

平成30年度第1回相模原地域地域医療構想調整会議 議事録

日時 平成30年9月10日（月）

会場 相模原市立総合学習センター2階セミナールーム

開 会

（事務局）

それでは、定刻となりましたので、ただいまから第1回相模原地域地域医療構想調整会議を開催いたします。私、神奈川県医療課の加藤と申します。よろしくお願いいたします。

この会議は本来8月8日を予定しておりましたが、台風の影響で延期させていただきました。

本日の出席者については、委員名簿及び座席表のとおりとなります。今回から新たに委員に就任された方のみ紹介させていただきます。

相模原市病院協会理事、野田委員です。

北里大学病院病院長、岩村委員です。

健康保険組合連合会、清水委員です。

相模原市健康福祉局保健高齢部長、河崎委員です。

また、本日は、神奈川県病院協会、八十川委員の代理として、まだお見えになっていないのですが、廣瀬様にご出席いただくこととなっております。

さらに、本日、オブザーバーといたしまして、前北里大学病院長、海野様にご出席をいただいております。

次に、会議の公開につきまして確認いたします。本日の会議につきましては、原則として公開とさせていただきます。開催予定を周知いたしましたところ、傍聴の方が10名見えております。

なお、審議速報・会議記録につきましては、これまで同様、発言者の氏名を記載した上で公開とさせていただきます。本日の資料につきましては机上にお配りしたものとなります。何かございましたら、会議途中でもお申しつけください。

それでは、以後の議事の進行につきまして、竹村会長、よろしくお願いいたします。

（竹村会長）

皆さん、こんばんは。きょうは足元の悪い中、どうもありがとうございました。座って話をさせていただきます。

1カ月遅れの開催になりましたけれども、今日は平成30年度の地域医療構想の進め方と調整会議のあり方、定義というものをお話しいただこうと思います。今後の進め方の第一歩になると思いますので、よろしくお願いいたします。続いて相模原地域の現状分析、病床機能の転換に関してということで、6つの議題がございます。新しい4名の委員の先生方も含めまして、よろしくお願いいたします。

議 題

（1）平成30年度の地域医療構想の進め方について

（竹村会長）

それでは、まず第1の議題に入ります。事務局から説明をよろしくお願いいたします。

(事務局より資料1に基づき説明)

(竹村会長)

以上のことに関しまして、何かご意見・ご質問はございますか。よろしいですか。

私から一ついいでしょうか。県の許認可の問題ですが、病床機能に関して、不足のものは認めると書いてありましたけれども、全く調整会議にかけないで、勝手に県のほうで認可していってしまうということでしょうか。一つ実例があって、この間県央で、慢性期病床が足りないから慢性期で開設しても問題ないということで、説明会で対応しようとしたという経緯があります。やはり回復期と慢性期は全く違う範疇に属するものなので、足りないからというだけで調整会議にかけないで認可するというのはどうかと思うのですが、今後足りないということであれば、この会議にかけないで認めていくのでしょうか。それとも、あれは例外的なものであって、今後も必ずかけるという対応でやっていただけるのでしょうか。この確認をお願いいたします。

(事務局)

県の医療課長の足立原でございます。今の会長のご質問は、病床機能4区分の中で、足りない区分に行く場合には、この調整会議にかけないことがあるかという確認でよろしいでしょうか。

(竹村会長)

そうです。

(事務局)

基本的にはかけさせていただこうと思っています。ただ、病床機能区分の場合、場合によっては許認可が必要ないケースもございますけれども、基本的には各病院の機能分化の中で、例えばある病院が20床、高度急性期から急性期にしたい、あるいは急性期から回復期にしたい、こういうことは情報共有させていただきたいと思っています。

おっしゃったのは県央の七沢リハビリテーション病院の例ですね。

(竹村会長)

そうですね。

(事務局)

七沢リハビリテーション病院については、県央でも私は謝罪させていただいたのですが、県立病院を移譲するという流れの中で、移譲の条件がどうだったのかという話と、あれは新たな病院の開設でして、その中でどういう形で許認可するかということで、機械的にやってしまった部分もございました。ですから、あの件自体が非常にイレギュラーでした。規模によりますが、例えば5床、10床など、場合によっては書面等で情報共有させていただくこともあるかもしれませんが、基本的に情報共有はこの会議でさせていただくということは考えております。

(竹村会長)

わかりました。頭飛びで許認可してしまって、我々が全く知らないということになるとやはり困りますので、このところは一言だけ確認させていただきました。

ほかにはございませんか。よろしいでしょうか。それでは、次に参ります。

(2) 相模原地域の現状分析

(3) 平成29年度病床機能報告結果について

(竹村会長)

次は(2)相模原地域の現状分析と(3)平成29年度病床機能報告結果について、一緒に説明を

お願いいたします。

(事務局より資料2～4に基づき説明)

(岩村委員)

一つよろしいでしょうか。

北里大学病院の追加調査への回答状況というところで、丸の2つ目に臨床研修センターと書かれていますが、これは臨床試験センターの間違いですので、ご訂正をお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

(竹村会長)

ありがとうございます。以上の報告に関しまして、いかがでしょうか。後からもう一回話があると思いますが、大まかなところで何かご質問、ご意見はございますか。よろしいでしょうか。それでは、先に進めさせていただきます。

(4) 過剰な病床機能への転換について

(竹村会長)

