

東三河北部圏域 地域医療構想調整ワーキンググループ 会議録

- 1 日時
平成27年9月2日（水） 午後2時20分から午後3時まで
- 2 場所
新城保健所 会議室
- 3 出席者
構成員12人、事務局11人 合計23人
詳細は別添出席者名簿のとおり
- 4 傍聴人
1人
- 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(新城保健所総務企画課 白井課長補佐)

お待たせいたしました。引き続きまして、「東三河北部圏域 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。よろしくお願いいたします。

皆様の御紹介につきましては、お手元の出席者名簿と配席図をもって御紹介に代えさせていただきます。

なお、引き続きまして、国保連合会事務局長の諸戸様につきましては、御欠席でございます。あと、歯科医師会の先生2名がお帰りになりました。

続きまして、資料の確認をお願いいたします。先にお送りいたしました資料の、「次第」の裏面に、お送りしました資料名が記載してございます。

また本日、出席者名簿と配席図をお配りしております。資料の方は、よろしかったでしょうか。御不足等はありませんでしょうか。

なお、当ワーキンググループの所要時間は40分間を予定しておりますので、よろしくお願いいたします。

続きまして、議長の選出についてお諮りいたします。

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ので、議長につきましては、開催要領の第4条第2項の規定を準用し、互選でお決めいただくこととなりますが、事務局といたしましては、前の会議から引き続き、新城市医師会長の宮本様を推薦させていただきたいと存じますが、よろしいでしょうか。

(異議なしの声)

ありがとうございます。ご賛同をいただきましたので、宮本会長に議長をお願いしたいと存じます。それでは、議事進行について、宮本様、よろしくお願いいたします。

○議長(新城市医師会 宮本会長)

それでは皆様に御賛同いただきまして、議長を務めさせていただきますので、よろしく御協力のほどをお願いいたします。

それでは、議事を進めさせていただきますが、地域医療構想の策定について、よろしく御説明のほどお願いいたします。

○事務局(医療福祉計画課 久野主任主査)

愛知県医療福祉計画課の久野と申します。よろしくお願いいたします。

それでは、お手元の資料に沿って説明させていただきますが、資料が膨大となっ

ております。また、時間も限られておりますので、簡単に説明をさせていただきたいと思っております。

それではまず、資料1-1をご覧ください。人口の推計値でございます。本県における人口の推計につきまして、2013年、2025年及び2040年のそれぞれの数値をまとめた表となっております。

東三河北部医療圏につきましては、網掛け、ゴシック体としております数値のとおりとなっております。

続きまして、資料1-2をご覧ください。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して、表が上段・下段の2段に分かれておりますが、上段左側から、「人口」、「面積」、「病院数」等につきまして、まとめた表となっております。東三河北部医療圏の数値につきましては、ゴシック体とさせていただいておりますので、お目通しいただければと思っております。各項目の説明につきましては省略させていただきます。

続きまして、資料1-3をご覧ください。資料1-3につきましては、資料1-4以降にお示ししております医療需要の推計方法をまとめたものでございます。

まず資料左側から順に説明させていただきます。「(1) 高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要」についてでございます。

4つの医療機能のうち、当該3機能の医療需要につきましては、まず、平成25年度のナショナルデータベースのレセプトデータ及び、DPCデータに基づきまして、2次医療圏単位で医療機能区別に、1日当たりの性・年齢階級別の入院患者数を推計いたします。

各機能につきましては、一般病床の患者に対して行われました診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算した値であります、「医療資源投入量」により区分をしております。

各機能のそれぞれの境界点につきましては、資料中段あたりから「○」で各機能の説明をさせていただいておりますが、その各機能の説明の下の囲みの中にございますとおり、高度急性期機能につきましては、医療資源投入量といたしまして、3,000点以上、急性期機能につきましては、3,000点未満・600点以上、回復期機能につきましては、600点未満・175点以上となっております。

そして、将来の医療需要につきましては、この平成25年度の入院患者数を基にしました病床の機能区分ごとの入院受療率を算定いたしまして、各構想区域の将来における性・年齢階級別人口を乗じて推計をしております。

資料右側でございますのは、境界点の考え方を図式化したものでございます。この図の中で、図の左下でございますが、※印になっているところがございまして、この部分につきましては、175点未満の患者数についてでございます。こちらは慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計することとガイドライン上されております。

