

# 東濃中部の医療提供体制検討会（第4回）

## 会議資料

平成30年2月8日（木）

# 東濃中部の医療提供体制検討会有識者からの意見聴取結果について

◎ これまでの検討会での議論を踏まえ取りまとめた検討結果の妥当性について、有識者からの意見聴取を以下のとおり行った。

<意見聴取の方法> 書面による聴き取り

<意見聴取の時期> 平成30年1月

<意見聴取の内容> 第3回までの検討会での議論を踏まえ取りまとめた検討結果（「資料1」から「資料3」まで）の妥当性について

<意見聴取を行った有識者>

属性	所属	役職/氏名
大学医局関係者	名古屋大学 大学院医学系研究科	教授 小寺 泰弘
	岐阜大学 大学院医学研究科	教授 岩間 亨
医師会関係者	土岐医師会	会長 中島 均
地域医療の有識者 (東濃圏域3次病院運営)	独立行政法人 岐阜県立多治見病院	病院長 原田 明生
その他 (地域医療構想/医療政策)	岐阜県健康福祉部	部長 森岡 久尚

<意見聴取の結果>

質問項目		妥当である	妥当でない	どちらとも言えない
Q1	「東濃中部の医療提供体制に係る現状整理」（資料1）について	4人	0人	1人
Q2	「東濃中部における2次病院の再編・ネットワーク化の方向性に関する評価」（資料2）について	3人	0人	2人
Q3	「東濃中部の医療提供体制検討会の検討結果（案）（資料3）について	4人	0人	1人
Q4	その他自由意見	-		

※各質問に対する詳細なご意見等は次ページ以降に記載

## Q1 「東濃中部の医療提供体制に係る現状整理」(資料1)について、ご意見をお聞かせ下さい。

1. 妥当である … 4人      2. 妥当ではない … 0人      3. どちらとも言えない … 1人

### <有識者からの主な意見>

- ・ 両病院の最盛期の機能を単純に足したものが必要なわけではないことは明らか。
- ・ 2病院の早急な統合によって、大学としても人材派遣を行いやすくなる。
- ・ 病床の供給過多（急性期が過剰・回復期が不足）については理解できる。
- ・ 必要な病床数も数字上では理解できるが400床は実際には適当なのか？あくまでマンパワー（医師および看護師）が確保され専門家が揃っている数字であり十分稼働することが前提条件となる。その点が担保されなければ空床を増やすことになるだけ。
- ・ 400床以上の病院で医師数の増加傾向が顕著というデータにこだわりすぎるのはよくない。専門科が揃っていて診療内容が充実していれば問題はない。
- ・ 今後医師の確保は困難さを増すと思われる。大学との連携を密にするなり人材確保が前提となる。
- ・ 2病院を一つに集約することは当然必要。
- ・ 連携時（早期）に東濃厚生病院に専門科の医師を集約して診療手合い性を適切に構築することが肝要。
- ・ 今後大学医局からの医師派遣の大幅増員は困難。
- ・ 医療の質を担保しつつ地域急性期医療を守っていくためには効率化、集約化が必須。
- ・ 病床規模は、総計400床、そのうち急性期200～250床、回復期・慢性期150～200床ぐらいが適当。
- ・ 高度急性期が必要となる病床に含まれていないが、含めなくてよいか。（地域医療支援病院の指定要件に集中治療室の設置がある。）

