

平成 29 年度第 3 回県西地区保健医療福祉推進会議 議事録
(平成 30 年 1 月 23 日(火)19:00~20:30 県小田原合同庁舎 2 階 2 D 会議室)

1 開会

(事務局) (小田原保健福祉事務所)

定刻になりましたので、ただ今から平成 29 年度第 3 回県西地区保健医療福祉推進会議を開催いたします。議事に先立ちまして、県医療課一柳副課長から一言ご挨拶申し上げます。

(医療課 一柳副課長)

皆様こんばんは。県の医療課の一柳と申します。

今日はですね、小田原の方は意外と雪は積もってなくて、ちょっと意外だったんですけども、横浜は結構積もっておりまして、悪天候の中、また夜分遅くお集まりいただきましてありがとうございます。今日は、29 年度の最後の保健医療福祉推進会議ということで、保健医療計画ですとか、特に基準病床について、あるいは地域医療構想を来年度以降どうやって話し合いを進めていこうかというようなことを協議していただこうと思っております。

是非忌憚のないご意見をいただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

(事務局) (小田原保健福祉事務所)

それでは、議事に入ります前に、本日の委員の出欠につきましてご報告いたします。

本日の出席者は、委員名簿・座席表のとおりでございますが、小田原食品衛生協会の花田委員、大井町社会福祉協議会の山地委員、ほうあん第二しおん所長の大水委員、小田原労働基準監督署長の疍崎委員、小田原保健福祉事務所足柄上センター所長の北原委員は、都合により欠席でございます。

また、神奈川県医師会理事の小松委員に代わり篠原様に、南足柄市福祉健康部長の大塚委員に代わり鈴木様に、県西教育事務所の濱野委員に代わり稲毛様にご出席いただいております。

また、小田原薬剤師会長の常盤委員に代わり、荒井様にご出席いただく予定となっておりますが、現在こちらに向かわれているということでございます。

また、本日の会議におきまして、地域における医療と介護の体制整備に係る協議を行うこととしたことから、松田町福祉課長の竹内様、湯河原町介護課長の犬野様に、前回と同様にオブザーバーとして出席いただいております。大井町介護福祉課長の鈴木様は、都合により欠席でございます。

続きまして、配布資料につきましては、本日机の上に配布した次第に記載のとおりでございます。併せて追加資料として、資料 4-4、差替え資料として資料 6-1 を配布しております。不足等ございましたら、お気付きの時点でお知らせくださいますようお願いいたします。

次に、会議の公開について確認をさせていただきます。本日の会議につきましては、公開とさせていただきます。本日の会議につきましては、開催予定を周知いたしましたところ、傍聴の方が現在 7 名お見えになっております。これにつきまして傍聴を認め、入室を許可していただいております。よろしいでしょうか。

(異議なし)

ご異議がないようですので、入室を認めたいと思っております。(傍聴者入室)

続きまして、本日の審議速報及び会議記録につきましては、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、よろしくお願いいたします。この点につきましてもご了承いただけますでしょうか。(異議なし)

ありがとうございます。それでは、ここからの進行につきましては、渡邊会長にお願いいたします。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

それでは、小田原医師会会長の渡邊でございます。本日はよろしくお願いいたします。

早速ですけれども、本当に昨日でなくて良かったなというところで、今日皆さん安心して出ていらっしやっただと思います。今年度3回目の会議ですけれども、ここで全部今年度のことを決めなければいけませんので、忌憚のない意見をおっしゃっていただきたいと思います。それでは、次第に基づき、議事を進めさせていただきたいと思います。

2 報告

(渡邊会長)

はじめに、報告事項(1)の「第2回地域医療構想調整会議の結果概要について」です。事務局から説明をお願いします。

(事務局) (医療課)

神奈川県医療課の鈴木と申します。よろしくお願いいたします。私からまず資料1と資料2について説明をさせていただきます。

資料1は、年間スケジュールとなっております。下半分がこの地区の保健医療福祉推進会議のスケジュールとなっております。今まで3回にわたってご議論いただきまいりましたけれども、今回は1月から2月というところに矢印と枠で囲ってありますが、今回も保健医療計画の素案などにつきましてご議論いただくということで予定しております。

続きまして資料2です。資料2は前回の会議の開催内容となっております。前回第2回の会議は9月から10月にかけて8地域で開催させていただいて、県西地区につきましては10月13日に開催しております。議事内容としましては、第7次保健医療計画素案たたき台及び基準病床数、医療と介護の一体的な体制整備について、また、地域医療介護総合確保基金についてご意見を伺っております。3番目の各地域の主な意見につきましては、一部だけご紹介させていただきますけれども、(2)の基準病床などにつきましては、地域別に意見を記載しております。1枚おめくりいただきまして、3ページ目になりますけれども県西地域でも基準病床あるいはそれに関わる事項についてご意見をいただいております。一つ目のところで、季節性のインフルエンザ等の感染症が発生した際に、外来が増え、入院も満床で受け入れてもらえないというような事態が生じておまして、地域の状況に応じて検討してほしいといった意見、そしてその次の次になりますが、基準病床数を元に医療資源を分担すると医療過疎になってしまうのではないかと、県西地域について医療資源がそれで十分だと思われてしまうのは困る、それからその次のところで、今後ますます人が雇えなくなって不足していくと救急が回らなくなるのではないかと、といった意見、その次に、県西地域は独居老人の方が多く家庭の介護力も低下しているがそれに対応する介護人材

も足りない状況であり、それを病床数の議論にどう反映したらよいかという意見、そして施設での受入も実際には難しく、病床を減らすと患者はどこへ行けばいいのか、といったご意見をいただいております。

3番目、4番目については説明を省略させていただきますが、前回につきましては以上の様なご要望、ご意見をいただいておりますのでご報告させていただきます。以上です。

(渡辺会長)

第2回の結果についての説明がありましたが、どなたかこの内容につきましてご質問ございませんか。(発言なし)

ございませんか。なければ、今の内容は了承ということで、次に進めさせていただきたいと思っております。

次に、議題1「神奈川県保健医療計画改定素案について」です。事務局から説明をお願いします。

(事務局) (医療課)

それでは引き続きご説明させていただきます。資料3-1、3-2になりますが、資料3-1は改定素案についての概要説明の資料になります。資料3-2が改定素案の本体になりますが、こちらが1月21日まで県の方で計画についてのパブリックコメントを実施しておりましたが、そこにかかけさせていただいたものと同じものになっております。資料3-1の方を中心にご説明させていただきます。

まず1番の改定の概要ですけれども、1番から4番まで記載のとおりでございますが、5番の改定訂の考え方とポイントについて少しご説明させていただきます。

改定の視点としては、地域医療構想の推進、地域包括ケアの推進、ヘルスケア・ニューフロンティアの推進という3つのポイント、視点で改定を進めているところです。

また今のところで、新しく国の指針に基づいて新しく位置づけられた項目としては、ロコモ、フレイルなども含む高齢者対策について、病病連携及び病診連携について、訪問看護ステーションの役割について、おめくりいただきまして、アレルギー疾患対策などにつきまして、新たに国の指針に位置付けられたことに基づき今回計画にも付記したところでございます。

ウの基準病床数につきましては、後ほど別の資料でご説明させていただきますので、ここでは省略させていただきます。

エとしまして未病対策等の推進と地域包括ケアシステムの推進、オとしまして介護保険事業計画等との整合性を確保しますということで、これも後ほど別資料でご説明させていただくこととなります。

前回の第2回会議でお示した素案たたき台からの主な変更点を、次に記載させていただいております。記載内容については、図や表なども入れかなり充実させているといった状況になっています。次の5事業5疾病及び在宅医療については、数値目標の設定を今回この計画の中で明記させていただいております。

構成及び内容の変更としましては、今回地域医療構想調整会議や各方面からのご意見を踏まえ、

計画の構成、内容を変更させていただいております。主なものとしましては、アの構成の変更の一番上の点ですけれども、第2部「各論」の各章の構成につきまして、まず第1章及び第2章に5事業5疾病を先に位置付けさせていただいて、第3章に県の重点施策である未病対策を位置付けるということで、順番、構成を変更しております。

それから一つ飛ばしまして三つ目の点の所ですけれども、第8章のところ、「個別の疾病対策等」という形で変更しているということと、第1節に「認知症対策」を位置づけております。

イの内容の変更としまして、3つ目の点の所になりますが、各論の冒頭の所に導入部分に章の趣旨、ポイントなどを簡潔に記載するという形に修正しております。

3番以降が計画の概要ですが、これは目次という形でお示しさせていただいております。

今後のスケジュールとしましては、この会議での議論を踏まえて、県の保健医療計画推進会議、県議会常任委員会への報告、県の医療審議会を経て計画を決定していくといったスケジュールになっております。私からの説明は以上です。

(渡辺会長)

ありがとうございます。保健医療計画改定素案の説明でしたけれども、この内容で何かご質問があればお願いしたいと思います。

(発言なし)

ございませんでしょうか。それでは、次の(2)「基準病床数について」についての説明をお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

(事務局) (医療課)

