

東部構想区域地域医療構想調整会議 議事録

1 日 時 平成 30 年 11 月 19 日（月）19 時～20 時 35 分

2 場 所 県社会福祉総合センター 7 階 大会議室

3 出席者

【委員】

久米川委員、神内委員、宮崎委員、濱本委員、溝渕委員、真田委員、元木委員、村井委員、苧坂委員、木下委員、太田委員、和田委員の代理出席者（坂東事務局長）、網谷委員、若林委員、安藤委員、大森委員、厚井委員、蓮井委員、徳田委員、坂東委員、横見瀬委員の代理出席者（白川事務部長）、高田委員、田中委員、間島委員、植田委員、多田委員、大西委員、安富委員

【地域医療構想アドバイザー】 長尾アドバイザー

【事務局】

（健康福祉部）土草次長、星川医療調整監（医務国保課）東課長、尾崎副課長、山崎課長補佐、田岡副主幹（東讚保健福祉事務所）丸山保健所長、笠井次長、佐藤副主幹

1 開 会

星川医療調整監挨拶

2 議 題

（1）平成 29 年度病床機能報告の結果について

（事務局）資料 3 に基づき説明

（議長）

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。

（委員）

2 ページの東部構想区域の病床機能報告の病床数が経年的に減少しているのは、病院の新築に伴って、病床数が削減された影響と考えるとよいのでしょうか。また 6 年後の病床数が増えているのはどういう影響でしょうか。

（事務局）

分析した結果では、病床数が減っているのは、病院の統廃合等で減少している部分があります。また、経過措置ではあるが、介護療養病床が介護医療院等へ移行し始めているのだと思います。6 年後に病床数が戻っているのは、今現在整備中で病床数を落としていた病院が、病床整備が整い稼働するということも含めて増えていると分析しております。

（議長）

これはあくまでも自主報告ですから、データに関してはこれからということもあります。

議題 2 に議論の活性化のための基準の検討というがあるので、それを伺ってからまた御意見等をお願いしたいと思います。

(2) 議論の活性化のための基準について

(事務局) 資料 4 に基づき説明

(議長)

今の説明を踏まえて、委員の方から御質問等ございましたらお願いします。病床機能報告は、各病院、有床診療所の自主的な報告ということで、基準がどこにあるか、なかなか分かっていない。施設規準なのか、医療資源投入量などの医療費なのか、在院日数なのか。回復期と報告する医療機関が少ないので、回復期はこういうものという定義だけではなく、佐賀県方式は在院日数 22 日で分けると、こうなるということであるが、在院日数だけで判断するのは非常に危険な感じもします。まあ一つの参考として示したということだと思います。では御意見をお願いします。

(委員)

佐賀県方式の考え方は、病棟の中に一般急性期とリハビリ病床と混在しているようなところは、病棟単位で計算して、全体として回復期というような方式なのでしょうか。

(事務局)

資料 4 の別添 2 8 ページの下段①の補正の考え方ですが、佐賀県方式は、病棟 A の中に 100 床、病床があったとして、その内の 30 床が病床単位で施設基準がとれる地域包括ケア入院管理料を算定した時に、その病床数だけを補正するというような考え方で、病床単位での数え方になります。

加えて平均在棟日数により、③の考え方で、病棟単位で別にカウントしています。資料 4 別添 3 を御覧いただきますと、在棟日数の補正の数と地域包括ケア入院医療管理料は別の数字としてカウントさせていただいております。

(議長)

当然、病棟の中では、急性期機能をやっている病床もあれば回復期機能という病床もあるわけで、病床単位で出せば精緻な数になると思いますが、病棟単位で出せと言われてるので、さてどっちで出したらいいかということ、言われているのではないかと思います。病棟単位では無理があると思います。大きな総合病院であれば、ある程度、切り分けたり機能別に患者さんを集めたりできるかもしれませんが、2 病棟、3 病棟しかないような病院では難しいということではないかと思います。

(委員)

