

平成30年度第3回横浜地域地域医療構想調整会議 議事録

日時 平成31年1月29日（火）

場所 横浜市医師会会議室

開 会

（事務局）

定刻になりましたので、ただいまから第3回横浜地域地域医療構想調整会議を開催いたします。本日の進行を務めます、神奈川県医療課の青木と申します。よろしくお願いいたします。

まず、本日の出席者は、机上にお配りしている委員名簿及び座席表のとおりです。なお、本日、健康保険組合連合会の奈良崎委員と、横浜市政策局の岡崎委員からは、事前に欠席される旨のご連絡をいただいております。また、横浜医療センターの平原委員は遅れて到着なさることです。

議題の一部非公開について

（事務局）

次に、会議の公開について確認させていただきます。本日の会議につきましては、原則として公開とさせていただいており、開催予定を周知いたしましたところ、傍聴の方が15名見えております。

なお、本日の議題のうち、（5）病床整備事前協議についてと（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は、公開すると病院や診療所に不利益を及ぼすおそれのある情報を扱うため非公開とし、そのほかは公開することとしてよいでしょうか。

（異議なし）

（事務局）

では、そのように進めさせていただきます。また、公開の議題につきましては、会議記録をこれまで同様、発言者名を記載した上で公開させていただきますので、よろしくお願いいたします。

本日の資料は机上にお配りしておりますが、何かございましたら、会議途中でも事務局までお申しつけください。

それでは、以後の議事進行は、伏見会長にお願いいたします。

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

（伏見会長）

それでは、早速これより議事に入ります。まず（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、事務局から報告をお願いいたします。

(事務局より資料1に基づき説明)

(伏見会長)

ただいま事務局から説明いただきました素案について、ご意見がありましたらお願いいたします。

(山崎委員)

また新しい言葉が出てきたのですが、重症急性期並びに地域急性期、この考え方はいつごろからお持ちだったのですか。また、どういうふうな意味合いでこれを分けるのですか。超急性期と急性期ということではだめなのですか。

(事務局)

山崎委員、ありがとうございます。いつごろからということでは、今回、国からの通知を踏まえて、他県の状況なども参考に検討させていただく中で、このような急性期を分けるという考え方が、本県ではよいのではないかとということで、8月以降に検討させていただいたものになります。現在、高度急性期と急性期がありますが、実際には急性期の中には、かなり幅広く機能が含まれていて、ポストアキュート、サブアキュートや、回復期に相当するような機能も含んで入っているのではないかとということで、2つに分けて、こういうところをある程度見える化していくと、議論としてやりやすくなる部分があるのではないかとということで、今回お示しさせていただいております。

(山崎委員)

そういうことであれば、1ページ目の(1)の定量的基準の導入に当たっての考え方で、「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」とあり、この病床機能報告がきちんとなされていないというのは前から言われていたことで、その辺をきちんとするのが先決ではありませんか。

(事務局)

病床機能報告につきましては、現在、厚生労働省でもいろいろと見直しをして、こういうものは急性期には該当しないという具体的な情報を示すなど、少しずつ改善し、制度の見直しをかけている部分もございます。ただ、なかなか県独自で制度そのものを変えることは難しいので、今回は、急性期と報告をしていただいているところを、もう少し細分化してお示しすることを考えております。制度自体の見直しについては、今後国のほうでも引き続き検討されるかと思っております。

(事務局)

県医療課長の足立原です。山崎委員、ありがとうございます。病床機能報告はおっしゃるとおりで、同時並行で国に対しても申し入れております。もともと回復期が足りないといわれていましたが、病院の先生方はご存じのように、病床機能報告で地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟だけを回復期として申告しがちですけれども、国の、例の高度急性期から始まる4区分は、回復期はそれだけではないと言っていて、そこに矛盾があるところもござい

ます。今回は、そもそも急性期と言うけれども、回復期的な機能を担っているところが結構あるという、もともとそういう地域の議論がありまして、そこを少しわかるようにしていこうという県内各地域の議論があった中で、この案を出させていただきました。これはあくまで参考程度でございますが、今回はそういう形でやらせていただきたいということでございます。

(伏見会長)

ほかにご意見はありますか。

(水野副会長)

