令和元年度第１回川崎地域地域医療構想調整会議　議事録

日時　令和元年９月３日（火）
場所　川崎市役所第３庁舎15階第１会議室

開　会

（事務局）
　それでは、ただいまから令和元年度第１回川崎地域地域医療構想調整会議を開催いたします。私は本日の進行を務めます、神奈川県医療課の由利と申します。どうぞよろしくお願いいたします。
　さて、本会議は先に委員の改選があり、改選後初めての会議となります。改選後の委員の方々については、お手元の委員名簿のとおりですが、新たに委員となられた方がいらっしゃいますので、ご紹介させていただきます。川崎市医師会の野口委員です。
（野口委員）
　よろしくお願いします。
（事務局）
　全国健康保険協会神奈川県支部の内田委員です。
（内田委員）
　よろしくお願いします。
（事務局）
　神奈川県病院協会の菅委員です。
（菅委員）
　よろしくお願いします。
（事務局）
　次に委員の出欠です。本日の出席者は、座席表のとおりです。なお、川崎市医師会副会長の関口委員、神奈川県医師会理事の高井委員の代理の石井先生からは、遅れる旨のご連絡をいただいております。
　次に、会議の公開について確認させていただきます。本日の会議につきましては、原則として公開とさせていただいており、開催予定を周知いたしましたところ、傍聴の方が18名お見えです。また、公開の議題につきましては会議記録について、これまで同様、発言者の氏名を記載した上で公開させていただきますので、よろしくお願いいたします。
　本日の資料は机上にお配りしておりますが、何かございましたら、会議途中でもお申しつけください。
　次に、会長を選出させていただきたいと思います。川崎地域地域医療構想調整会議設置

要綱第４条第２項により、会長は委員の互選により定めると規定されております。もし委員の皆様から特にご意見がなければ、事務局からご提案させていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

（異議なし）

（事務局）

ありがとうございます。事務局といたしましては、この改選前まで川崎市医師会長に本会議の会長をお引き受けいただいておりましたことから、川崎市医師会長の岡野委員を会長に推薦させていただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

（拍手）

（事務局）

それでは、ご異議がないようですので、岡野委員を会長として選出させていただきます。恐れ入りますが、岡野委員は会長席にご移動をお願いいたします。

それでは、会長に選出されました岡野委員から改めてご挨拶をいただきたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

（岡野会長）

この６月末に10年間、会長を務めていただきました髙橋章会長にかわりまして、川崎市医師会の会長につかせていただいております岡野でございます。どうぞよろしくお願いいたします。本日、このような大きな会議で、各団体の重鎮の先生方がいらっしゃる中で、議長のご指名をいただきましたので、身の引き締まる思いで務めさせていただきます。

この会議におきましては、川崎市内の病床機能を評価し、そして医師並びに看護師等の人材の確保と、外来医療計画、さらに今後また再度クローズアップされるであろうツーリズム等の問題、これら課題は非常に山積していると考えております。ここで議論されます内容は、川崎市の未来の医療体制を占う非常に重要な会議と認識しております。本会に出席いただいている各委員も活発なご意見をいただき、実のある会にしたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

（事務局）

ありがとうございます。それでは、以後の議事の進行は岡野会長にお願いいたします。どうぞよろしくお願いいたします。

協議・報告

（１）令和元年度の地域医療構想調整会議の進め方について

（岡野会長）

それでは、ここからは着座にて失礼いたします。それでは、これより議事に入らせてい

ただきます。本日は議事も多いため、円滑な議事進行にご協力をお願いいたします。
　まず、２協議・報告の（１）令和元年度の地域医療構想調整会議の進め方について、事務局から説明をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

（事務局から資料に基づき説明）

（岡野会長）
　ありがとうございました。ただいまの進め方についてでございますが、この件に関しまして何かご質問・ご追加はございますか。この辺はよろしいでしょうか。それでは、次に進めさせていただきます。

（２）川崎地域の現状について
ア　川崎地域の現状分析
イ　平成30年度病床機能報告結果（速報値）等について
ウ　定量的基準について
エ　公的医療機関等2025プランについて

（岡野会長）
　続きまして、議題２（２）川崎地域の現状について、事務局からご説明をよろしくお願いいたします。

（事務局から資料に基づき説明）

（岡野会長）
　ありがとうございました。非常に報告事項の多かったところでございますが、少し整理していきたいと思います。まず、資料２では、川崎の現状ということでご報告がございました。南北の人の動きの差が随分予想されるのかなというのを感じた次第でありますが、２番に関しまして何かご意見・ご質問はございますか。坂元委員。
（坂元委員）
　川崎市の坂元でございます。いわゆる南部の在宅医療で、在宅療養中の緊急入院受け入れ等のレセプト出現比が高く、在宅と入院の連携が比較的良好であることがうかがえるということですが、在宅から救急の病院に搬送されるというのは、例えば在宅の部分で搬送されているのが本当に重症なのか、それともそうでないケースも多いのかによって、連携がうまくいっている形とは単純には言えないのではないかと。今、特に高齢者の施設で救急への丸投げみたいなのが問題になっている段階で、数が多いから連携がうまくいってい

