

平成 27 年度第 2 回西三河南部東圏域地域医療構想調整ワーキンググループ 議事録

- 1 日 時 平成 28 年 1 月 6 日（水）午後 1 時 30 分から午後 3 時まで
- 2 場 所 岡崎げんき館 1 階多目的室
- 3 出席者 別添名簿のとおり（委員 15 名、事務局 13 名）
- 4 傍聴人 4 名
- 5 議 事 地域医療構想における必要病床数の推計等について

6 会議の内容

○事務局（小田西尾保健所次長）

ただいまから平成 27 年度第 2 回西三河南部東圏域地域医療構想調整ワーキンググループを始めさせていただきます。

私は本日進行を務めさせていただきます西尾保健所の小田と申します。どうぞよろしくお願いをいたします。

それでは会議に先立ちまして、事務局を代表いたしまして西尾保健所杉浦所長から、ご挨拶を申し上げます。

○杉浦西尾保健所長

愛知県西尾保健所の杉浦でございます。本日は大変お忙しい中、今年度 2 回目の西三河南部東圏域地域医療構想調整ワーキンググループにお集まりいただきまして、誠にありがとうございます。

また、日頃から愛知県の健康福祉行政に対しまして格別のご理解とご協力を賜り重ねて厚くお礼を申し上げます。

昨年 8 月 25 日に第 1 回目のワーキンググループを開催いたしまして、医療福祉計画課からの地域医療構想についての説明の後、地域医療構想を今後このワーキンググループにおいて検討していくこと及び構想区域を二次医療圏とすることについてご承認をいただいております。

その後 12 月 18 日に開催されました愛知県医療審議会医療体制部会において各圏域の必要病床数の推計方法についての検討がなされました。

本日のワーキンググループにおきましてはその内容についてのご検討をお願いしたいと考えております。

将来の医療体制の根幹となる地域医療構想について、検討を進めれば進めるほど多くの課題にぶつかり、それに真摯に向き合っていかなければならないと考えております。

特にこの圏域においては平成 3 2 年に学校法人藤田学園による病院開設が予定されていることもあり、継続して対応していく必要があると考えております。

そのためにも、本日の会議では皆様それぞれの立場からの忌憚の無いご意見ご質問をい

いただきますようお願い申し上げます、開会の挨拶とさせていただきます
どうぞよろしくお願い申し上げます。

○事務局（小田西尾保健所次長）

続きまして、先日配布をさせていただきました資料についてご確認をさせていただきます。

本日資料をお持ちでない方がお見えでしたらお申し出いただきたいと思いますがよろしいでしょうか。

それでは、資料の中身でございますが、会議の次第、構成員名簿、出席者名簿、配席図が各1枚、それから今回の要領、これがひとつに綴られております。

資料ですが、「資料1 医療構想における必要病床数の推計について」、その後、参考資料と致しまして、「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」という形になっております。

なお本日差し替えと致しまして出席者名簿、配席図について右上の方に差し替えと記入してあるものに差し替えていただきたいと思っております。

本来であれば、ここで本日ご出席の皆様方の紹介をさせていただくところではございますが、時間の都合もありますので、お手元でございます「出席者名簿」及び「配席図」をもって、ご紹介に代えさせていただきますので、よろしくお願い致します。

続きまして、議長の選出に移りたいと思っております。

この会議の議長につきましては、「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、開催要領第4条第2項の規定を準用いたしまして「会議の議長は会議の開催の都度、互選により決定する」とされております。

誠に僭越ではございますが、事務局案といたしまして、地元岡崎市医師会長の小森様を推薦したいと思っておりますが、いかがでしょうか。

（異議なしの声）

異議なしということでございますので、議長を岡崎市医師会長小森様にお願いしたいと思います。

それではこれより議事に移りますので小森会長にお願いしたいと思います。よろしくお願い致します。

○議長（小森岡崎市医師会長）

ご多忙のところご出席ご苦勞様です。岡崎市医師会の小森と申しますよろしくお願いいたします。ただいま御指名によりまして本日この会議の議長を務めさせていただきます。

平成27年8月25日に第1回のワーキンググループでの検討をふまえて、西三河南

部東医療圏をひとつの単位として考えるということ、この地区については患者所在地ベースというもので必要病床数を考えていただきたいということを確認要望したように私は記憶しております。

先ほど話がありましたようにこの地区は 22%がこれまで他医療圏に流出していた経緯がございます。ただし、平成 32 年に藤田保健衛生大学病院が南部地域に開設されますので、これまでは遠方であるため、岡崎市民病院という素晴らしい、3次救急を実施していただいている病院を受診するよりは、近くにある安城更生病院又は他の病院へ流れていた患者さんが、必ず当地域のほうに戻ってくるのではないかと。ということで、この地区の特徴といたしまして患者居住地ベースという試案の基に高度急性期病院、急性期病院等の数を出していただきたい、確認要望を出したように私は記憶しております。

ただいまもお話がありましたように、12月18日に県で行われた愛知県医療審議会医療体制部会において、地域医療構想における必要病床数の推計方法についてご審議がなされました。

本日この会議の目的は、その地域医療構想における必要病床数の推計方法というものに対して私どもの圏域は、それを承認するのか不承認するのか、それを審議して決議していただきたい。

その承認不承認について2月19日の医療審議会医療体制部会において決定されていくということになっていると思います。

今回の資料を見ますと、患者居住地ベースではなく、医療機関所在地ベースで基本的には考えるとなっております。そここのところが第1回目のワーキンググループでのわれわれの方針とは大きく異なるところでございます。皆様のご意見をいただきまして、有意義な会議となりますようにご協力をお願いいたします。

それでは議事に入りますが、その前に本日の会議の公開・非公開の取り扱いについて決めておく必要がありますので、事務局からご説明をお願いします。

○事務局（小田西尾保健所次長）

この会議は「圏域保健医療福祉推進会議開催要領」第5条第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がございますので、すべて公開としたいと考えております。

なお、本日の会議開催の案内は、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となっておりますのでご承知おきください。

