

第6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）平成31年3月7日（木）17:00～19:00

（場所）県民交流プラザ和歌山ビッグ愛 1階 大ホール

（1）開会・挨拶（和歌山県福祉保健部 野尻技監（健康局長）より開催挨拶）

（2）議題（地域医療構想の実現に向けて）

- ① 地域医療構想アドバイザーの就任について（報告）
※【資料1】により事務局より報告
- ②-1 和歌山市内公的病院との意見交換会、県医療審議会及び県地域保健医療協議会の開催について（報告）
※【資料2・3】により事務局より報告
- ②-2 病床機能報告における「定量的な基準」の導入に向けて
※【資料4～7】により事務局より説明の後、意見交換を実施
- ③ 病床機能の現状等についてのアンケート結果概要について（報告）
※【資料8】により事務局より説明し、現状の病床機能等に係る情報に関して共有
- ④ 公的病院を中心とした経営分析等（県委託事業）について：セミナー開催のお知らせ
※【資料9】により事務局より紹介
- ⑤ 地域医療構想推進にあたっての補助事業の見直しについて
※【資料10】により事務局より説明の後、意見交換を実施
- ⑥ 和歌山保健医療圏構想区域における病床機能転換予定等について
※【資料11】により事務局及び病床機能転換等を今後予定する医療機関より概要説明の後、意見交換を実施

〔 議題①（地域医療構想アドバイザーの就任について（報告）） 〕

《 今西議長（県医務課長） 》

会議次第のとおり、「地域医療構想の実現に向けて」を本日の議題としており、会議次第に沿って順次、進行してまいりたい。

まずは議題①『地域医療構想アドバイザーの就任について（報告）』であるが、事務局（医務課）より説明をお願いします。

《 事務局（県医務課 狗巻主任） 》

【資料1】のP1～2をご覧ください。厚生労働省の「地域医療構想アドバイザー」ということであるが、地域医療構想調整会議の議論を活性化する目的で設けられた。本日のような調整会議の進め方、あるいは地域医療構想全般の進め方に関して、適宜、ご助言を賜るものであり、県医師会・県病院協会など各種団体と協議の上、厚

生労働省に対して県より、有識者を推薦するものである。

P 3であるが、昨年秋に、県医師会・県病院協会とも相談させていただいたところ、本日既に議長席の隣に着席をいただいているが、県病院協会長である上野雄二先生、県医師会副会長である上林雄史郎先生のおふたりのアドバイザー就任に関して推薦をいただき、国に対して県からも推薦をさせていただいた結果、昨年12月7日付けで地域医療構想アドバイザーに正式に就任をいただいたものであり、調整会議への報告とさせていただくものである。

《 今西議長（県医務課長） 》

地域医療構想アドバイザーの先生おふたりには、本日既に、私の隣にご着席をいただいているところである。

本日の議事を進めていくなかでも、適宜、アドバイスを賜ることもあろうかと思うので、どうぞよろしく願います。

[議題②－1（和歌山市内公的病院との意見交換会、県医療審議会及び県地域保健医療協議会の開催について（報告））]

[議題②－2（病床機能報告における「定量的な基準」の導入について）]

《 今西議長（県医務課長） 》

それでは、議事を進行してまいりたい。

まずは、『②－1 和歌山市内公的病院との意見交換会、県医療審議会及び県地域保健医療協議会の開催について』については、委員の皆様方へのご報告となる。

また、『②－2 病床機能報告における「定量的な基準」の導入に向けて』であるが、関連する議題となるため、まずは、事務局より一括して説明をお願いする。

《 事務局（県医務課 狗巻主任） 》

まずは、【資料2】のP1をご覧ください。昨年10月29日に、和歌山市内4公的病院代表者、また県病院協会長にも出席を賜り、意見交換会を開催した。

主には高度急性期の病床機能、後ほど述べる「定量的な基準」などについて協議をいただいたものであり、主だった資料をP2・3に掲載している。

P4だが、昨年9月を中心とした各構想区域ごとの地域医療構想調整会議を受けて、11月30日には県医療審議会を開催し、取組状況を報告させていただいた。そして、この後に説明するが、「定量的な基準」に関して、県地域保健医療協議会を開催し、全和歌山県的な視点にて協議をいただいたものである。

次に、【資料3】をお願いしたい。県医療審議会（11月30日開催）にて事務局より報告させていただいた、当面の重点取組事項を説明した資料、である。

【資料3】P1だが、地域医療構想を推進していくにあたって当面、4点ほどの重点的な取組事項があるのではないかと考えているものである。すなわち、1点目は、この後に説明する「定量的な基準」によって、さらに病床機能の見える化を図り、病床機能の分化を進めていくということ。

2点目は、かねてから県内各地で議論をいただいている「公的病院を中心とした再編・ネットワーク化」をさらに進めることであり、特に、橋本・有田・新宮の3圏域

は今年度、重点圏域としているところである。

3点目の「非稼働病床に関する対応方針」については、昨年10月に各医療機関に通知もさせていただいたが、とりわけ、長期にわたって非稼働の状態にある病棟・病床に関しては、積極的な廃止を求めていきたいと考えているものである。

4点目は、各地域におけるバランスの取れた医療提供体制を構築していくにあたって、補助事業の見直しを検討しているものであり、本日後半の議題にて、ご説明させていただき予定としている。

P2～4は、各重点事項に関する参考スライドをお示ししているものである。

以上のうち、1点目の「定量的な基準」に関して、先般開催の県地域保健医療協議会にて議論をいただいた内容を中心に、報告をさせていただきたい。

《 事務局（県医務課 狗巻主任） 》

それでは「定量的な基準」の説明であるが、【資料4】～【資料7】を用いる。長くなるかと思うのだが、どうぞよろしくお願いする。

【資料4】のP1をご覧ください。（1）経緯やポイントであるが、①病床機能報告の目的は、各医療機関の病棟が担っている医療機能を把握し、その報告をもとに病床機能の分化・連携を進めていこうというものである。②しかしながら、「定量的な」基準は既にあるものの、「定量的な」全国統一の基準がない。③埼玉県や奈良県など一部の府県では、独自の基準を作成し調整会議の議論に反映済み。④このような状況を受けて、厚生労働省より、各県の実情に応じた「定量的な基準」を策定してほしい、という要請があったものである。

（2）「定量的な基準」の目的と狙いであるが、「〇」を3つ並べているが、新たに報告基準を設けるということではないこと。次に、各医療機関に、地域における自院の立ち位置をより正確に把握いただき、実態に合った自主的な病床機能報告につなげたいものであること。そして3点目。共通の「ものさし」、目安としてこの基準を調整会議の議論に活用し、議論を活性化につなげようというものである。

（3）本県における対応であるが、データ分析などの検討をこれまで重ねてきたが、去る2月5日に開催の県地域保健医療協議会において事務局案をお示しし、大枠の了解をいただいたところである。ついては、本日ははじめとする各地域の調整会議において、その基準をお示しするものである。

続いて、【資料5】をご覧ください。なお、資料5の構成であるが、前半が他府県の基準に関する説明や考察などであり、後半（P15以降）が、本県の基準案に関する説明について、という構成になっている。

