

平成29年度第1回印旛地域保健医療連携・地域医療構想調整会議 開催結果

1 日時

平成29年7月21日（金）午後6時から7時35分まで

2 場所

印旛合同庁舎 2階大会議室

3 出席者 構成員（総数23名中23名出席）

遠藤委員、川村委員、蓬生委員、加藤委員代理 角南氏、江本委員、長尾委員、石毛委員、佐藤委員、高木委員、吉岡委員、杉山委員、小泉委員代理 田中氏、蕨委員代理 島村氏、佐渡委員代理 矢部氏、北村委員代理 石井氏、板倉委員代理 竹澤氏、伊澤委員代理 黒澤氏、相川委員代理 梶山氏、小坂委員代理 河島氏、岡田委員代理 青木氏、三浦委員、鶴山委員、杉戸委員

4 会議次第

- (1) 開会
- (2) 会長あいさつ
- (3) 議事
 - ア 平成28年度病床機能報告結果について
 - イ 保健医療計画の改定について
- (4) 閉会

5 議事概要

- (1) 平成28年度病床機能報告結果について

○事務局説明

資料1及び2により、健康福祉政策課から説明

○意見及び質疑

（参加者）今後の整備が予定される病床数等のことですが、国際医療福祉大学は600床全てが高度急性期になっております。従来、そういう考えはまずいのではないかと、うお話があったと思うのですけれども、これは始まっていないので何とも言えないと思います。

それから、回復期リハビリテーションが1,289床不足になっていますけれども、回復期はリハビリテーションと包括ケア病棟がありまして、印旛の場合、回復期リハは結構あるのですね。包括ケアがほとんどないというのが現状だろうと思うのですけれども、それを一緒に考えてやっていいのかなという気がします。

(回答) 今、2点ございましたので、それぞれについてお答えしたいと思います。

まず1つは、国際医療福祉大学さんの病院案でございます。全部600床でいいのかという話でございました。ほかの病院さんからも全てを高度急性期で報告いただいている部分についてと同じような議論になろうかと思しますので、あわせて御説明したいと思います。

国のほうでも大学病院さんが高度急性期に偏ったといいましようか、全てを報告することについてどうかということについて議論があるようでございます。特定の機能を持っていらっしゃるだとか、大学本院としての機能については評価をされていないのだけれども、どうなのだかという中で議論があるわけでございます。そこでは、病院として具体的に診ていらっしゃる方の病状あるいは診療報酬等を含めて、高度急性期のことをやっているのであれば高度急性期ですけれども、そうでない場面があればそうでないというふうになんとかカウントしながら、先ほども御説明いたしました、最も多い割合を占める病棟についての機能を御報告いただきたいというふうになっているところでございます。

国際医療福祉大学さんもそうですけれども、その他の病院におかれましてもそういう観点から御報告いただければと考えているところでございますので、よろしく願いいたします。

それから、回復期についてで、ございます。回復期リハの病棟は整備が進んでいるというお話は時々聞きまして、多分、この印旛でもそういうことなのだろうと御拝察いたします。地域包括ケア病棟をお持ちのところの報告がどこに入っているのかは定かではないのですけれども、回復期としての扱いができるのであれば、回復期のところで御報告いただきたい。それによりバランスのとれた医療が提供されているということがちゃんとわかると思いますので、よろしく願いしたいと思っております。この中でももしそういう御議論をいただけるのであれば、次回の報告の際に、より適切な現実に沿った報告がいただければと思いますし、皆さんの間で理解が進むと思しますので、よろしく願いしたいと思っております。

(委員) 去年もこの高度急性期機能のところ定義がはっきりしないということでちょっとごちゃごちゃして、去年も話した話で申しわけないのですけれども、例えば資料1の3ページの高度急性期。28年というよりは27年に調査したものではないかと思うのですけれども、これは28年に出てきたものですよ。例えば、資料2の2ページ目のところにあります救命救急とか特定集中治療とかハイケアユニットを高度急性期と言うのかなと思って52床で出したら、東邦大佐倉が451床で出てきたので、うちはびっくり仰天して、えっ、そうなのだとって600床に慌てて出したのだということ去年もお話ししているのですね。だから、もう一回調査するとき定義をはっきりしないと、医療計画で必要病床数というときに狂いが生じるということを私は去年同じように言ったのですね。

