

## 平成29年度第1回尾張西部構想区域地域医療構想推進委員会 議事概要

- 1 日 時 平成29年8月29日(火) 午後3時から午後4時まで
- 2 場 所 愛知県一宮保健所 4階 大会議室
- 3 出席者 別添出席者名簿のとおり
- 4 傍聴人 10人
- 5 議 題 【本日の地域医療構想推進委員会について】  
地域医療構想の推進について  
【病床整備計画】  
平成29年3月31日現在の既存病床数等

### 6 会議の内容

#### (1) 開会(一宮保健所次長)

平成29年度第1回尾張西部構想区域地域医療構想推進委員会を開催します。

#### (2) 委員長の選出について

開催要領第3の第3項の規程によりまして、互選で、委員長は一宮市医師会の野村様にお願いします。

#### (3) 会議の公開・非公開について

当委員会は開催要領第5第1項によりまして、全て公開で行います。

#### (4) 議事

ア 地域医療構想の推進について(説明者:医療福祉計画課 山田主査)

- ・地域医療構想につきましては、昨年度までに全都道府県が策定しています。
- ・推進方法等につきましては、現在も国がワーキンググループ等を開催し、検討している最中です。
- ・本日の推進委員会では、平成28年度の病床機能報告の結果から医療機関の転換状況や各構想区域における医療機関の現状の確認を行っていただき、今後の相互の協議が進むよう情報共有を図っていただくことを目的と考えています。
- ・次回の推進委員会において、医療機関に対する調査についてもご説明します。
- ・推進委員会の進め方について、国における地域医療構想の実現とプロセスについての資料を元に説明します。
- ・資料1、こちらは、6月22日に開催されました、国の地域医療構想に関する

ワーキンググループの資料の抜粋です。

- ・資料1の国が示す地域医療構想の実現プロセスとしましては、
- ・ステップ1、各医療機関が地域医療構想調整会議において、機能分化連携に向けて協議を行い、病床の機能分化連携を促進する。
  - ・調整会議における協議では、
    - ①救急、小児、周産期等の政策医療を担う中心的な医療機関の役割の明確化を行う。
    - ②その他の医療機関について、中心的な医療機関との連携を踏まえた役割の明確化を行う。
- ・ステップ2、都道府県は、地域医療介護総合確保基金を活用し、支援を行うこととされており、病床機能の転換等に伴う施設整備等の補助を行います。
- ・医療機関の自主的な取り組みだけでは機能分化連携が進まない場合には、ステップ3、医療法に定められた都道府県知事の権限を適切に発揮し、地域で既に過剰となっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、転換中止の命令を行ったり、協議が整わない場合に地域で不足している医療機能を担うよう指示を行う。
- ・地域医療構想調整会議の進め方のイメージとして、国は年4回程度調整会議を開催し、地域医療構想の達成を目指す。
- ・国の資料では、この年4回の調整会議を通じ、医療機関の役割を明確化することを想定されておりますが、診療報酬、介護報酬の同時改定が今年度を実施されていることや、病床機能報告の医療機能区分の基準を国が次年度に向けて検討中であることなどから今年度中に各医療機関の役割を検討し、明確化することは困難であると考えられます。
- ・本県においては、この度、病院協会を始めとする県内病院5団体からなる、愛知県病院団体協議会に各構想区域を担当範囲とした幹事団が結成され、地域医療構想推進委員会とは別に病院関係者の自主的な協議の場による取り組みが推進されます。
- ・今年度の本県における地域医療構想推進委員会では、病床機能報告等の詳細な資料を提示し、各構想区域における医療機能の転換状況や中心的な医療機関の現状及び将来の方向性の共有と確認を行うことで、県主導ではなく、各構想区域における病院間等の自主的な協議が進むようにしていきたいと考えております。
- ・平成29年6月29日に閣議決定の骨太の方針で、地域医療構想調整会議について、個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向

けて、2年間程度で集中的な検討を促進すると明記されています。ただし、現時点で厚労省から具体的な話はありません。

- ・資料2は医療機関から国へ提出されております、平成28年度病床機能報告の結果から項目を抽出したものです。この資料を基に個別具体的な協議を行うということではなく、情報の共有を図っていただきたいと考えています。

