

第4回芦北地域医療構想調整会議 議事録

日 時：平成30年8月3日（金）19時～20時30分

会 場：熊本県水俣保健所2階会議室

出席者：委員17人（うち、代理出席4人）

<熊本県水俣保健所>

川浪次長 大和課長、河野課長、柳田主任技師

<熊本県医療政策課>

太田主幹、高岡参事

<傍聴者、随行者等>

傍聴者2人、水俣市芦北郡医師会1人、国保水俣市立総合医療センター3人、

熊本県医師会1人、水俣市1人

<報道関係者>

なし

○開会

（事務局 川浪次長）

皆様、こんばんは。定刻となりましたので、ただ今から、第4回芦北地域医療構想調整会議を開催します。

私は進行を務めます、水俣保健所の川浪でございます。どうぞよろしくお願い致します。それではこの後、着座にて説明をさせていただきます。

まず、資料の確認をお願いします。

事前配付させていただいております、会次第、設置要綱、出席者名簿、資料1から資料6が1部ずつでございます。資料1は資料1-1、1-2、資料4は資料4-1、4-2に分かれております。

また、本日、お手元には、配席図、資料1-3、平成30年2月7日付け厚生労働省通知、委員の皆様方には、熊本県地域医療構想を冊子にしたものをお配りしております。

不足等がありましたら、お申し付けください。

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、県のホームページ等に掲載し、公開する形としています。

それでは、開会にあたりまして、水俣保健所長の小宮から御挨拶申し上げます。

○挨拶

（小宮所長）

みなさま、こんばんは。水俣保健所の小宮です。

本日はお忙しい中、第4回芦北地域医療構想調整会議に御出席をいただきまして、誠にありがとうございます。

3月に開催した第3回の地域調整会議では、地域医療構想の推進に向けて、統一様式を用いた「政策医療を担う中心的な医療機関」の役割明確化について、国保水俣市立総合医療センター及び岡部病院より説明を行っていただきました。

本日は、議長の選出ののち、議事を2つ、一つ目は地域医療構想の進め方について、もう一つは「政策医療を担う中心的な医療機関」の役割明確化に関する協議等を行います。

お手元にもおいてございますけれども、今年2月7日付けの厚生労働省の通知により、「政策医療を担う中心的な医療機関」だけでなく、「その他の病院及び有床診療所」「非稼働病棟を有する医療機関」「開設者の変更を行う医療機関」についても協議対象とされ、今年度中の協議開始を求められています。

今後も地域医療構想の推進に向け、圏域における病床機能の分化と連携を進めるために、調整会議を通して各医療機関が担うべき役割等を協議し、関係機関で共有していくことが重要と考えています。

その次に、報告事項を4つ用意しています。

一つ目は、病床機能転換に係る施設・設備整備への補助について、二つ目は平成29年度病床機能報告結果について、三つ目は地域医療介護総合確保基金について、最後に在宅医療に関する報告をさせていただきます。

本日は今年度最初の会議になります。限られた時間ではございますが、忌憚のない御議論をお願い申し上げ、私の開会の挨拶とさせていただきます。

本日は、どうぞよろしく申し上げます。

○議事

(事務局 川浪次長)

委員の皆様のお紹介につきましては、時間の都合上、お手元にあります委員名簿並びに配席図にて代えさせていただきますと思います。

なお、新しく就任いただいた委員のみ御紹介いたします。出席者名簿に番号をふってありますけれども、14番目の水俣市芦北郡医師会長の宮竹様、17番目に記載されています熊本県看護協会水俣芦北支部長の湯元様です。新しい委員になられた皆様は、どうぞよろしく申し上げます。

ここから議事に入らせていただきますが、これまでこの調整会議の議長を務めていただいていた緒方前水俣市芦北郡医師会長が医師会長の職よりご勇退されました。

そこで、本日の一つ目の議題であります、会議の議長の選出についてでございますけれども、要綱では委員の互選により定めるとされております。大変おそれながら、事務局から御提案させていただきますと思います。

調整会議は、将来のこの地域の医療提供体制のあり方を協議する場でございます。

また、これまで会議の議長を水俣市芦北郡医師会長にお願いしておりましたことから、会議の議長につきましては、医師会長であられる宮竹委員にお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

(各委員)

異議なし。

(事務局 川浪次長)

ありがとうございます。

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

では宮竹議長、前の席にお移りください。

それでは、宮竹新議長から御挨拶をいただきたいと思います。よろしくお願ひいたします。

(宮竹議長)

宮竹でございます。地域医療調整会議に出席することが私初めてでございますが、前会長の緒方先生に引き続き、よろしくお願い申し上げます。

昨年度から芦北地域医療構想調整会議を設置され、協議が行われておりますけれども、今年度は、政策医療を担う中心的な医療機関だけでなく、その他の病院及び有床診療所についても、協議を行うこととなります。

芦北地域の医療提供体制を協議する良い場でありますので、良い地域医療構想ができあがるように、皆様方の忌憚のない御意見をよろしくお願い申し上げます。

それでは、お手元の次第に沿って会議を進めて参りたいと思います。

本日の一つ目の議事であります「地域医療構想の進め方」に入ります。

それでは、事務局から説明をお願いします。

- | | |
|-----------------------------------------------------------|---------|
| 2 地域医療構想の進め方について | 【資料1】 |
| 3 「政策医療を担う中心的な医療機関」の役割明確化に関する協議等について | |
| (1) 「医療政策を担う中心的な医療機関」の役割明確化及び「非稼働病棟を有する医療機関」に関する協議：医療センター | 【資料2-1】 |
| (2) 「政策医療を担う中心的な医療機関」の役割明確化に関する協議：岡部病院 | 【資料2-2】 |

○（資料1説明）

（事務局・川浪次長）

それでは私の方から地域医療構想調整会議の進め方につきまして、20分程度で説明させていただきますので、よろしくお願いします。

申し訳ありませんが、着座にて説明させていただきます。

資料1-1をお願いします。

本資料は、6月29日に開催されました熊本県地域医療構想調整会議におきまして、県調整会議が各地域調整会議に示す取扱方針をスライド2から10に、また、11以降は芦北地域調整会議として決定する内容で構成しています。

スライド2をお願いします。今年2月7日付けで、厚生労働省から各都道府県宛てに、地域医療構想の進め方について、との通知が発出されております。主なポイントは、①2025年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割、②2025年に持つべき医療機能ごとの病床数について、協議の上、合意を得るよう要請があったところです。

また、公立病院及び公的医療機関等2025プラン策定対象医療機関だけでなく、その他の病院及び有床診療所も協議対象とされ、今年度中の協議開始を求められています。

このため、今後の地域調整会議で協議を行うに当たり、県調整会議としての取扱方針を示す必要がありました。

スライド3をお願いします。昨年度すでに決定済みではございますが、県調整会議では、政策医療を担う中心的な医療機関のうち、県下全域に影響を与える医療機関について協議を行うため、県調整会議での協議方法等を決定する必要がありました。協議の結果、実線囲み、枠囲みのとおりとなっております。

スライド4をお願いします。地域調整会議に示された取扱方針でございます。

表の左側の政策医療を担う中心的な医療機関については、昨年度から変更はありません。

右側のその他の病院及び有床診療所をご覧ください。地域調整会議で決定する協議方法で、早い地域で今年度第1回会議から協議開始とし、協議項目は地域において今後担うべき役割、病床機能ごとの推移及びその他地域調整会議が必要と認める項目となっております。

