

平成27年度第2回北網圏域地域医療構想調整会議 議事録

日時：平成27年12月22日（火）

場所：端野町公民館 多目的ホール

1 開会

吉崎次長（事務局 北見地域保健室）

皆様、本日はお忙しい中、ご出席をいただきまして誠にありがとうございます。予定されている方が、何名か到着されておりませんが、定刻となりましたので、ただ今より平成27年度第2回北網圏域地域医療構想調整会議を開催いたします。私は本日の議事に入るまでの進行を務めさせていただきます、オホーツク総合振興局保健環境部北見地域保健室次長の吉崎と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、会議の開催にあたりまして、オホーツク総合振興局保健環境部長の堀より、ご挨拶を申し上げます。

2 挨拶

堀部長（事務局 オホーツク総合振興局）

皆様こんばんは、オホーツク総合振興局保健環境部長の堀でございます。平成27年度第2回北網圏域地域医療構想調整会議の開催にあたりまして、一言ご挨拶申し上げます。本日は、年末の大変お忙しい中、ご出席いただき誠にありがとうございます。また、委員の皆様におかれましては、日頃から本道の地域医療推進にご理解とご協力を賜り、この場をお借りして深く感謝申し上げます。

さて、ご存知のとおり2025年には、いわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上となると言われておりますが、それらの方々が、医療や介護が必要な状態になっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続できるような、切れ目のない医療及び介護の提供体制の構築が喫緊の課題となっております。

このような中、平成26年6月に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（いわゆる医療・介護一括法）が成立し、この法律に基づき、医療計画の一部として「地域医療構想」が位置付けられました。

この「地域医療構想」は2025年の医療需要を見据え、二次医療圏ごとに策定することになりますが、当圏域では、本年8月に北網圏域地域医療構想調整会議を設置し、地域医療構想に関する説明会及び第1回調整会議を開催させていただきました。

本日は、北網圏域における「地域医療構想」の作成内容等について、委員の皆様方から忌憚のない御意見をいただきますようよろしくお願いいたします。

終わりになりますが、本年度に策定する「地域医療構想」の必要病床数については、現時点での目安であり、来年度以降その推計値を皆様方と分析しながら、北網圏域に

ふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に進めるため、各委員の皆様のご理解とご協力をいただきますようお願い申し上げます、ご挨拶とさせていただきます。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

吉崎次長

次に、本日配布させていただいております資料の確認を行わせていただきます。まず1枚もので会議次第、それから出席者名簿、配席図、そして資料番号のつきました資料1-1、A3の1枚ものの資料1-2、それは資料1-1の一部を拡大したものでございます。それと資料2の3点となっております。もし、不足しているものがございましたら、事務局までおっしゃっていただければと思います。

なお、本日ご出席の委員につきましては、出席者名簿及び配席図をご覧いただきたいと存じますが、本会議副議長であります北見市長の辻委員におかれましては、本日ご出席いただく予定となっておりますが、他の公務もございまして、遅れて到着する旨のご連絡をいただいておりますのでお知らせいたします。

また、前回、都合により欠席されました、小林病院から院長代理としまして、事務局長代理の飯坂範幸様にご出席いただきましたので、ご紹介いたします。

皆様どうぞよろしくお願いいたします。

次に本日の日程についてでございますが、この後、会議次第に基づき、進行していただきまして、概ね20時30分、午後8時半を目処に終了させていただきたいと考えておりますので、ご協力の程よろしくお願いいたします。

それではさっそく議事へと進めてまいります。議事の進行については、古屋議長にお願いいたします。

3 議事

(1) 報告事項 第1回調整会議

古屋議長（北見医師会）

それでは、本日の議事進行を務めさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

まず、議事の(1)「報告事項」について、事務局から報告してください。

計良企画主幹（事務局）

北見地域保健室企画主幹の計良と申します。どうぞよろしくお願いいたします。まず、報告事項といたしまして、8月28日に行われた地域医療構想の説明会と第1回調整会議について、ご報告を申し上げます。

調整会議と同時に開催した地域医療構想説明会の内容についてですが、何点かの説明会資料を基に、人口の推移、関係法令、構想の必要性、病床機能報告、必要病床数などについて振り返り確認させていただきたいと考えております。

まず、人口の推移ですが、2025年または2040年までの北網の人口の推移を

75歳以上を中心に見ていきました。また、地域医療構想の根拠法令について説明いたしました。これがその資料にあった人口ピラミッドです。下が全人口との中で生産年齢と高齢者の推移が見られる要素棒グラフですが、ご覧のとおり75歳以上の人口推計、2015年を基準とすると、2025年は1.23倍となっております。北海道では1.18倍、国では1.32倍となっております。関係法令についてですが、これは医療介護総合確保推進法が目指す一つの絵柄でございます。向かって左側の入院医療について、医療機能の分化、連携の実現が「地域医療構想」（医療計画）の役割となりますが、前回御指摘いただいたとおり、入院以外の医療や介護とは切り離せない関係となっております。医療介護総合確保推進法において、医療法では、機能分化、病床機能報告、地域医療構想策定について定められておりました、介護保険法については、地域包括ケアシステムの構築となっております。

地域医療構想の必要性についても、言及されましたが、これは団塊の世代が75歳になる2025年、その時の人口構造が変化している。その変化に医療提供体制を対応するためということでございます。

その際にバランスのとれた医療提供体制を目指すということになります。そのために病床機能の分化、連携を考えていくということになります。

いわゆるワイングラス型からヤクルト型というイメージで、どれだけ近づいたかは、毎年ご協力いただいている病床機能報告により把握していくこととしております。

また、「地域医療介護総合確保基金」で病床機能転換のための補助制度等があります。病床機能報告制度ですが、平成26年から始まっている制度でして、今年も10月、12月締め切りということでご提出いただいたと思いますが、医療機関が病床の医療区分を選択し、病棟単位で都道府県に報告する制度です。必要病床数の推計ですが、省令による推計方法で、各圏域の必要病床数を算定するという事です。これが、病床機能報告制度の概要でございます。

これは26年10月から始まりまして、今年度で2回目です。医療機関の機能を報告していただいて、どの機能をどれくらいというのを医療機関自身も住民のみなさんも分かって、適切な受療動向につなげる。あと地域医療構想がどれだけ目標に近づいているかということを知るものになっているということでございます。

医療需要の推計方法ですが、前回一度説明がありましたがもう一度説明させていただきますが、高度急性期、急性期、回復期の医療需要については、ナショナルデータベースのレセプト、DPCデータに基づいて、まず患者住所地ベースに配分した上で計算を行います。1日あたり何人がどの機能の病院に入院していたか、どの機能のベッドというわけではなくて、これの算出の際には医療投入量、医療資源の投入量ということで分けております。計算式としては、性・年齢階級別を出して、それは2013年のデータで性・年齢階級別の受療率を出して、それに2025年の推計されてい

る性・年齢階級別の人口、それにかけて、総和したものとなっております。

高度急性期・急性期・回復期については、医療資源投入量を基に算出されております。一番下に書いてある病床稼働率ですが、これは全国一律で決められており、最終的に医療需要から必要病床数を算出するときに、病床稼働率で割り戻す時に使う数字でございます。

慢性期については、他の3期と違う考え方でありまして。これは療養病床に着目し、療養病床の中で、在宅医療等で対応可能と考えられる患者数を一定数見込むという前提で算出しております。そして療養病床の入院受療率のもう一つの考え方で地域差の縮小ということで、その二つで算出します。

