

令和元年度後志圏域地域医療構想説明会 開催要旨

日時：令和元年7月31日（水）18：00～19：30

場所：小樽市立病院 2F 講堂

- 1 開 会 （北海道倶知安保健所企画総務課長 藤井 信秀）
- 2 あいさつ （北海道後志総合振興局保健環境部長 原田 智史）
- 3 議長挨拶

この地域医療構想会議ですが、これは全国的に進められていますが、実際問題、遅々として進んでいないという評価をいただいております。この地域もどういった提供体制を組んでいくかが非常に大事なことです。今までこういった場で総論的なお話をしてきましたが、もう少し踏み込んで、具体的なお話を今日はしようと思ひまして、私見を交えましてスライドを作って参りましたので、皆様方に御供覧申し上げたいと思っております。

それでは、まず復習の部分から入って参りたいと思ひます。この地域の医療、介護需要予測指数では、これは各地域2次医療圏ごとにおける非常に大きな差があります。ですから、それぞれの地域にそれぞれ提案メイ的な考え方をしなければならぬ。

例えば、北海道全域をみた場合、この圏域の中で、医療が急速に減少していく圏域が7圏域ございます。その中の1つが後志圏域であるということをお頭

の中に入れなくてははいけません。この医療需要ということに関しましては、これから、2025 年に向けて恐らく 15%~20%医療需要は間違いなく減ると言うことを意味しております。介護需要も 2025 年には、この地域全体の 75 歳以上の高齢者が頭打ちになります。それ以降は 75 歳以上の高齢者が減っていきます。ですから、介護需要としては、せいぜい 5%くらいしか伸びてこない。その後は下がっていきます。

そのため、介護施設あるいは、医療施設をお持ちの方は、これからは経営という面を考えると、大変厳しい状態に追いやられていくというのが、この地域の現状であるということを認識すべきだと思います。

続きまして、この後志圏域の入院する患者さんの状況でございます。今までは急性期病院というのは、例えば、「がんの患者さんを見つけて手術を回す」のが、急性期のあり方だと捉える先生方もいると思います。あるいは「心筋梗塞で入院し、検査をして血管を拡張するような治療をする」これがいわゆる急性期の病院だという考え方を持っていたは、これからは成り立たないと言うことを意味しています。明らかに、この地域でがんの治療をしても、全く増えていきません。また、この地域全体の中で消化器、消化器外科、消化器内科が非常に多いわけです。この対象となる入院患者さんはこれから落ちていきます。これは地域全体を見た時に急性期の病院で診なければならない患者さんは、高齢者の心不全、高齢者の肺炎、そして、手術の適応のない脳血管疾患、そしてもう 1 つ、高齢者の骨折、これくらいが対象者になるのであって、今までの急性期医療を展開しようとしている考え方を病院管理者の方がお持ちであることは大きな間違いであるという意味しています。

続きまして、外来です。この地域で外来は、もうすでに頭打ちです。これから外来の患者さんは、まっしぐらに落ちて行きます。今現在、例えば小樽市には急性期の病院が 4 つございますが、入院の患者さんを増やすという努力のために、外来で患者さんを抱え込みますと、一番外来患者さんに関わっているかかり付け医の開業医のインフラが潰れる可能性があるわけです。

そのため、急性期の病院がたくさんあって、お互い競合しあうことは、この外来の患者さんへ大変大きな影響がある。というのはかかり付け医がどういう社会的、医療的、政策的な要素を持っているかといいますと、1 つは休日当番で関わっていますし、急病センターにも出向する。さらには介護保険の審査委員会も関わる。産業医としても働いている。さらには学校医としても働いている。このように非常に大きな社会的な医療を開業医、かかり付け医が支えています。

ですから、この地域は、人口も減りますが、高齢者も減っていくわけです。人口減少の中でバランスを取って全ての医療的インフラを小さくしながら、この地域で残していかななくてはならないことを意味しています。その中で突出したようなことをこの地域でされると、医療としてのインフラが潰れる可能性が非常に高いということを意味しております。これは私が試算したもので、小樽と小樽以外の後志に分けて、それぞれ 2025 年に向けてどうなるのかということなのですが、具体的な数字をお見せします。

これは、小樽を除いた後志です。急性期の病床を維持するというのが 361 床ですが、この地域の医療需要としては 178 が過剰状態です。その一方で回復期病床が 277 不足という状況です。この問題点についてはもう少し先に説明をいたします。

これが、小樽市の状況です。高度急性期はさておき、問題は急性期の病床です。特に 100 床以上の急性期病床を持つ 4 つの病院がこれからも非常に大きな問題点となるわけです。この地域で 2025 年の意向調査では 866 床、私が換算した医療需要というのを後志圏域から約 3 割入っていることで計算した数字です。これが MAX で、これ以下の可能性も非常に高い。急性期の病床に関しては、地域医療の需要に対し約 400 過剰です。そういった中で、医療がこの地域で展開されているわけです。これには非常に大きな問題があると思います。回復期の状況ですけれども、地域の実情に対して、161 足りないというのが現状でございます。

これが、慢性期の状況でございます。上が後志で、今目標としている 162 という数字が出てきますけども、350 床不足と出ております。恐らく、後志圏域の医療関係者の方は慢性期病床が足りないという感覚は持っていないのかと思います。もうすでにこの地域は、介護系の施設がある程度満たさせているということです。特にこの後志圏域は特養が非常に多いです。地域密着型特養も見られます。非常に人口の少ないところに 800 床近くありまして、この特養の全国平均があり、65 歳以上 1 万人当たりだいたい 120 床が基準的な病床なのですが、この後志全域だと 360 くらいの数になってしまうというわけで、これは地方自治体にとっては、特養を抱えるわけですから、大変だと思います。これは恐らく吸収されていくだろうということで、慢性期はそれほど問題にはならない。また、一方で小樽ですけれども、小樽も介護系の施設が非常に多いです。

ですから、これから非常にここも厳しい。なおかつ慢性期の病床というのは、医療療養病床でして、これは医療区分の 2 と 3 の患者さんを適切に集めなけれ

ば、これからは成り立たない病床になっていきます。どういう事かと言いますと、難病系の患者さんを置かなければならない。なおかつこれからは、在宅復帰率が求められるのは慢性期の医療療養病床です。

ですから、今までは、ここにたくさんのお年寄りが入っていましたけれどもこれからはこれが吐き出すような形で、ある程度限定的な患者さんしか、医療療養病床にしか入っていかなくなるということで、慢性期はむしろこの地域は過剰になっていくだろうということで、これから見てかなくてはならない問題点だと思います。

これは入院医療の評価体系ということで、急性期、回復期、慢性期これは独立したものではありません。あくまでも、これは連続したものです。その一番下に生活施設があり、これが介護系であろうと捉えてください。ここで大切なのが、在宅医療です。

この7月に在宅医療学会が2つありまして、学術的なところと実践的な学会が1つになりまして、連合学会というのが開催されております。その中で厚生労働省からステイトメントが発表されています。21世紀の医療におけるイノベーションは在宅医療であるとはっきり述べられております。

ですから、この生活施設に対しての在宅医療の方がこれからどんどん大きくなるに従いまして、慢性期の医療療養病床が縮小化されざるをえないだろうというふうに捉えております。これは、あくまで私見でございます。

地域包括ケアシステムの中心となるのが、在宅医療ということで、もうすでに、この生活施設はたくさん作られておりますので、医療費のことを考えると、こちらを中心に考えていくのが、国の方針だと思うわけです。

先ほどお話ししましたようにこの地域には、急性期の疾患を対象とする患者さんは減るという話です。今までのように、がんの患者さんを集めて急性期の病床を展開しようとしても患者さんがいないので、今現在この地域では、急性期の病床だらけでございます。