それでは、図の下、「(2) 慢性期機能と在宅医療等の医療需要」を御覧いただきたいと存じます。慢性期機能と在宅医療等の医療需要につきましては、高度急性期

機能、急性期機能、回復期機能とは異なりまして、資料にあります①から⑤を合計して推計することとされておりますが、時間もございませんので、慢性期機能の推計方法につきまして説明させていただきたいと思っております。

資料を1枚おめくりいただきまして、2ページの左側中頃、「○ 慢性期機能」を御覧いただきたいと思っております。

慢性期機能につきましては、囲みの中にございますとおり、「医療資源投入量を用いず、慢性期機能の中に在宅医療等で対応することが可能と考えられます患者数を一定数見込むという前提に立った上で、療養病床の入院受療率の地域差を縮小するよう地域が一定の幅の中で目標を設定することで、これに相当する分の患者数を推計すること」となっております。

具体的には、平成25年度のナショナルデータベースのレセプトデータによる療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者の70%を在宅医療等で対応する患者数として見込むこととされております。また、その他の入院患者数につきましては、入院受療率の地域差を解消していくことといたしまして、その下にございます、パターンAもしくはパターンBの範囲内で慢性期機能の医療需要を推計いたします。

また、一般病床の障害者・難病患者につきましても、慢性期機能の医療需要として推計をすることとされております。

それでは、パターンA、パターンBにつきまして、説明させていただきます。慢性期機能の下のところにございます説明の欄でございます。パターンAにつきましては、全ての構想区域の入院受療率を、県単位で比較した場合の値になりますが、全国最小値にまで低下させる場合がパターンAとなっております。パターンBにつきましては、構想区域ごとに入院受療率と全国最小値、こちらも県単位でございます。この全国最小値との差を一定割合解消させることとしますが、その割合につきましては県単位での全国最大値が、同じく県単位の全国中央値にまで低下する割合を一律に用いる場合でございます。

なお、資料右側を御覧いただきたいと存じますが、パターンA、パターンB以外の地域差の解消につきましては、特例というものが設けられてございまして、資料にございますとおり、東三河北部医療圏につきましては、この特例が該当する医療圏となっております。ですので、次の「資料1-4」以降では、パターンA、パターンBに加えまして、特例による数値もお示ししております。この特例に該当する条件といたしましては、資料の「要件」というところにございますとおり、「パターンBにより入院受療率の目標を定めた場合における当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央地よりも大きい」こと、かつ、「当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい」場合に該当するとされております。

簡単ではございますが、医療需要の推計方法の説明につきましては、以上とさせていただきます。

続きまして、資料1-4を御覧いただきたいと存じます。

ただ今説明させていただきました推計方法によりまして、国から提供されました

「地域医療構想策定支援ツール」により算出したしました東三河北部医療圏におきます医療需要推計等でございます。

まず資料を説明させていただきます前に、資料の数値に関する補足説明をさせていただきます。

今回資料としてお示ししております数値につきましては、整数値で整理させていただいておりますが、「策定支援ツール」で算出されます数値につきましては、小数点で算出されます。そのため、端数処理の関係で、「計」の欄にある数値と、各項目の数を足し合わせた数が若干合わない箇所がございますので、御了承いただいたいと存じます。

それでは、順に説明させていただきます。

まず、資料左側、「1 患者数」でございますが、こちらは、各年度の入院患者数を、「医療機関所在地ベース」と「患者住所地ベース」で、お示ししております。

「医療機関所在地ベース」と言いますのは、入院患者の住所地に関わらず、圏域内にあります医療機関を基準とした考え方を言います。

「患者住所地ベース」につきましては、圏域内にお住まいの入院患者を基準として考えた場合を言います。

よりまして、「医療機関所在地ベース」につきましては、患者の流出入を加味した現在の医療提供体制がベースとなりまして、「患者住所地ベース」につきましては、構想区域内の住民に対して必要な医療を区域内で提供できる体制ということとなります。

なお、(2)の患者住所地ベースの2013年の数値が入ってございませんが、これは、元々「策定支援ツール」で算出されないため、数値の方は入っておりません。

続きまして、資料の右側の「2 患者受療動向」でございますが、こちらは2013年度におけます入院患者の流出と流入の状況につきまして、まとめたものになっております。

「(1) 流出の状況」でございますが、表の一番上の項目でございます、「住所地が自圏域の入院患者数」は、4機能合計で352人、そのうち自圏域の医療機関への入院患者数は217人でありまして、割合としては61.6%となっております。

