

- 1 日 時 平成28年2月2日（火）午後2時25分から午後3時35分まで
- 2 場 所 衣浦東部保健所 大会議室
- 3 出席者 別添出席者名簿のとおり
- 4 傍聴人 3名
- 5 議 題 地域医療構想について

6 会議の内容

○ 司会（稲葉 衣浦東部保健所次長）

引き続きまして、平成27年度第2回地域医療構想調整ワーキンググループを始めさせていただきます。

また事務局といたしましては、議長につきましては、第1回に引き続き刈谷医師会長の齋藤様にお願いいたします。

それでは、以降の進行を齋藤会長にお願いいたします。

○ 議長（齋藤 刈谷医師会長）

刈谷医師会の齋藤です。

第1回のワーキンググループに引き続き議長を務めさせていただきます。

必要病床数が示されるということで、様々な意見が出るとは思いますが、2025年の医療のあるべき姿について、地域の意見をまとめる場と考えておりますので、皆様方の御協力をよろしくお願い申し上げます。

なお当ワーキンググループは、第1回ワーキンググループ同様公開とさせていただきます。

議題 地域医療構想について

○ 議長（斎藤 刈谷医師会長）

それでは、議題「地域医療構想について」を事務局から説明をお願いします。

○ 事務局（植羅 医療福祉計画課 主幹）

愛知県医療福祉計画課の植羅と申します。

本日はお忙しい中お集まりいただきありがとうございます。

それでは、議題について説明させていただきます。

資料1については、地域医療構想における必要病床数の推計等についてをご覧ください。

第1回のワーキンググループを8月21日に開催し、10月28日の医療審議会で構想区域を決定いたしました。

構想区域につきましては、名古屋医療圏と尾張中部医療圏以外につきましては、現行の2次医療圏とするということでご理解いただきました。

その後12月18日に開催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本日お配りいたしました資料に基づき御審議いただきました。

本日お配りしました資料は、医療審議会医療体制部会でご審議をいただき、各地域のご意見をいただくためのたたき台となっております。

皆様からいただいたご意見を基に次回の医療審議会医療体制部会で改めてご審議をいただきたいと考えておりますのでよろしくをお願いします。

それでは資料1の1ページを御覧いただきたいと思います。

1の「必要病床数の推計手順」でございますが、こちらは平成27年3月末に国から各都道府県に提供された「地域医療構想策定ガイドライン」に定められた手順でございます。

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た平成37年の医療需要(入院患者数)と、現在の医療提供体制つまり構想区域間の患者の流出・入が変わらないと仮定した平成37年の推定供給数(入院患者数)を比較することになっております。

この範囲内で将来の必要病床数を推計することになります。

次に(2)でございますが、関係する都道府県間で供給数の増減を調整することとなっております。

これは、都道府県の間でも患者の流出入があり供給数を調整するという事ですが、こちらの(2)の説明文の最後に(注)とございますが、資料には、「現在、都道府県間調整中」とございます。

ただこちらは12月18日に提出した資料なので調整中と記載しておりますが、注の2行目後半から記載がございますとおり、今年の「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により決定する」と国で決定されており、中々調整がつかないという事がありましたので、結果として医療機関所在地ベースとなっております。

ます。

次は（３）なのですが、今度は県内の調整という事ではありますが、構想区域間の入院患者の増減を行い、将来あるべき医療提供体制を踏まえた推定供給数（入院患者数）を確定することとなっております。

次に（４）でございますが、その入院患者数を病床の稼働率で割って得た数を将来の必要病床数とすることとなっております。

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。

高度急性期は７５％、急性期は７８％、回復期は９０％、慢性期は９２％となっております。全国で同一数値を使うこととなっております。

次に「２ 医療需要の推計について」でございます。

医療需要等の推計方法につきましては、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。

なお本日は参考資料としてもお配りしておりますので、お時間があるときにご確認いただければと思います。

まず（１）でございますが、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年度のレセプトデータ等に基づきまして医療資源投入量によって区分することとなっております。