では、(4)の説明をよろしく申し上げます。

(事務局より資料5-1に基づき説明)

(竹村会長)

それでは、過剰な病床機能への転換ということで、総合相模更生病院のほうから出ておりますが、これは直接説明いただけるのですか。

(井出委員)

総合相模更生病院の井出でございます。私は医師会からの委員で出席しておりますが、このたび当院の病床機能転換についてのことでございますので、概略を説明申し上げます。

今お話のありましたように、現在当院が有しております57床、これは介護療養病床ということで、ご承知のように平成35年度末に施設基準が消滅する病床でございます。したがって、何らかの区分にコンバートしなければならないのですが、医療療養病床とか、新設の介護医療院とか、さまざまなコンバート先を検討しました。その結果、地域医療の一角を担い得る機能として、過剰とされておりまして、一般急性期病棟に転換ということを選択しまして、申請した次第でございます。

事由としましては、資料5-2にありますように、一つには市の二次救急医療体制の機能の充実ということで、市民病院のない地域でございますので、十分に運営していくのはなかなか困難です。先ほどのご報告にありましたように、圏域内の自己完結率は85%ぐらいであります。この数字は、二次救急病院それぞれが全力を挙げて維持している状況でございます。ここのところをさらに円滑にできるようにということが、①にうたった事由でございます。特に収容のときに困難のありません脳神経外科領域の患者についても、増床した病床を使いまして受け入れを整備して、現在は脳外科を標榜しておりませんが、将来的には地域の要請に見合った脳神経外科の併設、設置も検討しております。

それから、②です。現有で地域包括ケア病棟を持っておりますが、これはそのまま維持して、新たに増床した急性期もその受け皿として活用できるようにということを含めて、救急の対応を十全

にしようということでございます。

それから、③は少し特殊なことですが、透析患者の入院について、地域で透析のクリニックをやっておられる先生方から、透析患者の入院の受入れ先に非常に困っている、通院している患者さんが骨折したとか、虫垂炎になって緊急手術が必要だと、あるいは肺炎等の入院を要する合併症を持った患者さんを受け入れてくれる先に大変困っているという声が高くございまして、これも急性期の施設基準でないと、コンバート先として地域包括ケア病棟の増床も考えたのですが、透析患者の受け入れはその施設基準になかなか合致しないというようなことがありまして、透析患者の入院先ということも一つの大きな事由でございます。

以上、地域医療構想の原則としまして、この調整会議に最終プレゼンスがあると理解しておりますので、先ほどお話がありましたように、医療法、国の通知の、資料5-1の1番の①、②、③ですか、この手順を踏んで、問題提議を含めまして、ご提示申し上げた次第でございまして、以上でございます。

(竹村会長)

ただいまのご説明を受けまして、皆さんのご意見はいかがでしょうか。はい、どうぞ。

(高野委員)

相模原協同病院の高野でございまして。相模更生病院の急性期の増床という話は、先般、金田先生も含めまして、お話は聞きました。その趣旨はやはり急性期の、特に相模原市の二次救急を少しでも市内で完結したいということにおいて、病床数の不足、いわゆる入院患者の急性期の不足というところで増床したいというお話がございました。

私、その委員会の委員長をやっている立場からしますと、実は診療科の問題が一番多いということでございます。特に完結率の悪いのは急性期の脳神経疾患で、これについては我々の病院でも現実的に2名いた脳神経外科医がこの9月から1名になってしまっているということで、まさにまた相模原市全体の救急が窮地に来ているというような状況でございまして。将来的にこういうところで今、井出先生から病床数を増やすにも、それプラスいわゆる診療内容、特に救急対応をする脳神経外科医の招聘を含めれば、相模原市の医療を補完するためにも必要なことだろうと私は思いました。

しかし、全体的に考えますと、全体の急性期はこれだけ多いわけで、この会議で更生病院にオーケーできるかという、まだこの会議に出席していない急性期と手を挙げたところがどのように納得するかという、自分のところはどうするかということがあるわけですね。そういうことを考えると、先ほど事務局のほうから2025プランの話が出てございまして、我々も新しく2020年は400床の病院で、高度急性期と急性期をやると書かせていただいておりますが、過剰になっている急性期の話で申しわけございませんけれども、これをどのようにやるかといった場合に、やはり病院協会に入っている病院を全部集めてやるのがいいか、それから二次救急の病院が集まる病院長会議もあつたり、もちろん理事の会議もあつたり、いろいろなところがあります。これを含めたところで、この調整がやはり必要なのではないかと考えております。

ですから、またいろいろな形で、ここにも書いてあるようにワーキンググループをつくるかという話もありますけれども、我々のところについては自分で言うのもおかしいですけれども、病院協会がしっかりしているの、そういう中にありまして、病院協会の中でどのメンバーを集めてやるかというようなことで、そこの中間報告も含め、この会議に持っていくというような形が一番いいのかなと。これは私の考え方でございまして、以上であります。

(竹村会長)

そういう意味で、ワーキンググループは大切だと思います。急性期の解釈は、先ほども出ていましたが、一応目安という意味からいくと、本当にいわゆる病院側で考えている急性期というのは、

いまだにやはり必要なものだと思いますけれども、機能報告のほうではなくて、病床機能としての国の定義ということになると、どうしても乖離してしまう。そのところをどうするか。

(海野オブザーバー)

