

(会長、副会長選出)

委員の互選により、馬嶋委員が会長に就任した。

会長の指名により、小林(米)委員及び鈴木委員が副会長に就任した。

(会議の公開について)

本日の推進会議は公開とすることとなった。

傍聴者7名入室。

<会長>

報告事項(1) 県央地区保健医療福祉推進会議設置要綱の改正等について、事務局から説明をお願いします。

資料説明(事務局)

・資料1 県央地区保健医療福祉推進会議設置要綱

<会長>

ただいまの説明について、ご質問、ご意見はありますか。

(質問、意見なし)

<会長>

報告事項(2) 旧七沢リハビリテーション病院脳血管センターの移譲について、事務局から説明をお願いします。

資料説明(県立病院課)

・資料2 旧七沢リハビリテーション病院脳血管センターの移譲について

<会長>

ただいまの説明について、ご質問、ご意見はありますか。

<委員>

前もこの件をお聞きしました。報告資料の3行目に「回復期の病院として」とありますが、平成28年の秋に病床機能報告をされていると思いますが、平成28年度末に七沢リハビリテーション病院は廃止になって、回復期の病院になったということでしょうか。ということは、大きなベッド数の変更に関係しているのでしょうか。今後のこともあるので、お聞きしたい。回復期のベッドに組み込まれたと考えてよろしいのでしょうか。

<県立病院課>

もともと七沢リハビリテーション病院は、脳血管疾患を対象とした回復期の病院として運営してきました。今回の移譲では、その回復期の病床をそのまま生かして、葬会に引き継いでいくこととしています。

<委員>

ベッドの変更はなかったと考えてよいのでしょうか。

< 県立病院課 >

その通りです。

< 会長 >

他にどなたかございますか。

今のところ開設の時期は決まっていないということになるのでしょうか。

< 県立病院課 >

現在、葬会は法人の定款変更を行うために、東京都と調整を行っております。その調整が進んでいかないと具体的な開設時期がはっきりしてきませんので、現段階ではいつということとは申し上げられません。

< 会長 >

それでは、時期が分かり次第よろしくお願いします。

< 会長 >

議題(1) 地域医療構想の推進について(報告)について、事務局から説明をお願いします。

資料説明(事務局)

- ・資料3 年間スケジュール
- ・資料4 病床機能区分への転換等に係る地域医療構想調整会議等での取扱いについて
- ・資料5 保健医療計画の改定に伴う地域医療構想の見直しについて

< 会長 >

年間スケジュールについては、ご質問、ご意見はありますか。

病床機能区分の移行に係る協議の場における協議等の取扱い方針について、ご質問、ご意見はありますか。

< 委員 >

取扱い方針では、過剰なところに転換したいという場合は、必ずだめということではなくて、こうした調整の場に諮って、どうするか決めると言っているのでしょうか。

< 事務局 >

実は過剰なところに転換するということを止める実質的な手立ては現時点ではありません。それをどのようにすれば良いのかを考えたときに、まずはお呼びして話を聞いてみよう。みんなで話を聞いて、みんなが良いのではないかと、仕方ないとなれば、それは良いとなりますし、ダメだよということになれば、その先の法的な手続き等に進んでいくということになります。医療法はその点について止める規定がないので、どうすればよいのかを考えたのが方針になります。

< 委員 >

止められないということは、急性期などのベッドが多いといったときに、医療法からすると病院側が減らしたくないとなった場合に止める規定はないという捉え方になるのでしょうか。

<事務局>

病床の新設と既存の病床の転換は別になります。病床の新設に関しては、コントロールがある程度効きます。しかし、既存の病床の転換の場合、今申し上げたような状況となっています。

実際問題として、皆様からご指摘いただいている通り、病床機能報告についても制度的に不確定な要素があって、本当に実態を表しているのかという疑問に思っている状況がございます。また、将来の必要病床数の推計についても、あくまでも推計で、推計方法が全国一律で、地域の状況を本当に表しているのかという疑問に思っていること、そうした不確実性がある中で、2つの病床機能区分の多い、少ないということを比べて、多い方に転換するのはダメだというようなストレートにはいけな部分があると考えています。

そういった中で、こうしたやり方で、過剰とされている病床機能区分に転換するのであれば、お呼びして話を聞いてみようというものとご理解いただければと思います。

<委員>

これは、地域医療構想の根幹にかかわる、根本を左右する話だと思います。急性期が過剰で、回復期と慢性期が足りないという前提がどうなるのか、今、急性期をやっている方が機能を維持する、転換しなければ計画はうまくいかないわけで、その整合性をどうなるのか。

