

令和元年度第 1 回

駿東田方構想区域地域医療構想調整会議（駿東）

日時；令和元年 7 月 1 日（月）午後 6 時 30 分～8 時 10 分

場所；東部総合庁舎別棟 2 階会議室

議題 1 医師確保計画の策定について（事務局より説明）

（沼津市立病院卜部委員）

少数スポットがないと言うのは十分理解しているのですが、医師の偏在の方の駿東田方に関して、非常に違和感の強いところがあります。がんとか脳卒中、心臓、そのへんはいいのですが、救急に関してですね、時間外の診療のできる病院が、駿東田方は非常に少ない。内科待機が空白になっていたり、外科待機の項目が空白になっている。この医師の数、ただ単に数合わせで人数がいるから多数区域とか中位とか言っているのかもしれませんが、どうも実情に依拠していない部分があるのではないかと。

前回の地域医療構想調整会議でちょっと違和感があったのですが、何だろうとはっきりわからなかったのですが、帰ってからいろんな情報を見たりしていると、この地域はがんセンターと順天堂がありますけども、順天堂は駿東田方に住所はありますけれど、実際の患者さんは賀茂とか伊東とか言うところから来ている患者さんが多くて、もちろん駿東田方でもお世話になってはいますけれど中心になってやってくれているわけではないし、待機の中に入っているわけでもない。がんセンターは救急はやらない。そうすると、救急に関して、この地域は、少数とは言いませんが多数区域では決してない。逆に、医者が足りなくて困っている。空白の日がでていきますから。空白の日でも、救急車が来れば受け入れると言うことでやってはいますけれど、どうもそのへんの定義がものすごく違和感が強いです。

（安間所長）

この医師、多数・少数・中位と言うのは、医師偏在指標に基づいて作っておりまして、今ご指摘いただいたとおりの話になりますと凸凹な感じがございます。それも含めて、医師確保計画の中で議論をしていただきたいですし、救急に関してはまた別の議論も必要かと思えます。そのあたりを議論していただいて、この地域は少数ではないとは言いませんし、いろいろな問題もあるわけですから、そのへんを含めて計画をしていければと思います。

（沼津市立病院卜部委員）

ここで何を打合せするんですか。少数区域ではなくて少数区域の話をしてもしょうがな

いですし、多数区域でもなくて、その議論をすると言っても、何の提案をするのですか、ここで。

(安間所長)

資料4のところから、ここの医療圏域の計画がございます。確かにここの圏域は多数でも少数でもないですけど、これはどうか、どうなっているのかと言うこともあろうかと思えます。この場でも結構ですし、後日でも結構です、ここをどうしましょうと言うことを埋めていっていただきたいと思えます。

(沼津市立病院卜部委員)

ここに来ていられる病院長、先生達も、みなさんご存知のことですけれども、こうやって、小児科だ産婦人科だ麻酔科がいなくて、じゃあ医者をどうやって集めたらいいのか、皆さん頭を絞りに絞っているわけです。それで、何をこの会議でやるのか、いまいち見えないのですけれども、もうちょっと詳しく教えてください。

(安間所長)

事務局の説明が下手で申し訳ありません。この中で、今お話にありました救急の体制のことを議論するのも、当然1つの案かと思えます。

(静岡医療センター中野委員)

今日の資料を見ていると、長期的に静岡県の奨学金の若い医師、そういう人達の中で専攻医のプログラムに乗っていただいて静岡県で働いていただくというようなところはわかるのですけれども、僕らの病院は目の前のことで精一杯です。非常に脆弱で、ある大学から医師派遣を切られると大騒ぎで、毎日あっちこっち院長が回らなければいけないという脆弱な体制ですよね。特に指導医確保と言うのは本当に直近の問題で、指導医確保に関しても県の予算的などところで補助はあるようなのですけれども、なかなかですね。うちなんかも救急科ができたかと思えば整形外科が大問題と言うようなところで、直近の問題に関して県からは特別いい案や補助を受けられるわけではないと言うことです。駿東田方の病院、非常に困っているところではあると思うのですけれども、直近の問題を御検討いただければと思います。

(安間所長)

そういうことも含めて議論していただければと思います。

(西方議長)

臨床研修医について、初期研修はこの地区においても、沼津市立病院、静岡医療センターもかなりいらっしゃるんですけど、専攻医となると7ページを見るとわかりますけれ

ど、ほとんどこの地区に専攻医を目指している人はいないわけですよ。新専門医制度が地域医療崩壊にかなりつながっていると思うんですけど、制度に関していかがですか。

(沼津市立病院卜部医院)

