

平成30年度第2回  
神奈川県保健医療計画推進会議

平成30年9月19日（水）  
神奈川県総合医療会館1階AB会議室

## 開 会

(事務局)

それでは、ただいまから平成30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。本日はお忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。神奈川県医療課の加藤と申します。よろしくお願いいたします。

開催に先立ちまして、9月1日付で健康医療局技監兼保健医療部長、前田光哉が着任いたしましたので、ご挨拶を申し上げます。

(事務局)

9月1日付で健康医療局の技監兼保健医療部長を拝命しました前田と申します。よろしくお願いいたします。

(事務局)

なお、本日4名の委員からご欠席の連絡を受けております。聖路加国際大学特任教授の池上委員、神奈川県町村保健衛生連絡協議会の志村委員、神奈川県薬剤師会副会長の橋本委員、神奈川県消費者の会連絡会理事の矢野委員がご欠席でございます。また、県精神科病院協会の竹内委員の代理として山口様にご出席いただいております。よろしくお願いいたします。また、東京医科歯科大学の河原委員でございますが、少し遅れるとのご連絡が入っております。

次に会議の公開につきましてご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、傍聴の方はいらっしゃいませんでした。なお、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。

本日の資料につきましては机上にお配りしておりますので、何かございましたら、会議途中でも構いませんので、事務局にお申しつけください。

それでは以後の議事進行につきましては澤井会長、よろしくお願いいたします。

(澤井会長)

皆様、こんばんは。いつものことですが、円滑なる議事運営に努めてまいりたいと思いますので、皆様方のご協力をぜひよろしくお願いいたします。

## 報 告

(1) 平成30年度第1回地域医療構想調整会議の実施結果について(資料1)

(澤井会長)

それでは、早速これより議事に入ります。まず報告事項(1)、地域医療構想調整会議

の結果、概要について、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

(澤井会長)

ありがとうございました。ただいまの事務局の説明に対しまして、何かご質問・ご意見がありましたらどうぞお願いします。

よろしいですか。では、これは報告事項ですので、先に進めさせていただきます。

## 議 題

(1) 第6次神奈川県保健医療計画の進捗状況の評価について(資料2-1・2・3、参考資料1)

(澤井会長)

続きまして、議題は7つありますが、最初の(1)、(2)、(3)の3つは計画の評価、国庫補助金の評価、総合確保基金の評価ということで、保健医療計画の推進に関する議題が続きますので、質問はそれぞれ受け付けて、議決は最後に3つまとめて行います。

まず議題(1)の第6次神奈川県保健医療計画の進捗状況の評価について、事務局から説明をお願いします。

(事務局)

(説明省略)

(澤井会長)

ありがとうございました。では、ただいまの説明につきましてはいかがでしょうか。ご質問・ご意見はございますか。どうぞ。

(吉原委員)

ご説明ありがとうございました。2ページから3ページにかけて評価の集約が出ているわけですが、昨年度も同様に平成28年度の評価結果を説明していただきました。それを見ると、2ページのところにある(1)の「目標値の達成状況」は、「達成している」が19項目、「概ね達成している」が5項目、「やや達成が遅れている」が0項目、「達成が遅れている」が9項目、「その他」が4項目であり、今年の評価結果と比較してみると、「概ね達成している」が4個減っている一方、「やや達成が遅れている」が2個増え、「達成が遅れている」が2個増えており、全体的に見ると達成状況が悪くなっていると言えらると思います。

それから3ページの「総合評価の状況」については、去年の評価は、Aが8項目、Bが26項目、Cが5項目、Dが0項目でしたが、今年は、Aが1個減って、Bが2個増えて、

C が1個減っており、プラスマイナスゼロということで、こちらも余り改善が見られていないという言い方ができるかと思います。

1ページを見ると、一番上の1の「評価目的」のところに、PDCAサイクルの手順をもとに毎年度云々とありますが、これらの結果を見ると、うまくPDCAサイクルが回っていないのかなという印象を受けます。その点はいかがでしょう。

(澤井会長)

厳しいご指摘ですが、いかがですか。

(事務局)

昨年度の評価につきましては、5年間の計画ですが、1年目から4年目の評価となります。今回5年間、昨年度で終了して計画全体の評価ということになりまして、PDCAサイクルということで取り組んでおりますが、このような結果になっておりますので、また改めて新しい計画で進捗を進めていきたいと考えております。

(澤井会長)

よろしいですか。

(吉原委員)

このような評価は、毎年1回だけやっているのでしょうか。それとも途中で月次あるいはクォーターでPDCAサイクルを回しているのかどうかというところを教えてください。

(事務局)

基本的には毎年1回の評価としております。

(吉原委員)

それだとPDCAサイクルが長くて回りにくい感じがするので、もう少し短くしてPDCAを強化していただければと思います。以上です。

(澤井会長)

ありがとうございました。ほかにはよろしいですか。この評価はいつもすんなりと褒められたことはないので、よろしくお願いします。

## (2) 国庫補助金等における事業計画の事後的評価について (資料3-1・2・3・4)

(澤井会長)

続きまして(2)です。国庫補助金等における事業計画の事後的評価についてということで、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

(澤井会長)

ありがとうございました。大変膨大ですが、ただいまの説明につきましてはいかがでしょうか。何かご質問・ご意見はございますか。

ないようですので、先に進めさせていただきます。

(3) 地域医療介護総合確保基金の都道府県計画について(資料4-1・2・3、参考資料2-1・2)

(澤井会長)

議題(3)です。地域医療介護総合確保基金の都道府県計画について、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

(澤井会長)

