

令和5年度第2回  
神奈川県保健医療計画推進会議

令和5年7月28日（金）

神奈川県総合医療会館2階会議室  
ウェブとの併用（ハイブリッド形式）

## 開 会

(事務局)

それでは、定刻となりましたので、ただいまから令和5年度第2回神奈川県保健医療計画推進会議を開催いたします。私は、議事に入るまでの間、司会を務めさせていただきます神奈川県医療課の柏原と申します。よろしくお願いいたします。

初めに、会議の開催方法等について確認させていただきます。本日はウェブ会議ですが、一部の委員の方は事務局の会場から参加するハイブリッド形式での開催とさせていただきます。ウェブ会議進行の注意事項でございますが、会議前にも事務局からアナウンスさせていただきましたが、事前に会議資料とともに送付しております「ウェブ会議の運営のためのお願い」と題した資料をご確認ください。

本日の出席者でございますが、事前にお送りした名簿のとおりとなっております。県看護協会の長場委員、健康保険組合連合会神奈川連合会の奈良崎委員からは、事前に欠席のご連絡を頂いております。また、全国健康保険協会神奈川支部の吉原委員からは欠席のご連絡を頂いておりますが、本日は代理として田島様にご出席いただいております。

なお、今回の会議から新たにご就任された委員の方が3名いらっしゃいますので、お名前のみで恐縮でございますが、事務局からご紹介させていただきます。神奈川県医師会副会長の鈴木委員、横浜市医師会会長の戸塚委員、神奈川県歯科医師会常任理事の千葉委員でございます。

次に、会議の公開についてです。本日の会議は、原則として公開とさせていただきます。開催予定を周知いたしましたところ、ウェブでの傍聴の方が7名いらっしゃいます。また、審議速報及び会議記録につきましては、これまで同様、発言者の氏名を記載した上で公開とさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

本日の資料でございますが、事前にメールにて送付させていただきますが、お手元に届いておりますでしょうか。お手元に届いていない委員の方がいらっしゃるようでしたら、大変申し訳ございません。本日は資料を画面共有させていただきますので、そちらをご確認ください。

次に、会長の選出についてでございます。神奈川県保健医療計画推進会議設置要項第4条第2項では、会長は委員の互選により定めると規定されております。前回の会議まで会長職をお願いしておりました恵比須委員でございますが、このたび推薦団体内の役職変更によりご退任されることとなりました。事務局といたしましては、恵比須委員の後任としてご就任いただきました鈴木委員に会長をお願いしたく推薦させていただきたいと思っておりますが、皆様いかがでしょうか。

(承認)

(事務局)

ありがとうございます。それでは、以後の議事の進行につきましては、鈴木会長にお願いいたします。

(鈴木会長)

鈴木でございます。円滑な議事の進行に尽力してまいりますので、ぜひご協力のほどお願い申し上げます。

## 議 事

### (1) 令和5年度第1回保健医療計画推進会議における主な意見について

(鈴木会長)

それでは、本日の議題に入っていきたいと思います。(1)番の前回会議振り返りについて、事務局の説明を求めます。よろしく申し上げます。

(事務局)

(説明省略)

(鈴木会長)

ありがとうございます。前回会議での主なご意見ということですね。何かご質問はございますでしょうか。よろしいですか。特にないようですので、次に進みたいと思います。

### (2) 糖尿病医療連携検討部会の設置について

(鈴木会長)

続きまして、(2)番の糖尿病医療連携検討部会の設置についての説明を事務局、お願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

(鈴木会長)

ありがとうございます。結局、県の常設の会議体がない糖尿病については、本会議の部会という位置づけで臨時の会議体を設置すると。そのような内容かと思いますが、何かご質問はございますでしょうか。

(田島代理)

協会けんぽの田島でございます。今回は代理で出席させていただいています。こういった糖尿病の検討部会は、ぜひ設置をお願いしたいと考えております。参考までに、糖尿病の医療費が、協会けんぽではどのような状況かというのをお話しさせていただきます。協会けんぽ神奈川支部の令和4年度の加入者1人当たりの調剤を含んだ入院外(通院)医療費

の状況を疾病分類別にみますと、1番は「高血圧性疾患」で、加入者1人当たり9,165円ですが、協会けんぽの全国平均と比較すると252円下回っている状況です。一方で「糖尿病」は、2番目に高く、加入者1人当たり7,328円で、全国平均と比較すると、こちらは逆に212円上回っている状況となっています。このような状況から、県民の皆様のQOLを高め、ひいては神奈川県の高齢者の医療費の適正化を進めるためにも、糖尿病医療連携検討部会では、ぜひ実効性の高い計画等を検討いただきたいと思います。以上、意見となります。よろしく申し上げます。

