

平成 30 年度第 2 回上小医療圏地域医療構想調整会議議事録

日時：平成 31 年 1 月 17 日（木）

午後 6 時～8 時 45 分

場所：上田合同庁舎 講堂

1 開会

2 あいさつ

3 会議事項

(1) 長野県地域医療構想調整会議（仮称）の開催について

医療推進課 棚田課長補佐が資料に基づき説明。

質疑なく、了承された。

(2) 地域医療介護総合確保基金事業について

医療推進課 伊藤主任が資料に基づき説明。

質疑なく、了承された。

(3) 公立・公的以外の医療機関の 2025 年に向けた具体的対応方針の調査結果について

医療推進課 山浦主事、伊藤主任が資料に基づき説明。

(結城委員)

急性期の病院は平均在院日数が短くなっているが、急性期度というか、急性期の医療を提供しているかどうかを量るには、平均の入院単価ではないかと思うがどう考えるか。

(医療推進課 伊藤主任)

今回病床機能報告から出しており、患者の疾病の状況がわからないことがある。急性期で報告されているものにも、ICUを持つ中核病院と有床診療所の急性期ではそれぞれ役割が違うと思うので、単純に地域医療構想の推計値と比べて過剰なので転換しなければならないということではなく、ご提供いただいている急性期医療の状況の課題や役割を認識していただいた上で、今後の病棟機能の判断等にご活用いただきたいという主旨である。

(結城委員)

病床機能を報告する場合、例えば当院では 60 床を急性期としているが、実際に提供している医療が急性期かどうかということではなく、急性期でありたいという気持ちを反映している部分がかかなり大きいのではないかと思う。これだけを見て、急性期は過剰で回復期は足りないという結論は導けない。急性期病棟で提供する医療内容を分析するため、平均在院日数や利用率、在宅復帰率ではなく入院単価ではないか。手術などの医療資源投入量は、単価でかなりわかるので、急性期度は単価で分析すべきと思う。在宅復帰率は軽症の患者はほぼ 100%でしょうし、当然平均在院日数も短いので、何を見たいのかこれだけ聞いてよくわからなかったところがある。

(医療推進課 棚田補佐)

今のご意見については、私どもも病床機能報告だけでは見えない実態をどうやって明らかにしていくかが課題になっている。病床機能報告の基準と地域医療構想を策定したときの基準が必ずしもイコールになっていない状況であり、どうやって実態を反映させて議論に反映させて

いくつか、厚生労働省でも課題だったと認めており、都道府県サイドからは制度的にしっかりクリアできるように形にしてほしいと従前から申し上げてきたが、なかなか難しい状況だった。県によっては、独自に客観的なデータを使いながら線引きをしていこうという取組も一部にあり、そういった取組を各県で地域の実状に応じて考えてほしいと、今年度厚生労働省から言われるようになった。今回お示したのもその一端となるもので、まだ手探りの状態でお示している。ご指摘のあった単価でみるという方法も他県で試みられており、県の調整会議を設置する中で、実態を反映した分類の方法も議論していく予定であり、皆さんのご意見を反映する形で、どういった形ができるのか、今後詰めさせていただきたい。

(柳澤病院 柳澤院長)

資料の正確性が大事である。例えば 9 ページの地域包括ケア病棟入院料 1 は 39 床だが、11 ページでは 89 床となっている。また、東御市民病院では、23 ページでは地域包括ケア 1 となっているが、9 ページでは地域包括ケア 2 となっている。この相違は何か。

(医療推進課 伊藤主任)

9 ページの資料は時点が違っており、病床機能報告ではなく、平成 30 年 10 月 1 日現在で関東信越厚生局が公表している施設基準の届出状況となっている。11 ページは平成 29 年度の病床機能報告の結果となっている。11 ページの地域包括ケア病棟入院料 1 の 2 病棟は、23 ページのデータでは丸子中央病院の 1 病棟 50 床と依田窪病院の 1 病棟 39 床で合わせて 89 床である。

(柳澤病院 柳澤院長)

