

## 第 15 回地域医療構想調整会議（和歌山保健医療圏構想区域）議事録

（日時）令和 5 年 7 月 20 日（木）14:00～16:16

（場所）ホテルアバローム紀の国 孔雀の間

### <司会（県医務課 岩垣課長補佐）>

ただ今から、第 15 回地域医療構想調整会議を開催する。私は、本日司会を務める県医務課医療戦略班長の岩垣です。よろしく。

開会にあたり、県福祉保健部技監の雑賀より挨拶を申し上げる。

### <雑賀技監>

委員の皆様方には、お忙しい中、お集まりいただき、ありがとうございます。

平素は、和歌山県の保健医療行政の推進に大変ご協力をいただき、とりわけ、新型コロナウイルス感染症対応については、先般、5 類相当となったところだが、患者が発生してから 3 年あまり、診療、検査、治療と、大変ご尽力いただき、厚く御礼申し上げます。

さて、前回 3 月の会議でも申し上げたとおり、地域医療構想の目標年である 2025 年が近づいていることもあり、厚生労働省は各地の協議を加速するよう求めている。

3 月の会議では、既に地域医療構想に沿った取組を行った医療機関を中心に、具体的対応方針の確認をさせていただいた。本日も一部具体的対応方針を確認させていただくとともに、今後の進め方をご議論いただきたい。

また、外来機能報告における NDB データ集計に時間を要したことにより遅れていた、紹介受診重点医療機関の選定についても、議題としている。

本日は、こうした内容を中心に協議・情報共有を図りたいので、よろしく願いしたい。

### <司会（県医務課 岩垣課長補佐）>

本日もご出席の皆様方については、お手元の出席者名簿のとおり。本来でしたら、お一人お一人をご紹介させていただくところだが、時間の都合上、出席者名簿の配付をもって紹介に替えさせていただきます。

本日は、本会議を構成する関係機関・団体等 76 のうち、59 名の委員・代理者の出席をいただいている。本会議設置要綱第 5 条第 3 項で定める会議の定足数（半数以上）を満たしていることをご報告する。

なお、会議は全体を通して公開での開催となり、議事録に関しても後日県ホームページに公表を予定しているので、ご了承を。

配付資料の確認をする。資料 1、資料 2、資料 3、資料 4、資料 4 - 1 は委員限り、資料 5、参考資料 1。配付漏れはないか？

では、議事に移る。以降の議事進行は、設置要綱第 4 条及び第 5 条の規定に基づき、県医務課長の石田が議長として進行する。

### <石田議長（県医務課長）>

議事進行をさせていただく。議事がスムーズに進行するよう、皆様方のご協力をよろしくお願い

する。お手元の次第に沿って順次進行する。

まず、議題1「令和4年度病床機能報告の結果について」、事務局より説明を。

#### <事務局（県医務課 岡主査）>

資料1「令和4年度病床機能報告の集計結果」について。

昨年度、皆様にご協力いただいた、令和4年度の病床機能報告の集計結果。前回3月の会議では速報値として案内したが、今回は確定値。

集計結果は、県や厚労省のホームページにも掲載する予定となっている。

1ページ2ページには、この病床機能報告における「病床が担う医療機能の区分」と「報告方法」について掲載。病床機能報告も今年で10年目になるので、皆さんよくご存知かとは思いますが、問合せをいただくことがあるので、改めてこちらに掲載させていただいた。

病床機能報告では、病床の機能は病棟単位で報告いただく。病棟全体を見て、急性期の患者が多いのか、回復期の患者が多いのかをご判断いただく。

ここでいう病棟は、看護体制の1単位をもって病棟と扱うが、ICUやHCUなどの一部の特定入院料を算定する治療室・病室は、その施設基準の要件を満たす体制の1単位をもって病棟として取り扱うこととなっている。

なお、有床診療所は施設全体で1つの医療機能を選択いただくこととなっている。

また、資料にもあるが、この病床機能報告でどの医療機能を選択するかによって、診療報酬における入院料の算定が連動して変わるということはない。

令和4年度の報告結果について。3ページ～4ページに県全体と県内各圏域の病床数を機能別に掲載。数値は、前回3月の会議で速報値としてご案内したものから変わらないので、細かい説明は省く。

和歌山圏域の病床数については、5ページ以降に医療機関別に掲載。

5ページ6ページは、2022年の病床数を前年と比較したもの。和歌山医療圏全体では7床減っており、伏虎リハビリテーション病院の3床と吹上クリニックの4床がマイナスとなっている。

7ページ8ページには、最大使用病床数や、入院料別の病床数を掲載。ここでいう「最大使用病床数」は、1年間で最も多くの患者を収容した時点で使用した病床数。許可病床数から最大使用病床数を差し引いたものが非稼働病床数である。資料では赤色の文字になっている部分。

令和4年度病床機能報告では、非稼働が特に日赤に多いという結果になっているが、1年前のこの会議で皆様にご合意いただいた通り、日赤はこの後、173床を削減されているので、この非稼働病床は現時点ではほぼ解消されている。

9ページ10ページには、入院患者がどこから入棟したか、退棟後の行き先、及び平均在棟日数の集計結果を掲載している。この集計は病院のみ。

どういう診療科の病棟なのか、病棟は複数あるのか、在宅や介護との連携がどうなっているかなどによっても違いは出てくるかと思うが、ご自身の医療機関と類似する医療機関の状況と比べてみるなど、参考にさせていただければ。

最後に、今年度の病床機能報告について。例年通りのスケジュールで実施される予定。一般病床・療養病床をお持ちの医療機関には、9月下旬に案内が送付されるので、10月1日からG-MISへ入力し報告いただくよう、協力をよろしくお願いしたい。

**<石田議長（県医務課長）>**

ただ今の説明について、ご意見やご質問があれば挙手を。

（※特に発言なし）

よろしいか。ご意見等がないようなので、次の議題に進む。

次は議題2「外来医療計画に基づく取組（新規開業者の状況と医療機器の共同利用計画）」について、事務局より説明を。

**<事務局（和歌山市保健所 東班長）>**

資料2の2ページ。新規開業者の外来医療計画に係る実施予定の診療機能について。

令和5年3月以降、6月末までの、和歌山市内の新規開業者は5件。

木本こころの診療所、宮整形外科クリニック、サンクリニック、のうがわ内科・血液内科クリニックは、初期救急医療、在宅医療、公衆衛生機能のいずれか、又はすべてを担っていただく予定となっている。

和歌山美容クリニックは、美容皮膚科を標榜し、美容治療専門であることを理由に、新規開業者へ求める診療機能の予定はないとの報告になっている。

3ページ、外来医療計画に係る医療機器の共同利用について。

岩本脳神経外科、和歌山市医師会成人病センター、和歌山労災病院の3医療機関から、医療機器の共同利用に係る計画書が提出された。岩本脳神経外科と和歌山市医師会成人病センターはCTの更新を、和歌山労災病院はMRIの更新を予定。いずれも使用開始から10年以上が経過し、装置の老朽化及び周辺機器の劣化による不具合時も修理対応が難しくなり、診療提供体制にも大きな影響を与えることになる。

いずれの医療機関も、CT・MRI更新後は、共同利用の医療機関だけでなく、その他の医療機関からも依頼があれば、共同利用を行う予定。

**<事務局（海南保健所 前地主任）>**

資料4ページ。海南市に所在する有床診療所である医療法人辻秀輝整形外科は、6月の大雨による水害時の浸水によりCTとMRIが故障し、買い替えることとなった。

CTは6月下旬に緊急的に設置し、7月上旬から稼働を再開している。

MRIは現時点では、9月頃に設置予定。

共同利用は、希望するすべての医療機関を対象とする。

**<石田議長（県医務課長）>**

ただ今の説明について、ご意見やご質問があれば、挙手を。

（※特に発言なし）

ご意見等がないようなので、次の議題に進む。

議題3「地域医療構想の今後の進め方について」、事務局より説明を。

**<事務局（県医務課 近田主査）>**

まず、現在の取組を確認する。

2 ページ。前回の調整会議でも示したが、昨年3月に厚労省が発出した通知を掲載している。

3 ページに要点をまとめている。大きく3つ。1つ目は、2023 年度末までに、民間医療機関を含めた各医療機関の対応方針の策定や検証、見直しを行うこと。2つ目は、協議の状況を定期的に公表すること。3つ目は、医療機関の再編・統合が予定されている構想区域において、国による重点支援を求める意向があるかどうか国が県に尋ねるといったもの。

