

## 平成30年度第2回湘南東部保健医療福祉推進会議 議事録

日時：平成30年11月6日(火) 19時～20時30分

場所：藤沢市保健所 3階 研修室

### 開 会

(事務局)

定刻となりましたので、ただいまから第2回湘南東部地区保健医療福祉推進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、委員名簿及び座席表のとおりとなります。今回から新たに委員に就任された方のみ紹介させていただきます。

まず、全国健康保険協会神奈川支部の杉浦委員です。

続いて、神奈川県医師会高井委員です。

また、前回から委員に就任していただいておりますが、前回は代理出席でした、寒川町の伊藤委員でございます。

また、神奈川県病院協会の数野委員、藤沢市の片山委員、茅ヶ崎市の熊澤委員、藤沢市薬剤師会の齊藤委員、4名の委員からご欠席のご連絡をいただいております。

次に、会議の公開につきまして確認いたします。本日の会議は、原則として公開とさせていただきます。開催予定を周知しましたところ、傍聴の方が9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。

本日の資料は机上にお配りしておりますので、何かございましたら、会議途中でもお申し出ください。

それでは、以後の議事の進行につきまして、鈴木会長、よろしくお願いいたします。

(鈴木会長)

皆さん、こんばんは。お忙しい中、またお疲れのところを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。まだ来られていない方がいますけれども、始めたいと思います。

### 議題・報告

#### (1) 平成30年度第1回地域医療構想調整会議結果概要

(鈴木会長)

それでは、まず(1)第1回地域医療構想調整会議結果概要についての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)

(鈴木会長)

ありがとうございます。それでは、ただいまの説明に対して、何かご質問はございますか。ある方は挙手していただければと思います。

よろしいですか。では、また後で何か気づいたら、お願いします。

## (2) 2025年に向けた対応方針（民間病院プラン）について（資料2-1、2-2）

(鈴木会長)

それでは、(2) 2025年に向けた対応方針について、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局より資料2-1、2-2に基づき説明)

(鈴木会長)

ありがとうございます。それでは、何かご意見、ご質問、その他がございましたら挙手していただければと思います。いかがでしょうか。今井委員、何かありますか。

(今井委員)

この資料2-2について確認なのですが、これは各医療機関にはいつ伝達されることになるのかということです。まだ各医療機関に伝達しているわけではありませんね。

(事務局)

はい。今回、ご提出いただいたものをまとめた資料になりますが、各医療機関にごらんいただく機会としては、当然資料はホームページにも公表しますが、11月26日に、地域の病院の方に参加いただいてワーキンググループの開催を予定しております。その中でも情報共有させていただき、今後の方針について意見交換などをしていただければと思っております。

(今井委員)

ありがとうございます。それからもう一つ、資料2-2の最後、2025年の民間病院全体を見たときに、高度急性期の46床プラスは藤沢市民病院でしょうから、それが急性期に戻ったとしても、51床の急性期が増える形になりますよね。この51床はどこから担保されたベッドなのでしょう。それとも、これはまだ希望ということでしょうか。

(事務局)

今回のこの資料では、トータルで113床増えるという形になっております。この113床につきましては、第6期計画の基準病床数の中で、この湘南東部地域は、平成28年度、29年度と病床の配分を行っていますが、今工事中でまだ稼働していない病床が合計113床ございます。それが2025年の段階では反映しており、その一部が急性期に行く形で増えています。

(今井委員)

そうしますと、2025年に向けて、この表としては一応ベッドの過不足はないわけですね。

(事務局)

はい。表の中には一部増床希望として書かれているところもありますが、病床数の集計に

は入れておりませんので、配分済みの病床数ということになります。

(今井委員)

ということはこの51床は、過剰である急性期・高度急性期が増えると認識していいわけですね。

(事務局)

はい。現在の集計ではそうなっております。

(今井委員)

わかりました。以上です。

(鈴木会長)

これには新規開業が入っていないでしょう。

(事務局)

申しわけありません。今回は、現在開設されている病院のみを対象にしております。ですから、現在ここに入っていない病床が72床あります。回復期・慢性期を中心に、今後新規開設する予定の病院がありますので、そこだけはまだ入っていません。

