

令和元年度第1回西三河南部東構想区域地域医療構想推進委員会会議録

- 1 日 時 令和元年8月19日(月)午後2時から午後3時30分まで
- 2 場 所 西三河総合庁舎 7階会議室701
- 3 出席者 別添出席者名簿のとおり 全員出席(代理出席3名含む)
- 4 傍聴人 10人
- 5 会議の内容

(1) あいさつ(愛知県西尾保健所長)

(2) 委員長の選出について

委員の互選により、小原委員が委員長に選出された。

小原委員長あいさつ

岡崎市医師会会長の小原です。よろしくお願いいたします。先ほどの会議に続きまして、連続で出席される先生方、お疲れでしょうけれどよろしくお願いいたします。

この会議に関しましては、地域医療構想の推進を検討していく会議でございます。有意義な会議としたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

(3) 会議の公開・非公開について

事務局(西尾保健所 竹島次長)

開催要領第5第1項によりまして、原則公開となっております。本日は、非公開とする議事はありません。全て公開したいと考えております。

なお、本日の委員会開催の御案内ですけれども、当保健所のホームページに掲載されており、本日の会議の概要及び会議録につきましても、後日、掲載することになっておりますので、御承知おきください。

本日の傍聴人は、10名。

なお、本委員会の構成員以外の方につきましては、本委員会における発言権はございませんので御了承ください。

(4) 議事

議題1 地域医療構想の進め方について

ア 事務局説明

愛知県地域医療構想アドバイザー(愛知県医師会理事) 伊藤健一氏が、説明を行った。

(説明概要)

愛知県医師会の理事をしております伊藤です。地域医療構想のアドバイザーということで、説明させていただきます。

僕が使っているデータのほとんどが、公開されているものばかりですので、必要であれば、県の方へ問い合わせいただければ、お渡しすることも可能です。

地域医療構想の進め方ということで、今回の地域医療構想で何を進めていくのかですが、法律を先に定めて、いろいろなデータを使えるようにした上で、検討できるようにしています。

「OECD諸国における社会保障支出と国民負担率の関係」

1955年からはじまって、1990年はライン上にいますが、2015年にはラインからはみ出し、2060年は、大きくはみ出している。これは、社会保障支出が増大していくことを案内しています。これは、突然人口が急激に変化するということ。その中身は、65歳以上は、少しずつ増えるかもしれませんが、現実には、どんどん収束するような状況になります。

このところにあるようにターゲットが分かれています。今、生産年齢人口は15歳から64歳になっていますが、このままでは日本が大変なことになるということで、国は70歳までを生産年齢人口と考えて、数字を作ろうとしている節があります。節があるというのは、WHOは、65歳までを生産年齢人口と決めていますので、比較できるのかという議論があるかもしれません。

「年齢階級別医療介護費」

医療・介護費は年齢が上がれば、たくさんかかるようになります。

「高齢者数の増加の地域差について」

都市部では高齢者数が増加しているが、島根県と鳥取県は既に人口が減少しきってしまっていて、これ以上高齢化率が変わらずこのまま推移するであろうという県が、実は日本の将来の姿であって、この大きな問題が解決されるのであろうということ、この島根、鳥取の方を注目して見えています。

「入院外来も受療率は低下」

昨日も大きな病院の院長先生と研修で一緒になったんですが、その地域は35%の高齢化率で、一方入院については、65歳以上の入院が減っています。少なくとも国が出しているデータでは、高齢者を含めて、入院も外来もそんなに増えない事を確実に示しています。

「入院患者数の将来推計（千葉医療圏）」

千葉県の推計データですが、妊娠、分娩という子どもに近いものは減ってきていて、肺炎、脳血管疾患、虚血性心疾患は、増加すると予想されていますが最終的には減っていく予測がされております。

「病床数は減少」

それに併せて病床も減っています。

「病院医療従事者数は増加」

一方、病床当たりの従事者の数は、全ての数字で全部増えています。医師を含めて全ての医療従事者が、病院については、全部増えていることが見てとれます。

「2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）」

国の病床についての地域医療構想の概略図です。2013年の状態から病床機能報告に合わせて、病床を工面するとういう状態になり、2025年に団塊の世代が入る頃には、こういう姿にしたいと言っています。

この中で、いろんな議論があるんですが、注目して欲しいのは、地域差の縮小です。国が何を考えているのかというと、地域差があることです。もし、地域差という言葉で理解されるのであれば、それを説明しろと言っています。なぜ地域差が必要なのか、それがなければ、この姿になるはずと言っています。

今まで、地域医療構想を含めて、議論していただいているわけですが、その中で、今後、議論が足りないことについての定義が去年ありました。

「今後の医療提供体制のあり方」

外来医療は診療所としての規制がなく、高額医療機器についても同様です。こういうことを今後、地域医療構想推進委員会でやって欲しいということを言っています。

「病床数は複数の考え方がある」

一方で、病床そのものは、今までの病床の考え方というのが、いろいろな数字があるわけですが、基準病床数がありながら、既存病床、使用許可病床、開設許可病床、さらに病床の必要量というものがあります。

この5つの考え方について、議論して理解していただかないと何を言っているのかさっぱりわからないという部分がありますので、気をつけていただきたいと思います。

「地域医療構想の進め方」

地域医療構想の進め方のポイントですが、遅くとも平成30年度末、今年の4月までには、全ての協議を開始することになっていました。

それから、年4回の会議の実施、愛知県は年2回でしたが、国は、今年、絶対、年4回やれと言ってきました。

この前の年から出た方針ですが、個別の病院名と計画病床数を具体的に示せと、公立公的を先に議論しろと、今年の2月の課長会議の中では、それについて、私ですが、アドバイザーが設置されました。アドバイザーは何をやるのかですが、議論が停滞すれば、活性化して欲しいということです。火をつけて油を注ぐことが、アドバイザーの役割とされています。