例えば高度急性期については、レセプトデータを使いまして入院基本料とリハビリに関するものを除いた診療報酬の点数が３０００点以上のものを高度急性期と区分されております。

次に（２）の慢性期医療の医療需要の推計でございます。

１つ目の○の２行目ですが、療養病床の入院受療率の地域差が全国的にありますことから、その地域差を解消するための目標を各都道府県で定めることとなっております。

２つ目の○にございますが、パターンＡとパターンＢの２つがございます。

こちらの内容についても第１回のワーキンググループでご説明させていただきましたが、資料の右下参考をご覧ください。

パターンＡとパターンＢをそれぞれ図で示しておりますが、パターンＡの右の網掛けの囲み部分をご覧ください。

パターンＡは、全国のすべての構想区域が県単位の全国最小値まで入院受療率を低下する目標をたてるものであります。

それに対しましてパターンＢは、右の網掛け部分にあります通り、構想区域ごとに入院受療率と県単位での全国最小値との差を一定割合解消させるという事でございます。

その割合ですが、県単位での全国最大値が県単位での全国の中央値まで低下する割合を全国一律に用いるものでございます。

端的に申しますとパターンＡの方がより厳しい目標設定、パターンＢにつきましては、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。

国の方では、パターンＡとパターンＢの間に目標設定すると定められております。

本県におきましては、右下の図の上の○の部分にありますとおり、在宅移行のための整備につきましては、今後一定程度の時間が必要であると考えられますので、より

ゆるやかな目標設定であるパターンBということとしてはどうかという事で、医療審議会医療体制部会で了解をいただいております。

続きまして資料を1枚おめくりいただきまして、2ページを御覧ください。

「3 構想区域間の供給数の増減の調整について」たたき台をお示しさせていただいております。

まず1つ目の○でございますが、現時点におきまして、将来の医療提供体制がどうなるかということをはっきりと見込むことが難しいということがございます。

そのため現在の医療提供体制が変わらないと仮定いたしまして、現在の患者の患者流出が続く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、2つ目の○でございますが大幅な増床の予定または病院の新規開設がある場合につきましては、隣接する構想区域への流出が止まることが発生すると見込みまして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「大幅な増床予定」でございますが、一般病床あるいは療養病床におきまして200床以上の増床が見込まれるものとしておりまして、具体的には、2つの医療機関が該当しています。

まず(1)でございますが、豊田市に計画されている平成30年4月に開設が予定されております、豊田若葉病院でございます。

整備病床数につきましては、一般病床が50床、療養病床が200床の予定となっておりますので、この療養病床の200床、こちらが影響を及ぼすと考え、西三河北部から西三河南部西構想区域へ流出しております慢性期の入院患者38名について調整するものでございます。

次に(2)でございますが、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。

こちらは今年の3月27日、開設者である学校法人の藤田学園と岡崎市との間で大学病院の整備に関する協定書が締結されております。

岡崎市内、JR岡崎駅付近の岡崎駅南土地地区画整理事業区域に病院開設が予定されております。

病床数は、一般病床が400床程度で主に2次救急を担うという事で今後の病院の開設が予想されております。

こちらに対する調整案でございますが、一般病床が400床できるということから、西三河南部東構想区域から西三河南部西構想区域への高度急性期、急性期、回復期の流出及び東三河南部構想区域への流出が止まるという想定をさせていただいております。

それでは、資料を1枚おめくりいただきまして、3ページを御覧いただきたいと思っております。

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。

先ほど説明をさせていただきましたとおり基本としては医療機関所在地ベースですが、先程申し上げました2つの病院の影響について資料の右側にお示しさせていただきました。

西三河北部、西三河南部東に新しい病院が出来るということで、その影響を想定し

まして西三河南部西、東三河南部の必要病床数について調整をさせていただいた後の必要病床数を記載させていただいております。

西三河南部西構想区域における必要病床数については、高度急性期は585を531、急性期については1,703床を1,590床という形に病床数の調整をさせていただいております。