なお、本日は傍聴される方が4名いらっしゃいますのでご報告をさせていただきます。

○議長（小森岡崎市医師会長）

ただいまの議事公開についての事務局説明について、ご質問ご意見などありますでしょ

うか。

ご発言ないようですので、本日の会議は全て公開としたいと思います。

それではただいまから会議次第に沿って議事を進めてまいります。本日の会議は 90 分程度を予定しておりますので、よろしくご協力をお願いします。

それでは本日の議事事項「医療構想における必要病床数の推計等について」医療福祉計画課から説明をお願いします。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

愛知県健康福祉部医療福祉計画課の植羅と申します。よろしくお願い申し上げます。お集まりの皆様には大変お世話になっております。

早速でございますが議題につきまして説明をさせていただきます。

本日お配りしております資料 1、参考資料 1、参考資料 2 でございますが、こちらにつきましては先ほど杉浦所長からお話のありました 12 月 18 日の医療審議会の医療体制部会で配布させていただいたものをお持ちしたということでございます。

なお、先ほど小森先生からご指摘のありました必要病床数の関係につきましては、今回あくまでもたたき台ということございまして、医療体制部会におきましてもこの内容について全く納得するとかそういうお話ではございません。

あくまでもひとつの考え方ということで、地域にお示しをしてお意見を伺うためのたたき台ということで了承をいただいた資料だということ、ご理解いただきたいと思っております。

したがって、この内容につきまして各圏域でのご意見をいただいた上で先ほどお話のございました 2 月 19 日の医療審議会医療体制部会におきまして、改めて審議される予定となっております。

それでは資料 1 についてご説明をさせていただきたいと存じます。

表題が「地域医療構想における必要病床数の推計等について」でございます。

1 必要病床数の推計手順、こちらにつきましては昨年度末の 3 月 31 日に国から提供されました地域医療構想策定ガイドラインに推計手順として示されているものを活用させていただきます。

まず (1) でございます。構想区域ごとに、患者住所地に基づいて推計をいたしました、これから 10 年後である平成 37 年の医療需要です。これは入院患者数とお考えいただきたいと思いますが、患者の流出入が無い場合、純粋にその地域にお住まいの方が構想区域内の医療機関に入院をする場合、理想形ということでございますが、そうした患者数、それが 1 点目でございます。

そちらと、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、現在の流出入の状況がそのまま 10 年後も続くという仮定の下に計算をしたもの、これを比較することになっております。

そして下に参りまして (2) 関係する都道府県との間での供給数の増減ですが、こちらについては都道府県間の調整ということをございまして、これは医療体制部会でご承認をいただきましたので省略させていただきます。

続きましては (3)、こちらが非常に重要な部分でございますが、県内における構想区域間の調整であります。県内におきましては医療計画等による二次医療圏ごとの医療提供体制や医療関係者市町村の皆様のご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うということでもあります。そして将来のあるべき医療提供体制を踏まえた推定供給数、つまり平成 37 年の各医療機能ごとの入院患者数を確定するということでもあります。

そして (4)、推定した入院患者数を病床稼働率で割って得た数を将来の必要病床数とするということでもあります。

こちらの病床稼働率につきましてはカッコ内に記載がございますとおり、高度急性期については 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92%ということでもあります。

患者の変動についてはこういった中でみるということでもあります。

続きまして、2 医療需要の推計について、であります。

こちらについては、医療法の施行規則で定められております推計方法でございます。

(1) 高度急性期と急性期と回復期、この 3 つの医療機能の推計方法ですが、こちらについては、国で所有しております平成 25 年度のレセプトデータに基づいて、医療資源投入量による区分ごとに推計するとされております。

続きまして (2) の慢性期の医療需要の推計ですが、こちらについては都道府県ごとに若干の判断の余地があります。こちらは「パターン A」と「パターン B」という方法が国から示されておきまして、「パターン A」、「パターン B」につきましては資料 1 ページの右下の図をご覧くださいと思います。

「パターン A」の右側に網掛けで囲みがございますが、全ての構想区域が全国最小値まで療養病床の入院受療率を下げる、というのが「パターン A」。

それに対しまして「パターン B」につきましては、右側の囲みの 3 行目のところをご覧くださいと思います。割合につきましては全国最大値が県単位で全国中央値まで低下する割合を一律に用いる、ということもございます。

端的に申しあげまして「パターン A」と「パターン B」を比べますと「パターン A」のほうが将来に向けてより厳しい目標となっております。「パターン B」のほうが「パターン A」に比べますとゆるやかな目標設定になるということをございまして、これらの図の上に○がございまして太字で記載がございます。これが 12 月 18 日の医療体制部会でご了解をいただいた内容でございます。

本県におきましては、在宅移行の整備に今後一定程度の時間が必要と想定されるため、療養病床の将来の削減目標については「パターン B」、東三河北部医療圏のみ若干特例がございまして、原則として本県におきましては「パターン B」ということをご了解いただいたということでございます。

それでは資料を一枚おめくりいただきまして、2 ページをご覧くださいと存じます。
2 ページ目が、今回の地域医療構想におきまして最も中心になる内容だと思っております。

3 構想区域間の供給数の増減の調整でございます。

これはあくまでもたたき台ということでございまして、先ほどご報告申し上げましたとおり、12月18日の医療体制部会におきましては、各地域のご意見を伺うためのたたき台ということでご了承をいただいたものでございます。

この内容につきましては2月19日の医療体制部会で改めて審議をされるということでご理解をいただきたいと思っております。

一つ目の○でございます。現時点では将来の医療提供体制がどうなっていくかを見込むことが非常に難しいため、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いうことでございます。

愛知県全体で申し上げますと、医療計画に定められております基準病床数と既存病床数では、既存病床数のほうが上回っているところが非常に多いということがございます。今後新しい病院を整備する余地があるところは非常に少ない、当地域は例外でございますが、少ないということから、基本としては医療機関所在地ベース、新しい医療機関がその地域にできなければ当然流出は止まらないと考えられることから、必要病床数の推計につきましては、医療機関所在地ベースが基本とされております。

しかしながら二つ目の○でございます。大幅な増床予定がある地域におきましては、この影響を見込み、隣接している構想区域への患者の流出が止まると見込むということでございます。ここでいう大幅な増床予定とは、一般病床あるいは療養病床 200 床以上の病院の病床整備とさせていただきます。

今回その条件に当てはまる病院が、下にございます(1)の西三河北部圏域に整備が予定されております豊田若葉病院(仮称)、そして(2)、当西三河南部東圏域におきます藤田保健衛生大学病院の新病院でございます。