協議のやり直しの要請を含めた対応が、今年されました。去年は、協議が終了した部分があると言ったところ、その協議については、厚生労働省としては納得がいかない結論なので、それについては、やり直しの要請が起こっています。議論は1年では終わらせない。毎年やれとも言っています。この件に関して厚生労働省からは、「追試だ」と言われました。

やり方としては、まずは、公立公的に関してやっていただく、ただ、公立公的の機能を先に決定するというのではないが、民間がどんな機能を担っていくのか把握しないと、公立公的の病院の機能だけを議論していても埒があかないので、是非、公立公的に併せて民間の議論も必要ということです。

私としては、病床の数の議論に結果としてなりますが、どの病院がどういう機能を、病院機能として果たすかということを議論していただく必要があるのではないかと思います。

「公的医療機関について」

公立公的医療機関という言葉が出てきますが、これは法律で定められており、医療法 31 条及び 7 条に別のもも含んで公立公的と定められていますので、同じ言葉で使うと誤解が生ずるかと思います。

「公立公的医療機関等の開設者」

何が違うのかというと特定機能病院です。大学も地域医療支援病院も作ることができます。民間の中にも当然、地域医療支援病院があるので、そこについても議論することになっています。

「公立公的の役割」

公立公的がどんな役割を果たすのかについては、担えない分野が何かについて、もう一度議論していただく必要があるかもしれません。

「愛知県における救急車受入れ」

ある年の愛知県における救急車受入れの実績ですが、愛知県の中で、医療圏毎にばらつきはありますが、公立公的がだいたい 60%弱を占めて愛知県では、救急が行われています。大阪では民間が 70%ぐらいであり、全然意味が違います。

「公立公的病院等の病床占有率」

各 339 構想区域に公立公的がどれくらい病床を占有しているかの表ですが、全く公立公的が無い所もありますが、公立しかない所もあります。

「地域医療構想調整会議の進め方のサイクル（イメージ）」

このようなスケジュールでやってくださいということですが、愛知県は年 2 回しかやりませんでした、できるだけ 4 回をめどにやるということです。

「第 18 回地域医療構想WG（病院機能）」

公立公的をどうしていくのかですが、人口の少ない所は、ほとんど公立公的しかないので、あまり競合はなりません。

「人口が 20 万人－50 万人未満の構想区域」

例を挙げると人口が 20 万強の新潟ですが、橙色の丸がついているのが公立公的で、それ以外は民間になります。

全麻は、民間でP C Iは、公立だけであり、病院の特色が見て取れます。こういうようなものを資料として提供させていただいています。

「各構想区域の公立・公的病院等の病床占有率」

全体では、こうなっています。

「高度急性期・急性期」

やはり公立公的が多いことが見て取れます。

「回復期・慢性期」

民間の方が多い。地域によっては、そうでない地域もあります。

「内科・整形」

診療科については、整形外科は公立公的が多いです。

「リハビリ・産科（産婦人科）」

産婦人科では、公立公的が多いことがわかりますし、逆にリハビリでは民間の方が多くなっています。

「患者数の多い消化管手術」

消化管手術は、言葉が悪いです、簡単なのでこれを例に出しています。このデータは6月一ヶ月分の病床機能報告に基づいて、加算とかそういうもので、全部見ているので、これが正しい数字を示しているかどうかについては、議論のあるところだと思いますが、現在は、こういう数字を基にして議論していただきたいと思います。

「公・民 競合」

「競合パターンの例①」

こういう形でパターンが決められてきます。例えば競合パターン①では、手術だけから見れば、この手術は民間のみ、では公立は何をしてくれるんだという議論をして欲しいと言っていることを言っています。

「競合パターンの例②」

医療機関が多数あり、頭を悩ます地域です。

「競合パターンの例③」

人口が28万人ぐらいで、ほとんどが公立で収まっている地域です。

「競合パターンの例④」

人口が44万で、大体ここら辺に相当するとすると、どうなんだという議論が出ます。

大きく4つのパターンに分けた状況で、自分の地域に当てはめて議論をして、同じような大きさの所について、全国ではどうなっているか見ながら、議論を進めていただきたいと思います。

「医療圏における医療の復習」

医療計画と地域医療構想は、若干不整合ですが、三次医療圏は、県単位です。北海道だけは三次医療圏が4つあり、他の都道府県と異なっています。二次医療圏は、とりあえず行政上の二次医療圏であり、愛知県は12医療圏ありますが、尾張中部は、名古屋について11医療圏。隣の三重県は4つの医療圏ですが、それぞれ2つずつ、地域医療構想区域を増やして8医療構想区域で議論をしています。非常に興味があつて、聞いているんですが、どうなっているのか誰も教えてくれません。

それから、議論が必要な内容は、病床だけではなく、5疾病6事業も含めて、今後、議論を開始していただくことになっています。

「高額医療機器」「参考までに」

併せて高額医療機器の検査数と台数ですが、都道府県全体でどれだけあるかということですが、アメリカと比べても遙かに台数が多い。全然、検査をやっていないでも持っている所も結構あるということで、問題があると思います。

この地域にどれだけの高額医療機器があるかということは、実はもうわかっているので、そういうことを議論していく必要がある。共同利用計画を立てて、地域で有効に使っていくことになります。

「今後の考えられる論点」

いずれにしても、公立公的が、どれぐらいの規模でどういった機能を担った方がいいのかということと、実は公立公的は赤字なので、その赤字を誰が補填すべきか、赤字でもやらなければならないことは何かということを議論していただく必要がある。

