

平成 27 年度第 2 回東葛北部地域保健医療連携会議（地域医療構想調整会議） 開催結果

1 日時 平成 27 年 12 月 16 日(水) 午後 1 時 30 分から 3 時 10 分まで

2 場所 ウェルネス柏 4 階研修室

3 出席者

和座委員、横田委員、成廣委員、金本委員、金江委員、赤羽委員、佐藤委員、烏谷委員、野坂委員、東條委員、二宮委員、石渡委員、藤井委員、宮本委員、市毛委員、増田委員、飯田委員、小林委員、秋谷委員、児玉委員、坂本委員、平島委員
(総数 22 名中 22 名出席)

4 会議次第

(1) 開会

(2) センター長挨拶

(3) 出席者紹介

(4) 議題

1) 千葉県保健医療計画の一部改定について

2) その他

(5) 閉会

5 議事概要

千葉県保健医療計画の一部改定について

○事務局説明

資料 1、2、3 及び参考資料により、健康福祉政策課から説明

○主な意見及び質疑応答

(質問)

全体像として東葛北部においては回復期病床の需要が増えてくる。4 つの病床区分についての定義がはっきりわからない。今まで診療報酬が高い、点数 3 0 0 0 点・6 0 0 点などの目安は出ているがどのように届けばいいのかわからない。

また、回復期病床の需要が非常に増えてくることについて、自ら考えていかなければいけないという問題意識を皆さんが持っている。最近、地域包括ケア病棟というものが出ており、一つの定義として、在宅の急性期の患者を診療できる病棟となっているが、回復期の定義は急性期を脱した患者を診るという定義になっているので、地域包括ケア病棟が回復期の中に含まれることになっているのか。実質的には同じものだと思うが、確認したい。

(回答)

病床機能報告制度の病床機能の定義があいまいだということは、前回の会議でも話があった。全国知事会等を通し、国に意見を申し上げている。国も、検討会において検討している。

27 年度については、26 年度より具体的な例示を示すようになったようであるが、明確な

定義は示されていない状況である。回復期については、急性期を経過した患者への在宅管理に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能、特に急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対しADLの向上や在宅管理を目的とした回復期リハビリテーション機能、という定義の仕方だけであり、いわゆる診療報酬上の回復期リハの病床だけがこれに該当するのではないかという捉え方をされている実態がある。ただ、国へ確認すると、診療報酬上の位置づけだけではなく、実際急性期を経過して在宅管理に向けたリハビリテーションを提供する、と幅広くとらえている。また、地域包括ケア病棟についても国に働きかけているが、回復期という定義には今のところなっておらず、急性期から慢性期まで病棟のあり方によっていろいろなケースがある。実態にあった報告をするようになっており大変分かりづらいのが現実である。県として、知事会などを通じて、きっちりした定義にするよう申し入れをしている。

実際に病床機能報告における現状は、どの医療機能に該当するかを病棟ごとに判断するが、地域において自分の病院が表示したい医療機能を報告している実態である。一方、4つの機能別の必要病床数については2013年の個々の患者の受療状況をベースに医療資源の供給量に沿って区分した地域における病期ごとの患者の発生量をベースに機械的に算出している。そのため、高度急性期・急性期として報告されているものについても計算上はバラバラで報告されている実態である。国は、地域医療構想が策定される来年度以降の調整会議の場において、現状として病院ごとにどのような報告をされているのか情報共有し、報告の定義のぶれがなくなっていくよう検討していただきたいとしている。

(意見)

千葉県で民間病床数、療養病床数、医師数が全国で44・45番目、一人当たりの医療費が47位。千葉県は医療サービスを他の県に比べて受けにくい県なのか。

健康増進法の関係で、喫煙について、もっと対策を講ずるべきだと考えるが見解はいかがか。

(回答)

医療資源が大変少ない中でどのような見方をしていくかであるが、医療費をかけずに効率的な医療をしているという点もある。また、地域ごとにバランスがあり、どの状況がいいのかというのがなかなかみえない。千葉県は現状として病床数始め、医療資源自体が十分でないという現実を踏まえ、どのような医療体制を構築すればよいか検討しているところである。そのような視点からあるべき姿をつくりあげていきたい。

