

尾張東部圏域地域医療構想調整ワーキンググループ 議事概要

日時：平成 28 年 1 月 29 日（金）

午後 2 時 00 分から午後 3 時 30 分まで

場所：瀬戸商工会議所 3 階 大ホール

| 次 第 | 発 言 |
|--|---|
| <p>開 会 （瀬戸保健所 山本次長）</p> | <p>ただ今から「尾張東部圏域地域医療構想調整ワーキンググループ」を開催いたします。</p> <p>開会にあたりまして瀬戸保健所長大野より御挨拶申し上げます。</p> |
| <p>所長挨拶 （瀬戸保健所 大野所長）</p> | <p>お忙しい中、御出席ありがとうございます。8 月 21 日に 1 回目のワーキングを開催し、本日は 2 回目でございます。今年度中に県として地域医療構想計画を策定予定であり、ワーキングの開催はこの 2 回をもって終了となります。</p> <p>今回示される平成 37 年（2025）の必要病床数をもとに、病床機能分化と連携、在宅医療の推進などの体制を、医療圏毎に 10 年のうちに造っていくことになってまいります。</p> <p>従来 5 年毎に見直されている既存の医療計画において、圏域の基準病床数が示されており、その枠内での病床整備が図られてきました。</p> <p>当尾張東部医療圏は平成 13 年に旧名古屋医療圏から独立した当時より、既存病床数が基準病床数を大きく上回る病床過剰圏域でありました。</p> <p>しかしながら、本日示される 10 年後の必要病床数になりますと、大きく状況は変わります。総数として過剰から一転不足ということになります。</p> <p>今回の必要病床数の算定では、当圏域への他医療圏からの流入率は他の圏域に比し明らかに高く、特に高度急性期・急性期においては、5 割と顕著です。</p> <p>現在の恵まれた医療環境を踏まえつつ、10 年後の、急速な後期高齢者人口増加時に対応できる、地域の医療・介護・福祉の連携体制、そして高齢者はもちろんですが、若い世代の方々の医療の確保も重要な課題です。</p> <p>今後については、次年度以降の議論になりますが、このワーキンググループは、地域医療構想計画の実現にむけての調整の場となってまいりますので、大きな役割を持っております。</p> <p>本日は、前回と違い時間もございますので委員の皆様から忌憚のないご意見を伺いたいと考えております。</p> |
| <p>出席者紹介 （瀬戸保健所 山本次長）</p> | <p>次に、本日の出席者の御紹介ですが、時間等の都合により、お配りしてあります「構成員名簿」及び「配席図」をもって御紹介に代えさせていただきます。</p> <p>なお、本日の会議には、傍聴者が 2 名いらっしゃいますことを御報告いたします。</p> |
| <p>資料確認 （瀬戸保健所 山本次長）</p> | <p>次に、資料の御確認をお願いいたします。</p> <p>次第、配席図、出席者名簿、 資料：地域医療構想における必要病床数の推計等について 参考資料：医療需要等の推計方法 を配布させていただきました。</p> <p>資料をお持ちでない方、不足等がございましたら、お申し出ください。</p> |