例えば資料2の入院料。前は7対1で高度急性期を絞ろうとしていたような印象があったので、うちはそういうふうなものでもいいのかなと思ったのですが、例えばこのような特定の管理料をとっている病棟と決めてしまうと、また大分制限されてきますね。

後のファックスでの提案で言ったのは、がんの高度医療をどこに割り当てるのかという問題が今度は残ってきってしまうと思うのです。例えば白血病の治療はただの急性期ですよと言われてしまうと、またいろいろ問題になるのではないかなという感じもするわけですから、その辺のところをある程度はつきりさせて、管理料でとるのか、疾患の病態で分類するのかによって、将来の推計の必要病床数が変わってくるというところをはつきりさせなければいけないということを去年も言わせていただきましたけれども、そこら辺が問題だと。だから、国際医療福祉大学のほうもそういう形でやってくるのかどうか。必要病床数の算定の段階からもう少し定義をきちっとしないと話が混乱するばかりだなということを去年申し上げまして、今年もちょっと言わせていただきたいと思います。

(回答) 今の先生のお話、去年も伺ったと記憶させていただいております。国のほうも、こういうことをやりながら順次定量化しているところでございますが、この地域である一定程度オーソライズしていく部分もあろうかと思っております。今、先生から御提案があったところを踏まえながら、皆様方がよろしければ同様の報告をしていただけるとよりわかりやすくなっていくのではないかなと私は思っております。

(委員) 定義をもう少しきちんとしていただかないと、一体何床きちんと報告していいのかということが本当にわからなくなると思うのです。今の御指摘のとおりだと思うので、ぜひそれをもうちょっと明確に。私たちはここに書いてあるようなことのみを出しています。がんはもっとたくさん診ていますし、オンコロジーエマージェンシーと言われるような人はいっぱい診ているわけですから、そういうのを高度急性期として入れるべきなのかとか、そのようなことはここからでは読み取ることが全然できないので、もうちょっとはつきりしていただけるととてもきちんと報告ができると思うので、ぜひお願いしたいと思います。

(回答) 私がここで全てを決めることはできないのですが、1つは、この資料にございますように、特定入院料や入院料等で区別していただく必要はあろうかと思っております。

去年も千葉大の先生から言っていただきましたけれども、高度急性期、基本的にはベッドで安静にしているような体勢の方だというようなイメージのお話もさせていただいておりますので、そういう方を基本的に高度急性期という念頭の中で、そういう方の割合が最も多い病棟を高度急性期の病棟というふうに報告いただけると整理が付きやすいのかなと思っております。

この制度がわかりにくいという話については、県から国にももうちょっとわかりやすくしてくださいと要望はしておりますけれども、今、この時点で皆様方の考え方を整理するとそういうことなのかなと考えています。

(委員) この資料2は(案)と書いてありますので、まだ案なのだと思うのですが、26、27ですか。今、高度急性期のお話があって、どこまでが高度急性期機能だというお話がありましたけれども、それ以外でも、例えば地域包括ケア病棟で入院料を算定しているところが急性期機能も選択できることになっていたり、下で見ると、一般病棟の10対1が急性期だったり回復期だったりどちらも選べるようになっていたり、この差は、勝手に自分でこう感じたらこちらですということなのか。そうだとすると、後でつじつま合わせに、この病院はこちらにしてくださいと言え合いますので、してくださいという話になるのではないかと、うがった見方をするとそういうことになるのですけれども、この点ももう少し。できれば、どう選ぶのかは各施設で考えるというやり方ではない方法にしていきたいと思います。

(回答) 私どももその点については国に対して申し上げているのです。報告も大事なのですが、要は、機能がそろってくるというのが大事なはずなのです。今はまだ具体的な話し合いが進んでいないところもあるからだと思いますけれども、急性期を脱して回復期のことをやってほしい病院との間で、どこがやっているのかということがわかることが一番大事なはずだと思いますので、そういう中で報告も適切になっていくという考え方もあるかと思います。もちろん、報告も大事だと思いますけれども、実態が伴わないと意味がないはずなので、その辺の議論がもうちょっと進むといいかなとは思っています。

