

第1回川崎地域地域医療構想調整会議

平成29年8月16日（水）

川崎市医師会館 3階ホール

開 会

（事務局）

それでは定刻前ではございますが、皆様おそろいですので、始めさせていただきます。それでは、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。私は本日の司会進行を務めます、神奈川県医療課地域包括ケアグループの土井と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

会議に先立ちまして、県医療課の副課長の一柳よりごあいさつを申し上げます。

（事務局）

皆様、こんにちは。神奈川県医療課の副課長をしております一柳と申します。よろしくお願いいたします。本日は第1回目の会議ということで、昨年10月に地域医療構想が策定されまして、これからはその推進、目指す方向性の達成に向けた議論をしていきたいということと、それから皆様ご存じのとおり、県の保健医療計画、あともちろん川崎市でも医療計画が作成されておりますけれども、それと介護保険事業計画が、30年度に同時改定ということで今年度1年間は、その改定に向けた議論もこちらの会議で賜ればと思っております。どうぞ忌憚のないご意見をいただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

（事務局）

さて、本会議でございますけれども、さきに委員の改選がございまして、改選後初めての会議となります。改選後の委員の方々については、お手元の委員名簿のとおりでございますが、今回から新たに委員になられた方についてご紹介させていただきます。

まず、川崎市歯科医師会の山内委員です。

続きまして、川崎市病院協会の田島委員です。

神奈川県医師会の小松委員です。

健康保険組合連合会神奈川連合会の伊藤委員です。

全国健康保険協会神奈川支部の阿川委員です。

川崎市医師会の関口委員につきましては、本日ご欠席のご連絡をいただいております。また、本日の出席者につきましては、座席表のとおりでございます。聖マリアンナ医科大学の明石委員からは事前にご欠席とのご連絡をいただいております。

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12名見えております。なお、審議速報及び会議記録については、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ので、よろしくお願いいたします。

本日の資料につきましては、机前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お申しつけください。

次に、会長を選出させていただきたいと思っております。川崎地域地域医療構想調整会議設置要綱第4条第2項により、会長は委員に互選により定めると規定されております。どなたがご推薦いただけますでしょうか。

(内海委員)

昨年度まで会長を務めていただいております医師会の高橋会長に引き続き会長をお願いしたいと思っておりますが、いかがでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

(事務局)

ありがとうございます。それでは、ご異議がないようですので、高橋委員を会長として選出させていただきます。恐れ入りますが、会長席にご移動をお願いいたします。

(高橋委員、会長席へ移動)

(事務局)

それでは、以後の議事の進行は高橋会長をお願いいたします。

(高橋会長)

ただいまご推薦いただきました川崎市医師会の高橋でございます。よろしくお願いいたします。

議 題

(1) 第7回(平成28年度)会議の概要

(高橋会長)

それでは早速、議事に入らせていただきます。議案の朗読は、お手元の資料のとおりでありますので、省略します。

それでは、まず(1)につきまして、事務局から説明をいただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

(事務局)

神奈川県医療課の鈴木と申します。私からは、資料1に基づき、前回第7回の調整会議の開催結果概要をご説明させていただきます。前回第7回の川崎地域地域医療構想調整会議は、3月29日に開催し、14名のご参加をいただいております。議題としましては、県の

保健医療計画の改定について、地域医療構想策定後の会議の運営方法について、それから地域医療構想を踏まえた病床整備に関する事前協議について、この3つを議題としてご議論をいただいたところです。

その次、主な質疑として、保健医療計画の改定のところでは、基準病床数の算定に係る病床利用率の考え方や、今回も出てきております在宅医療等対応可能数についてのご質問などがございました。いずれも、国からの情報提供を待っているところであるというご回答をしているところです。

また、小児地域支援病院についてのご質問は、当日回答できず、後日回答となっております。ご質問のあった方にはお伝えしておりますが、小児地域支援病院とは、小児医療過疎地域において一般小児医療を担う機能で、「小児中核病院または小児地域医療センターがない医療圏において最大の病院小児科であり、小児中核病院または小児医療地域センターからアクセスが車で1時間以上と不良であるもの」と定義をされております。本県においては、すべての二次医療圏に小児中核病院または小児地域医療センターが複数ございますので、特に地域支援病院の設置は必要ないと考えているところでございます。

また、構想策定後の会議の運営方法についてご議論いただきまして、事前協議などの対応について、地域医療構想調整会議と、市の審議会の2つの会議が併存することになりますが、意見が分かれた場合にどうするのかというご質問があり、最終的な決定権限は政令市の審議会にございますが、その前段階として病床整備の条件設定などの方針については、調整会議で意見を伺うことを考えているというお答えをしているところでございます。

また、次のページですが、事前協議について、今後は4機能区分で判断をしていくのかというご質問について、基準病床数算定は一般病床・療養病床の2区分のみということになっておりますが、国の説明、情報提供待ちであるというお答えをしているところです。

最後に、事前協議についてご議論いただき、回復期として配分を受けた病床が、いつの間にか急性期をやっているということのないような仕組みが必要ではないかというご意見、あるいは病床の転換を図ろうとする場合に、今後は随時、調整会議を開催して話をしていくのかどうかというご質問、病床を増やさない場合で増改築を予定する場合も協議の対象になるのかどうかというご質問もございました。

また、地域医療構想では4機能区分で整理をしておりますけれども、事前協議では従前の一般病床・療養病床の2区分で上がってくるということになると、その対応方針の議論・審議は非常に難しいのではないかというご意見もございました。4機能区分ごとの医療機関の連携をどういうふうに病床整備に反映させていくかというのが今後の事前協議などの対応方針になっていくと考えており、また、原案を行政が作成して、地域の先生方にご議論いただいた上で決定するというやり方は、今後も踏襲していきたいということでお答えをしているところでございます。

次のページ以降は、全県での開催概要でございますが、説明は省略させていただきます。

私からの説明は以上でございます。

(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、何かご質問・ご意見がありましたら、お願いいたします。よろしいですか。

この地域医療構想は、大変難しいというかわかりにくいというか、特に一番関係するのは病院で、死活的な問題として対応を考えていると思いますが、やはり病院ではない我々にはなかなか難しい点があります。ですから、神奈川県医師会も、郡市の会長が各地域の議長などをやっている状況の中で、いろいろな難しい問題をまとめたり、あるいは相談に乗ったりする必要があるということで、県医師会で、地域医療構想調整会議の部会をつくり、いろいろ皆に助言をしてくれるという体制をつくりました。そういう中で、本日、県医師会から小松先生が来ているという状況であります。

よろしいですか。ございませんようでしたら、次に行かせていただきます。

(2) 神奈川県保健医療計画の改定について

(高橋会長)

それでは、次は議題2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)

神奈川県医療課の土井と申します。私のほうからは、資料2から資料6に基づいてご説明をさせていただきます。

まず資料2をごらんください。本日、今年度第1回目の会議ですので、年間スケジュールということでお示しをさせていただいております。一番左の列のところ、県保健医療計画推進会議と、地域医療構想調整会議という太枠で囲っているところを右に向かって見ていただくと、医療計画の改定と、病床許可の事前協議との大きく2つに分かれております。

第1回目の会議のところ、枠で囲って8月と矢印を引っ張ってあるところをごらんいただきたいと思います。本日の会議では、まず地域のデータの共有をすること、また構想区域の地域版の部分の見直し方針についてお示しをさせていただきます。また、病床許可事前協議のほうでは、事前協議の対応方針ということで予定をしております。

その次、第2回の会議につきましては、9月から10月にかけて、基金の活用事業の検討ですとか素案たたき台の検討、基準病床数の検討、ある場合は構想地域版の見直し案ということ、議題としてご議論いただく予定で考えております。

また、第3回目の会議、こちらは12月から年明け1月にかけての時期で想定をしておりますけれども、保健医療計画の素案についてご議論いただければと考えております。

スケジュールの説明については以上でございます。

続きまして、資料3をごらんください。県の保健医療計画の改定骨子でございます。こ

ちらにつきましては、県の保健医療計画推進会議で既にご了承いただいているところでございますけれども、簡単にご説明させていただきたいと思えます。

まず第1部総論、第1章の基本的事項のところ、第1節、計画改定の趣旨でございますが、丸の1つ目、2つ目のところでは、これまでの経過ということで、現行の計画を策定後、地域医療構想を神奈川県の場合は昨年10月に策定したところでございます。

次に、3つ目のところでは、今回の改定のポイントということで、医療計画と、市町村の介護保険事業計画、また都道府県で策定をする介護保険事業支援計画の整合性を確保するとともに、地域包括ケアシステムの構築を推進するということが求められているところでございます。

次に、4つ目のところでは、本県独自の取り組みということで健康寿命の延伸と新たな市場・産業の創出を目指すヘルスケア・ニューフロンティアという政策を推進しているところでございますので、こういった未病を改善する取り組みについて触れさせていただいております。

第2節、計画の基本理念及び基本目標につきましては、記載のとおりでございます。ページを開いていただきまして、第3節、計画の性格につきましても記載のとおりでございます。第4節の計画の期間でございますけれども、今回の改定から、5年から6年間という形で計画期間が変更となっております。

