

令和6年度第2回
神奈川県保健医療計画推進会議

令和6年9月30日（月）

神奈川県総合医療会館・ウェブとの併用

（ハイブリッド形式）

開 会

(事務局)

それでは、定刻となりましたので、ただいまから令和6年度第2回神奈川県保健医療計画推進会議を開催いたします。私は、議事に入るまでの間、司会を務めさせていただきます、神奈川県医療企画課の柏原と申します。委員の皆様、よろしくお願いいたします。

初めに、会議の開催方法等について確認させていただきます。本日はウェブでの会議とさせていただいておりますが、一部の委員の方は事務局会場から参加するハイブリッド形式での開催とさせていただきました。ウェブ会議進行の注意事項につきましては、事前に会議資料とともに送付いたしました「ウェブ会議の運営のためのお願い」と題した資料をご確認ください。

本日の出席者は、事前にお送りした出席者名簿のとおりでございます。また、神奈川県保健医療計画推進会議設置要綱第5条において、「会長は、必要があると認めたときは、委員以外の者の出席を求めることができる」と定めているところです。本日は、横須賀市民生局健康部保健所企画課長の長谷川様にご出席いただき、議事の(4)横須賀市立うわまち病院の移転に伴う地域医療支援病院の名称使用承認の取扱いについてご説明いただきたいと思っておりますので、委員の皆様はご承知おきください。

次に、会議の公開についてです。本日の会議は原則として公開とさせていただいております。開催予定を事前に周知いたしましたところ、ウェブで傍聴の方が3名いらっしゃいます。傍聴のルールにつきましては、神奈川県保健医療計画推進会議傍聴要領を定めておりますが、改めて皆様にお知らせさせていただきます。本日の会議の写真撮影、ビデオ撮影、録音、録画をすることはできません。本日の結果につきましては、審議速報及び会議記録として、これまでと同様、発言者の氏名を記載した上でホームページに公開させていただきますので、よろしくお願いいたします。

また、本日の資料は、委員の皆様事前にメールにて送付させていただいております。本日は画面共有もさせていただきながら説明等させていただきますので、画面のほうもご覧いただければと存じます。

それでは、以後の議事の進行につきましては、鈴木会長にお願いいたします。

(鈴木会長)

ありがとうございます。鈴木でございます。円滑な議事の進行に尽力してまいりますので、皆様のご協力をよろしくお願いいたします。

議 事

- (1) 令和6年度の病床整備事前協議について〔資料1・参考資料1-1～5〕

(鈴木会長)

それでは、協議事項（１）令和６年度の病床整備事前協議についての説明を事務局からお願いします。

(事務局)

(説明省略)

(鈴木会長)

ありがとうございます。事務局から、今年度の病床整備事前協議の実施について、横浜・湘南東部地域については例年同様のスケジュールで公募、川崎北部・相模原地域については10月から今後の公募を実施することなどについて予告し、公募要件や公募期間は第2回の地域医療構想調整会議で引き続き協議を行うこと、横須賀・三浦は今回は事前協議は実施しないということの説明がありました。何かご意見はございますでしょうか。

(須藤委員)

公募委員の須藤と申します。病床整備事前協議の会議方法について、事務局様に要望がございます。従来の会議では、基準病床数や病床配分数の議論に時間が割かれ、他の重要な論点に十分な時間が与えられなかった可能性があることは、各構成員の皆様からのご発言があり、共通の認識かと思えます。もちろん、病床配分数の決定は慎重な議論が必要であることは論をまちません。しかしながら、一部ではありますけれども、本年度第1回の医療構想調整会議を傍聴させていただくに当たって、やはり病床配分の議論に多大な時間を要していることに違和感を感じます。今後の新たな地域医療構想の議論は、入院医療に加え、外来や在宅、介護との連携を含んで、医療提供体制全体の課題解決を図る必要があるかと思えます。その議論時間を確保するためにも、病床整備事前協議では、会議前に意見を事前聴取する方法や、厚労省や大学の医療政策部門の皆様が会議に参画して第三者的な視点からの意見を参考にする方法、また、病床配分は実態の変化を踏まえて段階的・弾力的に決定する方法等も考えられるかと思えます。