新専門医制度は、ひとことで言うと、それを指導する医者がいるかいないか、それに尽きます。専門医制度で専門医を増やしていくと言うことは、とりもなおさず指導医をたくさん確保すると言うことで、それをどういうふうにしていくか、と言うのが議論になるわけですけど、地域医療構想調整会議で医師確保をすると言うような話で、どこまで県に権限があって、我々はその提案をできるのか、そこがわからないといくら言っても空論ですよ。県は何ができて、我々は何ができるのかと言うのがわからないと、ただここで討論してくださいって言っても机上の空論だと思うのですが、いかがですか。

(安間所長)

医師確保につきましては、ふじのくに地域医療支援センター等で議論がございます。その中で、この地域に奨学金制度の先生方にやっていただくと言うのが1つございますし、各種の基金等でどうかと言うお話もいただいております。なかなかこのところで奨学金を持っている方をすべて把握してと言うことはできないと思うのですが、調整会議の中でそう言った議論が出れば、それを県の方に上げてそれをどうフィードバックするのかと言うことは進めていきたいと思っております。

(静岡医療センター中野委員)

専攻医と言うところに絞りますと、うちなんかは麻酔科の専門医基幹病院の維持ができたりできなかつたりと言う非常に脆弱なんですけれども、1つ1つ基幹病院として手上げをしていく準備をやっとこさっとこ整えているところです。実は専攻医に限ると、うちは日本医大であったり浜松医大であったり、学年的には後期研修になる学年の人が救命救急に来たり、数は少しだけ増えてはいます。やはり、母体となる静岡で言うと浜松医大との関係ですね。内科は一応うちは連携病院なんですけれども、そう言ったところで、専攻医を派遣していただきたいと言うのが1つと、あともう1つはサブスペですよ、サブスペの学年と言うようなところでは、来年うちもひょっとすると静岡の奨学金の専攻医のもう1つ上の後期研修からサブスペに入る人を確保できるかなと言うようなところもあるので、そう言った人達を、なかなか専攻医で、基幹病院になっていませんので、浜松医大とかから経由で回していただきたい。専攻医を終えた方々、まだ専攻医を終える学年の方はいませんけれども、後期研修に入った静岡県の奨学金の先生とかをサブスペで回していただければなと思います。

(安間所長)

奨学金の制度の義務年限の先生の配置につきましては、ふじのくに地域医療支援センタ

一でやっております。ただ、今こう言ったご意見をいただいたものですから、そう言ったところで反映させたいと思います。今お話にも出ましたが、指導医の先生がいないとなかなかつらいところがあります。

(沼津市立病院卜部委員)

うちは基幹を2つ持っていて、内科と外科があるのですが、専攻医を受け入れられる状況にあります。なかなか専攻医の来てがないと言うところで、県の方からそういう方々に誘導するだとか言うことができるのですか。

(安間先生)

専攻医については、先生方とご本人とリーダーの話し合いになるかと思えます。そのところでまた議論していただければと思います。

(斉藤副議長)

先ほどから卜部先生もおっしゃっていただけますけれど、少数スポットでもないし、医師少数地域でもないとなると、そもそも実情にこの数字があっていないのですから、この数字の出し方自体が問題で、無意味なんだということを保健所としてむしろ認めて、また違った視点で数字を出すって言う考え方は、竹内先生ないのですか。

(浜松医大竹内准教授)

別冊の21ページをご覧ください。今ご指摘のあった医師偏在指標についてちょっと説明させていただきます。

(1)の考え方と言うところに、5つの項目があります。医師多数区域から少数区域まで、国がどう言う基準で選定をしたか、指数として算出したのかと言うことが、主にこの5つの項目なのです。

今ご指摘のあったように、診療科ですとか医師の年齢性別とかそういう視点はあるのですが、医療供給体制、今話題になっている救急の体制とか、地域全体の医療供給体制まで組み込んで出ている数ではないのです。ですから、今も議論されているように当然現場の状況等必ずしも一致しないような数字が出てくる。そのところをどうするかと言うのを今回事務局から配っていただいている資料4の5ページになるのですけれども、今回医師確保計画を作るにあたって、中長期的なところで言えば奨学金、来年度大きく制度が変わってくる地域枠のあり方と言う話で10年先20年先と言った話になるのですけれども、今喫緊の現状の課題としてどういう課題が地域にあって、それに対してどうやって医師を確保していくのか、と言うことが、まさしくその資料4、5ページのところの網掛けになっている部分、安間所長からも言われたとおり、地域に特有の課題があるのであれば、そこを協議していくことになるのですから、昨年度末にも若干お話させていただきましたが、地域の中で何が課題でどう言うことをやっていかなければならないのかと、まさに調

