

平成29年度第1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7月19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 22名
東委員、鈴木委員、土井委員、金本委員、金江委員、鏑木委員、
眞島委員、乾委員、烏谷委員、野坂委員、相馬委員、小張委員、
三浦委員、宮本委員、千石委員、堀越委員、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) 平成28年度病床機能報告の結果について
(2) 保健医療計画の改定について
ア 保健医療計画改定方針について
イ SCR(年齢調整標準化レセプト出現比)を活用した地域分析について
(3) 事前アンケートについて
(4) その他

5 議事概要

あいさつ

○センター長 本日はお忙しい中、本会議に御出席いただきましてありがとうございます。

また、皆様方には、日ごろ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、各健康福祉センター、保健所で実施いたします各種事業にも御理解、御協力を賜り、心からお礼を申し上げます。

昨年から本会議は、保健医療計画を踏まえ、圏域の体制について検討するための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ます。

そのため、要綱に基づく委員の皆様の御参加に加え、昨年と同様、東葛北部の全病院にお声をかけさせていただき、御参加いただいております。

今回の会議では、前半において公表されました病床機能報告の結果と、さらに今年度は、医療計画の改定年度に当たりますために、医療計画の改

定に当たっての国、県の方針について県の健康福祉政策課から説明がござ
います。

後半において、東葛北部の5つの医師会の代表が集まったの事前の準備
会議の中で議論されたと伺っておりますので、その内容について情報提供
をお願いいたしております。

さらに、5つの市の医師会の御協力のもと、今回、全医療機関にアンケ
ートを実施させていただいておりますので、その集計結果をもとに、共有
することを中心に意見交換を進めていきたいと考えております。よろしく
お願いいたします。

議 事 (1) 平成28年度病床機能報告の結果について

※事務局より資料1、資料2を説明した後、以下のとおり質疑応答を実施。

○委員 資料1の3ページ38番、当院の施設別報告ですけれども、高度急性期
が現在、6年後も119、それから、急性期が545ということで表示さ
れております。

当日で申し訳ないのですが、こちらは、高度急性期を664床、現在も
6年後も全床が高度急性期ということで当院としては意図しておりますの
で、御訂正をいただきたいと思えます。

この訂正をしますと、1ページ目のところの東葛北部の高度急性期の過
不足に影響することとなり、まことに申しわけございませんが、当院の機
能としては、このように届け出たいと思えますので、よろしくお願いいた
します。以上です。

○議長 では、訂正をお願いいたします。

議 事 (2) 保健医療計画の改定について

ア 保健医療計画改定方針について

イ SCR (年齢調整標準化レセプト出現比) を活用した地域分析について

※事務局より資料3、4、5を説明した後、質疑はなかった。

議 事 (3) 事前アンケートについて

○議長

ここからの進め方といたしましては、まず、一つは本日の会議に向けて、東葛北部の5つの市の医師会において、医師会長の皆様にお集まりいただき、事前に意見交換をいただいておりますので、その医師会の御意見をお伺いすることを一つの目的としております。

さらに、今回、実施させていただきましたアンケートについて、医療機関からの御意見を参加機関の皆様と広く情報共有させていただきたいと思っております。

そして、その御意見から抜粋して、カテゴリーを絞らせていただきながら、県の政策課並びに千葉県医師会とも情報を共有させていただき、その中で政策課への御意見、御質問等があれば、その場で御発言いただく形で進行していきたいと思っております。

御参加の皆様の見解もお聞きしながら進めていきたいと思っておりますけれども、時間に制限がある中で、基本的にはアンケート等の情報の共有を中心に進行させていただきたいと思っておりますので、御協力のほど、よろしく願いいたします。

では、まず、5つの市の医師会が御議論されたと聞いていますので、そちらについて御紹介させていただきたいと思っております。

○委員

平成29年6月26日に5市の会長、副会長の先生方にお集まりいただきまして、意見交換をさせていただきました。

その中で挙げられていたものを少し集約してお話ししたいと思います。

最初に、東葛北部の周産期の医療についてでございますけれども、厚生労働省では出生1万人に対してNICUが25床とされております。

比較ですけれども、東葛南部は出生1万5000人でNICUが45床あって、しかしながら、松戸の場合は出生1万1000人でNICUが12床と、まだまだ足りない。

平成28年4月に市立病院の病床数が12床認可されておりますけれども、もう少しNICU病床を増床する余裕もあるのかなと思っております。

次に研究機関としてのがんセンターは、高度急性期の病床としてカウントするのはいかなるものかということ、昨年もおっしゃっていますし、今回の会議の中でも、それを強くおっしゃっていますので、今月、国立病院長会議の座長であります、千葉大学の先生からも、国立病院の高度急性期の病床

のあり方を再考しなければいけないという意見も出ておりますので、是非、がんセンター東病院の高度急性期病床の扱いについては、首都圏の枠という形でとっていただいて、東葛北部の高度急性期からは外していただければありがたいというような希望が出ております。

それから、先ほど、必要病床数のデータが示されておまして、これは、地域医療構想の支援ツールにてつくっておられるものかと思えますけれども、やはり、実際の必要病床数が本当にあの数字なのかというところの疑問が、各医師会の先生方から出されて、その辺をもう少し明らかにしてもらいたいというような意見が多数でございました。

