

午後 6 時30分 開会

吉原医務課参事

ただいまから佐賀県地域医療構想調整会議を開催させていただきます。

開会に当たりまして、佐賀県健康福祉本部の船津本部長が一言御挨拶申し上げます。

船津健康福祉本部長

皆さんこんにちは。お忙しいところお集まりいただきまして、ありがとうございます。今日は佐賀県地域医療構想調整会議の第1回目、立ち上げの会議でありますけれども、この立ち上げに至りました経過を、皆さん御承知の部分多いと思いますけど、私のほうから御説明をさせていただきますと思います。

まず、昨年6月に医療法が改正をされております。このときの医療法の改正の目的が、社会保障と税の一体改革というのが平成24年度に大分議論されたところでございますけれども、その中で、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革を実行するということが大きなテーマでございました。これを医療分野について申し上げますと、高齢化の進展とか、高度な医療の普及などによりまして、医療費の増大が見込まれる。そういう中で、国民皆保険制度を維持していくためには、医療施設等の確保とか、有効活用を図る必要がある。そして、効率的かつ質の高い医療供給体制を構築していこうということでございました。そういうことによりまして、地域の必要な医療を確保したいということが医療法改正の目的でありました。

この地域での効率的かつ質の高い医療の確保のためには、病床の機能分化、あるいは連携が必要ということでございます。そのために、各都道府県は地域医療構想を2025年、今から10年後を念頭に地域医療構想を策定して、将来の病床数や必要量などに関しまして、地域における医療供給体制に関するビジョンをつくるということになったところでございます。

厚労省におきましては、ことしの3月末に構想策定のガイドラインを決定しました。今年度から各都道府県が一斉にといいますか、本格的な検討に着手したところでございます。また、この改正医療法におきましては、従来ありました医療審議会とは別に、都道府県は地域医療構想の体制に向けて医療関係者を中心とした協議の場を設ける、そういうふうにされたところであります。この協議の場が本日開催いたします地域医療構想調整会議ということでございまして、本日、立ち上げをすることになった経過でございます。

この調整会議を中心としまして、地域医療構想の策定に向けた取り組みを始めたいという

ふうに思っております。しかしながら、地域医療構想の策定ということが初めての取り組みでございまして、なかなか一筋縄ではいけない部分もあるかというふうに思います。いわば試行錯誤の中での検討ということでございまして、皆様方のいろんな面の協力、御指導をお願い申し上げなければならぬということでございます。

そういうことで、よろしく願いますということで、私の御挨拶といたしたいと思えます。どうぞ本日はよろしく願います。

吉原医務課参事

それでは、議事に入ります前に、本日お配りしております資料の確認をさせていただきます。

上のほうから会議次第、出席者名簿、配席図、それぞれ1枚ずつになります。資料1、これも一枚紙になっております。それと資料2、これがガイドラインの概要ということでA4横の冊子になっております。それと、資料3、今後のスケジュールということです。

あと、参考資料といたしまして、調整会議の運営要綱が一枚紙であります。それと関係法令、これも同じく一枚紙になります。あと国のほうで策定をされました構想のガイドライン、これがA4の縦になっておりますが、冊子となっております。

資料の漏れ等はございませんでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

吉原医務課参事

なければ、議事のほうに入らせていただきたいと思います。

議長が選出されますまで事務局のほうで進行を務めさせていただきますが、まず、議長の選出についてでございます。

今回、第1回の会議ということで、議長の選出をお願いいたしたいと思っております。参考資料1のほうにあります運営要綱の第3条の第3項において、議長は構成員の互選により定めるということになっております。どなたか議長に御推薦をいただけないでしょうか。

寺尾構成員お願いいたします。

寺尾構成員

歯科医師会の寺尾でございます。この調整会議は医療審議会との関係も深うございますので、医療審議会で会長を務めていただいております県医師会の池田会長をお願いしてはいかがかと思いますけど、いかがでございましょうか。（拍手）

吉原医務課参事

皆様、御賛同拍手いただいたということで、池田構成員を議長のほうに選出ということでさせていただきたいと思います。

これからは池田議長のほうに議事進行をお願いしますが、まず、協議に入ります前に、副議長の指名をお願いしたいと思っております。よろしくお願いいたします。

じゃ、よろしくお願いいたします。

池田議長

皆様こんばんは。池田でございます。ただいま御指名いただきましたので、この調整会議の議長を務めさせていただきます。

本日の会議は公開となっておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

今、副議長を指名させていただきたいということでございましたが、先ほど本部長の御挨拶にもありましたように、この会議は医療法上、医療関係者、行政などとの協議の場でございます。行政からの諮問を受けて答申をするという医療審議会とは異なっております。つきましては、協議の場という趣旨に鑑みまして、佐賀県の健康福祉本部長の船津本部長にお願いしたいと思いますが、いかがでございますでしょうか。（拍手）

