

## 西部構想区域地域医療構想調整会議議事録

1 日 時 平成 29 年 1 月 16 日（月）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】

久米川議長、佐藤委員、石田委員、溝渕委員、岩野委員、河田委員、田所委員、篠原委員、森安委員、玉井氏（見市委員代理）、大原委員、多田委員、岡田委員、松浦委員、中川委員、安東氏（白川委員代理）、瀧中委員、大越委員、窪田委員、木村委員、岸上委員、中野委員、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、井下委員

### 【事務局】

星川健康福祉部参事、合田医務国保課長、石井副課長、山崎副主幹 G L、十川副主幹  
小倉中讃保健所長、吉本次長、森課長、大西副主幹、香川副主幹  
仁木西讃保健所長、竹一次長、小山課長、渡辺副主幹、藤原副主幹

### 【傍聴者】

2 名

4 議題

(1) 地域医療構想について

(事務局)

資料 3、資料 4 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。

(議長)

質問もないようなので、議題 2 について事務局から説明をお願いします。

(2) 平成 27 年度病床機能報告の結果について

(事務局)

資料 5 について説明

(議長)

平成 27 年度の病床機能報告について説明があったが、平成 28 年度の報告は、まだまとまっていないとのことである。事務局の説明に対して、御意見、御質問はありますか。

資料 5 の 8 ページを見ると、国は、資料のとおりの特定入院料を取っているところが高度急性期と考えているようである。それに近いデータも出ているようであるが、だからと

いって、それに合わせなければならないというものではないと思う。他の医療機関の報告を見ることも、今後、自分の病院がどういう方向を目指すかの参考になるだろう。

何か御意見、御質問はありますか。

(委員)

病棟ごとの報告であるため、何回報告しても必要数に近づくか疑問を感じている。一般病棟の例えば40床を急性期の病棟と答えることはできても、高度急性期の病棟とは答えにくいのが実情である。

(議長)

今のところ、病棟単位というのが国の考えであるが、病床単位にしようかという意見もあるようである。ただ、病棟単位で報告するにしても、今、7対1病床のところでも、今後、回復期で報告しようかと考えるところもあるようなので、報告数が変わってくる場合はあると思う。

また、使っていない病棟であっても報告が出てきているところについては、報告数が削られてくるかもしれない。それに、有床診療所の報告も入っていることから、今後変わってくる可能性はある。

(委員)

資料5の8ページのように、高度急性期、急性期、回復期、慢性期とは、大体こういうベッドを指すという考え方がある。その一方で、診療報酬点数で、3000点、600点、175点等で病床機能を区分するというルールも示されており、各病院が申告するレセプトが基となったルールであり、これはこれで正当性があると思う。しかし、この資料によると、一般病棟で3000点以上の患者の割合は全く加味しないということか。ICU、特定集中治療室、ハイケアユニットのベッドのみを申告し、一般病棟で3000点以上の患者がいても、その数については報告しないでくださいということか。

(事務局)

病床機能報告は、特定入院料を算定している病棟だけでなく、7対1や10対1の入院基本料を算定している病棟についても報告義務がある。資料8ページの趣旨は、例えば7対1等の入院基本料については、高度急性期とか急性期と示すことが困難であるが、特定入院料は機能が明確であるので、28年度の病床機能報告から、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能のどれにあたるか目安を示したものである。7対1等の入院基本料を算定する病棟については、資料5の9ページに示してある定性的な基準に基づいて報告していただくことになる。

(委員)

ダブルスタンダードにするということか。

(議長)

各病院が報告するときの一応の目安を国が示したものである。例えば、救命救急入院料を取っているところでも高度急性期として報告を出さなくてよいし、10対1で3000点以上の治療をしているところが高度急性期として報告してもよい。あくまで目安ということだと思う。

(事務局)

そのとおり、これは病床機能報告時の目安であり、点数は、あくまでも医療需要を推計する上で、高度急性期、急性期、回復期、慢性期を区分する上で用いているものである。点数は病床機能報告の内容を決めるものではない。医療需要の推計時に点数を使っているが、医療需要に対してどのような供給体制があるかを把握するのが病床機能報告である。

(委員)

