

第2回 新しい船橋市立医療センターの在り方に関する検討委員会議事録

【事務局】

それでは定刻となりましたので、「第2回新しい船橋市立医療センターの在り方に関する検討委員会」を開催させていただきます。委員の皆様におかれましては、お忙しい中、ご出席いただきまして、誠にありがとうございます。

第1回の検討委員会におきまして、千葉大学医学部附属病院の患者推計等に関する研究についてご説明いただけるとのお話でしたが、本日、千葉大学医学部附属病院 地域医療連携部長の藤田伸輔様にお越しいただいております。

また、オブザーバーといたしまして、千葉県健康福祉部 医療整備課長の高岡志帆様にもご出席いただいておりますので、ご紹介申し上げます。

会議に先立ちまして、資料等の確認をさせていただきます。

まず、資料でございますが、お配りしたフラットファイルに、「資料1」から「資料7」、「参考1」及び「参考2」がございます。

その他に、「出席者一覧」、「席次表」、「事務連絡用封筒」を配付してございます。

皆様、お揃いでしょうか。

それでは、当検討委員会の議事進行につきましては、検討委員会設置要綱第6条の規定により、委員長があたることとなっておりますので、中山委員長にお願いしたいと思います。

それでは、中山委員長よろしくお願いたします。

【中山委員長】

皆様こんにちは。「第2回 新しい船橋市立医療センターの在り方に関する検討委員会」を開催したいと思います。どうぞ、活発な意見交換をお願いいたします。

議事に入る前に、会議の公開、非公開に関する事項について皆様にお諮りしたいと思います。

この件につきまして、事務局より、説明をお願いします。

【事務局】

それでは、会議に先立ちまして、本日の会議の公開、非公開について、ご説明申し上げます。

本市においては、「船橋市情報公開条例」及び「船橋市附属機関等の会議の公開実施要綱」に基づき、会議の概要及び議事録を原則として公開させていただいております。

また、本日の会議につきましては、傍聴人の定員を5名とし、事前に市のホームページにおいて、開催することを公表いたしております。傍聴人がいる場合には、「公開事由の審議」の後に入場していただきます。

以上でございます。

【中山委員長】

会議の公開事由の審議を行います。

当検討委員会につきましては、「個人情報等がある場合」または、「公にすることにより、率直な意見の交換もしくは意思決定の中立性が不当に損なわれるおそれがある場合」などを除き、原則として公開することになっております。また、議事録については、発言者、発言内容も含め、全てホームペ

ージ等で公開されます。

本日の議題につきましては、個人情報等は含まれていないものと思います。また、率直な意見の交換もしくは意思決定の中立性が不当に損なわれるおそれはないものと思われるので、公開として差し支えないものと考えます。

なお、会議の議論の内容により、非公開の事由にあたるおそれがあると判断した場合は、あらためて皆様にお諮りするものとしたしたいと思います。皆様いかがでしょうか。

【委員】

異議なし

【中山委員長】

ありがとうございます。

それでは、本日の検討委員会は、公開といたします。

本日、当検討委員会の傍聴を希望されている方はいらっしゃいますでしょうか。

【事務局】

本日は、いらっしゃいません。

【中山委員長】

それでは、これからお手元の会議次第に従って、議事の進行をさせていただきます。

議題（１）医療を取り巻く環境について

【中山委員長】

「議題（１）医療を取り巻く環境について」です。本日、「船橋市立医療センターの建て替え検討にかかる調査・支援業務」の受託者である株式会社病院システムの方々にお越しいただいておりますので、ご説明いただきたいと思います。よろしく申し上げます。

【病院システム 石井氏】

それでは医療を取り巻く環境についてということで、お手元の資料１から資料４について、続けてご説明させていただきます。

まず、資料１ということで、既に先生方はご存知だと思いますけれども、確認の意味で資料を出させていただきました。

現在、地域医療構想の策定の動きがありまして、医療機能の分化や連携に係る取り組みが行われておりますので、その内容について簡単にご説明をさせていただきます。

昨年度から病床機能報告制度が動いておりまして、各病院が担っている機能について報告し、それを受けて平成２７年度以降、都道府県において地域医療構想の策定を行うということになっております。具体的には、２０２５年時点を目標として、２次医療圏ごとに医療提供体制の将来像の姿を示していくということになっております。それにより、医療機関における自主的な機能分化、連携の推進を図るということになっております。簡単に説明しますと、今後、２０２５年時点で目指すべき医療提供体制の青写真を描いていくこととなりますが、地域ごとの将来の人口動向が異なっているということを前提に、各地域にどれだけの医療が必要なかを明確化していくということと、それに対して、ニーズに合った医療提供体制を整備していく流れで進んでいるということになります。

次の資料ですが、医療機能別の必要病床数の推計結果というものが、６月に国の方から出ましたの

で、簡単に説明させていただきます。一番左にあります134万床というのが、現状の状況でございます。病床機能報告を受けて推計した結果、123万床程度になるということでございます。今後2025年を目指して病床機能の分化、連携を図っていく上で、推計結果として、115から119万床ぐらいになるというような推計結果が出ております。

もう1つの資料として、今の全体の推計結果を都道府県別に推計した結果が出ておまして、公表資料によりますと、真ん中くらいにパターンA、B、Cがありますが、これは、慢性期の病床の扱いをどうするかということでパターンA、B、Cというようなものを設定しております。パターンごとに推計結果は違うのですが、赤で囲われている千葉県を見ますと、パターンA、B、Cとも、既存に比べて若干ベッド数がプラスになるのではないかと推計結果が出ております。詳細は説明しかねるのですが、どのように推計したかということを中心に説明させていただきますと、2013年度の1年分のナショナルデータベースのレセプトデータ及びDPCデータ等を用いて、高度急性期と急性期、急性期と回復期、回復期と療養、そういった医療資源投入量の点数で区切って推計したものになっております。今後は、病床機能報告制度を受けて、県単位で地域医療構想を策定して機能分化を図り、以降はPDCAにより、ガイドラインに基づいた機能分化を図っていくという流れになっております。プロセスについては省略させていただきます。こういった流れがあるということで、資料1の説明をさせていただきました。

続けて資料2と資料3の説明をさせていただきます。

資料2の方ですが、今、ご説明をさせていただきました地域医療構想の4区分、高度急性期、急性期、回復期、慢性期というような区分がありますが、これについての対応が今どのような状況かという状況を簡単にまとめさせていただきました。例えば高度急性期ですと、東葛南部保健医療圏でどのような状況になっているか、また、船橋市の状況はどうか、それに対して船橋市立医療センターの対応はどのような状況になっているか、ということ、医療計画もしくは公表されている船橋市立医療センターのホームページを参考にしながら作成させていただきました。

高度急性期についてですが、東葛南部保健医療圏につきましては、地域医療の中核を担っている船橋市立医療センター、順天堂大学浦安病院、この2病院を中心に高度急性期医療を担っている状況であると認識しております。船橋市においては、船橋市立医療センターを中心に、急性期医療の中でもより複雑な病態について対応している状況です。船橋市立医療センターの対応については、船橋地域の中核病院として、急性期を対象とした患者に対して、診療密度の高い医療を提供しているという状況でございます。

