

平成27年度第1回

尾張北部圏域地域医療構想ワーキング会議 議事録

27. 8. 25(水)15:05～16:30

発 言 者	内 容
事務局 春日井保健所次長	<p>お待たせいたしました。</p> <p>予定時刻となりましたので、引き続き、尾張北部圏域地域医療構想ワーキング会議を開催させていただきます。</p> <p>引き続き司会を務めさせていただきます春日井保健所次長の山田と申します。よろしくお願いいたします。</p> <p>本日のこの会議は、午後4時頃、延びても4時30分頃を終了予定時刻とし、話し合いが続くようであれば、そこで一端終了いたしまして、その後は任意の参加による意見交換会とさせていただきますのでよろしくお願いいたします。</p> <p>それでは、所長からごあいさつを申し上げます。</p>
春日井保健所長	<p>お疲れのことと存じますが、引き続きよろしくお願いいたします。</p> <p>当ワーキングは、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、その他地域医療構想の達成を推進するために必要な事項につき「協議する場」として設けられたものであります。</p> <p>病床にかかる協議ということでありましたので、尾張北部圏域を代表する医療機関のみなさまにも集まっていただきました。</p> <p>今後大変重要な協議の場となることが予想されますので、当会議、ワーキングの方向性、構成など実のある協議になるよう祈念いたしましてあいさつとさせていただきます。</p> <p>なお、終了時刻を超えて議論が続く場合はその後もフリートーキング、ブレインストーミングの形で続ける場合もありますので、所用にて退出の方は、ご自由にご退出ください。</p>
司会(次長)	<p>ありがとうございました。</p> <p>では、次に、資料の確認をさせていただきます。失礼して着座させていただきます。</p> <p>お手もとに配布させていただきましたのは「会議の次第」「開催要領」「出席者名簿」「配席図」それから資料1-1「ワーキンググループ構成員の考え方について」、1-2「人口の推計について」、1-3「2次医療圏別の医療資源等の状況」、1-4「医療需要の推計方法」、1-5「尾張北部医療圏における医療需要推計等」、1-6「データ等から見た医療圏の特徴」、1-7「疾病別医療需要推計」が28ページほどございまして、最後に、1-8「病床機能報告制度の本件における報告状況(医療機関別)」です。</p> <p>以上でございますが、不足等がございます方、いらっしゃいましたらお申し出ください。よろしいですか。</p> <p>本日の出席者のご紹介につきましては、時間の都合もございますので、お手元の名簿と配席図に代えさせていただきます。ご了承ください</p> <p>それでは、会議に入らせていただきます。</p> <p>僭越ではございますけれども、本会議の座長につきまして、事務局から御提案させていただきます。よろしいでしょうか。</p>

司会(次長)	<p>(異議なし)</p> <p>ありがとうございました。</p> <p>本会議は、病床にかかる調整についても議題となりますことから、平等な審議をお願いするため、病床をお持ちでない小牧市医師会の後藤会長に座長の労をお取りいただけたらと思っておりますが、いかがでございましょうか。</p>
司会(次長)	<p>(異議なし)</p> <p>ありがとうございました。</p> <p>御賛同いただきましたので、座長を小牧市医師会長の後藤先生にお願いすることといたします。</p> <p>それでは、後藤先生、よろしく願いいたします。</p>
座長	<p>当会議の座長を務めさせていただきます小牧市医師会の後藤です。よろしく願いします。</p> <p>御案内のとおり本会議は、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する「協議の場」として開催するものです。</p> <p>皆様には、忌憚のないご意見と会議の円滑な進行へのご協力をお願いしまして、私のあいさつとさせていただきます。</p>
司会(次長)	<p>ありがとうございました。</p> <p>それでは議事に入ります。が、その前に本日の会議の公開・非公開の取扱いについて、事務局から確認をさせていただきます。本会議は、圏域会議に準じて、原則公開となっており、本日の議題に不開示該当事項はありませんので、すべて公開にしたいと考えております。</p> <p>また、会議の内容につきましては、後日、春日井保健所のホームページに掲載させていただきますので、よろしく願いします。</p>
座長	<p>それでは、会議を進行させていただきます。皆様方の御協力をお願いいたします。</p> <p>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。</p> <p>まず、このワーキング会議を設置することになりましたいきさつ等について事務局からご説明をお願いいたします。</p>
事務局(山田次長)	<p>ご説明させていただきます。本会議の設置の経緯等につきましては、先程の圏域会議でも説明がありましたように、愛知県全体の地域医療構想を医療審議会でとりまとめるにあたり、各地域の医療関係者による協議を行うために設置されたものです。</p> <p>資料1をお願いします。</p> <p>ワーキングの構成員につきましては、お手元の出席者名簿のとおりで、①市町村の代表、②地区医師会の代表、③地区歯科医師会の代表、④地区薬剤師会の代表、⑤病院協会代表、⑥医療保険者代表、⑦看護協会代表、⑧地域医療機関の代表で構成しております。今回、地域の医療機関の代表者については、概ね200床以上の病床</p>