またその下にまいりまして、平成26年の病床数を記載させていただいておりますが、あくまで参考としてお示しさせていただいております。

こちらの病床数につきましては、表の欄外に「※」で説明しておりますが、一番下の「※」を御覧いただきたいと存じます。

平成26年の病床数、こちらにつきましては、平成26年10月1日現在の病院名簿にございます病院の一般病床数と療養病床数、それから有床診療所の病床数の合計を、平成26年に各医療機関から報告いただいた病床機能報告の結果の割合を使いまして算出した参考値でございます。

参考値にした理由でございますが、皆様御承知のとおり病床機能報告制度につきましては、医療機能ごとの定義というものが現在明確なものを示されておりません。

そのため、病院個々の判断によって各機能を報告しているため、現状の病床をきちんと示しているものではないと愛知県としても考えておりますので、平成26年の病床数の下に差引を示しておりますが、こちらでたとえ過剰と記載されていても、正確に何床が過剰であるのかということとは県でも全くわからないという事になっております。

それでは資料を1枚おめくりいただきまして、4ページと、その次の5ページも合わせて御覧いただきたいと思っております。

4ページが参考1といたしまして、全ての地域が医療機関所在地ベースで計算した必要病床数でございます。

そして5ページ目、こちらが参考2といたしまして、新規の病院の影響により入院患者の一定程度の流出が止まるということで調整した後の必要病床数をお示しております。

参考にご覧下さい。

それでは、6ページを御覧いただきたいと存じます。

「4 必要病床数の都道府県間調整について」でございます。

隣接する都道府県等との流出流入の調整という事でございます。

西三河南部西構想圏は影響がありませんが、6ページ右下の注に示してありますとおり国からの通知により昨年12月末までに都道府県間による調整がつかなかった場合には医療機関所在地ベースによりそれぞれの都道府県によって必要病床数を定めるということとされておりますので、そのことをご承知おき下さい。

それでは資料7ページにうつりたいと思っております。

将来のあるべき医療提供体制を実現するための取組みについてでございます。

地域医療構想は必要病床数を定めるとともに、将来その必要病床数を達成するためにどのような取り組みを実施するかを併せて記載することになっておりますことから、7ページに記載させていただきました。

まず(1)の考え方でございます。「ア」にございますとおり、病床の機能分化と

連携を進めていく必要が当然ございます。

その際の考え方ですが「ア」の3行目後半に記載しましたが、医療機関の自主的な取り組みを促すという事でございます。

地域医療構想には必要病床数という形でお示しすることになっておりますが、当然のことながら愛知県で強制的に必要病床数の実現を推進できるとは、考えておりません。

平成26年の病床については、病床機能報告制度の内容がまだ非常にあいまいであり、国において各機能について精緻化することを考えているので、現在は必要病床数と現状の病床数を正確に比較することは難しいと考えております。

そのため医療機関の自主的な取り組みをまず考えていただくことが、重要であると考えております。

地域医療構想を示しますとともに各医療機関から毎年報告いただく病床機能報告の内容をご覧いただき、そして現在改定作業が進められている診療報酬などを各医療機関に十分吟味していただき、将来の各医療機関の立ち位置を考えていただくことが、重要であるとと考えております。

そうした自主的な取り組みをしていただく際には愛知県としましても、病床の整備等について補助金などの支援をさせていただく必要があると考えております。

次に「イ」でございますが、在宅医療の充実強化を図る必要があると記載させていただきました。

特に必要病床数の中の慢性期の機能については、将来的に出来るだけ在宅医療に移行していくという事が一つの大きな柱でありますことから、平成37年に向けて在宅医療の充実強化を図っていく必要があります。

続きまして「ウ」でございますが、将来のあるべき医療提供体制を構築するうえでは当然のことながら医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者の確保、養成が重要であるとと考えております。

そして「エ」でございますが、こういった取組を進めるために平成26年度から各都道府県に設置してございます地域医療介護総合確保基金を活用し、3つの柱ごとに様々な取り組みを進めていく必要があるということとなっております。

