

平成30年第2回徳島県東部地域医療構想調整会議議事録

平成31年3月29日（金）午後7時から  
徳島保健所 会議室

【議事1】入院患者実績調査報告及び平成30年度病床機能報告（速報）の結果について

（資料1により事務局説明）

【質疑】

なし

【議事2】公立・公的病院の2025年に向けた具体的対応方針について

（委員）

協議事項に入られる前に一言、鳴門市民の気持ちを代表してお伝えしたいと思う。

鳴門病院は、私たち鳴門市民にとっては、幼少の時から家族や親戚、また本人がいざ病気になる時は助けていただける、かけがえのない病院だ。しいて言うならば、最後の砦であるような、そんな存在だ。本市においても、救急・災害・防災について鳴門病院については非常に頼っているところだ。

また、平成25年8月に休床している。それ以上に削減というのは鳴門市民にとっては受け入れができないということを、申し上げておきたい。

また、二次救急についても、受け入れ先としては非常に役割が大きいところがある。平成30年度、消防本部の搬送件数が2,709件。このうち、鳴門病院が1,766件、65.2%。また、受け入れ要請については、90%以上していただいている。こうしたことから、また、地理的な要因からも、鳴門病院の存在を鳴門市民は非常に大切に思っている。その辺りを皆様ご理解をいただきたいと思っている。どうぞよろしくお願いする。

また、県の方にもこの発言については、しっかりと議事録に書きとめていただくよう、よろしくお願いする。

（資料2により事務局説明）

【資料3による各病院長からの説明】

（徳島大学病院）

2017年度の入院患者実績に基づく4機能区分の定量分析結果を出している。縦軸が病棟だ。東病棟、西病棟をE、Wと示している。横軸が病床機能だ。延べ患者数を参考にして、1番多い患者さんがいるところをそれぞれの機能で分類している。そうすると、右側を見ていただくと、病床別判定が結果として出ている。

1 ページめくっていただき、2025年における構想区域において担うべき医療機関としての役割として、徳島大学病院は県内で唯一の特定機能病院で、それに応じた機能を整備している。高度な医療に対応するために、医療安全を中心とした高度専門医療を中心にやっている。高度な専門医療の提供、医療技術の開発・評価、研修医や専門医制度に対応した専門医診療で高度な医療に関する研修を行っている。特定機能病院の特徴として、教育、研究が入ってきている。医者を育てて県内地域に派遣という形をとったりしながら、徳島県全体に診療貢献している。

右側にはどこの地域の患者さんが来られているかを載せている。やはり東部の患者さんが圧倒的に多く74.32%。南部と西部が20%くらい。県外がこのような数字になっている。

次ページをご覧ください。2025年に持つべき医療機能ごとの病床数を考えている。右側は先程説明したことだが、現在精神科や特殊な感染症を除いて現在の病床数はトータルで643床ということだ。延べ患者数はそこに書いてあるとおりだ。病床数に関しての私たちの考え方を、右側1番上に書いている。実際の稼働率は年間を通じて87.95%になっている。どうしても学会シーズン等があって変化するが、ピーク時は2月15日の稼働率は99.69%なので、現在の病床でやっとなかなかまかなえる。各病床によったら県外搬送もあるので、このようなぎりぎりの状態であることをご理解いただきたい。

次に医療機能としてはやはり、平均在院日数をご覧くださいと少しずつ短くなっている。平成24年が16.0日だったのが、平成30年は12.2ということで段々短くなっており、これはDPCの影響もあるが、少しずつ重症の部類の比率が増えてきていると私たちは考えている。そのため、現在よりも高度急性期病床、急性期病床の割合が増えていくだろうと考えている。

結論としては、右下の表になるが、医療機能ごとの病床数について、現在の定量分析結果を%で表している。現在が643床だが、2025年の必要病床数を高度急性期377床、急性期266床というふうに考えている。

(県立中央病院)

先程事務局から説明があったように、一定の定量的な方法に基づいて、平成29年7月から平成30年6月までの1年間の平均値を求めたものになる。これは、DPCの出来高情報EFファイルから医療資源投入量を積算している。これも指定された方法で行っている。入院基本料相当分、リハビリテーション科の一部、食事療養費を除外している。