## Q2 「東濃中部における2次病院の再編・ネットワーク化の方向性に関する評価」(資料2)について、ご意見をお聞かせ下さい。

1. 妥当である … 3人      2. 妥当ではない … 0人      3. どちらとも言えない … 2人

### <有識者からの主な意見>

- ・ 人員配置が不十分になっている病院同士での「連携」は解決にならない。病院間の移動時間が無駄になり、医師も疲弊する。
- ・ 早急な統合が唯一の解決策と思われる。出来るだけスピード感を持った統合への道筋が必要。
- ・ 積極的に統合1病院化を図るしか道はないと思うが、今後の医師確保等を考えると決して楽観は出来ない。
- ・ 統合がうまくいかず、東濃中部の医療が今以上にぜい弱化することは中央線沿線の他地区の病院にも多大な負担を与え、全体の地域医療が疲弊する。
- ・ 2病院の統合1病院化は理想であるが、平成32年度の期限や費用を考慮すると当面は困難か？
- ・ 現状2病院の築年数を考慮して、5年後以降にその時点での状況も勘案して新築移転を目指すべき。
- ・ 統合移転までは東濃厚生に急性期機能を集約し、土岐総合は回復期・慢性期に特化するのも一案。
- ・ 両病院の急性期（高度急性期を含む）を担う機能の集約は必要であるが、回復期の機能は住民のアクセスも考慮してその配置を検討することが必要。

### Q3 「東濃中部の医療提供体制検討会の検討結果(案)(資料3)について、ご意見をお聞かせ下さい。

1. 妥当である … 4人      2. 妥当ではない … 0人      3. どちらとも言えない … 1人

#### <有識者からの主な意見>

- いずれかの病院が潤沢なスタッフを備えて余裕がない限り、連携にも限りがあり、逆にスタッフの疲弊に繋がる可能性もある。
- 両病院のリソースを有効利用し、それでも足りない機能を補填するための人材派遣も効率的に抑えるために、早急な再編を強く期待する。
- 約400床規模での1病院化は東濃中部地区の今後の医療需要から考えて妥当である。
- 再編までの機能分担に関して、地域医療において緊急性の高い脳卒中、急性心筋梗塞の診療体制は、医師等スタッフの負担も大きく、一方の病院に集約する方が効率的である一方、がんを含めた消化器疾患、呼吸器疾患、慢性循環器疾患は、両病院で対応する方が市民の負担は少ない。
- 東濃医療圏全体から見ても今回のプランは歓迎すべき。
- 整理の方向性は急性期（高度急性期含む）の1病院化として、回復期の配置は住民のアクセスも考慮して、さらに検討が必要。

### Q4 以上を踏まえ、付随したご意見がありましたらお聞かせ下さい。

#### <有識者からの主な意見>

- 早急な統合により、適切な規模と機能を有するひとつの病院として再出発することを期待する。その上で中央線沿線の他の病院との有機的な連携を考えることが東濃地区全体の地域医療を救う。
- 病院の運営には病院長のガバナンスが重要であり、その人選が一つの鍵である。
- 統合して一病院化することは賛成だが、新病院に対しては慎重に進めてほしい。
- 必ずしも土岐市と瑞浪市の間地点で400床規模の新築にこだわる必要はない。中間地点の敷地を探して新病院を建設するとすれば時間がかかり過ぎて時期を失する懸念がある。循環バス等を頻繁に運行して対処すればよい。
- 責任をもって全工程を引っ張っていくキーパーソン（できれば地元の事情に精通している方）を立てることと、自治体がそれを強力でサポート（主体となった住民への説明、説得等）することが必要。また自治体が主体となった住民への説明も重要。

# 東濃中部の医療提供体制検討会

## 有識者からの意見聴取資料

平成29年度

東濃中部の医療提供体制検討会

# 東濃中部の医療提供体制検討会 有識者からの意見聴取 ご回答用紙

平成30年1月 日

有識者：〇〇 〇〇 様 からのご意見

Q1. 「東濃中部の医療提供体制に係る現状整理」(資料1) について、ご意見をお聞かせ下さい。

<現状整理の概要・・・詳細は、資料1をご参照下さい。>

- 病床の供給過多（急性期が過剰・回復期は不足）
- 必要な病床規模は急性期・回復期合わせて約400床程度。
- 圏域内で医師が不足している中、2病院に分散しているため両病院ともさらに医師が不足。

