

## 平成27年度第2回愛知県医療審議会医療体制部会 議事録

- 開催日時 平成27年12月18日（金） 午後2時から午後4時まで
- 開催場所 愛知県自治センター4階 大会議室

- 出席委員

井手委員（一般社団法人愛知県医療法人協会会長）、加藤委員（一般社団法人愛知県病院協会会長）、鈴木委員（公益社団法人愛知県看護協会会長）、土肥委員（日本労働組合総連合会愛知県連合会会長）、内藤委員（健康保険組合連合会愛知連合会事務局長）、柵木委員（公益社団法人愛知県医師会会長）、丸山委員（愛知県国民健康保険団体連合会専務理事）、村松委員（一般社団法人愛知県薬剤師会会長）、渡辺委員（一般社団法人愛知県歯科医師会会長）（敬称略）

### <議事録>

（愛知県健康福祉部医療福祉計画課 緒方課長補佐）

お待たせいたしました。委員の先生方皆様お揃いでございますので、ただいまから「愛知県医療審議会医療体制部会」を開催いたします。

私は、医療福祉計画課の緒方と申します。議事が始まるまでの間、進行役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。

それでは開会にあたりまして、健康福祉部保健医療局の松本局長から御挨拶を申し上げます。

（愛知県健康福祉部保健医療局 松本局長）

愛知県保健医療局長の松本でございますが、ひとこと御挨拶申し上げます。

本日は皆様には年末の大変お忙しい中、御出席いただきまして誠にありがとうございます。また、委員の皆様方におかれましては日頃から愛知県の健康福祉行政の推進に対しまして格別の御理解と御支援をいただきましてありがとうございます。重ねて厚くお礼申し上げます。

さて本日は、議題といたしまして、「地域医療構想の必要病床数等について」及び「愛知県地域保険医療計画の進捗状況について」の2件を用意させていただいております。

1つ目の地域医療構想につきましては、10月28日に開催いたしました愛知県医療審議会において地域医療構想を策定するための地域的な単位でございます、構想区域につきまして御承認をいただいたところでございます。

本日は、地域医療構想でお示しいたします構想区域ごとの、平成37年における必要病床数と地域医療構想を実現するための取組につきまして、御審議をお願いしたいと考えております。

また、2つ目の議題の「愛知県地域保健医療計画の進捗状況」につきましては、計画の実効性を高めるため、PDCAサイクルを効果的に機能させることが求められています。そのことから、昨年度から目標項目の進捗状況の把握、評価を実施しているところでございます。本日は、各数値目標の推移をもとに、計画の進捗状況に対する評価及び推進方策等につきまして委員の皆様方から御意見をお伺いしたいと考えております。

限られた時間ではございますが、忌憚のない御意見を賜りますようお願い申し上げます。私がいつも言っておりますが、今日御出席の皆様の共通の願いというのは、県民の皆さんの健康・安全・安心だと思えます。そうした共通の願いに向かって共に考え、共に行動して行くことを切にお願いいたしまして、開会にあたっての、私の挨拶とさせていただきます。今後ともよろしく願いいたします。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 緒方課長補佐)

本来であれば、ここで出席者の御紹介でございますが、時間の都合がございますので、「委員名簿」及び「配席図」により、紹介に代えさせていただきますと存じます。なお、本日御出席の委員のうち、部会長から御指名により新たに本部会へ御所属いただくことになりました委員を御紹介いたします。

愛知県国民健康保険団体連合会専務理事の丸山真(まるやま まこと)様でございます。

(丸山委員)

丸山です。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 緒方課長補佐)

また、定足数でございますが、この審議会の委員数は11名で、定足数は過半数の6名となっております。本日、現在9名の御出席をいただいておりますので、本日の会議は有効に成立しております。また、本日は傍聴の方がいらっしゃいますので、よろしくお願いいたします。

続きまして、本日の資料の確認をお願いいたします。

**【次第(裏面)「配布資料一覧表」により資料確認】**

資料についてはよろしいでしょうか。それでは、これから議事に入りたいと存じますが、以降の進行は柵木部会長をお願いいたします。よろしく申し上げます。

(柵木部会長)

部会長を仰せつかっております、愛知県医師会会長の柵木でございます。

先ほど局長からお話ございましたように、10月28日の医療審議会で構想区域が決まりました。いよいよ、その決まった構想区域の中で地域医療構想そのものを議論し

ていくということでございます。愛知県の11の構想区域の中で、それぞれ問題のないところ、問題のあるところ、色々な観点がございます。その辺のところを、委員の先生方がしっかりと御勘案いただいて、それぞれ、県民のための安心・安全な医療の提供体制をできるように、この医療体制部会でしっかりと御議論をいただきたいと思っております。

今日の議題（1）「地域医療構想における必要病床数の推計等について」ということでございますが、基本的には各構想区域の中で、それぞれの医療機関、あるいはステークホルダーが議論をしていく、そのためのたたき台を提供する、あるいは枠組を体制部会で御提供申し上げるということですので、その辺りを御理解いただいた上で、しっかりと議論の程をよろしくお願い申し上げまして、会を始めるにあたっての御挨拶とさせていただきます。

それでは、座って議事の進行をさせていただきたいと思っております。では、議題に移る前に本日の会議の公開・非公開について、事務局から説明をお願いします。

（愛知県健康福祉部医療福祉計画課 緒方課長補佐）

本日の会議は、「愛知県医療審議会運営要領」第3に基づきまして、全て公開とさせていただきます。よろしくお願いいたします。

（柵木部会長）

公開ということによろしいでしょうか。では、すべて公開ということに進めさせていただきますのでよろしくお願いいたします。

続きまして、議事録署名人を決定したいと思います。署名者は「愛知県医療審議会運営要領」第4に基づき、部会長が委員の中から2名を指名することになっております。本日は丸山委員と村松委員にお願いしたいと思います。よろしいでしょうか。

【丸山委員、村松委員承諾】

（柵木部会長）

はい。それでは早速、議題（1）「地域医療構想における必要病床数の推計等について」に移りたいと思っております。事務局から御説明をお願いします。

（愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹）

愛知県医療福祉計画課の植羅と申します、よろしくお願いいたします。

それでは、議題（1）につきまして、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」で御説明させていただきます。

10月の医療審議会で決定されました、11の構想区域ごとの平成37年における必要病床数について、推計の考え方、たたき台ということでお示しさせていただいております。

「1 必要病床数の推計手順（地域医療構想策定ガイドライン要旨）」でございます。

このガイドラインは、昨年度末、今年3月31日に厚生労働省から各都道府県宛てに示されたものです。その中に示されている推計手順を（1）から（4）にお示しをいたしました。

まず（1）でございます。本県におきましては11ございます構想区域ごとに、患者の住所地に基づいて推計をいたしました平成37年の医療需要、いわゆる入院患者数でございます。これは、患者の住所地ということでございますので、その区域にお住まいの患者がその区域内の医療機関に入院をされた場合の推計ということでございます。

一方、現在の医療提供体制が変わらないと仮定いたしました平成37年の推定供給数については、現在、各構想区域間で入院患者の流出入がございますが、その流出入の状況が将来、10年後の平成37年においても変わらないとした場合の推計値というものでございます。それらと比較するということになってございます。この数字につきましては、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数値が示されているものでございます。

