

和歌山県地域医療構想（御坊保健医療圏構想区域）

第7回調整会議議事録

1. 会議日程

- (1) 開催日 平成31年3月14日（木）
- (2) 開催場所 御坊保健所別館大会議室
- (3) 開会時間 午後2時40分
- (4) 閉会時間 午後3時52分

2. 議事

- (1) 病床機能報告における「定量的な基準」の導入について
- (2) 平成30年度病床機能の現状及び今後のあり方等に関する病院・有床診療所アンケート等の結果概要について
- (3) 病床機能転換等に係る補助制度の見直しについて
- (4) 地域医療構想アドバイザーの就任について
- (5) セミナー開催のお知らせについて

3. 出席委員（13名）

所属団体等	役職	氏名	備考
日高医師会	会長	高辻 幹雄	
日高薬剤師会	会長	木下光都子	
和歌山県看護協会日高地区	理事	小松香世美	
国保日高総合病院	院長	曾和 正憲	
独立行政法人国立病院機構和歌山病院	院長	南方 良章	
社会医療法人黎明会北出病院	院長	重里 政信	
整形外科北裏病院	院長	北裏 清剛	
医療法人k i n o e紀伊クリニック	管理者	川端 良樹	代理：事務長 川端秀樹
全国健康保険協会和歌山支部	業務グループ長	植原 憲康	
御坊市健康福祉課	課長	栄土 新吾	
美浜町健康推進課	課長	野田 佳秀	代理：課長補佐 武内律子
印南町住民福祉課	課長	新田 裕二	代理：主幹 岩崎佳江
御坊保健所	所長	土生川 洋	

4. 欠席委員（4名）

所属団体等	役職	氏名	備考
日高歯科医師会	会長	柏木 健生	※委任状提出有
日高町健康推進課	課長	西 裕子	〃
由良町住民福祉課	課長	山口 毅	〃
日高川町保健福祉課	課長	岡本 安生	〃

5. 委員随行者（4名）

所属団体等	役職	氏名	備考
国保日高総合病院	事務長	畑 忠良	
独立行政法人国立病院機構和歌山病院	事務部長	柴山 貢	
社会医療法人黎明会北出病院	事務長	崎山 徹	
整形外科北裏病院	事務長	中田 文恵	

6. 事務局出席者（6名）

所 属	職名	氏 名	備 考
福祉保健部健康局医務課医療戦略推進班	主査	三田 和弘	
福祉保健部健康局医務課地域医療班	主任	岡本 雅樹	
日高振興局健康福祉部	部長	中村 一興	
御坊保健所	次長	五味 泰基	
御坊保健所総務健康安全課	主任	皿山 真也	
御坊保健所保健福祉課	課長	中村 幸美	

7. 議事

午後2時40分開会

○事務局（御坊保健所次長 五味泰基）

定刻にはまだ早いですが皆さんお揃いですので、ただ今より、和歌山県地域医療構想御坊保健医療圏構想区域第7回調整会議を開催いたします。本日の司会を務めさせていただきます御坊保健所の五味と申します。よろしくお願ひいたします。

まず、本日の会議につきましては、会議全体を通しまして公開での開催としていますので、ご了知をお願いします。開会にあたりまして、御坊保健所長の土生川よりご挨拶申し上げます。

○御坊保健所長（土生川洋）

こんにちは。御坊保健所長の土生川でございます。本日は、年度末の何かとお忙しい中、ご出席をいただきましてありがとうございます。

この調整会議も、平成28年8月に第一回目の会議を開催しまして、本日で第7回目となります。この間、管内の病院におきましては、急性期病床の廃止、また、急性期から回復期への転換等、一定の進捗があったと考えています。病床機能の転換だけではなく、循環器疾患について、日高総合病院と和歌山病院が連携するなど、機能分化と連携もうまく進んでいると思っています。大変な圏域もあると聞いていますが、当圏域については、特に大きな課題はないと認識しています。おそらく、県（医務課）もそういう認識であると思っています。

本日は、議事として5つありますが、特に「定量的な基準」の導入についてということで事務局から説明し、ご意見をいただきたいと考えています。この基準につきましては、既に、埼玉、奈良、大阪、佐賀の4府県において導入されており、国からも全都道府県で導入するよう要請があり、この間、和歌山県でも検討を重ねてまいりました。先月5日に開催された県地域保健医療協議会で大枠について了承を頂き、各圏域の調整会議で周知を図っていくこととなっており、本日、説明をすることとなっております。

それ以外にも、いくつか議題がありますが、率直なご意見をよろしくお願ひ申し上げます。

○事務局（御坊保健所次長 五味泰基）

本日ご出席の委員の皆様のご紹介につきましては、お手元に配布の「出席者名簿」をもって代えさせていただきます。

なお、全国健康保険協会和歌山支部様におかれまして委員の交代があり、今回の会議から新たに植原委員にご出席をいただいております。

次に、本日は、委員のうち、日高歯科医師会の柏木委員様、日高町の西委員様、由良町の山口委員様、日高川町の岡本委員様にご欠席となっておりますが、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いたします。

引き続きまして議事に移ります。会議の議長につきましては、本会議設置要綱第4条第2項の規定により、御坊保健所長の土生川が議長として進行いたします。所長よろしくお願ひします。

○議長（御坊保健所長 土生川洋）

それでは、早速、議事に入りたいと思います。まず、議事の「（1）病床機能報告における『定量的な基準』の導入について」事務局から説明をお願いします。

○事務局（御坊保健所総務健康安全課主任 皿山真也）

御坊保健所の皿山と申します。平素は、関係機関の皆様には大変お世話になっております。ありがとうございます。以後、着座にてご説明させていただきます。

議事の説明に入ります前に、一点ご報告がございます。本調整会議の委員となつていただきました医療法人寺田医院についてですが、長らく診療所を休止されていましてところ、この度、先月1日付けで診療所を廃止する旨、保健所に届け出がされています。

