

第2回湘南西部地区保健医療福祉推進会議

議事

<久保田会長>

それでは、報告事項として「第1回地域医療構想調整会議の結果概要について」事務局から説明をお願いします。

資料2-1 第1回湘南西部地区保健医療福祉推進会議結果概要

資料2-2 湘南西部地区の事前協議の公募条件について

説明者 平塚保健福祉事務所 藤田課長

<久保田会長>

ただいまの事務局の説明にご意見、ご質問はありますか。

無いようですので議題に移ります。

それでは、「第7次保健医療計画素案たたき台について」事務局から説明をお願いします。

資料3-1 神奈川県保健医療計画改定素案たたき台の概要により説明

説明者 医療課 土井主任主事

<久保田会長>

ただいまの事務局の説明にご意見、ご質問はありますか。

<丹羽委員>

改定のポイントの二番目の一部特例の活用について、急激な人口の増加、疾患が増える場合にということですが、神奈川県としてはどういった二次医療圏を考えているのでしょうか。

<医療課 一柳副課長>

特例の活用につきましては二次医療圏ごとに事情が違うということで、全県一律で統一的な対応を考えているわけではありません。

そういう意味で一部と表現しております。今の段階ではどこの地域ということを決めてはおりません。

<丹羽委員>

わからないということはどういうことでしょうか。

<医療課 一柳副課長>

今、すべての地域でこの会議を開催しており、地域ごとにご意見をお伺いしており、その上で考えようとしているところです。

<丹羽委員>

人口が急増するという地域というのはどの地域のことでしょうか。どういうことが人口が増えると

ということなのでしょうか。

<医療課 一柳副課長>

まず、国に人口の急増の定義を確認したところ、どの程度増えればよいということは、明確にはされませんでした。

ただ、神奈川県の場合、現状と 2025 年と比べて、県西地域以外のすべての地域では人口が増えることとなっているので、特例にエントリーすることは可能であると考えております。

<丹羽委員>

医療と介護の一体的な体制整備については、病院の立場からすると在宅とか地域の高齢者施設とリンクしていかなければならないと思っているところですが、市町村と考えること、市町村と二次医療圏単位で考えることがあると思いますが、在宅というのは特にそうだと思いますが、市町村の枠を越えた調整はどういった会議で行うのでしょうか。

推進会議がその対象になるのでしょうか。施設整備に関する圏域調整会議があるようですが、そのためにある会議なのでしょうか。

<医療課 一柳副課長>

いろいろな会議があります。まずは、この会議のなかで地域包括ケアの推進を議題にすることも可能です。

また、平塚保健福祉事務所が、市町村域を越えた在宅医療と介護の連携のための会議を設けております。施設整備にかかる圏域調整会議というのは、30 年度から医療計画のほかに介護保険の計画を改定するにあたり、医療と介護の調整のための、県と市町村の職員だけの会議になりますので、ちょっと違うかなという気がします。

<丹羽委員>

それぞれの市とか町とかのことを聞いてよいのでしょうか。

<久保田会長>

事務局答えられますか。

一つの市町村だけでなくもう少し広域的に二次医療圏でどうなっているのかを議論できるということでしょうか

<平塚保健福祉事務所 藤田課長>

医療と介護の連携というのは地域包括ケア在宅医療連携の会議というのが平成 26 年度から設置しておりますが、保健所単位、保健所のセンター単位になっているので、二次医療圏単位ではありません。

まずは、平塚市と中郡、秦野市と伊勢原市で、それぞれの地域内での連携を深めることが必要かと思います。

<久保田会長>

山田先生いかがでしょうか。

<山田委員>

中郡医師会の山田です。

病床について、一部特例の活用ということですが、人口が急増したとかあった場合に、行政が判断して特例として基準病床数を増やすか、その前に医師会とか病院協会と協議をしてくれるのかをお聞きします。

