

令和6（2024）年度 第1回県北地域医療構想調整会議 （病院及び有床診療所合同会議）議事録

- 1 開催日時 令和6（2024）年6月19日（水） 17:00～19:10
- 2 開催場所 那須庁舎5階 501・502会議室
- 3 出席者 別添名簿のとおり
傍聴人：2名

4 議長あいさつ （塚原議長）

地域医療構想は2018年に策定され、高齢社会の進展に伴い必要とされる医療・介護サービスの提供・連携体制について、この調整会議で協議し、関係各機関の取組により確保、体制整備がなされてきた。この間に新型コロナのまん延などもあり、医療や介護も厳しい状況が続くが、必要な地域医療・介護の確保に向けて、関係の皆様と継続して協議していきたい。本日は4つの議題について委員の協力のもと十分な協議をしていきたい。

5 議事内容

議題(1) 令和6（2024）年度地域医療構想の進め方について
（事務局）

次期地域医療構想への繋ぎを含め、本県での現行の地域医療構想の進め方について説明した。

議題(2) 病床機能報告上の病床数と将来の病床数の必要量との差異について
（菅間委員：菅間記念病院）

病床機能分化に関して、国として高齢者が増える中で高齢者の救急をどう扱うかというのが一つの観点。地域包括医療病棟という高齢者の救急を想定した病床を打ち出しており、それを含めて今後のことを考えていく必要があると思う。

病床の定量基準案として、静岡県・鹿児島県方式に習った形での栃木県方式は、今ある回復期病棟、リハビリ病棟を含めて、数合わせに徹底したという感が否めない。これまでの機能分化は、高齢社会において過剰な高度急性期病床、急性期病床を調整しながら回復期病床に移行させるのが目的だったと思う。回復期ないし高齢者の救急に対応する病棟をきちんと確保するが重要。診療報酬上は、点数が高いのは急性期入院基本料1・2・3であり、今回、診療報酬の改定によりかなり誘導がかかるものと思われる。その上でどこまでが急性期でどこから回復期か、もう一度よく考える必要があるのかなと思っている。医療資源が多い宇都宮圏と県北圏ではかなり違う。具体的に私も菅間記念病院は手術も救急も全て受け入れているが、どう頑張っても看護師の数が足りないので、入院基本料1・2・3は算定できない。それゆえに低い入院基本料で救急対応しているのが現状で、これを全て回復期とみなされると、我々は急性期医療はやっていないと見なされてしまう。

県北圏域はかなり広く、塩谷地域や南那須地域の状況も異なり、場所によっては医療崩壊の危機である、そういった状況も考えた上で、病床機能分類のあり方を再検討してほしい。宇都宮圏や県南圏のように医療機関や大学病院が複数ある圏域と同じようなルールで分けられること自体問題がある。今回の診療報酬改定で、病床数は概ね厚労省・財務省が考えている方向に調整されつつあるので、この機能分化を強調して検討するのはそぐわないと個人的に思う。病床の機能分化を進めて調整会議をやる最大の目的は、適切な医療を地域に提供することと最初に謳っており、すでに適切な医療が提供できない地域があることも含めて、次期地域医療構想の中で考えてほしい。15、6年前

に起こった医療崩壊と同じことが今後さらに進む可能性があるような気がしている、救急の大部分はデータで出ているとおり宇都宮圏に流出しているということは、30分とか1時間で命に関わるような疾患に関してはかなり厳しい状況にあると懸念している。

(事務局)

病床機能分化、調整会議の本質は地域で必要な医療が提供できることというのは、まさにそのとおり。病床機能報告による機能別の病床数の解釈はずっと議論になっているが、今回示された診療報酬等を基にした定量基準で、県で統一して見るという話は、また県の地域医療構想調整会議の中でも議論されるようである。また、地域に合ったやり方、見方をするのであれば、定量基準か、今までどおり医療機関の報告で積み上げ、或いは折衷案として、定量基準で見た場合と各医療機関の報告が著しく異なる場合は、実情状況を伺ってみて調整をするなどの方法もあり得るか、ご意見を伺って思うところ。

