

## 第 1 回湘南西部地区保健医療福祉推進会議

### 議事

#### 議題 1 湘南西部地区の現状分析について

<久保田会長>

それでは、湘南西部地区の現状について事務局から説明をお願いします。

資料 1 - 1 湘南西地区保健医療福祉推進会議 地域医療構想調整専門部会開催概要

資料 1 - 2 年間スケジュール

資料 1 - 3 平成 28 年度病床機能報告結果

資料 1 - 4 平成 28 年度病床機能報告の状況

資料 1 - 5 湘南西部地域の現状（まとめと論点）

説明者 平塚保健福祉事務所 藤田企画調整課長

<久保田会長>

ただいま、湘南西部地区の現状について説明がありましたが、ご質問・ご意見等がありましたらご発言をお願いします。

<久保田会長>

無いようですので、続いて、議題 2 について事務局から説明をお願いします。

#### 議題 2 湘南西部地区における病床整備にかかる事前協議について

資料 2 - 1 現行の基準病床数及び既存病床数について

資料 2 - 2 神奈川県における病床許可の流れと考え方について

資料 2 - 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

資料 2 - 4 湘南西部二次保健医療圏病院等の開設等に係る事前協議について

資料 2 - 5 平成 29 年度病院等の開設等に係るスケジュール

資料 2 - 6 病院等の開設等における指導要綱 に基づき説明

説明者 平塚保健福祉事務所 藤田企画調整課長

<久保田会長>

ただいま病床整備にかかる事前協議について説明がありました。湘南西部地区において基準病床数を下回る 95 床について、事前協議の対象とするか、又は事前協議を見送るか、どちらかに決める会議であります。また、事前協議を実施するならば公募の条件は回復期病床ということがございます。これに関してご質問、ご意見がありましたらお願いします。いかがでしょうか。

<山田委員>

今説明を受けましたが、今までの流れで行くと、私の知る限りでは平成 23 年度までの事前協議

では各郡市医師会長を中心に事前協議を行ってまいりました。平成 23 年度は 76 床の不足があったので大神地区に東名厚木病院が新しい病院を作るという話があり、それを協議しました。

平成 25 年度は 188 床の不足ということで、やはり事前協議をしました。その時に、先ほどの資料 2-4 の八木病院、北条会のみかん病院と済生会が(計)188 床(の申請があり)、そのほかに二宮に療養病床の 200 床の申請があったが、そこ(二宮の療養病床)をゼロにして、188 床について、済生会に 36 床、みかん病院に 126 床、八木病院に 26 床ということとしたと思います。

今回 95 床の不足病床があるということなので、これは当然事前協議の対象になると思いますのでやったほうがよいと思います。

<丹羽委員>

先ほどの説明では、基本的には基準病床数をもとに公募するというのですが、1 年後にはその見直しがあるということがほぼ明らかな今の実情です。しかも我々にとって大きな問題としては、今年度の基準病床数は既存病床数を上回っている。ところが、来年度以降の試算から見ると 200 床くらい基準病床数が減るために、既存病床数を上回るというような内容かと思います。

半年後には新たな基準病床数が分かるはずで、そこまで待つという選択肢はあるでしょうか。

それによって本日の議論の方向が大きく違うのではないかと思います。来年度には変更がありそうだという基準病床数を見越した形での議論をしてよいかどうかお聞かせ願いたい。

<医療課 一柳副課長>

まず、医療法上の規定によりますと、今の医療計画上の基準病床数と次の医療計画の基準病床数というのは、分けて考えるべきなのかと考えています。

さきほど事務局から資料 2-2 で病床協議の流れと考え方を説明しましたが、まず、医療法上ですと、開設許可申請があった場合には要件を満たしていれば、許可を与えなければならないとされていますが、誰でも彼でも申請があったときは、知事は外形的な要件があつていけば許可をしなければならないということになりますと、地域医療への影響が大きいということで、事前協議によって関係者の合意のもとで、事前調整で適当と判断された医療機関のみに申請を行うことができるという、法令上の運用からすると、既存病床数が基準病床数を下回っている以上、次の計画の基準病床数は、試算を示しているが確定したものではありませんので、それを踏まえると、分けて考えるべきであると考えます。

