

■「神奈川県保健医療計画改定（素案）」に関する提出意見及び意見に対する県の考え方

■期間：令和2年12月21日（月）～令和3年1月22日（金）

<反映区分>

- A 新たな計画案に反映しました。
- B 新たな計画案には反映していませんが、ご意見のあった施策等は既に取り組んでいます。
- C 今後の施策運営の参考とします。
- D 反映できません。
- E その他（感想や質問等）

意見内容区分 I 計画全体に関すること

意見の概要	反映区分	県の考え方
<p>計画の文章に特に異議はありませんが、新型コロナウイルス感染症等対策として感染症病床の見直しや、増床の検討などもされるのではないかと考えました。 そのような検討の方向性があるのであればそういった点も入っていると良いと思いました。</p>	C	<p>新型コロナウイルス感染症を踏まえた計画の見直しに関しては、厚生労働省の「医療計画の見直し等に関する検討会」において、第8次医療計画から、「新興感染症等の感染拡大時における医療」を6事業目に位置付けることを柱とした考え方がとりまとめられ、当該事項を含む医療法等の改正が国会で審議中ですが、県としては、今後、この考え方を踏まえた国の動向を注視するとともに、適切な時期に成果や課題を検証し、感染症予防計画や新型インフルエンザ等対策行動計画などの関連計画との整合を図りつつ、改めて見直しを行ってまいります。</p>
<p>新型コロナウイルス感染症を踏まえた計画の見直しについては「適切な時期に成果や課題を検証し、（中略）、盛り込むべき内容等を精査していく予定」としているが、新型コロナウイルスの感染拡大が医療体制に大きな影響を与えている現状に鑑み、自衛隊横須賀病院の機能拡充等も踏まえ、なるべく早い時期に計画を見直すべきと思料する。</p>	C	
<p>基本的な考えにあるように、今後高齢化に伴い県内の医療需要が増えることは推計から明らかであり、将来の変動要因をふまえても、効率化だけでは対応が難しい側面があると思われる。 病床数を増やすという意味だけでなく、病床再編、公私を問わず医療機関間の連携、機能分化、ならびに県民の受診行動の変容がこれまで以上に重要になるとと思われる。 本年度は第7次計画の中間年であり、他計画との整合性、喫緊の新型コロナ感染症対応を優先させるという観点で、マンパワーの側面から必要最小限の見直しという趣旨については一定の理解はできる。 だが、新型コロナ感染症対応では既存の医療機関間の連携や機能分化が徹底できていないことが露見されたことをふまえると、保健医療計画がこのままでよいのかという疑問も生じる。特に、感染症の第8章第3節の記述のまま残りの3年を過ごすというのはいかがなものか。 無論、国の計画で5事業5疾病に位置付けられていないということが課題であるともいえるが、神奈川県は何もしていないわけではなく、COVID対策でも様々なモデルを検討しており、それらの経験をもとに計画を見直す予定であるという表記だけでも記載してはどうか。 これはPDCAサイクルという意味でも重要であると考え。前の第6次の計画では感染症はA評価となっているが、COVID-19のようなケースを想定していないことは明らかである。現在は第7次になっているが、災害拠点精神科病院、DPATと同様な計画が本来は必要であると考え。 また、疾病別の医療連携体制の構築、地域包括ケアシステムの章では、全体を通じて、「かかりつけ医」という用語が頻りに利用されており、保健医療計画を実行する上で、非常に重要な存在であると思われる。 だが、神奈川県民の中でどれだけの県民にかかりつけ医があるのか、認知されているのか、実際にいるのかなどの調査結果等がない。仮に県民の多くに「かかりつけ医」がいなくすると、この計画の推進そのものが難しいということにもなりかねないことから、計画の実行のために、「かかりつけ医」の実態把握を行う必要があるのではないかと。 今回のCOVID-19対応でも地域のかかりつけ医の協力・連携が重要な局面もあるが、県民の多くにかかりつけ医がいなくすると、機能しないということにもなりえる。</p>	C	<p>新型コロナウイルス感染症を踏まえた計画の見直しに関しては、同上になります。 なお、かかりつけ医の実態把握に関する御意見につきましては、今後の取組の参考にさせていただきます。</p>

