

講義内容①

2019年12月17日19:00-20:40  
千葉医療政策公開セミナー入門編  
@千葉大学医学部本館1階第2講義室

**第3講：医療法・地域医療構想について**

吉村健佑 医師・医学博士・公衆衛生学修士  
千葉大学病院 次世代医療構想センター長 特任教授  
千葉県 医療整備課 医師確保・地域医療推進室

佐藤大介 医学博士・医療管理政策学修士  
千葉大学病院 次世代医療構想センター 特任准教授

**2次医療圏の医療需要のピーク**

地域により医療需要ピークの時期が大きく異なる

【既に完了】  
香取海浜・安房  
【2025年】5年後  
山武長生夷隅・市原・君津  
【2030年】10年後  
印旛・千葉・東葛北部  
【2040年】20年後  
東葛南部

(平成25年4月19日 社会保障制度国民会議 資料)

佐藤：先週に続きまして、きょうも私から基本講義をさせていただきます。

地域医療構想がきょうのテーマになりますけれども、そのイントロダクションとして人口について少しお話をさせていただきます。

こちらは平成25年の少し古い資料ですが、日本全国を2次医療圏別に医療需要のピークがいつごろ来るのかということを示しているものでございます。日本全国バラバラだということが言いたいのですが、千葉県に関しましては、もうすでに医療需要のピークの時期を終えている地域と2025年にピークを迎えてその後下がっていく地域、もう少し先という地域がこのように分かれておりまして、千葉県の中の地域格差は非常に大きいということがすでにわかっております。

**千葉県の人口：20年間で80万人減**

千葉県の特性

- 今後高齢者人口の急増が見込まれており、地域の外来診療需要を満たすためには、効率的な医療提供体制の構築が緊急の課題。
- 【千葉県の人口及び高齢化率の推移】
- 高齢者人口の増加率は、全国5番目に高い。
- 令和7（2025）年には現在の世代すべてが75歳以上の後期高齢者。
- 高齢化率30%になる
- 高齢者は20万人増！

4

千葉県の人口に限って言いますと、高齢化の増加率は全国5番目に高いということと、2025年には高齢化率は30%で、数で言いますと20万人増えるということと、しかも人口はトータルで80万人減っていくという状況でございます。

**人口減少の速度は2次医療圏ごとに異なる**

（日本の地域別総人口推計（平成30年推計））（国立社会保障・人口問題研究所）

人口の将来推計（千葉） 人口の将来推計（山武長生夷隅）

**房総半島：人口減少**

それも都市部と呼ばれるような千葉市や、山武長生夷隅のような地域でも下り坂の傾斜が違うところ、あるいはいわゆる働く世代の割合も変わってくるということで、地域によって課題はさまざまということですが、房総半島に関しましては人口が減少していくということは明らかでございます。

**千葉県 保健医療圏別の人口**

**東葛北部+南部+千葉=約400万人  
それ以外=約220万人**

しかもこれは個々の医療機関が頑張っても防ぎようがなく、医療の次元を超えた話です。

保健医療圏別で詳細を見ていきますと、東葛北部、東葛南部と千葉で400万人、それ以外の地域で220万人ということで、都市型と地方型で大きな人口格差がある県ということが1つの特徴ではないかと思えます。

**医療における2025年問題**

- 2025年は団塊の世代が75才になる年
- 地域によっては既に人口減少
- 医療資源の効率的な再配置が不可避

**地域医療構想の策定**

講義内容②

地域医療構想を議論するときに「2025年」という時間軸が出てきます。2025年というはいわゆる団塊の世代と呼ばれる世代が75歳になる年で、地域によってはすでに人口は減っています。そのような人口構造の変化によって、必然的に医療資源の効率的な再配置は避けることができないということから、国としてどうしていくかというビジョンを作ろうということで動いたのが地域医療構想です。

**地域医療構想の基本的考え方**

1. 病床数の数合わせではない
2. 診療実績から指標を設定し、分析を行う。
3. 公立・公的医療機関の役割を分析する。

**機械的に決めるのではなく、地域医療構想調整会議で議論を尽くして病院のダウンサイジングや統廃合を協議**

基本的な考え方を私なりにまとめますと、単純に病床数を数合わせするような話ではなくて、医療需要に基づく診療の実績から必要な指標を設定して分析を行ってどうするかを考えましょうということ、公立・公的医療機関の役割を中心に分析していきましょうという話です。大事なところは機械的に決めるのではなくて、議論を尽くしてダウンサイジングや統廃合などの協議を進めてほしいということが基本的な考え方だと思います。

**地域医療構想に係る主な経緯と今後の予定**

2017年3月 全ての都道府県において地域医療構想（2025年の4種圏ごとの必要病床数等）を策定（新公立病院改革プラン（2017年3月まで）、公的医療機関等2025プラン（2017年12月まで）の策定）

～2019年3月 公立・公的医療機関等において、先行して具体的な対応方針の策定  
⇒地域医療構想調整会議で合意

2019年1月～ 厚生労働省医政局「地域医療構想に関するワーキンググループ（WG）」において、公立・公的医療機関等の具体的な対応方針について議論（再検証に係るものを含む）開始

6月 青木の方針2019  
9月26日 再検証に係る具体的な対応・手法についてとりまとめ  
**公立・公的医療機関等の個別の診療実績データを公表**

**（地域医療構想調整会議での合意スケジュール）**

2020年3月 再編・統合を伴わない具体的な対応方針の再検証についての報告  
2020年9月 再編統合等の必要性についての議論についての報告

これまでの経緯ですが、2017年に地域医療構想をすべての都道府県において作り地域医療構想調整会議で合意しました。その後、調整会議の活性化に関する十分な議論が残されているのではないかと意見がありまして、地域医療構想に関するワーキンググループ、厚生労働省医政局が事務局となりまして、いろいろの関係団体や有識者の方々が集まって協議を行いました。そこで診療実績に基づく分析、検討を踏まえて具体的な対応方針を再検証してほしいということで、その対応・手法を取りまとめ、厚生労働省が9月26日にデータを公表しました。