第2章につきましては、神奈川県内の保健医療の現状、また第3章で保健医療圏と基準病床数について記載をしていく予定でございます。

第2部の各論でございますが、第1章、未病対策等の推進というところでは、県の重点施策ということもございまして、1章目に位置づけさせていただいております。

また、5事業・5疾病につきましては、第2章・第3章で記載をしていく予定でございます。

第4章、地域包括ケアシステムの推進のところ、第1節で在宅医療について記載をしております。下線を引いている部分につきましては、今回の計画改定に当たって、国から指針が示されており、その指針に基づいて新たに追加された項目となっております。

第5章で、医療従事者等の確保・養成、第6章で総合的な医療安全対策の推進、第7章で患者の視点に立った安全・安心で質の高い医療体制の整備、第8章でその他の疾病対策等としております。

次のページに進んでいただきまして、地域医療構想につきましては、第3部ということで、計画の中で位置づけをしております。第4部で計画の推進という形で、計画の推進体制、また進行管理について記載をしていく予定です。

資料3の説明は以上でございます。

続きまして、資料4をごらんください。二次保健医療圏の圏域設定についてということで、医療計画作成の手順の一つとして、圏域の設定というものがございまして、1番のこ

るで医療圏の設定方法ということで、二次医療圏の設定に当たっては、入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められる区域を単位として認定をするとされており。

2番の圏域設定に当たっての考え方でございますけれども、二次医療圏の見直しの際に参考となる事項ということで、医療計画の作成指針で国から示している2つの点について確認をしております。1つ目が人口構造、患者の受療状況ということで、人口規模が20万人未満の二次医療圏については見直しを検討するというところでございますけれども、神奈川県では20万人未満の二次保健医療圏はないということで、1つ目の見直しの条件には該当がございません。

次のページに進んでいただき、もう一つ示されているのが構想区域との整合性ということです。構想区域と二次医療圏が異なっている場合は一致をさせることが適当であるということが示されております。構想区域は、地域医療構想の策定の際に各地域でご議論をいただいた上で決定をしております。

その下の経緯ということで点線が引かれているところですが、横浜につきましては3つの二次保健医療圏を1つにするという提案がありまして、それ以外の地域につきましては、こちらの川崎地域も含め、具体的な提案はありませんでした。以上のことに基づきまして、県の保健医療計画推進会議で横浜市については3つの二次保健医療圏を1つとして、それ以外の地域は現行の二次保健医療圏と同じとすることで合意をいただいております。

そういった経緯もございまして、3番の神奈川県二次保健医療圏案につきましては、以下の9圏域としたいと考えております。川崎地域につきましては、川崎北部と川崎南部の2つの二次保健医療圏とするということで考えております。

その次が4番、疾病・事業ごとの圏域設定についてでございますが、二次保健医療圏を確定した後もそれぞれの、例えば5事業・5疾病、また在宅、それぞれの分野に応じて独自の圏域を設定することも可能とされておりますので、独自の圏域を設定するかどうかにつきましては、分野別の会議において検討していく予定でございます。

5番の基準病床数の算定につきましては、今回の3番でお示ししている二次保健医療圏案に基づいて算定をさせていただきたいと考えております。

続きまして、資料5をごらんください。今回、医療計画の改定に伴いまして、地域医療構想の見直しについてお示しさせていただければと考えております。まず1番の見直しの基本的な考え方ですが、計画を改定する中で中長期的な施策の追加や変更、修正等の必要が生じた場合などについては、地域医療構想の一部を見直すことといたします。

その下、構想の地域版部分の修正については、地域の判断によるものとし、もし修正をする場合は、地域医療構想調整会議の中で検討をいただいて、その上で県の保健医療計画推進会議へ報告をするという流れで考えております。ただし、原則としてデータ集部分の年度更新については行わないという方向で考えております。

2番の見直し作業を行う場合のスケジュールですが、一番左の列に日程があり、その次に地域医療構想調整会議、またその隣に保健医療計画推進会議ということで、下に流れる形になっております。8月のところ、第1回の地域医療構想調整会議で見直し方針の提示をさせていただきまして、その後9月から10月にかけて開催予定である第2回の調整会議で必要に応じて地域版部分の見直し案の提示・検討、その後、必要に応じて書面会議等の開催により見直し案の検討、地域のご承認をいただきます。ご承認をいただいた後に、その下の矢印で12月の中旬に、第6回の県の保健医療計画推進会議にご報告をいただくという流れで考えております。

資料5については以上でございます。

引き続きまして、資料6、基準病床数算定シミュレーションをご覧ください。こちらにつきましては、まだ国から示されていない部分がございますけれども、算定のシミュレーションを県の方で独自に試算をしたものになります。基準病床数の算定式につきましては記載のとおりでございます。在宅医療等対応可能数というところと、都道府県間の患者流出入を見込む場合というところが未確定となっているのですけれども、在宅医療等対応可能数の算出の具体的なイメージが明確化されたということで、その下の図で示しております。

図のところはA・B・C・Dと数値が振ってあるのですけれども、Aが医療区分1の70%と地域差解消分、Bが介護療養病床の全数、Cが医療療養病床のうち平成35年までに介護医療院新類型に転換する見込みの数、Dが在宅医療等対応可能数ということで、在宅医療等対応可能数につきましては、AからBとCを除いたもの、すなわちDなのですけれども、BとCにつきましては基準病床数に含まれるという式になっております。在宅医療等対応可能数につきましては、県の方で独自に仮の数字を置いて計算したものが次のページでございます。

こちらの計算の仕方なのですけれども、使用するデータのところで、出典が国調査、「平成25年度老人保健事業推進事業補助金 医療ニーズを要する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業」となっています。その中の調査で、医療区分1・2・3のそれぞれ療養病床に入っている患者さんの割合が出ております。それを神奈川県療養病床の患者数に当てはめて数字を出しております。その数字が⑤のところ、「介護療養病床の全数Bを差し引く」と書かれているところで、この在宅医療等対応可能数Dを仮で932人と置いております。

その次のページに進んでいただきますと、二次医療圏別の病床利用率というのが出てきてまして、算定を行うに当たって、今回は病床利用率を変えたバージョンも計算をしてお示しをしています。平成27年度の病床機能報告から算出した病床利用率と、国の告示で示されている病床利用率の下限値を比較し、下限値を下回る場合は下限値を適用するという方法で、川崎北部・南部はいずれもそのまま病床機能報告制度の数字を採用して計算をし

た形になっております。

その次のページに進んでいただきますと、試算4分の1から、4分の2、4分の3、4分の4と出てくるのですけれども、まずこの試算4分の1というのが基本の計算になります。自然体で計算をすると、これに近いものが出てくると考えていただければと思います。試算の4分の2から4分の4につきましては、少し条件を変えて、皆様の検討材料として今回お示しさせていただくものになります。

具体的にどのような条件を変えているのかということなのですが、試算4分の1と4分の2は同じ人口、2016年、平成28年1月1日現在の人口を使っています。試算4分の1が国の告示で示された病床利用率で、療養病床が0.9で一般病床が0.76です。試算4分の2の方が27年度の病床機能報告から算出した二次医療圏別の病床利用率を使って計算をしたものになります。

また、試算4分の3、4分の4につきましては、人口の要件を、次期医療計画の中間年の2020年の推計人口を使って、先ほどと同じように、病床利用率については試算4分の3が国の告示の利用率を使ったもの、試算4分の4の方が平成27年度の病床機能報告から算出した二次医療圏別の病床利用率を使って計算をしたものでございます。

基準病床数の算定シミュレーションにつきましては、説明は以上でございます。長くなりましたけれども、私からの説明は以上でございます。

(高橋会長)

ありがとうございました。

(事務局)

会長、すみません、1点だけ補足をさせていただきます。

資料2の年間スケジュールで、今回、小さい太枠で第1回会議とお示しをしているところで、医療計画の改定のお話と、それから病床許可の事前協議のお話の2つ協議していただく事項がございますとご説明をしたのですが、下段の病床許可の事前協議の対応方針につきましては、こちらの川崎北部・南部につきましては、参考資料2をご覧くださいと思います。現行の計画の基準病床数と、本年3月31日現在の既存病床数を比較しましたところ、北部・南部いずれにつきましても既存病床数が基準病床数を超過しているということで、今年度の病床許可の事前協議は該当がございません。ですので、事前協議の対応方針につきましては、本日お諮りをしておりませんので、補足させていただきます。

(高橋会長)

ありがとうございます。それでは、ただいまの説明につきまして、質問やご意見がありましたら、お願いします。

冒頭に言いましたように、病院協会というか病院の先生方が大変いろいろな意見を持っているはずだと思いますが、基準病床数にかかわる病院協会としてのお考えがありましたら、お聞かせいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

(内海委員)

今までご説明いただいた部分に関しては、特に具体的にこれというところは余りないと思います。基準病床数に関しましては、現行のもので特に問題は生じていませんので、北部・南部ともに、これを変えようという意見を私は今のところ聞いておりません。