下に参りまして、（2）入院患者につきましては、都道府県間での患者の移動というものもでございます。そのために、関係する都道府県、通常ですと隣接する県との間で、患者数の増減を調整するということでございます。こちらの（注）ですが、（4）の下に書いてございますように、現在、関係する都道府県との間で調整が進んでいるという状況でございます。本県におきましては、現在の医療提供体制が将来においても変わらないと仮定いたしまして、先ほど申し上げました医療機関所在地ベースを前提に、関係する都道府県と調整を進めているということでございます。そして、12月末までに調整が付かない場合は、医療機関所在地ベースで算出することが定められているところでございます。本県におきましては、医療提供体制が充実しているということもございまして、隣接する県からは入院患者が流入している状況ということでございます。従いまして、本県においては、現在の流入が超過している状況が将来も続くというものが医療機関所在地ベースとなりますので、本県では調整が付かない場合は、医療機関所在地ベースで算定をするということで、特段、問題は生じないのではないかと考える次第でございます。

（3）でございます。そうした都道府県間での調整の後、県内におきましては、医療計画等における2次医療圏ごとの医療提供体制や医療関係者の皆様方の御意見を踏まえた上で、構想区域の間での入院患者数の増減を行うということでございます。患者の流出入の状況を見た上で、その調整を図るといったことについても検討していくということでございます。そして、将来のあるべき医療提供体制を踏まえた推定の患者数について確定するというところであります。

（4）でございます。推定をいたしました将来の入院患者数、供給数を病床稼働率で除して得た数を、平成37年の病床の必要数とするということとなっております。病床稼働率につきましては、国の定めております医療法施行規則で定めがされております。高度急性期については75%、急性期については78%、回復期は90%、慢性期は92%となっております。入院患者数につきましては、年間を通じますと、それぞれの

機能ごとに変動がございますことから、こういった病床稼働率で割ることによりまして、必要病床数を算出することになっております。具体的に申し上げますと、高度急性期については、将来の入院患者数を推計いたしまして、それを75%で割ることで、実際に入院する患者数よりも多い必要病床数を計算するというものでございます。

「2 医療需要の推計について」を御覧ください。こちらの「医療需要」につきましては、「入院患者数」と置き換えていただければよろしいかと思っております。なお、この医療需要の推計の考え方としましては、前回7月27日の当医療体制部会で説明させていただいておりますので、内容については簡略化したものを、こちらに掲げてございます。

「(1) 高度急性期・急性期・回復期機能の医療需要の推計」について、4つの医療機能の内、高度急性期・急性期・回復期機能の3つの医療機能の医療需要、入院患者数の推計につきましては、平成25年度のレセプトデータ等に基づきまして、医療資源投入量、いわゆる診療報酬の点数による区分ごとで入院患者数を推計するということになってございます。例えば、高度急性期につきましては3000点以上といった数字が国から示されてございます。平成25年度のレセプトデータに基づくというのは、平成25年度の実際の入院患者数を区分した上で、将来、平成37年の人口構成に当てはめて、平成37年の入院患者数を推計するということとなっております。こちらは、国の医療法施行規則で計算方法が具体的に定まるところでございまして、その下の「(2) 慢性期機能の医療需要の推計」については、都道府県が若干の調整をすることが出来るということになっております。

(2)の1つ目の丸でございまして、慢性期機能の医療需要については、現在の療養病床の入院受療率の全国格差が、都道府県ごとによりばらつきがあるということがございます。そうしたことから、入院受療率の全国的な地域差を解消するための目標を都道府県ごとに定めることになっております。そして、長期の療養を要する患者の内、一定の割合については在宅医療等に移行する前提で算出することとされております。

そして、目標の定め方について、2つ目の丸でございまして、入院受療率の地域差解消の目標につきましては、「パターンA」と「パターンB」の2つに分かれております。「パターンA」につきましては、入院受療率を全国最小値にまで低下させる目標の立て方ということになってございます。一方「パターンB」につきましては、入院受療率を全国最大値から全国中央値まで低下する割合を用いまして算定をするということになってございまして、「パターンA」「パターンB」この間で、各都道府県が目標値を定めるということとなっております。端的に申し上げますと、「パターンA」の方が、入院受療率を低下させる目標が、より厳しいものになってございます。「パターンB」の方が緩やかな目標値を設定することとされております。

下にまいりまして3つ目の丸でございまして、「パターンB」による構想区域の療養病床の減少率が全国中央値よりも大きいという条件、それに加えて、高齢者単身世帯割合が全国平均を超えているような構想区域については、特例を設けるということも国で定められております。この特例を用いますと、目標年次を平成37年から平成42年にすることができる、つまり、目標の達成を5年先送りすることができるということが

定められております。本県において、先ほど申し上げた2つの条件に合致いたしますのは、東三河北部医療圏の1医療圏のみとなっております。

下にまいりまして4つ目の丸でございますが、平成25年度の慢性期入院受療率、そして平成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右上の表でございます。表の「パターンA」の平成37年の入院受療率を全国最小値「81」の目標値に近づけるというものでございます。ただ、知多半島の医療圏におきましては、入院受療率が現在でも県レベルの全国最小値を下回る「71」ですので、将来の目標値もこのまま継続するというところでございます。なお、こちらにお示ししております入院受療率というのは、人口10万人あたりの入院患者数ということとなっております。

一方、表の「パターンB」を御覧いただきますと、平成37年入院受療率の数字が、名古屋においては「89」、海部においては「96」といった形で、「パターンA」よりも緩やかな目標設定となっております。また、東三河北部（山間地域）は「（注）97」となっておりますが、先ほど申し上げましたように特例を適用した場合は、目標年次が平成42年となるため、平成42年に達成する数値が「97」で、平成37年の入院受療率は「119」という数字を設定することとなっております。

そこで、その下の丸に、事務局の案を掲げてございます。本県におきましては、こういった慢性期の入院患者数・入院受療率を減少していくためには、今後、在宅移行のための整備が必要となっております。そして、整備には一定程度の時間が必要ということが考えられますことから、「パターンA」と「パターンB」の2つの目標設定の内、「パターンB」を設定させていただくこと、また東三河北部医療圏については特例を用いることとさせていただきたいと考えております。資料1の1枚目については、以上でございます。

資料を1枚おめくりください。「3 構想区域間の供給数の増減の調整について（たたき台）」でございます。1つ目の丸でございますが、現時点におきましては、平成37年、10年後の医療提供体制がどうなるかということ、はっきりと見込むことは難しいということがございます。そのために、現在の医療提供体制が変わらないとした仮定のもとに、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させていただいてはいかにかということでございます。

ただ、2つ目の丸でございますが、先ほどの医療需要を推計するにあ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でございます。そのために、平成26年度以降において、大幅な増床予定、病院の開設がある場合については、その病院の開設による影響で、現在は隣接の構想区域へ流出してみえる入院患者の流出が一定程度止まる状況が発生するのではないかと考えさせていただきました。

