

## 平成27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27年7月27日（月） 午後3時から午後5時まで
- 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）、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）、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）、村松委員（一般社団法人愛知県薬剤師会会長）（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。委員の皆様おそろいですので、ただ今から「愛知県医療審議会医療体制部会」を開催いたします。

私、医療福祉計画課の緒方と申しますが、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。どうぞ、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）

保健医療局長の松本でございます。開会にあたりまして、一言御挨拶申し上げます。本日はお忙しい中、医療体制部会に御出席いただき、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、日ごろから本県の健康福祉行政の推進に格別の御理解、御協力をいただいております。厚く御礼申し上げます。

さて、本日は、議題を1件、報告事項を2件挙げさせていただきます。議題につきましては、昨年度から説明をさせていただいております地域医療構想に関するものでございます。地域医療構想につきましては、昨年6月の医療法の改正により今年度から策定することとされ、本県におきましては、本日の医療体制部会から実質的な策定作業を本格化させることとなります。

予定より多少遅れましたが、先月、国から地域医療構想の策定に必要なデータが提供されましたので、本日の会議では、委員の皆様方にそのデータをお示しし、情報を共有させていただきたいと考えております。その上で、構想区域の設定等につきまして委員の皆様方の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。

す。本日御出席の皆様のご共通の願いというのは、県民の皆様のご健康・安全・安心だと思います。そうした共通の願いに向かって、共に考え、共に行動していきたいと考えておりますので、今後ともよろしく願いいたしまして、開会にあたりましての私からの御挨拶とさせていただきます。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

(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、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、7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、本日は傍聴者が10名いらっしゃいますので、よろしくお願い致します。

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】**

不足がございましたら、お申し出ください。

それでは、議事に入りたくと存じます。以降の進行は、柵木部会長にお願いいたします。

(柵木部会長)

部会長の柵木でございます。本日は大変暑い中、御出席いただきありがとうございます。昨年成立した医療介護総合確保法により、愛知県でも構想区域の設定を進めていくということで、本日はこの医療体制部会場で皆様のご意見をいただき、それをもとに医療審議会にて地域医療構想について決めていくという予定になっております。都道府県にとっては、どちらかと言えば、降ってわいたようなことだと思います。国の意向するものと都道府県の現状とが一致するかどうかということに関しては、それぞれの地域性というものがございまして、愛知県においても、愛知県独自の問題がありますので、国の意向に全て沿った形にすることは、必ずしも必要ではないということをご考慮に入れて御議論いただきたいと思います。愛知県の医療体制部会としては、現場をあまり混乱させることがないように、現場を大事にしながら、地域医療構想を進めてまいりたいと考えております。委員の方々の活発な御意見をお願い申し上げまして、部会を始めるにあたっての私からの挨拶とさせていただきます。

それでは議事を進行させていただきます。具体的な議事に移る前に、本日の会議の公開・非公開について、事務局から説明してください。

(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、全て公開とさせていただきます。

(柵木部会長)

それでは、全て公開としますので、よろしく申し上げます。

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2名を指名することとなっております。本日は、鈴木委員と内藤委員にお願いしたいと思いますが、よろしいでしょうか。

**【鈴木委員、内藤委員承諾】**

(柵木部会長)

ありがとうございました。先ほどの挨拶で申し上げるのを忘れておりましたが、参考資料3「医療審議会の組織について」を御覧ください。医療体制部会を含め、医療審議会の下にある組織について、ツリーで示されております。今一度目を通していただきたいと思います。

それでは、議題(1)「地域医療構想調整ワーキンググループの設置について」に移りたいと思います。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 植羅主幹)

それでは、資料1「地域医療構想調整ワーキンググループの設置について」により説明させていただきたいと思います。左上の丸を御覧ください。地域医療構想の策定にあたりましては、平成26年度第2回の医療審議会で、当医療体制部会でとりまとめを行っていただくことについて、御承認をいただいております。前回の医療審議会では、圏域保健医療福祉推進会議において、各地域での御議論をお願いしたいと考えておりましたが、今年の3月31日に公表されております、地域医療構想策定ガイドラインを踏まえ、圏域保健医療福祉推進会議の下に「地域医療構想調整ワーキンググループ」という会議体を設置し、各地域の意見を聴取したいと考えております。下の囲みでございますが、地域医療構想調整会議の設置・運営となっております。会議という文字が抜けておりました。申し訳ありません。一つ目の丸でございますが、こちらは昨年6月に改正された医療法による規定でございます。地域医療構想の達成を推進するために構想区域等ごとに、地域医療構想調整会議を設けることとされております。医療法によりますと、地域医療構想の達成ということでございますことから、地域医療構想調整会議につきましては、地域医療構想を策定した後で設けると当初考えられておりました。それに対しまして、下の丸でございますが、今年の3月末に公表された地域医療構想策定ガイドラインによりますと、地域医療構想調整会議は、地域医療構想の策定段階から設置し、構想区域における関係者の意見をまとめることが適当であると示されております。こうしたことを踏まえ、地域医療構想調整ワーキンググループを設置したいと考えております。

資料1の左の中ほど、二つ目の丸でございますが、ワーキンググループの構成員についてです。現在の圏域保健医療福祉推進会議の構成員のうち、福祉関係者等を除かせていただき、地域医療構想の協議に必要な方に、医療保険者、看護協会及び、4つの病床

機能区分のうち、従来の圏域保健医療福祉推進会議ですと、急性期機能関係の病院の方に参加をしていただいていたということから、回復期機能や慢性期機能などの病院の方々にも構成員として追加させていただきたいと考えております。構成員全体のメンバーにつきましては、下の囲みの中でございます。新たに御就任をいただきたいと考えている方が、太字で掲げている、医療保険者の代表の方、看護協会の代表の方、そして従来は主に急性期機能の方に参加していただいておりますが、それに加えて慢性期機能や回復期機能等の医療機関の代表の方に入っていただきたいと考えているところでございます。