具体的な取り組みについては、(2) 今後の方策で記載させていただいております。

一つ目の「病床の機能の分化及び連携の推進」につきましても、不足する医療機能の充足ができるように病床の転換を補助金等で支援していきたいと考えております。

次に「在宅医療の充実」につきましても、郡市区医師会に本年度から本格的に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りまして、在宅医療提供体制の構築を推進していく必要があると考えております。

また3つ目の柱である「医療従事者の確保、養成」につきましても、医師不足地域等の病院勤務医の養成や女性医師等の働きやすい勤務環境の整備等を図っていくという事でございます。医師の確保につきましても本年度当初から愛知県に地域医療支援センターを設置してありまして4大学に協力を依頼して地域枠の医師の将来的な派遣等について調整させていただいております。

最後「6 今後の予定」でございますが、1月から2月にかけて各構想区域で地域医療構想調整ワーキンググループにおいて、皆様から意見をいただくことになっており

ます。

また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、各ワーキンググループの皆様のご意見を踏まえて、必要病床数等を改めて御審議いただく予定としております。

資料についての説明は以上でございます。

○ 議長（斎藤 刈谷医師会長）

ただいまの説明でご質問・ご意見がありましたら、お願いします。

4医師会及び6病院から『「地域医療構想必要病床数推計の見直し案」に関する意見書』（別添）が提出されました

○ 小林 小林記念病院理事長

『「地域医療構想必要病床数推計の見直し案」に関する意見書』ということで各医師会長及び病院長がサインをしたものを皆様に提出させていただきました。

詳しい内容について西尾市民病院の禰宜田院長説明をお願いします。

○ 禰宜田 西尾市民病院院長

『「地域医療構想必要病床数推計の見直し案」に関する意見書』ということで4医師会及び6病院代表者一同の意見として提出させていただいたものです。

この意見書を提案する経緯としましては、12月18日開催の愛知県医療審議会の医療体制部会において西三河南部東構想圏は、新病院の関係で医療機関所在地ベースと比べて303床の増床を実施し、西三河南部西医療圏は、310床削減するという案が提出されました。

愛知県の説明としては、患者の流入・流出について変更があるという意見で提案されたということでしたが、4医師会及び6病院代表者としては違和感があり理屈としておかしいのではないかという意見が発端であります。

地域医療構想ガイドラインが提案された段階では、地域医療構想は現行の2次医療圏単位で策定することが原則とされていたこと、人口規模や受領動向の変化などの将来における要素を勘案して検討する必要があるということであった。

西三河南部東医療圏は、現在の病床数と医療機関所在地ベースで算出した2025年の必要病床数を比べてもほぼ同数であり、特に高度急性期、急性期においては過剰もしくはほとんど同数という結果になっております。

その中で西三河南部東医療圏に新たに病院をつくるという根拠は、全くないのではと考えております。

国全体の方策としましても、病床数や病床の構成をワイングラス型からヤクルト型という案もでておりますし、また将来需要を考えるのであれば不足している医療機能を補うべきという方針が出ております。

西三河南部東医療圏で不足している機能は回復期であり、それを増やすのであればまだ理解もできるのですが、それ以外の機能も増やすというのは理屈としておかしい。

また新病院が出来たことにより流出が止まるという影響を勘案するというのであれば、西三河南部西医療圏も西三河南部東医療圏と同程度の患者が他圏域に流出しております。

同じ理屈で考えるのであれば、西三河南部西医療圏の流出患者についても南部東の流出が止まる影響を勘案して病床が帰ってくると考えることも出来るのではないかと、そうなってしまうと全ての圏域にも影響が出るとは思いますが、愛知県には再考をお願いしたいと考えております。

今回の意見書は、議論を前提として3項目、論点としまして8項目がうたってあります。

4医師会及び6病院代表者としては、この意見に関して掌握しかねるものであり断固反対するというものであります。

○ 事務局（植羅 医療福祉計画課 主幹）

ご意見いただきありがとうございます。

資料の3ページに必要病床数のたたき台を示してあり、その中で西三河南部東医療圏の必要病床数の内、高度急性期と急性期を足した合計は平成26年の病床数と比べて大幅に上回るという意見でございますが、こちらについては高度急性期、急性期についての国の定義がはっきりしていないこと、また病床機能報告については病棟単位で報告いただいております、病棟ということで最大60床程度と考えておりますが、一部でも急性期を実施している場合は、全てを急性期と報告しているということや大規模な病院が全ての病棟について高度急性期として報告していることもあると思っておりますし有床診療所でもかなり急性期と報告している医療機関もあります。