(1)の病院につきましては、当圏域には特に影響がないということでございますので、(2)を中心に説明をさせていただきたいと思えます。

(2)の藤田保健衛生大学新病院でございますが、開設者は学校法人藤田学園、場所につきましては岡崎駅南土地区画整理事業区域内が予定をされています。

そして病床数は一般病床 400 床程度、365 日 24 時間体制の2次救急を担っていただく予定と伺っております。

そして開設時期は、平成 32 年 4 月ということでございます。

今回の調整案、たたき台においては、一般病床が 400 床整備されるということですから、当西三河南部東医療圏からは、例えば名古屋ですとか尾張東部医療圏、また西三河北部医療圏に患者さんが流出しているという状況はございますが、先ほども申し上げましたとおり隣接する医療圏への影響についてのみ今回見込ませていただいたというところでございます。

調整案のところがございますが、当西三河南部東構想区域から西三河南部西構想区域への流出は、高度急性期が 41 人、急性期が 88 人、回復期が 92 人、これは 1 日あたりの入院患者の流出ということでございます。

それに加えまして、隣接をしております東三河南部医療圏への流出、急性期 13 人、回復期 15 人を調整させていただいたということでございます。

右側の図にございますとおり藤田保健衛生大学の新病院につきましては、西三河南部西構想区域や東三河南部構想区域に近い位置に建設をされるということでございますことから、ただいま申し上げました二つの構想区域への流出が止まる、そして今回新たに整備をされる予定の病院ということでございますので、高度急性期と急性期と回復期に限ってその流出が止まると考えさせていただいたというところでございます。

それでは資料の 3 ページをご覧ください。

表題といたしまして平成 37 年の必要病床数（たたき台）となっております。

当西三河南部東構想区域につきましては、この資料の右半分、上から 2 つ目に整理をさせていただいております。こちらは必要病床数、2 行目に平成 26 年の病床数、そして差引をお示ししております。

必要病床数のところを右にご覧いただきたいと存じます。こちらは藤田保健衛生大学の新病院ができることによって一定程度の流出が止まるということということで調整をさせていただいた数字でございます。

こちらの欄、右矢印がございますが、高度急性期のところをご覧くださいますと矢印の左に 231 床、右側に 285 床という数字をお示ししております。これは、医療機関所在地ベースで計算した数字が左の 231 床でございますが、西三河南部東から西三河南部西へ流出していた患者が止まることによって、その 231 床が 285 床に増える、という試算をさせていただいたものでございます。

そして右をご覧くださいまして急性期、医療機関所在地ベースで 706 床と計算されるものが、一定の患者の流出が止まることによりまして 836 床、そして回復期につきましては 902 床が、患者の流出が一定程度止まることによって 1,021 床という試算をさせていただいたというところでございます。

その更に右にございます慢性期につきましては、今回流出についての影響は無いという考え方で 486 床という数字を置かせていただきました。

そして全体が一番右の計でございますが、医療機関所在地ベースのみで計算いたしますと 2,325 床、患者の流出が止まることによりまして 2,628 床という試算をさせていただいたというところでございます。

なお必要病床数の下に平成 26 年の病床数というものを記載させていただいております。こちらにつきましては、資料の表の下、三つ目の※に記載がされておりますとおり、平成 26 年 10 月の病院名簿における一般病床数、療養病床数、有床診療所病床数の合計を、平成 26 年の病床機能報告結果の病床機能の割合を使って算出をさせていただいたものでござい

ます。

これは、あくまでも参考ということでございます。前回の当ワーキンググループの時も申し上げたと思いますが、病床機能報告制度自体まだ定義があいまいなものでございますことから、これは今後の国の定義の見直しといったものによって変わってくるということでございます。

従いまして、この必要病床数と平成 26 年の病床数、この差引があくまでも参考値ということでございまして、これによって例えば病床を返還していただくとか、そういったことを県から求めるといったことは当然考えてないところでございます。あくまでも参考としてお示ししたということをご理解いただきたいと思います。

それでは恐れ入ります、4 ページをご覧くださいと思います。

4 ページと 5 ページにつきましては非常に似通った表になってございます。

4 ページの表が、左上に表題が付いてございます、(参考 1) 医療機関所在地ベースによって計算した必要病床数、でございます。

すべての構想区域におきまして、現在の患者の流出入が将来もそのまま続くと見込んだ場合の必要病床数、それがこの 4 ページに書かれております必要病床数でございます。

それに対しまして、もう一枚おめくりいただきまして 5 ページをご覧くださいと思います。(参考 2)各構想区域における医療需要と必要病床数のたたき台、ございまして、こちらにつきましても先ほどの表と同様、資料の右の上から 2 番目に当西三河南部東構想区域の必要病床数のたたき台をお示ししております。

こちら西三河南部東の欄をご覧くださいと思います。構想区域名の右に高度急性期、急性期、回復期、慢性期という医療機能がそれぞれ記載されておまして、その右に記載しておりますのが平成 37 年における患者住所地ベースでの入院患者数、一日あたりの入院患者数をお示しております。

当地域におきましては高度急性期が 243、急性期が 697、回復期が 894、慢性期が 499、でございます。

それに対しまして、その右に医療機関所在地ベースで計算した数値をお示しております。こちらをご覧くださいますと、高度急性期が 173、急性期が 551、回復期が 812、慢性期 447 となっております、左の患者住所地ベースと比べていただきますと全て医療機関所在地ベースのほうが患者数が少ない、ということでございます。

従いまして 4 つの医療機能すべてにおいて当構想区域におきましては患者の流出が超過している、流出超過の状況にあるということでございます。

それに対しまして、先ほどのたたき台のところでお示しました患者の流出についての調整をこの右の欄でさせていただいております。この右の欄、(増) (減) (計) となっております。

こちらの圏域においては全て増の所に記載をさせていただいておりますが、高度急性期が 41 人、急性期が 101 人、回復期が 107 人という数字でございます。

こちらの（増）の41人につきましては、この表が細かくて大変恐縮でございますが、すぐ下に記載されております西三河南部西構想区域において、（減）のところにも高度急性期で△41となっております。従いまして西三河南部西へ患者が41人流出していたものが、新しい病院の設置によりまして、この流出が止まる、その分を当圏域において対応していただく人数として増加させていただいているということでございます。

