

## 平成 29 年度第 1 回盛岡構想区域地域医療構想調整会議 会議録

岩手県県央保健所

### 1 日 時

平成 29 年 10 月 2 日（月） 18:00 ～19:40

### 2 場 所

盛岡地区合同庁舎 8 階大会議室

### 3 出席者

別紙出席者名簿のとおり（出席 39 名、欠席 3 名、事務局 8 名、オブザーバー 2 名）計 49 名

### 4 内容

〔菊池次長〕

予定の時刻になりましたので、ただいまから、平成 29 年度第 1 回盛岡構想区域地域医療構想調整会議を開催します。

私は、本日の進行を務めます、県央保健所次長の菊池と申します。議事に入るまで進行役を務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、開会にあたり、岩手県県央保健所長の菅原智から御挨拶申し上げます。

〔菅原県央保健所長〕

本日は、御多用中にもかかわらず、盛岡構想区域地域医療構想調整会議に御出席いただき誠にありがとうございます。また、日頃当圏域の保健・医療・福祉行政の推進に格別の御協力を賜り、この場をお借りして厚く御礼申し上げます。

さて、地域医療構想については、平成 26 年 6 月に制定された地域医療介護総合確保推進法に基づき、改正された医療法の規程により都道府県に策定が義務付けられたものです。本県では、おかげさまで平成 28 年の 3 月に、全国でも早い時期に策定をすることができたところであります。この地域医療構想は、県と医療関係者、これが将来の岩手県の医療需要の変化、そうした状況を踏まえながら、医療提供体制を構築していくというものです。あくまで医療機関の自主的な取り組みが基本であることを念頭においていただくことをお願いします。

そのための協議の場がこの調整会議でありまして、丁寧な検討と解決が必要であります。保健所としても、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、情報提供、また、助言・支援をして参ります。

本日は 2 つの議題を予定しております。議題の 1 については、前年度の病床機能報告の結果に関して、議題の 2 については、構想で示された将来の医療需要推計や将来の医療の姿も参考に地域の課題を考えていただきたいところであります。

限られた時間ではありますが、忌憚のない意見をくださるようお願い申し上げ、開会にあつての、御挨拶といたします。

〔菊池次長〕

続きまして、次第 3 の委員紹介及び委嘱状交付です。

当構想区域では、本年 3 月に調整会議の設置要綱を策定し、本日が本年度初回の会議となります。この地域医療構想の策定段階で協議を行ってきました体制であります既存の盛岡圏域医療連

携推進会議に 15 機関の代表者を加えた 42 名の皆様方に、平成 29 年 10 月 1 日から平成 31 年 9 月までの 2 年間の任期で、委員に御就任いただくこととなりました。本日は、時間の都合で、追加した 15 機関の代表者の皆様だけの御紹介とさせていただき、従前から開催している医療連携推進会議の委員様につきましては、名簿を御覧いただき、御紹介にかえさせていただきます。

お手元の出席者名簿の

- No.5 盛岡友愛病院 遠藤病院長様でございます。(以下敬称略)
- No.6 国立病院機構盛岡病院 菊池院長
- No.7 医療法人社団愛和会盛岡南病院 田中院長
- No.8 渋民中央病院 清水院長
- No.9 八幡平市国民健康保険西根病院 瀧山院長
- No.10 栃内第二病院 栃内院長
- No.11 医療法人社団松誠会滝沢中央病院 大川原病院長 代理 伊藤理事長
- No.12 いわてリハビリテーションセンター 大井センター長
- No.13 鶯宿温泉病院 瀬川病院長 代理 泉山事務長代理
- No.14 国民健康保険葛巻病院 佐々木名誉院長兼病院長
- No.15 医療法人社団帰厚堂南昌病院 吉岡リハビリテーション科科长
- No.21 岩手八幡平歯科医師会 南館会長
- No.22 紫波郡歯科医師会 松木会長
- No.32 全国健康保険協会岩手支部 阿部企画総務部長

