

平成27年度第2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28年1月22日（金）

午後3時20分から午後4時20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2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、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。よろしくお願いいたします。

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20分を目途にさせていただきたいと思っております。

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

半田保健所長の子安でございます。

この会議の開催に先立ちまして、事務局を代表しまして、一言御挨拶を申し上げます。

本日は、お忙しい中、また、お寒い中、御出席いただきまして誠にありがとうございます。

また、多くの方には、前の会議から引き続き御出席いただきまして誠にありがとうございます。

地域医療構想は、御承知のように平成37年に向けまして、病床の機能分化・連携を進めるために医療機能ごとに平成37年の医療需要と病床の必要量を推計し定めるもので、構想区域ごとに協議することとされております。

その協議の場として、この会議を開催させていただいております。

本日は、地域医療構想における必要病床数の推計等について担当者から説明させていただきます。

限られた時間ではございますが、皆様方の積極的な御意見をいただきたいと思いますと考えておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

簡単ではございますが、開会のごあいさつとさせていただきます。

○ 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「配席図」及び配席図の裏面の出席者名簿をもって御紹介に代えさせていただきます。

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。

まず、事前にお送りさせていただき、本日お持ちいただいております資料が、

- ・ 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1 医療需要等の推計方法

・ 参考資料 2 平成 37 年機能区分別入院患者の流出・流入の状況、
参考資料 2 につきましては、本日差し替えをお願いします。

また、本日配付させていただいた資料は、

- ・ 次第
- ・ 出席者名簿
- ・ 配席図

差し替え資料として

・ 参考資料 2 平成 37 年機能区分別入院患者の流出・流入の状況
です。

お手元に資料がないようでしたら、お申し出ください。

資料の方は、よろしいでしょうか。

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。従いまして、すべて公開で行いたいと思います。

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にしておりますので、あらかじめ御承知くださるようお願いいたします。

なお、御発言内容の公開にあたりましては、公開前に事前に内容の確認をさせていただきますので、御協力をよろしくお願いいたします。

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。

【拍手】

○ 半田保健所 内藤次長

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します。

それでは、議事に入りたいと思います。

以後の会議の取り回しにつきまして、議長様、よろしくお願いいたします。

○ 議長（半田市医師会 花井会長）

それでは、引き続きまして議事の進行に御協力をお願いいたします。

早速、議事に入りたいと思います。議事（1）「地域医療構想について」、事務局から説明をお願いします。

○ 愛知県医療福祉計画課 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。

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。

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、よろしくお願いたします。

それでは、資料の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」、医療需要と言いますのは入院患者数でございますが、その区域にお住まいの入院患者数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、10年後の平成37年においても変わらないと仮定した場合の推計値となっております。

なお、これらの数値につきましては、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となっております。

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。説明文の最後に(注)とございますが、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。

(注)の2行目後半でございますが、今年の12月末までに調整がつかない場合、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、本県におきましては結果として医療機関所在地ベースとなる見込みとなっております。

恐れ入ります、(3)にお戻りいただきたいと存じます。(2)の都道府県間の調整の後に、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。

そして(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、この数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させていただいております。

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年度のレセプトデータ等に基づき、医療資源投入量による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、都道府県で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となっております。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○でございますとおりパターンAとパターンBの２つがありまして、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、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。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す。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、表の中程、「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、当医療圏を除きまして、全国最小値であります「８１」に近づける目標となります。当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」の項目の中の左側「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。ただし、当医療圏は、パターンBとした場合におきましても、目標値につきましてはパターンAと同様「７１」となります。

なお、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年の目標値となっております。

そして、表の下の○、事務局の案でございますが、今後、在宅医療等の提供体制の整備には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、御提案させていただいております。

それでは資料を１枚おめくりいただきまして、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。

まず一つ目の○でございますが、現時点におきましては、１０年後の平成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、二つ目の○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、平成２５年度の実績という説明をさせていただきました。そのために、平成２６年度以降におきまし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、医療機関が2つ該当しております。

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。

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。調整方法等につきましては資料を御覧いただきたいと思います。詳細な説明は省略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、来月でございますが、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。構想区域ごとの平成37年の必要病床数につきまして、先ほど説明いたしましたとおり、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「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数値となっております。

