

平成29年度第1回山武長生夷隅地域保健医療連携・地域医療構想調整会議 開催結果

1 日時 平成29年9月4日（月）午後7時から午後9時まで

2 場所 長生合同庁舎 4階 大会議室

3 出席委員

○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、道脇委員、中谷内委員、中村委員、岡本委員、石原委員、倉津委員、増田委員、坂本委員、志村委員、外川委員、桐谷委員代理片岡氏、穴倉委員、伴委員、塩田委員、蒔田委員、鵜山委員、若林委員、北村委員、志賀委員、田中委員、太田委員、池田委員、大野委員（会長）、鎗田委員

4 会議議事

(1) 二次保健医療圏について

(2) 平成28年度病床機能報告の結果について

(3) 保健医療計画の改正について

ア 保健医療計画の改定方針について

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

5 議事概要

(1) 二次保健医療圏について

○事務局説明

配付資料の1を県健康福祉部健康福祉政策課が説明

（議長）資料の中にもございますように、この会議の前に、改定に関する提案ということで、山武郡市医師会より、現状の二次保健医療圏を変えないことを提案しますという御意見を頂戴していることを申し添えます。県からの説明、今までの流れ等につきまして、御意見等いかがでしょうか。

○意見・質疑応答

（委員）これも長いいきさつがあると思いますが、再度、県のほうのスタンス、お話を確認したいのですけれども、今、幾つも提案なさいましたね。二次医療圏をいじるのか、

いじらないのか、どうするのかという話ですが、県のスタンスは現時点ではどういうふうにお考えなのですか。

(回答) 私どもとしましては、これまでの御提案はデータに基づいてお示ししてきていますが、データだけが全てではありません。二次医療圏の考え方としましては、人口、アクセスの問題、資源の問題、医療圏の成り立ちもあろうと思っておりますので、そういうものを総合的に判断いたしまして、私たちの示したデータとともに皆様の御意見を踏まえて判断したいと思っております。

(委員) 前置きが長くてはつきりわからなかったのですが、二次医療圏を今のままにしておいたほうが良いと我々は思っています。県としては、動かしたいのか、動かしたくないのか、いつも我々の総意をもって考えてというようなスタンスで話しますが、実際的にはまだ何も決まっていないということですか。

(回答) 御意見を踏まえて決定したいと思っております。

(委員) どのくらい我々の意見が反映するのですか。参考にするだけで終わってしまうのか、かなり我々の総意を酌んでくれるのか、どのくらいのパーセントでそれを入れてくれるのか、具体的にお答えできますか。

(回答) なかなか難しい御質問ですが、私ども、去年、今年と地域の御意見をよく伺って、それを判断材料にしていくつもりでおります。パーセンテージはなかなか申し上げられませんが、いただいた意見はよく検討させていただきたいと思っております。

(委員) これだけの人間とこれだけの時間をかけて、私たちもいろいろ頭をひねって、時には結構怒ったり喜んだり、いろんな感情を込めて、すごくエネルギーを使っているわけです。それをどの程度反映されるかわからない、御意見だけお伺いしましたということで、要するに、その後の決定に関して何の影響もない、何の説明もないような決定をするのだったら、これだけの人間が集まって、時間とエネルギーとお金を使ってやることではないのではないかと思います。これだけの人間が集まって、いろいろ皆さんで話して、我々それぞれの意見を出すわけですから、どの程度反映されるかわからないような議論をする意味があると思いますか。

(回答) 決して軽々しく扱うつもりはございませんので、十分検討させていただきたいと思っております。

(委員) 私は、二次医療圏を変えない立場で発言したいと思っております。もともと昭和63年に二次医療圏が初めてできたときは、県内で12医療圏、山武、長生、夷隅はそれぞれ独立した

医療圏でした。山武、長生、夷隅、それぞれ医療資源が少なく、ではどこかとくっつけたらうまくいくのではないかとということで、いろんな疾患が集まるので千葉市は外そうということから、山武は印旛のほうにくっつき、長生は夷隅と一緒に市原にくっつきました。

くっついたのですが、やはりくっついただけでは問題は全然解決しませんでした。今度は、ないところをないところにくくったら、ないということが明らかになるのではないかとということで、市原と長生・夷隅が離れまして、長生夷隅という圏域になりました。その次には、山武もくっついて山武長生夷隅、これでここには何も無いということで、東千葉メディカルセンターができたのですが、その間、患者さんの流れは余り変わっていないのです。

疾病ごとの細かい流れを勘案して医療圏を立てる、それは必要だと思いますが、もしもそうであれば、疾病ごとの流れを細かく出して、それをもとに、この疾患はこの区分がいいだろうという議論は非常にいいと思いますけれども、一つのがんという病気で夷隅が安房に行っているから、二次医療圏が一緒にならなくても病気だけでは一緒にしたらいいではないかという議論は、分析としてちょっと時期尚早かと思います。