〔P1〕本県の基準を考えるにあたって、このような「病院の機能」に関する考え方を反映してはどうか、というものである。すなわち、高度急性期の患者像は重症な急性期患者であるが、病院の機能としては救命救急センターであったり周産期母子医療センターであったり、ICUを保有する地域の拠点病院など、である。急性期の患者に対応するのは、二次救急病院であったり救急告示病院などではないか。回復期であれば、患者像はリハビリ期であったりサブアキュート・ポストアキュートの患者もいるわけだが、本県で指定している地域密着型協力病院や回復期病院などが担うのではないか、といった具合である。

このページの一番右のとおり、病床機能報告は「病棟単位」の報告であることから、急性期がどうしても、病床数の上では多く報告されがちであるが、これを、将来の必要病床数にも合わせる方向で、今回の「定量的な基準」を整理していったらどうかと

いうものである。

〔P 2〕 4 府県（埼玉県・奈良県・大阪府・佐賀県）の基準の概要である。

〔P 3〕 また、4 府県の基準が分析する、データの切り口やポイントをまとめたスライドである。

さて、ここで、A 3 の【資料 6】をご覧いただきたいと思う。

埼玉県基準は、「A～J」のいずれかひとつでも基準超えだと「高度急性期」。また、「K～P」のいずれかひとつでも基準超えであると、「急性期」と評価するもの。

奈良県基準は、50 床あたり換算で、「手術＋救急入院」が 1 日あたり 2 件を超える急性期病棟は「重症急性期」と呼び、2 件を超えないものは「軽症急性期」と呼んでいる。

佐賀県基準は、平均在棟日数に着目した基準である。急性期病棟で平均在棟日数が 22 日を超えるものは回復期とする、という内容である。参考までだが、この 22 日とは 10 対 1 基準一般病棟に係る診療報酬基準から設定したものだと聞いている。

大阪府基準は、50 床あたり 1 日平均で、埼玉と同じように 4 つある基準のうち、しきい値を超えるものが 1 つでもある急性期病棟は「重要急性期」と呼び、基準を超えないものは「地域急性期」と呼んでいるものである。

本日は、【資料 6】について、和歌山県内各病院の病棟について、各府県の定量的な基準をあてはめて分析し、今回会議に提示しているものである。なお、資料の性質上、委員席のみ配付としており、傍聴席には配付していないものである。和歌山県の基準の内容については、この後に説明する。

【資料 5】に戻って〔P 4〕であるが、4 府県の基準を先ほどから紹介したが、このスライドでは、急性期医療には 2 種類のタイプがあることについて説明している。

タイプ①は、至急でかつ高度医療技能を必要とするケースである。こちらは、埼玉県の基準などが、医療手技に係る点を評価しているという補足である。そしてタイプ②であるが、救急医療とは何も高度な技術を要するものばかりでなく、至急の対応を要するケースがある、ということである。

この「②至急の対応を必要とするケース」をどう評価・反映すればよいかを我々も検討したのだが、『救急搬送データ』を用いることによって、4 府県の基準と比べてもより、反映・評価ができるのではないかと考えているものである。

〔P 5〕ただ今ご説明の、4 府県の定量的な基準を、平成 29 年度病床機能報告結果に単純にあてはめた影響である。全体的な傾向としては、急性期と自主報告されていたものが、基準に照らすと回復期などと評価されるものが多いように思う。

〔P 6〕埼玉県の基準をあてはめた場合の影響をまとめたスライドである。青色棒グラフがもともとの病床機能報告の報告値。そして緑色棒グラフが、埼玉基準をあてはめてみた場合の結果であるが、高度急性期は、将来の必要病床数にも近づく方向で評価されるものである。

ただし、急性期・回復期機能の境界の評価になると、埼玉基準では、南和歌山医療センターを中心として重症救急の機能分化が図られている紀南地域などで、急性期で拾えない、急性期から回復期へと落ちる病棟が多すぎるのでは、という印象である。

〔P 7〕埼玉県方式に係る考察であるが、特に ICU 等の手厚い看護体制を組む病棟については全て、埼玉方式を本県の病棟にあてはめても、高度急性期基準を満たすというもの。よって本県でも十分、使えるものとする。

〔P 8・9〕また、ICU 等に次いで看護師配置が手厚い 7 対 1 基準の一般病棟においても、高度な医療を提供している病棟はひとつとおりに評価されるように思われる。た

だし、医大病院や日赤医療センターといった大病院の7対1基準の病棟であるのに回復期機能である、と評価されるものもあるが、それは少し違うのではないか、というものもあるわけである。

〔P10〕ここまでのまとめである。上半分であるが、医療手技に重点を置いてデータ分析を行う埼玉県方式による「定量的な基準」は、和歌山県内各病院の病棟にあてはめた場合でも、「ICU等の4対1基準病棟は、全てが高度急性期並み」「7対1基準病棟のうち、一部は高度急性期並み」と評価される。よって、高度急性期の基準（急性期との境界）については、埼玉県方式をベースとして考えてよいのではということである。

一方で、スライドの下半分であるが、例えば紀南地域では、南和歌山医療センターを中心とした救急の機能分化が図られている。このような場合は、埼玉方式ではうまく評価できない。そこで、P4でも触れたが、「軽症から重篤例まで幅広く含む救急搬送データ（消防統計）」に着目して、本県独自の検証を行ったものである。また、平均在棟日数（佐賀が基準に使っている）なども参照したのでご紹介する。

〔P11〕2016年の救急搬送数について、総数の多い順から県内病院を並べている。スライド右下に書いているとおり、救急搬送数が一定数よりも少ない病院について、急性期機能を担っていると果たして言えるのかどうか、という問題提起をさせていただいている。

〔P12〕佐賀県が基準として用いている、平均在棟日数が22日を超えるかどうかを、和歌山県内の病棟にあてはめて分析、検証したものである。この結果を見ても、やはり、平均在棟日数が22日未満となると、10対1基準以上の病棟ではないか。

〔P13〕本県の平成29年度病床機能報告の状況。このスライドから言えることは、「急性期機能とは、やはり10対1以上ではないのか」ということである。

〔P14〕このページの9病院（A病院～I病院）であるが、看護配置が15対1や10対1などの病院である。そして自主報告の病床機能報告では全て、急性期だと報告している病院である。これらの病院の病棟は、先行4府県のいずれの基準をあてはめてみても、急性期の基準に満たない。そしてまた、先ほど紹介した救急搬送数も、かなり少ない数となっている。

そこで、急性期に満たない要因として、救急搬送数が関連しているのならば、救急搬送数を基準に用いてはどうか、と考えるものである。

〔P15〕【資料5】の後半に入るが、これ以降、和歌山基準（案）を説明したい。

以下の①②の2つを併せて、和歌山の基準としてはどうかというものである。すなわち、①高度急性期と急性期の境界は、医療手技に着目した分析が可能な埼玉方式をベースに考えるものとして、また、②急性期と回復期の境界については、簡便で明快な基準を導入してはどうかということからも、客観的な救急搬送データを用いると書いているが、高度技術だけではなく、地域医療に対応するための救急搬送を評価する、という意味からも、救急搬送データを用いたいと考えるものである。

そして、①②の両者を包含する、病院として果たす機能をまずは踏まえた上で、基準を考えていきたいと思う。

〔P16〕P1でも示したスライドだが、今回は、ポイントを赤字にしている。

高度急性期機能の、7対1基準の一般病床のうち特に認めるものであるが、高度急性期とは高度医療技術を要するものであり、3次救急機関すなわち救命救急センターであったり、周産期母子医療センターであったり、ということである。

