

## 平成30年度第1回湘南東部保健医療福祉推進会議 議事録

日時 平成30年8月29日（水）

会場 藤沢市保健所 研修室

### 開 会

（事務局）

それではただいまから第1回湘南東部地区保健医療福祉推進会議を開催いたします。私は神奈川県医療課の加藤と申します。よろしくお願いいたします。

本日の出席者につきましては、委員の名簿、また座席表のとおりでございます。今回から新たに委員に就任された方のみご紹介させていただきます。

まず、藤沢市民病院病院長 常田委員です。続いて、寒川町健康子ども部長 伊藤委員です。なお、本日は代理で健康・スポーツ課長の亀井様にご出席いただいております。

また、本日は全国健康保険協会神奈川支部 磯野委員の代理として、阿川様、神奈川県高齢者福祉施設協議会茅ヶ崎・寒川地区連絡会 小林委員の代理として、米山様、茅ヶ崎市保健所 南出委員の代理として、地域保健課長の大川様に、ご出席をいただいております。よろしくお願いいたします。

藤沢市歯科医師会の鈴木委員からは事前にご欠席のご連絡をいただいておりますのでご報告します。

また、今後在宅医療と、介護との連携にかかわる議題が増えていくこととなり、現在、他地域でも順次、県医師会の介護担当理事に委員としてご参加いただいております。本日オブザーバーとして、神奈川県医師会の介護担当理事の高井様にご出席いただいております。よろしくお願いいたします。

（事務局）

次に、会議の公開につきまして確認いたします。本日の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。開催予定を周知いたしましたところ、傍聴の方が10名見えております。

なお、審議速報及び会議記録につきましては、これまで同様、発言者の氏名を記載した上で公開とさせていただきますので、よろしくお願いいたします。本日の資料は机上にお配りしておりますが、何かございましたら、会議中もお申しつけください。

それでは、以後の議事進行につきましては、鈴木会長、よろしくお願いいたします。

（鈴木会長）

皆さん、こんばんは。お疲れのところ、多数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。そして、先ほど議事録の話がありましたが、申しわけありませんが、発言のときには名前をその都度言うただけだと助かります。よろしくお願いいたします。

### 議題

#### （1）平成30年度の地域医療構想の進め方について

（鈴木会長）

それでは、議題に従って進めたいと思います。（1）平成30年度の地域医療構想の進め方について、事務局の説明をお願いいたします。

(事務局より資料1に基づき説明)

(鈴木会長)

ありがとうございます。ただいまの事務局の説明につきまして、ご質問、ご意見はございますか。よろしいですか。

では、先駆けに1つだけ質問をさせていただきます。最後の参考資料3で、「事務局が理由等を確認し、調整会議で説明。調整会議において要望があった場合は医療機関に対して次回以降の調整会議での説明を要請」とありますが、国ではすぐに医療機関に出席しなさいということですよね。ところが、神奈川県の場合は一旦理由を確認して、調整会議で1回説明してもらって、それでご本人たち出てくださいという場合に出てもらうと。そのようにしましょうという認識でよろしいですか。はい、ということになっているようです。何かありますか。

(事務局)

後ほど休棟中の医療機関の議題でも触れさせていただきますが、県内は医療機関の数が多いということもあり、全てお呼びしても大変なところがございますので、一旦事務局でご報告をさせていただくという形で予定しております。ただ、緊急の場合などにつきましては、そこは適宜対応させていただきますと思っています。

(鈴木会長)

齊藤委員、どうぞ。

(齊藤委員)

藤沢市薬剤師会の齊藤と申します。

資料1の1ページ目の一番下、四角の中の「その他の共有事項」ということで、この間も私は申し上げたと思うのですが、一番最初の丸の「在宅医療を行う診療所や、介護施設」というところで、どうしても薬局をないがしろにされているような感じがしてしやうがありません。前回もたしか申し上げたと思いますが、私も薬剤師会の代表として来ているわけですから、できましたら薬局という文言も入れていただけたらありがたいと思っています。

(鈴木会長)

ありがとうございます。事務局、いかがですか。

(事務局)

ありがとうございました。前回もご意見をいただいておりますが、このような表現としてしまい申しわけございません。もちろん薬局、それから在宅歯科などとも、当然今後連携が必要になってくると考えておりますので、今後はそういったところも含めて情報共有を進めていければと考えております。その際にはまたいろいろとご相談させていただければと思います。よろしく願います。

(鈴木会長)

ほかに何がご質問等はございますか。よろしいですか。では、また後で何かあれば挙手をお願いいたします。このような形で進めていくということでよろしく願います。

## (2) 湘南東部地域の現状について

(鈴木会長)