それでは引き続きまして、資料の4-1から4-4まで4種類お出ししていますが、こちらに基づいて説明させていただきます。まず資料4-1になります。基本的な考えにつきまして、ポイントのみになりますがご説明させていただきたいと思っております。まず1番、算定の基本的な考え方、一般病床と療養病床についてになります。真ん中あたりに「計画策定時の対応」という箇所がございます。こちらから説明させていただきます。計画策定時においては、基準病床数は医療法施行規則に算定式などが定められておりますが、二つ目のマルのところ、基準病床数算定の特例として、急激な人口の増加が見込まれ、病床数の増加が必要と考えられる場合などに、厚生労働大臣に協議をして、その同意を得た数を基準病床数とすることができる、という特例がございます。病床利用率など地域の実情を反映できる部分や特例活用の有無については、地域の意見も踏まえながら病床数の算定をしていくという風に考えております。

また計画策定後の対応ですけれども、こちらについては、保健医療計画の計画年度が2018年から2023年の6年間となっておりますが、中間年である2020年に、基準病床数の見直しを検討することとする、ということで、策定後については考えております。

その時点で改めて医療需要の推計と比較して、検討していくということで考えているところがございます。

1枚おめぐりいただきまして、2番、地域の意見につきましては、後ほど別資料の4-3でご説明させていただきます。

前回の会議以降の修正点につきまして3番に記載させていただいております。前回お示した

数値と色々変わっておりますが、基本的には人口を2016年から最新の数字である2017年1月の数字に時点修正させていただいたり、あと、これは後ほど細かくご説明しますが、「在宅医療等対応可能数」というものが基準病床数の算定に関わってまいります、これにつきましても、各種の調査の結果などを踏まえて時点修正させていただいております。

4つ目のマルの所ですが、「病院報告」などの最新の情報が出てまいりましたので、こういった点も時点修正させていただいております。

それらの結果から試算したのが、資料4-2の一覧表となっております。こちらを見ながら、次の対応方針案を説明させていただきますが、今回県の方で第7次の基準病床数と既存病床数の関係を3つの類型に整理して考えております。(1)は、第7次基準病床数が既存病床数よりも大きくなる、あるいはかなり近い数値になる地域、(2)として基本計算式で計算した第7次基準病床数が、現在の既存病床数よりも少なくなる地域、県西地域についてはこちらに該当することになります。こういった地域につきまして、12月時点の県の考え方としまして資料4-2上段の既存病床数の数字と、資料4-2の③の上段の既存病床数の数字と比較させていただいて、これを下回る地域については2020年人口を使って算定した病床数、資料4-2④の上段になりますが、これを使った病床数について特例としてこれを病床数とするということで国と協議をするということの方針として考えております。また、地域の実情を反映するための知事の裁量として、療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の区分の患者数の40パーセントに相当する数字を加算するという方針として考えていたところでございます。

(3)は横浜地域の例ですので、説明は省略させていただきます。

5番目のパブリックコメントの所ですけれども、パブリックコメントにかけた保健医療計画においては、この対応方針に基づく12月8日時点の基準病床数の数字を、案として記載しております。これと同時に、この案に対して、郡市の医師会、病院協会の意見もお伺いしております、こういったご意見と合わせて、今回の調整会議において算定結果をお示しした上で地域の意見を確認していくということを予定しておりました。スケジュールは、先ほどの保健医療計画のところでの説明と重複するのですが、3ページ一番下のマル、今回の調整会議において、国との調整状況を共有するとともに算定結果を提示します。2月の県の保健医療計画推進会議において基準病床数を含めて案を確定させて、3月に医療審議会から国との協議を行った上で計画を確定させる、といったことで予定しております。

資料4-2の所で、先ほどの対応方針案に基づきますと、県西地域の病床数は、下から2行目に県西地域がございまして、その太枠で囲まれた部分が第7次基準病床数ということで、2,809というのが、12月8日時点の対応方針に基づいた県西地域の基準病床数の案ということでございます。

資料4-3の地域の意見につきましてもご説明させていただきますが、1枚目と2枚目は、調整会議で出たご意見ということで、先ほどの結果概要と重複しますので説明は省略させていただきますが、3ページ以降が先ほど郡市の医師会からのご意見を整理したものでございます。ここからページがふってなくて恐縮ですが、2枚おめくりいただくと県西地域、すみません。資料として付いていないということですので結果だけご報告させていただきますと、先ほどご説明させていただいた県の案につきまして、小田原医師会、足柄上医師会とも「県の案に賛成」ということでご回答いただいております。また、小田原医師会、小田原病院会、足柄上病院会からは、

「異議なし」ということをご意見をいただいているという状況になっております。

最後に、資料4-4になります。先ほど国との調整状況を内々にご報告するという事になっておりましたが、それを1枚資料として作成させていただいております。国と現在内々に調整している中で、県西地域において、基準病床数の算定の特例の活用、これは2020年の推計人口を使って病床数を上乗せするというものになりますけれども、これにつきまして、医療計画の作成指針の趣旨に沿わないので難しいという意向が内々に示されているところがございます。作成指針の該当箇所、下線で引いておりますけれども、既存病床数が基準病床数を超えている地域で病床数の必要量が将来においても既存病床数を大きく上回ると見込まれる場合はということで、県西地域についてはこれに沿っていないということで国から意向が示されているところです。

これを踏まえまして、2番の対応方針案になります。こちらは、医療課としての対応方針案になりますけれども、国の意向を踏まえて、2020年の人口を使った特例の活用は見送ることとしますが、12月8日時点の算定でお示ししております基準病床数、2,809という病床数に近づけることを目指して、地域の実情を反映するための知事の裁量という部分がございますので、こちらを活用して差分の118床を上乗せする、ということを考えております。

下の表をご覧くださいますと、2段になっておまして12月8日時点の算定のもの、それから1月23日の案という2種類を記載しております。1月23日の案では2017年の人口①のものを 사용합니다けれども、加算2の所に118床を加えさせて頂いて2,809床という形で上乗せするということが、1月23日時点での医療課の案ということになっております。私からの説明は以上でございます。

(渡辺会長)

どうもありがとうございます。いちばん最後の説明、もう一度お願いできますか。

(事務局) (医療課)

はい。では、改めて説明させていただきます。これまで皆様のご意見をお伺いして、まずは2020年の人口を使って国と特例協議をしていきたいと思います。それが今ご覧いただいております資料4-4の表の中ですと、12月8日というところにある太枠で囲ってある2,676。で、さらにもともと知事の裁量を全県共通で適用して133床、⑥の列の太枠で囲ってある数字を加算して、県西地域は2,809床という基準病床数にしていきたいと思います、というところで合意をさせていただきました。

しかし、国と調整する中で、要するに「県西地域は、特例活用は難しい」ということを言われてしまいました。で、我々としては、県西地域の基準病床数をなるべく減らさないようにどうすればいいかということで検討しまして、国との協議でもらえるはずだった118床ですね。これをなんとか知事の裁量を活用して上乗せできないかということで、このやり方でどうかということ国には数字は見せないで「こんな方向で調整してもいいでしょうか」ということを聞いたら「それは知事の裁量を使うことは構わない」とおっしゃっていただきましたので、出来上がりの数字、最終的な基準病床数は2,809をキープすると。ただ、それは国の特例を活用するのではなくて、知事の裁量を活用するという事で2,809をキープしたというような結果に今はなっております。

(渡辺会長)

はい。ありがとうございます。特例中の特例をこの地域に使っていただいたという理解でよろしいかと思えますけれども、何かこのことに関して質問はございますか。ここが一番大切なところで、ここが今日の疑問の全てじゃないかと思えますけれども、いかがでしょう。

(牧田委員) (足柄上病院長)

足柄上病院の院長の牧田です。最終的に帳尻を合わせたような形にさせていただいてありがたいのですが、知事の特例ということで、知事が任期が来て交代されたときに、また新しい知事が「あれはなしだ」と基準病床数を減らされるという恐れはないのでしょうか。

(事務局) (医療課)

まず、基本的には基準病床数は、一度この時点で決めますと、その計画の期間中、6年ということになりますけれども、変わらないということが基本になります。ただ冒頭、資料4-1でもご説明させていただいたとおり、神奈川県もこれから6年間どういふ変化が起こるかわからないので、一旦3年後に見直しをしましょうね、ということにさせていただいております。今はまずこれで数字を決めて、3年後に改めて見直しましょうと。

で、知事が代わったらという話なのですけれども、これちょっと何とも言い難いんですが、もちろん知事は県のトップで、その政策判断に最終責任を持っていますが、こういった、地域医療をどうやって守っていくかという話の中で、知事が独断で「だめ」と言ってだめになる、っていうのはなかなか現実的には起こりにくい話なのかな、という風に思っております。

(渡辺会長)

これは知事がそういう風にしようと言ってくれたわけではなくて、この地域の中で調整したものを知事に受け入れてもらったという形をとったということ。

(事務局) (医療課)

はい、そうです。もちろん知事にはご説明して、ご了承をいただいているのですが「それは我々が地域の皆さんと話し合ってきて、積み重ねてきて決めたことです」ということをご説明をしています。

(渡辺会長)

はい。よろしいでしょうか。他に何か、この算定の仕方、算定の仕方はこのように決められてしまっているの、数がこれでいいかというところになると思うのですが、病院の先生方から何かご意見はございますか。

(南委員) (神奈川県病院協会常任理事)