只今申し上げました、新たな会議体を設けることに伴うスケジュールについて、資料1の右に整理させていただいております。最短の場合の地域医療構想策定スケジュールでございます。各地域で御議論をいただき、円滑に審議が進んだ場合、最短で今年度中に地域医療構想を策定することを目標としております。スケジュールの内容でございますが、左に医療審議会、右に圏域保健医療福祉推進会議、そして括弧として、圏域保健医療福祉推進会議の下に設けます、地域医療構想調整ワーキンググループとさせていただいております。左の医療審議会の最近の状況でございますが、6月を御覧ください。6月に国からデータの提供があったということで、実際には6月10日にデータが提供されております。下にまいりまして、当医療体制部会でございます。本日7月27日でございます。本日、データの共有・分析、そして圏域保健医療福祉推進会議に下ろさせていただきます、構想区域の検討をお願いしたいと考えております。そして右の欄の8月、圏域保健医療福祉推進会議につきましては、圏域保健医療福祉推進会議の下に地域医療構想調整ワーキンググループを設置することとし、構想区域の検討をお願いしたいと考えております。こちらについて、圏域保健医療福祉推進会議で御審議をいただいたうえで、下の囲みでございますが、地域医療構想調整ワーキンググループを同日開催させていただきたいと考えております。地域医療構想調整ワーキンググループの中で、データの共有・分析等を医療関係の皆様方に御議論いただきたいと考えております。そして下にまいりまして、10月でございますが、医療審議会の本会議におきまして、データの共有・分析、そして構想区域の設定について、この段階で決定をしていただきたいと考えております。その上で、12月の当医療体制部会におきまして、各医療機能の病床の必要量、構想を実現するための施策等について御議論を賜り、平成28年1月にワーキンググループで御検討いただきたいと考えております。その内容を踏まえ、2月に当医療体制部会を開催させていただき、素案検討、現行医療計画の見直しをお願いしたいと考えております。こちらの注につきましては、表の下にございますとおり、平成25年の3月に策定されております現行医療計画のうち基準病床数が今年度で期間を終了するため、次期医療計画を策定するまでの2年間、平成28年度から平成29年度までの2年間のみを適用期間とする、基準病床数を今年度設定したいと考えております。その後、2月中に素案の検討について、圏域保健医療福祉推進会議の構成員の方へ文書の照会を行い、また、一般の県民の方向けのパブリックコメント、関係団体等への意見聴取を行いたいと考えております。そして3月の医療審議会の本会議で地域医療構想に

ついて御答申をいただき、地域医療構想、基準病床数についての公示を最短で今年度中にさせていただきたいと考えているところでございます。議題の（１）についての説明は以上でございます。よろしくお願いいたします。

（柵木部会長）

地域医療構想調整ワーキンググループの設置について、当医療体制部会で御了承いただくということでございます。設置及び構想区域の設定ということで、設置そのものは国の法律で決まっておりますので、当然設置するということですが、構想区域のもとに設置するというので、構想区域を設定しなければなりません。そちらについては、事務局としてはどうお考えですか。

（愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹）

構想区域につきましては、本日の議題の（３）とさせていただいておりますので、国等のデータ等をもとに推計等をさせていただいておりますので、そういったものをもとにした構想区域の設定について、各圏域保健医療福祉推進会議に下ろすことを当医療体制部会において御承認いただきたいと思いますと考えております。

（柵木部会長）

ワーキンググループを設置することそのものについて、必要ないとお考えの方はいらっしゃいますか。よろしいですね。他に何かありますか。

（加藤委員）

構成員の追加について御配慮いただきありがとうございました。一つお尋ねしたいのですが、国のガイドラインでは調整会議という名称ですが、地域医療構想調整ワーキンググループが調整会議にあたるのか、圏域保健医療福祉推進会議が調整会議にあたるのか、どちらなのでしょう。

（愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹）

今年度において地域医療構想を策定するための調整会議としては、地域医療構想調整ワーキンググループをあてさせていただきたいと考えております。ただ、医療法上の地域医療構想を達成するための会議については、こちらが正確な意味での調整会議だと思いますが、来年度の設置としてまた検討させていただきたいと考えております。

（柵木部会長）

つまり、構想区域を検討するためのワーキンググループということになりますね。よろしいですか。では、次の（２）「医療需要推計等について」、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 植羅主幹)

こちらにつきましては、資料2から資料6で説明をさせていただきたいと考えております。今後策定いたします地域医療構想ですが、平成37年、西暦2025年における、本県のあるべき医療提供体制を示すものとなっております。その地域医療構想を策定するのにあたりまして、人口の推計や医療資源等の現状、さらに国から6月に提供されたデータに基づく2次医療圏ごとの医療需要の推計等、これらについて御確認をいただきたいと考えております。こういったものを踏まえ、議題(3)「構想区域の設定について」、部会での検討をお願いしたいと考えているところでございます。

それではまず、資料2でございます。将来の人口につきましては、国立社会保障人口問題研究所が推計した「日本の地域別将来推計人口」の数字でまとめております。全国の場合、県の状況がまとめられており、2次医療圏については御覧のとおりでございます。本日お配りしております、参考資料1「愛知県の2次医療圏図」を合わせて御覧ください。表の括弧につきましては、右上のアスタリスクにございますとおり、2013年を1とした場合の各年の指数でございます。まず、名古屋医療圏でございます。人口が200万人を超える非常に大きな都市となっております。こういった都市部については、今後高齢化が急速に進むと言われております。海部医療圏については、総人口が今後かなり減少するとされておりますが、なかでも0歳から14歳、いわゆる年少人口と言われる層、15歳から64歳、いわゆる生産年齢人口と言われる層、こういった層が今後減少していくとされております。次に、尾張東部医療圏についてですが、総人口としては横ばいと言えるのではないかと思います。しかしながら、表の右側を御覧いただきますと、65歳以上、75歳以上の人口の伸びが著しいと言えるのではないかと思います。高齢者の人口が増えるため、全体の人口が変わらないということになります。尾張西部医療圏につきましては、総人口がかなり減っていきます。0歳から14歳の年少人口や15歳から64歳の生産年齢人口が特に減少していくということでございます。西三河北部医療圏については、人口全体としてはほぼ横ばいですが、尾張東部医療圏と同様、高齢者人口がかなり増えるとされております。一番右の欄を御覧ください。75歳以上の人口が2040年に2.06となっておりまして、ほぼ倍増するということでございます。高齢者が大幅に増える地域だと言えます。西三河南部東医療圏につきましても、65歳以上、75歳以上の人口が大幅に増えるとされております。西三河南部西医療圏も同様の傾向があります。東三河北部医療圏につきましては、総人口がかなり減少するとなっております。この地域は人口が全体的に減るということで、すでに高齢化が進んでいるということもございまして、今後高齢者が大幅に増える名古屋医療圏などとは違う状況となっております。東三河南部医療圏につきましても、総人口が減少するとされており、年少人口、生産年齢人口がかなり減ってくる地域でございます。

資料3に移らせていただきます。こちらにつきましては、2次医療圏別の医療資源等の状況を表しております。一番左が2013年の人口でございます。次に、面積ですが、2次医療圏ごとの面積を示しております。一番特徴的なのが、尾張中部医療圏、4