従いまして、当医療圏につきましては、左側の表の一番下でございますが、知多半島構想区域ということで、調整のない「医療機関所在地ベース」による数値をたたき台としてお示ししております。

なお、「必要病床数」の項目の下の「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※印で説明をしておりますが、一番下の※印を御覧いただきたいと思います。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としてあげさせていただいております。病床機能報告制度につきましては、定性的な基準でございますので、厳密な基準となっております。そのため、今回はあくまでも「参考値」ということでお示しをさせていただいております。

表の右側につきましては、西三河北部構想区域から東三河南部構想区域まで、そして全体の計をお示ししております。右側の表につきましては、先程説明させていただきました一部調整ということで、矢印が右と左に分かれているところが、実際に調整を行っている構想区域になります。左側が調整前の医療機関所在地ベースの数値、右側が調整を行った後の病床数ということでお示しをさせていただいております。それぞれの説明につきましては、省略をさせていただきたいと存じます。

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。それぞれ参考としてお示しさせていただきます。

4ページにつきましては、参考1といたしまして、構想区域間の調整を全く行わない場合

の必要病床数をお示ししております。

一方、5ページにつきましては、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をしております。3ページの資料につきましては、この参考2を基に作成をした表となっております。説明については省略させていただきます。

それでは、恐れ入りますが、6ページを御覧ください。「4 必要病床数の都道府県間調整」でございます。

先ほど、資料の1ページで若干説明をさせていただきましたが、まず、本県と患者の流出入が関係をしておりますのが、資料の左上の表に記載されております「岐阜県」から「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」で算定する見込みとなっております。資料の詳細につきましては、説明を省略させていただきたいと存じます。

最後に、資料の7ページをご覧ください。「5 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、説明をさせていただきます。

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。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年におきます構想区域ごとの必要病床数」の他に、「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となっております。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。ただ今説明させていただきました(1)のアからウにつきましては、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、県に設置をいたしました「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をさせていただいております。

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、来月、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。

説明が早くなって申し訳ありません。資料についての説明は以上でございます。

○ 議長（半田市医師会 花井会長）

ありがとうございました。

ただ今の事務局の説明につきまして、御意見・御質問等がございましたらよろしく願いいたします。

○ 知多市 永井健康福祉部長

知多市健康福祉部長の永井と申します。

一つ確認ですが、事務局の方で説明されました、2ページの一番上の「3 構想区域間の供給数の増減の調整について（たたき台）」というところで、「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する。」と言われました。基本的には、いつの時点での病床数ですか。

その次のところの「以下の大幅な増床予定（病院の開設）」について200床以上と言われました。実は、この圏域において、先程の会議の中でも、227床を贈恩会の方が開設をするということが言われました。200床以上ということになりますと、当然ここで他の圏域に流出していた知多半島から例えば名古屋圏域187、西三河南部西に100流出していた人数を当然戻すという調整があるべきだと考えますが、そのあたりはいかがでしょうか。

○ 議長（半田市医師会 花井会長）

事務局、どうぞ。

○ 医療福祉計画課 久野主任主査

ただ今の質問ですが、まず一つ目ですが、いつの時点の病床数かということでございますが、「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する。」ということですので、平成37年における必要病床数におきまして、現在の医療提供体制が変わらないとした病床数でございます。

○ 知多市 永井健康福祉部長

現在は、いつの時点の病床数を基本に考えてみえますか。

○ 医療福祉計画課 久野主任主査

病床数ではございません。平成25年度のレセプトデータを用いた医療実績に基づき患者数を推計いたしまして、将来の人口構造の変化と病床稼働率を使って算出しておりますので、ベースとなるのは病床数ではなく、平成25年度の医療実績になります。

2つ目の質問でございますが、説明不足で申し訳ございませんでしたが、たたき台ということでお示しさせていただいております、200床以上の考え方でございますが、一般病床もしくは療養病床、いずれかで200床以上の増設もしくは新規開設の病院ということになりますので、贈恩会様ですと、全体では227床の増床にはなるのですが、一般病床が104床、療養病床が123床ということになりますので、今回の事務局案の200床以上には該当しないということで整理をさせていただいております。あくまでも、一般病床か療養病床どちらかで、200床以上の増床ということで整理をさせていただいております。