加えて、地域医療審議会等の事前調整会議と、地域医療構想調整会議の病床整備事前協議の関係性を明確にさせていただくことも必要かと思えます。事務局様におかれましては、会議形式の見直しも含め、より効率的な進め方を検討していただき、病床配分の議論以外の論点にも十分な時間がかけられますよう、工夫を賜りたくお願いいたします。私からは以上です。

(事務局)

須藤委員、ありがとうございます。医療企画課長の市川です。ご意見はごもっともだと思っております。我々としても効率的に、かつ、納得が得られる形での議論を進めたいと思っておりますので、ご意見を参考にしながら調整していきたいと思えます。

(鈴木会長)

須藤委員、よろしいでしょうか。何かそれ以外に大丈夫でしょうか。ありがとうございます。

それでは、この事務局案のとおり進めるということでよろしい方は、こちらでは挙手していただいて、Zoomの方は挙手ボタンを押していただいてもよろしいでしょうか。よろしい方は挙手していただければと思います。

(挙手)

(鈴木会長)

多数という形でいいですか。ありがとうございます。挙手多数ということで事務局はよろしく願いいたします。それでは、次の議題に進みます。

(2) 病床整備事前協議により配分を受けた病床の入院料等の変更の取扱い〔資料2〕

(鈴木会長)

協議事項(2) 病床整備事前協議により配分を受けた病床の入院料等の変更の取扱いについて、事務局からの説明をお願いします。

(事務局)

(説明省略)

(鈴木会長)

ありがとうございます。事務局から、事前協議により配分を受けた病床の入院料等の区分変更の取扱いについて、同一の病床機能内であれば、病床機能の転換には該当しないこと。ただし、同一病床機能内で入院料等を変更しようとする場合は、あらかじめ当該地域の地域医療構想調整会議での協議を必要とするという旨の説明がありました。なかなか難しいですが、お分かりいただけますか。何かご質問はございますでしょうか。

(井伊委員)

ご説明ありがとうございます。一橋大学の井伊です。1点教えていただきたいのですが、回復期リハビリテーションの病棟入院料と地域包括ケアの病棟入院料は、大体どのぐらいなのか教えていただけますでしょうか。説明を伺っていて、入院料が影響しているかもしれないので、参考にしたいと思います。よろしくお願いします。

(事務局)

神奈川県医療企画課の松本と申します。井伊先生、ご質問ありがとうございます。まず、回復期リハビリテーション病棟入院料につきましては、1から6まで区分がございます。この区分によって点数が若干変動しますが、このうち、回復期リハビリテーション病棟入院料1ですと、2229点でございます。項目が多いので全て読み上げることは省略させていただきますが、1が2229点で、6が1859点となっております。一方で、地域包括ケア病棟入院料につきましては、少し説明が難しいのですが、こちらは1から4まで区分がござい

ます。そのうち、一番高い点数である1の入院料につきましては、40日以内の期間であれば2838点でございます。41日以上期間になりますと、少し点数が減少いたしまして、2690点ということになります。

(井伊委員)

分かりました。ご説明ありがとうございます。どのぐらいの額になるのか、直感的にはよく分かりませんが、大体分かりました。ありがとうございます。

(鈴木会長)

ありがとうございます。ほかに何かご質問はよろしいでしょうか。

(小松委員)