3つ目については、県内ではどの構想区域も医療機関の再編統合の案件が具体化してないため、今のところ、重点支援を求める予定になっていない。したがって、1つ目と2つ目の話になるが、1つ目については、このあとの議題で、順次、対応方針の確認を進めていく。

確認した方針については、4 ページにある様式に基づき、3月末時点の協議の状況を国に報告したところ。

6 ページについては、3月の調整会議でも紹介した。昨年末に開かれた国の「第8次医療計画等に関する検討会」で示された資料。この検討会の議論を踏まえて、7ページの令和5年3月31日の通知が発出された。

この通知をまとめたものが、9ページ。(1)年度目標の設定、(2)地域医療構想の進捗状況の検証、(3)検証を踏まえて行う必要な対応が示されている。具体的にどのように対応していくかは、後ほど説明させていただく。

10 ページは、2025 年以降の地域医療構想について。国は、「高齢者人口が減少に転ずると見込んでいる 2040 年頃を視野に入れつつ、新型コロナ禍で顕在化した課題を含め、中長期的課題について整理し、新たな地域医療構想を策定する必要がある」として、2023 年度～2024 年度にかけて、新しい地域医療構想の制度設計を行うスケジュールを示している。

それを受け都道府県は、2025 年度に地域医療構想を策定し、2026 年度から新たな構想に基づく取組を進めていくことになる。

11 ページからは地域医療構想の今後の進め方について。

12 ページは昨年度示していた地域医療構想の今後の進め方のおさらい。

昨年度、今後の方針についてアンケートを実施し、今後担う予定の役割、2025 年における機能別の病床数などの回答をいただいた。そのアンケート結果を受け、不足する医療機能への転換、病床の廃止を行った医療機関、又は今後の計画が具体的に決まってい発表できる医療機関については、昨年度の調整会議から具体的対応方針を確認してきたところ。それ以外の医療機関については、今回の調整会議以降に対応方針を確認するというにしていた。

13 ページは、先ほど紹介した令和5年3月31日の国通知をもとにまとめたもの。

(1)年度目標の設定について。構想区域ごとの地域医療構想の推進に係る目標は、対応方針の策定率が 100%に達していない場合は策定率となっている。和歌山県内のどの構想区域も策定率が 100%に達していないため、策定率が目標となる。仮に今年度当初に策定率が 100%になっていたとしたら、合意した対応方針の実施率が目標となったところ。

(2)地域医療構想の進捗状況の検証について。病床機能報告上の病床数と、将来の病床数の必要量について、データの特性だけでは説明できない差異が生じている構想区域においては、当該構想区域の調整会議で要因の分析及び評価を行い、その結果を公表し必要な対応を行ってことになる。ここでいうデータの特性とは、病床機能報告は病棟単位で病床機能の報告を行うため、実際の病床

機能の姿を現していない可能性があるということ。

(3)必要な対応としては、データ等に基づく説明を尽くしたうえで、なお生じている差異として、非稼働病棟等の影響が考えられるので、今後の見通しについて確認を行い、差異の要因の分析及び評価を行った結果、非稼働病棟などへの対応のみによって生じている差異への対応が不十分であると認められる場合には、2025年の医療提供体制について改めて協議を行い、各医療機関の役割分担の方向性等について議論し、各構想区域の今後対応すべき具体的な課題を明確化したうえで、課題を解決するための年度ごとの工程表を策定し公表する。

このような内容の通知となっている。

14ページからは今後の進め方の案。

平成28年5月以降、病床の転換・廃止を行っていない医療機関に対して、今回の調整会議で今後の方針を確認できる医療機関については確認を行う。確認を行うが、現時点で必要病床数に対して552床過剰となっており、全体としては過剰だが、回復期病床は543床足りないという課題がある。

そこで、今後の進め方の案を。

(1)はこれまでの取組の継続。非稼働病床については、病床の廃止や他施設への転換を引き続き依頼させていただく。病床機能報告については、定量的基準を参考に病床機能の報告を依頼させていただく。また、今後の対応方針への実施状況を確認する、というこれまでの取組を継続しながら、(2)として、具体的には後ほど説明するが、残された課題に対応する新たな取組として、急性期病床を令和4年度に実施したアンケートに基づき「救急拠点型」「地域密着型」に整理し、回復期の医療需要について、急性期の地域密着型と回復期で対応することを検討したいと考えている。

また、機能分化・連携強化を促進するために、地域医療構想に係る各医療機関の課題などについてアンケートを実施し、課題の洗い出しを行い、各医療機関の課題を共有し見える化し、各医療機関の課題などをもとに、機能分化・連携強化を促進する議論を実施したいと考えている。

15ページは、病床機能報告制度と地域医療構想における急性期と回復期の定義の仕方が異なっており、病床機能報告で急性期と報告している病床の中や、2025年に必要な回復期病床の中に軽症急性期患者が含まれている可能性があることを示した資料。

この表のように定義の仕方が異なるので、病床機能報告制度で急性期と報告している病床も軽症急性期患者の対応も行っていると思うので、右側の医療資源600点未満などの回復期需要に対する医療を提供していると言え、実際に対応いただいているのではないかと考えている。

16ページは、15ページで説明した病床機能報告で急性期と報告した病床が、回復期需要に対しても医療を提供しているということを示しつつ、定量的基準により、基準を満たしている高度急性期を「診療密度が特に高い医療を提供している病床」と、基準を満たしていない「診療密度が特に高い医療を提供する機能を有している病床」とに整理した。

この診療密度が特に高い医療機能を有している病床については、高度急性期にも対応できる機能を有しながら、急性期患者の診療を行っていただいていると認識しており、2025年においても同じ状況かと思う。

この考え方を和歌山県下全域と、和歌山医療圏にあてはめたのが17ページと18ページ。

新たな取組の1つ目を、具体的に18ページの和歌山医療圏で説明する。

左の棒グラフから順に、1つ目が現在の病床の姿。2つ目が昨年度のアンケートの結果を反映し

た 2025 年の病床の姿。3 つ目が 2025 年の病床の急性期 1931 床を急性期(救急拠点型)1197 床と急性期(地域密着型)734 床に整理し、一番右の 2025 年の回復期需要 1836 床に対して急性期(地域密着型)の 734 床と回復期の 1293 病床を合わせた 2027 床で対応し、2025 年の急性期需要 1674 床に対しては、定量的基準により診療密度が特に高い医療機能を有している 636 床と、急性期(救急拠点型)の 1197 床を合わせた 1833 床で対応することとしてはどうかと考えている。

この取組は、資料の 1 番下に記載しているとおり、回復期需要に対し病床が不足することなく対応することが目的であり、病床機能報告の病床機能や診療報酬の入院料の変更を求めるものではない。

急性期を救急拠点型と地域密着型に整理しているが、これは昨年度実施したアンケート結果に基づいて整理しているため、改めて調査アンケートを実施したいと考えている。

今後病床数などの議論を行う際に、このように整理した姿を示すことで、議論を深めていきたいと考えている。

新たな取組の 2 つ目を、具体的に 19 ページで説明する。

機能分化・連携強化に向けて、地域医療構想に係る各医療機関の課題などについて、このようなアンケートを実施したいと考えている。アンケート実施後、20 ページのような一覧表に取りまとめて各医療機関の課題を共有し見える化し、各医療機関の課題等をもとに、機能分化・連携強化を促進するための議論を実施したい。アンケート項目は案なので、アンケート項目についてもアンケートを実施したいと考えている。なお、このアンケート結果については委員限りの資料としたい。

