

神奈川県地域医療構想策定における県病院協会としての

考え方・要望について

- 神奈川県病院協会としての考え方・要望の検討等について・・・p1～p2

- ※ これまでの経緯のまとめ

- 第6回常任理事会 協議事項 配布資料（9月16日）・・・p3～p7

- ※ 5名の先生方（小松常任理事・丹羽常任理事・今井理事  
・窪倉副会長・長堀常任理事）による事前提出意見

- 第6回常任理事会 議事録・・・p8～p14

- ※ 協議事項のみ抜粋

- 地域医療構想調整会議を始めるに当たっての  
神奈川県病院協会としての論点・・・p15

- ※ 地域医療構想にかかる勉強会 配布資料（7月15日）

- 地域医療構想調整会議の開催状況等について・・・p16

- 医療提供体制に関する議論のポイント  
地域医療構想策定スケジュール・・・p17

- ※ 地域医療構想策定におけるデータブック等の活用に関する  
研修会資料抜粋（9月3日）

## 「神奈川県病院協会としての考え方・要望」の検討等について(これまでの経緯)

### 1 小松常任理事より提案(9月9日)

〔 早めの段階において理事会で協議し(できれば医師会もまきこみ)、  
県に提出したい。議論のたたき台となる私案。 〕

### 2 役員に意見照会(9月11日でFAX照会)

〔 会長、副会長、常任理事、理事、監事へ照会 〕

### 3 役員より意見提出(9月15日〆切)

〔 4名(丹羽、今井、窪倉、長堀(提出順))の先生方からご意見 〕

### 4 常任理事会(9月16日)で協議(当日の主な意見 全体は別添議事録のとおり)

#### 窪倉副会長

- ・ 4機能区分について、どの病床にどのような患者を入れるかは病院に裁量権がある。これを前提にしなければ、患者はどこへ行ったらよいか分からない。あるいは繰り返し転送されることとなる。我々の裁量の中で弾力的に運用を加味して考える必要がある。

#### 南常任理事

- ・ 会議に出る県病や県医師会の先生が、大まかな指針や方向性がどうなっているかを頭に入れて議論しないとイケない。地域特性はあるが、色々問題が出て来るので、理事会の度に少しずつ議論し、地域の問題が上がったらフィードバックしてはどうか。

#### 新江会長

- ・ では、毎回、項目を絞ったほうがいだろうか。

#### 南常任理事

- ・ 例えば「新たな問題」はどうか。意見がまとまらずに国からドンとされてはたまらない。協会としての考え方を少しずつまとめていけたら良い。  
小松常任理事の「④ 構想における4機能区分は、診療報酬上の病棟区分で縛られるものではないようにすること」や長期的には「⑤推計データで計算可能な2040年のデータを提示すべき」の問題は常に議論していければ良い。

#### 新江会長

- ・ 南常任理事が仰られた方向でよろしいか。 → 協議の結果、了承

#### 沼田副会長

- ・ 策定スケジュールでは第2回調整会議で構想区域の設定が入っている。長堀常任理事の意見「二次医療圏だけではなく再度大きいところで調整を図る」と、「居住地と病院所在地別」は次回ぐらいの理事会で決めた方がよいのではないか。

#### 新江会長

- ・ 保健医療計画推進会議と平行しており、沼田副会長が仰ったとおりである。次回はこれに絞らないと当協会の意見が言いづらい。流れに合わせるかたちで意見を言ったほうがよいので、次回はこの話題でよろしいか。  
→ 協議の結果、了承

---

#### 以下予定

##### 5 理事会（10月7日）

- ・・・ 協議

##### 6 地域保健医療対策委員会（10月7日理事会後）

- ・・・ 理事会の協議結果も踏まえ検討

常任理事 小松 幹一郎（小松会病院 院長）

① 患者住所地ベースではなく医療機関所在地ベースで議論すべき

神奈川県の場合、県内、隣接都県との患者の流出・流入までをコントロールするのは現実的ではない。患者の受療行動を制限する必要があり、患者に認められているフリーアクセスの権利が阻害されるため現時点では不可能。東京都では構想策定に当たり、医療機関所在地ベースで議論することが既に決まっている

② 慢性期はパターンBで議論すべき

パターンAは全国で療養病床の数にばらつきが大きいこと、神奈川県は療養病床に関して東京都からの流入も多い地域であること、地域包括ケアの整備状況はいまだ不十分であり在宅の受け入れ能力が不透明であることから、急激な減少となるパターンAは現実的ではない