わかりました。ただ、この資料をベースに考えて下さいということなので、そういう説明があってもよかったですのではと思う。

(医療推進課 伊藤主任)

ご指摘の点は今後の資料作成等で注意していく。

(会長)

調査にご回答いただいた病院の皆様から何かございますか。

(塩田病院 堀内副院長)

当院は、回復期になっているが、慢性期で入院期間が長い患者が増えている傾向がある。今後、検討していきたい。

(柳澤病院 柳澤院長)

単価の話があったが、判断する 1 つの材料にはなると思うが……。二次救急をやっている者としては、超重症者は信州上田医療センターでお願いすることが多く、そこまでではない軽症は積極的に二次救急側で受け入れていくのが役割だと思っている。そうすると一概に単価の高い人を区別すればいいというものではないと思う。もちろんそれも 1 つの判断とはなるが。この資料では入院がどこから来たかのデータもあるが、診療所、病院、施設からの受入れをどれだけしているのか、急性期としてどれだけ貢献しているのかという評価の参考材料になるのではないか。自院の中だけで完結するのではなく、連携をどれだけしているかを評価することも大事である。

(上田病院 森院長)

引き続き、自院でできる範囲で地域医療に貢献したい。当院としては地域包括ケア病床をこれからどうするかも考えなければならない。また、7 対 1、10 対 1 などの急性期の基準を満たすマンパワーの問題もあり厳しい状況である。

(小林脳神経外科・神経内科病院 鳥羽院長)

今まで脳神経外科の単科ということもあり、脳神経外科を中心にかなり超重症なものから軽症まで取り扱ってくる中で、特殊性、スペシャライズしたことが中心でやってきた形が、地域医療構想の中で、押しなべてこういう風に医療機関を統制していきたいという中で、自分たち

の病院を維持していくため、特殊性とマッチしていくのかどうか心配である。その地域ごとに医療事情があり、その地域に合ったものを考えたいと言いつつも、おそらく国・県においても、膨れ上がった医療費を考える上で、効率性なり、ある程度の政策的なことが入ってくると、どうやって調整をとっていくのが不安であり、悩みである。上小地域をどうするのかと大きな目で考える心配と、自院のことを考える不安や心配が重なり、難しさを実感している。

(安藤病院院長 安藤委員)

急性期とか回復期とか言葉はわかるが、一応急性期という扱いになっているが、結局民間病院としては、行政側でカテゴリーに入れたいということがあるのかどうかかわからない。結局定義の仕方次第で回復期であり、超急性期であり、療養病床になったら慢性期だと言い切れるのかどうか、言葉遊びと言うと言い方がきついが、その中で、地域として回復期に近いニーズが高いがやっているところがないから今後力を入れようとか、ここで話し合いができて、最終的に病床の転換とかをしていくときに皆さんの了承をいただく場なんだろうなと理解して話を聞いていた。

(上田花園病院 横関院長)

当院の状況は、年間 240 件くらいの骨折患者があり、急性期で 7 床、29 床が地域包括ケア病床であり、地域包括ケア病床を急性期とするのか、回復期とするのか、定義は当初から迷っている。急性期病床で手術をこなして地域包括ケア病床に入れ、在宅復帰率は 90%以上である。病床利用率は約 8 割であり、地域包括ケア病床を含めて平均在院日数は 30 日くらいである。

資料 21 ページのグラフで、横軸の急性期病棟は、各病院のものか。縦軸の点数は、A 2 点、B 3 点等の点数を足したものか。

(医療推進課 伊藤主任)

横軸は各病院の病棟である。縦軸は A が 2 点以上かつ B が 3 点以上などの割合で、7 対 1 と 10 対 1 の施設基準を満たす患者がどれだけいるかをみている。資料 23 ページの右側（右から 7 列目）の 34.7%以下のデータをグラフにしたもの。

(丸子中央病院院長 勝山委員)