なお、委員の皆様には机上に委嘱状を置かせていただいておりますので、お受け取りくださるようお願いいたします。

次に、設置要綱第 5 条第 2 項により会長が議長を務めることになっておりますので、議事の進行については菅原会長にお願いします。

〔菅原会長〕

それでは、次第に従いまして、議事を進めますのでよろしく申し上げます。

議題の(1)「平成 28 年度病床機能報告結果の概要について」ですが、事務局から申し上げます。

**事務局から資料 1-1・資料 1-2・資料 2 により説明**

〔菅原会長〕

只今の説明に対して、御質問御意見等ありませんか。

〔望月委員〕

病床機能報告の 4 つの医療機能について、その病棟を急性期と報告しても回復期に相当する患者さんも結構入っている。高度急性期と報告しても急性期の患者さんもいる、その中でも報告しなければなりません、国は明確な基準を示していない訳です。特に、高度急性期と急性期は、

一時、松田先生たちのグループが3,000点という診療報酬上の点数を出しましたけれど、これも今は何となくうやむやになっている。DPCの病院は、この病棟にどういう機能の患者さんが入っているか国に全部報告している訳です。要するに、DPCで患者のデータが集積されています。

そういった中で、病床機能報告制度についての質問が1点あります。報告の中で、例えば、地域包括ケア病棟を急性期で報告している病院もありますし、回復期で報告している病院もあります。国として、この辺の精査はするのでしょうか。私は、そこはあまり必要ないのではないかと考えていまして、自然と病床数は減っていくと認識しています。おそらく、稼働率から病院はもうやっていけないと、休棟を含めて出てくると思います。すでに県立病院では、特に沿岸部で病床利用率が低くなっていて、ほとんど病床を休止しています。

こういった議論をするにあたって、病床機能報告制度の目的が今ひとつはっきりしないところがあります。病院の自主性に任せるということは、病院がこういったデータを見ながら、自分たちで病床数を減らしていかないと生き残れなくなります。いわゆるダウンサイズです。これを促すための会議なのか、今一つ目的がはっきりとしないということが挙げられます。これだけ人が集まって、このデータを見て何を考えていくか。ひとつは、国がDPCの病院分のデータを全部持っている訳ですから、改めて病床機能、例えば特定機能病院が全部高度急性期という報告はあり得ない訳です。それらを含めて精査するののかということについてお伺いします。

あと、この調整会議の目的は、強制的に病床機能をそこに持っていくということではないと思います。こういうデータを見ながら、病院の自主性に任せて収れんしていくということだと思えます。病床報告機能制度の精査、調整会議の目的、この2点についておうかがいします。

〔千田医療政策担当課長〕

医療政策室の千田でございます。御質問の第1点目についてです。病床機能報告の子細な分析というところですが、望月委員がおっしゃるようにDPC病院とデータ提出加算を算定している病院につきましては、全て国のほうにデータがっておりますので、そのデータを用いて分析できなくはないと思いますけれども、実際、そのデータを用いてどうしていくというところ、調整会議の場でどこまでデータを活用して議論させるのかというところについては、国の検討会のほうでも見通しがつかないという状況でございます。一方、データ加算を出していない病院については、今の病床機能報告に基づいて調整会議の場で協議をしていくということになります。

今日、ここを出しているデータ以外にもホームページのほうには掲示をしていますけれども、手術はどのような手術をしているか、どこから入院患者さんがいらしているのか、在宅からきているのか、介護施設からきているのか、それから退院した先はどこに行っているのか、そういった各病院さんのいろいろなデータが出ています。本当はそういうデータを全部こういう形で、一覧表のようなものにして、診療科ごとに疾病の件数、治療の件数のデータもありますけれども、なかなかそこまでのデータを現状として提供できていないということでございます。

2点目のこういったことをこの場で議論したらいいのかということにつきましては、先ほどのそういったデータは、もちろん県のほうから皆様に提供しなければならないのですけれども、まずは、地域にある貴重な医療資源が、高齢者が増えていくという時代の流れの中で患者さんたちが困らないように、必要な医療ニーズに十分に対応していけるように、個々の病院さんが連携をして、どういうふうにして提供体制を変えていくか、医療機能が重複しているようなところは、例えばどこかの病院に集約して、または不足している部分については新たに進出するような病院

