

## 平成27年度第1回海部圏域地域医療構想調整ワーキング会議録

平成27年8月27日（木）  
午後2時55分から午後4時  
海部総合庁舎4階401会議室

### ○司会

それでは、時間となりましたので、ただ今から「海部圏域地域医療構想調整ワーキング」を開催します。開会にあたりまして、津島保健所長からご挨拶申し上げます。

### ○津島保健所長

増井でございます。

皆様におかれましては、前の会議に引き続きまして、大変お疲れのところ申し訳ありませんが、当圏域地域医療構想調整ワーキングということで、ご協力をお願いしたいと思っております。

この会議につきましては、地域医療構想の策定段階から、医療機関の三師会、医療保険者、市町村の関係者等々にご参加いただきまして、将来の必要病床数を達成するための方策でありますとか、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していただく「協議の場」として設けられたものでございます。

圏域会議に引き続き、大変お忙しい中、また、お疲れの中、申し訳ありませんが、皆様には、それぞれのお立場から活発なご意見をいただきまして、実のある協議としていきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

### ○司会

それでは、出席者の皆様方のご紹介ですが、時間の関係もありますので、前の会議と同様、「出席者名簿」と「配席図」をもちまして、ご紹介に代えさせていただきますので、よろしくお願ひします。

なお、本日の会議には、前の会議に引き続いて、傍聴者が2名いらっしゃいますのでよろしくお願ひします。

次に、資料の確認をお願いいたします。次第にあげさせていただいております、「資料1-1」から「資料1-7」までになります。資料1-7については、本日差替えを1枚、机の上に置かさせていただいておりますので、差替えをお願いいたします。

不足している資料がありましたら、お知らせください。よろしいでしょうか。

続きまして、次第の2、議長の選出をお願いしたいと思っておりますが、当ワーキングにつきましては、「愛知県圏域保健医療福祉推進会議開催要領」を準用して開催しておりますので、議長につきましては、互選でお決めいただきたいと思っておりますが、どなたかご推薦等ありますでしょうか。特になければ、事務局からの提案ですが、海部医師会の下方副会長様をお願いしたいと思います。如何でしょうか。

(異議なし)

ありがとうございます。それでは、議長を下方様にお願いします。

それでは、下方様から、一言ご挨拶をお願い致します。

○議長

海部医師会副会長の下方でございます。本来なら、会長の安藤が出席しなければいけません。が、体調不良でございまして、私が代わって出席させていただいております。議長を務めさせていただくことになりましたので、よろしくお願い致します。

このワーキングは、先程の圏域会議で説明がありましたとおり、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ため、開催するものです。本日は、海部圏域における医療需要推計データの共有・分析等をしてまいりたいと思います。皆様の忌憚のないご意見をお願いいたします。

以後、座って失礼します。

それでは、これから議事に入りますが、その前に本日の会議の公開・非公開の取り扱いについて、事務局から説明してください。

○司会

当ワーキングは、保健医療福祉推進会議開催要領の第5条第1項を準用し、公開で行いたいと思います。従いまして、本日の会議の内容につきましては、後日、津島保健所のホームページに会議録として掲載することとしておりますので、あらかじめご承知おきください。

○議長

よろしいでしょうか。

それでは、議事「地域医療構想の策定について」に移りたいと思いますので、事務局から説明してください。

○医療福祉計画課 久野主任主査

愛知県医療福祉計画課の久野と申します。よろしくお願い致します。申し訳ありませんが以後、着座にて説明させていただきます。

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が、その前に、改めまして今後のスケジュールを説明させていただきます。先ほど開催いたしました圏域保健医療福祉推進会議の「資料2-1」におきまして、最短での策定スケジュールを説明させていただきましたが、今年度、ワーキンググループにつきましては、年2回開催する予定としています。本日の第1回目のワーキンググループでは、6月に国から提供されました「地域医療構想策定支援ツール」により算出されました各種データをお示しさせていただきます。構成員の皆様にはデータの共有をはかっていたきたいと考えております。今後、本県におきまして、平成28年1月に開催を予定しております第2回目のワーキンググループの開催までに、医療提供体制の検討、都道府県間

