

## 平成27年度第1回知多半島圏域地域医療構想調整ワーキンググループ 会議録

日時 平成27年8月24日(月)

午後3時20分から午後4時10分まで

場所 愛知県半田保健所 4階 大会議室

### ○ 半田保健所 内藤次長

お待たせいたしました。

ただ今から、平成27年度第1回知多半島圏域地域医療構想調整ワーキンググループを開催させていただきます。

私は、引き続き、司会を務めさせていただきます半田保健所次長の内藤と申します。よろしくお願ひいたします。

本日のこの会議の終了時刻につきましては、概ね午後4時30分を目途にさせていただきたいと思っておりますので、御協力をよろしくお願ひいたします。

それでは、開催に当たりまして、事務局を代表して半田保健所所長の子安から御挨拶申し上げます。

### ○ 半田保健所 子安所長

地域医療構想につきましては、先程の圏域会議でも説明させていただいたとおりですが、構想区域ごとに協議するというところで、知多半島医療圏につきましては、2次医療圏をそのまま構想区域として設定する、ということで、先程の圏域推進会議で、このワーキンググループの設置について御承認をいただきましたので、早速、この会議を開催させていただきます。

会議が引き続きで、長時間に及んでおりますが、誠に申し訳ないと思っておりますが、御意見をよろしくお願ひしたいと思っております。

また、配席につきましても、先程の圏域会議の配席そのままにさせていただいております。配席図もそのままということで、ワーキンググループの構成員でない方だけ、御退席をされたということになっておりますので、前の方の席が抜けておりまして、後の席も抜けている状態ではありますが、御了解をよろしくお願ひいたします。

限られた時間ですが、忌憚のない御意見をいただきまして、事業の進行に務めてまいり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。

### ○ 半田保健所 内藤次長

ありがとうございました。

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「出席者名簿」及び裏面の「配席図」をもって御紹介に代えさせていただきたいと考えておりますのでよろしく

お願いいたします。

それでは、会議に先立ちまして、資料の確認をさせていただきます。

配付させていただいた資料は、

- ・ 次第
- ・ 出席者名簿
- ・ 配席図

A 3の資料になりますが、

- ・ 資料1 人口の推計について
- ・ 資料2 2次医療圏別の医療資源等の状況
- ・ 資料3 医療需要の推計方法
- ・ 資料4 知多半島医療圏における医療需要推計等
- ・ 資料5 データ等から見た医療圏の特徴
- ・ 資料6 疾患別医療需要推計
- ・ 資料7 病床機能報告制度の本県における報告状況（医療機関別）

でございます。

よろしいでしょうか。お手元にないようでしたら、お申し出ください。

会議の前に、この会議の公開・非公開について説明させていただきます。

当ワーキンググループは、「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。よって、開催要領第5条第1項により原則公開となっております。したがって、すべて公開で行いたいと思っております。

また、本日の会議での発言内容、発言者名につきましては、後日、愛知県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、あらかじめ御承知くださるようお願いいたします。

掲載にあたりましては、事前に発言内容の確認を行わせていただきますので、よろしくお願いをいたします。

議長につきましても、開催要領第4条第2項の規定を準用し、互選でお決めいただくことになっておりますが、どなたか御推薦等、ございますでしょうか。

特に御推薦等がなければ、事務局からの提案ですが、引き続き半田市医師会長の花井様をお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

(異議なし)

ありがとうございます。それでは、出席者の皆様の総意として、半田市医師会長の花井様をお願いいたします。

それでは、早速で申し訳ありませんが、議長さんから御挨拶をお願いいたします。

○ 議長（半田市医師会 花井会長）

先程の、保健医療福祉推進会議に続きまして議長を務めさせていただきます。何卒よろしく  
お願いいたします。

それでは、早速、議事に入りたいと思います。

議事は、「地域医療構想の策定について」でございます。

愛知県医療福祉計画課 植羅様、よろしくお願いいたします。

○ 医療福祉計画課 植羅主幹

ただ今、御紹介いただきました、愛知県医療福祉計画課の植羅でございます。

先程、圏域会議で、地域医療構想について説明させていただきました。引き続き、このワー  
キンググループでも説明させていただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

