

平成29年度第2回
神奈川県保健医療計画推進会議

平成29年7月19日（水）
神奈川県総合医療会館1階AB会議室

開 会

(事務局)

若干定刻より早い時間ではございますが、委員の皆様全員おそろいですので、恐縮ですが始めさせていただきたいと存じます。

改めまして、神奈川県医療課長をしております足立原でございます。本日は皆様、お忙しい中お集まりいただきまして、まことにありがとうございます。ただいまから平成29年度第2回神奈川県保健医療計画推進会議を開催させていただきます。本日はお忙しい中お集まりいただきまして、改めてお礼申し上げます。ありがとうございます。

まず初めに委員の皆様のご紹介でございますが、お手元でございます委員名簿のとおりでございますが、各団体様の役員改選等によりまして、本日初めてご出席となる委員の方がいらっしゃいますので、その方をご紹介させていただきます。

まず初めに、相模医師会連合会の小松委員でございます。

(小松委員)

小松です。よろしくお願いいたします。

(事務局)

続きまして、神奈川県薬剤師会の橋本委員でございます。

(橋本委員)

橋本でございます。よろしくお願いいたします。

(事務局)

続きまして、横浜市医師会の水野委員でございます。

(水野委員)

よろしくお願いいたします。

(事務局)

続きまして、神奈川県看護協会の渡邊委員でございます。

(渡邊委員)

渡邊でございます。よろしくお願いいたします。

(事務局)

ありがとうございます。なお、本日は代理出席といたしまして、特定非営利活動法人神奈川県消費者の会連絡会の潮委員の代理といたしまして、矢野様にご出席いただいております。

(矢野代理)

矢野と申します。よろしくお願いいたします。

(事務局)

それから神奈川県精神科病院協会の竹内委員の代理といたしまして、大野様にご出席い

ただいております。

(大野代理)

大野です。よろしくお願いいたします。

(事務局)

次に、この会議の公開について確認させていただきます。この保健医療計画推進会議につきましては、原則として公開とさせていただきます。開催予定を周知しましたところ、2名の傍聴の方がお見えになっております。

なお、審議速報及びこの会議の会議記録につきましては、これまでと同様に発言者の氏名を記載させていただいた上で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、本日の資料につきましては、机上に配付させていただきますので、何かございましたら、会議の途中でも結構ですので、最寄りのスタッフまでお申し付けいただきますようよろしくお願いいたします。

それでは、ここから議事進行に入りたいと思います。議事につきましては、本会議の会長でございます、県医師会の澤井先生によろしくお願いいたします。澤井会長、どうぞよろしくお願いいたします。

(澤井会長)

どうも皆様、こんばんは。ただいまご紹介いただきました、神奈川県医師会の澤井でございます。本推進会議の会長を仰せつかっております。きょうはどうぞよろしくお願いいたします。

議 題

(1) 地域医療構想の推進について

(澤井会長)

それでは早速、議事に入ります。まず、本日は2つの議題があるのですが、(1) 地域医療構想の推進についてです。これを事務局から説明をお願いしたいと思いますが、資料がたくさんございますので、明確にどの資料と言って説明していただけますか。よろしくお願いいたします。

(事務局)

はい。神奈川県医療課の土井と申します。よろしくお願いいたします。恐縮ですが、座ってご説明させていただきます。

まず、全体のスケジュールについて確認させていただきたいと思いますので、資料1、A4の横のものをごらんください。一番左の列に保健医療計画推進会議、それから地域医療構想調整会議というふうに並んでおりまして、それぞれ医療計画改定と病床許可事前協

議の2つの項目に分かれて右の方向に流れるような形で記載させていただいております。

まず一番上の行のところですが、保健医療計画推進会議の計画改定ということで、全部で年間で6回会議を予定しておりますが、本日は2回目、太枠の四角で囲わせていただいている7月の星の下あたりなのですが、ここでデータ共有とか、あと二次保健医療圏域の設定、それから構想地域版の見直し方針についてお諮りさせていただこうと考えております。その後、9月に第3回の会議で現行の計画の進捗確認とか素案のたたき台、それから基準病床数の検討が本格的にスタートしていくと。11月に第4回の会議で素案、それから目標値の設定。12月に第5回の会議で引き続き素案と、あと基準病床数の設定について。また、パブリックコメントを挟みまして、年明けの第6回の会議で改定案をお諮りさせていただきたいと考えております。また適宜、医療審議会には報告・諮問・答申をしていく予定でございます。

その下の病床許可事前協議なのですが、今申し上げた9月の第3回の会議と2月の6回目、最後の会議と連動するような形で、それぞれ事前協議の対応方針、それから事前協議の審査についてお諮りさせていただく予定でございます。なお、ちょうど7月のところで丸を打ってしまして、平成29年度既存病床数確定というところは、本日の参考資料7でも結果を添付させていただいておりますので、後ほどごらんいただければと思います。

また、真ん中から下の地域医療構想調整会議のほうなのですが、こちらにつきましては、医療計画改定のラインのほうで、これから本日の会議が終わり次第、順次、各地域で第1回目の会議を開催していくという流れで考えておりまして、本日の会議と同様、データの共有、それから構想地域版の見直し方針についてまずお諮りさせていただいて、今後9月～10月に予定している第2回の会議で基金の活用事業の検討、それから素案たたき台、基準病床数、構想地域版の見直し案。また12月～1月にかけて、第3回の会議で計画素案についてお諮りさせていただく予定で考えております。

その下の病床許可事前協議の流れについては、調整会議第1回で事前協議の対応方針、それから12月～1月に予定している第3回の会議で事前協議の審査、その間に10月～11月に事前協議の申し出の受け付けというものを予定しております。

また、最後の段なのですが、総合確保基金の流れについても並行するような形で記載させていただいております。まず今7月～8月にかけて、平成30年度の計画に向けた提案募集を行っているところでございます。その後、募集を締め切りまして、9月～10月に基金活用事業の検討ということで、それぞれ地域の第2回の調整会議に連動してくる予定でおります。その後、県のほうで平成30年度の内部の予算調整というのが11月～年明けの1月にかけて予定しているところでございます。

全体のスケジュールについてはこのような流れで考えております。

(事務局)

引き続きまして、資料2のご説明に入らせていただきます。事務局の医療課のスズキと

申します。恐縮ですが、座ってご説明させていただきます。

資料2は第7回、3月に開催しました地域医療構想調整会議の概要となっております。第7回では、議事としましては、まず県の保健医療計画の改定について、この推進会議でもご議論いただいた内容について報告しました。それから地域医療構想策定後の調整会議の運営方法、それから構想を踏まえた病床整備に関する事前協議の方針についてご議論いただきました。

2番目、「主な意見」としまして、複数の地域で出てきたご意見としましては、今後の地域の病床整備や事前協議にかかわってくる話なので、次期保健医療計画の基準病床数については早期の情報提供が必要であるというご意見をいただいております。また、今後、回復期や慢性期などの条件をつけて整備した病床や、補助を受けて回復期に転換した病床が適切に運用されていくように担保する仕組みが必要であるというご意見も複数の地域でいただいているところでございます。