民間病院で税金も払っている病院がかなりの役割を果たしていることがわかると感じた。まず一つ目に、平均単価については、診療単価に矛盾を感じている。単価の高い医療をすると結局は患者の負担となる。地方自治体も豊かでない中一般会計から国保の会計へ繰出しを行なっているが、厚労省はなぜか単価の高いところを素晴らしいとしており、非常に矛盾を感じる。実際、単価の高い病院は、一般的な意味で診療内容のレベルは高いかもしれないが、長野県全体で見るとそういう病院の医療は利用できない人がいる。どのくらいかわからないが、事後そういう人はもっといる。医療費全体のことを考えると、厚労省は逆に、診療単価は低いが診療の内容はよるしいというところに何かインセンティブを考えてほしいと、厚労省にも繰り返し申し上げてきた。次に上田地域は医師や看護師などの人口 10 万人当たりの数が圧倒的に少ない。医師を 100 人増やさなければ長野県の平均に追いつかない。医療機関の少なさや様々な専門領域の医師の少なさは歴然としている。旧丸子町から奥でいうと、小児科医が極めて少なく、お産ができる環境にもなく、3 万何千人あるが、非常に医療資源が乏しい。この地域の医療提供体制を整えるために、もっと投資をしていかなければならないが、民間病院で税金を払って利益が出るかと言えばかつかつ、どうやってレベルを上げる原資を得るかを理事長以下日夜悩んでいる。こういう調査も役に立つとは思いますが、背景に、未来に向かって投資していけるだけの医療をしていくという条件を整えないと地域が疲弊していつてしまう。是非皆さん、我々は未来に向けて投資していかないとこの地域の状況はますます悪くなってしまふ、それを認識して、経営ができる医療の体制を整えていきましょう。また、ベッド数が過剰という話があるが、開業医から聞いた話では、救急患者が出て上小地区の 7 病院に電話したが、全部満床で断られた

とのこと。こういう背景があることも考えながら、ベッド数の問題を考えていきたい。一番言いたいのは、この地区は医療資源が県の中でも、全国の500医療圏の中でも極めて少なく、未来に向かってもっと医療提供体制を整えていかないと地域が栄えることはできない。再投資をする資源を皆さんや行政と一緒に考えていかなければと思う。

(会長)

公立・公的医療機関のうち、信州上田医療センター、東御市民病院、鹿教湯病院、三才山病院については、この後の議題となっております。他の公立2病院におきましては、2025年に向けた対応として、病床数については、どうお考えでしょうか。

(依田窪病院院長 三澤委員)

全部急性期となっているが、地域包括ケア病棟が1病棟あり、これを回復期と捉えると実際には急性期2単位、回復期1単位となる。病床数については、長和町の人口の減少を考えると、地元の患者だけを診ていく形だと自然に減っていくと思うが、実際に整形外科の患者の70%が町外の人なので、今後どうなっていくかは働くマンパワーの問題で変わっていくと思う。実際に、研修がきちんとできないと大学の若い医師を派遣してもらえず、信州型総合医の制度も地域の小規模病院には来ていない現状。今後、地域に医療資源がないと病院の経営も非常に苦しい。病床数に関しては具体的に何床とは決まっていない状況。

(上田市立産婦人科病院院長 村田委員)

新改革プランの中で、経営形態の見直しをすることになっているが、現在具体的な検討に入っていない。検討に当たっては、地域の周産期医療のあり方を含めての検討が必要であり、地域の関係機関のご協力をいただきながら、今後検討していきたいと考えている。

(会長)

貴重な御意見をありがとうございました。

今回、民間医療機関の2025年に向けた対応方針等について、情報共有をしていただきました。調整会議としては大筋了承ということで、今後、公立・公的病院も併せ、具体的な取組等については、さらに議論を深めていきたいと考えますが、よろしいでしょうか。

そのようにさせていただきます。

(4) 信州上田医療センターの現状と休棟病床の運用見込みに関する計画について

医療推進課 伊藤主任が資料に基づき説明。

吉澤委員が資料に基づき説明。

(結城委員)

信州上田医療センターで足りない病床は急性期病床という説明だと思う。救急の患者が増えているが、急性期病院に急性期ではない患者がたくさん入院しているため、急性期の患者を受け入れられないということでしょうか。

(吉澤委員)

