

令和元年度第2回愛知県地域医療構想推進委員会

令和元年1月10日（金）

【愛知県医療計画課課長補佐（岩下）】 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地域医療構想推進委員会を開催いたします。

開会に当たりまして、愛知県保健医療局長の吉田からご挨拶申し上げます。

【愛知県保健医療局長（吉田）】 愛知県保健医療局長の吉田でございます。

本日は、大変お忙しい中、またお寒い中、皆様、令和元年度第2回の愛知県地域医療構想推進委員会にご出席いただきましてほんとうにありがとうございます。また、皆様方におかれましては、各構想区域におかれまして地域医療構想の推進に大変なご尽力をいただいております。重ねて厚く御礼を申し上げます次第でございます。

さて、当委員会でございますが、各構想区域での取り組みが円滑に進みますよう、共通の課題等につきまして情報共有、あるいは意見交換を行いまして、各区域での取り組みが推進できるよう開催させていただくものでございます。

本日は大変お忙しい中ではございますが、昨年11月国立保健医療科学院のほうにおきまして開催されました地域医療構想の実現・働き方改革の推進に向けた病院管理者研修会に、愛知県のほうから大変お忙しい中ご出席いただきました西尾市民病院の禰宜田院長先生にご講演を賜りたいと考えております。

また、昨年9月でございますが、厚生労働省のほうから再編に向けた再編統合の議論が必要として公表されました公立・公的病院のリストに関するご報告もさせていただきたいというふうに思っております。

この報告につきましては、国、厚生労働省のほうにおいて、全国一律の基準において選定された病院をある意味機械的に決定したもの、公表したものというふうに考えておきまして、これをもちまして県といたしましては病院の将来の方向性を機械的に決定するものではないと、このように認識しているところでございます。

今後新たに厚生労働省のほうから示されるデータ等も参考にさせていただきながら、各地域、各構想区域の委員会等において、しっかりと丁寧な協議を重ねていくことでこの地域医療構想を推進していきたいというふうに、このように考えているところでございます。

いずれにしても、限られた時間ではございますが、皆様方におかれましては忌憚の

ないご意見を賜りたく考えておりますので、どうぞよろしく願いいたします。本日はほんとうにありがとうございます。

【愛知県医療計画課課長補佐（岩下）】 また、本委員会は公益社団法人愛知県医師会への委託事業として開催を行っております。

愛知県医師会会長の柵木充明様よりご挨拶を頂戴したいと思います。

【愛知県医師会会長（柵木）】 皆さん、こんにちは。ただいまご紹介いただきました愛知県医師会の柵木でございます。

本日の愛知県地域医療構想推進委員会、この県単位の推進委員会というのは2回目でございます。皆さんご記憶にあるかどうかわかりませんが、それ以前は医師会が医療圏協議会という形で、年に1、2回、各医療圏から代表医師会と、病院代表にご出席いただいて、約20年間地域の医療圏の中の医療提供体制というものを医師会主催で検討してまいったというわけでございます。

それがこの医療圏協議会と、県単位の地域医療構想推進委員会は非常に役割が似ているということで、今年度からこの地域医療構想推進委員会をさきの医療圏協議会の代わりに県が主催をして、これを県医師会が受託するという形でスタートすることになったわけでございます。

特に当初は県単位の地域医療構想推進委員会というものはありませんでしたが、ともかく地区における地域医療構想がなかなか進んでいかないということで、行政としては様々な手を打ったわけでありますが、県単位で各構想区域の進捗状況をしっかりとつかんだほうがいいんじゃないかというようなこともあり、こういう組織ができたというわけであります。

中部では月に1回ずつ中部各県医師会の会長が集まって会議を持っておりますが、その中でこの地域医療構想は進展しているかという話をしていますが、なかなか厚労省が笛吹けれども踊らずと、会議も踊らず進まずというのが実態だろうというふうに思います。

特に郡部という視点でいくと、やはりこの地域医療構想をやらなければならないような県も地方では少なくないというふうに私も思っております。ここ愛知県におきましては、大体必要病床数と現有病床数にそれほど差があるわけではありません。愛知県は一般的にはベッドも少ないし、医師も少ないというところでもありますので、ここにおりますが、幾ら行政が旗を振ってやれやれと言っても、厚労省の優等生になる必要はないと、これが私の持論でございます。

特にもう最近介護医療院なんていう制度ができて、まだ皆さんそれに手を挙げておられないようですが、こちらのほうがずっと手を挙げてくれば、それだけで既に2025年の病床の必要量にほとんどなってしまう。むしろ足らなくなってしまうと、こういう状態でございますので、それほど切迫感を持っておやりになる必要はなかろうというふうには思っております。しかし、お付き合いということもございますので、全国の進捗状況、あるいは県においての状況、あるいは各構想区域においてどうなっているかということをご皆さんで情報共有する意味でも、この会議というのは大事な会議であることは間違いないということでございます。

これからおそらく年に2回から3回程度県単位の地域医療構想推進委員会が開催されると思います。同じようなことを何回でも私は言いますので、また今後ともよろしくお願いを申し上げて、会を始める冒頭のご挨拶とさせていただきます。本日はよろしくお願い申し上げます。

【愛知県医療計画課課長補佐（岩下）】 ありがとうございます。本日の出席者のご紹介ですが、時間等の都合によりお配りしております出席者名簿及び配席図をもってご紹介にかえさせていただきます。

また、先ほど吉田局長のご挨拶にもありましたが、本日は地域医療構想の実現・働き方改革の推進に向けた病院管理者研修会にご参加いただきました西尾市民病院の禰宜田院長にお越しいただいておりますので、改めてご紹介をさせていただきます。

次に、資料のご確認をお願いいたします。

本日机上のほうに配付をさせていただきました資料です。まず、次第と出席者名簿、配席図がございます。その次に配付資料一覧として1枚つけてございまして、そちらをベースに確認をお願いいたします。

最初に、資料1-1、こちらが地域医療構想の実現・医療従事者の働き方改革の推進についてというもので、パワーポイントの打ち出し、カラーのものが26ページの資料となっております。

次に、資料2-1、こちらは地域医療構想の推進に向けた公立・公的病院の役割の再検証についてという資料で、A3版、折り込んでおりますが、1枚のもの。

それから、資料2-2のほうは、病床機能報告結果の変遷についてという資料で、A3版2枚となっております。

あと参考資料といたしまして、肺癌患者2017年度DPCデータというホッチキス

どめA4版のものが配付をしてございます。不足等ございましたらお申し出ください。よろしいでしょうか。

本委員会でございますが、先ほど吉田局長のご挨拶でもありましたように、各構想区域の取り組みや課題等について情報共有を図り、地域における議論を一層活性化することを目的に開催をしております。ご出席の皆様方の率直なご意見をいただければと考えておりますので、前回に引き続きまして進行を愛知県地域医療構想アドバイザーの伊藤健一先生にお願いしたいと存じますが、ご異議ありませんでしょうか。

(拍 手)

【愛知県医療計画課課長補佐（岩下）】 それでは、以後の進行につきましては、愛知県地域医療構想アドバイザーの伊藤健一先生にお願いをしたいと思います。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 皆様、こんにちは。アドバイザーの伊藤でございます。

特に僕から申し上げることはないんですけども、会長はあのようになんもやるなど言われましたが、やらないと僕は困りますので、各医療圏それぞれの問題点がない医療圏はないので、それぞれご議論はいただきたいと思います。