| | |
|---|--|
| <p>議長選出 (瀬戸保健所 山本次長)</p> | <p>議長につきましては、夏に引き続き、瀬戸旭医師会長の黒江様をお願いしたいと思います。</p> <p>それでは、以後の議事の進行をお願いします。</p> |
| <p>議長あいさつ (黒江議長)</p> | <p>瀬戸旭医師会長の黒江です。</p> <p>一言、御挨拶申しあげます。</p> <p>昨年8月7日に第1回目の地域医療構想調整ワーキンググループを開催し、県からデータの御説明等をいただきました。</p> <p>今回はその後、この圏域から御意見を申し上げましたことや、その後の内容等について御説明いただき、さらに、来年度以降の検討方法についても協議していきたいと思ひます。</p> <p>なお、せっかくの機会ですので、御出席の皆様からは忌憚のない御意見等をお伺いしたいと思います。</p> <p>どうぞよろしくお願ひいたします。</p> <p>それでは8月からの経過及び年度末までの流れについて事務局から説明してください。その後、議題に移りたいと思ひます。</p> |
| <p>経過説明 (瀬戸保健所 磯部主査)</p> | <p>瀬戸保健所総務企画課磯部です。</p> <p>失礼ですが座って説明させていただきます。</p> <p>昨年夏にもお配りした資料ですが、本日お配りしましたA3版1枚の「地域医療構想の策定について」の右側の「策定スケジュール」の表を御覧ください。</p> <p>昨年8月21日にこの圏域で地域医療構想調整ワーキンググループを開催し、皆様方からの御意見をいただき、10月28日に医療審議会が開催されております。議題の一つとして「地域医療構想について（構想区域の設定）」が取り上げられ、構想区域の設定について各地域での意見が取り上げられております。</p> <p>12月18日には医療体制部会が開催され、本日皆様方に御検討いただく「地域医療構想における必要病床数の推計等について」のたたき台が示されました。</p> <p>この後の予定ですが、本日皆様方に御検討していただき、いただいた御意見を県庁に報告いたしまして、2月19日に開催されます医療体制部会で素案が検討されます。</p> <p>その後、この素案について、本日御出席の皆様方に文書照会という形で再度御意見をいただき、パブリックコメント・関係団体等への意見照会を経て、3月28日開催の医療審議会で最終審議され、年度末に公示される予定であります。説明は以上です。</p> |
| <p>議題(1)「地域医療構想における必要病床数の推計等について」 (黒江議長)</p> <p>(医療福祉計画課 植羅主幹)</p> | <p>それでは、議題(1)「地域医療構想における必要病床数の推計等について」に移りたいと思ひますので、資料と参考資料について事務局からまとめて説明してください。</p> <p>愛知県医療福祉計画課の植羅と申します。よろしくお願ひいたします。申し訳ございませんが着座にて説明させていただきます。</p> <p>それでは、お手元の資料2に沿って説明させていただきます。</p> <p>本日の資料につきましては、昨年12月18日に開催をいたしました「愛知県医療審議会医療体制部会」におきまして御審議いただきました、事務局の「たたき台」となっております。当資料を基にいたしまして、各地域の皆様方の御意見を頂</p> |

戴したいと考えておりますので、よろしくお願ひいたします。

それでは、資料1の1ページを御覧ください。

「1 必要病床数の推計手順」でございますが、こちらは国の「地域医療構想策定ガイドライン」に記載されております手順をまとめたものでございます。

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年の医療需要と、現在の医療提供体制が変わらないと仮定した平成37年の推定供給数を比較いたします。

平成37年の医療需要につきましては、いわゆる入院患者数でございますが、その区域にお住まいの患者様がその区域内の医療機関に入院をされた場合の推計でございます。

現在の医療提供体制が変わらないと仮定した平成37年の推定供給数につきましては、現在の医療圏間で発生しております入院患者の流出入の状況が今から10年後の平成37年においても変わらないとした場合の推計値でございます。

なお、これらの数字につきましては、国から各都道府県に提供されております「地域医療構想策定支援ツール」によって算出されたものです。

次に(2)でございますが、入院患者の流出入につきましては、都道府県間でも発生しておりますので、関係する都道府県との間で、患者数の増減を調整することとなっております。(2)の説明文の最後に(注)とありますが、この注につきましては(4)の下を御覧いただきたいと存じます。

資料には「現在、都道府県間調整中」とありますが、都道府県間調整につきましては、(注)の2行目後半に記載がありますとおり、昨年12月末までに調整がつかない場合には、医療機関所在地ベースにより算出することとされており、結果として医療機関所在地ベースとなる見込みです。

(3)に戻っていただきまして、(2)の都道府県間の調整後、県内におきまして、2次医療圏ごとの医療提供体制や、関係者の皆様方の御意見を踏まえた上で、構想区域間の入院患者数の増減を行い、将来のあるべき医療提供体制を踏まえた推定患者数を確定することとなっております。

(4)でございますが、(3)で確定しました将来の推定供給数、入院患者数でございますが、それを病床稼働率で除して得た数を、平成37年の必要病床数とすることとされており、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、資料のとおり「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。

