

平成 30 年度第 1 回伊賀地域医療構想調整会議 議事概要

- 1 日 時 平成 30 年 10 月 23 日（火） 19:30～21:00
- 2 場 所 三重県伊賀庁舎 大会議室
- 3 出席者 清水委員、東委員、馬岡委員（議長）、村田委員、高嶋委員、伊藤委員、三木委員、猪木委員、寺田委員（代理：板野院長）、高木委員、峠委員、工藤委員、田中委員、森嶋委員
- 4 議 題
 - ・平成 29 年度病床機能報告結果について
 - ・必要病床数と病床機能報告を比較する際の考え方について
 - ・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について
 - ・地域医療構想をふまえた 2025 年に向けた各医療機関の役割について
 - ・在宅医療体制の整備について

5 内 容

（1）平成 29 年度病床機能報告結果について

《事務局説明》

- 平成 29 年度病床機能報告に基づく三重県全体の病床数は 16,391 床であり、前年比で 1 床増となっているが、平成 28 年度未報告であった 12 の医療機関からの報告があったため、実質的には 122 床の減になっている。（資料 1－1）
- 伊賀地域においては 25 床の増となっているが、同様に昨年度未報告であった 3 医療機関からの報告があったため実質は増減なしである。（資料 1－1）
- 病床機能報告は昨年 7 月 1 日時点の数値であり約 1 年間のブランクが生じるため、最新の病床数や病床機能について、別途アンケートにより把握をしている。それによると、昨年の 7 月 1 日以降の病床数は、県全体で 267 床減、伊賀地域では 3 床減という結果であった。（資料 1－1）
- 病床機能報告の報告項目である「具体的な医療の内容に関する項目」のうち、高度急性期・急性期に関連する項目を、県内の高度急性期又は急性期と報告された病棟でどの程度実施しているかを確認したところ、約 7.2%にあたる 20 病棟がそれらの項目を全く実施していないという結果となった。（資料 1－3）

《主な質疑等》

- 資料 1－3 で、「具体的な医療の内容に関する項目」で全項目に該当しないのが県内で 20 病棟とあるが、伊賀地域で該当するところはあるのか。
- ⇒ 伊賀地域でも 1 か所が該当する。県内で該当するのは、GCU など新生児を扱っている病棟、緩和ケアの病棟、健診センターであるような病棟となる。新生児を扱う病棟については、「具体的な医療の内容に関する項目」が成人

向けに作られた項目が多いのと、ベッド数が少ないためひと月のデータとして数字が出にくいというところがある。緩和ケア病棟については、その在り方が急性期、回復期、慢性期のいずれかというところがあり、県としては少なくとも急性期ではないのではないかとということで、今年度は一定の基準を示した上で回復期か慢性期かでの報告のお願いをしている。健診センターについては、急性期、回復期、慢性期の判断がし難いということで、国の方でもきちっと検討させていただきたいということになっている。このように、県内の該当する病棟については、急性期なのに何もやっていないというよりは何かの特殊な事情があって項目が上がっていないと考えていただければと思う。

○ そもそも健診センターのベッドを病床という理解でよいのか疑問であるが、その辺りの判断は病床機能報告では示されていないのか。

⇒ 今年度の病床機能報告のマニュアルの中では、健診センターの病床であっても報告の対象となっているため、今年度については変更なしと思っていたらきたい。

○ 資料1-3の「具体的な医療の内容に関する項目」で、3、4、5、6、8の項目が高度急性期、急性期に関連する項目とあるが、9として「早期からのリハビリテーションの実施状況」という項目がある。急性期の疾患や心臓疾患などで早期のリハビリテーションを実施する例は多いと思うが、そういった早期リハは急性期の判断には含まれないのか。

⇒ 早期リハの項目については、今回、国がワーキンググループの中で急性期と関連が深い項目ということで選択した項目の中では選ばれていない。病床機能報告の中でもこの項目については、現時点のマニュアルの中には入っていないが、先ほども説明したとおり、マニュアルで示されている項目以外であっても、こういう内容をやっており、うちは急性期だということであれば報告できないということではない。これら以外でも急性期病棟として提供しているという項目があれば、それを別途添えて報告いただくという形になる。

○ 伊賀地域で休棟中のベッドが増えているが、これらについて継続するのか廃止を届け出るのかという確認はまだされていないのか。

⇒ 病棟全部が止まっているところについては、厚労省の通知の中でも今後の運用見通しについて確認をすることになっているので、書面にて、10月末までの期限で、今後の方針をお伺いしているところである。

