

平成 30 年度第 3 回県西地区保健医療福祉推進会議 議事録
(平成 31 年 2 月 1 日(金)19:00~20:30 県小田原合同庁舎 2 階 2 D 会議室)

1 開会

(事務局) (小田原保健福祉事務所)

それでは定刻となりましたので、ただ今から平成 30 年度第 3 回県西地区保健医療福祉推進会議を開催いたします。

まず、出席委員の確認でございます。本日まで出席をいただいております委員については、お手元の委員名簿、座席表のとおりでございます。名簿記載のとおり、委員名簿 12 番の飯田委員、16 番の花田委員、17 番の小野委員、18 番の菅谷委員、22 番の木村委員、34 番の疍崎委員、35 番の佐久間委員、36 番の濱野委員は、都合により御欠席です。また、38 番、足柄上センター北原委員は急用により御欠席とのご連絡をいただいております。

次に、本日の配布資料でございますが、次第に記載のとおりでございます。不足等ございましたらお気づきの時点でお知らせくださるようお願いいたします。

次に、会議の公開についてです。本日の会議については公開とさせていただいており、ホームページにて予定を周知したところ、傍聴の方が 16 名お見えになっておりますので、傍聴を認め、入室を許可することとしてよろしいでしょうか。(異議なし)

ありがとうございます。それでは入室の案内をお願いします。(傍聴者入室)

次に、本日の審議速報及び会議記録については、発言者の氏名を記載した上でホームページにて公開させていただきますので、御承知おきをお願いします。

それでは、ここからの進行については、渡邊会長をお願いいたします。よろしく申し上げます。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

皆様、あらためましてこんばんは。ものすごい勢いでインフルエンザが流行してしまっていて、この中にはそのために出席できなくなった方がいるかもしれませんし、一般のみならず病院や介護施設もインフルエンザの患者さんでちょっとパニック状態になっているかもしれません。そういうところも含めて、救急の搬送とかそういったところに今回の議題の内容が反映されていくことになっていくと思いますので、皆様、そういうところも念頭に置きながら、会議を進めさせていただきたいと思います。

本日は、今年度第 3 回の会議としまして、昨年の 12 月 3 日の病床機能分化・連携ワーキンググループにおける地域医療構想を踏まえた各民間病院の 2025 に向けた対応方針、いわゆる民間病院プランなどについての意見交換の実施結果、そして、地域医療構想調整会議の活性化のための地域の実情に応じた定量的な基準の導入などについて議論を進めていくことになっております。

委員の皆様におかれましては、円滑な議事進行に御協力くださるようよろしくお願い申し上げます。

2 議題

(渡邊会長)

それでは早速ですが、次第に基づき議事を進めさせていただきたいと思います。はじめに、議題1の「病床機能分化・連携ワーキンググループの開催結果について」です。事務局から説明をお願いいたします。

(事務局) (小田原保健福祉事務所)

はい。小田原保健福祉事務所企画調整課の小峯と申します。議題の1、病床機能分化・連携ワーキンググループの開催結果について御説明させていただきます。着座にて失礼いたします。

お手元の資料1を御覧ください。資料1は、平成30年12月3日に開催しました第2回ワーキンググループの開催結果の概要でございます。当日は、県西地区の病床を有する医療機関及び地域医師会、行政など、計36名の方々に御参加いただきまして、資料の4に記載の3つの議題について情報共有、意見交換を行いました。

まず、議題(1)2025年に向けた対応方針、いわゆる民間病院プランについて、各民間医療機関から、プランの概要について御説明いただきました。当日御説明をいただいた各医療機関のプランの概要ですが、資料を1枚おめくりいただき、A3横長の別紙を御覧ください。資料には、左側に各医療機関の名称を記載し、医療機関ごとに病床の種別、現状の病床機能、指定届出等の状況、2025年時点の病床機能、機能変更や過剰な病床機能への転換、増床希望の有無、そして2025年に向けた方針の抜粋を記載しています。本日は、時間の都合上すべての病院についての説明はいたしません、現状からの変更などの予定がある医療機関について御紹介します。

まずは、介護医療院への転換を行う医療機関が2か所ございます。まずは表の下から3番目の箱根リハビリテーション病院ですが、許可病床は療養病床192床で、回復期50床、慢性期96床が稼働し、46床が休床中でしたが、平成31年1月1日付けで介護医療院に一部を転換し、介護医療院41床、療養病床151床となりました。また2025年に向けては、回復期を最大96床と考え、地域包括ケア病棟も視野に入れているとのことでした。

ひとつ上段の湯河原中央温泉病院は、現在は療養病床345床ですが、本年4月1日に介護医療院へ96床を転換し、医療療養病床を223床に減少する予定で関係機関と調整中です。

その他の医療機関についても、現時点では確定していないものの、地域包括ケア病床への変更など今後の機能や役割について検討されている医療機関が一部ございました。

裏面の中段を御覧ください。当日参加いただいた精神病床のみの医療機関から説明いただいた今後の方針についても記載してございます。曾我病院は地域移行機能強化病院としての取組状況や将来的な介護医療院への転換移行について、国府津病院からは本年春に着工する病棟の建替えについて御説明をいただきました。

資料1にお戻りください。資料1の5、主な意見等です。議題(1)につきましては各医療機関からのプランの説明に対して、他の参加者からの意見は特段ございませんでしたが、今後もワーキンググループを通じて病院間での情報共有を継続していくことの必要性を参加者の間

で確認したところでは。

続いて、議題の(2)救急医療体制についてです。事務局より神奈川県の救急業務の状況及び小田原市消防本部における患者搬送状況について聞き取りを行った結果について説明をいたしました。小田原市消防本部からの聞き取りの主な内容としましては、資料にはございませんが、8割程度は当初に受入れを打診した病院において受け入れられており、他の医療機関に搬送調整を行う件数が経年的に増加しているような状況はございませんでした。そのほか各病院が専門的になってきているため、2次輪番の当番の医療機関が専門外の時に搬送調整に苦慮するケースがあることや、高齢者の搬送についてはおよそ7割が搬送先病院で入院となっているとのことでした。