医療圏を今後の医療計画の区分けにするのであれば、もしも変えるという前提であれば、きちっと疾病ごとの患者さんの流れを全疾患プロットした上で、ある程度どういう区分けにしようかと、それに伴って、施設、それから、ある意味で医師の人員配置、これも医療計画と全く関係なく動いてしまって、今度、循環器病センターの医師がまた大幅に異動しますが、実際幾ら計画を立てても、人の異動が計画と関係なく動いてしまうと、何のためにこうやって議論しているかということにもなってしまいます。大事なものは、二次医療圏を見直すのであれば、それにしっかり応えられるようなデータを出して、とりあえず全体でぐるっとくくって問題が解決してこなかった今までの経緯をしっかりと見直して議論を進めるべきだと思います。

今の時点で二次医療圏をまた変えるということは、根拠も乏しいですし、効果も期待できないし、いたずらに圏域を混乱に陥れるだけではないかと考えます。

(委員) お伺いしたいのですが、がん診療協力区域というのはつくらなければいけないものなのでしょうか。

(回答) 特に義務ではありません。

(委員) 基本的に、夷隅地域の方が亀田に多く行っているから、そういうことでくくりをこっ

ちにしてはどうか、そういう提案でしょうか。

(回答) そういう傾向もありますし、実は手術がある方は割と安房の圏域でかかっているし、手術がないと夷隅のほうでとか、そういう状況もありました。あるいはメディカルコントロールとかいろいろ総合的に判断しましたがけれども、一応提案してみました。

(委員) 患者さんが自然の流れでそっちに行くということですね。県がどこにどうくっつけようが何しようが、幾ら線を引いたり点線で囲おうが何しようが、そんなことはお構いなしで、患者は、特にがんの場合は慢性疾患なので、救急搬送とか、そういうのは余り関係ないところで、それでも亀田のほうが多分近いから行っているのだらうと思いますが、これは、そんなに点線で頑張っけて、何だかんだ議論して、医療圏でどうのこうのとやらなければいけないものなのではないでしょうか。

本質的な質問なのですけれども、例えばうちなどでは、私が行く前までは、消化器の手術を10年ぐらいやっていなかったのですが、今はほとんどのものを行っています。逃げる人は逃げてもいいのですが、最近全然逃げなくて、例えば放射線がかけられないから、放射線治療がかなり大きなウェートを占める食道がんとか乳がんなどは大学に送ったり、がんセンターに送ったり、旭中央病院に送ったりというような、疾患ごとという話がちょっと出ましたが、別にくくろうが何しようが自分とこでできるものはやって、患者さんも自分のところが気に入らなければどこかへ行くというだけのことで、どうくくっても余り関係ないのではないかと思います。

同じような資料の中に、地域メディカルコントロール協議会云々と書いてありますが、横芝は匝瑳との合同消防だから、今の二次医療圏とはちょっと違うみたいな感じです。二次医療圏をどう県がくくって、ここで一緒にどうのこうのと言おうが、ちょっと本質的な議論になるのですが、うちみたいな医療圏の端っこにいと、この疾患は旭中央病院に行ったり、この疾患は大学に行ったり、勝手に患者さんが移動しているだけなのです。特にがんの場合、さっき言ったように、慢性疾患ですから、どうくくろうが、県がどうのこうのと言おうがというところでは、拠点病院というのがないと国に対してまずいから、なるべくそれを減らすためにこういう形にしないと県はまずいでしょう。

(回答) まずいということはないのです。さんむ医療センターがグループ指定を受けている部分で、国が目指している提供体制そのものはある程度満たされている部分はございますが、後は地域性的問題として考えたということです。

(委員) がんの場合は、さっきから言っているように慢性疾患ですから、患者さんがここで嫌だと言えば、極論すると東京まで行ってしまうわけです。これが県が大きい秋田だとか、秋田でも話したのですが、隣の病院といたって50kmあるので、話にならないですが、千葉は幾ら細長いといってもそれほど大きな県ではないので、患者さんが簡単にぼんぼん移動していってしまいます。こんな議論してまでやるような、医療圏をがんはまたこれで、これはこれでとやらなければいけないものなのですか。非常に労力もかかるし、ここへ来て議論しても、結局この話し合いは我々の意向みたいな形だけで審議会の決定には大して何も反映されないと聞いたことがあります、どちらでもいいような話なのではないかと思いました。身もふたもないことを言って申しわけないですが。

(議長) 短い時間とはいえ、二次医療圏のくくりに関しまして、ぜひ御意見をここで頂戴できればと思っております。直接の医療関係者以外の皆様、もし御意見等ございましたらいただければと思っておりますが、いかがでしょうか。ぜひ医療審議会の地域保健医療部会のほうには出た意見を反映していただきたいと地域といたしましては願っているわけで、その意味では、御意見を持っていければと思っております。

(委員) 私どもも二次医療圏の変更には反対しております。要は、数字がひとり歩きをして、現実的なものと乖離しているところが結構見られます。どうしても数字になってしまうのですが、現実的なものというのは我々は肌で感じて、かなり違うという感じがあります。

今回のがんのことにに関して、先ほどおっしゃったように、がんに関して患者さんは自由に行き来しますので、線引きしても余り意味がないという感じがしております。医療圏を移すということは、逆にその地域の医療がすごく影響を受けるわけです。逆にダメージを受けることが非常に多いという感じがして、ダメージを受けますと回復できないのです。そのために、我々としてはモチベーションが落ちてしまって、もとへ戻れないのです。一度やってしまったらもとへ戻れないという恐ろしさがあるのですが、その辺のことをよく考えていただきたいと思います。 以上です。