の病床数の調整等を行いまして、医療機能ごとの必要病床数等を取りまとめる予定としております。第2回目のワーキンググループにおきましては、取りまとめました必要病床数等につきまして、皆様方にご意見を伺うこととしておりますのでよろしくお願いいたします。

それでは、資料1-1をご覧くださいと存じます。資料1-1につきましては、本県における人口の推計につきまして、2013年、2025年及び2040年のそれぞれの数値をまとめたものとなっております。網掛けゴシック体となっております海部医療圏の欄をご覧ください。表の左側にごございます「計」の欄ですが、2013年の32万9千882人から2025年、2040年と人口は減少する傾向となっております。推計人口の下に括弧書きの数値がごございますが、資料の右上に※印で説明がありますとおり、2013年を「1」とした場合の各年の指数となっております。こちらの指数を見ていただきますと、2025年の欄は、0.96、2040年の欄は0.86となっております。他の医療圏と比較いたしますと減少割合が大きくなっております。計の右隣の、0～14歳及び15～64歳の人口推移につきましても、それぞれの指数をご覧くださいと、他の医療圏と比較いたしますと、減少割合が大きくなっております。その右隣の、65歳以上人口につきましては、2040年に向けて増加傾向にあります。他の医療圏ほどの増加はなく、特に75歳以上人口では、2025年から2040年にかけては減少している状況となっております。

続きまして、資料1-2をご覧くださいと思います。こちらの資料は、2次医療圏別の医療資源等の状況をまとめたものでございまして、表が上段、下段、2段に分かれておりますが、上段左側から人口、医療圏の面積、病院等につきまして、お示しをしております。海部医療圏につきましては、ゴシック体となっている行をご覧ください。ただそれだけでは、各項目の説明につきましては、省略させていただきます。

続きまして、資料1-3をご覧くださいと思います。資料1-3につきましては、次の資料1-4以降にお示ししています医療需要の推計方法をまとめたものでございます。順に説明をさせていただきます。まず「(1) 高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要」について説明させていただきます。4つの医療機能のうち、高度急性期、急性期、回復期機能の医療需要につきましては、まず、平成25年度のナショナルデータベースのレセプトデータとDPCデータに基づき、2次医療圏単位で機能区別に、1日当たりの性・年齢階級別入院患者数を推計いたします。各医療機能につきましては、一般病床の患者に対しま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ました値であります「医療資源投入量」により区分をしております。それぞれの機能の境界点につきましては、機能の説明の欄をご覧くださいと思いますが、それぞれの下の囲みの中にごございますとおり、高度急性期機能につきましては境界点といたしまして、医療資源投入量3,000点以上、急性期機能につきましては、3,000点未満600点以上、回復期機能につきましては、600点未満175点以上となっております。そして、将来の医療需要につきましては、先ほど説明いたしました、平成25年度の入院患者数を基にいたしました病床の機能区分ごとの入院受療率を算定し、各構想区域の将来における性・年齢階級別人口をそれぞれ乗じて推計しております。資料の右側にごございますのは、境界点の考え方を図式化

したものでございます。図の左側に上から高度急性期、急性期、回復期機能とごさいまして、その下に※があります。この※につきましては、下の所に記載がありますが、175点未満の患者数につきましては、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計するとされております。

それでは、図の下になります「(2) 慢性期機能と在宅医療等の医療需要」をご覧ください。慢性期機能と在宅医療等の医療需要につきましては、前に説明させていただきました、高度急性期、急性期、回復期とは異なりまして、資料にございますとおり、①から⑤までを合計して推計を出しますが、まず、慢性期機能の説明をさせていただきますので、資料の2ページの左側中頃にごさいまして、「○慢性期機能」をご覧ください。