1. 9平方キロメートルでございまして、全国344の2次医療圏のうち、最小の面積の2次医療圏であると指摘されております。西三河北部医療圏は、豊田市とみよし市の2市からなる2次医療圏ですが、約950平方キロメートルとなっております。東三河北部医療圏につきましては、人口は6万人弱ですが、面積は1052平方キロメートルとなっております、広大な医療圏です。山間地域ですので、実際に人が住んでいる場所の面積は少なくなると思います。病院数は御覧のとおりでございます。特定機能病院は大学病院のことでございます。本県では4病院ありまして、名古屋医療圏に2病院、尾張東部医療圏の、長久手市と豊明市にそれぞれ1病院ずつということでございます。右にまいりまして、重篤な救急患者に対する医療を行う救命救急センターは、県全体で20ありまして、名古屋に6か所などという状況でございます。尾張中部医療圏と東三河北部医療圏につきましては、救命救急センターが存在しません。中小病院の割合は御覧のとおりです。大病院は500床以上の病院ということで、救命救急センターの数とかなり連動した結果となります。尾張中部医療圏と東三河北部医療圏では存在しておりません。なお、知多半島医療圏につきましても、0.0%ということで、存在しておりませんが、救命救急センターが設置されております半田市立半田病院は499床の病院ということで、500床には1床足りないため、外しております。その他、民間病院の割合、診療所数、歯科診療所数、病院病床数、有床診療所病床数は、こちらに掲げさせていただいたとおりでございます。なお、今回の地域医療構想におきましては、病院の病床のうち、一般病床と療養病床が関わってきます。有床診療所の病床数についても、地域医療構想の対象となります。下の表には、平均在院日数、病床利用率を示しております。医療施設従事医師数につきましては、大学病院を有する尾張東部医療圏が、人口10万人に対して医師が328人と非常に多い状況となっております。医療施設従事歯科医師数、薬局・医療施設従事薬剤師数、病院従事看護師数につきましても表に掲げさせていただいております。

資料4「2次医療圏別の医療需要推計等」を御覧ください。12医療圏の状況を2枚ずつにまとめております。こちらについては医療需要についてまとめていることから、資料4を御説明する前に、参考資料2「医療需要の推計方法」を御覧ください。こちらにつきましては、地域医療構想策定ガイドラインをもとに国が定めた医療法施行規則の中に定められております。(1)高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要、(2)慢性期機能と在宅医療等の医療需要、と分かれております。(1)につきましては、主に一般病床の患者数をもとに推計しておりますが、(2)につきましては、主に療養病床に入院されている患者数をもとに推計しております。(1)、3つの機能の医療需要についてですが、国が持っている平成25年度の全国のレセプトデータ等に基づき、2次医療圏単位で機能区分別に入院患者数を推計いたします。各機能については、一般病床の患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値により区分いたします。値が高いほどより診療密度の濃い治療が行われたと考えます。1つ目の丸、高度急性期機能でございますが、急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能とされております。この機能につきまし

ては、診療報酬の出来高点数で3000点以上となっております。2つ目の丸、急性期機能でございますが、急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて医療を提供する機能でございます。3000点未満、600点以上の医療資源の投入を行った患者数とされております。3つ目の丸、回復期機能については、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能でございます。こちらについての考え方につきましては、下の囲みにありますとおり、当初225点を境界点とした上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を更に見込み175点で区分して推計することとなっております。したがって、回復期機能については、600点未満175点以上となっております。以上の考え方につきましては、右上の表にもお示ししております。

(2) 慢性期機能と在宅医療等の医療需要については、(1)とは考え方が違います。慢性期機能を主に担っている療養病床は、診療報酬が包括算定であり、一般病床のように医療行為を出来高点数で換算した値に基づく分析を行うことは困難であることから、高度急性期機能、急性期機能、回復期機能と異なった考え方で、①から⑤により医療需要を推計します。①一般病床の障害者数・難病患者数については、慢性期機能の医療需要として推計します。②療養病床の入院患者数のうち、医療区分1、医療の必要性の低い患者数の70%を在宅医療等で対応する患者数として推計するということとございます。また、その他の入院患者数については、入院受療率の地域差を解消していくことで、特に療養病床は全国でも高いところから低いところまでばらつきがあるため、できるだけ低いところに合わせていくという考え方が示されております。③から⑤につきましては、参考に御覧ください。では、参考資料2の2ページ目を御覧ください。慢性期機能の定義でございますが、長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能、長期にわたり療養が必要な重度の障害者、難病患者等を入院させる機能となっております。下の囲みでございますが、医療資源投入量を用いず、療養病床の入院受療率の地域差を縮小するように目標を設定することとなっております。地域差を解消するためには、下にパターンA、Bが示されております。パターンA、Bの考え方については、右側に図で示されております。入院受療率の地域差解消のイメージということで、パターンAが、全ての構想区域の入院受療率を全国最小値にまで低下させるという目標で、国のデータによりますと、全国最小値は山形県だということです。パターンBについては、全国最大値が全国中央値にまで低下する割合を一律に用い、徐々に入院受療率を下げるという目標です。県としての全国最大値は高知県で、全国最小値は山形県、全国中央値は滋賀県となっております。こういった考え方で、療養病床の入院患者数をできるだけ在宅医療にシフトさせていくこととなっております。最後に在宅医療等の定義につきましては、居宅だけでなく、特別養護老人ホームなど、病院・診療所以外の場所において提供される医療ということとございます。

資料4にお戻りください。2次医療圏別の医療需要推計等ということで、まず名古屋医療圏でございます。只今申し上げました、医療機能ごとの入院患者数、また将来の推計が示されております。こちらについては、国から6月に提供された地域医療構想策定支援ツールによって計算されております。上が医療機関所在地ベース、下が患者住所地

ベースで試算がされております。こちらについては参考に御覧いただくこととしまして、資料4の右側を御覧ください。2患者の受療動向でございます。本日、地域医療構想の策定に関わる構想区域の設定について、特にこの患者の流出入について御承知をいただいた上で、御検討いただきたいと考えております。まず、(1)流出の状況でございます。こちらは一日当たりの患者数と御理解ください。一番上が、住所地が自圏域の入院患者数、この場合は名古屋医療圏に住所をお持ちの方で入院をされている方の数で、高度急性期機能から慢性期機能まででこれだけの数が推計されるということでございます。下にまいります、このうち自圏域医療機関への入院患者数、この場合は名古屋医療圏の医療機関へ入院されている方の数が、それぞれの医療機能ごとにこれだけいらっしゃるということでございます。一日当たり11,066人ということで、これを上の12,814人で割ると86.4%になるということでございます。名古屋医療圏に住んでいらっしゃる方で、名古屋医療圏の医療機関に入院されている方が、86.4%おみえになるということです。これは、平成25年度のレセプト等のデータに基づく推計値ということです。そして、この差が他圏域医療機関への入院患者数となります。下に網掛けをさせていただいておりますが、特に御注目いただきたいのが尾張東部医療圏でございます。名古屋医療圏にお住まいの方で尾張東部医療圏に流出されている方が、高度急性期機能で154人、急性期機能で414人、回復期機能で270人、慢性期機能で117人、全体で955人いらっしゃるという結果になっております。表の下にアスタリスクがございしますが、ぜひ御承知いただきたいと思っております。国のレセプト情報等活用の際の制約から、集計結果が一日当たり10人未満となる数値は公表しないことされております。したがって、名古屋医療圏から他の医療圏、例えば海部医療圏に2、3の方が流出されている場合、「0」と表示せざるを得ない状況となっております。こちらについては、国で「レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」が定められておまして、特定の個人が第三者に分からないようにするため、このような公表の仕方が定められていると聞いております。それでは1枚おめくりください。