(鈴木会長)

ありがとうございます。ほかに何かご意見のある方はいらっしゃいますか。よろしいですか。それでは、今の田島委員の意見も取り入れて手続を進めていただくということでしょうか。

(承認)

(鈴木会長)

それでは、事務局はその形で手続を進めていただければと思います。

### (3) 病院等の開設等に関する指導要綱の改正について

(鈴木会長)

(3) 番に参ります。病院等の開設等に関する指導要綱の改正についての説明を事務局、お願いします。

(事務局)

(説明省略)

(鈴木会長)

ありがとうございます。何かご質問等ございますでしょうか。

(小松委員)

神奈川県医師会の小松です。スライドの5番の「改正に向けた方向性」の中でちょっと1点だけ。適用除外とするか否かを協議する場合の要件について、今、事務局より2つ示されました。順番でいくと、地域医療に重大な影響が生じることが懸念される場合、これは特に救急医療体制ということなので了解できるのですが、一方で、過去の事例を見ても、療養型の病院の場合の「入院患者の転院先が確保できず」というのは、時間をかければ恐らく確保できることなので、そこを適用除外にしてしまうべきではないと個人的には思っています。やはり地域医療に重大な影響というところをきちんとすべきですし、あと、どちらかというところの案件の場合は、要するに前の病院が地域の中で役割を果たしていれば、新しいところが引き継げるかどうかの保証はなくても引き継げるということになってしまうので、適用除外というのはそんなに安易に使うべきではないと思います。条件を

そんなに多くするよりは、地域医療に重大な影響ということだけでもいいのではないかと思います。当然、入院患者の転院先が本当に確保できないということ自体を地域医療に対する重大な影響と読み解くこともできるので、ベッドにいっぱい入院している患者さんがいるからというだけで、病床が多い地域で病院を買い取ってそのまま継続できてしまうというのは、そこまでにする必要はないかと思いますので、ご検討いただければと思います。

(事務局)

医療課長の市川です。ご意見ありがとうございます。おっしゃる意味はそのとおりだと思いますし、一定、そういう方向で考えておりました。いろいろな取り方ができてしまう書きぶりという点が問題なのかなと思いますので、改めて調整させていただいた上で、次回、正案としてお諮りしたいと思います。ありがとうございます。

(鈴木会長)

ほかはいかがでしょうか。私からも1つよろしいでしょうか。法人が合併した場合はこれにのってこないですよ。法人合併で、どこどこ病院とどこどこ病院が一緒になりましたというのとこれにのってこないと思うのですが、その辺のことも頭に入れながら少し整理されてはいかがかと思いますので、次回の課題としてよろしくお願いします。多分、みんなそのために合併して、こういうのにのせないようにしているのが全国的にあるのだと思います。お答えは結構です。ほかによろしいでしょうか。ありがとうございます。それでは、その内容で進めていただければと思います。

(事務局)

もう1点、蛇足ですが、ご紹介しておきます。継承という言葉と承継という言葉をよく聞かれると思います。医療法上では承継という言葉を使っています。ただ、今のこの整理の中では、継承という言葉で統一させていただいています。この継承と承継は、いろいろと調べてみるとどちらも受け継ぐという点では共通するのですが、例えば親族だとかそういった方のものをそのまま引き継ぐというのが承継です。それから、財産などを引き継いでいくというのは、どちらかというとも継承という言葉が使われていることが多いようで、承継と継承の使い方に関しては、いろいろと諸説あるようです。統一的なものがないということもあります。法律上は事業承継といった言葉も使われているのですが、どちらかというところ、ここは先代というか死亡だとかによって引き継ぐという要素もありますし、一方で、どうしても承継者がいなくて事業者が引き継ぐということも考え得ることなので、ここでは大きく広義に捉えられるように継承という言葉で整理して規定していこうと考えております。今はそのような形で整理しておりますので、ここでご紹介させていただきました。以上です。

(鈴木会長)

ありがとうございます。委員の先生方、よろしいでしょうか。

(承認)

(4) 医療法第7条第3項の許可を要しない診療所に関する取扱設置要領の改正について

(鈴木会長)

続きまして、(4)番の医療法第7条第3項の許可を要しない診療所に関する取扱設置要領の改正について、事務局の説明をお願いします。

(事務局)