地域で、本当にベッドが足りないのかということです。実は急性期と言っているところが、急性期の点数をとらないと経営が成り立たないから急性期と報告しているけれども、実際は慢性期の患者が入っていると。4ページに書いてありますが、今回、神奈川県は大阪府のやり方を取り入れた考えだと思います。そうであれば、急性期と慢性期のことで考えれば、慢性期の患者さんが本当は急性期の病床に入っているのだから、地域ではベッドが足りています。ただ、計算上でやっていくと、急性期が過剰で慢性期が足りないという数字が出てしまいます。そうであれば、それを一緒にして、大阪だとか国の4分割ではなくて、横浜としてはそれを一緒にしてしまえば、慢性期も急性期と同じようにちょうどよくなって、ベッドは不足していないという数字を出すことができると思うのですが、この考えはいかがですか。

(事務局)

水野副会長のおっしゃるご意見ももちろんわかります。ただ、この後議論になりますけれども、今度は基準病床数、病床全体の、総数の話で、人口動態と受療者数がどうかという、また別の話があるとは思いますが。ただ、定量的な基準をつくることで、今、一般的には急性期が結構余っているのではないかと、回復期が足りないのではないかとされているけれども、急性期の中にもいろいろな機能が細かくあるのではないかと、回復期・慢性期的なところも担っている急性期もあるということがわかることは非常にプラスだと思っていますので、今後、病床をどうやって機能分化していくかという中での議論の大きな参考にはなっていると思っています。ただ、全体で足りるか足りないかというのは、また別の議論を総数の中でさせていただきたいというのはもちろんあります。

(伏見会長)

ほかにご意見はありますか。

(新納副会長)

別紙2で、真ん中の段は重症急性期と地域急性期があって、それが2025年には急性期、回復期にきれいに分けてしまっていますけれども、地域急性期の場合はどの辺に入りますか。

(事務局)

2025年の必要病床数は4機能でしか分かれていないので、このような示し方になっています。そもそも出し方が違いますので、きれいに整理することはできませんが、実際には、必要病床数を考える上では、地域急性期は回復期のところに入ってくるのではないかと考えております。

(水野副会長)

要は、病床を転換しない最大の理由は経営だと思います。経営的に、急性期病床の看護師を配置している。だから実態は慢性期で、それで何とか経営になっているというのが実態なら、

病床の区分と必要病床数の考え方はどこかで整合性をとらないと永久に縮まってこないと思います。過剰なものを不足のほうに回す最大の理由は、そこに経営が成り立つか成り立たないかです。しかし、実際的にはこういう中の実情を見れば、これは行政的に見て、本当は慢性期ではないか。ポストというのは急性期の後のことなので、それが急性期に入ってということになってくると、非常にややこしいというか、ますますわからなくなってきた、かつ調整がとれなくなる危険性があるのではないかと思います。ですから、実際のベッドの使用内容の実態と必要病床数というのは、ある程度整合性をとっていかないと、今度は逆に足りないということで、今回も横浜は結構マイナスが出ましたけれども、これをやっていって数年後に気がついたら過剰競争になって、中小病院の共倒れという危険性が出てくると思います。絶対に調整会議としてはそういう状況にしてはいけないと思います。

今回苦肉の策で、短い時間で大阪のやり方をとるということで整合性をとろうというのであれば、それはそれである程度理解しますが、早急にこの実態・現実と数値の問題はやっていかないと。要するに病院の経営が厳しくなっていくということは、生態系ではありませんが、その下の診療所の機能もどんどん崩れていくわけです。ですから、我々はそういった意味で病院機能の存続を維持していかないといけないと思っていますし、そうしないと全体的な医療の体系が崩れるということをぜひ理解してほしいと思います。

(伏見会長)

ほかにご意見はよろしいですか。武安委員、お願いします。

(武安委員)

今の急性期を2つに分けるという考え方をすると、急性期を増床したいという病院が幾つかありましたが、これは慢性期に近い急性期なので認めてよという話になりかねないと思います。このように言われた場合に、急性期として認めるのかどうかという議論が今度は出てきてしまうのではないかとということで、非常にファジーな感じですよ。ですから、あくまでも基準は基準でやっていかないと、急性期と言いながら慢性期、慢性期と言いながら急性期というファジーな考え方をしたら、基準の導入自体に整合性がとれなくなってしまうのではないかと思います。いかがでしょうか。