(委員) 二次医療圏のことで、県のほうは我々の意見を尊重するとおっしゃっていますが、お話を持ってきたのは県なので、二次医療圏を変えるということにどういうメリットを県は考えていらっしゃるのですか。

我々一般開業医としては、主に学校医、産業医だとか、今、3郡で協力してやっているわけです。また医療圏が変わって医師会のほうも再編成となると、そういうものも全

部いじらなければいけなくなって、せつかくうまくまとまっているところがほとんどダメージを受けるだけだと思っています。それにも増して何かメリットがあるということだったら、それを示してほしいのです。

(回答) 私どもで先生方がやっていたら、やることに対するダメージの部分までは実は配慮ができていない部分があるかと思っています。私どもは、今までは受療動向をお示しし、その動向の中で、今後、地域の医療提供体制をより高齢化が進む中で適正な形に動かしていく仕組みのまとまりを考えていきたいと思って、御提案というか、議論に乗ったところでございます。それに伴って今あるものがうまくいかないかどうかという問題は、今、御指摘を受けたところでございますので、そういうものはまた判断の材料になるかと思っています。そういうことも踏まえて最終的に決めていきたいと思っております。

(委員) 質問に答えていただけていないような感じがします。一番のメリットは何だと県は考えているのですかということです。

(回答) 私どもは、地域医療構想の構想区域の中での検討として考えてきました。私どもも変えるというふうに言ったわけではなくて、変えるべきかどうかということできょうまで来ていると思っております。変えた場合に何があるのかということについては、受療動向を踏まえて、ある一定の圏域のまとまりをどの辺で区切るのがよろしいのか、判断してきています。

それで何が出てくるのかといいますと、高度急性期から回復期に向けての患者さんへ対する医療提供のあり方が、一つの固まりとして、単位としてよろしいのかどうかという問題があるかと思ったということと、回復期から在宅に向けて患者さんが医療を受けるときに連携しやすいかということは視点の一つとして考えてきたということでございます。

(委員) 今、聞いて、確実にそうとは言えない。ニュアンス的には、入院患者のことですか。ということは、ベッドの動きを一番そちらは考えているということですか。

(回答) 医療圏はベッドのコントロールになりますので、ベッドを中心に考えています。

(委員) 二次医療圏のことで今日ここで話し合っ、この後に決定ができるということなのですが、現場では非常に不思議なことが起こっています。この数年、安房にある亀田病院から医師を派遣していただいたりして、夷隅の医師の不足に対して協力していただいていたわけです。亀田病院としては、安房と夷隅を医療圏を一緒にしたほうが医者の派遣あるいは看護師の派遣等送りやすいということで考えていたわけですが、6月の時

点で、県の方針で決まって、医療圏は変わらない、それで来年3月をもってうちの病院からは全員医師を引き揚げる、そういう話があったのです。現実にその話が動いているわけです。

ここで非常に不思議だったのは、何でここで医療圏の話をするのか、決まっているのだったら、こんなにいっぱい的人数が集まって時間を費やして話し合うこと自体が余り意味がないのではないかと。

そうでなくて、例えば今までどおりに医療圏を据え置いて、ではこういう政策をして医療圏を役立てるとか、今後に生かそう、そういう議論をしていただくなれば非常にいいのですが、現実問題として、今言ったように、地元ではそういう動きが出ている。既に医療圏の維持が決まって、実際に例えば医療審議会の委員に属するような病院からの意見としては、もうこれ以上協力できない、そう言われて、我々はちょっとわからないわけです。医療圏の問題にしても、まだ決まっていなかったのが上のほうではもう決まっている。では、我々ここで何を話し合うのか、そういうことになると思います。

決まったなら決まったでいいと思います。県がこういう方針で山武長生夷隅を医療圏として保持して、これからこういう方針でやっていくとか、具体的にそういうことを言ってくれるのであれば非常に意味のある会議だと思いますが、これから医療圏を決めますからということで集まったのだけれども、実際の夷隅の中では、もう事は動いているわけです。医者も来ない、リハビリの作業療法士も来ない、そういう協力関係は一切しないと亀田の病院の幹部の方から言われた。こっちは医療圏というのはまだ決まっていなくて、寝耳に水なのですから、それは受け入れるしかない状況です。

そういうように現場は動いているので、こういう多人数を集めて議論していく中で、それで役立てるのであれば意義があると思いますが、もう決まったことを覆せないのであれば、それに沿った、現実的なこういう方針がいいのではないかとか、そういうことを話し合うのがこの会議の意義ではないかと思っています。その辺は県の方、いかがですか。

(回答) もう決まっているというのは何か誤解があるかと思っています。私ども、安房のほうには安房のほうの言い分があり、それは聞いてきたという状況で、こちらのお話を聞いて判断していくことにしております。決まったというのは誤解といたしましょうか、勝手にと申しましょうか、早く決断されているのかもしれませんが、私どもが何かを決めたということを含めて今まで申し上げたことはありませんし、ちょっとよくわかりませんが

