

平成 30 年度第 1 回

駿東田方構想区域地域医療構想調整会議（三島・田方）議事録

日時；平成 30 年 6 月 27 日（水）午後 6 時 30 分～8 時 10 分

場所；三島市保健センター 2 階会議室

（関議長）

本年度第 1 回地域医療構想調整会議を進めて行きたいと思います。皆様からの忌憚のない御意見をいただきたいと思いますのでよろしくお願いします。

昨年度の会議では、第 8 次静岡県保健医療計画の改定にあたり、当圏域の「6 疾病 5 事業及び在宅医療」についての現状と課題、及びこれらに対する施策の方向性や対策のポイント、数値目標の設定などについて検討してまいりました。それぞれの医療機関が担っている機能や役割についても報告いただき、検証してまいりました。

本日の会議では、今年度の地域医療構想調整会議の年間スケジュールや平成 29 年度の病床機能報告の結果、非稼働病床を有する病院の今後の運用見通しの状況などを議題としております。

それでは、早速、議題 1 「平成 30 年度地域医療構想調整会議の進め方」について、事務局から説明をお願いします。

議題 1（事務局より説明）

資料 1 「平成 30 年度地域医療構想調整会議の進め方」により説明（東部保健所浅倉部長）

（関議長）

今までは、地域医療構想の総論的なディスカッションを主にしてきましたが、いよいよ今年から各論、特に稼働率の低い病床をどのように扱っていくかという各論に入って圧力をかける会議の役割が増していくことになるのであろうと私は考えておりますが、委員の皆様からご質問はありますでしょうか。

ご質問もないようですので、次の議事に移りたいと思います。

次は「平成 29 年度病床機能報告の集計結果」並びに議題の 3 「非稼働病床等を有する医療機関の対応」について、一括して事務局から説明をお願いします。

議題 2、議題 3（事務局から説明）

資料 2 「平成 29 年度病床機能報告の集計結果」（東部保健所鈴木地域医療課長）

資料 3 「非稼働病床等を有する医療機関の対応」（東部保健所鈴木地域医療課長）

(関議長)

病床機能報告は4回目となりまして、地域医療構想に沿った形で急性期と慢性期の病床が若干減り、回復期が少し増えつつあるという傾向が出ているのだと思います。計画の値からはまだ遠いのですが、そのような動きがあることを報告いただきました。

それから、慢性期病床を将来的に介護関連施設、介護医療院等へ転換の予定がこの圏域でも出ていますが、県全体から見るとこの辺の動きは少し鈍いのかなとの印象です。非稼働病床に関しては、積極的に対策を取るように対し、どうしていいのか分からないというのが実情だろうと思いますので、追々何年か掛けてどうするのかといったところかなと。

各委員からこの2点の説明について、ご質問等はございますでしょうか。よろしいですか。特段ないようですので、次の報告事項に移ります。

報告事項1「在宅医療広報支援体制整備事業」について、県から説明を御願います。

報告事項1 (県地域医療課から説明)

資料4「各地域における在宅医療後方支援体制の整備に係る検討について」(秋山地域医療課長)

(関議長)

国が進めている在宅への施策の一つが、有床診療所への支援という形で出てきているわけですが、昔あった有床診療所の機能を復活させたいという思いがあるのでしょうか、いろいろ問題があってお話が出るかと思いますが、この件についてご質問等はございますでしょうか。

(塩田委員)

事業内容の補助基準額が医師、看護師となっていて、対象経費で医師又は看護師を新たに雇用した場合の人件費となっていますが、准看護師は看護師とは違いますので、ここの部分は、看護師が対象で准看護師は対象外との理解でよろしいでしょうか。

(秋山地域医療課長)

今後、調整した上で事業をスタートさせますが、現時点では看護師と准看護師の区分は考えていません。

(塩田委員)

看護協会では、看護師と准看護師とは資格が違うので表記をするときには分けるようにしており、その辺りは検討していただければありがたいと思いました。

有床診療所に期待される主な役割が資料に記載されており、内容は理解できるし地域包括ケアシステムも理解していますが、急性期、あるいは回復期病院から直接入院ということになると在宅のカウントにはならないと思われます。復帰率が必要になってくるが、70%とかの在宅復帰率を維持するために、このような場合も在宅としてカウントさせてもらえるならば、割とうまく機能するのかなと思いますが、そうでないならば、(病院から)送れる数は限られてし

まうのではないかという印象がありました。

(秋山地域医療課長)

今回の診療報酬の改定で、介護サービスを提供する有床診療所はカウントとなりますが、すべての有床診療所が対象ではありません。

(佐藤委員)

