

平成28年度山武長生夷隅地域保健医療連携・地域医療構想調整会議結果

1 開催年月日 平成29年1月23日（月）午後7時から午後9時まで

2 開催場所 長生合同庁舎 4階 大会議室

3 出席者

○（総数29名中28名出席）

伊藤委員、鈴木委員、吉田委員、山崎委員、麻生委員、中谷地委員、中村委員、岡本委員、石原委員、倉津委員、外川委員、坂本委員、宍倉委員、伴委員、塩田委員、鷺山委員、若林委員、林委員、北村委員、太田委員、池田委員、鎗田委員、大野委員（会長）、志村委員代理高梨氏、平澤委員代理中川氏、桐谷委員代理片岡氏、蒔田委員代理鈴木氏、田中委員代理市原氏

4 会議議事

（1）地域における医療提供体制の現状と課題・今後の取組について

ア 地域保健医療連携・地域医療構想調整会議について

イ 病床機能報告の結果について

ウ 地域における医療提供体制の現状と課題・今後の取組について

（2）医療圏のあり方について

（3）その他

5 議事概要

（1）地域における医療提供体制の現状と課題・今後の取組について

○配付資料の1から4までを県健康福祉政策課及び研究者が説明した後、下記のとおり質疑応答及び意見交換を行った。

(質問)

地域医療構想が何を目標しているか、国が何を考えているか、説明していただいた数字が直接的に何を意味しているかが分からない。もう一步踏み込んで、地域医療構想を進めた後に、国がどのような施策を考えているか説明をお願いしたい。

(意見)

わかりかねるところがあり、漏れ聞こえてくる話からの推測だが、地域医療連携推進法人を打ち出してきたということは、いくつかの病院が医療機能を分担し、地域全体が一つの病院のように振る舞う時代を国が考えていると理解していただきたい。

それに向けて、地域医療と介護の両面で協調性をもって、2018年の診療報酬改定が行われると聞いている。合理化の道は避けられない。

また、2025年ターゲットにされているのは、ここまでに何歳まで働くかという労働問題で区切りをつけない限り、日本全体でやっていけなくなる。推計では入院医療需要が2030年頃にピークに達する見込みだが、実質上はすでに減少に向かっていて厳しくなることを考えると、2025年までに体制を整えて、新たなやり方を粛々と実行していかなければ、医療で困る国民が出ることは避けられないと考えている。

私たちは2025年に向けてその実験期間として、第一段階が2018年と区切り、それまでに見える形にすることが、地域医療構想の考え方であると考えていただきたい。

(質問)

昨年度の会議で提案のあった医療圏の見直しについてはどうなっているのか。

(回答)

昨年、第1回目の会議で、太田委員から圏域の見直しを求める発言があった。

その後、8月31日に2市2町の要望書の提出があり、12月の第2回の会議で、東千葉メディカルセンターの情報が少なく検討ができなくなった。

地域医療構想の中で、夷隅地域と安房地域の圏域について検討するといっている。この問題については、結論は出ていない。この後、資料を示し説明する。

(質問)

昨年8月の提案は、個人の提案という認識で良いか。

(回答)

具体的にはそうである。

(意見)

地域の医療関係の事業に協力しているつもりだが、何もわからない状況で急にあの話が出るようでは、医師会として協力のしようがない。あれは無かったということで決着をつけてほしい。

(回答)

委員から意見が出て、2市2町から要望が出ている。それを踏まえて新しい資料を提示し検討していきたい。

(質問)

資料2-2P2「医療機能別必要病床数及び在宅医療等の必要量」の算出根拠はどうか。「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の4分類はどのような根拠か。レセプトデータ県が持っているのであれば、病院ごとの出来高等がわかっているのではないか。

(回答)

国から提供された必要病床数の推計ツールについて、その計算過程の詳細はブラックボックスで全くわからない。

各都道府県が地域の医療関係者の意見として詳細データ提供の必要性を厚労省に伝えているが、レセプトの細かいデータまでは開示されない。

(質問)

例えば、山武長生夷隅地域に高度急性期に何ベッド必要かという指摘が、厚労省から来ているか。

(回答)

医療機能ごとに必要病床数推計の基準となる医療資源投入量が定められていて、3000点以上は高度急性期というように、機械的に国で区分けしているが、詳細がブラックボックスになっている推計ツールを、各県が利用して必要病床数を計算する。誰がやっても同じ数字が出てくる。