続きまして、議題(2)湘南東部地域の現状についてということで、データ分析と病床機能報告

の結果について報告をお願いいたします。

(事務局より資料2-1～4に基づき説明)

(鈴木会長)

ありがとうございました。では、この部分につきましていろいろとご質問があるかもしれませんが、ご質問のある方は挙手をお願いいたします。今井委員、よろしく申し上げます。

(今井委員)

湘南病院協会会長の今井です。

ここにある基本的な充足率とか、医療的な問題については、救急の問題も含めて、私は、基本的にこの地区はまあまあというのも変な言い方ですが、かなりのところまで行っていると思います。ただ、在宅医療等において訪問診療が76.5%というのは、ほかのいろいろな項目の充足率に比べて、やはりやや少なく、かつこれは地域的な至近性というのがかかなり必要なサービスですから、これをもう少し上げる形でいきたいというのが一つです。

それから、訪問診療という医療は、今日も県医師会の在宅関係者の方にお出でいただいたのは非常にいいことだと思いますが、例えば老健施設や、今回できた介護医療院、サ高住、デイサービス、デイケア、こういう形の在宅医療等の「等」のほうの問題の把握と共有化がかかなり今後は必要になってきます。なぜかという、病院から退院する場合にそちらの受け皿があるかないかというのはかなり大きいですから、そちらのほうのデータ提示と、それからそれをできるだけこの地域の中で完結していけるような形のモチベーションにできるような資料をぜひ今後ともつくってもらいたい。そういうことをお願いしたいと思います。

(鈴木会長)

お願いするということで、回答はいいですか。

(事務局)

ありがとうございます。なかなかうまく資料がお出しできなくて大変申しわけないと思っておりますが、各地域で言われているところですので、また検討しまして、何らかの形で出せるようにさせていただきたいと思います。よろしく申し上げます。

(鈴木会長)

念のためですが、在宅医療の76.5%完結は、ほかに比べてどうですか。データがないとあれですが、ただレセプトの出現比はもともとこの辺は多いですよ。ですから、在宅の医療をやっているレセプトは多分多いです。でも、連携がとれていないというのが特徴でしたよね。カンファが少ないとか、そういうことでしたよね。

(事務局)

おっしゃるとおりで、その傾向は今年も変わりません。訪問診療の、他地域と比べたデータはすぐに出なくて申しわけありませんが、確認して、またご報告をさせていただきます。

(仙賀委員)

茅ヶ崎市立病院の仙賀です。

資料4の(3)診療所の状況ですが、これは有床診療所ということですよ。有床診療所のベッドは地域医療構想で規定されるベッドとは切り離されていいはずですよ。有床診療所は今回の改定でオープンするのが比較的容易になったという話を聞いたのですけれども、これを出す意味というのは、地域医療構想の中でいろいろ決めていく中で、有床診療所がたくさんある地域ではベッドを減らしていかなければならないとか、そのように左右されるものなのではないでしょうか。それとも、全くこ

これは切り離して、有床診療所のベッドは地域医療構想とは関係ないというスタンスなのでしょうか。それについて教えてもらえますか。

(事務局)

基本的に、既存病床数、基準病床数を数えるときには有床診療所の病床数も入っておりますので、切り離すということはありません。ただ実際問題として4機能の話をするとき、診療所はなかなか4機能の話をするのが難しいところがあり、そういう意味であまりこの地域では話題に上がってきていないということもございます。病床数としてもそれほど多くないということで、比較的影響が少ないところなのではないかと思えます。ただ、地域によっては有床診療所についても取り込んで、進めていく地域もあるかと思えます。

(鈴木会長)

よろしいですか。一応増やす場合に、基準病床数とは違うけれども、この会議にはある程度出してもらおうということで今後はいいのでしょうか。

(事務局)

クリニックでも病床事前協議に申請が出てくる場合もございます。また、参考資料6の一番最後のページに「医療法第7条第3項の許可を要しない診療所に関する取扱要領」がございます。先ほど簡単に整備ができるようになったとおっしゃったのはこちらのことかと思えますが、医療法第7条第3項の規定に基づく許可を要しない診療所は、今までは分娩を取り扱える診療所など限定されていたのが、在宅関係について、幅広くなったということもございます。こちらにつきましては、第3条第3項で「知事は、予め、地域医療構想調整会議の議論を経た上で、医療審議会の意見を聴き、許可を要しない診療所に該当するか否かを決定し、その結果を通知するものとする」としており、もし該当する案件があった場合には一旦調整会議の中でご報告し、議論していただいた上で、医療審議会に上がっていくこととなります。