例えば、重傷な患者さんは急性期から回復期に行くでしょう。中等症も一部急性期から慢性期まで行っているかもしれない、軽傷は回復期から慢性期に行っているかもしれない。これは非常にばらつきが大きい。今現在、医療関係者の方々は、「急性期がなんで悪いんだ」と捉えられるかもしれません。今現在、急性期のほとんどは回復期が必要な人たちまで診ないと患者さんがいないわけで、極端なことを言うと、慢性期に近い患者さんまで急性期で診る。「これって本当にいいんですか？」という問題点です。医療経済的なことを考えますと、非常に無駄が多い医療を展開しているのではないかと、私は思うわけです。

将来、高い医療資源の投入が必要な医療ニーズは確実に減るわけです。特に、この地域は、このような患者さんが非常に少ない。むしろ、この軽中等症の医療資源を投入した医療ニーズが増えるわけですので、この人たちをこの地域の中で、急性期の軽い患者さんをどの病院のどの病棟で診るのが望ましいかということを考えることが、この地域には必要だと思います。

そして、急性期の病床は過剰だという問題を、私なりに考えます。縦軸に医療ニーズです。横軸に医療資源の投入量です。当然、急性期病床は、費用が高いわけです。コスト的に考えると、ここが一番高い。ここから、だんだんコストが安いものに繋がっていくわけです。

例えば、医療ニーズが高いものに対して、医療資源が少ないものしかないところ、所謂、僻地医療の場合。後志でこれがあるかはわかりませんが、この場合は、粗診粗療になる可能性がある。これはある程度適正な方法を考えなければならぬと思います。

急性期の病床、先ほどお話ししましたように、低い医療ニーズに対して、高い医療資源が投入されるとどうなるのかということです。このようなことが展開されますと、非常に非効率的な医療となることを意味しています。

例えば、民間の病院は、このような考え方では軽い患者さんでも、急性期病床に入れなければ経営的には厳しいということであれば、ある程度目を瞑らなければならぬのかもしれませんが、これを公的病院・公立病院がやってはいけないのではないかと、それは、各病院の質の低下に繋がるのではないかと私は言いたいわけです。

ですから、本来のストライクゾーンはこの点線の中にあるべきだと言っているわけです。これを外れるようなところは、適正な医療に繋がらないということです。

将来の医療施設のあり方ということで、日本病院協会がよく出す、近隣型の医療施設（密着型病院）ということで、これは、あくまでも患者さんのアクセスを重視して、近くに施設を持っていく、これからの高齢化社会の中で重要だと言われていますし、日本病院協会はこれを勧めております。その場合、人口はだいたい3万人～4万人に1つです。

例えば、小樽は2025年に10万人になります。そうなりますと、この地

域は 3 分割すると、地域密着型病院ということでおけますけども、残念ながら 4 つの急性期病院は全部、町の中心部に集まっておりますので、この地域密着型病院としての展開は難しいと思います。強いてお話ししますと、朝里中央病院と、札幌病院はその形に近いわけですので、この地域は人口がただ減っていくわけで、その見解が難しいところもありますけども、やはりこういった施設は、地域密着型の病院を目指していくべきだと思います。

次に広域型の医療施設でございます。基幹型病院ということで、人口 30 万人～40 万人に 1 つです。この圏域では、小樽市立病院がこの類いだろうと思いますけども、人口面を考えると、これからの維持、運営に関しますと、大変厳しいものがあるだろうと思います。しかし、今現在、この高齢化社会の医療体制を考えた時に、密着型病院と基幹型病院の連携を重視するという考え方が、今後の医療の体制だということで、市立病院は総花的な医療体制ではなくて、本当にここで必要な医療を受け入れる基幹病院を目指して行くことが必要なのですが、経営的には大変厳しいものがあると予想されます。

次に混合型の医療施設ということで、医療インフラが少なく、距離が遠いところしか高度医療が受けられるところがない。これは後志圏ではありだとは思いますが、後志と石狩は非常に近いところにあります。札幌圏には高度医療である病院がたくさんありますので、これを作る必要性は、恐らく将来的にはないだろう。むしろ地域密着型、こういった病院展開をしていくのが、これからの方向性ではないのかと思っております。

最後は、その他専門病院です。例えば、「消化器の専門病院をこの地域に作

っていきたい」と言った時に、小樽市はこれから 10 万人になっていきます。

それと先ほどお話ししましたが、消化器系の疾患が減る、がんの患者さんが減る、そのような実態がございますので、小樽市の人口 10 万では、専門病院は大変厳しいです。

ただし、この専門病院が後志圏域にまで広げれば、ある程度可能かと思いますが、すけども、この場合には、必ず病床を減らして医療従事者を減らしてダウンサイジングをした中で、専門病院化を展開するなら、成り立つかもしれませんが、このままでは成り立たないというのが、私の考えです。

これは、国交省からでました「国土グランドデザイン 2050」というものです。後志は、これから、15 万人を切るわけですが、先進医療施設や救命救急センターなどは維持困難となりますと、もうすでに国交省からでている問題です。個人的な病院を挙げて申し訳ないですが、小樽市立病院は、がん拠点病院を目指されている、ここには高度な機能がたくさんあるので、利用したいという思いはわかりますけども、人口という面ではたしてこの先進医療の施設を展開することが、本当にこの地域で成り立つのかということを考えるべきだと思います。

因みに小樽市内の患者さんで、レセプトデータ上、小樽の入院施設にどれくらいの患者さんが入っているのかと言うと、たった 39%しか入っていない。あるいは、後志圏域からどれくらいがんの患者さんが入ってくるのかと言うと、たった 25%。この地域は隣に札幌という大きな都市があるので、ほとんど吸収されてしまっている状況です。この中で、先進医療施設を目指していくのは少し考えていかなければならないのかと思います。

それでは、小樽以外の後志圏の医療体制を具体的に提示します。

これが（小樽以外の）後志圏の実態でございます。A と B と C の後志の病院は地域にとっては、なくてはならない病院です。医療インフラとしては絶対に残さなくてはならないと踏んでいます。

しかし、現実的にはバランスが悪いのですが、この中で私と考えが非常に近いのが、A 病院の管理者の先生だといつも数字を見ていたのですが、この 1 つの病院の中に急性期、回復期と慢性期の 3 つ、ちょうどバランス良く置いてあります。たぶんこの病院の考え方としては地域の患者さんのために、適切な医療をここで展開するにはどういった病床を作ったら良いのかと、お考えになられて展開されたのではないかと考えております。

この後志全域には高齢者がたくさんいらっしゃいます。入院して帰ってくる方のほとんどが高齢者です。高齢者の入院の問題点は、単価が低い問題点と、在院日数が圧倒的に多いです。

そのため、本来の急性期の病床の展開がしづらいので、入って来た時にお年寄りをきっちと地域包括ケア病棟の方に回しているのではないかと、そして、これを持つことによって急性期の病床が輝くわけです。これは、医療機能的なものを見ますと、急性期の病床をある程度適正な入院期間にしますと、病院自体の医療ケースが上がるようなシステムができています。それを上げるような仕組みの中に回復期があります。

そして、その回復期の中から在宅に戻られる患者さんがあり、ある程度慢性期が重くなれば、その慢性期に移る。やはり地域の中全体の考え方に病床を展

開していると思いますけれども、これから高齢者がもっと増えるわけですから、急性期はもうちょっと少なくても、回復期は多くすべきです。

B 病院に関しては、急性期と慢性期しかありません。これは、診療報酬上、急性期が活きません。ですから、回復期を展開した中で、バランスを取ることが大事だと。

これは、C 病院にも言えることだと私は思います。この地域において一番の問題点は、就労人口が急激に減少することです。

ですから、急性期、回復期、慢性期を展開しようとした場合、看護職の配置をまず優先的に考えた中で、病床を上手に地域の中で、配置していくことが大事だと。それが、地域の住民のみなさんのために大変貢献していく要因になるのではと思います。

