

# 東濃中部の医療提供体制検討会

## 検討結果報告書

東濃中部の医療提供体制検討会

平成 3 0 年 2 月

## 目 次

|                                    |          |
|------------------------------------|----------|
| <b>1. 東濃中部の医療提供体制検討会について</b>       | <b>1</b> |
| （1）背景                              | 1        |
| （2）本検討会の概要                         | 2        |
| 1）設置目的                             | 2        |
| 2）構成員                              | 2        |
| 3）実施状況                             | 2        |
| （3）検討内容の概要                         | 2        |
| （4）検討結果の概要                         | 2        |
| <b>2. 東濃中部における医療提供体制の現状と課題</b>     | <b>3</b> |
| （1）東濃中部の2次救急医療提供体制                 | 3        |
| （2）東濃中部における医療提供体制確保に向けた現状と課題       | 4        |
| 1）医師の不足                            | 4        |
| 2）人口減少・高齢者比率の上昇に伴う医療需要の変化          | 5        |
| <b>3. 岐阜県地域医療構想に基づく論点整理</b>        | <b>6</b> |
| （1）東濃中部の医療提供体制の岐阜県地域医療構想等における位置づけ  | 6        |
| （2）地域医療構想における東濃圏域の医療提供体制の見直しの方向性   | 7        |
| 1）適正な役割分担                          | 7        |
| 2）病床規模の適正化                         | 7        |
| 3）経営基盤の効率化                         | 8        |
| <b>4. 土岐市立総合病院と東濃厚生病院における現状と課題</b> | <b>9</b> |
| （3）土岐市立総合病院の現状と課題                  | 9        |
| 1）医師の確保について                        | 9        |
| 2）決算状況について                         | 9        |
| 3）市の財政支援について                       | 9        |
| 4）人口減少、医療需要減少からの検討について             | 10       |
| （4）東濃厚生病院の現状と課題                    | 10       |
| 1）専門診療医を含めた医師の確保について               | 10       |
| 2）地域医療構想への対応について                   | 11       |

|                                                |           |
|------------------------------------------------|-----------|
| <b>5. 東濃中部の医療提供体制の方向性の検討</b>                   | <b>12</b> |
| （１）近隣病院と連携協定を結び、両院の役割分担を最適化する場合                | 13        |
| 1）診療科目の分担（診療機能分化）                              | 14        |
| 2）病床機能の分担                                      | 15        |
| 3）医師等の相互派遣                                     | 16        |
| 4）医療機器・医薬品等の共同購入                               | 16        |
| （２）近隣病院と統合をし、医療機能の再編等を行う場合                     | 17        |
| 1）一方の病院を閉院し、もう一方の病院に集約                         | 17        |
| 2）両方の病院を閉院し、新たに病院を建設して集約                       | 17        |
| <b>6. 方向性の評価</b>                               | <b>18</b> |
| （１）近隣病院と連携協定を結び、両院の役割分担を最適化する場合                | 18        |
| 1）連携A「診療科分担」                                   | 18        |
| 2）連携B「病床機能の分担」                                 | 18        |
| 3）連携C「医師等相互派遣」                                 | 18        |
| （２）近隣病院と統合をし、医療機能の再編等を行う場合                     | 19        |
| 1）統合D「1病院化」                                    | 19        |
| <b>7. 有識者からの意見聴取結果</b>                         | <b>20</b> |
| （１）有識者の選定                                      | 20        |
| （２）有識者からの意見                                    | 20        |
| 1）「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                | 20        |
| 2）「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 | 23        |
| 3）「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            | 24        |
| 4）その他付随意見について                                  | 25        |
| <b>8. 有識者意見を踏まえた本検討会としての検討意見</b>               | <b>25</b> |
| <b>9. 本検討会における検討結果（結論）</b>                     | <b>26</b> |
| <b>&lt;参考資料&gt;</b>                            | <b>27</b> |
| ○ 東濃中部の医療提供体制検討会開催要領                           | 27        |
| ○ 東濃中部の医療提供体制検討会　議事概要（第１回～第４回）                 | 28        |

## 1. 東濃中部の医療提供体制検討会について

### (1) 背 景

土岐市と瑞浪市の2市（以下、「東濃中部」という。）は、土岐医師会のもと、一つの医療地域を構成している。

東濃中部における急性期医療、救急医療は、公立病院の土岐市立総合病院と、公的病院の東濃厚生病院が担っているが、医師不足等の影響で、病床稼働率が全国平均や県平均を下回っているなどの課題を両病院とも抱えている。

平成28年度に県が作成した岐阜県地域医療構想には「特に東濃圏域には同規模の公立病院、公的病院が近接して立地し、運営主体が同じ病院も複数あるため、病院間の関係の整理、位置づけについて研究、検討を行う。」との記載がされており、人口減少や高齢化が急速に進むことを前提として、中長期的な視点で、東濃中部の医療提供体制の今後について、具体的な方向性を検討しなければならない。

こうした中、岐阜県地域医療構想が策定されることをきっかけとして、平成28年度に土岐市、瑞浪市、東濃厚生病院を運営する岐阜県厚生農業協同組合連合会（以下、「JA岐阜厚生連」という。）の三者が協力して東濃中部の医療提供のあり方について研究を実施してきた。

平成28年4月から7月にかけて、土岐市、瑞浪市両市の副市長、JA岐阜厚生連理事長ほか、岐阜県健康福祉部次長、土岐医師会長にも参加いただき、「地域医療構想における東濃中部の医療を考える研究会」を全3回開催して、「同検討報告書」を7月に策定した。

また、土岐市では、総務省通知を受けて「土岐市病院事業改革プラン策定委員会」を平成28年5月から11月にかけて全4回開催し、平成29年3月に「土岐市病院事業新公立病院改革プラン」を策定した。

これらの背景から、平成29年7月31日にJA岐阜厚生連から、土岐市、瑞浪市の両市に対し、土岐市立総合病院と東濃厚生病院による東濃中部の医療提供体制のあり方について検討したいとの申し入れがあった。

これを受け、人口減少や高齢化が急速に進むことを前提に、中長期的な視点で東濃中部の医療提供体制の今後について具体的な方向性を検討するため、土岐市、瑞浪市、JA岐阜厚生連の三者で「東濃中部の医療提供体制検討会」を平成29年9月に立ち上げ、東濃中部の医療提供体制の具体的な方向性について検討を行った。

## (2) 本検討会の概要

### 1) 設置目的

岐阜県地域医療構想を踏まえ、土岐市立総合病院と東濃厚生病院による東濃中部の医療提供体制の今後について、具体的な方向性を検討すること。

### 2) 構成員

土岐市（副市長、総務部長、市民部長、土岐市立総合病院長、同事務局長）

瑞浪市（副市長、総務部長、民生部長）

J A岐阜厚生連（理事長、常務理事、東濃厚生病院長、同事務局長）

※ 両病院長は第4回のみ出席

### 3) 実施状況

全4回 / 第1回（平成29年9月27日） 第2回（平成29年10月26日）

第3回（平成29年11月24日） 第4回（平成30年2月8日）

※ 会場はいずれも土岐市文化プラザ特別会議室

## (3) 検討内容の概要

- 東濃中部の医療提供体制の現状と課題及び課題解決に向けた岐阜県地域医療構想に基づく論点を整理
- 土岐市立総合病院と東濃厚生病院間における連携、統合等再編ネットワーク化の方向性について、市民の医療受診環境と病院経営の双方の立場から、診療科確保、救急医療提供、医師確保、施設維持管理などの観点について具体的に評価
- 検討会での検討内容について、医師派遣元である大学医局や、医師会などの第三者である有識者から専門的な立場としての意見を聴取し、結論に反映

## (4) 検討結果の概要

- ◎ 東濃中部では、約400床程度の急性期（高度急性期を含む）・回復期病床数が適当（現在供給過剰）で病床整理が必要である。
- ◎ 整理の方向性として、1病院化が最も適当である。
- ◎ 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・J A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。

以上を踏まえ、土岐市、瑞浪市、J A岐阜厚生連の三者が、東濃中部の医療圏において将来にわた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。

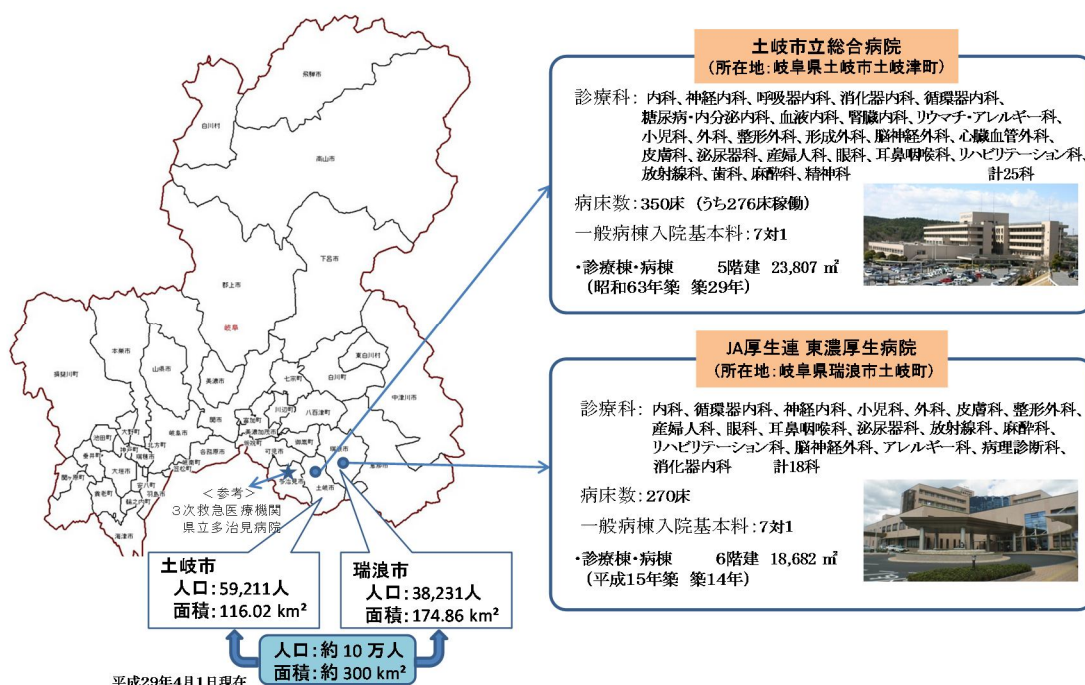
## 2. 東濃中部における医療提供体制の現状と課題

### (1) 東濃中部の2次救急医療提供体制

現在約10万人が生活している東濃中部（土岐市・瑞浪市）の2市においては、土岐市に立地する土岐市立総合病院と、瑞浪市に立地する東濃厚生病院の2つの医療機関が、地域の2次救急医療を担っている。

土岐市立総合病院は、内科、外科、脳神経外科、耳鼻科など25の診療科があり、許可病床数は350床であるが、現在74床が休床中で稼働病床数は276床となっている。また、病棟は5階建てで、昭和63年に建設され、築29年が経過している。

JA岐阜厚生連東濃厚生病院は、内科、循環器内科、外科、整形外科など18の診療科があり、許可病床数は270床、病棟は6階建てで、平成15年に建設され、築14年が経過している。