(鈴木会長)

ありがとうございます。ほかに何かございますか。仙賀委員もよろしいですか。

(仙賀委員)

2025年の病床数をまとめて書いてありますが、これはあくまでそれぞれの病院の自主的な数値の合計ですよ。ただ、地域医療構想上、2025年には湘南東部医療圏はこういう配分であってほしいという病床数が出ていると思います。その乖離を埋めるために、次回またワーキンググループで各病院が集まっているいろいろ話をするのでしようけれども、数字上、その乖離をうまくなくすことは非常に難しいような気がします。そのあたりに対して県の意見をお伺いしたいです。あくまでそれぞれの医療圏でうまく調整してくれよということだったら、結局こういう会議を開かなくても好き勝手にやっているのと同じですから、せっかく開いているのだったら、県はそれについていろいろな意見を言うべきだと僕は思います。どうでしょうか。

(事務局)

県の医療課長の足立原でございます。お世話になっております。

仙賀委員がおっしゃるとおりで、一応例の2025年の必要病床数というものが、4機能区分ごとにあります。一般的に回復期が足りないとまだまだ言われておまして、まず一つは、2025年に向けて、あるいは直近で、過剰な病床機能、例えば急性期が過剰だけれども、あえて急性期を増やしたい、急性期に転換されたいというところは当然それなりの理由があると思います。そこはこの地域の推進会議、あるいはワーキンググループで協議していただいて、なるほどというものはそれでもいいでしょうし、それは困るというところは、地域の総意として、例えば急性期はやめようということを言っていただき、県としてもそういう指導をさせていただきます。そうしながら、適正な機能区分におさまっていただきたいということは考えております。これが1点です。

それからもう一つは、去年の会議でも話題に出ましたけれども、本当のところの機能はどのようなのかという議論があるわけです。特に急性期です。急性期の中でも結構回復期的なところを担っていらっしゃる急性期、要は下のほうの急性期といいますか、そういった機能のところも多いと認識しております。今日、後の議題でも出てきますが、今の機能区分は自己申告でもありますから、回復期は少なく、急性期が多くなってきますけれども、実際のところはもう少し回復的な機能を担っている部分が多いのではないかという現状の再整理もさせていただきたいと思っています。

このような二面で、適正なところに近づけていきたいと考えております。

(仙賀委員)

これから定量的な基準のことが資料4でありますから、それでまた説明があるということによろしいですね。

(鈴木会長)

ありがとうございます。ほかに何かありますか。常田委員、いいですか。

(常田委員)

前回から出席させてもらっているので不明な点があるのですが、今、自己申告でこれを急性期、高度急性期、回復期ということではいろいろな病院が出されていますけれども、2025年の必要病床数というのは何を根拠に出された数字なのか、教えていただきたいと思います。

(鈴木会長)

事務局、お願いします。

(事務局)

必要病床数につきましては、基本的に2013年時点の患者の受療動向などをもとに、今後の人口推計、高齢者人口増を反映させた場合に、医療需要がどのぐらい増えるかを推計したものです。その中で、医療資源投入量などをもとにして、高度急性期、急性期、回復期、慢性期について機械的に分けて、2013年時点のものを出し、この受療動向のまま人口動態が推移した場合には2025年にはこうなるというのを推計しており、さらに割り返して病床数に換算したものが必要病床数となります。ですから、2025年の必要病床数は、こうあるべきだという病床数ではなくて、基本的には医療需要の推計として出させていただいているものになります。

(常田委員)

その推計値というのは、病院ごとにこの病院は高度急性期が何床という形で出されているものですか。

(事務局)

これは当時、国の計算式に従って出しています。二次医療圏ごとに算出しており、病院ごとの数字はありません。

そのときには、医療資源投入量の点数で、この点数からこの点数は高度急性期というように分けて、まず2013年の数字があり、その後の受療動向や人口や高齢化などを、計算式を当てはめて、簡単に言うと2013年と同じ水準のまま2025年になったらその地域の医療需要はど

うなるかという推計をしています。また、当時から委員だった皆様はご承知でしょうけれども、全国一律の病床利用率を使っています。つまり、低めの病床利用率を使っているということです。

