

名古屋・尾張中部圏域地域医療構想調整ワーキンググループ 議事録

- ・開催日時 平成28年2月8日（月）午後2時から午後3時30分まで
- ・開催場所 名古屋市公館 1階 レセプションホール
- ・出席者 杉田 洋一（名古屋市医師会会長）、服部 達哉（名古屋市医師会副会長）、加藤 林也（名古屋掖済会病院院長）、石川 清（名古屋第二赤十字病院院長）、田中 宏紀（名古屋市立東部医療センター院長）、金森 雅彦（上飯田リハビリテーション病院院長）、鶴飼 泰光（鶴飼リハビリテーション病院院長）、太田 圭洋（新生会第一病院ホスピール理事長）、佐藤 貴久（相生山病院院長）、小木曾 公（名古屋市歯科医師会会長）、平手 雅樹（名古屋市歯科医師会常務理事）、野田 雄二（名古屋市薬剤師会会長）、大矢 早苗（愛知県看護協会名古屋東地区支部長）、河合 美子（愛知県国民健康保険団体連合会保健事業推進専門監）、藤田 準一（ATグループ健康保険組合常務理事）、広瀬 茂（全国健康保険協会愛知支部長）、山田 茂夫（名古屋市健康福祉局副局長）、平田 宏之（名古屋市瑞穂保健所長）、前田 修（西名古屋医師会会長）、今村 康宏（済衆館病院理事長）、恒川 武久（新川病院院長）、島野 泰暢（五条川リハビリテーション病院院長）、水野 晴進（西春日井歯科医師会会長）、宮田 壮一（西春日井薬剤師会副会長）、市原 美恵子（済衆館病院看護部長）、濱島 治久（清須市健康福祉部長）、大西 清（北名古屋市市民健康部長）、堀場 昇（豊山町生活福祉部長）（敬称略）
- ・傍聴者 5人

<議事録>

（愛知県健康福祉部医療福祉計画課 緒方課長補佐）

お待たせいたしました。定刻になりましたので、ただ今から「名古屋・尾張中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。

開会にあたりまして、愛知県健康福祉部の丸山技監から御挨拶を申し上げます。

（愛知県健康福祉部 丸山技監）

愛知県健康福祉部技監の丸山でございます。

本日はお忙しい中、名古屋・尾張中部圏域地域医療構想調整ワーキンググル

ープに御出席いただきまして、ありがとうございます。また、日ごろは、当地域の健康福祉行政の推進に、格別の御理解、御協力をいただき、この場をお借りして、厚くお礼申し上げます。

さて、本日は、お手元の会議次第のとおり、「地域医療構想における必要病床数の推計等について」御議論をお願いいたします。

地域医療構想につきましては、昨年6月の医療法の改正により今年度から策定することとされ、構成員の皆様方におかれましては、今年度第1回目の圏域保健医療福祉推進会議において、構想区域の設定等について御審議をいただきました。その審議状況を踏まえ、昨年10月28日に開催いたしました愛知県医療審議会において、本県における構想区域の設定について御承認いただいたところでございます。名古屋医療圏と尾張中部医療圏におきましては、一つの構想区域として設定されましたことから、合同のワーキンググループとして開催させていただきました。

本日の会議では、昨年12月18日に開催いたしました愛知県医療審議会医療体制部会でお示しさせていただきました、必要病床数のたたき台及び将来のあるべき医療提供体制を実現するための取組につきまして、構成員の皆様方の御意見をお伺いしたいと考えております。

限られた時間ではございますが、活発な御議論をお願い申し上げまして、開会にあたりましての御挨拶とさせていただきます。
本日はどうぞよろしくをお願いいたします。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 緒方課長補佐)

本日の出席者の御紹介ですが、時間等の都合もありますので、お配りしてあります「構成員名簿」及び「配席図」をもって御紹介に代えさせていただきます。また、本日の会議は傍聴の方が5名いらっしゃいますので、御報告をいたします。

次に、資料の御確認をお願いいたします。次第の裏面に配付資料の一覧がございますので、御覧いただきたいと存じます。

【次第（裏面）配付資料一覧により資料確認】

続きまして、議長の選出をお願いしたいと思います。当ワーキンググループは、「愛知県圏域保健医療福祉推進会議開催要領」に則り開催しておりますので、議長につきましては、開催要領第4条第2項の規定により、互選でお決めいただくことになっております。

特に御異議がなければ、名古屋市医師会会長の杉田様をお願いしたいと思います。

ますが、いかがでしょうか。

【異議なしの声】

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 緒方課長補佐)

ありがとうございます。それでは、出席者の皆様の総意といたしまして、議長は名古屋市医師会会長の杉田様にお願いいたします。どうぞ議長席にお願いいたします。それでは、以降の議事の進行は議長にお願いいたします。よろしく申し上げます。

(杉田議長)

よろしく申し上げます。それでは早速議事に移りたいと思います。その前に、本日の会議の公開非公開の取扱いについて、事務局から申し上げます。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 緒方課長補佐)

当会議は、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、全て公開で行いたいと思います。

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、本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、あらかじめ御承知いただきますようお願いいたします。

(杉田議長)

よろしいでしょうか。

それでは、議事「地域医療構想における必要病床数の推計等について」に移りたいと思いますので、事務局から説明してください。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 久野主任主査)

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。資料「地域医療構想における必要病床数の推計等について」の1ページを御覧ください。「1 必要病床数の推計手順」でございます。この推計手順につきましては、国の「地域医療構想策定ガイドライン」に記載されております手順をまとめたものでございます。

