

平成28年度第1回愛知県医療審議会医療体制部会 議事録

- 開催日時 平成28年5月25日（水） 午後2時から午後3時30分まで
- 開催場所 愛知県自治センター5階 研修室

- 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）、酒井委員（愛知県公立病院会）、鈴木委員（公益社団法人愛知県看護協会会長）、高橋委員（名古屋大学医学部長）、高橋委員（健康保険組合連合会愛知連合会会長）、土肥委員（日本労働組合総連合会愛知県連合会会長）、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）、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 久野課長補佐）

お待たせいたしました。定刻になりましたので、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。

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）

本日は皆様には大変お忙しい中、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、「地域医療構想の素案の決定」を挙げさせていただいております。

昨年度から御審議いただいております地域医療構想につきましては、前回御審議いただいた結果、策定期間を延期させていただいております。

先日、西三河南部西、東及び尾張東部の合同ワーキンググループを開催しておりますので、その報告もさせていただきながら、各ワーキンググループへお示しする構想素案の内容について御審議いただき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、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 久野課長補佐）

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たいと存じます。なお、本日御出席の委員のうち、新しく御就任いただきました方を御紹介いたします。愛知県公立病院会 酒井和好委員でございます。健康保険組合連合会愛知連合会会長 高橋恭弘委員でございます。

なお、定足数ですが、この審議会の委員数は11名で、定足数は過半数の6名です。現在、10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、本日は傍聴者及び報道関係の方がいらっしゃいますので、よろしく願いいたします。

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）「配付資料一覧表」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思いますが、以降の進行は柵木部会長をお願いいたします。よろしく願いします。

（柵木部会長）

部会長の柵木でございます。今日この部会は、先ほど松本局長から御説明がありましたとおり、地域医療構想の素案の決定ということになっております。後でスケジュールの説明があると思いますが、9月の医療審議会でも地域医療構想を決定するために、本日素案を決定するというところでございます。

円滑な議事の進行に努めてまいりたいと思っておりますので、よろしく願いします。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いたします。

（愛知県健康福祉部医療福祉計画課 久野課長補佐）

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。よろしく願いいたします。

（柵木部会長）

それでは、すべて公開ということで進めさせていただきますのでよろしく願いします。

続きまして、議事録署名者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。本日は鈴木委員と高橋恭弘委員をお願いしたいと思います。よろしいでしょうか。

【鈴木委員、高橋委員承諾】

(柵木部会長)

それでは、議題「地域医療構想の素案の決定」について審議を始めます。

素案は、これまでこの部会で議論してきたことをまとめたものですが、まだ最終調整がついていないものとして(1)「必要病床数の推計」がございします。それから、(2)「各構想区域の医療課題」と(3)「その他の素案の記載」ということで、この3点について御議論をお願いしたいと思います。

それではまず(1)「必要病床数の推計」について、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 三島主幹)

それでは、議題「地域医療構想の素案の決定」について、まず(1)「必要病床数の推計」について御説明させていただきます。

資料1「地域医療構想策定に係る今後の予定」を御覧ください。左側に本年度の予定、右側に参考としてこれまでの経過がございします。

左側、本年度の今後の予定でございしますが、本日、5月の当体制部会で地域医療構想素案について検討いただき、その結果を各構想区域のワーキンググループにお示しをし、特に各構想区域の課題等について意見聴取をしてみたいと考えております。

その結果を次の当体制部会で修正など御検討いただき、パブリックコメントや関係団体等へ意見聴取を経まして、本年度半ばの9月頃を目途に医療審議会において答申していただき、地域医療構想の公示へと進んでみたいと考えております。

なお、参考として右側にこれまでの経過がございしますが、下の方、今年1月に2回目の構想区域でのワーキンググループで病床の必要量について意見聴取しましたところ、構想区域によって意見の隔たりがありました。そのため、意見に隔たりのあった構想区域を含む3つの構想区域に集まっていただき、資料左側の上に戻りますが、4月でございしますが、3構想区域で意見交換を行ったところでございします。

続きまして、資料2「地域医療構想(素案)」は素案全体でございしますので、必要病床数の推計に関し、まとめました資料3「必要病床数推計のたたき台について」を御覧ください。この資料の中身は昨年12月の当体制部会にお示ししたものの抜粋でございまして改めて御説明させていただきます。

必要病床数の推計は、「1 考え方」のとおり、平成37年の必要病床数の推計について、国から2つのデータが提供されております。

1つは医療機関所在地ベース、もう1つは患者所在地ベース、この2つを比較することとされておりますが、現時点で平成37年、将来の医療提供体制がどうなるかということを見込むことは難しいということがございします。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推計を基本とさせていただきます。

2つ目の丸でございしますが、先ほどの患者数を推計するにあたりまして国が用いておりますのが、平成25年度のデータでございします。そのために、平成26年度以降にお

いて、大幅な増床予定につきましては、その影響により、現在は隣接の構想区域へ流出している入院患者が一定程度止まるといった状況を考慮して調整を行うこととしました。

ここで申しております大幅な増床予定とは、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床以上の増床が予定されているもので、隣接する構想区域へ流出している患者への影響が見込まれる医療機関で、以下の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。

ア (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。開設時期は平成30年4月に予定されており、新たに療養病床が200床できるため、国のデータで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が止まるのではないかとということで、調整させていただきました。

その下はイ 藤田保健衛生大学病院の新病院でございます。西三河南部東構想区域、岡崎市の南部でございます。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、西三河南部西構想区域及び東三河南部医療圏へ流出していた患者が止まるのではないかとということで、調整させていただきました。

2頁を御覧いただきたいと存じます。こちらも昨年12月の当体制部会にお示した平成37年の必要病床数の県調整案、たたき台の一覧でございます。

11の構想区域ごとの平成37年の必要病床数につきまして、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して、先ほど申し上げました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。

構想区域ごとに平成37年の「必要病床数」の下、真ん中の行は「平成26年の病床数」となっておりますが、その内容を表の下の※一番下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。

こちらの病床機能報告ですが、国が定めておりますのが、まだ、医療機関の判断で報告するなど厳密な基準に基づく報告値となっておりますことから、参考値ということでお示しさせていただいております。

その参考値と必要病床数の推計値との差を「差引」というかたちでその下の行でお示しをしております。

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、国のデータにおい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病床数「41床」を加味しました矢印の右側「619床」を推計値の県調整案、たたき台としてお示ししております。

次に、下にまいりまして、西三河南部東構想区域です。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、西三河南部東と東三河南部構想区域から流出していた患者が止まるという数字をお示ししており、一番右の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。

なお、参考までに、後ほどの説明に出てまいりまして資料にはございませんが、この西三河南部東区域からは当初、患者住所地ベースで推計の要望が出ておりました。その場合は、たたき台の「2,628床」よりも大きい「2,753床」という数字となります。