ここで申しております大幅な増床予定でございますが、平成26年度以降におけます一般病床、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を「大幅な増床予定」と考えさせていただきました。こうした大規模な医療機関が出来ることによりまして、一定程度、入院患者の流出が止まってくるのではないかと考えた次第でございます。

ます。今回、この条件に該当いたします医療機関は、下の2つの医療機関でございます。それぞれの医療機関の開設される場所を右の地図でお示ししております。

(1) (仮称)豊田若葉病院でございます。こちらは、西三河北部構想区域ですが、かなり西三河南部西構想区域に近い場所に設置される予定でございます。病床数は一般病床50床、療養病床200床、開設時期は平成30年4月に予定されているということでございます。新たに療養病床が200床できるため、西三河北部構想区域から隣接する西三河南部西構想区域に流出していた慢性期の患者38人を止められるのではないかとということで、調整案のたたき台とさせていただきます。

(2) 藤田保健衛生大学病院の新病院でございます。今年の3月27日に、地元の市と大学病院の整備に関する協定書が締結されているということでございます。開設者は学校法人藤田学園で、西三河南部東構想区域になります。豊田若葉病院から南へまいりました、岡崎市の南部でございます。病床数は一般病床が400床程度ということで、2次救急を24時間体制で通年実施するということが、現在考えられております。開設時期は平成32年4月が予定されております。この病院が開設されて一般病床が400床できることから、西三河南部東構想区域から西三河南部西構想区域への流出数、高度急性期41人、急性期88人、回復期92人と、東三河南部医療圏への流出数、急性期13人、回復期15人が止まるのではないかとということで、考え方をお示しさせていただきました。このたたき台につきましては、来年の1月から2月に各地域で、地域医療構想調整ワーキンググループが開催されます。そちらに、このたたき台をお示ししまして地域の御意見を伺ってはいかがかと考えております。その御意見を踏まえまして、2月に開催される予定の当医療体制部会にて、構想区域ごとの将来の必要病床数につきまして、あらためて御審議をいただければいかがかとということで、お示しをさせていただきました。

3頁を御覧いただきたいと存じます。平成37年の必要病床数(たたき台)をお示しさせていただきました。11の構想区域ごとの平成37年、これから10年先の必要病床数につきまして、先ほど申し上げました医療機関所在地ベースを基に、一部を調整させていただいた数字をお示ししております。3頁の左側の表は、名古屋・尾張中部、海部、尾張東部、尾張西部、尾張北部、知多半島、それぞれの構想区域の4つの医療機能ごとの、必要病床数のたたき台をお示ししております。これらは全て、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続くと仮定して推計をさせていただいた結果ということでございます。

「必要病床数」の下欄は「平成26年の病床数」となっておりますが、表の下の一番下の※で御説明させていただいております。平成26年10月1日現在の病院名簿におけます、一般病床数、療養病床数、有床診療所病床数の合計を、平成26年病床機能報告結果の病床機能の割合を使いまして算出した参考値ということでございます。こちらにございます病床機能報告でございますが、国が定めておりますのがまだ定性的な基準ということで、厳密な基準に基づく報告値となっておりますことから、今回は参考値ということでお示しさせていただいております。なお、その参考値と必要病床数

の推計値、推計のたたき台との差を「差引」という形でお示ししております。

それでは、表の右側を御覧いただきたいと存じます。西三河北部から東三河南部までの構想区域、そして全体の計をお示ししております。先ほど、西三河北部構想区域におきましては、豊田若葉病院という病院が開設される予定と申し上げました。その病院の開設によって流出が止まることによる調整した数字を、必要病床数の慢性期の欄に矢印でお示ししております。矢印の左側、医療機関所在地ベースによる必要病床数「578床」に対しまして、豊田若葉病院が開設されることによって、隣接している西三河南部西構想区域に流出していた患者数が止まるということで増える「41床」を加えました矢印の右側「619床」を推計値のたたき台としてお示ししております。

下にまいりまして、西三河南部東構想区域でございます。こちらは、先ほど申し上げました藤田保健衛生大学の新病院ができることによりまして、高度急性期、急性期、回復期の必要病床数が影響を受けるという形の調整をした数字をお示ししております。高度急性期におきましては、医療機関所在地ベースで推計をいたしますと「231床」というものが、藤田保健衛生大学の新病院ができることによって「54床」の増床が見込まれて「285床」になるとお示ししております。右にまいりまして、急性期につきましては「706床」が「836床」に、回復期につきましては「902床」が「1,021床」という推計値をお示ししております。そして合計といたしましては、「2,325床」から「2,628床」へ、合計「303床」の増床という推計値をお示ししております。

一方、下にまいりまして、西三河南部西におきましては、西三河南部東から流入していた患者数が止まるという推定から、当区域における必要病床数はマイナスの数字を掲げております。また、慢性期については、西三河北部からの流入が止まるとの推定から、マイナスの必要病床数をお示しさせていただいております。

下にまいりまして、東三河北部におきましては、医療機関所在地ベースによる数値となっております。

その下の東三河南部におきましては、西三河南部東からの患者の流入が止まるという仮定から、急性期につきましては「1,633床」から「1,616床」、回復期につきましては「1,587床」から「1,570床」へと、それぞれ「17床」マイナスという推計値をお示ししております。

それでは恐れ入ります、4-1頁を御覧いただきたいと存じます。「(参考1)医療機関所在地ベースの必要病床数」でございます。

現在の患者の流出入が将来も変わらないと仮定した必要病床数を計算した表をお示ししております。左から5列目、平成37年における医療供給(医療提供体制)の中で、「将来のあるべき医療提供体制を踏まえ他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したもの」の欄です。これは、医療機関所在地ベースを基本としており、他の構想区域の医療機関で将来的に患者の流出入がどうなるかを見込むということでございます。医療機関所在地ベースに基づいておりますことから、増減ともに全ての構想区域において「0」とお示ししております。

そして、名古屋・尾張中部医療圏における「病床の必要量（必要病床数）」というところを御覧いただきますと、病床稼働率をお示ししております。高度急性期が0.75、急性期が0.78、回復期が0.90、慢性期が0.92ということでございまして、将来のそれぞれの機能ごとに推計した入院患者数、高度急性期で申し上げますと「2,164」を病床稼働率「0.75」で割りまして、患者数より多い必要病床数「2,885」をお示ししているところでございます。以下、同様に計算されてございまして、これは全て医療機関所在地ベースによる数字ということでお示ししております。

1枚おめくりいただきまして、4-2頁「(参考2)各構想区域における医療需要と必要病床数(たたき台)」でございます。

左側の名古屋・尾張中部から知多半島までの構想区域は、先ほどと同じ医療機関所在地ベースをそのまま使用させていただいております。

それに対しまして右側の表、西三河北部から東三河南部構想区域のうち、西三河北部構想区域につきましては、慢性期の右の2列目の「医療機関所在地ベース」を御覧いただきたいと思っております。一日当たりの入院患者数「532人」となっておりますが、新たに豊田若葉病院ができることによりまして、この地域で慢性期の患者数をより多く受け入れられるようになるということで、「38人」分の流出が止まると推定しまして、「532人」に「38人」を加えた推計値「570人」を病床稼働率0.92で割って「619床」という必要病床数になってございます。