ベッドの削減だけが目的ということでやっている地域医療構想推進委員会ではありませんので、それぞれの機能をご確認いただく会議になっていただければありがたいと思います。それでは、着座にて始めさせていただきます。

議題に入りますが、本日の委員会の公開、非公開の取り扱いについて事務局からご説明をいただきます。

【愛知県医療計画課課長補佐（岩下）】 当委員会は、開催要領第5条第1項により原則公開となっております。全て公開とさせていただきます。

なお、本日の委員会の議事録につきましては、愛知県のウェブページに掲載することにしておりますので、あらかじめご承知くださるようお願いいたします。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 よろしいでしょうか。もうご案内は後ろに傍聴の方も多数お見えになっておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、報告事項に入りたいと思いますので、まず報告事項1として、西尾市民病院の禰宜田先生からお話をいただきたいと思います。よろしく願いいたします。

【西尾市民病院院長（禰宜田）】 西尾市民病院の禰宜田と申します。

今回令和元年度の地域医療構想の実現・働き方改革の推進に向けた病院管理者研修とい

うものに参加させていただきましたので、ここでちょっとご報告させていただきます。

では、早速始めさせていただきます。

詳細は、日程は2019年11月12日から15日の4日間、会場は埼玉県和光市の国立保健医療科学院というところで行われました。

対象は、都道府県が推薦する医療機関の長または幹部職員もしくはそれと同等の職員であると院長が認める者ということで、定員は47名、都道府県から2名を上限として推薦ということになっておりましたが、実際に参加されたのは24名でございます。

国立保健医療科学院なんですけど、案内として、来るときは空調もあまりきいていないから衣服等で調整してくださいとか、あと宿泊施設の問い合わせをしたんですけども、エアコンも制限しています、食事も提供しませんし、禁煙・禁酒だしというような感じで、とにかく問い合わせても泊まってくれるなモードが全開だったので、どんなところかなと思ってちょっと調べてみたんですけど、このような施設で、基本的には立派な施設で、実際行ってみるとエアコンもきいていたんですけど、ただ宿泊に関してはどうもトラブルがあったらしくて泊まってくれるなというような、そんな雰囲気でした。

実際病院所在地別で受講者を見てみますと、出席者は院長や理事長、副院長、事務方、事業管理者、顧問とかさまざまでありましたし、また病院の規模もさまざまで、中には大学からや、あと医師会からも出席されていました。中部地方からは石川、愛知、静岡の3名で、千葉と山口は2名の方が出席していました。基本的にはこの24名が6グループに分かれて議論という形になりました。

狙いは地域医療構想における医療機能の分化・連携を行うことの一助となるよう、医療制度、診療報酬制度、病院再編・統合、人的資源管理、リーダーシップ、組織行動、医療安全等、体系的な組織マネジメントに関する手法を修得する。地域医療構想にかかわる政策動向について説明できる。

地域医療構想において、自医療機関を果たす機能とその実現に向けた病院管理者としての役割について説明できる。自医療機関の地域における医療機関の再編統合の実現に向けた病院管理者として実行力を習得するということになっておりました。

初日なんですけど、地域医療構想の現況についてということで、地域医療提供体制について、地域医療構想、働き方改革、医師偏在対策等を厚労省の松本課長補佐がまず話されました。ちなみに講師の方の敬称のほうは省略させていただいておりますので、よろしくをお願いします。

ただ、内容は三位一体改革とか診療実績の分析など、おおむね一般的な内容ではあったんですけど、ちょっとうんと思ったのはステューデントドクターなども検討はされているということでしたし、また、医師不足はマクロでは2028年で、医師偏在を入れても2036年には一応解消される見込みだということでした。

ただ、そうは言いながらも、現時点でも集約したほうが成績も改善しているようだということで、それはP C Iとか幽門側胃切除等においてもそうだというご意見でしたけど、ただ人口調整もされていないとか、わりと大ざっぱなデータでのご意見ではありました。

今回の研修に参加させていただいて一番参考になったのはこのケーススタディーで、かなり細かいことを話していただいたので、参考になるところは多かったです。

再編統合についてということで、過疎・高齢化の進んだ地域における地域医療の実現に向けた病院再編事業とその効果ということで、南和広域医療企業団の南奈良総合医療センターの松本先生がお話になりました。

南和医療圏とは1市3町8村から成っているんですけども、高齢化率が2017年の時点では全国で27.8%のところに奈良は30%程度、やや高かったんですけども、南和医療圏はさらに高く38.8%と、40%弱という高齢化の進んだ地域で、人口も7万弱で県の5.1%ぐらいしかいないんですけど、ところが面積は2,346平方キロと県の64%を占めているという地域ということでございます。

その再編前に公立3病院があったんですけど、1つは五條市というところに奈良県立の五條病院で、ここは急性期の200床弱で、ただ運用は160床ぐらいでやっているという病院があって、大淀町には町立の大淀病院というところ、ここは急性期が275床と大きいんですけど、ただ実際の運用は150床程度、吉野町には国保吉野病院というのがあって、ここは99床で比較的小さな病院、3病院とも奈良医大の関連病院でありますし、病院間の距離が約10キロということございました。

地理的にはこの図のような形で、南和医療圏の北部のほうにこの3つの地域があるんですけど、五條市が人口的には多くて3万弱で、ただ高齢化率は36%、まあまあ進んでいる。大淀町は人口が1万7000ちょっとなんですけど、高齢化率は32%程度でまだ比較的低い。吉野町は7,000人いない程度で高齢化率も50%と、高齢化も進んでいると、そういう地域ということでございます。

こういう中で統合して南奈良総合医療センターというのが2016年につくられたんですが、これは232床でH C U 8床、一般188床、回復期リハが36床、これがその真

ん中の大淀町というところに建設されました。26診療科で救急センターなども備えて、ただ開院時は大体54名程度の医師でスタートされたということでした。

その背景には人口推移が10年間で約15%減少して7万人程度になって、受療動向としても約6割の患者は流出しているということで、奈良医大が北にあるんですけれども、中和医療圏へ26%ぐらい、あと西のほうの和歌山県へ9%ぐらいは流出しているという状況で、支えているのは4割程度と、そういうことでした。

入院患者のほうも3病院の入院患者は5年間で約25%減少して300人程度で、外来患者も5年間で約25%減少して約1,000人程度、医師数も5年間で約25%減少して51人になっていったということです。

看護師数も5年間で約10%減少して245人で、救急搬送件数も5年間で約20%減少して2,100件、3病院の医業収入も5年間で約25%減少して約58億3,000万円、3病院の実損損失は5年間で約10%増加して17億から18億円ぐらいになっていったと、こういう点で非常に厳しい状況にあったということです。

2008年の時点ではこの公立3病院が抱えていた問題がいずれも急性期を担っていて、医療従事者は減少して医師も看護師も減少している。経営は逼迫、施設も老朽化、いずれも医療機能はじり貧で、病院の組み合わせが悪いですし、このままでは南和地域の住民の医療が守れないという状況でしたが、ただやっぱり基本的に南和の医療は南和で守るんだと、こういうスタンスで進められたということです。

ネットワーク化、経営形態の見直しということで、とにかく地域医療構想を踏まえて役割を明確化していこうと。救急病院を1つつくって、あとは地域医療センターで回復期とか慢性期のほうに特化していくと。いろんな自治体が組み合わさっているので一部事務組合をつくって、それが企業団方式をつくって地方公営企業法全部適用の企業団をつくっていったということです。