①この1年間の割合に関しては、高度急性期27%、急性期51%、回復期17%、在宅医療等5%になった。その下にある石川ベンジャミン先生の報告されているものとは若干ズレはあるものの、同じようなところだ。3分の1くらいが高度急性期、半分が急性期、その他が回復期と在宅医療となっていたかと思う。

②2025年における構想区域において担うべき医療機関として、我々としては現状と大きく変わらないと考えている。現在、県の基幹病院として救急医療、救急救命センター、救急患者、日赤とともに最も多くの救急救命患者を受け入れている。また、ドクターヘリの基幹施設としても活躍しているし、小児救急の24時間体制の受け入れも行っている。急性期治療を担当するとともに、さらにその機能を高めていくのが2025年に向かって

の県立中央病院の役割であろうと思っている。

③2025年に持つべき医療機能としては、①にあるように、我々の病棟にも回復期に分類される患者さん、在宅医療に分類される患者様さんが若干いらっしゃる。しかしながらこれらの患者さんのほとんどは、看護必要度の高い患者さん、転院待ちの患者さんになる。また、2018年、多くの場合我々のところが7:1の一般病棟、ICU、救命救急病棟、NICU、GCU等があって、急性期の重症の患者さんが非常に多くあって、それに続く急性期の治療というのも我々の病院の使命かと思う。36%が高度急性期で、残りは急性期として我々は必要な病床ではないかと考えている。現在でも、一般病棟の平均在院日数は10日を切っており、紹介率88%、逆紹介率185%と高度急性期に特化した医療を行っており、これをさらに進めていくためにはこのような高度急性期と急性期の病床が必要だと考えている。

(徳島市民病院)

データ分析は girasol を用いている。退院月ベースで集計し、正常分娩、自賠責、労災などの保険診療外は除いている。表で示しているが、分析結果について、抽出期間は2017年12月1日から2018年11月30日としている。当院は335床であるが、回復期病棟40床、緩和ケア病棟24床を除いた一般病棟271床を対象として計算している。上の表に示しているように、1日あたりの高度急性期の患者は44.2人、20.3%、急性期が97.6人、44.7%、回復期が61.2人、28%、慢性期が15.2人、7.1%、全体で218.2人となる。

地域医療構想策定ガイドラインで示されている計算式から算出した定量分析による必要病床数は、下の表で示しているが、高度急性期59床、急性期125床、回復期68床、慢性期17床、計269床と考える。一般病床としては現在の271床がこの結果から必要というふうに考えている。

次ページをご覧ください。当院の役割分担について、政策医療5疾病5事業の中でも緩和ケアを含めたがんの医療体制、周産期医療体制、救急医療体制、災害医療体制を政策医療としてしっかり行っていくというふうに考えている。

重点的な取り組みとしては、高齢化に対応して、術後の急性期のリハビリを含めた感染疾患にしっかり対応していく。また、医療・介護の連携を充実させて切れ目のない医療提供体制を実現させていくことを最重点項目としている。

1番下に病床数の推移を示しているが、2014年は全部で339だった。2017年に急性期の283床から、これは緩和病棟がまだ急性期として届け出ていたが、急性期病床を減らすという方針を2025年に向けて考え、緩和ケア病棟24床を慢性期としている。それから、当院が回復期があるということで、公的病院としてやるべきかどうかということが議論で出ているが、当院は大学病院の整形外科とも連携をとって、以前は関節・脊椎をセンターを作ってやっていた。現在は大学病院との方針で、関節は市民病院、脊椎は鳴門病院でやるという方針になり、役割分担を行った。関節の手術が年間400から500件。そうする中で、やはり回復期病棟がないと全く回らない。回復期病棟を公的病院として持つのはどうかとことだが、これは急性期の術後の関節の手術など、急性期のリハビリが必要だ。それを外にお願いする場合もあるが、大体急性期のリハビリは落ち着いて

から送って下さいということなので、回復期病棟の病床数は必要だ。慢性期の緩和病棟の24床というのも、急性期から慢性期、緩和まで含めてのがん治療に力を入れているが、まだまだ緩和に対する県内の体制が遅れているので、緩和ケアの24床も慢性期として必要と考えている。

(徳島県鳴門病院)

