

平成 27 年度第 1 回東葛北部地域保健医療連携会議 開催結果

- 1 日時 平成 27 年 9 月 10 日(木) 午後 2 時から 3 時 35 分まで
- 2 場所 東葛飾合同庁舎 6 階第 1 会議室
- 3 出席者
和座委員、横田委員、成廣委員、金江委員、赤羽委員、佐藤委員、烏谷委員、野坂委員、東條委員、二宮委員、石渡委員、高尾委員、伊原委員、飯田委員、下委員、児玉委員、坂本委員、山崎委員（総数 21 名中 18 名出席）
- 4 会議次第
 - (1) 開会
 - (2) センター長挨拶
 - (3) 出席者紹介
 - (4) 議題
千葉県保健医療計画の一部改定について
 - (5) 閉会
- 5 議事概要
千葉県保健医療計画の一部改定について
 - 事務局説明
資料 1 から資料 7-2 により、健康福祉政策課から説明
 - 主な意見及び質疑応答
(質問)
資料 3-1 の 6 ページ、2025 年の必要病床数推定結果について、東葛北部だけ高度急性期がずば抜けて大きい。他に比べて倍以上の削減予測となっている。東葛北部だけ 800 床の削減ということだが、この根拠は何か。

(回答)
6 ページ下にあるように、平成 26 年 7 月 1 日時点の機能として各医療機関が自主的に選択した機能を報告したものである。東葛北部の場合、2014 年病床機能報告では、高度急性期の病床が 2200 床と報告を受けた。調査時点では、高度急性期の定義は病院の自主的な判断で決めているようなところがあり、国の検討会でも大きな特定機能病院等については、すべての病棟を高度急性期だと報告されている例があると指摘されていた。実際には、回復期あるいは急性期に伴う患者もいる。今回は地域あるいは病院によって、定義がかなりまちまちになっているので、東葛北部についてはそのような結果が大きかったのではないかと分析をしている。

(意見)
報告された病床数がデータとして出ているが、病床機能を割り振るためには、このようなデータだとやりようがない。きちんとデータとして出していただきたい。

(回答)

必要病床数を出すときの高度急性期、急性期の定義というのは、診療報酬上の3000点という基準で線引きした数字であるが、一方報告するときはそのような定義に基づかずに、自主的な報告をしてきているところであり、定義をはっきりしていただきたい旨、全国知事会等を通じて国に申し入れしている。いきなりこの数字をもとに調整するということは、県も考えていない。まず病床報告で報告されたデータ等を地域の中で共有し、どの病院がどのように報告しているのかを共通認識していただく。そのうえで、5疾病4事業といった医療計画の中でも事業があるので、どの病院がどのような機能をもっているかを見極める、あるいは情報の共有から調整会議を始めた上で、将来的にはデータや報告の定義自体が定まってきた段階で、2025年を目標とする必要病床数になるように地域の中で調整できればよいと考えているところである。

(質問)

DPCで3000点以上という基準でいうと、東葛北部の高度急性期がどのくらいオーバーしているかという見積もりは出ているか。

(回答)

この定義の中での、DPCの点数での数字というのは、国から都道府県の方には頂いていない。国に申し入れをしていきたい。

(質問)

その数値は、地域医療構想調整会議の一つの資料として出されるのか。

(回答)

現段階ではお示しできないが、そのようなデータは必要だと考えているので、国の方に申し入れていきたいと考えている。

(質問)

特定機能という話があったが、各病院の報告は千葉県ホームページで見られるということで、それをもとに東葛北部の高度急性期が多い理由が県として少し推定できると思うが、特定機能病院が多いためなのか。

(回答)

特定機能病院イコール高度急性期という話ではないが、ある程度高度な医療を担っている病院の中には、すべての病棟、病院全体を高度急性期だと報告をしてきているところもあると思う。それについては、ホームページで確認できるが、今日は詳細について申し上げる予定はない。

(質問)

今、介護保険施設や老人ホーム、特別養護老人ホームを含め施設が増えていると思うが、こちらの人数は在宅に入ることか。

(回答)

病院・診療所の病床以外、つまり医療機関以外のものをすべて在宅と推計の中では捉えている。患者の自宅、特養はすべて含んだ数値と考えていただきたい。

(質問)

純粹な在宅、すなわち自宅と施設の 2025 年の東葛北部の数字はどのくらいか、推計が出ているか。

(回答)

今日、数字は持ち合わせていない。高齢者保健福祉計画という介護保険事業支援計画に、2025 年の数字の推計が出ていたと思うので、次の機会にお示しできればと考える。

(質問)

1 点目、資料 3-1 構想区域の 2025 年医療需要について、2013 年度の性・年齢階級別入院受療率×2025 年の性・年齢階級別推計人口を総和したもの、と医療需要を定義している。一方で、入院受療率はこの 10 年間の間に少しずつどの年齢層においても減ってきている事実がある。そのようなことも鑑みて、しっかり見る必要があるという観点もあるが、その点についていかがか。