(事務局)

ありがとうございます。今の定量的基準は、もともとは国から指示が出まして、全国統一でなく、都道府県で決めてくれという中でやっています。武安委員のおっしゃるように、もともとは病院の連携をする中で、患者の受け渡しをよりスムーズに、上から下に、下から上に流していく、あるいはもちろん在宅・診療所も含めて流していく中での議論だと思っています。ですから、今は原則、急性期を増やしたいというのはだめというか、過剰なので、考えてというところですが、今おっしゃるように、仮に、急性期けれども、地域急性期でほぼ回復期の急性期ですという病院さんが出てきたときに、それは本当に地域の中でそういう部分を担うところが必要なかどうかというのは議論すべきところだと思っています。

ですから、今回こういう案を出しましたが、そういうことにどうやったら役立つかということも含めて、今後また調整させていただきたいと思っております。

(武安委員)

そうすると、それは原則論ではなくて、個々の、個別の話ということになってくるわけですか。そうすると、全ての出てくるそういうものに対して、1つずつ全部事例検討していかないといけないということになります。そのように県はお考えなのですか。

(事務局)

まずはこの定量的基準で出させていたきたいというのが第1段階です。それが出てきたときに、その中で、特に地域急性期といわれる、回復期に近い部分については、個別の議論にするのか、それともある一定の地域で基準をつくるのか。例えば実績見合いなので、これから増やすところは、手術件数などがわからないので実績がありませんよね。今やっているところはわかりますが、これからやろうというところをどのように担保させるのか、その辺もこれからの議論ということをお願いしたところなんです。

(水野副会長)

4ページの大阪型のところを見ていただければ、要するに急性期を重症と地域に分けたという大阪の苦肉の策です。しかし、実質的には、地域急性期というのは急性期病床という急性期の分類の中で、訳は、サブアキュートとポストアキュートとありますが、これはアキュートではありません。地域急性期がなぜこういう訳になるのか。これはこの訳のほうが実際の病床利用の仕方をあらわしていて、それが急性期に分類されているという苦肉の分類だと思います。

そこで、僕が注意して見ていたきたいと思うのは、手術件数で決めるということになると、例えば虫垂炎だとかヘルニアだとか、そういうのも全部一つの手術になってしまうわけです。それで急性期と言うのか、そういったところの検討をやっていかないと、ただ手術件数が月に何件だ、週に何件だという手術件数だけでなく、その内容をやっていかないと、本当の意味では出てこないと思うので、そこをよろしくお願ひしたいと思います。

(事務局)

そういったご意見も踏まえて、スケジュールにありますとおり、3月の県の保健医療計画推進会議で最終的にある程度案を決めさせていただくのですが、今日の横浜が地域の調整会議の1発目ですので、水野副会長からいただいたような意見を各地域からいただきながら、まず定量的基準をこういう形でということを決めたいと思います。先ほど武安委員のおっしゃった、それをどう活用していくのかというのは、またそれと並行して続けていきたいと考えております。よろしくお願ひいたします。

(伏見会長)

了解しました。それでは、事務局は本日の意見も踏まえて案の検討を引き続きよろしくお願ひいたします。

(2) 病床機能の転換等について

(伏見会長)

続きまして、次の議題に移りたいと思います。(2) 病床機能の転換等についてということで、事務局からの説明をお願いいたします。

(事務局から資料2に基づき説明)

(伏見会長)

ただいまの事務局からの説明について、ご質問、ご意見はありますか。

(水野副会長)

この病院に関しては、病床の会議では出ていますか。

(新納副会長)

(横浜市の) 病床整備部会には、これは出ないです。

(修理委員)

これは転換で、病床が増えるわけではないですよ。

(水野副会長)

横浜旭中央総合病院は超急性期へ6床の転換ですが、今、いろいろな病院で脳血管疾患に関して充実してやっているところがどんどん増えていきますよね。本当にこの地域で6床増やさないと足りないのかという検証は出ているのですか。

