

令和元年度第1回
神奈川県保健医療計画推進会議

令和元年7月26日（金）
神奈川県総合医療会館1階AB会議室

開 会

(事務局)

時間前ではございますが、全員おそろいになりましたので、ただいまから令和元年度第1回神奈川県保健医療計画推進会議を開催いたします。本日はお忙しい中お集まりいただき、ありがとうございます。本日の進行を務めます、神奈川県医療課の由利と申します。どうぞよろしくお願いいいたします。

初めに、委員のご紹介です。本日の出席者は、お配りしている座席表のとおりですが、今回の会議から新たに委員になられた方がいらっしゃいますので、座席順にご紹介させていただきます。

(委員紹介)

(事務局)

以上の方にご出席いただいております。

なお、聖路加国際大学の池上委員からは欠席する旨のご連絡をいただいております。また、神奈川県薬剤師会の寺師様は、所用のため1時間ほどで中座される旨を伺っておりますのでご了承ください。

次に、会議の公開について確認させていただきます。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4名お見えです。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させていただきますので、どうぞよろしくお願いいいたします。

続きまして、資料です。本日の資料につきましては机上にお配りしておりますが、何かございましたら、会議途中でもお申しつけください。

次に、会長を選出させていただきたいと思っております。神奈川県保健医療計画推進会議設置要綱第4条第2項により、会長は委員の互選により定めると規定されております。事務局といたしましては、神奈川県医師会の宮川委員を会長として推薦させていただきたいと思っておりますが、いかがでございましょうか。

(「異議なし」の声あり)

(事務局)

それでは、異議がないようですので、宮川委員を会長として選出させていただきます。恐れ入りますが、会長席にご移動をお願いいたします。

それでは、以後の議事進行は会長をお願いいたします。

(宮川会長)

宮川でございます。よろしくお願いたします。着席したまま進めさせていただきます。神奈川県保健医療計画推進会議の会長をこれから務めさせていただくことになりました。今後も円滑な議事の進行に尽力してまいりたいと思っておりますので、皆様のご協力をお願い申し

上げたいと思います。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

ア 令和元年度地域医療構想調整会議の進め方について

(資料1～2、参考資料1～3)

(宮川会長)

それでは早速、議事に入りたいと思います。議事でございますが、(1) 地域医療構想の推進について、アでございますが、令和元年度地域医療構想調整会議の進め方について、事務局からお願いします。

(事務局)

(説明省略)

(宮川会長)

事務局、ありがとうございました。今の説明につきまして、ご不明な点も含めてご質問・ご意見等はございますか。よろしいでしょうか。それではこのような内容で、8月から始まります各地域での第1回地域医療構想調整会議を進めさせていただくことといたします。この内容を承認してよろしいでしょうか。

(承認)

(宮川会長)

ありがとうございました。

イ 病床機能報告の結果について (資料3～4、参考資料4～5)

(宮川会長)

それでは、次にイでございます。病床機能報告の結果について、事務局からご説明いたします。

(事務局)

(説明省略)

(宮川会長)

それでは、ただいまの事務局から説明でございますが、ご意見、それから参考までに聞きたいことはございますでしょうか。どうぞ。マイクが参ります。

(山崎代理)

資料3ですが、右側の三角は必要病床数と比較して現状が不足ということで三角になっ

ているのですが、その意味合いがよくわかりません。それを説明してほしいということと、資料4の2の(1)の病棟数が調査結果では38病棟あるにもかかわらず、スタッフ不足の不足職種内訳で、看護師が199人と算定しているのですが、どのようなことでその数をはじき出したのかを教えてくださいたいです。

(宮川会長)

事務局、よろしくお願ひします。

(事務局)

まず、資料3の必要病床数の白い三角についてですが、こちらの2025年の必要病床数と、それから表の左側にある現状の病床機能報告の病床数を単純に比較したものとなります。三角が出ている数字については、必要病床数について現状の病床がまだ足りていないことをお示ししております。ただ、先ほど申し上げたように、この必要病床数についてはあくまで推計値であって、必ずしもこの病床数を全て整備すべきではなくて、あくまで地域での医療提供体制の検討をする際に議論の参考としていただく数字になりますので、こちらの白い三角は、県全体でいうと1万床足りないという結構ショッキングな数字になっているのですが、あくまで参考ということでお示ししているものになります。

