

平成29年10月17日（火）午後7時から
美摩保健所 会議室

1. 議事

資料に従い事務局から説明（省略）

2. 質疑等概要

■議題3「平成28年度病床機能報告の結果」について

<A委員>

- ・ 資料2の9シート、10シートなどの情報を医療機関に周知しているのか。
- ・ 厚生労働省の考え方や日本医師会では回復期が足りないとは思わない、足りているのではないかとされているがどうか。

<事務局>

- ・ 病床機能報告については、各医療機関に直接、国から周知されていると思うが、県としてはこの調整会議で改めてお示ししたところであり、今回の調整会議に来ていただいた方々に改めて周知していただきたいと考えている。
- ・ 回復期の病床が実は足りているのではないかという事については、国から回復期についての考え方が詳しく示されたところであり、これらを踏まえて、病床機能報告で精緻に報告してもらうのが重要であると思っている。この皆様から報告いただいたデータに基づいて調整会議などで議論していただけたらと考えている。

<A委員>

- ・ 資料においては稼働していない病床数を示しているが、稼働していない病棟の現状を教えていただきたい。

<事務局>

- ・ 資料においては、あくまでも病床機能報告において、許可病床から稼働病床を引いた結果として非稼働病床を病床数で示したものであり、病棟単位ではない。病棟単位で言うと、西部では1病院、4診療所を把握している。

<B委員>

- ・ 今までは病棟単位で診療報酬を決めているが、これと病床数の機能の問題との結びつけは、来年の3月の診療報酬の改定が出てこない、現場にとっては非常に解りにくいと思うが、A委員の見解をお聞かせいただきたい。
- ・ 1看護単位、50床～60床で採算がとれるような人員配置、看護配置がそれぞれ決められてくる。例えば、30床のところ看護師の夜勤体制が組めるかと言えば組むのが難しい。今後の姿が見えてこないことには、人員構想等が描けないと思う。

< A 委員 >

- ・ 72時間というのはいろんな意味で緩和されてきているが、以上までということになっていると思う。72時間は変わらないと思うが、みなしが変わってくると思う。ただ、病棟単位が変わるということはないと思う。

普通、2病棟あったとして、今の医療法上は詰所が二つあれば、50床を25と25に分ける事はできる。その形で、一つの中に13対1と介護が可能にはなってくる。

< B 委員 >

- ・ その場合には、内部の構造を変更する必要があるのではないのか。

< A 委員 >

- ・ m²の問題があるので、現在6.3m²という問題があるが、移行型であれば将来、介護にするのであれば8m²になるが、今のところ経過措置がある。

< B 委員 >

- ・ 一般病床の所は基準が細かく決められてきて、それを達成してきた。しかし、回復期に移行する場合に、その姿が見えてこない移行の決定はできない。

< A 委員 >

- ・ 回復期の意味が、地域包括ケアであったり、一般病棟の中で「急性期病院から受けて在宅に持って行く」10対1の病棟は回復期になる。

このため、今までの施設基準等が変わることはない。回復期リハの13対1とは意味が異なる。

- ・ 今回の厚生労働省の通知では「10対1」や「13対1」の一般病床が実は回復期になるが、医療法上の施設基準は変わらない。

つまり、病床機能報告と地域医療構想は違うし、厚生労働省の考え方では、医療保険制度の回復期リハの点数を請求しているところだけが回復期ではなく、一般病床の10対1でも回復期となる。ただ、点数の請求の仕方は10対1となる。

< B 委員 >

- ・ その点は理解できる。ただ、10対1や13対1が移行するときの配置基準、施設基準等が示されていないように思うが。

< A 委員 >

- ・ それは変わらないと思う。例えば、「13対1」で患者さんを診ながら診療報酬も「13対1」で請求して、病床機能報告上は回復期として報告する形は問題ない。回復期として報告したから何か変わるのかといたら、診療報酬の請求も含め、何も変わらない。

<C委員>

- ・ 全国の大学病院は全て高度急性期で報告しているが、実際にはミックスになっている。大学病院でどのようにするか検討しているが、今後の報告は高度急性期と急性期が半々になるのではないかと思う。
- ・ 西部では高度急性期が10床となっているが、ICUだけではなく、救急の患者に対して集中して医療資源を投入した場合には、高度急性期という考え方であればもう少し増えるのではないか。

<D委員>

- ・ 将来の報告で、西部の高度急性期を埋めるのは三好病院しかないと思うので、ある程度は病棟単位で報告させていただく形になると思う。
- ・ また、リハビリが西部圏域の三好に不足しているのは明らかであり、三好市医師会と協議をしているので、将来的にはその方向で転換することになるだろうと考えている。

■議題4 公的医療機関等2025プランについて

<E委員>

- ・ 高度急性期・急性期・回復期・慢性期を決める基準があるのかどうか。
- ・ 急性期の病院が患者に退院を促すときに、受入れ側が十分でなかったときにどうするのか。また、大きな病院は病棟単位で複数の機能を持たすことができるが、60床以下の小さな病院は、慢性期や回復期を担っていたときに急変した患者を受け入れてくれる病院があるのか、など不安を感じる。もう少し議論をすべき問題があると考えているがどうか。
- ・ 60床の内、30床はある程度急性期的な部分も担う、残りの30床は慢性期・回復期を担うというミックスした部分を小さな病院、特に田舎の病院に認めていくのかどうか。融通性により柔軟性を持たせる形を模索していく必要がある。

<事務局>

- ・ 計画策定にあたっての調整会議でも、当初からこういった部分がポイントとなっていた。今日の会議でもA委員やC委員から説明をいただいた所だと考えている。実際に、地域医療構想自体が「2025年の人口推計」に対して、どのような受療、どのようなフェーズでおられるかといった事に対して策定されたものである。