まず(1)でございますが、構想区域ごとに、「患者住所地に基づき推計した平成37年の医療需要」と、「現在の医療提供体制が変わらないと仮定した平成37年の推定供給数」を比較いたします。「平成37年の医療需要」につきましては、その区域にお住まいの入院患者数の推計でございます。

もう一方の「現在の医療提供体制が変わらないと仮定した平成37年の推定供給数」につきましては、現在の医療圏の間で発生しております入院患者の流出入の状況が、平成37年においても変わらないとした場合の推計値でございます。なお、これらの数値につきましては、国から各都道府県に提供されております「地域医療構想策定支援ツール」によりまして算出された数値でございます。

次に(2)でございますが、入院患者の流出入につきましては、都道府県間でも発生しておりますので、関係する都道府県との間で、患者数の増減を調整することとなっております。

次に(3)でございます。(2)の都道府県間の調整の後に、県内におきまして、2次医療圏ごとの医療提供体制や、関係者の皆様方の御意見を踏まえた上で、構想区域間の入院患者数の増減を行い、将来のあるべき医療提供体制を踏まえた推定患者数を確定することとなっております。

そして(4)でございますが、(3)で確定しました将来の推定供給数を病床稼働率で除して得た数を、平成37年の必要病床数とすることとされております。なお、資料でございます病床稼働率につきましては、医療法施行規則に定められております。

続きまして、「2 医療需要の推計について」でございます。医療需要の推計方法等につきましては、昨年開催いたしました圏域会議におきまして概略を説明させていただいておりますので、今回は内容を簡略化しております。なお、本日「参考資料1」としてもお示ししておりますので、参考にいただければと存じます。

まず(1)でございます。4つの医療機能のうち、高度急性期、急性期、回復期の3つの医療機能の医療需要の推計につきましては、平成25年度のレセプトのデータ等に基づき、診療報酬の点数でございます医療資源投入量による区分ごとに推計することとされております。この推計方法につきましても、病床稼働率と同様、医療法施行規則に定められております。

次に(2)でございますが、慢性期機能の医療需要の推計につきましては、都道府県が若干の調整を行うことができることとなっております。一つ目の○でございます。慢性期の医療需要につきましては、慢性期機能を主に担っております現在の療養病床の入院受療率の全国格差が大きいことから、地域差を解消するための目標を定めることとなっております。そして、長期に療養を要する患者のうち、一定割合を在宅医療等に移行する前提で算定することとされております。

目標の定め方につきましては、2つ目の○でございますとおり、パターンAとパターンBの2つがあり、この範囲内で定めることとされております。パタ

ーンAにつきましては、入院受療率を全国最小値に低下をさせるもので、パターンBにつきましては、入院受療率の全国最大値が全国中央値まで低下する割合を用いるものでございます。したがって、パターンAの方が厳しい目標設定となり、パターンBはパターンAと比べると緩やかな目標値を設定することとなります。

また、3つ目の○でございますが、「特例」により目標年次を平成37年から平成42年に5年先送りすることができまして、本県におきましては「東三河北部医療圏」が該当しております。

4つ目の○でございます。本県におきます平成25年度の慢性期の入院受療率、及び平成37年の入院受療率をパターンA、パターンBそれぞれで試算した結果が、資料右上の表でございます。

パターンAを用いますと、表の中程、「パターンA」という項目の中の左側「平成37年入院受療率」の欄でございますとおり、知多半島医療圏を除きまして、全国最小値であります「81」に近づける目標設定となります。

一方、パターンBを用いますと、「パターンB」の項目の中の左側「平成37年入院受療率」の欄にありますとおり、パターンAではほぼ一律「81」であったものが、名古屋医療圏では「89」、海部医療圏では「96」といったように、パターンAよりも緩やかな目標設定となります。なお、パターンBの東三河北部医療圏の数値が「97」となっておりますが、この数値は「特例」を用いた場合の平成42年の目標値でございます。

そして、表の下の○でございますが、本県におきましては、今後、在宅医療等の提供体制の整備には、一定程度の時間が必要であると考え、パターンBによることとする、また、東三河北部医療圏につきましては「特例」を用いることとするということでございます。

それでは、資料を1枚おめくり頂きまして、2ページを御覧ください。「3 必要病床数の都道府県間調整について」でございます。先ほど、若干説明をさせていただきましたが、本県におきましては、岐阜県、三重県、静岡県、東京都、及び福岡県と調整を行っております。調整の経過及び結果につきましては資料のとおりでございますが、結果として、医療機関所在地ベースで調整することとなっております。

それでは、資料を1枚おめくり頂きまして、3ページを御覧ください。「4 構想区域間の供給数の増減の調整について」でございます。こちらの調整方法につきましては、たたき台ということでお示ししております。

まず1つ目の○でございますが、現時点におきましては、将来の医療提供体制がどうなるかということをはっきり見込むことが難しいということがございますので、現在の医療提供体制が変わらないと仮定をいたしまして、医療機関

所在地ベースに基づく必要病床数の推計を基本としてはどうか、ということをございます。

ただし、2つ目の○でございますが、先ほど医療需要を推計するに当たりまして用いておりますのが、平成25年度のレセプトデータという説明をさせていただきました。そのために、平成26年度以降において大幅な増床の予定や病院の開設がある場合につきましては、その影響により隣接する構想区域への一定程度の流出が止まるといった状況が発生することを考慮し調整を行ってはどうか、ということをございます。

なお、ここで申しております「大幅な増床の予定」でございますが、平成26年度以降、一般病床あるいは療養病床のいずれかにおきまして、200床以上の増床が見込まれるものとしておりまして、2つの医療機関が該当しております。