(鈴木会長)

仙賀委員、よろしいですか。ということで、一応ここには出していただくということになるわけですね。

ほかに何かご質問はございますか。どうぞ、追加発言をお願いします。

(事務局)

先ほど在宅医療の自己完結率のお話の際、回答ができなかったのですが、資料2-2の44ページをごらんください。訪問診療の自己完結率の圏域ごとのデータを記載させていただいており、帯グラフと横長の表がございますが、この中で湘南東部は76.5%です。表を見ていただくと、例えば横須賀・三浦地域ですと80%、川崎南部は65%でございますので、これを見ますと湘南東部が突出して県内で低いということではなく、むしろ真ん中か少し上ぐらいという、率だけで見るとそのような状況でございます。すぐに回答できなくて失礼しました。

(鈴木会長)

よろしいでしょうか。ほかに何かご質問はございますか。では、次に進めさせていただきます。途中でまた何かあれば挙手をお願いいたします。

### (3) 公的医療機関等2025プランについて

(鈴木会長)

引き続きまして、(3) 公的医療機関等2025プランについての事務局の説明をお願いいたします。

(事務局より資料5に基づき説明)

(鈴木会長)

簡単に終わりましたが、院長にそれぞれ説明してもらおう形がいいですか。

では、まずは市民病院のほうから常田委員、よろしく願いいたします。

(常田委員)

藤沢市民病院の常田です。4月から新たに院長になりました。よろしく願いいたします。

うちの病院としては、この前のワーキングのときにも話しましたが、6年後に530床全部を高度急性期ということで一応計画を立てています。その理由についてはこの前もお話ししましたが、うちの病院は高度急性期の救命救急センター、ICUを持っていて、そこに入った患者が引き続き各病棟に移っていくので、全ての病床を高度急性期ということで申請しています。前回のワーキングなどでも指摘された意見もありましたから、現状を踏まえてこの数値に関しては、今後また変更することも検討していきたいとは思っていますが、一応今のところはこういう形を出しています。今までこの湘南東部地区で高度急性期・急性期医療に貢献してきましたが、今後も引き続いて高度急性期・急性期医療に特化してやっていきたいと思っています。

(鈴木会長)

ありがとうございます。では、仙賀委員、お願いします。

(仙賀委員)

茅ヶ崎市立病院です。

ここに書いてあるとおりで、現在別棟の工事中で、それが終わった後に内部の改装に入りまして、新設科を置くということになっております。工事は順調に進んでおります。

それで、前回のワーキングでも言ったのですが、常勤職員数は公務員的な発想で、正規の公務員でなければ数に入れていません。これは藤沢市も茅ヶ崎市も同じですが、何ともおかしいことで、365日24時間、とにかく何かあったらすぐ病院に来る医者、昼間常にいる医者、それは普通の発想からすれば常勤です。ですから、後期研修医、初期研修医等は、本当ならば常勤数に含めるべきだと思います。実際、藤沢市民病院でたった105人の医者で高度急性期の何百床も運営できるはずがないですし、茅ヶ崎市立病院も同様です。そういう意味で、看護師もやはり正規の職員しか数に入れていないと思いますから、そのあたりの常勤換算などをきちんとして、湘南東部地区で民間病院と公立病院で常勤職員数の出し方の基準を一致させて、どの職種が足りないのか、足りているのか、そういうもののベースを一緒にしないと、きちんとした形での足りない職種、何人足りないかということが出てこないと思いますので、それについて少し考えていただきたいと思います。これは自分の病院のことではありませんが。

それからもう一点、資料6の、前回のワーキングでの参加者からの意見等で、藤沢湘南台の山本先生が言っていました。医療資源投入量3000点以上が高度急性期というのは、確か出来高部分が3000点ですよね、僕の曖昧な記憶なのですが、高度急性期の客観的な決め方があるはずなので、その点を確認していただきたいと思います。あくまで高度急性期、急性期、回復期は、それぞれの病院が自己申告でやっている数字ですから、前回もワーキングで言ったのですが、各医療圏によって半分が高度急性期、半分が急性期、それからほとんど高度急性期がなくて、ほとんどが急性期、そういう医療圏もありますので、そのあたりの医療圏による数字のばらつきなども、さんざん前回言いましたけれども、ここに来られている委員の皆さんにはこの数字をそのままのみにされず、この数字は非常にファジーで決め方に問題があるということをよくわかった上で考えていただきたいと思います。

(鈴木会長)

ありがとうございます。そうすると、先にワーキンググループの資料6の説明を簡単にしてもらいましょうか。

(事務局より資料6に基づき説明)