県病院協会常任理事の南でございます。この地域で丹羽病院をやっております。まあ、先ほど

の話で、医師会が基本的にこの案で賛成、病院協会が了承したという話があったのですけれども、言葉でいうと「はい賛成です。異存はありません」と聞こえますけれども、これは苦渋の判断なんですね。もちろん、国がやってきたことに対して、今県からご説明があったように何度も何度も知恵を絞って、何とか現状に近づけていこうという努力をなされた。その結果がこの2,809という基準病床数という結果。まあ、それでも不十分といえば不十分なのですけれども、ただやはり県としてできる限りのことをやっていただいたという、その姿勢は評価させていただいて「まあ苦渋の判断で賛成せざるを得ないかな」という意味でございまして「これで良かった」という意味ではないということだけは了承していただきたい。

やはり、県の方々も今まで特例を利用するとかいろいろやってきていただいて、例えば「療養病床患者数の70パーセントであったものを40パーセントまで下げた」という点は、これは県独自のことで、こういうことを思い切って国に対してものを言っていた。そういうことはそれなりに評価させていただきたい」という意味で「これで満足した」という意味ではないことだけは申し述べさせていただきたいと思います。

(事務局) (医療課)

ありがとうございます。重々承知しております。

(渡辺会長)

病院の方々に一言ずつ言っていた方がいいかもしれませんね。お願いできますか。

(川口委員) (小田原市立病院長)

はっきり言って、この間の意見にあったように、焼け石に水のような数字だと思います。神奈川県全体として、全国レベルに比べると圧倒的に医療の数は足りていないわけです。それで、特に県西部が一番人口が少ないわけですが、私は小田原市立病院で急性期医療を担当していますが、前回も申し上げたように、急性期医療に関してはお金も人も非常に投入しないといけないわけです。この地区から急性期医療も同じように減っていった場合に、これはもう転送することも難しいわけです。広い地域ですから。そこは絶対に確保しなければならないと思います。この、何と言いますか、全体を見るような形で、数字が計算上で出てくるということに関しては、非常に危機感を覚えるということが私の意見です。

(事務局) (医療課)

ありがとうございます。今、川口先生がおっしゃられたご意見は、地域医療構想策定の当初の段階から、皆さまから幾度となくいただいているご意見でございまして、我々もその点については重々承知しております。なかなか、ちょっとどうしても基準病床数は数の話になってしまって、しかも何か計算式がどうのという話になって、マニアックっというか。だけど、本質的なところでは多分ないんですよね。本質は、やっぱり中身をどうやって充実というのか維持というのか、していくかということで、その中で救急を維持するということもとても大事なことで、それは忘れないようにしていきたいと思っています。

(川口委員)

是非それをお願いしたい。医師の確保、看護師の確保ということについて、美辞麗句は並んでいるが何かしていただいたような記憶が全くなくて、結局自分で努力するしかないという話なのですね。そういう風に取り残されるのではないかと思っているのです。

(杉田委員) (小田原医師会病院会代表)

各病院ひと言ということなので。私は山近記念病院で、ちょうど今、急性期ということで申請を出している病院なのですけれども、この地域には3次救急もあるし、2次救急病院もあるわけですね。その中で、要するに基準病床を、今後どういう単位で進めていくのかというのが、まだ明確ではないですね。例えば「病院の中の何床だけは急性期だよと、そういうことで算定できるのかどうか」ということが明確でないと、この地域における2次救急というのが、場合によっては崩壊する可能性もあると思うのです。そういう意味でかなりこだわってこの会議で私は何度も「これはおかしいよ」と申し上げたのですけれども、その辺がまだ明確でないです。基準病床数という数は全体として出たわけなのですけれども、今の基準病床数というのが、急性期とかの届出は少なくとも病棟単位、あるいは病院の病棟単位ということなのです。

そうしますと、それを合わせていった時に、病棟単位だけで本当に2次救急病院が全部そろえて行えるのかどうか一つ大きな問題になると思いますので、もう少し詳しくそのあたりの話が進んでいかないと。ただ「全体はこうだよ」というだけだと、やはりこの地域の救急という問題が本当に成り立っていくかどうかというのを、私の病院も2次救急の輪番の一つなのですけれども、正直申し上げてこの小田原地域で2次輪番がかなり崩壊しつつある状況というのも認識した上で、こういう病床の問題を少し、運用をどうするかという点でも考えていただかなくてはいけないと思います。

それともう一つは「県の病院協会が賛成したよ」とさっきおっしゃいました。私もその話を聞いて、病院協会の会長のところに「何で病院協会がそんな賛同をしたのですか」と実は訴えたことがあるのですけれども、今、南先生がおっしゃったように、やはりいろいろ努力していかなくちゃいけないと。そういう認識で始まったことだし、3年後も、あるいはいろんな基準もですね、その都度その都度やっていく。例えば「具体的にはワーキンググループができて、そういう中でさらにもんでいくんだよ」という回答だったものですから、そういう意味では、ある程度南先生と同意見だということで、病院としても賛同せざるを得ないのかなと思います。ただ運用上の点は是非、もう少し工夫をできるようにしていただきたいというように思います。

(南委員)

ここにお集まりの皆さん方が、今までいろいろ議論をしてきたわけですが、なかなか言葉として基準病床、地域医療構想の中では必要病床、それから機能別の必要病床ということで出てきたわけですが、基準病床は、これは医療法の中で規定されているわけですが、ここに、例えば、資料4-1にも基準病床数について基本的な考え方とは、ということが書いてあるのですが、これは基本的な考え方ではないですよ。「基準病床とは何ぞや」ということには一切触れていない。この文章の中には。算定の基本的な考え方。算定の。「どういう風にして、どういう数式でどういう数値を入れて算定する」というその算定の基本的な考え方。「では基準病床って一体何」と

ということがはっきりここには書かれていない。で、例えば基準病床に満たない地域というのが、神奈川県の中でも特に東の方はありますよね。で、そういうところでの考え方。それから県西部での考え方。これは違ってくるのですが、基本的に基準病床というのは、これは私の意見で国はそんなこと考えてないと言うかもしれませんが、基準病床というのは、一応、このくらいの病床は必要だと。で、これを下回る場合には、それを充足するべく努力する義務が、行政の方にある、ということですね。行政の努力目標です、基準病床というのは。ただ、その基準病床に近付けていくために、急速にパッと病床をつくっただけでは人が付かないと。そういうことがあるのでバランスを崩さないように基準病床に近付けていく努力をなささいよ、というのがそもそも行政の努力目標であって。で、そうすると県西部というのは、基準病床を既存病床が上回っているというのは、これは第6次の時もそうだった。第7次になって初めてバタバタしているわけではなくて、第6次の時もそうだった。それは、要するにこれ以上なにか恣意的に行政が努力して、病床をどこかから誘致する努力をしなくていい、ということですよ。

我々の、この地域の医療関係者の努力によって、基準病床数をクリアできているのだよと。その分行政の努力は不必要になっている。非常に、まあ、県の中では優等生ですよ。そういう考え方で押し進めていただきたい、ということですよ。

で、県東部の方では、基準病床数に満たない、足りないということで、慌てて行政が全国公募をして病院を誘致しようというような動きも見せています。それに対して、そんなことをしても、医師や看護師が充足していないのに、箱だけ作ったってうまくいくわけがないと、そういうようなところで、そういう調整を一気にやるのではなくて、少しずつ、見直しをしながら現場と行政とが協力しながらやっていきましょうということですよ。県西部というのは、今までここにおられる先生方の努力で基準病床数がしっかりと守られている。あとはそれを維持していくための医療従事者の確保ですとか、病床利用率の確保とか、そういうことを我々でやっていくということで、基準病床の基本的な考え方をちょっと押さえていただきたいと思っています。

そうすると、何も問題ない地域だということになるんですね。ただ、地域医療構想の中で、この地域が、この地域だけじゃなく全国的に急性期がやや多いけれども回復期が圧倒的に足りないというような議論がありました。それ、機能別にこれが足りている、これが足りていないということがあったのですけれども、そのことも、本当に回復期がそんなに足りないのかということについても、少し混乱があって、国もその辺はちょっと言い方を変えてきています。国としてはですね、回復期が圧倒的に足りないと言った覚えはないとかですね、それは誤解だとかですね、そういうことを言い出してきている。言ったじゃないか、と思うのだけれども、そんなことを後になって言ってくる。

大体その、算定の基本的な考え方といいますけれども、では例えば、療養病床の医療区分1の患者の7割が在宅に帰せるはずだとして算定しなさいということ自体、一体どういう根拠があるのか。全く70パーセントという数字に何の根拠もないわけです。で、実際、唯一根拠が県内に出ているのが、県下一斉の病院協会がやった調査で、30パーセントしか帰せないという。これ根拠のある数字が出ている。では70パーセントというのは、一体どういった根拠で出したのか、答えが出てこないのです。こういう根拠で70パーセントになったということではない。そうすると、そもそもが、その算定の基本的な考え方、こういう数値を入れなさいということ自体が、何の根拠も本当はないのではないですか。少なくとも療養病床から3割しか帰せないという根拠

のある数字は、県の方も3割を4割にしていますけれどもね。知事も認めていただいて、「やはりまったく根拠がなくて当てずっぽうで7割だと言われたら困るよね、やはり調査の中から県は3割からせめて4割しか帰せないよ」という根拠を持った議論が出ているわけですから、やはり国に対してきちっと言うべきことは言うということのをこれからもやっていっていただきたい。ここで基準病床というのは、何もですね、これに減らせとか、基準病床にしろ、ということではなくて、足りない時は増やす努力をしなければいけない、足りている場合は減らす努力をする必要はない、そこだけは確認しておきたいです。

(事務局) (医療課)