今後どうなるかと申しますと、3月までに再編・統合を伴わない具体的な対応方針の再検証について、再検証の対象となった病院は調整会議で合意した上で報告してほしいということと、さらに来年9月ごろには、もし再編統合等を検討しているのであれば、その議論についても報告してほしいということがタイムラインで引かれていて、かなり差し迫っている状況ですので、特に県や市町村の方々がご担当されている方は、これからどうするかということとをすでに取り組まれているところかと思いますが、このようなスケジュールで進んでいるところでございます。

**地域医療構想の実現に向けた公立公的医療機関の機能の見直しについて**

令和元年9月27日：医政局

1. 地域医療構想の実現に向けて、2025年に向けて、地域ごとに効率的に必要でない医療提供体制を構築することです。地域医療構想の実現により、重なり合った医療資源をそれぞれの地域で再活用し、次の時代に対応した医療を構築することができると考えています。
2. 地域医療構想の実現に向けては、関係者のご理解・ご協力の下、これまで地域で議論が積み重ねられてきましたが、さらに取組を進めていく観点から、今回、高度急性期・急性期機能に資した客観的なデータを国から提供し、改めて、それらの医療機関に対し、今後の医療機能のあり方を考えて頂くことになりました。
3. 今回の取組は、一定の条件を設定して急性期機能に関する医療機能について分析し、各医療機関が持つ急性期機能やそのために必要な診療科等について再検証をお願いするものです。**したがって、必ずしも医療機能そのものの削減を決めるものではありません。また、病院が削減した場合は必ずしも必要ダウンサイジング・機能分化等の方向性を強制的に決めるものでもありません。**
4. 今回の分析だけでは判断しきれない医療機能や地域の実情に関する知見も増えながら、地域医療構想調整会議の議論を活性化し議論を尽くして頂き、2025年のあるべき姿に向けて必要な医療機能の再編を進めていってほしいと考えています。その際、ダウンサイジングや機能再編・分化を含む再編統合も視野に議論を進めて頂きたいと考えています。
5. 今後、地域の医療提供体制の確保に向け、病院のダウンサイジングや統廃合が必要と地域が判断する場合は、国としても必要な支援等を行ってまいります。  
厚生労働省HP：https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\_06991.html

**機械的に決めるのではなく、地域医療構想調整会議で議論を尽くして病院のダウンサイジングや統廃合を協議**

データを公表したときに医政局が「機械的に数字を決めて病院をなくせと言っているわけではないですよ」と書いているのがこちらです。

**地域医療構想について**

- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病院の機能分化・連携を進めるために、各医療圏ごとに2025年の医療需要と当時の必要量を算出し、定めるもの。
- 経団連が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省が「ガイドライン」を作成し、平成27年3月に発表。
- 医療分擔地帯再編指針（平成27年4月）より、都道府県が「地域医療構想」を策定し、平成28年度中に全部道府県で策定済み。  
※「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。

（地域医療構想）の目的

1. 2025年の医療需要と病床の必要量を算出し、急性期・慢性期・回復期・在宅医療の4種圏ごとに医療需要の必要量を算出し、各医療圏ごとの必要量を算出し、都道府県単位での策定済み。
2. 各医療圏ごとの必要量を算出し、都道府県単位での策定済み。
3. 各医療圏ごとの必要量を算出し、都道府県単位での策定済み。
4. 各医療圏ごとの必要量を算出し、都道府県単位での策定済み。

（地域医療構想）の策定スケジュール

2017年3月 全ての都道府県において地域医療構想（2025年の4種圏ごとの必要病床数等）を策定

～2019年3月 公立・公的医療機関等において、先行して具体的な対応方針の策定

⇒地域医療構想調整会議で合意

2019年1月～ 厚生労働省医政局「地域医療構想に関するワーキンググループ（WG）」において、公立・公的医療機関等の具体的な対応方針について議論（再検証に係るものを含む）開始

6月 青木の方針2019  
9月26日 再検証に係る具体的な対応・手法についてとりまとめ  
**公立・公的医療機関等の個別の診療実績データを公表**

（地域医療構想調整会議での合意スケジュール）

2020年3月 再編・統合を伴わない具体的な対応方針の再検証についての報告  
2020年9月 再編統合等の必要性についての議論についての報告

医療需要に応じて地域の医療機能をどうするかを検討するための分析方法ですが、医療機能を4つに分けようという話になっています。それが「高度急性期」、「急性期」、「回復期」、「慢性期」と呼ばれる4つの機能です。

ある病院の病棟、例えばA病棟に高度急性期の患者割合が過半数入院しているのであればその病棟は高度急性期です。ほぼ全国の医療機関に患者の入院割合によって自動的に毎年報告してほしいということをお願いしておりまして、そのデータを取りまとめたものが病床機能報告データというデータソースになります。通常は毎年10月頃に報告されているわけですが、それを使いまして先ほどの公表データも含めて分析や議論をしているところです。

**病床機能ごとの病床数の推移**

- 2025年見込の病床数は1121.6万床とされており、2015年比で、1.3万床減少する見込みだが、地域医療構想における2025年の病床の必要量と比べると2.7万床減少がある。（回復期・急性期・慢性期は4.6万床減少、慢性期は24.9万床減少の増減あり）
- 2025年見込の高度急性期及び慢性期の病床数の合計は72万床であり、地域医療構想における2025年の必要量と比べ18.8万床減少がある。一方で回復期については18.3万床不足しており、「急性期」からの転送を必要とする必要がある。