それでは、小樽市の医療体制です。2025 年の各病院の意向で急性期病床に関して医療需要と医療提供体制に大きなミスマッチが生じているのが、小樽市の現状です。

現状のままでいると医療ニーズが低い患者さんに対して、非効率的な医療の展開がもうすでに行われているだろうと思います。地域の医療の質の低下に繋がる可能性があり、住民のための適切な医療体制にはなっていないと判断しております。

先ほどと同じ内容でございます。大切な事は、患者さんの状態に応じて、適切な医療資源が投入されること。これは国が求めていることです。効率的・効果的な入院医療を提供することを目指していくべきであると思います。

ですから、急性期の医療を提供するエリアはここです。これが回復期です。これが慢性期です。ですから、求めるストライクゾーンはここしかないのです。ここから外れますと、粗診粗療や非効率的な医療が展開されていることでして、それぞれの病院で急性期を求めるのなら、急性期に特化するなりの考え方の中で、展開するべきだと思います。民間ならある程度許されるかもしれないが、公立・公的病院がこのようなことをしては、必ずその病院の質を落として、存続意義が失われ、この地域での医療展開が将来できなくなってしまうと十分予測されます。

1 つ問題定期をさせていただきます。これは、DPC の病院の出来高換算点数ということで、患者さんの割合を見たところでは、当然急性期（赤と黄色）心臓血管外科、血液内科、循環器科こういうのは、ほとんどが急性期らしい展開をしている、医療資源を掛けていることが良くわかります。

注目していただきたいのは、整形外科です。整形外科は上から 3 番目に載せてありますけども、よく見ていただきますと、赤が高度急性期、黄色が急性期です。その出来高換算からしますと、高度急性期と、急性期の対象となる患者さんは、たった 25%しかいません。

回復期、慢性期を見てわかる事は高齢化の影響で、どこの病院も整形外科の患者さんが入院でいっぱいになっています。手術日の医療資源投入量は、急性期、高度急性期かもしれませんが、術後の状況になった時は、出来高換算でいきますと、慢性期レベルまで落ちるということを管理者の方は良く考えなければなりません。

ですから、診療報酬上、整形外科は 7 対 1 の手厚い人員配置は不要と判断

されているということです。

そのため、高齢化が上がりまして、骨折の方はたくさん出るかもしれませんが、いつまでもその患者さんを急性期の病院においておくことは、本当に適切な医療なのかということに繋がります。

小樽市における急性期の問題点を書いておきます。

小樽市内では、公的病院、100 床以上の急性期病院が展開しておりますけれども、過剰な供給状況を作りまして、私の目から言いますと、市民に対して適切な医療が展開できていないと思います。問題点は非常に大きいと見ております。高齢化社会の医療ニーズは従来の急性期医療は求めているわけではないわけです。残ったとしても需要は限られております。まさに、小樽の状況はそれに近いわけです。外的要因として少子高齢化、人口の減少、就労人口も減るようなことで、病院経営環境がこれからも厳しくなるということです。

少し話が飛ぶのですが、私、最近『未来の地図帳』という本を読ませていただきました。その中に小樽市の事が出てきております。どのような内容かとお知らせいたしますと、2020 年に 0 歳児から 4 歳児まで、これを 1000 人以上ある全国のそれぞれの市を比べていった時に、2040 年にどれくらい減っていくかと言ったデータがその中に出ております。

全国 1 位が北海道小樽市でして、なんと 64%の減です。2 番目が秋田県横手市、3 番目が大阪府のとある町で、北海道は 6 番目くらいに岩見沢市が入っています。

これから、少子化が非常に厳しく起きてくるのが、小樽の状況です。3 分の 1 に減ると言うことで、もう、小学校は 1 つか 2 つで十分という状況に恐ら

くなると思います。

それを考えますと、若い女性がこれからどんどん減ると言うことを意味しているわけです。ということは、就労人口がこれから激減していくということです。

ですから、労働集約型の産業の医療系にとっては、大変厳しい状況が待ち受けていることを意味しています。現状のまま急性期病床に固執すると病院の地域での存在意義を失い、4つの急性期病院の再編・統合は避けられないものだと考えております。これは私の考え方ではなくて、おそらく北海道医師会も同じような捉え方をされているのではないかと思います。

そこで、小樽市医師会からの提案でございます。これは、私見的な要件も入っていますけども、これからの戦略的な経営に向けて黙っているか、このまま行くと成り立たなくなると言うことで、短期的な目先の事業展開ではなく、地域全体の人口構造・医療状況を把握し未来を見据えた事業展開をすべきで、急性期病院同士が消耗戦を繰り返す事に終止符を打たないと生き延びていけないことを意味しています。

小樽市の将来の医療に向けて、市内4つの病院間の連携が重要になります。お互いの情報を交換し合い、医療の質と効率性を高めて行くことが重要です。4つの病院が連携・協調し、医療分化した新たな医療体制を構築する事が経営の安定化に寄与し、かつ、小樽市民への医療満足度を高める事になると、私は医師会の立場として考えております。

そして、提案したいのが、この地域の中の地域医療連携推進法人化に向けて

はどうかのかが、私共、医師会の考え方です。4つの病院それぞれに、病院機能の転換を求めます。

連携推進法人は、地域の医療提供体制の適正化を図ります。適正化により各病院の機能のスリム化を図り、経営体質の改善に繋がります。低コストで質の高い医療を住民に提供するシステムを構築する事を目指します。

連携推進法人内では、医師を含め医療従事者全てが法人内では移動可能となり、全ての病床も移動可能となります。高額な医療機器の協同利用化を図る事で高額な医療機器を備えなくともそれぞれの医療機能の維持は可能となります。

その結果として、連携推進法人を形成する事で就労人口減少に対する対策となり、医療機能も維持することが可能で、各病院の経営改善にも貢献できる可能性があると思っております。

そして、求めることは4点です。医療機能の分化・集約化、医療人材の共有化、高度医療機器の集約化、そして、最近本州では一生懸命されている、薬剤フォーミュラリーです。薬剤フォーミュラリー化することで、これは大きいところでないとメリットがでてきません。

ですから、連携推進法人を構築いたしますと、薬剤の効率化を図ることによって、ある程度収益を得ることができる内容でございます。

例えば、消化器外科は小樽の町に4つもあります。がんの患者さん、消化器の患者さんがどんどん減っているにも関わらず、消化器外科がどうして成り立つのか、誰もがそう思うはずで。それぞれにとって何のメリットもないわ

けです。

例えば、A 病院の（消化器）外科の先生を B 病院に移すということを考えます。その代わり A 病院は消化器外科の看板を降ろしていただきます。

C 病院も D 病院に消化器外科の先生を移します。C 病院も消化器外科の看板を降ろしてもらいます。

しかし、救急などで、A 病院に外科の患者さんが入るかもしれません。この中におきましては、医療従事者は自由に動けます。

そして、D 病院からこちら（A）にまわって診察をして、手術が必要ということで、患者さんを連れて来るということで、2 つの病院がなくなったことにより、それぞれ行っていく消化器外科の患者さんが集約化されることで、経済的にも上がってきます。その一方で、消化器外科がなくなった病院は病床がいらなくなると同時に看護師さんも医師もいらなくなることで、コストダウン化を図る事が可能です。その代わり別の機能を持っていただく枠組みを作るのがこの連携推進法人です。