オブザーバーなので、ご許可をいただければ発言させていただきたいと思います。

(竹村会長)

はい、どうぞ。

(海野オブザーバー)

今の更生病院のお話をお伺いして、今回2016年から2017年にかけて特に高度急性期と急性期の病床のバランスを北里が大きく変えたため、急性期が過剰ということになって、逆に高度急性期が足りないという話に変わってしまったということで、かえって更生病院にご迷惑をおかけするような感じですので、そこはどのような経緯であったか、少しだけ説明させていただければと思います。

大学病院に関して、高度急性期を100%出している病院がかなりあるというのが今年の地域医療構想の国のワーキンググループで大きな問題になりました。その際、大学病院のほうにいろいろな形でのご指導をいただきました。その結果、高度急性期、急性期というものを分けるのがそもそもとても難しいということもわかってまいりました。ただ、国からこういうやり方をしなさいということはお示しだけなので、いたし方なく私どもでどのように考えるかということを検討いたしました。

それで、北里では、それぞれの病床には必ず高度急性期の患者さんもいるのですが、よくなってくれば急性期になり、退院する頃には回復期になりというような状態の医療資源の投入に必ずなります。それはどの急性期の患者さんも必ずそういう経過を入院中にたどります。そうすると、どのぐらいのパーセンテージでそれぞれおられるか、もし病棟ごとにやるのであれば分けるしかないということでやってみますと、点数配分などで一応の目安がありますから、高度急性期と急性期を両方足すと、大体北里大学病院でもどの病院でも60%から70%はそういう患者さんです。高度急性期の部分がどれだけおられるかということで、バランスを考えて高度急性期が15%おられる病棟を高度急性期として今回出させていただいたのが、この平成29年の数字です。

逆に高度急性期の部分は、実際には北里大学病院は状況によって急性期と出して出している病院にも高度急性期の患者さんはおられますし、患者さんが発生すればもっと多くの高度急性期をその病棟で診ることは可能です。そういうことを考えると、これはすごく恣意的な線を引けと言われ、引かせていただいているという現状があって、これはどこでもそれぞれ高度急性期、急性期を診ていらっしゃる病院では同じような悩みを抱えながらこの報告をしているのではないかと思います。

ですから、今回しっかりとした転換の理由をお持ちで転換されようとしている更生病院がこの件で引っかかるというのは、大変私どもとしても不本意なことなので、その辺はご理解いただいてご検討いただければと思います。

(竹村会長)

もう一つついでに伺いますが、後でまた東病院の話も出てきますけれども、東病院から大学病院に移った病床に関しては、今後いわゆる回復期から急性期に移るということもあり得ますか。

(岩村委員)

今のところ、状況を見てまた今後検討していかなければいけない部分だと思いますが、とりあえず申請させていただく時点においては、病床機能の変更は考えておりません。

(竹村会長)

今はない予定ですか。はい、どうぞ。

(高野委員)

我々が超急性期で出したのは、いわゆるICU、CCU、ハイケア、こういう病床は機能的に超急性期だろうということで、一応一般病床は急性期という扱いで、機能的なところ、CCU、ICU、ハイケアの病床数を32床で出した状況です。先生がおっしゃるように、毎回1つの病棟で同じようなパーセントでずっといくわけではないですし、診療科によっても違ってしまいますので、私が井出先生に話したときには、この地域の中で、この考え方で急性期をやるのだと、ほかの病院も納得すれば、数字から少しはみ出てもいいのではないかと、それがやはり地域医療構想の考え方ではないかとお話ししました。ですから、もう一度病院が集まったところでこの話をしてもらって、ほかの急性期と手を挙げていたところがこの考え方に賛同すれば、たとえ少しオーバーしても構わないのではないかと。結局、線引きは非常に難しいです。この数字を出されて、1つでも多かったら過剰と見るということにはやはりならないので、それがやはり地域医療構想の大事な考え方ではないかと思えます。

(金田委員)

高野先生のおっしゃるとおりで、多分国、地方自治体、県も含めて、地域完結で終わる、つまり流出・流入がなくて、相模原市なら相模原市という地域で、高度急性期から慢性期、回復期、在宅まで、基本的にはほとんどできるなら、恐らくよろしいのではないかと。そのように理解してよろしいですね。

(竹村会長)

ほかにございますか。

私、一般開業医として発言させていただきますが、今持っている更生病院の機能というものは二次救急でかなり重要な位置を占めていますので、慢性期が急性期に変わってくると、非常にありがたいことだと思います。これは病院全体のバランスというものはまた別としても、一般の開業医にとっては非常にありがたいことです。

(金田委員)

更生病院の院長の松本先生とも話したのですが、ここで今触れていらっしゃらなかったようですが、これから在宅などの慢性期の患者さんも、具合が悪くなって、例えば肺炎は多いと思いますが、そういう場合、一時的には急性期の状態になってくる患者さんです。そうしますと、いわゆるポストアキュートではなくて、サブアキュートというのでしょうか、こういった患者さんを受け入れるのはやはり急性期病棟ということになると思うので、それなりの病床数がなくては対応できないのではないかと思います。そこは先生がおっしゃっているような、二次救急には特に関連するところなのではないかと思えます。

(竹村会長)

今のところ反対意見はなく意見聴取は終わりました。全員の意見の中で反対意見はなく、賛成意見が多かったということでこの議題に関してはよろしいでしょうか。

それでは、ほか意見がなければ次に移らせていただきます。

(5) 公的医療機関等2025プランについて

(竹村会長)