整会議です。地域医療支援センターも支部会議もありますけれど、かなり大きい会議になりますので、もうちょっと地域できめ細かいことを考えていくのであれば、この調整会議で、あるいは救急であれば三島田方と共通課題と言うことであれば、昨年度末のように合同会議と言うのもあると思います。もうちょっとコアメンバーを絞った部会とかワーキンググループと言うので検討していくのも考えられると思います。

ぜひ、今ご指摘のあった内容については、この地域の特有の課題、医師偏在指標だけではあらわれない課題として協議をしていくこととして考えていく必要があるのではないかと思います。

それから、今、専攻医、指導医の御指摘のあったところでも、最後にちょっとお話をさせていただこうと思っていたのですが、別冊で今日資料を用意させていただきました。別冊の資料の一番後ろをご覧くださいと思います。これが、2016年、直近の国の調査の中での、医師の充足率、診療科別の医師の充足率です。あと、来年度、今機構の方でも調整されていると思うんですけど、来年度の専攻医のシーリングがかなり今年度と変わってきます。そう言う中で、現時点で公表資料としてあるシーリング案を作ってお配りさせていただきました。見ていただいてわかるように、静岡県ですと国が考える必要医師数と現在の充足率、診療科別にみるとご覧いただいたとおりで、国は80%以下を不足と言うことで理解していますけれど、ほとんどもうアンダーバー、ほとんどの診療科で不足となっています。

一方で、たとえば東京ですとか、京都、大阪は、二重丸を付けてありますけど、国としてはこれは必要医師数に対して現状十分にいる、1を超えると言うことで、来年度の専攻医のプログラムでシーリングを掛けるということで国が考えていると言うことです。

一方昨年度まで神奈川県が大都市と言うだけでシーリングがかかっていたんですけども、今年度は、数字をみていただくとよくわかるんですけど、ほとんど1を上回るものがないと言うことで、シーリングにかかっておりません。ですので、だから他県から専攻医のプログラムに入っちゃいけないと言うことではなくて、むしろシーリングのかかっているような所にある病院と大学とで組んでいただく。特にもうお話が個別にあるのかもしれないけれど、たとえば、東京の大学の基幹で、駿東田方で半分以上の期間を研修していただければ、東京の大学にとってはシーリングよりも外枠でプラス α と言うことでメリットのあるような研修も募集ができるという話も機構の方で考えているようです。そう言う所をぜひ見ていただいて、これは実は5月の国の検討会でもオープンになっている資料で1か月半経っちゃっているんですけど、こう言うところでも、御存知の先生方も多いと思うんですけども、こういう形で対応していく。浜松医大はもちろん県の東部にもいくつかの病院に派遣をしているんですけども、ちょっと今日の資料にはつきませんでしたけれど、静岡県自体も都道府県の勤務医指数の中で大学病院に勤務する医師が占める割合は、実は静岡県が最下位です。全国平均が15%から17%くらいの間だったと思うんですけども、静岡県の場合、特に浜松医大に限って言うと5%しかいませんので、圧倒的に教育するスタッフが足りないということになります。大学としてもかつかつで中を絞りながら外

へ出している現状ですので、やはり圧倒的に医学部が少ない本県とすれば、このシーリングのような形を奇貨として、こういう形を活用して、特に東部の場合は前にもお話がありましたけれども、特に近いと言う利もありますので、こういうところも含めて専攻医の募集、あるいは指導医の確保と言うことで検討していただければと思います。

(西方議長)

静岡医療センターでハワイ大学の研修のシステムが導入されたと言うことですが、日本の専門医の制度と被るところとか、そういうメリットがあるのでしょうか。

(静岡医療センター中野委員)

うちの方は今年の6月11日にハワイ大学の国際関連協力病院と言うのに認定をされたのですが、厚生労働省と国立病院機構本部の承認が得られたんですけど、このプログラムは2つありまして、1つは学生の臨床実習ですね、2023年問題って言うのがございまして、日本の大学は国際化を打ち出さないといけないと言うところで、学生も今国際教育、大学の方はジャックミンと言う施設の認定を受けるって言うことですが、実際に学生の国際教育って言うことではなかなか難しい面がありまして、うちの病院の方で手上げをして国際教育、外国人の医師の、アメリカ人の医師の臨床実習が受けられると言うような病院になります。

もう1つが、アメリカを目指す若手医師、アメリカの臨床医って言うのはどんどん狭き門になってくるんですけど、そう言った若手の医師の支援をすると言うものです。USMLEと言うアメリカの国家試験受験の指導、あるいはそれを終わった人のマッチングですね。アメリカの医師としてのマッチングを受ける指導をアメリカ人と日本人で、アメリカの専門医を持っておられる先生が指導すると言う体制です。