(坂元委員)

ただいまの説明であると、川崎北部・南部とも、今の既存病床数は基準病床数を上回るということで、新たな病床配分はないだろうということ。以前からも議論になっている地域医療構想で出てきた数とは若干乖離があるのかなということ、以前からある特例病床という考え方で、例えばその地域のニーズに合った何か特別な医療をやるときに、川崎では、5～6年前に特例病床を市立川崎病院と井田病院の病床を少しずつ削って、同じ医療圏の公的病院をダウンサイジングして、その病床を特例病床という形で議論をした経緯があります。

お聞きしたいのは、基準病床を既存病床が超えてしまっていると、特例病床という話は、もう全く出てこないのかということがまず質問の1点目です。

それから、以前の場合の特例病床の取り扱いは、川崎市の地域医療審議会で議論をして最終的に配分したということで、川崎市の地域医療審議会で決定したという経緯があります。医療計画にかかわる基準病床は、どちらの会議で議論するのか、地域医療構想にかかわるのはこちらの会議という中で、特例病床の取り扱いは原則として川崎市の地域医療審議会のほうになるのか、それとも、この地域医療構想調整会議のほうで議論をするのか、それとも、両方で議論をするのか、教えていただければと思います。

それから、もしやるとすると、タイミングとか時期とか、いつまでに提案してというものがあるのかどうか、もしおわかりになれば、お教えいただければと思います。

(事務局)

ありがとうございました。まず本日のシミュレーションを皆様にご提示した意図ですが、先ほど担当からの説明にもございましたように、すべての必要な数字がまだそろっていない生煮えの段階で皆様に本日シミュレーションをお示ししております。それは要するに、この川崎地域というのが国の定める基本的な計算式で計算をすると、南部・北部ともに過剰になってしまいますということをまずお示したかったということです。

それから、先ほど坂元委員からご質問いただいたとおり、では必要病床数は不足となっているのに、基準病床数は過剰というのはどういうことだということを思われる方がいらっしゃるかもしれない。そうした場合は、まさにおっしゃったとおり、特例を使うことが可能かもしれないのです。これは可能ですと国から言質をとれてはいないのですけれども、今回、保健医療計画の作成指針というものが国から示されていて、その中に、まさにこの川崎地域のように、必要病床数は不足となっているのに基準病床数は過剰になってしまうような地域は将来、高齢者人口が急激に増加するというような地域の特殊な事情を勘案し

て、特例を適用することができますよと書いてあります。

ですので、シミュレーションの4分の3、4分の4で、平成32年度の人口をベースにして計算するとこうなりますよという数字をお見せして、皆様にそのあたりの数字を比べてみて、特例を国に申請するべきか否か、そういったことも含めて率直なご意見をいただきたいと思ひまして、今回この4種類の数字をご提示したところでございます。

ですので、ご質問に対する答えになりますと、まず特例を適用することが可能か否かというの、可能かもしれない。国に当たってみないとわからないけれども、作成指針を素直に読むと可能かもしれないと読めます。

そして、もう一つは、どちらの会議で決めるかですが、まず基準病床数の決定は県が行います。ですので、この調整会議や市の審議会のご意見をお伺いしつつ、最終的な決定は県の会議で行うこととなります。ただ、病床の配分ということになりますと、市の審議会に権限がおりていますので、市の審議会の方で行っていただくこととなります。

あともう一つ、時期につきましては、当然、医療計画の策定は来年の3月ですので、それまでの間に調整をしていかなければいけないのですが、国との協議のスケジュールが実は国からまだ示されていないのです。ずっと聞いているのですが示されておりませんで、具体的に皆さんからやはり特例を使う必要があるとご意見をいただいたら、それをもって国とスケジュールも含めて調整をしていきたいと思っております。

(高橋会長)

よろしいですか。ここら辺は案外重要なので、頭の隅に入れておいていただきたいと思ひます。特例という言葉がやはり一番重要で、今後、特例を利用しようという人もいるかもしれないということです。

ちなみに、病床利用率を例えば1%上げた場合は、基準病床数はどのように変化するか、わかれば教えてほしいです。

(事務局)

今ごらんいただいている表でいいますと、網かけになっている丸数字の6と11の部分の数字が動いてまいります。丸数字の1から5、7から10の計算というのは、患者さんの数を出して、6と11で病床利用率で割り返しをしています。ですので、これのパーセンテージが1%上がると、6と11の100分の1くらいが動くということになると思ひます。

(高橋会長)

そのほか、いかがですか。先ほどの坂元委員のお話の中にあつた特例の手続の問題ですけど、何かそういう特例を使ってやりたいという人がいたら、調整会議にまず上がってくるのではないですか。

(事務局)

調整会議で、まさにこの場でご意見をいただいても、もちろん結構ですが、本日は数字をお示しした段階で、今ここで決めろと言われても困るということだと思ひますので、次

回の調整会議に向けて、もしご意見がありましたら、いただけたらと思います。

(内海委員)

この計算式で決めてはいますけれども、例えば先ほど話題になった病床利用率に関しましても、診療報酬の関係とかいろいろなことで変化をしてくる変数でもあるわけです。そうなってくると、こういう都市地域というのは複雑で、医療機関もいろいろなところがありますし、状況が変わってくる可能性が十分あると思います。そのときに、特例とはちょっと意味が違うのかもしれませんが、何らかの形で、一応、計算式ではこうであるけれども、こういうケースもあるとか、ああいうケースもあるという議論がなされる余地を残しておくのは絶対に必要だと思います。特例の意味がどこまで限定されているのか、どういう場合が特例として扱われて、どういう場合は扱われないのかは今の段階ではよくわかりませんが、そういうことは絶対的に必要なのではないかと考えます。

(事務局)

ありがとうございます。この基準病床数の計算式というのは、結局どこかで一定の線引きをしなければいけないということで、国で一定の考え方を示されているところではありますが、今おっしゃった病床利用率につきましては、国の定めた数値、つまり療養病床90%、一般病床76%を下限として、当該二次医療圏の直近の病床利用率を上限として、その間で知事が定めることができるとされておりますので、そこは若干、裁量の余地がございます。

もう一つの特例の話は、何かこういう要件があれば特例として認められるということは、国から全く示されていないのですが、少なくとも今ある材料、国から示されている文書を読む限り、人口の増加というのが、国と協議する際のポイントになってくるのかなと考えております。

(坂元委員)

これもおわかりになれば教えていただきたいのですが、計算式のところで医療区分1の70%、7掛けというのが出てきているのですが、この7掛けは何の根拠でそうなっているのか、もしおわかりになれば教えていただきたいと思います。

(事務局)

これは、もともと地域医療構想を策定する際の必要病床数の計算式で、皆さんご記憶にあるかわかりませんが、今の入院している患者さんが人口の推移によってどう変化するかというだけではなくて、国の政策的な要素として、打ち明けた言い方をしまえば、療養病床に入院されている方を在宅に移行させようという政策的な思惑がございます。必要病床数の計算式をつくったときに、療養病床の医療区分1の70%の患者さん、それから、地域により療養病床の入院受療率は違いがありますので、それを平準化しようということで、地域差解消分として、各都道府県にあなたのところを何%ずつ減らしなさいというのを出し、それをベースに必要病床数は計算がされています。

今回、基準病床数の計算に当たっても、その同じ考え方を持ってきているということになります。その心は、皆さん異論があるかもしれませんが、国は療養病床の医療区分1の患者さんの7割は在宅移行をしてもいいだろうと考えているということになります。(小松委員)

この基準病床の計算式の中には、いろいろな変数が大量に含まれています。例えば今回出された試算に関しても、特に療養病床の在宅医療等対応可能数については、県として仮につくったものであるので、大幅にまだ動く可能性があるということが言えると思います。あと、一応、医療計画の中でこうやりなさいと言われていたものが2016年の人口です。要するに、もう既に過ぎた人口でベッドの数を出しているのです。これから人口がふえていく、そして2025年に比べれば当然数字としては低目に出てしまうということがあります。

この式すべてにいろいろな要素があって、あとは流入・流出も動かさずし、当然、病床利用率も、例えば一般病床0.76ということは、逆に言うと24%のベッドはあいているわけですから、そこに病院側としてはまだ受け入れる余力がありますし、100%は当然無理ですけれども、むしろ利用率を上げて対応していくことの方が、新規に作ったり増床したりするよりも、はるかに効率的ではないかと思えます。

一方、今あった医療区分1の70%は在宅移行可能という仮定は、地域医療構想のときに突然示された仮の数値であって、かなり政策的な意味合いがあると思います。そもそも西日本で療養病床が圧倒的に多く、それを減らしたいということなので、東日本、特にこの首都圏で療養病床の医療区分1の70%が自宅、もしくは施設で対応できるかという、むしろひっくり返して3割行ければいいかなというくらいが現場の感覚としてはあります。

それから、県の病院協会の方でも今、療養病床の方に、病床を変えるかどうかという調査をして、もうすぐそれがまとまった数字として出されるということです。以上です。

(高橋会長)

