

午後6時30分 開会

○日野医務課医療支援担当係長

それでは、まだお見えでない方もいらっしゃると思いますが、定刻となりましたので、ただいまから平成28年度第1回佐賀県地域医療構想調整会議を開催いたします。

議事に入ります前に、健康福祉部の藤原部長より一言御挨拶申し上げます。

○藤原健康福祉部長

健康福祉部長の藤原でございます。構成員の皆様方には、大変本日お忙しい中お集まりいただきまして、ありがとうございます。また、日ごろから県の保健医療関係の推進に関しまして多大なる御協力をいただいておりますことを、この場をおかりして改めてお礼申し上げたいと思います。

さて、本日、今年度第1回目の地域医療構想調整会議ということでございますけれども、この会議につきましては、昨年5月に設置して以来、精力的に御議論いただいたということで、今年3月にこの地域医療構想を策定することができたところでございます。

以前、少しお話しさせていただいたかもしれませんが、私もこの4月からこちら健康福祉部長をさせていただいております。3月下旬に佐賀県健康福祉部長ということで内示をいただいたところでございますけれども、そのときぱっと頭に浮かんだのが、地域医療構想をつくっていくというのが私の仕事なのかなと勝手に思い込んで来たところ、もう既に佐賀県は策定をされていたということで、ちょっとあれっというふうに思ったというか、地域医療構想をつくるというのは各県で非常に苦労しながらつくっているというようなイメージがございましたので、もう既に佐賀県がつくられているということで、非常に驚いたということ覚えております。

そうは言いましても、27年度中に策定をしたという都道府県は全国でも12府県ということでございます。九州でも佐賀県のみということでございます。これも池田議長様初め関係者の皆様の熱心な御議論、また御協力あつてのたまものだというふうに思っております。ありがとうございます。

そういうことで、もう私自身、地域医療構想を策定するということは特にはなかったわけでございますけれども、その分しっかりその構想を実現していくということに力を尽くしていきたいというふうに思っているところでございます。

そうは申しましても、この地域医療構想、この実現には、県だけで何かをするということ

では決してございませんで、県と医療関係者、これが将来の佐賀県の医療の需要、そういった変化、そういったものを状況を踏まえながら、それに適合した医療提供体制を構築していくというものでございます。あくまで医療機関の自主的な取り組みが基本であるということは認識しているところでございます。

そういった意味で、県としても、今後しっかりと医療機関の方々が自主的な取り組み、その判断ができるよう、その材料となる情報提供、また、そういった助言、支援、そういったことをしていきたいと。それが重要だというふうに思っておりますので、引き続きどうぞよろしくお願いいたします。

最後になりますけれども、今後とも引き続き県の保健医療施策への御理解、御協力、また賜りますようお願い申し上げます、私からの挨拶とさせていただきたいと思っております。きょうはよろしくお願いいたします。

○日野医務課医療支援担当係長

それでは、まず議事に入る前に、昨年度の調整会議より構成員の皆様には若干変更がございますので、御紹介を申し上げます。

まず、多久・小城地区の医師会の会長であります島内会長さんが今回からの御出席でございます。

鹿島・藤津地区医師会会長、中村会長さんが今回からの御出席でございます。

佐賀大学医学部附属病院院長で山下院長さんが今回からの御出席でございます。

佐賀県健康福祉部の理事で、野田理事が今回からの出席でございます。

それから、本日はオブザーバーといたしまして、社会医療法人祐愛会の織田理事長にも御出席いただいております。織田理事長は、厚生労働省が7月に設置いたしました医療計画に関する検討会の中の地域医療構想ワーキンググループに全日本病院協会を代表して参加していただいているところでございます。

それでは、早速議事に入らせていただきたいと思います。以降の進行は池田議長にお願いいたします。よろしくお願いいたします。

○池田議長

皆さんこんばんは。大変暑い中、御出席ありがとうございます。

それでは、まず平成28年度地域医療構想調整会議・分科会の進め方についてを議題といたします。

事務局から説明をお願いいたします。

○日野医務課医療支援担当係長

医務課の日野でございます。昨年度に引き続き今年も担当させていただきますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

お手元の資料の資料1をごらんいただきたいと思います。A4横長の資料でございます。

平成28年度地域医療構想調整会議・分科会の進め方というものでございます。

まず、左上のブロックをごらんいただきたいわけでございますけれども、本年3月に策定いたしました佐賀県地域医療構想におきましては、本年28年度、そして、来年の29年度をフェイズ1といたしまして、地域医療構想に基づく方向性の明確化、あるいは関係者間の課題意識の共有の徹底ということを進めると記載をしているところでございます。

また、病床機能の分化・連携の推進、非常に大きな柱でございますが、この取り組み方針といたしましては、医療機関が転換等を判断できる情報提供の実施というものを定めたところでございます。

それから、昨年この会議におきましては、主に新公立病院改革プラン、これは市町の病院がつくるわけでございますけれども、これの早期策定を非常に求めるというような意見も出されているところでございます。

