

青森県医療審議会 第2回医療計画部会議事録

(平成27年8月4日)

青森県医療審議会 第2回医療計画部会

日 時：平成27年8月4日（火）午後2時から午後3時30分

場 所：青森国際ホテル本館3階「孔雀の間」

出席委員：村上委員、和賀委員、三浦委員、淀野委員、木村委員、鳴海委員、寺田委員、熊谷委員、品川委員（委員10名中9名出席）

（司会）

それでは、定刻となりましたので、ただ今から「青森県医療審議会 第2回医療計画部会」を開会いたします。

本日は、委員10名のうち過半数の出席をいただいておりますので、会議が成立していることをご報告いたします。

それでは、早速ですが、議事に入らせていただきます。

議事進行は村上部会長にお願いいたします。

（村上部会長）

では、よろしく申し上げます。

議事に入る前に議事録の署名を三浦先生と寺田先生、よろしく申し上げます。

議題の地域医療構想の医療計画部会の進め方、事務局からご説明をお願いします。

（事務局）

医療薬務課の工藤と申します。失礼して座って説明をさせていただきます。

資料1をご覧くださいと思います。

「医療計画部会の進め方」と書かれた資料でございます。

前回、第1回目の医療計画部会を開催いたしまして、全部で今年度、5回のご審議をいただくということでスケジュールをお示しさせていただいているところですが、その概要についてご説明をさせていただきたいと思っております。

この資料の左側、策定プロセスと書いておりますが、1番から8番までございます。

こちらは、前回の医療計画部会で説明をさせていただきました地域医療構想策定ガイドラインの中にあります策定プロセスの手順でございます。

こちらの1番目が地域医療構想の策定を行う体制の整備ということでございまして、これは青で括っておりますが、前回、第1回目の6月10日に行いました医療審議会及び計画部会、こちらで組織会を実施し、また、ガイドラインの説明ですとか、策定手順スケジュールの確認をさせていただいているところがございます。スケジュールとしましては、計画部会を5回開催、また審議会を3回開催、またヒアリングを2回開催するなど、ご説明しておりますし、また、構想の調整会議、これにつきましては、構想策定後、来年度から実施するというご説明をさせていただいているところがございます。

2番の地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集・分析・共有でございますが、これは各審議会計画部会等の議事録等をホームページに載せさせていただくほか、各種データ等をカットしたものにつきましては、それも掲載させていただくこととしております。

そして、今回、3番、4番、5番、6番、こちらが本日の第2回の会議に係わってくるところでございます。構想区域の検討、将来の人口等の推計の確認、省令等に基づきます将来の医療需要、必要病床数の推計値の説明。患者の流入出等の状況の確認となっております。

本日、資料でいろいろと情報を提供させていただいた後に、更に第3回では、それを深めていくような、そういったご審議をしていただこうと考えております。

そして第4回では試案の提示。第5回が最終という形で進めさせていただこうというふうに考えておりますので、まずはこの手順につきまして、ご了解をいただきたいと考えております。ご協議いただきたいと思っております。

よろしくお願いいたします。

(村上部会長)

ということでございますが、こういう形でいきたいんですけども、ということについて、よろしいですか。

それでは事務局、どうぞ。

(事務局)

ありがとうございます。

次にいってよろしいでしょうか。

それでは、2つ目の構想区域の検討の進め方について、ご説明をさせていただきと思っております。資料2、「構想区域の検討の進め方」をご覧くださいと思っております。

地域医療構想の検討を進めるためには、構想区域を設定して医療提供体制を具現化していくことが必要となって参ります。四角で囲んだ部分が地域医療構想策定ガイドラインに記載されている部分でございますが、1つ目のマルですが、現行の2次医療圏を原則としつつ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など、将来における要素を勘案して検討することが必要と、これは2次医療圏と同じような考え方でございます。

1つ飛んで、マルの3つ目。これはご留意いただきたい点でございますけども、高度急性期、今回、高度急性期、急性期、回復期、慢性期といった4つの医療機能に区分して、その必要量といったものについて地域医療構想に盛り込むということになっておりますが、その中のまず高度急性期ですが、こちらにつきましては、必ずしも構想区域内で完結することは求めるものではないと。要は、隣の圏域の方に高度急性期については、そちらの方で受療しても良いと、そういった内容でございます。

また、急性期、回復期、慢性期、こちらについては、できるだけ構想区域内で対応することが望ましいと。具体的には、緊急性の高い脳卒中ですとか、心疾患を含む救急医療については、アクセス時間を考慮した上で構想区域を越えて流出入することもやむを得ないと。

一方で、高齢者の肺炎ですとか、大腿骨頸部骨折など回復期につなげることの多い疾患は構想区域内で対応することが必要と。こういったことを留意しながら、構想区域を設定していくことが必要でございます。

また、30年度から、次期医療計画は30年度からスタートすると。29年度に見直しを図ることとしておりますが、その際、もしも構想区域を2次医療圏と違う区域として設

定した場合には、これを一致させることが適当であるとされております。

そこで、下に今後の対応案というものをお示しさせていただいておりますが、まず、構想区域について検討を進めていく上では、まず、今後の医療需要の推計、医療提供体制の検討というものは、これまでずっと馴染んできました現行の2次医療圏、これを単位として、まずは検討させていただきたいと考えております。

その上で検討の経緯ですとか、各種データなどを踏まえて構想区域の設定について協議をいたしまして、試案策定までにこの部会としての案を、構想区域としての案を決定することとします。

ちなみに、先ほど、ガイドラインにもありましたように、現行の2次医療圏と異なる構想区域を設定した場合には、やはり基準病床数ですとか、そういったものと必要病床数、かなり絡んで参りますので、次期医療計画において一致させると。2次医療圏と構想区域を一致させるような、そういったことをさせていただこうと考えております。

このような進め方、対応で良いか、ご協議をさせていただきたいと考えております。

よろしく願いいたします。

(村上部会長)

これも、大分、前から何回も2次医療圏は現在の青森県の形を考えますと、この形でいった方がいいのではないかと。この地域医療構想の話が出る前から何回も検討して、お集まりいただいたところでございます。

何かこの対応案の資料2の左側の下の現行の2次医療圏を単位として扱おうじゃないかということに対して、これは変えた方がいいという方、いらっしゃいますか。

というのは、この間も地域医療構想の国の会議でも言ったんですけども、やはり、市町村単位で区切った2次医療圏とか、いろいろあるんですね、全国的には。

そうすると、市町村単位で区切って、そこはうちがやるからいいんだとか、という首長さんの問題になったりしているんですが、青森市の6つの2次医療圏というのは、陸奥湾があつて、かついろんな山があつて湖があつてということを考えますと、まとめても駄目ですしということで、前にも申し上げた経過がございます。

そんなことで、この形が一番いいのかなと思っておりました。まず、青森市と弘前市の弘前大学、八戸の八戸市民病院と、この3つが中核になりながら、各地域を2つずつ、またお互いカバーしながらやっていて今まできたわけですけども。

よろしいですか。三浦先生、何かご意見ございますか？

いいですか。

鳴海支部長、どうです？

(鳴海委員)

検討開始の段階では、これで結構かと。

(村上部会長)

看護協会さん、いいですか。

木村先生、品川さん、いいですか？

ということで、次を。

(事務局)