次に「2 医療需要の推計について」でございます。医療需要(入院患者数)の推計方法等につきましては、昨年開催いたしました第1回目の当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ので、今回は内容を簡略化しております。なお、本日「参考資料1」としてもお示ししておりますので、参考にしていただければと存じます。

まず(1)でございます。4つの医療機能のうち、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年度のレセプトのデータ等に基づき、医療資源投入量(診療報酬の点数)による区分ごとに推計することとされており、この推計方法につきましても、病床稼働率と同様、「医療法施行規則」に定められております。

次に(2)でございますが、慢性期機能の医療需要の推計につきましては、都道府県が若干の調整を行うことができることとなっております。一つ目の○でございます。慢性期の医療需要につきましては、慢性期機能を主に担っております現在の療養病床の入院受療率の全国格差が大きいことから、地域差を解消するた

めの目標を定めることになっております。そして、長期に療養を要する患者のうち、一定割合を在宅医療等に移行する前提で算定することとされております。

目標の定め方につきましては、2つ目の○にございますとおりパターンAとパターンBの2つがあり、この範囲内で定めることとされております。パターンAにつきましては、入院受療率を全国最小値に低下をさせるもので、パターンBにつきましては、入院受療率の全国最大値が全国中央値まで低下する割合を用いるものです。端的に申し上げますと、パターンAの方が厳しい目標設定となっております。パターンB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。

また、3つ目の○でございますが、「特例」により目標年次を平成37年から平成42年に5年先送りすることができまして、本県においては当医療圏（東三河北部医療圏）が該当しております。

4つ目の○でございますが、本県におきます平成25年度の慢性期の入院受療率及び平成37年の入院受療率をパターンA、パターンBそれぞれで試算した結果が、資料右上の表でございます。

パターンAを用いますと、「パターンA」という項目の中の左側「平成37年入院受療率」の欄にありますとおり、知多半島を除きまして、全国最小値であります「81」に近づける目標となります。なお、知多半島医療圏につきましては、入院受療率が現在におきましても全国最小値を下回っていることから、現状の「71」となります。

一方、パターンBを用いますと、「パターンB」という項目の中の左側「平成37年入院受療率」の欄にありますとおり、パターンAではほぼ一律「81」であったものが、名古屋においては「89」、海部においては「96」と、それぞれパターンAよりも緩やかな目標設定となっております。

また、パターンBの東三河北部医療圏の数値が「97」となっておりますが、この数値は「特例」を用いた場合の平成42年の目標値でございます。平成37年の入院受療率につきましては、表の下の（注）にございますとおり「119」となります。

そして、その下の○、事務局の案でございますが、在宅移行のための整備には、今後一定程度の時間が必要であると考えられますので、パターンBによることとしてはどうかということでございます。

それでは資料を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」でございます。こちらの調整方法につきましては、たたき台ということでお示ししております。

まず1つ目の○でございますが、現時点におきましては、10年後（平成37年）の医療提供体制がどうなるかということをはっきり見込むことが難しいということがございますので、現在の医療提供体制が変わらないと仮定して、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。

ただし、2つ目の○でございますが、先ほど医療需要を推計するに当たりまして用いておりますのが平成25年度のレセプトデータという説明をさせていただきました。そのために、平成26年度以降において大幅な増床の予定や病院の開設がある場合につきましては、その影響により隣接する構想区域への一定程度の流出が止まるといった状況が発生することを考慮し、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「大幅な増床の予定」等でございますが、平成2

6年度以降、一般病床あるいは療養病床において200床以上の増床が見込まれるものとしておりました、2つの医療機関が該当しております。

まず(1)でございますが、西三河北部構想区域に平成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。開設場所につきましては、資料右側の位置図を御覧いただきたいと存じますが、西三河北部構想区域でも西三河南部西構想区域により近い場所に開設される予定となっております。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床ですので、この療養病床200床が影響を及ぼすと考え、西三河南部西構想区域へ流出をしている慢性期の入院患者38人について調整をしてはどうか、というたたき台とさせていただきます。

