

平成 30 年度第 1 回広島県医療審議会保健医療計画部会会議録

- 1 日 時 平成 30 年 11 月 15 日 (木) 17 : 45 ~ 19 : 15
- 2 場 所 広島県庁 本館 6 階 講堂
- 3 出席者 別紙名簿のとおり
- 4 議 題
協議事項 (1) 地域の実情に応じた定量的な基準の導入について
(2) 今後の進め方について
- 5 担当部署 広島県健康福祉局医療介護計画課医療推進グループ
電話 : (082) 513-3064

6 議題

《開会等》

委員総数 27 名中、15 名が出席したので、当部会運営規程第二条の規定により会議が成立したことを確認し、開会を宣した。協議は公開で行われた。

【事務局】

今年度に入ってから委員の交代がありましたので、ご紹介させていただきます。広島県医師会副会長の檜谷委員に替わり、豊田委員。広島県病院協会会長の青山委員に替わり、檜谷委員。広島大学理事の平川委員に替わり、木内委員。健康保険組合連合会広島連合会常任理事の山根委員に替わり、新井委員。専門委員は、広島県地域包括ケア推進センターの山本委員に替わり、広島県地域包括・在宅介護支援センター協議会副会長の小山委員。広島市健康福祉局長の川添委員に替わり、古川委員。広島県消防長会会長の山崎委員に替わり、齊藤委員が新たにご就任されました。

開会に当たりまして、広島県健康福祉局長から御挨拶を申し上げます。

(田中委員)

委員の皆様、各調整会議の会長におかれましては、御多忙の中を御出席いただき、また、平素から、県の健康福祉行政の推進に格別の御協力を賜り、厚くお礼を申し上げます。

2025 年を見据え、医療と介護の総合確保に向けて、保健医療計画と高齢者プランに基づいて、必要な取組を進めているところでございますが、地域医療構想調整会議につきましては、昨年度より、公的医療機関等 2025 プランの策定と公立、公的医療機関に係る協議、病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関への対応、今年度に入ってから、「県単位の調整会議の設置」や、「地域医療構想アドバイザー」などが全国的に導入されるとともに、経済財政運営と改革の基本方針 2018、いわゆる骨太の方針により、少子高齢化の克服による持続的な成長経済の実現に向け、地域医療構想の集中的な協議と、全ての医療機関に係る具体的対応方針のとりまとめが要請されているところであり、各圏域においても多大な御尽力を頂いているところでございます。

今回の定量的な基準の導入については、病床機能報告制度の限界もございりますが、地域の実情を

踏まえた納得性の高いものとなり、また、地域の医療がきちんと維持できるものとなるよう、検討していただきたいと考えております。そのためにも、本日は各地域医療構想調整会議の会長の皆様にもお集まりいただき、計画部会を県単位の調整会議として議論をいただくことにより、各圏域の協議が円滑に進むことを期待するものであります。委員の皆様方には、専門の立場から、また、地域の実情からみて、忌憚のない意見を賜りますよう、お願い申し上げます。

【事務局】

次に県単位の地域医療構想調整会議について、事務局から説明いたします。

お手元の資料1をお願い致します。この会議の位置づけ等について簡単に説明させていただきます。保健医療計画部会運営規程第5条により、保健医療計画部会の運営について部会長が定めるということで、県単位の地域医療構想調整会議等に関する運営要領を定めさせていただきました。目的としましては、地域医療構想調整会議における議論が円滑に進むように支援するというところでございます。協議事項につきましては、第2条にございます通り、部会の委員及び調整会議の議長会長及び地域医療構想アドバイザーで構成することとしております。それから協議内容につきましては、第3条になりますが、(1)地域の調整会議の運用に関することとありますとか、(4)データ分析、(5)構想区域を超えた広域での調整会議ということを想定しております。更にはアドバイザーの位置づけも加えております。保健医療計画部会は、保健医療計画の推進を図っていくという目的でございますので、このような規程で整理させていただきました。

次に、議事に入ります前に、昨年度まで部会長であった平川委員の交替に伴い、現在、部会長が不在となっております。医療法施行令の規定により、委員の互選により部会長を定める必要がございます。どなたか御推薦はございませんか。

(豊田委員)

地域医療構想、新たな保健医療計画の策定と着実な推進など重要な時期であり、これまでの経緯をよく御存じで、構想アドバイザーとなられた、病院協会の檜谷委員にお願いするべきと考えます。

