

青森県医療審議会 第1回医療計画部会議事録

(平成27年6月10日)

青森県医療審議会 第1回医療計画部会

日 時：平成27年6月10日（水）午後4時20分から午後5時20分

場 所：ウェディングプラザアラスカ 3階「エメラルドの間」

出席委員：村上委員、和賀委員、三浦委員、淀野委員、鳴海委員、寺田委員、品川委員（委員10名中7名出席）

（司会）

それではただいまから「青森県医療審議会・第1回医療計画部会」を開会いたします。開会にあたり、一戸健康福祉部長から御挨拶申し上げます。

（一戸部長）

こんにちは。先程も会議がありましたので簡単に御挨拶させていただきます。

実質的にこの医療計画部会で地域医療構想を策定することとなりますので精力的に会議を開催したいと思っております、今回を含めて5回開催する予定です。

今日、欠席ですけれど、薬剤師会長の木村先生ですとか、あとは弘前大学の中路医学研究科長、それから看護協会の熊谷さんも委員でございます、医療提供側の各委員と医療保険者、それから学識経験といったような範囲で、皆さん方に貴重なご意見をいただきながら、そして具体的な地域医療構想を作っていきたいと思っております。

先程も議論にありましたけど、やはりその関係者が納得した上でその分化を進めていくことが非常に大事だと思っておりますので、ここでの議論というのは非常に大事になってくるということです。

皆様方と一緒に青森県に良い医療提供体制を作るために頑張っていきたいと思っておりますので、何卒、御協力よろしくお願い致します。

（司会）

本日は委員10名のうち、過半数の出席をいただいておりますので、会議が成立していることをご報告いたします。本日は委員改選後初めての医療計画部会となりますので、議事に先立ち、各委員を事務局から紹介させていただきます。

ご紹介者、出席者、お手元に配布させていただいております、出席者名簿の順にご紹介させていただきます。

青森県医師会副会長 村上委員。

独立行政法人国立病院機構青森病院 院長 和賀委員。

全国自治体病院協議会青森県支部長 三浦委員。

全日本病院協会青森県支部理事 淀野委員。

木村委員は本日欠席となっております。

全国健康保険協会青森支部長 鳴海委員。

青森県国民健康保険団体連合会常務理事 寺田委員。

弘前大学中路委員、青森県看護協会熊谷委員につきましては本日ご欠席となっております。

一般社団法人青森県介護福祉士会理事 品川委員。

続きまして、事務局職員をご紹介します。

一戸健康福祉部長です。

藤本健康福祉部次長です。

楠美医療薬務課長です。

医療薬務課 工藤総括主幹です。

同じく、医療薬務課 後村総括主幹です。

下北地域県民局地域健康福祉部保健総室 矢野技師です。

私は医療薬務課の奈須下と申します。よろしくお願いいたします。

(司会)

それでは、議事に入らせていただきます。

はじめに部会長及び職務代理者を選任させていただきます。

部会長の選任については、医療法施行令第5条の2 1第3項の規定により、また職務代理者についても、同条第5項の規定により委員の互選により定めることとされております。

皆様のご了解をいただければ事務局案をお示ししてお諮りしたいと思いますが、いかがでしょうか。

【異議なしの声あり】

ありがとうございます。

それでは、事務局案をお示しさせていただきます。

改選前に引き続き部会長は県医師会の村上委員に、職務代理者には、本日ご欠席されておりますが、弘前大学医学研究科長の中路委員にお願いしてはどうかと思いますが、いかがでしょうか。

【異議なしの声あり】

ありがとうございます。

ご異議がないようですので、部会長に村上委員、職務代理者に中路委員を選任することにいたします。

早速ですが、村上委員には議長席にお移りいただき、以後の進行をお願いいたします。

(村上部会長)

よろしくお願いします。

議長の役を仰せつかりましたので、やらせていただきます。よろしくお願いします。

まず、議事録署名の方をご指名さしあげたいと思います。和賀先生と鳴海支部長、よろしくお願いします。

議題の地域医療構想策定、事務局の説明、ポイントをよろしくお願いします。

(事務局)

医療薬務課の工藤と申します。

座って説明をさせていただきます。

資料につきましては、先ほどの医療審議会でもお配りしたものをご用意していただきたいと思います。

参考資料2の地域医療構想策定ガイドラインという資料、要約版になっているものがあるかと思います。こちらの方をご用意いただきたいと思います。

まずはじめに、昨年度末に国から示されました地域医療構想ガイドラインの内容について、改めてご説明をさせていただきたいと思います。

少しお時間をいただいて説明をさせていただきます。

このガイドラインは、地域医療構想の策定にあたりまして、厚生労働省の地域医療構想ガイドライン等に関する検討会において、全国的に標準と考えられる手続き等をまとめたものでございます。

厚生労働省医政局長通知によりまして、都道府県はこのガイドラインを参考に医療提供体制の確保に関する基本方針に即して、かつ地域の実情に応じて地域医療構想の策定を含む医療計画の策定・変更を行うこととされているところです。