3番目は「地域別の主な意見」としまして、横浜地域では、病床整備だけでなく、医療資源をどう再配分するかということを考えていくべきだというご意見や、医療機関への転換、回復期や慢性期への移行のための情報提供や働きかけが必要であるというご意見。川崎では、医療計画について、地域の実情に応じて細やかな気配りが必要であると。地域によっては移動手段が困難なところもあるので、いろいろな要素を含めて検討していくべきであるというご意見をいただいております。相模原では、2つ目のポツになりますが、回復期で手を挙げて審議会を経て整備した病床を、今後地域のニーズが変わった場合にどういうふうに対応するのかということも検討が必要ではないかというご意見をいただいております。それから、その他、会議のメンバーやワーキンググループに関するご意見も多数いただいております。横須賀・三浦では、会議の中で福祉関係者を入れていくべきであるというご意見。それから有床診療所や病院を集めたワーキングを設置してはどうかというご提案などが出ております。湘南東部では、病床整備に関しては調整会議の意向を尊重してほしいというご要望や、あるいはワーキングについては、構想の課題別に病床機能の文化・連携や地域包括ケア、人材確保などのワーキングが必要ではないかというご意見をいただいております。湘南西部でも、やはりメンバーについて、回復期や慢性期病院を加えてほしいというご意見、あるいは公募要件を決めるに当たって、医療従事者を確保できるかという視点での検討も必要であるというご意見をいただきました。県央地域では、基金から今後施設整備に補助金を出すに当たって、みとりをやるとか、そういったルールをつくって、きちんと守られているか実態を把握していく必要があるのではないかというご意見、それから今後回復期をふやしていく中で、行き先となる介護施設が確保できるかどうかというのを並行して検討しないといけないというご意見が出ております。県西地域では、急性期が今後減少していく地域になりますが、そうすると救急医療の影響が危惧されますので、急性期からの転換の場合にも事前協議などを行えるようにするべきではないか

というご意見や、会議体に慢性期も加えて意見を反映できるようにしてほしいというご意見、それから病床機能の転換をどのように促すかで、3回の会議の中でどこまで深い議論ができるかというご意見をいただいております。また、病床機能の転換や地域包括ケアのワーキングがあってもよいのではないかとご提案もいただいているところです。県の推進会議の中では、同じく基準病床数について、出典や途中経過を丁寧に説明してほしいというご意見や、ワーキングについては早期に開催できるようにしてほしい、あるいは隣り合う圏域などでも開催できるようにしてほしいというご意見をいただいたところでございます。

最後に、今回この推進会議の後に第1回の調整会議を各地で開催いたしますが、現時点で日程すべて固まっておりますので、8月1日～29日の間で各地域開催してまいりますので、日程を記載させていただいております。

一たん、報告事項の説明は以上でございます。

(澤井会長)

では、今のいろいろなご意見が出たことに関して答えられる部分は何か答えないのですか。各地域の調整会議で答えるのですか。例えばこういうワーキングがあったらいいのではないかといったようなことは、当然私はいいと思うのだけど、そういうことは今は触れないのですか。

(事務局)

本日の資料ではお示ししておりませんが、それぞれいただいたご意見を踏まえて、ワーキングの設置等については各地域で検討しております。

(澤井会長)

わかりました。それでは、(1)の中で次の説明があるのですよね。

(事務局)

はい。

(澤井会長)

お願いします。

(事務局)

では続きまして、資料3-1、3-2、次が4-1、4-2、参考資料1を使ってのご説明になってきますが、まず参考資料1になりますが、今後各地域で開催します第1回地域医療構想調整会議の次第イメージになっております。先ほど土井からも説明しましたとおり、今回の会議の中では、まず各地域の現状の分析というのをテーマの1つと考えております。地域医療構想策定後のマクロ的なデータの時点更新をした上で分析していただいて、各地域の現状を確認するということ。それから病床機能報告の結果などをもとに、地域の議論を進めていただければと思っております。また、病床が基準病床数にまだ達していない地域におきましては、今回の会議で病床の事前協議の方針についてもご検討いた

だくこととなります。その他、報告事項は今回の推進会議でお諮りした内容の情報共有をしていくことを予定しております。

資料については、まず3-1をごらんください。まず、資料3-1、3-2についてはマクロ的な視点からの分析・確認ということで、主に地域医療構想を策定した際に分析し、また構想のデータ集などにも記載しているデータについて、各地域ごとのデータにつきまして最新のデータに更新した上で、分析した結果を資料化しているものです。これを各地域で皆様に情報共有していただいて、ご確認していただくことを想定しております。各地域で作成する分析の資料の内容は異なりますので、今回は例として湘南東部地域をサンプルとして資料化しております。資料3-2のほうは資料3-1のバックデータとなっておりますが、本日は細かい説明は省略して、資料3-1のほうでご説明させていただきたいと思っております。

資料3-1につきましては、基本的には地域医療構想のときに分析した内容につきまして、構想は大体平成25年のデータをもとにして分析して策定しておりますので、それ以降の平成26年度あるいは平成27年度のデータが出てきているものがございますので、それを更新して、現状を分析させていただいております。それを、資料3-2をまとめたものが資料3-1となっております。

では、基本事項として、人口や入院患者数の推計として、湘南東部地域については、人口は年々減少して、65歳以上は年々増加するという。患者数については、65歳以上、75歳以上の患者は増加して、65歳未満の患者は減少していくという傾向がございます。疾患別ですと、循環器、呼吸器系の疾患の増加率が高くなっております。また、介護施設の状況についても、特養やサービス付き高齢者住宅の整備数について確認しております。伸びているということで整理させていただいております。また、その次の四角ですが、病床数の状況としましては、これは病床機能報告の結果になりますが、平成27年度と比較しまして、病床機能別の傾向は大きな変動はないのが湘南東部地域になっております。2025年の必要病床数と比べますと、急性期が約400床の過剰、回復期は約900床の不足、総数では約500床の不足となっております。高度急性期と慢性期はほぼ充足している状態となっております。

1つ飛ばして、入院基本料の欄ですが、湘南東部地域、これも構想策定のときと大きな傾向の変動はございませんでしたが、一般病床、7対1・10対1のほうでは、自己完結率は約8割、79.9%となっております。回復期リハビリテーションのほうにつきましては、自己完結率67.5%、横須賀・三浦に12%流出。これも若干数字の差はございますが、大きな傾向の変動はございません。それからその他、療養病床などについての分析も加えております。

おめくりいただきまして、救急医療、あるいは疾患別の地域特性などについても分析しております。また、在宅医療などについても、資料3-2のほうで分析した結果、こうい

った形でまとめさせていただいております。

これらを踏まえて、湘南東部の課題・論点としては、湘南東部の場合は、疾患別の地域特性の中で、急性心筋梗塞や脳卒中についてレセプト出現比の各指標が、もう全体的に全国平均を下回っているという状況があったりいたします。そういった状況の中で、医療機能についての役割分担を進めるに当たっては、そういった点を考慮しなくてはいけないのではないかということ、それから医療機関と、在宅医療や介護資源との連携などについても今後の課題となっていくのではないかということ、こういった形で資料を整理した上で、各地域の調整会議において、地域ごとに課題は違うと思いますが、ご検討・ご議論いただければと考えているところでございます。

続きまして、資料4-1、資料4-2のご説明に入らせていただきます。まず資料4-1のほうですが、こちらにつきましては、県全体の平成28年度の病床機能報告の結果を表にしたものになっております。病床機能報告自体は県のホームページにも先日アップさせていただいておりますが、これは表形式で1枚でまとめたものになっております。見方としましては、一番上が神奈川県全体の高度急性期、急性期、回復期、慢性期それぞれの区分ごとの、左側から平成26年度、27年度、そして今回平成28年度の状況が(③)というところで記載しているものになります。その右側が、各年度ごとのそれぞれの構成割合になります。さらにその右側に2025年の、地域医療構想に記載しております必要病床数を記載させていただいております。最後に、その右側に必要病床数と現状の差ということで記載させていただいております。基本的に三角が立っているのが、病床が今現在過剰になっているものということになります。プラスのものは現在、必要病床数と比べて不足しているものということになっております。転換が進んだこともありますし、病床機能が精査されたということもございりますが、このような形で3年間推移しているものとなっております。その下は各構想区域別の各機能区分別の内訳となっております。

これを踏まえまして、資料4-2に移らせていただきます。この資料4-2も湘南東部を抜粋して、資料イメージとして提出させていただいております。これは今回平成28年度の病床機能報告で各医療機関からご提出いただいた報告内容についての一部ですが、一覧表形式でまとめたものになります。湘南東部につきましては、有床診療所は除いて、病院のみ抜粋版とさせていただいております。基本的に、まず左側に病院名、全医療機関名、それから医療機能については7月1日時点の機能と6年後の機能、それから内訳として一般と療養の別、それから今回三次、二次、それから救急告示病院の設定、告示を受けているかないかについても記載させていただいております。それから診療報酬の届け出の有無です。それから、今回この湘南東部については救急医療と在宅関係を主に抜粋させていただいておりますので、救急医療の実施状況、これも各医療機関からの報告状況をそのまま記載させていただいております。それから退院調整部門の設置状況、それから入院患者の状況。これも報告いただいた内容どおりとなっておりますが、入院患者の状況、それか