- ・資料2は施設毎に病床機能報告の結果を整理した施設表、資料3は病棟毎の病棟表になっています。

- ・資料2の施設表につきましては、昨年度の推進委員会でも、提示させていただいたものと同様の項目を抽出しています。

- ・各医療施設について、上段にH28、下段にH27と結果を表示しておりまして、昨年度からの比較が可能な形です。

- ・資料3の病棟票については、昨年度は提供していないため、平成28年度のみ結果です。

- ・病棟票のデータは、28年度の診療報酬の改定に伴うシステム改修に合わせて、病棟コードが導入され、レセプトと連動した数値が報告されています。

- ・資料2の2ページで、資料の左側から、各施設で算定されています入院基本料、特定入院料及び届出病床数をまとめております。病床機能報告の高度急性期から慢性期までの機能の定義につきましては、未だに国が検討中で、あいまいさがあるものとなっております。

- ・各医療機関の算定理由の入院基本料では、実際どのような機能を各医療機関が、担っているかが見えてきます。

- ・目立つ変化といたしましては、泰玄会病院におかれまして、H27は一般病棟10対1、入院基本料に133床であったのが、H28では100床となっております。その分28年度では、地域包括ケア病棟入院基本料2が33床算定されています。また、稲沢厚生病院では、H27は一般病棟7対1、入院基本料に199床であったのが、H28では153床となっております。その分H28では、地域包括ケア病棟入院料1に46床算定されています。

- ・資料2の3ページでは、資料の左側から、届出認定告示要件、救急医療の年間実施状況、入院患者数の年間分をまとめています。救急関係の認定告示数は、前年度と変化ありません。なお、救急医療の実施状況、入院患者数の状況は、1年間の数となっているのに対し、入棟前の場所、退棟先の場所別の入院患者数の状況、右端の分娩件数は、平成28年6月の1か月間の状況です。

- ・資料2の4ページでは、職員数の欄には、施設全体の看護師から臨床工学技師までそれぞれの職員数をまとめており、退院調整部門の設置状況では、退院

調整部門の有無、その右側に、退院調整部門に勤務する職員数を記載しています。また、その右側には、施設毎の医療機器の台数をまとめています。

・③その他の医療機器のガンマナイフ、サイバーナイフ、内視鏡手術用支援機器（ダヴィンチ）については、平成28年度に追加された項目です。平成27年度の値にこちらのガンマナイフ、サイバーナイフ、ダヴィンチ、全て0と記載されていますが、本来は、平成27年度に報告項目となっていなかったものですので、本来は、空欄もしくはハイフオンというものです。

・資料2の5ページ以降は、有床診療所の統計です。抽出しています項目については、基本的に病棟内容と同じです。

・資料3の病棟票では、各医療機関様が持っている機能の情報を提供し、共有することを目的としています。病棟票からは、各病棟において、どの診療所でどのような治療が行われているかという、各施設の状況の把握を行うために、項目を抽出しています。

・資料3の2ページの左から順に各病院の病棟毎の医療機能、主とする診療科をまとめています。主とする診療科におきましては、複数の診療科を選択されている場合は、上位2つまでを記載しています。その右側には、病棟毎の病床数、その右側及び次の3ページは、先程の施設票でも同様の項目がありましたが、その内訳として入院患者の状況や職員数について病棟毎にまとめています。

・資料3の6ページからは、先程の施設票でも同様の項目がありました。内訳として各病棟で関係する特定入院料の状況を病棟毎に記載しています。

・資料3の8ページ以降は、病棟毎にがん、脳卒中、心筋梗塞等の具体的な医療に関する項目について、平成28年6月分の診療実績からレセプトの件数を抽出集計してまとめたものになっています。また、この入院患者に提供する医療の内容につきましては、件数が少ないことにより個人が特定されることを防ぐため、報告件数が1以上10未満である場合は、報告された数字を\*に置換し秘匿しています。

・病棟票の見方の一例としては、資料3の2ページの一宮市立市民病院について、南館3A病棟では、医療機能が急性期を選択されており、診療科は、循環器内科、心臓血管外科が記載されています。資料3の9ページの一宮市立市民病院の南館3A病棟では、治療の実績として、⑪経皮的冠動脈形成術に34件のレセプトが算定されていますので、当該病棟では、現状、心血管疾患の急性期の実績があるということが分かります。