それから、これも慢性期の中に在宅医療が入っているわけですが、一方で、慢性期病床や急性期、高度急性期の病床の区分は県のほうがやる、在宅の医療は市町村がやるということで、このところのすり合わせが十分できていないので、先ほどお示しされておりましたように、例えば松戸のように在宅医療のボリュームが非常にアップしているところにおいては、必ずしも慢性期の病床がそんなに必要ではないという事実も出てきているわけで、その辺も加味されていないので、単に必要病床数を2013～2015年、同じ数字でずっと挙げて、毎年毎年、我々が病床報告をして、その差について議論するのは、なかなか難しいのではないかという意見が出ておりました。

○議長 今の御意見に追加するような御意見が4医師会の先生方からございますでしょうか。

○委員 先ほどの国立がんセンター東病院の件ですけれども、これは昔から、柏市では病床数が一般病床としてずっとカウントされているのです。

 この申請の中に高度急性期とあるのですが、実際のがんセンターが行っているのは、がんに特化したもので、一般外来もやっていませんし救急も全くやっていない。

 その中で柏は常に救急に関しては目一杯やっている。

 病院の中には病床利用率が100%を超えるところも時々出てきているような状況です。

この中でずっと、この基準病床でやらされていくと、ほぼ破綻している状況です。柏の中では平均の在院日数も短いですし、それから病床利用率もかなり高いということで、もう、限界に達しているのです。

時々言っているのですが、その辺を全然考慮してもらえないということ、ちょっと考えていただきたいと思います。

それから、在宅医療に関してです。

恐らく慢性期というか、これから高齢化が一番進んでいくのは東葛北部、南部、それから千葉のほうだと思のですが、こちらのほうだけ病床が将来的に足りないということがデータとして出ているわけです。

先ほどデータに出ていましたように、東葛北部、東葛南部というのは今も在宅医療を一生懸命頑張って進めているのが現状です。

基金を利用して進めるようにという話はあるのですが、東葛北部でこれを幾ら申請しても全く受け付けてもらえない。

どちらに行っているのかということです。

では、これから千葉県全体で医療を見た場合に、将来、どこが一番困るのかということを考えていただければ、もう、そんなことは考える必要がないというか、私たちが言う必要はないのです。

県のほうできちんとデータが出ているはずですよ。

房総の方は病床が余っているような状況で、これから在宅医療を一生懸命進めても、ほぼ満杯状態になっているような状況で、急速に進めてもしようがない。

確かに国のほうできちんと30年にやるようにというような指摘はありますけれども、我々は今まで、県などから一切協力してもらわずに進めてきたわけです。

それを、まだ問題点があるので、さらに進めたいと思うのですが、その辺が一切考慮してもらえていないのではないかというような考えを持っています。

その辺をちょっと検討していただきたいと思います。

○議長　それではここで、県に少し意見をお伺いしたい点として2点ほど出させていただきます。まず、がんセンターに関するのですが、ここについて事務局のほうからコメントをお願いいたします。

○回答　　まず、がんセンターのほうですが、昨年度もお話しいただきました。国のほうの議論にもちょっと触れていただいているところでございますけれども、国立大学病院及び特定機能病院について、病床機能報告をどうするべきかという話が確かにございました。

例えば国立大学病院としては、多くの病院で全床を高度急性期で出している傾向が強いということについて、大学病院側としても、それはいかがかと思うところもあるけれども、いろいろ心配事もあるよという話をされている一方で、その会議の場では、特定の機能ではなくて実際にそこで扱っている患者さんがどういうステージなのかということ判断しながら、病棟単位ではありますけれども、先ほどもちょっと御説明しましたように、各機能の病棟の中で扱っている患者数が多いところを優先的にその機能として報告すべきだということになっていると思いますので、それはがんセンターであっても、この機能報告と必要病床との関係で言えば、扱っている患者さんが高度急性期なのかどうか。もちろん、がんセンター東病院は機器等も大変整備されて、高度ながんもやっていると思いますから、高度急性期がないということはないと思いますけれども、高度急性期ばかりなのかという議論については、やはり扱っていらっしゃる患者さんの状況を見ながら、その病棟ごとに御報告いただければと考えているところでございます。

○委員　　今、医療機能の選択に当たっての考え方の整理（案）という、そのことのお話をしていると思うのですが、「最も」というのは6割ぐらいのことを言うのでしょうか。

6割なのか7割なのかで全然違うような気がするのですが、具体的な数字が書かれていなくて曖昧なので、選択できるということで書いた。「最も」というと、例えば6割ぐらいで高度急性期を選択できるのか、急性期を選択できるのかというところの御判断はどうしたらいいのでしょうか。

○回答　　「最も」なので、文言どおり読めば割合などはないと思うのですがけれども、例えば高度急性期と急性期で半々ならどうするのかとか、そういう話があるのかもしれませんが、そこはちょっと私どもも何とも申し上げられませんけれども、全体のこともあるでしょうから、そこは6年後に向けて