スライド5をお願いします。

合意の確認方法です。表の下の※印のところ、これまでは協議を情報共有・意見交換と位置付けておりましたが、今回の通知に基づき、合意の有無を確認することになります。具体的内容につきましては、表に移っていただきまして、まず、左側の政策医療を担う中心的な医療機関について、時期は統一様式による協議の都度、方法は出席委員の過半数の合意、合意を得られなかった場合の対応は繰り返し協議を行うという取扱いとなりました。

なお、先ほどみていただきました※印のとおり、既に協議を実施した医療機関に

についても、改めて合意を確認することとなります。

右側のその他の病院及び有床診療所について、時期は地域調整会議又は協議項目の都度、つまり、協議の進捗状況等を踏まえ、合意を図るタイミングを検討していただきたいと思います。なお、方法及び合意を得られなかった場合の対応は、政策医療を担う中心的な医療機関と同じです。

次にスライド6をお願いします。こちらでは、協議対象の医療機関数に地域差があることを示しております。

続きまして、スライド7をお願いします。その他の病院及び有床診療所の協議は、統一様式又は準じる様式による協議のほか、病床機能報告結果を一覧にした資料を用いて一括して行うこともできる取扱いとなりました。恐れいりますが、2つめのポツ、2行目の頭にですね、「床」とありますが、これは病棟の棟、むね、という字が正解でございます。訂正をよろしくをお願いします。

スライド8をお願いします。厚生労働省通知では、スライド2で説明した項目に加えて、非稼働病棟を有する医療機関と開設者の変更を行う医療機関についても具体的な対応を求めています。この点についても、県調整会議から地域調整会議に取扱方針が示されました。

次にスライド9をお願いします。非稼働病棟を有する医療機関について、県は、毎年度、直近の病床機能報告の結果から把握し、地域調整会議に報告します。地域調整会議は個別に説明を求め、その都度協議の上、合意を確認する取扱いとなりました。なお、必要に応じて部会等を設置することができます。

スライド10をお願いします。開設者を変更する医療機関については、県は、今年7月以降に開設者変更の計画等を把握した場合、地域調整会議に報告し、地域調整会議は、直近の会議で説明を求め、その都度協議の上、合意を確認する取扱いとなりました。開設者変更の例は※印で書いてございますけれども、記載のとおりで、部会等の取扱いも先ほどと同じとなります。

スライド11をお願いします。県調整会議の取扱方針を踏まえ、新たに協議対象となった、「その他の病院及び有床診療所」、「非稼働病棟を有する医療機関」「開設者の変更を行う医療機関」の、この芦北地域調整会議における協議対象となります。

「その他の病院及び有床診療所」は、一般病床及び療養病床を有する医療機関のことであり、病院7カ所、有床診療所14カ所の合計21か所でございます。

なお、精神病床のみを有する医療機関、精神疾患患者の合併症など一般病床との連携もあるため、協議対象とすることも可能ではありますが、対象外というふうにさせていただきたいと思います。

次に、「非稼働病棟を有する医療機関」につきましては、直近の病床機能報告の結果から把握することとなっており、平成29年度病床機能報告結果より、国保水俣市立総合医療センター及び芦北町国民健康保険吉尾温泉診療所の2カ所を把握しております。

「開設者の変更を行う医療機関」につきましては、今年7月以降に開設者の変更

に係る計画等を把握した時になりますが、現時点において、そのような医療機関は伺っておりません。

次にスライド 12 をお願いします。先ほどご説明しましたけれども、「その他の病院及び有床診療所」の協議方法は、地域調整会議で決定することとなります。

その方法についてこの表であらわしております。まずこの表については、一番左の列に「その他の病院及び有床診療所」「非稼働病棟を有する医療機関」「開設者の変更」と協議対象を区分し、それぞれについて、協議方法と時期を記載しております。

まず、「その他の病院及び有床診療所」について、2つのパターンを提示しております。詳細はあとのスライドでご説明しますが、パターン1は、21 医療機関すべてについて、政策医療を担う中心的な医療機関が使用する統一様式に準じた様式を作成してもらい、個別説明のうえ、協議を行う方法です。パターン2は、病床機能報告を基にした一覧表を作成し、その一覧表から個別協議を行う医療機関と、一覧表による一括協議を行う医療機関にわけて、協議を行っていく方法です。なお、個別協議を行う医療機関においては、パターン1と同様、統一様式に準じた様式を作成してもらい、個別説明のうえ、協議を行うこととなります。

パターン1 パターン2のいずれも、協議開始時期は今年度中というふうになります。

次に、「非稼働病棟を有する医療機関」については、協議方法を個別説明とし、時期は病床機能報告結果より県が把握した時になり、こちらも協議開始時期は今年度からとなります。

また、「開設者の変更」についても、協議方法は個別説明とし、時期は県が把握した時というふうになります。

それでは、もう少し詳しくご説明いたします。次のスライド 13 をお願いします。「その他の病院及び有床診療所」のパターン1となります。

パターン1はすべて個別協議を行い、調整会議は、個別に当該医療機関から、統一様式に準じた様式による説明を求め、その都度協議を行うというものです。準じた様式のイメージについては、本日お配りしました資料1-3をご覧ください。先ほどのご説明いたしましたスライドの4、それから7に記載されております項目をイメージとしておりますけれど、この中に落とし込んでおります。

ここで、一応事務局の方で考えておりますのは、2番と3番に今後の方針と具体的な計画を書いております。先ほど説明の中で示された項目ですので、ここは必須項目としております。あくまでも、この様式自体イメージでございますので、最終的には次回の調整会議にて、協議させていただければありがたいなというふうに思っています。

また、個別協議のイメージについては、この後の議事の2にございますけれども、国保水俣市立総合医療センターさんと岡部病院さんから説明していただきますが、同じ様に、一医療機関ごとに今後定める様式により説明していただくというイメー

ジになります。

次に スライド 14 をお願いします。パターン 2 について説明いたします。

パターン 2 は、一覧表による一括と個別の併用で協議を行うものです。具体的には、「県は病床機能報告から一覧表を作成し、調整会議に報告する」、次に「調整会議は、病床機能の内容や病床稼働率が低い医療機関等の理由で個別協議を行う医療機関と、一覧表による一括協議を行う医療機関を選定する」、その後「調整会議は個別に当該医療機関から統一様式に準じた様式による説明を求め、その都度協議を行う。また、一覧表による一括協議対象とされた医療機関につきましては、一括協議を行う」というものです。

一覧表のイメージとして、資料 1 - 2 をご覧ください。こちらにつきましてもあくまで現時点のイメージということでお考えいただきたいと思いますが、項目については地域調整会議で検討が必要となります。今回は架空の医療機関の数字を入れていますが、このような一覧表をみていただき、個別協議を行う医療機関と、一覧表による一括協議を行う医療機関を選定していくこととなります。

なお、「非稼働病棟を有する医療機関」「開設者の変更を行う医療機関」については、パターン 1 パターン 2 ともに当該医療機関が個別に説明していただき、その都度協議を行うこととしています。

資料 1 の 1 のスライド 15 にお戻りください。先ほどのスライド 5 でご説明しましたように、今回から、協議の結果、合意を確認する取扱いとなりましたので、その方法等を示したものです。合意の確認方法は、挙手による出席委員の過半数の合意、合意の基準は、地域医療構想の理念に合致するかというふうに考えております。合意の時期については、協議の進捗状況等を踏まえ、合意を図るタイミングをご検討いただきたいと思っております。