地域医療構想のガイドラインの構成ですが、下の方に参りますが、1つに地域医療構想の策定について、2つ目に地域医療構想策定後の取組について、3つ目に病床機能報告制度の公表の仕方、という形で分かれておりますが、この場では、1つ目の地域医療構想の策定についてご説明をさせていただきたいと思っております。1枚おめくりいただきまして、2ページでございませう。

地域医療構想の策定プロセスとなります。1つ1つの詳細は、この後、ご説明いたしますが、ご覧のとおり、はじめに1の地域医療構想の策定を行う体制の整備を行いまして、次に地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析、共有を行います。

そして3の構想区域の設定ですが、二次医療圏を原則としつつ、人口規模や患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間等の要素を勘案して設定することとされております。

この構想区域を設定しましたら、次に構想区域ごとの医療需要の推計を行います。推計は高度急性期、急性期など、4機能を推計いたします。

次に医療需要に対する医療提供体制の検討を行います。特に高度急性期については、他

の構想区域の医療機関で医療を提供することも検討することとなります。この場合には、構想区域間で医療供給数の調整を行うこととなります。

次に医療需要に対する医療供給を踏まえて必要病床数の推計を行います。この後、構想区域の確認を行いまして、必要病床数と26年度の病床機能報告制度による集計数の比較を行います。そして最後に今から10年後の平成37年のあるべき医療提供体制を実現するための施策を検討する、という手順となっております。

下の方に参りまして、先ほどのプロセスをもう少し詳しく見ていきたいと思いますが、1つ目の地域医療構想の策定を行う体制等の整備ですが、地域医療構想は医療計画の一部という位置付けなので、医療計画と同様の各医療団体、審議会等からの意見聴取が必要となります。

2つ目の地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析、共有ですが、地域医療構想の実現に向けまして、各医療機関の自主的な取組や相互間の協議を促進するためには、共通認識の形成のための情報の整備が必要となって参ります。患者、住民、医療機関、行政の情報格差をなくすように努めることとされますが、基礎となるデータは厚生労働省において一元的に整備して都道府県に提供するとされております。

3の構想区域の設定ですが、地域医療構想の検討を行うため、まずは構想区域の設定を行い、構想区域、そして医療需要に対応する医療提供体制を具現化する必要があります。構想区域の設定にあたっては、現行の二次医療圏を原則としつつ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間等の要素を勘案して検討します。

なお、現行の二次医療圏と異なる構想区域を設定することも可能ですが、将来における要素を必ず勘案する必要がありますし、地域医療計画の策定において最終的に二次医療圏を構想区域と一致させることが適当とされています。

そして、4の構想区域ごとの医療需要の推計ですが、構想区域ごとの基礎データを厚生労働省が示しまして、これを基に都道府県が構想区域ごとに推計することとされております。

高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要については、2013年のナショナルデータベースのレセプトデータとDPCデータに基づいて患者住所地別に配分した上で、構想区域ごとに1日当たりの医療患者延べ数を求めて、これを性・年齢階級別の人口で割って医療受療率というものを出します。入院受療率を出します。

この入院受療率を病床の機能区分ごとに算定して、これに10年後、2025年の性・年齢階級別の人口を掛け合わせたものを総和して、それで将来の医療需要を推計するとされております。

下の方に参りまして、高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要推計の考え方としまして、患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値を医療資源投入量としてこれで分析していくとしています。

医療機能の考え方は図のとおりですが、高度急性期と急性期と区分する境界点、Cの1を3000点として推計を行うこととしています。以降、急性期と回復期の境界線は600点、在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量として225点などというふうに境目を設けています。

次のページに参ります。

慢性期機能の推計においては、医療資源投入量といったものを用いませんで、慢性期機能の中に在宅医療等で対応することが可能と考えられる患者数を一定数見込むという前提に立った上で、更に療養病床の入院受療率の地域差を縮小するよう、地域が一定の幅の中で目標を設定することで、これに相当する分の患者数を推計することとしております。

具体的には、2013年度の療養病床の入院患者のうち、医療区分1の患者の70%を在宅医療等で対応する患者数として見込むとしています。

医療区分は1から3までありまして、重い状態の順に3、2、1となります。

また、一般病床の障害者・難病患者については、慢性期機能の医療需要とするとしております。

療養病床の入院受療率における地域差の解消目標ですが、入院受療率の目標については、都道府県は原則として構想区域ごとに、そこにパターンA、Bがありますけども、AからBのパターンの範囲で定めるとしております。

パターンAは、全ての構想区域の入院受療率を県単位での全国最小値まで低下させるというものです。

パターンBは、構想区域ごとに入院受療率と県単位での全国最小の差を一定割合解消させることとしますが、その割合については、県単位での全国最大値が全国中央値にまで低下する割合を一律に用いるとしています。

パターンBでいきますと、減らし方が緩やかになるわけですが、当初はパターンAだけの案だったようですが、検討会の検討の中で緩和措置ができたというものでございまして、この入院受療率について、AからBの範囲の中で決めることとしております。

下に参りまして、入院受療率の目標に関する特例でございまして。

①、②とありますけども、この双方の要件に該当する場合には、入院受療率の目標の達成年次を2025年から2030年とすることができるとされております。

①は、パターンBによりまして、入院受療率の目標を定めた場合における当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国の中央値よりも大きいというものです。