(説明省略)

(鈴木会長)

いかがでしょうか。お分かりいただけでしょうか。

(小松委員)

県医師会の小松です。これは以前、横浜で話題になったこともそうですが、そもそも許可を要しない診療所のこのルールというのは、たしか平成20年頃に東京都で産科の医療機関が減少しているときに、積極的に産科の医療機関が増えるようにということで出されたものだと承知しております。その後、それに加えて地域包括ケアが後からついたと。ややこしいのが、いろいろな医療機関が手挙げして、いわゆる有床診療所になりやすくなった一方で、例えば分娩が増えたほうがいいという地域は今、減ってきていると思うのです。分娩が増えているので分娩の診療所が増えたほうがいいという地域は減ってきていて、むしろ今、分娩の医療機関がなくなってしまったので分娩の医療機関になってほしいという地域はあると。だから、地域性が結構あると思うので、やはり調整会議の中の一つという扱いのほうがいいのではないかと。もちろんベッドが足りている地域でも、特に分娩に関しては、特殊性とか地域性の中で検討の余地はあるかと思います。

あとは、地域包括ケアに資するということに関して、恐らく以前、横浜で話題があったのは、自分の法人グループ内の施設や老健でしたか、そういった中で患者さんが移動する際に自分のグループで受け止める場所があるといいよねという話題があって、実際、地域包括ケアに資すると言われていた有床診療所のベッドが地域の中で本当に資するのかわという議論があって、そここのところは事前に話をしようという話になったと思います。だから、簡単につくりやすいわけではなくて、むしろ地域の中で議論をしてからつくろうということになった経緯があります。確かに今の規則的に言えば、かなり堅苦しくなっていることは事実ではありますが、一方で、堅苦しいなりに明確化していくことは必要だと思いますけれども、当初の国のゆるゆるの要件にしてしまうと地域医療との整合性とか、要するに神奈川県がちょっと厳しくなっていることに関してはやはり理由があるということだけは了解しながら、明らかにしていくところはしていったほうがいいのではないかと思います。以上です。

(鈴木会長)

ありがとうございます。ほかはよろしいですか。私からも1つだけ伺いたいのですが、5の「改正に向けた方向性」(1)を見ると、「地域包括ケアシステム構築のため」の下の書類を協議書に添付することが、これは既に開業した後の書類みたいな感じがします。一方で、逆に分娩のほうは明確化したものをつけて出して、医療審議会でも別途認められるみたいな、少しそういうずれがあるような気がするので、その辺も少し整理してもらえれば。実際は、やりなさい、それでいろいろな書類を出しなさいみたいな感じに読めてしまうので、よろしくお願いします。

ほかは何かありますか。よろしいでしょうか。

(承認)

(鈴木会長)

ありがとうございます。それでは、この内容でまた作業を進めていただくということでよろしくお願いします。

#### (5) 第8次医療計画における基準病床数の検討について

(鈴木会長)

次に、(5)番の第8次医療計画における基準病床数の検討に行きます。事務局の説明をお願いします。

(事務局)

(説明省略)

(鈴木会長)

ありがとうございます。いろいろな質問・意見があると思いますが、最初にちょっとだけ教えてほしいのは、私から、皆さんが整理するために、資料5の3、スライド11で、7次計画時は必要病床数が現状より約1万1000床多い7万2000必要だと言われましたが、実際に今は、資料5の21の仮試算の結果で既存病床が6万1379と。これでいいのですよね。それだと今、令和5年4月1日に6万1379で、実際の7次計画では7万2000と出ましたが、結局、1万床ぐらいいは整備されなくて何とか2023年を迎えたと。整理としてはそういうことでいいのですか。

(事務局)

事務局でございます。今、鈴木会長におっしゃっていただいたとおり、必要病床というのは、地域医療構想を策定したときに、当時の将来需要推計を用いて出させていただいた数字でございますが、それが約7万2000床でございました。それは2025年に必要だと言われていた数値になります。それが今、令和5年、2023年の4月1日時点では、6万1379床という状況でございます。

(鈴木会長)

分かりました。要するに何とかなってしまうという現実はあるということですね。ありがとうございます。私の中で整理ができました。ほかに何かご意見はありますでしょうか。

(須藤委員)