その逆に、その下、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と、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、必要病床数を減らしてお示しさせていただいており、その下一つ飛んで、東三河南部におきまして、西三河南部東からの患者の流入が止まるという推定から、必要病床数を減らしてお示ししております。

資料4「合同地域医療構想調整ワーキンググループの開催結果」を御覧ください。このような必要病床数における県調整案の考え方につきまして、先程申し上げました本年1月からの各構想区域のワーキンググループで意見の隔たりがあった2つの構想区域に尾張東部を加えた3構想区域合同で、先月25日、各構想区域から出席者5名ずつに集まっていたいただき、合同ワーキンググループを開催させていただいたところでございます。

主な意見は3のとおりでありまして、左下、西三河南部西からは1つ目の丸で、今後医療需要が増大していき、病床利用率も高く、たたき台は、西三河南部西の実情からかけ離れている、2つ目の丸では、西三河南部東からの流入を戻すというのであれば区域内に余裕ができるため、西三河南部西からの流出も地域住民のために戻されるべき、3つ目の丸では、2040年には病床が不足する地域であり、それを見越して必要病床数推計の調整をすべき、4つ目の丸では、西三河だけ調整するという安易な方法はよくない。調整するのであれば病床過剰地域である名古屋についても手を付けるべき、結論として、5つ目の丸で県全域医療機関所在地ベースに統一すべき、つまり、大幅な増床予定で個別に調整しないようにとの御意見をいただきました。

資料の右にまいりまして、西三河南部東の主な御意見でございます。1つ目の丸でございますが、地域医療構想の考えは、高度急性期を除き構想区域ごとに地域医療を完結させることを目標にしていると、国のガイドラインにございますことから、当初は患者住所地ベースを主張してきたが、条件付きで県調整案に賛成する、その条件が、2つありまして、引き続き各医療圏における今後を分析し、状況に応じて速やかに構想や数字を見直していくこと、最新の分析データを毎年各圏域に提供し、実行可能な見直しにつ

いて毎年行っていく、との意見でございます。

2つ目の丸でございますが、将来のあるべき医療提供体制に近づける努力として西三河南部に2次救急病院が新設されることは妥当であり、従って、県の調整案も妥当である。ただし、病床をどこから持ってくるかは別の議論であり、県全体で考え直すべきである、3つ目の丸でございますが、医療関係者と行政が一体となって新病院の招致事業を進めており、新病院と2次医療圏内での新しい体制づくりについて話し合いをする準備もできている。最低限、たたき台の必要病床数を維持してほしいという御意見をいただいております。

最後に尾張東部でございます。1つ目の丸では、当区域は意見集約の結果としてはたたき台で異論はない、2つ目の丸でございますが、尾張東部には大学病院が2つある特殊性があり、高度医療を求めて患者が流れる部分がかかなり多いのではないかと。尾張東部や名古屋の大学病院への流れは、病床不足や地域性による流れではなく、調整を行っても大きく変わることはない、3つ目の丸では、多くの患者が名古屋に流れているので、名古屋医療圏を入れずに議論しても局地的な話である、また、最後4つ目の丸でございますが、1つ目の丸においては意見集約としてたたき台で異論はないということでしたが、個人的な意見として新病院建設による他医療圏の患者の流出入推計には無理があるとの御意見もいただきました。

このような意見を踏まえ、必要病床数の推計を県調整案で進めさせていただくことにつきまして、1つ目の議題とさせていただくものです。説明は以上でございます。

(柵木部会長)

ただいまの事務局の説明でございますが、県の調整案について御意見等ございましたらお願いします。

(井手委員)

尾張東部の意見として、「たたき台」で異論はないとありますが、西三河南部西・東の調整をしたたたき台ということでしょうか。

(柵木部会長)

そういう意味でよろしいですか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 三島主幹)

はい。そういう意味ですが、尾張東部としては変更は生じないこととなります。

(井手委員)

もちろんそうですが、3構想区域の合同ワーキンググループの尾張東部の意見としては、昨年の夏に示された最初のたたき台という意味で発言しております。合同ワーキンググループの議事録確認の際にも、愛知県医療法人協会としても今後の混乱を招かない

ために、「昨年の夏に示された最初のたたき台」に記載を直してほしいとお願いしております。尾張旭医師会の黒江先生にも確認しましたが、最初のたたき台という記載に直すべきだとおっしゃっていました。ですので、どうしてこのように記載されているのか、お聞きしたいです。

(柵木部会長)

ちょっと待ってください。最初のたたき台と次のたたき台があるという認識は、県にありますでしょうか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 三島主幹)

たたき台については、先ほど必要病床数のたたき台としてお示ししたものの1つと考えております。

(柵木部会長)

それでは、井手委員がおっしゃった最初のたたき台というのは、何を指しておっしゃっているのでしょうか。

(井手委員)

西三河南部西・東で調整する前のたたき台のことです。

(柵木部会長)

調整する前は、たたき台という表現は使わないのだと思います。調整案イコールたたき台と県は認識しているのだらうと思います。井手先生がおっしゃる最初のたたき台というものは、県としては存在しないという認識だと思います。

先生がイメージしていらっしゃる最初のたたき台というのは、どういう数字のことなのでしょうか。

(井手委員)

矢印がない数字のことです。

(柵木部会長)

矢印がない数字ということは、医療機関所在地ベースの数字という意味ですね。とすると、今の言葉を解釈すれば、尾張東部は医療機関所在地ベースの病床必要量が最初のたたき台と解釈しているということですね。それでは、最初のたたき台というよりも、医療機関所在地ベースの必要病床数と言い方を換えたほうが分かりやすそうですね。

(愛知県健康福祉部保健医療局 青柳局次長)

私どもの説明があいまいで大変申し訳ありません。ただ、県としましては、今、部会

長がおっしゃったとおり、調整したものがたたき台であり、昨年の夏にお示ししたのは、国から提供された医療機関所在地ベースと患者住所地ベースの数字であると理解しております。

県としては、こちらの部会で御審議をいただきまして、その上でたたき台を各ワーキンググループで御審議いただきました。その際、尾張東部構想区域での御審議でもたたき台で異論はないと御意見をいただいたと理解しておりますので、合同ワーキンググループで尾張東部から色々な御意見をいただきましたが、地域としてはたたき台で異論がないと認識しておりました。

(酒井委員)

公立陶生病院もたまたま尾張東部構想区域にございますので、これらの会議には全て出席しております。尾張東部としては、国から示された最初の数字で異論はないという認識で会議に出席しておりました。ですので、今お話をお聞きした限りでは、この資料で挙げられているたたき台で異論はないという表現は、我々の意見を正しく反映していないということになります。

(愛知県健康福祉部保健医療局 松本局長)

分かりました。先ほど部会長がおっしゃったように、「たたき台」という言葉は「医療機関所在地ベース」に換えて、次回以降、資料作成をさせていただきます。

(柵木部会長)