(山崎代理)

ということであれば、余り必要ない数字ではないかと思うのです。わざわざここに出して1万床足りませんと言うことが、果たしてこれからの地域医療構想に対して何かの進展の具合に影響があるかどうか、極めて疑問だと思います。むしろ省いたほうがよろしいのではないですか。

(宮川会長)

どうぞ。

(事務局)

県の医療課長の足立原です。いつもありがとうございます。きょう初めていらっしゃる委員の方もいらっしゃいますので改めてのお答えになりますが、2016年、平成28年に皆様のご協力地域医療構想を策定させていただきました。ただ、ここを出した例の、この資料3の縦の太枠の2つ隣にある2025年の必要病床数、これはご案内の先生方も多いと思いますが、国が示した一定の計算式、そして特に病床利用率は割と低目の病床利用率を使って出されています。これにのっとって出すと、神奈川県はまだまだ人口が増えるという中で、医療需要が非常に増えてしまうという結果が出ております。ですので、ここの数字は決まった計算式ですので出しておりますが、先ほど担当が申し上げたような、これ自体が整備目標とは事務局としても考えていないという説明をさせていただきました。

一方、山崎先生ご指摘のこの表の右側の三角の数字ですが、とはいえ、地域医療構想調整会議は、横浜に限らずですが、結局どこを目標にするのかという議論をずっと皆さんとしてきたわけですが、病床に限りませんが、ただ、この中でまだ、この後ご説明する定量的

基準というものもあります。病床機能が、回復期が足りないと言っているけれども本当にそうなのか、急性期で回復期を一部担っているところも結構多いのではないか、こんな話もありながら、何をどう整備していくか、現実的な目標の数字が今はまだ立てられない状況にはなっております。ですので、昨年度もそうですが、あくまで参考として、今ある必要病床数との差がこれだけですのでこの数字で示させていただいております、あくまで参考数値と捉えていただければということで載せさせていただいているものでございます。以上です。

(宮川会長)

山崎委員、よろしいでしょうか。現状でということ、これは各地域に落とし込んだところで実情に合わせてまた再検討していくということでございますので、これはあくまで参考値として考えていただければよろしいかと思えます。どうぞ。

(事務局)

それから、先ほど山崎委員のご質問で、資料4の休棟・非稼働の理由のスタッフの不足の内訳の部分でございますが、こちらは各病院からの自主報告で出していただいた数字をそのまま単純集計した数字になっております。

(宮川会長)

山崎委員、よろしいでしょうか。

(山崎代理)

それにしてもかなり少ない数ではないかと思えます。一応、1対6とかそのような取り決めから考えると、38病棟数ということになると、少なくとも300人以上は足りないと言算できるのではないかと思えます。

(宮川会長)

事務局、どうですか。全部足りないのか、不足しているからそこであげられないのか。例えば10あって、10が少ないからであって、7あるのだけどこれでは全部に足りないから不足ということで実数が上がっていることもあるのだろうと思うのです。全部が足りないという実数で出しているわけではないのではないかと思うのです。どうぞ。

(事務局)

お答えいたします。今、宮川会長がおっしゃったとおり、38病棟全部が看護師が足りないとはお答えしてなくて、主観的に病院が看護師が足りないと答えた病棟が38病棟中15病棟あったと。15病棟あって、15病棟が、うちの病院は何人足りませんというものを足していいたら199人になったというアンケート結果でございまして、単純に割ると199割る15ですから、5から10の間ぐらいの数字という理解はしております。担当がお答えしましたとおり、あくまで主観的に病院に答えていただいた数字を足し上げたらこうなったということでございます。

(宮川会長)

山崎委員、よろしいでしょうか。

(山崎代理)

はい。

(小松委員)

