

1 開催年月日 平成31年3月6日(木) 午後7時から午後8時40分

2 開催場所 館山市コミュニティセンター 1階 第1集会室

3 出席者(総数19名中19名出席(うち代理出席2名))

原委員、鈴木(丹)委員、吉川委員、石井(武美)委員、君塚委員、亀田委員、福内委員、田中委員代理高木委員、山田委員、金丸委員、亀田委員、石井(裕)委員、白石委員代理杉田委員、林委員、鈴木(孝徳)委員、金親委員、木田委員、鶴山委員、松本委員

4 議題

- (1) 個別医療機関ごとの具体的な対応方針に係る調査結果について
- (2) 病床機能の見える化の取組について
- (3) その他

5 議事概要

*本会議設置要綱第4条第3項の規定により、松本会長が議長を務める。

<議題1>

議長: 本日の会議では、議題3件が出されております。

それでは、議題1の「各事業の実施状況と平成29年度病床機能報告の結果等について」、事務局から説明をお願いします。

事務局: 私のほうから議題1 個別医療機関ごとの具体的な対応方針に係る調査結果について説明させていただきます。

資料1-1を御覧ください。昨年2月に国から発出された通知におきまして、2025年に向けて医療機関ごとの役割や機能別の病床数を含む具体的な対応方針をとりまとめ、地域で合意を図ることが求められました。取りまとめの進捗が地域医療介護総合確保基金の配分についても影響するというふうにされたことから、当県では一般病床又は療養病床を有する全病院及び診療所を対象に、2025年に向けた現時点での各医療機関の方針を調査することとして、今年度第1回の調整会議で御説明したところです。調査項目は資料に記載のとおりですが、国が地域のとりまとめにあたって含むべきといった内容を中心にしました。

P2を御覧ください。今回の調査結果はあくまで現時点において各医療機関が考える役割・機能であり、随時見直しを図るものと位置づけられています。また、必要病床数と病床機能報告の集計との比較で過剰となっている機能への転換を含む方針であったとしても今回直ちに否定をされるものではありません。P2の下段から今回の調査結果の概要となります。全県分載っていますが、安房医療圏においては調査対象となった25の医療機関すべてから回答をいただきました。お忙しい中、御協力ありがとうございました。安房医療圏では、2025年に向けて過剰とされている急性期・慢性期から回復期・介護医療院等に転換する方針の医療機関があったことなどか

ら、急性期・慢性期が減少して回復期が増加しているという見込みになり、全機能の合計病床数も60床弱減少することになっております。圏域からいただいた回答の一覧がP4資料1-2にあります。

P5資料1-3は地域で過剰とされている機能の病床を増床する方針となっていた医療機関の回答を抜粋したものです。2025年に過剰とされる病床数が増える形で御報告いただいている医療機関の回答を機械的に抜粋しており、安房医療圏では2つの病院の増加理由は表の右欄のとおりです。

P6資料1-4ですが、病棟単位で非稼働となっていると回答頂いた医療機関を抜粋したものです。安房圏域からは1病院、1診療所が該当し、前者は再稼働ありき、後者は現時点では未定と回答いただいた。未定と回答いただいた病棟につきましては直ちに廃止はせずに、何らかの形で再稼働を目指している病棟であるというふうに整理させていただきたいと思っております。

2025年に向けた各医療機関の役割や方針については、今後も見直しがなされていくものと思っておりますが、今年度時点の対応方針として支障なければ今回の調査結果をもって会議の了承を得たものとして国に報告したいと考えております。説明は以上です。

議長：ただいまの説明について御質問等がありましたらお願いします。

委員：前回の部会で2025年までに安房圏域において580床過剰と数値が出されたが、その説明はここには出ず、60床マイナスだけでよいみたいになっている。整合性はどのように考えていますか。

事務局：前回、部会という形で医療機関の方々にお集まりいただいて意見交換等をした中で、御発言いただいたことは承知しております。必要病床数については医療機関の推計値というか将来の示唆としての推計値として出させていただいているが、それに向けて毎年毎年どうしていくか確認していく作業が大切。今すぐ580床近く少ない形にしないと認めない訳ではなく、時間をかけてみていくことが大切だと思うし、必要病床数についても一つの推計値なので、地域としてここを見直していくことが却ってよくないと考えるのならば、地域医療の体制を考えていくことが大切なことだと思うし、数値のみでなく皆さんの地域の中で必要なところを何が不足し、何が足りているのか議論したうえでいろいろと考えていくべきと考えております。毎年考えていくのがよいと思っています。