県医師会の小松です。今のご質問に関して、同じ回復期機能でも回復期リハビリテーション病棟というのは、どちらかというと救急のイメージが全くない、入院した患者さんがリハビリをするところです。ですから、先ほど言った点数に加えて1日6単位ぐらい、結構な点数のリハビリが上にかぶさっていきますので、恐らくはこの点数に加えて1000点ぐらいは高いのではないかという気がします。あとは疾患によって入院の期限が定められています、基本的にはリハビリをするところです。一方で、地域包括ケア病棟の場合は、その中にリハビリを最低2単位やることというのが包括されていますので、その点数だけで比較するのは非常に難しいですが、人員基準といたしまして、回復期リハビリテーション病棟をやろうとすると、病院としては当然、10名以上のリハビリのセラピストが必要になるので、リハビリの人を確保するのが厳しいということになります。逆に、地域包括ケア病棟というのは、どちらかというと、今回できた地域包括医療病棟と同じように、高齢者の入院需要に対応するという意味でいうと、リハビリの方がメインではなくて、医療・看護が必要な病棟ということなので、同じ回復期なのですが、毛色は全然違うという特徴というか、そこは大分違うのではないかという気がします。

(鈴木会長)

ありがとうございます。先生、よろしいですか。

(井伊委員)

はい。小松先生の説明でよく分かりました。どうもありがとうございます。

(鈴木会長)

小松委員、ありがとうございます。ほかは何かよろしいでしょうか。

(小松委員)

では、1点だけよろしいですか。小松です。度々のことなのですが、今回のこの話題というのは実は2つあるとあって、1つは先ほどの資料で、横須賀・三浦地域は昨年度病床配分を行ったとき404床の募集があつて、その中からこの医療機関に病床を配分されたわけですね。つまり、逆に言うと、駄目と言われたところもあるわけです。であるならば、文言はどういうものが適当か分かりませんが、基本的にはやはり届出をした病棟

で対応していくというのが当たり前の話であって、まだ開いてもないのに病床機能を変えというのは、規則的にはありと言われても、個人的には非常に違和感を感じます。

医療関係者の感覚から言うと、地域包括ケア病棟をやるということで手挙げをしたけれども、実際は回復期リハビリテーション病棟をやるとなると、ちょっと待てという意見が相当出たと思います。ただ、回復期リハビリテーションではなくて地域包括ケアをやって、地域の中の高齢者の急病対応をしてくれるということだったらありではないかというのが地元の意見だと思うので、その現場の声はもちろん大事にすべきと思いますが、本来の病床配分というのは、基本的には届け出たものをやるべきです。先ほど言った10年継続するかどうかということは、5年続けている中で診療報酬が変わったとかいろいろなことがあって、そこに関して変更することに関しては地域の中で柔軟であるべきですが、まだ開けてもいないうちからこういう対応をするというのは、本来的には望ましくありません。今回、川崎や相模原で募集の仕方や期間について考えながら新しいものを募集しようと言っているのも、公募の時点でできるだけきちんとした計画を立てるだけの準備期間を医療機関に示していただいて、その上で我々医療機関も極力、実行性のあるものを出すということだと思っています。出してたまたま通ったからラッキーで、ではこのようにしよう、取りあえずこういう形で出しておいたけれども、これだと大変だからこっちにしよう、同じ病床機能だからいいよねというのはちょっといかなものかと思います。そこに関して変更がある場合は、地域の中で協議して承認を得るという流れを続行してくださるということなので、そういう形でやらないと、ご都合主義というか、ちょっといかなものかと思って意見しました。お時間ありがとうございます。

(鈴木会長)

ありがとうございます。ほかはよろしいでしょうか。

それでは、事務局案につきまして賛成の方は挙手、Zoomの方は挙手ボタンをお願いします。よろしい方は挙手をお願いします。

(挙手)

(鈴木会長)

ありがとうございます。総員となります。それでは、次の議題に進みます。

(3) 定量的基準による分析結果及びデータ分析事業の実施〔資料3〕

(鈴木会長)

協議事項(3)定量的基準による分析結果及びデータ分析事業の実施につきまして、事務局の説明をお願いします。

(事務局)

(説明省略)

(鈴木会長)

ありがとうございました。事務局から、定量的基準を用いた病床機能報告についての分析結果と、データ分析事業の実施についての説明がありました。委員の皆様、何かご意見とかご質問はございますでしょうか。須藤委員、よろしくお願いします。

