

## 平成27年度西三河南部東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8月25日（火）午後2時から午後3時15分まで
- 2 場 所 岡崎げんき館 1階多目的室
- 3 出席者 別添名簿のとおり（委員15名、事務局16名）
- 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（小田西尾保健所次長）

おそろいでございますので、お疲れのところ申し訳ございません。引き続き、平成27年度西三河南部東圏域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。

進行につきましては引き続き西尾保健所の小田が務めさせていただきますのでどうぞよろしくお願いします。

それでは、続きまして、先日配布させていただきました資料について確認をさせていただきます。

資料をお持ちでない方がございましたらお申し出ください。よろしいでしょうか。

資料の1-1から資料1-7までございます。それぞれホチキスで留めてありまして、クリップ止めでさせていただいていると思います。よろしいでしょうか。

それではまた、不足しているようでしたらお申し出ください。

本来であればここで、ご出席の皆様の紹介をさせていただくところでございますが、「構成員名簿」をもって紹介に代えさせていただきます。よろしくお願いいたします。

つづきまして、議長の選出でございますが、この会議の議長につきましては、先ほどの会議、推進会議の要領を準用しておりますので、開催要領第4条第2項の規定を準用いたしまして互選により選出することになっております。誠に僭越ではございますが、事務局のほうから引き続き岡崎市医師会の小森会長様にお願いしたいと思っており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。異議なしという声でございますので、それでは、議長は岡崎市医師会小森会長様にお願いいたします。

それでは、以後の議事につきましては、小森会長にお願いいたします。

#### ○議長（小森岡崎市医師会長）

岡崎市医師会の小森でございます。議長に選出していただきましたので力不足ながら任に当たらせていただきたいと思います。

このワーキンググループ、地域医療構想の調整会議は、これからの各医療機能を先ほど

お話ししました4つの機能の病床の必要量、あるいは構想を実現するための施策等を具体的に検討して、また、医療審議会のほうに持ち上げると。国のほうの支援ツールに従っての数は出てきておりますけども、それぞれの地域における特性というものもございますので、その特性を踏まえた検討をこの会議でやって、適当な調整を加えて報告する、というような目的で開かれるものだと認識しております。よろしく申し上げます。

それでは議事に入りますが、その前に本日のワーキンググループの公開・非公開の取り扱いについて、事務局から説明をお願いします。

○事務局（小田西尾保健所次長）

それでは説明をさせていただきます。

このワーキンググループにつきましては、先ほども会議を開かせていただきました推進会議の要領を実は準用させていただいております。よって、第5条第1項によりまして原則公開とされておりますので、本日非公開とする議事はございません。全て公開したいと考えております。

なお、本日は傍聴される方が1名ございますので、ご報告をさせていただきます。

○議長（小森岡崎市医師会長）

ただいまの議事公開についての事務局説明について、ご質問あるいはご意見ございましたらお願いいたします。

特に無ければ本日の会議は公開としたいと思います。

○議長（小森岡崎市医師会長）

それでは、ただいまから会議次第に沿って議事を進めてまいります。本日の会議は、1時間程度、午後3時15分終了を予定しておりますので、議事が円滑に進みますようご協力をお願いします。

それでは、議事事項（1）「地域医療構想について」医療福祉計画課から説明をお願いします。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

健康福祉部医療福祉計画課の植羅でございます。先ほどの圏域会議に引き続きまして、当ワーキンググループにおきましても私から説明させていただきたいと思っております。

本日ご用意をさせていただいております資料が、資料の1-1から資料の1-7までということでございます。非常にボリュームが大きくなっておりまして恐縮でございますが、その概要について、まずは説明をさせていただきたいと存じます。

恐れ入りますが着座で説明させていただきます。

当ワーキンググループにつきましては、先ほどの圏域会議でスケジュールをお話させて

いただきました。

本日は国が提供したデータ又はツールによる内容について説明をさせていただきます、その内容を皆様方で共有をしていただくということ、またその内容についてご意見をいただくことを考えております。

地域医療構想の内容の主要な部分でございます必要病床数、また、構想を実現するための施策につきましては、年明けの第2回の方でご議論いただきたいと思いますと考えております。

それでは早速でございますが、資料1-1から説明させていただきたいと思います。

表題は「人口の推計について」となっております。先ほど構想区域を設定するにあたりまして人口規模といったことを申し上げました。まず人口について、国立の社会保障人口問題研究所が公表しております人口の将来推計に基づいた、2次医療圏ごとの今後の人口の姿についてまとめさせていただいておりますので、そちらをご覧くださいと存じます。

こちらの表をご覧くださいますと一番上に「区分」となっておりまして、右に「計」、これが全体の人口、それから右に「0～14歳」、いわゆる年少人口、「15～64歳」、いわゆる生産年齢人口、そして右に「65歳以上人口」、いわゆる老年人口をお示しています。

また、いわゆる団塊の世代の方々が75歳以上になられるというのが平成37年、2025年ということでございますことから、65歳以上人口のうち75歳以上について内数ということでお示しをしております。それぞれの年齢階層ごとに2013年(平成25年)、そして、2025年、2040年、それぞれの推計値をお示ししております。

縦に上から、全国の状況、そしてそのすぐ下に県の状況、そして名古屋以下12の医療圏ごとの状況を並べてございます。当西三河南部東医療圏につきましては、網掛けがしてございます。この網掛けのところをご覧くださいと存じます。全体の人口について、2013年は414,201人、こちらが2025年に414,317人、2040年になりますと、40万人を若干切る、ということでございます。

