

## 西部構想区域地域医療構想調整会議 議事録

1 日 時 平成 31 年 2 月 26 日（火） 20:00～21:10

2 場 所 香川県中讃保健福祉事務所 3 階研修室

3 出席者

### 【委員】

久米川議長、佐藤委員、石田委員、溝渕委員、岩野委員、琢磨委員、篠原委員、森安委員、見市委員、大原委員、吉野委員、岡田委員、松浦委員、中川委員、安東委員、瀧中委員、大越委員、原田委員、奥田委員、窪田委員、丸橋委員、岸上委員（坂本課長）、滝口委員、中谷委員、岡田委員、富木田委員、友枝委員、久保田委員（佐喜課長）、小河委員、平尾委員

### 【事務局】

（健康福祉部）土草次長、星川医療調整監、（医務国保課）東課長、尾崎副課長、山崎課長補佐、田岡副主幹、岩本主任、沢井主任主事、（中讃保健福祉事務所）小倉保健所長、野保次長、上原課長、（西讃保健福祉事務所）仁木保健所長、竹一次長、小山課長、渡辺副主幹、前田副主幹

4 開会

星川医療調整監挨拶

5 報告事項

（事務局）参考資料等に基づき、在宅医療推進協議会の設置および第一回会議内容について報告。

6 議 題

（1）病床機能の現状把握等について

（事務局）資料 3 に基づき説明

（議長）

前の会議での意見を踏まえて病床単位で一度出してもらおうということですが、東部の会議でも出たのですが、このアンケートはあくまでも参考資料として出すもので、あまり勘ぐらないで出してもらいたいと思います。

東部の会議でも意見が出たのですが、7月1日の1日だけのデータでは状況把握が難しいのではないかとということで、1週間程度の平均で出してはどうかという意見もありました。また、①医療資源投入量でなるべく出してくれということですが、それが出せないときは②の病床機能報告による基準となっていますが、一つの基準で出さないとおかしいことになるという意見もあり、①に統一したらどうかという意見がありました。これらの意見を踏まえて、皆様方の意見を伺いたいと思います。

（委員）

7月1日は月曜日です。月曜日だと、一般的に急性期だと、週末にかけて患者さんを退院させて、月曜日にどっと入ります。そうすると、入院した日は、次の日に手術をするとしても、その日は医療資源を投入することは少ない。病院によっては、午前中に退院させて午後に入院させるというパターンもありますので、先程の提案のように複数の日数にするか、曜日をどこかにやらないと、月曜日、もっとひどい話で日曜日が対象になれば、実状把握にならないと思います。月曜日が不適切であると思うのと、1日だけでは反映が難

しいと思います。1週間の平均で出して下さいということになると思います。医療資源の投入量に関して質問がありますけれども、入院基本料の出来高点数ですけれども、DPC対象病院とDPC対象以外の病院の出来高は同じになるのですか。例えばCTを撮った場合、DPCでは出来高ではなくてマルメの中に入っていますよね。だから、DPC非対象病院だと入院基本料ではなくて出来高算定になりますよね。これで、DPC対象病院とDPC対象外病院は統一させるのですか。

(事務局)

DPCはマルメで、しかも機能係数があって、病院によって多少点数が違っていると存じています。DPC以外の病院は入院基本料の一律のところと出来高の部分が基本的に単一単価なので、この違いのことの質問という認識でよろしいですか。

(委員)

DPC対象病院の一般的に言う出来高の部分と、非対象病院の出来高部分は違いますよね。

診療報酬のマルメになっているものとなっていないものがあります。DPCであれば、DPCの出来高算定部分だけにして下さいと言え、はっきりしますけれども。

(事務局)

細かい点もありますので、少し調整させて下さい。アンケートを実施する際には統一します。

(委員)

これは、おそらく、非DPCのところは入院点数と基本点数以外のところを積み上げ、DPCの方にはマルメ部分に入院基本点数が含まれていますので、入院基本料相当分を除けば理論的には同じ出来高部分になる。だから比較はできると思います。もし、違っていれば直して下さい。

(事務局)

申し訳ありませんが、ここは確認をさせていただいて、ご指摘された点が統一された数値で積み重ねられるようなものを出していきたいと思います。貴重な意見をありがとうございました。

(委員)

地域包括ケア病棟では、ほとんどマルメとなっています。データは少ないですけれども、回復期あたりに入れた方がよいかなと思いますけれども。それから、当初は点数が高いがだんだん下がってくるので1週間程で平均を取れば、かなり低くなってきます。元のデータが一人の一日ごとの単位でとったデータがあると思いますけれども、3,000点とか600点とかありますけれども、その基準に合わしたらどうかと思います。平均を取るとおそらく低くなるじゃないですか、その辺どうなるか解らないですが、元のデータの急性期とか回復期で割り振ったデータのところと違うのではないかと思います。