それでは、恐れ入りますが、着座にて説明させていただきます。

本日、御用意した資料は、資料1から資料7でございます。当日配布ということで大変申し  
わけございません。また、かなり大量となっております。

ワーキンググループの設置自体については、圏域会議で御承認いただいたということで、初  
めて開催できることになりましたので、資料配布につきましても本日にになりましたことを御理  
解いただきたいと思います。

本日のワーキンググループは、先程の圏域会議で申し上げましたようにスケジュールの中で、  
全体的なデータの共有といったことを主眼としています。第2回のワーキンググループは、実  
際の医療機能毎の必要病床数、地域医療構想を実現するための施策等、具体的な内容について、  
年明けに御検討いただきたいと思いますと考えております。

本日、データの概略を説明させていただきまして、御意見等賜りたいと思いますのでよろし  
くお願いいたします。

それでは、資料1を御覧ください。

先程、構想区域の設定について申し上げましたが、人口の構造、また、受療動向を見ていく  
うえで、人口の推計についてまとめてございます。

こちらについては御案内のとおり、国立の社会保障人口問題研究所が将来の推計人口を公表  
しておりますので、それに基づいて、2次医療圏毎にまとめた人口推計です。

表の左の列が区分で、全国、県、そして12の2次医療圏の名称を記載しています。表の上  
の行は、左から、計、0から14歳以下の年少人口、15歳から64歳までの生産年齢人口、  
65歳以上の老年人口を示しています。それぞれ、2013年、2025年、2040年の  
数字です。

なお、65歳以上の人口のうち75歳以上、いわゆる団塊の世代が75歳以上になられるの  
が2025年ですが、その75歳以上の人口につきましても示しております。また、人口の単  
位は人数ですが、人口の下の()の1.00とか0.99と記載していますが、これは表の右  
上に※で注釈を示しています。()につきましても、2013年を1.00とした場合の指数  
ですので、1を超えますと、人口が増加傾向、1を切りますと人口が減少傾向という内容になっ  
ております。

そして、当知多半島医療圏は、下から六つ目、網かけをしております。

計のところにございます、全体の数値の推移については、全県的な状況と知多半島医療圏の状況とは似通っているのではないかと思います。また、0歳から14歳の年少人口についても、同様です。15歳から64歳の生産年齢人口については、若干、県全体よりも多いということです。

そして、一番右の列にいきまして、65歳以上につきましても、2013年を1といたしますと、知多半島医療圏につきましても、2025年は1.15、2040年は1.28です。全県の状況ですと1.00、1.18、1.35です。従いまして、高齢者の伸びについて、県全体の人口の推移よりも若干増加が緩やかな感じが見て取れるかと思えます。

それでは、恐れ入りますが、資料2を御覧ください。

こちらは、2次医療圏別の医療資源等の状況をまとめたものです。

左の列ですが、上から全国、愛知県全体、名古屋医療圏と医療圏ごとに名前が記載されています。当知多半島医療圏につきましても、太字で示させていただいております。

左から人口、面積、病院数、大学病院であります特定機能病院、救命救急センター、中小病院、大病院の割合等を各医療圏が比較できる形で記載させていただいております。

当医療圏につきましても、人口は62万人強、面積につきましても、400平方キロメートル弱、病院数は19病院で、右に人口10万人対の病院数を記載しております。県全体と比べますと、若干人口対の病院数が少ないということです。

それから、右の特定機能病院は、0となります。重篤患者を24時間体制で受入れていただく救命救急センターについては半田市立半田病院の1病院です。県全体では、20の救命救急センターがあります。

その右に中小の病院の割合、また、大病院をどれくらいで分けるかという議論がありますが、形式的に500床以上という形にしております。知多半島医療圏では、大病院は0.0%ということになりますが、御承知のとおり、市立半田病院におかれましては一般病床499床、また、今年度開院されました。公立西知多総合病院におかれましては一般病床468床でして、450床を越える大規模な病院ということです。こちらは、あくまでも大病院を500床で区切ったと御理解いただければと思います。