急性期についてですが、前回の検討委員会で東葛南部保健医療圏の自足状況を出させていただきましたが、それによると、自足率は東葛南部保健医療圏では74.8%という状況で、医療圏内で各医療機関が役割分担に基づいて機能を発揮しているという状況であります。船橋市の急性期については、船橋市立医療センター、船橋中央病院、千葉徳洲会病院等の医療機関が機能分担し、急性期の患者を受け入れている状況であります。船橋市立医療センターにつきましては、急性期医療の中核的な役割を果たしており、特に、呼吸器・循環器・腎尿路・女性生殖器・外傷等のシェアが高いという状況になっております。

続きまして、回復期ですが、東葛南部保健医療圏については、回復期リハビリテーション病床を持っている医療機関は10病院となっております。船橋市においては4病院となっております。船橋市立医療センターについては、船橋市立リハビリテーション病院等と連携しながら、急性期から回復期までの継続的なリハビリテーションを行っているという状況でございます。

次のページの慢性期になりますが、東葛南部保健医療圏内の療養病床については、現在、2,420床程度で、これを全県ベースと比べると、若干平均を下回っているという状況でございます。船橋市においては、市内の7施設が療養病床を持っている状況であります。船橋市立医療センターの対応

としては、高度急性期医療を中心に行っている状況なのですが、亜急性期とか慢性期との連携を図りながら、医療を行っているという状況でございます。

続きまして、資料3になります。こちらについても、同じような形式で整理させていただきましたが、内容的には、がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・精神の5疾病、また、救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療・在宅医療の6事業について整理させていただいております。

がんについてですが、東葛南部保健医療圏の状況としましては、地域がん診療連携拠点病院として、船橋市立医療センター、市川総合病院、順天堂大学浦安病院が指定されております。それ以外に千葉県がん診療連携協力病院として医療圏内に5施設が指定を受けております。船橋市におきましては、船橋市立医療センターが地域がん診療連携病院として、地域のがん診療の拠点として専門的な医療を行うとともに、周辺の医療機関と連携を取りながら、医療を行っている状況でございます。がん診療拠点病院を補完する病院として、船橋中央病院、千葉徳洲会病院が、千葉県がん診療連携拠点病院として指定されております。船橋市立医療センターは、地域がん診療連携拠点病院として、各臓器、各疾患によってエビデンスに基づいた最新の治療を提供している状況でございます。それ以外に、緩和ケア病床を20床有して、緩和ケア診療を行っている状況でございます。

続きまして、脳卒中になりますが、東葛南部保健医療圏には、脳卒中急性期対応医療機関が21施設ございます。これがかかりつけ医からの紹介や救急隊による搬送患者に対して、専門的な治療を行っている状況でございます。船橋市におきましては、急性期治療に対応可能な脳卒中急性期対応医療機関が市内に7施設あり、そこが中心となって医療を提供しているという状況でございます。船橋市立医療センターの対応としましては、脳卒中の急性期対応医療機関であるとともに、全県対応型脳卒中拠点病院として、高度の脳卒中治療とリハビリテーションに対応している状況であります。

続きまして、急性心筋梗塞につきましては、急性心筋梗塞対応医療機関が医療圏内には21施設ございまして、同じようにかかりつけ医等の周辺の医療機関と連携を取りながら、専門的な治療を行っている状況でございます。船橋市においては、急性心筋梗塞対応医療機関が市内に5病院ございまして、同じように周辺の医療機関と連携を取りながら、専門的な治療を行っているという状況でございます。船橋市立医療センターにつきましては、急性心筋梗塞対応医療機関であるとともに、全県対応型連携拠点病院として、高度の急性心筋梗塞の治療に対応しております。

糖尿病になりますが、医療圏では、糖尿病の医療を提供する各医療機関に加え、在宅介護支援事業所等との連携による体制が構築されているという状況にあります。船橋市においては、糖尿病専門外来が6施設、糖尿病教育入院が13施設、糖尿病日帰り教室が4施設あり、このような施設が中心となって糖尿病について対応をしているという状況であります。船橋市立医療センターにつきましては、糖尿病外来を設置しており、それ以外に糖尿病教育入院を実施しており、合併症対応として、糖尿病専門医と連携して網膜症、神経症等の疾患について対応しているという状況でございます。

続きまして、精神につきましては、医療圏では基幹病院として、国府台病院、千葉病院の2病院が急性期医療に対応していることとなりますが、それ以外にも救急輪番病院、措置輪番病院が6施設あり、救急輪番病院も1施設ございます。船橋市におきましては、総武病院、千葉病院、船橋北病院が救急医療基幹病院、救急輪番病院として対応しているという状況になります。身体合併症等の対応については、船橋市立医療センターと船橋二和病院の2病院で行っております。船橋市立医療センターの対応としましては、外来診療においては、精神神経疾患全般について診療を行っており、うつ病、神経症及びストレス性障害などに対応しているという状況でございます。また、病棟診療においては、週3回の病棟リエゾン回診等を行っているという状況でございます。

続きまして、6事業になりますが、まず救急医療の状況でございます。東葛南部保健医療圏では、救命救急センターとして、船橋市立医療センター、順天堂大学浦安病院が地域医療の中核を担う病院として機能しております。船橋市においては、初期救急については、かかりつけ医等の医療機関が中

心となって行っているという状況になります。2次救急につきましては、輪番で複数の医療機関で対応しているという状況です。3次救急については、基本的には船橋市立医療センターが対応しているという状況です。船橋市立医療センターの対応としましては、救命救急センターが1次から3次まで幅広く患者を受け入れている状況で、重症患者に対しては、ICU/CCU 8床、ACU 7床で対応している状況でございます。

災害医療になりますが、東葛南部保健医療圏につきましては、災害拠点病院として船橋市立医療センター、八千代医療センター、市川総合病院、順天堂大学浦安病院が指定されております。船橋市においては、広域な医療活動の拠点となる災害拠点病院として、船橋市立医療センターが指定されている状況と、災害拠点病院とともに、患者の受け入れを行う救急病院として11施設が災害協力病院として指定を受けているという状況でございます。船橋市立医療センターの対応としましては、災害拠点病院として機能しているのですが、今後は建物の免震構造等の整備が必要になってくるのではないかと考えております。

周産期医療については、医療圏では、総合周産期母子医療センターとして八千代医療センター及び地域周産期母子医療センターとして船橋中央病院が指定されております。船橋市としましては、地域周産期母子医療センターとして船橋中央病院、母体搬送ネットワーク連携病院として、船橋市立医療センターが対応しているという状況が確認できます。船橋市立医療センターの対応としましては、繰り返しになりますが、母体搬送ネットワーク連携病院として機能しております。

続きまして、小児医療でございます。東葛南部保健医療圏としましては、全県対応型小児医療拠点病院として、八千代医療センターが指定されている状況でございます。船橋市においては、船橋市立医療センター、千葉徳洲会病院、船橋二和病院の3病院を中心として、小児救急に対応しております。船橋市立医療センターの対応としましては、地域小児医療センターとして、1歳から4歳までの重篤な小児救急患者等の受け入れを行っているという状況です。

在宅医療になりますが、東葛南部保健医療圏では、在宅療養支援病院として板倉病院、滝不動病院の2病院が中心に対応しているという状況になります。船橋市においては、同じように在宅療養支援病院として板倉病院、滝不動病院が対応しており、また、在宅療養支援診療所が25施設あり、対応しております。船橋市立医療センターは、地域がん診療連携拠点病院として、がん相談支援センター等を設けて、在宅で療養生活を送るがん患者への支援を行っている状況でございます。

