

平成 30 年度 第 3 回横浜地域地域医療構想調整会議 議事次第

日時：平成 31 年 1 月 29 日（火）

19 時 00 分～20 時 30 分

場所：横浜市医師会会議室

1 開会

2 議題の一部非公開について

3 協議・報告

- (1) 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（報告）【資料 1】
- (2) 病床機能の転換等について【資料 2】
- (3) 平成 31 年度基準病床数について【資料 3】
- (4) 平成 31 年度の地域医療構想調整会議の進め方について【資料 4】
- (5) 病床整備事前協議について【資料 5】
- (6) 医療法第 7 条第 3 項の許可を要しない診療所について【資料 6】

4 閉会

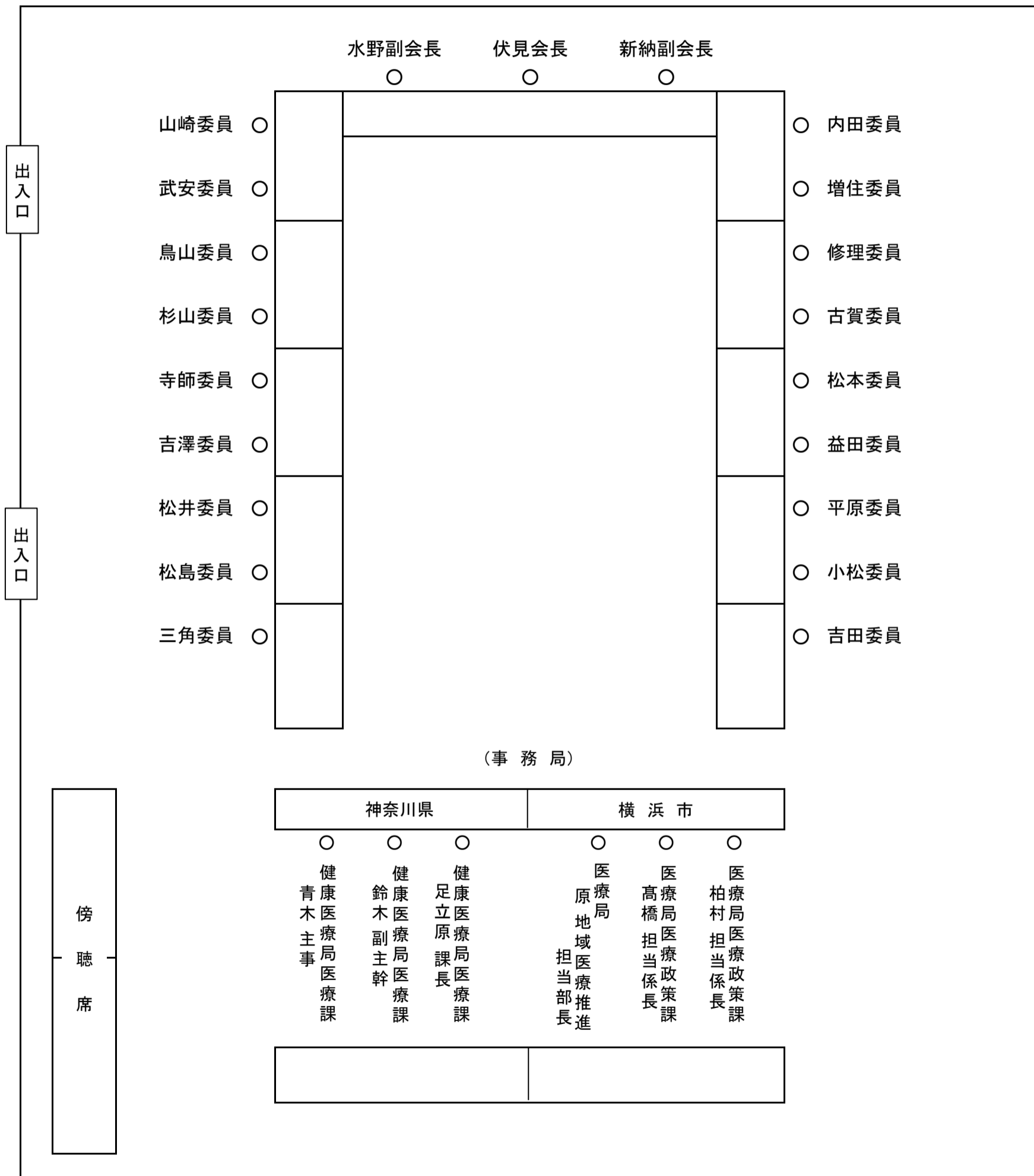
【参考資料】

- 1 第 2 回地域医療構想調整会議の結果概要
- 2 公的プラン・民間プランの取扱いについて
- 3 医療法第 7 条第 3 項の許可を要しない診療所に関する取扱要領

平成30年度 第3回横浜地域地域医療構想調整会議

平成31年1月29日(火) 19:00~20:30

横浜市医師会会議室



横浜地域地域医療構想調整会議 委員一覧

氏名	所属
みずの 水野 ぎょういち 恭一	横浜市医師会 会長
やまざき 山崎 ともき 具基	横浜市医師会 副会長
たけやす 武安 のぶあき 宣明	横浜市医師会 副会長
とりやま 鳥山 なおはる 直温	横浜市医師会 副会長
すぎやま 杉山 のりこ 紀子	横浜市歯科医師会 会長
てらし 寺師 みちひこ 三千彦	横浜市薬剤師会 会長
よしざわ 吉澤 としこ 壽子	神奈川県看護協会 横浜西支部理事
にいのう 新納 けんじ 憲司	横浜市病院協会 会長
まつい 松井 じゅうにん 住 仁	横浜市病院協会 副会長
まつしま 松島 まこと 誠	横浜市病院協会 副会長
みすみ 三角 たかひこ 隆彦	横浜市病院協会 常任理事
うちだ 内田 ひろし 浩	全国健康保険協会 神奈川支部 企画総務部長
ならざき 奈良崎 しゅうじ 修二	健康保健組合連合会 神奈川県連合会 副会長
ますずみ 増住 としひこ 敏彦	横浜市医療局長
しゅうり 修理 じゅん 淳	横浜市医療局医療医務監
こが 古賀 のぶこ 伸子	横浜市健康福祉局保健所長
まつもと 松本 ひとし 均	横浜市健康福祉局高齢健康福祉部長
おかざき 岡崎 ようこ 洋子	横浜市政策局政策部データ活用推進等シニアディレクター
ますだ 益田 むねたか 宗孝	横浜市立大学 教授 医学部長
ふしみ 伏見 きよひで 清秀	東京医科歯科大学 教授
ひらはら 平原 ふみき 史樹	独立行政法人国立病院機構横浜医療センター 院長
こまつ 小松 かんいちろう 幹 一郎	神奈川県医師会 理事
よしだ 吉田 かつあき 勝明	神奈川県病院協会 副会長