2017年度の定量分析を行った。稼働病床279床の実績を分析している。抽出期間は2017年4月1日から2018年3月31日、退院月ベースで実施している。対象データはDPCデータを使用している。自費、自賠責、労災などは除いている。地域医療構想ガイドラインに準じた、入院基本料相当分やリハビリテーション料の一部を除いたもので算出している。

結果としては、高度急性期として判断される3,000点以上というところの該当患者の割合は13.6%、急性期44.7%、回復期が32.0%、慢性期は9.7%だった。これは、総延べ患者数79,527で掛け合わせると、高度急性期10,800、急性期35,572、回復期25,473、慢性期7,681というふうになって、これを1日あたりの入院患者数365日で割ると、高度急性期30、急性期97、回復期70、慢性期21ということになる。

その結果を病床稼働率で割り戻して必要病床数を推計すると、高度急性期が75%割り戻しで40床、急性期が78%割り戻しで124床、回復期が90%割り戻しで78床、慢性期が92%割り戻しで23床ということで、265床がいるだろうという結果になった。

2025年における構想区域において担うべき役割を、私たちは吉野川、県北部での地域医療支援病院唯一の病院のため、引き続き、地域における救急医療、がん、脳卒中、心筋梗塞などに対する高度急性期、急性期治療の機能を担っていくべきと考えている。

2025年に持つべき医療機能ごとの病床数として、実際の出てきた数字が40床という高度急性期がある。高度急性期の40床は定量分析により算出された必要病床数40床である。急性期239床は、稼働病床279床から高度急性期の40床を除いた全病床数だ。定量分析では回復期や慢性期として評価される患者が存在するが、術後など医療資源投入量が少なくても、看護必要度が高い患者、転院調整中の患者などであるため、高度急性期以外は全て急性期が必要と考える。

非稼働病床の28床は、病床機能報告では2025年までに急性期病床として再開予定と当初していたが、28床の中には人間ドック用の6床が含まれており、これは2025年にも必要であることから、これを除いた実質非稼働病床22床については、急性期病棟の再開だけでなく、現実には回復期病床への転換やダウンサイジングも含め、現在検討中である。

(吉野川医療センター)

地域において今後担うべき役割について、我々の病院は、東部に属してはいるが、徳島市内の都市部の病院とは色合いが違う病院だと思っている。周囲には競合する急性期病院がない。結論から言うと2025年は290床の急性期病院でいきたいが、2枚目で評価

している今回の分析結果を見ていただくと、2018年の1年間で計算してみると、ある程度は高度急性期の治療といものもやっけて、11.7%31名、急性期、回復期、慢性期それぞれが各期においてある程度の人数がいるが、年間循環器科PCIが300件以上、整形外科の手術がかなり大きく、瞬間的に言うと3,000点を超える患者は結構多いが、私どもの平均在院日数は14日前後なので、特に整形外科のオペ患は在院日数が長くなっていて、オペ当初は高度急性期であったとしても在院日数が長くなると、各期に点数存在するということになるが、理由としては、当地域に吉野川市、阿波市の地域で回復期、慢性期を担う後方病院が少ない。結局当院に入院させておいて、受けてくれる後方病院のベッドを待っているというような状況だ。県が言っているように回復期が足りないというのは、当地域においてはなっているなという感じが今回した。ある程度高度急性期も担っているが、当院はICU、CCUの要件を満たすベッドを持っていないので、病床機能報告による医療機能としては急性期かなと。ドクター、スタッフ、そういうものを手配できないのであれば高度急性期のベッドは無理だろうし、今後は阿波病院の機能を十分活かして、一番多い機能の急性期を選んでいる。2025年は290床そのまま急性期をやりたい。現時点においても当院のベッド稼働率が97%だ。12ヶ月間でいくとどの月も90%を超えているといった状況で、在院日数は先程言ったように長くなっているし、必要病床数の推計で見ると、合計312床ということで鳴門病院さんとよく似ていると思うが、地域性の影響があるのかなと思う。

(阿波病院)