このため、本調整会議の設置要項から医療法人寺田医院を削除する改正を行い、本日、出席者名簿の次に、改正後の要項を配布しております。よろしくお祈いします。

それでは、病床機能報告における「定量的な基準」の導入について、資料1-1から資料1-4によりご説明します。資料の枚数が多くなっており、説明が長くなり恐縮ですが、30分程度でご説明させていただきたいと思ひます。なお、議事の(2)は、10分程度、議事の(3)から(5)は、あわせて3分程度での説明を予定しています。

まず、今回、「定量的な基準」を導入する経緯や目的について資料1-1をお祈いします。地域医療構想を進めていくにあたりましては、各医療機関の現状を把握する必要がありますことから、各医療機関が病棟の医療機能を都道府県に報告する病床機能報告制度が導入されています。病床機能報告を行う際、各医療機関は、高度急性期、急性期、回復期、慢性期のいずれの機能を有するかを選択しますが、どの機能に該当するかを選択する際の判断基準については、定性的に規定されており、医療機関が客観的に判断できる基準がないという現状となっています。

あくまでも医療機関の自己申告でありますことから、例えば、実態として同じ機能を担っていたとしても、A病院は急性期、B病院は回復期というように異なる報告となるケースがある等、実態と合っていない報告になっているのではないかと、といった課題がありました。

資料の2枚目にありますように、厚生労働省においては、これまでも、特定入院料や入院基本料と医療機能の紐付け等が行われていますが、一部の府県、埼玉県、大阪府、奈良県、佐賀県では、医療機能を検討する上での独自の目安・指標（いわゆる「定量的な基準」）を設定し、調整会議の議論に活用しています。

そういった状況を受けて、資料の3枚目になりますが、昨年の8月に、厚生労働省から各都道府県に対し、平成30年度中に、地域の実情に応じた「定量的な基準」を導入するよう要請がされています。

本県では、先月5日に開催した和歌山県地域保健医療協議会において、県医務課から本県の「定量的な基準」の案を提示し、協議会として大枠について了承をされたところとなっています。本日は、その内容についてご説明をさせていただき、皆様のご意見をお伺いさせていただきたいと考えています。

それでは、資料1-2をお祈いします。資料の前半部分が、他府県の定量的な基準の導入状況や、他府県の基準の分析結果等について、資料の後半部分が、本県における基準案についてとなります。

1ページをお祈いします。本県の「定量的な基準」を検討するにあたりましては、既に基準を設けている埼玉、奈良、大阪、佐賀の基準を本県の医療機関にあてはめて分析を行い、他府県の基準の特性等について検証しています。

まず、埼玉県の基準ですが、埼玉県では、高度急性期と急性期を分ける基準と、急性期と回復期を分ける基準をそれぞれ設定しています。まず、高度急性期と急性期を分ける基準として、救命救急やICU等で特に多く提供されているAからJの項目ごとに基準値を設定し、1項目でも基準値を超えている場合は高度急性期としています。同様に、急性期と回復期を分ける基準として、一般病棟7対1で多く提供されているKからPの項目ごとに基準値を設定し、1項目でも基準値を超えている場合は急性期としています。

次に、奈良県では、様々な病期の患者が混在しているとされている急性期の病棟について、「重症」と「軽症」に区分する目安を示した上で、病床機能報告を求めることとしています。

具体的には、50床あたりの手術と救急入院件数の合計が一日2件以上の病棟を、「重症急性期を中心とする病棟」、一日2件に満たない病棟を「軽症急性期を中心とする病棟」というふうに細分化しています。

次に、大阪府ですが、大阪府の場合も、「病床機能報告で急性期と報告している病棟の中には、比較的回復期に近い医療を提供しているところがある」という考えのもと、それを便宜的に「地域急性期」と位置づけ、それを議論の出発点としています。

具体的には、50床あたりの一日平均で、①手術総算定回数「1以上」等の①から④までのいずれかの基準値を満たす病棟を「重症急性期」、いずれも満たさない病棟を「地域急性期」としています。

最後に、佐賀県ですが、佐賀県では、病床機能報告における急性期の病棟のうち、平均在棟日数が22日を超える病棟を、回復期としています。

そして、これら4府県の基準を管内の病院にあてはめた場合の分析結果が、**資料1-3**になります。なお、**資料1-3**は委員席限りの資料としていますので、ご了承ください。

この表の見方について、日高総合病院を例に説明します。まず、一番左から順に病棟名、昨年度(平成29年度)の病床機能報告による病床機能、入院基本料、主な診療科等、病棟の説明を書いています。また、その隣に、白抜き文字で「和歌山県」と書いているところは、今回ご説明させていただく本県における「定量的な基準」をあてはめた場合にどうなるか、ということなのですが、そこは飛ばしまして、さらにその隣の白抜き文字で「埼玉県」と書いているところが、埼玉県の基準を本県にあてはめた場合の分析結果になります。

埼玉県の高度急性期と急性期を分ける基準の閾値1というところを見ていただくと、先ほどもありました救命救急やICU等で特に多く提供されているAからJの各項目があり、各項目の下には、それぞれの基準値を記載しています。そして、各項目のセルに色つけをしているところが、その基準値を満たしているもの、いわゆる閾値を超えているものということになります。色つけをしたセルが一つであれば、当該病棟は、埼玉基準による「高度急性期並み」ということになります。

日高総合病院の場合は、2階ハイケアユニット病棟と5階ハイケアユニット病棟が、それぞれHの項目で基準値を超えていますので、埼玉基準による「高度急性期並み」となります。一方、日高総合病院の2階病棟については、病床機能報告では「急性期」との報告ですが、埼玉基準の急性期と回復期を分ける基準である閾値2のKからPのいずれの項目も基準値を満たしていないため、埼玉基準では「回復期」ということになります。