医療薬務課長の楠美でございます。

続いて資料3、医療需要の推計、必要病床数の推計についてご説明申し上げます。

めくっていただいて、まず、この推計方法についてご説明申し上げます。

前提条件として、この算定方法は、厚生労働省令に基づいて行っております。

また、必要なデータにつきましては、厚生労働省が都道府県に提供するデータを用いております。今回のデータについては、平成27年6月に国から配置されました「地域医療構想策定支援ツール」より算定したものでございます。

その下、枠組みに「地域医療構想策定ガイドラインより」とございますが、これは、前回、第1回の会議の方でガイドラインということで国が示した各都道府県が従う指針ということでお伝え申し上げましたが、その中に記載してある推計方法についてご説明した資料になります。

高度急性期、急性期、回復期の医療需要でございますけれども、これは、2013年度、1年分のナショナルデータベース（NDB）のデータ、それからレセプトデータ、DPCデータ等を使用しております。

2025年の性・年齢階層別人口というものについては、厚生労働省の人口問題研究所が策定している推計人口を用いて行われたところでございます。

また、高度急性期、急性期、回復期の入院受療率から2025年の医療需要を求めることになっておりますが、この算定式については、性・年齢階層別に1年間の入院患者数の延べ人数を365日で割って、性・年齢階層別に1日当たり入院患者延べ数を出しまして、それを対象となる人口で割り返しまして、性・年齢階層別の入院受療率というものを出します。

その入院受療率を利用しまして、下の方の括弧は、2025年の推計人口に基づいて人口の伸びを医療需要に反映させて計算すると。総和を求めているという算式になっております。

こういった形で、高度急性期、急性期、回復期については、医療需要を求めているということになります。

続いて、次のページ、これもガイドラインからになりますけれども、慢性期の医療需要については、イメージにありますように、まずは慢性期機能と在宅医療機能、在宅機能について、まとめて推計しまして、その中から慢性期の医療需要を求めるという考え方になっております。

まず、現状の一般病床に算定してある障害者、難病患者等の入院患者数、それは慢性期等の医療需要として見込むと。療養病床の入院患者数の中で、回復期リハ病棟で行っている入院患者については、回復期機能の方で見込むということになっております。

療養病床の入院患者は、回復期を除いてそのまま慢性期機能及び在宅医療等で受ける患者というふうになっております。

また、療養病床の中で、真ん中の区分として医療区分1の70%でございますけれども、これは、療養病床の中で区分1のものにつきましては、慢性期機能、在宅医療の方でみますけれども、特に在宅医療の方で受けることができる患者ということになっております。

また、地域差の解消でございますが、この地域差の解消につきましては、下のマル印で説明しておりますが、慢性期の中で在宅医療で対応する患者数を一定数見込む中で、特に、療養病床については、都道府県の入院受療率の格差が非常に大きいということで、療養病

床中の入院患者率の地域差というものを縮小するための一定の幅の目標ということで設定されております。

パターンA、B、Cとございますけれども、基本的にはパターンAの全国最小値までの低下を目指すもの。パターンBの全国最小値との差を一定割合で解消していこうとするもの。これは、Aに比べて若干緩やかな変化率になっております。

パターンC、これについては、いわゆる激変緩和措置として、特に高齢者率の高い中で減少率が非常に大きい地域については、パターンCということで、これは、2025ではなく、2030、簡単にいくと3分の1程度の緩やかさを持たせたような減少率を作ろうというのがパターンCという考え方になっております。

こういったパターンA、B、Cの中で地域差の解消を目指していくというのが、上の図の療養病床の入院患者数の中の地域差の解消という部分になります。

それから③、一般病床でC3基準未満の患者数でございますが、これは、現在、一般病床の中で特に治療報酬が1日175点未満の階層、これについては、在宅医療等で対応ができるということで、機能を在宅医療の方で担う患者ということになっております。

それと、現時点で訪問診療を受けている患者数が、まさに現在、在宅医療を受けている患者と。

⑤は、現時点で老健施設に入所している者、これについても、在宅医療等で対応できる患者ということで、国の方では、こういった慢性期機能及び在宅医療等の患者像については、このような設定をしていて、この中で一定割合が慢性期の病床として対応できるというふうにされています。

ただ、ガイドラインの中では、あくまでもこの対応につきましては、慢性期機能、在宅医療等の中で慢性期機能、これから病床の目標というものを定めていきますけれども、その前提としましては、限られた医療資源の中で住民が安心して地域医療を受けていくためには、最初に慢性期の病床、必要病床があるのではなくて、在宅医療の整備が先行した上で、在宅医療の機能そのものが出来上がった上で、慢性期機能の必要病床の目標が実現できるとされておりますので、そういった前提での検討ということになると考えております。

続いて3ページになります。

必要病床数の推計ですけれども、これまで医療需要につきましては、1日当たりの患者、入院患者ということで参考にしておりますが、それを病床に変換する中では、稼働率というものを設定しています。それが、高度急性期については75%、100床のうち、その日に入院患者としては75人を数えるといった、稼働率としては75%、急性期は78%、回復期は90%、慢性期は92%という率を用いております。

もう1つ、今後の検討に当たって、施設所在地ベース、患者住所地ベースという2つの指標を出しています。

1つ目の施設所在地ベースは、一定の構想区域内に所在する医療機関が提供している医療の供給量を示したものとなります。例えば、A病院が、青森地域のA病院が実際に提供している医療供給機能、この対象としては、青森地域に住んでいる住民の方も含まれるし、極端な場合、隣りの下北圏域から流れてくる患者も、その医療機関で受けていると合算した形で、医療機関がその地域で提供しているものというのが所在地ベースの指標になります。

その下の患者住所地ベースは、逆に住んでいる、居住している患者の医療需要ということで、あくまでも青森圏域であれば青森圏域の医療需要の総和、下北地域では下北の住民

の方の医療需要の総和、それを見るという形で移動がないという、患者に移動がない前提での医療需要となっております。

従って、上の施設所在地ベースから患者住所地ベースを差し引いたものというのが、構想区域外から、他の圏域からその圏域に入ってきている患者の数を示すといった計算ができる指標というふうに謳っております。

こういったものがガイドラインで示された推計の考え方となっております、今回のご説明の指標もそれに基づいた推計というふうになっております。

続いて4ページ、青森県の人口及び入院患者数の概要についてご説明します。

まず、今後の需要を見る中で人口の動向を見ますと、人口の左の一番上というのが、人口の総数を示したものですが、135万人から2025年には116.1万人ということで、人口は14.4万人減少するというふうになっております。

特に、年齢階層で見ますと、15から64歳の部分で大きく減少しております。

一方、下で囲んでありますが、75歳以上の人口を見ますと、2015年から25年まで約3.6万人増加すると。全体が減少する中で75歳人口は3.6万人増加するというのが大きな特徴になっております。

これに対応した形での入院患者数を見ますと、ここの入院患者数というのは、今回の推計をそのまま使っているわけではなくて、入院患者調査というものをベースに推計した数字になりますけども、真ん中のグラフの赤いところが入院患者の総数になりますが、2010年の約1万6千人の1日当たりの入院患者数が2025年をピークに増加していくという傾向がみられます。ただ、2025年をピークとして、その後は減少率も段々大きくなってきますけども、減少が大きくなっていくというのが、この入院患者の動向ということで、ご注意いただきたいと思っております。

