岩手県医療審議会

日　時　平成２７年４月２７日（月）

　　１４：００～

場　所　岩手県公会堂２階　２６号室

議　事　録

１　日時

平成２７年４月２７日（月）午後２時

２　場所

岩手県公会堂２階　２６号室

３　出席者（敬称略）

委員

石川　育成　　一般社団法人岩手県医師会会長

岩動　　孝　　一般社団法人岩手県医師会副会長

伊藤　純子　　公募委員

遠藤　育子　　朝顔のたねー千厩病院を守り隊会長

小笠原　裕　　株式会社岩手日報社常勤監査役

梶田佐知子　　（特非）岩手県地域婦人団体協議会事務局長

兼田　昭子　　公益社団法人岩手県看護協会会長

坂田　清美　　岩手医科大学医学部衛生学公衆衛生学講座教授

佐々木千晶　　岩手県立大学社会福祉学部准教授

佐藤　　保　　一般社団法人岩手県歯科医師会専務理事

菅原　和彦　　岩手県国民健康保険団体連合会専務理事

滝田　研司　　一般社団法人岩手県医師会常任理事

箱崎　守男　　一般社団法人岩手県歯科医師会会長

畑澤　博巳　　一般社団法人岩手県薬剤師会会長

松本　光一　　全国健康保険協会岩手支部長

水賀美洋子　　公募委員

民部田幾夫　　岩手県町村会長（岩手町長）

森　美枝子　　友愛会職員労働組合執行委員

和田　利彦　　一般社団法人岩手県医師会常任理事

専門委員

磯﨑　一太　　洋野町国民健康保険種市病院長

遠藤　秀彦　　岩手県立中部病院長

伴　　亨　　日本精神科病院協会岩手県支部長

（五十音順）

事務局

佐々木　信　　保健福祉部長

細川　倫史　　副部長兼保健福祉企画室長

野原　　勝　　副部長兼医療政策室長

小川　　修　　保健福祉企画室企画課長

鈴木　　優　　医療政策室医療政策担当課長

葛尾　淳哉　　医療政策室医務課長

高橋　幸代　　医療政策室地域医療推進課長

五日市　治　　健康国保課総括課長

中居　哲弥　　参事兼長寿社会課総括課長

伊藤　信一　　障がい保健福祉課総括課長

南　　敏幸　　子ども子育て支援課総括課長

佐野　　淳　　医師支援推進室長

千田　真広　　医療局経営管理課主任主査

【欠席委員】

小川　　彰　　岩手医科大学学長

小原　紀彰　　一般社団法人岩手県医師会副会長

戸羽　　太　　岩手県市長会（陸前高田市長）

【欠席専門委員】

安達　孝一　　弁護士

昆　　司　　公認会計士

1　開　会

○鈴木医療政策室医療政策担当課長

ただいまから岩手県医療審議会を開会いたします。

本日の審議会は、委員27名中22名のご出席をいただき、委員の過半数に達しておりますので、医療法施行令第５条の20第２項により会議は成立しておりますことをご報告い

たします。

なお、本日の会議は公開とされております。

申し遅れましたが、私は医療政策室医療政策担当課長の鈴木と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

お手元に配付しております次第に従いまして、進行させていただきます。

２　あいさつ

○鈴木医療政策室医療政策担当課長

初めに、佐々木保健福祉部長から挨拶を申し上げます。

○佐々木保健福祉部長

この４月から県の保健福祉部長を拝命しております佐々木信と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

医療審議会の開会に当たり、一言ご挨拶申し上げます。

委員の皆様方には年度初めであり、また大型の連休を控えて何かとお忙しい中、お集まりいただきまして、誠にありがとうございます。

ご案内のとおり、昨年の６月に、いわゆる医療介護総合確保推進法が制定され、法律の施行によりまして、各都道府県では地域の医療提供体制の将来のあるべき姿となる地域医療構想を定めることとされましたけれども、国では昨年の９月からこの構想の策定のためのガイドラインに関する検討会をやりまして、９回開催されて、先月末にガイドラインが取りまとめられたところでございます。その中で、地域医療構想策定のプロセスとか、2025年における医療需要の推計方法等が示されております。

このガイドラインの概要につきましては、後ほど説明させていただきますけれども、慢性期の病床の将来推計、将来需要を推計する際に、療養病床の入院患者数の一定数を在宅医療等で対応する患者数として見込むなど在宅医療への移行を前提とした内容となっておりまして、地域医療構想の策定に当たりましては、地域の関係者の皆様方の意見を十分に伺いながら策定していく必要があると考えております。

本日は、この地域医療の策定について、知事から当審議会に対しまして諮問させていただきます。それを踏まえまして、議事として地域医療構想策定に向けた進め方等について説明申し上げます。また、昨年度新たに創設された消費税増収分を財源としました

地域医療介護総合確保基金、これの平成27年度の取り組み等についてご報告させていただきます。

委員の皆様方には本県の保健医療の充実確保のため、なお一層のご高配とご協力を賜りますようお願い申し上げまして、開会の挨拶といたします。どうぞよろしくお願いいたします。

○鈴木医療政策室医療政策担当課長

続きまして、石川会長からご挨拶をお願いいたします。

○石川育成会長

一言ご挨拶を申し上げます。ただいまご紹介をいただきました岩手県医師会の石川でございます。よろしくお願いします。

本日の会議は地域医療構想の策定について知事から諮問があるほか、平成27年度地域医療介護総合確保基金につきましてご説明があると伺っております。

地域医療構想については、今年度当審議会及び計画部会で、審議しながら策定していくことになるわけでございますので、皆様方にはその点十分なご理解をいただきますようお願い申し上げて、私の挨拶といたします。

○鈴木医療政策室医療政策担当課長

続きまして、前回の医療審議会開催以降に加賀谷真紀子委員と佐藤元美専門委員が退任しておりますので、後任として新たにご就任いただきました委員の方をご紹介させていただきます。