急性期として対応した患者の場合、平均在院日数が、11 日から 12 日というようなことでやっているケースが多い。医療資源の投入量を考えると 11 日 12 日のうちの最後の数日間は医療資源

の投入量を考えれば、いわゆる回復期に相当するかもしれません。医療資源投入量を考えて、そういう方を最後の数日間、それがために別病棟に移すかということになると、極めて非現実的です。入院の最後の数日間は、回復期に相当する患者を実際にはそのまま急性期病床で診る場合が多いということを念頭に置いて議論しないといけないと思います。

(議長)

そのとおり。ただ、例えば病床 50 床のうち、そういう患者が 20 床だけで、後の 30 床はほとんど回復期だという場合に、おそらく病棟としては回復期に出していただければどうかということだろうと思います。

(委員)

今日の説明でもありましたように、地域包括ケア病床については、急性期で届け出ても回復期で届け出てもいいのだと思いますが、佐賀県方式の場合には、地域包括ケア病床については何となく回復期病床というニュアンスが強いようで、少しかみ合わないという感じがします。回復期に近い急性期病棟で、例えば地域包括ケア病棟でも平均在院日数が 22 日を超える地域包括ケア病棟は回復期としてカウントしようというような解釈も可能だと思いますが、地域包括ケア病棟をどういう風に考えるかということに整合性が取れない気がします。

(議長)

おそらく地域包括ケア病棟に関しては、急性期で出すのも可能だということはと思いますが、回復期病床が少なくて困っている状況の中、なるべく回復期病床で出してくれということ、暗に示しているということではないかと思います。自主報告ですから、一つの提案としてこういう基準もありますよ、ということだと思います。

(事務局)

議長のおっしゃるとおりでございまして、定量的な基準を地域の実情に応じて都道府県で定めてくださいという国の通知を受けて、県庁内でも議論したが、しきい値をどこに置いたとしても、それはあくまで病床機能報告結果をどこかのしきい値で補正すれば、より現況との乖離を補正できるかという議論にしかたどりつかない。そういう基準であるので、その基準を香川県の特徴で定めるというのもなかなか難しい中で、佐賀県の事例は地域性というよりも、平均在院日数という一定しきい値の中で考えられているものなので、それに香川県のデータを当てはめた時にこうなりますという参考値としてお示しさせていただきました。これをどうこうというのはないわけですが、我々としては、一番大事な必要病床数がレセプトデータに基づいて推計したデータで疾病構造とか人口構造とかが大きく変化しない限りはこうなるというのは、かなり確からしい数字だと考えているので、ここに向かっていくかどうかを、この場で共有することが大事だと考えているところです。

(議長)

これはあくまでも自主報告であり、診療報酬には関係しないということですから、別に何を報告してもいいということだと思いますが、将来的に療養病床が介護施設に転換していくでしょうし、全国的には医療法の病床は放っておいても少なくなりそうですし、回復期病床の数を合わせろというなら、有床診療所の先生のところに戻り回復期病床で報告してもらえませんかとお願ひすれば数が合うと思いますが、国は調整会議である程度目安をつけろと言っております。今日は、長尾アドバイザーに来ていただいておりますが、国の方針として、この調整会議でどういうことを決めろと言われているのでしょうか。

(地域医療構想アドバイザー)

8月末だったと思うが、全国都道府県の地域医療構想アドバイザーを集めた医療政策の指導的な会議がありました。そこで感じたのは、厚労省は高度急性期、急性期などの病床数を将来に渡って各県から相当しっかりした数字を把握したいというような方針です。佐賀県の例がありましたが、あくまで算出の方法であって、急性期病床、回復期病床が混在しているというのは事実であります。これが強制的にどうこうというのではなく、自然の流れとしてこれから患者が減ります。そうすると公的病院、私的病院、有床診療所など仲間に入れて、病床の機能分化などについて話し合うことなどが必要だろうということでもあります。その基礎として数字を共有する場を作るといというのが厚労省の考えです。ですからこれでなければいけないということではなくて、将来的に数字が変わってくると思います