## （２）東濃中部における医療提供体制確保に向けた現状と課題

### １）医師の不足

医師の不足は、この地域特有の課題ではなく、全国的に深刻な課題となっている。

平成２８年度に「地域医療構想における東濃中部の医療を考える研究会」が作成した「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」によれば、この地域でも医師不足により、「特定の診療科で医師の確保ができず、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、輪番制としている緊急医療時に、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。」等の問題が発生しているとされている。

東濃圏域の人口１０万人あたりの医師数を県平均や全国平均と比較してみると、人口１０万人あたりの医師数は東濃圏域で１７２．９人と、岐阜県平均の２０２．９人、全国平均の２３３．６人を下回っており、圏域全体として他圏域と比べても医師の確保が課題であることが分かる。

また、２市における２次病院の常勤医師数について、平成２３年からの推移を見てみると、医師の確保に実際苦慮している状況が確認できる。

都市部以外の地域医療機関で医師が確保できない要因について、「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医師をそれぞれ派遣することが不可能になっていること」や「専門医制度の開始により、多くの症例の診察が可能な病院での勤務が医師に求められていること」などが挙げられる。

また、総務省の資料によれば、全国の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は、病床規模が大きくなるほど医師の増加傾向がみられ、特に４００床以上の病院で、医師数の増加傾向が顕著となっており、医師の確保のためには、一定規模以上の病床が必要だとの傾向が見て取れる。

今後も医師が確保できなければ、市民に十分な医療の提供ができない。

また、専門医制度の施行で中規模以下の病院は、医師の確保がさらに困難となり、医師確保の観点から病床数を一定規模以上に維持しなければ経営が難しくなることが想定される。

現状東濃圏域の病床稼働率は相当低く、入院患者が少なくなると対象疾患も少なくなり、医師がますます来なくなる。この悪循環のスパイラルに現状入り込んできている。

◎ 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、輪番制としている緊急医療時に、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・高齢者比率の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中長期的な視点で必要となっている。

土岐市・瑞浪市両市の人口は、現在約10万人であるが、国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、7年後の2025年には約9万人、23年後の2040年には約7万5千人と、現状と比較して、約4分の3程度に減少すると見込まれている。

一方で65歳以上の高齢者の比率は、現状の約30%から23年後の2040年には、約40%にまで増加するものと見込まれている。

こうした状況の中、平成28年度に県が策定した地域医療構想において、東濃圏域の病床数の現状と2025年の医療需要をもとにした必要病床数が公表されている。この中で、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、回復期が不足しているとの記載があり、この地域においても病床数の整理と合わせて、病床の回復期へのシフトが課題となっている。

また、土岐市立総合病院と東濃厚生病院に慢性期病床が現状無い中で、慢性期病床はすでに民間病院等の既存病床で推計値からみると過剰となっている。高度急性期、急性期、回復期を両病院でどのように担うのが課題となる。

少子高齢化に伴う人口減少や、高齢者比率の上昇により、医療需要は大きく変化していく。東濃中部の医療機関の病床稼働率が低い現状で、過剰となっている病床をどう整理していくかについて、検討が必要である。

政府は、急性期から回復期、慢性期への病床転換を促しており、平成30年度の診療報酬の改定もその流れの中で行われる可能性が高い。

◎ 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<br>構成比 | 人口      | 人口<br>対2017比         | 65歳以上<br>構成比 | 人口      | 対2017比               | 65歳以上<br>構成比 |
| 土岐市 | 60,124人 | 29.7%        | 53,330人 | ▲6,794人<br>(▲11.3%)  | 33.6%        | 44,603人 | ▲15,521人<br>(▲25.8%) | 38.1%        |
| 瑞浪市 | 39,022人 | 28.6%        | 35,224人 | ▲3,798人<br>(▲9.7%)   | 33.4%        | 29,501人 | ▲9,521人<br>(▲24.4%)  | 38.9%        |
| 合 計 | 99,146人 | 29.3%        | 88,554人 | ▲10,592人<br>(▲10.7%) | 33.5%        | 74,104人 | ▲25,042人<br>(▲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<br>6月 | うち公立・公的病院(許可病床数) |           |            |      |                 |                 |        | 2025年<br>必要推計量 | 差<br>(推計-2014年) |
|-----------|-------------|------------------|-----------|------------|------|-----------------|-----------------|--------|----------------|-----------------|
|           |             | 県立<br>多治見        | 多治見<br>市民 | 土岐市立総<br>合 | 東濃厚生 | 恵那市民<br>(上矢作含む) | 中津川市民<br>(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           |

※ 種別の合計超過は、その他計上(233床)分が、本来各種別に振り分けられるため。

- 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。



### 3. 岐阜県地域医療構想に基づく論点整理

#### (1) 東濃中部の医療提供体制の岐阜県地域医療構想等における位置づけ

東濃中部の医療提供体制の地域医療構想等各種計画における位置づけについては、地域医療構想等に基づき、病院間の関係整理、位置づけについて検討することが求められている。

また、地域医療構想においては、先述した現状と課題を踏まえ、医師の確保策のさらなる推進が必要であること、東濃圏域として現状から約700床減少する医療需要に対応することなどが記載されているとともに、経営基盤の効率化について「病院間の関係の整理位置づけについて研究、検討を行う」ことが求められている。

平成28年度に、土岐市、瑞浪市、JA岐阜厚生連のほか、土岐医師会や岐阜県健康福祉部の協力を受けて開催した「地域医療構想における東濃中部の医療を考える研究会」の取りまとめた報告書では、「土岐市立総合病院と東濃厚生病院の医療機能の再編について、早急に当事者間による具体的協議に着手する必要がある」と示されている。

このほか、土岐市立総合病院に対象が限定される計画ではあるが、総務省から全国の公立病院を運営している自治体への作成要請を受け、平成28年度土岐市が作成した「土岐市病院事業新公立病院改革プラン」では、「病床機能別需給ギャップの解消、医師不在診療科の解消、医療機能の分化や集約、医療連携をさらに発展させることを命題に、再編・ネットワーク化について平成29年度中に具体的な方向性を出す。」と示されている。

#### 岐阜県地域医療構想（平成28年7月 岐阜県策定）

##### <医療施設従事医師数>

- ・ 東濃圏域における人口10万人当たりの医師数は、県全体及び全国の人口10万人当たりの医師数を下回っている。
- ・ 医師の確保策のさらなる推進が必要  
人口10万人あたりの医師数 全国:233.6人 岐阜県:202.9人 東濃:172.9人

##### <将来における入院患者数、必要病床数、在宅医療等の医療需要量>

- ・ 東濃圏域の病床数（一般病床、療養病床）は2,746床。2025年（平成37年）における必要病床数は2,057床と推計
- ・ 結果として、2025年（平成37年）には現状より約700床少なくとも（約25%減）医療需要に対応可能

##### <経営基盤の効率化>

- ・ 特に東濃圏域には同規模の公立病院、公的病院が近接して立地。
- ・ 運営主体が同じ病院も複数あるため、病院間の関係の整理、位置づけについて研究、検討を行う。

#### 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）

当地域における医療を将来的に安定して確保するためには、主たる医師派遣元大学との調整の下、医療資源の集約によるスケールメリットを生かした医療の質及び効率性の向上とともに、医師の勤務環境を改善し、勤務医師や臨床研修医からも魅力ある病院とすることとするために、土岐市立総合病院と東濃厚生病院の医療機能の再編について、早急に当事者間による具体的協議に着手する必要があると考える。

（※研究会委員：土岐医師会長、岐阜県健康福祉部次長、土岐市副市長、瑞浪市副市長、JA岐阜厚生連理事長）

#### 土岐市病院事業新公立病院改革プラン（平成29年3月 土岐市策定）

住民にとって必要な医療サービスの提供体制を安定的かつ中長期的に確保する観点から、病床機能別需給ギャップの解消、医師不在診療科の解消、医療機能の分化や集約、医療連携をさらに発展させることを命題にして、「再編・ネットワーク化」について、平成29年度中に具体的な方向性を出す。

## (2) 地域医療構想における東濃圏域の医療提供体制の見直しの方向性

地域医療構想では、「東濃圏域の医療提供体制の見直しの方向性」について、1) 適正な役割分担、2) 病床規模の適正化、3) 経営基盤の効率化の3項目で整理されている。

### 1) 適正な役割分担

地域医療構想では、県立多治見病院が東濃圏域の3次病院として急性期医療の中心的役割を担い、各市の公立、公的病院が2次病院として各市の急性期医療を担うこととしている。

また、その他主として急性期を担う病院に加え、特定の診療分野や政策医療分野で貢献している病院や地理的要因から急性期医療を担う病院以外は、回復期中心にシフトしていくこととしている。

これらのことから、土岐市立総合病院及び東濃厚生病院は、引き続き両市の急性期医療を担う役割として、地域医療構想上で位置づけられていると言える。

#### 適正な役割分担

- 県立多治見病院が東濃圏域の急性期医療の中心的役割を担う。(救命救急、災害拠点、がん拠点、周産期、小児救急、精神科身体合併症等)
- その他の各市にある公立病院・公的病院が各市の急性期医療を担う。(多治見市民、土岐市立総合、東濃厚生、市立恵那、中津川市民)
- ただし、東濃東部地域については、中津川市民病院が隣接する長野県南部からの受入や、政策医療(災害拠点、周産期等)に対応していることに配慮。
- 特定の診療分野や政策医療分野、地理的な要因にも配慮して、今後の急性期医療を検討。
- その検討の中で、東濃圏域の各地域で急性期医療を担う病院、(坂下病院(中津川市)、上矢作病院(恵那市)等)の役割分担について検討。
- 主として急性期を担う病院に加え、特定の診療分野や政策医療分野で貢献している病院や、地理的要因から急性期を担う病院(これらの病院においても院内の役割分担を検討)以外は、回復期中心にシフト。
- 療養病床を有する病院については、病床稼働率に加え、地域で果たしている医療機能の状況(医療区分2、3への対応状況等)を調査分析のうえ、介護老人保健施設等への転換を含めて、必要に応じて地域医療構想調整会議に分科会を設けるなどにより検討。

※ 岐阜県地域医療構想(平成28年7月 岐阜県策定)

|              |                                       |
|--------------|---------------------------------------|
| 急性期の中心(3次)   | … 県立多治見病院                             |
| 各市の急性期医療(2次) | … 各市の公立、公的病院 (土岐市立総合病院、東濃厚生病院…)       |
| その他          | … 特定の医療分野や政策医療に貢献している病院等を除き、回復期中心へシフト |



土岐市立総合病院及び東濃厚生病院は、地域医療構想上も引き続き両市の急性期医療(2次)を担う役割として位置づけられている。

### 2) 病床規模の適正化

地域医療構想において、一般病床及び療養病床の病床利用率が、概ね過去3年間連続して70%未満の病院は、休床を含めた病床のあり方等について検討することとしている。

東濃圏域における一般病床の平成26年度の病床稼働率については、県平均75.9%、全国平均79.8%に対して、東濃圏域の病床稼働率は68.8%となり、県平均、全国平均を下回る状況である。

また、東濃中部2市における2次病院の病床稼働率の推移については、土岐市立総合病院の病床稼働率の過去4年間の平均は、許可病床の350床ベースで50.8%、参考値として稼働病床数276床ベースで64.4%、東濃厚生病院の病床稼働率の過去4年間の平均は、許可病床数270床ベースで74.3%であり、県平均、全国平均を下回っている。