も、そういう状態だと思っております。

圏域についてどういうことをすべきかという問題は、この後にまたお話することになっています。ここの時間はここの時間で圏域の話をさせてもらっていますが、山武長生夷隅のことについては次の議題からお話しさせていただくことになっていますので、またそのときよろしくお話ししたいと思っております。

(議長) 次の議題も、結果的には圏域をどうするのが一番いいのかということにつながる議題ではありますので、今の段階で御意見等々はいかがでしょうか。よろしいでしょうか。追加の御発言がございましたら、次の議題の後のほうでもいただければと思っております。それでは、議題(2)に移らせていただきたいと思います。

○事務局説明

配付資料「平成28年度病床機能報告の結果について」を県健康福祉部健康福祉政策課が報告

(委員) 県に対して御質問なのですが、医療者以外の方はこの資料を見たときに、多分、これが本当なのかどうか分からないと思います。県内全ての地域で急性期が一律過剰で、回復期は一律不足している原因は、現状がそうだからというふうに考えていますか、それともこの数字のとり方が何かバイアスがかかっていると考えますか。

(回答) お答えします。皆様方から、急性期の報告の仕方、回復期の報告の内容がわかりづらいということをしていただいていますので、これが実態とは申しません。先ほどもありましたけれども、国のほうでも、急性期を扱っている割合、回復期を扱っている割合、こういう割合で報告していけば少し精査されていくのではないかとということも議論されていると思いますので、今後そういう形になっていくのではないかと考えております。

(委員) このアンケートなのですが、先ほど説明にありましたが、各病院に対して、一つの病棟の中に手術をしたり退院待ちだったり、いろんな機能の方がいらっしゃいますが、一番多くその病棟を代表すると考えられる機能を選んでくださいというのがこのアンケートです。大きな、800床、1,000床ある病院は病棟単位で機能を変えることができるのですが、山武長生夷隅、特に長生地域は50床、60床の病院がほとんどで、大体、1病棟なのです。そうすると、長生地域は全て漏れなくアンケートには急性期と回答せざるを得ないのです。

ということなので、1ベッド単位で機能を定点で数字を出してみました。そうする

と、長生地域においては高度急性期は確かに不足していますが、急性期も不足しています。回復期は回復期リハビリ病棟という形であるものを厚労省は点数分けて出しているのです。それに伴うと、やはり不足していて、慢性期が過剰になっています。全く逆の結果が出るわけではないのですが、少なくとも急性期に関しては逆の結果が出ています。

配付された資料をもとに、この地域は急性期が余っているので急性期を転換しましょうと誰かが考えると、今ですら不足している急性期がさらに不足して、国の指導のもとにみんなで協議して変えたのに、現実はおかしなことになっているぞとなってしまうのです。ですから、貴重な会議の時間なので、現実に沿った数字をどうやって調べて、そこから議論をするかということでの議論を進めるのがいいのではないかと思います。

(回答) 私ども、数字の問題もちろんありますが、考えたいのは、要は、患者の方が急性期を脱して回復期にスムーズに流れていき、疾病が癒えていくということになりますので、一つは出口問題がこの地域にないのかどうか、あるならばどういうふうにしていったらいいのかということを検討していただきながら、数字はその後についてくるようなこともあろうかと思います。また、先生がおっしゃったようなことをもうちょっと研究してみたいと思っております。

(委員) 少なくとも山武長生夷隅は急性期が過剰だということは実際と違うということですのでスタートしてもよろしいということですね。いかがでしょうか。

(回答) 実態と合っていないという御実感であれば、そういうことだと思います。

(委員) 実感だけではなくて数字が実態と合っていないのですけれども、出口問題は確かにあるのですが、この数字で出口問題を考えてしまうとまたおかしなことになるので、ぜひ次回はこの地域の実情に合った正しい数字を出して議論していければと思います。

(議長) 議題3に進めさせていただきたいと思えます。では、「保健医療計画の改定について」よろしく願いいたします。

○事務局説明

議題（3）について配付資料「第7次医療計画について」、「千葉県保健医療計画の改定について」、「地域保健医療連携・地域医療構想調整会議のスケジュール」について県健康福祉部健康福祉政策課が説明

（委員）今の御説明だと常に国の指針というお話がメインで出ていますが、千葉県としてそれぞれの地域の特性があると思います。千葉県としては千葉県の特性をもってこういうことをやっているというのはおありですか。

（回答）現在、いろんな評価指標がございまして、それを分析中です。その中で、千葉県としてここをやったほうがいいというものがあるかと思っておりますので、そこを確認しています。それから、地域にもお伺いしまして、地域のことも伺っていきたくと思っています。

（議長）、議題（3）の「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」、千葉大学から御説明をいただきたいと思っております。

○事務局説明

議題（3）について配付資料イ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」千葉大学予防疫学センターより説明

（委員）在宅医療、特に訪問診療に関してなのですけれども、我々開業医がかかりつけのお年寄りを在宅みたいに定期的に訪問して、高い値段をつけてというようなことをしないで基本的のみとっているということが結構多いのですが、それはここに反映されていますか。