それから、右上のブロックをごらんいただきたいわけでございますが、厚生労働省の検討会が今年3月でございますが、構想策定後に関係者の共通認識を持つ項目といたしまして7項目を例示しております。1つ目が将来の推計人口、2つ目が医療圏の現在の病床数等、3つ目が医療従事者の配置状況、4つ目が医療機能の把握、主にこれは流出入を念頭に置いているわけでございます。5つ目が病院間の診療実績の比較、これはDPCであるとか病床機能報告を用いると。それから、疾患ごとのアクセス時間、それから、7項目が在宅医療と介護の提供体制ということでございますが、本県は昨年までにこの①、②、④、⑥、⑦につきましては、一定の議論をさせていただいたというふうに認識をいたしております。逆に申し上げますと、この右上のブロックに囲んでいる7項目のうちアンダーラインのところについては、少し先送りした感、あるいはデータがちょっと不足しておったために御提示をできなかった部分がありました。

こういった佐賀県地域医療構想で記載した内容、それから、その後の変化等もございまして、これを踏まえまして、下の囲みでございますが、平成28年度の第1回地域医療構想調整

会議と2次医療圏単位、これを8月下旬から9月にかけて各2次医療圏で開催することとなっておりますが、ここでは、まず2点を議題としてはどうかと。

1点目は、地域医療構想というのは、医療機関があくまでも自院の立ち位置を判断するということがスタートになるわけですが、この自院の立ち位置を判断できるように、DPCでありますとか病床機能報告をもとにしたデータの共有が必要であろうと思っているところでございます。

それから、2点目でございますが、市町における新公立病院改革プランの対応状況の報告ということでございます。この2点を、まず1回目の会議の議題としたいと。

それから、来年1月から3月に2回目の地域医療構想調整会議、2次医療圏単位の分科会を開催いたしますが、この場では、1つは、医師、看護師、OT・PTの需給見通しなど、医療従事者の確保について議論してはどうかと考えております。これにつきましては、地域医療構想を踏まえた形で、医師、看護師、OT・PTの3職種につきまして、厚生労働省のほうで今、検討会を設置して、需給見通しのやり方について議論をされているところでございます。需給見通しの方法そのものは年内に取りまとめを行うと聞いておりますので、この年明けの会議で幾分私どものほうも情報としてお出しできればというふうに思っております。

それから、在宅医療と介護サービスの連携ということで、これは昨年もこの地域医療構想調整会議の2次医療圏単位の分科会では、1回これにテーマを割いて議論したところでございますけれども、市町における地域包括ケアの取り組みというものが、やはり今後重要になってくるわけございまして、これについて少し議論をしてはどうかというふうに思っています。

今年度につきましては、2回会議を開きますけれども、この4つの項目につきまして、それぞれ2つ、2つというような感じで議論を進めていきたいというふうに考えておるところでございます。

まず、私からは以上でございます。

○池田議長

ありがとうございました。調整会議・分科会の進め方についての説明でございました。

御意見、あるいは御質問ございましたらどうぞ。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○池田議長

よろしゅうございますか。

それでは、次に「平成27年度病床機能報告・平成26年度D P C調査について」を議題といたします。

事務局から説明をお願いいたします。

○日野医務課医療支援担当係長

ここからは、先ほど御了承いただきました今年度の議題に沿った話になりますが、本日は主に協議というよりも報告事項が中心となります。こういうデータがそろいました、あるいはこういうことになっておりますという報告が中心となっておりますので、御了承いただきたいと思えます。

お手元の資料2をごらんいただきたいと思えます。

平成27年度病床機能報告結果というA4横長の資料でございます。

1枚おめくりいただきまして、病床機能の推移ということでございます。毎年病院と有床診療所に御提出をいただく病床機能報告につきましては、26年が1回目ということで、27年が2回目でございます。この27年の報告が、今般取りまとめがほぼ終わりましたので、今回の資料というふうにしていただいているところでございます。

1ページ目の病床機能の推移をごらんいただきたいと思えます。

県全体の会議でございますので、佐賀県全体をごらんいただきたいと思えますけれども、そこにありますように、26年と27年を比較いたしますと、急性期が大体140床ぐらい報告ベースでは減っていったと。それから、回復期が400ほどふえたというのが大きな傾向でございます。

必要病床数に比べると、当然まだ道のは長いわけでございますけれども、もともと地域医療構想が10年スパンの話でございますので、今、この足元で急性期が多い、少ないの議論をしているわけではございませんで、これはこういうことだという話であります。

こういうふうに、急性期が若干報告病床数が減って、回復期が報告病床数が若干ふえたということなんですけれども、じゃ、何か医療機関の中で今、急にドラスティックに何か転換が進んでいるのかというと、これはちょっとそういうことでもないのかなと見ております。つまり病床機能報告の定義というのが、やっぱり1回目の26年のときよりも2回目の27年のときが、回復期というのはこういうものですよという定義が若干追加されたということがありました。たしか26年の1回目は、何か世間的には、あたかもリハビリを提供していなけれ

ば回復期とは言えないのではないか、という意見があったわけでございますけど、27年の2回目は特にリハビリを提供していなくても在宅復帰をメインに置いていけばそれは回復期ですよというのは、フットノートといいたいでしょうか、そういうものが示されたもので、そういったことから、だったらうちの医療機関、この病棟は回復期じゃないかというふうに御判断されたところが多いのかなというふうに見たところでございます。

したがいまして、これ、まだ1年目、2年目が終わっただけでございますので、今後また後ほど申し上げますが、病床機能の報告の報告基準というのを毎年度改良が加えられておりますので、これは少し経年変化で見ていく必要があるのかなというふうに思っているところでございます。

それから、2ページ目は、既存病床と必要病床のイメージということで、昨年も地域医療構想をつくるときに、こういうポンチ絵をつくりましたが、それを今年度版にリライトしただけでございます。