なお、土岐市立総合病院では、東濃圏域の平均も大きく下回る現状となっている。

地域医療構想を踏まえ、2025年に東濃中部で必要となる急性期(高度急性期を含む)及び回復期の病床数を推計すると、約400床程度となる。

現在過剰になっている病床数の整理方法について、様々な観点から検討しなければならない。

東濃中部の住民が、将来にわたり安心して医療の提供が受けられるよう、三者がお互いの立場を尊重しながら、幅広く議論を進めていく。

病床規模の適正化

- 一般病床及び療養病床の病床利用率が概ね過去3年間連続して70%未満の病院は、病床を含めた病床のあり方を検討
- 病床状態にある病床の取扱いについては、地域医療構想調整会議であり方を検討

<例>

- ・ 病床状態の病床を抱えている病院で、その病床を除いた病床稼働率が80%を下回る場合は、病床状態にある病床のあり方を検討
- ・ 今後、5年間使用しなかった病床については、その病床のあり方を検討
- ・ 人工透析患者や医療的ケアを必要とする在宅の重度障がい児者の受け皿への機能転換を検討 等
- ・ 一般病床の稼働率が圏域全体で全国及び他の圏域と比べて低いため、2025年度の医療需要を見ながら、一般病床のあり方を検討

※ 岐阜県地域医療構想（平成28年7月 岐阜県策定）

＜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% |

＜2市における2次病院の病床稼働率の推移＞

|                            | 平成25年度 | 平成26年度 | 平成27年度 | 平成28年度 | 平均<br>(H25～H28) |
|----------------------------|--------|--------|--------|--------|-----------------|
| 土岐市立総合病院<br>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<br>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。  
(土岐市立総合病院は、東濃圏域の平均も大きく下回っている。)

7

### 3）経営基盤の効率化

地域医療構想では、「今後の医療提供体制を考えるにあたり、医療機関相互の連携や協調が特に重要になるため、場合によっては病院の再編等も含めて、研究、検討を行うこと」、「東濃圏域には同規模の公立病院、公的病院が近接して立地しており、運営主体が同じ病院も複数あるため、病院間の関係の整理、位置づけについて研究、検討を行うこと」などが記載されている。

県立多治見病院と多治見市民病院は、同一市内で近接していること、市立恵那病院と上矢作病院、中津川市民病院と坂下病院はそれぞれ設置主体が同一であることで、地域医療構想の中で効率化の例示をされている。

東濃中部に立地する土岐市立総合病院及び東濃厚生病院は、地域医療構想で直接的に効率化の例示はされていないものの、近接して立地した公立病院、公的病院として、経営基盤の効率化の検討を行うことが求められる。

経営基盤の効率化

- 地域医療構想を踏まえて、今後の医療提供体制を考えるに当たり、医療機関相互の連携や協調が特に重要になるため、地域医療連携推進法人制度の導入や、場合によっては病院の再編等も含めて、研究、検討を行う。
- 東濃圏域には同規模の公立病院、公的病院が近接して立地しており、運営主体が同じ病院も複数あるため、病院間の関係の整理、位置づけについて研究、検討を行う。  
(設置主体が同一(中津川市民病院と坂下病院、市立恵那病院と上矢作病院)、同一市内で近接(県立多治見病院と多治見市民病院))
- また、他の病院も含めて、圏域内全体での見直しも必要であり、統合・再編を含めた検討を行う。

※ 岐阜県地域医療構想（平成28年7月 岐阜県策定）

＜東濃圏域における2次以上の医療機関＞

|          | 所在地  | 設置者     | 管理者     | 地域医療構想<br>効率化の例示 | 備 考       |
|----------|------|---------|---------|------------------|-----------|
| 県立多治見病院  | 多治見市 | 岐阜県     | 独立行政法人  | 同一市内で近接          | 圏域唯一の三次病院 |
| 多治見市民病院  | 多治見市 | 多治見市    | (指定管理)  |                  |           |
| 土岐市立総合病院 | 土岐市  | 土岐市     | 土岐市     | —                |           |
| 東濃厚生病院   | 瑞浪市  | JA岐阜厚生連 | JA岐阜厚生連 | —                |           |
| 市立恵那病院   | 恵那市  | 恵那市     | 恵那市     | 設置者が同じ           |           |
| 上矢作病院    | 恵那市  | 恵那市     | 恵那市     |                  |           |
| 中津川市民病院  | 中津川市 | 中津川市    | 中津川市    | 設置者が同じ           |           |
| 坂下病院     | 中津川市 | 中津川市    | 中津川市    |                  |           |

土岐市立総合病院及び東濃厚生病院は、地域医療構想で直接的に効率化の例示はされていないものの、近接して立地した公立病院、公的病院であるため、経営基盤の効率化を検討

## 4. 土岐市立総合病院と東濃厚生病院における現状と課題

### (1) 土岐市立総合病院の現状と課題

平成29年3月に策定した「土岐市病院事業新公立病院改革プラン」では、土岐市立総合病院の現状課題について、次の4項目に整理されている。

#### 1) 医師の確保について

土岐市立総合病院の常勤医師数は、平成22年度の46人をピークに減少し、平成26年度には一時的に29人まで減少、平成29年4月現在では、34人が在籍し、近年ほぼ横ばいで推移している。

医師不足は全国的な問題であり、昔と比べ大学の医局に残る医師が減少した昨今、医師数の多い大規模病院と比べて、土岐市立総合病院のような中規模病院への医局からの医師派遣には限界があると言われている。

「厚生労働省の医療従事者の需給に関する検討会」によると、患者数の減少や医師の養成数の増加により、平成34年には医師の需給が均衡し、必要な医師数がマクロ的には供給されることとなるものの、地域や診療科による偏在で、地域間格差の解消には課題が残されるとされている。

これらのことから、医師の安定的な確保に向けた取り組みが課題となっている。

#### 2) 決算状況について

平成24年度から平成28年度までの5年間の土岐市病院事業の平均経常損益は、マイナス1億4500万円となっている。

特に医師数が大きく減少した平成26年度には、大きく経常収益が落ち込み、当該年度の経常損失が4億3200万円へと膨らんだ一方、平成28年度は、8800万円の黒字を達成するなど、毎年収支は一定しておらず大きく変動している。

また、市の一般財源から毎年約11億円の繰入金が出されており、さらなる収益改善への取り組みが課題となっている。

#### 3) 市の財政支援について

平成24年度から平成28年度までの5年間で、市の一般会計から収益的収入と資本的収入とを合わせて、年間平均10億9400万円の繰入金が病院事業へ出されている。

平成26年度の統計データによると、全国の人口規模、病床規模が同一程度の公立病院間で比較した場合、一般会計から病院事業への繰入金額は、全国で3番目に多い水準であることが言える。

また、病院事業への繰入には一定の地方交付税措置があるというものの、人口減少に伴う税収の減少や、少子高齢化等に伴う社会保障費の増加などを勘案すると、財源確保の観点からも、今後この規模の繰入金を維持することは非常に困難であると言える。

これらのことから、病院事業の経営改善を図ることで、繰入金の縮減を図ることが課題となっている。

#### 4) 人口減少、医療需要減少からの検討について

日本全体として少子高齢化及び人口減少が進行している中、将来的に医療需要は減少していく傾向にある。

国立社会保障・人口問題研究所が平成23年に推計した将来人口予測をもとに推計した入院患者数は、平成37年まで増加するものの、その後は減少していくものとされている。

また、この先10年間は、入院患者数の増加による医療需要の増加が見込まれるものの、20年、30年先を見据えると医療需要は着実に減少していくことが予測されている。

これらのことから、長期的な展望の中で土岐市病院事業のあり方を含めた市の医療政策を検討していくことが課題となっている。

### (2) 東濃厚生病院の現状と課題

経営的には安定した運営を行っているが、専門診療医不足への対応や県が策定した「岐阜県地域医療構想」の内容を踏まえた病床機能のあり方等について検討を行う必要がある。

#### 1) 専門診療医を含めた医師の確保について

常勤医師数は、平成23年4月は30名であったが、平成29年4月には内科医を中心に34名まで増加している。しかしながら、小児科・脳神経外科等の常勤専門診療医の確保が出来ていないとともに、医師の高齢化が顕著な泌尿器科・産婦人科の後任医師の確保が困難な状況にある。

病院における医師確保方策として、

- ①大学の関連病院としての医局からの派遣
- ②初期、又は後期臨床研修医からの採用・確保
- ③一般公募、医師紹介会社からによるフリーランス医師の採用
- ④他地域での勤務の後、地元へ戻る希望のある医師の採用

の4つの経路が考えられるが、実質的には①と②が主体となる。しかしながら、大学は関連する医局員が一人赴任にならないように、複数赴任とする傾向がある。そのため、新規赴任までに時間を要している。

新専門医制度の発足に伴う影響として、プログラム制度の為、医学生が初期臨床研修病院の選定に際して、専門医制度を視野に入れ、初期研修病院を新専門医制度での基幹病院となる病院を選択する傾向が強くなる。よって、地方の中規模病院では初期臨床研修医の確保は更に困難となり、5～6年目までの若手医師は在籍し難い状況となりつつある。

救急医療体制への懸念として、土岐市立総合病院との病院群輪番制により救急医療体制を敷いているが、医師をはじめとした医療従事者の長時間労働等が社会問題化しており、国は医師については今後5年間でその方向性を示すとしているが、実質的には、時間外・休日・深夜帯の救急体制については宿日直体制から勤務交代制（二交代制）などへの変更が求められると想定される。このことから、更なる医師の確保が救急医療体制を安定的に担う上で重要となる。

東濃地域医師確保奨学資金貸付制度や岐阜大学の地域枠制度の充実を関係機関に依頼するとともに、専門診療医等の安定的な確保に向けた取り組みを行うことが重要である。

## ２）地域医療構想への対応について

東濃圏域においても少子高齢化及び人口減少が進展していく状況の中で、医療需要も減少していくことが予想されている。県が策定した地域医療構想においては、こうした状況を踏まえて「医療提供体制見直しの方向性」の中で、適正な役割分担、病床規模の適正化等が示されているところである。

地域医療構想において、東濃圏域全体では急性期病床が９３２床過剰であり、回復期病床は５１１床不足しているとの推計が出されている。東濃中部圏域(土岐市・瑞浪市・恵那市南部)は、高齢化と人口減少が顕著な人口動態である中、東濃中部圏域の回復期病床は現在６０床である。

平成２８年度の病床機能報告制度においては、全床、急性期病床と報告を行っている。

次期の診療報酬改定により、一般病床・入院基本料７対１の施設基準(「平均在院日数」、「重症度、医療・看護必要度」、「在宅復帰率」等)の更なる厳格化が予想されている。

圏域全体では、地域医療構想に示された必要病床数と現状の病床数の差(急性期は過剰・回復期は不足)は顕著な状況にある。

現状から急性期中心の病床機能を維持していくこととしているが、今後は、受診者の年齢構成や疾病構造等の検証・分析を行い、将来の医療需要に沿った病床機能・病床規模のあり方を検討する必要がある。



## 5. 東濃中部の医療提供体制の方向性の検討

平成29年3月に土岐市が策定した「土岐市新公立病院改革プラン」においては、「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」「経営の効率化」「再編・ネットワーク化」「経営形態の見直し」の4つの視点において、土岐市病院事業の改革の進め方を整理している。