(2)流入の状況でございます。一番上が、名古屋医療圏に所在している医療機関に入院されている方の数でございます。2行目は、うち住所地が名古屋医療圏の入院患者数。こちらについては、先ほどの流出のところの数字と一致しております。全体は11,066人で、上の14,112人で割りますと、78.4%となっております。そしてその差が名古屋医療圏以外からの入院患者数でございます。県外からの数値もお示ししております。御覧のとおり、名古屋医療圏におきましては、海部医療圏や尾張東部医療圏、知多半島医療圏から一日当たり500人程度の患者が入院されているということです。また、県外からは300人ほどの患者が流入しております。資料の右側にまいります。3必要病床数ですが、こちらにつきましては、地域医療構想を最終的に策定するときに正式に決定することになりますが、国の地域医療構想策定の支援ツールによりまして、こういった数字についても自動的に計算されるということでありますので、参考にお示しさせていただいております。また、右下には医療計画上の基準病床数と既存病床数の状況について参考にお示ししております。名古屋医療圏については以上とさせていただきます。

きます。続きまして、海部医療圏でございますが、海部医療圏につきましては、先ほどと同様ということでございます。特に資料の3ページの2患者の受療動向につきましては、(1)流出の状況といたしまして、海部医療圏から名古屋医療圏への流出が特に多く、全体で1日当たり500人程度という状況になっております。4ページは左側が(2)流入の状況となっております。特に名古屋医療圏から、回復期機能、慢性期機能の患者が流入しております。また、表の下側の県外でございますが、特に三重県から全体で93人の患者が流入しております。続きまして、5ページ、尾張中部医療圏でございます。尾張中部医療圏につきましては、5ページの右側、2患者の受療動向を御覧ください。(1)流出の状況ですが、名古屋医療圏のところに全体に網掛けがございます。尾張中部医療圏におきましては、自圏域の医療機関への入院患者数が非常に少なく、4割程度でございますが、中でも名古屋医療圏に患者がかなり流出しております。計を御覧いただきますと、317人となっております。尾張中部医療圏にお住いの患者数が787人ですので、4割程度の方が名古屋医療圏に流出されています。6ページを御覧ください。(2)流入の状況でございます。慢性期機能の欄の、うち住所地が他圏域の入院患者数の行を御覧ください。186人の方が流入しております。名古屋医療圏からも119人流入しており、かなりの数の方が流入しております。7、8ページにつきましては、尾張東部医療圏でございます。先ほど名古屋医療圏からの流出が多いと御説明しましたが、こちらは尾張東部医療圏から見た流出の状況でございます。尾張東部医療圏につきましては、8ページ(2)流入の状況を御覧いただきますと、名古屋医療圏からの流入も非常に多いですが、知多半島医療圏や西三河南部西医療圏からの流入も多くなっております。大学病院が2病院あることも関係していると思います。尾張西部医療圏、尾張北部医療圏、知多半島医療圏、西三河北部医療圏、西三河南部東医療圏、西三河南部西医療圏につきましては、割愛させていただきます。またお時間のある時に御覧いただければと思います。恐れ入りますが、21ページを御覧ください。東三河北部医療圏でございます。新城市、設楽町、東栄町、豊根村の、1市3町村からなる医療圏でございます。こちらにつきましては、山間地域ということで大きな病院が存在しません。2患者受療動向の(1)流出の状況でございますが、東三河南部医療圏に網掛けがございます。全体の入院患者数352人のうち、135人、4割近くの方が東三河南部医療圏に流出しております。22ページ、(2)流入の状況でございますが、あまり大きな病院もないことから、流入も少なくなっております。23ページ、24ページは東三河南部医療圏の状況でございます。東三河北部医療圏から流入していることが表からも読み取れます。資料4につきましては以上でございます。

資料5「疾患別医療需要推計」につきましては、全体の資料のボリュームから、がんについてのみお示ししております。こちらも同様の推計方法によって計算したものですので、参考にしていただければと思います。先ほどと同様、10人未満の数値は「0」と表示されております。

最後に資料6「データ等から見た各医療圏の特徴」でございます。資料2から資料4までを基に、12医療圏のそれぞれの特徴についてまとめております。人口等につきま

しては、先ほど御説明いたしましたので割愛させていただきます。名古屋医療圏につきましては、医療資源が豊富であることから、他圏域や県外からの流入患者が非常に多くなっております。海部医療圏については、名古屋医療圏へ多くの患者が流出している一方、高度急性期機能を中心に、県外、主に三重県から多くの患者が流入しております。厚生連海南病院へ三重県から多くの患者が流入していることからだと思われまます。尾張中部医療圏については、先ほども申し上げましたが、面積が約42平方キロメートルで、全国344ある2次医療圏の中で最も面積が小さい医療圏でございます。大規模な病院は存在しておらず、医療施設従事医師数も少ないという状況でございます。そして、多くの患者が名古屋医療圏へ流出しております。尾張東部医療圏については、3つ目の丸でございますが、医療機関が充実していることから、他の圏域からの流入が多いという状況でございます。また、名古屋医療圏との間では、流出、流入ともに多くなっております。尾張西部医療圏、尾張北部医療圏については、記載のとおりでございます。知多半島医療圏については、先ほども申し上げましたが、500床以上の病院は1つありませんが、半田市立半田病院や西知多総合病院は400床以上の病院となっております。西三河北部医療圏については、記載のとおりでございます。西三河南部東医療圏については、2つ目の丸でございますが、学校法人藤田学園が平成32年に400床規模の大学病院を開設する旨、岡崎市と協定を締結していることを参考に記載しております。西三河南部西医療圏については、記載のとおりでございます。東三河北部医療圏については、2つ目の丸でございますが、大規模な病院が存在しないという状況でございます。3つ目の丸でございますが、患者の4割弱が東三河南部医療圏に流出しております。東三河南部医療圏については、2つ目の丸でございますが、人口10万人当たりの療養病床数が多くなっております。また、患者の流出入については、流出が少なく、流入は特に東三河北部医療圏や県外、静岡県からの流入がございます。以上とさせていただきます。

