

平成27年度第2回

尾張北部圏域地域医療構想ワーキンググループ会議 議事録

28. 1. 20 14:00～15:30

発 言 者	内 容
事務局 春日井保健所次長	<p>お待たせいたしました。</p> <p>定刻になりましたので、平成27年度第2回尾張北部圏域地域医療構想ワーキンググループ会議を開催させていただきます。</p> <p>司会を務めさせていただきます春日井保健所次長の山田と申します。よろしくお願いいたします。</p> <p>本日のこの会議の所要時間につきましては、2時間を限度とさせていただきたいと思っております。</p> <p>それでは、会議の開催に当たりまして、春日井保健所長の木村から挨拶をさせていただきます。</p>
春日井保健所長	<p>本日は、大雪の中、当会議にご出席いただきありがとうございます。日ごろは、保健所行政に御協力をいただいておりますことを、この場を借りまして厚くお礼申し上げます。</p> <p>前回8月のワーキング会議におきましては、地域医療構想の策定スケジュールや今後の医療需要推計などについて説明をさせていただき、多くのご発言をいただきました。内容を県の医療審議会医療体制部会に報告するとともに、地域の病床を持つ医療機関にも情報提供をさせていただきました。</p> <p>本日は、皆様方が一番懸念されておりました必要病床数についての説明等をさせていただきます。限られた時間の中ではございますが、積極的に御意見をいただきますようお願い申し上げます。</p>
司会(次長)	<p>ありがとうございました。</p> <p>では、次に、資料の確認をさせていただきます。</p> <p>本日は、事前に県の医療体制部会の資料として情報提供させていただきましたが、資料1として「地域医療構想における必要病床数の推計等について」が1ページから7ページ、参考資料1として「医療需要等の推計方法」が8、9ページ、参考資料2として「平成37年機能区分別入院患者の流出・流入の状況」が10ページから13ページまでですが、以上を用意させていただきました。その他お手もとに配布させていただきましたのは「会議の次第」「開催要領」「出席者名簿」「配席図」です。</p> <p>不足等がございましたらお申し出ください。よろしいでしょうか。</p> <p>本日の出席者のご紹介につきましては、時間の都合もございますので、お手元の名簿と配席図に代えさせていただきます。ご了承ください。</p> <p>それから、昨年の第1回目のワーキング会議の席で、委員の皆様から、有床の医療機関に広く出席をしていただいた方が良いとのご意見もいただいておりますが、まだ定性的なデータ結果であることや深い議論ができる段階でないとの判断で、前回と同じメンバーに声をかけさせていただきました。</p> <p>なお、会議内容につきましては、今回も尾張北部のすべての有床医療機関に周知させていただきます。</p>

<p>司会(次長)</p>	<p>それでは、会議に入らせていただきます。会議の議長につきましては、当会議の開催要領第4条第2項によりまして出席者の互選により決定することとなっております。</p> <p>僭越ではございますが、本会議の議長につきましては、事務局の方から御提案させていただきますのでよろしいでしょうか。</p> <p>(異議なし)</p>
<p>司会(次長)</p>	<p>ありがとうございました。</p> <p>本会議は、病床にかかる調整についても議題となりますことから、平等な審議をお願いするため、病床をお持ちでない小牧市医師会の後藤会長に座長の労をお取りいただけたらと思っておりますがいかがでしょうか。</p> <p>(異議なし)</p>
<p>司会(次長)</p>	<p>ありがとうございます。</p> <p>それでは、後藤先生、よろしく願いいたします。</p>
<p>議長(後藤会長)</p>	<p>当会議の議長を務めさせていただきます小牧市医師会長の後藤です。では、座って進めさせていただきます。ご出席の皆様のご協力により議事を進めてまいりたいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。</p> <p>御案内のとおり本会議は、医療機関や医療保険者等の関係者が参画し、医療計画において定める、将来の病床数の必要量を達成するための方策や、地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議する、「協議の場」として開催するものです。</p> <p>皆様には、忌憚のないご意見と会議の円滑な進行へのご協力をお願いしまして、私のあいさつとさせていただきます。</p>
<p>司会(次長)</p>	<p>ありがとうございました。</p> <p>それでは議事に入りますが、その前に本日の会議の公開・非公開の取扱いについて、事務局から確認をさせていただきます。本会議は、圏域会議に準じて、原則公開となっております。本日の議題に不開示該当事項はありませんので、すべて公開にしたいと考えております。</p> <p>また、会議の内容につきましては、後日、春日井保健所のホームページに掲載させていただきますので、よろしくお願いいたします。</p>
<p>議長(後藤会長)</p>	<p>それでは、会議を進行させていただきます。皆様方の御協力をお願いいたします。</p> <p>それでは、議事「地域医療構想における必要病床数の推計等について」に移りたいと思っております。事務局から説明をお願いします。</p>
<p>事務局(医療福祉計画課 久野主任主査)</p>	<p>愛知県医療福祉計画課の久野と申します。よろしくお願いいたします。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</p>