どう考えていくのかということも含めて御報告いただければありがたいと思っております。

○委員 今、国立病院とかそういう話が出たのですけれども、私たちが考えているのは全く違うのです。

がんセンターというのは、インターナショナルな病院であって、地区でやっている病院ではないのです。

そのあたり、こういう急性期とか高度急性期とか、そういう問題ではなくて、普通の病院として扱っていいのかどうかということをお伺いしたいのです。

○回答 そこが漏れていてすみませんでした。非常にテクニカルな話になりますけれども、高度急性期の必要病床数をどのようにカウントしているか、あるいは千葉県全体の病床数をどうカウントしているかという問題があるのですけれども、まずは千葉県全体としましては、他圏域から入ってくる方、出る方がいます。

これは2013年の資料ですが、その時点で、病院で扱っている患者数を基礎としていますので、要は、現状、追認型なわけです。

かつ、高度急性期については、そのときは点数で、3,000点とかと分けているわけですが、それはその病院で扱っている方は全て需要数として見るという中で、その需要数をもとに、さらに性別・年齢別に2015年の状況を踏まえてどうなっているかという計算をしています。

ただ、それは高度急性期だけで、急性期以降になりますと、そればかりでは困るので、要は、住所地ベースの部分もないといけないということで、そこは患者住所地と医療機関所在地ベースの数字を半々にして平均的にとっているという作業はしていますけれども、がんセンターのように、ある意味、他県から来ているとか、そういうことを踏まえて考えた場合については、その3,000点以上の方については、そこで扱っていらした方を需要数として見込みながら、それを伸ばしているというようなカウントにしているのです、極端にひどいことをしているとは今のところ感じていないということでございます。

○議長 もう一つ、在宅医療のお話があったと思うのですが、その辺についても政策課から少しコメントをいただけますか。

○回答 在宅医療の件でございます。在宅医療が広がっていかないと、要は裾野がないと転換ができないという議論はよくある話で、かつ、ここでは、松戸市は代表的なところとして大変進んでいらっしゃるところで、大変ありがたく思っているわけですが、そこに今、基金が使われていないというお話でした。確かに在宅医療について、どのように施策を進めていくか、私どももいろいろ検討していく中で、余り基金が使えていなかったということについては大変反省しております。今、在宅医療の部分にどのような施策が展開できるのか、今年の計画改定作業の中でもアンケートを病院、診療所のほうにとらせていただきまして、検討していきたいと思っておりますので、御指摘はおっしゃるとおりだと思っております。

それから、病院の部分につきましては、今、基金については医師確保、看護師確保という、人材確保の部分に非常に力を入れているのは事実でございます。そこにかかっているお金が多いということと、それから、病床機能の転換の部分で、要は回復期機能に転換されるという部分に今は重点的に基金をかけているということでございます。そういう形で基金を使わせていただいているのですが、こちらの方面で御利用いただけなかったという部分があるかと思えます。それについてはまた御意見を踏まえて検討したいと思っております。

○議長 ここでアンケートのほうも御紹介させていただきたいと思えます。今回、5つの医師会に御協力いただき、全医療機関にアンケートを依頼いただいております。

本来ならば保健所からアンケートを全医療機関にお願いする予定でしたが、松戸市医師会で事前にアンケートを実施されておりましたので、その項目に合わせる形で4つの医師会にも御協力いただけるということでお願いさせていただきました。

医師会ごとに、医療機関に呼びかけていただき、回収し、保健所に提供いただいたという経緯になっております。御協力、本当にありがとうございました。

5つの市には57医療機関がございますけれども、そのうち37医療機関から回答をいただきました。

それをまとめたものがお手元のA3の資料になっております。

なお、医療機関以外の参加機関もございますので、そちらに関しては保健所から直接御依頼し、保健所で回収しております。

この内容に関しましても後ほど口頭で紹介させていただきたいと思っております。

限られた時間ですので、アンケートの項目のA、Bの項目に絞らせていただき、また、先ほどの医師会の御意見と類似する御意見もございますので、3つに分類しながら進行させていただきたいと思っております。

まず、最初に1つ目の分類として、先ほど医師会から御意見もありましたけれども、病床整備計画への御意見。この数字が、必要病床数が、本当に地域を反映しているのかとか、病床機能報告の疑問点などもやはり同様な意見が書かれておりますので、これから御紹介させていただきます。そして2点目が、市ごとに抱える課題についての御意見も載っておりますので、その御紹介。

そして3点目が、今後の議論をどこが中心に主導していくのかというような御意見も出ておりますので、そこを順番に御紹介させていただきます。

まず、1つ目の、東葛北部の病床計画への御意見です。

先ほどの医師会の御意見にもございましたけれども、このデータが本当に地域をあらわしているものかどうかという御意見が多く書かれております。

アンケートでは、ちょっと区別がつきにくくなっているかと思っておりますけれども、セルの色が最も濃い色の部分を、その特徴的な御意見が書かれるところとして色分けをさせていただいております。

例えば計画全体への御意見、根幹のところですけども、4ページをお開きください。

4ページ28番項目Aのところに記載されておりますけれども、「地域には地域の特性があり、現場の医療を支えてきた医療者がその地域の医療上の問題を一番理解しているはずである。そこからの意見を吸い取らず、統計的な議論だけで進められているのが現状である。（中略）厚労省が提示して進