21 ページは地域医療構想の今後の進め方のまとめ案。第 1 ステージと第 2 ステージに分けた。

第 1 ステージは、主に医療機関それぞれの自主的な取組と整理し、今まで取り組んできたことと、第 1 ステージの総仕上げとして、未合意の医療機関のうち、どの医療機関について具体的対応方針を合意するか基準を決められればと考えている。

具体的対応方針の合意については議題 4 で行うが、事務局の案としては、病床機能報告で病床は回復期のみと回答しており、今後再編を実施しないと回答している医療機関、この医療機関については資料 4-1 の 1 ページに記載している。病床機能報告で急性期と回答している医療機関のうち、地域密着型の役割を担う医療機関、また、地域として合意すべきと判断した医療機関、例えば現在分娩を取り扱っている病床や重心病床などについては、合意してもよいのではないかと考えている。

非稼働病床については引き続き効率化を目指したい。

第 2 ステージは、複数の医療機関が自身の課題を共有することで、地域の課題として認識し、解決に向けて協力して取り組み、機能分化・連携強化を進めたいと考えている。

このように、第 1 ステージの医療機関それぞれの自主的な取組から、地域としての取組を併せて行い、将来にわたり効率的で質の高い医療を提供できるように議論できればと考えている。

具体的にどの医療機関について合意するかは次の議題で確認したいが、大きな方向性として、このように進めることや、急性期を「救急拠点型」「地域密着型」に整理すること、アンケートを実施し各医療機関の課題を共有し、機能分化・連携強化を促進する議論を実施することについて、ご意見をいただければ。

22 ページは工程表案。今ご説明した内容を工程表に落とし込んだもの。これまでの取組を青色、新たな取組を黄色で示し、第 1 ステージと第 2 ステージに分けて整理している。

**<石田議長（県医務課長）>**

事務局から地域医療構想の今後の進め方について説明がありました。どの医療機関について具体的対応方針の合意とするかは、次の議題4で行いますが、説明のあった今後の進め方について、意見や質問があれば、挙手を。

**<山下委員（日本赤十字社和歌山医療センター）>**

高度急性期・急性期・回復期・慢性期にわけるといふもとの取組は、概念的にはわかりやすいが現実的ではない。そのような発想のもとに今提示されたのは、急性期を実態に即して救急拠点型と地域密着型に分けるといふことだが、これは和歌山独自のものか。

**<事務局（県医務課 近田主査）>**

他府県でもこのような取組をしているところがある。その取組を参考にして分類し、今回お示しさせていただいた。

**<山下委員（日本赤十字社和歌山医療センター）>**

国の方針としては、今回示したような分類に変えてもよいとなっているのか。国に報告するときには、この分類で報告することになり、日本全体で統一されないと思うが構わないのか。地方にそれだけの権限が委ねられて、地域の現状に即した形で進めていけばいいということになっているのか。

**<事務局（県医務課 近田主査）>**

病床機能報告は、今までどおり高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4つの分類で報告することになる。国からは地域の実情に応じて、病床の過不足を実態に応じた形で分析するようにと指示を受けているところ。今回の取組は奈良県の事例を参考にしたが、国も奈良県の取組を好事例として紹介している。

**<山下委員（日本赤十字社和歌山医療センター）>**

国に対する報告は、高度急性期・急性期・回復期・慢性期でなくてよいということか。あるいは、分解するということか。急性期の救急拠点型と地域密着型がそれぞれ何床というように。

というのは、個人的には、国が何をしたいかよくわからない。地域医療構想は10年前に始まって、病床機能を4つに分けなさいといふので言われるがまま分けた。2025年に大きな医療改革が起きて、それに絶対に間に合わす形で進めていかないといけないと思っていた。当初、病床は国が提示した点数で分けていたが、いつの間にか「点数とはリンクしない」という話になった。高度急性期を診る病床というのは、それなりの機能がなければいけない。人も必要。しかし、保険点数と施設基準とリンクしないということになると、その病棟でどういう患者が診られるのかというのは、そのときのスタッフなどによって変わる。数を決めろと言われたら、その数に合わせて、結局今は数合わせになっている。

先ほど、必要病床数と病床機能報告に大きな乖離がある場合は説明せよという話があった。そもそも、必要病床数は保険点数から出てきた話であって、3000点以上を高度急性期と呼ぶのは不明

な点がある。そこで出してきた需要数に対して、いつの間にかそれは外されて、高度急性期はいろんなところが「これを高度急性期と呼ぶ」という勝手な定義を作って進めている。和歌山も同様かと。国が提示する定義がないから混乱する。国が出してきたこの数に合わないじゃないと言われても、どういう基準で計算しなさいというのがないところで計算するのに。今起きていることは、自分たちで主観的に「こんなもんかな」と数を出して、それが必要病床数と合っていない。2025年までに絶対そうしなければいけないのであれば、一生懸命やるが、何も起こりそうな気配がない。数を報告して「高度急性期は何床」と言っているが、それが一体何に役立つのかも分からない。それが今度は2040年に間に合わそうという話になっている。

医療需要というのは、時間の経過とともに変わっていく。2025年に突然変わるわけではなく、徐々に変わっていく。各病院は稼働率などの状況に応じて、自然と変わってくる。そのように病院は対応していくもの。2040年はこのような形にすべきだと思い描いて、それに向かって案を出して進めと言われてもなかなか難しい。2025年の姿も現実化しているかも不明。あと2年なのに、その数が適切なのかも分からない。

そんな中で、分類の名称を変えてより考えやすい形にするにしても、何らかの定義がないと分類できない。救急拠点型にするにはどういう資格が必要であるか等。

我々は何をやらされているのかよく分からない。10何回も集まっているが、10年前と比べて何がどう変わったのか理解できないところがある。それでまた、新しい計画が始まるので、それに対応して考えてくださいと言われても、なかなかピンと来ない。個人的な感想ではあるが。

先ほどの分類については、国に対してこれで良いのかということ。良いのであれば良いが。

#### <南條委員（和歌山労災病院）>

基本的に全く同感。もう1つ疑問は、急性期病床を救急拠点型と地域密着型に整理する考え方が、和歌山県に合っていると県は考えているのか。というのは、和歌山県の医療は特殊だと思う。日赤、医大、済生会、労災というような高度なことができる病院は和歌山市に集まっている。今後も医師や看護師の確保等を考えると、このような病院は県内全域から様々な患者が運ばれてくる病院となっている。このような病院が地域密着型になり、他の医療圏の患者を診なくてもいいとはならない。2つに分けることが和歌山県に合っているかどうか、どのように判断して取り入れようとしたのか教えていただきたい。

#### <事務局（県医務課 近田主査）>

回復期需要に対してどのように対応していくかという課題から、急性期病床を救急拠点型と地域密着型に分類した。軽症救急患者の受け入れや急性期病院からの転院、在宅復帰に向けた医療を提供している医療機関を地域密着型に整理したいと考えた。次の議題で説明する予定だが、地域密着型の役割を担う医療機関として、例えば在宅医療を行っている医療機関などを整理したいと考えていた。

#### <南條委員（和歌山労災病院）>

高度急性期病床を持っている病院を分けるのではなく、急性期に限った分類か。



<事務局（県医務課 近田主査）>

救急拠点型と地域密着型は、急性期をどう分けるかというもの。

<川上委員（済生会和歌山病院）>

言葉が非常に分かりにくい。高度急性期を急性期に入れようとしているのは、診療密度が特に高い医療を提供する機能を有しているとある。医師が何人で病床が何床あるとか、具体的な数値があればわかりやすいのではないか。

また、奈良方式は済生会の医療政策部会で学んだが、そこではかなり具体的な数値が挙がっている。50床につき1日1人以上の救急、1人以上の手術などがあって、それに見合うところが救急拠点型の急性期と分けるというように、奈良はやっているはず。

ところが、今回ののは、言葉がわかりにくく、救急が100件というのがあったが、このあたりをもう少しわかりやすく、例えば、重症患者の救急受け入れが1週間に何件や、高度専門医療を提供できるのはどういう条件か等、具体的に入れれば、おのずからどこが救急拠点病院になるか分かると思う。ファジーすぎてわかりにくい。

