令和元年度第１回三浦半島地区保健医療福祉推進会議　会議記録（R1.8.28）

＜議事経過＞

出席状況及び会議公開の確認を行った。（傍聴者入場）

〇議題１　会長及び副会長の選出について

委員互選により、会長に横須賀市医師会長、副会長に鎌倉市医師会長、三浦市医師会長、横須賀市社会福祉協議会長を選出した。

会議録については、発表者委員氏名を記載し、発言内容は要約した概要を記載することが了解された。

〇議題２　令和元年度の地域医療構想調整会議の進め方について

事務局（医療課）より資料に基づき、

・令和元年度の地域医療構想調整会議の進め方について

・年間スケジュール

について説明。

（遠藤会長）

ただいまの説明について何かご意見ご質問等はあるか。

＜質疑応答＞

　特になし。

〇議題３　横須賀・三浦構想区域の現状について

事務局及び医療課より資料に基づき、

・　横須賀・三浦構想区域の現状（まとめと論点）

・　横須賀・三浦構想区域の現状（データ）

・　平成30年度病床機能報告結果(速報値)

・　平成30年度病床機能報告結果（横須賀・三浦地域）

・　病床がすべて稼働していない病棟を有する医療機関について

・　定量的基準について

・　定量的基準を当てはめた場合の横須賀・三浦地域の平成30年度病床機能報告

　　試算結果

について説明。

（遠藤会長）

ただいまの説明について何かご意見ご質問等はあるか。

（小松委員代理　篠原様）

基本的な質問だが、回復期が回復期リハと地域包括ケアが一緒になっているが、本来であれば分けなければならない。これは神奈川県だけではなくて、回リハが足りないという話は聞いたことがない。話を戻すが、地域密着型の急性期と地域包括ケア病棟をどう結びつけるのか。ほとんど同じ機能だと思うが。

（医療課　青木主任主事）

病床機能報告については、病院の自主的な報告によって急性期か回復期かということを報告いただいており、急性期は確かに地ケア病棟が含まれている場合もあるし、病院によっては地ケア病床を回復期で報告されている例もあり、そこの部分についてのご質問だと思うが、今回は病床機能報告の結果、あくまでも病院の自主的な報告に基づいた数字を今回定量的な基準にあてはめて試算している。

（小松委員代理　篠原様）

結局、この考え方が出ていったのは、全国的に３次救急に疲弊がある。一般急性期でどれだけ肩代わりできるかということと、１、２次の輪番制が制度的にかなり制度疲労を起こしている。その中で特に二次医療の輪番が非常にまずい。だからそれを神奈川県タイプの地域密着型と一般急性期型が肩代わりするのかという感じはするが、このへんはどうか。

(医療課　市川副課長)

今お話しいただいていることは確かに検討すべき課題であると考える。病床機能報告からの定量的基準の話はこれまでの議論の中で、病床機能報告は自主的に報告するものであり、必要病床数として算出される数字とあまりにも乖離しすぎているので補正する必要があるとの観点から導入を検討したものである。一方、先生からお話があったことは地域の現状を踏まえて別に検討していく課題と考える。この件はその程度とさせていただければありがたい。

（飯島副会長）

昨年度報告を受けた地域密着型の急性期病棟と今回報告受けたものとの違いだが、他の地域を見てもあまりにも大きく減少している。③（患者重症度、医療・看護必要度）の要因と言われたが、もう少し詳しく教えていただきたい。

（医療課　青木主任主事)

③の患者重症度、医療・看護必要度、今手元に詳細な資料がないので、詳しくご説明が難しいが、30年度の診療報酬の改定で、基準が若干緩和されたということで、重症度、看護必要度を満たす病棟が全国的に増えているということ、中医協の資料でも拝見しているが、そうしたことが影響して今回③に該当する病棟が30年度の病床機能報告の結果増えたため、地域密着型の病床が減少している。これは資料の４－２の神奈川県全体の数字でも顕著に表れており、県全体の地域密着型の病床が今回3510床となっているが、昨年度お示しした地域密着型の数が7千床程度ある。半分程度減少しているという結果になっている。

（飯島副会長）

そうなのだが、横須賀三浦地域では755床あった地域密着型病床が205床と1/3になっているが、この件については特にこの地域では特記すべきことが起こっているということではないのか。

（医療課　青木主任主事)