また、急性期機能に関しては、救急告示病院だということであれば、それは救急搬送

受入件数も含めて、内容も伴ったものであってほしい、と考えるものである。

〔P 1 7〕高度急性期と急性期との境界の基準について。①だが、I C U等は全て高度急性期とする。これについては皆様方、異論は無いのではないか。

②だが、一般病棟7対1基準で高度急性期機能と特に認めるものだが、先ほどからの説明のとおり、特定機能病院や救命救急センター、周産期母子医療センターといった3次の医療機能を担う4病院、具体的には医大病院・日赤医療センター・南和歌山医療センター・紀南病院であるが、埼玉県基準のしきい値1を超えるもの。なお、単年実績ではなく過去3年間程度の実績をみる必要があると考えている。

③また、7対1基準の病棟ならば急性期以上であって、回復期ではない。

以上の①～③のように整理したい。

〔P 1 8〕次に、急性期と回復期との境界の基準についてである。

①は、先ほどのP 1 7③の裏返しであって、7対1基準であるならば、回復期ではない、ということである。

②だが、10対1や13対1、15対1基準の各一般病棟であって、「急性期であると報告するのならば、それに相応しい機能を伴ってほしい」ということであり、すなわち、ここまでの分析結果に照らして、救急搬送データを基準に用いたいと思うものである。

〔P 1 9〕P 1 1と同じスライドであるが、本ページではピンクの線を引いている。年間で総件数300件以上、あるいは、入院に繋がってくる中等症以上の救急搬送件数が100件以上を受けている病院名に着色している。

このピンク色の線引きに関して妥当かどうか、先の県地域保健医療協議会において議論を賜ったところ、協議会の了解をいただいたものである。

〔P 1 9-2〕P 1 9は、2016年（平成28年）実績のデータであったが、2月5日に開催の協議会の後、2017年（平成29年）データ実績も判明したので今回、P 1 9-2として本日、お示しするもの。見比べていただくと分かるが、着色される病院名に違いは無いかと思う。なお、過去3ヶ年分のデータに関しても検証したが、それでも大きな傾向は変わらなかったことを念のために申し上げておく。

〔P 2 0〕以上の結果を整理したスライドである。

まず基準①は、「I C U等は全て高度急性期」。P 1 7のとおり、「埼玉県基準のしきい値1を超える、7対1基準一般病棟の特に認めるものは高度急性期」。また、高度急性期に満たない7対1基準病棟は、急性期と報告する。

続いて、基準②だが、救急搬送数が「総件数300件以上」あるいは「中等症以上100件以上）のどちらにも満たない場合は、急性期と報告しない。

あと、各地でご意見も承ったところだが、小児・周産期・緩和ケアなどの特殊性の強い病棟については、基準とは切り分けて考える必要がある、と考えている。

〔P 2 1〕今までの整理をこれにあてはめた結果である。青色棒グラフが、もともとの各病院の報告値を積み上げた病床機能報告による結果。また、オレンジ色棒グラフが、今回の和歌山県基準案をあてはめた結果、となっている。

ここで、ワンペーパーの【資料7】を参照いただきたい。「定量的な基準」のイメージをまとめたワンペーパーになっている。埼玉県の基準は、医療手技を反映するので、高度急性期を評価するには優れていると考えられる。しかし、急性期と回復期の境界を埼玉基準を単純にあてはめても、本県には少なじまない。そこで、奈良県や佐賀県、大阪府の方式などいろいろな研究したけれども、結論としては、客観的な救急搬送データを基準として用いたい、ということである。

【資料5】をもう一度お願いしたい。

〔P21〕【資料7】にてお示しした全県の機能別病床数を、医療圏に分解したらこのようになるというスライドである。

〔P22〕最後に、である。「定量的な基準」の意義としては（1）で書いている2点であって、「①一般病棟（7対1基準）に関して、高度急性期並みか急性期並みかの客観的な目安を提示するもの」及び「②一般病棟（10対1、13対1、15対1基準）及び地域包括ケア病棟に関して、急性期機能と名乗るに相応しい機能を果たしているのか否かの、客観的な目安を提示するもの」であること。

そして、（2）のとおり、目的・狙いについては資料4でも述べたが、3点。すなわち、『①各医療機関が病床機能報告を行うにあたっての報告基準を新たに設けるものではないこと。』『②各医療機関に、地域における自らの医療機能に関する立ち位置をより正確に把握いただくことによって、実態に合った自主的な病床機能報告につなげたいという趣旨であること。』『③また、「定量的な基準」を、医療機能や供給量を把握するための客観的な目安として地域医療構想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げようとするものであること。』

P22の一番下には、この資料の括りとして●をふたつ書いているが、本県の場合は、総病床数規模を一定、適正な規模へと収れんさせていく必要もある。そのなかで、この定量的な基準によって「病床機能の見える化」を図り、機能分化をさらに進めていきたいわけだが、それだけでは決して十分ではなく、「公的病院を中心とした再編・ネットワーク化」であったり、「長期にわたって非稼働の状態にある病棟・病床の整理」などの取組についても、並行して進めてまいりたい。

たいへん長くなったが、【資料4】～【資料7】に係る説明は以上である。

《 今西議長（県医務課長） 》

それでは、委員の皆様より意見や質問などはないか。（発言する委員等無し）

今回、「定量的な基準」の和歌山県案ということで本日の会議で説明させていただいたが、これだけの内容に対してすぐに質問、というのも難しいかもしれない。

本日の会議の中でも適宜、質疑応答の時間を設けたいと思うし、後日に事務局まで個別に質問等をいただいても結構である。それでは一旦、議事を進めたい。

〔 議題③（病床機能の現状等についてのアンケート結果概要について（報告）） 〕

《 今西議長（県医務課長） 》

引き続き、『③病床機能の現状等についてのアンケート結果概要について』であるが、昨年秋に事務局より各病院・有床診療所に対して実施したアンケートの結果概要に関して、まずは事務局より説明をお願いしたい。

《 事務局（県医務課 福岡主事） 》

それでは、【資料8】をご覧ください。この資料は、昨年10月から12月にかけて実施した「病床機能の現状及び今後のあり方等に関するアンケート」の結果について、概要をまとめたものである。

今回のアンケートであるが、和歌山構想区域内の40病院、31有床診療所を対象

に実施し、全ての施設から回答いただいた。また、アンケートの回答時に平成30年度病床機能報告の写しも提出いただいた。この場をお借りして、御礼申し上げる。

資料中、病床数などの平成30年度病床機能報告に基づく数値については、アンケート時点で把握させていただいた数値であり、確定値ではないので、ご注意ください。また、確定値の公表は、5～6月頃を予定している。

〔P1〕2025年の必要病床数と現状の病床数について、病床機能報告の速報値としてまとめたものである。真ん中の点線青で囲ったカッコ2が現状の病床数であり、和歌山医療圏は6,037床。県全体の合計が12,163床、となっている。