今回、厚労省のワーキングに出席しましたが、国は地域医療構想調整会議を（年に4回も開催するなど）相当本気で推し進めようとしているのが、ありありと分かりました。私としては、この場で国の情報を共有したいと思っております。

(議長)

国は、この地域医療構想については、結構本気で、こうするのだと決めています。調整会議を重要な県の会議と位置付けていて、この会議と医療審議会の2つで国の方針を決めていくのだということですので、この会議はある程度、方針を決めて、強制力をもっと持たせようというようなこともあるようです。私としては、皆様方が、各病院の方針が数で出てきますからそういうのを御覧になって、あくまでも自主的に、将来の医療の需要がこうなるということをお頭に置いていただき、あくまでも自主的に方針を考えていただきたいと思っております。先程、長尾先生が言われましたように、将来、患者の数は減ってきますし、国が言うような形になるのではないかと思います。国は在宅を推し進めようとしていますし、医療関係の病床の一部は介護関係に持っていくという方針もあるので、自ずから、医療病床は減るだろうなと思っております。後は機能分化ということですが、皆様とこういう会議の中でいろいろ話し合いができればいいと思っております。

(委員)

今後の話であります。資料3の2ページのところで、東部構想区域では、平成37年の段階で5,251の必要病床にする。高度急性期では平成26年から比べると400程度減らす。急性期に関しても1,400くらい減らす。回復期は、1,100くらい増やす。慢性期をマイナス400という数字が

出ております。これは人口減でマイナス 400 という数字が出ているわけではなく、慢性期の病院があるいは病床が廃床していくということでしょうか。

(事務局)

慢性期に関しては、資料4の別添1と書いてある5ページを御覧いただきますと、①から⑤に関して推計の考え方があり、その②の療養病床の入院患者数は医療資源投入量とは異なる考え方で、医療区分1の患者数の7割は、将来、在宅医療等で対応する患者数として推計しています。要は、この部分は病床で対応する患者ではなく、在宅医療等というのは介護施設、在宅で、地域で介護の受け皿を作ってそこで対応していくべき患者として、その分（医療区分1の7割の人数分）の病床は、必要ではなくなるということでございます。

(委員)

直接病院が、今の療養病床を減らすというのではなく、地域の福祉施設が介護病床を増やすことで医療病床は減った。介護病床は増えるということでしょうか。

(事務局)

そういうことになります。その一つが介護医療院への転換というものが大きな要素となります。

(委員)

介護病床がそれぐらい簡単に増えるとは思えないが、特別な手当などが発生するのでしょうか。介護病床を増築するなり、改築することで、療養病床を介護医療院にすることで何らかのアドバンテージが働いているわけですね。

(事務局)

そうなります。介護医療院への転換については、補助金で誘導する財政支援の制度があるので、そういうものを通じてということになります。

(委員)

実際のところ、何年かの経過の中で、現実、かなり見込めるものでしょうか。

(事務局)

介護医療院の制度が、今年度からスタートしているが、徐々にケースとしては出ています。医療療養病床をそのまま介護医療院に転換するケースがぽつぽつ出始めています。

(委員)

結局、慢性期病床の転換ですね。

(事務局)

そういうことになります。

(委員)

回復期病床を増やさないといけないという議論が、最初からあるわけですが、回復期の病床なのか回復期にある患者さんなのかという話ですが、今の医療の中で、急性期の医療が行われていて、平均在院日数 11 日で病院というのは、急性期が終わったら退院される病院だと思いますが、平均在院日数 16、17 日とかの患者は回復期病棟に当然長くいる。一般急性期病棟の患者でも 17 日 18 日ぐらいで、その間ずっと急性期の医療をやっているかという、在宅復帰までに初期の治療は一週間ぐらいで終わって、10 日ぐらいかけて在宅復帰調整をしております。この患者さんはどういう扱いになるのか。結局のところ、急性期と慢性期のどちらの患者なのか。

(事務局)

この場での議論は、病床がどういう機能なのかという議論ですので、委員のおっしゃった通りで、患者の状態像からすると、その病床にいる患者さんの状態も変化している中で、同じ病床で対応しているということだと思います。