公募委員の須藤と申します。資料31ページの論点に沿って、市民の立場から意見を述べさせていただきます。

①推計人口活用、②病床見直し期間について、県の対応策に異論はございません。病床協議以外の協議について、十分な時間を取っていただきたいと思います。

③医療提供側の供給量を踏まえた検討についてです。対応案に異論はございません。ただし、医療提供側の供給量を踏まえた検討は、あくまでも病床事前協議の運用上の工夫に限定し、医療計画の基準病床とは切り離してご検討いただきたいと考えています。理由は、本資料7ページに、「基準病床数は、一定水準以上の医療を確保することを目的とするもので、病床を整備するための目標である」とあります。その考え方から、病床の必要数と供給可能数を分けて提示し協議することが、患者・市民にとって分かりやすい議論・政策になると考えているからです。

④その他についてです。「第7次医療計画」総論、第3章第2節「基準病床数」の基本的な考え方によりますと、「一定程度の計画的な増床の検討が必要」や「基準病床数について、見直しを検討しました」との記載がございます。しかしながら、下段には過不足病床数が数字で示されているのみであり、現在の、また、将来の医療提供体制について不安が残る記載となっております。以前、小松委員がおっしゃったように、病床稼働率の向上や病床の機能分化、また、在宅への移行等の施策により、持続可能な医療提供体制を構築していく方向性の記載が総論にも必要だと考えています。患者・市民に対して、将来の医療体制も安全・安心である、また、そのために努力していくという説明責任が、医療行政側、そして本保健医療計画推進会議にも求められると考えています。私からは以上です。

(鈴木会長)

ありがとうございます。窪倉先生からよろしいでしょうか。

(窪倉委員)

これまで7次計画の中で、基準病床問題で様々、多方面から出された意見を酌み取りながら、方向性を一定程度出したということについては、私は評価できるのではないかと考えています。先ほどの意見にもありましたように、基準病床の算定は算定としてやるんだと。ただ、その配分については、いろいろな問題を考慮しながら、運用上の工夫、運用上のルールという言葉も出てきますので、恐らくルールをつくるということになるのではないかとと思いますが、私はその方向性に賛成でございます。今日、意見を頂きたい事項に沿って言いますと、推計人口の活用の是非ということについては、やはり振れ幅が大きい、現実との乖離が大きいので、直近人口を使ったほうが良いと私も思います。それから、毎



年の見直しの議論に精力が費やされ過ぎてきておりますので、これについてもやはり3年後の中間見直しで十分ではないかと私も思います。そして、このルールについてですけれども、各地域での病床配分時に共通したものとして、比較的分かりやすい科学的な客観的なルールをつくっておくことが大事ではないかと思えます。このルールを今後、新しくここでつくって共通の認識にして地域の調整会議に諮るという方向性でよろしいか、これは確認でございますので、ぜひ補足をよろしくお願ひしたいと思えます。

(鈴木会長)

ありがとうございます。では、まずその補足は、県、いかがですか。

(事務局)

医療課の市川です。ご意見は分かりました。まず今、アイデアベースでルールをつくってはどうかということでお話をさせていただいて、まだ具体的などころに関しては、不足病床数に応じた何か、不足病床数と人材の関係などを一定連動させるような形で募集ができるかできないかみたいなところを検討したいと考えてはいるのですが、まだ具体的にこうすればいいというところまでは至っていないので、ここは引き続き検討させていただいて、またご相談させていただければと思っています。いずれにしても、そういったルールをつくって地域で活用できるように整理していきたいという考え自体は、今、窪倉先生がおっしゃったとおりで考えております。

(鈴木会長)

窪倉先生、よろしいですか。ありがとうございます。では、松原委員、いかがでしょうか。

(松原委員)

ありがとうございます。まず、県の示された方向性、対応について賛成です。毎年の見直しではなくて3年後というところは特に賛成です。あと、入院患者の平均年齢が70歳を超えている中では、まさに高齢者医療と介護をどうするかということが大変重要な課題だと思います。超急性期の医療をしっかり機能させるためには、受け皿となる介護のほうをしっかりできないと病院が機能できないと思いますので、そういう意味でも、介護の施設だけではなく、介護従事者の推移もしっかり見ていく必要があると考えています。その点で、本日、介護従事者の数を出していただいたのは大変いいと思うのですが、社会福祉士で出されていて、介護に従事してくださるのは介護福祉士なので、その点をご修正いただければと思います。以上です。

(鈴木会長)

ありがとうございます。では、小松委員、お願いします。

(小松委員)