議題(2)に対する主な意見としましては、この地域の救急は現状おおむねよく対応できているが、資料にございますように、今後も地域住民からの救急要請に適切に対応できるようにするため、地域の急性期の病床数についてはある程度余裕が必要であり、現状程度の病床数は必要との意見がございました。

最後に議題の(3)、地域医療構想調整会議の活性化のための地域の実情に応じた定量的な基準の導入についてです。県医療課より、国における考え方、背景、他県の例、県の考え方と今後の進め方及びスケジュールについて説明をいたしました。

主な意見ですが、基準について修正を求めるような御意見はございませんでしたが、この基準による試算はあくまで地域の議論の参考程度と見え、県西地域ではワーキンググループなどでの議論を大切にして、県西地区における地域医療構想の推進を図っていくことが重要との意見がございました。私からの説明は以上です。

(渡邊会長)

はい。説明ありがとうございました。まず、1番目ですね、民間病院プランのところでは2つの病院が機能変更を行うということを出ているのですけれども、この中の何に対してというのはこのA3の一覧で、介護医療院というところで病床を作り、その分ほかの部分減らす。主に慢性期と言われているというところを、まあ、名前を転換するということだと思うのですけれども。これはこの後の話になるかもしれませんが、慢性期や回復期、急性期などのカテゴリーの取り方も考え方として影響してくると思います。

それから救急体制、あと地域医療構想、この会議の活性化のための定量的基準の導入、また議題の2で上がってくる内容ですけれども、まずこの議題の中の、はじめの民間病院のこの一覧表について御質問があればと思います。

(川口委員) (小田原市立病院)

小田原市立病院の川口でございます。私どもの小田原市立病院ですけれども、417床全部、高度急性期で報告させてもらっていたのですが、すべてが高度急性期というのは現状と異なっていて違和感があるという意見がいくつか出ていますので、できればICUとかNICU、周産期、HCU、そういったいわゆる高度を持っている病棟以外の、4階東病棟、6階東病棟、7階西病棟の3つを急性期にさせていただきたいと思っております。それが現状の運用に非常に近い

のではないかと考えます。

最初、私どもは、急性期がかなり余っているということ、オーバーであるということが分かっていたので、急性期側をさらにオーバーにするのではなく、救命救急センターも持っていますので、すべて高度としていたわけなのですが、少し現状とは離れているということで、この3病棟の147床を急性期にさせていただいて、高度急性期270床、急性期147床、合計で417床に報告を変更させていただきたいと思います。

病床機能報告の変更ですので、この会議で承認されなければいけないものですから、その辺りを御検討いただきたいと思います。

(渡邊会長)

はい。分かりましたでしょうか。このA3の2枚目のところの公的医療機関のところなのですけれど、このプリントとは違って、いま川口院長から説明がありましたように、この場で急性期に147床を転換して、残りの270床が高度急性期となるという申し出がありました。一応この場で承認をいただくことになるのですか。

(事務局) (小田原保健福祉事務所)

本日のこちらの資料は、公的医療機関等につきましては2025プランの内容で取りまとめさせていただきました。小田原市立病院の事務担当の方からは、平成30年度の病床機能報告は、いま川口委員からお話のあった区分でさせていただきますということで先日連絡をいただいています。

会議の資料につきましては、現状に合わせた形で今後整理していきたいと思いますのでよろしくをお願いします。

(渡邊会長)

失礼しました。ここに書いてあるのは2025プランの内容なので、いまの小田原市立病院の申し出は平成30年度の病床機能報告のことなので、会議での承認ということではないということですね。

(事務局) (小田原保健福祉事務所)

はい。いま御説明しましたのは、病床機能報告の次回報告分で現状に近づける形での報告に訂正されるものと承りましたので、それはそのような形で報告をいただくということで理解をしております。

(杉田委員) (山近記念総合病院)

よいですか。これは、ここで承認するという内容ではない話と私は理解しています。いま言われたとおり各病院が報告をするということだけで、ここで承認する内容ではないと思いますので、聞き置くだけでよろしいのではないのでしょうか。

(事務局) (小田原保健福祉事務所)

それではそういう形でさせていただきます。2025年プラン自体をもし修正されるということでしたら、それはまた事務方で調整して手続をとらせていただきますので、よろしくお願いいたします。

(渡邊会長)

では、今後病床機能報告についての資料を取りまとめる際にはその内容で作成していただければと思います。よろしくお願いいたします。

ほかにこの内容について御質問はありますか。まあ、報告の内容ですので、これでよいと思いますが。

それでは次に行きたいと思います。次に議題2の定量的な基準についてです。事務局から説明をお願いいたします。

(事務局) (医療課)

はい。県医療課の鈴木と申します。着座で失礼いたします。では資料2の定量的な基準の導入について、素案ということで御報告をさせていただきます。

まず背景として、前回もご報告をいたしました。昨年8月に国、厚生労働省から通知が出ておりました。その中で、本年度中に地域の実情に応じた定量的基準というものを導入するように、ということが書かれているところでございます。これを踏まえまして、県の方で検討をいたしました。

2番の基本的な考え方ですが、こちらはあくまで議論の参考とするということで、県全体で1種類の定量的基準を導入するという。それから、導入に当たっては、病床機能報告で皆様に様々なデータを御報告いただいておりますので、この既存のデータを活用し、例えば追加調査など医療機関の新たな負担は生じないようにするという。それで、県で病床機能報告を二次医療圏ごとに取りまとめて御報告しておりますけれども、これを定量的基準に基づいて、補正させていただいたデータも、今後調整会議へ併せて提示させていただくことを予定しております。

米印のところ、今回定量的基準が決まった場合に、31年度以降の病床機能報告の際に、これを参考としていただくことはまったく差し支えございませんけれども、県としましては、この定量的基準に沿って必ず報告してくださいと強制することはございません。