(須藤委員)

データ分析事業についての3点の意見と要望1件になります。データ項目についてです。1点目は今後、議論が必要となるであろう高齢者救急に対する資料が必要と考えます。具体的には、市区郡別の救急患者搬送症例数に加え、お断りもしくは搬送困難症例の年齢階級別・重症度別のデータ等の、消防局のデータになります。2点目は、外来機能の議論に関する資料として、外来機能報告データのダッシュボード化、また、医療情報ネット（ナビイ）が一覧できるようなエクセルデータ化も必要ではないかと思えます。3点目は、地域課題の抽出に資する資料として、市区郡別に標準化死亡比（SMR）のデータの見える化も行っただけですと、地域課題の抽出に役立つのではないかと考えます。

続いて、要望についてです。作成されました分析のワークブックもしくはデータセットは、オープンデータとして患者・市民に対してもホームページ等で開示していただきたく存じます。患者・市民にとって、地域の現状を知り、課題について考えることも重要と思えます。また、その際にはPDF形式ではなく、Tableauや少なくともエクセル形式で、二次分析ができる形での公表をお願いしたいと考えています。私からは以上です。

(鈴木会長)

ありがとうございます。先に井伊先生、お願いします。

(井伊委員)

ありがとうございます。2点質問があります。この定量的な基準ですが、各都道府県の地域の実情に合わせて独自に決めてよいことになっていると思えます。神奈川県は埼玉と大阪のミックスで計算したと聞いていますが、その理由を教えてください。参考までに東京都では、ご存じの方も多いたと思いますが、定量的な基準というのが全身麻酔または化学療法を1年間に1床当たり1回、また、1日以上実施となっていて、これを満たさないと回復期とするという定量的な基準を使っています。この基準を導入すると、急性期は大きく減少して、回復期の割合がたしか2倍から3倍近くに増加する結果となっています。ただ、全身麻酔や化学療法の実施となると、主に外科手術とがん治療が該当するのではないかと私は思っています。いずれにしてもパーフェクトな指標はないとは思いますが、神奈川県がこの定量的な基準を採用した理由を教えてください。

あともう一点は、この定量的な基準の話聞いていて、私は東京都の話聞いた際も同じような感想を持っていて、今日も同様なのですが、何となく数合わせの議論をしている感じで回復期をできるだけ増やすというか、何かそういう数合わせの議論をしていくことにはあまり意味がないように思っています。もっと時間をかけるべきは、先ほど須藤委員

も同じようなご懸念を示されていましたが、実際の地域の医療をどのように変えていくとか、そういう議論になかなかとり着かないことが気になっております。今後、在宅医療のデータ分析をされるということで、外来のデータは膨大な数になるのかもしれませんが、できればそういったデータ分析もしていただければと思います。以上です。

(鈴木会長)

ありがとうございます。そうしたら、データ分析のほうから回答をお願いします。

(事務局)

順番にお答えさせていただきます。まず、須藤委員からあった、項目として幾つか要素を例示いただきました。これについてどういった対応が取れるのかについては、こちらのほうで持ち帰って検討させていただければと思います。

それから、今後、データをオープン化していくことについてですが、このあたりについては、最終的にはオープン化というのもあるんだと思います。ただ、実際問題、分析していく中で、どういう形でこれを公表していくのが適切なのかということも併せて検討していかなければいけないと思っています。というのは、切り取り方によってはいろいろな見方ができてしまうということもあるので、分析した結果を何が何でも直ちにオープンにするということではなくて、そのあたりの実態がどういう状況なのか、それはどのように見えるのかということもある程度考えた上で、皆さんのご意見を整理させていただきながら検討していくことなのかなと考えております。