まず(1)でございますが、西三河北部構想区域に平成30年4月に開設が予定されております「豊田若葉病院」でございます。開設場所につきましては、資料右側の位置図を御覧いただきたいと存じますが、当区域の中でも西三河南部西構想区域により近い場所に開設される予定となっております。整備予定病床数につきましては、一般病床が50床、療養病床が200床ですので、療養病床の200床が影響を及ぼすと考え、西三河南部西構想区域へ流出をしている慢性期の入院患者38人について調整をしてはどうか、というたたき台とさせていただきます。

次に(2)でございますが、西三河南部東構想区域に平成32年4月に開設が予定されております「藤田保健衛生大学病院の新病院」でございます。開設場所につきましては、位置図にございますとおり、岡崎市の南部に開設される予定となっております。昨年3月27日に、開設者である学校法人藤田学園と岡崎市との間で、大学病院の整備に関する協定書が締結されております。整備病床数につきましては、一般病床が400床程度ということで、2次救急を24時間体制で通年実施するということが考えられております。この400床が影響を及ぼすと考えまして、西三河南部西構想区域及び、東三河南部構想区域へ流出をしている高度急性期から回復期までの入院患者について調整をしてはどうか、というたたき台とさせていただきます。

調整する入院患者数につきましては、資料にございますとおり、西三河南部西構想区域へ流出をしている入院患者につきましては、高度急性期が41人、急性期が88人、回復期が92人。東三河南部構想区域へ流出をしている入院患者につきましては、急性期が13人、回復期が15人でございます。

それでは、資料を1枚おめくり頂まして、4ページを御覧ください。平成37年の必要病床数の「たたき台」をお示ししております。構想区域ごとの

平成37年の必要病床数につきまして、先ほど説明いたしましたとおり、医療機関所在地ベースを基に、一部調整をさせていただいた数字をお示ししております。

資料の左側の表には、名古屋・尾張中部構想区域から知多半島構想区域まで、4つの医療機能ごとの必要病床数を「たたき台」としてお示ししております。こちらは全て医療機関所在地ベース、現在の構想区域間の患者の流出入については将来も継続すると仮定をして推計させていただいた数値となっております。なお、「必要病床数」の項目の下の行、「平成26年の病床数」でございますが、この病床数につきましては、表の欄外の一番下のアスタリスクで説明しておりますとおり、平成26年10月1日現在の病院名簿でございます、病院の一般病床数と療養病床数、そして有床診療所の病床数の合計を、病床機能報告における報告結果の割合を使いまして算出をいたしました「参考値」としてお示ししております。病床機能報告制度につきましては、定性的な基準であるため、現在は厳密な基準となっております。そのため、今回はあくまで「参考値」とさせていただいている、ということでございます。

それでは、資料右側の表を御覧ください。西三河北部構想区域から東三河南部構想区域まで、そして全体の計をお示ししております。

東三河北部構想区域を除く区域につきましては、先ほど説明をいたしました「豊田若葉病院」及び「藤田保健衛生大学病院の新病院」の開設予定に伴う調整をした数値をお示ししております。

「必要病床数」の項目で、矢印で、左と右で数値を分けてありますものが、調整を行っているところでございます。矢印の左側が調整前の数値、矢印の右側が調整後の数値でございます。

それでは、資料を1枚おめくり頂きまして、5ページと、その次の6ページを御覧ください。それぞれ参考としてお示ししております。5ページにつきましては、「参考1」といたしまして、構想区域間の調整を行わない場合の必要病床数をお示ししております。6ページにつきましては、「参考2」といたしまして、構想区域間の調整を行った場合の必要病床数をお示ししております。4ページの資料につきましては、この「参考2」に基づき作成をした資料でございます。

最後に、資料を1枚おめくり頂きまして、7ページを御覧ください。「5 将来のあるべき医療提供体制を実現するための取組」について、説明させていただきます。

地域医療構想につきましては、医療法上「医療計画」の一部として定めることとされております。構想に記載する内容につきましては、先ほど説明いたしました「平成37年におきます構想区域ごとの必要病床数」の他に、「構想を实

現するために将来のあるべき医療提供体制を実現するための取組」について、記載することとされております。

まず「(1) 考え方」でございます。アにございますとおり、この構想を実現いたしますためには病床の機能分化と連携を進める必要がございます。この病床の機能分化と連携を進めるためには、地域医療構想で策定をいたしました必要病床数を地域の会議の場にお示ししまして、その数字を御覧いただき医療機関の自主的な取組を促すことと合わせまして、医療機関相互の協議を行っていただく必要があると考えております。

次にイでございます。先ほど、医療需要の推計の中で説明いたしましたが、慢性期機能の医療需要につきましては、在宅医療に移行していく目標を立てますことから、在宅医療の充実強化を図っていくことが必要となっております。

そしてウでございますが、そうした医療提供体制を再構築する上で、医療従事者の確保・養成を図る必要がございます。

こうした取組を進めるために、エでございますが、昨年度から設置をしております「地域医療介護総合確保基金」を活用していく必要があると考えております。

続きまして、「(2) 今後の方策」でございます。ただいま説明いたしました、アからウにつきまして、それぞれ、どのような方策が考えられるかということで、事務局案としてお示しをさせていただいております。

まず、「病床の機能の分化及び連携の推進」につきましては、不足する医療機能、これは主に回復期機能になると思われませんが、その医療機能が充足できるよう、病床の転換等への支援や、ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備、病診連携システムの整備等を事務局案としてお示ししております。

次に「在宅医療の充実」につきましては、郡市区医師会に今年度から本格的に運営・設置をされております「在宅医療サポートセンター」の支援等による、24時間365日対応可能な在宅医療提供体制の構築の推進や、ICTによる在宅医療連携システムの導入支援、市町村が中心となりました、他職種が連携をして患者家族をサポートする体制づくりの支援、地域包括ケアシステムの構築等を事務局案としてお示ししております。