慢性期機能につきましては、ガイドライン上「長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能」となっております。療養病床につきましては、報酬が包括算定であるために、一般病床のように医療資源投入量に基づく分析を行うことが難しくなっております。また、地域によって大きな地域差があるということで、資料の枠で囲んである所にごさいますが、先程の3機能のように医療資源投入量を用いず、慢性期機能の中に在宅医療等で対応することが可能と考えられる患者数を一定数見込むという前提に立った上で、療養病床の入院受療率の地域差を縮小するよう地域が一定の幅の中で目標を設定することで、これに相当する分の患者数を推計することとしています。

ここで、大変申し訳ございませんが、ただ今説明させていただきました、囲みの中の説明文に誤りがございまして、説明文の2行目から3行目にかけてでございますが、資料では「地が一定の幅の中で」となっておりますが、正しくは「地域が一定の幅の中で」でございまして、地域の域の字が抜けておりますので、大変申し訳ございませんが、修正をお願いいたします。

では、慢性期機能の推計方法でございますが、具体的には、平成25年度のナショナルデータベースのレセプトデータによります療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者の70%を在宅医療等で対応する患者数として見込むこととします。また、その他の入院患者数につきましては、入院受療率の地域差を解消していくということで、パターンAもしくはパターンBの範囲内で慢性期機能の医療需要を推計いたします。また、一般病床の障害者・難病患者につきましても、慢性期機能の医療需要として推計を出します。

それでは、パターンA、パターンBにつきまして、説明をさせていただきます。資料「療養病床の入院受療率における地域差の解消について(パターンA・B)」と書いてございます部分をご覧くださいと思います。まず、パターンAにつきましては、全ての構想区域の入院受療率を、県単位で比較した場合の全国最小値にまで低下させる場合をパターンAとしております。パターンBにつきましては、構想区域ごとに、入院受療率と県単位での全国最小値との差を一定割合解消させることとしておりますが、その割合につきましては、いずれも県単位ですが、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て算出する場合となっております。地域差解消のイメージにつきましては、資料の右側の図をご覧くださいと存じます。イメージ図の下側「在宅医療等」とございまして、こちらは国のガイドラインにおきまして、定義付けされて

いるものでございますが、在宅医療等とは、「居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療」と定義をされております。

それでは、申し訳ございませんが、資料1 ページ目にお戻りいただきまして、先程慢性期機能と在宅医療等につきましては、資料①から⑤まで合計して推計をいたしませうと説明をさせていただきましたが、ただ今説明しました慢性期機能の部分につきましては、この①と②の部分になります。③につきましては、高度急性期機能等3機能で説明をさせていただきました医療資源投入量175点未満の患者数の部分になります。そして④、⑤につきましては、在宅医療等にかかる部分となっております。④が居宅等における訪問診療を受ける患者数、⑤が老健施設の入居者数を用いて推計することとされておまして、イメージ図を資料に載せさせていただいておりますので、参考にしていただければと思います。医療需要の推計方法の説明につきましては、以上でございます。

それでは次の資料を説明させていただきます。資料1-4をご覧ください。ただ今説明させていただきました推計方法によりまして、国から提供されました「地域医療構想策定支援ツール」により算出した海部医療圏における医療需要推計等となっております。まず資料を説明させていただきます前に、資料の数値に関する補足説明をさせていただきます。今回資料でお示ししています数値につきましては、すべて整数値で整理させていただいておりますが、「策定支援ツール」で算出される数値につきましては、小数点以下の数で算出されます。そのため、端数処理の関係で、「計」の欄にある数字と、各項目の数を足し合わせた数が若干合わない箇所がございますので、御了承いただければと思います。