急性期と回復期などは、病棟の中でも病期の異なる患者が混在しているケースがあり、平成26年のデータでは現状の病床を表していないということで、あくまで参考という事でデータを掲載させていただいております、過剰や不足というのはこのデータで確認することは、難しいと考えております。

特に必要病床の算定については、平成25年度のレセプトデータを用いて患者一人ひとりの点数を分析することで高度急性期、急性期等と算定してありますが、一方現在報告していただいている病床機能報告は病棟単位という事で、病床の過不足について細かい単位での判断は非常に難しいと考えております。

また西三河南部西医療圏からの患者の流出についてですが、西三河南部東からの患者の流入が止まるという事で推計させていただいたのですが、その影響により他の医療圏への流出が止まるという事を考えることは、当然出来ますが、そうしますとその影響を受けて他の医療圏も変化するという事もあり、どこまで影響を考えるのかというのは非常に難しい問題であり、今回は新しい病院が設立される医療圏に隣接する医療圏のみ影響があると考え推計させていただきました。

このことが不十分であるという意見が当然あるとは思いますが、どこまで影響を考えるのかという線引きが非常に難しいためこの形をとらせていただきました。

なお、この考え方は愛知県として、たたき台を作るときに考えさせていただいたものでありますので、地域の皆様のご了承がすぐにいただけるものとは当然考えておりません。

○ 浦田 安城更生病院院長

岡崎市に出来る藤田病院については、植羅主幹さんから2次救急を担うとの説明があったが、流入・流出を考える時に、西三河南部東から西三河南部西への病床の減数を見ると高度急性期の流出数は一日当たり41、急性期は88、回復期は92、慢性期は38で合計259ということであるが、2次救急を担う病院であるのにかかわらず高度急性期までカウントされている理由はなにか。

また、意見書3ページに西三河南部西、西三河南部東の2圏域の流出について一覧表をまとめさせていただきました。

この表によりますと、2025年におきまして西三河南部西からの流出は1日当たり450、西三河南部東の流出は1日当たり461という想定数字があり全く同じ数の流出がある事がわかると思います。

本来地域医療構想は、高度急性期以外は地元の圏域において医療が完結することが大前提です。

西三河南部東の患者の西三河南部西への流出が止まった場合、西三河南部東の患者が使用していた病床は、西三河南部西の患者が利用できるようになるため西三河南部西医療圏の流出も止まると考えることができるのではないかと。

そうなれば連鎖的に隣の医療圏、隣の医療圏と波及することになって調整がつかなくなるという意見は分かるが、地域医療構想を医療機関所在地ベースで考えているのに、西三河南部東医療圏のみ別の考え方を採用する理屈はないではないかと。

そうであれば他の圏域も再調整する必要があるのではないのでしょうか。

○ 事務局（植羅 医療福祉計画課 主幹）

先程も少し申し上げましたが、患者の流出について連鎖的な反応をどこまで見込むのかという判断は難しいということと、400床規模の病院が開設できるという事であるので、そのことを考えないという事も難しいという事を考え、そこで直接影響があると考えられる隣接する医療圏のみを調整の対象とさせていただきました。

ただ藤田の病院が、平成32年4月に開院を考えているという事であり、実際に開院し患者の動きがどうなるのかは、実態をみないとわからないというのが現実であります。

地域医療構想は医療計画の一部として位置づけられておりますので、本年度一旦策定はするものの、次期の見直しは平成29年度に実施する予定であります。

その先も介護保険の計画や、在宅医療の充実を考え医療計画の見直しを行う予定でありますので、その際に地域医療構想の見直しを実施することも可能であると思っております。

また高度急性期の問題ですが、藤田病院は2次救急を主体と考えていると聞いてい

ますし、岡崎市もそう望んでいると聞いております。

平成32年度に開院ということで病院が実施する医療の内容が明確には決まっておきませんが、一般的に400床規模の病院ということになるとICUなどの病床も整備されると考え、高度急性期についても若干調整の対象とさせていただきました。