③ 医療計画で決められている基準病床数は、医療需要推計で病床数が不足すると推計される地域においてどうなっていくのか？早い段階で県の考え方を示すべき

④ 構想における4機能区分は、診療報酬上の病棟区分で縛られるものではないようにすること

推計で回復期が大幅な不足とされているが、医療需要推計での3区分（高度急性期・急性期・回復期）は患者一人の一日当たりの医療資源投入量で分類されているため、従来の診療報酬で規定される病棟とは一致しない。構想の策定に当たっては、回復期＝回復期リハビリテーション病棟および地域包括ケア病棟と固定してカウントすることがないように

⑤ 推計データで計算可能な2040年のデータを提示すべき

神奈川県の場合、ゆるやかな高齢者人口の減少が始まるのは2040～2050年頃と思われる。その時点での需要推計があると、10年後の不足病床に対してどのように対応していくのか（病院を新設するのか、増床するのか、現状で乗り切る方策を考えるのか）方針を立てやすい。

## 小松常任理事からの提案に対して

常任理事 丹羽 明博（平塚共済病院 院長）

### ①②医療機関所在地か患者住所地か

本来医療は二次医療圏内での完結を目指すということになっており、それぞれの地域ではその方向で救命救急センターやがん診療連携拠点病院を整備してきた。

これを考えると患者住所地で検討していくことが筋ではないか。

しかし、当然患者の流入や流出は存在する。流入があればその分野は地域の強みをしてサポートし、流出があれば地域の弱みとして改善策を考えていく、ことで良いのではないか。

医療機関所在地で考えると、現状の患者の流入流出を加味することが起点となるが、これは変動要素が大きいと考える。

### ③基準病床数の県の考え方

これは出てこないのではないか。

大臣官房企画官佐々木氏の講演では、今回政府は正面から取り組んでおり、地域で病院構想を作ろうとしている（地域性が大的なため）、と言う。そして、まとまった地域から保険点数を付けていく（話だけ?）との見解も話された。また、病院全体が高度急性期と言うことは大学病院でもあり得ないと言う。

先日の石川 B 光一氏の話では、神奈川は特殊であり 2040 年でも高齢者は増え続けるとの指摘があった。

これらを考えると、我々が提案していく行動が必要ではないかを感じる（県からは提案されないように感じる）。

高度急性期と急性期のバランス、回復期の増加策

現在の転院困難者対策（受入病院からの制約）

末期医療の考え方について（ターミナル患者の急性期病院への転院依頼）

などなど、これらをどのように地域で管理し、そのための病床機能分化はどうあるべきか、考えていくことが求められているのではないか。

### ④4 機能区分は診療報酬上の病棟区分で縛られるものではない

その通りと考える。この点が最も重要に思う。

どのように機能区分していくか提案が求められているように思う。このままではよくないと感じながらも、個人的にはいい案が浮かばなくて難渋している。

平成27年9月14日

## 小松常任理事の提案への私見

理事 今井 重信（湘南中央病院 理事長）

- 1) 小松常任理事からの提案は極めてタイムリーかつ的を得たものである。今回の「地域医療構想」が病院の大再編であるにも関わらず、これまで当協会の議論がやや低調なきらいがあった。
- 2) 小松氏の①の提案には全面的に賛成である。極めて過疎な県や地域は別として、当県のような都市部では「医療機関所在地ベース」で議論した方が現実を反映しやすい。交通機関の発達した時代には、患者の住居地以外の病院選択は、それ自体が考慮に基づく判断の結果である。
- 3) 小松氏の④の提案については基本的には異議はないが、「地域包括ケア病棟」については、ポストアキュートが大半を占める病棟と、サブアキュートが大半を占める病棟とは機能区分が異なってくるのではなかろうか。前者は大病院に設置された病棟に多く「回復期機能」とみなされ、後者は中小の地域病院に設置された病棟に多く「急性期機能」をもかなり兼ねている。
- 4) 今回の病院機能分類による地域医療構想は、構想区域内の病棟の機能別総体だけで地域の医療需要関係を決定していく手法となっている。しかし地域の医療需要に的確に対応するには、一地域の機能別病棟（または病床）の総数が決められただけでは不十分である。各病棟機能が一地域の各病院にどのようなモザイクで存在しているのか重要である。  
特定機能病院、地域のセンター病院、専門病院そして地域の包括的病院等々が、その病院としての「機能」を有効に発揮するには、それぞれいかなる病棟機能のモザイクが適切なのかにも議論していく必要があるのではなかろうか。

