

## 平成27年度第1回西三河南部西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21日（金）午後2時35分から午後3時25分まで
- 2 場 所 衣浦東部保健所 3階大会議室
- 3 出席者 別添出席者名簿のとおり
- 4 傍聴人 2名
- 5 議題  
地域医療構想について
- 6 会議の内容

### ○ 司会（稲葉 衣浦東部保健所次長）

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ると思いますので、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、圏域会議で刈谷医師会長の斎藤様をお願いしたいと思いますがいかかでしょうか。

（異議なしの声）

それでは、以降の進行を斎藤議長をお願いいたします。

### ○ 議長（斎藤 刈谷医師会長）

刈谷医師会長の斎藤です。

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（齋藤 刈谷医師会長）

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（植羅 医療福祉計画課主幹）

説明に先立ちまして、圏域会議でも説明させていただきましたが、スケジュールについて再度簡単に説明いたしたいと思います。

今年度のワーキンググループは、今回を含めて2回の開催を予定しております。

まず本日の第1回目ですが、国から提供がありました、地域医療構想の策定支援ツールを活用して作成したデータの共有、分析を行いたいと思います。

第2回につきましては、12月の愛知県医療審議会医療体制部会で検討された各医療機能の病床必要量及び構想を実現するための施策等について、皆様にお示ししご意見をいただく予定で来年1月頃を目途としているところでございます。

では、資料1-1をご覧ください。

人口推計について各圏域及び全国また愛知県の状況を国立の社会保障人口問題研究所が作成したデータをもとに、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。

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。

当医療圏につきましては、網掛けで示させていただいておりますが、カッコ書きで示させていただきました数字は、2013年を1とした場合の各年度の指数ということでございます。

計の欄をご覧ください、西三河南部西医療圏は、2025年が1.01、2040年が0.97となっており2013年と比べて大きな変更はなく横ばいの状況でございます。

しかし年齢階層別にみますと「年少人口」は、2025年は0.87、2040年は0.78と減ることになりますが、65歳以上の人口は、2025年は1.21、2040年は1.47と、全国や愛知県と比べても高くなっております。

では、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。

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は、病院数は22病院で、救命救急センター数は、安城更生病院と刈谷豊田総合病院の2病院、500床以上の大病院につきましても、救命救急センターと同じく2病院で当医療圏の病院が22病院ですので割合としましては9.1%となります。

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ご確認ください。

引き続きまして資料1-3をご覧ください。

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。

推計方法につきましては、国のガイドライン及び医療法施行規則に定められているとおりでございますが、推計の考え方について説明したいと思います。

平成25年度のレセプトデータを国が集約し、2次医療圏単位で、4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するものであります。

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つての区分をしております。

この点数は、国の地域医療構想策定ガイドラインで示されておりますが、資料右上に表をつけさせていただいております。

境界点の考え方として、診療報酬の点数で、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、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点で推計を実施しているところがございます。

つまり、診療報酬の点数で600点未満175点以上を回復期としております。

先程説明した区分で推計したデータを、各機能区分における一日当たりの患者数を年齢区分ごとに勘案し、地域の人口等に当てはめた値で、医療機能ごとの患者数の推計を国が実施しております。

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位置付けられております。

現在、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は、障害者数及び難病患者数についてですが、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%を在宅医療等で対応する患者として推計を実施、したがいまして30%を入院で対応する患者数としております。

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のために係数を用いて、将来の慢性機能及び在宅医療の医療需要の推計を実施いたします。

その詳しい説明につきましては、後ほど説明させていただきます。

③としまして、一般病床の入院患者数のうち175点未満の患者についてですが、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を実施します。

④としまして、平成25年に在宅患者訪問診療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、平成25年における性、年齢階級別の割合を算出して、

将来的に患者数の増加が見込まれるため、平成37年の性、年齢階級別の人口に掛け合わせることで、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で対応すると考え、平成25年の性・年齢階級別の割合を算出し、これを平成37年の性、年齢階級別の人口に掛け合わせることで、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下につけ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詳しく説明させていただきます。

国が示しました、パターンA及びBの2つの方法があり、資料右にイメージ図をしめしているのをご覧ください。

それぞれについて説明させていただきます。

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く、パターンBよりも厳しい値となります。

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が、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、全国中央地である滋賀県まで低下する割合を、全国一律に用いることで実施いたします。

先ほど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となります。

まず医療機関の所在地ベースでの患者数ですが、現行通りの流入、流出の割合が変更ないと仮定し、2025年度、2040年度について推計したものでございます。

引き続きまして、患者住所地ベースでの推計でございますが、こちらは現在他の医療圏に流出している患者が、自医療圏内に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。

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るか、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、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の状況を各機能ごとにまとめたものであります。

当圏域におきましては、住所地が自圏域の入院患者数が、2013年度においては高度急性期が1日当たり332人、急性期が980人、回復期が、1010人、慢性期が831人、合計3,153人が当圏域で1日当たり入院している患者数でございます。その内、自圏域の医療機関への入院患者数は2,735人で86.7%の患者が自圏域内で完結していることとなります。

この中で網掛けがされているものが特に流出患者が多い地域でありますので、当圏域におきましては、尾張東部医療圏が195人で全体として6.2%と一番高くなっております。

この表ですが、0という数字が非常に多くなっております。  
下の表の※のとおり、レセプト情報の活用の制約によるものでございます。

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公表しないことと国で定められているため、0が多くなっているものであります。