委員：P4の表を拝見しまして、2025年に向かって富山国保病院では変更を計画しておりまして、太陽会と地域医療連携推進法人を作り、この春から急性期・慢性期病床を回復期病床に変更して、地域包括ケア病棟というものにして回復期医療を担当して地域医療に少しでもお役に立てるようになりたいと考えて、このような数字を出させていただいたが、県も了承していただけるのでしょうか。

事務局：地域で必要という認識に基づいて考えておられるので、それにつきましては私の方は特にございません。

委員：鋸南病院は急性期32床と慢性期25床で休床は9床だが、現在は慢性期25床と急性期9床の併せて34床の休床となっております。町としてはそれを再稼働させたいという意向であるが、かなり人的な問題で無理があるのでしばらくこのまま続けることになる。

委員：皆さん御存知のことで、数だけの問題ではなく、医療の質。当地域のここに住んでいる人がどう動くか、というと、高度急性期、急性期、亜急性期、慢性期すべて自圏域内完結率 100%。ほかの圏域ではこのようなことはない。量だけでなく質も問題ない。いろんな意見があると思うが、ここの住民は外に行くつもりはない。一応報告します。

議長：何点か御意見をいただきましたが、この調査結果をもって合意されたものとしてよろしいか。

委員：2025年までに580床過剰といわれている。県内で安房だけが病床過剰医療圏といわれている。その中で今回気になっているのが、例えば館山病院が新しく作る。新しい病院も作らなければいけない。人口が減る中で患者の取り合いが始まっている。こんな綺麗事ではいいのか。だからこそ連携をうまくやって、調整をしていかなければならないので、それを具体的にどうやっていくか。医師会の加入施設はたくさんあるがみんな必死。鴨川国保も館山病院もつぶれないようにみんな必死。それがうまくコーディネートできるとよいが対立になるのではと心配。あまり綺麗事にせず、常に情報交換しながら、お互いに助け合いながら支援しながら、どうやって協調の体制を構築するかがポイントではないかと思っています。

委員：国は医療提供者の行動パターンを変えるには診療報酬を変えればよいということは理解している。もう2035年の地図を描き始めている。2025年までに急性期はアウトカム評価になり、亜急性期も地域包括ケア病棟も2か月を超えると診療報酬がスパッと半分に削られる。介護医療院も2023年までは病床として数えないので変更するのは自由だけれど、そこまでやらないと圏域の中で病床数として規制がかかりますよ、と。この地域の医療の満足度は高いが、制度を理解して、国は必ずそうした方向に持っていくのでそのときにどうするか考える。介護医療院もある時期になるとなりたくてもなれないことになる。勉強会をやった方がよいのではないか。

議長：もう少し具体的にどうやっていくか、みんなで話し合うことは必要ということですね。今後はもっと具体的に話し合うということで進めていく。

今年度については、今年度の調査結果をもって合意されたということではよろしいでしょうか。

事務局：特に反対意見がなければ、国の方に報告させていただければと思っております。介護医療院総合確保基金というのがあって、その額が、合意された率とかませると最近国が言ってきているのでお願いしたい。

議長：では合意いただいたということで、今後はさらに具体的な話し合いをしていく方向。

<議題2・その他>

議長：議題2「病床機能の見える化の取組」、及び「その他」として平成31年度の調整会議について、これらは関連するため一括として取り扱いたいと思います。事務局から説明願います。

事務局：議題2の病床機能の見える化の取組とその他事項の二つをお話しします。

大きく3つに分けて話させていただきます。

1つ目は、他圏域で調査をやらせていただいておりますので、その結果の横展開を図るということです。2つ目は病床機能の見える化ということで、今年はこの圏域でも医療機関さんにお集まりいただいて議論させていただいたところです。その結果とはズレてきて大変申し訳ないのですが、経緯等も含めて御説明させていただければと思います。最後は来年度以降の関係になりますのでよろしくお願いいたします。