療養病床の中で回復期に分類される方を除いて、その後、医療区分のCの方の70%をさらに除いて、その他の分を元の数として、全国の地域差を埋めるために、現在の最大の県と、現在の中央値の県、その比率をかけて、減じて、医療需要を算出するということになっております。その最後に減少率がかなり大きくなってしまいうものもあつたので、特例がありまして、一定の条件の下で、2025年に達成すべきと考えられているものを2030年、5年後に達成するというので、その分すこし5年分遅い達成となるので、2025年の段階では、最終的な目標よりは多い病床数で決めることが出来るということになります。

それも決めなければならない事ですので、パターンCということではなつておりますが、パターンA・パターンBがどういふものなのかということではなつておりますが、全ての構想区域が全国の県単位の最小値まで入院受療率が低下するという大変厳しいものがパターンAでございます。パターンBが構想区域ごとに入院受療率と最小値との差を、一定割合解消することができる、その割合は全国最大値が中央値まで低下する割合を一律に用いる。県の最大値、県の中央値、その減ずる割合を一律に用いる、ということで北海道はパターンBを採用しております。この北網圏域においてはパターンBが適用されるのですが、パターンBと、先ほどの目標マイナス5年、2025年のパターンCの選択が可能となっております。これらを基に推計した結果が、この棒グラフでございます。一番右がパターンC、そして次がパターンBとなっております。合計の数字等については、これからまた後でお話することにします。その中で出た質疑についてですが、「まず受け皿としての在宅医療の推進ということについて、北海道の考え方と協力体制、基盤整備についてどう考えているか。」とのご質問をいただきました。これについては、新たな在宅医師の養成に関する事業を行つております。これも基金を使った事業を行つております。在宅医療の推進するために必要な対策について、道としても総合的に検討してまいります。道内の21圏域で調整会議を開催しており、その中で地域における課題や問題点が出て来ますので、その結果をふまえて、道としてどういふ基盤整備が必要か検討して行きますという回答でした。

次に、「地域包括ケアと地域医療構想は一体として考えて行くこと。構想の先の受け

皿を念頭に置き、進めて行くこと。」とのご意見をいただきました。これに関しては、医療と介護の連携については、一昨年から多職種の方々の連携により市民講座を実施するなど、在宅生活への支援に取り組んでおります。今後も、地域包括ケアも含め、地域医療構想において必要な受け皿について、関係機関と連携しながら取り組んでまいりますという答えでした。

もう一点は、「疾患によっては構想区域は基本的に2次医療圏なのですが、疾患によっては3次医療圏で見なければならぬものもあるのではないか。」というご指摘をいただきました。これにつきましては、地域医療構想の区域については、国のガイドラインにおいて、現行の二次医療圏を原則とするとされております。北海道の策定方針においても二次医療圏を単位として取りまとめることとしております。ただ、ただし、10年後、20年後の長期的な患者の受療動向をふまえて二次医療圏域間の調整は、今後必要に応じて行ってまいりますということでした。

引き続き、第1回調整会議の開催要領についてお認めいただきました。これについては調整会議の役割、議事の公表というのがあります。また、策定スケジュールについて報告いたしました。道は平成28年夏頃に地域医療構想を公表予定で、各圏域で案を作ってそれを道でまとめるということになっています。国としては策定スケジュール、地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会が、引き続き行われておりまして、病床機能の報告制度の改良、そういうことが検討されています。あとは、療養病床のあり方に関する検討会が7月から始まっておりまして、新たな施設の類型等も含めて、現在の療養病床についてどのようなあり方が考えられるかについて、検討されております。

必要病床数ですが、これは北網地域の必要病床数について、その時にいただきましたご意見としては、前回お認めいただいた開催要領ですが、もう一度所掌事項ということで、調整会議の役割を確認させていただきます。第2条の(1)～(4)ですが、(1)は病院、有床診療所が担うべき病床機能に関する事項、病床機能報告事項による情報等の共有に関する事項、北海道計画これは基金等に盛り込むべき事項、その他地域医療構想の達成の推進に関する事項ということになっております。また、調整会議は部会を設けることができまして、地域部会や医療専門部会などの部会を設けることができます。あと議事は原則公開する、固有名詞が出る等以外は公開となっています。その中でいただいたご意見ですが、病床数を決定していくというプロセスについては、機械的にある程度やっていくことと思うが、介護の状況もしっかりと把握していくべきではないかとのご指摘をいただきました。これについては、介護の状況も重要な要素と認識しておりますので、関係するデータを共有して進めてまいります。これに関して、医療と介護の状況について、ここでお手元のA3版1枚の資料がありますので、そちらをご覧ください。ここで説明者いったん替わりまして、保健行政室の石川主幹から説明をお願いいたします。

石川企画主幹（事務局 保健行政室）

事務局の保健行政室企画主幹の石川と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。
当圏域における介護サービス等の基盤整備の状況についてご説明させていただきます。

この地域医療構想を機能させるためには、在宅医療を進めるための仕組みづくりをはじめ、医療と介護の連携体制や基盤整備を推進する必要があることから、当圏域における介護サービスの基盤整備状況についても、把握したいとの意見を前回いただいたところでございます。

この表でございますが、左端、縦に市町、横は医療機関の病院数及びその病床数にはじまり、在宅患者訪問診療、訪問看護と続き、介護療養型医療施設等の介護保険施設、養護老人ホーム等の老人福祉施設、最後、右端に、いわゆる「サ高住」等、高齢者向け住宅の順としております。それぞれ箇所数、病床数を記載しております。ちなみに、本年4月1日時点での、当圏域の一般及び療養の病床数につきましては、介護療養病床を除き、病院・有床診療所トータルで3084床となっております。

各病院毎の状況につきましては、お配りしております資料2のページ24～25Pを参照していただきたいと思ひます。なお、25ページの有床診療所の一覧でございますが、平成27年4月1日現在となっておりますが、清里町にあります「医療法人恵尚会(けいしょうかい)クリニックきよ里」については、3月31日で経営者が変更となったことから本一覧に掲載されておひりません。現在は、一般病床19床の「清里クリニック」として開設しておひりますので、今後の構想等の策定におきましては、時点を修正した上で掲載したいと考えておひりますので、ご承知おきいただきますようお願ひいたします。

A3版資料に戻りまして、「在宅患者訪問診療」は22カ所で、「往診」は23カ所で実施されておひります。

また、「在宅医療」を推進するために、欠かせないものとなっております「訪問看護」事業所は32箇所となっております。

次に、介護保険施設等の状況について、保健環境部社会福祉課からご説明させていただきます。

桑原主幹（オホーツク総合振興局社会福祉課）

社会福祉課主幹の桑原と申します。引き続き、私の方から、資料1-2に基づきまして、当圏域における介護保険施設等の整備状況を説明いたします。

介護保険施設及び老人福祉施設につきましては、これまで、各市町が策定する介護保険事業計画・高齢者保健福祉計画に基づき、計画的に基盤整備を図ってきたものであり、今後、本年度からスタートしました第6期計画(計画期間はH27～29の3年間に沿って、順次、整備される予定であります。

介護保険制度の施設サービスであります介護療養型医療施設、老人保健施設、特別

養護老人ホームのうち、最も多く整備されているのは、特養でございます。本年4月1日現在で、27箇所、定員1,373名となっており、続いて、老健の7箇所、621名となっています。

なお、今年度は、小清水町さんで特養の増改築（定員20名増）、美幌町さんで特養の改築（定員増減無し）などが実施されており、これら施設整備の実施により、介護サービスの基盤整備の推進並びにユニット型居室の導入などによる、介護サービスの質の向上が図られるものと考えております。さらに来年度以降についても、清里町さんの軽費老人ホームの新設（50床）、置戸町さん、大空町さんの特養の増改築（置戸町10名増、大空町30名増）、など各市町において、順次、整備が計画されているところです。次に、介護保険の居宅サービスである認知症グループホームについてですが、現在、54箇所、定員815名の整備となっています。これは、前回、第5期計画初年度の平成24年と比較して、定員で53名の増加となっており、今後も、需要が見込まれるものと考えております。

