

企画調整部会(県全体会)における議論の結果について

注意事項

- ・医療機関等の名称や委員名が特定される部分は、趣旨が変わらない範囲で単語の置き換えや省略をしております。
- ・そのままでは趣旨が伝わりにくい発言については、読みやすいように趣旨が変わらない範囲で文言を修正しており、実際の発言内容とは異なる部分があります。
- ・発言権があるオブザーバの意見についても、発言者は「委員」で統一しております。
- ・事務局は県の福祉保健部医療政策課です。

(参考)第2回長崎県企画調整部会(地域医療構想策定)の会議次第

- (1) 長崎県地域医療構想(素案)について
- (2) 最近の国の動きについて
- (3) 委員からの意見まとめ
- (4) 地域医療介護総合確保基金(医療分)による事業について
- (5) 地域医療構想の実現に向けた取り組みの方向性について

企画調整部会(県全体会議)

平成28年3月7日開催

委員：地元都市医師会で議論をしたので、その報告をしたい。

・まず病床削減ありきではないかと。構想実現のためにどうすればいいか、地域の医療情報をきちんと医師会で把握すべきであると。NDBをはじめデータを把握して、どうなるのかと提示して、話し合うべきと。実態が分からないとどうしようもない点があり、自主的な取り組みがうまくいかないときに初めて県にまかせるべきとの意見。

・素案では、地域完結型にしなさいとあるが、大病院が地域包括ケア病棟を持つのは、明らかに病院完結型になるのでそれは止めて欲しいという意見だった。回復期は複数の病院で地域包括ケアシステムと一緒に検討しながらやるべきであると。

・大きい病院はどうしたらいいのか、どれだけ施設があるのか、病床や施設が足りているのか分かなければ、行く道がわからない。診療報酬改定をみれば療養を少し減らさないといけませんが、それにしても分からないと。

・在宅医療は難しいと。結局最後は病院、施設で、自宅での看取りは数パーセントしかやっていないのに、本当にできるのかと。

事務局：看取りは、まず、県民の皆様への啓発、周知が重要だと思う。

委員：患者には周知しているつもり。訪問看護ステーションはスタッフが足りないのが厳しい状態だという。啓発はしているつもり。国はそれをどう考えているのか。

委員：医療圏は、長崎、佐世保と離島、そして県南と3パターンあると思う。3つを一緒にしてはいけない。独自のものが無いといけない。長崎で一番の課題が私たちにあって一番の課題なのか。優先順位はどこにするのか。何を優先するのか。素案は良くまとめていただいて感謝している。ただ、施策をやるとしたら何が一番必要か考えないと。どれか優先しないといけないときがある。看護学校がなくなったらどうするのか。決して一律ではない。順番付けをこの会議でしてほしいと思っている。

島原病院の充実という記載があり、ありがたい。地域では透析とかいろいろ意見があるが、島原病院の充実あってこそ。そういう流れがあるのは感謝している。

委員：医療圏ごとに在宅医療の人数が出ているので、在宅のシミュレーションができるはず。外来患者の数字がないが、薬剤師から見ると地域の薬物療法をやっている点で、外来がないと必要な薬剤師数が見えにくい。そういう数字を出していただければ薬剤師が支援できる数字が出る。外来を含め、データをもう少し丁寧に出していただいて、必要な薬剤師数を検討していかないといけない。外来の患者数は県にあると思うので、提供いただくと、こちらでシミュレーションできるのでお願いしたい。

事務局：基礎データがあれば推計しようとしたが、やはり構想は病床中心で、国からのデータに出てこない。今後検討させていただきたい。

委員：大雑把な数字でもいいのでいただくと検討できる。目安をいただければ薬剤師会として検討できる。

委員：医師会も同じ考え方。看護師もそうだと思うが、外来のデータは全体を把握するためにいずれ必要になってくる。

事務局：医療計画の5疾病5事業で在宅医療は進められている。医療構想策定からは遅れるかもしれないが、必要なデータの整備について、きっちりと検討させていただきたい。

委員：素案は良くまとめて整理されていると思う。地域完結型が重要。象徴的な話の一つが地域包括ケア病棟。これは地域の医療にとってどうあるべきかという観点で議論すべき話。地域医療構想策定ガイドラインによると、県は「地域における必要な役割分担の議論が進むよう、一般会計繰入や補助金の交付状況など税財源の投入状況を含めた必要なデータの提供」をするとあるが、これは今回の構想に入っているのか。地域の医療にいくら投入しているのか、こういうことをベースにして議論すべき。

