

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 11 月 27 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、見市委員、大原委員、吉野委員、岡田委員、松浦委員、中川委員、白川委員、瀧中委員、大越委員、佐藤委員、窪田委員、木村委員、岸上委員、中野委員、滝口委員、中谷委員、塩田委員、丸岡委員、友枝委員、久保田委員、小河委員、井下委員

【事務局】

星川健康福祉総務課参事、長尾医務国保課長、東副課長、山崎課長補佐、田岡副主幹、小塚長寿社会対策課課長補佐、香川長寿社会対策課長補佐、西山主任  
小倉中讃保健所長、野保次長、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、前田副主幹

【傍聴者】

6 名

- 4 開会  
あいさつ（長尾医務国保課課長）  
新しく就任した委員紹介

5 議題

- (1) 平成 28 年度病床機能報告の結果について

（事務局）

資料 3 について説明

（議長）

平成 28 年度の病床機能報告について、事務局から説明がありましたが、今の説明に対して、御意見や御質問があればお願いします。

（各委員）

意見なし

- (2) 医療機能等の今後の方向性についてのアンケート調査結果について

（事務局）

資料 4 について説明

（議長）

医療機能等の今後の方向性についてのアンケート調査結果について、事務局から説明がありましたが、今の説明に対して、御意見や御質問があればお願いします。

（各委員）

意見なし

- (3) 医療計画及び介護保険事業（支援）計画の整合性の確保について

（事務局）

資料 5 について説明

(議長)

医療計画及び介護保険事業（支援）計画の整合性の確保について、事務局から説明がありました。今の説明に対して、御意見や御質問があればお願いします。

(各委員)

意見なし

(議長)

それでは、一応、議題は以上ですが、参考資料が結構ありますので、参考資料の説明をお聞きいただいた上でご質問という形にします。参考資料の説明をお願いします。

(事務局)

参考資料 1、参考資料 2 - 1、参考資料 2 - 2、参考資料 3、参考資料 4 に基づき説明

(議長)

今、説明があったように、国は真剣に病棟の転換を進めようとしています。この地域医療構想以外にも、公立病院の改革プランや公的医療機関の 2025 プランを作らせて、この会議で調整しようということでもあります。調整会議の進め方も年 4 回開いて議論することを求めており、都道府県の開催状況や議論の状況等を見える化して公表しています。開催回数は、大体 1 回、2 回のところが多いようですが、確かに 4 回開いている地域もございます。最初、この会議を開いた時に言いましたが、最初の数年は、病床機能の転換をこの場で論議するのはやめようという話をしましたし、年に 1 回で良いのではないかとはいえませんが、国は 4 回開けということでもあります。今日、議題が出ましたが、病床機能報告は年 1 回しかないで、それを見て議論するしかなく、年に 1 回で良いのではないかと私は思います。

(委員)

参考資料 2 - 2 の一番最後に厚生労働省の通知があるように、2025 年に向けて病床数を調整するとき、問題なのは、今は各病院からの自己申告に基づくもので、この 3 年間を見てもさしたる大きな動きはなく、これからダラダラと目標に向かっていくのかということでもあります。実は、医療需要にもある程度はマッチしているけれども、病床機能報告の基準があいまいで、それで病床数を報告するとき、例えば、一つ地域包括ケア病棟でも、急性期として報告している病院と、回復期として報告している病院があって、東部構想区域では急性期と報告している病床はゼロですが、西部構想区域では 40% くらいは急性期と報告されています。そこを各病院に今後どういう指導をして、正確に病床機能を把握していくのが大事ではないかと思えます。急性期を減らして回復期を増やさなければならないと言いますが、実は各病院は急性期と報告している病棟のベッドで回復期の患者を診ているということだと思います。それを、この報告の数値だけが先走ってしまうと、実態と違う方向に施策がなされるのが一番いけないことで、県として何か基準を作る考えはあるのでしょうか。そういう基準がなければ、この数値はこの 3 年間と同じように、このまま来年も再来年もあまり変わらずに行ってしまうのではないかと思うが、いかがでしょうか。

(事務局)

病床機能報告にご指摘の課題があることは、ごもっともであります。そこでまずは、2025 年の必要病床数にピッタリを合わせるのを目的とするのではなく、ある程度の幅をもって、ゆるやかな調整ということが大前提になるかと思えます。そのうえで、病床機能報告制度がより正確なものに、実態を反映していくべきであると考えております。今から一定の基準を作って、実態に合わせていく形にもっていかねばなりません。これは香川県だけではなく、全国でも同じように問題意識を持っており、国においても検討しているところです。平成 30 年度の報告からはさらに精緻な基準を設ける方向で検討しているところでもありま

す。先ほど、回復期の病床が著しく少ないという状況には必ずしもないとの国の通知を紹介しましたが、このことは、一定、実態を反映しているものと認識して捉えております。

(委員)