その下の項目、「うち他圏域医療機関への入院患者数」は、合計で135人でありまして、割合としては38.4%となっております。この135人の流出先でございますが、医療圏ごとの数を見ていただきますと、4機能とも東三河南部医療圏への流出となっております。

それでは、資料の2ページ目をご覧ください。「(2) 流出の状況」でございます。

表の一番上の項目でございます、「自圏域に所在する医療機関への入院患者数」、こちらは合計で231人となっております。そのうち住所地が自圏域の入院患者数は217人、割合としましては93.7%となっております。その下の項目、「うち住所地が他圏域の入院患者数」は、合計で14人、割合としては6.3%となっております。この14人につきましては、急性期機能で、東三河南部からの流入となっております。

次に、資料の右側の「3 必要病床数」でございますが、こちらも医療機関所在

地ベースと患者住所地ベースで、お示ししております。

必要病床数につきましては、現在の医療提供体制が変わらないと仮定して、医療需要を病床稼働率で除して算出したものでございます。

病床稼働率につきましては資料に記載はございません。申し訳ございませんが、ただ今から説明させていただきます。まず、高度急性期の病床稼働率につきましては75%、急性期の病床稼働率につきましては78%、回復期につきましては90%、慢性期につきましては92%が用いられております。

ただ今説明いたしましたとおり、現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の必要病床数でございますので、今後、構想区域間、また都道府県間における調整を行いまして、最終的な必要病床数を推計することとなっております。

続きまして、資料1-5をご覧くださいと存じます。

こちらは今までお示ししました、各種データから見た医療圏ごとの特徴をまとめた資料になっておりまして、東三河北部医療圏につきましては資料右側、下側でございますゴシック体になっているところでございます。説明の方は省略させていただきます。

続きまして、資料1-6をご覧くださいと思います。こちらは疾患別に医療需要推計を出した資料となっております。1ページ目の「がん」をはじめといたしまして、7疾患の数値を参考としてお示しをしております。こちらの資料も時間もございませんので、個々の説明は省略させていただきます。

最後に、資料の1-7をご覧くださいと思います。資料1-7につきましては、病床機能報告制度の報告状況をまとめた資料となっております。

病床機能報告制度につきましては、改正医療法により昨年度から始まった制度でございます。今回資料としてお示ししております報告結果につきましては、第1回目の結果となっております。

報告内容につきましては、「定性的な基準」により、病棟単位で医療機関が報告したのとなっております。

なお、報告結果につきましては、本県のホームページに、先週の月曜日になりますが、8月24日に公開をしておりますので、御報告させていただきます。

簡単ではございますが、説明は以上でございます。

○議長(新城市医師会 宮本会長)

どうもありがとうございました。

ただ今御説明いただきましたが、何か御質問等ございますでしょうか。

丹羽先生、何かここで話ししておきたいことはございませんでしょうか。

○東栄町国民健康保険東栄病院（丹羽院長）

このワーキンググループについては、3月に出た国の地域医療構想策定ガイドラインに基づいて資料作成が行われていると思います。恐らく、このガイドラインの中では、まず圏域を設定し、病床区分を確定していきながら、圏域内の病床数を決めていくというところが第2段階だと思いますが、基本的には当地域の場合は、病床数を区分けする作業よりも、実際の現状のマンパワー、将来の推計に基づいて、どういう形で、医療や介護の垣根を越えて、それから病院・診療所の垣根を越えて役割分担を行うか、ないしはどういう関係を築くかというところが多分重要なところかなと思います。

このガイドラインの中では、「在宅医療等」という区分が加えられていますが、在宅医療推進どうこうというのは、十羽ひとからげの在宅医療というところだと思いますので、その中からは、このガイドラインの冒頭にある、「地域包括ケア」との関連が見えてこないというところがあると思います。そういう意味では、地域医療構想の策定と同時に、この地域の「地域包括ケア」の中での病床の位置付けというのを決めていかないと、本当に計画だけのための計画になってしまうのではないかという危惧を抱きます。

ですので、北部医療圏の中でも提案しましたが、その話し合いの場をどこかで設定していただかないと、ここの場での、このガイドラインに基づいた計画作りだけだと、この地域は立ちいかないと、私自身は考えています。病床の区分までは非常に大切なことだと思いますので、国のガイドラインに基づいてそこまではやるにしても、それから先をどうするかということ、せつかくのワーキンググループですので、議論していただいた方がよいのかなと思います。