ですから、今、担当が申しましたけれども、当時の推計値として、神奈川県全体で6万床あったのですが、必要病床数は7万床と出て、プラス1万床も出てしまいます。これは2013年と同じサービス水準でこのまゝいってしまうと7万床になってしまうという推計であって、去年私もよく申し上げていたのですが、整備目標ではありません。そこまでつくりたいという話ではなくて、そこまでになってしまうだろうという推計値でございます。ですから、増えるだろうという傾向はわかるのですが、どのように適正化していくかということをこういった会議でお話しさせていただきながら、という流れになっております。

(鈴木会長)

ありがとうございます。先生、よろしいですか。この会議は長くやっているの、メンバーがかわってくると今まで決めたことや経過で決まったことなど、いろいろと難しくなりますよね。ですから、やはりその都度基本に戻っているいろいろと説明してもらったほうがいいのではないかと思います。よろしくをお願いします。

ほかにはよろしいでしょうか。高井委員、お願いします。

(高井委員)

資料3の2番の表では、湘南東部は高度急性期・急性期が少し過剰で、回復期・慢性期が少し足りない。要は急性期が多いのに、例えば康心会の3つの病院とも急性期を増やそうとしているのですが、こういう形は許されるのでしょうか。

(鈴木会長)

いかがでしょうか。

(事務局)

お答えいたします。このケースに当たるかわかりませんが、例えばある地域で急性期が過剰だけでも、あえて急性期をつくりたいという病院があらわれました。そこは、理由をこういう場、あるいはワーキンググループなどでお聞きしたり、場合によっては病院に会議に出席していただきます。それから、時期の問題もあります。来年という場合と、2025年という場合、要するにぼんやりしている場合か、確固たる場合かというのがありますので、とにかくその理由を聞く場を設けて、国は協議と言っていますが、納得いく理由かどうかということ協議することにしております。

地域によっては、例えば二次医療圏全体では急性期が過剰だけでも、このエリアには急性期が全くないので、あえてここに作りたいというケースもあります。わかりやすいのはそういうケースですが、そういう事情ならばわかる、ということもありますので、そういった協議をこれからさせていただきたくて予定でございます。

(鈴木会長)

よろしいですか。ありがとうございます。

### (3) 過剰な病床機能への転換について

(鈴木会長)

それでは、先に資料3を説明してもらったほうがわかりやすいでしょうか。引き続き過剰な病床機能への転換についての説明をお願いします。

(事務局より資料3に基づき説明)

(鈴木会長)

ありがとうございます。それでは、資料3につきましてのご質問・ご意見がありましたらお願いいたします。

それでは、先に(4)の説明をしていただきましょうか。

### (4) 地域医療構想調整会議の活性化のための地域の実情に応じた定量的な基準の導入について

(鈴木会長)

では、今の資料3については、資料4の説明を受けたほうがわかりやすいかもしれませんので、事務局から、(4)の説明をお願いいたします。

(事務局より資料4に基づき説明)

(鈴木会長)

ありがとうございます。1つだけ確認していいですか。資料4の別紙の「他県の定量的基準をあてはめた場合の平成29年度病床機能報告」の、埼玉方式、佐賀方式、奈良方式、これはどうやって当てはめたのですか。レセプトだとか、そういうところから拾ったのですか。国のデータを持ってきて、県で試算したという感じですか。

(事務局)

3県とも、実は、いずれも病床機能報告のデータを分析して、定量的基準を設けています。病床機能報告の中で、この病棟では手術は何件やっているとか、かなり詳細なデータを報告していただいております。これをもとにして分析して、急性期と報告しているけれどもここはこの回数から判断すると急性期というのはどうなのかとか、そういう報告の具体的内容の分析をしています。神奈川でもそれを分析して、機械的に割り振ってこのような形で出しております。

(鈴木会長)

ということは、要するに県の病床機能報告の結果を用いて当てはめてみたということではないわけですね。わかりました。

小松委員、何か追加でご意見はありますか。

(小松委員)