《委員から異議なし》

【事務局】

御異議ないようですので、部会長は檜谷委員に決定し、これよりの議事進行をお願いします。

(部会長)

部会長に選任いただいた檜谷でございます。平成27年度の地域医療構想、平成28年度からの保健医療計画、高齢者プランの検討・策定に関わらせていただき、さらに、計画の推進に向けて、保健医療計画部会の運営を任せられ、大変な重責を感じているところです。また、県としての地域医療構想調整会議につきましては、二次医療圏単位の調整会議とのつなぎの役割を果たすことができると思いますので、ご協力をよろしく申し上げます。

当部会の運営規程により、会議録を確認していただく委員を私から指名させていただきます。衣笠委員いかがでしょう。

《衣笠委員が了承》

(部会長)

ありがとうございます。

それでは、協議事項(1)地域の实情に応じた定量的な基準の導入について、事務局から説明してください。

【事務局】

資料2をお願いします。まず2ページ(1)のAですが、国の要請によりまして、公立病院あるいは公的医療機関等について、担うべき役割はどうなっているのか、それから稼働していない病床、平成37年に担うべき役割や機能、持つべき医療機能ごとの病床数を提示して下さいというのが大きな流れでございます。協議を行うに当たっては、(2)にございますような病床機能報告等のデータを始めとした様々な情報を活用しながら、各医療機関あるいは各病棟の状況を十分検討してくださいということになっております。

4ページをお願いします。広島県では、先ほどのご説明のとおり、取組を行ってございまして、各圏域の会議の開催状況を載せております。各圏域とも1回は協議が行われております。

5ページですが、公立、公的医療機関の協議がどのようになっているかということでございます。呉圏域の公立下蒲刈病院がまだ協議が出来ていない状況でございますが、ほとんどの病院につきまして協議を始めたという状況でございます。

6、7ページにつきましては、地域医療構想アドバイザーとしまして、3名の方にご就任をいただきまして、ご協力いただいているところでございます。なお、ここまでの経緯につきましては、別に参考資料として国の通知等をまとめておりますので、ご覧になっていただきたいと思います。

8ページをお願いします。ここからが今回の定量的な基準についての考え方になります。まず、病床機能報告制度が平成26年度から行われているわけですが、課題として捉えていたのは、一般・療養という病床の区分では医療機能がわかりにくいということから、医療機関の自主的な報告によりまして、毎年度7月1日の報告をいただくものでございます。しかしながら、実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、最も多くの割合を占める患者に相当する機能を報告していただくということになっております。それを説明したのが下のイメージ図ですが、例えば、急性期が10人、回復期が25人、慢性期が5人の40床の病棟を想定した場合、回復期の機能で報告をするという制度になっております。

続きまして9ページ、このような制度と地域医療構想で掲げております必要病床数との比較についてでございます。地域医療構想につきましては、医療の診療密度として診療報酬を基準に、高度急性期については3,000点、急性期については600点、回復期については225点というような客観的な基準により、その人数を割り出した上で、それを病床数に換算して出しております。一方、

病床機能報告では、高度急性期ですと高度急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する機能といった形で、定性的な基準によりまして報告することになっております。従いまして、病床機能報告のデータを活用しながらある程度、客観的にみることができれば、なんとか比較ができるのではないかとということで、他県でも色々な事例で取り組まれているわけでございます。

続きまして10ページをお願いします。10ページはこれまでの病床機能報告の状況を集計しております。現在の平成29年度をみて頂きますと、高度急性期が4,815床、急性期が12,939床など、大体32,000床の報告を毎年頂いております。この数字と、2025年の必要病床数の比較で、医療機関の実績や取り組みによりまして収斂していくことが求められております。現状は、急性期と回復期が12,939床と4,265床でございますが、2025年を見ますと、急性期が9,118床、回復期が9,747床とギャップが大きい状況がみられます。

11ページになりますが、様々な病期の患者さんが入院していらっしゃる病床の機能というのは、ある程度、幅があるということでございます。他県の例をみましても、急性期の病棟であっても、回復期に相当するものがあったり、回復期の機能を持つ病棟でも、急性期に相当する医療が提供されているといった分析がされているようでございます。今後、分析をするにあたりましては、病床機能報告などのデータを活用していきますが、まず、ギャップの大きい回復期を幅広くとらえていくことが必要であると考えております。それから、回復期の病棟であっても医療資源の少ない地域、中小病院など、複数の医療機能を持っている病棟、あるいは救急などの役割を担っている所を評価しながら、納得性のある基準とするということが必要と考えております。