下にまいりまして、西三河南部東構想区域におきましては、新たな病院ができることによりまして、高度急性期は、一日当たりの入院患者数が「173人」+増「41人」=「214人」となり、それを病床稼働率0.75で割って「285床」となり、以下同様に、急性期は「551人」+「101人」=「652人」÷0.78=「836床」、回復期は「812人」+「107人」=「919人」÷0.90=「1,021床」の必要病床数になってございます。

それでは恐れ入ります、資料の5頁を御覧いただきたいと思っております。「4 必要病床数の都道府県間調整について」です。資料の1頁目で少し説明させていただきましたが、本県と患者の流出入が関係している都道府県をお示ししておりますのが、左上の表でございます。岐阜県・三重県・静岡県・東京都・福岡県でございます。この内、岐阜県・三重県・静岡県・東京都につきましては、本県への患者の流入が超過となっております。それに対しまして、5番目の福岡県につきましては、名古屋医療圏から福岡県の医療圏に11人の患者が流出していることとなっております。

現在、この5つの都県と調整中ということでございますが、特に本県においては流入超過という状況でございまして、この状況については将来的、10年後においても続くものと見込み、相手方の都県と調整しているところでございます。そしてその結果、調整がつかない場合は医療機関所在地ベース、現在の流入超過という状況が将来においても続くといった形の計算方法になるということでございます。こちらについては、参考として御報告を申し上げます。

それでは、最後の6頁を御覧ください。「5 将来のあるべき医療提供体制を実現す

るための取組」でございます。地域医療構想につきましては、医療計画の一部として定めることとなっております。その内容につきましては先ほど申し上げました、平成37年におけます構想区域ごとの必要病床数、それと合わせまして、策定した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も、地域医療構想の中に記載することとされております。その記載内容について、お諮りをさせていただきたいと存じます。

「(1) 考え方」でございます。「ア」でございますとおり、地域医療構想を実現するためには、病床の機能分化と連携を進める必要があります。そのためには、地域医療構想で策定いたしました必要病床数を地域の会議の場でお示しいたしまして、その数字を見ていただいて医療機関の自主的な取組を促すということと合わせて、医療機関相互の協議を行っていただく必要があろうかと考えております。

下に参りまして、「イ」でございます。先ほど、冒頭で申し上げました医療需要の推計の中で、慢性期機能の医療需要については、在宅医療に移行していくという目標を立てることがございました。そうしたことから、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。

「ウ」でございます。そうした医療提供体制を再構築する上で、当然のことながら、医療人材の確保が必要になります。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。

「エ」、こうした取組を進めるために、平成26年度、昨年度から設置をされております、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いるところでございます。

「(2) 今後の方策」として、「病床の機能の分化及び連携の推進」「在宅医療の充実」「医療従事者の確保・養成」、それぞれについて、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」で、1点目、地域医療構想を策定した上で不足する医療機能、主に回復期機能が不足するのではないかと言われております。その医療機能が充足できるよう、病床の転換等について支援をするというものでございます。そして、2点目でございますが、医療情報の連携を図るためのICT（情報通信技術）を活用したネットワーク基盤の整備をするということでございます。3点目は、病診連携システムの整備、4点目は、一般医療と精神科医療の連携を推進すること、5点目は、病院内における術前、術後の口腔機能管理のために、在宅歯科医療連携室等との連携強化を図ること、6点目は、医師会、歯科医師会、薬剤師会等関係機関と連携した上で、より質の高い医薬分業を推進する、こういったものを事務局案としてお示しさせていただきました。

下に参りまして、「在宅医療の充実」につきましては、1点目、郡市区医師会に、今年度から本格的に設置されております、在宅医療サポートセンターの支援等によりまして、24時間365日対応可能な在宅医療提供体制の構築を進めてまいります。2つ目、在宅医療についても、ICT（情報通信技術）を使った連携システムの導入を支援してい

たいと思います。そして右側を御覧ください。3点目、市町村が中心となりまして、多職種が連携して、患者・家族をサポートする体制を支援していきます。4点目、地域包括ケアシステムの構築を図ること、5点目、在宅歯科診療に必要な医療機器等の整備を進めること、6点目、服薬指導、服薬管理の取組を地域の薬局に進めていただく、ということでございます。

そして、「医療従事者の確保・養成」について、1点目、医師不足地域等の病院勤務医の養成につきましては、今年度、県に設置されております地域医療支援センターを中心として、こういった行政支援を進め、また、勤務環境の改善も図るということでございます。2点目、チーム医療の推進、3点目、看護職員の養成や再就業の支援、4点目、在宅医療の支援をいただきます歯科医師の養成、5点目、医薬分業や在宅医療の進展等に伴い、地域の需要に即した薬剤師の確保と、質の向上、こういったことを施策として提案をさせていただいております。

最後に、「6 今後の予定」でございます。来年の1月から2月にかけて、構想区域ごとに開催いたします「地域医療構想調整ワーキンググループ会議」におきまして、本日お示しした「たたき台」を基に、御意見を伺いたいと思っております。そして、そこでいただいた御意見等を踏まえまして、来年2月19日開催予定の当医療体制部会におきまして、必要病床数等について改めて御審議をいただきたいと考えているところでございます。

以上、大変長くなりましたが、議題(1)についての説明を終わらせていただきます。よろしくお願ひ申し上げます。

(柵木部会長)

要は、今の医療体制部会で議論するポイントということになりますと、2点ございます。1点目は、事務局から提案がございました、医療需要の推計数のカウント方法について提案通りでよろしいかということです。もう1点は、厚生労働省の規定に則って、西三河北部医療圏は特例を用いるということでもよろしいかということでございます。この2点が論点になりますが、何か御意見はございますか。

(渡辺委員)

まず1点目ですが、平成25年度のレセプトデータと書いてありますが、どういうデータが使われたのか教えていただきたいです。また2点目ですが、6頁「(2)今後の方策」、「病床の機能の分化及び連携の推進」の5つ目の中点「病院内における術前から術後の口腔機能管理として前方連携及び後方連携を行うため…」とありますが、「周術期の連携を行うため」とした方が良いのではないかと思います。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

御指摘をいただきまして、ありがとうございます。2点目の御指摘ですが、御指摘の通り、「周術期」ということでもございまして、術前術後と記載がございまして、「周術

期」の文言を追加させていただきたいと思います。

それから、もう1点の御質問についてですが、国におきまして、高齢者の医療確保法という法律を基に、平成20年度以降、全てのレセプトデータを国が収集しております。平成25年度におきましては、全国で17億件程のデータがあったと伺っております。そのデータを基に、各都道府県、また2次医療圏ごとに、4つの機能ごと、男女別、5歳きざみの年齢階級別といった患者数を、国が計算いたしまして、その結果を各都道府県へ提供しているということでございます。

(柵木部会長)

よろしいですか。他に何かありますか。

(加藤委員)