○ 議長（半田市医師会 花井会長）

永井健康福祉部長さん、いかがですか。

○ 知多市 永井健康福祉部長

わかりました。

もう1点質問ですが、あくまでも感覚ですが、入院受療率というのが「71」という大変低い率になっておりますが、何となく低いと思いますが、国のデータで見ていくとこの数字になるということですか。

○ 医療福祉計画課 緒方補佐

医療福祉計画課の緒方と申します。よろしくお願いたします。

まず、この推計ですが、「71」という受療率は、国が平成25年度のレセプトデータを分析した結果であります。

1回目のワーキングの時に、医療資源の状況をお示ししたかと思いますが、確かに療養病床の数が人口あたりで見ますと、この地域は結構低いという特徴がありました。そういったところでは数字の整合性がとれているのではないかと思います。

○ 東海市医師会 小嶋会長

今の件と関連いたしますが、実際にはもっと慢性期の病床は多いのではないかという感触を皆さんも持っておられるのではないかと思います。

まさかとは思いますが、この計算方法の間に、マニュアルに障害者病棟も療養型に数えるとなっております点を忘れて計算されたのではないかと思います。特に私どものところは、障害者病棟を225床持っておりますので、障害者病棟はこの計算方法では資料に入っておりますように、一般病棟ではなく、慢性期と考えるとマニュアルには書かれております。だから、225床という大きな数を間違ってみえないかというところを御確認願いたいと思います。

今すぐにも、間違っていないと言い切れるのでしょうか。

○ 医療福祉計画課 緒方課長補佐

先生が言われたのは、参考資料1の慢性期の推計のイメージのところ、現状から将来を推計する際に、現状の一番左側、障害者、難病患者の数は慢性期で将来推計しているというところでしょうか。この推計は、国が行った分析結果として、我々は知らされておりますので、こういった考え方に基づいて、分析がなされているかと思います。

こうしたデータにつきましては、国から必要病床の推計等のためのツールが提供されてお

りまして、そのツールによる推計の結果として我々はデータを把握しているところでありませ

○ 東海市医師会 小嶋会長

ですので、国の方に225という障害者病棟を一般病床のまま、間違っ

○ 半田市 藤田福祉部長

基本的なことがわからないので教えてください。

今のところで、知多半島の入院受療率が「71」というのは、全国の最小値より、県単位の81よりも低いという情報ですよね。これがレセプトデータから計算できるという事をお聞きしたのですが、実際に3ページの知多半島の平成26年の病床数の方が平成37年の必要病床数よりも54多いわけですね。

他の医療圏を見ますと少ないところがあるにも関わらず、レセプトからこれだけ低いデータが出るということはどう理解してよいのかはわかりません。逆に、低いデータがいいのか悪いのか、この地域に住んでいる者としてどう理解していいのかわからないので、教えてください。

○ 医療福祉計画課 緒方課長補佐

まず、数字の意味ですが、必要病床数というのは、平成37年に見込まれる必要量ということで、その推計がどのようになされるかと言いますと、高度急性期から回復期までは平成25年度の診療データを基に点数で区切って入院患者数を推計するという方法で算定されています。

慢性期については、医療区分1の70%は病床外という設定がなされてお

従って今の病床数から多い少ないということは、人口構造の変化や受療率の問題がありますので一概には言えませんが、特に慢性期は一定の仮定に基づいて推計を

○ 半田市 藤田福祉部長

もう一つ確認ですが、療養病床数が知多半島は少ないからこのような結果になった、というお話がありましたように受け止められましたが、もし違っていたらごめんなさい。そこも含めて、逆に考えると、療養病床数がこの圏域にあれば違ってくる

○ 東海市医師会 小嶋会長

このデータですが、療養病床に将来相当する数が225ということで全体からみると、余っているのかなという感触を私は思っていました。

○ 医療福祉計画課 緒方課長補佐

障害者病棟の関係は、間違いがあってははいけませんので、一度、国に確認させていただきたいと思います。

受療率につきましては、かなり高いところから低いところまで差がありますので、高いところは厳しい率が設定されており、療養病床が大きく減るという結果になっております。

それは先程のパターンA、パターンBの設定について説明させていただきましたが、あの幅の中で設定をいたしますので、下がる設定になった医療圏はその影響で療養病床数が下がることとなります。この医療圏につきましては、受療率が「71」ということで固定ですから、目標値を設定することに対しては減少がないということになりますので、受療率は「71」のままで計算されている、推計上はそういう計算になります。