詳細な分析はまだ済ませていないが、昨年度回復期の病床が433床だったところが、今年度701床に増加しているので、昨年度地域密着型で報告をされていた部分が一部回復期に移ったということも要因の一つと考えている。

（飯島副会長）

分かりました。

事務局より資料に基づき、

・　公的医療機関等2025プラン(更新抜粋版)

・　「2025年に向けた対応方針」提出状況

・　ワーキンググループ結果概要

について説明。

（遠藤会長）

ただいまの説明について何かご意見ご質問等はあるか。

＜質疑応答＞

特になし。

〇議題４　病床整備に関する事前協議について

事務局より資料に基づき、

・　基準病床数及び既存病床数について

　 ・　横須賀・三浦二次保健医療圏における病院等の開設等に係る事前協議について

説明。

（遠藤会長）

この件については、県から当推進会議に対し、事前協議の対象とするか否かについて、今後意見を求められる予定であるので、本日の会議で結論を出さねばならない。委員の皆様のご意見をよろしくお願いする。いかがか。

（須藤委員）

基準病床数の差し引きとして46床ということである。これについて、先ほど説明をいただいた資料3-3の全て稼働していない病床を有する医療機関についての調査対象病床の状況というところで昨年度の休棟中の非稼働の病床数が435床だったと思うが、今回267床と減ったことと、資料3-1の横須賀三浦医療圏の今後の2025年必要病床数からいくとまだまだ病床が足りないということに計画上なっていることから、下回る46床については事前協議の対象とされた方がよいのではないか。

（遠藤会長）

分かりました。他にいかがか。

（飯島副会長）

自衛隊病院のことについて、もう少し聞きたいのだが、確か1年前の推進会議の中でも自衛隊病院の病床数の話題が出たが、その時に委員の中から自衛隊病院の病床数が年間で変動するのはこの推進会議の内容にそぐわない、自衛隊ベッドのカウントの仕方が特殊であるならば、常にそれは除いて考えるべきだと思うというご意見が出ていたが、その件について県ではいかがお考えか。

（医療課　佐藤主査）

ご意見として受け止めているところであるが、法令に基づく算出方法ということで、その辺はご理解をいただければと考えている。

（山口副会長）

昨年の会議には私は出ていなかったので、詳しいことが分からないので教えていただきたいのだが先ほど非稼働病床数が435床から267床に減ったというようなお話があったが非稼働病床数はいろいろなパターンがあり、工事や病院の立て直し、移転で閉鎖している場合、それから一時的に医師がいなくてある科を閉鎖している場合もあるかと思うが、一番問題になっているのは、看護師等のスタッフの不足があると思う。それがきちっと解消されているようであれば、病床数を増やすことがあっても対応できると思うが、もしそれができていない場合には、スタッフの取り合いになってしまうのではないかと考えるが、昨年と比べていかがか。

（医療課　大森主任主事）

昨年度の数字の資料が手元にないので大変申し訳ないが、確かに先生がおっしゃるように仮に病床を配分されても、スタッフがおらず結局また非稼働、休棟になってしまうというのはよろしくないと考えている。そのへんの現場の肌感覚というか、どれだけ今スタッフの募集ができそうかというのを合わせてこの場でご議論をいただいた上で、最終的な決定をしていただければと思っている。

（小松委員代理　篠原様）

一つ教えてほしい。2025年に向けてさらにベッドが足りなくなるという根拠は何か。

（医療課　市川副課長）

資料の3-1をご覧いただければと思うが、資料3-1の中ほどに横須賀三浦地域に関する数値が記載してある。2018年の網掛けをした列をご覧いただきたいのだが、全体として5346床の病床がある。必要病床数はこれまでの医療技術は一定のまま変わらない前提で、人口や患者の状況を換算して計算するが結果、2025年は6,130床必要という計算となる。よってこの差分が不足と見込まれるという考えである。

（高井委員）

　この計算式は確か病棟の空床率、占有率が低ければ低いほど、需要数が大きくなる計算式である。医療需要がこれから少し増えるところは全国的にみれば非常に少数である。全国的に見ればこれからどんどん病床を閉鎖していかなければいけないということで、逆にこの計算式を減らす方向に厳しくやると相当な反発があるからそういった計算式で比較的和らげて医療需要があるよという、少し甘くしてやっているというのが実情と私は理解しているが、県はどのようにお考えか。