3番、こちらが定量的基準の素案として出させていたいただいているものになります。基本的な考え方としては、前回出た奈良県などの基準を参考にしながら、病床機能報告で急性期と報告いただいているものを、こちらは仮称ですが、「重症急性期」と「地域急性期」という2つの区分に分け、今後地域で検討いただく際の参考としていただくことを考えております。

1番の考え方ですが、病床機能報告は、病棟単位でお出しいただくこと、それから医療機関の御判断で、ということになっておりますので、どうしても必要病床数と比べますと、急性期の病床数が多く、それから回復期の病床数が少なく報告されるという傾向がございます。実際に急性期で報告されている病棟の中には、救急患者や重症患者をかなり積極的に受け入れてい

るような急性期の病棟から、ポストアキュート、サブアキュート中心にやっている、あるいは急性期から回復期までかなり幅広く受け入れているような病棟まで、いろいろ含まれていると考えております。

また、いま各地域で、ワーキンググループなどで医療機関の皆様の御意見を聴いたりしている中では、課題として複数の地域で提起されておりますのが、急性期から回復期への連携が課題である、それからあとは、在宅と急性期との関係が課題であるとおっしゃっている医療機関さんは結構いらっしゃるという状況でしたので、今後、地域で検討を進めていくに当たっても、急性期の中でも、こういったポストアキュート、サブアキュートを積極的に担っているような、あるいはかなり幅広く受け入れていただいているような医療機関を見える化していくということは、一定、必要なところかなと考えておまして、それで病床機能報告で急性期と報告したものを便宜上、重症急性期と地域急性期という2つに分けて、今後役割分担などを議論する際の参考としてはどうかと考えております。

おめくりいただきまして、イメージとしては、重症急性期というのは、重症の患者さん、救急などをかなり積極的に受けて入れていらっしゃる病床、いわゆる救急患者さんを断らないような病床というイメージでおります。地域急性期の方に入ってくるものとしましては、ポストアキュート、サブアキュートの機能を中心としていらっしゃるようなところ、あるいは回復期的な機能も含めて幅広く担っていらっしゃるようなところ、地域のニーズに応じて急性期から回復期まで幅広く患者さんを受け入れていただいているようなところなどが含まれてくるのかなと考えております。奈良県は2つに分けてこれを面倒見の良い病院という言い方をしておりますが、そういうイメージでおります。

(2)は、先行事例として、前回御紹介しましたので細かい説明は省略しますが、別紙1に説明をつけております。まず佐賀県の考え方、それから、奈良県と大阪府は急性期を2つに分けるという考え方でやっていたところ、それから、埼玉県は、かなり細かく分析されて、細かく再集計をされています。

こういった先行事例の中で、本県としては、奈良県や大阪府の手法が、急性期と回復期との関係、地域の議論の中でも話題になるこの2つの関係に特化して、考え方や目的が明確であるということから、本県においてもこちらを参考にしたいと考えております。

3番、その中での指標の選定ということになりますけれども、こういった他県の先行事例を参考にしまして、本県でも適当と考えられる項目を今回選定させていただきました。病床機能報告で、各医療機関から提出されている報告内容のうちで、急性期医療に関する指標として3つほど選定をしております。ひとつが手術の実施状況。それから2つめが救急の実施状況。3つめとして重症度医療看護必要度ということで、これらはいずれも病床機能報告の中で各医療機関から病棟単位で御報告をいただいております。で、手術の件数と救急の件数につきましては、基準としては1月1床当たり0.6件、こちらは50床の病棟だと30件程度というような数になります。それから重症度の方は25パーセント以上という指標を使っております。これらも奈良や大阪の指標などを参考にしながらこちらの方で計算をさせていただいております。この1から3のいずれかを満たすものを重症急性期、満たさないものを地域急性期、と今回整理をしております。なお記載はございませんけれどもこの基準で整理した場合、平成29年度の

病床機能報告のデータですと7対1の入院基本料のところのだいたい9割強、それから10対1だと7割程度が重症急性期の方に入ってくるというようなラインになっております。

3ページで、素案を当てはめた場合の29年度の病床機能報告結果ということで、7ページから地域ごとにお示しをしております。7ページの一番上が県全体となっております、地域毎にございまして、最後の11ページのところが県西構想区域のデータになっております。見方としましては1番上の棒グラフが29年度の病床機能報告の結果をそのまま棒グラフにしたもの。その下が今回の定量的基準の素案の数値を当てはめて、急性期を重症急性期と地域急性期に分けた形のもので2段目となります。参考に1番下のところに地域医療構想で推計しております2025年の必要病床数を書かせていただいております。県西地域では急性期のうちの概ね3分の2くらいが重症急性期、地域急性期には3分の1くらいが入るといったような形で、29年度のデータではそのようになります。

3ページにお戻りいただきまして、(5)で今後の活用の仕方としては、例えば過剰と言われる急性期への転換について協議する際に、実際、急性期といっても地域急性期相当ということであれば、こちらは回復期機能もかなり含めて担っているということを考慮しながら御議論いただくとか、病床機能の急性期が不足している、回復期が不足しているというような議論をする際に参考にしていただくということを考えております。

最後、スケジュールとしましては、今回各地域の調整会議の中でもご意見を伺いながら、修正が必要であれば修正をさせていただき、3月の県の推進会議で報告して意見聴取。それを踏まえて決定し、次回、来年度の第1回の調整会議になるかと思っておりますが、7月以降の調整会議の中で、平成30年度の病床機能報告の集計結果をまたお示しすることになりますので、そこで補正した結果も含めてお示しして、参考にしていただければと考えております。