さんが出てくるように、病院の入院医療の部分については、これからこういった形で協議をしていくということになります。その際に、このようなデータを見比べながらということをしていくことになります。

もうひとつは、今日はここにデータが出てないですけども、入院医療、入院施設から患者さんを在宅のほうに振り向けるということが大きな流れになっていますので、入院施設から外に出る患者さんの受け皿整備ということもこの会議の中で議論していただきたいテーマの一つであります。こういったところを今後8年間かけて議論していただきたいということでもあります。

〔望月委員〕

趣旨はそのとおりでよく分かりますが、これだけの人が時間を費やして集まっていて、そもそも病床機能報告自体が、個々に見ていくと、病院のあまり根拠のないような報告のされ方をしていて、どこからどこが高度急性期で、急性期で、回復期か、それを国が明確な分類を示せないのです。

盛岡医療圏はあまり問題にならないと思いますが、西のほうの医療圏では、民間の大病院が多いところではこの調整会議がかなり揉めていると聞きます。公的病院がかなり病床を減らすべきじゃないとか、私はあまりそのような方向に行くのはおかしいと思います。やはり病院の自主性を尊重してもらって、このようなデータを見比べて自分たちで変わっていければいいと思います。

〔千田担当課長〕

国の方では、当初は正式なものという方向に進めたようですけれども、なかなかその限界があるということで、目安としてこういったデータをもとに進めてくださいということに現状はなっています。

〔菅原会長〕

医療機能区分がはっきりしないということ、参考資料1の1ページで4つの機能区分が書かれてありますが、解釈の仕方が各病院まちまちな状況で、そのような報告をもとに議論していくことについての問題提起でございます。

私の方から伺いたいのですが、資料1-2の5ページ栃内第二病院さんのところですが、6年後の予定として回復期を44床減らして急性期に変えてきたという部分について、栃内先生説明をお願いします。

〔栃内委員〕

自院でも少しずつ回復期をアップしていこうということで4階を回復期にして、次は5階をもっていくというやり方をしていましたが、どうも周りのニーズが救急の患者さんが入ってくるんですね。自院は滝沢市にありますが、結構雫石町のほうからも来ていまして、やはりゼロではできないなということから急性期を残す方向で報告したところなんです。

〔菅原会長〕

時間の都合がありますが、どなたかございますか。

〔及川委員〕

4つの医療機能の区分けがはっきりしていないという点について、急性期の病棟に回復期の患者さんが入るということは、実際にあることです。この辺が曖昧なまま分けようとするので、たぶん今の栃内先生のような状況が起きてくる。実際は、回復期は足りない足りないと言われていますが、実際には急性期の中に回復期の患者さんも含まれている状況がある訳です。このように曖昧な中で病床数を比較していくと、最初の出発点が曖昧ですので、議論していてどうなんだということになってしまって、その辺の詰めが県は県で、盛岡医療圏は医療圏で必要なのではないかと考えます。急性期の中には、一般的にいう二次救急のような患者さんとこれから在宅に帰るような回復期の患者さんがいる、病院によってバラバラなんだと思います。そういった実態がある中でこのように分けていくとどうしても数字がずれていくという矛盾が出てくると思います。この辺をもう少しお詰めになっていただければと思います。

〔菅原会長〕

只今の御意見は、出席者の皆様が感じていることだと思います。病床機能報告は毎年実施されますが、この4つの医療機能の定義はこのままなのでしょうか。

〔千田医療政策担当課長〕

病床機能報告の4つの機能の定義につきましては、いずれ定量的なものを設定するという形で国の検討会で進めてはいるところですが、医療機能の分類の仕方について、委員間でもはっきりさせろという意見とそこまではっきりするとうまくないんじゃないかという意見とが出ましてなかなか進んでいないところのようです。今年度も病床機能報告を行います。つい最近、報告マニュアルが国から示されまして、その中に4つの機能の定義があります。そこを見るとやはり昨年度に比してそんなに詳しくなったですとか、定量的な定義になったということはありませんでした。国のほうでも、マニュアルの中で記載は充実させてきているのですが、算定点数との絡みであるとか、表現、言葉で補っているという状況でありまして、どういう見通しになるというところは我々でも分かりかねているところでございます。