（医療課　市川副課長）

おっしゃるとおりそういう傾向はあると思う。全国的には病床が過剰というところが圧倒的に多く、神奈川県のように病床が不足しているというのは全国的には６県しかない。結果、病床が過剰となっているところもある中、全国一律で計算式を作らなければならないため、どこに基準を置くのかということもこの会議の中で議論があったと思うが、これまで病床利用率が低すぎるのではないかという話もあった。しかしながら、全国一律の基準に沿って整理をしているものなので一定やむを得ないと考えている。

患者が増加する可能性も見込まれる中、神奈川県として、どのように対処するかが課題である。なぜなら病床の整備は、すぐ整備できるものではないので、先々を見据えてこの協議会の中でご議論いただければと考えている。

（田嶋委員）

これから高齢者が増えてくるにつれて患者が増えていくということは事実だと思う。ただ、病院の平均在院日数が減ってきているはずなので、結果として利用率は下がってきていると思う。そのへんはいかがか。今高井先生がおっしゃったことと重なると思うが、結局基準病床数が必要病床数の閉鎖になっていくのではないかと思うのだがいかがか。

（医療課　市川副課長）

今の段階で未来のことをこうだと断定的に申し上げるのは難しいところがある。実際に今回の病床機能、必要病床数とか算定というのも３年ごとに見直しをしていくということを基本とし、人口の変動もある中、この地域では毎年見直した方がいいとの考えから議論しているというところ。他の地域では３年ごとなので、来年議論をして再来年募集するというところもある。そういった意味で未来のことについて今ここで断定的に申し上げることはできないが、今そんな状況である。

（峰野委員）

国の方針としても現実的にも在宅医療への推移、患者さんの需要そういうものが三浦半島地区では急速に増えているように思う。それと訪問看護の充実に伴って患者さんが入院よりむしろ在宅への医療を希望するということが従来の考え方とかなり違ってきていると思うが、このへんについてはいかがか。

（医療課　由利ＧＬ）

　今先生からご指摘いただいたように横須賀三浦地域は在宅医療にかなり積極的に取り組まれている地域と伺っているが、在宅医療の体制が整えば入院で対応すべき患者さんの数も当然影響を受けてくるので、必要病床数という言葉は、非常に強い言葉ではあるが、これ自体が国の一定の計算式に当てはめて作っているものというところであって、あくまでも議論の目安にしていただくということで、これ自体が整備目標ということではなく、これをベースに仮に在宅での受け止めが増えたり減ったりした場合はどうかということも含めて地域の中でご協議いただければと、その参考として必要病床数をお示しさせていただいているということでご理解をいただければありがたい。

（高井委員）

　今、医療需要が切迫しつつあるかどうかというのはおそらく病院の先生方が一番肌で感じていると思うので先生方の感想を伺いたいと思う。例えば救急車のたらいまわしがあるとか、ベッドの稼働率が100%に近いので患者の受け入れができないとか、そういったことが部分部分で起こっているようであれば、医療需要がこれからさらに増えるとなるとやはりベッドを早めに増やしてやるという必要はあると思うが、全然そういうことがない、むしろ空床率が結構大きいということであれば、まだ今はすぐ増やす必要がないのではないかと思うのだが、病院の先生方のご意見を伺いたい。

（遠藤会長）

　長堀先生、何かご意見はあるか。

（長堀委員）

　やはり自己完結率を見るとこの地域は回復期だけが60%ぐらいと低い。高度急性期、急性期は80%ぐらいと高値なのでやはりこのデータ通り、回復期が少ないというのが実情である。先ほどおっしゃられた医療需要はどうなっているのかという話である、2030年ぐらいまでこの地域は1.6%ぐらい患者が毎年増えるという予測になっている。ただ、実数を見てみるとこの4年間で0.8%ずつしか増えていない。それはどうしてかというと在院日数が平成26年で計算されているからである。例えば当院でいうとこの4年間に在院日数は25%減っているので、その分、当院が700床とすると170床くらいのベッドを増やして稼働させているということになる。病院毎で見てみると当院と湘南鎌倉がこの4年間で16％と８％ずつ患者が増えていて、あと横須賀市民も数％増えているのだが、他のところは全部減っている。ハイボリュームセンターに患者が集まっているという傾向になっている。

　当院や湘鎌でいうと、やはり急性期のところは現状では診れているのだが、在院日数10日ぐらいで退院していただいているので、転院が必要な７、８％の患者さんを受けてもらえる回復期、あるいは慢性期の患者さんを受けてくださる病院が今のところだと何とかなっているがギリギリという感じである。