ありがとうございました。それでは、船津本部長よろしくお願いいたします。

では、本日の協議事項でございます。

まず、第1回の会議でございますので、既に御存じのこととは存じますが、この会議の性格、位置づけについて、医務課から確認の意味で説明をお願いいたします。

日野医療支援担当係長

県庁医務課の日野と申します。座って説明をさせていただきます。

会議資料、資料1をごらんいただきたいと思います。A4横の資料でございます。

会議資料1、佐賀県地域医療構想調整会議の全体像というものでございます。

まず、位置づけでございますが、先ほど来、船津本部長、それから今、池田議長のほうからもございました。医療法30条の14に基づきまして、医療関係者、医療保険者その他関係者の協議の場という位置づけでございます。

構成員につきましては、本日お集まりの皆様方ということで割愛させていただきます。

この会議、協議の場の所掌でございますが、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他と、いろいろ日本語で書いてあるんですけど、ポイントとい

たしましては、まさに地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議をするということになっております。

本日お集まりのこの会議は、いわば県全体のことを考える本会議でございますが、今後、議論が各論に当然入ってまいります。そうなりますときには、構想区域、これは法令上の用語でございますが、要は2次医療圏でございますが、その構想区域ごとに別途分科会というものを設置したいと考えております。

それから、医療審議会との関係につきましても、確認の意味で申し上げますと、医療審議会は医療計画の審議でありますとか医療機関等に対する行政処分の審議など、医療に関する広範な事項を審議いたしております。このため、医療関係者のみならず、県民の公募委員でありますとか、あるいは市町村の方など多様な階層で構成をいたしております。他方、今般協議をいただきます地域医療構想とその後の施策につきましては、病床の機能分化などが中核でございますので、さまざまな方が入っていらっしゃる医療審議会とは別に、本日お集まりのように医療関係者の皆様を中心とした法定の協議の場というものが設けられたところでございます。

なお、本日の会議の最後にまた御説明を申し上げますが、この地域医療構想調整会議は協議の場でございますので、地域医療構想の策定に際しましては、医療法の規定により、医療審議会の審議など、所定の手続を別個とることになるということを申し上げさせていただきます。

資料1の裏側でございますが、裏面が親会議ということで、本日お集まりの皆様方の構成でございます。

なお、分科会につきましては、本日の会議の最後に今後のスケジュールで申し上げますが、秋以降の設置を念頭に置いております。その際には、これはまだ私どもの想定でございますが、各都市の地区医師会長の皆様方、それから中核となる病院、それから、非常に現実問題として今後議論していく中で、在宅医療や在宅介護という介護保険との連携、そういったものも関係いたしますので、介護保険、それぞれ2次医療圏と重なる形で広域連合や広域市町村圏組合で運営しておりますので、そういった介護保険者の皆様方も入れた形で分科会を構成するというを現在のところは想定しているところでございます。

まずは、資料1の説明は以上でございます。

池田議長

ありがとうございました。

ただいまの説明に対しまして、御出席の皆様方から御意見とか御質問がございましたらどうぞ。よろしゅうございますか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

池田議長

質問もないようでございますので、次に進ませていただきます。

次に、「地域医療構想の策定について」に入ります。

地域医療構想自体については既に皆様御存じのこととは存じますが、去る3月31日付で厚生労働省が地域医療構想策定ガイドラインをまとめました。このガイドラインの概要について、医務課より説明をお願いいたします。

日野医療支援担当係長

引き続き説明をさせていただきます。

資料2をごらんいただきたいと思います。A4の横長で、地域医療構想策定ガイドライン概要という資料でございます。

ガイドラインの本文自体は、本日もお配りしておりますけれども、70ページ以上になる大変膨大なものでございますので、この資料2を使いまして、ガイドラインの概要を説明させていただきます。

1枚おめくりいただきたいと思います。

1ページ目に、「地域医療構想（ビジョン）の策定」ということを書いております。まず、全体像ということでございますが、四角囲みが2つございまして、下のほうの真ん中の四角囲みをごらんいただきたいと思います。この「地域医療構想（ビジョン）の策定（平成27年度～）」からという標題でございます。

都道府県は、今般の医療法改正におきまして、地域の医療需要の将来推計、それから報告された情報などを活用いたしまして、構想区域ごとの各医療機能の将来の必要量を含めて、地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を考える、推進するというビジョンをつくっていくんだということでございます。今、議長のほうからもお話ございましたが、都道府県が策定するビジョンの参考となるように、厚生労働省のほうで3月31日付でガイドラインが策定されたところでございます。

では、地域医療構想の大枠を申し上げますと、1ページ目の右下の四角囲みをごらんいた

だきたいと思いますが、冒頭の船津本部長の挨拶にもございましたが、あくまでも念頭に置いておりますのは、平成37年、2025年というのが念頭になっております。この2025年は、我が国全体で申し上げますと、いわゆる団塊の世代の方も含めて、皆さん後期高齢者に入られるという形でございます。また参考までに申し上げますと、佐賀県におきましても、この2025年が高齢化のピークになるだろうという形になっておりますが、こういう10年後を一つのターゲットといたしまして、(1)でございますが、2次医療圏を基本に考えていくと。そして、そこで10年後の医療の需要というものを、病床機能ごとに推計すると。「(4機能)」と書いてありますが、この4機能は何かと申し上げますと、ちょっと左のポンチ絵を見ていただきますと、医療機関というふうに書いてありますけれども、上から高度急性期、急性期、回復期、慢性期と、4つの医療機能というものを設定いたしまして、この4つの医療機能ごとに医療の需要がどれほどかということ推計する。そして、その需要に対しまして結論を申し上げますと、必要な病床数、ベッド数は幾らなのかということ推計していく。当然、需要があって供給でありますところの必要病床数を推計いたしますが、当然、今の足元、現実とギャップがあるわけございまして、このギャップをどうやって埋めていくかということがその(4)ということで、あるべき医療提供体制を実現するための施策ということを検討していくと。これが、地域医療構想(ビジョン)の大枠の内容でございます。