わかりやすい話、ありがとうございます。そのほか、いかがですか。

それでは、基準病床数については、国からまた新しく情報が出たら、県として試算した上、情報提供をいただくということになると思いますが、皆さん、それでよろしいですね。そのほか何かございませんでしたら、先に進ませていただきます。

(3) 地域医療構想の推進について

(高橋会長)

それでは、続きまして(3)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)

県医療課の鈴木です。引き続きまして、資料7についてご説明をさせていただきます。病床機能区分の転換に係る地域医療構想調整会議等での取扱いについてということで、今

回これを整理させていただいた経緯でございますが、3月の県の保健医療計画推進会議、あるいはこの地域医療構想調整会議において、「地域医療構想を踏まえた病床整備に関する事前協議について」ということを議題としてお諮りして承認をいただいたところです。ちなみに、これについては、参考資料5で配布しております。

これは、各地域の病床整備の事前協議をするに当たって、調整会議で検討をした上で、地域で優先的に整備が必要な病床機能について条件設定を行うことができるようにしたものです。ただ、この事前協議の対象になるのは新規の整備あるいは増床の場合で、医療機関が既存の病床の機能を変えようという場合については、今後の検討課題となっております。直近の病床機能報告の結果で地域医療構想の2025年の必要病床数に既に達成している病床機能区分、例えば川崎は、28年度の病床機能報告で、北部・南部とも急性期は既に2025年の必要病床数に達しているという報告の結果が出ていますが、こういった区分に転換を希望する医療機関があった場合の取扱いについて、実際に相談の事例も出てきておりますので、整理を行う必要があるだろうということです。

なお、あくまでこれは地域で必要と判断する事例が生じた場合に、調整会議への参加を求められることができるようにするもので、すべての案件を全部、調整会議にお呼びしてということをご想定しているものではございません。

2番の基本的な考え方で、今後の病床整備や病床機能の確保にあたっては、地域医療構想に示された方向性を考慮して進めていく必要があるのですが、病床機能報告と地域医療構想の必要病床数の推計では、病床機能の定義がイコールではなく異なっているということもございますので、数値だけで比較しても把握できないような地域の課題・実情などにも留意しながら、地域で必要な医療機能が確保できるようにしていく必要がございます。そのために、この地域医療構想調整会議を活用しまして、転換しようとする、そういった意向のある医療機関に対して理由の説明や情報の提供を求めて、地域で協議を行うことで地域の医療機能を安定的に提供していけるようにということで、本県における当面の間の取扱方針として定めさせていただきたいと考えております。

3番の、事例の範囲でございますが、まず医療法30条の15の中で定められているのは、病床機能報告の基準日、報告年の7月と、基準日後6年後の病床機能を毎年報告していただくことになっておりますけれども、これが異なっていて、かつ基準日後の病床機能区分が既に過剰になっている場合です。例えばこの川崎地域は回復期が不足と出ておりますので、今は回復期ですが、6年後は急性期に移りたいですというご報告をいただいた場合、これは医療法30条の15が適用になり、医療機関に対して理由書の提出や、調整会議への参加を求めたり、医療審議会での理由説明を求めたりといった一定の手続を求めることができるという、できる規定なのですけれども、法律上の定めがございます。

おめぐりいただいて(2)で、医療法に該当しないケースで考えられるものとしては、ケース1で、病床機能報告の後の事情変更があった場合。要は、当年度の病床機能報告で

は、現在、回復期で、6年後も回復期ですとご報告いただいたけれども、その後状況が変わって、急性期に移りたいというような話が急に出てきたような場合です。それから、ケース2としては、前年度と当年度の報告の間にもう既に変えてしまったという場合です。去年は、基準日が回復期で、6年後も回復期でご提出いただいていたのですけれども、今年の報告では、もう今は急性期です、6年後も急性期ですというふうに出していただいたような場合です。医療法の30条の15には該当しないのですけれども、こういったケース1、ケース2のような事例、あるいは、これ以外でも地域で必要と判断した場合に、医療法の30条の15の例に準じて医療機関に対して調整会議への参加を求めることができるように、何かがあったときに対応できるようにしておこうというものでございます。

5番の対応方針で、一番上の丸で、こういったケース1、ケース2の事例で対応できるようにということで、この取扱方針案を取りまとめまして、県の推進会議、あるいはこの後、県の医療審議会にお諮りしてご了解を得たいと考えております。

丸の3つ目で、過剰な医療機能区分への転換は、原則として以下の場合に認めることとします。「以下の場合」は、次のページの点線囲いのところになりますが、当該二次保健医療圏で、病床機能の地域偏在が存在して、一定の地域で特に整備の必要性が認められるような場合、それから人口急増等で、なお当面、整備が必要と考えられる場合、あるいは、その他、地域の実情に応じて良好な医療提供体制を確保するために必要性が高いと考えられるもの。こういった場合には認めることとして、それに該当するかどうかは、地域でご協議いただければというものでございます。ちなみに、この点線囲いの中に記載してあることは、3月にお諮りした事前協議方針と同じ考え方に基づいております。

今後、調整会議あるいは医療審議会にご報告をさせていただいて、今後の調整会議において必要があれば医療機関をお呼びすることができるように、方針としては整理をさせていただきたいと考えております。

6番目、手続の流れを簡単にご説明しますと、最初の四角枠のところ、事態が判明したとき、要は相談があったり、あるいは病床機能報告の結果が出たときに、まず医療機関から県に対して理由を記載した書面の提出を求めます。

その次に、調整会議のご意見なども伺いながら、その理由が十分な理由かどうか、やむを得ない理由かどうかを判断して、必要に応じて調整会議へご報告をしていくということを考えております。ただ、この部分で、理由がやむを得ないかどうか判断するに当たっては、※印のところになりますが、現時点で病床機能報告について、まだ各機能区分の定義に不明確な点があること、それから、今後、協議の場、この調整会議へ医療機関を呼ぶ場合があるということも含めて、まだこれから医療機関に周知を行っていくという状況でございますので、そういったことも配慮しながら、その理由がやむを得ないかどうか、呼ぶ必要があるかというのを判断する必要があると思っております。

その次の四角枠、理由が十分ではない、あるいは地域で意見を聞く必要があるとなった

場合には、医療機関に対して協議の場、調整会議に参加するように求めることができる。この調整会議で了解が得られた場合は、推進会議に報告をして終わり、協議が整わない場合は、その次の段階として医療機関に対して、県の医療審議会へ出席して理由の説明を求めることができる、医療審議会の前に、事前の保健医療計画推進会議へ報告するというような流れを想定しておりまして、取扱方針としては、ここまでを整理させていただこうと考えております。

次のページの、点線囲いの部分は今回の取扱方針では整理しておりませんが、法律の規定でございます。最後の四角枠ですが、この取扱方針については、転換を希望する医療機関があった場合に、協議の場への参加を求めることができるように、当面の方針として定め、今後、国から通知などがあった場合には見直しを行うほか、運用開始後に改善の必要が生じた場合は、ご意見を聞きながら見直していくことを考えております。

あくまで、冒頭にも申し上げましたが、すべての案件を網羅的に呼び出すことを目的とはしておらず、医療法に規定のない例も含めて、地域で必要と判断したときに、調整会議に呼び出して、地域で話し合っていくこと、協議していくことができるようにということで今回、方針として定めさせていただければと思っております。

次のページ以降は、今お話しした内容を通知の形に整理したものでございまして、説明は省略させていただきます。資料7は以上です。

最後に、参考資料6について補足させていただきます。今現在、県の方で医療機関を対象に、回復期に転換する場合の補助を実施しておりますが、27年度と28年度に終了したものの、工事中のものは除いて、既に終了したものにつきまして、構想区域ごとに医療機関の件数と転換した床数のご報告をさせていただくものです。私からの説明は以上です。

(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、何かご意見やご質問がありましたら、お願いします。

(方波見委員)

先ほどの話にもあったのですが、病床機能報告の定義がまだはっきり決まっていないということです。特に今の参考資料6にもあったのですが、回復期のところで地域包括ケア病床がどこに含まれるか、はっきりわからない、いわゆる実態がはっきりわからなくて国のほうで何も出ないのでということでした。ただ、県の方、あるいは市の方で、報告をもうちょっと細かくして実態をつかんでいかないと、急性期・高度急性期・回復期という定義がはっきりしない中で進んでいってしまうと、回復期が不足しているという、リハ病棟をつくったら、全くリハのできない方ばかりだったとかが起こってしまうことも危惧されるので、そこはとても心配に思っています。その辺は県なり市なりで、国を待たないで、実態把握という意味でもできないかなと思っておりますので、いかがでしょうか。

(事務局)

ありがとうございます。まずおっしゃっていることは、よくわかっております。国の基準がはっきりしない中で、例えば県で独自に急性期と回復期の定義づけをして、では実態を把握してみましようかというのも、なかなか踏み出せないところがありまして、躊躇しているところがございます。ただ、確かに今のままで進んでいくと、何もかもがあいまいなまま、あいまいな議論をしていくという形になり、それで、将来困るのは市民・県民の方なので、それもまずいという思いもでございます。今すぐこうしますという回答はできないのですけれども、宿題とさせていただければと思います。