新規に増やすということに対してはともかく、どう転換していくのか。本当にこの計画がどのような流れで、ベッドの利用を現状にあった利用にもっていくのか、この議論が根源にある。今の話は重要だと思っている。

<事務局>

ありがとうございます。その点については、前例がなく、正解がない話です。どうやって、将来過剰になると言われている急性期を少し減らして、将来ニーズが増えてくる回復期を増やしていくのか、つまり転換を促してくかということについて、我々も試行錯誤しながら、考えているところです。

今日、これから時点更新した地域のデータや病床機能報告の病院ごとのデータをお示しますが、地域の状況を共有しながら、まずは個別の医療機関が自分のところの在り方を考えていただく、推進会議の場で議論していただく、というように進めていきたいと考えています。

<会長>

他にございますか。

私から1つよろしいでしょうか。病床機能報告において、急性期についてきちんと定義するということはあるのでしょうか。

<事務局>

病床機能報告は国が決めているもので、これは毎年、国の検討会で病床機能報告の精緻化

について議論している。病院に配布されるマニュアルも毎年説明が増えてきています。しかしながら、当初期待したほどには精度があがっている感触がないのが正直なところでは。

<会長>

他にございますか。

<委員>

病床機能報告制度は病棟機能報告制度なので、あくまで自己申告で、自分のところが高度急性期と判断すれば高度急性期、急性期と判断すれば急性期、回復期と判断すれば回復期となります。すべて自己申告で行っているものです。それに対して、地域医療構想では、高度急性期、急性期、回復期という分類がなかった新しい概念を、単位が合わないものを無理にはめ込もうとしています。

今、事務局がおっしゃったように、必要病床数も推計なので、本当に足りないかは分からない。縦の分類が、あのような形で看板にしなければならないかという、急性期の病院のある病棟では、1割は高度急性期患者が入院していて、5割が急性期の患者、3割が回復期の患者というように、実際にはそうなります。退院前日と退院日は、慢性期と同じでほとんど点数はかからない。そういう状態が混在するので、すべてあいまいです。

地域医療構想の4つの区分に数を近づけなければいけないかという、正直疑わしいという、ファジーな部分があります。今までは、一般病院の病床機能区分の転換については、自主判断でなされていたが、今後は地区の中で相談してこの地域にとって適正なものであるか、この会議には出しましょうというのが方針(資料4)になるのだと思います。

その後、上の会議にあって、良いとか、ダメであるという強制力はないので、あくまで話し合いの場にとってもらうことルールというのが、資料4と理解しています。

<会長>

他にございますか。

<委員>

この制度は、この4つに入れなければいけないということではなくて、各医療機関がデータをもとに努力をしましょうということですね。病院によっては、従わないというところもあるわけで、公立病院については知事が最終的に行政命令を出す権限を持っているが、これまでの説明で、県はそうした命令は出しませんという説明だったと記憶しています。公立病院、大和市立病院はその点について気にかけているが、そのような理解で良いのでしょうか。

<事務局>

その通りです。

<会長>

議題(2) 県央地域の現状分析について、事務局から説明をお願いします。

資料説明(事務局)

・資料6 県央地域の現状(まとめと論点)

- ・資料7 県央地域の現状
- ・資料8 平成28年度病床機能報告結果
- ・資料9 平成28年度病床機能報告の状況

<会長>

ただいまの説明について、ご質問がございますか。

<委員>

資料6では県央地区の流出・流入が出ています。こうしたことができるか分からないですが、病院協会別でもあるので、川の東と西で、流出・流入のパーセンテージは出せるものなのか。患者さんにとって不利益にならなければ、なるべく流出させたくない。なんとなく流出しているということがあるかもしれない。県央地区の地域医療構想の検討の資料にしたいのですが、そうしたことは可能なのでしょうか。

<事務局>

本日の自己完結率のデータは、DPCデータ、レセプトのデータですが、県が自由にさわれるものではなく、国から提供されたものを加工して、お示ししています。市町村別、病院協会別となると、すぐにできるとはいえない状況です。

既存のデータがあるかは探してみますが、医療関係のデータは二次医療圏ごとに出ていることが多いので、きめ細かい単位だと、もしかすると難しいかもしれません。

<委員>

それはそうかもしれませんが、県央地域は特殊な環境で、これを見て、川の東と西で同じかどうかは分からない。厚木地区からいうと、流出が多いかもしれないし、少ないかもしれないし、東側と比べて、どのような状況になっているのかが分からないので、教えてもらいたいと思った次第です。