それから右にいきまして、民間病院の割合ですが、知多半島医療圏では若干低いのかなと思われれます。また、診療所、歯科診療所、病院病床数につきましても、それぞれ人口10万人対割合を記載しておりますので、御参考にしていただければと思います。

それでは恐れ入りますが、資料3を御覧ください。

医療需要の推計方法、という表題になっております。資料4以降につきましても医療需要といった数値をお示ししております。

その推計方法につきましても、国のガイドライン及び医療法施行規則に定められていますので、既に御承知かと思えますが、概要を簡単に説明させていただきたいと思えます。

1 医療需要の推計の考え方ですが、4つの医療機能があります。

高度急性期、急性期、回復期、そして(1)には書いてございませんが、慢性期という4つ

の医療機能がございませう。そのうち、高度急性期、急性期、回復期について、レセプトデータ使って推計してございませう。この医療需要は入院患者数と読み替えていただいてもよろしいかと思ひませう。

データにつきましては、平成25年度、1年間のレセプトのデータを使って推計してございませうと国から説明を受けてございませう。そのレセプトデータに基づいて、2次医療圏単位で、この3つの機能区分ごとに1日当たりの性、年齢階級別に入院患者数を推計してございませうというものでございませう。

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って区分してございませう。

この3つの医療機能について、一般病床に入院してみえた患者さん、平成25年度に入院をされた患者さん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をした値を使って区分してございませうというものでございませう。そして、将来の医療需要、平成37年度の医療需要については、平成25年度の入院患者数、それぞれの性、年齢階級別の入院患者数を基にして、将来の性、年齢階級別人口に当てはめて、平成37年度の患者数というものを推計してございませう。

そして、高度急性期、急性期と回復期、それを診療報酬の出来高点数で区分したものが資料3の右上に、〈病床の機能別分類の境界点の考え方〉として示されてございませう。

表のとおり、高度急性期と急性期との境界につきましては、1日あたり3,000点、急性期と回復期との境界につきましては、1日600点、回復期につきましては、C3といたしまして225点以上と書いてございませう。この下に※がございませうが、225点と設定されたものの、在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して行くということございませう。

従いまして、この表の基本的な考え方として、高度急性期については、1日あたりの診療報酬の点数は3,000点以上、急性期については、1日あたり600点以上3,000点未満、回復期については、1日あたり175点以上600点未満、といった診療報酬とされてございませう。そして、それぞれの人数を数えて、それを基に入院患者数を出してございませうということございませう。

一方、その下の(2)で、慢性期機能と在宅医療等の医療需要という項目を挙げてございませう。

国の定義で、慢性期機能は長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能と示されてございませうところございませう。先程の三つの機能を担っているのは一般病床です。この慢性期機能を主に担っている療養病床については、診療報酬が包括算定されてございませう、先ほどの一般病床の診療報酬の出来高点数で換算した値に基づく分析は難しいので、高度急性期、急性期、回復期とは異なった考え方になってございませうということございませう。

実際に、慢性期、在宅医療の患者さん、どういった患者さんがこちらの機能にあたるのか。ということが、①からそれぞれ記載されてございませう。それぞれについて読み上げさせていただきます。

まず、①ですが、一般病床における、障害者数及び難病患者数については、一般病床に入院をされた患者さんですが、慢性期の医療需要、入院患者数として推計をするというものでございませう。

②は、療養病床の入院患者さんの内、医療区分1の患者数、療養病床につきましては、医療区分1から3までが設定されてございませうということございませう。医療区分1が、もつとも、医療必要度が

低い患者さんですが、医療区分1の患者数の70%つきまはしては在宅医療等で対応する患者数として、慢性期機能の病床に入院する患者さんではなく、在宅医療で対応していただく患者さんとして推計されているということです。

そして、「また、」というのがございますが、その他の入院患者さん、療養病床入院患者数のうち、医療区分2と3の患者さんにつきまはしては、入院受療率の地域差を解消するということが謳われております。

全国的に療養病床に入院されている患者さんの入院期間は非常にばらつきがあります。入院期間について、非常に高いところもあれば低いところもあります。これをできるだけ低いところに合わせていく、ということが今回の推計の考え方とされております。