（回答）それは非常に低い数字として出ていきます。

（委員）長期入院だけで下がっているわけではないですね。

（回答）そうですね。今おっしゃられた在宅に関しては、人間の数でいうと在宅を提供していても、在宅に関連する項目がレセプト上、何項目、挙がっているかというところでは非常に少ない項目にしかレセにチェックがついていないということでこういう指標になります。

（委員）それは基本的に、機能していることが、ある意味では、嫌な言い方をしますと落ちているということですね。

（回答）そうです。

(委員) 先生、それはきちっと指摘しておかないと、やはり解析を間違えることがあるのではないですか。というのは、郡部というのは、我々もそうですけれども、特に医療関係というのはかかりつけ医がメインでやっているわけです。レセプト上に関しても、患者さん一人が来たとき家族全部のことを相談することもよくありますが、相談されたからといって家族全部のを請求するわけではないし、ある意味で、我々は非常に安く効率的に仕事をしているので、そこら辺の評価もちゃんとしていただきたいと思います。

(議長) これは高いから低いからというよりは、レセプトに十分反映されていないかもしれないというか。

(回答) そうですね。本来の使い方は、西日本のほうでSCRをもとに過剰な医療が提供されている項目は何かというのをを見つけるためのものです。ただ、千葉県においては、これを見てみると、本来はもう少し皆さんの所得をふやしてもいいのではないかと思うのに、患者さんに遠慮しているのか、余り算定していないのではないかという危惧のほうที่ใหญ่い数字になっているとお考えください。

(委員) もう一つ、千葉に関して低いのは、保険診療の査定のローカルルールが、千葉県ルールは全国ルールと違うので、多分、医療関係者以外はわからないと思いますが、東京のドクターがバイトで千葉に来て、同じことをやると東京では通るのになぜ千葉県では通らないのかと。ただ、ローカルルールを、ゴルフと同じで、あってもしょうがないけれども、せめて公表しようと、ローカルルールを内緒にしたまま査定するのはよそうという動きにはなっているのですが、西に比べて東のほうは厳しくて、特に千葉は、見ていてそう思います。一応こういうことで、ほかの県では通っても千葉県ではだめだというふうな決まりになっているので、涙をのんでやっていますが、そういうこともあるのではないかと思います。千葉県の医療費が安いのは、本来よそだったら算定できることを千葉県だと算定しても切られてしまうので、私たちが我慢している現状もあるということをお理解いただければと思います。

(委員) 全く同様の意見で、我々の病院も結構東京から来ているのが多いのですが、東京では算定できるものが千葉県では削られて、医療的にある程度正しいだろうと思っているものも削られると、こっちは反論できないわけです。もう一回、再審をお願いしますと書いても、結構蹴られるので、医療現場は萎縮するというのがあるかもしれません。その辺が全国共通だといいますが、千葉県だけ妙にそれが厳しいの

ではないかという気がしまして、それがここに反映されているのではないかという気がしました。

(回答) 今の問題は、私とか県庁では何にも手を出せない問題で、医師会のほうから言っていたかかないと無理です。私たちは、こうやって上がってきた数字をどういうふうに解釈するのかということはやりますが、その審議のほうは、査定のほうは全て保険のほうでやっておりますので、県庁でも力が出せないところです。ぜひ医師会からおっしゃっていただきたいと思います。

それから、私、今までにいろんなところで結構仕事をしてきた経緯がございます。今まで保険医をやったところは、兵庫県、京都府、大阪、和歌山、北海道、長野、そして、千葉です。これだけ回ってみましたけれども、必ずしも東西で高い低い、緩い、きついがあるわけではありません。西日本はとかいうことは査定の難しさでは言えないです。千葉と兵庫県はほとんど同じぐらいえげつなく切られますし、京都はびっくりするほど甘いです。このあたりはぜひ医師会から発言していただきたいと思います。

(委員) それはそれでやりますけれども、きょう、参考にするということでこのデータをこの会議に挙げられた理由は、県は何かお使いになるつもりで挙げられたのでしょうか。その理由は何ですか。

(回答) ほかの圏域でも御指摘があります。10ページをごらんいただくと、医療圏ごとに糖尿病などがあるわけですが、糖尿病の管理料が多かったり低かったりしています。糖尿病について、変な話ですけれども、管理料がかかるまで放っておかれたのかどうか、そういうことを現場で確認していただけるようにお示したわけでありまして。私どもは、疾病に着目して問題がないかどうかを御確認いただこうと思っているのですが、きょうは、割と医療費のほうに話が振れていますけれども、そういうつもりでお示しているところがございます。

(委員) バイアスがかかっているデータを出して云々といってもしょうがないでしょう。

(回答) この場ですぐ解決する問題ではないかもしれませんが、比較の対象としてお使いいただければと思っておりました。

(委員) さっきの保険の審査に関しては、支払基金など全て全国平均化しようということで、恐らく統一されると思います。今そういうふうになってきています。支払基金も、かなりスリム化しなければいけないということで、そういう取り組みをやっています。国保はわかりませんが、恐らく国保のほうの方が厳しいのではないかと思います。

ますが、社会保険のほうはそういう形で全国的に同じようにしようというふうになってきています。

先生、ちょっとお聞きしたいのですけれども、このSCRは、入院とか外来を出していただいて、千葉は入院とか外来も全て低いのですが、私たちはこれをどのように利用したらよろしいのですか。