<丹羽委員>

そうすると資料 2-4 の(1) で出された「今回の事前協議を見送る」という項目はなくなると考えるということになるのでしょうか。

<医療課 一柳副課長>

そこに関しましては、本日は皆様にお諮りしているところですが、次の基準病床数がどうかということは未定ですので、そこを拠り所にするという話は別として、地域の実情を見て事前協議を見送る合理的な理由があるかどうか議論していただくものと考えています。

<丹羽委員>

考え方は理解しているつもりですが、現在、基準病床数のうち 228 床がまだ稼働していないと

いう現状で、地域の病院協会としても病院間の患者さんの移動や、在宅に向けての移動を何とかスムーズにできないか、ということも議論している最中です。この状況下で未稼働の 228 床が稼働したときの流れを見ることを理由にして 1 年待とうよ、基準病床がきちんとするまで待とうよ、というような考え方はあるのかないのか。

その辺はいかがでしょうか。

<久保田会長>

丹羽会長から 1 年見送るという 1 つの選択肢もあるのではないかとのお考えが示されましたが、そのほかの委員の皆様はいかがでしょう。

<須藤委員>

私は、この地区の病床利用率が高ければ基本的に必要病床は減ってくると思うので、そこが高いということで、それを勘案するべきと考えております。私は、せっかく病院の先生方は病床稼働率を高くして頑張っておられるのに、水を注すようなことはないと思っております。この試算でいうと過剰になってくるのではないかと思います。これは私の私的な意見です。

<（金井委員の代理）平塚市民病院 山下副病院長>

本日、委員の金井が欠席ですので、平塚市民病院の病院長の金井からメッセージを預かっているので読み上げさせていただきます。

「平塚市民病院病院長の金井です。出席できず申し訳ありません。本日は大学の関連病院会の重要会議がかぶってしまいました。そこで一急性期病院の病院長としてコメントを寄せることといたしました。

一つ目として、湘南西部地区二次保健医療圏の現状分析についてです。

この地域は東海大学病院という吸引力の大きな病院を有していることが最大の特徴だと思います。東海大学がカバーする救急医療上の実医療圏は湘南地区メディカルコントロール協議会の範囲で湘南西部医療圏を遥かに越えて、県西、県央、湘南東部も含む背景人口 200 万人の範囲です。

このことは、先の地域医療構想での必要病床数の検討で、高度急性期、急性期で患者の流入超過が著しいというデータで明確に示されました。

しかし、この圏内にそのカテゴリーのベッドは十分にあることも示されました。高度急性期と急性期をあわせて考えれば、2025 年の必要病床数は約 3000 で、2015 年の報告制度で報告された各病院が考えている病床数も 3000 でほぼ一致しています。高度急性期と急性期の境がどこであるのかの問題を置いておくとしても、このカテゴリーは、既に適切なところに収まっていると言えます。多分、報告病床数では高度急性期の中に急性期が、急性期の中に回復期が含まれています。

問題は回復期病床のことで、地域医療構想で 900 床程度の不足とされています。回復期を担っていただいている病院からは、そんなに不足していないという意見が示されており、また、急性期から下りてくる部分もあり、その不足の大きさは議論の対象となるものと思います。ただ、急性期病院の立場から言えば、現実として回復期病床への転院は難しい局面も多く、少なくとも、十分に足りているとは言えない状態であると思います。不足の大きさはどの程度であろうかということと思います。

本医療圏を考える場合のもうひとつの特徴は、日常の医療圏は小田急線沿いの北の医療圏と東

海道線沿いの南の医療圏とに分かれているところです。ここを考慮に入れて考えていく必要があると思います。

2つ目として、病床事前協議についてです。

従来からこの会議では、申請された病院の開設や病床の増床について、地域のニーズに合っているかという視点で、地域の医療機関の代表も含めて議論し、県の決定をサポートすることを行ってきたと思います。私もそうしてまいりました。今回以降は、地域医療構想が確定した後、それを踏まえた議論ということになるかと思っています。

今回、新たな申請が出てくるのかどうか承知はしておりませんが、既に承認されている病床も含めて、現存 4901 床で、現行基準病床数 4996 床に対し、95 床不足だとされています。