・10ページは、有床診療所のデータを記載していますが、有床診療所の病棟票については、一つの診療所を1病棟とカウントするので、有床診療所における

病棟票については、その機能の情報と、主とする診療所のみ、項目を抽出して記載しています。各構想区における医療機関の自主的な協議の場等において、議論を進めていただくよう、資料を提示しています。

・資料4は、平成28年度の病床機能報告の結果をまとめたもので、左上が平成28年7月1日の病床機能毎の病床数を記してあり、右側がその6年後の機能を記載しています。下の表は、参考として27年度の結果を掲載しています。県全体の病床数は、高度急性期が217床、急性期が573床、慢性期が100床、それぞれ減少しており、反対に回復期が531床増加しています。

・資料4の2ページは、構想区域の各医療機関の医療機能毎の病床数の昨年度からの比較を記載しています。

・資料4の3ページは、各医療機関の病床数の合計と構想区域における平成37年度の病床の必要量の比較を表の3ページの枠の下の方に表示しています。

・尾張西部構想区域では、平成28年度の病床数が、平成37年の必要病床数と比較して、急性期が969床、慢性期54床がそれぞれ過剰となっている一方で、高度急性期305床、回復期910床が不足している現状です。

・病床機能報告は、病棟単位で、医療機能を選択されたものですが、地域医療構想の必要病床数は、平成25年度のレセプト実績に基づく推定によるもので、単純に比較できるものではありません。

・資料5では、先程、資料1の地域医療構想の実現プロセスのステップ2として、都道府県は、地域医療介護総合確保基金の活用、支援し、病床機能の転換等に伴う施設整備等の補助等を行うと説明しました。この資料では、地域医療介護総合確保基金の内、回復期機能の充実を図ることを目的として、回復期病床への転換・新設に必要な経費の一部を助成する、回復期病床整備事業の概要について記載しています。補助金の基準額等については、1に記載のとおりですが、現行制度のものであるため、今後変更となる可能性があります。

・補助実績では、平成27年度以降の補助実績と今年度の補助予定を一覧として掲載しています。平成27年度、平成28年度の2年間で6施設234床の整備について、補助しており、平成29年度は、8施設381床の補助を予定しています。回復期病床への転換・新設を予定される医療機関で、補助金の活用を検討する場合は、医療福祉計画課まで、連絡してください。

・資料6では、現在、国において、各都道府県の地域医療構想の策定に向けた取り組み状況や課題について共有するため、各都道府県に対し、非稼働病床の理由や今後の病床機能の転換予定などを定期的に確認することが検討されています。そのため、本県においては、非稼働病床の理由や今後の病床機能の転

換予定等を各医療機関に確認するための調査を10月頃に実施することを予定しています。資料6の左側がその調査票の案です。調査の時期や締め切りについては、改めてご連絡します。調査票における設問の4、5については、救急医療等を担う中心的な医療機関のみに追加で、実施する予定です。救急医療等を担う中心的な医療機関等は、2ページに対象の医療機関の一覧を記載しています。救急医療を担う医療機関には、二次医療を担う医療機関も対象としています。設問5では、地域医療構想を踏まえた、今後の役割を記入する欄を設けていますが、県内の各公立病院については、地域医療構想の場合、医療機関の果たすべき役割が、新公立改革プランで、既に策定されています。

・資料6の1ページに新公立改革プラン策定済みの部分について、地域医療構想の関連部分の抜粋を記載しています。既に公立改革プランを策定済みで、プランに変更がない場合は、チェックをして、特に記載する必要はありません。公的医療機関等について、今年度地域において担うべき役割等を記載した、公的医療機関等2025プランを策定することが決定されました。