2ページ目の2025年に持つべき医療機能ごとの病床数ということで、阿波病院は一般病床として73床、回復期で60床としてしている。2025年は36床、60床として報告させてもらった。数字自身は今の数字を入れたということで、JAの病院なのでいろいろな農協本部の意向があるので、なかなか数字を動かさせないところがある。これは数字が維持できるかどうかというのは、阿波病院は建て替えの問題がある。それと医師確保の問題。非常に問題が大きく、不確定要素があまりにも大きいので一応数字を入れて報告させていただいた。

(議長)

ここで事務局に今の公的病院のポイントについて整理していただく。

(事務局)

お手元の資料3のP.14のグラフをご覧くださいながら、ご説明させていただく。この中の赤色の棒グラフで示されている病床の推計必要量を見ていただきつつ、青色の棒グラフである公的公立病院の対応方針、黄色の棒グラフで示されている民間病院のバランスを見ていただきながら、これからご意見、ご協議をお願いする。

赤色の棒グラフで示されている病床の必要量というのは、あくまで医療資源投入量に基づく推計患者数からの積算であるのに対して、青色の棒グラフで示されている公的公立病院の対応方針というのは、各病院長先生からご説明があったように、その多くが病棟もしくは病床の種別による報告であり、基準が異なるものであることや、病棟単位での報告と

病床単位での比較となるなど、乖離が生じている部分もあることにご注意もいただきながら、更に数字合わせが最終目的ではないという点にもご留意いただくようお願いする。

また、患者さんの状態は急性期、回復期、慢性期というふうに、常にはっきり区別されて入院しているわけではなく、入院した時点では急性期でも回復期から慢性期へと移行されたり、場合によっては急変されるということもあるので、日々その実態、実数というものは変化されているということについては、ご承知のとおりかと思う。

昨年ご協力いただいて実施した、入院患者実績調査を基にした合計からは、圏域全体で見ると推計患者数から算出した病床の推計必要量に徐々に近づいていっている状況にもあるかと推察されるころだ。本日の協議においては、病床の推計必要量に合わせるような数合わせ自体が決して目的ではなく、現時点では各圏域での地域の医療需要の状況や推計から見て、各公的・公立病院の2025年に向けた方向性がこの調整会議において一定の合意ができるかどうかについてご協議をお願いしたい。

この会に先立って、東部圏域においては徳島大学病院、県立中央病院、市民病院、鳴門病院を含めた県下6病院の高度急性期病院については、先日高度急性期ワーキングを開催し、今後も調整会議において検討を続けていくが、協議・検討の結果、まずは高度急性期についての方向性についてご了承をいただいたころだ。本日は東部圏域内での検討が必要となっている急性期、回復期、慢性期についての公的・公立病院からのご報告を受けてからの協議をお願いする。

今ご説明いただいたことの繰り返しになるが、大学病院、県立病院からは定量的な分析を行った上で高度急性期と急性期を担う方針、市民病院は同じく定量的な分析を行った上で高度急性期と急性期に加えて緩和ケアや回復期分野を、鳴門病院は高度急性期と急性期を担い、非稼働病床については検討中である。吉野川医療センターについては地域の特性も勘案された上で急性期を担う方針、阿波病院は非稼働病床の削減も検討しつつ急性期、回復期を担う方向で検討中ということでご説明をいただいた。

資料にもあるように、各病院の現状の医療機能の実績、職員数や病床利用率、平均在院日数、救急車受入件数、提供されている医療の内容のほか、地域の将来の医療需要などから判断され、2025年の方向性についてご意見やご質問をしていただくなど、この東部圏域においては徳島病院、東徳島医療センター以外の各公的・公立病院の2025年に向けた方向性がこの調整会議として一定の方向性で合意ができるかどうかについて本日はご協議いただくよう、よろしく願います。

## 【質疑】

(委員)

私は、地域医療構想で前から色々と言われていて、自分の病院をどうしていくか、2025年問題ということがあって、色々調べてみると、地域医療構想調整会議で公立病院改革プランの対象病院については、今年度中に100%合意するよということが出ています。一般病院は来年度、2019年度末までに50%、2025年度までに100%合意が出るよにと書いてあり、公的病院に関してはこの3月31日で100%合意をしないといけないと思っている。それをしないと国としては、どんなことでメリハリをつ