(鈴木会長)

ありがとうございます。では、常田委員、常勤というのは大体何人ぐらいいらっしゃるという認識ですか。

(常田委員)

常勤医師数は、研修医を入れると170人を少し超えるという状況です。

(鈴木会長)

茅ヶ崎市立病院も、大体でいいですが。

(仙賀委員)

研修医を入れますと、常勤として105人ですかね。

(鈴木会長)

わかりました。それから、ワーキンググループの意見は、本当は目を通す時間があつたほうがいいかと思うので、私から簡単に。資料6の裏を見てください。

経口摂取ができない人などは、施設が受けてくれない傾向があつて、いろいろな問題があります。それから、施設での看取りが多くなって、病院で看取るというより施設ということで、訪問診療のクリニックなどとの連携を深めていくと。精神科救急はまだ不十分という意見がありましたね。それから、救急が冬場は対応し切れていないのではないかということが言われていました。それから、回復期が足りないということがよく話題として出ますけれども、回復期リハが埋まっていない、空床が結構目立つということで、そんなにニーズがあるということを感じていない、実態と乖離しているのではないかという意見がありました。その次もそうですね。リハが足りないというイメージだけ先行して、ほかのところから入ってきたら大変だと。一緒に湘南東部医療圏で手を取り合い、市民や患者のためにやっていければいいという意見がありました。もちろんそうだと思います。それから、やはり医師確保、看護師確保、この辺が大変だというような意見がワーキンググループで出ておりました。

今回はこれらの意見プラス、各医療機関に2025プランのような形を出してもらおうということで、まず民がある程度どういうことをやっているのか、またやっていくのかということを見て、官とのすり合わせをするという形でした。

ということでしたけれども、何かここまでのご意見はございますか。

(今井委員)

湘南病院協会の今井です。

先ほどの議題(2)にかかわる問題と、今回の公的医療機関のことと関連すると思いますが、民間の医療機関に今後のプランを、どの程度のスケジュールで出してもらうかによりますけれども、いずれにしろ、参考資料7にありますように、この湘南東部地区は、基準病床数では、ベッド過剰地域になっています。339床ほど多いという形になっているわけですから、今後の計画を立てる場合、これが崩れない限りは、増床するという選択肢はかなり制限されます。機能別の転換についてはあるでしょうけれども。

そこでお聞きしたいのですが、基準病床数について3年後に見直しという1項目が入っています

よね。3年後に見直すという、政策的なスケジュールないしは方法論というのは、どのようにしてそれを出すのでしょうか。逆に言うと、病院に出させた計画の内容によって、それが参考になるかどうか、例えば500床多くつくりたいというのが総計として出たとしても、どういうやり方で3年後の見直しが行われるのかというのは、かなり各病院の計画にも大きな影響を与えると思うので、今の段階でわかっている範囲で説明していただきたいと思います。

(事務局)

3年後に基準病床数の見直しを検討するということですが、昨年度、今回の基準病床数を決めるに当たっては、国の計算式を用いて数字を示し、皆さんに議論していただきながら決めていきましたが、方法としては全く同じような形で、国の計算式に基づいて数値を出し、それに基づいて皆様に議論していただいて決めていくということになります。

(今井委員)

ということは、要するに人口及び医療ニーズというのが基本になると思うのですが、そのタイムスケジュールはどのような形になっていますか。見直しのタイムスケジュールです。なぜ聞いているかという、私も病院協会の会長をしていますから、いろいろなところが計画を出せと言われても、基準病床数がまだ過剰だという事実はかなり大きく関わるわけですから、それがどのような形で3年後に見直されるのかというのは、できるだけ情報を出してもらっておかないと、計画を出せと言われても非常に困難だと思います。

(事務局)

具体的なスケジュールはまだ詰めていませんが、一つの参考になるのは、毎年見直しを検討する地域が幾つかあり、その地域につきましては、毎年8月下旬ごろに最新の人口が出てきますので、その段階でこちらで再積算をした上で、今年度で言うと第2回の調整会議で情報をお出しして、議論していければと考えております。来年度、調整会議を同じ回数開催するかわかりませんが、全く同じスケジュールになるかはわかりませんが、今回見直す地域で、2回目の10月ごろから議論していくというのが一つの参考になるのではないかと思います。

(今井委員)

しつこいのですが、ここは基本的には3年後ですよね。

(事務局)

毎年見直しの地域は保健医療計画の中でも毎年見直しますと明記しておりますので、この地域は3年後に、全地域と一緒に見直すということになります。

(今井委員)