このうち、「役割の明確化」と「経営の効率化」については、土岐市病院事業の個別の問題であるため、ここでは、「再編ネットワーク化」と「経営形態の見直し」の観点について、東濃中部の医療提供体制を考える上で広域的な課題として整理した。

病院改革プランにおいて、土岐市立総合病院の立場から見た再編ネットワーク化視点による見直し例として、大きく2点で整理されている。

一つ目が、「近隣病院と連携協定を結び、両院の役割分担を最適化すること」であり、これにより、「医師確保の面で、医師、医療従事者の相互派遣や、重複を避ける医療機能の再編を行うことで、医療提供体制の確保が期待できる。」と整理されている。

この場合には、両病院による経営協力や、機能分担による効率化が考えられ、経営協力の場合には、薬剤や医療機器の共同購入、医師や看護師の相互派遣、病床数の割り振り協議などが考えられ、また、機能分担の場合には、重複診療科を一方のみにする等、診療科の分担や、一方を急性期、他方を回復期にする等、病床機能別の分担が考えられる。

二つ目が、「近隣病院と統合をし、医療機能の再編等を行うこと」であり、これにより、「医療資源の集約化を図ることで、医療提供体制の確保が期待できる。」と整理されている。

この場合には、片方の病院を閉院し、一方に集約する手法や、両方を閉院し、新病院を新たに建設して集約する手法が考えられる。この場合、施設の転用や解体、新病院の建設など急激な変化を伴う見直しとなる。

また、市民（患者）目線、経営側目線の両方からみた医療提供体制の検討が必要であり、今後、両病院が継続的にこの地域で安定的な医療を提供するためには、経営が成り立たなければならない。

### 土岐市病院事業新公立病院改革プランにおけるネットワーク化視点による見直し例

- ◎ 平成29年3月に策定した「土岐市病院事業新公立病院改革プラン」において、土岐市立総合病院の立場からみた再編・ネットワーク化視点による見直し例について、以下のとおり整理されている。

| 再編・ネットワーク化視点の見直し例             | 医師確保の観点から見た利点                                         |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------|
| I. 近隣病院と連携協定を結び、両院の役割分担を最適化する | ○ 医師、医療従事者の相互派遣や、重複を避ける医療機能の再編を行うことで、医療提供体制の確保が期待できる。 |
| II. 近隣病院と統合をし、医療機能の再編等を行う。    | ○ 医療資源の集約化を図ることで、医療提供体制の確保が期待できる。                     |



※同プランにおいては、以下の4つの視点で改革の進め方が整理されている。  
① 地域医療構想を踏まえた役割の明確化 ② 経営の効率化 ③ 再編・ネットワーク化 ④ 経営形態の見直し  
このうち、①及び②の観点は、土岐市立総合病院単独の課題であるため、本検討会資料では省略する。

- ◎ 上記の再編・ネットワーク化視点による見直しの具体例の場合、以下の効率化の例などが考えられる。

＜各見直し例による効率化の例＞

| I. 近隣病院と連携協定を結び、両院の役割分担を最適化する場合の効率化例 |                                                              |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 両病院で経営協力                             | ・ 薬剤、医療機器等の共同購入<br>・ 医師、看護師等の人事派遣 ・ 病床数の割り振り協議 等             |
| 両病院で機能分担                             | ・ 重複する診療科を一方のみにする等、診療科別の分担<br>・ 一方を急性期、他方を回復期にする等、病床機能別の分担 等 |
| II. 近隣病院と統合をし、医療機能の再編等を行う場合の効率化例     |                                                              |
| 片方を閉院し、一方に集約                         | ・ 一方の既存施設に医療資源を集約。<br>・ 他方は閉院し、施設を別用途へ転用又は解体                 |
| 両方を閉院し、新病院を建設集約                      | ・ 新病院を建設し医療資源を集約<br>・ 既存の両病院を閉院し、施設は別用途に転用又は解体               |

## (1) 近隣病院と連携協定を結び、両院の役割分担を最適化する場合

病院改革プランには、近隣病院と記載があるが、本検討会においては、土岐市立総合病院と東濃厚生病院の二者間で連携協定を結びまたは地域医療連携推進法人化を図ることで、「診療科の分担」、「病床機能の分担」、「医師等の相互派遣」、「医療機器・医薬品の共同購入」などを協力して行い、東濃中部において、「需要に見合った医療の提供」や「常勤医師数の維持確保」、「医療資源の集約化」、そして「長期に安定した病院の経営」等を進めていくこととして整理している。

「地域医療連携推進法人」とは、地域医療構想の達成のために、平成29年4月に創設された一般社団法人認可制度により、参加医療機関の強みを生かし、医療機関相互間の機能の分担及び業務を推進するため、認可される法人で、原則2次医療圏単位（原則的には東濃圏域で一つだが、県が認めれば圏域内で2つ以上の設置も可能とのこと）、医師会、歯科医師会、患者団体、自治体等で構成される評議会の意見を取り入れて運営をするものである。

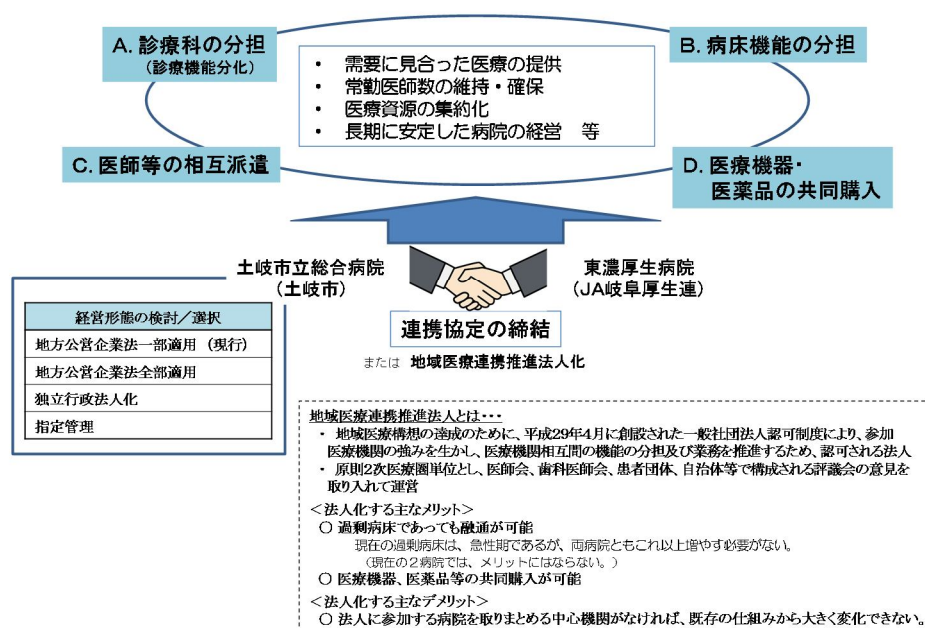
法人化のメリットとして、本来病院間での融通が認められない過剰病床について、法人内の病院間で融通が可能となることが挙げられる。ただし、現在の過剰病床は、急性期であるが、両病院ともこれ以上増やす必要がないことから、現在の2病院ではメリットにはならない見込みである。

このほか、医療機器、医薬品等の共同購入が可能となるメリットがあるが、医師確保や医療需要への対応に直接的につながるものではない。

また、本制度は、小規模で単独で経営が立ち行かない1次、2次病院が、相互に協力し機能分担することで全体として生き残っていくことを目指し厚生労働省が制度化したものであるが、現時点では補助金等のいわゆるインセンティブが目立って存在しない。

このほか、法人に参加する各医療機関を取りまとめる中心機関が無ければ、既存の仕組みの中で経営している医療機関が新しい仕組みに移る変化を起こすことが難しく、結果として変わらない可能性もある。

### 近隣病院と連携協定を結び、両院の役割分担を最適化する場合の効率化例





## 1) 診療科目の分担（診療機能分化）

土岐市立総合病院と東濃厚生病院の間では、内科、外科、整形外科、小児科等21の診療科において重複して診療科を有しており、同一診療科の医師を、非常勤を含め両病院でそれぞれ確保しなければいけない状態となっている。

診療科目の分担（診療機能分化）とは、この状況を踏まえ、両病院で診療科を分担し、それぞれが特徴を持った病院にすることで、重複診療科をできるだけ解消し、地域として必要となる医師数を少なくする方法として整理した。

病院ごとの診療科を、仮にA病院は内科系、B病院は外科系としたり、A病院は内科外科、B病院はその他診療科としたり、また、A病院は現状どおり総合的に診療できるよう診療科をそろえ、B病院は心臓外科や、脳外科など特定の診療科に特化するなどの分担が考えられる。

この場合、いずれも診療科の数は減少するため、必要な医師数は現状よりも少なくなるものと想定される。

ただし、診療科を限定することで、救急医療に必要となる多様な診療科が確保できず、総合的な診療、さらには救急医療がどちらの病院でもできなくなる可能性が高くなる。

また、総合的な診察ができなくなることで、多様な症例経験を希望したい医師の招聘にも影響が出る可能性がある。

診療科ごとの役割分担は、患者側から見ると不合理となる場合が多い。実際現状でも、土岐市立総合病院の内分泌科にかかりながら、循環器科は東濃厚生病院を受診している患者さんがいる。本来同じ病院に両診療科があれば、一つの病院での1日の診察で済むところが、2度手間となっている。

これらの点から、「診療科の分担」による効率化は、市民への総合的な医療提供に対する影響が大きいものと考えられる。

現 状：21診療科において、両病院で重複して診療科を有している。  
課 題：同一診療科の医師を、両病院でそれぞれ確保しなければならない。

＜両病院の現行診療科目と常勤医師数(平成29年10月1日現在)＞

| 診療科    | 土岐市立総合病院 | 東濃厚生病院 | 診療科       | 土岐市立総合病院  | 東濃厚生病院  |
|--------|----------|--------|-----------|-----------|---------|
| ＜内科系＞  |          |        | ＜その他診療系＞  |           |         |
| 内科     | ○(1)     | ○      | アレルギー科    | ○         | ○       |
| 神経内科   | ○(4)     | ○(1)   | 小児科       | ○(2)      | ○       |
| 呼吸器内科  | ○        | ○(2)   | 皮膚科       | ○         | ○(1)    |
| 消化器内科  | ○(2)     | ○(6)   | 泌尿器科      | ○(1)      | ○(1)    |
| 循環器内科  | ○(1)     | ○(4)   | 産婦人科      | ○(1)      | ○(1)    |
| 内分泌内科  | ○(3)     | ○      | 眼科        | ○(1)      | ○       |
| 血液内科   | ○(1)     | ○      | 耳鼻咽喉科     | ○(2)      | ○(1)    |
| 腎臓内科   | ○(2)     | ○(3)   | リハビリ科     | ○         | ○       |
| ＜外科系＞  |          |        | 放射線科      | ○         | ○(1)    |
| 外科     | ○(5)     | ○(5)   | 歯科        | ○(1)      | ○       |
| 整形外科   | ○(1)     | ○(5)   | 麻酔科       | ○         | ○       |
| 形成外科   | ○(1)     | ○      | 精神科       | ○(1)      | ○       |
| 脳神経外科  | ○(3)     | ○      | 病理診断科     | ※検査科医師(1) | ○       |
| 心臓血管外科 | ○        | ○      | 診療科/常勤医師数 | 25 (34)   | 22 (31) |