このポイントとなりますのが、この高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能でございますが、これは、1ページ目の左下の図を見ていただきますが、医療機能を自主的に選択ということで、あくまでもそれぞれの医療機関のほうが、うちの病棟はこれであるということ自主的に選択していただくという立てつけになっております。

それを制度的に裏打ちするものとしたしまして、1ページ目の一番上のところでございますけれども、ビジョンの策定に先立ちまして、昨年からは病床機能報告制度というものが、これも医療法上、導入されまして、病院の場合は病棟単位、有床診療所の場合はその診療所1本という形で、それぞれ4機能のいずれかを選択していただきまして、報告していただくということが始まっております。ただ、これにつきましては、各医療機関からは既に御報告いただいているところでございますけれども、現在、厚生労働省におきまして、私どものほうへ各医療機関からこういうふうな報告が上がってきたというデータの最終の整理中ということで、実はまだ私どものところにそのデータが来ていないというのが現状でございます。これがビジョンの策定、全体の概要ということになります。

続きまして、2ページをごらんいただきたいと思います。

2ページ目は、地域医療構想策定の8つのプロセスということで、こういう平成37年の医療需要と必要な病床数、これを出すまでのプロセスが示されております。8段階のプロセスに分かれております。雑駁に申し上げますと、1番から3番が準備行為といいたししょうか、いろいろ検討するまでの準備の段階ということで、実際に需要だとか供給体制を御検討いただくのが4番から6番の過程。そして、7番はちょっと1つ置いておきまして、実際に出した必要病床数と現実のギャップをどう埋めていくかという施策の検討が8番目と、雑駁に申し上げてそういうつくりになっております。

概要を申し上げますと、まず1番が策定を行う体制の整備ということで、各都道府県で医療審議会などの意見を聞くということと同時に、地域医療構想会議というものを設置いたしまして検討するというので、これは矢印に書いてありますが、本日、第1回目の会合を迎えたところでございます。

第2番目のプロセスといたしましては、さまざまなデータの収集、分析、共有ということでございます。後ほど細かくは申し上げますが、これらの基礎的なデータにつきましては、厚労省が一元的に整備して都道府県に提供ということになっておりますが、現時点ではまだ提供がされていないということでございます。

3番目が構想区域の設定ということで、2次医療圏を原則としつつ、将来における要素を勘案して検討ということになっておりますが、現実には、厚労省からも提供されるいろんなデータもろもろ、2次医療圏単位で提供されますので、事務局といたしましては、当面この2次医療圏を前提にさまざまな検討を進めていくということを念頭に置いております。

それから、4番目で医療の需要の推計、先ほど申し上げましたこの4機能、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとに、10年後の需要を推計すると。

5番目は、日本語でいろいろ書いておるんですけど、これは要するに都道府県間で入れ繰りがあるのではないかと。つまり、佐賀の方が福岡で入院されている、あるいは逆に福岡の方が佐賀にいられていると、そういった場合の調整が必要になりますねというのが5番目です。

それから、6番目が、そういった需要も踏まえて病床数を出しますと。

7番目は、一応推計等々を行った上で、構想区域はやはり2次医療圏のままでいいのか、あるいは変えたほうがいいのかという妥当性の確認をした上で、8番目ということで、その

あるべき姿、現実と平成37年で出したことのギャップをどう埋めていくかという施策の検討ということになるわけでございます。

1枚おめくりいただきまして、3ページ目から、今申し上げました8つのプロセスにつきまして、少しポイントなるところをかいつまんで御説明をします。

まず、1番目の体制の整備につきましては、先ほど申し上げましたので省略をいたしますが、3つ目の丸でございますが、ポイントとなりますのが、やはり在宅でどう受けとめるかということで、今後の在宅医療の充実というのが鍵になっています。そういったことにつきまして、先ほども申し上げましたが、分科会の構成で市町村との整合性、関係性に留意する必要が特に出てきますので、このあたりは介護保険の保険者とよく話をしていく必要があるかと思っております。

2番目にあります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、提供ということでございます。必要なデータということで、そこに7つほど、入院受療のデータ、2次医療圏別の人口推計、病床機能報告制度に基づく医療提供体制の状況などいろいろ書いてございますが、先ほど申し上げましたように、まだコアの部分というのが、厚労省のほうで今、分析、整理中ということでございます。