次に、サービス付き高齢者向け住宅、いわゆる「サ高住」については表に記載のとおりですが、その入居者の多くは、在宅医療をはじめ、介護保険制度の訪問系、通所系及び短期入所サービス等の利用者になるものと考えられることから、これら居宅サービスについても、施設サービスの推進と並行して、充実強化を図っていく必要があるものと考えます。このあと、協議事項にも用いられます資料2の30ページ以降にも若干触れておりますが、介護サービス提供基盤の整備につきまして、特定施設を除く介護保険施設等の整備状況は、65歳以上人口に対する整備率では、当圏域で6.31%となっており、全道平均6.85%を若干下回っている状況にあります。

特養に限って見てみますと、当圏域では2.06%、全道平均が1.68%となっております。特養については、計画最終年の平成29年度末の必要入所定員総数を1,477名と見込んでいることから、この3年間で100床程度増床する計画となっております。

引き続き、施設の必要入所定員総数の増加に応じた施設整備を計画的に進めるとともに、できる限り家庭的な雰囲気の下で、個別性に配慮したケアが行われるよう、ユニット型の整備などを促進して参りたいと考えております。最後になりますが、計画推進のための具体的な取組として介護サービス提供基盤の整備とともに、人材の確保及び資質の向上が求められているところです。皆様もご存じのように、介護職は、他職種と比較し離職率が高く、経験年数の浅い職員が多い傾向にあり、中堅層職員が不足している状況にあることから、職場のリーダー的役割を担う人材を育成するとともに、介護職の定着支援・離職防止につなげるため、研修機会の充実や研修受講を支援するなど、介護職員の「資質の向上」を図る必要があります。

社会福祉課としても、キャリアパス支援研修事業や実務者研修事業などを通して、福祉・介護職員の資質向上や定着支援に取り組んでいるところです。

以上、簡単ですが、社会福祉課からの報告を終了させていただきます。

計良企画主幹

報告事項、最後のスライドですが、「医療・介護の従事者の確保という面について、今回の地域医療構想調整会議については、医療だけでいいと思うが、その確保のための方策を含めた構想という理解でいいのかどうか。」というご質問いただきました。

医療従事者の確保については、基金を利用して北海道や国で行っていくということになりますが、北網圏の医療の実態をふまえて、検討してまいります。ということで、国や道の基金を利用した施策がどの程度北網で効果が上がっているのかを検証、またこの調整会議の場をどのように利用していけるかということについて、検討していければと考えております。報告は以上でございます。よろしくお願いいたします。

古屋議長

それでは、ただいまの報告事項について、ご質問やご意見がありましたらお願いいたします。

(質疑等なし)

ないようですので、次に議事（２）の協議事項に入ります。

議題は、「北網圏域地域医療構想の策定のついて」となっておりますが、まず構想の全体概要と、続いて、アの「人口の推移」について、事務局から説明をお願いいたします。

(2) 協議事項 北網区域地域医療構想の策定について

ア 人口の推移について

計良企画主幹

資料の2をご覧ください。これは前回、地域医療構想の構成について説明させていただきましたが、先月、道庁からとりまとめの標準形がしめされましたので、この標準をベースに、肉付けして創り上げて行くこととなります。今回、提示されているものは、資料の下に記載されているとおり、各圏域におけるとりまとめの標準形として示すものでございます。例えば北網からですと、色々ご指摘のあった介護について、資料を少し桑原主幹のほうから説明がありましたとおり、厚めにして、地域のカラーを出すということになります。これは、医療計画の別冊という形をとっておりまして、この手つかずの部分と資料の部分があるんですが、今日は資料の部分を説明させていただきます。まず最初に白紙の部分が基本的事項で、次に地勢・地理的状況や交通機関、生活圏について、これは原則、医療計画から転載することになっています。時点修正をしなければならないものについては、時点修正していくことになっていきます。

第3節、人口の推移について、説明させていただきます。まず、北海道の総人口についてです。平成25年（2013年）に公表された国立社会保障・人口問題研究所の推計によりますと、北海道の人口は2010年と2025年を比較した場合、65

歳以上人口は355,735人増加しますが、65歳未満人口は44,390人減少することが見込まれており、総人口は31,625人減少します。

人口に占める65歳以上の割合は、青い折れ線グラフのとおり、人口に占める65歳以上の割合は、北海道では平成22年(2010年)の24.7%から平成37年(2025年)では34.6%に増加し、75歳以上の割合は12.2%から20.6%へ増加します。次は北海道内の各圏域の総人口についてですが、札幌圏域を除く道内各圏域の人口推移をグラフにまとめました。これについては、各圏域で人口が減少するということが見込まれています。北網は棒グラフの一番下、減少傾向となっています。

次は、北網圏域の総人口・年齢区分別人口についてですが、65歳以上人口は2010年と2025年を比較した場合、12,765人増加しますが、65歳未満人口は44,390人減少することが見込まれており、総人口は31,625人減少します。

65歳以上の割合は、青い折れ線グラフが示すとおり、2010年から2025年には40%を超えるくらい増加し、75歳以上の割合はオレンジ色の折れ線グラフのとおり、16%から24%へ増加が見込まれています。これは、全道の値よりも高い数値となっています。

次の図なのですが、北網圏域の各市町の総人口の推移ですが、各市町の総人口の推移は減少することが見込まれております。グラフは、北見市が大きな数字なので、90,000人から始まるような形としました。

年齢区分別の人口についてですが、このグラフの見方は向かって左が実数で、右側が2010年を1とした率の推移で表しています。それぞれの色は年齢であり、左側が実数、右側で率を表しています。お手元の資料には両方ありますが、スライドには実数のみを並べてみました。65歳以上の人口を比較した場合、北見市・網走市・美幌町・斜里町・小清水町・訓子府町・大空町の各市町は増加しますが、津別町・清里町・置戸町については、減少することとなっています。北網圏域として、すすめていくこととなりますが、各市・町ですすめていく施策については、各市・町の人口のピークを見ながらすすめていくことが必要かと思えます。

次に世帯数について、これは北海道の単身高齢者世帯についてです。北海道における65歳以上の高齢者が単身で暮らしている単身高齢者世帯数の割合は、2015年の全国平均9.2%に比べ、10.8%と高い状況にあります。また、2025年には、15.7%へと増加する見込みとなっております。

この数字は先ほど申し上げた慢性期のパターンA・B・CのパターンBなのですが、パターンCを選べる特例の要件となっております、全国平均を上回るというのが要件になっておりまして、北網は高いということで、選べる要件となっております。

次に道内各圏域の状況ですが、札幌及び根室圏域を除いた19の圏域では、単身高

齢者世帯数割合は、全国平均を上回っている状態です。北網圏域につきましては、10.3%となっており、全国平均を上回っていますが、北海道平均は下回っている状況です。

北網圏域各市町における単身高齢者数と割合です。網走市のみ全国平均と同等ですが、その他の市町については、全国平均を上回っています。また、美幌町・津別町・斜里町・清里町・小清水町・置戸町については、北海道平均を上回っています。

以上で第3節、人口と世帯数についての説明を終わらせていただきます。

古屋議長

それでは、ただいまの説明について、ご質問、ご意見等ございませんでしょうか。

今野委員（北網保健医療福祉圏域連携推進会議）

13ページの単身高齢者世帯数割合について、ちょっと多いとの発表だったのですが、今後高齢者を社会の中でみていく時に、家族の介護力を考えなければならないので、データとしてほしいのは、他の全国だと近隣にお子さんが住んでいれば、サポートできるが、北見のように近隣にいない、完全な孤立の単身であるという差があるんじゃないか、この数字だけでは表せない部分があるのではないかと思うんですけども。そのへんのデータがあれば教えてほしい。

