合いのような状態になっています。

各都道府県からの提案を厚生労働省がヒアリングして、政策効果の高い、成果がよりよく現れるモデル的事業と認めたら、採択するという形で、ハードルがいくつもあります。我々も他県に負けられないような提案をして、少しでも多く財源を持って来るような努力をしていきたいと思っております。

(平田議長)

その他、何かございませんでしょうか。

医師の偏在という問題は、以前からありますが、なかなか解決することは難しいと思

います。また、予算だけでできるようなことではないとも思います。

甲斐先生の要望等も踏まえて、県には配慮していただければと思います。

では、回復期病床への機能転換施設整備事業についての説明をお願いします。

5 回復期病床への機能転換施設整備事業について

【資料4】

(納 阿蘇保健所参事)

議題5 回復期病床への機能転換施設整備事業について、ご説明します。

資料4をお願いします。

2ページに、今年度の予算概要を記載しております。

昨年度の繰越分も含めて、総額約3億8千9百万円を計上しております。

ただし、地域医療介護総合確保基金に係る国の内示状況によって、金額が変動することもございます。

3ページをお願いします。

議題2でご説明しました病床機能報告のとおり、本県では回復期病床が不足していることから、事業の対象は、回復期以外の病床から回復期病床への転換を行う医療機関としており、新築と増改築でそれぞれ基準を設けております。

対象経費は、4ページのとおり、病室、診察室、処置室等の新築、増改築に要する工事費又は工事請負費としています。

負担割合は、5ページのとおり、県と事業者である医療機関で1/2ずつとしており、基準額いわゆる補助上限額は、1床当たり約390万円です。

スケジュールについて、6ページ、7ページに記載しております。

先週から、対象医療機関あてに意向調査が開始されたところですが、今回、第1回目の地域調整会議の地域調整会議で制度周知を行い、第2回目以降で申請案件の適否の協議を行っていただきます。この協議方法は、後ほど詳細をご説明いたします。

その後、県からの内示、内示医療機関からの交付申請、交付決定と進んでいきますが、このスケジュールでは、交付決定後の年度内工期が4か月しか確保できないことから、今年度着手分に限り、内示前の工事分についても補助対象とすることにしています。

8ページをお願いします。

本補助金に係る調整会議の役割についてご説明します。

この補助金は、地域調整会議において将来の目指すべき医療提供体制をご検討いただき、不足が予想される回復期病床へ転換する医療機関を支援するものですので、地域調整会議において、その適否を協議していただきます。

また、構想区域内から複数の応募がありましたら、その順位付けも併せてお願いしたいと思います。

その際、申請医療機関からは事業計画について説明を行っていただきますので、その説明をもとに判断していただきたいと思います。

9ページをお願いします。

本補助金の採択に当たってのルールです。

事業計画を提出した医療機関が属する構想区域の充足率が低い区域から優先して採択することとします。

この充足率は、10ページに算定式を記載しております。

まず分母には、地域医療構想における病床数の必要量を用います。この場合の病床数の必要量は、本補助金が、地域医療介護総合確保基金という国の財源を含む基金を活用するため、厚生労働省が定める算定式による病床数の必要量を基準とする必要があります。

分子には、直近の病床機能報告における報告病床数を用います。

なお、この算定式による本県の各構想区域の充足率は、11ページの一覧のとおりとなり、阿蘇構想区域は、充足率0.8636で、現時点では比較的、充足率の高い方になっております。

9ページに戻っていただき、2つ目のポツです。

採択に当たっては、原則として、効率的な工事施工を考慮し、病床単位ではなく、医療機関単位で行うことにしています。

構想区域内の優先順位については、先ほどご説明しましたとおり、地域調整会議で決定していただきます。

12ページ、13ページが採択に関するイメージ図です。

まず12ページですが、A、B、Cの構想区域からそれぞれ事業計画の提出があった場合、まず3区域の充足率を比較し、もっとも低いA構想区域の医療機関から採択します。

13ページですが、充足率の最も低いA構想区域の医療機関の全てを採択するのではなく、A区域の2位までの医療機関の転換後の充足率とB区域の充足率を比較して、その結果で優先順位を決めることとしています。

13ページの例でいいますと、A区域の2位まで採択した状況でも、B区域より充足率が低いため、A区域の2位であるX病院がB区域のY病院よりも優先して採択されることになります。

14ページをお願いします。予算執行のイメージです。

ご説明した採択に関するルールに従って事業計画書の提出があった医療機関の優先順位を付けていき、それぞれの実際の工事予定費用と予算額を比較して、予算の範囲内で順次採択します。

以上で、回復期病床への機能転換施設整備事業についての説明を終わります。

(平田議長)

ありがとうございました。今、説明していただきましたけど、これについて、ご意見・ご質問ございませんでしょうか。

(甲斐副議長)