事務局(医療福祉計画課 久野主任主査)	<p>をもっておられる医療機関にお願いをいたしました。</p> <p>私の説明は以上です。</p> <p>続いて、医療福祉計画課から説明申し上げます。</p> <p>医療福祉計画課の久野と申します。着座して説明させていただきます。資料を説明させていただく前に、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。お手数ですが、圏域会議の「資料6-1」をご覧ください。圏域会議におきまして、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、ワーキンググループにつきましては、今年度、2回開催する予定としています。本日の第1回目では、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し、構成員の皆様にはデータの共有をさせていただきたいと考えております。今後、本県におきまして、来年1月に開催予定の第2回目のワーキンググループ開催までに、主な疾患ごとに医療提供体制の検討や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とりまとめる予定としております。</p> <p>それでは、資料1-2をご覧ください。本県における人口の推計について、2013年、2025年及び2040年のそれぞれの数値をまとめたものでございます。網掛け、ゴシック体となっております尾張北部医療圏の欄をご覧ください。詳細の説明は省略させていただきます。</p> <p>続きまして、資料1-3をご覧ください。2次医療圏別の医療資源等の状況でございます。表の上段左側から人口、面積、病院数といった医療資源等についてまとめた表となっております。詳細の説明は省略させていただきます。</p> <p>続きまして、資料1-4をご覧ください。資料1-5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。まず「1 医療需要の推計の考え方について」です。4つの医療機能のうち、高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要につきましては、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及び DPC データに基づき、2次医療圏単位で医療機能区別に、1日当たりの性・年齢階級別入院患者数を推計しております。医療機能につきましては、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であります医療資源投入量により区分しています。それぞれの境界点につきましては、以下にお示ししておりますとおり、高度急性期機能につきましては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。将来の医療需要につきましては、平成25年度の入院患者数を基に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・年齢階級別人口を乗じて推計しております。次に「(2)慢性期機能と在宅医療等の医療需要」です。申し訳ございませんが、資料を1枚おめくりください。資料の左側中頃にございます、「○ 慢性期機能」をご覧ください。慢性期機能は、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、また、地域によって療養病床数には大きな地域差があるために、資料の枠で囲んである所でございますが、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。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る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いては、入院受療率の地域差を解消していくこととし、パターンAもしくはBの間で慢性</p>
---------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

期機能の医療需要を推計します。また、一般病床の障害者・難病患者についても、慢性期機能の医療需要として推計します。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まで低下させる場合で、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するが、その割合については県単位での全国最大値が県単位での全国中央値にまで低下する割合を一律に用いる場合です。