〔菅原会長〕

次に、事務局から資料3について説明願います。

#### 事務局から資料3により説明

〔菅原会長〕

こちらの資料3の例えば10ページ、病棟ごとの利用率ですが、100%から一番離れているのが急性期でして、ここのところは余っているという解釈になります。100%に近い回復期91.8%、慢性期89.2%は利用率がいいので需要があるということになります。続いて11ページは急性期の医療指標になりますが、66項目を全国平均を1とした場合のポイント数でして、大規模で総合的な病院ほどポイント数が高いということがわかります。

只今の説明に対して、御質問御意見等ありませんか。

〔菅原会長〕

それでは、議題の（２）「盛岡構想区域における課題の抽出について」、事務局から説明をお願いします。

事務局から資料４・参考資料１・参考資料２により説明

〔菅原会長〕

参考資料１のスライド４にありますとおり、今日は、資料１-１～資料３までをもって地域の医療提供体制の現状と将来目指すべき姿について情報共有を図りました。それを踏まえて地域医療構想を実現する上で何を課題としていくかところの意見を頂戴したいと思います。事務局から資料４のとおり方向性が２点の示されました。現状の認識について、自院のことでも、医療圏のこと、県全体のことも構いません、御意見ございますか。阿部委員、どうぞ。

〔阿部委員〕

県のほうへ質問があります。地域医療構想の実現に向けた論点の中で回復期の病棟利用率は91.8%ということですが、先程先生方の意見で病床機能報告における４つの医療機能の定義が明確ではないという御意見があった中で、回復期の病棟利用率が今の利用率ではかなり高いという現状が報告されましたが。将来的には回復期がどうしても足りなくなるという県としての見解なのか、それに向けて県としてはどのような働きかけをされていくのかお伺いします。

医療保険者としては、各加入者のことを考えますと過不足なく医療資源を提供していければと思っていますので、県としてどのようにお考えなのか伺えればと思います。

〔菅原会長〕

事務局、お願いします。

〔千田医療政策担当課長〕

回復期につきましては、資料１-１にありますように平成３７年度の必要病床数ということで回復期の数字がありますが、回復期はリハビリテーションの他にも入院から在宅に向けて移行する間も含めて回復期と言いますが、こういった機能がこの数値からは不足するようだという事で特に回復期については県内いずれの圏域においても拡大していきましょうということで構想を策定しております。

これに対して県としてどのような施策・対策を打っていくかということですが、この地域医療構想の実現に向けて医療介護の総合確保基金という新しい基金が財源として国のほうで用意されております。この基金をもとに岩手県では回復期、特に回復期リハの機能を持つ、あるいは地域包括ケア病床を持つ、そういった病棟へ転換する場合には要する経費について補助していくことを支援策としています。既に実績として１件ございます。回復期以外にも地域で必要となってくる医療ニーズに対応した医療機能への転換こういったものにも助成をしていくという施策を展開していくことを考えております。

〔菅原会長〕

阿部委員、よろしいですか。

〔阿部委員〕

はい。

〔菅原会長〕

ほかにございますか。大井委員どうぞ。

〔大井委員〕

回復期リハ病棟についてですが、盛岡保健医療圏はもういっぱいです。それは、おのおの回復期リハ病棟を経営する病院では、当然ながら盛岡保健医療圏の患者だけでは足りないので、医療圏を跨いで、他の医療圏まで車を出して患者さんをお迎えしている状況です。したがって、回復期リハが足りないというその理由が私はよく分かりません。地域包括ケア病棟が足りないというのは分かりますけれども、そこはもうちょっとちゃんと調査をして、どのように患者さんが流入して、また帰っていかれるかということをやっていたかないと、少なくとも盛岡医療圏については、回復期リハはいっぱいという状況です。

〔菅原会長〕

回復期について、もう少し細かく分けてみると大井委員がおっしゃられる現状があるということです。ほかにございますか。

〔望月委員〕

今の回復期の話について、地域包括ケア病棟を回復期と届けている病院と急性期と届けている病院があります。加藤先生の盛岡市立病院は急性期とされていますが、その辺の患者層が違うのかなと、いわゆる在宅から高齢者の方が肺炎をおこして入院してくるのがサブアキュートで、急性期から患者さんが入ってくるのがポストアキュートで、病棟の使われ方にも違いがあります。