こういうのをやっていただくことで、急性期が減り回復期が増えるというのはありがたいが、結局トータルの数は減るのが地域医療構想。人口が減ってくるのがネックになっており、減らしていかないとならないのはわかる。このシステムを和歌山医療圏だけにするのか、すべての圏域で使うことができるのかじっくり検証しないと、いきなり和歌山県ではこうするというのは、人口や医療資源も違うので、具体的な数字を挙げて変えるなどしていかないと。言葉でするのも大事だとは思いますが、具体的な数字を挙げるほうがいいのではと思う。

<事務局（県医務課 近田主査）>

表現として分かりづらくなっているが、高度急性期の「医療を提供している」「機能を有している」というのは定量的基準で線引きをしているところ。急性期の「救急拠点型」「地域密着型」は、昨年度のアンケートをもとに整理した。その際にお示しした「救急拠点型」とは、年間100件以上の入院を要する救急患者を受け入れる医療機関とし、そのような医療機関については救急拠点型を選択してくださいというものだった。年間100件以上の入院を要する救急患者を受け入れるというのは、定量的基準とは少し表現は違うが、定量的基準の考え方をもとに示した。

トータルの病床数を減らさないといけないうのは仰るとおりで、まずは非稼働病床などを削減していくことから対応したい。

和歌山構想区域では、今回この取り組みを提案させていただいた。他の構想区域には、和歌山構想区域ではこのような取組を考えているということを伝えており、同じように取り組むかはそれぞれの構想区域に任せている。

<川上委員（済生会和歌山病院）>

救急患者を100件以上受け入れていなければ、救急拠点型に入らないという整理だと、例えば救急をそれほどとっていなくても、手術を多くしている医療機関もある。ここにいる皆さんの病院でもあると思う。そういうところが回復期に入るのかという話になる。手術件数なども加味するほうがいいと思う。

#### <山下委員（日本赤十字社和歌山医療センター）>

この場でディスカッションすべきことは何かを整理したほうがいいと思う。まず、こういう分類を採用するかどうか。採用するとすれば、今後、定義をじっくり決める必要がある。まずは、厚労省と違うこの分類を今回採用するかどうかを決めていただかないと先に進まない。

#### <事務局（県医務課 岩垣班長）>

仰るとおり、救急拠点型と地域密着型の分け方が救急の件数のみで行っているという実態がある。ご指摘いただいたとおり、手術件数など何を基準にするか、奈良方式も参考にしながら今後検討したいと思う。

#### <上林 地域医療構想アドバイザー>

今の議論はごもつともで、私もこれの説明を受けた際に、解釈を非常に悩んだ。結局は 2025 年の数字にどうすれば近づけられるかということで、救急拠点型や地域密着型というように救急病棟を 2 つに分けて、それを回復期の病棟という「見方」をしましょうと。そうすれば 2025 年の数字に近づきますという報告を国にしたいということ。

点数は変わらないと言っているが、急性期病棟に入っている人の中で回復期の人は、回復期の点数になるかもしれないと危惧しているが、あくまで今回ののは、2025 年の目標に近づけようとする努力だと思う。

#### <中井 地域医療構想アドバイザー>

山下委員、川上委員ご指摘のとおりで、救急拠点型と地域密着型と分けているが、非常に抽象的で、軽症の救急を受け入れるというのと、入院を要する救急を受け入れるというのはきっちり分けられるものでない。定義が不明確ではある。ほかの事例も参考にしてポリッシュした日本語にしないと同じ意見が出ると思う。

#### <雑賀技監>

ご意見ありがとうございます。現場の先生の意見を聞いて、勉強になった。

上林アドバイザーからお話があったように、2025 年に向けて必要病床数に近づけるには、かなりの乖離がある。和歌山医療圏では 500 床減らず、回復期病床も 500 床足りない。そんな中でなるべく、現場の皆様方の提供する医療に影響がない範囲で、2025 年の必要病床数に近づけようと考えた結果が、今回のもの。

救急拠点型と地域密着型に分けるのを救急件数だけで決めたことにそもそも甘さがあるというご意見なので、もう一度勉強したいと考えているが、定量的基準を作成しそれをもとに今まで進めてきた経緯もある。和歌山県の定量的基準の考え方も入れつつ、2 つに分ける基準に手術件数も入れるのか、もう一度勉強させていただきたい。

#### <南條委員（和歌山労災病院）>

川上委員が仰っているのは、済生会和歌山が手術件数が多いのは、地域で連携している診療所か

らの紹介だけではなく、医療圏以外からも患者が集まって来ていることがあると思うので、手術件数の多い少ないだけではなく、広範囲に渡っているかどうかも参考にしてはどうか。これが良いかわからないが、考える必要があるのではと感じた。

#### <雑賀技監>

できる範囲で客観的に皆さんが納得できる指標を示すことができればと思う。

#### <石田議長（県医務課長）>

他に意見はないか。

ご意見をたくさんいただいた。事務局で持ち帰って検討する部分もあるかと。方向性としてはこのような形で進めてもよいか。

#### <山下委員（日本赤十字社和歌山医療センター）>

案が示されないと決められない。

#### <雑賀技監>

改めて分析したうえでだが、このような方向性で進めないと2025年の数値までもっていくことはかなり難しい。この地域の病床数を守るという意味でも必要な方向性と考えている。方向性については、できればご了解いただきたい。

#### <上野委員（誠佑記念病院）>

事務局から説明があったように、救急拠点型や地域密着型に急性期を細かく分けて回復期にいかせようというやり方は、奈良のやり方を例示していたが、国はこのようにせよと言っているのか、国の明確な方向性は何か。地域のことは地域でやってくださいと言っているのか、もしくは推奨しているのか、どちらか。それによって、「地域のことは地域で」という言葉は良いけれども、勝手にやっていいが文句だけは言うということであれば、地域はついていけない。国のお墨付きがある話なのか。

#### <事務局（県医務課 岩垣班長）>

奈良県の先行事例ということで推奨されており、各地域で取り組んでみてはと紹介されている。

#### <上野委員（誠佑記念病院）>

その程度の話。厚労省には責任はありません、例示しているだけという話。他府県はどうか。問題は、急性期が多くて回復期が少ないというのが根底にある。皆「急性期、急性期」と言うからこうになってしまう。辻褄を合わせるのがいいのかどうか分からないが。この数が本当に正しいのか、適正なのか、というのもあるが。ただ、2025年に向けてやろうとしているのだから、なんとかそういう方向にしようとはしている。そうであれば、他府県でも急性期から回復期にいかせるために、いろんな策を練っていると思うが、それは奈良の例示しかないのか。他にはないのか。

### <事務局（県医務課 岩垣班長）>

奈良方式を採用しているのは、和歌山県だけではなく三重県など数県あったかと。厚労省も和歌山県だけに言ってきているわけではない。

今までは、病床機能報告と2025年の姿しかない。病床機能報告は病棟単位でやっているのだから当たり前で、この差異をどう埋めるか奈良県が取り組んでいた。急性期と回答している中身を、実態的には軽症の方、プラス、在宅の方にご対応いただいているものもある。ただ分け方が病棟単なので、50床なら50床が急性期になってしまう。それで回復期にどう対応するのか。急性期の方の病床機能報告まで変えていただくとは思っていないが、急性期を持っている病院の中で、実際には2025年の回復期の需要を担っていただいている病院を整理し、地域密着型としてご対応いただきたいという趣旨であって、奈良方式がまさしく、和歌山県が今まで病床機能報告とあまりにも乖離しているのを、2025年をどう対応していくのかという意味で、なるほどなと思うものだったので。今ご指摘いただいた基準をどうするかは、今後検討していきたい。

### <上野委員（誠佑記念病院）>

行政の方が大変苦勞しているのはよくわかる。なんとか数を落ち着かせようとする苦肉の策だと思う。しょうがないなと思うが、先ほどの意見にもあったように、救急件数だけと言われるとなかなか難しい。入院する救急なのか、外来だけ診る救急なのか、これはかなり質が違う。入院させるとなると、それなりに対応させる設備なり人員が必要。外来だけ診るのは、診るだけ。かなり違うので、件数だけでいくのは厳しいな。救急はとっていないが手術ばかりやっている病院もある。いろいろともう一度勉強していただいたほうがいいと思う。