医師会の小松です。休棟中・非稼働病床に関しては結局、ずっと休棟中だったら没収するのかどうかという話だと思うのです。例えば15病棟で199人というのと、全ての病棟で平均12～13人足りないのか、ほかの病棟の人数を割り振った結果5人足りないところと、1病棟分25人足りないところに分かれているのか？本当に細かいところまでリサーチしたわけではなくて、現場の声を拾っただけですからわからない。まして回答のない22病棟771病床を地域もそうですし、県もそうですけど、どうするのかという話だと思うのです。では、この22病棟が再稼働するために県と地域で協力しましょうという話を言っているのか、そうではなくて、むしろほかのところのために早く返上したらどうかという、県のスタンスがどっちかわからないままずっと各病院の回答を報告しているだけでいいのか。調査するに当たってのスタンスということです。だから、考え方は国の考え方に基づいて本県での対応をしているのはわかるのですが、本県ではどう対応するかというかを今後もう少しはっきりさせたほうがいいと思います。

(宮川会長)

小松委員の言うように、今後の対策としてのスタッフの確保がつき次第、再開したいというような、いわゆる開店休業という中で努力したいと言っているところと、現状として本当にそのまま不足していて困窮しているという形の中で、どのように取り扱うかということは今後のさらなる問題だし、各病院の答え方の個性によっても随分違うと思うので、その辺のところはもう少し掘り下げて、また現状を報告していただきたいと思います。以上でございますが、何かご質問等はございますでしょうか。山崎委員、どうぞ。

(山崎代理)

数字というのは恐ろしいもので、ひとり歩きしてしまうことがありますよね。だから、ある程度の数字を出すには、このような根拠で出しましたとかというのを附帯していただければ非常に助かります。

(宮川会長)

山崎委員、ありがとうございます。そのようなことを配慮していただければ幸いです。ありがとうございます。それではこの内容で、大枠ですが、承認してよろしいでしょうか。

(承認)

(宮川会長)

ありがとうございます。事務局はこの内容で作業を進めていただいて、より精度を高くやっていただければと思います。よろしくお願いします。

ウ 定量的基準に基づく試算結果について（資料5）

（宮川会長）

それでは、次にウに入ります。定量的基準に基づく試算結果について、事務局からの説明をお願いします。

（事務局）

（説明省略）

（宮川会長）

事務局の説明でございましたが、この説明につきましてご質問・ご意見はございますでしょうか。どうぞ。

（窪倉委員）

確認したいことが1点ございます。こういう定量的基準については前回も提案はされておりますし、今回の趣旨は試算結果がこうですという提示ではありますが、最後の活用の仕方が前回と変わっているというか、整理されているように思うのです。そこで、この活用の仕方についての確認を1点追加してもらいたいのですが、確かに急性期へ転換するには今、非常にハードルがありますので、調整会議で議論して認められなければ回復期から急性期には行けないという実態がございますので、そうした際にこういった尺度・基準を参考にするのは大変結構だと思います。急性期の病床でも柔軟な病床運営をして、回復期機能を営んでいる病院はたくさんございますので、それが見える化された、それを評価できるようになったことはとてもいいことだと思うのです。ですが、急性期から回復期に転換する際は自由にできてしまって、基金も活用できるというインセンティブも働くがゆえに、一方で急性期から回復期に促すドライブがかかっているとも受けとめられなくはないわけです。ですので、病院としては急性期から回復期へ簡単に行くことがよいのかどうかを迷っているところも結構あると思いますので、私の希望としては、こういった定量的な基準が、地域密着型急性期をやっている病院が回復期へラベルを張りかえるのに活用される、そういう基準になってほしくないと思っております。その点をしっかりと、むしろ急性期の届け出であっても回復期をしっかりとやってくれているという評価に使っていただければありがたいと思っております。決して外形上の届け出の違いを正す方向でしてほしくないと思っておりますので、そこを一つ確認させていただければと思います。

（宮川会長）

大変貴重なご意見で、事務局、どうですか。

（事務局）

窪倉委員、ありがとうございます。事務局としても同じ思いでございまして、これはラベルの張りかえに使うものではなくて、地域で何の機能が足りないかをずっと議論してい

るときにすぐ、病床機能報告だけで、自己申告で回復期が少ないから回復期が足りない、回復期にさせなければ、急性期から回復期をやってくれという拙速な議論にしたくないための基準でございまして、まさにこのポイントは地域急性期、上、下と言いますが、下のほうの急性期は実質、回復期的なところも担っていらっしゃる病院なのです。そこが一定数あれば、ある程度その機能を満たしているでしょうという判断に使わせていただきたいという思いは一緒です。また、地域によってはですが、ちょうど上のほうの回復期というか、下のほうの急性期というか、そこが足りない地域もあるわけです。例えば地域包括ケアとか回復期リハビリテーションの病床はあるけれども、もう少し上といいですか、ちょうど急性期の下のほうぐらいの機能が足りないという地域も、お声は聞いております。そういうときに、例えば今、急性期を、もう少し上のほうの急性期をやっていらっしゃる部分が少し下のほうもやっていただくとか、そんなところの議論にまさに使っていただきたいという思いでございます。以上です。