次は(5)公的医療機関等2025プランについてですね。お願いいたします。

(事務局より資料5に基づき説明)

(竹村会長)

これに関しまして、何かご質問はございますか。

(金田委員)

相模原病院です。実は10年前からハイケアをやっております、基準と稼働率、必要度等はクリアしております。これは最初から4床を高度急性期で出すべきだったところで、今後の予定というよりは現状がそうだということをご理解いただきたい。あと、実は二次救急のところでは救急患者と重症者が増えてきているということもございまして、これを現在、HUの数を6か8に変えていくという予定を持っております。以上です。

(竹村会長)

ほかにもございますか。はい、どうぞ。

(高野委員)

相模原協同病院です。先ほどお話がありましたように、2020年10月の新病院開院の際、現在431床プラス感染症6床の437床で稼働しておりますけれども、新病院では全体で400床にダウンサイズする予定でございます。今の病院の中では地域包括ケア病棟が41床含まれておりますが、新病院では置かないということで、超急性期と急性期で行っていくというのが基本的な考え方でございます。

内容につきましては特記事項にも書いてありますが、将来的には相模原市の救急を完全なものにするということです。今、相模原市の消防局のデータでは大体年間3万6000件ぐらい出ておりますけれども、協同病院でさえも6000件ぐらいということです。ご存じのように救急告示病院が輪番制でやっているわけですが、実際に当番に当たった病院が1回で収容できなかったことが1万件近くあるわけです。これを何とかしなければならぬというのが考え方ございまして、今の二次救急体制を補完する意味でも、我々としては、救命救急の専門医を擁した24時間のER型の救命救急センターを、すぐにはとれませんので実績を積んだところでやっていきたいというのが、今後の大きな目玉でございます。

それと、もう一つの周産期母子医療センターにつきましては、人員の確保が最大の問題でございます。これは海野教授にもいろいろなことで頼まなくてはなりません。ただし、相模原全体で必要なことでありますし、やはりこれは行政が入ってやっていかなければならない問題なのだろうと思っております。

そういうことで、病床につきましてはここに書いてあるように37床、減らす予定ではありますが、内容的には高度急性期と急性期でいくというのが新病院での構想でございます。

(竹村会長)

ほかにもございますか。この2025プランに対することも含めて、ご質問はございますか。

(岩村委員)

北里大学病院の病床数について、追加させていただきます。現在、北里大学病院は1033床の許可病床に対して、資料6では48床休棟となっている部分も現在はフルでオープンになっていまして、1033床フルオープンの形で運営させていただいております。従来は大学病院・東病院は一体運営という形で、大学病院の許可病床は1033床、東病院は413床でやってまいりましたが、新大学病院の建設や、あるいは電子カルテのシステムの更新というようなことを控えておまして、かなり経営的には厳しい状況が続いているところで、2020年4月をめどに両病院の移転統合という形で計画させていただきました。

この中で、東病院の病床規模はそのまま大学病院のほうに移転する形で計画しておりますが、その中で今現在、精神科病床は110床で許可をいただいているうち50床をお返しし、東病院の363床と、大学病院の1033床を足して、1396床で許可病床の申請をさせていただこうということで計画を進め

ております。先ほども申しましたように、東病院で展開している病床機能に関しましては、そのまま大学病院のほうに移転するというので、病床の再編や変更については現在のところ考えていないというのが現状です。追加させていただきます。

(竹村会長)

ありがとうございました。ほかにございませんか。

基本的な質問なのですが、私自身の認識としては、地域包括ケア病床は回復期と解釈していたのですが、急性期で出しているところがあるのは、病棟ごとにまとめるとそうなるからという形でされているのですか。

(高野委員)

病棟ごとですからね。

(竹村会長)

病棟ごとでやるからそうせざるを得ないという形ですね。

そうすると、逆に言うと、病棟ごとというのを外せば急性期が減って、回復期がかなりふえるということですね。

(高野委員)

そういうことです。

(竹村会長)

ですから、病棟と言ってしまうと話がどんどん窮屈になってくるということですね。わかりました。

(高野委員)

だから、1病棟という形でつくっていかないといけません。

(竹村会長)

そうですね。

(小松委員)

病床機能報告制度の病床機能の分け方と地域医療構想の必要病床数の分け方自体が、結局病棟単位で分けるのか、患者さん単位で分けるのかということと、1日の医療資源投入量で見ると、年間のざっくりした印象でわけるのかということと、そこにどうしてもギャップが生じるのは仕方がないので、厳密に言うとやはりその線引きは不可能に近いと思います。

ただ、やはり一部どうしてもこの4つに分けたいと思っていられる人が国の中には多々いるようで、定量的な基準を導入して、要するにできるだけ彼らが出した数字に無理やり近づけたいという流れがまたぞろ出てきているようなところがございます。本当にそこに意味があるのかということ、正直言うと非常にまた不毛な議論をさせられないようにとは思っています。また今後、定量的な基準の話題になったとき、余りにも外れ値的なところを補正するとか、あと一応みなしの数字として大体こうだよねという何かいい方法を考えて、急性期・回復期のところはそうなればいいと思いますけれども、基本的には比べ方が最初から違うので、かなり無理があるというか、現場的な感覚で言うと、無茶な話だと思います。例えば1つの病棟の中にどの機能が何割くらいということも数字で出さないとなくなってしまったら、それは勝手に国でやってもらわないとかなわないという気がします。