次に、③ですが、先程、一般病床の入院患者数のうち175点以上の患者については回復期の患者さんということを示しました。175点未満の患者さんについては、在宅医療等で対応する患者数として推計がされております。

1ページおめくりいただいて、左上④といたしまして、在宅患者訪問診療をしてみえた方には、将来的にも在宅等で対応するという考え方です。

最後に⑤ですが、介護老人保健施設に入所されている方は、在宅医療等の医療需要として推計されるということです。

先程②のところでも入院受療率の地域差を解消するということを示しました。そのことについて記載をされていますのは、2ページ目の左の下、[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）]です。

こちらは文字で書いてありますが、その内容を図に表したものが、2ページの右の中ほどに示しております。〈入院受療率の地域差解消のイメージ〉です。左にパターンA、右にパターンBとなっており、左のパターンAの方が、今後療養病床の入院患者数がより減少していく、という厳しい内容になっています。パターンAのところには囲みがありますが、全ての構想区域が県単位での全国最小値まで受療率を下げていく、ということを目指すものがパターンAです。それに対し、パターンBは、構想区域ごとに入院受療率と県単位での全国最小値の差を一定の割合まで解消させる、ということとその割合については、県単位での全国最大値を県単位での全国中央値まで下げる割合を一律に使うということです。パターンAにつきまはしては全国最小値を、パターンBにつきまはしては、全国最小値を全て目指すということではなく、全国で最大の県が中央値の県まで入院受療率を落としていくといった割合を使って、徐々に慢性期医療の入院受療率を落としていく、ということです。

医療需要の推計方法についての説明は、以上です。

それでは、恐れ入りますが、資料4を御覧ください。

資料4以降は実際の患者数のデータ、そして、将来の推計値です。知多半島医療圏における医療需要推計等について示しております。

左の1に患者数として、(1)医療機関の所在地ベース、(2)患者住所地ベースとなっております。

(1)医療機関の所在地ベースとなっておりますのが、現状をそのまま将来的にも流入、流

出といった状況が続くということで、当知多半島医療圏における医療機関に入院してみえる患者数がそれぞれどういった数になるかと推計しております。

それに対して、(2)は、患者の住所地ベースということで知多半島圏域にお住まいの方が、将来的には知多半島圏域内の医療機関に全て入院される、または在宅医療にかかれる場合を仮定した数字であるとお考えにいただければと思います。

現状をそのまま将来的に投影するとしますと、上の(1)の所在地ベースということで考えていくことになります。

そして、資料4の右に患者の受療動向、2013年度、平成25年度における入院患者の4つの機能別の流出入の数字を掲げさせていただきました。

先程の会議で、構想区域を設定する時にもこのような数値を示しましたが、それをさらに高度急性期、急性期、回復期、慢性期の機能区分ごとに数値を分けたものです。一番上の行は知多半島圏域の入院患者数で、1日あたりの入院患者数です。単位が(人/日)です。平成25年度では、当知多半島医療圏では高度急性期の入院患者数が333人、急性期が1,008人、回復期が1,062人、慢性期が543人、合計で3,000人弱ということで、こちらは国のツールを使って推計された数字ということです。

それに対しまして、その下の行ですが、うち自圏域医療機関への入院患者数、うち知多半島医療圏にごぞいます医療機関に入院されていた患者さんの数が、高度急性期が166人、急性期は643人、回復期は767人、慢性期は374人、合計1,950人ということで、全体の入院患者数3,000人に対して、約2,000人がこの知多半島医療圏内の医療機関に入院されていた、ということをごぞいまして、割合としては70%を切るということです。

そして、下の行にいきまして、他圏域の医療機関への入院患者数、いわゆる他の圏域へ流出された患者さんの数がその下にまとめられております。合計のところを御覧いただきますと996人、3割以上の方が他の圏域に流出されているということです。特に、網かけで示している圏域に患者さんが流出されていたということです。名古屋医療圏に522人、17.7%、尾張東部医療圏に合計で162人、5.5%、そして、西三河南部西医療圏に282人、9.6%、1日あたり流出していたという推計結果です。