計良企画主幹

今おっしゃられたとおり、完全孤立なのか近くにいるのかといったところでは大きく違うということですので、そのデータがあるかどうかははっきり申し上げられませんが、これから探してみます。ありがとうございます。

古屋議長

他にありませんか。

ないようですので、続きましてイの「医療機関・介護老人福祉施設等の状況」について、事務局から説明してください。

イ 医療機関・介護老人福祉施設等の状況について

計良企画主幹

それでは、医療・介護の施設等の状況のうち、患者及び病院の状況について、説明させていただきます。表の字が小さくて大変申し訳ありませんが、この表は2025年の医療機能別医療需要の高度急性期について、2025年の受療動向でございます。見方といたしましては、表側のほうが患者住所地で、こちらの住所地の方がどこの圏域の医療機関に受療されているか、ということを表側から見ていくことができます。

また、この色のついている部分ですが、全て0.0となっておりますが、10未満の場合は数字を出さないということで、これは国の取り決めでして、医療機関の場合は数字をもらえないということなので、必ずしも0ではなく10未満ということですが、もうひとつ、表頭の圏域の高度急性期の医療機関を受療されており、表頭のほうから見る

と、その医療機関が表側の住所地の方々を高度急性期でどれくらい受け入れているかという見方もできます。

この表が各期、高度急性期・急性期・回復期・慢性期となっています。

高度急性期で申し上げれば、北網圏域で1日あたり207.4人の需要が見込まれ、供給は、北網圏域で189.1人、札幌圏で18.3人で、他圏域での需要のうち、北網圏域で見込まれている数は北網で11.3人となっています。北網圏域での供給見込みの合計は、200.4となっております。

急性期では、626.5人の需要があり、北網圏域で578.7人、札幌圏で36.9人、上川中部で10.9人の供給が行われます。また、他圏域での需要の内、北網圏域にて供給を見込まれている数は、遠紋で23.7人となっております。

回復期では、651.3人の需要が見込まれ、北網圏域では、617.8人、札幌圏で33.5人の医療の供給が行われる見込みです。北網圏域にて供給を見込まれている数は、遠紋で27.6人となっております。

慢性期に関しては、パターンBかパターンCの選択ということになるのですが、パターンCを参考に説明をさせていただきます。北網圏域では、1日当たり、578.9人の医療需要が見込まれており、供給は、北網圏域で531.5人、札幌圏で23.6人、十勝で13.1人、釧路で10.7人と見込まれております。

また、他圏域での需要の内、北網圏域にて供給を見込まれている数は、遠紋で27.6人、十勝で15.4人、釧路10.4人となっております。

続きまして、疾患別の入院の資料としまして、主要診断群（MDC）ベースでの、2025年に見込まれる必要病床数とその充足率を掲載しております。先程の機能別医療需要とあわせてご参照いただければと思います。こちらにも色のついている0と書いているところは、10人未満のデータであり、秘匿されていることを申し添えます。

二次医療圏別の参考値ですが、地域別病床数の指標、病床利用率、平均在院日数を一般病床・療養病床別に掲載しております。ご参照下さい。

これは病院の数と人口10万人対比数です。病院の数でいいますと、平成11年以降、横ばいとなっておりますが、人口10万対比数は、平成17年以降、やや増加傾向となっております。比較参考として、全道の人口10万人対比数も掲載しております。

今度は病床数です。これも同じように作ったのですが、病院数は減っておりますが、人口10万対比で言うと、数は横ばい傾向となっております。また、別表として、平成27年の4月1日現在の北網圏域の入院機能を持つ医療機関の一覧を掲載しましたので、ご参照ください。

前回8月もこの資料だったのですが、平成27年の病院機能報告がちょうど締め切りをむかえて、これらチェック等を行って、結果が出るのが来年の6月以降ということになると思います。病院機能報告制度について、情報が出ましたら、調整会議で

その情報を共有したいと思います。以上が、平成26年4月1日現在の病院報告制度の結果です。

続きまして、医療従事者の状況です。これは医師、歯科医師、薬剤師で、医師数につきましては、横ばい傾向となっておりますが、人口10万対比でいいますと、平成16年度以降より、やや増加傾向となっております。歯科医師数につきましては、歯科医師数・人口10万人対比数ともに、平成18年以降、やや増加傾向となっております。

赤が全国、緑が全道、紫が北網ということになっております。薬剤師数につきましては、平成12年以降より、薬剤師数・人口10万人対比数ともに増加傾向にあります。

次に看護師数ですが、お手元の資料ですが、平成24年の数字が看護師数が1549、准看護師902ですが、グラフ上の表記では、1756、1179と記載されております。

これは、グラフの数字が正しく、上のほうの数字は誤りですので、訂正させていただきます。1756が1549です。1179となっている数字が902です。

看護師数については、平成8年以降、継続して増加傾向にあります。准看護師数につきましては、平成18年以降、やや減少傾向にあります。また、看護師・准看護師の合算でみた場合、平成8年以降増加傾向にありましたが、平成20年以降、横ばい傾向となっております。また、人口10万人対比で見た場合、継続して増加傾向にあります。

続きまして、主な病院従事者の中から、理学療法士・作業療法士数を掲載いたしました。

こちらにも訂正があります。平成24年の数字が、理学療法士98、作業療法士69ですが、グラフ上の文字表記では、それぞれ115.5、73.3となっております。

正しくは115.5ではなく98.0、73.3ではなく69.0でございます。

また、文章中平成25年10月1日と表記されておりますが、24年末の数字ですので、大変申し訳ありませんが、訂正させていただきます。

理学療法士数、作業療法士数の合計については、平成14年以降から常勤換算数による報告となり、また平成15年以降から、病院に従事する者として統計されていることから、直近の状況と比較できるデータは、平成16年からとなります。それを踏まえて見てみますと、理学療法士数は、従事者数・人口10万人対比数ともに2.5倍となっており、作業療法士は、従事者数・人口10万人対比数は2.3倍となっております。以上が、北網圏域の医療従事者の状況となります。

介護サービスの状況になります。これに関しては、報告事項のところで、社会福祉課の桑原主幹から説明がありましたので、割愛させていただきます。これで説明を終わります。

古屋議長

それでは、ただいまの説明につきまして、ご質問やご意見がありましたら、お願いいたします。

梅津委員（全国健康保険協会北海道支部）

お願い事項であります。今、説明のあったとおり北網地区のみならず北海道においては、介護の担い手が不足しているという現状が30～31ページに書かれており、今後さらに介護難民が増えてくる可能性があると考えられます。それを防ぐためには、前回の会議でも色々いくつか出ていましたが、在宅医療や介護提供体制の受け皿造りが急務であると考えます。特に、高齢者については、老化と言うことだけではとらえられない、家庭の中で治療よりもケアすることが大変重要と考えられますので、これまでも話のありました医療機能の分化や連携、介護も視野におきながら検討する事が、最初に話をしておりました、地域包括ケアの考え方の基と思います。協会健保に加入している方は、北海道で被保険者で100万人その家族被扶養者で80万人おまして、道民3人に1人が加入しているという状況であります。協会けんぽとしましては、地域の医療提供に関係を持つ医療保険者として地域医療提供体制の理解を進める上で、加入者や事業主を含む住民への周知等こうした取り組みを進めて参りますので、加入者や事業主様にそうしたニーズ、例えばそれなりの場所で生活をしたいという事や必要なサービスを受けたいという事、そして現地で安心して良質な医療や介護を受けたいと言う、そうしたニーズを把握していただき、医療提供体制に反映できるように検討いただきたい。

また、前回の会議でも説明のありました、医療従事者の確保につきましては、今後も医療のニーズをふまえ検討するという話がありましたが、その際には、今申した協会けんぽの加入者や事業主の思いも考慮していただきたいと思っております。