るという解釈はどうかなと思いますが、その辺はいかがでしょうか。
（事務局）
　ありがとうございます。このまとめの資料につきましては、国から提供されているレセプトのデータを見て、こうではないかという分析をしました。レセプトを見ただけの分析ということになっておりますので、今、先生がおっしゃったような実態とか皆さんの肌感覚といったものを、この会議の場でご意見をいただければと考えております。
（明石委員）
　今のご説明とこのデータの解釈ですけれども、地域医療構想会議のもともとの基本データは、2025年ないし2040年のその地域の人口構成と有病率とかで考えていますよね。でも、このレセプトデータの分析がこういう形で出てくると、私の思い上がりかもしれませんが、例えば北部地域でわざわざアンダーラインがしてある乳がんにかかわるレセプト出現比が比較的高いというのは、私どもの大学の乳腺外科とブレストセンターとで全国２位の手術件数があります。つまり、それは地域住民の実情をあらわしているのではなくて、極めて属人的、あるいは属質的な特性を言っているのであって、例えばうちの乳腺外科から何人か人がやめてしまったりすると、一気に多分レセプトデータは下がります。つまりそれは、地域を反映しているデータがもとの地域医療構想と全然異質なものを見ているというというように僕は考えられてしまうのですが、いかがですか。
（岡野会長）
　ここで何かございますか。
（明石委員）
　つまり、川崎北部に乳がん患者が非常に多いという論証には全く当たらないものを見ているのだと僕は思います。だから、何だか考えが混乱していませんか。
（岡野会長）
　極端に言えば、地域の医療機関からこれによって確かに大きく変わりますし、また正直に言うと、例えば芸能人や何かで大腸がんや乳がんがクローズアップされると、やはりその時期のがん患者さんの数が非常に多くなったり、こういった影響はもちろん推測できる範囲を超えているものだとは思いますが、あくまでも何かを基準にしなければならないという意味ではレセプトを参考にして、こういう数を出していると。一つの参考として捉える以外はないのかなと思いますが、いかがでしょうか。
（事務局）
　医療課副課長の市川です。確かにおっしゃるとおり、事実としての捉え方がどうなのかというところはあるかと思います。実際問題、地域にある医療機関の中で、何か特色として強いものを持っておられる医療機関があれば、そこにそういった患者さんが集まるというのは、傾向としてはあるかと思います。ですから、見方として正しいかどうかということはまだ模索しているところもありますので、これからこういった場でご議論いただいた

中で、意見をいただきながら補正していければなと思っております。ありがとうございます。

（岡野会長）

これは疾病にかかわらず、例えば急性期医療というか、６号基準というのは、川崎市内においては南部の１病院に限られているわけですから、救急患者さんが南部に流れていくというのは、決められている病院の位置関係によって大きく数字が変わってくるだけだと思います。こういった何かしらの１つの病院、これだけの市ですから、縦長の中で起きるそれなりの齟齬というのは当然予想されることかと思います。いかがでしょうか。何かこの点、ただ、あまりここも突っ込みようがないところなのかなとは思っているのですが、評価は評価として一つの基準をもって評価をされているということで認識していただければよろしいのかと思います。この２番に関しましてはよろしいでしょうか。改良の点、何かご意見があればまたお伺いしたいと思います。

（明石委員）

先生、しつこいようですけれどもちょっと言いたいのは、要するに、恐らく国が落としてきているレセプトデータというのは医療機関ベースだから、そのレセプトの主の住所は入っていないのではないですか。つまり、川崎北部にお住まいの方々のデータではないわけでしょう。とすると、地域医療構想の病床数を考える基本データは住所地、あるいは医療施設のどちらをとるかというので、住民の方のデータをベースに考えてきているのですよね。全く異質なデータを見ているという認識をしないと、大きな過ちを犯しませんか。

（事務局）

おっしゃるとおり、そこのデータのとり方はあろうかと思います。場合によっては記載が踏み込み過ぎているところがあるのかもしれませんが、現実問題として、今そういった医療が行われているという事実はあると思いますから、そこの捉え方だと思います。先ほども救急の関係でお話があったかと思いますけれども、自己完結率、あるいは流出している云々ということについて、だからいいんだ悪いんだということまで言えるのか言えないのか。あくまで今の事実としてそれが出ているということであって、それを踏まえて今後どうしていくのかということをお話しさせていただきながら、皆さんからいただいた意見で、実感と違うからそこはこうしたほうがいいのではないかという形で調整していければと思っております。ですから、今のご意見は参考とさせていただいて、これから進めさせていただければと思っております。

（岡野会長）

２番の件に関しましてはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。なかなか解決するというものではないかと思いますが、統計のとり方について、またいろいろな意見があるということで伝えていただければと思います。

それでは、次の資料３についてでございます。資料３の病床機能の報告結果に関して、

何かご意見等はございますか。資料３－３の２ページ目を見ていますと、スタッフの不足というのが現在でも非常に大きな課題であるというのがわかります。これは先日のツーリズムの件でもお話がありましたけれども、現在の川崎の中ではやはりスタッフの不足というのが大きな問題になっていることがこの数字を見ても認識されましたが、資料３に関しまして、何かご意見等はございますか。よろしいでしょうか。