この表の下に※がごぞいます。この表は、0という数字が非常に多くなっています。その理由は、※のところに記載されているとおり、レセプト情報の活用の制約、これは国の方が決めている制約であります。集計結果が1日当たり10人未満となる数値は、患者の特定ができないようにするために公表しないということになっています。そういった数値については0として対外的に公表するというのが国の方から示されております。従いまして、0となっているところは、0から9までの数値の患者さんがいるということをご承知おきください。

資料を一枚めくっていただきまして、(2)の流入の状況です。

当知多半島医療圏における流入については、あまり患者さんはおみえにならないということです。一番上に、自圏域所在医療機関への入院患者数は合計で2,048人ということが出ております。その下に、流出同様算定させていただいておりますが、うち住所地が自圏域の入院患者数は合計1,950人という数字が出ております。この数字の差が他の圏域からの流入患

者数ということでして、合計98人ということです。そして、その主な流入先は、名古屋医療圏から、一日あたり98人の患者さんが流入してみえているということです。

そして、2ページの右の必要病床数ですが、こちらは、先程の一日あたりの入院患者数を基にして機械的に計算されております。こちらに計算式が記載されていませんが、患者数を病床稼働率で一律に割った数字が必要病床数になるという考え方となっております。

高度急性期については病床稼働率が75%、急性期については78%、回復期については90%、慢性期については92%と、医療法施行規則の方で定められています。例えば、高度急性期は患者数を75%で割ったものが289床、そして急性期につきましては、2013年度の対応する患者数を78%で割ったものが878床、回復期につきましては、患者数を90%で割ったもの、慢性期につきましては患者数を92%で割ったもので、機械的にこういった数字が出てくるということです。

地域医療構想策定の支援ツールによる数字ということで参考にお示しさせていただいております。

なお、右下には参考として、基準病床数等の最新の数字を示しております。

資料5におきましては、今まで申し上げましたデータ等から見た医療圏の特徴、ということで当知多半島医療圏の特徴につきましては、右上に示しております。

一つ目の○ですが、「500床以上の病院が一つもなく」ということは先程申し上げたとおり、半田市立半田病院様が499床、公立西知多総合病院様が468床ということでございまして、これはあくまでも500床という一つの区切りで考えた場合のことですので御了承願いたいと思います。

2つ目の○ですが、3割以上の患者が流出しており、主な流出先は名古屋医療圏、西三河南部西医療圏、尾張東部医療圏への流出が多く、流入については名古屋医療圏からということですが、その数は流出に比べると少ない、といったような状況であります。

それでは、資料6を御覧ください。

先程資料4につきましては、全ての疾患の入院患者数について推計をした結果でしたが、資料6については、疾患別医療需要という推計でして、1ページ目には、左上に「がん」ですが、この後、「急性心筋梗塞」、「脳卒中」、「成人肺炎」、「大腿骨骨折」、「消化器系疾患、肝臓、胆道、膵臓系疾患」、「小児疾患」の疾患ごとのデータを、一つの疾患あたり4ページずつまとめさせていただいているものです。

内容につきましては、先程の資料4の内容とかなり似ております。「がん」のところだけ取り上げさせていただきたいと思います。「がん」については1ページから4ページまで、推計値を掲げさせていただいております。1ページは左側の、(1)患者数(医療機関所在地ベース)、右にございます(2)患者数(患者住所地ベース)で整理をしたものです。

それから一枚をおめぐりいただきまして、2ページ目は「流出の状況」です。2ページ目の表の中ほどからやや右が、知多半島医療圏です。一番上が住所地の患者数ということでございまして、その下に自圏域での入院患者数、また、他の圏域への流出患者数を示しております。こちらの表につきましては、表の下に※がついていますが、網掛け部分について、集計結果1

0人未満となる数値は公表できないということで、ここでは1から9人の患者さんについては網掛けしております。また、患者さんがいないというものについては、網掛けのない0でお示ししております。

そして3ページ目には、「流入の状況」で、「流出の状況」と同じように示しております。

そして、4ページ目が必要病床数について、医療機関の所在地ベース、患者住所地ベースとして示しております。これはあくまでも参考値ということですので、お時間がある時に他の疾患も含めて御覧ください。