資料1の患者数から説明をさせていただきます。こちらは、2013年度、2025年度、2040年度の入院患者数につきまして、「医療機関所在地ベース」と「患者住所地ベース」で、それぞれお示しをしております。(1)が医療機関所在地ベース、(2)が患者住所地ベースですが、医療機関所在地ベースと申しますのは、入院患者の住所地にかかわらず圏域内にございます医療機関を基準として考えた場合であります。患者住所地ベースと申しますのは、圏域内にお住まいの入院患者を基準として考えた場合であります。従いまして、医療機関所在地ベースにつきましては、患者の流出入を加味した現在の医療提供体制がベースとなりまして、患者住所地ベースにつきましては、構想区域内の住民に対して必要な医療を構想区域内で提供できる体制ということになります。なお、(2)患者住所地ベースの2013年度の数値が記入してございませんが、これは、もともと「策定支援ツール」で算出されないために、「-」としております。(1)医療機関所在地ベースをご覧くださいますと、2025年度、2040年度と医療需要が増加傾向にございます。高度急性期、急性期につきましては、2025年度から2040年度にかけてまして、若干減少しております。(2)患者住所地ベースをご覧くださいますと、高度急性期、急性期に加えまして回復期につきましても2025年度から2040年度に向けまして、減少しております。慢性期パターンAにつきましては、変化がないという状況になっております。

続きまして、資料の右側の「2 患者受療動向（2013年度における入院患者の機能区分別の流出入）」について説明をさせていただきます。こちらの表でございますが、2013年度における入院患者の流出と流入の状況につきまして、それぞれに4機能ごとにまとめたものでございます。

まず、「(1) 流出の状況」でございますが、表の一番上の項目でございます、「住所地が自圏域の入院患者数」につきましては、4機能合計で1,755人で、うち自圏域医療機関への入院患者数は1,079人でありまして、割合としては61.5%となっております。その下の項目の「うち他圏域医療機関への入院患者数」は、4機能合計で676人でありまして、割合としては38.5%となっております。この676人の流出先でございますが、医療圏ごとの数を見ていただきますと、凡例にございますとおり、上位3圏域を網かけとさせていただいておりますが、名古屋医療圏への流出が多くなっております。機能別で見ますと、高度急性期機能につきましては、患者の約5割の方全てが名古屋医療圏に流出している状況となっております。慢性期機能につきましては、名古屋医療圏と尾張西部医療圏の他に、表の一番下でございますが、県外に1日当たり25人の患者が流出している状況となっております。こちらの流出先は三重県となっております。なお、資料の表の下に米印で説明しておりますが、レセプト情報等活用の際の制約から、集計結果が10未満となる数値につきましては公表しないこととされておりますので、資料の整理上、すべて「0」という形で表示させていただいております。

それでは、2ページ目をご覧くださいと思います。資料の左側の「(2) 流入の状況」でございます。表の一番上の項目でございます、「自圏域に所在する医療機関への入院患者数」は、4機能合計で1,333人で、その下、「うち住所地が自圏域の入院患者数」は1,079人で、割合は81.0%となっております。その下の項目の「うち住所地が他圏域の入院患者数」は、254人でありまして、割合としては19.0%となっております。こちらも圏域別に見ますと、4機能合計では、名古屋医療圏からの流入が最も多くなっておりますが、機能別に見ますと名古屋医療圏からの流入は回復期及び慢性期機能が多くなっております。高度急性期及び急性期機能につきましては、県外から多く患者が流入している状況でございます。高度急性期機能については、21人、急性期機能については42人、回復期機能についても1日当たり29人の患者が流入している状況となっております。こちら3機能いずれも三重県からの流入となっております。

次に、資料の右側の「3 必要病床数」でございますが、こちらも先程ご説明させていただきました医療機関所在地ベースと患者住所地ベースで、お示ししております。

(2)の患者住所地ベースにつきましては、1の患者数で説明させていただきましたとおり、2013年につきましては、記載をさせていただいておりません。この必要病床数につきましては、現在の医療提供体制が変わらないと仮定し、医療需要を病床稼働率で除して算出したものとなっております。病床稼働率でございますが、資料には記載がございませんが、高度急性期につきましては75%、急性期につきましては78%、回復期につきましては90%、慢性期につきましては92%の稼働率を用いております。ただ今説明いたしましたとおり、現在の医療提供体制が変わらないと

