

平成 27 年度第 1 回県立病院経営委員会 会議録

1 日時

平成 27 年 9 月 2 日（水） 15：00～16：40

2 場所

エスポワールいわて 3 階特別ホール

3 出席者

(1) 委員

姉帯委員、遠藤委員、木村委員、工藤委員、小暮委員、浜田委員、細井委員、山内委員
(8 名全員出席)

(2) 事務局

八重樫医療局長、金田医療局次長、佐野医師支援推進室長、小原経営管理課総括課長、
小笠原職員課総括課長、村田医事企画課総括課長、三田地業務支援課総括課長、佐々木医
師支援推進監ほか

4 議事

(1) 平成 27 年度県立病院経営委員会の進め方について

○経営管理課総括課長が資料 1 により説明。

(2) 「岩手県立病院等の経営計画」の取組状況について（平成 26 年度の取組実績）

○経営管理課総括課長が資料 2 により説明。

〔委員〕

被災した県立病院の再建について、大槌病院と山田病院が数か月工期が延びるものの、平成 28 年度の開院には間に合うという見通しが示されたが、現在の工事状況はどうなっているのか。一時期、資材や人件費が高騰し当初の契約を見直して、インフレスライド条項を適用するということがあったが、今現在は落ち着いてきたのか。

〔経営管理課総括課長〕

労務費については、宿泊費についてもその経費をほぼ実費で対応することとしており、その分で多少額は引き上がるが、概ね見積っていた金額で進んでいる。資材の調達についても、現場で調整していただいて順調に進んでいると考えている。

〔委員〕

工期が遅れている直接的な理由は何か。

〔経営管理課総括課長〕

大雨によるものや岩盤が固いといった理由により遅れているものである。

〔委員〕

被災病院の再建コストについて、国と県の負担割合はどうなっているのか。

〔経営管理課総括課長〕

国の復興予算がほぼ全額充当されることとなっている。

〔委員〕

入ってくるお金の流れとしては、一度、県に入ってきて、県から医療局に入ってくるということか。

〔経営管理課総括課長〕

県立病院等事業会計としては、資本的収支会計で処理することとなるが、国から県に入ってきて、県立病院等事業会計には補助金として入ってくる。

〔委員〕

県立病院等事業会計の収支については、この補助金を含んでいるということか。

〔経営管理課総括課長〕

各種補助金や一般会計からの繰入金を含んでの収支ということになる。

〔委員〕

前に聞いた話だが、一日あたり一万円の繰入金が入っているということだったが、今年度からその額が大幅に削減される方向だと聞いたのだが。

〔経営管理課総括課長〕

交付税算定の主な改正点として、これまでは許可病床で計算されていたものが稼働病床で計算されることになることから、休止状態の病床については交付税算定に入らないことになる。また、直接は関係ないが、建設単価については少し上げてみていただけると、繰入の割合が厚いモノと薄いモノに分けられることとなり、この影響は今後あるのかなと考えている。

〔委員〕

医師の配置の状況について、病院によってもう少しメリハリをつけるというか、例えば、地域診療センターに複数も医師がいる一方で、救急患者を多く診ている基幹病院では、十分とは言えず、このままだと医師が疲弊してしまうのではないかと思われるのだが。

〔医師支援推進監〕

基幹病院では救急対応で大変であるということは承知しているところである。地域診療センターについては病床がなく、そのような病床を持たない施設での勤務を希望する医師もいる。また、地域診療センターから他の病院へ応援診療も行っている。地域診療センターにおいても十分な医師の配置ができていないことから、急性期の病院へ集約ということにはなかなかならない。

〔委員〕

地域診療センターはかなりの赤字になっている。盛岡圏域で言えば、中央病院が出している黒字で賄っているところがあるが、はたしていかななものかなと思っている。

〔医療局長〕

経常損益 11 億 6 千 8 百万円余の黒字というのは県立病院全体の話であり、中央病院や中部病院が黒字を出している中で赤字の病院を補填しているという面は確かにある。地域診療センターについては、附属診療所の運営に要する経費という区分があり、そこに対しては交付税の繰り入れが入ることになっている。沼宮内、大迫、紫波の各地域診療センターの収支は中央病院の中に含まれているが、地域医療の面で、地域診療センターの収支も含めて県立病院全体でカバーするということもある。

医師の配置についても、基幹病院、地域病院それぞれ応援や連携しているところもあるので、委員のお話も踏まえて収支もしっかりみながらやっていきたい。

〔委員長〕

病床利用率で、センター病院や内陸の基幹病院は高いのだが、県北・沿岸部の基幹病院や地域病院は 70%とか 65%となっているが、この辺は今後どのように対応するのか。原因としては、在院日数が短くなり患者が減っているからというふうに分析しているのか。また今後、どのように対応していくのか。

〔経営管理課総括課長〕

理由としては、そのとおりであるが、さらにその背景には地域の医療ニーズが変わってきて減ってきているのではないかと考えているところであり、各病院からも事情を聞いて病床の規模を縮小したほうがいいのかという提案を行いながら進めていくこととしている。ただ、地域医療構想の策定で必要な病床数が議論されているところであり、そこも並行して見ながら進めようと考えている。