友愛会職員労働組合執行委員の森美枝子委員でございます。

○森美枝子委員

森です。よろしくお願いいたします。

○鈴木医療政策室医療政策担当課長

洋野町国民健康保険種市病院長の磯﨑一太専門委員でございます。

○磯﨑一太専門委員

磯﨑です。よろしくお願いいたします。

○鈴木医療政策室医療政策担当課長

ありがとうございました。

３　議　事

地域医療構想の策定について

○鈴木医療政策室医療政策担当課長

それでは、これから議事に入りますが、佐々木保健福祉部長には業務の都合により途中で退席させていただきますので、あらかじめご了承願います。

以降の進行につきましては、医療法施行令第５条の18第３項の規定により、石川会長にお願いいたします。

会長さんよろしくお願いいたします。

○石川育成会長

それでは、先ほど申し上げましたが、これから議事はペーパーに記されているとおり進めてまいりたいと思いますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

○佐々木保健福祉部長

知事からの諮問書を代読させていただきます。

岩手県医療審議会会長、石川育成様。岩手県知事、達増拓也。

地域医療構想の策定に伴う岩手県保健医療計画の見直しについて（諮問）。

平成26年６月に成立した「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」により医療法が改正され、同法第30条の４第２項第７号の規定により、都道府県は、医療計画において地域医療構想に関する事項等を定めることとされました。これに伴い、医療計画を変更し、地域医療構想に関する事項等を定めることとしたいので、その基本的方向等について、同法第30条の４第14項の規定に基づき、貴審議会の意見を求めます。

よろしくお願いします。

○石川育成会長

委員の皆さんに写しを配ってください。

〔諮問書配付〕

○石川育成会長

お手元に今部長のほうから読み上げました諮問書の写しが配られたと思います。これ

に従って、この審議会は答えを出していかなければなりません。そこで、この知事からの諮問書について、事務局から何かご説明ございますか。

○鈴木医療政策室医療政策担当課長

それでは、地域医療構想の策定につきまして、事務局から説明をさせていただきます。大変恐縮でございます、座って説明をさせていただきます。

それでは、お手元の資料№.１をご覧いただきたいと思います。資料№.１でございます。まず、１の地域医療構想についてでございますが、昨年６月に成立いたしました医療介護総合確保推進法によりまして、医療法が改正されて、都道府県は地域医療構想を策定することとされたところでございます。この医療介護総合確保推進法の概要につきまして、まず説明をさせていただきたいと思います。

大変恐縮でございます、資料№.２をご覧いただきたいと思います。資料№.２でございます。まず、資料左上の背景と課題でございますけれども、10年後の2025年、平成37年になりますけれども、団塊の世代が後期高齢者になるということで医療と介護の需要が増大すると予測されておりまして、医療と介護の提供体制を確保していくことが求められているという背景がございます。

それで、課題といたしましては、高度急性期から急性期、回復期、慢性期、在宅医療など状態に応じた医療を提供する体制を確保すること、それから住みなれた地域社会で生活を継続できる地域包括ケアシステムを構築することが挙げられております。この課題に対応するために介護関係法律、医療関係法律を一括して改正するなどの整備がこの法律によって行われております。

具体的な改正内容が資料の右側になります。大きく制度面の改正と財政面の改正に分かれております。まず、制度面の改正でございますが、色々な制度改正が行われる中で、医療法の改正によって病床機能報告制度の創設、それから地域医療構想の策定、それから協議の場の設置が新たに規定されてございます。この３つの関係性でございますけれども、病床機能報告制度というのは医療機関が自分の持っている病床について、現状では高度急性期、急性期、回復期、慢性期のどの機能を有しているか、また将来はどの機能にしようとするか、これを都道府県に報告する制度でございます。

それから、地域医療構想については、ざっくり言うと将来の高度急性期、急性期、回復期、慢性期ごとの必要病床数を定めたものでございます。ですので、報告の内容と地域医療構想を比較すれば、機能ごとに将来どの病床機能が足りなくて、どの機能が余る

かある程度明確になるというところでございます。このギャップを是正するためには、余っている機能を足りない機能に転換していかなければならないということでございますので、それを地域に協議の場を設置して、どこがどのように転換するかを行政や医療関係者などで協議をしていくというものでございます。また、この病床を転換するために必要な施設などの整備ですとか、医療人材の確保をしていくための取り組みを財政面からフォローするということで、消費税を財源とした新たな基金を創設して支援していくという仕組みになってございます。これがこの法律の概要でございます。

それで、参考までに県内の二次医療圏別の将来推計人口のデータがございますので、ちょっとそれをご覧いただきたいと思うのですが、資料№.３です。これの59ページをご覧いただきたいと思います。資料№.３の59ページでございます。数字が大変細かいのでございますけれども、一番上が岩手県になってございます。岩手県のすぐ右隣のほうに９医療圏とございまして、これが岩手県の９医療圏合計の数字でございます。横にその総人口、それから65歳以上人口、75歳以上人口と３つに区分をされておりまして、さらにそれぞれの2010年、2025年、2040年の時系列のデータがございます。

総人口のところをまずご覧いただきたいと思うのですけれども、その中の括弧の数字をご覧いただきたいと思います。岩手県の総人口を2010年、これを100とした場合に2025年には15％減少して85、2040年には30％減少して70と予測されてございます。

一方で、65歳以上人口のところを見ていただきたいのですが、2010年を100とした場合には2025年には11％増加、2040年にはピークを過ぎて３％程度の増加と予測されてございます。さらにその65歳以上人口を圏域別で見ますと、盛岡のほうでは2040年まで増加を続けるという傾向にございますけれども、気仙、釜石、宮古では2010年がピークで2025年には既に減少傾向にあるということになってございます。

次に、75歳以上人口を見ますと県全体では2025年、2040年とも20％程度の増加になってございます。圏域別に見ますと盛岡と久慈が増加を続ける傾向にございますけれども、その他の圏域は2025年がピークになっておりまして、以降は減少に転じるというような傾向になってございます。

このように県内でも圏域によって傾向が異なっておるのですけれども、参考までに62ページの東京のところをご覧いただきたいのですけれども、62ページでございます。65歳以上、それから75歳以上人口ともほとんどの圏域で2040年まで増加を続けるという傾向にございますし、その増加水準についても2010年の２倍近い増加になるような圏域

