

## 平成28年度印旛地域保健医療連携・地域医療構想調整会議 開催結果

- 1 日時 平成28年9月7日（水）午後6時から7時45分まで
- 2 場所 印旛合同庁舎 2階大会議室
- 3 出席者  
構成員（総数23名中22名出席）  
遠山委員、藤崎委員、田中委員、江本委員、石毛委員、佐藤委員、  
高木委員、吉岡委員、川野委員、鵜山委員、杉戸委員、加藤委員代理  
脇田氏、長尾委員代理 吉田氏、小泉委員代理 五十嵐氏、蕨委員代理  
花島氏、佐渡委員代理 植草氏、北村委員代理 石井氏、板倉委員代理  
酒井氏、伊澤委員代理 黒澤氏、相川委員代理 梶山氏、小坂委員代理  
河島氏、岡田委員代理 埜寄氏
- 4 会議次第
  - (1) 開会
  - (2) 会長あいさつ
  - (3) 議事
    - 1) 地域における医療提供体制の現状と課題について
      - ア 地域保健医療連携・地域医療構想調整会議について
      - イ 病床機能報告について
      - ウ 地域における医療提供体制の現状と課題・今後の取組について
    - 2) その他
  - (4) 閉会
- 5 議事概要
  - (1) 地域における医療提供体制の現状と課題について
    - ア 地域保健医療連携・地域医療構想調整会議について
      - 事務局説明  
資料1にて説明
      - 主な意見及び質疑

(質問)

出席者について、急性期の病院ばかりで、回復期・慢性期がないがこのメ

ンバーでよいのか。

2 ページの医療機能別必要病床数の算定根拠・式はどのようなものか。県の会議でも問題となった。

入院受療率は低下しているとの研究もあるが、人口からはじき出しただけなのか。

(回答)

構成員については、メンバーは25名以内ということになっており、構成員の病院にお願いしたのは、前回までの地域医療連携会議に出席していることからである。今回から全病院に開催案内を出しており、前回まではオブザーバーという形だったが、今回は構成員以外の病院関係者にも質問・意見を出してもらえればと思っている。

必要病床数については、研究のデータではなく、2013年度の受療率を2025年の性年齢階級別の推計人口に掛け合わせている。

資料の10ページの上のところに推計の考え方を記載している。

(質問)

DPCは回復リハビリテーション病床とか慢性期病床は出していないと思うが、すると根拠がおかしくなる。受療率はどうか。

(回答)

NDBのデータを使っている。受療率については2013年度の受療率をそのまま用いている。病床稼働率は国の定めた推計値を用いている。

(質問)

必要病床数と比較しているのは許可病床数で、実働の病床数ではないということか。

病床閉鎖している病院もある。例えば300床しか稼働していない病院で、許可は400床あると、400床として余っているという判定になるのか。

(回答)

必要病床数との差については、病床機能報告で休床もカウントした報告をもらっており、その差になっている。

(質問)

病床機能報告について、27年に出来た2つの病院が入っていないということか。今後出来る、リハビリテーション病院100床と新病院の600床これも入っていないということか。数がかなり違ってくるが。

(回答)

資料にない病院は入っていない。病院が増えてくれば、状況は変わってくる。それで毎年こういった会議が開かれる。

## イ 病床機能報告について

### ○事務局説明

資料2にて説明

### ○主な意見及び質疑

(質問)

病院機能についてはあくまで報告ということだが、例えば6年後はすべて高度急性期というところもあるが、確認等しないで報告のままということか。

(回答)

個々に必要に応じて確認はしている。その病院について確認したかどうか把握していない。

(質問)

すべて高度急性期というのはどうなのかと思う。

回復期リハビリテーション病棟についても、新規に開設したところが全然入っていないので、それだけで200床変わってくる。

この数字では1,400不足になっているが、実際、回復期リハビリテーション病棟では結構空床がある。それでもこれだけ足りないということか。

(回答)

今回のデータは2025年の数字だということで、今後増えていくのか、減っていくのかという話となる。現在、回復期病床を開所していることは見込みがあるということかと思うが、空床もあるということから、これは連携で補うことができるのか違うのか、そういうことも病院の関係者の中で、会議の場で発言いただけるとありがたいと思っている。

(質問)

病院を新築する場合とか増床する場合は、今までは医師会の意見書と行政の意見書だけだったが、今後は調整会議の意見も医療審議会に上げて決定されると聞いたがそういう制度になるのか。

(回答)

病床を配分する医療圏が今回3か所あるが、そこでの話と思う。

千葉と東葛南部・東葛北部では、基準病床数が変わり、新たに病院等開くことができるので募集をしている。募集に当たり、調整会議で意見を総括的に聞くこととしている。

(質問)

そういう制度になったことではないということか。

(回答)