同様に急性期につきましては西三河南部西の△88、加えまして下から二つ目、計の上でございますが、東三河南部の急性期のところに△13となっております、この88と13を足した101を当構想区域において増加させていただいたということでございます。

そして回復期につきましては107人増加するという形にさせていただきまして、先ほど申し上げました医療機関所在地ベースにおける患者数に、流出をしていた患者が止まることによって発生する患者数を合計したものが、（計）という欄に記載した数字となっております。

そして最終的な必要病床数につきましては、ただいま申し上げました（計）の数字を、高度急性期については75%という数で割ることによりまして285床、急性期につきましては一日当たり652人という患者数を0.78で割ることによりまして836床、そして回復期につきましては919人を0.90で割ることによって1,021床、慢性期につきましては患者数の増減なしということで447人、この数字を0.92という病床稼働率で割りまして486床という数字を、たたき台という形でお示しをさせていただいたところでございます。

6ページにつきましては他の都道府県との患者数の調整ということでございまして、こちらについては省略をさせていただきたいと思っております。

それでは最後の7ページ目をご覧くださいと存じます。将来のあるべき医療提供体制を実現するための取組でございます。

こちらにつきましては（1）考え方、というふうにお示しをしております。

アでございますが、地域医療構想を策定した後それをどのように実現していくかということも地域医療構想の中に記載することとされておりますので、その内容の概要をこちらに記載させていただいております。

地域医療構想実現のために病床の機能分化と連携を図る必要がある、ということがございます。

その時に、非常に重要であると考えておりますのが、アの三行目の右でございます、医療機関の自主的な取組を促すということでございます。

地域医療構想の内容をこういった場にお示しして、この地域で回復期の病床が足りない、といった状況をご覧ください、また、今年の4月に予定されております診療報酬の改定、そういった内容について考え合わせていただきまして、それぞれの医療機関の将来のあり方といったものを考えていただき、自主的に転換をされるところは転換をしていただく、といったことが重要だと考えております。

また医療機関相互の協議、こちらについてもこの地域に非常に回復期が少ないという問

題意識を地域で共有をしていただいて、話し合いをしていただく、といったこともあろうかと考えております。

下に参りましてイでございます。

地域医療構想におきましては療養病床、先ほど目標設定というところで若干申し上げました慢性期の病床につきましては、これから削減をしていく、できるだけ在宅医療に移行していくということが今回の地域医療構想で目指されていることから、在宅医療の充実強化を図っていく必要があるということでございます。

そしてウでございますが、当然のことながら医療従事者の確保養成を図っていく必要があるということでございます。

そしてエでございます。ただいま申し上げました地域医療構想を実現するために、地域医療介護総合確保基金というものが平成 26 年度から各都道府県に設置をされております。その基金を積極的に活用することによって地域医療構想の実現を図るというものでございます。

(2) 今後の方策として、先ほど申し上げました 3 つの病床の機能分化と連携の推進、在宅医療の充実、そして医療従事者の確保・養成、それぞれ現時点で考えられる方策というものをこの下の表に掲げてあります。こちらについては時間の関係から割愛させていただきます。また参考にしていただけたらと思います。

最後の 6、今後の予定でございます。

平成 28 年 1 月から 2 月にかけてまして構想区域ごとに開催いたします地域医療構想調整ワーキンググループ会議におきまして必要病床数等についてご意見を伺うことになってございます。

なお先ほどたたき台のところで申し上げましたが、特に、今回流出が止まるということになりますと西三河南部西の圏域、そちらに非常に影響が大きくなっております。

実を申しますと 12 月 18 日に医療体制部会で検討させていただいた資料によりまして、12 月 22 日に地域医療連携のための有識者会議というものを県で設置をしておりますが、そちらで医療体制部会の内容についてご報告を申し上げました。

その有識者会議のメンバーといたしまして安城更生病院の浦田院長先生が参画しておみえになりまして、浦田先生からはこういったたたき台の内容は到底承服できるものではないというお話を伺いました。

従いまして、西三河南部西の圏域のワーキンググループはこれから 1 ヶ月先の 2 月 2 日に予定されておりますが、今回たたき台としてお示した内容について、かなり厳しいご意見が出ると考えております。

それでは最後でございます。

今後の予定の二つめの・でございますが、2 月 19 日開催予定の医療審議会の医療体制部会におきまして、各構想区域ごとのワーキンググループの検討をふまえて必要病床数等について改めてご審議いただくということでございます。

以上、議題についての説明を終わります。

○議長（小森岡崎市医師会長）

ありがとうございました。

最初に申し上げましたように、今回の審議は、地域医療構想における必要病床数の推計等の方法について、医療機関所在地ベースを基本としてそれぞれの流出入を加減した数値を出したとしたやり方について、この圏域において承認できるかどうかというのが最終的な目的になります。

ではご質問ご意見がありましたらお願いいたします。

○鈴木岡崎市保健部長

2点ほど意見と質問をさせていただきます。

今回、この様なたたき台が出されましたが、当医療圏では前回の会議において、先ほど会長の話にもありましたとおり、この構想に当たっては患者住所地ベースということで意見を述べてきました。

また岡崎市の副市長も、県を訪問してその旨を要望していたところです。

そんな経緯の中で、今回基本が病院所在地ベースということで非常に残念な結果だなあと思うと同時に、一応、藤田保健衛生大学の新病院を配慮していただいたということに関しては、非常に県も苦慮されたのだろうと察するところではあります。

そんな中でこのたたき台をみると、流出していた先から患者が帰ってくることにについては、安城、西尾、蒲郡といった南部を中心に戻ってくるだろうという想定で数字が付け替えられています。

しかし、患者住所地ベースから言えば、北の豊田とか名古屋、それから尾張東部の方からの付け替えがなぜできなかったのか、慢性期についてもさらに踏み込んだ付け替えがあるべきじゃないかと思えます。

と申しますのは、この圏域においては藤田保健衛生大学の新病院が1次2次救急を中心に展開するというので、実際に稼動すれば地域内での病院の役割分担、例えば回復期や慢性期にも集中できる状況ができてきますし、市としてもそういう方向でいきたいと考えているところでもあります。