### <中尾委員（和歌山県立医科大学附属病院）>

上野委員の発言に関連して、雑賀技監が先ほど2025年に向けて回復期病床を増やしていかなければならないと仰っていた。2025年に向けて、今現在、回復期病床でケアしなければならない患者の行き場がなくて困っている状況なのかどうか。2025年に向けて回復期病床をたくさん作ってラベルを貼って、そこでケアすべき患者が溢れつつあるのか。人口減少や高齢化により疾病構造も変わってくると思うが、それでも急性期医療は絶対に崩せないと思う。そこを無理やり数合わせて回復期に変えていくというのは、実態があれば勿論そうすべきだと思うが実態はどうなのか。2025年が近くなり、回復期でケアすべき患者の行き場がなくて困っているのか、あるいは本当はもう少し回復期でいなければならない患者が自宅療養せざるを得ない状況に追い込まれているのかなど。リアルワールドはどうなのか。行政で調査してはどうか。

医療構想は、実態に備えた病床編成ではなく、2025年に向けて国に報告しないといけないという趣旨であれば、私の発言は意味のないものかもしれないが。

### <雑賀技監>

国が示した算定式をもとに算出しており、実態として回復期がどれだけ足りないか確認できるものは今ない。

誤解のないようにしたいが、和歌山県が奈良方式を導入して急性期を2つに分ける分類をさせていただいたのは、国に報告する際に急性期を2つに分けて報告するのではなく、国への報告は病床

機能報告のまま報告する。ただ、国の算定式で示した 2025 年の必要病床数にどうしても到達できない、病床は過剰で、回復期は不足しているという数値をみる中で、けれど現実はこのような分類をしたらそれほど 2025 年の必要病床数とかけ離れているのではなく、今のままで十分、皆さんの努力のおかげでここまで来ているということ、この関係者の中で共通認識を持つという意味で考えている。回復期に変えてくれと誘導しているわけではないので誤解のないようお願いしたい。アンケートで地域密着型を選んだ人が、回復期へ変えろと言われているのかと誤解されていたら困るので、そうではないということをご理解いただきたい。必要病床数とかけ離れた数字だが、皆様の取組でここまでできており、実態は必要病床数に近いところまでできていると示すために、このような案を提示している。変更してくれと言っているわけではないことをご理解いただきたい。

回復期病床が現に充足しているかどうかについては、今持っていないで申し訳ない。

#### <中井 地域医療構想アドバイザー>

回復期病床に入ってもいいような人が、急性期病床に入っていることは現状多くあることは事実。病院にもいろんな環境があると思う。

#### <雑賀技監>

回復期病棟を持っている医療機関の方に、参考になるご意見をいただきたい。

#### <尾崎委員（和歌浦中央病院）>

300 件を超える救急を受けており、そのうち 100 件ほどが入院する状況だが、医療の質からいうと、急性期というより回復期に近い診療を行っているのが実態。地域における救急医療を守るという観点から、私たちも救急をしっかり受けたいこうという体制をとっているが、医師の数やマンパワーの環境からみると、高度急性期や急性期をしっかり対応している医療機関に比べると、なかなか難しい部分はあるかと思う。急性期と回復期が被っている部分は当然あると思う。

#### <雑賀技監>

現実に即した中で、病床機能報告で急性期と報告いただくのは、それはそれでいい。急性期をやるんだと、病院の自主的な判断でやっていただいているのでいいのだが、2025 年の必要病床数に近づけていこうという努力をするという意味で、数値は離れているが、現実はこの考え方をすればかなり 2025 年の必要病床数に近づいているんですよということを、この場で共通認識として持っていただきたい。回復期に強制的に変えさせられるとお考えをもったのなら、そうではないということをご理解いただきたい。手術件数なども勉強させていただきたいと思うが、方針としてはこのような考え方のもとに説明させていただいた。この考え方にもご理解いただきたいのだが、よろしいか。どうしてもだめだという意見があるか。

#### <山下委員（日本赤十字社和歌山医療センター）>

国には今までどおり報告するのであれば、救急拠点型や地域密着型と分けても実態に即した形にならないのではないかと。急性期で報告しているうちのいくつかは回復期で報告しなければならないということになるのでは。

<雑賀技監>

将来的にはいつかそういうことになるかもしれないが、2025年には2025年の必要病床数にもっていくというのは難しいかと。

<山下委員（日本赤十字社和歌山医療センター）>

各病院が言われている数を変えないことには。結局それが報告する数なのだから。分類したとしても、急性期・回復期と報告するのであれば、結局は大きな乖離を出さざるを得ないのではないか。

<雑賀技監>

地域として、ここまでやってきたということを皆さんにご理解いただきたいということ。

<山下委員（日本赤十字社和歌山医療センター）>

それは国は分かってくれるのか。数としては乖離があるが、実態としてはこのうちの何%かは本当は回復期なんですと、そういうことを含んで理解してくださいという形で国に出すということなのか。

<雑賀技監>

説明はすることになると思う。

<山下委員（日本赤十字社和歌山医療センター）>

説明しないと理解できないと思う。

<雑賀技監>

説明はすることになるが、数値としてはそのままいくことになる。

<山下委員（日本赤十字社和歌山医療センター）>

大きな乖離があれば、大きなペナルティーがあるのか。

<雑賀技監>

知事がということであれば、今のところそれは考えていない。

<山下委員（日本赤十字社和歌山医療センター）>

和歌山県に対するペナルティーのこと。厚労省から和歌山県に対して、進んでいないのはけしからんとペナルティーは。

<雑賀技監>

それはないと思う。2040年に向けて国がどういう方針を示すかはわからないが、今聞いている中ではない。

#### <山下委員（日本赤十字社和歌山医療センター）>

2025 年に向けて大急ぎで急性期・回復期と病床を分けたとしても、病院ではその病床は回復期であるという体制をとるわけではない。結局は何も変わらない。考え方としてはどれくらいが急性期・回復期というだけであって。それがどこへ反映するかというと、結局は国へ報告する数が問題になってくる。その数に対して大きな乖離があってもペナルティーがないというのであれば、我々は一体何をさせられているのだろうという話になる。2025 年の数と報告に違いがあるからいろいろと工夫したいとのことだが、あまり意味のあることではないのではないか。

#### <雑賀技監>

何もせずにと？

#### <山下委員（日本赤十字社和歌山医療センター）>

それを一生懸命説明していただいたらいい。結局、標榜をどうするかというだけの話。今行っている診療は何も変わらない。この病棟は急性期、この病棟は回復期とした場合でも、最初に国にあった保険点数があるが、それは今は関係ないわけなので、点数の低い人はこの部屋に入れるとか、そういうことをしないわけで。急性期病棟と回復期病棟とで、患者を入れ分けるということはない。入り交じった状態。だとするなら、国から県へのペナルティーもないのであれば、今の数は正直に報告し、2040 年までにゆっくり形を整えればいいのではないかと思う。

#### <雑賀技監>

究極は今のまま放っておけという話になるが、和歌山県として国に報告する中でも、これだけ努力をしているということを示したいし、現状ペナルティーはない、聞いていないが、2040 年の計画の中ではどうなるかわからない。今の時点では聞いていないが。ただ、できるだけ努力はしていると示したいと考えている。今回、もう少し深く勉強しろとご指摘いただいたので、もう少し勉強したいと思うが、これは必要であろうと考えて県としては取り組んできたところ。

#### <山下委員（日本赤十字社和歌山医療センター）>

それであれば、いっそのこと割り切りましょうという話でいいのではないか。数を要求されているので数合わせをするということで割り切りましょう。回復期を標榜してしまうと回復期をやらざるを得ないのでと皆さん考えている。実態としては何を入れても構わないわけだし。保険が変わるわけでも何でもない。そういうふうに分けて数を出したらいいという話になる。数合わせをしましょうという口裏合わせをする。そうでもしないと、この 10 年全然進んでないわけだから。それはいろんな危惧があったから。2025 に大変なことを起こされるんじゃないかと。結局は何も起こりそうにない。ということだったら、割り切ってしまってもいいんじゃない。