もございますし、その他でも高い増加水準で増加するという圏域がほとんどになってございます。

このような首都圏の状況に対応するための法律改正という側面もありまして、2025年に向けた傾向としては本県も同じではございますけれども、既に本県の場合は高齢化のピークに差しかかりつつあって、医療、介護とももう既にそれなりに対応しているというようなことでございますので、首都圏のほうと若干状況が異なるという側面もあるのかなと考えているところでございます。

大変恐縮でございます、資料№.１にまたお戻りいただきたいと思います。資料№.１でございます。資料№.１の２の地域医療構想の概要をご覧いただきたいと思います。先ほど地域医療構想は、将来の高度急性期、急性期、回復期、慢性期ごとの必要病床数を定めるものとざっくりと説明をさせていただいたのですが、もう少し詳細に説明をさせていただきます。

まず、（１）の構想で定める主な事項でございますけれども、まず構想区域を定めることになります。次に平成37年、2025年の高度急性期、急性期、回復期、慢性期、それから在宅医療になりますけれども、これの医療需要を推計いたします。次に、その病床機能別の医療需要に対する必要病床数を定めることとなります。これが目指すべき医療提供体制ということになります。さらに、その目指すべき医療提供体制を実現するための施策を定めるということで、これが地域医療構想で定める主な事項になります。

次に、（２）の地域医療構想を定める際に勘案する事項でございますけれども、先ほどご覧になりました人口構想の見通しですとか、医療従事者の配置の見通しなどを勘案して定めなければならないとされているところでございます。

続きまして、地域医療構想の策定手続でございますが、地域医療構想は医療計画の一部と位置付けられておりますので、医療法で定められております手続で策定することになります。具体的には医療審議会に諮問するほか、市町村や関係団体などの意見を聴取することになります。また、都道府県が地域医療構想を策定するに当たっては、国がガイドラインを定めておりますので、このガイドラインを踏まえて策定するということになりますけれども、ガイドラインにおいては策定段階から地域の医療関係者などの意見を聴取しながら策定することとされておりますので、そのような形で策定することとしているところでございます。

ここで、国が策定しましたガイドラインの概要を簡単に説明させていただきたいと思

います。先ほどご覧いただきました資料№.３をご覧いただきたいのですけれども、これの４ページをご覧いただきたいと思います。資料№.３の４ページでございます。目次でございますけれども、大きな構成といたしまして３つございまして、Ⅰ、地域医療構想の策定、それからⅡ、地域医療構想策定後の取組、それから５ページのⅢ、病床機能報告制度の公表の仕方となってございます。本日は、本年度は策定作業が中心になりますので、Ⅰの地域医療構想の策定を中心にご説明をさせていただきます。

続きまして、６ページをご覧いただきたいと思います。６ページが策定プロセスの全体像になります。まず最初のプロセスとして地域医療構想の策定を行う体制を整備するということになります。なお、主な体制としましては医療審議会、それから医療審議会の計画部会でご審議をいただくということになります。

それで、７ページをご覧いただきますと、７ページの上から２つ目の丸でございますけれども、策定段階から地域の医療関係者や住民などの意見を聞きながら策定するとされてございまして、パブリックコメントを実施したり、二次医療圏単位に設置されております保健所の圏域連携会議などを活用したいと考えているところでございます。

６ページにまたお戻りをいただきたいと思います。それでプロセスの２つ目、２でございますけれども、策定検討に必要な基本的なデータにつきましては厚生労働省から都道府県に提供されることとなっております。さらに、県独自にもできるだけデータを収集、分析してお示ししたいと考えているところでございます。

続きまして、３つ目のプロセスでございますが、構想区域を設定するということでございます。原則として、現在の医療計画で定めている二次医療圏と同じ区域にすることとされておりますけれども、人口規模などの将来動向を勘案して、別に設定することもできるとされているところでございます。

次に、プロセスの４でございますけれども、構想区域ごとに医療需要を推計するということになります。医療需要につきましては、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、４つの医療機能プラス在宅医療ごとに算出することとされております。その推計の算定式につきましては、厚生労働省令で定められておりますので、基本的には定められた算定式に数値を当てはめて機械的に算定するということになります。

13ページをお開き願います。13ページの点線の箱囲みがございますけれども、その箱囲みが算定式になってございます。病床機能ごとの2013年度、平成25年度になりますけれども、平成25年度の男女別、年齢階級別の入院受療率、この入院受療率というのは人

口10万人当たりの入院患者数の割合になります。人口10万人当たりで入院患者がどれだけいるかという割合でございます。これをまず算出して、この率を2025年、平成37年の推計人口に掛けて、需要量を算出するということになります。

それで、その急性期とか回復期とか、その病床機能ごとの入院受療率をどのように算定するかということにつきましては、15ページの図３をご覧いただきたいと思います。15ページの図３でございます。この図は縦軸が一般病床の１日当たりの医療資源投入量となっていますけれども、診療報酬点数、ざっくり言うと入院費用になります。横軸が一般病床での入院日数になります。それで、入院当初は急性期的な治療がやっぱり多くあるために診療報酬点数、費用が高くなっております。それで、入院日数の経過とともに治療が減っていって診療報酬点数、費用がほぼ一定になってくるという傾向にございます。このため診療報酬、費用の水準によってグループ化をして高い順に高度急性期、急性期、回復期、慢性期に区分して、そのグループにいる入院患者数を使って入院受療率を算定するということにしております。

それで、このグループを決定する基準につきましては、16ページの図４をご覧いただきたいと思います。16ページの図４でございます。診療報酬点数が3,000点以上、費用に直しますと10を掛けて３万円以上になるのですけれども、3,000点以上を高度急性期、それから3,000点未満600点以上を急性期、600点未満225点以上を回復期、225点未満を慢性期に区分するということになります。それで、175点未満の患者の取り扱いにつきましては、米印で記載がございまして、小さいのですけれども、175点未満の患者は在宅医療で対応する医療需要とされてございまして、慢性期の医療需要からは除外することになってございます。