(宮川会長)

よろしいでしょうか。医療は段階的でどこかで線を引くというわけではない、シームレスというか、非常に微妙な段階を踏んでいくわけですので、地域の要請と病院の性格、キャラクターを強引に分けていくのではなくて、各地域で実情に合わせた議論を組み立てていくことが必要なのではないかと考えて、今のご意見のとおりだろうと思っております。ほかにご意見等はございますでしょうか。

(山崎代理)

代理出席なので話半分に聞いてほしいのですが、ここに、回復機能を有する病棟であっても急性期機能と報告されている病棟が一定数存在し、ということで、それで定量的基準というものを設けたのではないですか。その意味合いで言えば、急性期の地域密着型はおのずと回復期と判断としても構わないのではないですか。どのように考えていますか。

(宮川会長)

どうぞ。

(窪倉委員)

実質的にはそのとおりなのです。ところが、病院運営をしている立場から言いますと、急性期の届け出をしているところから回復期に変えますと、今の地域医療構想調整会議の仕組みの中では逆方向には戻りがなかなかきかないという実態があるわけです。それでみんな、ちょっと警戒をしていると。診療報酬制度がその上に乗っかってきて、この4基準の中に診療報酬が絡んできますと、逆に戻れないということは今度、非常に厄介になってくるわけです。ですので、民間医療機関で、急性期で踏ん張りながら実質、回復期をやっている医療機関はいっぱいあると思います。ですから、そのところを認めてほしいというのが病院団体としての意見なのです。そこを認めないで、実質的回復期なのだから回復期に届け出なさいという方向に流れてしまっただけは一大問題になるので、そこを確認させ

ていただいたということでございます。よろしいでしょうか。

(山崎代理)

それはわかるのですが、遠い将来はそのような形になってくるのではないかと私は予想しています。

(宮川会長)

ありがとうございます。現状での努力というものを、その地域でのいろいろな各医療機関の努力、方向性という、どういうベクトルを向いて実際にやっているのか、これを全否定してしまうと、これはもう現状の医療がそういう意味では進まないの、そういうことを加味しながらこの議論を進めていかなければいけないの、と考えると、それでよろしいでしょうか。では、そのような形でよろしければ、この議論でご異議はございますでしょうか。

(承認)

(宮川会長)

よろしいでしょうか。それでは、この内容でこの作業を進めさせていただきたいと思えます。よろしくお願ひします。

(2) 地域医療介護総合確保基金（医療分）について（資料6、参考資料6）

（これまでの活用状況と今後の活用の方向性について）

(宮川会長)

それでは、次に進めさせていただきます。（2）になるかと思えます。地域医療介護総合確保基金について、事務局からご説明させていただきます。よろしくお願ひします。

(事務局)

(説明省略)

(宮川会長)

ありがとうございました。それでは、ご意見・ご質問はございますでしょうか。よろしいでしょうか。どうぞ。

(山崎代理)

何度も質問して申しわけございません。他県の比較で、神奈川県はこの地域医療介護総合確保基金は非常に少ない、本来であればその比較を事業分野のところに乗せてほしいと思っております。さらに、個人的に今、横浜市民病院の連携の委員をやっていますが、具体的に市民病院はどのくらいかかったのかは知っていますが、これはこの表には示されてますか。

(事務局)

この市民病院の工事費に関しては、資料の別紙3の公民区分、公の横浜の事業区分Iの

ところに含まれております。

(山崎代理)

これは3分の1のお値段ということになるのですか。これは1000円単位ですよ。1億8915万7000円となっていますよね。そんなものですか。

(事務局)