神奈川県医師会の小松です。前回から言っているのですが、この算定式が絶対というか、

ここの意味を皆さんでよく吟味していかないと、どうしても結果に対して我々はすごく考えてしまって、結果が足りるという主張をする人と、むしろ結果を守らなければ足りないのではないかという不安に……先ほど市民・県民のという話題もありましたけれども、この式の特性というのを幾つか理解しなければいけないと思うのです。例えば相模原地域は、さっきの別冊の資料では、今、二次医療圏の一般病床の利用率が0.70というのは非常に低いということですよ。ベッドはがらがらに空いているということです。要するに、一般病床として経営するのに厳しいような数字になっていると。県西に至っては63%ということで、ベッドが空いていると。そういった地域でこの算定式を入力すると、分母に0.7とかが来るので、病床利用率が下がれば下がるほど、必要とされる病床数は多く出るという仕組みになっています。国がつくった式というのは、全国的にこの0.76という数字を下回ってくる地域、全国的には圧倒的にこういう地域が多いので、あまり急激に減り過ぎてしまうと、既存の医療機関の中でかなり反発が強いので、そこは下がり過ぎないようにという思惑が込められた式なのです。それがこういった結果に対して、神奈川のようにまだまだ高齢者の人口は増えているけれどもベッドも空いているという地域が、全県の中にあり得るといふときは誤解を生みやすいと。

一方で、横浜や川崎はどうかという話をすると、やはりそういった地域に比べると病床利用率は高いですが、病院のベッドやスタッフの数が足りる足りていないというのは、病院を運営する我々の立場からすると、基本的には病床の稼働がほぼ100%の人で基準をそろえているのです。だから、実はこの式で足りている足りていないという議論をする中に、病床利用率でいうと10%以上受け入れ可能な空床がある。例えば6万床のベッドの中には、6万床のベッドのうち2割、少なくとも1割、6000床のベッドは空いているという現実を考えずに、どんどん6万床では足りないから7万床にするというよりは、空いている6000床をうまく動かせば、もしかすると7万床も要らないかもしれない。要するに7万床というのは、病床利用率を80%で回したときに7万床ということなので、ということが大事なのに、どうしてもこれは国が決めたことで、病床利用率に関しては2パターンしか利用できない。今後ぜひ出していただきたいのは、0.76の数字と、あとは地域の実績の数字と、例えばそれに対して仮に病床利用率を5%増やしたときに回るのか回らないのかというのを出していただくと、逆に言うと地域で目標になる可能性もあると思います。

あと、病床利用率をみんな5%増やしていけば、逆に言うとベッドを増やさなくても回っていくのではないかと。病床利用率が低い地域というのは、恐らく現場の感覚からすると患者がいなくて困っています。なのに、ベッドが足りないと言われて、ますます厳しくなって、ここ2~3年で明らかになったのは、コロナもそうですけれども、やはり光熱水費の問題、食材料費の問題、様々な問題で病院を運営していくということの負担が急激に増えている。そのような状況下では前向きな積極的な競争をして勝ち残れというよりは、やはり限られた資源の中で、県民の財産を、今あるものをうまく回していくという共存共

栄の視点が必要なのではないかと思います。

もちろん先ほどの市民目線で言うと、その地域にあってほしいというのは分かるのですが、慢性期の病床については、地域完結にこだわり過ぎずにある程度は患者さんの流入・流出というのも許容していいのではないかと個人的には思っています。そういった議論も含めてやっていくことが必要だと思うので、いきなり数字だけ示されてしまうと、その数字が足りている足りていないという話になりますが、この式の特性ということを、どこかで半歩下がってもう一回説明していただくと、委員の皆さんにも分かりやすいのではないかと思います。以上です。

(鈴木会長)

ありがとうございます。コメントはされますか。

(事務局)

医療課長の市川です。ご意見ありがとうございます。先ほどどういう形で工夫していくのかという中で、方法論、ルールのところですね、人材確保などの状況を見通しながら考えていかなければいけないという話もさせていただきましたし、そういった意味で人材確保との関係をどう考えていくかというところを、やはりもう少し明確にしていかなければいけないのではないかと思っています。いずれにしましても、頂いたご意見を踏まえて考えていきたいと思っていますし、もともと別冊のほうで説明した中でも、我々としては人材確保の見通しというのを、明確にお示しできていないような状況での議論となっているので、このあたりについても何が出せるのかというのは引き続き検討していきたいと思っています。またご意見を頂ければと思います。以上です。

(鈴木会長)