めている統計が本当に現実に合っているのか、日本医師会、県医師会、地元大学でしっかりと検討していただきたい。地域に即した統計と今後の推移に沿った現実味のある資料を我々に提示していただきたい。国から示された路線にただ乗っていくような組織であってはならない」という、ちょっと手厳しい御意見もここには記載されております。

さらに、先ほど医師会からの御意見にもありましたけれども、高度急性期・急性期に関しては5ページ31番項目Bのところに、やはり国立がん研究センターの、高度急性期として加えることへの可否などが書かれております。

さらに5ページ33番項目Bのところに、「東葛北部は、回復期・慢性期病床数が大きく不足していることは明らかだが、高度急性期・急性期医療においても、その提供能力は現在十分とは言えず、その病床数の増減に関しては慎重にあるべきである」という御意見も記載されております。

さらには、境界域の体制についての御意見が、1ページ8番のところに記載されております。

病床機能分化の問題も含めて、機能が明確な高度急性期以外の高度急性期－急性期・回復期の境界域の医療体制について、病床整備も含め議論がもっとあると良いと思う」というような意見が書かれております。

何点か、ずっと読ませていただいておりますけれども、これらの率直な御意見が今回記載されているのが特徴でございます。

さらに病床配分について、県へお伺いしたいような内容がありますので、御紹介させていただきます。

1ページ項目6のところでは、「東葛北部としての全体像がまだまだわかりにくいいため昨今配分された病床が適切かどうか判断しにくい」という御意見。

さらに4ページ28番項目Bのイの中で、「東葛北部の病院増床許可が出たが、この地域の病床の過不足を考慮した上で、各病院から、増床申請が出されたものと思われる。各地区でどのように申請が出されたかをオープンにしていれば、この地域の医療機関がどのような考えで今後の医療を行っていくとしているのかの方向性が見えてくる」のではないかとというような御意見がございます。

この御意見に関して、政策課のほうからコメントをいただきたいと思っておりますが、いかがでしょうか。

○回答 4 ページ 28 番 B のイのところですが、病床の配分に当たっての審査は医療審議会ですべて具体的にやっているのですが、非公開の扱いになっております。

私共の方から、こうしようという提案はできないのですが、例えば医師会なり、病院の方々が集まる中で自主的に話し合いをしてみるとか、そういうことは別にとめるものではございませんので、そういう形でお願いできればと思っています。

○議長 必要病床数のデータが実際を反映しているのかという御質問なり御意見が多かったのですが、このあたりに関して、再度、政策課のほうから御意見をいただきたいと思っております。

必要病床数が本当にこの地域の実情を反映したものなのかどうかというところを、もう一度説明していただきたいということです。

○回答 東葛北部は広くて、それぞれの地域で状況は異なっているものと思われま

す。先ほどの御指摘にもあったように、柏市はいっぱいいっぱいだといった話は事実だと思いますし、そういう状況で本来調整が必要な部分なのだろうと。北部全体としての数と、もう少し割った地域の状況というものを勘案しながら、どの場所がより中核的な機能を担い、どの場所は周辺的な機能を担っていくのかということ議論しなければいけないのだろうと思います。

数字に対する信頼の話でございますけれども、これ自体は先ほど支援ツールでというお言葉もいただきましたけれども、そのとおりで、国のほうで規則まで決めて算定方法を決めまして、2013年度の需要数をもとに2025年の性・年齢階級別の状況の総和でやりましょうということになっておりますので、これ自体、それを信じるか信じないかというのは、なかなか難しいのですが、ただ、一応論理的にできているという部分でございます。

それがやはり地域的な問題で偏って感じられるというのは、多分、実感としてあるのかなとは思っておりますので、この東葛北部という中で、そこをどのように解決していくのかというのは、こういう場での議論、あるいはさらに医師会などで御議論されている中での取り組みにおいて解決されていくものかなと考えています。

○議長 今ここで再度確認したい事項があるというようなことがあれば、御参加の医療機関の皆様から御意見を伺いたいと思っておりますけれども、いかがでしょうか。

○委員 必要病床数は本当にこれでいいのかということですが、これは産業医大の先生のデータですよね。前に伺ったときには、千葉大の医師が分析したのとは微妙に違うということでした。

千葉大の分析としてはどういう状況なのか、お伺いできればと思います。

○回答 それではお答えいたします。この計算式、必要病床数というのはあくまでもレセプトをベースにしたものです。

高度急性期とか急性期といった言葉は一旦忘れていただいたほうが正しいと思います。

高度急性期と言ったら何となく救急疾患を扱うというイメージになってしましますが、レセプトの解析の中では救急疾患に全然特化していません。

要するに、高額な請求をするような項目が入っているかどうかだけで判断しておりますので、がんも当然のようにそこに入ってきます。

ただし、がんの中で緩和治療などは高度急性期から除かれるべき問題なのですが、病院に来て侵襲的治療をして、特にベッド上で安静が必要だと思われる期間が高度急性期という分類にされていると思っていただけたらいいかなと思います。

もう一つの問題点は、レセプトをベースにしていますので、患者さんの住所は後づけでレセプトから拾っていくという手法をとっておりまして、計算上正しいと思われるのは病院の所在地ベースの計算になります。