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、各地域の皆様の御意見を頂戴したいと考えておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、資料1の1ページをご覧ください。「1 必要病床数の推計手順」ですが、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。もう一方の、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数値であります。

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)の下をご覧くださいと存じます。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かった場合には、医療機関所在地ベースにより算出することとされておまして、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ます。病床稼働率につきましては、「医療法施行規則」に定められており、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。医療需要であります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、診療報酬の点数でございますが、区分ごとに推計することとされております。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一律で用いるものです。従いまして、パターン A の方が厳しい目標設定となっており、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」のままとなります。

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、また、東三河北部医療圏につきましては「特例」用い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ページをご覧ください。「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いたしまして、調整を行ってはどうか、ということでございます。

なお、ここで申しております「大幅な増床の予定」等でございますが、平成26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て、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ご覧くださいと存じますが、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まして、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、位置図をご覧くださいとおり、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。この一般病床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。調整する入院患者数につきましては、西三河南部西構想区域への流出している入院患者につきましては、高度急性期は41人、急性期88人、回復期92人、東三河南部構想区域へ流出している入院患者数につきましては、急性期13人、回復期15人でございます。

このたたき台につきまして、各地域でのご意見をいただいた上で、そのご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で、構想区域ごとの将来の必要病床数として改めてご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ページをご覧ください。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。構想区域ごとの平成37年の必要病床数につきましては、先ほど説明しましたとおり、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お示しております。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となっております。尾張北部医療圏につきましては、特段の調整のない医療機関所在地ベースによる数値となっております。

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ご覧くださいと存じます。「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。

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」の欄をご覧くださいと存じますが、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床を加えた矢印の右側でございますが、619床という推計値をさせていただきます。

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形の調整をしたものをお示しております。

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、逆に、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させていただきます。

次に「東三河構想区域」につきましては、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、藤田保健衛生大学病院の新病院開設によりまして、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ページをご覧ください。それぞれ参考でお示しをしております、4ページが「参考1」といたしまして構想区域間の調整を行わない場合の医療機関所在地ベースの必要病床数となっております。5ページが「参考2」といたしまして、構想区域間の調整を行った場合の必要病床数をお示しております。

3ページの資料につきましては、この参考2に基づきまして策定をしたものとなります。5ページをお開き下さい。表の見方でございますが、西三河北部構想区域を例に説明させていただきます。資料の右側の表の西三河北部の欄をご覧ください。構想区域の欄の右隣に医療機能という欄がございます。その機能の上から4つ目、慢性期の欄を右に見ていただきますと、562、そして532、その右隣に38とございます。こちらの数字が先程2ページで説明させていただきました豊田若葉病院が開設されることによりまして、西三河北部構想区域から西三河南部西構想区域へ流出している入院患者数の調整数でございます。この38の左側の532が医療機関所在地ベースの医療需要、つまり入院患者数になりますので、この532に調整をいたします38を加えた570が調整後の入院患者数となります。この570の数字に病床稼働率、慢性期ですと0.92で割り戻しました数字619が調整後の病床必要数となります。

