

平成29年度第1回相模原地域地域医療構想調整会議

平成29年8月9日（水）

相模原市民会館 第2大会議室

開 会

（事務局）

それでは、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。本日、司会進行を務めます神奈川県医療課地域包括ケアグループの加藤と申します。よろしくお願いいたします。

会議に先立ちまして、県医療課長、足立原よりごあいさつを申し上げます。

（事務局）

皆さんこんばんは。県医療課長の足立原と申します。本日は大変お忙しい中、また遅い時間にもかかわらずお集まりいただきましてまことにありがとうございます。また、昨年度はおかげさまで地域医療構想調整会議を開かせていただく中で、10月に神奈川県地域医療構想を策定することができました。改めて厚く御礼を申し上げます。ありがとうございます。

ご案内のとおり今年度は、保健医療計画第7次の改定ということで、特に基準病床の関係や、在宅と医療部分の連携、こういったところをどういう形で作っていくのか、皆様の忌憚のないご意見をいただきたいと思ひまして、今年度もこの地域医療構想調整会議を数回開催させていただき予定でございます。今回、相模原市と県の事務局で、できるだけわかりやすい段階からご意見を賜りたいと思ひまして資料をご用意しました。また、多くの委員様は、この本日の会議に先立っての勉強会にもご参加いただいたということで、まことにありがとうございます。短い時間ではございますが、忌憚のない意見交換ができればと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

（事務局）

本会議は委員改選後初めての会議となります。委員の皆様については、お手元の委員名簿、座席表のとおりでございます。全委員のご出席をいただいております。今回から新たに委員になられた皆様についてご紹介をさせていただきます。

まず、相模原市医師会理事、井出委員でございます。

相模原市病院協会理事、大井田委員でございます。

神奈川県看護協会相模原支部長、渡辺委員でございます。

神奈川県病院協会理事、八十川委員でございます。

相模原市健康福祉局福祉部長、小林委員でございます。

よろしくお願ひいたします。続きまして、会議の公開について確認させていただきます。続きまして、会議の公開について確認させていただきます。本日の会議につきましては公開とさせていただきます。開催予定を周知しましたところ、傍聴の方が4名見えております。なお、審議速報及び会議記録につきましては、発言者の氏名を記載した上で公開させていただきますので、よろしくお願ひいたします。本日の資料につきましては、机にお配りしております。何かございましたら会議中でも結構ですのでお申しつけください。

次に、会長を選出させていただきます。調整会議の設置要綱第4条によりまして、会長は委員の互選により定めると規定されております。どなたかご推薦いただけますでしょうか。

(土屋委員)

これから、地域ケアシステムや医療計画、たくさんの重要事項もありますので、引き続き竹村医師会長を推薦したいと思います。よろしくお願ひします。

(事務局)

ありがとうございます。竹村委員をご推薦するご意見がありましたが、皆様いかがでしょうか。

(拍手)

(事務局)

ありがとうございます。それでは異議がないようですので、竹村委員を委員長として選出いたします。恐れ入りますが会長席にお移りください。

(竹村会長)

竹村でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

(事務局)

それでは、以後の議事の進行につきましてよろしくお願ひいたします。

議題・報告

(1) 第7回会議（平成28年度）の概要

(竹村会長)

それではこれより会議の進行を務めさせていただきます。円滑に会議が進みますようよろしくお願ひいたします。

まず、先ほどの話にもありましたように事前に会議の勉強会を行っており、県からかなり詳しく説明をいただいております。まず説明いただきますけれども、そちらはなるべく時間を割かず、議論に少し時間を割きたいと思っております。今日は県の課長さんもお見えですので、この間よりさらに詳しい説明がいただけるのではないかと思います。ぜひよ

ろしくお願いいたします。

それでは、まず事務局より説明をお願いいたします。

(事務局)

神奈川県医療課の鈴木と申します。私からは、前回の概要ということで資料1、その後、参考資料1について簡単にご説明させていただきます。

まず、資料1では、前回、3月28日に開催しました「第7回相模原地域地域医療構想調整会議の結果概要」をご報告させていただきます。議題としましては、地域医療構想策定後の会議の運営方法について、それから地域医療構想を踏まえた病床整備に関する事前協議についてご議論いただきました。主な結果としましては、まず、病床の事前協議の実施につきましては、実施の有無、公募条件の設定等、今後は地域医療構想調整会議において対応方針を協議していくということでご了解をいただきました。また、地域医療構想を踏まえた病床整備に関する事前協議において、地域の方や実情に留意した公募条件の設定ができるということにつきましてもご承認いただいております。また、調整会議の開催の前に事前勉強会を開催することについてご提案、ご承認いただきました。

その他主な意見としましては、調整会議において市の審議会との整合性を担保できるかというご意見がございまして、病床の許可については調整会議で意見を求めた上で、最終的には市の審議会で決定、許可を伴わない転換の場合は、調整会議でのご議論になるということをお答えしております。また、審議会を経て整備した病床につきまして、地域のニーズが変わって転換するような場合にどうするのかというご意見があり、これにつきましても、調整会議の話し合い等で望ましい方向があれば見直しをしていくとご回答しているところでございます。

続きまして、参考資料1は、今年度の年間スケジュールとなっております。上の部分は県の保健医療計画推進会議のスケジュールで、今年度の主な議題としまして、医療計画の改定、それから病床の許可の事前協議、この2つに分けて記載をしております。下の部分が、地域医療構想調整会議における年間スケジュールで、上段が医療計画の改定、同じく下段が病床許可の事前協議についてということになっております。太枠で囲った部分、8月の第1回会議が、本日の会議となります。協議内容としましては、医療計画の関係では地域のデータ分析、データ共有、構想地域版の見直しの方針について、それから、事前協議があるところについては事前協議の対応方針を今回の1回目の会議で行うことになっております。2回目の会議につきましては、9月から10月に開催予定で、その中では総合確保基金の活用事業の検討、医療計画のたたき台の検討、それから基準病床数についての検討などにつきましてご議論いただくことを予定しております。そして3回目の会議におきましては、医療計画関係では素案の検討をいただくということになっております。この医療計画関係は、上の方、県の保健医療計画推進会議の第5回、第6回の中でご議論いただいて、最終的には3月に計画改定ということをご予定しているところでございます。

(竹村会長)

いかがでしょうか。何か今の件でご意見、ご質問ございますか。よろしいでしょうか。

(2) 保健医療計画の改定について

(竹村会長)

それでは、2の「保健医療計画の改定について」ということで、説明をお願いいたします。

(事務局)

神奈川県医療課の土井と申します。私のほうからは資料2-1から3-1、また参考資料2-1に基づいてご説明させていただきます。

まず、資料2-1をご覧ください。「神奈川県保健医療計画改定骨子(案)」となっております。こちらにつきましては、既に県の保健医療計画推進会議のほうでご承認をいただいているものになります。簡単に中身をご説明させていただきます。

まず第1章、基本的事項の第1節の「計画改定の趣旨」ということで、1丸目・2丸目でこれまでの経過で、次期改定計画は第7次ということになるのですが、第6次計画を策定後に「医療介護総合確保推進法」が制定され、地域医療構想を策定してきました。今回の改定に当たりましては、3丸目ですけれども改定のポイントとしましては、医療計画と市町村の介護保険事業計画、また都道府県の介護保険事業支援計画との整合性を確保するとともに、地域包括ケアシステムの構築を推進することが求められております。その次ですけれども、本県の独自の取り組みとしまして、ヘルスケア・ニューフロンティア政策を推進しております。そのことについて未病を改善する取り組みというものを進めているところですので、その点について触れさせていただいております。

第2節の「計画の基本理念及び基本目標」につきましては、全ての県民が健やかに安心して暮らせる社会の実現に向けて、誰でも等しく良質かつ適切な保健医療サービスを受けられることを基本理念として、保健医療提供体制を整備するとさせていただきます。