特に高度急性期と急性期を分けるというのは、分けて高度急性期が足りないというときに、救命センターをどれだけつくるのかということまでの議論は全くないわけですね。半年ぐらい前の資料ですと、国も一時「高度急性期・急性期」と一体にしている時期もあります。ただ、何となくまた線引きをしたり、あと一部の病院で、高度急性期と出したほうが研修医が集まるとか、隣の市民病

院同士で、大体似たような医療を提供しているのですが、片方は全部急性期で報告し、片方は高度急性期で報告していて、こちらは高度なのに、こちらは頑張っていないと議会で突き上げられたり、誤解の中で不毛なことが多々出ているのはあります。

実態としては先ほどおっしゃったように、できるだけ地域で、地域の患者さんをみんなでどうやって診るかということがゴールであって、数字だけを合わせるものがゴールではないということは共有されているのではないかと考えています。以上です。

(竹村会長)

ありがとうございます。はい、どうぞ。

(高野委員)

病院協会の人はそういうことを多分認識しています。ただし、回復期と慢性期のところで、回復期が本当にこれだけ不足しているというのは、我々がやっても、超急性期・急性期を終え、それを受け渡す後方病院、これがまさに回復期の一つだと思いますが、これが非常に不足しているというのは現実的に今もそうですし、今後もそうですし。

一方では、慢性期はこのぐらいですけれども、ここの回復期の病床を現実的にしっかりと確保しない限りは、高度急性期・急性期、それから一番の最後のところの慢性期がうまく地域の中で回らないという感じは、現実的に起こっています。この辺のところは、相模原市の非常に大きな問題ではないかと考えています。

(竹村会長)

これは、機能別をいじるよりも、横須賀方式のように病院間で移動を速やかにするような協定を結んだほうが早いのではないかと考えています。

(高野委員)

それも一つの考え方ですね。

(小松委員)

相模原の場合、慢性期の療養病床が、非常に流入が多く、要するに神奈川県内の療養病床の役割を担っているという部分がかかなりありますけれども、以前に比べると、今回の休床中の資料で、相模原南病院と相和病院が書いているのは、スタッフ不足だけではなくて、利用者の減少です。ですから、相模原の療養病床の患者さんは以前に比べると空きが出てきています。高野先生がおっしゃるように、急性期の病院が救急により特化していくためには、そこをできるだけ速やかに受け入れる病院が一番必要になりますし、やはり高齢者が増えてくるので、むしろそういう病院のニーズが増えてくることは明らかです。それをいわゆる慢性期の病院が担うのか、それとも今急性期を標榜している病院の中の一部が担うのか、その役割分担はやはり今後協議が必要だと思います。

療養型の病院が急性期の機能をどれぐらい担えるかというのと、少し急性期の病院の方から人をサポートしてもらえれば、ベッドは空いているので、慢性期の病院が、例えばその在宅の患者さんを受け入れたり、施設からの救急の度合いが低い患者さんを直接受け入れたりというような機能もできます。逆に、二次救急・三次救急からの患者さんを早くとなると、診療報酬上の縛りもあってなかなか慢性期では担えない部分もあります。

ですから、先ほど更生病院の話題もありましたが、結局看板としては急性期の看板でも、いわゆる転院的に対応するというのも必要だと思います。要するに、全部慢性期だけで背伸びしてというのはいかんせん無理ですし、多分それは、先生方も心配で出せないと思います。基本的には今急性期を標榜している病院の中で、地域的に少しブロック的に役割分担をする部分というか、全部を変える必要はありませんが、一部そういった機能分担というか、そういったことが一番有用ではないかという気がします。

(高野委員)

ですから、地域包括ケア病棟が、外部から入ってくる体制のところ、回復期を担える、更生病院のようなところは、非常に連携というのはとりやすいと思います。やはり今小松先生が言ったように、段階的にやるのは難しく、人の交流とか、医師・看護師のそういうところでの交流というか、急性期の先生方も、例えば回復期・慢性期のところに行って、少し回復期のところを担えるようなとか、言葉で言うのは簡単でも、なかなか難しいことはありますが、そういうことをやっていかないと、実はこれだけ回復期が減っているということは、この会議の中でも重要な部分ではないかと私は思います。

(金田委員)

小松先生、高野先生のおっしゃっていることは今でもすごく問題になっていますし、これからますます問題になると思います。ポストアキュートというのは縛りがものすごく、狙われているわけですから、先生がおっしゃったように施設間で機能分担をしろといっても、例えば急性期病棟で機能分担といっても、在院日数などである程度の縛りが出てしまいます。そうすると、うちはこういう患者さんを診るよというのは、なかなか難しいと思います。

例えば、サブアキュートというのは、そのときは急性期の患者さんで来ますから、基本的には入院日数などは通常のカウントができます。ところが、急性期を過ぎて出来高になるとか、そういう縛りの中で、この人たちをどこが受け入れてくれるのかということ、それは急性期の中でやりとりしてはいけないというルールがあるわけです。そうになってしまうと、その人たちは行くところがないわけです。それはどこへ行くかということ、やはり回復期ぐらいだと思います。でも、今の地域包括ケア病棟だって、もちろんルール上の縛りがありますから、今後ポストアキュートを取ってはいけないということになるでしょう。そうしたら、本当にそこは難民化してしまうのではないかと思います。