喫煙については、県健康づくり支援課が所掌しており、健康ちば21という健康増進計画をもとに取り組んでいるところである。健康上の面でも当然禁煙を進めていかなければならないが、どのような対策が効果的か、ご意見があれば担当部署に提案をしたい。

(質問)

睡眠薬・麻薬依存症、ニコチン依存症という言葉が出ている。しかし、これから医療費がかかるのは糖尿病。糖尿病に対する保健所の指導については、何か発信する時期に来ているのではないか。将来的には1か月600万円かかるような透析が増えている。

行政の施策として、糖依存症の問題をなぜ議論の中に入れないのか。

(回答)

薬物依存症・喫煙対策については、保健所も啓発普及活動をしており、健康づくりに関しては、「健康ちば21」に基づき各市町村で計画を作成していただき、連携しながら進めているところである。法律で決められた範囲の中で、今後も市の保健センター・県健康づくり支援課と連携をとりながら行いたいと考えている。

(質問)

慢性期が在宅という言葉に置き換えられて、この違いがあいまいになっている。在宅は地域包括ケアシステムに入ってくると思うが、ケアシステムは市町村ごとにやるようになってきている。ビジョンを策定するにあたり、その整合性はどうなっているのか。

病床機能報告に基づき数値が出されているが、数値があいまいな定義から出されているので、推計する根拠がないと思うがいかがか。

(回答)

在宅の数値の計算にあたっては、慢性期の病床とあわせて、自宅だけではなく介護施設の利用も含めた数値としている。資料1の18ページにあるように、在宅医療と医療需要については、「慢性期機能及び在宅医療等」ということで計算している。「療養病床の入院患者数」のうち、「回復期リハ病棟の患者数」については「回復期機能」で計算しており、医療区分1の70%はベッドではなく在宅で診ようという数字になっている。19ページにある全国の病床利用率の地域差を解消するという部分において、入院率を下げているところもある。③の一般病床でC3基準未満の患者数も在宅で診れるだろうというところを、在宅の患者数を計算する上で用いている。現時点では整合がとれていないが、平成30年に向け医療計画と介護計画を一体的に改正する際に、ある程度国が整合性をとるのではないかと考えている。市町村ごとの数字は現時点ではお示しできないのが現状である。

病床機能報告の数値自体が現時点ではあいまいで、特に26年度の報告は前回会議の意見でも指摘があったように、各医療機関の思いがあるので、比較できる数字にはなっていない。定義については徐々に集約されていくと考えている。よって、この数字でただちに調整するというよりは、各病院の報告を共有するところから始め、報告自体のぶれをなくす作業から入ると考えている。そのうえで目標に向けて、病床機能を整理していくことになると思う。ただ、傾向とすると回復期、慢性期が充分でないところがあるので、それを踏まえ各地域で議論いただきたい。

(質問)

資料1の40ページにあるように、報告数について、急性期が多く回復期が少ない。平成37年(2025年)は回復期を増やすようなプランが予めできている。国としてはある程度のところできて、自動的に増やすと。現状の報告数は加味せず、予算等からスタートしたような机上的なプランではあるが、これに近似するような形でやっていくということか。例えばレセプトなどでもきれるので、これでやっていく方向性で決まっているのか。

また、在宅について、なかなか患者や家族が在宅に行かない現実がある。レセプト面で病院の自助努力でやる方法しかないが、国や県が実際に在宅に誘導するための具体的なプランが検討されているのか。

(回答)

①～④の4つの案を示したが、相対的な数字はどの案でも変わらない。2025年の数字は、都道府県の裁量の余地はほとんどなく、基本的には①～④の範囲内で、国からの数字、与えられた算定式で出しているの、全国的にこのような数値を目指す形になっている。

(質問)

計算式については、具体的に、急性期のうち何%を回復期に自動的にもっていくというような計算式ということか。

(回答)

計算式自体は、今回の資料にははっきりつけていないが、17ページにある「当該構想区域の2013年度性年齢階級別・医療機能別入院受療率」に「性年齢階級別人口」をかけて計算している。高度急性期だと3000点以上に該当している方の年齢層・人数の2013年データを元に、年齢構成だけ変えて2025年の数値を出している。