有床診療所は非常に経営が困難で、どんどん減少しているのが現状だと思いますが、この地域の有床診療所は、伊豆の国市をみても眼科か産婦人科、病床を閉鎖している診療所で、他を見ても多いのが、産婦人科、眼科で一般の疾患の入院ができる施設はあまりなく、このようなところはこの制度を活用していけるのかなとの印象を受けましたがどうでしょうか。

(秋山地域医療課長)

当地域の有床診療所は46箇所あり、そのうち内科、外科を標榜する有床診療所は約半分の20数箇所あり、今後、これらの診療所から手上げをしてもらうこととなりますが、かなり少ない状況というのはご指摘のとおりです。

(関議長)

おそらく三島・田方地区はリストをみても手上げが無いであろう。沼津から若干手上げがあり、格好がつくのかなと思っています。佐藤先生からもご指摘があったように、昔の外科系をやりながら内科系をやっている有床診療所は難しく、三島も全部、婦人科関係となっていますし、実際、この制度に適應できる診療所がないのが現状です。将来的に、病院が附属の診療所を作ってうまく機能すると一つの生き方かなと思います。あるいは、この制度をもっと拡大して、稼働していない病床をこの制度で援助をもらって、そこにオープンシステムを組み合わせるとか。これは、突破口であって、これから何年か掛けて3年後にまた違う形で拡大していかないとうまくいかないのでは。今、三島・田方地区に該当するものはありませんが、今後も進めていっていただきたいと思います。

他にないようであれば、報告事項の2に移ります。

「地域医療確保支援研修体制充実事業」について、浜松医科大学竹内特任准教授から説明を御願いたします。

報告事項2 (竹内浜松医大特任准教授より説明)

資料5 「地域医療確保支援研修体制充実事業」

(関議長)

竹内先生には、東部地域にはなかなか研修医も来てくれないということで、大変な問題を抱えています。幸いなことにこの圏域には順天堂があるわけですが、竹内先生にはお力を発揮していただいて、ぜひ東部地域にも順天堂、がんセンター以外の病院が少しでも楽になるようにご尽

力いただければと考えています。

どなたか、この事業についての御質問、竹内先生への要望等がありましたらお願いします。

(佐藤委員)

(本事業の資料イメージ図で)〇〇大学医局の教授、准教授といった昔の医局制度に逆行しているんだなと考えてしまうが、初期臨床研修医制度の前との違いがどの辺りにあるのかご説明をお願いします。

(竹内浜松医大特任准教授)

この資料は県の方で作成してもらったもので、ご指摘のとおり少し分かりにくい、どのように理解すればいいのか難しい部分がありますが、現状、医師確保の状況について数字を出しながらお話をさせていただきたいと思います。

ポイントとなる数字が4つありまして、ひとつは、194と115という数字で、昨年度末まで県内の病院で初期臨床研修を受けていた先生が194人いて、そのうち県内を基幹とする専門プログラムに残った方が日本専門医機構の発表で115人であった。要するに、静岡県に本拠がある先生が4月を境に79人減ったというショッキングなニュースとなったところですが、順天堂もそうですが、特に東部地域においては首都圏の大学からのローテーションで回ってくる先生がいらっしゃるということで、静岡県で調査したところ、東京や関西方面等から回ってくる先生を含めると、4月1日時点で3年目の専門医を目指す先生は142人ということで、27人プラスで他県から来ている。これを1年前と比べると168人が142人に26人減ったということになります。

いずれにしても、3年目の専門医を目指す先生、病院にとっては一番働く最前線に立つような先生方が少なくなったわけですが、減った地域はどこかというところ、東部だけではなく中部もかなり減っている。静岡県でも日本専門医機構や全国衛生部長会議等を通じてこのあたりの話をうかがっており、機構の方は3年間の専門医研修の中で静岡県では首都圏等から2年目、3年目に回ってくるのでそれほど悲観的なことではないとの話はありますが、本当に来年、再来年に来てくれる保障があるのか心配されている病院長の先生方がいらっしゃることをヒアリングでうかがっているところです。この辺のところについては、県の方でも心配しており、来年を待たずに随時フォローしていくと聞いています。

専門医研修ということ言うと、専門医資格を取れる施設が大学病院などに限られ、昔の医局制度ほどではないにしても、学会の中で専門医を取れるプログラムは大学病院でなければできないようなものがかなり多く、静岡県の中でも、耳鼻科や眼科のように浜松医大以外は作れない診療科目がある。そうなってくると、県外の大学のプログラムでローテーションして若い先生方を病院に送っていただくしかないということで、専門医プログラムの中で県内の病院が関連施設となっているのが重要になってくる。このように専門医研修プログラムが大学病院等に限られてくるということを表した資料ということでご理解いただきたい。

