

令和4年度 第1回高崎・安中地域保健医療対策協議会 病院等機能部会 議事概要

- 日 時：令和4年11月1日（火） 19：00～21：00
- 場 所：高崎市総合保健センター3階 第4会議室
- 出席者：高崎・安中地域保健医療対策協議会病院等機能部会構成員17名（欠席1名）、地域医療構想アドバイザー2名、事務局5名、その他関係者

1 開 会

2 あいさつ

3 議 事

(1) 病院機能再編支援事業に係る単独病床機能再編計画について

- 資料1により事務局及び病院から説明。
- 意見、質疑等なし。

(2) 令和3年度病床機能報告の結果について

- 資料2により事務局から説明。
- 意見、質疑等の概要は、次のとおり。

(部会長)

そもそも、地域医療構想がどこを目指すのか、具体的な形がどのようなものか、合意形成されていない状態かと思う。

(構成員)

それぞれの機能の病床が、目指す割合が明示されていない。必要病床数（推計）は妥当な数字であるのか。

(事務局)

適切な数字かどうか、地域医療構想調整会議の一番の主題となる。資料63ページの表のうち、緑色の表が、現在策定されている地域医療構想において、必要とされる病床数とその内訳になっている。全体が3,699床、その内訳として高度急性期が283床、急性期が975床、回復期が1,314床、慢性期が1,127床となる。

そして、現在報告いただいている病床数の積み上げと比較した場合、同じ表の下欄の数字で、全体とすると、105床の不足、高度急性期では224床の不足、急性期については、864床が過剰、回復期は557床不足、慢性期は188床が不足となる。したがって、地域医療構想の計画をベースに考えた場合、急性期の病床が過剰なので、その病床を高

度急性期、回復期、慢性期の方に転換をしていく、そのためにはどのような取り組みをすればよいのかというのが、地域医療構想会議での議題となる。

(構成員)

その下の表では、令和7年の予定で、急性期が1,773床で、798床オーバーしている。この流れは止められないのか。

(事務局)

この表は、病床機能報告において、各医療機関が2025年(令和7年度)に整備する予定の合計の病床数である。このため、現在の計画では、まだ急性期が過剰になっている。

ただ、病床機能報告そのものが、病床単位としての報告ではなく病棟単位の報告であることから、急性期病床で報告されていても、診療内容では回復期のリハビリを行っていたり、転院もしくは在宅への帰宅、退院を踏まえて、慢性期の患者を実際には受け入れたりしている可能性があるのではないか、という点が当会議でも議論されていた。

この点については、医務課が試算をしたところ、実際に急性期と報告されているベッドのうち3分の1ほどは実際には他の機能、特に回復期や慢性期の機能を担っているベッドが、急性期に集計されているのではないかと、という結果が出された。

それが肌感覚なのか、実態として適切なのかという議論については、新型コロナ等の関係で議論が止まってしまっている状況になっている。議論を再開するにあたり、令和3年度の病床機能報告の結果を見たところでは、従来と同じような傾向があり、急性期がまだ過剰という結果だが、その部分が本当に過剰なのか、集計等の都合で実際には他の機能を果たしている部分があるのか、また、あくまでも地域医療構想も計画なので、現在ある急性期病床が将来的に必要な急性期を担う病床なのかという点については、先生方からご意見、ご発言をいただきたいと考えている。

(部会長)

県全体としても病床機能報告の急性期病床数と地域医療構想における急性期病床数ではかなり大きな乖離がある。必ずしも地域医療構想の数字に合わせ込んでいくという合意が得られているわけではない、と私は受け取っているが、その辺、県全体の話としてはどうなのか。

(構成員)