従って、2025年がピークということで、今後の推計もそれを頭に入れて算定していきたいと考えております。

続いて、5ページをご覧ください。

これは、まず人口について各圏域の2次医療圏ごとにその傾向を見たものですが、大きく、人口そのものは大きく傾向は変わっていない。総数そのものはどんどん減っていく中で75歳以上の高齢者については、2025年については増加傾向が考えられるという傾向になっております。ただ、2025年をピークに減っていくという傾向もまたみられるということでもあります。

続いて6ページが入院患者の傾向であります。

各圏域ごとにみますと、入院患者、75歳以上の人口の増加に大きく左右されているというところでご説明申し上げましたけども、各圏域でかなり傾向が異なっているようにみられます。

まず、西北五圏域、真ん中のところですが、西北五圏域については、ピーク自体が2015年にありまして、その後、入院患者数の減少は続いていくと。早めの減少がみられる地域になっています。

続いて、津軽と青森地域、これが2025年がピークでその後減っていくと。

それから、八戸、上十三、下北地域、これはピークとしては2030年になっておりまして、そのピーク後には減少していく、といったように、入院患者数で見ますと地域差が若干みられるという傾向がございます。西北五では、早めに減少がみられるという特徴があります。

以上、入院患者数の傾向というものをみたわけですが、結局、それが結果としては、2025年の必要減少数に反映されていくものと考えております。

ここで、推計にあたっての大きな流れを7ページの表でご説明申し上げたいと思います。

7ページに2025年の必要病床数の推計ということでございますが、まず、一番左側の赤と青で作ったグラフがありますけども、これは、いわゆる医療法上の基準病床数、既存病床数の比較として作成したものであるということで、参考としてまずご説明申し上げたいと思います。

一番左が平成25年10月現在の医療施設調査に基づいた数字ですけども、一般病床数として13,552床、療養として3,022床というのが調査結果としてございます。

この一般病床の中では、いわゆる重度心身障害者施設であるとか、自衛隊内の病院であるとか、あるいは、有床診療所等も全て入った一般病床と療養病床、これが総和としては16,574床あったというのが、平成25年10月のデータでございます。

次が基準病床数ということで表した棒グラフであります。これは医療法上に定めた医療計画、青森県医療計画の方で定めた基準病床、県として、地域として基本的にこの基準病床数の病床を整備するということを目標として掲げていると。ただし、これは2次医療圏単位になりますけども、基準病床数を超えた病床の新たな新規開設であるとか、増床については協議しながら定めていく、元となる基準病床数になります。

この基準病床数は、一般が8,965床、療養が2,355床、合計で11,320床、これは県の合計の数字となっております。

それに対応する形で平成27年4月1日現在の既存病床数というのが、青と赤のグラフになります。医療計画で定めた基準病床数に対して、既存病床数、現在、実際に届け出のある病床数というのが、一般では9,867床、療養では3,085床ということで、合計12,952床が既存病床数として、医療計画上の基準病床数に対する病床数としてあるとなっております。

基準病床数に比べて1,632床多いということは、県の合計でみると、この分は医療計画上の病床数に対応して過剰にあるということになっておりますが、直ちにこれらの削減を求めるような病床でもないというのが、医療計画上の位置付けになっております。

さらに、これに加えた形で、有床診療所、平成19年1月以前の有床診療所、特例診療所の病床数は2,205床、重度心身障害者、自衛隊内の病院等が771床、これが医療計画上の基準病床数の対象外の病床数ということで、これを併せると平成27年4月1日現在では、15,928床あるということになっております。これを、例えば、平成25年10月と比べますと、16,574床よりも大きく減少しておりますけども、この内訳としましては、有床診療所がこの2年間で減少したものが498床。また、病院の方で無床診療所化等としたものが148床ということで、2年間で、いわゆる自然減のような形で、こういった有床診療所の病床の減であるとか、無床化等で減少しているというのが現在の青森県の病床数ということになります。

現在の、平成27年4月1日現在で15,928床があるというのが現在の推計ということになります。

続いてその隣り、オレンジとか緑、ピンクで表したものが病床機能報告で得られた数字になります。

これは、平成26年7月1日現在の病床について、各病院、有床診療所から報告いただいたものを集計した数字ということになります。この際、4つの医療機能区分ごとの報告を

もらっておりまして、上の高度急性期1, 616床、急性期は8, 098床、回復期が1, 438床、慢性期が3, 074床の報告、総数として報告いただいております。

さらに、報告はいただいたのですが、この4つの医療区分に区分できない病床だということで報告いただいたものが、この医療機能としては無回答だったものとして384床ありました。従って、病床機能報告の報告自体は、14, 610床の報告があったところで、これが、現在、稼働している病床ということで考えております。

更に、データを突き合わせる中で未報告等とございますが、これは、注にもございますけれども、現在、病床機能報告としては無回答であるもの、また報告内容に、いわゆるこちらで把握している既存病床数等と乖離があるために正確な医療機能に区分できない分であるとか、現在、精査中のものが703床あります。

この他に報告対象外として把握しているものが615床、これは、例えば、全ての許可病床を返還済み、あるいは返還予定になっているもの。あるいは、保健医療機関として行っていない自衛隊病院。こういったものは元々病床機能報告、あるいは今回の推計の対象になっていない病床ということで615床あります。

従って、病床機能報告であった14, 610床と最大、現在、未報告で精査中のものが703床あります。こちらが今回の推計の対象になる病床と捉えております。

その隣りが2013年、平成25年の医療需要ということで、これはNDBのレセプトデータ、DPCデータから実際に2013年に患者として1日当たり入院している患者の実態を踏まえた医療需要として算定したものになります。

これが、高度急性期が1, 163床、急性期が3, 879床、回復期が3, 876床、慢性期及び在宅医療等では4, 934床ということで、2013年の患者数から推計した必要な病床数というのは13, 853床という計算になります。ただ、この計算に当たって病床数で表記しておりますけれども、先ほど申し上げたように、例えば、高度急性期であれば稼働率については75%、急性期であれば78%、回復期は90%、慢性期、在宅医療等については92%の稼働率で医療需要を病床数に換算したものになります。それに換算すると、実際に2013年には13, 853床分の医療需要があったというふうに考えております。

これと、平成26年の病床機能報告の際、病床機能の報告があったものと、現在、精査中の703床を超えたものと比較しますと、1, 460床が少ない、機能報告等では多いという計算になっております。この差異というものについては、先ほど言った病床稼働率が、例えば、実際の稼働率が今回の推計で用いた稼働率よりも低い場合、こういった差異が生じているものと捉えております。

これが、医療需要の現状というふうに考えております。

それに対応した形で2015年の医療需要、右側2番目のグラフになりますけれども、棒グラフになりますけれども、これが2025年の推計ということで算定したものであります。

高度急性期は1, 157床、急性期4, 070床、回復期4, 238床、慢性期及び在宅医療が5, 410床ということで、これについては、総数自体は14, 875床ということで、2013年と比べると多くなっております。これは、先ほどから説明した入院患者数の推計でもご説明申し上げましたが、高齢者の人口増加等によって医療需要そのものが2013年よりも2015年は増えていると。2025年は増えているというふうに考えております。医療需要そのものが増えているというふうに考えております。