ありがとうございます。

(鈴木会長)

小松先生、何かコメントをされますか。

(小松委員)

県医師会の小松です。

今年度は平成30年度なので、平成32年度の調整会議の場で基準病床数の見直しを行って、その中でもし病床が不足になれば、平成33年度に病床公募が入るわけですよね。ですから、実際にもしここが仮に3年後の見直しで不足となったときは、平成33年度の夏ごろに公募が出るということだと思います。

あと、今井先生がおっしゃっているのは、基準病床数の国に言われた算定式が現実に全く合致していない、違うということで、去年いろいろと調整したわけですよね。3年後に、また国がやってきた人口と式でという同じことでやったら、またずれるのだから、もちろんそのやり方に加えて、

この3年間で国の式と現実がどれだけ合っていないかということもきちんとチェックしてほしいわけです。要するに、入院受療率が下がっている、平均在院日数が短くなっている、国の言われたとおりにベッドを作ったらろくなことにならないということを証明するための猶予期間がこの地域は幸いあるわけですから、そういう意味でやってもらったほうがいいと思います。

結局、毎年見直しのところは、人口が増えていくわけですから、ここから第2回の調整会議でやると言っても、人口で当てはめてまた増やすしかないという話しかできないですよ。でも、ここは3年後ですから、いわゆる現場の実態というのを、ワーキングなども含めて、ある程度32年になるまで積み上げていくことができる。もし仮に人口で毎年見直していたら基準病床はこうなっている、でも実際は今の基準病床で全く問題がない、乖離していくということを証明していくことも必要だと思うので、これは県だけでなく、地元の先生方も、地元の行政の皆さんもそうやって、こういう数字になっているけれども、実態と違うということを証明していくことが大事なのではないかと思っています。

(鈴木会長)

ありがとうございます。

ほかに何かご意見等はございますか。では、追加で小松委員。

(小松委員)

あと1点だけ。今、藤沢市民病院の高度急性期・急性期という話題がございましたが、おそらく今、高度急性期と急性期に関しての線引きは、ほとんど気にしないでいいというようになっていると思います。というのは、例えば高度急性期が理論上不足と言われている地域に、救命センターや三次救急の病院を、民間が手挙げするということはよほどのことがない限りあり得ず、やはり、高度急性期に該当する病院は政策医療的に作らない限りはできません。高度急性期が全く足りないと出るところは、どちらかという人口が減ってきて病床が不足と言われている西日本などなので、その線引きは余りこだわらなくてもいいのではないかと思います。参考資料6は国が2月に出した資料ですけれども、これを3枚めくっていただきますと、(2)地域医療構想調整会議での個別の医療機関の取組状況の共有というのがあります。ページで言うと5ページ目です。その(ア)で「高度急性期・急性期機能」となっていますよね。国はいつのまにかここをくっつけてしまったわけです。今までは分けて4機能区分と言っていたんですが、ここは一緒にして考えることにしているので、そういう意味で言うと余りここを気にしなくてもいいようになっていくのではないかという気がします。問題は、急性期と回復期のところは誰がどうやってどの病棟で診るかということの方で、高度急性期と急性期のところはよいのではないかというトレンドになってきているような気はします。

(今井委員)

では、実質的には3つになるということですね。

(小松委員)

そういうことだと思います。

(仙賀委員)

でも、公的病院はデータその他を全てオープンにしなければならず、そうすると、何となく全部高度急性期にベッドがあるほうが、やはりいい機能を持っている病院だと住民からは判断されるわけですから、うちも本当はそうしたかったのですが、実際は高度急性期に一日医療資源をどれだけ投入するかと考えれば、ほとんど高度急性期にしてしまうという発想は僕にはありませんでした。ただ、心の中ではやはり、情報公開で一般市民がこれを見て、茅ヶ崎は何をやっているのだと、藤沢は全部高度急性期をやって、茅ヶ崎はやっていないではないかと、そのように思われるの



がしゃくです。ですから、差がないと小松委員が言っておられましたが、よくわかっている人は差がないとわかるのですけれども、一般市民から見れば高度急性期と言ったら、本当に命にかかわるような病気は藤沢市民病院に連れていけば全員助かるのではないかというような発想で見るわけです。そういう思いを僕はしております。

(鈴木会長)

ありがとうございます。ほかに何かご意見はございますか。

少し違う視点で1つだけいいですか。病床の種別がありますよね。一般病床、療養病床。その転換について、いろいろな地域でいろいろなことが起きているようではございますけれども、それについてはここでやはり議論するということですか。それと、高度急性期・急性期、いつも話題になりますけれども回復期、慢性期という区分とまた少し違いますよね。その辺はどのような流れになっているのか教えていただけますか。難しいですか。次回まででもいいですが。