また、定量的基準の考え方につきましてご質問いただきました。当時設定した際には、基本的には類似する都道府県の状況だとか情報を収集し、同じような手法でやっていったらどうかということで整理したのが今の現状という認識であります。実際にそれを今後どのようにしていくのかということに関して、先ほど東京都の事例なんかも参考にしたらいいのではないかというお話も頂いておりますが、今回の診療報酬改定で重症度とかの取扱いも大分変わっているようで、このあたりはまた検討していかなければいけないかなと思っていますので、ご意見を参考にしながら進めていきたいと思っております。

また、基本的に数合わせの議論をしているつもりはないのですが、これまではどちらかというと、おっしゃるとおり、4機能の議論に若干比重を置いた議論が続いておりました。前回の会議でもご説明しましたが、今後はその配分、要は今持つておられる病床については可能な限り今の病床の運営を維持してもらおうという意味で、あまりそこにとらわれずに議論していくことも必要ではないかというようなことを議論しているところですので、これは、あくまで参考とし、目安として捉えていきたいと考えております。以上です。

(鈴木会長)

では、小松委員、よろしく申し上げます。

(小松委員)

県医師会の小松です。定量的基準については、はっきり言うと、地域医療構想の概念の

中で回復期という言葉が多大な誤解を生ませた。全てはそれです。今、国で新しい地域医療構想ということで、回復期という言葉遣いをどうするかというのが最大の関心ですよ。先ほどの話もそうですけれども、回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟や地域包括医療病棟は、担う役割が全然違うわけです。それを同じ枠に入れていたら今後どういうことが起こるかということ、例えば回復期機能が不足しているということで回復期リハビリテーション病棟をいっぱい増やしても、地域によっては、救急から回復期リハビリテーションに転院する条件を満たす患者さんが非常に少ないので、もう飽和している可能性があるわけです。そう考えると、そもそも回復期機能が不足しているという考え方が正しいのでしょうか。

あとは、この定量的基準を見たときに、どこで線を引くかにもよりますが、我々医療関係者が一番気になるのは、回復期機能が足りないということで急性期機能を削ってしまったら、二度とそこの病棟は急性期機能が担えなくなるほうが心配です。はっきり言えば、今の医師の働き方改革等を考えると、今後、急病対応、救急対応を地域の医療機関が継続して担っていけるかどうかのほうが心配ですし、逆に回復期が足りない場合、急性期病棟に空きがあれば、急性期病棟が回復期の役割を果たしているわけですよ。だから、こういう定量的基準で引くと、一部のものは線の引き方としては回復期になるわけですから、どちらかということで見ても、この必要病床数がそもそも正しいかということ、そこにもいろいろな考え方があります。この令和元年の分析結果のときは、神奈川県のリハビリテーション病床の数は6万2000幾つですよ。スライドの9辺りで出ている今のリハビリテーション病床の数は6万1315。要するに、この4年間で1万足りないと言われていた病床で何が起きているかということ、1000床のリハビリテーション病床が減っているわけですよ。だから、それでもうまくやりくりできているとも言えるかもしれませんが、一方で、リハビリテーション病床が減っているということは、人が減っているとか病院が減っているとか、いろいろなことを考えたときに、今この状況で絶対に残しておかなければいけない機能は何なのかと考えると、やはり急性期の持続可能性を考えた上で回復期をつくらないと、最初の受ける場所がないと、受皿だけつくってもしょうがないと。そういうことになるのかなと思います。

一番の問題は、リハビリテーション病床の話だけではないのです。地域の受皿とか、地域によっては、同じような数で同じような人口でも、入院リハビリテーション病床の数が5000で足りるところもあれば、7000必要なところもあると思います。何でこういう話になるかということ、結局、国がリハビリテーション病床の数だけではなくて、在宅や介護のことが大事だよと今頃になって言い始めて、それでも1年以上たつたのです。新しい地域医療構想の中でもそういう話題は出ていますが、逆に言うと、そういったことに対して国が新しく示しているものがあるかということ、正直、全然踏み込めていないし、見えていないですよ。それがあるので、多分、各都道府県も何をやらねばいいのかとか、一部だけ切り取ったとしても、最終的に国がどういう形で示してくるか。また来月、国の医療政策研修会がありますが、今の地域医療構想の新しい議論