②は、当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きいというものでございまして。

では、目標達成年次を2030年としたら、2025年はどうしたらいいのかと言いますと、2025年においては2030年から比例的に逆算した入院受療率を目標として定めるとされております。

次のページに参ります。

在宅医療等での対応の推進についてでございまして。

今後、高齢化により増大する医療需要に対応するためには、現在の療養病床以外で対応可能な患者は在宅医療等での対応を促進することが必要であるとしております。将来の慢性期機能と在宅医療等の医療需要を推計するために、下に①から⑤まで記載させていただいておりますが、これで計算した数を合計することとされております。

その将来の人口構成の変化を考慮しなければ、イメージの図にあるとおりでございますので、現状の障害者、難病患者数など、これは、今度の慢性期機能及び在宅医療等にもあ

りますし、②の療養病床の入院患者数のうち、回復期リハ病棟の患者数などは、回復機能の方にいくと、こういった形で移ってくるようになっております。

下に参りまして、5の医療需要に対する医療提供体制の検討、構想区域間の供給数の増減の調整でございます。

都道府県は、構想区域ごとに計算した医療需要を基に必要な病床数を推計しますが、現在も圏域同士で患者の流入・流出がありますように、例えば、西北五圏域は津軽圏域で受療する患者数が多いですが、将来的にも同じような医療提供体制とするのであれば、津軽側の供給数を増やして、西北五側の供給数を減らすなど、構想区域間の増減を見込む必要があります。ここでは、その手続きを記載して示しているものでございます。

次のページに移りますが、6の医療需要に対する医療供給を踏まえた病床の必要量の推計ですが、話としては、先ほどの5からの続きとなって参ります。将来のあるべき医療提供体制を踏まえて、構想区域間の供給数の増減を調整し、推定供給数として算出しました、この中であれば③と書かれたところの値を病床稼働率で割って得た数字を各構想区域間における2025年の病床の必要量とするとされております。

この場合において計算に用いる病床稼働率であります。高度急性期は75%、急性期は78%、回復期90%などと、このガイドラインでは定められております。

下に参りまして、7の構想区域の確認でございます。

都道府県は、人口規模や基幹病院までのアクセス等を踏まえて構想区域の設定の妥当性について確認することになります。

そして、最後になりますが、8番の将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討でございます。

県では、構想区域ごとに病床の機能区分ごとの必要病床数と平成26年度、これからやる場合には直近の年度になりますが、こちらの病床機能報告制度による病床の機能区分ごとの集計数と比較して、病床の機能の分化、そして連携における地域の課題を分析するという必要がございます。

県が地域医療構想で定めた必要病床数に基づきまして、医療機関では自主的な取組をします。また、医療機関相互の協議によって進められることを前提としまして、地域医療介護確保基金の活用などによって、病床機能の分化・連携を進めていくということになって参ります。

また、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるように、在宅医療の充実、在宅医療の提供体制を整備する必要があります。

病床の機能分化・連携を推進するためには、医療従事者の確保をする必要もありますので、こういった点も確保目標等の設定が求められて参ります。

構想には、こういった施策も盛り込むという形になって参ります。

構想の策定までに関する部分は以上でございますので、これで説明を終わらせていただきます。

(村上部会長)

ありがとうございます。

地域医療構想の策定ガイドラインですね。今、一気に説明いただきましたけども、もう1回、1ページの方に戻って、ガイドラインの構成、この形でいくんだということですけど、本当は先ほど申し上げました地域医療構想、一戸先生、これ、厚労省でこれをやろうとして作ったものではないと思うんですけど、財務省の方の考えだと思うんですが、厚労省の中で反対はなかったんですか。

(一戸部長)

なかなか公の場でお答えにくいご質問なんですけど、厚生労働省の中でもいろいろ議論はあるわけです。当然、このガイドラインの方向でいいのかどうかという議論はあると思いますが、一応、政府の公式な立場としては、こういうふうな形になっている。

ただ、ガイドラインが示されているものを100%そのまま機械的にガイドラインとして各都道府県で作れという、今、段階になっていないので、地域の実情に応じて柔軟に対応していくところが多分、都道府県の我々の腕の見せ所であり、皆さん方のお知恵をお借りするというところでございます。

(村上部会長)

厚労省というよりも、財務省というよりも、経団連みたいな感じがするんですよね。これのスタートラインが。違いますか？

(一戸部長)

この地域医療構想の話自体は、元々、税と社会保障の一体改革、あとは医政局で検討を始めた急性期病床群のあり方みたいな検討が、歴史的には大本になっているんですけど、その中で様々、医師会も含めた関係団体との調整を踏まえて、今の形になっているということで、確かに医療費抑制の色が強いというのは確かだと思いますけど、それだけをやるために地域医療構想を作るわけではありませんので、よりよい医療提供体制を作るのに、皆さん方と一緒に協力させていただきたいということがございます。

(村上部会長)

消費税を上げたのは分かるんですけども、消費税上げたのは何の目的だったのか、それが途中から変わってしまっているんですよ。それを、ここの席の問題ではなく、日医の問題なんです。今後、都道府県の方も困るんじゃないかと思っていますけど。ガイドラインの入院受療率の出し方もどういふものだろうかと思ったりいろいろ見えていますけども。ご意見をいただきましょう。

