

東三河南部圏域地域医療構想調整ワーキンググループ議事録

- 1 日時 平成27年9月9日(水) 午後2時40分から午後3時50分
- 2 場所 豊川市民プラザ 穂の国(プリオⅡ 4階)
- 3 出席者 別添出席者名簿
- 4 傍聴人 3名
- 5 議事

地域医療構想の策定について

6 会議の内容

○事務局(豊川保健所総務企画課 伴課長補佐)

ただ今から「東三河南部圏域地域医療構想調整ワーキンググループ」を開催いたします。

本日の出席者の御紹介ですが、時間等の都合により、お配りしてあります「構成員名簿」をもって御紹介に代えさせていただきます。

蒲郡市医師会長 福原様、田原市医師会長 富永様につきましては、名簿に欠席となっておりますが、御都合がついたということから出席となっております。

なお、本日の会議には、傍聴者が3名いらっしゃいますので御報告いたします。

続きまして、お手元の資料の確認をさせていただきたいと思います。

事前に配付させていただきました、本日お持ちいただいている資料から確認をお願いいたします。

会議次第の次に配付資料と題しまして、事前に配付させていただいた資料の一覧を記載させていただいております。

不足がございましたら、お申し出ください。

続きまして、議長の選出をお願いします。

当ワーキンググループにつきましては、「愛知県圏域保健医療福祉推進会議開催要領」を準用して開催しております。よって、議長につきましては、開催要領第4条第2項の規定を準用し、互選でお決めいただくことになっておりますが、どなたか御推薦等ございますでしょうか。

特に御推薦等がなければ、事務局からの提案ですが、豊橋市医師会長の権田様をお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

【 異議なしの声 】

ありがとうございます。それでは、出席者の皆様の総意として、議長は豊橋市医師会長の権田様にお願いします。

それでは、以後の議事の進行は議長をお願いします。

○議長(豊橋市医師会 権田会長)

豊橋市医師会長の権田でございます。

圏域会議に引き続き議長を務めさせていただきます。

この会議は、地域医療構想の策定にあたり、その基本的な考え方について県から説明いただくとと

もに、地域における関係者の御意見をいただく場と考えておりますので、是非積極的な御意見をいただきたいと思ひます。

皆様方の御協力をよろしくお願ひします。

それでは、これから議事に入りますが、その前に本日の会議の公開・非公開の取り扱いについて、事務局から説明してください。

○事務局（豊川保健所総務企画課 伴課長補佐）

当ワーキンググループは、開催要領第5条第1項により原則公開となっております。したがって、すべて公開で行いたいと思ひます。

また、本日の会議での発言内容、発言者名につきましては、後日、愛知県のホームページに会議録として掲載することにしておりますので、あらかじめ御承知くださるようお願いいたします。

○議長（豊橋市医師会 権田会長）

よろしいでしょうか。

【 異議なしの声 】

それでは、議事「地域医療構想の策定について」に移りたいと思ひますので、事務局から説明してください。

○事務局（医療福祉計画課 植羅主幹）

医療福祉計画課 植羅でございます。

本日は資料1-1から資料1-7までと大変多くの資料となり、恐縮でございます。

こちらの資料は7月末に県の医療体制部会でお配りしたものに、疾病ごとのデータを加えた資料となっております。

では、資料1-1を御覧ください。

人口推計について各圏域、全国及び愛知県の状況を、国立社会保障人口問題研究所が公表しております「日本の地域別将来推計人口」を基に、2025年、2040年の年齢区分ごとの推計をまとめたものでございます。

カッコ書きで示させていただきました数字は、2013年を1とした場合の各年の指数となっており、1を超えますと人口が増加傾向、1を下回りますと減少傾向ということを表しております。

当医療圏につきましては網掛けで示させていただいております。

資料の左から「計」、「0から14歳まで」の年少人口、「15歳から64歳まで」の生産年齢人口、「65歳以上」の老年人口、そして医療や介護の需要が高まる「75歳以上」の後期高齢者の人口を内数として、表にまとめさせていただいたものでございます。