これはほかのところも入っておりまして、横浜市立市民病院の決算額では1億7425万円程度と把握してございます。

(山崎代理)

全体の表として300億円ぐらにかかっているのですが、この総合確保基金はほとんど使われていないということなのですか。

(事務局)

お答えいたします。横浜市立市民病院の再整備事業費補助ということで基金事業の位置づけがございまして、これにつきましては再整備の事業全体ではございまして、平成29年度から平成31年度にかけて8億円程度の部分を基金事業として位置づけてございます。建設費の全てではなくて一部分について位置づけてございます。

(山崎代理)

そうすると、割合は横浜市のほうがかなり大きく負担していると考えてよろしいのですね。

(事務局)

そういうことになります。

(宮川会長)

横浜市立ですので、その案分はどうしてもそうなるのではないかと思います。どうぞ。

(事務局)

あと、山崎委員の冒頭の、全国の県ごとの基金の額のお話の回答でございまして、山崎委員がご指摘のとおり、また委員の先生方もご存じの方も多いかもかもしれませんが、神奈川県は非常に少ないです。資料がなくて恐縮ですが、その年にもらった基金の額を人口で割るとします。そうすると、神奈川県は最下位です。これには理由がありまして、この資料にも示しましたが、基金がもともと区分Ⅰというハード整備のところに非常に重きが置かれている。このⅠは、特に全国的には病床、病院が多い地域を再編したい、こういったところに使ってほしいという趣旨が多い基金でございまして、そこになかなかなじまないということと、それから神奈川県は、資料にもございまして、区分Ⅰだけですと、まだ使い切っていない、積んでいるものが40数億円あります。その40数億円を先に使うことで、新規のお金が今、なかなか取れない状況でございまして。ただ、そのためにはハードではなくて、区分Ⅰを使ってソフト、まさに人材の確保であったり、在宅医療であったり、区分Ⅱ、ⅢなるかもしれないがそれをⅠで使いたいという思いがありまして、そういった方向性を

資料で示させていただいた次第でございます。

(山崎代理)

聞こえはいいのですが、私からするとアイデアが少ないのではないかと聞こえてしまうのです。もう少し東京とか千葉とか、それなりに使ってほしいと思っております。

(宮川会長)

ご意見ありがとうございます。そういう意味では、区分間の融通をきかせるということも含めて総合的にまた考えていただければよろしいのではないかと思っております。

ほかにご意見等はございますでしょうか。なければ、大幅な形で今ご意見をいただきましたが、そういうことを加味しましてこの内容を承認してよろしいでしょうか。

(承認)

(宮川会長)

ありがとうございました。では、この内容で作業を進めていただきたいと思います。

報 告

(1) 平成31年4月1日時点の既存病床数について(資料7)

(宮川会長)

それでは、次に報告(1)の中での平成31年4月1日時点の既存病床数について、事務局からご説明いたします。

(事務局)

(説明省略)

(宮川会長)

速報値ということでございますが、今の説明についてご意見等はございますでしょうか。よろしいでしょうか。それでは、この事務局の説明につきまして、ご意見がなければこのような形で進めさせていただきたいと思っております。ありがとうございました。

(2) 公的医療機関等2025プランの具体的対応方針の検証について(資料8)

(宮川会長)

それでは、次に報告(2)になります。公的医療機関等2025プランの具体的対応方針の検証について、事務局からご説明いたします。

(事務局)

(説明省略)

(宮川会長)

ありがとうございました。これにつきましてご意見等はございますでしょうか。どうぞ、マイクが参ります。

(木村委員)

健康保険組合連合会の木村です。どうもお世話になります。まだ国の方針がはっきりわからないということですが、再編・統合について求められてくるということは影響が結構大きいのではないかと危惧をしますが、まずこの年央とはいつぐらいのことを示しているのかということが一つと、神奈川県には公的等という病院が幾つぐらいあって、どんな影響が想定されるのかということを知る範囲で教えていただけたらと思います。よろしくをお願いします。

(宮川会長)

事務局、よろしくをお願いします。

(事務局)