<事務局>

委員のオーダーには答えきれていないとは思いますが、資料7の中で、56・57ページに、DPC病院にはなりますが、国立がん研究センターが出しており、病院がどの地域の患者を受け持っているのかということを示しているもので、今ご用意しているのはこのようなものになります。

<委員>

これは近いということで、どの程度のパーセンテージなのかが分からない。できないということであれば止むを得ないが、教えてもらえるのであればということで質問しました。

<会長>

他に、ご質問がございますか。

<委員>

先程の説明のあった医療通訳について、県の派遣事業は通訳事業に契約している病院以外には派遣されない。大きな病院は行くかもしれないが、中小病院や診療所には関係ない制

度だと思えます。

<委員>

小林先生のところに外国人の患者さんがいった場合、先生がすべて通訳を行っていらっしゃるのですか。

<委員>

自分の話でいえば、英語と韓国語は診療時間中であれば対応できます。タイ語、ラオス語、スペイン語は大まかなことであれば対応しています。ベトナム語は月1回通訳がくる、タイ語も火曜日に通訳がくるので、そのときに行っています。

どうしても対応しきれない言語の場合は、自分が東京でやっているNPO法人は無料で電話相談、電話通訳をしています。英語、スペイン語、韓国語、中国語、タイ語は365日、9:00~20:00は対応しているので、そこに連絡して、電話で通訳をしてもらい、なんとか乗り切っています。

<委員>

なぜお聞きしたのかというと、大きな病院でないと通訳事業は役立ってくれないということだったので、個人のクリニックでもこれだけ大変な対応していただいているということを知りながら、外国人に対応していただきたいと考えたからです。

<会長>

他にご質問がなければ、議論に入りたいのですが、資料6の3枚目の課題1の病床機能の確保について、ご意見はございますか。

県央地区は、急性期だけが過剰といわれていますが、救急医療の問題もあり、急性期が過剰ということがひとり歩きしていて、心配していますが、いかがですか。

<委員>

高度急性期と急性期の区分は自分としてもよく分からないところがあります。高度急性期はICUだとは思いますが、480床も必要かという別の問題という気もしています。

急性期の過剰の数をなるべく減らすということを目指した場合、がん、脳血管、心臓についてある程度できる県央地区の内の病院があっても、外の大学病院に送っているところを、外に出さない、県央地区で診られるようにしていく体制作りの試みが必要になるのではないかと思います。急性期の病院がなくなっていく、イコール救急医療が徐々に破たんしていくことになるのは決まっているので、地域や救急など皆さんと共に考えていった方が良く考えています。

<委員>

これから高齢者が増えて、慢性期の方が骨折や肺炎になるケースが増えるわけで、急性期という1つの病棟で決めるのは難しいということが1つ。例えば、心臓、脳血管、肺炎など呼吸器といった地域で急性で担っていかなければいけないような、必要な病床は確保しつつ、がんの場合は得意、不得意はあるので、救急搬送してというそういう世界ではないので、どこで診ていくのか、地域の救急で必要な病床数は絶対に確保していかなければならないという二面性を持って考えていくことも必要ではないかと思っています。

<会長>

今後の役割分担をどう担うかについて、高原委員はどのようにお考えですか。

<委員>

がんの末期の方は在宅で診ていくとなると、大出血や呼吸困難などの救急搬送は結構あります。高度急性期や急性期を経て、我々の病院にくることがあります。慢性期の地域に密着して把握できますが、海老名・座間・綾瀬地区で救急は1つになっていますが、救急については、行政範囲を超えた広い範囲で行うことは意味があり、二次医療圏というのはそういう意味ではないかと思えます。

山下委員から、川の東と西で異なるという話がありましたが、川の東側でも、海老名・座間・綾瀬エリアと大和エリアでは体制が異なっています。ぜひこれから、広域化していくことが病院の機能の確保につながる、病床機能の確保にもつながると思っています。

<委員>

かつては海老名総合病院に厚木の救急隊は搬送しないという状況であった。搬送しようとすると、海老名総合病院がなぜ厚木の救急をみないといけないのかということがあったが、今は救急救命センターができたので、自分も厚木市や愛川町等に何度も話をしたが、外傷のひどい患者以外は海老名総合病院で対応できるので、ベクトルを海老名総合病院に向けてくれという話をしてくて、浸透してきた。できるものは自分たちの地域でというベクトルに変わりつつあると思っています。

がんの話ですが、手術をするまでは急性期として判断されるので、がんセンターや大学病院を希望される人もいると思いますが、県央地域の中でがん治療でもできるものは対応していかなければ、急性期病床が減らされる量が多くなると思うので、しっかりやっていくことが必要だと考えています。