入院受療率あるいは医療区分の1の70%。今、説明をいただきました。ご意見ございませんか。

寺田さんなんかは、いかがですか。

(寺田委員)

部長さん、これはいつの時点の医療費を持ってきているんですか。

(一戸部長)

医療費といいますか、機能別の分類の境界点の投入量というのは、これはどのやつでしょう。DPCのデータって、国からくるわけですよ。

国が集めているDPCデータを昨年度の時点のデータを解析したものがくるわけなので、それを見ながら我々としては必要病床数を積算しているということでございます。

あくまでも、これは医療費じゃないので、医療費をどうするかという結論にはならないので、単に分類を決めるための基準としてDPCデータを用いているという理解でいただければ。

(寺田委員)

私は国保連合会の支払う側なんですけども、ちょっと気になりますのは、この10年間で本県の自治体病院が7つ減少、既にしている。そのことを踏まえ、自治体病院に偏った病床削減とならないようにしていただきたい。

今、国保は財政運営の都道府県化を進めておりますが、これと関連している医療提供体制のあり方が課題とされております。本県の医療費は、一昨年までは年々増えてきておりましたが、平成26年度の実績を見ると、国保は加入者が減少していることもあって、総額で17億ぐらい減ってる。後期高齢者の医療費は11億円増えておりますが、その後期高齢者と国保を合計すると6億円減の2553億円となっている。そういう流れになっているということは、やはり人口の減少というのが大きいのかなと思います。1人当たりでは、村上先生はいつも全国では最下位であると言っておりますが、本県の平成25年度の国保の一人当たり医療費は、30万4844円で39位、同じ後期の方は80万7586円で40位ということでございます。本県は他県に比べて低いということを念頭において医療提供体制というものを皆で考えていかなければならないのではないかと考えております。

よろしく申し上げます。

(村上部会長)

ありがとうございます。

今、コストの方が出ましたけど、システムの方なんです。これを今、一戸先生がDPCでもって決めたと言いましたけども、DPCそのものがパーフェクトな問題ではないんですよ。さっきも淀野先生とも話したんですけども、DPCにして良い病院とDPCが可能でない、DPCをやっちゃマイナスになる病院と二種類があるんです、医療内容に。

その辺を国の方では全くお分かりいただけない、説明しても。何故かということも、例えば、三浦院長先生の病院だとですね、フルに回転しますからDPCが非常に良いし、そうでないところ、オペなんか少なくて、かつ緊急の薬剤治療なんかが必要になるようなところは、非常にマイナス。DPCをやっちゃうと。その辺が、現場を分かっていない方がいらっしゃるということで、そういうところはまだ一般急性期に入りながらやっているんですけどね。レセプトを見れば分かりますよね。全く2つに分かれちゃっております。

淀野先生は、今、D P Cの方、ご自分の病院では入っていますが、そういう病院とそうじゃない病院といろんな種類がありますので、その辺も分かりながらやっていただきたい、あるいはやっていかなくても駄目なんじゃないかと思っています。

淀野先生、何かありますか。

(淀野委員)

今の村上先生のおっしゃられたD P Cの、私の病院は、どちらかという手技、手術をして退院するという患者さんの流れなので、D P Cをやると、出来高よりも請求点数が高くなります。

最近、弘前中央病院、そちらの方と統合しましたので、そちらは、どちらかという呼吸系、慢性循環器疾患、透析という、慢性疾患をベースにした療養じゃないんですよ、急性期の一般病院で、D P C準備病院にしています。出来高分とD P C分の2つを算定して、毎月、毎月、データベースにしてそれを見ると、D P Cにすると大体平均で10%マイナスになる。

ですから、本当に急性期疾患で手厚く一気に2週間ぐらいで治療するというやつと、慢性呼吸器疾患、それから慢性循環器疾患とかの急性増悪機能、開業医の先生あるいは施設から送られてきた患者さんを診ているような形だと、今、疾患の多い肺がんの患者さんを診ていると、D P Cにそぐわない。それをやってしまうと、病院が成り立たないという状況です。

ですから、疾患ごとあるいは診療の内容ごとによってD P Cを選択するという。

(村上部会長)

今のポイントですね。

(淀野委員)

先生、ちょっといいですか。

県の方にお聞きしたいんですが、高度急性期と急性期を分ける指針というのは、一般的には文章で書いているんですけども、もう少し具体的に教えていただければ大変有難い。

例えば、高度急性期というのは総合病院があつて、救急外来をやつて、I C Uをやつて、C C Uをやつてという病院だけが高度急性期なのか、例えば、弘前地区でいくと脳卒中センターとか、弘前記念病院とか、整形、脳卒中、透析病院、非常に極めて特化した病院があつて、そういうのはかなり高度な医療をやっているんですけども、D P Cで算定すると、かなりの額になります。指針の境界点とする3000点を優に超えている点数だと思います。そういう総合病院でない病院、特化型の病院の扱いをどうされるのかということをお聞きしたい。

(一戸部長)