計良企画主幹

ありがとうございます、これからも在宅医療も介護も視野に入れて進めていきたいと思っておりますので、ご協力よろしくお願いたします。

荒川委員（北見赤十字病院）

今回のデータについては、NDBデータとDPCデータから出した現状からのデータで2025年を推計したものだと思われませんが、それでよろしいですか。現状において、おそらく先ほどの医師数のデータにもありまして、全国平均、全道平均より医師数が少ないという現状があり、その中で、北網地域であれば札幌に行ったり、遠紋地域であれば旭川に行くと、先ほどのとおり2025年のデータがそのままになっている。今後、2017年度に専門医制度が始まって、医師の配置も含めて地域医療をもっと真剣に見越しておかないと、医療従事者の数も変わってくると思う。現状において、現在で有れば2015年10月のNDBデータの中で多くなっているはずであって、DPCデータであれば我々も把握できるが、NDBデータであれば多くなっていない、ただ、

データの推移の中で疾病形態も含め、先ほどのDPCにも出ていましたが、それは、あくまでも昨年度までのデータで、医療従事者の配置も、2025年の医療従事者の数も語るのをおかしいと思います。今後どのような形で考えるのかをお伺いしたい。

計良企画主幹

おっしゃることはそのとおりだと思いますが、これから2025年の人口構成の変動にどのように我々は考えていくかと言うと、一つの何か具体的な目標がなければそこに向かって考えていかないという事があります。ご指摘のように2013年のデータと2025年の人口を掛け合わせるの分かったような、分からないような事ではありますが、今回、2013年の色々なDPC、NDB、厚生省がかき集められるだけのデータを集めてこのような推計をしている。色々な方法があるかと思うが、その中で一つの妥当性を担保できるのが今回の方法という事で、国の関係法令で、算出方式も示されたと言うことで、これから2013年のそのデータをずっと引きずって行くのかと言うと、厚生労働省では(道庁で確認してもらった)見直しについては、明言はされていないと言うことです。

現在、おっしゃっているのは、人口構成に変化があれば、先生のおっしゃったとおり2013年の受療率ではなく、掛けた先の人口構成の変化が変わっていくと言うことで、先生のおっしゃるとおり改善されていないと言うことになります。

近くは、平成30年に医療計画と介護保険計画の同時改正がある。そこでもし直せるとしても、使用するデータは平成28年のデータだと思います。そこで、次に平成36年の場合に使うのは平成34年のデータで、その時に平成25年のデータを使うとすれば、10年以上先に進んだデータですので、厚生労働省は明言していないが、そういった見直しをするともしないともハッキリ言っていないが、先生のおっしゃったとおり2013年の率を固定して当てはめていくと言う事が多数説だと思われま。

先ほどの2次医療圏の間の調整も難しく、今回は、高度急性期、急性期、回復期の数は決められていて、例えば、私共の方で全て患者所在地ベースでやるということになって、急性期の数が道で示されたものより増えることとなれば、例えば札幌なりから13や15床を引っ張ってきてこちらに乗せて、北海道としては目標値以内と言う事で現実としてはハードルが高いです。

そうしたご意見をいただきまして、本庁の言葉を借りればスタートを切るために、一つの考え方として、この法令に基づいたやり方で2025年の数字を出して、そこを目標に協議させていただくと言う状況でございます。

荒川委員

我々の考えとしては地域完結型の医療を目指していて、今回の制度そのものは、2次医療圏若しくは3次医療圏の体系毎にちゃんとした物を作ろうと考えて行われるものと思うが、そうした中で病院の努力として、地域医療完結型の医療を目指して頑張っていく行かなければならないと思うので、今の医師数では地域完結型の医療は出来ない

かもしれないが、地域として2次医療圏若しくは3次医療圏でそうした事が出来るようにたぶんなってくるのではないかと、そうしなければならないと思っている。

2013年のデータが2025年まで引っ張られると言うことは、非常におかしな事ではないかと思うので、その辺は近々のデータで修正しながらと言う事で考えていただければと思うので宜しくお願いします。

計良企画主幹

ありがとうございます。ご意見しっかりと賜りました。

今野委員

北見赤十字病院荒川先生の深刻だという意見はそのとおりだと思う。それともう一つここで明らかになったことだと思うが、看護師、准看護師の数について、医療機関に勤めている方の数ですか、介護保険施設に勤めている方の数も入っているのですか。

計良企画主幹

医療機関のみの数字で、介護保険施設の数は入っておりません。

今野委員

そうしますと、5倍と言ったが、私たちの見かたは違います、真ん中の平成16年の准看護師、看護師の総数は2,626人で、平成24年は2,451人で200人位減っている。その中で准看護師が400名減って、看護師以外が180人しか増えていない、介護保険施設から出てそちらに行った。

訪問看護ステーションの数はどちらに入っているんですか。

計良企画主幹

訪問看護の数は入っておりません。

今野委員

そちらに流れたと言うこともあるのですが、全国の看護師数が906.5で、北網が806.3で足りない。看護師の仕事は実際に時間を掛けて患者を看するという事なので、非常に深刻な問題である。この地域で、患者が増えているのに看護師は減っている。そこをちゃんと認識して道としてその対策をこの地域としてお願いしなければ絶対いけないと思うんですが、どうでしょうか。

計良企画主幹

データの見方としては勉強不足であったので、もう少し精密にちゃんと見るべきであったと反省と共に、これからそうした事をきちんとして行きたいと思います。

医療従事者、看護師の数について、道が取り組んでいることについて、先ほどもありましたが、今回の医療介護の基金の関係で全道的な施策とかはあると思うが、それがこの地域でどのように効果が現れているか検証し、調整会議で何か出来ることを模索しながら進めていきたいと思います。

今野委員

よろしくお願ひしたいと思います。特に看護学校については、道は撤退傾向にあり、

民間に任されているという状況の中で、現場は、看護師養成には非常に苦勞している
ので是非おくり頂きたいと思ひます。

計良企画主幹

ありがとうございました。

中西委員（北海道看護協会北網支部）

加えてのお願いですが、日本看護協会の独自の試算では、2025年の看護師の需要を
考えた時に、18才人口の5人に1人が看護師にならないと需要を満たせないと言う報
告がされております。今の話にあったように医療だけでなく訪問看護ステーションや
在宅、特養や介護方面も看護の需要が高まっているので、併せてご検討頂きますよう
よろしくお祈ひします。

計良企画主幹

18才以下の方5人に1人と言うことでありますが、私どもも医療・福祉関係だけで
なくそうなれば、教育とかも含めて大きな話しになっていくと思ひますので、そうい
う部門とも理解を得て一緒に進んで行くようにやっていきたいと思ひます。

古屋議長

他にご質問ありますか、なければ次に移ります。

ウ 必要病床数の推計について

計良企画主幹

ウ「必要病床数の推計」なのですが、まず医療需要の報告事項で申し上げたとおり
なのですが、高度急性期～回復期について、2013年のNDBのレセプトデータや
DPCデータに基づいて、患者住所地別で推計を行うのが医療需要の推計でございま
す。この推計は、2013年における実際の医療資源投入量を基に推計しているもの
でござひます。

慢性期については、療養病床から回復期リハビリを除いて、あとは医療区分1の7
0%を在宅で診られるだろうということで除き、さらに全国の地域別の補正をかけま
して、2025年の推計人口に高齢者人口、下のほうに現状、右の方に2025年、
このような形で必要な医療需要を推計してお祈ひします。

北海道はパターンBを採択しているので、パターンBということで、都道府県の一
番多いところと都道府県の中央値、その割合を用いて減らすということになってちよ
うど左から2番目～3番目の補正のかかったものでござひます。