この人口の下の、括弧書きの数字については、表の右上にアスタリスクでお示しをしておりますが、2013年の数字を1とした場合の各年の指数になってございます。したがって、2040年に2013年と比べると0.95になるということでございます。これは全国の推移また県の推移よりは、若干緩やかな人口の落ち込みということになるかと思えます。

また、0～14歳人口、15～64歳人口についてはそれぞれこちらにお示しのとおりでございます。

それに対しまして今後、高齢化が特に進んでいくということでございます、65歳以上人口のところをご覧くださいますと、2013年が82,664人に対しまして、今から10年後の2025年には104,387人、また2040年には12万を若干超えるというような数字となっております。

またそのうち75歳以上人口については、2013年が3万7千人弱、2025年は5万9千人弱というような数字となっております。この数字を上から二行目の県のところと比較して

いただきますと、若干当医療圏の高齢化の進みは速いと申しますか、75歳以上人口65歳以上人口が今後、県全体と比べても大きく増えていくといったことが読み取れるかと思いません。

では恐れ入りますが、一枚めくっていただきまして資料1-2をご覧いただきたいと思えます。

資料1-2につきましては「2次医療圏別の医療資源等の状況」ということのでございます。こちら縦に上から全国、愛知県そして2次医療圏ごとに整理をしております。左から人口、面積、また病院数、特定機能病院数等をお示ししております。

当医療圏におきましては、病院数が17病院、ということで、こちら人口10万対という数字でお示しをしておりますが、愛知県全体とかなり似かよっているかなと思えます。特定機能病院につきましては、ご承知のとおり大学病院ということでございますので、こちらは名古屋と尾張東部とそれぞれ2箇所ずつということで当圏域にはございません。また救命救急センターにつきましては、岡崎市民病院が1箇所ということでございます。その他、中小病院の割合、大病院の割合といったものがございまして、大病院につきましても500床以上ということで整理させていただいております、こちらは岡崎市民病院ということでございます。

また右に民間病院の割合、診療所、歯科診療所、病院病床数等、人口対といった数字もあわせて示させていただいております。こちらについては参考にご覧いただきたいと思っております。

では、恐れ入りますが、資料の1-3をご覧いただきたいと存じます。

資料1-3が「医療需要の推計方法」となっております。この後に資料1-4等がございますが、資料1-4以降でお示しをしております医療需要がどのような算定方法に基づいているのかをまとめたのが、この資料の1-3でございます。ご承知いただいている先生方もおられますが、若干概要を説明させていただきます。

左上の1といたしまして「医療需要の推計の考え方について」となっております。4つの医療機能、高度急性期、急性期、回復期、慢性期のうち、最初の三つの機能については、この(1)の推計方法で推計されているということでございます。後ほど申し上げますが、慢性期についてはまた別の考え方になります。

(1)の高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要でございますが、こちらについては、平成25年度のレセプトデータ、またDPCのデータ、そういったものを用いまして、二次医療圏単位で高度急性期、急性期、回復期別に一日あたりの性・年齢階級別の入院患者数を推計しているということでございます。

それぞれの機能ごとの患者数を算出するに当たって、どのように考えるのかというのが次の段落でございますが、各機能につきましては、一般病床の入院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しているというものでございます。

この出来高点数でどのように区分をするかというのが、この資料の右に表が掲げられております、病床の機能別分類の境界点の考え方でございます。こちらは地域医療構想策定ガイドラインの検討会で様々に議論された後に定まったものであります。現在ここに掲げられております境界点については、医療法施行規則に定めがされているということであり

ます。

この表をご覧くださいますと、高度急性期と急性期の境界については 3,000 点、急性期と回復期の境界については 600 点、そして回復期とその他の境界、そちらについては C3 として 225 点と記載されておりますが、ここについては若干注意をしていただきたいと存じます。下にアスタリスクがございまして、在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込んで 175 点で区分して推計する、となっております。したがって、一般病床に入院されている患者さんのうち出来高点数で 175 点以上の患者さんについては回復期ということになります。

繰り返しになりますが、高度急性期につきましては出来高点数で一日あたり 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 600 点未満 175 点以上、こういう区分によってそれぞれの機能ごとの入院患者数を算出したということでございます。それを平成 25 年度の一年間数えまして、365 日で割って、一日あたりの性・年齢階級別の入院患者数を出しているということでございます。

続いて、左の（１）の三つ目の段落のところをご覧くださいたいと存じます。

先ほど申し上げましたのが平成 25 年度の医療需要、入院患者数でございますが、それに対しまして三つ目の段落でございます将来の医療需要、平成 37 年度医療需要でございますが、平成 25 年度の入院患者数を元に、病床の機能区分ごとの入院受療率を算定いたしまして、それを構想区域ごとの将来の性・年齢階級別人口に乗じて推計をするということでございます。

平成 25 年度の医療需要について、性・年齢階級別にそれぞれ入院患者数がそれぞれの人口当たり何人お見えになったかという割合を出して、それを将来の人口構造に掛け合わせて将来の医療需要を推計するといった形、この 3 つの機能についてはそういった形で推計がされているということでございます。