12、13ページですけれど、これは広島圏域の北部で取り組まれている事例の説明でございます。現状のところですが、4病院の機能が現在、このような機能になっているということに対して、それぞれの病院の役割分担についての協議が続けられております。再編後のところでは、それぞれの機能について、北部エリアの救急を担うでありますとか、準急性期として、地域で在宅あるいは介護施設などにおいて体調が急変した場合の患者さんなどを受け入れるサブアキュートの機能を持つてであるとか、町内唯一の救急対応をするという整理が行われております。

資料3につきましては、病床機能報告の具体的な医療内容を活用した定量的な基準（試案）ということでご説明させて頂くものでございます。

2ページにつきましては、病床機能報告制度の話に戻るわけですが、最も多くの割合を占める患者さんに相当する機能を1つ報告するということです。それから、看護人員配置が手厚いことをもって判断をするのではなく、実際に提供されている医療機能を踏まえて報告することとされております。急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療が提供されていれば、リハビリテーションをしていなくても、回復期機能を選択できるということも言われております。

このような留意事項があるわけですけれど、次の3ページ、これは昨年度の病床機能報告について、入院料ごとに、どういう選択を行っているのかというものを示しております。7対1から15対1の入院基本料である病棟につきましては、ほぼ急性期に報告が寄っている状況がみてとれるかと思えます。地域包括ケア、回復期リハ病棟につきましては、回復期の報告がされているということがご覧頂けると思えます。

4ページをお願いします。ここからは、広島県がどのようなデータを持っており、どのような基

準を作っていくかということに話を移してまいります。4ページは、病床機能報告によって得られるデータの一覧です。具体的な医療の内容に関する項目につきましては、非常にたくさんの診療実績について報告がなされており、これは毎年度6月の1ヶ月分の診療報酬データを活用しています。

それから5ページですが、これらの報告を頂いているデータにつきまして、3～12番まで並んでおりますが、これと関連性のある項目、高度急性期、急性期でありますと、3、4、5、6、8番との関連性が捉えられております。次に回復期につきましては、7、8、9番ということですが、8番の全身管理の状況につきましては4機能すべてに関連する項目と捉えられております。

6ページにつきましては、今年度の病床機能報告から出て参りました留意事項になります。先ほど申し上げたような具体的な医療行為・内容につきまして、30年度からは以下の項目を全く提供していない病棟について、高度急性期、急性期以外の医療機能の提供を報告することが求められております。

続きまして、他県の状況等を説明して参ります。8ページは国の資料ですが、病床機能報告によりまして、レセプト件数、算定日数、算定回数などさまざまな項目が整備されているということで、これによりまして、病床数との掛け合わせで、稼働病床あたりの算定回数といった指標が得られることが示されております。他県事例としまして、佐賀県では回復期の充足度を判断するために病床機能報告が活用されているということでございます。表の①～③になりますけれども、①は地域包括ケア病棟を回復期と捉えるということ、②は回復期への転換の協議があったものは回復期と捉えるということ、③は平均在棟日数が22日を超えるものは回復期に近い急性期という把握の仕方をしております。

10ページからは埼玉県事例になります。埼玉県では、表にございますとおり、高度急性期から慢性期に成人、周産期、小児、緩和ケアというような区分を設けております。

この考え方につきましては11、12ページにありますけれども、急性期と回復期の区分をどのように考えたかということ、一般病棟7：1において多く提供されている医療に着眼し、基準を設定したということでございます。

14ページは大阪府事例になりますが、16ページがイメージ図で、高度急性期から慢性期までの縦軸があり、左側に2025年の必要病床数、右側に現在の病床機能報告による病床の区分と考えて頂ければと思いますが、左側の回復期に対しまして、右側ではやはり急性期が大きくなっており、先ほどのサブアキュートであるとか、ポストアキュートという部分でギャップを捉えようとしたということでございます。

15ページは算定に使用しました指標の例です。

18ページの一番上、基本的な考えのところでは、大阪府の例は回復期を幅広く捉えているということが評価できます。一番下の考察・評価につきましては、病棟単位の分析であるということです。大阪府の例では4つの指標で捉えているということもあり、簡易な分析方法であると言えます。