(掲載順は、地域医療構想策定ガイドラインにおける団体掲載順に準じて作成)

定量的な基準の導入について（素案）

1 背景

- 平成 30 年 8 月 16 日付で厚生労働省医政局地域医療計画課長から「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」が発出され、各都道府県に対して、調整会議における議論を活性化する観点から、本年度中に、都道府県医師会などの医療関係者等と協議を経たうえで、地域の実情に応じた定量的基準の導入が求められた。

2 導入検討にあたっての基本的考え方

- 調整会議において議論の 参考とする ことを目的として、県全体で 1 種類の定量的基準の導入を検討する。
- 定量的基準の導入にあたっては、病床機能報告等における、既存の報告データを活用し、医療機関への追加調査などの 新たな負担が生じないよう配慮する。
- そのため、県では、各医療機関からの病床機能報告を二次医療圏ごとにとりまとめ、定量的基準に基づき病床数を補正したデータとして調整会議へ提示する。
- ※ 平成 31 年度以降の病床機能報告の際に、各医療機関が迷った場合、この定量的基準を参考として活用することは差支えないが、病床機能報告は病棟単位で行うもので、数値だけで判断できない点もあるため、この 定量的基準に沿った報告は強制しない。

3 神奈川県における定量的基準（素案）（平成 30 年 1 月 15 日時点）

- 病床機能報告における「急性期」を、「重症急性期(仮称)」と「地域急性期(仮称)」に分け、今後、地域の病床機能を検討していく際の参考とする。

(1) 定量的基準の導入にあたっての考え方

- 病床機能報告は「病棟単位」で「医療機関の自主的な判断」による報告であるため、「患者単位」での医療機能に基づき推計した「必要病床数」と比べ、急性期の病床数が多く、回復期の病床数が少なく報告される傾向がみられる。
- 急性期と報告している医療機関や病棟の中には、相当数の救急患者、重症患者の受入れを中心に行っている病棟も、ポストアキュート・サブアキュート機能を中心に、急性期から回復期まで幅広く担う病棟も含まれていると考えられる。
- また、現在、各地域において、各医療機関の機能、地域における役割、今後の対応方針、病院間での患者の流れ等を共有する中で、最も課題として提起されているのは、「急性期から回復期への連携」「在宅と急性期の連携」である。
- 今後、地域の連携の検討を進めるためには、急性期の中でも、ポストアキュート・サブアキュート機能を積極的に担う医療機関を見える化していくことは必要である。
- このため、病床機能報告における急性期病床を、便宜上、「重症急性期(仮称)」「地域急性期(仮称)」に分け、今後、地域に必要な病床機能や役割分担を議論する際の参考とする。

【イメージ】

重症急性期：重症患者や救急などを積極的に受け入れていく急性期病床。救急や重症者への対応を重点的に行う、断らない病床

地域急性期：ポストアキュート・サブアキュート機能を中心に、回復期的な機能も含めて幅広く担っていく急性期病床。地域のニーズに応じて、急性期から回復期まで、幅広く患者を受け入れる病床

(2) 参考とした先行事例（各県事例の詳細は別紙1参照）

	メリット	課題	評価
佐賀	○シンプルで集計が比較的容易	○病床数が多く、かつ、もともと平均在院日数が短い本県では、補正効果が薄い	×
奈良 ・ 大阪	○最も課題となっている急性期及び回復期の区分に特化し、目的が明確	○指標の差により集計結果がかなり異なってくるため、適切な指標を選定する必要がある ○高度急性期と急性期は再区分しない	○
埼玉	○高度急性期・急性期間の区分の問題にも対応できる ○指標次第で、必要病床数構成にかなり近づく可能性がある	○必要病床数・病床機能報告・定量的基準と全く違う3種類の数字ができ、混乱を招く可能性がある ○指標数が多く、分析が非常に複雑になる ○医療機関から「報告様式2」の正確な報告を提出してもらう必要がある	△

- 奈良県や大阪府の手法は、「急性期」と「回復期」との関係に特化して、救急の受入状況や手術件数などの指標により、定量的基準を定めており、考え方や目的が明確であることから、本県においても参考とする。

(3) 定量的基準の指標の選定

- 他県の例を参考に、本県において適当と考えられる項目を選定する。
- 病床機能報告において各医療機関から提出された報告内容のうち、急性期医療に関する代表的な指標と考えられる、以下の3項目を選定する。

	報告様式における項目	基準となる値	参考
①手術の実施状況	手術総数算定回数【報告様式②】	0.6件/月・床あたり (50床の病棟で30件)	大阪・奈良
②救急医療の実施状況	救急医療管理加算レセプト件数【報告様式②】	0.6件/月・床あたり (50床の病棟で30件)	大阪
③患者の重症度、医療・看護必要度	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合【報告様式①】	25%以上	埼玉

- ①～③のいずれかを満たすものを「重症急性期」、満たさないものを「地域急性期」と整理する。

(4) 定量的基準（素案）を当てはめた場合の、平成 29 年度病床機能報告結果
別紙 2 のとおり

※ 平成 30 年診療報酬改定に伴い、重症度・医療・看護必要度の基準値については改正されている。このため、30 年度の報告結果（6～7 月頃に大勢が判明）において、再精査の必要が生じた場合は、指標の一部見直し・数値の修正も検討する。

(5) 今後の調整会議での活用の仕方

- ・ 過剰な病床機能への転換について協議する際には、「地域急性期」相当への転換の場合は、「回復期」機能も含めて幅広く担っていることを考慮するなど、病床機能の過不足を検討する際の参考にする。

3 今後のスケジュール

H31. 1～2	・ 県医師会、県病院協会等と協議しながら、定量的基準（素案）を作成 ・ 各地域医療構想調整会議で、素案を報告し、意見聴取
H31. 2	・ 県医師会・県病院協会、調整会議等からの意見を踏まえ、案を修正
H31. 3	・ 県保健医療計画推進会議において、定量的基準（案）について意見聴取
H31. 3～	・ 神奈川県における定量的基準の確定
H31. 7～	・ 平成 30 年度病床機能報告結果とともに、定量的基準に基づく補正結果を参考として、調整会議に提出 (不合理が生じた場合は、指標の一部見直しを検討)