県全体で統一された方法となるかは県の調整会議の議論によるが、いずれにせよこの話は国で示した全体の病床の機能バランスに地域毎、県毎、国全体で近づけていこうという話であり、あまりに数字がかけ離れていると努力が足りない地域と見なされかねない。数合わせに思えるような議論は早く脱却して、実態に則した見方をして、次の段階に進むための検討であることをご理解いただき、共通認識を図っていただきたい。

(菅間委員：菅間記念病院)

一つだけ付け加えると、今の機能分化は病床に投入される医療資源の量で見ているので、それで過剰になっているところは修正すべきだと思う。病院の経営の立場だけでいうと、効率の高い、ある意味過剰に資源を投入し最大限になる診療報酬が短期間に入ってくる形でやるのが、一番経営効率が高い。そのようなことを一部の病院だけやられると、周りでは全ての医師・看護師等含めて居なくなるという状況になり、離れた地域の患者は医療面で不公平になるということも念頭に置く必要がある。過剰に資源を投入するなどの病院のエゴにストップをかけるべく意見を述べるのが調整会議の役割だろうと思っている。高齢者が増える時代において、高齢者の救急をどのレベルでどう提供するかというのを皆で意見交換をしながら調整をお願いしたい。

(森山委員：塩原温泉病院)

実は地域医療構想の始まりから違和感を覚えており、D P Cを開発した松田先生のアイデアを国が取り入れてこの話にたどり着いたらしい。必要病床数を算出するうえでリハビリ病床は全然考慮されていないと考えている。そもそもおかしい作業仮説であったろうし、人口推計の不確実で有効性がどこまであるのか疑問。この必要病床数というのは努力目標であり、お願いベースで推進され、一方で今回の診療報酬改定では、特に急性期病床は要件が厳格化されるなど、必要病床数に振り回されていると確かに議論が進まないのだと思っている。

議題(3) 県内及び県北医療圏の医療提供状況と医療需要推計について

(森山委員：塩原温泉病院)

今回の資料のデータはD P C以外の病院も含まれているか。

(事務局)

【資料3】はD P Cデータのみではなく、病床機能報告や患者調査なども含めて作成したもの。D P Cオープンデータとするものは、出来高は入っておらず包括分だけ。県が収集したD P Cデータの場合は、生データを得ている病院数は67。

(菅間委員：菅間記念病院)

県北のように面積が広くて人口密度が低い場合は大きい病院は限られる。D P C対象から抜け落ちる病院の存在にも留意しながら解析して欲しい。

もう一点は、なるべく重症度もろもろで機能分化して集中させなさいと話をされたことには大反対。今後高齢者が増える、高齢者の一番の問題は移動手段、交通網が整備されていない地方ではタクシーを使うと近隣の病院の往復で1万円くらいかかってしまう。高齢の患者に「あっち行け、こっ

ち行け」と言うのは難しい。広い地域だと、救急車、特に循環器、脳卒中等の30分や1時間が問題となる疾患に関しては、機能分化していたとしても時間の遅れが予後を悪くする。

(森山委員：塩原温泉病院)

感染を例にとると、特徴が違うし在院日数も長いため、同じレベルで話すと議論がかみ合わない。(事務局)

まず、機能を変えさせるとか集約させるなどは、根拠もルールもなく、当然、強制力を持ってという話はある得ないが、例えば複数の医療機関で共同して考えたいとか検討したいというときは、一緒に考えさせていただきたいので情報いただきたい。

データ分析において、DPCデータは、ここで示したものが全てとは思っていない。データをどう評価するかは地域によって違うので、県でこういう見方をするというのはお示しするが、皆様方がどう考えるかも含めて、今後の在り方を考えていただきたい。重症度で集約化していくのではなく、流出も含めたのは、今後移動しにくくなる方が出れば、当然流出部分が各地域で診ることになる。増える高齢者と受療率を含めた見積もりで、各医療機関はどのような高齢者医療を提供するかを考える必要があると思っており、患者の移動や住まいも含めた地域強化を含めた観点が必要。地域医療構想調整会議自体は、医療だけでなく介護も含めた広い概念であるので、診療所の在り方も含まれる。地域で診る急性期医療をどうするかについては、医師の派遣配置など人的な施策も関係するので、県全体で医師確保の在り方を見直す前提として、地域でまずどうしていきたいかという話し合いもお願いしたい。