講義内容③

厚労省は2015年の病床機能報告時点の4機能の病床数と将来の必要量のところまで乖離があるのではないかと、もちろん機械的に病床数の数合わせではないと言いつつもこういうところもひとつ参照して再検証してほしいという議論もございませう。

具体的対応方針の再検証の要請に係る診療実績の分析方法等について

今回、公表されたデータの分析方法が大事なトピックだと思われ、きょうはそこを中心にお話したいと思っております。グループワークでもいろいろご議論はあるかと思いますが、分析の仕方をここでお話したいと思います。

2025年の各公立・公的医療機関等の急性期機能等に関する対応方針の再検証

分析イメージ
A) 「診療実績が特に少ない」の分析(がん・心疾患等の9領域)
B) 「類似かつ近接」の分析(がん・心疾患等の9領域)
9/26(木)に対象公立・公的医療機関名を公表。再編統合(ダウンサイジング、機能分化・連携等を含む)を伴う場合は2020年9月、伴わない場合は2020年3月までに対応方針を要提出

今回、「具体的対応方針の再検証」、2つの分析方法で病院を特定し、当該病院はもう一度具体的対応方針について検証してほしいということです。

その分析項目にはA項目とB項目がございませう。A項目は診療実績が特に少ないという項目です。全部で9つの領域ごとに分析して9つの8以上が特に少なければリストに上がります。それで対象となったのが全国約1,600の公立・公的病院のうちの277病院です。

B項目は「類似かつ近接」と言いますが、こちらは9つの6領域を指標にしています。それで対象となったのが147病院です。A項目とB項目を足した424病院がメディアなどに報じられた424病院になります。ところで、右側に「104区域」と書かれています。「区域」とは市町村に近い単位ですが、区域に関しても検証してほしいということですが、これはまだ公表されておりませう。これから公表されるはずですが、出し方等は現時点ではわかりませうが、いずれにしても424病院で終わりではないということです。

424病院がこの9月26日に公表されたということで、早ければ2020年3月までに対応方針の報告書が出るということになります。

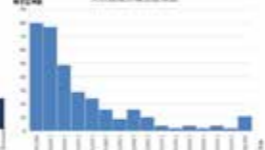
A) 「診療実績が特に少ない場合」に係る診療実績データ分析及びそれに基づく具体的対応方針の再検証の要請について

「診療実績が特に少ない」の分析の対象: がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期・災害・へき地・研修・派遣機能の9領域の全て

では、Aについて説明します。Aはがん・心疾患等の9領域のところを対象です。

診療実績データの分析における人口規模の考慮の必要性について

- 1. 人口規模によって、診療実績に影響を受ける。
2. 構想区域を人口規模によって数個のグループに区分して検討
3. 政令市や中核市の基準等や診療実績のデータも加味した5分類
・人口100万人以上
・人口50万人以上100万人未満
・人口20万人以上50万人未満
・人口10万人以上20万人未満
・人口10万人未満



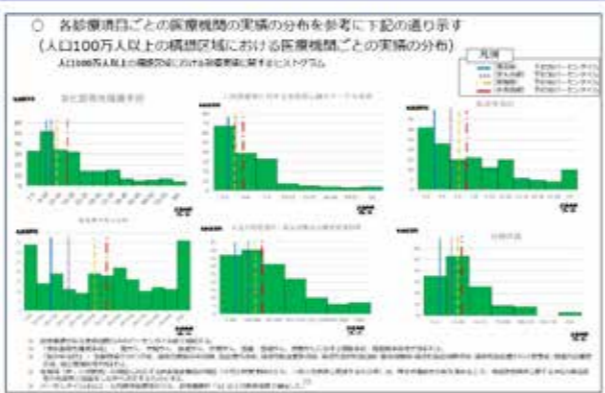
まず、分析の各指標を出す前に人口によって層別で分けています。その都市の人口規模によって診療実績の影響を受けるであろうということから、50万以上の政令市や20万以上の中核市という基準がありますので、それらを加味して、これらの人口区別に分けてリストを作っています。そのヒストグラムがありますのでご参照ください。

診療実績データの分析における「特に診療実績が少ない」基準の設定について

- A. 「各分析項目について、診療実績が特に少ない。」についての設定
○ 人口区分ごとに、各項目の診療実績について、一定の水準を設け、その水準を満たさない項目について、「特に診療実績が少ない」とすることとする。
○ その基準については、横断的に相対的な基準を設定することとし、当該基準については、各項目の診療実績の分布を踏まえ、人口区分によらず、下位33.3パーセンタイル値とする。

「診療実績が特に少ない」の分析の対象: がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期・災害・へき地・研修・派遣機能の9領域の全て

人口区別の診療実績の分布①



講義内容④

例えばこれはある人口グループですが、がんとして消化器や悪性腫瘍手術の件数を見ますと、縦軸が医療機関数で横軸が件数です。分布を見ていきますと低いほうに集中していますが、30%というのが紫のあたりで、それより左にあるところは特に診療実績が少ないということになります。心疾患や脳卒中なども同じです。

これで9分の9や8が全部左側にあれば急性期病院と報告はしていても診療実績が少ないと指標として評価されます。

「各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している」についての分析

B 「各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している」について

- ①一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上(類似の診療実績)
かつ
②「お互いの所在地が近接している」