ら入棟前、それから退棟先の場所別の入院患者の状況、その次に退院後に在宅医療を必要とする患者の状況、それからみとりを行った患者数など、基本的に救急と在宅に絡むものを中心に今回抽出させていただいているところです。一番下の欄は、各医療機関別のそれぞれの数値と、それから合計・平均値という形で1枚の表に整理させていただいております。この辺を各医療機関別に、これはホームページでは公表されている情報になるのですが、一覧表形式で、こういう形で一覧で見るともなかなかないかと思っておりますので、こういった資料をもとに、地域における各医療機関の立ち位置であったり、そういった役割分担などを検討する上で材料にさせていただければということで、こういった資料で各地域でご議論いただく予定になっております。

最後に、参考資料2をごらんください。参考資料2につきましては、平成27年度と28年度に完了しました回復期病床の転換補助の実績についてご報告するものになります。2年間で県全体では計451カ所について、回復期病床の転換補助を受けて、転換が完了しているところがございます。こういった形で、地域の現状分析という形で、これらの資料をベースにして各地域の調整会議でご議論を進めていただければと思っております。

調整会議に報告する資料の説明は以上でございます。

(澤井会長)

そうすると、これで(1)は全部説明が終わったと考えていいのですか。

(事務局)

もう一つあります。

(澤井会長)

では、それも言うてからにしますか。お願いします。

(事務局)

引き続き説明させていただきます。最後に資料5をごらんください。資料5につきましては、病床機能区分の転換に係る地域医療構想調整会議等での取り扱いについてということで資料をつくらせていただいております。

まずこの資料、こういった形でお諮りすることになった経緯でございますが、まず前回3月の保健医療計画推進会議の中で、地域医療構想を踏まえた病床整備に関する事前協議についてを議題としてお諮りしまして、ご承認いただいたところです。これによって各地域の病床整備の事前協議に当たって、地域で、その病床の過不足という話もなのですが、地域で優先的に整備が必要な病床機能について条件設定を行っていただけるということで、整理させていただいたところです。ただ、事前協議ですので、これは対象となるのは新規整備と増床の場合となっております。医療機関が既存病床の機能の転換を行う場合というのは今後の検討課題ということになっておりました。直近の病床機能報告で既にもう必要病床数に達している、先ほどの表でいうと三角が立っている状態になっている病床機能区分へ今後転換を希望する医療機関があった場合の取り扱いなのですが、これは実際にも

う相談の事例が出てきているということもございまして、早期に整理を行う必要があるということで、今回資料をつくらせていただいております。ただ、これの趣旨としては、地域で必要と判断する、そういった事例が生じた場合に医療機関に調整会議に参加を求めたりということができるように整理するもので、網羅的に、強制的にすべての案件をとすることを目的としているものではなく、あくまで事例が生じたときに呼ぶことができるようにということで整理させていただいております。

2番の基本的な考え方でございますが、まず今後の地域の病床整備、それから病床機能の確保に当たっては、構想に示された地域の課題あるいは取り組みの方向性などを考慮して進めていく必要がございます。また今後、地域における医療機関の役割分担が進んで、医療機関が病床機能や提供する医療を検討していく中で、既に過剰となっている病床区分、病床機能への転換を検討する場合に、病床機能報告とそれから地域医療構想の必要病床数の推計では病床機能の定義が異なっているということもございますので、数値だけでは的確に把握できないような地域の課題あるいは実情にも留意しながら、地域で必要な医療機能が確保できるようにしていく必要がございます。このために、協議の場として調整会議を活用しまして、医療機能に理由などの説明を求めたり、あるいは必要性、妥当性について協議を行うことで、各地域で必要な医療機能を安定的に提供していけるように、本県における当面の間の取り扱い方針を定めるという考え方で定めるものになります。

3番で事例の範囲でございまして、まず1つは、医療法第30条の15が適用になる事例がございます。これは、医療法は一番後ろのページに該当の部分をつけさせていただいておりますが、医療法第30条の15は、基準日と基準日後6年後の病床機能が異なって、かつ基準日後の病床機能区分が既に過剰となっている場合が適用になります。この場合、知事は医療機関に対して理由書の提出を求めたり、調整会議への参加を求めたり、医療審議会での理由の説明など一定の手続を求めることができるという規定になっております。医療法の15では、その後の手続についても規定はございます。

続きまして、おめくりいただきまして、今回この医療法に該当するものは医療法でということになるのですが、医療法に該当しないが対応が必要と考えられる事例もございます。1つ目の事例としては、病床機能報告後の事情変更で区分転換希望があった場合。要は、本年度の病床機能報告では変更予定なしということで報告されていたのですが、その後、医療機関の事情変更等で、過剰な病床機能区分への転換について、転換したいということで相談があったようなケースになります。病床機能報告では同じ報告しているので、医療法の適用にはならないのですが、翌年度の病床機能報告を待たずに速やかに対応できることが望ましいであろうと考えております。

それからもう一つの事例として考えられるのは、前年度と当年度の報告の間に、病床機能区分を転換してしまった場合となります。例えば、前年度は不足の病床、例えば慢性期から6年後も慢性期の予定ですということで、不足病床区分のままですよと言っていたの

が、当年度の最新の病床機能報告では過剰の医療機能区分にもう現在そうなっています、6年後も当然そのままですというようなケースというのは、これも医療法の対象外なのですが、対応が必要なケースがあるであろうと。なので、事態が判明した場合に、地域が必要と判断すれば対応できるようにしておきたいという趣旨になります。また、この2つの事例のほかに、医療機関が今後、転換・変更を行う場合で、調整会議で必要と判断した場合には、これに準じて調整会議への参加を求めることができるものです。

4番目、国の動向ですが、国のほうでは、ワーキンググループの中で、このケース2の事例について、変更した理由について情報提供を求めるとともに、調整会議へ参加し説明するよう求めていくことが必要ではないか。あるいは、必ずしも病床機能報告の結果を待つことなく、計画が判明した時点から速やかに対応していくことが必要ではないかというような資料を示しているところです。資料については参考資料3で添付しておりますので、また後ほどごらんいただければと思います。また、年内に通知、「構想進め方ガイドライン」のようなものを発出することを予定していると同っているところです。

これらを踏まえて、今回の対応方針としましては、ケース1やケース2のような事例について、医療法第30の15に準じて、調整会議に参加を求めるなどの対応ができるように、取り扱い方針を取りまとめて、今回の推進会議あるいは県の医療審議会の承認を得て、運用できるようにしたいと考えております。また、これについては、国から今後通知が発出される可能性がございますので、それまでの当面の方針としまして、発出された後には必要に応じて見直しを行っていく予定でございます。また、過剰な機能区分への転換については、原則として、点線の四角で囲った、この場合に認めることとしたいと考えております。この場合に必要な説明を求めたり、あるいは必要に応じて調整会議への参加を求めることができるようにするものです。点線の中を読みますと、二次保健医療圏または構想区域の中で病床機能の地域偏在が存在している場合に、一定の地域で特に整備の必要性が認められる機能区分の病床と認められるもの。それから人口の急増等により、なお当面、整備が必要と考えられる機能区分の病床と認められるもの。その他、地域の実情に応じ、良好な医療提供体制を確保するために必要性が高いと考えられるもの。基本的に前回お諮りしました事前協議方針と同じ考え方に基づいているものでございます。今回こういう形でお諮りしたいと考えております。