ただいまの説明につきまして何か。先生。

(鴨志田委員)

県歯科医師会の鴨志田でございます。これは毎年同じ話をしている気がしますが、総額についてのお尋ねです。全国で882.6億円、基金額ベースと書いてあります。私はよく詳しいことはわかりませんが、ざっくり言って神奈川県は900万人おりますので、大体7%ぐらいの人口かと思っています。それが残念ながら調査票の提出が19億円、内示額が18億円、随分ご遠慮されているような気がしますが、これは何か特別な理由があるのでしょうか。私のところもいろいろとお金は欲しいし、医師会の先生方も基金でいろいろと使いたいことはたくさんあるかと思いますが、その辺について簡単にご説明をいただくと、納得するとありがたいです。以上です。

(澤井会長)

ということで、事務局は何か説明できますか。

(事務局)

事務局からご説明させていただきます。これにつきましては私どももじくじたる思いがあります。平成29年度までに造成いたしました基金の残高が、特に事業区分Ⅰについてかなり残高が積み上がって、40億円以上はあるという状況がございまして、一旦、特に事業区分Ⅰにつきましては、新規の施設整備の積み立を見送っているところでございます。ただ、この状況を継続するのはよろしくないと考えておりますので、事業区分Ⅰも含めた有効な活用の仕方を検討していきまして、基金を全国の中でもきちんとした確保をしていって、事業に活用していける状況をつくり出していきたいと考えているところでございます。

(鴨志田委員)

恐縮ですが、病床の機能分化・連携のために必要な事業、特にⅠのところでは残高があるというお話ですが、その残高があるのは当初5年は5年の計画で、これだけためておいて大きな事業をしようというそもそもの計画だったのか、それとも毎年使いたかったのだけれどもそれが消化できなかった、つまり実現できなかった、事業ができなかったということで残高が残っているのか、その辺はいかがでしょうか。

(事務局)

事務局からお答えさせていただきます。施設整備につきましては単年度の事業ではなく、平成27年度から積み立てをしている、複数年の計画です。ただ、これについては、計画よりは進捗遅れがございまして、それによって残高が計画以上に発生している状況です。これを今後、事業の進捗を進めて消化していき、さらに新たな財源の確保に努めていきたいと考えております。

(鴨志田委員)

神奈川県は人口があつて税収もあるし、ふるさと納税で大分減っているのに怒っているのでしょうか、ぜひ有効にお使いいただけるとありがたいと、医療人としてはそのように考えますので、よろしくお願いします。

(澤井会長)

ほかにはいかがでしょうか。どうぞ。

(渡邊委員)

看護職員の確保についてでございます。平成30年度に業務従事者届が実施されると思いますが、たしか平成24年から平成26年のこの2年間でのふえ幅と、それから平成26年から平成28年に実施の増え幅がかなり違っていると記憶しております。必ずこの業務従事者届を出すように、特に病院などではきちんと管理されていると思いますが、小規模の施設ではきちんと出されていないところもあるのではないかと見ております。特に訪問看護ステーションなどでいいますと、事業所の数よりも責任者の数が少なかったりという数字も出ておりますので、きちんと届け出を出すような働きかけをぜひお願いしたい、正しい状況を把握できるようにしていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

(事務局)

本日いただきましたご意見を参考にさせていただきます。所管課で対応させていただきますと考えております。

(澤井会長)

ありがとうございます。ほかにはいかがですか。

では、まだまだ後に大変な議題がございますので、最初にお話ししましたように、これで議題の(1)、(2)、(3)ですが、それぞれただいま皆様の意見もいただきましたが、全体としては事務局の説明の内容で承認してよろしいですか。よろしいですね。あり

がとうございます。それでは事務局はその内容で作業を進めてください。

(4) 平成30年度の病床整備に関する事前協議について(横浜、横須賀三浦、県央) (資料5、参考資料3-1・2)

(澤井会長)

引き続き議題(4)平成30年度の病床整備に関する事前協議について、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

(澤井会長)

ただいまの事前協議についての説明に対しては、何かご質問・ご意見はございますか。よろしいですか。

では、この内容を承認してもよろしいと思われる方は、すみません、挙手をお願いできますか。

(挙手)

(澤井会長)

ありがとうございました。総員挙手です。それでは事務局はこの内容で進めてください。

(5) 基準病床数の見直しについて(横浜、川崎北部、横須賀三浦) (資料6、参考資料4、5)

(澤井会長)

続きまして(5)です。基準病床数の見直しについて、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

(澤井会長)

ありがとうございます。ただいまの説明についてはいかがでしょうか。どうぞ。

(小松委員)

県医師会の小松です。質問させていただきたいのですが、川崎北部ですが、一般の病床利用率が0.8から0.74とかなり大きく下がっています。現時点で把握できている理由は何かありますか。

(事務局)

現時点での理由につきましては把握しておりません。

(小松委員)

わかりました。病床利用率が下がるということは入院する患者さんが減ったということです。入院患者さんが減っているにもかかわらず、ベッドを増やしていかなければいけないという矛盾が生じてしまうのがこの算定式の問題点かと思います。