足早で申し訳ありませんでしたが、資料2と3についての説明をさせていただきました。

続きまして、資料4ですが、船橋市立医療センターが周辺の他の医療機関に委ねている機能がいくつかありましたので、それについて分析をさせていただいております。

まず、1つの視点として周産期救急医療提供体制ですが、現状は八千代医療センター及び地域周産期母子医療センターである船橋中央病院、こういったところが中心となって行っているということです。全国と東葛南部保健医療圏の状況を比較しますと、出生数の1,000人対NICUを有する病床数、それと人口10万人対NICUを有する病床数を全国レベルと比較しますと、東葛南部保健医療圏においては、同等であることが確認できました。

次のページ、精神医療の状況についてでございます。精神医療につきましては、先ほど少し説明させていただきましたが、国府台病院等が中心となって医療圏で対応しているという状況でございますが、医療圏の状況を全県で比べますと、人口10万人対精神病床数が208.5床ということになりますが、圏域では221.2床ということで、若干、多い状況でございました。

続きまして、感染症医療につきましては、人口10万人対感染症病床については、全県で0.9床であり、こちらの医療圏においては少ないという状況でございます。

もう1つの視点で、在宅医療の状況でございますが、これは人口10万人あたりで色々な視点で比

較を行っており、県内の各市町村との比較の結果となっております。結果としましては、在宅療養支援病院と24時間体制を取っている訪問看護ステーション、在宅療養支援歯科診療所などが他の市町村と比較して少ないという結果が確認できました。

資料説明については以上です。

【中山委員長】

ありがとうございました。ただいま、議題（1）に関する医療を取り巻く環境ということで、お調べいただいた結果を説明していただきましたが、何かご質問、ご意見等はございますでしょうか。

【玉元副委員長】

医師会の玉元でございます。貴重な分析ありがとうございます。

分類の仕方が東葛南部保健医療圏と船橋市と医療センターという分け方ですが、例えば鎌ヶ谷市、八千代市、習志野市あたりを入れた分析をいただきたいと思います。と言いますのは、鎌ヶ谷市には鎌ヶ谷総合病院、習志野市には済生会習志野病院、八千代市には八千代医療センターがあります。この3つの病院はかなり船橋市からの患者さんを受け入れておりますので、若干見方が違ってくるのではという気がします。今日ではなくて良いですが、別の機会にそういった分析がありましたらよろしくお願いいたします。

【中山委員長】

いかがでしょうか。そういったことをお願いしてもよろしいでしょうか。

【病院システム 石井氏】

資料2と資料3をそういった視点で修正するというところでよろしいでしょうか。

【中山委員長】

よろしいでしょうか。その他、いかがでしょうか。

【山崎委員】

副市長の山崎でございます。資料1の2025年の医療機能別の必要病床数の推計結果ですけれども、これが多分、本委員会の今後の大きなポイントになると思うのですが、今後議論を経て最終的にどうなるか全く分かりませんが、船橋市立医療センターは急性期、高度急性期の病院と認識しております。この2025年の性質から見ますと、国全体なのでしょうけれども、船橋市立医療センターはもっと慢性期を増やしていく形にシフトすべきだという、そういうことでよろしいでしょうか。病床の全国的な配分として、そこでうちがどのような役割を担うかというのは別の議論としてあるという形でいいということでよろしいでしょうか。

【病院システム 石井氏】

今、船橋市立医療センターが担っているのは、明らかに高度急性期と急性期の領域であると認識しております。今後の地域医療構想で、例えば2次医療圏の中でそういった病床が何床必要かというデータが出てくるかと思われましても、そういったところの機能をまずカバーすることを前提に今後の医療センターの病床数が何床必要か、ということについての検討が必要と考えます。回復期と慢性期については、周辺の医療機関との連携が前提となるかと思いますが、連携を取りながら、どの程度まで行うか、ということになるかと思いますが、あまり具体的な話ができなくて申し訳ありません。

【山崎委員】

端的に言って、船橋市立医療センターは、今はほとんど高度急性期、急性期なのですけれども、これを東葛南部保健医療圏あるいは全県の中で、この役割だけでいくことが可能なのか、あるいは将来的な病床配分からいくと、慢性期を増やさなければいけないのか、現在の形態というのは、ある程度無理が出てきているのかどうかということをお伺いしたいのですが。要するに、急性期、高度急性期だけでやっていくことは可能なのでしょうか。

【中山委員長】

今のご質問、少しお待ちいただけますでしょうか。多分、藤田先生のお話に関わることだろうと思います。私の認識を先に申し上げますと、今、急性期と称している病床が58万床あるとっているわけですけれども、本当にそこが急性期かということは、分からないわけですよ。それが去年の病床機能報告制度で明らかになってきつつあると。それがさらに明らかになってくれば、最終的にこの2025年のプロポーションに近づいていくのだと思いますけれども、このプロポーションが、急性期だけでいえば58万床が40万床になっていますが、58万分の40万に減少するという事ではないと思います。ただ、これは私の考えを申し上げるよりは、あとでお話が出てくると思いますので、お話を聞いてからまた議論したいと思います。

その他、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

私から1つお伺いしたいのですけれども、資料2とか資料3ですけれども、今ここには、結果として、医療圏、船橋市あるいは船橋市立医療センターの概要について記載していただいておりますけれども、例えば、資料2などを見ると、レセプト調査等の結果と書いてありますが、ここに記載している内容は、もう少し数字を伴ったようなデータをお持ちということでしょうか。

【病院システム 石井氏】

前回一部だけレセプトの分析結果を出ささせていただきましたが、同様に医療圏全体の中で、各市町村単位でもレセプトの分析をさせていただいておりますので、習志野市ですとか鎌ヶ谷市の動向なども、そのデータを用いまして、もう少し詳しい説明はできるかと考えております。

【中山委員長】

もう1つ、心配ということではないのですけれども、レセプト調査ということで、国民健康保険の調査ということなのですが、船橋市で、国民健康保険の患者さんと社会保険の患者さんのプロポーションの割合がどれくらいになっているか、というあたりが気になるので、後ほどでよいのでどこかに記載していただけないでしょうか。

【病院システム 石井氏】

確認させていただきます。

議題（2）千葉大学医学部附属病院の患者推計等について

【中山委員長】

議論は続くと思いますけれども、続きまして、千葉大学医学部附属病院の地域医療連携部長の藤田先生から、患者推計についてのお話をお聞きしたいと思います。藤田先生よろしくお願いたします。

【千葉大学医学部附属病院 藤田氏】

千葉大学の藤田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

今日のお話の前半は昨年度、厚生労働省からの委託を受けて行った医療需要調査の結果でございます。この調査の目的ですが、まもなく医学部の定員増が期限を迎えます。この期限がきた時に、医学部の定員増を続けるべきなのか、あるいはやめた方がいいのか、というようなことを明らかにするということが第一の趣旨でございました。ということで、従来用いていた推計とかなり違う前提のもとにやり直さない、という指令でやったものですので、その点をご配慮いただければと思います。