(委員) 資料1の3ページの、例えば25番の地元の成田富里徳洲会病院さんとか、数字が入っていない部分の病院さんがほかにもあると思うのですが、これらの数は、今現在、この報告の推移の中には当然反映されてきていないと思います。例えば開設に当たって国際医療福祉大学さんみたいに病床の配分というのは受けているのかなと。そうすると、ここに数字がまるっきり入らないというのはどういうことなのか、ちょっと御説明いただければと思います。

(回答) 例えば、資料の3ページの12番の病院ですとか25番の病院とかございます。これは、私どもも督促等をさせていただいているのですが、御報告いただけなかったということになっておりまして、残念ながら数字がカウントされておられません。ですので、トータルの数字にも反映できていないということでございます。それはまことに残念ですが、そういう状態だということです。

それから、国際医療福祉大学さんにつきましては、4ページに別になっている表がございます。Aの成田リハビリテーション病院さんとBの国際医療福祉大学さんは今回開設が予定されていますので、ここで載せております。ただ、それは資料1の1ページで申し上げると、D列の欄に記載しているところでございます。

(2) 保健医療計画の改定について

資料3により、事務局説明、資料4により、研究者説明

○意見及び質疑

(委員) SCR の件をちょっとお聞きしたい。6ページの再診料を見ると、これで間違ったメッセージが伝わらないようにという解釈の仕方の説明が主体だったと思うのですけれども、これを見ると、西高東低ではないと言っても、やはり九州は全県100を超えています。それはいいのですけれども、千葉県というのは最下位から何番目かぐらいではないですか。再診料。ほぼほぼ最下位ですよ。違いますか。

(回答) そうだと思います。

(委員) だから、受療率はすごく低いという解釈でよろしいのでしょうか。

(回答) 受療率とある程度相関していると思います。

(委員) 日常、診療していて、私は糖尿病をやっていますけれども、何でこんなに治療をしていない患者がいっぱい後から後から湧いてくるのだらうと、思うところに、やはり受療率が十分ではないのではないかと、まだ医療が十分行き届いていない人たちがいっぱいいるのではないかとというのが1つの意見です。

もう一つは、医療機関があればレセプトは上がってくる、医療機関があるからという形になりますでしょうか。医療機関がなければ出てこないわけですね。

(回答) そうですね。医療機関の所在地ベースで集計されていますので、あれば出てくる。

(委員) だから、例えばインターベンションをやるところが大量に患者を集めれば、そこが高くなる。そういう形ですね。そうすると、それが需要と供給をあらわしているわけではないということが注意点。

(回答) そうですね。地域の住民の方から見たときのニーズというか利用状況をあらわしているわけではないということ。

(回答) 受療率の再診料に関して、項目ごとに見ていくと、ばらばらであるというのが正直な印象です。確かに千葉県は再診料が低いので、例えば糖尿病の管理ということでちゃんと受診してもらうという観点からして望ましくないということであれば、やはりこれをもう少し上げていこうという話になりますし、逆に、これが120近いところがありますが、それはそこまではする必要ないということであれば、下げていこうという話になってくるかもしれない。

再診料以外にも、糖尿病関係の管理料といった項目でもデータはとれますので、そういったものも活用しながらということだと。

(委員) 医療計画においてこのデータと関連して意見として言いたかったことは、受療率が低ければ後々重症の患者が増えてくると考えておかないといけない。ちゃんと受療している人が多ければ、高度急性期はそれほどたくさん必要ではないのではないかとということも考えておかなければいけないのではないかとという意見です。

(参加者) 慢性期の必要病床数は、昭和37年は1,382床となっていますけれども、慢性期病床の必要数を考えるときに、今、国は在宅に移すということを考えています。それで、介護療養病床及び25対1の医療病床を削減するという方針を立ててやっています。この必要病床数というのはそういうことを織り込んだ必要病床数になっているのかどうか、また、実際問題、そんなに数が減ってしまった場合、今の介護保険の施設等がそれをカバーできるほど整備されているのかということです。今回の医療計画は、当然、介護計画と非常に複雑にマッチして立てられなければならないと思うのですけれども、そこら辺の調整というのはされているのでしょうか。