それから3番目、構想区域の設定ということで、2次医療圏を原則としてということでございます。

以上の準備段階を踏まえて実際に需要をはじき出すわけでございますが、4ページをござんいただきたいと思っております。

4ページ目が、その構想区域ごとの医療需要の推計でございます。いわば、先ほどから申し上げておりますが、4機能ごとに推計するわけでございますが、4機能のうち、高度急性期、急性期、回復期の3機能につきましては、ある意味機械的に全国1本のやり方で推計していく。残る慢性期につきましては、かなりこれは地域差というものが現状ございますので、そういったものを加味しながら推計するというので、4機能の医療需要というものを推計するわけですけど、3機能と残る一つの慢性期ということで、需要の推計のやり方大きく異なっております。

まず、4ページ目にあります(1)高度急性期機能、急性期機能、回復期機能につきましては、基本的に厚生労働省のほうで一般病床に入院されている患者さんのレセプトデータなどを、いわばこれはビッグデータでございますので、個人が特定されないような形で解析をし



ていくと。そして分析をしていって、医療資源投入量という形で、一旦換算をします、変換をいたしまして。そして、医療資源投入量が3,000点以上につきましては、これを高度急性期機能の患者の延べ数というふうにしようではないかと。そして、3,000点以下、600点から3,000点までの範囲、これを急性期。それから、600点から、理論上は225点なんですけれども、在宅復帰に向けた幅ということを勘案して、175点までということで、実際には175点から600点までなんですけど、これを回復期機能の患者の延べ数という形でデータを変換していくと。そして、それをさらに男女別と5歳刻み別の年齢別で分析をしていって、それと人口をかみ合わせていって、人口ごと、男女別ごとの入院受療率というものを計算する。それに10年後の人口を掛け合わせてトータルの需要を出していくということで、ここは極めて機械的な作業という形になっております。

一方で、1枚おめくりいただきまして5ページ目でございますけれども、今の機械的に推計した3機能分とは異なりまして、慢性期につきましては、そういう形ではなくて、ここが恐らくかなり、今後いろいろな御議論があろうかと思いますが、需要を推計していくと。

まず、これは要するに一般的にイメージするのは療養病床なのでございますが、5ページ目の上から2行目でございますが、療養病床につきましては、診療報酬が包括算定でございますので、先ほど申し上げましたように、一般病床のように医療行為をレセプトデータからこのビッグデータのような形にして分析をしていくことが非常に難しいという、技術的な問題がまず1つあるわけでございます。

それともう1つは、地域によって、在宅医療の充実状況、それから介護の施設の状況というものが異なっておりますので、これがまさに慢性期機能の方を病院、あるいは介護施設、それとも在宅という中で、いわばどこを受け皿にしていくかということで状況が異なっているのではないかと、まさにこれが地域差ではないかということで、このため、先ほど3機能の場合はかなり機械的にやるわけなんですけど、ここの場合はちょっとやり方を変えております。

5項目あるわけなんですけど、下のイメージ図をごらんいただきたいんですけども、それぞれ現状と将来とあるんですけど、まず、現状の一番ですけれども、一般病床に入っていないらっしゃいます障害者の方、あるいは難病者の方につきましては、まず慢性期医療の医療需要として推計するというので横にスライドすると。

療養病床の入院患者さんのうち、医療区分1の患者数の70%は在宅医療などで対応できる

のではないかという形で推計をする。その他の方につきましては、入院受療率の地域差を解消していくということで、慢性期機能及び在宅医療等の医療需要として推計するという事で、このその他の入院患者数について、入院受療率の地域差を解消するというのがどういうことかという、それが、一旦6ページをごらんいただきたいと思います。

6ページ、療養病床の入院受療率の地域差解消ということでございますが、療養病床につきましては、入院受療率が2次医療圏単位、あるいは都道府県単位で大きく状況が全国的に見ると異なっているという実態がございます。端的に申し上げますと、本県でありますとか福岡県、あるいは高知県といった、どちらかという九州であるとか西日本のほうが、全国的に見て療養病床の入院受療率が比較的高くて、一方で東日本のほうは低いというような傾向が出ているわけでございます。

そこで、原則といたしましてパターンAとパターンBというのがございまして、このパターンAというのは、非常にドラスティックというか、ラジカルな感じなんですけれども、全ての構想区域、つまり我が国全部の2次医療圏が、都道府県レベルで見れば、全国の最小値に来るまで入院受療率をぐっと低下させると。つまり、その分は在宅や介護施設などで受けとめられるのではないかと。いわば、端的に言うとほかの地域では受けとめられるんだからできるんじゃないんですかみたいな話なんですけど、ちょっとそういう感じで推計をしていく、これがパターンAといえます。

一方でパターンBというのは、そこまでラジカルではなくて、2次医療圏ごとに当然見ていくんですけれども、もうちょっと緩やかなものにしていく。ポイントは何かというと、都道府県単位で見て、全国で一番入院受療率が高い都道府県の数字が、全国の中央値、真ん中に来るぐらいまでに割合を落していくと。それと同じような割合で高いところをどんどん下げていくというふうな形になる。比較的カーブ、減少率を緩やかにすると。そういうパターンAとパターンBというものをまず原則として設定して、このAとBの範囲内で決定するというのを原則としてはどうかというのが出てくるわけです。