具体的に明言するのは難しいが、先ほどの説明のように、看護基準によって一般病床の急性期を賄うという形で扱っている病棟が全部はまり込んでいるだけであり、中身を精査するとそれほど問題ではない、ということはずっと議論されている。今、一番問われているのは、いわゆる高度急性期が、地域の中でどれだけ必要かということ、皆が認識せずにそれぞれの努力や範囲に任せるような形になっており、非常に人口が少ない二次医療圏もある中で、ほとんど無理な地域も当然出てくるということ。高度急性期をどのくらいの比率で、どの地域にしっかりと持つべきか、それは誰が担うべきか。も

ちろん民間で担うのも当然良いのだが、概ね不採算になる部分が多いので、公立病院が積極的にそこにシフトしてほしいというのが、現在の皆の願いだと思っている。

(3) 地域医療構想に関する今後の進め方について

○資料3により事務局から説明。

○意見、質疑等の概要は、次のとおり。

(部会長)

病床機能報告から、高度急性期が不足となっているが、この地域で担えるのは、高崎総合医療センターと日高病院ぐらいになるかと思う。

(構成員)

当病院の高度急性期は36床になっているが、そのあとGCUとNICUが6床ずつ増えたので、プラス12床で合わせて48床。このあと増床するのは、現在のところ考えにくい。ストロークセンターを作ろうかという話は出ているが、医師がいないので頓挫しているところ。

(構成員)

当病院では、今、高度急性期はHCUの4床。現場のスタッフからは4床は非常に使いづらく、増床してほしいという意見がある。しかし一番困難なのは人材確保で、夜勤のできる看護師がなかなか集まらないため、増床は難しい状況。

(4) 地域医療構想に関するデータ等を踏まえた地域の現状と課題について

○資料4により事務局から説明。

○意見、質疑等の概要は、次のとおり。

(構成員)

資料115ページでは、高度急性期の不足が224床とある。実際、高度急性期を持っている病院の増床が困難という中、とてつもない目標値だが、行政はどう考えているのか。

(事務局)

さきほど話があったように、どこから高度急性期とするのかという議論かと考えている。国の指標でいうと、いわゆる診療報酬上のICU等の施設基準を満たしていれば高度急性期の病床、病棟というような整理で病床機能報告等が行われているが、その数字をそのまま捉えた場合、地域で重症患者を受け入れる医療機関はほとんどない状況になってしまう。しかし現実的には、どこかの医療機関が受け入れて、診療対応をしている。地域医療構想上で想定しているベッドがないと調査の結果は出るが、受け入れができない患者が群馬県から外へ出ていくという状況ではない。地域の病院または県内の病院で入院対応ができるという部分を、どう強化していくのかという観点になるのかと考えている。

(部会長)

結局、医療圏を越えて患者が動いており、現状でも、医療圏の中で需要を満たせない状況があれば、前橋など近隣の医療圏で対応している現状があるかと思う。今回の議題ではないが、地域医療構想の区割りの問題も以前から出ており、なかなか現状を変えていくのは困難が伴うため、この中でどう運用していくか検討する必要がある。

(5) 公立病院が地域で担う役割・機能等について

- 資料5により事務局及び病院から説明。
- 意見、質疑等なし。

(6) 外来機能の明確化・連携について

- 資料6により事務局から説明。
- 意見、質疑等の概要は、次のとおり。

(部会長)

確認だが、現状では対象医療機関からの手挙げ状況を、群馬県も高崎・安中地域も把握していないという状況なのか。

(医務課)

まさに今、この10月から11月にかけて病床機能報告と一緒に外来機能報告を実施しており、その集計結果が出るのが12月以降であるため、県もまだ把握していない状況である。

(構成員)

先ほど、地域医療支援病院になっている場合の、今以上のメリットの有無について話があった。その視点ではなくて、民間病院からすると、公的な病院は紹介受診重点医療機関を目指してほしいと思っている。もしメリットが必要だとすれば、この地域の二つの病院は、ドクターとナースさえいたらやる、そういう気持ちだと思う。ただマンパワーを充足する方法がない。むしろ行政は、その方法論を考えてほしいと思う。それにより、しっかり手を挙げて、プロフェッショナルリティを高めて人を集めて、地域の医療のこの部分は当院が担っていく、そういう形をぜひ作っていただきたいと思う。手を挙げてもあまりメリットがない、ではなく、こういうメリットをつけましょう、というぐらいのモチベーションを作ってもらったらどうかという気がしている。