地域医療構想自体が非常に複雑怪奇なので、議論が散逸すると、多分、どこまでも議論がまとまらないんですけども、まず1つは、医療費に着目しているのは、単に病床を推計す

るための基準でしかないということです、今の時点では。

なので、地域医療構想で病床の数を決める時の1つの目安ですから、本当に高度急性期病床とはなんぞやとか、急性期病床はなんぞやという定義は、今はないんですね。国でも決めていないです。これから決まるということです。それは、国が決めるんですけども、それを待っていると地域医療構想は出来ませんので、今、我々が持っているデータ、DPCのデータもそうです、それから病院の方々からご報告いただいた手術件数ですとか、通院がどれぐらいとか、医者がどれぐらいいるとか、全部加味した上で地域ごとに提供される医療の中身を見ながら、本当に高度急性期、急性期、回復期、慢性期というふうに報告していただいた数が本当に医療提供されている中身と合っているのかどうかというのを見ていくのが地域医療構想なんです。

なので、そんなに急性期の患者がいらないんじゃないのという時に、本当に6割近い手挙げしている急性期病床が必要なかどうかという時に、本当に患者のニーズとして、急性期が必要だと思っているのか、回復期や長期療養型の病床の方が本当はニーズが高いのではないかと。そういったところで現在の形と2025年までの病床の数のずれというものをどういうふうに合わせていきたいと思いますかというのが、地域医療構想なわけなので、病床削減ありきとか、自治体病院狙いとか、医療費を削減するために急性期から無理矢理療養にするとかということではなくて、今提供されている現状の姿からして、今の病床が良いのかどうかということを考えるのが地域医療構想だと理解していただけたらいいと思います。

なので、そこにDPCのデータとしての価値はあるんですけども、実際の支払いは、病院がどうなっているから収入をこうしましょうとか、点数が低い方に移って、無理矢理移ってくださいということでもない。なので、そこを見ながら本当に今、入院している患者さんの状態を見ながら病院として今の例えば7対1なら7対1の届出がいいのかとか、回復期がいいのかということを考えていただくということを地域医療構想の策定後の調整会議でまた調整していくという形になります。

(寺田委員)

青森県のように医師不足の県のデータと、お医者さんが充足されている県とでは、データのとらえ方が違ってくるのではないかと。また、その整合性をどのようにしてとっていくのでしょうか。

(一戸部長)

医師不足とか、人材の不足感みたいなものは、ガイドラインの病床推計の段によっては、そんなに加味されているわけではないので、医者が不足しているのに必要な病床数を一杯突っ込んだとしても、当然、それは稼働出来ないわけなので、そういったことも前提にしながら青森県の実情を踏まえて、どういう病床の割合が良いかと。あとは、我々としては、この地域医療構想とは別に、本来、そういう医療提供体制があるべきで、医師の必要量がこうだということが出てくれば、それは当然、医師確保に取り組んでいくというのは継続していかなければならないし、それに合わせていくということもあると思う。

今の段階では、直近、医者の方が何人必要だからという構想を作るのではなくて、現時点の医療提供体制のデータを基に作っていくということだと思います。

(村上部会長)

よろしいですか。

医療費そのものを少しでも抑えようという方向を言わないで、高度急性期、急性期、それからリハ、例えば、肝心の患者さんに対応した医療内容が全く入っていないんです。いわゆる、今、淀野先生が言ったみたいなDPCだ、それから一般7：1だ、そこら辺しか考えていない。ですから、例えば、17、8年前、20年ぐらい前じゃないと思いますが、体外循環、我々、「透析」やっております。その辺が今までは、それまでは手術と同じ対応だったものが、全部「処置」になってしまったんです。

それから、今、呼吸器の話をしましたけども、ベンチレーターとか、あるいはいろんな体外循環あたりもオペでなくなってしまったんです。それらが、今回のこの地域医療構想に全く抜けてしまっているから、非常にアンバランスになっている。各病院間でなんだこれはとなってるんです。そこを少なくとも青森県は分かっていたきたい。

例えば、人工肝臓でも、あるいは、人工腎臓でもレギュラーにやる人は外来に来て外来で帰りますけども、そうでない患者は、その体外循環をやることによって命が懸かっているわけです。とんでもない心不全もいるわけなんです、この中に。それで今度、PCIやったり、あるいはCABGやったり、何かするところはオペで取れますけども、そうでないところはDPCなんかやられていないんです。そこは分かっていたかかないと。

和賀先生、何かございませんか。

先生の方はいかがでしょう。DPCでないですよ。

(和賀委員)

勿論、DPCではありません。慢性期病床、それから回復期、障害者。この制度の講義を受けているんですけども、私の理解では、とにかく今のところは、先ほど、村上先生がおっしゃった、後で報酬にはリンクがされてくるだろうと思うんですけども。いずれにしても、今のところはとにかく2025年の問題、病床の整理というふうに捉えてるだけで。今のDPCの話をするとうまくにそのとおりなんですけども、勿論、厚労省が捉えているデータとしては、診療報酬という大きなデータがありますので、殆どは診療報酬で病院の分類というのが出来てしまうのでないかと。青森県の場合、どれだけ特殊性があるかと。だから、その辺のことが今、お聞きするところなんですけども。青森県よりも弱体な県というのはまだ一杯あるわけで、そこら辺の県もこれらの機能分化の作業で影響されるのか、考えているのかというところも知りたいところなんです。そこら辺いかがでしょう。