合併してみるとやっぱり成績が随分改善されて、救急搬送は2,200ぐらいになっていたのが4,000ぐらい、手術件数も1,200件ぐらいに落ちていたのが1,900件ぐらい、県外の流出も3割ほど食いとめて、現在は大体7割ぐらいはカバーしているということでした。流入もあって今は南奈良総合医療センターの稼働率は95%前後に増えて、医師数も50人を切っていたようなところが67人で、現在はもう70人を超えているという状況で、さらに増加傾向にあるということです。

再編後の変化で集約して急性期機能が向上したということと、あと役割を明確にしたこ

とで医局からの協力も得やすくなった。分娩に関してはここではやっていなくて、ただ奈良医大と提携して同じ周産期システムを導入して、診療情報を共有することによって南奈良は外来業務のみを担当しているということでした。

地域がん診療病院にも指定されましたし、地域医療支援病院にも指定され、さらには基幹型臨床研修病院を指定され、その一方で吉野は96床、五條は90床の回復・慢性期病院になって役割分担をしているということです。

成功したポイントなんですけど、地域医療の現状と課題を可視化して、医療圏全体であるべき地域医療の姿を医療関係者、奈良県立医大、行政関係者、住民で共有したと。やっぱりこの県立医大というのが1つのポイントかと思います。

また3病院が組織や文化の違いを超えて納得いくまでコミュニケーションをとれる場をつくったと。あと知事がリーダーシップを発揮して関係市町村の首長や議員など関係者を説得した。ビジョンを明確に示して地域住民の十分な理解が得られるまで繰り返し説明して、とにかく丁寧にいろんなことを進めていったということだそうでした。

今度は事務方のほうの立場から、同じ南和なんですけど、行政の挑戦と企業団の今後ということで企業長の中川先生が講演されました。

行政から見ると基本的に厚生行政というのは国から県でとまっていて、市町村にはおりてくるだけで、ノウハウがないのは当たり前で、首長は基本的に医療の素人でありまして、とにかく医療供給源である医科大の協力がなくて何ともならない。県のリーダーシップによる奈良モデルの位置づけをしていって、統合にはとにかく県が入ってくることが重要であるというお話でした。

初期投資は約166億円、200億弱とか言われていましたけど、いろいろあるんですけど、ただこの過疎債とかそういうものを使って、経済的にはわりとそんな困らずにやられたようです。運営負担では交付税措置分は所在市町から補助されますけど、県で再編当初の運営費の一部を負担していただいたということで比較的ここはうまくいったと。

とはいうものの、話がまとまらずに協議体組織を立ち上げたり、知事がトップになってとにかく全市町村をメンバーにしていろいろ議論をしたり、あと3病院の院長会議を開いたり、各市町さんには市町村長や協議参加への下地づくりだったり、事務局組織を立ち上げたりということをやって、なかなか正しく伝わらずに反発を招いたり、一時出入り禁止になった病院もあるということで、やっぱりそう簡単にいったわけではないということです。

場所の問題もあるんですけど、どこからもいいところということなんですけど、駅前の場所があいていたということでそこに建てたということと、あと五條のほうは県立であったので押し切れたと。医師派遣での問題では医師は企業団に入ってもらおうという形で派遣してもらおうんですけど、やっぱり大学としては南奈良に派遣しているという意識が強いと。この辺の問題があるということは言ってみえましたが、とにかく医師確保に関しては県も、奈良県立医大ということもあるんでしょうけど、そこは全面的にサポートしてもらえた点がここの強みかなと思いました。

ケーススタディーは以上で、この後演習があったんですけど、演習は事前課題の共有と自己紹介ということをまず1日目は行われて、実はこの研修に参加するに当たって宿題がいろいろ課されて、ここに書いてある例えば貴院の地域では地域医療構想の実現に向けてどのような状況にありますかとか、貴院と周辺医療機関との機能分化と連携に関する現状と課題について、こういうことを事前を書いてこちらのほうに送って、それで1つの参加資格みたいなのところもあったものですから、これもなかなか大変だったんですが、実際、ただ、これに関してはあんまり議論されずに終わりました。

3日目、4日目が地域医療構想に関するグループワークで、これをグループ内で発表してブラッシュアップして翌日に1つ選び、プレゼンして終了というような形で演習は進みました。

翌日地域医療分析で神戸大学の小林先生、小林先生は愛知県にも非常にかかわってみえますし、また本日お見えになっていると思わなかったのが、ちょっと大分大ざっぱな発表になっておりますけど、とにかくデータをインテリジェンスにする分析が大事だということをおっしゃって、オープンデータとかシェアード（セミオープン）データ、あとクローズドデータとかそれぞれ特徴があって、オープンデータを厚労省のDPCデータとか、あとシェアードデータは都道府県の病床機能報告データなどがあるということですが、基本的にはまずオープンデータを活用していくことが重要で、あとベンチマークは気づきのもとだとか、そんなようなお話をされました。

後でも出ますけど、どうしても病床機能報告データのことはいろんなところで問題になるんですけど、医療法に基づく義務ではあるんですけども、病棟単位で医療機能を報告するものですから、病棟の機能や診療実績とかは出てくるんですが、ただ診療実績の、済みません。ちょっと以降重なっておりましたが、多くの項目は6月診療、7月審査の1カ月分で評価されてしまうという問題があります。

都道府県から公開されるのは、公開のされ方は都道府県によって異なりますが、厚労省のほうからは全国分が一覧で公開されているということでこちらを活用するとよいということで、今回の公立・公的医療機関等の再編統合の分析にもこちらのデータが使用されたということです。

地域医療構想を踏まえて二次医療圏の充足率だとか、ここではD P C公開データを使用してM D Cと地域等とを突合させて供給体制を評価したり、また救急搬送と医師数との関係性に関しては病床機能報告データを利用して、やっぱり医師数と救急搬送は関係しているだとか、あと稼働率、平均在院日数、病床機能報告データから算出されますし。

特に愛知県ではこのクローズドデータ分析は105病院から収集されて分析もされているんですけど、手間もかかりますし、D P C対象病院しかデータはとれないとか、保険対象外のデータはとれない。だから、これで全てがわかるわけじゃないんですけど、これに関しては突っ込んだデータはとれるんですけど、ただ手間もかかるという、この辺の一長一短があるというお話でした。

その後データ分析について、保健医療科学院の佐藤先生がお話になられましたけど、高齢者数の増加に関しては地域差があって、実は増えているのは都市部が中心で、都市部の高齢者は増加で、9都道府県で増加数の6割を占めていると。

例えば千葉医療圏の入院患者は2030年ごろがピークと思われそうですが、産科は既に減少傾向にあると。今回も平成29年のデータが出て古いデータでとか、いろいろあったんですけど、平成30年度のデータがその時点ではまだ出ていなかったということがあります。

先ほど言いましたように病床機能報告は毎年6月のデータで、なおかつ精神、結核、感染症病床のみの場合は報告義務はありません。それに対して医療施設調査は3年ごと9月のデータでやっていくと。病床機能報告では最も多くの割合の患者を報告することが基本となっていますが、慢性期の患者主体のようなところでも急性期を目指しているから急性期としているような医療機関もあるということです。