次のページに進んでいただきまして、第3節の「計画の性格」というところでは、1丸目で県の保健医療システムの目指すべき目標と基本的方向を明らかにするものであるということ、また、今後の施策の方向性について、県民の皆様が理解を深め、予防、治療や健康づくりに主体的に取り組むことを支援するものでもございます。

第4節「計画期間」につきましては、今回の改定から6年間となっております。

第2章「神奈川県の保健医療の現状」、第3章「保健医療圏の基準病床数」につきましては、それぞれ記載をしております。

第2部の各論でございますけれども、第1章で「未病対策等の推進」ということで、先ほども申しましたけれども、県の重点施策ということで未病を改善する取り組みを実施し

ておりますので、ここで記載をさせていただきたいと考えております。第2章では5事業につきまして記載をさせていただいて、その次、第3章で「疾病別の医療提供体制の構築」ということで、5疾病について記載をさせていただきます。第4章で「地域包括ケアシステムの推進」、また第5章で「医療従事者等の確保・養成」等々、以降記載をさせていただきたいと考えております。

なお、地域医療構想につきましては、その次、第3部のところに位置づけるということで考えております。また、下線を引いたところにつきましては、国の医療計画作成指針で新たに項目として追加された部分となっております。

次に資料2-2をご覧ください。医療計画の作成の手順の1つに二次医療圏の圏域設定というものがございます。2番の「圏域設定にあたっての考え方」のところをご覧くださいのですが、二次医療圏につきましては皆様ご存じのとおり、入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められる区域ということとなっております。二次医療圏を見直す場合には、2つほど参考になる事項というものが挙げられておりました、1点目が人口構造、患者の受療状況でございます。こちらにつきましては、(1)のところ、人口規模が20万人未満の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合、圏域の見直しについて検討することが示されております。その下の表のところですけれども、神奈川県につきましては人口要件で20万人未満という二次医療圏がないので、人口構造や患者の受療状況のみでは見直しの必要条件に該当する二次保健医療圏がないということです。

ただ、裏面に進んでいただきまして(2)で「構想区域との整合性」というものがあります。構想区域と二次医療圏が異なっている場合は、一致させることが適当であるということが示されております。こちらの構想区域につきましては、地域医療構想の策定に当たりまして各地域で患者の受療動向や疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間等との要素を緩和して、現行の二次医療圏と異なる構想区域、具体的な案がある場合に検討を行ってまいります。点線囲いの「構想区域決定の経緯」というところですが、横浜につきましては3つの二次医療圏を1つの区域にするという具体的な提案があったのですが、それ以外の区域につきましては、相模原も含めまして具体的な提案はございませんでした。

以上のことから3番の「神奈川県の二次保健医療圏(案)」というところでは、横浜の3つの二次医療圏を1つの区域とし、それ以外の地域につきましては、これまで現行の医療計画と同様の地域ということで考えております。

その次に4番の「疾病・事業ごとの圏域設定について」ですけれども、今回、二次保健医療圏を決めた場合にでも、5事業・5疾病、また在宅、それぞれの事業もしくは疾病ごとに柔軟に独自の圏域を設定することも可能とされておりますので、その設定につきましては、それぞれの分野別の会議において検討していく予定でございます。また、5番の基

準病床数の算定につきましては、今回お示しをさせていただいた3番の「二次保健医療圏（案）」に基づいて算定をさせていただく予定でございます。

引き続きまして、資料3-1をご覧ください。「保健医療計画の改定に伴う地域医療構想の見直しについて（案）」でございます。地域医療構想の地域版のことですけれども、1番の見直しの基本的な考え方とところで、保健医療計画の改定内容を検討する中で中長期的な施策ですとか、また修正等の必要が生じた場合について構想の一部を見直すこととすると。地域版の修正につきましては、地域の判断によるものとして、修正をする場合につきましては地域医療構想調整会議でご検討の上、保健医療計画推進会議へ報告をするという流れで考えております。また、原則としてデータ集部分につきましては年度更新を行わないということで考えております。2番、見直し作業を行う場合のスケジュールでございます。地域医療構想調整会議（地域版）のところを下に行っていただくと、8月のところに本日1回目の調整会議があって、ここで見直しの提示をさせていただいて、9月から10月の第2回の調整会議におきまして必要に応じて地域版部分の見直し案の提示検討をいただき、その後、委員の皆様のご承認を経て12月上旬ごろ予定しています、第5回の保健医療計画推進会議に諮らせていただくという流れで考えております。

続きまして、参考資料2-1「基準病床数算定シミュレーション」をご覧ください。こちらにつきましては勉強会のほうでもご説明をさせていただきましたので、詳しくは省略させていただくのですが、算定の表のところをご覧ください。試算1/4、2/4、3/4、4/4とありますけれども、こちらにつきましては、試算1/4というのが自然体で推計をした場合、恐らくこの数字に近いものが出てくるだろうということでシミュレーションさせていただいております。それ以外の2/4、3/4、4/4につきましては、例えば人口の要件を変えてみたりですとか、病床利用率を、告示を使ったりですとか、二次医療圏別の病床機能報告制度から出した病床利用率を使ったりといった形で、皆様の今後の検討材料ということでお示しをさせていただいているものになります。

また、病床利用率のページに1枚戻っていただければと思います。二次医療圏別の病床利用率、相模原のところ、採用病床利用率、療養病床が1.02、一般病床が0.76というふうに記載をさせていただいているのですけれども、こちらは27年度の病床機能報告制度から算出をしているものなのですが、勉強会の中でこの数字は療養についてはちょっと高過ぎるのではないかと、一般についてはちょっと低いのではないかとといったご意見がありました。27年度の病床機能報告制度のほうを再度確認してみたところ、恐らく異常値と考えられるのが、病棟単位での療養病床の利用率で、190%近く出てしまっていた病棟をお持ちのところ、相模原南病院さんで、そういった数字になっていました。また、一般病床のほうは1桁の病床利用率が出てしまっている病棟がありまして、病院名ですと北里大学東病院さんだったので、その点についてご報告させていただきます。

今後、病床数の算定シミュレーションを行っていくのですけれども、病床利用率につき

ましては28年度の病床機能報告を用いたものもシミュレーションをしていきたいと考えておりまして、本日の資料の一番最後につけさせていただいている、既にホームページで公表させていただいている28年度の病床機能報告制度、右上に小さく28年病床機能報告集計結果と書いてあるのですけれども、相模原圏域のものになります。こちらを見ますと、一般病床のほうが病床利用率75.8%、療養病床のほうが今90.4%となっております。今後、こちらの数値を当てはめたシミュレーションも出していきたいと考えております。

また、今ご覧いただいているページの裏面になりますが、同じく勉強会の中で今後の高齢者の人口割合がどのように増えていくのかを確認したいといったようなご意見もありましたので、国立社会保障人口問題研究所の平成25年3月中位推計で性年齢階級別の人口の推移というのをお持ちしました。相模原の部分だけを抜き出して、上が男性、下が女性になっているのでご覧いただければと思います。長くなりましたけれども私からの説明は以上になります。

(竹村会長)

ありがとうございました。いかがでしょうか、わかりましたか。一応、病床の利用率ということでいくと最新のものでは、一般病床が95.8%で、96%を切っているのですね。それから、療養病床の場合、100を超えていたのが90.4%になったということですね。

何かご質問ございますか。小松先生どうぞ。

(小松委員)

療養病床の中で回復期を担っているところがありますよね。それは療養病床の病床利用率と考えるべきなのかということが1点。逆に一般病床の中で慢性期を申告しているところがあると考え、病床の利用率というのは、例えば慢性期であればこの90.4%の療養病床を見るのか、結局この横軸で見ているのが基準病床の考え方で、縦軸で見ているのが地域医療構想の考え方ということなのですか。

(事務局)