- 1 妥当である
- 2 妥当ではない
- 3 どちらともいえない

回答

<ご意見>

Q2. 「東濃中部における2次病院の再編・ネットワーク化の方向性に関する評価」(資料2) について、ご意見をお聞かせ下さい。

- 1 妥当である
- 2 妥当ではない
- 3 どちらともいえない

回答

<ご意見>

Q3. 「東濃中部の医療提供体制検討会の検討結果(案)」(資料3) について、ご意見をお聞かせください。

<検討結果(案)の概要・・・詳細は、資料3をご参照下さい。>

- 東濃中部では、約400床程度の急性期・回復期病床数が適当（現在供給過剰）で病床整理が必要。
- 将来的な医療需要に合わせ、約400床程度の病床規模での1病院化を再編の方向性とする。
- 再編までの間、両病院（土岐市立総合病院・東濃厚生病院）が協力して病床機能の分担を図る。
- 再編の手法については、引き続き三者（土岐市・瑞浪市・JA岐阜厚生連）で継続協議する

- 1 妥当である
- 2 妥当ではない
- 3 どちらともいえない

回答

<ご意見>

Q4. 以上を踏まえ、付随したご意見がありましたらお聞かせください。

<ご意見>

お聞きしたい内容は以上になります。ご協力ありがとうございました。



## 1) 医師の不足

◎ 全国的に深刻な課題となっている「医師の不足」の影響により、  
病院での医師の確保が課題となっており、以下の問題などが生じている。

- ・ 特定の診療科で医師が確保できず、診療できない事態が生じ、地域の中核医療機関としての機能が果たせない。
- ・ 2つの病院がそれぞれ医師を確保しなければならず、輪番制としている救急医療時に、医師がいない診療科の対応ができない。
- ・ 診療可能な診療科が医師の確保に依存することで、病院経営の不安定化につながっている。 等

※ 地域医療構想における東濃中部の医療について検討報告書（平成28年7月 地域医療構想における東濃中部の医療を考える研究会報告）

### <人口10万人あたりの医師数の比較>

出展：岐阜県地域医療構想

	平成26年		平成20年	
	医師数／ 人口10万人	全国 平均比	医師数／ 人口10万人	全国 平均比
東濃圏域	172.9人	74.0%	155.7人	73.1%
岐阜県平均	202.9人	86.7%	177.8人	83.5%
全国平均	233.6人	—	212.9人	—

### <2市における2次病院の常勤医師数の推移>

	土岐市立総合病院	東濃厚生病院
H23. 4. 1	42人	30人
H25. 4. 1	38人	31人
H28. 4. 1	30人	34人
H29. 4. 1	34人	34人

### <地域医療機関で医師が確保できない要因>

- ・ 全国的な医師の不足により、大学の医局が、各病院から求められる数の医師をそれぞれ派遣することが不可能となっている。
- ・ 専門医制度の開始により、多くの症例の診療が可能な病院での勤務が、医師に求められている。  
→ 全国的に概ね400床以上の病院で、医師数の増加傾向が顕著

### <公立病院における病床規模別の100床あたりの常勤医師数の推移（H26—H21比較）>

出展：総務省資料（地方公営企業決算状況調査）

	500床以上	400床～499床	300床～399床	200床～299床	100床～199床	100床未満	全体
H26	17.6人	15.2人	13.4人	10.9人	8.0人	6.6人	13.5人
H21	14.6人	12.2人	11.0人	9.5人	7.6人	6.1人	11.3人
増加数	3.0人増	3.0人増	2.4人増	1.4人増	0.4人増	0.5人増	2.2人増