3ページ目が、病床機能報告の報告基準、これからも変わるということを申し上げましたが、御参考までにとということで、平成28年度の病床機能報告で予定されている修正でございます。ことしの10月には、また28年の病床機能報告を各医療機関の皆様方にさせていただくことになるわけでございますけれども、28年度の病床機能報告からは、この特定入院料等につきまして、以下のひもつけが予定されているところでございます。すなわち、この右側に書いてあるこの入院料を算定している病棟というのは、もうこれは機械的に高度急性期なんですよと。これは慢性期なんですよというようなひもつけを予定しているということでございます。ただ、これは特定入院料だけの話でございます、例えば、一般病棟入院基本料の7対1は絶対急性期なのかとか、あるいは13対1は回復期なのかとか、そういう一般病棟入院基本料だとか、あるいは有床診療所の場合は絶対ここなんだとあって、そういったひもつけは行われておりません。あくまでもここに書いてありますような特定入院料についてのみのひもつけが行われる予定というふうに聞いております。

これが佐賀県の中で今後報告に何か影響あるのかといったときには、4ページ目でございます。

27年度の病床機能報告のデータを私のほうで、ひもつけとの関係でどうなのかというふうに見ていたら、大体佐賀県の医療機関の皆様は、もともとそのとおり報告をさせていただいたというのがこの表でございます。

例えば、回復期リハビリ病棟入院料で466というふうにあります。466床佐賀県の中で算定している病床数があるわけでございますけれども、27年度はこれ、全部466回復期という御報告があったということでもあります。

それから、地域包括ケア病棟入院料で136算定されていますけど、これは全部回復期という御報告があったということという感じなので、28年からひもつけが始まりますといっても、さほどこのことが佐賀県の今の医療機関の報告に影響を与える余地は少ないんじゃないのかなと思っています。というのが、この参考資料の見方であります。

それから、5ページ目でございます。

今申し上げたのが4機能の報告の結果でございますが、病床機能報告の中では、稼働、非稼働の数字も出てまいります。5ページ目は非稼働病床の現状ということでございまして、まず数字的なところを申し上げますと、病院のところをごらんいただければと思います。一般病床で許可病床ベースが佐賀県全体で6,424床ということでもあります。この許可病床というのは、ことしの6月末時点でございます。

病床機能報告ですから1年どうしてもずれるんですけども、病床機能報告、昨年の10月段階で御報告いただいた病床機能報告でいくと、6,424の許可病床のうち174が動いていないと。非稼働だということで御報告いただいていると。括弧書きの127ってこれ何かというと、これが公的医療機関であります。

同じように、療養病床で4,376許可病床があつて、非稼働が31で、(12)、これが公的医療機関だということでもあります。非稼働病床のうち、この公的医療機関、括弧書きのところにつきましては、これは医療法の規定がありまして、当然、非稼働が継続していけば私どもが理由を確認して、正当な理由がない場合には、この会議でいろいろ御報告したりとか、あるいは最終的には県の医療審議会に御報告して、必要な措置を講ずるということになっております。

もちろん、これは瞬間的に非稼働なものもあります。例えば、ある病院がちょうど建てかえ時期にあつて、休棟せざるを得ないから非稼働になったと。ちょうど志田原院長がいらっしゃるので、あれなんですけど、北部で36と出ているのは、まさに唐津赤十字病院のちょうど建てかえの関係でそうなっている部分があつたりとかしていますので、何か常にとまっていたとかということではありませぬので。ですから、ここは経年だとか、少しちゃんと見ていかなきゃいけないんですけども、私ども、こういう数字とらまえながら、また実態を把

握しながら、やっぱりちょっと非稼働病床の実態というものを少し見ていかなければいけないというふうに思っているところです。

それからもう1つは、有床診療所のところでございますけれども、有床診療所、大体非稼働が許可病床の約2割ということになっています。これは昨年5月に県医師会の御協力を得まして独自に調査をしまして、その結果は地域医療構想にも掲載しておるわけでございますけど、大体そのときの結果と一緒にございます。

したがいまして、昨年の段階も、今年の段階も、佐賀県の中は大体、有床診療所の2割が非稼働だという実態がある。これをどう考えるかというところで、この5ページ目の上の囲みで、アンダーラインで引いているんですけど、少しこの有床診療所の減少がもたらす地域医療の影響については、私ども細かく見ていかなきゃいけないんじゃないかと正直思っています。例えば、マクロベースでは、2次医療圏では過剰病床だというふうになっていまして、ある特定の地域だとかで見ると、そのある有床診療所が極めてやっぱりいろんな重要な役割を果たしている。じゃ、そこが非稼働になったときというのは、果たして本当にいいのかという話もありますので、やっぱりちょっと、この有床診療所の減少がもたらす影響というのは細かく見ながら、あるいは医療法でもここは病院と有床診療所の病床の扱いでは規定が異なっているところもありますので、そういういろんな規定も使いながら、特定の地域がスポット的に、ある特定の診療科がぽんと穴があいてしまって、何か2次医療圏全体で見ていると、確かに病床は過剰だけれども、ある特定の地域で困ったことがあつては、やっぱり私も本末転倒だと思いますので、そうならないようにこれは細かく見ていきたいと、そして手を打っていきたいというふうに思っているところでございます。