同様に、和歌山病院、北出病院、北稜病院についても見てみますと、病床機能報告で「急性期」となっている病棟が、埼玉基準では「回復期」となってしまうものがあることが分かります。

特に、北出病院を見ていただきますと、一般4階病棟が、入院基本料が7対1基準にもかかわらず、閾値2のKからPのいずれの項目も基準値を満たしていないため、埼玉基準では「回復期」となっています。

さらに、埼玉県の隣が、順に奈良県、佐賀県、大阪府のそれぞれの基準を本県にあてはめた分析結果となります。それぞれの府県の基準値を満たすものに、セルの色つけをしています。

今回、**資料1-3**では、管内4病院の分析結果のみをお示ししていますが、県内全ての病院について同様の分析を行い、それにより判明した留意点について次に見ていきます。**資料1-2**にお戻り頂きますので2ページをお願いします。

まず、埼玉基準の場合は、医療手技に重点が置かれているため、高度技術を要する脳外科や循環器科系の病棟が高度急性期にあてはまりやすい傾向があります。また、紀南地域のように、高度急性期を一点に集中している地域では、周辺病院が軽症から中等症の救急を引き受けるという役割分担が既に出来上がっているため、この場合、年間900件前後の救急搬送を受けている場合でも、急性期と判定されないというような傾向があり、注意が必要となります。

次に、奈良基準の場合は、重症の急性期なのか軽症の急性期なのかを手術数と救急入院数により判定しているため、軽症患者が多い場合であっても、救急搬送を多く受けている病院が急性期として判定されやすくなります。

次に、大阪基準の場合は、手術数や化学療法、救急医療加算管理、呼吸心拍監視の値を基準にしていますが、大阪基準を本県の病院にあてはめて「重度急性期」と判定される場合は、ほぼ、①の手術数で基準値を満たしているという結果になっています。このため、手術を数多くこなしているところが「重度急性期」として判定されるという傾向があります。

最後に、佐賀基準の場合は、平均在棟日数により急性期と回復期を区分していますが、急性期であっても、病気の特性上、治療期間が長くなる場合があるため、注意が必要となります。また、医療技術の提供の程度は反映されていないという点にも留意する必要があります。

次に3ページをお願いします。急性期医療には、2つのタイプがあるのではないかとということで、一つは「①至急かつ高度医療技能を必要とするケース」、もう一つは「②至急の対応を必要とするケース」です。

このうち、①の高度な医療技能を必要とするケースを評価する指標としては、医療手技(医療技術)の評価に重点をおく埼玉基準があてはまるのではないかと考えています。

一方、「至急」の対応を必要とするケースを評価する指標は何がよいかということですが、奈良県が指標としている「救急搬送件数」があてはまるのではないかと、ということを書いていきます。

次に4ページをお願いします。先ほど、**資料1-3**で他府県の基準を管内の病院にあてはめた場合

の分析結果を見ていただきましたが、同様に、県内全ての病院に他府県の基準をあてはめた場合の分析結果を圏域ごとでまとめています。

左上の表が平成29年度の病床機能報告による病床数、真ん中の表が平成29年度の病床機能報告に各府県の基準をあてはめた場合の分析結果、一番下の表が上の2つを差引きした病床数となっています。一番下の差引きの表を見ていただきますと、いずれの府県の基準をあてはめた場合でも、急性期と評価されるものがマイナスということで少なくなり、回復期と評価されるものがプラスということで多くなっています。

先ほど、高度な医療技能を必要とするケースの評価指標として、埼玉基準があてはまるのではないかと申し上げましたが、4ページの分析結果のうち、埼玉基準をあてはめた場合をグラフ化したものが、次の5ページとなります。

グレーの棒グラフが平成29年度の病床機能報告による病床数、白色の棒グラフが埼玉基準をあてはめた場合の病床数、斜線の棒グラフが2025年の必要病床数となっています。これを見ると、紀南地域などで、急性期から回復期になるものが少し多すぎるかなという印象があります。

続きまして、埼玉基準を本県にあてはめた場合の分析結果について、もう少し詳しく見ていきます。6ページをお願いします。本県のICU等の4対1基準の病棟に埼玉基準をあてはめた場合の分析結果です。本県の16病棟全てが、埼玉基準でも「高度急性期並み」という評価になっています。

7ページをお願いします。次に、本県の7対1基準の病棟に埼玉基準をあてはめた場合の分析結果となります。これを見ると、7対1基準の病棟についても、一定数が「高度急性期並み」として評価されています。しかし、一方で、医大や日赤等、大病院の7対1病棟であっても、「回復期並み」との評価となっている病棟があり、やや疑問が残る結果になっています。

当管内では、8ページの中程に北出病院がありますが、北出病院の一般3階病棟については、埼玉基準でも「急性期並み」の評価ですが、一般4階病棟については、先ほどもありましたが、7対1病棟にもかかわらず、「回復期並み」との評価になっています。

9ページをお願いします。埼玉基準による分析結果のまとめです。医療手技に重点を置く埼玉基準を本県にあてはめた場合、ICU等の4対1基準病棟は、全てが「高度急性期並み」、また、7対1基準の病棟についても一部が「高度急性期並み」として評価されています。このため、高度急性期と急性期との境界の基準については、埼玉基準をベースとしてよいのではないかと考えています。

一方、急性期と回復期との境界の基準、急性期なのか回復期なのかということについては、医大や日赤等の7対1病棟や、当管内の北出病院の7対1病棟が「回復期並み」の評価となっていたように、本県にはなじまないのではないかと考えています。つまり、本県において実態として急性期を担っている病棟であっても、埼玉基準では、それが正しく評価されていないのではないかと考えています。