当医療圏の特徴は、県の人口の推移と比較して人口減少の割合が今後高くなっていく傾向となっております。

おります。

また、年齢階層別にみますと「年少人口」は、県に比べて減少する割合が高い傾向です。

それに対しまして65歳以上の割合は、2025年は、1.17、2040年は、1.27となり、愛知県と比べて高齢者の増加の割合は若干低い状況となっております。

では、資料1-2を御覧ください。

こちらは、2次医療圏別の医療資源等の状況をまとめたものでございます。

左から人口、面積、病院数、いわゆる大学病院であります特定機能病院、救命救急センター数、中小病院、大病院の割合等を各医療圏が比較できる形で記載させていただいております。

当医療圏につきまして太字で表しておりますが、病院数は35病院で人口10万対で5.0病院と、県全体の平均を若干上回っております。

特定機能病院いわゆる大学病院はございません。

救命救急センターは、豊橋市民病院の1病院でございます。

その他医療施設等の状況についても記載してありますので、参考に御覧ください。

今回の地域医療構想の病院病床数につきましては、今までの医療計画の枠組みと関わっておりますので、一般病床、療養病床、精神病床と掲げさせていただいております。

右から3列目に療養病床でございますが、全体で2,745床、人口10万対で392.3床であり、県全体及び全国の状況を上回っている状況です。

引き続きまして資料1-3を御覧ください。

医療需要の推計方法をまとめさせていただいております。

医療需要を資料1-4以下で取り上げさせていただきますが、地域医療構想を策定する際に、国が定めている推計方法をお示ししております。

項目1の医療需要の推計の考え方についてであります。

高齢者医療確保法により、国が持っている平成25年度の全レセプトデータ、DCPデータを使用して、2次医療圏単位で、高度急性期、急性期、回復期の3つの機能区分ごとに1日当たりの性、年齢階級別に入院患者数を推計しているものであります。

各機能区分につきましては、一般病床の患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算した値によって区分をしております。

この出来高点数は、入院基本料及びリハビリ点数は基本的に除かれているということであります。

この出来高点数が何点で区切られているかについては、資料右上「病床の機能別分類の境界点の考え方」にございます。

境界点の考え方として、診療報酬の点数により、高度急性期につきましては、一日当たり、3,000点以上、急性期につきましては、3,000点未満600点以上、回復期につきましては、225点以上としているところですが、在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点を境界として推計を実施しているところでございます。つまり、診療報酬の点数で600点未満175点を回復期としております。

左のページの3段落目にございますが、将来の医療需要につきましては、平成25年度の入院患者数を基にした病床の機能区分ごとの入院受療率を算定し、各構想区域ごとの将来における性・年齢階級別人口により推計しております。

5歳刻みごとの性・年齢階級別人口を乗じて、平成37年の入院患者数を推計していると国から聞い

ております。

それに対しまして、(2)慢性期機能と在宅医療等の医療需要ですが、3つの医療機能とは異なっております。

慢性期機能につきましては、長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能と定義されております。

現状その機能を主に担っている療養病床につきましては、診療報酬が包括算定とされており、先ほどの3つの機能と同じように診療報酬の出来高点数で換算した値に基づく分析は困難であることから、高度急性期、急性期、回復期とは異なった考え方により推計を実施しております。

具体的には、5つの方法を使用して推計を実施しています。

まず①ですが、一般病床における、障害者数及び難病患者数については、全ての方を、慢性期の医療需要として推計いたします。

②は、療養病床の医療区分での患者数の推計です。

療養病床の入院患者数の内、医療必要度が最も低い医療区分1の患者数の70%は療養病床への入院ではなく、在宅医療等で対応する患者として推計を実施することとしております。

また医療区分2及び3の患者数につきましては、療養病床の入院受療率が、全国的にかなり地域差がある事から地域格差の解消をすることが国の目標とされております。その詳しい説明につきましては、後ほど改めて説明させていただきます。

③でございますが、一般病床の入院患者数のうち医療資源投入量175点未満の患者は、在宅医療等で対応する患者数として推計するとされているところでございます。

④としまして、平成25年に在宅患者訪問診療料を算定している患者は、将来的にも在宅等での対応となると考え、在宅医療等の医療需要として推計するものであります。

最後に⑤でございますが、平成25年の介護老人保健施設の施設サービスを受給している方は、将来的にも老人保健施設等で対応すると考え、在宅医療等の医療需要として推計するものであります。