それから、6ページ目でございますが、ここからはちょっとデータを整理しましたという御紹介でございます。

いろいろ病床機能報告の中で、やっぱり今、病床機能報告、これは項目数のカウントによりけりですけど、大体1,000項目近い項目を病院の皆さんから御報告いただいて、多分何か非常に大変な思いをされて御報告されているところが多いかと思うんですけども、やっぱりそういうデータというものをどういう形で、ちょっと整理をしていかなきゃいけないかなと思っています。

そこでまず、例えば、特にやっぱり急性期病院とか急性期病棟に関する指標が結構、豊富にというか、項目としてどうしても採用されている傾向がありますので、救急医療の受け入

れ状況だとか入院患者数のデータを私どものほうで整理をいたしました。地域医療構想というのは、あくまでも医療機関がみずからの立ち位置を考えるというのが基本になりますので、そうすると、自分の病院とか自分の診療所のことはわかっているんだけど、ほかのこと知らない立ち位置を判断できないというのは当たり前の話でありまして、そこを個々の医療機関で頑張ってくださいという、そうすると何か体力の大きな医療機関は非常にそのデータを集めやすくなるんですけれども、体力がないところはできないじゃないかという話になっても、私どもちょっとおかしいと思いますので、そこは私どものほうでデータを一旦整理しようと思いました。

ちょっと会議の前に池田会長には御相談申し上げたんですけれども、この調整会議の資料とするということだけではなくて、やっぱりこの調整会議、あるいは分科会に出席していない病院だとか有床診療所の方にも等しく情報提供しないと、それはイコールフィッティングにならないので、それは私どものほうから全部の病院と有床診療所にデータを送付するということです。

ただ、私どものほうから、ここから間違えるとまた誤解のもとになるので申し上げるんですけれども、じゃ、私どものほうから、どこそこ医院さんは、これは急性期じゃなくて回復期ですよねということを使うつもりは全くありませんので。あくまでも医療機関の皆さん方が、自分たちの立ち位置を10年後に向けて判断するための一つの素材という形で提供させていただきたいというふうに思っています。

ただ、1,000項目ぐらいありますので、1,000項目ぐらい全部送ると、今度はただの嫌がらせにしかありませんので、そこは、経年変化の検証可能性だとか、わかりやすさとか、有益性だとか、そういったことも加味して整理をさせていただきたいと思います。主に報告区分として、そこに書いてありますように、病院と有床診療所からいろいろ項目でいただいておりますので、それを整理してフィードバックさせていただくと。

具体的にどんなイメージかといいますと、今日の資料で、済みません、最後のほうについておるんですけど、ちょっと一番分厚い資料で、平成27年度病床機能報告整理（中部）というふうなものが表紙になっているものがあると思います。これ（中部）と書いているんですけど、これに全部の医療圏をとじておりますので、全圏域これに入っています。

それで、表紙にまず注意書きを書いておりますけど、病床機能報告のうち、幾つかの指標を抽出して、みずからの立ち位置を自主的に判断する材料の一つになるよう整理したもので

ございます。当たり前ですけど、病床機能報告の公表そのものは昨年からずっとホームページに掲載しておりますので、その幾つかの指標を私どものほうで整理したということがございます。

1 ページ目、2 ページ目は、これは中部圏域内の病院別で、救急医療の状況であるとか、退院調整部門の配置状況というものを並べたものでございます。

それから、3 ページから6 ページは、高度急性期、あるいは急性期と回答した病棟ですね、病院の場合は病棟単位の報告になっておりますので、病棟でどういう状況の報告をいただいたかと。特に、入院患者数も含めてですけれども、重症度の割合が病床機能報告では報告するようになっておりますので、その数字も掲載させていただいているところでございます。

7 ページが回復期と御回答いただいたところの状況。

8 ページ、9 ページ目が慢性期と御回答いただいたところの状況。

それから、10 ページ目から12 ページまでが有床診療所ということで、有床診療所の場合は病棟ではなくて、これは医療機関単位で御報告をいただいておりますので、こういう整理をさせていただいておりますが、いずれにしろ、ちょっとこういう形で幾つかの指標を抽出して、これを、先ほどの繰り返しになりますけど、何か内々だけで持っている不公平な感じになりますので、各病院と有床診療所にも参考資料ということで送付をするということにいたしているところでございます。これも今後、医療機関の皆様方がお考えいただく何か一つの参考になればというふうに思っているところでございます。

もう一度、資料2のほうにお戻りいただきまして、資料2の7 ページ目、最後のページでございます。

今、私が御紹介しましたのは、病床機能報告のいわば生の数字を羅列したものでございます。いわば何か政策的な加工を加えているわけではありません。そうではなくて、この7 ページ目で御紹介するのは、「急性期の度合いを測定し得る項目」ということで、実は平成27年の病床機能報告からは、医療機関の皆さんから提出された報告データをもとに、厚生労働省の研究班のほうで、「急性期の度合いを測定し得る項目」というものが新たに整理されました。それを各都道府県に配付をされたわけでございます。これは何かというと、全国の急性期の度合いを測定し得る項目って書いてあるんですけど、何も急性期と報告した病棟だけではなくて、全部の病院のデータをまず集計して、それで全国平均を仮に1.0というふうにした場合の病院の状況がスコア化されているというようなものであります。あくまでも報