(柵木部会長)

ありがとうございます。医療需要の推計というのは、国から出た値ですので、当医療体制部会で議論してもあまり意味がありません。今の資料をもとにして構想区域をどのように設定するかというのが、当医療体制部会のメインだと思いますので、引き続き事務局からの提案について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)

議題(3)「構想区域の設定について」は、資料7と資料8を用いて説明させていただきます。資料7「構想区域の設定について」でございます。まず、国が今年3月末に公表した「地域医療構想策定ガイドライン」における構想区域の考え方についてです。1つ目の丸でございますが、構想区域の設定に当たっては、現行の2次医療圏を原則としつつ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を勘案して検討する必要があるとされております。そして2

つ目の丸でございますが、高度急性期機能は別として、急性期機能、回復期機能及び慢性期機能については、できるだけ構想区域内で対応することが望ましいとされております。3つ目の丸でございますが、平成30年度からの次期医療計画の策定において、最終的には2次医療圏を構想区域と一致させることが適当であるとされております。こういった考え方を踏まえた、本県における構想区域についてのたたき台をお示しさせていただいております。1つ目の丸でございますが、原則として2次医療圏を構想区域とさせていただきたいと考えております。ただし、尾張中部医療圏については、面積が著しく小さく、患者の約4割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構想区域を設定してはいかがかと考えております。3つ目の丸でございます。東三河北部医療圏については、人口の減少見込みが著しいこと、患者が東三河南部医療圏へ多く流出していることから、東三河南部医療圏と統合した構想区域の設定が考えられますが、一方で統合した場合、面積が非常に広大になるという状況がございます。先ほど資料3で2次医療圏ごとの面積について御説明いたしました、東三河北部医療圏が1,050平方キロメートル程度、東三河南部医療圏が670平方キロメートル程度で、両医療圏を合わせますと1,700平方キロメートルほどになります。愛知県全体の面積が5,100平方キロメートル強ですので、3分の1がこの両医療圏の面積になります。また、東三河北部医療圏にはへき地が多いという独自の状況もあり、慎重な検討が求められるので、今後の地元の意向確認を注視することとしたいと考えております。今後、2次医療圏ごとの圏域保健医療福祉推進会議で御意見を伺えればと考えております。なお、資料8につきましては、名古屋医療圏と尾張中部医療圏、東三河北部医療圏と東三河南部医療圏、それぞれを統合した場合の患者の流出入の状況を試算したものでございます。例えば、資料8の1ページの右側でございますが、先ほどと同様に流出の状況をお示ししております。名古屋医療圏と尾張中部医療圏を統合した場合、住所地が自区域の入院患者数は1日当たり13,601人で、うち自区域医療機関への入院患者数が11,842人で、87.1%になっており、割合については、名古屋医療圏、尾張中部医療圏ともに上昇します。また、流入患者数についても同様の状況になっております。東三河北部医療圏と東三河南部医療圏についても同様の状況ですので、割愛させていただきます。以上、簡単ではございますが、構想区域の設定についての説明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)

構想区域について、資料7にございますように、原則として2次医療圏を構想区域に設定するということですね。愛知県は、12医療圏のうち尾張中部医療圏については名古屋医療圏と統合して構想区域を設定し、東三河北部医療圏と東三河南部医療圏については、将来的な統合を見越した検討をしていくということですね。それについては、地元の意向を十分尊重して検討をするということで、これら3つの提案が出ております。これについて、当医療体制部会としての意見を皆様にお伺いしたいと思います。何か御意見等ありますでしょうか。もう一つ付け加えておこなれば、基準病床が平成27年度

で終わって、平成28年度と平成29年度はまた新しい基準病床を設定し、平成30年度からは従来の2次医療圏と構想区域を合体させるというのが今の提案の骨子だと思いますが、それを踏まえて御意見を伺えればと思います。これは、愛知県の将来、当面は2025年を見越した医療提供体制において非常に重要なことですので、ぜひ御意見を賜りたいと思います。いかがでしょうか。

(加藤委員)

資料7の2のたたき台についてですが、名古屋医療圏と尾張中部医療圏を統合するという提案と、東三河北部医療圏と東三河南部医療圏を統合するかどうかは検討するという提案がありましたが、東三河北部医療圏と東三河南部医療圏の統合については、地元の意向確認を注視するというので、これはダブルスタンダードだと思います。面積が広いと、統合する際にどういった支障があるのでしょうか。例えば豊橋市のような中核市とへき地が一つの医療圏にあると、医療政策等々を立てていくのにややこしいという背景があるのでしょうか。そのあたりのところを御説明ください。2つの違いがよく分かりません。

(柵木部会長)

ダブルスタンダードになっているのではないかということですが、事務局から、そうではないという理由をお示しください。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

東三河北部医療圏につきましては、現行の医療計画を策定する際に医療圏を統合するという話がありました。平成25年3月に策定いたしました、平成25年度から平成29年度を計画期間とする医療計画でございます。その中で、国から示された検討の基準に基づいて、東三河北部医療圏と東三河南部医療圏の統合について検討したところ、特に東三河北部医療圏については、へき地が多いため、東三河南部医療圏と統合すると問題が埋もれてしまうということになりました。現行の医療計画が平成25年度から平成29年度となっておりまして、当面、その計画期間中は現行の2次医療圏のままでいくとされました。それに加えて、2次医療圏を見直すということになりますと、老人福祉圏域なども見直す必要が出てきます。東三河につきましては、現在、広域連合もございまして、南部と北部を統合していくような動きもあるとは聞いていますが、その方向性が確定していないこともございます。高齢者関係の計画の見直しが平成29年度に予定されており、その時期になりますと介護関係の計画と医療計画を合わせて見直すということもございますので、構想区域の議論だけを先行させるのはいかなものかと考えております。ただ、地域の状況を十分御覧いただいた上で、地域で統合するということになれば、医療計画の計画期間中ですが、見直すことになると思います。

(加藤委員)

今のお話ですと、2025年までペンディングということで、3年間、それについての県としての検討が何もしなされないということでしょうか。それから、2030年に向けてあるいは将来に向けていけば、山間地やへき地の人口構成と中核市の豊橋市を中心とした地域の人口構成は、今よりさらに違いが出てくると思います。ということは、今一つにまとめるとへき地特有の問題が埋没するという理由で両医療圏を統合する話を先延ばしにするなら、3年後にはさらに事情が複雑化すると思います。永久に見直さないというのが県の意向ということならば理解しますが、その場しのぎの返答にしか思えません。