凡例：○は、標準診療科 / ( ) 内の数字は、平成29年10月1日現在の常勤医師数

＜病院ごとの診療科目を分担例＞

| 診療科  | A病院 | B病院 |
|------|-----|-----|
| 内科系  | ○   |     |
| 外科系  |     | ○   |
| 小児科  | ○   |     |
| 産婦人科 | ○   |     |
| ...  | ... | ... |

| 診療科  | A病院 | B病院 |
|------|-----|-----|
| 内科系  | ○   |     |
| 外科系  | ○   |     |
| 小児科  |     | ○   |
| 産婦人科 |     | ○   |
| ...  |     | ○   |

救急医療提供のための  
多様な診療科の確保ができない

病院ごとに診療科のすみ分けを行うと・・・  
ex. A病院は内科系 / B病院は外科系  
A病院は内科・外科系 / B病院はその他診療科系  
A病院は総合診療 / B病院は特定分野に特化

両病院で必要となる医師数は、単純に少なくなるものの、  
総合的な診療、さらには救急医療対応ができなくなる可能性がある。

※ 総合診療ができないと医師の確保も困難となる。

病院ごとで診療科の精査は必要ではあるが、診療科のすみ分けによる医師確保は、市民への総合的な医療提供に対する影響が大きい。

## 2) 病床機能の分担

現在、土岐市立総合病院では急性期及び回復期を、東濃厚生病院では急性期を受け持ち、それぞれ医療提供を行っている。

病床機能の分担とは、これらについて、一方の病院「仮にA病院」が急性期、もう一方の病院「仮にB病院」が回復期に特化する形で病床機能を分担し、病院間で患者の紹介等を行って連携することで、需要に即した医療を提供する方法として整理した。

医療提供の観点からは、急性期病院が一つになるため、救急医療の提供可能となる病院が1つとなり、救急搬入先が距離的に遠くなる市民が増える可能性が考えられる。

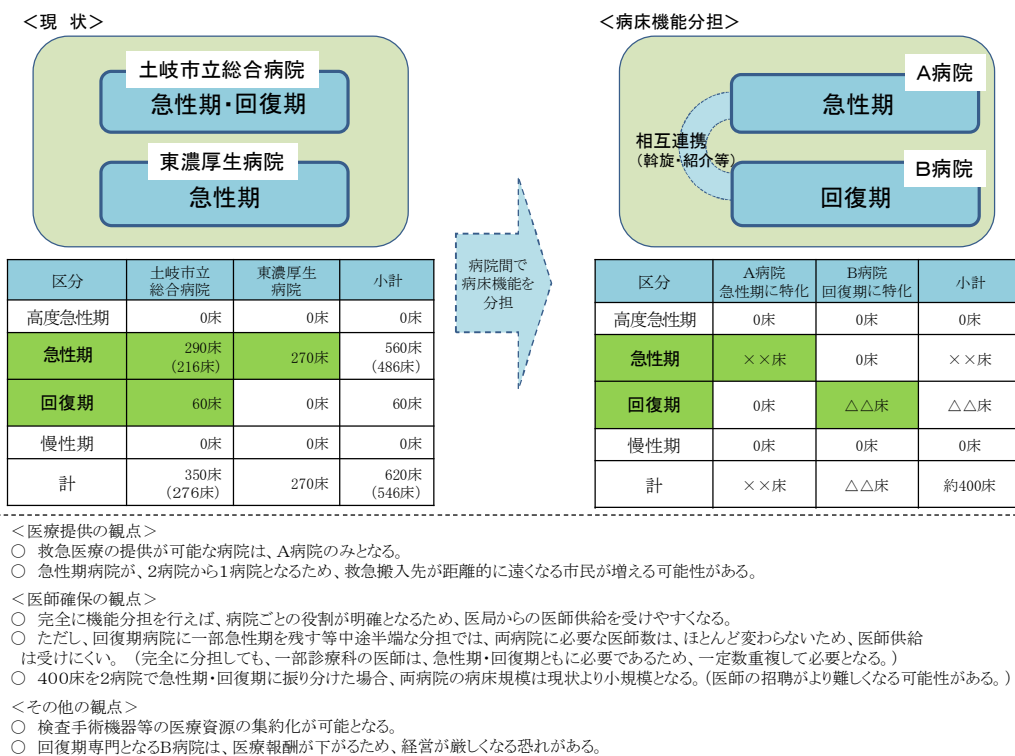
また、医師確保の観点からは、完全に急性期・回復期に分かれて機能分担を行えば、病院ごとの役割が明確となり、急性期病院が一つとなるため医局からの医療提供は受けやすくなるものの、中途半端に両方に急性期を残す形となれば必要医師数は現状と変わらないため、医師の確保は現状と変わらない状況となる。

そして、完全に分担しても、内科、整形外科等一部診療科の医師は、急性期・回復期ともに必要となるため、現状よりはよいものの、なお一定数重複して医師を確保する必要がある。

加えて、一般的に医師は診療事例を多く体験できる急性期病院を勤務地に望む傾向があることから、最先端の症例がない回復期病院は、医師確保にさらに苦慮することが考えられる。

さらに、400床を2病院で急性期・回復期に振り分けた場合、両病院の病床規模は現状よりも小規模となり、医師の招聘がより難しくなる可能性がある。

その他の観点からは、検査手術機器等の医療資源の集約化が可能となり、ランニングコストを抑えることができるものの、回復期専門となるB病院については、診療報酬が下がるため、経営が厳しくなる恐れがあるものと考えられる。



### 3) 医師等の相互派遣

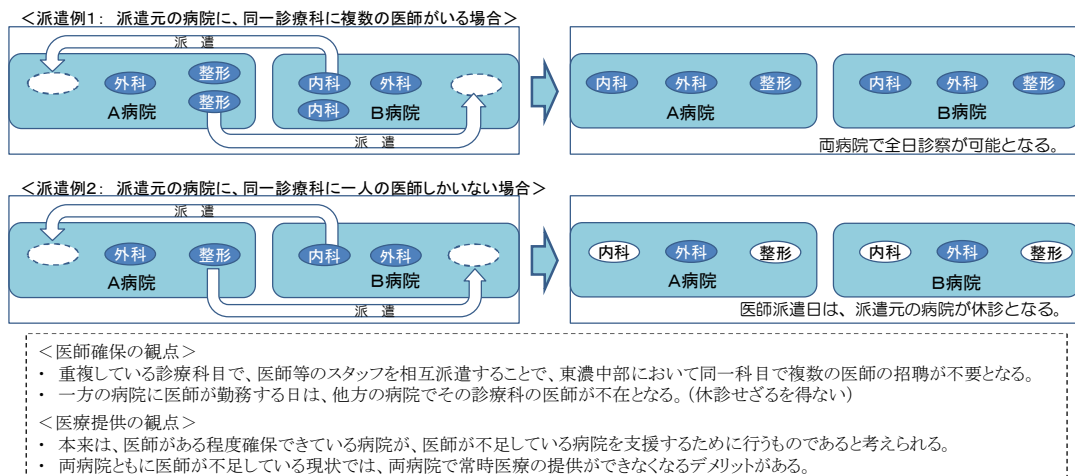
医師等の相互派遣とは、A病院からB病院、またはB病院からA病院に所属する常勤医師を派遣する方法として整理した。

派遣元の病院に、同一診療科に複数の医師等がいる場合については、医師を派遣することで両病院の全日診療が可能となり、メリットがある一方、派遣元の病院に同一診療科の医師が1名しかいない場合には、医師派遣日には、派遣元の病院では休診しなければならない状況となる。

本来は、医師がある程度確保できている病院が、医師が不足している病院を支援するために行うものであると考えられ、両病院ともに医師が不足している現状では、両病院ともに常時医療の提供ができなくなるデメリットがあるものと考えられる。

救急医療の確保のためには、休日夜間を含め24時間医師の勤務が必要となるが、現状でも両病院ともに救急医療を担う医師確保に苦慮し、ギリギリの人員で運用している。現在の救急医療の輪番制の維持を含め、この地域で現状の2病院体制で救急医療を安定的に提供するためには、相当数の医師の確保が必要となる。

両病院の医師数が今後仮にそれぞれ充実していけば、連携して医師を相互派遣しあうことなどは可能となるが、医師等の働き方改革が推進されていく中で、将来にわたっての医師確保の見通しは現状大変厳しい。このため、いかにうまく連携をしたとしても、2つの病院で救急医療を提供し続けていく事は、今後ますますハードルが高くなっていくと考えられる。



### 4) 医療機器・医薬品等の共同購入

医療機器や医薬品等の医療提供のための材料を共同で購入することで、運営費用の削減につながる効果があるが、直接的には医師不足、再編への影響がない。

医療機器・医薬品の購入・販売には許可がいるため、一方が購入して融通するのではなく、共同または地域医療連携推進法人が、販売業者との購入単価引き下げ交渉を行い、各病院ごとに個別に購入することとなる一方、医療機器・医薬品等以外については、地域医療連携推進法人が一括購入して両病院へ融通することが可能となる。

他の方法と合わせて行うことで、効率化の一助とする性格のものであると考えられる。

## (2) 近隣病院と統合をし、医療機能の再編等を行う場合

近隣病院と統合をし、医療機能の再編等を行う場合の効率化の例として、「A 一方の病院を閉院し、もう一方に集約」する方法と、「B 両方の病院を閉院し、新たに病院を建設して集約」する方法が考えられる。

医療提供の観点からみると、2病院が1つになるため、どうしても距離的に遠くなる市民が増える可能性があり、医療確保の観点から見れば、病院を集約化することで医師の招聘がしやすくなること、400床規模になればさらに医師を集めやすくなること、その他の観点では、医療需要に見合った再編が可能となり、医療資源の集約によりランニングコストが下がるなどのメリットがある一方、状況が激変するため、医療従事者の雇用等に影響が発生したり、膨大なイニシャルコストの負担をどうするのかなどの課題が存在する。

### 1) 一方の病院を閉院し、もう一方の病院に集約

土岐市立総合病院と東濃厚生病院の既存施設のどちらか一方に医療資源を集約し、もう一方は閉院して施設を別用途に転用するか、あるいは解体する方法として整理した。

施設の観点からみると、土岐市立総合病院は、昭和63年築と建設から29年が経過し、経年劣化により、外装、電気設備、空調設備等施設の大規模改修が今後必要となってくる。

また、病床数についても350床と医療需要の400床に満たず、不足することになる。

一方、東濃厚生病院は、平成15年築と土岐市立総合病院と比べれば比較的新しいものの、病床数は270床と同じく医療需要の400床を満たさず、増床するための隣接地がない。