<医療課 一柳副課長>

特例を活用して基準病床数を増やすのか否かについては、この会議で皆様の意見をお聞きし、国に協議を行うか決めたいと思っています。

国に協議を行う際には、さらに医師会長や病院協会会長も委員になっている医療審議会でも意見を聞いたうえで国に協議をするということになっています。

<久保田会長>

議題1についてはよろしいでしょうか。

続きまして、議題2 基準病床数について事務局から説明をお願いします。

資料3-2、資料3-3に基づき説明

説明者 医療課 土井主任主事

資料3-4に基づき説明

説明者 平塚保健福祉事務所 藤田課長

<久保田会長>

ただいま議題2「基準病床数について」説明がありました。事務局に伺いますが、基準病床数が1,000床減るとなると今ある病床数を減らさなければならなくなるのでしょうか。また、基準病床数が減ることで地域医療への影響はあるのでしょうか。

<平塚保健福祉事務所 藤田課長>

基準病床数に合わせるために、今運営している病床を減らすことまで求めるものではありません。

<久保田会長>

今の説明で理解が深まったかと思いますが、委員の皆様いかがでしょうか。

<金井委員>

病院協会の会合で既に聞いている話ではありますが、びっくりな数値だというのが感想です。もともと5,000位ある基準病床数を4,000にしようというのですが、基準病床数を考えるにあたり地域医療構想の必要病床数との整合を考えるはずなのですが、2025年に必要な病床は5,500と増やす方向になっているので、その間に数値があるというのが常識的な考え方だと思いますが、1,000床も減ってしまう話なのでびっくりしたところです。

質問ですが、地域医療構想のゴールは5,500床にあるはずですが、誤差があるのは承知していますが、誤差はどのくらいと考えておけばよいものなのでしょうか。

<医療課 一柳副課長>

この数値を見て皆さんもびっくりされたと思いますが、県もびっくりしました。

どういう風に考えればよいかと思いましたが、数値の持つ性格が違うということで、必要病床数の推計というのは医療ニーズの推計で、かなり雑な計算式での推計になっています。

ご指摘いただいているとおり、この数値が本当に必要なものか慎重に考えていかなければならないと考えています。

一方で基準病床数というのは、病床の整備の上限ということで、人口も直近の数値を使っており、計算式も国の適用している数値がやや異なっており、大きな誤差が出てきているところです。

基準病床数は、国では病床数をなるべく抑えたいと考えている数値なので低めに出してしまうのではという予測をしています。神奈川県のように医療ニーズがこれからも増えてしまうのは47都道府県のうち6都道府県だけであり、そういう都道府県を救済するための措置として特例を用意していると理解しています。

では、どのくらいがちょうど良いと考えているのかについては、正直申し上げて我々も明確な答えを持ち合わせていません。

地域医療構想を推進していく中でさまざまなデータを見て、皆様と議論をしながら考えていくものと思っております。

<金井委員>

回答が長かったように思いますが、私が考えていた模範解答は、誤差はプラスマイナス1,500床ということをお願いしたくのかなと思います。そう言っていただければ、こういう数値になったことについてはしょうがないと思えたのかもしれないかもしれません。

要するに、ここからこの範囲であるということでは説明がつかないということと思いますがどうでしょうか。

<小松委員>

回答の間に入ってしまったて申し訳ないのですが、必要病床数はあくまで推計値であって、この数値に病床を整備しなければならないものではありません。地域医療構想の時に計算した数値としてはこういう数値が出ました。人口に関して出すとこういう数値が出ました。今回、推計をしたところ、こうなりましたということです。

分母は、基準病床数の場合には病床利用率で、必要病床数の場合には病床稼働率で、それぞれ計算したところ、湘南西部の数値は2025年の必要病床数と基準病床数の数値に、かなりの差が出たということです。

基準病床数に基づき計算すると2025年は4,866床になりますが、5,501床を達成するためにどうするかということではなく、この数値に束縛される必要はありません。

基準病床数の4,866床については、これを越えてベッドを作ることができない強い数値ですが、必要病床数は2025年の必要な医療ニーズに基づく推計値ということで、この数値に合わせて病床整備を進めていかなければならないものではありません。