資料4の中の尾張東部の主な意見の中で、尾張東部構想区域の意見集約としては、「医療機関所在地ベースで異論はない」という表現に換えてほしいということですね。それでは、尾張東部の委員がお二人とも換えてほしいということなので、換えるべきだろうと思います。

その他に何か御意見はありますか。

(加藤委員)

必要病床数の推計のところ、2つ疑問があるので意見を申し上げたいです。

1つは、必要病床数というのは、あくまでも2025年に必要な病床数ということですので、新しい病院ができようができまいが変わらないはずではないかと思えます。つまり、新しい病院ができると、必要病床数が減るというのはおかしいと思えます。必要病床数に応じた病院の建設が行われるのであって、最初に国から示されて県が示した、医療機関所在地ベースでの必要病床数そのものは変わらないわけです。供給は変わるかもしれませんが、必要数は変わりません。ですから、病床が増えるから必要病床数が変わるとするのは、ありえないロジックだと思います。

一つ加えて言うなら、基準病床数の範囲内で申請が出るからそれを許可するという話と、必要病床数を見直すという話は少し違うと思えます。需要がどれだけあるかという

ことに対して、必要病床数をカウントしてきたという認識が我々にはあるので、結論から言うと、最初に出た医療機関所在地ベースで推計していくというルールを愛知県内全体に当てはめるべきだというのが僕の意見です。

もう1つは、将来の人口構成を基に必要病床数はカウントするということです。基準病床数は、1年前から3年前の人口を基に、5歳ごとの人口構成に医療必要度あるいは入院受療率を掛け算し、それぞれの年齢別に足し算していったものであると聞いていますけれども、必要病床数というのは、2025年が基準ですから、今から約10年先のその地域の人口を推計して出すので、計算式は一緒ですけれども、基になる数字、人口が変わるわけです。ですから当然、人口が増えるところは増えますし、減るところは減るのです。

また、今の60歳から65歳の人たちは、10年経つと70歳から75歳になります。したがって、60歳から70歳といった世代の多い地域は、10年後には当然医療需要が多くなります。10年先を見越して、極めて恣意的なかたちで病床数の削減をしてしまうと、10年後の必要病床数を間違った計算で減らしてしまう可能性もあり、10年後にその地域の病床が足りなくなるというようなことが起こったときには、大変な問題になると思います。

ですから、その2つの理由で、必要病床数の計算式については、個別にある地域だけ違うルールを適用するというのはやめるべきだと思います。あわせて言えば、患者の流入・流出が行われるという推計、想定ですけれども、本当にそうかどうか分かりません。患者というのは、新しい病院ができたらそこに行く人が増えるかもしれませんが、新しい医療施設が増えるということは需要を喚起することにもなると思います。

あるいは、例えば西三河南部東の新病院ができるこの地域は、400床のある程度の機能の病院ができると、この域内での移動、300床が西三河南部西から戻ってくるのではなくて、地域内での移動が起こるかもしれません。そうだとすると、構想区域を越えた患者の移動が起こるのか、構想区域を越えない中での患者の移動が起こるのかは分からないわけです。ですから、分からないことを今決めていくというのは、極めて大きな悪影響を、将来に禍根を残すことになると思いますので、やはりお二人がおっしゃったように、一番初めのルールが、みんながある程度納得できることだと思います。愛知県の多くの合意形成を行うという点では、一番初めの案、すなわち医療機関所在地ベースの必要病床数に戻していただきたいというのが病院協会の意見です。

(柵木部会長)

県のたたき台における調整は無用だという御意見だと思います。原点に戻るべきだという今の加藤委員の論でございますが、他に何か御意見はございませんでしょうか。

基本的には、新しい病院ができることが想定されていることは事実でございます。その中で、構想区域内で患者の移動が起こるのか、あるいは構想区域を越えて起こるのかというのはかなり不透明な問題もあることは確かでございます。

そもそも、必要病床数というのは、例えば、日本医師会などは、病床の必要量という

言い方をするわけですが、基準病床数あるいは許可病床数という1つの固有名詞的な使われ方とは少し違います。どちらかというとな普通名詞的に病床の必要量はどれくらいのものだらうという1つの推計値的なものであって、規制する数字ではないという認識でいます。

したがいまして、こういう病床の必要量というのは、ある程度年度を区切ってその都度見直していく必要があると思います。ですから、仮に新病院が2つできた段階でこれを見直していくというのを前提に、たたき台ではなく、最初の案、すなわち医療機関所在地ベースの推計値に戻すべきだというのが委員の御意見だらうと思いますが、その御意見でよろしいでしょうか。

(高橋委員)

参考までに、元に戻った時の数字が分かれば教えていただけますか。

(柵木部会長)

それは資料3で示されている、矢印の左側の数字です。

(高橋委員)

これが、一番初めの案の数字ですか。

(柵木部会長)

そうです。事務局もそれでよろしいですか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 三島主幹)

はい、そのとおりです。

(柵木部会長)

他によろしいですか。

では、「(1) 必要病床数の推計」については、先ほど私が申し上げましたように、新病院ができた段階で病床の必要量を適宜見直すということを附帯条件として、医療機関所在地ベースでの数字とするということをこの医療体制部会の意見とさせていただいて御異存ございませんでしょうか。

【異議なし】

(柵木部会長)

それでは全員一致ということで、医療機関所在地ベースを病床の必要量ということとさせていただきたいと思います。

続いて、議題の(2)「各構想区域の医療課題」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 三島主幹)

資料5「各構想区域の医療課題」を御覧ください。資料5につきましても、議題の(1)同様、資料2の素案より、抽出したものでございます。

左上の括弧にありますとおり、当課題は、事務局で作成した例示であり、来月から7月にかけて、構想区域毎に開催する地域医療構想調整ワーキンググループにおける議論・御意見により、必要に応じて追加等しながら、地域の医療課題を明確にしていきたいと考えております。

この資料は、基本的には、昨年7月の当体制部会でお示ししました、各構想区域の人口の将来推計、医療資源等の状況、患者流入の状況と、今回参考資料5で新たに添付したデータを基に例示させていただきましたが、統計上の数字では課題が見えにくい区域もございましたし、数字と実態が違うところ等、ワーキンググループの御意見もいただきながら修正してまいります。

まず、名古屋・尾張中部におきます、1つ目の課題として「大学病院が2病院あり、救命救急センターも6か所整備されている等、高度な医療を広域に支える役割があり、今後も高度・専門医療を確保し、緊急性の高い救急医療について、他の構想区域との適切な連携体制を構築していく必要がある。」でございますが、これは、国のガイドラインの考え、議題の(1)で申し上げましたが、高度急性期の医療機能は、構想区域内で完結することは求められていないため、医療資源が豊富なこの圏域としては、他の構想区域と適切な連携体制を求めることが重要と考え入れたものでございます。

