

## 平成30年度第1回川崎地域地域医療構想調整会議 議事録

日時 平成30年9月4日（火）19時～21時10分

会場 川崎市役所第3庁舎15階第1会議室

### 開 会

（事務局）

定刻前ですが、皆さんおそろいになりましたので、ただいまから第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。

本日の出席者は、委員名簿と座席表のとおりとなっております。今回から新たに委員に就任された方のみご紹介をさせていただきます。

川崎市病院事業管理者、増田委員でございます。

また、介護にかかわる議題も今後増えていくので、現在、県医師会の介護担当理事に順次調整会議にご参加いただいておりますが、本日はオブザーバーとして、神奈川県医師会の亀谷理事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。

次に、会議の公開について確認を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きます。開催予定を周知いたしましたところ、傍聴の方が12名見えております。

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。よろしくお願いいたします。

本日の資料につきましては机上にお配りしております。何かございましたら、会議途中でも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、高橋会長、よろしくお願いいたします。

（高橋会長）

台風の中お集まりいただきまして、まことにありがとうございます。本日は主に総論が多いと思いますが、今後各論的なことが出てくる際には総論が大事であると思いますので、ぜひよろしくご審議いただきたいと思います。

### 議 題

#### （1）平成30年度の地域医療構想の進め方について

（高橋会長）

それでは、早速議事に入ります。（1）平成30年度の地域医療構想の進め方につきまして、事務局から説明をお願いいたします。

（事務局より資料1に基づき説明）

(高橋会長)

ありがとうございました。ただいまの説明につきまして、ご質問・ご意見などがありましたらお願いいたします。

(方波見委員)

病院協会の方波見でございます。「平成30年の重点的目標」に、各病院の機能や役割等を整理して医療機関間で情報を共有するということがございます。その次のページは、機能分化を進める上ではとても重要なことだと思うのですが、今のところ現在の病床機能、医療機能を共有することです。ここに「各種指定や診療科などを含む」とあるのですが、多分これのほかに病床数と、例えばDPCのデータなどということになろうかと思うのですが、DPCのデータは、DPCをやっていない病院もございまして、例えばその医療機関に地域包括ケア病棟とか回復期があると、そこは全部消えてしまいますし、余りデータとしてどうなのかなというところがございまして。例えば病床機能報告だけですと、ただ4分類だけになってしまいますし、ここから機能分化をどこまで見るかというところにもよりますが、もう少し詳しい、例えば症例数、この医療機関ではどんな症例をどのぐらいやっているかということがわからないと、地域でどういう分布をしているのかというのが余りはっきりしてこないのではないかと思います。

先ほどの2025プランを見ても、きょう送られてきたそのほかの医療機関が出す資料にしても、少し情報としては不足しているのではないかと思います。この先、そういった必要な情報をこちら側から取りに行かないとその情報は出てこないと思いますが、その辺を調査するとか、そういう予定というのはございましてか。

(事務局)

ありがとうございます。まず、今日お配りしている2025プランや、病床機能報告は、皆さんが使える情報として共有していきたいと考えております。それ以上の情報につきましては、県から出せる情報は提供していきたいと思っております。あるいは、地域によって必要な情報が異なってくるのではないかと思います。ワーキンググループを開催する中でも、こういう情報を共有したいという話は、病院数が多い地域、少ない地域で違うということもありますので、ご意見を伺いながら、全体に提供するのか、それとも地域ごとに違う形で情報収集や、追加提出していただいて共有するのか、相談しながら進めていきたいと考えております。

(高橋会長)

よろしいでしょうか。そのほかにいかがですか。

ございませんでしたら、今年度はこのような進め方でいきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

特に異議はないということで、次に進めさせていただきます。

## (2) 川崎北部地域・川崎南部地域の現状分析

### (3) 平成29年度病床機能報告結果について

(高橋会長)

それでは、次の議題、(2) 川崎北部地域・川崎南部地域の現状分析につきまして、ご説明をよろしく申し上げます。

(事務局より資料2-1、2-2について説明)

(高橋会長)

続きまして、(3)平成29年度病床機能報告結果につきまして、県より報告いただきたいと思えます。

(事務局より資料3-1、3-2、4について説明)

(高橋会長)

ありがとうございました。ただいまの事務局からの説明につきまして、ご意見・ご質問がありましたらお願いします。はい、どうぞ、明石委員。

(明石委員)

私は聖マリアンナ医科大学で、自分のところのデータなので大変申し上げにくいのですが、後でご説明のあるであろう2025プランでは、かなり地域医療構想を視野に入れて、我々が現実に6年後と思う数字が書き込まれています。地域医療構想に対する私どものスタッフの理解不足もあるのかもしれないですが、実はさまざまな制約の中で答えにくいと思っている点もあります。というのは、今、建替え準備工事が進行し始めました。しかし、高さ制限の緩和であるということで、建築審査会を通さなければいけません。あるいは、今環境アセスメントもやって、建設上の許可を正式にまだいただけていないので、4年後に完成するであろう病棟の病床数というのを精緻に書いていいものかどうかという迷いがございます。現状の建物の状況下でという答え方をしたのが今ご発表の資料3-1、2あたりの数字だと思います。ですから、何となくルール上の制約があって、まだ認可をいただけていない建物の、認可をいただけていない病床数を我々が書いていいものかどうかという迷いがある、実は2025プランとの間にギャップがあります。その点はどうか解釈いただけるのかなというのが心配ではあります。

(事務局)

病床機能報告につきましては制約があり、あくまでも今ある病棟を6年後にどうするかという答え方になりますので、例えば増床を検討されていたり、減らす場合もありますが、それが反映できないということがございます。そういう意味で言うと、何も変えないところは病床機能報告の情報だけでもよいのですが、建替えなどを検討されているところは、病床機能報告だけでは不十分で、むしろ2025プランなど、具体的に書き込んだものが、地域として共有すべき情報だということで認識をしております。こちらの説明も不十分だったのですけれども、そういう形で報告していければと考えております。

(高橋会長)

ありがとうございます。そのほかにいかがでしょうか。よろしいですか。ございませんか。ただいまの報告の中で、資料4で非稼働病棟についての報告がありましたが、このことについて特に次回、この会議に出席していただいて説明を求める必要のある医療機関などはありますか。いかがですか。

(伊藤委員)

質問ですが、資料4の2ページ目、(2)イの「今後の再開見込・予定等」を4つに分類し、その他というところは17病院と記載がございます。4ページ目に記載の4つの病院は、いずれもここでいうその他に該当しているという理解でよろしいでしょうか。

(事務局)

聖マリアンナ医科大学病院だけは再開見込みが立っているというところに該当しまして、残りの3病院につきましてはその他という分類になります。

(伊藤委員)

ありがとうございました。

(坂元委員)

