

平成27年度第2回海部圏域地域医療構想調整ワーキング会議録

平成28年1月27日（水）

午後3時20分から午後4時15分

海部総合庁舎4階401会議室

○司会

それでは、ただ今から「海部圏域地域医療構想調整ワーキング」を開催します。開会にあたりまして、津島保健所長からご挨拶申し上げます。

○津島保健所長

津島保健所長の増井でございます。

皆様におかれましては、大変お忙しい中、当会議にご出席いただき、ありがとうございます。

本日の議題は、「地域医療構想における必要病床数の推計等について」でございます。

昨年8月に開催いたしました、第1回目のお集まりは、主に構想区域についてご発言いただきましたが、今回のワーキングでは、主に必要病床数等について、皆様のご意見を伺いたいと思います。圏域会議に引き続いてのご出席の構成員様には、大変長時間の会議となりますが、皆様には、それぞれのお立場から活発なご意見をいただき、実りのある協議となりますようお願いしたいと思います。

よろしくお願いを申し上げます。

○司会

それでは、出席者の皆様方のご紹介ですが、時間の関係もありますので、前の会議と同様、「出席者名簿」と「配席図」をもちまして、ご紹介に代えさせていただきますので、よろしくお願いいたします。なお、出席者名簿につきましては、差替えをお配りしてありますので、よろしくお願いいたします。

また、本日の会議には、傍聴の方が1名いらっしゃいますのでご報告いたします。

次に、資料の確認をお願いいたします。まず、「次第」「出席者名簿」「配席図」A3版資料1「地域医療構想における必要病床数の推計等について」、参考資料1「医療需要等の推計方法」、参考資料2「平成37年機能区分別入院患者の流出・流入の状況」になります。この参考資料2につきましては、差替えをお配りしてありますので、差替えをお願いします。不足している資料がありましたら、お知らせください。よろしいでしょうか。

続きまして、次第に従いまして、議長の選出をお願いしたいと思います。当ワーキングにつきましては、「愛知県圏域保健医療福祉推進会議開催要領」を準用しておりますので、議長につきましては、互選でお決めいただきたいと思いますが、どなたかご推薦等ありますでしょうか。特になければ、第1回目のワーキングに引き続き、海部医師会の下方副会長様をお願いしたいと思います。如何でしょうか。

(異議なし)

ありがとうございます。それでは、下方様に議長をお願いします。

それでは、恐れ入りますが、下方様から、一言ご挨拶をお願い致します。

○議長

海部医師会副会長の下方でございます。議長を務めさせていただきます。よろしくお願い致します。

今回、第2回目となりますワーキングでは、必要病床数等について、協議してまいりたいと思います。皆様の忌憚のないご意見をお願いいたします。

それでは、これから議事に入りますが、その前に本日の会議の公開・非公開の取り扱いについて、事務局から説明してください。

○司会

当ワーキングは、保健医療福祉推進会議開催要領の第5条第1項を準用し、公開で行いたいと思います。従いまして、本日の会議の内容につきましては、後日、津島保健所のホームページに会議録として掲載することとしておりますので、あらかじめご承知おきください。

○議長

よろしいでしょうか。以後、座って議事を進めさせていただきます。

それでは、議事「地域医療構想における必要病床数の推計等について」に移りたいと思いますので、事務局から説明してください。

○医療福祉計画課 久野主任主査

愛知県医療福祉計画課の久野と申します。よろしくお願い致します。申し訳ございませんが着座にて説明させていただきます。

それでは、お手元の資料に沿って説明させていただきます。

本日の資料につきましては、昨年12月18日に開催をいたしました「愛知県医療審議会医療体制部会」におきまして御審議いただきました、事務局の「たたき台」となっております。当資料を基にいたしまして、各地域の皆様の御意見を頂戴したいと考えておりますので、よろしくお願い致します。

それでは、資料1の1ページをご覧ください。

「1 必要病床数の推計手順」でございますが、こちらは国の「地域医療構想策定ガイドライン」に記載されております手順をまとめたものとなっております。

まず(1)でございますが、構想区域ごとに、患者住所地に基づき推計しました平成37年の医療需要と、現在の医療提供体制が変わらないと仮定した平成37年の推定供給数を比較いたします。