不採算なことをやれと民間の方は言われるが、不採算でもやれるようにしていただけるかどうか、そこら辺を議論していただかなければいけないということで、まずは、公立公的であれば担えない分野への重点化された対応方針について議論して欲しいということです。

それから、再編・統合については、2020年来年の3月までに必要性の議論を終了して欲しい。もし、再編・統合するのであれば、9月までにその議論を終了して欲しいと願っています。

「地域医療構想の実現に向けたさらなる取組について」

こういう4つの病院が地域にあったとして、これをつぶしたらどうなんだという議論を含めてやって欲しいと言われています。

それから、公立公的で一つでも代替可能性が民間にあるのであれば、それを議論して欲しい。議論して欲しいというのは、それをやめろと言っているわけでは、全然ありません。今の状態でいいのかということ議論をして欲しいということです。

「厚労省の重点課題」

厚労省は、地域医療構想と医師偏在と医師の働き方改革の3つを同時に行ってくれと言っています。この3つが、ファクターとして、非常に重要となってきますから、なかなかそうは簡単にはいかないだろうと思いますが、医師偏在については、前の会議で説明があったと思います。働き方改革についても、国の方が結構、厳しく合意を目指していますので、時間外労働については、上限を超えていてもペナルティがなく、お金を払えばOKだったんですが、2024年4月からは、その上限を超えるとペナルティができました。

医師については5年先ですが、現在、医療従事者については、今年4月から時間外労働の上限規制が導入されていますので、御注意いただきたいと思います。

改めて、これから何をめざすかということ、病棟の機能について、それぞれの機能を含んでいるので、これしかやっちゃいけないと言っているのではなく、逆に言うと、例えば慢性期でがんの化学療法をやってもかまいません。高度急性期でなければ、がん治療はできないという誤解があるかもしれませんが、それはそうではなくて、診療報酬上の問題を否定しているわけではありません。

会議がどうなっていくのかということですが、資料が多すぎてよくわかりません。何のためにやったのかわからないと思いますが、行っていただきたい議論としては、欠ける事業、疾病に対する対応がないかどうか、ちゃんと見て欲しい、それをどこがやるかということ、病棟で何をやるかということです。医者がいるかということも必要です。医者を持ってくるからやりたいという話ではなく、現在できるかどうかということです。

ということで、6月の1月だけのデータでは、不十分だということは、わかっているのですが、早々に1年ぐらいのデータにすると決めたんですが、今年は日程的にできません。全体の数字が出てこない、6月のデータのみでは議論できないことは、重々承知しています。愛知県は、独自にDPCデータを皆さんからいただいておりますので、それについて、若干、整理しなければならぬものもありますが、それをフィードバックすることも考えておりますので、必要なものがありましたら、私の方へ言っていただければ、できるだけ対応をしたいと考えています。

「受診時定額負担の導入」

これは、財務省が何を言っているんだということになるんですが、財務省は、結構、口を出して外来について、受診時の定額負担をどうしてもやりたいみたいですね。今プラスアルファで回っているものを、市場の中に入れ込んでしまいたいようですね。

「医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の設定」

それから、地域別の診療報酬制度について、これはいったん消えかけたように見えていますが、これをやめることはなく法律で決まっているので、いつ出てくるかわかりません。

「17の項目の議論」

議論していただきたいのは、17の項目のデータについて、今後、出せるようにしますの

で、それについて議論をそれぞれしていただきたいと思います。まだ、データは全部出せるような状況ではありませんが、こういうものを議論していただきたいと思います。

「初期臨床研修制度」

初期臨床研修制度が変わってきます。一般外来研修が必須だったが、救急以外の初診と、慢性疾患外来の研修になったので、特定機能病院等では対応できないので、どこか一般のところでやっていただく必要があるかもしれないので、お知らせしました。

以上で説明を終わります。

イ 質疑応答

委員長（小原岡崎市医師会長）

地域医療構想の進め方について説明がありましたが、ただいまの説明について、何か御意見とか御質問等ございますでしょうか。

委員長（小原岡崎市医師会長）

何をやるかというのが、ぴんとはこないかとは思いますが、この9月ぐらいにそれぞれの医療圏に、今、言ったデータが配られるということによろしかったですか。

伊藤 地域医療構想アドバイザー

実は、8月30日にアドバイザーの会議・研修が東京で急遽あるということで、呼び出しがありました。9月11日に厚生労働省の松本春樹課長補佐が、愛知県に来ていろいろ説明してくれる機会を作ることができましたので、遅くて午後6時からですが、関係の方は、御参加いただければと思います。あまりたくさんの方が、来られると困りますので、委員の先生方には、御案内申し上げようと思っています。

データについては、まだ、私の所には来ていません。先ほどの17の項目についてのデータを処理できるような形で、県に来ると思いますが、それを提出することと、もう一つ重要なことを言うのを忘れていましたが、9月のいつ頃かはっきりしませんが、重点的に議論していただきたい病院を国が指定します。それから、地域を国が指定します。これがどのくらいかという、御案内があるかもしれませんが、大体1割ぐらい若しくは10ぐらいとかいろいろ世論がうるさいんですが、とりあえず重点地域を国が指定して、その中で若しくは別からかもしれませんが、国の方が議論の対象の病院を指定してくるだろうということで、その議論もまた、活発になるかもしれませんが、厚生労働省の係官が来る可能性があるのは、係官の人数は少なく、忙しいので私の予想ですが、全国で10か所ぐらいかな。そうすると339の内10ぐらいには出かけてきて、その地域医療構想推進委員会の中で、彼らが、何を言うかわかりませんが、アドバイザーという形でお話をするかもしれません。そういうことが決まっています。それ以上のことは、今度の8月30日に行かないと情報は無いので、今お示したのは、大体6、7月までに得られたものであります。