各病院の報告数を踏まえて先の方策を立てるのに、各病院が報告する際に3000点などの点数によって報告すればよいのか、機能で報告すればよいのかによって、ベッド数が変わってくると思う。例えば、高度急性期に限って見ると、ICUやHCU、CCUだけを集めても目標数になるわけではなく、3000点以上も入っていると思われる。そこも各病院に報告させるようにしなければ、違った数字が出てくると思う。うちの病院でも、実際は一般病棟で1割くらい3000点を超える治療をしている。それをどのように報告すればよいのかを質問している。

(事務局)

繰り返しになるが、点数は地域の医療需要を推計する際に使用しているものである。一方、病床機能報告は、その需要に対してどのような供給体制があるかを把握するために報告いただいているものである。放っておくと需要と供給は一致しないので、それをどのように一致させていくのかというのが、この地域医療構想の取組みである。

病床機能報告については、9ページのとおり各病棟ごとの機能について御報告いただきたい。

(委員)

地域包括ケア病棟の入院料も報告すべき機能が二つに分かれているが、各病院が報告する際には、私たちの病院は急性期だ、私たちの病院は回復期だと申告すればよいのか。何の基準もないということか。

(事務局)

地域包括ケア病棟の入院料については、国も明確にどちらとは示していない。各病院の実情に応じて、9ページの病床機能報告の基準に従って報告いただきたい。

(委員)

それでは、いつまでたっても現状把握ができず、何年経っても目標のベッド数に近づいているのかどうか現状がわからないのではないか。

地域包括ケア病棟はもともとは回復期病棟となっていたので、全部回復期病棟として報告させればもっとクリアカットになると思う。報告の基準について、点数なら点数、ICUならICUだけと、はっきりしてもらわないと各病院は困惑していると思う。

(事務局)

地域の医療需要に対してどのような医療供給体制となっているのかを把握するために行っていることである。医療供給体制を把握するための病床機能報告を、点数を基に報告すると、おそらく需要と需要を比べているだけなので、放っておいても合ってしまう、意味のないものになってしまう。

御指摘はごもっともであるが、国においても病床機能報告の精緻化の検討が進んでいるところである。具体的には、今年度からレセプトに病棟コードが加わったところであり、この情報をもとにさらに病床機能報告の基準の精緻化が進むものと期待している。

(議長)

国は何を考えているのかというと、高度急性期、急性期の数を合わせるというよりは、もっとベッド数を減らして在宅にもっていきたいということである。急性期で報告することで診療報酬点数が下がるというものでもなく、そこにこだわらなくてよいと思う。ベッド数に関しては、他の病院がどのような報告をしているか参考にする程度でよいと思う。2～3年後には診療点数も変わるので、議論も出てくるかもしれない。

(委員)

資料3の2ページについて、平成37年の医療需要は、平成25年のレセプトから数値を割り出しており、いわゆる高度急性期であれば3000点以上という理解でよろしいか。

(事務局)

はい。

(委員)

そうすると、必要病床数はそれをベースにどのように出したのか。

(事務局)

各機能ごとの病床の平均的な稼働率で、医療需要を割り戻して算出している。

(委員)

わかりづらいので具体的に説明をいただきたい。例えば、高度急性期の医療需要 329 床を必要病床数 439 床にするには、どのような計算になるのか。

(事務局)

高度急性期については病床稼働率を 75%とし、329 人に 75%を割り戻して 439 床としている。

(委員)

他の病床も全て 75%として算出しているのか。

(事務局)

急性期病床は 78%、回復期病床は 90%、慢性期病床は 92%としている。資料 4 の 19 ページに記載している。

(委員)

高度急性期の場合だと、患者数は 329 人であるが、ベッド数としては 439 床が望ましいということか。

(事務局)

そういう解釈です。

(委員)

2014 年と 2025 年の全体の病床数では 1,000 床くらいの差が出ている。この差はどこからでてくるものなのか。全体の減少数が加味されているのか。

(事務局)

医療需要については、平成 25 年のレセプトデータをもとに将来の人口推計を使って算出している。それに対して、病床機能報告は、一部申告漏れがあるが、現状の病床数と考えていただきたい。

(委員)

平成 37 年の医療需要のうち、在宅医療等の数値はどのように出しているのか。

(事務局)

いろいろな数を集計しており、例えば、老健施設入所者や訪問診療利用者、また、一般病床に入院中であるが C 3 の基準未満の方であれば在宅医療等での対応が可能ではないかという考え方により、在宅医療等の数値として積み上げている。さらに、療養病床の入院患者については、地域によって入院受療率に差があることから、受療率の低いところにな