【参考】他県における定量的基準の例

(1) 佐賀県

- 病床機能報告で回復期以外と報告されている病棟のうち、
 - ①病床単位の地域包括ケア入院管理料算定病床数（既に回復期相当）、
 - ②調整会議において回復期への転換協議が整った病床数（回復期への転換確実）、
 - ③急性期病棟のうち平均在棟日数が22日超の病棟の病床数（回復期に近い急性期）
 は、回復期の過不足や将来の見込みを判断する際に、回復期相当と見なす。

(2) ー① 奈良県

- 急性期を重症と軽症に分類

重症急性期を中心とする病棟	軽症急性期を中心とする病棟
(目安) 手術件数と救急医療入院件数の合計の、病棟あたりの件数 (50床あたり) : 1日2件以上	1日2件未満

(2) ー② 大阪府 (奈良方式に近いが、指標を大阪独自のものに変更)

- 急性期を「(重症)急性期」「地域急性期(サブアキュート・ポストアキュート)」に分類

(重症)急性期	地域急性期
算定式：月あたり件数÷30日×(50床÷許可病床数) ⇒下記要件のいずれかを満たす ・手術総算定回数：1以上 ・化学療法算定日数：1以上 ・救急医療加算管理レセプト件数：1以上 ・呼吸心拍監視(3時間超7日以内)：2以上	いずれも満たさない

※治療実績が多く、看護配置が少なくなるに伴い件数が大幅に減少している項目を選定

(3) 埼玉県

○ 病床機能報告における報告データをもとに、入院料や具体的な医療提供状況から客観的な基準を作成。

- ・ 「ICU→高度急性期」「回復期リハ病棟→回復期」「療養病棟→慢性期」など、どの医療機能と見なすかが明らかな入院料の病棟は、当該医療機能として扱う。
- ・ 特定の医療機能と結びついていない一般病棟・有床診療所の一般病床・地域包括ケア病棟（周産期・小児以外）は、具体的な機能の内容に応じて客観的に設定した区分線によって、高度急性期／急性期／回復期を区分。

【区分線1（高度急性期・急性期の区分）の指標】

		高度急性期に分類する要件	稼働病床1床当たりの月間回数	40床病棟に換算
手術	A	全身麻酔下手術	2.0回/月・床以上	80回/月以上
	B	胸腔鏡・腹腔鏡下手術	0.5回/月・床以上	20回/月以上
がん	C	悪性腫瘍手術	0.5回/月・床以上	20回/月以上
脳卒中	D	超急性期脳卒中加算	あり	あり
	E	脳血管内手術	あり	あり
心血管疾患	F	経皮的冠動脈形成術	0.5回/月・床以上	20回/月以上
救急	G	救急搬送診療料	あり	あり
	H	救急医療に係る諸項目（下記の合計） ・救命のための気管内挿管・カウンターショック・体表面・食道ペースティング法・心膜穿刺・非開胸的心マッサージ・食道圧迫止血チューブ挿入法	0.2回/月・床以上	8回/月以上
	I	重症患者への対応に係る諸項目（下記の合計） ・観血的肺動脈圧測定・頭蓋内圧持続測定(3時間超)・持続緩徐式血液濾過・人工心肺・大動脈バルーンパンピング法・血漿交換療法・経皮的肺補助法・吸着式血液浄化法・人工心臓・血球成分除去療法	0.2回/月・床以上	8回/月以上
全身管理	J	全身管理への対応に係る諸項目（下記の合計） ・観血的動脈圧測定(1時間超)・胸腔穿刺・ドレーン法・人工呼吸(5時間超)	8.0回/月・床以上	320回/月以上
		A～Jのうち1つ以上を満たす		