〔P2〕前年度との比較の一覧表となる。右下の欄内にあるように、機能別でみると急性期や慢性期が減って、全体の病床数としては116床の減となった。

〔P3〕P1・2の情報について、棒グラフにて比較したものであり、参照いただきたい。

〔P4〕和歌山保健医療圏構想区域における病床の現状である。昨年7月1日現在の許可病床数は、結論から申し上げますと、前年度（平成29年度病床機能報告の時点）と比べて大きな変動は見られなかった。病院・有床診療所を合わせた構想区域内の病床数は6,037床であり、前年度の確定値と比べると62床の減少で、大きな変化は無かったのではないかと思います。

〔P5〕P5は、病院の機能別の病床数などをお示ししたものの。病院の許可病床数は、昨年7月1日時点で5,581床であり、前年度の確定値と比べて17床の減少となっている。また、アンケートでご回答いただいた病床稼働率を4機能別にまとめたので、ご参考までにご覧いただきたい。

〔P6〕「病院の現状」として、病床の稼働状況などについてまとめている。まず、病床の稼働状況については、全許可病床（5,581床）のうち、病床機能報告上の非稼働病床、すなわち「1年間に一度も入院患者を収容しなかった病床」が317床あった。その中には、病棟単位での非稼働、すなわち病棟内の全ての病床が稼働していないケースもあり、これに係る病棟は3病棟、病床数では113床となっているが、日赤医療センターの緩和ケア病棟20床については昨年10月1日より稼働し、非稼働は解消している。

次に、病院の救急対応の状況についてまとめたのが真ん中の分布図である。ここでは、構想区域内の救急告示病院（24施設）についてまとめている。表の見方であるが、横軸に救急告示病院の24施設を、縦軸に救急車受入れ件数を、左から多い順に示している。救急車の受入れ件数は、アンケートによる数値なので、期間は平成29年7月1日からの1年間、である。

これを見ると、救急車の受入れ件数は、構想区域内の公的病院が多く受けている印象がある。その一方で、救急告示の指定を受けているが、年間の受入れ件数が100件を下回る病院もある状況である。当直の医師数が十分でないなどといった体制上の理由等によって救急受入れ件数が伸びないということもあるかと思うのだが、先ほどの議題でも説明させていただいたように、急性期機能を担っていただく上では一定以上の救急受入れ件数についても対応していただきたいと考えるものである。

また、各病院の今後の目指す方向性等について、アンケートの回答と、平成30年度病床機能報告における、予定としての「2025年における許可病床数」をもとに、8ページをまとめたものであるが、これは後ほどご覧いただくことにして、続いて7ページをご覧いただきたい。

〔P7〕有床診療所の機能別病床数などをお示ししている。有床診療所の許可病床数

は、昨年7月1日時点で456床であり、前年度と比べると、45床の減少となっている。また、アンケートでご回答いただいた病床稼働率を4機能別にまとめたので、ご覧いただきたい。全体としては50%程度の稼働率であり、80%を超える診療所が7施設ある一方で、全く稼働していない診療所が9施設、稼働率がかなり低い施設も見られるといった、2極化しているような印象を受けるものである。

〔P8〕続いて、各医療機関が将来担っていく方向性について、回答状況をご紹介します。左側が平成30年7月1日時点の病床数であり、矢印の右側が2025年における予定の許可病床数。病院の順番は、救急車受入件数の多い順に記載している。なお2025年の許可病床数については、今回の病床機能報告より回答必須の項目となったものである。廃止であったり介護医療院への転換予定などもあり、真ん中下に黄色で記載しているとおり、有床診療所も含めて、和歌山県全体としては11,688床ということになっている。また、病院の目指す方向性について、上の黄色の線で囲ってあるA～Fの類型に分けて集計している。これは、アンケートで選択いただいた役割である。

〔P9〕同じく9ページ目では、「有床診療所の将来担っていく方向性」として、各医療機関の予定としての「2025年における許可病床数」をまとめてある。先ほどの病院分と同様に、左側に平成30年度、矢印右側に2025年の許可病床数を示している。続いて、有床診療所の担っている役割について、いくつかの類型に分けて集計しているものである。この項目に関しては、アンケートにて選択いただいた役割であって、複数回答可とさせて頂いたため、各類型の合計値は、有床診療所の総数を上回ることに留意願いたい。

〔P10〕非稼働病床を有する医療機関として、平成30年度の病床機能報告の速報値を取り急ぎまとめたものなので、ご参照をいただければと思う。

〔P11〕前回の調整会議において「非稼働病床の定義について医療機関ごとに解釈が異なるのではないかと」の指摘があり、今年度以降の病床機能報告に正確を期するため、このページの下にあるように、県福祉保健部技監通知を発出し、改めて定義の周知を図ったものである。また、アンケートにおいては平成29年度報告分までの非稼働病床数に係る報告を改めて回答いただいた、昨年の平成29年度病床機能報告の非稼働病床数と通知による見直し後の非稼働病床数は表のとおりであるが、115床の差が見られた。

〔P12〕12～13ページには、アンケートにて寄せられた自由意見の主なものを紹介しており、参照いただきたい。

以上、アンケートの結果概要について、概要をご報告させていただいた。

《 今西議長（県医務課長） 》

事務局より、先に実施したアンケートの結果概要について、まずは説明をさせていただいた。それでは、ご意見やご質問がある委員には、順次発言をお願いしたい。

《 中谷委員（伏虎リハビリテーション病院） 》

資料8（P6）で示された救急件数について伺いたい。当院は、救急車を受入れた件数でもって回答したのだが、医大・日赤などの急性期病院で入院するほどではなく救急外来から直接に当院で受入れている場合もある。

そのような場合には、救急入院ということでアンケートで回答してよかったのか。あるいは、あくまでも救急車を受け入れた件数であるのか。夜間や休日などの時間外

に直接に受入れている件数もあるので、教えていただきたい。

《 事務局（県医務課 三田主査） 》

今回のアンケートに関して申し上げますと、この救急搬送件数についてはあくまで、病床機能報告に基づいた数字を回答いただいている。そのため、質問をいただいたような救急外来より直接に受入れた件数などは対象外となってくるものであるが、その点はどうか、ご了承をいただきたい。

《 今西議長（県医務課長） 》

他にはご意見・ご質問はないか。

それでは、今後ともこの地域医療調整会議において皆様方により活発な議論をいただくためにも、事務局としては様々な角度からのデータ分析、またこの会議への提供について心がけてまいりたいと思うので、引き続き、ヒアリングへのご協力など、よろしく願いいたしたい。

- [議題④（公的病院を中心とした経営分析等（県委託事業）について）]
[議題⑤（地域医療構想推進にあたっての補助事業の見直しについて）]

《 今西議長（県医務課長） 》

それでは、次の議題に進みたいと思う。

議題④であるが、セミナーの開催予定についてのお知らせとなる。

また、議題⑤であるが、補助事業に関して、新年度以降の見直しのポイントについて、事務局より説明をお願いしたい。

《 事務局（県医務課 三田主査） 》

それでは【資料9】をご用意いただきたい。

前回の調整会議にて説明させていただいた、「公的病院を中心とした再編・ネットワーク化の推進にあたっての経営分析事業」については、昨年10月の事業開始以来、関係各病院にご協力いただきながら、鋭意分析を進めてきたところである。

この事業の内容については、「経営分析等の実施」「再編・ネットワーク化（案）の提示」「セミナーの開催」が三つの柱となっており、現在、「経営分析等の実施」と「再編・ネットワーク化（案）」について、最終的な作業を行っている段階である。