(委員)

そうすると、結局、私が言いたいのは、あくまで急性期、回復期、慢性期とっているのは後からの統計解析であって、目の前の患者さんに向かって、未来に向かって、この人これから回復期なのよというのではないわけですね。そうなるところでベッドの数を議論して決めるよりも、先月はこういう状況でしたとか、それが例えば回復期が減りつつあるとか慢性期が増えつつあるとか、そういうような議論の方がいいのではないのでしょうか。目標設定してこれに向かっていきましょうと言われても、具体的に各病院はどうアクションとっていいか分かりません。目標設定ではなくて、過去の解析の中でこちらの機能を充実しましょう、という議論の方がわかりやすいのではないかと思います。回復期をどう設定するか、回復期を 600 点で分けるのがどうなのかというのは、今だに私にもわかりません。ただ、これは国がその議論に基づいてやってくるのでしょうから、東部構想区域の中では、例えばこの時期にいる患者さんはこれぐらいの比率でこの半年間は推移しましたとかいう方向で、ついては、急性期を減らして回復期を増やさないといけないのであれば、場合によっては早く退院させている病院の場合には、少し長めにおいて回復期を作らなくてはいけないのかもしれない。そういう調整の方が、実際にベッドをいくら減らせという話よりも、より実際的ではないかと思えます。あくまでも提案ですが。

(事務局)

御提案ありがとうございます。今の足元の医療の状態がどうなっているかを正しく分析するためには委員のおっしゃるようなことも必要かもしれませんし、あるいは別の方法での把握の仕方もあるかもしれません。今の患者の状態像の方からアプローチしていくとなった時に、それをどういうふうに把握するかというところは、今そういうものを報告いただいているデータがないので、例えばそういうものをやるとなると新たに医療機関の方々にデータを出していただかないといけなくなるということもあると思うので、どこまで突き詰めて現状の正確な状況を把握していくかというところでは、濃淡があると思っております。

病床機能報告のしくみだけで、あるいは、今お示ししている佐賀県方式のしくみだけではなか

なか難しいのかなというのも事務局としては感じているところではありますので、委員の御提案のような形で徹底的にやるとなると医療機関に非常に負担になるということもあるので、今は我々事務局の中だけで考えておりますが、県の方で、病床機能報告とは別でアンケートで簡単にこういう報告は正確にやってくださいねというようなことを含め、もう少し検討したいと思っております。

(議長)

委員のおっしゃるとおりなのでしょうけれども、例えば、委員の病院の方でそうするように頑張っていると在院日数 18 日 19 日ぐらいでやって、その後、患者さんが減ってきてそうすると空床がどんどんできるという形になった時、病院の経営を考えると、病棟自体を急性期から慢性期に施設規準を落として、在院日数を長くする方が、結局、経営上プラスになるという考え方もあると思います。

その辺りの将来を見据えてどんな病床機能にしていくかということではないかと思えます。結局、患者さんは今どんどん減りつつあるわけですから、頑張っていると在院日数を減らしていても、空床が増えていく形になるかもしれない。そうなった時にベッド機能を決めていくというのもありかなと思います。

(委員)

先ほどのお話しとも関連するが、最初の 1 点は、慢性期をもっと減らすのかということです。病床機能の医療需要は医療機関のことしか書いていない。しかも、必要病床数を推計する際に、在宅医療に移行するものとして医療区分 1 の 7 割を減らしている。医療機関以外の在宅医療あるいは医療ではない介護の方に病床が移行するので病床機能としては減りますよということを、このグラフの下につけるとよく分かると思います。