詳細な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ページをご覧ください。必要病床数の都道府県間調整でございます。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しておりますのが、資料の左上の表にあります岐阜県、三重県、静岡県、東京都、そして福岡県でございます。当医療圏につきましては、急性期、回復期及び慢性期につきまして、岐阜県と調整対象となる患者の流出入が発生しております。岐阜県との調整につきましては、資料右側の①に記載しておりますが、岐阜県は、高度急性期については医療機関所在地ベースで、急性期以降3機能については患者住所地ベースで調整したいともちかけられておりましたが、本県といたしましては、4つの医療機能すべてにおきまして医療機関所在地ベースの医療需要に基づき、必要病床数を推計すると回答しておりますので、調整が整わないということで「医療機関所在地ベース」で算定する見込みであります。岐阜県以外の4都県におきましても、現在の流出入を加味いたしました医療機関所在地ベースとなる予定でございます。

最後に、資料の7ページをご覧ください。「将来のあるべき医療提供体制を実現する

ための取組」でございます。地域医療構想につきましては医療法上、医療計画の一部として定めることとされております。地域医療構想に記載する内容につきましては、先ほど説明いたしました平成37年における構想区域ごとの必要病床数に加えまして、構想を実現するために、将来あるべき医療提供体制を実現するための取組につきましても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を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、その数字をご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必要がございます。

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。ただ今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きます。

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、群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多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ご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1についての説明は以上でございます。

議長(後藤会長)

非常に丁寧な説明、有難うございました。ただ今の説明について、皆様のご意見をいただきたいと存じますが、12月18日に県で行われました医療体制部会にも愛知県公立病院会会長として出席され、また全国的な会議に出席しておられました小牧市民病院の末永先生にまず率直なご意見をいただけたらと思います。

小牧市民病院（末永 病院長）	<p>御指名ですので、一言申し上げたいと思います。前回の会議の際にも申し上げましたが、例えば高知県だとかは病院も病床も多すぎて医療費も多いということでもかなり地域医療構想の病床の締め付けを行っているようです。それに比べると愛知県はかなり動きが緩いように思います。でも、考えてみれば、愛知県は名古屋市と大学病院が2つある尾張東部を除けば病院の数も医師の数も少ない訳です。そういうところで、国の方針によってやっていくことに懸念しております。基本的には、病棟をいかに変えていくかというのは、それぞれの病院が今厳しい状況ということはみなさんご存じですので、その中で、自分たちの病院はその医療圏の中で何を特色として何をやっていくかということは、それぞれの病院の管理者である院長がやることであって外から言うてどうこうできるものではないと思います。例えば、先程説明のありました西三河北部や西三河南部東については、今、病床数を減らそうというところに新しい病院を2つもつくるということがあります。一方、急性期も減らし、慢性期も減らしてリハにしていこうとする動きもありますが、西三河南部ではもめると思いますし、話し合いはこれから継続していかなければならないと思います。それから、名古屋市もいろんな思惑があってこの話はそんなに進んでおりません。今後、病床削減の話がまずかかるとすれば自治体病院だと思いますが、民間病院には愛知県はまず手を出さないと思いますし、自治体病院に対してもあまり強権にやってこない感じがする中で、ぎちぎちにやりすぎない方がいいということを基本的に感じます。それから、以前にも申し上げましたが、もし転換しなければならぬとすれば、慢性期をどうするかという問題で、これは今まさに議論の真っ最中です。慢性期を施設にするなどですが、そういうことがまだ決まっていない段階で慢性期の病院にどうしなさいというのは失礼な話だと思いますし、例えば高度急性期、急性期と言っておりますが、これからどうなるかわからないということ、それから現状の医療提供体制と変わらないと仮定したとしていますが、提供体制が変わらなくても構造は、高齢化が進むということで病態も変わってくる訳です。そういうところで、間違っているかもしれない予測に基づいてぎちぎちやりすぎない方がいいと思います。それから、先程の西三河のことに關して、流入・流出から見て2次医療圏の中で完結するとすれば病院があった方がいいという考えですが、選択するのは患者さんだから必ずしも思うようにいかないと思います。ですから、西三河南部は大変だろうという思いがあります。</p> <p>幸いにして、尾張北部は医者の数も全国平均よりもずっと少ないわけですし、病床もそれほど過剰ではありませんし、無理はしない方がいいというのが私の考えです。</p>
議長（後藤会長）	<p>どうも有難うございました。何か他にご意見がありましたらどうぞ。</p>
事務局（医療福祉計 画課 緒方課長補佐）	<p>医療福祉計画課の緒方と申します。末永先生のおっしゃるとおり、今回の必要病床数というのは、一定の仮定をおいた推計でその仮定は、慢性期について特に全国共通で一定の努力目標を設定し、そうした場合にどれぐらいになるかということです。ですから、仮定をした上での推計の目標値という数字です。従いまして、そういう数字に対して例えば、県から、稼働している病床が多いからといって、強制的に減らしてほしいといったものではありません。では、それを進めるためにどういった方法があるかですが、来年度以降のこの調整会議の場で、将来の医療需要の考え方をみなさんと共有していただいて、協議を通じて、先ほど末永先生のお話にもありましたが、それぞれの医療機関が診療報酬や医療提供体制の考え方を踏まえながら、自主的な転換を促していくことを国も原則としておりますので、そういった形での収斂を目指していくことになると思いま</p>