「医療従事者の確保・養成」につきましては、今年度、県に設置をいたしました「地域医療支援センター」を中心といたしました、医師不足地域等の病院勤務医の養成等、医師確保対策の推進や、チーム医療の推進等を事務局案としてお示ししております。

最後に「6 今後の予定」でございます。今月19日の金曜日開催を予定しております「愛知県医療審議会医療体制部会」におきまして、各圏域で開催いたしました「地域医療構想調整ワーキンググループ」での御意見を踏まえま

して、必要病床数等について改めて御審議をいただく予定としております。
簡単ではございますが、資料の説明につきましては以上でございます。

(杉田議長)

それでは、まず、資料の1及び2の推計手順等について御意見・御質問等がございましたら御発言願います。

ありませんか。では次に、3の「必要病床数の都道府県間調整」及び4の「構想区域間の供給数の増減の調整」について、医療機関所在地ベースに基づく必要病床数の推計に関する御意見・御質問等がございましたら御発言願います。

(広瀬委員)

4ページの必要病床数について2つお聞きします。平成26年度の病床数については、参考値となっています。病床機能報告の数字は毎年10月に出ると思いますが、平成27年度の病床数の参考値はいつ出るのでしょうか。

もう一つは、名古屋・尾張中部の場合、高度急性期の必要病床数は、病床数2,885床となっていますが、毎年、病床数報告が出てくることによって変化するものなのでしょうか。たたき台とはなっていますが、どこまでの拘束力があるのかについてお聞きしたいです。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

ただいま、2点の御質問をいただきました。1点目でございますが、資料4ページの平成26年の病床数につきましては、毎年10月に各医療機関から報告をいただく病床機能報告の結果に基づいて計算させていただいたものでございます。平成27年の病床機能報告につきましては、現在、国で集計中ということでございまして、その中身が固まってまいりましたら、平成27年の病床数をお示ししたいと思っております。もう1点の「必要病床数」でございますが、名古屋・尾張中部構想区域の高度急性期は2,885床、急性期は8,067床となっておりますが、この数字は、平成25年度のDPCのデータ、そして、レセプトデータから算出しております。平成37年の必要病床数を見込むために、平成25年度のデータを全国一律で用いているということでございます。従いまして、平成27年の病床機能報告の数字を必要病床数の算定に用いることはないかと存じます。

(太田委員)

4ページの名古屋・尾張中部医療圏の各機能の必要病床数についてお聞きしたいのですが、今回頂いた資料によりますと、高度急性期機能は4,102床

過剰ということですが、主に療養病床が担っている慢性期機能も現時点で既に過剰ということですか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

慢性期につきましては、主に療養病床が担っていただいているということでございまして、参考値と比較いたしますと差引で△655床でございます。△は過剰ということです。

ただ、平成26年の病床数につきましては、欄外の一番下のアスタリスクで御説明しておりますとおり、平成26年の病床機能報告の割合によって算定させていただいた数値でございます。そして病床機能報告の内容につきましては、先ほども申し上げましたが、現在は定性的な基準ということでございまして、それぞれの4つの医療機能を正確に表している状況ではありません。また、病床機能報告については、病棟単位で報告いただいているということもございまずので、必要病床数と正確に突合するというのは、現時点では非常に難しい状況にあると思っております。

(太田委員)

今回、名古屋医療圏と尾張中部医療圏を統合させて一つの構想区域としましたが、基本的に統合する前は、名古屋医療圏は慢性期機能もそれほど過剰ではなかったと記憶しております。実際、これからは在宅医療に力を入れていって、いわゆる慢性期の入院受療率を少しずつ下げていく努力を我々はやっています。核家族化が非常に進んで、高齢者の独居又は単独世帯が増えてきております。今後、この構想区域におきまして、慢性期の病床に転換する際に、例えば、同じ構想区域の中でも、このエリアは不足しているこのエリアは充足しているというところも出てくるのだらうと思います。二つの二次医療圏を統合して一つの構想区域として検討してくということで、今年度名古屋圏域保健医療福祉推進会議でも御発言させていただきましたけれども、病床整備や転換の際には、極力、地域の実情を見ながら御判断いただきたいと思えます。構想区域全体としては過剰という形になっておりますが、今後様々な病院がいろいろな地域の状況を見ながら病床転換の取組をしていくと思えますので、その辺に関しては、しっかりと同じ構想区域の中でも見ていただいて御判断いただければと思います。

(愛知県健康福祉部 青柳医療制度改革監)

今の委員の御意見はもっともございまして、大変広い構想区域の中で必要病床数を考えていかなければなりません。また、医療機関の自主的な御協議も

重ねながら進めていかなければなりませんので、そういったことをどう進めていくかは、今後、御相談させていただきたいと思っております。

(加藤委員)

我々病院関係者は、この資料を見るのは初めてではなく、何度も何度も御説明いただいているのですが、必要病床数について、基本的なことを確認させていただきたいと思えます。例えば、高度急性期の必要病床数は2,885床で、現在、届出では6,987床となっており、かなりのかい離があります。国から送られたデータに基づいて算出した必要病床数ですので、県が独自に算出方法を考案しているということではないと思えますが、この必要病床数の算出については、2025年(平成37年)、9年後の人口構成の変化等を考慮して算出されていると考えていいのでしょうか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