「類似かつ近接」の分析の対象: がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期の6領域の全て

次にB項目ですが、これが「類似かつ近接」と呼ばれています。それぞれの分析項目で同じ構想区域内に一定区以上の診療実績を有する病院が2つ以上あり、お互いの医療機関が近いということを表す指標です。

一定数以上の診療実績がある病院が2つ以上あり、かつそれぞれが近接している場合で、それが6領域指定されているわけです。

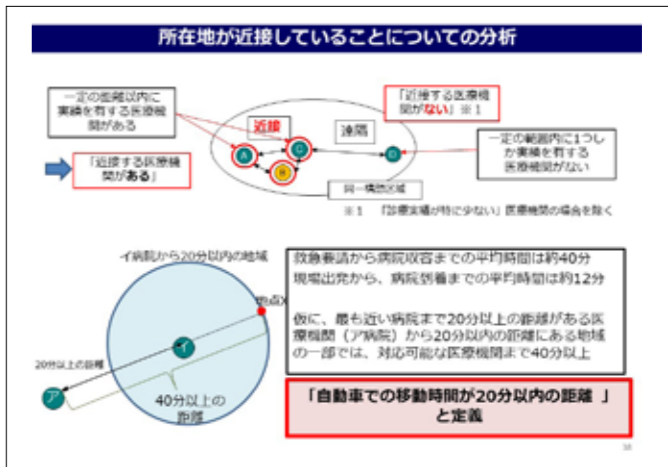
「類似の実績」の考え方について

類似の実績の考え方について
1. 類似の実績の考え方
2. 類似の実績の判定
3. 類似の実績の判定(図表)

この考え方には2つのやり方がありまして、まず、先ほどのように診療実績を並べていきまして、上位50%、累積で50%になっている病院を上位グループとします。つまり例えばAからDまでを全部足したうちの半分以上をこの2つの病院で診ているというときにAとBは上位グループと呼びまして、CとDは下位グループと呼びます。

結論から申しますと、このCとDが類似の実績がある病院ということです。つまり上位グループではないグループでそれぞれの診療実績が似ているときに、上位グループと下位グループに明らかな差があるときには左側の集約型という型に入りまして、CとDが類似と形になります。

「横並び型」というのは、AからFまでありまして、全部足して50%を超えるところがCまでと仮定しますとA、B、Cが上位グループですので、D、E、Fは類似の実績となるのですが、実はこの場合は上位グループであるBとCも類似の実績になります。なぜかと申しますと、下位グループの医療機関と一定の差がないからです。集約型は明らかになっている一定の差があったのですが、こちらは逆にそれがないのです。一定の差は何かと申しますと、CとDの差が1.5倍以内かどうかで見えています。ですから1.3倍ぐらいの差であれば上位グループであってもBからFまでがみんな類似ということになります。



もう1つが「近接」という概念です。近接というのは、例えばある構想区域に医療機関がAからDまであります。例えばBが対象だった場合は、AとCが近ければ近接になりますが離れていけば識別していないということになります。あるいはそもそもそういった近接する病院がない、例えば産科のみの病院や脳卒中を全く診ていない病院がボツと近くにあってもその場合は該当しません。

「近い」というのは車で20分以内の距離としています。こちらのイと地点Xが20分以内です。なぜかと申しますと、消防庁の統計で救急要請から病院収容までの平均時間が40分、現場を出てから病院到着時間が12分ということで、もしYの病院が再編統合して閉鎖することになりますと、Xの人がAの病院まで行かなければならないときに最大40分かかってしまうかもしれません。要するに車で20分以内に着ける場所に位置して、先ほどの類似の実績に当てはまる公立公的病院がB項目になります。

地域医療構想に関するここまでのまとめ

- 1. 地域医療構想とは、良質な医療を将来へ引き継ぐための医療資源再配置に向けたビジョン
2. 急性期医療機能等の公立・公的医療機関の再検証を診療実績(A項目とB項目)で分析
3. 2020年3月、2020年9月までに再検証の報告
- 医療機関・診療科・人員の再配置
- 広域医療圏での医療連携
- 病棟機能の再検討等
- 診療所等の増設
様々な選択肢の組み合わせがありうる。

ここまでのAとBの方式で424病院のデータが公表されました。地域医療構想自体は人口構造に基づいてこれからの医療提供体制をどうしていくかという話になるのですが、それをこれからのグループワークでお願いしたいところになります。ですから私なりにここまでの講義の内容をまとめますと、地域医療構想というのは、良質な医療を将来人口構造が変わっても引き継ぐために医療資源をどう再配するかというビジョンだと思っていて、それをどうしていくかという議論のために、データに基づいてA項目、B項目と呼ばれるような診療実績で分析をしていました。急性期医療機関と言いますのは、ただでさえDBC等々で全国の競争にさらされていて、かつ地域の中でもこういったところでの競争にさらされていて、非常に厳しい経営環境ではあるのですが、それも急性期医療機関の使命になっているところだと思えます。

2020年3月と2020年9月に再検証の対象となった病院は、その結果を厚生労働省へ報告していかなければなりません。再検証の方向性については多様な選択肢があると思えます。診療科、人員の再配、地域連携も大事な戦略だと思います。周辺医療機関の受け皿という機能

講義内容⑤

を強化することも非常に重要だと思えます。病棟機能をそもそもどうしていくか、急性期から回復期へ機能分化いかとか、地域に求められる診療所を増設する等、かつ複数の選択肢を組み合わせた方法もあり得ると思えます。これらの一般的な総論を踏まえ、では千葉県においてどうしていくかということが次のポイントになるかと思えます。

千葉県内病院「具体的対応方針の再検証」対象10病院 (当センター調べ)