○ この「急性期に関連する項目」は、あくまでも医療機能を選択するときのチェック項目として、こういう項目が入っているだけと理解してよいか。今後、これらの項目のどれだけのパーセンテージをクリアしなければならないということにはならないか。

⇒ 現時点は、そういったものは示されていない。

○ はっきり言えることは、こういう細かい点まで引き続きデータを出させる方向であるということである。

(2) 必要病床数と病床機能報告を比較する際の考え方について

《事務局説明》

- 医療型障害児入所施設及び障がい者の療養介護を行う施設の病床については、特定の患者のみが利用しているため、必要病床数と病床機能報告を比較する際は、病床機能報告から両施設の病床数を除いて比較することとする(資料2-1)
- 病床機能報告の病床数と必要病床数を比較する場合は、2025年の必要病床数との比較だけではなく、医療需要のピーク時の必要病床数も勘案しながら、病床機能の分化・連携に取り組んでいくこととする。(資料2-1)
- 伊賀地域においては、医療型障害児入所施設等の病床がないためこの考え方の影響はないが、2025年以降の医療需要のピークは2030年となることから、このピーク時の必要病床数の考え方は影響することになる。(資料2-2)

《主な質疑等》

- 資料2-1に関しては、医療型障害児入所施設の分を必要病床数と比較する計算に入れないということと、伊賀地域では必要病床数のピークが2025年より5年分後ろにずれているので、そのピーク時を見据えて考えようという話となる。理屈としてはすごく合うが、このベッド数は、在宅医療に医療区分1の70%を落とすということが前提となった上のベッド数なので、それを少し上乗せすることが手当てになるのかということが視点から抜けている。在宅医療が入院医療をカバーできるという前提のベッド数であるということをお忘れにならないようにしていただきたい。それを忘れたままこの数だけを守るとベッドが足りないということが起こり得る。
- 単純に2025年の必要病床数を見ると、現状からかなりカットされているが、伊賀地域では3つの病院が均等に救急を回している。これからの寒い時期の救急患者が増える季節でも、24時間を20数名の医師で見なければならぬ状況にある。津地域とはだいぶ形が違うので、そういったことももう少し考えていただきたい。
- 今の意見は、委員はみな共通して感じていることだと思う。その結果、伊賀地域のベッド数はこれだけでは足りないという結論になることもあり得る。伊賀地域は在宅の力がないので、もっとベッド数を確保しましょうとか、少なくとも2030年を乗り切るまではベッド数を今のまま保ちますというような結論であっても仕方ないと思う。

(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

《事務局説明》

- 病床機能報告の結果と 2025 年の必要病床数を比較すると、全国的に急性期が過剰で回復期が不足するという傾向があるが、実態よりも多くの回復期病床が不足するという誤解を生じているのではないかという指摘がなされている。そのため、地域医療構想調整会議の議論を活性化させるための方策の一つとして、回復期機能の充足度の評価や、医療機能の分化・連携の在り方を議論する上での目安となる定量的な基準の導入について国から各都道府県に要請がなされた。(資料 3-1)
- 先行して定量的な基準を導入している 4 府県(佐賀県、奈良県、埼玉県、大阪府)は、それぞれ医療関係者等と協議の上独自の基準を工夫しているが、それらの基準を三重県に当てはめると、回復期機能の充足度が大きく変化するなどの結果となった。(資料 3-2~資料 3-4)
- 今後、先行府県の定量的な基準等を参考に、三重県版の定量的な基準を作成することとしたい。

《主な質疑等》

- 回復期と報告された病床と急性期と報告された回復期相当の病床とを別個に取り扱っているが、本当に別個に取り扱えるのか。回復期相当とみなされた場合に、その病棟が急性期の病棟としての機能を担保されるのかが問題であり、その担保がないままだとやりたい放題になってしまう。どの府県のやり方も、国が求める数に合うように逆算して出している方式のように見える。
 - 回復期というと回復期リハビリテーション病棟という感覚が医療従事者にはあるので、回復期相当と言われても納得しがたいのではないか。回復期病棟に転換しようとはしない。回復期病棟は、患者が限定されるし、経営的にも厳しくなる。基本点数がこれだけ上がって経営できるということを示してもらえなれば、今のところ何も変わらないのに、回復期を何パーセントか増やしましょうと言われても誰も手を上げない。
 - 先行例として挙げた埼玉県や大阪府は、三重県と比べると、がんセンターなどいろいろな施設があり環境が違うので、そういう府県のやり方を三重県に持ってくるのは少しおかしいのではないか。
- ⇒ この定量的な基準の導入については、議論の活性化を目的とした形として各都道府県で導入することと国から言われたものである。各都道府県で定量的な基準が示されたとしても、現状では、病床機能報告ではその基準に従って報告しなければならないというわけではなく、診療報酬にも縛られない。各医療機