(事務局)

事務局で確認しましたところ、病床機能報告などで、現在このSCUの算定をされている医療機関を確認しましたが、旭区内にはございません。また、近隣でも、脳卒中の専門のところもほとんどなく、少し離れたところになるということで、脳卒中につきましては時間的なことも問題になりますので、このような形で希望が出てきております。

(水野副会長)

やはりちゃんとプロットして見ないとだめだと思うのです。旭区は非常に形が長いのですが、横は国道246号で全部つながっている。同系列の病院ですが、新都市脳神経外科病院とかは救急車で10分ぐらいではないかと思えます。それから、神奈川区の菅田もやはり同じ系統で、たしか宮崎脳神経外科かな、というのがありますし、僕はこのあたりには、脳卒中の病院はすごく多いのではないかと思うのですよね。そういうのをプロットしたものは出ているのですか。要するに旭区内だけ見るのではなく、横浜医療圏で考えるというのであれば、そういった中で脳卒中の集中治療をやっているところの現状と、その病床の利用率を出してみないと、本当に足りているのか足りていないのかというのが出てこないと思えます。

(事務局)

旭区だけで見るのではなく、横浜市では病院協会と一緒に市域を7エリアに分けて検討会を開催していますが、このエリアの中で他にSCUをやっている病院はありません。また、市内のSCUの病床利用率はトータルで90%を超えています。病床利用率がそれだけ高いという状況がありますので、必要性はあると考えて、今回提案しているものです。

(水野副会長)

90%を超えているのですか。

(伏見会長)

よろしいでしょうか。ほかにご意見はありませんか。大丈夫でしょうか。

それでは、今回協議の6病院の病床機能転換については、この方向ということでよろしいで

しょうか。では、それをお願いいたします。

(3) 平成31年度基準病床数について

(伏見会長)

続きまして、(3) 平成31年度基準病床数について、事務局からの説明をお願いいたします。

(事務局から資料3に基づき説明)

(伏見会長)

事務局から基準病床を89床上乗せして2万3605床にするという案が示されました。これについてご意見、ご質問等がありましたら、よろしくをお願いいたします。

(新納副会長)

質問ですが、この基準病床数は3月で確定してしまうのですか。89床というのは基準病床との差ですね。

(事務局)

2万3605床が平成31年度以降の基準病床数になります。

(新納副会長)

それは確定なのですね。

(事務局)

はい。

(新納副会長)

病院協会では、毎年見直してもいいのではないかという話で、一応数字は参考にするということを考えているのですが、確定となると考えなくてはならないのではないかと思います。

(水野副会長)

基準病床数が2万3605床ですから。

(修理委員)

それを配分するかどうかはまた別の話ですよ。

(新納副会長)

もちろんそれは考えていないけれども、確定でいいのですか。

(事務局)

新納副会長のご質問で言うと、今、担当から答えたとおり、2万3605床という基準病床数は、もしこれでいくなれば、3月で確定します。△89というのは、引いたら2万3516床、今の基準病床数になるという数字です。今の基準病床数からは89床増えるのですが、今度は、既存病床数が幾つかというのはこれから調べます。平成31年4月1日時点の既存病床数、今ある病床数を調べて、それと新しい基準病床数が2万3605床で確定するならばこれと比較して、次の配分をするのかしないのか、病床協議はまた別の議論としてやるという流れです。ご参考まで。

(新納副会長)

わかりました。

(伏見会長)

計算上の数値ですので、よろしいでしょうか。

(山崎委員)

つい数カ月前までは、必要な病床数というのは111床でしたが、22床が一気に減ってしまいました。減ったことに対しては、私は良いのではないかと考えていますが、数字マジックのようなもので、何を信用したらいいかわからなくなってくるのではないですか。

(事務局)

この基準病床数は、標準の式はありますが、なるべく地域の意見を聞きながら精緻に今回行わせていただいたということです。確かに今、山崎委員がおっしゃるとおり、数字をどういじったらどうなるのかというのは、口頭で説明しづらい部分があるのですが、一言で言うと、より精緻に、より地域の意見を踏まえる形でやらせていただいたということでご理解いただければと思います。

(小松委員)