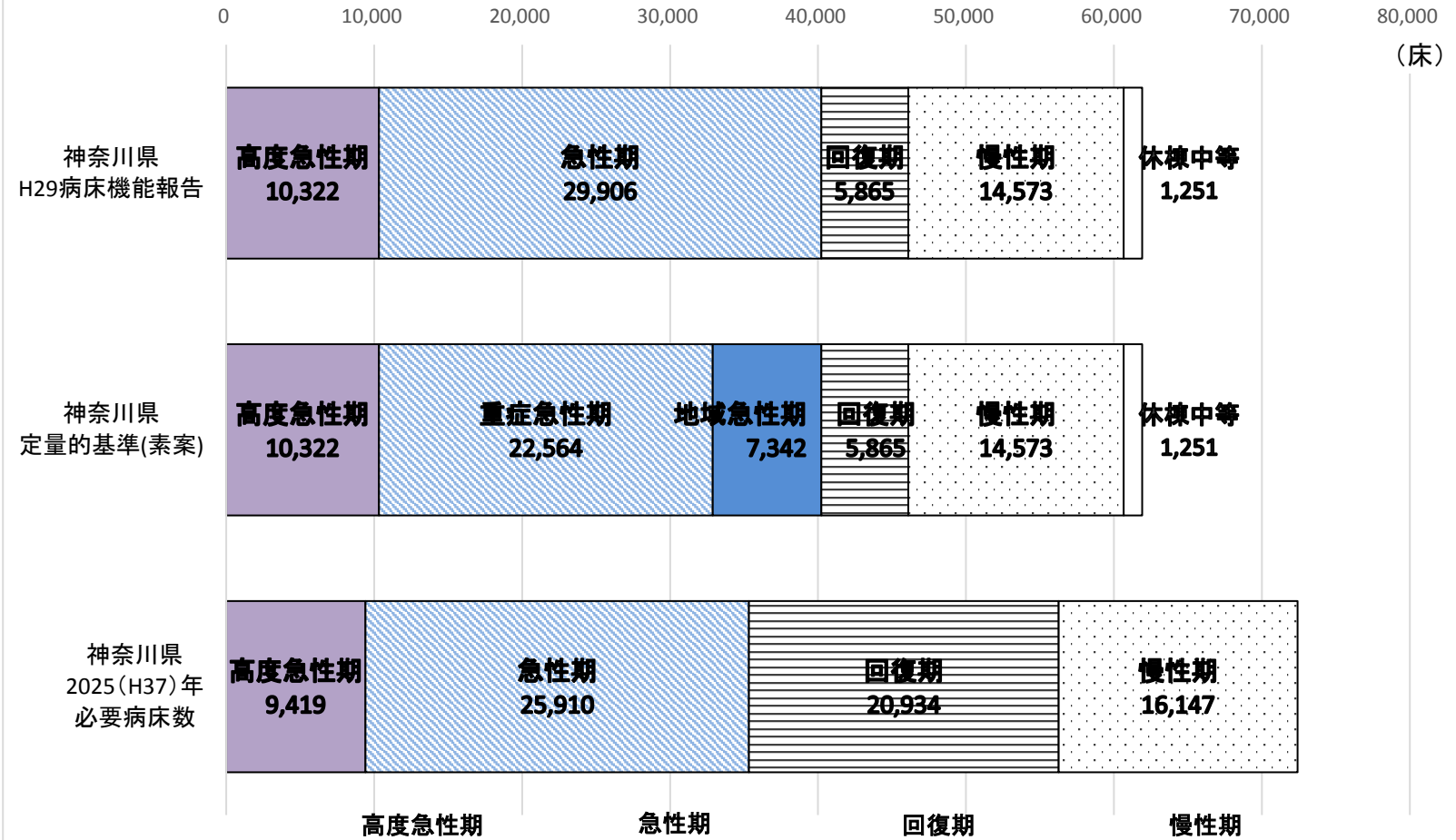
【区分線2（急性期・回復期の区分）の指標】

		急性期に分類する要件	稼働病床1床当たりの月間回数	40床病棟に換算
手術	K	手術	2.0回/月・床以上	80回/月以上
	L	胸腔鏡・腹腔鏡下手術	0.1回/月・床以上	4回/月以上
がん	M	放射線治療	0.1回/月・床以上	4回/月以上
	N	化学療法	1.0回/月・床以上	40回/月以上
救急	O	予定外の救急医療入院の人数	10人/月・床以上	400人/月以上
重症度等	P	一般病棟用の重症度・医療・看護必要度を満たす患者割合	25%以上	25%以上
		K～Pのうち1つ以上を満たす		

県全体

別紙2

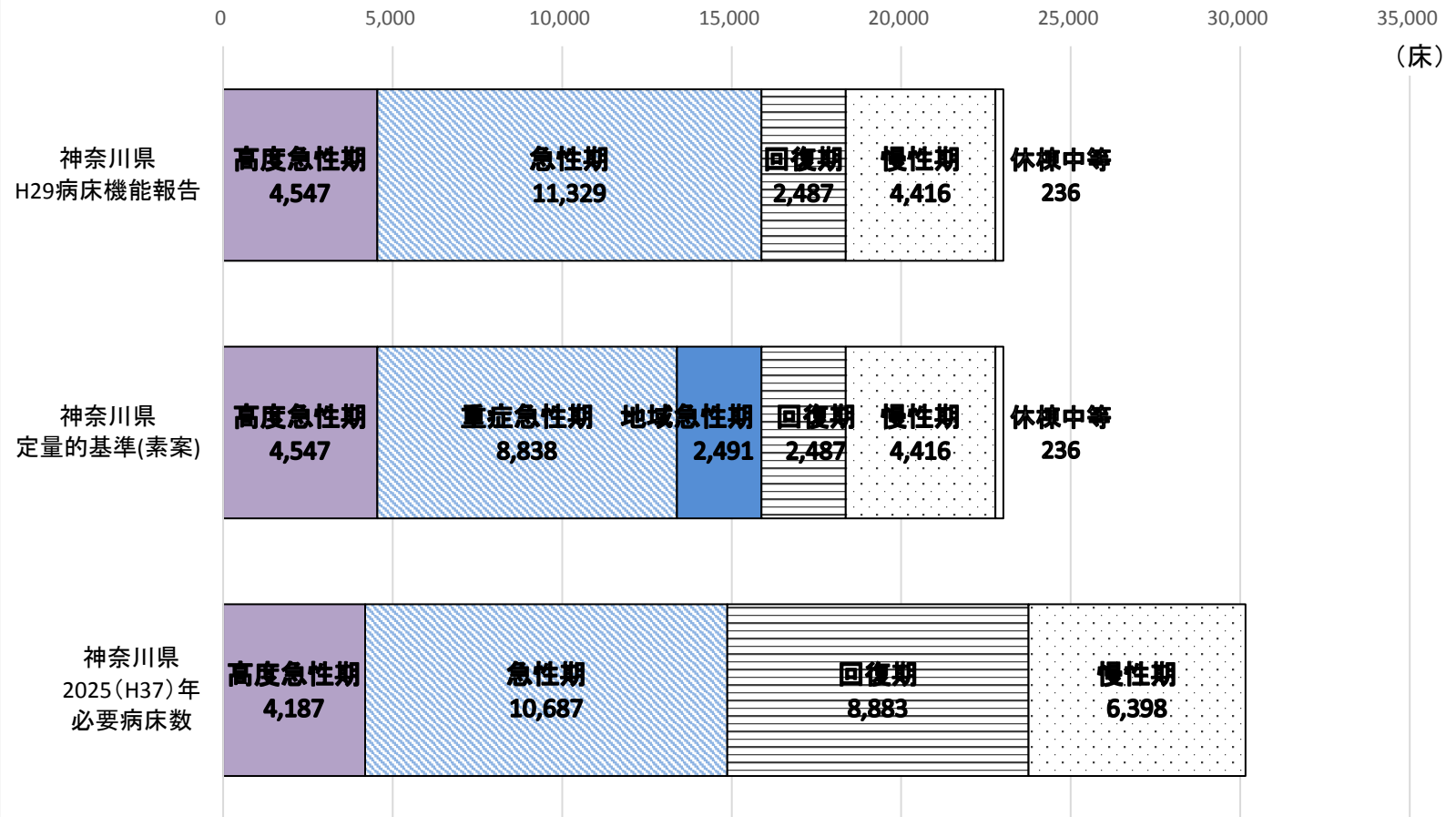
【参考】定量的基準(素案)をあてはめた場合の平成29年度病床機能報告(試算)





※地域急性期には、様式2のデータ不十分で分類困難な急性期も含む。

横浜構想区域

【参考】定量的基準(素案)をあてはめた場合の平成29年度病床機能報告(試算)



民間医療機関における「2025年に向けた対応方針」一覧(転換抜粋)