(一戸部長)

回答する前に大前提として、これは病院単位で、全部の病床を慢性期だ、急性期だって振り分けるわけじゃないんです。病棟単位なんで基本は。なので、病院の中でも急性期の必要な人は、その病棟に入ってもらって、慢性期の長期療養の必要な人は慢性期に入っても

らう。その数を全体として、マクロで見てバランスが良いかどうかというのを見るのが、地域医療構想だということなので、いきなり病院を全部丸ごとお前ら急性期をやっちゃ駄目だということではないんですよね。最終的な調整として、その飛び出ている部分について、皆さんで調整していきましょうという最終的なところなのであって。

(村上部会長)

今の先生のお話のそこなんです。

やらないやらないって言いながら、国ではあとでよくやるからそうなんです。

(一戸部長)

分かりました。

ただ、ここで空中戦を展開していても、なかなか議論が始まらないので、我々としては、今日はこのガイドラインの国が決めたのはこうですよ、というのは情報提供させていただいて、今日出していないデータであるので我々の手元に。病院に出してもらっている人員とか、そういうものを加味した上で、我々としての原案を少しずつ提示させていただいて、その中でどういう施策が良いとか、どの病院とどの病院のどういう形が良いとか、いろんな形を出させてもらって。今日、ここで何と申しますか、幕内の取組の前で、がんが何か問題が起きてもしようがないので、まずとりあえず今日はガイドラインというのはこういうものだということを理解していただいて、我々が提示するものに対して、やっぱりガイドラインのこういうところが検討として抜けているよとか、そういうご議論を次回以降、お願いしたいと思っております、あくまでも我々は医療費の適正化を前提としてやるのではなくて、現時点での病床の割合が県民の医療提供している状況に合っているかどうかというのを踏まえて、2025年に向けてどういう機能分化が必要ですかという議論をさせてもらって。

(村上部会長)

了解です。それはもう最初から分かっています。

ただ、青森県がそれが妥当かどうかというのは何回も申し上げましたので、そこはよろしく願いいたします。

一番、フルでやってらっしゃる三浦先生、鳴海先生のお話を。まずは三浦先生、どうぞ。

(三浦委員)

うちはDPCの病院です。DPCをやった方がいいというのは確かにうちのプラスにはなってるんですけど。

それとはまた別に、今、一戸部長さんが空中戦というふうに表現されたんですけど、いろんな、村上先生が言われたようにいろんな問題があると思うんですけども、現時点で、実際、青森県の例えば二次医療圏ごとの受療がどうなっているものかというふうな形を事実として捉えてから、やっぱりいろんな、こんな問題があるあんな問題があるというところで県に沿った、地域の実情に沿った、そういうものをやっていかなければ、多分、村上

部会長さんは、いろんな殆ど国の考え方に反対なので。

(村上部会長)

いやいや、違うんです。さっき言ったみたいに、ご協力は差し上げますと、僕は言ったんです。その内容を皆さんに分かっていただきたいと思って。ですから、ただ「はいはい」って言っちゃ駄目ですよということを言ったつもりなんです。

(三浦委員)

分かりました、すいません。

そういうことで、自分達の、本当に自分達の地域のいろんな医療の内容、自分の病院の中では、こんなことがあるあんなことがあるって分かるんですけども、よその病院の中でどういう医療が行われているかということが分からないので、少なくとも、この構想の中でそういうことが分かって、ある程度進めながら、ここおかしいんじゃないか、あそこおかしいんじゃないかというふうにいけばいいのかなと思って、村上先生のご意見のところ、僕も賛成のところいっぱいあるんですけども、ただそう思いました。

(村上部会長)

よろしくをお願いします。

鳴海委員。

(鳴海委員)

協会けんぽ、医療保険者でございますので、医療費、コストの面というのも、勿論気になるんですが、私達もこの3月から何度となく地域医療構想ビジョンの件につきましては、私は先生あるいは厚労省の担当課長さんからもいろいろお話を伺いまして、それなりに専門的なところは残念ながらよく存じ上げませんが、それなりの概略は理解しているつもりであります。

どうしても、医療提供者側であります先生方の専門知識、専門的な議論には、なかなか入っていけないわけでございますが、ただ、このビジョン策定というようなことを考えますと、青森県という地域の特性ばかり強調すると、これは先に進まないんじゃないかなと思ってます。

そういう意味では、コストもさることながら、いわゆる医療を受ける側のことも念頭に置いて考えていかないと、まさに机上の空論になると思いますので、そういうつもりで、今後の会に臨んで参りたいと思います。

(村上部会長)

よろしくをお願いします。

ただ、鳴海支部長さんね、実は、DPCという内容をご存じじゃない。

(鳴海委員)

一応、概略的には

(村上部会長)

いろんなことをやっても、DPC、この病気だったらこのコストですと、この病気だったらこのコストですという、そういうレセプトなんです。

(淀野委員)

DPCを維持出来るような状況じゃないんですよ。やっぱり自分達の技術とか効率化を一生懸命研ぎ澄まさないと。

(村上部会長)