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。開設場所につきましては、位置図にございますとおり、岡崎市の南部に開設される予定となっております。昨年3月27日に、開設者である学校法人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。整備病床数につきましては、一般病床が400床程度ということで、2次救急を24時間体制で通年実施するということが考えられております。この400床が影響を及ぼすと考えまして、西三河南部西構想区域及び東三河南部構想区域へ流出をしている高度急性期から回復期までの入院患者について調整をしてはどうか、というたたき台とさせていただきます。

このたたき台につきまして、各地域での御意見をいただいた上で、その御意見を踏まえまして2月に開催を予定しております愛知県医療審議会医療体制部会に、構想区域ごとの将来の必要病床数として改めて御審議をいただく予定としております。

それでは資料を1枚おめくりいただきまして、3ページを御覧ください。

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。(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、先ほど説明しました医療機関所在地ベースを基に、一部調整をさせていただいた数字をお示ししております。資料の左には、名古屋・尾張中部構想区域から知多半島構想区域までの、4つの医療機能ごとの必要病床数を「たたき台」としてお示ししております。こちらは全て医療機関所在地ベース、現在の構想区域間の患者の流出入については将来も継続すると仮定して推計をさせていただいた結果でございます。

なお、「必要病床数」の項目の下の行、「平成26年の病床数」でございますが、この病床数につきましては、表の欄外にアスタリスクで説明をしておりますが、一番下のアスタリスクを御覧いただきたいと存じます。「平成26年の病床数」につきましては、平成26年10月1日現在の病院名簿にある病院の一般病床数と療養病床数、そして有床診療所の病床数の合計を、病床機能報告における報告結果の割合を使いまして算出した参考値でございます。病床機能報告制度につきましては、定性的な基準であるため、現在は厳密な基準となっております。そのため、今回は「参考値」とさせていただきます。

それでは表の右側を御覧ください。表の右側には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。

まず、西三河北部構想区域におきましては、先ほど説明をいたしました「豊田若葉病院」の開設予定に伴う調整といたしまして、表の「慢性期」の欄を御覧いただきたいと存じますが、矢印の左側、医療機関所在地ベースによる必要病床数578に対しまして、西三河南部西構想区域への入院患者の流出が止まることに

より41床を加えた619床という推計値をさせていただいております。

下にまいりまして、西三河南部東構想区域でございますが、こちらも先ほど説明いたしました「藤田保健衛生大学病院の新病院」の開設予定に伴う調整といたしまして、高度急性期、急性期及び回復期の必要病床数が影響を受けるという形の調整をしたものをお示ししております。それぞれ影響を受ける数値につきましては資料のとおりです。

一方、その下にまいりまして「西三河南部西構想区域」におきましては、西三河北部及び西三河南部東構想区域からの流入が止まるという想定から、当地域における必要病床数についてはマイナスの調整をしております。

次に「東三河北部構想区域」、当医療圏でございますが、こちらは調整のない「医療機関所在地ベース」による数値としております。

最後に「東三河南部構想区域」につきましては、急性期及び回復期について、西三河南部東構想区域からの流入が止まると仮定しまして、それぞれマイナスの調整をしております。

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ページを御覧ください。それぞれ参考の資料ということでございまして、4ページが「参考1」といたしまして医療機関所在地ベースの必要病床数、5ページが「参考2」といたしまして調整後の必要病床数をお示ししております。説明につきましては省略させていただきます。

それでは資料の6ページを御覧ください。

必要病床数の都道府県間調整ということで、資料の1ページで若干説明をさせていただきましたが、本県と患者の流出入が関係をしておりますのが、資料の左上の表にある岐阜県、三重県、静岡県、東京都、福岡県でございます。当該都県との調整につきましては、結果といたしまして、現在の流出入を加味した「医療機関所在地ベース」で算定する見込みであります。資料の詳細につきましては、説明を省略させていただきます。

最後に、資料の7ページを御覧ください。「将来のあるべき医療提供体制を実現するための取組」について、説明させていただきます。

地域医療構想につきましては医療計画の一部として定めることとなっております。その内容につきましては、先ほど説明しました平成37年におきます構想区域ごとの必要病床数と、構想を実現するために将来のあるべき医療提供体制を実現するための取組について、記載することとされております。