20ページは、これらを踏まえまして広島県がどのような考え方で分析をしていくのかということをもとめております。1点目としましては、やはり病棟単位の評価というのが病床機能報告から見ても適切であろうということと、医療機関と体制の面からみても、病棟単位ということがふさわしいと考えております。それから2点目としまして、先ほどの大阪府のサブアキュートのようなイメ

ージですが、回復期の病棟において、急性期の医療が提供されている場合はこれを評価しましょう、それからこの場合には地域における救急医療の提供状況を基本にして指標を設定したらどうかと考えております。

21 ページ、有床診療所につきましては、多様な機能があり、その割合が多くないということで、今回の分析では対象としないことと考えております。

22 ページをお願いします。こちらは、病床機能報告を使いまして、実際に急性期の医療がどのような状況で行われているかということ进行分析したものです。一番上のグラフは、病床機能報告によるそれぞれの区分ごとの病床数を示しております。急性期医療の実施状況につきましては、多くの医療行為について、いずれかが行われているものと捉えて整理したところ、18,510床がいずれかの医療をしていたということになっております。この病床数は高度急性期の17,754床とぴったり合うわけではございませんが、制度の限界である程度のズレは出るだろうと考えております。しかしながら一番下の2025年度の12,107床と比べますと、大きなギャップがあることが見てとれます。

23 ページをお願い致します。定量的な基準の導入による現状把握をする必要についてまとめております。最も多くの割合を占める患者に相当する機能を報告するという事で、報告のデータからは明らかにできない部分がございます。つまり、病床1つ1つまでは分析することができないという実態がございます。病床・病棟の詳細な実態というところについては、各調整会議で協議を行いながら明らかにする必要があるのではないかと考えております。このような協議を進める中で、病床の実態につきまして本来、回復期で報告すべき病棟があるとすれば、それは回復期の考え方を幅広く捉えることで、適切な報告と2025年とのギャップの解消につながるものとなると考えております。

24、25 ページをお願いします。こちらにつきましては、どのような項目、指標で分析すべきかという試案でございます。24 ページの表は多くの医療行為に係るものでございますが、事務局としましては、救急医療の実施という項目に焦点を当てた方が良いのではないかとということで、25 ページが案になります。縦軸に14の指標が並んでおりますが、1～6、9、10番のいずれかの医療が提供されていれば救急医療を提供している病棟と考えて良いのではないかと考えております。さらに圏域での実情といったものを反映できない場合ですが、7、8あるいは11から14のような項目を使って、評価できるものと考えていけばどうかと考えております。

説明は以上です。

(部会長)

ありがとうございました。これまで地域医療構想調整会議では、2025年の機能別の必要病床数に収斂していくように各圏域で協議を進めていただいているところですが、昨年来、国から色々な情報が発信されています。とりわけ、調整会議における議論を進めていくため、定量的な基準の考え方が示されました。それを受けた事務局案の要旨は、病棟ごとに最も多い患者により病床機能を定めた上で、回復期の患者が最も多い病棟においても、圏域における救急の機能を果たしている場合には準急性期機能の病棟であることを県民に示すというものです。

この考え方を協議するにあたって参考としていただくため、国の研修や地域医療構想アドバイ

ザー会議にも出席された中西アドバイザー、ご意見はありますか。

(中西 地域医療構想アドバイザー)

定量的な基準については、地域の実情に応じてということで、一律の定量的な基準を設けなければいけないということはないと考えております。回復期の病床の報告が多くなっているということで、今回は救急に焦点を当てておりますが、地域ごとに検討して頂ければと思います。

また、病床機能報告と保険点数は関係ないと言われておりますが、各圏域の調整会議の議論では出てきていると思います。

(部会長)

次に全国的な動向なども踏まえ、藤森教授からコメントをお願いできますか。

(藤森教授)

宮城県のアドバイザーおよび地域医療構想、医療計画策定の座長をしております。宮城県の状況についてお話させていただきますと、宮城県は4つの2次医療圏で、仙台は病床過剰ですが、残りの3圏域は許可病床数を下回っております。地域医療構想で調整するというより、患者数も頭打ちになる中でどのように病院を運営していくかということが課題になっていきます。仙台市だけは急性期に過剰感がありますので、佐賀県モデルを用いて検討しております。あまり参考にはならないかもしれませんが、病院の機能をどのように維持するかということが喫緊の課題ということでございます。