そこで、次に、奈良県が救急搬送数を考慮した検証を行っていますが、本県でも救急搬送データに着目した検証を行い、併せて、佐賀県の平均在棟日数について検証しています。

10ページをお願いします。2016（平成28）年の消防統計から引用した県内病院の救急搬送数となります。ここでは、「急性期機能を担っている」と言えるためには、一定数以上の救急搬送数がある必要があるという問題提起をしています。では、「急性期機能を担っている」と言える一定数以上の基準ラインをどこにおくか、ということについてですが、後ほど別のページでお示しします。

次に11ページをお願いします。佐賀県の平均在棟日数による基準を本県の病院にあてはめた場合の分析結果です。平均在棟日数が22日未満となると、だいたい10対1基準以上の病棟という分析結果です。地域包括ケア病棟については13対1基準ということになるかと思えます。

また、12ページは、平成29年度の病床機能報告による病床機能別の入院基本料です。これを見ていただきますと、急性期と報告されている病棟については、7対1や10対1基準の病棟が大半を占めています。

13ページをお願いします。県内の15対1基準の病棟で、病床機能報告において「急性期」と報告のあった9病院の11病棟に、他府県の基準をあてはめた場合の分析結果です。埼玉、奈良、大阪、佐賀のいずれの基準でも、ほとんどが急性期の要件を満たさないということになっていますが、これらの病院の救急搬送件数を見ると、一定数以上の件数となっている病院があることが分かります。

14ページをお願いします。ここから本県の「定量的な基準」についての説明になります。これまでの内容を整理しますと、まず、高度急性期と急性期の境界については、医療手技に着目した埼玉基準をベースとしてはどうかということ。また、急性期と回復期の境界については、より簡便で明快な基準という趣旨からも、救急搬送データを用いてはどうか、としています。

また、一番下にありますように、さらに、この二つを包含する「病院として果たす機能」を踏まえた上で本県の基準を考えてはどうか、ということで、次のページをお願いします。

「地域医療構想における将来の病床機能と病院の機能等」ということで、地域医療構想を進めていく上で「病院の機能」をこの表のように整理し、「定量的な基準」に反映してはどうかと考えています。

高度急性期であれば、救命救急センター（三次救急）、周産期母子医療センター、各地域の拠点病院であって、診療報酬で言えば、ICU等や、一般入院基本料のうち、最も手厚い看護体制である7対1基準のうち特に認めるもの、すなわち、高度な医療技術を要するものについて対応する機能をもつ病院ということではないかと考えています。

また、急性期であれば、二次救急病院や、救急搬送件数を伴う救急告示病院であって、診療報酬で言えば、主に、7対1や10対1基準の病院ではないかと考えています。このように整理した考え方も踏まえた上で、本県の「定量的な基準」の考え方を整理すると、16ページと17ページのようになります。

まず、16ページ。高度急性期の病床機能、高度急性期と急性期との境界についての基準です。

①ICU等の4対1基準の病床は、全て高度急性期とします。

②7対1基準の一般病棟のうち、先ほどの15ページで整理した県全体においてその病院が果たす役割や機能を考慮した上で、一定の基準を満たす病棟、すなわち、※印で記載していますが、特定機能病院、救命救急センター、周産期母子医療センターである病院、具体的には、医大、日赤、南和歌山医療センター、紀南病院の4病院の7対1基準の一般病棟であって、過去3年間の実績が、医療手技に重点を置く埼玉基準の閾値1を超える病棟は、高度急性期とします。

③医大や日赤、当管内では北出病院の7対1基準の病棟であっても、埼玉基準では急性期とされない病棟がありました。しかし、先ほど、資料1-1において、地域の実情に応じた「定量的な基準」とありましたように、本県においては、やはり、7対1基準であれば、急性期ではないかということです。

17ページをお願いします。次に、急性期の病床機能、急性期と回復期との境界の基準については、前のページの③と同じ意味ですが、①7対1基準のうち、高度急性期と報告しない病棟は急性期とします。

また、②一般病棟の10対1、13対1、15対1及び地域包括ケア病棟については、急性期として報告をしていただくということであれば、それにふさわしい機能を伴っているかの観点により、救急搬送件数に着目して基準を設定してはどうかということで、次の18ページをお願いします。

「急性期機能を担っている」と言える一定数以上の基準ラインをどこにおくか、ということですが、中等症以上の搬送件数が年間100件以上、または、救急搬送の総計が年間300件以上というところを基準ラインとしてはどうかと考えています。当管内では、日高総合病院と北出病院が、中等症100件以上、総数300件以上のいずれの基準も満たしており、北裏病院と和歌山病院については、中等症100件以上の基準を満たしています。

19ページは、2017年の救急搬送データで見た場合となっています。なお、資料にはありませんが、今回、過去3ヶ年のデータも検証した結果、過去3ヶ年で見ても大きな変化はないとの結果になっています。

20ページをお願いします。本県における「定量的な基準案」のまとめです。先ほどからの繰り返しになりますが、基準①として、高度急性期と急性期の境界については、ICU等の4対1基準は全て高度急性期、7対1の一般病棟のうち、県全体において果たす役割を考慮した上で、埼玉の閾値1を超えるもの、すなわちAからJの10項目のうち、1項目以上が基準超えの病棟は高度急性期、7対1基準でここにあてはまらない一般病棟は急性期としています。

また、基準②として、急性期か回復期なのかということですが、消防統計の救急搬送件数により、年間300件以上、中等症以上件数100件以上のいずれも満たさない場合は、急性期として報告しないということです。

なお、一番下の※印ですが、小児・周産期・緩和ケアなど、地域医療に不可欠であって特殊性の強い病棟もあるかと思いますので、これについては、上記の基準とは切り分けて考える必要があると考えています。

21ページをお願いします。20ページの本県の基準案をあてはめた場合の影響をグラフ化したものです。グレーの棒グラフが病床機能報告による病床数、白色の棒グラフが和歌山基準案をあてはめた場合の病床数、斜線の棒グラフが2025年の必要病床数となっています。

