

## 平成27年度第1回西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8月26日(水) 午後2時45分から午後3時25分まで
- 2 場 所 豊田市福祉センター 3階 35・36会議室
- 3 出席者 別添出席者名簿のとおり
- 4 傍聴人 4名
- 5 議題  
地域医療構想について

### 6 会議の内容

#### ○ 司会 (中嶋 衣浦東部保健所みよし分室長)

引き続きまして、平成27年度第1回地域医療構想調整ワーキンググループを始めさせていただきます。

午後の診察等の予定もありますので、会議の終了時刻は3時15分を予定しております。

また事務局といたしましては、議長につきましては、圏域会議に引き続きまして豊田加茂医師会長の野場様にお願いしたいと思っておりますがいかかでしょうか。

(異議なしの声)

それでは、以降の進行を野場様にお願いいたします。

#### ○ 議長 (野場 豊田加茂医師会長)

豊田加茂医師会の野場です。

圏域会議に引き続き議長を務めさせていただきます。

地域医療構想という新たな概念のため、様々な意見が出るとは思いますが、2025年の医療のあるべき姿について、適格な地域の意見をまとめる場として考えておりますので、皆様方の御協力をよろしくお願い申し上げます。

なお当ワーキンググループは、圏域会議同様公開とさせていただきます。

## 議題 地域医療構想について

### ○ 議長（野場 豊田加茂医師会長）

それでは、議題「地域医療構想について」を事務局から説明をお願いします。

### ○ 事務局（久野 医療福祉計画課主任主査）

お時間も限られていますので、簡単に説明をさせていただきます。

それでは、資料1-1をご覧ください。

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ものでございます。

西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。

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。

西三河北部医療圏の状況につきましては、ゴシック体で報告させていただいております。

引き続きまして資料1-3をご覧ください。

資料1-4以降で推計する、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。

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、2次医療圏単位で機能区別に、1日当たりの性・年齢階級別入院患者数を推計します。

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である医療資源投入量によって区分をしております。

境界点の考え方ですが、高度急性期につきましては、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、600点未満175点以上となっております。

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もとにした病床の機能区分ごとの入院受療率を算定しまして、各医療構想区域の将来における性、年齢階級別の人口を乗じて推計をしております。

次に、慢性期機能と在宅医療等の医療需要について説明いたします。

慢性期機能と在宅医療等の医療需要は、高度急性期、急性期、回復期とは異なり、資料にあります①から⑤を合計して推計をします。

慢性期機能は、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る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しております。

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と

して見込むこととします。

その他の入院患者数については、入院受療率の地域差を解消していくこととし、パターンAもしくはBの範囲内で慢性期機能の医療需要を推計します。

また、一般病床の障害者及び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します。

それでは、パターンA及びBについて説明させていただきます。

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、県単位での全国最小値にまで低下させる場合で、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県単位で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、その割合については県単位での全国最大値が、県単位での全国中央値にまで低下する割合を一律に用いる場合がございます。

続きまして、資料1－4をご覧ください。

ただ今説明しました推計方法に基づき、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って算出した医療需要推計が資料1－4となります。

資料の説明の前に、数値に関する補足説明をさせていただきます。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る数値は小数点以下の数となっているため、端数処理の関係で、「計」の欄にある数値と、各項目の数を足した合計数が合わない箇所がございますので、御了承ください。

まず、患者数ですが、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示しております。

医療機関所在地ベースは、入院患者の住所地に関わらず、圏域内にある医療機関を基準として考えた場合を言います。患者住所地ベースは、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。よって、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、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なります。なお、(2)の患者住所地ベースの2013年の数値がありませんが、策定支援ツールで算出されないためです。

続きまして、資料の右側の2、患者受療動向ですが、2013年度における入院患者の流出と流入の状況につきまして、それぞれに4機能ごとにまとめたものです。

(1) 流出の状況ですが、表の一番上の項目「住所地が自圏域の入院患者数」は、4機能合計で2,117人で、うち自圏域医療機関への入院患者数は1,684人、割合としては79.5%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、4機能合計で433人で、割合としては20.5%となっております。この433人の流出先ですが、医療圏ごとの数を見ていただきますと、尾張東部医療圏への流出が多くなっております。