 …増加する機能
 …減少する機能

資料 2

1 2019年度までの転換を予定しているもの

(1) 不足する病床機能への転換

対象医療機関番号	医療機関名	所在区	エリア(7方面別)	開設者	許可病床数					①病床機能(2018年)					②病床機能(2025年予定)					今後の機能転換等の有無	転換計画の概要・スケジュール等
					一般	療養	精神	感染症	結核	計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期		
8	生麦病院	鶴見区	東部	岡田啓二	41	0	0	0	41	0	41	0	0	41	0	21	20	0	41	転換	・地域包括ケア病床へ転換 ・【理由】急性期医療を受けた後の患者の受入や、自宅療養患者、施設療養患者のフォローを充実 ・【時期】2019年7月届出予定
29	横浜東邦病院	港南区	中心部	梅田嘉明	47	49	0	0	96	0	47	0	49	96	0	47	49	0	96	転換	・回復期リハビリテーション病棟へ転換 ・【理由】地域に不足する回復期機能の提供 ・【時期】2019年6月届出予定
54	牧野記念病院	緑区	北東部	医療法人社団青葉会	183	0	0	0	183	0	183	0	0	183	0	134	49	0	183	転換	・地域包括ケア病棟へ転換(現在:地ケア病床8床→49床へ) ・【理由】在宅患者が増える中、バックアップ体制を充実 ・【時期】2019年4月予定
56	竹山病院	緑区	北東部西部	医療法人社団恵生会	30	34	0	0	64	0	0	30	34	64	0	0	64	0	64	転換	・介護療養病床から地域包括ケア病床に転換。 ・【理由】2023年度末の介護療養病床廃止に伴う転換。地域に不足する回復期機能の提供。 ・【時期】2019年3月届出予定
65	青葉さわい病院	青葉区	北部	医療法人社団博慈会	40	130	0	0	170	0	26	44	100	170	0	20	50	100	170	転換	・地域包括ケア病床へ転換(現在:地ケア病床14床→20床へ) ・【理由】周辺の急性期を担う病院からの円滑な患者受入を実現 ・【時期】2年以内

(2)過剰な病床機能間での転換

42	横浜旭中央総合病院	旭区	北部西部	医療法人社団 明芳会	397	118	0	0	515	9	388	58	60	515	15	382	58	60	515	転換	<ul style="list-style-type: none"> ・脳卒中ケアユニット6床を開設し、急性期から高度急性期(SCU)へ転換 ・【理由】旭区内の高齢化に伴い、救急件数や脳卒中患者の増が見込まれるが、近隣にSCUや脳卒中専門施設が少ないため ・【時期】2019年度中予定
----	-----------	----	------	---------------	-----	-----	---	---	-----	---	-----	----	----	-----	----	-----	----	----	-----	----	---

2 2020年度以降の転換になると見込まれるもの

(1)不足する病床機能への転換

対象医療機関番号	医療機関名	所在区	エリア(7方面別)	開設者	許可病床数					①病床機能(2018年)					②病床機能(2025年予定)					今後の機能転換等の有無	転換計画の概要・スケジュール等
					一般	療養	精神	感染症	結核	計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期		
47	金沢病院	金沢区	南部	医療法人社団 景翠会	162	0	0	0	162	0	69	93	0	162	0	55	107	0	162	転換	<ul style="list-style-type: none"> ・詳細については2018年度中に基本構想を策定し決定 ・【時期】2020年度以降着工予定
53	大倉山記念病院	港北区	北東部東部	医療法人三星会	114	0	0	0	114	0	17	48	49	114	0	17	97	0	114	転換	<ul style="list-style-type: none"> ・慢性期病床(障害者施設等入院基本料)から地域包括ケア病床に転換(現在:地ケア病床現48床→97床へ) ・【時期】2020年度以降(報酬改定の状況次第)

→ 今後、計画が具体化した段階で、改めて調整会議において議論する。

(2)過剰な病床機能への転換

10	ふれあい鶴見ホスピタル	鶴見区	北東部東部	医療法人社団 康心会	102	108	0	0	210	0	0	102	108	210	0	54	102	54	210	転換	<ul style="list-style-type: none"> ・障害者病棟(54床)を急性期に転換 ・【時期】未定(2019年度中の転換予定なし) ・詳細については今後検討
82	ふれあい東戸塚ホスピタル	戸塚区	西部南西部	医療法人社団 健齢会	97	53	0	0	150	0	0	53	97	150	0	53	53	93	199	転換(増床)	<ul style="list-style-type: none"> ・障害者病棟53床を急性期へ転換。療養病棟49床増床。 ・【時期】未定(2019年度中の転換予定なし) ・詳細については今後検討

→ いずれの病院も、まだ構想段階のため、今回は保留とし、今後、計画が具体化した段階で、改めて調整会議において協議する。

平成 31 年度 基準病床数について（横浜地域）

平成 31 年 1 月 29 日現在

神奈川県

1 これまでの経緯

第 7 次神奈川県保健医療計画の策定にあたり、各地域の地域医療構想調整会議などで議論を重ね、国との協議などを経て基準病床数を策定した。

基準病床数については計画期間の中間年である 2020 年に見直しを検討するほか、必要病床数と既存病床数の乖離が県内でも特に大きい（＝医療需要が増加することが見込まれる（横浜、川崎北部、横須賀・三浦））地域は、将来に与える影響が大きいことから、地域の意向も踏まえ、毎年度、最新の人口と病床利用率により再計算した結果を見た上で、地域の医療提供体制の現状等を踏まえて、基準病床数について協議することとした。

2 試算結果

最新の人口（平成 30 年 1 月 1 日現在）と平成 29 年度病床機能報告における病床利用率を使用して試算した横浜の基準病床数は以下のとおり。

第 7 次計画 基準病床数（当初） （H30. 4. 1）①	第 7 次計画 基準病床数（試算） （H31. 4. 1）②	① - ②
23, 516	23, 605	△89

※ 1 人口と病床利用率以外は、第 7 次計画基準病床数算定時と同じ数字を使用

※ 2 病床利用率は小数点以下 3 桁まで用いて計算

3 今後のスケジュール

- 平成 31 年 1 月 29 日 : 第 3 回地域医療構想調整会議
地域の意見の最終確認
- 平成 31 年 3 月
 - ・ 第 3 回県保健医療計画推進会議…保健医療計画（基準病床数部分）変更（案）確定
 - ・ 第 2 回県医療審議会…保健医療計画（基準病床数部分）変更（案）について諮問・答申
 - ・ 保健医療計画（基準病床数部分）確定

平成 31 年度の地域医療構想調整会議の進め方について（案）

【地域医療構想でめざすすがた】

- 誰もが元気でいきいきと暮らしながら、必要なときに身近な地域で質の高い医療を安心して受けられる
 - ・急性期から在宅医療・介護まで一連のサービスが切れ目なく適切に受けられる
- （在宅療養者の急変時の往診や、入退院の連携などが円滑に行われる）