2025 年の必要病床数は 5501 ですが、基準病床数 4996 床をこれに近づけていくのか減らしていくのかについては、よく分かりませんし、今後、必要病床数 5501 床も再検討していくのかも分かりません。

私一委員の現時点での意見としては、現行基準病床数的に利用されていない 95 床分の使い道については、数百床規模の回復期病床の不足が指摘されている地域医療構想に添う形でお願いいたします、という表現になるかと思っています。これ以上でもこれ以下でもないでしょう。

病床区分以外のカテゴリー、例えば、地域包括ケア病床、周産期、緩和ケア等のニーズに関しては、きちんと分析され、オーソライズされていないのですから、これらを条件とするべきではないと考えます。また募集をしないという選択も地域医療構想を尊重するならば、選択するべきでないと考えます。」

以上でございますが、基本的には策定された地域医療構想に沿う形でお願いしたい、というのが金井の意見です。

<鈴木委員>

初めて出席させていただきます。うちは回復期、療養病床をやっています。基本的には 228 床はだいぶ先にしか動かない、という結構な割合の病床が実際動いていないのに、それを数に入れて検討することについては疑問があります。やはり決まりだと思いますが、実際 500 床空いていても同じ議論になるような気がするんですね。申請があるということですが、それは少し違う。

本当の意味では 228 床が実際に動いたときに、初めてこの基準病床数と実際の病床数の差について論じられて良いのではないかと思います。例えば、仮定として 500 床をどこかが申請して空いているのに、それを同じ 5,000 床だとして、4,500 床しかほんとは無いのに、既存病床数が 5,000 床だよと言っているような気がします。そうすると、実際に動いていない病床を加味して検討しないと構想が実際に動き出した場合とずいぶん違う現象になるので、私としては、これが動いてない以上、この動き、丹羽先生がおっしゃったようなイメージをもって、少し待ってもいいのではないかと思います。

<久保田会長>

3 病院が動いていない中での議論はどうか、ということだと思いますが、事務局いかがでしょうか

<医療課 一柳副課長>

鈴木先生の質問の意図が良く分かりませんでした。既存病床数の 4901 床の中には、未稼働の

228床は含まれています。

<鈴木委員>

例えば申請が1,000床あって動いていなければ、実働数は4,000床ぐらいになりますね。大きく考えたら分かりやすいと思いますが、228床が動いていないのだから、現実にはそこをどうするか、ということだと思います。

<小松委員>

今回から参加させていただく県医師会小松です。

鈴木先生がおっしゃられたことは、結局、数字的にはルール上、足りないから募集するということに関して、増やすかどうかの議論はできるしそういうルールになっているわけですから、事前協議をするしないを、少なくともここで今日決める、ということですね。

その中での方考え方として、今までも事前協議してきたから今回もやるという考え方と、もう1つは、丹羽先生や鈴木先生がおっしゃっているように、基準病床数というのも完璧な数字ではなくて、ある算定式に基づく一つの数字なので、基準病床数が不足していても、というか基準病床数と既存病床数にギャップがあったとしても、ここにいらっしゃる皆さんが足りているという考え方をすれば、それで事前協議をしない、という選択肢もあるということによろしいでしょうか。

もう1つは事前協議をするしないに関しては今日決めると思うんですけども、公募の条件が回復期病床という言葉と、実際の表現が、地域医療構想でいう回復期機能を担う病床ですよ。

この出し方で公募するというと、新設であるとおそらく回復期リハビリテーション病床で病院を建てたいということは可能だと思いますが、95床でいきなり地域包括ケアだけの病棟の開設は難しいと思います。一般病棟で回復期を担うっていうのもOKだと思います。

条件として、どこでも今後不足が出たときに公募条件として回復期の機能を担う病床、という出し方すると思うのですが、今日、そういうケース出ているが、それに関しては、東京都では回復期リハビリテーション病床か地域包括ケア病床と言い切ってしまうのは、凄く疑問がありますので事務局に教えていただきたい。今言った2つの病棟だけということですか。