<会長>

病床機能の確保について、他にご意見はございますか。

<委員>

自分としては、現時点で4つの病床機能に境目を作るべきではないかと思えます。高度急性期はICUでなければダメなのかと言うと、そうではなく、自らが高度急性期と報告すればそうなります。地域医療構想上は、高度急性期は1日に必要な医療資源投入量が3万点を超えていけば高度急性期となります。それは病床なので、病棟とは異なっています。

高度急性期が480床足りないということですが、県央の急性期の10の病院が50床、申告すれば解消されます。急性期は1180床の過剰となっていますが、急性期であるが、退院間近の人も診ているので回復期と申告すれば、これほどの過剰にはならないわけで、それほど曖昧なものです。

回復期というのは回復期リハ病床が一番イメージは近いわけですが、全くイコールではない。そういう視点でみていくと、約200床が足りないということになります。これは、ベッドの話で、今までと同じ在院日数、同じ稼働率で考えた場合の話なので、8割でみているものを、82~83%になれば200床は簡単に飲み込める話です。そういう意味では、回復期リハ病床、地域包括ケア病床を整備しなければならないと思込む必要はないと思えます。来

年、診療報酬の改定がありますが、7対1は厳しくなり、地域包括ケア病棟への誘導は進むと思うので、数字に関してはそういう認識でいて、地域医療構想の本質は、2025年に向けて、慢性期の疾患を抱える高齢者の骨折、肺炎、脱水、脳疾患の後遺症の合併症の入院需要が増えてくる。従来の我々の体制では厳しくなるので、それをどうやってみんなで診ていくのかということになります。地域包括ケアシステムと完全に絡んでくる話です。施設や在宅でいる患者さんを三次救急、二次救急、場合によっては慢性期でも可能で、みんなで診ていくということになります。高齢者救急のルール作りをしていきたいと思いますということが本質です。ベッドと病棟の看板を合せることは、宿題としては出てきますが、本質はそういうことだと理解しています。

<事務局>

私が申し上げたいことは、ほとんど小松委員から説明いただきました。補足させていただきますと、県としては、数合わせで急性期をどんどん減らすことを皆さんにお願いするつもりはございません。将来、高齢者が増加して、重篤ではないが慢性疾患を色々持っていて、肺炎や誤嚥する患者さんをどうやって地域で診ていく体制をつくるかを議論していくことが必要だと思っています。

高度急性期と急性期を厳密に分けることは難しい、回復期は回復期リハをイメージしますが、ポストアキュート、サブアキュート、つまり比較的医療依存度の高くない急性期の患者は回復期の病院で診ることが前提となって、地域医療構想の推計は行われています。県としても、そういったことも併せて、考えていく必要があると思っています。

<委員>

数のことが出てくるので、数中心での話になります。流出・流入は、流出した患者さんが3万点以上であれば、その患者さんを地域に戻さなければ高度急性期のベッドとして運用できないわけです。

病院の救急をやっていて1つ言えることは、肺炎の患者さんは地域の回復期の病院で診ればよいのではないかという意見でしたが、今の日本では命は平等で、回復期の病院でも診られる場合であっても、家族が回復期の病院では嫌である、もっと高度な医療を受けたいという方もいるわけで、回復期でもしっかりできる病院でも満足しない、大学病院に行きたいという高齢者の中にもいます。実際に回復期の病院で診られても、患者さんが満足できなければ、訴訟になりかねない。救急をしっかりとやっているところに集まる傾向にあります。そうしたことに対する体制作りについて、県でやっていただければと考えています。

<事務局>

病院の機能分担・役割分担、高齢者になったときの治療のあり方については、県民の方々に考えていただく、意識していただくことは、我々も努力していかなければならないと思っています。

<会長>

次に、病床機能の構築について、いかがでしょうか。特に、救急医療はすでに小児の救急についていろいろ問題があったと伺っていますが、五十棲委員いかがでしょうか。

<委員>

座間・綾瀬・海老名地区の小児救急について、マンパワーの問題です。簡単に言えば、大学病院の小児科の入局者が減少して、この地域の小児救急の対応が難しくなるという話です。大和市立病院も含めてどうしていくのかを考えてなければ、立ち行かなくなるということです。今はなんとかギリギリのところですが、来年には厳しくなってくるかもしれないという現実があります。

市立病院で小児救急を担っている地域はどうにかなっていますが、公立病院がない地域では難しい、小児科医の高齢化、大学病院のマンパワーの低下がある中、なんとかしていなければならないということです。