いずれ、地域包括ケアを地域で実現するためには、地域包括ケア病棟は足りないと感じます。地域包括ケア病棟は現時点では回復期の患者さんが多いのかなと思います。こういった資料を見ながら急性期はケアミックスに移行していくとか、そういうことを考えていかなければ病院は生き残れないんだと思います。中医協の議論をみていますと、来年度の診療報酬改定でポストアキュートとサブアキュート、両者の機能を分けて評価するという話もあります。

〔加藤委員〕

地域包括ケア病棟につきましては、今、望月先生がお話になられましたけれども、病院によって届ける枠が違ふかもしれません。ただ国が求めているのは多分、ポストアキュートも大事ですけども、サブアキュートをどれだけ受け入れて、そして地域に戻せるかといとこころに一番重点があると思います。当院でも4割近くはサブアキュートの患者さんをお受けしている現状ですし、ある期間、つまり社会復帰できるまでの間お預かりをし、そして社会復帰をするんだというところが、確かにこれからは足りなくなっていくと思います。当院は、ケアミックスで急性期プラス

という形ですけれど、やっていることは大学病院や中央病院のように本当の意味での高度急性期とは違いますけれど、普通の急性の病気を普通に診て社会に返すという役割がありますので、御協力いただいて厚くしていく必要があると考えています。

〔菅原会長〕

ありがとうございます。ひとつのキーワードとして地域包括ケア病棟という言葉が出てきました。地域包括ケア病棟に入っている患者さんは、病院によって、地域によって、患者層が違うようで、それぞれ特徴があるという御意見です。ほかにございますか。国立病院機構の菊池委員いかがでしょうか。

〔菊池委員〕

2025年に向けて今の病棟の構成を大きく変えるということは難しいと考えて病床機能報告としては現状どおりとして報告しています。当院は、公的病院の改革プランの策定も求められているところがございますので、本日のお話も参考にしながら、プランを策定して参りたいと考えています。

〔菅原会長〕

ありがとうございます。診療所の立場から和田委員いかがでしょうか。

〔和田委員〕

本県の地域医療構想がいち早く出せたのは、医療資源が不足している状況で、不足する機能のところをどうしていくかという観点だけです。地域ごとの調整会議でこれだけ多くの方に議論に参加いただいているということは大変なことなのですが、盛岡医療圏は入院完結率が98%以上、ほぼ100%に近い数字が出ています。このような数字を御覧いただいて、何が実際に必要で、病棟が実際にはどう動いているかというところをデータと比較しながら議論していく。たくさんの方にお集りいただいて、せっかくの機会ですので、こういった生の数字を見る機会はありませんので、参考にさせていただきたいと思います。

〔菅原会長〕

ありがとうございます。ほかにございますか。

〔及川委員〕

老健協会の立場として、地域完結型医療への移行を目指すというところで、在宅医療の体制整備や介護の連携について取組みを行っていく必要があります。盛岡市は資源が恵まれている状況にありますけれども、構想区域が隣接する地域では、隣接する地域との助け合いですとかそういうことも配慮していかなければならないと思います。地域完結型医療は、盛岡医療圏としてはほぼ完結できている訳ですけれども、沿岸部等は非常に厳しい状況にあるということが分かります。

先程、回復期リハ病棟は十分じゃないかという話もありましたが、これからもっともっとなんとか出来ていかなければならない、なかなか現状はそううまくいっていないと思います。構想区域ごとに議論をしていくということですが、もう少し弾力的に考えていく必要があると考



えます。

〔菅原会長〕

ありがとうございます。盛岡構想区域は完結率も高いのですが、都市部と周辺部では大分差がありますので、その辺りも考えていかなければならないと思います。周辺部の病院の立場として葛巻病院の佐々木委員いかがですか。