そして、セミナーについては、2月に各医療機関あて案内させていただいたところであるが、来たる3月18日（月）、3月19日（火）の両日、それぞれ和歌山市と田辺市で開催させていただくので、本日改めてお知らせするもの。

具体的な内容については、講演いただく福祉医療機構との間で調整中であるが、おおむね、「和歌山県の地域分析結果」「経営分析の着目点と活用方法」「再編・ネットワーク化の参考となる事例の紹介」といった内容を予定している。また、今回の経営分析の結果から導かれた、本県の再編・ネットワーク化の方向性についても、かなりデリケートな内容ではあるが、可能な範囲で紹介できればと考えている。

セミナーへのお申し込みは、3月8日の締切とさせていただいたところではあるが、現時点で、定員までは余裕のある状況。これからお申し込みいただいても間に合うの

で、よろしくお願ひしたい。

なお、再編・ネットワーク化については、間もなく福祉医療機構から案の提示を受けるところであるが、今後、提示された案をもとに、公的病院を中心として、各圏域で丁寧な議論を進めていきたいと考えている。

引き続き、【資料10】をご用意いただきたい。

急性期から回復期への病床機能転換など、病床機能の分化・連携のための事業に対する補助制度については、制度をより一層活用いただけるよう、補助基準額や補助率の見直し、あるいは補助要件の緩和なども視野に検討していく旨、前回の調整会議で申し上げたところ。

その後、昨年秋に実施した「病床機能の現状等アンケート」の中で、補助制度についてのご意見・ご要望を伺ったところであるが、このアンケートの結果について、まずはご紹介する。

まずはP1でアンケート結果をご紹介したい。アンケートでは、「現在の補助金額」と、「補助制度に関する意見・要望」という2点について伺った。

まず、「現在の補助金額」については、回答総数133のうち、「特に意見はない・わからない」が多数を占めたところではあるが、それ以外では、「低い」とのご意見と、「適当」とのご意見が同数との結果となった。

また、「補助制度に関する意見・要望」については、寄せられた22のご意見の内容について、いくつかの類型に分類させていただいたところ、おおむね「補助制度のあり方についての意見」「補助制度の緩和に関する要望」「補助率等の嵩上げに関する要望」「その他」の4つに分類できた。類型ごとのご意見の内容については、主なものを掲載しているので、ご参照願いたい。

県では、これら医療機関の皆様から寄せられたご意見と、他の都道府県の補助制度の現状や、厚生労働省の考え方等も踏まえて補助制度の見直しを検討してきたが、このほどその内容がほぼ固まったため、本日紹介させていただくもの。

P2をご覧ください。補助制度見直しのポイントは、「補助率等の引上げ」「既存の補助メニューにおける要件の見直し」「新たな補助メニューの追加」の3つ。

まず、「補助率等の引上げ」についてである。具体的には、施設改修を行う場合における補助基準額を、これまで転換1床あたり333万3千円であったところを、他の都道府県の状況も踏まえて、362万4千円に引き上げたいと考えている。

また、補助率については、現在は2分の1としているが、改正後は、原則の率を「2分の1の範囲内において知事が定める率」と規定する。その上で、2019年度から2024年度までを特例期間として、2019年度から2020年度にかけては4分の3、2021年度から2022年度にかけては3分の2、2023年度2024年度にかけては2分の1に固定したい、と考えている。

次に、「既存の補助メニューにおける要件の見直し」について。見直しは、「急性期から回復期への病床転換事業」と「病床廃止を伴う施設転換事業」のそれぞれで実施するが、いずれも要件を緩和する内容である。

「急性期から回復期への病床転換事業」については、これまでは病床機能の転換を補助要件としていたが、これに加え、「既存の回復期機能の強化」についても補助の対象としたい。たとえば、地域一般入院基本料を算定している回復期の病棟において、地域包括ケア病棟入院料への変更と同時に医療機器の充実を図るような場合において、新たに補助金が活用できるようになる。

また、事業の実施後に算定すべき入院料として、これまで地域包括ケア病棟入院料

と回復期リハビリテーション病棟入院料の二つに限定していたが、今後はこれらに加え、一定の条件のもと、地域一般入院基本料も対象とする。例えば、地域一般入院基本料を算定している急性期の病棟において、地域一般入院基本料を維持しながら、回復期への転換のため医療機器の充実を図るような場合において、新たに補助金が活用できるようになる。なお、地域一般入院基本料を算定する場合の「一定の条件」としては、常勤のリハビリテーション専門職（理学療法士や作業療法士など）の在籍、あるいは、一定のリハビリテーション診療料を算定していることを要件とする。

「病床廃止を伴う施設転換事業」については、これまで「15床以上を一度に廃止する場合」という要件を設けていたが、この要件については、先のアンケートでも「要件が厳しすぎる」とのご意見がいくつも寄せられたところ。実際、有床診療所においては15床未満のところも少なからずあり、補助制度をより活用いただけるよう、今回、この要件を撤廃することとした。

また、転換後における施設の用途についても、これまでは地域包括ケアシステムの推進等の観点から、「通所介護施設」「通所リハ施設」「災害備蓄倉庫」に限定していたが、昨年、厚生労働省から、地域医療介護総合確保基金を活用した補助に関して、病床を廃止して他の用途に転換する場合、「他の用途」を幅広く解してよい旨の見解が示された。このことも踏まえ、県としては、5疾病5事業への対応をはじめ、県の保健医療計画に基づく医療提供体制の構築のために使用する施設に転換するという場合には、幅広く補助金を活用いただけるよう、要件を緩和することとした。

最後に、新たな補助メニューについては、3つのメニューを追加する。

まず、病床廃止に伴い、施設又は設備を処分する場合、処分に要する費用の一部を補助する。また、病床廃止の際、その一部を他の用途に転換し、残りは活用せず医療機器のみ廃棄するという場合、先ほどご説明した「病床廃止を伴う施設転換事業」との併用も可能である。

次に、「病床廃止等に伴う早期退職者に係る退職金」と書いているが、地域医療構想の方向性に沿った病床の廃止や機能転換に伴い、早期退職する職員が出た場合、早期退職に係る退職金の割増分の一部を補助するというものである。

最後に、医療機関において統合再編や連携等の計画を策定するため、分析等の業務を外委託するという場合、委託料の一部を補助する補助メニューを設けることとしている。

最後にだが、現在、補助要綱の改正について県庁内にて調整中である。調整が完了次第、県内の各病院及び有床診療所あて詳細を通知する予定としている。

補助制度については是非、積極的にご活用いただくよう、よろしくお願ひしたい。

《 事務局（県医務課 狗巻主任） 》

ただいまの説明に関して、一点、補足をさせていただきたい。

前回の第5回調整会議において、上野委員より『今後、各医療機関の回復期などへの病床機能転換が増えていくと思われるが、早くに機能転換する医療機関は認められて、後から転換する病院については、希望したところに転換ができないということにはならないか。何らかしらのルールを設けることも検討してはどうか。』とのご意見をいただき、事務局にて一度検討させていただきたい、とお答えしていたものである。