関の自主的な判断での報告という原則は変わらないので、あくまで議論の活性化が目的である。

- 急性期も担っていますよという言い方であっても、いったん回復期に持って行って数合わせをしたら、医療機関側としてはもう戻せないのではないか。そうすると、非常に経営も厳しくなるし、急性期の数も減らされた場合は急性期プラスアルファの患者が入れられなくなる。回復期にも急性期の要素が入るような保険点数的な仕組みまで踏み込まないとうまくいかないだろうし、今の基準の考え方では、活性化か複雑化かわからないようなものになっていると思う。
- ⇒ 今後は診療報酬とも結びついた形でも報告制度になるかもしれないが、現状では各都道府県で議論の活性化のためにこういった基準の導入が求められているところである。
- 都市部と過疎部では医療状態も全く違う。それを県で一本化して定量的な基準の導入を求めることは、構想区域を細かく分けている意味がないのではないか。
- ⇒ 国の考え方としては、地域の実情に応じてということなので、構想区域ごとに地域の実情に応じた形で基準を考えてもよいという見解ではある。県としては、構想区域間の比較も必要かと考えているので、現時点では統一した基準を予定している。
- 先行する府県の方式でさえバラバラであり、こんなに極端に違うということは逆に言えば、国が全国の統一的な基準づくりをギブアップしたということ。これから全国でいろんな方式が立ち上がってきたときに、一番恐れていることは、都道府県単位の医療保険制度の実施という話につながらないかということであるので、慎重に進めなければならない。また、二次医療圏そのものの変更を迫られている側面もあるので、その辺も含めて考えていかなければならない。あくまでも我々ができることは、伊賀地域ではどういう医療が必要かを提示することだと思う。ただ、我々の構成メンバーでそれを全部提示できるかということもあるので、できたら、こういうロジカルな部分に対するサポートがあることが望ましい。

(4) 地域医療構想をふまえた 2025 年に向けた各医療機関の役割について

《事務局説明》

- 平成 30 年 2 月 7 日付の国からの通知「地域医療構想の進め方について」においては、2025 年における役割・医療機能ごとの病床数について毎年度具体的方針を取りまとめることとされているが、平成 30 年度以降の地域医療介護総合確保基金の配分にあたっては、この具体的対応方針の進捗状況を考慮す

るとされている。(資料4-1)

- 本県における2025年に向けた具体的対応方針の取りまとめについて、昨年度は、公立・公的医療機関等の役割を協議したところであるが、本年度は公立・公的医療機関等以外の医療機関の役割についても協議を行う。(資料4-2)
- 現在、民間医療機関に2025年に向けた今後の方針・計画の提出を依頼しているところであり、次回の調整会議において具体的対応方針の取りまとめに向けた協議を行う予定である。(資料4-2)

《主な質疑等》

- 調整会議の内容によっては、地域医療介護総合確保基金の配分に差がつくということだけは間違いがない。

(5) 在宅医療体制の整備について

《事務局説明》

- 今年6月から7月にかけて市町ヒアリングを実施し、在宅医療・介護連携の各市町の現状についての把握を行った。(資料5-1)
- 平成30年度より、医療計画や介護保険事業(支援)計画の改定が行われ、在宅医療・介護連携推進事業の全ての項目を実施することとされている中、県内の各市町において各種の取組が進められている。(資料5-1)
- 名張市においては、平成23年4月の早期から名賀医師会への委託により「名張市在宅医療支援センター」を設置し、医療・介護資源の詳細な把握、急変時のバックベッド確保体制の整備、病院と地域の看護職の連携に関する研修会など、充実した取組が行われている。(資料5-1)
- 伊賀市においては、平成29年10月に2025年に向けた地域医療の戦略を策定するとともに、お薬手帳を活用した医療・介護関係者の円滑な情報共有の仕組みの構築が図られている。(資料5-1)
- 在宅医療に関する各種指標について、進捗状況を把握するため、できる限り市町単位で現状の数値をとりまとめたので報告する。(資料5-2、5-3)
- 療養病床を有する医療機関における病床転換の意向を調査したところ、平成30年度～平成32年度末までの間に介護保険施設(介護医療院)に転換する予定の療養病床数は、県全体で107床、伊賀区域では0床であった。(資料5-4)

《主な質疑等》

- 介護療養病床と医療療養病床を合わせた4,000床近い数が介護医療院に転換する可能性があるということになるが、医療療養病床から介護医療院に転換するということは住民の負担に影響を与えることになるが、各市町においてはご配慮をお願いしたい。