(部会長)

宮城県の状況について、なかなか厳しい状況ということをお伺いしました。広島県でも、地域によって状況は異なると思います。アドバイザーの意見も参考にして頂きながら、御意見、御質問があれば、発言をお願いします。

(古川委員)

確認ですが、救急医療を実施している項目に該当する場合、準急性期に整理されるのか、回復期に整理されるのか教えて頂きたいと思います。

【事務局】

病床機能報告において、回復期の患者さんが最も多いために回復期で報告されている病床のうち、救急医療に貢献を頂いている病床を準急性期として評価するものです。

(古川委員)

急性期と回復期の線引きは、どちらの患者さんが最も多いかで決めるという認識で宜しいでしょうか。

【事務局】

2025年に向けて地域医療構想の形に収斂するため、回復期の中に地域急性期相当があることを表現しております。

(中西 地域医療構想アドバイザー)

定量的な基準に係る項目について、心膜穿刺、食道圧迫止血チューブ挿入法がありますが、あまり実施される医療行為ではないですが、どこから取られた項目になりますか。

【事務局】

病床機能報告制度の報告項目で、救急医療に関する項目としてご報告いただいている項目を利用しております。そのうち、病棟単位でない項目や、あまり救急を反映していないと考えられる項目は対象としておりません。

(石井委員)

これから高齢者の救急が増えてくる中で、今までの三次救急という分類で良いのかという問題があります。資料にもサブアキュート、ポストアキュートとありますが、これからは高齢者救急、慢性期救急が重要になります。今までの救急医療体制で高齢者を受け入れると崩壊してしまいますから、高齢者救急という新しい軸を考えていかなければいけないと思います。先ほどお示しになられた準急性期というのが、今後の高齢者救急、慢性期救急の方向性を示しているものと考えます。

本日は慢性期が議論の対象になっておりませんが、療養病床でも重症の方をみている実態があります。本日の資料では高齢者という言葉が出ておりませんが、今後、高齢者のニーズは増えていきますので、表現を工夫して頂きたいと思います。

(部会長)

他にいかがでしょう

(天満委員)

2025年に医療需要のピークを迎えるわけですが、健康寿命を延ばすことについて、行政、医療機関、施設がそれぞれ役割分担を行いながら、取り組む必要があると考えます。本日の議論のような内容が進展するよう、お願いします。

(部会長)

他にないようでしたら、それぞれの医療圏で課題があると思いますので、各調整会議の会長から意見を伺いたいと思います。まずは広島医療圏からお願いします。

(広島圏域 松村会長)

広島医療圏は南北に長く、北は中山間地、南は人口の多い広島市内ということで、圏域の中でも

大きく状況が異なります。病院部会の議論では、中山間地域では準急性期というものを設けまして、急性期と分けて整理を行いました。本日、御議論頂きました救急という観点から、急性期と準急性期を分けて、準急性期を回復期と捉える考え方について、広島市内にどう適応するか、持ち帰って議論したいと考えます。考え方としましては、救急を入れたこの案は評価できると思います。準急性期を取り入れる案についても、前向きに考えたいと思います。

(部会長)

次に広島西医療圏、お願いします。

(広島西圏域 佐川会長)

大竹市と廿日市市の2市になりますが、9月3日に第1回の病院部会を開催しております。前回までは、まずは公立、公的病院という事で、広島西医療センター、広島総合病院の医療機能について病床機能報告と照らし合わせて検討しました。県の定量的基準ということが出てきましたので、第2回で検討したいと思います。定量的基準についての考え方は、病床機能報告の救急医療項目等を抽出するという説明でしたが、これに各圏域の実情を踏まえて、いかに納得性のあるものにしていくかということが重要と考えます。各圏域の実情はあるにせよ、基本的には全県的な基準とする必要があると思います。準急性期の概念については、急性期的な医療を提供する医療機関と、地域住民の安心感を確保する医療があると思いますが、準急性期を適切に評価するような診療報酬を考えてほしいと思います。

(部会長)

ありがとうございました。呉はまだお見えでないので、次に広島中央圏域お願いします。

(広島中央圏域 大田会長)