次に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が、知多半島医療圏からの流入が282人、西三河南部東医療圏からの患者の流入が208人と多くなっているということが分かります。

引き続きまして必要病床数について説明いたします。

表にあります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て算出しております。

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%とされており、その稼働率で患者数を割ったものであります。

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、人口推計は、2025年は増加するものの、2040年には減少しており、減少割合は多圏域と比べ低いものの65歳以上の人口特に75歳以上の増加率が高いというのが特徴であります。

また流出、流入の状況については、主な流出先が尾張東部医療圏である事、流入は約2割で知多半島及び西三河南部東医療圏からの流入が多いことが特徴として挙げられます。

引き続きまして資料1-6をご覧ください。

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」の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、さらに各患者の必要病床数の将来推計をまとめたものとなっております。

こちらにも10人未満についてお示しすることができないのですが、網掛けのついていない0については、該当者がいないつまり0人ですが、網掛けのついている0につきましては、1から9人の患者がいるという事を示しております。

最後になりますが資料の1-7をご覧ください。

昨年度医療法の改正により始まった、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、各病棟単位で定性的基準に基づき報告されたデータでございます。

各医療機関が独自に判断しているため、ばらつきがあるという事をご了承ください。

当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日に掲載する予定でございますのでよろしくお願いいたします。

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（齋藤刈谷医師会長）

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。

○ 井本 刈谷豊田総合病院院長

高度急性期以外については圏域内で完結させるという事ですが、目標となる数字はあるのか、100%にしなければならないのか。

○事務局（植羅 医療福祉計画課主幹）

はっきりとした目標値は、現在のところありませんのでなんとも言えませんが、西三河南部西医療圏は完結率についてかなり高い数字になっているので、これをさらに上げなければならないという事はないと考えております。

○ 浦田 安城更生病院院長

資料の中に患者の流入、流出について「0」という数字が多くなっている。国の方針という事でしょうがないかもしれないが、これでは圏域外への流入、流出の議論ができないので何とかならないのか。

また当医療圏には、病院・有床診療所が40か所ある。

入院病床の配分については、ワーキンググループで6か所の病院が入っているが、残りの34医療機関について情報を交換するという仕組みではないため、圏域内の医療機関等で自主的な動きをしたら良いという事と考えているのか。

○事務局（植羅 医療福祉計画課主幹）

レセプトデータの活用について、国に対して10人未満の開示についての要望があったことをお伝えさせていただきます。

今年度は地域医療構想の策定段階であり策定について、国の規則等で事細かに定められており、各医療圏の必要病床数については、機械的に定まってしまう。

今年度については、各医療圏の必要病床数を示すこととなり、構想策定後の来年度以降、地域における病床の配分について検討する事になると思います。

また現在の病床機能報告制度は、定性的な基準で実施されているため、各医療機関の自主的な判断となっており、医療機関ごとにばらつきが多いのが問題視されております。

国で、データに基づく定量的な基準を定めるのは、早くても平成28年度の病床機能報告以降になると思われます。

今年度末に、各機能区分の必要病床数を提示し、平成28年度以降に医療機関が報告していただく定量的な基準による病床機能報告のデータを踏襲し、さらに医療機関

の自主的な取組の実施が鈍ってきたところで入院病床の調整という形になるのではと考えております。

○ 浦田 安城更生病院院長

病院協会としても今回のワーキングの話をもっと適切に情報提供するなど自主的な取組をさせていただく。

○ 深沢 全国健康保険協会愛知支部 企画総務部長

保険者代表という事で参加させていただいているが、被用者保険の対象者は、現役世代であるのだが、地域医療構想については、高齢者が議論の中心となっている。

話を進めていく上で現役世代が不利益になるという事が、起きないかどうかについて危惧している。

また、診療科目についても圏域内で話をする必要があるのではと思います。

最後に地域医療構想については、10年先を見越して計画を作成していくことになるのだが、10年先では構造等に変化があると思うが、今後地域医療構想の見直しについてはどうなっているのか。

○事務局 (植羅 医療福祉計画課主幹)

今回の病床の推計には、現時点での年齢の5歳きざみごとの患者数を算出して、その世代ごとの割合を用いて推計を実施しております。

全ての年齢を加味して推計をしているため、将来の現役世代に対して不利益になるという事はまずないと考えております。

診療科目については、特定の診療科に対する医師確保が重要と考えております。愛知県では、今年度から地域医療センターが設置されましたので、そこでの動きになるかと思われま。

地域医療構想の見直しについては、国から詳しい話が来ていないため推測でしかありませんが、地域医療構想は法律上医療計画の一部と位置付けられており、次回の医療計画は平成30年度以降見直しとなりますので、その頃までには何かわかるのではないかと考えております。

○ 井本 刈谷豊田総合病院院長

病床機能報告については、病棟単位で報告することになっているが、現状一つの病棟の中に回復期もあれば急性期もあるのだが、病棟単位の考え方は、医療機関としてどう考えればよいか

○事務局 (植羅 医療福祉計画課主幹)

一つの病棟の中に様々な病期の患者がみえることは、十分に認識しております。

国が定量的な基準を作成する時に、どのようにきめていくのかを愛知県としても注視させていただきたいと思います。

○ 議長 (斎藤 刈谷医師会長)

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をお礼申し上げて、議長の任を終わらせていただきます。

○ 司会 (稲葉 衣浦東部保健所次長)

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。

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。