御坊圏域については、平成29年度の病床機能報告による病床数と、今回の和歌山基準をあてはめた場合の病床数が同じになっており、結果としては、今回の基準の導入による影響は“なし”ということになっています。

最後に22ページをお願いします。「定量的な基準」については、資料1-1にもありましたが、より実態に合った病床機能報告につなげ、議論の活性化につなげようという目的・狙いにより導入させていただくものです。県といたしましては、今後、「定量的な基準」と並行して、関係機関の皆様のご理解とご協力のもと、『公的病院を中心とした再編・ネットワーク化』や『長期にわたる非稼働病床の整理』などの取組を進めていきたいと考えています。

なお、資料1-4については、平成29年度の病床機能報告に、他府県の基準と今回の本県の基準をあてはめた場合のイメージとなっています。

以上、長くなりましたが事務局からの説明を終わります。

○議長（御坊保健所長 土生川洋）

ただ今、病床機能報告における「定量的な基準」について事務局から説明がありました。4府県が先行して基準を設けていますが、各地域の事情も違いますので、それぞれ工夫をしてそれぞれの地域にあった基準を設けているように思います。

それを受けて、和歌山県でも「定量的な基準」を検討し、まとめとして資料1-2の20ページに基準案としてお示しをしています。そして、これを御坊圏域にあてはめた場合には、従前の病床機能報告と変わっていませんので、「定量的な基準」の導入による影響は“なし”ということです。

何かご質問、ご意見等ございませんでしょうか。

○委員（社会医療法人黎明会北出病院長 重里政信）

資料1-2の20ページの救急搬送件数の「中等症以上が年間100件以上」とある「中等症」の定義はどこかに書いていますか。

○事務局（御坊保健所総務健康安全課主任 皿山真也）

資料1-2の10ページになります。

○議長（御坊保健所長 土生川洋）

中等症の定義としては、「生命の危険はないが、3週間以内の入院を要するもの」ということです。

○委員（整形外科北裏病院長 北裏清剛）

今、重里委員が仰ったことに付随して、この中等症というのは、救急を受けた場合の初診医の診断によるものですが、結局これは初診によるものであって、最終的にそのとおりの結果になっているかどうかというのはあまり正確ではないと思います。

それともう一つ、救急搬送ということをもし仮に主として考えるとすれば、出血があれば皆119番しますが、打撲であれば119番せずに来院され、結果的に検査をして骨折があって大きな手術が必要となることがあります。我々の病院は、今、和医大の整形教室とタイアップをして脊椎手術を非常にたくさんこなしていただいています。脊椎の場合というのは、痛くてがまんできずに救急車で来られて手術となる場合もありますが、基本的にはご自分で歩行して来院され、技術が非常に要るような手術を行っているというのが実情です。

本日、島先生も来られていますが、我々整形外科は、やはり骨が治る時間、あるいは筋力が戻る時間というのがある程度かかりますので、平均在棟日数等で言われると正直辛いところがあります。特に我々は、県内でも非常に珍しいのですが、整形外科単科でやっていますので、今回たまたま中等症以上の救急搬送件数で基準をクリアしていると判断していただきましたが、増減があると思いますし、今後、それが維持できるかどうか。救急搬送数というのは、救急搬送の内容によって少し意味合いが違ってくるのではないかと思います。

○議長（御坊保健所長 土生川洋）

確かに仰るように2月5日に開催した県地域保健医療協議会でも搬送してからも重症度が変わるだろうという意見も出ていたと思います。ただ、今回は、県地域保健医療協議会において大枠で了承を得た内容について各圏域の調整会議で説明し、そこで出された色んな意見を集約してそれをまた県（医務課）に上げていくというかたちになります。基準の内容を見直すかどうかというのは、結局、県地域保健医療協議会において決めることになりますので、ただ今の委員のご意見については、県（医務課）に上げていきたいと思っています。ありがとうございます。

他にご質問、ご意見等ございませんでしょうか。

○委員（国保日高総合病院長 曾和正憲）

資料1-2 21ページの和歌山県方式をあてはめると、御坊圏域は全く変わりませんが、例えば那賀圏域は結構救急をとっているにもかかわらず、急性期が120床弱の減となっています。これはどういう計算というか、事情はどうなっていますか。那賀病院だけがたくさん急性期になっているとかそういうことですか。

○議長（御坊保健所長 土生川洋）

医務課の方で分かりますか。

○事務局（福祉保健部健康局医務課医療戦略推進班主査 三田和弘）

確認をさせていただきます。

○議長（御坊保健所長 土生川洋）

私も他圏域のことは存じないので、また確認の上、曾和委員に連絡します。

○委員（国保日高総合病院長 曾和正憲）

分かりました。

○議長（御坊保健所長 土生川洋）

他にご質問、ご意見等ございませんでしょうか。（なし）

資料1-2の22ページに「定量的な基準」の導入に向けてということでもまとめていますが、来年度の病床機能報告から使いなさいということではなく、各病院において自院の機能を知っていただいて急性期であればその機能を果たしていただきたいという趣旨であると思います。「報告基準を新たに設けるものではない」と言いながらも基準を示しているわけで、非常に曖昧になっていますが、御坊圏域については、従前の病床機能報告と一致していますので、今後、今回の「定量的な基準」を参考にしていただきながら、各病院の判断により報告をしていただければよいと思います。

他にご質問、ご意見等ございませんでしょうか。（なし）

ございませんようでしたら、次の議事に移りたいと思います。議事の「（2）平成30年度病床機能報告の現状及び今後のあり方等に関する病院・有床診療所アンケート等の結果概要について」事務局から説明をお願いします。

○事務局（御坊保健所総務健康安全課主任 皿山真也）

資料2をお願いします。こちらの資料につきましても委員席限りの資料とさせていただきます。

本アンケートについては、病床機能の現状把握、また、関係者の皆様に意見交換と情報共有を行うこと等を目的として、毎年、病院及び有床診療所を対象に県が実施をしているものです。昨年3月に開催した本調整会議でも、平成29年度のアンケート結果の概要を報告させていただきましたが、今回、平成30年度の実施結果概要の報告となります。