あまりにも大胆なお話をしたのですが、小樽市医師会としては、こう言ったことに踏み出そうかと思っておりますけども、この地域の病院の管理者の皆様方が同じような思いがなければ、上手く行かないだろうと思っております。これは、今後、皆様方と話し合いをしなくてはいけない問題だと思っております。

これで以上です。

4 説明事項

（１）地域医療構想の取り組み状況と今後の取組方針について

（説明：北海道保健福祉部地域医療推進局地域医療課主幹 櫻井 賢一郎）

ア 国の動きについて（資料１ P2～P4）

北海道庁地域医療課の櫻井と申します。本日の地域医療構想の説明会ですが、昨年度に引き続きまして、私ども本庁と保健所とが連携した中で、地域医療構想の取り組み状況や今後の方針などをご説明しまして、皆様と意見交換をさせていただければと思います。

本日用意してありますのが、大きく分けて４つあります。「国の動き」、「道の取組」、「道の各種支援事業」、「具体的な取組事例」です。

まず、「国の動き」から簡単にご説明いたします。

２年前の平成 29 年 6 月に出されました、国の重要政策を取りまとめております「骨太の方針」におきまして、地域医療構想の関係につきましては「個別の病院名や転換する病床数等の具体的な対応方針を速やかに策定するといったことに向けて、平成 29 年・平成 30 年の２年間で集中的な検討を促進する」と言った記載がされたところです。

翌年、平成 30 年の「骨太の方針」でも、同じような記載がありまして、これを受け、北海道を含め全国各地における地域医療構想調整会議におきまして、各個別の病院において、どう言った具体的な対応方針を取って行くのかの議論又その内容についての意見交換が行われてきました。

今年の 5 月の地域医療構想に関する国のワーキンググループにおいては、「議論はされたとはなっているが、その内容は十分なのか」と言った指摘もされています。「形骸化された議論が繰り返されたのではないのか」ということもありまして、国の方では現在進めていますが、「各医療機関における診療実績等の一定の指標を設定して、各構想区域の提供体制の現状について分析を行い、この結果が今年の途中に出ると聞いております。この国の分析結果を踏まえて、改めて各構想区域において合意されたという具体的対応方針が真に地域医療構想の実現に沿うものになっているのかを改めて検証する」と言った作業が待っています。

続きまして、2040 年を展望した医療提供体制の改革についてのイメージについてです。地域医療構想は 2025 年を見据えた取組ということになりますが、最近では 2040 年を見据えてという言われ方が多くなっていると思います。「地域医療構想の推進」と合わせて「働き方改革」と「医師の偏在対策」を三位一体で進めることによって、将来の医療提供体制の構築改作に向けて取り組んでいくという考えが重要であるとされます。本道におきましても「働き方改革」、「医師の偏在対策」を進めるにあたって、提供体制の方でも効率的なところは非常に重要になってくると思いますので、この 3 つは整合性を持って進める必要性は道にとっても変わらないと思います。

イ 道の取組について

・基本的な考え方（資料 1 P5～P11）

次に、道の取組で基本的な考え方は、かいつまんでお話をさせていただきます。

地域医療構想の目的としては、「人口構造の変化、あるいは担い手が変化していくことを踏まえて、いかなる機能を地域に確保していくのかの必要性について、現実的に検討していくことが本来の目的です。「必要病床数」というものが出てきますので、この数にどのようにして近づけていくのかという考えかたをされがちですが、**「必要病床数」はあくまでも大まかな方向性を示すものであって、どういった医療がこの地域に必要なになるかの議論の参考値である。「数合わせ」が目的ではないことを共有させていただきました。**

それを踏まえて、2 番目の役割の整理ですが、地域医療構想調整会議における議論が重要だと考えております。地域の関係者の方々の間で、地域の課題などについての情報共有などをしっかり進めていただいて、今後この地域に必要なと思われることの意見交換を行っていただくことが重要です。

それを踏まえて、各市町村・医療機関の皆様において自らがどういった役割を担っていくべきなのかということをしっかり考え、それを調整会議の方に持ち寄っていただいて、議論を深めていただくサイクルが重要だと思っております。

次に地域における議論の進め方について、繰り返しになりますが、「必要病床数」を「絶対的数値」と捉えた「数合わせ」として議論をしてしまうと、「病床機能報告が実際に把握できるものでないためこれを基に議論を進めても意味が無いのでは」とか「自然と必要病床数に合っていくのではないか」等がありがちで、こう言った議論はそもそもの地域医療構想の本来の目的とは少し離れてしまった部分が多いと思います。

これに対し「必要病床数」と言うものをあくまで「大まかな方向性」と捉えて、「どのような機能が地域に必要なになってくるのか、役割分担が必要になっ

てくるのか」等を議論の参考にさせていただく形が地域医療構想の求めているものであると考えております。

次も繰り返しになりますが、地域における議論の進め方について、大きく分けると３段階あると思います。

まず、「地域の実状の共有」をしっかりといただくに当たっては、私どもの方で持ち合わせているデータ資料等を皆様の方に提供しながら、共有させていただきます。その上で、地域の課題として挙げられることで、皆さんの間で意見交換会をしていただくということです。

そして最後、課題に応じてどのような取組をやっていくのかです。先ほど申しましたとおり、私どもの方で持ち合わせているものでご提供できるものは、例えば、病床機能報告制度において機能別の病床数を報告していただく他に、それぞれの医療機関においてどう言った治療行為を行っているのかも取りまとめをできるようになっておりますので、それぞれの医療機関がどのような実態にあるのかを把握する参考にもなりますし、レセプトデータ分析事業の方から受療動向について例えば、疾患別のデータ・医療機関別のデータもご提供できますので、何か気になるデータ等がございましたら、私どもの方にお声かけいただければと思います。

・これまでの取組状況（資料１ P12～P25）

続いて道の取組のこれまでの取組状況についてです。

これまでの取組状況①、平成29年度までの取組についてです。地域医療構

想については、平成 28 年 12 月に策定いたしまして、その後公立病院においては、「新公立病院改革プラン」を公的医療機関等においては「2025 プラン」をそれぞれ策定いただきまして、さらに道独自の調査として、公立・公的に限らず、病院・有床診療所、全てを対象としたアンケート調査を行い、この 3 つによって各医療機関で今後の対応方針を照らし合うかの把握を行いました。この各医療機関対応方針を含め、各圏域において課題や今後の取組等を取りまとめていただくということで、地域医療構想シートも取りまとめていただきました。このシートを作成することによって、取組がどのように進んでいるのか、今後、どのような取組を進めていくのかの見える化を図りました。

続いて平成 30 年度の取組状況です。昨年度はまず、5 月に「北海道における地域構想の進め方」について取りまとめました。この内容は大まかに言いますと、「調整会議においてどのような運営を行っていただきたいか」などの内容をまとめたものです。例えば、「年 4 回程度開催いただきたい」ですとか、「なるべく多くの方に参画いただけるような運営をしていただきたい」ですとか、そういった内容でした。その後、6 月には、地域医療構想についての進め方などの考えをご説明するために、本日のような地域医療構想に関する説明会を 21 の圏域それぞれで開催をしました。

また、10 月には地域医療構想の進め方に関する意向調査で、各医療機関において、「今後役割を果たそうとしているのか」などの把握を行いました。

また、本日お越しの笹本先生のようなお立場になりますけども、地域医療構想アドバイザーも道の取組として取り入れまして、各圏域の調整会議にそれぞれ御参画いただき、適切な助言などをいただく事を始めました。

12 月には地域医療構想調整会議協議会を初めて開催しまして、各調整会議の議長さんなどにお集まりいただき、「それぞれの圏域でどのような進め方をしているのか」などを圏域間の意見交換・情報共有などを行っていただきました。

