

名指し病院への訪問・懇談のスケジュール (案)

* 1/16 に各病院へ「懇談申し入れ書」を送付しました。

詳細な調整を今週行い、スケジュールを確定します。

～すでに、一部の病院からは「院長がぜひ参加したいので時間調整してほしい」との問い合わせも来ています。

病院訪問・懇談のスケジュール(案)	
1/28(火) ① コース	国立東名古屋(11:00~)、中日病院(14:00~)
1/28(火) ②コース	県コロニー中央(11:00~)、ブラザー記念病院(14:00~)
1/29(水) ③コース	みよし市民病院(11:00~)、碧南市民病院(14:00~)
1/29(水) ④コース	あま市民病院(11:00~)、津島市民病院(13:00~)、木曾川市民病院(15:00~)

424 名指し病院—愛知県内 9 病院の実態 (木曾川市民病院・津島市民病院・あま市民病院・コロニー中央病院・みよし市民病院・碧南市民病院・**国立東名古屋病院**・中日病院・ブラザー記念病院)

⑨国立東名古屋病院(所在地:名古屋市名東区梅森坂5-101)

歴史—大正 11 年名古屋市立八事療養所(昭和区内)として創設。昭和 15 年梅森光風園名古屋市療養所として創設。昭和 18 年日本医療団に移管(八事療養所・梅森光風園ともに)。昭和 22 年厚生省に移管され「国立八事療養所」・「国立療養所梅森光風園」の2つの病院として発足。昭和 43 年両病院が統合し、国立療養所東名古屋病院として発足。昭和 50 年重心病棟開棟。平成 16 年独立行政法人国立病院機構東名古屋病院と改称。平成 21 年回復期リハビリテーション病棟開棟。平成 30 年地域包括ケア病棟開棟。(一般 330+結核 40=370 床)

病床機能報告と、2025 年の病床計画

国立東名古屋病院						
年度	計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休床予定
2017年	408	0	93	60	202	53
2018年	330	0	42	92	155	41
2025年計画	330	0	42	0	155	41
差引	▲78	0	▲51	32	▲47	▲12

2017 年度の「急性期」93 床の診療実績にもとづき、名指しされましたが、2018 年には、病床削減と機能見直しで、「急性期」は▲51 床削減し 42 床に。「回復期」を 2 個病棟に。病院の **2025 年病床計画は、2018 年病床機能報告と同様の計画**となっています。よって、あえて病床を削減したり

りする必要はないと考えます。ただし、今後の議論によっては、公的病院が急性期以外の機能を持つ必要があるのか?という点と、2025 年時点でも「休床 41 床」が問題となるかも知れません! 一部に民間に任せるべきとの論点があるため。よって、地域的に「回復期」や「慢性期」機能を担う必要性を、根拠を持って説明する必要があります。また、休床 41 床は、病床削減・返上を要請される可能性が高く、新たな病床機能の政策・方向づけを持たないと削減対象とされる可能性が高くなります。

《「地域医療構想」最新情報》

☆ 1/19 締め切りの愛知県「**医師確保計画**」(案)に対し、**パブリックコメントの提出**(裏面)

* 「長尾」の名前で以下の「パブリックコメント」を送りました。 社保協で確認する時間的余裕がなかったので、個人名による提出としました。

愛知県医師確保計画（案）に対する意見

お住まいの市町村名	年 齢	性 別	職 業
岐阜県岐阜市	60 歳	男性	団体職員

<p>・そもそも「医師確保計画」の算定趣旨において、医師偏在問題としてとらえられており、医師不足そのものの分析がなされていません。つまり、医師の偏在問題は現に存在しているが、その偏在問題さえ対策を講じ改善すれば、全ての問題が解決するかの様な認識と視点により「確保計画」を策定することは、問題の根本、本質を避けた計画と言わざるを得ない。国の計画マニュアルがそうになっていたとしても、愛知県としての医師不足の認識について、一定の言及は必要ではないか！</p>
<p>・本県として、先ず必要な計画は、2016年時点で10万人当たり207.7人（全国平均240.1人）一第38位の医師数の水準を、いつまでに何人、何位に引き上げるという目標計画を掲げることが必要と考える。</p>
<p>・よって、「医師の状況」を分析はしているが、需要と供給の関係の中で、現状における医師の需給率は何%であり、需要数に対し何人不足しているのか？という実態を明確にする必要がある。</p>
<p>・「医師偏在指標」を使って「医師多数区域」県内2カ所は「目標を達成しているので目標を定めない」としている。しかし、医師の配置は医療圏単位で行われているのではなく、個々の医療機関の対応として医師が雇用され配置されているのであって、「医師多数区域」であっても、医師不足が深刻である病院が多数存在している。その事に目をつぶっては、医師問題は改善しない。また、医師は、1人で何科も受け持っているわけではなく、包括的な医師数による比較では、本当の問題解決にはつながらない。小児科と産科のみ、個別対策をしていたのでは不十分である。県として、その他の診療科も特別に対策を強化すべき対象を明らかとして、計画を具体化する必要がある。</p>
<p>・「医師偏在指標」のみをもって、医師確保対策を医療圏ごとに軽重をつけて行うことには反対する。</p>
<p>・「医師偏在指標」を算出するための「標準化医師数」の具体的数値が明確にされていない。国の「週の労働時間60時間・時間外月80時間以上」という指標は、過労死水準を超過した水準であり、これで医師の働き方改革につながるとは、到底言えない。</p>
<p>・二重、三重に低く見積もった医師需要を元に、偏在指標を用い各区域の医師数を算出する方法では、医師不足問題を根本的に改善・解決するものとは到底言えない。結局、その未来予測により、医師の養成数を拡大するどころか、抑制していくのであるから、未来に渡って、医師不足問題も、医師の働き方改革も実現しない。医師は労働者にあらず、国民と患者に対し滅私奉公的労働が相変わらず続けられるか、果ては患者・国民に対し医師不足による医療を受ける権利の制限等を強化することにつながる。</p>