	<p>す。また、病床機能報告制度の数字自体が定性的な基準で実態を正しく反映していないという課題もありますので、その数字の差を見て、それをぎちぎちにやっていくということは現実的ではないと思っております。</p>
<p>小牧市民病院（末永 病院長）</p>	<p>少し追加します。だからと言って、私は今のままでいいと言っているのではなくて、これから少子高齢化の時代がくるわけです。そこまで見通した経営を各病院長としてはしなければならなくて、国がこういうふうに進めなさいという事に無理に合わせる必要はないと思うまでです。</p>
<p>議長（後藤会長）</p>	<p>どうも有難うございました。他に何かございますか。</p>
<p>協会けんぽ（広瀬支 部長）</p>	<p>協会けんぽの広瀬でございます。ただ今説明していただいた資料3ページでございますが、これは平成26年の病床数となっておりますが、この平成26年の病床数、これは毎年10月に国へ提出することになっているかと思いますが、平成27年分についてはいつ頃になるかということと、推計の根拠となるデータはどこかの医療圏の会議の中で病棟ごとですとか、あるいは10棟ごとに四捨五入とかというような発言もございました。データがどの程度の正確性があるのか、これを例えば、今医療圏ごとに分かります病床数総トータルでも5000病床程度です。一番の名古屋・尾張中部を除けばその位です。すべての病床に番号をつけて稼働率を調べればさほど問題ではないかと思うくらいの数です。そこで、稼働率がどのくらいあるのか。患者数がどういう動向なのか、これを2025年に至るまでに相当の期間がありますので、それまでの間にこの会議に提示し続けることによって、皆様のそれぞれの考えがわかるわけですから、どうしたらいいのかというのはおのずと見えてくるのではないのでしょうか。この推計の仕方、データの提示の仕方、この病院の稼働率の見える化がどこまでできるかということがこれからの問題かと思えます。その辺りについて教えていただければと思います。</p>
<p>事務局（医療福祉計 画課 緒方課長補佐）</p>	<p>まず、必要病床数ですが、平成25年度の入院患者の受療動向から平成37年の入院患者を推計して、それを病床の稼働率で割り戻して必要病床数を出しています。その区分はそれぞれ点数で高度急性期は3000点、急性期は600点、回復期は175点ですので、診療実態からみた将来の入院患者の見込み、それを病床に変換している推計であります。この推計には、膨大なデータ処理が必要になりますので、毎年国からデータが出るかどうかわかりませんが、今回の推計は、25年度の医療行為を分析して推計したものです。26年度の病床数ですが、県が毎年10月1日現在で病院名簿を作っておりまして、一般病床何床、療養病床何床という形で出しております。25年度の病床機能報告制度の報告結果は、すべての病床が報告されてはいないため、少ない数字で比較してもいかなものかということもありましたので、26年度の病床数を25年度の報告制度の比率で割り戻し、参考値としております。稼働率の比較というところまでは今はまだ考えておりませんので、具体的にデータができるかというところはまだこれから必要があれば検討していきたいと思えます。</p>
<p>議長（後藤会長）</p>	<p>県の説明に対する意見とか他に質問はありますでしょうか。</p>
<p>さくら総合病院（小林 病院長）</p>	<p>平成37年の算定資料ということですが、素朴な疑問ですが、その2年後にはリニアが開通します。そうすると資料の尾張エリアの人口増減はリニアの開通とか全然考えてい</p>

