

平成27年度第2回 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28年1月6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15人、事務局12人 合計27人
詳細は別添出席者名簿のとおり

4 傍聴人

なし

5 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

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、平成27年度第2回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。よろしく願いいたします。本日御出席の皆様のお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。

続きまして、資料の御確認をお願いいたします。まず、事前に郵送させていただいている資料につきましては、先にお送りいたしました資料の「次第」を御覧ください。そちらに送りました資料名が記載してございます。また、本日お配りいたしました資料といたしましては、出席者名簿と配席図となっております。お持ちでない場合、また不足がありましたらお申し出いただきたいと思います。よろしいでしょうか。

なお、当ワーキンググループの所要時間は約50分間を予定しておりますので、よろしく願いいたします。

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、前の会議に引き続き、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、皆様いかがでしょうか。

(異議なしの声)

ありがとうございます。御賛同をいただきましたので、宮本会長に引き続き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、よろしく願いいたします。

○議長(新城市医師会 宮本会長)

それでは、皆様方の御賛同を得て、選任いただきましたので、議長を務めさせていただきます。よろしく願いいたします。

○事務局(新城保健所総務企画課 白井課長補佐)

公開・非公開について御説明させていただきます。当ワーキンググループは、圏域推進会議の開催要領第5条第1項を準用し、すべて公開で行いたいと思いますので、よろしく願いいたします。また、本日の会議での発言内容、発言者のお名前につきましては、後日、愛知県のホームページに会議録として掲載させていただきますが、この会議録につきましては、事前に事務局から発言者御本人様に発言内容と、発言者氏名の掲載の同意について確認させていただきますので、よろしく願いいたします。

○議長(新城市医師会 宮本会長)

ただ今の議事の公開についての事務局説明について、御質問、御意見等がありましたら、御発言をお願いしたいと思います。

発言がないようですので、事務局説明のとおり公開いたします。

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」、事務局から説明してください。

○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。よろしくお願ひいたします。

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。本日の資料につきましては、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におきまして御審議いただきました、事務局のたたき台となっております。当資料を基にいたしまして、各地域の皆様の意見を頂戴したいと考えておりますので、よろしくお願ひいたします。

それでは資料1の1ページを御覧いただきたいと思ひます。1の「必要病床数の推計手順」でございますが、こちらは国の「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ました平成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、いわゆる入院患者数でございますが、その区域にお住いの患者様がその区域内の医療機関に入院された場合の推計でございます。現在の医療提供体制と変わらないと仮定した平成37年の推定供給数、こちらにつきましては、現在の医療圏間で発生しております入院患者の流出入の状況が、今から10年後の平成37年においても変わらないと仮定した場合の推計値となっております。この2つの数値をまず比較することとなります。これらの推計値につきましては、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ものでございます。

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。こちらの(2)の説明文の最後に(注)とございますが、この(注)につきましては、(4)の下を御覧いただきたいと存じます。資料には、「現在、都道府県間調整中」とございますが、都道府県間の調整につきましては、注の2行目後半から記載がございますとおり、「昨年の12月末までに調整がつかない場合は、医療機関所在地ベースにより算出する」とこととされておまして、本県としては、結果として、医療機関所在地ベースとなる見込みでございます。

次に(3)ですが、(2)の都道府県間の調整後、今度は県内におきまして、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うえで、構想区域間の入院患者数の増減を行いまして、将来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。

次に（４）でございますが、その確定をいたしました将来の推定供給数を病床の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たおります。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した、資料に記載してございますとおり、高度急性期は７５％、急性期は７８％、回復期は９０％、慢性期は９２％となっております。

次に「２ 医療需要の推計について」でございます。医療需要等の推計方法につきましては、昨年開催させていただきました、１回目の当ワーキンググループにおい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させていただいております。なお、本日は参考資料１としてもお示ししておりますので、後ほど参考にさせていただければと思います。

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年度のレセプトデータ等に基づきまして、医療資源投入量、診療報酬の点数になりますが、この投入量により、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、病床稼働率と同様に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、慢性期医療の医療需要の推計につきましては、都道府県が若干調整を行うことができることとなっております。

１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、こちら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様のうち、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○にございますとおり、パターンＡとパターンＢの２つがございます、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させるもの、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の中央値まで低下する割合を用いるものでございます。パターンＡの方が厳しい目標設定となりまして、パターンＢにつきましては、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、特例によりまして目標年次を平成３７年から平成４２年に５年先送りにすることができることとなっております、本県におきましては、当医療圏、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。本県におけます平成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それぞれで試算をした結果が、資料右側の表になります。資料右側の表を御覧いただきたいと思います。パターンＡを用いた場合でございますが、表の中ほどですが、パターンＡという項目の中で２つに分かれておりますが、その左側、平成３７年入院受療率の欄にございますとおり、知多半島医療圏を除きまして、全国最小値であります８１に近づける目標となります。なお、知多半島医療圏につきましては、入院受療率が現在におきま