(関議長)

先日の会議で、順天堂の三橋院長先生にお願いをしたのですが、この地域で順天堂とがんセンターが組んで、立派なプログラムを作って大学本部から人事権を奪い取って、独立した形でこの地域に研修医が来て地域に根付かせられないかとのお願いを、この会議の座長の立場とし発言してきたところですが、本部の人事権は強いものなのでしょうか。

(佐藤委員)

静岡病院が基幹病院になるという考えも本部は持っているようであるが、何時になるかは決まっていなくて、理事長としては、浦安病院とか静岡病院といった大きな病院は将来的には基幹病院にしたいとの考えをお持ちのようですが、具体的な話は出ていないのが現状です。

(関議長)

ぜひ、この地域のためには順天堂とがんセンターの二つが組めばすばらしいプログラムがいつぱいできて人が集められるだろう。そのような人達が地域に残ってくれれば、この地域は非常に明るい未来かなと考えています。何かご意見はございますでしょうか。

それでは、本日予定しました議事は以上になりますが、総括的なご発言がございましたら、お伺いいたします。

(鈴木医療政策課長)

病床機能報告制度に関して若干の補足説明をさせていただきます。

6ページの資料で、各圏域ごとの四つの医療機能ということで、駿東田方圏域では2025年の地域医療構想の必要病床数との比較で、慢性期機能については590床がオーバーしているとの結果となっている。一方で、療養病床の介護老人保健施設等への転換意向状況の中で、主として介護医療院への転換予定が念頭に置かれていますが、これが平成29年7月1日時点での意向調査の結果で、その後の介護保険報酬の改定により、介護医療院の点数が出てきてかなりインセンティブが働く誘導的な内容となっていることから、その後、医療療養病床を含めて介護医療院への転換を考えているところも出てきていると承知しています。

医療計画の中にも記載していますが、療養病床の転換意向調査は毎年度継続していく予定で、圏域の中でどういう病院が転換していく意向なのかフォローしながらこの調整会議の場で提供していきたいと考えております。なお、病床機能報告制度上、介護医療院へ転換した場合は、慢性期の病床のカウントからは外して、減るということになります。医療療養病床を含めた介護医療院への転換意向の状況については、2回目以降の調整会議で報告させていただく予定です。

(竹内浜松医大特任准教授)

本日は、オブザーバーという立場で出席させていただいておりますが、全体的な方向や昨日の駿東地域の調整会議の状況などについて情報提供させていただきます。

6月1日に全国の都道府県の職員、医師会、大学の担当を集めて厚生労働省が研修会を開催しました。その中で話があったのは、資料3ページの下段に記載がある厚生労働省通知に関する細かい説明がありました。一言で言うと二つのポイント。事務局からの説明にもあったように、病床機能報告は、各病院の判断で急性期、回復期、慢性期の区分が報告されていますが、それをもう少し具体的な点数や指標を資料21ページにあるような膨大な報告項目を病床機能の目安として使ってもらいながら今後は報告を求めるということで、これまで定性的な考え方から定量的な判断で位置づけを明らかにしていくことが1点。もう一つは、医療・介護の連携、役割分担ということで、特に慢性期のところで、医療なのか介護なのかというところをよりはっきりさせていくということで、介護医療院は看取りも大きな機能といわれていますが、医療保険の中でどこまでみるのか、病床機能報告のなかで出てくるのではないかとといった説明がありました。介護医療院についてはインセンティブがあるとの話がありましたが、特に市町にとっては財政的に大きな影響が出てくるので注視していくことが必要なのではないかと考えています。

昨日の調整会議で、浜松医大の小林先生から話が出たのは、特にこの駿東田方の圏域の病院でいうと、大きく二つに分かれるであろうと。一つは順天堂やがんセンターのように圏域を越えて広域的な高度・専門医療を担う病院と地域密着型、主に圏域の中で医療を担う病院の二つに分けて考えていかなければならないのではないかと。特に地域密着の中でも2次救急のような急性期を担う病院と地域包括ケアの一端を担うようなサブアキュート、ポストアキュートを担う病院にはっきり分けていくことが、中小病院が多いこの圏域では、それらの機能をどのように担っていくのか、これから課題になってくるのではないかと。また、稼働している有床診療所がない中、在宅の補完をどのように担っていくのが議論になっていくのではないかと。

今年度の調整会議のスケジュールについていうと、昨年は公立、公的病院等のプランがありましたが、これからは民間の病院についても議論していくこととなります。

(関議長)

ありがとうございました。これからの方向性についてお話をいただきました。

地域医療構想は数値目標だけではなくて、この地域の将来的な夢はどのようにどうあるべきかといったディスカッションをしていかなければならない。総論的なところに立ち戻って考えていながら各論を進めていくことになろうかと思えます。