	<p>ない想定ですね。どう出るかですが、尾張地区の人口がリニア開通により大きく増えるのか、反対に減少するのかわろんなことが議論されています。先ほど、末永先生がおっしゃったようにこの試算で動いてしまっは、怖いと思います。どっちかという、結局若者が吸い上げ現象で、東京に移行するかもしれません。逆に高齢者は東京に居場所がなくなるので、リニアでいけるような場所であれば介護対象者が移行する可能性も結構高いと思われます。当法人はそこを狙い目だと思っは、39年以降は、東京がマーケットの対象になると思っはいます。だから、なおさらこの試算に疑問を持っはいます。</p>
<p>事務局(医療福祉計画課 緒方課長補佐)</p>	<p>まず、試算ですが、人口は人口問題研究所の将来推計人口を使うこととされてっは、全都道府県が使うこととなります。必要病床数を含めた地域医療構想は、今回策定しますが、医療計画の一部という位置づけとなりますので、また29年度に30年度以降の医療計画を作る中で、必要な見直しを行うことになると思っはいます。リニアが開通した後の人口の問題については、将来人口に反映されてくれれば、おそらくこちらの基礎資料にも反映できると思っはいますが、今現在それを見込みの中に入れられないのかということについては、困難な状況です。</p>
<p>議長(後藤会長)</p>	<p>他には何かご意見はありますでしょうか。春日井市民病院の渡邊先生、何か意見はございませんなか。</p>
<p>春日井市民病院(渡邊病院長)</p>	<p>ほとんど末永先生の意見と同じですが、問題を挙げるとすれば、この推計が高度急性期、急性期といっはても何を意味しているかがまったくわかりませんな。ただ手術をやれば診療報酬点数は高くなるわけで、例えば単科の局所麻酔だけでも手術ですので、それを高度急性期、急性期という分類をしてしまうのはどうか。皆さんがおっしゃっはるように統計などは推計だから絶対確実なものではありません。人口推計だっは税金の収入だっは結果は変わっはっているではありませんか。推計を今の制度に当てはめるよりも、医療は相手が人間なので、人間の動向によってフレキシブルに変わっはっていきます。例えば保険の診療報酬体制が変われば、それに伴っは医療の側は柔軟に変化します。それを無理に数字に当てはめようとするには大きな問題が残ると思っはいます。例えば、慢性期病床では、介護療養型病床がもう立ち行かないということで、他の形を模索してっはいます。医療型から介護型に行けば、慢性期の病床はどっは減っはってしまっはいます。そういっはったことから、今の国の施策は合わんないので、うまく回っはっている地域のバランスをあえてなぶる必要はないと思っはっております。</p>
<p>議長(後藤会長)</p>	<p>どうも有難うございませんな。今の意見に対して県は何かありますか。</p>
<p>事務局(医療福祉計画課 緒方課長補佐)</p>	<p>先程から指摘いただっはっておりますのは“推計”でありますので、不確定要素はあると思っはいます。75歳以上の人口が平成37年に向けて増えることに伴っは、医療需要も増え、年齢構成も変わることによって疾病構造も変わっはっていく、こっはいう変化についてはやはり地域の関係者の皆様に共有していただく必要があると思っはっております。将来の医療需要に変化があることをまずご理解をいただっはきたいと思っはいます。そのために、難しい設定だっはったと思っはいますが、渡邊先生がおっしゃっはったように点数で区切る、手術だとか点数の高い薬を出せば点数が高い訳ですから高度急性期というカテゴリに分類されることがいいことかどうかは、もともとこの取り組みのベースとしての今回の推計の問題ではあ</p>