けていくのか。2025年に向かって国から県にこうしなさいという指示があって、それが我々の病院に急に2025年にはしないといけないということが来られても、対応がなかなかできないと思うが、その辺は県としてはどういうふうに考えておられるのか。

(事務局)

確かに国の方からは、公立・公的病院を今年度中に100%合意を図る、それに向けて各県、取り組みなさいと言われていた。ただ、この地域医療構想というのは、この議論の中でより活性化した議論の中で合意を得ていく。会議で情報を共有して皆さんが共通理解の下で、それぞれの病院がそれぞれ取り組んでいくということも併せて求められている。そうした意味で、国からは定量的分析といったものもしながら、理解が進むようにということもしながら進めなさいということも併せて言われているところだ。徳島県の今までの議論を振り返ってみると、病床機能報告と必要量の比較はなかなか難しい。そこでどのような分析をしたらいいかということで、今年に入って定量的な分析も皆さんにお願いして、実施したところだ。そこには適切な指標で議論を深めていただいて、それで合意していただく。ある意味慎重な議論が必要なところもあると思っている。もちろん今年度末の合意に向けて我々も取り組んではいるが、国に対しては仮に100%に至らずとも、徳島県としては各圏域の実情に応じた議論を進めている。また定量的分析もしながら丁寧に議論を進めているといったことを説明して、2025年の医療体制をどうするかということが一番大切なことなので、それに向けて徳島県として適切に議論を進めているということ、もし国から問われた場合には、説明して参りたいと思っている。

(委員)

是非そうしてほしいが、我々が心配しているのは、2025年まであと数年しかない時にあまり進んでいなくて、国はやると決めていて、県に来る。県から急に我々のところに言ってこられて、ベッドをこうしなさい、下げなさいと言われて急に変化にはなかなか対応が難しい。明後日、数日の内に100%合意しないとということも国からの方針で書いてあるので、その辺りどうかなということでお伺いした。急激な変化は求められないと考えてよろしいか。

(事務局)

国から今具体的に100%できていなかったらこうだということは示されていないし、いずれにしても医療提供体制に混乱を起こしてはならないと思うので、その点は十分に踏まえてやっていきたいと思っている。

(事務局)

ペナルティーの話で、国民健康保険の保健者努力支援制度、評価制度があって、その努力の度合いによって補助金をいただける制度があるが、その評価の中に地域医療構想の取り組みがあって、その中で公的医療機関がどのくらいあったか、というのが。今年度クリアの基準というのが、全部とはなっていない。今回の徳島県の状況は、東部病院の先程ご説明したことをご了解いただければ、徳島病院、東徳島医療センターと、西部で1病

院を除いてほぼ合意ができる状況になる。極めて遅れているという状況ではないということだ。

それと、ペナルティーについては国保の部分であるが、それはとりあえずは現時点ではクリアできている。ただ、これが来年どうか、再来年どうか、どんどん詰まっていくという可能性は否定はできないが、今の状況を言うともうそういうことだ。

(アドバイザー)

すでに高度急性期は合意になっているが、今日のご説明を伺うと、例えば市民病院さん、吉野川医療センターさんは、高度急性期が出されている数よりもあると思う。それに関しては今日決まって合意になったからといって、また来年度そのままの数字でいくのかと言うと、また違う可能性があるので、毎年これは繰り返しやりながら合意を繰り返すので、今日はこれで出されているという考え方でよろしいかと思う。

それから、市民病院さんの慢性期というのは、この数字だけ見ると誤解を招く。民間でできないのかというような意見が出る可能性があるが、例えばこの慢性期を違うところでは慢性期ではなくて出されているところがある。今回はこれで出されていいと思うが、全国的に同じようなことをしているところで、それと比べて、全国的に見て緩和ケアは慢性期なのか、回復期なのか、一般なのか急性期なのかを見てから変えることもできる。

(委員)

緩和ケア病床は市民病院の場合、24床を急性期で。以前の高度急性期のときに、三好病院の住友先生は、緩和ケアは急性期で出されていると言われていた。その時に徳島東部では急性期の病床が2025年は多すぎるから、それを減らすということは地域医療構想で謳われていたので、前倒しで減らそうと。いざ急性期を減らせと言われても、私はすでに24床減らしているということで、とりあえず慢性期で出したということがある。それは地域医療構想に協力していこうという考えのもとに。