<平塚保健福祉事務所 藤田企画調整課長>

条件につきましては、先生おっしゃられたように回復期というワードで何を具体的に求めていくのかということが大事なところとっております。こちらも勉強不足もあるが、地域医療構想では不足する病床が回復期というカテゴリーということになっているので、それを念頭に、その先具体的なところをご議論いただければと考えています。

<小松委員>

結局、先ほど丹羽先生も言われたように、来年度の診療報酬改定で各病院の動向がものすごく変わってくるということと、市民病院の先生がおっしゃった急性期側から見るとまだまだ回復期というか、早く受けてほしいという患者さんがいらっしやると、ただ、受け皿として、回復期リハビリテーション病棟も制度的にすぐに受け入れられないというギャップがあって、急性期の先生が思っている患者さんを回復期のリハビリテーション病院は全部飲み込めるかということ、半分くらいしか飲み込めないという現状とのギャップがあるとか、現場の制度的なギャップがあるので、意外と公募の条件として回復期という表現、地域医療構想で言う回復期機能になるというこ

とにしないといけないし、実際にそうなると新設でできるのか、増床ならできると思うが、その辺をいろいろと考えてコメントさせていただきました。

<久保田会長>

ほかにご意見はいかがでしょうか。井上委員いかがでしょうか。

<井上委員>

事務上で一般的なことだが、公募しないという結論に持っていくことは可能なのでしょうか。

95床を見送りにするっていう絶対的な理由はないのではないかと思います。

何を言っても仮定の話であって、現にこれだけの数字が出ているのに、募集する、しないの話は、結局①の選択になってしまうのではないかと思いますのですが、いかがでしょうか。

<久保田会長>

いろいろ意見は分かれると思いますが、事務局、過去にほかの地域での事例があれば教えてください。

<平塚保健福祉事務所 藤田企画調整課長>

過去に募集をしなかった事例はいくつか確認しましたが、具体的な理由までは詳細に判りませんが、だいたい10床から20床程度で見送っている事例があります。

ある程度まとまっているが、来年度、病床の返上が見込まれるため、この時点で募集するよりは、今年度と来年度をまとめて1年先送りにしてより大きな募集数としたほうがよい、ということから募集しなかった例はあります。

<医療課 足立原課長>

今の補足をさせていただきますと、各地域での地域医療構想の調整のなかで、出た基準病床数を既存病床数が下回る数字が10床とか20床とか少ない場合に、単純に少ないという理由で事前協議を見送ったところは結構あります。様子を見て全体を考えるとということで考えることとしたところはあります。

種類、回復期の理解、文言をどうするかは別として、地域医療構想における回復期機能を担う病床という理解は我々もそう理解しています。文章に落としたときに回復期とするのか、例えば他の地域では療養病床で回復期又は慢性期とするか、地域包括ケア病床も含むとか、共通ワードを入れないといけないと思いますが、考え方はそういうことで、我々もそういう考え方です。

丹羽先生のご意見がございましたが、今、許可病床ではあるけれども稼動していない病床をどう見るかというのは、1つの考え方です。開設許可を受けた病院がいつ開設するかというのはスケジュールがあるので、単なる増床の場合と新設の場合は違います。

特に新設の場合は3、4年後となることは往々にしてあります。そこを見てから考えるべしというのももちろん正論だと思います。ただ、実は同時に人口が増えたり、患者数の推計が増えたりして、今後全体のパイは増える可能性もなくはない、そこは別の先生がおっしゃられたが不確定要素、逆の意味での不確定要素があるということをお理解頂きたい。

たまたま今年度は、保健医療計画の最終年度で5年前の基準病床数を使っているが、半年後新しい基準病床数が出て、新たな基準になるので再度病床機能報告を受けた数字が1年後にどうな

るか、基準病床数も分からない中で不透明というのが正直なところです。

<飯田委員>

2025年の最終的な基準病床数はいつのデータを持って計算するのでしょうか。

現時点の湘南西部での回復期病床の必要度はどの程度でしょうか。自己完結率は75.9%、流入超過ということですがどのように理解してよいのでしょうか。

<医療課 一柳副課長>

2025年に向けて基準病所数がどうなっていくのかについては、今回、医療計画を改定するが、計画期間は30年から35年度までの6年間で、その間は1年間かけて議論いただく新しい基準病床数でやっていくことが基本となります。