以上の考えをまとめたイメージをつけさせていただいておりますのでご参照ください。

では、引き続きまして②で簡単に説明をしました、療養病床の入院受療率における地域差の解消については、資料右側の中ほどの図「入院受療率の目標に関する特例について」を御覧ください。

国が示しました、パターンA及びBの2つの方法があります。

単的に申し上げますと、パターンAがより厳しく療養病床を減少していくことを目指し、パターンBはパターンAより緩やかな目標設定となっております。

具体的な内容は右の囲みの中を御覧ください。

まずパターンAについて説明させていただきます。

こちらは全ての構想区域の入院受療率を県単位での全国最小値である山形県の値にまで一律低下させるというもので、後から説明させていただきますパターンBよりも厳しい目標設定となります。

引き続きましてパターンBについて説明させていただきます。

構想区域ごとの入院受療率について、県単位での全国最小値との差を一定割合で解消させることとして実施するものであります。

その割合については、全国最大値である高知県が、全国中央値である滋賀県まで低下する割合を、それぞれの構想区域に当てはめて用いることで実施いたします。従いまして、パターンBがパターン

Aより、緩やかな目標設定となっております。

説明させていただいた推計方法に基づき、国から提供のあった地域医療構想策定支援ツールによって患者数等を算出したものが資料1-4「東三河南部医療圏における医療需要推計等」となります。

まず(1)医療機関の所在地ベースでの患者数ですが、現行の流入、流出の割合が将来的に同様に続くと仮定して推計したものでございます。

また、(2)患者住所地ベースでの推計でございますが、こちらは現在の他の医療圏との流出入がなくなり、患者が自医療圏域内の入院及び在宅医療でとどまると仮定した場合の患者数を推計した値でございます。

どちらかという、(2)が理想形でありますが、今後の医療機関の整備等がなければ(1)の医療機関所在地ベースで推計することとなると思っております。

これらは国のツールを使って示された、一日あたりの患者数となります。

両方とも1日当たり何人の患者さんが機能ごとの病床に入院していたか、将来におきましては入院されるかを高度急性期、急性期、回復期と、慢性期につきましては、パターンA、Bといった形でまとめさせていただいております。

右側には、患者の受療動向という事で、2013年度のレセプトデータをもとに患者の流出、流入を各機能ごとにまとめたものであります。

先ほどの圏域会議におきましては、4つの機能の内の急性期、回復期、慢性期を合わせた数字をお示しいたしましたが、それを、高度急性期、急性期、回復期、慢性期ごとの流出入の数をお示しております。

当圏域におきましては、住所地が自圏域の入院患者数4,273人のうち、自圏域の医療機関への入院患者数が4,089人、全体で96%弱となっております、患者の流出は非常に少ない状況です。

下には網掛けで、特に流出患者が多い地域の上位3医療圏を挙げさせております。

なお、アスタリスクにございますが、レセプト情報の活用の制約から、1日当たり10人未満となる数値は、患者の特定ができないようにするため公表しないと国で定められておりますので、御了承賜りたいと思います。

次に(2)流入の状況について説明させていただきます。

流出と同様の形でまとめさせていただいております。

自圏域の医療機関への入院患者数4,481人のうち、住所地が自圏域の入院患者数が4,089人、全体で92%弱でございます。

東三河北部医療圏からの流入が135人、県外からの患者の流入が158人となっているということが分かります。

引き続きまして、3必要病床数について説明したいと思います。

表がありますが医療機関所在地ベースと患者住所地ベースで推計した患者数のデータをもとに、将来の必要病床数について、患者数を病床稼働率で一律に割ったものでございます。

資料には書いてございませんが、病床稼働率につきましては、高度急性期は75%、急性期は78%、回復期は90%、慢性期は92%と全国一律で定められております。

また、右下には、現行の医療計画で定められている基準病床数を参考としてお示しております。

資料1-5を御覧ください。

こちらは、これまで説明させていただきましたデータから、各医療圏の特徴をまとめたものでございます。

当医療圏におきましては、2040年に向けての人口減少の割合が大きくなっており、64歳以下の人口である、生産年齢人口、年少人口の減少割合が特に大きく、65歳以上の増加率は他圏域と比べてあまり大きくないというのが特徴であります。