ただ、これについては先ほど申し上げているようにパターンCという2030年に
これを延ばすことによって、地域差の補正率が少し緩和されて、病床の枠が医療需要
を多く見込めるということがあります。

実際に高度急性期～慢性期までの数字を出してみると、左側のものが医療需要。こ
れが先ほど申し上げた住民の方が、この圏域での医療需要、高度急性期218、急性

期635、回復期666、慢性期590、合計2109。そして2番目のものが、現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の推計供給数、これは患者住所地ではなく、北網以外の方も含めて、北網の医療機関がどれだけ診ていくか。それが高度急性期206、急性期616、回復期659、慢性期597、合計は2078。②から③というのが、数字は同じなんですが、考え方としては、③は将来あるべき医療提供体制を踏まえ構想区域間の供給する増減を調整した推計供給数、ちょっと分かりにくいのですが、先ほど申し上げたようにどこかが増えればどこかが減るという単純な話ではないでしょうけど、例えばの話、高度急性期医療をこの圏域ではちょっと（受入が）2025年難しいとなった場合には、データを見ながら、その住民が高度急性期で行っているところをいくつか探して、それぞれお願いして、高度急性期をそちらで持ってもらおう構想を作る、そういう調整をした場合に③の数が変わってくると思います。ただ実際には圏域間調整というのは、自分のところのこの数字は無理なのでお願いしたいという話もまだ聞いたことはありませんし、自分のところはもっと出来るという場合には、よそから引っ張ってこななければならないので、現実的にはハードルが高いということです。③の数字は間違いで、北海道の場合高度急性期と急性期は医療機関所在地の供給数として、回復期と慢性期を住民所在地ベースということで、2つそれぞれ分けて考えているのが北海道のやり方で、③の場合は高度急性期・急性期は医療機関所在地の数、回復期と慢性期は住民所在地の数となります。

最後に右端の病床の必要量についてですが、これは③を基に病床利用率から算出される病床数、これは報告事項でも申し上げた病床利用率、これは全国一律で作られた数字なのですが、これで割り戻した数が病床の必要量ということになります。

平成25年の推計で補正した医療需要、2013年の時のデータはどうだったのでしょうかと聞かれていたところだったので、次のスライドなのですが、お手元の資料がなく、2015年は2025年の間違いなんです、青が3列ありまして、左が2013年度の医療需要、真ん中が2025年度の医療需要で、これは医療機関の供給ですね。青の一番右が患者所在地、これが10年後の医療需要ということになります。黄色のほうは、2013年に算出した数字になっています。これを比べてみますと、2013年の高度急性期については、医療機関所在地では275から2025年には表頭の一番左が2013年の医療需要、その右が医療機関所在地の2025年の医療供給、流出入が含まれたもの。一番右が患者所在地の2025年の医療需要ということになっています。黄色い方は2013年の必要病床数、これは先ほどの数で割り戻した数字でありまして、今回の一番左、黄色くない表頭の数字で、2013年の医療需要ということになります。2013年は高度急性期が197、患者所在地は218で増えていまして、医療機関所在地は206と増えています。急性期に関しては、出したものよりも、推計人口で調整した結果、増えています。回復期に関しては、2013年の数字よりも、推計人口で調整した結果、659です。慢性期については、北

網はパターンBとCを選べるので、パターンCとすると、2013年の医療需要が788に対して、2025年のほうは597、590と減少しているところです。2025年の必要病床数を考える時には、左から2番目、3番目の医療機関所在地及び患者所在地、この数を使ったのですが、2013年元々で出した数字が一番左側の2013年の医療需要ということになって、高度急性期～回復期については、2025年には増えていますが、慢性期については、2025年には減っていくことになります。

以上で、必要病床数についての説明を終わります。

古屋議長

以上でよろしいでしょうか、この件につきまして、ご意見等ございませんでしょうか。

水谷委員（オホーツク海病院）

非常に丁寧な説明で、おっしゃることは分かるのですが、一番最初の会議では、この会議はベットを減らすための会議ではない、ここで必要な医療と介護を受け安心して暮らしていけるかどうかと言う事を検討する会議であると聞いているが、いつのまにか上から言われて数値目標を達成するためにどうするか検討する会議になっている。3,300と言う数を2,400に減らすというのを納得してくださいと言われるのであれば、数値としてのデータの説明に納得はするが、それに賛成する意思はないと意見として述べておきたいと思います。老人の数が増えていると言うデータが出ていて、これから医療や介護の患者が増えていくと言う状況にかかわらず、ここでベット数を減らせますかと言うことであれば、現場を見ている私たちにとっては本当にそれが納得出来るのかと思う。非常に数字の方に走りすぎているようなきらいがある気がして、これはどう考えていますか。

吉崎次長

先生のおっしゃるとおり誤解が前回同様あるようでして、あくまでも、今回提示する目標値が達成するための数値ではございません。当然この会議で数値を目標とするための合意を得るものではない。10年後20年後の先を目指して、受療動向を計算するところとした推計値になるので、この数値をふまえて在宅医療と介護と連携しながら必要な病床数について皆さんで検討して頂ければと言うのがこの会議の目的でありますので、そのことをご理解いただきたい。

今野委員

枠のお話はよく解りましたけれども、現場で見ていると実際には、ニーズというのは稼働率で実際は調整されている。実際に今回は稼働率までは調べられていなくて、許可病床がどれ位あるかという話になっていて、現実には全国平均7割が当たっているかというところと実際には当たっていない、実際には使われていない病床もある。理由としてはニーズがなければ使われない訳で、病床の数を制限するという事に実効性があるのか疑問がある。それよりももっと効率的に皆が良い医療、介護を受けられるシステム

を作る方に力を入れるべきであって、病床数が多い少ないという事をこの調整会議で調整していくと言うよりは、地域の実情や問題点を掘り起こして、その問題をどう対応していくかを考える会議にしていいただければと思う。

吉崎次長

その辺も最終的には今年度作る地域医療構想の中で、課題とか施策が必要だと言う事を文章に盛り込んで、介護保険の情報とも共有して、平行して進めていきたいと考えている。

橋本委員（北海道病院協会）

回復期の定義であります、私どもの病院は唯一回復期を行っている病院である。どちらかというとな回復期イコールリハビリなのか回復期は急性期なのか、その辺のところの整理がいつ頃出来てそれについてキチッと議論が出来て、北海道の実態がいつ頃はっきりするのでしょうか。

同じ回復期を見てもイメージしている人が、医療側でどういう人を回復期として見て、我々の病院は急性期からこの回復期になら行っていいけど、この回復期には行きたくない、行けないという区分が、おそらく回復期のとらえ方が各病院で違うのではないかと思う。その辺のところ分からないと、この会議でどのように議論していけば良いか疑問に思うがいかがでしょうか。

計良企画主幹

平成26年の病床機能報告では、回復期は回復期リハビリテーション機能を持っている病院という事になっていましたが、平成27年はリハビリテーションを提供していなくても、急性期を経過した患者に在宅復帰に向けた医療をされていれば回復期を選択できるということが書かれていたと思います。

病床機能報告でどれを選ぶかという時に、合意がちゃんと会議で形成されていないと思います。これから地域医療構想のガイドラインの検討会が開催されますが、病床機能報告等を見据えてそのへんの定義については、色々な例がどんどん示されて、皆様あまり迷わずに決めていける方向性が検討・改善されていくと思う。その中でも回復期機能の定義も少しずつ分かりやすくなると思いますので、とりあえず平成26年度のリハビリテーション機能のみと言うことから、かなり大きな見方ですが、急性期を経過した患者を在宅復帰に向けた医療を少しの前進と見ていただいて、これから病床機能報告のお願いをする時の例示の仕方で、定義が分かりやすくなっていくことを期待するところでございます。