さらに2025年までですと、次の計画が平成35年度までですので、さらに次の平成36年度の改定において、新たな基準病床数の算定していくことになります。

次の医療計画の改定に当たりましては、基準病床数の考え方については、資料3-4で説明したとおり、国が示している計算式上だと、現在の人口を使い、国が決めたブロックごとの平均在院日数、全国一律の病床利用率を用いて計算することになっていきます。

さらに36年度の改定の際に、基準病床数の計算式がどのようになっていくのかについては、不透明な状況になっています。

30年度の改定については、決まった基準病床数が6年間そのまま生き続けるかについては、どうすればいいのかと考えているところ、といいますのは、この地域もそうですが県全体の高齢化が急速に進んでいき、人口動態の変化が短期間で急激に起こっていく、そうした状況の中で、今の人口をもとに基準病床数を決めたとして、6年間そのまま続けていくべきなのか、途中の段階で見直す必要があるのか、若干悩ましいなと思っています。

不足している病床については、現時点の話というよりは、地域医療構想のなかで2025年の必要病床数の推計を行っており、金井先生のコメントにもありますとおり、高度急性期・急性期の医療区分を合わせてみますと、現状を維持していけば2025年の医療需要を賄えるであろうと考えられますが、回復期については、必要病床数の計算式が正しいかどうかという議論はありますが、方向性として、回復期が不足をしていくであろうということが必要病床数の算定式から見て取れる。そういったことが根拠となっています。

<飯田委員>

2025年に回復期病床数の調整が主となると、問題は発生しませんか。1年スパンで見るのがいいのか、ある程度データを積み重ねてみるのがいいのかといった問題も懸念されます。

<久保田会長>

そのほかの意見はありませんか。

なかなか決まらない感じがしますが、もう一度まとめさせてもらいますが、事前協議は実施することが原則ですが、地域の合理的な理由があれば実施しないこともある。事前協議を行う場合は、今年度から公募の条件を設定するという事になっています。今回は事前協議の実施の可否について決めなければならないので、その点を先生方ご協力いただきたいと思います。

今、意見を伺うとフィティーフィティーでなかなか難しいなと思います。

<山田委員>

事前協議という文言のとおり、医療計画に則って申請を受け付けることは必要だと思います。

その中で、委員が協議をして、この地域に病床が必要なかどうかを協議すればよいわけですから、それを最初からしない、ということはちょっと考え方が違うのではないかと思います。

<丹羽委員>

今4区分として申請を受け付けるかどうかということですが、現在、3か月に一回位の割合で病院協会でも地域の中で協議をしているところですが、実際には回復期、慢性期という病床がありますが、急性期病院、高度急性期病院では、患者さんの受け皿になってもらう病床が少ないことで困っています。

具体的に何を困っていますか、と聞かれた場合に、急性期病院側から出るのは、医療区分Ⅰの患者さんの行き場がない、後見人がいない独居患者も行き先がない、それから、経済的な困窮者も受け皿がないということです。

我々が困っているのはそういった受け皿がないということです。

回復期、慢性期の病床を増床したときに、これの患者が受け入れられるかということです。

これがないと困窮するのは今と同じではないかと思います。

現在病院協会で、各病院が受け入れられる患者さんの病態のアンケートを取っているところです。一方、平塚市医師会の中で在宅医療、高齢者施設の中でどういった患者さんを受けられるのか調査しているところです。行き場のない患者さんの現実が回復期及び慢性期、回復期を増床することで解決するのははまだ不安定です。ただし、今後1、2年でこの話が深まるのではないかと感じています。1つの考え方として、一柳副課長から言われたように、来年度、病床数の計算式が決まってくるということで、今回の問題を踏まえて、来年度の状況を見て2年間で考えるということもあるのではないかと思います。我々は本当に困ったところを何とかしたい、ということと考えていきたいと思っています。

<久保田会長>

丹羽委員の考え方もごもっともだと思います。

事務局、これはいかがでしたほうがいいでしょうか。

<平塚保健福祉事務所 藤田企画調整課長>

事務局としては、事前協議の実施の可否については本日、決を採っていただきたいと考えております。事務局側からの提案ですが、他の地域の実例ですが、投票や挙手による多数決で決めているということも聞いています。挙手や場合により無記名投票なども含め、いかがでしょうか。