いずれにいたしましても、全国平均と比べて、療養病床に入っている割合、入院受療率が高い地域をどうやって全国の中央値や平均値のほうに近づけていくかという作業になるわけでございます。ただ、これにつきまして、左下に特例というのがございまして、減少率が大変高い地域でありますとか、あるいは2つ目の丸ですけれども、高齢者の単身世帯の割合が全国平均より多いと。つまり、単身世帯の割合が全国平均より多いということであれば、い

くら在宅、在宅といっても、それは当然限界があるわけでございまして、やはりそういったところは違うのではないかとといったところで、そういう地域につきましては、この地域医療構想そのものの目標年度は2025年なんですけれども、この療養病床の入院受療率の減少についてのみ目標年次を2030年にしていくと、5年延長すると。そうなりますと、当然カーブが緩やかになります。つまり、10年間で何%下げますというものを、15年間で何%下げますというふうにしますので、当然、その間の10年のところにつきましては、緩やかになっていくという形で特例を設けてはどうかというのが1つあるわけです。

それでもなおということで、6ページ目の右下なんですけれども、そうは言いつつもという話なんですけれども、構想つくった後に、やはりそういったものが特別の事情により著しく困難になったと、やはりどうしてもできないんだといったところにつきましては、都道府県と厚生労働大臣が協議した上で、その入院受療率の目標というものを変更することができるということで、いわば、この入院受療率の地域差の解消ということで、原則論は、できるだけその構想区域が全国の平均の中央値ぐらいいままでにできるだけ近づいていくんだというような姿を目指すわけですが、特例ということで高齢者の単身世帯の割合が多い地域は最終目標を5年延長する形で率を緩和する。あるいはそれでもできなかったところにつきましては、後日といいましょうか、厚生労働大臣と協議した上で変更するというような特例と例外というものが設けられたところがございます。

もう一度、5ページ目にお戻りいただきたいと思います。

今申し上げたのが、この5ページ目のようかん型のポンチ絵では2番目の療養病床の入院患者数を、慢性期や在宅医療にどう見込むかということでございます。

3番目には、先ほど来から、3機能では機械的に推計しましたが、一般病床でC3入院患者というのは、先ほどの点数でいきますと175点未満でございますが、その方については、在宅医療等に対応する患者数の医療需要として推計する。

それから4番目で、現時点で訪問診療を受けていらっしゃる方につきましても在宅医療だと。

それから5番目で、現在、介護老人保健施設に入所されている方についても在宅医療だということになるわけですが、ちょっとくどらしく先ほど来申し上げておりますが、なかなか在宅医療と慢性期機能、どちらで受けとめるかというのが、地域の在宅医療の充実状況、それから介護施設の状況で変わってくるということがございます。そのため、その関

係もございますが、特に2番目、この(2)の の2つ目のポツでございますけれども、先ほどの入院受療率の地域差の解消につきましても、慢性期機能及び在宅医療等の医療需要として推計ということで、結構ほかの表現、例えば でありますと、障害者数や難病患者数は慢性期機能の医療需要として見ますというふうに決め打ちで書いているんですけども、の2つ目のポツは、慢性期機能及び在宅医療等の医療需要として推計ということで、いわばちょっとどちらに振り分けるかということにつきましては、いろいろ議論の中でファジーな要素を残しております。

それから、 番目でもそうですけれども、175点未満の患者の方につきまし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とありますが、これも重ね書きになりますけど、慢性期機能と在宅医療等の医療需要については一体的に推計ということで、このあたりは今後数字とかを見て議論する中でポイントになるのではないかと考えております。

以上が、この慢性期機能の推計の基本的な考え方でございます。

7ページをごらんいただきたいと思います。

7ページが、これは先ほど申し上げたのほとんど変わらないわけでございますが、5番目ということで、医療需要に対する医療提供体制の検討ということで、都道府県間の入り絡りの調整が必要になってまいりますので、それをどう見込むかということが1つあります。

そういったものを踏まえた上で、最終的にはこの6番にありますような、表の形になるのかあれですけれども、4機能ごとにそれぞれ医療需要が出て、この表の一番右のところでございますけど、最終的には病床の数ということで、何床、何床、何床ということで計画に書き込んでいくという形になると思います。

7番目は、構想地域の妥当性について一通り確認をするということでございます。

最後、8ページ目でございますが、こういうプロセスを踏みまして、10年後の必要病床数を出したわけでございますが、当然、足元の現状との間にギャップがございます。それを何で判断するかといったときに、先ほど、冒頭申し上げました各医療機関から、その4機能について自主的に選択していただく病床機能報告制度がございます。この病床機能報告制度の結果と、この地域医療構想で出した必要病床数、これを比較すると、各地域において、現状から見て不足している病床は一体何なのか、あるいは過剰になっている病床機能は何なのかというのが出てまいりますので、それを比較しながら、課題の分析をしながら施策の検討をしていくと。今後の施策を検討して、病床の機能分化や連携、あるいは在宅医療の充実、ま

たそれを支えますところの医療従事者の確保の方策ということを検討していくという形になっているところでございます。

なかなか現時点ではまだデータが来ておりませんので、具体性がない中で恐縮ではございますが、以上が3月31日に厚生労働省が策定しましたガイドラインの概要でございます。