そう言ったプログラムに乗って来る子と言うのは、日本の専門医、この非常に混とんとしている日本の専門医を嫌ってアメリカへって言うことで、アメリカが無理ならまた日本の専門医のプログラム、あるいはもう日本の専門医を終わっている人はサブステのプログラムに、アメリカに行くのがダメならばそう言ったところにと言うところなんです。

今のところ、うちに3人いらっしゃいますけれど、バイリンガルの医師の方で、バイリンガルでない方も来年はいらっしゃるということにはなっています。総勢で10人くらい、指導医とマッチアッププログラム、マッチアレジデントとの方で総勢10名くらい、ということにはなっています。ちょっとまだ概算なんですけれども。

(西方議長)

多少は医師確保につながると言うことですね？

(静岡医療センター中野委員)

そうですね。医師確保とアメリカで内科の専門医を取ってきた人は、将来そのまま日本

の内科専門医になれるのかどうか、ちょっと……うちの名古屋医療センターの日本内科学会会長の長谷川先生はそれでもいいっておっしゃってました。

(西方議長)

ありがとうございました。それから、医師確保計画の医師の多数少数の中に、特に小児科とか産婦人科の年齢ですとか性別はあまり考慮されていませんよね。特に沼津の医師会でも小児科の救急は非常に数が足りないということと、高齢化が非常に問題になっておまして、特に夜間の救急をどうするのかと言うことで、内科の医者が小児科を兼ねていると言う所もあるのでしょうかけれども、その地区で小児科の先生達は、小児は小児の医師が診るんだと言うことで 365 日夜間救急センターと在宅の輪番を組み合わせで行っているのですけれども、どうしてもこの地区だけではまかないきれないと言うことで、今回三島と田方の先生に加わっていただいて少し広域でやろうと言う話が出ています。

それから、産婦人科も見ていると非常に女医さんが多くて、産休に入っている人が多いって言う病院もあるって聞いているのですが、産科の先生って女医さんが多いんですよね。

(沼津市立病院卜部委員)

いますけれど、妊娠はしていません。妊娠するような年ではないです。

(西方議長)

一応そう言う年齢とか性別も考慮していただきたいと思います。
他によろしいでしょうか。

(静岡がんセンター高橋委員)

資料4の7ページに、専攻医の状況って言うのがありますよね。この専攻医の状況で、左側の方にある平成30、それからR1、今年はR1ですから、149人の専攻医が出たと言うことですよ。こちらは県内全体ってことですよ。

(安間所長)

この数字は、県内の病院が基幹病院となっている病院に所属している先生方です。

(静岡がんセンター高橋委員)

そうすると、基幹病院となっている病院に所属している、基幹病院の研修コースに入っているんだけど、東部に来ている先生もいるわけですよ。

(安間所長)

それは右側の方に、あります。

(静岡がんセンター高橋委員)

駿東田方にも基幹病院になっている病院があるわけなんですけれども、そうでなくて、要するに静岡とか浜松医大のコースに入っていて東部の連携している病院で研修している人の数は把握できていないのですか。これもゼロって言ったら情けないですが。

(安間所長)

この時点で、中部や西部の基幹病院に所属していてこちらに来ている先生、と言うのは見ていません。

(静岡がんセンター高橋委員)

東部に医者がいるかいないかの状況って言うのは、平成30年にプログラムに入った人からR1に入った人、それが、東部の基幹になっているなっていないかは別としても、東部に何人いるのかは重要なことだと思います。

もちろん、東部が基幹になって研修プログラムをどんどん作っていけばいいわけなんですけど、もう1つは、やっぱりこれが浜松医大の研修コースの中に入りたい人の中で、その研修の中で東部の病院が、みんな列記しているわけですから、そう言うところに積極的に呼び込まないと人は来ないわけで、この研修コースに149人がR1で入って、東部に1人しかいないってこの表を見せられると惨憺たる気持ちと言うことになるのです。

(安間所長)

R1の基幹ですとここで1カ所ですと言うことです。それ以外は、この時点でと言うと今はちょっと数字を持っていません。確かに高橋先生のおっしゃるとおりで、どこが基幹であれ、こちらに来ていただきたいと言うのはございます。1つには各病院さんに基幹病院とのネットワークを結んでいただければと言うのがございます。

(静岡がんセンター高橋委員)

ですから、そこで県の研修プログラムにしる奨学金の話にしても、東部の基幹のところのコースに入っていないなくても、別に東部でプログラムの研修をしていけばそれは東部で働いてもらっているわけですよ。だからそこを把握して、逆に言えば県の奨学金の制度としても、そこを把握して県の東部の方とにかく人を派遣すると、そう言うことを調整するのがこの調整会議の一番の役割なんじゃないかなと思います。