議長が言われたように、必要病床数の推計の方向については、示された数字を前提に進めざるを得ないと思います。ただ、1つ伺いたいのは、今日具体的に2つ挙げました、豊田若葉病院の250床と藤田保健衛生大学病院の400床について、新設により増床されることを基に流出が止まるということですが、現在の流出人数と比べるとかなりの差があります。現在の医療圏での基準病床数との不足数を根拠に導き出したと理解すれば良いのでしょうか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

御質問をいただきまして、ありがとうございます。医療圏ごとの患者の流出・流入数につきましては、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」を御覧ください。4つの医療機能ごとに、各医療圏からの流出の状況、各医療圏への流入の状況をまとめた表でございます。

まず、「(1)高度急性期」を御覧いただきたいと思います。こちらは、国のツールを使って計算されている数値でございますが、右から4列目を御覧ください。西三河南部東医療圏でございます。住所地が自圏域の入院患者数が「213人」、その内の自圏域医療機関への入院患者数が「159人」、他圏域医療機関へ流出した入院患者数が「54人」、その内の「13人」が名古屋医療圏へ流出した入院患者数、残りの「41人」が西三河南部西医療圏へ流出した一日当たりの入院患者数でございます。先ほど、岡崎市に病院の新設が考えられているとお話ししましたが、岡崎市に隣接しております、西三河南部西医療圏の流出のみが、新病院の建設により止まるのではないかとということで、病床数につきましては「41人」を0.75で割った数として計算させていただいております。(2)急性期(3)回復期(4)慢性期についても、同様の考え方でございます。

(柵木部会長)

よろしいですか。中々ややこしいですね。

(鈴木委員)

「5 将来のあるべき医療提供体制を実現するための取組」のところの、「(1) 考え方」、「ア」の文末「地域医療構想調整ワーキンググループ会議などの場を活用し、医療機関の自主的な取組を促すとともに、医療機関相互の協議を行う」とありますが、医療機関相互の協議は、どのように行うのでしょうか。具体的な協議方法を考えているのか教えていただければと思います。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

御質問いただきまして、ありがとうございます。地域医療構想ができてから、その数字を地域の方に御覧いただいた上で自主的に考えていただくということがございます。そして、病床機能分化と連携、例えば、医療機能の転換につきましては、現在、国で議論されておりますが、診療報酬等による、将来の経営状況を判断していただいた上で考えていただく必要があると思っております。まず当面は、確定した必要病床数をお示しするという事、また、病床機能報告については、毎年7月1日の状況をその年の10月中に御報告いただくことになっておりますので、その最新の結果も地域にお示ししまして、その差がこういった状況にあるということをお示しして、話し合ってくださいということになるかと思っております。ただ、その際に、病床機能報告の内容が現状においては国の定性的な基準に依っているということから、非常に曖昧な状況になっておりますので、病床機能報告と、地域医療構想でお示しする必要病床数の差が、直ちに過剰か不足かを判断する基準となるのかということも含めて議論をする必要があろうかと思っております。

(鈴木委員)

自主的な取組というのは、よく分かっております。診療報酬や、色々と先を見込んで、それぞれの医療機関が考えるということは十分承知しておりますが、それでも調整ができなかった時はどうすればいいのでしょうか。「医療機関相互」と書いてありますが、お互いに話し合っただけでやれることではないように思われますので、行政として何か手立てがあるのかとお聞きしたいのです。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

先ほど申し上げた以上のことは何も申し上げられなくて恐縮でございます。まずは、必要病床数につきましては、国の全国一律の方法を使いまして、しかも、患者数はレセプトデータを使っているということでございますので、かなり精緻な数字が出ていると思うのですが、病床機能報告の数字が、それに見合った精緻なものになるかを見極めて協議をしていく必要があろうかと思っております。

(加藤委員)

質問の意味は、協議の場をどのように想定しているのかということだと思います。例

例えば、名古屋医療圏ですと100を超える医療機関があつて、その100を超える病院の「医療機関相互の協議」というのを、我々はどのようにイメージしたらよいかという御質問だと思います。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

協議というものは、最初の中々難しいのではないかと考えております。今年度でございますと、名古屋医療圏では各医療機能の病院の先生方にお二人ずつ御参加をいただいておりますので、まずは、必要病床数と参考値としての病床機能報告をお示しして、御承知いただくということが第一だと思っております。

(加藤委員)

名古屋医療圏に関しては、100を超える病院がありますが、病院の代表として出ているのは、急性期の比較的大規模公共施設が3施設、それから回復期・リハビリを含めた中小規模、私的病院が4施設、合わせて7施設の代表が相互協議をして、100を超える病院の病床を指定するようなことを決めて良いのかどうかと、懸念して鈴木委員は質問されたのではないかと思います。

私の質問に移ります。同じく6頁の「(2) 今後の方策」の「病床機能の分化及び連携の推進」の一番下の中点に「より質の高い医薬分業を推進する」という文言がありますが、「病床機能の分化」と「医薬分業」をどう結びつけて、ここに挙げられているのか教えていただきたいです。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

調剤の関係につきましては、現行の医療計画の中にある程度、こういった項目に該当するのではないかとと思われるものを列挙させていただいております。適当でないとの御意見がございましたら修正させていただきます。

(加藤委員)

具体的に「調剤過誤の防止等を含めた、より質の高い医薬分業」とありますが、入院患者さんに関しては病院の薬剤師が担当することなので、「歯科医師会とか薬剤師会等関係機関と相互に連携し・・・」と書いてあることの意味が分からないのでお尋ねしました。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

すみません。こちらについては、内容も含めまして検討させていただきます。

(柵木部会長)

これは恐らく、直接、病床機能という訳ではなくて、なるべく在宅医療を推進するためのツールとして、質の高い医薬分業を推進することが、その一助になるという思いを

込めて書かれたことと思うので、敢えて削除するようなものではないと思います。その他に何かありますか。

(井手委員)

数値については、ワーキンググループでたたき台を基に検討されるというものなので仕方がないと思う一方、4年前に示された基準病床数に基づいて増築・増床した圏域もあると思いますが、5年もしないうちに2割多いから減らせといわれるのは如何なものかと思わざるを得ないと思います。東三河圏域の医療機関からすれば、数パーセントならともかく、2割も減らすというのは大変なことだと思いますが、レスキューは何もないのでしょうか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

これまでの医療計画は4年前の基準病床数に基づいていて、例えば、名古屋医療圏と尾張東部医療圏は過剰だという数字が出ているのに対しまして、今回の必要病床の計算によりますと、名古屋は過剰ですが、尾張東部は将来の病床数の方が現在の病床数を上回っているという数値が出ております。

国に確認しておりますが、基準病床数と必要病床数との考え方が合っていないということは確かでございます。次回の医療計画は平成30年度からということで、平成29年度の見直しの段階で検討させていただくことになろうかと思っております。その時には、整合性の取れる数字が国の指針として示されるのではないかと思います。それまでは、基準病床数を使って病床の整備等を進めるということが示されております。今後、どういった形で整合性が図られるのか、県といたしましても注視してまいりたいと思っております。

(土肥委員)