資料の10ページの下の方にあるように医療法の制度が変わり、印旛医療圏においては基準病床は変わらないが、例えば2番のところで、既存の医療機関が過剰の病床の機能区分に転換をしようとする場合においては、理由書の提出や、場合によっては調整会議の参加を求めるということにはなっている。

先ほどの説明は、新たに病床開設することが認められた地域において病床配分においてこれらの手続きを踏んでいるということである。

(意見)

要するに印旛では、必要であれば調整会議にかけるし、必要なければ調整会議にかけないということと理解した。

#### ウ 地域における医療提供体制の現状と課題・今後の取組について

##### ○研究者から説明

資料3により説明

##### ○意見交換及び質疑

(意見)

この必要病床数は、このままでいいのかというのがあって当然で、新たな提案となると大変なことになる。このデータで行くしかないと思うが、現場の実情、それも検討しながら必要病床数をやってくれとの回答だった。それが出来るのかどうか、それぞれの地区・地域で考えてやってくれという理想のような話である。難しい話と思う。

急性期と回復期と慢性期の話、DPCの話もあったが、一番の違いは看護師数で7対1、10対1、回復期になると13対1、15対1、慢性期になるともっと。ICUは2対1、3対1と看護師数が一番違うように思う。看護師がいっぱい集まっているところは急性期、もっと集められるところは、もっと高度急性期が出来る。あまり高度急性期と急性期を分ける意味も感じないので、合わせて急性期で良いと思う。

急性期、高度急性期は救急の問題もあるが、遠くても良いと思う。多分、皆、思っていると思うが、別に近くでなくても専門的な治療を受けられるのであれば、30分、1時間かかってもいいと思うが、実際、在院期間を短くして、その後、在宅にいけるかいけないまでの間を回復期とかでやる時には、できるだけ地域でという話なので、むしろここで話し合うべきは、その後のところをどうするか、在宅をどうするかという話し合いをするべきで、急性期や高度急性期の病院が集まっても、実は話としては進まない印象を持っている。

例えば、急性期が終わった後で、がんの人だったらがんの手術を受けるところは遠いところでもいいけど、抗がん剤の点滴はなるべく近いところに通いたいとか。そういう急性期の話はあるかもしれないし、そうでなくても、急性期の治療が終わったらなるべく家族の近いところの病院に入院して、そこから在宅にという話なので、そこを考えるべき。その時間問題になるのは、回復期の中にリハビリでなくて地域包括ケア病棟でという話は当然出てくるし、そこを増やしたい。急性期の7対1の看護師を少し減らして、13対1でいい回復期に属する地域包括ケア病棟をなるべく地域で増やしてもらって、なるべく近くの病院で家族が診られるようにしたいという構想だと思う。

今感じているのは、13対1では足りない。急性期と同じことをほとんど続けてやるのに、いきなり7対1から13対1で夜勤2人でというのは難しい話である。

もう1つ感じているのは、認知症の問題である。認知症が増えてくると、どこで診るかという話で、特にBPSD、周辺症状のある人はどこも大変なので、なるべく早く他の施設に行ってもらいたいとなる。それを受ける受け皿は特別なところはなく、それを質問すると、みんなでシェアしてくださいという話に必ずなる。いろんなところでシェアして、小児科以外は全員認知症を診られるようになってもらって、そんな話をいただく。そうすると認知症もBPSDの人や激しい人を5人も診ると2人夜勤なんてとても無理である。そういう現場の問題がある中で、急性期の7対1、看護師の多いところから、少ない13対1の地域包括ケア病床とかに移して地元で診るという話は、なかなか現実としては、難しいという印象をもっている。

(意見)

認知症の話は、本当どうしたらよいかわからないが、地域包括ケア病床への転換と言うのはまだ進んでいないという印象である。13対1じ

や足りないのはそのとおりと思う。

県からも病床転換に補助金が出ると、説明があったかと思うが、そこに行って本当に成り立っていくのか、個々の病院は自信が持てないのではと思う。

自信が持てるようになれば、そういった患者さんが地域から来て、転換できるのかなというところであり、やはり、病床機能報告がもう少し納得いくものになったり、こういった場で意見交換できると進んでいくとの印象を持っている。

(意見)

看護の立場から、大きい病院は看護師は新卒が多く入るが、それ以外の病院は苦戦しているのが事実である。やはり慢性期のところに新卒が行かないのが現状であり、そのあたり各病院が苦戦していると思っている。病床機能の数はコントロールしていく必要があると思うが、同時に医療者全体のバランスというのもとても大切と思う。看護師の話が出たが、もう1つ、例えば当院では看護補助者も苦戦している。要は労働人口を医療界にどのように集めるかというところで、大変苦戦しているというのが現状である。

(回答)