また、I C Uでも滞在日数が長い施設もありますし、あと2025年の必要病床推計は病期ごとの患者発生見込みを病床数に換算したもので医療需要を見ているんですが、病床機能報告は病棟ごとの選択を集計したものですので、実際はさまざまな病期の方が入っていますし、割り切ってそれを1つ選択しているものですから、その辺のそごが生じてくるという、この辺の問題があります。

その後今度は保健医療科学院の上席研究官の種田先生がお話になられて、図表で見る医療、ヘルス・アット・ア・グランスの2019が出たということで、それについてちょっと触れられて、OECDにおいては日本国民の寿命は最長である。成人の過体重及び肥満の割合はOECDの中で最低と。男性の喫煙率はOECD内では8番目、後発医薬品の使用はまだ低いままだという。

種田先生は体操をやられたり、わりと総論的な話が多かったんですけど、例えばチームSTEPPSというような話をされて、これはエビデンスに基づいたチームトレーニングのお話なんですけど、あと医療安全、英語ではPatient Safetyで患者の安全であるということで、その辺のことにも触れられました。

チームSTEPPSというのは、Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safetyということで、チームとしてのよりよいパフォーマンスと患者の安全を高めるためのツールと戦略ということで、これはアメリカの連邦政府が開発・推進している航空業界とか軍隊における高信頼性組織のエビデンスをもとにしたチームトレーニングプログラムということでしたけど。

パフォーマンスを改善してより安全なケアを提供していったりするためには、4つのコアになるコンピテンシー、リーダーシップ、状況モニター、相互支援、コミュニケーションというものが必須であると。これはお互いに関係しているわけなんですけれども、目標は患者のアウトカムを最適にするということで、軍の病院などはこれを導入して成果を上げているというふうに言われています。

それで、方法としてSBARという状況、背景、評価、提案という患者の情報をわかりやすく伝達するスキルだとかCUSという、Concerned Uncomfortable Safety、そういうことを使って中断とか検討を促すそういう手段があるというような話もありました。

ここでいろいろ今回研修で宿題が出されたんですけど、この戦略改善マネジメントというのをご存じの方も見えるかと思いますが、『かもめになったペンギン Our iceberg is melting』という本を読んで問いに答えて、研修中に意見交換を行うということが宿題としてこれも出されました。これは約100ページの本なんですけど、内容的には氷山は解けて崩れるから、もっと安全な場所を見つけて暮らそうというような内容なんですけど、変革を成功させるには8段階のプロセスが必要ということで、特

に初期の準備段階は重要だというような話です。

組織を変革して成功に導くためのリーダーシップをペンギンのコロニーを舞台とした物語で示唆しているんですけど、読んでみると思い当たる節がいっぱいあるというのが、一見簡単な本ですけど、なかなか勉強になった本ではあります。

この8段階のプロセスというのは、変革の準備、実施すべきことの決定、変革の実施、変革の定着ということがあるんですが、まず、準備としては、危機意識を高めて変革推進チームをつくる。ここは最も重要で、それを変革のビジョンと戦略を立てて変革のビジョンの周知ということを徹底して行動しやすい環境を整えていくと。短期的な成果を生んだらさらに変革を進めて新しい文化を根づかせていくという、こんなような話です。

じゃ、質問はどんなのが出たかという、例えばあなたの医療機関にフレッドはいますか、いるとするとフレッドはどのように扱われていますかと。フレッドというのはここに出てくる主役的な若手なんですけれども、その他にもルイスというリーダー的な人がいたり、ノーノーという保守的でそんなことをする必要はないじゃないかという、どこの組織でもいるような人がいるというような話なんですけど、あなたの医療機関において変革が必要であることを示唆する情報は何かと、こんなようなことに対して質問が出ていたんですけど、ただ結局これも意見交換は行われずに終わりました。

続いて、ケーススタディー、渋谷先生がお話をされて、討議を通じて学び合うCPCのような授業で、日本海総合病院のケースが出されましたので、設問1として、庄内二次医療圏の抱えていた問題は何だったかとか、改革プランの成功要因は何だったでしょうかと、このようなことが出たんですけど。

ご存じの方も多いかと思いますけど、この山形県酒田市の病院統合というのは酒田市の酒田病院というのとあと山形県立の日本海病院というのがあって、この県立病院が後にできたんですけど、2キロという非常に近い位置にできて、三次まではいかない2.5次病院で、高度医療を担ったんですけど、赤字が顕著で、一方、酒田のほうではV字回復はしたんですけど、老朽化が進んでいるところを改築しちゃったら共倒れになるんじゃないかという、この辺の問題があります。

平成20年に統合再編、独法化がされて、酒田医療センターというのと日本海総合病院とに分かれて、酒田医療センターのほうは平成30年に日本海酒田リハビリ病院というふうに形を変えていることです。

設問で統合のヒントがいろいろ書いてありますので、その辺をまた参考にさせていただき

たいのと、あと働き方改革は厚労省の安里先生が話をされていたんですけど、応召義務に関しては今後また通知を出す準備中で、応召義務がネックになっているものですから、法改正の準備がちょっとあるということと、あとB水準に関しては救急で指定されればそれは救急のみに適用されると。

あと第三者評価を予定されているということと、事例等が出されました。

あとは働き方改革に関しては、聖路加の事例だとか森町病院の事例、そういうものが出されたんですけど、それをまとめて最後討議しましたが、とにかく4日間という長丁場でありましたけど、さまざまいろんな意見を聞いたという点はよかったと思います。ただ、47都道府県中半分程度しか参加がなかったので、ちょっと残念であったかなと思います。

済みません。ちょっと話がゆっくりになってしまって申しわけないです。ちょっと時間が足りなくて、またその資料を参考にさせていただければありがたいかなと思います。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 禰宜田先生ありがとうございました。ちょっと途中ではしょらせてしまって申しわけありませんでした。

もし禰宜田先生にご質問があれば、西尾のほうにお見えになりますので、お聞きいただければありがたいかなと思っていますし、酒田の話はよくある話ですし、南和のほうは皆さんお聞きになったのは初めてかもしれませんからご参考になったかと思います。

では、ちょっと質問はあるかもしれませんが、先へ進めさせていただきますので、では、報告事項2を事務局よりお願いいたします。

【愛知県医療計画課課長補佐（岩下）】 愛知県の医療計画課、岩下と申します。私からは、資料2-1と2-2について、まず一括して説明をさせていただきたいと思います。申しわけございませんが、以後着座にて説明させていただきます。

初めに、資料2-1のほうをお願いいたします。

資料2-1が、地域医療構想の推進に向けた公立・公的病院の役割の再検証についてというものです。

背景経緯についてでございます。地域医療構想の推進に向けましては、各構想区域で地域医療構想推進委員会を設置し、医療機関が担う役割の検討を行っています。厚生労働省はこの推進委員会における議論の活性化を図るための方策というものを検討しております。

2番の再検証についてにありますとおり、厚生労働省は昨年9月全国の急性期の病床を有する公立・公的医療機関のうちから再編・統合について、再検証の要請対象となる医療

機関を選定し、全国で424の病院を公表いたしました。

資料2の(1)で、①、②のところにその選定方法を記載しています。選定方法の1つ目には、全国の同程度の人口規模、その人口規模の構想区域にある急性期病床を有する医療機関を横並びにして比較をしまして、がん、心疾患など厚生労働省が定めた9項目の診療実績が全て下位33.3%に該当する病院が選定されるというものです。