「平成37年の医療需要」につきましては、その区域にお住まいの患者様がその区域内の医療機関に入院をされた場合の推計でございます。

もう一方の「現在の医療提供体制が変わらないと仮定した平成37年の推定供給数」

につきましては、現在の医療圏間で発生しております入院患者の流出入の状況が、平成37年においても変わらないとした場合の推計値でございます。

なお、これらの数値につきましては、国から各都道府県に提供されております「地域医療構想策定支援ツール」によって算出されたものとなっております。

次に（2）でございますが、入院患者の流出入につきましては、都道府県間でも発生しておりますので、関係する都道府県との間で、患者数の増減を調整することとなっております。

なお、都道府県間調整につきましては、（注）にございますが、後ほど説明させていただきます。

次に（3）でございます。都道府県間の調整が終わった後、県内におきまして、2次医療圏ごとの医療提供体制や、関係者の皆様方の御意見を踏まえた上で、構想区域間の入院患者数の増減を行いまして、将来のあるべき医療提供体制を踏まえた推定患者数を確定することとなっております。

そして（4）でございますが、（3）で確定しました将来の推定供給数を病床稼働率で除した数を、平成37年の必要病床数とすることとされております。病床稼働率につきましては、「医療法施行規則」に定められております。

次に「2 医療需要の推計について」でございます。医療需要の推計方法等につきましては、昨年開催いたしました第1回目のワーキンググループにおいて概略を説明させていただいておりますので、今回の資料につきましては内容を簡略化しております。なお、本日「参考資料1」としてもお示ししておりますので、参考にいただければと存じます。

まず（1）でございます。4つの医療機能のうち、高度急性期、急性期、回復期の3つの医療機能の医療需要の推計につきましては、平成25年度のレセプトのデータ等に基づき、医療資源投入量による区分ごとに推計することとされております。この推計方法につきましても、病床稼働率と同様、「医療法施行規則」に方法が定められております。

次に（2）でございますが、慢性期機能の医療需要の推計につきましては、都道府県が若干の調整を行うことができることとされております。一つ目の○でございます。慢性期の医療需要につきましては、慢性期機能を主に担っております現在の療養病床の入院受療率の全国格差が大きいことから、地域差を解消するための目標を定めることとなっております。そして、長期に療養を要する患者のうち、一定割合を在宅医療等に移行する前提で算定することとされております。

目標の定め方につきましては、2つ目の○にございますとおりパターンAとパターンBの2つがございます。この範囲内で定めることとされております。パターンAにつきましては、入院受療率を全国最小値に低下をさせるもので、パターンBにつきましては、入院受療率の全国最大値が全国中央値まで低下する割合を用いるものとなっております。従いまして、パターンAの方が厳しい目標設定となっており、パターンBはパターンAと比べると緩やかな目標値を設定することとなります。

また、3つ目の○でございますが、「特例」によりまして目標年次を平成37年から平成42年に先送りすることができまして、本県においては東三河北部医療圏が該当

しております。

4つ目の○でございますが、本県におきます平成25年度の慢性期の入院受療率及び平成37年の入院受療率をパターンA、パターンBそれぞれで試算した結果が、資料右上の表でございます。右上の表をご覧くださいと思います。

まず、パターンAを用いますと、表の中程、「パターンA」という項目の中の左側「平成37年入院受療率」の欄にありますとおり、知多半島医療圏を除きまして、全国最小値であります「81」に近づける目標を設定することとなります。

一方、パターンBを用いますと、「パターンB」の項目の中の左側「平成37年入院受療率」の欄にありますとおり、パターンAではほぼ一律「81」という目標値であったものが、海部医療圏におきましては「96」と、パターンAよりも緩やかな目標設定となっております。

なお、パターンBの東三河北部医療圏の数値が「97」となっておりますが、この数値は「特例」を用いた場合の平成42年の目標値でございます。

そして、表の下の○、事務局の案でございますが、今後、在宅医療等の提供体制の整備には一定程度の時間が必要であると考えられますので、パターンBによることとしてはどうか、また、東三河北部医療圏につきましては「特例」を用いることとしてはどうかということでございます。

それでは資料裏面、2ページをご覧ください。

「3 構想区域間の供給数の増減の調整について」でございます。こちらの調整方法につきましては、たたき台ということでお示ししております。

まず1つ目の○でございますが、現時点におきましては、平成37年の医療提供体制がどうなるかということをはっきり見込むことが難しいということがございますので、現在の医療提供体制が変わらないと仮定をしまして、医療機関所在地ベースに基づく必要病床数の推計を基本としてはどうか、ということでございます。