ルールの設定までは、現状においては正直、考えてはいないものだが、今回、補助事業に係る単価や補助率の嵩上げ、要件緩和などをお示ししたところである。

やはり、ハード的な施設・設備整備にはそれなりの時間や費用もかかるものでもあ

るし、地域医療構想の方向性と合致するものであれば、県としても必要な支援もしていく必要があると考えている。

和歌山医療圏の回復期の必要病床数は1,836床であるが、これが充足した瞬間に、それ以上に回復期を1床も増やせない、というような議論ではないと思う。もちろん、回復期病床があまりに増えすぎて一方で急性期病床が減りすぎて、地域全体としての救急機能が落ちてしまい支障を来すようなことになるといけないので、そういったことも想定されるような時期には、改めてルールの設定も含めて考える必要があるかと考えている。以上、補足とさせていただきます。

《 今西議長（県医務課長） 》

事務局より、セミナーの開催予定（資料9関係）及び補助事業の見直し（資料10関係）に関して、説明をさせていただいた。

それでは、皆様方よりご質問などがあれば、順次、発言をお願いしたい。

《 南條委員（和歌山労災病院） 》

地域医療構想担当の皆様のご努力に感謝申し上げます。現時点ではこのような基準で進めていくわけだが、この「定量的な基準」のしきい値については、これから運用を始めた後に、何年か先に見直すことはあると思ってよいのかどうか。先ほどから、例えば高度急性期や急性期の割合や値に関して事務局より説明があったが、これで運営していきながら、今後の見直しがあるのかどうかを教えてください。

《 事務局（県医務課 狗巻主任） 》

もちろん、この基準でもって未来永劫ずっと修正することなく進めていくことにはならないかと思っている。本日の和歌山医療圏の会議を皮切りに、来週には県内各医療圏の地域医療構想調整会議も順次開催されるが、この基準に対するご意見も各地域ごとに伺う予定としている。

今回お示しした【資料6】の分析結果資料に関しても、平成29年度病床機能報告（平成29年7月1日現在）データに基づく分析となっている。【資料8】にて平成30年度報告の速報値をアンケート取りまとめベースで本日取り急ぎお示ししたが、その細かなデータまでは我々もまだ持ち合わせていないので、詳細データが入手できれば【資料6】に関しても時点修正していきたい。そして、時点時点において患者の受療動向であったり各医療機関の体制や医療機能の状況なども当然、変わり得るかと思う。高度急性期機能の評価にあたっては、単年でなく3年程度の状況を見たいという説明も先ほど申し上げた。

そのあたりの状況などを勘案しながら進めていくことになるかと思うので、今後の見直しに関しても当然、あり得るものと考えている。

《 南條委員（和歌山労災病院） 》

県としては毎年、この状況を観察しながら続けていく、ということか。

《 事務局（県医務課 狗巻主任） 》

病床機能報告における「定量的な基準」に関してだが、平成30年度の各病院の報告は既に終わってしまっている。次回の平成31年度病床機能報告、実務的には今年の秋頃に各病院に報告をいただくことになるわけだが、それに向けてこの基準も参考

としながら機能報告をいただければありがたいが、本日や来週の調整会議において寄せられるご意見も踏まえながら、変えるべきところは変えていきたいと思う。

和歌山県全体としての統一的なものさし、基準ということで本日お示ししているものだが、本日は一方的な説明になってしまっているかと思うので、本日の会議以降にでも結構なので、忌憚の無いご意見をお寄せいただければ我々としても検討させていただきたいと考えている。

《 上野 地域医療構想アドバイザー 》

この「定量的な基準」が導入されたきっかけであるが、病床機能報告は当初、各病院の希望がかなり前面に出ていた報告になっていたかと思う。しかしそれでは、病床機能の分化が全く進んでこないわけである。何らかの指標をこのあたりで出さないと進まないということでこの基準が導入されるわけであり、病床機能報告をより正確にしていくための参考基準であって、この基準でもってスパッと切ってしまうような強制力があるものではないので、その点をまずはご理解いただきたいと思います。

この「定量的な基準」を見て、各病院が地域における自分の立ち位置をしっかりと把握してもらって病床機能報告をしていただく。その上で、毎年の病床機能報告の状況をずっとみながら、最終的な2025年における病床数にある程度合うような状況にしていく、という流れであって、必ずしも「定量的な基準」が完全に固まってしまっているわけではなく、あくまでも参考となる基準であると私は理解している。

《 今西議長（県医務課長） 》

他にご意見やご質問はないか。ただいまの「定量的な基準」に関する内容でも結構であるし、補助制度の見直しに関する内容でも結構であるので。

《 上野 地域医療構想アドバイザー 》

補助制度に関しては、県はたいへん頑張ってくれていると思う。各病院ともいづれは何らかの病床機能転換を考えていかざるを得ないのではないかと思うので、この補助制度を是非、上手に活用していただきたいと思います。使えるものは使っていただければよいと思うので、各病院にもよく考えていただきたいと思います。

《 大下随行者（和歌山労災病院） 》

補助制度に関して質問したい。急性期から回復期への病床機能転換などに関しては補助事業の対象となるかと思うのだが、例えば、急性期病床からICU病床への転換、後ほどの資料にも出てくるのだが、ICUの増床といった内容に関しては、この補助金はいただけないということなのか。

《 事務局（県医務課 三田主査） 》

本日の【資料10】には記載をしていないのだが、この補助事業において、急性期から高度急性期への機能転換にあたっての補助、というメニューも設けている。ただし、このメニューに関してはあくまでも、高度急性期機能が全く無い圏域において高度急性期機能病床を持っていただくためのものと位置付けている。和歌山医療圏においては、高度急性期機能を持つ病床がたくさんあるので、和歌山医療圏に関しては、補助事業の対象からは外れてきてしまうので、ご理解を賜りたい。

《 森岡委員代理（和歌山生協病院） 》

【資料5】（P21）において、「定量的な基準」の和歌山方式をあてはめた場合の病床数と、2025年の必要病床数が示されている。先ほどからも説明があったが、急性期病床について見ると、和歌山方式と必要病床数との乖離がまだ大きいのではないかと思う。

それを今回の「定量的な基準」で機能分化を進めながら、並行して、公的病院を中心とした再編・ネットワーク化を図りつつ、2025年の必要病床数に向けて落とし込んでいく、ということによいのか。また、落とし込めなければこのままの現状、ということになるのか。

《 事務局（県医務課 狗巻主任） 》

【資料7】のワンペーパーが全体的なイメージを掴んでいただきやすいのではないかと思うので、ご参照いただきたい。「定量的な基準」について、いろんな検討を重ねた上で和歌山方式の基準を導入していきたいわけだが、一番右にある2025年の必要病床数、これもあくまで、2013年の病床稼働実績に人口推計を乗じた結果として9,506床程度が必要だという医療需要予測に基づくものではあるが、取組の方向性としては、医療機能別にもまた総病床数としても一定、必要病床数を目指して収れんさせていかねばならないと考えている。

ぴったりと9,500床に合わせていくとか、急性期病床が多いので各圏域一律で2割ずつ削減するといった乱暴な進め方はもちろんしないわけだが、今の質問の中でほとんどお答えをいただいたように思うが、今回の「定量的な基準」をお示ししつつ、公的病院を中心とした再編・ネットワーク化の議論も進め、長期にわたって非稼働の状態にある病棟・病床については本日説明のような補助制度も用意しているのでその廃止も含めて積極的な検討をお願いしつつ、いろんな論点があり壮大な地域医療構想ではあるが、ひとつずつ取組を進めてまいりたいので、ご理解を賜りたい。