(事務局)

ありがとうございます。一般と療養の間の変更については状況によると思いますが、基本的に調整会議に諮るのは機能の変更ということで、どちらかというところ4機能のほうが中心なのではないかと思っております。単なる一般と療養の変更だけの場合については、特に機能的に変更がないという判断であれば、調整会議にはご報告しないで、淡々と許認可の手続だけでいってしまうケースもあろうかと思っております。明らかに機能も変わる、一般から療養になることで急性期から慢性期になるとか、そういった変更がある場合には報告の対象になってくると思っておりますので、そこは内容によるのではないかと考えております。

(鈴木会長)

療養病床で救急をやってはいけないというわけでもないですよ。お金が安いだけで、医者や看護師が少ないだけで。極端な話ですが、療養病床で高度急性期ということは実際はないでしょうけれども、ゼロではないですよ。その辺の整理はまだ十分にされていないということですね。

(事務局)

そうですね。今まで回復期だったところが急性期になり、そこに療養と一般の変更も伴うということであれば、恐らく調整会議に上がってくると思っております。ただ、急性期の中で、例えば療養から一般に変更という形であれば、調整会議に諮られない可能性もあるかと思っております。

(鈴木会長)

ごめんなさい、よくわからなかったので、もう一度。

療養から一般には勝手にできるのですか。

(事務局)

行政の許認可の手続は当然必要ですが、いわゆる病床機能に変更がないケースですと、調整会議への報告対象とならないと判断するケースもあるかと思っております。

(鈴木会長)

要するに機能、高度急性期・急性期、回復期、慢性期のほうを重要視するということですか。

(事務局)

はい。

(鈴木会長)

ただ、一応この会議をせっかくやっているのです、その辺の種別も変わってくるようでしたらきちんと出してもらわないといけないのではないかと個人的には思いますが、検討してください。

ほかに何かご意見はございますか。よろしいですか。では、次に進みます。

#### (4) 地域医療介護総合確保基金事業について

(鈴木会長)

(4) 地域医療介護総合確保基金事業について、事務局の説明をお願いいたします。

(事務局より資料6に基づき説明)

(鈴木会長)

いかがでしょうか。何かご質問やご意見はございますか。整理すると、要するに7月31日までに個々に出した以外に、この会議の中でみんなでこうしようということがあれば、まだ来年の予算を使える可能性があるということでもいいのですか。

(事務局)

そういうことになります。

(鈴木会長)

期限としては、きょうは1回目ですよね。2回目の会議ぐらいでも間に合うということですか。それは難しいですか。

(事務局)

県の予算のスケジュールで、10月ぐらいから調整が始まってしまうので、2回目の会議ですと、平成31年度予算に反映させるのは少し難しくなってくるのではないかと考えております。

(鈴木会長)

ということですが、いろいろな会議でそれぞれの地域にある程度予算をおろすという考えは全くないですか。要するに確保基金は単年でしかだめなのですよね。だから使いにくいわけで、何かをやったときに3年間はこの会議でやりましようとなったら、ある程度おろす必要があるかどうかは別にして、国としてはあくまでもまだ単年ですか。

(事務局)

基金事業の中には、例えば3か年の計画で行う事業もございます。

(鈴木会長)

3年計画の事業であれば、3年にわたって出るということでもいいのですか。

(事務局)

そういうことになります。

(鈴木会長)

細かいことを聞くとあれかもしれませんが、何かご意見はありますか。仙賀委員。

(仙賀委員)

この基金で一番金を使えるのはどの部分ですか。やはり建物を直したり壊したり、それから必要な医療のために高度な医療機器を購入したり、そういうものに自由に使えたらありがたいのですが、基本的に神奈川県は基金は本当に使えない感じが僕はしていて、要は療養型や慢性期から急性期のほうに病床を変える、そのためにCTや、MRIを買ったりするのには使えないわけですよね。ただ会議を開いたり話し合いをしたりするのに会議費10万円、20万円を出す。それらが並列で書いてあることがおかしいと思いますし、A、B、C、Dとさまざまな基金の使い方があるはずで、それを分けて書かないと、各県の事業を見ても東京都は結構金を使うかもしれませんが、会議を開くために基金を使うというのは、ほとんど使わないのと同じですから、その境がよくわからないので、教えてください。

(事務局)