それでは、資料４の機能評価についてでございます。明石先生。

（明石委員）

僕ばかり文句を言っているようで申しわけありませんが、これも今とても気になりました。急性期を重症急性期と地域密着型に分ける、その定量的議論をしたわけですよね。なかなかいいのではないかと思って聞いていたのですが、きょうはまだ口頭でおっしゃっただけで、数字がここには書かれていませんけれども、診療報酬の看護にかかわる重症度のつけ方が変わっただけで、地域密着型から地域重症型にそれだけがばっと数字が大きく変わってしまったということがあったわけですよね。とてもおかしくありませんか。つまり、いる患者さんは変わらない、診ている医療者たちも変わらない。だけど、診療報酬のささいな、微細な変更をしたら、病床機能は変わってしまうというのはとてもナンセンスなことではありませんか。だとすると、私たちが議論してきた急性期を２つに分ける指標のとり方が間違っていると思いませんか。

（事務局）

ありがとうございます。確かに今回、地域密着型の数がかなり減っています。先ほど申し上げたとおり、正直今、詳細な分析はまだできていない状態ですけれども、見たところ③番の「患者の重症度、医療・看護必要度」がやはり影響しているのではないかと。全国的に中医協の資料とかを見ても、「患者の重症度、医療・看護必要度」は平成30年度の改定で該当する病棟なりがふえたということも調べております。今後、詳細に分析をしてみて、もしかしたらほかの点が影響している可能性もございますので、また改めてご報告させていただければなと。

（明石委員）

結局、みんなでこんなに苦労して時間をかけて、やっと病床機能を分けましたと。地域医療構想はとてもいいものができましたと。でも、次の年に診療報酬改定をやったら全然中身が変わってしまいましたということが起き得るということですよね。それはまずいと私は思います。だから、例えば手術件数だとか診療報酬のつけ方で変わらない指標をとったほうが恐らく正しくて、診療報酬に依存したような指標をとると、こういうことが２年に１回は必ず起きるということがわかってしまったのではありませんか。

（事務局）

模索している中での話だということもありますし、実際問題、件数の捉え方がよかったのか悪かったのかというのももちろんあります。今、あえてここで修正をしないのは、ま

ずはどういった結果になったのかということをもう少し分析させていただきたいというのが正直なところです。これを続けていく中で、もちろん究極的には、今、先生からお話があったとおり、診療報酬の改定によっていちいち左右されることがないような指標ができることが一番だと思っています。ただ、そのあたりについては少し経過を見ながら状況を分析して、分析した結果として、これをやれば間違いないだろうというところをまた整理した上で、改めて指標をどうするかということをご議論させていただければと思っています。昨年いろいろとご議論いただいて、ようやくつくった指標なので、まずは当面これでやらせていただき、内容については分析させていただいて、またご報告させていただければと思っております。以上です。

（岡野会長）

地域医療構想のスタートの時点で、４つの病床機能を分類するという基準がそもそも曖昧だというのは最初から議論に上がっていたことかと思います。そういう中で平成30年になって、一つの定量的なものを用いるということで、言ってみれば曖昧なところに対して何とか手を入れようと。後づけ的なところも確かにいけないと思いますけれども、そういう意味ではまだまだ発展途上の検討なのかなと思います。これはまた逆に言えば、今後もまだ評価基準というのは変わっていく可能性も含んでいると捉えてよろしいわけですよね。今、明石先生がおっしゃったように、我々がその場その場の数字を一生懸命評価しても、数年後、これがどのようにまた変わるのかという意味では、どのようにこの会に臨んでいいのか、ちょっと難しいところではございますが、あるものをとにかく一つ一つ積み重ねていくということでご理解いただければと思います。

資料５の2025プランについてでございますが、ここに関して４軒の病院のいろいろな変更申請、実際の変更等がございました。帝京溝口病院、幸病院、東横病院、協同病院とございましたけれども、この病院に関して何かご意見等はございますか。菅先生。

（菅委員）

ちょっと質問になるのですが、先ほど神奈川県の方が帝京溝口病院に関して、脳卒中ケアユニット３床を新設したということで、過剰な病床への転換だから、本来であればこの地域医療構想調整会議で認められてからやるべきだというようなお話がありました。施設基準として、脳外科だと多分24時間365日いて、広さが確保されていて、態勢が整って、厚生局が認めて川崎市等も認めても、地域医療構想調整会議をクリアしなければ、そこは算定してはいけないということですか。となると、人もいて施設基準も通っているけれども、次の会議は10月から12月ぐらいですか、開かれるまでは、オープンしてはいけないという理解でよろしいでしょうか。それだとかなり医療機関の独自性というか、もちろん過剰病床に対して転換するというのは何かしらやはり手続が必要なのかもしれませんが、地域医療構想調整会議を待たないと転換できないとなって、算定もできないとなると、経営にかかわってくる話だと思います。次の回が10月から12月ぐらいなので、それまで人もい