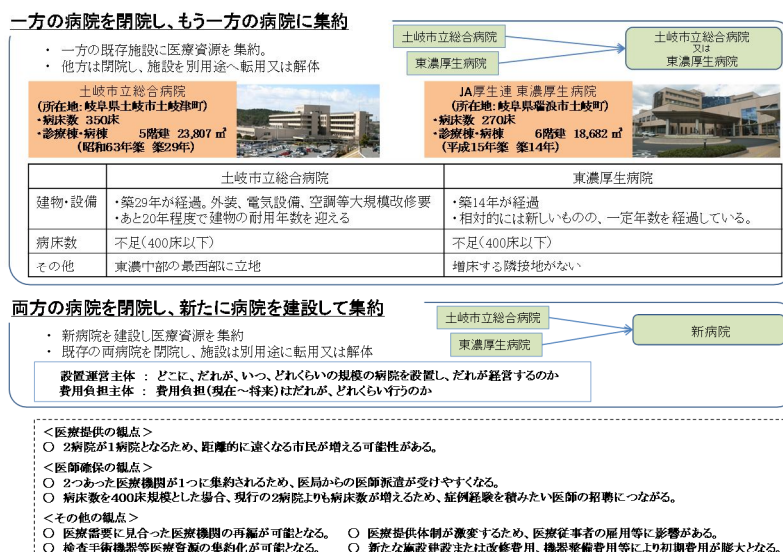
このように、既存施設を活用するには、少なくともハード的な課題が存在する。

### 2) 両方の病院を閉院し、新たに病院を建設して集約

病院を新たに建設して医療資源を集約し、既存の両病院をそれぞれ閉院して別用途に転用するかあるいは解体する方法として整理した。

設置運営の観点からみると、どこに、だれが、いつ、どれくらいの規模の病院を設置し、だれが運営するのか、費用負担の観点からは、建設に係るイニシャルコストから運営に至るランニングコストまで誰が、どれくらい行うのか、検討していく必要がある。

#### 近隣病院と統合をし、医療機能の再編等を行う場合の効率化例



## 6. 方向性の評価

「再編・ネットワーク化視点による医療提供体制見直しの方向性」について、「近隣病院と連携協定を結び、両院の役割分担を最適化する場合」と「近隣病院と統合をし、医療機能の再編等を行う場合」の2つの方向性ごとに整理するとともに、「市民の医療受診環境の観点」として「診療科確保」「病床確保」「救急医療確保」の3点、「病院経営の観点」として「医師確保」「導入費用」「施設維持管理」の3点について、現状課題の解決のために、現状どおり又はそれほど大きく変わらないものを△、現状と比べ大きく有利なものを○、現状と比べ大きく不利なものを×の3段階で評価した。

なお、直面している救急医療の確保、医師の確保等の課題解決のため、1病院化を進めるにしても、病床機能分担による連携を進めるにしても、一定の時間を要する。その間も安定的な医療の提供がなされるよう、両病院で短期的なスパンで連携しながら対応していく必要がある。

### (1) 近隣病院と連携協定を結び、両院の役割分担を最適化する場合

#### 1) 連携A「診療科分担」

両病院で診療科を分担し、それぞれが特徴を持った病院にすることで、重複診療科をできるだけ解消し、地域として必要となる医師数を少なくする手法である。

重複診療科解消で必要医師数の絶対数は減少するものの、両病院ともに総合的な診療ができなくなることから、地域の2次病院として期待される救急医療の確保が困難となってしまう部分で、現状と比べて大きく不利になるものと評価した。

この結果、総合的な評価は、「×」とした。

#### 2) 連携B「病床機能の分担」

一方の病院が急性期、もう一方の病院が回復期に特化する形で病床機能を分担し、病院間で患者の紹介等を行って連携することで、需要に即した医療を提供する方法である。

急性期病院と回復期病院の病床数の割り振りによるが、地域の状況を踏まえて適切に割り振りをすることで、「診療科の確保」「病床確保」は現状よりも有利になるものと評価した。

一方、医師確保については、特に回復期病院において総合診療が不能となること、病院規模が小さくなることによって、特に比較的若い医師から敬遠される可能性があることから、現状より不利になる可能性がある。

急性期病院側での医師確保がしやすくなる点を踏まえて、評価は「×」ではなく「△」とした。

また、急性期病院にしても、仮に規模の大きい土岐市立総合病院を使用した場合でも、350床が最大となることから、現状と変わらないとの評価としている。

この結果、総合的な評価は、連携の中でもっとも高い「△」とした。

#### 3) 連携C「医師等相互派遣」

A病院からB病院、またはB病院からA病院に所属する常勤医師を派遣する手法である。

両病院の医師の絶対数が少ない中で、医師による病院の掛け持ちで両病院の機能を成り立たせるこの手法は、医師の負担がとて大きく、また、別病院へ派遣中で医師がいない際には、元の病院で診療ができないなどの問題が発生する。

特に救急診療については、医師の絶対数が確保できていない中で維持し続けることが困難となり、また医師確保の面においても負担の大きい病院への招聘について、現状と比べて大きく不利になるものと評価した。

この結果、総合的な評価は、「×」とした。



## (2) 近隣病院と統合をし、医療機能の再編等を行う場合

### 1) 統合D「1病院化」

「現在2つある病院を何らかの方法で1つとし、医療機能の再編等を行う方法である。大きく「一方の病院を閉院し、もう一方に集約」する方法と、「両方の病院を閉院し、新たに病院を建設して集約」する方法が考えられる。

大きく医療提供体制のあり方そのものを変える手法であることから、「診療科確保」「病床確保」「救急医療確保」「医師確保」について、配慮をしながら最適な手法を選択することができる一方、新規整備の場合には他市の事例を踏まえても何百億円規模の莫大な初期投資が必要となる部分で、現状と比べて大きく不利になるものと評価した。

既存利用の場合には、現状から導入費用・維持費用については、大きな変更はないものの、より大きい施設である土岐市立総合病院が350床であることを踏まえると、1病院で400床を確保することができないため、連携B病床機能分担のようにもう一方の病院でいくらかの病床を確保する必要が発生することとなる。

この結果、費用面での課題を除けば、医療提供の観点からみれば現状より大きく有利となることから、総合的な評価は、「○」とした。

また、救急医療の確保と医師の確保ができなければ医療の確保ができないことから、方向性の評価をしていく中でも、特に優先的に考えなければならない。その点で、1病院化が最も評価が高く、病床機能分担による2病院の連携が次に評価が高いことは妥当である。

### 再編・ネットワーク化視点による医療提供体制見直しの方向性 総括表

|     | 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 | ・重複診療科あり<br>・医師不足で、一時的に休診する診療科発生 | ・急性期過剰<br>・回復期不足                                                            | ・両病院の輪番制で対応                                                                        | ・両病院とも、医師の確保が困難                                                                                                       | —                                                                                                                   | ・施設設備の経年劣化に伴う維持管理費が年々増加                                                                                                               | —                                                                                           |
| 連 携 | 評 価                              | △                                                                           | △                                                                                  | ×                                                                                                                     | △                                                                                                                   | —                                                                                                                                     | △                                                                                           |
|     | A.診療科分担(診療機能分)                   | ・重複診療科解消される。複数診療科を受診する場合、一つの病院で診療を受けられない場合が発生する。診療科機能によっては、総合的な診療が受けられなくなる。 | ・病床確保への影響、効果は乏しい。                                                                  | ・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。<br>・1病院化で現行より遠くなる市民が存在する。                                                          | ・完全に診療科分担すれば、必要医師数が減る。<br>・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。                                                              | —                                                                                                                                     | ・医療機器等の集約化が一定程度可能となる。<br>・施設設備の経年劣化に伴う維持管理費が年々増加                                            |
|     | 評 価                              | ○                                                                           | ○                                                                                  | △                                                                                                                     | △                                                                                                                   | △                                                                                                                                     | △                                                                                           |
|     | B.病床機能分担                         | ・機能に合わせた診療科再編が必要となる。<br>・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。                        | ・地域の医療需要に合わせた病床の確保可能となる。<br>・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。                        | ・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。<br>・ただし、病床規模が小さくなるため、受入は難となるケースも想定される。<br>・1病院化で現行より遠くなる市民が存在する。 | ・完全に機能分担すれば、急性期病院は、医師の派遣が現状より受けやすくなる。<br>・総合診療不能な回復期病院は、医師に敬遠される可能性がある。<br>・規模が小さくなるため、医師に敬遠される可能性がある。              | ・回復期転換病院の改修費・機器導入費が発生する。                                                                                                              | ・医療機器等の集約化が一定程度可能となる。<br>・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。<br>・施設設備の経年劣化に伴う維持管理費が年々増加 |
| 統 合 | 評 価                              | △                                                                           | △                                                                                  | ×                                                                                                                     | ×                                                                                                                   | —                                                                                                                                     | △                                                                                           |
|     | C.医師等相互派遣                        | ・輪番制で総合診療維持可能。ただし、両病院で常時医療の提供ができない恐れがある。                                    | ・病床確保への影響、効果は乏しい。                                                                  | ・両病院の輪番制で対応する。医師の負担増で離職が増えると、維持できなくなる。                                                                                | ・負担増に伴い、医師に敬遠される可能性がある。                                                                                             | —                                                                                                                                     | ・施設設備の経年劣化に伴う維持管理費が年々増加                                                                     |
|     | 評 価                              | ○                                                                           | ○                                                                                  | ○                                                                                                                     | ○                                                                                                                   | △又は×                                                                                                                                  | ○又は△                                                                                        |
|     | D.1病院化                           | ・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。<br>・1病院化で現行より遠くなる市民が存在する。            | ＜既設利用の場合＞<br>・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。<br>＜新規整備の場合＞<br>・医療需要を満たす病床確保が可能となる。 | ・救急医療確保が可能となる。<br>・医師確保により救急医療の高度化が可能となる。<br>・1病院化で現行より遠くなる市民が存在する。                                                   | ・医師からの医師派遣が、現状より受けやすくなる。<br>・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。<br>・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。 | ＜既設利用の場合＞△<br>・既設施設改修費が発生する。<br>・廃止施設改修(介護施設等活用)又は撤去費が発生する。<br>＜新規整備の場合＞×<br>・莫大な建設費、用地取得費、医療機器費が発生する。<br>・廃止施設改修(介護施設等活用)又は撤去費が発生する。 | ・医療機器等集約化が可能となる。<br>・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。                                            |



## 7. 有識者からの意見聴取結果

### (1) 有識者の選定

医師派遣の立場の大学医局の関係者として、名古屋大学と岐阜大学に有識者の推薦を依頼し、両大学から推薦いただいた小寺泰弘教授と岩間亨教授に、東濃中部の1次医療提供の関係者として、土岐医師会の中島均会長に、地域医療の有識者として東濃圏域の3次医療提供の立場の関係者として、県立多治見病院の原田明生病院長に、地域医療構想を所管する行政の立場の関係者として岐阜県健康福祉部の森岡久尚部長にそれぞれこれまでの検討会での議論を踏まえ取りまとめた結果の妥当性についての意見聴取を依頼した。

なお、意見聴取の際には、事務局が直接各有識者と面談して、これまでの検討会での検討内容をお伝えし、検討会での検討結果の妥当性について後日書面にてご意見をいただいた。

＜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<br>大学院医学系研究科  | 教 授 小寺 泰弘 |
|                          | 岐阜大学<br>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<br>(東濃圏域3次病院運営) | 独立行政法人<br>岐阜県立多治見病院 | 病院長 原田 明生 |
| その他<br>(地域医療構想／医療政策)     | 岐阜県健康福祉部            | 部 長 森岡 久尚 |

### (2) 有識者からの意見

#### 1) 「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

(各有識者の評価)

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

(各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体制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、含めなくてよいのか。（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。）