今おっしゃっていただいたとおり、基準病床数の算出はあくまでも一般病床と療養病床という区分で行っております。一方で地域医療構想の将来の必要病床数の推計は、4機能区分ということで行っておりますので、若干考え方が異なると思いますか、今、小松先生にご指摘いただいたとおりに理解していただければよろしいかと思っております。

(小松委員)

今まで基準病床は一般と療養でボーダーがなかったものが、今回できるわけですね。

(事務局)

そういうことではないです。計算式上は一般と療養に分けて計算をしておりますが、最終的なでき上がりの基準病床数は総数で見えてまいります。

(小松委員)

療養病床けれども回復期で出している病床の利用率は、むしろ高度急性期と急性期と

回復期の実際としてのこの3つと、数字のとり方としてどちらが適正なのか。療養病床として届けてはいるけど回復期を担っている病床が一部ありますよね。逆もまた然りで、一般病床だけ慢性期というのがあるから、ここもやはりどちらの数字が真なのかはちょっとわかりませんが、最初に説明があった数字は、要するに横軸で見ているということですね。わかりました。

(竹村会長)

ほかによろしいでしょうか。ありがとうございました。

(3) 地域医療構想の推進について

(竹村会長)

それでは3の「地域医療構想の推進について」ご説明をお願いいたします。

(事務局)

引き続き、議題3の「地域医療構想の推進について」ということでご説明させていただきます。資料3-1まで先ほど説明させていただきましたので、私からは資料3-2、それから参考資料の3-1、3-2のご説明となります。

資料3-2は、「病床機能区分への転換等に係る地域医療構想調整会議等の取り扱いについて」ということですが、前回の事前勉強会のときにご説明しておりますので、簡単に要点だけご説明させていただきます。

今回これをお諮りする経緯としまして、3月の調整会議におきまして、地域医療構想を踏まえた病床整備に関する事前協議の方針についてお諮りし、地域で、事前協議に当たって条件設定を行うことができることとさせていただきましたが、この対象となるのが新規整備と増床の場合で、既存病床の転換を行う場合は特段決まりがなく今後の課題となっております。今回、地域医療構想における2025年の必要病床数に既に達している病床機能区分に転換したいというご要望があった場合の取扱いについて、実際に相談の事例が出てきていることもあり、整理をさせていただいたものでございます。これにつきまして、括弧書きのところに書いてありますように、地域で必要と判断する事例が生じた場合に、該当医療機関に調整会議に参加を求めることができるようにするというもので、全て機械的に調整会議にお呼びするというのを目的とするものではございません。

3番のところ、事例の範囲につきましての確認なのですが、まず、医療法の30条の15という条項の中で、病床機能報告において基準日と基準日後（6年後）の病床機能が異なる場合、かつ、基準日後の病床機能の区分が既に過剰である場合についての規定がございます。相模原地域でいいますと、平成28年の病床機能報告結果の数字だけを見ますと、回復期につきましては、2025年と比べて28年度の病床機能報告の数字は少なく不足になっており、慢性期につきましては、28年度の数字が2025年の必要病床数よりも少しだけ

オーバーして、過剰となっています。例えば、28年度は回復期で、6年後に慢性期に転換する予定がありますというようなご報告をされた場合は、医療法上に規定がございまして、理由書の提出や調整会議の参加、医療審議会での説明などを求めることができるという規定がございまして。

おめくりいただきまして、これ以外の事例でも、例えば病床機能報告では、今回、回復期、6年後も回復期のままとご報告いただいているのですけれども、その後事情変更があって、例えば慢性期に移りたいというようなお話があったようなケース。あるいは、昨年度は、今、回復期で、6年後も回復期ですとご報告いただいたのですけれども、今年度のご報告では、今、慢性期で、6年後も慢性期ですというご報告をいただいているようなケース。こういった場合、医療法上は該当の規定はないのですけれども、地域の調整会議で必要と判断したような場合には調整会議の参加を求めることができるように、何かあったときに対応できるようにしておこうということで、今回整理をさせていただいております。

5番の対応方針のところです。3ページの点線の枠囲いのところで原則としてどういう場合に認めるかということで示させていただいております。二次医療圏で病床機能の地域偏在が存在していて、特に整備の必要性が認められるような場合。それから、人口の急増等により、なお当面整備が必要と考えられるような場合。あるいは、その他地域の実情に応じて良好な医療提供体制を確保するために必要性が高いと考えられる場合。これは3月にお諮りした事前協議のときの方針と同じ考え方に基づいております。事前協議方針は参考資料3-1でお配りしております。この要件に該当する場合は認めるということで、それにつきまして地域でご協議をいただくことを目的として整理させていただいております。

6番目の流れのところですが、まずこのような事態が判明した場合に、理由等の記載をした書面の提出を求めます。その次の四角のところ、調整会議のご意見を伺いながら、その理由がやむを得ないかどうか、十分な理由かどうかというのを判断していくこととなります。その理由が十分でない、あるいは地域で意見を聞く必要があるだろうというご判断になった場合には、この医療機関に対して協議の場、調整会議における協議に参加するように求めることができるとしております。それで調整会議でご了解を得られた場合はそこで終了して、最後は県の保健医療計画推進会議へご報告いただく。そして、もし調整会議でも協議が整わない場合には、県の医療審議会に出席をさせていただいて医療機関に理由等について説明するよう求めることができる。その医療審議会に出席を求める場合には事前に県の保健医療計画推進会議へ経緯の報告をいただいて承認を得るものとする。というような流れで整理をさせていただいております。

事前勉強会のときに、県の推進会議、あるいは県の医療審議会への報告に当たりまして、どのように調整会議の議論の経過、意見を反映させるのかというお話がございました。当然、事務局からは経過のご説明をさせていただくのですけれども、必要に応じまして調整

会議の会長、あるいは調整会議の代表の方に出席いただいて、地域の議論の経緯、それから地域としてのご意見といったものを報告していただくということも考えておりますので、案件に応じてそういった対応をしたいと考えております。

資料3-2についての説明は以上です。また、最後に参考資料3-2、これはご報告になります。県の方で回復期病床の転換補助を実施しておりますが、27年度と28年度の実績についてまだ報告等しておりませんでしたので、現時点で補助を使って転換したものの件数、床数のご報告をさせていただいているものでございます。構想区域ごとに記載をさせていただいており、相模原は27年度、28年度で実績がございませんでしたので記載がないという状況になっております。以上でございます。

(竹村会長)

何かご意見、ご質問ございますか。よろしいでしょうか。

(4) 相模原構想区域の現状分析

(竹村会長)

4の「相模原構想区域の現状分析」について、事務局からご説明をお願いします。

(事務局)

相模原市役所地域医療課の田中と申します。恐れ入りますが着座にてご説明させていただきます。

資料4「相模原構想区域の現状（まとめと論点）」をご覧ください。こちらにつきましては、昨年度に県地域医療構想を策定する過程で、地域医療構想調整会議で配付されましたデータを更新したものでございます。1ページ、2ページに、本構想区域の現状をまとめさせていただいております。3ページ以降は、そのもとになっております詳細な資料で昨年と同様の資料となっております。1ページと2ページに基づきましてご説明をいたします。

1ページの「相模原構想区域の現状（まとめと論点）」をご覧ください。下線部が昨年度に配付いたしました資料から変動がありました部分でございます。その部分を中心にご説明いたします。

まず、基本的事項の入院患者推計をご覧ください。昨年度に配付いたしました資料は2010年と比較した資料でしたが、今回は2015年比としておりまして、2025年の75歳以上の人口は1.61倍、2040年は1.77倍と推計されております。患者数につきましても、昨年度に配付いたしました資料は2013年との比較の資料でしたが、今回は2015年度比としておりまして、同様に2025年は1.27倍、2040年には1.45倍になると推計されております。

次に、介護施設等の状況についてです。平成25年4月と平成29年4月を比較しますと着実に整備が進んでおり、有料老人ホームの定員が1.62倍、サービス付き高齢者向け住宅の