そうよね。そして、なおかつDPCが下げられてきていますから、かえって段々厳しくなっていく。そういう内容なんです。

出来高というのは、いわゆる治療したものをそのまま請求する請求の仕方ですよ。ですから、ちょっと方法が違いますので、そこをお分かりください。

それから、品川委員、何かございませんか。

(品川委員)

私は、先生方のお話を聞いて、医療のいろんな部分が自分なりに見えてきているなと感じました。

私達、高齢者さんを介護している身ですので、慢性期の方、結構いらっしゃるんですね。病院でも1か月は診ます。あとは退院させてくださいというのが凄く多くて、まず入院すると、すぐどのぐらい待てますかと。施設はどのぐらい入院期間があれば、また引き取っていただけますかというところから始まるんです。

そうではなくて、私達としては、きちんと安定させていただいて、その後で施設でお世話させていただきたいなというのが本音です。

そして、医師がいない施設ですので、何かあった時に、すぐに診てくださる病院というのが凄く魅力的でもあります。普段は、日中はいつでも診てくださる先生方は沢山いらっしゃるんですけど、夜間とか休日、凄く不安です。そんな時に診てくださる医療機関が凄く少ないというのが、今のところ私達の悩みでもあります。

そして、本当に医療が必要で入院が必要だという方にそれが提供出来ないというのも、ちょっと疑問に思う部分でもあるんですね。私は、それを医療費うんぬんというのは、あまり詳しくはないので、これを見ると県の人口に対して、どのくらいの方が医療を必要としているのかと、あと今、短命県だと言われてはいますが、その急性期の方のいろんな対応、あとリハビリが必要な方のどのぐらいの期間入院出来るのか、そういう部分をいろいろ勘案して、これが出されていくんだと思うんですね。

なので、その辺をきちんと理解しながら、お話を伺っていきたいなと思っていましたので、よろしく願いいたします。

(村上部会長)

よろしくをお願いします。

ちなみに、品川委員はご住所、どちらですか。

青森市とか弘前市とか。

(品川委員)

青森市です。

(村上部会長)

青森市ですか。

ありがとうございます。

その場所によって、むつとか違う状況があるものですから伺ったんですけど、ありがとうございます。

他にございませんか。どうぞ。

(淀野委員)

すいません、最後の戸部長の言っている、最後の空中戦の、ちょっと聞きたいことが1つだけ。

(村上部会長)

でも戸先生、ご協力はしますから、ただ、ざっくばらんな話をしましょう。

(淀野委員)

一般的に、今回の地域医療ビジョンの策定という、この中身を2025年の後期高齢者が全て団塊の世代が後期高齢者になりますと、それに見合うような体制になっていないから修正しようと言っているんですけども、実際問題としては、2020年の政府のプライマリーバランスをゼロにする。これは国際公約したやつだから、やらないと大変なことになるというか、それで今の安倍政権は、2020年までにプライマリーバランスをゼロにする。赤字国債を作らない。その一番の槍玉になっているというか、対価に見合う社会保障給付じゃないと。だから、ジャブジャブなんだというところで、そこを圧縮したいということもあるわけですね。

そういうことと今回の地域ビジョン策定がちょっとリンクするんですね。どうしても頭がリンクしゃうんで。

それは協力しないと、やっぱりプライマリーバランスゼロにはならないと思いますから、それはそれで協力しますけども、そういうことがあるので、安倍政権はソフトランディングを諦めたという話を聞いて、これはハードランディングということ、今回の地域ビジョンでかなり病床数を、知事が理由なき休床ベッドは全て返還してもらおうと、公立病院は。民間病院は要請すると。従わない場合には勧告するという、こういう二重、三重の厳しい状況、それを改正医療法に盛ったと。ですから、それでやっぱりプライマリーバランスっ

という2020年問題も今回の問題の中では考えていかなきゃならない要素の1つです。

(村上部会長)

そのとおりです。

(三浦委員)

村上先生が今、DPCは手抜きしているんじゃないかと。

(村上部会長)

そういう意味じゃないですよ。

先生ね、DPCというのは一番大変で一番急性期なことをやるんです。ただ、出来高と違って枠が決まっていますから、中の治療材料、その辺はいわゆる一流品でなくてもいいわけです。その幅が非常に利益として出しやすいわけですよ、そこを申し上げたんです。

(三浦委員)

分かりました。

(村上部会長)

決して否定したわけではないんです。

(三浦委員)

当院はDPCをやっている、いろんなデータを見て、均てん化のためにDPCは非常にいろんな病院と比べていいのではないかと考えています。問題は、このDPCでやった後にそのDPCの、さっきのお話のようにいろんなものとのリンクじゃないですけど、そこが多分問題になって、いろいろ問題になってくると思うんです。DPCそのもので、多分、そうじゃないという話に僕は聞こえてしまったので、手抜きをしていたりということではなくて、よその病院と比較していろいろなことを勉強しています。よそはどうだろうかとか。

そして、ある程度きちんと自分達でやったところで、次の改定の時にバサッと点数を下げられたりするから、そこで皆がおかしいとなるんだと僕は思っています。

(村上部会長)