手続の流れを簡単にご説明しますと、ケース1や2のような事態が判明した場合に、まず理由を記載した書面の提出を求める。医療法に準じた形で、理由を記載した書面の提出を求めます。知事に対してご提出いただく形になります。それから調整会議の意見を求めながら、十分な理由かどうかというのを判断して、必要に応じて判断した結果を調整会議へ報告していくということをさせていただきます。ただ、注意事項としましては、現時点で病床機能報告における各機能区分の定義にはまだ不明確な点がありまして、今後また精査される予定であることや、協議の場への参加要請について、医療機関への周知はこれか

らということになりますので、そういった点にも考慮した上で参加要請の必要性をご判断いただく必要があるかなと考えております。こういった検討した結果、理由が十分でない、あるいは地域の意見を聞く必要があると判断した場合には、病院に対して、協議の場における協議に参加するよう求めることができるということにしております。調整会議で了解を得られた場合には、推進会議へ報告してという形で終了することになります。また、協議の場での協議が整わない場合には、病院に対して、医療審議会に出席して、理由等について説明するように求めることができます。これは医療法上の第30条の15と同じ流れになります。医療審議会への出席を求める場合は、事前のこの保健医療計画推進会議へ経緯を報告して、承認を得るといようなことを考えております。

ここまでが今回定めようとしている取り扱い方針の範囲となっております。最後に参考に点線で書いておりますのは、これは医療法第30条の15の例になりますが、医療審議会での説明を踏まえても理由がやむを得ないと認められないときは、医療法上はこういった手続がありますということで記載させていただきますが、これについては今回の取り扱い方針の範囲からは外させていただいております。医療機関の出席を求める場合は、原則として、定例の調整会議のスケジュールの中で対応していただく。ただ、早期に対応が必要な場合は、必要に応じて、臨時開催などの対応も可能としたいと考えております。

繰り返しになりますが、この取り扱い方針は、転換を希望する医療機関に対して、地域における協議の場への参加を求めるために、当面の方針として定めますが、今後国から取り扱いに関する通知等が発出された場合は見直しを行います。また、運用開始後に改善の必要が生じた場合や、追加等の必要が生じた場合は、推進会議や、あるいは調整会議の意見を聞きながら見直していくものと考えております。また、この方針をもし承認いただいた場合は、関係団体のご協力も得ながら、平成29年度の病床機能報告の期間中に医療機関へ周知が行き渡るように周知を図ってまいりたいと考えております。

5ページ目と6ページ目は、今ご説明した内容に沿った形で、取り扱い方針という形でまとめたものになります。書いてある内容は、先ほどご説明したものをこういった形で文章として整理させていただいております。

取り扱い方針についてのご説明は以上でございます。

(澤井会長)

ありがとうございました。そうすると、最終的に、国から何か通知があれば別として、きょうのこの場で当面のこの方針を認めるかどうかの議決をとるということですか。そういうことですね。きょうとるのですね。もう資料が膨大にありますけど、地域医療構想の推進についてということでたくさんの資料についてご説明がありましたが、どこの何の資料のどれという形で言って、皆さん、ご質問・ご意見を出していただけますか。

(窪倉委員)

説明が広範なので、何をどこからということもちよつとあるのですが、1つはスケジュ

ールの中に今回、総合確保基金の活用のスケジュールが書き込まれたことは大変評価できると思いますが、病院団体、つまり基金に応募したい側からしますと、では応募というのはどこの時期を指しているのかというのが不明確なので、後で教えていただきたいです。

それから2つ目の質問は、意見になるかもしれませんが、最後のご説明にあった、調整会議等での病床区分の転換にかかわることです。ここでわからないというか、微妙なところがあるかと思うのですが。

(澤井会長)

何ページですか。

(窪倉委員)

2ページですか。つまり一定の区域で偏在がある場合、過剰病床機能区分への変更にかかわる基準等についてというのは何番でしたか。5番ですね。3ページが一番上の破線で囲まれた部分になろうかと思うのですが、ここが肝になるかと思うのですが、つまり一定の医療圏または構想区域の中では、病床が過剰であるというような算定がされながら、それを細分化した一定の地域では偏在があると認めるということは、ちょっと二律背反的なところがあるわけです。ただ、その二律背反をどういうふうにおさめるかというところが私の質問の核心なのですが、今ある資源を圏域の中で有効活用するという視点を非常に大事にしながら、地域偏在の解消も大事だから、これをやっていきましょうという、この2つの目的を調和させないということでこういう表現が出てくると思うのです。そうすると一番問題になるのが、医療圏の中で過剰だと言われている病床に、ある病院が参入していくというか、転換していきいたいといった場合に、その偏在があるという定義をどういう形ですかということが肝になるのですが、その一定の地域の設定の仕方で幾らでも偏在というのはあり得ることになるわけです。わかりますか。

(事務局)

わかります。

(窪倉委員)

ですから、この一定の地域の設定の仕方に何らかの基準があるのかなのか、あったのかなかったのか、それを教えていただきたいのです。これは横浜なんかでも結構出てくる可能性のある中身だし、川崎の南部なんかでは、過剰でありながらこういったことを要望するところも出てくるかと思うので、この点についてお伺いしたいです。2点です。

(事務局)

まず1点目の基金のスケジュールの中で、医療機関が応募するといった場合にそのタイミングはいつかというお話だったかと思いますが、まず応募というのは2種類ありまして、1つが基金の活用事業を、神奈川県が国に基金を活用する計画をつくって出すわけですが、その前段階のアイデアの募集、これに応募していただくこと。もう一つは、この資料の中でいいますと、点線でお示ししています、予算調整の後に実際に予算が議会でご議決いた

だきまして、予算を執行できるよといった段階で、補助金を、では私のところに配分してくださいというふうに手挙げしていただくこと。これもまた応募かと思います。1つ目、前半の応募につきましては、この資料1でいうところの7月～8月の平成30年度計画の提案募集で応募というか、アイデアをご提案していただく。後段の個別の補助金への手挙げにつきましては、これは申しわけないのですが、補助金によりまして時期はばらばらでございます。該当になる可能性のある医療機関には、それぞれ個別の事業所管課のほうからご案内させていただきますので、そちらのご案内を見て、これに手挙げしようというって応募していただくということになります。

(窪倉委員)

ちょっとそこで区切っていただいてもいいですか。

1つわからなかったのは、2つわからないことがあるのですが、アイデア募集は、そもそもこういう企画の事業をやっていただかないと応募のしようがないからアイデアをあげますと、そういった趣旨だと思うのです。そうすると、そのアイデアを出したところは別に応募の手挙げをしているわけではありませんよね。

(事務局)

はい。

(窪倉委員)

そういう枠をつくってくださいというだけの話であって。そうすると、後段の補助金が認められて、手挙げを誘導するというか、公募する、そのことがとても私らには関心事なわけです。いつのタイミングで、どこで、どういうふうにやられているかがわからない医療機関がいっぱいあるので、なので先ほどのお話だと、個別の事業所にお声かけするというのは、公募ではないでしょう。広く一般に、こういう事業をやりますから応募してくださいね、手を挙げてくださいねというのが公募であって、それを我々は待っているわけだけど、そういう形というのは余り広く知られていないものですから、それは一体どうなっていますか。

(事務局)

恐らく、補助金によりまして、対象となる医療機関が限定されるものもあれば、限定されないものもございます。例えば救命救急センターを対象とした補助金であれば、救命救急センターであることが補助金をもらう大前提ですので、そういう補助金に関しては救命救急センターになっている医療機関にご案内しております。逆に、例えばこの基金でまさに新設した、回復期病床への転換の補助金につきましては、すべての病院に手を挙げますかどうかどうしますかといったことは、文章によってお伺いしております。あとそれ以外に、もう本当にいろいろとあって申しわけないのですが、例えば国庫補助金とか、あともしかしたら事業によってはホームページで周知することによって周知したとしているものも幾つかあるかもしれません。

(窪倉委員)

わかりました。いろいろな企画があるので、広告媒体は少し広がるのかもしれないのですが、ぜひ病院にかかわることであれば病院団体にまず教えていただければ、私らのほうでも周知徹底いたしますので、先ほどの救急センターであっても、すべての救急センターに周知されることが大事であって、そのこの点の公平さ、公正さというのが求められますので、ぜひお願いしたいと思います。