地域医療構想につきましては、まず平成37年の医療需要について推計をする必要がございます。その推計方法につきましては、8月の圏域保健医療福祉推進会議でも御説明させていただいておりますが、本日の「参考資料1」を御覧いただきたいと思います。この中で、高度急性期、急性期、回復期につきましては、診療報酬の点数で区分けをするとお示ししております。

右上の表でございますが、平成25年度の全てのレセプトデータを用いて、診療報酬の一日当たりの点数から入院基本料、リハビリの関係の点数を除いたものが3,000点以上の場合は高度急性期、3,000点未満600点以上の方については急性期、600点未満175点以上の方については回復期、といった区分けを国が行っています。それによって、平成25年の人口構成に、それぞれの医療機能ごとの患者が、年齢ごとにまた性別ごとに何人入院していたかという平成25年度の入院受療率を算出したしまして、それを国立社会保障・人口問題研究所が推計している平成37年の各都道府県、各構想区域の人口構成に当てはめて、病床機能ごとの患者数を出し、その患者数を病床の稼働率で割ることによって必要病床数を推計している、そういった計算を全国一律で行っているという状況でございます。

(加藤委員)

病院関係者以外の方もいらっしゃいますので、少し補足をさせていただきます。今から9年後の2025年には、高齢者がかなり増えますが、それは全国一律ではないと思えます。特に、名古屋医療圏や尾張中部医療圏のような都市部では、人口そのものが9年後にはあまり減りません。むしろ、高齢者の割合

が増えていくということになります。今と同じような状況で高齢者が罹患した場合、外傷も含めて高齢者の場合は多疾患を併発しているので、重症化しやすいと通常我々は思うわけです。そのような状況の中で、人口総数は変わらず、高齢者の割合が増えていくというのは、相対的には高齢者の病人が増えるということになりますから、重症患者が当然増えていくことになります。濃密医療、高度医療が必要な高齢者が増えていくというのが、我々の将来推計の見通しです。必要病床数と平成26年の病床数がこのようにかい離しているのを見ると、大変奇異に思います。

先ほど、太田先生が質問されていた慢性期については、現在、医療区分1といったような患者を将来的には在宅で見るという国の考え方がありますので、名古屋・尾張中部圏域の慢性期の必要病床数が過剰となっているのは、そういうことが背景にあるからだと考えていいのでしょうか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

慢性期の推計方法につきましては、参考資料1の右下を御覧ください。慢性期病床の必要病床数の推計の考え方をお示ししております。特に、今委員に御指摘いただきました、医療区分1につきましては、(2)「慢性期機能と在宅医療等の医療需要」の②に記載がございます。②を読み上げさせていただきます。「療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者数の70%を在宅医療等に対応する患者数として推計する。また、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で、将来時点の慢性期機能及び在宅医療等の医療需要としてそれぞれを推計する。」ということでございます。療養病床につきましては、医療区分1から3までございまして、医療区分1につきましては、医療必要度の比較的低い患者とお考えいただければと思います。

(今村委員)

太田先生の御質問とかなり被ってしまいましたが、回復期機能の病床が5,584床足りないということで、回復期は福祉圏域に受け継がれていくことを考えますと、地域によって満遍なく確実に支援することにつながらないのではないかと危惧を持っています。先ほど慢性期のお話の際にも話題に出ましたが、幅広い医療圏になりましたので、回復期から地域の福祉圏域にスムーズにつなげていくような取組をしていただきたいと思います。その辺りについていかがですか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

ただ今の御指摘については、資料の4ページでございます。回復期において

必要病床数と平成26年の病床数が現時点で5,584床の差があるということでございまして、こういったところを今後どのように整備していくかということでございますが、地域医療構想は策定をしたらそれで終わりということではございませんので、策定後、その実現に向けた調整会議の中でいろいろと考えていきたいと思っております。また現状の病床数につきましても、今後国がより明確なものを示してくると思っておりますので、そういったものと照らし合わせ、地域ごとの適切な医療提供体制の整備についてお諮りをしながら、地域医療構想の実現に向けて進めていく必要があると考えております。

(佐藤委員)

私は慢性期の病院の代表として来ていますので、慢性期の病院の立場から一つ御質問をさせていただきたいと思えます。今回、かなり病床数の削減がされていまして、かなり予備力が無くなっていくと思えます。基本的には、高度急性期から急性期、急性期から回復期、回復期から慢性期という患者の流れもありますが、どこが詰まっても全部の機能が働かなくなると思えます。慢性期の我々が機能しなくなっただけで、高度急性期も機能しなくなってしまうという現実があります。その上で、今の慢性期、医療依存度の低い方、要介護1の方のうち、70%は自宅に帰れるという計算となっておりますが、実際には先ほどからいろいろと御意見が出ているように、在宅介護力が無いという現実がありますので、慢性期の病院の立場から言えば、実際に患者を帰せるかということ、なかなか帰せないです。

さらに、新3本の矢戦略で介護離職ゼロを目指しているということで、介護が必要な方は施設に入るという流れができていくということであろうと思っておりますが、なかなかそのような施設が足りないというのが現状です。施設に入れない方というのは、大体はお金のない方です。愛知県は特にですが、基本的には皆さん、自分の預貯金を崩しながら施設に入るというのを嫌がります。年金額の中で施設に入りたいという希望が多いです。今、我々の調査の中では、全ての年金受給者の平均受給額は11万5千円となっております。そうすると、最低でも11万5千円以下での施設を作る必要があるのですが、今これだけ建築価格が高くなっている現状で、その金額の中で経営していく施設を作るのは至難の業です。介護施設、特別養護老人ホームでも非常に難しいです。