ただし、2つ目の○でございますが、先ほど医療需要を推計するに当たりまして用いておりますのが平成25年度のレセプトデータの実績ということになっております。そのために、平成26年度以降におきまして大幅な増床の予定や病院の開設がある場合につきましては、その影響により隣接いたします構想区域への一定程度の流出が止まるといった状況が発生することを考慮し、調整を行ってはどうか、ということでございます。

なお、ここで申しております「大幅な増床の予定」等でございますが、平成26年度以降、一般病床あるいは療養病床において200床以上の増床が見込まれるものとしておりまして、資料にございますとおり、2つの医療機関が該当しております。

まず、1つ目でございます。(1)にあります、西三河北部構想区域に平成30年4月に開設が予定されております「豊田若葉病院」、もう1つが(2)にあります、西三河南部東構想区域に平成32年4月に開設が予定されております「藤田保健衛生大学病院の新病院」でございます。この2つの医療機関の開設による影響分につきましては、資料にございますとおり調整をしてはどうか、というたたき台とさせていただいております。

このたたき台につきまして、各地域でのご意見をいただいた上で、そのご意見を踏

まえまして2月に開催を予定しております愛知県医療審議会医療体制部会に、構想区域ごとの将来の必要病床数として改めてご審議をいただく予定としております。

それでは資料の3ページをご覧ください。

平成37年の必要病床数の「たたき台」をお示ししております。構想区域ごとの平成37年の必要病床数につきましては、先ほど説明いたしましたとおり、医療機関所在地ベースを基に、一部調整をさせていただいた数字をお示ししております。

資料の左には、名古屋・尾張中部構想区域から知多半島構想区域までの、4つの医療機能ごとの必要病床数を「たたき台」としてお示ししております。こちらは全て医療機関所在地ベース、現在の構想区域間の患者の流出入については将来も継続すると仮定して推計をさせていただいた数値となっておりますので、当医療圏につきましては、調整のない「医療機関所在地ベース」による数値をたたき台としてお示ししております。

なお、「必要病床数」の項目の下の行、「平成26年の病床数」がございます。こちらの病床数につきましては、表の欄外が一番下のアスタリスクで説明しておりますとおり、平成26年10月1日現在の病院名簿でございます病院の一般病床数と療養病床数、そして有床診療所の病床数の合計を、病床機能報告における報告結果の医療機能の割合を用いまして算出をしました「参考値」としてお示ししております。病床機能報告制度につきましては、定性的な基準で報告をいただいております。そのため、厳密な基準となっておりますので、今回はあくまで「参考値」とさせていただいているということがございます。

資料右側の表につきましては、西三河北部構想区域から東三河南部構想区域までの構想区域、そして全体の計をお示ししております。

先ほど説明いたしましたとおり、大幅な増床予定のある構想区域につきましては、構想区域間で調整を行うということで、表中に矢印で数字が左側と右側に分けてお示しをしている部分が調整を行っているものとなります。矢印の左側が調整前の医療機関所在地ベースの数値、右側が調整後の数値でございます。

それでは、4ページと5ページをご覧ください。それぞれ参考としてお示ししております。

4ページにつきましては、「参考1」といたしまして、構想区域間の調整を行わない場合の必要病床数をお示ししております。

次の5ページにつきましては、「参考2」といたしまして、構想区域間の調整を行った場合の必要病床数をお示ししております。3ページの資料につきましては、この参考2に基づき作成をしたものとなっております。

それでは資料の6ページをご覧ください。「4 必要病床数の都道府県間調整」でございます。

先ほど、資料の1ページで若干説明をさせていただきましたが、まず、都道府県間調整を行うことになっておりまして、本県と患者の流出入が関係をしておりますのが、資料の左上の表に記載されております「岐阜県」、「三重県」、「静岡県」、「東京都」そして「福岡県」となっております。

「海部構想区域」におきましては、三重県との間で調整対象となる患者の流出入が

発生しております。

三重県との調整の状況につきましては、資料の右側の②に記載させていただいておりますが、本県から三重県に対し、現状の患者の流出入が継続すると考え「医療機関所在地ベース」で調整したい旨の協議を持ちかけています。これに対しまして、三重県からは、本県の協議内容に同意する旨の回答があったことから、医療機関所在地ベースとなる予定でございます。三重県以外の4都県につきましても、現在の流出入を加味いたしました「医療機関所在地ベース」となる予定でございます。

最後に、資料の7ページをご覧ください。「5 将来のあるべき医療提供体制を実現するための取組」について、説明させていただきます。

地域医療構想につきましては、医療法上「医療計画」の一部として定めることとなっております。構想に記載する内容につきましては、先ほど説明いたしました「平成37年におきます構想区域ごとの必要病床数」の他に、「構想を実現するために将来のあるべき医療提供体制を実現するための取組」について、記載することとされております。