〔委員〕

休止病床は交付税算定の対象とならないということだが、これは今年度からか。それから、休止病床とはどのような病床を指すのか。

〔経営管理課総括課長〕

今年度の地方交付税算定からの措置である。許可病床は医療法上許可を受けている病床数で、稼働病床は保険制度の中で厚生局に届出ている実際に運用している病床数である。交付税算定の中では、病院機能報告制度の中で提出した数字が基になっているということである。

〔委員〕

初期研修医の受入の関係で、地域枠養成医師数の増に伴う受入増を見込んだものの、県立病院へのマッチング数が伸びなかったということで目標を達成できていないが、地域枠の養成医師は予定どおり県内に残ったが、全体としては増えなかったということか。

〔医師支援推進監〕

地域枠の医師は、1期生が今年の2年次の研修医となるが、1期生の定員が10名、2期生が15名ということになっている。マッチングの部分では全てが県立病院に入るという形にはならなかった。岩手医大に残る医師、いずれは岩手に戻ってくるから、一度県外に出たいという医師がいると聞いている。

〔委員〕

逆紹介率の平成26年度の実績で、20%弱ぐらい上がっており、取組を進めた結果となっており、たぶん地元の開業医と連携を深めていったということだろうが、これだけ上がったというのは、具体的にどんな取組をしたのか。

〔医事企画課総括課長〕

数字自体については、胆沢病院が地域医療支援病院の承認を取ったということもあるが、基幹病院では入院中心の医療ということで、積極的に逆紹介を進めているということもある。また、救急の対応をできるだけ充実したいということで、地域の医師会と協議をしながらかかりつけ医への逆紹介の取組を進めていることの成果であると考えている。

〔委員〕

ちなみに逆紹介は今、診療報酬上は何点か。

〔委員〕

地域医療支援病院の要件に紹介率、逆紹介率が何パーセント以上でなければならないというものがあり、それをクリアするために努力している。1回あたりの点数がいくらというのではなく、地域医療支援病院になるとDPCの係数が上がるとか、加算が取れるということである。ちなみに中部病院は、紹介率も逆紹介率も80%ぐらいである。これは、地域連携室がしっかりしていて、紹介された時に丁寧に受けているからである。そういった努力は必要であり、これからますます必要になってくるのではないかと思っている。

〔委員〕

D P C の病院は県立病院では何病院あるのか。

〔医事企画課総括課長〕

基幹病院である 9 病院である。それ以外の病院は出来高での診療報酬の請求をしている。

(3) その他

○岩手県保健福祉部医療政策室担当課長が資料 3 により説明。

〔委員〕

地域医療構想の基になった人口推計は 2010 年度の国勢調査を基にしていると思うが、2015 年度でまた国勢調査を行うが、そこでまた変わることはあるのか。

〔医療政策室担当課長〕

人口推計については、国立社会保障・人口問題研究所の推計人口を基に算定するとされているところである。

〔委員〕

その基になっているのが、2010 年度の国勢調査である。2015 年度でまた国勢調査が入るが、その結果により、そこでまたガラッと変わったりすることはあるのか。

〔医療政策室担当課長〕

地域医療構想については、医療計画の一部ということで、医療計画は平成 30 年度に改められるので、そこで見直すということはあるかもしれないし、また、さらに状況が変わってくるようであれば、地域医療構想についても見直すということは考えられる。

〔委員〕

4400 床の削減と地元紙にかなりショッキングな内容で記事が出たが、民間病院の立場で言わせてもらおうと、おそらくベッドを減らすことで経営が破たんしてしまうということがあるので、民間病院ではそういう動きは出せないと思う。そうすると、国公立中心の医療構想になってくるのではないかというのが、話として出ている。東京に行って全国の集まりに出ると、岩手県は楽だよ、公立病院大国だからと言われる。そういった流れになってくる可能性が高いのではないかと思う。

〔医療政策室担当課長〕

地域医療構想は病床削減を目的としたものではなく、病床機能ごとに将来需要を細かく推計し、機能ごとに必要病床数を確保していくのが一番の狙いである。その病床機能をどこが担っていくのが一番いいのかといった時に、急性期であれば県立病院がいいのか、慢

性期であればどこがいいのかといったようなところを議論していただくのが一番である。そうは言っても圏域全体のニーズが減っていくといった時に、共倒れになることがないようにどうしていくかといったところを今のうちから地域の医療機関が中心となって議論していきましょうというのが基本的なスキームである。

〔委員〕

一定割合を在宅に移行する前提で進めるとなっているが、まずは在宅医療を充実させなければならぬ。在宅医療を充実させないで病床数にこだわってしまうと、医療を受けられない県民が出てくる。地域医療構想は在宅医療も含めて様々なことをやっていくのかと思っていたが、なんとなく病床数にこだわっているような気がする。今後、在宅医療を進めるといった中で何か検討していることはあるのか。