定員は2.56倍に増加しております。

次に、病床数の状況についてです。必要病床数の推計と病床機能報告制度の比較となります。推計値との比較でございますが、仮に比較した場合ですと回復期は1400床不足し、総数では760床不足する推計となっております。

次に、病院配置状況ですが、こちらにつきましても大きな変動はありませんでした。参考ですが、DPC調査の対象病院につきましては、昨年に配付いたしました平成25年度のデータでは9病院でしたが、平成27年度は13病院に増加しております。

次に、入院基本料についてです。一般病床の自己完結率は、昨年に配付いたしました平成25年度の数値は82.5%でしたが、平成26年度におきましては82.3%となっております。回復リハ等と療養につきましても特に大きな変動はございませんでした。

続きまして2ページをご覧ください。次に、救急医療についてでございます。救急の自己完結率も大きな変動がなく、平成25年度は86%、平成26年度は0.6%減少し85.4%となっております。

次に、疾患別の地域特性についてでございます。まず、がんについてでございます。2つ目のポチのがん入院の自己完結率ですが、平成25年度は肝がんが最も低く83.7%でしたが、平成26年度は胃がんが最も低くなり80.4%となっております。

次に、急性心筋梗塞についてです。入院の自圏域での完結率は平成25年度は83.7%でしたが、平成26年度は1.8%増加し85.3%となっております。また、レセプト出現比は、平成25年度は全国平均レベルでしたが、平成26年度は全体的に全国平均をやや下回っている状況です。

次に、脳卒中についてです。平成25年度はくも膜下出血が62.0%の自己完結率でしたが、平成26年度は1.9%増加し63.9%となっております。

次に、在宅医療等についてです。こちらにも大きな変動はございませんでしたが、在宅患者訪問、リハビリテーション、指導管理のレセプト出現比が低くなっております。

一番下に記載しております課題と論点ですが、不足する医療機能についての役割分担の進め方や、在宅医療や介護事業との連携が挙げられます。全体といたしましては、データの更新を行いました。昨年に配付したものと大きな変動はありませんでした。

次に、最後から2ページ目でございます。A3横の表、参考資料4をご覧ください。こちらは平成28年度における病床機能報告制度の状況です。こちらの資料は、上の点線内に記載してありますとおり、地域における議論の参考とするため各医療機関から提出された病床機能報告のうちいくつかの指標を抽出して整理したものでございます。説明は以上でございます。よろしくお願いいたします。

(竹村会長)

いかがでしょうか。今のご説明に関して何かご質問、ご意見ございますか。

この間の勉強会で海野先生から、少し急性期の病棟等をうちの大学病院でも見直しをす

るつもりがあるということでしたけれども、ほかの病院に関しましてもかなり出ているのが、おそらく回復期で出しているのは、回復期リハと地域包括ケア病棟だけだと思うのです。あとはみんなほぼ100%、救急病床という形で出ておりますが、この辺の見直しをされる予定というのはあるのでしょうか。今の病院の今後の病床機能報告を大体今のままでいくということですか。それから、相模原市は回復期への補助というのは1例もないみたいですが、この方針としては何か病院の先生方のご意見ございますか。

(海野委員)

北里大学病院はこのA3の表にございますように、ずっと高度急性期985床で出してきたのですが、今年の6月2日の第5回地域医療構想に関するワーキンググループ、厚労省の会議でも示されているのですけれども、特定機能病院の中の大学病院54施設が全部高度急性期と出しているのですね。それについては定義がよくわからないというところで、どう出すのか非常に難しく悩んだあげくに出してきているのですが、実際にはそういうのだとちょっと困りますというお話がワーキンググループの方でありました。それで私ども、全国医学部長病院長会議の方でちょっと検討しなければ、要するにこういう課題があるのだなということを情報共有しなければいけないという状況でして、それで、北里大学病院で、実際の患者さんの実態を今年の4月のデータで調べてみました。これは、高度急性期と称している全部の病棟の中に、医療資源の投入量の絡みで、どういう患者さんが何%いるかということになります。そうしますと、全体で高度急性期の患者さんというのは、曜日によって違うのですが、17.3%ぐらいです。それで、急性期の患者さんが40%ぐらい、回復期が27%、慢性期14%ぐらいになるのです。要は、患者さんが入院して手術をして、そこで医療資源を大量投入するわけですが、その後治ってきて、だんだんやることが減ってきて、最後は元気になったから帰る。そうすると、帰る日の医療資源投入量は当然慢性期のレベルになってしまう。そういう流れの中で、どの病床、どの病院もそうだと思うのですが、そういう患者さんの構成になっているわけです。

もちろんICUとかは、その一番重いところだけを診るからそういう構成にならないのですけれども、一般病床、特にICUが少ない病院の一般病床というのは術後すぐの患者さんがいるわけで、そうするとそういう構造にならざるを得ないということがはっきりわかりました。これは医療資源投入量から見ても、それから実際の重症度、医療看護必要度から見ても、それぞれの病棟の患者さんの構成というのは、どうしてもそういう感じのバランスにはなっていかなざるを得ないということです。そうすると、要するに今の病床機能報告は病棟ごとなので、高度急性期病棟とか、病棟ごとに重症しか診ない病棟とか回復期しか診ない病棟とかを、それぞれの病院は作らないですよね。患者さんの診療科とかそういうことで分類しているわけで、病棟ごとにこれを報告していると、どうしても、実態に即して報告できない制度ということになります。それで先ほどご指摘がありましたように、急性期がとて多くなってしまうのは、本当は回復期の患者さんはいっぱいいるけれども、

急性期を診ている病棟なのは間違いないので、そうすると病棟として報告するとなると急性期になってしまう。ただ実際にそこには回復期の患者さんをたくさん収容しているということに、医療資源投入量上はなりません。ですからそれと、回復期リハビリテーションみたいに回復期の回復機能を患者さんの支援というような形での機能に特化した病棟と、そうでない一般の病棟というのを、どういうふうに位置づけて報告するのかというのが全然示されていないで、そのところはすごくフアジーに報告してくださいなので、こういう報告の中では急性期が多くなってしまふということがわかりました。ですから、相模原は典型的な状況なのかもしれないですが、本当に回復期の病棟をどんどん増やさなければならぬのかどうかというのは、もう一遍それぞれの病院で数字を精査しないと何とも言えないのではないのかなと思われまふ。ですから、その病床機能報告の問題と、実際の患者さんをどこで診ているのかというのにギャップがあるというのが現実としてあります。

ここで例えば北里大学病院が、うちは高度急性期を500床にしますと言うと、それが実態というか厚労省のご示唆というか考え方として進めるとすると、そういうふうに報告する方向になるのかなと、今考えております、あまり変えたくはないのですけれども。そうした場合に、この地域で多いと報告されている急性期病棟に私たちがまた病床を加えることになってしまい、一方で、高度急性期が足りませんという話になります。どこかでもう少しその辺のところを詰めていただかないと、それぞれの病院での報告の仕方が一定にならなくて、それによって全部足し算をしたときにその数字の持っている意味がすごくあいまいというか、例えばそれに依存して政策決定をすると、非常に危険なことが起こってしまうというのが、今のこの病床機能報告の実情なのだというふうに考えております。

ちょっと長くなりましたけれども、そういうことがわかっております。今後、日本全国で特定病院が高度急性期の中の40%ぐらいの病床を報告しているのですが、それがどう変わっていくかということになりますので、それを見た上でまたちょっと今後の構想の修正みたいなこともご検討いただく必要があるのかなというふうに考えております。

(竹村会長)

詳細なお話、ありがとうございました。最初に違和感を持ったのは、先ほど言われた病棟ごとということが非常にネックになるだろうなと思ったのですけれども、その出てきた背景とかいうのはご存じですか。病床機能をそんなふうにわざわざ病棟ごとに分けるというかたちにしなくてもいいような気がするのですけれども。

(事務局)