資料2の8シートに「病床機能の選択に当たっての考え方の整理」を示しているが、主に急性を担っている病院であっても「主に急性期」の患者がいるのであって、「回復期」や「慢性期」の患者もいる。病棟単位で病床機能報告をしていただいているので、こういう場合は「急性期」として報告していただくこととなる。

病棟単位での「病床機能報告」と病床単位での「地域医療構想における推計必要病床数」を直接比較するのは無理があるというのは当初から出てきている話である。このため、「病床機能の実態調査」を昨年度の調整会議で提案し、医師会にも相談させていただいたところだが、なかなか難しい所があって実施できず申し訳なく思っているところ。

ただ、徳島大学病院や県立三好病院においては、DPCのデータを活用して独自の方法で実態把握をしているとのことである。ただ、方法の標準化ができていない

ので、他県に問い合わせたりしているが、厚生労働省が「病床機能報告」のフレームで精緻化、定量化を目指していることもあり、現状では具体的な方策は出てきていない。今後、各委員から御提案等をいただければと考えている。

< E 委員 >

- ・ 協議をしているのは医療の機能分化の話であるが、介護保険や在宅の機能をどう果たすか評価するかで、数字や役割が変わってくる。高度急性期、急性期は分かり易いが、その後の部分は介護保険・在宅が影響するので数字も変わってくる。

< 議長 >

- ・ 地域医療構想の推計必要病床数の推計方法であるが、例えば、慢性期においては NDB レセプトデータによる療養病床の入院患者数のうち、医療区分 1 の患者の 70% が入院ではなく在宅等とする考え方、あるいは、診療報酬上の 175 点未満についても在宅等と見なすという考え方が入っている。この部分を、このまま慢性期の病床で診ていくのか、新たに福祉関係の施設を作っていくのか、あるいは在宅で診るのかというのが、この圏域での一番大きな協議になる部分ではないかと考える。
当然、介護関係の施設であれば市町村でどのように構えるのかという話もあるし、各先生方が自分の病床をどのように考えるのかという話もある。

< E 委員 >

- ・ ここでする話でないかもしれないが、介護医療院や終末期医療のあり方の認識が変わって形が変わると思う。

< F 委員 >

- ・ 西部は、美馬市、つるぎ町、東みよし町、三好市から構成されているが、それぞれの市町に対して、県立三好病院、三野病院、半田病院がそれぞれ救急や災害を担当されているが、美馬市は自治体病院がないため、2次救急はハウエツ病院等が担当している。ハウエツ病院は小さい病院なので職員が目一杯頑張って救急の受け入れを行っているが、満床で受け入れられず他の県域に行く方も多々ある。
ただ、今から設備を増やしても医師、看護師などが集まらない。2次救急を行っている民間病院を将来、どのように位置づけ、考えるのかをお伺いしたい。

< 事務局 >

- ・ 西部の2次救急については、限られた病院、病床、数少ない医療従事者で行っていただいているのは非常にありがたく思っている。2次救急については、西部圏域においてどのように担っていくかについて協議を行うこととなる。ただ、それぞれにおいては、市町村単位等での議論も当然必要となってくると思う。また、在宅については小学校区域単位での議論になるのも多いと思う。
限られた医療資源で行っている2次救急を市町村単位で協議するのは非常に難しいので、今後、2次救急については市町村単位というのではなく少なくとも保健所単位で皆様と協議をしていけたらと考えているのでよろしく願います。
- ・ なお、基金の区分3は「医療従事者の養成確保」であり、これを活用した地域医療支援センターや地域枠の事業により、皆様と共に「人」を育てる体制を目指していきたいと考えている。

<B委員>

- ・ この11年の間に三好市医師会では3つの病院が閉鎖、有床診療所は7つが無償もしくは閉鎖になっている。病院や有床診療所が減っており、三好病院や半田病院が救急を受けてもその後の受け皿がない。そのことを御理解の上で話を進めていただきたい。

<議長>

- ・ 次回、西部県域として、県立三好病院、三野病院、半田病院から発表していただくがよろしいでしょうか。

(異議はなし。)

■議題5 地域医療構想調整会議における協議の取扱いについて

<議長>

- ・ 地域医療構想調整会議運営要領(案)やワーキンググループの基本方針について、御意見はございませんか。よろしいでしょうか。

(意見・異議共になし。)

■議題6 その他

<E委員>

- ・ 住民の方への広報はどのようにするのか。地域医療構想の意味や今後どのように進んでいくのかを周知しておく必要があるのではないかと。例えば、市町村の広報などを活用してはどうか。

<事務局>

- ・ 調整会議においては、地域医療が今後どうなっていくのかという地域住民の方々にとって非常に重要な事を協議していただいていると考えている。このため、これまでの議事録はHP上で公開している。今後、御意見を踏まえていろんな機会、媒体を通じて周知できるようにと考えている。

<B委員>

- ・ 地域医療介護総合確保基金において人的な補充を行える事業はないのか。

<事務局>

- ・ 地域医療介護総合確保基金における区分3の「医療従事者の養成確保」を活用をして、有効な事業を行っていきたい。実際に、修学資金の一部や地域医療支援センターの経費についても基金を活用している。

ただ、国から区分3の事業については厳しい意見も言われている。何回研修をした、何人が参加したという「アウトプット評価」はされているが「アウトカム評価」が無いので、質の向上や医師の確保につながっていないのではという意見もあり、同じような事業を提案しても厚生労働省で採用されないという可能性が出てきているとも聞いている。こうした面を踏まえて、次の事業提案をお願いしたい。