しても全国最小値を下回っていることから、現状の71となります。一方、パターンBを用いますと、平成37年入院受療率の欄を見ていただきますと、パターンAではほぼ一律に81であったものが、名古屋におきましては89、海部医療圏におきましては96と、それぞれパターンAよりも緩やかな目標設定となっております。また、このパターンBの東三河北部医療圏の数値が97となっておりますが、こちらの数値につきましては、特例を用いた場合の平成42年の目標値でございます。平成37年の入院受療率につきましては、表の下に（注）ということで記載させていただいておりますが、119となっております。

そして、表の下の○でございますが、こちらが事務局案でございます。在宅移行のための整備につきましては、今後一定程度の時間が必要であると考えられますので、パターンBということとしてはどうか、また、当医療圏につきましては特例を用いることとしてはどうか、ということで提案させていただいております。

次に、資料を1枚おめくりいただきまして、2ページを御覧ください。「3 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をしております。

まず1つ目の○でございますが、現時点におきましては10年後、平成37年の医療提供体制がどうなるかということをはっきりと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、ということでございます。

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あ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、平成26年度以降におきまして大幅な増床の予定、また病院の新規開設がある場合につきましては、その影響によりまして、隣接する構想区域への一定程度の流出が止まるということが発生することを考慮いたしまして調整を行ってはどうか、ということでございます。

なお、ここで申しております「大幅な増床予定等」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います。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、資料右側の地図を御覧いただきたいと存じますが、西三河北部構想区域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。整備病床数につきましては、一般病床が50床、療養病床が200床の予定となっておりますので、この療養病床の200床、こちらが影響を及ぼすと考えまして、西三河南部西構想区域へ流出しております慢性期の入院患者38名について調整してはどうか、というたたき台とさせていただいております。

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、地図にございますとおり、岡崎市の南部に開設される予定になっておりました。こちらは昨年3月27日、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ことが現在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しております高度急性期から回復期までの入院患者につきましては、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。

このたたき台につきまして、各地域の御意見をいただいたうえで、その御意見を踏まえまして、本年2月に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構想区域ごとの将来の必要病床数として、改めて御審議をいただく予定としております。

それでは、資料を1枚おめくりいただきまして、3ページを御覧いただきたいと思っております。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。こちらにつきましては、構想区域ごとの平成37年の必要病床数につきまして、先ほど説明をさせていただきました医療機関所在地ベース、こちら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の、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で、現在の構想区域間の患者の流入出については将来も継続すると仮定して推計させていただいた結果でございます。

なお、必要病床数の項目の下に平成26年の病床数の項目が構想区域ごとに出ていると思っております。こちらの病床数につきましては、表の欄外に「*」で説明しておりますが、一番下の「*」を御覧いただきたいと存じます。平成26年の病床数につきましては、平成26年10月1日現在の病院名簿にございます病院の一般病床と療養病床、それから有床診療所の病床数の合計を、病床報告機能における報告結果の割合を使いまして算出した参考値でございます。皆様御承知のとおり、病床報告制度につきましては、現在、定性的な基準であるために、厳密な基準となっております。そのため本表におきましては、あくまでも参考値ということでお示しさせていただきます。

それでは、表の右側を御覧いただきたいと存じます。表の右側には西三河北部から東三河南部までの構想区域、そして全体の計をお示ししております。

まず、西三河北部構想区域におきましては、先ほど御説明いたしました、豊田若葉病院の開設予定に伴う調整といたしまして、表の慢性期の欄を御覧いただきたいと存じますが、慢性期の必要病床数の欄に矢印がございまして、矢印の左側、578という数字、こちらが医療機関所在地ベース、調整前の数字でございます。これに対しまして西三河南部西構想区域への入院患者の流出が止まることによりまして、41床を加えました矢印の右側でございますが、619床という推計をさせていただきます。

下にまいりまして、西三河南部東構想区域でございますが、こちら先ほど説明いたしました藤田保健衛生大学病院の新病院の開設予定に伴う調整といたしまして、高度急性期、急性期及び回復期の必要病床数が影響を受けるという形の調整をしたものをお示ししております。数値につきましては、それぞれ各欄を御覧いただければと思います。