平成27年9月14日

## 地域医療構想策定に向けた県病の考え方

副会長 窪倉 孝道（汐田総合病院 理事長）

公的病院の病床転換に際しては、これまでの民間病院との機能分担と連携の方向性に矛盾することがないようにするべき。

高度、専門的、救急、へき地等の政策的医療は高度急性期から急性期医療となるので公的病院が中心となり、回復期、慢性期などは主として民間病院が担うという機能分担と方向性は基本的に維持し、競合を避けるべきと考える。

平成27年9月15日

## 神奈川県地域医療構想策定における県病院協会としての要望

常任理事 長堀 薫（横須賀共済病院 院長）

地域医療構想策定ガイドラインの策定プロセスは同時進行となっていると県の説明があったが、構想区域を確定せずに地域医療構想調整会議の設置、構想区域ごとの医療需要の推計を行うことは改めるべきと考える。

神奈川県は、人口密度・医療密度などに大きな隔たりがあり、それが面を形成している。利便性・距離感・人口密度・医療密度などの実情を踏まえ、まず県全域を大きく広域仮想医療圏に別けて、広域医療圏地域医療構想調整会議の設置することが本来の目的に即した方法と考える。横浜市地区は3つの二次医療圏を一つにして調整会議を行っているが、県全体で同様の手法を考慮すべきである。

広域医療圏地域医療構想調整会議で②地域医療構想の策定およびデータの共有等を行い、構想区域の設置後に改めて医療圏地域医療構想調整会議を発足させる手法を検討するよう要望する。

例えば、横須賀・三浦二次医療圏を着目した場合、鎌倉市と横須賀市に在住する患者が両市を往来することがほとんどない実態であることから、構想区域を二次医療圏で設定するのではなく、その地域の実情に合わせ適切に区分することで、患者の利便性を重視した地域完結型の医療構想を策定することが出来ると考える。

平成27年9月15日



日 時 平成27年9月16日（水）午後2時30分～午後3時41分

協議事項

4 「神奈川県の地域医療構想策定における県病としての考え方・要望について」

○新江会長 協議事項4に戻る。始めに提案者である小松常任理事から説明頂き、続いて意見を頂きました先生方からも説明を願いたい。説明の順番は、提出順に丹羽常任理事、今井理事の代読で木村事務局長、窪倉副会長、長堀常任理事の順でお願いしたい。

○小松常任理事 今回各地域で地域医療構想の構想区域での第1回の会議が開かれたと思う。東京都の場合だが、構想区域ごとに会を設定せずにオール東京で考えていこうということを聞いている。今回、私が提案したかったのはこれから5、6回の会議のなかで本当にどこまでいけるのか、どういうかたちになるのかということを含め、進行するにあってこの辺の考え方に関し、可能であれば県医師会も含め、当協会の意見を統一しておいたほうが良いのではないかと思ったものを上げさせていただいた。

もちろん構想区域ごとにこういう話はオール神奈川で共通する必要はないという考えもあるし、今回私が出した案に対し丹羽常任理事、今井理事、窪倉副会長、長堀常任理事、に貴重なご意見をいただいたが、基本的には最初のたたき台であって、他の問題も含めてどうだという議論の端緒になればと思い提案した。

内容を簡単に説明すると、①は医療需要推計に関して県で示したデータがすべて患者住所地ベースで考えるというのと、医療機関所在地ベースで考えるという2パターンで数字を出している。県は国の方で高度急性期病院以外は患者住所地ベースで考えろという話題をするが、何年もかければそういう話題も出来るが、時間がないなかで話をしていくときにここで引っかかっていると話が全く進まないと思うし、現行あるものを、今ある流れに使っていくなら、医療機関所在地ベースで話をしないと進みようがなく現実的ではない。また患者住所地ベースを限定するのであれば、患者受療行動をコントロールしない限り不可能であるということで提案した。

次に②は慢性期についてだが、療養病床の数だけでいうと全国で非常にバラツキがある。いちばん多い高知県といちばん少ない山形や長野で、4倍ぐらい数字が違う。パターンAはいちばん少ない県に揃えるという数字である。パターンBは全国平均の真ん中に揃えるという数字なので、現実的にいった