急性期で受け入れた患者が急性期を過ぎてもなかなか他へ行けないという意味。

(結城委員)

その状況を何とかしようとしたのが地域完結型の医療と思う。施設完結型の医療に逆戻りしているような印象を受ける。

(吉澤委員)

いまの状況は逼迫している。患者を受け入れられず、必死で地域連携室が他の病院を当たって転院を考えているがどうにもならない。全ての回復期をやるということではなく、一部の、例えば整形で大きな手術をすればどうしても長くなるので、そういう場合は当院である程度リ

ハビリまでやって帰る、そういう病棟も必要ではないかということ。

(結城委員)

地域包括ケア病棟の役割には、サブアキュート、ポストアキュートがある。当院は、最初の頃は地域包括ケア病棟にポストアキュートの患者の転院が多かったが、急性期病院が地域包括ケア病床を持つようになって激減した。そういった状況で、信州上田医療センターには、急性期や救急で頑張ってもらいたい。居住地にもよると思うが、この二次医療圏では、信州上田医療センターに救急医療やオペをがんばってやっていただき、回復期は当院のような病院に送っていただくという地域完結型の機能分担のための会議と思っていたが、先ほどの説明は昔ながらの急性期から回復期まで抱える施設完結型に逆行しているように感じられる。

(吉澤委員)

全く急性期が受け入れられないくらい逼迫している。当院でも地域連携室があちこち連絡して何とか転院させようとしているが空かない。

(結城委員)

それを何とかやりましょうという会議ではないか。

(吉澤委員)

具体性がないと、それはどうにもならない。地域完結型が理想だが、今どうするんだと言うと、入院を断っている状態。全部とは言わない、一部は当院である程度のクッションを作らないと救急患者を受け入れられない。

(丸山委員)

休棟病床を閉鎖せず、救急が回らないので、がん（緩和ケア病床）を含めて有効活用したいということだと思うが、具体的には、改装しないといけないとか、人員配置などの関係でまだ時間がかかりそうか。

(吉澤委員)

許可などいろいろあるので、早くても1年半くらいはかかると思う。医師はこれからまだ増える見込みがあるので、ますます病床は足りなくなると考えている。

(丸山委員)

慢性期まではともかく、後期急性期を含めて活用してもらえば、地域完結型かなと思う。

(小林脳神経外科・神経内科病院 鳥羽院長)

信州上田医療センターの窮状はわかったが、一つ気になるのは、リハビリの連携会議をやっているが、松本からのリハビリが一挙に減っている。これは松本地域の病院が回復期、包括ケアセンターを作り、地域完結ではなく1病院完結を目指す傾向になったためであり、結城委員の心配はわかる。(一方、)今のままでは信州上田医療センターが機能せず困る。特にがんの緩和ケア病棟は(地域の)どこにもないので是非ともお願いしたいが、地域包括ケア病棟については悩ましいところ。

(三澤委員)

依田窪病院では整形の医師が減り、人工関節手術の減で患者が80人から60人に減っているが、リハビリの職員はおり、地域包括ケア病棟もあるので、いくらでも送ってもらえば、受入れできる。こういった連携ができないことや、もう一つ、上田市の方がなんで鹿教湯や依田窪まで行くのかという発想がある。当院でも、急性期病棟にいたのに、なぜ地域包括ケア病棟に移すのかと怒る患者がいる。病院完結型ではなく地域完結型とするには、地域住民の方に、ある程度落ち着いたなら、「これとこれとこれがあります。あそこの病院は職員が慣れていていいリハビリができます。」と、そういった提案を案内していく体制を作らないと、松本の病院のように全部抱え込んで他の病院経営も苦しくなるので、地域連携、うちの病院の事情を話していない部分もあるので、もう少し詰めてほしい。

(勝山委員)