まず(1)の考え方でございます。「ア」にございますとおり、この構想を実現いたしますためには病床の機能分化と連携を進める必要がございます。この病床の機能分化と連携を進めるためには、地域医療構想で策定をいたしました必要病床数を地域の会議の場にお示ししまして、その数字をご覧ください医療機関の自主的な取組を促すことと合わせまして、医療機関相互の協議を行っていただく必要があると考えております。

次に「イ」でございます。先ほど、医療需要の推計の中で説明いたしましたが、慢性期機能の医療需要につきましては、在宅医療に移行していく目標を立てますことから、在宅医療の充実強化を図っていくことが必要となってまいります。

そして「ウ」でございますが、そうした医療提供体制を再構築する上で医療人材の確保が必要でございます。医療従事者の確保・養成を図る必要があるということでございますので、こうした取組を進めるために、「エ」でございますが、昨年度から設置をしております「地域医療介護総合確保基金」を活用していく必要があると考えております。

続きまして、(2)今後の方策でございます。ただ今、説明いたしました「ア」から「ウ」につきまして、それぞれ、どのような方策が考えられるかということで、事務局案としてお示しをさせていただいております。

まず、「病床の機能の分化及び連携の推進」につきましては、不足する医療機能、これは主に回復期機能になると思われませんが、その医療機能が充足できるよう、病床の転換等への支援や、ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備、病診連携システムの整備等を事務局案としてお示ししております。

次に「在宅医療の充実」につきましては、群市区医師会様に今年度から本格的に運営・設置をされております「在宅医療サポートセンター」の支援等による、24時間365日対応可能な在宅医療提供体制の構築の推進や、ICTによる在宅医療連携システムの導入支援、市町村が中心となった他職種が連携をして患者家族をサポートする体制づくりの支援、地域包括ケアシステムの構築等を事務局案としてお示ししてお

ります。

「医療従事者の確保・養成」につきましては、今年度、県に設置をしました「地域医療支援センター」を中心とした、医師不足地域等の病院勤務医の養成等、医師確保対策の推進や、チーム医療の推進等を事務局案としてお示ししております。

最後に「6 今後の予定」でございます。先ほども若干説明させていただきましたが、ワーキンググループにおいていただきました、「たたき台」に対する御意見を踏まえまして、2月19日に開催予定の愛知県医療審議会医療体制部会におきまして、必要病床数等を改めてご審議をいただく予定としております。

以上、説明が長くなりましたが、資料についての説明は以上でございます。

○議長

ありがとうございました。ただ今の事務局の説明について、ご意見・ご質問等がございましたらご発言願います。

○海南病院 山本院長

確認ですが、当圏域、三重県と密接な関係にあります。4項目目にあります都道府県間調整の数字について教えていただきたい。

○医療福祉計画課 植羅主幹

資料6ページをご覧くださいと思います。左の表、この中で三重県の欄をご覧くださいますと、高度急性期につきましては、名古屋へ28流入、三重県から当医療圏へは1日当たり23人流入しているということで、これをもとに医療機関所在地ベースという数値を示させていただいております。平成37年において現在の流入の状況が続くということで計算させていただいております。

○海南病院 山本院長

データの基になったのが、平成25年度のレセプトデータですね。私は三重県の東員地区のワーキングのオブザーバーですが、東員地区には高度急性期がないし、予定もはっきりしない。今、海南病院の状況を申し上げますと、平成25年9月に救命救急センターに指定いただきまして、年間4000台くらい（の救急搬送）が、それまでの倍増に近い。また、最近は高度急性期患者が増えている。それが平成37年まで続くかどうかわかりませんが、大分状況が変わってきている。そういう状況にある中で、流入流出もある。海部からは名古屋・尾張西部への流出もありますけれど、先般も申し上げましたが、当圏域はバランスがとれていると思います。しかし、高度急性期は必要病床数が少ない印象を受ける。海南病院の状況で申し上げますと、集中治療室、救急病棟等、それぞれの診療科の病棟再編によりまして、4病棟くらいが高度急性期になるのかと考えている。

○議長

他にご発言ありますでしょうか。

○津島市医師会 河西会長

平成37年、約10年後の必要病床数ですが、高齢化率が上がっている状態だと思います。今、高度急性期が192床となっていますが、高齢化率が上がってきて高度急性期がそれだけ必要か、そんなに確保できないといった場合、例えば急性期がその分替わればいいのか、柔軟な考え方で37年の必要病床数の案に近づければいいのか。病床数を減らすことが前提にあるのか。