らパターンBではないかということで提案した。

③は省略する。

④は、皆様お考えだと思うが、病棟機能で報告したものを病床で推計しており、機能報告制度の数字の合計と今回県が指し示している数字のデータというものが違う単位で比べているため、回復期がすごく少なくなっている。実際、この回復期はC点評価の点数での評価であるので、必ずしも我々が診療報酬上で理解している回復期リハビリテーション病棟とは違うと思う。特に急性期のことも含め、構想のゴールを出すときに病棟のカテゴリーで数合わせをしようとするとう無理なのではないかと思う。例えば7対1の病院でもC点評価で言う回復期の患者はこのぐらい診る、急性期はこのぐらい診る、高度急性期はこのぐらい診るといふかたちにしないと多分数字の出しようがないのではないか。ここに関しては多くの先生方からご意見があると思うのでご議論をお願いしたい。

⑤は、ベッドの数を増やせあるところは本当に増やして対応することを考えていくのか、実際増やせないのならどう考えるかという、許可が出ないのならどう考えるかということを中心に考えなくてはいけない。そうではなく許可が出るのかどうか、不勉強でよくわからないがその辺が分かれば議論が変わると思う。神奈川県の場合、いまは足りないがいずれは空いてくるというゾーンである。確か2040年まで推計可能と県も言っていたのでそれを見せてほしいと思ってこの5つを挙げた。

○丹羽常任理事 小松常任理事の書面をいただき、どうまとめたらよいか、分からないまま書いた。①の医療機関所在地か患者住所地かというのは、どちらにしても患者の流動性はあるし、各病院の診療機能も変わっていくので非常に不安定な要素ばかりである。本来目指している医療は二次医療圏にこだわらないと思うが、一応それで地域完結を目指すとなっているとしたら、その方向で、地域医療というのは救命救急センターやがん診療連携拠点病院が定められおり、それを意識したかたちで考えていくのが筋ではないか。また、二年後に今の病院機能がそのままという保障はない。そうすると患者住所地は流れていくのは仕方がないが、流れていくのは引き留めるようにそれぞれの病院がその地域で考える。流入する方向はなんとか維持するように考える、という方向で行くのが考え方の基本かと思い、まずは住所地で流れていくのも念頭に置いて、これをどうするか考えていくほうが良いと感じている。

それから③の規準病床数の県の考え方はいつまでたっても出てこないと思っている。先日、共済組合連合会の病院長会議の大臣官房企画官の佐々木氏という官僚の割には物事をはっきり言う方が講演され、今回政府はこの問題にめずらしく正面から取り組んでいる。地域で病院構想を作ってもらおうと

している。例えば高知県と神奈川県とは全然違う、これを国として一括して規制することはできないため、やめているとのことであった。そして神奈川県としてどう考えていくかは地域にまかせそうと考えていると言っていた。本当かは分からないが、それでまとまった地域から保険点数をつけていく、という見解が話されていた。

そして規準病床数については、ほとんどの大学病院で病院全体が高度急性期として出しているが、そういったことはありえないということも言われていた。これらを考えるとこれまでここは高度急性期でいくのだろうということで念頭に置いていたものが、全部根底から崩れていく。大学は病院協会が言うことではないというものとは少し違うのかと感じているが、これは経過を見ないとわからない。それから神奈川県の問題を考えると、先ほどの石川先生のお話だと2040年でも高齢者が増え続ける。これは神奈川県が特異的なことである。こうした背景を考えると、本当に出来るかどうかはわからないが、われわれが提案していく行動が必要だと思う。待っていても神奈川県は出せないのではないかと感じている。そして問題は高度急性期と急性期の病床バランス、回復期が少ないのでその増加策、それに対しどう考えるかという、現在転院困難な患者をどうしたらよいのか。受け入れ打診する病院からはあれはだめ、これはだめとやったり、ターミナルで介護施設にいても急変したから送り返される。また自然に亡くなっていくというのではなく終末期医療をやっていくということが起こっている。その辺りを自然な流れに持っていくというのも考えていかなくはいけないのではないか。これは地域の中でどういうふうを考えていくかということで、うまく急性期病院から回復期にいく流れ、それぞれのネックがあるだろうが、そこまで変わらないと思う。それをまともに考えていくことによって、流れをうまくするためにどうするかを考えていくほうが、この流れが作れるのではないか。