そして、最後には地域医療構想推進シートの更新を行い、それぞれの地域において、取組状況などのグローピングを行っていただきました。

・今後の取組方針（資料1 P26～P30）

続きまして、今後の取組方針についてご説明させていただきます。

まずは、中長期的なスケジュールをイメージとしてまとめております。地域医療構想については、2025 を見据えた取組となっておりますが、各自治体病院で作成されている「新公立病院改革プラン」について、最終年度が 2020 年度となっております。2021 年度以降のものについては現時点でハッキリとしたものではありませんが、ここまでの議論の流れを考えると、地域プランを作成するというものが発生してくると想定されます。2021 年度からの地域プランとなると、作成作業は 2020 年度になります。そうなりますと、2019 年度に各地域において、こういった役割分担をするのかの議論をしておくかが 2020 年度の地域プランの作成作業に非常に重要になってくると思います。これを今年度やっておかないと、全部来年度に同時進行で行わなければならないという、ちょっと無理なスケジュールになりかねないので、今年度が地域での議論を進めるにあたって非常に重要な 1 年になると考えております。

このようなことを踏まえて、今年度の取組方針です。先ほども申し上げたと

おり、地域医療構想調整会議における取組については、主に情報共有と意見交換をしっかりと行うことに重点をおいてきました。こうしたことで、地域における課題の共有などの一定の進みが見られるところですが、今後は、そこから一歩踏み込んで具体的な取組を集中して議論していくことが必要になってくると思います。

今年度は、重点課題の設定を各圏域で取り組んでいただきたいと考えております。重点課題につきましては、地域においてそれぞれ状況がございますので、例の中から適応と思われるもの、あるいは、これに限らず各地域で重要と思われるところを設定していただければと考えております。

また、議論の場づくりなども必要であれば、この調整会議という場を活用するのも1つですし、あるいは公開では話しにくい内容があるようでしたら、非公開の会議で開催するなどの工夫をしていただきながら、集中的な議論をしていただきたいと思います。

先ほども議長からお話がありましたが、大幅な人口減少が予想される圏域については、医療需要が減少することを踏まえて、それぞれの医療機関で機能の分担を行う、再編・統合も議論の対象として考えていただきたいと思います。

次は、今年度のスケジュールを大まかにまとめたものです。

まずは重点課題の設定を早い段階で議論していただき、そのまま重点課題を踏まえた議論を進めていただきたいと考えております。

12月頃には昨年度に引き続きまして、地域医療構想調整会議協議会を開催し、重点課題についてそれぞれの圏域でどのように設定され、どのような議論

がされているかなどについて意見交換を行ってもらうと考えております。

次は、公立病院改革に関する考え方についてです。保健福祉部地域医療課と総合政策部市町村課との間で考え方をすり合わせたスライドになっています。

公立病院、自治体病院においては、新公立改革プランに基づいて、それぞれ取組を進めていると考えていますが、自治体病院においては、地域医療の確保で重要なところを担っていますけども、同時に今後自治体病院がどのような役割を担っていこうと考えているのかが地域医療構想の説明の中でも重要なウエイトを占めているということもありますので、地域医療課と町村課が連携して対応すると考えました。従いまして、医療の機能において、しっかりと圏域で担うべき医療機能を果たそうとしているのか、経営の面でも病院のあり方について検討されているかの両面から見ていくことが重要だと考えております。

また、建替を控えている自治体病院も道内数多くありまして、建替となりますと、今後 30 年 40 年の中長期の視点が重要になってくることもありますので、慎重な検討をされることを考えております。

ウ 道の各種支援事業（資料１ P31～P47 及び 資料３）

続きまして、道の各種支援事業についてのご説明になります。地域における検討を促進するにあたりましては、地域医療構想調整会議において関係者の方々の間で地域に必要な医療機能をどうやって確保していくかの議論をしていただくことと合わせて、各市町村のまちづくりと一体的な議論の中で、確保しなければならない医療というのはこういったものなのかを医療の事だけではなくて、住まいのことや教育、子育てなどの様々な課題がある中での１つの

要素として考えていただいて、パッケージとしての町の中での移動を考えていただく事も大事だと考えております。

沼田町の取組については、まちづくりの中で、どのようにして医療を位置付けたのかの一例です。沼田町では今まで沼田厚生病院が町の医療を支えていましたが、施設の老朽化などに伴って施設のダウンサイズなども検討しなくてはいけなくなったという中で、単に規模を縮小するだけではなくて、病院にデイサービスの施設を隣接させるとか、カフェなどの人が集まるような施設を兼ねそろえた「暮らしの安心センター」を作る事によって、住民の方々にも納得してもらえるような案を考えて、ただ医療機能を低下する印象を与えるだけでない取組を進められました。

まちづくりの中での医療をどのように進めるかを北海道厚生局で支援する事業があると聞いておりますので、もし関心のある自治体がありましたら、お声かけいただければと思います。

続いて補助事業についてのご説明になります。病床機能分化・連携促進事業についてです。こちらの事業は、地域で不足する病床機能への転換ですとか、病床機能についての補助事業費ということになります。補助対象について、病床機能転換は、「回復期の確保と併せて行う在宅医療の機能強化についても対象とする。」という見直しを行ったのと、病床削減の取組については、「病床削減を行う者と連携を行う者の取組にも対象とする」という見直しを行いました。

続いて ICT の活用促進についても昨年同様、3つの段階での不足している支援を行っていくということです。

まず、道内外の先進事例の情報提供ですが、お手元の ICT の活用事例集は道と連携協定を結んでいる武田薬品さんの御協力をいただいて、道内外の情報をまとめたものです。

その次に、事業計画の作成など導入準備に対しても補助金としての支援を行っていくこともあり、その次の設備整備を入れようとすることも補助の対象としていくことです。

スライド 39 ページにも想定される事例をイメージとして載せてあります。これも概ね昨年度と同様なのですが、遠隔診療でモバイル端末の活用を今年度から補助の対象としての見直しを行っていることが 1 点違います。

その事例として、オホーツク圏域の北見日赤病院とそれに連携する病院との間でタブレットなどを使って画像などの情報共有を行うという取組です。先に連携する病院に患者さんが搬送され、そこで撮られた画像などを北見日赤の方に送って、必要な指示を受けたりあるいは、患者さんを北見日赤の方に改めて搬送する際に、北見日赤到着後速やかに適切な指示を受けれるような取組を行い地域医療の一部見直しを行ったということです。

次に在宅医療の関係です。こちらも一部見直しを行っております。これまで、在宅医療のグループ診療を行う者を対象に補助を行っていたのですが、地域によってはグループを組むこと自体難しいという意見をいただいたので、そういった地域においてはグループ関係なくとも、「後方支援病院を確保したい」ということについて、補助の対象とする見直しを行っております。

続いて、働きやすく働きがいのある職場づくりについてです。ここでは、医療機関・地域住民の相互理解を深める取組の支援について一部事例をご説明いたします。

各地域の医療機関を応援する住民の方々の団体も設立されていることがありますので、その団体などを含め住民の方々と医療機関の医療従事者との間での交流の場、セミナーの開催などの活動を通じて医療従事者の方々の地域での定着していただきたいということで支援しております。

エ 具体的な事例の取組（資料1 P48～P52 及び 資料3）

続いて、具体的取組事例のご紹介です。本日は、再編等に向けた取組事例を交えてご説明させていただきます。

大きく分けて、機能集約・機能分化の事例と連携強化の事例です。

まず、機能集約の方の事例としまして、1つは山形県の取組です。

こちらは、県立病院と市立病院がそれぞれ急性期を掲げていた中で、設置主体を独立行政法人に統合しまして、その上で3つの病院で急性期を担う病院、回復期・慢性期を担う病院という形で機能分化を図った事例です。