仮定した場合の必要病床数をお示ししてございますので、今後、構想区域間、また都道府県間における調整を行いまして、最終的な必要病床数を推計することとしております。

続きまして、資料1－5をご覧ください。今までお示ししました、各種データから見た医療圏ごとの特徴をまとめたものでございます。海部医療圏の特徴につきましては、ゴシック体とさせていただいた所となっておりますので、ご覧いただければと思います。

続きまして、資料1－6に移らせていただきます。疾患別医療需要推計でございます。疾患別の医療需要推計といたしまして、がんを始め7疾患の数値を参考としてお示ししております。時間もございませんので、「がん」を例に簡単に説明させていただきます。1ページから4ページまでが「がん」に関する推計値でございますが、(1)及び(2)につきましては入院患者数で、(1)が医療機関所在地ベースでまとめたもの、(2)が患者住所地ベースでまとめたものでございます。患者住所地ベースの2013年度の数値につきましては、「策定支援ツール」で算出されないため記載がありません。2ページ目でございますが、(3)が2013年度の患者の流出の状況でございます。海部医療圏の部分をゴシック体とさせていただいておりますが、海部医療圏の欄を縦に見ていただきますと、どの圏域に患者が流出しているかが分かります。3ページ目には、流入の状況をお示ししてございまして、海部医療圏をゴシック体でお示ししております。4ページ目になりますが、こちらは疾患別の必要病床数で、(5)が医療機関所在地ベース、(6)が患者住所地ベースでございます。

最後に、資料の1－7をご覧くださいと思います。圏域内の医療機関からの、病床機能報告制度の報告状況をまとめた資料でございます。病床機能報告制度につきましては、昨年改正されました医療法によりまして、昨年度から始まりました制度でございます。今回お示ししている報告結果が第1回目の結果となります。平成27年5月11日時点の報告結果をまとめたものでございますが、今回の報告につきましては、「定性的な基準」によりまして、病棟単位で各医療機関が報告したものとなっております。なお、報告結果につきましては、本県のホームページに既に公開いたしておりますので、皆様、ご覧いただける状況となっております。

説明は以上でございます。

#### ○議長

ありがとうございました。ただ今の事務局の説明について、ご意見・ご質問等がございましたらご発言願います。

海部医療圏の特徴的な所があると思いますが、流入・流出に対しまして、他の医療圏と異なっている所があると思いますが、如何でしょうか。大体想像できる範囲内だとは思いますが、どうでしょうか、山本先生。

#### ○海南病院長

海南病院、山本です。データの見方に関して若干質問をします。疾患別の医療需要

推計ですが、7つの疾患のうち、心筋梗塞と小児疾患については、ほとんど「0」となっていますが、他のデータでは数字があがってくるように思うが、地域医療構想策定時にデータを落とし込むときに、ここまで詳しくデータを集めることはないのかもしれませんが、何か他に圏域でデータを集める方法があるかどうか。社保のデータは社保の本部の住所地にデータがいつてしまうので全部がここに反映されないと聞いたことがあるが。

○医療福祉計画課 緒方課長補佐

まず、DPCですと住所地がわかりますので、患者さんの住所地が把握できるのですが、社保のデータのような場合は、国保のデータで住所地を把握してその按分比率で推計するという方法を国はとっておりますので、加味されていないというわけではありません。また、数字については、個人情報保護の観点から、10未満の数が公表されていない、つまり少ない数がわからないという状況です。もともと患者がそれほど多くないような場合は、小さい数字がわからないため、該当の有無がわからないという指摘もあるので、国にお願いもしたのですが、個人の特定につながる情報のため、10未満は出せないということですので、ご了承いただきたいと思います。