県医師会の小松です。今日の議題の(2)、(3)、(4)は全部絡み合っている問題だと思います。公的病院だけでなく、民間も意見を出そうということで出してもらいました。そうやって出してもらったプランには、かなり具体的なところから、2025年に向けたまだざっくりとしたプランまで混ざっているけれども、要するに、おのおのが希望というか考えを出すところのようになってきます。それは資料3でいうところの2025年の必要病床数と照らし合わせてみると、過剰と言われている急性期を希望するところがあるとか、あとは高度急性期・急性期の絡みがあるというようなことが出てきます。

では、そもそもこれは何のためにやっているのかということ、結局必要病床数という数字に対して、これは患者さんの医療資源投入量で割った数字ですから、我々が自己申告で病棟ごとの機能を申告したものに対して、全く違う分け方で違うものを比べているので、どうしてもそんなに近くなるものではないわけですよ。でも、どうしても近づきたいというのが今回の議題(4)だと思います。

病床機能報告で、国が最初に示した4つの分け方をすると、急性期が多く自己申告されて、回復期が少ないです。それは当たり前で、我々病院の人間は、回復期リハビリテーション病棟は回復期だと思っているけれども、それ以外のほとんどの一般病棟は急性期だと思って自分たちは運営しているわけですから、当然そこに大きなずれができました。でも、回復期が足りないということですから、回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟だけが足りないという捉え方で増やそうとする動きが出ました。しかし、回復期リハビリテーション病棟が足りないのではなくて、回復期の機能を担う病棟がこれからは不足していくということを去年の8月ぐらいに国は出しました。それでようやく不毛な議論から我々は逃れて次に行けると思ったら、今年の2月になってまたこの議題(4)のように定量的な基準を設けるということで、無理やり国の言っている地域医療構想の必要病床数の4機能区分に近づけるとまた言ってきているというのが実情です。今まで、合うはずのないダブルスタンダードを合わせようとしていたものに、さらに今度は奈良県方式とか、要するに全国で分け方が違うわけですよ。もちろん地域医療構想だから、全国で分け方が違うのもありだとは思いますが、47都道府県でみんな分け方の議論をして無理やりこうやっていくという、本当に先の見えない迷路を進まされているというのが個人的な感想です。

ですから、今回の議題を見ると、大事なことは、この地域において急性期が過剰になっているけれども、ワーキンググループも含めて地元としては足りているという認識であれば、要するにここはもう足りているから過剰なところへの病床転換は認めないという結論になりますし、過剰とはされていても実態はそうでもなくて、ここは実績もあるし、信用もあるし、救急告示病院として機能してくれると地域にとってありがたいというところだったらありだということになります。結局、地域において過剰か不足かを決めるのは、国が示したデータではなくて、湘南東部の調整会議の皆さんです。ただ、決めるには決めるルールというか、基準というのをつくっておいて決めるのが一番よろしいのではないかと、それがフェアではな

いかと思います。

相模原では、先日、ある病院が急性期への転換の希望を出しました。まず大事なことは、多分いきなり調整会議にこの議題が上がってきても、多くの委員さんにとっては判断できないので、まずはこういうことを調整会議で話すという文化になったわけですから、ワーキンググループで必ず早めに話題にして下話をしましょうと。それから、少なくとも地域の医師会長、病院協会会長あたりには話をして、うちはこういう考えでこういう形でこういうアイデアを出そうと思いますということをある程度話して、それで調整会議に、みんながある程度わかる形で上げていくことが、資料3では、私は必要だと思います。要するに、都道府県に理由書を提出する時点で、ある程度地域の医療機関で下話ぐらいいはしておきましょうと。

それで、調整会議の中で、例えば今回だと康心会の3つの病院がどうというのも、正直いきなり言われてもわかりませんよね。県に聞けば全部わかるかということ、やはりわからないところが絶対あると思うので、そういう意味では、この話がかなり具体的であるならば、どこかの調整会議で出席していただいて説明してもらいたいということも必要だと思います。数字に振り回されるよりは、地元としてどうなのかということと、あとは、そうはいっても国がどうしても定量的な線を引きたいと言ってきており、県もやらざるを得ないので、そうなったときは多分、線の引き方だけで1年ぐらいかかりますよね。病院の先生方みんなにご意見を伺うと、いや、これはこうだこうだとなるので、完璧なものは絶対にできません。もし完璧にやろうとしたら、結局は、高度急性期は医療資源投入量の3000点という、必要病床数の分け方でしか同じにはならないと思います。ですから、本来であれば、どうしても分けたかったら国がもう一回地域医療構想のときに分けたのと同じ点数で分ければ、比率は同じになるはずですが、それができない以上は、地元の中で協議をしていくというときは、みんなで話し合っただけで決めていくということだけしか言えないと思います。どちらが正しいとか、どれが絶対ということよりは、みんなで決めてこういうルールにしたということをつくっておいて、記録して残しておくことが必要かと思います。