そうはいつても数値が余り違いすぎるので、私も同様にびっくりしました。

<鈴木委員>

基準病床数は予測していたよりも少なく、来年以降は既存病床が多いので増床はしないということで、どんな計算をしてもそうなるということです。特例を使うかどうかについては使うと決めてもいろいろな条件があって、特別なことをするので運用が大変だと思います。このまま3,900でいくというのが普通に考えた場合の数値だと思います。

もう一つ思うのが、先月やったことは何だったのかなということで、228床稼働してない病床があるにも関わらず、95床の募集をし、来年になったとたんに募集できない、増やしてはいけないというのはなんだったのかというのが感想です。

早めにそういうデータを出して議論をおいたほうがよかったではと思います。

<平塚保健福祉事務所 藤田課長>

基準病床数が減る傾向については、前回もお示しており、同じ傾向であると思いますが、前回の病床協議については、第6次医療計画の中で対応させていただくべきものと思っています。

<金井委員>

先ほどは質問の途中であったので、再度発言させていただきますが、皆さんがびっくりするくらい大きな数値の変化があって、常識的に言えば変動が少ない数値を選ぶべきではないかということです。この場合でいえば、4,440という数値とすべきことと思います。

この会議に出席していない病院の先生方にも納得をしていただける数値ではないかと思います。

<久保田会長>

今回の議論は特例を使うかどうかという話であって、あまり話を大きくして欲しくないと思いますが、ほかにいかがでしょうか。

<丹羽委員>

特例を使うかどうかの大前提は、急激な人口の増加があるかどうかという一点になるかと思います。この地域に特定の疾患があるかということは考えられないので、人口動態がどうかということについてはそんなに大きな増加はなく、2025年まで微増していくことは言われていますが、そんなに大きな人口の増加がないとすると、特例の活用条件は人口の増加が急激なものと判断するか否かだけだと思いますがいかがでしょうか。

<医療課 一柳副課長>

おっしゃるとおり急激な人口の増加とは、何パーセント増えれば急激な増加と取るかについては、現段階では厚生労働省は明確なコメントはしておりません。

人口が増えればエントリー可能であるといわれています。

この地域の人口の増加は、資料3-3で病床数の一覧表で、一番左の①が現在の人口を使った基本どおりの数値で、3つ隣が2020年の推計人口を使った数値で、その隣が2023年の推計人口を使ったもの、その隣が2025年の推計人口を使ったものです。この伸び率で人口の推計がされているとご理解いただければと思います。

<丹羽委員>

考え方ですが、2年先、3年先で数値が違ってくということですが、実際に病院の立場で非

常に困っているのは、1,000 床位の規模で基準病床数の差異が出てくるということです。

そういうことを毎回やられては非常に困るということです。

実際に微増した少しの変化に対応していこうというのは当然のことと思いますが、5 年間前の数値に比べて 1,000 床減らせ、病院を認めるか認めないかというのは、日本としては非常におかしいのではないかと思います。

したがって 2025 年の人口推計であると、そのあとの人口を見越さないといけないのですが、今の状態でどういった基準病床数をつくるか、2020 年に改めて見直すわけですから、微増するか微減するかという話であって、大きな増減はあまり芳しくないで、こんなことはこれ一回限りにしていただきたいと思っております。

<医療課 一柳副課長>

この基準病床数の算定は、国が示している算定式に従ってニュートラルに計算したものであって、ご理解いただいているとは思いますが、県が 1,000 床減らせばよいと思っているわけではありません。

先ほど金井先生の御質問に対して余計な話をしてしまいましたが、基準病床数の計算式は全国一律のもので、国が病床数になるべく減らしたいという思想があると思いますので、神奈川県のような自治体には実態に合わない数値になっていると思います。それを救済するための措置として特例を用意しているわけで、特例を使ってその差異を埋めるかどうかについて皆様にお伺いしたいと思っております。

<久保田会長>

ほかにいかがでしょうか。

<小松委員>

特例を使わないと 3,983 床になるということですね。この数値は 2016 年の人口と 2016 年の病床機能報告の病床利用率を使っているということは、湘南西部の過去の数値を使って、今のやり方で計算するならばこの数値になるということですよ。