もう一つは 2025 年の病床数はかなり確からしい数字ではあると思いますが、少なくとも今のよう病棟単位で病床機能報告をやっている限りは絶対数字は合わない。ただ、結果をみるとそんなにズレてないと思います。ちょっと乱暴ですけど、2 倍もズレてなければ十分あっていると考えてもいいのでは、とも感じます。逆に言うと、現在、急性期病床が佐賀県方式の補正を入れても 3,000 床ちょっと、2025 年の医療需要は 1,853 床しかない。そうするとどうなるかという、回復期の患者さんを急性期病棟でみるということになります。それは、できる病院がやればいいし、そうでなければ医療の効率ということから考え、看護配置等を見直して、今、急性期でやっているのを回復期の病棟に自主的に転換していくであろうということです。そういう目でみると香川県は十分よくできています。議長がよく言われるが、特にこの会議で調整しなくても、この医療需要を片目でみながら自分の病院はどうしていくかというのを各医療機関が考えるしかなくて、多少補正をしても、少なくともこの会議ではこれ以上精度は上がらない。ですから、このぐらいでこの会議としては十分ではないかなと思ったりしております。県とすると厚労省の立場もあるので、もうちょっと数字を合わせたいというのであれば言ってください。佐賀県方式ですとか、急性期医療を提供していない急性期など、そういうのを少しずつ補正していった数字を合わせて報告する。実際中身を見てみるとちょっと違うよねという、我々も、ちょっと見ただけでも違うのがわかるので、そのあたりをもう少し御指導していただいて数字を近づける必要が

あるなら近づける必要がある。今現実の医療としては、もうこれ以上いじる必要はないかなと思ったりしています。

(事務局)

2点ありまして、慢性期の減る部分が在宅医療にも移行することが分かるような見せ方のできる資料にしていきたいと思います。

今、御指摘いただいた定量的な基準の話は、国に定量的に地域で定めた基準を報告、あるいは補正した結果がどうであったかについては国からは求められていません。今日のテーマとしては議題3、医療機関の具体的な対応方針のところの説明させていただきますが、そちらが進捗しているかどうかということをお知らせし、と求められています。したがって、先ほど委員から御指摘いただいたように、一旦は、佐賀県方式のものに当てはめてみたらこうなったので、県としては参考資料として出させてもらったが、これ以上の定量的基準の検討をやるのか、やらないのかということについて、今の時点では、我々としてまた別の基準も検討して、再度お示しするという事は考えておりません。

(議長)

香川県においては、小豆島は別だが、東部と西部に関しては合併して大きな区域になったので、余り誤差が出なくなったのではないかなと思います。県の方は、国から、この会議を年4回開け、それでその成果を報告し、その報告に関して評価をするぞ、その評価に対して県にどれぐらい金を出すというところまで言われているようなので同情もしております。この会議の成果を国に報告しないとイケない立場が県にありまして、報告しないと県に金がおりてこないみたいなので、県は何とか少しでも成果を出しておきたいと思っております。

(3) 医療機関の具体的な対応方針について

(事務局) 資料5、参考資料2に基づき説明

(議長)

只今の説明につきまして、委員の方から御発言をお願いします。この前の会で香川大学医学部附属病院が全て高度急性期587床にするということに違和感があるという意見が出たと思いますが、これは今から治療方針が変わるというのではなく、医療資源投入量から出した結果、こうしたということですかね。

(委員)

他大学の例を参考に作ったのですが、この会議で直していく方針です。とりあえず院内ではそういう方向で作っております。

(議長)

特に全て病棟機能を変更するというのではなく、供給量から出したということですね。そうな

ると高度急性期の数が減る方向になるかもしれませんね。ということでございますので、それを踏まえて皆さん方から御意見を申し上げます。これは各病院がこういう報告を出したので、それに対してどうこうというのはないとは思いますが、県としては、このあたりを報告していくということになります。各病院がこういう風になるだろうと思っているということでございますので、これを踏まえて各病院も考えていただいて次の方針の参考にさせていただけたらと思います。

(事務局)