④の4機能区分については診療報酬の病棟では縛られるものではないと思うし無理だと思う。どの大学病院でも急性期病院でも区分からすると、半分近く回復期相当の人はいるはずで無視できない。それを急性期と称する病院のなかでどう考えていくか、それを地域医療の中でどう考えていくか、それを残っている人が転院していく先を地域の中でどう補完していくのか。それをどうしていくのかが重要と感じている。

○木村事務局長 今井理事のご意見を代読する。

1) 小松常任理事からの提案は極めてタイムリーかつ的を得たものである。今回の「地域医療構想」が病院の大再編であるにも関わらず、これまで当協会の議論がやや低調なきらいがあった。

2) 小松氏の①の提案には全面的に賛成である。極めて過疎な県や地域は

別として、当県のような都市部では「医療機関所在地ベース」で議論した方が現実を反映しやすい。交通機関の発達した時代には、患者の住居地以外の病院選択は、それ自体が考慮に基づく判断の結果である。

3) 小松氏の④の提案については基本的には異議はないが、「地域包括ケア病棟」については、ポストアキュートが大半を占める病棟と、サブアキュートが大半を占める病棟とは機能区分が異なってくるのではなかろうか。前者は大病院に設置された病棟に多く「回復期機能」とみなされ、後者は中小の地域病院に設置された病棟に多く「急性期機能」をもかなり兼ねている。

4) 今回の病院機能分類による地域医療構想は、構想区域内の病棟の機能別総体だけで地域の医療需要関係を決定していく手法となっている。しかし地域の医療需要に的確に対応するには、一地域の機能別病棟（または病床）の総数が決められただけでは不十分である。各病棟機能が一地域の各病院にどのようなモザイクで存在しているのか重要である。特定機能病院、地域のセンター病院、専門病院そして地域の包括的病院等々が、その病院としての「機能」を有効に発揮するには、それぞれいかなる病棟機能のモザイクが適切なのかにも議論していく必要があるのではなかろうか。

○窪倉副会長 小松常任理事の考え方については何も書いていないが、概ね賛成である。ただ、④の4機能区分の問題は一定の大まかな基準があり、我々の意向で出せるが、どの病床にどういう患者を入れるかは我々の裁量の問題が大いにある。こういった病院の裁量権を前提にしなければ弾力的な運営が出来ず、患者はどこへ行ったら良いか分からない。あるいは繰り返し転送されるということになってしまうので、これは我々の裁量のなかで弾力的に運用することを一定加味して考えなくてはどうにもならないと思う。

私の意見は以前の県の方から説明を受けたときにも書かせていただいたが、これまでは一定の病床の分化を前提にした連携ということで、医療提供体制は推移してきた。今回の地域医療構想の策定によってこの方向性が大きく変わってしまうと地域の中でも混乱が起これると思っている。大病院で7対1でも必ずしも高度急性期ばかりではないというのはもっともな話だが、かといって大病院が回復期リハに乗り出したり、また違ったものに乗出すと、これまでの方向性と大きく変わり、地域の中で一定の役割分担を目指して共存してきたことが混乱してしまうので、この点だけは配慮してほしいと思っている。

○長堀常任理事 小松常任理事のご提案から、構想区域の問題と1番関心のある機能別病棟の区分の話ピックアップした。

1つ目の構想区域の問題はいつの間にか二次医療圏をベースにするとなっ

てしまったが、本当は自己申告した選択した病棟機能と試算された必要病棟数には乖離がある。多くの地域で高度急性期、急性期が多く回復期が少ないが、高度急性期が少ない地域もあるのでそこは見直しが必要であると今度の調整会議でも言うつもりである。

2つ目は先ほども話の合った佐々木企画官の話だが、機能別の病棟を分ける規準は何かと、ガイドラインにはC1 3,000点とかC3 225点とあるが、それでいくのかと言うと返事をしてくれなかった。これは、調整会議の場を提供し、病院が考える、自分で選択するチャンスを与えてあげているのだ、と言っていた。それから考えるとシナリオは二つだと思うが、さっきの事故調のように非常にあいまいなかたちになってしまうのか、病院が機能など決められたくない、のろしを上げ、今迄通りになってしまうのか。あるいは公立・公的病院には命令できる、私立の病院には要請できるというのを盾に取り、診療報酬で縛って強引に必要な病床数に持っていくのか。そのふたつのシナリオが考えられるが、佐々木企画官の話では後者になりそうな気がした。相当チャンスを与えてやっているのだから、自分たちで決めるのが筋でしょうとそこで話は終わっている。当協会の前回の理事会でもそんなことは、お上に言われることではなく、皆それぞれがんばってやってきたのだから知らないよという意見も、投資するのに慢性期に近づくほど安くなるのでは回収できないという経営的な目論見もあった。ただそういうものすべて吹き飛ばすように決めてしまう覚悟みたいなものを少し感じた。

