

## 西部構想区域（仮称）地域医療構想調整会議議事録

1 日 時 平成 28 年 1 月 7 日（木）19:00～20:20

2 場 所 香川県中讃保健福祉事務所 3 階研修室

3 出席者

### 【委員】

久米川委員、井上委員、中野（和）委員、溝渕委員、岩野委員、河田委員、田所委員、篠原委員、森安委員、見市委員、大原委員、多田委員、岡田委員、松浦委員、中川委員、白川委員、瀧中委員、東條委員、鈴木委員、山田委員、寺坂委員の代理出席 浅野氏、川西委員、中野（泰）委員、森委員、中谷委員、塩田委員、丸岡委員、友枝委員、見間委員、内田委員、浦野委員

### 【事務局】

土草医務国保課長、合田副課長、石井課長補佐、十川副主幹  
星川健康福祉部参事  
小倉中讃保健所長、吉本次長、林課長、大西副主幹、森下副主幹、  
仁木西讃保健所長、大西次長、小山課長、村井副主幹、長谷主任

4 開会

(1) 議長及び議長代理の選出について

調整会議設置要綱第 6 条第 1 項により互選し、久米川委員が議長に、内田委員が議長代理になった。

(2) 会議の公開・非公開について

本調整会議を今後も原則公開とし、傍聴を希望する者の傍聴を認めるとともに、会議資料や議事録を県ホームページにおいて公表することとなった。

5 議事

(1) 地域医療構想について

(事務局)

資料 3 から 6 まで（地域医療構想の主旨や概要、これまでの策定経過、慢性期の医療需要の推計等について）説明

(議長)

説明に対して、御意見、御質問をいただきたい。

(委員)

香川県における医療需要及び必要病床数の推計値は理解できるが、平成 26 年の病床機能報告は一定の基準で申告されているのか。本来、入院基本料ではなく医療資源投入量が 3,000 点以上のところで申告することになっているが、医療機関によっては ICU や HC

U、CCUを集計したものを出しているところがあるのではないか。元データが随分違うと今後の議論に影響するのではないか。

(事務局)

資料の病床機能報告の数値は、各病院から提出されたものを集計したものである。参考資料5で、個別の病院の報告状況を掲載している。

病床機能報告は具体的な基準に基づいた数字ではない。必要病床数は3,000点以上ということで、国のレセプトデータの分析によるものであるが、病床機能報告は必ずしもこれに依っていない病院があると思われ、現段階で食い違いがあると思う。その前提で表を見ていただきたい。

(議長)

要するに、必要病床数を2025年に向けて収束していくということであって、今すぐ、この数に合わせろというものではない。毎年の報告を見ながらここで議論するものである。

毎年各病院から報告していただいて、今年はこういう状況だ、来年はこういう状況だと、というようなことをここで論議していただくものであって、他の病院のデータなどを見ながら、ではうちはちょっと来年これくらいに減らそうかな、というようなことを見ていく会であり、さっそく減らしてください、ということは全く考えてない。

(委員)

根本的に2025年に向けてフィットするベッド数を、どの医療機関がどのようにして配備していくかということに繋がっていくとすれば、個々のデータが毎年きちんと出てこないといまいになると思うので質問した。皆さんに知識や情報が行き渡り一定の基準で報告がなされることが第一条件である。

(議長)

2025年の必要病床数は変わらない数値である。これにいかに関束していくかを目的として、そのために毎年のデータを見ていこうという会議である。

(委員)

香川県として、高度急性期というのは、どのような機能を想定しているのか。ICU、CCU、救急救命センターのような機能なのか、あるいは国が言っている3000点だけを想定しているのか、考え方を教えていただきたい。

(事務局)

参考資料1の5ページの記載のとおり、救急救命病棟やICU、CCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療が、高度急性期に該当するという定義になっている。

(議長)

おそらく 3,000 点だけで切ると、重症者や透析の患者、術後の患者等、医療資源投入量として 3,000 点を超える患者がいると思うが、病床として考えるのは ICU、CCU を想定していることでよろしいか。

(委員)

医療の現場からすると、少しずれがあるのではないかと思う。現場では高度急性期として、ICU や CCU、HCU を想定している者が多いと思う。今の説明では、診療報酬 3,000 点以上は全て高度急性期と捉え、その機能云々は言わないということか。