続いては奈良県の取組で、こちらも3つの急性期を掲げる病院があった中で、開設の主体を一部事業組合に統合し、その上で3つの病院の機能分化を図ったという取組です。この奈良県の取組によって、再編前と再編後で医師の数が増えたなどの目途が立った資料です。

この山形県の取組や奈良県の取組については、開設主体を1つにまとめて

しまい、開設する3つの医療機関の機能分化を図ったということです。再編・統合を進めていく上で開設主体を1つにすることは、強力な進め方とは思いますが、一方で開設主体をまとめること自体が非常に難しい作業を伴いますので、「地域医療連携推進法人」の資料を用意しました。

地域医療連携推進法人で参加する法人については、医療法人や市町村であったりなどのそういった法人格についても、そのままの形でこの連携推進法人に参加法人として参画する形になります。連携推進法人においては報告を摘出する際に、連携推進方針というものを作成することになっておりまして、この方針に基づいて、こういった取組を行うのかを法人として進めます。法人の活動については、病床の移動や医師などの共同研修、医薬品などの共同購入などが例として挙げられます。

資料めくると全国における設立の事例が載せてあります。資料では11の事例となっておりますが、この資料作成後に新たに2つほど設立されたと聞いておりますので、13となりますが、道内ではまだ設立の事例はありません。

すでに設立された団体において、どのような効果があったのかを聞き取った内容として、一体感の醸成や連携強化が上がったなどの声が多かったと聞いております。再編等を進めようとする中で、まずは関係者の一体感を醸成すると言ったところから始めるべきではないかというご意見などがあるようでしたら、この連携推進法人というものも1つの選択肢としてありえると考えています。

オ 参考：病床機能報告（資料1 P53～P60）

最後に「病床機能報告」と「定量的基準」についてです。

病床機能報告について、昨年度国の方から調整会議の活性化のために定量的な基準を導入してはどうかという通知を受けての話です。回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足していると捉えられていますが、地域の実態を本当に反映しているのかという疑問が多くあったり、病床機能報告自体が各医療機関のそれぞれの判断に基づいて報告されるものであり、それを単純に足し合わせるという物のため議論するのは無理があるのではないか、そう言ったご意見などもあった中で、一定の基準を設けて病床機能報告の結果をその基準に基づき整理し、調整会議における議論の参考にしてはどうかという考えに基づくものです。

次はこの話を受けて、本道において「定量的基準」をどのように設定していくのかという考え方をまとめたものです。本日の冒頭でも申しましたとおり、道においては「病床数」というものを「大まかな方向性」、「重要な参考値」として捉えておりまして、あくまでこれに精緻な「数合わせ」のものは求めないようにしようと考えておりますので、この考えは変えずに行きます。しかし一方で、「現状の出てくる数値を議論するのはどうか」というご意見がありますので、今後の議論の参考になるのであれば、本道においても「定量的基準」というものを設けてみようと考えました。

そのため、「定量的基準」についても絶対的な基準ではなくて、あくまでもこれに基づいて出てくる数値についても、1つの方向性を示すものとして議論の参考にしてもらいたいと考えています。

本道におきましては、「定量的基準」を2つ用意しました。1つ目として「平均在棟日数」を用いるものです。平均在棟日数が21日以下であれば急性期、22日以上60日以下であれば回復期、61日以上であれば慢性期といった基準にしてはどうかということです。基準が1つだけだと、少し偏った内容になるということで、もう1つ用意しました。

それが、2つ目の基準として「重症度、医療・看護必要度」について、この患者さんの割合が15%以上であれば急性期、15%未満であれば回復期といった基準を考えました。

繰り返しになりますが、この「定量的基準」の考え方について、必要病床数が絶対的な数値ではない。定量的な基準も絶対的な基準ではない。この基準に基づいて出てくる数値は、どのような状態像の患者さんがどの程度入院しているのかを、関係者の皆様の間でさらに具体的な情報共有・意見交換を行う際に参考にさせていただくものです。

カ 参考：地域医療介護総合確保基金（資料1 P61～P77）

地域医療介護総合確保基金を活用した各種補助金のメニューを載せております。本日の説明の中でも触れた事業もありますし、それ以外の事業もありますので、ご参照ください。

私からの説明は以上です。

（２）後志地域の状況（資料４）

（説明：北海道倶知安保健所企画総務課企画主幹兼企画係長 佐々木 千恵子）

倶知安保健所企画総務課の佐々木と申します。よろしくお願いいたします。

私の方からは、「後志圏域の状況」についてご説明させていただきます。

人口構造の変化になりますが、昨年度の説明会でも出させていただきましたが、年齢区分は 15 歳未満、15～64 歳、65 歳以上の 3 区分、赤の折れ線は、65 歳以上の人口割合になります。

参考までに、先日、北海道の高齢者人口の状況が公表されました。平成 31 年 1 月 1 日現在の住民基本台帳人口でだされたものになりますが、後志圏域の総人口は、205,532 人、65 歳以上の人口が 77,937 人、65 歳以上の人口割合は 37.9%。

75 歳以上の人口は 41,283 人、75 歳以上の人口割合は、20.1%になっております。

スライド番号 3 は総人口の推移、スライド番号 4 は 75 歳以上人口の推移となります。すでにピークを向かえたのが 8 町村、2025 年以降ピークを迎えるのが 12 市町村と推計されております。

こちらは、平成 29 年病床機能報告を元に作成した病院の状況となっています。これは何度か提示させていただいている表になりますが、今回平均在棟日数の欄を加えております。平均在棟日数は年間の在棟患者延べ数を新規入棟患者数と退棟患者数の平均で割ったものになります。

次に、地域医療構想の推進に関する意向調査結果及び定量的基準についてです。

意向調査についてですが、平成 30 年度の意向調査は昨年 10 月に実施させていただきました。医療機関の皆様にはご協力をいただき、ありがとうございました。

調査内容は、大きく分けて病床機能報告の状況と今後担うべき役割について回答いただいております。

回答の状況ですが、病院の回答率は 100%、診療所の回答率は 73.3%、全体の回答率は 82.6%となっております。病床機能報告制度について、後志全体の状況としては、28、29、30 年度の状況は（１）のとおり、30 年度の報告内容については（２）のとおりです。

続きまして、2025 年の病床機能の予定という項目では、高度急性期 102 床、急性期 1227 床、回復期 418 床、慢性期 885 床、休棟 101 床という結果になっております。

目安となる参考値、2025 年の必要病床数は、高度急性期急性期で 802 床、回復期で 856 床、慢性期で 1264 床となっています。

また、今後担うべき役割については、高度急性期は 3 施設、急性期が 11 施設、回復期が 4 施設、慢性期が 8 施設、かかりつけ医として在宅医療における中心的な役割を担うのが 12 施設と回答されております。

こちらは、先ほど説明がありました定量的な基準の導入についてです。

病床機能報告に関しては、詳細な分析や検討が行われないまま、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足していると誤解させる事態が生じているという指摘があげられています。こちらの方は先ほどご説明がありましたので、省かせていただきます。

スライド番号 14、こちらは「定量的な基準」を活用した際の状況になります。上の表が平成 29 年度病床機能報告の数字になります。病院の許可病床数 2686 床、休床数 162 床、稼働病床として高度急性期・急性期が 1245 床、回復期が 330 床、慢性期が 949 床、合計 2524 床

有床診療所の許可病床数 452 床、休床数 126 床、稼働病床として高度急性期・急性期が 207 床、回復期が 44 床、慢性期が 40 床、合計 291 床

全体では許可病床数 3138 床、休床数 288 床、稼働病床数として高度急性期・急性期が 1452 床、回復期が 374 床、慢性期が 989 床、合計 2815 床となっております。