(医務課)

制度的なことや、医療提供体制をどうサポートできるか等、ご意見を踏まえて検討させていただきたい。

(7) 高崎・安中地域保健医療対策協議会組織及び運営に関する要綱の改正及び協議会組織の見直しについて

○資料7により事務局から説明。

○意見、質疑等なし。

(8) その他の意見

(構成員)

数年前まで手術は伸びていたが、化学療法や放射線治療をしている患者さんは少なかった。ドクターが変わり、また4人から7人に増えたこともあって、かなり患者さんも増えてきた。相対的に適切かどうかはまだチェックしていないが、病院としてはずっと増えている。あと、診療科では、腎臓専門の内科がないため、いろいろなところでお願いはしている。

病床機能調査のことだが、高度急性期が高崎・安中で59床、前橋は1,200床、伊勢崎が110床。資料30ページに載っている高度急性期機能の病床(分類)というのが、ICUや救命救急センター、GCUとあり、これが定義となっている。数字を見ると、例えば前橋は1,200床であり、群馬大学が634床で前橋赤十字が487床、これは有り得ない数字だと思う。済生会前橋病院が63床だが、ICUはないはず。これは病院の報告がそのまま載っているのか。

(事務局)

基本的には病院からの報告のため、病院が例えば「この病棟は高度急性期の病棟です」と届け出たらそのまま反映されている。30ページの一覧表についても、制度運用が始まったときには四つの診療区分に明確な定義がなかったため、その後、国で指針的に、高度急性期は「こういうベッドにこういう機能を持っていれば、高度急性期である」という説明をされている。

例えば、60床ある病棟があって、そのうちの30床が高度急性期を担っているような場合、報告上病棟単位なので、60床の高度急性期の病棟という形で報告される場合もあり、逆に高度急性期を担っていない30床の方の機能で報告されると、急性期60床という形になる。

(構成員)

それでは、全くナンセンスな話である。

(事務局)

国の方では、その矛盾点については、地域であらためて検討をしてほしいと(言っている)。どう捉えるかについては、地域に投げられている状況である。地域ごとにこの数字が適切なのかという協議や議論を行うしか、現時点では方法がないと整理している。

63ページに、平成26年から令和3年度までの病床機能報告の集計結果があるが、平成26年には高度急性期は468床あった。それが28年の報告で54床に減って、また29、30から元年までに400床まで増えて、令和2年度から58床に下がっている。多分これは、病棟の位置付けを高度急性期にするのか、急性期にするのかという、報告上のグレーの部分

分があって、それが結果に反映していると思われる。これを判断のぶれのとして許容できる範囲なのか、よく検討が必要なところだと認識している。

先ほど言われたように、前橋地域や伊勢崎地域と同じような判断で基準を合わせれば、高崎・安中地域の高度急性期の病棟がもう少し増える可能性があるし、当地域と同じ基準で前橋地域を見直せば、ベッド数が下がる可能性もあるということになる。

従来、報告の中では、どのような機能を持つところをどこに分類するのが適切で、良い集計結果がえられるかという議論はされてきているが、どこに分類するかよりも、現状としてどうなのか、という議論に集中してほしいということで、その後の病床すべての分類上の基準づくりは進んでいないという状況ではある。

おかしい結果があった場合には、どこがおかしいのかをよく地域で議論して、その部分についてよく調整をした上で、合意を図ってほしいというのが、国からの依頼となっている。

(部会長)