・資料6の4ページは、公的医療機関等2025プランに関する、国の資料です。左上に記載のとおり、公的医療機関、国立機構等の独法法人、地域医療支援病院、特定機能病院等が対象となっています。この公的医療機関等2025プランの策定対象の医療機関におきましては、既に国から直接、策定に関する通知が届いていますが、策定の期限等については、国からの追加連絡を待って、期限等を合わせてご連絡します。本調査票において、公的医療機関等2025プラン策定予定の医療機関につきましては、設問等は、プランに記載予定の内容を踏まえ、現時点の医療機関の方向性を確認してください。この調査票につきましては、次回の推進委員会で、取りまとめ結果をお示しします。

## イ 質疑

(社会医療法人杏嶺会理事長 上林弘和委員)

・急性期及び長急性期の考え方の概念が徹底していないので、それがいつ頃になったら、県としては示すのか。どのような基準なのか、また、国の基準はどうなのか、という点を質問します。

(医療福祉計画課 山田主査)

・地域医療構想自体、昨年10月に構想策定しましたが、その際の病床機能報告の基準が、単純に作文レベルでしかなくて、資料の2、3で説明しました平成27年度、平成28年度の状況は、まだ変わらないというところです。国

については、来年度に向けて、また議論をすと言ってますが、まだいつまでにとか、どのレベルでという明確な回答はない状況です。冒頭でも申し上げましたが、現状の足元を各医療機関、医療機能の基準が明確でない段階で、県としても、答えにくい状況です。

(総合大雄会病院・社会医療法人大雄会理事長 伊藤伸一委員)

・資料1の経済財政運営と改革の基本方針の2017年で、アンダーラインの部分ですが、2年程度で集中的な検討を促進する。さらに個別の病院名や転換する病床数等の具体的な内容について、速やかに策定しろと記載してあるわけですが、一方で、ここに示されている地域医療構想ワーキンググループの資料では、地域医療構想調整会議の進め方のサイクルの表で、第3回目の会議では次年度における基金の活用等を視野に入れた議論をすることになっており、機能毎に具体的な医療機関名を挙げて具体的な決定をすと記載してあるわけですが、これをやらなければいけないというのは、国の会議のどこでも言われていない。一方で、内閣府は、こうゆう基本方針でやりなさいと記載してあるのですが、この言葉にどこまで強制力があるのか、県としては、どんな考えなのか教えていただきたい。

(医療福祉計画課 山田主査)

・先生がおっしゃられたとおりでございまして、この2年程度でというものが、突如として出てきたわけですが、一体何をするのかというものは、厚労省の方から明確な答え、話もないという状況です。例えば、岐阜県では、地域医療構想毎、医療機能毎に、何床になるのかを構想に記載されております。本県が、昨年10月に、地域医療構想を作った際、岐阜県は、平成27年度末に作成しておりまして、平成28年度月上旬に、こちらの推進会議、当時はワーキンググループと言っておりましたが、案を示した際、そのようにすべきという意見は出ずに、むしろ地域医療構想というのは、自主的に各医療機関が話し合っ、判断していくというのが第一で、必要病床数についても、県が削減する目標ではなくて、あくまでも将来の目安、目標になるもの、そういったものを共有しながら、地域がまずは、自主的に判断していくものというご意見がたくさんありました。その旨は、構想の本体の方には、明記させていただいておりますので、途中で話しましたが、病院団体協議会の自主的な集まり等もありまして、我々としては、情報共有を図っていきながら、自主的な判断を行うにあたって、材料となるものを、それから、回復期に補助金の制度がありまして、

そういった自主的な経営判断で、転換しようという考えのところには、サポートするようなスタンスで、まずはやっていこうと考えています。また、国がどのような考えか分かりましたら、そのあたりは、相談していただきながら、進めていきたいと思えます。なお、構想の「6. 本構想を実現するための施策、(1) 基本的な考え方」にも、医療機関の自主的な取り組みを促すとともに、医療機関相互の協議を行う旨を記載しています。

(総合大雄会病院・社会医療法人大雄会理事長 伊藤伸一委員)

・今、説明いただいた点はとっても重要なことですが、この文章だけ読みますと、2年で決定しなければならないという勘違いをすることは、ぜひ避けたい。2年でやれば、基金の配分に関して配慮するよということだけなので、これをたった2年でやることになれば、大変大きな齟齬が生まれるし、将来禍根を残すことになると思っています。ここは2年にこだわらずに議論をしていきたいと思えます。今、そういうご説明があったと思えます。よろしくお願ひします。

