

平成29年度第2回東葛北部地域保健医療連携・地域医療構想調整会議 開催結果

- 1 日 時 平成29年11月15日（水） 午後1時30分～午後3時
- 2 場 所 東葛飾合同庁舎6階 第1会議室
- 3 出席者 委員 20名
和座委員、鈴木委員、土井委員、金本委員、金江委員、眞島委員、山下委員、
烏谷委員、野坂委員、相馬委員、小張委員、三浦委員、千石委員、伊原委員、
飯田委員、富山委員、宮島委員、新委員、坂本委員、山崎委員
- 4 議 事 (1) 保健医療計画の改定について
ア 素案について
イ 保健医療計画地域編（案）と医療機関別機能一覧について
(2) 地域の医療提供について
ア 公的医療機関等2025プランについて
イ 病床機能及び医療機能一覧について
(3) その他
 - ・基金等について
 - ・来年度の会議について
 - ・その他

5 議事概要

あいさつ

○センター長 皆様には、日頃から東葛北部の保健医療の推進に御尽力いただくとともに、健康福祉センターで実施します各事業等に御理解と御協力を賜り、この場をかりて心よりお礼を申し上げます。

なお、本会議は、保健医療計画を踏まえて圏域の体制について検討する地域保健医療連携会議と、地域医療構想推進のための情報共有の場としての地域医療構想調整会議の2つの機能を有する会議となっており、今年度は年2回の開催を予定しておりましたところから、本日、2回目の会議となっております。

前回の会議におきましては、地域医療構想推進のための情報共有として、東葛北部地域医師会が中心となって実施いたしましたアンケートの結果をもとに意見交換をさせていただき、5市のそれぞれの現状と課題を共有することができました。

今回の会議では、保健医療計画については地域編（案）の説明、地域の医療提供体制についてとして公的医療機関等の2025プランや医療機能一覧の情報を共有させていただき、質疑、意見交換等を予定しております。

特に、今回は高度急性期、急性期の医療提供体制を中心に意見交換を進めていけたらと思っておりますのでよろしくお願いいたします。

議事(1) 保健医療計画の改定について

ア 素案について

イ 保健医療計画地域編(案)と医療機関別機能一覧について

※資料1-1、資料1-2、資料2、資料3-1、資料3-2を事務局が説明後、質疑応答を実施。

○議長 ア、イの説明を続けてお願いしたところですが、アの素案に関しての意見交換は、前回に行っておりますのでこの場では行いませんが、後ほど意見提出様式について説明させていただきますので、また御意見を御提出いただければと思います。

このたび、医師会の先生方から前回の会議の追加の質問として、必要病床数(特に回復期)の考え方、必要病床の透明化(いわゆるレセプトとか、DPCなどの活用による透明化の件)及び地域包括ケア病床の位置付けについての3点を、再度明確にしてもらいたいという御要望が事前に出ておりますので、政策課に説明をお願いしたいと思います。

○事務局 事前にいただきました3点について、御説明をさせていただきたいと思っております。

1つが必要病床数のことでございます。私が伺っているのは、今後、全体的に入院受療率が下がってくるのではないかという見解もあるけれども、そういう面で、病床が必要病床数まで本当に必要なのか。あるいは、急性期を脱した方がすぐ在宅なりへ帰られる場面も増えていくと思われるけれども、回復期にこれだけの需要が必要なのかというような御質問だったと理解しております。

いろいろな試算が考えられるのだと思うのですが、私どもはこの地域医療構想の中では、全国一律の形ではありますけれども、2025年の必要病床数を算定しているところでございます。

改めて申し上げますと、二次医療圏ごとに2013年度の医療需要を診療報酬の出来高点数別に3,000点とか、600点とかで区切り、性・年齢階級別に、例えば70歳から74歳の人について、男性で、医療需要として3,000点以上の方がどのぐらいいるのかを把握します。その上で、その方々の人数が何万人から何万人に変わっていくということを推計し、最終的に2025年の医療需要を、性・年齢階級別に積み上げて、さらに病床の稼働率で割り返して病床数を出すという計算になっています。

入院受療率が下がっているという現状も確かに統計的にはあると思いますので、そういうものを加味していないだとか、是非についてはいろいろあるのかもしれませんが、一応、私どもはこういう形で議論を進めさせていた

だいているところでございます。

回復期についても、この地域で特に医療が高度化されて、回復期に行かない人が増えているのだとか、そういう現実がもしあるのであれば、それは共有していく必要があろうかと思えます。しかし、後ほど多分説明する部分もあると思えますが、病院の方々にアンケートをさせていただきまして、こんなことで困っているというところで、例えば急性期の受け皿になるようなところが足りないという御意見もあったようでございます。その困っているというお声と、皆さんの実感と、どういように考えられるのか、そういうのは残っていると思えますので、そういうところを、逆にいえばこういう場で、あるいは違った場でもいいのですけれども、共有していただきまして議論をしていただくことが大事かなと思っているところでございます。

