

県 萩原副課長

「地域医療構想調整会議を始めるに当たっての神奈川県病院協会としての論点」を予め頂戴しているのです、これについて答えられる範囲の回答をさせていただきます。

始めに「1 現段階はガイドラインで示されている地域医療構造策定プロセスのどの段階にあるのか」は、「地域医療構想について」の資料の 10～11 ページに策定プロセスが載っているが、1 つずつ順々に進めるわけではなく、同時進行や順番が飛んだりすることもあるが、現段階ではまず「(1) 地域医療構想の策定を行う体制等の整備」をしているところで、「(2) 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集・分析・共有」「(4) 構想区域ごとの医療需要の推計」の試算をしているところなので、どこまでかと言うと (1) (2) (4) となる。

次に「2 構想区域の設定については、誰がどの場で議論するのか」は、この調整会議は現在のところ 8 つの区域で行う予定だが、現時点では、仮置きというか、横浜市は 1 つの調整会議ということで市から話が来ているので、そうした地域の意見等を聞きながら、8 つの地域でやっていく。構想区域自体は県としては二次医療圏を原則ということなので、11 区域について、今後、調整会議などで意見、議論をしながら決める。

次に「3 構想区域は 2 次医療圏を原則とするとされながら、横浜市などでは調整会議が 3 つの医療圏全体で行われようとしているが、それで地域の実情を把握することができるのか」は、政令市の横浜市から三つの地域を包括してひとつの会議を作りたいというご意見があったので、それを踏まえ地域の意見を尊重し、ひとつの会議とした。

次に「4 地域医療構想調整会議に地域病院の声を正確に反映させる場と時間の確保の必要性について」は、地域病院の声ということだが、全部の病院が調整会議に出席することはできないので、医療関係者の声を代表するということで各団体に代表者を推薦頂いて、地域医療構想調整会議で発言いただく。他にも、たとえばそれ以外に他の場を設け、このような場での説明や、意見交換をしたいという話があれば、どこにでも行って説明をするし、そういった場を設けていきたいと思っている。

次に「5 県が把握している地域医療構想策定に必要なデータはどのようなものか」は、県では今、国から配られたデータやツールを使って先ほど申し上げた数値を出したところである。反対にそれ以外のデータは持っておらず、どういったデータが必要なのか、ご意見があればお聞きしたいところである。

次に「6 構想区域ごとに4つの入院医療需要などを推計するとされているが、DPC、NDBだけでは実際に受診した分のデータしか把握できないので、潜在した医療需要を把握し、

推計することが不可欠との指摘もある。こうした観点にはどう考えるか」は、潜在医療需要があるのは理解するが、実際には潜在しているので見込むというのは難しかろうと思う。ここで仰っているのは入院しなければいけない方で入院できない方がいるから、なんとか見込めないかということだと思うが、これはなかなか難しいと思っている。

次に、「7 構想区域間、都道府県間の調整はどう行うのか、構想区域間、都道府県間の患者の流出の実態把握をどう行うのか。」は、国のツールを使うとある程度流入流出の数字が出て来るので、それを使って把握することは可能である。また、国からこういう方法で都道府県間調整をするということが示されてくるので、今後そういうものを使って他県、東京や静岡等と調整をしていきたいと思っている。

次に「8 政府の社会保障制度改革推進本部が発表した全国の必要病床推計は『構想策定の参考になるもの』との厚労相答弁があるが、神奈川県では相当数の不足があるとされている。この値はどのように考慮されるのか」は、国の調査会が9,000~10,000床が不足すると言っていると思うが、先ほど病床数を計算したものを説明したが、国の調査会が出した推計と同じ方法を使って先ほど数字を出した。今後は同じ計算方法で計算したものをベースとして、都道府県間調整や構想区域間調整などをしながら、必要病床数の確定をしていきたい。地域医療構想はその病床数を元にして策定していくと思っている。