(坂元委員)

神奈川県の場合は、基準病床の中では、一般病床と療養病床の間の移行は自由になっています。今回の議論は地域医療構想の中の病床機能についてですが、例えば療養病床の中で一般病床に転換したいといった場合には全くこの議論とは無関係に、つまり地域医療構想における病床機能の転換の考え方にはかかわらないので、それは行政機関が受けて「はい、どうぞ」という形になるのか、やはり、そこも療養病床というのは、どちらかというところと回復期とか慢性期が含まれるので当然、病床機能報告とも重なってくるので、ここで一つの議論になるのか。県として既存の基準病床の中の一般と療養という仕分けと、病床機能の病床と、どういうふうに区分けしていくのか、もしおわかりになれば、お教えいただきたいと思います。

(事務局)

おそらく一般病床と療養病床の区分というのは、ダイレクトにこちらの会議にお諮りをするということにはしておりません。ただ、結局おっしゃったとおり、高度急性期と急性期と回復期はいずれも一般病床で、慢性期は療養病床、これも全くイコールではないのですけれども近似しているととらえますと、療養から一般であれば、例えばそれが慢性期から急性期というような転換の場合は、今の資料7でご説明したケースに該当するということになります。結果的に療養から一般で、一般の中の急性期に転換を考えている医療機関があれば、こちらの資料7の取扱方針の対象になるというふうに整理をしております。単純に療養から一般への転換だということだけだったら、ここには上がってはきませんが、それは中身、実態が慢性期から急性期ということであれば、この会議の俎上に上がってくるということになります。

(坂元委員)

そうすると、療養病床を持っているところが一般をやりたいと言ったときに、その一般の中身を聞いて、例えば中身が急性期をやりたいといった場合には、この会議の俎上に上げるという理解でよろしいのですか。

(事務局)

そういうことになります。会議の俎上に上げるかどうか検討していただく対象になると

ということです。

(堀内委員)

今までの議論でやはり方波見先生がおっしゃったように、はっきりした定義がないのが非常に困るのだろうと思うし、それは早く決めてほしいなと思っているのですが、資料7の中で、例えば自分のところが今、普通に毎年、報告をしていくときに、全部、例えば高度急性期・急性期・回復期・慢性期というのは、しっかりと点数で分けるにしても余りはっきりとした区切りはないですね。そうすると、1つの病棟がかなりアクティビティーが上がったために、今まで回復期だったのが点数的に急性期になってしまうということは、ここの例にもありますけど、当然起こるだろうと思います。

今聞きたいのは、10も20も病棟がある中の1つの病棟でそれが起こったら報告するという位置づけになるのでしょうか。

(事務局)

まず病床機能報告というのは、病棟単位でご報告をいただいているものでして、そこがそもそもいいのか悪いのかという議論もございますけれども、国のマニュアルでは、恐らく最も対象となる患者さんが多い病棟を選択してくださいというような言い方をされていると思います。実際、例えば高度急性期についてはNICUとか、高度の施設基準をとっているような病床が該当しますと、比較的、定義がはっきりしております。回復期につきましては地域包括ケア病棟の一部や回復期リハビリテーション病棟、慢性期につきましては難病の患者さんとか療養病床とかというふうに定義づけがはっきりしています。

一番はっきりしていないのは急性期病棟なのですが、診ている患者さんの中で、急性期病棟に該当するような患者さんのほうが多ければ急性期、回復期に該当するような患者さんのほうが多ければ回復期で報告してくださいというような説明があったかと思います。ですので、1人でも該当する患者さんがいれば、どちらかに報告しなければいけないというようなことにはなっていないと思います。

(堀内委員)

1人ではなくて1つの病棟で、例えば50人いる病棟の中で、まず普通は20人くらいが急性期であって、30人が回復期だったとすると、あるとき急性期の患者がふえて急性期の患者が30人以上を超えてしまったり40人近くなってしまうたら、報告としては、回復期で報告していたものが急性期になってしまうわけですね。

(事務局)

報告期間が6月1日から30日ですので、その期間内で多いほうの患者さんを選択されるということになるのかと思います。

(堀内委員)

ですから、そのときに、将来にわたってどうかというのを決めて、今は急性期で報告をしたけど、将来もそれが急性期かどうかというのは、それが合っていればいいけれども、

もともとの回復期のままで今度は急性期で報告した場合は、問題になるわけですね。

それから、後で言おうと思っていたのですけれども、6年後のものを正確にと言われたり、10年後のものを正確にと言われたりしても、これは報告を見ると、ほとんどのものが現状と10年後と同じような数で出していますよね。それは資料をいただいて、人口がこうなる、高齢者が増えるというのはわかるのですけれども、おのおのの病院でそれを全部判断しろというのはなかなか難しいので、これだったらこんなのではないですかという、いろいろなことを教えていただくと皆も判断しやすいのではないかと思うのですけれども、いかがでしょうか。

(事務局)

そもそも病床機能報告というものが、医療機関の自主的な選択に任されています。6年後の選択も同時に行っておりますけれども、それも各医療機関の自主的な選択ですし、当然そこで6年後に何をやりますといったからといって、6年後にそれを絶対やらなければいけないという縛りは何もないのです。そういった中で、かといって、やはり地域医療構想をつくって、数字にあいまいな点はあるにしても、大まかな方向性として、急性期が10年後には過剰になるであろう、回復期が不足になるであろうという数字が出ている中で、勝手に医療機関の選択で急性期にどんどん転換していきますよというのを、何もしないでいいわけではないだろうということです。

ただ、繰り返しになりますけれども、病床機能報告にしても、必要病床数にしても、あいまいな部分がかかなりある、信用できる数字ではない中でやっていますので、不足・過剰というものを厳格にとらえて、過剰の機能だから絶対だめとか、不足の機能だからオールオーケーとかではなしに、もしそれに該当するようなものがあれば、とりあえず、ちょっと来ていただいて話を聞いてみよう。地域の実情を一番知っているのは結局、皆さんなので、皆さんのご意見として、この転換はいいよとか、やはりそれはこれからニーズがないのではないかというようなことを検討していただくというような場に、この場をしていければいいのかと思っております、今回のような対応方針を提示させていただいたところでは。

(堀内委員)

言われていることはよくわかるし、机上では非常によく理解できるのですけれども、実際問題として、1つ病床機能が変わったからといって、その1つ変わったところをすべて呼び出して話を聞くのでしょうか。例えば2つの病棟になったとか50%変わったとかだとやはり問題だと思うのですけれども、幾つかある病棟の1つくらいが変わる可能性は非常に高いのではないかと思います。そういうとき、1つでもそういうのがあったときに、その理由をちゃんと書いて出すということくらいならいいのですけど、都度ここに呼び出されるのでは病院の人も大変かなと思って聞いてみました。

(事務局)

おっしゃることはごもっともで、我々も何でも呼び出そうと思っているわけではございませんし、この方針の中でも書面による協議を行うこともしたいとは思っております。ただ、いずれにしても、とりあえずは事情をお聞きして、それでいいのかどうか、皆様のご意見を伺えればいいのかと思っております。

(内海委員)

皆さんがおっしゃった、機能区分の定義もはっきりしていないのに、どんどん進むことができるのだろうかということもありますし、あと、私も先ほど申し上げましたけど、病院機能は特に都市部では種々多様な機能があります。特に公的病院は全般的にいろいろな診療科目と医療をされるところが多いですが、プライベートな病院などは、あるところが突出していたり、機能にもいろいろなことがあるわけです。その辺がありますので、これは一概に、この病床が多過ぎるとか少な過ぎるといことはなかなか言えない複雑な問題だと思います。

それともう一つ、こういうことを進めていく中で、公的病院と、それ以外の民間病院とに対する働きかけ方を少し変えていく考えは余りないのですよね。ここで言ってもしょうがなくて、国に聞かなければいけないことかもしれません。

(事務局)

実は、国の地域医療構想に関するワーキンググループというのがございまして、その中では、今、先生がおっしゃったように、公立医療機関であるとか公的医療機関の機能について、まず中心に話し合いをしていったらどうかということが議論されております。そちらについては、県のほうでこれからどういうふうに対応していくかを考えていかなければいけないという状況です。

(高橋会長)

そのほか、いかがですか。

ちょっとお聞きしたいのですが、資料7の1の経緯の3つ目の丸2行目、「過剰病床機能区分への転換を希望する医療機関があった場合の取り扱いについては、実際に相談事例が出ていることから」と書いてあるのですが、もう既にこういうことがあるわけですか。

(事務局)

我々の耳には、そういった話が届いております。

(高橋会長)

そうすると、そのうち調整会議に上がってきて、多分ここでいろいろお話を聞いたり、皆さんのご意見を聞いたりするのですが、その場合うまくいかないというか、協議が整わない場合もあるかと思うのですが、その場合の対応についてわかれば教えていただきたいと思っております。

(事務局)