まず金額的に、区分Ⅰに一番多く配分されるので、区分Ⅰに該当するという整理ができれば比較的使いやすいということになります。ただ、区分Ⅰはあくまで地域医療構想達成のために必要な施設または設備の整備というのが大前提でございますので、例えば地域で既に過剰になっている部分の施設設備整備というのはなかなか国からも認められず、事業化し、予算をとるのが難しいところがございます。逆に、地域に不足している機能、あるいは地域での連携のために必要だという説明がうまくできるものや、構想にこう書いてあって、その達成のためにはこういうものが必要だという理屈が立つものであれば、国に計画を提出して、認められれば使えるということになります。あくまで地域医療構想達成のためというところに該当すると整理ができるかどうかというのが一つのポイントなのではないかと考えております。

(鈴木会長)

よろしいですか。では、小松先生、一言お願いします。

(小松委員)

地域医療介護総合確保基金という名前から考えれば、地域医療構想のためになるのであれば地域にまとまったお金をぼんと渡して、その中でしっかり使って有効にしてくれというのが一番いいのですが、このお金自体もとが財務省で、結局厚労省も財務省から言われるとおりというのがあって、県が厚労省に言っても財務省がと言われてなかなか思うようにならないというのが現状です。当然、一番お金を使うのは事業区分Ⅰで、病床を急性期から回復期にどんどん変えていくようなところと、あとはついに今年度からはベッドを減らして建物を壊したり、人を減らすのでリストラの早期退職の費用だとか、そういうところまでこの基金が使えるようになりました。ですから、この基金を使いたければ、ベッドを減らすための努力さえすれば幾らでもお金は出してくれるということです。神奈川には全くそれがなく、むしろ増やさなければということなので、結局神奈川県は、人口当たりの基金の配付状況は400円ぐらいで、またもや全国でワーストです。一番多いところとは、県民人口当たり7倍ぐらい差がある状況です。要するに、神奈川県にとっては地域医療介護総合確保基金が届いていません。本来であれば、人口で言えば全体では70億円ぐらい来てもおかしくないお金が30億円しか来ていません。一方、その30億円すら実は使い切れていないというのが現状です。

ですから、結局一番問題なのは、とにかく事業区分Ⅰ、どちらかという箱物の整備ととれるこの区分には半分近いお金がつかますが、ここを箱ではなくて人に読みかえて、何らかの形で、事業区分Ⅰで取っていくということしかありません。ただ、仙賀先生がおっしゃったように、会議をやるか、人材を育成するので研修会をやるというのと、建物1個を壊すというのは桁が全く違うので、なかなかそこのところで執行できないというのが現状だと思います。

1点だけ質問をいいですか。今聞き漏らしてしまったのですが、参考資料5というのはこれから説明するのですか。

(鈴木会長)

では、説明してください。

(事務局より参考資料5について説明)

(小松委員)

今の参考資料5の中で、今回平成30年度の回復期病床転換補助予定医療機関で新設病院の増床が入っていますよね。今までは既にある病院の急性期か慢性期から回復期への転換に対し基金が使えるという理解だったのですが、今年度からは新規でもよいと、ルールが県内で変わるということ

すか。

(事務局)

小松委員のおっしゃるとおりで、昨年度までは既存病床の転換のみに限定していましたが、平成30年度からは増床、それから新規の整備も含めて、回復期を整備する場合には基金を活用できることになりました。平成30年度からの整備には増床・新設分も含まれております。

(小松委員)

もちろんこれは先ほど言った事業区分Ⅰになるので、例えば増床をするときにこの基金を使って増床していけるというのはいいことだと思うのですが、例えば新設の場合だと、僕は湘南東部の部外者だから言えるのかもしれませんが、新設病院は何をどうやってやるのかもわからない、実際にどれぐらいのことを地域の中でやるのかもわからないという段階でこの基金を使って整備していくというのは違和感があります。ですから、新規の開設ですから、この調整会議に来て、うちの病院はこういう計画で、こういう形をやりますと。その中で地域包括ケア病棟に関しては医療介護総合確保基金を使ってやりたいと言って、そうですねとなって基金がおりののだったらわかるのです。民間病院だから、調整会議に出る必要はなくて、基金を利用できるという解釈はありますが、ただ新規病院ですから調整会議で説明する必要はあります。増床といっても新規なので、少しこれはどうなのかなと。結局そうすると、今回この病院がというよりも、要するによそから来た人たちもさらにこれが使えることになると、また食い荒らされるのではないかと心配なのですが、教えてください。

(事務局)

