平成３０年度第２回南渡島圏域地域医療構想調整会議　　議事録

日　時　　平成31年3月28日（木）19:00～19:50
場　所　　渡島合同庁舎　４階　４０１会議室
出席者　　別添「出席者名簿」のとおり
議　題　　１　地域医療構想の進捗管理（地域医療構想推進シートの更新）について
　　２　「地域医療構想調整会議の進め方」について
　　３　その他
議　事
＜開会＞
事務局より出席報告と資料の確認。
出席委員は代理出席を含め25名。（当日の欠席連絡有り）
資料については、出席者名簿、配席図、資料１「地域医療構想の進捗管理（地域医療構想推進シートの作成）について」及び資料２「地域医療構想推進シート（案）」に訂正があり，当日差し替えを配布。

＜開会挨拶（堀部長）＞

（本間議長「以下（議長）」）
2回目の地域医療構想調整会議ということで、年度末のお忙しい時期ではありますけどもこのように開催させていただくということで、忌憚の無いご意見をちょうだいしたいと思います。
それでは1つめの議事であります地域医療構想の進捗管理（地域医療構想推進シートの更新）についてですが、地域医療構想の進捗管理にあたりましては、昨年度の調整会議で地域医療構想専門部会に一任するということで皆様の了承をいただいていたところですが、私も出席しておりましたが、先月の2月5日に専門部会が開催され、今年度はシートの更新ということになりますけど、「地域医療構想推進シート（案）」が示され、了承されたところです。
本日は、地域医療構想専門部会で合意、了承された「地域医療構想シート（案）」について報告を受けたいと思います。
それでは事務局の方から説明お願いします。
（事務局）
（１）地域医療構想の進捗管理（「地域医療構想推進シート」の更新）について（資料１）
地域医療構想シート（案）（資料２）
事務局（伊勢企画主幹）から資料1及び２に基づき説明。

（議長）
ありがとうございました。ただいま事務局から説明をいただきましたが、部会長の大原委員から何かございますか。

（大原委員）
部会の会議でも相互理解を深めつつある状況なんですけど、今回初めて休棟病床の話も出て

きたのですが、参加者のご意見として休棟病床だけでなく、公的病院とか有床診療所の稼働率の低さとか、稼働していない部分については休棟病床と同様の扱いを考えるべきではというご意見もありました。そういったことも着目しながら、（当圏域の）現状を理解していく必要があるかなと思いました。

（議長）
　現実として４つ病床の色分けがきちんとできていないというところがあり、急性期病床が回復期病床に使われていたりとかなかなか難しいと感じております。そういったところも含めて大原先生がおっしゃた休棟病床をどうカウントするのか、難しい問題ではありますが、こういったことをきちんとやっていく、動いていきながら色が決まっていくとも考えております。
　まだ、動きだしたばかりですので、統計を取っていきながらそれぞれの病床のカウントの仕方を考えていくということでよろしいのかなと思います。
　他に何かございますか。

（嶋﨑委員）
　急性期病床、2025年には1759床で1289床余分だということで、いろいろな科でどれくらい病床が必要かということがわかると、脳外科で何床あればとかわかると病院として減らす目標がわかると、何か目安があるとと思います。病院としては減らし過ぎると経営にも関わることなので。科別でわかるとダウンサイジングするときに指標になるかなと思います。

（事務局）
　実際のデータとして科ごとのというのは、診療報酬の中でそこを拾っていくのは難しいかなと考えます。今すぐそこデータ出せるという回答はできませんので、その部分は確認をした上でいうことになるかと思いますが、具体的に科までというのは現実的に難しいのかなと思います。

（議長）
　この問題は基本的には急性期を減らさなければという問題ではないので、（嶋﨑）先生の病院、急性期のダウンサイジングを考えるというよりは、どのように維持していくかを考えていけば良いのかなと思います。急性期病床を回復期病床に持って行くというのであれば、それはそれで良いのですが、現状は急性期病床の中に回復期の患者がたくさんいるというのが現実だと思いますので、ある程度ファジーな部分は残していく方がやりやすいのかなと個人的には思っています。
　こういう会議では色分けの話をするわけですが、現実的に各病院に何床、１０床減らせとかというのは難しいと思ってます。一応のたたき台として考えていただければと思ってます。

（髙橋委員）
　定量的な基準で分けるというのが今これから議論になると思うのですけど、例えば急性期と回復期で分けるのであれば重症度、看護必要度１５％で分ける、以上なのか未満なのかで急性期と回復期に分けるという案も出てますし、さきほどの脳血管疾患、心臓疾患でいうと入院料、管理料で、救命救急入院料、特定集中治療管理料だとか、地域包括ケアだとそういう管理料で

どれくらいとっているかで分けるのも1つの手かなと思っています。

（議長）
　これは色々な形があることだと思ってますので、ダウンサイジングするという病院の方針があればそれは構わないですし、会議を開いていく中でまとまっていけば良いかなと思います。
　では、他に質問等なければ、提案されました地域医療構想推進シート（案）については了承ということでよろしいでございますか。