なお、最後になりますが、参考資料2で今回病床機能報告の速報値を出させていただきました。こちらは11月15日時点で御報告をいただいたところを、まだ精査前なので違っている場合もあるのですけれども、報告された数字をそのまま集計したものになります。1番下が県西地域になります。先ほど川口委員から高度急性期と急性期の話がございましたけれども、高度急性期が29年度の結果と比べて減っておりますのは、おそらく一部急性期に移されたという御報告の結果を反映したものと考えております。回復期が若干増えている傾向がございますけれども、やはりどうしても急性期が多く出てしまうというのは全地域変わらず、これだけ見てしまうと急性期が多いという結果だけになってしまうので、地域急性期という考え方を導入することで補正ができれば、と考えているところです。説明は以上になります。

(渡邊会長)

はい。説明ありがとうございます。1番最初にも機能分化のところでは、いままで皆さんが思っていたように、高度急性期、急性期、回復期、慢性期と、割と荒っぽいざっくりとした分け方で、中身がよく分からないというところで、いまの説明があったように、各県で地域ごとにどうやってそこを分けていったらいいか考えているわけなのですけれども、神奈川県では急性期を重症急性期と地域急性期という仮称に分けて考え直してみよう、という説明でしたけれども、これについて何か皆さんから御質問はありますでしょうか。

(牧田委員) (県立足柄上病院)

質問です。奈良方式のような形になっていますけれども、急性期を、重症の急性期と地域の急性期に分けることによって、急性期を2つに分類するというのはよいのかもしれないのですが、たとえば、いままで各病院がなんとなく回復期かな、というような自己申告で申請をしていたのですが、地域急性期というカテゴリーができたことで、これまで回復期と申告していた病棟が、実際には地域急性期じゃないかと、例えば実際私たちの病院も、地域包括ケア病棟だから回復期ということで申請していますけれども、内容としては、看護必要度などでも30パーセント越している状況ですので、お話を聞いていると、まさに地域急性期と言っても良い状況です。

だとすると、いろんなところで齟齬が出てくるのではないかと思うのですが、その辺りの考え方をどのように取り扱う予定なのでしょうか。

(事務局) (医療課)

ありがとうございます。確かにおっしゃるとおり、いままでいろいろお考えになって回復期で報告されていたところが、急性期でいいのではないかという話になる可能性も、あると思います。

ただ、いままで回復期で出していたところは、できることならば引き続き回復期でお出しただきたいとこちらとしては思っております。一番問題になってくるのはやはり急性期のところ、急性期の患者さんも救急も受けていらっしゃるけれど、回復期まで含めてかなり幅広く受けているところを、回復期で出せるかというところ、そこはなかなか難しいのかな、と思っております。回復期で出してくださいとはなかなか言えないのですが、ある程度見えるようにしていくということを主眼にしているところでございます。今回については急性期を整理する、急性期を分けるということに主眼においた整理と考えております。

全体的に構成を変えるということは、あまり考えておりませんので、そこはそう御案内をしていきたいと思っております。

(牧田委員)

イメージとしては、地域急性期病棟は、急性期という名は付くけれども、見方によっては回復期といった、なんとなくバッファーのような扱いにする、ということでしょうか。

(事務局) (医療課)

おっしゃるとおりです。

(牧田委員)

分かりました。ありがとうございました。

(杉田委員)

この発想というのはいろんなところを集約して、ひとつ出てきたと思うのですが、単刀直入に伺いますと、これは、過渡期における分類ということで、2025年にそれがそのまま続いて、ということではないのですね。

というのは、神奈川の場合も、県西地域を含めまして、2025年のところには、高度急性期、急性期、回復期、慢性期と4つしかないのですね。で、その途中でこの地域急性期というのが出てくるのですが、これは要するに過渡期としてこういうことを提案したということですか。

それが本当に将来も続くのであれば、2025年のところの区分けも当然変わってくると思うのです。その辺り整合性があまりないように思いますので、はっきりしていただいたほうがいいかなと思います。

(事務局) (医療課)

お答えします。医療課の市川と申します。どうして定量的基準を導入するのか、という話ですが、いま病床機能報告で報告されている急性期の中に、実際は、急性期から回復期まで幅広く担う病棟も含まれているだろう、ということの皆様からも言われています。こういった中で、いまの報告をベースにして考えると、現実的にどれくらいなのか、ということを整理するため、この基準を設けています。

牧田先生からお話もあったように、これが基準ならば変えるという話もあるかと思いますが、もちろん、それ自体はこの資料にも記載してあるとおり、変えること自体は差し支えないとは思いますが、ただ、いまの病床機能報告をもとに、皆様が地域の状況を把握されているということもありますので、この報告の区分自体はこのまま続く前提で、こういった基準を用いて補正して見た方が分かりやすいだろうということです。

また、杉田先生から御意見がありましたが、来年度以降、皆様の報告がどういうふうに変わっていくか分からない部分もありますが、いま考えられることとして、この定量的基準に基づいて分類し、重症急性期と地域急性期に分けてはどうか、ということです。

なお、今後、この定量的基準で異常値が出るようなことがあれば、これは必要に応じて補正をしていかなければならないと考えていますが、まず、これで調整を進めたいということで御理解いただければと思います。

(杉田委員)

我々は2025年をどうするかということが議論の目的なので、今年はどうとか、来年はどうとか、ということではないのです。そうすると、途中でそれに当てはまらない基準が出てきて、それを今年と来年はやりなさい、というような議論だと、何かちょっとちぐはぐという印象を私は持っているのですね。

ですから、そういう発想がおきた大きな理由は、やはり病棟単位でしか申請できないという、最初からこの会で議論になった、それがもう根底にあるわけです。ですから、こういう恰好で分類して2025年のものを見ますと、地域急性期と回復期が将来的には回復期になりますよ、

という、皆さん方が考えていらっしゃるイメージというのはなんとなく分かるのですが、唐突に出てきたものですから、それが2025年に結びつかないものであれば、病院の将来を考えるときにどうしたらいいのかなと迷いますので。その辺り何か御意見があったらお聞かせください。

(事務局) (医療課)