《 今西議長（県医務課長） 》

補助事業に関しては、アンケートの結果なども踏まえて、補助単価の引上げや新たな補助メニューの追加などに関して本日、方向性をお知らせさせていただいた。

各医療機関にあっては、補助制度の活用については是非、幅広くご検討をいただくとともに、個別具体的に、何なりと事務局（県医務課・保健所）まで相談をいただくと幸いである。

〔 議題⑥（和歌山保健医療圏構想区域における当面の病床機能転換予定等について） 〕

《 今西議長（県医務課長） 》

次の「⑥和歌山保健医療圏構想区域における当面の病床機能転換予定等について」であるが、まずは事務局より説明させていただいた後、各該当の医療機関より順次、ご説明をお願いしたい。

《 事務局（県医務課 福岡主事） 》

それでは【資料11】をお願いしたい。今回、3病院（和歌山労災病院・誠祐記念

病院・藤民病院)より、当面の病床機能転換予定に関して申し出があった。それぞれの転換予定内容についてはP2～4にのとおりに本会議に提出いただいているので、各病院の皆様より順次、説明をお願いしたい。

《 南條委員（和歌山労災病院） 》

当院は現在、ICUは4床で運用しているところである。「断らない救急医療」に取り組んでいるが、ICUが満床になっていてなかなか救急を受入れられないことが生じてきている。そこで、ICU2床の増床が必要と考え、今回、調整会議の了解をお願いするものである。

ICUを常時6床稼働することによって、二次救急患者の受入れであったり、高度急性期の治療を必要とする重症患者の受入れが円滑になるかと思うので、ICU2床の増床について、ご理解を賜りたい。

《 松本随行者（誠祐記念病院） 》

当院は、急性期病棟が2病棟で82床、慢性期病棟が30床の合計112床の病院であるが、資料にお示ししているような急性期・慢性期の病床機能を担っているところである。

この4月以降であるが、急性期病棟に関しては、地域医療構想を見据えて2床を削減して80床とし、そのうち10床について地域包括ケア入院医療管理料算定病床へと転換させていただきたい。引き続き、心血管、循環器疾患の急性期病院としてその役割を果たしていきたいが、一部病床を地域包括ケア病床として転換し、在宅患者の急変時、レスパイト入院等の患者や高度急性期からの患者を積極的に受入れていく。

地域密着型協力病院の申請についても、資料には検討中と書いているが、申請する方向で考えており、地域医療に貢献していきたいと考えている。

慢性期病床に関しては、2025年に向けた慢性期の減床を考慮し、療養病棟を休床又は閉鎖する予定で考えている。

《 津村委員（藤民病院） 》

当院は現状、医療療養病床が120床であるが、平成29年3月までは医療療養と介護療養を各60床ずつで、医療と介護をつなぐ役割を担ってきた。

療養病棟の場合にはどうしても医療区分という枠組みがあり、また介護療養病床が制度として廃止になるということなどもあって、現実問題として医療と介護をつなぐということが厳しくなっている状態である。

そこで、回復期の地域包括ケア病棟を40床と、慢性期の医療療養病棟を60床として、病床の上では20床の廃止となるがそのうちの17床を介護医療院とすることについて、資料中に示したスケジュールで順次転換していきたいと考えており、ご理解をよろしくお願いしたい。

《 今西議長（県医務課長） 》

各病院の委員より、転換予定に関してそれぞれご説明をいただいた。それでは、今回の転換予定について、委員の皆様方でご協議いただきたいと思う。まずは、先ほどご説明いただいた内容に関する意見や質問などがあれば、発言をお願いしたい。

(発言する委員等は無し)

《 今西議長（県医務課長） 》

特にご意見やご質問は無いようである。3病院の転換予定について、それぞれにご説明をいただいたが、まず、和歌山労災病院にあっては、昨年秋に回答いただいたアンケートにおいても将来の目指す方向性は「A」ということで、高度急性期・急性期の医療需要にしっかりと対応していくという方向性をこれまでも示していただいている。今回、ICU病床を2床増床することについても、その機能を果たそうとするためのものであると理解するところ。

誠佑記念病院についても、同じく目指す方向性は「A」ということで、救急医療にもしっかりと対応いただく方向性をこれまでも打ち出していただいているが、今回、回復期の地域包括ケア病棟の一部開床によって、回復期患者の受入れ体制の強化を図るということ。また併せて、地域密着型協力病院の申請も検討しておられる状況、ということであった。

また、藤民病院にあっては、目指す方向性は「C」ということで、引き続き長期療養の医療ニーズに対応しつつ、新たな介護保険施設である「介護医療院」に一部を転換することにより、慢性期の医療・介護ニーズに一体的に対応していく。また、誠佑記念病院と同様に、その一部を地域包括ケア病床に転換し、「地域密着型協力病院」の申請も予定している、ということであった。

以上のことから、3病院の目指す方向性、それから地域医療構想全体として進めていく方向性にも照らして概ね合致しており、問題は無いのではないかとと思われるところである。

それでは、今回の各転換案件に関して、この調整会議としての確認をしておきたいと思いますが、「了解する」ということについて、委員の皆様方には異論はないか。

（特に発言する委員等は無し）

それでは、これらの転換については、了解をいただいたものとする。

《 今西議長（県医務課長） 》

なお、この機会であるので、他に、今後の病床機能転換を予定されている医療機関があれば、情報共有をいただきたい。該当がある医療機関にあっては、挙手のうえ、ご発言をお願いしたい。

（特に発言する委員等は無し）

今回、補助事業の充実などについても説明させていただいたこともあり、病床機能の転換を検討される医療機関も今後、さらに増えてくるのではないかとと思われる。

皆様既にご承知かとは存じますが、この調整会議の取組方針として、『各医療機関の病床機能の再編、分化、連携に関してはこの「協議の場」において、委員相互の協議・理解のもと、取り組みを行うこと』と確認しているところである。

病床機能の転換を検討されている医療機関にあっては、まずは事務局まで、幅広に事前協議いただくよう、改めてよろしく願いするものである。

〔 議題⑦（その他） 〕

《 今西議長（県医務課長） 》

事務局より本日用意した議事としては以上になるが、最後に、全体を通して何か質

問や意見があれば、発言をお願いしたい。

《 田村委員（河西田村病院） 》

地域医療構想アドバイザーの就任ということで【資料1】により報告いただいた。

昨年11月に県医師会の移動懇談会（和歌山市・海南地区）が開催された際に私が質問した内容について改めて述べたいのだが、地域医療構想によって病棟・病床再編が進むに従って、地域の開業医は今までとは違った方法で患者を看たりする必要があるのではないか、などと県医師会の上林副会長にお尋ねしたところ、その際は確かなお答えをいただけなかったので、この場でお答えをいただければ幸いである。

《 上林 地域医療構想アドバイザー 》

地域医療構想は、病院のみに限らず、地域の開業医にも影響を与える問題であると思う。また、医師過剰地域において開業しようとする際には、本日のような調整会議の議論を経て、救急であったり公的な機能を担うことが開業の条件として付与されるなどの開業制限がなされるような制度が議論されているかと思う。