次の「人口が多く、面積も広いので、構想区域内の医療提供体制の地域バランスに留意する必要がある。」につきましては、名古屋も面積が広い中、今回、尾張中部が名古屋と同一構想区域となった点を考慮して入れたものでございます。

その次の「回復期機能の病床を確保する必要がある」との課題につきましては、全構想区域に入れさせていただいたところでございます。

国においては、昨年発表がありました、平成37年の将来推計において、回復期病床が全国単位で大幅に不足するとの推計を出し、回復期病床の充実を基金も重点的に配分して進めるとの姿勢を示しております。

先ほどの資料3、必要病床数の推計において、回復期の不足にあっては、当県においても全構想区域において不足が見込まれますことから入れさせていただきました。

次に海部でございます。「DPC病院は2病院のみで、構想区域内の入院実績も少ないため、区域内に十分な急性期入院機能を有しているとは言い難い状況で、高度な集中治療が行われる特定入院料の病床も少ないため、緊急性の高い救急医療について、名古屋・尾張中部構想区域との適切な連携体制を構築していく必要がある。」でございます。こちらにつきましては、急性期病院の多くが参加しているDPC病院が、海部に2病院のみであること、自圏域から多くの患者が名古屋に流出していることから入れさせていただきました。なお、DPC病院のデータは平成25年度時点によるものとなっております。

ます。

2つ目の「疾患別の受療動向において、患者の多くが名古屋医療圏に流出しているが、成人肺炎や大腿骨骨折など回復期につなげることが多い疾患については、構想区域内で対応していく必要がある。」につきましては、国のガイドラインにおいて、成人・高齢者の肺炎や大腿骨骨折など回復期につなげることが多い疾患については、構想区域内で対応する必要があるとなっていることから、患者が名古屋を始め3割が他圏域に流出している点を踏まえ、入れさせていただきました。

次に尾張東部でございます。「大学病院が2病院あり、ドクターヘリ事業の基地病院がある等、高度な医療を広域に支える役割があり、今後も高度・専門医療を確保し、緊急性の高い救急医療について、他の構想区域との適切な連携体制を構築していく必要がある。」につきましては、先程の名古屋・尾張中部圏域の理由と同様、医療資源が豊富なこの圏域としては、他の構想区域と適切な連携体制を求めることが重要と考え入れさせていただきました。

次に尾張西部でございます。「県内病院における医師不足の影響に関する調査結果（平成27年6月末時点）によると、何らかの診療制限をしている病院数は8病院あり、区域内病院数に対する割合が42.1%と高くなっており、その状況を分析し、対応を検討する必要がある。」については、県内構想区域の中で最も高い割合であることから入れさせていただきました。ただし、この調査結果では、個々の病院名は公表しないこととなっておりますので、公表可能なデータでの分析となります。

尾張北部は、全圏域共通の回復期病床の確保のみ課題に入れさせていただいております。

次に知多半島でございます。4つの課題のうち、上から2つの課題は、名古屋に隣接する他の圏域と同様の文言でございます。また、3つ目の課題も、何らかの診療制限をしている病院が構想区域の中で県内上位3番目に入ることから入れさせていただいたものです。

西三河北部も、回復期病床の確保のみ課題に入れさせていただいております。

次のページに参りまして、西三河南部東でございます。「高度急性期、急性期の入院患者の自域依存率が低い状況にあり、急性期についてはできるだけ構想区域内で対応していく必要がある。」につきましては、繰り返しですが国のガイドラインで、急性期についてはできるだけ区域内で対応する必要があると書かれておりますことから、すでに大学病院を招致する取組は行っておりますが、入れさせていただきました。

次の「構想区域内のDPC病院は4病院あるが、入院実績の多い病院は岡崎市民病院のみとなっている。緊急性の高い救急医療について、他の構想区域との適切な連携体制を構築していく必要がある。」につきましては、入院実績が岡崎市民病院1つに偏っており、東三河北部を除く他の構想区域と異なることから、入れさせていただいたところでございます。

次の西三河南部西も、回復期病床の確保のみ課題に入れさせていただいております。

次に、東三河北部でございます。東三河北部におきましては、様々な医療課題を抱え

ておりますが、特にへき地特有の課題ということで、1つ目は「へき地対象地域を抱えており、面積が広大なため救急搬送所要時間も長くなっており、医師を始めとする医療従事者の確保や救急搬送体制の充実などへき地医療を確保する必要がある。」ということでございます。

2つ目の「県内病院における医師不足の影響に関する調査結果（平成27年6月末時点）によると、診療制限をしている病院数は2病院あり、区域内病院数（6病院）に対する割合が33.3%と高くなっており、その状況を分析し、対応を検討する必要がある。」につきましては、何らかの診療制限割合が県内で尾張西部に次ぐ高い割合であることから入れさせていただきました。

また、3つ目の「緊急性の高い救急医療や周産期医療などの医療提供体制の確保が区域内の医療機関だけでは困難な状況となっており、東三河南部構想区域との連携をさらに進める必要がある。」につきましては、当圏域全体で、特に分娩に関しては自圏域において1つも実施している医療機関がないことから、入れさせていただきました。

最後に、東三河南部でございますが、「療養病床が多いため、不足する機能への転換を図るとともに、在宅医療への移行を進める必要がある。」としており、人口10万対の療養病床数が県平均の2倍以上で突出して高いことから、挙げさせていただいたところでございます。

以上のおりでございまして、繰り返しとなりますが、地域医療構想調整ワーキンググループにおける議論により、必要に応じて追加等しながら、地域の医療課題を明確にしていきたいと考えております。以上でございます。

（柵木部会長）

この医療課題というテーマにつきましては、地域でこうしたことが問題となっているという認識を当体制部会で承認するということになると思います。

回復期病床が少ないというのは、全ての構想区域で共通した内容のようではけれども、その他に何か地域の課題、この辺りが抜けているのではないか、あるいはこの辺りを追加したほうがいいのかという御指摘がありましたら、御発言ください。

（加藤委員）

課題の追加ではありませんが、各構想区域で県が認識している課題において、先ほど柵木先生がおっしゃったように、回復期機能の病床数を確保する必要があるということがそれぞれの構想区域に課題として挙げられています。今日、地域医療構想の必要病床数の1つの素案が出てきますと、それを基にこれから各圏域での調整会議で話し合いを重ねていくこととなりますが、このような機能ごとの適正化というのはそこで話し合っていくというように理解していればよろしいのでしょうか。課題を実現していくための工夫は、調整会議を活用していくと認識していればよいのでしょうか。

(柵木部会長)

事務局、どうですか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 三島主幹)

地域医療構想調整ワーキンググループにおきましては、これから順次課題を御議論いただくのですが、まずは当面は現状分析がスタートになると思います。それから、今までの医療体制部会でも何度か御説明させていただきましたが、必要病床数についてはレセプトなどから出た推計になっている一方で、たたき台で比較しております病床機能報告の数字は、各医療機関が医療機関の判断で、病棟単位で報告していただいているもので、精緻化されていないということもございますので、そういったところも踏まえ、御議論いただく予定です。