(愛知県健康福祉部 青柳医療制度改革監)

東三河北部医療圏につきましては、尾張中部医療圏とは異なり、面積が非常に広大であるということが一つポイントとしてあります。医療提供体制を整備する単位でありますので、面積が広大になりますと、当然、医療機関へのアクセス時間も長くなります。それから、もう一つはへき地が多いということで、これもやはりへき地医療ということがありますので、大きな問題ではないかと思えます。このように統合した場合のデメリットもございますので、今回、地元の御意見も十分確認した上で改めて御検討をいただき決めてまいりたいと考えております。

(加藤委員)

アクセス時間が長くなるとおっしゃいましたが、医療圏を統合しても分割してもアクセス時間は変わりませんので、そのような理由はおかしいと思います。地元の意向を聞くというのは大事なことだと思いますが、地元の意向を聞けば聞くほど、東三河北部医療圏と東三河南部医療圏については、現状維持が続いていくことが推測されると理解してよろしいでしょうか。両医療圏を必ず統合するべきだと言っているわけではありません。

(愛知県健康福祉部保健医療局 松本局長)

私どもからも東三河北部医療圏の関係者に話を伺ったのですが、統合すると基準病床数の枠が一体化されますので、病床が豊橋市などの都会に増えることになるだろうと思われまます。へき地医療の確保の観点から、非常に難しい問題が出てくるだろうと言われております。

(加藤委員)

かなり急速な勢いで山間地の人口は減っていきますよね。ということは、そのあたりの病床が減っていくのは極めて妥当なことだと思います。人口に応じた病床を整備すればいいのではないのでしょうか。

(愛知県健康福祉部保健医療局 松本局長)

もちろんそうですが、病床を規制するためにも、区域が分けられている方がいいと考えております。区域が広がってしまいますと、豊橋市などに病床が偏ってくる可能性もありますので、地域医療の確保の観点から統合するのは難しいと感じております。

(加藤委員)

それは、将来の病床が地域によって偏ってくるということですよ。

(愛知県健康福祉部保健医療局 松本局長)

そうです。

(柵木部会長)

将来、いろいろな問題が生じてくる可能性はあります。ただ、東三河北部医療圏については、ある意味特殊な医療圏として注目しておくということだと思います。

構想区域の設定についてですが、順番にいきますと、まず、2次医療圏を原則として構想区域とするとあります。これは国のガイドラインにもある文言ですが、これについては御承認いただけますでしょうか。2次医療圏を全く無視して、新たに構想区域を設定の方がいいというような御意見がある委員の方はいらっしゃいますか。1つ目の2次医療圏を構想区域の基礎とするということについては、御了承いただけるということですね。

それから、2つ目ですが、名古屋医療圏と尾張中部医療圏を統合して構想区域を設定し、平成30年からは2次医療圏として設定したいということについての御意見はいかがでしょうか。医療圏というのは、厚生労働省からは20%ルールといって、2次医療圏の単位が人口20万人、流入及び流出ともに20%以内にするというのを示しております。愛知県は740万人いますので、12医療圏ありますから、単純に割っても1医療圏60万人となります。名古屋医療圏が220万人で突出しておりますが、そこにまた尾張中部医療圏を統合して240万人にすることが妥当かどうかという点については、御議論があるのではないかと気もしますが、いかがでしょうか。

(加藤委員)

愛知県病院協会は昨年度、神奈川県病院協会と様々な協定を結び、神奈川県における構想区域のビジョンをお尋ねしました。横浜市は人口350万人の大都市ですが、2次医療圏が3つあり、川崎市が2つに分かれているそうですが、今回の構想区域の設定の際には、横浜市の3つの2次医療圏を合わせて1つの構想区域とし、川崎市も2つの2次医療圏を合わせて1つの構想区域とするそうです。大きな区域として構想区域を設定するという動きが神奈川県ではあるそうで、そのような観点から見れば、名古屋医療圏に尾張中部医療圏が加わるというのは、流れとしては当然の方向性だと思っております。

(柵木部会長)

愛知県には愛知県の事情がありますので、他の県の状況を挙げるのはどうかということもありますが、東京都においても構想区域の設定は広域化しようという動きがあるように聞いておりますので、必ずしも名古屋医療圏が全国的に突出しているというわけではありません。既存の医療提供体制をある程度重視するということになるのと、どちらかと言えば大都市は交通網も発達していますし、構想区域としては一体化する方向にあるだろうと思います。名古屋医療圏と尾張中部医療圏を統合するという点に関しては、統合してはいけないという明確な理由もありませんし、特に尾張中部医療圏については、流出率がかなり高い上にほとんどの患者が名古屋医療圏に流出しているということを考えれば、同じ医療提供体制の中に組み込まれていると想定されるので、人口の問題を除けば統合した方がいいと思います。尾張中部医療圏の患者が名古屋医療圏に流出していることは、実感としては以前からあったのですが、今回の支援ツールをもとにしたデータによってこのような話が出てきたので、統合するのはやむを得ないと考えます。いかがでしょうか。よろしいですか。

3番目の東三河北部医療圏と東三河南部医療圏の統合に関しては、以前からこの問題は伏在しておりました。先ほどダブルスタンダードなのではないかという御意見がありました。尾張中部医療圏があまりにも面積が少ないので、名古屋医療圏に統合するという話ではなく、尾張中部医療圏にしても東三河の南北両医療圏の問題にしても、患者の流出入の状況を踏まえ、患者中心に考えた結果、現状を追認していくということになったので、ダブルスタンダードではないと感じます。3番目の問題に関しては、今ここで議論するのではなく、圏域保健医療福祉推進会議や地域医療構想調整ワーキンググループで議論し、地元の意向を吟味し、その意向を医療審議会あるいは当医療体制部会にあげていただき、そこで了承を得るというスタイルを取りますので、とりあえず問題意識として持っておくという事務局の提案を了承したいと思います。いかがでしょうか。よろしいですか。

(加藤委員)

尾張中部医療圏の地元の意向は伺わないのでしょうか。

(柵木部会長)

尾張中部医療圏の地元の意向について、事務局から御説明ください。

(愛知県健康福祉部 青柳医療制度改革監)

内々にはいろいろとお聞きしており、御了承いただけるのではないかと理解しております。もちろん圏域保健医療福祉推進会議でオフィシャルに御議論いただくわけですが、異論は出ないように感じております。

(柵木部会長)