一般病棟での医療でも 3,000 点を超えていたら全て高度急性期に該当するという意味に理解したが、そうではないのか。

(事務局)

資料 6 において、医療需要と必要病床数の根拠になっているのは 3,000 点というところである。一方、病床機能報告制度の基準においては、急性期の患者に対し状態の早期安定化に向け特に高い医療を提供するというもので、3,000 点というものが明確に示されていない。医療需要・必要病床数と病床機能報告では基準、点数的に違っている部分がある。

(委員)

認識が間違っているのではないか。例えば 2025 年に香川県で ICU、HCU、CCU が 2030 床も必要であるということではないでしょう。この推計値はあくまで点数で切ったもので、その中にはもちろん ICU、HCU、CCU は全て含まれるとは思いますが、ベッドの推計値はそこで切るものではないのではないか。そこで切ったらこのような数字は出ないと思うが、いかがか。

(議長)

おっしゃるとおり、機能的には、ICU、CCU というような治療をしているところの医療を想定しているということである。一般病床であっても ICU、CCU のような重度な治療をしていれば高度急性期に含むことになっている。ただ、治療経過の中で点数が高い時、低い時があり平均化は難しい。病棟全部が 3,000 点を超えるかとなると、なかなか難しい。しかし、国は病棟単位で見ると言っており難しいと思う。

(委員)

質問の意図として、ここの数値を明確にしないと今後の議論がしづらいということを御理解いただきたいことと、点数として高度急性期とされる患者は一般病棟にも 1 割くらいは必ずおり、ビッグホスピタルにはもっといる。私たちの病院にも 10 数%くらいいる。

現在 ICU、CCU を持っていないが、高度急性期のベッドを絶対に持てないということではないのではないかと考えて質問している。

(事務局)

医療需要の推計の基準である 3,000 点と病床機能報告の概念が異なるため、病床機能報告の基準について、現在国で検討中である。

(議長)

現在、国が病棟単位での報告という制度にしているのでこういうことになっていると思うが、いずれ病床単位に変更するのではないかと思う。昨年度の病床機能報告の中で、全病床を高度急性期病床で報告しているところもあったが、それは少しおかしいという気がする。今後みんなで考えていくということだと思う。

(委員)

我々病院を経営している者としては、診療報酬とのリンクが一番の問題である。ICU、CCUは施設基準があり問題ないと思うが、仮に一般病床が高度急性期に該当するとなると、診療報酬上あるいは病院経営上何が変わるのか。変わるころがあれば教えてほしい。

(事務局)

例えば、術後1～2日一般病棟でみるようなことがある場合に3,000点を超える場合もあろうかと思う。そのような場合には、必要病床数としては、国のレセプトデータ分類で高度急性期にカウントされることになる。

(委員)

その際は、診療報酬の点数で。

(議長)

例えば、今、7対1や10対1となっているが、将来的には、高度急性期病床がいくらか、そういう風になる可能性があるかもしれない。

(委員)

今、国は7対1の病床をいくらか減らすかということをやろうとしている。もし、高度急性期に病床単位で点数が付くとなると、またそこに空床ができることになり、7対1の時と同じように減らさなければならぬような議論になる。香川県としては、高度医療をする病床数が実際にどれくらい必要なか把握しないとイケないのではないかと。高度急性期の目標値は診療報酬点数だけで推計されているので、医療のレベルとしては本当にそれだけのものが入っているのかということとそうではない。そのあたりを正確に把握し、それをベースに議論していただきたい。

(議長)

要するに、例えばICU、CCUがどれくらいあればよいかという話になるのか。

(事務局)

今現在、県で把握しているデータはお示ししているとおりであります。

(議長)

このデータは厚労省のビッグデータであり、これ以上詳しいものは県では把握できないと思う。

(委員)

今、各県でも同じような問題があり、厚生労働省のガイドライン検討会の中でも病床機能の報告の仕方について検討されている。

また、この会議では慢性期医療が大きな問題になると思うが、今はそのような立場の方がいない。将来的に調整会議の構成員はどうなるのか、変わることもあるのかお聞きしたい。

(議長)

慢性期の病床については国の方針も決まっていないうである。介護を除いた医療部門であるというふうに言っているし、老健も入るとか先が見えない。国の方針もまだ決まっていないう状況ではないか。