(柵木部会長)

今年9月の医療審議会の段階では、まだそこまでの議論の深堀はできないだろうと思います。必要病床数という言葉も、今後、病床の必要量に換えるようにと日本医師会が厚生労働省に言っているようですが、愛知県ではまだ浸透していません。ですが、言葉はともかくとして、とりあえずそれを決めてから、各構想区域内のワーキンググループの中で、病床機能報告等もあわせて、2025年に向けて調整を行っていくということによろしいですか。

他に何か、区域内の医療課題の認識について過不足、又は認識が違っているのではないかという御意見はありますか。

(酒井委員)

全ての構想区域で回復期機能の病床を確保する必要があるという課題が出ていますが、実際には回復期機能の病床というと、回復期リハ病床又は地域包括ケア病床だと思います。実際に急性期機能の病床を回復期機能の病床に転換していくという場合に、こういった課題が出ているということは、転換をサポートしていただけるような何らかの県の政策、例えば補助金といったものは、期待してよいのでしょうか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 三島主幹)

地域医療介護総合確保基金におきまして、回復期病床の整備につきまして補助の対象とした事業を実施しております。ちょうど各医療機関へも広報をさせていただく予定としておりまして、そういった基金も活用しながら、転換が図られるようにしていきたいと県としては考えております。

(柵木部会長)

地域医療介護総合確保基金を県としては使ってほしいということだそうですね。

(井手委員)

回復期機能が全ての構想区域で足りないということですが、今の段階では回復期リハ病院等に入れなくてとても困っているという状況はありません。ですから、回復期機能イコール回復期リハ病院ではなく、酒井先生もおっしゃったように地域包括ケア病床もこちらに入るかもしれません。国がはっきりと示していないのに、県がイメージを具体的に言うのは難しいのかもしれませんが、県が持っているイメージがもしあれば教えてください。昔は亜急性という言葉もあり、亜急性のほうがイメージはつきやすいのですが、今の回復期リハ病院が回復期機能の全てということではなく、亜急性の病床も入るのでしょうか。それを示していただければ、回復期リハ病床だけではなく地域包括ケア病床や亜急性期病床も入るということを病院が分かり、もう少し早く転換することや病床整備計画を出すことが可能だと思います。今の段階では、回復期機能がどんな機能なのかははっきりと見えません。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 三島主幹)

平成28年3月10日に、「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」が開催され、その中で病床機能報告の取扱いについての説明がございます。回復期機能につきましては、回復期リハビリテーション病棟入院料を取っているところ、地域包括ケア病棟入院料につきましては、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するという事で、個々の病院が適切に選択することとなっております。

(柵木部会長)

これは、診療報酬上の点数、つまり医療資源の投入量を基に回復期という病期をそれに当てはめたということで、ネーミングとしてそれが正しいのかどうかという井手委員の御指摘だと思いますが、私ども現場の人間としては、回復期という言葉で全てを表すのは少し無理なのではないかという印象を受けます。ともかく、国の定める医療資源投入量の部分が、現状として不足していると考えてよろしいかと思います。

他に何かございますか。それでは、(2)「各構想区域の医療課題」については、各構想区域のワーキンググループで挙げてきた課題を当医療体制部会で問題点として共有するという事でよろしいでしょうか。

【異議なし】

(柵木部会長)

それでは、これにつきましても承認とさせていただきます。

では次に、(3)「その他の素案の記載」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 三島主幹)

資料6「愛知県地域医療構想素案(概要版)」を御覧ください。素案全体はさきほどの資料2となっておりますが、全体で55ページとなっておりますので、概要版の資料6で御説明させていただきます。

1ページの左側、「1 策定の趣旨」でございます。1つ目の丸から、太字の箇所を中心に説明させていただきますが、平成37年には医療や介護を必要とする高齢者が大幅に増加する、医療ニーズの増加、疾病構造の変化が見込まれる、こうした状況に対応するため、都道府県は地域医療構想を策定し、平成37年における地域の医療体制の姿を明らかにし、バランスの取れた病床の機能の分化と連携を推進するものでございます。

その下の囲みでございますが、地域医療構想の内容としまして、構想区域の設定、将来の必要病床数、在宅医療の必要量及び病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項などを記載します。

「2 本県の人口の見通し及び医療資源等の状況」につきましては、昨年7月の当体制部会でデータをお示しさせていただきましたが、まず(1)「人口の見通し」でございます。1つ目の丸で、本県の総人口は、全国よりも緩やかな減少率となっておりますが、2つ目の丸で、65歳・75歳以上の人口は全国を上回る増加率となっております。

その下、(2)「医療資源の状況」は、右上の表の抜粋でございますが、1つ目の丸では人口10万対の病院等の医療施設数、病床数及び医療施設従事者数は全国よりも低い水準ですが、2つ目の丸で病床100床対の医療施設従事医師数及び病院従事看護師数は全国を上回っております。

そして、右の表真ん中の「3 構想区域の設定」でございますが、こちらは昨年10月の医療審議会でご了承いただいたものでございまして、国のガイドラインで2次医療圏を原則としつつ、人口規模、患者の受療動向等を勘案して検討となっております。その結果、(1)「入院患者の受療動向」が尾張中部医療圏は自域依存率が非常に低く、多くの患者が名古屋医療圏に流出していること、(2)「本県の構想区域の設定」につきましては、1つ目の丸で、尾張中部医療圏の面積が著しく小さく患者の多くが名古屋医療圏へ流出していることから、名古屋医療圏と統合して1つの構想区域とし、2つ目の丸で、他は現状の2次医療圏をそれぞれ構想区域として設定したところでございます。

1枚おめくりいただき、2ページを御覧ください。こちらは、統計データを中心に、各11構想区域の状況及び課題を簡潔に4つから5つにまとめたものでございます。

人口や医療資源のデータ、概要はすでに昨年7月の医療体制部会、又は各構想区域のワーキンググループで同様の御説明をさせていただいており、資料2の素案にもデータは添付させていただいておりますので、本日は説明を省略させていただきます。

また構想区域ごとに丸が4つ又は5つありますが、最後の丸は、全圏域とも、先程議題の(2)で申し上げました医療課題の一番上に掲げた主な課題と考えたものをそれぞれ入れさせていただいております。

1枚おめくりいただき、3ページ目でございます。「5 必要病床数の推計」でござ

います。(1)「構想区域ごとの医療需要の推計」、計算方法につきましては、昨年7月の医療体制部会でお示ししておりますので、説明は省略させていただきます。

その結果、(1)で推計した本県の医療需要の推計の次に、(2)「都道府県間の医療需要の調整」を行いました。本県は2つ目の丸のとおり、5都県と協議を行い、医療機関所在地ベースで調整することといたしました。