長くなってすみません。

(鈴木会長)

ありがとうございます。何かご意見などはございますか。仙賀委員。

(仙賀委員)

小松先生の判断というか説明は、なかなかわからない人もおられるかもしれませんが、大体僕が思っているとおりで。それで、3000点という資源投入量できっちり分けるというのは、現時点での病床でやればわかりますが、2025年に向かって増床して急性期をやりたいという希望的観測も混じっていて、さらに定性的なものも一緒くたにやっているので、ますます混乱する。ですから、まだ診療実績のない病床に関して希望的観測を認めてしまうのかどうか、そのあたりへの対応の仕方があれば教えていただきたいと思います。

(鈴木会長)

では、小松委員、お願いします。

(小松委員)

基本的にはやはりこういうものも推計の算定値だからといって、全くどうでもいいというよりは、ある程度の目安としてこれがあると思います。

これは私の個人的な考えですが、過剰・不足に関しては、地元は基本的に抑制的であるべきだと思います。なぜかというと、希望的に言えば当然患者は増えますし、救急をやりたいですし、人を集められるからぜひやりたいと言っても、結局何年かたつとやらなくなるというのはよくある話です。これからの5年、10年、20年というのは、患者さん以上にスタッフが足りなくなってくるので、そういう意味では、みんなでうまくやっていかなければ現状の維持すら大変になってくることを考えると、私は個人的には抑制的であるべきだと思います。要するに、既存の医療機関が実績として、例えば救急告示病院としての機能を充実させるために増やしたいとか、そういうケースはいいと思いますが、何となくやりたいとか、今後の需要が見込めるからという形の手挙げを認めてしてしまうと、先ほど先生がおっしゃったように、はっきり言えば何でもありになります。何でもありならこの会議はいらないのではないかという気がするので、僕のスタンスは少し抑制的です。

(鈴木会長)

追加で発言させてもらおうと、資料2-2にある「2025年に向けた対応方針」の「病床機能の変更予定」に「増床・減床を含む」という書き方をされてしまったので、今回、実はある施設では基準病床数に関係なく、何床増やしたいなどというのが出てしまいました。今回の議論では、それでは混乱してしまうので、そういう希望的なとか、まだ認められていない病床に関しては、基準病床のこともありますので、抜いてもらっています。ですから、2025年にはもしかしたら基準病床が増えるかもしれませんが、今回は、現在認可されているベッドの中でどうかということになります。

したがって、例えば市民病院や藤沢湘南台病院は、機能を変えるというのは同じ病床数の中で変えています。茅ヶ崎中央病院や湘南東部総合病院は、前計画の基準病床の中での増床で、実績はないけれども既に認可されているベッドというところで出ています。

ですから、多分2025年になったころには今言った増床したいとかいろいろなことが出てきて、基準病床について県がどう考えるかということなのだと思います。資料は今の時点でのことですので、ぐちゃぐちゃにならないように出してもらっているつもりです。

ほかに何かございますか。

(事務局)

事務局から失礼いたします。先ほどの仙賀委員のご質問への回答と重なるのですが、先ほども申しましたように時期的なものもございますので、来年やりたいのか、2024年、2025年ぐらいで考えているのかにもよります。また、小松委員のご意見と同じなのですが、やはり下話や、中での検討ということも必要です。それから今、会長がおっしゃいましたように、2020年に基準病床数を一斉に見直そうというのがありますので、もし万が一そこで増えたりしたら、新たに増やしたいという話がこれから出てくるケースもございます。今はこれを出しているけれども、経営方針をこう変えることにしたというのもあります。