それに関連して、慢性期の医療需要推計について、パターンA、パターンB、特例のどれにするかを決めなければならないとのことだが、この地区は特例に入るのか。

(事務局)

はい。

(議長)

資料6を御覧ください。慢性期の医療需要推計について、どこに収めていくかということであるが、パターンAが一番厳しく、パターンBが全国平均あたり、特例はもう少し緩くなるという推計値となっている。もし、この地区が特例に当たるのであれば、一番緩い特例にしておくことがよいと思うが、それについて御意見をいただきたい。

急に慢性期病床を少なくするのは難しいので、とりあえず一番緩いところに合わせるのがベストではないかと思うが、どうか。

(委員)

特例の要件のどちらに該当しているのか。

(事務局)

資料6に記載している二つの要件のいずれにも該当することが必要となる。

(議長)

おそらく、慢性期病床は将来的に数を合わせる事が難しくなっていくと思うので、この地区の慢性期病床は特例を使うことでよろしいか。

(多数)

(賛成)

(議長)

では、この地区は特例を使わせていただくことでお願いしたい。

(議長)

この調整会議について、参考資料1の2ページ下方に、地域医療構想の策定とその実現に向けたプロセスについての説明がある。プロセスに①②③④とあり、③がこの会議の説明である。「地域医療構想の実現に向けて、都道府県は構想区域ごとに、地域医療構想調整会議を開催する。地域医療構想調整会議には医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者、市町村等から幅広く参加。設置区域や参加者の範囲・選定は地域の事情や議事等に応じて、柔軟に都道府県が設定。」とされている。

また、何を決めるかという、「病床機能報告制度の報告結果等を基に、現在の医療提供体制と将来の病床の必要量を比較して、どの機能の病床が不足しているか等を検討」し、「医療機関相互の協議により、機能分化・連携について論議・調整」するとされている。

慢性期病床をどうするかという会議にはおそらくなり、急性期をどうやって減らすか、急性期を回復期にどうやってもっていくか、という会になろうかと思う。

(委員)

回復期の定義は非常にデリケートで、今はなんとなく回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟が、回復期という位置付けになっていると思う。そうすると香川県では圧倒的に不足していることになる。一方で、回復期リハ病棟協議会では、人口10万人あたり50床くらいが、回復期リハ病床の適切な数であると言っている。

回復期病床というのはどういうものなのか、共通認識を持った上で報告がなされるとよいと思うが。

(議長)

回復期病床の定義については大事なところであるが、まだ、各県把握していないことだと思われ、国も点数でしか示しておらず難しいところである。さしあたって、今すぐ決めなければならないことではなく、毎年このような会議をしながら収束していくものと思う。

(委員)

自治体病院は地域医療に貢献する必要がある、新公立病院改革ガイドラインにより、新

しい公立病院改革プランを来年度中に策定しなければならない。地域医療構想を参考にしながら策定しなければならないが、議論があったように、病床機能報告にあいまいなどころがあり、なかなか策定しづらい。実際には診療報酬で動いているところが多いので、例えばICU、HCUの数、7対1、10対1、13対1、15対1、地域包括ケア病棟、香川県においても、地域の動向、状況を報告していただき、どのように推移していくのか見ていく必要があると思う。

当院は63床の小さな病院で、一般病床35床は10対1なので急性期で、療養病床は慢性期と報告した。実際の患者を見ると3,000点や600点の医療も提供されているが、回復期になるのではないかと思ったりもする。病床機能報告制度は悩むので、そういうところも含めて議論した方がわかりやすいのではないか。

(議長)

そうではあるが、報告する側は診療報酬点数が変わると報告が変わるし、国も報告データを見て点数を変えるように思うので、なかなか難しい。国は収束してくるような点数を出してくるのではないかと思う。

(委員)

あくまで各病院が判断することになると思う。その時に地域の医療機関や市町村に相談することになるだろう。

(議長)

あくまでも病院の判断ということで、この会で病院にどうしろと言う必要は一切なく、出てきたデータを見て話し合おうという会でいいのではないか。強制力を持っている会ではないと思う。もしとまらない場合は県知事の権限でというようなことも書かれているようであるが、本当にそういうところまで行くかどうか、将来を見据えないとわからないと思う。