P7資料2-1の下段ですが、詳細な分析や検討が行われなまま、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足していると誤解させるという指摘があり、各都道府県においては会議における議論を活性化する観点から本年度中に地域の実情に合わせた定量的な基準を導入することを求められています。

P8ですが、以前の会議でもお示しましたが、病床機能報告制度により医療機能の把握に努めてまいりましたが、医療機能の現状が適切に把握されているとは言い難い状況です。そこで、地域の要望に応じて各種調査やデータの作成等を実施・共有することで会議の活性化を図ってまいりたいということにした訳でございます。

P9ですが、いくつかの圏域で調査を実施しましたので、その御報告をします。上段にあります1. ①～③のとおり、病棟単位もしくは病床単位で医療資源投入量の調査や診療実績に関する調査を実施し、また、病院ごとの役割や連携に関する調査も実施しました。下段には、調査結果の概要をまとめました。1つ目は病床機能報告の集計値が示す大幅な急性期過剰と回復期不足は、調査結果から判断すると生じていないと判断される。2つ目は一般病棟には高度急性期から慢性期までの様々な容態の患者が入院していることが調査結果として見えてきましたので、現状把握にあたっては、ひとつの病棟が複数の機能を担っていることを考慮する必要があると考えております。慢性期の問題ですが、地域医療構想では医療区分の低い患者を外来や在宅医療介護、介護施設等に対応すると想定して推計されているところです。調査の結果、医療依存度は低い介護度が高い患者が一定数入院していることが示されたところなので、地域によっては今後は外来や地域の在宅医療介護が課題になることがわかりました。また、病院間連携のアンケート調査から、現在の連携体制の充実度や課題認識について、機能間でギャップがあるということです。

P12ですが、ここからしばらく病床毎の医療資源投入量の調査の話になります。上段ですが、何を調べたかということ、特定の日入院患者の医療資源投入量等を調べて、入院する患者を機能別に分類して数えました。医療資源投入量の算出方法は、診療報酬点数から入院基本料を引いたものを一人ひとり出しました。分類にあたっては(3)の表にある機能区分の基準を使用しました。調査結果ですが、下段の円グラフを見ると急性期の患者さんが56%、回復期の患者さんが36%入院されている状況です。高度急性期から慢性期まで様々な患者さんが入院されていることがわかります。国の通知で、回復期が大幅に不足していると誤解されているとありましたが、調査対象病院は全て急性期で報告されているので、全部急性期病床でカウントされてしまい、回復期の

数字が抜けてしまうので、誤解というものもあるかもしれませんが、制度的に回復期の数字が別になる方法もあるのではないかと考えています。病床機能報告については病棟で一番多くを占める機能を報告することとなっているので、医療機関の報告自体はあまり問題なく、回復期の数字が抜けてしまうのが残念なところかと認識しています。

P13上段、右のグラフですが、高度急性期、急性期、回復期ごとに調査結果の1日あたりの入院患者数、必要病床数、H29の病床機能報告を比較しました。急性期を見ると、必要病床数と病床機能報告をみると過剰となっており、減らさなければいけないと思われるかもしれませんが、必要病床数と調査結果を比べるとほぼ見合った量で提供されており、高度急性期と併せて特に問題なく提供されている状況です。回復期につきましては必要病床数に比べて調査結果の患者数が少ないということで、今後こうした回復期相当の患者さんが増えていくというのが地域医療構想の課題かというところではあります。

P14の下段は香取海匠の調査結果ですが、帯グラフで示してあります。調査結果と必要病床数を比較すると、ほぼバランスよく提供しており特に問題ないと地域で認識したところではあります。このように、一般病床は、いわれているほど問題ないのではないかとこの結果が出てきました。

もう一つの慢性期の話ですが、P15の下段になります。国は医療区分1の入院患者の70%程度は在宅医療介護もしくは介護医療院等の介護施設で対応すると考えております。そこは本当にできるのか、というところで調べました。結果自体は左の円グラフにあるとおり、医療区分1の入院患者は20%、その患者のうち右の円グラフにあるようにADL3という相応の介護が必要な患者さんが5割以上を占めているような状況です。病状が安定した入院患者さんについて、地域で対応されるのを地域医療構想では追加的治療といいます。これについては医療計画や介護事業計画にも関係しています。将来的には病状の安定した入院患者さんにつきましては、外来や介護施設で分担して見ていくこととなります。先ほど御意見をいただいたように、連携して協調してやっていくことが必要になっていくのではないかと考えています。