一番右側の図ですけれども、慢性期及び在宅医療等の5, 410床について、国の算定式

に基づいた推計を行うと、この中での慢性期の病床については2, 362床という推計になります。

これを併せて高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病床としては、11, 827床ということになります。ただ、この前提は、先ほど申し上げたようにガイドラインで示したとおり、在宅医療等の整備が先行した上で慢性期機能の必要病床数にかかる目標に向けた取組ということになります。あくまでも、在宅医療等が進む前提で、この慢性期の病床の目標が立てられるというのが国のガイドラインの考え方です。

従って、下の矢印に書いてありますように、病床の機能分化、連携を図るとともに、医療・介護サービスの提供体制を踏まえながら、在宅医療等での対応を促進した上で、この高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病床数が2025年の姿として目指すことができるものというふうに考えております。

以上が2025年の必要病床数の推計の考え方となります。

続いて8ページが先ほどの県計のものを2次医療圏ごとに分解してみたものになります。

各圏域とも、それぞれ一番左側から平成26年の病床機能の報告があったもの。25年の医療需要として推計されるもの。それについて平成37年、2025年の医療需要として推計されているもの。それを慢性期病床について、在宅医療等が進んだという前提で推計したものという図になっております。

大変恐縮なんですけど、各圏域については、今後、各圏域ごとの具体的な施策を考える中で、また検討させていただきたい、検討をお願いしたいと思っておりますので、本日は詳しい説明については割愛させていただいて、傾向としてはこうになっているというふうに考えていただきたいと思います。

9ページになりますけども、もう一度、この推計値の捉え方についてご説明申し上げたいと思っております。

今回の推計値は、厚生労働省令で定める算定方法で算定したものです。今後、構想区域間、あるいは都道府県間の調整や療養病床の入院受療率の状況などの実情を踏まえながら検討していくということになります。従って、直ちに、今回の数値が直ちに2025年の必要病床数というふうになるとは考えてはおりません。将来の人口構造、疾病の状況の変化の見通しを併せて急性期、回復期、慢性期、在宅医療介護に至るまで、一連のサービスが切れ目なく、過不足なく提供される体制を確保していきたいということでもあります。

また、慢性期の医療需要については、先ほど申し上げたように在宅医療で対応することが可能と考える患者数を一定程度見込むという前提となっております。単に、慢性期病床の数字だけが目標ではないということでご承知いただきたいと思います。

以上、今回の医療需要の推計についてご説明いたしました。

(村上部会長)

ありがとうございます。

今日、お集まりいただいた一番の問題点がここでございますが、まずは、全体を通してご意見をいただきたいと思います。

どうぞ、三浦委員。

(三浦委員)

教えて欲しいんですけども。

7ページの基準病床数と右側の既存病床数というのは、有床診療所の病床数だけが平成19年1月1日になっているのは、何か理由はあるのでしょうか。

(事務局)

すいません、もう1回お願いします。

(三浦委員)

基準病床数、平成27年4月1日とありますよね。左から3本目ですね。

このところの白抜きのところで、平成19年1月1日以前の有床診療所の病床数ってありますよね。ここが、何故、ここだけ平成19年となっているのか。

(事務局)

これは、あくまでも医療法上の基準病床数の考え方なんですが、基準病床数を超えたものについて、超えている地域については、新規開設や増床については、原則、認められないということの対象となる、基準病床数に対象となるものとして、平成19年1月1日現在は特例、いわゆる医療法上の計画の前に有床診として整備された病床については、規制の対象外に置くという考え方になっております。国自体がそういう考えで。

(村上部会長)

先生、これは、ずっと前からある有床診療所のベッドは、いわゆる基準病床のベッドではないという考えであったんです。ところが19年1月1日以降のやつは、地域医療支援診療所でなければベッドを許さないということで、今は、私、診療所を開業します。ベッドは19持ちます。これができなくなっています。その意味なんです。

(三浦委員)

何か駆け込みで病床を増やしたとか何とか

(村上部会長)

いや、そうじゃないと思います。

(一戸部長)

医療計画が昭和63年にできたんですけども、その医療計画というのは、基本的に病床規制だったんですけど、そこから新たに病院とかが、病床過剰地域では開設できなかったんですが、有床診療所だけができたんです。有床診療所は病床規制の対象外だったんです。

だから、平成18年の医療法改正で有床診療所も病床規制の対象に入れるということで、平成19年1月1日以降の有床診療所の開設は病床規制の対象になるということなので、この青の方に、青とか赤の方に有床診療所であっても、19年1月1日以降、入ってきている。それまでに開設された有床診療所は規制の対象外ということで、上に乗せている。そういう形になります。

(村上部会長)

病院のベッドだけを書いていた。

(三浦委員)

要するに、既存の、もうずっと前のものだということですね。

(村上部会長)

よろしいですか。

どうぞ。

(鳴海委員)

今後、議論する上で、このデータの信頼性というのが非常に重要になると思うんですが。

ここに示されております、いわゆるナショナルデータベースのレセプトデータと申しますか、これが元々だと思われるんですけども。このナショナルデータベースの網羅性といえますか、というのは、ほぼ100%と考えてよろしいのでしょうか。

(村上部会長)

事務局、そこ、分かりますか。一番大きい質問ですけども。

(事務局)

国の方で、この推計をするためにデータを集めておまして、NDBデータ、ナショナルデータベースというのがレセプトデータですよね。それと、あと、DPCデータ、それに参加している病院のデータというものを集めておまして、それでほぼ悉皆、レセプトデータは、ほぼ全ての医療機関が提供しているものですので、それを全て悉皆で網羅しているデータだという説明を受けております。

(村上部会長)

という国の方の説明だったんですけども。

現実には、DPCが全てDPCをやっているわけじゃない。それから、DPCでない方々のデータもかなりラフなんです。ですから、確かに数は非常に90億枚とか、あるという話ですが、そのデータそのものが100%からは程遠いと思っています。印象です。

どうぞ、部長どうぞ。

(一戸部長)

NDBデータ自体は、DPCは確かに、今、座長がおっしゃったように対象の病院が限られているので、このデータの割合というのは限られていますけども。NDBというのは、そもそもレセプトデータというもっと大きい形で出しています。この分析自体は国がやっているんで、大元まで辿って行って、これが本当に正しいのかというような確認は我々もできないので、それは与えられたデータの中で、我々としては計算ツールを用いて計算するという事です。

(村上部会長)

対人口比のデータとしては、世界で2番目に多いことは多いです。一番がフランスだとかって言っていましたね。

(鳴海委員)

物の本になれば、村上先生がおっしゃったようにDPCデータ、捕捉率は6割か7割ぐらいじゃないかと。

だから、いくら国から示されたデータとはいえ、事務局サイドでもう少し確信を持ったお話をされないと、そもそものデータの信頼性というところになりますので、そこはしっかりお話していただければありがたいなと思いますけど。

おそらく人口データについては、これは学者のお話ですので、殆ど間違いはないだろうというふうなことでございますので、要はナショナルデータベースの問題だと思っております。

(村上部会長)

はい、どうぞ。

(一戸部長)

誤解がないように申し上げますと、我々が確認を怠っているのではなくて、そもそもそういう確認ができるデータになっていないということなんです。要するに国が一括して確認したデータで、どういうふうに計算するかということを与えられているのが、この地域医療構想ガイドラインであり、地域医療構想策定ツールだというふうにご理解いただければと思います。

(村上部会長)