(質問)

高齢者が増えることを考えると急性期の数が明らかに増える気がするが、このデータでは急性期は減ることとなっている。その数字だけで計算すると急性期がむしろ増えるという形にならないか。

(回答)

比較するものがまず違っており、現状の急性期とっているのは各病院から報告があった急性期であって、計算に使っている急性期と定義が合っていない。

(質問)

報告を元に計算をすると書いてあるが、実際は経緯を別にして国では計算しているということか。

(回答)

報告をもとに計算ではなく、17ページにあるようにDPCやNDBのレセプトデータを国が分析し、都道府県にデータが与えられている。本来は報告の数値を加味した数値にならないといけないが、実際は加味されていない。レセプトデータを中心に計算している。そのため、県としても、データの中身を検証することはできない形になっている。

(質問)

2番目の質問、在宅医療に対する誘導について、県としての検討課題はあるか。

(回答)

推計にあるように、地域により約2倍の在宅の患者が出てくる見込みであり、県としても、在宅医療体制の整備を進めなければいけないと考えている。どのように充実させていくか引き続き検討していきたい。基金等を使いながら、在宅医療を充実していきけるように整理していきたいと考えている。回復期の方は、病床の整備に関するものは補助金等も上がってきているところだが、どのような形でできるか引き続き検討する。

また国では平成 30 年に向けて、診療報酬等で誘導するように体系を見直す検討をする
と考えている。

(意見)

現状では、家族構成を考えると、核家族化が進み、在宅に戻そうというのは困難な状況
になっている。今ここでは病院の病床数だけを言っているが、老健・特養を一緒に考えな
いと前に進まない話である。ぜひ東葛北部の施設数も考えて資料を出していただきたい。

(質問)

東葛北部は完結率が高いが、全国的にみると、慢性期から自宅に帰る場所が少ないため、
未認可施設に入る場合が増え、放浪の被介護者が出てくる可能性が非常に高い現実がある。
医療は、急性期・高度急性期に対する点数を潤沢にしようとしているが、慢性期を緩和ケ
アに移動しようとしてもそこから締め出された方々が救済を求めて未認可施設に入り、
市の目が届かない場合が増えることが危惧される。解決策は難しいが見解はあるか。

(回答)

そのような問題については、県でもどのような形が良いか引き続き検討する必要がある。
医療だけ、介護だけでは難しい。平成 30 年には医療と介護の計画を一斉に改正する時期
になる。介護保険については昨年改定があり新しい体制が今年から始まっている。平成
27～29 年の医療計画、平成 30 年の全面改正に向け高齢社会に対応した医療・福祉体制の
構築に取り組んでまいりたい。介護保険は市町村中心の業務であるので、協力しながら行
っていききたい。

(意見)

資料 2 の 42 ページ、人口の推移の棒グラフをみると、就労世代の人口が減っていき、
65 歳以上が徐々に増えていく推計になっている。労働力不足については、企業の方でも
高齢者の就労により対応することになってくるが、他県の例でも高齢者の就労率が高い、
医療費が少ない、受療率が少ないという実情がある。国の推計の中で 2013 年の入院受療
率をベースにしているが、年齢受療率が DPC の普及や医療の技術の進歩、あるいは、特に
保険者や地域を中心に健康世論があり、積極的に保険者としても取り組んでいくことで、
予防に対する意識が高まると、受療率が下がり急性期・回復期病床は減ってくるだろうと
予測される。高齢者が増えると医療の内容が変わるので、疾病別・年齢別の受療動向を分
析ししっかりとした必要病床数を出すべきだろう。ぜひ国に強く働きかけていただきたい。
2030 年の病床数を決定するのは無理があると思う。東葛北部は域内での受療行動が 80%
を超えており、ネットワークを作りやすい地域だと思うので、支援拠点病院を定め、在宅
を含めたネットワークづくりを進めて、効率的な医療提供体制作りをお願いしたい。

協会けんぽの場合、被用者保険についても患者調査の 1 日分データベースがあるが、被
用者保険の医療動向も含めたデータを集めていただき、国保のデータと 1～2 割差が出る
と思うが、しっかりとしたデータに基づく必要病床数を求めていただきたい。