国の検討会などの資料を見ている限りですと、やはりその病床機能報告の制度設計をするに当たって、いかに病院の事務的な負担をかけるかかけないかということと、それから報告された結果の精度、どこに妥協点を見出すかという議論の中で病棟単位というふうになったと承知しております。国の話ですと、最初は病棟単位で始めてみるけれども、だんだんフロア単位とか病床単位とか、細かくしていくなどという話も当初はあったのですが、

ちょっと今の議論を見ている限り、そのあたりがあまり進んでいないなというのが正直な印象です。

今の海野先生のお話をお伺いして、非常に示唆に富んだお話だなと思っております。当然、病床機能報告の制度的な欠陥というのは当初から指摘をいただいております、我々も認識はしていたところですが、具体的な数字を交えて病院の状況を教えていただいたことで、よりどうにかしなければいけないのかなという気持ちになったところではあります。

(金田委員)

実際問題それをやるのは難しいからということになってしまうと思うのです。前は病院全体で、そして病棟群、それから病棟単位。そこを縛ってきて、例えば患者さんが本当に高度急性期なのかどうかというのを、その判定基準は看護必要度と、それから先ほどおっしゃったようないわゆる出来高部分ですかね。そうすると、本当に論理的にやっていると、こういう看護必要度で、これだけの資源を使っている人は、高度急性期に入れてこの病棟にという、流れ作業ですよ。実際は無理だけれども患者さんをどんどん退院までに移していくという。これは実際問題絶対できませんが、そういうことでもやらない限りはちゃんとしたデータは出てこないというような考えがありますよね。

(高野委員)

今の海野先生のお話、いわゆる病床の報告制度の中で、では相模原協同病院は今どういうふうになっているかというお話をしたいと思います。

相模原協同病院は437床の許可病床でございます。実はこの7月から1病棟を潰しまして、地域包括ケア病棟43床をやりました。この稼働率が今96%、437床から43床を引いた394床がいわゆる急性期としてやっております。そのうち、この報告制度の中で我々が報告したのは、ICU、CCU、GCU、それからNICU、これらを一応、高度急性期病床として16床やりました。その比率をちょっと見ましたけれども、北里大学は回復期が27%、我々からするといわゆる地域包括ケア病棟13：1の病床は43床でございまして、やはり大体15～16%の比率でございます。残り超急性期と言われる病棟については、もうこれは大体10%以下の数字でございまして、残り390床あたりが急性期としていわゆるDPCの2群の患者を全てそこに入れると、もう3群に近づいた患者は全て地域包括ケア病棟ということで、2つに大きく割ると大体96%が稼働しているという状況でございます。

しかし今、新病院構想をやって新しい病院を建てるという中にありまして、まだJAグループとしまして何床にするかというのが実はまだはっきり決まっておりません。そういう中にありまして、果たして我々が今やっている、2025年を目指して新しい病院を作っていくというところで、本当にこの地域包括ケア病棟が存在するかどうか、国としてこれを認めるかどうかというの、また非常に怪しい状況にあります。

ただし、私は前にも話したのですが、この相模原の場合について、例えば救急の

搬送の件数、地域の中の相模原だけの完結が84%という数字でございます。実は我々が独自で調べてみますと、84%は非常に高い数字でございます。つまり、二次救急を持ったときは南の患者さんを北に30分以内に本当に搬送できているかということ、実はできていない場合が非常に多いということでもあります。これは先ほどの説明の中で、二次救急の医療圏の中にそれぞれの特性があると。1つは地域性があるとか、人口の問題があるとか、これは相模原でものすごくあります。我々の緑区は、南区、中央区に比べると人口密度が非常に低い。しかし、そういう中であって我々緑区にあるわけで、今、二次救急は非常に厳しい状況にあります。崩壊はしておりませんよ。一部で医師会の人たちから相模原の二次救急は崩壊しているという意見が出ましたが、決して崩壊はしておりません。今回の28年度下期も全て決まっております。しかし現実的に、この体制できちっとした二次救急が完結されているかどうかということと多くの問題がございます。

今後、この相模原市の中で、南区、中央区も含めるところ、それから北部の緑区はまたちょっと違うその地域医療、これは地域包括ケアシステムの中でやはり作っていかねばならないのではないかなというのが我々の考えでございます。

そういうところにありまして、今、地域包括ケア病棟を作っており、稼働は96%ぐらいと非常にいい状況でありまして、それは簡単に言えば3群に入る人はみんなそちらに入れようというところで、在宅復帰率も90%以上となっております。これの利用というのが今、病院の経営の中で全国的にいろいろ言われていることですが、急性期病院の中でこの地域包括ケア病棟を持つということは、経営上非常にプラスになっているというのは確かだと思います。ただし、新しい病院を建てるとき、地域の中での我々の立つ位置の中で、本当にそのままこれを持たなければいけないのか。私の考えは、実はこの部分は地域の中の回復期や慢性期と連携をとること、これが北部の中で急性期、一部超急性期を含めたところを担う我々の立つ位置かなと、今はそういう形で考えているところであります。

(竹村会長)

ありがとうございました。ちょっと説明させていただきます。二次救急が崩壊しているなどとは一言も言っておりませんので。手を尽くさないとこのままでは崩壊しますよということで、市のほうとしても早目早目に手を打って下さいねという意味で発言をしているつもりですので、ご理解ください。

(高野委員)

決して、我々そんなことはない、まさに二次救急は、市民病院がないところとの医師会も含めました協力体制が本当にできているということでもあります。ただ、内容的にはもっともっとやはり検討しなければならないことがたくさんあると。

(土屋委員)

今後もうちょっと病床のカテゴリー分けの精度を上げていくためには、今、高野先生から示唆していただいたのですけれども、急性期病院もガイドラインみたいなものがあれば

作りやすくなるので、できればそういうものをどこかの地域でやっていたら参考にして。いずれにしろもうちょっと精度を高くして、本当に回復期が足りているか足りていないのか、今後もっともっと議論していかなければいけないと思うのです。ただ、病院任せになってしまうと、またそこでかなり温度差が出てくると思うので、精度を高くしたらきりが無いのですが、何かガイドラインみたいなものがあればいいなと思います。

(事務局)

ありがとうございます。なかなか難しいのが、病床機能報告制度は国が作っている制度で、マニュアル類も国が作成して直接医療機関に送られているという状況で、それに関して県が手出ししづらい部分があるというのが実情でございます。一応、国も何とか工夫をして、急性期が一番あいまいなのですが、高度急性期というのはこういう病院ですよ、回復期というのはこういう病院ですよ、慢性期というのはこういう病院ですよというのを比較的明確に示されていて、要するにそれ以外が急性期といった感じにはなっていない。たしか7:1は急性期、10:1は急性期か回復期、13:1は回復期か慢性期で一部急性期でも良いといった、そんな感じになっていまして、県独自で何かをしてこのところを明確にするというのは、かなり難しいなというのが今の実態です。

(海野委員)

そこが決まっていればいいのですけれども、決まっていないのですよね。それで、7:1の中にも高度急性期が入っているのです。

(事務局)

そうですね、7:1でも高度急性期、急性期があります。

(海野委員)

だからそこは、高度急性期と急性期を分ける意味は本当にあるのかという疑問もあって、それだったらただICUだとか集中治療系の病床だけだと言ってくればいいのだけれども、7:1も一部が入ると言うからわからなくなってしまうのです。

(事務局)

我々も、特に高度急性期と急性期を厳密に分けて考えることはあまり意味がないのかなというふうには思っております。

(土屋委員)

むしろ地域でICUとCCUがどのぐらいあるのかということ、それから急性期の中でもレスパイトであったり退院調整中であったりそういう患者さんもいるので、その辺の区別をうまくできれば、もうちょっと見えてくるのかなと思います。

(高野委員)

ただ、これから7:1が、来年度の診療報酬改定では多分また非常に厳しくなってくるわけですね。そういうところを見ると我々としては、この7:1の新しくできた縛りがクリアできるのはやはり急性期だという認識ではおまして、先ほどのように考え方がいろいろ