(地域医療課秋山課長)

今の7ページの表は、上の方に専門医研修採用者数と書いてありますが、登録数と言うことになります。なので、H30の一番下の113と言うのは、これが、新専門医制度の初年度の衝撃を受けた数字です。みんな東京都や神奈川、千葉に行ってしまうと言うことで。その次のR1は149で戻ってきています。これは、県内の基幹プログラムに登録してもらった

人数と言うことになります。

先ほど高橋先生がおっしゃった各病院の頭数が大事だと言うことで、頭数も把握はしておりますが、この資料には反映させていただいておりません。必要などころではデータを見ながら取り組んでいますけれども、ここでは掲載はありません。

(西方議長)

よろしいでしょうか。

でも、その数は知りたいですよね。どのくらい来ているのか。またよろしくお願ひします。

議事 2 平成 30 年度病床機能報告結果について (事務局より説明)

議事 3 定量的基準「静岡方式」について (事務局より説明)

(沼津市立病院卜部委員)

質問なんですけれど、34 ページ、駿東田方の静岡方式のグラフ 2018 年、これは 2018 年の報告のデータに基づいて静岡方式を当てはめるところだと言う理解でよろしいですか。

で、この状態が 2025 年慢性期で 1,868 から 1,160、2 / 3 に減るんですけれど、これはどう言うことですか。どう言う計算ですか。計算式ではなくて、概念としてどうですか。

(安間所長)

2025 年につきましては、その時の人口構成などに基づきまして、2016 年に作った数字がこの値になってきます。ただ、病床そのものを、県の方でこの病床を病院さんに絞ってくださいとか、そう言うことはありません。ただ、2025 年については、将来こんな状況になるのではないかと言うことを国の方で試算していただきました。2018 年は、静岡方式によればこのようになっていますが、このようなご覧になっていただいて、各病院さんに自分のところはどのような医療を進めていったらいいのかと言うことを考えていただければと思います。

あくまでも、2025 年にある数字をある病院さんに絞ってくださいと言うようなことは、申し上げません。

(沼津市立病院卜部医院)

いや、そう言う意味ではなくて、今国っていいましたけれど、静岡方式だから、静岡県で出した数字ですよね。静岡県で出した数字なんだけれども、1,868 床が 1,160 に減っちゃうのは、人口が減ると言っても、2025 年は医療需要がピークになると言われている年で療養が減るって言うのは、75 歳以上がどんどん増えるにあたって概念的にわからないので、その概念を教えてくださいと言うことです。

(安間所長)

医療需要1の7割であるとか、診療報酬の安い方は、在宅にと言うことになるので、こちらから引き算になると言うことです。

(浜松医大竹内准教授) ト部先生からの御質問に対してですが、私の方で出させていただいた参考資料を1枚めくっていただいて、右上の地域医療構想(1)の病床と書いてあるところを見ていただきたいです。

今、安間所長からお話のあったとおり、国の方がまず2016年をベースとして2025年の時に必要病床数をどう考えるかと言うことで、地域医療構想を作る段階でこういう仮定をしております。何でもここまで慢性期が減るかと言うことについては、真ん中のところに赤で矢印で囲ってあるところにありますけれど、基本的には今安間所長からお話があったとおり、ちょっと字が小さくて申し訳ありません、一般病院で点数の低い入院患者さん、それから療養病床で医療区分1の方の70%などを足しあげて、それをもう在宅に言うことで一気に国としてはもう移してしまっているのです。ただ、それが本当に在宅医療としてできるかどうか、介護施設で賄われるかどうかと言うのは別としても、国としては一律こう言う計算で在宅の方に行かないと、とても今ある病床の中で患者さんの高齢化がピークを迎える中で、病院の病床の中だけでは賄いきれないので、相当部分を在宅に持っていかなければいけない。そう言うことで、この地域医療構想が出ていますので、ここまで減ってしまうのは、国はそう言う計算で想定して地域でやってくださいと言うことで、地域医療構想ができています。できるかどうかと言うのはまた別の問題なんですけれども、そう言う概念です。

一方で、今資料でご質問があった2018年と言うのは、今の段階で現状を小林先生が一番実態に合ったようなかたちで、高度急性期、急性期、回復期、慢性期に分けてみると現状はこうだと言うことで、真ん中のグラフになります。当然、乖離が出てくるのは、そもそも国が想定した考え方と、まだまだ差があると言うことです。ただ、2025年必要病床数まで持っていけるかどうか、持っていくことが果たして本当に正しいかどうか、在宅医療も受け皿の問題も含めながら考えていかなければならないと思います。そう言うことをどう考えるかと言うことも、この地域医療構想調整会議の議題になると言うことです。