この話は、県の方でとりあえず考え方を整理して、実際に運用していくのはこれからの

なります。協議が整わなかった場合にはどうしようとか、そういったところまで今の段階では検討し切れれておりません。

(高橋会長)

ありがとうございます。実際に相談事例があるということなので、少し驚いたところです。そのほか、委員の先生から何かありますか。ございませんでしたら、次に進みます。

(4) 川崎地域の現状分析

(高橋会長)

議題の(4)につきまして、事務局から説明をお願いします。

(事務局)

議題の(4)川崎地域の現状分析につきまして、資料の8と9を使ってご説明をさせていただきますと思います。

地域医療構想を推進するために、地域の課題や施策の方向性について、委員の皆様方にご議論していただくに当たりまして、川崎地域の課題と施策の方向性に向けた論点を説明いたします。なお、使用いたしましたデータにつきましては、平成28年3月に開催いたしました本調整会議においてお示ししたものを時点更新したものでございまして、資料8-2として添付してございますので、後ほどご参照ください。

資料8-1でございますが、まず川崎北部地域の現状についてご説明いたします。初めに基本的事項でございますが、入院患者推計につきましては、2025年には、2015年比で1.29倍に増加することが見込まれており、年齢別では65歳以上と75歳以上の患者が増加する一方で、65歳未満の患者は減少する見込みとなっております。また、介護施設等の状況では、特養、認知症高齢者グループホームの整備が進むとともに、サービス付き高齢者住宅の整備数の伸びが大きくなっております。

さらに、病床機能報告から見た病床数の状況につきましては、平成28年度の報告によりますと、病床機能別の傾向に大きな変動はなく、2025年の必要病床数推計と比較しますと、高度急性期と急性期が過剰、回復期と慢性期が不足となっております。平成28年度の病床機能報告につきましては後ほど詳しくご説明させていただきます。なお、病院配置状況等でございますが、圏域内のMDC18分類の主要診断群別の疾患が対応可能で、DPC対象の各病院は安定的に医療を提供しております。

次に、入院基本料についてでございますが、自己完結率は一般病床の7:1、10:1病床で53.1%、回復期・リハビリテーション病床等で54.2%、療養病床等で47.8%となっております。すべての機能の病床におきまして流出超過となっております。

続いて、救急医療についてでございますが、52.7%の患者が二次救急を圏域内で完結しております。また、疾患別の地域特性につきましては、が

ん、急性心筋梗塞、脳卒中、糖尿病について記載しております。自圏域の完結率は、がん入院が54.5から58.4%、急性心筋梗塞では51.6%、脳卒中では41.1から54.9%、糖尿病では、入院55.6%・外来72.9%となっております。人口カバー率は、くも膜下出血について15分圏内が40%程度、30分圏内が60%となるほかは、15分圏内にほぼおさまっております。

次に、在宅療養等につきましては、全体として訪問診療などの在宅医療に係るレセプト出現比は高く、特に患者における多職種間カンファレンスやターミナルケア、看取りに係るレセプト出現比が高いですが、在宅療養中の患者受け入れや、退院時カンファレンス、ケアマネージャとの連携などのレセプト出現比が低くなっております。

次に、裏面にまいりまして、こちらは川崎南部地域の現状についてでございます。初めに基本的事項でございますが、入院患者推計につきましては2025年には15年比で1.17倍に増加することが見込まれており、年齢別では65歳以上と75歳以上の患者が増加する一方で、65歳未満の患者は減少する見込みとなっております。また、介護施設等の状況でございますが、特養、認知症高齢者グループホームの整備が進みますとともに、サービス付き高齢者住宅の整備数も伸びが大きくなっております。さらに、病床機能報告から見た病床数の状況につきまして、平成28年度の報告結果によりますと、病床機能別の傾向に大きな変動はなく、2025年の必要病床数推計と比較しますと、急性期が過剰、高度急性期・回復期・慢性期が不足となっております。なお、病院の配置状況につきましては、圏域内でMDC別疾患は対応が可能で、DPC対象の各病院は安定的に医療を提供しております。

次に、入院基本料についてですが、自己完結率を見ますと、一般病床7：1、10：1病床では88.5%、回復期・リハビリテーション病床等では61.8%、療養病床等では38.2%となっております。一般病床では流入超過、他の機能病床では流出超過となっております。

続いて、救急医療でございますが、88.1%の患者が二次救急を圏域内で完結しております。流入超過となっております。また、疾患別の地域特性につきましては自圏域での完結率は、がん入院が70.5から82.7%、急性心筋梗塞では85.9%、脳卒中では61.5から67.6%、糖尿病では入院72.8%、外来85.7%となっております。がん、急性心筋梗塞、脳卒中、糖尿病すべてについて、人口カバー率は15分圏内でほぼおさまっております。

次に在宅療養等につきましては、全体として訪問診療などの在宅医療に係るレセプトの出現比が高くなっており、特に在宅療養中の患者受け入れ、退院時カンファレンスや退院支援・調整・ターミナルケアや看取りに係るレセプト出現比が高く、在宅と入院の連携が比較的良好であることがうかがえます。

最後に、川崎地域の現状における課題と論点でございますが、南部・北部医療圏ともに同様でございます。それぞれの地域におきまして、将来において不足する病床機能の確保及び分化・連携が課題となっております。その論点といたしまして3点挙げております。1点目といたしましては、回復機能など、将来不足が見込まれる病床機能及び地域の実情に応じて必要となる病床機能をどのように確保するのか。2点目といたしまして、限りあ

る資源を最大限活用し、医療需要の増加に対応するにはどのような取り組みが必要となるか。3点目といたしまして、病床機能の分化に伴い、異なる病床機能を有する医療機関の連携体制の構築に向けてどのような取り組みが必要になるかとしております。

また、在宅医療の推進、医療と介護の連携に係る取り組みの課題につきましては、24時間365日対応の在宅療養の支援体制や、入院患者の円滑な在宅療養への移行を図るための取り組みをどのように行うか。在宅医療等の需要増に伴い、在宅医や在宅医療を支える人材を確保・養成するために、どのような取り組みが必要となるかの2点が論点になるものと考えております。

引き続きまして、平成28年度の病床機能報告の結果についてご説明をさせていただきますので、資料の9-1をごらんいただけますでしょうか。こちらは、本年7月14日時点の病床機能報告の結果となっております。上から3段目、川崎北部医療圏における病床機能報告の結果でございます。資料の右端にございます必要病床数との差の欄をごらんください。平成28年度は、高度急性期は479床、急性期は251床の過剰である一方、回復期は1,187床、慢性期は273床の不足となっております。平成26年度から28年度にかけて、病床機能報告数に大きな変動はございません。

次に、その下の段の上から4番目になりますが、川崎南部医療圏における必要病床数との差をごらんください。急性期は1,496床の過剰である一方、高度急性期は674床、回復期は1,277床、慢性期は46床の不足となっております。26年度から28年度にかけての傾向を見ますと、国の病床機能報告の記載要領に従って選択する機能を精査した病院がございましたことから、高度急性期は減少し、急性期は増加いたしました。回復期及び慢性期の病床数に大きな変動はございません。

続きまして、平成28年度病床機能報告の状況についてご報告させていただきますので、資料9-2をごらんください。こちらは、A3判で両面の資料が2枚ついておりまして、最初の1枚目、1~2ページが北部医療圏における15病院、2枚目の3~4ページが川崎南部医療圏における19病院すべての病床機能報告の結果を比較した表となっております。これまで県のホームページなどで病院ごとの病床機能報告の内容の詳細は公開されておりますけれども、地域の病院の報告内容を比較することが難しかったことから、こちらの資料を作成したものでございます。

初めに、川崎北部医療圏でございますが、1枚目、1ページの左側、医療機能の項目にございます丸数字の1「2016年7月1日時点の機能」と、丸数字の2「6年が経過した日における病床の機能の予定」の欄をごらんください。6年が経過した日までに病床機能の転換を予定している病院はございません。

次に、右のほうに行きますけれども、一般病床、療養病床ごとの許可病床数、三次救急医療施設、二次救急医療施設、救急告示病院の認定・告示の有無、在宅療養支援病院等、診療報酬の届け出の有無の記載がございまして、その隣が救急医療の実施状況の項目とな

っております。主に、三次救急医療施設及び二次救急医療施設等が地域の救急医療を担っていることを示しております。その右側には、退院調整部門の設置状況、入院患者数の状況の記載がございます。

裏面のほうに参りまして2ページ目でございますが、入棟前の場所、こちらでは高度急性期や急性期の病床を有する病院では家庭からの入院の割合が高く、回復期や慢性期の病床を有する病院では、他の病院や施設からの入院の割合が高くなっております。また、退棟先の場所でございますが、高度急性期、急性期及び回復期の病床を有する病院では、家庭への退院の割合が高く、慢性期の病床を有する病院の多くでは死亡等による退院の割合が高くなっております。

次に、退院後に在宅医療を必要とする患者の状況でございますけれども、地域医療支援病院である市立多摩病院においては、他施設が在宅医療を提供する予定の患者が多くなっております。