2点目としまして、必要病床数の話にもなるわけですけれども、今、説明を若干しましたけれども、データで示してほしいというお話があったということかと思えます。

実は、私どももこの構想をつくる際には、2年ぐらい前になるわけですけれども、そういう求めを国にもしたことがあるのですけれども、結局示されずに今に至っております、こういう説明しかできないという状況でございます。

申し訳ございませんけれども、御理解いただければと思っております。

3点目ですけれども、包括ケア病床の取り扱いです。

急性期と回復期の両方に柔軟に対応できるのではないかというご質問でございます。

もちろん地域包括ケア病床の取り扱い、この病床機能報告制度上の問題としても、急性期から慢性期まで幅広く対応できますみたいな話になっていると思えますが、機能としては、要は急性期をある程度脱して、ポストアキュートと言われるような形の場合と、急性増悪のような形で在宅から急性期的に戻ってくる方、サブアキュートという形で戻ってくる方、両面に対応していくことができる。

本当に求められているのは、どちらかというサブアキュートなのかもしれませんが、人数は多くないのかもしれませんが、そんな形で対応できる病床かと思えますので、機能的には両面あり得ると思えます。

あとは報告の段階でどういう形でされるかというのは、またいろいろと御意見があるのかと思えますが、一応、そういうことになっているということでございます。

以上です。

○議長

前回の追加の質問ということで3点答えていただきましたけれども、これ

に関して、医師会のほうから何かありますか。

○委員

厚生労働省では、高齢者の年齢ごとの受療率が一定と考え、10年後には回復期が3,000床弱位が足りないだろうとしています。

しかし、実際にいろいろな計算式があって、果たしてそこまで必要なのかということを、常に疑問に思っているわけです。

今後、そんなに需要がないということになった時のことを考えると、それだけのことに投資をしていくことは非常に怖いわけです。

そういうことも含めて、現実的な数値を明らかにしていただきたいということです。

話が堂々巡りで「私たちとしてはこのように計算している。それはもう決まったことなので、それに従ってほしい。」というように私は聞いてしまったのですが、私共に説明するだけでなく、現場の意見をあげる方向性も必要なのではないかと思います。

本当に回復期病床がそんなに必要なのかという感覚、そういうものを十分に考慮していただき、現場はこういう意見だということを県から国に対して、しっかりと上げていただきたいのです。

もう一つ、必要病床の透明化の話ですが、前回の会議で、DPCとかレセプトに関して、「国はそれを把握しているのではないか」とか、「実際どの程度必要かということについての情報があまりない中で病床数のことを議論するのはなかなか難しいのではないか。」という議論がございました。

前回は、「国からデータが固まりのような形でおりにきて、県では分析できない」という回答があり、今回も、「かつて、国にデータについて要望したことがあったが示されなかった」という説明があったのですが、それでもやはり、データを私たちに示していただけるように、国に対してしっかり話をいただければと思います。

また、地域包括ケア病棟に関して、今後、これをどうのように活用していくかということについて、若干触れていただければと思いますがいかがでしょうか。

○事務局

押しつけるという立場で考えているわけではございませんが、一つは病床機能報告との差というものもあるかと思います。国のほうでも定量化していくという話がございますので、皆さんが一定程度同じような条件で回復期を把握することが可能になってくるのであれば、それを踏まえながら議論をさらに進めていただければなとは思っています。そういう意味では国を待っているみみたいなスタンスになるかもしれませんが、もう少し時間がかかってくる部分はあろうかと思っています。

一方で、急いでこの水準に合わせましょうという話ではない部分もあると思います。先生がおっしゃるように、ここの地域で何が足りなくて医療提供がうまく回っていないのかということは大きな問題であり、そこが議論されることが一番重要なところかと思っています。必ずしも数を合わせるとか、そういうようには捉えていませんので御理解いただければと思っています。

必要病床数の透明化については、また機会があれば国にもお話ししてみたいと思いますが、要は、この地域でどういう医療が必要なのかということの中で解明されていくのが望ましいのかなと思っています。

○委員 中小病院だけでなく病床数が多いところでも、データをうまく使って分析していかないといけないと思うのですがいかがでしょうか。

○事務局 ここはいろいろな御意見があると思うのですが、先生のおっしゃる部分もあると思いますが、大きな病院が、1人で、急性期からずっと最期まで面倒を見てしまうという形になるのか、それが患者のためになるのかという議論もあると思います。