愛知県に生活する者として、先ほどの数字の計算の仕方がガイドラインに則ったことなど、ある程度正しい数字とは思いますが、これで本当に安心できるものなのでしょうか。また在宅医療の整備に一定の時間がかかるので、パターンBにしたいとお考えですが、在宅医療が整備できれば、パターンAにもっていきかけたことなのではないでしょうか。10年の間に在宅医療の整備が進むのであれば、県としては見直すことが出来ればこういう形にしたいとかのお考えがあるのかお聞きしたいです。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

在宅医療を進めていくかどうかにつきましては、現在、本県におきましても地域包括ケアということで、できるだけ住み慣れた地域で住み続けていただくには、介護だけでなく、当然、在宅医療の充実も必要だということで、郡市区医師会の在宅医療サポートセンターに御協力を賜りまして、地域での在宅医療の提供体制を進めていこうとしておるところでございますが、そこが10年先に向けてどの程度進むかということ、今

のところまだはっきりしてございません。ですから、今のところでは、ゆるやかな方で考えざるを得ないと思っております。今回、国の方から公表されました患者調査でも在宅医療の提供については、かなり進んでいるといったことが示されておりますが、それが今後もそのまま続くのか、また診療報酬でどういう手当てがされていくかによっても動向が変わって行くこともございますので、今、パターンAを使えるかどうかというところまでは申し上げることはできないということでございます。そして、今回こういった数値が示されて、これを実現していくに当たりまして、患者がきちんとした医療を受けられるということが当然でございますので、将来的には10年後が目安ということで必要病床数が示されておりますので、これを基に病床を削減するということは当面できないのではないかと考えているところでございます。

(柵木部会長)

はい、村松委員。

(村松委員)

6頁の「(2) 今後の方策」のところ、「病床機能の分化及び連携の推進」の6つ目の midpoint の「・・・調剤過誤の防止等を含めた、より質の高い医薬分業を推進する」と書いてありますが、「調剤過誤の防止」は最低のこととして、防止することで「より質の高い医薬分業」になるのかなど、この表現が何となくしっくりこないです。私どもとしては、複数の医療機関を受診している時の相互作用の防止や、重複投薬のチェックの方が、質の高い医薬分業の推進に繋がっていくと考えますが、いかがでしょうか。

(柵木部会長)

文言の問題ですが、どなたか事務局の方でお答えください。

(愛知県健康福祉部保健医療局医薬安全課 栗木主幹)

確かにおっしゃったとおりでございます。「調剤過誤の防止」は基本中の基本で、厚生労働省からは「患者のための薬局ビジョン」が出ておりまして、門前薬局からかかりつけ薬局に変わることによって複数の医療機関から薬を処方されている患者さんの服薬情報を一元的に管理し、多剤・重複投薬や相互作用を防止し、更には、地域に溶け込んだ薬局、地域包括ケアに備えて地域医療を薬局が担って行くという方針が示されたところです。薬局が地域医療を担うことによって、より質の高い医薬分業ができると思っておりますので、語句につきましては、必要があれば修正したいと思います。

(柵木部会長)

村松委員と協議していただいて、「調剤過誤の防止等を含めた」という表現ではなく、「より質の高い医薬分業」に結びつくような表現に変えていただくようお願いします。他にはよろしいでしょうか。

(愛知県健康福祉部保健医療局医薬安全課 栗木主幹)  
協議させていただきます。

(柵木部会長)  
他によろしいですか。

(内藤委員)

6頁のところについてですが、年明けの1月から2月にかけて、構想区域ごとに地域医療構想調整ワーキンググループが開催される予定で、そこでは主に「必要病床数」が謳われております。同じ頁の左上(1)「考え方」の「エ」に、「地域医療介護総合確保基金を積極的に活用する」とありますが、私の記憶では、28年度に手当てされる基金は殆どないに近かったように思います。こうした取組を実施していくために、当面は数値を確保していくことに注力していく必要はあるかと思いますが、後で資金面も合わせて考えていく必要があると思います。事務局としてはどう考えておられますか。

(柵木部会長)  
はい、どうでしょうか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

御指摘のありました「地域医療介護総合確保基金」につきましては、一度積んだ基金を何年にもわたって使っていくという前提ではなく、毎年度、国に対して各都道府県が提出した計画について認めていただいた金額が、国から「基金」として下りてくるということでございます。御発言のございました、平成28年度の国の基金についての予算額でございますが、概算要求時に事項要求とあって、金額が入れない、まだ見込めないということになってございます。基金の金額については、今後の診療報酬の決着等も含めて、国の方で検討されるのではないかと考えております。その金額をしっかりと見た上で、平成28年度に実施する事業についてしっかりと検討させていただいて、また、こういった場でお謀りした上で、国に提出させていただきたいと考えております。

(柵木部会長)

他にはよろしいですか。では、私から、病床計画とは直接関係ないのですが、2頁で、新しく規模の大きな病院ができるということについて、一つ気になったことをお聞きします。2つ目の藤田保健衛生大学病院の新病院については、愛知県で病院経営をされている病院でよく分かりますが、1つ目の豊田若葉病院は、「社会福祉法人如水会」というところが、一般病床50床、療養病床200床の病床整備を予定しています。これは病院開設に関する問題だと思うのですが、こういう規模の普通の病院であれば、医療法人で申請されるべきだろうと思います。病院の開設が一般社団法人でも許可されるということもございますが、一般の医療法人とは違い、県外の社会福祉法人が何ゆえ、愛知

県でこのような病院を開設するのかということに関して、もう少し県として、考えていただきたいと思います。一見したところ、わざわざ社会福祉法人が他県から愛知県に来て、この系統の病院を経営される必要は乏しく、あまりこの地域に必然性はないような感じがしますので、医療法人、一般社団法人あるいはこういった社会福祉法人といった病院の設立母体の類型についても、県としてお考えいただきたいなと思います。この法人に関する情報等がありましたら教えていただけますか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

こちらの法人につきましては、部会長の御指摘のとおり社会福祉法人の如水会でございます。岐阜県揖斐郡で特別養護老人ホーム等を設置している法人でございます。当初は医療法人を立ち上げるといってお話もありましたが、結果的には社会福祉法人のままで設立されることになりました。県としましては、設立母体が社会福祉法人であるから医療機関を開設できないといったことは当然ございませんことから、認めざるを得ないところでございます。

(柵木部会長)

この場で議論する内容ではないのかも知れませんが、そうすると、これまでは医療法人が開設してきたような形態の病院を、今後は、社会福祉法人や一般社団法人が設立することについて、県が規制する術はないということですか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

法律上は、規制することは難しいと存じます。

(柵木部会長)

その辺のところは、この医療体制部会が議論する場として正しいかどうかは分かりませんが、また別の機会に、医療法人許認可部会等で検討する必要があるだろうと感じたので、御指摘をさせていただきました。

議題(1)については、他に何かございますか。では、議題(2)「愛知県地域保健医療計画の進捗状況について」に移ります。事務局から御説明をお願いいたします。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

それでは、議題(2)について、資料2「愛知県地域保健医療計画における数値目標の進捗状況について」で御説明させていただきます。

昨年度の当部会でもお配りした、平成25年度からの計画期間における、現行の愛知県地域保健医療計画に掲げている数値目標は26項目ございます。その26項目の現状についてまとめさせていただいております。資料2の一番上の囲みに、目標の進捗状況を5つに分けて記載してあります。(A) 目標を達成したもの、(B) 計画策定時より改善したもの、(C) 計画策定時から横ばいのもの、(D) 計画策定時より下回っている