ありがとうございます。基準病床の持つ意味合いは、今南先生がおっしゃったような面も当然ございます。あとは、逆の見方をすると、既存病床数が基準病床数を上回っているところでは、病床の新設は規制をされることになる、まあ要は病床整備の上限ということになります。で、「じゃあ既存病床数が基準病床数を上回っているときに、減らせっていうものではないよね」というご質問だったと思うのですが、これに関しては、今、医療法上は、まったくそういうことはできるようにはなっていません。ただ、これから国がこれをどうしていこうとしているかは不透明な部分が正直あります。まあ、県はそこに対しては警戒をして、当然おっしゃっていただいたとおり地域の立場というものは主張していかなければいけないと思っています。

あと一点だけ、ちょっと国の肩を持つわけではないのですが、医療区分1の70パーセントが出られるということ自体は、国は何か調査を、療養病床に調査をかけて、その中にはじき出した数字であることは間違いありません。ただ、我々がそこに対して疑問を持つのは、全国ではそうかもしれないけど神奈川はそうじゃない、神奈川は全国的にも人口当たりの病床が少ない地域で、そういう意味では療養病床の中いわゆる社会的入院をされている患者さんが非常に少ないと。だからそこは、全国の数字を何でもかんでも当てはめるのではなくて、地域の実態に応じた計算の仕方をさせてくださいね、ということで、我々今回加算1というのを乗せさせていただいております。国のやり方がおかしいのではないかと、というスタンスは同じですけれども、国に根拠がないわけではないということだけは、申し添えさせていただきます。

(南委員)

でもエビデンスとしてはきちっと示されていないですよ。調査をしたというけれども、どういう調査で、その母数がいくつで、その結果がこうで、統計処理をしてこうで、という話はない。だから、やはり、そういうことはですね、我々は医学をやっていますけれども、どこかで調べて確かにこうなんだといわれても、それはエビデンスがあるとは言わないです。

あと、もうひとつの既存病床数が基準病床数を上回っている場合は減らすということは医療法上なんら示されていないけれども、国としては今後何かこう色々考えるのではないかとということのを、今ですねえ、そんなことをそれこそ付度する必要はないですよ。そこはやっぱり守って議論して、頑張ってくださいということですよ。

(渡邊会長)

皆さんが、いま南先生がおっしゃられた内容というのは分からなくて頭の中がもやもやしてい

るところだと思うのですけれども、実際の問題点はそのへんに実は説明されていると思います。で、いま病院の方の基準病床でしたけれども、あと診療所からのお話を飛弾先生に伺いたいと思います。

(飛弾副会長)(足柄上医師会会長)

足柄上医師会の飛弾です。この基準病床2,809というのは、私は県西地域の現状から導き出されたのではなく、国が示した算定式に則ってデータから出された数値であると私は理解しています。

私は診療所で在宅医療をやっています。診療所の先生は、かかりつけの患者さんが年老いて病気になる、病院に通えなくなった場合には、そのまま在宅医療に移行して最期まで看取るという、そういう過程で、いま懸命にやっていますけれども、やはり私が心配しているのは、今まで今年17、8人の方を看取っているのですが、地域の方々、家族あるいは親戚の方の理解が進んでいるのか、というのは非常に心配です。やはり、ここにも神奈川県民には、望む医療を受ける権利があるということが記載してありますけれども、患者さんによって、その終末期においてどういう医療が適切なのか、というのは分かっていないのです。この会場にいらっしゃる方は皆さん賢明な方ですから、それはただの延命治療であると、必要でないものであるというのは分かると思うのですけれども、地域の方には分からないのです。

在宅医療はある意味医療を制限しているわけです。家族は、今まで病院で皆さん亡くなっていた時代が非常に長かったですから、在宅で最期まで看取るというのは医療を受けさせてもらえないという、そういう考えの方が現在も多いです。その結果何が起こるかという、適切な医療を提供しなかった、病院に搬送する義務を怠った、ということで民事訴訟を申し立てられることがあります。ですから、在宅医療をあまりやりたくないというのは、そういうことに巻き込まれたくないという、そういうこともあってなかなか医師が増えないのだというのがひとつの原因だと思います。

医師会でも、在宅医療、終末期医療についての講演をやりますけど、実際に講演に来られるような熱心な方でさえ非常に誤解している。「終末期で亡くなる時には救急車を呼ばないでね」と講演しても「じゃあ、お年寄りには救急車を呼んではいけないのか」という方がいらっしゃるのです。失礼な言い方かもしれませんが、きちんと説明しても分からない方が多いのです。実際、自分の身内の方がお亡くなりになる、重症になった場合にも、どのような医療が適切な医療かということは判断できないのです。介護している家族と相談して実際に看取ったとしても、あとから何も介護もしていない親戚が来て「今まで何をやってたんだ」というトラブルになることが多いのです。そのときにお願いするのが病院の急性期病床なのですね。

在宅終末期の患者さんというのは、がんの末期とか認知症で寝たきりだけでなく、心不全があったり呼吸不全があったり、筋肉が衰えて骨折して家の中では生活しているのですけれども病院には通えない、そういう方が多いです。そういう人が急変して治療で改善して、という過程をたどって、最後にお亡くなりになるのです。

ですから、療養病床から70パーセントの方が来られるということなのですけれども、それを今の、現状の診療所で、在宅医療で支えるというのは、これは大変難しいと思います。

(渡邊会長)

今のお話は本当に介護と直結した医療の問題ということで、これ、地域にはよらないのですね。足柄上地域と小田原地域と少し状況が変わるかもしれないのですけれども、小田原は本当に独居が多くて見てくれる家族がまずいない。ご老人だけで暮らしているという人たちがどんどん増えていて、そこがひとつの本当の意味の田舎の部分と違うところかな、というところもありまして。その人たちは、要は家に帰れないわけです。そうしたら、どこに行くかという問題。

まあ、ご老人が具合が悪くなったら急性期の病院に入るという、そのときの急性期という括りなのか、地域包括ケアとしての一時的な回復期とか、そのへんの括りの中の病室みたいなものに、例えば収容していただくことができるのか。そういうところも含めて、算定の仕方というのがまだまだ良く分からないというのが、我々にとってはあるのです。

ですから、少し話しが戻りますけれども、第7次の基準病床数のこの部分の数というのは2020年に数としての見直しというのはどれだけ可能なかどうか、ということも含めて、これはどうなのでしょう。数の見直しというのはそこでまたできるのですか

(事務局) (医療課)

今こういう方向でということを引きちと決めていないのですけれども、今からまず言えることは、人口ですね。基準病床数の計算は人口が基本になっていますので、3年後人口が変わっていけば、そこでまず計算結果が変わる。

あとは、おそらく国との特例協議は次回も厳しいだろうと思いますので、知事の裁量権を使った加算というところがどこまで加減算できるのか、といったことはあらためて3年後に議論することになるかと思います。

(渡邊会長)

あと、今日は大学病院からも、県の医師会からも先生に出席いただいているのですけれども、何かそちらからの御意見はありますか。

(篠原) (神奈川県医師会理事)

神奈川県医師会の篠原と申します。確認なのですけれども、これまでの流れから見ていて、基準病床が出たからと言って、これ強制力あるわけではないですよ。だからこれ、お尻が決まっていますからこれに対するある程度数字を出さなくてはいけない。で、現行でみなさんやられているのは、それはそれで県は尊重していると思うのです。だからある意味、現在進行形と調整会議での案というダブルスタンダードといえるのかもしれません。

その中で医療圏をまたいでこのへんを共有する、あるいは県全体をまたいで共有しながらどういう形で運営していくのがいいのかな、とういうのを把握する形で捉えるほうがいいのではないかと、という気がするのですが。それでまた3年後に、そういう形の数字の見直しがあっても、大きく動くということではないと思いますが。そのへんどうでしょうか。

(事務局) (医療課)

先ほどの南先生の御質問でもお答えしたとおり、今基準病床数というのは超えているからと言

って何か強制的に減らせということにはなっておりません。これは先ほど南先生に怒られたのですが、これから先どうなるかは分からないよ、というのは我々危機感を持っています。ただ今の時点ではそれはおっしゃるとおりで、要するに基準病床数が変わったからと言って、それに合わせて地域の医療も何か形を変えていかなければいけないということではありません。

あとは隣接する地域どうしでの協力というのでしょうか、患者の移動ということを念頭に置きながら、これからの議論を進めていくというのは当然必要になってくると思います。

(飯田委員) (東海大学医学部附属病院病院長)

東海大学病院の飯田と申します。私どもは少し状況が違います。湘南西部は、既存病床数が基準病床数を下回っておりまして、前回公募をかけたといういきさつもございます。

理想的には、おそらく既存病床数が基準病床数が上回っている、そういう計算式で推移して2025年に向かっていくというのがよいと思っているのですが、実際2020年にどのような数値となるかが気になるところです。実は湘南西部で1,000床近く増減があったところで皆さんガタガタして、その原因が何にあるのか、どこの計算式のどの要因が一番影響したかということ进行分析していただきたいということになっているわけです。2025年の必要病床数に近付けるような数値となるか不明瞭かなというような印象があります。

大学病院の立場として我々は高度急性期を担当してしまして、今後も高度急性期ということで医療を担当するということになるわけですけれども、二次医療圏において焦点が基準病床全般という話しになっているのですが、病床機能を含めた、基準病床数、必要病床数というところを、もう少し明らかにしていただきたい。一応数字としては出ているのですが、そのあたりも含めて示していただければというのが正直な意見でございます。以上です。