あるいは、ある程度役割分担をもう少しはっきりさせていくのか。

要は、急性期を脱した方をどうのように扱えるのか。扱えるというのは失礼ですが、どうのように、さらに連携してみていくことができるかというような問題とすごく絡む部分があるかと思っていますので、そこはいろいろと御議論が必要なのではないかと思います。以上です。

○議長 今回はイのほうの議論と議題2のほうに視点を置きたいと思いますので、このあたりで素案等の意見交換は終わらせていただきまして、イの地域編に関しての御意見を少し伺いたいと思っています。

委員の皆様だけでなく、本日、参加されている医療機関の皆様からの御発言を是非お願いしたいと思います。

地域編に関してはいかがでしょうか。

特に、小児のNICU関係のところでは何か御意見等がございましたらお願いいたします。

○委員 公立病院改革ガイドラインの中にもあるように、当院としては、公立病院の役割という面で、不採算部門である小児、周産期、その部分に力を入れていく方向性です。

PICU、小児集中部門というのも今は6床ですが、新病院になることで10床に増やしていきたいと思っています。

どうしても赤字部門なので、県のほうに支援をいただきたいというのがあ

ります。

県では周産期、小児含めて、その辺の検討をよろしくお願いします。

○事務局 PICUにつきましては、現状ですと整備に対する助成制度はございますので、その面については御活用できる点があるのではないかと理解しております。

その他、周産期関係の整備については、御存じだと思っておりますけれども、松戸市立病院は地域周産期母子医療センターになっていらっしゃると思いますので、MFICUですとか、NICU、GCUについての運営費補助制度も整備されているところがございますので、よろしく願いいたします。

その他、またご要望がありましたら、その都度、改めて検討ということかと思えます。よろしくお願いします。

○委員 今の件に関して補足なのですが、松戸市立病院は18床ぐらいを目指していらっしゃるということだったと思いますが、厚生労働省は、出生数が1万位で、一般的に45床ぐらいとしています。ところが、我々の東葛北部は実際に出生数が11,000位で12床ぐらいです。

○委員 最終的には18床を目指したいなということがあるのですけれども、それでも全然足りません。

○委員 東葛南部地域は出生数が多分15,000位で50床近くあって非常に充実していますが、東葛北部地域は、超急性期の小児科の部分、特に周産期の部分が非常にプアなのです。

不採算の部分が多い中で、公立病院や柏の慈恵会医科大学にこういったものに対して頑張らせていただいておりますが、財政的な部分の補助というものは、子供たちの未来を考えたときに非常に重要ですので、その点を県の方に十分に認識していただきたいと思えます。

○事務局 現状等は十分理解させていただきながら、対応させていただきたいと思っています。

○議長 ほかに、この地域編に関して御意見、御質問はございますか。

○委員 在宅とか病床の問題が出てきているのですが、我々が実際に直面しているのは生易しいものではないです。

例えば病床数が足りなくなっていて在宅医療を推進しようと一生懸命頑張っているのですが、柏市だけ見ても、在宅医療の伸びよりも死亡者数の伸びのほうがはるかに大きいのです。

いずれは高齢者がどんどん増えてくると亡くなる方も増えてくるということで、今の病院の体制ではとても間に合わない。

それを在宅医療とかでカバーするといっても、これもとても間に合わない。

2025年は、あと5年ちょっとしかないのですよ。

確かに構想でいいことをたくさん書いてあるので、これが全部できれば、本当にすばらしいと思うのですがけれども、実際にこれが、どのように具体的に実現できるのかということが全然見えてこないのです。

資料を見ても具体的なものが何も書いていないので、すごく不安になっているのですがいかがでしょうか。

○事務局

非常に難しい、あるいは真摯なお言葉で、私どもも対応しなければいけない部分があると思います。どういう施策を展開していくのかという話があるかと思いますが、私どもが気にしているのは高齢化に伴って増えていくような疾病に対して、救急だとか、そういう部分をどのように整理していかなければいけないのかという問題でして、それを病床の機能の役割分担だとか、そういうことの中で対応できるのかという議論があります。

要は、救急が受けられないように、病床が満杯になってしまわないように、一つはその役割分担をしていくという話があるのかなと思っています。

在宅というのは、もちろんおうちでというのもあるのかもしれませんが、施設でという話もちろんございますので、その施設、要は、特別養護老人ホーム等の施設も含めてどういう整備をしていくのかについては、市町村の皆様と連携していかなければいけない部分がございます。