分かりました。それでは、構想区域の設定については、事務局のたたき台と書いてありますが、今後の地元の意向を注視するということですね。3つの項目について文言を変えた方がいいということも含めて、委員の皆様いかがでしょうか。では、このたたき台については承認ということによろしいですね。ただ、この議題の設定については、あまり良くないと思います。これはとても重要な議題ですので、(2)「医療需要推計等について」と(3)「構想区域の設定について」を並置するのはいかがなものかと思います。「医療需要推計等に基づく構想区域の設定について」という議題の立て方にしてもらわないと、物事の本質がどこにあるのかが分からなくなりますし、後になって、あの時の会議でこれについて了承したと検証するためには、議題の立て方を曖昧にしておくのは良くないだろうと思います。どこが一番問題になっているのかが分かるような議題設定にしていただければと思いますので、よろしくお願いします。

(内藤委員)

御説明ありがとうございました。資料1の地域医療構想策定スケジュールについてですが、本日は7月の欄に記載のある医療体制部会で、その後、8月の圏域保健医療福祉推進会議でいろいろと御議論いただくことになると思いますが、その後は医療審議会が10月に予定されており、この途中に医療体制部会はないわけですね。本日、植羅主幹からダイジェスト的に構想区域の設定について御説明いただきましたが、それぞれの地域医療構想調整会議でどのような議論があったのかというところを、資料に織り込んでいただくことはできますでしょうか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

はい。そういった形で準備させていただきます。各圏域保健医療福祉推進会議の状況を医療審議会へまとめて御報告することについて御意見をいただきましたので、そのようにさせていただきたいと思います。

(柵木部会長)

医療体制部会はないので、地域医療構想調整ワーキンググループでどのような議論が出て、どこが問題点だったのかというのを詳らかにした上で、医療審議会で、構想区域の設定をするということによろしいですね。

(内藤委員)

今ここで決めたことが全てではなく、12医療圏それぞれの特徴があると思いますので、12医療圏で議論が行われたということを知らしめていただきたいと思います。

(柵木部会長)

よろしく申し上げます。最終決定は医療審議会の場合ですので、しっかりと報告をしていただきたいと思います。その他、よろしいですね。では、報告事項に移りたいと思いますので、事務局から御説明ください。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

報告事項の(1)「病床機能報告制度における報告結果について」、御説明いたします。資料9及び資料10を御覧ください。全体がボリュームの多いものでございますので、資料9「病床機能報告制度における報告結果について」で御説明したいと思います。

「1 制度の概要」についてですが、病床機能報告制度につきましては、医療審議会等でも制度の概要については御説明させていただいたかと思っております。昨年6月に改正された医療法に基づき、医療機関が有する、一般病床及び療養病床が担っている医療機能の現状と今後の方向を都道府県に毎年度報告する制度です。その基準日は、毎年7月1日でございます。制度開始の昨年度は、報告期限が11月中旬でしたが、今年度からは10月中に報告していただくことになると聞いております。病床機能報告制度でいただいた報告については、公表が前提となっております。

「2 医療機関の報告項目」についてですが、医療機能が報告項目Iとなっております。昨年度は、平成26年7月1日時点及び6年が経過した時点における病床の機能について、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能の4機能の中から医療機関が自主的に選び、病棟単位で報告していただきました。それぞれの機能の内容につきましては、先ほど御説明させていただいた内容と重なっておりますので、省略させていただきます。下の表のとおりでございます。アスタリスクで、各機能間の区分は定性的基準と記載しており、定性的基準に下線を引いております。それぞれの医療機関がこの機能区分の内容を見て、自病院が持っている病棟について自主的に判断していただくものとなっております。厳密な形になっておりません。したがって、定性的な基準による報告内容につきましては、医療機関ごとによりばらつきがあります。国におきましては、今後この定性的基準に変えて定量的な基準を定めることを考えているようでございます。メディアファックスの情報によると、地域医療構想策定ガイドラインの検討会を今月末から再開すると聞いておまして、今年度の病床機能報告をどういった形で医療機関に行っていただくのかということについても検討をするということ聞いております。下にまいりまして、構造設備・人員配置等に関する項目、具体的な医療の内容に関する項目が含まれております。

資料9の右上を御覧ください。「3 本県における報告状況」ということで、平成27年5月11日時点でございますが、法律に定められている報告であります。まだ100%には満たない結果となっております。いただいた情報については、県として今後公表させていただきます。「4 報告結果の公表」ですが、国の示した公表フォーマットイメージに基づき、平成27年8月下旬を目標として本県のホームページへ掲載する予定としております。フォーマットイメージについては、資料9の3ページに記載して

おりますので御覧ください。

資料10「病床機能報告制度の本県における報告状況（医療機関別）」については、病院と有床診療所から報告いただいたデータで、昨年7月1日時点及び6年が経過した日に想定する4機能の内容でございます。この内容を国のフォーマットの形で公表させていただくことを考えております。報告事項（1）については以上でございます。

（柵木部会長）

今の病床機能報告制度の報告結果について、何か御質問等ありますか。よろしいですか。毎年報告していただくものですが、報告しないことに対するペナルティはあるのでしょうか。報告しなければしないでもよろしいということでしょうか。

（愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹）

法律上、罰則等は設けられておりません。現在、この報告は国にさせていただく形になっておりまして、国が委託している業者に報告していただけていない医療機関については県に情報提供がされておりますので、重ねて報告をしていただくようお願いさせていただきます。

（柵木部会長）

お願いをしても報告していただけない場合はどうなるのでしょうか。

（愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹）

そういった場合も罰則等はございません。

（柵木部会長）

報告をしなくてもよろし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）

今回、これが県民の皆様公表されますので、そちらに載らないということになります。

（柵木部会長）

この報告は昨年と同じ方法で行うのでしょうか。それとも、ガイドラインに則った方法なのでしょうか。先ほどから定性的基準とおっしゃっていますが、定性的基準とはどういう意味なのでしょうか。

（愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹）

定性的基準については、資料9の1ページ目の左側に記載がございます。左側に病床の4機能区分の表が載っております。定性的基準というのは、例えば、高度急性期機能

ですと、急性期機能の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能ということで、この内容を見てそれぞれの医療機関がどう判断されるかということです。手術件数が何件ですとか、診療報酬点数が何点でどのような医療を行ったかというような具体的な基準がまだ定められていないということです。

(柵木部会長)

今年の報告の分は、7月ですので、ほとんど済んでいると思いますが、各医療機関のマインドとして、診療報酬点数が3000点や600点といった基準に当てはめて報告するというような流れは、多少はあるのでしょうか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

そういったことは、まだ決められていないと承知しております。あくまでも医療需要推計の基準は構想区域ごとの4機能の患者がどれくらいいらっしゃるって、将来はどのくらい見込まれるのか推計するために使うものであると聞いておりまして、病床機能報告制度の基準とは直接結びつかないものでございます。

(柵木部会長)

今年度はそうなのでしょうけれども、だんだんとそういう方向に流れていく可能性については、県として認識しているのでしょうか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