発想が時代に逆行している印象は否めない。自院で完結する感じで、なかなか難しい問題が起きてくるかなと思う。緩和ケア病棟とか全く新しい機能というのは納得できるが、既存の医療をやっていくのを拡大していくとなれば当然上田市内の周辺病院に影響が出てくる。例えば平均在院日数の短縮を徹底的に図っていき、周辺病院の病床を活用していく方向でと思う。もう一つ、信州上田医療センターは地域再生計画の時から集中的な資金の投資が行われてきた。それは地域医療の核となるようにということで投資がされたわけで、上田市内にどんと座って、(旧)和田村の人が信州上田医療センターへというのは大変であり、やはり依田窪病院へ行ってもらわなければ困る。アクセス最優先というわけにはいかないが。集まってきた医師を周辺医療機関でどうやって活用するかということもある。当院(丸子中央病院)も、信州上田医療センターから一部専門医に来ていただいている。そういう発想も加えて、周辺の依田窪病院や東御市民病院などにも医師を派遣していただいて、医療をサポートすることを同時並行でやっていくと、患者の回転も良くなるのではないかと。そういったことも付け加えてやっていったらどうか。オープンするのは100床全てで考えているのか。

(吉澤委員)

ほぼ100床です。上小地域の人口からすると過剰と考えていなかった。当院も地域包括ケアは考えていなかったが、今年になって患者が急増してベッドが回らなくなった。他の病院にお願いしていないわけではなく、地域連携室の人を増やして毎日のように他の病院にお願いしているが、断られたり待たされている状況が続いており、救急患者を受け入れられない。救急患者を受け入れるため、病床を空けるために、重症から落ちてきた患者や手術後の患者で入院している方の受入れ先を探しているが、現在ない状況。全て当院で完結しようと考えているわけではなく、最低限これくらい必要ではないかと考えている。重症を脱した患者や手術後の患者の急性期病床を空けて、救急患者を受け入れたいという趣旨である。

(会長)

ほかに何かありますか。

信州上田医療センターには、輪番制後方支援病院として、地域の救急医療に大きな役割を担っていただいております。スムーズな救急患者の受入れのため、後方病床の受入体制について、地域内での連携・機能分担が進みますよう、今後も情報提供や議論を進めていきたいと思えます。また、そうした状況を踏まえて、非稼働病棟の再稼働による地域包括ケア病棟の開設についても議論を進めていきたいと思えますが、いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。そのようにさせていただきます。

(会長)

それから、地域包括ケア病棟以外の非稼働病棟の運用見込みについて、緩和ケア病床の開設、新型インフルエンザ病床の確保、HCUの拡充予定等、他に御意見等がありますか。

(遠藤委員)

次回に向けて情報提供をしてほしい。緩和ケア病棟の必要性は世界的にも叫ばれているが、実際には治る医療からの転換が難しく、必ずしもがん患者が緩和ケア病棟を選ぶとは限らないというデータも出ている。長野県内にも緩和ケア病棟はあると思うので、実際の利用率やニーズを教えてください。私としては、緩和ケア病棟を進めるのは賛成の立場であり、実際に運用するために、現状と今後について分析したい。

(医療推進課 伊藤主任)

県内では長野地域と諏訪地域に緩和ケア病棟があり、病床機能報告により利用率や在院日数などわかるので、資料を用意する。

(会長)

30床としたのはデータの理由があるのか。

(吉澤委員)

ニーズがあるという予測。県外の国立病院機構の緩和ケア病棟の資料を集め、また、昨年4月から緩和ケアの専門医が1人きて、今の病棟の中で診ており、30床くらい必要という見込み。

(会長)

ほかに何かありますか。

緩和ケア病床の開設等の非稼働病棟の運用について、調整会議としては、方向性は了承ということで、今後、具体的な取組等について情報提供をいただき、さらに議論を進めていきたいと考えますが、よろしいでしょうか。

(勝山委員)

了承ということだが、現在の病床をどうやって効率的に運用するか、現在全く持っていない緩和ケア病棟を増やすのとは全く意味が違うので、もうちょっと検討してから提案していただかないと賛成はできない。もう一つ、100床で1日4~5万円だと500万円、365日16~17億円、これが上田地域の医療費として発生するので、周りに影響がないことはあり得ない。もう少し具体的に何床か、100床増やせば看護師もコメディカルもたくさん必要であり、この医療資源の乏しいところで大変な状況になってしまう。100床増やす前提の検討について了承するという意味なら、反対である。