まず、最初のグラフですが、国の地域医療ビジョンのもとになった推計というのは、2011年の患者調査をもとにした推計になっております。2010年の国勢調査と2011年の患者調査の結果を用いて計算するもので、これは各年齢別の人口というものを2050年あたりまでずっと作っていくわけですね。この推計自体は人口問題研究所の方で発表されておりますが、これを用いる方法が一般的です。死亡率には大きな変化はないだろう、あるいは、出生率もそれほど大きな変化はないだろう、また、今後海外から日本に入ってくる移民もそんなには変わらないだろうという前提で計算していくものです。この仮定に基づきますと、一番上の青いラインになります。全国の入院患者数がピークになるのが2033年になるという予測になっております。左端が2010年ですから、2010年から2033年までの間に、入院需要がこれだけ増えるということは、医療費が当然のように増大していくということになります。こうなってしまうとは、日本の経済が破綻するというのが、内閣を中心としたところで出てきたお話です。どうすれば入院需要が一番下がるのか思案した結果が、全国が千葉県や埼玉県と同じような医療を提供するのがいいのではないかとという仮定になります。今まで、千葉県というのは全国の中でも医師が少ない、看護師が少ない、ベッド数が少ないということで、他の県並みに増やさなければならぬという議論が多かったのですけれども、全国を千葉県と同じようにしたらどうなるのかという仮定で計算したものが、そこに示している黄色の点線です。同じような推計手法を使っておりますので、黄色の点線で見ますと、青の線がそのまま平行移動したような形になっております。勝負は2025年というように皆さん考えておりますので、2010年よりは下がる。言い換えると医療費総額は下がるのではないかとということで、これだけ下げておけば、新たな医療にもなんとか対応できるでしょうというのが、地域医療ビジョンAの考え方です。そこまで一気にやるのは難しいだろうということで、2025年の時点で、せめて2010年並みに抑えるにはどうしたらいいのかということで考え出されたものが緑の点線だと思ってください。これは正確には千葉県、埼玉県に向かって、すべての都道府県が減少していくのですが、もっとも高い高知県はちょうど半分地点までしか改善途しないという仮定で、比例配分で各都道府県を落としていったというようになっておりますが、経済的に見ると2010年と同じレベルに抑えましたということになります。先に結果から言いますと、今回私たちが行った推計では、オレンジのラインで推移しております。これは、青のラインで推移すると仮定しますと、2010年から既に5年経っているわけで、このラインにいる場合、千葉市の急性期病院のほとんどが90%前後の病床稼働率でないとなせないという患者数になっているはずなのです。船橋市立医療センターも同じで、こちらも91%程度の病床稼働率になっていないと、青いラインからいうとおかしい。もしも91%なかったら特に人気がないというような推計になってしまうわけなのですが、周囲を見てもみると、それは明らかに間違っているだろうと思います。別に船橋市立医療センターの人気がなくなったわけでもなく、あるいは千葉大学医学部附属病院の人気がなくなっているわけでもなくて、周囲の患者さんが減っているということですね。患者さんが減っているというのは、正確に言いますと入院日数が減っているということです。それについては、後でもう一度グラフで説明したいと思います。とりあえず、私たちの推計ではもう既に減少局面に入っていて、日本全国が患者数を減らしていくというような推計で動くでしょうということ

です。

次のページを見ていただきますと、日本地図が2つ並んでおりまして、シナリオ1というのは青の点ですが、全国で240病院が病床稼働率60%以下になります。ざっくりいうと、ここを下回ると病院経営をするのは非常に困難ということですので、全国で240病院くらいが2025年までに倒産するのではないかと、というような話なのですけれども、全国は8,900病院ございますので、240病院だったら大したことがない、と片付けることも可能かと思えます。ところが、オレンジのラインで推移したと仮定しますと、右側の図ですが、1,700病院が60%以下になってしまいます。全国の病院の5分の1が倒産する可能性が高いというような事態になるとしたら、これは、ものすごく大きな問題で、一体どのように地域を運営していくのか、ということになります。1つの病院が巨大化して、頑張っていくというやり方もあるでしょうし、周りの病院と連携を組んで、全体として病床数を減らしながら、やっていくという方法もあると思えます。地域によって、どういう戦略を立てるのが正しいかというのは、よく考える必要があると思うのですが、無策で臨めば右側の絵になった場合、地域住民がかなり混乱するということは間違いのないだろうと思えます。

先ほどの地図を千葉県だけ拡大したものが、こちらの図になります。千葉県の中で、青いところが60%未満、緑が60~80%の順番に色がついておりますが、東京都内には赤いドットが少しありますが、先ほどの青の曲線ですね。

次のグラフですが、なぜこんな推計になったのかというのが、この入院受療率の変化というグラフでございます。1960年からずっと患者調査というものが繰り返されております。この中で、10月の頭で、患者さんがどの程度入院しているのかということをして性・年齢別の階級の中で割合を取ったものがこの入院受療率のグラフになります。これは男女合わせてやっておりますが、このグラフを見ていただきますと、1990年で大きく様子が変わったことが分かるかと思えます。これは医療費亡国論というのが出て、それまでの拡大主義の医療をやめよう、効率的なものに変えようという国の方針が示されて、途端に右肩下がりのグラフに変わったということが分かるかと思えます。特に1996年以降はその変化が顕著でして、揺り戻しもなく単調に減少しているということがお分かりいただけるかと思えます。高齢者ほど、改善が著しいということになります。ここだけを見てみますと、高齢者ですので、どちらかという慢性期病院の患者数が減っていくのではないかと、というようにご想像になられるかもしれませんが、実は多少違うところがございまして、この間に起こったことは何かと申しますと、第一に内視鏡手術ですね。大腸とか胃のポリープがんに対して、ほとんどが内視鏡手術で行われるようになりました。こうなりますと、これまで1週間、あるいは2週間入院していた患者さんたちが、1泊2日、あるいは2泊3日で退院していくわけですから、在院日数が極端に短縮する。その結果を受けて、入院受療率が減るというようなことが起こっております。あるいは胸部、腹部の手術で鏡視下手術と呼ばれるものが主体になってきております。大腸がんが良くなると、これまで2週間ちょっと入院していた患者さんが鏡視下手術に移行しますと、大体7、8日で退院されるというのが標準になっておりますので、一気に半分に短縮しております。もう1つ大きな変化としましては、がんの治療ですね。抗がん剤の治療も、千葉大学病院でもつい10年程前まではほとんどが入院で治療しておりました。現在はほとんどが通院治療室でやっております。外来治療に切り替えたということで、その人たちの入院がごっそりとなくなってしまうということです。このような医療技術の革新に伴う変化が色々なところで起こってきていて、在院日数の変化というのが起こってきております。

もう1つの潮流としましては、呼吸リハとか口腔ケアとかいうようなもの、あるいは術後の早期離床というような、リハビリあるいは看護の立場からの改善がございまして、これは術後肺炎の発症率を著しく減少させます。現在までのデータだけでも大体10分の1に減ってきておりますので、結果として1ヶ月近くかかっていた術後肺炎を起こした患者さんの入院がほとんどなくなってきたり