(小松委員)

了解しました。基本的に制度的なギャップとかになると、例えば回復期リハもそうですが、患者さんを選ばないと受けられません。要するに、アウトカムが厳しくなっているので、ボーダレスに連携して行って、受けやすいようになるときに、必ず受けられない患者さんが一定の割合で出てきています。それは制度的なところで出てくるわけです。それがどこで受けられるか、受けるためにはこういう受け皿があるというのは、多分急性期側も、回復期・慢性期側でも、ある程度制度というものをお互いほどほどに理解しておかないと、結局片方の医師が全くそれを理解していなければうまくやれないという部分はあるので、そこは今後ブロック的にもみんなで勉強していくとか、その中に解決策やアイデアが出てくるのではないかとこの気はします。以上です。

(竹村会長)

すみません、いいですか。病院を持っていない我々が理解しにくいことが、かなり今の中にあるのですが、具体的に、今やっている回復期病棟で申し出たものと、急性期病棟で申し出たもので、縛りというのはかなりあるのですか。

(小松委員)

すごく簡単に言ったときに、出来高にできるものと包括で丸まってしまう部分、あとは結局病棟全体での在宅復帰率とか、在院日数とかがあるので、昔に比べると、1人の患者さんに対してどうという判断ではなくなっていて、例えば地域包括ケア病棟というのは、一月の中で病棟の何割の患者さんが出入りしなければいけないとか、あと在宅復帰しなければいけないということがあります。多分、井出先生のほうがマネジメントをわかっていると思うので、僕が言うのはあれですけども、基本的には1人の患者さん、目の前にいる患者さんの入院の適用があって、逆に帰せる

タイミングがあってというマネジメントだけではもうやり繰りできない仕組みになってきています。そのフロア、病棟単位でマネジメントをするという感覚は、実は医者も看護師も事務方も経験のないジャンルなので、そういう意味で難しさがあり、極端なことを言えば、ベッドは空いているけれども、今受けてしまうところとか、この人はおうちに帰れそうだからこうというところが一つです。

(竹村会長)

それは地域包括ケア病棟に関してですね。

(小松委員)

はい。例えば療養病床であれば慢性期なので、入院期間のことは一切気にしないでいいですが、ただやはり薬剤などが丸めなので、余り高価な薬がボンボン出ているとなかなか対応しにくいということがあります。一番問題なのは、やはり急性期で受けた患者さんで、まだ完璧に落ちついているわけではなくて、少し治療の継続が必要だという患者さんです。急性期から脱しつつあるけれども、慢性期で安定期とまではいえない患者さんを受け入れるかということ、地域包括ケア病棟も結局自院の中で完結している。だから、他院からの転院だったらありなのでしょう。

(高野委員)

いわゆる急性期から、地域包括ケア病棟を持っていると、一番の問題は、DPCの点数です。この患者さんはもう急性期の治療、骨折の治療が終わった、ただもう少し入れておかななくてはいけない、しかし急性期に入れたときの点数と、いわゆる包括した、地域包括ケア病棟の点数は違ってしまいうわけです。病院としては高いほうに置いておきたいということがありますから、この患者さんは急性期の病棟に置いておく、1日たってみたら日数でいわゆる入院期間2、3というところが一番問題になって、それを計算して、3になったらもう移そうというような政策的なことをやるわけです。

ですから今後は、病院の中のポストアキュートの患者さんを受け入れていいかということ、もうこれはだめになりますよということで、外部から受ける地域包括ケア病棟を使いなさいというのが急性期に与えるこれからの考え方です。やはりそういうことを考えると、ますます必要ですし、連携していかなければいけないということだと思います。本来、急性期、回復期、慢性期と分けること自体が非常に難しいことであって、もちろん急性期から回復期の患者さんはいる。そういう病棟を持つということは、まさに相模原市全体、地域の医療をどうするかということだと私は思います。

(細田委員)

医師会の細田でございます。地域医療構想の議論は、病床機能ということで、裏には点数ということがあられるわけです。現場ではなるべく高い点数の患者さんを病院はとりたいと。これは病院経営上必要なことだと思います。

ただ、今の4区分だけで、地域での患者さんの状況を全部吸収できるかということ、議論するのが非常に難しいわけです。例えば、今高齢者が増えて、在宅メインでもやはり入院ということがあられるわけです。前から僕はとことん型の救急と、まあまあ型の救急と言っていますが、最近は救急車を呼んでおきながら延命処置を拒否するということが新聞等で今問題になっております。病院の機能のほかにサブタイプとしてそういったものを十分裏で考えておかないと、高度救急はわかりやすくいいのですが、急性期と回復期、慢性期の間はかなり患者さんが行ったり来たりというか、週単位で変わっていくような部分があると思います。そういった議論をもう少し深めていかないと、非常に難しいのではないかと思います。実際に対象となる患者さんをイメージして、4区分のどこに当てはまるのか。多分これをこのまま議論しても、結論は出てこないと思います。患者さんをイメージした段階での、パスといいますか、どういう流れでその患者さんが完結していくかというようなイメージを持ちながら、病床の機能以外にもそういった高齢者救急を少し念頭に置いていただい

て、この資料では参考、指定等の状況というところがこれから議論を深めていくための鍵になってくるのではないかと思います。

(高野委員)