2025年の必要病床数というのは、我々も推計値であり参考であると言っております。ここに合わせなければいけない、ここに収束させなければならぬものとは思っておりません。県西の場合は、今後新規で病床整備するのがなかなか難しい、縮小していく中でどのくらいの配分にすればいいのかというときに、参考にするべきものではあると思うのですが、2013年の数値を元にして推計したものですので、これが絶対の指標ではないと思っています。今回地域急性期というのを入れて、それが回復期に近いという御認識を持っていただきながら、過不足、あるいは実際に地域がうまく回っているのか、ということを考えるときに参考にさせていただくものだと考えております。明確なお答えではなくて申し訳ありません。

(南委員) (県病院協会)

すみません。病院以外の方も参加しているので、非常にあの、定量的な基準が出てきて、議論が逆に複雑になったという感じがするのですが、私なりの理解として、この資料2の3の定量的基準の試案の(1)のところから書いてありますとおり、病床機能報告というのは病棟単位の話で、医療機関の自主的な判断によるということですから、自称なのですね。自称急性期。あるいは自称高度急性期で、内容はどうかという客観的なことは問わない、自称で出さないということなのです。で、しかも病棟単位ということは、どういうふうに理解するか、それから、患者単位で考えて、急性期といえどもそれほど医療資源の必要も必要ないような方も入院しているじゃないか、平均すればどうなのだとか、平均すれば地域急性期だとか、平均すれば回復期に近いというようなことも出てくると、この病棟単位という考え方と、平均的な患者単位という、患者単位で集計したらということ、まあたとえて言うなら、これ、例が悪いかわかりません。どうしてもその辺のイメージがこの定量的というのが出てきたときに頭が混乱するので、本来この病棟単位というのはマックスの機能、マックス機能なのですね。たとえば、車で言えば最高速度なわけです。で、たとえば小田原市立病院さんが高度急性期の病棟を持ってらっしゃる、それはマキシマムここまでできますと。ただ別の病院では、いくら頑張ってもそこまでマキシマムの医療はできない。けれどもここまではできるというふうになると、マックスの医療が、最高速度がここまで出せますよ、しかし実際にそれでいつも走っているわけではない。で、この患者単位で集計したら、これは平均速度になるのです。そういうことで考えていくとマキシマムスピードがこれだけだ、ということ自主的に報告すると、これは高度急性だ、急性期ということだということと、もうひとつはこのグラフを見ていただいても、では、そういう定量的な基準を導入しても、たとえば高度急性期と急性期との線、それから急性期と回復期の境界線というのは、なんら動いていないのです。これは全然動かない。ですから単に重症急性期と地域急性期に分けたといっても、分けることによってラインが少し動

くというというわけではないのです。

それから、2025年に向けても、あくまでもこの4区分を貫く、このまま行くのだと。ではこの定量的基準というのはなんのためにあるのか、というのがよく分からなくなるのですが、例えば、この西湘地区のグラフを見ていただくと、これを見て言わせていただくと、急性期なのだ。急性期はこれだけあるのだ、回復期はこれだけだ、それは回復期が少ないではないか、急性期が多すぎるではないかという議論、これは要するにこの基準というのは国が決めてきたものですから、地域としては、こういう急性期だ、回復期だと、マックスここまでできますよ、と言ってあるのだけれども、ではこれが少ない、多いと言われても、これは運用方法によって、上手に運用していけば、これでもできるのだ、ということを主張するがために、あるいはその、仮にこの地域急性期を回復期というふうにみなしていただければ、回復期が決して少ないわけではないという、国に対する言い訳といっちはまずいですけど、言い訳とは言いませんが、そういう考え方でかなり幅を持たせて、回復期が少ないわけではない、という主張もできるという。そういうふうを考えて、この4区分を、あまり絶対視しないで、運用方法によって、これは回復期が少ないとは決して言えないとか、高度急性期が多すぎるとも決して言えないとか、そういうことを言わんがための便法に近いのかな、という解釈をしていたのですが、いかがでしょうか。

(事務局) (医療課)

南先生、ありがとうございます。最後におっしゃられたとおりで、どうしても必要病床数、これはあくまで参考で、ここに合わせなければならぬというものではないのですけれども、どうしても、これと病床機能報告を単純比較してしまうと、急性期が多いのではないか、回復期が不足しているのではないか、じゃあ回復期が不足しているのだったら、回復期にどんどん転換しようという状況はあまり好ましい状態ではないと思っておりますので、この地域急性期というのを入れることで、回復期の実際の不足感はそのままでない、あるいは急性期の過剰感はそのままでないのではないかと、という見せ方ができるといいな、というのがひとつ大きな要素としてはございます。

実際に、皆様が地域の中で話し合っていた中で、本当に回復期に不足感があるのか、急性期に過剰感があるのか、あるいは急性期と名乗っている病院の中でも回復期的な患者さんを受け入れていただけるのかいただけないのか、そういったお話を本来していただければいいのかなと思うのですが、どうしてもこのグラフが邪魔してしまうということであれば、いったんそこを補正したいということです。

そういう意味でも、特に問題になっている急性期と回復期の部分に特化して整理させていただいております。高度急性期と急性期の間の問題もあります、そこよりも急性期と回復期のところが一番課題と考え、ここだけに特化したというのが、今回の県の考え方になります。

(小松委員) (県医師会)

県医師会の小松ですけれどもこのグラフで見ると急性期とか回復期とかが同じマークなので、どうしても同じものを比べているように見えてしまうのですけれども、この2つは全然違

う分け方です。南先生がおっしゃったように、この上の2つは自称です。そして、一番下は国が回復期と呼ぶものなので、自称と他称が違ふ。それから、病棟単位と患者単位で違ふ。

病院をやっている人間からすると当たり前なのですが、ひとつの病棟に高度急性期の方も2、3人おられて、急性期の方が20人おられて、回復期が20人いらっしゃるという構成が、基本当たり前な話です。はっきり言えば国が指す回復期のセンスが悪すぎるということです。