さらに、在宅をやっている先生方なり、それを取り巻く訪問看護ステーションですとか、その他の介護関係の職員の方々の数を増やすなり、連携するなりという問題がありまして、そういうものは、実は個別に事業が上がってはいませんが、これが十分かどうかは別としまして、例えば在宅と、医療と介護の連携について申し上げますと、現在は先生のところにもお願いしているかと思いますが、県の医師会さんを通じて、在宅医療の支援、要は医療と介護の、例えば顔の見える関係づくりですとか、そういうものについて医療のサイドからお願いしているというようなことがあったりとか、あるいは訪問看護ステーションについては、まだ若干手薄いところはあるのですが、訪問看護師に関する研修を行ったり、そういうことを実はやってはおるのです。なかなか皆様方の目に触れてこない部分がまだあるのだと思いますので、今後、そこについてはもう少ししてこ入れをしていかなければいけないと

思っているところがございます。

今年度、一つやる予定でおってまだできていないのは、例えば医師会さんですとか、歯科医師会の皆様方とか、介護の関係の団体の皆様方とか、そういう団体の連合的なところで、その会員の方々に対して、在宅医療・介護等についての研修といたしまして、啓発をしていただいて、さらにそれをステップアップして県民にも広げていくような取り組みですとか、そういうことも発想の中にはございますので、ここで具体的に書いていない部分は確かにあるのですけれども、そういう形の中で考えていきたいと思っているということ、この場で説明をさせていただきます。

議 事 (2) 地域の医療提供体制について

ア 公的医療機関等 2025 プランについて

※資料 3、4、5 を事務局が説明後、公的医療機関等 2025 プランを 6 病院が説明。

以下のとおり

○国保松戸市立病院 新公立病院改革プランに関して、地域において担うべき役割として、不採算部門、特殊部門に関する産児救急、小児、周産期、災害などの部門に関わる医療を提供するというのを目標として掲げてあります。

地域支援病院でもありますので、民間医療機関と協働しながら、医療の中核として高度先進的な医療を提供すること及び福祉政策の推進にも貢献すること、それから、医療従事者の役割ですね。

地域包括ケアシステム構築に向けての果たすべき役割に関しては、12月に新しく市立総合医療センターがオープンします。

主に救急、急性期を中心に地域が必要とする医療を提供して、後で出ます東松戸病院も関係してくるのですが、松戸市病院事業をどういうように今後進めていくかということに関しては、これから外部委員を入れて検討することになりますので、すぐに結論は出ないかもしれません。

そういった意味で、両病院の機能をどう分けていくかということも今後の課題であります。

また、経営形態の見直し等も含めたものも、今後、検討していく予定になっております。以上です。

○松戸市立福祉医療センター東松戸病院 この表の「地域において担うべき役割」は、内容的には市立病院と同じことが書いてありますので、誤解の無いよう補足しますと、当院は、回復期リハ 34 床、地域包括ケア病床、今は 20 床ですが、緩和ケア病棟が 20 床、一般病床が 88 床で、現在 162 床の稼働で運営してお

ります。

その中で、地域包括ケアの中核として、ポストアキュート、サブアキュートの患者さんを診ています。

在宅の後方支援、神経難病の患者さんのレスパイト入院とか、そういうことを主に行っていて、多くの社会的入院も診ているような状況でございます。

東松戸病院の今後については、審議会が立ち上がっていてどのようになっていくか分からないのですが、計画としては回復期の病床数が東葛北部において不足しているということも踏まえて稼働病床を183床にし、地域包括ケア病床を増やしていくことを考えておりますが、審議会の動きも見ながら、今後どのようにしていくかを考えているところでございます。

○柏市立柏病院 当院は、現在200床の急性期病院で、今後もその規模、その機能でやっていこうと思っております。

公益の機能といたしましては、小児の医療をより充実させる、災害、感染等の発生時に初期対応をちゃんとする、在宅医療をバックアップする等です。

今年、地域包括ケア病床を51床で開設いたしました。

指定管理者制度ですので、公益の機能を高めるためにも、一般病院としての機能を維持するためにも、現在の黒字体制を維持できるようにやっていきたいと思っております。以上です。

○国立がん研究センター東病院 我々のところは国立病院ですので、がんの中心病院として、いわゆる都道府県地域連携の枠とはちょっと外れた位置にございます。

現在、研究開発法人として、特に先端的な医療の提供と新しいがん医療をつくるということを厚生労働省のほうから強く要望されている病院でございます。

既に特定機能と臨床研究中核病院の指定をとりまして、より先進的な医療を推進することを病院として行っております。

しかし、我々のところでも、約半数の方がこの東葛地区からの患者さんでございまして、開院以来ずっと、地域の先生方、いろいろな医療機関、コメディカル先生方とたくさんの連携を行ってきており、在宅医療等に関しても柏市の医師会を中心として、柏モデルというものを構築させていただいております。