続きまして、資料1-5をご覧ください。ただ今説明いたし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いたしました尾張北部医療圏における医療需要推計等でございます。まず、資料説明させていただく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。今回お示しております数値につきましては、すべて整数値で整理しております。実際に策定支援ツールで算出される数値につきましては、小数点以下となっております。そのため、端数処理の関係で、計の欄にある数値と各項目の数を足し合わせた合計数が若干合わない箇所がございますのでご了解いただきますようお願いいたします。まず1の患者数でございますが、2013年度、2025年度、2040年度の入院患者数を医療機関所在地ベースと患者住所地ベースでお示しております。なお、(2)の患者住所地ベースの数値の中の2013年度の数値がないのは、策定支援ツールで算出がされないために資料上はございません。続きまして2の患者受療動向でございますが、2013年度における入院患者の機能区分別の流出入の状況についてそれぞれ4機能ごとにまとめたものであります。(1)流出の状況ですが、住所地が自圏域の入院患者数が4機能あわせまして3,378人で、そのうち自圏域医療機関への入院患者数は2,741人、割合としては、81.1%となっております。その下、うち他圏域医療機関への入院患者数は637人で割合としては18.9%となっております。流出先は、名古屋医療圏が多い状況となっております。今回の数値につきましては、表の下にも記載がございますが、レセプト情報等活用の際の制約から、集計結果が1日当たり10人未満となる数値は公表しないこととされているため、「0」としてしております。(2)流入の状況ですが、こちらも住所地が自圏域の入院患者数が4機能あわせまして3,503人で、そのうち自圏域医療機関への入院患者は2,741人、割合としては78.2%となっております。その下、うち住所地が他圏域の入院患者数は762人で割合としては、21.8%となっております。圏域別に見ますと、4機能合計では、県外からの流入が最も多くなっております。次に資料右側3の必要病床数ですが、こちらにつきましても医療機関所在地ベースと患者住所地ベースでお示しております。(2)の患者住所地ベースにつきましては、1の患者数と同様に2013年度につきましては策定支援ツールで算出がされないため、数値がございません。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でございます。病床稼働率につきましては、資料にございませんが、高度急性期につきましては、75%、急性期は78%、回復期は90%、慢性期は92%のそれぞれの病床稼働率を使っております。ただ今説明させていただきましたとおり、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でございますので、今後、構想区域間、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なります。

続きまして、資料1-6をご覧ください。各医療圏ごとの特徴をまとめたものとなっております。尾張北部医療圏につきましては、患者の流出、流入は2割前後。流出先は主に名古屋医療圏、尾張東部医療圏、尾張西部医療圏でございますが、流入は県外からが最も多くなっております。

続きまして、資料1-7をご覧ください。疾患別の医療需要推計として、がん、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・膵臓系疾患及び小児疾