次に「9 病床機能報告制度と推計された医療需要との比較で調整が必要とされた場合、公的病院の病床削減や病床転換等が優先的に行われる可能性がある。この場合、病床が稼働していない事情に『医療需要はあるが、医師・看護師が不足している。』、『医学部地域医療枠医師の配置を待って休眠中』などの状況もある。それをどのように配慮するのも論点の一つである。また、公的病院の非稼働病床が、回復期リハ病床や慢性期病床に転換されると民間病院との機能分担と連携の方向性に矛盾することになるが、これをどう考えるのか。」は、公的病院の非稼働病床をどうするかということかと思うが、県がこうだと言うのではなく、その地域の地域医療構想調整会議などの中で役割分担の検討を議論させていただければと思う。

次に「10 地域医療構想における病床は地域包括ケアの充足度と密接に関連する。それとの連動性はどうか確保されるか」は仰るとおりである。県の中でも高齢者の保健福祉施策の主管部局と連携しながら取り組んでいく。

次に、「11 最近、高齢者の地方移住を盛り込んだ『まち・人・しごと創生基本方針2015』の閣議決定があった。こうしたことが神奈川県での医療介護サービスに影響するとし

たら、地域医療構想にも影響することになる。これらについてはどう考えるのか。」は、国も、高齢者の地方移住を掲げているか、神奈川県でも未病を治すということで、高齢者の方に元気で神奈川県に来てほしいということも言っているところなので、それをそのまま地域医療構想に盛るというのではなく、神奈川県は神奈川県の地域医療構想調整会議等のなかで議論し、作っていくことになると思う。

次に、「12 調整会議での協議がまとまらないときは、知事は都道府県医療審議会の意見を聴いて正当な理由なく稼働していない病床の削減を命令・要請できるとされている。政府の全国の病床数推計でも、病床の地域間格差是正だけでなく、増加する医療費抑制の視点があり、こうした視点が地域医療の充実の視点より優先されては地域医療が混乱する。地域医療構想策定においては県内すべての地域医療提供体制が望ましい姿になるよう、知事権限の発動よりも、地域一体となった議論の徹底を優先するべきである。」は、知事の権限の発動というのは、県が勝手に発動するのではなく、知事は都道府県の医療審議会の意見を聴いて正当な理由なく稼働していない病床を調整できるということである。すなわち、病院協会や医師会の方々など様々な関係者が入っている医療審議会の意見を聴いたうえで発動するものであり、知事権限の発動は安易にできるという訳ではないということである。

論点に対する回答は以上である。

新江会長

県から細かく説明頂いたが、今の回答や別の問題について、疑問な点はあるか。

三角常任理事

よく分かっている部分と分からない部分があるが、先ほどの話だと、調整会議がもっともキーな感じだと思う。私のイメージでは、本来調整会議は構想区域ごとで、神奈川県だったら11できるのかと想着いたら8つで、そこが全部決めるということである。例えば横浜市であれば3つの医療圏を全部合わせ、そこで必要病床数もそれぞれの機能別にその調整会議が決定するということか。

萩原副課長

調整会議の場で色々意見を伺ったり、意見交換をして、各地区で議論したことについて、県の保健医療計画推進会議で議論することになる。最終的には、今度は県の医療審議会に上げ、そこで決定していくかたちとなる。

三角常任理事

するとスタートは調整会議であり、それよりも細かい区分はない。例えば調整会議のメンバーが先ほど出ていたが、これだけのメンバーで広い横浜市のなかで全部を合わせて横浜市全体で高度急性期は何床というふうにしていく。各病院がどういう転換をしていくか

をある意味指示をしなくてはいけないのか。調整会議は、全く自主的にこういう数を出すだけなのか。そうではなくて私は、それぞれの区域ごとにある程度いろいろな病院が話し合い調整するというイメージを持っているが、そうではなく数を出してどうぞこれに従ってくださいと、後はそれぞれの地域におまかせします、ということか。調整会議は何をするところか。大きすぎて調整できないのではないか。

中松主任

地域医療構想調整会議の中ですべての病床をどうするか細かい話まで全部やっていくのは現実的に難しいと思う。調整会議の他に部会やワーキンググループを作って、病院から個別の要望があれば、そうした部会を作ってその場で議論をしてもらうことや、説明会を開く等、やり方はいくつかあると思うし、それは地域の政令市や保健福祉事務所が主体的にどういうかたちにするかを決めていくようなことでいまのところ動いている。