今後に関しても、我々のところはがんに特化していますのでがんのところだけになってしまいますが、より先端的な医療の提供と、地域の先生方、各医療機関の皆様と連携を密にとり、今、考えておりますのはいろいろなITの技術を使ったような新しいタイプの医療連携、在宅のモデルを在宅医療のほうでは構築していくことを計画しております。

○東京慈恵会医科大学附属柏病院 当院の特徴と地域において果たす役割としては、既に実施しているものが多いのですが、この箇条書きで書いたようなところでございます。

救命救急センターは急性期、二次救急及び3次救急も担っており、地域の先生方と連携しながら、特に手術、集中治療、急性期のリハビリテーションに力を入れていきたいと考えております。

2番目の地域がん診療連携拠点病院ですが、こちらも患者さんが日常生活圏内で質の高いがん医療を受けることができるように、例えば合併症のあるがん患者さんなどの急患にも対応しております。

3番目の東葛北部地域難病相談支援センターは、医療、福祉あるいは保健の総合的な相談を行いながら、患者さん、家族も含めた県民向けの講演会とか、あるいは患者家族会とかの実施をサポートしております。

4番目は、災害拠点病院として災害時は周辺地域及び被災地域の医療に貢献すべく体制整備、DMATなども行っております。

今後の地域医療機関との連携という形でネットワークづくり等ですが、こちらについては、特に「(2) 地域包括ケアの構築の取り組み」ということで、柏市での高齢化社会における地域包括ケアシステムの構築について、私どもも御協力させていただきまして、他の医療機関、行政の方々と協力して対応していきたいと考えております。

5番目は、当院には歯科がございませんので、周術期連携を進めたいと考えております。

柏歯科医師会の皆様の協力を得まして、当院と地域医療連携を、特に周術期においての連携を図っていきたいと考えております。

こちらには記載がございませんが、先ほどから皆様からお話があるように、東葛北部地域での小児、周産期医療が重要だと考えており、こちらを担うためのセンター化も当院では目指していきたいと考えております。以上でございます。

議 事 (2) 地域の医療提供体制について

イ 病床機能及び医療機能一覧について

※資料6を事務局が説明した後、以下のとおり質疑応答を実施。

○議長 順番に意見交換をしていきたいと思いますが、まず、御説明をいただきました公的医療機関が地域において担う役割等の資料の中で御質問、御意見がございましたらお願いいたします。

○委員 資料6でがん研究センター東病院の高度急性期の病床数が400床という
ことですが、がんセンターの場合は比較的がんということに特化していらっし
やることもあって、例えば心筋梗塞とか脳卒中の方々を診られることはまずな
いと思うのですが、高度急性期にこれだけのものが入ってしまうことによる周
りの医療機関との関係の整合性ということについて問題提起をさせていただ
きたいと思います。

○事務局 こちらでお答えできる範囲は、なかなか中身といいますか、がん研究セン
ター東病院さんの実態をつぶさに承知しておらないので御報告のことを踏ま
えながらということだと思います。

恐らく御指摘は、待てないような急性期というのでしょうか。

がんが待てるとは言いませんけれども、ちょっと性質が違う、そういうとき
に、救急を含む急性期の部分が足りなくなってしまうのかという御指摘な
のかなと理解します。

仮にという言い方は非常に失礼なのですが、がん研究センター東病院さん
では、国でいう高度急性期ばかりを扱っていらっしゃる、要は3,000点以
上の医療を提供されているのだということであれば、実は高度急性期の必要病
床数につきましては、がん研究センター東病院さんで提供されていた2013
年度の医療需要が丸ごと反映されています。要は、県外から来るだとか、ある
いは圏域外から来るだとかという方の医療も提供されておるのだと思います
けれども、それも含めて医療需要に入っているというように、かなり略してい
ますけれども、そういう形になっています。

そういう計算上からすると、高度急性期の必要病床数に当たる部分につい
ては東病院の分も見ていると言えるのですけれども、救急等について、高度急
急性期に当たる部分が不足しているという御実感があるとするれば、その報告の
内容の整合性、報告いただいている内容と必要病床数とされているものの整
合性がよくわからないという問題が一つあるのと、場合によっては、救急の連
携体制の問題としてどこかに偏りがあるのかというようなこともあり得ると
いうことの2つが考えられます。報告の内容と必要病床数との関係の問題点
は御指摘いただいていますので、そこは甘んじて受けるところはありますけ
れども、地域での連携の問題も併せて考えていただけるとありがたいと思い
ます。

○委員 最初に出てきた高度急性期というのは、CCUとかICU等の救急をやる
ところが入っていたのですが、途中から3,000点というのが出てきたと私
は思うのです。