(回答) 慢性期の必要病床数のカウントと算定の仕方につきましては、一般病床の中の二百何点とか175点とかの点数の低いところを対象とし、療養病床については区分1について70%は在宅化しているのではないかとという形で除いているというふうになっております。その除かれたものについて全てを在宅あるいは施設で対応できるのかについては、今、議論がされておりまして、一般病床から除いている方については外来という形で対応できないかという推計もされておりまして、その他については在宅等という形で在宅あるいは施設での対応が必要になるのではないかとという推計をしましょうということまで議論されています。

在宅のための施設が足りてくるのかという部分は介護計画と絡んでくるところでございますけれども、その整合をとらなければいけないわけでございます。病院から在宅に振り向けようとしている需要数と、今、市町村で計画を立てられていると思いますけれども、施設の見込み数を市町村ごとに擦り合わせるということを今後協議の場を設けてやるようにというふうに一応位置づけられています。ただ、やり方や具体的な数字がまだ出ておりません。それを踏まえながら、今後そういう場面をつくっていかねばいけないと考えておりますので、ここにいらっしゃる市町村方ともよろしくお話ししたいと思っております。

(参加者) ほかの地域も見ながら、この印旛市郡で先生とも意見交換をしながらちょっと思ったことがありましたので、意見を1つ出させていただきたいと思っております。

この印旛市郡医療圏に関しましては、1つの医師会があって、そして3つの基幹病院。3病院がうまくできているというふうな形で書かれております。そして、9市町があるという形になって、このバランスについて、本来ならば保健医療計画の中に書かれたほうがいいのかなとは思っている次第でございます。なぜかという、在宅医療のところの問題が出てきておりますので、この9市町と医師会関係と基幹病院の関係性がどのようになっているのか。一部、医師会は1つでありますけれども、5つに分かれていて、5地域である程度動いているということも聞き及んでおります。今後、在宅医療の連携推進事業等もありますので、そことどういうふうに絡めていくのか。医師会と市町村の話し合いも今後出てきておりますので、そういったことを基本のところとして、この印旛市郡の地域を少し見える化をしたほうがよろしいのではないかという印象を持っております。

(委員) 印旛郡市の医療圏におきましては、かなり広域なものですから、南の住民の方が北のほうまで在宅でということは不可能なわけです。現在、基幹病院3つがちょうどいい間隔で分散しているという感じで、医師会との意見交換会のときに各病院の活動状況を見せていただくのですが、日赤であれば成田が7割方で、あとは富里と八街ですか。東邦では、佐倉が7～8割で、あとは四街道とか八街。大体、医療圏ができていますね。日医はほとんどが印西市から。この3つを中心にして考えたほうがやりやすいのかなということの前に松岡先生にもお話ししたことがあります。

それと、各地域によって在宅医療に関する意識が違うんですね。非常に熱心なところと余り関心がない地域がありまして、そこは医師会のほうで調整しないといけないと思いますけれども、土地柄ということもあります。印西などはかなり広大な地域になりますので、在宅医療も大変なのかなという気がしますし、いろいろ調整が必要なのかなと考えています。

(委員) 佐倉厚生園病院様と日本医科大学千葉北総病院様から事前に「千葉県保健医療計画の改定に係る提案について」ということで御意見をいただいております。佐倉厚生園病院様と日本医科大学千葉北総病院様におかれまして、これにコメントとか追加がございますか。

(参加者) 大体言っていることですので。

(委員) 千葉北総病院は。

(委員) がんに関しては、先ほど高度急性期のところのがん疾患を入れる形にさせてもらわないとちょっと不都合かなという考え方で提案ということですね。

あとは、病床ごとなのですが、これは、院長から、特別にこういう体制を印旛市郡医師会の中でも病院部会が設置されてやっているの、ちょっとアピールして、この取り組みにも理解していただきたいということでした。