病床機能報告ですが、高度急性期・急性期という中にもおそらくいろいろな患者さんがいると思うので、その辺の本当の実態が問題ですよね。高度急性期といっても、診療報酬で見るか、何で見るかは別としても、将来の医療機能を見ていくためには、もう少しそこに手を突っ込んだ分類とか調査をしないかと、やはり現実には川崎市にはどういう患者さんがどのようにいるのかという実態が多分わからないのではないかという気がいたします。その辺の調査などを、何らかの方法でやっていくのかどうか、もしそういう方向があるならば、教えていただきたいと思います。

(事務局)

県の医療課長の足立原です。坂元委員、ありがとうございます。

今のご質問にございましたとおり、昨年も話題になったのですが、高度急性期と急性期、急性期と回復期、このあたりは病床機能報告の自己申告と実際のところが、例えば高度急性期と急性期の境目は非常に曖昧ですし、もっと言えば、回復期が今は足りないとされていますが、本当に足りないのか、特に後方支援の機能、あるいはサブアキュートの機能を担っているところは、急性期と称していても実際は回復期の機能を担っていらっしゃる病院もたくさんあると認識しております。

今、その辺は、全国でいろいろな方法を検討していて、国も研究しております。例えば疾患別の手術件数で見る県もあれば、もう少し急性期を詳細に報告していただく県もあれば、いろいろなやり方がございますので、今、神奈川県としてもどういうやり方がいいのか、地域のご意見を聞きながら検討してまいりたいという段階でございます。

一方で国も、病床機能報告自体は自己申告ですので、もう少し詳細にやったほうがいいのではないかという検討をしつつ、でも病院にそんなに負担もかけられないという、矛盾しているところがありまして、そこを今検討している最中と伺っております。

とりあえずは以上でございます。

(高橋会長)

いかがですか。小松委員。

(小松委員)

県医師会の小松です。今、足立原課長がおっしゃったように、病床機能報告制度と地域医療構想の中に、いわゆる定量的な評価と定性的な評価が混在しています。とにかく病床機能報告を定量的にしなければ比べようがないという意見もあれば、逆に全てを定量的に国に報告する筋合いもないという声もあると思います。

翻って、地域医療構想自体の4機能区分というのは、回復期の機能は大体こういうものだ

というイメージは示されてきましたが、4つに分けられた線引きというのは、1日当たりの医療資源投入量、要するに1日にかかった点数で強制的に線を引いていて、そういう意味で言うと定量的ではありませんけれども、そこに後から理屈を押し込んでいっているところがあるので、そもそも病床機能報告をどれだけ定量的にやっても、4つの機能は違うものを比べているので、完全にイコールにはならないのではないかという気がします。

ただ、奈良県方式とか、佐賀とか、あと大阪アプローチ、それから関東ですと埼玉県が半年ぐらい前はかなり細かく病床機能報告の定量的なデータを拾い出しまして、それでいわゆる急性期と申告している病床のある程度が回復期の機能を担っているというような結果が出ているので、国としては今、やはり地域の実情に合った定量的な調査をやったほうがこの議論は進むのではないかというような話題が出てきています。ただ、その定量的なものを今からみんなでつくってやっていくというのはまた非常に袋小路というか、大変な労力ではないかという印象を私は持っています。以上です。

(高橋会長)

ありがとうございます。そのほかにいかがですか。

今後やはり非稼働病床のままでいるところに対してメスが入ってくるのではないかと思いますので、病院の先生方にとってここは重要ではないかと思っております。ここについて何か特にご意見があればと思います。よろしいですか。どうぞ、坂元委員。

(坂元委員)

非稼働病床の一つの理由にスタッフの不足、特に看護師の不足が一番の理由に上がっているようなのですが、全体としての実態は、例えばどれぐらいの数が不足しているとか、そういう具体的な数字というのはここから逆に出せますか。なぜかという、不足と言われると行政側としても養成していかなければいけない、養成校をふやさなければいけないという課題も出てくると思うので、その辺の実態、どれぐらいの数が不足しているかというのをある程度ここから逆に試算というのは出せるのでしょうか。

(事務局)

今回は対象医療機関のみに調査をして、具体的な数字を回答されたところだけを足し上げて、看護師につきましては210人不足という数字が出てきています。ただ、具体的な数字を回答しなかったところもありますし、また病棟の一部分のみ非稼働のところは、今回の調査の対象になっていないので、今回の調査から全体をとというのは難しいのではないかと思いますし、調べるなら全体に調査をかけないといけないので、今回は参考ということで集計値だけ書かせていただいています。

(高橋会長)

ありがとうございます。また素人的な質問ですみませんが、今度の地域医療構想で、非稼働病棟ではなくて非稼働病床というのでしょうか、既存病床が全部動けば十分患者さんを見ていけると統計上出てくるのではないかと思いますので、そのネックがナースを中心とする医療スタッフの不足です。ここは今急に改善というわけにもいきませんし、大変難しい問題があります。ですから、今後非稼働病床を少しでも動かすように皆さんは一生懸命努力しているのかもしれませんが、この辺はなかなかグッドアイデアがすぐに出てくるわけではないと思います。また非稼働病棟があつて、稼働できるかできないかとか、いろいろな問題があった場合に、この委員会にお話を聞かせてもらうために出てきてもらうのかと

か、いろいろなことが今後あるのかもしれませんが、何かご意見やご質問はありますか。

(坂元委員)

病床区分として一般病床と療養病床という2つに分けられて、両方の稼働率の数値だけを見ると、いわゆる療養病床の稼働率は非常に高く9割近く、一般病床はかなり低いので、そこから見てしまうと療養の人は行き場がないのではないかと思います。これは行政的な感覚としても、一般病床に入れなかったという話は余り聞かないのですが、やはり療養病床になかなか入れないというクレームとか、お尋ねというのは実体験として結構多いと思われます。例えばこれで一般病床の稼働率をどんどん上げていっても、療養病床の稼働率はほぼマキシムではないかと思えます。そうすると、現状は稼働率を上げるという形で本当に解消されるのかという、その辺の問題もあるのではないかという気がしますが、いかがでしょうか。

(事務局)

県の医療課長の足立原です。坂元委員のおっしゃるとおり、一般的に療養病床の稼働率は非常に高いです。病院の先生方には釈迦に説法でございますが、予約入院といいますか、この人が出るから次はこの人を入れるという形でどんどん回していきますので、基本的には高いです。また、この川崎北部・南部につきましては、いわゆる急性期を中心とする一般病床の稼働率も高いほうでございます。特に二次救急・三次救急はあけておかないと急な患者さんを受けられませんから、高過ぎても困るということがあるのですが、それでも非常に高く維持していらっしゃいます。

先ほどのご質問で言うと、回復期・慢性期については、数的にはやはり少し足りないのではないかという印象を持っておりますが、今度は地域の完結率をどう見るかです。必ず南部は南部、北部は北部で完結すべきなのかどうなのか、これも地域の事情によると思えます。流出超過といいますか、流出先ときちんと連携できていればそれでいいという判断もございますので、そこは慎重に協議していくべきだと考えているというのが一つです。