（遠藤会長）

病院の状況ですが、久保委員いかがか。

（久保委員）

元の議論に戻ってしまうが基準病床数と必要病床数というのはおのずと違う。基準病床数は県の方が説明されたように稼働率と、分子で決まってくると思う。必要病床数は議論がいろいろとあると思うが、2025年度に必要な病床数を各医療機関の医療資源投入量で按分して出すわけである。6千何床になっているということを引き合いに出すにはかなり無理のあるデータなのではないかと。申告でやっているわけである。

従ってそのへんの統計が私には分からないということである。それから先ほども説明があったが267床未稼働病床があるということだが、将来的には回復期になるのが多いのではないかと思っている。敢えて今、この46床を基準病床数と既存病床数との乖離を補正する必要はないのではないかと私は肌感覚でそう考えている。

（遠藤会長）

はい。ありがとうございました。この件について他にご意見はあるか。

いろいろご意見をいただいたが、先ほど申し上げた通り、この件については、一定の結論を出さなければならないので、私としては、この横須賀三浦地区には274床と非稼働の、休棟の病床が多く存在し、その大きな原因としては、医療スタッフの不足ということがあるので、こういう現状を考えると、今回46床を事前協議の対象とする前に、非稼働病床の稼働、そしてその原因となるスタッフの補充がまず必要ではないかと思う。そして基準病床数も今後見直される可能性もあるので、そういう状況を考えながら、対応していけばいいのではないかと思うが、いかがか。

この推進会議としては、この46床については今回は事前協議として見送りとしたいと思うが、反対意見等は特にないか。

　休棟そして非稼働病床の状況というのは、あまり前年とも変わっていないし、やはり医療従事者の不足というのは厳然とあるので先ほどご意見があったように、これを増やしても、それがまた空床になる、それだけのスタッフを用意できない、そういう状況になるのではないかと考えるがいかがか。特によろしいか。

（特に意見なし）

当推進会議意見としては、今回基準病床数を下回る46床については、事前協議の対象とせず、見送ることとしたいと思うがよろしいか。

それではそうさせていただく。県へ提出する書面のとりまとめについては、私に一任していただければと思う。

〇議題５　医療法第７条第３項の許可を有しない診療所の取扱いについて

事務局（医療課）より資料に基づき、

・医療法第７条第３項の許可を有しない診療所の取扱いについて

説明。

＜質疑応答＞

（遠藤会長）

これについて、ご意見いかがか。特にご質問ないか。この会議での意見が反映されるということなので、ぜひご意見を伺いたいと思うが、いかがか。これはまだ先の話か。

（医療課　佐藤主査）

　はい。今回第１回会議で各地域の意見を聞いており、今後２回目、３回目でもそれぞれまた意見を踏まえて案をお示しして、ご議論いただきたいと考えている。

（遠藤会長）

今回特にご意見ないようなので、また、次回に議論したいと思う。

〇議題６　報告事項について

事務局(医療課)より資料に基づき、

・　具体的対応方針の検証の具体的な手順等について（厚生労働省資料）

・　医師確保計画及び外来医療計画について

・　地域医療介護総合確保基金事業について

・　「神奈川県地域医療介護連携ネットワーク構築ガイドライン(仮称)」素案について

説明。

（遠藤会長）

ただいまの説明について、ご意見ご質問いかがか。

（長堀委員）

デジタル情報をクラウドでやり取りできれば本当にすばらしいことと思うが、ＶＰＮでオープンクラウドでという話である。そうなると情報をやり取りしている間はハッキングができてしまうということになるのではないかと思うが。そのへんのセキュリティーについてはどうお考えか。

（医療課　青木主任主事)

基本的にはＶＰＮを用いた専用回線を用いたやり取りを行うことになるが、国が定めているセキュリティーのガイドラインに必ず沿っていただき、安全を担保できると思う。

（長堀委員）

ただのＶＰＮではなくてＩＰ－ＶＰＮとか閉域のシステムにしないと危ないのではないかと思うが、そのへんは大丈夫ということか。

（医療課　青木主任主事)

私自身も専門的な知識がないが、ご意見は参考とさせていただく。

（長堀委員）

ぜひ教えていただければありがたい。

（飯島副会長）

この地域医療介護連携ネットワークだが、各施設の想定される負担金、中核病院それから介護施設までいろいろあると思うが、県では月額でどれくらいの金額を想定されているのか。