この議論がさらに進めば、医師の供給、大学医学部における定員数であったり、また地域枠医師の定員などの問題が絡まってくるかと思う。地域医療構想のみならず、医師数に関することなども含めて我々は考えていかねばならない。また、医師の地域偏在等についても問題になってくるわけであり、診療所の数などをみていると、この偏在をどのように解消していくのが重要な課題である。

もうひとつは、病棟を持っておられる先生方にとっては、人口減少の時代に確実に入ってきていることもあり、もっと危機感を持った方がよいのではないかと思う。それぞれの病院の特徴を明らかにし、強みを持っておく方がよいのではないか。

また、先日に厚労省主催で開催された全国のアドバイザー会議の資料を見れば、山形県などでは複数公立病院が合併してひとつの病院となり、他の病院がサテライト化するなどの再編がなされているという事例が紹介されていた。

また、地域医療調整会議が単なる報告の場になってしまっており、内容のある議論が調整会議においてなされていないというご意見などもあるようである。

これから、徐々に色々な問題が明らかになってくる筈であり、地域医療構想においてもしっかりと考えていかねばならない時期にきているのではないかと考えている。

《 田村委員（河西田村病院） 》

私の期待してお答えをいただけなかったもので、もう一度伺いたい。

地域医療構想が進んでくると、病院だけではなくて、診療所にも影響してくるということを申し上げた。なので、診療所の先生方はどうするのか。また、県医師会としてはどう考えるのか、というあたりをお尋ねしたものである。

また、本日は「定量的な基準」の和歌山県方式が示された。埼玉県の方式に加えて救急搬送数を和歌山県では用いるということであったが、この件に関しては、県医師会に対して県から事前に相談があったのかどうか、教えていただきたい。

《 上林 地域医療構想アドバイザー 》

今回の「定量的な基準」に関しては、検討段階においていくつかの案が県より示され、また最終的な案については、本年1月以降に県よりお示しいただき、説明を受けたものである。

《 田村委員（河西田村病院） 》

地域医療構想アドバイザーに対しては事前に説明があったものの、県医師会に対しては、県より事前に相談などはなかった、という理解でよいのか。

《 上林 地域医療構想アドバイザー 》

また、ご指摘のあった診療所の問題に関しては、もちろん並行して考えていかねばならないと考えているが、県医師会の中でもまだ考え方はまとまっておらず、もう少し機が熟してこないと方向性が決まらないものと思われる。

《 田村委員（河西田村病院） 》

機が熟していないとは矛盾した発言であると思うのだが、現実的に、機能を転換した病院が出てきたらその病院に対して病診連携をどうしていくのかを考える必要があるのではないかと申し上げている。

《 今西議長（県医務課長） 》

和歌山県方式の基準に係る策定プロセス等に関しては、県医務課の担当者より説明をさせていただきたいと思う。

《 事務局（県医務課 狗巻主任） 》

「定量的な基準」に関しては、埼玉県などの先行4府県において既に基準を導入しており、その他の各府県においても同様に基準導入を検討してほしい、と厚生労働省から要請が、また日本医師会からも「都道府県は県医師会ともよく相談しながら進めてほしい」との要請があったものである。

この基準を議論し決定する場所は、もちろん県庁で勝手に決めるわけではない。厚生労働省からは、県医師会・県病院協会をはじめ県レベルの医療関係団体の長で構成される、県地域保健医療協議会において基準に関する議論をしてほしい、ということであった。よって、11月30日には県医療審議会を、2月5日には県地域保健医療協議会を開催させていただき、県より提示した基準案に関して協議をいただいたものであり、協議会の委員をお願いしている県医師会の会長様・副会長様・理事様とともに検討を積み重ねてきたものである。

本日の資料のとおり、何分、この膨大なデータ分析であったため、県医務課職員数名がかりで数ヶ月、作業を重ねてきた。なので、分析作業が専ら県医務課主導になった点に関してはお詫び申し上げたいと思う。

お尋ねのこの基準に関しては、本年2月5日に開催の県地域保健医療協議会ということで、県医師会様をはじめとする県レベル各団体の先生方で構成される会議にお示しさせていただきつつ決めたものであり、ご理解を賜りたい。

それから、田村委員からは診療所に関するご意見も頂戴した。本日もご説明した定量的な基準はあくまでも病院の基準である。本日も、各有床診療所より多くの委員に出席いただいているが、【資料8】説明の際にも申し上げたが、有床診療所は多様な患者に対応しておられるし、その時点時点で、急性期・回復期・慢性期の患者もそれぞれ入院されているかと思う。単純な病床稼働率だけでみれば確かに、高い稼働率のところもまたそうでない有床診療所もあるであろうが、地域に密着した多様な機能を担っていただいていることも承知しており、各医療圏の調整会議でも同様のご意見を頂

載している。

このように、地域医療構想は病院のみの議論ではなく、有床診療所の果たすべき機能のあり方なども含め、今後とも検討してまいりたいし、本日はたいへん重要な問題提起をいただいたものと考えている。

また、クリニックは何も有床診療所のみではなく、無床診療所も地域に多くあるわけである。上林先生からも先ほど発言のあった医師の需給や偏在に関する問題もあり、これも地域医療構想と互いに絡み合っており本当に難しいわけであるが、今後とも、皆様方のご指導を賜りたい。

《 田村委員（河西田村病院） 》

県から県医師会に対しても事前に相談をいただいていたということが分かったので、感謝申し上げたい。先ほども申し上げたが、既に、病院の病床機能の変更等によって、地域の診療所の病院連携にも大きな影響を与えてくるわけである。

全国的には既にそのような話は認識されていて、雑誌などにも取り上げられたりしているが、是非、この地域医療構想調整会議の中で、県医師会の先生方には、診療所がどのような影響を受けているのかを是非、お伝えいただきたいと思うので、よろしく願います。

《 今西議長（県医務課長） 》

それでは、特にご意見等も無いようであるので、以上をもって、本日の議題を全て終了とさせていただきます。

（３）閉会（和歌山県福祉保健部 野尻技監（健康局長）より閉会挨拶）

長時間にわたりたいへん熱心な議論を賜り、御礼申し上げます。

まず「定量的な基準」に関してであるが、それぞれの病院の立ち位置、実態に沿ったかたちで今後の病床機能報告につなげていただけるとありがたいと考える。本日の会議の中でも「この基準は固定的なものなのか」とのご質問をいただいたが、様々な状況の変化などをみながら、今後とも考えてまいりたい。

また、補助事業に関しては、是非、積極的なご活用をいただきたいと思う。

非稼働病棟・病床のあり方に関してであるが、県としての考え方に関しては既に皆様方にお示ししているところであるが、ご理解を賜りたいと考えている。

先ほど上林先生からも発言があったが、国の医師需給分科会において、今後の医師需給見込み、将来の医師数見込みなどに関する議論が行われている。地域医療構想、医療提供体制の議論と、医療従事者、医師確保の議論は切っても切れない関係にあるわけであるが、今後、地域医療対策協議会を開催し、議論を賜る予定としている。

最後になるが、我々としては、皆様方の提供する医療に関して充実していきながらも、県民目線で、全体的な社会的な状況を踏まえつつ、今後とも取組を進めてまいりたいと考えており、皆様方のご理解・ご協力を賜れば幸いです。

本日は、ありがとうございました。