もちろん入院したい患者さんがたくさんいるのに、病院が機能していなくて利用率が下がっていて、たらい回しとか、そういう社会問題になっているのであれば、その病院を活性化するか、もしくは別のところで新しいベッドをつくるかという処方箋はあると思います。そうでないのであれば、病床利用率は増えていないということが何よりこの算定式通りに、人口が増えるからといってベッドも同じように増やす必要がないという一番の証拠だと私は思っています。ですので、横須賀三浦の場合は0.80と0.79なので、ここは本当に大した差ではないと思いますが、人口が増えれば増えるだけベッドを増やさなければいけないというやり方は極力避けるべきです。そういう意味で、基準病床数の算定式上は増やせという結果が出ますが、資料の6の3に載せていただいたような、今年のような猛暑では熱中症患者が急増しましたが救急車の出動件数といった指標と、入院受療率とか入院医療提供体制というところはさほど増やさなくても現場が対応できているとして回っているという指標を出していただいて、その2つを比べながら地元で判断すべきかと思います。可能であれば、地域の調整会議のときまでに何らかのそういう指標を出していただけるとありがたいと思います。お願いいたします。

(澤井会長)

よろしいですか。ほかにいかがでしょうか。

(水野委員)

横浜市医師会の水野です。本来は横浜の地域医療構想の中でやるべき話ですが、全体的にも関係すると思うので一言言わせていただきます。

横浜の医療局とはよく話をしていますが、年寄りが増えるから入院がふえるという方程式は成り立たないことをまず確認してほしいです。それはなぜかというと、みんな各地域で健康寿命を伸ばそうということで、横浜でも健康福祉局がいろいろな事業をやって、実際0.何歳か伸びています。それは県でも同じような事業をやっていて、各市町村でもいろいろな事業をやっていていると思います。横浜でも積極的にそういうことをやっているのも、まず一つは、年寄りがふえるからベッドが必要という、この方程式はまず成り立たなくなっているということです。

もう一つ、お年寄りの入院する理由は何かを考えた場合、家族で面倒を見られないからですが、今、地域包括ケアの中でいろいろなところで、介護予防ということが出来てきているということと、それから今、医師会でもそうですが、在宅医の支援なり調整をやっていきますと、入院しないで何とかやっていこうという希望を持っている人が多いので、そのようなところも実際には多くなっています。ところがこの計算式だと、全くそれが反映さ



れるところがないことが非常に大きな問題なので、そういうものを国も現状に合わせて調整会議で決めていいことになっているので、私はそういうところから言って、つくることによる利益と弊害を考えた場合に、どちらが本当にいいのかということを考えていかないと、現状のものを全部潰していかなければいけないという状況が近い将来起こってくる危険性がものすごく高いです。特に横浜の場合は、ことし、来年で人口のピークを迎えてしまうということがありますので、そのようなところも、この県の会議とは別に、各地域の調整会議が主体となってやっていかなければいけないと思います。

ですから、この式だけで、現場でいろいろな職種の人が頑張ったのは何のためにやっているのかと、それがこのベッド数に反映されないこと自体がおかしいと思いますので、ぜひそういうところを考慮して地域医療構想調整会議でやっていきたいと思っています。以上です。

(澤井会長)

ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。

私からも一言よろしいですか。今の3地域の基準病床を見ても、横浜が一番大きい数字なので、今、水野先生の話もありましたが、横浜が一番慎重に考えなければいけないと思いますが、病床利用率が低いと、基準病床数の考え方は大きな数になります。ということは、その数はその病床利用率の病院をつくるとすれば幾つ要るかという考えなので、そもそも私は基準病床数。国がああやって決めているので今さら文句を言ってもしょうがないかもしれませんが、こういう状況の中で理想的な病床利用率は例えば95%とか、そういう数値に当てはめて基準病床をつくったら、これからつくってほしい病院はそういう病床利用率をしたときの病床だと。低い病床利用率のまま、またそれで数をつくって、低い病床利用率の病院を、これだけ要するのでという考え方は、私はもうやめるべきだと思います。

あと、特に今、横浜二次医療圏で回復期機能または慢性期機能ということで、先ほど病床整備事前協議の話がありましたが、そういうところの場合は病床利用率は少なくとも、基準病床を考えるときにはもっと大きな数字で考える、その前の病床機能報告の実数にこだわる必要がなぜあるのだろうといつも思っています。すみません。感想です。

ほかにいかがでしょうか。ありませんか。窪倉先生、よろしいですか。

(窪倉委員)

はい。

(小松委員)

基準病床に関して一つだけ確認です。この3地域に関しては今年見直しを検討するということですね。だから算定式上はこのようになるし、でも実際の医療現場の実感とかいろいろな状況、示すほどのデータはないにしても、今はそうでもないのではないかなったときに、要するに今年度は基準病床数の見直しは行わないという結論もありですか。

(事務局)

おっしゃるとおりです。あくまで基準病床を見直すかを検討する協議になりますので、見直さないという判断もあります。

(澤井会長)

水野先生、そうですね。

(水野委員)

これは日本医師会を通じて厚生労働省にも確認しましたが、各地域によって病床利用率の係数を変えていいことになっています。ですから、その調整会議の中で医療課がすればいいということがまず1点です。

それから今、会長からお話がありましたが、要するに理想とする病床稼働率は、国はだめだと。ですが、現状として、12カ月の中の実績としての最高のベッド利用率があった場合、それは使っていいと。

(澤井会長)

それは知っています。

(水野委員)

瞬間最大風速を使っていいということであれば、この0.81という値以上のものが多分出ていると思います。そうするとそれを使っただけで、もうこれは一般的といいますか、国が示した中で横浜は一応0.81ということでやろうという話で行政と話したのですが、これもまた本当に現状とこういう数が出てくればいいのです。実際的にはもう少しこの係数を上げれば、またこれですごく減ってしまいます。本当にそういう曖昧な中での話なので、もともとは現状として、行政にも確認していますが、我々も入院できなくて困るという訴えはないです。あるのは、例えば中核病院に年寄りを入れてくれと言ったけれど断られたから何とかしてくれというような、少し違う要望がたくさんあるだけであって、本当に必要な人を必要なところに入れられなくて困ったというのは、まず横浜の中では聞いていないし、確認した中で、行政にも多分ないだろうと。