それから、高橋会長のお話にもございましたが、非稼働病棟の話ですけれども、この議題に上がった趣旨の補足説明をさせていただきますと、全国的に非稼働病棟について議論しろとなっております。国としましては、全国的に基本的に病床を減らしていきたいわけですから、地方で例えば5年、10年稼働していない病床が2病棟100床あって、余り理由も定かではないというところはきちんと議論して、どうするかを地域で決めていきたいと思います。全国統一で議題にしようということが来ております。実は川崎北部・南部で言いますと、先ほどの資料にございましたとおり4病院ございますが、そういう病院はございません。皆さんしっかり予定も立っていて、状況もわかっていらっしゃるということで、事務局としては、今日のところは特に個別にこの病院を次回呼んでお話をお聞きしなければいけないということはないと考えておりますが、委員の皆様はいかがでしょうかということをお聞きしたいのですが、いかがでしょうか。

(高橋会長)

よくわかりました。いかがですか。どうぞ、永井委員。

(永井委員)

41床の休棟をしている京浜総合病院の永井と申します。忘れもしませんが平成21年のころ、ちょうど一番看護師不足で、ほかの急性期の病棟等を確保するために1病棟を閉鎖して、そ

れ以後どうしても開けない状態できています。当時はまだ病床機能報告はなかったのですが、この6階病棟は、当時は急性期の病棟であったはずですが、ただ、急性期は、南部ではほぼ足りているような状況の中で、何とか病棟再開のためにはこれを慢性期化して開棟したいという方向で検討中なのですが、建物の問題と両方ありまして、1病棟ですから慢性期病棟で40人だと大体看護師の数としては20人足りないという形で報告させていただいたということになると思います。今後できるだけ早くやりたい、解消したいという意向はあるのですが、これを提出する時点ではまだ解消していなかったという状況です。

(高橋会長)

ありがとうございます。そのほかにいかがでしょうか。坂元委員。

(坂元委員)

看護師の募集に際して病院側として、例えば慢性期の病棟だと、例えば看護師があまり集まらないとか、やはり急性期のほうが人気があるとか、病床機能別にみた場合のそういう差というのは現実にあるのでしょうか。それとも全体として足りないというのか、私は急性期がやりたくて慢性期はあまりやりたくないとか、そういう理由のようなものを感じられることがあるかどうか、もし先生方でおわかりになれば教えていただければと思います。

(高橋会長)

病院の院長先生方、いかがでしょうか。小松委員。

(小松委員)

うちは慢性期で400床やっていますが、急性期の病院から転職を希望してこられる看護師さんは近年少し増えているような印象があります。一つは、一時期より7対1という話に歯どめがかかり、急性期の病院が看護師さんを集めるのが少し減ってきたのではないかと思うのと、あと神奈川県内は平均在院日数が全国で一番短く、非常に効率的に急性期がフル稼働している状況なので、そういった中で少し患者さんにゆっくり向き合いたいというような希望で慢性期を志向されて来る看護師さんは実際にいます。

一方で、そういう希望で来られる看護師さんは、実際に勤務すると慢性期のほうが大変だと言ってすぐにやめてしまう人もかなりいます。ここは、それこそ看護協会にもいろいろと今後お願いしていきたいのですが、結局どうということかという、7対1の病棟で、例えば診療科が1つの病院で、3人でずっと夜勤をやってこられて、そういった形で長年やってこられた方が療養型の病院に来ると、同じ患者数の病棟を看護師さんが1人で、介護職員さんと夜勤をするわけです。入院していらっしゃる患者さんは、例えば認知症の方もいれば、頻回におむつ交換が必要な方もいれば、IVHの人もいて、その間に夜間にステルベンの人もあります。慢性期の看護業務というのは、そういう意味で言うと決して楽ではないという、その誤解です。要するに、楽なのではないかと思って来られると、実はむしろ1人当たりで言うと大変で、大勢でやっていくことに慣れていらっしゃる方からすると、肝がついていけないというのが結構あって、意外と思ったのと違ったと言われて定着しないということがあるので、そのところは今後、支援が必要なのではないかと個人的に感じています。

(高橋会長)

本当の現場のご意見でよくわかりました。

そのほかにいかがですか。よろしいですか。ございませんでしたら、次に進ませていただきます。

#### (4) 公的医療機関等2025プランについて

(高橋会長)

(4) 公的医療機関等2025プランについて、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局より資料5について説明)

(高橋会長)

ありがとうございます。聖マリアンナ医科大学の明石先生、何か追加でもあれば。

(明石委員)

私どもの病院に関しては、この2025に書かれたとおりに、今のところ順調に計画が進んでおりますので、何とかこれを実現したいと思っておりますが、病床数の削減に関しては、ニーズの問題もありますが、敷地上の制約とか、1病床当たりの広さの確保などを考えますと、これが限界というところもございまして、この病床数で今計画をしております。

逆に1つ質問で、新百合ヶ丘総合病院さんは私どもの近くの病院で、別に批判でも何でもないのですが、この申請を拝見すると、強く救命救急センターの設置というのをうたっていて、救命救急センターの設置が前提で、その病床の30床ぐらいが高度急性期だという書き方をされています。ところが、救命救急センターの設置というのは地域医療構想調整会議マターではなくて、地域医療審議会マターですよね。それから、指定を受けて三次救急の医療圏で受けるものだと思いますので、そうするとこれが前提で高度急性期を30床と申請されてくると、この調整会議でどういう議論を進めれば協議が成り立つことになるのでしょうか。

(事務局)

医療課長の足立原です。明石委員、ありがとうございます。

おっしゃるとおりでございまして、新百合ヶ丘総合病院に関しては、救命救急センターを目指していらっしゃるということですが、それ自体は市の審議会、それから県の救急医療問題調査会の部会で、三次救急の指定、救命救急センターの新たな指定に関して協議をします。専門家の先生方の意見を聞いて、機能的にどうなのか、また、今は県内の二次医療圏に1箇所以上、全部で21ありますが、要は、そんなに多過ぎてどうかという議論もあるでしょうし、北部のあの辺はまだこれから増えるからという議論もあるでしょう。そこは両論あると思いますので、指定に関してはその議論をまず踏まえるというのが一点です。ですから、そこは指定について審議する救急系の専門のラインが当然ございます。

それから、この2025プランの中で、新百合ヶ丘総合病院は新棟を整備していますが、病床は既に配分してあるので、そこは問題ないのですけれども、病床機能として、指定の有無は別として、高度急性期をあえて増やしたい、あるいは急性期を増やしたいというところは、北部地域の中でどういう機能を担っていられるのかということ。ですから、三次救急が前提ではないと思います。高度急性期・急性期をあえて増やしたいけれども、こういう機能になっていきたいから、ここでこういう機能が足りないからという議論を膝詰めですていただく必要があると思います。