(議長)

例えば、1週間で取るとした場合、その病床の1人が退院して、別の人が入院したときには、2人のデータの積み重ねでいいわけですね。個人ではなくて、病床です。

(委員)

毎日の日々のデータをきちんと出して、それを平均すればよい。一人の患者を平均すると日によって波がありますから。そうではなくて、その日に何人、例えば、高度急性期の

3,000 点以上の人がいる、次の日に何人、それを1週間並べて何人いる、というのが一番反映するような気がします。ものすごく変わりますから、この出来高は、1患者の1週間の平均ではなくて、毎日の患者の分布があって、その1週間の平均が、例えば病棟によって、高度急性期が何人平均いて、急性期は何人と出すと最も反映すると思います。

(委員)

委員の言うとおりでと思います。病院の機能によってすごく差があって、心臓血管外科の患者の手術をすれば高くなります。脳神経外科であっても100万単位で上がっていくわけです。だから、病院によっても手術がものすごく高い日と低い日があります。それで、7月1日を基準日とした意図は何ですか。

(事務局)

あまり意図はなく、国の病棟機能報告制度の基準日が毎年7月1日であり、病棟単位での病床機能報告を、今回病床単位で出していただいで比較するとどう感じるかなという発想です。御指摘のとおり、東部でも7月1日はどうかという意見が出ましたので、1週間程度というのを提示させていただいたところです。

(委員)

7月1日というのはわかりますけれども、これも地域によって違います。農村地域では、7～8月は入院患者が減るというデータもあります。最近ですと、インフルエンザが流行した時には、労災もそうだったですけれども、100%入ってしまい、身動きがとれないという時期もあったわけで。だから、一番少ないレベルで機能だけわかればよいという取り方をするのか、インフルエンザの流行する年によっては、今年は100%というのがあったわけで、それをどのように考慮するのか。

(事務局)

国の仕組みが7月1日となっていることから、我々がそれを優先すべきかということ、今後は考えないといけないと思います。季節感の問題については、病棟機能報告で7月1日時点で報告されるという仕組みになっていることから、国の病床機能報告との比較は重視させていただきたいと思います。また1週間程度の平均はどのようなことができるか検討したい。また、DPC病院と非DPC病院についても研究したい。

(委員)

この①の点数配分の出来高はDPCの出来高でやっているデータですか。DPCはCTをしようが、エコーをしようが、レントゲンをとろうが、血液検査をしようが全てマルメです。私たちは、これはDPCではないとして集計をして急性期で出している状態で、6割とか7割程の感じですが。このアンケートがあくまで実態調査であって、それで出してきた結果により、あなたの病院を急性期病棟として認めるわけにはいかないということに発展しないことが大前提でなければ、正確なデータは、皆さん出さないと思う。自分たちがいいように解釈して点数を出してきます。だから、さっきのDPC側でとるのか、出来高側だけでとるとでは全然違います。DPCの病院だって、出来高だけで算定しようと思えば簡単にコンピュータでできますから、そうすると、ちょっとデータがおかしくなるのではないかと聞いてたのです。これの、3,000点、600点、175点というのは、おそらく出来高算定の点数ではないかと私は思っていましたけれども。

(議長)

このデータで個別の医療機関をどうしろという指導は絶対にしない。病床機能報告も自己申告でして、このアンケートもあくまで自己申告ですから、自己申告する時の参考資料にさせていただきたいというデータです。委員、DPCを出来高で出すのは簡単にできますか。

(委員)

DPC に関して当院の診療情報管理室に出して下さいと言ったら、1 週間以内では出してきましたので、手間ではないと思います。

(議長)

それでしたら、DPC を外して出来高で 1 回統一して出してもらった方がいいかもしれない。

(委員)

高度急性期と急性期のところで、早期リハビリテーション加算を急性期だけ加えて 600 点以上になるものとなっていますが、高度急性期でも、我々の病院では入院されたその日から早期リハビリテーションを始める、あるいは次の日から始めることが相当ありますけれども、高度急性期ではその点を考慮していない理由は何かあったのでしょうか。

(事務局)

国の基準に沿っただけであり、理由まではわからない。

(事務局)

国の基準では早期リハビリテーション加算を加えるとなっていますが、元々高度急性期の 3,000 点以上でも、こういったリハビリテーション料が入ったうえでの 3,000 点以上であって外されていないことを考えるべきかと思います。

(委員)