以上でございます。

池田議長

ありがとうございました。ただいまの説明に対しまして、どなたか御質問、御意見はございますか。はい、河部先生。

河部構成員

急性期医療のことですけれども、もともと平成37年の構想の中で、看護基準の7対1の病床を三十二、三万床から18万床ぐらいにするという話がありますけれども、この医療機能の、要するに高度急性期医療を目指すということが、7対1の看護とイコールじゃないにしても、それに近くなるのかどうかということに関しては全く出てこないですけれども、そこら辺のことと、もう1つあるんですが、4ページの医療資源の投入のところなんです。入院からの日数、これ何日かわかりませんが、入院してからしばらくの間、医療資源の投入量が高いので、3,000点以上になると。その部分は高度急性期で、1週間目から急性期となるということになると、大部分の人は1週間ぐらいで転院しないといけない。これは非常に大変なことになるんじゃないかと、そういう医療でいいのかなというのが2つ目の意見です。

以上、よろしく申し上げます。

池田議長

事務局、御説明をお願いします。

日野医療支援担当係長

まず1点目の質問でございますけど、7対1の問題とかとリンクするかどうかという話でございます。

今、きょう御説明申し上げたのは、3月31日のガイドラインの概要なんですけれども、実はそこでは高度急性期と急性期の間の、まさに7対1の看護をどうするかということについては一切触れられておりません。そのあたりは、まさにこれから医療需要を出していったときに診療報酬等々の関係でどうするのかという、いわば別の議論が国のほうで行われるんだろうということになるわけでありまして。これが1点目であります。

それから、2点目の転院の関係でございます。

確かに、お一人お一人を見ていますと、入院してすぐは高度急性期か何かでぼんとはね上がって、だんだん落ちついて回復期になると。そうすると、1人の人として見た場合は、例えば、4日目までは高度急性期にいて、5日目からは違うという話で、まさにそれはそのとおりなんですけれども、実は、だからといって転院をしなければいけないという制度に今回はなっておりません。このレセプトデータで見たのは、あくまでも個人が高度急性期の状態にあるのか、回復期の状態にあるのか、急性期の状態にあるのかという、人で追いかけているわけではなくて、一日一日でレセプトデータを輪切りしていったって、その瞬間で高度急性期が患者の延べ数として何人いるのかという形になっているわけなので、Aさんをずっととらまえて移っているというわけではないということであります。

今まさに、転院しなければいけないんじゃないかという御指摘は、国のほうのガイドラインの検討会でも同様な指摘がございました。結論から申し上げますと、厚生労働省の説明は、今回のやつはあくまでも機能ごとに、いわば理論値みたいな感じでデータをもとに需要を出していく、病床数を出していくもので、それが個々の医療機関において、この人はうちは急性期だから回復期の方は入院させませんよとか、うちは回復期の病床だから急性期の方は一切入院させることはできませんよということを厚生労働省が今の段階で何か命じるだとか、そういう制度にしていくということはないと、あくまでも病院の病床の機能が理論上どれだけ必要なのかを出すというものだということの説明を受けているところでございます。

池田議長

森田構成員。

森田構成員

佐賀大学の病院長、森田です。今のことに関連して質問を申し上げますけど、4ページのデータが基礎データになると思うんですね。最終的には、でもその基礎データをもとにして、必要な病床数を出すということでしょう。そうすると、この基礎データと最終的な病床数を結ぶロジックというか、どういうふうにこれを計算して病床数を出すかということをやはり明らかにしていただかないと、今のような質問が出ると思うんです。

例えば、一日一日の診療点数が3,000点をすぐ切ります。それだと到底やれない。例えばなべて、今までずっと入院していた点数の平均値がだんだん落ちていきますけど、それをずっと平均を出していったときに、ある時点で3,000点を切る、そこで転院するというふう

にするのかとか、そういう具体的なものがこの中にはないように思うんですけど、そこら辺の提案というか、そういうものがいつぐらいにできるんでしょうかね。

そうでないと、例えば、僕らの場合は始まったときから604床と決まっているので、そこは動かないと考えているわけですがけれども、これはそれを動かそうという話だと思うんですね。違うんですかね。だって、地域ごとに最適な病床数、それぞれの高度急性期、急性期、そういうものの病床数をモニターするというか、提案するということだと思うので、その診療内容にもかかわってくるので、要するに、卑近な言い方と言うと、退院をいつさせてほしいと厚労省が思っているのか、そういう指針がやっぱり必要かなというふうに思います。

日野医療支援担当係長

まず、今の御質問の前段にもなるかと思えます。いわば、データからどうやって需要を結びつけるという、ロジカルの話でございます。実は私どももそこが関心事でありまして、ただ、それにつきましては今のところまだデータが来ていないということと、その解析ツールみたいなのがまだ示されておりませんので、それが示され次第、私どもも整理してお示しをしなければいけないというふうに思っております。

それと、ちょっと重ねての補足になって、先ほどから結果的に転院しなければいけないんじゃないか、指導があるんじゃないかということであるんですけども、ガイドラインの分厚い本文のほうをごらんいただきたいのですが、本文の12ページでございます。