1ページをお願いします。「病床機能別の許可病床数」ということで、上から順に、平成28年7月1日現在、平成29年7月1日現在、昨年7月1日現在の医療機関ごと、病床機能ごとの病床数となります。管内の病床数は、和歌山病院の重心病床を除いて、平成28年7月1日現在で735床あったものが、昨年7月1日現在では、705床となり、30床の減となっています。30床減の内訳としましては、日高総合病院において、27床の病床廃止があったことによるものと、和歌山病院において、慢性期病床3床の重心病床への変更があったことによるものとなっています。

この他、日高総合病院におかれましては、急性期病床30床の回復期病床への転換があり、紀伊クリニックにおかれましては、病床機能報告において急性期から慢性期への変更があったところとなっています。

地域医療構想を進めていくにあたりましては、病床削減ありきではなく、あくまでも病床の機能分化と連携を進めていくことが重要であると考えていますが、平成30年7月1日現在の病床数を2025年の必要病床数と比較してどうかということを見ますと、圏域全体で50床の過剰ということになっています。病床機能別では、急性期が多くなっており、高度急性期、回復期、慢性期は不足となっています。なお、冒頭にも申し上げましたが、医療法人寺田医院につきましては、先月1日付けで診療所が廃止されています。

次に、2ページは、2025年時点の病床機能の予定ですが、全ての医療機関とも現時点から変更なしとの回答です。

次に、3ページをお願いします。3ページから11ページにかけましては、各医療機関における病棟別の利用状況等になります。3ページ、4ページについては、日高総合病院の状況です。3ページの一番上の表ですが、平成30年7月1日現在の各病棟別の病床機能、許可病床数、年間の入退院等の患者数、年間の病床稼働率、月別の最高及び最低の稼働率、過去一年間に一度も入院患者を収容しなかった病床数、平均在棟日数となっています。その下の表は、それらを病床機能ごとに集計したもので、さらにその下が救急車の受入件数となります。

4ページは、各病床機能を担っていると判断した理由ということで、高度急性期については、「ハイケアユニット入院医療管理料1」を算定し、「緊急手術を要する重篤な傷病者などに対応している」ということ等。急性期については、「一般病棟入院基本料10対1」を算定し「高度急性期を経過した患者や、救急搬送患者の受入れ等、回復期へ移行するまでの医療を担っている」ということ等。回復期については、「急性期からの患者の受け入れ」等、「在宅復帰支援等を実施している」こと等が、それぞれの機能を担っていると判断した理由となっています。

次に、5ページをお願いします。和歌山病院の状況です。和歌山病院におかれては、年間の病床稼働率を見た場合に、2階南病棟（急性期）が49.1%、3階北病棟（慢性期）が61.0%となっています。資料にはありませんが、それぞれ一昨年（平成29年）の年間稼働率がどうであったかといえますと、2階南病棟（急性期）で55.8%、3階北病棟（慢性期）で57.2%となっています。

やや稼働率が低くなっているかなという印象ですが、これに関しましては、以前、本調整会議において南方委員からもご説明をいただきましたが、6ページ下段の「病床の利用状況に関する見解」として、2階南病棟（急性期）については、35床と結核15床のユニット病棟ということで、ある程度の空床を確保しておく必要があるということ。また、3階北病棟（慢性期）に関しては、医師の不足によるものであり、医師の増員があれば稼働率が90%以上になることが見込まれるということです。

次に、7ページをお願いします。北出病院の状況です。北出病院におかれては、救急車の年間受入件数が1,114件ということで、管内では日高総合病院に次ぐ件数となっています。病床の稼働率を見ますと、いずれの病棟も高い稼働率になっているかと思いますが、8ページの「病床の利用状況に関する見解」として、急性期病床については、稼働率が一時的に100%になることもあり、時期によっては、ほぼ満床状態が続くということです。また、回復期病床に関しては、稼働率が低くなっているとのことですが、医師の不足による空床があるということ、慢性期病床に関しては、入院期間が短いので、稼働率が低くなっているということです。

次に、9ページをお願いします。北裏病院の状況です。北裏病院におかれては、外傷症例を中心として、救急搬送患者については、年間約200件の受け入れとなっています。

また、今回、過去一年間に一度も入院患者を収容しなかった病床数として、3・4階病棟において2床あったとのことですが、これに関しまして、10ページ下段の「病床の利用状況に関する見解」として、緊急の入院患者の受け入れのために必要な病床であるということです。

次に、11ページをお願いします。紀伊クリニックの状況です。管内唯一の有床診療所として、病床数は18床となっています。他の医療施設から退院を余儀なくされた方や、透析治療を受けながら入院している患者が多いということで、昨年10月1日からは、空床を利用し、介護保険サービスとして短期入所療養介護を提供していただいているところとなっています。

次に、12ページをお願いします。「(1) 今後の医療機能のあり方と地域における役割について」ということで、日高総合病院にあっては、[F]ケアミックス型、和歌山病院にあっては、[E]特殊な医療機能を担う病院、北出病院にあっては、[B]地域密着型協力病院、北裏病院にあっては、[A]急性期医療を担う病院、また、有床診療所については複数回答可としていましたところ、紀伊クリニックにあっては、[a]、[b]、[d]、[e]の機能との回答になっています。

さらにその下段の「(2) 病床機能転換等の予定」については、いずれの医療機関も「予定なし」との回答ですが、北出病院から「在宅復帰のための機能を強化していきたい」とのご意見をいただいています。