2つ目は、同一構想区域内に類似の診療実績があるという医療機関が自動車でも20分程度の距離に近接している場合に選定されます。この2のほうにつきましてはもう少し細かい基準がございまして、今後厚生労働省から詳細のデータが示されてくることになっております。

資料の(2)のところに、本県で医療機関名が公表されているという9病院を表にして表示をしています。この分析結果の公表を受けまして、翌日の新聞などで国が公立病院の統廃合を求めるといような刺激的な報道がされたということがありまして、厚生労働省は見解を出しております。

そちらが資料右側の上、3番の厚生労働省の見解のところでございます。この真ん中あたりに記載しておりますが医療機関そのものの統廃合を決めるものではなく、ダウンサイジング、機能分化等の方向性を機械的に決めるものでもないとのメッセージを発出しています。

次に、4番の今後の県の対応についてです。(1)のところですが、昨年12月24日、3回目となる地域医療確保に関する国と地方の協議の場が開催されております。この協議の場は地方3団体ということで、全国知事会、全国市長会、全国町村会の代表と総務省、厚生労働省が出席して開催されているもので、この資料の4の(1)に12月の協議の場で示された内容を記載させていただいています。

(1)の1つ目のぼっちですけれども、今回の再検証の要請につきましてはまだ現在厚生労働省から正式な要請の通知が発出されていないという状況ですが、この通知を近々発出するということが示されております。また、この通知と民間病院に関するデータについても提供されるということがこの場で示されてまいりました。

先ほど資料の右側の2の(1)のところでご説明をいたしましたとおり、分析の段階では民間の病院も含めて行われているため、民間病院に関するデータとして、公立・公的病院の分析で用いたのと同様の診療実績に関する情報、それから公立・公的医療機関に隣接している一定の実績を有する民間医療機関の情報が提供されるということになっておりま

す。ただ、現在のところ通知がまだ到着しておりません。それから、民間病院のデータもどのような形で出てくるかというところはまだ詳細が不明です。

2つ目のぼっちですが、再検証の期限について、いわゆる骨太の方針の中で原則2020年の3月まで、また、再編・統合を行う場合には9月までと示されておりますが、国のほうはこの期限については基本としつつ、弾力的に捉えて改めて通知するという説明をされております。

これらの動きを受けまして県の対応のところ、(2)に記載しております。要請通知及びデータの提供を受けまして、まず該当する病院のほうに内容の説明にお邪魔をしたいと思っております。その上で各地域の地域医療構想推進委員会において、今回の再検証の要請対象となった医療機関の役割についての協議を進めてまいりたいと考えておりますので、ご協力をよろしくお願ひしたいと思います。

次に、資料2-2をお願いいたします。

資料2-2は、病床機能報告結果の推移をグラフにして示したものでございます。病床機能報告制度は医療法に基づいて実施している制度で、医療機関の皆様に平成26年から毎年病床の機能を報告していただいているものでございます。報告の対象となっておりますのは、報告年度の4月1日時点で一般病床、療養病床を有する病院及び有床診療所でございます。

本日の資料では、その報告結果を機能別にグラフとして表示しています。グラフは左側から高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能の報告結果を平成26年から平成30年まで白抜き棒グラフで表示をしています。

30年にご報告をいただきました2025年7月1日時点の予定病床数の集計結果、こちらを網かけにしている棒グラフに、また、本県の地域医療構想で病床数の必要量として示している数を黒色の棒グラフにしております。

全体的な傾向といたしまして、高度急性期は減少の傾向にございます。急性期についてはほぼ横ばい、回復期及び慢性期については徐々に増加の傾向となっております。

本県の地域医療構想で病床数の必要量として示している黒色の棒グラフと比較をさせていただきますといずれの機能も乖離をしており、特に回復期が大きく乖離しているという状況にございます。

私からの報告は以上でございます。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございました。今の県のご

説明で特にご質問等々ございませんでしょうか。

現状の報告ということでしかないんですけれども、国のほうが再三にわたって民間のデータを出すというふうにお話があるんですけれども、若干日医の見解は定まっていなくて、民間のデータの出し方についてはまだ議論があるというふうにされています。

ちょっとどういうふうな形になるか、僕のほうにもそれ以上の情報は入ってはいませんが、ただ対象は民間の病院が近接の対象であるところもあるわけですから、出していただかなければ議論ができないということは事実だろうと思っていますので、引き続きそのような話は国もしくは日医のほうにも言っていきたいと思っています。

いかがでしょうか。よろしいですか。

では、もう一つ、肺がんの患者という参考資料のデータのご説明をさせていただきたいと思います。これは先ほどの禰宜田先生が愛知県のDPCデータの解析をしているということでのクローズドデータのことをお話になったんですけれども、今名大のメディカルセンターの白鳥教授のところ、今日後ろにお見えですけれども、神戸大学の准教授の小林先生とご一緒にいただいたDPCデータについて検討を加えています、膨大なデータですし、時間がありませんので、今回は肺がんのデータだけお持ちしました。

皆様からいただいたデータですので、このデータはちゃんとお返ししたいと思っていますから、個々の病院がわかるような形のデータの出し方と、それからまとめて一度発表といたしますか、内容のご説明を次年度早々にはしたいなというふうに思っていますので、また改めてご案内させていただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

では、参考資料のほうを見ていただきますと2017年度のDPCデータ、これは1年分でございます。病床機能報告は1カ月分ですけれども、1年分のデータということで、見方をご説明いたします。

1ページの下のところですけど、これは病院別に年齢、階級別の入院患者数で、年間の入院患者数が100人以上の病院だけを記載したものです。見ていただくと10代から90歳以上という形の分布があって、番号をほぼランダムに振ってありますが、これは愛知県全体のデータです。これを医療圏別のデータとしてお示したほうがいいのかと思っています。

ここら辺はまた皆様方とちょっとお話をしなきゃいけないのは、大きなところはわからないんですけれども、小さなところはマスクされないの、ほぼほぼわかってしまうけれども、一応DPCデータはオープンデータですので、そういうデータが明らかになること

はお許しただければというふうに今我々は考えてやっています。

次の2枚目を開いていただきます。2枚目の見方ですけれども、これは右下のところに平均在院日数をとって、縦に入院時の平均年齢をとったもので、この丸の大きさはその数を示しています。

ここに書かれていますように、見ていただくとやっぱり若い入院層が多いところは数も多いということが言えると思います。反対に右の上のほうに外れ地のようになっているところはお年寄りの方がずっと長く入院しておられると、そういう見方ができます。ほぼほぼ正の相関と言っていいかどうか、ちょっと相関係数までは出していませんが、見方としてはそういう見方ができると。若い人ほど未入院の平均日数も短いということでもあります。

これは先ほど申し上げた肺がんだけのデータですので、肺がんという意味ではまた逆に特殊な形のものを扱ったものです。

それから、2ページの下のところですが、これは化学療法のあるなしで入院患者数を比較したということで、この意味するところは化学療法で手術を見ているわけではないので、これがすぐ何か物が言えるかはどうかちょっとわかりませんが、いずれにしても、数の多いところは化学療法のあるなしにかかわらず、こういうような数というふうに見ていただくものの表です。

次のページを開いていただきますと、3ページのところですが、これは手術のあるなしで平均在院日数を見たというグラフです。この見方の中で赤が手術ありで青が手術なしということですが、こういうような形の数を見ていただくとこういう数になりますし、この破線は平均在院日数を見ていただくと緩やかに、やはり数が少なければ平均在院日数が長くなるということは見てとれるというふうに思っています。ただ、すごく平均在院日数が長くなっているところもあるというふうに見ていただければと思います。