三角常任理事

では、いちばん下の調整会議の更に下に細かい区分がされるということか。

中松主任

恐らくいきなり調整会議で、ということにはならないのではないかと。事前に主要な病院への個別の説明など、様々なやり方がある。実際に個々の病院の機能をどう転換していくかは地域医療構想ができた後の話になってくる。まずは地域医療構想を作る前までは個々の病院というより、この地域に何床必要で、何床足りなくなるのかということをもまずは共有していくことがメインとなる。その段階のところを皮切りにスタートしていく。

三角常任理事

最初のステップはこの病床数は提案であり、あとは現場で考えてほしいということか。

中松主任

その現場のなかで具体的にこの病床にするにはどうするかということで、ワーキンググループを作ったり説明会を開いたりして、個々の地域に適応したやり方で皆様に納得していただけるかたちで進めていただければと思う。

三角常任理事

もうひとつ、流出入について言われているが、流入流出の患者数はどちらが基本でこれからは考えていくのか。それも地域によって違うのか。

中松主任

病床数に関しては患者住居地ベースと医療機関所在地ベースと二つ出したが、地域医療

構想は、高度急性期以外は構想区域内で完結することが望ましいという原則があるので、患者住所地ベースの患者数を基本にするとされている。ただし、医療機関所在地というのは、現行の流出入をそのままとした場合の必要病床数だが、現実的には全部の流出している患者を自分たちの医療機関に取り込むことがよいのか、現行のまま受け入れてもらう方がよいのかは、地域によって考えが違っているので、地域で議論する必要がある。

#### 新納常任理事

地域医療構想というのは2025年問題にどう対処するかということだが、所謂民間病院では超急性期は送るとしても、急性期だろうと慢性期だろうと回復期だろうと何でも入れている。このように細かく分けるからベッドが足りなくなるのであって、ベッドを増やそうとしているのか、減らそうとしているのか、急性期を減らし慢性期を増やしたいとかそう考えているのかよく分からない。細かく分けなくても民間病院はしっかり対応できると思う。こんなことまでなぜ決めるのか疑問である。

#### 中松主任

病床機能報告制度とかを含めてだと思うが、実際に病棟単位で報告しているとは言うものの、その病棟の中に急性期の方もいれば回復期の方もいる。ただ、病棟単位で急性期とか何かひとつで報告しなくてはいけないという話は伺っている。このことについては、国でも問題意識を持っているようで、今度から病床機能報告制度で報告する場合でも細かい病床単位でやるのか、病棟単位でやるにしても、もっと厳密な規準を設けて報告しやすいようにしようという意識はあるのではないか。

#### 新納常任理事

そんなことは不可能であって、いわゆる民間病院は何でも入れてきちんと診る。細かく決めるからベッドが足りないとか、多いとかいうことになってくる。これを決めずにすべて病院にまかせてくれれば病院で何とかすると思う。それを国が支配して、7:1を減らそうなどとするからこのようなことになるのではないか。病院に任せるから何とかして入れて欲しいといえ、入れるのではないか。これまでも民間病院はなんとかしてきた。国は何を目的にしているのか。患者を入れないようにしているのか、入れようとしているのか、ベッドを増やそうとしているのか減らそうとしているのか、国がただ支配したいだけなのか、よくわからない。

#### 小松常任理事

地域医療構想は何の目的でやるのか、4つのカテゴリーの数を出せばそれでゴールだということか。公的も民間も含め、何のためにやるのかわからないが、私なりに解釈すると2025年に向けて団塊世代が75歳以上となり、高齢者人口が爆発的に増える。それから同時に多死の時代、いまに比べて1.5倍ぐらい患者さんが亡くなる時代となるので、いまあ

る県の病院の医療提供体制をもうちょっとバランスを変えたほうがよいだろうと。看取りや高齢者の救急に関して、救急難民、看取り介護難民を発生させないためにいまある提供体制から若干換えようというのが、きれいな構想のゴールだと思う。そんな感じでよいか。

中松主任

そうです。

新納常任理事

我々はその先を考えている。ベッドを増やしても、その10年～15年後には患者は減ってしまう、そのときに言われた通りに造った病棟は誰が責任持ってくれるのか。そこまで考え、この構想に乗っていくと最後は惨めなことになる。この構想に乗らずに我々がやれることをやっていけば何とかできるのではないかと考えている。