P17下段ですが、今年度実施した調査の最後のところではあります。高度急性期・急性期の病院と回復期機能を持つ病院間で退院調整を担っているMSW（医療ソーシャルワーカー）を対象に行った調査です。圏域内で回復期病床をもっている事例はあるのか、把握していないのであれば調査を、ということで実施したアンケート調査ですが、調査のサイズが小さいのを御承いただければと思います。左の円グラフは急性期病院の回答で、多くの病院が連携の必要性を感じている。回復期病院からみた急性期病院との連携はそれほど必要性を感じていない。双方の期待することは、急性期病院としては早期受入や受入に消極的な疾患の解消、回復期病院からの期待は情報の提供や急性増悪時の再転院受入等です。

P18ですが、千葉圏域では急性期病院・回復期病院間で回復期機能の過不足感は近似していました。

以上で、横展開としての説明は終わらせていただきます。御質問等ございましたらお願いします。

オブザーバー：2つあります。まず1つ、P12からの病床毎の医療資源投入量による機能把握の資料について、市原や山長夷があつて安房がないのはなぜか。

2つ目、P12、13を見るとグラフが違う。市原は円グラフと棒グラフ、山長夷は棒グラフとみているもの、表示しているものが違う。P15も違うグラフを出しているが、どうしてこの

ように違うグラフをわざと出しているのか。

事務局：調査については、私共でやろうといったのではなく、地域の方から調査をやりましょうか、と声のあったところに対応しているような状況です。安房圏域は前半は連携推進法人のことで調整会議が使われていたと思いますので、そこら辺まで話がいかなかったのかと思います。

グラフの示し方は御指摘のとおりだと思います。内部的な問題で恐縮ですが、9医療圏で各4回の会議を回していますので、担当の区域を定めており、担当が作った資料をそのまま載せてしまった。地域ごとに見ると統一性はあるのですが、このように載せてしまうと見栄えがガチャガチャしてしまうことは反省材料とさせていただきます。

議長：いわれてみればこのようなものかという印象もあるが、皆さんいかがでしょうか。

事務局：病床毎の説明をしましたが、国の言う、急性期過剰で回復期不足、はおかしいのでは？ということから地域のお考えがあり、実態をちゃんと見ていこうというところから始まったもので、調査結果からいえることというより、地域の皆さんが感じているところがそのまま出たので、すごいことがわかりました、ということではありません。実態としては、必要病床数と病床機能報告ほどバランスは悪くなっていないのでは、ということをお伝えできるというところでは。

委員：この間の説明だと回復期が足りない、というのが埼玉方式でやると過剰というのがこの前(部会)の説明だった。富山国保病院も驚かれて、急性期が過剰で回復期が不足と説明を受けてきたのに話が違ふ、というところが説明されないとしこりが残る。580床過剰ということは、100床クラスの病院がいくつかいらぬということになってしまう。この地域では大変なことで、皆さんわかっていて、生き残りをかけていかに再編していくか、その辺を協議しておかないと、あとでぐちゃぐちゃになって難しいのでわかるように説明をお願いしたい。

事務局：以前示していたのは、必要病床数と病床機能報告の差。P25にあるように、左側は必要病床数と病床機能報告の数字を出して、差し引きで不足か過剰とこれまでしてきたが、このやり方が実態を反映していないという声が各地域であがり、また全国的にも同様にあり、スタートしたところでは。病床機能報告では病棟単位となっているが、1つの病棟で高度急性期から容態が落ち着かれて家庭に帰れるようになった患者さんまでおられるところがあり、そうしたところの医療資源をあまり投入されていない患者の数字をきちんと出す、病棟ではなく病床を見る、ということが山長夷や海匠の調査の基本となっている。患者の容態がどのくらいのレベルの方がどの程度いるかという調査をして、病棟単位でなく病床単位で見てみるということで、一つのラベリングをすると消えてしまうほかの機能の数字をあぶりだし数値を整理してみると、病床機能報告より必要病床数に近いバランスらしいというのが今回の調査です。