次に、慢性期と在宅医療の需要推計でございますけれども、療養病床については基本的に慢性期機能に分類されて、一般病床とは別に医療需要を推計することとされてございます。それで、療養病床の需要推計に当たっては、基本的には入院受療率を使いますけれども、実際の入院受療率を補正した目標値を使って需要を算定することとされております。その理由は、療養病床の入院患者の中に在宅医療で対応可能な患者が実際に含まれているということ、さらには都道府県別に見た場合に療養病床の入院受療率が高い県と低い県で約５倍の差があるということから、目標を設定するということにしてございます。

具体的には17ページをご覧いただきたいのですが、17ページの一番上の丸の２行目に

なりますけれども、療養病床の入院患者数のうち、医療区分１の患者、これが３つある区分のうち一番軽症、症状の軽い患者さんの区分になりますけれども、この医療区分１の患者の70％は在宅医療で対応する患者として慢性期の需要から除外するということになってございます。

次に、地域差を解消する目標値の設定方法でございますけれども、これにつきましては18ページの図５をご覧いただきたいと思います。18ページの図５でございます。ＡとＢの２つの方法の範囲内で定めることとされております。Ａの補正の方法は、各圏域の入院受療率を全国最少県の数値まで低下させるという方法でございます。もう一つのＢの方法につきましては、全国で最大の県の数値を全国中央値にまで減少させるというときの減少率と同じ割合を使って各圏域の入院受療率を低下させるという方法でございます。この方法で療養病床の将来需要を算定した場合はかなり大きな減少が見込まれる圏域がございますので、一定の要件に該当する場合には若干減少を緩和させる経過措置が設けられているところでございます。

それで、慢性期と在宅医療の医療需要のイメージが21ページの図６になります。21ページの図６でございます。上の現状と下の将来を見比べていただきたいと思うのですけれども、現状の一番左、①につきましては障害者、難病患者につきましては、先ほどの点数等に関係なく慢性期機能に区分することにしてございます。その右、②が療養病床でございますけれども、この療養病床のところのうち、回復期リハ病棟につきましては回復期に区分されるということになってございます。さらに、療養病床の医療区分１の70％の患者につきましては、在宅医療に区分することになります。同じように先ほどのＡパターン、Ｂパターンによる地域差の解消分につきましても、在宅医療の需要に区分されることになります。次に、その右の③、一般病床で175点未満の患者につきましても、在宅医療に区分されることになります。その右の④、現在訪問診療を受けている患者さんにつきましては、引き続き在宅医療に区分される。さらに、⑤の現在老健施設に入所している方についても引き続き在宅医療に区分されるということになります。慢性期需要と在宅医療需要については、この区分により需要が算定されるということになります。以上が医療需要の推計報告ということになります。

大変恐れ入ります、資料の６ページにお戻りをいただきたいと思います。説明が長くなりまして、大変恐縮でございます。６ページでございます。今４の医療需要の推計のところを説明させていただいたところでございます。次のプロセスとしまして、プロセ

スの５でございますが、医療需要に対する医療供給量を決定するということになります。今説明しました医療需要につきましては、入院患者さんの住所地の需要として出てまいります。例えば一関市の方が岩手医大に入院した場合には住所地の一関市、両磐圏域の医療需要として算出されることになります。このような入院患者の圏域を越えた流入流出が全くなければ医療需要量イコール医療供給量でいいのですけれども、実際にはこのような流入流出がございますので、この流入流出の量を将来的にどのようにしていくかということを踏まえて医療供給量で調整するということが必要になります。現在流入よりも流出のほうが多いような状況で、将来も同じような水準で続くということであればその流出が上回っている分を圏域の供給量から減らす、という調整が必要になってまいります。このようにして流入流出分を調整して、医療供給量が固まりますと、次のプロセスとして６の必要病床数を推計するということになります。それで、病床の稼働率が100％であれば医療供給量イコール必要病床数ということになりますけれども、実際には全ての病床が稼働しているわけではございませんので、稼働していない病床の余裕分を必要病床数で見込むということになります。具体的にはガイドラインで定めました病床稼働率で医療供給量を割り返して必要病床数を算定するということになります。ガイドラインの病床稼働率は、高度急性期が75％、急性期が78％、回復期が90％、慢性期が92％というように定められてございます。この必要病床数が将来の確保すべき医療供給体制、目指すべき医療供給体制ということになります。

次のプロセスの７のところでございますが、構想区域の設定の妥当性について確認した上で、算定された必要病床数と病床機能報告制度で報告された将来の病床数を比較して必要病床数とのギャップを算出するということになります。この段階で病床機能ごとに将来どの機能が不足して、どの機能が余るかといったようなところが明確になってくるというところでございます。なお、昨年度、病院等から報告制度により報告された内容につきましては、現在報告用データを集計センターで整理中でございますので、間もなく都道府県に公開データが提出される予定となってございます。県のほうでは、県のホームページ等で公開することとしてございます。

それから、プロセスの８でございますけれども、その必要数とのギャップを踏まえて目指すべき医療提供体制を実現していくための施策を検討するということになります。さらに、その下に参考としまして策定後の取り組みが記載されてございます。必要病床数と毎年度医療機関から病床機能報告制度で報告される将来の病床数を比較して、その

乖離状況を踏まえて、医療機関が自主的に病床転換などに取り組む。また、圏域内で協議の場を設置して、構想の実現に向けて医療関係者などで協議を行ったり、新たに設置した基金を活用して病床転換の施設整備や人材育成の支援などを行うということになります。

以上が策定プロセスと策定後の取組を規定した国のガイドラインの概要ということになります。

それで、国がこのガイドラインを策定する際の検討会で議論を行っているわけですけれども、ポイントとなりますのは、どのようにして急性期病床を回復期病床に転換をしていくかということと、慢性期病床、特に療養病床をどのようにして在宅医療に転換していくかといったようなところが見えてきてございますので、程度の差はあるかと思いますけれども、基本的な流れとしましては本県も同様の流れになるのではないかと考えているところでございます。