やはり一つは地域包括ケアシステムとの連動だと思います。先生もご存じのように、今、国が進めているこの構想会議と、地域包括ケアシステムは、結局そういう在宅を中心とした患者さんをどうするか、いわゆる高齢者救急も含めましてですけれども、とりあえずは地域医療構想の病院群の中でそれぞれの役割分担をある程度決めて、その中に地域包括ケアシステムを入れて、在宅の人たちをどうするかということが含まれてくるのではないかと思います。ですから、ある程度の会議のところでこの2つが融合した形でやらないと、本当の地域医療構想はないと私も思っております。とりあえず地域医療構想はこれとしまして、ある程度の形としてやはりつくらなければならないと思います。そして、段階的に2つが合わさったところで本当の地域医療になるのではないかと思います。

(金田委員)

今の4区分が、基本的には点数とか、在院日数とか、看護必要度とか、結局国の医療費を削減しようという方向で来ているわけですから、これが今、小松先生や皆さんもおっしゃっているように、4区分が実際の臨床とは離れていますよね。確かにそうなのですが、これを無理やりだんだん合わせてくるはずです。そうすると、理想的なものを考えていっても、国がこの病床はこのぐらいにしなければ医療経済はもたないということになってくると、必然的に看護必要度をまた35%に上げるとか、今度は看護必要度2というのでいじられたり、NCDデータとか、全部ビッグデータで見えていますから、やろうと思えば数字上、机上ですぐできることだと思います。

ですから、これが決まってくると必然的に病床機能を落とさざるを得なくなってくるわけです。当然、医療経済を落とそうとしているわけですから、病院の収益は落ちてきます。その時点でどうなってくるかというのは、今そんなにやり過ぎなくても、必然的にやられてくると思います。ですから、現状でみんなが何とか経営ができて、患者さんをやりとりできる状況で決めておいて、それであるとは流れに沿っていくしかないのではないかと、余りガチガチに決めなくてもいいのではないかと気がします。

(竹村会長)

今日結論は出ませんし、そろそろ時間なので。では、最後の一言でよろしいですか。

(廣瀬代理)

すみません。今の話を伺っていて、多分4つの区分がきれいに分けられると、私どものような病院は必要なくなってしまうと思います。逆に、きれいに分けられないからこそ、私たちのような、地域の在宅もやり、救急車も少しとり、看取りもするという病院が必要とされると思うので、逆に言うと、どこの穴を我々が埋めたらいいのかということも、割り切れないところを埋めていくというのりしろも大事ではないかと思っています。

あと、救急のほうも、私たちは救急車を比較的受けていますが、看取りの救急です。ですから、看取りの救急まで急性期病院にお願いしていいのかどうかというのは、在宅をやっている身からすると少し不安になるところがあります。以上です。

(竹村会長)

ありがとうございます。よろしいでしょうか。では、これはまた議論を重ねていくということで、今回の2025プランにつきましても一応議論しましたが、また今後いろいろなときに蒸し返されてくる問題だと思いますので、また協議を進めていきたいと思っています。よろしいでしょうか。

(6) 地域医療介護総合確保基金事業について

(竹村会長)

それでは引き続き、(6) 地域医療介護総合確保基金事業について、事務局から説明をお願いします。

(事務局より資料7に基づき説明)

(竹村会長)

これに関しまして何かご意見はございますか。なかなかとりにくい基金ですが、また機会もありますので、何か提言がありましたら、ぜひお願いいたします。

((5) 公的医療機関等2025プランについて)

(竹村会長)

飛ばしてしましましてすみません、資料7の、病院協会のワーキンググループの話について、土屋先生からご説明をお願いします。

(土屋委員)

資料7で説明いたします。4月3日に勉強会を実施して、こういったことをやるのは2度目になりますけれども、今回は県病院協会からの支援事業とさせていただきまして、27病院65名参加の医療関係者の会議を行いました。行政からも県と市に参加いただいて、地域医療構想についてお話をさせていただきました。まずレクチャーとして小松先生から趣旨などのご説明をいただきました。

特にその中で、先ほどから出ている人材の話も多く話題になりましたし、各病院の今後という話になりましたところで、まだその段階では決めかねているという病院が多かったのですが、ダウンサイズの協同病院の話、高齢化で地域包括ケアをふやしたいというお話、また二次救急に対応するために診療科を増やさないとなかなか難しいので増やしたいという幾つかの病院もありました。こういったことの全体を見据えるには、より多くの病院、特に療養型の病院の参加もないと、なかなか進んでいきませんので、今回は有意義な会議だったのではないかと考えております。

あと、先ほどからの高野先生のお話のとおり、脳血管疾患で非常に転送、受け入れに困っているといったことが非常に話題になりまして、これからまた地域の課題にしていきたいといったところ です。また回を重ねていければと思っております。以上です。

(竹村会長)

ありがとうございました。またよろしく申し上げます。これに関しまして、ご意見・ご質問はございますか。はい、どうぞ。

((5) 地域医療介護総合確保基金事業について)

(小松委員)

資料8の基金の方の話ですが、よろしいですか。基金について、今回県の作った資料の中で、別紙3があります。これが神奈川県内の基金の執行状況について、地域別、事業区分、公と民に分けて作っていただいた資料です。とにかく神奈川県はいわゆる回復期への病床の転換に関して、全国でもなかなか進まない状況です。病床がむしろ足りないといわれているところなので当然なのですが、実は神奈川県は地域医療介護総合確保基金の配分に関して、人口割で言うと全国で一番低いです。1人当たりの基金で言うと、一番多い県は神奈川の7倍ぐらいです。