看護師の関係で2人の方から意見があったが、物事はそう理想的にはいかないと思うが、医師も高度急性期・急性期に集まるのは、一つはキャリアの問題があり、看護師もキャリアの問題があつて、新卒から慢性期に行きたいと思う人はいないという議論かもしれない。このようなことについても共有してもらうことで、1つの意見交換になり、それを契機に、例えば看護師のキャリア形成に複数の病院で取組むなど、もう少しクローズされた場で2、3病院の関係の中で取り組んでいけるようになれば、変わってくるのではないか。

(質問)

根本的なことだが、統計に対する正確性というか信頼性が薄い。毎年、新しい統計を取りつつ、年2回新しい数で調整していくと理解したがそのとおりか。

(回答)

必要病床数については、2013年のデータを使っており、今のところこれを大きく変えようという動きはない。そこの信頼性の問題が1つ

あると思う。

病床機能報告については、年1回報告をもらっている。これについて、報告の基準がわかりづらいことから毎年、少しずつ国の方で説明を変えている。精度を上げていくという趣旨と思う。この2つを比べているので、信頼性が双方に薄いのではないかということと思う。それについては指摘のとおり部分もあると思う。

ただ2025年に向けて、どういう機能が必要かということについては、肌感覚とも割と同じ方向を向いていると考えている。そこについて、意見を交換してほしい。

(質問)

回復期の定義について。説明にあったように急性期が終わって、回復期リハビリテーション病棟と言わずにそのあと診る病床との定義があるが、定義がはっきりしてないことで、報告数とのかい離がかなり大きいのではないか。例えば、急性期が終わってそのあと診る病床は今の定義ではどういう病床なのか。地域包括と書いてあるがそれだけか。現実には、回復期に相当する定義はないということか。定義付けしないと、統計に反映できない。

(意見)

ここは確かによくわからない。当院では平均在院日数を超えてしまった人は、この回復期に相当する。

(回答)

急性期、慢性期ではないものと考えてもらえればよいと思う。

(意見)

病院として、どのようにでも解釈できることになる。病院として病床をどう振り分けるか、将来削るかどうか、看護師の数、医師の数、それから専門職種、こういうことを考えて動かなければならない。ここは、きっちりと定義していただきたい。

(質問)

定義の問題で研究者がデータを出す根拠として、DPCの期間Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの話がされたが、NDBのデータベースがあれば、本来なら、行政の側が今日1日をとって見たら、全体の入院患者の地域の入院患者の期間

は全部出るはずで、期間Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの人がどれだけいるかわかるし、期間外の人もあるし、当然出来高払いであれば、診療報酬上でどの期間になっているかとか、実際には何日目の人がどれだけいる、どの疾患がどれだけいるのかわかるので、実際の必要数はマスメータとしてちゃんと分析すれば出るはずではないか。紛らわしい回復期という言葉を使っていることについて、1つは大きな問題がある。

同時に看護体系の問題で、今度、7対1から少し基準を落とさせるために、医療・看護必要度の基準を上げて、特例期間がこの9月で終わり、またいろいろ動きが出てくると予想される。行政の側のやり方が国の考え方としての医療費抑制の部分と、一方では誘導策としてアメとムチみたいなことをいろいろやりながら、結局、病院の側は回復期の増設みたいな意味のないというか、実際に回復期の適用疾患は脳卒中と大腿骨頸部骨折であり、その話と、実際の期間に相当する、昔は亜急性期と一時は言ってみたり、今は地域包括ケアと言っているが、実は地域包括ケアも60日という縛りがある。現実的には、今の一般病床の人たちは当てはめられるかと言えば難しいと思う。

昨年この会議で、東邦大学医療センター佐倉病院では、すでに地域包括ケア病棟1病棟作りましたという話だった。それが一方では、現実的な話なのに日本医科大学千葉北総病院では600床を6年後にみんな高度急性期という出し方をしてくる。これでは、なかなか話にならない部分がある。現実にはどれだけの患者がどこにいて、7対1の病床配分が適切なのかとすら自分達でもわかってないのに、6年後なんて言えないと思う。

資料の救急のところ、うちの病院が算定数が1番上になっているが、何の実態を見ているのか、行政はこれしか見てないのか。見る視点が全然違うのではないか。地域の救急隊の統計はいくらでも出るし、実際に搬送先がわかるはずにもかかわらず、こういうものしか出てこなかったりすると、印旛の地域での問題点、今後の国際福祉医療大学の病床数、さらに新設される病院とか出てくる中で考えるたたき台が何も無い。去年も地域医療構想と実際に600床の話は、県は何もわかりませんという答えが出てきた。そういうのをどうするかというと、会議を年に1回やって、来年度2回やればいってことか。もう少し具体的な数字を根詰めて出してもらい、または、研究者に依頼して検討してもらうとか、数字出しを限った部分でもいいからやっていくようなことをしたらどうか。



(回答)