(沼津市立病院ト部委員)

わかりました。制度設計がそうなっていると言うことで理解をしたのですが、ここが一番気になるのは、我々の病院には慢性期はないですけれど、急性期にしても同じことで、この地域医療構想調整会議で、国がこう言う方針を立ち上げました。ですからみなさん従ってください。と言うことなのか、それとも国の制度設計でこうなっちゃうんでやっていけないので、皆さん協力してくださいと言うことなのか。いわゆる制度設計の強制力がどこまではたらくのか、転換しなければいけないのか。今介護医療院の話が出ましたけれど、介護医療院はこんな数じゃ済まないと思うんですよ。ですから、介護医療院がこのくらい必要ですよとか、そう言う具体的な数字が出てこないと考える方も考えられないと言う印象があります。

(浜松医大竹内准教授)

先生がおっしゃったとおり、まさにその所がポイントになるのです。実際に先ほど説明した病床と言うところを見ていただきたいですが、県と保健所の病床と、国の計算式に沿って算定した2016年と2025年を見ていただきたいですが、高度急性期から回復期まで、中の区分は別として、急性期からリハビリテーションまで含めた、治療のためのベッドを足すと、ほとんど病床が動いていないのです。5%しか動いていません。むしろ、慢性期と言われる長期の方を、どこでどういう形でみるかと言うことをこれから考えていかなければいけない。それが、介護医療院に転換すると言うかたちもあるでしょうし、市町村の介護保険計画の中で施設整備をするのかとか、それについてはめくっていただいて2枚目の裏の下になるのですが、上にもちょっと書きましたが看取りの問題もあります。東部で言うと、ほとんど75%くらいが病院で亡くなっています。県全体では70%くらいが病院で亡くなっているのに対して、東部は病院で亡くなる率が高いです。この看取りの問題をどうするのかと言うのもありますし、その下の在宅医療のところ、実際に、慢性期の病棟にいる方と言うのは病棟を出れば介護が必要となるわけで、本当に介護サービスが、サービス提供量として間に合っているのかと言うことでは、もう1枚めくっていただいて4枚目の上になりますけれど、この地域の介護施設・介護職員の状況と言う所に載せてありますけれど、実際にもう介護職員の方は訪問系のサービスで足りなかったり、そう言う状況の中で本当にどうやってみるのか。

今ト部先生がおっしゃった強制力があるかどうかは、実際に患者さんは退院できないわけですし、当然必要なサービスがあればそこは残していかなければならないので、一方で県に絶対転換しなさいと言う強制力は基本的にはないと私は思っています。

そうは言っても、これから高齢者の方がどんどん増えていくので、その方達をどこでどう言う形で受け取るのか、昨年木本先生からも慢性期についての御発言が協議会でもこの調整会議でもあったと思うのですが、その所をこれからどのように考えていくのか、そのが各圏域でも大きな課題になっていくと思います。

(東名裾野病院木本委員)

先ほどから、急性期とか慢性期とか言うことを区別する以前に、エビデンスがないんですよ、論議の。たとえば、介護療養も医療療養も一緒になってしまっているんですね。医療療養をやっている病院って大抵1を取っている所が多いじゃないですか。それと区分2、3が80%以上。その残った20%を在宅に帰すとしても、うちの病院なんかも確かに稼働率は落ちているんですけども、実際区分2と3の患者さんがほとんどなんですね。介護療養だと区分2と3がどのくらいいて在宅に帰せって言う、エビデンスがない。果たしてどれくらい在宅に行くのかと言うことと、それから、2016年の時点では要支援だった人が20年30年になってきた時に、重症化していく割合がどれくらいなのかって言う所が出ていないので、その数字を基にしても、もうどんどん悪くなっていく。プラス、在宅系のサービスはこの地域は落ちているので、在宅でどのくらいがみれないのか、その統計的なものがないので、いったいどれくらいの方が在宅に帰って、病院を必要としているのか、施設を必要としているのかって言う所が出ていないので、論議しづらいところがあるのですが、そのへんがもうちょっと明確に出ないのか

なって言うのがあります。

(浜松医大竹内准教授)

先生からご指摘のあった内容は、都道府県、あるいは地域医療アドバイザーと厚労省とで定期的な研修会が年に3回あって、今ご指摘のあったような、たとえば必要病床数、そもそも2016年の基準のものでデータとしては確か2013年くらいの数字を使っていますので、かなり古いデータです。必要病床数、今は病床必要量と言っていますが、これを見直したらどうか、見直すべきなのではないかと、都道府県とアドバイザーの方から厚労省に質疑応答の段階で何回も出ているのですが、今の段階で厚労省は病床必要量を見直す予定はないと言っています。