それで、次にこの地域医療構想の策定スケジュールを説明させていただきたいと思います。資料№.１の２ページをご覧いただきたいと思います。資料№.１の２ページでございます。まず４月、本日ですが、医療審議会に諮問をさせていただいたところでございます。その後６月から９月にかけて地域医療構想の策定に向けた検討を具体的にお願いすることになりますけれども、具体的な検討が必要な主な事項としましては、構想区域の設定をどうするか、それから圏域内の流入流出を将来的にどのように考えるかというところの２点が特に重要になると考えているところでございます。これにつきまして、計画部会でまずご検討をいただきたいと考えてございます。その計画部会でまとめた方向性を保健所の圏域連携会議などを開催して圏域のご意見を聴取し、その圏域のご意見を踏まえて、再度計画部会を開催して、構想区域の設定と流入流出の方向性をまとめた上で、圏域ごとの医療需要や医療供給量を整理したいと考えているところでございます。これがまとまりますと、国が示した病床稼働率を使って自動的に必要病床数が算定されますし、報告制度による病床数との比較も自動的に出てきますので、これらを踏まえて目指すべき医療提供体制を実現するための施策についても計画部会で検討をしていただいて、この段階で全体を中間案としてまとめたいと考えているところでございます。この中間案を10月ごろにこの審議会と保健所の圏域連携会議等でまた審議をしていただいて、そのご意見を踏まえて必要な修正等を計画部会で行いまして、素案としてまとめて12月ごろに市町村ですとか医師会等の団体に意見を求めるとともにパブリックコメント

を実施したいと考えているところでございます。必要な修正をいたしまして、最終案を計画部会で取りまとめて、３月に審議会でご了承いただくというようなことで考えているところでございます。なお、できる限り効率的に進めるようにして、まとめるところはまとめて一回で開催できるようにしたいと考えてございます。また、毎回事務局案を事務局が用意いたしまして、その案をたたき台にご議論いただきたいと考えてございますので、委員の皆様にはご協力をよろしくお願いいたします。

説明は以上でございます。

○石川育成会長

ありがとうございました。資料１から３にわたってご説明をいただきました。そう簡単に頭の中で整理をして質問というところまではちょっと難しいかなと思うのですが、我々のような医療関係者でもこれはというようなところも出てまいりますから、非常に難しいかなと思いますが、何かご質問ございましたらご遠慮なくお願いいたします。

どうぞ。

○和田利彦委員

わかりやすいご説明ありがとうございました。ただいまの地域医療構想の作成について、療養病床数の把握、想定で、県としては削減のほうに向かっていくのでしょうけれども、地域医療構想のあるべき姿という中で、在宅の必要性というのが出てくるのですが、現在不足している分の医療資源の把握というのはどこにも述べられておりませんが、そこはスケジュールの中ではどういった形になるのでしょうか。

○石川育成会長

はい、どうぞ。

○鈴木医療政策室医療政策担当課長

医療資源につきましては、医師を初めとしまして奨学金制度を使って今後どのように増えていくかとか、看護師につきましても需要の見通しの計画を作ることになりますので、そういったことも示しながら策定のほうの協議をいただきたいと思ってございます。

○和田利彦委員

今申し上げた医療資源というのは医師、看護師の数とか、そういうものだけではなくて、在宅医療にかかわる全ての分野において、施設から全て県北とか沿岸とか足りないところがほとんどなわけで、そこの把握も一緒にやっていかないと、ただ療養病床数だけ削減していって、その後が続かなければ、目指している在宅シフトができない状態に

なると思いますので、よろしくお願いいたします。

○鈴木医療政策室医療政策担当課長

大変失礼しました。そういった在宅の、特養の施設ですとか、あとは独居老人の割合がどれぐらいかとか、そういったようなデータについても検討の際にはご提示をさせていただきたいと考えているところでございます。

○石川育成会長

今の話、すんなり皆さんが納得できるような内容ではないかもしれませんが。

どうぞ。

○伴亨専門委員

精神病院協会の伴といいます。障がい保健福祉課というか、精神科の中で地域移行を推進するよう随分努力しているのですけれども、地域移行推進はこの地域医療構想の中の一部なのですか。

○鈴木医療政策室医療政策担当課長

精神科病床のほうはこれと別の形でやっておりまして、一般病床と療養病床が対象という形になってございました。地域移行は、医療計画のほうで定めて推進していくと。

○石川育成会長

どうぞ。

○民部田幾夫委員

資料３の18ページに入院受療率の地域差の解消目標を作るとありますが、これはわかります。というか、何となくわかるような気がするのです。問題は、これを踏まえて21ページ、先ほど和田先生もおっしゃっておりましたが、在宅医療患者と入所患者等々の現状を踏まえて、絵に書くということになりますよね。それを実生活に即して考えるときにどういう課題を想定して進めていこうとするものでしょうか。

○石川育成会長

今日は、でも相当突っ込んだ理解をされていますから、どうぞ、課長お答えください。

○鈴木医療政策室医療政策担当課長

在宅移行に当たっては、先ほど申し上げたとおり、実際にその受け入れ先があるかどうかということが重要になりますので、そういった特別養護老人ホームの現在の整備状況と今後の見通しですとか、あとは、実際にひとり暮らし、いわゆる独居老人の人がどれぐらいいて、在宅に移行したくてもできないというような状況がどの程度あるかとい

うようなところをその圏域内で、当然市町村さんにも入っていただいて、具体的にどの程度在宅に移行できるかというところを踏まえて取り組んでいただくということになってございます。そういった状況が個々に地域によって異なりますので、その辺の目標設定についても地域ごとに目標を定められるようにしていただけないかということで全国知事会を通じて、都道府県のほうから厚生労働省のほうにはご要望は申し上げたところですけれども、厚生労働省としましては、いずれ地域医療構想については目指すべき目標値だということで、将来の目標を示さなければならないということで、地域によっていろいろ事情もあるのだろうけれども、そういった在宅をいずれ今後進めていかなければならないという目標として、地域医療構想については示させていただくと。その目標に向かって、地域でどのように進められるかというところを盛り込んでいただくと、厚生労働省のほうからは説明を受けているところでございます。