(事務局)

はい。2つ目の質問の地域偏在についてですが、まずこちらについては今の段階で、こういう状況であれば地域偏在が生じているというような基準とか、あるいは地域偏在の地域というくくりはこうですというような決めは決めておりません。そこは逆に、地域医療構想調整会議にこれをお諮りするわけですが、その中で検討していただくといいふうに今のところは考えております。

(窪倉委員)

わかりました。

(澤井会長)

調整会議の中で偏在があるかどうか。ほかにいかがですか。

(小松委員)

今の窪倉先生の話につながってしまうのですが、今回両方で病床の機能区分というものが一応決められはしましたが、どうしてもここは病床機能報告制度と地域医療構想の中で、多分みんなが完全に納得して、はっきりして、縦割りができているものではないですよ。正直言うとそここのところが、一応4つに分けられていますが、ただ、こういった形で医療法の中で今回、要するにこういうケース1、ケース2も含めて、過剰医療機能、不足医療機能という形になってきたときに、調整会議の中で決めるということに関してが、医療法に書いてあるからだめなものだめだという理屈だけでもいけないではないですか。となると、ここで破線にあった、ある程度地域の事情をかんがみるということになると。ただ、では調整会議の中で、そのこの責任というのは多分調整会議の会長が決めるということになると思うのですが、実際調整会議の中で、ベッドも含めて過剰だ、不足だということを全部判断するのは、その基準が余りになさ過ぎて、結構大変というか、難しいかなという。だから、これが何年かたってくればもうちょっとははっきりしてくるのかもしれないですが、今の段階だと、調整会議で決めて、話し合うところまでは行けるのですが、調整会議でだめと言い切れるかということとあれだし、逆にいいよと言い切れるかということ、ちょっとそのあたりはどうなのかなという懸念があります。

(事務局)

今おっしゃっていただいたことは、我々も若干危惧はしております。ただ、地域の中で話し合っ、結局地域医療構想で必要病床数を出して、現状と比較して不足だ、過剰だと

いうことは、数字としてはあらわれますが、まず2025年、10年後の話であるということ。だから現状の医療提供体制は必要病床数とは必ずしもマッチしていないはずなのです。そういったことをよくわかっていらっしゃるのは、やはり地域医療構想調整会議に参加されている方々だと思っております。明確な基準がない中での判断は難しいかもしれませんが、そうした中でも、若干感覚的にはなってしまうかもしれないけれども、これは大丈夫だろうとか、これはさすがに問題だろうとか、そういったご意見をいただきながら、地域で話し合っていくことが大事なのかなと思っております。

(小松委員)

わかりました。とにかく調整会議の議題に乗っけて話し合おうということだということですね。

(澤井会長)

ほかにはいかがでしょうか。私から1つ、資料5の3ページの「手続の流れ」の二枠目、「調整会議の意見を求めながら、十分な（やむを得ない）理由かどうか判断」。この判断する主語は県なのですか。主語は何ですか。

(事務局)

県です。

(澤井会長)

県というと、あなたたちということですか。

(事務局)

そうです。

(澤井会長)

またその結果が調整会議へ戻って報告されるということですか。

(事務局)

そういう意味です。

(澤井会長)

わかりました。ほかにはいかがでしょうか。特に質問がないようであれば、これは同じようなことを各地域の調整会議でこれからやるわけで、またそこで改めてその地域で問題になったらまた戻るから、まだもう一回チャンスはあるのですよね。ほかによろしいですか。それですと、今までの説明とともに、先ほどのこの県としての国から方針が出るまでのやり方について、皆さん、ご承認いただいたということになるかと思うのですが、ご承認いただける方、挙手をお願いできますか。

(挙手)

(澤井会長)

ありがとうございます。挙手多数。それでは、そういう形で進めてください。よろしく申し上げます。

(2) 保健医療計画の改定について

(澤井会長)

では、ようやく次、議題(2)です。保健医療計画の改定について、説明をお願いいたします。

(事務局)

引き続き、神奈川県医療課の土井から説明させていただきます。まず、私のほうから資料6、7、8の3つの資料に基づいてご説明させていただきます。

まず、資料6をごらんください。保健医療計画の改定に当たって、まず「二次保健医療圏の圏域設定について(案)」という資料になります。

1番で、まず医療圏の設定方法につきまして、医療計画作成指針のほうで書かれている事項を記載しております。二次医療圏の設定に当たりましては、まず地理的条件等の自然的条件とか、あと日常生活の需要の充足状態、それから交通事情等を考慮して、病院における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められる区域を単位として認定するとされております。

2番の圏域設定に当たっての考え方なのですが、医療計画作成指針の中で主に2点ほど国のほうで示されている、見直しに際し参考となる事項というのがございますので、その2点について確認したいと思います。

まず1点目なのですが、人口構造と患者の受療状況についてということで、人口規模が20万人未満の医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合、また特に流入患者割合が20%未満、流出患者割合が20%以上である場合、設定の見直しについて検討するとされております。その下の表なのですが、こちらは国のほうから配付されている特別集計になりまして、二次医療圏ごとに人口と推計流入患者割合と推計流出患者割合が記載されております。これを参照しますと、人口構造、それから患者の受療状況のみでは見直しの必要状況に該当する二次保健医療圏がないということがわかるのですが、裏面に進んでいただきまして、もう一点、構想区域との整合性という観点がありまして、構想区域と現行の二次保健医療圏が異なっている場合は、一致させることが適当であるとされております。構想区域の決定に当たりましては、地域医療構想の策定の際に、各地域の患者の受療動向とか疾病構造の変化、それから基幹病院へのアクセス等々の要素を勘案して、現行の二次医療圏と異なる構想区域の具体的な案がある場合に検討を行ってきたという経緯がございます。

その下の点線囲いのところなのですが、【構想区域決定の経緯】を記載させていただいておりまして、まず横浜の構想区域につきましては、調整会議において意見が出まして、以下の3点の状況を踏まえまして、3つの北部、西部、南部二次保健医療圏を1つにする

ことが調整会議の中で了承されております。まず1点目としまして、二次保健医療圏を越えた市域内の医療機関へのアクセスが可能であり、将来、2025年においても市域内への患者の流出入が相当の割合で生じることが想定されること。また2点目として、二次保健医療圏内で完結することが望ましい医療機能が既に備わっており、将来的にもバランスよく整備されるような仕組みが認められること。3点目として、在宅医療等の推進等を念頭に、老人福祉圏域と整合を図る必要があること。3つの状況を踏まえて1つにするということでした。了承されているところでございます。また、それ以外の構想区域につきましては、構想区域の設定に対する具体的な提案はございませんでした。以上を踏まえて、平成27年度の3回目の保健医療計画推進会議におきまして、横浜市は3つの二次医療圏を1つの区域として、それ以外の地域については現行の二次保健医療圏と同じとするということで合意をいただいたところでございます。

3番で県の二次保健医療圏（案）ですが、この2点の確認経過を受けまして、神奈川県は二次保健医療圏域は次の9圏域としたいと考えております。横浜については横浜医療圏という形で、全部で9区域というふうに考えております。

その次の4番の疾病・事業ごとの圏域設定につきましてでございますが、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制を構築する際の圏域につきましては、従来の二次医療圏にこだわらず、患者さんの移動状況とか地域の医療資源の実情に応じて弾力的に設定することとされておりますので、分野別の会議において検討していきたいと考えております。

最後、5番の基準病床の算定につきましては、先ほどご提案させていただきました二次保健医療圏でご了承いただけましたら、その医療圏に基づいて算定したいと考えております。

資料6につきましては以上になります。

続きまして、資料7「保健医療計画の改定に伴う地域医療構想の見直しについて（案）」というものをござらんください。今回の医療計画の改定に伴いまして、地域医療構想の一部を見直すこととしたいと考えております。具体的には、地域医療構想の地域版部分の修正につきましては、地域の判断によるものとして、もし修正する場合につきましては、地域医療構想調整会議で検討の上、推進会議のほうへ報告していただくと。また、地域版以外の県全体の部分の修正につきましては、必要に応じて本会議の中で検討していきたいと考えております。ただ、原則としましては、データ集部分の年度更新については行わないという方向で考えております。