病院名	所在地	病床数	医師数	A項目(診療科目数)	急性期割合 (%)
1 千葉県立千葉リハビリテーションセンター	千葉	242	22	9   6	13.6
2 国立病院機構千葉東病院	千葉	402	31	9   6	12.4
3 JCHO千葉病院	千葉	199	21	9   6	77.4
4 千葉市立西薬病院	千葉	314	78	9   6	100
5 銚子市立病院	香取海区	209	6	9   6	25.4
6 国保多古中央病院	香取海区	166	10	9   6	66.3
7 東総病院	山武衛生圏	100	8	9   6	55.0
8 高山園病院	安房	47	3	9   6	74.3
9 鴨川市立国保病院	安房	70	6	9   6	74.5
10 鹿野中央大和分院	鹿野	36	4	8   6	100

どう対応するか？

今のデータに基づいたやり方で今回公表された千葉県内の公立・公的医療機関は10施設ございます。A項目とB項目でいくつ該当していたか、急性期や患者の割合も記載しております、これにどう対応するかという話になります。私からの講義は以上です。

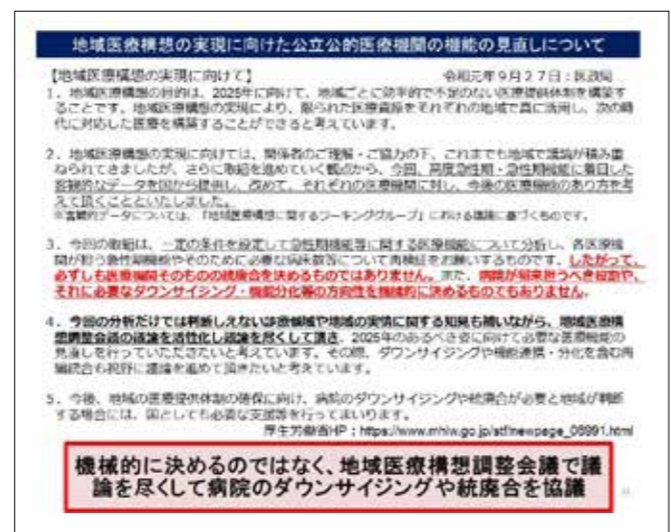
吉村：ここで一度全体の質疑応答の時間にしたいと思えます。地域医療構想の424病院がどのようにでき上がったかという計算方法ですが、単に技術的に話ではなく、厚生労働省が何を考えているかがこの計算式に入っていると思えます。そこをうまく読み解きながら国の意図を探りたいと思えます。この考え方は公立・公的病院に限らず民間医療機関にも適用していくことは常に言われておりますし、精神科病院も含めて今以上に挙がっていないところも似たような施行方法で今後指摘されていく可能性がありますので、ここから理解していくことが重要だと思えます。いかがでしょうか、結構ややこしい計算でしたが、内容について質問やコメントがあればお願いします。

質問1：「類似かつ近接」を計算するときに、今後民間病院でも検証していくというお話があったのですが、例えば高機能な民間病院が近くにあった場合に、この計算方法ですと近くの公的病院が再検証の対象にならない可能性があると思えますが、最終的に何か考えていることがあれば教えていただきたいと思えます。



佐藤：ここに並べられている医療機関の設置主体は公立・公的、民間一緒に並べられています。今回データとして公表指定されているのは公立・公的に限られますので、仮に民間医療機関で残念ながら下位グループになってしまっても、今回の再検証リストには入りません。ただし計算する過程では民間医療機関も含まれているということです。公立というのはいわゆる県立、国立などの自治体です。公的というのは公的役割を持っているという使命を担っている財団や団体ということで、法人税が非課税または一部非課税になっています。税金や国費を投入して開設しているのであれば、そのための役目がありますので、もし民間の医療機関と「類似かつ近接」しているのなら、民間に任せて、公立・公的は自分たちでなければ担えない機能に特化してほしいという趣旨になります。

質問2：この数字ですが、全国標準的な考え方ということで厚労省は非常に苦労して計算式を出したと思うのですが、2つ質問があります。1つは、建物はいいのですが医局人事などで引き上げや教授が代わると方針が変わるなど、地方の病院は2年前は診ていた疾患が人事異動で診なくなりますので、年ごとに施設や機能のデータが変わってきます。そのため収集するデータは非常に重要で、できれば複数年で推移を見ながらデータを出してもらえるとやりやすいと思えます。2つ目は、今後ですが、人事異動によって例えばギリギリで頑張っている民間病院があったとしても、医局の方針で公的病院に来年からここに人は送りません、というような人事まで含めて議論して良いのかという点です。これらについて教えていただきたいと思えます。



吉村：さすがに地域医療構想調整会議ですと議論をされている方のご意見だと思いますが、恐らく厚生労働省は機械的に決めるものではなく丁寧な心を込めた議論をして決めてくださいという言い方です。ただの尺度だけでは決めないでくださいという言い方をしていると思えます。その内容として議論の中に今おっしゃったような時系列解析や地域の事情、医師派遣機能を持った大学との関係や、そこから派遣されている医師の特性というのは個別に検証しなければいけないという趣旨であると私は考えていますので、先生がおっしゃるとおり病院という建物だけで議論して、ソフトとしての人の編成、ないしは技術、派遣医師の特性まではデータに入り込んでいないので、医療機関を一つずつ挙げていくときに、その中身を見ていきましょうということ暗に言っているのだと私は考えています。そこで議論を実際に医師の人事まで介入するのかと言いますと、個別の議論の中で出てきても不自然はないと思えます。千葉県の見解に違いがあればここで議論をしたいと思えますが、素直に読めば個別の事情の中には当然医師確保の状況や医師の年齢や技術、専門医の取得の有無なども入った上での議論ができるのではないかと思います。ただ、非常にそれには丁寧な情報収集と各医局との意向調整も必要になってきますので、その情報も併せて収集していかないとはいけません。このあたりはグループワークでまた深めていただきたいと思えます。

