

第1回地域医療構想 病床機能検討部会の概要

日 時 平成27年9月1日(火) 13:30~15:30
場 所 県庁講堂

1 部会長・副部会長の選出について

- 委員の互選により、部会長には中目委員(山形県医師会副会長)を、副部会長には村上委員(山形大学大学院教授)を選任

2 医療需要及び必要病床数の推計等について

- 事務局から資料P1~14を説明
- いただいた御意見等
 - ・ P11について、山形県の入院受療率が全国的に最も低い、県としてどのように考えているか。
(→事務局から、山形県は療養病床が全国的にも最も低い一方で、特別養護老人ホーム、老健施設などの施設は全国的にも多い方であること、老人医療費が無料であった際、療養病床が増えずに老健施設の整備が進んでいった歴史的な背景もあると思われることを回答。また、そのようなこともあり、P14の在宅医療等需要推計においては、在宅移行等の数値が最上や置賜ではマイナスに振れる結果になっていることを回答)
 - ・ P4の構想区域の設定について、4つの二次医療圏を構想区域とするとのことだが、どのような検討がなされたのか。さらに小さい区域、庄内であれば、鶴岡と酒田、置賜であれば、東南置賜、西置賜といった流れもあるのではないかと。20~40万の人口規模が平均ということは分かるが、最上をはじめ7~8万程度の人口規模の医療圏もあると思う。
(→事務局から、現行の2次医療圏の考え方で設定しており、現行の医療計画を策定する際にも、医療完結率等を踏まえ十分検討したうえで設定したものであることを回答)
 - ・ 医療圏の考え方は、人口規模の少ない医療圏を統合していく方向性にあり、細分化していく流れにはない。データの解釈として、P12・13の医療需要は延べ患者数で積算した1日当たりの患者数であり、高齢者が増えるということで平均在院日数も長くなることから、延べ患者数で見ると増える形になる。しかし、実患者数ベースで調べたものでは、実患者数は、村山地域において伸びるが、その他の地域では減っていく形になる。
 - ・ 推計ツールに介護関係のデータはどのように含まれているか。また、10・20年後の医療提供体制を考えていくうえで、大学病院は別としてダウンサイジングを求めら

れていくものと思うが、医療機関ごとのデータが見られない。漠然としたものだけでは病院の機能分担等の区分けの議論ができないので、厚生労働省のデータにプラスして、可能であれば県がデータを出すということも必要ではないか。

(→事務局から、介護老人保健施設のサービス受給者データを反映していること、国の推計ツール以外の県としての独自のデータは今のところ持ち合わせていないことを回答)

- ・2025年の医療推計だけを考えるうえでは、国の推計ツールの情報は、県が独自に調べたからといって変わってくるものではない。
- ・省令だから仕方がないと思うが、地域の調整会議に移って協議していくには、病院ごとの公式な資料が必要になってくるのではないか。

○ 事務局から資料 P15～20 を説明

○ いただいた御意見等

- ・2013年の1年間のデータをベースに推計しているとのことだが、心臓外科疾患を手術できる医師を確保したり、呼吸器外科を増やしたりするなどしているところもあり、病院ごとの医師の確保や異動等によってかなり変化していくものである。2年前や2年後の動きも参考に把握してほしい。

○ 事務局から資料 P21～24 を説明

○ いただいた御意見等

- ・P23について、病床機能報告の回復期機能の数値より推計の回復期機能の数値が急激に増えている。病床機能報告の時点では、回復期を回復期リハビリテーション病棟として解釈したためと考えてよいか。

(→事務局から、各病院の判断で病床機能報告をいただいているので、同じ回復期の機能であっても大分差が生じたこと、回復期機能は、亜急性期や地域包括ケア病棟も含まれるが、初年度であり定義についての周知が不十分であったこと、一つの病棟で複数の病床機能を担う場合が多い中で、各病棟いずれか一つの病床機能を選択している状況もあり、実際の患者の状況をそのまま反映しているものではないことなどを回答)

- ・高度急性期から慢性期といった病床名は本来、病期のステージをいうものであり、フェーズごと区分した各医療機能の名称が判断を難しくしている。軽い急性期は回復期といった話もあり、言葉から感じるイメージと定義付けの差の問題もある。

- ・病院機能報告の許可病床と国推計の必要病床数の差については、休眠病床のほか、実際にどれだけ患者が入っているかの病床利用率もあると考えてよいか。

(→事務局から、そのとおりであるが、他に在宅等でも対応できる患者が入院している実態もあることを回答)

- ・その数値を出すことはできないか。

(→事務局から、推計上の差ということになるが、P12で在宅等へ移行で対応する患者数は1,260となることを回答)

- ・患者推計の慢性期には、介護を受けている方の数は含まれていないとのことであっ

て、山形県の入院受療率が少ないのは介護施設が多いからということだが、今後、慢性期と介護施設で診る数は変わる可能性があるのではないかと思う。山形県が最小の値であり、これだけ高齢者が多いのにずっと最小にするというのは大変ではないか。