早川委員（岡崎市民病院院長）

伊藤先生レクチャーどうもありがとうございました。

今の話ですと、この地区は、愛知県がんセンター愛知病院と岡崎市民病院の統合が済んでおりました、これから、今の話ですが、公立公的の病院の機能を明らかにして、それで、公立公的以外の病院の機能を厳選して、その地域の医療ニーズと合わせていく話をして行きなさいという流れの中で、公立公的の病院の機能を明らかにしていくのは、現段階では私どもの病院と岡崎市立愛知病院の機能をまず、明確にする。

次の段階で、これから開設されます藤田医科大学岡崎医療センターとか民間の病院の機能を明らかにして行って、将来に向けて検討していく、そのようなイメージでよろしいですか。

伊藤 地域医療構想アドバイザー

先ほど、申し上げたように、今回の議論は相当多くの議論が必要になってくるので、今の病院としての機能ですが、救急がきちんとした形で回っているのか、愛知県は、実は、たらい回しになっておらず、重症の患者が4回以上0.2%。全国平均は2.2%ですから、今の状況で救急が、間に合っているという議論でいいのか、例えば、実はこの地域は、小児の救急が他の地域よりも1分ぐらい長い。これをどう捉えるかということも議論していただく必要があるかもしれません。

それから、岡崎の南に藤田の岡崎医療センターが来年4月に開設しますが、そのときの状況によって、医師の数がどうなるのか、外来医療計画、医師確保計画を医療計画の中に入れることになりましたので、そうすると医師の問題も、数としてどうなるかということも議論していただく必要があるということです。本当に何人来るかということを含めて議論していただく必要がある。今はまだわかりませんので、できませんが、今、無い病院の議論をするに当たって、機能が全然わからない。今年あそこがあるからどうだとか、これぐらいいるんだという議論はやめた方がいいと思います。

無いものを議論してあるような形で、数字を作るのは、それは、わかりませんので、来年は来年で、新しく病院が建ってから出てくるデータということで、無い機能を議論してもしょうが無いですし、じゃあこれぐらいやってくれるはずだよという話をしても、それはわかりませんという話になるかどうか、藤田さんに聞いてみなければわかりませんが、やはりそこら辺は難しいことになるかもしれませんので、まずは、現在のデータで御議論いただきたいと思います。

委員長（小原岡崎市医師会長）

確かに当医療圏は、今まさに来年度に向けて変わりつつある所です。先ほど言われた5疾病6事業に関してということで、公的病院ということでいきますと、今、早川委員が言われたように県立愛知病院と市民病院の経営統合と来年度から始まる藤田の岡崎医療センター等で、かなり変わってくるので、その辺が落ち着いたところで、また検討が必要かと思っておりますので、そういう意味でいろいろと話をこれからしていくための知識溜めという

ころの議案でした。

先日、丁度この会議の研修会、伊藤アドバイザーが主に出ている研修会に名古屋で出させていただいたときには、題材として西三河南部西医療圏のデータを基にということで、南部西医療圏ですと安城更生病院と刈谷豊田総合病院、それから西尾市民病院と碧南市民病院と4つの公的医療機関があって、あと民間の医療機関もある。その中で、先ほどの5疾病6事業をどのように割り振る訳ではないですが、実際に行われてという議論をさせていただいたんですが、戻しまして、この医療圏では、新しくできる病院を含めて、民間の病院とで、今後、多分、来年度になるのではないかと思います、本格的に検討していきたいと思いますので、皆様、是非、よろしくお願いします。

続きまして、議題2 非稼働病棟を有する医療機関へ対応についてということで、事務局から説明の方をお願いします。

議題2 非稼働病棟を有する医療機関へ対応について

ア 事務局説明

愛知県西尾保健所稲森課長補佐が、資料2について、説明を行った。

(説明概要)

資料2を御覧ください。

昨年度の第2回の本委員会で決定した非稼働病棟を有する医療機関への対応方針は、非稼働病棟を有する医療機関の2つの医療機関について、小島眼科クリニックが3床を継続して、今後、2年から3年後に廃止という方向でした。これについては、再度、この計画について確認をするということになりました。山中産婦人科については、非稼働10床あるところを2床へ減少する方向となっていました。非稼働病床の状況について、今後、事務局で確認をしていくことになりました。

2の確認の概要としまして、確認対象は、昨年度の第2回の本委員会において方針を決定した2診療所の小島眼科クリニックと山中産婦人科。それから、非稼働病棟を有している病院である北斗病院40床、岡崎南病院10床につきまして、事務局で確認をさせていただきました。

3の確認結果ですが、小島眼科クリニックは、非稼働病棟の病床が一般病床で3床ありましたが、現状は、非稼働が3床のままとなっています。これについては、備考に書いてありますが、2～3年以内に使用予定があるということですが、今、現在小学校4年生の患者の方がみえまして、その方が、幼稚園の頃手術をしまして、今、小学校4年生ですが、今後2、3年の間にもう1回、手術を行う可能性があるということで、使用予定があるということでした。経過観察中のその患者さんが、良くなれば、それ以降は廃止しても可能ということでした。

それから、山中産婦人科ですが、一般病床10床の非稼働がありますが、現状は、2床に

なっており8床を減少しています。平成31年1月25日付けで8床をリカバリー室へ変更済みとなっております。

北斗病院は、南4階病棟の40床が非稼働病床でした。これについて現状は、40床全て稼働済みとなっております。平成31年4月1日より全床稼働済みです。昨年度の第1回の本委員会において、北斗病院の回復期病床整備計画を適当としたところですが、これに基づきまして、補助を受けて整備したのとなっております。

1番下の岡崎南病院ですが、一般病棟に非稼働が10床ありましたが、これについては、現在10床減少して、非稼働病床は無くなっております。平成31年3月28日付けで10床減少しております。