事務局案としまして、「その他の病院及び有床診療所」について、協議は個別説明後その都度行いますが、合意を図るタイミングとしては、協議の都度ではなく、まず、病院すべての協議が終わった後、病院分をまとめて行い、次に有床診療所すべての協議が終わった後、有床診療所分をまとめて行いたいと考えております。

そして、一覧表による一括協議がある際は、一括協議を終えた時にしたいというふうに考えております。

また、その下のかっこ書き部分、非稼働病床とありますが、先ほどと同様、非稼働病棟の誤りですので、恐れいりますが訂正をお願いします。この「非稼働病棟を有する医療機関及び開設者の変更を行う医療機関」については、個別協議の都度、合意を確認することとします。

なお、合意を得られなかった場合は、繰り返し協議を行うこととなります。

スライド 16 をお願いします。協議方法がすべて個別協議のパターン 1 になった場合の、今年度の協議スケジュールです。予定ではありますが、今年度 2 回目の第 5 回調整会議で非稼働病棟を有する医療機関の協議、医療機関が個別説明を行うための「統一様式」に準じた様式の協議、後ほど資料 3 で説明します「病床機能の転

換に係る施設・設備整備補助金」の適否等の協議を予定しています。

また、今年度3回目の会議となる第6回調整会議から、その他の病院及び有床診療所の協議を1回あたり5ヵ所程度開始できればというふうに考えております。

スライド17をお願いします。こちらは、協議方法が一覧表による一括と個別の併用での協議を行うパターン2になった場合の今年度の協議スケジュールです。パターン1との違いは、今年度2回目の第5回会議に、一覧表による一括協議と個別協議を行う医療機関の選定の協議が入るところです。

こちらは、第5回会議の上から3つ目のポツに書いております。

スライド18をお願いします。来年度以降の協議スケジュールの見通しです。来年度以降も、個別協議については、1回の調整会議につき5ヵ所程度ずつ行い、来年度中を目途に、「その他の病院及び有床診療所」についてはすべて協議を終え、合意を得ることができればと考えております。

また、「非稼働病棟を有する医療機関」「開設者の変更を行う医療機関」については、来年度以降も、当該事項を県が把握した都度、調整会議において、合意を得ていきたいと考えております。

資料1の説明は以上となりますけれども、今回、皆様方に協議いただきたい点といたしまして、スライド12でご説明いたしました、「その他の病院及び有床診療所」の協議方法ですね、パターン1及びパターン2、あるいはその他それ以外のやり方がないかどうか、それと2つ目はスライド15でご説明いたしました「合意を確認する時期、タイミングをいつにするか」という2点でございます。御審議のほどよろしくをお願いします。

○（協議）

（宮竹議長）

ありがとうございました。

今の事務局の説明に対してご質問のある方、どなたかどうぞ。

（深水委員）

一括の協議と個別の協議についての具体的なメリット・デメリット、我々に対するメリット・デメリット、やる方のメリット・デメリットということなのか、具体的によくわからないので説明をお願いできませんか。

（事務局 川浪次長）

ありがとうございます。

それではそれぞれのメリット・デメリットということについて、事務局の方で考えたことについてご説明をさせていただきます。

まずは、個別協議、メリットですけれども、委員の皆様方から見た時に、それぞれの医療機関の細かい所を一つ一つ説明を受けることができるのかなど、将来にわ

たつての、2025 年に向けての話になりますけれども、病床数をどのようにお考えなのか、そういったことについて、全体的に同意することができるのかなというふうに思います。結果的にはそれによって各医療機関の考えておられること、考えた方、そういったものが皆さんで共有することが出来るのではないかとこのように思います。

実際、デメリットといたしましては委員の皆様方については、一つ一つ聞かなくてはいけないということで、かなり時間がかかるのではないかと。ただし、今回考えておりますのは政策医療を担う医療機関の場合にはかなりボリュームがございました。ただ、それ以外の病院、有床診療所につきましてはそれに準じた様式ではあるんですけれども、先ほど資料 1 - 3 でご説明させていただいたあの部分を必須項目で書いていただくということで、医療機関にとっては手間は少しかかりますが、みられる先生方についても、そんなに長くみる必要はないのかなというふうには思っております。ポイントだけをみていただく、場合によっては地域調整会議で必要と認める項目がそれ以外あるならば、それは新たな項目として書いていただく必要があるのですが、今のところ、事務局としてはその 2 点が必須なのかと考えております。

それと実際、審査の期間が長くなると言いましたけれども、大体、今、想定しているのはそれに準じた様式の場合には、大体説明としては 5 分から 10 分位というふうな感じで、かなり負担は軽くしようというふうには考えております。

それから併用につきましては、まずは最初にやることとしたら、県の方から病床機能報告結果に基づく一覧表を作ります。そのイメージというのが資料 1 - 2 にお示ししたとおりになります。先生方、委員の皆様から見ていただいて、この医療機関については一括にしよう、要は、この表だけでだいたい把握できると、でも、この医療機関については、中身をもう少し詳しく知りたい、そういうふうにお考えになった医療機関を区別してやるということになってきますので、そういった選定作業といいますか、ご検討いただく時間がちょっとかかるというふうには考えております。

(深水委員)

調整会議がそういうふうを選択していくということですね。

(事務局 川浪次長)

そうですね。あくまでも事務局の方からは一覧表という形で示しまして、それを委員の皆様方で協議をやっていただくというふうには考えております。

その上で選んだ個別とするところ、それと一括でするところということで、個別については次回以降、一括でするところにつきましてもおそらくその場ですることが出来るかということにつきましてはわからないのですが、早ければその場からするということもあり得るのかなというふうには思っております。

(深水委員)

というわけで、このようにおそらく皆さん一括でやられるのは不安に思っておられると思うので、皆さん個別がいいというふうに考えておられるのかなと私は思っています。

(事務局 川浪次長)

ありがとうございます。実際に丁寧に協議していくのがいいのかなと思いますけれど、そこはまたもう一度調整会議の中でいろいろご意見をいただきながらご審議いただきたいと考えております。

(深水委員)

わかりました。

(眞鍋(哲)委員)

白梅の里の眞鍋です。よろしく申し上げます。

今の話になるのですけれども、一括についてのパターン2の場合ですけれども、調整会議の中で合意を得られる形になるという形で一医療機関ごとに合意が得られたという形になるのかなというイメージはもっているのですけれども、一括で出てきた場合は書類上だけの審査で話も聞かずにそのまま合意が得られたという形になる、書類上そういうふうになるのでしょうか。

(事務局 川浪次長)

それに関しましては、一応、事務局の方から補足説明と言いますか、その表だけではご判断は難しいと思いますので、一応、説明はさせていただこうと考えています。

その説明を聞かれて、もしかしたら、もう少し詳しい話が聞きたいということになれば、その時には個別にお呼びして説明していただくということもあるのかなというふうに考えております。

(眞鍋(哲)委員)

事務局が確認されることもあるということですね。

(事務局 川浪次長)

はい。

(眞鍋(哲)委員)