この結果、県西でも回復期が600床足りないという解釈になり、回復期リハ病棟を増やす、地域包括ケア病棟を増やすのにお金出しますよ、という話になりすぎてしまうと。ただ、やはりよく考えると国が言っているのと実際は違ふので、急性期の中に国が言う回復期を担っている病棟があるよね、でしたら、さっき南先生がおっしゃったように回復期が足りないといって増やしてみたら、むしろ患者さんがいないのではないかというようなことが起こらないためには、どうも自称と他称の間にもう1本の基準をひかなくては分からないのではないかと、というのが国の怨念というか執念で、どうしても引きたい、ということなのだと思います。ただ、参考と言って第3の線を引けば、引いたら引いたで、先ほど牧田先生がおっしゃったように、また新しく引いた線ができたがために過剰だの不足だのという議論がまた出てきたりするという底なし沼。前回の調整会議のときもそういうお話を南先生とさせていただきましたけれども、基本的にはきりが無い底なし沼の世界で、あくまでも急性期をもうちょっとこういうふうにすると、県西地域だと地域急性期というのが、国の言う回復期みたいなところだな、というふうになるのだなという、ざっくりした理解で、ほどほどでいかないと、きりが無いと思います。

2025年に向けて、この数に向けてベッドを減らさなければならないわけでもないですし、この数字どおりにベッドの看板をそろえなければならないわけではないので、それは地域によって事情はさまざまです。ただ全体として言えそうなのは、県西地域ではいまよりも患者さんが減りそうだということは明らかだということだと思います。

(渡邊会長)

このことに関しては、議論は皆さん分かったと思うのですが、いちばん最初の現状を把握する段階でもう既に正しく記載が表現されていないという、そのところをどうするかという話をしているわけで、これがはっきりしないと2025年の目標というのはかなりブレますし、この間のワーキンググループで最終的に言ったのは、この数を出すためにあまり時間を費やしてもあまり意味がない。要は、現状として何が必要でどのようにしていけばいいのかというのが、ある程度反映されていけばいいのではないかと、ワーキンググループでお話しをしたと記憶しています。

ですから、いまこの新しい提案がありますけれども、これはこれで進んでいいかということ、この場では判断ができないのではないかと思いますので、これは、県全体として考えていただいて、これ一番やっぱり右往左往するのは、報告している医療機関、病院だと思います。そういったところで迷うような段階を早くなくしていただいて、本当の意味での次の2025年の目標を考えていけるようにしていかなければいけないのではないかと。この後、平成31年度

の進め方に入っていくと思うのですけれども、その中には、やっぱり介護を受けている方々、高齢の方たちを中心に、今でいう急性期と回復期の狭間のところで動き回るような人口が、もっとたくさん増えてくるはずなので、そこをどうやって考えていくか、というのを、これからやっていく必要があるのではないかと思いますのですけれども、いかがでしょうか。まだそれ以上の意見はございませんか。よろしいでしょうか。

それでは、議題の3番、平成31年度の進め方について、まあこれは今言ったような内容です。いま、皆さんの手元にスライドの資料をお配りしています。これは1月23日に川崎市の地域医療構想普及啓発セミナーの時に、ここに出席していらっしゃる小松先生が作って発表していただいたスライドなのですけれどもこの中にいまの議論も含めた考え方というのがわかりやすく書いてあると思います。この内容を見ながら少しこの地域なりに整理ができるのではないかと思いますので、その方向で行きたいと思います。一度事務局に戻します。では事務局、資料3の説明を先にお願いたします。

(事務局) (医療課)

はい。資料3、簡単に御説明させていただきます。これは、今年度最後の調整会議ということになりますので、来年度に向けて、現時点でのスケジュールや考え方を示しながら来年度に向けて御意見があれば伺いたいということを出させていただいております。地域医療構想で目指す姿として、必要な時に身近な地域で質の高い医療を安心して受けられる。そして、急性期から在宅医療、介護まで一連のサービスが切れ目なく適切に受けられる、これを地域医療構想での大きな目標として掲げておまして、これを目指すということで、今年度はまず平成30年度の重点的な目標としまして、まずは病院からということで地域内の各病院の機能であったり、役割であったり、あるいは2025年に向けた対応方針といったものを共有させていただく、できることなら病院での患者さんの流れであったり、そういったことも含めて共有していきたいというのが、30年度の重点的な目標として、この推進会議あるいはワーキンググループなどの場で情報共有という形で行ってきたところです。来年度なのですけれども、この情報共有の部分がたとえば十分にできているかということ、なかなかこちらもうまくお示しできていない部分もあるので、この地域内での病院での情報共有という意味では来年度も引き続き必要というように考えております。それ以外としまして、地域での議論の進捗状況に応じてと書かせていただいておりますけれども、地域の実情や検討の体制、あるいは医療機能などにあわせて、また地域によって医療機能の状況、課題などが明確になっている場合、各地域でのテーマを決めてある程度議論を深めていくことができないかというように考えております。

正直申しますと、地域によって相当課題が違ってしまっていて、全県共通でテーマを決めてということが難しくなっているという状況もございます。下に例示をさせていただいておりますけれども、たとえば高齢者救急の問題を課題提起されている地域もございますし、在宅医療の後方支援であったり入退院支援であったり、診療所や在宅との連携などということも課題提起されている地域もございますので、そういった中からテーマを御相談しながら来年度に向けて決めていきたい、検討していきたいと考えております。

裏面別紙で年間スケジュールの案、現時点でのスケジュールですけれども下の段が地域医療

構想調整会議、地区の保健医療福祉推進会議となっております。年間3回を予定しております。第1回は8月から9月、こちらの方は地域の新しいデータを含めて現状分析、データの共有などをしていければと思いますし、また、総合確保基金を使って何か事業のご提案があるかどうかという検討もやっていきたいと思っております。2回目の10月から11月、それから1月から2月、この回につきましては、病床の話もあるのですが、それ以外にテーマを決めて御議論いただければと考えているところでございます。