〔委員から異議なしの声〕

（議長）
　それでは地域医療構想推進シートにつきましては、成案として事務局から道庁の方へ提出していただくということよろしいですね。
　では、続いて地域医療構想調整会議の進め方について、事務局から説明をお願いします。

（事務局）
　地域医療構想調整会議の進め方について（資料３）
　事務局（伊勢企画主幹）から資料３に基づき説明。

（議長）
　ただいまの説明について、何かございますでしょうか。
　29年度の9月に二次医療圏の代表が集まり意見交換をしております。非常に有意義なものでしたし、昨年12月に行われた協議会の中でも話してきましたが道南の3つの二次医療圏が１つになって考える。道南としては妥当な動きだと考えております。
　函館に高度急性期が集中している、ドクターヘリを完備していると実際に急性期の患者さんが函館にくる訳ですから、順調に回復して２つの医療圏、地元で療養できるかどうかという具体的な話がドクターだけでなく、ナースとかＰＴ、ＯＴの補充の話だとか人材を補っていこうという話になる訳ですから、函館はそうではないですが他の2次医療圏はそういったこと危惧しているものですから、函館中心となって広域で動いていくという考えかたが一番スムースなのかなと考えています。
　今年の予定でも３つの圏域で話し合う予定でいますから、こういったつながりを続けてたいと考えています。
　森下先生何かございませんか。

（森下委員）
　（本間）先生のお話は言い当ててるんだろうなと思っています。
　私たちの病院もセンター病院として３１年度は１３の地域、国保病院だとか、町立病院だとかに医師派遣をすることを考えています。 もちろんわれわれの函館は急性期の中心でありますし、（道南の）圏域の中では医師が恵まれているところですので、ここはお互いに助け合う形でできればと思ってます。あと、ドクヘリに関しましても他の地域と比べると飛ぶ確立は高いです。8割以上飛べてますのでかなり要請を集めてきているとう実態もありますので、そう

いう方向でまとまっていければ良いなと思います。

（議長）
　函館で始めている医療介護連携推進協議会、5年ほど前から立ち上げているのですが、これがかなりの形をなしてきていると。これが急性期病院と慢性期病院をつなぐことにも役立っているし、急性期を脱した患者さんをご自宅に返す前、施設に返す前に、回復期、慢性期を主とする病院に動かすということがスムースに行われるようになっている。これを調整会議、システムの中に活かしていく。道南の3つの圏域を１つで考えていく、そういうことが実現できるだろうと考えています。
　医療で無く、行政の立場の方も多く出席していますがそちらの立場からも何かご意見ありませんか。森町長どうですか。

（梶谷委員）
　専門的な話は理解できないものがあります。ただ、話されてるように3地域での、函館が急性期を担っていただけるというのは我々としても経費面でも合理的だと考えます。2つ目はドクヘリなんですが、日没以降も飛行できる可能になってくると更に充実してくるのかなと感じてます。
　道南地域は幹線の高速道路もまだ函館まだつながっていない中で日没後は車で急性期の患者を搬送することになる、そういう点からも検診をきちんと受けるなど自治体も急に悪くならないよう指導しながらやってる訳ですけども、ぜひこの3地域での連携というのが一番ベストだと思いますので、今後もぜひよろしくお願いします。

（議長）
　今のところドクターヘリは夜間飛べない決まりになってますので、夜間は防災ヘリなどを使うということになりますが、道南はドクターヘリは１つの病院でということではございませんので、それも他とは違うというところで、多くの病院が協力して運営している、悪くないことと思ってます。他何かございますか。

（髙橋委員）
　おっしゃるとおり、3圏域、隣の圏域の急性期患者は函館に運ばれると。こちらは急性期をやって、回復期やって返す時に、リハをやる施設が無いということは、こちら（函館）に学校ができるというのはとてもたのもしいなと思ってるんですが、一方で南檜山あるいは北渡島檜山の必要病床数が減らないかということも考えていかないかと雇用とかいろいろな問題があるかなと思ったりしてます。
　それと話は変わりますけども資料１の3ページ目、こちらに許可病床数と稼働病床数というのありますけど、これはほぼ似たような数値なんですけど、今話題になっているのは病床利用率、恐らく来年、再来年にこれがはいってくるのではないかというのは、稼働病床数というのは、病床機能報告をするときに過去1年間で最も患者を収容したときの病床数、わかりづらいですが、365日の中で1日でも全病床を使っている日があればこれは１００％なんですね。なのでこの辺りよりも一般的な病床利用率、こちらは平均的に何病床使われているかになるので、これは今後病床利用率に替わる可能性が強いのかなと思ってます。

実際、全国では稼働病床数というのは（許可病床数に対して）平均で９７．４％、病床利用率は平均７６％、２０％の差がございまして、病床利用率の方で色々な推計値が変わってくるということが行われるではというところです。

（議長）
ありがとうございます。数字のカウントの仕方で内容が変わってくるということですね。
だんだんと実情に近い数字に変わっていくのだと思います。
他にございません。なければこの会議の議事は終了となりますので進行を事務局にお返しします。

（事務局）
＜お礼の挨拶（堀部長＞）
以上をもちまして、平成30年度第2回南渡島地域医療構想調整会議を終了いたします。

以上