という中で、うまく回っている中で、増えたことによるマイナスはどんなことがあるのかを考えた場合、根本的な地域医療計画の大もとは、国はベッドを減らしたいというのが本音なので、その中で増やさなければいけないということは、本当にこれは真剣にその必要性なり需要があるのかないのかと。またそれに伴ってベッドを増やすということは、それに関連する医療関連職員の確保なりそういうものが全部本当に保障されているのかというところで問題が出てきてしまうと思います。例えば計画上で、医師何人、看護師何人集めますということをやっ、この間、ある県で払い下げになった病院で大きな問題がありました、それが現実だと思います。ですから、人員確保から何からできている計画が出てきたとしても、本当にそれが必要かどうかを地域医療構想調整会議の中でやっていかないと、増やすことに対する責任を我々は持たなければいけないと考えています。

(澤井会長)

ありがとうございます。最初の部分だけ少し私から釈明させていただきますと、基準病床数の計算式で、先生が言われたように、そういう国の基準といますか、それは私も知っています。ただ、そういう形でそもそも基準病床をつくるので、本当は理想的なものの数値を使って欲しいと言いたいのです。基準病床はこうだけれど、解釈としては、もっと高い病床利用率を使えばこんな数値になるので、だからこれでいいのではないかということ各調整会議でやればよいと思っています。言っていることは先生と同じことなので、各地域の調整会議で頑張してほしいということです。

他にいかがでしょうか。どうぞ。

(木村委員)

皆様の意見を、私が理解したのは、低い病床稼働率を使って、足りないと言って増やしたときに、後で実は正常に戻って稼働率が上がってしまったら、増やしたはいいけれど余ってしまうことも起きるわけです。そういうことを多分おっしゃっているのですよね。それは困りますので、そこのところはしっかりとやっていただきたいと思います。よろしくお願いします。

(澤井会長)

ありがとうございます。横浜では水野先生が頑張ってくれると思いますので、一番大変なところですから。

他にいかがでしょうか。ないようでございますので、ただいまの基準病床数の見直しについてはこの内容を承認するというので、賛成の方は挙手を願います。

(挙手)

(澤井会長)

ありがとうございます。それでは事務局、これもこの内容のままで進めてください。

#### (6) 病床機能報告における地域の実情に応じた定量的な基準について (資料7)

(澤井会長)

続きまして(6)です。「病床機能報告における地域の実情に応じた定量的な基準について」、事務局、説明をお願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

(澤井会長)

ありがとうございました。ただいまの説明に関していかがですか。どうぞ。

(水野委員)

別紙のところです。平成29年度病床機能報告制度でこれだけの数が出てきているわけで

す。一番私が問題だと思うのは、病床機能別のベッド回転率は出せますか。例えばここに書いてある高度急性期の1万322床、急性期の2万996床の病床稼働率は出せますか。

(事務局)

病床機能報告でご報告いただいておりますので、機能別に計算すること自体は可能です。あくまで報告いただいたものに基づいてとなりますが、可能です。

(水野委員)

そこで現場の感覚として、本当にこれだけの高度急性期が必要なかどうかは、病床稼働率とかそういうものを見ないと評価できないのではないかと。要するに2025年のときの数です。高度急性期が9419床、現在で1万322床です。減ってはいますが、平成25年のときも本当にこの高度急性期がこれだけ、横浜と他のところは少し違うのかもわかりませんが、現場感覚としてあり過ぎではないかと思うのです。そうすると他の病床は、急性期あるいは回復期、慢性期のところの病床稼働率がどのぐらいかによってもまた病床の必要数は変わってきてしまうと思うし、さらに今度、地域包括なり地域医療支援なりということになってきますと、医療機関別のもの、例えば小規模多機能にしても老健にしても、そういうものに行くべき者が入院していたりいろいろな現状が出てきてしまうと、せっかく建物、社会資源としてあるものの活用が全くできないままに、病床不足という名目のもとに病床がつくられていってしまうと、さらにいろいろな全体的な……今一番増えないのは、人的な資源が絶対増えないので、それをどのようにしたらいいのかということが問題になってきます。

例えば在宅医療をやっていく往診医や何か、先ほども資料に出ていましたが、横浜でも2025年にはどれだけの在宅医が必要かも出していて、これは8割方そろろうという実感がありますが、看護師や介護職に関しては100%不可能だろうという感覚です。そうすると、医師のほうで在宅でそれだけやる者が出てきたときに、訪問看護とかそういう必要性もありますが、まだ人材不足のために病床を開けないという非常に非効率的な結果は招かないで済むではないかというものがあります。ですので、ぜひこの現状の急性期及び高度急性期の病床稼働率を、あるいは在院日数を見ていくと、本来はもうある程度、高度急性期や慢性期は飽和状態になって、それは現状として慢性期は回復期を兼ねているというものが数的に見えてくると思います。それが一番必要になってくるのではないかと。今後いろいろなものを考えていく上で一番それが、数字で出るのが一番わかりやすいというか、現状をあらわしているもので、そのような病床稼働率あるいは在院日数、病床ごとのものを出すことは大事な資料になってくると思うので、ぜひそういうものを出していただきたいと思います。

(澤井会長)

大丈夫ですか。

(事務局)

ありがとうございます。第1回の調整会議の地域の現状報告の中でも、4機能別の稼働率は出させていただいたりもしましたが、病床機能報告の中にもかなりいろいろなデータがありますので、ご指摘いただいたように、稼働率に限らずどのようなものが出せるかは検討して、できるだけ効果的に出せるようにしていきたいと思います。