ろありまして、最後に残ったところ、超急性期、それから回復期、慢性期、その間がみんな急性期だというような考えで、多分みんなこういうふうにして登録、報告しているのではないかと思うのです。この数字は大学病院も然りでございますし、我々のところでもこの一定の何かがないわけでございます、その中で議論して今後、許可病床が何床というのは、非常に難しい問題になってくるのではないかと思うのです。

(竹村会長)

今のところないからいいですけども、これで病床を新たに請求する病院が出たときに、このデータをもとに、おまえのところだけ急性期はだめだというのは、なかなか厳しいところはありますよね。

(金田委員)

恐らく来年の改定で必要度は変わってくるし、いじられるところが出てくるでしょう。それを見て大分動きが出てくると思います。ちょうどちあたりがそういうところで、急性期からこちらにばたんに行く可能性があるので、NHO（国立病院機構）なんかすごく多いですよ。それを見てからいろいろやって、今は何もやらなくてもいいのではないかと。

(竹村会長)

ゆっくりやっていけばいいということで、よろしいですかね。

(小松委員)

今、金田先生がおっしゃったとおり、来年の診療報酬改定で各病院がどのような判断をするかというのはすごくあると思うのですね。やはり7：1が厳しくなれば当然急性期の病院も、結局今以上に転換を考えなければいけないということになりますし。

あとは、高野先生がおっしゃっていたように、性格としては地域包括ケア病棟が今2つに分かれていますよね。1つは、結局自院の病棟からの転棟患者さんが90%、いわゆるポストアキュートの病棟としてのものと、あとは施設だとか在宅の患者さんを受け取るサブアキュートの部分と、そうではないポストアキュートが半々ぐらいの役割。そういう意味で言うと、今後7：1が減って地域包括ケアに流れていくしばらくの間は、入り口は広いと思うのですが、どこかで地域包括ケア病棟は自院からの転棟患者は何%までとか、またそこにハードルをつくってしまう可能性はあると思うのです。ただ、今のところは7：1が地域包括ケアに行く分には国としては大歓迎なので、しばらくはそれでいくのかなという気はします。そこにダブルスタンダードというか、2つの基準はすぐには作ってこないのかなという気はします。ただ、むしろ回復期リハが何となく前回から要件が厳しくなってきたので、地域包括ケアはまだもうちょっといけるかなとは思いますが、診療報酬改定に関してはそういうことが言えます。

あとは、病床機能報告制度は結局、病棟機能を報告する制度ですから、各地域を回っているとその中でよく聞くのが、7：1は高度急性期で申告していないと今後だめになると言われて高度急性期を申告したとあって、地域の二次救急と全般的に救急を受け入れてい

る病院が全部高度急性期で申告した結果、高度急性期が過剰で急性期が不足になってしまっている地域もあるのです。基本的にはその2つを足し合わせればちょっと多いという話になります。ただ、見え方として、例えばそうすると急性期が200床足りないという数字が出てしまうと、結局その地域は、例えば慢性期の病院が買われて、急性期に転換できる根拠にはなってしまうわけです。相模原の場合は、今単純に回復期が足りないという理屈になっているから、じゃあ回復期が足りないから回復期リハをつくりたいという理由にはなってしまいます。ではみんなでバランスよくその辺を、数値的なバランス、実際の機能ですよね。今現在我々が担っていることと言えば、地域医療構想でいう回復期に該当する患者さんは、今ほとんど急性期の病院で診ているという実態があるので、その辺のところはでは今後誰がどうやるかという話です。

それから土屋先生が言った指標ということなのですが、ちょっと気になるのは、急性期指標とかいう用語がここのところ中医協で出てきています。何とかまた恣意的な指標として出てきているので、病床機能報告というのはあくまで病院の自主申告というか、そういう意味でのファジーさがあるものが、いろいろなデータで分類されてしまうと、逆にレットルとかいう型にはめられるということは出てくるのかなと。というのは、国の会議で急性期とか高度急性期で申告をしているところで、例えば外科系でも、全身麻酔が1カ月で0件というのが7%あったとか。呼吸器内科で高度急性期で出しているけど酸素モニターも使っていないというのが6件、6%あったとか。だから、そういうふうによられると、基本的には全部完璧に国に全ての機能を管理されるのがいいのかどうかは、微妙なところではあるのかなと。全て見える化されて型にはめられるといいのか悪いのかというのが、はっきりこうなさいと言われるのいいのか、それとも今先生方が認識しているようにある程度、その3機能の中というのはファジーながらもみんなで担っているという認識で、別に回復期リハビリが足りないという認識ではないというほうが、少しは足りないのかもしれないですけども、そういう意見のほうがいいのかなと。そうでないと多分、北里大学病院でやった医療資源投入量を、全部の病院で基本的にある一点で割る、そうすれば全部の病院の機能区分が出るわけですよね。そうしてしまえばある意味、そこでのバランスでどこが足りないという理屈にはなってくるのかなという気はします。基本的にはベッドが足りないと言っている病院はあまりないのかなとも思いますけれども、今のところは。これからはわからないですけど。

(金田委員)

病床機能報告、今、病棟機能報告と皆さんおっしゃっていましたが、もう少しすればだんだん少しずつ狭まって、エグザクトなものになってくると思います。今はもう暗中模索ではないけど手探りで出していると思うのです。ただ、やはりどこかで、海野先生もおっしゃったような形で全部やっけてしまうと、国は、基本的には多分医療資源というか、医療経済をもう少し縮小させるという、そういう目的なので、だから国の思うつぽに

はなるのですが、実際にはそうすると、そこにあてがう看護師の数が足りなくなったり、業務が行き届かなくなる。患者さんの重症度というのは、そうやって手術をすればあがってくるという特徴があるのですが、実際はそれに合わせて病棟を決めたり病床を決めていくと全く機能しなくなってしまうというのが出てくると思うのです。それが危険かなと。

(海野委員)

全体から言えば、今、相模原で2016年度病床機能報告が6,500床弱あって、2025年には多分それが7,200床必要になるのですよね。それはいいと思うのですが、その中身の問題で、中身に関して回復期と言っているのは回復期リハビリテーションの病棟が必要なのでもないし、要は回復期の患者さんを受け入れる病床が必要なことから、そのところが今の定義ではどうしても見えてこないのです。だから、これでは見えない部分があるということを含んで共有して、その上でそれぞれの急性期なり回復期なりで定義づけるけれども、枠組みは決めるけれども、ある程度の幅を持って認識をすることを共有できていけば、多少出っ込み引っ込みはあっても、全体としてはこういう方向で整備していけばいいというのが見えてくると思うのです。そのところはそういう感じでやっていかないと、回復期だけ妙に作り過ぎて後で困ってしまうとか、その施設も困ってしまうみたいなことが起こらないように、そこを調整もできるのではないかとと思うのですが、今の制度とつき合わなければしょうがないので、つき合いながらそれぞれの地域の医療機関が、自分たちの方向を見失わないようにしないといけないと思います。

(高野委員)

もう一つは、この地域包括ケアシステムというのがあるわけですね。これの中心になるのはそこに住んでいる住人の方々ですね。この人たちがいかにそこで楽しく愉快地最期を迎えるかということが基本的な考え方ですね。そうしますと、そういう中で、例えば津久井の方の地域包括ケアシステムの中で、じゃあどこか回復期の医療機関に行きなさいといった場合に、南区まで行かないと回復期ができないですと、これが本当にそこに住んでいる住民たちにとっていいことかということ、やはり相模原は考えなくてはならないのではないかと思います。