今回、市が進めております新病院の誘致については、単に1次2次救急ですとか南部地域の病床不足に対応するというだけではなく、医療圏全体として機能分担を進めていくきっかけとして取り組んでいるものです。

新病院ができることで、高度急性期から慢性期まで全ての患者の受け皿へつながっていくと考えております。

そういう意味では今回付け替えをした南部周辺だけではなく、圏域全体のメリットを踏まえて、他からの付け替えも、さらに踏み込んだ検討を今後お願いしたいという意見を申

し上げるとともに、今回こういう、言い方が悪いですけど中途半端な付け替えみたいな格好になっているところに関して県の見解を伺いたいと思います。

それともう1点。

今回のこの構想の元になったレセプトデータは、平成25年のデータを使っていると聞いていますが、この圏域では平成23年に圏域が分かれたことを契機に、不足する病床を埋めていこうということで推し進めておりまして、25年度以降複数の病院で新たな病棟の整備が進んできたところです。

例えば市民病院では診療棟と救急棟で65床、三嶋内科病院で新棟が42床、それから北斗病院の新棟が114床と、この2年ほどで200床が新たに稼動しています。

これからさらに充実していくものと考えておりますが、こういったデータが反映されておられません。

そうなりますと、せっかく今までやってきた、この圏域の病院の皆さんの苦労がどのように反映されていくのかと不安があるわけでございます。

万が一今回の構想で固まった数字が圏域にとって不十分な数字だった場合、構想の見直しに当たっては、とにかく新しいデータを使っていただき、早いうちの更新を当然望むところですが、構想ということになると、例えば10年後20年後を見据えた数字でということになって、なかなか動かせなくなるのではないかと心配するところです。

数字の見直しについてどう考えているのかということ、教えていただければと思います。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

今回たたき台をお示ししましたが、先ほどご指摘いただいたとおり岡崎市民病院の15床の救急受け入れのための病棟整備など、平成26年度以降の増床等が当然あるということは承知をしております。

ただ今回、あくまでも国から示されておりますのが25年度のデータを元にしていうことがございます。

また、ある程度まとまった大規模な病床の整備については、流出全体が止まるというような影響がかなりあるのではないかと考えたのですが、流出に満たないような病床の整備につきましては、なかなか見込むことが難しいということで今回こういった数字をお示したところでございます。

先ほど申し上げました県の有識者会議の中で、安城更生病院の浦田先生が今回のたたき台の内容を見られまして、西三河南部西への流出が止まるとなると西三河南部に今度は患者の受け入れの余力ができるのではないかと、そういったものがまた玉突きのようにいろいろ影響していくのではないかと、ということをおっしゃられていました。

そうしたことを考え出しますと、最終的な数字を固めるのが非常に難しいということもございます。

今回400床という大きな病床の整備による影響は、隣接する地域ではない名古屋や尾張

東部の流出がどうなるかといったところまでなかなか見込めないのではないかとことから、隣接しております西三河南部西と東三河南部の流出のみ止まる、という形のたたき台になっております。

平成 32 年 4 月開設予定の藤田保健衛生大学の新病院ができることによって、患者の受療動向がどうなるかということも、現時点ではなかなか見込むのが難しいというところがございます。

今回はあくまでもこれから 10 年先を見据えて、ある程度考えられる患者の流出が止まるというところだけを見込ませていただいたところでございます。

2 点目の質問でいただきましたこの構想の見直しにつきましては、この医療構想自体が医療計画の一部と位置づけられており、医療計画自体の見直しが平成 29 年度に予定をされております。

平成 29 年度に、平成 30 年度から 35 年度までの 6 年計画の策定作業を進めるという形になってまいります。

その中で、国から改めてこの地域医療構想をどのような形で策定するのかということが示されると考えておりますので、その時点で、26 年度以降に実際に開設した病床による影響なども反映できるのではないかと考えております。

ただ現時点で国からそういったことがはっきり示されているわけではございません。

しかし、間違いなく平成 29 年度に次期医療計画の策定作業をすることになっておりますので、その時点でまたこの地域医療構想については見直しという形になるかと考えております。

○議長（小森岡崎市医師会長）

他にご意見ございますか。

○木村岡崎市民病院長

2 点、意見というか質問があります。

まず 1 点は、先ほど植羅主幹もおっしゃいましたように、こういう案を出せば当然反対も出てくると思いますが、それを今後どういうスケジュールでどうやって決めるのか、大変難しいと思いますが、そのスケジュールについて教えていただきたい。

2 点目は、先ほど尾張東部からの付け替えは考えなかったのかという鈴木部長からの質問がありましたが、そういう調整をするのに一番いい落としどころは、私はやっぱり尾張東部からじゃないかと思えます。

そもそもあそこは 1,400 床の大きな病院が今後もそのまま 1,400 床で行くとは思えないし、その減らした分をこっちにまわすという考えがあってもしかるべきだと思いますので、尾張東部から付け替えるということも是非ご検討いただきたいというのが 1 点です。

以上です。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

スケジュールにつきましては、先ほど申し上げましたとおり 2 月 19 日の医療体制部会で最終的な考え方をお示しします。

そこで決着が付くかどうかは今のところ分からない状況ではございます。

その時に、こちらでいただいた意見、西三河南部西医療圏でいただくことになろうご意見、そういったものを、きちんと医療体制部会の委員の皆様にお示しした上でご判断いただきたいと考えております。

そうした上で、地域医療構想の策定期間が最終的にどうなっていくかについては、実は本日が初めてのワーキンググループですが、これから地域の様々な意見をいただいた上で、検討していくこともあろうかと思っております。

○議長（小森岡崎市医師会長）

いかがですか。

○宇野病院理事長

数字がたくさん並んでいてはつきり分からないのですけれど。

南部東の必要病床が実質 400 床くらい増えるということなんですが、今現在、藤田保健衛生大学の新病院を除けば 150 床ぐらいの不足病床があるようではございますけれども、400 床を安城とかそちらのほうから持ってきたことによってさらに増えていくというデータなんですか。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

3 ページの表、「平成 37 年の必要病床数（たたき台）」でございますが、右の上から 2 つ目に当西三河南部東構想区域がございます。こちらの計をご覧くださいますと、必要病床数が 2,325、流出が一定程度止まることにより 303 床増えて 2,628 という数字を出させていただきます。