病院の所在地ベースですと、患者さんの住所に関係なくやっていきますので、例えば東病院のほうに北海道から来た患者さんが1,000人いようと、それは関係ない。

そこの医療機関でそれだけカバーしているので、将来的にもそれだけの病床数が必要ですよというように計算するようなやり方が病院の所在地ベースという計算になります。

こちらをとった場合は皆さんの不満はほとんどないような数字が出ているかと思えます。

患者さんベースになりますと、流入・流出の問題がありまして、この地域からも東京の病院に行かれる方がいる一方、東葛北部以外の南部の方もこちらの病院に来られる。

あるいは東京からも受ける、茨城からも埼玉からも受けるというようなものが局所的にはいっぱい発生していますので、やりくりが難しい話になってくるかと思えます。

ただし、千葉県全体のバランスを見ようとすると、住所地ベースでとりあえず県民に応えられるだけの医療を提供しているかどうかという判断は重要になってきますので、県庁としては住民の所在地ベースと医療機関ベースの合算でやったということになると思えます。

ただ、本当に病院ベースで考える、皆さんの立場から考えるということであれば、純粋に病院の所在地ベースで計算したら、実感に近い数字のものが出てくるのではないかと思っています。

私たちはこういう計算に、さらに最近の医療技術のトレンドを加えて計算しておりますので、こういう数字を用いますと、未来はもうちょっと悲観的になりまして、この地域も既に入院需要の減少局面に入っていると判断しております。

ですから、国が言うとおりで、この地域は既に90%近い病院がほとんどということになるかと思うのですが、そのような実績ではないと思えますので、例えば内視鏡手術が始まって、在院日数が極端に短くなったとか、こういう改革が今後も進んでいくと考えると、この必要病床数というのは、あっても経営破綻しない最大病床数と捉えたほうがいいのではないかというのが私たち大学の中で計算している者の立場からのお話になります。

○議長

では、アンケートのカテゴリーの2つ目として、市ごとに抱える課題。東葛北部といっても医療状況に差がありますので、市ごとの地域の特性からくる御意見がここに書かれております。

アンケートでは太枠で囲んである、地がドットになっているところの下線が引いてある項目です。例えば2ページ17番右端の項目。その他のところに書かれているのですが、松戸市は医療依存度が高く高齢者の施設が不足しているというような内容です。

3 ページ 19 番項目 B のところでは、流山の現状が書かれています。

予想を超えた人口増加をしているという中で、急性期、回復期の病床の不足が発生してきているということで、東葛北部の一括のくくりではなく、地域状況の調整も必要と書かれています。

3 ページ 21 番項目 B のところですが、我孫子市は印旛保健医療圏とかわりがあるということが書かれています。

4 ページ 28 番項目 B のアのところですが、野田に関しては埼玉、茨城と接しているので、その医療状況にも左右される。

千葉県の検討だけでは十分ではない、というような記載があります。

5 ページ 34 番。柏市においては、小児科、婦人科など、柏市に少ない科の病病連携の検討が必要というような課題が記載されております。

これらを受けまして、4 ページ 27 番項目 B は、行政サイドからの一方的な整備計画は現実性に乏しいのではないかという御意見です。

また、取り組みの方向性として 2 ページ 17 番項目 A のところに、松戸市だけの部分と東葛北部全体をイメージする資料を別々につくって、イメージ図を作成しながら顔の見える縦の連携強化が必要というようなことが書かれております。

やはり地域の課題の解決も図りながら、近隣の圏域の状況も見据え、東葛北部全体の整備をしていくということが、なかなか難しい状況という御意見がここにストレートに書かれているのではないかと考えております。

では、アンケートのカテゴリーの 3 番目は、圏域の中で今後の議論の進め方です。

医師会主導の協議会での議論や各医師会単位での議論を共有する方向性を望むというような御意見が多く書かれています。

アンケートでは、やや薄くセル全体に薄い色がついている部分でございます。

1 ページ 1 番、2 番項目 A、4 番。2 ページ 9 番。それから、3 ページ 19 番、21 番、23 番などが、やはり医師会を中心にその特性に合った議論をまとめていただき、情報の共有を図ってほしいというような意見が多数書かれております。

ただし、アンケートの中では、2 ページ 14 番その他のところにあるように、在宅の先生方が参加していないところを危惧されている御意見がこ

ここに書かれておりますし、同様の御意見が4ページにも書かれておりました。

さらに1ページ1番では、医師会主導の場合に公立病院などに配慮した公平性のある話し合いを望みますというような書き方もあります。

これらを踏まえて、今後の議論の方向性について、各医師会の医師会長の先生方から御意見を順に伺いたいと思っております。

○委員 今、議長がおっしゃったように、この地域で在宅をしている医療機関はほとんど来られていない。

整合性の面でも、ここの議論も在宅をやっている人たちに聞いてもらいたいということもありますし、在宅をしている方々の意見もすり合わせて持っていきたいと思っておりますので、ぜひ、一緒に入れていただくか、または個別の医師会ごとの会議の中でやるということも一つの案だと思いますけれども、この会議の中にはやはり入っているのが当たり前のような気がします。