年央については、国が言うには7月から8月、それから9月の間にはデータを示すという表現をしております。

公的病院の数でございますが、県内の全病院でいいますと、今、340病院でございます。今、手元に資料がなくて正確な公立病院の数はわからないのですが、数十は確実にございます。ただ、これは、先ほど担当が申しましたとおり、もともと地方と言ったらいいのでしょうか、人口当たりの医療資源が比較的多いところで公立病院の再編・統合があまり進んでいない状況があります。本当は去年、1年前に「2025プラン」という、2025年にこういう病院の機能にしたいというものを、自然とそこで機能が収れんしていこうというもくろみで公立病院に出していただいたのですが、なかなか進まない。そういう中で、では、国が1回分析して、国から、この病院とこの病院は機能が似ているというのを示されるような説明なのですが、その実態がまだイメージすらこちらに来ていません。ですので、今回はそれを待ちましょうという報告になります。以上です。

(宮川会長)

よろしいでしょうか。つまり、まだ十分検討できていないとか、漠然とした中で、この地域ではなくていろいろと資源の問題があるところからという形で、過剰なところを統合・再編しようというもくろみが国にあるということの中での考え方だにご理解いただければと思います。これにつきまして何かご意見等はございますでしょうか。よろしいでしょうか。それでは、この形で進めさせていただきます。

(3) 医師確保計画、外来医療計画について(資料9、参考資料7)

(宮川会長)

それでは、次に報告の(3)です。医師確保計画、外来医療計画について、事務局から

ご説明をお願いします。

(事務局)

(説明省略)

(宮川会長)

ありがとうございました。概略をご説明しましたが、これについてご意見等はございませんでしょうか。どうぞ。今、マイクが参ります。

(河原委員)

医師確保計画も外来医療計画も医療計画の一部という位置づけだと思いますが、先ほど参考資料1で年間スケジュールをお示しになりましたが、その中で本委員会とかいろいろ出てくると思うのですが、例えばこの委員会と医師確保計画の策定委員会とか、あるいは外来のほうの策定委員会、あるいはそのデータの整合性、調整とかはどのような手順でやられるかということをお願いします。

(事務局)

ありがとうございます。医師確保関係の会議の話ですが、神奈川県医療対策協議会という会議がございまして、この中で委員をお願いしている先生もいらっしゃいますが、そこで基本的には検討させていただきます。それから地域枠という、義務年限、卒業した後、県内で一定期間働かなければいけない医学生、こういうものの県内への配置を支援する「地域医療支援センター」というものがあります。これは県が事務局なのですが、その運営委員会にも医師会さん、病院協会さん、あるいは4医科大学さんに入っています。そういったところでもみながら、その上位に医療対策協議会があって、その上に医療審議会があるのですが、そういう流れで検討させていただきます。ただ、今、委員がおっしゃったように、この保健医療計画の一部でもございますので、今回も報告させていただきましたし、地域医療構想調整会議、地域でも都度、こういう状況にありますということは報告させていただきたいと思っております。そんな流れでございます。

(河原委員)

では、その都度、報告事項か、そういう形で上がってくるということですね。わかりました。

(宮川会長)

ありがとうございます。ほかには何かございますでしょうか。よろしいでしょうか。それでは事務局について、これを検討してまた報告していただければと思います。ありがとうございました。

(4) 「神奈川県地域医療介護連携ネットワーク構築ガイドライン」の策定について

(資料10、参考資料8)

(宮川会長)

それでは、進めさせていただきます。次に、報告の(4)でございます。「神奈川県地域医療介護連携ネットワーク構築ガイドライン」の策定について、事務局からご説明をお願いします。

(事務局)

(説明省略)

(宮川会長)

説明をありがとうございます。何かご意見等はございますでしょうか。どうぞ。

(山崎代理)

報告事項ですので余りご意見を言ってもしょうがないことなのですが、最後の名寄せ、これが一番大変なことではないかと思っています。数行で済んでいます、こんな簡単にいかないのではないかと思います、いかがでしょうか。

(事務局)