もう一つ付け加えさせていただくならば、東栄病院の場合は、国のガイドラインに基づく区分では区分けできない。ガイドラインは、恐らく病棟単位の区分になっていますので、本当に十羽ひとからげで効率の悪い病床運営をしています。超急性期の方も入れば、回復期の方もあり、40床ですが、いろいろな雑多な人がいて、超重症の方は、裏を返せば、あっという間に、看取りで、慢性期の看取りとでも表現できるような状態の方もありますし、102歳の心筋梗塞の方、4月に亡くなりましたが、その方は治療しなければ慢性期、治療するのであれば、ものすごい治療が必要な状態で、定義そのものも、非常に恣意的な状況に置かれているかなと思います。ですので、ガイドラインの限界といいますか、このガイドラインにおける限界を超えた地域であるという認識を是非していただきたいと思います。

○議長（新城市医師会 宮本会長）

どうも貴重な意見をありがとうございました。
綿引先生いかがですか。

○新城市民病院（綿引院長）

一つお伺いしたいことがあるのですが。この表についての質問なのですが、資料

1－4の患者数のところ、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の数字が書いてありますよね、高度急性期13人とか。それは何をもって高度急性期と。

○事務局（医療福祉計画課 久野主任主査）

こちらの患者数につきましては、医療需要と呼ばれているものでありまして、資料1－3で説明させていただいたのですが、高度急性期・急性期・回復期につきましては、平成25年度のレセプトデータを元にいたしまして、推定患者数ということで算出をしております。高度急性期と急性期と回復期の分けにつきましては、資料1－3のそれぞれの機能区分のところ、四角の囲みでございますが、医療資源投入量ということで、これが3000点、600点、225点という、それぞれ点数で機能ごとの患者数として区分けをしております。

○新城市民病院（綿引院長）

それはわかっているのですが、小さな一覧表がありますよね。資料1－6。がんとか、脳卒中とか疾患別に分かれているものですが、それで見ると、2013年度の高度急性期が全て0になっているのですが、それ以外に何か高度急性期の病気はあるのですか。

○事務局（医療福祉計画課 久野主任主査）

資料1－6につきましては、それぞれ疾患ごとにまとめた資料となっております。例えば1ページ目にあります「がん」ですが、こちらの欄が全て0となっているのですが、下の※印の注釈を読んでいただきますと、ここは網掛け部分の説明になりますが、網掛け部分につきましては、レセプト情報の個人情報活用の問題で、集計結果が一日当たり10人未満となる数値については、公表できないこととなっております。資料上全て0という形で整理させていただいております。ですので、実際には0ではなく、何人かわからないのですが、9人以下の患者さんがいるということになります。

○新城市民病院（綿引院長）

はい、わかりました。

○議長（新城市医師会 宮本会長）

他によろしいですか。

○新城市民病院（綿引院長）

この人口の減少率というのは、今までの推移からみて、統計を出したということなのですよね。

○事務局（医療福祉計画課 久野主任主査）

人口の推計につきましては、こちらは表の下にございますとおり、人口問題研究

所が発表しております、「日本の地域別将来推計人口」、こちらの数字を使わせていただいております。

○議長(新城市医師会 宮本会長)

よろしいですか。

○新城市民病院(綿引院長)

いや、本当にこんなに減ってしまうのかなど。

○議長(新城市医師会 宮本会長)

実際、こんなふうになってしまうのですかね。その他、何かありますでしょうか。

○北設楽郡医師会(伊藤会長)

ちょっと2点ほどお聞きしたいのですが。基準病床数のことなのですが、基準病床数は将来の目標とする数値ではないということですが、今現状、北部医療圏の既存病床数506床というのは、足りないのですか、足りているのですか、どちらでしょうか。

○事務局(医療福祉計画課 緒方課長補佐)

今、基準病床数が630に対して、既存病床数が506ですので、制度上は124の不足ということになります。

で、基準病床と必要病床との関係でございますが、現在、病床整備は医療法に基づいて、基準病床数により整備しております。これが医療計画期間内の整備目標となります。今回は、将来の必要病床数というものを明らかにしますが、これは平成37年において、今の医療需要から推測すると、これくらいの医療需要が見込まれるだろう、というものでして、非常に関係性が分かりにくいのですが、この関係をどう捉えるかという問題が一つあると思います。