このギャップは、各病院のいろいろな団体が背負っている使命と義務を果たすために、こういう病床が必要であるという思いが片一方であって、一方で、2025年に向けてこういう病床に最後にしなければならないという思いもあります。そこで報告制度の基準がファジーであることから、報告結果の方は自分たちの思いが随分出てきていると思いますが、2025年の必要病床数に向けて、何か基準がなければ、そのまま状況が変わらないことになってしまいます。

(事務局)

おっしゃるとおりだと思います。それに関連した資料があるので、こちらから説明いたします。

(事務局)

参考資料2-1をご覧ください。後ろから2枚目(中ほどに16の数値があるページ)ですが、いわゆる病棟のイメージ、比率を表したものをどう報告すべきかについて、国の考え方が示されたものとなっております。要は比率の多いところで報告すべきということになっております。また、特定入院料の取扱いでは、例えば、救命救急入院料、特定集中治療室管理料は、高度急性期機能であろうと一つの例示を示しています。さらに、これは今年初めて示された資料ですが、入院基本料7対1とか10対1をどのように報告するのが適切であるかということで、ここも混合病棟とかいろんな問題があるので、矢印の方向である程度意図を解釈していただければと思いますが、7対1の病棟であれば、高度急性期か急性期、10対1は急性期か回復期という形で例示されているところです。また、国は、レセプトに病棟コードをふって、レセプトの結果と報告機能とをリンクさせていく精緻化の検討を始めている状況なので、病床機能報告制度も、今後、ギャップを埋めていく作業が進んでいくものと考えております。東部調整会議でも、県の方で一定の基準で、今の報告を、例えば入院基本料で7対1の病床を、全国での標準の報告の比率を使って割り戻してみた機能報告結果を出してみても、どのくらい必要病床数とギャップがあるのかを検討してほしいという意見もありました。来年度以降の調整会議では検討してみたいと考えています。何よりも自己申告なので、こういう会議に参加している方は理解が進んでいくと思いますが、もう少し参加していない地域の先生方に説明すべきではないかとも考えております。

(議長)

委員がおっしゃるのはそのとおりで、この場では、別に病床機能を合わせていくことを考えていません。極端な話、診療機能は診療報酬に関係ないわけであり、急性期を全部慢性期で出していただいて支障がないわけであります。全体の病床数をちゃんとそれに合わせて、例えば最後に個別の病院に回復期で出すよう指導すれば数は合ってくるわけであります。今から、この病床機能ごとに数を合わせていこうという議論をしなくてよいのではないかと思います。これが、機能別に診療報酬が変わるのであれば、病院にとっては大きなことであり、いろいろ考えていかなければならないのですが、将来的に診療報酬がどのように変わっていくのか、早速、来年4月からこの7対1入院基本料が変わりそうですが、診療報酬改定を見ながら変わっていくと思います。おそらく、国が考えていることは、将来においてどうやって医療費を削減するかということです。まず、民間の医療機関は赤字になるとどんどん病床を減らしていくしかないわけであり、まず、民間から減っていくと思います。公的病院・公的病院はある程度赤字でもやっていけるので、機能を変えません。だから、こういう公的病院のプランなどを早く出して転換を図れと言っているというのが私の個人的な見解であります。公的病院も公立病院もずっと赤字のままではなくて、場合によっては医療機能の縮小を

考えてくれということを行っていると思います。

(委員)

参考資料4だが、数値目標が書かれていて、在宅の訪問看護ステーション数で現状が「85」で目標が「100」と書かれています。数年前までは、全国で訪問看護ステーションが少なく、その数が増えているのはよく分かっています。しかし、増えているのは人口密度の高い市であって、実際には、西讃、特に私の勤務している病院がある観音寺市では、何年も前から増えていません。このようにステーション数だけを目標とするのではなく、規模の大きいステーションが機能しているのであって、ステーション数ではなくて、実際には必要などころに訪問できているのかを捉えることを希望しています。

(事務局)

訪問看護ステーション数の目標値は、香川県では訪問看護ステーションの数が伸び悩んでいた時期があり、今も地域的に偏在していることも承知しております。これを解消できるよう推進してきましたが、各方面から意見を伺いながら考えていきたいと思っています。目標値につきましても、過去の経緯から訪問看護ステーションの数で把握しているのであって、ご理解を賜りたいと思います。

(委員)

理解はしますが、上の項目の認知症は、認知症サポート医数などの大変小さな数値目標が出ているわけで、大変重要などころの訪問看護ステーションがステーションの数なのかなと思います。

(事務局)

今後の推進方策につきましては、検討させていただきます。

(議長)

他に、何か委員からご意見、ご質問はありませんか。  
全国の労災病院の中で、公的医療機関2025プランについて話し合いはありますでしょうか。

(委員)