ありがとうございます。それでは、井伊委員が先に手を挙げられましたかね。よろしくをお願いします。

(井伊委員)

ご説明ありがとうございます。感想めいたことになるのですが、特に資料を拝見していて、横浜とか川崎北部の数字には、こんなに増えるんだと大変驚きました。急性期の数ではなく、回復期とか療養病床へのウェイトが高くなると思うのですが、先ほどから指摘されていますように、回復期や療養病床には介護職員が必要ですがけれども、既に人材の取り合いになっていると思いますので、そこを考えずに病床の議論だけをしていても無理が出てくるだろうと思います。一昨日ですか、人口動態調査の結果が報告されましたが、統計が始まって以来、全国都道府県で日本人が減少して、沖縄でも初めて減少に転じたという報告がありました。外国人の人口は過去最多ということですが、ほかのアジアの国や地域、台湾や韓国、シンガポールと比べて日本の賃金は安いですし、高齢化も日本と同様に進んでいますので、日本に多分来てくれなくなると。来てくれたとしても、今よりもずっと厳しくなると思います。そういった視点も考えて、病床の議論だけしていても本当に無理が

あるなというのが感じたところでございます。以上です。

(鈴木会長)

ありがとうございます。それでは、原田委員でしょうか。よろしく申し上げます。

(大庭代理)

今日は原田が所用で、私は横浜市医療局の地域医療部長の大庭と申しますけれども、代理でよろしく申し上げます。スライド27の基準病床数の考え方ということで、先ほどの議論と重複する部分がありますが、一言申し上げたいと思います。横浜市域の人口は、全体としては減少傾向ではあるのですが、一方で、高齢者人口については今後も増加し続けることが見込まれていますので、先ほどの表にもありましたとおり、医療需要はますます増大していく形になります。そうした状況を踏まえ、医療資源の供給量を踏まえた検討が必要という視点だけでは、医療の需要と供給がますます乖離していくという懸念がございます。ですので、少なくとも現状の医療資源を最大限に活用していくという、そういった尽力もこうした検討の視点にぜひ加えていただきたいと思います。この部分については先ほどの小松先生の話とも重複する部分があるかと思いますが、医療提供体制側はもちろん、ふだん頑張っている皆さんの思いは非常に大切だと思う一方で、やはり今後、責任を持って医療提供体制を構築していかなければいけないという立場に立つと、その部分は何とか折り合いをつけて展開していきたいと思っておりますので、ぜひその部分もご配慮いただければと思っております。以上です。

(鈴木会長)

ありがとうございます。県のほうは、井伊委員とか大庭委員の、お答えではないですが、意見として承るということでコメントはいいですか。井伊委員、大庭委員、よろしいでしょうか。では、一言申し上げます。

(事務局)

医療課長の市川です。両委員、ご意見ありがとうございました。今頂いたご意見も踏まえて県としても考えていきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

(鈴木会長)

ほかはいかがでしょうか。どうぞ、小松委員。

(小松委員)

恐らくベッドの数の議論だけしてもしようがないですし、地域の医療提供体制というのは、ベッドさえ増やせば提供体制が安心になるかという議論は、ちょっと難しい時期になってきていると。それは、働き手が圧倒的に少ないからということと、患者さんの年齢が変わってきたりして、高度医療が必要な方と、長期の入院か入所が必要な方が増えてきているという疾患構造の変化とか、いろいろな問題があると思うので、先ほどから出ているように、この基準病床数の算定式だけでやるのは本当に難しいと思います。

ただ一方で、我々医療機関の中でも、幾つかのカテゴリーの中では今でもベッドがいつ

ばいで、もうちょっと空けばもっと受けられるんだけどという、どちらかというとな積極的に救急を受けている病院なんかではそういう現象も起きていますし、逆にベッドが空いてしまって本当に困っているという病院があったりします。ですので、数というよりは質の役割分担というか、例えば同じ急性期を標榜していても、救急車を直接受ける病院と、そこで受けた患者さんを転院でお受けして在宅に帰す病院というようなことは、今までは同じ一般病院という中ですけれども、それを地域で役割分担していくことはすごく大事ですし、調整会議等でそういう考え方とかそういう場所ができてきているので、やはりそれをしないと多分、市民や行政の方からすると、今までどおりでやっていると受け取れなくて不安だとか、たらい回しが起きてしまうようなことがあれば、それは絶対に避けなければいけない。提供側としても、幾ら人がいないといってもうまくやる方法というのは、医療機関同士でも検討していかなければいけないですし、あと、特に行政の方には、施設系と医療とのコミュニケーションが難しいときがあるので、そういうときは間に入っていただければと思います。よろしくお願いします。