東広島市、竹原市、大崎上島町で構成されています。調整会議は最も多く開催されておりますが、内容的にはあまり進んでおりません。圏域からの要望としては、病床機能報告の分析精度を上げて、分かりやすいデータを提供して頂きたいという事です。地域急性期という話については、数合わせのようにも見えますが、2025年の必要病床数に近づけるという事については、良いと思います。救急医療の実施項目については疑問がありますので、現場の意見も加味して考えて頂きたいと思います。まずは議論できるデータの提供をお願いします。広島中央圏域は公的病院が少ない状況ですので、調整は容易ではないということがあります。アドバイザーにも客観的な助言を頂ければありがたいと思います。

(部会長)

では尾三圏域お願いします。

(尾三圏域 木原会長)

尾道市、三原市、世羅町という圏域ですが、中には今後の医療の提供が難しいところもございます。7月の災害で会議が遅れ気味ですが、再編の可能性について、客観的な指標で評価しようということがございます。将来的に急性期は減らしていかなければならないですが、それで病院がやっ
ていけるという資料を出していかないと、話が進みにくいと思います。

(部会長)

次は福山・府中圏域お願いします。

(福山・府中圏域 和田会長)

昨日、第2回の調整会議を開催しました。高度急性期から慢性期、在宅まで、現状ではうまく回っているという認識ですが、現状を維持するのも大変な時代です。介護医療院への転換は当圏域ではあまりございません。

(部会長)

次は備北圏域お願いします。

(備北圏域 鳴戸会長)

備北圏域は三次と庄原で、広島県の約半分の面積を占めています。人口が減ってきて、人材不足が進んでおります。地域医療崩壊を避けることに苦戦しております。急性期につきましては、主に担っている4病院が備北メディカルネットワークを作りまして、役割分担を行っております。調整会議では、急性期から慢性期、在宅までどのようにすれば良いかは既に話が進んでおりまして、1回しか開催しておりません。準急性期という考え方はよく分かりますが、急性期、回復期という切り分けは、点数は看護師の数で決まっている点に矛盾を感じます。在宅という点については、医療保険と介護保険という問題が出てきます。そのあたりの調整を考えて頂きたいと思います。介護士もおりませんので、やりたくてもできないという事があります。

(部会長)

調整会議以前に大変な状況ですね。エミタスを活用することについてのご意見はありますか。

《意見なし》

(部会長)

多くの貴重な意見を頂きました。定量的な基準を取り入れる方向で調整すること、準急性期という考え方、高齢者救急をもっと組み入れる必要があるという貴重な意見を頂きました。さらに公的医療機関のあり方、これは国からも政策医療を重点化するという指示がありました。各圏域で検討して頂きたいと思います。

(小島委員)

高齢者の患者さんが増えており、リスクが高くなっておりますので、医科歯科連携をしっかりとやって頂くようお願いいたします。

(栞原委員)

客観的な指標について、救急の話がありましたが、救急以外の項目についても検討して頂きたいと思います。手術だけをやっている病院もあるかと思えます。

本日、話に出ました高齢者に係ることについては、十分な整理ができていないと思いますので、調整会議を始めとした場で話をして頂ければと思います。私もアドバイザーとして協力させて頂きたいと思えます。

(部会長)

呉圏域の会長が来られておりませんので、代わりに豊田委員、呉圏域の議論の状況について、ご説明をお願いします。

(豊田委員)

呉圏域は、人口の割に病院数、医師数ともに多くなっており、今後、どうするかということが問題になっております。現在はそれぞれの病院が役割を果たし、うまく回っております。前の医師会長は、全国の医療レベルを呉に合わせるべきであって、呉のレベルを下げるべきではないと主張されておられました。そうは言いますが、人口が減少すれば考えなければならない課題です。基幹病院は共済、国立、労災に加えて済生会があり、医師会病院もあります。医師会病院は在宅医療支援病院として位置付けられており、開業医の検査のサポート等も行っております。統合するのか、それとも縮小するのかを判断するのが難しいと考えております。

(部会長)

呉圏域会長が到着されましたので、よろしくお願いします。

(呉圏域 玉木会長)

本日の県の調整会議の内容も踏まえまして、対応していきたいと考えます。

(部会長)

他に御意見はありませんか。

(村上委員)

認知症の人と家族の会です。在宅で暮らしていても入院することもあり、ご迷惑をおかけすることがあると思いますが、どうぞよろしくお願いします。

(池田委員)

特養は要介護度3以上でないと入所できず、重症化が進んでおり、看取りや夜間対応が必要になります。この会議で取り上げるのは適切ではないかもしれませんが、北広島町においては、急性期は安佐市民病院で、退院後に豊平病院でワンクッションおいて在宅復帰をするという流れがありましたが、お金がないから豊平病院が無床診療所になるということで大変困っております。