事務局：県の素案には入れていない。必要ならば、会議の中で意見があるので検討したい。

委員：地域包括ケア病棟を公的病院が先に取っていくという問題がある。県はやめるよう指示をだせるのか。そこを知りたい。

事務局：今後どう進めていくかと言う議論だと思うが、病床の調整は自主的にとなっているので、県の権限は限られている。県に不足する病床への転換、回復期への転換をとめる権限はない。構想の中で地域完結を進めていくという合意が得られれば、そういう動き、決め事はそれぞれ尊重しながらやっていくというスタンス。国でも構想の実現に向けた取り組みについて、検討会が行われている。他県の動きなども参考にして検討をしていきたい。

委員：最大の問題は病院の病床機能の調整をどうするかだろう。構想の考え方は重要だが、病院には経営があり、人材も養わないといけない。長崎でワーキングを作ってもらっているが、結局まとまらない。県は公的機関には命令、民間には要請できるとある。長崎市で問題になっているのは、地域完結でなく、病院完結という動きがあるということ。経営を考えると院内で回復期を持つことを管理者は当然考えている。それを公的病院がやるというとき、県として権力を行使するのはどの時点なのか。自然に収斂するのを期待しているのだろうが、現状で自主的な調整は難しいのではないか。公立病院の新ガイドラインもあるが、公的病院には県が指導、命令を出すことを考えないと、調整は難しいのではないか。民間もその命令がいつなのかと考えるのではないか。行政はどのタイミングで権限の行使を考えておられるのか。話せる範囲でお願いしたい。

事務局：協議が調わない場合の命令、要請は最終的な手段だと考えている。まずは調整会議で話し合いをしてもらって、そこでどうにもならないというところまで話し合いをしてもらわないと、調整会議を作った意味がなくなる。

委員：公的病院と私的病院の経営基盤はまったく違う。公的には補助金が入っている。両者を平等に自主的に調整する、調整会議に任せるのは難しい気がする。

委員：基本的な考えは事務局の言うとおりで、調整会議は総論的だと思うが、現状では税源の投入状況とかが出てこない。そういうデータを出していただかないと、それを基に議論できない。まず税財源の投入状況を示していただくのが第一だと思う。

委員：最後は命令なり勧告が出てくるのだろうが、まずは調整会議の中で、こうしたら調整が進むのではないかと提案をいただきながら、それをやった上で、なおかつ調整が進まないときは県としての判断も出てくるかと思う。構想実現にあたって解決が図られる具体的な提案をいただければ、少し話が進むのではないか。

委員：一段高い踏み段の上に立っている公的病院と、平地にいる私的病院が調整するのは難しい。だから行政が命令として出すという意味合いがある。ひとつの病院の中で急性期も地域包括も持つというのは、構想に逆行する動きだ。そこは行政がある程度公的病院に対して、自主的とはいいながらも指導していく姿勢は必要ではないか。

委員：病院完結型か地域完結型については地域によって違う。病院がない離島などは病院完結型にせざるを得ない。(たくさん)病院があるところは地域完結型が原則だろうが、最終的に調整会議を待ってからとなると、その間に特に公的病院が生き残りをかけて先に回復期を作ってしまう。島原で(急性期から回復期まで)全部やるのは通用するかもしれないが、長崎、佐世保の都市部で通用するのか。

また、財源の問題だが、25対1の医療療養が7万5千、介護が6万1千、これが2年後に廃止される。その数はいくらか把握できているのか。医療圏ごとにどのくらい分散しているか把握しているのか。平均して各県3,000人くらいが行き場なくなる。こうしたデータを出さないといけない。回復期リハにするには廊下幅を広げないといけないため、相当コストがかかる。この数字を出して欲しいと言ったが、県から返事がない。療養にしても、長崎で何千床分の患者の行き場なくなるのか。介護施設の数も調べた方がいい。