医療関係者：病院の立場でいくと病院で治療が完結しても、その先にいくところがないのがこの地域の一番の問題だと思っています。その辺を全く考慮しないで病床数だけ議論するのは、私はすごい違和感を感じる。現実的に在宅復帰率などを国はいうが、そこは全く見えてこなくて、そこに触

れずにただ単に病床の足りる足りないをやり、580床カットという話にすり替えている。現実的にはどこに行ったらよいのか、という人がどんどん増えているのがこの地域の問題と思っている。これをやること自体に意味がないとは思わないし、今まで国が言っていたことと多少乖離があるので、かなりわかってきたこともある。現実的な問題としてこの先どうしていくか、の視点が抜けていると病院側は納得できない。この会議は強制力がないからといって、ガス抜きで終わるのでは意味がない。問題点をもっと掘り下げていく、国のいう話だけでは出てくる意味がない。

事務局：病床の話はとっかかりで、いろんな問題を交通整理する。この次の段階に進みたいと考えている。御指摘のとおり出口の問題はもちろんあり、今後の医療提供体制も含めて今後の課題となっていくと考えている。来年度以降はそのような方向にシフトしていきたい。御指摘のとおりいろいろなやり方もあろうと思いますので、御意見を参考に、実りある会議にしていきたい。

委員：病床機能報告は病院側が一般病床、回復期リハや地域包括ケアは亜急性期といわれるカテゴリに入る病棟で一般病床で届け出ると、急性期は10：1、回復期は13：1以上の看護師さんがいる、高度急性期はまた別ですが、そういうカテゴリの分類です。地域包括ケア病棟は亜急性期にカウントされる。回復期ケアや地域包括ケアとして届け出をしないと数えてくれないので少なく反映されるが、3000点から600点が回復期としてレセプトから見ると病棟と関係なく、たくさんそういう時期の患者が入院している。一般病棟の中に回復期の患者様がたくさん入院されているから、最初に申し上げたように自圏内完結率100%です。ここで回復期といわれる病棟・病床数でいうと非常に数が少ない。ということなので全く違う切り口でとらえているのでわかりにくい。

委員：われわれの方は地域医療を守っていただければいい。館山市としてもバックアップしようと思っている。何がどう問題であって、どうしていくのかがはっきりわからない。

事務局：この地域の現在の医療の問題というのではなく、将来、高齢化が進んだ中で医療の必要な機能が変わってくるのではないかと、将来に向けてそうした機能に沿った形で地域医療が適切な形で対応できるように、というのが目標になります。ただ、制度があまりよろしくない。将来の目標として必要病床数として容態の重い患者、回復した患者がこれくらいおられるというのが必要病床数だと思うのですが、これに沿ってやっていくという話。ただ、目標があって現状がある。現状を病床機能報告でとらえましょうというのがこの制度だが、1つの病棟を1つの機能にラベリングにしてしまうので、これが数字をおかしくしてしまう。制度的なところできちんとどういう患者を診ているか見えないので、医療関係者から実感と合わないといわれる。ここが問題なので、ここを整理して、本来の目的に取り組みたい。

委員：地域医療が大切、何が問題なのか。医療制度を細かく言われてもわからない。安房医師会の先生方は一生懸命なさっている。地域を守ってくれている。その先生方の意見をお聞きしてまとめていただければよい。そこでまとまったことに対して行政は何ができるのか、どこができるのか提示してもらえば話に乗れるが、今のように説明されても理解できない。ここにも、何だろう

と思う。皆さんが一生懸命考えてやっていただけてありがたい、ということだけになる。

委員：切り口を変えて質問したい。医師の働き方改革に関する検討、2月28日に将来ビジョンということで県からいろいろありました。そのときに医師の働き方改革ということで、労働時間の短縮、具体的な時間設定、地域医療確保、労働時間と自己研鑽の時間の明確な分離ということを言われていました。働き方改革の裏の目的は医者給料を下げ、全体の医療費を下げたい、もう一つは医者の労働時間の制限により非常勤勤務の医師の撤退が起こったり、成り立たなくなった病院は統合してくれ、閉院してくれという裏情報がきているが、県は厚生労働省からこういう通達を受けているのか。調整会議でこの話を出してよいかどうか悩んだが、この話を聞いてぞっとした。持ちこたえない病院をつぶせと言っているのか。