を見ていても、急に新しい指標が出てきたり、大分話が進んでいくようなアイデアが示されるとは思わないので、その辺を意識して神奈川県でできるデータでやらないと、すぐ膨大になり過ぎてしまって、神奈川県だけではデータを咀嚼できないし、神奈川県だけでは使えないデータをつくってもしょうがないので、本来であればもうちょっと国にリードしてほしいのですが、あまりリードしてくれていないというのが感想です。以上です。

(鈴木会長)

ありがとうございました。ほかはよろしいですか。それでは、この定量的基準を用いた病床機能報告の分析、それからデータ分析事業については、今の様々な意見を参考にデータ分析等も含めて検討を進めてください。

(4) 横須賀市立うわまち病院の移転に伴う地域医療支援病院の名称使用承認の取扱い
〔資料4-1～2〕

(鈴木会長)

それでは、次の協議事項(4)に参ります。横須賀市立うわまち病院の移転に伴う地域医療支援病院の名称使用承認の取扱いについて、事務局及び横須賀市からの説明をお願いいたします。

(事務局及び横須賀市)

(説明省略)

(鈴木会長)

ありがとうございます。横須賀市立うわまち病院が移転して、移転後は横須賀市立総合医療センターになっても、地域医療支援病院を称することをご承認くださいということでよろしいですね。何かご意見はございますか。よろしいでしょうか。

それでは、それでよろしい方は、また挙手ボタンか手を挙げていただければと思います。よろしい方は挙手をお願いします。

(挙手)

(鈴木会長)

では、総員となります。ありがとうございます。横須賀市の方は、お待たせしてしまった挙げ句、短くてすみません。これで退出していただいて結構ですので、ありがとうございました。

(横須賀市)

ありがとうございました。失礼いたします。

(5) 医療介護総合確保促進法に基づく令和6年度神奈川県計画(医療分)策定の概要
〔資料5-1～3〕

(鈴木会長)

それでは引き続きまして、協議事項(5)医療介護総合確保促進法に基づく令和6年度神奈川県計画(医療分)策定の概要についての説明を事務局からお願いします。

(事務局)

(説明省略)

(鈴木会長)

ありがとうございます。医療介護総合確保基金の令和6年度の計画、それから、基金活用事業の事後評価につきまして説明がありました。何かご質問・ご意見はございますでしょうか。

(小松委員)

小松です。ちょっと教えてください。スライドの3ページです。今の資料5-1のスライドの計画額のところで、I-1の病床機能分化・連携のところは30億になっていて、資料5-2で出ているのは令和6年度ということで17億ですよね。元の資料に米印で、令和6年の計画には令和7年執行予定分も含むと書いていますが、要するにこの30億には令和7年の執行予定分も含んでいるということは、予定も含めて2年越しのお金の使い方みたいな、そういう意味でしょうか。

(事務局)

おっしゃるとおりでございます。一番右側の執行予定額(A+B)の30億円の部分は、令和7年度の執行予定分も含めた金額になっております。一方で、資料5-2のほうはR6の執行予定額だけを記載していますので一致していませんが、資料5-1の欄外に書いてありますR7執行予定分の13億余りを差し引くことで、資料5-2のR6執行予定額と一致するという形でございます。ちょっと分かりづらい資料となって申し訳ありませんでした。

(小松委員)

そうすると、例えば資料5-2でいう小田原市立と足柄上の執行予定分の9億とか、あと、さくらネットの4億が乗っかっているということですか。この2つを足すと13億ぐらいになるのかなと思ったのですが。

(事務局)

過年度分について、今、手元に資料がないので、計算は確認が必要になりますが、そういうことになろうかと思われま。

(小松委員)

数字としてはそういうことだということは分かりました。

(鈴木会長)

ありがとうございます。ほかに何かございますか。よろしいですか。

それでは、事務局案どおりで進めるということによろしい方は、挙手をお願いします。

(挙手)

(鈴木会長)