もう一つ聞きたいことがありまして、資料のスライド8の開設者の変更に関しての協議ですけれども、それについて協議の場での説明とありますが、これは開設者

が変わると経営方針が変わってくるので、現時点と変わられたということで、お呼びしてお話をお聞きするということなのでしょうか。

(事務局 川浪次長)

そうですね。スライド8のかっこ書きの所に書いてあるのですが、個人間の継承を含む、やはり、お父さんと息子さんではちょっと経営方針というのは違ってくると思われまます。病院、診療所としては同じなのかもしれませんが、そこは一応お考えですね、人格としては別人格になりますので確認をさせていただくということです。

(眞鍋(哲)委員)

個別の協議ですね。

(事務局 川浪次長)

そうですね。

(小宮委員)

少し補足ですが、医療法人の場合は、開設者は医療法人としては変わらないものですから、医療法人の代表者が変わった場合でも該当しないといえますか、医療法人はそのままですので、この場合出席していただくということはない、医療法人の代表者が変わった場合には、これには該当しないということです。

(眞鍋(哲)委員)

わかりました。ありがとうございました。

(森委員)

調整会議の回数ですね、平成31年度は何回するのか。

(事務局 川浪次長)

大体県の全体的な方針としては年間3回と考えておりますので、31年度も3回となります。

(森委員)

今年の3回目で1回やって、全体で4回ということですね。

(事務局 川浪次長)

先ほどもお話ししましたように21カ所が対象となりましたので、大体5カ所程度ずつやっていくと、4回で終わるかなと思っております。

(宮竹議長)

その他に何かご意見、ご質問ないですか。

(池田委員)

協議して決定をするわけですが、皆さんで病床のどこをどう減らすとかよくいうんですけど、これは最終決定になるということではないんですか。決めないといけないんでしょうか。例えば、19床あるところを一般は10床、療養は2床とかそういうわけではないんですかね。

(事務局 川浪次長)

それにつきましては、病床機能、要するに今回でいえば昨年度ですね、例えば資料1-3のところをみて頂きますと、資料1-3の様式等参考にさせていただきますと具体的な計画という段がございます。こちらで①医療機能ごとの病床のあり方というところで2017年度の状況、それと2023年度の状況、2025年度の状況が書いてありますので、ここをその医療機関の方でどのようにお考えなのかをご説明していただくと。実際、その方向性で皆さんがいいというふうな御判断をしていただくということであるので、決めるといえば決めるという形になるんですが、あくまでも医療機関のお考えをこの地域全体でどう考えるのか、それを認めるのか共有するのか、あるいはこうした方がいいのではないかという、そういった協議をしていただくということになります。ですからその結果で代表者の方がもしかしたら変えるということがあるかもしれませんが、あくまでも、医療機関さんの主体的な考えというふうになってくると思います。よろしいでしょうか。

(池田委員)

合意の方法がその過半数で決めるとありますが、例えばある診療所がうちはこうしたいんだと言ってもここに出席の委員の人たちが、いやそれは困ると言えば、そのとおりとなってしまう可能性が高いと思うんですけれど、それについてはどうでしょうか。

(事務局 川浪次長)

確かに結果的に、この調整会議の過半数の委員がそういうふうになればおっしゃるとおりだと思いますけれども、ただ、そこでその医療機関の方と合意が得られないという時には繰り返し協議をするということになっていますので、そこは医療機関の考えをしっかりと次の会議でお話しいただく、それでも調整会議でさらにだめだというふうになってくれば、また更に必要であれば、再度繰り返し協議していただく、皆さんのお互いの合意、了解のもとで最終的なところが合意形成ではないかと思えます。

(池田委員)

わかりました。あまり簡単に決められると困ると思いましたのでやっぱり、一番大事なのはその医療機関の代表がどう考えているかという事です。それぞれの医療機関でいろいろな考え方がありますので、社会貢献の仕方もいろいろ違うからですね。そこは非常に注視して尊重していかなければならないと思ったものですから、そういうふうに話しました。

(医療政策課 太田主幹)

県の医療政策課の太田と申します。今の池田委員と川浪次長の話について、補足させてください。県でも、県調整会議に諮った時に調整会議で1回合意を得られなかった場合に、その医療機関に対して強制的な何かを実施するのは適切ではないということで、繰り返し協議を行うという表現に留めています。これは、調整会議の協議結果を以て既存の稼働している医療機関の病床を止めたり、あるいは没収するという権限は医療法上ありませんので、そういったことはしない。ただ、協議をしていくなかで、その地域の病床機能の分化、連携でお互いの納得が得られるような形で、お互いが認識の共有や考えを表明して、あの医療機関がああするんだったら自分はこちらのほうに立ち位置を考えてみようか、といったことをやると公式の場で話せる場が出来たのかなと思います。今まで非公式に連携する病院間ではいろいろお話があったと思いますけれども、医療機関だけでなく、医療従事者の関係団体、行政の方にも入っていただいて、そういった協議の場が出来たということに意義があるのだと考えております。決して強制的に何かをするということではなく、話し合いをしながら自分たちの医療、病床機能を考えていただくということが大事でございます。

すみません、補足させていただきました。

(事務局 川浪次長)

ありがとうございます。池田委員もおっしゃったんですけれども、結局、県側と言いますか事務局でこうしてください、ああしてくださいという権限はございません。あくまでもこの調整会議の中でやっぱり納得がいくまでですね、協議をやっていただく。そういった事が大事なのかなと思っておりますので繰り返し繰り返し協議をさせていただくということを考えております。

(池田委員)

わかりました。

(宮竹議長)

ちょっと時間が過ぎますけれども、対象となる病院、診療所の委員の先生方も一応意見を聞いてみたいと思います。

(井上代理)

井上です。一つまず確認というかですね、介護医療院に関しては介護保険の施設にカウントするというのでいいんでしょうか。

それから、全体の個別と一括・個別のミックスという部分で、逆に個別、全部個別じゃないとという話が出ましたけれども、逆に地域医療構想の中で、全体像、具体的な部分ですね、いろいろ方向的な部分は今までもお話しされてたと思うんですけど、たぶん具体的な数が出てきて、それを全体で話す場とかというのが、いきなり個別の病院の調査に入ってどうするんだという、それこそ池田先生がつっこんで言われましたけれど、この数をどうするんだという話にたぶんなってくると思いますが、そこで、全体の数をどうするかとか、極端な話し割り振ってとかというところを議論ないし議論の場というのはどうなるのかなと思ったんですけど。

(事務局 川浪次長)

ありがとうございます。その割り振る議論というのはなかなか、どこでできるか、まずこの会議のなかではしないのではないのかなと思います。いきなり個別協議をしてくださいということになるんですけど、個別協議をするとなった時には、皆さんにお願いしなければならないので、ただその前に、地域医療構想とはなんぞやという説明については、全医療機関にまだきちんと説明できていないと思っていますので、まずそこの部分の説明とあわせて今回お願いすることとなる協議方法で、そういったことについて説明させていただきたいというところで、周知を図っていきたいと思っています。

先ほどお話のあった、一番大きな割り振って、というところですけども、これについてはあくまでも県の方、地域医療構想で示していますのは、将来における必要な病床数、あくまでも推計値を示しているだけでございますので、削減目標というそこにもっていきこうというものではありません。

ずっと、地域医療構想を策定するまでの過程のなかでも説明させていただいておりますので、あとはその数字をみてこの圏域の中で自分たちの医療機関としてはどこに立ち位置を置いて、うちの診療所はどれくらいにしていっていいのか、お互いに情報を共有したうえで考えていただくということで考えております。