事務局：そちらの方は、私どもの方は知らないのでコメントを差し控えていただきたい。

委員：国保病院も時間外のことや勤務状態のことで経営に大きな問題になった。足を引っ張られた感がある。個人でやっているところは何とかやっているが、経営者、管理者、雇用する側はとても厳しい。4月1日からさらに厳しくなる。どうやっているのか。本当に心配。3か所の看護学校があり卒業式にも出席したが、安房の看護学校を卒業してもそこに就職できないという噂もある(会場から、「まだ大丈夫」の声)。行政とやり方を地域で考えて、看護学校も医療に携わる人間の教育もそうだし、社会の在り方もそうだし、人口に対するどういう手当をするかも大切。

議長：事務局に説明の続きをお願いします。

事務局：今年度、国の通知に基づき、定量的基準に基づく病床機能の見える化の取組をしているところです。調査を実施したり、先行事例を研究しているところです。P19の囲みの中にある、定量的基準を作らなければということで、各構想区域の部会や地区医師会の会議にいて埼玉方式を中心に定量化について説明させていただいたところです。安房圏域でも2月1日に部会を開催させていただいて、いろいろと御議論いただいたところです。お忙しい中ありがとうございました。各圏域を回る中で、このやり方には反対だという圏域もあり、埼玉方式をそのまま使うことは難しいのかと思う。県としては、改定案とその結果を資料に載せてあります。

4機能の区分の仕方は、P19の真ん中の表にあります。説明させていただきます。埼玉方式の特徴は、全病棟について、入院基本料や診療科、提供する医療内容で分析し、4機能に再分類する。具体的には医療機能が明確なものを各機能に分類する。わかりやすいところは分けてしまい、それ以外は医療の実績に基づいて分けていこうというものです。主な意見としては、割と実態に近いところが出るのではないかと、とか、判定項目が不足してこのままの適用は好ましくない、内科的ところが配慮されていない、というようなことがあります。この方式を進めたいと思っていましたが、病床機能報告のデータを活用して算出できるので、皆さんに御迷惑をおかけしなくてよいかと思ったのですが、基準そのものについていろいろ納得いただけない方もおられるので、差し控えていただいて別のところを考えております。病棟よりも病院としての運営方針を、とかラベリングされることへの抵抗感などあり、なかなか難しいところがあります。

P 2 1 は安房構想区域について出させていただいています。病床調査がありますので、病床単位で見れば解決を図りたいと思っておりますが、囲みの中にあるように高度急性期はやりようがないので埼玉方式を使わせていただきたいと思っております。特定入院料などにより医療機能が明確な病床も埼玉方式を使います。一般病棟は病棟を機能別にラベリングすることなく、全病棟の病床数の約6割を急性期、約4割を回復期相当の患者さんがおられるとします。その根拠はP 2 0 の下の方に帯グラフがありますが、実態調査を行ったところ平均として高度急性期と急性期を併せて6割くらい、回復期と慢性期とを併せて4割くらいとあるので、数字を出させていただいております。亀田総合病院さんは病床の稼働率や平均在院日数を考えるとこういう割合ではないと思っておりますので、急性期として集計しています。表1は病床機能報告との比較です。急性期病棟の中の回復期の患者さんを踏まえた表2では、回復期の不足感が変わって表1に比べて少なくなっています。地域の状況に合うのであればこういう形でやっていきたいと考えています。図1のグラフでは、上が必要病床数、下が推計値になります。1, 6 4 1床の必要病床数に比べて多いという状況になります。今後こうした方向で進めてよいか、というのを地域で考えていただく必要があると考えています。地域医療構想の将来推計でいくと安房地域の医療需要は減ると出ています。ただ、患者さんの推移を見る限り2013年から2017年の間で全然減っていない、横ばいの状況が続いているのでそこら辺はきちんと見ていく必要があるのではないかと考えています。もう一つは、29年推計値と大きな開きがあるのは慢性期だと思うのですが、慢性期の病棟の稼働率は90%以上であり、その状況で減らせるのか、減らさずに頑張っていくという選択肢もあろうかと思っておりますので、その辺は地域のお考えだと思いますし、在宅医療や介護施設の方に流れるように国は思っているのですが、在宅医療の提供体制や介護施設とみんなで連携して考えていかなければならないと考えておりますので、今後の課題になっていくと思います。このペーパーの説明としては、今まで埼玉方式でやろうかと思っていたのですが、病床単位で数値を出すことになり、こういった比較をさせていただきたいということと、必要病床数の査定の中でも、将来的に需要が減るかどうかきちんと注視していかなければならないということと、在宅医療や介護について研究していかなければならないということです。