○ 議長（半田市医師会 花井会長）

藤田部長さん、よろしいですか。

○ 半田市

もう一度、よく考えてみます。

○ 議長（半田市医師会 花井会長）

何か議論がかみ合わないところがありますが、他に御意見はございませんか。
石田院長先生、どうぞ。

○ 半田市立半田病院 石田院長

病床数ではなくレセプトデータからの推計だということでしたが、西知多総合病院さんができまして、以前よりも病院機能強化されたというところで、おそらく、名古屋市南部へ流出している患者数が、或いは西三河の方に流出している患者数が減るのではないかと思います。その点について推定というのは変わってくるかと思ひますし、それで病床数を減らすということにはしないということをおっしゃられましたが、それでよろしいでしょうか。

○ 医療福祉計画課 緒方課長補佐

受療動向に将来的にどのような影響を与えるのかということにつきましては、その通りだと思います。

この地域医療構想は医療計画の一部であり、医療計画は定期的に見直しを行っていきますので、そういう中で、構想の見直しをしていくことになろうかと思っております。

それから先ほど私が申し上げましたことにつきましては、今稼動している病床に対して、必要病床数が少ないからと言って削減するといった権限は県にはありませんので、そういったことはできないという主旨で申し上げます。

○ 半田市立半田病院 石田院長

ありがとうございます。

もう1点、医療機関相互の協議を行うということが記載されておりますが、これはこの会

で行うわけではないのでしょうけれども、その圏域の医療機関が自主的にやりなさいねという意味合いで、ここに書かれているのか、という点についても教えていただけますでしょうか。

○ 医療福祉計画課 緒方課長補佐

地域医療構想を策定した後、どう進めていくかについては、県が強制的に転換を進めることはできませんので、地域の方々がそれぞれの医療提供の方針を踏まえた上で進めていただくべきだろうと思います。

そのためには話し合いが必要ということもありまして、地域医療調整会議という、こういう場を策定した後も県が設置をして、そこで、皆さんに情報を共有いただいて、御議論をいただいて、できることからやっていただくということになります。どういった議論をするか、メンバーはこのままでよいか、というような点はありますが、県としてはこのような場を引き続き設置をして、そこで話し合いをしていただくのがよいかと考えております。例えば、病床機能報告については、毎年新しいデータが出てきますので、それを提供しながら必要病床数の差をどう考えるかといったことなどを、御議論していただくことになろうかと考えております。

○ 半田市立半田病院 石田院長

ありがとうございます。

このデータは、この地域の各医療機関すべてに届いているのでしょうか。この会議に出席していない医療機関もたくさんあるかと思いますが。

○ 医療福祉計画課 緒方課長補佐

我々がダイレクトに全ての医療機関にデータを送るということはしておりません。しかし、会議資料を県のホームページに掲載したり、関係団体に情報提供を行うなどの情報提供をさせていただいております。

○ 半田市立半田病院 石田院長

そうしますと、地域医療構想が今このように進んでいるということを実際によくわかってみえない医療機関がこの地域でもたくさんあると思います。この議論の進行状況から取り残されていくという恐れはあるわけですね。

ですから、我々としては、この地域の多くの医療機関も参加した会議と言いますか、今後の医療提供体制をどうしようかということ自主的に話し合わなければいけない、ということになりますね。

○ 公立西知多総合病院 浅野院長

レセプトデータから将来の医療体制の枠組みを作るということで、推計値が出ているかと思いますが、実際のところ、高度急性期、急性期の境目は3000点で区切るということが書いてありますが、病院の医療においては、高度急性期から回復期まで、一連の医療を提供しながら患者さんを退院させていく、という日常業務を行っています。

点数で高度急性期、急性期というような区切りを設け、高度急性期を減らして、急性期を減らして、慢性期を増やしましょう、というコンセプトは、あくまでも数合わせであって、