それに対しまして、同じく資料 1－3 の 1 ページの右下のところに（２）といたしまして、「慢性期機能と在宅医療等の医療需要」とされてございます。慢性期機能につきましては、長期にわたって療養が必要な患者を入院させる機能、とされておりますが、説明にございますとおり、慢性期機能を担っている病床が療養病床でございます。その療養病床につきましては、先ほどの 3 つの機能の一般病床と異なりまして、診療報酬が包括算定でございます。そのため一般病床のように医療行為を出来高点数で換算した値で分析ができない、入院患者数を算定することができない、ということから、違う考え方によって医療需要、入院患者数、といったものを推計していくとされているところでございます。①以降その考え方が示されております。

まず①でございます。いま療養病床ということを申し上げましたが、この慢性期機能については長期間にわたって入院される患者さんを想定しておりますことから、①にございますとおり一般病床に入院されている患者さんであっても、障害者、難病患者の方については慢性期機能の医療需要、入院患者として推計をする、まずこれが一点目でございます。

そして②、二点目でございますが、療養病床に入院されている患者さんのうち医療区分1の患者数、療養病床については医療区分として1から3の設定がされており、医療区分の3が医療必要度が高く、医療区分1については比較的医療の必要度が低い患者さんということでございます。その医療必要度の低いとされる医療区分1の患者数の7割、70%につきましても、慢性期の入院ではなく在宅医療で対応する患者数として推計するとされております。

また、その他の入院患者数、療養病床の医療区分2、3の入院患者数等につきましても、入院受療率、こちらは全国的に非常に地域差が大きいということもございますので、その地域差を解消するということを目指して将来の医療需要を推計するとされております。それについては後ほど別の図で説明をさせていただきます。

そして、下の③でございます。一般病床の入院患者数のうち、先ほど回復期については175点以上と申し上げましたが、一般病床の入院患者のうち医療資源投入量175点未満の患者については、在宅医療等で対応するという推計方法となっております。

それでは恐れ入ります、1枚めくっていただきまして、あと2点、考え方が示されております。④でございます。平成25年度に在宅患者の訪問診療料を算定してみえる患者さんの割合を出しまして、それについては将来も同じ割合の方は訪問診療を受けられると推計して、将来、平成37年度性・年齢階級別人口に乗ずることによって在宅医療の医療需要として考えるということでございます。

そして下に参りまして⑤でございます。介護老人保健施設いわゆる老健に入所して見える方の割合を算出したしまして、その割合をまた将来の性・年齢階級別人口に乗ずるといったことで、老健に入ってみえる方についても、在宅医療等の医療需要ということ推計をするとしてされているものでございます。

さきほど②のところ、療養病床の入院受療率について地域差を解消するということをおっしゃいました。それについて別の図があるということも申し上げました。それがこちらの2ページ目の右やや中ほどでございます、入院受療率の地域差解消のイメージとなっております。パターンA、パターンBと記載されておりますが、このパターンAからパターンBの範囲内で、各都道府県が将来の入院受療率の地域差を解消するように目標を設定し、病床数も推計するように、というのが国から求められているところでございます。

端的に申しますと、左にございますパターンAのほうが非常に厳しい目標を設定するというもの、それに対しまして右のパターンBというのは、パターンAに比べるとやや緩やかな目標を設定するというように考えていただければよろしいかと思っております。

パターンAのすぐ右に囲みがございます。そこを読み上げます。

全ての構想区域が全国の最小値、県単位での全国最小値まで入院受療率を低下することを目標とするもの。

県単位での全国最小値は山形県と伺っております。平成 37 年に、その山形県の状況まで全ての都道府県が入院受療率を下げ、療養病床を減らしていくことを目標とするということになっております。

それに対しまして右のパターンの B、こちら囲みのところを読ませていただきますが、構想区域ごとに入院受療率と県単位での全国最小値、先ほど申し上げましたが山形県、との差を一定の割合解消させていく、と。すべて全国最小値を目指すということではございませんが、それに向けてできる限り入院受療率を下げっていくということでございます。

その割合については全国の最大値、県単位での最大値は高知県になりますが、高知県が全国の中央値、こちらは滋賀県だと伺っております、高知県が滋賀県まで近づいていく割合、低下する割合を用いまして、他の県も入院受療率を下げっていくというのがパターン B だと説明を受けております。

以上申し上げました医療需要の推計方法、この推計方法に基づいて、医療法施行規則に定めがされておりますし、またこの推計方法によって計算をするように設定がされておりますのが、提供されました地域医療構想策定の支援ツールでございます。その支援ツール、そしてデータを使いまして当西三河南部東医療圏における医療需要等の推計をまとめたものが資料の 1-4 でございます。

資料の 1-4、A3 で 2 枚の資料でございます。表題が「西三河南部東医療圏における医療需要推計等」となっております。

まず 1 番といたしまして患者数が示されております。こちら 2013 年、平成 25 年度のデータを使っていて、2013 年度のそれぞれの機能ごとの患者数から、2025 年度、2040 年度の患者数をそれぞれ推計しているということでございます。

そして (1) といたしまして医療機関の所在地ベース、当圏域にございます医療機関に入院してみえる患者さんの数でございます。

それに対しまして、下にございます (2) の患者住所地ベース、こちらは当医療圏に住所をお持ちの患者さんが全て当構想区域内で将来的に入院をされると仮定をした場合でございます。