	<p>患の数値をお示ししております。国のガイドラインにおいては、医療提供体制の検討の際に、主な疾患ごとに検討することとされていることから、参考として資料にあげさせていただきました。時間もございませんので、「がん」を例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」に関する推計値ですが、(1)及び(2)は患者数で、(1)が医療機関所在地ベース、(2)が患者住所地ベースです。患者住所地ベースの2013年の数値につきましては、先ほど説明しましたとおり、「策定支援ツール」で算出されないため記載しておりません。1ページおめくりいただきまして、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、縦に見ていただくと、どの圏域に患者が流出しているかが分かります。次の3ページ目には、2013年度の患者の流入の状況をお示しています。4ページ目には必要病床数をお示しております。(5)が医療機関所在地ベース、(6)が患者住所地ベースとなっております。</p> <p>最後に、資料の1-8をご覧ください。尾張北部医療圏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、改正されました医療法により昨年度から始まりました制度で、今回お示している報告結果が第1回目の結果となりまして、平成27年5月11時点の報告内容ですが、今回につきましては、「定性的な基準」により、病棟単位で医療機関が報告したものとなっております。</p> <p>なお、報告結果につきましては、本県のホームページに昨日公開しましたので、ご確認いただけます。</p> <p>説明は以上でございます。</p>
<p>座長</p>	<p>ただ今の説明について、ご意見・ご質問等がございましたらご発言願います。</p>
<p>春日井市民病院 渡邊病院長</p>	<p>必要病床数に関して県内のバラツキを考慮して調整することがあると説明がありましたが、各診療圏の地域住民の数で行うべきものであって、県全体で調整するものではないのですか。</p> <p>また、県外からの流入が尾張北部圏域にあるならば、県外との調整はどのように行うのですか。</p>
<p>事務局(医療福祉計画課 久野主任主査)</p>	<p>必要病床数につきましては、国のガイドラインに示されている手順に基づきまして今後進めていきたいと考えております。ガイドラインでは、「愛知県」として地域医療構想を策定することとされていますが、圏域間の流出入の状況と、都道府県間の流出入の状況を踏まえて推計することになっておりますので、まず、都道府県間の流出入については、他県と尾張北部圏域につきましては、ほとんどが岐阜県ですので、岐阜県と調整させていただきます。どちらの県で必要病床数を計画に盛り込むかの調整をさせていただこうと思っております。</p>
<p>春日井市民病院 渡邊病院長</p>	<p>愛知県全体で「調整」しようとしたときに、ベッド数が多い名古屋市のしわ寄せを尾張北部で調整されるのは、この地域の住民にとって問題となるのではないかと。</p>
<p>小牧市民病院 末永病院長</p>	<p>国の方針通りやっつけていかなければならないという県の姿勢は大きな間違いで、資料1-3の病床の問題を見ても全国10万人に対する医療機関数で、尾張北部医療圏は一般病床も療養病床も少ない状況である。さらに医師も少ないので、病床数を減らすことだけを考慮して一律に削減してはならない。</p>

春日井市民病院 渡邊病院長	私も同感です。
事務局(医療福祉計画課 緒方課長補佐)	ご意見は、医療審議会に報告させていただきます。
小牧市民病院 末永病院長	新聞では、かなり病床を減らす記事がありましたが、実際には次回の診療報酬も下げられると予想されますし、そのまましておいても病床数は減るのではないかと。変な調整をしたりするとますます病床が不足するのではないかと。そうするのではなくて、バランスの問題で高度急性期、急性期、回復期、慢性期のうち、例えば急性期が回復期に移行した方がよいといった議論は出てくるかもしれません。ベッド数にこだわるのはどうかと思っています。
事務局(医療福祉計画課 緒方課長補佐)	4つの機能ごとの必要病床を示さなくてはならないのは、全国的な取り組みでございます。先ほど、末永先生がおっしゃったように、機能分化という点で4つの機能のアンバランスを是正していく必要はあると思いますが、総量について機械的強制的に減らすものではありません。まず、このしくみとして、将来の需要として今の患者数のデータを基に将来の需要を見据えるとこのようになるというものを平成37年に向けて示すように国から言われております。実際の病床整備は、基準病床数に基づいて整備している訳でありまして、その辺の関係性ははっきりしていないところでありますが、一つの目途として、将来これぐらいの病床が必要であるものを示すこととなります。
小牧市民病院 末永病院長	回復期病床が少ないと盛んに言われているが、回復期病床を増やすためには、診療報酬を増やすなどして体制を整えなければならない。補償がなにもない。自分の医療機関がこの地域で、何をしなければ生き残っていくことができるかを考えなければならないとは思いますが、診療報酬改定前で何もわからないのに答えを出すことに無理はないかと感じている。
事務局(医療福祉計画課 緒方課長補佐)	全くご指摘のとおりで、診療報酬との関係が明らかでないところは仕組みとして問題があると感じているところです。まず、今年度は、将来の必要量というものを医療計画の一部として示させていただきたいと考えております。
犬山市 長瀬長寿社会課長	介護保険の担当をしていますが、介護の療養病床をどうしていくかということが問題になります。市内にも療養病床を持っている医療機関がありますが、今後、どうなっていくのでしょうか。県で、今後も引き続き、介護療養病床を持っている医療機関の意向に関する調査等をする予定はありますか。
事務局(医療福祉計画課 緒方課長補佐)	おそらく、平成19年度の医療制度改革以降の介護療養病床の将来的な有り方の見直しの中で転換を誘導していた経過があって、その中で調査のことで想定しますが、そうだとすれば、今回、医療計画で定める必要量とは別の意味合いのもので、別途高齢福祉が行っているものではないでしょうか。
事務局(江南保健所 井上次長)	担当外ではございますが、以前高齢福祉課の職員から、介護療養病床は、今後なくなって老人保健施設とか在宅へといった流れに移行していく方針で、その議論も国で