その右側の看取りを行った患者数の記載がございまして、さらに一番右側には平均在棟日数、在宅復帰率の項目がございます。高度急性期・急性期・回復期の病床を有する病院では、在棟日数は短く、在宅復帰率が高くなる傾向でございますが、慢性期の病床を有する病院では在棟日数が長く、在宅復帰率は低くなっております。

次のページ、3ページをごらんください。こちらは、川崎南部医療圏の情報でございます。医療機能の項目でございますが、6年が経過した日における病床機能の予定のところでは、2病院が休棟中の病棟を再開する予定であるほかは、病床機能の転換を予定している病院はございません。その他の項目につきましては、救急医療の実施状況の項目につきましては、川崎南部医療圏におきましても、主に三次救急医療施設及び二次救急医療施設等が救急を担っている状況を示しております。

裏面にまいりまして4ページ目でございますけれども、入棟前の場所、退棟先の場所、平均在棟日数、在宅復帰率ともに、川崎北部医療圏とおおむね同様の傾向を示しているところがございます。川崎地域の現状分析に関する説明は以上でございます。

(高橋会長)

ただいまの説明につきまして、何かご質問・ご意見がありましたら、お願いいたします。いかがですか。

病院協会の先生にお伺いしたいのですが、病床機能の分化・連携にかかわる病院協会としての何か取り組みは既に行われているのかどうかを教えてください。

(内海委員)

病院協会の会員病院にはいろいろな病院がございます。それぞれの病院の立ち位置や形態によって、さまざまな考え方と意見があると思います。そして、病院協会の意見を、多数決をとって多数派に全員を従わせるというような性質の会ではございませんということもあります。病院協会としての意見はどうかと、もちろん聞かれるだろうとは思って

おりますけれども、なかなか難しいところがあります。そうはいつても、それなりに何とか皆さんの意見のある程度取りまとめようと考えておまして、幾つかの代表的な病院との間で話し合う会議を持ちまして、これから、その辺のところについて少し意見を取りまとめたいと考えているところでございます。今ここで答えられないのは残念なのですが、そのように行っております。

(高橋会長)

ありがとうございます。県の病院協会としてはいかがでしょうか。

(永井委員)

県の病院協会としては、かなり活動はしておまして、特に今の状況でまだはっきりしていないのは、主に慢性期なので、慢性期疾患を中心にした病院主体の各地域縦断的な委員会をつくって、ある程度結論が出ていると思います。その委員長は小松先生なので、その具体的な話は小松先生にさせていただきたいと思います。

(小松委員)

では、病院協会の立場でお話しさせていただきます。病院協会の慢性期部会で話題にしたことは、先ほど話題があった医療区分1の患者さんが、果たして国の言う70%が家に帰れるのかどうかということ。あとは、神奈川県内では療養病床に重介護で、医療も比較的必要な人が多いというようなことを話題にしています。あと、実際、回復期という言葉が先行してしまうと、療養病床の中には回復期リハビリテーションを有している病床も結構ありますので、実際はもう回復期リハ病棟が診療報酬上もかなり厳しくなってくるのかなということ。あとは、もう実際に患者さんをどちらかということ奪い合っているというようなことが意見交換としてなされています。先ほど内海先生がおっしゃったように、やはり県の病院協会も全体としての統一見解が出せればいいのですけれども、多分いろいろな立場があるので、全体的に何となくこういう状態だということは、永井先生がおっしゃったとおりです。

(坂元委員)

県にお聞きしたいのですけれども、川崎南部と北部で比較すると、北部は高度急性期が過剰で、南部は不足という状況で、これを1医療圏にしてしまうと差し引き不足にはなるのですけれども、2医療圏ですので、そうすると、仮に北部で救命救急センターをやりたいと言ったり、増床したいと言ったりした場合、これは認められないということになってしまいます。高度急性期と救命救急はイコールではないけれども、ほぼイコールと考えると、北部では認められないという形になるのか、それとも北部ではこういう事情があつてたとえば、特例病床という扱いで審議をするという形になるのか、もしおわかりになればお教えいただきたいと思います。

(事務局)

まず病床数の話と病床機能の話は分けて考える必要がございます。病床数につきまして

は、今回、基準病床数を既存病床数が上回っておりますので、新たに病床を増やすことは、いずれにしてもできないということになります。ただ、病床機能の転換につきましては、まさに先ほどの議題でお諮りした内容に該当してくるのかなと思います。ですので、書面によって理由をまず確認して、必要に応じてこちらに呼んでお話を伺うというようなことになってくるかと思えます。必ずしも高度急性期に転換がだめということにはなりません。

(田島委員)

今の件ですけど、例えば南部のほうで急性期から高度急性期に移行するというのは全く問題がないと考えてよろしいですか。

(事務局)

そこが実は意外と難しい問題で、確かに数字の上では高度急性期が不足で急性期が過剰ですので、急性期から高度急性期に転換してもいいのではないかと思えるのですけれども、高度急性期と急性期は、機能としてなかなか厳密に分けがたい部分もあって、単純な数字の比較ではいかないのかなとも思っております。

(田島委員)

もう一つは、北部の場合の高度急性期は、聖マリアンナ医大がⅢ群のDPC病院だから、全病床で1,000以上持っているというような形では非常に高いけど、現実問題はそんな病床ばかり持っているわけではないわけですよね。だから、実態と少し齟齬があるのではないかということを感じて、もともと南部のほうは皆、高度で手を挙げていたのを急性期に落としたところがあったわけです。だから、その辺は少し柔軟に対応していただいたほうがありがたいなというのが実情です。

(坂元委員)

何故、急性期から高度急性期の病床転換の可能性について話したかということ、例えば救命救急センターは、ある一定病床数以上だと、県と国の補助対象になるので、多分、単に許可する・許可しないだけでなく、補助対象という話が出てくる可能性もあります。もし希望が出てきた場合、救命救急センターであれば、だれが考えても高度急性期とするのは仕方がないと思います。高度急性期ではないけれども救命救急センターです、救急病床ですというのも変な話で、もしそういう希望が出てきたときに、どう扱うかという問題でちょっと質問させていただいたわけです。

(事務局)

まず救命救急センターの指定につきましては、これも県の医療課でやっているのですが、けれども別の基準がございまして、そちらの基準に合っているかどうかを踏まえて、救急医療問題調査会の三次救急部会という会議で審議をしていただきます。その際にやはり地域にこれ以上、救命救急センターが必要か否かといったことは当然、審査の中で見ていく必要があると思います。必要病床数をダイレクトに足りているか足りていないかの判断材料にはしませんけれども、当然一つの要素にはなると思います。

あと、特定機能病院が自分のところの病床をすべて高度急性期で報告しているというのは、やはり全国的に問題になっていまして、そこをもうちょっと実態に合わせて報告してくださいということは、各特定病院さんには通知はされているようです。私に言えるところは、そこまでです。

(坂元委員)

例えば救命救急センターという仕切りで申請が出たときに、高度急性期の病床という判断からは完全に除外してしまっても構わないという考え方、つまり、救命救急センターは県の別の機関で審議すると。つまり、この医療構想会議の中での審議案件ではないということ。仮に急性期の病床を、ある病院が救命救急センターをやりたいと言えば、対外的に見ればそれは高度急性期でしょうという話になるのだけれども、そうではなくて、これは救命救急センターという別のくくりの中で議論をして、高度急性期とは全く切り離して議論をされるという理解でよろしいのでしょうか。

(事務局)

その関係をきれいにひもとくのは難しい部分もあるのかなとは思いますが、はっきりしていることは、救命救急センターだからといって全部の病床が高度急性期に該当するわけではないと思います。高度急性期というのは、あくまでも国の報告のマニュアル上は例えばNICUであるとかGCUであるとか、そういった特定の病床です。恐らく仮に新たに救命救急センターに指定されようとする医療機関があるとしても、多分、既にNICUとかを持っているので、力があるということで申請をしようとするのだと思います。病床の機能というのは、実はそんなに大きく変わらないのではないかという気がします。

(高橋会長)

ありがとうございます。そのほか、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。

(5) 次期「川崎市地域医療計画」の策定について

(高橋会長)

議題(5)につきまして、事務局から説明をお願いします。

(事務局)

川崎市の地域医療計画の策定についてご説明をさせていただきます。

まず、本市の地域医療計画につきましては、現在、本市の諮問機関でございます川崎市地域医療審議会及びそちらの計画検討に資する調査部会というものがございまして、そちらのほうで検討を進めているところでございます。資料10、A3判の横長のものがございますが、こちらが先般開催しました地域医療審議会の調査部会の資料の抜粋でございます。こちらに基づきましてご説明をさせていただければと考えてございます。

それでは、最初に資料の左上、医療計画の概要でございます。医療計画につきましては、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を図るために策定するものでございまして、医療法に基づき策定する都道府県の計画、こちらは現在、神奈川県さんのほうでつくられているものでございますが、それと都道府県の計画を踏まえながら任意に策定する自治体独自の計画の2種類がございます。本市におきましては、市民の安全・安心な暮らしを支える地域医療を、より充実・強化できるよう、自治体独自の計画として川崎市地域医療計画を策定しているところでございます。