（医療課　青木主任主事)

資料の５ページになるが、毎月の負担金の一例ということで例えば横浜市の鶴見区でスタートした、サルビアねっとの負担金の例、岩手県のネットワークの例をお示ししている。例えば、サルビアねっとだと、中核病院は30万円を負担している、医科診療所については15,000円である。そういう例がある。

この負担金については、ネットワークを構築する地域の皆様でどのような金額を負担していくかを決めていただくことを考えている。

（飯島副会長）

この金額を見るとかなり高額に思えるのだが、金額だけではなくて多分これをやり始めると基幹病院の事務的な負担も相当かかると想定されるが、そのメンテは事務的な負担についての補助みたいなことも考えられているのか。

（医療課　由利ＧＬ)

　支援策についてだが、今後国とも議論をしていく必要があると考えているが、構築の段階でシステムを作るイニシャルコストだけではなくて、準備段階で議論をしていくという部分も含めて、基幹病院の方々に大きな負担がかかってくることは想定している。そうした部分を含めて、何らかの財政的な支援ができないかどうか、そこを含めて検討していきたいと考えている。

（飯島副会長）

例えば、保険点数でインセンティブをつけるとかは県としても国としても考えてはいないのか。

（医療課　市川副課長)

保険点数のことについては正直分からない。先ほどお話のあった人的な部分、可能な限り、構想では、自動でやろうという方向で考えられているが、現時点ではまだ患者さんに、参加するか否かの意思確認をしなければならないなどそれなりに手間はかかると思っている。そもそも基金にこういう仕組み自体を対象としてもらえるよう国に対してこれから要望をしていく訳であるが、国は、３月頃に報道をされた各地方でこうしたシステム関係が乱立している中で十分に機能していないということを問題視し、イニシャルコストに対しては費用負担するが、ランニングコストについては地域でやっていくという考えである。そうはいってもサルビアねっとで今話が進んでいるが、このサルビアねっとを進めるにあたっては相当に横浜市からもいろいろと実質的に、お金ではなくて、人的に協力をしてようやく作れたというところもあるので、そういった構想段階でも費用的な部分もきちんと考えていかないとなかなか難しい。そのため、今先ほど事務局で準備段階の支援も考えていきたいということを申し上げたもので、現時点ではランニングコストについての費用負担については構想上はない状況である。

（遠藤会長)

他にいかがか。よろしいか。

一つ教えていただきたいのは、先ほどの医師の偏在指標であるが、神奈川県の場合は全国に比べて23番目ぐらいでちょうど中間ぐらいで都市部の割にはそれほど高くないのだが、今後この是正に向けて県では結果的にどうしていくつもりなのか。それほど偏在は強くないと思うが。

（医療課　市川副課長)

医師確保計画では、人口10万人当たりの医師数がよく議論になっていたが、全国の順位では神奈川県は39位である。この医師偏在指標というのが国で作られて、計算式は分からないが県については中位ということで24位とされている。医師偏在指標でこれまで単純に人口10万人当たりであったが、昼間の人口を使い、患者の流出入などを調整していこうということで作られている。先ほどの病床機能の話ではないが全国一律に考えよということがベースになっており、医師偏在指標はあくまで医師の総数をベースにしたものである。

従って、診療科別や先生方の専門というところまで、踏み込んだ偏在指標ではないのでそのあたりどのように考えるのかこれから色々と検討していかなければならないと思っている。

（遠藤会長）

ありがとうございました。他にはよろしいか。

それでは、そろそろ時間も参りましたので、本日の質疑は終了して次回以降またよろしくご審議をお願いしたいと思う。

〇議題７　その他

（遠藤会長）

議題７その他ですが、委員の皆様から何かあるか。

（小笠原企画調整課長）

事務局の方から一点よろしいか。

（遠藤会長）

はい。

（小笠原企画調整課長）

次回の開催は、約２か月後の、10月23日（水）の19時30分からとさせていただきたい。

（遠藤会長）

　次回は、10月23日（水）の午後7時30分からということである。日程については、正式に決まり次第事務局から皆様に連絡をお願いする。お忙しいとは思うがよろしくお願いする。

本日は円滑な議事の進行に大変ご協力いただきお礼申し上げる。今後とも地域医療構想の推進に向けご協力をよろしくお願いする。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（以上）