今後の予定ですが、本日、委員の皆様から出た意見を事務局にてとりまとめの上、関係医療機関あてに伝達することになっておりますので、よろしく申し上げます。

イ 質疑応答

委員長（小原岡崎市医師会長）

ただいまの説明につきまして、何か御意見、御質問等、ありますでしょうか。

下の2つの北斗病院と岡崎南病院に関しましては、それぞれ非稼働病床は0床になったということで、全く問題は無いかと思いますが、山中産婦人科に関しても、10床から8床をリカバリー室ということで、非稼働が2床。小島眼科クリニックの方も、患者さん一人で3床いるのかどうかという話がありますが、一応その辺の所を目処にということで、2、3年のうちには、廃止予定という意見をいただいているということですが、何か御意見とかありませんでしょうか。

特に御意見等が無ければ、この状態で、後は、特に小島眼科クリニックに関しては、この後の経過を見ていくということで、行きたいかと思いますが、それでは、この結果のまま進めていくということで、対応としては、今のまま、現状を維持していくということで、よろしいですかね。よろしければ、賛成の方は挙手をお願いしたいと思います。

挙手、全員ということで、この件に関しましては、一応経過を見ていくということで、よろしく申し上げます。ありがとうございました。

続きまして、報告事項に移らせていただきます、（1）令和元年度の地域医療構想の推進に関する取組について（2）平成30年度病床機能報告結果等について（3）外来医療計画について、一括して事務局から説明の方をお願いします。

（5）報告事項

- ① 令和元年度の地域医療構想の推進に関する取組について
- ② 平成30年度病床機能報告結果等について

③ 外来医療計画について

ア 事務局説明

愛知県保健医療局医療計画課渡邊主任が、資料3、4、5について、説明を行った。

(説明概要)

【資料3-1】令和元年度の地域医療構想の推進に関する取組について

資料3-1を御覧ください。今年度の地域医療構想の取組について何点か御案内させていただきたいと思います。

まず、1 各構想区域の地域医療構想推進委員会についてです。基本的には昨年度に引き続き、各構想区域において以下の取組を始めとした協議を進めることとしております。

(1) 協議内容ですが、アからウの3つありまして、ア 具体的対応方針についてですが、個別の医療機関ごとの具体的対応方針について、協議を行っていただくこととしております。

イ 民間病院等の事業計画については、アにも関係してきますが、開設者の変更を含め、構想区域における担うべき役割や機能を大きく変更する民間病院等についても、公的医療機関等2025プランに準じた事業計画を策定いただき、提示した上で、協議をし、合意を得ていきたいと考えております。

ウ 非稼働病棟を有する医療機関への対応については、各構想区域ごとに非稼働病棟、これは過去1年間、入院患者が全くいない病棟がある場合、そういった医療機関への対応をこの委員会で決めていただいて、今後のとりくみについて御議論をいただきたいということです。

2の開催回数については、原則年4回ということで、今年度から4回分の予算を確保している。実際に何回開くかということにつきましては、各構想区域の実情に応じて設定していただくこととなります。

2の県単位の地域医療構想推進委員会の設置についてです。

(1) 位置づけですが、県単位の委員会では、各構想区域の委員会の運用に関することや、抱える課題の解決に関すること等について協議を行うこととしております。協議内容については、国の通知を踏まえ、県として何かを決めるということではなくて、あくまでも情報共有を中心とした事項を協議することとしております。

(2)の開催回数ですが年2回でして、1回目につきましては、6月26日に開催済みです。第2回目については、まだ未定ですが、12月頃に開催を予定しています。

本事業については、公益社団法人愛知県医師会に委託し、実施しています。

3の都道府県主催の研修会の開催についてですが、地域医療構想の進め方について、関係者間の認識を共有するという観点から、今年度から研修会を開催しております。開催回数については、年2回の開催を予定しています。

第1回については、当構想区域は三河地区のため9月28日を予定しています。

1回目は、申し訳ありませんが、グループワークを中心とした研修を予定しているため、

対象者を医師会、病院協会の関係者を中心に限定させていただこうと考えておりますので、御了承をお願いします。

第2回については、資料では、未定と記載していますが、先ほど伊藤アドバイザーから案内がありましたように9月11日に講演会形式の研修会を予定しております。おそらく、医師会から既に案内が送付されていることと思いますが、積極的な御参加をよろしく願います。こちらについても愛知県医師会に委託し、実施しています。

【資料3-2】本県における地域医療構想の推進に向けた今後のスケジュールについて

資料3-2ですが、これについては、今、御説明したことが記載されておりますが、1点補足をさせていただきます。

真ん中あたりに回復期病床整備事業に関する意見聴取と病床整備計画に関する意見聴取と記載してあります。こちらは、昨年度に引き続き、年2回申請を受け付けることとしておりますが、第1回の申請につきましては、両方について、当構想区域は、申請がありませんでしたが、冬にもう1度申請を受け付ける予定としておりますので、事業所から申請があった場合には、御議論よろしく願います。

【資料4-1】平成30年度病床機能報告整理【施設票】

こちらについては「平成30年度病床機能報告結果について」ですが、時間の都合もありますので、細かい説明は、省略させていただきますが、まず、資料4-1ですが、「施設票」と記載してありますが、医療機関単位の平成30年度病床機能報告から主だった項目を抽出して記載しています。

中を見ていただきますと平成30年度と29年度が2段書きになっていまして、上下で比較できるようになっています。また、後ほど御覧いただき、何か御質問等がありましたら、医療計画課まで問い合わせいただければと思います。