上は医療機関所在地ベースでございますので、現状をそのまま将来に投影したもの、それに対しまして (2) の患者住所地ベースにつきましては、他の医療圏に流出してみえた患者さんが将来、当医療圏で入院されるという仮定で試算されているとご理解いただきたいと思っております。

それからこの資料の右側、2 といたしまして患者の受療動向、2013 年度における入院患者の機能区分別の流出入がまとめられております。

先ほどの圏域会議におきましてはこの資料のうち急性期、回復期、慢性期を合計した数字をお示しさせていただきました。こちらの資料につきましては、流出流入それぞれにつ

いて、4つの機能ごとの平成25年度における患者数の推計値、そして合計を示させていた  
だきました。体裁は先ほどの表と同様となっております。一番上の行が住所地が自圏域  
の入院患者数、当西三河南部東医療圏にお住まいの方で平成25年度に入院してみえた方が、  
それぞれの機能ごとに一日当たり何人いたか、というのが一番上の行でございます。

そしてその下の行でございますが、うち自圏域の医療機関への入院患者数でございまし  
て、こちらが当圏域内の医療機関に入院されていた患者数ということでございます。全体  
の計をご覧いただくと、1,422人でございます。自圏域で入院されていた方はこちらの人  
数でございます。そして下に参りまして、うち他圏域医療機関への入院患者数、こちらが  
当圏域にお住まいの方が他の圏域の医療機関に入院してみえた、いわゆる流出患者数でご  
ざいます。合計のところをご覧いただきますと402人、一日当たり402人ございまして、  
2割強の方が平成25年度においては流出してみえたということでございます。

そして、それぞれどの地域にその患者さんが入院してみえたかというのが下の表でござ  
いまして、網掛けの部分は特に流出の多かった圏域でございます。

計をご覧いただきますと、名古屋医療圏に55人、一日当たり55人ということで3.0%の  
流出、下のほうに参りまして西三河北部医療圏に同じく55人3.0%、西三河南部西医療圏  
には208人ということで11.4%の患者の流出という平成25年度の状況が示されているとこ  
ろでございます。

なお、この表の下にアスタリスクがございます。ここをご覧いただきたいと存じます。  
アスタリスクに記載されているとおりでございますが、国の定めておりますレセプト情報  
等活用の際の制約から、二次医療圏単位にこういった数字をお示しする場合、集計結果が1  
日あたり10人未満となる数字については公表できないとなっております。従いまして10  
人未満の数についてはすべて0として表記をせざるを得ないということをご了解いただき  
たいと思っております。

これはそもそもレセプト自体の個人情報に関わるということで、取り扱いが非常に厳し  
く、国のガイドラインによりまして、患者さんが特定できないよう、こういった数字につ  
いては10人未満については0として表示されているところでございます。

それでは恐れ入ります。一枚めくっていただきまして2ページをお願いします。

こちら左に(2)といたしまして流入の状況でございます。先ほどの流出の表と体裁は  
同様でございまして、当医療圏におきましては、特に上から4行目のところをご覧いただ  
きたいと存じます。うち住所地が他圏域の入院患者数、他の医療圏から当圏域の医療機関  
に入院されていた数ということで一日あたり81人、いわゆる流入患者でございます。全体  
の比率で申しますと5.4%でございますので、先ほど流出については2割強でございました  
が、当圏域につきましては流入については5.4%で比較的流入が少ない状況がみてとれるか  
と思えます。

それからこちらの資料の右に参りまして、3として必要病床数をお示ししております。  
この必要病床数につきましては先ほどの患者数、1枚目の左にございました患者数と非常に



密接なかわりがございます。1 ページ目の患者数の数字を病床稼働率という数字で割ったものがこの必要病床数、これは機械的に計算されるということでございます。

その割合についてこの資料に掲げてなく大変恐縮でございますが、高度急性期については75%という数字、急性期については78%、回復期については90%、慢性期については92%という数字が国で定められておるところでございます。

病床稼働率として高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%という数字が医療法施行規則に定められておまして、先ほどの1 ページの患者数をそれぞれ今申し上げました割合で割ることによってこの必要病床数が機械的に算出されるということでございます。

それでは、続きまして一枚めくりいただいて資料1-5をご覧くださいと存じます。

資料1-5につきましては、ただいま申し上げました人口等のデータ、そういったものについてそれぞれの医療圏ごとの特徴をまとめさせていただいたものでございます。当西三河南部東医療圏につきましては資料1-5の右の上から3番目の欄に記載をしております。先ほど人口推移のところでも申し上げましたが、一つ目の○でございます。2025年2040年に向けて65歳以上人口と75歳以上人口が大きく増えてまいると。また、二つ目の○でございますが、こちらは民間病院の割合が高いといったことと、平成32年に400床規模の大学病院を開設するといった協定が、当圏域においては締結されているといったことをお示しております。

そして三つ目の○でございますが、患者の流出入につきましては流出が2割強、主な流出先は西三河南部西医療圏、それに対して流入は少ない、先ほど5.4%ほどと申し上げました。