(医療福祉計画課 山田主査)

・意見があったことは、報告させていただきます。

#### ウ 病床整備計画、平成29年3月31日現在の既存病床数等について

(説明者：一宮保健所総務企画課 石川課長補佐)

・病床整備計画に関する取り扱いについては、国から、平成29年6月23日付けで、地域医療構想を踏まえた病床整備にあたり、都道府県が留意すべき事項について、国の通知が出されました。そのことから県は、平成29年7月7日に開催されました愛知県医療審議会医療体制部会におきまして、それを審議しました。その審議結果を踏まえまして、平成29年度の病床整備計画の取り扱いが変更されました。

・主な変更点は、3点あります。

・一つ目は、今年度については、病床整備計画の受け付けを年1回とする。

・二つ目は、無菌病室、集中治療室、心臓病専用病室の病室について当該病室の病床に収容されたものが利用する他の病床が、同一病院又は診療所内に別途確保されているものを既存病床数として算定する。

・三つ目は、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第2及び第3に掲げる、留意事項の適用に異議がない計画を除く、全ての病床整備計画について、この地域医療構想委員会で意見を聞くこととする。



この場合、計画者に推進委員会への出席を求め、計画者からの説明を踏まえた協議を行うこととする。

・資料7の表の右側の比較参考という資料で、表中の冒頭に基準病床数及び既存病床数がございます。表側に病床種別の一般病床及び療養病床、これは医療計画の単位となる医療圏として、県内12の区域が定められております。基準病床数につきましては、その地域にどの程度の病床数を整備するかという目標であります。これが省令で定められた算定式に基づいて、医療圏毎に算定されています。変更前の算定式で計算した場合の平成29年3月31日現在の既存病床数になります。尾張西部医療圏を見ますと、基準病床数が3,676、カッコの方が、承認の病床数ですが、3,636、カッコの下が、40ということで、増床可能が40床と出ています。

・左側の表が、変更後の算定式で計算した表です。変更後の尾張西部医療圏の一般病床及び療養病床の基準病床数は同じ3,676床となっておりますが、カッコのところの既存病床数の承認済みについては、3,691床差し引きで、マイナス15床となっておりまして、現在、この尾張西部医療圏におきましては、15床の過剰病床数となっておりまして、今年度の病床整備計画の受け付けすることができない要件となっております。

## エ 質疑

(一宮市医師会長 野村直孝委員)

・先程3点の変更のところがありました。2番目のICUを既存病床数に入れたということですが、この理由がちょっと分からない。何で今までずっと認めていたものを急にこっちに入れたのか、というところが、少し説明をいただけましたら。

(医療福祉計画課 山田主査)

・基準病床数制度は、基準病床数という国の省令に基づいたものに対し、現在のベッド数に一定の補正をかけてカウントした既存病床数と比較し、その差で空いているところが、病床整備可能な枠がありますというものです。今回は、既存病床数の方で、国がカウントしなくても良いとされていたICUというものの考え方に変更がありました。従来は、それに基づいて、例えば100のベッドがあつて、10のICUのベッドがありますというところについては、100じゃなくて90とカウントしていたのですが、国として、実態と合っていないということで、10のICUも既存病床数にカウントしなさい、というものが示されまし

たので、実態とより合わせるために、ICUを今回からカウントすることになりました。

・国の考え方が、非常にあいまいだったところを、国が考え方を整備されて、カウントするようになったところです。

(一宮市医師会長 野村直孝委員)

・そうですか。ちょっと遅すぎますよね。それだったとしたら。

(医療福祉計画課 山田主査)

・おっしゃるとおりでして、各県で、対応がばらばらだったというものを国として、考え方を整理されたところです。

(一宮市医師会長 野村直孝委員)

・はい。分かりました。これで困ってみえた方がいましたので質問しました。

(社会医療法人杏嶺会理事長 上林弘和委員)