13ページをお願いします。地域医療構想全般に関してのご意見です。日高総合病院からは、公的医療機関として、高度急性期から回復期までの病床機能を担う責務があり、高度急性期病床の増床や病床機能の再編により、機能強化を図っていくのご意見。和歌山病院からは、御坊圏域は比較的、機能分化が進んでおり、呼吸器疾患等の分野を中心に当圏域の医療構想に貢献していきたいのご意

見。北出病院からは、病床数の削減目標に関するご意見。北裏病院からは、救急医療を含めた急性期機能を担う病院として地域に貢献していきたいとしつつも、病床転換を含む方針転換が必要になるかもしれないが、転換は容易ではないとのご意見をいただいております。

最後に、14ページをお願いします。今回、「過去一年間に一度も入院患者を収容しなかった病床数」の過去5年間の状況について、改めて調査をさせていただきました。直近となる平成30年7月1日では、先ほどもありましたが、北裏病院から2床の非稼働病床があったとの回答となっています。以上、事務局からの説明を終わります。

○議長（御坊保健所長 土生川洋）

ただ今の説明につきまして、ご質問、ご意見等ございませんでしょうか。

○委員（整形外科北裏病院長 北裏清剛）

この非稼働病床という名目での病床となると、一般的に、病床が全く余っているという表現に受け取られかねないと危惧するところがあります。昨年は、結核に感染した患者が入院されて1床をずっと使いづらかったということ、あるいは、精神疾患の患者が長期に入院した時に壁紙を剥がしてしまい、補修工事に少し時間がかかったということもあります。

ただ、数字の上で計算してしまうと、どうしてもこういうふうな数字が出てしまうので、もう少し本当に必要な病床であったか、あるいは、どの程度の重要性があったか、その辺の線引きは難しいですが、そこを上手く捉まえる方法はないかなと思います。

○議長（御坊保健所長 土生川洋）

前回のこの調整会議で、各病院で非稼働病床の捉え方が違うということで、非稼働病床の考え方について説明させていただいたかと思います。許可病床数から過去一年間に最も多く患者を収容した時点で使用した病床数を差し引いた病床数のことを言いますが、北裏委員が仰ったように各病院で色んな事情により非稼働病床になっている部分があるかと思います。その辺りは、保健所で病院の色んな事情を個別にお聞きする必要があるかと思います。ただし、長期にわたって非稼働の状況が続く場合は、やはり十分な説明が必要かと思いますので、今後、この会議を含め、一緒にご相談をしていきたいと思います。

他にご質問、ご意見等ございませんでしょうか。

○委員（北出病院長 重里政信）

病床転換のことですが、例えば、もし条件を満たせばですが、高度急性期の病棟に転換したいというふうなことにっては現実的には有り得るのでしょうか。

○議長（御坊保健所長 土生川洋）

高度急性期については、圏域で考えているところもありますが、まずは、全県的に考えて、和歌山圏域と田辺圏域に集約化するような方向であると聞いています。ただ、地域医療構想における御坊圏域の必要病床数20床からいくとまだ不足しているので、その辺りはもしそういう声があがれば検討する対象になるかと思います。

○委員（北出病院長 重里政信）

と言うのは、資料1-2の20ページにあるように定義が出てくると、和歌山基準①を満たせば高度急性期なんだというふうに思ってしまうんですね。

○議長（御坊保健所長 土生川洋）

県全体において求められる高度急性期としての役割を十分に果たしていただく必要があるかと思いますが、基準を満たせば高度急性期に入るかと思います。医務課の方から何か意見はありますか。

○事務局（御坊保健所総務健康安全課主任 皿山真也）

御坊保健所ですが、地域医療構想では、現状、御坊圏域の高度急性期病床は、日高総合病院において20床を整備していくこととしていますので、もし、今後、北出病院で高度急性期を目指すということであれば、その辺りについても議論が必要なのかなと思います。

○事務局（福祉保健部健康局医務課地域医療班主任 岡本雅樹）

資料1-2 22ページの「定量的な基準」を導入する目的・狙いにもありますが、全てをこの基準ありきで区分するというだけではなく、調整会議の議論に活用することによって、議論の活性化につながるという目的もあります。今回、「定量的な基準」についてお話しをさせていただいた中で、各委員からこういった事情ですということをお話しただけであれば、今後も、これをきっかけとして議論を進めていただきたいと思います。回答にはなっていないと思いますが、補足ということによりよくお願いいたします。

○事務局（整形外科北裏病院長 北裏清剛）

いちばん最初の会議の資料に、“決まった事に従わなければペナルティを課す”という内容がありました。「議論を戦わせてください」と言っていたのは有り難いし、今回の資料も色んな意味合いがあるということは十分理解していて有り難いと思っている事はたくさんあります。ただ、いちばん最初の“方針に従わない場合にペナルティを課す”という事が、どうしてもやっぱり動きづらくなっている部分、言いたい事がちょっと言えない部分になっています。

○議長（御坊保健所長 土生川洋）

医療法の中ではそういうふうな形で説明せざるを得ませんが、基本的にこの地域医療構想は、各医療機関の自主的な取組で進めていくとなっていますので、十分に議論をしてそれをいきなり全面にだすということはないと思います。特に、公的病院と民間病院との違いがありますので、それをご理解いただければと思います。

他にご質問、ご意見等ございませんでしょうか。（なし）

ございませんようでしたら、次の議事に移りたいと思います。議事の「（3）病床機能転換等に係る補助制度の見直しについて」、「（4）地域医療構想アドバイザーの就任について」、「（5）セミナー開催のお知らせについて」一括して事務局から説明をお願いします。

○事務局（御坊保健所総務健康安全課主任 皿山真也）

まず、資料3をお願いします。「病床機能転換等に係る補助制度の見直し検討案」ということで、現在、県におきまして、国の基金を活用した病床機能の転換等に係る補助制度について、補助率等の引き上げ、補助要件の見直し、さらに新たな補助メニューの追加等を見直しを検討しています。病院及び有床診療所の皆様には、後日、詳細について通知をさせていただく予定としています。