○医療福祉計画課 植羅主幹

地域にとってとても重要なご質問かと思えます。今回、3ページをご覧くださいますと、当地域の必要病床数と平成26年の病床数をお示ししております。前回のワーキングでもご説明させていただきましたように、医療需要等の推計方法は、国で全ての平成25年度のレセプトデータを使いまして、4機能区分につきまして、このデータの点数で分けています。全ての患者さんのデータということでもありますので、そちらが平成26年の病床数の所で説明させていただきましたが、病床機能報告で届出をしていただいている結果と、整合性がとられていないということです。先ほど、定性的な基準ということを申し上げました。高度急性期・急性期・回復期・慢性期という4機能区分について、高度急性期につきましては、国の方の定義を申し上げますと、「急性期の患者に対しまして、状態の早期安定化に向けて診療密度が特に高い医療を提供する」、それに対しまして、急性期につきましては、「急性期の患者に対しまして、状態の早期安定化に向けて医療を提供する」となっています。今申し上げた高度急性期と急性期の違いは、診療密度が特に高いかそうでないかということですが、この診療密度が高いかどうかということも、明確な定義がされていない状況であります。そして、又、平成26年度の病床数、病床機能報告によるものは、病棟毎の報告で、病棟の中の、例えば急性期と高度急性期の患者が混在しているということは、全く無視しているということで、この必要病床数と平成26年の病床数を今、比較することは意味がないと考えております。国の方もそういったことは、重々承知しているということで、現在、地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会の方で、4機能の定義の精緻化をするということをお願いしているのですが、そうした場合も、病棟単位の報告ということになりますと、患者1人1人のレセプトを基に計算しております必要病床数と病床機能報告によるものとは、一致しないのではないかと考えております。必要病床数と現状の病床数というものが、今、明確に比較ができない状況でありますので、今回、あくまでも参考値ということでお示ししておりますが、この差引が過剰であるからといって、その分を削減するといったことを考えているということは、全くないということです。

○議長

ありがとうございました。他に何か。

○津島市民病院 松崎院長

非常に納得のいくお話で、ありがとうございます。

診療報酬改定の中で、病棟単位にするのか、病床単位にするのかということが、病院として見えていなくて、行政、医師会、歯科医師会の皆様と一緒に、地域包括ケアに協力していきたいし、うちも今回、地域包括ケアの病棟を作っていくのですけれども、この地域包括ケアの病棟もわかっていなくて、おっしゃったように幅があるよという内容でしかないと思いますが、概ねその流れの中での理解が十分してこられて、この地域においては、あまり変わらないのだな、と思います。今の話を聞いて、安心というか、そうなんだろうなということは理解しました。けれども難しそうだなと思います。診療報酬改定の問題もありますので。

○医療福祉計画課 植羅主幹

明確な答えになるかどうかわからないのですが、この地域医療構想自体が、医療計画の一部でありまして、次回の医療計画の見直しが平成29年度に行われる予定となっております。現在、医療計画の中で、病床を整備するための基準としまして基準病床数があります。それに対しまして、今回、平成37年の必要病床数ということで、基準病床数と今回お示ししている必要病床数との考え方も全く整合性がとれていない状況でございます。そういったものを次回の医療計画の改定に向けて国の指針が新たに示されてまいりますので、そういったものも拝見したい。又、先生のおっしゃられた診療報酬改定の話、そういったことも考えながら、まずは各地域で必要病床数をご覧いただきまして、この数値を基に診療報酬の内容も見ていただいて地域の医療機関の皆様が自主的に将来のご自身の立ち位置を考えていただくための資料かなと思っております。

○議長

ありがとうございました。他に意見等ありますか。

○海南病院 山本院長

せっかくの機会ですので、今出てきました地域包括ケア病棟について、色々なとらえ方がありますがけれども、大枠の考え方というものをつくっている。急性期もあるでしょうし慢性期もあるでしょうが、どのように考えていったらよいのか。