○ 藤井 安城市医師会長

各2次医療圏で流入流出があることについては先程説明があった通りだと思うが、西三河南部東医療圏は、資料の3ページの必要病床数のたたき台を確認すると、回復期の病床がかなり不足しており、急性期の病床が余っているという状況である。

平成32年度に藤田学園大学が、400床の2次救急を主体とする病院を開設することになると、回復期の病床は不足のまま余っている急性期等の病床がさらに増加されることになる。

そうなれば病床の構造については変更がないので、西三河南部東医療圏からの流出が止まるという事はおきないのではないかと

○ 事務局（植羅 医療福祉計画課 主幹）

ご意見ありがとうございます。

急性期が過剰かどうかについては、現状が良くわからないのでそこについて正確なことを申し上げることはできません。

ただ回復期については、全国的に見ても回復期機能の病床が不足していると言われております。

今回も2次救急の病院が出来ると言っておりまして、その全ての病床が急性期になるかは今後調整していかなければなりません。現在も地域包括ケア病棟が回復期なのか急性期なのかというのがあまりはっきりしておりませんが、400床規模の病院であればこういった病床を回復期として整備することも考える事が出来ます。

500床以上の病院については、地域包括ケア病棟は一病棟のみにしか整備できない規制を実施すると聞いておりますが、400床という事でありまして院内に7対1病床に加えて、地域包括ケア病棟が整備可能と聞いておりますので、藤田学園が最終的に病棟を考える際に、愛知県としてもどのような機能を選択するのか確認していきたいと思っております。

○ 弥政 八千代病院院長

西三河南部西医療圏は、バランスよく病院が協力し合っている地域である。

報告病床数と必要病床数にかい離があることが分かっていたため、自主的な取組としてこのかい離の解消に向けて話し合いを始めようといっていた矢先に、300床以上減らすという事になったため出鼻をくじかれた感があります。

本来隣の医療圏に口出しする立場にないが、ここまで話が大きくなったのは、地域医療構想が始まっているのにもかかわらず愛知県として西三河南部東地域で足りているであろう急性期の病院を認めるという姿勢はおかしいのではないかと

西三河南部東は回復期が足りていないので回復期を担う病院であればまだ話はわかる。

もし回復期の病院が出来たとしても、地域医療構想を実現するためには必要病床とのかい離があるので自主的な動きを実施しなければならない。

これが2次救急の病院が出来ることになれば、ますます紛糾するのではないかと考えております。

○ 井本 刈谷豊田総合病院

従来病床の整備は基準病床数で実施してきたが、その数字と地域医療構想の病床数に差があるのでこういった無理筋の議論が出てきてしまう。

今回提案のある新規の2つの病院については、どのような内容や機能を担うのかがだれも分からない状態なのに、それを含んで地域医療構想を作成し、地域の影響について議論をするのははなはだ無理なのではないか。

実際に活動していない病院と実態として活動している病院を同じ土俵に上げるのはいかがなものであるか。

この地域は、実際に実動の病院がどの機能、役割を分担していくのかを真剣に全病院が集まって話し合いを実施しているのに理解してくれというのは無理がある。

○ 事務局（植羅 医療福祉計画課 主幹）

2次救急につきましては、岡崎市は4つの病院で輪番を組んでいますが24時間365日の輪番が組めていないことを愛知県として承知しております。

西三河南部東医療圏は救命救急センターが1か所しかなく岡崎市として2次救急の整備を実施したいという意見は、やむを得ないのではないかと考えます。

また基準病床という事について話が出ましたが、基準病床については本年度が現行の基準病床の最終年度なのですが、新規に作成する平成28年度、29年度の2年間の基準病床については、現行の制度の計算方法によって2年間のみの基準病床を設定いたします。