て資源もそろっているけれども算定しないで普通にやっていてくださいよというのは、なかなか厳しい話なのかなと思ったので、質問させていただきました。

（事務局）

お答えします。まず病床の関係について、要はこの基準だとかについて、地域医療構想調整会議で議論をしようということで、今ここでご議論いただいています。かつ、それが過剰な病床であるということであれば、一定、やはり地域医療構想調整会議で議論している以上は、できることならば調整したいというのがあります。その中で手続として、もちろん会議が毎日のように開かれているわけでもない中、ケースによってはということはあるかと思います。そういった中、現実問題としてはプランを医療機関から出していただいた状況として、将来的にこういう構想がありますよという情報を共有させていただいていますので、例えばこういうケアユニットが急に認定されるということはあまりなく、計画をしながら、その中で一つ一つ進めていくわけで、今こういった状況というのがまだ浸透し切っていない中で前後してしまうことはほかの地域でも生じています。可能な限りそこら辺を事前にある程度、今こういう計画があるよ、このようにやりたいよということをこの調整会議の場で提示して、それを議論して、いいんのではないかとかここはこうしてほしいというようなことを調整していくことが望ましいのかな、地域医療構想調整会議として求められるところなのかなということを申し上げたかったという意味です。ですから、絶対にやってはいけないかどうなのかということに関して、なかなか現実問題としてそういった方向でかじを切っているところに対して、会議とか県としてそれをやめなさいとか何とかということを言うのは正直難しいところがあるかと思いますが、せっかくこういう形で議論して、ここで調整をしようということでやっているのであれば、情報共有をして可能な限りできるようにしていきたいなというのが考えです。

（菅委員）

すみません。これは持っている病床の中での転換で、この会議のメンバーで溝口病院に対してだめですということは言えるのですか。調整といっても、やると言っているのだから、持っている病床の中でやっているのですよね。なかなか難しいのではないかなと思っているのですが。

（明石委員）

菅先生と逆になってしまうかもしれませんが、それはおっしゃるとおりです。ただ、昔の病床の決定権というのは、地域医療審議会一本でやっていたところへ、今度、地域医療構想調整会議ができて、どちらかというと地域医療構想調整会議の了解がないと地域医療審議会で議論ができないというような手続に変わりましたよね。さっき事後に承認していただくとおっしゃいましたけれども、この会議よりも権威が上で決定する会議体があるということですか。手続論で、僕はちょっと理解できないのですが。例えば、私たちの聖マリアンナ医科大学病院は高度急性期を何百という単位で減らさなければいけないと思って

書いていますが、過剰だけれどもそちらに振っておいていいと言うならそちらで出したいと多分みんなが思うでしょうし、ここでつくっているルールと違うことがなぜ、つまり、認可をしたのはここより権限のある会議ですか。どこで決まったのですか。

（事務局）

お答えします。会議として決定したということはありません。ですから、そういった意味で事後の報告になってしまったということを申し上げたという状況です。今は実際問題として、実態として転換のほうが先行していて、共有しているという状況にはなっていないので、そこら辺を改めてここでご報告してご審議いただきますが、なかなかそれを覆すこと自体は現実的には厳しいですけれども、ご承認いただければということでお諮りしたという次第です。

（明石委員）

私もこの帝京さんがルール違反をしているとか、そのようには全然思いませんが、許認可をする手続の上下関係みたいなものが、今まで地域医療構想調整会議ができてからこの２～３年の間に言われてきたものと異なっていると思います。それはどうしてなのかなと。

（事務局）

ということでいきますと、お答えが十分でありませんでした。厚生局は厚生局で、報酬だとかの関係について、認可の権限があるわけです。県や市町村との連携がうまくいっていなかったところが正直ありますので、このあたりについては、我々行政機関側もそういった話が出てきたら調整会議のほうはちゃんと話が済んでいるんですかということの連携がとれるようにしていかなければいけないなと。その方法論については、具体的にはこれから考えますが、そういう状況です。

（小松委員）

僕も明石先生と同じで、基本的に調整会議にとりあえず話をするというのが手続で、そこで実際にこの案件はだめということはないにしても、やはりこの話を事前に説明、協議する必要がある。調整会議は２月、３月と８月ぐらい、一番長いラグだと半年ぐらいあいてしまうことがあるわけで、菅先生がおっしゃったように、経営的に言うと迅速に動けないから非常にやりにくいという面もあると思います。ただ、当初からＳＣＵをとりたいというような予定があってこう考えているのだけどどうなのか、未定だけれども準備でき次第いきたいという話で、事前にそういう手続をとって、調整会議に上げてくれれば、それでいいですよねとなれば、集まった時点で運用開始というのが多分手続としては正しいです。逆に言うと、ちょっと皆さん面倒くさいと思うけれども、全ての医療機関にそういう手続が必要なんだということをこれから周知していかなければいけません。

あと全国的に問題になっているのは、厚生局と県、市の行政との連携がうまくいかないと片肺になってオーケーになってしまうと。だから、今回こういう事例が出たときに、やはり厚生局のほうから県もしくは市のほうに話題が行くようにしておけばという話です。