一方、その下にまいりまして、西三河南部西構想区域におきましては、西三河北部及び西三河南部東構想区域からの流入が止まるという想定から、当地域における必要病床数については、マイナスの調整をさせていただいております。

次に東三河北部構想区域、当医療圏でございますが、こちらは調整のない医療機関所在地ベースの数値とさせていただいております。

最後に東三河南部構想区域につきましては、急性期と回復期につきまして、西三河南部東構想区域からの流入が止まるという仮定をいたしまして、それぞれマイナスの調整をしております。

それでは資料を1枚おめくりいただきまして、4ページと、その次の5ページも合わせて御覧いただきたいと思っております。4ページと5ページにつきましては、それぞれ参考の資料として付けさせていただいております。4ページが参考1といたしまして、医療機関所在地ベースの必要病床数、こちらは調整を行わない状態での必要病床数を付けさせていただいております。そして5ページ目、こちらが参考2といたしまして、調整後の必要病床数をお示ししております。時間の都合もございますので説明につきましては省略させていただきます。

それでは、6ページを御覧いただきたいと存じます。「4 必要病床数の都道府県間調整について」でございます。都道府県間調整につきましては、先ほど資料の1ページで若干説明させていただきましたが、本県と患者の流出入が関係しておりますのが、資料の左側上の表でございます。岐阜県、三重県、静岡県、東京都、福岡県でございます。当該都県との調整につきましては、結果といたしまして、現在の流出入を加味いたしました、医療機関所在地ベースで算定する見込みであります。こちらの資料の詳細につきましても、説明は省略させていただきたいと存じます。

それでは、最後に資料の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」でございます。地域医療構想につきましては、医療計画の一部として定めることとなっております。その内容につきましては、先ほど説明いたしました平成37年におけます構想区域ごとの必要病床数、それと構想を実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みについて記載することとされております。

まず(1)の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いたしました必要病床数を地域の会議の場でお示しいたしまして、その数字を御覧いただき、医療機関様の自主的な取組み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、医療需要推計の中で説明いたしました、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ります。

そして「ウ」でございますが、医療提供体制を再構築するうえで、当然のことながら、医療人材の確保が必要となってまいります。医療従事者の確保、または養成を図る必要があるということでございます。

そして、こうした取組みを進めるうえで、最後の「エ」でございますが、昨年度から設置しております地域医療介護総合確保基金、こちらの基金を活用していく必要があるということでございます。

つづきまして、(2) 今後の方策でございます。(1) で説明いたしましたそれぞれの項目につきまして、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、これは現在主に慢性期機能になると思われませんが、この医療機能が充足できるよう病床の転換等の支援や、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、郡市医師会に本年度から本格的に運用設置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り、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、また市町村が中心となりました、多職種が連携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。

続きまして、医療従事者の確保・養成につきましては、今年度県に設置いたしました、地域医療支援センターを中心と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、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、表の下、「6 今後の予定」でございますが、先ほども若干説明させていただきましたが、地域医療構想調整ワーキンググループにおきまして、皆様からいただきました、たたき台に対する御意見を踏まえまして、本年2月19日に開催予定の愛知県医療審議会医療体制部会におきまして、必要病床数等を改めて御審議いただく予定としております。

資料についての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。

ただ今の事務局の説明について、御意見・御質問等がございましたら御発言をお願いいたします。

○看護協会 東三河地区支部(新城市民病院 伊東看護部長)

新城市民病院の看護部長の伊東と申します。よろしくお願ひいたします。

数字のことなのですが、前回の資料にありました、当地区、東三河北部医療圏の病床数と、今回の3ページにあります、平成26年の病床数の数に差があるのですが、これは先ほどお話のあった、参考値なので誤差があるということですのでよろしいでしょうか。どちらが正しいのでしょうか。

○事務局（医療福祉計画課 久野主任主査）

前回お示ししております病床数には、基準病床数で対象とされていない「平成18年3月31日以前に開設されました有床診療所の病床数等」が含まれておりませんが、今回お示ししております病院名簿の病床数には含まれておりますので、差が出ております。

○看護協会 東三河地区支部（新城市民病院 伊東看護部長）

もう1点よろしいですか。6ページ、他県への患者数の流出ですが、東三河南部が静岡県への流出があるのですが、北部、当地区でも、やはり浜松方面等に結構行っているということを患者さんに聞いていますし、我々病院にも連絡が来ますが、その数字が出ていないのですが、出ないのでしょうか。