○医療福祉計画課 植羅主幹

地域包括ケア病棟自体が3つの機能があります。急性期を過ぎた患者さんを受け入れる。在宅の患者さんが悪化した場合に受け入れる。また、在宅に向けた支援をしていく。病床機能報告の中で、地域包括ケア病棟をどうしていくかという、どのように報告したらよいかということだと思いますが、ここの区分の方は、国もまだ明確にしておりません。ただ急性期を過ぎた患者さんを受け入れるということであれば、回復期機能であると思うし、肺炎でありますとか、そういったものを診られる場合には急性期機能ということではありますが、まだはっきりしていません。なお、それらについては、中医協の方で議論していますが、過去の資料などを見ますと、急性期としての機能を発揮しているのは、10%くらい。9割は主に、急性期後の患者さんを診ると

いうデータがあります。そういったものも含めて今後、国が4機能について精緻化していく中で決まってくるのかと思います。

○海南病院 山本院長

地域の中で、それぞれが持つ特性によって、それぞれの医療機関が協力していくのかと思う。基本的に医療機関所在地ベースという中で、地域医療構想自体が、私の中で、現在の医療圏体制は変わらないが、基本は地域包括ケアシステムとの密接な関係の元に、地域で住民の方々がより良い医療介護を受けられる体制を作り上げていくというのが、本来の考え方だと思う。住民に、病床機能の分化という所で、ご理解いただいていない所がありますので、そういった受ける方々の思いを汲みまして、広報とか、今後の地域の方々への説明はどういった形になるのでしょうか。

○医療福祉計画課 植羅主幹

まだ広報までは検討しておりません。数字としてたたき台としてお示しをいたしました。今この数字を一般の方がご覧になった時、△がついている所はどうしても過剰だとみられてしまいます。先ほどからご説明してきたこの数値の意味までは一般の方にはわからないと思います。この数字をすぐに広報するとなると、ベッドが単に減らされてしまうのではないかと。医療崩壊してしまうのではないかと。誤解されてしまう方が増えてしまうのではないかと思いますので、こういったことも含めまして、地域で、地域医療構想を作った後で、ワーキングの中で皆さんのご意見を聴きながら対応したいと考えます。

○海南病院 山本院長

このたたき台、この数字は、現在の第6次医療計画の中にも盛り込まれるのか。

○医療福祉計画課 植羅主幹

今の基準病床数とは別で、10年後の病床数の参考値となります。

○議長

あま市民病院さん、新病院になりましたが、どうでしょうか。

○あま市民病院 赤毛院長

地域住民に合わせてやっていくしかないなと思っています。

○津島市医師会 河西会長

医療の方だけの地域医療構想になっているのですが、介護施設、福祉施設、特養等にかかわっている方も、構成員に入れた方がよいのではないと思うが、いかがでしょうか。

○医療福祉計画課 植羅主幹

今回は、地域医療構想ということで、ベッド数についてご検討いただくということで、医療機関の皆様に参加していただいております。医療と介護の連携、慢性期を在宅医療で対応できる方は在宅にということになりますと、おっしゃられたとおり、介護関係の方もということになるのかと思います。次回の医療計画の見直し、地域医療構想を含めまして、平成29年度となりますが、ちょうど、介護保険の事業計画の3年目にあたりますので、国も、医療計画と介護の計画の整合性をとるように、平成30年度から計画の始点を合わせるとしてありますので、次回の医療計画の見直しの中で、反映していくのかと思っています。

○看護協会 日紫喜代表

資料1 ページの所の、「本県において、在宅移行の整備には、今後、一定程度の時間が必要と想定される」とあるが、具体的に何かお示しいただける情報があれば教えてほしい。

○医療福祉計画課 植羅主幹

慢性期機能を主に担っているものは療養病床、療養病床も介護保険適用と医療保険適用の2つがあり、国も前々から介護保険適用の療養病床については、廃止に向けて考えています。その期限が平成29年度末ということですが、それにつきまして、今、療養病床のあり方検討会というものを、国の方で立ち上げておまして、その中で療養病床をどういった形に転換するか、一つの選択肢として、医療内包型と医療外付型といったものを示し、それが医療機関としてどう位置づけられるかということ、今後、社会保障審議会の部会の方で議論していくといわれております。そういった検討をふまえて今後の療養病床の転換の1つの選択肢というものが示されると思っております。

○議長

ありがとうございました。他に何かご発言はないでしょうか。よろしいでしょうか。ご意見もないようですので、本日の海部圏域地域医療構想調整ワーキングは、これをもちまして閉会といたします。ありがとうございました。

○司会

下方様、ありがとうございました。なお、会議の冒頭にも申し上げましたが、本日の会議の内容につきましては、後日、会議録として津島保健所のホームページに掲載することにしておりますので、よろしくお願ひします。

本日は長時間にわたりありがとうございました。それでは、お気をつけて、お帰りください。