木本先生のおっしゃることは現実問題としてよくわかるのですが、今の段階で計画としての数字が見直されると言うことはなさそうです。ただ、実態としてどう言う問題があってどうしていかなければいけないのか、この調整会議なり地域医療協議会の方で議論をしていく必要はあると思っています。

(西方議長)

よろしいでしょうか。

報告事項 地域医療介護総合確保基金について（事務局より説明）

意見・質問等なし。

報告事項 非稼働病床の状況について（事務局より説明）

意見・質問等なし。

報告事項 社会医療法人認定申請（事務局より説明）

意見・質問等なし。

(西方議長)

竹内先生、追加の説明がありましたらお願いします。

(浜松医大竹内准教授)

簡単に報告させていただきたいと思います。事務局からお配りいただいた資料の20ページと21ページ、簡単に説明を終わっておりますけれど、大事なポイントが含まれておりますので、ちょっと報告させていただきたいと思います。併せて、私の方で準備した参考資料の方も見ていただきたいと思います。まず、参考資料としてカラーの方の1枚目の表紙の下を見ていただきたいと思います。国の方で2040年を展望したとすることで、実際に2030年くらいに医療の需要のピークがあるって言われています。高齢化の進展がこれ以上進むということ、あと、

2030 年を超えともう生産年齢人口が急速に減るって言うことで、人口も大きな減少局面に入ると言うことです。30 年から 40 年の間が転換時と言うことになります。それまでにすべきことと言うことで、下の青い所に三位一体と書いてありますが、地域医療構想、先ほどからベッド機能の話が出ていますけれど、それ以外に医師の働き方改革ですとか、あとは今日も議論があった偏在対策をどうするかと言うことで、これらを並行してやっていかなければならないと言うことで、実際にどう言う問題が出てきているかと言うことでめくっていただいた下、これが事務局資料の 20 ページのカラーの所になるんですけども、何がポイントになるかと言うと、実際に地域医療構想をこれからどのように進めていくのかと言うことで、今まで各病院の改革プランとか 2025 年に向けた方針を各病院から御発言をいただいていると思うのですが、それが実質的にはあまりベッドの減少にはなっていない。ベッドを減らすことが目的ではないのですが、実際に将来の必要な医療と見合った提供体制かどうかを検証しなければならないと言うことで、その次のページの下をご覧くださいと思うのですが、事務局の資料で言うと 21 ページになりますけれど、今国としてどういうことをやっているかと言うと、2 の今後の取組みと書いてある下の所を見ていただきたいのですが、2019 年年央までに全ての医療機関の診療実績データ分析を完了しとなっていますが、国が今何をやっているかと言うと、病床機能報告とかのデータを踏まえて各病院の前後のデータをチェックしています。それぞれの病院で、たとえばがんとか救急とか、周産期、小児、どう言う医療をどの程度やっているか、あるいは駿東田方の圏域でそれぞれの分野別にどう言うシェアをその病院が持っているのかと言うのを、データ分析をしているんですね。年央がいつまでかって言うと、6 月に国の方で研修会がありましたけれど、遅くても 9 月くらいになると言うようなお話でした。

実際にそのデータを分析して、その地域の中に複数の公立公的病院と民間の病院があるような場合に、たとえば、がんならがん、救急なら救急で、同じような機能を持っている所が複数ある時に、それが著しくバランスが悪い場合は、集中的にそこは再編統合や連携法人化のようなかたちで、より効率的な提供体制に見直すと言うことを国は県に求めてくると言うことです。

特に国の方で重点的にこれは協議が必要だと言う所については、国の方で地域を指定して、その地域と対象となる病院名を公表すると言うように言われております。ただ、都道府県の中でそんなにたくさんの地域ではなさそうです。いずれにせよ、年央までにと言うことで、また都道府県に連絡があるんじゃないかと思えます。それに当てはまる当てはまらないは別にして、先ほどから協議があったように、この地域では救急医療体制が問題だと言うことであれば、私も昨年のデータでお示ししますけれど、中小病院が多い中で、医師の数が少ない中で年間 1000 件も救急車を受けている病院がいくつもある。あるいは実際にその一部の医療機関に救急が偏ってしまってパンクしそうだと言うお話があるのであれば、そういう所がやっぱり先ほどお話しましたが、調整会議で協議をするなり、その下の段階でワーキンググループでもうちょっと詰めた議論をするなり、そういう形でやっていかないと、医師の働き方改革とかお尻が決まっている問題がありますので、そういう中であと 4 年半までにこの地域の医療をどうするか考えていかなければならないと言うことで、また協議をしていただければと思います。そこは国が重点地域に当てる当てないって点と関係なく問題となって来ると言うこと