がんセンターの先生方には我々医師会と在宅医療とかで御協力していただ

いておりますが、そういうことは別にして、がん研究センター東病院は、高額な医療をやりますから点数からいったら3,000点はクリアできると思うので当然入ってくるのです。

がん研究センター東病院が400床あるので、ほかの病院が結構汲々としているのです。

医療の現場では、積極的に救急を受け入れている病院の病床が全部詰まって100%を超えるところもままあって、なかなか救急患者を受け入れられない。

高度急性期の考え方が現場の医療と全然違い、かけ離れているので、本当にそれでいいのかというのが私の意見です。

これは点数等制度の中身の問題なので、これまでのように漠然と「わからない」というのではなく、柏の一般医療が充足できているのかをきちんと考えていただきたいと思います。

○事務局 必ずしも中身を問題にしていけないわけではございませんが、言い方が不十分だったかもしれませんけれども、御指摘いただいていることは私もある程度理解しているつもりでおるのですが、要は、この地域で何が不足しているのかという議論なのだと思います。
数は一つありますけれども、そこをご議論いただく場なのではないかと思っています。

○委員 話がかみあっていませんね。
私たちは、現場の中での急性期、超急性期の定義があるわけです。
がんセンターはナショナルセンターとして、全国から患者が来てすばらしい医療をやっています。
しかしながら、いわゆる超急性期と言われている定義が違うので、それを同じ土俵の中に持っていくこと自体が問題なのです。
これは早急に打開策を出していただかないと現場は混乱します。

○事務局 私の説明が悪いのでしょうか。
要は、単純に申し上げますと、400床なりを仮に高度急性期と置きますと、それは高度急性期の医療需要として丸々見えていますので、それ以外の医療需要についても同じような計算で出てきていますので、ある意味そこを抜いても抜かなくても同じというのは変ですけれども、ほかの医療圏と比べれば、そういう状態になっていると私は理解しています。
別格だから抜くべきだといっても、抜いても抜かなくても、そこは丸々見えているので、他の医療圏と同等に算定されているというのが私の理解です。

○参加者 がんの医療と救急の医療を高度急性期としてこの中に入れていますがというのはわかるのですけれども、その割合はどうなのだという話をしているわけです。

ほかの地域と比べてがんセンターは400床という高度医療をされていて、がんの特化した医療を1,386床のうち400床とされていますが、ほかにそういう地域がありますかという話なのです。

国立がんセンターは築地と柏にしかないので、それをほかの割合と一緒に、一つの圏域の中で考えるというのをおかしいのではないかと質問をしているのですが、そこがかみ合っていないということです。

○事務局 割合で計算していないので、ですから、2013年の実績を踏まえて計算しているわけです。

例えば2013年にがん研究センター東病院さんは400床に当たる高度急性期をしていました。

将来のことを言うと難しくなってしまうので、例えばこの数字は全部今のことですよとすれば、東病院さんは400床の仕事をされています。そして、ほかの病院さんはこういう仕事をされています、というのがベースにあって、それに対してそれぞれ性・年齢階級別に需要を伸ばしているというイメージでお考えいただければありがたいのです。

私は、400床が何かを圧迫しているとか、そういうことではないのですということを申し上げているのです。

○参加者 恐らく2つの問題があって、がんの位置付けをこの地域医療にどう位置付けるのかという問題と、御批判を先生方にいただいておりますように、がんがいわゆる本当の救急とはちょっと違うという部分での問題をどう考えるかというところだろうと思います。

前者に関しては、我々も、極力、千葉県のがん対策について、千葉県がんセンターと一緒に協力させていただいてやっていますし、全国的な話での、がん医療の研究であるとか、均てん化ということもやらなければなりませんし、その中で、先ほど言いましたように、患者さんの半分はこの地区の患者さんですので、当然、この地区の地域医療に対しても、できるだけの協力体制をとりたいと思っておりますし、そういった中でやっています。

その切り分けとか考え方は、国になるのか、自治体の皆様方になるのかわかりませんが、いずれかの御判断に従うことに全く異論はございません。

実際には半分の方はこの地区で、逆にいうと、半分の方は県外とか、茨城、埼玉、都内というところでは。

また、夜間、休日も一般の一線でやっている救急病院の先生方には大変失礼かもしれませんが、正直なところ、かなりの数が症状緩和というところで、実際に救急車等で来られます。

そして、緩和ケア病棟がございますので、年間600～700名の方を病院内でお看取りしています。これは築地のがん研究センターの倍は診ています。

当然、そこは救急的な最期、お看取りという方も多いということをお理解いただきたいと思います。

ただ、純粋な救急疾患の心筋梗塞、脳血管障害等の治療とは、またちょっと違った側面がございますので、その辺の御判断は自治体の皆様、この協議会の皆様の御判断に従うことになるのだろうというように考えております