るもの、(E)未調査のもので、それぞれの内訳につきましては、右に記載してあるとおりでございます。その下の表に具体的な内容をお示ししております。

「がん対策」の項目の欄を御覧いただきたいと存じます。1つ目の「がん年齢調整死亡率」は、計画の最終年度における目標を、人口10万人に対して75歳未満の男性95.6、女性52.6としております。その右に直近値があります。平成25年には男性100.2、女性58.7と、進捗状況としましては、計画策定時より改善されております。今後も、がんに対する対策等を推進してまいりたいと存じます。

下にまいりまして、「全てのがん診療連携拠点病院等に緩和ケアチームを設置」、「全てのがん診療連携拠点病院等で外来緩和ケア管理科を算定」していただく目標の25病院に対しまして、直近値はそれぞれ14病院が対応していただいているということで改善されております。なお、「がん年齢調整死亡率(注1)」とございますが、それぞれの注意書きにつきましては、資料の10頁に(注1)から(注6)までの説明が記載されておりますので御参照ください。

その下の「脳卒中対策」、「急性心筋梗塞対策」につきましても、年齢調整死亡率の目標値に対しまして、こちらに記載してございますとおり、それぞれ改善されているところでございます。

一番下にまいりまして「糖尿病対策」でございます。「糖尿病腎症による年間透析導入患者数」を11人以下にすることを目標に掲げておりまして、平成25年の直近値が11.8人となっております。目標にかなり近づいていると思っております。対策としましては、右に掲げてありますとおり、糖尿病予防のための研修会や特定検診の研修会等を、引き続き実施してまいりたいと思っております。

恐れ入ります、1枚おめくりいただきまして、「精神保健医療対策」の目標は4つございまして、一番上の「G-Pネット登録数」ですが、G-Pネットに登録していただいている医療機関数を増やしていこうということでございます。

下にまいりまして、「児童・思春期病床の整備」につきましては、目標59床に対しまして、直近値12床、また計画策定時も12床と横ばいですが、「今後の取組等」に掲げてございますとおり、平成29年度には城山病院に設置すること、また整備を進めております心身障害者コロニー(医療療育総合センター(仮称))に病床を整備することで目標を達成してまいりたいと考えております。

その下、「認知症疾患医療センター」の箇所数ですが、こちらも、計画策定時より目標に近づいております。

その下でございます。「1年未満の入院者の平均退院率」の目標は76%ですが、計画策定時の74.7%に対して、平成26年度の直近値は73.9%とほぼ横ばいということですが、「愛知県障害福祉計画」に基づきまして、精神障害者の地域生活移行に向けた支援、日中活動や住まいの場の確保について、引き続き努めてまいりたいと考えております。

その下の「歯科保健医療対策」は、3つの目標がございます。まず1つ目の目標、いわゆる「8020運動」で、80歳で20本以上の自分の歯を有する者の割合を50%

にするという目標でございますが、進捗結果がE判定で未調査となっております。右の「今後の取組等」でございますように、「愛知県歯科口腔保健基本計画」の中間評価の前年度である、平成28年度に調査を実施する予定であります。それ以外に把握する方法がないか、関係団体と調整してまいりたいと思っております。

下へまいりまして、「在宅療養支援歯科診療所の割合」でございますが、今後、在宅歯科診療を推進していくために、こういった割合を向上していくという目標としております。目標15%に対しまして、直近値は平成27年6月で7.5%ということでございます。今後の取組等につきましては、講習会や症例報告会を引き続き実施するなどして、人材の育成等に努めてまいりたいと考えております。

下にまいりまして、「障害者支援施設及び障害児入所施設での歯科検診実施率」でございますが、平成26年度の直近値では49.2%、平成23年度は37.3%ということで、この3年間で12ポイント程上昇しているということでございます。こういったことを踏まえまして引き続き、歯科検診の補助の継続や体制づくりを推進してまいりたいと考えているところでございます。

下にまいりまして、「救急医療対策」、救命救急センターの整備につきましては、本年10月に2か所指定しております。尾張北部医療圏におきまして春日井市民病院と厚生連江南厚生病院を新たに指定した結果、平成27年10月現在の直近値として救命救急センター数は22か所、複数設置の2次医療圏は6医療圏となり、計画策定時より4か所1医療圏の増加となっております。今後の対応につきましては、救命救急センター指定希望病院に対する指導・助言等を行ってまいりたいと存じます。

一番下でございます。「災害医療対策」につきましては、東日本大震災を契機といたしまして、災害時の新たな指定要件が定められております。その要件を満たす災害拠点病院は36病院を目標としておりますが、全ての病院において指定要件を満たしていただくことを目指しております。現在は26病院で、平成24年の策定時に比べまして大幅に増加しているということでございますが、今後も施設・設備に対する助成等を通じまして、引き続き充実や機能の強化を図ってまいりたいと存じます。

恐れ入ります、3頁を御覧いただきたいと存じます。「周産期医療対策」は3つの目標がございます。

一番上の「総合周産期母子医療センターの整備」の目標は、「名古屋・尾張地区でさらに整備、東三河地区で1か所の整備」でございます。策定時には名古屋・尾張は3か所だったのが、平成27年の直近値では4か所となり、東三河は「0」だったのが、豊橋市民病院が新たに指定されたことで直近値は1か所となり、目標は達成されたこととなり、進捗状況については「A」となっております。

下にまいりまして、「MFICU」の目標は整備を進めるということで、平成27年と平成24年を比較しますと増床が図られているということでございます。こちらも目標達成ということで、評価は「A」とさせていただきます。

その下の「NICUの整備」、新生児の集中治療室でございますが、平成25年度までの目標が150床、平成27年度は180～210床が目標ということでございます。

平成27年4月は159床でございまして、平成24年4月の144床と比較いたしまして15床増加しており、改善状況にあると判断しております。

下にまいりまして「小児医療対策」につきましては、「小児集中治療室（PICU）の整備」と「小児救命救急センターの整備」ということとでございます。小児集中治療室については、策定時は2床でしたが、名市大病院に4床整備されたことで平成27年4月は6床となっております。「小児救命救急センターの整備」につきましては横ばいの「C」評価でございますが、今後、県あいち小児医療センターが小児救命救急センターとして整備されることによって、PICUの増床と小児救命救急医療対策の充実、目標の達成を図ってまいりたいと考えております。

下にまいりまして、「へき地保健医療対策」でございます。こちらは、へき地診療所に勤務していただいております医師が研修等に出かけられる際の代診医等派遣要請に係る充足率を100%にするという目標でございます。直近値の平成26年度が97.5%で目標値にかなり近いということとございますが、平成23年度も99.0%で横ばいという形となっております。こちらにつきましては100%の充足を目指す必要があることから、へき地医療支援機構において調整を進めさせていただきたいと考えております。