全体で七つの疾患について示していきまして、一つの疾患あたり4ページずつにまとめておりますので、全体でこの資料6については、28ページの資料となっております。恐れ入りますが、時間の関係で説明については割愛させていただきます。

それでは、資料7を御覧ください。

最後のA3の資料です。「病床機能報告制度の本県における報告状況（医療機関別）」です。当医療圏内の医療機関から報告いただいた報告状況についてまとめさせていただきました。昨年度の7月1日時点、それから6年が経過した日について報告をいただいたものです。

この病床機能報告制度につきましては、医療法の改正により、昨年度から始まった制度です。今回、示した報告結果が1回目の結果の集計です。

こちらについては、最初の年ということもございまして、提出をいただけてない医療機関もございましたので、そういったところに声かけをして、本年5月11日時点の報告内容となっております。なお、この高度急性期、急性期、回復期、慢性期の医療機能の区分ですが、こちらにつきましては、国の定めております定性的基準、病棟単位で、それぞれの医療機関が独自に御判断されて報告をいただいています。従いまして、報告内容につきましては、それぞれ医療機関で、相当なばらつきがあるということだけ御承知いただきたいと申し上げておきます。

なお、この報告結果につきましては本県のホームページに今月中に公開する予定で準備を進めているところです。

以上、地域医療構想の概略の説明を終わらせていただきたいと思います。

○ 議長（半田市医師会 花井会長）

ありがとうございました。

ただ今の事務局からの地域医療構想についての説明について、御意見・御質問等がございましたら御発言願います。

一つよろしいでしょうか。資料の中に、「6年を経過した日」がございまして、この意味は何でしょうか。

○ 医療福祉計画課 植羅主幹

こちらにつきましては、国の医療法の規定に基づきまして、この様式の報告制度ができたということですので、まず制度の始まりました昨年度に、昨年の7月1日時点のデータを11月中旬までに報告していただきたいと各医療機関に依頼がされておりました。そして、その際にそ

それぞれの医療機関の6年後の見込みについて合わせて報告をいただくということが報告制度で決まっている、ということです。

さらに、任意ではございますが、平成37年の状況についても御報告をいただくということがこの病床報告制度としてお願いされている、ということです。

○ 議長（半田市医師会 花井会長）

計画といたしますか、自己予想ということですか。

○ 医療福祉計画課 植羅主幹

はい、そうです。

他に、御質問、御意見がございますでしょうか。

○ 西知多総合病院 浅野院長

資料3の1ページの〈病床の機能別分類の境界点の考え方〉で教えていただきたいと思いますが、現在、病院の一般病床においては、病院単位で診療の看護配置を行っておりますが、これは病棟単位での報告ということで記載されていることですね。それで、その際に入院患者の治療経過を見ていきますと、急性期患者が入院して、検査、手術、それから、回復期になって退院されるという流れの中で、1日の平均入院単価で、C1、C2を勘案するのか、それとも患者の重症度別に分けて、1日の単価が低い患者さんは回復期の領域に入るというような入院患者の重症度別に振り分けての病床機能を報告するのか、いずれの方法で報告したらよろしいのでしょうか。

○ 医療福祉計画課 植羅主幹

資料3の右上の表ですが、病床の機能別分類の境界点につきましては、病院毎の高度急性期、急性期、回復期、慢性期について報告するためのものではございません。2次医療圏単位でそれぞれ高度急性期、急性期、回復期、慢性期が、将来何床必要とされるかということを示すものです。個々の医療機関ごとに示すものではありません。医療圏単位で推計するための考え方ということで御理解いただきたいと思っております。

それに対しまして、資料7で申し上げました病床機能報告制度につきましては、各医療機関の皆様から御自身の医療機関におけるそれぞれの病棟毎の機能を報告いただいたものです。そして、その内容については定性的な基準ということで、圏域会議のところで、4つの病床機能についての定義をお示しさせていただきましたが、今のところ、このような抽象的なことしか国の方は示していない、ということで、今回の地域医療構想で、将来を推計する4つの病床機能ごとの病床数と病棟単位毎の報告が、きっちり整合性が取れているかと言われると非常に疑問があります。国において、今後定量的な基準といったものを検討していくと申しておりますので、そういったことを県としても注視していきたいと考えております。