金井先生のおっしゃるとおりに、既存病床数が 4,900 床あるので、3,983 床が十年で 1,000 床増えていくことになるので、特例を使って県が言っている 4,400 床くらいにしてはどうかということですよ。

基準病床と既存病床数の差異が大きくなっても減らすことはないという説明がありましたが、分からない部分があると思います。特に公立病院は知事が何か言うと減らさなければならないわけですよ。

既存病床が減るということで、資料にはありませんが療養病床の基準病床数が県全体で 4,000 床減っていますが、7 月に示された療養病床の医療区分 I の患者の 70% が家に帰れるとありますが、ここで減っている分は、在宅もしくは施設に見込まれているのでそのことかと思います。

あまり既存病床数と基準病床数が違い過ぎると、病床協議で 95 床に手を上げてしまった場合、どの数値でも既存病床数が多いわけで、多少なりともは圧力がかかる可能性が高くなるかもしれないかなと思います。

<久保田会長>

いろいろな意見が出ているかと思いますが、ほかにいかがでしょうか。

<鈴木先生>

私も 4400 位が妥当とは思いますが、人口の急増を認めるというのは国なのでそのとおりになるのは難しいようにも思いますが、皆さんが中間くらいでよいということなら、私もそれでよいと思います。

<久保田会長>

事務局に確認しますが、地域の意見としてまとめなければならないのでしょうか。

<平塚保健福祉事務所 藤田課長>

意見を聞くということで、まとめる必要はございません。

<久保田会長>

湘南西部の会議では特例の活用についていろいろな意見が出ましたが、事務局は委員の意見を参考にさせていただきたいと思います。

結果については情報提供を行っていただくようお願いします。

それでは次に議題の3 「医療と介護の一体的な整備について」事務局から説明をお願いします。

説明者 医療課 土井主任主事

資料4により説明

<久保田会長>

ただいまの事務局の説明に対してご質問ご意見はありますか。

<須藤委員>

在宅医療で一番問題と思うのは、在宅医療を提供するよりも、在宅で看る力があるかどうかということです。介護力を増やすということがなくて、ただ、これだけ増えるよといわれても本当に見ていけるのかということです。老老介護はあたり前ですし、親子でも老老介護になるので、行政に考えてもらわないといくら議論しても無駄で、最終的には施設や病院ということになると思います。いくら介護保険制度で介護者が入るとしても最終的には介護者は家族となるので、今後、議題に入れていただきたいと思います。

<久保田会長>

行政の方も参加されているので、各市町村の計画の進捗状況を含めてお話いただければと思いますが、順番にいかがでしょうか。

<平塚市 中村委員代理>

第七期の介護保険事業計画を今年度策定しているところです。

福祉部の高齢福祉課、地域包括ケア推進課、介護保険事業課において、素案をまとめるところに差し掛かっております。12月初旬ごろにパブリックコメントを実施できるようスケジュールを組んでいるところです。

<秦野市 諸星委員>

平塚市と同じようなスケジュールで進めています。

現状も見て、人口推計の話がありましたが、市の統計では人口は伸びないとなっているのでどうなのかなというのが正直な感想です。

将来的な推計が今とどのくらいの乖離があるのかを考えて計画をつくっていきたいと考えております。

<伊勢原市 山内委員代理>

介護保険事業計画を策定途中です。

介護保険の場合は、在宅サービス等の推計量は、国が作った見える化システムに数値を入れてどのくらいサービス量が必要になるのか県に出しながら調整をしているところです。

須藤先生のお話のとおり、入院日数が短縮化され、どのくらいのレベルの人が在宅に戻ってくるのかというのは課題だと思っています。

家族の介護力を前提のものとして、介護人材のスタッフ不足が懸念されるなかで、どこまで家族や在宅サービスが耐えられるのか課題だと思っています。

介護医療院の詳しい情報がないなかで、施設サービスも在宅サービスも進めていかなければならず、介護保険財政が耐えられるかということが気になっています。

できれば医療のベッドについてある程度確保していただきながら、全国でいえば6県の特別な県ということです。ベッド数を確保していただいた上で、介護医療院の整備を進めていただきつつ、在宅介護の整備を進めていただくという順番で考えていただければありがたいと思います。