(池田会長)

地域包括ケア病棟は次回にまた検討することとして、緩和ケア病棟の開設、新型インフルエンザ病床の確保、HCUの拡充については、概ね了承ということではよろしいでしょうか。

そのようにさせていただきます。

(5) 東御市民病院と鹿教湯三才山リハビリテーションセンターの再編・ネットワーク化に係る連携協議の状況報告について

医療推進課 伊藤主任が資料に基づき説明。

東御市民病院 武舎事務長が資料に基づき説明。

(勝山委員)

前回は150床程度への増床で、今回縮小を検討という説明だが、具体的にはどうか。もう一つ、この地域は病床が過剰であり、この調整会議でかなり議論があつて、減床はあくまで目標の数値でペナルティーがある性格のものではないとのコメントがついて発表されたが、やはり病床を基準に合わせる方向だと繰り返し説明を受けてきた。減床させる資源はどこから出てくるのか。その時に説明があつたのは、私立病院からベッドを一律に減らすと言っても行政で経営責任を取ることは難しいだろう、そうするとベッド減らす対象は公立病院や休床している病棟だろうと言ってきた。ここで信州上田医療センターが100床全部やりたい、東御市民病院で増やしたいとなったときに、県としてはどうなるのか。特例措置だから過剰になってもいいのか。

(東御市民病院院長 結城委員)

確かに過剰かもしれないが、ベッド数自体はあるが有効に利用されていないところが問題だと思う。かたやいっぱい受けられない病院と、かたや稼働率が低くて有効に利用されず、どうぞ来て下さいという病院がある。そこを有効にするためには、急性期で手術が終わって回復期となった患者の出場所がないから休床を稼働させるというアイデアはちょっと違って、だったらうちへ来て下さいというところ。当院の場合には地域の病院なので、地域包括ケア病床がサブアキュートとして利用されて利用率が上がって90%となるとときもあるが、信州上田

医療センターのような急性期病院がどんどんオペができるようにするためには、地域のベッドを有効に活用し、当院のようなところで回復期のベッドがあればということ。

(東御市民病院 武舎事務長)

規模については、鹿教湯三才山病院がベッドを減らしていく中で、当初 90 床の拡充を考えていた。その内訳は、当院の機能として足りていない回復期と慢性期の両方を増やしたいと検討していたが、議論の中で、地域医療構想を主に考えるとこの地域は慢性期のベッドはかなり過剰だということなので、やはり回復期に絞った形での増床を検討し、なおかつ、増床数も 90 床ではなく、1 病棟程度でと現在検討しているところ。

(信州上田医療センター院長 吉澤委員)

勝山委員はベッドがどんどん増えればそれだけお金がかかるというが、とにかく今患者がいて入れない。地域の病院はどこもいっぱいで断ったと聞いており、今の状況で受けてくれるところがない。当院の地域連携室が頑張って、回復期の患者を受けてほしいとどこの病院にも電話をしているが、それができなくてベッドがいっぱい。ベッドが増えたからお金がかかるというのではなく、患者が実際にいるわけで、その患者が入院できない状況が一番まずい。そのために当院で一部やらざるを得ないということで、地域完結を否定するものではなく、むしろ上小地域全体で地域完結にしたいと考えているが、現状、本当にベッドがない。他の病院に聞いても空かず、ある程度はやむを得ないのではないかと考えている。

(安藤委員)

東御市民病院の病床 90 床の拡充と鹿教湯三才山リハビリセンターの 120～140 床の減床でトータルとしては減ることになるが、ベッドの維持に関する看護師や介護士、リハビリ関係のスタッフも減るという想定かというのが一点。今後は厚生連で運営することがベースになるので、厚生連の病院の中で、例えば三才山病院で勤務する方に東御市民病院での転勤を命ずるといったことを想定しているか。

(鹿教湯病院院長 大澤委員)