それから、(3)「構想区域間における入院患者の流入・流出の調整」でございますが、さきほど御審議いただいたものでございます。

1つ目の丸は、基本的に変わりませんが、最後の「医療機関所在地ベースでの推計を原則とする」というところを、「医療機関所在地ベースでの推計とする」と修正させていただければいいかと思えます。それから、2つ目の丸の記載は削除となります。

その結果が、(4)「必要病床数の推計」の表でございます。一番左の列が構想区域、その右が4つの機能区分、3列目には国からのデータを基に医療機関所在地ベースでの1日あたりの供給量が示してありまして、その右の欄が本県の場合、先ほどたたき台でお示ししました新たに病院ができることによる調整を含めた増減欄でございましたが、こちら先ほどの御意見で無くなりましたので、削らせていただきます。それから、各構想区域のところで、西三河北部と西三河南部東、西三河南部西、東三河南部の合計欄がそれに伴って変わってまいりますので、その数字も修正させていただきます。

その下、(5)「在宅医療等の必要量の推計」でございます。こちらにつきましては、国のデータによって出された在宅医療等の必要量の推計でございます。いずれの構想区域も、平成25年度を1.0としますと、平成37年を見据え、必要量は増大していきます。

最後に、「6 本構想を実現するための方策」について、昨年12月の当体制部会にお諮りしました内容でございますが、説明させていただきます。

まず(1)の基本的な考え方でございます。1つ目の丸にございますとおり、この構想を実現していくためには、病床の機能分化と連携及び2つ目の丸で、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。3つ目の丸でございますが、そうした医療提供体制を再構築する上で当然のことながら医療従事者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。そして、4つ目の丸でございますが、こうした取組を進めるために、平成26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」、これにつきましては先ほどの回復期の病床の確保も含め、こういったもの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)「今後の主な方策」でございます。(1)で説明いたしました項目につきましては、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。項目で概要版に書かせていただいたものは、昨年12月の当体制部会にお諮りしました内容でございますので、説明は省略させていただきます。申し訳ありませんが、誤字がございまして、ウ「医療従事者の確保・養成」が要請となっておりますので、修正をお願いします。

概要版には記載いたしませんでしたが、地域医療構想の周知のための取組など、(2)

の方策につきましても、先ほどの各構想区域の課題の抽出と同様に各構想区域に御意見を伺ってまいりたいと考えております。説明は以上でございます。

(柵木部会長)

先ほどの議論を経て、「5 必要病床数の推計」の(3)「構想区域間における入院患者の流入・流出の調整」で、医療機関所在地ベースで推計するというように文章を変え、その次の丸の記載は削除するというところでございます。

それ以外に、例えば「6 本構想を実現するための方策」で、事務局の記載のとおりで十分なのかどうかということについて、御意見をいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

例えば、私は、病床機能報告制度の活用といったことを入れたらどうかと思います。今の必要病床数の推計あるいはその中の機能分化という点に対して、病床機能報告制度と連動させて考えるという視点が抜けているのではないかと思います。これは、全国版を参考に方策や文言などを考えられたのではないかと思います。事務局としてはいかがでしょうか。病床機能報告制度をこれからどのように必要病床数の推計の中に加えていくのかという点に関する今後の展望といったものはございますか。

(愛知県健康福祉部保健医療局 青柳局次長)

必要病床数にこれから近づけていくためには、現状を知る必要があります。部会長の御指摘のとおり、病床機能報告制度がその役割を担うことになっていると思います。しかしながら、現在のところ病床機能報告制度があまり実態を反映していないようでございますので、今後、この制度の精緻化、情報共有、どのようにそういったことを行うのかということについて、議論していこうと思っております。

(柵木部会長)

基本的な考え方の一つとして、病床機能報告制度と必要病床数との整合性を考えるというような文言を加えるということですね。他に何かありますか。

(加藤委員)

今後の主な方策の、ウの一番初めの丸に、「大学と連携した医師の育成、医師不足の病院等への派遣強化を図り、医師の地域偏在の解消を図る」とありますが、これをぜひお願いしたいと思います。愛知県下の病院は、どこの病院も医師派遣に関して個別に関連大学の医局をお願いに行っているのが現状です。最近聞いたお話ですが、大学病院は愛知県内に4つありますが、大学によっては、見返りが少ない、つまり入局者の少ない施設に関しては、これまでのような医師派遣をしないとといったことを触れ回っていることがあります。具体的には色々ありますが、例えばそういう病院から医師の引き上げが行われてしまった場合、地域医療の崩壊に直ちに繋がりがねないところが出てくると思います。そういうときに、その病院が個別に大学にお願いして、あるいは他の医

師を派遣してもらえる大学にお願いに行くのですが、地域医療を守るという観点からも、ぜひこういったところに県のサポートをお願いしたいと思います。4大学には様々なかたちで医師養成の寄付金等々を県が支給されていることもありますので、そういう観点から、引き上げや医師不足の問題を抱える、特に公的色彩の強い病院に関しては、県のサポートをこれまで以上にお願いしたいと思います。

(柵木部会長)

県への要望でございますね。その他に、その他の素案の記載ということに関して、こういうことをもう少し謳ったらいかがかというような御意見はございますか。

(高橋委員)

私は保険者の立場でもありますので、少し申し上げたいと思います。地域医療構想を各都道府県で策定する中で、愛知県はこういったかたちで進めているということですが、今日も議論があったように、8割くらいが病床数の議論になっています。それで必要十分かという、少し違和感があるのも事実です。

今後、愛知県で健康に暮らすために関係者が議論しているわけですが、患者の目線から見ても、例えば医療に関して、身近なかかりつけ医がいて、総合病院があってという流れがあり、病床数に現れないこともあるのではないかと思います。医療従事者は、愛知県全体では十分だということですが、やはりハードだけではなく、医療従事者の問題についても議論されるべきです。そういったことがどのように実現していくのか、あるいは本当に地域ごとに見たときの課題は何かというのが、必要病床数の議論と比べて極めて薄いと思います。かかりつけ医とよく言われていますが、必要な技能という点では、いわゆる総合医の養成というのも全国的に進められていますし、愛知県で工夫ができるのかどうかといったことについてお聞きしたいと思います。

それと同時に、地域医療構想の中で私が非常に重要だと思っているのが、これを通じて医療費の適正化に進むべきだということです。そういう観点で見たときに、愛知県全体あるいは各地域の状況で医療費がどう伸びていて、何が課題なのかということが、あまり明確になっていません。医療費が上がることに対する問題点を、行政あるいは保険者の立場、医師の立場等から見つめ、どのように健康づくりに予防的に取り組むことができるのかを、もちろんお互いの努力でできることもあるわけですが、そういったことの方角性をしっかりと謳うべきではないかと思います。

さらには、医療だけでなく介護も、高齢者社会では必須のテーマです。ですから、その具体的な連結について、愛知県全体あるいは各地域でイメージできるものを提案していくというのが地域医療構想なのだと思いますが、その辺りはこれからということでもいいのでしょうか。