それに対しまして、その下にございます平成 26 年の病床数、いわゆる許可病床数でございますが、その合計が当圏域 2,316、その差 312 でございまして、必要病床数に対し現在の許可病床数が 300 程度不足ということでございます。

ただ、現在病床整備するにあたりましては、医療計画に定める基準病床数によることとなります。

その基準病床数と既存病床数との差は、当圏域におきましては 400 床を超えているということでございます。

そして、ここに示されております地域医療構想における必要病床数と、現在の医療計画における基準病床数の考え方がまったく違っているということがございまして、国にその

点についても問い合わせたところ、平成 29 年度までは現在の基準病床の考え方によって整備をするという回答を得ております。

したがって、この必要病床数というのはこれから 10 年後の当地域における必要な病床数の目安にはなりますが、少なくとも平成 29 年度までは、この必要病床数とは違う考え方である、現行の医療計画の基準病床数によって、病床整備を認める形になろうかと思っております。

先ほど医療計画の見直しは平成 29 年度に行うことが想定されていると申し上げましたが、29 年度の医療計画の見直しの際には国から医療計画を策定する際の指針が示されますので、その中で現在の医療計画における基準病床と、地域医療構想の必要病床についても整合性がとられてくるのではないかと思います。

○宇野病院理事長

10 年後の病床数というのは 非常に過剰地域になるということですね。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

現在のこの案ですと、差し引きの部分がプラスになっておりますので、不足している地域だということになります。

○宇野病院理事長

藤田保健衛生大学の新病院が入ってくることによってさらに、流入してくることによって病床数がまた減るといふ、必要病床数が増えるという、そういうことですか。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

その点につきましては、今後の基準病床数がどういう計算式で算定されることになるかまだ分かっておりませんので、何とも申し上げられないのですが、現在の基準病床数によると、この地域は 312 よりさらに大きな 500 に近い病床が不足している地域に当たるといふことでございます。

○議長（小森岡崎市医師会長）

その基準病床数は現状 2,860 ですよね、当圏域は。

病院の所在地ベースで出た西三河南部東の必要病床数は 2,628 ですよね。

それで 2,628 から現在の 2,316 をひいた 312 のベッドが今整備可能だということですが、400 の藤田保健衛生大学の新病院が入ってくると過剰が 88 あるじゃないか、ということを多分宇野先生は言いたいのではないかと思います。

○宇野病院理事長

藤田保健衛生大学の新病院を入れた数字ですか。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

違います。

○宇野病院理事長

そうすると不足になるのですか。

○議長（小森岡崎市医師会長）

そう思います。

そもそも、基準病床数に縛られて今まで圏域の病床数を決めてきたじゃないですか。

それが間違いだったということですか、国、県の方針は。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

県としての方針ということではなくて、基準病床数についても、国が各都道府県ではほとんど変える余地が無い算定式を示してきて、それに従って県も算定しております。

基準病床数については、基本的に5年先の基準病床数を定めて、それと既存病床との差を埋めることができるようになってきているのですが、今回の必要病床数につきましては、10年先を見通すということであって、しかも10年先の性年齢別の人口の推計を使って患者数を見込むというような操作をしておりますので、基準病床数とは全く考え方が違います。

今までの国の基準病床数の考え方が正しかったかどうかということも、県としては検証できません。

ただ現在、2つの考え方が並び立っていて、その考え方に矛盾が生じておりますので、29年度、次の医療計画を見直す際に国が調整をはかってくるのだと考えております。

○議長（小森岡崎市医師会長）

人口比率というのをを使って今回改めて地域医療構想を考えて、2次医療圏単位である程度がんばっていかうという考えの下に、地域包括ケアシステムとか地域医療構想とか考えていますよね。

それなら今までのものに引きずられたものを使っていいのだろうか、という気がすぐくするのですけれども。既存病床を基準にして考えるということは、改革をしようという気が全然無いのではないかと。

先ほど安城更生病院のお話が出たので、安城の圏域とこの圏域を比較すると、前回のワーキンググループの資料での人口比率は西三河南部東が414,000人で西三河南部西は680,000人ですから1.66倍なんです。

若年層から高齢者層まで今後25年にわたってほとんど同じ倍率です。

ほとんど同じ倍率ということは、必要病床数も 1.66 倍じゃないのかと私は思います。

先ほどいただいた医療機関所在地ベースで考えていくと、西三河南部西の高度急性期の 531 ベッドというのは、当圏域 54 床増やしていただいているとは思いますが、285 に対して 1.86 倍あるんですね。

急性期も増やしていただいているとは思いますが、西三河南部西は 1,590 に対してこの圏域は 836 で 1.9 倍あります。

この圏域は患者が少ないのでしょうか。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

今ご指摘をいただいた内容につきましては、本日お配りした資料の 4 ページをご覧ください。ただければと思います。

こちらは在宅医療等への移行を含んでおりまして、ここの西三河南部東の計、在宅医療分も含めた 1 日あたりの患者数が当西三河南部東では 6,095 人、①の患者の住所地ベースです。

それに対しまして西三河南部西は 10,012 人で、まさに先ほど先生がおっしゃられた 1.6 倍といったことがこういったところに出てくるのではないかと思います。国が全国的に一律な計算方式で示してきた医療機関所在地ベースがこちらの②でございます。その内容については、国から県にはこういった数字の結果が出るツールしか配布をされておりませんので、内容まで検証することができないという状況でございます。

○議長（小森岡崎市医師会長）

それではもうひとつお願いします。

第 1 回のワーキンググループの時に、患者住所地ベースでいただいた 2025 年の高度急性期の数は 323、先ほどお示しいただいた調整された後の高度急性期の数は 285 ですね。

患者住所地ベースでいうこの圏域の急性期は 894、先ほどお示しいただいた数でいうと 836 なんです。

そうすると、患者住所地ベースで考えると、まだまだ必要病床数は調整していただいたとしても足りないのではないかと思います。

名古屋とか、大学病院とかごく特殊なところでの特殊な治療がどれだけあるか分かりませんが、これについては多少は認めるとしても、それぞれの医療圏に 3 次救急病院というのはどこもありますよね、1 病院か 2 病院か 3 病院かは別にして。