次に、2の基本的な考え方でございますが、次期医療計画の策定に当たりましては、国の基本方針を参考にするとともに、今年度策定されます県の次期医療計画を初め、地域医療構想、本市の介護保険事業計画など、関連計画との整合性を図りながら、地域の実情に即した質の高い効率的な医療提供体制について検討を進めたいと考えております。また、高齢化の進展等に伴いまして、医療介護ニーズの増加に対しましては、健康づくりや介護予防など、その増加を抑制する取り組みも重要でございますので、次期医療計画からは5疾病・5事業及び在宅医療に加えまして関連する保健分野も含めた総合的な保健医療施策をお示しする計画として、名称につきましても、現行の川崎市地域医療計画から、仮称でございまして、かわさき保健医療プランに変更してまいりたいと考えてございます。

次に、3の計画期間でございますが、既に神奈川県さんのほうでも、先ほど説明がございましたが、県の計画自体も現行の5年から6年に変更するというところでございます。これは法定の期間として定められてございますことから、本市におきましてもそれに準じまして、同様に計画期間を6年としまして、必要に応じて中間年の3年目に見直しを行ってまいりたいと考えてございます。

次に4、計画の基本理念及び基本目標（案）でございますが、「だれもが住みなれた地域で安心して保健医療サービスを受けることができるまちづくり」を基本理念として、その実現に向けまして、「地域での暮らしを支える医療提供体制の構築」「安全・安心を支える保健医療の提供」及び「市民とともにはぐくむ保健医療の推進」を基本目標に掲げて、各施策の推進に取り組んでまいりたいと存じます。なお、さきの調査部会におきまして、市民を含めまして、医療資源を大切にしながら皆でつくり上げるという視点が必要だというご意見もいただきましたところでございますことから、当初から、計画の中身にはセルフケア意識の醸成ですとか、あるいは適切な医療機関の受診など、市民への普及啓発の取り組みを盛り込むことを予定しておりますことから、こちらの表現につきましても今後、工夫・修正をしてまいりたいと考えてございます。

次に、資料の右側に参りまして、5、計画の構成でございますが、左側に現行計画の構成、右側に次期計画の骨子案の概要をお示ししてございます。次期計画の骨子案につきまして主要なポイントにつきましては、右端の吹き出しの部分に記載しておりますが、文字が小さくて恐縮ですが、①としまして、本市におきましては、保健医療・福祉に関連する

すべての計画の上位概念に川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョンを位置づけておりますことから、当該システムの推進について、まず記載させていただきたい。②として、地域医療構想が策定されておりますことから、同構想における課題及び方向性について記載すること。③として、病床機能の確保・連携や医療と介護の連携、医療提供体制の構築につきましては、地域医療構想の方向性を踏まえて取り組みを記載してまいります。④として、現行計画においても記載がございますが、がん・脳卒中などの主要な疾病、救急医療・災害医療などの主要な事業につきましては、体型的に整理をし直して記載をしてまいりたいと考えてございます。⑤として、関連する保健分野の取り組みや健康づくりの取り組みについて記載すること。この5点を骨子案のポイントと位置づけてございます。

次に、計画の策定体制でございますが、次期医療計画に記載する取り組みは保健から医療まで多岐に渡りますことから、調査部会におきましては表の網かけの部分としまして、病床及び医療従事者関係ですとか、医療・介護連携及び在宅医療関係、精神疾患を除く主要な疾病関係、周産期小児を含む救急医療関係について主にご議論いただくこととしまして、その他の事項につきましては、関連計画の審議会や策定部会等で検討された内容を踏まえ次期医療計画に反映させるよう、検討主体の役割分担を確認させていただいております。

次に、7、調査部会における主なテーマにつきましては、①の病床機能の確保及び分化・連携から⑥の在宅医療の体制構築まで、主要な論点を整理させていただいた上で、重点的にご議論をお願いしたところでございます。

次に、8の策定スケジュールでございますが、本年3月に、本市地域医療審議会におきまして検討の進め方等についてご了解をいただいております。その後、4月から7月にかけて次期医療計画の策定方針や骨子案の作成を進めてきたところでございまして、先月、第1回の調査部会でのご議論を踏まえて、9月にかけて素案のたたき台を策定する予定でございます。次回の調査部会では9月の下旬を予定しておりまして、素案のたたき台についてご議論をいただくとともに、親会議である地域医療審議会においてもご議論、ご意見をいただきながら、年内に素案を取りまとめてまいりたいと考えてございます。その後、翌年1月にかけてパブリックコメントを実施し、その結果を反映させた最終案につきましては地域医療審議会へ諮問させていただいた上で、3月末までに次期医療計画の策定を完了させる予定でございます。つきましては、本調整会議におきましても、適宜、進捗状況等について報告をさせていただくとともに、今後の調整会議における病床機能の確保や分化・連携等に係るご意見などにつきましては、計画策定の参考にさせていただきたいと考えておりますので、よろしくお願いたします。説明は以上でございます。

(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、何かご意見・ご質問がありましたら、お願いします。

(方波見委員)

病床機能の確保及び連携というところで、先ほど県では病床転換の補助金とかがあったのですけれども、市として、補助金とか建築基準条例を緩和するとか、そういう計画とかお考えはありますでしょうか。

(事務局)

当然、県の計画などとも整合性を図りながらということが第一義的なことになります。その上で、いわゆる基礎自治体としての川崎市としてどういう行政的な支援などが必要なのか、将来求められる病床機能の確保と連携に資する取り組みとして川崎市として何が必要なのかということもテーマの一つとして考えてございますので、具体的には今後検討を進めて計画に反映してまいりたいと考えてございます。

(永井委員)

川崎のような都市部では、実際やっていると、もう在宅療養は無理ではないかという気がしています。というのは、やはり独居の方とか老老家庭等で、これはもうどこかに入れてあげなければ、どうしても在宅ではやっていかれないという方が多数、これは今でもそうなのですが、5年たてばもっと増えてくるというような状況を考えると、在宅で見られれば一番いいというのが基本にはあるとしても、その辺の、そのまた先のことを考えていかなければいけないのではないかなというのが実際やっていて一番感じるところであります。

(高橋会長)

現実を見ていらっしゃる永井先生からのご意見でございますが、そのほかは、よろしいですか。それでは、川崎市の事務局としては慎重に、果敢に改定作業を進めていただきたいと思えます。

(6) その他

(高橋会長)

それでは、最後はその他でございますが、ありましたらお願いします。小松先生、どうぞ。

(小松委員)

地域医療構想ですとか、本来あるべきことでいえば当然、医療全般の話題のはずなのですが、どうしてもベッドの話題になります。今回、医療計画の基準病床数の話題でほとんど時間がとられてしまっています。やはりそういった中で、病床の機能分化というのも含めたときに、まずこういう話なのですよということと、こういうルールがあるということとを、やはり全部の病院を運営する人たちに周知をしたり、あとは意見を聞いたりする場がないと、例えばここにいらっしゃる先生方も代表ではありますが、全員ではないです

よね。そう考えたときに、できれば病院を運営する人は自由に参加できるような場をつくっていただけないかなと思います。規定では、ワーキンググループは会長が必要と認めれば設置できるということなので、在宅医療との絡みも含めて医師会の先生方にもご参加いただきたいですし、あと病院協会の病院の先生方が出られる、要するに「私は知らない」「私は聞いてない」ということではなくて、皆で突き合わせて話ができる場ができればいいのではないかなと思って、私からはちょっとお願いをしたいと思います。

(高橋会長)

ありがとうございます。ワーキンググループの話であります。小松先生にお伺いしますが、先生はもう既にこういう調整会議には何カ所か出られましたか。もし川崎のこの調整会議の感想とか何かありましたら、お願いします。

(小松委員)

今5～6箇所、行ってまいりまして、やはり各地域には各地域の事情があります。あくまでこういう数字上の話とは違って、現場の事情というのはさまざまあると思っています。交通網とか、流入・流出いろいろなことがあると思いますけれども、ただ、どこの会議も、病院の先生方は必死でいろいろな意見をされている。全部の病院の先生が出たからといってまとまるわけではないのですけど、やはり話しておかないと、結局はそうは言ってもいろいろなことは決め事なので、決めざるを得ないです。そうなったときに、これからはとにかく高齢者が増えて、入院需要が増えるということは事実としてありますし、我々医療を提供する側の人間は苦しくなってきます。ですので、皆である程度協力し合って、協力しないといけないという感じはします。こういった中でいろいろな意見が出るというのが地域の活力ではないかと思っていますし、今日も非常に活発な会議だったなという感想を持っております。

(高橋会長)

ありがとうございます。そのほか、事務局からは何かありますか。よろしいですか。

では、ございませんようですので、本日の議事を終わらせていただきます。事務局、よろしく申し上げます。

閉 会

(事務局)

高橋会長、ありがとうございました。委員の皆様におかれましても、たくさんのご意見をいただき、ありがとうございました。

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。本日はまことにありがとうございました。