あとは、事後報告で来ないでスルーでいいのかというと、事後報告せざるを得ないのだったら、せめて誰かを来させて、一応の手続はとっていただかないと。明石先生もおっしゃいましたが、どこが何の権限で決めるのかというのは、この調整会議が地域の中での調整・決定機関であるならば、ここにすべきかと思います。ちょっと手続的に矛盾してしまっているというか、場合によっては調整会議でだめと言えばだめという理屈があるのかないのか、あるつもりでやっていかないとおかしなことになってしまうのではないかと思います。

（内海委員）

いわゆる病床機能の変更については、公立公的病院に関しては都道府県知事の命令によってそれをさせないということができます。プライベートな病院に関してはそれができないという決まりではありませんでしたか。それは完全に決まっていないのですか。

（事務局）

おおよそそれで合っています。

（内海委員）

ということは、この病院はプライベートな病院ですから、仕方ないというか、問題がない。これが公的病院だったら命令でだめだと。こういうことではありませんか。

（岡野会長）

要するに、調整会議ですから、なるべくというのも変ですけれども、しっかりと事前に相談いただいて、調整会議の中である程度の理解を得て、県のほうに上がっていくというのが一つの建前だと思います。それを今後、各病院さんのほうに理解していただきたいということなのかなと。

（内海委員）

全ての病院にということですね。

（坂元委員）

この問題でちょっと気になるのは、欠席裁判のようになってしまっていますが、帝京溝口病院さんがこういうことをしたいというのは、具体的にどれぐらい前に県に提案があったのですか。その時期によると思います。帝京溝口病院さんが本当に近々にこれをやりたいと言って、議論する間もなく決まってしまったなら別ですが、こういうことは相当前から計画をされているのではないかなと。そういう打診がありませんでしたか。例えば、我々川崎市ですと、いろいろな病院さんといろいろな病床の件についてやると、大体かなり以前から、１年前とか２年前から打診が来て、それでいろいろ話し合ってというのがあるのですが、これを見ると、帝京溝口病院さんが唐突に出してきたみたいな印象になってしまいますけれども、その辺の時間軸はどうですか。

（事務局）

お答えさせていただきます。2025年に向けた対応方針の更新の依頼を５月に全医療機関

にかけさせていただいて、溝口病院さんからは５月27日に提出されています。この段階では、高度急性期が11床、急性期が389床という報告はありましたが、それが具体的にどういうものなのかということについては特に何も書かれていない形で出ていました。正直に申しますと、我々の確認不足もあったというのが事実でございます。地域医療構想調整会議の準備を進めるにあたって資料を作成しなくてはいけないという中で、一個一個きちんと点検していくと、こういったことがわかりました。昨年のプランと比較すると８床だったのが11床になったのはなぜかということでヒアリングをした結果、実は脳卒中ケアユニット３床が認可されたため反映したということが後になってわかったということです。我々も確認不足だったというのが事実でございます。

（方波見委員）

今のに補足したいのですが、ＳＣＵユニットなんかですと、多分施設基準がそろえば、そのままぽんと認可していただくように申請するだけなので、例えば看護師さんが１人入ったとか、医師が１人ふえたとか、その程度で変わってくるものかもしれないと思います。ちょっと確認したいのですが、さっきは過剰のベッドに転換する場合は申請が必要というか、この会議の認可が必要だという話でしたけれども、今の基準病床では、高度急性期と急性期は分かれていないわけですよね。必要病床数に対しての過剰なものはここで申請しなければいけないのかとか、南部の高度急性期の必要病床数は今不足しているので、ここに変えるのは何も言わないでスルーしてしまっていいのかとか、そういうルールが多分そろっていないので混乱してしまうのではないのかなと思いますが、いかがでしょうか。

（事務局）

平成29年第１回地域医療構想調整会議でもこのあたりの話は議論していて、申請が必要ということではなくて、あくまで将来的な病床機能についてどうするか、公的医療機関、民間医療機関も含め、病床機能報告をベースにして、今、情報共有をしています。病床機能報告の中で、将来的な予定だとかというのが皆さんに情報共有されて、その認識でいるわけですけれども、病床機能報告で報告されている内容だとかについて、詳細がわからない部分があって、先ほど言ったとおり、調査をしていって新たにわかったことがあったりということがあります。ですから、記載内容について、予定があるのであれば、そういったところにちゃんと記載して、みんなで情報共有を図っていきたいというのが先ほど申し上げたことです。