補助制度に関するご質問、補助金の活用に関するご相談等がございましたら、保健所までご連絡をいただければと思いますので、よろしくお願いたします。

次に、資料4をお願いします。「和歌山県における地域医療構想アドバイザーの就任について」ということで、この度、昨年12月7日付けで、本県の地域医療構想アドバイザーとして、和歌山県病院協会の上野会長、和歌山県医師会の上林副会長にご就任をいただきましたので、そのご報告となります。

地域医療構想アドバイザーにつきましては、調整会議の議論が活性化するよう調整会議に参加し、助言等を行う役割を担っております。両アドバイザーには、今後、当圏域の調整会議へもご出席をいただく予定としています。

次に、資料5をお願いします。「セミナーの開催について」ということで、前回、9月13日に開催した本調整会議で、公的病院を中心とした再編・ネットワーク化事業の実施について説明をさせていただいたかと思いますが、その中で、本年度中に実施することとしておりましたセミナーの開催についてのお知らせです。

当日は、再編・ネットワーク化の参考となる事例の紹介等を予定しております。各病院、有床診療所、市町の皆様には、既に県医務課からご案内をさせていただいておりますが、まだ定員には余裕があるとのことですので、

以上、事務局からの説明を終わります。

○議長（御坊保健所長 土生川洋）

議事の（3）から（5）を一括して説明させていただきました。補助制度の見直し、それと地域医療構想アドバイザーということで、資料では、県病院協会の上野会長と県医師会の上林副会長がご就任されていますが、本日は、県病院協会からは本会の委員でもある曾和理事、県医師会からは島理事に来ていただいておりますので、ご報告をさせていただきます。

セミナーについては、来週に開催されますが、県においては、橋本、有田、新宮圏域を重点圏域として、病院の再編、或いはネットワーク化にも力を入れています。まだ空きがあるということですので、もしお時間がありましたら申し込んでいただければと思います。

何かご質問、ご意見等ございませんでしょうか。（なし）

それでは、以上で本日の議事は終了しましたが、議事の（１）から（５）を通じて何か、また、追加的なご質問、ご意見等ございましたらご発言をお願いします。

○委員（独立行政法人国立病院機構和歌山病院長 南方良章）

和歌山病院の南方です。県（医務課）の方にお考えをお聞かせいただきたいのですが、高度急性期、急性期、回復期、慢性期について、それぞれの医療圏の人口や医療体制によって目標病床数が決められています。先ほど重里委員からも発言のあった高度急性期について、和歌山県が特にドクターヘリを使って県内の患者を医大や日赤等に集めるようなかたちで医療が提供されていると思いますが、逆に、和歌山市の高度急性期の必要病床数をもう少し増やすとか、その分、急性期病床を各医療圏へ振り分けるとか、そういうような和歌山県全体を見たときの割振りがもう少しあってもいいのではないかと思うのですが如何でしょうか。

○事務局（福祉保健部健康局医務課医療戦略推進班主査 三田和弘）

ただ今のご意見についてですが、割振りの変更ということになりますと、地域医療構想については、全体を通して2013年度の医療需要を元に将来的な医療需要を推測し2025年の必要病床数を定めているという前提があります。他府県でもそのような意見が出ているというふうには聞いていますが、今すぐに割振りを変えるというのは難しい状況にあります。2025年まではまだ数年ありますし、医療需要の大きな変化などがあれば、そういった事も考えられるのではないかというふうには思います。あまり答えになってなく申し訳ございませんが、よろしくをお願いします。

○議長（御坊保健所長 土生川洋）

国においても、必要病床数の見直しについては考えていないと聞いています。今、医務課の担当が申しましたように2025年までにはまだ5年ほどありますので、今後の状況の変化により、また別の動きがあるかも知れません。

○事務局（福祉保健部健康局医務課医療戦略推進班主査 三田和弘）

そうですね。大きな状況の変化があればそこは考慮しないといけないという議論にもなってくると思いますので、その時は、そのような事についても議論するということになるかとは思いますが。

○議長（御坊保健所長 土生川洋）

現時点では、割振りの変更は考えていないということです。

○委員（北出病院長 重里政信）

私が先ほど質問をさせていただいた和歌山基準①について、こういうのを誰が決めたのかなと思った次第です。これを見ると、全身麻酔、胸腔鏡・腹腔鏡下、悪性腫瘍、脳血管内など、新しい治療ばかりなんですね。これらの治療のほとんどは手術自身には技術その他が必要ですが、患者にとってすぐ後が楽ということ売りしている治療ばかりなんです。その後が楽な患者を受ける病棟がそんなに高度急性期なのかなというふう思う次第です。多分こういうのを決めるにあたって、こういうことを専門にしている医師の意見がものすごく強かったのではないかという危惧を感じます。

それ故に、こういうふうな事を、例えばうちの病院でも専門にやっつけば高度急性期になるのかという意見にどうしてもなってしまうわけです。埼玉方式で高度急性期というカテゴリーを決めるのは、本来、行政的にはどうなのかなと思います。

○議長（御坊保健所長 土生川洋）

重里委員のご意見については、県（医務課）の方にも伝えます。ただ、それぞれ先行している各府県の基準の着眼点も様々ですし、和歌山県も他府県の基準を参考にアレンジした形で今回お示しをさせていただきました。原案は県で考えましたが、各関係機関の先生方のご意見を聴いて、その上で出来た基準ですので、この形で進めていきたいというのが県の方針になります。お答えになってなくすみませんが、よろしくをお願いします。

他にご質問、ご意見等ございませんでしょうか。(なし)
ございませんようでしたら、以上で、本日の議事を終了したいと思います。本日はどうもありがとうございました。

○事務局（御坊保健所次長 五味泰基）

以上をもちまして、本日の会議を閉会いたします。本日はどうもありがとうございました。

午後 3 時 18 分閉会