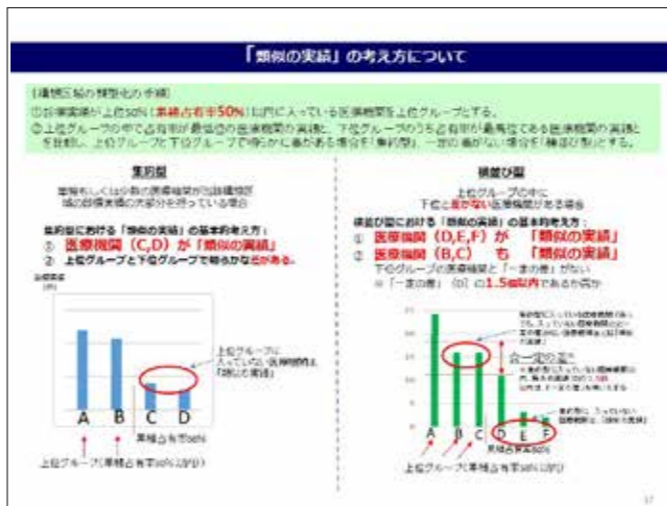
講義内容⑥

佐藤：1点目の質問だけ補足させていただきたいのですが、ご指摘のとおり、今回公表されたデータは、病床機能報告データに基づいていまして、それは2017年のデータを使っています。その理由は集計に時間を要するため、現時点では、国に最新のデータがないという限界点があることと、病床機能報告データは1ヵ月分の診療実績が主たる項目ですので通年で見るとどうなるかという点はご指摘のとおりです。

たとえば兵庫県の事例を申し上げますと、急性期医療機関のDPCデータを集めて通年であらためて分析をしますと結果が変わります。例えば一番診療実績が多いのは病床機能報告データですと民間となっていました。実はDPCで通年見ますと公立病院だったという逆転現象も起きています。そのため県で丁寧な議論をするときに必要なデータというのは、何なのか、このまま国のデータを使ってよいのか、という検証が必要なのかというのは非常に重要な論点だと私も思っています。

質問3：そもそも論を伺いたいのですが、お上からこの地域だとこのぐらいの数字ですという話がありまして、C病院とD病院を統合しなさいというのには確かに非常に合理的な話だと思いますが、その一方で、きょうの話にも出ましたとおり、2025年、2030年には郡部のほうからだんだん人口減少が起って医療のニーズのピークが過ぎるというのであれば、逆に言いますと当然田舎の病院はC、Dの低いほうになっていってしまうわけですから、むしろ税金を投入していただいて低い病院こそ維持しなければいけないのではないかと思いますので、全く逆なのではないかと思っています。

地域構想の会議の中で、例えば統合しなさいとお上から下りてきて現場が嫌ですと言った場合に、どのぐらいの権限が正直あるのかと思えます。会議だと言われていいますが、私は会議に出ていつも思うのは、結局一方的に伝えられるようなだけのよう気がします。これは強く言わせていただきたいのですが、いくらあの会議で議論しても、一方的に押し付けられているだけで全然会議になっていないように思えます。数字が与えられていて、こういう落としどころであろうということありきでその話が始まっているわけで、個人的には意味があるのかと思えます。それなら日本全体のことを考えると、申し訳ないけれどもおまえたちが涙を流してくれよと言ってくれたほうが気持ちいいような気がします。話し合っておまえたちが納得したのだという言い方をされたのでは田舎のほうがか切られていると思うしかないので。



吉村：今のお話は、まさにきょうのセミナーそのものの意味だと思います。おっしゃるとおりで、地域医療構想調整会議は非常にうまく機能してどんどん進んでいるという地域よりも実際にみんな困っているという状況の方が多いと思えますので、医療提供側と政策立案の行政側がお互いに距離を取ってお互いをお互いを警戒したり、なんだか遠距離から物を投げ合っているような感じが私もしています。ただ、行政官が非常に悩んで政策立案されていることは県の一員としてよくわ

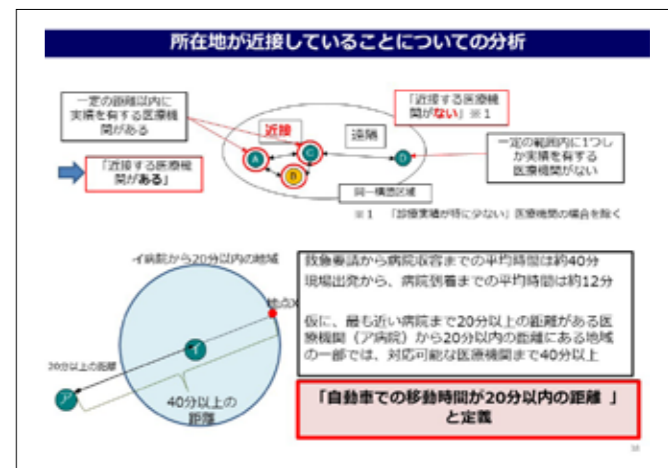
かりますので、そのあたりをグループワークで少し打開できるかというのが試みです。

法的な権限につきましては、私自身も細かいところわかりませんので、担当者も来ておりますから私も後でコメントできるようにしたいと思います。

基本的には出したものについて再検証してください、再検証の結果を取りまとめて国に報告するというにはなっています、その結果国がそれをどうするのかということについてはまだ言及がないように思っています。