先般、地域医療構想の研修と国の方の教育を僕も受けて参りました。

そのときに、そのデータに関する質問をしました。このデータはおかしいって。そうしたら、それに対する反論ができないんですよ。

ですから、もう少しこのデータをどんどん、どんどん、この後も積み上げていなかいと、本当の正確なところにはならないとは思いますが、とりあえずは、これでまずいってみようじゃないかという感じみたいですね。

どうぞ、和賀先生。

(和賀委員)

この話、今、NDBデータの話が出ていますが、私が聞いたところでは、少なくとも、かなり、それは学者なんですけども、100%に近いようなデータは拾っているとは言っていましたけども。根本的な疑問は、今、部長がおっしゃられたとおりだとは思いますが。

質問なんですけど、7ページですけど、平成27年4月1日の既存病床数というのがあって、重心、自衛隊病院等771床ってあるんですけども、これは考え方としては、この枠の中で、当時、昨年度までの国立病院、国立が管轄していた病床という意味なんですか。

前回の第1回の会議では、慢性期病床の1つの定義として、障害者、難病患者については一般病床の、障害者、難病患者については慢性期機能の医療需要とする。そうすると、この中には、この時点では、少なくとも一般病床には重心は入れずに、点々の箱の中に括ったということになる、という話でいいですか。

(村上部会長)

どうぞ。

(一戸部長)

これも、さっき申し上げたように、重心の病床自体が元々医療計画の規制の対象外なのでこの点線に入っています。

ただ、慢性期に入れるか、入れないかというのは、この左の3本の棒じゃなくて、右側4本の棒の方に入っている。その場合は、重心は、この右側4本の方の慢性期の方に対象として入っている。

(和賀委員)

ここに、改めて右に入っていくと。

これは既存病床の分析のあれなんですけども、この中に、例えば、障害者ということで、筋ジスも含まれているわけなんですけども。その辺もこの点々の中に入っているという考えですか。それとも一般病床の方。

(村上部会長)

いかがですか。

(一戸部長)

筋ジスうんぬんというよりは、届出病床として重心なのか単なる一般病床として届け出ているかということなので、この左側3本の方。要するに今の医療計画上の届出、今の医療法上の届出は、一般か療養かそれ以外かしかない。

(和賀委員)

分かりました。

(村上部会長)

よろしいですか。

(和賀委員)

「等」の中には、例えば何が

(一戸部長)

ハンセン病施設などが入っています。

(和賀委員)

それから、もう1ついいでしょうか。

5ページの人口の棒なんですけども、75歳以上の話が出たと思うんですが、75歳以上の線というのは、これは特にない、グラフの方。

(村上部会長)

いかがですか。65歳以上に入っちゃったのかな。

(事務局)

すいません。75歳は、その前のグラフで75歳は再掲ということで書かせていただいた、65歳の中での75歳ということで再掲で書いたもので、5ページの75歳については割愛しております。

(和賀委員)

意味ないと考えていいですか。

(事務局)

意味ないというよりは、65歳の中の内数ということで考えています。

(和賀委員)

そうですか。

6ページですと、65以上と75以上は違ったラインになっていますので、ちょっと質問しました。

(事務局)

資料として、75歳も見れるように検討します。

(村上部会長)

いかがでしょうか。

基準病床、既存病床、そのあとの病床。よろしいですか。

木村委員、このとおりいくとしても、薬局の方はそうはいかないんじゃないのかな。

(木村委員)

ざっくり、7ページの右の3本の2013年、25年、必要病床数といった時に、在宅医療、要するに最後のまとめのところがありましたけども、高齢者住宅とか、有料老人ホームとか、そういうところである程度看取りをしていくという、在宅医療を受けながら看取られていくというイメージをつくっていく。数字からいったら、今のベッド数だったら、ざっと2,000ベッド、県内で減るという計算でいいんですよね。減るといえるか、さっきの在宅医療を進めながらと、そういう理解でいいんですよね。2,000近くのベッドを約10年かけて、結果的に減らしていくような推計、今のデータベースからみたらそのように理解していいんですよね。

(村上部会長)

まだ、そこまで言っていないけどね。

(木村委員)

言っていないけれども、この数字から見たらそういうことですよ。

分かりやすくするために、あえて、その辺、良い、悪いじゃなくて、このデータベースから見た時に推計したらそうなりますよということを確認したいのです。

片方で、ここから10年かけて、医療・介護サービス提供の体制を踏まえながらとありますが、実際、次からの議論の話になるんだと思うんですが、今回の介護保険法改正の地域支援充実の中で医療・介護連携を包括的支援事業といって、市町村の事業ですね、そこでしっかり連携事業をやりながら、在宅医療・介護、地域で、入院ベッドじゃない地域でみていくという仕組みを片方で急いでやらないと、これは、まさに机上の空論でおかしくなるんだろうなということをお筋から見たわけです。

ただ、その道筋をここから10年かけてどうするんだというのが大問題というか、各圏域ごとの問題になるし、その辺のところ両にらみで、この部会はベッド数の方向性を検討しているところでしょうけども、片方で在宅医療を受ける、受け皿側、そっちの方のこともやらなければまずいと思います。元々そういう方向で、去年、医療介護確保総合法案が通っているという認識が、私はありますけども、そういう共通認識を持ちながら、これから議論していかなければいけないということの理解でいいですか？ということの確認です。

(村上部会長)

その方向なんですね。

寺田理事、いかがですか。

(寺田委員)

私は、国保の立場で来ていましたけども、保険者協議会の立場から言いますと、国は私共に今日の会議資料のデータや第2次医療圏単位の細かいデータを県から提供いただいて、保険者協議会として検討しなさいと言っている。

また、これから、圏域単位で検討に入っていくと思いますが、その場合、今日は全国健康保険協会の鳴海さんもおられますけども、保険者協議会からも保険者代表として委員に入れていただきたい。それから、木村さんからも申しあげましたけども、当然、介護保険の実施主体である市町村の意見もこれから聞いていくと思いますが、その辺がどうなっているのかという見通しだけでもお知らせしていただければと思います。

(村上部会長)

事務局、今の大事な話ですけども、この先の話です。いかがですか。

(事務局)

ファイルの方で、前回の資料ということでお配りしたんですけど、前回の資料で全体のスケジュールをご説明してありますので、資料4-2というものをご覧いただければと思います。

資料4-2の方に地域医療構想策定に当たっての基本的な考え方ということでまとめていますが、真ん中のところに圏域ヒアリングということで、これの対象としては、医療関係団体、市町村、保険者協議会、地域の医療関係者、患者、住民から圏域ヒアリングという形でご意見をいただきたいと思っております。

そのスケジュールなんですけど、2枚めくっていただいて、左側の方に地域の関係者等からの意見聴取というのがありますが、8月下旬から、まず第1回目の圏域ヒアリングとい

うことで6圏域、2次医療圏ごとに意見を聞く場を設けてお話を聞いていきたいと思っております。現在の今の、今回お示した推計についてご説明して意見をもらうということでも考えております。

その後、もう一度、10月には試案というものをこの委員会で策定、この計画部会で策定していただいた試案をまた各圏域ごとにヒアリングをして意見をいただいて、できるだけそういった意見を反映させていただきたいと思っております。

(寺田委員)

その場合の委員は、保険者協議会の方から推薦するのか、それとも県が選定するのかお伺いしたい。

(事務局)