(事務局)

医療課の市川です。ありがとうございます。今のお話にもありましたし、これまでの皆様の意見の中にもありましたが、病床を効率的に使うという点ですとか、かかり方などいろいろと効率化していくとか、単に病床を確保するというだけでなく、医療の回転をどうしていくのかとか、そういったことを総合的に考えていかなければいけない面もあるのではないかと考えていますので、ご意見を踏まえて検討していきたいと思っています。

(鈴木会長)

ありがとうございます。いずれにしても、病院の連携なんかもこのようにしているんだというのを県民・市民に分かりやすくする責任というのは、我々医師会関係、病院協会関係もありますけれども、行政も一緒になってやっていただかないと思いますので、よろしくお願いします。よろしいでしょうか。

(承認)

## 報 告

(1) 令和5年度病床整備事前協議について

(鈴木会長)

時間もあれですので、ここからは報告事項に参りたいと思います。3の(1)の令和5年度病床整備事前協議についてのご報告をお願いします。

(事務局)

(説明省略)

(鈴木会長)

ありがとうございます。何かご質問はございますでしょうか。よろしいでしょうか。これは令和5年のお話ですよね。いいですね。ありがとうございました。次に進みます。

(2) 外来機能報告制度について

(鈴木会長)

(2) 番の外来機能報告制度についての報告をお願いします。

(事務局)

(説明省略)

(鈴木会長)

ありがとうございます。何かご質問はございますでしょうか。窪倉先生、お願いします。

(窪倉委員)

ありがとうございます。ただいまの県の外来機能報告制度の問題、紹介重点医療機関公表の手順等については、全然矛盾がないし、よく理解できました。1つだけ教えてもらいたいことがあるのですが、この紹介重点医療機関になるかどうかというのは、診療報酬上の問題と密接に結びついておりますので、今、それぞれの病院では、いろいろな選択に迫られて転換を図っている最中の病院も幾つかあるだろうと思われま。そうしたときに、今の県の報告では、この公表の仕組みは年1回のプロセスというお話があったわけですが、一方で、重点医療機関の条件を整えて関東厚生局に届出をするという手続は、また別途、各病院のやり方で適時、時を選ばず実績を積んで届出することは可能だと思われま。この公表の制度と厚生局への届出の問題との関連性について、県が把握していることがあれば教えていただきたいです。この公表に載らなければ届出ができないというようなことはあるのでしょうか。

(事務局)

事務局より回答させていただきます。そのあたりは厚生局にも確認させていただきますが、診療報酬上としては、紹介受診重点医療機関というよりは200床以上あるかどうかとか、そういう区分で見ているところがあるかと思いま。県が公表したものを基に施設基準とするかどうかは、改めて国にまた確認させていただきます。

(窪倉委員)

ありがとうございました。公表という言葉を見る限りは、厚生局の手続とは切り離して、これは県民・市民に対して機能分化の流れに沿った受診をしてくださいという意味での公開と考えますが、それは明確になった段階で教えていただければと思いま。

(鈴木会長)

ありがとうございます。ほかはいかがでしょうか。どうぞ、小松委員。

(小松委員)

今回、外来機能報告制度の調査を行ったタイミングがコロナ禍の影響で、例えば病床だとか紹介率だとかに影響して、もしかすると基準を満たさなくなっている病院が幾つかある可能性があるということが1点で、ですから今年度は2回やるというのは、そういう意味で実態に即していてありがたいと思います。この公表をしていく中で地域で何が起きるかということをよくよく考えると、地域医療支援病院と、それから、今度この紹介受診重点医療機関として手挙げをしている病院が、地域の初診で行く、割と中ぐらいから大きい病院のほとんどがそうなってくると、地域の200床以下の病院だったら紹介状がなくても無料で行けるんだということで、患者さんがそっちに殺到するとか、逆に手挙げをしてなくて、定額負担を取らないという選択をした病院に患者が圧倒的に集中したり、ロコミでそういう話題が出たりというのが既にあるらしいです。だから、日中に行くとお金を取られるから救急に行こうとか。それこそさっきの働き方と同じで、適正受診のアピールの中にこういうことも話題に入れていかないと、病院を受診する場合にはまず必ずかかりつけに紹介状を書いてもらって行ったほうがいいのか、そうしないと、今はこの制度自体が一応、各医療機関の自主性というか意思を尊重してくださるという制度になったので、それ自体は個々の医療機関にとってありがたいのですが、それで出来上がったパズルが地域の中で必ずあべこべになると思うのです。そのこのところの示し方とかをうまくしていかないと、あっちの病院に行ったらいきなり5000円取られた、あっちの病院に行ったら無料で診てくれた、そういう世界になっていくというのは、どちらが選ばれるかとかいろいろなことがあるので、そういうことも今後見守っていかねばいけないのではないかと思います。各地域の調整会議でそういう話題が出てくるかと思いますが、よろしく願います。