<委員>

さきほどから、海老名市に三次救急病院ができたということで、山下委員から、こちらにベクトルが向いているという話がありました。8人の医師、40人のスタッフでまわしており、三次救急だけでなく、二次救急も対応するスタイルになっています。若い医師がおり、手術に対応できるようになっています。また、三次救急には、別に整形外科の医師がいますので、海老名市だけでなく、他地域の患者さんも受け入れをしています。そういう意味では、三次救急ができたことで、二次救急をはじめ良い影響があると思いますので、ベクトルを向けていただければと思います。

海老名総合病院で対応できない場合は、2つの二次救急の病院がサブで対応するなど順調にできています。

<会長>

救急はますます厳しくなってきます。高齢化やいろいろな問題がありますが、地域ごと、県央地域でどう完結していくのかについては、一度掘り起こした会ができればと思っています。

在宅医療の基盤整備について、地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療の充実に係る取組みについて、いかがでしょうか。市町村から、現在の進捗状況について簡単にお話しいただけますか。

<委員>

地域包括ケアシステムは、福祉部が主になって動いています。市民健康部はそれをフォローする形となっております。厚木医師会をはじめとした関係機関とともに、地域包括ケアの連携、多職種連携という形を一步ずつ進めています。

<委員>

大和市では、医師会のご協力をいただき、在宅介護連携センターを立ち上げ、そこで多職種連携の取組み、情報共有も含めて有機的に連携していくしくみづくりをしているところです。今後、やっていきたいと考えています。

<委員>

海老名市では、医師会、歯科医師会、薬剤師会、介護系の職種の方々が一堂に会する協議会を立ち上げています。今年4年目になりますが、元々医師会がやっていただいたものを市が引き継いだもので、情報共有や意見交換を進めています。市の中で、高齢化率が高い集合住宅、さつき町で、医師会の協力のもと、試験的に在宅医療を実験的に3年ほど行い

ました。今年度から、住民による見守り組織が立ち上がり、介護保険の地域の新総合事業で給付を行うこととしています。今後とも、意見交換しながら、先進事例も研究して進めたいと考えています。医師会でも、在宅医療の研究チームが立ち上がっていますので、情報のやりとりをしていこうと考えています。

< 委員 >

座間市では連携準備室を立ち上げ、医師会の協力のもと準備を進めているところです。ケア会議について、多職種の協議会を立ち上げ、課題を検討しています。

< 委員代理 >

綾瀬市では福祉部局が担当しており、報告できる状況にはございません。

< 委員 >

従来から、厚木市、清川村、愛川町で、厚木医師会、歯科医師会が参加する在宅介護連携会議を行っています。多職種研修、住民講演会、地域資源をまとめたハンドブックを作成しています。

本年度から、町でも小型版、町内版を立ち上げ、これから検討していく状況です。

< 委員 >

間違いやすいが、在宅医療介護連携センターは医師会が作って、大和市から委託で受けているという状況です。なぜ医師会が作ったかという点、介護事業者からの一番多い問合せは、往診してくれるお医者さんを紹介してほしいということになるのではないかと考えています。それを行政では難しいだろうと考えると、医師会が組織をつくり、市の事業を委託として受けた方がやりやすいだろうと考えて、このような形になっています。市から委託をいただきありがとうございます。

この方法が一番良いとは思いますが、これから実施するところは参考にさせていただければと思います。

< 会長 >

介護施設の問題は、山下委員から前回ご指摘いただいて、厚木保健福祉事務所で、今回調査をするということですので、それを踏まえて話をしていきたいと思っています。

外国人については、初めての委員の方もいると思いますので、小林（米）委員から現状について簡単にお話しいただければと思います。

< 委員 >

言葉、お金、医療に関する習慣の問題で、受診できる病院が少ないという状況です。医療機関もどうやって受け入れたら良いかわからない、医療費が未納という問題を起こすというリスクがあり、たらい回しになるリスクが高い地域です。

全国平均1.7%、大和市は2.5%、愛川町は6%で、100人を診れば6人が外国人というのが実情なので、そういうことを考えていかなければならないのがこの地域の特殊事情だと思います。

< 会長 >

議題(3) 病床事前協議についてですが、7月21日付で、書面により事前協議の実施の是非について依頼がありましたが、その結果を教えてくださいませんか。

<事務局>

「実施する」が14人、「実施しないが」13人という結果でございます。

<会長>

1票差で、「実施する」が多かったということですが、これについてご意見はございますか。

私からお話いたしますと、平成28年度の事前協議はございませんでした。あいさつでも申し上げましたが、平成26年度は18床、平成27年度は5床について、配分いたしました。