それでは恐れ入ります、資料の1-6をご覧くださいと存じます。

今回お配りした資料の中で、資料1-6は大変ボリュームの多い資料となっております。と申しますのは、全部で7つの疾患についてまとめたものをお示しているということでございます。後で閲覧いただきたいと思いますと思いますが、それぞれ7つの疾患ごとに4枚の資料となっております。4枚ごとに患者数、また患者の流出入、そして必要病床数ということで、この計算の仕方につきましては先ほどの資料の1-4でお示しをした内容と同様となっております。資料の1 ページから4 ページまで、がんについて患者数、患者の流出入等を記載しています。ただこの中で先ほどの繰り返しになりますが、1 ページの表の一番下、表の外でございますが、アスタリスクが付いてございます。表の中で網掛けの部分については、やはりレセプト情報等活用の際の制約のため集計結果が10人未満になる数字を公表していない、といったことをお示しております。この網掛けの部分については0と表示をされておりますが、実際にはここに1から9までの数字が入っている、ただその数字は公表できないことを、ご了解いただきたいと思います。と存じます。

こちらについては時間の制約もございまして、全体で28ページでございますが、内容については割愛させていただきます。参考としていただければと思っております。

それでは恐れ入りますが、一番最後のページになります。「病床機能報告制度の本県における報告状況」ということで資料1-7、最後にここだけ説明させていただきたいと思えます。

病床機能報告制度につきましてはご案内のとおり、こちらも医療法の改正によって設けられた制度でございます。こちらは地域医療構想より一足先に昨年度から始まっております。今回お示しをしております結果については第1回目、昨年度分の報告結果でございます。

ただ、この制度自体が始まったばかりということで、なかなかご提出いただけなかった医療機関もございました。そういったことから調整をした結果、今年の5月11日時点の報告内容ということで整理させていただいております。こちらにつきましては、2014年7月1日時点、そしてその右に6年が経過した日ということで、高度急性期、急性期、回復期、慢性期4つの機能区分ごとに、各医療機関におかれまして自分の医療機関の病棟がどの医療機能に該当するのかそれぞれご判断いただいた報告結果でございます。

4つの機能区分についての国の定義については、先ほどの圏域会議でお示しをいたしました。が、まだ抽象的な内容でございます。今回のこの報告結果につきましては、国の定める定性的な基準によって各医療機関がそれぞれ判断された内容の集計結果となっております。

したがって、各医療機関の判断によって、同じ急性期であってもかなり病棟の内容にばらつきがあるということがございます。それが現状だということだけご承知いただきたいと思えます。

なお、この報告結果につきましては昨日、8月24日から県のホームページで公開をさせていただいておりますので、参考にいただければと思っております。

以上説明が長くなって恐縮でございますが、よろしくお願いいたします。

○議長（小森岡崎市医師会長）

ありがとうございました。ただいまの説明のご意見ご質問等、ございましたらお願いします。

○木村岡崎市民病院長

いくつか質問したいことがあるのですが。

まず1点ですけれども、全国の数字、2025年の必要病床数全国の値が変わるということはあるのですか？

非常に機械的な数字、計算して出した数字ですね、この数が増えるとか減るとかいうことはあるのですか？

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

全国の数については変わりません。

○木村岡崎市民病院長

変わらないですね。では、県の数というのは隣の県との流出入で多少変わりますよね、でもそれを除けば県の数もそんなには変わらないということですね。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

はい、愛知県におきましては周辺の県からの流入超過でございますので、そのあたりの調整が必要になろうかと思えます。

○木村岡崎市民病院長

わかりました。だけど基本的にはそんなに大きく変わるものじゃないという理解でよろしいですね。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

はい。

○木村岡崎市民病院長

では 2 点目すみません。当医療圏というのは非常に流出超過になっておりますので、医療機関の所在地ベースで行くと、大変厳しい数になってしまうというのはしょうがないと思うんですね。ただ、少なくとも急性期以下というのは構想区域の中で完結しろということですから、どちらかというとも患者の住所ベースの数を重視すべきだと思いますが、そういう考えでいいですか。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

そちらにつきましては、今後の医療機関の、当圏域におきましては今後病院の設置といったことも考えられておるわけですから、そういったものも見込んで、10 年後の姿を考えていくべきだということでございます。

ただそうしますと周辺の医療圏においては、患者住所地ベースですとかえって不利になると申しますか、そういったこともあろうかということがございます。そういった調整が今後必要にはなってくると思えます。

○木村岡崎市民病院長

いわば隣の圏域から分捕ってくるということになる。そういった調整はどこまでするのですか

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

それにつきましては、医療体制部会にまず考え方をお諮りするということになろうかと思えます。

○木村岡崎市民病院長

県政のレベルでみんなで考えるということですね

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

はい。

○木村岡崎市民病院長

最後の質問です。基準病床数は来年度書き換えられないといけないと思うのですが、今のこの機能別の必要病床数との関係はどうなるのですか。例えば28年度はそういう細かいことは無いかもしれないけれど、その次の基準病床数の書き換えの時には機能別に出すということでしょうか。そしてそれがかなり拘束力を持った数になるのか。

そこだけ教えてください。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

まだそちらについては国の考え方がはっきり示されていないということがございます。と申しますのは、次回、本県たまたま本年度基準病床数を計画期間の関係で見直しさせていただくということがございますが、他の都道府県におきましては次期の医療計画は、平成29年度に改定することになると思えます。

その時に国から医療計画を策定するための方針が示されるということがございます。その時までには、将来の必要病床数と基準病床数の関係については整理されるのではないかと想像はしておるんですが、まだそういったところは国から示されておられません。