というような結果となっております。

もう1つの潮流としましては、糖尿病がございます。あるいは脳梗塞、心筋梗塞という病気についても同様なのですが、かかりつけ医のコントロールが非常に上手になりました。糖尿病で腎不全になられて、透析を受けられる方の約半分を占める病気なのですが、この患者が近年、ずっと減少を続けております。2005年にピークを迎え、その後はずっと減少を続けております。ということで、透析患者さんの総数自体も減ってきている。糖尿病でそれだけ管理が上手になったら、糖尿病による足の切断などというようなことも減ってきておりますし、感染症の発症による入院も減っています。あるいは糖尿病にまつわる脳梗塞も減っている。一方、高血圧についても非常にコントロールがうまくなってきましたので、心筋梗塞、脳梗塞どちらも減ってきている。脳梗塞にはさらに血栓コントロールというものが非常に上手になってきて、再発率自体が減ってきているというようなことで、高齢者が入院しなければならない事態というものが減ってきているというのが、もう1つの潮流です。

今述べたようなことは、全てが高度急性期、あるいは急性期病院の患者さんを減らす方向で医療改革が進んでいるということですね。慢性期については、どうなのかということ、慢性期はあまり技術革新がやられているわけではないのですが、競合施設が多量に増えております。例えば有料老人ホームというものは、過去20年から10年くらいまでの間にもものすごく数が増えました。その後、サービス付き高齢者住宅とか、グループホームというものが増えてきております。このような慢性期病床と競合する施設が増えてきたこと、それから、急性期病院側での管理が良くなってきて、慢性期に流れる患者が減ってきている。こういうことを受けまして、慢性期の患者さんは発症率がすごく減っています。患者総数としては、それほど減ってはいないのですけれども、その原因というのは主として、高齢者の人口増の影響を受けるものでして、今後もそれが増えるのですかということ、あまり増えないのではないかというような予測です。その中で、慢性期病床以外のところが担う患者さんの数が増えてくる、例えば、有料老人ホームのほとんどが在宅医療と提携しておりますが、こういうところで多少医療処置をするようになってきておりますので、そういう医療需要も減ってくるということが、もう1つ入院受療率の変化に影響を及ぼしていると思われまます。この入院受療率の変化が全体として見たらどれくらいなのかと、全年齢の平均値を取ってみますと、年間0.67%の減少です。0.67%ですので、全体として見たらそれほど大きな変化はないようにも思うのですが、入院患者さんのボリュームゾーンである、60歳以上の方々の変化が著しいということで、こういう傾向が顕著に出てきて、先ほどのオレンジのラインを作ったとお考えください。

こういう傾向自体がもう2015年で終わりなのか、あるいは今後10年間続いて2025年に行くのか、もっと大きな変化が起こってくるのかということ、多分もっと急激に進むだろうと私たちは考えております。それはなぜかということ、ヨーロッパ、あるいはアメリカの在院日数に比べて、なお、日本は在院日数が長いということがございます。ヨーロッパの病院では、かなりの医療改革を1990年頃からやってきております。一例を挙げますと、ポルトガルは1990年から改革に着手して、2005年くらいから徐々に入院の患者さんが減り始めております。病床数は7分の1くらいまで減らしております。ポルトガルでは、このような努力によって、医療費が2000年に比べて2010年では下がっております。日本は上がっております。そういう変化を見ると、やはり日本も追いつけることにはなるのではないかと思います。ポルトガルほど過激にやっておりませんが、フランスとかデンマークでも同じようなことが行われております。こういう国々のやり方を見ると、今回の病床機能報告制度と同じような制度を使って動いてきておりますので、この病床機能報告制度が動き出すと、ますます拍車がかかるのではないかと思いますし、現に東京の大学病院の中には地域の病院と連携して新たな体制を取ろうとしているところもありますし、岡山大学のコンソーシアム構想というのも随分有名になりました。

次のグラフは都道府県別の状態を示しているものなのですが、緑の破線で囲んだ部分が関東の4県

で一樣に低いのですが、平成14年から平成23年に向けて改善が進んだところが青いラインです。福島県については震災の影響で平成23年は調査しておりませんので、ここは無視していただくとして、それ以外の青いところが多いところの方が、改革が進んでいる、結果として周囲から患者を集める結果になっているとお考えください。千葉県はほとんど青が見えませんが、このあと改革が始まっておりますので、次の調査では千葉も青いところが出てくると思います。こういう改革を進めれば進めるほど、患者さんにとっては好ましい病院、合併症が少なく傷みが少なく早く退院できる病院になっていくということで、こういう方向に向けて努力することが求められていると思います。

次のグラフでは、病床機能報告制度がカラム（縦列）の方に取っております。ライン（横列）の方には病院の種別を書いております。特定機能病院であっても全て高度急性期ということではなくて、色々な機能を併せ持つということになるのですが、この回復期とか、慢性期とかいう病床の数がある程度大きくなってくると、労働者全体にのんびりとした風潮が生まれてきて、高度急性期側もコントロールするのが難しくなってきます。片方の病棟はものすごく忙しいのに、片方の病棟はのんびり働いていると、職員の不満をコントロールすることも難しいかと思っておりますので、機能分化を進めた方が有利ではないかと思っております。高度急性期から急性期というような連携も今後は起こってくると思います。具体的には順天堂大学さんとか、聖マリアンナ医科大学さんなどの病院は、既にこういう対応を始めてきているようです。船橋市立医療センターも周囲の病院とどのような連携体制を取るのか、急性期にいく時に患者さんを退院させるのか、急性期から回復期にいく時に退院させるのか、ある程度方針を明確にしないとやっていきづらい時期がくるのではないかと想像しております。

次では、在宅との関わりについて書いていますが、この在宅は在宅医療という意味ではなく、お家で過ごしていただくという意味で、施設以外に帰ると考えてください。高度急性期からいきなり帰るとことはなかなか難しいかと思っております。病院の近くにホテルなどを建てる以外こういうやり方は難しいので、急性期から帰るといことになるかと思っておりますが、そこでの連携手法というのは、回復期になってから返していた病院にとってはかなり難しいものになってくるのではないかと想像しております。

以上、かなりあちこちに話が飛びましたけども、私の説明を終わらせていただきたいと思います。

【中山委員長】

藤田先生ありがとうございました。貴重なお話でした。今藤田先生からご説明ありましたけれどもご質問などはありますでしょうか。

【山崎委員】

今の先生のお話からしますと、先ほど私が質問したようなことですが、要は急性期、高度急性期の病院だけでやっていくというのは、マイクロベースはともかくとして、マクロベースでは非常に困難になりそうな予測だと思いますが、やはりそのような結論になると考えてよろしいでしょうか。

【千葉大学医学部附属病院 藤田氏】

そうお考えいただいた方が良いでしょう。性格の違うものを1つの企業体の中で経営をうまくやるというのは、かなり難しいかと思っております。性格が違うのに1つの企業体として成功しているのは、多分自治体だけだと思うんですね。普通の企業の場合は分社化して、ある程度労働条件などを揃えていくかと思うのですが、自治体だけは色んなセクションがありますが、病院ではなかなか難しいのではないかなと思います。特に急性期の看護師をやりますと、覚えなくてはいけない新しいことが、毎月毎月入ってくる。それに対応している人たちに、慢性期から突然やってきて対応できるのかということ非常に難しい。というようなことで、人事交流で人を動かすのはなかなか難しくなってきますので、