	<p>始まったところだと聞いております。今回の調査は高齢者介護計画の関係もあって行われたものではないでしょうか。</p>
犬山市 長瀬長寿社会課長	<p>介護療養病床をなくしていくことはわかりましたが、この削減される病床には入ってこないという事でよろしいですか。</p>
事務局(江南保健所 井上次長)	<p>少なくとも介護療養病床は、将来的には在宅医療等に移っていくのではないかと思います。</p>
犬山市 長瀬長寿社会課長	<p>後日でいいので、正確に教えていただけたらと思います。</p>
春日井市民病院 渡邊病院長	<p>資料1-8がありますが、当初の報告内容は、DPC の点数基準もあいまいなものであったと覚えております。しっかりした数字を出すために県は基準を決めて再調査等する意向はありますか。</p>
事務局(医療福祉計画課 緒方課長補佐)	<p>現在、国では、地域医療構想のガイドライン検討会を立ち上げて、報告制度の客観性を高めるためにどういうことができるかという議論を行っておりますので、その推移をみていくしかないと思っております。今回の数字は、定性的基準で報告された数字ですので、数字の客観性には課題があると思っております。</p>
小牧市民病院 末永病院長	<p>今の件について、10月に再報告するという話を聞いていますが違いますか。</p>
東海記念病院 岡山理事長	<p>5年間は、毎年10月に行います。現段階では、例えば地域包括ケア病床を回復期に入れていいとか各病院も迷って出している数字です。</p>
小牧市民病院 末永病院長	<p>10月に提出したあとで、国から DPC データ等まとめたもののフィードバックがあって、会議で資料提示があって、それを見て自分たちの提出内容に対し、提示データの内容によって病床形態を変える必要があれば自ら認識し、変えていくものと思っております。</p>
春日井市民病院 渡邊病院長	<p>ホームページに載せているのであれば、誰もが見るもので、確定内容ではないので、やめた方がいいのではないのでしょうか。</p> <p>もしくは、確定したものではないことを明記する必要があるのではないのでしょうか。</p>
小牧市民病院 末永病院長	<p>これは、あくまで定性的なもので、定量的に変えていくというものであったはずですがどうですか。</p>
事務局(医療福祉計画課 緒方課長補佐)	<p>国が、この報告制度は必ず公表するようになっておりまして、我々が判断できるところではございません。ただ、定量的な基準による報告ということは、皆様もご理解されているところですので、定量的な基準で報告したものと必要病床数の差を見ることがどういう意味があるのかということについては現在の課題と考えます。これから毎年行われる報告の中で、基準ができて客観性が高まっていくのかなと考えております。</p>

