

## 第19回兵庫県医療審議会保健医療計画部会 議事概要

- 日 時：平成27年8月21日（金） 14:30～16:00
- 場 所：兵庫県医師会館6階会議室
- 出席委員：赤松 路子（兵庫県薬剤師会会長）  
小澤 孝好（兵庫県医師会副会長）  
笠井 利雄（全国健康保険協会兵庫支部長）  
守殿 貞夫（兵庫県病院協会会長）  
北野美智子（兵庫県連合婦人会会長）  
長尾 卓夫（兵庫県精神科病院協会会長）  
中西 憲司（兵庫医科大学学長）  
中野 則子（兵庫県看護協会会長）  
西 昂（兵庫県民間病院協会副会長）  
西尾 久英（神戸大学大学院医学研究科教授）  
丸尾 猛（兵庫県病院局参与）  
梅村 智（兵庫県歯科医師会理事）※渡部委員代理
- 欠席委員：浜上 勇人（兵庫県町村会理事）  
藤澤 正人（神戸大学医学部附属病院長）

### ● 次 第

#### 1 開 会

#### 2 兵庫県健康福祉部長あいさつ

#### 3 議事と結果

「議題1 地域医療構想の策定に向けて」に関して、次の事項について報告、説明を行い、今後の各圏域での議論の進め方につき了承を得た。

- ① 地域医療構想における必要病床数の推計結果
- ② 各圏域における地域医療構想策定に際しての論点整理（案）

#### 4 議事内容

事務局：◆〔資料1-①から1-⑨について説明〕

委員：推計①'と②は同じ数になるということか

事務局：いずれも県外への流出・県外からの流入を見込まない推計なので、県全体の合計は同数になる。ガイドラインで議論のスタートとすることとされているのは②だが、全圏域が自己完結するのは現実的でない。県内で発生する医療需要は県で診るべきだが、県内の流動は現状の状況が続くだろうという仮定で作ったのが推計①'である。よって、①'と②は県合計は同じでも、各圏域の内訳は異なったものになる。

委員：推計①'ですと行くということか。

事務局：推計結果はあくまで発射台であり、ここから圏域で議論を進めてもらい

たいということである。

委員 : まずは県内圏域の流動を考え、次に県外との流動を考えるという方向か。

事務局 : そうである。

委員 : 推計①①' ②の説明をもう少し簡潔・丁寧に記載されたい(「患者を県内にとどめた場合の推計」というように)。

事務局 : 丁寧な記述を心がける。

事務局 : ◆ [資料1-①により各推計の考え方・前提を説明]

◆ [資料1-②により具体的な推計結果を説明]

・「2025年度の必要病床数推計」が、推計ツールによる各圏域の必要病床数推計結果である。

・「稼働病床全数」が、病床機能報告(自己申告)による医療機関の現状の病床数である。

・「①' との比較」とあるのが両者の差で、正数が病床過剰、△が不足を表す。

◆ [資料1-①(3, 4頁)により各圏域で議論すべき視点案を説明]

◆ [資料1-③により在宅医療の推計等について説明]

委員 : 圏域の検討委員会の役割がきわめて重要になる。

事務局 : 国の示した計算方法による数字の中で、いくつかの推計パターンを用意し、どれを選ぶかは各圏域で今後議論していただく、という流れになる。したがってこの数字は最終目標ではなく、ここから今後議論を始める発射台であるので、これに対するご示唆・ご議論をいただきたい。

委員 : (5頁)受療率は以前のデータでは最高値:高知県(約500)、最低値:長野県(約120)であったが、更新されたのか。更新されるなら、今後も定期的に見直しがあるのか。

事務局 : 保健医療計画の改変期(H30)や地域医療構想目標年度(H37年)が近づいたときに乖離があれば訂正を行う可能性はあるが、厚労省は当面はこの数値で行くと言っている。

事務局 : 今回の数値は、6月の国の検討会資料注記にあるとおり、療養病床の医療区分1の70%を除いたものと思われ、それはガイドラインの慢性期推計のルールと一致している。

委員 : 推計ツールが有効であることを立証するために、過去のデータを用いて推計し現在の実数と比較するなど、検証は行われているのか。1年間のデータだけで10年先の予測をすることは妥当性に疑問がある。

事務局 : NDBのレセプトデータ収集がH21年に開始されたところで、日が浅いため国はそうした検証は行っていないと思う。

委員 : それは今後の重要な課題になると思うが、10年前はこれほど詳細なデータはなかった。病床機能報告も昨年度に開始したもので、毎年検証しな

がら、制度に修正をかけていくことになると思う。

また、基準病床制度では流出入のデータを見ることになっており、そうしたデータはある。今回（地域医療構想）はそれを病床機能別に分けて、人口の増減も加味しながら推計することになるが、両者には基本的に齟齬はないと思う。

委員：（８、９頁）在宅の予測と介護サービス実数との過不足を見ると、都市部は不足が大きい。今後、高齢化が進むので、圏域での議論の留意点として「神戸、阪神、東播磨については県の老人福祉対策を充実していく」ことを追記するべき。

委員：県にはそのように配慮をお願いする。

委員：施策の実施にあたっては、将来的な話になるが、各圏域に専門官（婦人会や、市町村等）を置くべきである。特に在宅医療の分野に関して、圏域をコミュニティごとに分ける等して、施策の取りまとめ・具体化の担当者を置くことが必要である。各医療機関や開業医は、施策の推進が本業ではないので、県にはそうした専門の担当者を置くことを検討願いたい。

委員：高度医療と高度急性期が混同される傾向にある。高度医療をしているということで全病床を高度急性期で申告する医療機関もある。次回の病床機能報告では明確に区別し説明がなされなければならない。

委員：在宅医療が要になると思う。これについては医師会主導で、基金を用いてシステム化しており（電話相談事業等）、今後も推進していく。

委員：点数での区分けは、統計・集計のためには必要であろうが、中身について各圏域での議論が必要。自己申告で結果に誤りがあれば、データの信頼性にかかわる。

事務局：高度急性期の考え方は、むしろ圏域に任せる方針で、県庁から極端な線引きや縛りかけるのもよくないと考えている。

事務局：国は当初「高度急性期はICUをいう」と説明し、その後「病院の機能に従って報告するように」と訂正したため混乱があった。病床機能報告の熟度向上については国の検討会が行われており、結果を待ちたい。現状では、各圏域には、４機能を合計した病床数全体での必要数推計との過不足、さらに在宅医療の確保といった点について議論してもらいたいと考えている。

委員：（８、９頁）介護療養病床はH30まで延長されているが、推計においては慢性期に入っているのか。

事務局：含まれている。今後の扱いについては、資料１－①の３頁(4)エのとおり考えている。

委員：公立病院で病床が空いている現状がある一方、医師が少ないので待ち時間がかかっている。病院や病床数を議論しても、医師が不足している場合は、利用する側から見て医療が充実しているとは言えない。

事務局 : 資料1-①の、許可病床数と稼働病床数の差が非稼働病床と考えられるが、そういうところに表れていると思う。病院ごとに事情があるので、非稼働病床を今後どうするべきかについて考え方はまだ示していない。今後は圏域の議論に委ねたいが、国から何らかの動きがあるかもしれない。

委員 : 医師を養成しないといけない。病院があっても中身がなければいけない。

委員 : (4頁) 検討項目で、在宅医療の資源(支援事業所、訪問看護ステーション等)は把握されているか

事務局 : 訪問看護ステーションは健康福祉事務所で指定するので、圏域で把握されていると思う。

委員 : 地域医療構想の策定について、今後の圏域の議論に期待する。

16:00 終了