5 ページの医療資源投入量のところでみると、「患者に提供される医療を 1 日あたりの診療報酬の出来高点数により換算した量」と書かれており、( ) 書きで「入院基本料相当分及びリハビリテーション料を除く」となっています。ですから、DPC 点数の診療報酬点数を全部出して、そこから入院基本料を除けば残りは出来高になります。それによって、大きな差が出てくるのはオプジーボのようなすごく高い薬を使っているところは、DPC がマルメになってくるので、普通の出来高をした方がずっと高い可能性はある。そういう特殊な事情の場合は、そのような差が出てくるけれども、おそらく、一般のところは、DPC から一般入院基本料を引けば、DPC の方が係数もよいですし、出来高より DPC の方が高くなるのが普通です。そこから入院基本料のところを除くと、出来高の入院基本料とは同じですから大体出来高は揃ってくる。

(委員)

判断基準の①と②というダブルスタンダードというのは、診療情報管理室がないとかで①で出しにくいなど病院への配慮があつての理由ですが、②ばかりで病床機能報告と同じようにならないように①と②の両方を出すと決めて、出せないところはもう出さない。

①だけの評価の病院の平均を出さないと、①と②を集めてきて同じ土俵で集計してしまうと、②はどちらかというところと抽象的でしょう。抽象的だから、自分は、これは急性期だとやっていると思えば入れてしまうから、けれども、①は、これは診療情報上又医療行為上、当然のごとく規定されている項目なので、①の方が正確に出ると思うけれども、出せない病院の配慮で②があるけれども、両方求めたらどうです。だから、①が出ないところは①は白紙で出して下さい。②だけの集計を出して下さい。①と②の両方できるところは両方出して下さい。それで、①だけの平均だとか、②だけの平均だとか、両方合わせた平均だとか出さないと実態調査にならないと思います。

(議長)

②をやめて①だけにしてもらったら良いのでしょうか。たぶん有床診療所を含めて、今、レセプトを出している機械だとそれぐらいの出来高は出ると思います。出してどうこうすることは無いというわけですから、①で出してくださいというふうにしたらどうでしょうか。

(委員)

実態をきっちりと把握するには、②のものだけで、また②のものが混ざった状態で集計しても実態調査にならない。だから、本当は全部の病院が①を出してほしいけれども、大変な病院もありますし、あくまで協力してもらわなければならないから②は入れたら良いと思いますけれども、今のようにしないと実態にはならない。②というのは今までと同じ自己申告ですから、うちの病院は全て急性期であると出すのと同じことが起こるわけです。

(事務局)

②については、病床単位で出すのと病棟単位で出すのと違ってくることで、一つ、このようなやり方もあるかなと、お示しした。実は、他県でも、こういう実態把握をより精緻に調べるため、②で調査しているところもあるという経緯もあります。我々が懸念していたのは、①と②の両方をやると医療機関の負担は大きいと考えています。議長から①だけでよいのではないかという意見もありましたので、①のみでやるというのであれば、そのやり方もあるかなと思います。

(議長)

東部の意見もありましたから、それを併せて、これで何か決まるというわけではありませんので、病床機能報告を出す時の参考にしてほしいということの資料にしますので、統一したデータで出してもらいましょうか。そういうことでよろしいですか。

(各委員)

特に意見なし。

## (2) 救急医療について

(事務局) 資料4に基づき説明

(委員)

この時間外受診患者数や救急患者数は自院のことは把握していると思いますけれども、救急医療体制の中で、救命救急センターだと、本来、二次救急の病院は、一次も含めてですけれども、そこからの三次救急に行かなければならない患者は断らないよということがあったと思うのですね。けれども、そこが徹底されないと、本来、三次救急で診るべき患者を二次救急で診てあげるために、二次救急からこれは三次救急に行かなければならないような患者は、病院からの依頼に関しては、できるだけ県の方で受入れを強化していただきたい。全てとは言わないが、二次救急の病院がたくさん診てあげればあげるほど、本来の業務に近い救急が救命救急センターに行くのではないかと思います。現実的には、三次救急にお願いしても断られるケースも結構ある。そうすると、予防線を張ってしまうことが一番いけないことです。三次救急に行きそうな患者であれば二次救急で診るのをやめてしまおうということ。そうではなくて、とりあえず、二次救急レベルの病院がたくさん診てあげることで、三次救急はうまくいくと思います。本来、三次救急に行かなくてもよい患者がたくさん行くことで問題になるので、三次救急は、病院からの依頼はできるだけ応じるということ強化していただくことが大切であると思います。私の病院も、この10年間で救急の受入数は倍になっています。それは病院の方針でそうしていますけ

れど、時間外や夜間をとる時に医師が一番不安に思うのは、私たちは、救命救急センターはありませんし、ない診療科もたくさんあるので、そういうことが香川県できちっとできると、おそらく、二次救急の病院がもう少し、二次救急で本来診るべき患者を診てくれるのではないかと思います。