<大磯町 佐野委員>

現在、委員会を立ち上げ、計画の準備をしているところです。

医師会の先生にもご助言をいただいているところです。

県のヒアリングを受けているので、全体量等の数値は確定してはおりませんが、担当が数値を算定し、11月中ごろからパブリックコメントを実施する予定です。

さまざまなお話をいただきながら、皆様と調整のうえ計画を作っていきたいと考えております。

<二宮町 神保委員代理>

本日は福祉部長が所用で、医療の部門として出席しているので、介護部門についての説明は御容赦いただきたいと思います。

<久保田会長>

丹羽委員からもご意見がありましたが、医療と介護の一体的な整備というのは喫緊の課題である。

湘南西部の地域医療構想の記載にもありましたが、この医療圏では病院と在宅医の連携が低いという記載がありました。

第七次保健医療計画の素案にも、円滑な在宅医療に向けた退院支援という記載があります。

行政を含めて早急に検討を進めていかなければならないと考えており、今後、医療と介護の一体的な連携については検討を進めていきたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願いしま

す。事務局は補足がありますか。

<医療課 一柳副課長>

須藤委員、久保田会長の御発言は重要なことと思います。

病院協会が行った実態調査でも在宅に戻れるのは30%だったということで、医療依存度が高い方というのもあるとは思いますが、自宅で受け入れられる体制が整っていないというのがあるのではないかと想像しています。

この問題に対する明確な答えを持ち合わせてはおりませんが、医療関係者と介護関係者、行政と関係団体、医療従事者の皆様、介護従事者の皆様など、みんなで力を合わせて考えていくしかないだろうと考えているところです。

<藤村委員>

医療と介護の一体的な体制整備の基本になるのは、地域包括ケアだと思うのですが、改定計画の中に記載があるようですが、地域包括ケアというのは、高齢者だけでなく、障害者も含む地域での在宅支援というように考えてよろしいでしょうか。

<医療課 一柳副課長>

おっしゃるとおり、地域包括ケアというのは、当初は高齢者の介護が中心ということで進んできたということですが、この1、2年の間で、障害者、難病をお持ちの方、お子さんなど、生活に何かしらの支援が必要とされる皆さんを対象にするよう概念が広がってきています。

県や市町村は、そういった考え方を受け止めつつ体制を整備していかなければならないと考えております。

<藤村委員>

1、2年前に大きく変わってはいるのですけれども、資料4-2を見ますと、2番目に県の保健医療計画に掲げているところで、市町村の介護保険計画と協議を行っていくということですが、県も地域包括の概念が変わっているにも関わらず、相変わらず高齢者、介護保険の事業としてしか考えていないというのが実情ではないでしょうか。

障害児も45歳未満の障害者も重度の方が地域で生活するようになりまして、保健医療とのつながりも増えているにも関わらず、地域包括の名の下に地域包括支援センターの流れになっているのですが、実際には現場では排除されているといわざるを得ない。

こういう計画の中でも障害保健福祉計画が入ってこない。それから老人福祉圏域単位と書いてありますが、残念ながら県が設置している老人保健福祉圏域と障害福祉圏域が違います。

県は圏域を統合した上で、地域の圏域での地域包括というのは障害を含むんだよと言っていたかかないと、いつまでたっても介護保険の包括サービスの枠を出ないという感じを受けておりますがいかがでしょうか。

<医療課 一柳副課長>

今のご発言の視点は非常に重要なことと思います。今回の医療計画の改定では、医療と介護の連携が強く求められているので、そこに焦点を当てた書き方にしてしまいましたが、参考資料1の神奈川県保健医療計画素案たたき台の目次を見ていただきたいのですが、県は決して障害者を

切り離して考えているわけではございません。

目次の第四章地域包括ケアシステムの推進のところですが、障害者対策、母子保健対策、難病対策、地域リハビリテーションということで、地域包括ケアシステムの推進のなかで、さまざまな支援を必要とする方々を見ていきたいという思いを表しているものでございます。