県の方で各団体をお願いすることなので、各団体からの推薦ということになるかと思えます。

(寺田委員)

分かりました。

(村上部会長)

寺田さんの方にもご相談があると思えます。

ただ、その12月といいますけど、最終的に国のこの辺の具体的な報告というのは、11月の予定なんです。11月にもう1回、皆で集まってもらってやると言っていましたので、その辺なのかなと思って聞いていました。

この間の研修でもこの2次医療圏に関しては、2次医療圏を削れていわれた県が大分あるんです。7つ、8つを3つにしろ、4つにしろと。ただ、いわゆるグループワークのグループの作り方が非常にめちゃくちゃだったんですよ。僕、松谷先生に、委員長に言って、「これは駄目だよ」って言ったら、申し訳ありませんでしたと佐々木室長から電話が掛かってきました。11月は、そういうふうにして、少し2次医療圏のまとめをしやすいようにしますと言っていましたので、東京都と他の小さな県と全部一緒にしちゃったわけですよ。だから、東京、札幌とか東京とか名古屋、大阪とか、そういうところと考え方を一緒にするし、東北だったら東北で東北の県を皆一緒にしないと駄目でしょうと。全部バラバラだったんですよ。何故、こんなことをやったんだって言ったら、単純にランダムにしましたと言っていましたので、この後、松谷先生は直すそうです。

他にございませんか。どうぞ、看護協会さん。

(熊谷委員)

今のこの4-2のところなんですけど、医療関係団体、それから地域の医療関係者という中には、看護は入っていないんでしょうか。

(村上部会長)

4-2ですか。

(熊谷委員)

はい。今の1ページのところ、ヒアリングをするというところ。

(事務局)

お願いしたいと思っています。

(熊谷委員)

それは支部ですか、それとも訪問看護ですか。

(事務局)

まだ、具体的に決めていませんので、そこはご相談させていただいてもよろしいでしょうか。

(熊谷委員)

そして、その下の囲みのところに、地域保健医療推進協議会が各保健所には設置されているわけですね。そうすると、上のこのヒアリングを受けたのと、この協議会で協議した内容というのはどのように。

(村上部会長)

この間のやつですね。

(熊谷委員)

はい、そうです。

(事務局)

今、検討を進めておりますのは、下の方で地域保健医療推進協議会とありますけども、この中で議論するのではなくて、この中のメンバーです。メンバーの方にも現地ヒアリングの方に参加していただいて、一緒にお話を聞くことを今、考えています。

(熊谷委員)

そうですか。

協議会には支部長も入っているものですから。じゃ、一緒になってということですね。

(事務局)

協議会メンバーも入っていただくことを今、考えています。

(村上部会長)

事務局、そういうのはできるだけ落ちのないように。今回、これは大きいですから、問題が。皆さんに声掛けして、ご意見をいただけるようにしてやっていただければありがたいと思いますので、よろしくお願いします。

三浦先生、どうぞ。

(三浦委員)

質問なのですが。

先ほどから病床数の確定とかいろんな前提として、在宅機能の整備が先決だというお話をされていたんですが、そのところが、どういうふうにして進められて、どういうふうにして整備されるかというのが分からないと、我々がここで話をしていくと、ちゃぶ台返しみたいになってしまったりすることもあるのかなと思って聞いていたんですが、その辺はどうなのでしょう。

(村上部会長)

いかがでしょう。

(事務局)

在宅医療については

(村上部会長)

在宅医療等となっていますけど。

(事務局)

在宅医療等とは、例えば、施設も含めた幅広い意味での在宅医療というふうを考えておりますが、施設内看護、施設内での看取りも含めた。具体的には施策についても、この部会でもご意見をいただきながら、取り組める施策は在宅についても取り組みたいし、それから、在宅医療、介護の連携という形で市町村も含めた形での取組というのもの、そちらの方と意見交換をしながら盛り込みたいと思っています。

(村上部会長)

まだ、具体的には動いていないということですね。よろしいですか。

(三浦委員)

大変、答えにくい話だと思うんですが、僕なんか、例えば、臨床の現場でいろいろ聞くわけですよ。老人、老老介護をしてみている方がいるわけですよ。2人みていた、90歳のお爺さん、お婆さん2人みていた。1人亡くなってホッとしたとか。そういう話が出てくるわけですよ。

そうすると、本当に在宅医療、在宅医療と言うんですけども、誰がみる在宅医療なんだというふうに、我々の認識ですと在宅医療というと、患者さんなり、高齢者だったり、うちでみているということの意味しか頭にはないんですよ。その辺のところ考えると、なかなか簡単に在宅医療に何十万人移せると考えられるのかなと思うんですけど。

(村上部会長)

非常に重要な問題だと思います。

部長、どうぞ。

(一戸部長)

在宅医療がどこまでいったら病床が閉鎖できるかという議論にはならないんだろうと思っています。在宅医療を進めるのは、やっぱり医療関係者の方々のご理解が必要なんですけど、ただ、在宅医療を望んでいる方がいないと、なかなか在宅医療の方にこない。

在宅の定義も幅広くて、必ずしも、今、一軒家みたいなものを想定しているわけではなくて、サービス付き高齢者住宅ですとか、有料老人ホーム含めて在宅、特養も在宅に入っています。そういう意味で、介護保険上の施設整備ですとか、そういう住宅系サービスの充実みたいなものを含めて在宅医療の進展が認められるかどうかという話。かたや、介護保険の方をみると、介護保険サービスを、これ以上、介護保険料を上げていくというのはなかなか難しい状況の中で、効率的にどうやって進めていくかというのは、我々、県としても、介護の方からすると、その作業もしていくということで、両方みているんですけども、結局、この部会で病床の数字を合わせるだけやるのではなくて、やっぱり介護でも何回かの計画の改定が見込まれるわけですが、その長いスパンでどういうふうに考えるかということを考えていただくんですが、それを介護は3年ごとの計画なんですけど、それを10年分全部、介護の計画を出さないとこの数字を出せないのかということ、そこまででもないの、一定程度の方向性を示しつつ、こういう病床の目安みたいところをどういうふうに収めていくかという議論だと思います。

(村上部会長)

よろしいですか。

ただ、今のは青森県のことを考えて一戸先生に言っていたと思いますが、国の方向でやっぱり、最初に三浦先生にお話いただいたみたいに対策イコールのデータではないという、そっちの方向に、そんな感じがします。

現場の品川委員、いかがですか、在宅に関しては。

(品川委員)

ここで在宅のことが凄く多くなっているんですけども、やっぱり介護する人も少ないですし、看護する人も少ない今の現状ですね。高齢者さんが多くなっている。看取りとかも、うちの方の施設でもやりますよとは言っているんですが、やっぱりそこでドクターの指示なりというものが必要になってきますし、そうすると、やっぱりそこでどういうふうにお医者さんが動いてくださるのかということも大事になってくるのかなというのがあります。

看取りはやりますって言っても、看護と介護だけではできるわけではないですので、その辺の絡みとかも、やっぱりいろいろ難しいのかなと思います。

(村上部会長)

ありがとうございます。

現場のその時、その時の、また危険のないような在宅でない駄目だし、ということだろうと思いますけど、ありがとうございます。

ただ、何と言いますか、在宅に関してのところなんですけど、これは、僕らの、僕があまり言っちゃ駄目なんでしょうけども、人口の減少も確かにどんどん、どんどん進んでいますけど、どこまでも本当に進むのかどうかというのは、これ、もう少し、5年、10年と見ていかないと分からないことですよ。それが1つ。