#### <雑賀技監>

いろんなお考えがあり、ご意見も聞かせていただいた。2025 年に向けて関係者が、皆さんが努力してここまで近づけて来た中で、これ以上もっと近づけようとするよりも、地域では現実はこのな

んですという意味も国に説明しながら、今の病床機能報告数で挙げたいと思っている。十分な説明ができておらず申し訳ないが、今の方針でいかせていただきたいと思うがどうか。

#### <川上委員（済生会和歌山病院）>

2025年の必要病床数を決める際、紀北分院にいたときに第1回から出ている。上野先生もそのとき参加されていたかと。疾患別にどんなに患者が移動しているかすべて県が把握しており、この圏域では急性期病床は何床と。あの時点では慢性期病床が足りないと言っていた。なぜかという、大阪に患者が、圏域外へ流れるから。ところが圏域外のはもうカウントしないということに途中からなり、慢性期病床は足りるという話になった。この数は、統計とか人口の動きとか、それぞれの疾病で出ていた。脳梗塞が変な動きだったので、そんなはずはないと上野先生が指摘したのを覚えている。このように、細かいデータをもとにこの数字が出たはずなので、また一度調べていただければと思う。最終的にこれを決定するのは厚労省ではなく知事ですよね。知事は「病院はベッド数をそのままでもやってもらってもいいが、経営は成り立たなくなるよ」と。「医者がなくなる、派遣されない、患者も減る。そうなるが、このままでいいのであればいいですよ」という話を済生会の一番のえらいさんなので挨拶に行ったときに言っていた。参考までに。

#### <雑賀技監>

県としては、和歌山圏域で、皆さんにこれ以上追い詰めるというより、助けたいという意味でこういうものを作らせていただいた。国の方には今までどおりの報告だが、説明として「こういう考え方をしている。実態は必要病床数に近づいている」と説明したいと考えているのでご協力をお願いします。

#### <石田議長（県医務課長）>

次の議題へ進む。議題4「地域医療構想にかかる具体的対応方針について」、事務局から説明を。

#### <事務局（県医務課 近田主査）>

議題3の内容も踏まえながら議題4を進めていきたい。

資料4と資料4-1、資料4-1はアンケートの内容をまとめたもの。この2つをご覧ください。

資料4の上段。平成28年5月以降、病床の転換・廃止を行っていない医療機関は43あり、今後病床を再編すると回答した医療機関はアンケート実施時にはなかった。よって、議題3でも示した2025年に向けての課題は残った状態。一方で、2022年度2023年度において、地域医療構想に係る民間の医療機関を含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行うことになっている。

そこで、議題3での方向性に基づき、以下の医療機関の病床について。①の2つめのポツの部分については、また事務局で数字等を使って考えたいと思うので、その他の部分について合意できるかを検討いただきたい。

資料4の1ページの左下の①具体的対応方針合意案の1つ目。病床機能報告で回復期のみと回答しており今後再編を実施しないと回答している医療機関である、角谷リハビリテーション病院、きのしたクリニック、紀泉KDクリニックについては、合意してはいいのではないかと考えている。この3つの医療機関は資料4-1の1ページ目に記載している。なお、児玉病院も回復期病床のみ



をお持ちだが、病床再編を検討中と回答があったため今回の対象とはしていない。

3つめの、地域として合意すべきと判断した医療機関について。議題3で現在分娩を取り扱っている病床と重心病床を例示させていただいた。現在分娩を取り扱っているのは、花山ママクリニック、稲田クリニック、しこねクリニック。重心病床は愛徳医療福祉センター。この4医療機関については具体的対応方針として合意することとしてはどうか。この他にも合意すべきという病床があれば仰っていただきたい。

②合意に至らない医療機関への対応としては、引き続き非稼働病床は効率化を目指し、病床機能報告については、定量的基準を参考に病床機能の報告を行っていただきたいと考えている。

2ページは、当面の病床機能転換等の一覧。

3ページの古梅記念病院からは、急性期病棟の中に地域包括ケア病床を4床追加するとの意向があるとの報告があった。病床機能報告上の病床機能は急性期のままの変更はないが報告する。

4ページの辻整形外科からは、急性期病床19床すべて廃止し、無床診療所になるとの報告があった。

5ページの労災病院からは、病床機能報告において、病棟の医療機能の選択を変更する意向があるとの報告があった。概要を簡単に掲載しているが、急性期としてきた病床50床を、高度急性期に分類し、新たに1病棟を高度急性期病棟に分類していくというもの。

辻整形外科と労災病院の案件については、後ほど、内容についてそれぞれお話しいただく。

#### <石田議長（県医務課長）>

「地域医療構想にかかる具体的対応方針」について説明があった。

まず、資料4の①具体的対応方針合意案の1つ目。角谷リハビリテーション病院、きのしたクリニック、紀泉KDクリニックについて合意することに、意見や質問があれば、挙手を。

（※特に発言なし）

意見等がないようなので、3医療機関については、2025年における具体的対応方針を確認したとして、国に報告させていただく。

続いて、①の3つ目。分娩を取り扱う病床、重心病床の2つ。具体的には、花山ママクリニック、稲田クリニック、しこねクリニック、愛徳医療福祉センターについて、具体的対応方針の合意をしたいと思うが、よろしいか。

（※特に意見なし）

特に意見がないようなので、4医療機関については、具体的対応方針を確認したとして、国に報告させていただく。

続いて、②の合意に至らない医療機関の病床への対応。非稼働病床については、これまで通り効率化を目指していただきたいと考える。特に、長期にわたって非稼働状態にある病床については、平成30年の「非稼働病床に関する対応方針等について」という通知でも示しているように、当該病床の廃止や他施設への転換などの見直しを積極的に検討いただければ。

続いて、4ページ。辻整形外科から説明をお願いします。

#### <辻委員（辻整形外科）>

当院は有床診療所として今日まで、地域の救急医療を担ってきたが、2025年の和歌山県の保健

医療圏域構想において、海南・海草地域の病床再編が完全に整ったならば、私どもは急性期病床を廃止し、救急告示病院と連携して、地域に貢献していきたいと考えている。

<石田議長（県医務課長）>

ありがとうございました。ただ今の説明に対し、意見や質問があれば、挙手を。

（※特に意見なし）

意見等がないようなので、辻整形外科の病床の廃止については了承をいただいたものとする。

続いて、5ページの労災病院から説明をお願いします。

<南條委員（和歌山労災病院）>

概要は資料のとおり。和歌山県における定量的基準を県に聞き、閾値を意識しながら、診療科の編成や疾患別の集約を準備してきた。

令和4年度から、地域連携医療機関の医師からの要請に対し、救急医師、救急看護認定看護師などで構成された救急搬送チームが当院の救急車に同乗して迎えに行き、搬送中の患者急変に備えた車内での、また、状態の不安定な患者に早期に救急医による医療介入を実施している。

東6病棟50床は、内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、皮膚科の混合病棟。当該病棟で、閾値1の高度急性期と急性期をわける基準であるG救急搬送診療料ありの基準を満たしている。

令和4年度は年間で、循環器内科5件、消化器内科4件、呼吸器内科2件、一般内科1件の計12件。12件すべて当該病棟に収容し、入院加療を継続させている。

これはまだ増える予定であった。病院内部の事情というか、救急車の運転手が怪我により2箇月休養したため、救急車の運行が止まっていた。それがなければ、2月3月は更に増える状況であった。しかし、閾値はクリアしており、今後も引き続き、状態の不安定な患者である高度急性期患者に対し、早期の救急医による医療介入を継続し、安全に配慮した入院医療環境の受入体制を整備していきたいと考えており、病床機能の転換を届け出た。

<石田議長（県医務課長）>

ありがとうございました。ただ今の説明に対し、意見や質問があれば、挙手を。

<中井 地域医療構想アドバイザー>

辻整形外科は、ご英断を本当にありがとうございます。

和歌山労災病院については、当圏域の高度急性期が多いことは承知の上で（この議題を）挙げてこられているかと。先ほどの山下委員の話にもあったように、そもそも（病床機能報告の医療機能は）診療報酬には直接関係がない。南條委員も思慮深いので、職員を励起する意味もあるのかもしれないが、そういう意向もあるのか？