(回答) そこが非常に難しいところなのですが健康福祉政策課から説明がありましたけれども、建前上、隣は高いのに自分のところは低いというときは、そういう医療を提供するように基幹病院あるいは中核病院をてこ入れするというような方法を国が考えているということ、もう一つは、幾つかの病院が集まって連携法人をつくって機能を発揮できるようにしましょうというのが建前上の話です。実際それができるのかということなかなか難しい問題もありますので、もう一つの策としては、隣の医療圏と連携して、その分野の医療が解決するようにしなさいというのが国の考えていることです。それは全くごもつともなのですが、それ以前に、千葉県の場合は、先ほど申し上げましたようなレセの特徴がございますので、そこを踏まえた上で、余り過敏にならずに上手にSCRを使っていただけたらうれしいというのがきょうの私の説明の趣旨です。

(委員) 医療費の適正化という言葉がありますね。これは全国平均になるべく近づけなさいという意味なのですか。

(回答) 建前はそうです。国がやろうとしているのは、全国を千葉に近づけようというのが本質で、それが2025年までに落とそうとしている目標になっております。

(委員) 全国平均を100としているわけでしょう。医療費適正化というのは、我々が考えれば、全国平均より千葉は低いのだから、余り大した医療を提供していないからそこまで持っていこうという考えでもいいのですか。

(回答) 国の本音はそこにあります。

(委員) 上げてもいいと。もう少し過剰にやれと。

(回答) いいえ、国は、千葉まで落とそうというのが本音で、そういう方向に多分来年度の改定も近づいていくだろうと思います。幸い千葉は平均寿命も全然悪くはございませんし、疾病の治癒率も高いので、千葉並みにしたところで全国で困る人は余りいないのではないかとこの考えを財務省は持っています。厚労省はそう思っているかどうかはよくわかりません。

(委員) お聞きしたかったのは、これはDPCのものも入っているのですか。

(回答) 入っています。

(委員) 千葉県の入院の中でDPCが占める割合は全国と比べて高いのですか、低いのですか、真ん中なのですか。

(回答) それは考えたことがなかったので、計算していません。

(委員) 要するに、DPCの場合、係数というのは全国平均に合わせる。そこがモデルとなるのです。同じ疾患でもし検査が多かったり画像が多かったりしますと、係数は下げられてしまうのです。DPCの場合には、検査や画像とかを余計にしないで全国平均的なものにして、それでもって係数を得るという形で我々は経営しないといけないのです。もしそれが反映されてDPCの病院が多いとなると、恐らく検査とか、そういうものは少なく出るはずなのです。ただ、千葉県がDPCの病院が多いかどうか、それはわかりません。DPCをやっている立場からしますと、そういうことが考えられる、一つのファクターになるかもしれないということです。

(回答) 先生が御懸念のほど多いということはありません。

(委員) わかりました。

(委員) 医療を数字でまとめるというのはなかなか難しいことだと思います。こういう会議の場で何か数字を出さないと議論ができないので、数字を持ってくるという気持ちは非常にわかるのですが、ただ、現場の医療者、住民の方々の感覚と合っていない。要するに、根拠を探っていくと本当にそうなのかという数字をもとに医療計画を立てるというのも余りよろしくないのではないかと思います。

ですから、この地域の現状を反映できるような数字はどういう数字だろうか、それをみんなでこの場に出して今後議論をしていくことがいいと思います。困っていることを何とかしようというのが議論のスタートであるべきなので、全国一律の数字を使ったほうが厚労省は楽だと思いますが、やはり地域の特性を前面に出さない数字を使って地域の医療を考えても現実的には余りよくないのではないかと思います。次回は、ぜひとも国の基準の数字だけではなくて、地域の数字をできるだけ出し合って議論をしていくほうが実りがあるのではないかと思います。

(回答) 次回また、こちらは12月でしょうか、お話しさせていただきますので、それまでいろいろ検討させてください。

(議長) 議題(1)、(2)も含めまして、御意見、御質問、確認事項等ございましたら、医療機関以外の方からも頂戴できればと思っております。

(参加者) 今回の県の調査の中にアンケートがあったと思いますが、その中の質問に、答えるのに難しい項目がたくさんあります。それは何かというと、病院にはおのこののランクがあったり、やれるものがあるのですが、治療と診断と言われたときに、どのレベルを診断としますか、どのレベルを治療としますかと言われたときに、非常に迷います。

大学で30年やっていたので、大学でやっていたことをここに当てはめると全然診断なんかできません。治療に関しても、ここまで治療をやりますよとやってきたことからすると現状でやれることは全然違います。治療と診断という項目があるとすると、その両方ができますかというコメントなのですけども、どのレベルでどこまで診断するのかというのはすごく難しいのです。

開業している先生が診断できるレベルというのもすごく限定されると思います。そうすると、どういうふうに答えていいか。診断はどこまでできるけれども、それ以上できないということは、確定診断までつくといったら、がんはがん細胞を証明すれば確定がつきますので、それでいいと思います。画像診断で診断していいものは、ガイドラインにのっとったものはそれでできる。そうすると、今、言われたように、調査した内容が本当に現状に適しているかどうかという判断はすごく難しいと思います。