○海南病院長

圏域で大体の傾向はわかりますので、10未満は出せないのはやむを得ないので、圏域で追求していくしかないということですね。

○議長

この数値は、市町村単位で出したものを積み上げて圏域単位で出しているのか。市町村単位だと0になってしまうため、圏域単位も0になるということか。

○医療福祉計画課 緒方課長補佐

推計は二次医療圏単位で、市町村単位までは、推計できないシステムになっております。

○議長

わかりました。他に意見等ありますか。

○津島市医師会長

現在、65歳以上が何%で名古屋圏へ何%流出とか出ているのですが、例えば高齢になられると皆さん遠くの病院より近くの病院に入院される方が出てくると思うのですが、そうしますと流出入の割合は、その段階の人口によって随分変わってくると思うのですが、今の状況で推察して2040年の所を考えるというのは、すごく無理があると思うのですが、この計画を進めていく中で、定期的に見直し等していくのか。

○医療福祉計画課 緒方課長補佐



まず、今回、構想でお示しするのは、2025年のものでして、2040年のデータは参考までにその推計が提供されています。また、人口の年齢層の推計への反映につきましては、推計自体が平成25年度の診療データを基に、年齢階層毎の受療率を設定して将来の人口推計をかけるという方式になっております。最後に、今後の見直しについては、国はまだはっきりとしたことは示していませんが、国とのやり取りの中では、推計についてもより精度の高いものとなるよう見直しの検討を行っていくとのコメントが、ありました。

○津島市医師会長

今、許可病床数が高齢者人口に合わせて出ていますが、それも同じように微調整がはかれるようなシステムと考えればよいか。

○医療福祉計画課 緒方課長補佐

病床の許可は、医療法上の基準病床数制度によって許可されていて、それは医療計画の計画期間内にこれだけの病床を整備するというもので、現在の基準病床は27年度までのものとなっています。一方、今回明らかにする必要病床数は平成37年の段階で一般病床及び療養病床を、これまでになかった4つの医療区分ごとに診療データから分析した場合、4機能の需要はこう見込まれますというものを示すこととなります。ですから、今回お示しいたします平成37年の必要病床数と基準病床数とは、意味合いが異なるものであります。

○津島市医師会長

総ベッド数は基準病床で、役割分担のようなものは、各機能で枠を作られる形になるわけか。

○医療福祉計画課 緒方課長補佐

枠という形できちっとその枠に収まらないといけないというものではございません。将来の需要を目途として定め、その目途を見ていただきながら、医療機関の方々の自主的な判断により、将来を踏まえて転換が進めばいいなというもので、枠として機械的、強制的に削減をするというものではありません。

○津島市医師会長

10年先の所までを今、いろいろな方に説明しなければならない立場にあるので、お聞きしますが、強制力はないが、計画としてこういう形で会議の中でまとまって方向付けをするということだが、どうしてもこういう形でいきたいと希望される病院があったとしたら、そこまで強制できないということによいか。

○医療福祉計画課 緒方課長補佐

必要病床数を定めて、その数字に対して機械的に強制的に合わせていくようなことはありません。ただ、医療需要からみると、将来こういう機能が必要だろうというこ

とをお示しすることになります。また、病床機能報告制度が足元の病床数になるのですが、4機能の必要量は診療の点数で基本的に整理されているのに対し、報告制度の数字は定性的な基準での報告となっているので、両者のとらえ方に整合性がありません。この辺は報告制度の客観性が高まった場合に、数字の差の意味がよりはっきりしてくるのではないかと考えております。

○津島市民病院長

今日の会議は介護保険担当の方がいらっしゃって、高齢化の問題があり、病床機能報告制度については、基本的に病院で考えなさいというのはよくわかるのですが、病院としては、どんな病院になりたいのかという思いと、どういう病院かというズレがあるのはわかっています。自分の病院がどんな病院、例えば今日の数字のがんならばどんながんなのか、など、もう少し詳しく知りたい。機能別もどう区分するのも今一歩よくわからないので、できればうちの病院でどんな疾患が強くどんな疾患が弱いのかということを考えてやれるといいので、そういったものを見せてもらえるとよい。少なくともDPCの病名をもう少し開示してもらいたい。どんな病院かを考えるためのデータがもう少しほしい。今日の数字はこれはこれで興味があるが、これだけでは分析できないので、もう少し数字を教えてください。地域包括ケアは、急性期の扱いなのかどこになるのか、わからない。来年の診療報酬制度との関連はどうか。