## 2) 人口減少・高齢者比率上昇に伴う、医療需要の変化

◎ 少子高齢化に伴う人口減少・高齢者比率の上昇の影響により、  
将来の医療需要が大きく変化することで、医療機関の病床数、病床の種類などの見直しが必要。

### < 土岐市・瑞浪市の人口の将来推計 >

出展：国立社会保障・人口問題研究所調査

	2015年		2025年			2040年		
	人口	65歳以上 構成比	人口	人口 対2017比	65歳以上 構成比	人口	対2017比	65歳以上 構成比
土岐市	60,124人	29.7%	53,330人	▲6,794人 (▲11.3%)	33.6%	44,603人	▲15,521人 (▲25.8%)	38.1%
瑞浪市	39,022人	28.6%	35,224人	▲3,798人 (▲9.7%)	33.4%	29,501人	▲9,521人 (▲24.4%)	38.9%
合計	99,146人	29.3%	88,554人	▲10,592人 (▲10.7%)	33.5%	74,104人	▲25,042人 (▲25.3%)	38.4%

- 両市の人口は、2015年と比較して、2025年に約10%、2040年に約25%の減少が見込まれる。
- 一方で、65歳以上の高齢者の比率は、現状の30%から2040年には40%にまで増加が見込まれる。

### < 東濃圏域の病床数の現状と医療需要将来推計 >

出展：岐阜県地域医療構想(必要数は2025推計値)

区分	2014年 6月	うち公立・公的病院(許可病床数)							2025年 必要推計量	差 (推計-2014年)
		県立 多治見	多治見 市民	土岐市立 総合	東濃厚生	恵那市民 (上矢作含む)	中津川市民 (坂下含む)	小計		
高度急性期・急性期	2,004床	490床	200床	290床	270床	192床	469床	1,911床	1,072床	▲932床
回復期	142床	0床	50床	60床	0床	41床	40床	191床	653床	511床
慢性期	367床	20床	0床	0床	0床	22床	50床	92床	332床	▲35床
その他	233床	-	-	-	-	-	-	-	-	▲233床
計	2,746床	510床	250床	350床	270床	255床	559床	2,194床	2,057床	▲689床

- 現状と地域医療構想推計値を比較すると、高度急性期・急性期が過剰、回復期が不足しており、回復期へのシフトが課題といえる。

### < 東濃圏域における一般病床の病床稼働率の県平均・全国平均比較 >

	東濃圏域	県平均	全国平均		
病床稼働率 (平成26年度)	68.8%	75.9%	79.8%		
	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平均(H25~H28)
土岐市立総合病院許可病床数(350床)ベース	51.2%	46.4%	50.6%	54.8%	50.8%
(参考：稼働病床数(276床)ベース)	64.9%	58.8%	64.2%	69.5%	64.4%
東濃厚生病院 許可病床数(270床)ベース	74.3%	73.6%	73.7%	75.7%	74.3%

- 土岐市立総合病院及び東濃厚生病院の病床稼働率は、ともに県平均、全国平均を下回っている。



# <参考資料> 東濃中部における2025年必要病床数の概算推計

## 1) 地域医療構想2025年推計必要病床数(対2014年比率)による、土岐市・瑞浪市(2病院)の2025年必要病床数概算推計

◎ 地域医療構想の2025年推計必要病床数の対2014年比率を用い、2病院の現行稼働病床数を案分することで、2市(2病院)の必要病床数を概算推計

**2025年に土岐市・瑞浪市(2病院)で必要となる急性期／回復期病床数** : 424床 (急性期＋回復期の増減率で案分) 約400床程度  
 409床 (全病床の増減率で案分)

<東濃圏域の2014年病床数と地域医療構想2025年推計必要病床数との比較>

	東濃圏域 2014年病床数 (A)	地域医療構想 2025年推計 必要病床数 (B)	推計必要病床数 対2014年比率 (C) = (B) / (A)
高度急性期	272 床	236 床	86.8%
急性期	1,732 床	836 床	48.3%
回復期	142 床	653 床	459.9%
急性期＋回復期 小計	1,874 床	1,489 床	79.5% (C1)
慢性期	367 床	332 床	90.5%
合計	2,746 床	2,057 床	74.9% (C2)