決まっているわけではなく、独り歩きされると困るということを重々ご理解いただいた上であるが、基本的には、病床を削減するのはいいが働いている方をどうするかは極めて重大なことであり、どんな形になるかはわからないが、結果的にはその人員は東御市民病院へ行かない限り実現はできないと思う。

(安藤委員)

診てもらわなければいけない患者が信州医療センターにいっぱい来ていることは存じている。その中で、この地域の医療スタッフの数も限定されている。病棟が増えたことによって、外部から看護師がたくさん流入して来てうまく回るとことはおそくなさそうであり、今現場で働いている人がそちらへ流れていくことになる部分が少なからずあると思う。同じようなことが、東御市民病院と鹿教湯三才山リハビリセンターとの中でも、人がうまく動くか、数が決まるとおりに動くということは難しいと思うので、給与をあまり出せない民間病院から看護師が流出することになると、輪番機能自体を維持できなくなるのではないかと心配している。もちろん高度急性期を受けてもらう病院がなければ話にならないが、その下のラインも見据えてこの会議を進めていただければありがたい。

(鹿教湯病院院長 大澤委員)

信州上田医療センターの話の中で回復期の話があったが、当センターでは回復期は満杯。在院日数を短くして取扱患者数を増やしているが追いつかない場合は回復期へ入る。ただし一方で、患者が埋まらない病棟が出てきている。療養病棟で、入っていただく患者がいない。回復期の機能については増やしたいと思っている。また、リハビリセンターでは、意見書本文に示された以上の減床を検討しているところであるが、10 年、20 年先の地域に必要なベッド数を決

めていく会議だと思うので、10年、20年先を見据えた時に、うちはあと何床減らせばいいのか誰かに教えていただきたいというところである。今120～140床程度の減床としているが、さらに減らすとなると、センターで病院が2つある理由がなくなってくるので、1か所にまとめることも可能なのか、内部的には話が出ている。長期的にはベッドをどう減らすかという流れであり、東御市民病院が増えるというだけでなく、全体で考えていただきたい。

(勝山委員)

行政ではどう考えているか見解を聞きたい。

(医療推進課 伊藤主任)

特例を使って病床を増やしていいのかという点であるが、地域医療構想で人口減少を踏まえた推計値がある中で、一方、各医療機関がどういった医療資源を活用して対応していくか、機能分化を進めていくかということがあるので、県としては、増やすか否かの判断をまずこの地域の調整会議に協議の場を委ねており、特例があるから増やせませずではなく、特例の活用をよしとするかどうかをまず地域でご議論いただきたいというのが県の立場である。

(勝山委員)

その場合、特例は、地域の病床の将来推計から除外されるのか。

(医療推進課 伊藤主任)

除外はされない。基本的には病床過剰地域では病床は増やせないが、それでも特例の要件をクリアした上で、かつこの調整会議の中で増床が必要だとしてご了承いただいたものとなっているので、調整会議でご議論いただくことが重要である。

(遠藤委員)

信州上田医療センターの件は許可病床として認められている100床の休床(の再稼働)、今の再編は増床を特例として認めるかという議論、その辺の重みづけはあるのか。特例で増床を認めるかどうかは調整会議で大いに議論して決めるとして、休床についてはどういう扱いとなるのか。

(医療推進課 伊藤主任)

今回の増床については、法律に基づく許可をするかどうかということであり、最終的に県で許可の法律判断をする際に医療審議会でご議論いただくこととなる。また、国を含めた判断となる。非稼働病棟の活用については、法律に基づく許可等をするものではなく、この地域として再稼働が必要かどうか判断いただくといった違いがある。

(丸山委員)