それから、3ページの下のところですが、病院別の手術数の件数、これも全て100人以上の入院ということで平均在院日数を、肺がんの手術ですから開胸もしくは胸腔鏡下、内視鏡手術ということですが、それと比べてみるとこういう形のもの。そうするとわかってくるのは、開胸が得意なところと得意じゃないところがこういうふうにあらわれてくるというふうに使われます。

次の4ページを開いていただきますと、これは肺がんの患者さんがどこからこの病院に来ておられるかということを示したものです。破線は受診患者の同一県内からその病院に入院した割合を示しているという破線のグラフになっています。実態をこういうふうに見

る意味ということですが、どこから患者さんが来ているかを示すということです。

それを病院ではなくて医療圏としてまとめると下の項になりますが、下はSCRとよく言われるように割合ですし、上のところは実数ということになります。当然名古屋は実数が非常に大きいということですし、見ていただくと名古屋は名古屋でほとんど来ているのかなというふうな見方ができるということでもあります。

それから、次の5ページのところ見ていただくと、これは患者さんが医療機関ベースでどういう形で動いているかということを示しているのですが、おわかりのように移動の部分からすると、例えば県外ということからすると三重県から海部区域に結構な数が来ておられることが見てとれるということになっています。そのような分析ができるというふうなことで、今ほかの疾患、特にがんも含めて指定された17項目のうちできる限りのものを取り上げようと思ってやっています。

ご質問は何かございませんでしょうか。発表というか、公表はそんなような形でしたいと思えますし、もともとのベースがDPCデータですので、できればウェブに公開して、そこの中のご自身のところはそれを見ていく。自分の病院がどこだということを見られるようにさせていただきたいということと、もう一つは、医療圏の中で議論していただく場合には医療圏別に切り取った形のものをご提供するというのももちろん可能ですので、そういう形のもので医療圏の構想会議、推進委員会を活性化していただければというふうに思っています。何かご質問ありませんでしょうか。

なければ、小林先生、何かコメントありますか。

【神戸大学（小林）】 神戸大学の小林でございます。ちょっと座ってお話しさせていただきます。

今回は肺がん、地域の私が講演させていただいたときには例えばTPAとかもやらせていただきましたけれども、基本的には今厚労省が424病院の名指しといいますか、そちらをやった項目、これについて分析を進めていければなというふうに考えております。

先ほど県のほうからもお話がありましたけど、まだ正式な通知が来ていませんけれども、一応私のほうからも正式な通知を出すとき、もしくはその後にはどういうロジックでデータを出したのか。病床機能報告の中の特に大腿骨頸部骨折とか多分K-046の何とかという形で、皆さんが個別で最後様式2の後ろに書いている項目から出しているはずなので、その辺がどうやって出したのかというのをあわせて公表してくれというふうな願いをしております。それが公表されますと、このDPCデータのほうからも同じ基準で出すこと

ができるということを考えておりますので、そちらのほうも出していききたいなど。

あとは先ほどTPAの話もしましたけれども、特にこの脳梗塞の関係におきましては、424病院のときには超急性期脳卒中加算の加算の件数だけで厚労省のほうは出しておりましたので、それはちょっと違うだろうというふうに思いますので、そういうところはせっかくデータがございますので、愛知県独自の形で、伊藤先生ともあわせて議論をしながら項目を決めて皆さんのほうにお返ししていきたいというふうに考えております。

この病院ごとに今連番で数字をばっとなつけて出しておりますけれども、お返しするときにはあなたの病院は何番ですよというふうなことをつけて、でも、他の病院はわかりません。あなたの病院はこのリストの中で例えば112番ですよということを一緒にあわせて通知しようと思っております。

ですので、自院の位置はわかる。ただ、隣がどこの病院かは一応わからないというような形でお返しさせていただこうと思っておりますので、また今ちょうど新しいデータということで2018年のデータも出していただいておりますので、今度そちらのほうにデータも置きかえて出していこうと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。どなたかご質問はございませんか。

なければあと30分ぐらいありますので、現在、ちょっとご迷惑なことを承知の上でお願いするんですけれども、一応ここにご参画いただいている構想区域の中で6区域の名前が上がっているところですので、どなたか代表でお話しいただきたいと思います。

まず、山根先生のところ、名古屋のほう、どなたでも結構ですけれども、お話しいただいてよろしいでしょうか。現在の進行状況と今後の方向性ということなんですが、いかがでしょうか。どなたでも結構です。

【名古屋市医師会会長（代理）（山根）】 名古屋・尾張中部医療圏を代表し、今回代理出席ですが、名古屋市医師会の山根が報告させていただきます。

名古屋・尾張中部医療圏の令和元年度第2回地域医療構想推進委員会を9月9日に開催しました。議題としては2点あり、1つは有床診療所の整備計画についてと、2つ目は非稼働病棟を有する医療機関の対応についてです。

有床診療所の整備計画については、令和元年12月に7床の病床を開設する地域包括ケアシステム構築のための診療所と、令和2年8月に15床の病床を開設予定の周産期医療の診療所2カ所についての整備計画が出されました。これについて意見を求め、その会議

で検討し、承認されました。

2番目の議題については、非稼働病棟を有する医療機関の対応についてですが、これまでの取り組みの報告と非稼働病棟を有する有床診療所を再度把握して、今後の地域医療構想の趣旨や委員会の取り組み内容をその医療機関に説明し、再稼働を見込む場合は速やかに報告するという、また、前回ヒアリングできなかった7カ所の施設に関しては、新たにヒアリングを求めるのではなく、今現在の状況を書面で確認するという形にするということです。

あとその他として、平成30年度の病床機能報告の結果と、今問題になっている4月からの外来医療計画についての報告がありました。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。名古屋・尾張中部医療圏は3つの病院が上がっていたかと記憶しておりますが、その点についての説明も、ちょっと先ほど県のほうから話しましたように、まだちゃんとしたデータがなくてご説明に上がれない状況ですので、説明にお伺いしてからまた議論を進めていただければと思いますし、3月31日までに決めなきゃいけないところかどうかという、ただ名古屋・尾張中部は100万以上ですので、9の項目については経営の説明ということになっているかと思います。

特にほかの医療圏の方からご質問はないですか。では、いいですか。名古屋のほうはそれで結構ですか。では、海部のほう、下方先生。ありますか。どうぞ。

【名古屋市医師会会長（代理）（山根）】 今の報告と少し違いますが、先ほど伊藤先生が言われましたように民間病院のデータが、1月に県のほうに来ると言われていましたけど、その公表について県に委ねるとされていますが、そのあたりを県はどのように考えておられるのでしょうか。

【愛知県医療計画課課長補佐（岩下）】 ありがとうございます。民間病院のデータ自体がどのような形でどういう姿のものが出るかというのがわからないので、まだ少しちょっとどのような形でお示しをしていくかとか、そういうところは詰め切れていない状況にありますので、一度どのような形のデータが示されてくるのか、それをちょっと分析した上で検討をして、お示しの仕方などを決めていきたいなというふうに思っております。

【名古屋市医師会会長（代理）（山根）】 一般への公表についてはどうですか。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 まだ通知が出ていないので、その通知の内容を見ないとどの程度のもものが僕らに来て、どういう形の公表かというところの大体