まず(1)の考え方でございます。アにございますとおり、この構想を実現いたしますためには病床の機能分化と連携を進める必要がございます。この病床の機能分化と連携を進めるためには、地域医療構想で策定いたしました必要病床数を地域の会議の場にお示ししまして、その数字を御覧いただき医療機関の自主的な取組を促すことと合わせまして、医療機関相互の協議を行っ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。先ほど、医療需要の推計の中で説明いたしましたが、慢性期機能の医療需要につきましては、在宅医療に移行していく目標を立てますことから、在宅医療の充実強化を図っていくことが必要となってまいります。

そしてウでございますが、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人材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、こうした取組を進めるために、エでございますが、昨年度(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」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)の今後の方策でございます。(1)で説明いたしましたアからウにつきまして、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。

まず、「病床の機能の分化及び連携の推進」につきましては、不足する医療機能、これは主に回復期機能になると思われませんが、その医療機能が充足できるよう、病床の転換等への支援や、ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備、病診連携システムの整備等を事務局案としてお示ししております。

次に「在宅医療の充実」につきましては、郡市区医師会に今年度から本格的に運営・設置をされております「在宅医療サポートセンター」の支援等による、24時間365日対応可能な在宅医療提供体制の構築の推進や、ICTによる在宅医療連携システムの導入支援、市町村が中心となった他職種が連携をして患者家族をサポートする体制づくりの支援、地域包括ケアシステムの構築等を事務局案としてお示ししております。

「医療従事者の確保・養成」につきましては、今年度、県に設置をしました「地域医療支援センター」を中心とした、医師不足地域等の病院勤務医の養成等、医師確保対策の推進や、チーム医療の推進等を事務局案としてお示ししております。

最後に「6 今後の予定」でございます。先ほども若干説明させていただきましたが、「地域医療構想調整ワーキンググループ」においていただきました「たたき台」に対する御意見を踏まえまして、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、必要病床数等を改めて御審議をいただく予定としております。

以上、大変説明が長くなりましたが、資料についての説明は以上でございます。

ただ今の事務局の説明について、御意見・御質問などがございましたら御発言願います。

愛知国際病院の井手先生、何か御意見はございますでしょうか。

尾張東部圏域は病床数が足りない、とされた地域でありますので、他の地域に比べて恵まれた地域だと思えます。他の地域ではなかなかハードな数字が出ています。病床数に関してはこの地域は問題ないと思えます。

いろいろ数字を御説明いただきましたが、井手先生が仰ったように必要病床数という数字で見れば、尾張東部は総合計で5,268、平成26年の病床数が4,786、差し引き482不足。トータルの数字ではこうなりますけれども、高度急性期の必要病床数が799、平成26年の病床数が2,438、差引1,639過剰。急性期については必要病床数が2,309、平成26年が1,402、差し引き907の不足となっていて、同じようなことが名古屋医療圏・中部医療圏でも高度急性期、急性期が過剰で、回復期が不足と。

これを絶対値ではなく、割合で見ると、尾張東部圏域の高度急性期は平成26年の病床数は必要病床数のおよそ3倍。名古屋・尾張中部医療圏は、平成26年の病床数6,987に対して必要病床数が2,885で約3000。約2倍強。

急性期に至っては尾張東部圏域については相当数足りない。

機能をどのように考えていくか。名古屋医療圏と尾張中部医療圏は一つになるが、他の医療圏は変更が無い。数字もあまり大きく差が無い。

病床転換命令とか病床削減命令などの知事からの働き掛けは現状ではない、

(黒江議長)

井手委員
(愛知国際病院院長)