○議長（小森岡崎市医師会長）

ありがとうございました。ほかに。はいどうぞ。

○片岡岡崎市保健所長

岡崎市保健所長でございます。今、植羅主幹からお話伺いました。

28年度については、基準病床数の変化はありそうだけれど病床の申請につきましては従前どおりではないか、という今の県の見通しだと伺いましてよろしいでしょうか。

当地域、ご存知のとおり新しい病院が開設を予定していますので、当然その関係で病床の申請が28年度あたり出てくるのではないかと想定されますが、そういったことについては従前どおりではないだろうかというのが現在の県の見立てということではよろしいでしょ

うか。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

今回、国が基準病床数についての考え方をまだその時点では変えていないということになりますが、ただ医療機関の設置が具体化してくる段階でやはり国には一度相談する必要があるかと思っています。

○片岡岡崎市保健所長

逆に申しますと、それはいつごろの段階で県がご相談されるのか。我々も情報を上げる時に、どの段階であげて、どの段階で国にあげて、そのリターンがいつもらえるか、ということについてはどうでしょうか、見通しは。個別のケースで随時、県と連絡をとらないといけないということでしょうか。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

今のところその部分のはっきりはしないのですが、まずは地域医療構想を策定した上で国に相談する必要があるかと思っております。

○議長（小森岡崎市医師会長）

よろしいですか。

他にございますか。

○齋藤北斗病院院長

北斗病院の齋藤と申します。今の質問に関連してですけれど、現在 270 床まで許可病床を得られていますが、次の病床整備計画時に、機能別病床数とか、しっかりしたものがないと、今後どういった具合に予定を立てていったらいいか全くわかりません。実際、今、回復期が 100 床あって、療養病床が 114 床、56 床一般、この構成を変えようと思っているんですけど、国の方針はどの辺なのか。

全体の病床数だけだったらいいんですけど、北斗は回復期は 100 床のままにしないで、80 床にしないで、とか、そういう機能別病床数部分まで本当に 2017 年に出るんでしょうか。それも、はっきりしたものが。国の方針持っているのかどうか教えていただきたいと思います。

今、所長の質問に関連してですね、2020 年岡崎市南部に 400 床の病院開設計画がありますが、機能別としては一般病床だけなのか、回復期も持つのか、そういうことも全然わかってないし、そういうことが一番心配です。

実際、北部と南部と全然違います。患者の層とか。それから医療機関も全然少ない、入院機関ない。地域の特徴的なものをもっと打ち出して、地域医療構想を考えていただきたい

と思いますので、またその3つの点をちょっと教えてください。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

地域医療構想につきましては、最短で今年度、地域医療構想の策定をさせていただきたいと思っております。そして地域医療構想を策定した後で、実態をどう合わせていくかは、次の段階だと考えております。

先ほど医療需要の推計といったところでも説明させていただきましたが、地域医療構想の策定における、4つの機能ごとの病床数を計算するにあたっては、患者さんお一人お一人に注目をしています。レセプトのデータを使って、それぞれ365日、この地域に3,000点の患者さんが何人みえたか、そういった患者さんお一人お一人について計算したデータを元に地域医療構想の数を決めていくということですが、それに対して、その地域医療構想と比較するための実態というものが、最後にご説明させていただきました、病床機能報告により各医療機関からご報告いただいた内容でございます。

ただその内容が、国が今しっかり定義をしていないということがございます。しかもその報告自体が病棟ごとに報告をするということがございますので、病棟の中に様々な患者さんが混在しているといったことが全く反映されていない。そういった中で地域医療構想とこの実態をどううまく合わせていくかといったことを国がしっかりと示してこない、地域医療構想を作っても、地域医療構想の実現に向けた県の調整ですとか、そういった部分が非常に難しいのかなと思っております。

先ほど先生のおっしゃられました、それぞれ機能ごとの内容をはっきりしてほしいということは、まさしく私ども県でもこの部分をはっきり早く国に示していただきたいと考えております。

国におきましては今年度からこの4つの機能ごとの内容について精緻化をするということで検討を始めていくと聞いておりますので、県といたしましてはその状況を注視させていただきたいと思っております。

すみません、あまり回答できた形にはなっておりませんが、よろしく申し上げます。

○議長（小森岡崎市医師会長）

よろしいですか。

○片岡岡崎市保健所長

病床の機能別の境界点の考え方について、高度急性期か急性期かは3,000点で区切ったという形で、便宜的にはどこで区切ろうとおそらく異論は出ると思いますが、これについてはもう一切変更の余地がないというか、未来永劫というか、少なくとも長期間に渡ってこの基準で将来も見ていくということで国がなんとなく押し切るといふかそういうおつもりなのか。これについて異議とか議論は出てませんか。

と申しますのは、例えば子供はどんなにがんばったって診療報酬の単価は低いですから、私これ見てびっくりしたんですけど、子供の高度急性期の病床は0なんですね、うちの医療圏において。名古屋市以外は0になってますよね。とか例えば重症の心筋梗塞の患者さんの数をみたかという点が出てこない、ということで実態とかなりなんとなく、もう少しあってもいいというか、実態の高度急性期のイメージからするとそういったものについての病床数はある程度出てきてもいいと思うんですが。もちろん10人以下ということで患者さんが少ないのかもしれませんが。ですけど、出てきた数字が点数だけの問題になりますと、診療報酬の高い点数の診療行為を取ってるものが優先的に高度急性期だという話になってしまいますよね。確かにそういった側面がありますので、一概にこの決め方が間違ってるとは思いませんが、ただそういった細かいことを見ていくと実態と若干ずれがあるような決め方だという気がするもので、こういったことについて皆様がご了解を国全体のレベルで取っていらっしゃるのかとか、これについてももう少し見直しをかけるべきではないかという意見があってもいいような気もしますが、そういったことについては何か動きをつかんでみえますか。