2番の見直し作業を行う場合のスケジュールでございますが、左に地域の地域医療構想調整会議、右側に県の保健医療計画推進会議ということで、下においていくような形で書かせていただいておりますが、本日7月19日に推進会議で本資料7をもちまして見直し方針の提示をさせていただきます。これから始まる1回目の地域医療構想調整会議でも同

様に見直し方針を提示させていただきまして、もし見直しするというのであれば、調整会議2回目のほうで地域部分の見直し案の提示・検討。その後、必要に応じて、書面会議等の開催により見直し案の検討・承認という流れで考えておりました、県全体の部分に係るほうについては、本推進会議のほうで、もし見直すということであれば検討を進めさせていただいて、第3回、第4回で必要に応じて見直し案の提示・検討。最後、12月上旬と書かれているところで、地域版も含めた見直し案について必要に応じて諮らせていただく。その後、パブリックコメントという流れで考えております。

資料7につきましては以上になります。

続きまして、資料8「基準病床数算定シミュレーション」なのですが、続けてでよろしいでしょうか。

では、資料8で「基準病床数算定シミュレーション」になります。こちらにつきましては、まだ県でも在宅医療等対応可能数の数字等につきまして手元にそろってはいないのですが、シミュレーションを行うために在宅医療等対応可能数を仮で数字を置いた形で計算したものになります。

まず<基準病床数の算定式>につきましては、前回の会議の中でもご説明させていただいたものになります。その中で未確定ということで2つの要素、在宅医療等対応可能数と、あと都道府県間の患者流出入を見込む場合の流出先または流入元の都道府県と協議を行い定めた数ということがまだ未確定ですということでお伝えしたのですが、在宅医療等対応可能数につきましては、もう一歩明確化されておりますので、まずその点につきまして、真ん中からの下の部分を説明させていただきたいと思います。

<在宅医療等対応可能数の算出イメージ>というところなのですが、まず図のところではA、B、C、Dというふうにアルファベットを振っておりまして、まずAというのが「医療区分1の70%と地域差解消分」。この部分の数字につきましては、この後国から示される予定となっております。Bのところでは「介護療養病床の全数」と書かれているのですが、あとCのところは「医療療養病床のうち平成35年までに介護医療院等親類型に転換する見込み数」ということで、この明確化された部分というのがBとCの部分になります。Bの「介護療養病床の全数」というのが、医療機能名簿から算出するというシミュレーションは考えております。また、Cの医療療養病床につきましては、まだシミュレーションの段階では未確定で数字は入っていない部分になるのですが、県で独自調査をするか、もしくは県の病院協会に今実施していただいている調査などから算出することを検討しております。Dの部分というのが、基準病床数算定式における在宅医療等対応可能数になりまして、これは計算式でいうとAからBとCを引いた数ということになります。図の部分で、米印でも書かせていただいているのですが、在宅医療等対応可能数につきましてはAからBとCを除いたもの、すなわちDになるのですが、つまりBとCにつきましては基準病床数の数に含まれるということになります。

ページを1ページめくっていただきまして、まだ数字が明確に示されていない在宅医療等対応可能数Dというのを仮定で置いた場合の計算の仕方になります。

まず使用するデータなのですが、(1)のところで「入院患者／入所者の医療区分」で、出典としては国のほうで行われている調査で、平成25年度老人保健事業推進費等補助金、医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業というものを使用しております。それによりますと、区分が一番左の列にありまして、「介護療養型医療施設（病院）」「介護療養型医療施設（診療所）」「医療療養病床（25：1）」「医療療養病床（20：1）」で、それぞれ患者さんの数が書かれていて、医療区分1、2、3が何%になるかというのが示されている統計になります。(2)で、「県既存病床数」は医療機関名簿から引っ張ってきておりますが、介護療養病床が1614床、医療療養病床が1万1894床あります。それに、既存病床数に省令・告示が示されている療養病床の利用率0.9を掛けて、矢印の右側になるのですが、(3)「県患者数」を算出していまして、介護療養病床が1453人、医療療養病床が1万705人というふうに出しています。

このような前提のもとで、その下の【計算】というところなのですが、まず介護療養病床と医療療養病床とそれぞれ分けて推計していまして、介護療養病床につきましては、国の調査結果の母数に、まずそれぞれの医療区分1、2、3の割合を掛けて、実際の人数を計算した後に、病院の分と診療所の分の患者数を合計して、改めて実際の割合、実割合というのを算出しています。

その下の区分のところなのですが、その計算結果は国調査、実割合の%で表示しているもので、医療区分1が78.3%、医療区分2が14.3%、医療区分3が7.4%となっていて、それを県の介護療養病床の患者数に当てはめると、総数で1453人いますので、医療区分1の78.3%を当てはめると1137人という数字が出てきます。それと同じような形で、医療療養病床の患者数も推計していまして、国調査の実割合の%が医療区分1が21.2%というふうに出てくるので、県の療養病床の患者数の総数1万705人に当てはめて、2269人という数字を出しております。

その下の③の医療区分1の療養病床患者数の合計のところなのですが、それぞれ個別に算出した介護療養病床は1137人、医療療養病床は2269人と、合計でいうと3407人という数字が出てきます。

④で医療区分1の70%、先ほどのA、B、CでいうとAというところになるのですが、Aのところは医療区分1の70%と、本来は地域差解消分が含まれた数になるのですが、ここでは地域差解消分については考慮しない形で出しています。それによりますと、介護療養病床が796人、医療療養病床が1589人で、合計が2385人と。

⑤で介護療養病床の全数のBというのを差し引くという形で、Aのところには先ほどの2385人と、Bのところでは介護療養病床の全数の1453人という数字が入っていて、ここで考慮いただきたいのが、医療療養病床の転換見込み数Cについてはまだ不明なため差し引き

をしていません。2385人から1453人を引いて、932人というのが仮定の数ですが、在宅医療等対応可能数Dとして今回置かせていただいた数になります。

⑥で在宅医療等対応可能数Dというのを、今度二次医療圏別の入院者数に応じて等比的に案分して、シミュレーションでは数字を入れています。

その次のページなのですが、こちらが【二次医療圏別の病床利用率】になりまして、病床利用率は省令・告示で示されているものが、療養病床は0.9で、一般病床については0.76で今示されているのですが、シミュレーションをするに当たって、病床利用率を症例告示のものと、あと県の実態に合わせた病床利用率を使ったものと2パターンで出させていただいています。ですので、病床利用率についてここで説明させていただきたいのですが、この「H27病床利用率」と書かれているものは、病床機能報告制度から引いてきている病床利用率になります。ただ、国の告示において下限値というのがそれぞれ療養と一般と定められていますので、下限値にかかってしまう部分については下限値を採用するという形で、「採用病床利用率」というもので右側の列に書かせていただいています。この採用病床利用率というのをを使ってシミュレーションのほうは計算しております。

ページをめくっていただきまして、試算が4分の1から4分の4まで全部で4パターンあるのですが、組み合わせとしてはまず4分の1と4分の2というのが1つの組み合わせで、条件としては人口が2016年の人口を使っていて、上段のほう为国告示で示されている病床利用率を使っているもので、下段のほうが県の実態に合わせた形で二次医療圏別の病床利用率をそれぞれ当てはめて計算したものになります。

上段のところ、計算の流れをご説明させていただきたいのですが、区分という行がありまして、右の方向に流れる形でござんいただきたいのですが、①、②、③、④、⑤、⑥というふうに振ってありまして、まず療養病床のところになるのですが、①が入院者数、②が在宅医療等対応可能数、③が流入入院患者数、④が流出入院患者数、⑤が小計みたいな形になっておりまして、①の入院者数から在宅医療等対応可能数を差し引きして、③の入院患者数を足して、④の流出入院患者数を引いているものになります。その患者数を病床利用率で割っているのが⑥の数字になります。一般病床につきましては、⑦で受療者数、⑧で流入入院患者数、⑨で流出入院患者数、⑩のところ、小計になっていて、⑦の受療者数に⑧の流入入院患者数を足して、⑨の流出入院患者数を引いていると。患者数の小計がでまして、⑪のところ、病床利用率で割っている、それで病床数を出しているという形になります。その次の列で基準病床数（都道府県間調整前）というものがそれぞれの療養病床の小計の⑥と一般病床の小計の⑪という病床数を足した合計になっています。⑫が既存病床数、平成29年3月31日現在のものを入れております。⑬が差し引きした数になります。