12ページが、構想区域ごとの医療需要の推計ということでございますけれども、その2つ目の丸でございます。これが先ほど来出ております話で、なお書きでございますが、「なお、以下の推計方法は、構想区域全体における医療需要の推計のための方法である。このため、この推計方法の考え方が、直ちに、個別の医療機関における病床の機能区分ごとの病床数の推計方法となったり、各病棟の病床機能を選択する基準になるものではない。」ということが書いてあるわけなんです。恐らく御懸念の趣旨は、ガイドラインというビジョンをつくる上では、それはそうだろうけれども、現実のところ、別のところであるのではないかと御懸念だと思います。

それについては、現時点では厚生労働省は、この地域医療構想の策定が直ちに診療報酬等々とリンクするものではないというのが今のところの公式見解と聞いておりますけれども、私どももどういうふうにこれから診療報酬での議論になるかというのは注視して見ていきたいというふうに考えております。

池田議長

ほかにございませんか。はい、古賀先生。

古賀構成員

入院受療率は平成25年を基準とするというのは、わかると思いますけれども、慢性期機能及び在宅医療等とあるところで、これが余りに介護老人保健施設とか、あるいは特養、それを一緒にたにしてしまうというのは、ちょっと乱暴じゃないかという気がいたします。なぜならば、やはり慢性の療養所が順次にそれらのかわりをしているということもある程度考えられるということで、例えば、老人保健施設の入所推計も平成25年を基準にして決まるということは、今、現実的に老人保健施設的な機能を持っているところもあるということで、それをどう考えるのかなというのが、この慢性期機能と在宅医療を分けていないということも不思議なんですけれども、この考え方がちょっと乱暴なような気がします。単に慢性期病床だけ全国平均に減らしていくということじゃなしに、ほかのももうちょっと考えられるんじゃないかと思っていますけど、その点いかがなものでしょうか。

池田議長

どうぞ。

日野医療支援担当係長

まず、仕組みの関係で申し上げますと、今申し上げたのは、まさにガイドラインの説明でございますので、今、私のほうで「そうですね」ということも言うわけにはいかないということは御理解いただきたいと思います。

その上で、恐らく今の御指摘の趣旨というのは、まさに慢性期だけをぐっと減らすような形で、果たしてそれで地域医療がうまく回るのかと、もっと介護だとか、あるいはいろんなものも含めてトータルで見るべきではないかという御指摘だと思います。まさにそこは御指摘のとおりだろうと思っております。恐らくそういったことが在宅医療の充実の度合いだとか、介護施設の基盤整備の状況が地域によって異なっているのが実態としてあるんだと。まさにそういう実態としてあるがゆえに、この慢性期機能の推計について、先ほども4機能のうち3機能は機械的にやるわけなんですけど、この1機能につきましては、いろいろ言葉はあるんですけれども、ちょっと議論の余地があるというのは、まさにそういう御指摘を踏まえて反映したものであろうというふうに考えているところでございます。

池田議長



ほかにございませんか。はい、山元構成員。

山元構成員

病院協会から出てきました山元と申します。やはり一番問題は、ガイドラインの中での、私のほうとしては療養病床の件なんですけれども、パターンBにしても、現実的には佐賀県は非常に利用が多いし、じゃ、そこをどうするか。我々は国のことは重々わかっておりますので、協力しなきゃいけないと思うんですけれども、ここの部分で、やはり入院受療率の地域差を解消していくということになると、かなりの人が経営者も問題だし、住民の方も問題だしということで、責任を持っていただく意味では、慢性期機能または在宅医療も行われている方たちの構成員というのを入れてもらったほうが、はっきりともっといろんな知恵が浮かんでくるような気がするんですけれども、その辺いかがでしょうか。

古川構成員

構成員ですか。

山元構成員

構成員の中で、やはり問題になってくるのは療養型の病院とかがたくさんございますよね。その方たちも慢性期医療の学会とかの代表者とか、または在宅の方までも、この構成員の中にも入れていただいたほうが……

古川構成員

この中にですね。

山元構成員

はい。

古川構成員

やっぱり、先生言われるように、佐賀県は入院する数が多い。これを10年である程度減らささいということは、現実、物すごく難しい問題。だから、国はそこをわざとファジーにしておく。だから、慢性期病床はこれぐらいの数ですよと言うてしまうと、それこそ現場が混乱して、しかも在宅医療にできるだけ持っていかないといけないけど、そんなすぐに在宅医療には持っていけないからですね。だからその間、しばらくの間、慢性期病床はある程度維持しながら、この理論値とですよ。だから、そのためにわざとここをファジーにしておくんだろうと思います。将来的には、その地域の在宅医療の状況とか、療養病床の数とかがきちっとわかりますので、そうするとそれに合った病床数の減らし方をしないとイケない。そう

いう意味で、彼は地域差が大きいからということを行っているんですけど、国もそこはある程度はそういうふうを考えているんですけどね。だから、ファジーにしておるんですけど。だから、何年かたつと、少しずつ、10年後にこうすべきですけど、そういう地域では10年後にそれが実現できるかという、現実的には難しい問題があると思います。

療養病床の、具体的にどういう組織というか、機関の代表の人を入れていただいたらいいですか。

山元構成員

慢性期医療の学会、そういう方たちとかもいますよね。

池田議長

山元先生、今のお話は、県の調整会議や分科会に入れろという意味ですか。そうじゃなくて.....