<久保田会長>

今日決定をしなければいけないということで、過去にも投票ということもありますが、この場では挙手で決定したいと思いますが、いかがでしょうか。

<丸山委員>

基準病床数が不足という状況に合った場合で、事前協議をしないということは、病院側の先生



方の気持ちは分かりますが、例えば司法上の問題になったときは耐えられないという状況が発生することとなると思います。では事前協議の際にどのようなことが重要かということは、丹羽先生がおっしゃられたように、実際に困っている、このような機能を少し考えたいということをおっしゃられたと思いますので、例えば、事前協議でいろいろそういうことを考えていらっしゃる方から、この地域でこういう機能が困っているのを将来にわたってこういう機能を担ってもらえるようなものを作ってくれることを考えているのか、そういうことに開設者としてどのように考えているのか、ということをしっかり聞くというような形なら病院側の懸念も解消できるのではないのでしょうか。

それから、医療法上の手続きという観点からの隘路も解消できるのかと、個人的には思っております、そういった点もご理解いただいた上でご判断いただければと思います。

<久保田会長>

大変参考になる意見でした。ありがとうございます。事前協議をしないということは、法的な意味合いでも関わってくるということもございますので大変難しい問題だと思っているわけですが、ほかに意見はございますか。

<井上委員>

多数決で決めて見送るとしても、やらないという結果になるとは限らないと思います。

資料の説明とおり、実施しないということとなっても、結局はやらなければだめだということになってしまうのではないのでしょうか。

多数決を取って、事前協議を見送るという意見になったらどうなるのでしょうか。

多数決をしてよいのでしょうか。

<小松委員>

確かに県央地区は事前に19床でやるかやらないかの議論で、いろんな意見が出たが、一票差でやるということになった。理由としては、法的に言ったらいろいろあると思いますが、今日、事務局としては、ここでやらないということになったら、それはそれでありなのではないでしょうか。

<医療課 一柳副課長>

本日の議論は皆様に委ねていますので、どういった結果になっても推進会議の意見として結果は受け入れたいと考えております。

やはり、丸山委員からもありましたように、我々は医療法上の都道府県としての法令順守の義務もございますので、地域の判断が適切であるかどうかという観点から受け止めさせていただくこととなります。

<山田委員>

確かに、この議論をしていたら時間がなくて、半々になったらどうしたらいいのかといろいろあると思いますが、丸山先生から話があったように、協議の場を作ることは必要だと思います。

協議の場を作ることは必要で、丹羽先生、金井先生がおっしゃられる意見が出てきて、そして議論して、この地域にこういう病床が必要だということを話し合っていけばいいのだと思いますが、それを最初からせず、確かに来年度改正があるからそれを待とう、というのも理由の1つか

もしもかもしれませんが、これだけの95床という不足分について、公募して、それに応募する人がいるか分かりませんが、地域として事前協議をやりますので募集をかけます、というのが筋ではないかと思えます。

<須藤委員>

丸山先生の意見からすると、これは法律家を集めてきて議論していただければ良いと思えます。我々の議論の範疇ではない気がして、ちょっとがっかりしています。

<久保田会長>

いろいろ議論があつて話がまとまりませんが、県医師会のほうでもいろいろな構想区域で意見を述べていますが、挙手ということがほかでもあるということですので、意見が分かれましたので挙手で意見を決定させていただきたいがよろしいでしょうか。

<委員>

了承

<久保田会長>

採決にあたる委員はテーブルに着席している委員で良いでしょうか。

それでは、時間がございませぬし、いろいろ意見があろうと思えますが、今の議論の協議事項として、湘南西部地区において、基準病床数を下回る95床については、事前協議の対象とするということに賛成の方、挙手をお願いします。

(委員挙手)