<平成 30 年度の重点的目標>

- まず、地域内の各病院の機能、地域における役割、今後の対応方針、病院間での患者の流れ等を地域で共有する

<平成 31 年度の目標>

（全地域）

- ① 引き続き、地域内の各病院の機能、地域における役割、今後の対応方針、病院間での患者の流れ等を地域で共有する。

（地域の議論の進捗状況に応じて）

- ② その他、地域の実情や検討体制に合わせて、医療機能の実態や課題が明確になっている場合は、各地域でのテーマを決めて、議論を深めていく。

（例：高齢者の救急機能の確保、在宅医療の後方支援、入退院支援、診療所・在宅医療・介護施設等の連携など）

平成31年度 年間スケジュール

		H31年度					
		4～6月	7～9月	10～12月	1～3月		
県保健医療計画推進会議	保健医療計画 (総合確保基金 基準病床数含む) 等 (調整中)	6月 ★ 第1回会議 (医師確保計画 等)	7月 ★ 第2回会議 (調整会議の進 め方、総合確保 基金等)	9月 ★ 第3回会議 (計画進捗評価、基準 病床数見直し検討、病 床整備事前協議の対 応方針、医師確保計 画等)	10月 ⇔ 医療審 (報告)	2月 ★ 第4回会議 (病床整備事前協議 の審査、基準病床数 見直し(計画変更)、 医師確保計画等)	3月 ⇔ 医療審 (諮問・答申)
	病床許可事前協議		9月 ⇔ 第2回会議 (事前協議の対応方針)	10月 ⇔ 医療審 (報告)	2月 ⇔ 第3回会議	3月 ⇔ 医療審 (報告) ○ 決定通知(県)	
(地域保健医療構想福祉調整推進会議)	保健医療計画、 (総合確保基金、 基準病床数含む) 等	4～6月 ⇔ データ集計(県)	8月～9月 ⇔ 【第1回会議】 ・地域の現状・データ 共有 ・基金活用事業検討	10～11月 ⇔ 【第2回会議】 ・構想区域の病床機能の分 化連携、医療機能について ・基準病床数見直し検討 (該当地域)	1～2月 ⇔ 【第3回会議】 ・構想区域の病床機能の分化連 携、医療機能について ・基準病床数見直し検討		
	病床許可事前協議		8月～9月 ⇔ 第1回会議 (事前協議の対応方針)	10～11月 ⇔ 事前協議申出受付 ※各政令市の審議会は、事前協議の対応方針や審査を含め随時実施	1～2月 ⇔ 第3回会議 ⇔ 政令市の審議会(事前協議の審査)		

※地域医療構想調整会議と政令市の審議会における事前協議の対応方針及び審査は、既存病床数の不足が生じている場合に実施

第 2 回地域医療構想調整会議結果概要

1 地域医療構想調整会議開催日時

地域	開催日時
横浜	平成 30 年 11 月 21 日(水) 19 時～
川崎	平成 30 年 11 月 19 日(月) 19 時～
相模原	平成 30 年 10 月 29 日(月) 19 時 30 分～
横須賀・三浦	平成 30 年 10 月 23 日(火) 19 時 30 分～
湘南東部	平成 30 年 11 月 6 日(火) 19 時～
湘南西部	平成 30 年 11 月 28 日(水) 18 時 30 分～
県央	平成 30 年 10 月 30 日(火) 18 時～
県西	平成 30 年 11 月 5 日(月) 19 時～

2 議事内容

- (1) 基準病床数の見直しについて（横浜、川崎、横須賀・三浦）
- (2) 2025 年に向けた対応方針について
 - ・ 2025 年に向けた対応方針（民間病院プラン）の提出状況
 - ・ 公的医療機関等 2025 プランについて（一部地域のみ）
 - ・ 過剰な病床機能への転換について
- (3) 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
- (4) その他
 - ・ 外国人専用医療ツーリズム病院開設計画（案）について（川崎）
 - ・ 急性期慢性期病院・介護・在宅をつなぐシステム構築の検討状況について（湘南西部）
 - ・ 地域医療連携推進法人について（県央）
 - ・ 七沢リハビリテーション病院について（県央） ほか

3 各地域の主な意見

【基準病床数関係】

横浜	<p>○ 神奈川県は他県に比べて入院医療費は低く、病床稼働率もよいが、これは病院と医師会の連携がよいからで、退院後、在宅でのケアがきちんとできるので、本来ならば退院できなかつたような患者が退院できている。病床稼働率や人口動態に加え、退院後の連携、在宅のケアの充実という視点も、議論にあたって考慮していくべき。</p> <p>○ 今後の医療需要増加を病床で解消しようとする、市の計算では 2025 年までに 3300 床不足。今回の 111 床という数字は、計算上は少ない印象で、市内の一般病床、療養病床の稼働率が上がっていることを反映した結果で、過大な数字ではない。基準病床数の数と、実際にどう配分するかは並行して議論していくことであり、行政としては、妥当な数字と考えている。</p> <p>○ 今年 800 床配分するベッドが有効に機能するか、人の確保の状況や影響も見る必要がある、それが見えない現時点で、毎年基準病床の見直しについて議論するのは難しい。2020 年の見直しまでの間、少し様子を見てもいいのではないかと。</p>
----	---

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 横浜市を1つの医療圏にするのはよいが、どういう病床が必要か、どういう医療提供体制や病床利用体制がこれから見込まれるのかという議論をし、反映していく必要がある。数字だけで議論しても仕方ない。
川崎	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域の病院からは、川崎の病床利用率が低いのは、病院の機能が悪く患者を入れられないのではなく、病院の機能がよくなり、患者が長く入らなくてもすむようになり利用率が低くなるので、基準病床数の計算式の考え方が、この地域にそぐわないのではないかという意見が出ている。 ○ 例えば今回、ある病院の病床利用率が一部改築のために変動すると、簡単に100～300床と変わってしまう、基準病床数の式はそういうもの。川崎北部は毎年見直しを検討するということだが、100床増えてもまだ過剰という状況でも見直して変えておくのがいいのか。それとも3年後に全県で見直すときは、基準病床数の式の限界で、病床利用率が下がりベッドが空いているのに基準病床数を増やすという変な数字になるかもしれない。平均在院日数も入院受療率もかなり減っている。特に川崎北部は、今後増える高齢者を、医療提供を、どこで誰が見るかを議論しないといけない。その辺が地域での検討課題ではないか。
横須賀・三浦	<ul style="list-style-type: none"> ○ 平均在院日数は療養病床でも短くなっている。在宅医療が充実してきたという捉え方もできるし、どんな方もとにかく救命するというやり方が、今はその人らしい形ということで取り組まれ、高齢者医療の提供のあり方が大きく変化してきている。算定式は一つの指標であり、実態や将来予測を考えて議論をしていかざるを得ない。 ○ 今ある資源を有効活用してうまく役割分担をする、非稼働病床も効率的に動かしていく、また、救命センターや急性期にかなり負担がかかっているのが受け皿となる急性期から回復期の機能の充実を図っていくことが一番望ましい処方せんではないか。 ○ 在院日数が短いと重症度の高い状態での転院となるため、回復期リハ病棟や療養病棟では受け入れられず、急性期に残らざるを得ない患者が多い。 ○ 急性期の病院がパンクしてしまうのが一番困るので、受け皿になるところを皆でどのように考えるか、場合によっては、地域の中で何らかのサポートをし、地域包括ケア病棟の立ち上げを支援していくなどの形が必要ではないか。 ○ 7%の休棟があつて3%をどうするかという話なのでバランスが悪い議論。一方で、回復期の自己完結率は6割しかなく、個々の病院は埋まってなかったり、埋まっていたりと思うが、地域で考えれば回復期が足りないということだと思う。ただ、休棟の原因は患者がいない、医療者がいないということなので、全体としては非常に足りないのにそこに資源が集中できていない、あるいは患者がバランスよく医療提供を受けていないことに問題がある。 ○ これから人口は減少するが、75歳以上の高齢者は年々増えていくので、医療環境は整えないといけないという考えがある。第7次保健医療計画として、まずは受け皿が必要だと思っており、できれば三浦半島地域の医療圏内である程度おさめるような検討は必要である。