- ・慢性期による療養病床が多いところは在宅医療が進んでいない。逆に療養病床が少ないところは、施設等を含めた在宅医療が進んでいる。国で一律的な基準は出せないと思うが、地域において慢性期と在宅を一体として考えていくことになる。山形県はそれなりに在宅医療等が進んでいると思われ、そのあたりをどうやって伸ばしていくかということで検討していくことになると思う。
- ・診療報酬は 175 点以下であるが、気管切開や痰の吸引等が必要であるなど医療依存度が高い患者を、在宅等に移行していくのは難しくないか。入院受療率が低い山形県の慢性期に入院している方は、このような方が多いのではないか。このあたりを考えていく必要があると思う。
- ・推計ツールと現場は必ずしも一致しないということは覚えておく必要がある。推計ツールに従って医療現場が崩壊してしまうことがあっては何のための地域医療構想かわからなくなってしまう。現在は、国の推計ツールに従って数値を出している作業を行っているという認識で良いのではないか。

○ 事務局から P25 を説明

○ いただいた御意見等

- ・課題の 4 について、専門医制度・医師をどのように計画的に配置していくか、看護師の養成数などによっても急性期や慢性期どれだけ対応できるかも変わってくる。また、特に少子化に伴い、介護職の確保もかなり難しくなっているため、このあたりも考えていただきたい。

3 その他

○ 部会長から、疾患別データや人口動態などのデータをよみ解いて提供したうえで、構想区域ごとにどうあるべきかを掘り下げて検討するため、病院長や病院管理者が入ったワーキンググループ（以下、「WG」という。）を設置して二次医療圏ごとに検討を行うことについて提案。また、このような解読は難しいことから、データの作業などを村上副部会長にお願いしたいこと、WGの進行については地区医師会長が行うことを想定し、二次医療圏の全病院長が構成員となることについて提案。

○ いただいた御意見等

- ・NDBは 10 件未満がマスキングされているが、年間レセプト出現数などであれば、地域間でどれだけの完結率があるか、疾患別、入院外来別でみることが出来る。また、病床機能報告制度において、各医療機関から県に出している医療提供に関する手術件数等のさまざまなデータがある。NDBのレセプトデータにさまざまな制約があるものの、議論ができるよう複合的に分析して評価していければと思っている。
- ・地域で解決できるものを地域でやっていくことは良いことと思う。ただし、地域で

解決できない、高度急性期や難易度の高いがん、基礎疾患などについては、二次医療圏外に出ていっていることもあり、地域間ではなく県全体として広域的に山形大学を中心にプロジェクトチーム等を作って考えていくことも必要ではないか。二次医療圏で全てを解決というのはいろいろな問題が生じてくる。

- WGといったものも必要と思う。ただし、地域検討部会の下ではなく、この病床機能検討部会の下に設置したほうがよいのではないか。協議事項がばらばらになるのではないか。
- 将来の地域医療構想調整会議を視野に入れ、病床機能検討部会のコントロールのもと、地域検討部会の下部組織として置き、検討結果を地域検討部会に上げてもらった方がよいと考える。今年度の病床機能報告の数字が出た後、次期診療報酬の改定のアウトラインが見えた段階の来年の2・3月頃に開催できるよう、データ等を準備できればよいのではないか。
- 現在のスケジュールは若干ずれていくということによいか。
(→事務局から、WGの目的のひとつは策定後の調整会議を実効性のあるものにしていくためには各病院長の共通理解を得ておく必要があるということ、今年度末の地域医療構想の素案には影響しないかもしれないが、各疾患別やもう少しベクトルの違った推計を踏まえて病院の機能を検討する必要があることを回答)
- WGは調整会議の準備作業のための検討会との理解であるが、来年の診療報酬改定と2018年の診療報酬改定は大きく変わってくることが予測され、最初に決めたものと大きくかい離していく可能性がかなりある。大きくずれたままでは、病院経営上成り立っていかない。先々の変革をどのようにつくるか、今までの機能がこうだからこれからの病床はこうしていきましょう、というような再配分の理屈ではおそらく対応できないのではないかと思うので、準備作業として進めることはよいと思うが、調整会議に代るものではないということと考えた方がよい。
- 推計値に必ず合わせるということではなく、2025年に向けてそれぞれの病院がそこに収れんさせていくだけの話であって、その数値に合わせる必要はなく、目標値として扱っていくものであり、この推計値を基に第7次の医療計画を策定していくという理解である。そこで乖離があってもそれほど問題はなく、診療報酬もそれに合わせた形になるのだろうと思う。
- 推計値に数合わせをするのが目的ではなく、WGで検討し、その地域で病院長から必要病床数を出してもらい、その数値を土台にしていくものと考え。そして、地域医療構想に関する調整は、毎年恒例行事になっていくと思うので、来年度までということではなく、毎年じっくりやっていくものと考えている。
- 地域医療介護総合確保基金関係の予算は昨年から使われているが、2025年まで毎年予算は使われていくものだと思う。調整会議での協議と予算は並行して進めていくことになるのか。
(→事務局から、医療介護総合確保基金の事業計画は年度ごと提出していくことになり、基金に一旦積んだ後、実際に事業を行う際、順次取り崩していくこと、いろいろな議論等を踏まえ規模感などを掴んで、ハード整備にも対応できるようにしていきたいことを回答)

- ・基金の活用については、会議で決定した事項に活用していくのか。それとも県が独自に判断するのか。
(→事務局から、会議などでいろいろなご意見をいただき、年次ごとの計画に反映させ、できる限り盛り込んでいきたいと考えていることを回答)