ですから、皆さんで割り振るというそういったところは考えておりません。説明の答えになったでしょうか。

(宮竹議長)

だいぶ、御意見を出していただいてありがとうございます。それでは地域医療構想の進め方について、この場でお決めしてよろしいでしょうか。パターン1でいくか、パターン2でいくか。もうちょっと時間がほしいので、その場合は次の会議で決めたいというところになるとは思いますがどうでしょうか。

(井上代理)

逆に医療機関ごとにやり方を変えてしまうということはそこに差が出来るという話になるのではないかと思ったんですね。だから、一括でやるのだったら全部一括でやるという話になるのではないかと思いました。

(宮竹議長)

どうでしょうか。今日、この場で決めるか、次回の調整会議でまたやるか、それを今日決めないといけないんですよ。

(事務局 川浪次長)

ただ、いろいろとご意見もあるかと思しますので、気持ちとしては決めたい思いもありますけれども、まだ、もやもや感が残っている委員の先生たちもおられると思いますので、議長の方から皆様にもう一度委員の皆様にお諮りいただければと思います。

(宮竹議長)

ご意見はいろいろ出ましたけれど、事務局の方からも出ましたが、まだ、もやもや感が残っている委員の方もおられるかと思しますので、一応、次の協議会までに、「地域医療構想の進め方」は持ち越しということでよろしいですか。挙手をお願いします。

<委員の過半数の挙手>

(宮竹議長)

ありがとうございました。

では、事務局の方にそういうことで、もう1回調整の方よろしくをお願いします。

(事務局 川浪次長)

進め方につきましては、次回でまたご審議いただくということで準備したいと思います。それ以外の部分ですね、非稼働病棟を有する医療機関、開設者の変更に関する医療機関といった部分についての進め方については統一したやり方になると思いますし、この後の議事で関連がございますので、これにつきましてはもう一回ご審議いただければと思います。

(宮竹議長)

ということで、よろしいでしょうか。非稼働病棟と開設者の変更について。

(事務局 川浪次長)

まず、非稼働病棟を有する医療機関についてはご説明をいたしましたけれども、スライドは 12 になります。こちらの真ん中の非稼働病棟を有する医療機関の協議方法といたしましては個別説明、時期につきましては病床機能報告結果により県が把握した時というふうにしておりまして、既に平成 29 年度の病床機能報告から非稼働病棟を有する医療機関というものがわかっておりますので、これについてはこのあと医療センターさんがそれに該当しますので、協議する時期としまして今回といたしますか、県が把握した結果で直近の調整会議で審議をいただくというやり方、それと、開設者の変更につきましても県が把握した時点、ただ、これにつきましては現時点で把握はしておりませんので、これについては今のところなしということですので。県が把握したあと、直近の調整会議でいずれも協議していただくというところだけをご承認いただければと思っております。

(宮竹議長)

今の提案については承認でよろしいですか。

(委員)

はい。

(宮竹議長)

はい、ありがとうございます。

ちょっと時間が過ぎていきますので、次に進みたいと思います。

次に、2 つ目の議事であります「政策医療を担う中心的な医療機関」の役割明確化等の協議を行います。それでは、事務局から説明をお願いします。

(事務局 川浪次長)

芦北地域の「政策医療を担う中心的な医療機関」は国保水俣市立総合医療センターと岡部病院の 2 医療機関です。

医療センターと岡部病院からは、前回の第 3 回調整会議で説明をいただいておりますが、先程ご説明しましたように、「既に平成 29 年度に協議を実施した医療機関については、改めて合意を確認すること」となりました。

そのため、医療センターと岡部病院については、改めて合意を確認する必要があります。

なお、医療センターにあつては、前回の調整会議で説明された内容から変更があること、また、先程協議いただきました「非稼働病棟を有する医療機関」にも該当するため、先程承認いただいた方法で協議をお願いします。

なお、岡部病院についても、前回会議で説明されてはおりますが、今回協議のうえ、合意を確認させていただきたいと思っております。

(宮竹議長)

それでは、医療センターから説明をお願いしたいと思いますが、医療センターは事務局横の説明者席にお移りください。

それでは、国保水俣市立総合医療センターからお願いします。

○ (医療センターから説明)

(医療センター)

国保水俣市立総合医療センター総務課の橋迫と申します。どうぞよろしくお願いたします。

当院が担う役割について、前回3月に行われました調整会議で説明させていただいた内容に変更が生じたので、改めて説明させていただきますとともに、非稼働病棟についても併せて説明させていただきます。

まずは、当院の現状と課題について、スライド2をご覧ください。当院は、許可病床数401床で、うち50床を休床し、351床を稼働しています。

将来のビジョンに「地域の中核病院として、急性期医療を中心に高度で安全な医療を提供するとともに、経営的にも自立した、患者に選ばれる病院を目指す」ことを掲げています。

病院理念には、「患者中心の医療、安全で高度な医療、地域との連携、環境保全、健全経営」の5つを掲げ病院運営を行っています。

昨年度の診療実績は、入院患者数が286人で平均在院日数は17日、外来患者数は800人で県内自治体病院の中で特に多く診ている状況です。

スライド3ですが、今年4月現在の職員数となっています。正職員416人、非常勤職員217人、合計633人となっています。

スライド4は、当院が大きな課題として考えている人口減少についてです。これは、芦北地域の将来の人口推移ですが、グラフから分かるように全国や県に比べて早いスピードで人口が減少することが見込まれています。県内で一番人口が少ない芦北構想区域で現在は4万6千人程度ですが、さらに4万人まで減少することが見込まれています。

スライド5は、想定どおり人口が減少した場合の外来、入院の患者数の見込みとなっています。外来患者は減り続け、入院患者は、一時は横ばいで推移しますが、2025年以降は外来とともに減少していくことが見込まれています。

このことから、2025年以降が外来、入院ともに患者数が減少することで病院経営がかなり厳しい状況になるのではないかと予想しているところであります。また、経営が厳しくなると当院の救急医療体制の維持も困難になってくるのではないかと懸念しているところであります。このような困難な状況に耐えられるよう、今のうちに限りある医療資源を効率よく配分し、この地域に必要な医療の提供ができるよう体制を整備する必要があると考えています。

次にスライド9をご覧ください。

これは平成 27 年 7 月に提示された資料で、芦北構想区域における機能別病床の将来推計です。

この中で、高度急性期のところを見ていただくと、現在は 0 床で 2025 年には 35 床必要と出ており新たに導入が求められています。

回復期は、現在は充足しているところではありますが、この資料が出た当時は 99 床不足で充実が求められていました。

スライド 10 をご覧ください。

当院の入院患者を機能別に調査した結果、高度急性期に 26 人、急性期に 52 人、回復期に 133 人、慢性期に 61 人いらっしゃる事が分かっています。

高度急性期については当院には現在はなく、また、多くを占める回復期、慢性期の患者さんについては、その機能を持った他施設へ移っていただくのが理想なのですが、その受け皿となる近隣施設はどこもいっぱいであることから、当院で留まっている状況となっています。

このようなことから、医療資源を効率的に配分するため、回復期病床の充実と高度急性期病床の導入が必要であると考えました。

スライド 11 にありますように、回復期の充実としては、昨年 9 月に稼働した地域包括ケア病棟の導入と、高度急性期の導入としてハイケアユニット病床の来年度導入を計画に掲げたところであります。