2 点目、資料 1 地域医療ビジョン施策の取り組みについて、実際にこういった形での病床報告と医療費が非常に増えてきている現状の中で、急性期の部分は非常に医療費がとられるので、ある程度抑制しつつ、回復期の部分にミスマッチがあるので、その部分について検討する必要があると考える。お互いの医療機関が自主的に検討するのが基本だと説明があったが、互いの調整が上手くいかない場合、国や県の権限が強調されてくるのか。

(回答)

1 点目について、入院受療率については下がってきている。高度急性期、急性期、回復期については、2013 年現在の受療率を使って推計している。ただし慢性期については、資料 3-2 の 3 ページ目、推計方法③にあるように、現状で上方の図の一番右、一般病床で C3 基準未満の患者数については在宅とみるとしていたり、その上方の医療区分 1 の患者の 70%は将来の時点で在宅医療等の医療需要としており、慢性期の病床については在宅にシフトするという推計の仕方をしている。資料 3-1 の 7 ページの表、都道府県ごとの数字をみると、千葉県の 8.5 というマイナスの数字、これは 8500 床が在宅に推移するという形で推計した数字で、単純に今の受療率を表している数字ではない。資料 2 に、将来的な医療需要の数字を出しているが、こちらは単純に現状の受療率でのばしているもので、将来的な変化は加味していない。

2 点目について、病床機能の調整は自主的な取り組みを基本とするものと国から聞いている。背景には医療費適正化があるため、病床削減に向かっていくのではないかと、あるいは今回の医療法改正に伴い、都道府県にある程度病床機能の取り組みに関する権限を与えたということで、心配される方もおられると聞いている。医療法改正に伴い都道府県に来た権限は、公的病院については、病床転換の指示や公的病院以外には不足している病床機能に係る医療提供の要請ができるようになった。これに従わなかった場合、医療審議会の意見聴取のうえで、医療機関名を公表することができる。また、過剰となる医療機能への転換を図る場合には、その理由を文書で県に報告するよう求めることができる。ただ現時

点では、病床機能報告の数字と必要病床数の定義がはっきりしない状況で、直ちに何床削減しようということは考えていない。まず定義をはっきり定め、病床機能報告をきっちりした形でやっていただきたい。自主的な取り組みを中心にやっていきたいと考えている。

(意見)

回復期が非常に少ないことは否めない。それを増やしていく流れが必要となってくるかもしれない。医療機関も経営の中でやっているのだから、そちらの方に誘導していくためには、それなりの制度を作ってください、病棟単位で高度急性期、急性期、回復期と一緒にやっていくことを可能にするなど、柔軟な対応をとらないと移行は進まないと思うので、検討していただきたい。

(質問)

資料 5 の 2 ページ、県としての対策の中で、病床機能報告制度という言葉がでており、その中で議論を行うということだが、看護必要度はこの中に含まれてくるのか。

(回答)

調整会議では病床機能をどうしていくかを中心に議論をすることになっているが、地域、圏域ごとに議論する内容は自由である。看護必要度についての議論が必要とのご意見があれば対応を検討したい。

(意見)

東葛北部に高度急性期が多すぎるという意見が出ているが、最初に国が出した高度急性期の基準は、ICUやHCU等、それに準ずる病棟となっていた。県内の病院の先生に伺っても、すべて高度急性期で出すという病院の方がかなりいた。その後 3000 点という基準が出てきた。個人病院系列では病棟単位になるため、外科系の方が高くなり、外科系と内科系を混合にすると 3000 点を超える。点数だけで切ると、すべての病棟が高度急性期という結果になる。最近厚生労働省から出された定義は ICU、HCU 等となり「それに準ずる病棟」という言葉は削除された。その後具体例として、心臓または整形の単科病院は高度急性期ではなく、病棟と同じように考えて急性期病棟だという記載まで出た。今後の申請が 10 月末までになると思うが、今まですべて高度急性期で報告していた病院も、ICU、HCU、NICU 等に限定した申請になるだろう。特に東葛北部は大きな病院が多く、ほとんど高度急性期で報告しているので、次回の報告ではかなり減らしている。

(質問)

病床機能等がはっきりしない部分もあるが、次回はこういった形で、調整会議を開催するのか。

(回答)

資料 6 のスケジュールのとおり、今年度については、県の地域保健医療計画、ビジョンの素案という形で、文章が入った形を提示し、議論をさせていただきたい。

地域医療調整会議については、メンバーに少なくとも医療保険者を加えるよう国のガイドラインで示されているため、メンバーの調整を行ったうえで、次回開催したいと考えている。ただし資料 5 のとおり、病床機能調整を行う、あるいはそれに向けての調整会議に

については、メンバーを増やすのか、またはこの会議とは別に議論する場を設けるのが良いのかといったあり方について、ご意見をいただきたい。来年以降ビジョンができてからになるかもしれないが、議論していく中で調整会議を充実させていければと考えている。