でお話をさせていただきました。

あとは、それぞれパワーポイントを付けましたけれど、後ろの方に簡単に説明文を付けております。後ろから2枚目のところです。各パワーポイントの簡単な説明文を付けておりますので、時間のある時に見ていただければと思います。

(西方議長)

ありがとうございました。どなたか他にございますでしょうか。

(老施協杉山委員)

先生の資料の中で、先ほど地域医療構想の2025年で医療区分1の方が算定されていないと言うお話がございましたが、これは国が今後の方針として医療療養病棟に医療区分1の方は対象外とするとそう言うことを考えていると言うことなんでしょうか。

(浜松医大竹内准教授)

まったく対象外とするかどうかと言うことはまだわかりませんが、いわゆる社会的入院と言われる形で、本当に医療資源、医療のベッドが限られている中で、本当に必要な方に対して提供できるようにと言うことで、例えば介護医療院、介護医療院も今回特例ってことで転換をして、今もう計画外の形で転換できるってことになっていますけれど、そう言う形で介護施設でみられるとか、在宅、在宅と言っても御自宅に限らずサ高住とかを含めてってことですが、みれる場合についてはみていくと言うことを考えているんだと思いますけれど、本当に医療区分1の人をまったく医療療養でみないのかと言うのはまた別の議論で、これは一応国が言っていることですが、診療報酬とはリンクさせないと言うことを言っています。

(老施協杉山委員)

これは老施協側からでございますが、現在静岡県の特養介護老人ホームは、私共の調査では、職員不足により病床自体が最大で2割ほど稼働しておりません。駿東田方はほとんど100%稼働しているのですが、都市圏、浜松・静岡を中心に空床が目立ちつつあり、そのほとんどの理由が職員不足でございます。ですので、この構想の中で、介護施設の方と言うお話も出ようかと思うのですが、2025年と言う短いスパンでのお話になりますと、職員数が回復すると言うことはあまり想定できないものですから、すみません、その点だけは老施協としてはお伝えさせていただきます。

(西方議長)

ありがとうございました。他に御意見のある方は。

(沼津市歯科医師会竹内委員)

今日初めて参加させていただいたので、ちょっと的を射ていない質問になるのかもしれませんが

んが、歯科医師会としては何か御提案するしたら、重症化予防について何か御提案できるのかなと思って今日参ったわけですが、国の方針にしても在宅医療に移行すると言うことで、在宅医療に対して歯科医師会も県の医療機器整備事業などにも確保基金を使って一生懸命訪問診療を行っていかうと言うことで、会員の皆さんに行っている所でございます。

ただ、今実際に訪問診療をさせていただいていると、かなり重症度が高く、自立度が低くなってから呼ばれる場合が非常に多いんですね。もう少し早くにこの人にかかわっていたらもう少し自立度もこんなに低下せずに最後の看取りをできることが多いんじゃないかなと思うことが多いものですから、何か今日のこの病床の確保とかと言うこととちょっと違うかもしれないませんが、何かこう早い時期に私達歯科医師にこの情報は入って、そして早く患者さんの元に向かえるようなシステムがあったらいいなと言うことを、1つお願いしたいと思います。質問と言うか、意見でございます。

(浜松医大竹内准教授)

これは私が答えることかどうか分かりませんが、その点で、県の医師会が使っていらっしゃる「しずケア*かけはし」と言うのは、まさしくあれはどなたも入るところです。ああ言うところでどんどん情報を入れていただいて、共有していただく。実際、訪問看護ステーションですとか、市町の担当課の方も、結構「しずケア*かけはし」に入っている所が多いです。

やはり、予防とか健診と言うと市町の方のかかわりと言うのが非常に大きいと思いますので、情報共有していただくと言うのも1つだと思います。

(沼津市歯科医師会竹内委員)

ありがとうございます。医師会の推進する「しずケア*かけはし」の件は、私もいろんな会議に出させていただいてそれで共有しましょうと言うことになります。なかなか、現場では正直、医師会長のいる前では言いにくいのですが、ちょっと使いにくいと言う御意見もあるのです。ですので、ちょっといろんな面で、歯科医師会がどうのと言うことではないのですが、そう言った思いもちょっとあります。

(西方議長)

他によろしいでしょうか。

それでは本日はいろいろな御意見をいただきありがとうございます。

医師確保の問題とか、救急をどうするかとか、それから在宅医療をどうするのか。いろいろと難しい問題ですけども、次回も忌憚のない意見をいただきたいと思います。