ある程度機能別に特化した方が経営は簡単だと思います。

【山本委員】

今の副市長のご質問のお答えになるか分からないのですが、1つは今この病院の状況がどうなっているのか、各科別にどれくらいの割合が高度急性期にはまるのか、急性期にはまるのかというデータを出さないと、次にこの病院が進むべき道というのは見えてこないのではないかと思います。今、藤田先生からお話があったように、ある1つの医療圏の中で高度急性期の病院は、本当に限られた数で良いということになりますので、例えば、順天堂浦安だけで足りるのか、この船橋市立医療センターもその一翼を担うのか、という方向性をデータ的に出していけるか。千葉大学のことをお話ししますと、実は千葉大学は各科ごとにこの3,000点、600点、225点という区分で分析をかけた。そうしますと、25診療科がありますが、急性期までで患者の8割を超える診療科というのは、5つか6つぐらいです。この点数区分で切っていくと非常に厳しいです。千葉大学ですら5つぐらいの診療科で8割の方が急性期で、あとは回復期とか慢性期に落ちている。かなり在院日数を短くして、回転を上げている状態でそれですので、ぜひ、この船橋市立医療センターが今どうなのかという分析をきっちりされた上で次を考えることが必要ではないかと私は感じております。

【中山委員長】

ありがとうございます。ぜひ、私もこの分析はしていただきたいと思っております。実は先日別件でこちらに伺って、点数などについてもお伺いしたのですが、ざっくりとしたデータはおありですが、3,000点はもちろん、600点のこのラインをどれだけの方がクリアしているのかというようなデータは、日常的なデータだけでは出てこないようですので、少し操作を加える必要があるようです。そのあたりを病院の方でもおやりいただけるとありがたいと思います。

その他、いかがでしょうか。

【寺井委員】

委員の寺井です。推計の手法で人口がベースになっておりますが、いわゆる自治体間からの流入・流出については、人口問題研究所の方はあまり流入・流出はないだろうと。一方、人口問題研究所から出ているものとは別に、日本創生会議から出ているものは、流入・流出があると。そういったことで、自治体によって人口の増え方が違う。そのあたり推計していく場合の人口は、なかなか予測が難しいと思っておりますけども、その辺いかがでしょうか。

【千葉大学医学部附属病院 藤田氏】

今のご指摘につきまして、人口問題研究所の推計は、既に2010年からの状態から、千葉に関しては、乖離してきています。どちらかというと、後者の方が正しい推計結果を出しているわけなのですが、それでも下目に出ております。人間は割と人がいるところが好きだというのが共通事項かと思えます。私のところでは、数学的なシミュレーションをやっておりまして、人間は人間が好きだ、けどどしばらく一緒にいたら飽きて違うところに行く、というような方程式を立てて、関東一円を推計すると、不思議なことに横浜、千葉、東京、この3都市にはなぜか人が集まります。これは地理的に海のそばが好きということで、そこに段々人が集まってくるというようなことがあって、川の走り方、海の存在とかで決まってくるようなのですが、こういう手法で、今後人口がどうなるのかということ、やはり千葉県、特に東葛から千葉市までについては、人口が増えそうだというような結果になります。まだ実験が足りなくて、公表できるデータではないのですが、おそらく人口はまだ増える方向にいくのではないかとと思うのですが、その効果はものすごく減りつつあります。というの

は、人口を出す地域の人口が少なくなりつつありますので、例えば、今まで安房は結構人はいましたけれども底を打ち始めている。山武についても同様のことが起こってきておりますので、よほど魅力的な街づくりが必要かと思えます。船橋ではすぐ近くに再開発しているところがあって、人口を集めましたけれども、こういう大規模開発ではなく、街自体をなんとか活性化するというような方法があれば、やっていけるかもしれませんが、なかなか難しいものだと思います。ちょっと少なめに推計しておいて、その中でやりくりできる体力をつけておくほうが病院経営としては、気が楽かなと思います。

【中山委員長】

ありがとうございます。先ほど副市長がご質問された資料1に、2025年の必要病床数の推計結果というものがあまして、現在123万床、それが2025年には115万から119万床になると。しかもその内訳を見ると、高度急性期や急性期は随分プロポーションとして減っているではないかという質問がありましたけれども、これについて先生から少しコメントをいただけますか。

【千葉大学医学部附属病院 藤田氏】

先ほど説明したように、高度急性期から在院日数の短縮が起こってきているので、ここは高度急性期がもう少し減ってもいいのではないかなと思っております。高度急性期単独にしますと、患者さん一人あたりの点数がものすごく上がります。ですから、少々高額機械を買っても、やっていけるようになりますので、余分な体力を使うよりも高度急性期に特化した病院の方が病院経営としては楽です。ただ、それをしていくには何したらいいかという、病院中の構造改革が必要で、ものすごく大変です。本日、齋藤先生はいらっしゃいませんけれども、私は齋藤先生が病院長の時に呼んでいただきまして、そこから手をつけ始めましたが、色々な事務上の問題、退院支援の問題、入院の受け取りの問題とか、そういうものを1つ1つ解決しながら職員の意識改革に努めない限りは、高度急性期1本でいくのはものすごく難しいと思いますので、そのあたりはよく考えていただいた方が良いかなと思います。高度急性期でいくことは、私は推奨しますが、それをやるためには努力がものすごくいる。

【中山委員長】

ありがとうございます。高度急性期だけということはないと思うのですが、高度急性期と急性期に絞った形で医療センターを整備するということは、今までの病院の1つのビジョンとしてあったのではないかと思います。ただ、この推計結果を見ると、どうもそれだけで病院が成立するのかわかからないとか、あるいは全体的に慢性期の病床が増えそうだから、それらをどこまで抱き込むのかといったことが具体的な課題になるのではないかと思います。藤田先生の資料5の7ページですが、急性期病院の中にも高度急性期が“◎”で、回復期と場合によっては慢性期にも“○”についているので、そういった機能も併せ持つということが1つの姿として描かれているわけなんですね。このあたりの姿と先生がおっしゃった高度急性期だけに◎がつくタイプ、あるいは急性期だけに◎がつくタイプというようなことの違い、今先生は運営上の話をされましたけれども、そのあたりが具体的にどのように進んでいったらいいのかということ、これからここで検討していかないといけないのですね。それをするためには、先ほど、山本先生の方からもありましたように、もう少し具体的に高度急性期の患者が何人いるのかというようなデータが欲しいよね、ということになってきます。ぜひ、データの方はよろしく願いいたします。

【鈴木委員】

高度急性期、急性期の分類が正直分からないのですけれども、ここに出てくる1日3,000点は、

1つの決められたルールとして認識されている分類なのでしょうか。病院機能報告の最初の調査の時に、高度急性期、急性期について、何をもちいてそれというのかと県にもお聞きしたのですが、自分が高度急性期だと思えば高度急性期だということで、うちは高度急性期で提出したのですが、何をもちいて高度急性期というのか教えていただきたい。