〔佐々木委員〕

どこの病院も急性期医療をまかなうために人員を確保しながら経営している状況で、これを回復期へシフトさせていった時に経営できるかなというところが率直な感想です。ですから急性期から回復期に病床数としてこうだからこうしましょうと、そう簡単に移行するということになかなかのってこないのかなと思います。地域医療構想を進める前提として、経営がきちっとできるかどうかというところを見ていかなければならないと思います。

葛巻町の状況ですが、この間新しい病院にして、その時に病床数は減らしました。一般病棟を60から42にこれは人口が減っていますから必然です。私が着任早々、新病院の病床数をどうするかという話になりまして、当初は地域の実情がよく分かりませんでした。これから20年間の高齢者は確保された、しかも今後10年間で高齢者は増えるという状況です。実際の稼働率が半分程度になる時もある中で、病床数42は実は多いのですが、実際の稼働が30いくつで動いていることが多い時に42まで確保しておかないと、後で住民の方の申し訳ないことが起こるかなと考えました。これが正解かどうかは分かりません。

実は、地域で大変なのは、やはり独居の方であるとか老々介護の方とか、そういう方々がどう動くかが読めないのです。当然病院で診てあげなければならない患者さんが増えると単純に思っていたのですが、実は、盛岡に流出していたり、御家族がギブアップしてこちらの方に来るという状況です。

〔菅原会長〕

ありがとうございます。今、佐々木委員は前段のほうで病院は経営があるんだとおっしゃられました。公的病院にしろ、公立病院にしろ、民間病院にしろそこは大事です。回復期が不足しているという状況は、圏域だけではなく、県全体、国のほうでも同様です。誘導するためには経営のことも考慮しないとシフトしていかないのではないかと思います、その辺りの動きとか情報はありますか。

〔千田医療政策担当課長〕

診療報酬のほうでは、24年度の改定の時からそういった方向での改定は行われてきていると国の方では話しています。また、先程、望月委員のお話にもありましたが、地域包括ケア病床・病棟、これはまさに国の方で進めている地域包括ケア体制を構築していくために病院にそういった機能を作ってほしいということで新設されたものです。その後若干の修正はありましたが、基本的にその部分は高い点数でもってこれまで推移してきております。来年度改定で、2つの機能を分けるという話もでていますが、そこをメインにやっていくと思います。

同じ回復期でも回復期リハのほうについては、リハの部分は専門にやるということで引き続き

出来高ということにはなっていますが、成果を少し評価していこうという方向に少し変わっています。そこも回復期の中心的な機能ということで、こういったところの点数はある程度そのままいくと思います。さらに言えば、それ以外に回復期の機能ということで、病床機能報告の解説の中にありますが、在宅に移行するために、入院している間に生活機能の補強であるとかそういったところの部分についてもやっていくことが回復期の機能としてはあるということが書いてありますので、やはりのそういったところにこれからは力を入れてやっていくということが示されております。

〔菅原会長〕

ありがとうございます。最後に、その他として事務局から情報提供があると聞いていますのでお願いします。

#### 事務局から参考資料3により説明

〔菅原会長〕

只今の説明は、公的医療機関にも改革プランの策定が新たに求められたということです。管内でも該当する医療機関があるようですが、こちらへの対応の見通しはどうか、お聞かせ願います。岩手医大さん、盛岡赤十字病院さん、いかがですか。

〔青木委員代理〕

当院としては来週ぐらいに県のほうへ提出予定であると担当部署から聞いております。

〔久保委員代理〕

公的病院改革プラン2025の策定に向けて本社と協議中です。本日の資料にも出ていますが、うちの病院は休床等ありますので、その辺を考えながら最終的な方向を考えているところであります。

〔菅原会長〕

ありがとうございます。本日は時間が限られておりました議論が尽くせなかった面もありますが、さまざまな御意見、御要望も出ましたので、本日の御質問、御意見などを踏まえまして、論点整理を含めて事務局にはさらに検討をお願いしたいと思いますのでよろしく願います。それでは本日の議論はこれまでにさせていただきます、進行を事務局にお返しします。

〔菊池次長〕

菅原会長、委員の皆様、ありがとうございました。それでは以上をもちまして、本日の会議を終了させていただきます。本日は、大変ありがとうございました。