【2025 年に向けた対応方針関係】

- 現在地域で、病床整備の公募をかけているので、そこでの回復期や慢性期の希望病床数、各地域での手上げの状況を見てから、転換が適切かどうかを判断したほうがよい。(横浜)
- 不足している機能に転換する場合は、これから病床配分を受ける病院と今活動している病院では、今活動している病院の方の事情をよく酌み、7方面の地域医療検討会での判断を尊重しながら、協議・承認していくべき。(横浜)
- 過剰な機能に転換する場合、調整会議で話題にする段階で、少なくとも医師会や病院協会に医療機関から下話を入れ、地域の医師会長や病院協会長がワーキンググループを経て事情を了解したうえで上がってくれば、過剰な急性期でもこの地域では必要だという判断ができるが、プランだけでは、今は扱いようがない。病院が地元の医療団体にしっかり話を通してから調整会議にかけるようにするのがよいのではないか。これからは、転換等をするときは地元へ一声かけてやっていこうというのが調整会議の考え方ではないか。(横浜)
- ワーキンググループで各病院が集まって話しても、2025年の必要病床数との乖離をうまく無くすことは難しい。各医療圏でうまく調整しろというのは、こうした会議を開かなくても好き勝手にやっているのと同じで、せつかく開くのであれば、県は意見や考え方を示すべき。(湘南東部)
- 県央地区で小児のベッドは4病院にしかなく、小児救急には非常に苦勞している。2025プランにも触れられているが小児科は不採算で、小児科救急をやるのは大変。こうした会議で、公的病院の小児科をどうやって効率化するのか、小児科のあり方や、広域化を推進するにあたり、全体でコンセンサスを得られるよう考えていただきたい。産科についても、小児科がなければ安心して産めないで、しっかり考えていかないと、じり貧になる。(県央)
- 入院病床が減るということは在宅で多くの患者を診るということだが、そもそも自宅で診られない方が入院していたので、医療区分1の70%を在宅に移行することになると大変な労力が必要。在宅の医師だけでなく訪問看護師、訪問介護士などの在宅の人材の確保が重要になる。神奈川県は全国平均と比べ看護師の数が少なく訪問回数は多い。少ない人数で訪問看護をこなしている。これから在宅に患者が移行するにあたり、訪問看護師の確保についてはこれまでの会議で何の対策も示されていない。医師会の訪問看護ステーションも、要請に応じて、夜間、休日も多く訪問を行っており、看護師は過重労働状態だが、訪問看護師の応募がない。私が訪問診療をしているグループホームでも、介護士不足は深刻。介護士は、ケアはするが、重症化して看取することはなかなか出来ない。在宅医療を支える人材確保について、県は具体的なデータを示してほしい。(県西)

【定量的基準関係】

- 定量的基準で調整会議が活性化するとは思えないが、何らかの形で線を引かない限り、急性期が過剰とか、回復期が不足ということに関して、地元では納得できない医療機関があるのも事実。急性期と標榜するなら、例えば医療看護必要度がどれぐらいとか、救急告示病院とか、何らかの形で、みんながわかる、ざっくりした線が引ければいいのではないか。(横浜)
- 現時点のいわゆる病床機能を、実際に点数で当てはめて計算して出して、それと2025年の必要病床数の乖離を比較するほうが、納得できるし、一発でできて、これでいいのではないかと話に落ちつくのではないかとと思う。(相模原)
- 看護必要度などの項目もやはり必要になってくるのかもしれない。実際は救急をやらない急性期はないと思う。看護必要度も、7対1の急性期のところでは必要なところ。(相模原)

- 原点に立ち返ると、これから高齢者の患者が増え、以前のように急性期一辺倒の病院の比率だと高齢者の入院がさばけなくなるので、みんなで役割を考えたり、役割を分担しようというのが趣旨で、その中で患者を診ていくというのがゴール。数合わせにこだわると、会議は迷走する。(横須賀・三浦)
- ある程度の基準がないと、病院同士での話し合いはなかなか難しい気がしている。奈良県方式は少し大ざっぱ過ぎるが、やはりある程度、埼玉県方式のような一定のルールのよう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する。(湘南東部)
- 回復期はもう少し幅広く捉えるべきで、一般病床でも入院期間が少し長めの場合には回復期として扱ってよいと思う。また、地域包括ケア病床が非常に増えている印象があり、大病院以外は殆どの病院で作っていると思われる。地域包括ケア病床の病床数の変化などが分かれば、もう少しイメージがしやすく、議論しやすくなるのではないか。(湘南西部)

【その他】

(外国人専用医療ツーリズム専門病院について)

- この件の一番の問題は、病床過剰地域でも、自由診療専門病院なら、どこでも好きなだけ建てられるということ。医療法を改正しない限り、開設せざるを得なくなる。
- 県が勧告を出しても、強引にやれば病院はできてしまうということだが、これが認められれば、日本中でそれが可能になってしまう。国は地域医療構想を何のためにやったのかということになる。国は医療ツーリズムをやるなら、その辺の整合性などの計画をしっかり立てて、例えば地域医療に影響があるからここまでとか、制限を設けないと、今のままでは無責任ではないか。勧告ではなく、むしろ知事から国に意見を言うべきではないか。
- ワーキンググループをつくり、今のこの議論をもう少し集約してきっちり整理して、何が問題かということをしきんと文書化するという作業をし、今のままでいくとノールールになってしまうので、きっちり今まで出た議論で何が問題点か整理し、場合によってはその意見を、医師会からも、自治体からも、国できちんと議論すべきだろうという形にする。ワーキングをやっている最中に病院を建てるということはしませんよねという意味でも、紳士協定という意味でもしっかりしたワーキンググループをつくり、メディカルツーリズムとは何か、地域にどう影響があるのかをしっかりとまとめて、意見書なりをつくっていく作業が必要。