西山先生が医療課長の頃、DPCを作ったんですよ。最初は絶対DPCは否定するなどいって、それで始まったんです。

ところが、去年の4月から、やはり医師のところとか、それから薬剤までカットするようになりましたから、こうなるとやっぱり気を付けないと駄目だと思うんです。うちもDPC準備病院なんです。いつからやるか、非常にそれを警戒しながら見ている段階なんです。すいません、DPCを否定しているわけではないんです。

(三浦委員)

DPCと早くリンクさせる厚生省がよくないんじゃないか。

(村上部会長)

あれは、DPCの方が削りやすいんです、出来高よりも。

(三浦委員)

分かりました。

(村上部会長)

そういう意味です。

一戸先生、何か。

(一戸部長)

本当に地域医療構想の話は、病院を運営されている方々とか、医療保険者の立場からすると、やっぱりお金の話が大前提になるんですけど、我々、県としては、さっき品川さんがおっしゃったように、患者さんが今、求めている医療の体制とか、今、実際に提供されている医療の状況を見ながら、今の病床の区分とか、手挙げた割合が本当にそれでいいのかどうかというのをあらゆるデータを用いながら、県民を説得出来るような形の地域医療構想を作っていくと。その時に、医療提供体制の人達がちゃんと今の体制が維持出来るものは維持出来る、医療保険者は、納得してお金が払えるような体制なのかどうかというところもポイントだと思います。

なので、お金中心で決して、これを作るわけではなくて、県民が医療の提供体制として本当に望ましい方向になるのかという観点で、この地域医療構想を作っていきたいということなので、お金の、財政の方の話は社会保障の給付の切りとか、地域医療構想で出てくるのはほんの微々たるものなんですね。そもそも歳入の倍以上も予算を組んでいるわけですから、そんな医療で5千億を切ったところで大したことはないわけなので、その兼ね合いで、これだけが財政の適正化のために用いられるわけではないので、それは無駄を省くというのは、どこでもやるわけです。地域医療構想というのは、単にお金の話だけではなくて、県の実情に応じた望ましい体制をどうやって考えますかということなので、その辺、ご理解いただいて。お金の話はここで議論しても多分、何に決まらないので。病床ごとのデータは厚労省でしか決められないので、その辺は、我々は医療提供体制を考えていくということだと思います。

(村上部会長)

ということだそうでございますので、あまりお金でなく、青森県をどうするかでいきたいと思います。

ということで。

(淀野委員)

お金のことを言っているわけじゃない。

(村上部会長)

ただ、実際、課税対象になっている病院は僕だけなんです、今回、ここに来ているのは。大変ですよ。税金が払えないギリギリ。でも、他のところは、先生のところは税金を払っていないでしょうけども。

(淀野委員)

いや、払ってますよ。

(村上部会長)

払うのがギリギリになると、その後また。消費税が上がった時、あるはずのお金が無いことなっちゃうわけですよ。ですから、金額がかなり大きいんですから、その辺は、あまり一戸先生の方から言っちゃいけないと言われましたから、腹の中で少し、よろしく願います。

(鳴海委員)

データですけども、今日あたり国からデータが示されるということで、少し遅れていると。

どういうデータが示されるのか、私も当然分からないのですが、このガイドラインの中でも、いろんなデータ、住所地を含めたデータのようにございますので、仕上りを期待しているんですが、ただ、ご承知のとおり、私ども協会けんぽ、様々なデータがございますので、もしも必要であれば、私どももご提供する用意はありますので、その辺は。

(村上部会長)

有難い話です。よろしく願います。
そろそろスケジュールにいきます。

(事務局)

資料4-2の一番最後のページに、先ほどご説明申し上げましたけども、改めてご説明させていただきます。

策定スケジュール、医療計画部会、資料4-2の一番最後のページですけども、次回、7月末を目途に第2回開催したいと思います。その時には、構想区域の検討であるとか、国の支援ツールがもうすぐ示される予定になっておりますので、それを使った医療需要の推計であるとか、それに基づいた必要病床数の推計、事務局の方で検討出来るものをまた付け加える形で資料を準備してご意見をいただきたいと思っておりますので、是非、また次回もよろしく願いたいと思います。

(村上部会長)

よろしいですか。

(三浦委員)

お願いなんですけども、この会が、県のこういう会が、ものすごい近いところで決まって来るものですから、忙しくてなかなか予定スケジュールとして組めないかもしれない。今日も中路先生とか来られていない。すぐ近い将来のところ、この会開きますと言われましても、出来るだけ猶予期間をもって決めていただければと思いますが。

(村上部会長)

三浦先生も皆さんもお忙しいので、出来るだけ日にちの余裕をとって決めていただきたいということでございます。

それに加えて、この会というのは、医療審議会の一番大事な会でございます。そこをお分かりいただいて、何とか各先生方にも出ていただきたいと思っております。

最初にざっくばらんなお話をしちゃいましたけども、本当にこれは、青森県で一番大事な会議でございます。よろしく、よろしく申し上げます。

(司会)

村上部会長、ありがとうございました。

以上をもちまして、本日の計画部会を閉会いたします。

今、お話がありました次回以降の部会の件ですけども、改めて皆様にご相談の上、早めに調整させていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいいたします。

どうもありがとうございました。