1点、診療報酬改定の関係で29年度と30年度が比較できない項目については、「-」を記載していますので、御確認をお願いします。

【資料4-2】平成30年度病床機能報告整理【病棟票】

こちらは、「病棟票」と記載してあります。先ほどは施設毎だったのに対して、こちらは病棟毎で、さらに細かく整理したものとなっています。こちらについても細かい説明は省略しますが、3枚ほどめくりますとレセプトの集計データが出てきます。そちらについては、個人情報保護の観点から、件数が10件未満のものは「*（アスタリスク）」で表示しています。

また、平成30年度の今回の報告からの変更事項として、手術の件数や全身麻酔の件数等の一定の項目について、全く実績が無い病棟については、高度急性期や急性期の機能では、今年から報告ができないことに、制度上変更されています。

【資料4-3】平成29年度と平成30年度の病床比較

こちらは病床機能報告の結果を構想区域毎にまとめたものであり、上側が平成30年度の状態、下側が参考として、平成29年度の結果を記載しております。

上の左側の表が平成 30 年 7 月 1 日時点の状況、右側の表が 2025 年の病床数の予定となっています。7 月 1 日の状況を集計したものでございます。

左上の表で当構想区域の西三河南部東の状況ですが、表の下から 5 番目になりますが、昨年に比べて、高度急性期は 58 床減少、急性期は 4 床の減少、回復期は増減なし、慢性期が 42 床の増加しているという結果になっています。

裏面は、参考として施設毎の状況です。

左下には、2025 年の病床数の必要量との比較ということで、「差引（B－A）」欄があります。昨年度とあまり変わっておらず高度急性期、急性期、慢性期の病床が過剰となっており、回復期の病床が不足している現状です。

【資料 5－1】 外来医療計画について

【資料 5－2】 外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン

1 時からの圏域会議でも同じものを説明しましたので、同じ説明となりますが、よろしくをお願いします。

左上の概要の「経緯」として、平成30年7月25日に、「医療法及び医師法の一部を改正する法律」が施行され、4 項目の法改正がされました。

本日説明させていただくのは、一番下のエの地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応です。

2 つ目の○の医療計画に定める事項に「医師の確保に関する事項」及び「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」が追加されています。

こちらについては、下の図の右下ですが、もともと医療計画に記載する事項として 5 疾病 5 事業等の項目の記載がありますが、今回●の 2 つの項目が追加されています。

これを受けて、県としては、今年度中に愛知県地域保健医療計画の一部として、外来医療に関する計画の外来医療計画を策定して、今年度中に公示をすることにしております。

資料右上を御覧下さい、外来医療計画に記載する事項についてですが、今年の 3 月に国からガイドラインが示されまして、ガイドラインの内容については、四角で囲っている部分に記載しています。

記載する事項として大きく 2 つあり、一つは「外来医療の提供体制の確保について」で①から③まであります。

①は、2 次医療圏毎に外来医師多数区域の設定をすることとされています。裏面を御覧下さい。右側に参考として暫定値を記載しています。

こちらは、厚生労働省が外来医師偏在指標を算出しており、全国で 335 医療圏があり、そのうちの上位 33.3%に該当する医療圏を外来医師多数区域として、国が設定しております。まだ暫定値ですので、確定値ではありませんが、愛知県では、名古屋・尾張中部医療圏と尾張東部医療圏が、外来医師多数区域に該当すると現在のところなっています。

戻りまして 1 頁目の右上の②ですが、外来医療計画に記載する事項として、新規開業者等への①等に関する情報提供をすることとされており、③として外来医療に関する協議の場の設置をすることが求められております。

2つ目の記載事項として「医療機器の効率的な活用に係る計画について」ですが、①②のところで、医療機器の配置状況や保有状況について情報を記載することとされており、こちらも指標や地図にマッピングという形で情報を記載することになっています。

ここでいう医療機器は、具体的には、CT、MRI、PET、リニアック、ガンマナイフ、マンモグラフィの6種類となっています。

③④で、今後、事業者が対象の医療機器を購入する際は、共同利用計画を立てていただいて、委員会においてチェックを行っていくことになっています。

計画期間は、(3)にあるとおり、来年度からの4年間となっており、その後は、3年毎に見直すことになっています。

次に2 計画策定後の運用についてです。

ガイドラインでは、2次医療圏毎に協議の場を設けるとされており、(1)の協議事項については、①から④まで記載があります。

①ですが、地域で不足している外来医療機能に関する検討を行うこととされています。具体的には、「初期救急医療を担う医師、在宅医療を担う医師、産業医、予防接種等の公衆衛生に係る医療を担う医師」このような機能が地域で不足している場合は、検討していくことになっています。

②③は外来医師多数区域に該当した医療圏のみの対応となりますが、②では、多数区域における新規開業者への届出を求める際に、①で検討した地域で不足する外来医療機能を担うことを求めることとされています。

③では②を拒否した場合に、協議の場への出席を要請することとされています。

④は医療機器の効率的な活用に関する検討ということで、対象の医療機器を新たに購入する場合、共同利用計画を提出してもらい、その共同利用計画を協議の場で確認するというものです。

2 頁目の(2)協議の場をどこに置くのかについてですが、国のガイドラインによると、協議の場については、「地域医療構想調整会議」の場を活用することが可能となっています。

本県では、現在の案ですが、①の計画策定時つまり今年度は、外来医療計画は地域保健医療計画の一部であるため、従前どおり圏域保健医療福祉推進会議で検討したいと考えています。

また、国のガイドラインどおり地域医療構想推進委員会で検討をしたいと考えています。

②の計画策定後の来年度以降については、国のガイドラインどおり、地域医療構想推進委員会を活用させていただければと考えています。

最後に3の今後の予定ですが、先ほど暫定値として説明しました外来医師偏在指標について、今後、国が確定値を算出するとしておりますので、県としてはその連絡を受けて、たたき台を作成して推進委員会の皆様に書面によって意見照会をさせていただきたいと考えております。