P 2 6～27の説明をします。

P 2 6資料3ですが、安房圏域で31年2月1日に部会の形で開催させていただきました。埼玉方式で算出したものに関する御意見と、安房地域における医療課題についていろいろと御意見いただきました。埼玉方式に御理解いただき、やってもいいよと御配慮いただきましたのにこのように難しくなってしまったことに大変申し訳なく思っております。また、地域医療を守るためにどのように連携していくか、地域全体で過剰とされている病床数をどうするか、家庭の介護力が低下する中でどのように在宅を進めるのか、というような将来を見据えた具体的な課題を提起いただいたところですので、1つ1つ皆さんと考えていければと考えております。県としても、地域医療構想の本来の目的であります、将来の医療提供体制に係る議論を進めてまいりたいと考えておまして、いただいた御意見は来年度の開催方針に繋げていきたいと考えております。

P 2 7ですが、来年度以降の調整会議をどのように開催していくかという話ですが、国からはいろいろと通知がくるのですが、先ほどの定量的な話のほかに全県単位の調整会議を設置せよ、都道府県主催の研修会を開催せよとかいろいろ来ています。今後進めていきたいと思っておりますが、全県単位の調整会議については、既存の会議体の活用も可能とされているところから、新しい会議

体を作るのではなく、地域医療構想の策定の検討を行った地域保健医療部会の活用を考えています。研修会についても、関係者の方々と開催方法について十分に協議を行いたいと思います。以上の点を踏まえて、調整会議の頻度につきましては、今年度各圏域4回、4回以上のところが実際には多いのですが、ある程度病床の話も一定の方向性ができたのかと思いますので、今後の検討を深めるために必要な回数を行えばよいと考えています。4回は必要なく、全体で4回程度、圏域としては2回程度と思っていますが、柔軟に対応していきたいと思います。議論の方向性につきましては、4機能別に見た病床機能の実態把握については一定の方向性が出たことから、今後は疾病ごとの検討や退院先となる在宅医療や介護施設等との連携や地域医療に係る実態や課題の把握を進めたいと考えております。その一環として、疾病等に基づく各医療機関の機能把握や医療需要との比較、医師や看護師の配置等を踏まえた医療提供体制の検討を行うため、千葉大学さんに御協力いただいて寄附研究部門を設置する予定です。調整会議にも御参加いただいて、地域の実情をデータに反映するとともに、検討結果を地域に提供していく形で実りの多いものとしていきたいと思っています。

議長：質問等いかがでしょうか。

オブザーバー：この会議に最初から出ているが、館山市長の言われるように、いまだによくわからない。病床数、例えば回復期が多い、少ないはわかるがこの会議には決定権がない。A病院に回復期が多いからそれを減らせと県知事が命令してくるか。多分それはない。つまり病床数が多いとか少ないとかその件は県の説明はこの会議では報告事項でよい。議題にするなら、もっともっと掘り下げて話さないと会議にならない。会議は一つの問題点を掘り下げてみんなで考えてこうしようかというのが会議。県からの話はいつも報告。僕の提案はさらっとベッド数が多い、少ないを報告してもらってそれだけ。次に議題として、先ほど話があったが、この問題点を列挙して、患者さんが退院できない、独居老人多いので退院できる状態になっても帰る先がない方がたくさんおられる。こういった問題点を話し合わないと、調整会議にはならない。

事務局：私共としてもそのあたりは認識しているところなので、そういう方向に次から進めていきたいと考えています。病床の数の報告のところはまた検討させていただいて、地域の課題について話を進めたいと思います。