○議長

一つの話題に集中してしまいましたが、この病床数の問題に関しては、政策課の方で、国との関係もありますでしょうから、このエリアの課題としてしっかり受けとめていただいて国等に上げていただければと思っております。

資料6にがん以外、「脳卒中」「心筋梗塞」「分娩」「救急医療」「小児」の医療機関一覧がございます。

この資料で何か御意見、御質問等ございましたらお願いいたします。

脳卒中、消化管出血は、松戸を中心に頑張っておられると思いますけれども、その視点も踏まえながら、急性期医療について、この辺が課題だという御意見がございましたらいただければと思います。

○参加者

3市のG I Bが5市のG I Bになったという形で、広域で運用して3カ月になりますけれども、距離的な問題はクリアされて粛々とやっている状況なので、そういう意味では二次医療圏でそういうシステムが根付きつつあるということですが、これはほとんど手弁当という形で、資金をいただいてやっているわけではないので、この先、充実するには資金的なサポートが必要なのかなと思っておりますが、今のところ、手立てがないという現状もぜひ理解していただきたいと思っております。

また、千葉県全体では移植をやる医療機関が、大学病院を含めて7医療機関あるわけですが、不幸なことに、東葛北部二次医療圏ではゼロです。

一方で、7病院があるにもかかわらず、保健医療計画の素案の中には平成28年度移植症例は4症例しかないのです。

このように、医療資源が充実しているにもかかわらず、有効利用されていないという部分もしっかり考えていただきたいと思っております。

また、前回の会議で、地域医療構想は病院を中心とした会議体であって、在宅・介護の方になると行政の話だということが出て立ち消えになってしまったのですが、今回の資料1-1に、県のレベルでは千葉県在宅医療協議会など

を活用して医療・介護の連携促進を取り組みますということが記載されておりますけれども、二次医療圏の中にこのような会議体がないし、実際に動いているのは余り見たことがありませんので、是非そういう形で連携を実際に推進していくような形を早急にとるべきだと思います。

その辺のところをお聞かせいただければありがたいと思います。

○議長 医療・介護の話は議題3で後ほど触れさせていただきたいと思います。他に御意見はございますか。

○参加者 NICUは当然必要なのですけれども、柏の救急事情を見ても、5歳以上については大体二次病院でも小児救急を受けているのですが、一方で、5歳以下になると、かなりが慈恵ないしは松戸市立にお世話になっている状況です。

結局、二次病院である程度小児を受けていかないとNICUがパンクしてしまうということもあって、二次のほうで小児科医がいないと結構困るということもあって、柏市では実は3年前から小児科医を二次病院に置くことに補助をつける事業をやっています。

それをたった3年間やっているだけで、もともと33%しかいなかったのが、夜間については56%です。

休日については、小児科医が70%も救急病院にいるように変わったのです。

大きな補助金ではないのです。柏市は赤字の財政の中、小さいですけれども、補助金をつけてそれだけのことができていますので、これは柏市だけでやる話ではないと思いますので、GIBに関しても、ほかの心臓や脳卒中のネットワークについても、二次医療圏の中で県ないしは5市の行政と協力してNICUの補助だけではなくて救急に対して考えていただけると、お母さんたちが夜間にも安心して子供を連れていけるような状況がつかれるのではないかと思います。是非検討いただければありがたいと思います。

○議長 この件は検討ということでお願いしたいと思います。

○参加者 地域で行われていることについて、県と地域がつながっていて、お互いのやっていることがわかるようなシステムが非常に大事なと聞きながら思っていました。

実際にどんなことを各市町村でやっていただけているのかとか、県がどんなことを補助できるのかというところを、今後もっと見える化をしていくべきだと思った次第です。

もう一点は回復期の話が先ほどからずっと出てきていましたけれども、資料2の3ページ目の11～13番に地域包括ケア病棟と回復期リハの現在の

数となっております。

回復期リハビリテーション病院の病床数は県の平均よりも低いというのが実態です。

東葛南部の方では、リハビリ病院が多くなってしまって、62～63いっているのが過剰な状況になっているという印象でございました。

療養型病床に関しても圏域ではかなり少なくなっているということなので、ただ単に数の計算の上ではなく、これを見た感じでは、受け手側のところは充足していないのではないか、そんなイメージを感じるということです。

病院の病床利用率とか、平均日数みたいなものもあわせて御勘案いただければいいかなと思いました。以上です。

○参加者 受療率が年々低下しているという傾向があるというのは、患者調査等の統計で見えていることなのですが、受療率というのを1日に何人の人が入院しているかという数で見ますので、在院日数が低下したことによって起こってくるのだらうと思えます。