<p>さくら総合病院(小林 病院長)</p>	<p>りますが、ある程度の仮定を置かざるを得ません。仮定を置いた中で、将来の状況を共有する、そういう目的のためにあるものだと思っています。</p> <p>現在、毎年、日本全国で病院が20～40減っています。新たに愛知県で開設する病院が2つあると説明がありましたが、実際に経営上厳しいのは中小病院で、潰れるところもあります。そういう療養に転換もしていない急性期と謳っている病院がどのくらい今後つぶれていくかということは試算に入っていないですね。だとすると、ほっておいても慢性期も急性期も減っていくのではないのでしょうか。多分、ここにお集まりの病院は、20年後も30年後もある病院ですが、ここに来ていない中小の病院の中には、後継者がいないとか経営上やっていけないというところの話の話を直接聞いて知っていますので、資料の数字に疑問を持っています。</p>
<p>事務局(医療福祉計 画課 緒方課長補佐)</p>	<p>まず、将来の必要病床数という推計は、今の受療動向をベースに将来の人口構造を見た場合に、どういう患者がどのくらいいるかということですので、医療ニーズの将来の姿に対して今、過不足という見方がいいのかどうかはありますが、参考値と比較した差が出ておまして、その参考値は現在の病床になるかと思えます。今回、将来の必要病床数を示させていただいて、今後、地域医療構想の実現に向けた取り組みがどうあるかについては、来年度以降、毎年病床機能報告制度の結果を、この調整会議のような場で提供させていただきながら、将来の医療需要の必要病床数に対して今の状態はどうか、その過不足を見ていただいて何か地域としてやれることがあるかどうかを議論していただくこととなります。その結果、現状の数字のところ、病床の廃止といった状況も出てくるのではないかと考えております。</p> <p>また、現状の病床の把握方法が、病床機能報告では定性的な基準でそれぞれの病院の判断で医療機能を選択して報告いただいているのに対し、そもそも必要病床数というのは、医療の入院患者の実態から点数で区切っているの、考え方が違います。病床機能報告制度では、おそらく実態を正しく反映されていないといった課題もありますので、国は、報告制度の精緻化に向け、定量的な基準の設定について検討を行っております。国が精緻化を図る中で、県は、毎年度の報告結果をこういった会議の場で提供させていただき、数字の収斂状況や差を議論していただくことになろうかと思えます。今、議論をお願いしたいのは、必要病床数をどう設定するかということでありまして、地域医療構想では将来の医療ニーズを捉えますので、簡単に言いますと、将来の医療ニーズを医療機関ベースで捉えるのか。患者住所地ベースで捉えるのか。さらに、流入・流出をどう捉えるのか。今回のたたき台案におきましては、一般病床及び療養病床で200床以上の大きな増床がある場合に流入・流出に影響を与えるという仮定をしておりますので、今回ご意見をいただきたいのはこの部分になります。</p>
<p>議長(後藤会長)</p>	<p>どうも有難うございました。他に何か意見はありますでしょうか。</p>
<p>名古屋徳洲会総合病 院(前田病院長)</p>	<p>資料3ページで、高度急性期の必要病床数は、名古屋・尾張中部ですと平成26年の6,987病床に対して、平成37年の必要病床数は、2,885床で4,100床ぐらい減らさなければいけないことになるし、尾張東部でも同様に1,639床減らさなければならぬことになっています。尾張北部は188床の減少となっておりますが、この平成37年の必要病床数の予測はどの程度信憑性があると思われませんか。</p>