のアウトラインは出るかというふうに思っていますので、通知をちょっとお待ちいただくということで、確認される材料が僕らにはないものですからご容赦いただきたいと思えます。よろしいでしょうか。

名古屋の方はよろしいですか。特に追加のことがなければ、海部のほうの下方先生、よろしいでしょうか。

【海部医師会会長（下方）】 海部医療圏を代表しまして、海部医師会の下方がお話しいたします。

私どもの医療圏は3つの公的病院がございまして、その中には2つも上がってしまいました。それも2の同一構想区域内でというところで上がっておりまして、これに車で20分以内の距離にある場合というふうになっているんですけど、両方とも自家用車の距離で20分以内にはあま市民病院も津島市民病院も病院はないと思っております、どうしてここに上がったかよくわからないんですけども、今度来週、1月の末の月曜日に構想委員会が開かれますので、そこである程度話がまた出ると思えますので、今後の展開になってくると思えます。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。それまでには多分国のほうから今の近接の20分の意味が発表というか、提示されると僕も思っておりますので、この前お邪魔したときもその説明をする段階になかったものですから割愛させていただきました。済みませんでした。

【海部医師会会長（下方）】 あともう一つ、前回までは非稼働病床がまだ定義を満たす病棟等がなかったんですけども、今回1年以上たつ非稼働病棟も出てくるはずなので、それはまた今後の議論になると思っております。ある病院なんですけれども、以上です。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。他の医療構想区域からよろしいでしょうか。

どうもありがとうございました。では、引き続いて尾張西部のほうで、じゃ、松浦先生、お願いします。

【一宮市立市民病院院長（松浦）】 一宮市民病院の松浦でございます。

当地域では、前回の地域医療構想推進委員会では非稼働病床について1つ稲沢市民病院が多くの四十何床の非稼働を持っておりまして、現状ではちょっと開設しない。ただし状況を見て急性期ではなくて回復期、慢性期として開設するかもしれない、そういう現状をお話しいただきました。そんなところです。

それから、当地区は一宮市立木曾川市民病院にこのフラグが立ちまして、これについて推進委員会ではこういうことが立ちましたということだけだったんですけど、これを持ち帰って、病院団体協議会というふうに当地区で名前をつけているんですけど、当地区の病院団体協議会で議論をいたしました。

そして、木曾川病院というのは一宮市の市民病院の1つでありまして、私は一宮市民病院なものですから、このフラグが立った理由は全てが20分以内の距離に近接したところにあるということで、それは当然でありまして、うちの一宮市民病院が20分の距離にありますので、でも、もともと木曾川市民病院は急性期というふうに名前をつけておりまして、うちとタイアップして回復期、慢性期を見ている病院なものですから、よくよく話しまして今検討を進めているところですけど、急性期の90床を一般急性期としてはほんとうに数床残すだけで80何床かを回復期、慢性期に移すという大きな方針。

それから、もう一つは128床を数床減らして、つまり少しダウンサイジングして多くを回復期、慢性期にするということで検討が進んでおりまして、そういう方向性を病院団体協議会で認めたというか、了解いただいて、3月までにある程度の形が資料2ということにしております。そして、次の地域医療構想推進委員会で大体の計画を出すということになっております。

以上です。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございました。

では、引き続きで恐縮ですけれども、尾張北部のほうで成瀬先生、お願いいたします。

【春日井市民病院院長（成瀬）】 春日井市民の成瀬ですが、当地区ではこの医療療育総合センターはコロニーと言ったほうが皆さんおわかりだと思いますが、これは2017年のデータでこういった公表がされたわけですが、当時このコロニーは急性期が大体稼働率60%台ということで少し低かったんですけど、ご存じのように昨年4月に改築、そして名称の変更もありまして、直近のデータを12月にこの前会議で示していただいたんですけど、急性期の稼働率が80%台というふうに回復しておりましたので、我々の地区としてはこのコロニー、療育総合センターとしては十分に改善ができているという判断で、むしろ公表したことに同情の声が大分出ていたというような状況であります。

以上です。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございました。

17年という古いデータで、その間の改善を含めて検討がされた結果であるということ

で、逆にそういうふうな形であればそれでいいというふうに厚労省も言っておりますので、引き続きご検討を含めてデータをお出しいただければありがたいと思います。

それでは、引き続きまして、西三河北部の加藤先生、お願いいたします。

【豊田加茂医師会会長（代理）（加藤）】 西三河北部医療圏としましてはみよし市民病院が上げられましたが、この医療圏としては急性期が大きく2つ、豊田厚生病院とトヨタ記念病院というのがあります。地域完結型医療としてのみよし市民病院の立ち位置、役割は急性期というところではなく、現状としても回復期とか慢性期のところに置かれていて、その機能も十分実は果たしているという状況です。医師会のほうにも伊藤先生から説明があり、急性期のところを、地ケア病床に変換していくことで、本来あるべき姿の病床に転換するというところで、医師会としても了承しました。

あとこの地域はもう一つ若竹病院があり、こちらの問題がなかなか解決されていないという状況があります。250床の病床が全部いまだに開かないという状況です。非稼働病床というよりも未稼働です。まだ開いてもいないというような状況が続いており、問題があるという現状です。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。一度ちょっとまだ民間のほうは議論の俎上に上がっていないということではありますが、国も民間のほうの議論も進めろというような方向性の示唆だけはされていますので、また引き続きご議論いただければと思います。

それでは、西三河南部西の浦田先生、よろしく申し上げます。

【安城更生病院病院長（浦田）】 西三河南部西、安城更生病院の浦田でございますが、この圏域は碧南市民病院の名前が上がっておりまして、ブロック別の意見交換会があったその後この圏域内のいわゆるネットワークの幹事病院、この圏域は病床機能報告をする46施設全てが集まったネットワークをつくっておりますが、その幹事病院7病院長で集まりましてこの資料や情報を共有して意見交換をいたしまして、基本的には今回のこの公表の基準が非常に不正確で曖昧で、大きく問題をたくさん抱えているものだというところでその認識は共通しております。

具体的に碧南市民病院さんがどういうふうに対応されていくかということも議論いたしました。碧南市民病院さんご自身の自主的なお考えもあるということと、それから特に今回碧南市民病院さんが上がったのは選定方法の、先ほどの資料で言うと1番目の急性期医療に関わる9項目では全く問題がないと。ところが、2番目のいわゆる類似近接のところ

の1項目だけが該当していると。非常にそういう意味でぎりぎりのところで名前が載ってしまったと。

西三河南部西の現在の救急医療を含めた急性期、高度急性期医療を考えると、碧南市民病院さんが担っていらっしゃる診療のボリュームというのは極めて重要であって、その部分がもし機能低下を起こしてしまうとほかの病院ではカバーし切れない状態があるということ認識は共通しております。

碧南市民病院さんは個別の具体的ないろんな問題を抱えていらっしゃいますので、それをネットワーク全体の協力の中で解決していこうという方向性を今出しております、今少し連携推進にかかわるいろんな取り組みの具体的な案を7病院、幹事病院の中で検討している最中で、おおむねその素案、原案みたいなものができております。

それをもとに今月の末に7病院長と地元の4医師会長が集まる会を開きまして、さらに詳しく検討していただいた上で、2月19日に圏域の地域医療構想推進委員会がございますので、そこでそれをお話しさせていただいて、とりあえず3月末までの回答期限ですが、碧南市民病院さんに対する西三河南部西医療圏としての医療提供者側の意見ということでお渡しするという予定でございます。