やはり病床数を決めるのは在宅の関係性を除いては考えられないという、根本的な問題がありますので、是非それは実現していただきたいと思えます。

○委員 やはり5市というのは、この前も申し上げましたように非常に連携があって、ベッド数のことも、いろいろ検討させていただいて、1年で1万人を超えてしまうような人口増加の流山市でございまして、その中で1つの病院の御協力といたしますか、今まで一生懸命頑張っていた病院のおかげで、これから小児のための救急医療を始められるかなというところで私が真ん中に入って調整のような形をさせていただいて始めようかというところになってまいりました。

今までは松戸の市立病院の先生方や松戸市医師会の先生方にも小児では大変御迷惑をおかけいたしまして、非常に助かっております。

その辺も含めまして、これから先、少しずつやっていきたいと思っております。

○委員

我孫子市の特徴から言いますと、我孫子市は5市医師会の中では一番人口が少なく、病院の数も8病院ということであり、また、この計画を見ましても高度急性期を希望している病院は今のところないというような状況です。

したがって、我孫子市としましては、東葛北部の他の医師会の高度急性期の病院または急性期の病院、または東側が印旛地区医師会ですので、そこにおける医療計画と我孫子市の病院との連携といたしますか、そういうものを見ていきたいと思っています。

また、在宅に関する評価はもちろん必要です。

それから、これは私の考え、私見ですけれども、質問に近いかもしれません。

いわゆる介護機能、介護施設とこの医療計画との連動、連携といたしますか関係といたしますか、介護施設の老健施設、あるいは特養もそうですが、非常に慢性期機能を持っている施設がありますので、今後、県のほうでそういう計画をつくられるということですが、そういう介護施設と、特に慢性期機能を持っている病院のベッド数の考え方といたしますか、そうしたものも加味して行ってほしいと考えています。

○委員

今回、このアンケートを一般病院5病院にとらせてもらって、皆さんの病院は今までどおりの方向で進んでいく。病床が足りないから、多いから、では、我々はこう変えていきましょうという病院はありません。

その中で、在宅の問題というものが非常に出てくるわけですが、こういう会議の中にも、やはりそういう先生方の意見を入れるためにも、医師会の中できちんと方向性を出して、ここに臨んでいきたいと思っています。

それから、先ほど介護のお話が出ましたけれども、医療と介護は、私は分離できないと思っています。

ですから、慢性期、回復期が足りないというところで、介護の面での特養、老健の施設の関連性を持った話し合いができれば、もっといい進み方ができると思っています。よろしくお願いします。

○委員

いつも思うのですが、この病床機能報告は、やるたびに、年度ごとに、数字がころころ変わっていく。

これはなぜかという理由が私たちにはわからない。

多分、各医療機関の解釈の仕方が違うということが非常に大きな問題だと思うのです。

先程ありましたような、この病床の何十%を占めるところが全部急性期だとか、そういうことをやると、プラス・マイナスで誤差がすごく出てくるはずです。

この、いわゆる必要病床数というのは数字で書いてありますけれども、実際はこのとおりにいくわけがなく、やはり誤差というものがあるので、プラス・マイナスというかその辺のことまできちんと出していただかないと、いつまでたっても絶対に結論は出てこないと思っています。

その辺のことをきちんとしていかないといけない。

多分、県のほうではある程度、その辺は把握しているはずだと私は思っています。

どこの病院にどれだけの機能があるか、大ざっぱにはあると思うのですが、私たちにはそれが全然見えないのです。

同じ柏市内でもどの病院がどうかということが見えない。

ある程度こちらは、どちらかという慢性期に近いのではないかと、回復期に近いのではないかと、急慢性期で出ているような病院もありますし、その辺のことが私たちにはちょっと把握できないので、その辺のデータの出し方を、もう少しきちんとした大体毎年、同じような数字になるようなもので出していただけるような説明をきちんとしていただきたいのです。

最近になってやっと、いろいろな病院の先生方がいらっしゃるようになりましたが、最初のうちはほとんど各病院に聞いても、この辺のことが全然わかっていないというか、まだ十分に理解できていないのではないかと、すごく感じているので、その辺は一生懸命やっていただきたいと思います。

具体的には、県のほうから一つ一つの病院を回って、聞き取りをやってもいいのではないかと、思っているぐらいです。

実際、こういう書類をぽんと出して、「はい、お願いします」でおしまい。それで数字が出ましたと。

何か、県のやり方はいつもそういう感じがしてならないのです。よろしくお願いします。

○議長 大分終盤になってきましたので、御参加の医療機関の皆様方からも御意見等がありましたらお願いいたします。

○参加者 2点ばかり県の方に御意見というか御依頼があります。

現状の、申請している数が4つの機能で幾つというのが、ここにあらわされていて、将来こういうふうになりますよというのがあります。

ただ、よく言われるのが、いろいろな講演会や勉強会に行くと国や県というのは全部D P Cだから丸裸で知っているのだよとおっしゃいます。

どこの病院がどうだということを別に我々は出してほしいのではなくて、現状、例えば7対1といっても実際に高度急性期をやっているところと、そうではない、余り手術をされていない病院など、いろいろあると思うのです。

それについては当然把握をされているでしょうから、現状として千葉県のこの東葛北部の中で、4つのカテゴリーで仕分けをするとどれぐらいの病院があるのかということを示していただかないと、今、例えば今日突然、高度急性期に移りますよと言ったところがあるように、途端に変わるわけです。