酒井委員
(公立陶生病院院長)

| | |
|-------------------------------------|---|
| <p>(医療福祉計画課 植羅主幹)</p> | <p>という理解で良いか。</p> <p>資料2の3ページ目の平成26年の病床数についてはあくまでも、各医療機関が独自に判断した病床機能報告の数字であり、それをお示ししている。内容については資料1の左下に病床の4機能区分の説明があります。しかしながらこの内容が非常に曖昧であるというのが現状。国がこの定義の内容をさらに精緻なものにしてまいりますと平成26年の病床数は現実に近づいてくると思われる。現時点では各医療機関の判断に差があるということで、これをもとに病床削減などの強権的なことはできないと考えている。</p> |
| <p>(黒江議長)</p> | <p>今後、病床機能報告が変わってくる、ということもありますか。</p> |
| <p>(医療福祉計画課 植羅主幹)</p> | <p>国は地域医療構想ガイドライン見直しのための検討会を再度立ち上げておりました。病床機能報告の精緻化に向けた検討をこれからしていくこととなります。</p> <p>そうした場合、現在、病床機能報告が病棟ごとに報告いただいております。病棟ごとですと、各病期の患者さんが混在しています。病棟ごとの報告ということが変わらなければ、必要病床数については、ひとりひとりの患者さんについて計算しておりますので、そこのかい離は埋まらないと思われる。</p> <p>国のこれからの動向を注視していきたい。</p> |
| <p>湯澤委員 (藤田保健衛生大学病院 院長)</p> | <p>前回、大学病院の現状についてお話させていただいたが、この医療圏に2つの大学病院がある特殊性をそのまま他の医療圏と同じ基準で考えないでほしい、という要望を申し上げた。</p> <p>地域医療に関する病床機能について医師を始め、医療スタッフを養成する病院の病床機能を評価することはなかなか難しいのではないかと思います。</p> <p>国に是非、要望していただきたいとお願いしたところです。</p> <p>専門医制度が3年後くらいには変わってくるため、3月までに各診療科の専門医のプログラムを国へ出すことになっている。</p> <p>専門医養成プログラムの中核をなすものが、大学病院でのプログラムであり、プログラムが充実してくると圏外からの大学病院における研修医が増えてくるので、その医療圏には高度急性期、急性期の患者の集中が起こって増えるので、他の医療圏と同じ前提で必要病床数を考えることはできないと思う。過小評価される。</p> <p>専門医制度が定着した場合は、今のプログラムの研修医が各病院に配置されている状況から、動きが変わってくる。</p> <p>大学病院を地域医療の中に含むということであれば、今の医療機能が変わらないという前提の計算方法ではなく、別の方法で計算しなければ現状に合わない。</p> |
| <p>羽生田委員 (愛知医科大学病院 院長)</p> | <p>必要病床数の概念が何を言っているのか。基本的に超急性期は短いので問題ない。それ以外の部分で考える。足りないところを増やす、という考え方をもって県として臨むべき。減らすのは診療報酬請求からアプローチしたらどうか。</p> <p>知事に「(病院が) つぶれたらどうするんですか」と言われたら困ると思う。足りないところを補う、という基本的な考え方で行くべきだと思うし、そのた</p> |