(事務局) (小田原保健福祉事務所)

小田原保健福祉事務所の樋口でございます。31年度の進め方について若干補足をさせていただきます。議題の1でも御報告しましたとおり、当推進会議では今年度ワーキンググループを設置しまして、これまで2回にわたって協議、意見交換を行ってきたところでございます。このワーキンググループは来年度も引き続き開催していきたいと考えておまして、資料3の表面に例示されております、例えばですけれども、高齢者救急、在宅医療支援、入退院支援などのテーマ、これらのテーマ自体それぞれ密接に関連しているとは思っておりますけれども、こうした事項について、まずはワーキングで議論を進め、その結果をまたあらためて推進会議に報告すると、そういった方向で進めてまいりたいと考えています。

具体的な進め方、テーマ設定については、本日各委員から御意見をいただいた上で、また事務局で調整をさせていただきたいと考えております。またテーマによっては、現在ワーキングは医療関係者のみのメンバーですけれども、医療関係以外の委員の方に、たとえばオブザーバーとしてワーキングに参加をお願いする場合もあろうかと思っております。その際にはあらためて協力をお願いしますので、よろしくお願ひしたいと存じます。補足は以上です。

(渡邊会長)

はい。説明ありがとうございます。いまの大まかな予定、これは上から見た構想、進め方ということなのですが、実際これからやっていかなければいけないのは、おそらく医療を受ける側です。受ける側のニーズが実際にどういうふうになるのか、一緒に合わせながらそれに対して病院、クリニックなどの医療機関がどういようにそれを受け入れていくか、それによって病院のニーズというものがまた少し変わってくるかもしれないので、いま説明があったように、これから大切なのはワーキンググループで、どれだけそれを吸い上げられるかということじゃないかと思うのですが、その辺りの手順に関するご意見、アドバイスというのがありましたら、この場でいただければ反映できると思っております。

(杉田委員)

この資料3で、調整会議の進め方の案というのが出ておまして、31年度の目標ということで地域の議論の進捗状況に応じてという内容がありまして、正直申し上げまして、ここには自治会あるいは市町村の方も出ていらっしゃるのですが、いつもこの会議は病院の病床をどうするかということ、それがほとんどなのです。

だけれども、地域医療構想を考える会というのは、ここに書いてある2番目ですよね、31年

度の目標の2番目の、こういう内容に関しては私何回かお願いしたことがあるのですが、例えばこの地域で在宅医療がどのくらいできるのかというのが、何も出ないですね。まあ、医師会は一生涯命協調というのをやっていますけれども、具体的なニーズがどのくらいでどうなのだと、そういった中で病院ももちろんどういう立場であるのか、そういった議論が一度も行われていないというのを僕はいつも一番不満に思っているのですね。だからもう病床機能の問題というのは、各病院の先生はよく分かりましたから、そういうことにこだわらなくても自主的な申告ですから自主的に各病院が出すことですから、これは。それだけに費やしているというのがなんとなく空しい会議だと思うことがあるものですから、もう少し別の視点で進めることが必要なのではないかなと感じています。

(渡邊会長)

これも含めて何かありますか。では、小松先生ちょっとお願いします。

(小松委員)

よいですか。来年の目標として、この県西地域は議題が少ないですよ、ほかの地域に比べて。ベッドを増やさなければいけないとか、じゃあ増やしたいベッドにどこが手を挙げてそれを割り振る、というような凄く血なまぐさい議論が一切ない。ですから議題もすごく少ないです。

このままでいくと、いま杉田先生おっしゃったように次の第1回の調整会議は7月か8月なので6か月開いてしまうわけです。役所の皆さんも人が変わってしまう可能性もあるのですが、県西だからこそやらなければならないのは、ベッドの数よりも、実は地域医療構想の調整会議の中で、ベッドがいらなくなると言われていますけれども、実はその計算というのは、療養型に入っている500人くらいが地域に出ていくという仮定に基づいてベッドがいらないという話になっているわけですから、いま病院に入院している人が500人出ていくとして、それを介護施設で受けられるのか在宅で受け入れられるのかというところを掘り下げないと、先にベッドを無くして、実際には行き場がなくなってしまっただけでは、目も当てられないということになります。県西の場合、2市8町ありますから、難しい面もあると思いますけれども、そこを掘り下げていく必要があります。ベッドの数と看板の話は1年半くらい放っておいてもまったく問題ないと思います。みんな自主的に考えればよいことなので、資料3の2のところをどこまで掘り下げるかということは、病院側からも、クリニックの側からも、それから救急隊、施設、在宅をやってらっしゃる人の、数だけではなくて質を見える化して、きちんと議論していくのが一番大事だと思います。

(高井委員) (県医師会)

県医師会の高井でございます。今の話に関連してなのですが、実際に在宅をされている先生方の声を聴かなければならないといけないと思いますので、この会の中にぜひ在宅医療をやられている先生を入れていただきたいということが一つ。

あと、いま県の医師会の方で、特養や有料老人ホームで、いま、たとえば看取りをしている

のかしていないのか、それから配置医とか協力医療機関はどうなっているのか、救急の時にどうしているのかというようなアンケートをこれから出します。おそらく県西地域の中でどのくらいの回答率が得られるか分らないですが、そのデータをぜひこの会にも参考にしていただきたいと思います。以上でございます。

(飛弾副会長) (足柄上医師会)

足柄上医師会の飛弾です。私は診療所の立場から在宅医療について意見を述べてきたのですが、参考資料1の3ページの真ん中のちょっと下側に前回のこの会議で私が発言した文言が入っています。入院病床が減るということは、在宅で多くの患者を診るとのことだが、というその1文なのですが、在宅にかなりの患者さんが移行すると、まあ大変な労力が必要であると。で、在宅の医師だけでなく訪問看護師、訪問介護士などの人材確保が重要であると。神奈川県は看護師の数が少なく、訪問看護師についても足柄上医師会の訪問看護ステーションも人材不足で、いま過重労働状態であります。実際に私が訪問診療しているグループホームでも介護士の不足は深刻であります。介護士は、ケアはできますが、重症化した時に看取することはできないということです。