公的プラン・民間プランの取扱いについて

国では、地域医療構想調整会議において、公的医療機関等2025年プラン（以下「公的プラン」という）及びその他の医療機関（以下「民間プラン」という）に基づき、具体的な対応方針を協議することを求めています。

横浜地域においては、多くの医療機関の具体的な対応方針を効率的に議論するため、次のとおり進めていきます。

1 地域医療構想調整会議において検討を要する場合

(1) 医療機能を転換する場合

- ・ プランに記載のある転換の内、以下①～③のいずれかに該当するものを優先的に検討
 - ① 概ね1年以内に転換を予定する場合
 - ② 過剰な医療機能への転換を予定する場合
(回復期・慢性期機能 から 高度急性期・急性期機能 へ 転換する場合)
 - ③ 公的医療機関等が、回復期病床転換補助を活用して回復期へ転換する場合
(地域医療構想調整会議の協議後に交付決定することとしているもの)
- ・ 上記以外の転換については、転換時期や転換後の医療機能等を踏まえて検討。

(2) 非稼働病棟を有する場合(病棟が全て稼働していない場合)

- ・ 非稼働病棟になってから1年以上経過している場合
(毎年度、第1回地域医療構想調整会議で検討。)
- ・ 非稼働病床を過剰な病床機能として再稼働しようとする場合
(神奈川県が把握した段階で検討。)

(3) 医療機関が増床する場合

- ※ 第1回地域医療構想調整会議において、公募条件等について意見を述べる。
- ※ 病床整備事前協議において、横浜市保健医療協議会病床整備検討部会の作成した案について、地域医療構想調整会議としての意見を述べる。

(4) その他、地域医療構想調整会議において検討の必要性が認められた場合

2 地域医療構想調整会議での説明について

- ・ 原則として、該当する医療機関に理由等を確認した上で、事務局が説明。
- ・ 必要性が認められる場合は、医療機関からの説明を求めることができるものとする。

3 医療機関への情報提供について

- ・ 平成31年度病床機能報告や公的プラン、民間プランの更新時に上記事項を案内。
- ・ 神奈川県及び横浜市のホームページに情報を掲載。

医療法第7条第3項の許可を要しない診療所に関する取扱要領（抜粋）

（目的）

第1条 この要領は、医療法第7条第3項の規定に基づく許可を要しない診療所（以下「許可を要しない診療所」という。）の協議手続き等の取扱いについて定めることにより、良好な医療供給体制の確保に寄与することを目的とする。

（許可を要しない診療所）

第2条 許可を要しない診療所は、次のいずれかに該当し、地域における医療需要を踏まえ必要とされる診療所であるものとする。

(1) 地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所（アからキのいずれかに該当すること）

ア 診療報酬上の「在宅療養支援診療所」の施設基準の届出を行っている診療所

イ 現に有床診療所であって、過去1年間の急変時の入院件数が6件以上ある診療所

なお、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院は除く。

ウ 患者及びその家族等からの電話等による問合せに対し、原則として当該診療所において、常時（24時間）、医師あるいは看護職員が対応できる体制がとられている診療所であって、診療報酬上の「時間外対応加算1」の施設基準の届出を行っている診療所

エ 現に有床診療所であって、過去1年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受け入れが1割以上である診療所

なお、「他の急性期医療を担う病院の一般病棟」の解釈については、診療報酬上の「有床診療所入院基本料」の施設基準によるものとする。

オ 現に有床診療所であって、過去1年間の当該医療機関内における看取りの実績が2件以上ある診療所

カ 過去1年間の全身麻酔、脊椎麻酔、硬膜外麻酔又は伝達麻酔を実施した患者数が年間30件以上ある診療所

なお、手術をした場合に限るものとし、分娩において実施する場合は除く。

キ 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受渡機能を有する診療所（過去1年間に介護保険によるリハビリテーション、居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導、短期入所療養介護若しくは介護予防短期入所療養介護を提供した実績がある診療所又は指定居宅介護支援事業者若しくは指定介護予防サービス事業者である診療所）

(2) 分娩を取り扱う診療所

（協議）

第3条 前条各号に定める診療所に療養病床又は一般病床を設置又は増床しようとする開設者又は開設予定者（以下「開設者等」という。）は、当該診療所が許可を要しない診療所に該当するか否かについて協議するため、協議書（第1号様式）を神奈川県知事（ただし、保健所設置市にあっては各市長）に提出するものとする。ただし、神奈川県知事に協議書を提出する場合は、開設予定場所を所管する保健福祉事務局長を経由して提出するものとする。

2 神奈川県知事（ただし、保健所設置市にあつては各市長）は、事前協議の申出があつたときは、次の事項について 審査するものとする。

- (1) 関係法令に抵触していないこと。
- (2) 神奈川県保健医療計画との整合性があること。
- (3) 診療所の開設等の計画に確実性があること。

3 神奈川県知事（ただし、保健所設置市にあつては各市長）は、予め、地域医療構想調整会議の議論を経たうえで、神奈川県医療審議会（おおむね10月及び3月に開催）の意見を聴き、許可を要しない診療所に該当するか否かを決定し、その結果を開設者等に通知するものとする。

（報告）

第4条 許可を要しない診療所に該当すると決定され、療養病床又は一般病床の設置又は増床の届出を行った開設者は、毎年8月までに前年度の実績等を示す次の書類を神奈川県知事又は保健所設置市の市長に報告するものとする。

- (1) 第2条(1)アの規定により病床を設置した診療所：前年度の在宅療養支援診療所に係る報告書の写し（第2号様式）
- (2) 第2条(1)イからキにより病床を設置した診療所：要件を満たしていることを示す書類（第3号様式）
- (3) 第2条(2)により病床を設置した診療所：分娩取扱い件数（第4号様式）

（指導）

第5条 神奈川県知事又は保健所設置市の市長は、許可を要しない診療所と決定した開設者等及び許可を要しない診療所に該当すると決定され、療養病床又は一般病床の設置若しくは増床の届出を行った開設者に対し、必要に応じ病床の適切な運営等について指導を行うものとする。また、許可を要しない診療所に該当しないと認められる場合は、開設者等に対し病床の廃止又は減少について指導するものとする。

附 則

この要領は、平成20年4月1日から施行する。

この要領は、平成30年4月1日から施行する。