それでは、在宅施設を作れますか、というとなかなか難しいです。このような中で、東京などでは、現在、不認可の施設ができており、恐らく愛知県でもできてくると思えますが、これであれば国が財政を使わずに高齢者の受け皿ができるわけですから、願ったり叶ったりかもしれませんが、不認可の施設はそれだけリスクが高いです。まず事故が起こりますので、そういったもの頼みで

もよくないと思います。我々慢性期の病院の感覚から言うと、受け皿がきちんとできないと、回せません。我々が回せないと、高度急性期も回らなくなってしまいます。受け皿を作るということは、想像以上に難しいと思っておりますが、この点に関してはいかがでしょうか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

資料の4ページを御覧いただきますと、慢性期は必要病床数3,578床に對しまして、平成26年の病床数は4,233床で、655床の過剰となっております。慢性期は在宅医療への移行ということで、参考資料1で国の考え方をお示ししておりますが、先ほどの委員の御指摘のとおり、この中から在宅医療への移行ということになりますと、受け皿が少ないということがございます。

地域医療構想については、平成37年、今から9年後の必要病床数ということがございます、冒頭でも御説明しましたが、徐々にその実現に向けて進めていくということがございます。そして、今回、地域医療構想については、慢性期も含めまして、医療法施行規則に基づいた推計方法という形でお示しさせていただいておりますが、医療計画の一部となっていることから、次回平成30年度からの医療計画の見直しを平成29年度に実施をすることになろうかと思っております。そして、次回の医療計画の見直しの時に密接に関わってきますのが、各市町村で3年ごとに策定しております介護保険事業計画でございます。医療計画については、平成30年度からの計画のものは6年ごとに見直す形になってまいります。そういったものです、特に在宅医療の関係と介護の関係の整合性、介護保険事業計画と医療計画の整合性をしっかりと取っていくという考え方から、計画期間を合わせようとしたということもありますので、すぐに在宅医療の整備を行うというのは難しいと思っておりますが、今後検討していきたいと考えております。

また、補足でございますが、国が「療養病床の在り方等に関する検討会」で新しい受け皿を検討しております。今後そういった転換先については、国の社会保障審議会の部会の中で検討していくと聞いておりますし、受け皿を整備しなければ慢性期の病床を転換できないというのは重々承知しておりますので、そういったことも注視しながら、しっかりと検討を行っていきたいと考えております。

(愛知県健康福祉部 青柳医療制度改革監)

補足でございますが、受け皿として必ずしも介護施設の整備だけではなく、自宅で療養ができるよう、県も市も医師会も地域包括ケアシステムの構築に取り組んでおります。できれば自宅で療養したいという方も多いと思っております。

すので、そちらについてもぜひ進めていきたいと考えております。

(鵜飼委員)

参考までに教えていただきたいのですが、参考資料1の(2)「慢性期機能と在宅医療等の医療需要」のところですが、②については、医療区分1の患者数の70%を在宅医療等で対応する患者数として推計するとあり、③については、一般病床の入院患者数のうち医療資源投入量が175点未満の患者数については、在宅医療等で対応する患者数の医療需要として推計するとあります。実際に平成26年度の数字はどのくらいなのでしょう。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

御指摘のように、参考資料1の(2)の②と③のとおり、療養病床の患者については推計をしていくということですが、こういった数字については国が全国的に推計をして、その結果を地域医療構想の策定支援ツールといった形で各都道府県に提供をしているということですが、個別の②③ごとの数字は、各都道府県には提供されておられません。

(大矢委員)

一つ伺います。地域包括ケアシステムを推進していく上で、名古屋市の訪問看護ステーションの数は年々増えています。それに伴い、在宅医療を充実させていく上では、訪問看護だけではなく、今回は有床診療所までの病床のお話ではありましたが、在宅を担う、訪問をしていただく先生方の需要がどうなっているのかを考えていく必要があります。先ほど慢性期の病院において、高齢者が医療区分1であっても確実に帰宅できないというお話がありました。訪問をしていただく先生は実際少なく、そういったサービスができれば帰れるのではないかと、そうではないと思いますが、名古屋・尾張中部医療圏のところで、今後の見通し等何かありましたら教えてください。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

在宅医療の充実というのは喫緊の課題であると本県も認識しておりまして、資料の7ページを御覧ください。先ほどの御説明と重複しており申し訳ありませんが、(2)「今後の方策」の中の「在宅医療の充実」の欄を御覧ください。郡市区医師会に設置した在宅医療サポートセンターの支援等により、例えば名古屋市では、名古屋市医師会が設置をし、先生方に在宅医療への御協力をお願いしていただいております。

(大矢委員)

在宅医療サポートセンターを設置している施設はよく分かりますが、関わっていないところはなかなか今の動きが分かっていないところもあると思いますので、こういう活動をしていることを宣伝していただきたいです。

(杉田議長)

今の御質問について、名古屋市から何かありますか。

(名古屋市健康福祉局健康部保健医療課 南谷課長)

現在、名古屋市では在宅医療サポートセンターを8区に設置しておりますので、これを全区に広げていきたいと考えております。

(杉田議長)

名古屋市医師会としては、先生方に盛んに在宅医療に移行していただくようお願いしておりますが、なかなか24時間体制で臨むというところがネックになっておりまして、人数がなかなか増えないというところもあります。ぜひその辺のところの負担を軽減するような方策を考えて、在宅医療を掲げていただけるようにしていきたいと思っておりますが、時間はかかるかと思えます。

では、他にどうですか。

(加藤委員)

今のお話に関係しますが、在宅医療の整備体制というのは、名古屋市医師会が随分努力していると伺っています。今、杉田会長もおっしゃいましたが、都市部ではなかなか、在宅に向けた取組が十分ではないということです。県としてはあくまでも平成37年、2025年の必要病床数ということなので、それがゴールになるのだと思いますが、10年先の在宅医療の充実というものに合わせてプランニングしている、少し時間的に余裕があるとお考えなのでしょうか。