秋の県の医療審議会医療体制部会において、原案を決定しまして再度、原案に対して書面によって、推進委員会の皆様に意見照会をさせていただきたいと考えております。

提出された御意見を踏まえて、修正させていただいて、年度内に医療審議会の答申を経て、年度内に、公示を予定しています。

イ 質疑応答

議長（小原岡崎市医師会長）

3題の報告事項の説明に対しまして、何か御意見、御質問等、ありますでしょうか。

早川委員（岡崎市民病院院長）

資料に誤りがありますので、修正をお願いします。2の平成30年度病床機能報告結果等についての資料4-1の3頁ですが、岡崎市民病院の欄で1番右側の分娩件数ですが、平成29年度の47件で、平成30年度が0件になっていますが、0は間違いで、51が正しい数字ですので、訂正をお願いします。

あと、県への質問ですが、資料4-2の2頁以降全部そうですが、先ほど申し上げたように愛知県がんセンター愛知病院が、報告されていますが、この病院はもう存在しておりませんので、今後のことを議論する上では、参考にならないことが一つと、愛知県がんセンター愛知病院が岡崎市立愛知病院になりまして、2階、4階、5階、6階、緩和ケア病棟の表記がありますが、これについても、岡崎市立愛知病院は、内容が変更になりましたので、今後、議論する場合には、改めた内容を表示していただきたいと思いますが、今年度4月1日の状況については、また調査が入るということによろしいでしょうか。

事務局（渡邊医療計画課主任）

本日、資料4-1、4-2で示した資料は、1年遅れになっています。国からデータが来るのが遅いからです。平成30年の病床機能報告は、去年のデータを御提示させていただいていることなんです。今年度の病床機能報告については、また、10月頃に御報告をいただくことになるかと思えます。そのときには、病院名も岡崎市立愛知病院へ修正が入っていることになると思えますし、病棟名についても最新のものに変わっていることと思えますので、今年度の報告への御協力をお願いします。

早川委員（岡崎市民病院院長）

資料4-3の2頁に報告年度7月1日時点と2025年7月1日時点との差引が示されていますが、1年遅れで今年の6月のデータを来年、議論するとなりますと、来年4月に開設されます藤田医科大学岡崎医療センターについては、実績数字でいくのか、計画上の数字でいくのか。

事務局（渡邊医療計画課主任）

病床機能の報告については、今年の7月1日現在の機能を記載していただくことになります。

早川委員（岡崎市民病院院長）

その時点では、まだ藤田医科大学岡崎医療センターは、開設されていないので、来年度は、0の数字が、ここで議論されるということですか。

事務局（渡邊医療計画課主任）

そうです。今年まだ、病床機能報告の対象になっていませんので、今年度、国から調査票が藤田学園に送付されることはありませんので、来年度の報告からとなります。

早川委員（岡崎市民病院院長）

よくわかりますが、なんとなく、少しずつ遅れていく気がするんですが、リアルタイムに2025年を意識するために、もう少し現実的な数字を取り入れるべきではということです。

事務局（渡邊医療計画課主任）

もう1点、毎年県では、独自調査として、今年、病床機能報告に何を出したかを、簡単にファックスで各医療機関へ御質問させていただいているところですが、今年も病床機能報告に何を出したか、速報値について第2回の委員会に出させていただくことにしております。

県の独自の調査については、藤田学園にも任意で御回答いただいていたと思いますので、今年も御協力いただきたいと考えております。

伊藤 地域医療構想アドバイザー

あくまでも議論していただくのは、現在ある数字です。推論に推論を重ねると結局、2025年の数字そのものが、推論値ですから、そういうものとの比較となりますが、推論と推論の比較は、今のところ考えていません。過去の数字になりますが、現在、無ければ無いことで、議論していただければ良いと思います。

議長（小原岡崎市医師会長）

1年以上遅れですよ。今、平成で言えば、平成31年度の8月ですから、そこで30年度の7月のデータでとなると、先ほど言われた第2回目の速報値で、また、実際の数字を見て議論は、していかなくてはいけないかなと思います。

齋藤委員（医療法人愛整会北斗病院理事長）

資料5-1の1頁目の2の計画策定後の運用の(1)の協議事項のところですが、これは、あくまでも診療所の開業医についてですか。

例えば、病院だと1人新しい医師を増やすと報告が必要なんですけど、1人の診療所を開業する場合に、それをコントロールするためのものなんでしょうか。

事務局（渡邊医療計画課主任）

外来医療計画に記載する事項が、右上に大きく2つあり、①から③については、病院は関係なく、診療所外来についての計画です。

④については、病院が該当するかについては、ガイドラインにもあいまいなところがあり、国に確認しているところです。

齋藤委員（医療法人愛整会北斗病院理事長）

私は整形外科医なんですけど、岡崎市は、人口当たりの整形外科診療所の割合が全国トップだそうです。新規整形外科診療所がこれ以上増えたら困るので、その辺のコントロールは、具体的にどこでするのですか。

伊藤 地域医療構想アドバイザー

診療科についてですが、現在、行われようとしている議論は、診療所に限定して、病院外来の数字は、入れられない状況です。

それと議論する場所ということですが、一応、二次医療圏という形でしか数字が出てきませんが、今後は、医師会単位、場合によっては区単位という形の議論が必要になるかもしれません。

そのときに、そういう数字があるかということですが、現実にはそういう数字がない。市単位の数字を作るようにしろと言われると、我々が作らないといけないのですが、何を根拠にその数字を作るのかについて、議論をしている最中です。

先生が言われた岡崎市という限定でここが多いということについて、今、医師多数区域についての議論が、先ほどの2つの医療圏だけの議論ですので、その議論を行っていいかどうかに関しては、また、逆ですが地域医療構想推進委員会の中で議論していただくべきことかもしれません。