(柵木部会長)

加藤委員どうぞ。今の質問に対する考えということですかね。

(加藤委員)

県がお答えになる前に、僕から少しお話させていただきます。資料6の1頁目に、人口10万人辺りの病院数等が出ています。これを見ると、愛知県は全国と比較して病院も少ないし、医師も少ないです。こういった状況の中で、例えば救急医療、小児周産期医療、高度医療といったことに、全体としてあまり大きな問題が生じていません。僕は行政評価としては、全国のモデル地域である都道府県の一つではないかと思っています。医療従事者が少ないにも関わらず、問題が出ないのはなぜかという、つまり、全国の数字が非効率なのであり、愛知県では医療資源を極めて効率よく活用しているということに他ならないのではないかと思います。それは、医療従事者の頑張りだと思っています。

それから、高橋委員が今おっしゃった医療費の適正化については、県は数字として何らかのものを持っていると思いますので、愛知県の医療費はどうなのか、人口当たりの医療費は適正か、全国と比べた時にどうかというのはすぐに出ると思います。高橋委員がおっしゃったことはそのとおりだと思いますので、そういった数字をこういうところに出していただきたいと思います。我々医療関係者は医療費の問題は身近にありますので何となく分かりますが、この地域ではどういう医療が提供されていて、過不足なのか適正なのか、見えるかたちで提供してほしいと思います。

それから、総合医のことについて触れられましたが、地域で必要なのは本当に総合医なのかということをご様方に考えていただきたいです。例えば皆さんが胃がんだと分かったとき、誰に診てもらいたいですか。総合医ではないわけです。胃がんの専門家です。愛知県では総合医を必要としているところは決して多くないのです。患者は当てれば終わりではありません。つまり、必要な医療を提供する専門家が必ずいるのです。

僕が日本人は優れていて賢いと思っているのが、御自分でだいたいどの専門家の医師に診てもらおうべきか分かることです。そういうことが日本ではだいたいできているので、今声高に言われている総合医が必要というのは、実際をよく見てほしいと思います。自分が病気になったときに、総合医が必要なのでしょうか。いろんなことを相談できるファミリードクターが必要であって、総合医が必要かどうかは一度考えていただきたいと思います。

(柵木部会長)

事務局からこのことについてコメントはございますか。これからの健康づくりあるいは病気にならない工夫といったようなものも地域医療構想の中にフォーカスするべきではないか、というようなお話だろうと思います。

(愛知県健康福祉部 丸山技監)

医師の偏在についての本県の対策でございますけれども、非常に医師不足に苦慮している公的病院等に、地域枠の医師を派遣するために、内科、総合診療科、外科、整形外科、救急科等を優先して診療科としていただくよう勧めております。また、地域医療に

についても、自治医科大学の医師で、内科、総合診療科、整形外科等を優先的に専攻していただくよう勧めているところがございます。本日、内海センター長もいらっしゃいますが、地域医療支援センターを昨年度開設し、地域偏在をなくそうと、努力しております。

(高橋委員)

先ほどの加藤委員のお話をお聞きして、愛知県がそうした努力で医療提供体制について他県に比べて一定の優位性があるということが分かりました。これを評価しつつも、やはり今後の社会にどんな課題があり、どのように議論して方向性を出すことにしているのかが分かると、非常に安心感もあり、どこが論点かも分かるのだらうと思いました。

それから、総合医のお話は私の知識が不十分で申し訳なかったのですが、私のイメージとしてはホームドクターのことでした。まずは安心して何でも相談できるドクターが必要だろうという意味で、そこに専門性があるかどうかというのは確かに加藤委員のおっしゃるとおりだと思いますけれども、何でもかんでもまず専門医にかかるのではなく、まずは相談をすることで医療費の適正化に繋がることも少しあるのだらうと思えます。

ぜひ、健康づくり等の施策を課題としてこの中に入れていただいて、検討課題として進めていただきたいのでよろしく申し上げます。いかがでしょうか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 三島主幹)

まず、御指摘のありました健康づくりの課題でございますが、素案の55ページにその他の取組がございます。この中に健康づくりについて、例えば生活習慣病の発症予防や健康の保持増進といったことも記載させていただいております。そういった中で必要な取組等を今後の方策として、何かできることはないか考えていきたいと思っております。

それから、医療費のお話が最初にございましたが、愛知県では医療費適正化計画を策定しております。そういったところで議論をまた進めていただくことをもちろん考えておりますし、地域医療構想の策定に必要なだというお話もあれば、データでお示しできるものがあるならば、検討してまいりたいと考えております。以上です。

(高橋委員)

勉強させていただきます。ありがとうございます。

(柵木部会長)

医療審議会や医療体制部会は、医療提供体制が主題で検討される会議ですので、健康づくりについては、健康日本21あいち計画で議論されるということです。もちろん相互に関係はありますが、あまり重複するのもよくないということで、医療費適正化は別の会議で議論されるべきということです。愛知県の医療関係の会議一覧が参考資料1に載っておりますので、一度御覧になって、どこでどのような議論が県の中でされている

のかというのを理解していただいて、会議に御出席賜りたいと思います。

(酒井委員)

先ほどからお話に挙がっていますが、資料6の概要版の3ページ目、ウの一番初めの丸に「大学と連携した医師の育成、医師不足の病院等への派遣強化を図り、医師の地域偏在の解消を図る」とあります。この問題に関して、今まさに進めようとしている専門医制度が地域偏在の解消を図る足枷になるのではないかと心配しています。例えば地域枠の医師でも、専門医制度の進められ方によってこれからどういうかたちになっていくか分かりません。様々な病院関連団体が、一部延期等の意見も出しておりますので、そのことも含め、方策の大事なところが、地域偏在の解消を図るのにマイナスに動いているのではないかという危惧をしております。

(柵木部会長)

酒井委員からの御指摘でございます。ここには確かに、専門医制度という言葉は入っておりませんが、医療提供体制に直接関係があることですので、この中にそういう言葉を入れておく必要があるだろうと私も思います。ウ「医療従事者の確保・養成」の中に、地域医療に支障のない専門医の養成といったような言葉を入れる必要があるだろうと思いますので、県もよろしくお願ひします。

(愛知県健康福祉部保健医療局 松本局長)

その関係で、概要版の3ページですが、レイアウトも含め変えていきたいと思っておりますし、「6 本構想を実現するための方策」や素案の55ページについても、内容をもう少しピックアップしてしっかりした資料にしたいと思っておりますので、よろしくお願ひいたします。

(柵木部会長)

これは、全国版のものを愛知県版に変更したのではなく、愛知県独自に考えられた素案ということになります。今の専門医の話は当然全国的なことなので、全国版に抜けているほうがおかしいということですが、いかがでしょうか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 三島主幹)