| | |
|---------------------------|--|
| <p>(医療福祉計画課 植羅主幹)</p> | <p>めに超急性期を減らしてそれを充てるという考え方はナンセンス。 逆に言うとベッド数は増えても良いと思う。費用面では難しいだろうが、増えたところに県の補助金を出すのであれば結局、同じこと。 慢性期や回復期ベッドに県の補助金を出すのであれば、減らせない上に出す、という状況になるので。 高度急性期と、必要とされている回復期・慢性期を一緒に考えないでほしい。</p> <p>今回の地域医療構想については、平成25年度のすべてのレセプトを活用しまして、それを点数で分け、将来の人口構造に当てはめて、平成25年度の実受療率をそのまま平成37年度の人口構造に当てはめて推計しています。 医療提供体制が維持されるということがベースとなっています。 大学病院として貢献している部分も将来にわたって同じように貢献していくということで、推計の中に入れていく。</p> <p>尾張東部において将来の必要病床数が総数で増えてきたというのも、将来、大学病院、高度急性期病院に流入している患者さんが将来も変わらない、ということ的前提に計算していることから、周辺のベッド数をこの地域に集める形で計算させていただいた結果。 高度急性期や急性期の定義が精緻化されてくれば変わってくることもあるが、県としては無理に他の医療機能を転換することは考えていない。 診療報酬改定を見て、個々の医療機関が自主的に転換することを判断すると思う。そういった動きに対しては支持させていただく。県が無理やり何かをしようということはない。 地域医療構想は医療計画の一部ということもありますので、次回の医療計画の見直しは平成29年度になります。30年度以降の医療計画の見直しをしていくことになる。その際に、国から新たな考え方、専門医制度といったことが示される可能性がある。示されなかった場合は県としても国に申し伝えていきたい。</p> |
| <p>青山委員 (青山病院院長)</p> | <p>10年間変わらないという前提で作られているが、「10年ひと昔」で随分変わるのではないかと。むしろ経済的な問題がかなり大きく左右するのではないかと。そういう点も加味しないと実態に沿った数値というのは難しいのではないかと。</p> |
| <p>木村委員 (旭労災病院院長)</p> | <p>250床の小さい病院だが、地域病院にとっては病床数を確保するというところは医師や医療従事者をいかに確保するか、という、資料で行くと7ページの「医療従事者の確保・養成」というのが一番大事になってくる。 専門医制度が始まることによって大学病院に集中してしまい、我々にとっては医師が足らなくなってくる状況になる可能性が高い。 県としては是非、大学病院以外の急性期病院に医師を確保できる方策を考えていただきたい。</p> |
| <p>(医療福祉計画課 植羅主幹)</p> | <p>先ほどの10年先、という御指摘ですが、まさにその通りでして、医療計画自体の見直しが2年後にございます。 その際に地域医療構想については医療計画の一部という形になります。 現在の病床を整備するときの基準になっております基準病床数と地域医療構想で示されました必要病床数の整合性が図られていくと思う。 療養病床を在宅へ移行するということになってきますと在宅医療と介護の充実ということも重要となってまいります。</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>医療計画と介護計画も平成30年度から計画策定期間が一致してきます。国のほうで意図的に法律を改正して、5年間の計画期間で策定しておりました医療計画を平成30年度以降は6年間の計画期間として策定します。その時点の地域医療構想の期間がいつになるのか分かりませんが、そういった観点からも検討させていただきたい。</p> <p>医療従事者の確保ですが、医師につきましては今年度、県に地域医療支援センターを立ち上げました。地域医療介護総合確保基金で4大学に御協力いただいております地域枠での医師の確保、そういった奨学金についても基金の中から手当てさせていただいており、地域医療支援センターを中心に医師の確保についても努力させていただきたいと思います。</p> <p>専門医制度ですが、市中の病院からすれば専門医制度に危機感を覚える。大学病院に若手の医師が集中するようになるプログラムが出来つつある気がする。</p> <p>将来の若手の医師は専門医になることを考える。初期臨床研修も専門医(の資格)が取れるような大病院にさらに集中する。地域の病院はますます病院の維持ができなくなって医療崩壊が進むのではないか。そこまで危惧している。現場からはあんな制度(専門医制度)ができるんでしょうか、という声も聞こえてくる。</p> <p>地域医療構想も病床数をこのまま始めて、最終的には高度急性期病床に、高度急性期医療を必要とする患者が入ってくるかどうかで決まってくると思う。</p> <p>ただ、問題は、最初から数字が出ていると「病院を建て替えよう」とか「病院の機能をどういう方向に向けよう」とかいうところで大きな影響が出てくる。病床数もそうだし、地域包括ケア病棟を持とうと思えば廊下幅などいろいろな制限を受ける。高度急性期をイメージするのはICUとかHCUとかNICUとか無菌病室などの高度病室をイメージすると思うが、そういった建物を建てる場合は多額の資金投下しなければならない。先のことを考えると、計画に大きな影響が出てくる。</p> <p>そのあたりの説明がつくように。流入流出がどうか、足りなくなるからというのは先になってみなければわからないし、人口そのものが減少していくところではどうなのかとか、何か納得できない。</p> <p>診療報酬が一番関係してくる。流れに任せておけば自然に収束していく。</p> |
| <p>酒井委員 (公立陶生病院院長)</p> | <p>(病床削減について) 病院間同士で争いをしなきゃいけない。そういうことをしなくても良い、という意味ではこの地域は恵まれている。</p> <p>10年後のあるべき姿なので、時間があるので十分考えられる。診療報酬の中で高度急性期でこれだけのことをしなければいけないよ、急性期もそうですが、ということになれば、2018~2020年くらいの診療報酬改定のなかで「こっちに行くしかない」という道は自然に分かれていくと思う。病院同士で「減らす」「減らさない」ということをしなくても済む。今回については病院間のやり取りが必要になるかもしれないが、その前に診療報酬が改定されていく中で、大体、歩むべき道が決まってくるのではないかと思います。</p> |
| <p>湯澤委員 (藤田保健衛生大学病院 院長)</p> <p>(黒江議長)</p> | <p>それでは、時間も迫ってまいりましたので意見交換を終了させていただきます。</p> <p>なお、本日、委員の方からいただいた御意見につきましては、事務局を通</p> |