佐藤：私の理解が間違っていたらご指摘いただきたいのですが、医療法上、国は支援しかできなくて決定権は都道府県にあると定められていたと思えます。ですからこの公表リストも支援の一つという形なので、あくまで決定権は都道府県にあると思えます。

藤原：医療法上は一応都道府県知事に権限が付与されていますが、都道府県が勝手に決めてこうだと思ったからこうしますというものでなくて、基本的には医療審議会の意見を聴取した上でその意見に基づいてやりなさいとなっています。その前段として基本的には地域医療構想調整会議のほうで話し合って進めてくださいと理解しています。



質問4：20分の確認をさせてください。救急車で20分ということでしょうか。例えば千葉県域でしたら昼間の混んでいる時間帯は20分で着きませんので時間帯によって違いがあると思えます。先ほどのイメージですと救急車の40分ということは、救急車だったら20分で着くという20分ということでしょうか。

佐藤：算出根拠である「救急要請から40分」というのは消防庁データなので救急車ですが、ここでの時間距離20分というのは一般車両を用いていると思えます。

以上

## ミッション 地域医療構想に関する具体的対応方針の再検証を進めよう

- あなたはC県の県庁職員で地域医療構想担当官を任命されています。
- このたびC県の公立公的医療機関が具体的対応方針の再検証の対象に指定されました。
- その1つであるA病院について担当することとなり、2020年度3月までに再検証の方向性を報告する必要がありますことから、協議を進める必要があります。
- この再検証をどのように進めるかについてチームで話し合ってみましょう。

### ミッション① 地域医療構想ステークホルダーを同定せよ！

- 千葉県における具体的対応方針の再検証を進める上で重要な関係者を挙げてみよう。

#### 参加者の回答

- <A病院>
  - 事務(経営)
  - 事務局長
  - 病院長
  - 名誉院長
  - 主要な診療科長
- <C大学>
  - 医学部附属病院 病院長
  - 教授(内科など)
  - 大学 医局
- <J大>
  - 医学部附属病院
  - 教授
- <医師会>
  - 医師会長
  - 地元医師会 市町村長 代表(首長)
- <医療機関全般>
  - 関係病院(実績、類似、近接)
  - 影響を受ける民間病院
  - 周辺の医療機関
  - 地域のクリニック
  - 連携室の議員・職員
  - 働いている人(医療職)
  - 病院職員
  - 開業医クリニック医師
  - 近接医療機関の院長
  - 近隣の急性期病院
  - ライバル病院の事務長・院長
  - 訪問看護ステーション
  - 転換病棟の関係者
  - 門前薬局
  - 薬局
- <患者>
  - 患者団体
- <教育>
  - 学校長会(小児)
  - 実習で使っている学校
- <医師>
  - 現場の医師
- <介護>
  - 看護

- また、それらの関係者の役割と理由、予測される意見を考えて議論しよう。

#### 参加者の回答

- <A病院>
  - 必要だ困る
  - 医局勤務先の維持
  - ポストが減る
  - 収入の減
  - 10億円赤字の理由の明確化
  - 50床休床の理由の明確化
  - 回復期や地域包括病棟にするのか
  - 近隣病院との役割分担
  - 不採算患者の受入れ状況
  - デメリットは最小限にしたい
  - どこを統合サイズダウンするのか
  - 自病院との兼ね合い(役割分担等)
- <C大学>
  - 医師派遣
  - 必要だ困る
  - 医師派遣数を減らす
  - 医師の配置
  - 医局勤務先の維持
  - C病院院長 C病院の現状を話す・不採算部門
  - 機能かえるなら派遣しないぞ
- <J大>
  - 必要だ困る
  - 医師派遣数を減らす
  - 医師の配置
  - 医師派遣
- <医師会>
  - 必要だ困る
  - 医師会→現状維持(?)
  - 医師会→患者のやりとり
- <医療機関全般>
  - 必要だ困る
  - 近接の病床機会→患者のやりとり
  - ポストが減る
  - 続けて / やめてしまえ
  - 患者がとられる
  - 特化できる
  - 面倒だから今のままでいい
  - でうまくいくの?
- <議会>
  - 必要だ困る
  - 赤字減らす努力をしつつ続けてほしい
  - 税金の無駄
  - 地元の病院をなくすな!
- <行政機関>
  - 地元議員 住民(患者)のニーズを代弁
  - 地元の病院をなくすな!
  - 予算確保
  - 住民説明
- <消防機関>
  - 県→ダウンサイジングしたい・縮小してくれ
  - 市→大きくしたい

## ミッション② 地域医療構想に係る具体的対応方針の再検証を進めるための工夫

- 関係者と議論し、地域医療構想に係る具体的対応を進めるためにはどのような工夫が必要でしょうか。

1) A病院の再検証を行うために追加でどのようなデータや指標があると良いでしょうか?