(部会長)

大変重要なところだと思いますので、調整会議でもぜひ御議論いただきたいと思います。

(小山委員)

地域包括・在宅介護支援センターの小山です。準急性期、慢性期救急という事で、地域で暮らしているお年寄りを診る体制ができているということは、ありがたいと思います。

(部会長)

協議事項(2)今後の進め方について、事務局から説明してください。

【事務局】

本日は御議論を頂き、ありがとうございました。今回の分析は、定量的な基準の導入に係る試案を示したものであり、地域の調整会議で議論して頂きたいと考えております。各圏域における議論を踏まえまして、本県の実情に応じた定量的な基準(案)について協議を行って頂きたいと思いますので、よろしく願いいたします。

(部会長)

ありがとうございました。本日がいわゆるキックオフの会議であり、圏域の調整会議での要望等がありましたら、県の事務局に出して頂きたいと思います。

他に御意見がないようでしたら、これをもちまして本日の協議を終わります。

以上をもって、広島県医療審議会保健医療計画部会(第1回)を閉会した。

広島県医療審議会保健医療計画部会（県単位の地域医療構想調整会議）委員名簿

〔五十音・圏域順〕

H30.11.15

区分	氏名	役職名	出欠	
医療審議会保健医療計画部会	委員	荒川 信介	広島県歯科医師会会長	出席
	委員	石井 知行	広島県精神科病院協会会長，広島県慢性期医療協会会長	出席
	委員	猪上 優彦	広島県民生委員児童委員協議会会長	出席
	委員	金子 努	県立広島大学保健福祉学部教授	欠席
	委員	川本 ひとみ	広島県看護協会会長	欠席
	委員	神田 和幸	全国健康保険協会広島支部長	欠席
	委員	木内 良明	広島大学理事（広島大学病院長）	出席
	委員	衣笠 正純	広島県社会福祉協議会常務理事	出席
	委員	木矢 克造	全国自治体病院協議会広島県支部長	欠席
	委員	田中 剛	広島県健康福祉局長	出席
	委員	谷山 清己	呉医療センター院長	欠席
	委員	天満 祥典	三原市長	出席
	委員	豊田 秀三	広島県医師会副会長	出席
	委員	豊見 雅文	広島県薬剤師会会長	欠席
	委員	新井 法博	健康保険組合連合会広島連合会常任理事	欠席
	委員	檜谷 義美	広島県病院協会会長	出席
	委員	箕野 博司	北広島町長	欠席
	委員	吉田 隆行	坂町長（国保連副理事長）	欠席
	専門委員	荒木 和美	広島県介護支援専門員協会会長	欠席
	専門委員	池田 円	広島県老人福祉施設連盟会長	出席
	専門委員	蛭江 紀雄	広島県福祉・介護人材確保等総合支援協議会会長	欠席
	専門委員	栞原 正雄	広島県医師会副会長	出席
	専門委員	小島 隆	広島県歯科医師会副会長	出席
	専門委員	小山 峰志	広島県地域包括・在宅介護支援センター協議会副会長	出席
	専門委員	芥藤 浩	広島県消防長会会長	欠席
	専門委員	古川 智之	広島市健康福祉局長	出席
専門委員	村上 敬子	認知症の人と家族の会広島県支部世話人代表	出席	

オブザーバー

区分	氏名	役職名	出欠	
地域医療構想調整会議	広島圏域 会長	松村 誠	広島市医師会会長	出席
	広島西地域 会長	佐川 広	大竹市医師会会長	出席
	呉地域 会長	玉木 正治	呉市医師会会長	出席
	広島中央地域 会長	大田 和弘	竹原地区医師会会長	出席
	尾三圏域 会長	木原 幹夫	三原市医師会会長	出席
	福山・府中地域 会長	和田 玄	松永沼隈地区医師会会長	出席
	備北地域 会長	鳴戸 謙嗣	三次地区医師会会長	出席
広島県地域医療構想アドバイザー	栞原 正雄	広島県医師会副会長	(再掲)	
	中西 敏夫	広島県医師会常任理事	出席	
	檜谷 義美	広島県病院協会会長	(再掲)	
オブザーバー	藤森 研司	東北大学医学系研究科医療管理学教授	出席	