○事務局（医療福祉計画課 久野主任主査）

こちらの都道府県間調整につきましては、地域医療構想策定支援ツールによりまして出ております患者の流入・流出数をベースにしておりますが、調整の対象となりますのが10人以上となりますので、実際は静岡方面へ流出している患者様がいらっしゃると思いますが、この制度上、他県と調整する患者様の数につきましては、10人以上の数値のみを調整するという形になっておりますので、この表の中には出てきていないと思います。

○看護協会 東三河地区支部（新城市民病院 伊東看護部長）

はい、ありがとうございました。

○議長（新城市医師会 宮本会長）

他に何かございますか。はい、お願いします。

○北設楽郡医師会（伊藤会長）

必要病床数の推定というのは、法的にどんな拘束力を持つてくるのですか。

○事務局（医療福祉計画課 久野主任主査）

法的な拘束力ということですが、まず現状、各医療機関様が病院を開設したり、増床する場合につきましては、基準病床数制度がございまして、医療計画に定められているのですが、その基準病床数制度によりまして増床等を規制しているところですが、地域医療構想にお示しをさせていただきます必要病床数は、将来

10年後、平成37年に向けまして、医療機能ごとにこれだけのベッドが必要になります」という、あくまでも目標値となりますので、そこに近づけるために地域の医療機関の皆様でお話し合いをしていただいて、その目標となるベッド数に近づけていこうという数字になりますので、必ずこの数値にしなければ、例えば罰則があるというお話ではございませんので、あくまでも将来必要となる、目標となるベッド数ということで御理解いただければと思います。

○北設楽郡医師会（伊藤会長）

これは、愛知県全体で資料出していただいているのですが、この当地、東三河北部に限って見てみた場合、資料の3ページを見ますと、高度急性期が19床と増えて、一方、急性期と慢性期がかなり減っていますよね。平成26年の急性期の病床数が246床に対して必要病床数が半分以下の103床に、慢性期が平成26年の291床に対して必要病床数が75床になっているのですが、この中身の根拠が知りたいのです。

多分、人口の推計で、10年後どれだけ減るのかという推計と、それから、南部医療圏にかなり流れているという今までの実績というのか、結局そういったことを組み入れて出した数字ではないかなと思うのですが。そうでないとデータがないわけですから。先ほども市長さんたちが見えたのですが、この自治体の過疎高齢化していくスピードが全国でもはなはだしいということで、こここそ地方創生していかないといけない、力を入れていかないといけないところではないか。要するに人口を増やしていく、赤ちゃん対策もして、若い人たちが子どもをきちんと育てられる環境づくりをして増やしていくということが一番求められている訳です。そういう状況で、なおかつ、医師不足の問題があって南部医療圏に流れてしまっていたが、それを戻さないといけない。当地域できちんと急性期も受入れられる医療提供体制を整えていかないといけないということがあるのですが、結局そういう対策なしに、こういう流れだからということで、判で押したように、これだけよと、それ以上作ってはいけないというのは、これはおかしいのではないかと私は思います。どう見てもわからない。今後の方策というところで、色々と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も書いてあるのですが。

それから、在宅医療がやたら増えてしまっている。何百人も在宅医療ということになるのか。先ほど宮本会長とも、新城と北設で特養が何件あるのですかという話をしたのですが、ほんの数件です。それプラス老健等の施設も含まれますが。先ほど東栄病院も老健を止めてしまうとの話がありましたが。在宅医療というのは、自宅医療と僕は思っていたのですが、参考資料1の2ページ目に書いてありますように、自宅在宅だけでなく、特別養護老人ホームとか、介護老健、養護老人ホーム、いろいろあります。これら全部そういった施設での医療も含めて在宅医療ですよということになっている訳ですが、これも当初は、畳の上で亡くなれるようなことで始まったはずが、いつのまにか、施設在宅まで入っているようです。いずれにしても、私はベッドの需要がイコール必要数と言えばよいことではないかと思うのです。病床を規制する必要なんか何もない、各病院が経営責任というか運営責任をとれば

よい話であって、それを、これ以上作ってはいけない、しかも数も絞ってしまって。それが何が目的なのかということをお教えしてほしいのです。何か在宅医療に無理やり放り込んでいるように感じます。

北設楽郡の3町村の全世帯の3割というか、3分の1が独居か高齢者世帯です。つまり自宅で在宅医療なんかできる介護環境にはない。さらにもっと中身を見れば、例えば息子さんが一人いておばあさんを看ている。その息子さんが仕事で手いっぱい夜しか帰ってこず、昼間まったくの独居状態であるとか、姑めさんを嫁さんだけが看ているとか、こういうのもあるわけです。そういうのを全部入れると、それこそ3割どころではなく、50%くらい。在宅医療なんて成り立たないのです。そういう人たちは、いざという時に特養とかに入らざるを得ないわけです。そういう中で特養も非常に重症化するということになりますし、大体が受け皿としての特養とか、そのような施設の数がないのではないかと思います。何かしゃにむになって、在宅医療、在宅医療といって、無理やり数をそっちに持っていつているようなことがあるのですが、現状としては、そのように自宅在宅がまず成り立たないところの方が多いいということと、では施設在宅も在宅ですよと言っていますが、施設在宅の受け皿も多分ないと思います。これは調べてみないとはいけません。