(菅間委員)

先ほど疾患ごとの需要の話のなかで筋骨格系疾患が出たが、所謂高齢者の骨折が含まれる。あまり強調されなかったが、増えてくるのは事実だと思うし、リハビリももちろん必要になるが、高齢の骨折患者は自分では動けない。移動の観点で問題になる、手術しない人、高齢で手術できない人もいることも考慮して、整形外科の医師の配置とか頭に入れておいていただきたい。

(事務局)

整形外科については、集約というよりはむしろ分散についても考慮しての計画をもっているの、様々な視点でのご意見をいただき検討していきたい。

(小泉委員：那須市町村会)

那須地区での救急搬送においては、国際医療福祉大学病院、那須赤十字病院、菅間記念病院がほぼ昼夜引き受けているなか、かなり受入れ体制も厳しい状況にあるという分析があった。病院輪番制の補助金の維持増額、予算の早めの提示など願います。

(事務局)

救急医療に関わる補助金については、基本的に一般財源化ということで市町に交付税措置されている。それに応じて手当てされているものと、上乗せしていた県の補助金があり、県分については検討中であり、早めに返事できるようにしたい。ただ、財政状況は厳しい状況もあるので、それを踏まえた検討となることはご承知おきいただきたい。

(阿久津委員)

塩谷地区は県北全体よりも患者の流出は顕著だと思う。日頃から隣町の病院に通っている患者は多く、どんどん外へ通うようになっていくと、中の医療が衰弱していくという状況にある。開業医も高齢化しているので、ぽつりぽつりと診療所を閉めている状況で、新しい方がなかなか開業しないので、全体に高齢の開業医が外来を支えている状況となっている。非常に厳しい状況にあるが、何とか地区内で捌ける救急車等は受入れを続けて行ければと思っている。

救急搬送に関しては、コロナの時もあったが、コロナは治ったが退院できない方を受け入れてくれるところが無かった。急性期後の状態で退院できない方を受け入れるいわゆる下りの搬送が滞っていて、療養型のベッドはほぼ満床にしないと経営的にやっていけない状況だろうから、そこが埋まってしまうと結局、下りで行く場所が無くなって救急が滞ってしまう。県の説明でも下りの搬送を進めていくとしたが、具体的なアイデアをお聞きしたい。

(事務局)

県全体で決まったものがあるわけではない。地域では例えば、療養、回復期の病床の空き状況を共有しながら、例えば、急性期や救急の患者の一時的なスクリーニングや受入れする病院、その患者をつないでいく病院などと役割分担し、話し合いながらやっていく。患者の搬送量を視覚化し、情報連携をして転院を促し、各医療機関の役割、機能を保っていくなどの話もでてきている。

(森山委員)

この会議の効果の一つだと思うが、医療連携の方は非常に効率化され、隙間なく連携していて遊びはない。救急の受入れも話されているし、フレイル連携の受け入れもあるが、全く同じ状況。どこで詰まるかというと、介護施設の受入れのところ。それも含めて話し合わないと、医療の連携が総倒れになってしまう。療養病床は、おそらくどこも満床でやっているのではないか。結果として隙間がなく、そうするとどこに行くかというと介護施設または自宅、そしてみなし在宅です。今の高齢者は介護と医療の両方の依存があるので、介護施設も2000年の頃のイメージでいると医療の方が滞ってしまっていて、必要な患者を受け入れられなくなる。年間対処する数はおそらく増えているので、介護保健施設ばかりではなく、みなしも含めてある程度、例えばチューブが入っている人も受け入れるようにならないと目詰まりを起こす。

(事務局)

介護施設については、別の医療圏で老健施設等が空いている場合に、そこをうまく使えないかというご意見も出ている。いろんな仕組みを活用し話し合う必要があるか、地域によって状況が違ってくるかもしれないので、どういう連携をしながら患者、或いは住民の生活をみていくかということを、医療、介護の面から検討できればと思う。

6 地域医療アドバイザーによる助言

(栃木県医師会 白石常任理事)

県北地域はある程度急性期、回復期もお互いが連携をとってうまく回ってやりとりができていく地域と思うので、今後とも是非、うまくやっていけるようよろしくお願いします。

7 閉会