なかなか言い方は難しいのですが、新百合ヶ丘総合病院の2025プランは例えばここで承



とか、そういうことではなく、一回会議としては預かったというか、報告いただきました。今後これについて、高度急性期・急性期をどういう形でどう増やして、周囲の病院と、もちろん聖マリアンナ医科大学病院も含めて、どういう機能分担をされていきたいのかというのを議論すべきだと考えています。その上で、別途、例えばワーキング等でやられるのか、一度この会議にお呼びして、一回お話をしようとするのかというのを、逆に委員の皆様にご判断いただきたいというところだと考えています。以上でございます。

(坂元委員)

少し本質的な問題ではないのですが、これを見ると事務の数のばらつきがかなり大きいのですが、これは例えば常勤とか、そういうある程度決まった指標で書かせているのか、非常勤は含まないと思っ出している病院があるのか、そこは病院任せという形なのでしょうか。

(事務局)

2025プランを依頼したときには、常勤職員数という書き方だけでしたので、各医療機関のご判断にお任せしているという状況です。ほかの地域でもそういったご意見はありまして、今回の民間病院のプランは、基本的には常勤換算でというような形でお願いしておりますけれども、2025プランについてはその前でしたので、各病院のご判断で記載されています。

(高橋会長)

ありがとうございます。市立川崎病院の増田先生はいかがでしょう。

(増田委員)

この4月より病院事業管理者を務めております。川崎市立病院は川崎病院、井田病院、それから聖マリアンナ医科大学の指定管理、明石先生のところで経営その他をされている多摩病院を含めて3病院なのですが、最初の資料1の2ページに「公的病院等が先に機能を決め、残った機能を民間で分け合うことにならないよう」ということですが、我々は公的ではなくて公立病院でございますので、もっとこれは厳しいだろうと思っております。一応今後の機能ということで、今の機能を3病院とも変えない、今のままでやっていくと申し上げているわけですが、今後これでいいのかどうかと。

逆に言えば、全体に民間も含めた構想区域全体の状況を参考にしながら検討を進めていく中で、機能を必然的に変えなければいけない部分もあるのかもしれないと思っております。今、公立病院改革プラン、あるいはここに出ております公的医療機関等2025プランということで、そちらの公的病院の将来機能というのは先行していて、民間のあり方、民間病院についての方針というのがまだ出てこないという状況で、議論がなかなか進められないのではないかと気はしております。とはいえ、一応たたき台としてはこういった公的医療機関等2025プランを民間病院の方も参考にされて、ご自分の立ち位置を決めていただくということになるのではないかと思っておりますが、これは今後の議論になるのではないかと思います。

それから病床機能は、先ほどから坂元委員、その他委員が再三おっしゃっていただきましたが、今まではどちらかというと定性的というのでしょうか。病棟ごとの機能ということで病床機能報告を出していました。ただ、将来的な病床数は定量ですよ。定量と定性を今までは比べていて、これはよくないから我々も定量的なところを考えましょうという話になっているのですが、なかなかわかりにくい、国のほうも定量的なことを考えなさいということで、これは都道府県それぞれ地域によって違うからという話なので、何とかいい方向性が見つかったらよいと思っておりますが、これはこれから知恵を出していかなければいけないと

思います。

それから、非稼働病棟の病床数が合計1145床というお話がありましたけれども、高橋会長もおっしゃっていた非稼働病床も含めると、要するに実稼働と許可病床の差というのがもっと多いのではないかと思います。これは何床ぐらいか、多分把握されているのではないかと思いますのですが、概ねどのくらいになるのでしょうか。今日は把握されていないですか。

(事務局)

今日の時点では幾つというのはすぐにお答えできません。申しわけありません。

(増田委員)

川崎北部に関してはまだ病床数が足りないという話でしたけれども、それも含めて、稼働率、平均在院日数、それから2025年あるいはもう少し先の必要病床数というのは今から推計してもなかなか難しいこともあるので、今後細かく見ていかなければいけないのではないかと思います。

私は今回初めて出席させていただいて、少し的を射ていない発言だったかもしれませんが、以上が感想でございます。

(高橋会長)

ありがとうございました。それでは、次に資料6というのが出ていますが、この調整会議に先立ちまして、この間病院協会の主催で意見交換会がありました。これについて、事務局並びに病院協会から何かご説明をお願いできればと思います。

(事務局より資料6について説明)

(高橋会長)

それでは、内海会長からお願いします。

(内海委員)

この地域医療構想調整会議では、意見を求められたり、あるいはある程度の物事を決めていくという展開になることがあります。やはり病院協会として全会員病院の意見を取りまとめた上でお話をしないと、何か私の個人的な意見になってしまうと非常に困ります。我々は、できるだけたくさんの会員から、それをお聞きして、ある程度意見を取りまとめた上でこの会議に参加したいということがありましたので、今回も、この会議の前に、ぜひ事前に説明会を行ってほしいということで、説明に来ていただきました。ただ、今回に関しましては、今日の会議で、特にここで何かをどうしても決めなければいけないという段階にはまだ達していないということでしたので、私は一安心してこの会議に参加させていただきました。

そのときに出た意見ですが、今日出た意見と非常に近いところもありますが、病床機能報告の病床機能について、高度急性期、急性期、回復期、慢性期とありますが、おのおのの定義がまだ細かいところまではっきりしているわけではなく、その上で各病院が出している病床機能報告というの、したがってきちっと的確に出ているとは言いがたいのではないかと。そこのところをもう少し進めていただきたいとか、進めていかなければいけませんねという話や、情報共有のためのツールとして2025プランがあるということで、公的病院の2025プランについてもこれから意見交換をしていきたいという話が出ました。

先ほど少しお話が出ましたけれども、今、日本の人口が減ってきていて、医療機関の病床

の数が多い、これを何とかしようという国の狙いと、我々の地域とは、ぴったりはまっているわけではない部分があります。確かに川崎は、特に南部は歴史的背景から医療機関が多くて病床が多いという現状はあるのですが、今まで我々は患者様によかれ、あるいは地域医療によかれ、自らの医療機関によかれということで、それぞれが頑張ってきたという状況ですが、しかし、これを機会に、今後は、周りの状況、ほかの病院の状況、全体の状況を見きわめた上で、ある程度のすみ分けといたしますか、少し言葉が激しいかもしれませんが、その辺を調整してやっていくというのを一つ考えてみてもいいのではないかとことは皆さんも思っているようでございました。

以上でございます。ありがとうございます。

(高橋会長)

ありがとうございます。ただいまの発言について、何かご意見があれば。よろしいですか。どうぞ。

(方波見委員)