・そもそも整備計画、既存病床の整備計画というのは、そもそも論ですけど、どのように国から降りてきて、どのように掛け算されて、どのようにされてきたのかを、これは昔の話でしょうけど、良く分かりません。僕たちはそれに沿って交渉したり、検証したり、交渉したくてもできなかったこともあったし、そういうことをやってきたわけです。そもそもちょっと良く分からない。その掛け算がこのICUとか、無菌室だとか、そういうのが入れてないところがあったり、あったところがあったり、それから、どういう掛け算で、これは、国の全国統一なのか。それともどういう掛け算なのか。人口毎の掛け算なのか、何なのか。よく分からない段階。その点を教えていただきたい。ということなんです。

(医療福祉計画課 山田主査)

・基準病床数の算定につきましては、仕組みの方で、省令に基づいた算定式がありまして、それに基づいて算定式自体は全国統一です。ただ、先生がおっしゃられたとおり、その基準病床数で使う数字、例えば、一般病床の平均在院日数とかがあるのですが、そこについては、地域ブロックの数字、本県ですと、東海ブロックという数字を使うことになります。

・これは、国の方で公示されており、現状追認型的なところが実際でありまして、地域差が、かなりあるのが現状です。東海ブロックの数値は、全国で一番

低い方の数値です。要は、基準病床数が、少なく算出される状況が続いています。全国を並べてみますと、本来であれば人口当たりの数は、等しくなるという考え方もあると思いますが、ブロック毎の数字が大小あるものですから、基準病床数制度は、上限規制で、それ以上増やせないというものですので、この医療計画ができる昔から病床がたくさんある西日本とか、四国とかそういうところの地域は、未だにベッドがたくさんある状況です。

・本県のような昔から少ない数でやっていた所は、そこまですごく増えることなく推移しているところです。人口が増えれば増えた分だけ増加するものですから、愛知県で言いますと、人口もどんどん増えていますし、高齢化すると性年齢別、5歳きざみで、受療率みたいなものが定められていますので、高齢化の数が増えると基準病床数が増えてきて、改正の度に、そのタイミングで、増えてきたということもありますので、愛知県は基準病床数の推移としましては、少しずつ増えてきています。最近の国の方が、数値とか下げてきて、ちょっと停滞気味ですけども、県としてはこういう値になっています。

(社会医療法人杏嶺会理事長 上林弘和委員)

・東海ブロックが低いと言いますが、どうして低くなったのか。理由はあるのですか。それとも、お上からそういう風に、厚生労働省からそういう風と言われたからそうなったのか、きちんとした東海ブロックが低くなった理由というのを教えていただけませんか。

(医療福祉計画課 山田主査)

・国が示した数字に基づくというのが第一なのですが、その数字につきましては、国が病院報告等の実績に基づいて、平均在院日数等を決めているところでして、具体的には、国の調査に基づいたところから少し下げるといような処理をして、数字を定められているところです。今、医療の実態として実績が、このような所だから、より短いものが定められています。例えば、この辺の地域ですと、愛知県とか静岡県とかは、平均在院日数が短いですから、それが結局、短い数字が、そのまま反映されていますが、逆に西の方は、平均在院日数が、20日近くかかったりすると、そのままその数値が実績として使われているということで、基準病床数も多いままというところで、若干の不公平感はあるものとなっています。

(総合大雄会病院・社会医療法人大雄会理事長 伊藤伸一委員)

・地域医療構想の推進について、少しお尋ねしたいのですが、資料の2から資料の6までにかけて、非常に細かいデータが色々出てきたので、これらを参考に医療構想の議論が進んでいくのだろうと思っているのですが、これは病院の機能についての一部のデータが出ただけなので、これから、医療機能それから介護施設に関しても、様々なデータが出ないと、議論のそじょうに載ってこないのですが、どういう資料が、これからどのタイミングで出てくるか、という計画がありましたら教えていただきたい。それから、国の会議の中で一部の県が奈良医大の今村教諭が出された急性期指標を使って病院機能について議論をしているところがありましたが、これについて国の会議でも強い批判が起きて、それを使わないということで、確か国の指示が出ていると思います。そこを確認したい。

(医療福祉計画課 山田主査)