#### ○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

こちらの点数の区分につきましては、国の地域医療構想策定ガイドラインに関する検討会議で何度も議論を交わされてこのように決まったのだと思っております。ただこの点数での区分というのは、あくまでも2次医療圏単位でそれぞれ必要病床数を試算するためのものでございまして、それぞれの医療機関ごとに点数を当てはめるとか、そういったことはまったく国は考えておりません。

また、医療法の施行規則の中にこういった点数について規定がされておるということがございますので、今回の地域医療構想の策定に当たってはこの数を使わざるを得ないと思っております。

一度作ってみて、それがあまりにも実態に合わないということであれば、将来的な見直しになる可能性は無いこともないとは思いますが、現時点ではこの内容だということでご了解いただきたいと思います。

#### ○鈴木岡崎市保健部長

岡崎市です。先ほど市民病院院長先生の質問の中であったように、岡崎市の場合、藤田保健衛生大学が将来建設するというのが前提にあるんですけど、藤田保健衛生大学の病院が高度急性期なのか急性期なのか回復期なのか、どれくらいの割合でやっていくのか、わからない状況です。

先ほど最終的に県のほうで数字の割合を構想の中で決めていくという話がありました。それから、住所地を基本にすべきだという話が先生からあったのですが、この地区では新しい病院が来るという前提で考えれば、当然住所地で今この数字の中にある将来推計の 25

年の 323 という数字がまるまるこの地域に当てはまるものと思うわけですが、それをやるには流出先の了解というかそういうものも必要だというふうに、非常に微妙なこともあると思うんですけど。

この数字が示される段階ですが、それぞれの圏域の了解を得た段階で県から全体の分が示されるのか、いきなり県のほうから示されるのか、どのような流れになっていくのかちょっと知りたいですが。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

先ほど圏域会議のスケジュール表で案をお示しさせていただいたのですが、今回第1回のワーキングにつきましてはデータの共有等であるということで、地域医療構想の構想区域については医療審議会ですでに10月に決定をするということを考えております。

そのあと、年末12月でございますが、医療審議会の医療体制部会で将来の必要病床数といったことについて、県全体についての考え方をご議論いただくということを考えております。そういった中で本日いただいたご意見等も踏まえて県の事務局案というものをお示しさせていただきたいと思っております。

そして、そこでご了解をいただいた方向性でまた2回目のワーキンググループで各地域でご議論いただくということを今考えているところでございます。

○鈴木岡崎市保健部長

すると2回目、次にある時にはもう固まった数字が示されるわけですね、この数字で行く、と。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

全体の考え方については次回、固まったものをお示しする形になろうかと思っております。

○鈴木岡崎市保健部長

これまでの意見が全てそうなのか分かりませんが、岡崎市の場合は2015年の必要数というのは当然住所地ベースで計算されるべきだと思っておりますので、そこはちょっと強く言っておきたいんですけども。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

そういったご意見を十分踏まえて、医療審議会等に報告させていただきたいと思っております。

○議長（小森岡崎市医師会長）



よろしいですか。では私もちょっとお伺いしたいんですけど。

先ほど木村先生がおっしゃられたように、おそらく国のツールにしたがって出てきた数字というのは今後大きく変わることは無いだろうということですよね。まずその確認です。

それから鈴木部長がおっしゃられたように、岡崎の場合はやっぱり流出がかなり多いので、患者住所地ベースでの数字を基本に是非考えたいというのは僕も同じ意見です。ここでパターン A と B とありますけれども、この圏域はどちらの方向で行くとか、それはもう大体方針は決まっていますか。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

最後のパターン A とパターン B につきましては、厳しいものはとる必要は無いのではないかと考えております。パターン B の緩やかな方向で行くべきだと、個人的には。

○議長（小森岡崎市医師会長）

僕も個人的には当然 B だと思っていますけれども。

先ほど齋藤先生がおっしゃられたように、今後、増床計画であるとか、あるいは藤田保健衛生大学の進出ということを考えるときに、診療報酬がどういうふうになるか分からないのに、計画なんて無謀すぎて立てられないというのは本当に不安があると思うんですね。

そのところはいったいつぐらいくっきりとしてくるのですかね。今度 30 年が大きい改正になりますよね、医療と介護が同時改正になりますから。その時にきつとかなり大きな変化がくるとは思いますけれども、そうするといろんな計画を立てられる場合に、その時まで待って様子を見てないと危険なプランになってしまうのか。

そこらへん、やっぱり会員の中にも増床計画を立てる時のひとつの目安くらいは分からないと危なっかしくて借金もできないじゃないかという気がするんですけども。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

特に診療報酬につきましては私ども県ではいかんともしがたいところがございます、ただ先日、もともと名大からお越しの廣澤先生に伺ったところだと、28 年度の診療報酬では、この地域医療構想の内容を踏まえた形にはまだあまりならないのではないかとというようなことでした。

ただ厚生労働省の中で、地域医療構想については医政局、診療報酬については保険局とやったこともあって、医政局のほうでもまだはっきりしたことはいえないとおっしゃっておられました。