しかし、それは現状ではないわけです。

現状の4つの機能のベッドがどれくらいあるのかということを示していただければ我々はどの道に進むのかということが何となく見えてくるのかなということだと思っております。

事前の会長会議のときに参加させていただきましたけれども、その中でも2通りの心配があつて、高度急性期が実際は足りないのではないかという御意見と、もう一つは、高度急性期の中で療養を診ている病院もあるから、療養のほうにたくさんベッドを配分しても、療養ベッドが余ってしまうのではないかという御懸念を持っていらっしゃるところもあるわけです。

そうであれば、やはり県の示すべきは、現状でレセプトやDPCの中で高度急性期をやっている病床はこれぐらいの数があるのですよとか、急性期はこれぐらいの数があるのですよというマスを示していただければ、我々も、その中で実際に足りないのかなというのが理解できて、進む方向を見せられると思うのです。

それを示さないで、何となく皆さんで自由にやってくださいというのは、余りにも無責任なのかなというか、我々もちょっと方向性が見えないのかなと思っています。

それから、全然違う話ですが、ちょっとだけ御報告も兼ねてお伝えしておくと、この8月から消化管出血のネットワークが5市に広がることになりました。

千葉大学の先生からも言われましたように、いろいろな疾患別に広げていきたいという構想も持ってはいて、5市で話し合いをしているのですけれども、これは県に対してもう一つ注文です。

実は3年前から柏の中では救急のシステムを組んで運用されていて、それが厚生労働省や財務省からも視察があり、総務省でも理解、把握をしておられる。

そのような柏の循環器のシステムがあるのですが、実は3年前にメディカルコントロール協議会で私が副会長をしているので、ぜひ視察に来ていただきたいということを県の方に依頼をしました。

そして、基金申請も3年間やり続けているのですけれども、全く県からこちらのほうに、ヒアリングも何もなかった状態の中で、この4月に突然、県のほうで救急のシステムを検討しているので、それはちょっと待ってくれという御連絡が電話であったのです。

それはちょっと、電話で話すべきことではないということで、今年のメディカルコントロール協議会の中で、こういう取り組みでやってきたのだという説明をしました。

そして、県の方に対して、県はどのようになっているのですかと言ったら、まだ、今、ヒアリングをしている最中という話がありました。

やはり現実、もう3年前から動いているし、見に来てくださいという依頼をしているわけですから、せっかく動いているものをうまく取り込んでいていただくほうがありがたいと思いますし、そのほうが、いろいろなお金の無駄にもならないのではないかと思います。

県でも市でも、やはりお金がない中で動いているわけですから、せっかく作ったもの hou まく取り込んでいただければありがたいということで、この場をかりてお願いしたいと思います。

○議長

それは要望事項ということで、回答はよろしいでしょうか。

では、大分時間がなくなってきておりますが、最後に県医師会がいらっしやっていますので、コメントをいただきたいと思います。

今、アンケートを見ていただく中、医師会主導に、地区で協議しながらという話が出ているのですけれども、では、医師会の主導となった場合に公平性、透明性をどう担保するのかというような御意見がアンケートの2ページ9番項目Aのところにあります。

皆さん、医師会主導で協議をしてもらいたいという意見はあるのですが、その中で、医師会が主導された場合に公平性、透明性をどのように担保していただけるのでしょうか、というような御意見が一つあるということ、それから、後半のほうに、医療サイドからの提言をもっとやってほしいというような御意見があったのですが、これに関して少し何かコメントをいただければと思います。

○参加者

このアンケートの中では「病床整備について」という言葉が上についてしまっていて、その辺がどうリンクするかとは思いますが、この東葛北部に関しては5市があつて非常に大きな圏域ということで、ある程度、地区ごとの特殊性が今回のアンケートでもわかったと思います。

県医師会で各市医師会に聞いてはいますが、できれば病院部会というものを、ぜひつくっていただいて、そこに在宅医療の先生方が入っていく。在宅との関連性の話も出ていましたけれども、実際、県全体でそれができるかといったら、それは無理で、かつ、地域性が非常に高いものと考えておりますので、そういった地域で話せる場というものを、しっかりと。例えば自主的にであったとしても、そういう形をつくるということを明確化して行って、こういうところでそういう話し合いをしていますということを出していただくということが一つ大事ではないかと思っています。

なぜかという、ここが非常に公な場であると思いますので、話し合われたことはこういうところでどんどん出していただく。それが透明性ということにつながると考えております。

それから、先ほど在宅医療と施設の関係性というような話がちょっと出ておりましたけれども、在宅医療が進められるところは恐らくそちらのほうで、それに対する補助的なものの病院の位置づけがありますが、場合によっては在宅医療がなかなか進まない地域も出てくる可能性もあります。

そうすると、その機能をどうするかというと、恐らく施設や療養型の病院で補わなければいけないということがありますので、それも地域差が出てくることだと思いますし、今後は慢性期医療に関しては一くくりではなく、恐らく居宅と施設という形で考え方が分かれてくると聞いております。

ですから、そこは各地域でもうちょっと詰めていただける部分かなと考えております。

それから、全体像として少しお話しさせていただきます。いろいろ病床機能の話が出てきていますし、必要病床数の話も出てきておりますけれども、全体として、この必要病床数自体が関東圏のこの場所を見据えてつくられたものではなく、恐らく過剰地域のほうを考えてつくられた必要病床数のカウントになっていて、なかなかそこに手をつけられないということが全体の現状だと聞いています。