<久保田会長>

事務局は数えてください。

<平塚保健福祉事務所 藤田企画調整課長>

20名です。

<久保田会長>

全体で何名でしょうか。

<平塚保健福祉事務所 藤田企画調整課長>

委員は27名で、出席が25名、欠席が2名です。

<久保田会長>

25名中20名の方が事前協議の対象とする、という意見でしたので、推進会議では事前協議の対象とするということに決定いたしました。

事前協議を行う場合、公募の条件として回復期病棟にするということですがこれに関してご意見ありますか。

<医療課 一柳副課長>

事務局から回復期病棟とすると提案させていただきました。委員の中から発言ございましたように、病床の種別、例えば回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟といったことを明確にすることは、委員の皆様の意見により可能と考えています。

<久保田会長>

公募の条件については、会長事務局に一任でよろしいでしょうか。

<委員一同>

了承

<平塚保健福祉事務所 藤田企画調整課長>

それでは、またご相談させていただきたいと思います。

<久保田会長>

報告事項に移らせていただきます。

地域医療構想の推進について、事務局から説明をお願いいたします。

## 報告事項 1

### 地域医療構想の推進について

資料 3-1 病床機能区分の転換等に係る地域医療構想調整会議等での取扱について

説明者 医療課 鈴木副主幹

<丹羽委員>

病床機能の転換に関して調整会議にかけなくてはならないということですが、唐突な感じがして理解できません。3年前に病床機能報告で病床区分を申請しなさいと言ってきた内容としては、地域医療構想は診療報酬の点数で分けたものです。これはまだ議論されているところであり例えば、高度急性期と急性期、またその間もフェジーになりつつあるというのが実情だと思います。

高度急性期から急性期に転換する、また、急性期から慢性期に転換する場合には、できるだけ申請しなさいということでしょうか。何か条件はあるのでしょうか。急に決まったような気がします。固定されたような感じがして、非常に違和感を受けたのですがいかがでしょうか。

<医療課 一柳副課長>

この取り扱いをご提案させて頂いた背景としては、地域医療構想が昨年10月に策定され、2025年の必要病床数については一応定めたということで、数値について諸説あることは我々も認識しておりますが、大きな方向性についてはこれを目指していくべきあると考えております。

議論すべき内容が、現状不足している病床から過剰な病床へ転換、既に過剰とされている病床に転換しようとした病院が現れた場合どうするかということです。

ご提案の内容は、まず事情を聞いて、その時点で地域の状況をご存知の皆様が仕方がないとい

う判断をされるのか、また、既に多すぎるところが更に増えるのでは困るということで、そういったことを判断できるようにしたいと思っております。これはマストではなく、必要であれば呼んでお話を伺いすることができるようにしたいというご提案でございます。

<丹羽委員>

実際に今から3年位前から始まってそれぞれの病院がどうしたら良いのだろうと悩みながら報告しているのが現状と思います。

我々も、これで行くんだということではなく、診療報酬を睨みながら、迷いながらやっており、あと2、3年後にはコンセンサスが得られると思いき、試行錯誤しながらやっており、数年後に確定していくということと想像していたのですが、それではいけないのでしょうか。

<医療課 一柳副課長>

説明が不十分で申し訳ございません。病床機能報告の定量的な基準がないまま、医療機関の皆様が迷いながら自己申告で報告をされているわけですので、その数値を固定的なものと考えたり、絶対視するものではありませんし、必要病床数自体も本当に信用してよい数値なのか疑問もあります。

地域医療構想の診療報酬の3,000点、600点、225点という考え方が、今の病床機能報告の報告基準と必ずしも一致していませんし、そういう意味でも一律に数値の過不足を、厳密に捉えてやってどうこうするものではないと思っています。

ただ、一方で数値が動いていく部分で、医療機関の皆様が変えようとする先が既に過剰となっている医療機能であった場合には、事情をお聞きしなければならないだろうと、やむを得ない判断できれば、それはそれでよしとすべきではないかと考えております。