何か委員からご意見はございますでしょうか。

(佐藤委員)

5ページの表で、県全体の病床機能報告数の推移がありますが、2014年から2017年まで漸増している病床が、2025年に向かって減少していくといったイメージが湧かない。何時ごろから減少し始めて、そのときにどのような工作が働くのか、県が考えているところを示してもらえれば我々もイメージが湧いてくるのですが、いかがでしょうか。

(鈴木医療政策課長)

病床機能報告は2014年から開始していますが、制度が始まってしばらくは、医療病院からの報告が100%になっていなかったということありまして、一部、報告漏れがあったということがあります。昨年は、全ての医療機関からの報告があったということで、この数字がマックスなのかなと思っています。今後、この数字の中から、各病床機能の転換が進む、あるいは非稼働の病床が再稼働となっていくのか廃止となっていくなどの動きが出てくるのではないかと考えています。

許可病床が増えているということではないので、これまで稼働していなかった病床の一部が稼働した、あるいは報告のなかったものが報告されたことから、数字が増えてきたという状況です。

(佐藤委員)

難しい質問だったと思いますが、ずっと増え続けている病床は、どうしても減るとは思えなくて、どこかで何かの工作がないとこのようにならないと減少してこないと考えていますが、それが具体的にどういうものかということをお教えいただければ。

(関議長)

許可病床数は増えていない。報告数だけが aumentando。いままで、報告してなかったものが年々報告してくれるようになったと、そういう理解で。

(鈴木医療政策課長)

報告自体はそういうことです。この数値から、ひとつの目安にしている地域医療構想に出ている数値に近づけていくのかとの議論だと思いますが、そのひとつとして稼働していない病床を廃止すれば減少となりますし、また、慢性期の病床が介護医療院へ転換していけばその数値は減っていくことになる。特に少ないといわれている回復期の機能は、急性期と回復期の機能のあり方について資料を提供しながら各圏域で議論いただくことになる。あわせて、病床の転換、あるいは削減も含めて総合確保基金の中で補助金の制度がございますので、その制度を利用しながら病床の機能転換などを進めていこうと考えています。

(竹内浜松医大特任准教授)

他の圏域での状況を含めてお話させていただきます。

まず、人口自体が全体的に減少してきており、また、人口構成も変わってくるなかで、高度急性期、急性期の対象となる患者数が将来的、長期的に見れば減っていくのではないかと。実際に急性期の病院の病床稼働率を見ていくと、更に将来の人口減の減少を考えていくと本当にこれだけの病床数が必要なのか。人口構成や疾病構造の変化で自然的に減っていくって、病院の経営として大変になってきて、返上していくということもあるのではないかと。それが1点。それと、急性期病院で、看護師が7:1から10:1に変わっていくことで、病院の中で再配置を

考えていかなければならない状況の話も出てきていますが、そのような状況の中で、急性期から回復期リハ、地域包括ケアに転換を図っていく。あるいは、慢性期の療養病床が介護医療院へ転換していくことでこの数から抜けていくとの説明もありましたが、そのようにいくつかの要因があろうかと思いますが、トータルとすると、病床が減っていくことが考えられるということで必要病床数ほど減るかどうかはこれからの話になりますが、将来的に見ると必要なニーズとしては減るのではないかということ。

国の研修会でも、2025年の必要病床数という推計値はデータとしてはかなり前のものを使って地域医療構想を作っているの、その見直しが必要なのではないかという議論が出ていましたが、国としては今の時点でこの必要病床数を見直すことは考えていないとのことでした。この数字をどこまで厳密に守るのかではなく、必要な病床数として規模としては減っていくということで理解していただければいいのではないかと思います。

(関議長)

今まで、この報告の中で実績作りとして、一生懸命、未稼働を稼働にしたり、報告していないのを報告したりと実績作りをしてきた病院もあろうかと思えます。この病床機能報告の本来の意義は、自分の足元を良く見てそれでいいのかということ自分たちで決めろという圧力みたいなもので、先ほどの点数の話が出たが、急性期といってもそれほどの点数を上げているのか、そこを報告しろということですから、実は狙っているところはかなり厳しいことを言っているんで、必要病床数がこれでいいのかという話がありましたが、これを目指していかざるを得ないし、その大きな武器が病床機能報告になっていくと私は理解しています。

他に意見はございますでしょうか。

それでは、いろいろ意見をいただきありがとうございました。また、思いついた意見がありましたらファクスで事務局の方へ提出いただきたいと思います。

(紀平副議長)

皆様お疲れ様でした。

本日の会議を閉会とします。