<p>全国健康保険協会愛知県支部 広瀬支部長</p>	<p>保険者代表として、今回から参加させていただいておりますが、私共愛知県の加入者が230万人を超えまして、大きな組織になっております。唯一申し上げたいのは、病床数の削減に伴って、サービスの低下につながらないこと、そしてもう一つが、バランスよく、科目別にそれぞれ〇〇診療科がなくなってしまうようなことがないようお願いしたいと思います。</p>
<p>春日井市医師会 福井会長</p>	<p>診療報酬がはっきりしない中で、病床を転換するのは非常に難しいことです。例えば、療養病床を回復期に転換しようとする、診療報酬点数だけでなく、看護師の数、リハビリ士の数等の基準が他にもありますので、簡単に人材確保もできません。同じことを市内でやれば競合もし、バランスも崩れます。人の数等の基準を見直す考えはありますか。</p>
<p>事務局(医療福祉計画課 緒方課長補佐)</p>	<p>今回は、今の入院受療率から見ると、将来がどうなるかということをお患者の診療データから診療報酬点数で見ていって、機能別の病床数の目途を示すということであって、医療機関の転換は診療報酬、マンパワーの問題等を含めた自主的な判断になると思います。必要病床と診療報酬との関係については、今のところ国は特に何も言っておりません。</p>
<p>東海記念病院 岡山理事長</p>	<p>これから、尾張北部地域でも2025年、2040年に向けて病床転換の必要はあると思っております。その時に、民間病院の代表として言えば、公的な病院が地域包括ケア病棟だとか回復期に入ってほしくないという要望があります。</p>
<p>小牧市民病院 末永病院長</p>	<p>愛知県は、割に公的病院が多く、そして大型の公立病院が多いですね。実は、自治体病院全体から言いますと、200床以下の病院が60%以上あります。そういうところは、地域包括ケアもやらなければならないし、ケアミックスをやっているところは、少なくとも今でしたら、地域包括ケアでとられた方がいいですね。</p> <p>ただ、都市型の病院でそういうことをやって民間病院を圧迫するようなことをしてはならないと、さまざまな会議で注文がありますが、同感です。先ほどの地域包括ケアの病棟については、あくまでも診療報酬の誘導があった訳ですね。その地域包括ケア病棟が、国が思うように軽度の急性期といえましょうか例えば在宅からの肺炎だとかそういうような人たちを受け入れているというよりも、やはりリハビリの長期化、骨折だとかの人が長い間入院しているとかが現実で、国が思っているようにはまだ進んでおりません。</p> <p>いずれにしても、愛知県は、医療度の低いところなので、指導的なことはあまりできないのではないかと考えております。ただ、こういう厳しい時代になっているということは、我々も認識しないといけないし、将来どうやっていこうかということは常に考えていかなければならないと考えております。</p>
<p>座長</p>	<p>様々な意見をいただきましてありがとうございます。他に何かございますか。</p>
<p>春日井市民病院 渡邊病院長</p>	<p>ともかく、この構想は地域の計画の中で重要なものになります。今回は、ワーキングの会議を保健所主導で開いていただきました。たくさん集めると大変ということで、病院協会の推薦ですとか公的な病院ですとか難しい呼び出し方をさせていただきましたが、病院協会もすべての機関が加入している訳ではございませんので、今後も手弁当で構いませんので、例えば100床ベッドの病院とか広く声をかけていただいて、意見集約してい</p>