るべく合わせていくために、一部の方は在宅医療等へ移行するという目標設定をして計算をしている。計算方法は資料4の18～19ページに記載をしている。

(委員)

そうすると、在宅医療等の13,305人というのは、将来の老人ホーム、有料老人ホームのベッド数と理解すればいいのか。

(事務局)

居宅のほか、施設等において医療を受けられる方の医療需要の人数である。

(委員)

老人ホームや有料老人ホームの県内のベッド数を、参考までに教えていただきたい。

(事務局)

第6期香川県高齢者保健福祉計画の中では、約11,700程の人数に対応した整備が現在なされているとされている。ただ、この全てが医療を受けられるわけではないことに留意いただきたい。

(委員)

もう一度確認するが、例えば高度急性期であれば、平成25年のレセプトデータを基に、3000点以上の医療需要を平成37年の人口推計に置き換えた数値が出ている。その数値と、各病院の報告したり、思い描いたりしているところにズレが生じていることが、統計を正確にできない理由ではないか。そこをはっきりしてもらわないと統計が出ないと思う。各病院の認識の違いや、ダブルスタンダードによって、集計が正確にならないと思う。

(事務局)

制度の狙いがわかりにくいと思うが、病床機能報告で、患者にどのような医療を提供しているかという観点で報告していただき、それを計算すると、おそらく必要病床数に近い数字が出ると思う。しかし、それは需要と需要を比べているだけで、一致するのは当たり前である。それでは、地域の医療需要が変わっていく中で供給体制をどう合わせていくかということが、まるで見えなくなってしまう。

構想の必要病床数と病床機能報告では基準が異なっていて、必要病床数の算出時にはレセプトデータから患者数、そして稼働率から医療需要に近い病床数を算出している。一方、病床機能報告の際には、各病院から、どのような機能を担っているか、どのような機能を提供できるかといった観点から定性的な基準により報告をいただいております。病院ごとにばらつきがあり、御指摘のとおり、現状を正確に把握する上で課題がある。それについては、国で報告基準の精緻化を進めているところであり、今後地域の医療供給量がわかってくるものと思う。

(委員)

資料3の2ページ、在宅医療等の「等」はどこまで含まれるのか。特養や有料老人ホーム等いろいろな施設があり、そこに入所中でそこから通院している方や訪問診療を受けている方もかなりいると思うが、その入所者すべてが「等」に含まれるのか。「等」に入ってしまうと、自分で通院できる方は施設に入所できなくなるみたいな感じになるように思う。「等」にはどこまで含まれているのか明記されていないので、非常に分かりにくいけどどう考えているのか。

(議長)

おそらく、老人保健施設とか特別養護老人ホーム、介護サービス付高齢者住宅とかに入所している人の中で、医療を必要としている人数を数えただけで、介護施設全体の数を数えているわけではないと思う。

(委員)

介護を受けている方で医療を受けてない方はいないと思う。なんでもかんでも在宅医療に押し込んで、在宅医療が増えたという形にもっていかうとしている感じがする。

(事務局)

「等」の範囲はかなり広がっており、居宅で在宅医療を受ける方、特別養護老人ホームや養護老人ホームなどの介護保険施設、また介護老人保健施設等に入所して訪問診療等の在宅医療を受ける方という理解でよいと思う。なお、外来は含まないと認識している。

(議長)

次に、第3の議題の説明を事務局からお願いします。質問は最後にまとめて伺います。

### (3) 今後の地域医療構想調整会議の進め方について

(事務局)

資料6について説明

参考資料1～4の概要についても説明

(議長)

事務局の説明に御意見、御質問はございますか。中核病院を対象にアンケートをしたいとのことですが、アンケートに答えたことで、どうこうというものは全くないですね。

(事務局)

はい。

(議長)

アンケートに御協力いただけるかということですが、将来、医者を集められるかどうかはわからないので、希望しか書けないですね。

アンケートに関しては、よろしいでしょうか。

予定していた議題は以上ですが、先ほどの議題についても結構です。何か御意見ございましたら。

将来の必要病床数と現在の病床数を合わせるのは、ブロックが小さいほど合わず、ブロックが大きくなれば、なんとなく合ってくるのではないかと思う。そういったことで香川県も構想区域を広げている。

この会議は、国に論議の内容を報告する必要があるのか。

(事務局)

国から、委員の構成等について照会がくることはあるが、今のところ議論の内容について具体的な指示は来ていない。

(議長)