それでは、資料の2ページ目をご覧ください。資料の右側の(2)流出の状況です。表の一番上の項目「自圏域に所在する医療機関への入院患者数」は、4機能合計で1,882人で、うち住所地が自圏域の入院患者数は1,684人、割合としては89.5%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、4機能合計で198人、割合としては10.5%となっており、圏域別に見ますと、4機能合計では、西三河南部東医療圏からの流入が最も多くなっております。

次に、資料の右側の3、必要病床数ですが、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、医療需要を病床稼働率で除して算出したもので、病床稼働率につきましては、高度急性期が75%、急性期が78%、回復期が90%、慢性期が92%です。

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、最終的な必要病床数を推計することとなります。

資料1-5に移りたいと思います。

こちらは、各医療圏の特徴をまとめたものでございますが、当医療圏におきましては、ゴシック体で示させていただいております。

続きまして、資料1-6をご覧ください。

疾患別の医療需要推計といたしまして、「がん」をはじめ7疾患の数値を参考としてお示ししております。

時間の都合上説明を省略させていただきます。

最後になりますが、資料の1-7をご覧ください。

病床機能報告制度の報告状況をまとめた資料です。病床機能報告制度につきましては、医療法の改正により昨年度から始まりました制度で、今回お示ししている報告結果が第1回目の結果となります。

平成27年5月11時点の報告内容をまとめたものですが、今回の報告につきましては、定性的な基準により、病棟単位で医療機関が報告したも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一昨日公開いたしましたので、ご覧いただける状態となっております。

簡単ではございますが、説明は以上です。

#### ○ 議長（野場 豊田加茂医師会長）

当医療圏については、必要病床数をみると、基準病床数と比べても多く削減はないという事と理解しております。

ただいまの説明でご質問、ご意見がありましたら、お願いします。

#### ○ 広瀬 全国健康保険協会愛知支部長

資料1-7についてですが、厚生労働省のDPCデータ等でまとめたものでしょうか、それとも各病院から提出されたものを取りまとめたデータという事でよろしいでしょうか

○事務局（久野 医療福祉計画課 主任主査）

病床機能報告制度に基づいて各医療機関から報告されたものをまとめたものであります。

○ 早川 足助病院 院長

資料を当日もらって意見をいただきたいと言われてもなかなか読み解くことが難しいので、なるべく資料の事前配布をお願いしたいと思います。

では、資料1-6について質問させていただきたいのですが、1ページ目の表では高度急性期、急性期、回復期、慢性期、在宅医療等となっており、4ページ目の必要病床数についての表は、高度急性期、急性期、回復期、慢性期となっているがこの違いは何でしょうか。

○事務局（緒方 医療福祉計画課 課長補佐）

必要な病床数の推計についての考え方が関係してきますので資料1-3をご覧ください。

2ページ左側真ん中にイメージと書かれた部分があります。

こちらが慢性期における需要のイメージなのですが、現状に、④現時点での訪問診療を受けている患者数、⑤現時点での老健施設の入所者数を見込むことになっております。

今の慢性期の患者数をもとに将来の患者数の推計を表したものが、1ページの表になりますので、在宅医療等も含まれることになります。

1ページの表で推計した患者数を基に、4機能の必要病床数を算出した表が4ページになりますので、高度急性期、急性期、慢性期、回復期の4つのみの記載となっております。

○ 早川 足助病院 院長

資料1-3 2ページの慢性期機能及び在宅医療のイメージ図の中で、慢性期及び在宅医療等ザックリと含まれているのですが、在宅医療等の中に何が含まれているのでしょうか。

特別養護老人ホーム、サービス付き高齢者住宅等の、集合住宅も含むのでしょうか。

○事務局（緒方 医療福祉計画課 課長補佐）

同資料2ページ右下をご覧ください。

推計におきます在宅医療等の考え方としては、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される

医療とありますので、先生のおっしゃられる通り特別養護老人ホーム、サービス付き高齢者住宅等の、集合住宅も含まれることとなります。

○川口 豊田厚生病院 院長

資料2ページに慢性期についてパターンA、パターンBとあるが、具体的にどの場合がパターンA、パターンBという事があるのでしょうか。

○事務局 (緒方 医療福祉計画課 課長補佐)

パターンAとパターンBの間で数値を設定することになりますので、今後、具体的に検討を行うこととしております。

○早川 足助病院 院長

ワーキンググループの今後の進め方等スケジュールについて教えていただきたい。

○事務局 (緒方 医療福祉計画課 課長補佐)