○医療福祉計画課 緒方課長補佐

まず、診療報酬については、現在、国が改定に向け検討中ですので、詳細は不明です。また、がんの区分等、個々の疾病毎の細かいデータがご入用であれば、個別にご相談いただければと思います。

○健康保険組合代表

資料の見方について確認させてほしい。資料1-7の病床数は平成26年7月1日現在で、2,055。資料1-4の2ページ目の既存病床数は平成27年3月31日現在で、1,966。これを単純に比較してよいのでしょうか。

○医療福祉計画課 久野主任主査

資料1-4の既存病床数につきましては、医療法上、平成18年12月31日以前に開設された有床診療所の病床数はカウントしないことになっていますので、(実際の病床数とは)ずれが生じます。実際にある病床数というと、平成26年7月1日現在では、(病床機能報告制度上は)2,055という数字になります。

○健康保険組合代表

単純に3月31日にあった数、7月31日にあった数という理解をしてはだめということですね。2,055を基準に、それぞれの病院の特性に合わせて10年先をどうやって推計していくのかということを含めて考えていくということですね。

○議長

他によろしいでしょうか。

せっかくの機会ですので、その他といたしまして、残りの時間を意見交換に充てたいと思います。ご意見等がございましたら、ご発言いただきたいと思います。

○尾張温泉かにえ病院長

地域包括ケア病床の区分はどこになるか。急性期なのか慢性期なのか。

○医療福祉計画課 緒方課長補佐

今回の推計は、平成25年度の診療データがベースであり、地域包括ケア病床はまだなかったこともあり、推計における考え方を国は特に示しておりません。

○尾張温泉かにえ病院長

構想としては、どう考えていくのか。

○医療福祉計画課 緒方課長補佐

必要病床数は、患者の病期ごとに診療点数で推計されますので、そのうち特に包括ケア病床が何床かといった推計はされておられません。病床機能報告制度においては、今後、国から考え方が示されると思いますので、その考え方に基づいて病院から報告していただくことになると思います。

○尾張温泉かにえ病院長

計画としてはどうなるか。将来どの程度必要かということにかかわってくると思うのだが、それは今回、考えなくてよいのか。

○医療福祉計画課 緒方課長補佐

将来の必要病床数はお示しますが、今の医療需要からみて、4つの機能区分で何床が必要かということになりますので、さらに個別に包括ケア病床が何床ということまでは、難しいと思います。

○海南病院長

地域包括ケア病棟は、在宅医療を支える重要な位置づけになるが、急性期・慢性期両方の役割を担うと思うが、圏域内11病院でどのように考えるか、病院が集まって意見交換できるとよいと思う。海部地区の協議会でも議論していきたい。海部圏域は名古屋への流出や三重県からの流入があるものの、全体としてはある程度各病院の機能分化が図られており、バランスがとれていると考えて良いと思う。在宅医療をどうサポートしていくか、しっかり議論できるといいと思う。医師会の方で在宅サポートセンターを作っていただいているので、リーダーシップをとっていただけてよろしく願います。

○議長

我々も、在宅サポートセンターを立ち上げて、まだまだ十分稼働していないが、できるだけ早く、皆さんの期待に応える体制にしたいと思っています。

他に何かありますでしょうか。よろしいでしょうか。

では、ご発言もないようですので、本日の海部圏域地域医療構想調整ワーキングは、これをもちまして閉会といたします。ありがとうございました。

○司会

下方様、ありがとうございました。なお、会議の冒頭にも申し上げましたが、本日の会議の内容につきましては、後日、会議録として愛知県のホームページに掲載することにしておりますので、よろしくお願ひします。

また、第2回目の地域医療構想調整ワーキングにつきましては、来年1月頃の開催を予定しておりますので、よろしくお願ひします。

本日は長時間にわたりありがとうございました。それでは、お気をつけて、お帰りください。