## 東濃中部の医療提供体制に係る現状整理について

資料1

### 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／<br>人口10万人 | 全国<br>平均比 | 医師数／<br>人口10万人 | 全国<br>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<br>構成比 | 人口      | 人口<br>対2017比         | 65歳以上<br>構成比 | 人口      | 対2017比               | 65歳以上<br>構成比 |
| 土岐市 | 60,124人 | 29.7%        | 53,330人 | ▲6,794人<br>(▲11.3%)  | 33.6%        | 44,603人 | ▲15,521人<br>(▲25.8%) | 38.1%        |
| 瑞浪市 | 39,022人 | 28.6%        | 35,224人 | ▲3,798人<br>(▲9.7%)   | 33.4%        | 29,501人 | ▲9,521人<br>(▲24.4%)  | 38.9%        |
| 合 計 | 99,146人 | 29.3%        | 88,554人 | ▲10,592人<br>(▲10.7%) | 33.5%        | 74,104人 | ▲25,042人<br>(▲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<br>6月 | うち公立・公的病院（許可病床数） |           |            |      |                 |                 |        | 2025年<br>必要推計量 | 差<br>(推計-2014年) |
|-----------|-------------|------------------|-----------|------------|------|-----------------|-----------------|--------|----------------|-----------------|
|           |             | 県立<br>多治見        | 多治見<br>市民 | 土岐市立<br>総合 | 東濃厚生 | 恵那市民<br>(上矢作含む) | 中津川市民<br>(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）  
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<br>2014年病床数<br>(A) | 地域医療構想<br>2025年推計<br>必要病床数(B) | 推計必要病床数<br>対2014年比率<br>(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<br>稼働病床数<br>(D) | 急性期＋回復期<br>の変化率で<br>(D)×(C1)79.5% | 全病床の<br>変化率で案分<br>(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                | 424床                              | 409床                            |

×79.5%      ×74.9%

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

＜東濃5市の人口と5市における人口割合＞

|         | 人口<br>(H27国勢調査) | 東濃5市における<br>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        |                     |
| 土岐市＋瑞浪市 | 96,588人         | 28.66%(E1)          |

＜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<br>2025年推計<br>必要病床数<br>(F) | 土岐市・瑞浪市<br>必要病床数<br>(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                               | 2病院で担うべき病床<br>426床 |
| 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                               |                    |

×28.66%

## 2)「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

(各有識者の評価)

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

(各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病院に急性期機能を集約し、土岐市立総合病院は回復期・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。

東濃中部における2病院の再編・ネットワーク化の方向性に関する評価について

資料2

|     | 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 | ・重複診療科あり<br>・医師不足で、一時的に休診する診療科発生 | ・急性期過剰<br>・回復期不足                                                                    | ・両病院の輪番制で対応                                                                        | ・両病院とも、医師の確保が困難                                                                                                        | —                                                                                                                      | ・施設設備の経年劣化に伴う維持管理費が年々増加                                                                                                                 | —                                                                                           |   |
| 連 携 | 評価                               | △                                                                                   | △                                                                                  | ×                                                                                                                      | △                                                                                                                      | —                                                                                                                                       | △                                                                                           |   |
|     | A.診療科分担<br>(診療機能分担)              | ・重複診療科解消される。<br>・複数診療科を受診する場合、一つの病院で診療を受けられない場合が発生する。<br>・診療科構成によっては、総合的な診療が受けられない。 | ・病床確保への影響、効果は乏しい。                                                                  | ・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。<br>・1病院化で現行より速くなる市民が存在する。                                                           | ・完全に診療科分担すれば、必要医師数が減る。<br>・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。                                                                 | —                                                                                                                                       | ・医療機器等の集約化が一定程度可能となる。<br>・施設設備の経年劣化に伴う維持管理費が年々増加                                            | × |
|     | 評価                               | ○                                                                                   | ○                                                                                  | △                                                                                                                      | △                                                                                                                      | △                                                                                                                                       | △                                                                                           | △ |
|     | B.病床機能分担                         | ・機能に合わせた診療科再編が必要となる。<br>・急性期病院の1病院化で現行より速くなる市民が存在する。                                | ・地域の医療需要に合わせた病床の確保が可能となる。<br>・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。                       | ・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。<br>・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。<br>・1病院化で現行より速くなる市民が存在する。 | ・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。<br>・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。<br>・1病院化で現行より速くなる市民が存在する。 | ・回復期転機病院の改修費・機器導入費が発生する。                                                                                                                | ・医療機器等の集約化が一定程度可能となる。<br>・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。<br>・施設設備の経年劣化に伴う維持管理費が年々増加 | △ |
| 統 合 | 評価                               | △                                                                                   | △                                                                                  | ×                                                                                                                      | ×                                                                                                                      | —                                                                                                                                       | △                                                                                           | × |
|     | C.医師等相互派遣                        | ・輪番制で総合診療維持可能。ただし、両病院で常時医療の提供ができない恐れがある。                                            | ・病床確保への影響、効果は乏しい。                                                                  | ・両病院の輪番制で対応する。<br>・医師の負担増で離職が増えること、維持できなくなる。                                                                           | ・負担増に伴い、医師に敬遠される可能性がある。                                                                                                | —                                                                                                                                       | ・施設設備の経年劣化に伴う維持管理費が年々増加                                                                     | × |
| 統 合 | 評価                               | ○                                                                                   | ○                                                                                  | ○                                                                                                                      | ○                                                                                                                      | △又は×                                                                                                                                    | ○又は△                                                                                        | ○ |
|     | D.1病院化                           | ・一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。<br>・1病院化で現行より速くなる市民が存在する。                    | ＜既設利用の場合＞<br>・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。<br>＜新規整備の場合＞<br>・医療需要を満たす病床確保が可能となる。 | ・救急医療確保が可能となる。<br>・医師確保により救急医療の高度化が可能となる。<br>・1病院化で現行より速くなる市民が存在する。                                                    | ・医師からの医師派遣が、現状より受けやすくなる。<br>・初期臨床研修から続く専攻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。<br>・両病院の医師、看護師、コメディカル等全職員の両病院への転属が課題となる。     | ＜既設利用の場合＞ △<br>・既設施設改修費が発生する。<br>・廃止施設改修(介護施設等活用)又は撤去費が発生する。<br>＜新規整備の場合＞ ×<br>・莫大な建設費、用地取得費、医療機器費が発生する。<br>・廃止施設改修(介護施設等活用)又は撤去費が発生する。 | ・医療機器等集約化が可能となる。<br>・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る。                                            |   |

### 3)「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

(各有識者の評価)

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

(各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、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（高度急性期を含む）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。

東濃中部の医療提供体制検討会における検討結果(案)について

資料3

＜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。

#### 4) その他付随意見について

(各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他病院との有機的な連携を考えることが東濃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にサポート（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。

### 8. 有識者意見を踏まえた本検討会としての検討意見

各有識者からの意見を踏まえ、具体的な手法やスケジュール感、病床機能の配置、既存施設の利活用等今後協議をしていくべき内容は多くあるものの、東濃中部の医療提供体制の方向性として1病院化の方向で検討することは、妥当であると言える。

病床機能のあり方については、今後調整するものの、急性期といっても脳神経外科と心筋梗塞の治療となると、集中治療やハイケアは必要となることから、「急性期に高度急性期を含む」との表記を加えるべきである。

1病院化までの間に次善策である病床機能分担を行うのであれば、あえて次善策を結論に標記しなくても、評価表に記載があるため削除する。

これまで4回実施した検討会での検討を踏まえ、検討会の結論として「病床整理の方向性として1病院化（統合）が最も適当」であることに基本的に合意する。



## 9. 本検討会における検討結果（結論）

東濃中部地域においては、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こと、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という課題の下、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とともに、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することにより、医療従事者の確保が見込まれることから、医療資源の集約化を図る必要性がある。

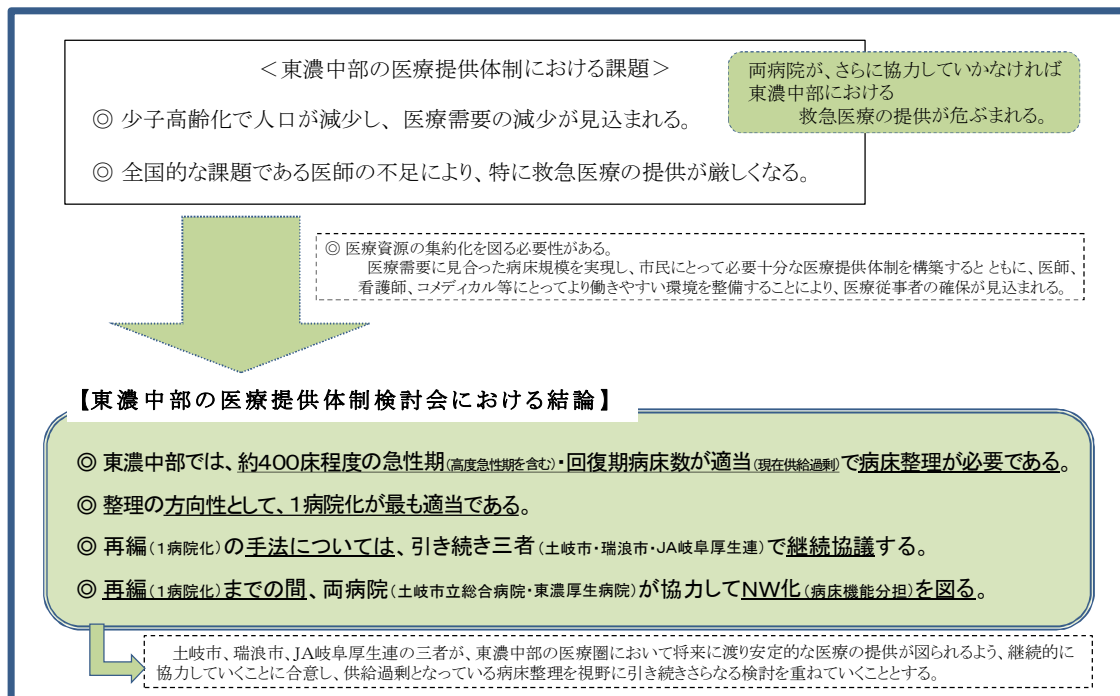
東濃中部の医療提供体制検討会における結論は、以下のとおりとする。

- ◎ 東濃中部では、約400床程度の急性期（高度急性期を含む）・回復期病床数が適当（現在供給過剰）で病床整理が必要である。
- ◎ 整理の方向性として、1病院化が最も適当である。
- ◎ 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。

以上を踏まえ、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わた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。

### 東濃中部の医療提供体制検討会における検討結果について

- 検討会での計4回の議論と有識者からの意見を踏まえ、  
東濃中部の医療提供体制検討会における検討結果を以下のとおりとする。



## <参 考 資 料>

### 東濃中部の医療提供体制検討会開催要領

#### （目 的）

第1条 岐阜県地域医療構想、東濃中部の医療を考える研究会検討報告書を踏まえ、土岐市立総合病院とＪＡ岐阜厚生連東濃厚生病院による東濃中部の医療提供体制の今後について、具体的な方向性を検討するため、東濃中部の医療提供体制検討会（以下「検討会」という。）を開催する。