今回の会議の方向性がこうであったというような報告をしなくてもよいのか。

(事務局)

結構です。

(議長)

何か御意見、御質問はありますか。

(委員)

構想の中の在宅のデータが非常にアバウトである。特別養護老人ホームや老人保健施設で医療を受けながら施設入所している方、ケアハウスで介護を受けている方、実際に在宅にいる方などさまざまに明らかに差があるが、「等」とあいまいにせずきちんと書くべきではないか。参考資料2、意見の在り方では、療養型病床を介護保険の方にもっていこうとしているように見える。介護保険を使った場合は、この構想に入れなくてよいのかどうかわからないが、在宅も非常に大切な医療の供給のポイントなので、もう少し詳しく構想に入れなければいけないのではないかと思う。そもそも、構想に入れるべきかどうかよくわからないので教えていただきたい。

(事務局)

まず、療養病床については慢性期の医療需要推計の中に組みまれており、引き続き、こう



いった形で報告をいただき、調整会議の中でも議論していきたい。療養病床以外の例えば介護老人保健施設や特別養護老人ホームでの訪問診療については、在宅医療等の「等」に含んで需要推計を行っている。

構想では、必要病床数の推計に実際の病床数を近づけていくために大きく3つの施策が立てられており、その2つ目として在宅医療の推進を示している。

(委員)

それであれば、在宅医療に対してももう少し細かなデータが必要であると思うが。

(議長)

結局、国は、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病床以外に、医療を必要とするところが在宅であると考えている。病床以外の医療を在宅と数えただけであって、在宅の数を出せとは言っていない。病床数を出して、それ以外は在宅である、というような統計の仕方をしたいのだと思う。

介護療養病床はどちらに入るのか。

(事務局)

介護療養病床は病床であるので、構想における必要病床数推計の際には、基本的には慢性期の医療需要として推計した上で、一定の目標で在宅医療等に移行するといった発想で、多少削減した上で必要病床数が積まれている。病床機能報告では、多くの病院が慢性期病床として報告いただいていると思う。

(議長)

今、医療療養病床、介護療養病床に関する議論が行われているところである。早い話、療養病床を減らすための方向性を議論しているということなのか。

(事務局)

介護療養病床に関しては平成28年12月20日に方向性がまとまった。参考資料2の8～9ページのとおり、大きく3つの類型が示され、今の介護療養病床の機能強化型A、B相当のものについては残していく方向性である。

(議長)

以前はかなり厳しい言い方だったが、少しマイルドになった。

(事務局)

平成18年の改正で介護療養病床について削減の方向性が示されたところであるが、かなり現実的な方向に話が変わり、大きく3類型が今後の方向性として示されている。1番目は介護療養病床の機能強化型のA、Bに相当するもの、2番目が今の老健施設の機能が少

し強化されたもの、3番目が今の介護サービス付高齢者住宅のようなものに医療を提供するような類型で、介護療養病床から移行しやすくしているもの、といった3類型が示されている。おそらく今年の通常国会において、介護保険法の改正の際に改定が行われると承知している。

(議長)

介護療養病床からこのようなものに変えて医療から外れると、病床数が減ったということになるのか。

(事務局)

法案の全体を見るまでは分からないが、新たな施設類型のⅠは介護療養病床相当であり、おそらく病床ではないかと思う。しかし、Ⅱの老健施設相当のものや、Ⅲの居住スペースに対して外から医療を提供する届出型のものについては、今でも病床として取り扱われていないため、病床から外れると予想している。

(議長)

ほかに御意見ございますか。

例えば、急性期病床を回復期に変更する場合は国からのお金がという話があるが、逆に回復期を急性期にしたいような場合に、補助は考えてないのでしょうか。

(事務局)

現時点で、病床機能報告と必要病床数を比べられる状況にあるのかという疑問はあるものの、明らかに不足しているのは回復機能だろうと思っている。回復期への移転については地域医療介護総合確保基金を活用して支援していきたい。

介護療養病床からの転換についても、何か補助ができないか検討したい。

(議長)

ほかに御意見ございませんか。

この会は、年に1回開催していくのか。

(事務局)

少なくとも年1回は開催したい。来年度も、平成28年度の病床機能報告がまとまった後に開催したいと思う。2回目以降の開催は、議論の状況を見ながら判断したい。

(議長)

よろしいでしょうか。

御質問もないようなので以上で本日の会議を終了したいと思います。長時間にわたり御議論をありがとうございました。