(渡邊会長)

どうもありがとうございます。今の最後の方の内容に関しては、議題の5番のワーキンググループというところで今後つめていくことになるのではないかと思いますので、これまでちょっと時間をとらせていただきましたが、基準病床数についてほかに何か御意見ございましたら。

(牧田委員)

足柄上病院の牧田です。この基準病床数の数字は市町を代表する病院の責任者としては、「納得できます」とは言えませんが、社会情勢であったり、人口統計であったり、占床率という面から見れば、この病床数は仕方がないのかな、と個人的には思っております。おそらく、こちらにいらっしゃる先生、皆さん同様なお考えだと思いますが、この数字を受け入れるに当たっては、同時に地域包括ケアシステムの例えば在宅医療の充実であったり、地域住民の方たちの認識であったり、訪問看護ステーションの質や量が十分になるとか、いろいろな要素の充実がセットでこの数字があるべきです。こういう計算式で算出した病床数だから我慢してほしい、というような必要病床数の数字ありきではなく、地域包括ケアシステムとしてのほかの要因も一体として充実させていただきたいというのが私の意見です。

(事務局) (医療課)

ありがとうございます。皆様からいただいた御意見、おそらく根底に流れているものは共通で、数字の話でどうこうということではなく、まず、救急を中心とした病院の医療を崩壊させないことが大事。あと、受け手側という言い方がいいのか分かりませんが、その地域包括ケアシステムの整備がセットで進んでいかないと、そこにはやっぱり県民の方の意識もついてこないと成り立たないということ。あとは、やはり人材の確保。皆さん苦勞していらっしゃるって、県は何もしてくれないというような御意見もありましたけれども、そういったことも合わせて進めていかないと何も変わらないとか、何も進まない、そういうことだと思います。それは我々も重々承知をしております。数字は数字として、県としてできる最大限のことはしていきますし、これから中身の議論、なかなか課題を持っているけれども実効ある対策が打てていないのがお恥ずかしい正直なところではございますけれども、そこは今後も何をやっていかなければいけないということは絶え間なくご意見をいただきながら考えていきたいし、基金もそういったことに有効に活用していきたいし、そこは引き続きやらせていただきたいと思っております。

(渡邊会長)

ありがとうございます。いろいろな問題点は当然あるのですけれども、今回提示されたような内容でひとまず基準病床数を報告させていただくということで決着させていただけるかどうか、まあ決着させていただくということになると思いますが、よろしいでしょうか。(発言なし)

では、またこれからが大切なときなので、また皆さんにいろいろと活動をし、話し合いをしていただきながら3年後の改定に役立てることをしていっていただきたいと思っております。

それではだいぶ時間をとりましたけれども、議題の3「医療と介護の一体的な体制整備に係る調整について」御説明をお願いいたします。

(事務局) (医療課)

それでは引き続きまして資料5に基づいて御説明させていただきます。医療と介護の一体的な体制整備に係る調整について、ということで、第2回でも報告させていただきましたが、引き続き、ちょっと内容的に重複するところもありますけれども、御説明させていただきたいと思えます。前回と少し繰り返しのようになってしまいますが、地域医療構想において構想区域ごとに2025年の在宅医療等必要量というものを推計しております。ここでいう在宅医療、居宅のほか特養、老健といった病院診療所以外の場所で提供される医療ということで整理をしておりますが在宅医療の必要量につきましては、次の5つのものを合計しております。

一つ目が先ほどいろいろ御意見もございましたが、療養病床の入院患者数のうち医療区分1の70パーセントの方、それから2番目として地域差解消分ということで慢性期の入院受療率の地域差を解消することで、将来的に在宅医療等に対応する患者数、それから一般病床の入院患者のうち医療資源投入量175点未満の患者数、それから4番目に2013年の在宅患者訪問診療料を算定している患者の方を2025年における性・年齢・階級別人口を乗じて推計した患者数、それから5番目、同じく今度2013年の介護老人保健施設のサービスの受給者数を2025年の性・年齢・階級別人口を乗じて推計したもの、この5つを合計することで推計しておりますけれども、このうち①、②、③につきましては、在宅医療等の新たなサービス必要量、高齢化の影響以外のグル

ープで国の政策的誘導によって生じる追加的な在宅医療介護施設等の需要という整理をされております。

で、2番目、この調整としまして、まず県の保健医療計画それから市町村の介護保険事業計画を一体的に作成し、整合性を確保するというところで、具体的には県や市町村の関係者による協議の場を設置して、県の保健医療計画と市町村の介護保険事業計画に掲げる介護施設等整備目標が整合的なものとなるように協議を行うということが解説書の中で言われているところでございます。おめくりいただきまして3番になります。要は具体的に何かといいますとさきほどからサービス必要量の受け皿について在宅医療での対応を目指す部分と介護施設での対応を目指す部分との調整を行い、それぞれの計画の整備目標に反映をさせていきたいと思いますというのが実際に行っているところになります。2番のところは、具体的な調整の対象となる患者さんを図式したものでございますけれども、今回具体的に対象となるのは医療区分1の70パーセントそれから地域差解消分といわれる部分から介護医療院等新類型転換見込み数というのを差し引いた部分、図で言うところのDということで矢印が書かれている部分の、この部分に相当する人たちについて調整をしていきたいと思います、ということになっております。

で、具体的な調整の方法としまして、3ページ目になりますけれども、(3)調整方法でございまして、平成28年度の病床機能報告の数字を活用しまして、二次医療圏ごとに療養病床からの退棟先というのを御報告いただいておりますので、この結果に基づいて、この在宅医療等対応可能数というものを按分して、在宅医療での対応を目指す部分と、介護施設での対応を目指す部分ということで調整をさせていただいております。

(4)で整備目標の検討ということで、この調整結果に基づいて、今後保健医療計画における在宅医療の整備目標と市町村計画における介護施設等の整備目標というものをそれぞれ検討していきましょうということで、前回の調整会議、この地区の保健医療福祉推進会議の中でもこういった考え方で途中経過を御報告させていただいております。

1枚おめくりいただきまして4ページ目、調整状況としまして、まず9月に市町村と県とが参加しまして圏域調整会議というのをやっております。それから10月13日には2回目の県西地区の保健医療福祉指針会議の中でもご報告させていただいてご意見をいただいているところです。その時にもご報告しましたが、先ほどの按分の考え方、病床機能報告の結果に基づいて按分した結果というのが、県西地域におきましては、在宅医療が62.96パーセント、介護施設等が37.04パーセントという数字になりまして、こちらでご報告をさせていただいております。

4マル目ですけれども、(4)になりますけれども、前回お示ししました按分の数字と、それに基づいた結果から、さらにその後、療養病床の転換の見込みなどについて調査をいたしまして、その結果を反映しました。具体的に反映した内容は点線囲いのところに書いてあります。時点修正であったり、調査結果を反映させたり、ということで反映をいたしまして最終結果としまして別表ということでお示しさせていただいておりますけれども市町村ごとに在宅医療と介護施設への按分、単位としては1日当たり人数ということになりますけれども、35年時点と32年時点でそれぞれこのような形で按分をさせていただいた結果をお示ししております。

6番としまして、今後の各計画における整備目標への反映ということになりますけれども、一つ目のマル、先ほどの繰返しになりますけれども、県保健医療計画における在宅医療整備目標と市町村計画における介護施設の整備目標へ、これらを反映させていくことになります。

保健医療計画におきましては、高齢化の影響による在宅医療需要の増加見込み、それから追加的に生じる、今回見直しをしております新たなサービス必要量のうちの在宅医療での対応を目指す部分、この数字を踏まえまして、たとえば保健医療計画の中で訪問診療を実施している診療所数や病院数あるいは在宅療養後方支援病院数などの在宅医療の整備目標を計画の目標値として盛り込んでおります。

ちょっと資料が前後してしまいますけれども、資料3-2、計画素案の本体でいいますと105ページに在宅医療の整備目標を載せてございますけれども、こちらの計画の数字の中にこういった新たなサービス必要量、それからこれからサービス必要量などを加味して盛り込んだ目標値ということになっております。

市町村の介護保険事業計画においては、同じく高齢化の影響による介護需要の増加見込みと、それから今回按分しました新たなサービス必要量のうちの介護施設分ということになりますが、こちらを踏まえてサービス見込み量、それから介護保険料の算定などの最終調整を進めているところで、この結果を踏まえて今後整備目標に反映させているというような状況となっております。

7番、最後に今後ですけれども、今回保健医療計画、それから市町村の介護保険計画において掲げております整備目標については、保健医療計画の中間年、あるいは市町村計画の最終年である平成32年度に見直しを検討していくということを予定しております。説明は以上です。

(渡邊会長)

御説明ありがとうございました。介護がからんできた話になりましたが、何かこの内容について御質問をお願いします。

(時田委員) (社会福祉法人小田原福祉会 潤生園 理事長・園長)