委員：そのとおり。県の報告は簡潔にさせていただく。ここの課題はある。次回はぜひ、課題をどうふうに抽出するかは、それぞれから会議の前に挙げてもらうということもあると思うが、2週間くらい前に、この地域の病院の看護部長の集まった会議で課題となったのは介護士の不足。病院でも介護士が不足。介護施設でも介護士が不足していて介護施設が開けられない。でも、介護士の学校の入学者は募集定員の5割を切っている。学校がつぶれている。実は、2020年9月オープンを目指して介護士の学校の準備を、海外からの受け入れをメインにやっていますが、それでも在宅についてはホームヘルパーになってくれる人がいなくて難しい。ホームヘルパーなしでは、在宅は家族の面倒見がよくて、介護力がなければ無理。訪問看護と訪問診療では在宅療養は無理。そういうことをこの中で協議すべきだし、この圏域で養成に一番苦しんでい

るのは看護師養成。奨学金まで入れて年間1億5000万円の赤字。亀田全体で看護師教育に年間5億円の赤字。高等教育を始めたらどうなるかわかりませんが、ともかく人がいない。介護士がいないことにはこの地域は身動きできない。そういうことをデータも出して協議していただきたい。

：今のお話のとおり。本当に困っているのは介護士。本当に集まらない。奨学金を出しても、また、介護士になってもやめてしまう。本当に困っている。先ほどは失礼したかもしれないが、今の説明でやっと理解できた。お願いは、これだけのものをここで渡されて理解するのは難しい。事前に渡されれば、わからないことは職員に聞きながら勉強してくる。今ここにきてすぐに説明をきいて理解して質問するのは無理。580床の意味が解らなかった。P21の埼玉方式を見てこういうことなんだと理解できた。事前にいただければ頭に入るが、今日渡されて、読む間もなく説明ではついていけない。失礼なことを申し上げて申し訳ありません。ただ、それだけ切羽詰まっている問題を抱えていますし、館山市は安房医師会に非常にお世話になっていますし、公立病院もないので行政としてやれるものは一所懸命やっていきたいと思っています。

議長：問題点を基本的に御理解いただけたとします。

医療関係者：問題点を抽出できてわかったというのであれば、たとえば次の調整会議では、オブザーバーが言われたように今の会議体でなくてそれを議題にする方向性にはいかないか。それを明言することはできませんか。

事務局：今までの話を総合すると私どもとしては地域の課題を取り上げたい。病床の話は一定の成果が出てきたということで報告の形で病床の話をして、課題を取り上げる方向でいきたいと思っています。ただ、課題をどういう形でどういう会議体でやるのがよいのか、とかいろいろあろうかと思うので、どこからいったらよいかというのは、また医師会さんや保健所長や亀田先生にも相談しながら進めていきたい。

議長：議論はここまでとさせていただきたい。具体的な問題点があってその中で数値が出てこない、具体的にどういうことにつながるかわからないまま、どうしたらよいかわからないまま過ぎてしまう。消化不良になる。来年度は具体例を示して、それについて意見を出して進めていく。やり方を検討しなければいけない。

委員：せっかく来たので一言申し上げたい。現時点での考え方ですが、この地域の医療の在り方の構造改革を進めていかなければいけない。構造改革を進めていくには資金の面でいうと民間の方だけでは埋めきれないところがきっとあると思う。看護師の不足については行政も奨学金の制度を作っている。民間と共通に足並みそろえてやっている。安房地域全体の医療の構造改革を進めていくにも、在宅医療を進めていくにも介護士が不足していることについても行政が資金的に出すことでまかなえることもあると思う。必要なら公共側として出すべきだと思っています。南房総市としては議会の議論を経てですが、そういうものを出す準備をもってこの会議に臨んでいきたい

と考えています。

議長：現象を説明してそのデータを添える、ということ。健康福祉政策課は来年度は素晴らしい会議を開いてくださると思う。保健所にいってくだされば、県庁とも医師会とも話し合っ前もってどう問題があるか話し合っ、会議で議論する。

医療関係者：長ければいい話じゃないので、ある程度エンドポイントの時間を決めてほしい。

議長：20：10まで、延長しても20：15と決まっていたが、皆さんの話を拾いたかったので長くなりました。以上で議事を終了します。