意見内容区分Ⅱ 基準病床数に関すること

意見の概要	反映区分	県の考え方
<p>基準病床数を計算する算定式ですが、現行の病床利用率のみを分母とする現行の式では、もはや、病床の過不足を判定する数を算出することは出来ないと考えます。</p> <p>病床利用率が上がると、基準病床数が減り、病床利用率が下がると基準病床数が増えるという現行の式を改正するよう国と協議すべきだと考えます。</p>	C	<p>基準病床数の算定は、法令により定められた算定式を用いて行うこととされていますが、本県では地域の実状を反映することを目的として、地域医療構想調整会議での議論を踏まえて、可能な範囲で裁量を活用して、基準病床数を決定しています。</p> <p>また、算定式の在り方については、必要に応じて国に要望することも検討してまいります。</p>
<p>【20-21ページ】 基準病床の見直しの検討手法について</p> <p>横浜、川崎北部及び横須賀・三浦二次保健医療圏は、「必要病床数と既存病床数との乖離が大きいとして、最新の人口と病床利用率により再計算した結果を見た上で、地域の医療提供体制の現状を踏まえて、毎年度、基準病床の見直しについて検討することとしている。しかし、基準病床算出の計算式における不合理性、例えば、「高齢者人口が増えても総人口は増えず、生産年齢人口は減少する。」「病床稼働率が減少すると病床数が増加する。」などの問題に直面し、地域医療構想調整会議などが紛糾することが多々ある。</p> <p>そこで、この「最新の人口と病床利用率により再計算した結果」に加えて「地域の医療提供体制の現状や救急医療の実態、圏域内での流出調整の実態、医療従事者確保状況、高齢者施設での受け入れ状況などの様々な要因を多面的に分析し、基準病床の見直しの必要性について客観的に、一定の時間をかけて議論できるようにすべきと考える。</p> <p>今年度、横浜地域でその基礎が築かれつつあるが、残念ながら泥縄的な準備のために十分な検討の時間が取れない現状がある。毎年見直しが決まっている地域では、事前の検討課題の抽出、ワーキンググループの立ち上げなど、「見直しの検討」手法全般を改めてはどうかと考える。</p>	C	<p>地域医療構想調整会議における基準病床数の議論の参考としていただけるよう、可能な限りより多面的な関連データの事前提供に努めるなど、見直しプロセスの改善について、検討してまいります。</p>
<p>○基準病床数の中間見直しの要否</p> <p>見直し不要と考えます</p> <p>① コロナ禍</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ COVID-19 への対応でほとんどの医療機関は将来について十分に議論する余裕がない点 ・ COVID-19 は現状だけでなく将来にわたって、従来の医療提供体制、患者の受療行動いずれにも大きな影響を与える点 <p>② 地域医療構想 算定式の限界</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 基準病床数の算定式、用いるデータの信頼性、検証が過去3年間国において全く行われていない点 ・ 現状の地域医療提供体制を示す検証が行われていない点 <p>例) 患者のたらい回しや入院難民が発生している地域があるのか？</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 回復期の不足状況について現場の肌感覚は？ ・ 3年間、病床配分した病床の稼働状況について示されていない点 ・ 稼働後の地域医療提供体制への影響は？ ・ 県が示す算定方法の問題点 ・ 5年後の2025年人口を用いる点(今回は3年後→基準病床数がUPする) ・ 各地域の入力データ(詳細)が示されていない点 ・ 前回用いた加算1(療養病床医療区分Ⅰ)加算2(流出超過)を今回も用いる点 ・ 前回用いた2020年推計人口と、今回の2020年人口から算出された基準病床数が最大500くらい下振れしている点(県央5018→4509) 	C	<p>基準病床数の見直しについては、パブリックコメントでの御意見のほか、地域医療構想調整会議において、地域の関係者の皆様に、現在のコロナ禍の状況なども踏まえ、見直しの要否も含め、各地域で御議論いただき、県としての案をとりまとめておりますが、御意見は今後の参考とさせていただきます。</p>
<p>P21</p> <p>基準病床数の見直しについて、地域特性(高齢化率など)を加味し、二次保健医療圏内で万全の体制を確保できるように、十分な検討をお願いしたい。</p>	C	