それで今みたいな議論が出るのは何かというと、現状に即したということ現場の人は言います。今、言われたように、公衆衛生の先生が全部そういうデータを見ると、それはデータとしてきれいに出てきますが、それが本当に現状をあらわしているかどうか、みんな不安に思うのです。それをどう解決するかというのは、出てきた統計は間違いではないので、それをどう判断するのか、すごく難しいことなのだと思います。

統計を出すときに、その設問が適しているかどうかということと、実際出てきたデータがどこまでパラレルに反映されるかということの真意が判断できなければ、その上に議論をしたとしても、出てきた結論はやはりあやふやなものになるのではないのでしょうか。出てきた結論があったとしても、いろんな形で行政でおやりになって決まったときに、全て決まったことがうまくいくわけではないので、何年か後に見直してやるのだというふうになるのだと思うのです。よりいいものをつくるのだと思いますが、それに関しての判断はすごく難しいと思います。

(回答) おっしゃることはもっともというか、そのとおりだと思います。SCRについても解釈上の注意点ということで、千葉の場合、特に山武長生夷隅につきましては、解釈の前に、算定状況は注意が必要と申し上げたわけです。ただ単に数字が低いから、お隣の鴨川に比べてとんでもなく医療のレベルが低いと考えるべきではないと思ったから申し上げたわけです。

一方で、先生がおっしゃられたように、これがある程度診療を反映しているということも事実です。7対1の入院ができないとかということが影響している部分が確実にございますので、その部分を中心に、どこと協力して問題を解決していくのかということ判断をいただければいいかなと思います。

先ほど聞いてびっくりしたのですけれども、医療圏の見直しが既に確定しているということで、医師を引き揚げるなどという話があったということなのですが、私が聞く限り、県庁の中でそんなことが決まったという話はございません。これから疾病別に医療圏の微調整といいますか、協力関係を構築していかなくてはいけないという前提で地域医療計画を立てるのだと伺っていますので、ガセネタといいますか、そういうものに惑わされず、本来、患者さんにはどういうふうに提供していくべきなのか、あるいは近隣の病院同士で協力し合って、あるいはかかりつけ医もあわせて協力し合って、問題解決の方向を探るにはどうすればいいかというような実りある方向にお話し合いが進めばいいなと思っています。

(参加者) 一つだけお願いしたいのは、アンケートをとるときにできるだけ意見を反映できるようなスペースをつくっていただいて、その中に統計では出ない内容の意見の多いものが出ると、よりいいデータになるのだと思いますので、できたらその辺のところも御検討していただきたいと思います。これは県の方にです。

(回答) 膨大なアンケートをさせていただきまして、その中で簡潔に答えていただこうとした余り、そういうところが反映できないのを御懸念されていることがよくわかりましたので、そういうことを糧にしていきたいと思います。

(参加者) ほかの地域の連携調整会議も見ていますので、その地域の話させていただきたいと思います。まだここは二次医療圏が設定されていない状況で来ていますので、次の話に行くのがなかなか難しいという現状があると思いますので、まずはそこをしっかりとやった上でのことになると思いますが、限られた時間で説明だけで終わってしまう事態だと、中身的な問題を話せないという意見がたくさん出てきます。

市川市ですけれども、実際、地域で何が困っているのか、地域医療問題懇談会みたいなものを病院と医師会であわせて話し合う機会を先に持って、そこでデータだけでなく、実質的に困っていること、どうしたら連携してうまくいくかということ話し合う機会がだんだん出てきています。市川の中でも北部と南部は違うということがわかってきて、その問題をこういったところに全体会として出したらいいのではないかという意見が、今、出てきている状況です。そうやって実質的なところで動いているのがなかなか難しいところではあります。

東葛北部が東葛5市ですが、5市の医師会ごとに病院にアンケート調査をとって実質的な問題点を挙げて、それをここの会議で発表するという動きをとっているところもあるということを御紹介させていただきたいと思います。

もう一つ、データの見方はなかなか難しいところなのですが、ちょっと注目しておいていただきたいと思うデータが一つあります。資料「平成28年度病床機能報告の結果について」の4ページ目に「主な医療・介護資源の現状」というのがあります。ここの部分はいつも見てくださいみたいな形になっているのですが、現状を県平均と比べた山武長生夷隅の中身が見える指標かなと考えております。

この中で見えるのは、病院数はそこそこありますが、訪問看護ステーション数とか、在宅側の利用が少し少ない状況で、ただ、病院数があるにもかかわらず、13番の一般病床数は430と県平均よりもかなり少ないという状況にあります。先ほどの急性期が過剰という形にはどうしても読み取れないデータのように感じます。

なおかつ、15番、16番の部分、病床利用率67.8%、平均在院日数21.1日というのは、少ない病床数が稼働していない現状にあって、それが取り合いになってうまく回っていないのか、それともそのほかの原因、ここで見ると21番の医療施設の医師数、24番の看護職員数がかなり少ない状況になっている、人材不足でうまく回っていないのではないかということが見てとれるのかなと思います。

30番から33番、介護施設数がかなり過剰というふうに出ております。療養型のほうと介護施設数の人員はある程度バッティングするところもありますので、こちらの介護施設のほうもどれだけの利用率になっているのかという心配がデータからは見てとれると思います。