ご意見をどうもありがとうございます。名寄せにつきましては、例えばAという医療機関に受診したときの私の医療情報と、Bという病院にかかったときの私の医療情報が同一人物に係る情報ということで、それを連携する作業といいますか、それを名寄せと呼んでおります。これを間違った人の医療情報と結びつけてしまうと非常に困ったことになってしまいますので、名寄せにつきましては的確に行う必要があるのだろうと考えております。現時点で個人を一意に把握するマイナンバーとか医療等IDを名寄せのキーとして用いるといった状況ではないので、現状といたしましては、概要の資料の6ページの一冊下でございますが、氏名、性別、生年月日、住所、郵便番号も含まれますが、それから被保険者記号・番号で行う必要があると考えておまして、そうしたキーで地域医療介護連携ネットワークのシステム上、自動で名寄せをするということで考えております。そうしたことで、ベンダーと意見交換をする中では、7割から9割程度はこうしたキーで自動で名寄せできるのではないかと伺っているところでございますが、残る1割から3割につきましてはどうしても自動で名寄せできないといった課題があるとも聞いております。そうしたところから、自動で名寄せできない人につきましては、この地域協議会で手動で名寄せすることが必要になると認識しております。

(山崎代理)

横浜市も昨年度からがん検診をやっています、県のがんセンターの名寄せをやるにしても非常に大変な思いをしていますので、何かいい知恵がありましたら教えてください。

(宮川会長)

どうぞ。

(小松委員)

医師会の小松です。このネットワーク構築検討会にも出させていただいているのですが、

今の名寄せの問題も結局、将来的に医療マイナンバーという概念が出てくれば一発で解決する話だと思うのです。正直、このネットワークに関しては、国の2020年度中にできると言われている全国保健医療ネットワークがまだできていなくて見えていない段階で、神奈川県がフライングする必要があるのかどうかは非常に微妙なところです。まだ名寄せのところとか、人の手間が多くかかり、あまり便利になっていない状況でございます。この概要の資料で見ると、この1ページの図のところに、このネットワークがあることでこういうところが便利だというのがいっぱい書いています。一方で、最後の5ページの負担金に関しては、医療機関、薬局、介護施設というそっち側だけなのです。これは1億円ぐらい今かかるけど基金でイニシャルコストは出せるとの話はありましたが、その後の維持費用というのが、例えば基幹病院だと毎月30万円かかるわけです。かなりランニングコストがかかる中で、このネットワークを医療機関、介護施設側だけで負担するのがどうなのかと思っています。この図で見ればそうですが、まず一番メリットがあるのは、理屈上は県民の皆さんです。あとは保険者、行政機関にも、全国的にデータを吸い上げて、メリットがあると考えると、ある程度みんなで負担していかない限りは、医療機関だけが得られるメリットはそんなに多くないので、結局は続かなくなってしまうと。続かなくなったときに、初期投資が1億円以上かかっているものが続かないというのはやはりちょっと、この基金はもとは税金ですから、非常に慎重に検討していかなければいけないと思います。

国のネットワークが見えてきて、本当にそれに乗る価値があれば構築を検討してもよいのかなとは思いますが、まだちょっと見えていないところがある。山崎先生がおっしゃったように名寄せとか、同意を全部とらなければいけないという作業も、これは完全に人の手ですので大変です。将来的に医療マイナンバーができてしまえば、名寄せも要らなくなるので、コストも人的な手間も大分下がります。多分、医療機関だけだと続かなくなってしまうのが心配です。以上です。

(宮川会長)

ありがとうございます。そういう意味では、国民的な合意がなければ国の今の施策の中で進めていることも全て絵に描いた餅になるわけですから、神奈川県がそれ以上のフライングとかそういうことをすればするほど、イニシャルコストだけではなくてランニングコストも含めて、それは個々の応分の負担が個々のそういう機関にかかってくるということで、多くの国民、県民も含めてその費用分担というか、その中にメリットがあるということはどうやって結びつけるかという議論がきちとなされていないと、こういうものは進んでいかないのだと思うのです。その辺のことも含めて皆さんで考えていくということ将来像の中で描きながらこういうことを進めていくと、頭に入れながらやっていくということなのだろうと思います。

皆さん方、ご意見等はございますでしょうか。よろしいでしょうか。それでは、進めさせていただきます。

(5) 第2回医療ツーリズムと地域医療との調和に関する検討会・ワーキンググループの結果概要について(資料11)

(宮川会長)

それでは、次に報告の(5)でございますが、第2回医療ツーリズムと地域医療との調和に関する検討会・ワーキンググループの結果概要について、事務局からご説明をお願いします。