(水野委員)

よろしいですか。

(澤井会長)

はい。

(水野委員)

何が言いたいかといいますと、地域医療構想はベッド数あるいは入院だけのことを考えるのではなくて、その地域でその人たちをいかに診ていくかというシステムを考えています。算数的な計算ですが、病床を減らして在宅に出てきた、では、それを賄っていくのはどうするかという中で、医師の数あるいは開業医療機関の数はある程度、神奈川県の中は多分足りているかと。ただ、それを往診する医者がいないことが一番の問題だったわけで、その往診する医者を我々医師会としては往診医の養成なり往診支援ということでいろいろな事業をやってきていて、徐々に増えています。この間、横浜でやった在宅医の研修会でも、座学にはもう60何人来ているし、同行研修はことし30何人希望者が出ているという中で、徐々にですが、横浜の中ではもう、看護師さんを増やせと言っている以上、医師会としては往診医を増やしますということを示さなければ、これは相手に要求するだけで自分たちの責任を果たさないで、どういう状況かということで、現在では2025年のときに一体どれだけの在宅あるいは往診なり在宅管理料が出るかを想定のもとに、どれだけの数の在宅が必要かの計算を出して、それに向かって今、それを達成しようとやっています。

そのような中で、病院が足りない、では、それは入院が足りないからつくらなければいけないのか、そうではないでしょう。それをいろいろと、地域包括ケアは地域医療構想で別途、機能分割する中でのそれを支えるシステム、もう病院のことだけを言っていますが、実は全体的に支えていかなければいけないという、それを考えなくてただ単体的な物の見方をしています。数が足りない、では、つくれ。そうではないです。数が足りない、では、在宅で診られる人もいるでしょう、それを支えるシステムはどうなのだと。どちらが実現可能で、どちらが孤立していくかも考えていかなければいけません。私はそれが地域調整会議の一つの大きな目的になるのではないかと考えているので、そのようなものを担保する上でも今言ったような資料が出てくると、より説得力というか、説明しやすいと思うので、ぜひそういうものを出してもらいたいと思います。

(澤井会長)

ありがとうございます。ということで、努力していただくということ、地域医療構想は

在宅も含めて全部で見なければいけません。

ほかにかがですか。何かご意見・ご質問はありますか。窪倉先生。

(窪倉委員)

資料の確認をさせていただきたいのです。

(澤井会長)

資料何番ですか。

(窪倉委員)

資料7の一番後ろに別紙と書かれているものがございしますが、この試算は神奈川県  
の病床機能報告制度、平成29年度をこれらの3県の方式に従って、試算したらこうなりました  
という理解でよろしいですか。

(事務局)

はい。

(窪倉委員)

そうすると、計算方式によって意外な結果が出てくるわけですが、埼玉県にしる奈良県  
方式にしる、本当にこういう方式を採用すると、神奈川県  
の回復期は余り不足してなくて、むしろ急性期のほうが不足するのではないかという  
考え方になってしまって、これまでの病床整備の方向性と大分違ってしましますが、  
こんな大きな変更をやってしまって大丈夫なのですか。

(澤井会長)

まだ変更していないのですよね。

(窪倉委員)

まだ変更していませんが、やろうとして。

(事務局)

おっしゃるとおり、こちらは機械的に当てはめてみたものなので、神奈川の実態に合っ  
ているかどうかというところもあるかとは思いますが。

あとは、今も各地域の中で、そうはいつでも急性期に不足感がある、回復期に不足感  
があるというご意見も出ていますので、大幅に不足しているわけではないのではないかと  
いう前提のもとに、そのような地域の実情を踏まえながら今後検討していくことになるか  
と思っております。

まだあくまでこれについては今後検討となりますので、これを設定した後で、次年度以  
降の整備についてはまた検討してまいりたいと考えております。以上です。

(澤井会長)

十分協議してやっていただければと思います。どうぞ。

(小松委員)

小松です。ここに来て、国が定量的な指標の導入をと言い出しさえしなければ、この議

論に戻らずに本来あるべき地域医療構想の議論ができたはずが、また定量的なということで先祖返りしたのでこういう話題になってしまったのですよね。そうなったときに、我々病院からすると、病床機能報告も負担ですが、さらに負担が増え過ぎるのは負担です。だからできるだけシンプルにという意味で言うと、奈良県方式ぐらいがいいのですが、結局は、これは何のために出すのかという話ですよね。

この話も、今言っているのは急性期と回復期の線引きの話だけであって、高度急性期に関しては大学病院でも全部を高度急性期に出しているところもあれば、数字をある程度自分たちで定量的に線を引いて半々にしているところもあるわけで、病床機能報告制度の定量的なものもう切りがない話です。例えば奈良県方式は結局、救急と手術なので、内科の重症者は拾えません。特に入院してから内科的に重症化したケースとかは拾えなかったりするので、救急特化型の急性期と地域貢献型急性期みたいな形での線引きです。結局、多分、線の引き方は各地域によってもう切りがなく、そのベッドの数と機能区分の数字を出すよりは、高度急性期と急性期と回復期の3つに関しては各病院で各病棟で混在しているので、ざっくりとした議論でいいかと個人的には今でも思っています。

定量的に引きたかったら、国が最初に引いたレセプトで無理やり引く方法でやれば同じ数字が出るわけなので、正直、この議論をまた蒸し返されるのはナンセンスだと思っています。

(澤井会長)

ありがとうございます。何かありますか。

(事務局)