橋本委員

と言うことは、回復期というのは、急性期を脱した在宅に帰れる様な人達が、急性期と呼べるような程度の人達を回復期ととらえて良いと言うことですね。

リハビリ機能が充実しているから回復期というのではなくて、リハビリ機能があるなしではなくて患者の状態から家に帰れる方達が回復期の定義に入ると言うことです。

ね。

計良企画主幹

おっしゃるとおりです。

荒川委員

今の橋本先生の質問に関連して、急性期病院の地域包括ケア病棟で全国的に検討している病院があって、どちらに届け出たら良いかという時に、上手くいっていないという話を聞きます。これは、回復期という形なのでしょうか。

計良企画主幹

地域包括ケア病棟につきましては、回答を見ると回復期が一番多い回答となっているが、急性期も慢性期も地域ケア病棟からの報告がされている。地包括域ケア病棟の性質から考えてどれか1つにしてくださいと言うのは難しいと思いますが、地域包括ケア病棟と言うくくりでどれになるかと言うのは、それだけでは決まらずに、病床機能報告の場合は、それ以外のデータも頂いておりますので、そういうところでこれからデータを蓄積して、地域包括ケア病棟の急性期か慢性期かどちらの機能を載せるかその辺も、先ほどの回復期機能の定義よりもかえって、実態から見て絞り込むのは難しいので、何か決めを作って、病床機能の分化に寄与するかどうか分かりませんが、実態は急性期と回復期となって少し慢性期というところなのです。急性期を選択しても間違いではないが、ここの病棟の役割と入院患者の状態に照らして答えになっているか分からないが、今、国から引き出せる答えはそのようなことにとどまっております。

橋本委員

補足ではあるがこの4つの分類、高度急性期と急性期、患者のフェーズ、例えば2週間以内なのですが、ここにボードをたてて分けていったら回復期も実は医療を沢山必要とする患者もいる。荒川先生が言われたように地域包括ケア病棟というのはまさに急性期を見なければならぬ地域包括もあれば、いわゆるリハビリだけをやっていればよいというような地域包括もある。ここに患者のフェーズと、高度かそうじゃないのか分けているのがごっちゃになっている。私見なのですが、高度急性期・急性期もあれば、高度回復期もあって回復期もある。高度慢性期の中でも金の掛かる人手のかかる患者も実際にいるわけで、ここら辺の区分けをしっかりと、皆さんも定義を迷わず同じ土俵の上でできるようになると思います。

計良企画主幹

貴重な御意見ありがとうございました。

エ 策定後の取組について

計良企画主幹

お手元の資料の第8節、これについては項目が地域医療構想策定後の取組ですが、先ほど申し上げたとおり、地域医療構想を作成してどのように取り組んでいくか、とても大事でみなさん気になるところかと思うので、その辺をもう少し話させていたきたいと思います。また、病床の関係の話になって恐縮なのですが、将来の病床の各期の必要量を達成する方向に向けて、必要な協議を行っていくということで、各医療機関の皆様は、医療介護やその体制に基づいて、将来目指していく医療について、検討する資料としていく。その上で病床の機能分化を自主的に考えていただいで、近づいていけばよいと。10年先に達成してしまうと困ってしまう部分もあるので、入院医療の周辺に重なる部分、隣接する部分、これらの整備状況を見ながら、少しずつすすんでいくと、その目標値にすることが目的ではなくて、将来どのような方向で動いていくかということを中心に考えていくことが重要になると思います。病床機能報告は先ほどから出ているのですが、病棟単位となっていますので、先ほどから説明させていただいている必要病床数や医療需要、推計値というのは、がんが何床という病棟単位で、病棟単位となると反映しなくなってしまう部分もあり、そういったものを足していくと、広がっていくということも考えられます。病床機能報告についても、評価できるものさしとなるよう改善をしていくものと考えます。

このような情報を委員の皆様にも見ていただいて、これから先のことを考えていく資料としていただきたいと思います。

この中で基本的な事項、各医療機関の取組、北海道の取組についてお話をさせていただきました。策定後の取組については、北海道知事による対応というものもありまして、これについては、受け入れていただくという性質のものではありませんが、ここで説明させていただきます。

北海道知事の対応としましては、病院・有床診療所の開設・増床等への対応、既存医療機関が過剰な病床の機能区分に転換しようとする場合の対応、地域医療構想調整会議における協議が調わない等、自主的な取組だけでは不足している機能の充足がすまない場合の対応、稼働していない病床への対応など、北海道知事による対応としては以上の内容が想定されています。

次に地域医療構想の実現に向けたPDCAなのですが、PDCAサイクルを通じた地域医療構想の実行性の向上のための研究会というものがあり、「地域医療構想の実現のためにPDCAは有効である。」というものでして、データを十分に活用して現状の課題を把握し、患者の受療動向を踏まえて、医療提供体制のあるべき姿を念頭に置いて、関係者の議論による合意形成を経ながら計画を実行し、適切な指標を用いて進捗評価を行い、構想を作り直していくというPDCAサイクルを有効に機能させていく

というのが、地域医療構想には大切であるということです。

また、地域医療構想に必要な事業の進捗評価を実施するなど、北海道としても基金を使ったことに対する費用対効果やどのような要望があったかなどのことを入れたPDCAサイクルを作って、基金の使い道も議論していくことが必要だと考えます。

また、医療を受ける当事者である患者さん、住民の皆様についても、今後医療提供体制の理解を深めていただき、受療行動について考えていただく。そして計画の評価や見直しの客観性、透明性を高める必要があるかなど、北海道としてはホームページなどで公表していくことをすすめていく。これはPDCAと住民への公表という地域医療構想策定後の取組です。地域医療構想策定後の取組ですが、以上でございます。

古屋議長

それでは、ただいまの説明につきまして、ご意見・ご質問ございませんか。

工藤委員（美幌医師会）

北海道知事による対応についての内容ですが、対応というのは、例えば病床機能をこのようにしますと言うことに関して、それではいけないと言う命令という事ではないのでしょうか。

吉崎次長

道から調整会議や医療機関への指導とか指示とかと言う事ではなく、地域医療構想を作成するに当たり、道として支援できる、お助けできる内容があれば明記して、皆さんと議論していくと言うスタンスで考えています。記載する内容につきましては、次回までに整理し事前に皆様に見ていただければと考えております。今の時点でどういった形と言う事は明示できないので、ご理解いただければと思います。

工藤委員

北海道医師会の会議では、最初の頃出た時に民間病院に関しては自由にやってもいいが、公的病院に関してはかなり知事の権限が強くなるという話を伺っている。一般病院と公的病院は同じ扱いになるのでしょうか、病床の標榜について。

計良企画主幹

公的病院と一般病院の違いは法令上の文言で、民間病院については行政知事が要請できるという文言で整理されているが、公的病院については命令できるとなっております。法令の作りではそうなっているが、実際は基本的には自主的な取組をして頂きたいと言う事が前提となっていて、そのあたりを理解いただきたい。

工藤委員

取組をして、それが意にそぐわないときはどうするのかと聞いているんです。例えば、美幌町の場合美幌国保病院が公的病院になるが、急性期で全部標榜していますが、それが道から見てそうではないと判断された場合は、それはどうなるかと言う事です。

吉崎次長

法律の中で明記されております内容を見ますと、例えば稼働していない病床への対

応としましては、病床過剰地域において正当な理由がなく病床が稼働していない時は、当該病床の削減を要請することが出来ると謳われています。その辺のところはそのように進めていくのかと思う。この辺は道全体の話として圏域内の考えもあると思いますので、このとおりになるか私どもも明言できませんけど、法律の中でそう整理されているので、そのように進めていくと思います。