(質問)

山武長生夷隅でDPCをやっているのは、さんむ医療センターとどこか。

(回答)

さんむ医療センターのみである。

(質問)

診療報酬の点数に沿って病床機能報告を求めたほうが手っ取り早いと思うが。

(回答)

病床機能報告制度は国が定めている。自主的な取り組みとして、病院間で情報を共有することは可能だと思う。

(意見)

長生地域の全病院のレセプトを自主的に集めて集計した。病床機能報告制度だと報告が1病棟単位なので、長生地域では病院の規模が小さいので全部急性期となる。メッセージを取り違えて回復期は回復期リハだと思い回復期が少ないとなる。レセプトを出して点数ベースでやると必要とされる山武長生夷隅地域の人口の割り戻しは、バランス良く落ち着いてくる。

今の医療が大きく変わるものではない。大切なことは、国が全レセプトデータを出すことはできないので、自分たちでデータを出しながらやっていくのが一つの手。

ただ、国が将来集約化を望んでいるのか等、その考え方を出示してもらい、今後の診療報酬制度を示してもらった上でならば、医療機関としても選択する道が分かってくるが、それが無いまま、データを出して自由選択を求められても先が見えない。

今のままでなく変わらなければならない理由とも示してもらった上で、細かい資料を揃えながら圏域で議論していくと意味のある議論ができると思う。

(意見)

当地域では、県平均と比較した場合、介護老人福祉施設数、同入所定員数、介護老人保健施設数、同入所定員数の4項目について特殊性がある。

在宅医療等需要の将来推計で、平成25年から37年にかけて46%増加とあり、地域でもこの数年福祉施設等が増えていると実感しているが、2020年にかけてどのように変わると考えているか。医療提供者側の数は先が読めないが、医師は今後東千葉メディカルセンターの増床に伴い、現在非常勤で勤務している大学の医師等もそちらに流れると思う。看護体制では、この地域は看護師が少ないが、看護協会でもステーションを作り、人材の掘り起こし、在宅については研修も行っている。この地域では高度急性期と、在宅を含めた慢性期の医療・介護をどうするかが、今日の共有しなければならない課題と考える。

(回答)

福祉施設については、市町村が介護保険事業計画を作成する。それを平成30年度に改正するので、医療計画と整合性を図るためにも、今後考えていかなければならない。

具体的な数字は今後策定される各市町村の計画の積み上げになるので、今の段階ではない。

(意見)

この地域も他の地域も高齢化する。介護福祉施設の入居者は、環境が良い等の地域の特殊性から他の地域から入居される方が多いと感じる。高度急性期においては東千葉メディカルセンター、さんむ医療センター、長生病院が頑張っているが、数が少ないので近隣の地域にお願いすることもあり、それが増えていると思う。

東千葉メディカルセンターの後方支援と福祉施設との連携が必要になると考えている。

(意見)

厚労省では、昨年までは、全国での特別養護老人ホーム入所希望者が42万人位と想定していたが、1年経ってみると3分の2位しかいないことが分かった。厚労省は各県に特養を作るよう指示し、千葉県には10数か所作るよう指示が出、各市町村が施設整備計画を作成する。問題なのは、病院でも医師、看護師が不足しているように、施設の介護士も不足している。実例として、定員80人の特養を建設したが、人員不足のため50人しか受けられない施設が、県内に何施設かある。施設を増やす計画はあるが、人がいない。

また、厚労省の認可ではない10～15人程度の高齢者専用住宅が増えているということ

で、昔と比べ特別養護老人ホームへの入所希望者が減少している。医療と同じよう職員が不足しているのが現状である。

(質問)

例えば、病床機能報告で、高度急性期として、全身麻酔の患者さんが3日間とした場合、延べ入院患者数で割ってその比率を稼働病床数にかけて出せば良いか。

(回答)

病棟単位でないと報告できないため、その形で出てきた病床数で病棟を区切ることができれば報告できる。

(質問)

病院ごとに病棟のベッド数は違うが。

(回答)

例えば40床の病院の場合、10床が救急車の受け入れて高度な医療をしている場合、今まではICUにするか一般病床にするかの選択枝であったが、ICUに準ずるくらいという高度急性期病床を10床、30床は急性期病床と割り振り、それぞれ病棟を分けることで、30年度からの診療報酬では評価が上がるかと予想している。

(質問)

病棟を割れない場合はどうするか。

(意見)