#### （所掌事項）

第2条 検討会は、次に掲げる事項につき検討するものとする。

- （１）東濃中部圏域における適正な医療提供体制に関すること。
- （２）その他検討会が必要と認めた事項

#### （組 織）

第3条 本検討会は次に掲げるものにより構成する。

- （１）土岐市副市長、所管部長及び土岐市立総合病院事務局長
- （２）瑞浪市副市長及び所管部長
- （３）ＪＡ岐阜厚生連理事長、所管理事及び東濃厚生病院事務局長
- （４）その他検討会が必要と認める者

#### （任 期）

第4条 委員の任期は、第2条に定める検討事項が終了するまでとする。

#### （座 長）

第5条 検討会には座長を置く。

- （１）座長は、委員の互選による。
- （２）座長は、検討会を代表し、会務を総理する。

#### （会の招集）

第6条 検討会は、必要に応じて座長が招集する。

#### （庶 務）

第7条 検討会に関する庶務は、土岐市総合政策課において処理する。

#### （その他）

第8条 ここに定めるもののほか、会に関し必要な事項は、土岐市、瑞浪市及びＪＡ岐阜厚生連で別途協議して定める。

#### 付 則

この要領は、平成29年9月27日から施行する。

## 第 1 回東濃中部の医療提供体制検討会 議事概要

1. 日 時 平成 29 年 9 月 27 日（水） 10 時～12 時

2. 場 所 土岐市文化プラザ特別会議室

3. 出席者

土岐市：加藤副市長、水野総務部長、酒井市民部長、田中総合病院事務局長

瑞浪市：勝副市長、正村総務部長、宮本民生部長

JA 岐阜厚生連：藤井代表理事理事長、谷口常務理事、西脇東濃厚生病院事務局長

事務局（土岐市）：林総合政策課長、田中総合政策課主幹

4. 議事内容

（1）座長の選任

土岐市加藤副市長を全会一致で座長に選任

（2）議題

「東濃中部の医療提供体制の現状と課題及び課題解決に向けた岐阜県地域医療構想に基づく論点整理」について、別添資料をもとに事務局から説明の後、構成員による検討を行った。主な検討内容は以下のとおり。

### <主な検討内容>

#### 【第 1 回検討会での確認事項】

- 県地域医療構想を踏まえ、2025年に概ね土岐市立総合病院と東濃厚生病院で必要となる病床数を概算で推計すると、約400床程度となる。

（地域医療構想における東濃圏域の2025年推計必要病床数から算出した圏域の病床減少率を、両病院の現行の稼働病床数に掛けて推計。なお、人口比率による積算でも同程度の規模となる。）

- 東濃中部において過剰になっている病床数をどう整理していくかについて、様々な観点から三者で検討していかなければならない。
- 東濃中部の住民が、将来にわたり安心して医療の提供が受けられるよう、三者がお互いの立場を尊重しながら、幅広く議論を進めていく。

#### 【医師の確保】

- 医師が確保できなければ、市民に十分な医療の提供ができない。
- 専門医制度の施行で中規模以下の病院は、医師の確保がさらに困難となる。医師確保の観点から病床数を一定規模以上に維持しなければ経営が成り立たなくなる。
- 東濃圏域の病床稼働率は相当低い。入院患者が少なくなると対象疾患も少なくなり、医師がますます来なくなる。この悪循環のスパイラルに現状入り込んでいる。

#### 【病床稼働率の低下（少子高齢化に伴う医療需要の減少）】

- 少子高齢化に伴う人口減少や、高齢者比率の上昇により、医療需要は大きく変化していく。東濃中部の医療機関の病床稼働率が低い現状で、過剰となっている病床をどう整理していくかについて、検討が必要。
- 土岐市立総合病院と東濃厚生病院に慢性期病床が現状無い中で、慢性期病床はすでに民間病院等の既存病床で推計値からみると過剰となっている。高度急性期、急性期、回復期を両病院でどのように担うのが課題となる。
- 急性期から回復期、慢性期への病床転換を、政府は促している。来年度の診療報酬の改定もその流れの中で行われる可能性が高い。

#### 【第 2 回検討会での検討事項】

- 土岐市病院事業新公立病院改革プランについて、次回の検討会において三者で情報を共有する。
- 議論を進める意味で、病床を整理していくための選択肢について、次回以降医療需要や医師確保などの観点から具体的に整理していく。

## 第2回東濃中部の医療提供体制検討会 議事概要

1. 日 時 平成 29 年 10 月 26 日（木） 10 時～12 時

2. 場 所 土岐市文化プラザ特別会議室

3. 出席者

土岐市：加藤副市長、水野総務部長、酒井市民部長、田中総合病院事務局長

瑞浪市：勝副市長、正村総務部長、宮本民生部長

JA 岐阜厚生連：藤井代表理事理事長、谷口常務理事、西脇東濃厚生病院事務局長

事務局（土岐市）：林総合政策課長、田中主幹

4. 議事内容

（1）議題

「土岐市病院事業新公立病院改革プランについて」及び「東濃中部の医療提供体制の方向性の検討について」を議題に、別添資料をもとに事務局から説明後、構成員による検討を行った。主な検討内容は以下のとおり。

＜主な検討内容＞

【第2回検討会での確認事項】

- 救急医療の確保のためには、休日夜間を含め24時間医師の勤務が必要となるが、現状でも両病院ともに救急医療を担う医師確保に苦慮し、ギリギリの人員で運用している。現在の救急医療の輪番制の維持を含め、この地域で現状の2病院体制で救急医療を安定的に提供するためには、相当数の医師の確保が必要となる。
- 両病院の医師数が、今後仮にそれぞれ充実していけば、連携して医師を相互派遣しあうことなどは可能となるかもしれないが、医師等の働き方改革が推進されていく中で、将来に渡っての医師確保の見通しは現状大変厳しい。このため、いかにうまく連携をしたとしても、2つの病院で救急医療を提供し続けていく事は、今後どんどんハードルが高くなっていくと考えられる。
- 診療科ごとでの役割分担は、患者側から見ると不合理となる場合が多い。実際現状でも、土岐市立総合病院の内分泌科にかかりながら、循環器科は東濃厚生病院を受診している患者さんがいる。本来同じ病院に両診療科があれば、一つの病院での1日の診察で済むところが、2度手間となっている。
- 市民（患者）目線、経営側目線の両方からみた医療提供体制の検討が必要。今後、両病院が継続的にこの地域で安定的な医療を提供するためには、経営が成り立たなければ元も子もなくなる。
- 連携、統合のメリット・デメリットを様々な視点・観点から具体的に整理し、東濃中部における医療提供体制の方向性について評価をしていく必要がある。

【第3回検討会での検討事項】

- 土岐市立総合病院と東濃厚生病院間における連携、統合等再編ネットワーク化の方向性について、利用者側経営者側の双方の視点から、医療提供、医師確保、救急医療確保などの観点により具体的に評価をしていく。

### 第3回東濃中部の医療提供体制検討会 議事概要

1. 日 時 平成 29 年 11 月 24 日（金） 10 時～12 時

2. 場 所 土岐市文化プラザ特別会議室

3. 出席者

土岐市：加藤副市長、水野総務部長、酒井市民部長、田中総合病院事務局長

瑞浪市：勝副市長、正村総務部長、宮本民生部長

JA 岐阜厚生連：藤井代表理事理事長、谷口常務理事、西脇東濃厚生病院事務局長

事務局（土岐市）：林総合政策課長、田中主幹

4. 議事内容

（1）議題

「東濃中部の医療提供体制の方向性の検討について」を議題に、別添資料をもとに事務局から説明後、構成員による検討を行った。

主な検討内容は以下のとおり。

<主な検討内容>

【第3回検討会での確認事項】

- 土岐市立総合病院と東濃厚生病院間における連携、統合等再編ネットワーク化の方向性について、市民の医療受診環境、病院経営の双方の視点から、医療提供、医師確保、救急医療確保などの観点により、別紙資料のとおり具体的に評価した。
- 救急医療の確保と医師の確保ができなければ医療の確保ができないことから、方向性の評価をしていくなかでも、特に優先的に考えなければならない。その点で、1 病院化が最も評価が高く、病床機能分担による2 病院の連携が次に評価が高いことは妥当であると言える。
- 直面している救急医療の確保、医師の確保等の課題解決のため、1 病院化を進めるにしても、病床機能分担による連携を進めるにしても、一定の時間を要する。その間も安定的な医療の提供がなされるよう、両病院で短期的なスパンで連携しながら対応していく必要がある。
- 今回整理した東濃中部における医療提供体制の方向性に係る検討会としての評価について、医師派遣先である大学医局や、地域の医師会などの第三者から、専門的な立場としての意見を聴取し、検討会としての結論に取り入れる。

【第4回検討会での検討事項】

- 今回整理した東濃中部における医療提供体制の方向性に関する検討会としての評価について、第4回検討会開催までに、事務局から医師派遣先である大学医局や、地域の医師会などの第三者に対して、専門的な立場としての意見の聞き取りを行い、その結果を踏まえて、検討会としての東濃中部の医療提供体制の方向性に関する結論を検討する。

## 第4回東濃中部の医療提供体制検討会 議事概要

1. 日 時 平成 30 年 2 月 8 日（木） 14 時～16 時

2. 場 所 土岐市文化プラザ特別会議室

### 3. 出席者

土岐市：加藤副市長、水野総務部長、酒井市民部長、伊藤総合病院長、田中同事務局長

瑞浪市：勝副市長、正村総務部長、宮本民生部長

JA 岐阜厚生連：藤井代表理事理事長、谷口常務理事、塚本東濃厚生病院長、西協同事務局長

事務局（土岐市）：林総合政策課長、田中主幹

### 4. 議事内容

#### （1）議題

「東濃中部の医療提供体制の方向性の検討について」を議題に、別添資料をもとに事務局から説明後、構成員による検討を行った。

主な検討内容は以下のとおり。

#### <主な検討内容>

##### 【第4回検討会での確認事項】

- 東濃中部の医療供給体制の方向性の検討会としての結論を出すため、これまでの検討会で議論を重ねた内容について、医師派遣元である大学医局や、地域の医師会などの第三者である有識者から専門的な立場としての意見を聴取した。
- 有識者5名のうち4名から「東濃中部の医療提供体制の方向性（案）」について、医師確保や医療需要等の観点から妥当であるとの評価があり、1名から高度急性期、急性期、回復期の配置について、さらに検討が必要との観点からどちらとも言えないとの評価を得た。
- 各有識者からの意見を踏まえ、具体的な手法やスケジュール感、病床機能の配置、既存施設の利活用等今後協議をしていくべき内容は多くあるものの、東濃中部の医療提供体制の方向性として、大筋で1病院化という方向で検討することは、妥当であると言える。
- 病床機能のあり方については、今後調整するものの、急性期といっても脳神経外科と心筋梗塞の治療となると、集中治療やハイケアは必要となることから、「急性期に高度急性期を含む」との表記を加えるべき。
- 1病院化までの間に次善策である病床機能分担を行うのであれば、あえて次善策を結論に標記しなくても、評価表に記載があるため削除する。
- これまで4回実施した検討会での検討を踏まえ、検討会の結論として「病床整理の方向性として1病院化（統合）が最も適当」であることに基本的に合意する。最終的な検討結果については、有識者からの意見と検討会での議論を踏まえ、事務局が修正後に3者で内容を確認し、議事概要と合わせて正式に公表する。





平成30年2月  
東濃中部の医療提供体制検討会 検討報告書

東濃中部の医療提供体制検討会

事務局（土岐市総合政策課）