病床機能報告制度自体が、病棟ごとの報告となっておりますので、病棟の中に様々な病期の患者が混在している中で、たとえ基準が示されたとしても、例えばある病棟全てが急性期機能だというように言えるのかどうかという点に疑問を持っております。

(柵木部会長)

定性的基準だけではなく、だんだんと定量的基準が定められてくるだろうという感じはしますが、その基準によって強権的に4機能に誘導していくというのはあまり好ましい姿ではないと思います。

(鈴木委員)

データを見せていただきましたが、病院によって考え方がかなり違うという気がします。例えば高度急性期機能が担える病院は、全ての病床を高度急性期機能で出しているところと、本当に高度な形で医療を提供している病床のみ高度急性期機能で報告し、残りの病床は急性期機能とするところがあります。データを見ていると、そのあたりの考え方が病院ごとで違うなと感じるので、柵木部会長がおっしゃったように、具体的な基準を定めなければ、届出をしても曖昧なデータだと思います。

(愛知県健康福祉部保健医療局 松本局長)

御指摘のとおりだと思います。問題点は病棟単位の報告制度であることで、始まったばかりですので、少しずつ精査されて、本当の現状を報告する制度になっていくのではないかと思います。

(井手委員)

先ほどの柵木部会長のお話にありましたが、報告していない病院というのは、確信的なのかそれとも忘れていただけなのか、どうなのでしょう。何度か通知を出していても報告を出さないのでしょうか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

国から報告をしていない病院のリストは届いておりますので、それをもとにして督促の電話などをした結果、このような状況になっております。

(井手委員)

それでは引き続き働きかけをしていただきたいと思います。必要病床数というのは、レセプトデータをもとに、3000点と600点で切るなどして求めているのでしょうか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

必要病床数でございますが、まず、現在の患者数をもとに、将来の患者数が4機能ごとに1日当たり何人いらっしゃるのかを将来の人口構成をもとに試算します。それを病床稼働率で割り返し、必要病床数を求めています。例えば高度急性期機能ですと、病床稼働率が75%で、将来の高度急性期機能の入院患者数が100人いらっしゃるとなると、100人を75%で割りますので、3分の4倍にするという計算で必要病床数を求めています。

(柵木部会長)

他によろしいでしょうか。では、報告事項(2)「病床整備計画の承認等について」、事務局からお願いします。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

資料11で病床整備計画の承認をした話をさせていただき、資料12で医療計画の別表の更新について説明させていただきます。まず、資料11「病床整備計画の承認について」を御覧ください。「1 一般病床及び療養病床における病床整備計画」でございますが、病床整備ができる医療圏における病床整備計画でございます。それに対して「2 有床診療所の病床整備計画」につきましては、県の定める基準病床数を超えている医療圏における病床整備計画で、在宅医療、小児医療、周産期医療などに対する病床を整備

する有床診療所については、病床過剰地域であっても県に届出をすることで病床整備ができるものでございます。1につきましては、尾張西部医療圏で、一宮市にある井上内科クリニックから在宅療養の支援診療所の機能強化のために、病床を4床増やして19床の有床診療所とするという計画を提出いただいたというものでございます。今後、在宅医療については当然強化する必要がありますことから、こちらについては問題ないと考えております。2につきましては、名古屋医療圏におきましては、居宅等医療の要件で名古屋市西区の医療法人紫陽クリニックサンセール清里が内科、消化器科、整形外科の有床診療所を建てられるというものでございます。在宅患者の急性期機能の受入をするということ、また診療報酬に定められている在宅療養支援診療所としての届出をされるということを確認しております。したがって、この病床整備については問題ないと考えております。一番下にまいります、周産期医療につきましては、今後出産に対応していただくために、豊川市のリバーベルクリニック、仮称でございますが、こちらが新たに19床の有床診療所を建てられるということでございます。少子化が進んでいく中で、周産期医療に対応していただける医療機関が増えるのは望ましいことですので、こちらにつきましても問題ないと考えております。なお、現在の既存病床数と基準病床数については、2ページ目にまとめております。

資料12「愛知県地域保健医療計画別表（更新）」を御覧ください。県の医療計画におきましては、五疾病五事業の機能を担っていただく医療機関について県で定めている基準に合致しているという確認をし、別表に記載・削除をしております。時間の関係で説明は割愛させていただきますが、内容については御覧いただければと思います。報告事項は以上でございます。

（柵木部会長）

病床過剰地域の病床整備計画についてですが、在宅医療を支援する有床診療所ということで、有床診療所に関しては病床過剰地域でも開設できるということになっておりますが、具体的な要件は何があるのでしょうか。例えば、在宅支援診療所があれば、どのような診療科でも無条件で許可することになるのでしょうか。

（愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹）

その点につきましては、参考資料7「医療法施行規則第1条の14第7項の適用に関する事務処理要領」を御覧ください。こちらに記載のある病床整備については、有床診療所に限られますが、病床過剰地域であっても病床整備ができるものとなっております。こちらに、括弧で「判断における留意事項」とあります。①に在宅医療に関する要件がございます。「ア 診療報酬上で定められている在宅療養支援診療所の届出が東海北陸厚生局になされていること。」、また「イ 在宅医療の実施にあたり当該診療所に病床を設置することが適切かつ必要性があると認められること。」でございます。こちらの要件に合致すれば病床整備を認めるということでございます。

(柵木部会長)

在宅支援診療所であれば、大体認められるということですね。この報告について何か御意見等ございますか。よろしいでしょうか。その他、全体について御質問等ございますか。

(村松委員)

本筋の問題ではなく細かいところですが、よろしいでしょうか。参考資料3「医療審議会の組織について」の一番下のところについて、薬事法と書いてありますが、新しい名称に変えていただきたいと思います。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

申し訳ございません。至急訂正いたします。

(柵木部会長)

医療審議会の組織図については、皆様にお示しして御理解をいただきたいと思います。その他何かございますか。よろしいですか。今回の会議資料の提出方法についてですが、資料と参考資料があり、それぞれにページが振ってありますので非常に分かりにくいと思います。資料と参考資料はどのように違うのですか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

資料につきましては、議題を御説明する際に使用するものでございます。

(柵木部会長)

参考資料は議題の説明とは外れた資料ということですね。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

はい。必要に応じて参照していただくこともありますし、場合によっては会議の中では取り上げないものでございます。

(柵木部会長)

そのあたりについて、言葉も含めて分かりやすくしていただければと思います。できれば、通覧できるようにページを振っていただければと思います。もう少し分かりやすい資料にしていただきますよう、部会長として要請いたします。

それでは、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えます。最後に事務局から何かございますか。

(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にしておりますので、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)

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。御協力ありがとうございました。