中松主任

先ほど地域医療構想の目的については仰ったとおり、2025年に向けての医療提供体制はどうか、超高齢社会になるので、それに向けた適切な医療体制を目指していくものである。もうひとつのご意見の病床を増やしたらその後どうなるかということだが、実はこの地域医療構想の推計ツールのなかでも2040年まで必要病床数を出せるようになっていく。2025年だけを見るのではなく、必要があれば地域の中で2040年までを見て、2025年までは確かに増えるが、その後は増えないので病床を増やさなくてもいいのではないかなど、地域の考え方で新たに病院を作らずにおこうとか、そういう結論の出し方もあると思う。先を見据えた議論ができるようなかたちにはなっている。

小松常任理事

2040年の話をしないといけないと思う。不足しているところを新設で増やしても、15年後には必ず減るから神奈川県はややこしい。15年後では施設を新しくして減価償却してペイできるものではないから、そこに無駄なお金をかけるわけにはいかないし、我々も当然しないと思う。県も新設の議論だけは避けてほしい。それから先ほどの患者住居地ベースで考えると、横浜は二次医療圏が3つあるが、構想区域をひとつでやると行政ベースで見れば横浜市の中で全部を完結させる方向に話はいくと思う。例えば、資料1-2をみると流出入を含め、98.3%ぐらいは神奈川県内となっているということは、県の西部や相模原は療養型が多いが、実際は横浜や川崎の患者さんを受けている。各地区で完結させるのではなく、県全体というスタンスも非常に重要になる。任せる部分と県が束ねる部分を掃き違えると、結局もっと細かいブロック内で完結となると、より無駄なお金が必要と思う。また、これは単純に患者数と病床数であり、我々のマンパワーの問題は考慮されていない。他にも認知症などの精神科のことは全く入っておらず、老健ぐらいしか入っていないくて特養施設は入っていないなど、色々なことが出て来ると思うのでその辺りも考えてほしい。

また、回復期という回復期リハビリ病棟というイメージだが、ここで指す回復期は資料の 18 ページのように単純に一日あたりの医療資源投入量で分けたときのこのところを回復期といているのであれば、いわゆる一般のカテゴリーのなかで、一般とか急性期という認識であられる病棟においても、この高度急性期・急性期・回復期というかたちなのか。回復期リハビリは神奈川県は 10,000 床足りないと書いてあるが、ほかのベッドを減らして回復期を 16000 増やせというデータと読んだが、いわゆるこの回復期は回復期リハではなく医療的には回復期である亜急性期や地域包括ケアや療養・一般を含めこのカテゴリーが足りないという認識か。それとも回復期リハ病棟を増やせということか。

萩原副課長

回復期リハ病棟を増やせというわけではなく、仰るとおり、この回復期というのは医療資源投入量、診療報酬で 600~175 点の方々の医療をする病床が今後増えていくだろうということである。

丹羽常任理事

保険点数によって区分して、それでどんどん動いていることがおかしい。例え大学病院であっても超高度急性期から急性期、慢性期に相当する医療費の患者さんがいる。また近隣の二次医療圏の病院をみると、大小はあるが一貫して高度急性期が 10%弱、急性期に相当するのが 20~30%、半数以上か半数前後が回復期に相当するような人が入院している。それを基にしてどうしていこうか。均した場合にはこの点数に分類され、では各病院でこれだけの人達が分類されるから、あなたの病院は半分まで回復期にしなさいという無茶苦茶なことは多分しないだろうとは思いますが、そのような議論をこれからやっていこうという捉え方でよいのか。それとも、これを基にその地域で病床を決めなさいということを目指しているのか。つまり、高度急性期・急性期・慢性期・回復期、色々な層の人がそれぞれの病院にいる。それを均したかたちで今回は出したが、それを基にして地域の役割を考えていきたいと思います、それができるのかということ考えていいのか。それとも地域で病床を決めてくれということであるのか。