私は前から思っているのですけれども、やはりこれだけ南北に広いところにあつたら、二次医療圏の中でも、例えば3つの区がありますけれども、それぞれその地域を考えていないと、そこに住んでいる患者さん、住んでいる人たちが、何でもかんでも、協同病院でやりました、じゃあ後は南のほうの回復期に行きなさいといっても、これは本当に住んでいる人たちにとっていいことなのかということ、やはり考えなければいけないのではないのか。そういうことでありますので、これはリンクした考え方をして、全体として地域包括ケアシステムの中で、急性期の病院もそうですけれども、我々の病院群がどうやって役割分担をするか、これはやはり考えていかないと、何でもかんでも足りない機能はどこでも作っていいとなってしまうと悪いし、我々も近くの病院との連携で急性期をやる、じ

やあ回復期の病院はここですと、そうしたら患者さんにとっては、手段としても10分、20分で行けるのが一番いいではないですか。1時間もかかって毎回毎回リハビリに行けというのは、これは患者中心の、住民中心の医療をこれからするということでは非常に疑問になる。そういうところはやはり相模原市がきちんとリーダーシップをとって、そういうことをリードしていかないとおかしくなるのではないかなと思っております。北里大学病院はまた別ですよ、最終的な、いわゆる相模原市の完結医療の一番上のところにおいて、ここでできなかつたらこれはしょうがない、そういう立場だと私は思うのです。ですから、そういうことをやはり相模原市がリードしていく必要はあるのではないかと。

(竹村会長)

私も、急性期中でも脳梗塞、心筋梗塞などというのは、相模原の中で完結すべきではなくて、やはり流入・流出を考えながら各区でやっていくべきだと思うのです。同様な考え方として、介護の方は、今もう医師会としては始めようとしていますけれども、各区ごとにそれぞれの考える会を医師会の中で3つに分けてやっていく、その中で流入・流出もいいと思うのです。いい資源があれば東京都に借りてもいいし、逆にそちらから引き受けてもいいし、その辺も考えながらやっていく必要があると思いますので、各区ごとの地域包括ケアに関しては、各区ごとに医師会として在宅に関してはやっていくつもりで、今検討を始めようとしているところです。

ほかに何かございますでしょうか。よろしいでしょうか。いろいろ具体的なお話が出てきました。それでは、今の4番の地域の現状分析については、ご意見がなければここで終わらせていただきます。

(5) その他

(竹村会長)

その他のところで何か追加のご意見、事務局のほうから、委員の先生方から、何かございますでしょうか。

(小松委員)

今、最後に話題が出たように、この地域医療構想とか医療計画とか、国からいろいろ出されているお題ということもありますけれども、実態として相模原で今後、医療提供体制と介護も含めてどうやってどういうふうに話をしていくかという場が、この会議だけではなくやはりもう1つ必要なのかなというふうには思っています。それは基本的には相模原にある医療機関の中で区ごとに話をしたり、あとは逆に介護関係の人の声を聞いたりとかそういったことも含めた、会長が要望すればこの会議自体に一応ワーキンググループが設置できるということもあるので、何かそういったものを使って、あとは我々医療提供側だけではなくて行政としてもどうか、特に相模原市の行政がどう考えているのかということ

も含めた設置を、可能であれば要望したいと思っています。県内のほかの区域によって、まだ進捗状況にかなり差はありますが、調整会議の下部というか別の会としてそういったものができるように思います。

(土屋委員)

非常にこの地域医療構想調整会議とこれからの地域ケアシステムは期待しているところが多いのですが、実は人口の急増、現場の高齢化に対する救急医療体制はもっと深刻です。今後も年々お年寄りが増えて施設の急病を受ける中で、今、二次救急が非常に疲弊している問題があって、高齢化救急について早いペースで何とかしなければいけないと考えていて、介護施設と在宅医との連携をスピーディーに進めたいなと思っています。それで市のほうにお願いして、できればそういった介護関係との地域調整会議と別建てで検討をお願いできないかというご案内をしようと思っています。

(竹村会長)

地域医療構想調整会議とは別のということ、今出たワーキンググループという話とは別な会をつくるようにという提案ですね。提案ということでお伺いしました。

どうでしょう。この間は事前勉強会という形で1回開かせていただいたのですが、もう少し広い形での在宅と、それから病院での病床機能を含めたものについて考えるということで、オープン参加のような形を含めた会をつくるということにさせていただきますか。では、ワーキンググループをつくるということで、またちょっと練りまして次回に案を提出するということがよろしいでしょうか。

(金田委員)

相模原市がやるのですよね。

(竹村会長)

ワーキンググループの性格として、市にメインになっていただきたいですが、そのような形でもいいのですか。とりあえず県は責任を持たないという形だからいいわけですよ。お金を出さないということで。

(事務局)

補足説明させていただきますと、今、各地域でワーキンググループや、自主的な病院協会が開催する勉強会や、あるいは保健福祉事務所が地域医療構想調整会議とは別に全病院が参加する意見交換会を開催したり、地域によってかなりばらばらになっております。それは地域の実情に応じて我々も柔軟に対応していければと思っています。

(竹村会長)

わかりました。

(金田委員)

でも、先ほどから審議会と言っているのは市の審議会でしょう。県の審議会に行く前に例えば病床、その地域のニーズを検討する、地域の調整会議がここでしょう。

(事務局)

相模原市は政令市ですので。

(金田委員)

そうですね、政令市ですから。やはり県に持っていく前に市の調整会議にということであれば、主体は市が主導でやるというのが自然ではないですか。

(高野委員)

最終的には政令指定都市はまず市が決めるわけだから。

(金田委員)

だからそのワーキンググループを主催するのは、やはり市が適任ですよ。

(大井田委員)

私は、小松先生が最初おっしゃったように、総論からどんどん各論のほうに来ていると思うのですが、個々の病院での対応も含めていわゆる市との対応ですね、こういう場合はどうするのだろうとかそういう細かなこともある程度将来を見据えてやっておかないと、最後の結末になったときに話が違ってしまうことになるので、やはりこれは市としてもぜひ対応していただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

(内田委員)

先ほどから、地域包括ケアシステムを主としてどうしていくかというお話もごさいます。現在、市のほうでは保健高齢部門が1つ中心となって、医師会、病院協会さんなどにも入っていただいて、在宅の関係で医療介護の連携推進会議というのを設けてごさいます。そこで連携の仕組みだとかそういうお話をしていただいたり、それから今、第7期高齢者保健福祉計画で介護サービスの提供量、こうしたものもその会議にお示しながらご意見を伺っている状況です。ただ、今お話ししたとおり在宅医療介護連携ということですので、病院との部分についてはあまり議論していない部分でございまして。病院のほうは福祉部が今担当ということになってございまして、在宅医療介護の会議を拡張していくのか、別途病院のほうを含めた会議を設置していくのかについては、医師会さん、病院協会さんも含めて、似たような会議を多重につくってもどうかというのをごさいますので、その辺については調整をさせていただきたいと思います。

(高野委員)

1ついいですか。今までは、我々は病病連携という言葉ばかり使っていたわけですが。しかし、もう時代はそうではない。病院と介護、病院と在宅、こういう連携がますます必要になってくるものですから、会議としましてはそういう中に病院が入っていかないとだめな時代になってきていると私は思います。というのは、入院している患者さんだつて結局、いわゆる健康保険証を持っているのではない、介護保険を持っている人がいっぱい来るわけですから、そういう連携をしないと、もう我々の考えは病院と回復期の病病連携とか、こういうところではおさまっていない。病院と在宅、病院と介護、こういうことも

やるので、やはりそこに入っていないと急性期の病院も成り立たないのではないかと私は思います。

(内田委員)

おっしゃるとおりで、在宅医療連携会議の中でも、例えば看取りの問題、先ほど土屋先生からもお話がありました。福祉施設のほうでも急な場面で医療が必要になってしまう、でも情報が何も無い、そういうこともだんだん話し始めていますので、病院との連携、診療所との連携、そういうものを含めて話し合う場を、今の在宅医療介護の連携会議でいいのか、また別途つくるのかというのは、ちょっと福祉部と調整をさせていただきます。

(高野委員)