試算の4分の1と4分の2については以上になりまして、その次の試算4分の3と4分の4につきましては、人口の条件を変えています。2020年の推計人口を用いて算出したも

のになりまして、上段のほうが先ほどと同じく国告示の病床利用率を使ったもの、下段のほう平成27年の病床機能報告制度から算出した二次医療圏別の病床利用率を、県の実態に即した形の病床利用率を使用したものになります。

基準病床数の算定シミュレーションにつきましては以上になります。参考資料のほうで、参考資料8で2025年の必要病床数につきましても添付させていただいております。あと先ほど、参考資料7のほうで現行の医療計画の基準病床数と既存病床数についても一覧を添付させていただいております。

私からの説明は以上になります。

(澤井会長)

ありがとうございました。シミュレーションですが、それまでを含めて(2)全体の説明について何かご質問がありましたら、どの資料の何ページと言っていただいてご質問・ご意見をお願いいたします。

(池上委員)

ありがとうございます。資料8について伺います。その2ページに使用するデータというのがありますが、これはどういう視点に基づいてやっているかを確認したいのですが、国の調査というのは全国データであって、県のデータではないですね。それが1点目です。

それから2点目、全日本病院協会を視点として挙げられていますが、この全日本病院協会の調査のうち、何をどこに使ったかを教えていただけますでしょうか。

(事務局)

1つ目のご質問は、これは国全体のデータですねというご指摘ということでしょうか。

(池上委員)

いや、確認です。

(事務局)

はい。そのとおりです。まず、この数字を見ていただくに当たって説明が不十分だったかもしれませんが、基準病床数について、在宅医療等対応可能数の数字が全く今我々の手元にはない状況です。ただ、基準病床数の算定については、早い段階で皆様にお示しして、ご意見を伺いながら決めていくようにというご意見をこの会議でも、あるいは各地域の地域医療構想調整会議でもいただいた中で、不十分な条件の中で数字をお出ししなければいけないということで、若干無理やり計算してお出ししております。特に今質問いただきました、在宅医療等対応可能数のシミュレーションにつきましては、今ある材料をかき集めて、県のほうで独自に仮試算して出しています。だからこの数字は全く当てにならない数字です。といったことをご承知おきいただければと思います。この数字は国から7月中には来ますよと国からは言われておりますので、この数字自体はそれほど時期がたたないうちに置きかわっていくものであるということをご踏まえた上でお答えさせていただきますが、済みません、この全日本病院協会の調査から出てきたこの母数、それから医療区分

ごとのパーセンテージというのは、実は我々は、国の資料にこの調査を出典としたこのデータが出ておりましたので、それをそのまま引用しております、このもとの調査を当たって数字を拾ってきたものではございません。

(池上委員)

ありがとうございました。そうしますと、不十分な条件のもとの仮試算で、しかもそれは7月、今月中にまた置きかわるということであれば、ここで数値自体について細かいことを議論しても余り意味がないという解釈でよろしいわけですか。むしろ数字が出てきた場合に今後どういう手続をとるか、数字が出た場合も、これは国としての全国数値に基づいた数字であって、神奈川県におけるニーズなどに基づいた数字ではないという解釈でよろしいですか。

(事務局)

いえ、そうではございません。国から示される予定の資料8の最初のページをごらんいただきたいのですが、Aの医療区分1の70%と地域差解消分、まずこの数字がベースになりますが、これは必要病床数の算定と恐らく同じような形で、地域ごとのレセプトデータをもとに算出したデータが示されるというふうに聞いております。Bの介護療養病床の全数、Cの医療療養病床のうち転換する見込み数、こちらも県の実態を反映した数字を使用する予定でございますので、実際に国から示されて基準病床数のもとになっていく数字というのは、より神奈川県の実態を反映した数字になってくると思います。

(池上委員)

では、これで最後ですが、それを私は承知していますが、このレセプトデータの国のそれぞれの境界域の分岐点に基づいて、それぞれのこの圏域ごとにはじかれた数字であって、それは神奈川県の実態を反映しているという限りにおいては神奈川県の実態を反映しているけれども、その計算の根拠となるものは国の基準に従ったものであるということですね。

(事務局)

おっしゃるとおりです。あと、1つだけ補足させてください。今回この不確定な数字を用いつつも、皆さんに仮の試算をお示ししたというのは、試算の4分の1～4分の4が、では全く当てにならない数字かということ、そうではないだろうと。②の在宅医療等対応可能数については若干バイアスをかけて見ていく必要はありますが、けたでいうと数百から数千のけたになります。そうしますと、はじかれる基準病床数の大まかな見通しはこれでお示しできているのではないかなと思っておりまして、それをまずは皆様にごらんいただいて、率直なご意見をいただくなりということをしていきたいと思っております。

(澤井会長)

先生、よろしいですか。これはシミュレーションですから。

(窪倉委員)

地域の調整会議は8月からいっぱいかかってばらばらやられますね。そうすると、7月に国からおりてくる一定の数によるシミュレーションもできるわけですね。どちらが調整会議に出ますか。なるべく確度の高いものが出たほうが。

(事務局)

そうですね。まず国から、本当に7月中に来たら、我々医療課の職員が頑張って計算して、なるべく早い、間に合うように努力したいとは思っています。

(澤井会長)

ほかにいかがでしょうか。

(事務局)

私のほうから1点、今のご質問に。委員の先生方にもこれは、会議の場はなかなかないですが、この新しいシミュレーションの数字は、もし地域医療構想調整会議に出す数字がもうちょっとブラッシュアップされたものができましたといったときには必ずメール等で情報提供させていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いたします。

(澤井会長)

数字だけひとり歩きしないように、あくまでもシミュレーションです、くれぐれもよろしくお願いたします。

(事務局)

それから先ほど担当が説明しましたが、この資料8の試算4分の1、4分の2、4分の3、4分の4とございます。あくまでこれはシミュレーションではございますが、今申し上げた基準病床数は、いろいろな条件を変えるとこうなりますよと、ある程度の傾向は見えるかと思ひまして、やわらかい段階で出させていただいたとご理解ください。特に病床稼働率、これは当初、前回の会議の段階ではその取り扱いがわかりませんでした。つまり全圏域一定なのか、それとも二次医療圏ごとに実情を反映した稼働率を使ってよいのかどうか。これは後者であることがわかりました。二次医療圏ごとに実情を反映していいのです。ただし、下限、上限はありますよと。それから人口につきましても、原則は今現在の直近の人口なのです。つまり平成28年1月1日ですと。なのですが、今後特例等を考えたときに、人口の急増が見込まれる場合という条件に当然本県は当てはまります。そのときに、この今、試算4分の3、4分の4というのが2020年、平成32年、つまり6年間の計画期間の半分過ぎたときの真ん中の人口、当然ふえていく中のふえた人口の推計を使っております。そういったものがもし認められるのであれば、それを使ったらどうなるかということでご試算させていただいたということでご理解いただければと存じております。

以上でございます。

(澤井会長)

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

(小松委員)

小松です。1つは、今この在宅医療等対応可能数に関してはかなりざっくりとしか出しようがないということは重々わかっているのですが、神奈川県、特にこの医療区分1の70%というこれに関しては、療養病床をやっている者としては非常に違和感があると。実際今慢性期の病院を対象に調査を行っているところで、そこはまだはっきりは入れていないですが、国のいう医療区分1の解釈の仕方をとったとしても、恐らく70%の逆かなと、3割ぐらいかなという印象は持っています。その辺が、国が示してくるデータの中で反映できるのかどうかというのはちょっと気になるかなという。結局、療養病床のところは低くカウントされてしまうと、その分は全部、施設とか在宅医療の、まだ整備が完全に整っているかどうか未確認のまま数だけ変わってしまうということになるので、そこら辺に関してはこちらからもまた提言していきたいなということがあります。それが1点です。