告データがベースになっていますので、報告データそのものが間違っているとか、例えば、これ結構、病床機能報告で見ているとあるんですけど、月単位で報告する項目と年単位で報告する項目に分かれていて、年単位で報告するところに、例えば月単位の報告をすると、何かめっちゃくちゃ低い数字が当然出てくるわけです。12分の1しか出てこない。ただ、それは正しいか間違っているかというのは各医療機関しかわからないものですから、もうそれがそのままデータに反映されてしまうと。これはもうどうしても事柄の性格上、仕方がないんですけど、そういったものがありますけれども、そういったものの補正なんかというのは当然行われていないと。

それから、1床当たりのスコアですから、例えば、ケアミックス病院みたいに150床持っていて50床が急性期で、50床が回復期で、50床が慢性期だと。ところが、病院単位で出ますから、急性期をやっているところは、言ってみれば50床部分しかないわけなんです。だから、当然そこはスコアが薄まってしまうというような、いろいろまだ課題があるわけがございますけれども、いずれにしろ厚労省の研究班が、ことしそれをスコア化して各都道府県に配付したと。だから、これも同じように、まだ今の段階では、だから何だという域を出ないわけがございますけれども、同じように自院の立ち位置を判断できる一つの材料ということで配付をするというものでございます。

それは、本日お配りしている資料で、また済みません、A4横長ですけれども、平成27年度病床機能報告「急性期の度合いを測定し得る項目」ということで、A4で2枚紙でつけております。

この表紙の3つ目の丸に書いてありますけれども、自院の立ち位置を把握するための一つのツールですから、これが病床機能報告の報告基準に何かかわるといような話には今のところなっていないということでもあります。あくまでも立ち位置判断ツールということでもありますし、毎年度これも病床機能報告の経年変化を見る必要があるもので、とりあえず、これは厚労省が今年からこういうものを配り始めましたという、これは御紹介でございます。

いずれにしろ、自院の立ち位置を判断するための素材提供というものでありまして、これで何かの結論を出すというものではないということでございます。

それからもう1つでございますが、最後に資料3をごらんいただきたいと思います。

26年度のDPC調査からみる医療機能ということで、これはDPCに関係する病院だけの話であります。全部の病院ではありませんので。これは何かというと、厚労省にDPCの

データを提出されている医療機関のデータをもとに、国立がん研究センターの石川ベンジャミン光一氏がみずからのサイトで公表されている医療機能情報であります。MDC別の患者数、それから1枚おめくりいただいて、がん患者数、それからもう1枚おめくりいただいて、最後に脳血管疾患と心疾患の患者数というのを、とりあえず例示として私3枚つけておりますけれども、ちょうど資料3の1ページ目に、このサイトのURL載せておりますけれども、結構このDPCを使って、このような症例分析の結果をサイトで公表されております。どなたでも閲覧できるような状態にしております。これも一つの参考資料になるということで御紹介させていただきます。

こちらの資料3は厚労省がつくったデータで、人様がサイトで紹介しているものを私が勝手に紹介しているだけなので、本当に勝手に御紹介申し上げているという域なんですけれども、御紹介させていただきたい。

いずれにしろ、今後、各医療機関の立ち位置が判断できるようないろいろ情報の提供だとか、また、あんまり多過ぎると今度わかりにくいので、どう加工したほうがいいのかといういろんな議論あるかと思えますけど、まず、こういう形で整理をして、またいろんなデータを御紹介させていただいたということでございます。

まず、この点に関して以上でございます。

○池田議長

ただいまの説明に対しまして、どなたか御質問、御意見等ございましたらどうぞ。はい、どうぞ。

○古賀構成員

よく調べていただいております、本当に地域ごとのですね、検討するときに非常に役立つかと思っておりますけれども、もう1つ突っ込んで、この病床、病棟別の医療機関じゃなくて、やはり地域ごとでの病床別の機能をはっきりさせるような、このデータでもある程度はうかがえるところですが、そういう調査も今後、お願いしたいと思っております。どうもありがとうございます。

○池田議長

ありがとうございます。ほかにございませんか。よろしゅうございますかね。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○池田議長

では、次の議題に入ります前に、今の話の続きでございますが、私からも調整会議の議長といたしまして、分科会の座長の先生方をお願いがございます。

本日示されました病床機能報告のデータなどをもとに、各医療機関は自らの立ち位置を決めていく必要がございます。各医療機関が自ら判断することが地域医療構想の基本であります。そのためには、8月下旬から開催される分科会でも、本日示されましたデータを共有していく必要があります。分科会の座長の皆様は分科会の運営をよろしく願います。

例えば、人口減少のスピードが早く圏域の規模が小さい西部、自己完結率が高い北部は他の圏域の医療機関より、より速い判断が求められると思いますし、中部、東部は比較的判断に時間的余裕があるのではないかと考えております。

また、郡市医師会、病院協会、有床診療所協議会におかれましては、会員への情報提供、研修会の開催など、それぞれの団体運営の中で適宜情報を共有していただき、各医療機関が自主的に判断できる環境を整えていただきますようお願いいたします。

それでは次に、「新公立病院改革プランへの対応について」を議題とします。

事務局から説明をお願いいたします。

○日野医務課医療支援担当係長

資料4をごらんいただきたいと思います。A4横長の資料でございます。1枚紙でございます。

公立病院改革につきましては、27年3月に総務省から新公立病院改革ガイドラインが示され、各自治体が自ら持っている公立病院に関して改革プランを策定するということになっておるわけでございます。