全国の会議の中で話はありますが、労災病院は、地域によってその立ち位置がかなり違います。全国一律の考え方で動けることはないのが現状です。例えば、香川労災病院は、全国からみれば、特殊な病院の形態となります。7対1で400床を運営している病院は、大都市にある労災病院以外では香川労災病院しかないといってもいいと思います。横浜、関西・大阪、名古屋の辺りだと、500床から600床で7対1の急性期をやっているところはありますが、地方では、もちろん地域包括ケア病棟も入れているし、回復期主体の病院も結構あって、全体的には一括りにはできないということで、労働者健康安全機構本部も方針を出していくのにかなり苦労しているのが現状かと思っています。

(議長)

例えば、国立病院機構でそのような話がありますか。

(委員)

国立病院機構では2025プランをもう提出しています。すべての病院からプランを提出することになってはいますが、ただ我々が予想している以上の様々なデータが出てきているようで、提出したプランそのものも若干見直さなければいけないと思っています。

(委員)

今後この調整会議の進め方に関して、単にこういう場で病床数の調整の議論を行うことより、公的病院のプランの中で、どういう役割を果たすかということをお互いに出し合って共有し、それを調整するのが本来の調整会議だと思います。何となく、最終的に病床数を合わすような議論ばかりが進んでいるような気がして、正直、違和感を感じながら、本日も参加をしております。むしろ、それぞれの病院が数を出した、アンケート調査を見るとどの病院も拡張、拡張で、あれもしたい、これもしたいなど、こんな意見ばかりを集めても、調整にはならないと思いますが、いかがでしょうか。

(議長)

先程も言いましたが、数を合わせるのではなくて、他の病院がこういう報告を出しているという内容を見てくださいと、それを持ち帰って、大学病院がこう出しているのであれば、うちはどうかと考えていただきたいと思います。できれば、この調整会議の場で話し合いができればいいのですが、全部の病院が集まっているわけではなく、この場だけで話してもいいのかということもあります。

(委員)

この地域医療構想による国の考えは、少なくとも公立病院は少し遠慮しなさいというか、出しやばるべきではないということでしょうか。

(議長)

出しやばるべきではないというか、公立病院からなるべく病床を考えてくれというものではないかと思います。

(委員)

言い方の問題だが、今、改革プランが全員に共有されていない。それぞれの病院の構想がどうなっているか、オープンになっているのでしょうか。

(事務局)

公的病院の 2025 プランは出揃っておりません。

公立病院・公的病院は、少なくともプランを作る使命があるので、プランが出揃った段階で、地域医療構想との整合性や担うべき医療の質、がんや脳卒中などの役割分担、急性期病床や高度医療機器の配備状況を踏まえた議論は、できると思います。今、公的医療機関等 2025 プランが作成途上でありますのでお示しできておりませんが、出揃った段階で、地域医療構想との整合性を議論していければと考えております。

(議長)

恐らく、国は病床機能はこのようになるので、公的病院は考えてくださいと、実ははっきり言いたいのだと思いますが、私立の病院は、生死にかかわる問題で、真剣に考えているのではないのでしょうか。

(委員)

民間で赤字ではまずいというのがありますが、それはとりあえず置いて、調整会議のメンバーで集まるのはいいですが、この会議以外で誰かがイニシアチブを取るようにして、新たに集まって会議を開催しないと、この会議に集まっていない慢性期・回復期をしているような中小病院を交えた議論ができず、本来の調整ができないのではないのでしょうか。全日本病院協会では、そのような会議をやったらいいのではないかという話が出ております。

(議長)

確かに、病院同志で、お互いにざっくばらんに話をしたいが、おそらく調整会議となると、メンバーは細かく決められております。行政側とか、薬剤師、老人クラブとか様々な立場の方を入れることになっております。調整会議という名前でなくて、その下の部会のような会議があれば、病院同志が集まって話し合いができるのではないかと思います。確かに、年1回これを開いたからどうこうというものではありません。実際的には、もう1回位は、各中小病院まで入れて話し合いがあってもいいのではないかと思います。そういうことも考えるべきでしょうか。

(事務局)

私どもの反省点は、地域医療構想や病床機能報告などの様々な仕組みなどについて、国からの通知はきていますが、地域の各病院等にまで、十分なPRができていないこともあります。こういった場で、できるだけ情報発信をしていきたいと思っておりますし、この場には郡市医師会の先生方も病院の先生方もいらっしゃるので、ぜひ、この場での各種情報を各団体に持ち帰って議論をしていただきたいと考えております。

(議長)

調整会議とは別に、調整会議の下の部会のような形で話し合いの場のようなものを作ってもよろしいのでしょうか。

(事務局)

妨げにはなりません。また、病院や各団体が開催される様々な会に、私どもが出向いて行くことはできます。

(議長)

今、意見がでているので中小病院や有床診療所を含めて、話し合いの場があってもいいのではないかということなので、考えていただきだと思います。よろしいでしょうか。そうでないと、なかなか、実際の話が進まないということでもあります。

他に、ご意見ご質問がありますでしょうか。

(各委員)

意見なし

(議長)

長時間にわたり、ご議論いただきましてありがとうございます。