そして、何と言いますか、各首都圏のご高齢の方々との状態と、それから青森県のいわゆ

る今、2次医療圏、青森、弘前、八戸と、その他の3つの2次医療圏の在宅の、あるいはご高齢な方々の状態というのは、また違うのではないかなと。状況が違うんじゃないかなと、そう思っています。

例えば、首都圏ですと、在宅でも、本当に品川に、港区に一軒家を構えた在宅も勿論おありでしょうけども、殆どがアパートとか、そんな何畳1間の方も非常に多いかと思えます。そういうところに、今も現在、もう既に在宅で介護の方々、あるいは在宅療養をやるドクターの方々が行っているわけですけども、そういう方の在宅をどうしても今、厚労省の方は、頭の中に入れてしまいますけども、青森県の冬場の在宅を考えると、とてもそんなものじゃないわけですよ。

ですから、今度は逆に在宅のご家族の負担とか、その辺を考えると、これはベッドじゃないと駄目だという話も当然出てくると思えますから、そこは弾力的に現場を見て考えていただかないと駄目なので、国からきたサ高住の在宅をイコールで青森県にはめないようにしてはいただきたいと思っていました。

その他に何かありませんか。淀野先生、黙っていますけど何か。

(淀野委員)

平成26年度の病床機能報告に基づく割合。それとあと実際、平成25年度の医療需要というところの差が結構あるんですね。これの問題をどういうふうに理解するかということ。

それから、実は慢性期というのが25年度のデータで見えていくと、慢性期と在宅医療と一緒に4,935なんですよね。実際、これから病院の病床数を手直し考えていくとすると、この4,935のところ、なんぼが在宅で、なんぼが療養型の病床数なのかというのがちょっと見えない。そうすると、そこも含めて、実際、1,600と1,800床という病床が過剰だという話もあるところを、もしかしたら在宅が大きくなれば、これはもっと2,000床という値になるので、現実には青森県での病床数というものがどんなのかということをごきちんとしていかなければならないと思うんですが。

それと、その25年度の4つの色分けと、実際、青森県の病院単位で機能報告した形とは全く違うんですよ。急性期が多くて、回復期が少ない。やっぱり回復期の医療経営からすると成り立たないんですよ。

例えば、私共みたいに全く助成金なしでやっていく、手前だけの収入でやっていく施設では、今の医療費ではとても採算が取れない状況で、こういうふうに望まれるような形が予測されているんですけども、実際、医療経営上からすると、とてもこういうふうには近づいていけないという難しい問題があるので、これは全日病の理事会の中でも話し合ったんですけども、地域包括ケアベッドにいくしかないかなといいながらも、しかし、包括下で経営的にはとても厳しいという結果ですね。

ですから、僕なんかは、やっぱり給付に見合うだけの負担をきちんとして。その分、透明性の高いガイドラインをはっきりさせて、どこまで、未だかつて僕ら、経験したことのない寝たきり老人を一杯抱えているわけですよ。これをどこで医療給付を打ち切ったり、継続したりするかというガイドラインがきちんできないと、ここも慢性期療養型のところが全く不透明かなと思うんですね。

何か一杯、いろんなことを喋ってしまっ。

(村上部会長)

3点あります。

まず在宅医療、慢性期のところの90何%、そのパーセンテージでいいのかということ。

それから回復期、これは病院としてかなり経営がシビアである。

それからもう1つが、いわゆる慢性期のベッド、それである程度病院が維持できるようにしていただかないと困る。そうですね。

いかがでしょう。

(一戸部長)

私から。

まず、1番最初、病床機能報告と2013年の医療需要との違いは何なのかというご質問なんですが、これは、資料の説明で、課長の方から説明させていただいたように、右から3番目の2013年の医療需要のところは、このガイドラインに沿った形の病床稼働率で割り戻した数字。この病床機能報告自体が、医療機関が休床していなければ、保険診療で使っているもの全部をおそらく出しているの、実際の病床稼働率を掛けると、限りなく2013年医療需要で積算した数に近いのではないかと想定しています。これは、検算しているわけではないので何とも言えませんが。病床稼働率を掛けると、そんなに大きな違いはないんじゃないかと。

もう1つは、2013年のところの慢性期と在宅医療の内訳がどうなっているんだという話ですけども、現時点で、在宅医療がそんなに進んでいるわけではないので、これは、病院のベッドに入院されているだろうと想定していて、まさにそれを2025年の医療需要の一番右側の形でどこまで在宅医療で持っていけるのかという話はこれからなんですよけど、ということです。

それから、回復期の経営の話は、ここでの議題ではないですけども、やはり同じような議論はどこでもあって、中医協中心に議論がされているし、まさに、回復期とは一体なんぞやという話。結局、回復期の定義と診療報酬はどうやってリンクさせるのか。診療報酬が急性期から回復期に病棟転換、機能分化していく時に、本当に経営が成り立つようにできるような点数にするのかどうかというのは、これからの厚労省の議論になると思っております。

以上でございます。

(村上部会長)

よろしいですか。

今は決められないということで。

(淀野委員)

もう1つは、有床診療所のベッドについてなんですが、全国的には減っていくという形なんですが、去年1年間で600施設が廃止されて、80施設が復興したという話があるんですが。ただ、寝たきり、認知ということで、地域であまり制約がないので、短期入院の利用がともしやすいということで、有床診療所のベッドが比較的在宅復帰率が9割ぐらいあって、それを1つには上手く使ったら、地域の困っている、在宅で困っているお年寄りを面倒みるのに有効かなという話が出ていましたので、この有床診療所は、どちらか

たとえば将来的には無くするという方向なんでしょうけども、これはやっぱりちゃんと、当面、ここ10年ぐらいはきちんと活用していかなければ無理かなというふうに思います。

(村上部会長)

よろしいですか。

どうぞ。

(一戸部長)

有床診については、今、ご指摘いただいたように、この表に、7ページの表にもあるように、有床診療所が無くなっていった病床が減っているのは事実なんですけど、我々の考え方としては、やっぱり、結局、何年もずっと稼働していない有床診療所があると理解していて、その病床が本当に稼働されないままでいいのかどうかという議論に繋がってくるんだろうと思います。稼働しているところは、それはそれで、その機能を果たしていただければ私はいいと思っていますし、ただ5年も10年も病床が動いていないところもあるわけで、その中身を見ながら必要なベッド、要するに動いていないところはお返しいただかなきゃいけないところもあると思いますし、返していただいた分は、機能として役割を果たしていただけるようなところに、また配分し直していくということが大事になってくるだろうと思います。

その辺は、また、我々も有床診療所も含めて、どういう稼働状況なのかというのは見ていきたいとは思っています。

(村上部会長)

実は、先生、有床診が稼働していない、稼働させられなくなったというのは、有床診のいわゆる保険点数がどんどん、どんどん、先生が下げたとは言いませんけども、国の方で下げてしまって維持できなくなったんです。今現在、有床診に入院される患者さん、有床診の側にお入りになる金額が1日当たりで言った方が分かりやすいでしょうけども、3千円ちょっとなんです。いわゆる、カプセルホテルより安いんです。それで給食を置いたり、看護婦を当直させたりで、それから食事を出してそうなんですから、できないんです。