すみません。今の発言への意見というより、先ほどの資料5についてですが、さきほど発言できなかったので申しわけないです。増田先生がおっしゃったように、民間病院と公立病院、公的病院の機能分化について、地域医療構想の進め方の通知の中で、公立病院、または公的病院でなければ担えない分野へ重点化しているかどうかについて確認をすること、というのがあります。裏返せば皆さんも、2025プランを見ていて、高度なことをやるということのはわかるのですが、逆に言うと、どこの病院でもできることは民間病院でやりますということが議論の突破口にもなるのではないかと思います。今のプランの内容ですと、そこまでは全く見えてきません。高度医療をやりますということなのですが、では民間は何をやるかということになると、引き算だと全く見えてこなくて、結局、先ほど増田先生がおっしゃったように、先に公的病院、公立病院が取ったものの残りを民間病院で分けるということになってしまいます。その辺が具体的に見えてこないのので、そこを何とか工夫していただいてそれが見えるようにしないと、議論が始まらないのではないかと思います。

(高橋会長)

ただいまの意見につきましては、事務局、あるいは増田先生から何かあれば。事務局はいいですか。

(事務局)

ありがとうございます。おっしゃるとおりです。公的病院、特に公立病院がどのような機能になるか、少し前と言いますと、いわゆる不採算医療とか、あるいはよく政策医療という言葉を使わせていただきましたが、まさにどこが担うというか、どこを分担するのかというお話だと思います。県も県立病院を持っていますし、病院機構として独立行政法人化しましたけれども、その精神はございます。一方で、地域によって、例えば川崎と県西地域だとまた違いますので、そういった中でこの川崎地域で公立病院、公的病院がどの機能になるのか。特に今、方波見委員のおっしゃったように、逆に民間病院としてここは担ってほしいという診療科や機能がございますよね。そういったことをご意見いただくことも、非常に重要な役割かと思えます。例えば、民間病院として、こういうことはうちではできないので、ここは公立病院でやってほしいのだけれども、どうですかと。それで、例えばですが、増田委員のところで、そこは今やっていらっしゃるとか、あるいはこれからやるとか、そういったやり

りの中でできてくるものだと思います。資料についてどうするかは、また今のご意見を踏まえて検討させていただきたいと思います。

私からは以上でございます。

(高橋会長)

増田先生、何かありますか。

(増田委員)

おっしゃるとおりだと思います。公立病院は民間で担えないところをやるというのが基本なので、今回の川崎病院の再編整備別棟建築については、いろいろな細かいところがありますが、機能は変わらないけれども老朽化・狭隘化のために、あるいは救急棟というのは三次救急を主にやるということで、二次を増やすという意味ではございません。それから、救急科の医師の数も少ないのですが、最初は三次救急をやる予定はなかった病院が途中から市の救急医療のニーズから救急をやり始めたので、そういう形になっておりません。今救急外来は1階にあって、9階に救急病床がある。少ない人数でやるにはあまりにも非効率的だということで、1階に救急外来、2階に救急病床、それから9階はE I C Uのような患者ではない患者を入れる病棟にするということを考えております。おそらくこれは、ほかの民間病院、あるいは周囲の公的医療機関が担えない機能を担うという形で今は考えておりますが、これに関してもご意見があればまたいろいろ考えていきたいと思っております。あくまでも公立病院は政策医療、不採算医療、あるいは民間で担えないものをやるということをベースに、ただ非常に赤字になってしまっただけでは困るので、それはほどほどにということではありますが、その辺を考えながらやっていくべきだと思っておりますから、皆さんの意見と全く同じと思っております。以上でございます。

(高橋会長)

ありがとうございます。はい、どうぞ。

(田島委員)

先ほどからの意見を承りますと、公的医療機関等2025プランに「等」が全く出てこなくて、この資料を見るとみんなこれは公的医療機関がやっているという形ですが、単に定義上それに当てはまる病院が入っているというだけなのですが、かなりひとり歩きしていると思います。具体的に例えば、私どもは日本医科大学武蔵小杉病院ですが、指定等に関しましても救命救急センターですし、災害拠点病院ですし、地域の周産期母子医療センターですから、本当の赤字部門を担っているわけです。その辺が全く出てこなくて、やはり公立病院が先に役割を決めて、残ったものは他の病院がやっていくというような雰囲気になっている感じです。くれぐれもお願いしたいのは、これがひとり歩きしないようにということでございます。

(高橋会長)

ありがとうございます。よろしいでしょうか。本日いろいろなご意見をいただきましたので、ひとまずご理解いただけたと思います。今後改めて何かがあれば、意見交換をさせていただきたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。特になければ、次に進ませていただきます。

## (5) 地域医療介護総合確保基金（医療分）について

(高橋会長)

(5) 地域医療介護総合確保基金(医療分)について、事務局からよろしくお願いします。

(事務局より資料7について説明)

(高橋会長)

ありがとうございます。この基金につきまして、何かご意見・ご質問がありましたらお願いします。

(坂元委員)

これをざっと見ると、残念ながら川崎からの事業は見当たらないように思います。あと一つ、神奈川県リハビリテーション病院は平成29年度の整備ということですが、譲渡してしまったのはこれなのか、それとも別の事業なのか、そこを知りたいのですが。

(事務局)

神奈川県リハビリテーション病院につきましては、譲渡したのは2つある病院のうちの七沢の方になります。こちらは七沢ではなく、本体の神奈川県リハビリテーションセンター病院の方の整備、機能強化ということでやっているものになります。

(高橋会長)

よろしいですか。そのほかにいかがですか。基金については目の前にニンジンをぶら下げているような感じで、なかなか使い勝手がよくなかったのですが、今のお話で少しはソフトのほうにも使えそうということです。何かご意見は。小松先生。

(小松委員)

一つ質問なのですが、参考資料5と今の資料7の中で、平成29年度までは地域包括ケア病棟と回復期リハ病棟に転換するところに対して補助があるということでしたが、平成30年度からはいわゆる転換だけではなく、増床、それから新規開設でも、基金補助の対象になるという理解でまずよろしいですか。

(事務局)

おっしゃるとおり平成29年度までは既存病床の転換のみでしたが、ご要望があったことを踏まえまして、平成30年度からは、新築・増床についても対象とするということで、医療機関にもそういう形でご案内をしております。

(小松委員)

そうしますと、参考資料5の裏面にある、湘南東部の湘南大庭病院というところは新規の開設だけれども、平成30年度からの補助対象なので申請をされているということですね。そうすると、表面の新百合ヶ丘総合病院の場合は100床の増床で、従来は増床は補助対象ではなかったわけで、今年度から新たに増床が補助対象になったのならば、新百合ヶ丘総合病院の案件というのは表ではなくて裏面のほうの川崎北部に出てくるべきなのではないかということが一点です。

あとは、当然この基金に関しては、従来からその目的で出して公募をしている事業ですから、基金を利用すること自体の是非は問題ないと思うのですが、この病院は公的病院になったわけです。そうすると、まず少なくとも裏面に場所は移動しますし、場合によっては地域の中で求めがあれば参加して説明するべきなのではないかと思ったので、質問しました。