- 新江会長 4人の先生方に意見を頂いた。なかなかどちらがよいという問題ではないが、これらに対してでも、自分のお考えでもあれば発言頂きたい。
- 戸田常任理事 質問になるが、診療報酬で誘導するということは多分考えられるが、次回の診療報酬改定でどういう方向になる等の情報はご存知か。
- 丹羽常任理事 診療報酬の問題に関しては平成30年を睨んでいると言っていて、今度の診療報酬改定に入れるつもりはないようだと言っている。
- 小松常任理事 次回の診療報酬改定の話が色々出てきているが、7対1の看護必要度15%をどこまで上げるかというのは少しずつ出ている。実際この2年間で20,000床しか減っていないというのが非常に気に入らないと言っている人達がいるようである。その数字がまた無慈悲に上げられる可能性があるというのがひとつとある。

また、おそらく回復期みたいなところにいく患者さんがこれから増えていくことは感覚として先生方もお感じだと思うが、では回復期とは回復期リハビリ病棟だけではないと思う。回復期リハビリ病棟は思ったより患者さんを受け入れてくれていない。地域包括ケア病棟で7対1、10対1でやっておられるところが移行しやすくなるようにひとつの話題として出ているのは、手

術の点数を出来高にして外に出せばもう少し誘導が進むのではないか。7対1のハードルを上げ、地域包括ケアをもう少し行きやすくするという話が出ているという。逆に1人9単位まで年齢も何も考えずにやり続ける回復期リハビリだが、これがあまり増えてくると丸めになるのではないかという話もある。

そして療養病床の場合は医療区分が低い人、医療区分1が50%のところまでひとつ縛りをつけ、ほかの老健や特養よりハードルを上げてくるのかという流れの話題は今出ていて、相当厳しく誘導だとか報酬が遮られるのではないかという噂を聞いている。

- 長堀常任理事 7対1に関しては佐々木企画官がA項目2かつB項目3というのをA項目3にすると切り切っていた。そうすると当院なら18~20%該当していたのが、半減以下になってしまうというのがありびっくりした。他にも今のまま18%に上げるかどちらかという意見もあるようだ。いずれにしても上がるのは確実だが、A項目3にするとおそらく極端に減っていくのだろうと思っている。
- 戸田常任理事 患者さんに関して、はじめは急性期だがそのあと、診療報酬の7対1で、3日だといくらで、それ以降でいくらでと今度するのかと思った。私が厚労省の役人なら病院が動かないから動かすようにすると思う。政策誘導とはそういうことであると思う。
- 仙賀常任理事 それまでは自主的に動けとして、それでうまくいかなかったら厚労省もがつんとやり、それに従わなくては病院は生き残れない。最初からそれをしてしまったら皆を7対1に誘導したことに対して文句が出る。その前段階だと私は思う。平成27年度病床機能報告が出たが、データを県が可能な限り早く当協会に示し、その段階で平成26年度の病床機能と、平成27年度はどこまで変わっているのか、全然変わっていないのかというような比較も必要だと思う。いまいくら話しても4先生がお話されたこととほとんど同じ気持ちだと思う。公立も民間病院も差はなく思っているので結論は出ない気がする。
- 新江会長 私もそう思うが当協会としてのまとめを1回の会議で結論を出すのは早急だと思う。これに関しては期限が決まっているわけではない。もっと意見を言いたい先生方もおられるだろうから、すべて出尽くすとはいかなくても、もう一度、二度検討してまとめたい。この話になるとすぐに時間が経ってしまう。再度機会を作るので、意見をある程度こちらで絞り、先生方に意見を伺うか、またオープンで意見を出して頂くかで良いか。
- 南常任理事 二次医療圏毎で調整会議をやれということで、全県で動く訳ではない。ただ、二次医療圏毎でやるときに県医師会あるいは県病院協会のおおまかな指針や方向性がどうなっているかを頭に入れて議論しないといけ