ありがとうございます。では、挙手多数ということにさせていただきます。

(6) 国庫補助金等における事業計画の事後的評価〔資料6-1~2〕

(鈴木会長)

引き続きまして、協議事項(6)国庫補助金等における事業計画の事後的評価についての説明をお願いします。

(事務局)

(説明省略)

(鈴木会長)

ありがとうございます。国の要領に基づいた事業内容における自己評価ということで、当会議において事後的な評価を受けることが求められているというご説明を頂きました。何かご質問はございますでしょうか。よろしいですか。

それでは、事務局案のとおり進めるということによろしい方は、挙手をお願いいたします。

(挙手)

(鈴木会長)

これは総員ということになります。ありがとうございました。

報 告

(1) 回復期病床等転換施設整備費補助等における地域包括医療病棟の取扱い〔資料7〕

(鈴木会長)

次に、今度は報告事項です。報告事項(1)回復期病床等転換施設整備費補助等における地域包括医療病棟の取扱いについての説明をお願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

(鈴木会長)

ありがとうございます。何かご質問ございますでしょうか。窪倉委員、よろしくお願います。

(窪倉委員)

ありがとうございます。これは報告事項のようなので、大きな骨格は固まっておられるということで、どこまで意見していいのかわからないところですが、矛盾がないように整理しておいてほしいと思うことがあります。この地域包括医療病棟は、病床機能報告制度においては急性期、回復期どちらも報告できるということになっておりますが、今回の取扱いにおいては、回復期で届け出たものについてだけ補助金を出しますと。簡単に説明すればそういうことだと思います。ただ、難しいと思うのは、そもそもこの地域包括医療病棟というのは、急性期機能と回復期機能を一体的に包括的に提供するという構想の下につくられているので、果たしてそれを急性期中心にやります、回復期中心にやりますという区別ができるのであろうかと思っています。最初、私はそこに何らかの定量的な基準を設けないとモラルハザードも起こりかねないと思ったのですが、それ自体が難しい気がするのです。ですので、せっかくなつくった要綱をまた大きく変えるということではないのですが、補助金を受けたいならば回復期機能で届けてくださいみたいな運用の仕方を前提に考えていったほうがいいのではないかと。そういった指導をしながら補助金を出しますとしたほうが、何となく論理的に地域包括医療病棟のそもそもの趣旨といえますか、立てつけにそぐうのではないかと思います、ちょっと意見させてもらう次第です。

(鈴木会長)

ありがとうございます。市川課長。

(事務局)

医療企画課長の市川です。窪倉委員、ありがとうございます。これまでの前半の議論でもありましたが、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟については、もともと機能という部分について若干ファジーなところがありました。おっしゃるご意見、気にされている部分というのはよく分かります。窪倉委員から頂いた意見というのは我々も同じように考えておりますので、基本的には病床機能報告でしっかりと回復期として報告していただく。当座はこういった形で運用していくしかないのかなと思っていますので、参考とさせていただきます。ありがとうございます。

(窪倉委員)

よろしく申し上げます。

(鈴木会長)

小松委員、どうぞ。

(小松委員)

県医師会の小松です。今回の診療報酬改定で地域包括医療病棟が誕生しました。今までとは違って、高齢者の入院、急病対応で、主に入院が必要な高齢者の対応をやってくれるということで、理屈上はすごく望ましく、現状にマッチしています。在宅だとか施設にいらっしゃる患者さんで、急な入院が必要になったけれども高度な医療が必要なわけではない、ただ一方で、おうちに帰れるわけではないので入院がというような方を診てくださいとい