二つ目は、人口10万人当たりの療養病床数が多いということでもあります。

また、三つ目ですが、患者の流出が少なく、流入は一割弱で、東三河北部医療圏、県外からの流入が主となっております。

引き続きまして資料1-6を御覧ください。

こちらは、疾患別医療需要を「がん」、「急性心筋梗塞」、「脳卒中」、「成人肺炎」、「大腿骨骨折」、「消化器系疾患、肝臓、胆道、膵臓系疾患」、「小児疾患」という、主な7つの疾患について、医療機関所在地ベースと患者住所地ベースでの患者数の現状分析及び将来推計、2013年ベースの患者の流出の状況及び流入の状況、さらに必要病床数の将来推計をまとめさせていただいております。

こちらについても10人未満については公表することができないのですが、網掛けのついていない0は、該当者がいない、つまり0人ですが、網掛けのついていない0は、1から9人の患者がいるという事を示しております。説明は割愛させていただきますので、時間のある時に御覧ください。

最後になりますが、資料の1-7を御覧ください。

病床機能報告制度で報告いただいたデータをまとめさせていただいたものでございますが、このデータについてはそれぞれの医療機関が、各病棟単位で独自に定性的基準に基づき報告されたデータでございます。

この病床機能報告制度でございますが、医療法の改正に基づき、地域医療構想に先行して、昨年度から既に実施されております。

今回お示しさせていただいておりますものは第1回目の結果となっております。

全国的に若干、御回答いただけなかった医療機関もあり、平成27年5月11日時点の報告内容となっております。

2014年7月1日時点、6年が経過した日を報告することが法律上義務付けられており、4つの医療機能ごとに、病棟単位で御報告いただいているものでございます。

内容につきましては、現在、4つの医療機能の定義が抽象的となっており、定性的基準と呼ばれている基準により、各医療機関が独自に判断して報告しているため、かなりばらつきがあるという事を御承知ください。

将来的には緻密な基準が設定されるということでございますが、地域医療構想の策定後、必要病床数と、この病床機能報告の報告と突合いたします時に、病床機能報告が現在とても曖昧な内容となっているため、病床の過不足につきましては、あまり正確なものを出せない状況でありますことを御承知おきください。

なお、このデータにつきましては、医療福祉計画課のホームページに8月24日に掲載させていただいております。

長くなりましたが、以上にて説明を終わらせていただきたいと思います。

○議長（豊橋市医師会 権田会長）

ただ今の事務局の説明について、御意見・御質問等がございましたら御発言願います。

○下郷委員（蒲郡厚生館病院）

まずワーキンググループでは、この地区で医療難民をどうやったら出さないようにするのか考えていくことが重要だと思います。

資料にあるような数字が出ますと、どうしても数字が独り歩きしてしまうことがあります。

厚生労働省も、それぞれの圏域の実情に合わせて数字を出してくださいと言っているので、あまりこのように出た数値にこだわるのはいかがかと思います。

また、病床が少し多いというところにどうしても目が行きがちですが、高度急性期や急性期の病床は足りないのです。

その足りない機能を今後どうやってこの圏域で作っていくのかということを考えていくのかということも必要であります。

あと、慢性期の病床については、在宅での医療とリンクしていると思います。

在宅での医療を今の倍にするということを前提に、初めて慢性期の病床を減らすということは可能になります。

慢性期の病床は減ったが、在宅での医療が進まないと、すぐに医療難民の問題が出てきますし、高度急性期、急性期の患者がなかなか退院できなくて、次のところに行けないということから、高度急性期、急性期の病院の機能も低下してしまうという可能性もあるので、そのようなところを議論していただきたいと思います。

以上でございます。

○議長（豊橋市医師会 権田会長）

ただいま3点ほど質疑がございましたが、事務局、いかがですか。

○事務局(医療福祉計画課 植羅主幹)