それをやはり考えていただかないと駄目だと思います。よろしくお願いします。

それから、それをしておいて、なおかつ今、淀野先生がおっしゃっていただいたように、急性期病院の在宅への足掛かりとして、有床診を使うシステムというのは、非常に効果があると思うんです。ところが、今、サ高住みたいなところに入れておいて、介護サービスをやった方が、いわゆるコストの面からベッドをやめて、診療所の先生方がそっちの方に今、走りつつあるんです。ですから、これはやっぱり医者目、看護婦目があるベッドをもう少し大事にさせていただかないと駄目だと思います。よろしくお願いします。

他にございませんか。大分、話が出ましたけど、いいですか、看護協会さんも。

それでは、そんな感じで、ここはいろいろ各場所からもう1回話を聞いて、青森県の方向、いわゆる病床数、診療内容をお考えいただければありがたい。

一番の問題は、寺田委員が申し上げたように、介護保険とのバランスですよね。介護保険との、市町村との。今、介護保険もおそらく県の方で全部やるようになるんでしょうけど、そうするともう少し薄くなるかもしれませんが、よろしくお願いします。

③のところ、よろしいですか。

次にいかせていただきます。
患者さんの流出入、お願いします。

(事務局)

それでは、資料4、患者の流出入の状況についてご説明をさせていただきます。

1枚めくって、1ページ目をご覧くださいと思います。

まず、患者流出入を踏まえた都道府県間調整ということでございますが、患者は圏域内とか、そして県内にだけに留まっているわけではございませんでして、移動がありますので、医療供給の必要量を考える上でどれぐらい他県ですとか、他の圏域で医療を受けているか把握いたしまして、必要があれば調整するというものを行うことになって参ります。

そこで、真ん中の下に絵がありますけれども、進め方の手順でございます。こういった圏域間、都道府県間の調整を行う場合の手続きでございますが、まず1つ目、①、患者住所地に基づいて医療需要を推計すると。2つ目に他区域との流出入状況を踏まえた入院患者数を推計する。3つ目に他区域と流出入を調整して合意をする。そして4つ目ですけども、それで人数が出てきますので、その患者さんの人数をベッド数に変換して病床を整備するといったような流れになって参ります。

県内の圏域間での調整というのは、これからこの場で検討していくことになって参りますが、都道府県間の調整というものが、また、必要になって参ります。

マルで、なお書きでありますけれども、具体的な都道府県間の調整方法については、この7月に厚生労働省から案が示されたところでございますけれども、それによりますと、平成27年の12月を期限に協議を行うと。8月20日に都道府県を集めての説明会を行うこととして、9月から協議ができる体制を整えるとしております。

圏域の単位で10人未満の移動というのは、移動があっても対象にしないというような内容が、この厚生労働省の案では示されております。

具体的内容についてご説明いたします。次のページをご覧くださいと思います。

次が2025年の4機能別医療需要（流出入）とございます。

表が4つありまして、一番左上が高度急性期、その下が急性期、右上が回復期、その下が慢性期と。それぞれの医療機能ごとに流出入がどうかということ推計したものでございます。

この左下の急性期というところをご覧ください、これで説明させていただきますと、左側が患者の住所地と書かれておりまして、県内と県外とございます。そして、上の方の欄も施設所在地とありまして、県内と県外ということがございます。

この患者住所地で見ました県内の一番上に津軽地域とございますが、これは、住んでいる地域で津軽地域にお住まいの方、この方の受療動向がどうかという話なんですけれども、上の施設所在地の津軽地域というところ、要は、これは津軽地域の中にある医療機関ということで考えていただければいいんですが。津軽地域の医療機関に津軽地域にお住まいの方がかかっている、そういった数が747人ということになります。

その右側からは、印が付いておりますけれども、これは、実は10人未満ということで計算されない、表にあらわれないということになっております。

次の八戸地域、住所地、患者住所地でみますと、八戸地域でみますと、同じく施設所在地の八戸地域とクロスするところ、どこでも自分達の圏域で受けるところが患者さんが一番多いので、クロスする、このピンク色のところが一番人数が多いんですけども、八戸地

域の病院に、医療機関に八戸地域の方がかかるのが794となります。

そして、そこから右の方に寄っていただきますと、上十三地域の医療機関に、実は八戸地域にお住まいの方が15.2人かかっていると。さらに右の方にいきますと、盛岡、これは県外になりますけども、盛岡の地域に12.4人がかかっているということになります。

八戸にお住まいの方というのは、八戸地域の他に上十三地域とか盛岡にも多くかかっている。勿論、印の付いているところ、10人未満ではありますけども、こちらの方にも受療していることとなります。全くゼロであれば、0.0と書いている、こういった数字が出てくることとなっております。

また、次に施設側から見ていただきます。施設所在地の一番端の津軽地域、こちらからご覧いただきますと、まず津軽地域と津軽地域が重なるところ、先ほど、ご説明したところですが、住所地の青森との間では50.3、西北五地域との間では75.8、そして、ずっと進んでいきますと大館、鹿角が12.5ということになって参ります。

ということで見ますと、この施設所在地、津軽地域の医療機関からみますと、津軽地域が一番患者さんが多いんですが、その他に青森地域や西北五地域、そして大館、鹿角からも患者さんがいらしている。こういうふうな見方ということになって参ります。

こうした場合に、この黄色の部分が、県外からうちの方に患者さんが来てもらっているところ、久慈ですとか、大館、鹿角の方からは、本県の医療機関の方に患者さんが来ていただいている。逆に、盛岡なんかには、うちの県から患者さんがそちらの方に流れているといった状況になって参りまして、これが4つの医療機能ごとにそういった色付けのものが出てくるということになって参ります。

この黄色の部分につきまして、我々のもとでこの病床が必要だということになってくれば、他県の方とも協議が必要になってくる。また、逆に、緑の部分の方の県から、実は、うちの方でこれ分必要なんだというふうな話でくるということもあろうかと思えます。

こういった協議について、今後、行なっていくということになって参りますけども、今後の調整の状況、これは、これから説明会などを受けまして、我々の方でいろいろとその状況をまとめた上で、委員の皆様にお諮りしてもらいたいと考えております。

ちなみに、次のページが参考値で、今現在、2013年度の医療需要ということでございまして、これは機能を4つに分けておりませんで、1つにまとめているものですので、先ほどの1つ1つの表から見ますと人数が多いような状況になっておりますが、これが2025年度の4つの機能区分では、先ほどの2ページのような表になって参るといった状況でございます。

今後、この状況については、他県とのやり取りを整理してお示しさせていただきたいと考えております。

以上でございます。

(村上部会長)

ありがとうございます。

流出入の状況でございますが、これはいろいろ今まで先生方おやりになって大体の地形、道路というものから、というような感じかなと思いますが、ご意見ございますか。

八戸さんは、随分、岩手県からお見えになっているみたいで、よろしく。その代わりへりまでも向こうに飛んでるみたいですね。

よろしいですか。

それでは、その他でございますが、事務局、何かありますか。

よければ、事務局にお返しします。

どうもありがとうございました。

(司会)

村上部会長、委員の皆様、長時間にわたる熱心なご議論、ありがとうございました。

以上をもちまして本日の審議会を閉会いたします。