(アドバイザー)

今度、厚生労働省の方から、こういったものはこうというような、同じような病院で、地域全体で似たような地域と合わせて、こういう考え方でというのが出てくると思う。

急性期は確かに多いが、慢性期も実は多い。それは全国的な傾向を見て考えていただけたらと思う。

それと、決して多いから減らせというものではなくて、必要な医療であれば、それはそれでいいかと思う。先程、県の方からもあったように、必要病床数の数合わせをしていくのが目的ではなくて、自分のところの地域医療構想の病院の中の、その医療の内容をもう一度見ていただいて、その結果、地域と連携できるものは連携をしてという方向で、例えば回復期が足りないということであれば、回復期の医療機関との連携、後方病院との連携等の取り組みを続けていってもらおうとか、そういったこともこの中で重要なことだと思う。

(議長)

P.14 を見ると確かに急性期だけが突出しているように見えるが、公立病院・公的病院

がブルーの部分で確定してしまうと、残りの部分の黄色い部分が非常に少なくなる。

(アドバイザー)

それはない。

(議長)

赤い部分も変わってくる可能性もあるのか。

(アドバイザー)

赤はそのままで、それに合わせて黄色を減らせということではない。

(委員)

高度急性期の委員会に出席させていただいて、まずは公的とか数を決めやすいところから、こういうディスカッションが始まるんだと言われていた。全国を見ると、4つの機能が並行してディスカッションをやられている。そうしておかないと、慢性期は永久に数が出てこないのではないかという危惧をしている。

4つの病床機能というが、例えば群馬県では重度急性期とか、中期急性期という言葉を使っている。そうすると、私たちの頭では初めから高度急性期、急性期、回復期、慢性期というのを見ているが、今お話を聞かせていただくと、それぞれの病院さんで特徴があって、担っている。簡単に内容だけでは決め兼ねない。改めて確認するところだ。

慢性期においても、うちは地域包括ケアを持っている。これはどこに行くのかと言われていたら、また分類が難しくなってくる。4つの機能ということを決めすぎるといけないといつも言っている。特に10連休の問題のときにあった。本当に急性期病院さんが頑張っていたかないと、今の徳島は救急対応ができない。あとは出口問題をきちんと含めた形でのディスカッションが重要なので、その時の後方支援病院がいかに公立病院と連携をして、上手くやっていくかの頭の下でのディスカッションをやっていかないとその場その場で、その病床だけの話をすると、なかなか話が進まないのではないか。

できれば回復期、慢性期も早々に個別にやっていただきたい。

(事務局)

公立・公的病院については、2025プランから取り組みなさいということが国からあったが、今保岡委員がおっしゃったように、4つの機能を並行して進めていくということも大変重要なことだと思っている。

今後のスケジュールについて、公立・公的が先行しているが、来年度に入り、できたら年度前半に、特に民間病院の議論について、慢性期病床を持つ病院も非常に多いことから、まずは慢性期在宅ワーキンググループを開催し、特に2025年に向けた介護医療院への転換の動向の分析をしながら議論を進めていければと考えているところだ。

(委員)

P.14 の表を見ていて、何度もお話は出ているが、高度急性期が多かったところが急性

期に移っているということで、これから公立・公的病院と民間病院との按分をどう持っていくか。

慢性期は先程、保岡先生がおっしゃったように介護医療院等の別の要素があり、そのときに話が出るかと思う。

前回の全体会議のときに高度急性期は結論が出たと思っている。その分があとの急性期。病院によれば、例えば市民病院だったら回復期、慢性期、阿波病院も回復期、吉野川医療センターが高度急性期がゼロということなので、公立・公的2025プランを先行させるというのはわかるが、ここも少し議論の対象になるのではないかと思う。

(アドバイザー)

もう1度確認だが、P.14の表を見ていただいて、急性期の2025年の対応方針で、民間を入れて2,365床となっているが、今日、この青の部分の公的病院が決まったあと、民間を叩いて1,600の必要病床数の需要に合わせるということでは決していない。

民間の方はあとで急性期、回復期、慢性期の中身を見ていくが、それは各病院の中身を見ながらの議論になるということでもいいかと思う。決してこの数を、赤に合わせるための議論をしたり、そういうことではない。