それから、康心会さんがどうかはわかりませんが、急性期と書いているけれども、いろいろ

ろ話を聞くと、例えば在宅の後方支援をして緊急入院等に受け入れたい、要は、奈良県のところがありました。軽症急性期のようなイメージのところかもしれません。そのように詳細に聞き取っていく必要がございます。あと、先ほどの時期の話ですが、時期によっては保留でもいいと思います。とりあえず先なので、この病院はもう少し様子を見ながら考えましょう。実績の話もありますし、新築などは特にそうですよね。ということで考えております。ここはフレキシブルにやってよろしいかと思えます。

それから、定量的な基準の説明を最後にさせていただきましたけれども、当然基準をつくること自体が目的ではありません。この議論をするときの参考、やはりフェアな数値があるといいよねということで、本当は国に決めてほしいというのはあるのですが、県ごとに決めなさいということなので、とりあえず県内ではどの医療圏も同じやり方にしましょうと県は思っています。ただ、これを本当に本気でやってしまうと病院の労力は相当なものになってしまう可能性もありますので、それは避けたいです。それは本末転倒になりますから、あくまで議論の参考として、病院の労力が増えないように、そこには労力をかけないようにこちらで工夫して数値をなるべく出したいと考えております。

(鈴木会長)

ありがとうございます。ほかには。今井委員、お願いします。

(今井委員)

この話し合いや、いろいろな形で医療需要に応じて話し合うにしても、意外と地域が小さくなってくればくるほど話しにくい実情というのが、一方ではあると思います。ですから、私は定量的なものをあまり最初は重視していなかったのですが、今回落とし込んでみて、埼玉県方式みたいな分類というのは、もう一步突っ込んで、おたくのところはどの程度急性期的なものをやっているのかと言っているようなものですよ。そういうある程度の基準がないと、話し合いなどというのはなかなか難しいです。例えば仙賀先生の顔を見ながら、おたくのところはちょっとまずいんじゃない？などということはなかなか言えないでしょう。そういうことと同じで、小さくなればなるほどなかなか難しいということは前提にしておいて、奈良県方式は少し大ざっぱ過ぎますが、やはりある程度、埼玉県方式のような一定のルールみたいなものは何らかの形で持っていたほうがかえって話しやすいという感じがします。

それともう一つは、今までのその病院のベッド利用率がどの程度なのかというのはかなり大きな参考になると思います。急性期病棟と言っているところや慢性期病棟と言っているところの占床率、そのあたりはこの分類の中に入っているのかはわからないのですが、今までのどの程度それを利用して活動しているのかという要素としては、占床率などもあるのではないかと感じています。

少し雑感的になりましたけれども、以上です。

(鈴木会長)

ありがとうございます。ほかに何かご質問はございますか。一応今のところ神奈川県としては1個の基準でやろうとしているのですか。細かくやればやるほど、多分横浜とこの辺とは違いますし、ここと西湘なんかは違うでしょうけれども、どうなのでしょう。

(事務局)

とりあえず神奈川県としては、何方式にするかわかりませんが、医療圏ごとに違うというのはやめようと思っています。横で比べられるようにするためにも、今のところは1つのやり方でやりたいと思っています。

(鈴木会長)

個人的意見ですが、埼玉方式は大変ですよ。

(今井委員)

でも、やって、これに落としたのでしょうか。

(小松委員)

埼玉ではすごくお金もかかって、1000万円ぐらいかかっています。

(鈴木会長)

お金もかかりますよね。奈良県方式は少し雑駁過ぎますが、埼玉もきつ過ぎるのではないですかね。どうぞ、小松委員。

(小松委員)

埼玉は相当お金と時間をかけて、基金を使ってこれをやっただけなのですが、確かに今、今井先生がおっしゃったように、データの急性期と申告していたけれども、この基準を適用したら回復期のほうに分類された病床の病床利用率と、もともと回復期に申告している病床の病床利用率は全く違います。当たり前ですが、回りhadとか地域包括ケアのもともと回復期で手挙げしている病棟の病床利用率は90%近いです。一方で、埼玉県方式で、ふるい落とされて回復期になったところの病床利用率は60%ぐらいです。結局、13対1とか15対1の、多分医療看護必要度か何かで何%でピッと引いてしまえば、本来的にいえば容赦なく数字が出ます。