ありがとうございます。基本的には余り医療機関の負担がふえない形で、病床機能報告は病床機能報告として制度としてございますので、これは、県である程度方向性を決めて、こういう形でどうでしょうかという目安としてお示しする形で、各地域別に分けようとか、そういう細かい議論をすることは現時点で県も考えておりません。ご相談して案をつくって、またご報告して、医療機関の負荷や地域の負担が余り増えない形には考えております。以上です。

(澤井会長)

ということによろしいですか。

(小松委員)

はい。

(澤井会長)

ほかはいかがでしょうか。どうぞ。

(修理委員)

今の小松先生のご意見に近いと思いますが、もともとはレセプトから高度急性期と急性期に分けた話を、病床機能報告制度のときにそれをやらなかったのもとのコンセプト

トとは乖離していると思います。印象とすれば、地域医療構想の考え方と比べると、明らかに高度急性期が多く出ている、横浜でも多分高度急性期が多く出ていると思います。ですから、もし厳密にやるなら、先ほど小松先生もおっしゃっていましたが、レセプトから客観的に引けるような形にすべきだと思っているし、もしそれができないなら、例えば佐賀と埼玉でこれだけ高度急性期が違うことなので、各県でばらばらにやっても余り意味はないかと。むしろ医療機関の負担が増すだけかと。それに、報告することを強制はしないと書いてあるので、それなら大学病院は全部、高度急性期で出してきたりすると思いますので、ほとんど意味を持たないのではないかと思います。もしやるなら一律、機械的なやり方で、なおかつそれは強制ということにしないと、余り客観性がないので、どれほど効果があるのかなとは思いました。以上です。

(澤井会長)

ありがとうございます。

ほか、いかがでしょうか。それでは一応、まだ定量的な基準で何をどうするという事ではないですが、そういうものがあつた国の報告で県も考えますということでもいいですね。

それでは、そういうことで承認していただけますか。挙手を願います。

(挙手)

(澤井会長)

ありがとうございます。それでは、その内容で進めてください。

#### (7) その他 (参考資料6)

(澤井会長)

では、「その他」でございますが、どうぞ。

(事務局)

(説明省略)

(澤井会長)

という現状までの報告ですが、何かこれについては、ぜひ。窪倉先生。

(窪倉委員)

きょうは報告だけという話ですが、次回、我々が意見を言うときには既に決まっているという状況になっていると大変懸念が大きいので、少しここで意見をさせていただきたいと思います。

この説明文章を読むと、私たちはきょうの議題(4)とか(5)でベッドをふやすこととか、病院を開設することについて非常に厳密な審議をやって、ルールに基づいてやっている立場ですが、きょうのお話を聞くと、自由診療であるならそんな難しいことはなく、



ベッドが何床でも開けてしまう可能性があるのではないかということは、この手続を見ると類推されるわけです。そうしますと、県のご説明でも少しありましたが、何もこの病院だけでない病院がまた同じようなスキームで手続を、手を挙げて申請してベッドを開くという状況が今後も予想されてきます。今回の場合は2020年に間に合わせようという前段があるみたいで大変急いでいる印象もあるわけですが、これは非常に大きな問題をはらんでいると思います。

といいますのは、恐らくこのベッドが開設されれば、既存の病床の中に入るわけです。基準病床との差し引きで今後ベッドをどうするかという問題にも跳ね返ってくるでしょうが、既に川崎の南のほうはベッドは過剰地域であると私は理解しています。そうした問題もあって、今後このような病院が増えていくと、恐らく総枠は規制されているから、保険診療をやる医療機関の数、ベッドの数とそこで働く人たちは一定の数しかないわけなので、地域医療に貢献しているベッドと、それから従業員がこのような自由診療の領域に大きく浸食されていくことが考えられるわけです。ですので、総論的に言って、慎重を要する中身ではないかと思うので、まだまだどのようにこの地域医療が守られていくのかというルールができない中で、急いでこういうことを許可していいのかという大きな問題意識があります。

もう一つ、各論的に言うと、ここの開設を要望している葬会は、現在、県の中央のほうで、厚木の七沢の病院だったと思いますが、病院の譲渡を受けて、新しく開設するに当たって譲渡の条件を守れない、つまり従業員を集められないで地元の医療関係団体と大変ぎくしゃくしているという実態がございます。そのような実態を持っている方がこういう新しい病院を開くと手を挙げているのであれば、むしろ順序が違うのではないですかと。むしろ七沢の病院をしっかりと開設して、地域に信頼を得るような手続をまずは踏んで、このような問題に手挙げすべきではないかと私は思います。

もう一つ、各論的な問題は、この病院は20床の特区内で許可された病床があります。この特区内で何をやるかということ、世界最高水準の高度医療をやるということで認められているはずですが、そうした中でどういう実績が実際ありますかと。そういうベッドを使ってこういう診療はできないのですかという問題もあるのではないかと思います。そうした問題も未解明なまま手続だけが進んでいくことは大変懸念が大きいと病院団体としては思っていますので、慎重に審議を進めていただきたいと思ひますし、この会議自体は地域医療に混乱をもたらさないためにいろいろと議論する場ですから、ぜひこの場を十分活用して禍根を残さないような手続を踏んでいただきたいと思ひます。

(澤井会長)

ありがとうございました。高橋先生。川崎ですね。

(高橋委員)