あともう一つ、一般病床に関して。これは二次医療圏ごとに基本的にはこの地域医療構想で1万床足りないとかと言われたあの数字がやっぱりひとり歩きしてしまいましたし、ただ今度、基準病床になるともっと数字として、ひとり歩きというよりはもうその数字で固まってしまうと、地域が大混乱になってしまう。一番大事なことは今課長がおっしゃったように、二次医療圏ごとに病床の稼働率がある程度フレキシビリティがあるということで、逆に言うと、年によってだんだん人口が変わっていく。そうすると、では、そこで何%稼働率を上げれば乗り切れるのかなと。というのは、どうしてもこの一般の76%というのは、よくよく考えると24%のベッドはあいているわけですね。要するに空床があるにもかかわらず、ベッドが足りないと言って、新しい病院を5000床もつくりますかといったら、やっぱりまずはベッドが満杯になるまで必死でいくところに人をやって、それでも足りなかつたら人をふやすという順序だと思うので、そういう意味でいったら、一般病院で稼働率90%は相当きついと思います。ただ、実際今ここで見ても、横浜あたりは80%を超えていますので、それをあと2年で3%上げようという話であれば、各区域の調整会議の中で、では、みんなで知恵を出し合って頑張ろうとなると思うのです。そうでなくて、そこはもう足りないと言われて、500床足りない、1000床足りない、5000床足りないと言われてしまうと話がずれてしまうので、結局そういう意味でいったら、ある程度稼働率をよくする。在院日数に関しては神奈川は相当短くなっているんで、ただ1日短くすれば相当短くなる、稼働率も3%上げれば相当変わってくると思うので、そういった形の何かシミュレーションを示しながら基準病床というものを示していただくと、多分地域も、要するに今より3%よく診ようという、ベッドはあいていますから、ということをお伝えたいです。

以上です。

(澤井会長)

今のことに對して何かありますか。

(事務局)

今ご指摘いただいたところというのは、今厚生労働省から示されている算定式の中では反映できるかなとちょっと微妙なところだと思います。逆に……ふやす方向でないから違いますね。もし仮にふやさなければいけないということであれば、特例を使っていくに当たって訴えていく材料にできるのかなと思うことと、あとは地域医療構想の中でも病床稼働率の向上というのは皆様からご意見をいただいて、記載を位置づけております。ただ、具体的な施策としてどうすればいいのかというところはまだ我々もよくわからなくて、皆様のご意見を伺いながら検討していかなければいけない課題であるなど思っていますので、そういった中での対応というのも考えていく必要があるのかなと思っています。

(澤井会長)

私からもお願いしたいのですが、資料8のトップにあるこの算定式ですが、病床利用率、下限が幾つと書いてあるのは、これは全国47都道府県のうちのほとんど40、減らされるほうが数を大きくするためにもっとここを小さくして数をふやすとか、そういうことはできませんよ、ここが下限ですよと言っているのであって、神奈川初め幾つかはふえるところですから、下限でなくて、今小松先生が言われるように、例えば病床利用率を1.0でシミュレーションするならば、そんなことはあり得なくてもみんなが努力して、2025年はともかく、さらに10年過ぎたらもう人口はどんどん減って行って、患者さんが減るのに、ハードにどんどん投資して採算はとれるのですかといったときに、ではみんなで1.0になる努力をしたらどうだという。これはやっていいのですから、そういうものの数値でどれだけ抑えられるかというのをシミュレーションで県は出すべきだと私は思います。

(事務局)

先ほどの答えで舌足らずだったかもしれませんが、ご意見を踏まえてシミュレーションはしてみたいと思います。

(澤井会長)

どうぞ。

(水野委員)

横浜の水野です。今回初めて参加させていただきました、きょうはやっと少しわかってきたかなと思っているのですが、実態の調査というのをもうちょっとやらないと、とんでもない数字のひとり歩きになってしまうかなという危惧を感じています。というのは、例えば病床利用率と在院日数の関係や何か、これは老健とか特養なんかもそうなのですが、1日在院日数が減ると、大体数えると1%は変わってしまうのです。どんどん在院日数が減ってきているということは、それだけ稼働率が下がっていると。下がっているのが上がらない最大の理由というのは、これは人がいないのです。看護師さんにしても、介護士さんにしても、地域包括ケアシステムが進まない最大の理由というのは、訪問看護師さんになってくれる人、あるいは24時間対応してくれる介護士さんになってくれる人、これがもう全然今の状況ではないという中で、そういうものを想定してやること自体の問題。そ

れからきょうは初めてで、前任者から申し送りがなかったのですが、私はこれを見ていて非常に疑問に思うことがいっぱい出てきてしまったのですが、そういう中で、ただ数字だけのひとり歩きということばかりで、社会情勢の問題ということが全然加味されていない中で、そういう議論を進めていっていいのかなど。実際問題として、特養でも何かもうオープンしても人がいなくて、フルオープンできないというものも出てしまっている中で、病床が足りないからつくるといったら、では、看護師さんをどこから持ってくるのと。いろいろな問題があって、それはそれで、できているところ自体が共倒れしてくるという危険性もあるので、会長がおっしゃいましたが、数字のひとり歩きだけは、これは大変な問題になってしまうと思うので、人も、調整会議をもう地元でもやらなければいけないと今改めて思いましたが、そのもとになる県のほうでもう少しいろいろなことをしんしゃくしてやっていただかないと。特に横浜は370数万人で1医療圏になっているのはどうするのというふうに思ってしまうほど、何でこんなことになってしまったのというようなことを今痛感していますが、そういったことで、県のほうはぜひとも各地域のことも考えていただいて、余り早急な結論を出されるとかえって混乱を招くかなと思いますので、これはお願いします。努力してやっていただきたいと思います。

(澤井会長)

何か。

(事務局)

今ご指摘いただいたところは非常にごもつともなことだと思います。我々も数字だけで何かを語ろうということではなくて、実態をより見ていかなければいけないとか、社会情勢の変化を見ながら、段階的に医療提供体制の整備は進めていく必要があるということは重々承知しておりますので、そういった形でご意見を伺いながらやっていきたいと思えます。

(澤井会長)

ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。せっかくですから、何かご意見・ご質問はありませんか。それではこれは、シミュレーションはシミュレーションということでいいのですね。そうすると、全体の改定についても特に何か、いけないということはないということで、県のこういうふうな作業の進め方についてご承認いただける方は挙手をお願いいたします。

(挙手)

(澤井会長)

ありがとうございます。それでは、ぜひそういう方向でよろしく願います。また各地域の調整会議で細かい丁寧な説明をよろしく願います。

(3) その他

(澤井会長)

その他は何かあるのですか。

(事務局)

特にありません。

(澤井会長)

ないですか。皆さんのほうから何かその他ございますか。それでは、なければ私の役目を終わらせていただきます。では、そちらにお返しします。

閉 会

(事務局)

澤井会長、どうもありがとうございました。それでは本日、おかげさまをもちましてすべての議事を終了いたしました。本日はまことに闊達な議論をいただきまして、ありがとうございました。県といたしましても、本日の議論を踏まえまして、この議題として取り上げたさまざまな項目、そして議論を持ち帰りまして、この改定作業を進めさせていただきたいと存じます。それから説明の中でもございましたが、8月1日から各地域で地域医療構想の調整会議を始めさせていただきます。また地域の中でもさまざまなご議論をいただきながら、また柔軟に、やわらかい段階から議論を進めさせていただきたいと思います。また地域でもお会いする先生方も多いと思いますので、ぜひ引き続きどうぞよろしく願いいたします。

以上をもちまして、平成29年第2回保健医療計画推進会議を終了とさせていただきます。まことにありがとうございました。