そうすると、先生ご指摘のように、各地域によって結果が違うという話になるが、医務課はこれをどう考えているのか。県の中で、地域ごとに大きく病床の基準が違うとなると、話が変わってきてしまう。

(医務課)

病床機能報告については、ある程度の目安の基準が設けられているが、定性的であり、病院の自主的な判断のもとに行われているのが実情である。必要病床数と病床機能報告の比較のデータも出しているが、あくまで目安であり、数合わせの議論ではないという状況である。定量的なデータが示せない状況だが、その他のデータを用いて地域の実情を踏まえた医療提供体制のあり方を議論していただきたい。

(部会長)

地域医療構想で数字が示されて、充足率等も出てくるわけなので、地域ごとに基準が違って、その報告で議論しても確かに意味がない。診療報酬上の施設基準等は全然関係なく、要するに医療機関が判断、報告したとおりということか。

(医務課)

現状は仰るとおりである。どうしても定量的な基準のお示しができない状況なので、その現状の中で、地域の事情を踏まえて、役割分担や連携を考えていく状況が現状となっている。

(部会長)

そうすると、この部会として高度急性期の充足等を考えると、高度急性期の病床としてもう少したくさん出してもよいのでは。病棟単位で、プラス 100 床ぐらい加えてもおかしくない話になる。適時調査など縛りがあるわけではないので、計画としてこのくらいの病棟を高度急性期と位置づけてやっていく形でも良いのではないかと思う。

先ほど数合わせではないという話があったが、基本的には数字をもとに議論するわけ

なので、やはり分母や分子になる部分の基準が全く違うとなると、議論がかみ合わないことになるので、ぜひご検討いただきたい。

(構成員)

例えば、田村病院が5床を減らして19床から14床にするという、削るような思いで減床する話と、余りにもかけ離れていると思う。例えばDPCや別の基準から、高度急性期医療をやっている、あるいは実は該当していない、などという基準がないのか。

(医務課)

現状はなかなか定量的にお示しできるものがない。

(構成員)

それで本当に、国のお金を有効に使えるのか不思議で仕方ない。「手挙げ制」のようなデータが通っているというのは、どう考えてもおかしい。この治療は、高度急性期医療か、そうでないか、判断基準があつてよいと思う。

(構成員)

先ほど説明があつたが、高度急性期が460～70床ぐらいあつた年もあれば、50床位になった年もあり、実情からすると間を取って270～280床くらいなのかという感じもある。このまま数字どおりに解釈できないと感じている。判断の仕方で大分変わるので、県の方でも、今後検討していただきたい。

(医務課)

先生方ご指摘のとおり、病床機能報告制度は実態の機能とかけ離れている部分があり、その点について明確な回答ができないのは申し訳ないと思っている。本来の目的である、地域の医療をどう連携していくかという議論の活性化に資するようなデータの出し方を、ご指摘も踏まえまして、今後検討していきたい。

(部会長)

最後に「医師の働き方改革」について何かあれば。

(構成員)

現在も、大学病院からかなり医師を派遣してお手伝いしているが、働き方改革が適用されると、なかなか当直や日直に応じづらくなるので、「宿日直申請届」を提出いただき、できるだけスムーズに運用できるようお願いしたいという話が、随分議論された。そのあたりで困っている点などがあればお願いしたい。

(構成員)

高崎の中で、いくつかの病院はその書類を提出し、二つは許可になりそうだが、最初に提出したところは、労働基準局に駄目出しをされた。もう少し、労働基準監督署などに現状を理解してもらうことが大事、と話がまとまった。提出しなければいけないが、いつ出すのかは悩んでいるところ。

(部会長)

前回の医師会長会議の時にもその話は出て、実際に対応してもらう事務局の方で対応

が良くなければ、県医師会等を通じて話してもらおうなど（するようだ）。あと直接、監督署ではなくても、いくつか窓口があるので揉んでから持っていくなどの方法もあるらしい。

4 その他

5 閉会