川崎の高橋でございますが、当事者としてここに書かれておりますように、理事会での

葬会からの報告などを受けております。今、窪倉先生がわかりやすくお話ししたので、余り加えて言うことはないですが、窪倉先生の言った極めて重要な、現在、地域医療構想でこのような論議をして、機能別に必要な病床はどのぐらいかとか、減らすか増やすか、そういうことでみんなが一生懸命考えていて、地域包括ケアを何とかうまくやっという中で、地域医療に余り貢献のないこのようなことについて大変、川崎市医師会としては基本的には反対しているところであります。

一つ、きょうの本会議の設置要綱を見ますと、医療法の30条ということで出ておりますが、この葬会の要望もこの医療法の30条で、営利を目的としない場合はこういう条件がそろっていれば許可しなければならないということになってはいますが、どうも今の地域医療に何とか頑張ってみんなでやろうと言っている中で、自由診療だからということでこのようなことが起こるのは極めて違和感を覚えて反対の立場でいるところであります。

今、窪倉先生が既にお話ししてくれましたように、南部医療圏は病床過剰であります。また葬会が今A O I 国際病院という名前でやっておりますが、社会保険病院の移譲を受けてやっております、一応、市への報告では社会保険病院と同じ機能を動かしていると言いますが、我々が地域から見ますと、どうもそのようには思えません。それで今、特区病床のお話も出ました。本当に総理大臣名での特区病床20床がどのように動いているかもわからないし、そんな最高医療をやっているとも考えられません。七沢病院のお話も出ました。今まで受け持ったというか、移譲を受けた病院をしっかりとやって、住民に理解を得た上でなければ、余りよくないのではないかと。既に私のところに川崎出身の代議員から、これを何とか協力してあげてという圧力がかかっている状況でまことに遺憾だと思っております、川崎市医師会としてはこれからの説明を受けて、市への報告、お願い文というか、そういうものを書こうと思っているところであります。

(澤井会長)

ありがとうございました。きょうは県がどういう意図でこれを出しているのか、賛成なのか反対なのかは私はわかりませんが、とにかく今、窪倉先生も言われたように、ここの市議会とか県との協議とか何かでもう決まってしまうのではなくて、この推進会議とか対策協議会かわかりませんが、こういうところできちんと議論して、例えば反対ということであればそれはとめることができる、そういう進め方もあり得るということではないですか。

(事務局)

手続に関してだけ言えば、県と川崎市が今できることは、法的な手続自体は勧告しかありません。

(澤井会長)

勧告だけですか。

(事務局)

はい。ただ、実際問題として、要は保険医療機関として仮に認められなくて自由診療と

して実施された場合、地域医療に懸念があります。例えば診切れなくなった患者さんを地域の医療機関に救急で転送されたり、あるいは先ほど出た事例でいえば、医療従事者を確保するのに地域から引き抜かれてしまったとか、そのようなことがあっては地域の医療がもたなくなってしまうので、そのようなことがないように実施にあたっての約束を取り付けていかなければいけないのではないかと考えています。

(澤井会長)

その約束をいつも履行しないところだから問題なのです。

どうぞ。

(小松委員)

今、先生方がおっしゃった意見と私も同じですが、基本的に開設の許可をせざるを得ないとおっしゃいますが、医療ツーリズムははっきり言えば営利ではないですか。もうそこで終わりだと私は思います。医療ツーリズムの是非については置いておきますが、この会が今まで神奈川県内で築いてきたことを考えたときに、これは行政としては非常に慎重かつ抑制的に対応するべき問題だと思います。まずこの営利を目的とする場合というところが、医療法人がやってもこの事業は営利です。医療ツーリズムに対する本市の基本的な考え方ということで川崎市の意見を述べている中に、メリットがあるとしたら地域における経済効果の期待、国策への協力ということは、要するに営利だからメリットがあるわけです。そういう意味で言えば、これは営利を目的とする場合なので許可を与えなくていいと私は確信していますし、そういうことだと思います。

あとはそもそも論として、社保からAOIに譲渡したときに老健と病院はあの場所で10年事業を継続する条件であったと思うので、結局いつものパターンで、言っていることとやるのが違うのではないかなってしまう。ただ、これは葬会だからというよりは、こういう提案は今後も出てくると思うので、出てきたときに、きちんとまともな理屈でやらないといけないと思います。医療法人がやっても事業として営利であれば確実に営利ですし、医療ツーリズムは営利だから議論の余地があるわけで、これを非営利であるとするなら、なぜ病床が過剰で、スタッフが不足して非稼働病床がある川崎南部で外国人のために非営利な事業をやる是非があるのかという議論になります。

(澤井会長)

非常に明快にありがとうございました。営利を目的とする場合はだめということですね。

(窪倉委員)

だめです。

(澤井会長)

わざわざ書いてくれたので、そうでしょう。では、簡単ではないですか。

(事務局)

ですので、その部分の定義も含めて調整させていただきます。

(澤井会長)

勧告できないとか、その定義も、それがおかしいです。

(水野委員)

そんなばかな話はないです。

(澤井会長)

どうぞ。

(水野委員)

今もうまさに私も、一番先に印をつけましたが、営利を目的とする場合を除きと書いてあるから、これで除かなければいけません。もしそうでないとしたら、医療ツーリズムをやるのが営利でないということをきちんと葵会は証明しなければいけません。それなく受けること自体が私は県というか、これは弱気過ぎるし、この時点でまず一番先に問題なのは、先ほど窪倉先生も言いましたが、県民の税金でつくった七沢の病院を、譲渡を受けたにもかかわらず約束をほごにしていること自体、医療機関ではなくて、地元の医師会、県医師会との信頼関係を裏切ったことになります。かつ、それに関して何ら法人の責任者自体が出てきて説明が1回もないと、こんなことは信じられないというか、仁義にもとるというか、とても話にならないと思います。