今回、定量的基準を分類するにあたりまして、稼働病床数なのですが、病床機能報告が未報告の医療機関の病床数は含まれておりませんので御了承いただきたいと思います。

これを先ほど御説明した定量的基準①により分類すると、救命救急入院料ですとか、特定集中治療室管理料とか目的のはっきりしているものを算出している病棟については、病床機能報告により報告されている病床機能を活用し、それ以外の病棟については、平成 30 年度診療報酬改定における入院基本料体

系の再編に関する考え方を踏まえまして、急性期は平均在棟日数 21 日以下の病棟、回復期は平均在棟日数 22 日以上 60 日以下の病棟、慢性期は平均在棟日数 61 日以上の病棟を分類しております。

病院は、高度急性期・急性期が 1129 床（-116 床）、回復期が 476 床（+146 床）、慢性期が 919 床（-30 床）。

有床診療所は、高度急性期・急性期が 142 床（-65 床）、回復期が 71 床（+27 床）、慢性期が 78 床（+38 床）。

全体では高度急性期・急性期が 1271 床（-181 床）、回復期が 547 床（+173 床）、慢性期が 997 床（+8 床）に分類されております。

続きまして、定量的基準②で分類すると、急性期として報告された病棟について、「重症度、医療・看護必要度」を満たす患者割合が 15%以上は、急性期、「重症度、医療・看護必要度」を満たす患者割合が 15%未満は、回復期として分類し、「回復期」「慢性期」として報告された病棟については、病床機能報告により、報告された病床機能を活用しております。

これによりますと、病院は、高度急性期・急性期が 827 床（-418 床）、回復期が 748 床（+418 床）、慢性期が 949 床（増減なし）、有床診療所は、増減はありません。

全体では高度急性期・急性期が 1034 床（-1034 床）、回復期が 792 床（+418 床）、慢性期が 989 床（増減なし）に分類されております。

参考としまして、2025 年の必要病床数の推計については、高度急性期・急

性期が 802 床、回復期が 856 床、慢性期が 1264 床、合計 2922 床となっています。

再掲となりますが、構想で示す 2025 年の必要病床数は、今後の地域医療のあり方を示す参考値として重要ですが、絶対的な数値ではありません。

また、定量的な基準も絶対的な基準ではありません。どのような状態像の患者がどの程度入院しているかなど、具体的な情報共有が望まれております。

続きまして、後志構想区域受療動向になります。出典は医療介護情報等データベース整備事業（平成 28 年度（2016 年度））東北大学 藤森教授。データ内容は平成 28 年 4 月から平成 29 年 3 月診療のレセプトデータでこちらは、国保、退職国保、後期高齢分となっております。

スライド番号 17、18 は後志圏域の状況となっております。後志圏域は市町村数が多く 20 もありますから、表を分けさせていただきました。スライドの一番右端に不明という場所もありますのでご了承ください。

まずは、がんの外来患者の受療動向になります。小樽市でみますと、外来がんの患者は、小樽市内の医療機関に受診した割合、自給率が 47.2%。札幌圏の医療機関に受療したのは 15.5%。倶知安町でいいますと自給率は 63.0%、岩内町だと自給率 59.3%、各市町村、札幌圏の医療機関への受療は、12.2～34.8%となっています。また、黒松内、留寿都などは西胆振の医療機関にも受療しています。

こちらが（スライド 19）がグラフ化した資料になります。

次に、外来の糖尿病についてです。

自給率が 50%以上の市町村数は 9 カ所となっています。札幌圏の医療機関に受療したのは 4.6%~17.4%となっています。

こちらグラフを載せております。（スライド 22）

スライド 23、24 は外来の脳血管疾患になります。

自給率が 50%以上の市町村数は 11 カ所となっています。

こちらは（スライド 25）は外来脳血管疾患をグラフ化したものになります。

次に心疾患の患者の受療動向になります。

こちら自給率が 50%以上の市町村数は 11 カ所となっています

スライド番号の 29 番になります。こちらは、外来患者の骨折の受療動向になります。小樽市は自給率 70.9%ですが、そのほかは、倶知安町の医療機関に受療した割合が高くなっています。

続きまして、スライド番号 32、入院患者の受療動向でがんになります。

自給率は低い傾向となり、札幌圏域、小樽、倶知安の医療機関への受療が多くなっています。その他の受療先は、余市、岩内、西胆振となっています。

スライド 34 はがんの入院患者をグラフ化したものです。

スライド番号 35、36 は、糖尿病の入院患者の受療動向になります。小樽市は自給率 55.3%です。その他の受療先として小樽、倶知安、西胆振、岩宇は岩内町、北後志は余市町。各市町村札幌への受療もまんべんなくみられます。

こちらは（スライド 37）は糖尿病の入院患者のグラフになっております。

続きまして、スライド番号 38、39 は入院の脳血管疾患になります。

小樽の自給率は 64.8%。その他の受療先としましては小樽、倶知安、岩宇は岩内町、北後志は余市町、西胆振、北渡島檜山。各市町村札幌圏への受療もまんべんなくみられます。

スライド番号 41、42 は入院の心疾患です

小樽の自給率 60.1%。受療先は小樽、倶知安、西胆振、岩内町、余市町、北渡島檜山になります。あと、各市町村札幌圏への受療もまんべんなくみられます。

スライド 44、45 は入院患者の骨折の受療動向になります。

小樽市の自給率は 65.4%。また、倶知安町の医療機関への受療率も多い状況となっております。そのほかの受療先は札幌、小樽、西胆振となっております。

入院は、いずれの市町村からも札幌圏の医療機関を受療している状況となっております。

以上、後志地域の状況について御説明させていただきました。

（３）医療機関の勤務環境改善について（資料５）

（医療機関勤務改善支援センター 神谷 憲一）

北海道医療機関勤務改善支援センターの神谷と申します。本日は説明会の

中でセンターのご案内をさせていただこうと考えております。

資料の5をご覧ください。

先ほども道の方からの説明でもありましたけども、働きやすく、働きがいがある職場づくりの支援ということで、復興センターなのですが、医療法に基づき都道府県が設置するもので、北海道では、「北海道」からの委託を受けて、我々が業務運営を行っております。センターにつきましては、経営改善の安定化、医師をはじめとする医療人材の定着・確保に向けた医療機関の主体的な取組を後押しすることを目的としております。その中に、資料を見ていただきますと概念図が書いてありますが、勤務環境改善、業務改善、経営改善を踏まえつつ、当センターにつきましては、勤務環境改善を1つの切り口として、支援をしていきたいと考えております。

センターの業務についてですが、大きく分けて2つあります。

1つが普及啓発活動で、御参加いただいている方もいると思いますが、説明会などを行っております。もう1つが個別支援で、センターの方には医業系コンサルタント等の資格を用いた医業系アドバイザーと呼ばれる方、それから、社会保険労務士の資格を用いた医療労務管理アドバイザーと呼ばれるアドバイザーが20名程登録しております。このアドバイザーを連携しながら、医療機関の課題や改善の取組などにコンサルティングやアドバイスを実施するものです。こちらも、コンサルティングやアドバイスに関しての支援は無料という形になっております。

支援スキームですが、病院全体の勤務環境の改善に関するアドバイスや全部

を行うのは難しいようでしたら、一部門ごとですとか、何から手をつけたいかわからないことに関して言いますと、導入研修で課題を明らかにするところから始めていくという形で色々な支援のスキームがありますので、それぞれの病院の状況に合わせていく形で考えております。

具体的なテーマはどうかと言いますと、大きく「組織風土」、「日常業務」、「人事諸制度」とありますが、幅広く、それぞれのテーマに合わせたアドバイザーを送るような形を考えておりますので、まずは御相談いただければと考えております。