山元構成員

この会にです。

池田議長

この会にですか。

山元構成員

はい。この会に入れたらどうでしょうかという意味です。療養型が物すごく減らされる可能性があるもんだから、彼らにもやはりお話をきちんと.....

古川構成員

だから、それはどなたが該当するのかなと。もしよかったら、どなたが適当かということ、山元先生にいろいろ教えてもらって、学会のこともあるでしょうから、これちょっと検討します。

池田議長

ほかにございませんか。はい、小嶋先生。

小嶋構成員

伊万里・有田地区医師会の小嶋と申します。実は西部医療圏で、現在、ある病院が新築移転を希望しとるんですよ。それはこれに当然入りますよね。この構想会議にですね。だから、何でこれが今出てきたのかよくわからないんですけども、これは当然これに入ってしかるべきと思っているんですけども、そんなに考えてよろしいんでしょうかね。

古川構成員

この分科会の中で議論していただいて、最終的にはここに1回かけて、医療審議会にということで。

池田議長

よろしゅうございますか。このガイドラインは示されたばかりで、あと、聞くところによりますと、ことしじゅうに3回ほど研修会があって、医務課の方々が勉強に行かれるそうで、そこでまたいろんな疑問が出てきて、それに厚労省が答えて、少しずつ内容が変わっていくのではないかと私は思っております。だから、この78ページに及ぶ膨大な資料を皆様方お読みいただくのは大変でございますが、この概要はよくまとまっていると思います。78ページ読むのも大変でしたけど、非常にわかりにくいんですが、この概要を見ると非常によくわかると思います。

しかし、それでもまだ理解できない、おかしいところがたくさんありますが、それは徐々にいろいろまたQ & Aが出てきてはっきりしてくるのではないかと私は考えています。

それでは、次に進んでよろしゅうございますでしょうか。

それでは、今後のスケジュールについて、医務課より説明をお願いいたします。

日野医療支援担当係長

資料3、「ビジョン策定スケジュール(イメージ)」というA4横の一枚物をごらんいただきたいと思います。

これにつきましては、今後のスケジュールでございますが、本年4月1日時点の情報をもとに作成したものでございますので、今後、国の動向等により変更があり得るということで御了解いただきたいと思います。

まず、一番右側のところで、地域医療構想調整会議(協議の場)ということで、親会議、本日立ち上げということでお集まりいただいたところでございます。5月のところで、国の動向の入院受療、病床機能報告等のデータ提供ということで、ほかのところと違ってちょっと薄い字になっておるんですけども、これはまだ来ておりませんということでございます。

先ほど池田議長のほうからお話がございましたが、6月と7月に都道府県の担当者研修というものがそれぞれ合計しまして1週間程度ございます。この中で、こういったデータの具体的な解析でありますとか他県の状況、それから厚生労働省とのやりとりを通じて、またいろいろ議論が深まっていくんだろうと思います。これは順調にいけばでございますが、そ

ういった形も含めたところで、2回目の親会議、7月ということで書いておりますが、恐らく早くても下旬だとは思いますが、必要病床数報告ということで、これは結論ではなくて、いわば試算したらこうなりましたみたいな議論がもうちょっとしやすいように、いろいろデータが出てその解析をしまして、議論がやりやすいような形で幾つか数字を出させていたきたいというふうに思っております。

冒頭、この会議の立てつけのところでも申し上げましたけれども、医療審議会とは別でございますので、医療審議会のほうにも適宜、節目節目で報告、協議をさせていただきたいと思っております。それが1回目、8月あたりを念頭に置いているところでございます。

こうしたプロセスを踏まえまして、具体的な2次医療圏単位ごとに在宅医療の状況、介護の状況、先ほどからずっと異なっております。いろんな各論の話をしなければいけないので、その分科会は9月ということで、秋以降というふうに御理解をいただければと思います。

10月、11月、12月ぐらいには粗々のといいましょうか、大きな方向性というものは詰めていきたいと思っております。そして、年明けに最終の最終の手続に入って行くということで、年明けの1月にそれぞれの分科会での議論も踏まえた上で、この親会議として必要病床数を踏まえたところの地域医療構想を固めまして、それを医療審議会のほうに持っていくと。医療審議会のほうの審議を踏まえて、パブリックコメントなどなどを経て、3月に結論を出したいというふうに考えているところでございます。

以上でございます。

池田議長

ただいまの今後のスケジュールについての説明につきまして、よろしゅうございますか。どなたか御質問等ございましたらどうぞ。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

池田議長

御意見等ございませんようでございますので、本日はこれで終了したいと思います。御協力いただきましてありがとうございました。どうもお疲れさまでございました。

吉原医務課参事

池田議長、構成員の皆様、大変お疲れさまでございます。これを持ちまして、第1回佐賀県地域医療構想調整会議を終了させていただきたいと思っております。本日はどうもありがとうございました。

午後 7 時24分 閉会