昨年、地域医療構想が策定され、今後は、将来において不足する病床機能の確保など、推進会議として、地域の課題や取組の方向性を考えていく必要があると思います。

私は、最初は、地域医療構想における地域の課題や取組の方向性を考慮して、今回も事前協議の必要はないかとも考えましたが、次年度は新たな基準病床数となるタイミングであり、また、最近になって今回は病床を希望される病院が複数あるということを知りました。

今回は、事前協議を実施した方がよいかと思います。病床の配分だけでなく、今後の県央地域における課題や取組みの方向性の検討を含めながら、実施することとしたいと思いますが、いかがでしょうか。

(異議なし)

<会長>

それでは、19床について事前協議を行うこととします。

事務局から資料の説明をお願いします。

資料説明(事務局)

- ・資料10 県央二次保健医療圏の病院等の開設等の事前協議に係る公募条件(案)
- ・参考資料3 地域医療構想を踏まえた病床整備の基本的な考え方等について
- ・参考資料4 病院等の開設等に係る事前協議について
- ・参考資料5 病院等の開設等に関する指導要綱

<会長>

ただいまの説明について、ご質問はございますか。

<委員>

質問ではありませんが、七沢病院の話が持ち上がったときに、海老名市の湘陽かしわ台病院があります。そこで、回復期リハ病棟と地域包括ケア病棟を併せて約80床を計画していて、進めるということで、行政の協力を得られて、土地は確保しています。海老名市として病床の足りない部分、さらに地域の在宅ケアの活動を一体的に進めているところで、市から、無料ではありませんが提供いただいている状況です。医師会としても、一体的にどう守っていくか、病床が出てこない、土地があっても建てられないということが問題となっています。また、湘陽かしわ台病院の病床の確保の先には、地域包括ケアシステムがあ

と思います。事前協議の公募条件に、地域の実情に応じ、良好な医療提供体制を確保するために必要性が高いと考えられる機能区分の病床は出していただけると理解しています。この計画は地域医療構想に沿ったもので、地域包括ケアシステムにつながるものと理解していますが、それを十分にご理解いただければと思います。

<会長>

県央二次医療圏における病院等の開設等の事前協議に係る公募条件を資料10の案とすることについて、おはかりします。

(異議なし)

<会長>

原案の通り、決定いたします。事務的な手続きについて、よろしくお願いします。

<会長>

議題(4) 保健医療計画の改定について(報告)、事務局から説明をお願いします。

資料説明(事務局)

- ・資料11 二次保健医療圏の圏域設定について
- ・資料12 基準病床算定シミュレーション

<会長>

ご質問はございますか。

試算1/4によると、県央地域は387床多いということになるのでしょうか。これはまだ確定ではないということですが、このまま基準病床となる可能性もあるのでしょうか。

<事務局>

まず、今回シミュレーションを示した目的ですが、基準病床数の算定は、5年前に現計画を策定した際に、県が試算した結果を計画策定直前の年明け、平成25年早々に示し、不透明という批判をいただいたと伺っています。そこで、今回は透明性の高いプロセスで基準病床数の算定をしたいと考えています。今回、きちんとした計算をして示したかったのですが、担当から説明した通り、一部県が入れた仮の数字で計算をしたものです。したがって、数値は確実なものではありませんが、大まかな傾向はそれほどぶれていないと思っています。

試算の4パターン用意しましたが、1/4は基本に一番忠実な形で計算したものの、2/4~4/4がそのバリエーションとなります。まず、数字をみていただいて、率直なご意見をいただければと思っています。

<会長>

突然示された数値ではありますが、いかがでしょうか。

<委員>

いろいろなところで言われていると思いますが、在宅可能な人数の予測値は、在宅でこの

くらいの人をみられるのではないかという想定と、実際にその地域でその人をみられる先生がいるのか、最後は看取りまでできるような施設、老人ホーム等々の体制なのかが抜けているところが問題です。

数値として、こういう数値を出さなければいけないのだとは思いますが、だからといってどうだ、こうだということを言えるのかどうか。かなり議論しなければいけない。地域によって、在宅をしっかりとやっているところもあれば、やっていない地域もあるわけで、簡単なものではありません。その辺りのことは作った側は大変だと思いますが、どのように考えていますか。

<事務局>

この数値は県が決めたものではなく、国の考え方に沿って試算したものになります。在宅医療等対応可能数は何かということ、入院していた患者が退院して在宅で対応できる数値というわけではなく、AからBとCを除いたものとあります。Aは、地域医療構想の必要病床数の推計でもありました療養病床の入院患者のうち医療区分の70%と地域差解消分、国はの方々は病院ではなく、在宅でみてもらいましょうという思想のもとで、必要病床数の推計から外しています。その思想を、基準病床の推計にあたって同じように適用しているにすぎません。この数字の可否は、県としてもできませんと考えているわけではありません。こういう計算式になっているので、その通りに計算したというものです。