<2病院(2市)の2025年必要病床数:左表に基づく案分による推計>

	現状の 稼働病床数 (D)	急性期＋回復期 の変化率で (D) × (C1) 79.5%	全病床の 変化率で案分 (D) × (C2) 74.9%
土岐市立総合病院	276 床	219 床	206 床
東濃厚生病院	270 床	215 床	203 床
合計	546 床	<b>424 床</b>	<b>409 床</b>

## 2) 人口案分による、土岐市・瑞浪市(2病院)の2025年必要病床数概算推計

◎ 地域医療構想の2025年推計必要病床数を、東濃5市の人口割合によって土岐市・瑞浪市に案分することで、2市(2病院)の必要病床数を概算推計

**2025年に土岐市・瑞浪市(2病院)で必要となる急性期／回復期病床数** : 426床 約400床程度

<東濃5市の人口と5市における人口割合>

	人口 (H27国勢調査)	東濃5市における 人口割合 (E)
多治見市	110,465 人	32.77%
土岐市	57,842 人	17.16%
瑞浪市	38,746 人	11.50%
恵那市	51,088 人	15.16%
中津川市	78,920 人	23.41%
東濃5市合計	337,061 人	
<b>土岐市＋瑞浪市</b>	<b>96,588 人</b>	<b>28.66% (E1)</b>

<2市(2病院)の2025年必要病床数:左表に基づく案分による推計>

	地域医療構想 2025年推計 必要病床数 (F)	土岐市・瑞浪市 必要病床数 (F) × (E1) 28.66%	備考
高度急性期	236 床	67 床	県立多治見病院で対応
急性期	836 床	239 床	} <b>2病院で担うべき病床 426 床</b>
回復期	653 床	187 床	
慢性期	322 床	92 床	既存民間病院で対応
合計	2,057 床	585 床	