（方波見委員）

先ほど過剰病床に転換する場合にはというお話があったのですが、何に対して過剰なのか、今の基準病床では、高度急性期は過剰になっていないわけですよね。

（事務局）

川崎市の川島です。よろしくお願いします。川崎市の実情で申し上げますと、地域医療構想上は二次保健医療圏ごとに高度急性期から慢性期まで、４類型で分けています。帝京

溝口病院さんが属している川崎北部医療圏においては、高度急性期は過剰です。なおかつ急性期も過剰な状態となっています。その中で、ここで問題なのは、過剰である急性期を３床減らして、過剰である高度急性期を３床ふやしていると。過剰から過剰なのです。実は平成29年の地域医療構想調整会議で、例えば不足から過剰のときはどうなのか、あるいは不足から不足のときはどうなのか、過剰から過剰のときはどうなのかという一定のパターン分けのもとで整理していたはずです。いずれにしても、先ほど菅委員や小松委員からもご指摘いただきましたが、確かに病院経営上、そんなに待てないよという部分は実情としてありますので、事前に川崎市、あるいは神奈川県で情報をつかんだ段階でヒアリングして、やむを得ないかどうかの判断をして、これはやむを得ないと認められない、例えば圧倒的に不足している回復期から、圧倒的に過剰となっている急性期のほうへ大量の病床を移すというようなことについては、調整会議の場できちんと議論する必要があるよねと。報告ぐらいで済ませられるかどうかの判断をまず我々のほうでさせていただいて、しかるべきルートに乗せていくというような一定の整理がされていました。当時の委員の方は覚えていらっしゃるかと思います。そのルートに乗らないで、いきなり事実を確認して、こういった状態になってしまっているということがございますので、当然、病院側の方々もなるべく事前に地域医療構想上どうなのかというご相談をいただきたいという意識づけを、我々行政からもさせていただきますし、あるいは我々としても事実をつかんだときには、平成29年に一定決めたルールに基づいて、粛々と報告案件で処理できるのか、あるいは調整会議できちんと説明して、場合によっては病院関係者もお呼びして、説明を求めていく案件なのか、その辺の切り分けの運用をきっちりやっていくということが、今回の我々としても反省点としてございます。以上でございます。

（岡野会長）

ありがとうございます。いずれにせよ、まだ方針を決める前にきちんと相談をいただくというルールを今後さらに徹底していただくということ以外にないのかなとは思います。帝京さんでとまってしまいましたが、東横病院の場合は南部ですので、急性期が過剰でしたけれども、超急性期から急性期に８床が移動します。それから、幸病院におきましては純粋に21床の増床の希望が出ております。現在はまだまだいろいろとそういうご相談が来ているという段階ですが、あくまでも今後、この審議会の中でさらに煮詰めていく議題なのかなと認識しております。きょうここで認可する認可しないということではないわけですよね。

（事務局）

でき得れば、実態としては今、その状態になっているので、一旦はここで整理をさせていただき、今後、ほかの医療機関でもいろいろな意向があるかと思いますから、そこら辺を適切に情報共有できるように、注意喚起をしていきたいと思っています。あともう一点だけつけ加えさせていただくと、なかなか会議のタイミングがよくない場合もあります。

そういった場合については書面協議という方法もあるので、そういったことも駆使しながら、速やかな対応ができるようにしたいと考えておりますので、よろしくお願いします。

（岡野会長）

いかがでしょうか。田島委員。

（田島委員）

今の件で一個確認ですけれども、増床の希望が幸病院から出ているようで、南部医療圏は今後も急性期医療の需要の増加が見込まれると書かれてあります。こういうことを前提に、例えば南部で超急性期はいいかもしれませんが、急性期の増床を希望してもよろしいという判断でよろしいですか。

（事務局）

今のは川崎幸病院のことですよね。これについてはあくまで現実問題として、病床の事前協議を行っていないので、その中にあっては、今ここで病床を配分できるということにはなりません。幸病院さんのほうではそういう配分があったならば希望したいということで、今出ているものだと認識しています。

（岡野会長）

要するに、今後計算が刻々と変わっていく中で、余裕が出れば21床の増床を希望したいと先に手挙げしている状況ですので、ここに対して今、判断ということではありませんね。

（事務局）

今ここで判断することではなくて、あくまで希望ということで書いてあるものです。

（岡野会長）

よろしいでしょうか。いずれにせよ、今後、地域医療構想調整会議の立ち位置を明確にしていただきながら、各病院の病床の転換・変更に関しましては、ぜひとも病院協会を挙げて、この辺の意見をしっかりと吸い上げていただけるようによろしくお願いしたいと思います。ただいまの件に関しましてはよろしいでしょうか。恐れ入ります。それでは、時間も押しておりますので、次の議題に移らせていただきます。

（３）病床整備について

（岡野会長）

（３）病床整備について、事務局から説明をよろしくお願いいたします。

（事務局から資料に基づき説明）

（岡野会長）

この件に関しましてはいかがでしょうか。何かご追加・ご質問はございますか。よろし

いですか。それでは、これは周知の病床過剰ということでよろしいと思います。

（４）報告事項について

ア　公的医療機関等2025プランの具体的対応方針の検証について

イ　医師確保計画、外来医療計画について

ウ　地域医療介護総合確保基金事業について

エ　「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」について

オ　医療ツーリズムと地域医療との調和に関する検討会・ワーキンググループについて

（岡野会長）

それでは、（４）報告事項について、事務局から説明をお願いしたいと思います。

（事務局から資料に基づき説明）

（岡野会長）

ありがとうございました。資料７から11まで説明をいただきました。ただいまの件に対しまして、何かご意見・ご質問はございますか。では、坂元委員から。

（坂元委員）

資料９の地域医療介護総合確保基金で、実績報告が事業一覧で出ているのですが、できれば予算規模をつけてほしいです。どの程度の規模のものをやっているか、この内容にしてこの予算規模だったらいいのかなとか、予算規模がないと、これだけではなかなか判断できないので、次回から予算規模をつけてほしいというお願いです。以上です。