国のガイドライン等におきまして、主な課題等、基本的なことは抽出しておりますので、今後独自のことについては、追加したいと思います。

(柵木部会長)

国も全てパーフェクトというわけではありませんので、国が抜けている部分については、愛知県からも指摘していくのが必要だろうと思います。

それでは、素案の記載は、今出た議論を反映して改良するというところでよろしいでし

ようか。

【異議なし】

(柵木部会長)

ではこれについても、了承とさせていただきます。

これで、議題「地域医療構想の素案の決定」については、医療体制部会で承認されたということにさせていただきたいと思います。

県の会議は、決めることと報告することの区別が、従来かなりあいまいであったということで、前々からいろいろな会議に出席するたびに申し上げております。今日の議案の構成はしっかりしていると思っていますので、今後他の会議でも、決めることと報告することがきちんと委員に分かるようにさせていただきたいと思います。

では、続いて報告事項「病床整備計画の承認について」、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 久野課長補佐)

それでは、資料7「病床整備計画の承認について」を御覧いただきたいと思います。今回御報告させていただきますのは、昨年度におけます病床整備計画の受付期間中に受け付け、承認を行ったもののうち、未報告となっておりました西三河北部医療圏の3病院の病床整備計画でございます。

資料の左側、「一般病床及び療養病床における病床整備計画」を御覧ください。まず、1つ目、豊田市西山町にございます「豊田地域医療センター」でございます。現在、一般病床が110床、療養病床が40床の計150床でございますが、急性期治療経過後の患者の受入れや、在宅施設からの原疾患急性増悪患者及び在宅療養支援診療所等からの予定短期入院患者や緊急入院患者の受入れ、在宅療養支援病院の役割としての病床確保に対応するため、一般病床を30床、療養病床を10床、増床する計画が提出されております。

次に、豊田市野見山町に開設予定の「(仮称)豊田東リハビリテーション病院」でございます。今後、高齢化が進む中で回復期リハビリテーション病院の必要性が高まってくることから、一般病床を60床整備する計画でございます。主な利用形態としましては、高度急性期および急性期病院において急性期を経過した患者の在宅復帰、社会復帰に向けた医療やリハビリテーション機能を提供する計画で、平成29年1月に着工、平成30年の2月に竣工予定と伺っております。

最後に、豊田市竹元町に開設予定の「(仮称)豊田若葉病院」でございます。西三河北部医療圏の中でも病床が不足している豊田市南部の上郷・高岡地区に、一般病床を50床、療養病床を200床、整備する計画でございます。主な利用形態としましては、急性期医療として50床、回復期医療として50床、慢性期医療として150床で、本年9月に着工、平成29年の12月に竣工予定と伺っております。

資料右側の総括表につきましては、既存病床数と基準病床数の差引き、今回の整備計画を表にしたものを参考として挙げさせていただいております。なお、本表につきましては、昨年度中の状況を整理したものでございますので、基準病床数は平成27年度までの旧基準病床数、既存病床数は平成27年9月30日時点の数字となっております。簡単ではございますが、報告事項は以上でございます。

(柵木部会長)

報告事項について御質問等ございますか。

では、4「その他」に移りたいと思います。事務局から何かありますか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 久野課長補佐)

本日の会議録につきましては、署名者に後日御署名をいただく前に、発言者の方に発言内容を確認していただくことしておりますので、事務局から依頼がありましたら御協力いただきますようお願いいたします。以上でございます。

(柵木部会長)

病床整備に関する医療審議会としての意見に関する説明はありませんか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 岡本課長)

3月の医療審議会の際、柵木部会長や井手委員から、豊田若葉病院の新設について医療審議会として御意見がありました。その件につきましては、現在、医療審議会の高橋会長や柵木部会長と調整をしているところです。今のところ、意見書を出す前に、社会福祉法人としてどのような考え方で病院運営をするのか、看護師等の確保をどのようにしていくのかということ、まず質問として如水会へ出し、その回答を見て、医療審議会として意見を出すのかどうか御検討させていただくということで進めておりますので、御報告いたします。

(柵木部会長)

これは医療体制部会ではなく、医療審議会の問題ということですね。

その他御意見はございますか。

(鈴木委員)

地域医療構想の素案の決定をしましたが、その後の地域医療構想調整ワーキンググループ等の活動をどのように進めていくか教えていただきたいです。まず、これで素案が決定すれば、例えば先ほどの課題については、医療審議会で審議していくのか、地域医療構想調整ワーキンググループを活用するのか、どのような考え方なのかお聞きしたいと思います。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 三島主幹)

冒頭に資料1で御説明させていただきましたとおり、地域医療構想調整ワーキンググループで課題について議論を進め、追加等を行いたいと考えております。

(鈴木委員)

分かりました。9月で確定して終わりというイメージでよろしいですか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 三島主幹)

現在のところは、地域医療構想調整ワーキンググループでの意見を踏まえ、パブリックコメント等で意見集約を行い、その結果で決定すると考えております。

(愛知県健康福祉部保健医療局 青柳局次長)

補足させていただきますと、地域医療構想は今年度の9月に策定の予定ですが、策定後も地域医療構想調整ワーキンググループと同じような構想区域ごとの会議を設け、様々な議論をしていただきながら、地域医療構想の達成を目指していきたいと考えておりますので、よろしく申し上げます。

(鈴木委員)

分かりました。ありがとうございました。

(柵木部会長)

その他何かございますか。

(土肥委員)

資料6の3ページに(5)「在宅医療等の必要量の推計」とありますが、この数字というのは今回論議された中でどういう兼合いがあるのでしょうか。これは、地域医療構想の中に組み込まれているのでしょうか。今の在宅医療の部分が足りているのか足りていないのかという問題で、もし足りていなくてもっと必要性があるのであれば、どこで審議していくのだろうと思います。記載があるのがいいか悪いかではなく、その辺りの取扱いや現状はどうなっているのでしょうか。例えば、施設を改めてつくらなければならないのかどうかや、特別養護老人ホームに対して何か行っていることがあれば、そういったものを紹介していただきたいと思います。

(柵木部会長)

在宅医療の問題についてですが、事務局どうですか。

(愛知県健康福祉部保健医療局 青柳局次長)

必要量につきましては、国のデータをもとに示しておりますが、平成37年を見越し

た必要量となっておりますので、当然今は足りていません。在宅医療を進めていくためにどうしたらいいのかというのは、これから各構想区域の地域医療構想調整ワーキンググループ等で話し合いをし、地域医療介護総合確保基金も活用しながら進めていきたいと思っています。

(柵木部会長)

他に、何か御意見はいかがでしょうか。よろしいですか。

本日の議題及び報告事項は全てこれにて終了とさせていただきたいと思います。議事録については先ほど事務局からお話があったのでいいですね。

それではこれにて愛知県医療審議会医療体制部会を終了させていただきます。委員の方々御協力ありがとうございました。