その下に、医療計画の達成の推進のため、特に必要がある場合にはと、これは県として必要があると認めるわけですか。川崎南部の医療計画上、この病床が必要であるという根拠は何もないですよ。

(事務局)

これはむしろ逆で、勧告をするためにこういう要件がありますので、むしろこれはそのまま実施されると困るので、きちんとそこの部分について検討して必要を認めて勧告しなければいけないことを説明したいということです。

(水野委員)

あと下のほうに、国策への協力や、国策への協力は別として、市域における経済効果の期待があると。では、100床これがやったことによって一体どういう経済効果があるのかと。むしろ弊害のほうが大きいのではないかと。これに対して川崎市は反対できないとしたら、完全に政治的な圧力以外何もない、高橋先生がおっしゃること以外何もないと。

(澤井会長)

先生、ありがとうございました。時間がオーバーしていますので。

(古座野委員)

はい。

(澤井会長)

では、最後にしてください。

(古座野委員)

今お話を伺いまして、七沢病院の問題が出てきました。そのことは知らなかったのですが、あの施設、七沢病院は県の外郭団体がやっていた施設ですよ。

(澤井会長)

指定管理です。

(古座野委員)

そうですね。ということも踏まえて、この保健医療計画推進会議で3月のところまで送らないで、非公式でもいいと思いますが、正式なものでもいいでしょうが、この会議に葵会の幹部の方に来ていただいて、説明を聞き、質問をし、少し議論した中で県としての考え方を整理されていく方法はとれないものかどうか、お話を伺いたいと思います。

(澤井会長)

きょうは協議する場ではないので、簡単に言ってください。とにかく私は、ここの営利を目的とするのは除き云々で、子供が考えてもわかる論理なので。どうぞ。

(事務局)

ありがとうございます。皆様からご指摘・ご意見のところ、営利とかそういうところなどもあります。私どもの説明がぐだぐだしているところは、許可を与えなければならぬというのが私たちに言われていることと、それからこの葵会のこの病院は川崎市に、高橋先生がおっしゃったように、政令指定都市のところでございますので、県知事ではなくて市長が許可することになります、ということが一つあります。

ただ、皆様からご指摘がありましたように、医療ツーリズムは営利ではないかという件などに関しましてはそれなりに、例えば地域住民にとってメリットがあると言うならそれなりの根拠を、それで営利だと言うならそれなりの根拠をきちんと整理しながら、例えば葵会にその説明を求めるとかということをきちんと地域のところで会議を、説明していただくとか、そういうことを川崎市の行政ときちんと確認しながら、手続を進めるか、とめるかを検討していきたいと考えております。

(澤井会長)

途中のプロセスはわかりますが、それでは川崎市の問題だと、県のこういう会も関係ないということですか。

(事務局)

そういうことではなくて、そこに至る前にいろいろと。

(澤井会長)

至る前は先ほどのあれで、市からやるのはわかっています。

(事務局)

最終的には県の医療審議会で見解を聞いて勧告することになります。

(澤井会長)

医療審議会はほとんど報告だから、その前の例えばこういうところでやりたいのです。

(事務局)

この計画の場合でも途中経過はご報告して、ご意見をいただきながらやっていくということです。

(水野委員)

開設のこの手順に対して、それが反映できますか。そうでなければ、ただほえているだけで何の意味もありません。

(窪倉委員)

こういう意見が県でもこんなにごうごうと出ていることを、川崎市にフィードバックしてくれたらいいのではないですか。

(澤井会長)

これをメインにやればよかったですね。どうぞ。

(馬場委員)

では、時間がないので1分だけ。川崎市の保健医療政策室の馬場と申します。よろしくお願ひいたします。

まず、ご意見ありがとうございます。今後、皆様方のご意見をいただきながら、神奈川県さん、それから法の解釈、営利目的云々の話については医療法の解釈になりまして、どうしても国の見解を聞かなければいけないというプロセスがありますので、そのところはまずやっていきます。

それから医療ツーリズムについては、ご案内だと思いますが、愛知県のほうで行政と病院の方々が一体となって進んでいるということがあります。それが今ここで起こっているのとは違うのは、愛知県は医療機関が受け入れる範囲内で受け入れましようという前提があって進んでいる議論なのです。一方で今回の提案はそうではなくて、もう新たな100をつくるというところが出てきてしまっているのです。愛知と神奈川では少し状況が違って、もしかしたら国のほうもこういう葬会のような動きを想定していない制度設計になっている可能性もあります。ですので、そういうことも含めて慎重にやっていきたいと思っておりますので、今後ともご指導をよろしくお願ひいたします。

(澤井会長)

ぜひよろしくお願ひします。

(石黒委員)

会長、30秒だけ少し質問です。

(澤井会長)

どうぞ。

(石黒委員)

葵会は横須賀三浦で1つ、170床だかを計画している法人という理解でいいですよ。七沢だけではないですよ。

(澤井会長)

横須賀三浦といいますと。

(事務局)

逗子のほうの。

(澤井会長)

逗子では200~300の病院をつくると。

(石黒委員)

これも葵会ですよ。

(澤井会長)

葵会です。

(石黒委員)

わかりました。それだけ聞きたかったです。

(澤井会長)

いろいろとすみません、大分時間を食いました。でも最後のほうはいい議論ができたと思っておりますので、ぜひ県、よろしく申し上げます。お返しします。

## 閉 会

(事務局)

澤井会長、ありがとうございました。また活発なご議論をありがとうございました。本日いただいた意見を踏まえてまた取り組みを進めてまいります。

それでは、本日の会議を終了いたします。ありがとうございました。