うことは、アイデアとしては良く、そういう患者さんはいっぱいいらっしゃるのですが、それをどこで診るかということに関しては、実は今の病院の入院医療の急性期というのは基本的に診療科が決まっています、内科病棟とか外科病棟というのは当然区分けがされているわけです。そういう意味で言うと、思っているよりも現場の中で地域包括医療病棟に転換するというのは簡単ではないので、むしろ地域包括ケア病棟をやっていらっしゃる病棟が地域包括医療病棟にステップアップというか、そうしていくぐらいしか増えない可能性があって、ある程度そこに背中を押す一つとしてこういう補助金が出てくるのかなと思います。縦割りというか、診療科ごとに病棟をつくっていた病院が、こういう高齢者の医療ということで、どちらかという我々の感覚では混合病棟のような形になると、医師もそうですし看護師もそうですが、口で言うよりはるかに大変なので、そのあたりがどうかと思います。普及を促進すること自体は割といいのではないかと思いますので、今回のような形で背中を押してあげることが一つ見えてくると、地域包括医療病棟を選択される医療機関が出てくるのではないかと思います。以上です。

(鈴木会長)

ありがとうございます。ほかに何かご意見はありますか。僕からもひとつ言わせていただくと、資料7のスライドの4とか、それから10で地域包括ケア病棟というのがずっと使われて、ようやく「地ケア」と言われてきているのですが、資料のスライド4をお願いします。「背景」という箇所です。「以下「地包医療病棟」というのは響きが悪いので、県民のためにはしばらくきちんと「地域包括医療病棟」と言ったほうがいいのではないですか。資料も「地域包括医療病棟」としたほうがいいのではないですか

(事務局)

表現については善処させていただきます。

(鈴木会長)

県民はやはり、こう言われてしまうと分からないですよ。なので、ぜひ地域包括医療病棟とずっと言い続けていただきたい。そのうちにもしかしたら地医療病棟となるかもしれないですし、地域医療病棟とかいろいろ言い方が出てくると思いましたので、この部分は少しよろしくないなと思って見ていたので、よろしくをお願いします。

それはいいとして、ほかに何かご意見はございますか。よろしいでしょうか。それでは、これは報告事項になりますので、窪倉委員のおっしゃられたことをよく考えてやっていただければと思います。

それから、資料配付のみになっている報告事項(2)令和6年度第1回地域医療構想調整会議の結果概要が資料6にございます。時間の関係で今日は説明を省かせていただきますが、必ず皆さんご確認いただければと思います。よろしくお願いたします。

その他

(鈴木会長)

最後にその他でございます。委員の皆様、事務局、何かございますか。大丈夫ですか。よろしいですか。

では、本日の議事は全て終了ということで、進行を事務局にお戻しします。よろしくお願い致します。

(事務局)

鈴木会長、委員の皆様、本日はお忙しい中、会議にご参加いただき、また、貴重なご意見等を頂き、誠にありがとうございました。委員の皆様の任期が本日、令和6年9月30日までとなっております。現在の委員で開催する会議は本日が最後となります。ここで保健医療部長より委員の皆様に、一言ご挨拶をさせていただければと存じます。

(事務局)

保健医療部長の小泉です。本日はご多忙の中、ご出席いただきまして本当にありがとうございました。ただいま説明がございましたとおり、委員の皆様におかれましては、本日が委員の任期の最後の日ということになります。2年間本当にありがとうございました。特に昨年につきましては、第8次保健医療計画の策定ということで、6年に1度の節目の年であって、委員の皆様におきましては、6回にわたって保健医療計画推進会議でご議論いただきまして本当にありがとうございました。皆様に多くのお力添えを頂きましたこと、この場をおかりしまして改めて感謝申し上げます。本当にありがとうございました。

次回につきましては、委員の改選後、来年になりますけれども、2月ぐらいの開催を予定しているところでございます。今後も計画の着実な推進に向けまして取組を進めてまいりたいと考えておりますので、引き続きどうぞよろしくお願いいたします。以上でございます。

(事務局)

それでは、委員の皆様、事務局としては、また改めまして委員改選の手続を速やかに進めていきたいと考えておりますので、推薦依頼がお手元に届いた場合は、ぜひ前向きにご検討いただければと思います。

それでは、本日の会議は以上をもちまして終了とさせていただきます。いつもながら遅い時間までありがとうございました。