言葉の確認ですが、この回復期病床は、4つの病床機能のうちの回復期、慢性期が入るのですか。それとも、回復期のみですか。

(太田医療政策課参事)

病床機能報告における回復期のみになります。慢性期は含みません。

(甲斐副議長)

慢性期に対する補助はないのですか。

(太田医療政策課参事)

慢性期への転換を促すような補助は、現時点ではございません。

(下村委員)

回復期病床というのは、地域包括ケア病棟は入るのですか。

(上村委員)

診療報酬上の回復期病棟とは別ですよ。機能区分としての回復期ですよ。

地域包括ケア病棟も回復期として報告していれば、(当該補助金の定義である事務局注)回復期でいいですよ。

(松岡医療政策課長)

病床機能報告で、上村先生がおっしゃったとおり、医療機関によって、急性期のとこ

るでも状況が違うことと同じです。

診療報酬とリンクしているものでもなく、療養病床も急性期病床として報告していれば、急性期になっています。

(甲斐副議長)

具体的な数値は分からないのですが、この報告を提出するときに、どこに当てはめたらよいか分からなくて、急性期として報告されているところが非常に多いと思います。

阿蘇地域は、急性期病床が非常に多いことになっていますよね。

上村先生が言われた地域包括ケア病棟は、扱いとしては回復期としてカウントしていくことが多いのですか。

(松岡医療政策課長)

地域包括ケア病棟イコール回復期病床ではないということです。そういう報告がされているということです。

(下村委員)

阿蘇地域で回復期病床が95床となっていますけど、本当の回復期病床は、内田先生のところぐらいしかないですよ。

(内田委員)

95床というのはどこから来たのか、と疑問だったんです。

阿蘇地域は、(補助金採択では 事務局注)優先順位が下の方になってしまいますよね。

(上村委員)

予算は、県全体で3億9千万円ですか。阿蘇地域だけではないですよ。

(太田医療政策課参事)

県全体です。

一つ、ご案内がございます。

阿蘇地域でどこの医療機関がどういう病床区分で報告しているかということに関しましてですが、本日から明日中に、県のホームページで、各医療機関の平成28年度病床機能報告が公開されます。

ご面倒ですが、阿蘇地域の報告対象機関は13医療機関ですので、ご覧いただくと一目瞭然と思います。これは、27年度、26年度、過去2年分の報告も公開していますので、ご案内いたします。

(平田議長)

その他に、何かご意見・ご質問ございませんでしょうか。

(上村委員)

今の医療状況、例えば、病床機能とか、医療従事者のこととか、資料として提出いただいて、我々も一生懸命やってきたのですが、ちょっと視点を変えてみると、平成25年に阿蘇医療センターができて、脳卒中、心筋梗塞等の高度医療ができるようになったということで、熊本県の医療計画で、脳卒中であれば、平均在院日数を全国平均との差を短縮するとか、年齢調整死亡率をどれくらい低下させるとか、目標が設定してあります。

阿蘇圏域でも、そういった目標が立てられるのではないかと思います。

阿蘇医療センターさんが一生懸命頑張ってらっしゃって、脳卒中、ACS、心筋梗塞あたりは、随分下がっているとは思いますが、それをどのくらい下げるのか、脳卒中の疾患の平均在院日数をどれだけ低くするのか、そういう目標設定から病院の機能を考えたいなと思います。

我々医療関係者は、アウトカムとして、どれだけ患者を救えるのかということが一番のモチベーションされることです。

そういう指標があれば、地域別で脳卒中の死亡率などをどのくらいまで下げられるのか、というような目標設定をさせてもらえないかと考えていました。

例えば、阿蘇医療センターさんが高度急性期を担うのであれば、南郷谷ではうち(阿蘇立野病院 事務局注)で在宅の施設関係もリンクしてくるでしょうし、計画も立てやすいような気がします。

そういった形で、データがあれば、目標設定をすることで、分かりやすくなるのではないのでしょうか。

政府は、見える化と言っていますよね。だから、見える化で分かりやすい議論ができると思いますので、死亡率がどのくらい下がったのか、在院日数がどのくらい短くなったのかなど見える化をすると、私どもも納得しやすい、PDCAを回しやすいと思います。

(平田議長)

よろしいですか。他にありませんか。

特にないですので、本日予定された議題は以上です。どうもありがとうございました。進行を事務局にお返しします。

(島田阿蘇保健所総務福祉課長)

平田議長、委員の皆様方には、大変熱心にご協議いただきまして、ありがとうございました。

本日いただきましたご意見を踏まえながら、調整会議の今後の進め方につきましても、ご協議いただきました形で、阿蘇地域として進めていきたいと思っております。

どうぞよろしくお願いいたします。

これで、本日の会議を終了させていただきたいと思います。ありがとうございました。