【千葉県医療整備課長 高岡氏】

オブザーバーの立場ですけれども、よろしいでしょうか。

【中山委員長】

よろしく願いいたします。

【千葉県医療整備課長 高岡氏】

昨年度、病床機能報告を国から病院に依頼した際には、その定義についてははっきりとしたことが示されておりませんでしたので、先生のご指摘のとおり、病院が考えている機能を報告していただいたところです。ただ、昨年度末になりまして、資料1の「推計方法及び前提等について」に書かれているとおり、医療資源投入量で3,000点が高度急性期と急性期の境界線、急性期と回復期との境界線が600点、回復期と在宅医療との境界線が225点というのが、国から示された目安でございます。ここも、一日平均で見るとか、一番医療資源を投入している日で見るとかという細かい基準は未だに、国からは示されておりません。千葉県といたしましても、国に対して、はっきりとした基準を統一的に示してもらわなければ、現場が混乱するので困るという意見を申し上げておりますけれども、それは現場で議論していただきたいと返されているところでございます。今後、報告結果を踏まえて地域医療ビジョンを策定してまいります。策定にあたりましては、各地域の関係者の先生方にお集まりいただき、各地域でそれぞれの医療機関における機能をご議論いただきますので、それらを踏まえて、取りまとめていくというところでございます。結論といたしましては、基準ははっきりしないですけれども、国からは点数による目安が示されているということです。

【鈴木委員】

そうすると、その3,000点以上の患者がどのくらいの割合でいけば、それは高度急性期病床とって良いのか。ICUとか特殊な病棟以外は全てが3,000点以上ということはありませんので、一般病床ではどのくらいまでなのかがはっきりしていない。何割くらいそういう患者さんがいけば、高度急性期であるという考え方が当然あるんですね。

【千葉県医療整備課長 高岡氏】

現状の病床機能報告制度については、はっきりとした基準は示されておりませんので、国に対して示してもらいたいと言ったところ、現場で議論してもらいたいと返されているような状況です。千葉大学医学部病院さんでは、どのような考え方でされているのかとか、そのようなところは参考になるかもしれませんけれども。

【玉元副委員長】

船橋市では、山口局長が厚生労働省から出向していると思いますけれども、高岡課長も厚生労働省です。国ではどのように決めているのか、山口局長にそのあたりの話をお聞きしたいのですが。

【山口委員】

我々は政策決定には関与していないものですから、なかなか断定的なことは申し上げられないというのが現状です。国の決め方は、日本全国なるべく混乱が起きないように配慮してやっているの、判断が遅れるという面はあろうかと思えます。そのように配慮を重ねた結果、基準が示せないということになっているのではないかと推測しております。

【千葉大学医学部附属病院 藤田氏】

明確な基準を求めるということは、なかなか難しいので、千葉大学で行った計算の例をご紹介します。とりあえず、全ての患者さんに入院日から順番に一日何点使ったか計算しました。それを並べていくと、全体の約30%が高度急性期だったと思えます。高度急性期と急性期を合わせて76%から77%くらいの数字だったように記憶しているのですが、そのような積み上げをやっております。ただし、県に届け出る方は、一病棟の平均点を出すことになっております。一病棟全部を平均した時にこの基準を満たせば、病棟単位で高度急性期ですよ、急性期ですよというように答えることになっておりますので、患者さんごとに計算すると、1万点も使っている人もいるわけですから、高度急性期と急性期で100%というのも不可能ではないかと思うのですが、一方、がん拠点病院になろうとすると、緩和ケアを持っていないといけないとか、色々な機能を持たなければいけない。感染症を扱うことになると、回復期がどうしても入ってきてしまう、というようなこともありますので、今の法律上、どうしても回復期と慢性期が混じってしまうのは避けられないというようなところがあるかと思えますので、それは納得のいく範囲で作っていただければと思います。

【中山委員長】

ありがとうございます。時間がだいぶ迫ってきてしまいました。これから出てくる政策、制度に船橋市立医療センターをどう合わせるかということも、当然重要なことではありますが、具体的な数字が出ていない現在の段階で、何千点というようなことは言いにくいわけですので、それは横目で睨みながら、船橋市立医療センターの進むべき道をここで議論したいと思えます。

議題（3）船橋市立医療センターの現状の患者受療動向等について

【中山委員長】

次の議題が現状の患者受療動向でございますが、これは先ほど山本先生がご質問されていたことですので、これについて病院システムの方にご説明いただきたいと思えます。

【病院システム 石井氏】

現状の分析ということで、資料6、資料7の説明をさせていただきます。

まず、資料6ですが、現状の船橋市立医療センターのDPCデータをいただきまして、大まかに分析した入院患者の動向をご報告させていただきます。平成24年度から平成26年度の3ヶ年のレセプトデータの分析をさせていただきました。

最初のページでは、全体の変化がどうなっているかということということで、入院患者の延べ患者数になりますが、平成26年度は若干増えているという状況でございます。

続きまして、年代別の状況ですが、3ヶ年の状況としましては、70代、80代、90代の患者が増えているという状況があります。

続きまして、どこの市町村から来ているかという分析でございます。当然のことながら、船橋市の患者が多いのですが、増えているか減っているかという視点で考えますと、船橋市、鎌ヶ谷市等の患者につきましては、年々増えているという状況が確認できております。

次のデータは、診断群分類別の状況を分析しました。ただ、平成26年度から短期滞手術等がDPCの対象から除外された経緯がございまして、単純に比較できないところもあるのですが、簡単に説明しますと、循環器ですとか消化器、こういった疾患が多いという傾向が出ております。短期滞手術が除外されましたので、眼科等の患者が減ってきているという状況があります。

同じようにICD-10別に分析をしました。結果としましては、年度で多少推移があるのですが、新生物ですとか循環器系の疾患、消化器系の疾患等の患者が多いことが確認できております。

次は、3ヶ年の在院日数の推移をグラフにしました。在院日数が特に減っている疾患としては、下から3つ目の血液及び造血器、もしくは循環器系の疾患それと筋骨格系の疾患が減っているという状況でございます。

次の資料になりますが、今船橋市立医療センターはDPCⅡ群の病院に属されています。ということで、Ⅱ群の病院の中でこういった位置付けになるかということをお平均在院日数の視点から比較してまいりました。Ⅱ群病院の平均と比べて、診断群分類別の平均在院日数を比較した場合にどのような状況になっているかということなのですが、ほとんどの疾患について、平均在院日数よりも短い状況になっております。例えば、循環器ですとか、乳房、小児、外傷、こういったところは平均より長いのですが、他の疾患については、Ⅱ群の病院の平均の中でも短い状況になっております。

次のデータになりますが、同様に平均在院日数です。Ⅱ群病院が99病院ありますが、その中での順位ですね。99病院中の短い順で何病院目かということをお診断群分類別にグラフにしました。短い方が在院日数が短いという状況がありまして、特に短いのが血液・造血器で99病院中5位。内分泌が3位。呼吸器系疾患が6位ということになっております。

その次のデータでは、DPCデータを同じように分析させていただきましたが、入院日数が短い方がDPC上、高い点数がついております。長くなることによって点数が段階的に減らされていくという状況がありますが、大きくは期間ⅠとⅡとⅢというものがございまして、Ⅲを超えると出来高に変わるということになるのですが、それぞれの割合がどのような状況になっているかというものを、3ヶ年で分析しますと、それぞれの推移があるのですが、ⅠとⅡということで、短い期間においては、60%ぐらいがその中で収まっているということと、DPCの範囲を超えて、出来高に変わるタイミングはブルーのところになるのですが、ここについては6%程度がその対象になっているという状況でございます。

次のデータ以降、先ほどお話をさせていただきました5疾病に絞りますと、DPCの中から5疾病に関する患者だけを抽出して、その患者の推移がどうなっているかということをおグラフにしてまいりました。がん患者については、平成26年度で若干減少しており、脳卒中についても平成26年度は若干減少しているという状況でございます。