ただ、あくまでこれは第三の数字ですから、別にだからどうというか、自己申告はこうだけれどもという意味でいったら、シンプルに引こうとしたら、埼玉県方式の最後に載っている医療介護必要度ですとか、そのあたりで引いてしまえば、あとは救急告示病院とか、何らかの形でやっていけばということですけども、当然それに対して反対だとかご批判は出てくると思います。ただ、今のままの事象だけで話をするには、どこかで限界があるということも確かに事実だと思います。また次の会議ぐらいまでには、もう少し突っ込んだ話ができると思いますから、よろしくをお願いします。

(鈴木会長)

ありがとうございます。仙賀委員、お願いします。

(仙賀委員)

今回のワーキンググループは11月に開かれると思うのですが、そのときに定量的な判断を湘南東部医療圏で導入するかどうかについては、これは県の医療課と鈴木会長に委ねるという形でいいと思います。みんなで話をしても決まらないから、それで定量的な判断を入れなければ入れない、入れるならどこまで入れるとか、それをしないとワーキンググループを開いても、結局何のために開いたかわからなくなりますから、それをお願いしたいと思います。

(今井委員)

賛成です。

(鈴木会長)

では、ワーキンググループを開く中で、丸山副会長と僕とで相談させてもらうということにさせていただきます。ワーキンググループは11月26日ですね。今のところ、全医療機関に出てきていただけるということで、前もって今日の資料なども配布していただければ。ほかによろしいでしょうか。

もう一度先ほどの議題に戻りますと、(3)で、機能変更という形を出している医療機関を、この会議にお呼びするかどうかということ、協議しておかなければいけないようです。過剰な病床への転換を検討している医療機関があった場合に、推進会議にお呼びして話を聞くのか、それともワーキンググループだとか、そういうところでやって、事務局に少し判断してもらおうのかということ、今回の会議の中で協議しておきたいと思います。何かご意見はございますか。

先ほどまだ早いのではないかという意見もあったので、できればワーキンググループが終わって、そして次回、そういうところに参加してもらおうかどうかを決めていきたいと思うのですが、そんな形でよろしいでしょうか。では、よろしい方、挙手をお願いいたします。

ありがとうございます。では、総員挙手ということで、今回機能変更で出しているところについては、ワーキンググループ等を待ってからということにさせていただきたいと思います。

## (5) その他

(鈴木会長)

ほかになにかご意見や言っておきたいことはございますか。いいですか。

それでは、先ほどの、埼玉県方式なのか何かということも、会議でまた報告するようにさせていただきますと思います。

それでは、これをもちまして議事を終了させていただきたいと思いますので、進行を事務局のほうにお戻しします。よろしくをお願いいたします。

## 閉 会

(事務局)

鈴木会長、ありがとうございました。

最後に私のほうから一言申し上げます。昨年来、本当にいろいろご協力をいただきましてありがとうございます。進め方として、今年度はまず病院同士のところからやっという中で、今、病院中心の話が進んでいますが、当然在宅医療、あるいは診療所、あるいは介護施設の話が今後出てくると思います。

病院の話で言いますと、先ほど今井委員もおっしゃいましたが、なかなか仙賀委員の顔を見て、おたくの病院はおかしいだろうと言えないのはそのとおりで、ワーキンググループもそうなのですが、とりあえず言える範囲で、うちの病院は今こういうことを考えているということをおっしゃっていただいて、それを各病院が聞いてまず経営判断の材料にさせていただく。そこは言わないにしても考えていただく。それで膝詰めで、また患者の受け渡しについても、先ほど急性期の話がありましたけれども、回復期リハや地域包括ケア病棟を持っていても、例えばポストアキュートで藤沢市民病院から出すときに、地ケア病棟を持っていても、その数字では出せない、高めでないと出せないということもあります。そういうところの議論を進めていっていただけると非常にありがたいと思っております。この地域は本当に顔の見える関係で皆さんがやっておられますので、今後またご協力をいただきながら、議論を進めさせていただければと思っております。本日はまことにありがとうございました。