(事務局)

今、県の中で、働き方改革でいろいろとかかり方だとか、そういったことも啓発していかねばいけないというような議論をしておりますので、今のお話も踏まえて、少し地域の状況をウオッチしながら考えていきたいと思っております。以上です。

(鈴木会長)

ありがとうございます。ほかはよろしいでしょうか。地域医療支援病院と、こちらのほうと、県民・市民には区別がつきにくいと思っておりますので、その辺も含めてよく啓発してもらわないと。よろしく願います。では、次に進みます。

### (3) 地域医療介護総合確保基金（医療分）の活用状況について

(鈴木会長)

地域医療介護総合確保基金（医療分）の活用状況についての報告をお願いします。

(事務局)

(説明省略)

(鈴木会長)

ありがとうございます。何かご質問はございますでしょうか。よろしいですか。大丈夫そうですね。

(4) 令和4年度病床機能報告結果(速報値)について

(鈴木会長)

それでは、病床機能報告結果をお願いします。

(事務局)

(説明省略)

(鈴木会長)

ありがとうございました。何かご質問はございますでしょうか。どうぞ、小松委員。

(小松委員)

この指標を見ると、明らかに2025年の必要病床数に対して大幅に不足している病床があるように見えますが、我々の実感からすると、下の必要病床数のグラフで見ると、病棟自体はそんなには増えていない中で普通に回ってきているので、そもそもこの必要病床数というのがデマだったということをお認めになったほうがいいと思います。一応、国は2026年に、今度は2040年に向けた地域医療構想という話をするので、これからぜひ県に要望していただきたいのは、地域医療構想とうたいながら全国一律の式を押しつけるという矛盾を、地域というのは全国といっても何パターンかには分けて、東京や千葉、神奈川では、そうは言っても神奈川はかなり落ち着いてこの議論に対応できたとは思いますが、相当振り回されているので、むしろこれは不足しているというよりは、ほら見ろというのが我々の実感です。以上です。

(鈴木会長)

ありがとうございます。よろしいでしょうか。

その他

(鈴木会長)

全体を通じてその他何かございますか。よろしいでしょうか。

(窪倉委員)

小松先生の意見に触発されたわけではないのですが、先ほど資料5の附属資料で統計のデータが出てまいりましたよね。そこでもちょっと言おうと思ったのですが、介護人材と



か医療人材が絶対数と10万人対比で少しずつ増えていきますと県はおっしゃっていましたが、これは需給のバランスからいったらまだまだ不足しているという事実をどこかに書いておかないと、これは資料として残りますよね。そうしたときに、一般の方が見たら誤解してしまうのではないかと思います。それと、小松先生が先ほど言った、必要病床数と今のベッド数とのギャップですが、このギャップを埋めるためにはどのくらいの人材が、介護士さん、看護師さん、医者で必要なのですかということも、おおよそでいいから県は出してみても、それが現実的な問題なのかどうかということも含めて、基準病床の議論をするときに参考にしたらいいのではないかと思います。ぜひそういった視点も持っていただきたいと思います。余計なことですが。

(鈴木会長)

ありがとうございます。県は一言いいですか。

(事務局)

ありがとうございます。参考にさせていただきます。

(鈴木会長)

ほかの委員の先生方、何か最後に大丈夫ですか。それでは、これにて進行を事務局に戻します。よろしくをお願いします。

## 閉 会

(事務局)

鈴木会長、また、委員の皆様、本日はお忙しい中、会議にご参加いただき、また、貴重なご意見等を頂き、ありがとうございました。本日頂いたご意見等を踏まえ、今後、各地域で開催される地域医療構想調整会議でも議論を行い、9月の第3回保健医療計画推進会議でもまた状況等のご説明をさせていただければと思います。

それでは、以上をもちまして本日の会議を終了とさせていただきます。お忙しい中、ありがとうございました。