御意見をいただき、ありがとうございました。

今回の地域医療構想につきましては、国がガイドラインを定めております。

ガイドラインを定めるにあたり、昨年度9回に渡って、学識経験者がお集まりになって、こういった数値を示されたということでございます。

ただ、現時点において、医療機関ごとにこの数値で考えるというのではなく、あくまでも2次医療圏、構想区域ごとの数値を今後の高齢化を見据えまして、平成37年の姿というものをまず参考にお示しします。それを地域医療構想として定め、その数値を見ていただき、現在精緻なものとなっていない現状ではありますが、病床機能報告制度の内容の両方を見比べていただきまして、これから10年かけて差を埋め、よりあるべき姿に持っていこうということを地域で検討していただきたいと思

ます。

そこで、例えば病床の転換をしていただくというお話があれば、国と県の出している基金を使って御支援しながら、10年かけて徐々に進んで行こうと考えられているところでございます。

こういった数字については、今年度から、どこの県も地域医療構想を策定するというところでございますので、公表せざるを得ないということになります。今後、2回目のワーキンググループにおいて、地域医療構想の必要病床数についてお話し合いいただくということで、年明けの1月に御意見をいただきながら、県としても考えていきたいと思っております。

○議長（豊橋市医師会 権田会長）

下郷先生、よろしいですか。

○下郷委員（蒲郡厚生館病院）

おそらく今、県はそういう言い方しかできないと思いますが、今年度に1回このような数字を出す、遅くとも6月までに出さないといけないので、計算ごとになってしまうのでやむを得ないとは思いますが、私はかなり実態と離れていると思います。

在宅の医療を今の倍にするには、どうしたらいいのかということまで踏み込んでいかないと、本当に医療難民を作ることになるし、高度急性期、急性期もきちんとした機能が持てなくなると私は思います。以上です。

○議長（豊橋市医師会 権田会長）

他はよろしいですか。

○大石委員（豊川市医師会）

ひとつ質問があります。

資料1-2の病院病床数ですが、これは届出上の病院病床数でよろしいでしょうか。

これは有床診療所も入っているのですか。

○事務局（医療福祉計画課 植羅主幹）

有床診療所も入った許可病床数となっております。

○大石委員（豊川市医師会）

豊川市内の有床診療所で、届出上は有床診療所でも、入院の実態のない診療所が多くあります。

先日調べたところ入院実績のない診療所が、豊川市では約50床ほどあり、東三河南部では100床を超えるのではないかと思います。

そういった実態を踏まえて、実態を明らかにして議論しないと、病床数が多いとばかりといっている、実働していない場合が多い状況です。

そのような医療機関はアンケートに答えていない場合が多いと思うので、実態把握をしっかりとっていただきたいと思います。

先ほど急性期が少なく療養型が多いというお話がありましたが、100床あたりの医師数が県下最下位で、看護師数は県下3番目に低いということから、医師と看護師が不足していて、一般病床が維持できず、療養型病床にするという話が医師会の中でもあります。

そういったことから、東三河南部には療養病床が多いので、転換しろと言われても、マンパワーが足りないという実態もあるので、県としても真剣に考えていただきたいと思います。

○議長（豊橋市医師会 権田会長）

事務局いかがですか。

○事務局（医療福祉計画課 植羅主幹）

貴重な御意見をいただき、ありがとうございます。

地域医療構想については、構想を作り、実現していくというのは次の段階だと考えております。

実現していくためには、病床機能報告制度をより精緻なものとしていかななくてはならないと思います。

また、先生のおっしゃるように、休床の問題など実態を明らかにし、各地域で御協議していただくなくてはならないと考えておりますので、いただいた御意見を踏まえて、今後きちんと対応していきたいと思います。

ありがとうございます。

○議長（豊橋市医師会 権田会長）

他に御意見、御質問はありますか。

○佐々木委員（豊川市民病院）

圏域の必要病床数が資料1-4の2ページ目にありますが、結局、用いようとするのは、医療機関所在地ベースか、患者住所地ベースでしょうか。

○事務局（医療福祉計画課 植羅主幹）

資料1-4の2ページ目の右でございますが、医療機関所在地ベースは現行の患者の流出入を踏まえて、今後も同様が続くといった場合は医療機関所在地ベースとなります。

当東三河南部は、東三河北部または県外から患者が流入しているという実態があり、将来的にも変わらないと考えられます。理想としては患者住所地ベースとなりますが、現実的に今後10年で今の状況が変わらないということであれば、医療機関所在地ベースで考えていくということになると考えております。