また、大勢の高齢者が在宅で療養されるという社会状況が、もし理想だった場合、こうした人たちの医療需要は、在宅療養されていない他の高齢者よりも高くなる、つまり在宅でおられる高齢者の方にかかりつけ医が24時間365日で対応された場合、入院治療が必要になることが当然増えると思います。県は病床機能報告制度でいくと、在宅にいる高齢者が入院治療を必要とすることになった時に入院する病床は、高度急性期の病床なのか、急性期なのか回復期なのか、どこに再入院されるという想定で国の出してきた必要病床数を受け止めているのでしょうか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

在宅の患者が入院される場合ということでございますが、例えば地域包括ケア病棟の整備のもとの考え方に、3つの考え方があります。急性期の患者の受入、在宅の患者の受入、在宅復帰に向けた支援です。今、委員がおっしゃいましたが、特に在宅の患者が急性期だったということになりますと、地域包括ケア病棟の中でも急性期的な機能が必要になるのではないかと考えています。ただ、地域包括ケア病棟についても、現在、診療報酬の中で内容について検討されておりますので、そういった部分も見ながら、もちろんすぐに整備するのは難しいと思っておりますが、地域包括ケア病棟の充実や急性期についても国の病床機能報告制度が精緻化されて急性期の病床がどれだけ過剰なのかということも比較しながら実施していく必要があると思っております。

(加藤委員)

高度急性期のような対応をなるべくしないで急性期もしくは回復期にしていくということで、おっしゃっているように、地域包括ケア病棟が急性期又は回復期という病床機能と理解してよろしいですか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

国も病床機能報告制度の中で明確な提示はしてございませんが、急性期的な機能と回復期的な機能、どちらの機能も持ち、実態に合わせて考えていただきたいと病床機能報告制度の説明の中でも示されております。

(加藤委員)

最後に一つお聞きします。先ほど質疑の中で、医療計画の策定が5年ごとから6年ごとになるとおっしゃいましたので、平成30年からの医療計画だとすると、平成36年、2025年の1年前に医療計画の見直しのタイミングが来るわけですね。そうすると、2025年の必要病床数自体が、変わらないかもしれませんが、その時点での既存病床数と言いますか、病床機能報告制度がずっと継続して報告自体が精緻化されていけば、次の次の医療計画の策定のころには、このずれがかなり縮まってくるのではないかと考えられるのですが、県としてもそのようにお考えなのでしょうか。

(愛知県健康福祉部 青柳医療制度改革監)

次の次の医療計画の見直しは平成36年になると思いますが、そこまで病床機能報告制度の精緻化を延ばすということはないと思います。恐らくその前に定量的な定義が示されると思いますので、それもしっかりと見ながら、必要病

床数の見直しをしていくことになると思います。

それから、先程、委員から御質問のあった在宅医療と地域包括ケアシステムの目標年次についてでございます。地域医療構想では、平成37年の必要病床数を示そうとしていますが、これは団塊の世代の方々が全員75歳以上となるのが平成37年であるからであり、在宅医療や地域包括ケアシステムについても同様で、それまでにはなんとか整備できるようにと考えております。

(杉田議長)

よろしいでしょうか。では次に、5の「将来のあるべき医療提供体制を実現するための取組」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。

(小木曾委員)

質問ではなくあくまで要望ですが、(2)「今後の方策」というところです。名古屋市歯科医師会では、名古屋南歯科保健医療センターを運営しており、9月に在宅の医療連携室を設置します。当面は、名古屋市の持っている事業として、内容は歯科の保健指導が中心となっておりますが、将来的には在宅にも進める予定でいますので、ぜひこの方策のところに入れていただければと思います。

(愛知県健康福祉部 青柳医療制度改革監)

この「今後の方策」というのは、地域医療構想を実現するための県全体の方策、方針として示しております。具体的な取組には、毎年、地域医療介護総合確保基金に係る計画も作ってまいりますし、こうした方策、方針を基にしながら進めていきたいと考えております。地域ごとの取組をここに挙げるのは難しいと思いますが、今後も具体的な取組については、自治体等の協力を仰ぎながら進めていきたいと考えております。

(太田委員)

(2)「今後の方策」の中で、「不足する医療機能が充足できるよう、病床の転換等を支援する」と一番上にあります。当然、地域医療構想において、病床機能の分化がメインですのでこのように書いてあるのだと思いますが、愛知県は、地域医療介護総合確保基金などを国からとってきていただいておりますが、具体的にはどのようなことを想定していらっしゃるのでしょうか。もし今分かることがあれば教えてください。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

こちらにお示ししました取組については、昨年度から各都道府県に設置されております地域医療介護総合確保基金を活用して取り組んでまいりたいと考えております。その中で、病床機能の分化と連携については、現時点では、当面は回復期機能の充実を図る必要があるのではないかと考えています。

(石川委員)

4ページについてお聞きします。今後の方向性として、例えば高度急性期が多いので、それぞれの病院が自主的に回復期に変更し、その数字がうまくいけばよしという考えでいらっしゃるのでしょうか。ということは、例えば海部圏域と名古屋・尾張中部圏域を比べると、一桁違うわけですね。海部圏域では4つの機能に分化されると非常に良い状態になるかもしれませんが、名古屋・尾張中部圏域という広い区域の中で数字がたまたまうまくいったとしても、東部と西部で非常に差が出てくる可能性もありますが、そういった可能性も配慮されずに、数字さえ合えばいいということで進めていかれるのでしょうか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