<委員>

数字が出てくると目を奪われやすいという側面があります。病床利用率については、分母が大きくなれば数が小さくなり、分母が小さくなれば数が大きくなるという誰がみても分かることです。今は19床足りないけど、将来的には387床余分だということになると、考え方の整合性をどう考えればよいのかが、混乱してきます。我々も吟味していかなければいけないと思いますが、数字の整合性、どう評価し、どう考えるのかについて、よろしくお願ひしたい。

<委員>

病院の基準病床は、一定の地域に病院を建てようというといった場合、ベッド数が余っている、余っていないということだと思います。基準病床は、知事の考え方で変わるという話を聞いたことがあります。

不信感を持っているのは、茅ヶ崎から藤沢に徳洲会が移ってきたとき、藤沢地域は病床数が余っていない話だったのに、知事が変わったら、計算方式を変えたらあのような大きな病院が建ちました。このような算定式があるなら、こういうことはないと理解してよいのでしょうか。

<事務局>

小林委員がおっしゃったようなご批判を前回の基準病床数においては、いただいたとお伺いしています。今回はそういうことがないように、基本的な計算式だとなつてということをお示ししています。さきほど説明していませんが、基準病床の算定には、県が裁量権を持って動かせる部分があります。

1つは、病床利用率で、国が示す数値を下限率(0.76)として、県の直近の病床利用率を上限として、その間で県が決めることができます。もう1つは、患者の流入・流出です。試

算の表でいうと、 、 、 の部分です。国の患者調査を使って、現状の患者の流出入をもとに数字いれていますが、これは若干、県で上下させることはできます。

そうした裁量権がございますので、それをどのように使っていくのかは、今回は皆様のご意見を聞きながら、決めていきたいと思っています。

<会長>

県が決めていきたいというのは、今後の議論の中でということですか。

<事務局>

今日出した数字は、あくまで試算であること、議論の端緒であることとご理解いただければと思います。

<会長>

次回にまた出てくるということですか。

<委員>

歯科医師なので、わからないところがあるのですが、国が決めるとか、県が決めるという問題ではなく、資本主義なのだから、病床をつくりたいところはどんどん作ってやればいいのか。どうして規制するのか。それがおかしいのではないかと。

<事務局>

基準病床制度は医療法に基づくもので、国会で承認されているものです。なぜ、基準病床数があるのかというと、病床を無尽蔵に増やすべきではないという考えが根底にはあるのだと思います。それについて賛否はあると思いますが、県としては適法性が使命ですので、ご理解いただければと思います。

<委員>

利用率が1を超えているところは相模原市しかないわけです。これ以上作っても、1は超えない。自然淘汰だと思うのですが、参考資料4で19床が足りないということですが、5252床の0.36%なので同じだと思うが、会議にかけないといけませんか。

<事務局>

何%であればという基準を決めていませんが、今回の会議で事前協議を実施するかどうかについて皆様にお諮りしているわけです。例えば、1床だけ不足しているといった場合、皆様にお諮りして、判断になりますが1床ならやっても仕方がないと結論づけるかもしれないとは思っていますが、県として線引きはしておりません。

<委員>

クライテリアとして、パーセンテージでということがあってもよいのではないかと個人的には思っています。

<委員>

数学的には誤差だと思いますが、今回19床を聞いて、我々の医師会でも1病院希望がある

のですが、大和市の医師会の休日・夜間診療所で患者が増えています。その患者を入れると、ベッドがまわらなくなっています。急患を入れるベッドがないと、病院が動けないという状況があります。パーセンテージだけで決められない部分があるのだと思います。

<委員>

19床は少ないですが、そういうことを議論することと、シミュレーションの400床近く多い、200床足りないというのがあって、混乱をしますが、いろいろ考えたうえでそうなったということが大切ではないかという気がします。

<委員>

自由経済で、競争の中で、このような岩盤規制がという1つの考え方だと思います。

医療、病院、ベッドについては、単純に、すべて自由競争に乗せてよいかというと、社会的インフラです。そういう意味で、自由競争の結果として、淘汰されてしまい、お金持ちしか医療が受けられない、そういう医療機関だけになる状況もあるわけで、そういう意味ではある程度の規制が必要ということが1つ。病院は多職種が大勢、仕事をしています。神奈川県内では、看護職、介護職、医師もそうですが、人の取り合いで、競争の中で共喰いが顕著です。保健診療でやっているところが非常に多いので、行政としてもフリーにして自己責任となった場合、支払いが増えるということがあると思います。ある程度の規制があることで、最低限の社会的インフラとして、医療が保たれるということがあります。そういう意味では、岩盤の規制が必要、岩盤の規制はあるべきではないかという気がします。