必ず、全部やらなくてはいけないということではなくて、多数区域についてはやれとなっている。多数区域が無い場合、少なくとも西三河南部東は、多分、医師少数区域になるので、そこでの議論で、この科が多い少ないを議論することは、今のところ現実にはありません。

齋藤委員（医療法人愛整会北斗病院理事長）

具体的な数字は何も決まっていないということですか。

伊藤 地域医療構想アドバイザー

そうです。特に病院に限定すると、数字を入れるものがないのが現状です。

齋藤委員（医療法人愛整会北斗病院理事長）

病院というよりも、診療所の先生の開業計画を調整するものではないのですね。

伊藤 地域医療構想アドバイザー

先ほど、県の担当が言いましたように多数区域では、あり得る議論だということですが、医師の少数区域については、その議論が出る根拠が、今のところありません。その数字をどこかで出さなければ、多分、その議論はできないと思います。

医療圏の数字を出しても、なかなか今の数字に収まらない状況ですので、もっと細かいデータを何を根拠に作るかということが、まだ、議論されていません。

それと、ざっくりと言うと、医師数のコントロールを国は考えていて、診療所の医師は、1人医師が多いので、診療所の医師イコール診療所の数でいいのですが、病院をどう考えるのか、多分、僕の類推ですが、病床数当たりで大体医師の数が決まってくるので、病床数のコントロールを国は考えていると思います。それは、併せて医師数のイメージを捉えようとしていると僕は思っています。

国の連中となかなか、議論がかみ合わないところもあるので、真面目に議論できないのですが、ざっくりとそのようなイメージで考えて間違いないのかなと思っています。

齋藤委員（医療法人愛整会北斗病院理事長）

現在、年間1万人の医師が出ているわけです。90万人しか生まれてこないのにそのうちの1万人が医師になる。医療従事者は増え、患者数は減るのに、国は何を考えているのか。

結局、ホームドクターと専門医を分離誘導していくのではないかと私は思っている。上から目線で、全部コントロールしようとしている。非常にふがいないと考えています。これは、なんとかならないのでしょうか。

伊藤 地域医療構想アドバイザー

何度も繰り返しになりますが、僕の意見として聞いていただきたいのですが、やはり厚労省は、医療費のことを考えています。地域医療構想を進めるに当たっての診療報酬の考え方は、公式発言としては、ドッキングしないと言っていますが、いろんな厚労省の役人に聞いても、寄り添うという言葉で診療報酬が、地域医療構想を後押しするとはっきり言っています。

そういうことから、人口90何万しか生まれなくて、9千何百人毎年出るという異常さが、正しいのかどうかという議論になるんですが、愛知県にしてみると10万人当たり37人位しか医師がいまないので、医師が多いか少ないかと言われると明らかに少ないです。

ですので、愛知県を医師の多数区域には、なかなかできる状況ではなくて、特に全体の状況で、医師の標準化という形で数字を捉えれば、27人位であり、医師少数県では、なくなってしまう。医師少数県でなくなったと言うことは、今後、何が考えられるのかというと、臨時定員である地域枠を作ることができなくなります。

そうすると、今はいいですが、6～8年先には、若い医師が今まで同様には、新しく出てこなくなる。それが、愛知県の姿ですから、今のところは、まだ、10万人当たりの医師数で考えると少ないというのが、僕の印象です。

今、医師の数をコントロールと先生が仰ったんですが、まだ、愛知県は、コントロールするような状況にはないと考えています。。

診療科別のことは別です。医師数全体としては、まだ少ないと思います。

議長（小原岡崎市医師会長）

他に御意見等よろしいでしょうか。報告事項に関しては、これで終わりたいと思います。

最後に、ここで藤田医科大学の岡崎医療センターの進捗状況について守瀬室長からお願いします。

藤田医科大学 守瀬室長

400床の一般病床で準備させていただいております。構成は、ICU、HCUが40床、360床が一般病床で、ICU、HCUは、おそらく高度急性期の機能になる。残りの360床に関しては、救急を受けながら、どういう患者さんが来られるかによって、高度急性期病

床になるか急性期病床になるかが決まって行く。想定で準備を進めています。

開院の時点で、医師数が大体 90 名ぐらいの想定で準備を進めています。

年間 6 千～8 千台ぐらいの救急搬送の可能性があると考えていますので、それに対応できる体制を築くことが急務だと考えて準備を進めています。

その中で、まずは、二次救急を市民病院の先生方と協力して、なんとかしっかりやらせていただく。その患者さんたちの急性期をしっかり治療させていただいた後に、回復期や慢性期をどこで受けて頂くか、どのような道筋でご自宅に復帰していただくかということとを相談させていただく必要があります。色々な組み合わせを考えながら、これから半年で、我々の医療スタッフが岡崎に来て皆様と相談しながら、開院までにある程度の見通しを立てて行きたい。というつもりで準備を進めています。今後ともどうかよろしく願いいたします。

議長（小原岡崎市医師会長）

ただいま、守瀬室長から、進捗状況について御報告ありましたが、何か、御質問等ありますでしょうか。

今、救急に関してはという話があり、もちろんそれが、1 番大前提ですが、やはり通常ここで話をする地域医療ということでは、今、在宅医療を中心でという話も含めていくと、医療だけではなくて介護だとか、その辺も含めて岡崎の地図が、変わってくるというところを、いろいろ皆さんで協議していかないといけないかなと思います。是非とも、よろしく願いします。

他に何か御意見、御質問等、ありますでしょうか。特になければ、

特になければ、これで議事を終了させていただきます。

これにて委員長の仕事が終わらせていただきます。事務局お願いします。

(6) 閉会