31年度の会議の進め方について、在宅医療についても謳われているのですが、ぜひその施設の、高井先生おっしゃったように施設の実情とかそういうことについてもこの会議でデータをだしていただきたいと思います。

今までの会議は病床の数ばかりなので、病床が減るとのことであれば、それを引き受ける在宅医療、介護のデータを見ないと、この地域医療構想で出された数字をそのまま無条件で受け入れることは、私はできないと考えます。

(渡邊会長)

いま御意見いろいろありましたけれども、まあほとんどの方の意見は今年度でこのパターンは一応締めくくるといふか、中断して、あとは実質的なものに移る方がいいのではないかとということかと思っているのですが、小田原の地域でも、昨日もあったのですが、医療と介護の、ほぼ介護ですよ、いろんな多職種の方が集まって勉強会は盛んにやっているのです、そういう中と、それは在宅ですね、あとは施設です。施設の中でどういう医療のニーズが発生しているのか、ということも含めて、それをまず、病院の先生たちを含めて、いま在宅をやっているメンバーと介護の施設を運営している方たちが、一緒にその医療のニーズというものを話し合う場所、それを次のワーキンググループでやって、31年度の調整会議の参考資料にすると、そういう方針はいかがでしょう。

(杉田委員)

さきほど大々的なことを言ったのですが、要するに在宅ということに關与するのに基礎的なデータ、たとえば病床区分に関してはDPCとか客観的なデータが多いわけですが、それに基づいて将来を構想するわけなのですが、在宅に関するそういった客観的なデータが正直言って何もないのです。ですから、各職種間で協調しましょう、という議論しかできないので

す。データが難しいから、その辺りが置き去りにされているのだらうなど私はいつも思っていたのです。データがなければ、ただみんなが寄せ集まってやっても、あまり意味がないと思っています。病床区分についてはそういったデータがあったから、いろいろなことが議論できたのですね。だからその辺りのデータというのはどうなのでしょう、県としては。

(小松委員)

杉田先生、在宅医療のレセプト出現率のSCRとか、そういう数値上のデータはあります。地域医療構想って、基本的にはデータを参考にして皆さん将来に備えてくださいということなので、一応データ上、レセプトがどれくらい出ているとか、それが対人口当たりどれくらいというのは見られる。ただ、現場としてよくあるのは、施設で協力医療機関がいっぱいズララッと書いてありますが、実際にはどこも協力してなくて救急車呼ぶっていうのが結構都市部だと多いのです。だから、実際に見えるデータを現場の声を拾っていただいて見せていただくというのが大切ですし、県西の場合はあまりベッドの話をして、やみくもに慢性期のベッドを減らすと患者の行き場がなくなりますので、むしろ県よりも市町村の方でデータを出してもらって、いまここはこうですよという話を会議の半分くらいの時間を割いた方が有意義です。おそらく県も国から言われてやらなければいけない議題がいくつかありますので、そこはちょいちょいとやって、こちらをしっかりとやった方が、県西としてあるべき議論ができると思いますし、施設の委員さんも言いたいことがあるのではないかなと思いますけれども。

(事務局) (小田原保健福祉事務所)

ありがとうございます。ワーキンググループできちんと議論できるような材料を事務局の方で揃えないと議論が進められないと、そういったお話であったかと思います。それにつきましては、さきほど高井委員からお話があった、今後実施されるアンケートを活用させていただく、あるいは小松委員から話のありました市町村や県の方で県西地域の实情について現場感覚のものをまとめておく。そういうことで、事務局の方で材料を、まあどこまで精緻なものがということはありませんけれども、まずは揃えさせていただいて、その上で、ワーキングで先ほど提示したようなテーマで議論を深めていきたいと、このように考えております。

(渡邊会長)

はい、そうしますと、次に何らかの集まりがあるというのは、それはワーキンググループでよいわけですね。で、それに対するどういうデータがほしいかというのと、いつくらいにどういった方たちを対象として集めるかというところは、こちらの方である程度出していただいて、メンバーの方たちにどういうところも参加してほしいという意見も出していただけたらと思います。

(事務局) (小田原保健福祉事務所)

一度事務局の方でその辺りのたたき台といいますか、方向性の方は出させていただいて、あらためて御意見を伺う、ということではいかがでしょうか。

(渡邊会長)

本当の意味での議論がこれから始まるということで今回は把握しているのですが、もう少し来年度希望するというのが何かありましたらこの場に出していただきたいのですが、何かありますか。

はい。そうしましたら、今年度の保健医療福祉推進会議は、第3回、これをもって終了となりますが、来年度以降、またもっと具体的な話合いを有意義な形で進めていけるように考えてやっていきたいと思っておりますので、皆様御協力をよろしくお願いしたいと思います。

では事務局。

(事務局) (小田原保健福祉事務所)

はい。ありがとうございます。事務局から2点ほど事務連絡がございます。

今年度お集まりいただきまして会議を開催いたしますのは、会長からお話しがございましたように今回で最後となりますが、4回目は書面開催という形になります。3月に資料等を送らせていただきますのでよろしくお願い致します。

2点目はシンポジウムの御案内でございます。本日机の上に、若年性認知症シンポジウムということでチラシをお配りさせていただいております。日時は3月18日、午後に当合同庁舎で開催いたします。若年性認知症の正しい理解というテーマでシンポジウムを行います。裏面、締め切りが3月15日になってございますので、ふるってお申込みをお願いしたいと思います。事務局からの事務連絡は、以上でございます。

それでは以上をもちまして本日の会議を終了いたします。長時間にわたり誠にありがとうございました。