事務局 (医療福祉計画課 緒方課長補佐)	<p>今の病床機能報告の状況では、例えば大きな病院について、ほとんどが高度急性期と報告されている病院もありますし、大きな病院でも一定の数字だけ高度急性期と報告されている病院もあります。なぜ、そういう報告の差がついてしまうかという、定性的な基準しか示されておらず、その中で医療機関がそれぞれの判断により選択せざるを得ない報告制度に問題がありまして、精緻化に向けて定量的な基準を設定できないか、国が検討をしております。</p> <p>名古屋・尾張中部に関して、平成26年の病床数と平成37年の必要病床数にかい離があるということですが、平成37年の必要病床数の出し方は、25年度の診療実績を点数で割り戻していますので、そんなに地域で差はないと思われます。問題は、平成26年の病床数で、25年度の報告制度の結果を基にした数字ということになります。</p>
江南厚生病院 (齊藤病院長)	<p>病床機能報告制度は、定性的、当院ですとHCUとかICUとかGCUとかNICUを高度救急として、全体で684床あるうちの48床が高度急性期となりますが、当院は急性期病院となりますので、療養54床を除いた582床を急性期として報告しております。本当はどうなのか、12月1日に入院している621人の患者のその日の点数を調べてみましたが、3000点以上は119人で19.2%でした。そうすると、その比率で684床を掛けると高度急性期は131床となります。600点以上は292人で47%でした。その比率で684床を掛けると急性期は321床となります。回復期については、0床で報告しておりますが、実際は、225点以上は111人で17.9%でした。その比率で684床を掛けると回復期は122床となります。同様に慢性期は54床で報告しておりますが、99人で15.9%でした。その比率で684床を掛けると109床となりました。この1日分のデータを出すのに半日かかりましたが、正直に点数で出した結果です。365日であれば平均で出せばいいのかもしれませんが、定性的な数字とは明らかにかい離がございましたので、この表の数字はあまり信用できないと思われます。</p>
小牧市民病院 (末永病院長)	<p>この問題に関して言いますと、もともと「高度」とは何かということの定義づけがありません。急性期、亜急性期、慢性期であったのが、点数でもって、使っているお金が高いかどうかだけで3000点が出てきました。では、大学病院などですべて高度かと言われるとそうではありません。実は、伏見先生にある講演会の時に高度と急性期の差が何か聞いてみましたが、その時は急性期であればいいようなことを言っておられました。ですから、この「高度」というのもこれから変わってくると思われます。</p> <p>急性期か回復期か慢性期かそういう分け方の方がよいと思います。ところが、この定性的な病床機能報告では、病棟ごとの報告とされておりまして、一つの病棟に「高度急性期」医療が必要な人ばかりいるわけではなくて「高度」から「急性期」あるいは「回復期」になっている人もいるわけで、病棟で一番多い割合を占める「医療機能」でくるから難しいのです。回復期と高度急性期はちょっと違います。この地域で回復期が足りないなら、自分が提供している医療がひよっとしたら急性期ではないから回復期に変えますという具合に簡単に変えられません。診療報酬のバックアップがないとそれは難しいと思われます。</p>
事務局 (医療福祉計画課 緒方課長補佐)	<p>もともと必要病床数は、点数で区切っておりますが、病床機能報告制度で定量的な基準を設定しても、100%必要病床のカウントと合うような定量的な基準ができるかというと、どこまで精緻化しても困難だと思います。また、病棟単位での報告となっておりますので、一定の異なる機能区分の患者が入ってしまうといった点もあると思います。</p>