資料5でございますが、まさに机上の空論だと思います。先ほどお話があった基準病床の話も同じですが、これも机上の空論そのものだと思います。これは療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者の7割を在宅医療で対応する計画ですが、それは医療の必要度から見た数字で、退院できる可能性がある患者数ということですから、分からなくはありません。しかし、現実はその受け皿があるのでしょうか。退院先の受け皿がないのが現実でしょう。また、介護する人材も居ないのです。在宅介護の中心はヘルパーですが、就業してくれる人が殆ど居ないのです。ですから現実的には、計画をしても実現はできないと思います。あくまでもそういう数字なのだということで、理解をすることだと思います。例えば、この別表を見ると、3年間で介護施設の役割を倍にする計画ですが、3年で出来る訳はないので、介護側の立場としては出来ないと思います。例えば特養の場合ですが、今、期待されているのは看取りと、認知症のケアですが、現実に入入れができる余裕は無い状態です。また最近、神奈川県では有名な有料老人ホームが広告を出しましたが、有料老人ホームはご承知の通り、特定施設の指定を受ければ、介護施設の役割を担うわけですが、この1月に出された広告を見ますと料金が、特に県西部では約半額まで下げています。今まで18万円だったところが、9万2,000円まで下げています。これは明らかに入所できる人が居ないという事です。費用負担ができないのです。これが続けば撤退することになりますが、このような現実を踏まえると、受け皿が減っているのです。ですから今回の提案は実態とは違うのですが、計画数値として行政がお持ちになるのは理解できます。しかし、介護現場の我々の実

感から申し上げますと、非常に難しいでしょう。また、医療と介護の一体的な体制整備の計画については、医療と介護の一体的な議論の場を作って頂かなければいけないと思います。それにより、ある程度の推進は図れると思います。まったく協力しないというわけではありませんので、どうしたら目標に向けて少しでも前進できるか、そういう協議の場をお作りになるのは、かなり早くやっていただかないと、もう時間的に余裕はないのですから、御努力をお願いしたい。

(事務局) (医療課)

はい。ありがとうございます。今ご指摘をいただいた部分はそのとおりなのですが、今日この資料5で御説明しましたのは、あくまでも県のこれからの6年間の保健医療計画、それから市町村のこれから3年ごとに新しく作っていく介護保険の事業計画、その目標の整合性を図りました、ということに過ぎません。

で、御指摘いただいたとおり、それはあくまで目標の数字であって、それが実現可能なものではないとまでは私たちもちろん言いませんけれども、私たちに課せられているのは、じゃあその数字ができました、整合を図りました、じゃあそれに向けて努力をしていきましょう、さっきの基準病床数の話とまったく同じです。今も、もちろん県も市も一生懸命やっているつもりではある、基金も使おうとしています、なかなか効果が現れていない部分も多々あります。ただ、それは、だからダメだと言ってしまうのではなくて、じゃあもっと何をすればいいのかっていうことは、絶え間なく、引き続き考えていかななくてはいけないし、実行していかなければいけない、そして皆さんにも話し合っただけでなく、ということだと思っています。そういう意味では、非常に貴重な御意見をいただいたと思っています。

(杉田委員)

この会議はかなり長い間続いているのですけれども、いつも私申し上げていたのですけれども、基準病床ばかりでなく、地域包括ケアというのが一番大切なのだと。だから、基準病床だけでなく、本当に在宅っていうのは何人くらいが実際に生じるっていうのが基準病床と同じように計算して、どういうふうにするのか、ということは何度も質問したのですけれども、実は前回ちょっとこの会議出られなかったのが、私、今回初めて別表という、この別表というのは、平成32年の時点で、在宅医療を必要とする患者数がこのくらいですよ、というふうに考えていい、ひとつの案なのですか、これは。

(事務局) (医療課)

実は、ここで出ている数字って言うのは、将来の人口の伸びですね、高齢者の人口の伸びにより推計される在宅医療介護のサービス必要量、まあニーズですね、これに加えて、その病床の機能分化連携を進めていくと、これだけの人数が追加で在宅や介護施設の方のニーズになってきます、という数字になります。

ですので、いま杉田先生がおっしゃったような、じゃあこの地域で在宅医療を必要とする人が何人になるのか、ということに関しては、この数字だけでは出てこなくて、もともとのベースになる高齢化が進んで、今在宅で受けている例えば75歳以上の人、それが割合で人口が増えていくとこれだけ絶対数として増えていく、という数字をまず出して、これをプラスするとそれが出

てきます。

それで、申し訳ありませんが地域別の数字は今日お出しできていないのですが、県全体のその計算の結果というのが、資料3-2の105ページ。これだとなかなか地域の皆様に実感を持っていただける数字になっていないかもしれないのですが、例えばその35年度の目標というところで、訪問診療を実施している診療所、病院数2,139機関というのは、この推計を元に出した数字になっております。で、おそらく先生方の疑問にお答えするには、これをまず地域別に出していく必要があるのだろう、と。あとはお医者さんの人数ですよね。なかなかここが難しいのですが、そういったところの数字もこれから出していかなければいけないとは思っております。

(杉田委員)

ありがとうございます。そういう医者的人数とか、そういうことは病床機能では全く考えていなかったことで、それでもああいう数字が出てくるわけですから。実数としてこの地域で平成32年度には在宅医療を必要とする人数はだいたいこれくらいになるのではないかと、その根拠はこういうことですよ、ということを出していただければ、いわゆる地域包括ケアシステムという中での病院の立つ位置とか、あるいは在宅の先生方の立つ位置とか、そういうことがもう少し明確になるのではないかと思うものですから、できれば是非提示していただきたいと思います。

(南委員)

質問です。細かいことで申し訳ありません。資料5のイメージ図のDの部分です。これだけが、今後医療と介護との間で調整の対象となる患者数ということで、これのどれくらいの按分かということで、在宅医療、介護施設とあるのですが、この別表のところにもありますように介護施設、それから県全体の退棟先の比率で在宅医療と介護施設と。ただ、この介護施設ってというのは何を指しているのかというところですよ。

先ほど時田委員がおっしゃいましたけれども、介護施設も最近はいろんな介護施設が出てきていまして、昔のように特別養護老人ホームだけではなくて、特定施設、有料老人ホームもありますし、いわゆる高齢者専用賃貸住宅というような入居型のところもあります。そういうものを全部介護施設としてひと括りにしますと、そこには在宅医療も入っていると。で、在宅医療と介護施設をこう分けて考えると、これ、在宅医療というのは全くの自宅という意味での在宅医療なのか、あるいは高齢者専用賃貸住宅なんかに入っておられる方の訪問診療、結構たぶん訪問診療を受けている患者さんのかなりの部分が自宅ではないのですよね。

そういうその時代的な変遷がありますので、あまり簡単に在宅医療と介護施設っていうふうにパッと分けられるのかな、というのがちょっと疑問に感じたので、ちょっとこれはある意味質問なのですけども。

(事務局) (医療課)

実は我々もそのところが結構よく分からなくて苦慮しておりますので、ただ、基本的には今ここで在宅医療と言っているのは訪問診療を受ける患者さんを想定しておりますので、例えば自宅だけではなくて、それこそ有料老人ホームに入ってもらっちゃうような方でも、在宅医療の対象となると思っております。

一方ここで言っている介護施設というのも、特養、老健だけなのかということそうではないと。まあ、介護サービスの対象者というような捉え方をしておりますので、実は厳密にいうとこの両者がかかなりかぶる部分がある。ただ、こういう言い方は大変申し訳ないのですけれども、もう国から県と市町村とそこを分け合って何とか整理しろといわれているので、一定の整理をさせていただいている、というのが正直なところですよ。

(川口委員)

よいですか。よくわからないので教えてもらいたいのですけれども、慢性期病床というものから在宅・介護にどんどん数字が移行していっています。あの、お金の部分なのですが、介護保険料というのがあるのですが、どうなのですか。十分に潤沢にあるのですか。要するに、大きく全体で見ると、医療保険も介護保険も、一つの大きな面で見れば医療に係る費用として考えると、基本どうなのですか。これ、どんどん介護保険料がどんどん上がるということなのですか、今後。それとも介護の施設が自助努力をしなければならなくなってくるということなのですかね。そのところを教えていただきたいのですけど。

(事務局) (高齢福祉課)

サービスが増えれば、当然介護保険料が上がっていくということになると思われまして、ただ、市町村によりますけれども、現行でいうと、神奈川県全体の平均でいいますと5,500円くらいというのが1月当たりの基準の負担ということになっております。

これが、サービスが増えれば、介護報酬がどういうふうに設定されるかによりますけれども、介護報酬が変わらなければ、当然保険料も上がっていくということにはなりません。

(川口委員)

そうですね。だから、この方式というのは医療保険にとってはいいのかもしれないのですけれども、介護保険料はどんどん今後増えていく計算になります。それに対してはどのように考えていらっしゃるのでしょうか。いや、この増え方だと非常に上がってってしまうという気がするのですが。ちょっと心配になってしまっているのですけど。

(事務局) (高齢福祉課)

この数字だけではなくて、当然全体の高齢化という問題もありますし、ここで出てきている数字というはあくまでも戻ってこられる70パーセントの方ということですので、たとえば県西地域全体で1,500床くらいの特養があり、諸々他にも在宅のサービスがあるので、そういう部分でいくと、これだけがおそらく急にもものすごく跳ね上がるというわけではないのですけれども、ほかの要因ですね、高齢化が進展するとか、この帰ってくる人だけではなくて、当然母数、高齢者が増えていくという中では、当然サービスの量も増えていこうという中では、やはりかなり上がっていくという推計にはなっているところではあります。

それをなんとかするために、多少でもですね、できるだけ介護などを使わないような形というものを考えているわけではありますけれども、一番の大問題としては、このままでは相当な保険料、まあ8,000円とか9,000円とかっていうことになりかねないというところは推計していると