私を感じたところではありますけれども、ここの部分をぜひ皆さんにもう一回見ていただいて、次回に役立てていただけたらと思います。

(議長) 茂原市長生郡医師会のほうで何回も勉強会を重ねた上で出てきた御意見というふうに私ども捉えておりますので、地元でもそういうことを行っております。

(参加者) ちょっと思うのですけれども、そういった意見があるということ、ここが公式な場所なので、しっかりここで議事として言っていただいたほうがよろしいかと思えます。ここが公式な場なので、こういったことが話し合われて出てきたという形を言っていただいたほうがいいのではないかと、目的というわけではないですが、公式なところでの発言としてあったほうが良いと感じております。

(議長) ありがとうございます。参考意見としていただければと思います。議長の確認ですけれども、資料の中に「議事(1)関係」ということで、アンケートというか、意見照会が置いてありますが、これについて御説明いただけるのでしょうか。

(回答) 委員の皆様には「議事(1)関係」という2枚物のペーパーがございます。きょう、いろいろ意見をいただきましたが、恐らく、お時間ですとか、あるいはすぐにはここで考えがまとまらないということもあろうかと思えますので、よろしければこちらのほうに記載して、理由等もいただければ、この意見もきょうと同じような扱いで参考にさせていただきたいと思っております。よろしくお願ひしたいと思っております。

(議長) 例えば選択した理由以外にも何か意見を書いて構わないでしょうか。

(回答) 御意見ですので、これに縛られないこともあると思いますが、まずはこの3つは基本かなと思ってここへ書いております。

(委員) 最後にまたなのですけれども、きょうの会議でいろんな数字が出ましたが、数字はひとり歩きします。きょうの会議の結果でアンケートをとって、二次医療圏に関しての御意見がこの数字でしたと多分公表しなくてはいけないと思いますが、私たちは責任持ってアンケートに答えるだけの資料も数字もないですし、議論もしていないので、きょうの後に何となく雰囲気的にこういうアンケートをとるということは、逆に数字がひとり歩きして危険だと思えますが、これに関してはいかがでしょうか。

(回答) まず、これは委員の皆様にお願ひしているので、それ以外の方は、申しわけありませんけれども、手元にないと思えます。これを統計化してどうこうという意味よりも、この場でなかなか発言が難しい方もいらっしゃると思えましたので、そういう機会として捉えております。全員お答えしなければいけないとか、そういうことでもないと思えますので、補足的にとらせていただければと思っております。

(委員) これは、皆さんにきちっとアンケートをとったものなので、しかもこれを参考にし

ますと書いてあるわけです。決定する前にもう一回会合があるわけですね。どれだけの回答があって、問いの1、2、3、しかも理由など、少なくとも書いた人間とか、ここの場にいる人間にきちんと報告すべきだと思います。そうでなかったら、我々は書く理由もないではないですか。

(回答) 趣旨としましては、繰り返しになりますが、この場で御発言がなかなかいただけなかった人で、お時間の中でいただければと思っていたのですが。

(委員) これは全員に配っているわけですね。

(回答) ええ。

(委員) 全員がこれを書くかどうかわからないにしても、基本的にはみんなが書くわけですよ。それをやってもらう限りにおいては、その結果を報告するのは当然のことではないですか。それはアンケートをしたほうの責任です。やったけれども、その結果は教えないなんて、そんなばかな話はないでしょう。

(回答) お伝えすることを別に拒むわけではないのですが、会議の開催の関係と、物事を決める段取りの関係で、タイミングを。

(委員) 結果を出さないということは、あなたたちが都合よくこのアンケートの結果を幾ら使ってもいいというふうにとられてもしょうがないのですよ。

(回答) いや、そういうつもりはないのですけれども。

(委員) だったら、結果をきちんと報告すべきです。それはアンケートしたほうの責任です。我々はそれだけの労力をするわけですから。

(議長) これは委員の方々全員にお配りしているわけですね。

(回答) そうです。

(委員) 医療関係者のほかの御出席の方々ではなくて。

(回答) 委員の方にお配りしているものです。

(議長) 地域医療構想調整会議の委員の方々全員にお配りしているということですね。いづれにせよ、何らかの形で結果は。

(回答) 状況をお伝えできるようにはしたいと思いますが、こういう会議の場でできるかどうかわかりません。会議の回数がそんなに開けませんので、かといってずっとこの問題を引っ張ってもいけないですから、何らかの形でお伝えしたいと思います。

(委員) これはオフィシャルに出すわけですね。

(回答) そうですね。

(委員) ノンオフィシャルという話ではないですね。

(回答) 違います。

(委員) アンケートはとるとのことですか。

(回答) お願いしたいと思います。

(委員) アンケートの4に、現時点の情報だけでは判断できない、そういう項目を加えていただければまだいいと思いますが、少ない会議で意向を伺う数字を出すというのは余りよろしくないのではないかと思います。

(回答) 回答できませんという形でお答えもあるかもしれませんが、そういうものも含めて考えています。

(議長) 不明の節は、場合によっては事務局を通じてまた確認などをさせていただければと思っております。