ない。確かにそれぞれの地域の特性はあるが、その大きな方針がこれから進んでいき、そのたびに色々問題が出て来るので、理事会の度に毎回少しずつ議論を出していき、どの地域でこういう問題が出た、こちらではこういう問題が出たという情報が上がって、フィードバックされるようなかたちでお願いしたい。

- 新江会長 ということは、今回はこれ、次回はあれというふうに項目に絞ったほうがいいだろうか。
- 南常任理事 それとも各二次医療圏の中で出てきた新たな問題とか。例えばこれまでの意見にもあったが、強制的にやるというより、二次医療圏毎に自分たちで考えなさい、考える能力がなければ上からやるということだと思う。それを全県でやると時間がかかるが、二次医療圏ごとならバラバラで色々な意見が出てまとまらず、そのうち国が上からボンと被せればいいという手続き論でやられたらたまらない。やはり当協会としての考え方が少しずつまとまって行けばよいと思う。今日、小松常任理事が出された問題、特に、④や長期的には⑤の問題は常に議論をしていったらいいと思う。
- 新江会長 南常任理事の仰られた方向に持っていきたいと思うがよろしいか。ご意見等はあるか。  
協議の結果、理事会毎に取り上げることとした。

○沼田副会長 地域医療構想策定についての当協会の考え方を出していくということで気になるのは地域医療構想策定スケジュールをみると、第2回で構想区域の設定が入っており、長堀常任理事から出た「二次医療圏だけではなく再度大きいところで調整を図る」という意見と、「居住地と病院所在地別」あたりは次回ぐらいの理事会で決めた方がよいのではないか。

○新江会長 推進会議と平行していて、沼田副会長が言った通りである。次回はこれに絞らないと当協会としての意見として、ものが言えなくなってしまう。言えないわけではないが、これに合わせるかたちで意見を言っていくほうがいいと思うので、次回はこの話題でよろしいか。

## 地域医療構想調整会議を始めるに当たっての神奈川県病院協会としての論点

- 1 まず、現段階はガイドラインで示されている「地域医療構想策定プロセス」のどの段階にあるのか。
- 2 構想区域の設定については、誰がどの場で議論するのか。
- 3 構想区域は2次医療圏を原則とするとされながら、横浜市などでは調整会議が3つの医療圏全体で行われようとしているが、それで地域の実情を把握することができるのか。
- 4 地域医療構想調整会議へ、地域病院の声を正確に反映させる場と時間の確保の必要性について。
- 5 県が把握している地域医療構想策定に必要なデータはどのようなものか。
- 6 構想区域ごとに4つの入院医療需要などを推計するとされているが、DPC, NDB(ナショナル・データ・ベース：レセプトと特定健診データ等を収載)だけでは実際に受診した分のデータしか把握できないので、潜在した医療需要を把握し推計することが不可欠との指摘もある。こうした観点についてはどう考えるか。
- 7 構想区域間、都道府県間の調整はどう行うのか。構想区域間／都道府県間の患者の流入の実態把握をどう行うのか。
- 8 政府の社会保障制度改革推進本部が発表した全国の必要病床推計は「構想策定の参考になるもの」との厚労相答弁があるが、神奈川県では相当数の不足があるとされている。この値はどのように考慮されるのか。
- 9 病床機能報告制度と推計された医療需要との比較で調整が必要とされた場合、公的病院の病床削減や病床転換などが優先的に行われる可能性がある。この場合、病床が稼働していない事情に「医療需要はあるが医師・看護師が不足している」「医学部地域医療枠医師の配置を待って休眠中」などの状況もある。それをどのように配慮するのも論点の一つである。また、公的病院の非稼働病床が回復期リハ病床や慢性期病床に転換されると、民間病院との機能分担と連携の方向性に矛盾することにもなるが、これをどう考えるか。
- 10 地域医療構想における病床は、地域包括ケアの充足度と密接に関連する。それとの連動性はどうか確保されるのか。
- 11 最近、高齢者の地方移住を盛り込んだ「まち・人・しごと創生基本方針2015」の閣議決定があった。こうしたことが神奈川における医療・介護サービスに影響するとしたら、地域医療構想にも影響することになる。これらについてはどう考えるのか。
- 12 調整会議での協議がまとまらない時には、知事は都道府県医療審議会の意見を聞いて、正当な理由なく稼働していない病床の削減を命令・要請できるとされている。政府の全国の病床数推計でも、病床の地域間格差是正だけでなく増加する医療費抑制の視点があり、こうした視点が地域医療の充実の視点より優先されては地域医療が混乱する。地域医療構想策定においては、県内すべての地域医療提供体制が望ましい姿になるよう、知事権限の発動よりも地域一体となった議論の徹底を優先するべきである。