(委員)

病院を運営していかなければならないので、2年ごとの診療報酬改定にフィットするようにベッド数を調整していくことになる。もちろんこの会では決まらないわけですが。

また、資料3の裏面に、「慢性期の患者が医療を受けられなくなるということではなく」とあるが、何を想定しているのか。これは地域包括ケアシステムと一致していると思うが、現在慢性期病床で入院中の方を在宅にして、訪問診療を強化するということか。

(事務局)

参考資料1の5ページの下側で、「在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院、診療所以外の場所において提供される医療を指す」と定義されている。

さらに、資料3の裏面のとおり、国の療養病床のあり方等に関する検討会で、新たな施設類型というものも検討されている。それらを含めて、今の医療機関以外で医療提供がなされるものということが想定されている。

(議長)

要するに、慢性期に往診や在宅医療、訪問医療等を組み入れていこうという流動的な構想があるようだが、まだ、決まったものではないと思う。

(委員)

一番緩いパターンの想定がよいというのは、現実的にはパターンBにすると、中讃地区で22%くらいベッド数を落として、約3,900床を約800床減らさなければならないということになる。急性期ベッドを慢性期ベッドにし、慢性期ベッドを廃止するようなことにならざるを得なくなり、数値だけが先走りすると困るので、緩い基準に合わせて調整した方がよいと個人的には思っている。

(議長)

将来の推計なのでなかなか難しい。将来、高齢者が減るだろうというようなことも考えて、病床数を減らしていこうということを考えているようである。

(議長)

構想区域についてはきちんと決まったわけではなく、調整会議の後に、策定検討会、医療審議会、県議会を経て初めて決まる。だから、区域名が仮称となっている。実際にこの会が本格的になるのは来年度の中旬以降で、昨年秋に各医療機関が報告した集計結果も見ながら検討することになる。

(委員)

構想区域は仮称となっているが、香川県に二次医療圏がいくつかあるものを最終的に三つにするという理解をしているが、構想区域は二次医療圏という理解でよいのか。二次医療圏はそのまま残るのか、あるいは、構想区域に合わせるのか、そのあたりいかがか。

(議長)

おそらく、将来的に構想区域は二次医療圏に変わるのではないかと思っている。

(事務局)

医療圏については医療計画の中で定めることである。医療計画の改正作業が29年度であるので、その時点で最終決定することになる。

(委員)

県としては、二次医療圏にしたいという考え方をもっているという理解でよいのか。保



健行政では二次医療圏ごとというのが多いが、それも含めて二次医療圏という考え方で動くのか伺いたい。

(事務局)

正式には29年度に決定する。直ちに二次医療圏を変更するものではなく、次期保健医療計画の策定の際に、改めて関係団体や市町の御意見を聞きながら検討する。

(委員)

高度急性期は医療機関所在地ベースで、それ以外の機能は患者住所地ベースでやるとすると、医療圏で考えると急性期を入れなければならなくなり、患者住所地で判断するという事ではないということか。3つの医療圏に分ける方向でいいのか。高度急性期とそれ以外の機能は考え方のベースがちがうのでしょうか。医療圏は高度急性期の考え方に合わせて設定するということになるのか。

(事務局)

二次医療圏は、一体の区域として入院医療を提供するという範囲であり、三次医療は全県的な範囲になっている。二次医療圏、三次医療圏と、いろいろ区分しながら検討していく必要があると考えている。

(議長)

二次医療圏は高度急性期で分けるのではなく、それ以下で医療圏を分けるものと思う。高度な医療については県全体で考えていくことになるであろう。例えば、小豆島では高度急性期治療はできないので、いかに早く高松や岡山に送るかという話し合いになる。

(委員)

高度急性期以外は地元でという方向なのか。そうすると、高松の方が丸亀の病院を受診したいという希望は制御されるということか。

(議長)

それはベッド数だけの問題であって、患者の行き来を縛るものではない。

(議長)

他に御意見もないようなので、今回の議論を踏まえ、県の方で香川県地域医療構想策定検討会に諮りながら、地域医療構想の策定を進めていただきたい。来年度以降、構想が策定された後、関係者、関係機関で情報を共有し議論を行っていくことになるのでよろしくお願ひしたい。

長時間にわたり御議論をありがとうございました。