そしたらその地域において高度急性期はそのごく特殊な病気以外は完結できるはずじゃないですか。

大学病院でなければ絶対治療できない病気というのは、そんなにめちゃくちゃ多い数字ではないと思います。

この圏域には高度急性期の 3 次救急病院として岡崎市民病院というのがあるわけですよ。

この地域で高度急性期の医療はほとんど完結できるはずだと思うんです。

患者住所地ベースで 323 あるならば、この圏域の高度急性期の必要病床数は 320 ぐらいあったっていいのではないかと思います。

それぞれの圏域において 3 次救急をやっている病院はあるわけだから、それぞれの 3 次救急病院にもっとその地域の機能分担をさせてあげるべき数字に変えるべきじゃないかと思えますけど、いかがでしょうか。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

この内容について大変疑問があるということは理解をしております。

ただ今回、4 ページ 5 ページでお示ししておりますこの調整方法につきましては、国のガイドラインでこういった形で調整するということとされております。

そしてその際、医療機関所在地ベースに増減をすることになっているのですが、患者の流出入の 10 人未満については国が公表しないことにしており、また 10 人未満につきましては調整をしないとされております。

そういったことから全体的な病床数としての差も出てくるのではないかと思います。

各圏域、例えば 9 人ずつの患者の流出がある場合、それは 0 というカウントになってしまうものですから、そういったものを積み上げると差が大きくなっていくということもありうるかと思います。

患者住所地ベース、あくまでもこれは理想ということで、医療機関所在地ベースから患者の流出入について増減を行って、必要病床数を病床の稼働率で割って出すという形になっておるものです。

今回のこの計算方法では、名古屋市、尾張東部については、大学病院もあることから、なかなかそこまでの患者の流出が完全に止まるということまでは難しいのではないかと考えさせていただいたのでございます。

○議長（小森岡崎市医師会長）

もうひとついいですか。

前回の第 1 回ワーキンググループの時にいただいた資料で、それぞれの 5 大疾病等の高度急性期、急性期の患者の数というのが出ているわけですがけれども、これはどのようにして出されたのか、レセプトで出されたのだらうと思えますけれども。

例えば、いつも西三河南部西と比較して申し訳ないですがけれども、1.6 倍である西三河南部西と当圏域とで比べて、2013 年の結果のところ、医療機関所在地ベースでは、がんの高度急性期は西三河南部西が 85、西三河南部東は 30 です。これ 2 倍どころじゃなく 3 倍に近い開きが出ているのですよね。

脳卒中の高度急性期も西三河南部西 19 に対し、東はゼロです。

次に患者住所地ベースでは、脳卒中の高度急性期を見せていただくと西三河南部西が 20

に対して西三河南部東圏地域は 10 です。

それから成人肺炎は西三河南部西 30 に対して当圏域は 16 です。

それから大腿骨骨折は、急性期で西三河南部西 41 件に対して当圏域 21 件です。ものすごく大きな開きだと思います。

この数字を見た時に、この基本になった数字は信用していいのだろうかと思いました。これ信用できるのですか。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

今回いただいた数値については、国がレセプトから拾ってきているということですので、各都道府県はこれを信用せざるをえないと思っております。

特にこの 3 つの高度急性期、急性期、回復期、こういったものについてはレセプトの点数で計算をしておりますので、まず間違いのない数字だろうと思います。

ただ、疾患ごとの数値につきましては、そのレセプトのこういった疾患をその方の主要な疾患として国が取り上げたか、といったことが分からないものですから、その拾い方によってそういった差異が出ているのではないかと思います。

先ほどの、西三河南部西は数字があるのに当地域ゼロになってしまっているというのは、患者数 10 人未満の場合は公表しない、それはゼロ扱いにするということでそうになっているかと思っています。

今回の地域医療構想につきましては、将来の必要病床数を 4 つの機能ごとに算定をするということでございますので、疾患ごとの患者数についてはあくまで参考値だと思えいただきたいと思っております。

○議長（小森岡崎市医師会長）

この数字を調べたり出したりする時に、これは将来こういうことに使われるのだと理解していた病院と、それを理解せずにそのまま資料を提出した病院との間での差が出ているのではないかと、ちょっとうがった見方ですけど、そういうこともないですか。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

レセプトに記載してある疾患が複数ある場合はどれを主要な疾患として取り上げているのか、それが県には示されていないのですが、レセプトに記載する病名の順番とか、そういったことによっても違って来たのではないかと思うのですが。

先生のおっしゃられました疾患ごとのデータ、確かに非常に不正確な部分があると思っております。

ただ、繰り返しになって申し訳ないのですが 4 つの機能ごと、しかも高度急性期と急性期と回復期については、高度急性期が一日あたり 3,000 点というように、病名と関係なくレセプトの点数によってカウントしておりますので、こちらについて何かバイアスがかか

るといったことはないと思っております。

○議長（小森岡崎市医師会長）

それじゃ木村先生、市民病院の病名の付け方が悪かったんでしょうか。

○片岡岡崎市保健所長

実際に実務を担当している立場としていくつか質問させていただきます。

先ほど植羅主幹から、基準病床数はこの2年間は現状のままだろうというお話がいただきましたが、正式な数値は2月19日の体制部会の時に出されるという理解でよろしいですか。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

そちらに、28年度、29年度に適用される基準病床数の案、という形で出させていただきます予定でございます。

○片岡岡崎市保健所長

ということですと、この場で西三河南部東の来年度の基準病床数というのを口外するのは非常に不謹慎だと思いますけれど、今の流れではおおよそ従来のものであろうというような、見込みだというくらいは言えますか。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

すみません。今何とも申し上げられません。内容についてはまだ試算段階でございますので、ご容赦いただきたいと思います。

○片岡岡崎市保健所長

わかりました。

そういうことで、28年度、一応従来のまま行くことになると、藤田学園の新病院の病床整備計画が次年度以降当然出てくるということになると思うのですが、次年度の病床整備計画がもし仮に出たとした時に、今回の地域医療構想の機能別の分野というのはどのように病床整備計画に反映されるのか、又はされないのか、現行の手続きというか今の一般病床というだけでよろしいでしょうか。

それについて県が把握している範囲で構いませんのでお教えいただけないでしょうか。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