これは地域医療構想等で進めております医療提供体制の改革と連携して、公立病院のさらなる経営の効率化、再編・ネットワーク化を推進するものでございます。

佐賀県の中は、市町立の病院が全部で今7つございます。7つの病院が今どのような検討をしているのか、あるいはこれからどういう検討をしていこうかということにつきましては、昨年からは市町の病院の院長先生にも2次医療圏単位の会議にはメンバーとして加わっていただきますので、8月下旬から開催するそれぞれの2次医療圏の分科会におきまして、その場で御報告をお願いするというようにしておりますので、個々の医療機関、市町病院の状況につきましては、その際、御議論いただければと思いますので、本日は私のほうから、ちょっと全体のラフスケッチというような形でお話をさせていただきます。

そういう形で、公立病院改革をこれからやっていくということでございますけれども、このポンチ絵の下のほうをごらんいただきたいと思っておりますけれども、右側に地域医療構想の策定・推進ということで、昨年、私ども地域医療構想をつくって、それぞれ圏域ごとの医療需要というのを示したわけでございます。そして、それに向かって、先ほどデータをお示しいたしましたが、医療機関は自ら立ち位置を決めていくんだということになるわけでございますけれども、やはり公立病院というのは、少し民間病院と違った役割もあるのではないかと。あるいは違った判断もあるのではないかとということで、この左側にありますけれども、新公立病院改革のガイドラインに基づく更なる改革ということで、新公立病院改革プランの策定を要請するということでもあります。

策定期間でございますけれども、平成27年度または28年度中ということになっておりますので、早いところは今年中、今年度中には策定すると思っております。

プランの内容でございますが、以下の4つの視点に立った取り組みを明記ということでございまして、4点ございます。

1つは、地域医療構想を踏まえた役割の明確化ということでございます。やはり自院の立ち位置を決めるという中であって、民間医療機関もでございますけれども、公立病院をまず決める必要があるのではないかと。そしてそれは、恐らく地域によって公立病院が置かれている状況でありますとかというのも、当然、千差万別であろうと思っておりますので、しっかりここを判断していく必要があるんだろうと思っております。

それから同時に、地域包括ケアの推進ということもありますので、市町村は同時に介護保険法に基づく地域包括ケアの担い手にもなるわけでございますから、そういったことも含めて御判断いただく必要が出てくるんだろうと思っております。

それから2点目は、経営の効率化ということで、これは公立病院だから赤字で一般財源で補填すればいいだろうという話ではないだろうと。それはやっぱりきちんとやるべきはやるということでもあります。

それから、再編・ネットワーク化ということで、経営主体の統合、病院機能の再編ということで、本県におきましても、既に平成24年に当時の伊万里市民病院と有田共立病院が統合して、伊万里有田共立病院になった経緯もございます。こういった形で、あるいは県内の市町の病院の中にも、特定の医療機関さんと非常にネットワークを結んで、経営をしっかりさせている例も伺っておりますので、こういう再編・ネットワーク化というのも、この視点に

入っている。

それから、経営形態の見直しということで、例えば地方独立行政法人化。例えば、本県の場合、県病院を独法化したわけでございますけれども、直営ではなくて別のやり方もあるんじゃないかというような、そういうものを検討するという形で、この4点を踏まえて、それぞれの置かれた状況に基づきまして今後策定していくという形でございます。

そしてその結果、例えば、再編・ネットワークで医療機関の建てかえだとか何かすることであれば、そこにありますように、地方交付税の措置であるとかという財政措置を行うことによって、公立病院改革を後押ししていくということになります。

ただ、いずれにしろ、まずは今年度中に各市町がこの公立病院改革プランをどのようにつくって、そしてそれがその地域医療構想の関係、あるいはこれからの地域の医療需要との関係でどうなるかということがまず問われるということでございますので、これにつきましては先ほど申し上げましたように、各市町病院の病院長から2次医療圏単位の分科会におきまして、今回報告をしていただいて、また協議をしていただくということにしておりますので、よろしくお願いを申し上げます。

私からは以上でございます。

○池田議長

ただいまの説明に対しまして御質問、あるいは御意見ありましたら、どうぞ。はい、山元先生。

○山元構成員

私ども民間病院というのは、やはりできた基盤というのが民間と公立では違う。我々民間は、やっぱり地域社会と本当に結びつきながら今までやってきたんじゃないかなというふうに思うんです。ただ、数字だけでというんじゃなくて、やっぱり定性的なことも調整会議の中では言っていく必要があるんじゃないかというのが1つです。

それから2つ目は、調整会議、私どもの地区である病院、JCHOですけれども、話し合いに来てくれと言っても、話し合いしない前に、もう上からどーんと来て、どうだこうだという話がありますので、やはりそういうことがないように、調整会議でやはりきちんとみんな、自分たちの中を割って話し合うという、そういう雰囲気づくりをぜひやっていく必要がある。じゃないと、これ恐らく、昨日まで喧嘩し合っていたのが何とか今度は仲よくやれよということで、また元へ戻ってしまうことになりかねないと思うので、その辺のところの行

司をまたよろしく願いいたします。

○池田議長

よろしゅうございますかね。要望ということで。

ほかにございませんか。はい、どうぞ。

○小嶋構成員

高度急性期医療なんですけれども、どうしても、例えば地区に1つしか公的病院がない場合は、公的病院のほうにどうしてもお願いするというか、しないとですね、民間病院ではできないんですよね。だから、そういうところを公的病院のほうにきちんと県のほうからも説明してもらって、なるべくそういうところとするように、済みませんが、そういうぐあいに持っていつてもらえないでしょうか。