(参加者) 上のほうの意見では、包括ケア病棟が非常に少ないと書いてありますけれども、現在、聖隷佐倉市民病院と佐倉中央病院と下志津病院にしかないですね。そのほかの地区に

はないだろうと思います。そこら辺の検討が必要なのかなということ。

それから、下のほうでは、三次救急の問題ですね。高度医療の問題。先ほどのことですが、けれども、現在、日赤と日本医科大学が三次救急の病院になっていますが、さらにそこに国際医療福祉大学が大学病院ですので将来的には三次救急を目指してくるのかなという気がします。1つの地域に3つもあっていいのかということがあり、ちょっと気になっています。

(回答) まず、日本医大北総病院さんのほうからですが、がんにつきましては、先ほどもお話ししましたので、こちらは御提案として承りますが、希望としましては、先ほどのベッドに合わせるというイメージもありますし、北総病院さんはがんで緩和ケアまでやっていないのかもわかりませんが、種類によっては回復期もあろうかと思っております。

それから、下段の救急につきまして、もしよろしければ、病院部会との検討というのがもう少しわかれば幸いかなと思っております。

それから、佐倉厚生園病院さんの上段の件でございます。この地域では包括ケア病棟はまだ3病院しかなくて不足気味だという話。できれば、ここについてももう少し掘り下げてこの場で御議論といいたいでしょうか、急性期を脱した方の居場所、さらに在宅復帰に向けての1つの大事な病棟ではないかと理解しておりますけれども、その辺を意見交換していただくとよりよろしいのではないかと思っています。最期に、国際医療福祉大学さんの件につきましては、もし大学さんのほうでコメントいただけるのであれば、せっかくの機会ですので、考え方があればコメントいただくと幸いかなと思っております。

(参加者) 成田リハビリテーション病院でございます。

私たちは100床認可を受けておりまして、7月24日から患者さんの受け入れを開始する準備が整っております。今後は段階的に病床を増やしていく計画でありまして、まず、2～3カ月は30床位で運営していき、半年位のうちに60床体制に持って行って、1年位かけて100床に持っていければいいなということで、今、スタッフで準備に励んでいるところであります。将来的には、地域包括ケアの一翼を担って、特に成田地区になると思っておりますけれども、御協力させていただきたいと思っております。

そのためには、きょう御出席の皆様方の御支援なしにはできないことなので、いろいろ御指導していただきながら、地域のために頑張っていきたいと思っております。

(参加者) 国際医療福祉大学でございます。

国際医療福祉大学は、御存じのとおり、この4月に成田市内で医学部がスタートしたところでございまして、2020年に成田市内に附属の成田病院を開院する予定としておるところでございます。規模は642床の病院になる予定でございます。既に国・県からの御了解をいただいております。

642床のうち一般病床が600床、精神病床が40床、感染症病床が2床という内訳になってございます。大学の病院でございますので、医育機関としての学生の教育のための病院でございますけれども、もちろん、病院としての機能を行う。特に大学病院附属の本院として特定機能病院にも将来的になろうということで考えておるところでございます。また、救急につきましても、もちろん、地域の中での分担を考えながら、私どもとしてもできることはやっていきたい。救急以外のいろいろな面につきましても、千葉県御当局からもいろいろ御要請もいただいておりますけれども、母子の問題、あるいは感染症の問題、その他大学病院としてやらなければならないことについてはできるだけ協力してやっていきたいと思っている次第でございます。

2020年でございますけれども、規模が大きいし、初めてなので、今の考え方ですが、おおむね3年位をかけて200床、200床というような形で徐々に開床し、フルオープンまで持っていければと現段階では考えているところでございます。

(回答) きょうはまだ詳しく押さえていただけていないところもあると思っておりますけれども、病院部会さんができて議論が深まっていくことを大変期待しておりますので、先ほどの包括ケア病床が足りないという話も、この地域の皆様が適切な医療を受けられて在宅に戻るための大事な病床だと思いますので、ぜひ御議論いただきまして整備が進むといいのかなと思っております。私どもにつきましても、また計画の中でいろいろ審査していただくことがあれば対応させていただきますので、またその意見も伺いたいと思っております。