次のページにいきまして、急性心筋梗塞については、増えてきているという状況でございます。糖尿病については若干減少してきているということと、精神については、ほとんど入院患者はいらっしやらなかったという状況なのですが、平成26年度に若干増えてきているという状況でございます。

もう1つの状況ですが、前回の委員会のお話の中で、ICUで加算が十分取れていないという状況があるということがありまして、それをデータ化してまいりました。

まず、ICUの稼働状況ということで、緑の折れ線グラフがありますが、実際入院患者に対して、ICUが稼働している中で、どれだけ加算が取れているか、これは具体的には救命救急入院料ということになりますが、それがどれくらい取れているかという割合をおグラフ化してまいりまして、月ごとに推移はあるのですが、平成26年度の合計が一番左にありまして、大体66%ぐらいの患者の加算が取れていると。他の患者については、本来は加算が取れるのですが、色々な問題があつて、今加算が取れていないという状況が確認できております。

次のページは、ACUについてですが、74%程度の加算の取得状況です。SCUについては89%

程度が取れているという状況でございます。入院患者のDPCの分析については以上でございます。

もう一点資料がございます。資料7ということで、これにつきましては、前回、レセプトの分析をさせていただいて、一日あたりの入院料の高い患者さんが、例えば東京都に流出しているというお話をさせていただきましたが、疾患別にどういう状況になっているかというところを細かく分析した結果でございます。

最初のページでは、東葛南部保健医療圏に住所がある患者さんで、国保のレセプト単価で6万円以上の患者さんがどういう状況で受診されているかということを疾患別に分析しました。

特徴としては、上から2つ目の例えば新生物ですとか、中段より若干上になりますが、眼及び付属器、循環器系の疾患については、濃いブルーが東京都ですので、この3疾患を中心に東京都への流出が大きいということが確認できました。

これは東葛南部保健医療圏の状況でございますが、もう1つの視点として船橋市に限定させていただきますと、やはり同じような傾向がありまして、割合的には例えば、新生物、眼及び付属器の疾患ですとか、循環器系の疾患については、濃いブルーの東京都への流出の割合が比較的多いということが確認できております。

報告は以上でございます。

【中山委員長】

ありがとうございます。ご質問ございますか。

【山本委員】

先ほど申し上げたように、将来的にどこを目指すのか、ということを知るには、データはこれだけでは厳しいかなと思っております。もう少し詳細な分析をしていただきたい。

【玉元副委員長】

どのタイミングで質問していいのか、わからない内容なのですが、船橋市の1,000人あたりの病床数は7点いくつということで、東京都は10、千葉県は9.7くらいなのですがけれども、仮に船橋市を8とすると、600ベッド足りないということになります。先ほどから、なぜ他市の調査をお願いしたいと言っているのかということ、船橋市の医療を本当に船橋市だけで担っているのかどうかを調べないと、そのまま600ベッド必要ですよということになってしまいます。今までは、医療センターの機能の部分をどのように割り振るかという議論はあるのですが、それともう一つ、船橋市全体の必要病床数がどうなのかと、という議論もやっていかないといけない。資料で佐久総合病院の話もありますが、佐久総合病院は400床と400床に分けて、800床をそのまま維持しております。船橋市の場合は449床ですから、これ以上必要なのか、それとも分けて200床と250床にするのか、そのような議論の中で、船橋市がどれだけの病床数を必要としているかというのは知りたいですね。そういう意味で山本先生がおっしゃっている、中身の機能分化でも資料が足りないし、もっと大きな船橋市の医療というところでも資料が足りないと思いますのでデータをいただきたいと思います。

【中山委員長】

ありがとうございます。極めて重要なご指摘だと思います。目指すべき方向と同時に、それをどれだけの規模で提供していくのかということが、これからの医療センターのあるべき姿に直結いたしま

すので、ぜひもう少し詳しいデータを揃えていただくようお願いしたいと思います。

申し訳ございませんが、時間がだいぶ経ってしまいましたので、とりあえず、この議題（3）については、これで終了したいと思います。その他に今、玉元先生もおっしゃったように、参考資料もございますので、これについて事務局からご説明いただけますでしょうか。

【事務局】

それでは参考資料1、2を添付しておりますので、それについてご説明申し上げます。

参考資料1につきましては、船橋市立医療センターの中期経営計画（平成27年度～平成29年度）に掲げている使命と役割でございます。建て替えが必要な場合、新病院でどれだけの使命を担うべきかということにつきましては、今後の議論になるかと思いますが、あくまでも現時点のものということで、参考までに紹介させていただいておりますので、後ほどご覧いただければと思います。

また、参考資料2では、他病院の事例といたしまして、佐久医療センター・佐久総合病院のご紹介をさせていただいております。こちらの病院につきましては、もともと佐久総合病院として821床有しておりましたが、再構築計画におきまして、救急・急性期を専門とする佐久医療センター450床と、一般診療、外来診療を取り扱う佐久総合病院351床の二つに機能分化いたしました。明確に役割分担を行っている事例として、参考までに紹介させていただきました。

以上でございます。

【中山委員長】

ありがとうございます。今日の議論の中でも、例えば船橋市立医療センターがどのサービスを担うのか、藤田先生からそういうご発言がございましたけれども、1つの解決方法として、佐久総合病院が佐久医療センターと佐久総合病院の2つに分けて、それぞれ機能分化した良い事例であるというご説明でした。ただ、佐久の地域性と船橋の地域性はかなり違うと思いますので、このあたりをよく考えていかなければいけないということと、それから、それを加味しながら、佐久総合病院が昨年このような新しい形でスタートした事例をさらに勉強させていただくことも必要かと思えます。

それでは今、参考資料についてご説明ありましたけれども、ご意見、ご質問はよろしいでしょうか。

それでは、議論が必ずしも出尽くしたとは思っておりませんが、時間になってしまいましたので、本日の議事は終了したいと思います。ありがとうございます。以降、事務局にお返しいたします。

【事務局】

どうもありがとうございました。最後に事務連絡になりますが、お手元の事務連絡用封筒の中に6月4日に開催いたしました、第1回検討委員会の議事録をご用意してございます。大変お手数ではございますが、議事内容についてご確認いただき、訂正がある場合につきましては、赤字で訂正の上、同封の返信用封筒にて、7月31日までにご返送いただきますよう、お願いいたします。議事録につきましては、資料とともにホームページ上に掲載させていただきます。

また、第3回検討委員会につきましては、平成27年10月中旬から下旬に開催を予定しておりますので、詳細につきましては、あらためて、ご案内をさせていただきます。

【中山委員長】

分かりました。それではそのようなことですので、ぜひ、ご一読いただきたいと思います。それから、今日、議論は必ずしも出尽くしたわけではございませんので、ご意見がたくさんおありだと思

ますので、まず、事務局にお伝えするというところでよろしいでしょうか。

【事務局】

もし、ご意見がございましたら、まず事務局の方にメールをいただければ、委員の皆様にもメールを配信させていただきますので、事務局までメールをいただければと思います。また、電話でも結構でございますので、よろしくお願いいたします。

それでは、長時間にわたるご審議、誠にありがとうございました。

以上をもちまして、「第2回 新しい船橋市立医療センターの在り方に関する検討委員会」を終了いたします。

この後、施設見学を行いますので、お時間に余裕のある方につきましては、ご参加いただければと思います。よろしくお願いいたします。