山崎委員がおっしゃったように、結局これは数字マジックというか、数合わせと看板合わせになってしまう。この数と看板を国が言うようにすれば、地域の医療が適正に回るのかというと、そんなエビデンスは何もないわけですよ。ですから、今数合わせのようなことをしていることにどれだけの意味があるか、実際に基準病床数も計算式ですから、入れる数値が変われば大幅に変わります。今年度の病床機能報告は、平成33年、2年後の基準病床数に影響してくると思いますが、今年は10連休がありますので、年の平均病床利用率を考えたら、それだけでかなりベッド数が、100単位ぐらいでぶれてしまうというようなことになります。

そもそもベッドの数を合わせる事が地域医療構想のゴールなのかというと、そうではないと思っています。やはり地域の中で患者さんが、たらい回しになるとか、10年ほど前にあった社会不安になってしまうような、そういう現象が起こらないように機能分担を図るとか、どうしても必要ならベッドを増やすとか、そういうことを考えるのが本来の地域医療構想だと思いますが、どうしても数の議論に陥ってしまって、今先生がおっしゃったような感想になっているのではないかと思います。

(伏見会長)

ありがとうございました。ほかにご意見はありませんか。

では、事務局に見直し手続を進めていただくことにしたいと思います。よろしいでしょうか。

(異議なし)

(伏見会長)

それでは、よろしく願いいたします。

(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

(伏見会長)

続きまして、次の議題です。(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、事務局からの説明をお願いいたします。

(事務局から資料4に基づき説明)

(伏見会長)

ありがとうございます。来年度の案ということですが、現段階でご意見、ご質問等はありませんか。

(小松委員)

11、12ページですが、来年度の目標の中で、ベッドの話と病院の話ばかりが来年度も引き続きということになると、結局それでまた1年が終わってしまうので、やはりメインの目標は、地域の議論の進捗状況に応じての方の、高齢者救急ですとか、介護施設がどうなっているのかや、在宅医療、これは県だけではなくて、市区町村も含めて見える化していくという、そちらをぜひメインにしてもらいたいです。国に言われたとおりにやっていると、国がやりたいことというのは、今の神奈川の実情と全く合っていないので、結局ベッドを減らしたいという議論でベッドの話をしているわけですから、実際的にそれに乗っかるのは最低限にして、本質はこちらをメインに据えていただきたいという要望です。

(水野副会長)

これからベッド配分が始まるということ、それから次年度の病床が89床増えることになりましたが、慢性期・回復期が増えるということで、それが一体どうなるのかということを見ないと、来年度の計画の中で病床整備事前協議というのが入っていますが、これを本当にやる必要があるのかどうか。今年は800床以上が慢性期・回復期につくわけですから、それが果たしてどういう進捗状況になるのか、あるいはそれに対しての人の確保が、特に横浜、神奈川は人がいませんので、そういう中での進捗状況がどうなのかというのを確認しないと、ここでまた病床整備事前協議をやっても意味がないのではないかと思います。その辺のところを先に、医師確保等いろいろありますけれども、そういうことを踏まえて現実のものをやっていくようにしてもらいたいと思います。

それから、横浜で毎年病床の見直しを検討していこうというのは、そういう慢性期・回復期の病床のつきぐあいによって、かなり今、本当の意味の急性期の中でドレナージできないで困っているという機能が、急性期機能で発揮できるかどうかということが横浜の問題です。地方では同じ計算式を使っても係数が違うので、ベッド数は過剰だけれども、回転率を低くして、ベッド数を多く出して、削減数をどれだけ減らすかという調整、横浜の場合はどれだけ不足数を減らすかということになっています。

小松委員から今年は10連休という心配がありましたけれども、実は日本医師会と厚生労働省とやって、12カ月の中の最大瞬間風速を使っていいという確認もとっていますので、そういった中で、係数が今年は下3桁までとりましたが、0.1の単位で変わる可能性もあります。そう