○民部田幾夫委員

つまり、目標としてということですね。

○石川育成会長

この問題は、私の理解も正しいかどうかわかりませんが、基準病床数というのがあります、基準病床。それから必要病床、それから最後にまとめるときにもともと使っている病床の数は既得権を認めるという、そういう物差しがいっぱい出てくるとどういうふうに引いたらいいか、恐らく役所のほうでも毎回のことですが、頭痛いのだろうと思います。これも構想ですから、いろいろ文章の上で構想的な文言も出てくるだろうし、そういうふうにやらざるを得ないのです、いつもですから。国は、やはりどうも私は根性が曲がっているからそう思うのかもしれませんが、病床を減らすという姿勢は変わってない。例えば７対１というのは、患者さん７人に対して看護師１人の７対１とありますね。それが比較的効率がよかったのですが、それがまた今度の改正でペケになりますからね。そうしますと、その裏に何があるかと思って調べると２年間で大体９万床ぐらいを減らすと、病床を。そういう下敷きがあるのですよね。ですから、こんな話ばかりしているとどうも暗くなるから余りしゃべりたくないのですが、ただ構想は構想ですから、委員の皆さんが納得できるような構想を文章化できるかどうか、構想を練るしかないのです。

どなたかご質問ありませんか。

どうぞ。

○岩動孝委員

岩手県医師会の岩動です。この構想区域というのは、医療圏という考えでよろしいのですね、まず。構想区域につきましては、９医療圏と。

○鈴木医療政策室医療政策担当課長

現在医療計画で９圏域と定めておりまして、その圏域の設定に基づいて別の計画でもいろいろと定めているといったような現状がございますので、これを変えるとなると実際には影響がかなり大きいのだろうと考えているところでございまして、そういったところは計画部会のほうでお示しをしてご審議いただきたいと考えてございますけれども、現時点では事務局としては現在の二次医療圏をそのまま構想区域として策定するほうがいいのではないかと考えているところでございます。

○岩動孝委員

そうすると、その９医療圏の中で別々に一つ一つの医療圏について、地域医療構想の原案を県で策定していくと。その際に、調整会議について各医療圏の医師会あるいは薬剤師会、看護協会あるいはいろんな方々に集まっていただいて、そこで実情を踏まえて各地域に応じた医療構想の原案を練っていくと、そういうことでよろしいのでしょうか。

○鈴木医療政策室医療政策担当課長

その圏域ごとに、今申し上げました需要量とか、需要量に基づいた必要病床数を圏域ごとに設定をしまして、それについて圏域のほうにもご意見をお伺いして、それで最終的に計画部会なり審議会のほうでご審議をいただいて、県で策定すると。

○岩動孝委員

そうすると、その策定の段階で病床機能報告制度の結果あるいは流入流出、あるいは圏域を越えた流入流出、そういうことも考えた上で、先ほどの説明では必要病床数の変更もあり得るというように、私が聞き間違えているかもわかりませんけれども、例えば急性期病床を含めて一つの医療圏の構想区域において、病床が過剰だというときにはそれが県全体としてというよりも、医療圏を越えて基準病床数の変更ということもあり得ると。例えば盛岡で不足している急性期を急性期の余っているところの医療圏を越えた病床数の変更というか、そういうことがあり得るということでしょうか。

○鈴木医療政策室医療政策担当課長

ちょっと私の舌足らずだったのかもしれませんけれども、基準病床数をいじるということは、基本的には今回の構想では考えてございませんけれども、いずれ基準病床数は

今現在の基準となる病床数で、今回地域医療構想で定めようとしているのは10年後どうなるかというところをバーチャルの世界でやろうとしているところでございますので、別のものだと厚生労働省のほうでも話をしております。圏域の中で10年後に足りなくなるとわかっている病床があるのであれば、基本的にはもし余るという病床があるのであれば、そちらのほうを転換していくということで帳じりを合わせられないかというようなことで進めているというものでございます。

○岩動孝委員

その際には、医療審議会、この会を経た上で県知事の権限が与えられているようですけれども、こういう会議で皆さんの意見を伺いながらということでよろしいのでしょうか。

○鈴木医療政策室医療政策担当課長

医療法上は知事の権限としまして、なかなか転換が進まないような場合には医療審議会等の意見を聞いた上で、こういう病床に転換してはどうかという勧告ができるとか、そういった権限が新しく知事に与えられておりますが、地域の中で医療機関さんに自主的にそういった対応をしていただくということと、あとはその地域の中で話し合いをしていただいて、どこがどういう機能を担っていくかというところをまず自主的に解決していただくというのが基本的な制度設計でございますので、まずそれをできる限りやっていただくということで今は考えているところでございます。

○岩動孝委員

盛岡の事情と、それから盛岡医療圏以外では、それこそ医療提供体制が違い、地域包括ケアと一言で言ってもその地域によってかなり次元の違う地域もあり、一つの計算式で全てに当てはまるというわけにもいかないでしょうから、そのあたりをきちっと計画部会で、また、県のほうで検討していただいて、あるいはパブリックコメント等をしっかりとやっていただきたい。国の医療病床削減、そういう方針だけではなく、岩手県独自の方向性というものを出していただければと思います。

ありがとうございます。以上です。

○石川育成会長

民部田先生は、いつも先生はご質問なされるからですが、誤解されては困るので、断っておきますけれども、私の立場は行政側でもない、医療関係者の側でもないという、真ん中にいるのだというつもりでいつも話しているのですが、過剰病床地域というのは

当然出てくるわけです、毎年。ところが、今でも既得権は認めるけれども、新しいベッドは認めませんというのは、これは決定しています。例えばこの地域は100床ベッドが多いですと、適正病床数はこれこれ、これこれで、今現在は100床多いですと、そういうような場合は当然それなりのそろばんの置き方がございまして、そこで例えばベッドをもう少し増やしたいなと思っても新しい病床は増やせない、全く。ですから、どんどん、どんどん増えるというものではない、そこはひとつご理解をいただきたいのです。

