

第2回 圏域地域医療構想策定委員会

圏域	但馬圏域
日時	平成28年2月18日(木)14:00~16:15
場所	公立豊岡病院 2階 講堂
司会	豊岡健康福祉事務所 森垣副所長兼企画課長
出席者	欠席：浜辺委員、中田委員、砂治委員 代理人が出席：藤原委員、藤本委員、石田委員 以外は、別紙委員名簿のとおり本人出席
議事次第内容	(報告) 「但馬圏域医療機関等連絡会議」における但馬圏域地域医療構想の協議内容について (議事) ・兵庫圏域地域医療構想(素案)について 但馬圏域の医療提供体制を実現するための施策について
結論	・「但馬圏域の課題及び具体的な施策」については、資料5(案)に、議事の中で出た意見をもとに加筆修正をし、県に提出する。 ・記載表現については、事務局に一任する。
主な意見・質疑応答	Q(委員)厚労省の必要病床数推計データで2013年から2025年にかけての急性期の患者伸び率が107.7%とあるのに、必要病床数の急性期病床数が削減となるのは、平均在院日数の削減によるものか。 A(県)急性期の定義が少しずつ変わっている点はあるが、平均在院日数を基本的に短くすることを前提としており、国全体として急性期の縮減という流れにある。 Q(委員)慢性期の充足率が、丹波に依存し、但馬の充足率は66%くらいである中で、必要病床数を削減するのは、丹波の依存をそのままするのか、在宅介護の移行をどの程度反映しているか。 A(県)現在慢性期病床に入っている中で、国の推計により在宅に移行されるもの、また、病院の機能転換により、病床でない形の運用が考えられ、そういう方向付けがされている。全ての医療需要を分析仕切れるものではなく、一定のデータに基づき推計されたものであり、今後の議論により見直される可能性もある。 Q(委員)但馬の現状の回復期161床というのは、日本の平均からするとどうか。人口10万人で50床というのが日本の平均的な数と聞いている。 A(県)人口10万人あたり50床は、日本回復期リハビリテーション病棟協会が作った最低必要数データである。 今回の回復期には回復期リハビリテーション病棟だけではなく、回復期機能を持っていると申告された病床が入っているが、但馬では、回復リハ病棟は八鹿病院の1棟だけなので、圏域としては少ないと考える。 (委員)回復期病床数が増えても、それを支える人材が必要になる。但馬に核となるリハビリテーションを提供できる施設が必要である。 (県)病院を運営される組合、院長に持ち帰り、検討していただきたい。来年度以降、この会議がそういうことを議論する場になると思う。 (委員)リハビリ特化の施設も大事だが、広い但馬では日常的なリハビリを多くの施設でやっていくことが重要である。 (委員意見) ①医療連携のクリティカルパスの導入は、複眼的に診たクリティカルパスでないと、高齢者を在宅に返すための役には立たない。 ②看護と介護の連携システム化は、医療と介護、病院と福祉施設、人と人のかかわりがあるようなシステムが大切である。 ③構想を策定する場合、策定段階から評価点・方法を定め、評価・公表を行うことが大切である。 A)ご意見を踏まえ、3点を加筆修正する。 Q(委員)2025年の必要病床数を1,400くらいに設定しようとしているが、この数字が一人歩きしているんな問題が起こらないかと危惧する。本来は、医療の需要と供給のバランスでベッド数は必然的に決まると思うが、計画を立てた後の見直し等、この数字に対する考えを聞きたい。 A(県)計画の必要病床数は、病床をそれに合わせて削減するという権限があるものではない。 現在の病床数は、医療法の基準病床で、一定の基準病床以上は認められてない。全国の病床数は、実際に需要と供給のバランスで出来ているわけではない。 これまで、現状の追認で基準病床が決められたものを、10年のビジョンを持って進めようとするもの、今後計画の見直しで、考え方も変わってくると思う。 2025年よりも2040年はもっと大変になる。2025年は通過点と考える。
次回までの課題	・特になし