いったものも変えるために、横浜は毎年やっぺいこうということです。そうしないと、本当にベッドをつくってしまった後に、收拾がつかない混乱が出てくる危険性があります。そういった意味では、病床整備事前協議をどうするかというのは、今日か、あるいは次のときには見るということで、委員の先生方と一致して決めると。前は一旦決めたら5年間やらないからその間はつけられなかったけれども、少なくとも1年休んでも2年後には作れるという状況であれば、病床機能の調整は、今年はやらなくてもいいのではないかという感じがありますので、その辺も含めて検討していただきたいと思います。

(益田委員)

今、水野副会長が言われたことにつながるとは思います。私は新参者なのでよくわかっていないと思いますが、病床の話がされるときに、それを担う医療従事者の視点がここには全くないのではないかと考えています。医師、看護師、その他医療従事者ですけれども、医師だけでも今、医学部に関しては臨時定員を減らそうという方向になっています。厚労省が今つけている地域枠は全国的にどこかでやめましょうという話になっています。それから、神奈川県に関しては、専門医制度にシーリングがかかっています。それから、今は医師の働き方改革で勤務時間を減らしましょうという話になっているので、これから先、今ある病床ですら医師数としては足りなくなる可能性があります。特に神奈川県は人口比当たりの医師数は39位ですよ。私が専門とする外科は46位ですから、ベッドをつくったのはいいけれども、それを担う医療従事者がいないという可能性も出てくるので、その視点は多分この中に入っていないとまずいのではないかと考えています。

(平原委員)

意見がたくさん出ているので、簡単に言います。今後の進め方だと思いますが、こういう方向で進めると話しながらいって、実際にベッド数が今年決められて、来年もまたこうやって決まっていくのですけれども、いわゆるアウトカム評価というか、こうしたからそれでどうなったのかという方程式がありません。これからどうするというのは、前向きには全部計算するけれども、今言ったような人的資源がどうなっているか、あるいは横浜市でいうと健康福祉局マターの在宅療養とか看取りだとか、老老介護の状況はどうなっているとか、こういったことがそれぞれの地域で一体どのように変わっていくのか、どう見込まれるのかというのを反映していくような仕組みを、きちんとコンセンサスをとっていかないと、ただ前向きに病床をどうするという話だけでは済まないのではないかと考えています。ぜひそこは考えながらやっていくようお願いしたいと思います。

(松井委員)

益田先生は今回初めてだと思いますが、医師会も病院協会もそのことはずっと言っています。医師が足りない、看護師が足りない、介護士などは全く足りません。それなのに作ってどうするのかとさんざん言っています。それから、医療も今は、だんだんいい薬が出てきて、家で飲んでいけば治るようになってくるのではないかと考えています。オプジーボなどもできていますしね。ですから、医療もどんどん変わってきますし、病院が必要かどうかという、かなり減ってくるのではないかと考えています。とにかく数字だけではなく、そういうことを考えていただきたいと、ずっと言っていますが、聞いてもらえないです。

最初、横浜は7000床不足と言われ、今は855床になりましたが、昔は大体150床ぐらいでした。そのほうが正しいのではないかと思います。1年で一気に855床というのは今まで出たことがありませんし、それでいいのだろうかと思います。厚労省に従ってやるのではなく、横浜は今まできちんとやっていたので、今までの方式でやればいいのではないかと僕は思います。

(伏見会長)

ほかにご意見はよろしいですか。

では、本日いただいたご意見を踏まえてご検討をお願いしたいと思います。

続きまして、次の議題に進みます。(5) 病床整備事前協議について、(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、冒頭でお諮りしましたとおり、非公開とさせていただきますので、恐れ入りますが傍聴の方はご退室をお願いいたします。

なお、非公開の議事終了後は、閉会の流れとなりますので、ご了承いただきたいと思います。

(5) 病床整備事前協議について (議事非公開)

(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 (議事非公開)

閉 会

(事務局)

委員の皆様方、改めまして本当に闊達なご議論をありがとうございました。今回いただいたご議論、宿題もごございますので持ち帰りまして、また事項によっては個別に調整をさせていただきますながら執り行わせていただきたいと思います。

また、次回は少し間があきますけれども、来年度の第1回が8月ごろに開催ということで、その間調整できることは綿密に調整させていただきたいと思っております。本日はまことにありがとうございました。

(事務局)

それでは、以上をもちまして本日の会議を終了とさせていただきます。ありがとうございました。