## 地域医療構想調整会議の開催状況等について

会議名称	開催状況		病院関係委員		
	第1回	第2回	県病推薦	地区病院協会推薦状況等	その他病院関係
横浜地域 地域医療構想調整会議※	9. 2.	10. 26.	吉田副会長	○横浜市病院協会 吉井会長 新納副会長 松井副会長 松島常任理事	平原先生 (横浜市立大学 付属病院長)
川崎地域 地域医療構想調整会議※	8. 26	10. 21.	永井常任理事	○川崎市病院協会 内海会長 方波見副会長 黒川副会長	明石先生 (聖マリアンナ 医大理事長)
相模原地域 地域医療構想調整会議	8. 18	10. 19.	小松常任理事	○相模原市病院協会 黒河内会長 中野副会長 高野理事 金田理事	土屋先生 (浏野辺総合病院 理事長・相模原市 医師会代表) 海野先生 (北里大学病院長)
三浦半島地区 保健医療福祉推進会議 地域医療構想策定部会	8. 6.	10. 8.	長堀常任理事	○三浦半島病院会 沼田会長  ○鎌倉市医師会病院会 峰野会長	—
湘南東部地区 保健医療福祉推進会議 地域医療構想策定部会	7. 30.	10. 22.	数野副会長	○湘南病院協会 数野会長	鈴木先生 (藤沢湘南台病院・ 藤沢市医師会) 仲野先生 (藤沢市民病院長) 仙賀先生 (茅ヶ崎市立病院長)
湘南西部地区 保健医療福祉推進会議 地域医療構想策定部会	8. 3.	10. 16.	丹羽常任理事	○湘南西部病院協会 丹羽会長	猪口先生 (東海大学医学部 付属病院長) 金井先生 (平塚市民病院長) 高畑先生 (伊勢原協同病院長)
県央地区 保健医療福祉推進会議 地域医療構想策定部会	8. 6.	11. 5.	高原常任理事	○大和・高座病院協会 高原会長  ○厚木病院協会 杉山会長	—
県西部地区 保健医療福祉推進会議 地域医療構想策定部会	8. 7.	10. 9.	南常任理事	○小田原市医師会病院会 杉田先生  ○足柄上医師会病院部会 玉井理事	白須先生 (小田原市民病院長) 猪口先生 (東海大学医学部 付属病院長)

※横浜、川崎地域については、複数の二次保健医療圏があるが、会議体は1つで実施予定

### ○第1回議題（全地域の会議で同じ）

- (1) 地域医療構想の策定について
- (2) 病床機能報告制度の報告内容の共有について
- (3) 国のデータに基づく\_\_\_\_\_地域の必要病床数の推計結果について
- (4) 地域医療構想策定に係るスケジュールについて
- (5) その他

# 医療提供体制に関する議論のポイント

## 医療需要(住民・患者)の視点から

- ▶ 医療施設の地理的配置
- ▶ 地域と人口のカバー状況
- ▶ 地域からの患者流出
- +
- ▶ 医療機関の分担エリア
- ▶ 救急搬送時間

## 医療提供(医療機関)の視点から

- ▶ 医療施設の症例数/病床数
- ▶ 地域需要に対する供給量
- ▶ 地域への患者流入
- +
- ▶ 医療機関の機能分化・選択と集中



## 地域の現状を踏まえた上での「将来目指すべき姿」

- 課題の抽出
- 具体的な病床の機能の分化及び連携の在り方
- 地域医療介護総合確保基金を活用した具体的な事業

## 施設整備、機能転換、人材確保

kishikaw@ncc.go.jp / 20150903 / 神奈川県医師会 / 地域医療構想策定におけるデータブック等の利用について

43

平成27年7月30日保健医療計画推進会議【資料3-8】

<http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/p948679.html>

### 地域医療構想策定スケジュール

資料3-8