スライド 13 をご覧ください。

ここからは、前回の調整会議で説明させていただいた非稼働病棟 50 床の今後の計画について、一部変更をさせていただきたくご説明させていただきます。

まずは非稼働病棟に至った経緯についてですが、グラフにありますように、平成 17 年度に当時の湯の児病院を廃院し当院と統合いたしました。その際、統合のために 1 病棟増設しております。

統合により入院患者数が 380 人まで増えましたが、平成 19 年度にかけて在院日数が 21.5 日から 18.2 日まで短縮したことにより、1 病棟分相当の患者数が減少し、310 人となりました。この時点で病棟再編を行い 1 病棟休床したところであります。その際併せて看護体制を 13 対 1 から 10 対 1 へ変更しました。

その後も患者数は徐々に減少し、平成 24 年度には 300 人を切ったところですが、休床は 1 病棟のまま運用してきたところであります。

患者数は減少してきましたが、職員数は逆に増加しています。職種別の推移はスライド 14 のとおりです。主に新たな施設基準の取得等によるコメディカルの増員となっています。

スライド 15 をご覧ください。

前回、この非稼働病棟 50 床を返還させ、急性期病床 10 床を高度急性期病床へ転換させる説明をさせていただきご了承いただいたところです。この計画で転換させる 10 床は病床稼働率を考慮し小児科、産科病床からもってくる予定としておりましたが、その後院内で再度協議を行いました。その中で、当院は自治体病院であり、

また、この地域の基幹病院でもあることから、政策医療である小児医療、周産期医療を維持すべきだとの結論に至りました。このことから、小児科病床、産科病床は減らさず、休床している病床から 10 床を HCU に転換させていただきたいと考えております。

この変更案とした場合の当院の今後の病床機能はスライド 16 のとおりとなります。

以上で前回会議からの変更点と非稼働病棟の取り扱いについての説明とさせていただきますが、最後に前回と同様ですが、皆様にお伝えしたいこととして 3 つ申し上げ終わりさせていただきます。スライド 20 をお願いします。

1. 第 7 次熊本県保健医療計画において求められている機能充実に努め、安全で安心して暮らせる地域社会づくりに貢献してまいります。
2. 限られた医療資源を競合することなく、各機関と連携を密にし、地域包括システムの構築に貢献します。
3. 地域医療構想調整会議の協議結果と当センターの改革プランとの間に齟齬が生じないように努めます。

以上、ご審議の方よろしくお願い申し上げます。

(宮竹議長)

ありがとうございます。ここで国保水俣市立総合医療センター開設者の水俣市長である高岡委員も出席されておりますので、開設者としての思いを一言お願いします。

(高岡委員)

それでは皆様改めまして、こんばんは。ただいまご紹介いただきました、水俣市長の高岡でございます。医療センターの開設者としての思いということで、宮竹議長のほうから御配慮いただきましたので、一言述べさせていただければというふうに思っております。

水俣市立総合医療センターは、政策医療を担う中核病院として、小児科、産婦人科を含めた総合病院としての機能を果たすとともに、水俣芦北地域において、24 時間救急医療体制を維持、存続をさせることを使命としております。医療政策としての地域包括ケア体制の推進、医療と介護の一体改革については、地域医療支援病院として、在宅医療後方支援病院として、今後、入退院支援、急変時対応のための病床確保、医師会を中心とした関係機関との連携強化に努めて参りたいと考えております。

また、今回計画をしております高度急性期病床の開設を含め、病床機能を明確化するとともに、地域医療支援室の充実や他業種との連携、そして ICT などを活用いたしました住民サービスの向上に努めて参りたいというふうに考えております。

本調整会議ご出席の皆様には、まさに地域医療の核となられる方々ばかりである

というふうに認識をいたしております。引き続き、地域住民の皆様が安心して生活できる地域づくりに関しまして、ご支援賜りますよう、心からお願い申し上げ、開設者としての思いの一端を述べさせていただきましたが、どうぞ今後ともよろしくお願い申し上げます。

以上でございます。

(宮竹議長)

市長どうもありがとうございました。

それでは続いて協議に移りたいと思いますが、今、医療センターの方からご説明がありましたけれども、何かご質問ご意見はございませんでしょうか。

はい、どうぞ。

(眞鍋(哲)委員)

白梅の里の眞鍋です。一つ質問をさせてください。

休床の50のなかに、感染症棟は入っていないかだけ、お願いします。

(医療センター 橋迫係長)

50床の中には、感染症病床は入っておりません。

(眞鍋(哲)委員)

はい、わかりました。

(宮竹議長)

その他、どなたかありませんか。

議長が発言するのはちょっとおかしいんですけども、医療センターが、産科病棟、小児科病棟を残して50床からの10床転換をされたということは、私小児科医でございますので、ものすごく嬉しいですね。そういうところで協議されたということで、非常にありがたく思っております。

他にありませんか。よろしいでしょうか。何かご意見ございませんか。

それでは、医療センターからのご説明がありました、休床の50床の病棟の分から10床を高度急性期に転換して、もう40床を返上するというので、そういうことでございますが、みなさんよろしいですか。挙手をお願いします。

<委員の過半数の挙手>

はい、ありがとうございました。それでは医療センターについては、これで終了します。

次に、岡部病院さんについて、ご説明をお願いします。

○（岡部病院からから説明）

（岡部病院）

岡部病院の岡部です。岡部病院が担う役割についてですが、前回詳しく説明させていただきましたので、今回は簡単にご説明させていただきます。

我々岡部病院は、救急告示機関を標榜させていただいていますので、以前と同様、救急病院として、一般診療、急性期治療においては現状どおり続けていきたいと思っております。

ただ、医療センターさんとの立場の違いをより明確にするために、急性期医療に関しましても、より在宅医療に近い立ち位置で急性期医療に携わっていきたいと考えております。ですので、我々のような200床未満の病院におきましては、そういったことから、地域包括ケア病床への一般病床からの変更も予定しております。

慢性疾患病棟につきましては、在宅医療、こちらも充実を図っていくことも重要になってきてはいるんですが、これは残念ながらまだ、高齢者の在宅へは戻れない、在宅復帰不可能な患者さんも多くいらっしゃいますので、現状といたしましては、慢性期病棟、療養病棟におきましても、現状維持のままいかざるを得ないというふうに考えております。

従って、このスライドに示しますとおりの病床数で、今後もいきたいと考えておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

以上です。

（宮竹議長）

ありがとうございました。それでは、協議に移りたいと思いますが、ご意見ご質問はありませんか。

（森委員）

今、在宅医療を見据えた病床とあったんですけれども、医療センターのほうも在宅医療を見据えた病床とあったので、そこらへんの違いというのがもしあれば教えてください。

（岡部委員）

医療センターさんの地域包括ケア病床とうちが予定している病床に関してなんですが、これは前回説明させていただいたんですけれども、先ほどの説明でも、医療センターの場合はどちらかというとポストアキュート機能、回復機能を中心とした考えでいらっしゃると思います。こちらは、もちろんポストアキュート機能もあるんですけれど、同じように、いわゆるサブアキュート機能、たとえば肺炎の患者さん、あるいは脱水の患者さん、あるいはリハビリが必要な患者さんとか、そういつ