また病床整備の方法であります、平成28、29年度の2年間は現行の基準病床の方法を変更しないということを国の方に確認しております。

その先については、次回の医療計画の改定で基準病床数と必要病床数の考え方の整理が出来てくると思います。

○ 梶田 碧南市民病院院長

西三河南部東圏域の2次救急充実が必要という事でしたが、愛知県の救急の統計でみると重症患者の搬送の問い合わせ件数は、西三河南部東は平成25年度0件であり非常に頑張っている。

特にそこで圏域からの流入・流出をことさら強調される必要はなく、現状でもうまくいっていると思うが、事務局としてどう思っているのか。

○ 事務局（植羅 医療福祉計画課 主幹）

救急の重症の患者は、救命救急センター（3次救急）で対応していただく必要があると思っております。

過去5年ほどの救急搬送のデータを見たのですが、重症の患者の搬送件数については、若干減少に動いておりますが、中等症、軽症の患者については増えており高齢化が影響しているのではないかと考えております。

地域医療構想は、平成37年を見据えており西三河南部東は今後非常に高齢化が進んでいく地域であり、西三河南部西も今後高齢化が急速に進んでいく状況であるので今後救急搬送における中等症、軽症の患者が増えていくことが想定されます。

そのため中等症、軽症の受入れを実施する2次救急の充実が、西三河南部東圏域で必要であると考えております。

○ 浦田 安城更生病院院長

救急の話につきましては、愛知県内医療圏毎の救急医療患者収容平均時間集計表という統計資料があります。

救急の収容平均時間は、愛知県内各圏域だいたい30分～35分で、全国平均に比べて山間地である東三河北部圏域以外は全国の平均よりも数分以上良く、いいところでは全国平均より10分以上も良いという結果が出ており、現状でも優れた救急受入体制が確立されているという事は、事実であります。

それが今後高齢化により救急搬送が大変となるのは、西三河南部東でも西三河南部西でも同じであり、愛知県の中でも西三河の高齢化については、同じような条件であると思います。

救急搬送について重症患者のいわゆる「たらいまわし率」は、愛知県は0.7%と全国が3.5%となっており全国の5分の1であり、西三河南部西は0.1%ということで非常に優秀な成績であります。西三河南部東は、0.0という数字で西三河南部西よりも良いというのが統計結果として出ております。

そういった背景があることから、ことさら新病院の建築に伴う流入・流出を考える必要があるのかと言った疑問に繋がっております。

今回の地域医療構想は、2025年の必要病床数の推計という事ではありますが数字の持つ意味は日本全国どこでも同じという事ではなく地域によって変わってきます。

現在人口が既にピークである地域と、2040年に向けてますます医療と介護の需要が増加する地域があり、2040年をベースに考えると西三河南部の医療機関ベースで1400床の病床が不足するという結果も示されております。

内訳としましては、西三河南部西が1000床、西三河南部東が400床足りないと結果が出ており、そういった長い目で考えればこの議論の解決が出来るのではないのでしょうか。

また現在の基準病床数で名古屋医療圏をみると、四千数百床過剰なまま長年に亘り放置されてきておりますのでそういったやり方があってもいいのではと考えており

ます。

つまりこの地域ではピークではなく中間点である2025年をとってこれが上限であるような固まった考え方を持たせて、その中で地域を焦らせるよりも2040年といった伸び代があるという事を意識した配慮があってもよいのではと思います。

繰り返しになりますが、あくまでも医療機関所在地ベースで基本に据えるという以上、一部に患者住所地ベースの考え方を2つの医療圏のみに採用すると連鎖的にどんどん矛盾が出てしまうのではないかと。

そして西三河南部医療圏にはなほだ不利益が生じるという事に関して、4医師会及び6病院代表者は非常に憤って、断固反対という事で意見書を表明致しました。

○ 禰宜田 西尾市民病院院長

愛知県の方も把握していると思いますが、以前は西三河南部東と西は統一されており一緒に会議の場で様々な内容を検討しておりました。

西三河南部東医療圏がうまく機能しない一つの理由は、中等症及び回復期の方に対するケアを担うところがないという事が問題であり。

岡崎市民病院に集中してしまうというのが事実であります。

地域医療構想の策定は、2次医療圏単位での策定が原則であり、将来における人口規模や受療動向を加味して策定することになるので、これに立ち返るとまず西三河南部東の中で検討を実施するのが先であるのではないかと。