中松主任

答えになるか分からないが、2025 年の必要病床数というものはある程度推計で出てくるので、それについてはこの数字ということになってくる。ただ、現行の数字は、高度急性期 10%、急性期 20~30%、回復期以降 50%ということだが、今日お示した現状は、病床機能報告制度で今年度出されたものをそのまま転記して出しているものであり、現実的には、この通りではなく、もう少し 4 区分のずれがあると思う。よって、現行も地域医療構想調整会議の中で議論していただきたいと思っている。その上で、現行から 2025 年の必要病床数に向けどうしていこうかという話をしていくことを想定している。

丹羽常任理事

それぞれの病院で病棟数を決めるということになっているから、さっぱり分からなくなっている状況である。こういった患者の構造が現在あるということを提示した段階で、来年の10月までにこの病床数で行こうというふうになるのか、これから先の調整会議のなかでどういうふうになっていくのかが読めずに困っているのが実情かと思う。それぞれの病院でその病床数を決めなさいというかたちでくるのか。急性期病院としてやっていく場合には回復期は認めない、ないしは、ここの病棟に入った方々は回復期10:1であるとか、そういったかたちで規制されるのか。

中松主任

病院の機能まで確定させられるのかどうかということか。

丹羽常任理事

病院ごとに回復期、急性期と分ける場合と、いまは病床ごとに申請しているので、同じ病院で高度・急性期・回復期というのはいりえるが、そのふたつが混在しているのであちこちで戦々恐々としているのが現状である。

中松主任

病院を新規に開設する場合に、その地域で急性期が過剰であれば、医療審議会の中で、急性期で開設する理由を聞くなどの手続きが必要になってくるが、既存の病床については、特段制約が生じることないと伺っている。

新江会長

分からないものはここで回答していただかなくてもいい。持ち帰って必ず回答してくれればいいと思う。考えていただいているのはわかるが、これが違った方向だった場合に、後で何だったのかということになるので、分かる範囲で、答えられる範囲で結構で、決して無理はしないで頂きたい。

仙賀常任理事

地域医療構想の話をするとき、地元の保健所の人達が来てこのレベルの話ができるのか。必ず県医療課のよく勉強されている方々が出てきてくれるのか。要は、県が仕切るので、知識のある方でないと困る。皆さん勉強はしていると思うが、現場では色々な質問が出てくると思うので、ぜひ会議にはそれなりの立場の方が出てきて調整役をしていただきたい。もう一点は、診療報酬で誘導され、急性期を7:1にして高くしたから皆一斉に行ったのだが、なぜ今回は診療報酬で誘導するということをしなくてこのような回りくどいことをやるのだろうか。一旦旗振りをして、7:1に皆持っていったのを、急に数年で辞めなさいとは厚労省が言えないから、こういうかたちで地元がこう決めたのだから、厚労省は地元の



意見を尊重するよとして、厚労省の責任を隠しているような気がする。病院は経営が第一であり、診療報酬で誘導されればそれに従わざるをえない。いままで皆それに従ってやってきた。医療費を削ろうと思ったら反対が出て来るかもしれない、7:1を減らせばいい病院別でなく病棟別にしたら。これは県レベルで答える必要はないと思うが。

#### 窪倉副会長

質問を二つさせて頂く。今日の資料に地域医療構想策定スケジュール案というのがある。これをみると、来年10月までかけて地域医療構想を策定することになっているが、ひとつはこの間、病床機能報告制度を毎年やると聞いているが、今年と来年で少なくとも1回はあるがこれを重ねて推計して反映させるのか。もうひとつはスケジュール案の矢印の流れだが、事務局が取りまとめ、まず地域別の会議に出して、その結果が推進会議に上がり、それがまた事務局に戻り調整するというサイクルだと思うが、図の並びでは推進会議が事務局側に近いので、地域別の会議の調整からボトムアップされるというプロセスが見えにくくなっていると思う。トップダウンだと困るのでその点は並びを替えるなどしたほうがよいのではないか。