その状況の中で、何となく人口割で見ると、横須賀・三浦と比べると人口は大分違いますから、相模原は恐らく一番低いのではないかという気がします。そういう意味で、多分去年も言ったのですが、医師会、病院協会、行政の皆さん、看護協会、歯科医師会、薬剤師会がいろいろな意味でアイデアを出して、地元で還元できるものは還元ということをもたせびやっていたほうがいいと思います。相模原が少ないからどうというわけではありませんけれども、やはりアイデアを出して、とれるものはとりながら、有効活用していくべきではないかと思って、ご案内というか、状況だけ報告させていただきました。

(事務局)

事務局からお答えいたします。医療課長の足立原でございます。小松先生、ありがとうございます。

基金についてはおっしゃるとおりで、神奈川県を活用額は全国でも少ないです。ご案内の方も多いかもかもしれませんが、事業区分がⅠ、Ⅱ、Ⅲとあって、Ⅰの病床の機能分化・連携が非常に厚いです。本当は区分Ⅱの在宅医療やⅢの医療従事者の確保も欲しいのですが、そこになかなか回ってきません。回してくれという要望はずっとしていますし、少なくともⅠから流用させてくれともずっと言っていますが、なかなか思うようにいきません。こうした中で、区分Ⅰを活用したいというのが先ほどの資料です。

先ほどの小松先生のご発言に補足させていただくと、回復期への転換は、神奈川県では少し制度をプラスに変えまして、今までは転換のみ、もとの病床があって、それを回復期に転換する場合しか補助対象にならなかったのですが、今年度から新設、回復期病床を新たにつくる、あるいは増床で回復期を増やす場合も補助対象になります。それから、介護医療院への転換、これは介護療養病床または医療療養病床からの転換になると思いますが、この場合にも、この基金ではないのですけれども、別の補助制度が使えます。

それから最後に、今後の病床の転換、区分Ⅰの話で2つほど情報提供させていただくと、例えば地域で急性期の再編をしたいということがあったとします。急性期、高度急性の再編をしたい、だから地域としてこの病院に集中して、この高度急性期をもっと強化しようということが地域で折り合ったときには、私は、基金を使えなくはないと思っていますので、これもぜひご相談いただきたいと思っているというのが一つです。

それから、2つ目は区分Ⅰのソフトの話です。これは資料にも書いてあるのですが、工事の補助はわかる、しかし、今日まさにご議論いただいた、この地域の機能をどうやって分担していくのか。去年もいろいろと議論がありました。海野先生もおっしゃるように、実質担っている機能は違うというのは、皆さんがわかっていると思います。その実質担っている機能がどう違って、在宅も含めて、先ほどのポストアキュート、サブアキュートの話もそうですが、それをどこの病院がどう担って、どう矢印が来ているのかということを、やりとりする関係で、本当はもっと情報を明らかにしたいところがあります。でも、それには人手が必要で、全部やるのはなかなか難しいです。そういう、連携をしていくための人件費も含めて基金を使えると思っています。そういうことも含めて考えたいと思っていますので、これまた県の財政とのやりとりもあるのですが、なるべくお金を獲得していきたいと思っています。引き続きよろしく願いいたします。以上でございます。

(竹村会長)

ありがとうございます。ぜひご提案をよろしく願いいたします。

(7) その他

(竹村会長)

そのほかに何かございますか。

(土屋委員)

今お話をいただいて、総合的な患者調査なのですが、患者さんの流れを全体的に把握するため、一つ一つの病院が協力してというのは、確かにものすごい作業なので、どこかで拠点をつくって、全部資料を集めてという作業が必要なのではないかと思っていたのですけれども、例えば、医師会、病院協会等で事務局を置いて、そこで全部集約してというような理解でよろしいですか。

(金田委員)

ただ、この基金を使ってそういう人を雇うと、それは計画で例えば3年とか5年とか、継続でいただかないと、生首を切ることになるのではないのでしょうか。1年で予算が切れて、やっとそのシステムが立ち上がっても、お金がないからもうだめということになってしまうと困りますし、怖いですよ。

(事務局)

土屋先生、金田先生、ありがとうございます。

おっしゃるとおりです。調査の費用を例で申し上げたのは、どちらかという外部委託で、例えば市の病院協会に調査するとして、病院協会に直接人を雇って、1年、2年で首を切るのも確かに問題なので、外部コンサルと組んでそこに調査していただく。あるいは金田先生のおっしゃった話だと、何かの人的費用を例えば最初の3年間見ましょうとか、そういうたてつけも可能だと思います。もちろん予算は単年度なので、そこは難しさもあるのですが、事業の考え方としては例えば3年間で実施して、そこからは自走してくださいとか、それはあります。以上です。

(竹村会長)

各論になってくるとなかなか難しいと思いますが、ぜひ工夫していただいて、お願いいたします。ほかにございますか。よろしいですか。

本当に今日はお忙しい中ありがとうございます。少し超過してしまいましたけれども、これをもって本日の会議を終了させていただきます。どうもありがとうございました。

閉 会

(事務局)

では、以上をもちまして会議を終了いたします。ありがとうございました。