無意味ではないかと思えます。実際、医療というのは、高度急性期、急性期から回復期に至るまでの一連の医療を提供しているわけですから、この病院は高度急性期で、この病院は急性期という枠組みで実際に付けられるのはどうかと思えます。例えば、ICUというところは付けられるでしょうけど、一般病床で、高度急性期なのか回復期なのか色分けしなさいと言われてもなかなか難しいことです。今ここで議論になっているのは、「回復期を増やしましょう。」「急性期を減らしましょう。」というような数合わせに見えるわけですが、回復期というものをどのように定義されるのか、一般病床でも回復期というのか、10対1、7対1でも回復期であって良いのか、「回復期というのは、地域包括ケア病棟ないしはリハビリテーション病棟という保険診療の枠組みの中で考えなさい」というのか、そのあたりの病院運営に関しては、どのようにお考えでしょうか。

○ 医療福祉計画課 緒方課長補佐

先生がおっしゃるとおりだと思います。

将来の必要量というのは、点数でみてよいかどうか、それが正しく医療行為を反映しているかどうかという議論はありますが、一応、3,000点とか600点で区切って医療ニーズを把握し、推計されております。一方で、今回参考値として26年度の病床数を示しておりますが、この数字は26年度の病床機能報告の数字をベースに、この比率を使って26年度の病床を割り戻したという数値であります。必要病床数は国がレセプトを分析した結果ですが、病床機能報告は定性的な基準で医療機関がそれぞれの判断で報告している、その比率で出したデータなので参考値ということにしてしております。この過不足が、今の状況でどれだけ意味を持つかということになります。この点が課題ではないかと思えます。つまり、報告制度が今の実態を正しく反映していないとすると、必要病床数との差を比べてもなかなか意味合いが微妙なのではないかということもあります。報告制度を精緻化しないと比較ができないということになりますので、27年度はあまりできなかったようですが、28年度にはある程度定量的な基準を入れられないかという検討を、国は引き続き行っております。それでどの程度、報告制度が精緻なものになっていくのか、ということにかかってくるかと思えます。

○ 議長（半田市医師会 花井会長）

浅野先生、よろしいですか。

○ 公立西知多総合病院 浅野院長

回復期という定義は、保険診療区分の回復期リハビリテーション、地域包括ケアということの意味していることではない、ということよろしいですか。

○ 医療福祉計画課 緒方課長補佐

27年度の病床機能報告では、地域包括ケア病床については、病棟が主として果たしている機能が急性期であれば急性期、回復期であれば回復期と報告しなさいということで、医療機関の判断に基づく報告になっております。

回復期については、回復期リハはそうだと思いますが、それ以上にボーダーの225点から175点の間のところでは在宅復帰に向けた調整を行うための幅を持たせてあるような設定がありますが、具体的にどのような医療なのかということは、はっきりとはされておられませ

ん。

○ 常滑市民病院 中山院長

先程、石田先生がおっしゃったことと同じようなことですが、知多半島には公立西知多総合病院ができ、常滑市民病院が新しくなり、25年度がベースということですが、その時と状況がいろいろ変わっていると思いますが、あくまで、全てのことは25年度がベースになってしまうということですか。それでは、状況はかなり変わって来ていると思いますが。

○ 医療福祉計画課 緒方課長補佐

この地域医療構想を作成する上で国から提供されたデータは、25年度の1年分のレセプトデータを国がかなりの時間をかけて分析して提供されたデータで、このデータしかありません。状況は地域でそれぞれ変化していると思いますが、25年度のデータを使わざるを得ないという状況にあります。

そのため、26年度以降の大きな医療提供体制の変化につきましては、受領動向に影響を与えるのではないかとということで、たたき台案におきましては、200床以上の増床を考慮しております。

先程も申し上げましたが、医療計画の一部として地域医療構想も必要な見直しをすることになると思われしますので、そういう中で、受領動向の変化も反映されてくるのではないかと考えております。

○ 常滑市民病院 中山院長

現時点ではこのデータしかないのですが、このデータで分析している状況ではあるけれども、新しいデータが出て来て状況が変わってくる中で新しい情報が入ってくれば、それは反映されていくということでしょうか。

わかりました。ありがとうございます。

○ 議長（半田市医師会 花井会長）

他にございませんか。

白井支部長さん、はいどうぞ。

○ 看護協会 白井支部長

参考資料1の1ページについて確認ですが、175点未満の患者さんについては在宅医療で看ることが書かれていますが、在宅医療を支えるのは訪問看護が主になってくるかと思えます。この175点未満と訪問看護ステーションの数との整合性はありますでしょうか。