ワーキンググループの1回目は、医療需要等のデータの共有目的で、年明けに2回目を開催いたしまして、  
構想区域ごとの機能別の将来の必要病床数等をお示ししたいと考えております。

○岩瀬 トヨタ記念病院 院長

2回目のワーキンググループで、具体的な病院の病床の状況と地域医療構想の病床を照らして修正するという事になるのか。

○事務局 (緒方 医療福祉計画課 課長補佐)

地域医療構想については医療計画の一部になりますので、医療審議会で策定することになりますが、地域の関係者の意見をお伺いする必要がありますことから、来年1月の第2回目のワーキンググループで頂いたご意見につきましては、2月に開催予定の医療体制部会にご報告させていただく予定としております。

○ 坪井 豊田西病院 院長

厚生労働省が、レセプトデータ等を持っており、各区分の医療圏の必要病床の概算を示していただくことになると思うがその時には示された病床にあわせて、病院がそれぞれ地域医療構想で決められた病床にあわせて自医院の病床を変更していくことになると思うのですが、第2回でそのようなことが実施するのか。

○事務局 (緒方 医療福祉計画課 課長補佐)

現在の医療需要から推計し、平成37年に4つの機能区分に必要な病床数を示すことが今年度の取組となります。

医療機関の病床の転換等は、各医療機関の自主的な判断が前提になりますが、どういった形で進めるかということは、来年度以降の検討となります。

また、現在、病床の整備は、基準病床数制度により実施していますが、基準病床は5年スパンの一方で、地域医療構想の必要病床数は、平成37年において必要と見込まれる病床数であり、現時点ではその2つの制度の関係がはっきりしていないということ、また病床機能報告の数字と地域医療構想の必要病床数との関係については、地域医療構想は、レセプトデータをもとに算定していますが、病床機能報告は、定性的な基準に基づいた病院の自己申告であるため、判断の基準が違うという点が、現時点における課題と考えております。

○ 坪井 豊田西病院 院長

病床機能報告については、各病院の判断で実施しているためかなり偏りがあると思うがそれは来年度には是正されると考えてもいいのか。

また慢性期機能について、慢性期病床と在宅等と大きく括られているが、在宅のバックアップの病床について議論が進むのか。

○事務局 (緒方 医療福祉計画課 課長補佐)

国は、地域医療構想ガイドラインをとりまとめた会議を再度立ち上げ、病床機能報告制度の客観性を高める議論を実施しております。

今年度は難しいと思われませんが、来年度の報告までには何らかの基準が示されるのではないかと考えております。

また、推計の考え方におきましては、バックアップのための病床の考え方はございません。

○川口 豊田厚生病院 院長

必要病床数の推計という事で少し余分を見込む必要があると思うが、その辺りの余裕というか幅をどのくらい見込んでいるのか

○事務局 (緒方 医療福祉計画課 課長補佐)

必要病床の推計方法が、入院患者のレセプトデータをもとに病床稼働率を用いて算定していますので、余裕という概念は入っていません。

○伊藤 みよし市民病院 院長

患者住所地ベースと医療機関所在地ベースのデータが2つあるが最終的にどちらを採用される方向で考えているのか。

○事務局 (緒方 医療福祉計画課 課長補佐)

現在の流出入が継続すると想定したものが、医療機関所在地ベースであります。患者の流出入については、各圏域間はもちろんのこと、県と県の間での調整も必要になりますので、今後、県間の調整や具体的な検討を行うこととしております。

○ 議長 (野場 豊田加茂医師会長)

その他に質問がございますでしょうか。

ないようでしたら以上をもって地域医療構想調整ワーキングを終了させていただきます。

皆様のご協力により、議事が円滑に進みましたこととお礼申し上げて、議長の任を終わらせていただきます。

○ 司会 (中嶋 衣浦東部保健所みよし分室長)

これをもちまして、「平成27年度第1回西三河南部西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。

資料についてですが、次回は、なるべく事前配布を実施したいと思っております。次回のワーキングの開催ですが、1月下旬開催の第2回圏域会議終了後を予定しております。

長時間にわたりありがとうございました。  
お帰りに際しましては、交通事故には十分気をつけてお帰りください。