小県医師会長として、最初に連絡があったときにはネットワークをやりたいということだった。意見書を作成というときに、(連携協議会の)委員として出席した。その中で一番感じたのは、住民が求めている、必要だからという話がしきりにあったが、今日の資料3の23ページにあるように、東御市民病院の29年度の病床稼働率が66.4%で、ちなみに当院(丸子中央病院)は94～97%である。60床で足りないという話であったが、稼働率が低いということは本当に住民の熱い希望があるのか、ちょっとわからない。それから意見書の付帯事項にもあるが、東御市内の医師会の先生ともっと連携を取って話をしてくださいと、ベッドが満床で本当に足りないのであればそうだねとなるけれどもということ、これだけ一生懸命やっていただいた状況。一番は、同じ医師会とはいっても上田市と東御市では行政も違うし距離も違う。それが両方合わせて減るからいいじゃないかというのは乱暴ではないか。東御市内唯一の病院で外来もやっており、外来機能についても何度も話をしたが、外来は考えていないと、返答をいただいておらず、どういう病院にしていくのかわからないが、一方で市民病院としての機能を維持してほしい気持ちがある。同時に鹿教湯病院の方も、鹿教湯地域の外来機能を担ってほしいと、医師会長として話している状況。ただ、開業医の先生方も、まだ計画段階で見えないところもあり、

医師会として同意できない先生が多く、どういう病院になるのか具体的に青写真が見えないので不安感が強いことがある。一方で東御市内の先生には、何かあったときにすぐ診てくれる病院がほしいという意見があることも事実。以上が医師会の立場であるが、個人的には、ベッド過剰地域であり、当院（丸子中央病院）も330床から新築移転で10%の33床を減らし、かなりの大打撃である。そんな状況で民間は頑張らなければならないが、公的（公立）病院は合併特例でいろいろ補助金が出る、鹿教湯三才山リハセンターが減るからいいじゃないかという言い方もされるが、減った分をそのまま公的（公立）病院へもっていくのはどうなのかという感覚がある。上田市内の（民間病院の）先生方も頑張っているが、もうちょっと自分たちもベッドがあれば、いい形の診療ができるのではないかと思っている先生もいるかもしれない。公的で持っているものを自分たちでまたもっていくというのが本当にいいのかどうか、また、地域的な問題もあり、鹿教湯三才山リハセンターで減った分を都会に持ってきてもうまく経営をやるんだというのは、本当に地域医療の連携という点でいいのかという懸念がある。いきなり公的（公立）病院だけが合意なくそれを使うということでなく、地域のためにもっと深い議論をした上で、同意を得てほしい。

（三才山病院院長 泉委員）

三才山病院は34床の回復期があり、鹿教湯病院とセンターになったときに鹿教湯病院へ回復期機能をまとめようという話があったが、諸事情により今できていない。三才山病院の34床は、リハビリテーション科の専門医と後期研修医の2人の医師が主に診ており、その2人が回復期の34床だけではなく、院内の60床も受け持っていることから、回復期34床を満床にするように受入れることは難しい。鹿教湯病院でも医師が潤沢ではなく、空床があったとしても信州上田医療センター等からの紹介をなかなか受け入れられない状況がある。さらに、三才山病院で入院を組んでも、患者の家族が遠すぎるからと断るケースが非常に多く、鹿教湯病院でまた組み直すといった無駄が多い状況で、信州上田医療センターや小林脳神経外科・神経内科病院から紹介していただいた患者を早く受け入れられない。信州上田医療センターが困らないようにするためには、やはりアクセスのいい場所に回復期があつて患者や家族が今よりいい状態にすることができれば、急性期からの受け入れも早くなり、回復期の有効活用もできるのではないかと思う。

（会長）

他にありますか。ではこれで質疑を終了いたします。

この件につきましては、引き続き、東御市及び厚生連において、調整会議の委員の意見等を踏まえ、しっかりと御検討いただき、関係者等へ丁寧に説明していただくとともに、調整会議へも状況報告をしていただくようお願いいたします。

4 その他

（医療推進課 棚田補佐）

3月に開催を予定する在宅医療&介護連携推進セミナー（案）について案内。

（日向副所長）

次回の調整会議は、現時点では来年度になってからの開催を予定しております。開催時期が決まり次第、事務局から日程調整をお願いしますのでよろしくお願いいたします。

5 閉会

（会長）

以上をもちまして、本日の議事を終了いたします。議事進行に御協力をいただき、ありがと

うございました。また、今年度の2回の会議において活発に御議論をいただき、ありがとうございました。