そういった場合にお話を伺いできるよう手続きを定めるものであります。

<丹羽委員>

そうすると、現在充足されている医療区分にシフトしていく場合には、ここで聞きましょうという理解でよろしいでしょうか。

<医療課 一柳副課長>

そのとおりです。

<久保田会長>

ほかにいかがでしょうか。

それでは、報告事項の2番目として医療計画の改定について事務局から説明をお願いします。

## 報告事項2

### 保健医療計画の改定について

資料3-2 二次保健医療圏の圏域設定について（案）

資料3-3 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（案）

資料3-4 基準病床数算定シミュレーション

説明者 医療課 加藤GL

<久保田会長>

ただいまの事務局の説明にご意見はありますか

<須藤委員>

資料3-4は、取扱注意と書いてありますが、注意しなければならないのでしょうか。そうなら理由は何でしょうか。

<医療課 一柳副課長>

公開の会議で資料も公開されるものですが、数値は既に確定しているものではなくて、先ほどの説明のとおり、在宅医療推計可能数に関しては、県がとりあえず仮で計算したものを当てはめただけなので、これが確定した決まった数値と思われることではよろしくないので、取扱注意とさせていただきます。

もう一点補足をさせていただきますと、国が示した計算式で最も忠実に作成したものが、1/4で、2/4から4/4は、そのバリエーションとなっています。

病床利用率を現状の数値で使ったものが2/4、人口を少し先の数値を使ったものが3/4、病床利用率と人口の両方に手を加えたものが4/4です。

<久保田会長>

ほかにご意見はありますか。

<小松委員>

要望としては、ワーキングを開催していただきたい。

今日の事前協議もそうですが、本来であれば、患者が増えてどういう形で、みんなで対応していくことを検討していくべきですが、地域医療構想の基準病床数も病院のベッドの数の話になってしまうので、できるだけ多くの病院の先生方にも参加してもらうことが必要で、現場の生の声をお聞きすることがこの会議でも反映されることが有用であると思います。要綱的に会長が認めればワーキングの設置が可能であるということと、病院協会のほうでも相当するものがあるようですので、それも含め、可能であればワーキングの設置を医師会としては要望したい。

<久保田会長>

ワーキングの設置、特に医療と介護の連携については、ここではなかなか議論しにくいこともあるのでワーキングの設置について提案がありましたがいかがでしょうか。

<丹羽委員>

1、2年くらい前から湘南西部病院協会では行政に来ていただいて定期的にやっています。

昨年度2回ほど、地域の三医師会と病院協会と行政で会議を開催しました。

病院の中の問題が煮詰まってはいいませんが、一方では在宅の議論もあり、大きくなりすぎてしまったので、現在のところ、病院協会のなかで連絡協議会として行っています。

総会みたいにするかどうか、出席を求めてやっていくのかどうか、まとめていく予定です。

そうでなくてもここまで来ているので、医師会の先生も加えたものが実質的なワーキングと考

えています。新たにワーキングをやろうとは考えていないのですがよろしいでしょうか。

<久保田会長>

事務局どうでしょうか。

<深澤委員>

丹羽先生のおっしゃった病院協会の会議は、非常に有意義な会議であり、小松先生のおっしゃっているワーキングにあたるものだと考えております。

<山田委員>

病院協会を中心にしたワーキンググループは昨年度2回くらい開催していますが、出席を求める先生方は報酬の話が行政との間でできていないので、ボランティアで集まっているのが実態で、行政の方で報酬をしっかりと確保して欲しいというのが本音です。

<丹羽委員>

今の問題は、以前県医師会と県病院協会が合同で会議でも議論になりました。旅費も含めた報酬がないとできないといわれましたが、お尻が決まっているのにこんなことをしていると何も議論が進まない、会議体をつくるのに何年もかかっているのはどうにもならないので、当病院協会としてもボランティアで各病院にお願いしてやっているとところです。

去年、一昨年と大きく変わってきつつあると感じているので、経費が付けばそれに越したことはないですが、待ってられないというのが病院協会側の本音です。

<医療課 一柳副課長>

大変申し訳ないのですが、今年の3月に開催したときにもお伝えしていますが、地域医療構想調整部会の下にワーキングを設け、地域の実情に応じて議論するワーキングを開催してもらいたいのですが、予算には制約があることをお伝えしましたが、今も現状に変わりはありません。

皆様のご要望は痛いほど受け止めております。

<久保田会長>

ワーキングは設置するという方向で進めていきたいと思えます。

そのほかに意見はありますか。

無いようであれば本日の会議は終了します。

熱心なご意見ありがとうございました。

以 上