(事務局)

小松先生、ありがとうございます。わかりづらい資料で恐縮なのですが、新百合ヶ丘総合病院が書いてある表面は平成30年度の今までに県が補助金の交付決定をした医療機関です。平成30年度から確かに新築も増床も対象になって、新百合ヶ丘総合病院さんはたまたま早い時期に申請をされて、工事は今やっている最中ですが、交付決定をしたのでこの面にあります。裏面は、まだ今日時点では交付決定していないのですが、意向調査をして、そこで手を挙げられて、これから補助金を申請される予定があるところということで、参考情報で出させていただいたので、こういう分け方になった次第でございます。以上です。

(小松委員)

わかりました。前回の湘南東部のときも話題にしたのですが、従来は、病床の増減を伴わない転換は基金が使えるということだったのが、今回から増床もオーケーという話になると、平成30年度からという周知が地元の医療機関にほとんど行っていません。ですから、平成30年度に関しては新規も増床もオーケーになったということはある程度話題にさせていただいたほうが、より転換ということに関してのアピールというか、それで動くという判断をするところもあるとは思いますが。周知が少し足りないのではないかと思いますので、改めてこの事業に関しては新規・増床もオーケーという話をしてもいいのではないかと思います。

(事務局)

ありがとうございます。おっしゃるとおりでございます。今、県のホームページでは急ぎ、そうした新規も増床も対象になりましたという周知をさせていただいていますが、これは以前県の病院協会さんのほうからもご意見をいただきましたので、例えば各団体さんのホームページからのリンク等も含めて、積極的に幅が広がってより活用しやすくなりましたということを周知させていただきたいと考えています。以上です。

(坂元委員)

これは以前にも話題になったと思うのですが、横浜市民病院の整備です。若干違和感があるのは、公立病院でも出るのかと、以前そういう話題になったのですが、実際最終的に幾らぐらいの予算が横浜市民病院の整備に使われたのでしょうか。

(事務局)

お答えいたします。横浜市立市民病院の件に関しましては、複数年工事、正確な数字は手元にないのですが、3年間で基金から約8億円の補助を出させていただき予定と記憶しています。これは先ほどの神奈川リハビリテーション病院の例もあって、たまたま両方公的病院だったのですが、基金の活用の方策として、先ほど申し上げたとおり、回復期に転換するときの補助というのは制度としてつくりました。また、横浜市民病院がそうだったのですが、地域の中で、例えばこのエリアの急性期を再編しようと、いろいろな急性期を統合して、ここの病院に急性期を集中することが必要ではないかと、こういうコンセンサスを得たときに、そこに基金を使うことも可能ではないかと考えています。慢性期もそうです。逆にこれは、公的・公立に限らず、病床整備の中で回復期だけではなくて、こういう機能配分・機能再編、あるいは診療科もそうですけれども、必要ではないか、だからここに基金を使えないかということにチャレンジしてみる価値はあると思っています。これは当然我々も国に持ちかけなければいけないことですので、そういったことの一例だとしてご理解いただければと思います。以上です。

(坂元委員)

ということは、これに伴って横浜市民病院の周辺の病床機能の再編成が行われたからこれだけの額が出たということで、市民病院だけの建替えに出したということではないということかと思うのですが、そんな大きな動きがあつた辺の病床圏で起こりましたか。

(事務局)

お答えいたします。現時点ではまだ起こっておりません。ただ、基金獲得のための理由として、将来あの地域でそういう急性期の機能強化が必要という形で、横浜市のほうでもそのような動きをされて、基金の申請をさせていただいたという流れとご理解いただければと思います。

(高橋会長)

よろしいでしょうか。そのほかに何かございますか。はい、どうぞ。

(山内委員)

先ほどの非稼働病床・病棟のところでも話題になったのですが、そういうものが出る一つの原因として、人材不足がございました。病院の場合は看護師さんの不足です。我々歯科の分野ですと、歯科衛生士さんの不足が大変重大な問題になってきております。基金の活用といたしまして、人材確保という事業が第3分野にございます。女性の場合はどうしてもライフサイクルの関係で子育てがあつたり、職を離れてしまうということが出てまいります、復職支援ということを積極的にやっっていかないと、人材確保はままならないのではないかと思います。その辺について行政が何か仕組みづくりを考えていることはございますか。

(事務局)

ありがとうございます。県歯科医師会、あるいは市歯科医師会のお知恵もいただきながら、今、歯科医師、あるいは歯科衛生士の人材確保に取り組んでおります。特に女性の歯科衛生士の復職支援は非常に重要でございます。今日は所管課が来ていないのですが、当然基金は使えます。先ほどの資料は、端的に言うと、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲと区分があつて、Ⅰが大きいので、何とかⅠをうまく使って人材につなげていきたいということを申し上げた資料です。実は人材確保は本来はⅢで、本当は区分Ⅲが欲しい、今おっしゃつたような事業も区分Ⅲを使ってやりたいというのが本音で、正規ルートで言えば区分Ⅲの人材確保ですと云って、国にどんどん提案して基金をもらいたいと考えています。ただ、なかなか財政上の事情等々でやはり区分Ⅰが大きくなってしまつているので、ここは逆にお知恵を借りたいところなのですが、歯科医師、あるいは歯科衛生士の確保・復職支援をうまくⅠでできるものなのか、どうなのか。その辺も含めて、私も妙案はございませんが、何かいいアイデアがあれば逆にお知恵を借りたいと思つております。以上でございます。

(高橋会長)

ありがとうございます。ほかにいかがですか。

## (6) その他

(高橋会長)

ほかにございませんようですので、次の(6)その他に入ります。事務局から何かございますか。

(事務局より参考資料6について説明)

(高橋会長)

ありがとうございます。ほかにはよろしいですか。

それでは、最後に私からです。川崎市でも、葵会が、やりたい事業があるということで行政にお話が行っているようです。この件について、簡単に説明と、今後どのようにやっていくのかを川崎市の事務局からよろしく願いいたします。

(事務局)

川崎市の川島でございます。よろしくお願いいたします。

ただいまの会長がおっしゃった件について、お耳に入っていらっしゃる委員さんもいらっしゃれば、初めてお聞きになるという委員さんもいらっしゃると思いますので、まず簡単に概要だけ説明させていただきたいと思います。

まず、川崎市でA O I 国際病院を運営しています葵会という医療法人から、川崎市においてA O I 国際病院の同じ敷地内に医療ツーリズム、すなわち外国人専用の病床を新たに整備して、新たな病院として開設させたいというようなご相談が来ています。まだこれは正式な手続をとっているものではないので、あくまでまだ相談の段階です。