西三河南部西から病床を持ってくるという考え方は、安易ではないかもっと西三河南部東で検討を実施すると別の課題等も出てくるのではないかとと思います。

○ 事務局（植羅 医療福祉計画課 主幹）

大変貴重な意見をたくさんいただきありがとうございます。
意見書の方も持ち帰らせていただき議論させていただきたいと考えております。

○ 浦田 安城更生病院院長

今の意見書は、ワーキンググループの中の医療関係者一同という事であるが、このワーキンググループとしての医療関係者以外の委員の意見は、どうでしょうか。

○ 神谷 安城市子育て健康部長

安城市を含めてこの地域は、2040年ごろまで人口が増える傾向にある地域であり全国的にも極めて特殊な地域であるということをお承知置き下さい。

また安城市としましても2040年まで人口が増えるという事を前提に医療を始め街づくりを実施しております。

高齢者が増えていくという事は、医療需要が当然増すという事なので、このたたき台の調整のあり方については、少し疑問であり、そもそも調整が必要なのかという思

いもあります。

そこで安城市としましては、この意見書に是非賛成させていただきます。

○ 鈴木 刈谷市福祉健康部長

愛知県として調整が難しいというのは、説明を聞いて良く分かったのですが、調整方法として他の圏域まで影響を考えると難しいから、そこでそろばんをはじいてちょうど良い隣の圏域から持ってくれば良いというようにもとれてしまうので、刈谷市としていろんな所への説明が難しく納得しづらいと考えております。

そこで調整方法を考えなおしていただけないかというのが1点目であります。

また刈谷市も町・人・仕事創生総合戦略ということで人口ビジョンを策定しておりますが、2040年という事では現状15万の人口が16万に増えるというような見込みになっておりますが、将来人口について増える部分は、若い世代だけでなく高齢者が多くなり医療需要が多くなると見込んで、街づくりをしていくということが基本になっており、街づくりの根底がひっくり返りかねないという事になってしまいます。

非常に重要な案件でありますので、充分説明できるような内容で結論をいただきたいと考え刈谷市としましても意見書に賛成させていただきます。

○ 尾崎 西尾市健康福祉部次長

高齢化が進んで医療需要が増える中でこの構想自体は、賛成しがたいと考え意見書に賛同したいと考えております。

○ 鈴木 看護協会西三河地区支部

看護職の立場から発言させていただきますが、現状でもかなり高齢者の方の退院先に苦慮しております。

これでベッド数が減ると更に厳しくなると思います。

在宅へという話も分かりますが、家族構成や老老介護、独居老人などの問題もあり西三河南部西の地域でベッドが減るということは考えにくいので、この意見書に賛同したいと思います。

○ 小林 小林記念病院理事長

今回提出した『「地域医療構想必要病床数推計の見直し案」に関する意見書』について西三河南部西圏域として決をとりたいのだが議長いかなもののでしょうか

○ 議長（齋藤 刈谷医師会長）

提出された『「地域医療構想必要病床数推計の見直し案」に関する意見書』について西三河南部西地域医療連携ワーキングとして決を採ります。

賛成の方の挙手をお願いします。

ワーキンググループ出席者 22 名中 賛成の挙手をした者 19 名

賛成多数という事で提出された『「地域医療構想必要病床数推計の見直し案」に関する意見書』については、西三河南部西地域医療構想調整ワーキンググループとして採択することを可決いたしました。

以上をもって地域医療構想調整ワーキングを終了させていただきます。

長時間にわたりありがとうございました。

○ 司会（稲葉 衣浦東部保健所次長）

これをもちまして、「平成 27 年度第 2 回西三河南部西地域医療構想調整ワーキンググループ」を終了させていただきます。

長時間にわたりありがとうございました。

お帰りに際しましては、交通事故には十分気をつけてお帰りください。