例えば、当医療圏のように、基準病床数より必要病床数が小さい場合、両者の関係がどうなのか、これは非常に疑問なのですが、国はその辺りの整合性については将来的に検討すると言っています。恐らく次期医療計画策定前に何らかの関係が示されるのではないかと想定しているのですが、現在は基準病床制度が病床整備の根拠となりますので、これに基づいて整備しております。

○北設楽郡医師会(伊藤会長)

在宅医療の推進という、結局足りない病床を埋めるための方策ということで出てきている話と思うのですが、そのことを入れてしまうと、またわかりにくくなるというか、その分どう見込むかということで問題になってくる訳ですが。

在宅医療の事で、ちょっと私なりに感じていることをお話ししたいのですが、私が在宅医療の充実ということを知ったときに、自宅在宅医療と受け止めたので、非常にクエスチョンがあったのですが、ここを見ても、施設在宅も入れた数だと

ある程度は理解しました。

特に、巷でへき地と言われている北部医療圏、我々の地域では、かなりの数のご家庭が独居高齢者か高齢者の2人家族です。本来病院にいた方がよい人を在宅で看ようというような、そういう患者さんを見るような状態には家庭的にはない。そのことは、街とは違う特殊性があると思います。自宅在宅の医療というのは、あまり成り立たない、と言っていいくらいの現状だということは、あるわけです。

そうすると、自宅在宅だけでなく、施設在宅もありということになってくると、先ほどの特養の今後の話、計画上100床増えていました。それだけ増やしてもいいよという話だと思うのですが、今特養が4施設あるという中で、私が関与している一つの施設だけでも130人待ちなのですよ、80数名の定員で130人待ちです。大体年間2、30人平均亡くなるということは、数年かかるということなのですよ。数年も待っていると亡くなってしまいう人が大半だと思いますが、施設の需要がどれくらいあるかということ、この地域で十分検討する必要があるのではないか、と思います。

単に病院の人やベッド数の調節ということだけでなく、特養とか老健等の中間施設が、それがどのくらい必要なかということ、むしろしっかりと、需要がどれくらい伸びるかを見据えて、どれくらい必要かということを検討することの方が大事かなと思っておりますが、どう思われますか。

○事務局（医療福祉計画課 緒方課長補佐）

まさにそのとおりだと思います。今回の必要病床数を地域医療構想において明らかにする意味は、将来、病床をできるだけ機能的に使っていこうということでありまして、一般・療養病床を新たに4つの区分で整備して、そしてさらに一律に同じレベルで療養病床の受療率の努力目標を入れていったら、必要な病床はどれくらいになるのかということ、国は示したいということです。

我々と国とのやり取りの中で、特に療養病床については、受療率を下げるということが現実的ではないということもありますので、それらの問題をどう考えるのだということ、国に言ってきた訳ですが、国としては今のままでは問題があるので、ある程度努力した形を示したいということでもあります。

介護の需要については、次期の第7期介護保険事業支援計画が30年度からスタートしますので、そこで医療と介護の計画のスタートが、医療は6年、介護は3年で、ぴたっと合ってきますので、そこで両者の整合性を取っていきたいという考え方で、その段階で介護の方がどうなるかということもありますが、とりあえず今回は機能ごとの病床数を明らかにしたいということです。その取組みについては、全国同じ形でやらざるを得ないという状況でございますので、そこまでは今年度示したいと考えております。

先ほど、丹羽先生がおっしゃられました、達成に向けてのことでもあります。まず、今年度は将来の病床数を明らかにするための構想を作って、来年度以降、それをどう実現していくか、今年度設置します、ワーキングに地域医療構想調整会議の役割を持たせるわけですが、それが来年度以降は達成に向けての地域での議論というこ

とに変わっていくかと思いますので、そういうことも地域で検討していただきながら、また30年度からの地域医療計画と介護の計画で整合性を図っていくことになると思います。

○議長(新城市医師会 宮本会長)

いろいろと貴重な意見を聞かせていただきまして、ありがとうございました。時間もまいりましたので、他に何かないようでしたら、この辺で終わりにさせていただきたいと思います。

それでは、私の役割をここで終わりたいと思いますが、よろしいでしょうか。

○事務局(新城保健所総務企画課 白井課長補佐)

ありがとうございました。それでは、これをもちまして「地域医療構想調整ワーキンググループ」を終了させていただきます。

皆様、お疲れ様でした。交通事故等にお気をつけてお帰りいただきますようお願いいたします。