・データ等に関しましては、介護のデータも、国で今、検討を進めて、地域包括ケア見える化システム等がありますので、その辺がちょっと、まとまって出せるものか、あれば、適宜、提供していきたいと思っていますが、まだ現状では、そこまでのものではないと聞いています。もちろん積極的に出せるものは出していきたいと考えていますので、またこの推進委員会で判断していただければと思います。奈良県立大学の先生の急性期指標については、厚労科研費の方で作られた調査で、内容等は、私どもも見ておりますが、会議の場では出しておりません。この指標は、先生から今、ご指摘がありましたけど、やはりいくつか、問題点があります。急性期指標は非常に大きな誤解を受けかねないもので、病床機能報告等の項目を何らかの処理をして、偏差値を作るという、ざっくりというところのそういうものでして、急性期の偏差値の高い病院が良い病院のランキングと捉えられることは絶対避けたいということが第一にあります。それから偏差値の出し方自体の疑義が大きく、例えば、心臓だけの様な専門の病院は高く出て、いくつもやっているケアミックスの様な病院は、低く出るという問題点があります。それから、全国的な傾向だと思いますが、医療機関数が小さい県につきましては、正しいような数字が出ますが、愛知県みたいに医療機関数が多い県は、疑義のある結果が、出ているところがあります。急性期指標の偏差値が高いところだけが、急性医療を担う、低いところが慢性期になるわけではないので、その辺りの誤解を招く可能性が大きいのと、指標のカウント等の出し方自体も沢山疑義があって、本県では、こういった場では出していませんので、その辺をご理解いただきたいと思っています。

(総合大雄会病院・社会医療法人大雄会理事長 伊藤伸一委員)

・非常に正しく理解されているので安心しました。あの考え方だけでは、ものすごくいびつな形の病院機能になってしまうので、是非使わないようお願いしたいと思います。それから、資料6の4ページ目の11番目のスライドです。そこで、公的医療機関等2025プランの記載事項の2番とありますが、破線のカッコの中に様々な共有データを出しなさいということが示されております。これは全て公的医療機関の資料であります。おそらくこの地域構想において、公民含めた全ての医療機関が、このデータを提出し公開した上で協議してゆくことでこの地域に必要な医療の機能を整備していく必要があるのではないかと思うのですが、そういう認識で良いですか。

(医療福祉計画課 山田主査)

・こちらの公的医療機関等2025プランにつきましては、国からポンと渡された状態で、送られた側の医療機関も、都道府県にも戸惑いが沢山ある状況でお答えできないところが、沢山あるところです。いつまでにやらなければならないのかということも含めて、国の回答を待って、整理しながら進めていきたいと思っております。国の方に考えを聞いてもはっきりしない所が、沢山あって、その辺が今、把握しきれいていません。

(一宮市立市民病院長 松浦昭雄委員)

・先程から、病院間の協議の枠のことで、話がありましたので、それについて、一言申し上げます。この推進委員会が中心になって話し合われていますが、愛知県病院協会の会長から、病院独自で病院間でも話し合う場所を持った方が良いのではないか、という提案がありました。この会に病院の代表として出させてもらってますのは、ここにいらっしゃる5病院の先生方です。ただ当地区は11病院ありますから、一宮と稲沢で、この5病院以外の6病院には、今日の情報が、なかなか伝わらないということがあります。そういう病院を含め病院独自でやる病院の協議会を作ろうということで、7月24日にこの5病院で集まって、尾張西部医療圏の病院協議会という名前でその準備をしています。第1回は、10月か11月にやりますが、そこには全11病院になるべく集まっていただきます。ただその病院間でやると言っても、その病院間の、こうやろうとか、あなたの所はこうしなさいとか、そんなことはとても言えるような状況ではない。やっぱり我々にできるのは、情報共有ですので、今日お出しいただいた資

料、いろんな物を、これから全 11 病院で共有して、そして腹を割って話をし、その中で、やはり自主的にという、先程も出てましたけど、現状を分かって、変わっていくしかないということの認識で変えていくということになるかと思えます。病院間の協議会で、何か特別なことができるわけではありません。ともかく情報共有したいと思っております、それには、現場からもこの推進委員会からも情報をいただいて、それをともかくみんなで共有するところからやっていくつもりです。

(5) 閉会（一宮保健所次長）

それでは本日の平成 29 年度第 1 回尾張西部構想区域地域医療構想推進委員会はこれをもって閉会といたします。