〔医療政策室担当課長〕

我々も厚生労働省の方から地域医療構想による病床数をどのように算定していくかということの相談があり検討会等に参加してきたが、その際には在宅医療に転換すると言っても、県によってその資源が違っていたり、状況がかなり違っているので、そのところは県なり圏域の状況によってある程度柔軟に、どの程度在宅に移すかということを経験したところである。厚生労働省としては、国の政策としてある程度一定数の在宅移行を進めるということで、目標として掲げさせていただきたいということで、省令レベルで規定されている。そうは言っても、具体的に在宅医療に転換できない場合にどうなってくるのかといったこともあるので、厚生労働省の方では目標は目標として掲げつつ、あとは、在宅医療と慢性期については、ある程度一体のものとして考えて頂き、圏域の状況をみながらどこまでを療養病床なり慢性期病床でみて、どこまでを在宅医療なり介護の方で対応するかということについては、圏域の中で協議しながら進めてほしいと言われているので、そういった形で地域医療構想策定後、具体的にどう進めるかの協議の場では、それらも含めて協議をしていただきたいと考えているところである。

〔委員〕

私も郡市医師会長をしているが、地域包括ケアで訪問診療の話をしようにとするが、拒否反応が強く、講習会を開催しても一人か二人しか集まらない。平成 30 年度までに流れる動きを、これからの医療に関してとかそういうので、県として話をしたいと往診や訪問診療をやらないと大変なことになるという話をしてもらわないと診療所の先生は動かないと思う。県立の地域診療センターにも話をするのだが、やらないと言う。土、日はどうするのかという話をされて、3人もいたら交代で回せばいいのではと思うのだが、そういったことでは話が進まない。土日をやらないということで、近隣の特養も郡市医師会の方が、民間の診療所のほうで診ようという話になったり、ちょっと変な状態になっている。医療局として訪問診療とかこれから進めて行く考えはあるなのか。

〔経営管理課総括課長〕

訪問診療に力を入れている県立病院もあるが、全体としては十分ではないと思っている。これから具体的にこれくらいの必要性があると示されると思いますので、そういう議論と並行して、県立病院としてよく考えていきたい。

〔委員〕

入院診療はやりたくない、夜間は嫌だ、土日は休みたいという医者が多く、そういったことが弊害となって回らない。先日、釜石でのシンポジウムで、在宅をやっている先生の悩みは、開業医の先生方、往診をする先生方の高齢化であり、普通は二世が後を継ぐのであるが、往診は絶対にやらない。この流れをどこかで断ち切らなければならない。個人的な意見であるが、公的なところでやるのも一つの考えだが、ある程度義務化しなければならない。医師の偏在と同じで、例えば開業するのであれば在宅をチームを組んでやりなさいというような、緩い制限や義務みたいなものがないと動かないような気がしている。国は診療報酬を厚く充ててシフトさせようとしているが、意外にいかない。地域ごとに、ものすごく進んでいるところもあれば、全然進まないところがある。その辺の解消がないとダメなような気がしている。

〔委員長〕

療養病床をかなり減らすと在宅医療も増やさなければならないし、在宅介護も増やさなければならない。市町村の在宅医療、在宅介護の取組も重要になってくる。県全域の議論と二次医療圏の議論を並行していくことになっており、その中で市町村の意見も聞いた上で、在宅医療や在宅介護を進めていくこととなるのではないかと。

〔委員〕

以前、仙台の往診クリニックの先生が、医学部の養成課程の中に在宅医療の科目がなく、だからなかなか在宅の医師が増えないという話をしていた。サービスを提供する医師の側の問題もあるが、利用する側の課題もたくさんある。病院に入院して当たり前という意識をほとんどの方が持っている。何かの資料で 50 年くらい前は在宅で亡くなる方が 8 割だったが、今は入院で亡くなる方が 8 割というデータがある。病院で亡くなるのが当たり前という意識を変えていき、病状によっては自宅で亡くなるのが普通なんだという意識を全体で持ってもらえば、病院を出ていかなければならないという意識を持ってもらえると思う。今の段階では県民も医師も病院で亡くなって当たり前という意識があると思う。その辺を今後、医師に対しても、住民に対しても働きかけていくような政策も必要なのではないかと。

○経営管理課総括課長が資料4及び資料5により説明。

〔委員〕

日本創成会議で高齢者対策として、今東京でも埼玉県や神奈川県とかに高齢者を出しているが、この先、神奈川とか埼玉の方が高齢者が増えてくるので、関東圏ではどうも難しいから地方へという流れの中で、盛岡が準地域、介護力がちょっと弱いかなということで準地域という位置づけになっているが、岩手県の対応はどうなっているのか。47都道府県にアンケートを取ったところ岩手県は「その他」で回答している。

この件については肯定的な学者も、否定的な学者もいて賛否両論なので、今とても考えられるものではないが、できればそういったことも含めて医療需要を持たせるということも大事なことではないか。

〔委員〕

盛岡と釜石なら受け入れられますよという話だったと思うが、あれはベッドが過剰地帯の話をしただけ。そもそもベッドがあっても医師がいない。全然問題にならない。

〔委員〕

そういう考えでいけば高知とか西日本が中心になると思う。ただ、そのことによって、地域の介護保険、医療保険を食ってしまうのではないかという大きな問題があるので、国でどう考えるかという話になると思う。

以上