(委員)

資料1のP.7を見ると、2018年報告2025年予定と、2025年病床の必要量は6,160と6,123で均衡しているが、均衡している理由として、病床数の減少1,200とか、介護保険施設等への転換500床等があることによって、上から押しつぶされたような状態の棒グラフになっているかなという印象を持つ。

(アドバイザー)

これはまだ全ての病院の数が出ていないが、2025年に向けては療養病床が減っているのは、介護医療院への転換等があつて、まだ迷っている病院もたくさんある。この数字だけ見たらこれで終わったと思ってしまいが、決してそうではない。

(事務局)

先程来からご説明申し上げているとおり、病棟数の数はもとより、今日は公立・公的病院から方向性、どういった医療をやっていくのか、今やっていることとどう違うのかという方向性についてご説明いただいたところだが、この点については概ね異論がなかったと捉えている。

数の問題について、資料3のP.14の棒グラフだが、トータルの病床数でいくと2025年の必要病床数、このグラフでは6,123床。2025年の対応方針の青と黄色。青は今日ご説明いただいた公立・公的、黄色は民間の病院の5年後の予定だが、この合計が6,060ということで、ほぼトータル数はニアリーということだ。ただ、黄色の方は500床ほど算定ができていないので、その分を差し引いて考える必要がある。数的な話をすると、トータルとしては5年後の必要病床数と各病院の取り組みはほぼニアリーになっていると思っている。

急性期病床が必要量に対して760床ほど多く、回復期については逆に760床ほど少ないという結果になっているが、赤のグラフの成り立ちと、青のグラフと黄色のグラフの成り立ちの違いであるかと捉えている。赤のグラフは平成25年の病床ごとの実態、病床ごとの1日あたりどれだけの医療資源を投入されているかというものを機械的に算出して、それに人口変動をかけて2025年の必要病床をそれぞれ機能ごとに積み上げていている。急性期、あるいは高度急性期として患者さんを受け入れるべくして受け入れても、それは病気によってはそれが回復期になったり慢性期になったりという医療投入量になる。1つの病棟50床を急性期で方針としてやっても、実相としてはその中に回復期や慢性期の患者さんがいらっしゃる。それを積み上げると結局は赤のグラフに近づいていくという形が想像できるのではないかと考えている。急性期のグラフの違いといったものについては、そういったことを考えていく必要があるかなと思う。

徳島大学さん、県中さん、市民さん、鳴門さん、吉野川さんの5病院の定量分析結果を見ると、それぞれに急性期なり高度急性期の運用をしても、結果的に回復期、慢性期の実走としては700床ほどの患者さんがいらっしゃる。この700の差というのは、こういったものの積み重ねであるということも言えるのではないかと考えている。

この数字については今後更に、今は今年度の病床機能報告の速報値でやっているの、確報値をもっと詳しく分析をしながら議論を進めていきたいと思っているが、議論のまとめとしても、本日も説明いただいた6病院については特に異論はないのではないかとまとめさせていただけたらと思う。

1点確認させていただくが、阿波病院さんは「検討中」という数字が入っているが、今年度はこの数字で合意とまとめさせていただいてよろしいか。大きく変われば、変わったときにこの場でご説明いただいて、また合意をとるということでもいいのかなとは思っている。

(委員)

それをお願いします。

(事務局)

本日も説明いただけなかった徳島病院さん、東徳島医療センターさんについては、2025年方針が説明できるような段階で、またこの場でご説明いただいて、ご議論いただきたいと考えている。事務局としてはそのようにまとめさせていただきたい。

(議長)

ただ今事務局から、これまでの意見の総括が示されたが、本日のまとめとして事務局の意見通りにしてもよろしいか。

(各委員)

異議なし。

(委員)

私たちも中央に出ていくと、働き方改革をどうするだとか、介護医療院はどうするかと非常に大きな問題があって、数が大きく変わってくる可能性がある。先生方がやられている回復期、慢性期のイメージが随分変わってこようかと思う。受け皿としての慢性期も変わってくるので、スッと数字だけを決めても、ひょっとすると2040年はもっと変わっている可能性があると思う。それを頭に入れながらディスカッションしていかないとけないと思う。

以上