座長	<p>ただきたいと思います。</p> <p>では、そのことに関して、今回のワーキング会議は、圏域会議の後に開催ということもあってメンバーの制限も時間も限られました。次回以降の開催について、圏域会議と別日程で開催するとか、会議のメンバーをどうするかとか意見はありますか。</p>
さくら総合病院 小林 病院長	<p>今日、ご出席の病院代表の方々の中で、2025年に代表であるのは自分だけと思うとかなり切迫したことなので、十分に認識して発言していかなければと思っております。</p> <p>今後は淘汰されていく病院、残っていく病院が明確になっていくと思うので、お互いに支えあいながらやっていく必要がありますし、機能分化を具体的に話し合うことをしていかないと形だけの会議になってしまう。本当に、国の施策として今の必要病床数を見ていくと、急性期は2/3ぐらいまで減らし、回復期は倍ぐらいまで増やし、慢性期も増やす図式にどこの病院も従っていない状況。蓋を開けてみた時に、患者が減ったり病院がつぶれたりすることは避けなければ、それこそ地域医療の崩壊につながっていく。病院そのものがどういう機能分化していったらいいかが、民間病院には見えていない。各病院の思惑もある。思惑と現実とのかい離もある。この会議に来ていない病院が、こういった理由でつぶれていった時に、しわ寄せが我々にも来て機能マヒを起こすと思うので、この会議に来ていない病院も呼ぶ必要はあると思います。</p>
春日井市民病院 渡 邊病院長	<p>このような場では決定することが多いので、もっと現場の病院長が集まる別の会議を設けた方がいいと思います。</p>
小牧市民病院 末永 病院長	<p>国のデータがまだ具体化された数値ででていないので、現在は議論のしようがない。材料がない。尾張北部医療圏では、急性期がどれだけ必要かが出てこないとなんともしようがない。</p> <p>県に聞きたいが、提出したデータは、誰がどのように処理して評価するのか教えてほしいです。</p>
事務局(医療福祉計 画課 緒方課長補佐)	<p>データは、国から CD で受領しております。今回、加工した出し方をしておりますが、基本的には指示する項目が決まられておまして、どういう機能でいつの推計でということぐらいしか指示ができません。問題なのは、バックデータにアクセスできないことで、我々としては、地域でこういう数字の根拠を示す必要がありますので、それに対してはどのような構造でどういう結果がでているのかについて再三にわたり国に開示してほしいと言っておりますが、開示していただけません。使用する場所も、県庁の特定のパソコンで、使用する人も登録制で、コピーも不可といったように厳重に管理されております。基本的にはこういうデータを見ることができるだけです。</p>
春日井市民病院 渡 邊病院長	<p>松田先生の持っているデータは郵便番号、住所コードなど全部入っているが、その提示はないのですか。</p>
事務局(医療福祉計 画課 緒方課長補佐)	<p>バックデータにはアクセスできません。</p>
春日井市民病院 渡	<p>だから、愛知県の医療圏全部でやるしかないということですか。</p>

<p>邊病院長</p>	
<p>事務局(医療福祉計画課 緒方課長補佐)</p>	<p>データは、2次医療圏単位でしか出せないようになっています。</p>
<p>小牧市民病院 末永病院長</p>	<p>例えば、ナショナルデータベースから、大雑把なものでいいので、全国的には、あるいは都市型だったりすると、高度急性期は何%、回復期は何%というようなデータは出ているのですか。そういう指標がないと将来もわからないではないですか。</p>
<p>事務局(医療福祉計画課 緒方課長補佐)</p>	<p>全国的な指標となりますと、各県にはそれぞれの県のデータが配られておりますので、他県が資料を出してくれればその範囲で把握することは可能です。</p>
<p>総合犬山中央病院 竹腰理事長</p>	<p>大変難しい問題です。いろいろなサイドから検討しなければならない。まず国は、国際比較上、病床数が多すぎるとみているので、それを是正しようとするなら、理想的な基準を用意しないと結論を見出すのは難しい。この問題は、公平というと、地域住民がどのような判断をするかということになる。医療関係者ばかりでは決着が難しいように思います。</p> <p>また、我々は、許可をいただいて病院経営をしておりますので、それを決定したことに従えということになると法的にはどうか。経済的なフォローは行われるのか。いずれにしても資料を持ち帰ってしっかり読んでみたいと思います。</p>
<p>座長</p>	<p>地域住民まで呼んでとなると収拾がつかなくなることも考えられます。まずは、次回ですが、構成メンバーはどのようにしたらよいでしょうか。</p>
<p>さくら総合病院 小林病院長</p>	<p>この病院の再編成は、勧告であって義務ではないと思います。でも、その勧告どおりやっついていかないと今後はつぶれる病院が出てきます。そうすると、この地域医療ががたつくことになります。このことを議論するのであれば、もう少し病床数の少ないところも議論に入れて、病院長会議として別に行い、今後どうするってことを考えていく場を作っていく必要はあると思います。</p>
<p>座長</p>	<p>今の意見に異議のある方とかいらっしゃいますか。</p> <p>そうすると、この圏域会議とは別に、病院長が集まるような場を作る必要があるということとは皆さんもご理解いただいたということでもよろしいですね。</p> <p>他に何かございますか。</p>
<p>さくら総合病院 小林病院長</p>	<p>20床の病院が10機関あると200床なので大きな問題かと思えます。実はうちは、病床は縮小傾向で手放していくんだよというスタンスのところもあれば、うちは経営上もっと拡大していきたいところも中にはあるかもしれない。そうするとガタガタになってしまうかもしれない。</p>
<p>座長</p>	<p>皆がたくさんあつまったからいい知恵がでるとも限りませんがどうでしょうか。</p>
<p>小牧市民病院 末永病院長</p>	<p>ただ、この会議は協議の場でもあるので、病院だけといった一部の者だけで進めていくことは避けなければならない。また、名古屋医療圏などですべての病床をもっている</p>