これについて、この間、神奈川県を含め、まず法制度的にはどうなのかということの検証を行いました。その中では、まず医療法上は、病院自体は、例えば必要な諸室、あるいは必要な設備、必要な人員、そういったものの基準を満たせば、病院はできます。一方で、健康保険上の縛りで言うと、川崎南部はこの表を見ていただいてもわかるとおり、今の基準病床では病床過剰地域です。したがって、病床過剰地域には、本来であれば新たな病院をつくれないうこととなります。これはなぜつけれないかということ、医療法上はできるのですが、健康保険上で病床過剰地域においては保険医療機関として指定をしないということが出来るからです。したがって、実質的にはこの規定をもって、新たな病院ができないということが法のたてつけになっています。ただ、今回の場合は外国人専用の病床ということになりますので、はなから無保険者、国民皆保険制度の対象ではない方々を想定していらっしゃいます。そうしますと、事実上この規制がかかってこないということになりまして、結果として病院の開設が法的には可能ということになります。

会長がおっしゃったのはこれからのスケジュールで、どのように対応していくのかということでございますが、実はこの件についてはご相談をいただいてから医師会、病院協会、いわゆる地域医療を支えていらっしゃる団体さんのほうにご相談をしまして、そもそも川崎市における地域医療にどういうメリットがあるのか、どういうデメリットがあるのか、それをまず洗い出す必要がありますねと。その中で、デメリットがあるのであれば、その辺についてはまた法的な規制にはよらないのですが、開設に向けて、地元でのデメリット解消に向けた合意をとれるように、葵会とも話をしていきたいと思いますというようなことを考えております。

まずその第1弾として、9月中旬に、医師会、病院協会の理事の方が集まる場で、葵会に事業の説明をしていただこうと考えています。そこで意見交換をした上で、各医療団体のご意見を取りまとめていただきたいということを現在、両団体の方々にはお願いしております。地域の医療関係団体の意見を踏まえて、次回の地域医療構想調整会議、すなわちこの場、あ



るいは川崎市の地域医療審議会といった場でまず正式にご報告した上で、委員からもご意見をいただいきたいと考えています。当然、そういった意見、地域の医療関係団体、あるいはこういった公式な場でのご意見、そういったものを踏まえて、開設に向けて地域医療に混乱を来さないような開設条件を定めた上で、合意を目指してまいりたいと考えております。次回、秋に予定されております地域医療構想調整会議においても、もっと細かくご報告ができればといった段階でございます。

私からは以上でございます。

(高橋会長)

ありがとうございます。それでは、坂元委員。

(坂元委員)

もう一つの課題が、それだけの病棟を建てると保険診療では認められない機関であっても、その病床の数は地域の既存病床数に乗ってしまうというものがあって、一部にはこれを例外対象と国が認めるかというような意見もあるのですが、現段階においては、特別扱いはしないというのが国のスタンスです。そうすると、川崎南部は、先ほど川島課長からも話があったように、病床過剰地域です。そこにさらにプラスアルファされるということは、一つの考え方としては南部の将来の病床整備の柔軟性を縛ってしまう可能性があるということもつけ加えたいと思います。以上です。

(高橋会長)

そのほかに何かこの際ですからご意見はありますか。明石委員。

(明石委員)

初めてお聞きしたのと、僕は神奈川新聞の情報しかないので野次馬的で申しわけないのですが、葵会さんは七沢のリハビリテーション病院が医師不足で、地元で今、約束と違ってしまうのもめているのですよね。そこが新たに100床を川崎でやるということを県は認可させるのですか。

(事務局)

県医療課の足立原です。七沢の件は確かに新聞報道であのようになっておりまして、いろいろお騒がせしております。七沢の県立病院を移譲して、たまたま移譲先が葵会さんです。当初これでやりますと言っていた計画と、開棟直前にこうしたいと言ってきた計画が違うということで、簡単に言うと、もともと一般病床なのですが、療養病床から始めたい、回復期リハなどができるのですけれども、そういうところで齟齬があるということでございました。グループ医療法人でございますので、グループ内から人員を結集して医師をきちんと増やすということで決着しております。

今回の川崎の話はまた別の話で、外国人を対象に、自由診療100%の病院をつくりたいということです。

(明石委員)

だけど、日本人の医者が診るわけでしょう。医者が足りないのではないですか。

(事務局)

医師確保ができなければ、仮に自由診療であっても医療法に基づく基準がありますので、これを満たさなければ当然認可はしません。当然スケジュール的な計画も出されてくると思います。これが非現実的であれば、認可はしないという形になります。ただ、先生はよくご

存じでしょうけれども、開設許可は計画の許可なので、例えば5年、6年計画という開設許可申請もあるわけです。そういう形でも、それは当然妥当性があれば許可しますが、その後全く進んでいないとか、あるいは全く変わってきてしまったときには、当然指導が入ると思います。以上です。

(高橋会長)

この際何か追加発言は。岡野委員。

(岡野委員)

川崎市医師会の岡野と申します。先ほど、稼働できない病床の件が出てきたわけですが、この中でもやはり看護師の人材不足がどこでも出てきたと思います。先ほどの資料を見ても、例えば210名の看護師さんの不足とかがございます。幾ら自由診療といっても、地域の看護師さん、人材を食われてしまうのではないかと思います。ただでさえ人材不足から開けられない病床がある中で、幾ら出しますよとかボーナスをつけますよというので人材を抜かれてしまっただけでは、今の南部の病床としては非常に大きな痛手になってしまうということを考えると、ただ単に自費の病院であるから認めていいというのではなく、全体的なことを考えれば、きちんとそれなりのスタンスでその辺を管理していただければと思います。

それから、基準病床として当然100床を食われてしまうわけですが、今後保険診療ができませんという拘束力というのはどの程度あるのでしょうか。場合によっては5年、10年たつて、それなりの実績が出てきたので病床の用途変更をしたいと、今度は保険診療のほうへ変更になる可能性とか、そういったことはあり得ないのかどうか。その2点が今非常に気になる点で、その辺を教えていただければと思います。

(事務局)

岡野委員、ありがとうございます。我々の懸念も全く同じで、国が全体で医療ツーリズムを進めようとする中でそこはわかるのですが、これが地域医療に影響を与えたら絶対にいけないと思っています。

私は懸念が3つあると思っています。1つは先生のおっしゃるとおり、看護師・医師を周りから引き抜かないか。2つ目は患者、例えば外国人だけを診ますと言っておきながら、実は日本人を診ているということはないか。先ほど岡野委員のおっしゃった、最初は自由診療だけれども、10年たったら保険診療に出されるのではないか、そのあたりです。診療報酬の関係は関東信越厚生局ですが、そこをどう縛っておくかです。それから、3つ目は仮にオープンして、患者を受けました、患者が急変したときにそれをどこが診るのか。もちろん自病院や、例えばA O I 国際病院で診るならいいですが、例えば周辺の救急病院さんにお世話になるのかならないのか、なったときに、それが今度は日本人の患者を圧迫してしまうことにならないか、もっと言えば未収金対策をどうするのか、このあたりもございます。