#### 新江会長

地域の協議会でこれまで通り検討し、それが県にいくと保健医療計画推進会議となる。その上が医療審議会。末端の地域部会のようなところで十分に検討するのは調整会議と理解していたが、話を聞いていると横浜を入れて8つになってしまった。これまでは横浜は3つで議論をし、それぞれで検討していた。横浜はこれまで通りのほうがちゃんと議論ができるのではないか。北部も東部も西部をまとめてやると、なんのための調整会議かというのがある。地域の会議で揉んで決まったものを推進会議に挙げなくては、いままでと同じである。名前を調整会議ともっともらしい名前に変えただけで、色々なところに声をかけるだけである。言葉は悪いが、騙されてなるものかというところ正直感じる。これは会長としてではなく、一県病の委員として聞いてほしい。

#### 戸田常任理事

話の流れは分かったことにして、個別の病院に対しての効力、従うべき部分はどうか戦々恐々しているのはこの部分だと思う。私の病院は建て直しをするが、あなたの所でこれはやめると言われたら困る。ある程度収支を計算して経営をして人を雇っており、地域医療構想でこうなるからこの病床はいらないだろうとなったら民間病院の経営は成り立たない、それは皆同じだろうと思う。そういうなかで構想されて云々というのは、頭では分かりましたとなっても個々のいろいろな事情のなかでどういう効力を発揮するのか。誰も聞かないのでせっかくなので聞いてみたい。

#### 仙賀常任理事

公立病院だってそうである。

萩原副課長

強制的にこれはだめだということではなく、地域の中で話し合っただき、自主的な取り組みを促していく。

戸田常任理事

自主的とはどういうことか。今後のニーズがどこにあるかというのはわかるが、そこでどこまで合わせろと言われるのか。個々の病院の努力義務はどこにあるのか、民間は関係ないのなら、あとは公立でどうぞお願いとなる。そこをはっきりしてほしい。言ってみれば財産であるからそれを守っていくと考えているので、変えろと言われ、悪いこともしていないのにこれをやってはいけないとなったら、投資しても回収できないとなったらどうするのか。構想会議が出来上がった以降どのように調整するのかをお答えいただきたい。

新江会長

それをこの場で答えろといっても難しいのではないか。

戸田常任理事

では話し合ってもしょうがないのか。

小松常任理事

ひとつだけ県のほうで答えられるとしたら、保健医療計画推進会議がこのスケジュール表だと先にある。段組もあえて少し上になっている。要するに事務局が作ったものを保健医療計画推進会議に落として、それをさらに調整会議に落としている。役人的な感じのこういうのが表れているが。さっきからの話だと逆で、我々のイメージとしても、事務局が出した案を調整会議でというのかと。これは本当にこの順番なのか。会議の開催順はどちらが先と想定しているのか。

萩原副課長

当初は全体を検討するため、保健医療計画推進会議で議論し、その上で地域から意見をいただくことを考えていた。しかし、いまのお話でもう一度持ち帰って検討したいと思う。

小松常任理事

そうでないとちゃんと地元の意見を反映させるための調整会議なのか、ただ単に地元のガスぬきのための会議なのかというので全然違ってくる。自由に自主的な取り組みをという建前上のガス抜きの場合であれば、この話は全然意味がなく、我々が出来る範囲のことを勝手にやらせていただくし、最初にこの地域医療構想のなかで県としてどこまで何をやる

かをしっかり言っていたかかないと、細かい話や各論はいくらでもあるし、実際現場の感覚ではおかしいというのは沢山あるので、ある程度どういうものを目指すか言っていたきたい。色々な意見を出していただいてというだけでは結局は何も決まらず、最後に数字だけ持ってきてというのだけは勘弁してほしい。県としてはどこまでやるか、数字だけ出しておいてあとは目標でそこへ向かって地域のなかでやってくれという方向なのか。数字も出さないで各医療機関の病床の数まで動かすのか。その辺も含めて、そこまではできないと思うので、だったら将来そうなっていくという公開の場にしたいとか、県としてこの会議に当たってのビジョンが必要である。今日もそうだが皆さんお帰りになれないと思う。

新江会長

保健医療計画推進会議の前に地区で県にあげる前に揉むのが調整会議だと理解している。いきなり最初から推進会議で筋書きを作ったら今までより悪くなる。横浜のようにいままで3つであったものを1つでやれとか、その辺は、はき違えないようにしていただきたい。

また何かあれば来ていただいてお話しいただきたい。今日はありがとうございました。

終了