補足させていただいてよろしいでしょうか。今回は、東部の公立・公的医療機関で、ここに掲載させていただいている病院さんから出てきたプランについて、こういう形でこの場で共有させていただくというのが本会議の第一の目的であります。それから、今ご説明させていただいた資料5の2ページの下にある5つの病院に関しては、現時点において今の機能をこういうふうに変えていこうという方向性があります。その中で、その方向性が地域医療構想でいう東部構想区域の方向性に今の時点では合致しているのではないかと、ということをお場で確認させていただいたかったということでございます。それ以外の病院はどうなのかという話だと思いますが、「プランによる影響」のところ「現時点ではプランによる変更なし」というところは、県の方も、これまでに病床を減らしてきたり、ダウンサイジングした上での現状値と将来の方向なので、変更なしということで報告していただいていることも重々承知しているところです。しかし、今後またいろんなニーズの変化、病院経営上の諸事情の変化によって、このプランを変更される時には、変更の報告をこういう場で共有していただいて、引き続き議論していく対象なのかなとも思っております。現時点で、今の機能から変更していこうとする機能の病床数については、国にはその都度、報告していくこととなりますし、今回が最後ではなくて引き続きそういうものをフォローしていきながら、状況が変わるごとに国への報告を我々としてはしていきたいと考えているところです。

(議長)

別に変更なしだからと言ってペナルティはないということですね。国に毎年報告しないといけないので、できればボチボチ変えていただいた方が成果を発表しやすいということもあるでしょうから、同時に変えない方がいいということですね。

(委員)

プランに沿った方向の方がいいということになると、急性期を減らす方が安全な動きということであり、うちの職員にもいろんな意見があって、最初から急性期を多めにとってもいいのではないかという話があったが、そんな馬鹿なことはないだろうということで今現状の病棟全てが急性期だろうということで出しています。病床機能報告に出したことが足かせとなって将来の病棟の転換等に不具合が生じないように御配慮をお願いしたい。

(議長)

これに強制力はないと思っておりますが、有床診療所などで、明らかにどうかなという報告を出している所もありますので、それに関して、ボチボチ変えていただこうと考えております。

(事務局)

今後、患者が減って来る中、今の病床機能報告での数値を大分押し下げていかないと、必要病床数にあっていかないというの厳然として存在しています。その中で国から言われている一つの要素として、休棟中の病棟に関して、将来、休棟中を減床させる方向性なのか、それとも将来に渡って人を確保した上でどういう機能で維持しようとするのかということも、この調整会議で議論するようにと。それはあくまで全て減床させないといけないということではなく、地域の中での医療機能を考えた時に、休棟中の病棟もこの機能でやっていくことが地域のニーズにあっているというようなことも議論した上で、それはそうだろうという意見になれば、それはそれで認められる話ですので、そういう議論をしましょうということになっております。資料3ページ以降の各病院さんに作っていただいたシートの方では、非稼働病棟の今後の方向性、構想との整合性の確保というところで、休棟をもっていらっしゃる病院さんにも書いていただいております。例えば、県立中央病院さんですと5ページのところで、③の非稼働病棟の今後の方向性のところで、休床が13床あるが来年10月頃に看護師の確保を図って緩和ケア病棟として必要なニーズとしてやるということを書いていただいております。これはこれで、県としても緩和ケア病棟のニーズがある中での対応として考えておりますので、この方向でいいと思っているのですが、こういったものを共有したという形に今回させていただきたくてこの資料を添付させていただいております。

(委員)

最初から言いますと旧病院から新病院に移転する時に病床数を減らしております。当初最初から緩和病棟をオープンする予定で設計しておりましたが、看護職員等の都合でまだオープンできておりません。来年度には13床、合計15床で急性期の緩和病棟をオープンする予定で、これは当然、香川県、高松市には需要があると思っているので、そういう方針でやらせていただくということですが、

(議長)

国は過剰病床区域において、病床が増えることを極端に嫌っておりまして、過剰病床区域で休床のところをまた新たに始める時はこの場で討論しろということを求めているみたいですので、今そういう議論になったのだと思います。予定をしておりました本日の議題は以上でございますが、折角の機会ですので何か他に御意見ございましたら、どうぞ。

(各委員)

特になし。

(議長)

以上で会議を終了したいと思います。

本日は、長時間にわたりありがとうございました。