尾北歯科医師会（梶浦会長）	<p>歯科の方で、少し違った方向からも意見を申し上げたいと思います。7ページの将来あるべき医療提供体制を実現するための取り組みのところでお話しさせていただきたいと思います。(2)の今後の方策のところですが、歯科診療は、それぞれの歯科診療所で行われているのが主であります。それが、医科疾患で病院へ入院すると歯科診療が途絶えてしまいます。さらに、退院をしてその後施設に入所したり、在宅で寝たきりになったりすると、今まで続けられていた歯科診療が放置されて、最終的には、口腔内は劣悪な状態になってしまいます。こういうことを踏まえまして、左側の中段にあります病床の機能分化及び連携の推進というところで、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の各病床機能に応じた医科入院患者、及び通院患者に対して口腔機能管理を含む歯科医療を入院前から退院後まで途切れなく、効果的にできる体制づくりが必要かと思えます。二つありまして、まず、一つ目は、高度急性期から急性期ですが、最近ちょっと話題となっておりますが、周術期口腔機能管理やNST等への歯科の関わりがあります。二つ目は、回復期から慢性期で、訪問歯科診療、口腔機能管理、NST、摂食嚥下チーム等への歯科の関わりということに記載していただけたらと思います。NSTとか摂食嚥下チームというと、我々一般の開業医としては、なかなか携わることが難しいですが、病院歯科では対応できるのではないかと考えております。次に右側のページの在宅医療の充実の所ですが、患者の歯科の情報が病院へ入院する前、入院中、退院後それぞれの施設への入所や在宅への移行の際に、医科歯科連携のもと連続的に途切れることなく伝わるようお願いしたいと思います。</p> <p>先日、尾北地域で在宅医療の講習会がございましたが、その時に、春日井市民病院の看護師さんから、病院内で口腔管理をしても、退院時にそれをどのように伝えていけばいいのか、どこへお願いしたらいいのかわからないといった意見もいただいておりますので、患者さんの歯科情報が途切れることなく退院後、在宅に至るまで伝わっていくしくみづくりをしていただきたいと思います。</p>
さくら総合病院（小林病院長）	<p>先程、前田先生からこの圏域で差があることについて話がありましたが、県の方に聞きたいのは、名古屋医療圏は、そもそも4600床ぐらいの病床過剰区域となっておりますので、それを勘案すると妥当な数字に戻ると思えます。例えば尾張北部医療圏は、2床の病床不足地域となっております。前田先生のおっしゃるとおり。名古屋医療圏が4600床も病床過剰区域になっているので、それを考えると、名古屋市が発表しているのは今後10年間、人口が増える想定で、14歳以下の人口は減る想定が出ています。75歳以上の人口は増えます。明らかに高齢者が増えていて、医療のニーズは増えると思われるのにおかしいのではないですか。それとも、そもそも今現在が病床過剰だからこうなるという理解でよろしいでしょうか。</p>
事務局（医療福祉計画課 緒方課長補佐）	<p>小林先生がおっしゃるのは、病床整備計画の基準病床数のことでしょうか。基準病床数制度というのは、病床規制のための数字で、名古屋市は既存病床数が約2万床、今の計画の基準病床数が約15400床ぐらいですからその差が4600床あるということだと思いますが、基準病床というのは、医療計画期間内にどのくらい病床が必要かということですので、今現在の医療ニーズになります。一方で、名古屋医療圏は、流入が多い状況にありますので、そうした状況を加味して、将来の人口を考えたどの程度必要かという見方をした場合に、平成37年には22610床必要ということになります。</p>

さくら総合病院(小林 病院長)	同じことを言っていると思うのですが、病床整備計画の基準病床数で見ると、今現在、今の人口で名古屋市は既に4600床多い訳で、10年後、3ページの必要病床数を見たときに、病院の必要数が上がってきたとしても急性期と高度急性期を足すと5500床ほど多くなります。今現在で過剰ですからこれが10年たったとしても過剰となるのは明らかではないでしょうか。前田先生が疑問に思われていたことは、これで説明がつくのではないのでしょうか。
事務局(医療福祉計 画課 緒方課長補佐)	3ページの名古屋・尾張中部の部分について、名古屋医療圏の高度急性期から慢性期までは、いずれもベースは一般病床と療養病床です。そのうちの高度急性期と急性期は多すぎるという数字が出ていますが、回復期は5584床今後必要であるという数字が出ております。トータルで見たときに、トータルの過不足と病床整備計画の基準病床数の過不足の関連性はありません。
議長(後藤会長)	その他にどなたか意見はありますか。
総合犬山中央病院 (竹腰理事長)	3ページの病床数の数字に平均在院日数は斟酌されていますか。
事務局(医療福祉計 画課 緒方課長補佐)	斟酌されておられません。
議長(後藤会長)	有難うございました。 では、他にご意見・ご質問をいただきたいと思いますがいかがでしょうか。
	よろしいでしょうか。 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。 最後に事務局から何かありますか。
司会(次長)	特にございません。
議長(後藤会長)	それでは、本日の尾張北部圏域地域医療構想ワーキンググループは、これもちまして、閉会といたします。ありがとうございました。