以上です。

○池田議長

よろしいですか。

○日野医務課医療支援担当係長

小嶋先生のこと、山元先生の御意見も十分理解しているつもりでございますので、わかりました。

○池田議長

ほかにございませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○池田議長

ないようでございますので、次へ参ります。

では、最後でございます。「療養病床の見直しについて」を議題といたします。

事務局、説明をお願いいたします。

○日野医務課医療支援担当係長

資料5でございます。これもまた報告でございます。

1枚おめくりいただきまして、療養病床の見直しでございます。

地域医療構想、10年先を見据えて、自院の立ち位置というふうに申し上げているわけでございますけれども、唯一2年以内に判断をしなければならないのが、まさにこの療養病床であります。

国における対応ということで、療養病床のうち、介護療養と医療療養の25対1でございます。この2つにつきましては、平成29年度末で根拠規定が失効するという形になっております。その後の対応につきましては、じゃ、どうするのかということで、今のところ、恐らく4つぐらいの選択肢、組み合わせ、それぞれ持っている病床数に応じて組み合わせあるんですけども、医療機関がやはり判断していかなきゃいけないということで、ちょっと下のほうに表をつくっておりますけれども、佐賀県の中で、今年5月末現在でございますけれども、療養病床が4,700ほどありまして、うち医療療養の20対1が2,700でございます。医療療養の25対1が1,000、介護療養が906ということで、この囲みを強くしたところが、いわば2年後というか、29年度末で根拠規定が失効するということでございます。

そこにつきましては、恐らく選択肢は4つぐらいあるんじゃないかということで、1つは看護師の配置だとか、あるいは患者の医療区分Ⅱ、Ⅲの方をできるだけ入院させるということによって、25対1ではなくて20対1に持っていくというのが1つの選択肢なんだろうと。あるいは、思い切って回復期に転換するというのも1つの選択肢なんだろうと思います。これを選択肢①と。

それから選択肢②は、介護老人保健施設であるとか、あるいは有料老人ホームにかわってくる。これも選択肢の②だろうと。この①と②というのは、前からあった選択肢だろうと思いますが、今回、選択肢の③、④ということで、新たな施設類型ということで、医療内包型と呼ばれる医療提供施設と、あるいは医療外付型と言われるいわば居住スペース型という、2つの類型が今年1月に厚労省の検討会が示されているわけでございます。

国における対応のところに戻っていただきたいと思いますが、その3つ目の丸でございまして、新たな施設類型ということをや昨年からの検討会が始まって、ことし1月に医療内包型と医療外付型というのを提示したということで、現在は社会保障審議会の中に特別部会が設置されておまして、この医療内包型あるいは外付型について、人員配置基準どうするんだと、あるいは保険適用はどちらから来るんだと、介護から来るのか、医療から来るのかと、そういったことのあり方を現在審議しておいて、これにつきましては年内の取りまとめが予定されているということでございます。

じゃ、医療内包型と医療外付型のイメージはどうかというのが、これは2ページ目ということで、参考ということで厚労省の検討会が示したイメージという形でございます。

これについては、今年2月の地域医療構想調整会議でも御説明しましたので、ちょっと詳

しい説明は省略させていただきますが、病院と介護施設の組み合わせ、あるいは有料老人ホーム的なものの組み合わせみたいな、そういったものがイメージされているということでございます。

もう一回、1ページ目に戻っていただきまして、県における対応でございますけれども、この介護療養だとか、あるいは医療療養の25対1を持つ医療機関が、県内で32病院5診療所ございます。そのうち、12の病院が持っている全許可病床が介護療養病床と医療療養の25対1ということになっておりますので、この12病院については、まさに2年以内に判断をしないといけない、本当に真剣にお考えいただく必要が迫られるということでございます。

実際、今、私どものところにもこの議論の状況だとか、あるいは転換するときの支援策等々についてお問い合わせがやっぱりふえております。後ほどまた申し上げますが、医療機関さんからのいろんな転換の御相談、あるいは医療機関の代理としてのいろんな金融機関からの御相談あるわけでございますけれども、そういった方に対しては、私ども医務課だけではなくて、国民健康保険課だとか、あるいは介護にかかりますといったときには、これは長寿社会課のほうでのまた許可が必要になります。そうすると、医務課と話してから、また長寿社会課と話しなきゃいけないというので、二度手間三度手間になって、やる気もうせるというふうになるとあれなんで、基本的に、事前に電話で例えば御相談いただければ、よっぽど1つの課で絶対完結するというネタではない限り、3課で一緒に話を聞いて、ワンストップでできるだけ対応するということを今やっております。

やっぱり、まだ医療機関の皆さん方、例えば、老健施設にかわりたいということが決まっておれば、もう医務課と長寿社会課だけでいいんですけれども、どうしたらいいのかと、まだちょっと決めかねている段階なんですということになると、やっぱりいろんな情報が入ったほうがしやすいと。これが変に医務課だけが対応すると、私が知っているだけの情報を言って終わりだとか、長寿社会課だけになると、今度は介護の話しかなくて終わりで、医療のほうの情報が入ってこないという話になると、これまた医療機関の判断にバイアスかけることになりますので、そういうことのないように、割りかしまだ本当に御相談という段階の場合は、3課同時にワンストップで対応して、こういうものがありますと御紹介して、だんだんその中から絞られてきて、じゃ、老健にかわりますといったときには、医務課と長寿社会課でというふうな感じできるようにいたしております。