本日お配りした資料の3ページをご覧くださいますと、必要病床数のたたき台として、現状の部分は平成26年の病床数となっておりますが、あくまで参考値と先ほども申し上げ

ました。

この数値は昨年の病床機能報告の結果でございます、その医療機関がお持ちの病棟を高度急性期あるいは急性期として報告をいただいたところはかなり多かったということがございます。

あくまでも参考ということで、実際に高度急性期や急性期がどれだけ過剰であるか、また不足しているかについては、現状ではまったく分からないと思っております。

したがって、現行の基準病床数を元にした病床整備計画では、あまり4つの機能ごとに判断するといったことは無いのではないかと思っております。

これはあくまでの私の個人的な見解です。

○片岡岡崎市保健所長

来年度以降の手続きについて最終的に決まるのは、医療体制部会の時と考えてよろしいのでしょうか。

医療体制部会で次年度の基準病床数が出た後で、次年度以降の病床整備計画のあり方みたいなものも大体お示しいただけるという理解でよろしいでしょうか。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

そういったあり方のところまでその時点で検討できるかどうかというのは、現時点では不明です。

ただ現状が正確につかめていないというところがございますので、この必要病床数については、あくまでも10年先の目安といたしますか、そういった程度でしかまだ決められないのではないかと思っております。

○片岡岡崎市保健所長

それでは次に、この地域医療構想の推進会議について少しお尋ねします。

県としては28年度以降はどういった形の調整会議になる計画でしょうか、回数やワーキングとか、そういったものも含めて。

もちろんこれは今年度末に県の地域医療構想ができたという前提でお聞かせいただければいいのですけれど、いかがでしょうか。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

まだ来年度どういった形でワーキンググループを開くか明確な検討はしていませんが、地域医療構想ができたとしても、現状が正確に把握できないので、比較が正確にできないと。そういうことになりますと、あくまでも地域の必要病床数としてこういったものが決められた、そしてこの地域の最新の病床機能報告による結果がこれです、と参考としてお示しをする形になるのではないかと思っております。

病床機能報告では医療従事者の方の数など、色々な報告をしていただいておりますので、そういったものを一覧のような形にしてお示しするというようなことしか、まずは当面はできないのではないかと考えております。

そうしますと、いきなり利害関係にからんでくるということはありませんので、このワーキンググループのメンバーについても、当面はあまり変わらないのではないかと考えております。

ただ、将来的に国が何か明確に病床機能報告の4つの機能ごとの定義をはっきり示してまいりまして、あくまでもこの病床が過剰であると、そういったことが明確になってきましたら、その時はワーキンググループもご出席いただく方について考える必要があるのではないかと思います。

○片岡岡崎市保健所長

なぜこんなことをお聞きしたかと申しますと、藤田保健衛生大学の新病院のことでございます。

藤田保健衛生大学の新病院にも当然当医療圏の地域医療に大きく関与し、担っていただくということもありまして、いつの段階で藤田学園さんのほうからご出席いただいて、ご意向とかそういったものをいただくのか。

タイミングみたいなことが当然重要になって来るわけですがけれども、その時期について、例えばひとつの考え方としては病床整備計画が出てからとか、そういったひとつのターニングポイントがあってからご参加いただくということもあろうかと思っております。

これから新たに病院を新設される方のこの構想会議へのかかわり方について、県として何かご意見をお持ちでしょうか

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

地域構想策定後のワーキンググループのあり方等については、今後考えさせていただきたいと思っております。

○議長（小森岡崎市医師会長）

他にご意見ございますでしょうか。

○中井アイシン健康保険組合常務理事

今日のご説明のなかった県をまたいだ調整のところ、一番最後の注に、12月までに調整ができない場合は医療機関所在地ベースで決めるんだということが書いてあるのですが、12月までに調整ができたのか、県をまたいだところがどうなったのか、参考までに簡単に教えていただければと思います。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

資料の6ページの右下のところに、昨年の12月までに調整ができない場合は医療機関所在地ベース、とございまして、こちらについては国から通知でこのとおり定められているものでございます。

実際には、6ページの資料の左上の表にございます5つの都県が調整の対象になったということでございます。

この中で特に、調整が最後までつかなかったのは静岡県で、愛知県へ患者が流入してみえることが多いということですが、こちらについては最終的に調整が付かなかったため医療機関所在地ベースに落ち着きました。

その他の岐阜、三重、東京については医療機関所在地ベースで調整ができました。

また福岡県につきましては愛知県から患者が11人流出という状況でございますが、こちらについては愛知県としてもやむをえないということで、福岡県さんに対しましては対応させていただいたということでございます。

○議長（小森岡崎市医師会長）

他にいかがでしょうか。

それでは、ご質問ご意見等一応出尽くしたようですので、地域医療構想における必要病床数の推計等の方法についてということで、本日、お示しいただきました医療機関所在地ベースに基づき、且つ藤田保健衛生大学の新病院のことも踏まえた上でのプラスアルファを入れた本日の医療機関必要病床数のご説明を、ご承認される方は挙手をお願いします。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

まだ今回はご意見だけで。

○議長（小森岡崎市医師会長）

挙手はいいんですか。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

はい。こちらの説明不足ですみません。

今日いただきましたご意見につきましては、内容についてまとめさせていただいた上で2月19日の医療体制部会にお諮りをして、県としての考え方についてご意見をいただきたいと思っております。

今回は大変貴重なご意見をありがとうございました。

○議長（小森岡崎市医師会長）

今、たまたま4人ぐらいの方が賛成になっておられましたけど、ということは残りの方

は保留か反対だということ。それもまた大事な意見のような気がいたしますけれど。

○事務局（植羅医療福祉計画課主幹）

その旨を含めまして報告させていただきます。

○議長（小森岡崎市医師会長）

せっかくの機会ですので何かご意見がございましたらお願いいたします。

それでは他にご意見もないようですので、これで議事を終了させていただきます。どうもありがとうございました。

それでは議長の任を終わりにして、事務局の方に戻したいと思います。

○事務局（小田西尾保健所次長）

小森先生ありがとうございました。

ご出席の皆様には、議論をいただきましてありがとうございました。

今後、この内容を踏まえて、引き続き地元の皆様と協力しながら進めていきたいと考えておりますので、よろしくをお願いいたします。

以上をもちまして、本日の西三河南部東圏域地域医療構想調整ワーキンググループを終了させていただきます。

どうもお疲れさまでございました。ありがとうございました。