その下に支援の流れと書いてありますけども、最初にセンターの方に御相談いただきますと、まずはヒアリング・面談と言うような形で現状の課題の把握、支援の方向の確認をさせていただきます。その中でアドバイザーが支援プランというものを作り、医療機関の皆さんとすり合わせながら、どのような形で進めていくのかを御相談させていただきたいと思っております。

その支援プランでいくことになりましたら、コンサルティングを行っていきます。病院の方では勤務環境改善計画というものを作っていただきながら、コンサルティングを終了した後に、医療機関の方で改善を続けていくような計画を作っていただきたいと考えております。

このような形で支援を行っておりますので、連絡先が書いてあるので、まずは御相談いただければと思います。

もう1つ、モデル医療機関というものも募集しており、8月31日までとなっております。こちらの方応募していただきますと、より詳しい分析ですとか、

コンサルティングやアドバイスができますので、少し御相談いただければと思います。

駆け足ではございましたが、センターのご案内でした。

ありがとうございました。

4 質疑応答・意見交換

〈 議事長：阿久津会長 〉

何かご質問・ご意見はありますか？

〈 小樽市病院 並木局長 〉

倶知安保健所であった定量的な基準を用いて数字を出したのは今回が初めてですか？

この中に稼働率を入れないで2つの要因でやるのですね？

〈 地域医療課 櫻井主幹 〉

質問・ご意見ありがとうございます。

この定量的基準の策定については、2月、3月に私どもの方で関係者の方からご意見いただいて作り、これを踏まえて、このような数値になりますということは、今回初めてお知らせさせていただきました。

先ほど仰っていただいたとおり、地域での議論の参考にしていただければと思いますので、地域の実情を少し見やすくなったのであれば良かったと思います。

これはあくまで、出てきた数値を再整理する時の基準ですので、今後、

病床機能報告で報告されると思いますが、報告の仕方は今までと同じで、それぞれのご判断で報告していただいてかまいません。「次のとりまとめ時にこの数値を使うと、こうなる」という基準で作ったものであることを1点ご注意ください。

〈 小樽市病院 並木局長 〉

全国でもこの基準でやっているのですか？

〈 地域医療課 櫻井主幹 〉

全国では、各都道府県のそれぞれの考え方によって「どのような基準でやるのか」もしくは「やらない」という判断もあります。それは、各都道府県の判断です。

〈 小樽市病院 並木局長 〉

もう1つ、経営状態も重要だと思いますけど、稼働率のところも色々と自分のところは急性期と回復期をやっているからと言った参考にはならないのでしょうか？

〈 地域医療課 櫻井主幹 〉

稼働率というのは有床の利用率でよろしいですか？

〈 小樽市病院 並木局長 〉

はい、ベッド利用率です。

〈 地域医療課 櫻井主幹 〉

そうですね。そこは、病床機能別の議論とまた別の病床数の適正な数の議論であれば、病床稼働率であれば非常に重要な数値ですので、議論の参考にしていただければと思います。

〈 小樽市病院 並木局長 〉

ありがとうございます。

〈 議事長：阿久津会長 〉

その他、何かありませんか？

〈 小樽市医師会 大庭理事 〉

今の定量的基準に関して、もう一度確認したいのですが、新しい試みとして、①・②に公表されているこの数字の評価をお聞きしたいです。

どう理解しているのかをもう一度整理していただきたいです。つまり、これを使う事によって病床機能報告の数字と明らかに回復期が増えてたりしますので、その辺の評価をお願いしたいです。

〈 地域医療課 櫻井主幹 〉

それぞれ、平均在棟日数と患者さんの重症度、医療介護必要度について、この基準で整理するとこうなったということで、私はこの地域の現状について肌感覚で持っている部分がないので、このような数値が出てきた時に、「実際に近づいたと見える」のか、「どうしてこのような数値になるのか」という疑問符が付くのかハッキリとわからないところがありますので、そ

こは、ある意味皆さんの方がこの数値を「どのように見えるか」は分かりやすいと思っております。

そして、皆さんの中でご厚意が得られやすい数値であったりするのならば、これを参考にし、「現状がこのような数値なら、次にどのような取組が必要なのか」という議論に繋げていただければと思います。

〈 小樽市医師会 大庭理事 〉

平成 29 年度の病床報告では、評価の仕方がそれぞれの分類で違うので、これを数字で表すと、当然差は出てくる。では、我々はどこを見据えていけばいいのか？

そして、数字は絶対的なものではないということですが、回復期のあり方が今後 748 床となっており、平成 29 年度の病床機能報告の 374 床を定量的基準の②を使うと、倍の数字になると理解してよろしいのですか？

これだけの差が出てくると、この数字自体に意味があるのか？

先ほど議長が言われたとおり、問題は中身で、どう今後機能分化して、どう今の地域にどのような病床が必要なのかという議論を中心にやっていくべきで、「この数字自体これだけばらつくの意味がない」こんな印象を持ちました。

〈 議事長：阿久津会長 〉

ありがとうございます。

たぶん、私の実感なのですが、これは後志の事を表していると、急性期の中に入っている高齢者は非常に多いわけで、当然医療必要度・介護必要度低い人が急性期へ、実際のところ回復期に数値が出てくるのは、この地域全体の医療事情が反映しているではと思います。数字はともあれ、そのような方向であることは捉えることができると思いました。

その他、何かございますか？

〈 小樽市 小山副市長 〉

受療動向を見ると、後志圏域は札幌圏の医療機関の事を無視して将来の考えるのは難しいと思うのですが、先ほど示された定量的な基準を活用した状況や意向調査の結果というのは、札幌の部分を我々後志の人間がデータとして提供していただく事はできるのでしょうか？

〈 地域医療課 櫻井主幹 〉

札幌圏域の分のデータについては、もちろんこの説明かとかで公表するために作成するものですので、ご提供可能と思います。

まだ、札幌圏域で説明会のスケジュールが定まっていなくて、数値が出ているのか把握できていないのですが、数字が出ればご提供できるものだと思います。

〈 小樽市 小山副市長 〉

もし、そのような機会があれば、ぜひお願いしたいと思います。ありがとうございます。

〈 議事長：阿久津会長 〉

その他、何かございますか？

ないようですので、アドバイザーの笹本先生から一言お願いします。

〈 道医師会：笹本アドバイザー 〉

北海道医師会の笹本でございます。関係者の皆様には、地域医療へ貢献していただき大変感謝しております。また、今日お集まりの皆様は、各地域で大変ご苦労されていると思います。

この地域医療構想と言うのは、6 年前、当時地域医療ビジョンという考え方でできてきて、その時に、各医療関係者は、今後の経営が大変だということが薄々わかってきて、多くの医療関係者の皆様が経営改善にご尽力され、ここ数年各病院の経営状態は、それほど悪くないのではないかと推察いたします。これは 2025 年に向けて現在進めておりますけれど、ここにいらっしゃる方はなんとなく 2025 年まではうまくいくんじゃないかと考えているのではないかと考えております。

国のほうは、こういうことを理解して、2040 年は大丈夫ですかというのが、現在の国の考え方です。今のまま進んでいくと本当に大丈夫なのだろうかというのを、各圏域の方々に考えていただきたい。これが地域医療構想の大きな進め方でありまして、2025 年を向かえる前までは、多分、次の構想のようなものを考えなければいけない。

そこで、先ほど議長のほうから大きな青写真を描いていただきましたが、これからみなさんが次の世代、次の住民の人達にどのようにして医療を提供していくかと言うことを、是非考えていただきたい。今後とも議論をお

願います。

5 閉 会 （北海道倶知安保健所企画総務課長 藤井 信秀）