○ 医療福祉計画課 緒方課長補佐

今回の構想では、4機能ごとの必要な病床数のみを定めることになりますが、慢性期の医療需要の推計には、医療区分1の70%は病床以外での対応する、また、受療率は将来に向け一定程度下げるといった設定があります。26年度に国の説明会が開催され、この考え方を国が示した際に、介護などの受け皿の整備との整合性をどう図っていくかについて、国に回答を求めたことがあります。国の回答は、今後、療養病床のあり方の検討を行っていくとの

ことであり、その後、国は検討会を設置し、本年1月15日に開催された検討会では、住まいの機能を強化した医療内包型や外付け型といった施設類型が示されております。また、医療と介護の連携を図るために医療法が改正され、30年度から医療と介護の計画のスペンが一致され、また、国は介護の計画において適切に必要な整備量を見込めるようにしておりますので、今後の国の動向を注視していかねばならないと思っております。

○ 議長（半田市医師会 花井会長）

よろしいですか。他に何かありますか。

宮本院長先生、どうぞ。

○ 厚生連知多厚生病院 宮本院長

確認ですが、石田先生もおっしゃられたことですが、全ての医療機関がこのグループの中に入っておりませんので、この情報発信をするのもグループの中で考えて知恵を出して発信をするべきだと考えてよろしいのでしょうか。

○ 医療福祉計画課 緒方課長補佐

そうしていただければ、大変ありがたいです。

この地域医療構想調整会議というのは、構想を作った後にどう進めていくかを検討するために設置するというものでありましたが、やはり策定段階から関係者の皆さんの意見を聞く場を設定した方がよいのではないかとということで、策定段階から設置しております。

構成員については、方向性を決めるような場で、全ての医療機関の方に入ってもらっても、なかなか集約ができないのではないかとということもあわせて、関係団体と御相談させていただきまして、代表性を持った形でそれぞれの団体の地域の方に入ってもらって設置するというようにしております。

さらに、他にも様々な話し合いが必要という場合には、できれば地域の関係者の方が主体となっていて進めていただくと良いのではないかと思います。

ただ、来年以降の地域医療構想調整会議のあり方については、まだ検討をしておりませんので、どういうことを行うかによっても変わってくるかとは思いますが、なかなかきめ細かに情報を発信することは、今のところ我々としては難しいのではないかなと思っております。

○ 厚生連知多厚生病院 宮本院長

ということは、現段階ではいろんな代表の方が集まってくれますから、その代表の方から直接情報を取り出していただくということがいいというお考えなのでしょうか。

○ 医療福祉計画課 緒方課長補佐

そうしていただければ、非常にありがたいと思います。

○ 議長（半田市医師会 花井会長）

他に御意見はございませんか。

一通り、意見は出尽くしたかなと思います。

いろいろ課題はあります。もし他に御意見がありましたら、どうぞ。

ないということでありましたら、これでこの意見交換を終了させていただきたいと思いま

すがよろしいでしょうか。

では、予定されていた議事については以上で終了させていただきます。
次に、議事（２）「その他」について、事務局から、何かありますか。

○ 半田保健所 内藤次長
ございません。

○ 議長（半田市医師会 花井会長）
ありがとうございました。
これをもちまして、議長の任を解かさせていただきます。
議事進行に御協力いただきまして、どうもありがとうございました。
それではマイクを事務局へお返しいたします。あと、よろしくをお願いします。

○ 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をお願いします。

○ 知多保健所 長谷川所長
知多保健所長の長谷川でございます。
地域医療構想について、本日、医療福祉計画課の担当から御説明申し上げましたところ、皆様から多数、活発な御意見をいただきましてありがとうございました。
非常にわかりやすい部分とわかりにくい部分が合っている構想の状況と、また、皆様の頭の中胸の内というものをこの場で再認識させていただいたところでございます。
今後とも、皆様方の御理解と御協力をいただきますよう、しっかりした資料を提供させていただきますとともに、また機会を設けてもよいのではないかと考えたところでございます。
簡単ではございますが、閉会の挨拶とさせていただきます。
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します。
ありがとうございました。
愛知県では、交通事故が多発しております。お帰りの際は、くれぐれも交通安全に留意していただき、お帰りいただきますようお願いいたします。