レセプトについては、まだ扱える状況ではないので難しいが、指摘については糧にしていきたい。また、数字の捉え方がよくないという話もあったが、その部分については年1回の会議ではなくて、この会議は今の課題を共有していただいて、できれば自主的に、例えば地域の急性期、回復期を担う医療機関などにも集まっていただく機会を設けて欲しいと希望している。

(質問)

この会議は病床を調整する会議ということなので、まず基本的なデータがしっかりしていないと調整もできない。総論的なものになる。具体的にどういう慢性期と急性期が多いので、減らすにはどうしたらいいかという話にもならない。本当にこのデータでいいのかとなる。まずは情報で、昨年7月に開院したのに、まだデータがないからということでは現状を把握しているとは言えないだろう。出来るだけ新しいデータを持ってきてもらい、具体的に調整をする。そういう意見が欲しいということか。

(回答)

もちろん新しいデータが良いので努力したい。この会議で病床数を調整できるとは思っていない。データと理解を共有して、別な取り組みとして自主的なところで、クローズした場所等で考え方を持ち寄っていただいて、具体的にいつまでに自分の病院はこうしようというところにしていく。病床機能報告も6年後のことが書いてある。6年後にこうすることで全体的に変わっていくというようなことを話し合っ、次の会議にそれを反映させるような形で持ち寄るということを繰り返していきたいと考えている。

(意見)

調整会議という名前ではあるが、調整は自分達で行い、そのための参考の資料を提出するっていうことでよいか。そのためには、実際調整できるかという状況なので、ただ要望だけ通して具体的なものがないのは困る。

新しくできる病院についても医師会と交渉するたびに看護師をどうするのかという話が出ている。2020年の開院を目標としているので、そんなに先の話ではない。かなり問題も出てくるのかと思うが、そういうこともこの会議で話題になっても良いと思う。

(意見)

地域医療構想を元々考えられた方は、理想の話と思うがすごく立派な話をしている。少ない医療資源、医者とか看護師とか病院とか介護も含めて、その中で地域の人たちがどうやって暮らしやくというか、なるべく近いところでいろんなものを受けたい、高度先進医療も受けたい、それが終わったら、どういう役割分担をするのかを各地域で考えて欲しいということだと思う。

そのためのデータとして、2013年度のデータをもとにたたき台として出したと話を聞くとともにだと思う。だからこういう会議で、ある病院は高度急性期何床をやってもらって、ある病院は回復期をやってもらってバランスがいいですねという話になるが、それとのギャップ、実際問題、個々の病院の事情があるので簡単ではないこともあるが、厚労省の診療報酬の誘導と一致しているとは全く思えない。

地域医療構想は日本の医療のあるべき姿を各地域で考えてがんばっていく、看護師等問題も含めて相談して決め、患者や地域のために良いようにやってくださいという話である。それとは違って財務省からの医療費削減、7対1の削減は、そういうものと完全に一致していない印象を持っていて、誘導されている部分があつてかつ、その中で、自分達で話し合えて言われていてとても難しい。成田の大学の600床が出来たら、かなりのスタッフ、看護師を持っていかれる。外から入ってくるスポンサーがいるわけではないので、中で異動するとなるとどうなるか。日本医科大学千葉北総病院の場合、全部、高度急性期だったら看護師の数は3倍くらいになる。そういうことを調整するように、ある病院は高度医療を30か50にしてくださいという調整をしてくださいということ。そういうのをやるのはいいことと思うが、一方で診療報酬の誘導があるので難しい。

(質問)

今度の法律によれば最終的に県知事が病床数を決めることができるのではないかと。

地域でお互いに共有して、病床配分をどうのこうのというが、恐れるのはこの不完全な資料で県知事がここは何百床余っているのに、この病院は病床をこういうふうに変えなさいというふうにするのではないかと。法律ではそれが出来ると思うがいかがかと。

(回答)

県が機能ごとに病床を決めることはない、過剰な病床に転換しづらくなっているのは間違いない。

(意見)

600床の件で、理由について判らないが、データの取り方がすべて問題となっている。実際に7対1を減らせとなってくるので、どうしても皆余分に出してくるという面もある。いろんな思惑が絡んで正しいデータが取れない可能性があり、この会議で、最初に言った数の7割掛けで全部減らせとかになることを恐れたりするので、多めに言い、現実とはかけ離れている。

変な思惑が絡まないようにし、実際に話し合うための道具とするだけであって、それが県知事のところに行って決定されてしまうことがないことを内部でルールを作って、正しいデータを集める方法をこういう会議で決める以外に、国で決めた必要病床の計算式はあると思うが、現場で話し合うにはもう少しリアルなデータが集まるように協力するというコンセンサス作りが一番大事だと思う

(回答)

今の意見も参考にしていきたいと思う。そういう視点もあるかと思うので検討したい。

(2) その他

特になし