	市民の医療受診環境の観点			病院経営の観点			総合的な評価		
	診療科確保	病床確保	救急医療確保	医師確保	導入費用	施設維持管理			
現状	<ul style="list-style-type: none"> <li>重複診療科あり</li> <li>医師不足で、一時的に休診する診療科発生</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期過剰</li> <li>回復期不足</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>両病院の輪番制で対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>両病院とも、医師の確保が困難</li> </ul>	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設設備の経年劣化に伴う維持管理費が年々増加</li> </ul>	—		
連携	評価	△	△	×	△	—	△	総合的な評価	
	A.診療科分担 (診療機能分化)	<ul style="list-style-type: none"> <li>重複診療科解消される。</li> <li>複数診療科を受診する場合、一つの病院で診察を受けられない場合が発生する。</li> <li>診療科構成によっては、総合的な診療が受けられなくなる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病床確保への影響、効果は乏しい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>多様な診療ができなくなるため、対応できない病状の発生が懸念される。</li> <li>1病院化で現行より遠くなる市民が存在する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>完全に診療科分担すれば、必要医師数が減る。</li> <li>総合診療ができないため、医師に敬遠される可能性がある。</li> </ul>	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機器等の集約化が一定程度可能となる。</li> <li>施設設備の経年劣化に伴う維持管理費が年々増加</li> </ul>		×
	評価	○	○	△	△	△	△		△
	B.病床機能分担	<ul style="list-style-type: none"> <li>機能に合わせた診療科再編が必要となる。</li> <li>急性期病院の1病院化で現行より遠くなる市民が存在する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域の医療需要に合わせた病床の確保可能となる。</li> <li>2病院で病床数をシェアするため、両病院とも規模が小さくなる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>完全に機能分担すれば、急性期病院は、医師の派遣を受けやすくなり、結果として救急医療の確保が可能となる。</li> <li>ただし、病床規模が小さいままのため、受入困難となるケースも想定される。</li> <li>1病院化で現行より遠くなる市民が存在する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>完全に機能分担すれば、急性期病院は、医局から医師派遣が現状より受けやすくなる。</li> <li>総合診察不能な回復期病院は、医師に敬遠される可能性がある。</li> <li>規模が小さくなるため、医師に敬遠される可能性がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>回復期転換病院の改修費、機器導入費が発生する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機器等の集約化が一定程度可能となる。</li> <li>回復期専門となるB病院は医療報酬が下がるため、経営が厳しくなる恐れがある。</li> <li>施設設備の経年劣化に伴う維持管理費が年々増加</li> </ul>		
評価	△	△	×	×	—	△	×		
C.医師等相互派遣	<ul style="list-style-type: none"> <li>輪番制で総合診療維持可能</li> <li>ただし、両病院で常時医療の提供ができない恐れがある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病床確保への影響、効果は乏しい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>両病院の輪番制で対応する</li> <li>医師の負担増で離職が増えると、維持できなくなる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>負担増に伴い、医師に敬遠される可能性がある。</li> </ul>	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設設備の経年劣化に伴う維持管理費が年々増加</li> </ul>			
統合	評価	○	○	○	○	△ 又は ×	○ 又は △	○	
	D.1病院化	<ul style="list-style-type: none"> <li>1つの病院に多様な診療科の確保が可能となり、複数診療科を同時に受診できる。</li> <li>1病院化で現行より遠くなる市民が存在する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt;既設利用の場合&gt;</li> <li>•どちらの病院を使用しても、医療需要(約400床)を満たせない。</li> <li>&lt;新規整備の場合&gt;</li> <li>•医療需要を満たす病床確保が可能となる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急医療確保が可能となる。</li> <li>医師確保により救急医療の高度化が可能となる。</li> <li>1病院化で現行より遠くなる市民が存在する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医局からの医師派遣が、現状より受けやすくなる。</li> <li>初期臨床研修から続く専攻医過程において医師確保が可能となり、若い医師の安定確保につながる。</li> <li>両病院の医師、看護師、コメディカル等全職員の新病院への転属が課題となる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt;既設利用の場合&gt; △</li> <li>•既設施設改修費が発生する。</li> <li>•廃止施設改修(介護施設等活用)又は撤去費が発生する。</li> <li>&lt;新規整備の場合&gt; ×</li> <li>•莫大な建設費、用地取得費、医療機器費が発生する。</li> <li>•廃止施設改修(介護施設等活用)又は撤去費が発生する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機器等集約化が可能となる。</li> <li>&lt;既設利用の場合&gt; △</li> <li>•施設設備の経年劣化に伴う維持管理費が直近増加していく。</li> </ul>		

＜東濃中部の医療提供体制における課題＞

- ◎ 少子高齢化で人口が減少し、医療需要の減少が見込まれる。
- ◎ 全国的な課題である医師の不足により、特に救急医療の提供が厳しくなる。

両病院が、さらに協力していかなければ東濃中部における救急医療の提供が危ぶまれる。



【東濃中部の医療提供体制検討会における検討結果(案)】

- ◎ 東濃中部では、約400床程度の急性期・回復期病床数が適当(現在供給過剰)で病床整理が必要。
- ◎ 整理の方向性として、1病院化が最も適当であり、次善策として病床機能分担が考えられる。
- ◎ 再編(1病院化)・NW化(病床機能分担)により医療資源の集約化を図ることで、
  - ・医療需要に見合った病床規模を実現し、市民にとって必要十分な医療提供体制を構築する。
  - ・医師、看護師、コメディカル等にとって、より働きやすい環境を整備し、医療従事者の確保を図る。
- ◎ 再編(1病院化)の手法については、引き続き三者(土岐市・瑞浪市・JA岐阜厚生連)で継続協議する。
- ◎ 再編(1病院化)までの間、両病院(土岐市立総合病院・東濃厚生病院)が協力してNW化(病床機能分担)を図る。

土岐市、瑞浪市、JA岐阜厚生連の三者が、東濃中部の医療圏において将来に渡り安定的な医療の提供が図られるよう、継続的に協力していくことに合意し、供給過剰となっている病床整理を視野に引き続きさらなる検討を重ねていくこととする。