(議長)

救命救急センターの見直しの評価項目には、救急受入を断った数などの項目はあるのでしょうか。

(事務局)

重篤な患者の転院搬送を三次救急が断ることを言っていることと思いますが、その評価は入っていません。おっしゃっていることは御尤もなことです。三次救急側にも、二次救急側にもっと診てもらいたいという要望もあるかと思いますが、地域でしっかりと話し合いをしていただく方が効果的であるかなと、そういうご意見があったことをこの議事録に残すことも一定の効果かなと考えられます。

(議長)

断られると困りますよね。

(委員)

救急の解析からすると、香川県は、一患者が病院に搬入されるまでに依頼する病院の照会回数が全国平均よりも急峻に増えている。このようなことになっているのは、予防線を張って、この人は多発外傷だから二次救急で診ないで断り、そうすると次々になってしまふ。ところが、実際にその患者は搬送されてみると、実は診られる程度であったということもあろうかと思います。それを無くすためには取ってもらいたい。本当に救命救急センターで診なければならないものは、病院からの依頼を断らないことを徹底してもらいたい。徹底されると間違いなく減ると思います。

(議長)

それは、二次救急だけでなく、初期救急の段階でも同じことが言えますよね。開業医が救急隊員からの電話でこれは無理だと思うとすぐ断ったりするが、診たらそうでもない場合もある。それが、救急体制の難しいところで、こういう問題があることを共有していかないといけない。病院からの依頼は断らない、その代り、最初は患者をできるだけ診ていかないといけないのかもしれない。救急車が来た時点でこれはダメとなって次の病院に連絡していってもらふこともあると思いますが。とりあえず診るといのが大事かもしれません。もちろん、電話の時点でこれは心筋梗塞だと分かれば、高次の病院を指定する場合がありますが、そうでない場合は診て、判断して、紹介するという手順を踏んでいく雰囲気づくりが必要である。

(委員)

救急の問題の数値化では、応需率というのがありますね。定期的に90%を超えている病院は優秀であると判断してもよいと思いますが、医療機関からの依頼をどれだけ需応したか、一般の救急は直接大学へもいきますし、ところが、医療機関から依頼があった、つまり、一旦、医師が診てこれはダメだというものをどれだけ応需できているか。仮に、各病院が100%近くになれば、各病院とももっと診てくれるはずなんです。それを数値化して出してくれれば、だから、応需率が90%だけれども、医療機関からの応需率は80%しかない、ということがわかれば、各病院とも上げるよう努力はするであろうし、県は命令するわけにもいかなし、病院もすべて受け入れることはできないことはわかっています。100%の応需率は現実問題無理であるから。けれども、そういう数値を見せるこ

とで、医療機関側から、この病院はほぼ100%受入できるということが表に出るのがよいと思う。

(議長)

救急車が病院に断られた件数は救急では分かるのか。

(委員)

当院では全て記録を残している。依頼して断られたことは皆さん結構あると思います。けれどもそれは表に出ないのですね。だから、各病院がチェックしていかないと出ないのです。だから、暗黙のアピールができない。

(議長)

なかなか病院からそのデータは出しにくいのかもしれない。

西部構想区域の救急体制について、二次医療圏（西部保健医療圏）と合わせるのではなく、従来どおりの中讃、三豊の圏域で考えていってはどうかと思うが、何か御意見は。

(各委員)

特に意見なし。

(委員)

救急の2次から3次の医療機関へ患者をお願いする時も、やはり、そこの先生をどれだけ知っているかということが大きいと思います。このシステムは良くないけれども、現実的には、先生を知っているから表向きは断られても、別のルートからでは何とかできるということが結構多い。要するに人と人とのつながりが救命救急でもとっても大事である。このシステムは良くないので、本当は三次救急病院できっちりとってくればよいのだが。

(委員)

開業医が二次救急に患者を送る場合、最近の若い先生は、内科でも消化器や循環器のように全く分かれていますから、当直されている先生が消化器の先生であれば、心筋梗塞や動脈閉塞があるような患者は絶対に受けてくれません。二次救急をされている病院は、二次救急を受け入れる体制を整えてもらいたい。もし、自分のところで受け入れられない場合には、二次救急病院どうしの連携をとってもらいたい。二次救急病院は一度受け入れてもらって、病院どうしの連携、横の連携をとってもらうのが、開業医からのお願いです。

(議長)

救急は、そういった難しい課題があるということです。

他にご意見ございましたら。

(各委員)

特になし。

(議長)

以上で会議を終了したいと思います。

本日は、長時間にわたりありがとうございました。

7 閉会