○佐々木委員（豊川市民病院）

必要な病床数が書かれているが、2013年は5,304床となっています。

実際の既存病床数は6,426床で、1,000床近い差があります。

必要病床数は、実際の一日の患者数に病床稼働率を考慮して増やしているとは思いますが、実際に運用されるようになれば、かなり減ってしまうと思います。

そうすると、特に回復期、慢性期の患者の居場所がなくなるような気がします。

地域医療構想の必要病床数と基準病床数との整合性の関係、及び今後既存病床数がなくなるのかということをお話いただきたい。

○事務局（医療福祉計画課 植羅主幹）

表1の下にあります基準病床数は医療計画で国が示した算定式で定めたものでございます。

それに対しまして、上の必要病床数は地域医療構想という新しい考え方で、平成25年度の全レセプトデータを用いて、計算をしたものです。

現在、基準病床と必要病床の算定の考え方がかなり異なっているというのが現状でございます。

国は当面基準病床を用いて病床整備をすると申しておりますが、次回の医療計画の見直し、平成30年度からを計画期間とする医療計画の見直しが平成29年度に行われるということですので、その時には、基準病床と必要病床の整合性がとられるのではないかと考えているところでございます。

現時点では、二つの考え方が並び立っているということでございます。

国も現時点ではやむを得ないと言っております。

○議長（豊橋市医師会 権田会長）

佐々木先生よろしいですか。

他に御意見、御質問はありますか。

○岡村委員（豊橋市民病院）

病床機能別分類ですが、個別に質問しましたが、追加でお聞きます。

新たに医療資源を投入した3,000点から600点、225点で高度急性期、急性期、回復期を分けると

いう話であります、当院の状況で高度急性期、急性期に従って分けるとどうなるのか試算したところ、一日で3,000点以上の患者が何人、600点から3,000点の間が何人という形で計算しあつところ、とても国が示した必要病床数には及びません。

国はどのような方法で計算をしたのかということがわかりません。

例えば、一人の入院患者の平均点数が3,000点、600点、225点で計算すると国が必要とする高度急性期の患者数にかなり近づき、当院と周りの病院を合わせると、だいたい国が示した数になると思います。

他の計算方法として、3日目以降も3,000点以上要したような患者を高度急性期とするというのであれば、それもかなり近い数字になります。

県では、3,000点、600点、225点、175点とクリアに計算しているような文書になっていますが、具体的にどうやって計算したかなど、計算式は把握されているのでしょうか。

○議長（豊橋市医師会 権田会長）

事務局いかがですか。

○事務局（医療福祉計画課 植羅主幹）

国から示されているツールでございますが、既に平成25年の患者のレセプトデータを基に集計されたものが県に提供されているという状況であります。

3,000点、600点、175点に分けるということも医療機関ごとに算定するためではなく、2次医療圏または構想区域ごとに、将来必要とされる病床数を大きな地域単位でみるためにこのような数字を使っているということですので、医療機関ごとに当てはめると、なかなかうまくいかないことは国も承知しているところでございます。

○岡村委員（豊橋市民病院）

それはわかりませんが、この地域で本当に3,000点以上の患者が何人いるか、将来何人くらいいるのかを医療圏全体で考えてみても、3,000点、600点、225点、175点とかなりクリアになっていますが、1患者あたりの平均点が3,000点以上なのか、或いは、入院患者の内の900人の中で3,000点以上の方が何人いるから、何パーセントと割合を出して計算するのか、また3・4日以上3,000点以上が続いたら高度急性期とするのか、という計算方法を県は把握しているのでしょうか。国から出た必要病床数の計算式を把握されているかという質問です。

○事務局（医療福祉計画課 植羅主幹）

ガイドラインで示された計算方法を基にして、国からは、医療法施行規則により算定式が示されています。

その中で、患者一日当たりのレセプトデータに注目いたしまして、一日当たり 3,000 点以上の患者がこの地域で年間どれだけいるかということをして全て集計したうえで、それを 365 で割った数であると聞いております。