私も10年来、この地域医療構想に参加している。病床機能報告は診療報酬とほとんど関係が無い。地域包括ケア病床くらいかと。人件費を少し減らすことができるなどのレベル。

先生は経営も造詣が深いと思うが、何か意味があつてのことか？

<南條委員（和歌山労災病院）>

我々が高度急性期の医療を担わなければならないという実感は、コロナの3年間にある。

当院は感染症病床は無かったが、今回のような急激なことが起こったときに対応できる、底力というところがあるかもしれないが、対応力はかなりある。それは、当院の看護部の力による。

全国では、コロナ以来、看護師の確保が非常に困難になっている。しかし、当院では、看護師の採用を年1回しようとする、数倍の応募があり、看護師の確保はしやすい状況。

高度急性期病床がいくつあるか、急性期の患者も受け入れていくということで、アクティビティを保持し、モチベーションを看護部やドクターにも持っていただく。

「断らない救急」を現在も徹底している。

過去は、病院の機能を尊重したために、すべての病床にいろんな患者を混在させていたので、閾値はクリアできない状況にあった。全体で病床利用率は90%以上あるにも関わらず、看護必要度は平均38~43%と、県内でもかなり高いレベルをキープしている。重症もいるが、平均化していた。というのも、22診療科あるが、6病棟しかない。6病棟で均一になるようにしてきたので、すべての病床で看護重症度は高いが、高度急性期病床には認められなかったという経緯がある。

コロナが来たときにも、当院は一般入院を減らさずに、病棟の中を仕切ってコロナ患者に対応した。これは先進的だった。全国でもこういうのをするようにと国の指導もある。現在も90%ほどの一般患者もありながら、コロナ患者を受け入れている。これができるのは、全国の中でも看護力がずば抜けているから。

#### <中井 地域医療構想アドバイザー>

よくわかりました。

和歌山圏域では高度急性期が500床以上過剰となっている中でのことなので、数合わせとはいえ、いずれそちらに向かって動きが必要になってくることもある。いずれ摺り合わせをしてもらうことになるであろう、高度急性期をお持ちの院長先生方、ご意見はありますか？

#### <山下委員（日本赤十字社和歌山医療センター）>

私の意見は先ほど言ったとおり。高度急性期、急性期、一番の問題は定義がないこと。最初は保険点数から決めている。これはどう考えても医療費抑制のため。上の方を少なくして、全体を減らしてと。そこから始まった数が、本当に実態に即したもののなのか不明。しかも、高度急性期、急性期、回復期、慢性期を名乗ったところで何も変わらない。国が数を出して、我々は何をさせられるんだろうという意見であるので、数についてどうこう言うのは、むしろ県のほうが心配なのではないか。先ほどから言われているのは、「国に対して報告するのが大変だから、どうにか上手くいつているのを報告したい」と言っている。私個人としては、県のほうで考えていただければいいのではと。個人的には、あまり大きな意味合いを持っていない。

#### <中尾委員（和歌山県立医科大学附属病院）>

県が定量的基準を示している。それを満たしている以上は、我々、地域の病院としては言う立場ではないと思っている。その一方で、医療圏における地域医療構想の将来の必要病床数と病床機能報告における病床数にかなりディスクリパンシーがあるということはずっと言ってきている。今回も、この議題の直前まで、県の取組というか、今後の方針を整理していたところ。その中での転換

ということなので、あとは県行政がどうもっていくか、どう考えていくかというところかと。我々病院としてはそういう立場にはない。

**<中井 地域医療構想アドバイザー>**

特別な意見はなくて、認めるということでもいいのではないかとということですね。

**<中尾委員（和歌山県立医科大学附属病院）>**

そういう意見を言える立場ではない。ルールを提示されているわけなので。

**<中井 地域医療構想アドバイザー>**

わかりました。司会に戻します。

**<石田議長（県医務課長）>**

ありがとうございます。今回の提案は確かに定量的基準をクリアしている。一方で、地域医療構想の仕上がりの姿云々というのものもあるが、県の示した基準をクリアしているので、(県としては)異論はない。

他に意見はないか？

(※特に発言なし)

**<南條委員（和歌山労災病院）>**

ありがとうございます。ごり押しをしているのではなく、2040年に向けて減らしていくという場合は、一度、閾値で同じ土俵に乗せていただき、そこから各病院が「8割にしましょう」という話には乗る。全体でのバランスを考えて。

今まで、当院のパフォーマンスに対しての高度急性期の割り当てがなかったのは、当院のやり方が機能を考えすぎて平均化をしてしまっていたため。それを閾値を超えるように取り組んだ。

今後はちゃんと皆さんとの話し合いでも理解していただき調整させていただく。

**<上林 地域医療構想アドバイザー>**

この問題はやはり、地域医療構想が病棟単位での報告であるから。50床の病棟で、現実的にはどのくらい高度急性期は回転しているのか。

**<南條委員（和歌山労災病院）>**

90%くらい。看護重症度も、おそらく県内でも最高レベルの重症の患者を受け入れている。

**<上林 地域医療構想アドバイザー>**

病棟の実態とあまりギャップがないことが確認できたので、いいかと思う。

**<中尾委員代理（オリオン）>**

資料4の具体的対応方針合意案の3つめ「地域として合意すべきと判断した医療機関」では、分

娩と重心病床となっている。

当院は透析をしており、ここに参加している透析の施設も同様かと思うが、透析患者は延命治療であり、2日に1回の体外循環が必要。その上で、外来患者が多い。

当院は非稼働病床が多いが、理由としては、コロナ開始前に当院の理事長が、映画のようなパンデミックが起り、感染者と非感染者が入れ替わるような事態になったときに、当院の透析患者をなんとか守る。結果として、県全体の分母を減らすことにもなる。その状態で病棟を空にして備えたという経緯がある。それに関しては、幸いそういうこともなく5類移行に辿り着けたので、今後は稼働していくつもりではある。

透析は医師や看護師にとっても特殊な技能であるので絶対数が少ない。また、特殊な装置も必要。非稼働なので返却するというのは簡単だが、あえてフル回転ではなく、担保している医療機関も多いかと。非稼働にしておき、何かあったときに、すぐにその医療資源を担保できるような病床と、一度休止したときに再度その機能を持つことが難しい病床を分けてほしい。そういう意味でいうと、分娩や重心と近いかたちで透析も組み入れてほしい。透析以外でも、機能するのに人やモノにコストが、維持するのにもコストがかかる苦労がある病床があれば、それは汲み上げてほしい。気持ち的には、透析は地域医療構想の対象外にすることを検討いただきたい。コロナの症状に関わらず、2日に1回しないと亡くなってしまうという状況の中で乗り越えた経緯もある。分娩と重心病床がなぜ挙げられているのか分からないが、非稼働といっても経費として迷惑はかけていないので、あえて非稼働の病床もあるということで、非稼働というだけで一括りにせず、調査いただき、その上で対象外として分母を減らす方向でいくのであれば方法としてあるのかとも思う。一度検討いただきたい。

#### <石田議長（県医務課長）>

ただ今の意見については、できるだけ前向きに考えていきたいと思う。また改めて報告したい。先ほどの労災病院の転換については、了承いただいたものとする。

各医療機関の病床機能の再編等については、この「協議の場」において、皆様のご理解のもと、取組を行うと確認している。病床機能の転換などを検討されている医療機関があれば、まずは事務局まで、事前にできるだけ協議いただくよう、改めてお願いする。

最後に、議題5「令和4年度外来機能報告の結果及び紹介受診重点医療機関について」、事務局より説明を。

#### <事務局（県医務課 岡主査）>

外来機能報告と紹介受診重点医療機関については、以前からこの会議でも「新しい制度が始まる」ということで情報共有させていただいてきた。令和4年度から始まった外来機能報告では、システムにプレプリントするデータの集計に時間を要したことにより、報告開始時期が当初より4箇月遅れることとなり、皆様にはご迷惑をおかけした。皆様から報告いただいた内容を受け、今日の会議では紹介受診重点医療機関の選定についてご協議いただきたい。