(事務局)

(説明省略)

(宮川会長)

ありがとうございます。これにつきまして、何かご意見等はございますでしょうか。どうぞ。

(山崎代理)

すみません。最終報告のほうで、県のルール及び神奈川らしい医療ツーリズムのあり方、この神奈川らしいという曖昧模糊とした言葉は余りこのような報告にはふさわしくないと考えるのです。もっと神奈川県とか、そのような言葉のほうがしっかりしているのではないかと思います。この神奈川らしいというのは、以前もその言葉を使っていましたけれども、どういう意味合いですか。

(事務局)

山崎先生、ありがとうございます。最終報告にこの言葉を使うかどうかはまだわからないのですが、きょうお越しにいただいている委員の先生方でこのツーリズムの検討会の委員をお願いしている先生方が何人もいらっしゃいますので、もし補足があればと思うのですが、もともと委員の方と議論している中で、ルールはまず必要だと。加えて、例えば神奈川県にはいろいろな地域があり、横浜、川崎の都市部もあれば、県西部のように都市でないところもあります。例えば都市型でやる医療ツーリズムと、比較的田舎といいますが、そういうところでやる医療ツーリズムとまた需要もやり方も違うだろうと。一方的に完全に否定するものではないので、地域医療を守りながら、神奈川県でやるべき医療ツーリズムとはどういうものがあるのかを議論しようというご意見がありました。その中で、今、仮で「神奈川県らしい」という言葉を使っているのですが、今、委員がおっしゃったように、言葉として、例えば神奈川県とか神奈川県スタイルとか、イメージはそういうことなのです。例えば横浜、川崎地域だとかこういう受け入れがいいのではないかと、比較的人口の密度が少ないところだとかこういうやり方、つまり病院の経営を医療ツーリズムの患者で一部補うところもありますので、そういう地域だとかこういうやり方がいいのではないかと、こういったところを少し議論させていただきながらまとめていければというイメージでございます。

した。以上でございます。

(宮川会長)

よろしいでしょうか。神奈川版とか何でもいいのですが、地域医療の中での特性を生かしていただくということの意味合いです。どちらにしてもこの検討会、それからワーキンググループでそういう言葉も含めて吟味いただければよろしいのかなと思っています。ほかに何かございますでしょうか。どうぞ。

(事務局)

一つ補足でございます。このツーリズムの検討会は、この会議の下部組織である検討会と、それから説明がありました川崎地域のワーキングがございます。この川崎のほうは、本当は個別の例の川崎で起こった専用病院をつくりたいというものを、これは喫緊だから審議しなければいけないということでつくったものでございますが、この事業主体である葵会さんが2月に文書を出しまして、いろいろな動きを見て、一度、計画を再検討したい、凍結したいといひますか、そういう表明をされました。したがって、それを踏まえてこのワーキングの委員の方々に検討された結果、とりあえずその動きがまた動き出すまでは、川崎のワーキングは当面休止されるということで伺っております。以上でございます。

(宮川会長)

その事情の中でやっていただくということで理解していただければと思います。何かほかにご意見等はございますでしょうか。どうぞ。

(木村委員)

この医療ツーリズムの問題ですが、確かにツーリズムは産業振興としては一つの大事なことだと思いますけれども、県民の医療を受ける権利が侵害されたりしたら本末転倒になりますので、まさに凍結していただいてしっかりやっていただいたというのは保険者としては非常に感謝申し上げたいと思います。ありがとうございました。

(宮川会長)

ありがとうございました。ほかに何かございますでしょうか。それでは、ほかにございませんでしたら、このセクションのお話はこれで済ませていただきます。

その他

(宮川会長)

総括して、これまでのほかに何かご意見・ご提案等、全般的にございますでしょうか。皆様、よろしいでしょうか。それでは、これをもちまして本日の議論を終了させていただきます。ありがとうございました。

閉 会

(事務局)

本日はお忙しい中お集まりいただき、また活発にご議論いただき、まことにありがとうございました。本日いただきましたご意見を踏まえまして、議題として取り上げた内容を着実に進めてまいります。

以上をもちまして、本日の会議を終了させていただきます。まことにありがとうございました。