3 日ほど経過しますと例外的な疾病はあるものの、概ね、医療資源投入量は右肩下がりに低減していき、高度急性期は急激に右肩下がりになるということで、3,000 点という数字で切っています。3,000 点という数字は、先ほど申し上げましたが、患者のレセプト点数から入院基本料とリハビリ点数を除き、実際 3,000 点以上の患者が地域で何人いたかということきちんと数えたうえで、365 で除したものを 2013 年度の実数ということで、それぞれの 2 次医療圏ごとに全て計算していると聞いております。

○佐々木委員（豊川市民病院）

関連したことですが、昨年度の報告の時に、どこを高度急性期にするか考えましたが、当院は控えめに、ICU の 6 床だけを高度急性期にしました。豊橋市民病院は一般病床 800 床全てを高度急性期にされました。

他の講演に行っても、2025 年にこれだけの病床が必要だから、今あるものをどんどん減らしていかなくてはならないという話があります。

必要病床数は多少余裕があるということということですが、既存病床数との間にもかなりの乖離があります。

試しに、当院で各病棟で入院している患者に対して、毎日の入院基本料などを除いた出来高の診療報酬 3,000 点以上の方を調べてみたら、以外と少ない結果となりました。

ただし、結核病棟が入っていたり、産科専門の病棟が入っていたり、他にも特殊な病棟も入っているので、全体で 13~14% くらいの 100 床弱くらいありました。

それでも高度急性期は 100 床弱くらいはあるので、報告制度ももう一度やり直さなくてはならないと思いますが、その時、どのような計算をして、どのような報告をするのかという一つの指針を示してほしいと思います。

○事務局（医療福祉計画課 植羅主幹）

ありがとうございます。病床機能報告につきましては、4 つの機能ごとの定義があいまいというのが現状でございます。

高度急性期については、先ほどの圏域会議の資料に記載させていただきましたので、そちらを読み上げさせていただきます。

高度急性期機能は「急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能」となっておりまして、各医療機関がどう判断するかがはっきり示されていないのが現状であります。

それに対して、急性期機能につきましては、「急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて医療を提供する機能」であります。

高度急性期と急性期の違いは、診療密度が特に高いのか、そこまで行っていないのか、その程度の違いということになっております。

国が昨年度から開始しております病床機能報告制度で、昨年度この定義を使って報告していただきましたが、今年度はまだ、この内容についてあまりよく検討されていないとのことですので、今年度もほぼ同じ内容で御報告いただくこととなっております。

この秋以降に国のガイドライン検討会で病床機能報告制度の内容をより精緻なものにしていこうということは聞いておりますが、まだ、現時点ではその内容は明らかにされていないところでございます。

以上でございます。

○議長（豊橋市医師会 権田会長）

よろしいでしょうか。

他に御意見、御質問はありますか。

○小森委員（総合青山病院）

今のお話のとおり、自己申告のデータと統計上のデータが一緒になっているということで、非常にわかりにくい資料となっております。

これからのワーキンググループの進め方として、先ほど皆様がおっしゃった慢性期病棟の数と急性期・回復期の数の総和で話をしていくのか、慢性期を除いた急性期と回復期の数で議論していくかによって、全然違ってくると思います。

慢性期を回復期に戻すのは、先ほど大石先生がおっしゃったとおり難しいので、減らすのかというと、病院自体が減ってくるかもしれません。

本当にこの医療圏で大切なのは、急性期と回復期の数字ですすめていくのか、慢性期も含めて総和の数で進めて行くのか、どちらでしょうか。

○事務局（医療福祉計画課 植羅主幹）

ありがとうございます。

地域医療構想そのものが4つの機能の病床の必要数をお示するというものでございます。

それぞれの機能ごとの病床数を構想で示す平成37年の数に向けてどうしていくのかということをお話し合っていくということは間違いないと思いますが、ただ、先ほど先生のおっしゃられました患者一人一人の統計上のデータに着目しているのが、この地域医療構想でございます。