それから、どうしても今使っているベッドは、私のところでは必要だと思う場合は、既得権は認めますよという、これはまた温情なのかどうかわかりませんが、そういうふうな緩い縛りもかけながら、この問題はいつも議論はそこにいってしまうものですから、大なたを振って地方行政が決めた、それを国のほうで決めたとなったら、これは絶対もとには戻さない、このままいきましょうとはなかなかいかないのです。国の中がごちゃごちゃになります、患者さんも非常に迷惑するでしょうし。そういうふうなところの駆け引きをしながら、岩動部会長のところで話したような細かい話はそこにいくわけです。その議論をここに持ってきてもなかなか理解されないと思いますので、そういうところは別に部会を作っておりますから、そこで議論してもらう。議論をぶつけ合いながらやっていかないと良いものは絶対生まれませんので、そこのところを縛りは縛りと受けながら、様々な手があると思いますけれども、段々、段々きつくなってきますので、ずっと同じ仕事をしていますが、そのたびに縛りがきつくなってきていることは実情でございます。ただ、それなりの数字の上でもそれなりの専門家が議論して答えを出したものがこちらのほうに流れてくるわけですから、それは構想の中に入れなければならないでしょうし、ただ入れる場合にもただむやみに入れるということではなく、そこには理屈、反対なら反対の理屈をきちっとつけないと、これもまた審議会としては困るのだろうなと理解しております。

答えになったかどうかわかりませんが、先生は何でもわかっていらっしゃるのでしょうけれども、そういうような中身だということをわかるように説明をしたつもりですが、なかなかそれでもわからない部分はこの問題ですね。

どなたかございませんか、あと質問。

どうぞ。

○遠藤秀彦専門委員

県立中部病院の遠藤と申します。ちょっと説明の中で聞き漏らしたかもしれないので

すけれども、岩手県は全国で見ても特殊な県、各二次医療圏に県立病院の基幹病院があって、地域病院があるという形で医療が展開されているところで、今回地域医療構想と並行して新公立病院改革プランというのが出てきていまして、それとこの構想を切り離しては当然考えられないと思うのですけれども、その位置づけといいますか、その点をどういうふうに考えているのでしょうか。

○鈴木医療政策室医療政策担当課長

新たな公立病院改革プランを策定するためのガイドラインが国のほうでこの３月に新しく出まして、その国のガイドラインの中で今回県のほうで策定する地域医療構想と整合をとるように各公立病院のほうで改革プランをまた新しく作るというようなスキームとなってございまして、同時並行的な作業、本年度に地域医療構想の策定を行い、その策定作業を見ながら公立病院のほうでも公立病院改革プランを作っていくということになっていて、地域医療構想との整合をとりながら作ってくださいという形にガイドラインではなっているところでございます。

○遠藤秀彦専門委員

そうすると、地域医療構想のほうが少し先行した形で、それにあわせた形という考え方でいいですか。

○鈴木医療政策室医療政策担当課長

公立病院改革プランのほうは今年度、または来年度中に作ってくださいという形になっていますので、同時並行または若干地域医療構想のほうが先行するような形になっているというところでございます。

○石川育成会長

時間ももうそろそろでございますが、今日委員の方々、これ読んで課長の説明を聞いて、きちっとみんな頭に入ったかというと、それは無理です。特に役所の文章ですからわかりづらく書いてある。それだからしようがない、全国的なものですから帰って、もう一、二回読んでみて、どうしてもここのところ納得できないというのは今回に限っては質問を受け付けますので、課長か、岩動部会長か、どっちのほうがいいですか。

○鈴木医療政策室医療政策担当課長

私のほうにご質問があれば、お問い合わせいただければ私のほうで回答させていただきたいと思います。

○石川育成会長

では、そういうことのようでございますので、できるだけ役所の文章でなく、普通の盛岡弁で回答すると。

それでは、ちょっとはしょるようで申しわけございませんが、まだまだこれは議論が続いて参りますので、よろしくご協力をお願い申し上げます。

それでは、他に質問がないと認めまして、今後の進め方についてお諮りしたいと思いますが、地域医療構想は医療計画の一部とされておりますので、具体的調査審議につきまして、岩手県医療審議会部会設置要領に基づいて医療計画部会に付議すると、基本的には。これでよろしゅうございますか、ご了承をいただきます。今までもそうやってまいりましたので、これはご了承をいただきたいと存じます。これまでの医療計画の策定・変更の例に倣い、諮問案件について力を入れて議論してもらいたいと私の立場からお願いをしておきたいと思います。

４　報告事項

平成27年度地域医療介護総合確保基金について

○石川育成会長

次に、報告にまいりたいと思います。次第４の報告事項に入りますが、平成27年度地域医療介護総合確保基金について、事務局から説明してください。

○鈴木医療政策室医療政策担当課長

それでは、地域医療介護総合確保基金を活用して実施する主な事業等についてご説明をさせていただきたいと思います。

この基金は平成26年度に設置されてございまして、平成26年度につきましては昨年11月に開催しました審議会でご報告をさせていただいたところでございますけれども、本日は今年度計画している主な事業について、資料№.４に基づきましてご説明をさせていただきたいと思います。資料№.４をご覧いただきたいと思うのですが、まず基金の概要を説明させていただきますので、資料の３ページ目、一番最後のページをお開きいただきたいと思います。地域医療介護総合確保基金につきましては、先ほど資料２で説明しましたとおり、地域医療構想を実現していくために将来不足することが予想される病床に転換するための施設とか設備の補助事業とか医療体制を確保していくための人材養

成の事業などを実施していくための財源として、消費税増収分を活用して造成する基金でございます。この資料の左側の図が基金の仕組みになります。都道府県は、市町村の事業計画とあわせて県の事業計画を国に提出して、国のほうは消費税財源を活用して確保した予算の範囲内で県に基金の財源を交付する。都道府県は、国から交付された財源に県の負担分を加えて基金を造成するということになります。この造成した基金を財源として、国に提出した事業計画に基づいて事業を実施していくという仕組みになってございます。これは、毎年度このような形で国に計画を提出して基金を造成するというものでございます。

それでは、資料の１ページをお開きいただきたいと思います。１の（１）、基金の規模でございますけれども、平成26年度は医療関係の事業のみ先行して実施したところでございますけれども、国、都道府県の負担分を合わせて全国規模で904億円の規模となってございます。平成27年度につきましては、介護分野もスタートいたしますが、医療分については昨年度と同じ904億円規模、介護分が新規に724億円規模、合わせて1,628億円規模となっているところでございます。