下へまいりまして「在宅医療対策」でございます。目標は、「在宅療養支援診療所」が780か所、「訪問看護ステーション数」が400か所でございます。在宅療養支援診療所につきましては、平成27年は735か所と、平成24年と比べますと150か所程度増加しておりまして、年々増加しているということとございます。郡市区医師会に設置されています在宅医療サポートセンターにて研修・講習会などを実施していただきまして、在宅療養支援診療所の増加に向けまして、引き続き御協力をいただきたいと思います。

下の「訪問看護ステーション数」につきましては、平成27年で469か所と既に目標を達成し、策定時の339か所と比べて130か所程増加しておりますが、在宅医療を担う訪問看護ステーションの需要は益々高まると見込まれることから、次期医療計画改定時には、最新の状況を見ながら目標値を検討する必要があると考えているところでございます。

一番下でございます。「地域医療支援病院の整備目標」につきましては、県内にある12の2次医療圏に、地域医療支援病院を1か所以上整備することを目標としております。平成27年9月には8医療圏で19病院が承認されまして、計画策定時より改善されているということで「B」評価としております。今後も引き続き、承認要件に適合するよう、承認申請への支援をしてまいりたいと考えております。

それでは、1頁おめくりいただきまして、「移植医療対策」でございます。こちらは、骨髄ドナー新規登録者を年間1,300人とする目標でございますが、直近値平成26年度は年間639人で、計画策定時の平成23年度1,098人から400人強減少しておりますことから、進捗につきましては「D」とさせていただいております。今後の取組等につきましては、新規登録者の減少は全国的な傾向でもございますところから、

抜本的な対策ということも難しいところでございますが、保健所定期登録窓口を設置していくこと、県民への普及啓発を通じて新規登録者の確保に引き続き努めてまいりたいと考えているところでございます。

そして最後の「医薬分業の推進対策」でございます。医薬分業率60%以上が目標値でございますが、平成26年度は59.9%で目標まで0.1ポイントという状況で、計画策定時より4.2ポイント上昇ということでございます。進捗状況は改善とさせていただいているところでございます。

以上、地域保健医療計画における数値目標の進捗状況について、御説明申し上げます。

(柵木部会長)

こちらは報告事項のようなものだと思いますが、進捗状況について、何か御意見はございますか。ございませんね。

それでは、議題(1)「地域医療構想における必要病床数の推計について」は既に了承をいただきましたが、議題(2)「愛知県地域保健医療計画の進捗状況について」も了承ということよろしいでしょうか。

【異議なし】

はい。では、議題(1)(2)ともに了承ということにさせていただきます。

それでは、「3 報告事項」、「病床整備計画の承認について」の報告をお願いします。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

それでは恐れ入ります、資料3「病床整備計画の承認について」を御覧いただきたいと存じます。病床整備計画の承認について、御報告申し上げます。一般病床及び療養病床における病床整備計画につきまして、尾張北部医療圏1病院、西三河南部西医療圏は2病院、計3件の承認をさせていただいたことを御報告申し上げます。尾張北部医療圏につきましては、春日井市内にある春日井リハビリテーション病院でございます。現在の一般病床は36床、療養病床は240床、計276床でございますが、冬場の肺炎や心不全への対応で満床になることが多いということから、一般病床を3床増床すること進めております。こちらは病棟の建て替えということで、平成27年10月に着工しており、平成29年3月竣工予定、同年5月開設時に3床を含めました使用を開始されると聞いております。

下にまいりまして、西三河南部西医療圏につきましては、まず西尾市の山尾病院でございます。現在は一般病床20床、療養病床が40床、計60床でございます。今回承認させていただきまして、一般病床20床、療養病床20床、計40床を増床するために既に着工されておりまして、平成29年11月には合計100床の使用が開始される

とのこと。こちらにつきましても、常に満床と伺っております。今後は、手術に対応していただくことや地域包括ケア病床の整備もされると伺っております。

そして、一番下の一里山・今井ホスピタル（仮称）は、現在は一般病床19床の有床診療所でございます。1床増加することにつきましては、病床の整備に関する工事は不要とのこと。また今後は、医師の増員によって脳神経外科の手術等にも対応されるということでございまして、平成28年4月に20床の病院としてスタートされると伺っております。

右の総括表につきましては、以上の増床による、既存病床数と基準病床数の差引き、また今回の整備計画を表にさせていただいたものでございます。

報告につきましては以上でございます。

（柵木部会長）

はい、「病床整備計画の承認について」の報告でございますが、よろしいですか。これについては、承認事項ではなく報告事項ということになるのですか。

（愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹）

はい、報告事項でございます。

（柵木部会長）

では、承認は部会ではないということですか。

（愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹）

行政の方で承認させていただいたということでございます。

（柵木部会長）

何か御意見はございますか。よろしければ、「4 その他」にまいります。この機会に何かございましたら、御発言をお願いします。

（加藤委員）

「病床整備計画の承認について」でございますが、こういうプロセスで行っていくということですが、地域医療構想調整ワーキンググループの会議で検討させていただいて、何かあれば行政が承認して改善報告されると、理解すればよろしいですか。

（愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹）

今回の計画につきましてはそれぞれ、現在の既存病床数と、基準病床数との差がある医療圏で病床の整備ができる地域ということで、県の要領で定めております要件を満たす医療機関につきましては承認をしております。

(柵木部会長)

日本の病院開設や病床の増床の状況というのは、病床不足地域では、まだ自由開業制が生きておりますので、基準病床数に抵触しなければいいということです。これは、やはり体制部会の承認がいるということですか。

(愛知県健康福祉部保健医療局 松本局長)

病床の整備計画にあたりましては圏域保健福祉推進会議で議論していきまして、その前の段階では地域の医師会の御意見をお伺いして、それを尊重するということになっております。

(柵木部会長)

基準病床数以内であればいいということです。先ほど私が言いました設立母体の問題ですが、経営的にかなり難しいような急性期病院は税金を支払わなくてもよい公的な医療機関が運営し、経営が比較的楽なところは民間病院が経営して利益が出れば税金を払う形で、これまでの日本の医療は振り分けられて来たわけです。ところが最近、社会福祉法人や一般社団法人と医療法人との区分けが曖昧になってきています。県内でもこれまで、民間の医療法人が手を出せないような経営が難しい地域で、社会福祉法人が病院を運営するという例はございましたが、今回の事例を見ますと、普通の医療法人が経営してもおかしくない地域に、ましてや他府県の社会福祉法人が開設するとのこと。社会福祉法人なら、仮に利益が出ても税金を払わないということになります。医療機関を運営していく上で、ふさわしくない法人もあると思いますし、問題のない類型かどうかという行政の認識がかなり緩んでいるように思われます。今までの慣行や条文で認めざるを得ないから、何でも簡単に認めるというのではなく、そのような状況になったら、行政だけでなく医療体制部会や医療法人部会等に議題として出していただいて、そこを認識いただいた上できちんと議論をし、行政で歯止めをするところはしていただきたいと、この席でお願いする次第です。

他に何かございましたら御発言いただきたいと思いますが、会議時間も延びておりますので終わりたいと思いますが、よろしいでしょうか。

それでは、愛知県医療審議会医療体制部会を閉会させていただきます。長時間にわたり、御協力ありがとうございました。