ぜひともそういう形でやってほしいです。やはり病院も入らないとだんだんだめになってくるだろうと。我々も病病連携という言葉は、これだけでやってきた時代がありました。そうではないなという感じがします。

(内田委員)

今も在宅医療連携会議の中には病院協会の方も入ってはいいただいているのですが、あくまでもタイトルが在宅とついているものですから、今後その部分をどうクリアしていくかという話になるかと思えます。

(細田委員)

医師会の細田でございます。今、内田高齢部長から言われたとおり、在宅関係に関しては相模原市ではかなり前から、名前こそ変わりながら同じような議論をずっとしてきております。こういうのは名前、看板をかけかえながら10年以上続いているように思います。多職種連携のそういうスタイルも大体整っております。もちろんその会議には病院協会からも代表の先生に出させていただいておりますけれども、それでもそういう情報が十分伝わっていなかったということが反省点ではないかなと思います。その中で問題は大体そういう縦の各団体の系列はできているのですが、地域でどう展開していくかというその実施の部分ができていないというのが、毎回大きな反省をしているところであります。そういう実際のアクトを起こす場合には、相模原市全体では大き過ぎるので、実施部隊は、緑区は津久井の部分と橋本の部分で多分違ってくると思うのですが、そういう地域を見て、そういった形で区ごとの対策、方策を、小さなワーキンググループみたいな形で実際に調整するという会議は必要かなと思っております。ですから、今の既存の会をうまく調整すべきかと。新しくどんどんつくっていても、またグループ間の調整が難しくなると思いますので、ぜひ、これは相模原市のほうで一肌も二肌も脱いでいただいてやっていきたいなと思っております。

それから、今在宅ということになっておりますけれども、この地域医療構想の話の中には、各疾患全部あるわけですね。先ほど急病の二次救急が云々という話もございましたけれども、例えば小児の部分とかですね、実はもう小児救急が始まって10年以上たち、ほこ

ろびがかなり出てきているところもありますので、各疾患ごとのそういったものもワーキングといいますか十分考えていかないと、何かのときに表にぼんと出てくるので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

あとは特にこれから、いつも私は「とことん型の救急とまあまあ型の救急」と、わかりやすく言うとそういうことなのですけれども、その「まあまあ型」の高齢者の救急のあり方、これは早急に地域の病床というかそういう形で、例えば肺炎とかすんり受け入れてくれて早く地域に帰ってくる、基本的には在宅で、肺炎とかそういう急性期の病気に関しては短期間の入院を速やかに受けていただいてまた地域に戻ってくるという、そういうルールづくりを、ぜひ地域で完結できる体制を早くとりたいと思っております。どうぞよろしくお願ひいたします。

(竹村会長)

よろしいでしょうか。という形で、言い出すとほとんどまとまらなくなってくると思ひますので、結論から言わせていただくと、今こういうふうな形で一つ一つ問題になってきたところは、今の委員の先生方が持ってきたものなのですよね。それをここで全部話し合うわけにはいかないので重点ごとに話していく、特にさっきの病床機能の問題でもやはり一般の病院の先生方にも参加していただかなければいけないということで、それぞれにその会で問題になったことをワーキングしていくという形で、今提案された、この会としてのワーキンググループをつくり、広く介護や病院関係の先生方にも説明できるような形でやる。その中ではやはり市内のことをまとめるというところで、市のほうにぜひご協力いただいてという形で、まず第1回は何を話し合うかということも含めて次回までに提案して、その次回10月にある会の後に1回開きたいということではいかがでしょうか。よろしいでしょうか。ではそのような形で、少し練って提案させていただきます。ありがとうございます。ほかにございますか。

(井出委員)

初めて参加させていただいて、昨年詰めてきた話を少し勉強してから望んだのですけれども、びっくりしたのはやはり、この前提条件にある機能区分がまだまだ流動的だということ。しかも来年の同時改定のときに例えば今、中医協でやっています地域包括ケア病棟案、小松先生はそんなことないだろうとおっしゃいましたが、これが2本立てになるなんて話になると大もとの前提条件が崩れてしまう。そこでも右往左往しないで、先ほど高野先生がおっしゃったように、理想は地域包括ケアシステムの完遂だと思うので、特に医療職のほうは理想を失ってはいけなから、4機能に分けるとか、ベッドの数はどうするという話だけに振り回されなから、それこそ区ごとのロケーションをきちんとするというのは地域の患者さんの身になってみると、こういう特殊な形の市でございますので。そういうことを念頭において、医療サイドはあまりシステムに振り回されなから、地域包括ケアシステムというのは、これは経済問題で始まったものかもしれませんが、

2025年問題をクリアしていくために大切なことだと思います。大変勉強になりましたけれども、そういう意味で、高野先生の地域包括ケア病棟に転向したというのは大英断だなと思って拝見しておりました。ありがとうございました。

(渡辺委員)

今、井出先生がおっしゃったように、病院の機能がまだはっきりしないというところが一番問題で、やはり機能がはっきりして自分の病院、病棟がどこの機能に所属するのかというのがわからないと、私たち看護もそこでどういう仕組みをつくっていけばいいのか、どういうふうに入材を育てればいいのかというのが決まっていけないので、その定義を、かちつとは決まらないのかもわかりませんが、この会の中で決めていただければ。相模原ではこういう形にしようというのができるのかどうかというのはありますが、そこが決まって、地域包括ケアの機能の中で患者さんがどううまく動いていくのかという仕組みができるといいのではないかと思います。

(竹村会長)

ありがとうございます。ほかにございますか。

それではご協力ありがとうございました。ではこれもちまして、第1回の地域医療構想会議の議題は全て尽くされたと思いますので、進行を事務局にお返しいたします。

閉 会

(事務局)

会長、ありがとうございました。最後に私、医療課長のほうから一言申し上げたいと思います。本当にご示唆に富んだご意見ありがとうございました。会議体としては、地域医療構想調整会議なのですが、先ほど小松先生がおっしゃったようにいろいろなワーキンググループ、この下部組織でも結構ですし、違う会議体でも結構です、これは柔軟にやっていただいて全く差し支えございません。ほかの地域でも、例えばひざ詰めですら、いから少人数で10人ぐらいでやろうとか、そういうのも多々ありますので、本当に柔軟にやっていただいて実態に即した計画をつくっていただければと思っております。

また、病床に関しましても、ご意見本当にありがとうございました。やはり一番大きいのは急性期と回復期の問題がありまして、病床機能報告でも病院によっては、「うちも回復期があるけれど、今、回復期と書いてしまうとこの後急性期に転換できないし」ということで、「とりあえず急性期と書いておくか」といった状況もあると聞いております。そういう中で、まず実態をしっかりとらえましょうと。国のやり方は踏まえつつ、だけでも本当の実質的な急性期、回復期はどうなっているのかというのをしっかりとらえた上でやりましょうというのは、県も本当に同じ意見でございます。

また、必要病床数を去年、地域医療構想で出しました。相模原の場合は2025年で7200数

十床とあるのですが、これは整備目標ではなく、あくまで2025年の人口を単純に掛けて今と同じやり方でやったら7000床必要だろうと。あと、病床利用率についても、この地域は本当はもっと高いのですけれども、一定の利用率で算出している。そういうことも含めて、病床だけの話ではないですけれども、2025年は果たしてどれだけ必要なのだろうか、回復期も、転換は別として、実質的な回復期、急性期病棟でも実際には回復期をやっているなら回復期とちゃんと数えて、実際にどれだけ必要なのかというのをしっかり考えた上で、今より多少増えると思うのですが、そこに向かってどうしていくのかというのを皆さんで考えていただければありがたいと思っております。

また引き続き会議等々でご足労かけると思いますが、本当にそういったところで忌憚のないご意見をいただきながら作り上げていければよろしいかなと思っております。本当にありがとうございました。どうぞよろしく願いいたします。

(事務局)

では、以上をもちまして会議を終了いたします。どうもありがとうございました。