	<p>医療機関に集まっていただくことは難しいので、一つの意見として何十床以上の病院の先生を代表者として集まって決めていくことではどうですか。</p> <p>また、すべての病院長にこの会議の情報が伝わるようにしていただきたい。</p>
さくら総合病院 小林病院長	<p>この尾張北部医療圏だけで見ると実は、両極端なんですよね。19床以下の病院が半分以上占めていて、50床以上で区切っても、100床以上で区切ってもそんなに変わらないですよね。ですので、集まる意義はあると思うのですが。</p>
小牧市民病院 末永病院長	<p>小林先生がおっしゃるように、50床から200床の間の病院の意見も聞きたいということですね。</p>
さくら総合病院 小林病院長	<p>そうです。ここで話していることが、そちらにフィードバックされなくてガタガタになってしまうことが怖いですね。</p>
座長	<p>では、次回は、圏域会議とは別に病院長レベルの会議を開催し、その会議には50床以上のところもお呼びしますか。</p>
事務局(春日井保健所 木村所長)	<p>緒方さん、それでいいですか。医療福祉計画課が意見を言っていたかないと。</p>
事務局(医療福祉計画課 緒方課長補佐)	<p>策定のための調整会議は、年明けに開催しますので、それは、今回のように決められた関係者の方に入らせていただくことになります。それとは別に地域での取り組みとして関係者の方が個々に集まっていただくことは特に問題もありません。</p>
春日井市医師会 福井会長	<p>本日の会議資料は、呼ばれていない病院等に送付していただけるのでしょうか。</p>
事務局(春日井保健所 山田次長)	<p>そのようにさせていただきます。</p>
徳洲会病院 前田病院長	<p>高度急性期の数も実際はこの資料数値と相当違っているもので、本当に必要な高度急性期は何人なのか、急性期は何人なのか正しい数字、適切な数字を出していかないと各病院が困る、当然全体の医療もうまくいかなくなることになる。客観的な数字を出す意味でもワーキング会議は重要だと思いますので、別に開催していただいた方がいいのではないかと思います。</p>
事務局(春日井保健所 木村所長)	<p>次回のワーキングは今年度開催することが決まっております。本日のように2階建ての会議にしますと、歯科医師、薬剤師の皆様は長時間の拘束が難しいです。分けた方がいいかと思いますがどうですか。また、次回は無報酬です。それから、メンバーについて、例えば医療圏の薬剤師会で1名とかサイズを落としてというのも一つの方法ではないかと思います。頻回開催するというのも医療福祉計画課の考えもあるでしょうし、一度検討させていただきたいと思います。</p>
座長	<p>いろんな意見があって、実りのある会にしたいと思います。</p>

最終印刷日時：2015/09/10 11:27:00

	今日はみなさん、お疲れだと思いますので、これで終了します。
--	-------------------------------