施策としては、まだまだ連携できていない部分がありますので、今後の宿題とさせていただきたいと思います。

< 藤村委員 >

計画のたたき台は見てはおりますが、53 ページの障害の「害」をひらがなと漢字で使い分けていますが、発達障害はひらがなであるが、高次脳機能障害は漢字です。

障害という言葉は漢字とひらがなで使い分けていることについて、県ではどのような概念で行っているのでしょうか。

< 高齢福祉課 御菌生 G L >

障害福祉課が出席していないので正確にお伝えできるかどうかわかりませんが、通常はひらがなを使い、法令で漢字を使っている場合には漢字を使うというのが基本的な考え方だと思います。

< 藤村委員 >

それは県の統一見解ですか。

< 高齢福祉課 御菌生 G L >

そのように聞いています。

< 藤村委員 >

発達障害は法律では使っているし、ひらがなを使うのであれば、それなりの考え方を整理しないと、ひらがなを使うのであれば概念規定をしっかり示して、それ以外では行政としては漢字を使うことが、法的な根拠を求める内容としては正しいものと思います。以上です。

< 久保田会長 >

藤村委員の発言は意見ということでよろしいでしょうか。

それでは議題 4 地域医療総合確保基金について事務局から説明をお願いします。

資料 5－1、資料 5－2、資料 5－3、資料 5－4 に基づき説明

説明者 医療課 鈴木副主幹

< 久保田会長 >

ただいま地域医療総合確保基金について説明がありましたが、ご質問、ご意見はございますか。

< 丸山委員 >

資料５－４の説明ですが、秦野伊勢原医師会でＩＣＴの取組みを進めていますので、リーダーとして取組みを進められている須藤委員から簡単にご説明をいただければと思いますがいかがでしょうか。

<須藤委員>

秦野市で神奈川病院を中心として、患者の紹介に関してはＩＣＴが動き出しております。

ＣＴ、ＭＲＩの共同利用に関しては動き出しているのですが、在宅については神奈川病院が持っている患者数が少ないので、９月に会合を持ちまして、秦野市、伊勢原市の行政の方に入っていただきました。現時点では在宅医が２０名くらいしか参加していないのですが、もう少し拡大して運営していきたいところです。

セキュリティ対応のためシステムの動きが遅いことが課題となっています。スマートフォンのようにスムーズに動きません。強いセキュリティをかけているので、電子カルテから入ることができず、各医院からも全部手入力であることが課題になっています。

システムが重くて不便で改良はしていますが、４医師会が入っており、富士フィルムが開発を担当していますが、いろいろと苦情が出てくるでしょうから改良はされてくると思いますが、これから多職種に増やしていきたいのですが、現状ではそこまでは至ってはおりません。

<小松委員>

補助金については、申請を出された先生方から、採択の可否というより、どのくらいの申請が可になって、どのくらいの申請が非になったというプロセスが全然わからないという声があります。

地区の医師会によっては出しても手間がかかるだけで通らないからと諦めてしまっているところもあります。

来年もこの事業はあると思うので、郡市医師会で来年に備えたいと考えているところもあるので、県としてもアドバイスしてもらって、結果的に選ばれたものが民間のものが官のものなのか分からず、予算の付け替えではないかと我々も邪推をしてしまうところがあるので教えていただきたいと思います。

今回は区分の１に関しては病床機能の転換に際しては幅広に捕らえていただいたので、病床の転換に資するものであればということで、区分１で申請してきたところが増えていると思います。

しかし、老朽化した病院が最新の医療機器を購入することに対して補助をするというと、本当に機能強化なのか、単に古くなった機械の更新なのか、結果だけが来年になって分かったころにはそういう風になってしまうので、できるだけ、こういう募集があったと言えるようにしていただくようお願いし、そうすれば基金を使うことが認めてもらえるかの参考になると思います。

<医療課 一柳副課長>

現在でも提案をしていただいた団体には結果をお知らせしています。

ただそれが、うまく伝わっていないとか、先生のおっしゃったどういうものが採択されるのか知りたいということについては、来年度以降考えていきたいと思っています。

<久保田会長>

そのほかに意見はありますか。

無いようであれば本日の会議は終了します。
熱心なご意見ありがとうございました。

以上