#### 参加者の回答

- <経営>
  - 赤字の原因・診療化
  - 赤字の原因・不採算診療化・材料費・人件費
  - 赤字の診療科
  - 医師以外の職員情報
  - 一日あたりの外来受診数
  - 看護師他メディカルスタッフ充足率
  - A病院の特色
  - 特色がわかるデータ
  - 経営データ(経年データ)
  - NICUの有無
  - DPCなど通年もしくは経年での長期データ
  - OPE件数
  - 病院の役割
  - 病床が休床している理由・スタッフ?・ニーズ
  - 二次救急の体制
  - ハード機能
  - 診療科ごとのデータ(病床稼働率・人数 診療実績)
  - 透析やってるか
  - 病院のBSシート 借入れ状況
- <労働環境>
  - 残業時間
  - 市(県)の雰囲気
- <住民>
  - 地域住民の声(生)
  - 地域全体の診療実績
  - 地域動向
  - 地域ニーズを吸収して検討
  - ニーズを探る
- <その他>
  - ジェネリック利用率
  - 住民の年齢分布、疾病割合(住民のデータ)
  - 初期研修医が多すぎ、減らす
- <人材>
  - 医局人事の割合
  - スタッフの内訳
  - 看護師の充足状況
- <患者>
  - 患者満足度
  - 患者アンケート、スタッフアンケート
  - 患者のデータ・エリア・年齢層・交通手段
  - 医師・1人あたりの受け持ち患者数
  - 新入患者数
  - 外来の状況
  - A病院・その他 稼働率 平均在院日数
  - 救急受診率
  - 救急の受け入れ件数
  - 救急の受け入れ先(公立病院としての役割)
  - 急性期の疾病割合
  - 休床の理由
  - 平均在院日数
- <近接医療機関>
  - 近接データ
  - 近隣病院の余力
  - 圏外搬送率
  - 県の負担・繰入金
  - 後期リハ 退院待期受け皿
  - 周辺医療機関の診療実績

#### 参加者の回答

- <経営>
  - 病院のダウンサイジング
  - やめる
  - 回復期等への移行
  - 究極は統合
  - 周辺病院・地域性による
  - 診療科の再編
  - 設立趣旨(役割分担)の見直し
  - 強みの見直し
  - 病床の転換 急性期→慢性期
  - 周産期は撤退?
  - 縮小 or 拡大
  - 訪問看護やります
  - サービスの改善
  - 在宅診療の強化
  - 規模の縮小
  - 機能転換
- <人材>
  - 医師の異動
  - 従業員の削減
  - 医師数減らす
  - 初期研修医が多すぎ、減らす
  - 派遣先をかえてもらう
  - 患者対応の改善
- <その他>
  - 新しい医療法人の設立・連携
  - 介護医療院?

## ミッション③ 地域医療構想に係る具体的対応方針の再検証を進めるための工夫

・熟議の結果、A病院は急性期医療機能を見直し、休床病棟を閉鎖（ダウンサイジング）し一部病棟を回復期機能（地域包括ケア病棟）へ転換することとなりました。

・病院の役割変更を進める際の留意点は？  
例：誰の同意を取るか？関係者同士の話し合いの場は？地域住民、職員への説明は？等

### 参加者の回答

<ステークホルダー>

- 医局
- 医師会等関係団体・調整
- 医連
- 看護部・その関係
- 患者とその家族
- 近隣医療機関
- 病院内部
- 類似の病院
- 周辺開業医
- 地域包括センター
- セラピスト関係団体

<患者>

- 患者の行き先
- 患者の家族への説明
- 患者の流れ変化への対応

<近接医療機関>

- 近接医療機関の情報
- 近隣の地域包括ケア病棟のある病院の関係者
- 近隣病院と統廃合
- 救急を今後見ていく病院
- 急性期か専門医療？
- 急性期で働く看護師
- 急性期をやりたい医師、看護師等
- 周辺病院との役割分担

<自治体>

- 区域内の自治体

<広報手法>

- ケアマネ呼んで広告
- 高齢者施設へ営業 役割 PR
- 職員説明会
- 職員への説明
- 地域住民への丁寧な説明 by who (←?)
- 医師を送っている大学への説明
- 根回し
- メリットを強調 明るく！

<人材>

- コメディカルの確保
- 医師の移動先
- 病院スタッフ
- スタッフのリクルート
- 次に働く先があるか

<住民>

- 市民講座
- 地元クリニック介護病院との調整
- 社会福祉協議会
- 住民 住民への説明 説明会

<経営>

- 収益の見込み
- 病床転換を図る
- 外来、在宅などの機能

- A項目のいくつかの項目に特化した診療を行う
- ハードの吟味
- 地域の訪問看護

<会議体>

- 調整会議
- 議会
- 県議会にはかる
- 県と詰める
- 説明会を毎月開催ガチンコ
- 周辺医療機関と病院長レベルでの話し合い（クローズ）
- 訪問看護ステーション会議
- 他医療機関の院長との話し合い

<進め方>

- 期間の余裕をもつ
- 労働組合と交渉 規約作る
- ダウンサイジングをはじめから表に出さない
- 特定施設ごとにコンセンサスを得る

<その他>

- 税金を投入するか否か

### A病院の概要

- 設置主体：C県立病院
- 構想区域の人口グループ：50万人以上 100万人未満
- 設立趣旨
  - －地域の中核的な役割を担う県民から信頼される病院
  - －二次救急医療等の急性期医療、がん・精神疾患等の高度専門治療
  - －在宅医療支援病床等、地域に開かれた医療機能
- 病床数：一般病床 **250床**（うち **50床**は休床中）
- 2017年病床稼働率（75.2%）単年度赤字 **10億円**
- DPC病院III群（医療機能係数IIは県内下位）
- 医師数：70名（常勤医師50名、非常勤医師20名）
  - －C大学医学部附属病院、J大学附属病院からの派遣
- A項目（診療実績）：9/9項目該当
- B項目（類似）：6/6項目該当
- 近接医療機関：あり

### 回答例

構想区域の長または知事、議員、対象となる病院の長・幹部職員、設置主体本部（公立病院の場合は首長、公的病院の場合は経営本部）、地域住民、市民団体、患者、医師会、看護協会等の関係団体、医師派遣元の大学医局、周辺医療機関の長、対象となる病院の労働組合、医師、看護職員、事務職員等、その他地域の特性に応じた関係者