以上です。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。今お話しいただいた医療圏が一応フラグが立っておることなんですけれども、基本的に要求されたことはその医療圏でご議論いただきたいということで、病院だけの問題ではないというふうに捉えていただきたいと言われております。

それから、昨年12月24日に私どもも厚生労働省に呼ばれてお話を先に聞いたんですけれども、その時の話ではとにかくデータを早く出すという話だったんですけれども、やっぱりちょっとなかなか引っかかりがあって、まだ出切らないデータの中の不完全なものでご議論をいただくことで申しわけないというふうに私は思っていますので、先ほど申し上げたように私たちのところで仕上げられるデータはできるだけものをご提供させていただきたいと。

ただ、気をつけていただきたいのは、3月31日までに変更しない構想区域に関してはどうか、それを含む病院は変更しないというふうに宣言をするということが求められています。もし1床でも10床でも変更するのであれば9月ということになっていますので、今のお話をお聞きするとこの6構想区域は全て若干の変更があるというふうな理解でよろ

しいでしょうか。そうですね。

【安城更生病院病院長（浦田）】 いわゆる再編統合という言葉の中には、連携の推進とか機能分化に向けた取り組みをしていくということ、そういう表現で回答になるんですかね。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 一応ダウンサイジングに合えばいいということですかね。

【安城更生病院病院長（浦田）】 つまりその言葉だけでなく、それを裏づける文書、協定書、あるいは合意書みたいなものがあって、それに向けて取り組んでいくというはっきりした方針の明示があれば……。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 3月31日までにやっていただくことは、現状追認だけであれば3月31日でもう何もやらないという宣言をしていただく。連携推進を含めてダウンサイジングという言葉であらわされた病床の変更、削減、連携、そういうようなものがあればそれはやるという形で、9月というふうな日付に延びるというふうに僕は理解しています。そんな理解でよろしいですか。

【安城更生病院病院長（浦田）】 だから、何もしませんよ、今のままでいきますよということであれば、例えば連携の取り組みをさらに強めるとか、機能分化をさらにやっていくんだということを全くなしで、今のままでいいんだというのが3月31日、そういう連携推進、機能分化の取り組みを具体的にこういう形でやっていきますよということを示すならそれは9月ということですか。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 9月末までにダウンサイジングという言葉が、前は非常に厳しくダウンサイジングでなくて、再編統合が9月というふうに言われていたんですけども、この前の12月のときを含めて、いやいや、それはダウンサイジングという言葉の中には3つないし4つの話が含まれているので、それをやるのであれば9月というふうでいいですか。もう一遍県のほうから改めて説明を。

【愛知県医療計画課主幹（上田）】 まず、期限の話ですけど、3月、9月という期限は国が弾力的に見直すと言っているので、少し国の状況を見ていかないといけないと考えております。

ただ、現状の機能を維持する場合は3月で、例えば他病院との連携や病床機能の変更等の取組みをする場合は9月になるのか、それがもう少し先になるかわかりませんが、ダウンサイジング以外も含めて9月以降ということになると思います。

【安城更生病院病院長（浦田）】 たしか10月のブロック会議のときに、迫井審議官に公の質問をして、ダウンサイジングや機能分化、連携推進という、その「や」というのは、英語で言うと a n d なのか o r なのかとお聞きしたら、迫井審議官は o r というふうに言っていたので、ダウンサイジングはしませんと。機能分化や連携推進を主にこれからやっていきますよということで答えになるというふうに理解していたものですから、それは間違いないですか。

【愛知県医療計画課主幹（上田）】 それはそれでいいと思います。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 そのとおりだと思います。

【愛知県医療計画課主幹（上田）】 必ずしもダウンサイジングありきではないのは、それはそのとおりです。ただ、まだ国から正式な通知文が来ていないので、国が今回の再編要請で具体的にどういうことを求めてくるのか、通知を見ないとわからないところがありますが、おおむね今浦田先生がおっしゃったことでよろしいかと思います。

【安城更生病院病院長（浦田）】 じゃ、仮に我々が、今、西三河南部西だけのことをお聞きして申しわけないんですけども、そういう機能分化や連携推進の取り組みを今していますということで、はっきりしたものを出すのは9月でよくて、3月の推進委員会ではそういうことを今進めておりますということを申し上げればそれで済むわけですか。わかりました。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 はい。ただ今度9月に逆に出していただくときにしていますということではなくて、こうしますという話でないと困るということです。現在しているというんだったら変わらないんですよ。

なので、連携推進を含めてダウンサイジングも9月に向けて出していただくのはこうしますということです。今現在やっているからそれでいいかという話になるとそれは現在追認と同じなので、そこら辺はご議論いただく必要があるのかもしれない。

内々碧南市民病院病院長の亀岡先生にも僕もお話を聞いていますので、そこら辺のところを進めていただく部分で全然問題ないと思っていますが、いずれにしても、会長がさっき言われたように、何でもかんでも言うことを聞けというわけじゃなくて、議論ができれば議論すればいいと思いますし、ただ議論をするに当たって、何といたしますか、最初からネガティブというわけにはいかないことも事実ですので、議論は進めていただいて、いい医療が展開できるんだということを示していただければいいというふうに思います。ちょっと抽象的な言葉にしかならないんですけど、そういうふうに私は思っています。それで

よろしいでしょうか。4時に近くなりましたけど、皆さん何かご意見、もしくは要望を含めてどなたか、いかがでしょうか。

私、時間が合えばできるだけ皆さんの議論には参画させていただきたいと思っていますので、県のほうに問い合わせいただいております。

よろしいでしょうか。ちょっと早いですが、なければ会長挨拶。

【愛知県医師会会長（柵木）】 それでは、ちょっと時間が早いようですが、これにて閉会といたしたいと思えます。今日は西尾市民病院の禰宜田院長、国立保健医療科学院での合宿の成果をお話いただきまことにありがとうございました。

今の各構想区域の委員会での問題、先ほど幾つか出ました。まず、民間医療機関をどういうふうに捉えるんだと。県のほうにはおりにくるようですが、これを一般公開するのかどうか。県の中にとどめるなら、例えば各構想区域の委員会でそれを公表するのかどうかというような問題もございます。

そして、また今日の話に出たように、これは長期的な問題ですが、もし仮に長期的に再編統合を進めるということになって、例えば今日のお話に出たように急性期病院の2つのうち1つが急性期を強化してもう1つが慢性期、あるいは回復期になるといった場合に、ここの経営母体、これをどうしていくのかと。

当面はおそらく両方ともいわゆる公立・公的であればそのままの経営を引きずるんだろうと思いますが、慢性期、あるいは回復期的なところであれば、長いスパンで考えると、やはりこれを本当に公でやるべきなのかどうか。こういうのも1つ大きな今後の問題になってくるだろうというふうに考えているところでございます。この辺は今すぐどうのこうのということではありませんが、今後に向けての大きな課題になるだろうという感じがいたします。

冒頭申し上げましたように、年に2回か3回、このメンバーで顔を合わせて、何だかんだといろいろ地域の情報、あるいは現在の進捗状況というものを披露いただくということになりますので、これからもよろしく願い申し上げて、閉会のご挨拶とさせていただきます。本日はどうもありがとうございました。

— 了 —