土谷委員（美幌町）

この病床の必要量を最終的に2,446床とするということですよ。言い方としてはそうですよ。ちがいますか。

吉崎次長

誤解だと思います。目安であります。今の時点での古い人口も使いながら推計した数値で、目安であります。

土谷委員

では、目安であればなぜこのような数字を出すのですかね。国がする方向性は何なのですか。道も推計を出してやっていく訳ですよ、それは何なのですかね。

吉崎次長

2025年の10年後の数字であります、10年後20年後というのは人口もどのように減って行くか分かりませんが、当然患者の数も、高齢者は増えますが、全体の人口が減れば患者の数減るもそういったことをふまえて推計値を出している。

土谷委員

これは強制で無いと言っていますよね。この場で確認して良いですか。強制ではないと言う事で。

吉崎次長

道の医師会、全道の会議、様々な機会でも国も道も数値に基づいて強制的に削減するものではないと言っている。

土谷委員

そこが確認できれば良いです。分かりました。

橋本委員

今の話ですが、資料②の26ページの上のグラフで、高度急性期が病院200、急性期が1,484、この医療需要の推計と言うところで218、急性期635が現状であると言う事で、社会保障費が増えているから減らしてほしいから、財務省主導で恐らく出てきた話で、先ほどの知事の権限で「云々」と言うのが先に出てしまったものだから病院としては病床数を減らされる会議だと思うが、病院関係から言うのも何なのだが、あまり道の方をいじめても、残念ながら、これでもし皆様が真剣にこのことを考えて、ニーズに合った供給量にしないと、今度、厚労省は何をするかという、急性期のハードルをドンドン上げていって、結局、本当に必要な人達の急性期から撤退しなければならなくなると、私は個人的に思っています。ですから、ここは、あまり感情的に「お

まえら病床数を減らせと言っているんだらう」と、決して言っているんじゃない、むしろ財務省がこれからの日本の財政を考えたときに、こうしなければ行けないだから自主的にやってくれ、だめならルールを変えるぞと言ってるなど、皆さんあまり道の方をいじめないようにして、皆さん冷静にこの会議を進めていただければと個人的な意見です。

山下委員（大空町）

前の会議で説明があったかと思うが、確認ですが、この会議でいつまで、あと何回ぐらいで最終的な形を作ろうと思っているのか。

吉崎次長

今年度内に北網圏域の地域医療構想を作成しなければならないので、そこまで決定できる会議スケジュールであと一回開催し、皆様にお図りをして決定したいと考えています。もし必要があれば、皆様の要望があれば会議をもう一回開く事も、専門部会やワーキンググループの開催も考えている。

山下委員

今回の病床数の問題については、量的なものを機械的に、色々な数字を掛けたり割ったり足したり引いたりしながらして出してきた。

どちらかという、患者さん側からどんな需要があるかと言うよりは、数の論理で持ってきている。ある意味仕方ないのかなという思いも分析からは持っています。そうした感想を持っている。私は自治体側の立場でございますので、分析の結果がどうであるか、どういった数字が出るか、そこはそこでしっかりと受け止めなければならないと思っているが、私共の本質といったものは、そういった病床数より、地域の中でこういった医療が必要だと、そのためにはどういった医療従事者の方や介護従事者の方々が必要で、それをどうやって充足させていくかとか、更にはそういった医療構想ができあがった後、それをどうやって着実に実行していくんだという、そのところの実際の計画を実行していくことが大きな課題だと、そこを心してかかっているかなければならぬ、医療関係者の方々と色々地域の中で話を進めながら、町として自治体側としてどんなことが出来るかという事をしていかなければならぬ、そのように思っています。

ですから分析の結果の機微のところは私には分からないが、そのところは早く出していただいて、今日はあまり議論になっていませんでしたが、将来あるべき医療体制だとか、自治体はどういった努力をして行くのか、更には、今後作った後、どんな行動や施策をこうじていかなければならぬのか、そのところの議論をもっと肉厚にやってもらいたいと思っております。数字が出来て、ここからはもう少し減らす事が出来る余裕があるのかなと、目標数値が出来るのは良いが、その次の議論をしっかりやっていただくには、次の1回で大丈夫なのか、若しくは、計画として出来上がったがその後、先ほどありましたPDCAのサイクルをしっかりとやっていくため

には、その後の、地域の中でどういう議論を若しくは確認する場面を作っていくのか、そのことも考えていただきたいと思います。ありがとうございます。

古屋議長

ありがとうございます。非常に重要な意見だと思います。

吉崎次長

町長のおっしゃるとおり私も同じような考えですので、P D C Aについては来年度以降長い時間を掛けて進めていかなければならない課題だと考えている。課題についても今回出来るだけそうしたものを地域医療構想の文書の中に盛り込んでいければと思っている。その素案を私共の方で作り早い段階でお示しして、それについてご意見をいただき最終的な案にしたいと考えているので、よろしくお願いします。

今野委員

P C D Aサイクルを回すと言うが、その効果を確認する指標がちゃんとしていない。今、この病床の必要数の不足の問題は大ざっぱでして、現場では使い物にならないと言っては悪いんですが、私共のところでは急性期から慢性期最後の看取りまで同じ病床でやるわけです。そんな中で、駒分けしても意味が無いわけです。それよりももっと大切にしてほしいのは、患者さんがこの地域で、どの医療機関にスムーズにかかれるかと言うことを考えてほしい。例えば、脳卒中ですと、脳神経外科に行って、その先、満床で断られることがあると言うことがこの地域での問題です。そう言うところを解決する手段をもう少しこういう会議で検討した方が良いと思いますし、さきほどの病床数は目標ではありません、あくまでもこうでしょと言う単なる目標であり指標であって、この地域はこの地域ですから、その辺を、患者側がどうしたらちゃんとサービスが受けられるかという視点で検討していただきたい。その時の指標で、なぜ病気の発症、脳卒中何人と言う患者数で追うような事をなぜ今回していないのか、病床数だけ見ても意味がないように思う。そういうところをちゃんと見て、ここではこれだけの病気が発症しているのだから、これだけの病床数が必要でしょと、逆に考えて行かなければ行けないと思う、ぜひそういったことも検討していただきたいと思う。

吉崎次長

ありがとうございます。

古屋議長

他にご意見ございませんか。

それでは、貴重なご意見ありがとうございました。それでは、本日、協議事項として、事務局から提案のあった内容について、また本日ご意見いただいたことを北網圏域の地域医療構想に盛り込むことで、ご承認いただけますでしょうか。

よろしいでしょうか。

ありがとうございました。それでは、事務局のほうで、作業を進めていただきたいと思います。

それでは、最後に（３）その他とありますが、委員の皆様から、本日の議題以外でも結構ですので何かご発言等ございますか。

荒川委員

地域医療構想とは別に、私見でのお願いですが、人口が少なくなってきて65才以上の人口が増えてくるというデータが出てきて、ぜひ地域の中で安心な子育てが出来るような、若い人口が北網やオホーツク、北海道の中で増えるような、安心して人口が取り込めるような、若い世代が安心して働けるような事も是非考えていただきたいと思えます。

古屋議長

それでは、以上で議事を終了したいと思います。皆様、議事進行にご協力をいただきまして、ありがとうございます。

吉崎次長

古屋議長、ありがとうございました。また、委員の皆様、本日はご多忙にもかかわらずご出席いただき、誠にありがとうございました。

次回の会議では、本日お示しした「地域医療構想」の全文についてご審議いただきたいと考えておりますので、資料については、事前に余裕を持って見ていただけるよう準備を進めてまいりたいと考えております。

なお、次回の会議は3月に開催を予定しておりますが、改めてご案内をさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

それでは、以上をもちまして、「平成27年度第2回北網圏域地域医療構想調整会議」を終了させていただきます。

なお、お帰りの際は、交通事故等にくれぐれもお気をつけていただきますよう、お願いいたします。

本日は誠にありがとうございました。