○ 西知多総合病院 浅野院長

それでは、高度急性期と急性期を判断する際に出来高に換算して、医療資源投入量、入院患者のリハビリを除いたレセプトデータが3,000点を超える平均患者であるならば、高度急性期と定義して申請してよろしいのでしょうか。

○ 医療福祉計画課 植羅主幹

今、先生がおっしゃられました、病床機能報告制度につきましては、病棟単位での報告で、それぞれの医療機関における病棟において、ある一日を切り出した場合、そこに、3,000点以上のいわゆる高等急性期の医療資源を投入してみえる患者さん、そして既に急性期の患者さん、回復期の患者さん、そういった患者さんが混在してみえるような状況であろうと思われま

す。そこで、病棟単位での病床機能の報告ということになりますと、患者さん一人一人に注目した地域医療構想とは、今、整合性が取れないということです。今後、国がどのように合わせていくのかというところが非常に重要になってくるかと思っております。

そして、あくまでも現時点での病床機能報告制度で申し上げますと、国の抽象的な内容に沿ってそれぞれ御判断いただくしかないのではないかと思います。

○ 西知多総合病院 浅野院長

今後、地域医療構想で、高度急性期、急性期、回復期の病床を調整していこうという作業がこの話し合いで行われ、その際の基礎的なデータとして、各病院が提出する病床機能報告、この総数が調整の元のデータになると理解しております。

そうなりますと各病院がそれぞれの主張で我々は高度急性期、我々は急性期と報告してよいということですか。

○ 医療福祉計画課 植羅主幹

現時点では、それはやむを得ないのではないかとこのところでは。

昨年度から始まりました病床機能報告制度につきましては、国は、今年度も、また昨年度とほぼ同様な形でやりたいと申しています。従いまして、まだ、それぞれの機能毎の内容については、非常に曖昧な内容であるということです。

ただ、最近、国が指摘をしておりますことは、特定機能病院につきましては、病院全体全てを高度急性期で報告しているところが非常に多いけれど、それぞれの機能毎の抽象的な内容ではございますが、それぞれの機能毎に違いがあるということを説明して、より適正な報告をしていただきたい、ということを国は申しております。

ただ、そう申し上げても、それぞれ医療機関毎の判断による報告としております。

○ 西知多総合病院 浅野院長

はい、わかりました。

- 議長（半田市医師会 花井会長）  
他にどなたか、御意見御質問はございますでしょうか。  
なければ、予定されていた議事については以上です。  
最後に、事務局からお願いします。
  
- 半田保健所 内藤次長  
事務局からは何も予定しておりません。
  
- 議長（半田市医師会 花井会長）  
ありがとうございました。  
長時間にわたり、先生方お疲れ様でございました。  
以上をもちまして、私の議長の任を解かさせていただきます。  
あとは事務局でよろしく願いいたします。
  
- 半田保健所 内藤次長  
議長さん、どうもありがとうございました。  
また、皆様方には貴重な御意見をいただきましてありがとうございました。  
それでは、閉会のあいさつを知多保健所長谷川所長にお願いします。
  
- 知多保健所 長谷川所長  
知多保健所長の長谷川です。  
閉会にあたりまして、一言御挨拶申し上げさせていただきます。  
本日はお忙しい中、また長時間にわたる中、御出席賜りましてありがとうございました。  
先程の医療圏会議におきましてこのワーキングの設置を認めていただきまして、御協議いただきました。  
まだまだ、不明な点も多い中で、御協議いただかなければならないところ大変申し訳なく  
思っておりますが、今後は各医療の病床の必要量、また、地域医療構想を実現するための施策  
をしていくこととなると考えておりますので、引き続きお願い申し上げます。  
本日は、ありがとうございました。
  
- 半田保健所 内藤次長  
それでは、本日の知多半島圏域地域医療構想調整ワーキンググループを終了いたします。  
ありがとうございました。