ですから、今川島課長からも説明がありましたとおり、医療法上は条件が整ったら認可しなければいけないという法律なのでそこはしようがないのですが、地域医療としてどんな「たが」をはめられるのかということをしつかりとこの会議の中で議論させていただくべきだと考えています。医療法上は、勧告という制度があります。例えば、外国人は関係なく、ここで病院をつくりたいという申請が上がりました、南部は病床過剰ですから、普通にこの会議にかけるとだめですよねという話になって、要は取り下げてくださいという勧告を出せます。地域でご意見をいただいて、最後に県の医療審議会に上がって、県で勧告をします。

勧告された医療機関は保険医療機関としては認めません。このようなシステムになっています。そこは今度、いつまで続くのか、仮に川崎南部の基準病床数が増えてきて、ボーダーラインになったらいいのかという話になりますので、その辺も含めて国とも協議が必要なところですから、検討させていただきたいと考えております。

(岡野委員)

その勧告というものの拘束力とか、法的なものを簡単に教えていただければと思います。

あともう一つは、検診事業とか、先ほど公的な病院と民間病院というお話もありましたが、我々開業医を中心とした医師会の中では、こういったそれなりの大きなドックであるとか、検診事業であるとか、川崎市としての特定健診であるとか、そういったものをどんどんとられていきはしないかというのを懸念します。これはなかなか難しいと思いますが、川崎市としてもこういった保険診療をやらない医療機関であっても、当然特定健診や何か、各種がん検診であるとか、そういったものの申請が出れば当然許可をするスタンスでいるのか、これは回答が分かれますけれども、その辺ももしわかれば教えていただければと思います。

(事務局(県))

前段の勧告についてですが、医療法に定められた手続ですけれども、営業停止とか、そういう勧告ではないので、その拘束力はありません。ただ、保険診療にならないという拘束力がございます。まずは以上です。

(事務局(川崎市))

後段の健康診断の対象の医療機関になるのかどうかということについては、実は今、岡野委員からいただいて、こういう課題もあるのだなということ認識したところでございまして、また所管のほうと話をさせていただきたいと思います。いずれにしても、先ほどから神奈川県と私どもが申し上げているのは、地域医療を混乱させないという視点で、これから法人と、法的には開設が可能になっておりますので、その視点でどうやって「たが」をかけていくのかという議論を、まずは地域の関係団体の方々、地域医療関係者の方々と議論した上で、法人と協議をしていきたいと考えております。また次回以降のこの会議、あるいは地域医療審議会、そういったところでもさまざまなご意見をいただければと思っておりますので、よろしく願いいたします。

(明石委員)

時間が過ぎているので、先にいいですか。曖昧な定義で進むといけないのですが、インバウンドイコール日本の保険を適用されない人にやる自由診療もありますけれども、日本の健康保険を適用される人でもやる自由診療、つまり保険適用外診療がありますよね。この病院は保険適用外診療をやるわけではなく、あくまで無保険者に対する自由診療をやるというだけなのですか。

(事務局)

現段階ではそのように聞いております。我々もまさに明石先生のおっしゃる懸念がありまして、要は保険外診療までやられてしまうと、それは違うと思います。あくまで外国人ツーリスト、無保険で来られる方専用という理解でおります。

(小松委員)

今後、是非については地元の皆さんでよく協議して進めていただければいいと思いますが、実はこの法人が、七沢のリハビリの病院もそうですし、逗子もそうですし、そもそもは川崎

の社保から始まっています。こういう新しい試みに関しては、地元で信用と実績があるところがやるべきことで、多分そのあたりの実績と信用がならんというのが主なのではないかと思います。実際に私も葵会が持ってきた資料をちらっと見ましたが、行政の資料では「外国人専用の自由診療（保険外）」と書いていますが、葵会がつくった資料では、「受入対象患者は自由診療対象者（主に外国人）」と書いていて、次に検診受診者というところには外国人とは書いていません。ですから、結構こういうところですれ違いなのか、確信犯なのかわかりませんが、こういうことを平気でやってくるという印象があります。

あとは単純に医療ツーリズムで100床の病院、要するに自由診療だけで100床の病院というのは日本でやっている病院があるのか、そこも含めてよく考えないと、幾ら国策といっても、そんな国策は本当に国策なのかよくわかりません。基本的に医療ツーリズムといってももちろんやっている国や、そういうモデルのところもありますし、そこより日本が優れている面もあれば、価格面で負ける部分もあります。その辺を含めて、100床でこういうことをやろうとしているというのは、許可せざるを得ないとかではなくて、これは営利だという話になれば、一発で医療法上も消せるわけですよ。営利でなければやれるのかという話になると、営利でなくて、なぜ日本人が外国の人に非営利でやって、周りの日本人のための医療を圧迫するのかという理屈は成り立つと思います。

ですから、具体的な話の中で、そもそもルール上はという話から初めてしまうと、やはり地元からすれば全く信用も実績もないですし、それこそAOIで言っていた特区の話はどうなっているのか、そもそも開設の予定地にある老健は、その場所で10年やるのではなかったかとか、多分すごくあると思います。まずはそちらから話をしないと、開設の許可をせざるを得ないという話を先に行政の方に言われてしまうと、ちょっと待てというか、何とかそのところの理屈をまず考えるところからしないと、やはり地元がおさまらないのではないかと思います。

（高橋会長）

僕の言いたいことを全部言ってくれました。どうぞ。

（事務局）

小松委員、ありがとうございます。すみません、私どもの言い方も法律上せざるを得ないということと言い過ぎてしまったと思っているのですが、決して積極的にやりましょうという話ではありません。ただ、「たが」をはめなければいけないというのは申し上げたとおりですし、まだまだ実は我々でさえも聞き切れていないと思います。ですから、やはりこれは事業者を呼んで、詳細をきちんと聞き出す必要もございますし、しっかり記録に残し、文書を取り、先ほど小松先生のおっしゃった、こう書いてあるけれどもこうも読めるということはないように、しっかり「たが」をはめなければいけないと思っております。

ですから、今日は時間がありませんし、決めていただかなくていいと思うのですが、次回、必要があればお呼びして直接話を聞く、あるいはそういう段取りも含めて、こちらでも整理をさせていただきたいと思います。それから、前段、川崎市からも説明がありましたとおり、まずは病院協会と医師会にお時間をいただいて、直接の説明の場があると聞いています。そういう検討、聴取を踏まえて、どういうところが問題で、どこを担保しなければいけないのかということ、しっかり我々も整理していきたいと考えています。ありがとうございます。

（高橋会長）

これは今後医師会、病院協会では話を聞いて、小松先生のご意見も参考にしながら質問をしていきたいと思ひます。

ほかにはよろしいですか。それでは、時間も大分超過してしまひましてすみませんが、これで本日の議事を終了させていただきます。事務局にお返しします。

## 閉 会

(事務局)

活発なご議論をありがとうございました。以上をもちまして、会議を終了いたします。ありがとうございました。