その一方で、何名の方が新規に入院してくるかという観点で見ると、その数は実は増える傾向にあります。

さらに、手術の件数に関しても増える傾向にあると言われていています。

今、専らこの地域医療構想に関しては、ベッドの数をどうするかというように考えてきたと思うのですが、ベッドという観点だけでは計れないものがたくさんあります。

この地域はこれから高齢化が進んでいき、複雑な手術とかが必要になる患者さんが増えていくだろうという観点で、手術は恐らく増えるけど手術をした後に患者さんがどのようにケアされていけばよいのかというような観点を、急性期をどのように整備すればいいかということに関する議論の方向性とすればいいのかなと思いました。

地域医療構想の前提になっている病床機能、とりわけベッドに投入された資源の量だけを見ていて、その資源の内容を見ているわけではないので、その妥当性がどうであるかということは、例えば第1回で問題になりましたSCRのようなものを見ていかなければいけないだらうと思えます。

これらをあわせて検討していかなければいけないので、ますます地域でのディスカッションが活発になることを期待したいと思います。

議事(3) その他

- ・基金等について
- ・来年度の会議について
- ・その他

※事務局の説明後、以下のとおり質疑応答。

- 議長 先ほど在宅介護等の市町村レベルとの取り組みと医療構想との整合性について質問がありましたが、介護のほうは市町村が主体となっており、市町村毎に取り組みの差が出ている中で、この場でどうやって取り扱っていくか等について事務局から回答をいただければと思います。
- 参加者 県のレベルでは、病院と介護が一体化した協議会が存在しているかわからないのですけれども、二次医療圏でそういうような具体的な行動計画があるのかということをお聞きしたいです。
- 事務局 在宅は、基本、活動というか、区域が中学校単位から始まって大体市町村単位が多いのだと思いますので、二次医療圏でやることにどのぐらい意味があるのか、実は私どもも図りかねておりますので、地区医師会さんと県医師会さんとかにもいろいろ御協力いただきながら、地区医師会さん単位で、今、進めているというのが現状でございます。
- 委員 地域医療構想の慢性期の部分についてきめ細やかに病床等を考えるには、ボーダーラインとしての、いわゆる医療・介護の、在宅部分との接点がないと、しっかりしたことができないということなのです。
- 今、地域の在宅を含めた医療・介護の部分は、今、市町村レベルが大体やっていますが、超急性期からずっと来ました慢性期までの部分については、県がやっていたらしゃるので、そここのところに断絶があって、私たちとしても、なかなかその部分についてしっかりとした整合性が見えてこないのです。
- ですから、そこを県と市がお互いにしっかり連携しながらやっていかないと、慢性期を含めてしっかりとしたものができるのではないかという問題を意識しています。
- 事務局 私どもも、もうちょっとデータも整理しないといけないと思いますので、そういうものを整理しながらご提示できるように努力したいと思います。
- 委員 二次医療圏といいますけれども、同じ市の中でも、いろいろなところとの連携が必要ですし、二次医療圏の中の5市の連携がやはりすごく重要なのです。
- 東葛北部でG I Bは3市から5市になって、今は5市で連携できて、我々5市の会長は定期的に集まっていろいろな話し合いをしているのです。
- 実は全部、手弁当なのです。在宅医療を、もし5市がばらばらにやっているというのなら、県が音頭を取って、やっている人たちを全部集めてやるような

システムをつくらないとだめだと思うのです。

G I Bをやっていると、我々は脳卒中だとか、心筋梗塞、これは5疾患の中に入っていますけれども、ここら辺も一生懸命やりたいと調べていろいろと模索しているのですけれども、全部手弁当でやっているのです。

そこら辺は大きな圏域の中でやるのだったら、千葉県がきちんと音頭を取ってやれるようなシステムをつくっていかないと幾ら議論しても進まないと思うのです。その辺をちょっと考えていただきたいと思います。

○事務局 調整会議の場がありますので、ここでちゃんと資料等を御提示できるようにはしたいと、まずはそこから。

○委員 本当は毎月やっても時間が足りないぐらいの会議で、未だ調整会議の前段をやっているので、今日のように1時間半とかでは絶対にできません。

○事務局 ちょっと考えさせてください。

○議長 御発言にありましたように、短時間で検討できるような内容ではございませんので、今後の運営に関しては非常に難しいものを感じております。

この点も含めて、政策課と協議しながら進めていきたいと思いますので、政策課のほうも検討のほどよろしくお願いいたします。

※事務局から意見用紙の配付について及び今後のスケジュールについて説明後、閉会。

以上