（２）ですが、この負担割合については国が３分の２、県が３分の１となっているところでございます。

（３）、この基金を活用できる事業でございますが、資料のアからオまでに記載の事業でございますが、ウとオにつきましては介護関係の事業となってございまして、医療分野の事業はアとイとエと、これが対象になっているところでございます。

次に、２の活用方針でございますけれども、県のほうでは広く医療関係機関や市町村、県民のご意見を反映するように県のホームページで事業提案を公募いたしまして、提案のあった事業などについて県の担当課で事業化の可否などを検討しまして、さらには医師会、歯科医師さん等の医療関係団体のご意見を踏まえて事業計画を策定することとしているところでございます。

次に、３の本県の本年度の規模でございますけれども、医療と介護を合わせまして約26億1,400万円となってございます。資料にございませんが、このうち医療分は約15億5,200万円となってございます。これは現時点で国に事務的に報告している段階の数字でございまして、今後国のヒアリングなどを経て国から配分額が決定されることになってございますが、人口割合とか高齢化率などの基礎的な要素なども考慮して配分することになっておりまして、昨年度の配分額は医療分野で約10億1,600万円ということになって

ございますので、昨年度に比べて医療分だけで５億円程度多いという現状にございます。

その内訳を対象事業区分ごとに説明をさせていただきます。これらの事業につきましては、現在も事務的に事業内容等を精査している段階でございまして、委員の皆様に事前送付しました資料と若干数字が動いてございますので、ご了承いただきたいと思います。まず、３の表のところの病床機能の分化・連携でございますけれども、これは１の（３）の対象事業のアの事業になります。それで、今年度は基金規模として約８億1,800万円を計画してございます。昨年度の交付実績は４億6,900万円ですので、昨年度より３億4,700万円余り増加していることになります。それで、この具体的な事業の主なものにつきましては、資料４の（１）に記載しているところでございます。資料４の（１）でございます。地域医療構想の策定前ではございますけれども、国のほうでは今年度から将来的に不足することが予測されている回復期病床に転換する事業に重点的に配分するという方針を示しておりまして、回復期リハ病棟などに転換する病院の施設設備の事業に充当するものでございます。資料にはございませんが、そのほかの事業としましては岩手医科大学と被災地の基幹病院と連携システムを構築するための事業などを計画しているところでございます。

また、資料の３の表にお戻りいただきまして、在宅医療関係事業でございます。今年度は基金規模で約１億円を予定しておりまして、昨年度に比べて5,400万円余り増加しているところでございます。具体的な事業としましては、４の（２）のところをご覧いただきたいのですけれども、１つ目のポツでございますけれども、県歯科医師会が実施する歯科保健医療研修事業で、在宅で歯科治療を行うための研修などを行うものでございます。２つ目のポツは、歯科医療機関が実施する在宅歯科診療設備整備事業に充当するもので、在宅で歯科診療を行うために必要な設備を整備するものでございます。３つ目のポツは、県医師会が実施する在宅医療の推進事業で、在宅医療を推進するために医師を派遣する仕組みを構築するものでございます。

また、３の表にお戻りをいただきまして、医療従事者の確保に関する事業とございますけれども、今年度は基金規模で６億3,400万円を予定しておりまして、昨年度に比べて１億3,400万円余り増加しております。

具体的な事業としましては、２ページ目の（３）をご覧いただきたいのでございますが、２ページ目の（３）でございます。１つ目のポツですが、県が岩手医科大学に運営を委託する地域医療支援センター運営事業で医師の招聘活動ですとか、指導医の研修な

どを行うものでございます。２つ目のポツは、県医師会が実施する女性医師就業環境向上支援事業に充当するもので、女性医師の勤務環境の改善ニーズなどを調査するものでございます。３つ目のポツは、看護協会が実施するナースセンター機能強化事業で、法律改正によりましてナースセンターの機能が強化されますことから、それに対応しようとするものでございます。そのほか資料に記載されている事業などに充当する計画としてございます。

なお、これらの事業につきましては、補助事業として実施する場合は補助率を設定することとしておりますので、事業主体の負担分も発生するということになっているものでございます。

続きまして、２ページの５の事業実施時期でございますけれども、昨年度からの継続事業で４月から事業を行う必要がある事業で、国のほうから優先的に配分するとされているものにつきましては、県の一般財源を借りて当初予算に計上しているところでございます。今年度新たに公募を行いました新規事業などにつきましては、国が交付額を決定した後、早ければ９月補正予算によりまして予算化する予定でございます。

続きまして、６の今後のスケジュールでございますが、５月中旬に厚生労働省の都道府県に対するヒアリングがございまして、そのヒアリングなどを踏まえて６月ごろに国から交付額が内示されることとなっております。内示額を踏まえまして、県のほうではその内示額の範囲に事業計画を調整いたしまして、７月ごろに交付申請を行って、同じく７月に国から正式に交付決定がある予定となっております。その交付決定を受けて、県では９月補正予算で対応していくということにしてございます。

なお、国のほうでは今後この基金を活用するに当たっては、計画の成果指標などを定めて毎年度評価を行った上で、事業を実施するというような事務の進め方を検討していると聞いてございます。国からそのような通知があった場合には、現在医療計画の評価、検証につきましても計画部会のほうでご審議をいただいておりますので、それと同じように計画部会でご審議をお願いしたいと考えているところでございます。

説明は以上でございます。

○石川育成会長

それでは、ただいまの基金の説明につきまして、ご意見、ご質問ございますか。

「なし」の声

５　その他

○石川育成会長

ないようですから、その他に参りたいと思いますが、委員の皆さんからご発言あればお願いいたします。

「なし」の声

○石川育成会長

なければ、事務局のほうから何かございませんか。

○野原副部長兼医療政策室長

特にございません。

○石川育成会長

それでは、予定の時間を少々過ぎたのは、私の進め方が悪いことが理由だと思います。お詫びを申し上げて、皆様方のご協力に感謝して、この審議会を終わりたいと思います。本日はどうもありがとうございました。

６　閉　会

○鈴木医療政策室医療政策担当課長

石川会長、ありがとうございました。

委員の皆様にはご協力ありがとうございました。

以上をもちまして岩手県医療審議会を閉会いたします。どうもありがとうございました。