ころではあります。

(事務局) (医療課)

1点補足させていただきますと、もうまさにそこが国政レベルでも大きな問題で、税と社会保障の一体改革ということで、消費税は上げる、社会保障の制度は持続可能なものにしていくっていうのも、やっぱり一番の焦点は介護保険をどうしていくか。高齢者がどんどん増えていく、ニーズも高まっていく、けどもう財政的には、まあ消費税は上げていきますけれども、要は「打ち出の小槌」がないという状況の中で、どういうふうにみんなが納得できる制度設計をしてこうか、というのがもう本当に国政の最重要課題になっている。いま川口先生がおっしゃったような問題は、もう本当に国政の課題になっているということだと思います。

(渡邊会長)

あの、全然議論が終わらないんですけど、医療者、介護者からすれば、この数値がある限りはこの数値になんとか追いついていけるように人員をどういうふうに増やせるかとか、ベッドを調整できるのかとか、そういう問題で始まっているのですけれども、つまるところ、今のよう、今ここに御臨席いただいている市町村の行政単位で、これをどういうふうに解決する方法を考えていただけるのか、というところが大切であると思うのですね。

要は、在宅に行けば一人ひとりにかかるコストっていうのがべらぼうにかかるわけで、そのところに帰れない人たちもいると。で、病床は今よりも少なくしろと。そういういろいろなことを考えると、どういう形態で高齢者を今後みていくか、生活を終わらせるというか、まあ終末なんですけれども、その問題になっていってしまうと思うので、これは保健、医療、介護、行政全部がこの数値を見ながら何をすべきかというのをこれから考えていかななくてはならないと考えています。

とにかく、この数値っていうのは嘘ではないわけで、これを見ながら今日ご隣席の方たちがどういうふうにするかというのをこれから考えていく。市町村単位で考えていくことも必要だし、それに対してもっと広域で地域医療構想、地域包括ケアというのを一緒に考えていかななくてはならないのだな、というのが今日の感想です。よろしいでしょうか。

まだ話合いの本当にスタートで、全然途中経過ではないのですが、まだ全然スタート地点だと思うのですが、ちょっと時間が遅れ気味なので申し訳ありません。次の4番の公的医療機関等2025プランについての説明をお願いしたいと思います。

(事務局) (医療課)

では、引き続きまして資料の6-1、それから6-2について御説明いたします。まず6-1になります。公的医療機関2025プランに基づいた調整会議における議論の進め方ということなんですけれども、1番の経緯ですけれども、1つ目のマルのところ、29年8月に医政局から公的医療機関等は地域医療構想の達成に向けた将来の方向性を示すための公的医療機関等2025プランというものを作成して調整会議に提出することということで通知が出ております。で、この通知を踏まえまして神奈川県では11月提出期限でお願いをしまして、提出をいただいております。

す。

2番の記載事項としましては、基本的な情報のほか、構想区域や当該医療機関の現状と課題、それから、今後の方針としては担うべき役割や持つべき病床機能、あるいは具体的な計画や数値目標などを記入いただいております。これを踏まえて、まず今後の地域医療構想の進め方についての県の考え方ということでお示ししておりますけれども、基本的な考え方としては地域医療構想にも書いてあるとおり、その内容を抜粋しておりますけれども、病床機能の確保及び連携の推進に当たっては各医療機関の自主的な取組及び地域医療構想調整会議を通じた地域の関係団体等による取組を基本とする、まあその下の二つも地域医療構想からの抜粋でこういった基本的な考え方で記載をしております。

おめくりいただきまして、この中でプランの位置付けですけれども、医療機関が役割分担を協議していくに当たって、その方法論のひとつとして、地域の中核的な医療機関の担うべき役割を明確にすることでその他の医療機関が立ち位置などを考えやすくするというような進め方が考えられるかと思えます。今回のプラン策定の対象となっている公的医療機関等は、地域の中核的な医療機関としての機能を担っている場合が多いので、まずこのプランに基づいて公的医療機関の担う役割について地域で議論していったらどうかと。当然地域においてはこのプランの対象機関以外が中核的な医療機関となっているところもございますし、また公的医療機関以外についても今後地域の役割分担について議論していく必要があると考えております。なお、そういうことで今後公的医療機関以外についてもこういったプランに準じたプランを策定する、あるいはその他の方法で役割分担について議論を進めていく必要があるかなというふうに考えております。

3番目は進め方の全体フローということで、ちょっとイメージを書かせていただいております。大きく分けてデータの共有、それから各医療機関での検討、あるいはワーキンググループ、そういった場を活用しての検討、そして地域の調整会議における協議というような形でフローのイメージとして書かせていただいております。

その次のところで、今の国の動向というのをちょっとお示しさせていただきますけれども、厚生労働省で現在「地域医療構想に関するワーキンググループ」というのを11月、12月までの間で開催しております、構想の進め方に関する議論の整理というのが取りまとめられまして、ホームページなどで公表されております。いろいろ書いてありますけれども、その中の抜粋で調整会議での協議事項として示されているものがございます。基本的に、2年間程度で集中的に検討を促進するというようなことを言っているのですけれども、その中でアの個別の医療機関ごとの具体的対応方針の決定と対応ということで、公立病院、公的医療機関については公立病院改革プランであったり、あるいは今回の2025プランを作成し、調整会議において、下線を引いてありますが29年度中に2025年に向けた具体的対応方針を協議する。で、協議をした上で速やかに2025年に向けた具体的対応方針を決定するというようなことが書かれております。その他の医療機関についても、一つ目のところは役割や機能を大きく変更する病院については速やかに対応方針を協議していきましょと。で、それ以外の全ての医療機関についても、調整会議において遅くとも平成30年度末までに2025年の対応方針を協議しましょというように、この議論の整理の中では書かれております。

あと、おめくりいただきまして、こういった国の動向なども踏まえつつ、今後の調整会議における議論の進め方ですけれども、まず今回、調整会議においては、今回2025プランを元に資料

として6-2でお示ししておりますけれども、これに基づきまして、プランの概要についてでも結構ですけれども、今後の議論の進め方について御意見をもらえればというふうに思っております。

で、次のマルのところでは次回、30年度第1回の調整会議においては、これを踏まえて更に議論をしていくということを考えております。これについては、対象の医療機関が出席しての説明であったり意見交換であったりということが考えられるかなと思います。

最後のマルのところでは、なお、ということで、各医療機関、診療報酬の変化などを見ながら今後のあり方を考えていくことが想定されますので、30年度に一度時点更新の必要性なども確認させていただいた上で、必要であればデータの更新をした上で議論を進めていく必要があるかな、というふうに考えております。

(5)としまして、医療機関同士の意見交換の場の活用ということで、構想区域によって、構想区域は9つございますけれども、医療機関数や規模も異なりますし、今までの議論の状況も異なりますので、地域の状況に応じた体制やスケジュールで進めていく必要があるかな、というふうに考えております。参考に、構想区域ごとの状況を書かせていただいておりますが、この中で例えば次のマルのところでも、全病院が参加するワーキンググループであったり、あるいは病院協会の勉強会などをやっているところもございまして、そういった場が既に立ち上がっているところでは、たとえばワーキンググループの勉強会などにおいてこのプランについて説明をして意見交換をした上で、調整会議で協議をしていくというようなやり方も考えられるのかな、というふうに考えております。

(6)のところでは、来年度のスケジュールのイメージとして書かせていただいておりますけれども、ちょうど左側の太枠で囲ったところが調整会議のスケジュールのイメージとなります。今回の1月から2月で方向性について御意見をいただき、7月から8月に第1回の調整会議を予定しております、ここで2025プランについての協議をまた更にやっていく。それから今年もやりましたけれども、データ分析と課題共有もぜひやっていきたいと考えております。で、第2回を9月から10月ということで、ここでも引き続きプランについての協議、それから前回もやらせていただきました基金についての議論をしていければと思っております。そして1月から2月でまたプランについての協議や病床の協議であったり、ということで、全体的な調整会議のスケジュールイメージになっております。右側はワーキンググループなど意見交換の場が設置済みのところでは随時開催しながら意見交換をしていく、というようなことで考えております。資料6-1は以上です。

(事務局) (小田原保健福祉事務所)

小田原保健福祉事務所企画調整課の小峯でございます。続きまして、資料の6-2と参考資料について御説明させていただきたいと思っております。公的医療機関等2025プランの県西構想区域の対象医療機関からの報告状況ということになります。プランにつきましては、参考資料としてお配りしましたが、各公的医療機関、また公立病院である小田原市立病院様と県立足柄上病院様については新公立病院改革プランの内容を2025プランの項目に沿って転記して作成していただいた資料、これを参考資料として本日配布してございますけれども、大変詳細に記載されていますので、対比することができるようにポイントを整理してまとめたものが資料6-2になります。

こちらに基づいて説明をさせていただきたいと思います。

各医療機関の現状、また、今後の方針、具体的な計画、数値目標というような項目に沿ってですね、まとめたものになります。医療機関の現状の中で、病床種別や病床機能につきましては、表の左側の方に、報告時点での数字をまとめております。

今後の方針につきましては、医療機関ごとに別紙にまとめておりますので、そちらで説明させていただきます。資料の右の方に、具体的な計画になりますけれども、2025年時点の病床機能別の数字を記載させていただいております。こちら4つの病院の中では、足柄上病院が平成29年12月に、既に19床を急性期から回復期に病床機能の転換をされています。