こちらの湘南大庭病院につきましては、昨年度、平成29年度の病床協議で申請されて配分が決定した医療機関になります。平成29年度の病床の公募に当たって、湘南東部地域では回復期・慢性期に限るということで条件を設定して公募をしております、その中で手が挙がった医療機関について、湘南東部は調整会議の、医療専門部会のほうで具体的な審議はさせていただいておりますので、医療専門部会でその内容、例えばこの大庭病院につきましては慢性期で開始して、一定期間たった後に地域包括ケアの回復期に転換するという計画であるということも含めて計画書が提出されて、それに基づいて、県医療審議会などを経て決定したものでございます。そういう意味で言うと、県としては、湘南東部の、この地域の会議を経ているのではないかと考えておりますけれども、呼ぶ必要があるというご判断であれば、そこは検討させていただきます。

(鈴木会長)

よろしいですか。ということで、今話されたようなことを言っておいてくれればよかったのではないかといいですか。今後もということで。

(今井委員)

大庭病院の話で、基金は、平成30年度の要求分の中で処理されるものということですか。それとも、今残高が結構多くありますが、今までの基金を使ってかなりな規模でも賄えるということになれば、先ほどちらっと言いましたけれども、他のところから意向があることも今後あり得るのですが、平成30年度に厚生省なり財務省からとるものの中でそれを処理するのでしょうか。それとも、今までの残高の中からもかなり回す形で処理するのか、今後のことがあるので聞いておきたいです。

(鈴木会長)

いかがでしょうか。

(事務局)

医療課の市川と申します。どうぞよろしく願いいたします。

今回の回復期への転換補助については、基本的にこれまで積み立ててきた基金の残高があり、こ

の残高をまず執行するということになっていきますので、新規の積立分は入っておりません。

(今井委員)

そうすると、45億円ほど残っていますので、その範囲内だろうとは思いますが、1つの医療機関に対して、どれくらい補助として出すのかという、方式というのがあるのですか。

(事務局)

まず、回復期の転換あるいは今年から新規整備もということになりましたが、1床当たり約400万円という基準額がありまして、その基準額をベースにして、設計額と比較して調整して補助するという形になっております。今、回復期転換のために積み立てている基金の金額は、計画としては、県として将来不足とされる回復期の病床数の、およそ半分くらいは自主的に転換がなされ、この転換補助金を使って病床再編するという前提で、基金の積立額を計画していますので、それなりの額を積んでいるという状況です。

(今井委員)

病院協会の会長として質問が来るので聞いておきますが、基金を使って転換ないし新設の補助をもらったところが、その後に何かの形で転換をするということはありませんか。

(事務局)

これは補助ですので、もらったそのときだけやって、あとは何もやらないとなると、補助として問題がありますから。

(今井委員)

何もやらないのではなくて、一旦回復期になったのをまたさらに転換するということは。

(事務局)

回復期から戻したり、変えたりすることについては、補助の効果が持続しないことになるので、原則として補助金の返還の対象になってしまいます。我々としては、毎年の病床機能報告でそれが維持されているのかというのを見て、万が一違う報告がされていたらそれは調査するという形で、少なくとも10年間は継続的にやっていただかないと返還の対象になってしまいますので、そういう形で担保しています。

(今井委員)

実質的には、区分Ⅰは回復期になる場合しか出さないわけですよ。性悪説に基づいていますが、補助を受けて、その後の運用がきちんと担保されているのかということは、やはり調整会議の議論に影響すると思うので、聞いています。わかりました。

(鈴木会長)

よろしいでしょうか。はい、どうぞ。仙賀委員。

(仙賀委員)

ということは、今後も急性期病院だけでやっていこうという病院は、一切使えないということでもよろしいですね。

(事務局)

先ほど担当から申し上げたとおり、地域医療構想を達成するために使うということはありませんので、何か位置づけられるものがあれば、可能性が全くないわけではないと思いますが、確かに現実的に今は難しいところです。この基金のほかにも国庫補助金などもありますので、そういうものも複合的に使えるものがあれば、活用できるようにしていきたいと思っております。

(鈴木会長)

使うところがなければ、そのうち回復期を維持するために建て直しとか、そういうことも出てまいりそうですね。多分そういうことなのでしょうね。ほかに何かございますか。

## (5) その他

(鈴木会長)

参考資料の最後が残っていますね。説明をお願いします。

(事務局より参考資料7について説明)

(鈴木会長)

ありがとうございます。何かご質問はございますか。よろしいですか。

それでは、進行を事務局にお返しします。

## 閉 会

(事務局)

鈴木会長、ありがとうございました。また、皆様には活発にご議論をいただきましてありがとうございます。次回、10月にまた第2回調整会議ということで日程調整をさせていただきたいと考えております。

それでは、以上をもちまして本日の会議を終了いたします。ありがとうございました。