それに対しまして、病床機能報告は病棟単位の報告で、いろいろな患者が混在しているので、この病棟は高度急性期の患者がある程度多いから高度急性期と報告されている病院もあれば、より厳密に考えられている病院もあります。

報告内容にばらつきがあるということでありますので、国が病床機能報告の内容を精緻なものにし

ていかないと、特に過剰であるといわれた医療機能についてはなかなか判断できないと思われていますが、そのような状況はしばらく続くのではないかというように思っています。
以上です。

○議長（豊橋市医師会 権田会長）

他に御意見はありますか。

○下郷委員（蒲郡厚生館病院）

病床機能報告のお話がありましたが、病床にも、例えば「地域包括ケア病棟」など診療報酬上ある病棟があります。

これについてはどこにも書かれていません。

急性期とするのか、回復期とするのか、なかなか難しい問題であり、実は厚生労働省もまだ結論を出していない状況です。

この次に報告を出すときに、自分のところに地域包括ケア病棟があるのに、どうやってだすのか、できるだけ早く決めていただきたいと思います。

○事務局（医療福祉計画課 植羅主幹）

定義ということでございますので、今後国がはっきりしてくると思っております。

現時点では、地域包括ケア病棟は、もともと急性期と回復期の機能を両方併せ持ち、診療報酬上設けられているため、特に在宅の患者が肺炎などで若干の入院が必要となって受け入れるということであれば急性期となりますが、リハビリを実施し、在宅に向けた支援をするという部分に着目すれば回復期になろうかと思えます。

それぞれの地域包括ケア病棟ごとの実態に合わせてご報告いただくということが今の状況であると思えます。

本日、御意見をいただきましたので、国に対しても今後機会あるごとに要望してまいりたいと思います。

ありがとうございます。

○議長（豊橋市医師会 権田会長）

他に御意見はありますか。

○佐々木委員（豊川市民病院）

病棟単位とありますが、最終的には病棟単位となるのでしょうか。

当院にはこのような病床がいくつあります。ここは高度急性期の病棟であるなど、病棟ごとに決めなくてはならないのでしょうか。

当院で調べてみたところ、この病棟には今日、高度急性期に匹敵する患者が10人、隣の病棟には3人など、それぞれ違う状況でした。

病棟単位であれば、3・4日たてばその患者を他の病棟を移さないといけなくなってしまいます。

ですから、病棟単位はとても不都合であります。

あちこちに病棟単位と書かれていますので、その点を確認したいと思います。

○事務局(医療福祉計画課 植羅主幹)

ありがとうございます。

病床機能報告については、先生のおっしゃるように病棟単位であります。

患者が混在しているということから、現実的であるかどうかということではありますが、国が考えているのは、ガイドラインで示されておりますとおり、混在している病棟を急性期、回復期にできるだけ分けていく、収斂していこうというのが国の方向性であります。

しかし、その部分を、病棟単位で診療報酬とうまくリンクしていかないとなかなか進んで行かないのではないかとこのころが、私どもの考えているところでございます。

○議長(豊橋市医師会 権田会長)

たくさん御意見がありましたが、このへんでよろしいでしょうか。

現場から貴重な、切実な意見がたくさんでできてきましたので、是非、上の方に挙げて、改めるところは改めていただきたいと思えます。

これで意見交換は終了させていただきます。

最後に、事務局から何かありますか。

○事務局(豊川保健所総務企画課 伴課長補佐)

会議の冒頭に申し上げましたとおり、本日の会議の内容につきましては、後日、会議録として愛知県のホームページに掲載することにしておりますが、掲載内容につきましては、事務局が作成したものを、事前に発言者の方にご確認いただくこととしておりますので、事務局から連絡があった場合には、御協力くださるようお願いいたします。

以上でございます。

○議長(豊橋市医師会 権田会長)

ただ今の事務局の説明について御質問等ございますか。

何もないようですので、これにて議事を全て終了させていただきます。

皆様の御協力により会議が円滑に進みましたことを厚く御礼申し上げます。

○事務局（豊川保健所総務企画課 伴課長補佐）

それでは、本日の東三河南部圏域地域医療構想調整ワーキンググループは、これもちまして閉会といたします。ありがとうございました。