また独立行政法人地域医療機能推進機構湯河原病院では、2019年の4月に新たな病院の開設を予定されておりまして、その際の機能としましては急性期を100床、回復期を50床、計150床という計画になっております。各病院で設定している数値目標については記載のとおりです。

続きまして、おめくりいただきまして、別紙になります。こちらは各病院の現状や課題、今後の方針、またその他の事項についてまとめたものになります。時間の関係もありますので、本当にポイントだけ御説明をさせていただきたいと思います。

まず、小田原市立病院様につきましては、経営面や人事制度上の人材の確保等、また、建物の建設後の年数の経過、こういった課題もありますけれども、今後も地域の中核的な役割を担っていきたいということで考えていただいております。その他の欄になりますけれども、経営形態への見直しについても検討をされているということで、平成32年度に独立行政法人化に向けた実務的な検討に本格着手する予定ということで、それまでの間に地方公営企業法の全部適用についても調査をして、場合によっては移行の方にも着手することを検討したいということで考えているところです。また、病院の建替えについても、施設整備に向けて取り組んでいきたいと考えておられます。

次に県立足柄上病院につきましては、急性期が中心ということですが、高齢者医療にも力を入れていただいております。先ほど御説明したように地域包括ケア病棟への転換等を進めていただいております。周産期医療、小児医療につきましては、小田原市立病院との連携協力等により対応をしていただいているという現状がございます。今後につきましては、県西地域の中核医療機関として、高度急性期病棟は維持、急性期病棟は一定程度維持する必要があるけれども規模の適正化を検討していく、回復期病棟は適正な範囲で増床していく、ということで考えておられるということがございます。

続きまして湯河原病院につきましては、リハビリテーションを重視していただいております。回復期リハ病棟で365日リハを実施していただくなどの対応をしていただいているところでございます。立地的に、通院の利便性にやや問題があるということで、2020年4月を目処に市街地への移転の計画を進めております。今後ですけれども、移転場所の方が防災コミュニティセンター等の町の機能に隣接するというので、地域の防災計画の中での位置付けというものが重要度を増してくるということで、地域の中でそういう点について議論をしていきたいと考えられているということがございます。

最後に箱根病院でございます。神経難病医療の専門病院として、政策医療を担っていただいております。今後もそちらを対応していく中で、地域医療構想の必要病床数等の状況を見て体制の維持等について検討をしていきたいということです。また、県西地域のみならず、県内、県外

から難病患者さんを広く受け入れられているということで、今後も拠点病院としての機能を維持していきたいということでございます。

時間の関係もありますので、ポイントを絞って説明をさせていただきました。今後の議論のベースということで報告をさせていただきました。以上です。

(事務局) (医療課)

申し訳ありません。時間が無いですが1点だけ補足させてください。2025プランの話、おそらく皆さん唐突に出てきた印象を持たれているのではないかと思います。実はこれ県にとっても唐突な話でして、国から今年の夏頃に、急に公立病院、それから公的病院についてはこの2025プランを作りなさいと。で、これをもって調整会議で話し合っ、対応方針を作成しなさいというような話が来ました。ただ、我々ですね、いきなり対応方針を決めろと言われても無理だと思っております。

ただですね、従来から皆様から御指摘いただいていたとおり、もう数の話ではなくて質の話、医療の中身の話をしていかなきゃいけない。ただ、それをどうやって進めていくのかということ是非常に悩んでおりました。

そこに2025プランの話が来たので、これを何とかうまくその話合いのツールとして利用できないかと思っております。で、この後、保健福祉事務所からワーキンググループの話もありますけれども、じゃあワーキンググループを設置して、病院の関係者の皆さんに集まっていただいて、この2025プランを見ながら、どの病院がどの機能を目指していくのかというような話合いを進められればと考えております。今日はこういった進め方をしてはどうかというご提案になります。以上です。

(渡邊会長)

ありがとうございます。まさに私も、次の議題につなげようと思っていたところです。いま話にありましたとおり、2025プランというのは公的病院において独自性を出していくために非常に大切なところだとは思っておりますけれども、特にこの県西地域に関しましては私立とどのようにコラボレーションするか、住み分けをしていくかということが非常に大切になってくると思いますので、議題の5番の病床機能分化・連携ワーキンググループの設置について説明していただいて、そのあとで一緒に話合いの時間をとりたいと思います。いかがでしょうか。

(事務局) (小田原保健福祉事務所)

それでは議題の5、病床機能分化・連携ワーキンググループの設置について資料7に沿って説明をさせていただきます。先ほど2025プランに基づく議論の進め方ということで医療課の方から資料6-1に基づいて説明がありましたとおり、今後地域における病床機能の確保・連携体制の構築のために、各病院の特性や立ち位置等について認識を共有し、今後の各病院の連携や役割分担、機能分化についての検討を進めたいということで、2の目的のところにあるように、検討をおこなっていききたいということでワーキンググループの設置をしたいと、事務局の方で考えております。

検討の内容については、いまお話をしたような内容を検討することを考えております。

裏面にまいりまして、構成員でございますけれども、小田原医師会、足柄上医師会、県西構想区域内に所在する病床を有する医療機関、そして小田原保健福祉事務所と足柄上センターを構成員としたいと思います。

会議の開催は当会議の会長が招集する形で実施をいたします。

今後のスケジュールにつきましても、先ほどの資料6-1と整合をとる形でまとめてございます。ワーキンググループ設置後は、年2回程度の開催を想定しておりますが、そこでの検討に向けて、今年の3月にデータ分析等の研修会を是非実施したいということで、事務局の方で検討しております。その内容が別紙になります。目的としましては、ワーキンググループでの議論の前提となります毎年の病床機能報告や県西地区の医療提供体制のデータの分析方法等について理解を深めるための研修会を開催したいと思います。

県西地区の病床を有する医療機関の方々にご参加いただきたいと考えております。

内容としましては、現在私共で予定しておりますのは、県医師会理事で、当会議の委員でもございます小松理事の方に講義をいただくということで、今、県医師会の方と調整をしております。

日時としましては、平成30年3月12日の夜、こちらの小田原合同庁舎での開催を検討しているところでございます。

是非よろしくお願ひしたいと思います。私からの説明は以上でございます

(渡邊会長)

はい。どうもありがとうございます。今日最初、前半にいろいろ話をしてきました病床数の問題ですとか様々な問題をこれから具体的に話し合っていく上で、ワーキンググループが機能することが非常に大切で、このワーキンググループをこれからしっかりと実施されて、もっと実りのある内容を出していかなければならないと思いますが、それに向けての何か御意見はございますでしょうか。こういうところをしっかりとやってほしいとか、希望でもかまいません。

(杉田委員)

この会議に出まして、いろんな意見が出てきたり、こういうデータが出てきたりということで、実は保健所とですね、我々のこの21病院の責任者たちが集まった会合は、2回くらい開いております。

ですから、これがどういうふうに進んでいるかというのは、かなり分かっているんですね。だから、それが今度は、例えば2025年プラン的なものを各病院で作るとかですね、そういうふうな、こう一歩進んだ形で進めるような会議にしていただければいいなと思っています。

このデータ分析とか、今まで出たものに関しては基本的には各病院は十分に承知をしていますし、問題点を色々と議論したことがありますので、そういう意味のワーキンググループですから、そういう格好で、もうある程度進めていけるのだろうというふうに理解していますので、早めに進めていただいた方がいいのではないかと思います。

(事務局) (小田原保健福祉事務所)

ありがとうございます。まさに、この県西地区の具体的な医療連携、機能分化というものが図られるような形で、できるだけ全病院にお声がけさせていただいて多くの医療機関の参加を得た

いと、そのように考えております。

本日、大筋においてご了解をいただきましたら、さらに細部をつめさせていただきます、できるだけ来年度の早い段階から立ち上げができるように、そのように考えております。

(渡邊会長)

何かほかに御意見はありますか。

(篠原委員) (県医師会)

いろいろとありがとうございました。公的病院 2025 プランがいきなり出てきましたが、神奈川県病院協会の方でも、高度急性期、急性期を担うところと、回復期、慢性期、療養病床ですが、そこにはちょっと乖離がある。確かにあります。こういう中で、ワーキンググループと公的プラン 2025 を進めていただくというのは、非常にそのあたりが埋まるのではないかと思います。

先ほど時田委員から出ました地域包括ケアシステムは、病院関係者はそれほど得意ではないのですね。だから、在宅医療が中心ですから、そういったことも含めて同時進行でしっかりやられるというのは非常にいいことかなと思いますので、そのへんもよろしくお願ひしたいと思います。

(渡邊会長)

はい。そのあたりを心してやっていける方向にしていきましょう。

それでは、最後の6番、その他に関して、これまでの補足等がどなたかございましたらお願いします。ございませんか。(発言なし)

本日は本当に御協力いただきましてありがとうございます。予定時間を30分オーバーしてしまいましたが、中身につきましては、疑問点はかなり出てきたと思いますし、これから話し合いをするに当たっての問題点がよく出てきてくれたと思います。是非次につなげていきたいと思いますので、よろしくお願ひします。それでは、事務局にお返しします。

(事務局) (小田原保健福祉事務所)

渡邊会長ありがとうございました。また、委員の皆様におかれましても、ご協議、ご意見をいただきありがとうございました。以上をもちまして本日の会議は終了とさせていただきます。長時間にわたり、誠にお疲れ様でした。