資料1ページは、外来機能報告の概要と、それをもとに選定する紹介受診重点医療機関の基準についての資料。医療資源を重点的に活用する外来を基幹的に担う医療機関を「紹介受診重点医療機関」と位置づけるというもので、それらの実績について、外来機能報告では報告いただいている。

医療資源を重点的に活用する外来としては、入院前後の外来や、高度な医療機器を用いた外来、紹介患者に対する外来がこれにあたりとされており、この重点外来の占める割合が、初診の40%以上、かつ、再診の25%以上というのが、紹介受診重点医療機関の基準となっている。

令和4年度の外来機能報告で皆様から報告いただいた結果は、資料2ページ～4ページのとおり。「初診に占める割合」「再診に占める割合」とある列が、基準となる項目。

なお、外来機能報告は、病床機能報告とリンクして実施されており、外来機能報告の実施主体は、「病床機能報告の対象医療機関であって、外来医療を提供するもの」となっているため、精神病床のみを有する医療機関は、対象には含まれていない。

また、無床診療所は希望する場合のみ報告に加わるようになっており、和歌山県内では現時点で該当するところはない。

では、今回の外来機能報告の結果を踏まえた上で、紹介受診重点医療機関となるかならないか。資料5ページは、和歌山医療圏の中で、基準を満たすかどうか、紹介受診重点医療機関となる意向があるかどうかを、4つの区分で整理したもの。

左上の区分。重点外来の基準を満たし、なおかつ紹介受診重点医療機関になる意向があると回答いただいたのは、県立医科大学附属病院、日赤和歌山医療センター、和歌山労災病院、済生会和歌山病院、オリオンの5施設。これらの医療機関は、この会議の場で確認し、特に支障がなければ、そのまま紹介受診重点医療機関となる。

次に、右上の区分。重点外来の基準は満たしているものの、紹介受診重点医療機関となる意向はないと回答いただいたのは、誠佑記念病院、恵友病院の2施設です。この場合、基本的にはその医療機関の意向が第一であるとされているが、地域の協議の場でも確認を行い、地域としての考えと合致するかどうかをみることでなっている。

その他の医療機関については、重点外来の基準には至っておらず、紹介受診重点医療機関になりたいという意向もないということなので、これについては協議不要。

基準を満たしている7医療機関については、6ページに一覧表にしている。

紹介受診重点医療機関になる意向はないとご回答いただいた2病院からは、その理由についても伺っている。両病院とも、かかりつけ医機能を担っている部分もあるとのことで、紹介患者への外来を基本としていくものではないということ。

また、資料右下に【参考】として記載している部分。「紹介受診重点医療機関と地域医療支援病院は同じようなものではないか」とのご意見も聞くので、少し整理して載せている。

紹介受診重点医療機関は、紹介患者への外来を基本とし、重点外来を基幹的に担う医療機関を「紹介受診重点医療機関」として位置づけることで、患者にとってわかりやすくなり、患者の流れを円滑にしていこうという制度。

地域医療支援病院は、紹介患者に対する医療を提供するだけでなく、医療機器の共同利用や救急医療、地域の医療従事者に対する研修なども行い、地域のかかりつけ医を支援していくことで地域医療を確保するという趣旨で設けられたもの。

紹介患者に対し医療を提供するという部分に関しては、両者とも一部重複していますが、制度自体はまったく同じものというわけではない。

今回、和歌山医療圏でも、基準を満たした医療機関に地域医療支援病院が含まれているので、参考として載せさせていただいた。

7 ページ以降は、国からの通知と、国が作成したリーフレット、また、今年度の外来機能報告についての案内。目を通しておいてほしい。

**<石田議長（県医務課長）>**

事務局から説明があった。

まず、基準をクリアして、紹介受診重点医療機関となる意向ありと回答されている、県立医大、日赤医療センター、和歌山労災、済生会和歌山、オリオン、この5医療機関について協議したい。

この5施設について、ご意見やご質問などあれば、挙手を。

（※特に発言なし）

特に意見等がないようなので、5医療機関には紹介受診重点医療機関としての役割を担っていただくことに異議はないということで、紹介受診重点医療機関になることを確認した。

続いて、基準は満たしているものの、紹介受診重点医療機関となる意向はないと回答された誠佑記念病院と恵友病院について協議したい。

国の通知でも、基準を満たすが、紹介受診重点医療機関になる意向がない場合は、「当該医療機関の意向が第一であることを踏まえつつ、地域の医療提供体制のあり方を協議する」とされている。

それぞれの病院が紹介受診重点医療機関となることを希望しない理由は、資料記載のとおり。重点外来は基準以上の実績があるものの、紹介率は先ほどの4病院ほど高くはなく、地域でのかかりつけ医機能も担っておられるとのこと。

この和歌山医療圏の医療提供体制のあり方というのを考えたときに、「誠佑記念病院と恵友病院にも紹介受診重点医療機関となり、紹介患者への外来を基幹的に担っていただくべき」と考えるのか、もしくは、「かかりつけ医機能も一定担っていただくもの」と考えるのか、地域の皆様のご意見を伺いたい。意見があれば挙手を。

（※特に発言なし）

特に意見がないようなので、両病院については、病院の意向も踏まえ、紹介受診重点医療機関にはならないということで確認した。

今回、紹介受診重点医療機関となることになった5医療機関に対しては、この会議の結果を踏まえ、医療機関名の公表について後ほど県から通知があるので、よろしく願います。

事務局より用意した議事は以上。全体を通して、質問・意見等ないか？

（※特に発言なし）

特にないようなので、進行を司会に戻す。

**<司会（県医務課 岩垣課長補佐）>**

本日の会議運営に協力いただき、感謝。

閉会にあたり、県福祉保健部技監の雑賀より挨拶を申し上げる。

**<雑賀技監>**

委員の皆様方には、長時間にわたり議論いただき、ありがとうございました。

地域医療構想調整会議も10年続けてきた。医療機関の自主的な取組として努力いただいていた。目標年である2025年まであと2年となるなかで、和歌山医療圏の病床数をどうしていくべきか議

論いただいた。病床を確保する、病床をなくす、というのは、医療体制を作っていくうえで非常に大事な問題であるので、皆様と共にこれまで進んできたと考えている。国が示した算定式に基づく2025年の病床数と比べると、現時点では過不足もあるが、最も大事なものは、この圏域で安心・安全な医療を提供できるかということ。そこが中心であるので、自主的な取組に我々も協力させていただきたいと考えている。

本日は回復期病床を中心に確認した。これに関しては国へも通知し、県ホームページでも公表する。一方、本日、対応方針の確認に至らなかった医療機関については、また協議を進めていきたいと思うので、よろしく願います。非稼働病床については、また検討いただきたい。

現場では日々、大変な思いで皆様仕事をされているかと。その中で、疑問点や迷うことがあれば、保健所や医務課へ遠慮なく相談いただきたい。地域のことは地域で考えていかないと、国も守ってはくれないので、そこは心していきたい。

非稼働病床の廃止の願いについては、国の方針のもとに県も進めてきたわけだが、どうしても非稼働病床として置いておく必要があるというのであれば、保健所や医務課へしっかりと相談いただきたい。

紹介受診重点医療機関になることになった医療機関の皆様には、重点外来を提供する者として、紹介患者への外来を基幹的に担っていただくこととなるので、どうぞよろしくお願いいたします。制度についてはまだ始まったばかりであるので、全国の状況を見ながら、今後見直されていく部分もあるかと思う。県としても、国の検討状況を注視し、動きがあれば皆さんと情報を共有させていただく。

数合わせではなく、和歌山医療圏の県民にとって、将来にわたり、安心して安全な医療を受けていただけるよう、県としても努力してまいりますので、引き続き、皆様方の協力をいただきたい。

本日はお忙しいなか、長時間議論いただき、ありがとうございました。

#### <司会（県医務課 岩垣課長補佐）>

以上をもって、第15回地域医療構想調整会議を閉会する。ありがとうございました。