た、簡単に言うと軽症だけでも在宅ではちょっと厳しいというふうな患者さんを入院させていただいて、そこで治療をしてまた在宅へ復帰させると、そういう機能をより充実させていければと考えておりますので、そこが医療センターさんとの立場の違いというふうに考えています。

(宮竹議長)

森委員、よろしいですか。

(森委員)

大体わかりました。そこらへんの区別はなかなか難しいんですけれども、今の先生のお話で、やっぱり在宅でみているかかりつけの先生、そこに視点をおいたようなお話をされて、非常にやっぱり、よかったんではないかと思えます。

医療センターはちょっと違う方向なんですけれども、しかし医療センターもやっぱり少し在宅のほうに目を向けながら、やっていただきたいなというふうに思っています。

(丸山代理)

うちとしては後方支援病院ということを中心に、今言われた在宅の患者さんの急変時をみるだけでなく、ベッド数が足りないようなときには、今もオープンベッドという形でやっておりますけれども、こういう形も含めて、先生方の患者さん、軽症の患者さんでもご紹介いただければ、それも受け入れる場所も作りたいと思っております。

ただ、主なものはさっきも言いましたように、後方支援病院としての急変時の患者さんをいつでも受け入れられるベッドを確保するという、それとリハビリをして在宅に帰すという形で、今、ポストアキュート機能を中心にやりたいと考えておりますので、まったく在宅をやらないというわけではなくて、それももちろん考えてやりたいと思っております。

(森委員)

どうもありがとうございました。在宅の患者さんで、往診してみている患者さんで、変化したとき、まあ変化の状態もあるんですけれども、まずは岡部先生のところを第一優先として考えたいと思っております、私自身としてはですね。

(宮竹議長)

はい、ありがとうございました。

(井上代理)

岡部病院さんのお話というか、先ほどお聞きした話で、介護医療院の取扱いのと

ころで数が全然変わってくると思います。今が慢性期が 97 床でそのままですが、実際、1 枚上のスライドをみると 30 床の介護療養型医療施設が介護医療院への転換を検討すると、それから、療養の 2 に関しても病棟の形態を検討すると、で、このカウントが介護医療院をどこに入れるかによって数が全然変わってくるし、これは岡部病院さんに限らず全体の話になってきますので、そこをはっきりさせないと、数の計算と言ったらあれですけど、数としたときにあとで全然話が変わってくるんじゃないかと思います。

(医療政策課 太田主幹)

医療政策課からお答えします。基本的に、介護医療院の病床数は、在宅医療の方の受け皿としてカウントしますので、いわゆる調整会議で協議する病床機能の 4 機能からは抜きます。そのため、慢性期ではなく、介護医療院は言葉が悪いですけど、枠外という形で取り扱うことになります。

(井上代理)

ではこの表も、67 ということにとりあえずなるということですよ。

(医療政策課・太田主幹)

検討ということですので、迷われているというのが含まれているとは思いますが、これが決定となったら、30 床は除外していただくことになります。

(岡部委員)

岡部ですけれど、介護医療施設に関しましては、いろいろ今、方向性とか決定事項、まだまだ保留事項も多くございますので、それらの点を踏まえたうえで決定となりましたら、介護医療院の方に決定するならば、おっしゃるとおり 67 床になるというふうに判断しております。

(宮竹議長)

ちょっと流動性もあるみたいなんですけれども、現在の時点で岡部病院から提示されました医療病棟の案で、これでよろしいですか。

賛成の方、挙手をお願いします。

<委員の過半数の挙手>

(宮竹議長)

それでは岡部病院については、これで終了します。

○（報告）

（宮竹議長）

それではここから報告事項に入ります。事務局から説明をお願いします。

- | | |
|----------------------------|-------|
| 4 病床機能転換に係る施設・設備整備への補助について | 【資料3】 |
| 5 平成29年度病床機能報告結果について | 【資料4】 |
| 6 地域医療介護総合確保基金（医療分）について | 【資料5】 |
| 7 在宅医療に関する報告 | 【資料6】 |

○（資料3説明）

（事務局 柳田主任技師）

水俣保健所の柳田でございます。報告事項はすべて、私から説明させていただきます。

それでは、報告4 病床機能転換に係る施設・設備整備への補助について、資料3をお願いします。5分程度で説明させていただきますので、よろしく申し上げます。

スライド2をお願いします。予算概要を記載しています。総額として、約3億6千5百万円を計上しておりますが、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。

スライド3をお願いします。対象事業は、次の3つの基準により実施する医療機関の施設・設備整備事業で、構想区域ごとの地域医療構想調整会議の合意を得たものとしております。ただし、三次医療の体制整備を目的とする場合は、県調整会議等における合意を必要とします。

3つの基準とは、①不足する病床機能以外の病床機能から不足する病床機能への転換であること、②新築しようとする当該所在地に係る医療計画上の既存病床数が基準病床数を超えないこと、③回復期への転換を行う病院及び診療所の前年の病床利用率が年間平均80%以上であること、です。

スライド4に構想区域ごとの病床数の必要量と病床機能報告の報告病床数の状況をまとめています。

スライド5をお願いします。不足の考え方をまとめています。分母には地域医療構想における「病床数の必要量」、分子には直近の年度の病床機能報告における基準日の報告病床数です。

スライド6をお願いします。高度急性期への病床機能転換に係る施設整備の対象経費で、病棟、診療棟、その他知事が必要と認める工事費又は工事請負費です。続いて、スライド7が回復期への病床機能転換に係る施設整備の対象経費で、病棟として病室、診察室、廊下等の工事費又は工事請負費です。こちらは昨年度と同様です。

また、下段にあるとおり、これらの施設整備に伴って必要となる設備整備費又は機器整備・購入費を対象とし、制度拡充をしております。

スライド8をお願いします。施設整備の負担割合は、県と事業者である医療機関とで2分の1ずつ、また、基準額いわゆる上限額は、高度急性期への転換では1床あたり約470万円、回復期への転換では約420万円です。ただし、実際の工事費がこの金額に満たない場合、その工事費を補助金の交付基礎額とし、補助金額はその2分の1となります。

スライド9をお願いします。設備整備の負担割合は、施設同様、2分の1ずつ、基準額は、高度急性期への転換では1医療機関あたり2千160万円、回復期への転換では1千50万円です。ただし、実際の購入費がこの金額に満たない場合、その購入費を補助金の交付基礎額とすることは先ほどと同様です。

スライド10をお願いします。今年度のスケジュールです。地域調整会議では、本日の制度周知、その後、全ての対象医療機関に意向調査を行います。補助金を希望する医療機関には、事業計画書を提出していただきます。今年度第2回目の地域調整会議で申請案件の適否の協議を行っていただき、その後、手続きを進めますが、このスケジュールでは、交付決定後の年度内工期がほとんど確保できないことから、今年度着手分に限る内示前の工事分についても補助対象とします。

スライド11をお願いします。当該補助金に係る調整会議の役割です。この補助金は、地域調整会議で将来の目指すべき医療提供体制を検討していただき、不足が予想される病床機能へ転換する医療機関への支援策であるため、医療機関からの申請内容から患者受入体制や医療従事者の状況等を確認し、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。県からも資料を提供し、医療機関からもプレゼンを行っていただきます。これらのについては、昨年度と同様です。

以上で、資料3の説明を終わります。

(宮竹議長)

ありがとうございました。御質問等は、すべての報告終了後に一括していただきます。2つ目の平成29年度病床機能報告の結果について、事務局から説明をお願いします。

○ (資料4説明)