3ページ目が、実際病床の機能転換支援というのはどんなものがあるかということで、例

えば、今、病床をお持ちのところは老健施設にかわりたいといったときには、医療施設の近代化施設整備事業というのがございまして、これは、そこに書いてあるように新築の場合、改築の場合、改修の場合ということで、若干単価が違うわけなんでございますけれども、掛けるの定員数、老健の定員数ということは、逆に言えば、病床側から見たら病床が減った数ということになるわけでございますけれども、これの3分の1を補助するという形でございます。これは私ども医務課のほうの担当でございまして、ことし1つの医療機関がこれを使って転換の工事をするということになっております。

あるいは、今、慢性期、療養病床だけれども、ちょっと回復期に打って出ようかといったところにつきましては、回復期の転換支援事業ということで、そこにありますように、大体1床当たりを300万円から400万円ぐらいを基準額のベースにいたしまして、その2分の1を補助率にするというような補助スキームと。ただ、実際の単価とかなんとかというのは、これは予算編成の過程で少しやりとりしなきゃいけないので、これはおおむねの目安というふうに思っただけだと思います。

これにつきましても、私ども医務課の所管でございまして、これは地域医療介護総合確保基金の医療分ということで、既に昨年の段階で3億円ほど県のほうで基金でストックを積んでおります。今年も、もうすぐ国の内示がありますけれども、幾つかストックする予定にしていますので、医療機関の皆さんが回復期に転換したいといったときに、県のほうにお金がないと、せっかく医療機関が工事をやろうとするときに補助ができなかったら意味がないので、ある程度、数億円単位で今ストックを持っておりますので、お早めに——済みません、何か売り込みのセールストックみたいになってあれなんですけど、御相談いただいたところには、ちゃんとそういうことが支援できるということを申し上げているわけでございます。

それから、あとは国民健康保険課と長寿社会課でございまして、4ページになりますが、介護療養型医療施設を除く医療保険適用の療養病床が、例えばケアハウスだとか、老健だとか、有料老人ホームとかという、つまり医療保険以外の世界ですね。今まで医療保険の療養病床だった方が、医療保険以外の世界で何かこれからやりたいというときには、そこに書いてありますように、また創設、改築、改修で単価は違いますが、国庫補助だとか、あるいは社会保険診療報酬支払基金からの交付金を組み合わせて支援策というのがあると。

それから、今、介護療養型の医療施設だった方が、比較的介護に近い世界の話、あるいはケアハウスだとか有料老人ホームのように直接保険は適用されないけど、いわゆる居住系

サービスなんだといったようなところに行く場合には、そこに書いているような、また単価と転換床数で補助をするということで、これは長寿社会課の所管でございまして、介護分の基金を使うと。

このように、医療機関の皆様方にとって、結構、国民健康保険課が出てきたり、長寿社会課が出てきたりするものですから、そういった意味もありますので、先ほど申したように、ワンストップで対応させていただいているということで、いろいろとこれからも、療養病床の特別部会は、たしか6月に1回目が開催されて2回目がまだ開催されていないわけでございますけれども、その特別部会の議論の状況とかなんとかも、またこういう会議、あるいはいろんな場面を通じて御紹介もさせていただきたいと思っておりますし、御相談があった場合には、こういうふうに今応じているということのこれは御紹介でございます。

以上でございます。

○池田議長

ただいまの説明に対しまして御質問、御意見。はい、古賀先生。

○古賀構成員

療養病床入院基本料2のほうで、経過措置もありますけれども、重症患者の皆さん、医療区分Ⅱ、Ⅲの皆さん方を50%となればですね、両方満たせばもちろん100%ですよ。ただ、これじゃ、実は次にどうなるかを早くわからないと、なかなか転換は考えようがないんじゃないかと思うんですね。既にもうどっちも無理だということで確実にこれがなくなるのであれば、早期の転換があるし、もう1つは、介護療養病床もまだ比率をまた残すということでございますけれども、そういう意味の情報がですね、恐らくは療養病棟は入院基本料の1で、20対1は間違いないんですけれども、その8割以上、それからもう1つ、その5割以上ができるのかという問題と、もう1つは療養病床が存続可能かという、恐らく経過措置がとられるその先としてはないと思っておりますけれども、これが早くわからないとやっぱりかわられないんですね。ぎりぎりになってわかって、さあ、今から補助を申請するとしたらもう間に合わなかったとかですね、そういうことがないように、ぎりぎりまで余裕を持って体制も整えていただきたいし、情報があれば早く教えていただきたいと思っております。

○池田議長

よろしいですか。

○日野医務課医療支援担当係長

特に、情報をいち早く提供することが我々の仕事だと思っていますので、そのところはしっかりとさせていただきたいと思っています。

○池田議長

ほかにございませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○池田議長

以上で本日予定されました議題は終了いたしましたけれども、このほかに全体を通して、また、ほかに構成員の委員の先生方から何か御意見等がございましたらどうぞ。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○池田議長

ないようですね。

それでは、本日の議事は以上で終了いたします。よろしゅうございますか、これで終わらせていただいて。事務局、ほかにございませんね。

○日野医務課医療支援担当係長

はい。どうもありがとうございました。

○池田議長

それでは、どうも皆さんお疲れさまでございました。

本日の会議はこれで終了させていただきます。お疲れさまでございました。

午後 7 時18分 閉会