割れない場合は診療報酬上の評価は上がらないだろう。

(意見)

国としては、小さな規模で、1病棟で入院から手術回復、退院までをやる医療供給は不経済だと考えている。都会の大病院のように、病院内で急性期病棟から回復期病棟に移ってというように、地方でも集約しないと経営できないくらいの診療報酬の点数に下げるということで、その為には、地域医療構想のような形で自分たちの病院を法人カンパニー化するかといった選択をしなければならないという事前のメッセージということと考える。

(意見)

地域の医療計画は、県庁内で作られるのが日本全体の傾向であり、医療者は医師会の幹部以外は、突然発表されることが繰り返されてきた。地域の現状が色濃く反映されて、地域の人たちが将来について納得した形で医療計画を作成することが求められ、今回、地域医療構想があって、その後医療計画が立てられる段取りになった。

この会議で考えられたことや、平成29年度中に地域でまとめたことを、地域医療計画に反映させると考えていただけると、協力し甲斐がある。

(意見)

現状のデータだけでなく、国がどのような形で診療報酬改定を行い、進めていくか示してもらわないと、民間医療機関は投資と回収があるので計画だけでは先に進めない。

この施策に乗らないと、保険医療なのでやっていけないが、この地域で集約化は、患者さんのためにならない、医療経済的にも医療過疎地ではできないというデータが示せば、国が変わるかもしれないというレベルの話か。

(意見)

後半については、どこまで聞いてもらえるかはわからない。ただ、地域のバランスが取れているとなれば、発言力は増すのではないかと期待している。国が考えているのは、日本全体ということは、平均的な地域が主体となるので、人口の過疎地域、集中地域については、国の構想と若干違うモデルが出て当然だと思う。良いものが見つかれば、日本全体として喜ばしいことだと思うので、そのような努力をしていただければうれしい。

(意見)

病院経営の大変重い部分に関わることなので、先生方のご意見、ご質問等を県庁、政策課等と今後もやりとりをさせていただくことでよろしいか。今日の時間では、とてもまとめきれない。

(回答)

これから医療計画については方針を決める、国に意見を言う機会もあると思うので、その場をとらえながら皆さんの意見を伝えていきたい。

(意見)

是非、あげていただきたい。

(2) 医療圏のあり方について

○配付資料5を県健康福祉政策課が説明した後、下記のとおり質疑応答及び意見交換を行った。

(質問)

次回の医療圏の改定で、このようにしていきたいという県の希望か。

(回答)

どのようにするかは説明していない。ご要望等に従いデータを揃えた。

(意見)

夷隅の救急搬送先、患者の受療動向から夷隅、安房ということだと思うが、それであれば長生は山武ではなく市原で、山武も印旛となる。それであれば元の圏域設定に戻さなければならぬのではないか。

(回答)

印旛山武については、過去の要望、地域の特性から分けた。夷隅長生市原については、平成16年に夷隅・長生の医療資源が不足しているため、市原と分けて病床配分を図ったという経緯がある。

(意見)

昨年の会議で、県から東千葉メディカルセンターを建設するため山武→長生→夷隅としたと説明があったので、それはおかしい。

(回答)

山武長生夷隅の圏域にした背景の一つには、医療提供体制の強化ということがあったのも事実である。

(意見)

医療動向から見て、山武長生はない。山武は印旛、海匝だと思う。

(意見)

前々会長から話を聞いているが、印旛と山武が一緒だったが、文化が違う。実際に患者さんが行っていない。山武長生夷隅は中選挙区が一緒で、なんとなく文化が一緒でやりやすい。実際にそこに住んでいる患者さんが、どう動くかが基本。

医療圏を考えると、ベッド数、近さは必要なことではあるが、それ以上にそこを利用する人間と、医療する人間がどれだけやりやすいかを考えてほしい。くっつけばいいという話ではない。

(意見)

資料5 医療圏のあり方についてのP1「二次保健医療圏・構想区域の検討にあたり参考とする事項」により、二次保健医療圏を変更するのであれば構想区域も変えなければいけない。ここで議論したことが、全く意味がなくなる。

(回答)

昨年度、地域医療構想を策定する際に、構想区域の話があった。構想区域と二次保健医療圏の違いは、2025年の地域の医療体制を考えるのが構想区域であり、二次保健医療圏は、今必要としている病床数をコントロールすることがメインだった。二次保健医療圏と構想区域は一致させる方向にある。2025年の医療提供体制について、二次保健医療圏を考えてくださいというメッセージだと考えている。