（関口委員）

川崎市医師会の関口です。資料10の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の概要について今伺ったのですが、神奈川県医師会で医療介護総合確保基金を使った病診連携、多職種連携のネットワークを構築していて、余りいい結果が出ていません。それとの違いみたいなものがあったら教えていただきたいのですが。

（事務局）

お答えします。歯科医師会様のほうで取り組まれているネットワークの内容を私は把握しておりませんで、回答になるかどうかわかりませんが……

（関口委員）

要は、病院を入れると、病院側のホストコンピューターは外部につなげないという問題があって、ネットワーク構築がうまくできないと。実際に在宅医療でのネットワークを考

えるのだったら、もっと狭い範囲でのネットワークを考えたほうがいいのではないかと思うのですが、いかがでしょうか。

（事務局）

お答えします。こういったネットワークにつきましては、全国的にも今までに300カ所程度構築されていて、かなりの数のなかなかうまくいかないネットワークが存在していると伺っております。一番重要なのは、ネットワークを入れたから連携が進むのではなくて、もともと連携がとれている地域にネットワークを導入するからこそうまくいくのだと考えております。そうした考え等をこのガイドラインのほうにも反映させていただいておりまして、例えば補助金が終了した後のランニングコストの費用負担はきちんと事前に合意していただいた上で、まだできてはいませんが、県の補助事業に手を挙げていただくとか、できればそうした持続可能性の担保をした上でガイドラインを構築しておりますし、今後県で補助が可能となった際には、ガイドラインに準拠していただきながら、うまくいくようなネットワークを県内に構築していきたいと考えております。

（関口委員）

実際のところ、在宅医療に特化している診療所を中心に、自分たちの診療所の中でＳＮＳを使ったネットワークというのは構築されていて、それから神奈川県がどんどんおくれることによって、そういう人たちが入ってこない。そうすると何のために県でやるのかというのが非常に疑問なのですが、そこのところは今後の報告を待ちたいと思います。以上です。

（岡野会長）

ありがとうございます。ただいまの件に関しまして、何か追加はございますか。

（事務局）

そうした在宅を中心としたネットワークは、県内でも既存のものが数十カ所程度あると認識しております。今後我々が進めていくネットワークは、そうした既存のネットワークを否定しているものではございません。そうしたネットワークを取り込んだ上で、新しい二次医療圏単位のネットワークをつくっていくのか、新しいネットワークに切りかえてもらうのかといったことは、今後、各地域で個別にご相談させていただきながら進めてまいります。

（岡野会長）

ありがとうございます。我々としてはビジネス主導ではなく、やはり我々の使い勝手のいいもの、そして、対象を拡大すればするほど、個人情報の担保が非常に大きな課題になってこようかと思いますので、この辺もぜひ十分に検討していただければと思います。果たして患者さんのほうにしっかりと承認をいただけるのかどうか、ご理解をいただけるのかどうかというのが大きな課題になってこようかと思います。小松委員。

（小松委員）

県医師会の小松です。関口先生には川崎市で今モデル事業を実際にやっていただいて、なかなかうまくいかない面というのが幾つかあります。県内５地域でやっているものが非常に苦戦している状況にもかかわらず、今回こういう新しい提案の意味と違いは何かというご質問だと思います。まず、患者さんの同意をとるという作業は同じです。一つの大きな違いとしては、資料の３ページですか、医療機関、薬局、訪問看護、登録したデータを全て自動的にクラウドに吸い上げられます。入力に携わる人的手間が省けることはメリットといえばメリットですし、逆に言うと何でも吸い上げられて、何でも見られてしまうというデメリットもあると思います。実際にこういうネットワークを構築するのには、個人情報漏えいのリスク、あとは患者さんの同意をとるなど、今のところは人的な手間が相当あります。一方で、これを使ったからといって、医療機関には加算も含めたメリットがさほどないというのが現状で、その中でかなりイニシャルコストもそうですけれども、ランニングコストも相当かかるという状況だと思います。ですから、地域の中で今、行っていただいている事業も含めて、新しく基金が出るからということではなくて、やはり今までのご経験も生かして、もう一度検討されるというか、そういった形がよろしいかなと思います。

最終的には全国の保健医療情報ネットワークに吸い上げられるということで、全国どこでもこういう情報が共有できるのが医療機関にとってメリットと、ポンチ絵で描いていますけれども、どちらかというと全部のデータを吸い上げて得する人たちは、我々ではありません。我々がランニングコストを一生懸命払って、その人たちにただで情報を出すのはどうかなと思っておりますが、よく地域で検討していただければと思います。

（岡野会長）

ありがとうございます。このＩＣＴの問題は、基本的には必要性を十分に理解しておりますし、今後マストになってくることだと考えております。しっかりとした検討をよろしくお願いしたいと思います。

ちょっとさかのぼりますが、資料８の医師確保計画及び外来医療計画の策定についてでございますが、医師の偏在と確保計画が国主導、法律主導でどんどん走っていくことに関しましては、我々医師会としましては、職業の自由などからも注目、また危惧しております。日本医師会としても、ここに関しては宣言としてしっかりと出していければと考えております。そしてまた、１つ飛びますが、資料11の医療ツーリズムと地域医療との調和に関する検討会には私も参加させていただきました。これは中間報告という段階ではございますが、まだまだ修正・再考の余地ありということで審議が進められたと私は受けとめております。