| | |
|--|---|
| <p>議題（２）「来年度以降の病院ワーキンググループについて」 （黒江議長）</p> | <p>じて県庁医療審議会にお伝えしてください。</p> <p>次に、議題（２）「来年度以降の病院ワーキンググループについて」、事務局から説明してください。</p> |
| <p>（瀬戸保健所総務企画課 磯部主査）</p> | <p>瀬戸保健所総務企画課磯部です。 失礼ですが座って説明させていただきます。 資料等は特にございませんがお手元の「構成員名簿」を御覧いただきながら説明させていただきます。 今年度の尾張東部医療圏地域医療構想調整ワーキンググループについては、管内に16ある一般病床、療養病床をお持ちの全ての病院の方に御出席いただき、情報の共有と御意見を伺ってまいりました。 しかしながら、構成員の多さから御意見をいただき難いこともあり、来年度以降は、病院のみの協議の場をもうけさせていただき、病院間の情報共有や協議を行っていきたくと考えております。 具体的な構成員の方につきましては、年度を越えてから改めて御案内いたしますが、こういった検討の場を新たに設けることを御審議いただきたいと思います。説明は以上です。</p> |
| <p>（黒江議長）</p> | <p>最後に、事務局から何かありますか。</p> |
| <p>その他 （瀬戸保健所 山本次長）</p> | <p>特にございません。</p> |
| <p>議事終了 （黒江議長）</p> | <p>それでは、本日の議事は、これをもちまして終了といたします。 ありがとうございました。 進行を事務局へお返しいたします。</p> |
| <p>閉会時の説明 （瀬戸保健所 山本次長）</p> | <p>黒江様、議事進行、大変ありがとうございました。 本日の会議録につきましては、発言内容を確認の上、保健所のホームページに公開する予定でありますので、よろしくお願ひします。 閉会に当たり、瀬戸保健所長の山本から御挨拶申し上げます。</p> |
| <p>所長挨拶 （大野所長）</p> | <p>熱心な御発言、御議論ありがとうございました。 このような形で開催いたしますのは事務局が説明しましたように今回限りです。保健所は地域医療構想調整ワーキンググループの構成員の方を県から選べと言われた時に、各医療機関に直接的に関わることなので、全病院の先生方に情報を共有していただきたいということで、他の医療圏と異なる形で全病院の先生方を構成員として開催させていただきました。事務局としては地域医療構想についてはいろいろ課題があるかと思うのですが、いずれにしても情報を関係者の方が共有して、どうしていくかを議論していくことが大切ということで今年度はこういう形にさせていただきました。 次年度からは病院ワーキングを別に設ける形で開催させていただきます。</p> |

| | |
|-----------------------|--|
| <p>閉 会 (山本次長)</p> | <p>他の構成員の方々は今回御発言の機会がありませんでしたが、来年度以降は御発言をいただきながらこの地域の地域医療構想を考えていきたいと思ひます。 本日はありがとうございました。</p> <p>これをもちまして、尾張東部圏域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。 交通事故には十分お気をつけてお帰りください。 ありがとうございました。</p> |
|-----------------------|--|