(事務局 柳田主任技師)

報告4の平成29年度病床機能報告結果について、3分程度で説明します。

まず資料4-1の概要版をお願いします。こちらでは、県全体の結果の概要や傾向について掲載しております。本日の説明は省略しますので、後程、ご確認をお願いします。

次に資料4-2の本編をお願いします。この資料により、芦北地域の状況を説明

します。41 ページをご覧ください。

まず、タイトル「芦北」の下の表に記載のとおり、今回の報告対象医療機関数は23で、全ての医療機関から回答を得ております。

次に、1の「病床機能ごとの病床数」の表をご覧ください。

左から4列目の「平成29年度病床機能報告」では、病床機能ごとに、1段目に基準日である平成29年7月1日時点の病床機能、2段目にその6年後の見込み、3段目に増減を記載しています。

6年後の見込みでは、高度急性期、急性期、回復期は増減なく、慢性期は減少しています。慢性期は、基準日から60床減少するという結果が出ております。これは、介護保険施設への移行が要因です。

また、今回から、6年後について、介護保険施設等へ移行の選択肢が新たに設けられています。

小計枠の下、「介護保険施設等へ移行」の段に記載のとおり、60床が6年後までに介護保険施設等へ移行する見込みです。その内訳は、表の下の米印に記載のとおり、すべて介護医療院への移行です。

上の表に戻っていただきまして、最も右の列では、前年度報告と比較した結果を記載しております。

傾向としては、急性期、慢性期は前年度と比較して基準日、6年後ともに減少し、回復期においては、基準日、6年後ともに増加しています。

次に、下段の2の表では、病床機能別の入院患者数などを記載しております。

平均在院日数については、急性期、回復期は前年度と比較して減少しておりますが、慢性期は増加しております。

次の42ページ以降については、患者の状況、在宅医療、入院料のデータ等を記載していますので、後程、ご確認をお願いします。

資料4の説明は以上です。

(宮竹議長)

3つ目の地域医療介護総合確保基金(医療分)について、事務局から説明をお願いします。

○(資料5説明)

(事務局 柳田主任技師)

報告6の地域医療介護総合確保基金、医療分について説明します。

資料5を2分程度で説明させていただきます。

まず、スライド1、2については、基金の概要になります。説明は省略させていただきます。

スライド3をお願いします。ここからスライド5にかけて、平成29年度計画の目標達成状況と平成30年度目標値(案)を記載しています。平成29年度計画につ

いては、目標に対する各指標の動向はおおむね上向きとなっている状況であり、個別事業の実績等については、後ほど、スライド 11 以降の一覧表でご確認ください。

スライド 6 をお願いします。こちらは、平成 30 年度の本県の国への要望状況です。

総額 22 億 1 千万円余を要望しており、国の配分方針を踏まえ、事業区分 1 への重点化を図っています。今後、国からの内示額を踏まえ、平成 30 年度県計画を策定して参ります。

スライド 9 をお願いします。平成 31 年度に向けた新規事業の提案募集については、募集期間を昨年度の 1 ヶ月間から、今年度は 5 月から 7 月までの 3 ヶ月間としました。

今後、県調整会議や地域調整会議でもご意見をいただきながら手続きを進めて参ります。

スライド 10 をお願いします。芦北構想区域における目標達成状況で、各指標の動向については、第 6 次芦北地域保健医療計画策定時と比較し、在宅支援歯科診療所数及び 24 時間対応訪問看護ステーション数は増加しておりますが、在宅療養支援診療所数は減少しています。平成 30 年度以降の目標値については、第 7 次芦北地域保健医療計画に沿った指標を設定しています。

資料 5 の説明は以上です。

(宮竹議長)

最後の、在宅医療に関する報告について、事務局から説明をお願いします。

○ (資料 6 説明)

(事務局 柳田主任技師)

報告 7 の在宅医療に関する報告について説明します。

資料 6 を 3 分程度で説明させていただきます。

(1) 在宅医療サポートセンターの設置目的ですが、高齢化や地域医療構想の推進に伴う在宅医療ニーズの増加に対応し、在宅医療の量・質両面の取組みを県内全域で推進するため、在宅医療サポートセンターを県及び各地域に設置するものです。

(2) センターの事業概要について、①県在宅医療サポートセンターについては、資料のとおりですが、②地域在宅医療サポートセンターについては、自ら医療機関として在宅医療を提供する医療機関や複数の医療機関グループが、地域における医療機関の連携促進、専門職の在宅医療に関する人材育成、退院支援、訪問診療等に関するマッチング等の業務を行い、各圏域内の地域特性に応じた在宅医療を推進するものです。

(3) 年度の予算及び指定箇所数ですが、地域在宅医療サポートセンター分は 1 ヶ所あたり 115 万円程度、指定箇所数は二次医療圏域毎に原則 1 ヶ所です。

(4) 指定先の考え方ですが、地域在宅医療サポートセンターについては、2つ考え方があり、一つは、病床を有し多職種を配置する医療機関、自らも在宅医療に取り組む在宅療養支援病院等を想定する〔基幹型〕、もう一つは、複数医療機関等のグループである〔連携型〕であり、その場合には、連携している医療機関が在宅医療を提供していることが想定されます。

2ページをご覧ください。「3 地域在宅医療サポートセンターで行う事業内容」について、各地域サポートセンターは、各圏域の地域資源の状況や在宅医療に関するこれまでの取組状況を踏まえて、地域の医療機関や医師会等と連携しながら、地域における在宅医療の提供量の増加への取組み、入退院支援、日常の療養支援、急変時対応、看取り等の在宅医療の質の向上に向けた以下①～⑧の取組みを行います。

なお、取組項目には必須項目と任意項目があり、4つの必須項目と、任意項目から1つ以上選択し、5項目以上に取り組むことになります。

3ページの「4 スケジュール」についてです。7月センター募集開始、8月順次センター指定先の決定、10月順次活動開始となっておりますが、進め方につきましては、事業の要となる医師会、医療機関の協力が事業の成否のカギとなる重要な前提条件となり、十分な協議・調整を行いながら進めていきたいと考えており、ここに示されているスケジュールに縛られるものではありません。

医師会、医療機関の皆さまとは、6月以降、進め方について協議させていただいているところです。

報告事項の説明は、以上でございます。

(宮竹議長)

ありがとうございました。

報告事項について、御質問等がないでしょうか。

<質疑等なし>

(宮竹議長)

ありがとうございました。

本日予定されていた議題及び報告事項は以上です。

円滑な進行に御協力いただき、ありがとうございました。

進行を事務局にお返しします。

(事務局 川浪次長)

宮竹議長それから委員の皆様方には大変熱心に御協議いただきまして、ありがとうございました。

事務局からご提案させていただきました「地域医療構想の進め方」につきましては、改めて宿題をいただきましたので、また、この後医師会と御相談させていただ

きながら、次回の会議の協議事項にあげさせていただきたいと考えております。

また、本日それ以外の合意された内容については、それに基づいて今後進めていきたいと思ひますし、本日御質問、御発言がなかつた項目についても、後で何かございましたら、事務局にお申し付けいただければと思ひます。

それでは、以上で予定しておりました内容につきましては、全部終了しましたので、これをもちまして本日の会議を終了させていただきます。
どうも今日はありがとうございました。

(20時30分終了)