ただいまの件に関しまして、何かご意見、ご追加、ご質問はございますか。資料７から11に関してはよろしいでしょうか。恐れ入ります。それでは、進行させていただきます。

（５）医療法第７条第３項の許可を要しない診療所の取扱いについて

（岡野会長）

続きまして、（５）医療法第７条第３項の許可を要しない診療所の取扱いについて、事務局から説明をよろしくお願いいたします。

（事務局から資料に基づき説明）

（岡野会長）

ありがとうございました。ただいまの件に関しまして、何かご質問・ご追加はございますか。坂元委員から。

（坂元委員）

いわゆる横浜と相模原で好ましくないというか、具体的に有床診療所を出して適さない事例というのは、もし差し支えなければどういうことをやっていたのか、参考までに教えていただければと思います。

（事務局）

お答えいたします。横浜地域に関しましては、そもそも協議を出してきた診療所というのが、ほとんどその地域の中で何ら実績がないというか、周辺の医療機関との関係性もほとんど構築しないというような状況があり、これは地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所としてはとても認められないのではないかと。その診療所の方をよくご存じの委員がたまたまいらっしゃったこともありますが、そういったご意見がありました。相模原の案件については、以前に19床の許可を得ていた診療所がございまして、その19床を同一法人に移しまして一旦無床になったのですが、改めて許可を要しない診療所の制度を活用して、19床をとろうとした案件です。変な言い方をすれば、制度の悪用ではありませんけれども、隙を突いたところがあるのかなということで、委員の方々からこれはちょっとどうなのか、いかがなものかということで議論になった案件でした。簡単ですが、以上でございます。

（小松委員）

県医師会の小松です。例えば相模原の場合は病床過剰で、川崎も同じ状況だと思います。そういう状況だと、病院がベッドをふやしたくてもふやせません。そこで、19床の有床診と、ほかに50床ぐらいの病院を持っている法人間で病床の融通をして、病院の増床をしました。そこまでは一応ルール上、同一法人、同一二次医療圏の中での融通だから、病院はふやして無床診療所になるのでよかったのですが、そこでこのルールが医療法上あると、一回ゼロにした無床診をまた地域包括ケアに資するから有床診にしたいという話題が出てきました。そうするとどういうことが起きるかというと、例えば川崎の中で病院のベッド

をふやしたくてもふやせないのだったら、有床診をつくるか買うかして、それでくっつけて自分の病院に寄せてしまえばできないことはないという理屈になります。あとは、例えば分娩だったら全部スルーで許可するというのも、本当に分娩施設が足りないのかどうかという議論が全くなく、病院で産婦人科のベッドをふやしたかったら、今の川崎ではバツですよね。でも、川崎の中で分娩を取り扱う診療所として出せば、通ってしまうという、医療法の抜け穴があります。これは基本的には有床診を出しやすくしようという趣旨でできているルールだとは思いますが、少なくとも調整会議の場で少し議論してからにしましょうという流れが必要ではないかということだと思います。そうしないと、結局、有料老人ホームとかサ高住をつくって、それに会社が診療所を持ってきてくっつけて有床診ということがぽいぽいできてしまうので、それが地域に資する場合もあれば、逆に余り有用でないという判断がされることもあるのではないかと思います。一応だめというわけではなくて、ここで話をして、いいか悪いか検討しようということでいいですよね。

（事務局）

一点、県から補足させていただくと、その診療所自体は一旦、先ほど言ったとおり、系列の病院に病床を動かして、当時はそれでいいと判断していたようです。ただ、平成30年度に地域包括ケアシステム関係の病床を、許可を要しない診療所として取り扱えるということが仕組みとしてでき、その後この話を知り、これがあったら19床を戻したいとお考えになったということでご説明をいただいています。もちろん、そういったことで次々と病床を獲得しようという意図があったかというと、そうではないということをおっしゃっていますが、そういったことができてしまう事柄があまりよろしくないのではないかということで議論しているというのが今の状況でございます。以上です。

（岡野会長）

いかがでしょうか。ただいまの件に関しまして、ご追加等はございますか。あくまでも法律の抜け穴というか、こういったところは本当に知恵を絞ったいろいろな機関・団体が必ず見つけ出して入っていくものだと考えております。いずれにせよ、この件に関しましては第２回目、第３回目と、今後の検討課題としておりますので、事務局でまた取りまとめていただきまして、２回目以降、調整会議にも再度提示していただけると考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

大変長引いて申しわけございませんでした。その他、特に委員の皆様方、事務局より何かございますか。よろしいですか。それでは、これをもちまして本日の議事を終了させていただきます。進行を事務局に戻します。どうぞよろしくお願いいたします。

閉　会

（事務局）

岡野会長、ありがとうございました。本日はお忙しい中お集まりいただき、また活発にご議論いただき、まことにありがとうございました。本日の議論を踏まえまして、今後の取り組みを進めてまいります。以上をもちまして、本日の会議を終了させていただきます。ありがとうございました。