介護はそうした規制がなく、介護職員の人件費や人の取り合いで、過去5年で30事業所ができて、50事業所がつぶれるという状況です。地域で継続してサービスを受ける人にとってよいのかどうか。新しい事業所でより良いサービスを受けられる考え方もあれば、なじんでいた事業所がつぶれて新しいところになじめないということもあります。

介護、医療もそうですが、提供する側の都合とともに、サービスを受ける側の事情もあると思います。ある程度の規制がないと、病院全部を自由競争にすると、勝ち残ったところが保健診療をやめて、自由診療にしてしまうと、お金がない人は医療が受けられなくなります。資本主義的ではありますが、国としてどうなのかと個人的には思います。

<委員>

歯科においては、淘汰されています。つぶれてもどうにかかります。自費しかしない歯科もあるので、そういう病院があってもよいのではないかと思います。

<委員>

かなりの極論なので、個人的な意見として聞いてもらえればと思います。私は全く違う意見を思っています。

<会長>

県央地域は医療資源が乏しいという中でこのような数字が示されています。これについては、今後も議論していきたいと思います。

湘陽かしわ台病院については、病床にかかわる問題なので、もう一度お願いできますか。

< 委員 >

基準病床で病床が多いという話ですが、地域医療構想に沿った内容で、信念をもって80床、その先には地域包括ケアシステムにつながるもので、医師会も認めているものなので、県としても取り計らいをいただくようお願いします。

< 委員 >

実際に海老名地域の医療を考えたとき、座間総合病院ができたときに療養部分が200床、移ってしまい、海老名における療養を担う施設が不足するということです。そうした状況で、地域医療構想の議論が出てきた中で、我々としても動いてきたという経緯があります。

地域医療構想のまとめで、地域医療構想と整合性を持たせるという形がありましたので、整合性のある基準病床が示されると思っていましたが、実際には従来の形の基準病床数の医療計画しか出てこなかった。

我々としては、地域住民や市と一緒に仕事をしたいということで、海老名市の病児保育の施設を併設することも承っております。地域の医療機関として、在宅診療所、訪問看護をすでに設立して、外に間借りして運営しており、効率の悪い現状です。

地域医療構想と医療計画の整合を早くもたせて、来年度から逐年で整合性を持たせる努力されるとのことですが、どこの医療機関もそうですが、2025年に動くわけにはいかない。マンパワーも、経営を考えると同じです。我々は、30年でペイするという計算しています。行政にもできるだけ早く、やっていただきたい。地域のためにやろうという姿勢に対して協力いただければと思っています。

< 会長 >

湘陽かしわ台病院の件については、七沢脳血管センターのときにも80床の件は出ていて、今後の基準病床数の変化もあり、医療課の話し合いもありました。今回もそうした話がありましたので、十分検討いただければと思います。

大変長くなりましたが、本日予定した議題及び報告は、以上で終わりですが、他にございませんか。

< 会長 >

厚木病院協会の中で、認知症の方が精神科の病院に入院されることがあると思いますが、地域医療構想の中で、精神科病院の役割が出てこないのかということを経験科病院の先生から質問があった。

< 事務局 >

精神科については、必要病床数の計算式に入っていないので、病床の機能分化・連携の中では俎上に出ていないのは事実です。地域包括ケア、地域で高齢者が増えていくのかをどう受け止めるのか考える中で、認知症や精神疾患を持っている患者さんも一緒に考えていかなければいけないということで、地域医療構想の地域包括ケアでは精神科に言及しています。

< 委員 >

病床機能には関係ないかもしれないけど、地域医療構想を考えていく中では一緒に話していかなければいけない。患者の流れ、認知症の患者が在宅なのか、療養病床なのか、精神

科の認知病棟に流れるようにしていくということを地域で話し合っていてよいということでしょうか。

<事務局>

もちろんです。そういう役割は期待されているところだと考えています。

<会長>

では、進行を事務局にお返しします。

<事務局>

会長、どうもありがとうございました。

それでは、以上をもちまして、県央地区保健医療福祉推進会議は終了といたします。

次回の推進会議は10月5日(木)18:00から、ここ大和センター講堂で開催する予定です。

開催通知の送付は9月以降の発送になりますが、ご予約くださいますよう、お願いします。

皆様、本日は、お忙しい中ご出席いただき、大変ありがとうございました。

(以上)