住民主体というのを忘れてはならない。医療機関が主体となっては危ない。そのためには資料が必要で、議論に対応できる資料がないと、なかなかディスカッションできない。調整している間にスタートしてしまう。民間病院は(公的病院の動きを)みてから変えないといけないと言われるが、スケールが違うし、土俵が違う。公的が(先に)変わってしまうと、民間はどうしようもない。

事務局：資料は持ち帰って調べたい。介護療養病床の数字はあるので整理したい。

委員：どこの民間病院も同じだろうが、高度急性期は公的に送って、急性期から慢性期までやって、療養病床から施設へという流れだと思う。ただ、内科と外科は違う、内科と外科系は入院のタイプなどが違う。(医療需要は)分けているのか。

事務局：医療需要の推計については、疾患の違いごとの数字はでてくる。そこはお示しする。

委員：病床機能報告の結果だけで移行すると、早い者勝ちになってしまう。財源やデータを早く示してもらって、早く話し合いをしないとけないのかなと。

委員：あじさいネットを活用した医療機関等の連携推進の中で、薬剤の電子化推進があるが、壱岐の調剤情報共有システムの話か。東北では震災で薬局の情報が流されたので、バックアップとしてシステムを作っているという話を聞いた。確か各薬局に(アップロードの)ツールが提供されたと思うが、その費用について手当てをするという方向で考えているのか。

事務局：これは薬剤情報をあじさいネットで共有するシステムを壱岐からやっという話で、将来は(先行する)五島との連携も考えている。バックアップ目的とは別の話。

委員：各薬局から調剤情報をアップロードするには(システム整備の)資金がいる。そのままではできない。各薬局に装置がいる。

事務局：今回の基金事業では、各薬局からアップロードする機器等も事業費に含めている。

委員：患者が薬剤情報を閲覧することを(事前に)了解するという、あじさいネットと同じ仕組みにするという話だが、医療機関の医者からも、また薬局からも全ての薬剤情報を見ることができる。これは医師会で議論がされたのか。重複投薬などが議論される中で、様々なところに影響を与える問題でもある。このシステムはひとつの解決手段かもしれないが、5年後に更新を迎えるので、そういう費用等も考えていただきたい。

事務局：医師会の内部で議論されているかという話だが、あじさいネットの企画会議(医師会)で議論されていると思う。

委員：伊万里松浦病院の話だが、申請が出るようなら、企画調整会議に提案されると思っていいのか。

事務局：県内は全てオーバーベッド地域なので、医療審議会に諮問して意見をもらうことになる。まだ具体的ではないが、その前段階としてどういう会議にかけるかは検討する。

委員：地域医療構想にも関係するので、企画調整会議にかけるべきではないか。そうであれば事前に伝えていただきたい。地域のヒアリング等をしたうえで、いろいろ絡んでいるので、ぜひこの問題は会議にかけていただきたい。

事務局：まずは地元において十分関係者と協議していただきたいと。

委員：訪問看護ステーションの充実とあるが、現状では長寿社会課と(医療の)在宅班で分かれて、認定業務とその後の事業をされている。県の組織に関しても十分に検討していただいて、今後具体的に進めていくことを考えていかないと、こうしたステーションの統合や、多様なニーズに応えるのは無理な話。そういうところはどこがリーダーシップをとっていくのか。

事務局：地域包括ケアシステムの充実という点では、在宅医療と介護の連携が重要ということで、ひとつの課を作りたいくらい。来年度は長寿社会課の方にその機能を持たせ、窓口を一本にと、医師会からも要望があったが、それに応えようと考えている。

委員：そこで訪問看護師の育成を検討されるということか。

事務局：そうした課題についても、引き続き取り組む。

委員：だいたい具体的な問題が分かってきたが、今年の9月ぐらいに医療審議会があるが、期間があまりないので、県で作業進めていただきたい。公的医療機関には設立された本来の使命があるので、そこはきちんと守っていただかないといけない。これから深刻な問題になるかもしれないが、まずは在宅のシステムが成り立たってから進めないといけない。今後もそういう方向性で考えたい。