高度急性期、急性期については、特に昨年度から始まっております病床機能報告制度については、今年度も昨年度とあまり変わっていないと承知しておりますが、国の定性的な基準を基に報告をいただきました。今後、報告の定義の精緻化を見ながら対応していく必要があるかと考えております。

なお、国においては、先週の2月4日に「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」を開催しております。そういった中で、特定入院料の届出を病床機能報告制度に反映させるのも一つの案ではないかというような提案が国からされました。また、今後、そういった検討の状況について注視してまいりたいと考えています。

(太田委員)

今の石川先生の御意見にも関係してきますが、先ほどから出ていた話で、構想区域が非常に大きいということがあります。我々病院関係者から見ても、どのような形でこの計画が進んでいくのかということについて、非常に不安に思っています。

高度急性期や急性期は、場合によって患者の体調が悪くなったら、ちょっと遠くの大きな病院に運ばれて治療するというのもいいのですが、不足している回復期を整備していくということになると、名古屋南部に住んでいる人が尾張中部に回復期ができましたのでそれで結構ですという話になるかという

と、ならないです。先ほどから、地域の実情ですとか、同じ構想区域の中でも地域を見ていただきながら整備をしていただきたいと言っているのは、そういう意味です。最終的に構想区域の中でスムーズに医療が連携しながら実際に動いていくためには、そのような形の配慮がないと、うまい医療機能の配置はできないのではないかと考えています。少なくとも、今年度末の地域医療構想の策定までには間に合わないのかもしれませんが、場合によって今後、平成29年度等考えていくときには、構想区域の中でもどのような形で地域の実情を踏まえていくのかを御検討いただけたらと思います。

(愛知県健康福祉部 青柳医療制度改革監)

先ほどの繰り返しにもなるかもしれませんが、地域医療構想を進めるにあたって、医療機関の皆様方の協議によって進めていくこととなっております。こういった地域医療構想調整ワーキンググループのようなところがその協議の場となるわけですが、この広い構想区域の中で話し合いに参加する医療機関が限られていて、どのように構想の実現に向けて協議を進めていくのかというのは、私どもも今悩んでおります。

ただ、先生がおっしゃったように数字だけ合わせればいいとは、私たちも思っておりません。一番大切なのは、住民の方々が困らない形で必要病床数を満たしていくということだと思いますので、そのためにこういった話し合いをしていくのがいいのかについて、委員の皆様方から御意見を伺いながら、私どもも考えていきたいと思っています。

(今村委員)

一つ確認なのですが、地域包括ケア病棟というのは、回復期に入るという判断でよろしいのでしょうか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

地域包括ケア病棟はまだ明確な定義がされておりませんが、在宅の患者の急性期対応が多い病棟については、急性期として御判断されるといったように、各医療機関の判断によるものとされています。

(今村委員)

場合によっては、慢性期に入ると考えてもよろしいですか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

地域包括ケア病棟は、通常の算定期間が60日ということもありますので、

長期療養ということは想定されていないと考えます。

(今村委員)

地域包括ケア病棟の患者が回復期の範疇に入る点数設定と医療内容となった場合、回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟の関係ですが、差はないと考えているのでしょうか。それとも、ある地域には回復期リハビリテーション病棟、ある地域には地域包括ケア病棟等、比率の少ない方に指導をされるのでしょうか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

地域包括ケア病棟につきましては、回復期リハビリテーション病棟も同様だと思いますが、診療報酬にも位置付けられております。今回、地域包括ケア病棟入院料の見直しの中で、手術と麻酔については包括外といったこともございますので、急性期に対応されるケースもあろうかと思っております。そうした場合に、病棟機能としてどちらで御報告されるかというのは、各医療機関に御判断していただくしかないと考えています。

(山田委員)

今、地域医療介護総合確保基金のお話がありましたが、地域医療介護総合確保基金は今回の構想も含めて、地域包括ケアの実現のためにはこの財源が有効に執行できるのが一番だろうと考えています。

自治体の立場からお願いがございます。名古屋市は政令指定都市ですが、この基金については大都市特例がありませんので、愛知県が執行されます。愛知県が直接執行する部分もあれば、市町を通して執行される部分もあります。名古屋市には医療機関や福祉サービスの担い手がたくさんいらっしゃいますので、基金がスムーズに執行できるように、国の制約もあるかもしれませんが、市町村とぜひ密接な情報交換をしていただきたいと思います。来年度以降はどうなるか分かりませんが、9月の県議会で今年度については補正が組まれたと承知しています。ぜひ早めの情報提供で私どもが実行する事業についてきちんと基金の財源が充てられるように、例えば小規模多機能枠の施設が、県が計画したけれど基金の執行が遅れることで開設が遅れるとか、そういったことがあるとなかなか地域包括ケアも進んでいきませんので、しっかりと市町に情報提供していただきたいと思います。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

地域医療介護総合確保基金の活用による取組につきましては、資料の7ペー

ジでお示ししておりますが、医療分のものをお示しさせていただいております。介護分として別途国も予算を示しております、今後地域包括ケアということで医療と介護の連携も図っていきますので、伺った御意見は県で検討させていただきたいと思っております。また、特に具体的にこういった点にお困りだということがございましたら、お声がけいただければと思っています。

(杉田議長)

他には何かありますか。ないようですので、意見交換を終了します。

それでは最後に、事務局から何かありますか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 緒方課長補佐)

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、事務局が作成した議事録案を、事前に発言者の方に御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。

(杉田議長)

それでは、本日の名古屋・尾張中部圏地域医療構想調整ワーキンググループは、これをもちまして閉会といたします。ありがとうございました。