今までは、二次保健医療圏は病床の数の制限、偏在の是正であったが、これからは構想区域と一致させることによって、地域の医療を連携させて役割分担を果たしていくことで資源が活用されて、地域住民に良質な医療の提供をできる体制になるということだと思う。

(意見)

それはわかるが、夷隅が抜けた場合は、夷隅にどのような病床が多かったかによって、ベッド数が変わってしまう。調整がやり直しとなってしまうのはおかしい。

(回答)

構想区域が決着しないまま現在に至っているので、引き続き検討していきたいと思う。

(意見)

医療を受ける側の住民がどのように行動しているかを重要視すべき点だと思う。

夷隅地域はほとんど夷隅と安房で医療を行っているのが現状であり、現在の医療圏で決められると、実際に患者さんが行っている医療機関と地域の話し合いができない。救急の搬送先、慢性期の患者さんの受療動向等の資料を基に現実的なものを考えることが必要だと思う。距離的なものだけでなく、高速道路ができれば時間的に短縮され、受療動向が変わってくる。実際に、圏央道ができて夷隅、市原の一部から山武に行きやすくなった等、交通事情の影響も受けるので、それらを鑑みて医療圏、医療体制の供給を考えてほしい。一番大事なのは住民本位で良いのではないか。どこの時点でとらえるかが重要だと思うので、よろしくお願ひしたい。

(意見)

救急搬送は、かなりバイアスがかかっている。引き受けてくれるところに行くので、慢性疾患の患者さんがどこを受診しているか、受診しやすい場所も必要なことであるが、動向をつかむのは難しいと思うが、医療圏域を考える上で必要だと考える。

(意見)

東千葉メディカルセンター開設後のデータが提示され、進歩した。二次医療圏と構想区域は必ずしも一緒ではないとの説明が最初にあったが、やはり夷隅をどうするかを決着しないと、この先の病床をどうするかを考えられない。次までにそこを決着してからでないと、会議の意味がない。

(意見)

現在は、第6次医療計画であり、第6次までの30年間で医療圏が3度変わった。

県がいろいろ考えながら組み合わせとして変えてきたのは仕方ないこと。人口過疎地、医療過疎地において二次医療圏を変えるのも大事だが、地域を組み合わせでとりあえず決めるのではなく、各地域の30年先をデザインできるような議論を続けるべき。その際、エリアごとに全部一緒の圏域設定にするのではなく、救急、慢性期等の項目別に柔軟に考えないと、どの組み合わせでも何かがおかしいとなってしまう。そのような議論を続けていきたい。

(回答)

患者さん第一は大切なことだと思う。そのためには、これからどのように役割分担と連携を図っていくのかということに係っている。疾病により他の圏域にお願いしなければならないこともある。二次医療圏はある一定の圏域で固定するが、疾病ごとに柔軟に各圏域との連携することも視野に入れて考えていきたい。

(質問)

「医療圏のあり方について」をなぜ今日の会議でだしてきたのか。決まっていて、将来こうなるからとこの会議で出したのか。我々に決定権は無いのか。

(回答)

二次医療圏は次期医療計画で決定するが、今までの経験からすると、秋口くらいまでに決めないと計画ができない。もちろんこの地域での議論だけでは決められず、最終的には医療審議会で決めるが、みなさんにデータを示し、説明をしながら決めていきたい。

(質問)

決まっているということか。変わらないということもあるか。

(回答)

どのようになるかは決まっていない。

(意見)

決めるなら早く決めてほしい。それでないと話が先に進まない。

忙しい方々が集まっているので、無駄のないよう、効率的にやってほしい。

(意見)

最初から本日のように会議を進めてくれれば、もう少しスムーズにいったのではないか。

医療関係者みんなが納得するようなやり方で会議を進めていかなければならない。

(意見)

話を聞いていて違うかなと思ったことが一点あった。

確かに圏域を決めることは重要なことだが、圏域の中で全ての病床の数を調整し終わる必要はない。隣の圏域と交渉して、地域全体として調整が取れていれば問題ないと国も言っている。組み換えが変わったから全部やりなおしということはない。

今の議論が圏域を変えることで無駄になるということはないと理解していただきたい。大切なことは、地域の医療のバランスをとるためには、どの医療をどこにお願いするのか、あるいは自分たちで完結するのかについて決めることだ。