ですから、まだそれが実際のところとリンクするということはなかなか難しいだろうと考えている次第です。

その中で一つ大事なものは、本当は病床の稼働率というところを、各病院、各機能のところがどれだけ協働しているのか、どれだけ頑張っているのかということ、本当は見える化をしたほうがいいかなと思っていますが、それは病床機能報告制度の中に既に挙げられているとも聞いております。

細かい分析をすれば、恐らく出てくることだと思いますが、どこまで裸にしていいかというところの問題は出てきているのではないかと思いますので、その辺を御考慮いただきたい。

一方的に出すだけではなく、各病院で考えがおありだと思っています。

今回、平成28年度の病床機能報告でちょっと気になったところがあります。

それは休棟病床が出ていることです。

今まで休棟というのはなかったのですが、東松戸病院と野田病院で休棟といってお休みされる病棟が出てきています。

その件が今後どうなっていくのか、どうして休棟になってしまったのかということが一点、もう一つは、地域包括ケア病棟の位置づけがこの中では見えてきません。

在宅医療を考えるに当たって、地域包括ケア病棟の位置づけがやはり大事であると考えていますので、今それがうまく、本来の機能がちゃんと維持されているのかどうか、ただ単に急性期の位置づけというようなこともありますので、できれば在宅のレスパイトとか、そういった機能を本当にうまく有意義に使っていただくということが、在宅医療を進める上でも安心感が出てくると思っていますので、病院側はそちらの在宅側とよく御相談をいただければと感じております。

以上、コメントを含めて発言させていただきました。

○議長

今回の議論の内容はさまざまありましたけれども、今後も基本的には各医師会を中心に議論を深めていただき、また、こちらでは5医師会の会議もごございますので、その中でさらに議論がある中、こういう調整会議の中で、先ほど県医師会からもありましたように、オープンにさせていただいて、透明性を確保しながら議論を進めていただければと思っております。

最後に、医療機関以外の11機関からのアンケート結果ですけれども、議題が過度に地域医療構想調整会議に偏らないように、この会議は2つの面を持っておりますので、地域保健医療連携会議として市町村委員、社会福祉協議会委員も意見を述べてもらえるような議題も望みますというような御意見が1機関からございました。

県のほうとしてもこれを御検討いただけたらと思っております。

私からは以上です。

○回答

いろいろな御要望、御意見をいただきまして、どうもありがとうございます。

幾つか補足させていただきたいと思うのですが、まずは病床機能報告がなかなか皆さんに信用されていない部分もありますし、また、報告がなかなか収れんしていかないということもあって、御不満が募っているのは、この場でなくてもどこの圏域でもそうなのですが、ただ、一つだけ、これはいつも誤解されている部分がありまして、千葉県において、DPCデータで各病

院のことが丸裸になっていると思っている方が時々いるのですが、それは誤解でございます。

国ではそうなのかもしれませんが、千葉県は国から出てきているデータしか持っていないで、それも塊になっていまして、個々の病院まではわからないというのが実情です。

ですから、それで個々に数字をお見せすることや、あるいは塊としてもお見せするのはなかなか難しく、それは誤解ですので、念のため申し上げておきます。

実は今回、1件とりやめたデータがありまして、急性期指標というデータを国が研究させて出そうとしていた部分がありまして、そういうデータを本当は出そうと思ったのですが、いろいろな事情がありまして。

事情というのは、それが成熟していないというような議論もある中で、お出しするのはどうかと思いましたので、今回は差し控えるなど、いろいろありました。言いわけっぽいですが、そんなこともありました。

それから、高度急性期・急性期の部分について、皆さん、必要だと思っていられっやる、その思いが強いからこういう議論になっていると思うのですが、在宅のことをお考えになっている部分も大変強いと思います。

先ほど県医師会からお話があり、地域包括ケア病棟という言葉がありましたが、それが急性期の部分なのか回復期の部分なのか、どこなのかという議論もありますが、そういうものも視野に入れていただければ、おのずと回復期の部分に数がふえてくるとか、要は、今は急性期と回復期の部分がすごく逆転しているというところに、今後どうなのかということが一つの大きな部分でもありますので、それは高度急性期の部分もありましようけれども、その部分にもう少し視点を置いて御議論をいただけると、さらに在宅に流れていくという部分について、有意義な議論ができるのではないかとということ、今、お伺いして感じているところでございます。

それから、市町村が介護保険の関係で計画をつくっていただいていると思うのですが、そことの連携の話は、実は初めてのことなので、私どもも手探りでやっております。

御指摘を踏まえまして、対応していきたいと思っております。

以上でございます。

議事(4)その他

※事務局より、再度、今後の方針、スケジュールについて説明。

○事務局 先ほどスケジュールのほうでちょっと触れましたけれども、次回の会議は平成29年11月15日を予定しております。

そのときには3回の医療審議会の部会を経て、素案ということでもう少ししっかりした形で医療計画について御意見を伺いたいと思っております。

今回の議論の続きという形で調整会議のほうの内容も含ませていただけるかと思しますので、どうぞよろしく願いいたします。

以上