その辺の、どういう目的、医療ビジョンなのかということをお聞きしたいのですが。

○事務局（医療福祉計画課 緒方補佐）

もっともな御指摘だと思います。ありがとうございます。まず在宅という話ですが、今回の取組み自体、療養病床については地域差が非常に大きいということがありまして、全国で一定の目標を設定した場合、将来どの程度の病床が必要になるのかという、そういう姿を示すということが1つのコンセプトであります。この地域は特例の適用となりますが、そのような形で慢性期の受療率を下げた場合に、これくらいの病床の数になるという、これは平成37年における姿で、全国で同じような努力をしたら、この地域はこれくらいになるということをお示しするというのが目的でございます。

では、この必要病床数に向かって、どう進めていくかと言いますと、稼働している病床を必要病床数を越えているからといって、強制的に削減するような権限は勿論県にはありません。

さきほど担当が説明いたしました、病床整備は基準病床制度というもので整理しておりまして、この地域は約600床です。本圏域の必要病床数はトータルで267床なのですが、基準病床数が600床ですので、今の医療ニーズから見ると600床が必要になりますが、必要病床数というのは、全国同様に同じような努力をして、特に慢性期については一定の努力をした結果では、これくらいの病床に収まるのではないかと1つの指標になります。これは全国一律の基準でありまして、医療計画の一部としてどうしても県は定める必要があり、また、推計方法については医療法施行規則できっちり決められておりまして、我々ができるのは、例えば療養病床の設定の特例を使うとか、医療機関所在地ベースまたは患者住所地ベースの

数字のどれを取るかという選択肢しかない中で考えざるを得ませんので、御理解をいただきたいところであります。

それから、この数字の技術的な問題なのですが、平成26年の病床数は、この資料にございますとおり全体で537床であります。一方、医療需要の推計は、2013年度の1年間のレセプトデータを国が分析をして、この地域の医療機関が現実に受け入れている患者数を基に国が推計しておりまして、資料には書いてなくて恐縮なのですが、その数字を見ますと、2013年で高度急性期が17床、急性期が94床、回復期が66床、慢性期が108床という数字でございまして、病床は500床程度あるのですが、そのうち今回の推計でいいますところの4つの医療区分に該当する病床数は、この地域では全体で285床と推計されています。従って今の病床数をそのまま使うというのではなく、今の病床の中から高度急性期から慢性期までを分類してみると、全体で285床という推定値が出ておりまして、その病床に対しまして、特に慢性期でございまして、受療率を一定程度改善するという努力目標を設定すると若干減りまして、285床が267床になるという推計でございまして。

285床という2013年度の分析結果でございまして、先生がおっしゃられるように、慢性期については、医療区分1の70%を在宅とか、そういった形の推計になっておりますので、療養病床をかなり在宅に割り振った形での推計になります。この点につきましては、我々も、現実に受け皿がないのに病床数だけを減らしては、制度上無理があるということを国に言ってまいりました。国は受け皿についてはこれから検討していくということを当時言うておりまして、「療養病床のあり方に関する検討会」を国は設置して、慢性期の患者を、今の療養病床と違う形で受け入れられないかというような検討を行っており、また、そうした検討を経た後で、平成30年度から医療・介護の計画が新しい計画になりますので、その際には、医療の推計と介護側の推計、そういったものを一体的に整理して、必要な整備量を見込めるようにしたいという考えであります。

従いまして、今回はそういった受け皿の整備がなされていない中で、病床の機能だけに着目して、それを効率化したらこれくらいになるというものがまずできてきますが、それはその病床数まで減らすという性格のものではなく、一つの推計に基づく目標値というか指標というか、そういう形でとらえていただきたいと思っております。

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。

まだ色々と御意見、御質問等ございますかとは思いますが、時間がまいっておりますので、この辺で意見交換を終了させていただきたいと思っております。

以上で当ワーキンググループの議事はすべて終了いたしましたので、これをもちまして議長の任務を終わらせていただきます。

皆様方の御協力により会議が円滑に進みましたことを厚くお礼申し上げます。

○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。