ただ、次回平成 30 年度になりますと今度は医療だけでなく介護報酬も同時改定といったことがございますので、大きな方向性が見えてくるのではないかと、すいませんこれもまた個人的なんですけど、考えているところでございます。

○議長（小森岡崎市医師会長）

藤田保健衛生大学が平成 32 年に進出してくるということは明らかで、藤田保健衛生大学がこの場にいない中で第 2 回目のワーキンググループの会議を開いて、今度は高度急性期、急性期だとか回復期だとか、という話し合いをするわけですね。最終的にはこれを調整して病床の機能の変更をせざるを得ないところに関しては、国が決めたこの基金を使って変更しろということになってますよね。

知事が、公的医療機関に対しては、強制力を持って変更を指示するし、民間病院に対してはあの手この手を使って要請するということになってますよね。そうだとした場合の会議の場における高度急性期、急性期、回復期等のこれからのバランスを考える上で、藤田保健衛生大学の意見は誰が言われることになるのですか、鈴木部長ですか。こういう場で話し合う時、藤田保健衛生大学の希望は誰が代弁するのでしょうか。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

まず、地域医療構想を作る段階では、ほとんど国から示されているツール、計算方法によって病床数が決まってしまうということは確かな事でございますので、なかなか医療機関ごとに調整をするといった段階にはまだ無いと思っております。

たとえ地域医療構想ができたとしても、繰り返しになって恐縮なのですが、病床機能報告上の医療機能ごとの定義がはっきりしていないということがございますので、まだ当分の間は現状がはっきりしないということがあるかと思えます。

ただ地域医療構想というものを作って、平成 37 年に向けて、この地域では全体的に見ると例えば回復期が少ないということが見てとれば、各医療機関の皆様方でそういう情報を御覧いただいて、まずは自主的に、将来それぞれの自院の立ち位置と申しますか、方向性について考えていただくための参考にしていただくというのが、地域医療構想を作った後の最初のスタートなのかなと思っております。

○議長（小森岡崎市医師会長）

ナショナルデータベースとか DPC のデータを元に、高度急性期、急性期、っていうのを分類したということであれば、既存の病院は、そりゃあ自分のところは確かに 3,000 点は無いわなあとか、そういうのが分かるけど、できてない病院について、その病院はどのくらいの機能のものなのかということ推測することはできないじゃないですか。基本のデータも何も無い、DPC もないナショナルデータベースもないところで。それでどうやって考えるのかなというのがちょっと分からないところですね。これくらいのことは期待できるんじゃないかな、とかそういった想定でやるわけですかね。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

すみません、そちらについて、わからない、お答えできないというか、情報まだ持っていないというか。すみません。

○議長（小森岡崎市医師会長）

私は以上です。では他には。

○片岡岡崎市保健所長

あと県から情報をいただける機会はとりあえずはないというか、今度のワーキングが次の機会だということですか。

どういった形でいろいろな情報を地域に流していただけるのか、最後にちょっとそこだけお願いします。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

まずは医療審議会の医療体制部会で具体的なものについてはご審議いただくということで、そういった情報につきましては、会議の当日に県のホームページに、配布資料については全てアップをさせていただきたいと思います。

議事録については若干後になりますが、資料については医療審議会医療体制部会と同日に各地域の皆様方が情報入手できるような形にはさせていただきたいと思っております。

○議長（小森岡崎市医師会長）

よろしいですか。はい、どうぞ。

○田中全国健康保険協会愛知支部企画総務グループ長

すみません。協会健保の田中です。

1点だけちょっと確認したいことがありまして、圏域内での医療を完結するために今回地域医療構想で色々やっていると思うんですが、その中で、必要な診療科、今回、愛知県1,400床削減という形になっていると思うんですけど、こういうのはバランスよく削減していただかないと、私ども協会健保としましては、現役世代の加入者の方が多いものですから、急性期の方が多いんじゃないかと思われまして、そういった中でバランスよく配置をしていただけるような形で、削減というのは向かっていく方向性になるのでしょうか。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

病床につきましては、今回地域医療構想においては、4つの機能ごとの病床数という形でお示しをするというのが、全体の中身でございまして、診療科ごとにお示しをするということはありません。

実際各医療機関で、例えば診療科を複数持ってみえるところで、この病棟が全てその診

療科、といった運用もされていないのではないかと思います。

そしてその診療科になりますと、専門医の先生がどれだけその地域で確保されるかといったことにも関わってきます。そういったところは、県で今年度当初から地域医療支援センターという、全体的な今後の医師の確保などを検討させていただき部署ができておりますので、地域医療構想の医療提供体制の中の大変重要な一部であるのですが、医師の確保といったところはまた別の形で県としても検討させていただきたいと思っております。

○議長（小森岡崎市医師会長）

よろしいですか。

それでは他にご意見も無いようですのでこれで議事を終了させていただきます。

皆様のご協力によりまして議事が円滑に進みましたことを御礼申し上げます。これで議長の任を閉じさせていただきます。

では事務局よろしく申し上げます。

○事務局（小田西尾保健所次長）

どうも小森先生ありがとうございました。

ご出席の皆様には、議論をいただきましてありがとうございました。

以上をもちまして本日の西三河南部東圏域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。

どうもお疲れ様でした。気をつけてお帰りいただきたいと思います。