意見内容区分Ⅲ 5事業5疾病に関すること

意見の概要	反映区分	県の考え方
<p>第3節 災害時医療 (4)災害拠点精神科病院の整備及び(5)DPATの整備の記載が加わったことから、P49、50の神奈川県災害拠点病院等の配置状況及び災害時医療救護体制にも反映してはどうか。</p>	C	<p>いただいた御意見について、本計画改定素案に記載した災害拠点精神科病院を、災害拠点病院等の配置状況に反映させることは、精神科以外の他の災害拠点病院との整理が必要となり、また、第3節の文章全体は修正していないことから、全体的な記載のバランスや調整、検討が必要と考え、今回の計画には位置づけませんが、今後の取組の参考とさせていただきます。</p> <p>また、災害医療救護体制については、DPATの急性期対応もこれに準ずるという形で50ページに位置づけております。</p>

意見内容区分Ⅳ 在宅医療及び地域包括ケアシステムに関すること

意見の概要	反映区分	県の考え方
<p>【120ページ】在宅医療の「目標」について 目標の一つに挙げられる在宅療養後方支援病院は地域包括ケアの実現にとって大変重要であるにも関わらず、届け出数が大変少ない。この役割は診療報酬上に位置付けられる地域包括ケア病棟(病床)が担うべきものであり、地域医療構想で増やすことが必要な回復期病床を意味することは異論のないところである。「在宅療養後方支援病院」の数だけでなく、地域包括ケア病棟(病床)・回復期病床の数の推移も把握して評価すべきではないか。</p>	C	<p>県としては、地域包括ケアシステムの推進に向けて、地域包括ケア病床を含む回復期病床の整備も重要であると認識しております。</p> <p>一方で、本計画の在宅医療に係る目標項目については、「円滑な在宅療養移行に向けての退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」の4つの観点について、各観定の充実度合いを評価に適した指標を絞り込んだうえで設定しており、「在宅療養後方支援病院数」は、在宅医療を行う医療機関をバックアップする病院があることが「急変時の対応」の観点から重要であるとの考え方から設定したものです。</p> <p>そうした中で、今回ご提案のあった項目を目標に追加することは、より幅広い現状把握を可能とする一方で、中間見直しの時点において評価指標を追加すると、「急変時の対応」の観点における指標の設定の目的があいまいになり、計画の進捗状況の評価がしづらくなるおそれがあると考えます。</p> <p>したがって、御提案のあった項目については、評価にあたっての参考指標とすることを検討してまいります。</p>
<p>【114ページ】在宅医療における医療介護連携およびICTネットワーク事業について 本計画は、「かながわ高齢者保健福祉計画(介護保険事業(支援)計画)との整合性を図る」としているが、両計画ともに、医療介護連携におけるICTネットワーク事業についての言及がない。</p> <p>神奈川県でも地域医療介護連携ネットワーク構築検討会議が組織され、「県民に適切な医療、訪問看護サービス、介護サービスを提供するため、患者の同意を得た上で、病院、診療所(医科・歯科)、薬局、訪問看護事業者、訪問介護事業者等の機関間において、当該患者の医療情報を電子的に共有・閲覧できる仕組み」として地域医療介護連携ネットワークを構築する動きが具体化しており、横浜市と連携した事業展開がなされている。</p> <p>そうした趨勢に照らして、今回の「素案」では、県が進めようとしている医療介護連携に係るICTネットワークにもしっかりと焦点を当て、どのようにこの施策を活用しようとしているのか、すべきか、諸計画の整合性を図って明確な位置付けをするべきと考える。</p>	B	<p>ICTを活用した地域医療情報連携ネットワークの構築に関しては、現行の保健医療計画の第7節「病病連携及び病診連携」において、施策として位置付けており、事業を実施しているところです。</p> <p>そのため保健医療計画については追加の記載を行いませんが、「かながわ高齢者保健福祉計画」については、御意見を踏まえ保健医療計画との整合性を図る形で見直してまいります。</p>

意見の概要	反映区分	県の考え方
<p>【116ページ】エ 患者が望む場所での看取り 計画の文章に特に異議はありませんが、ACPの普及啓発も課題であると考えました。 その点も課題の中に入っているとより良いのではないかと思います。</p>	C	<p>人生の最終段階における療養生活や治療は、患者・家族が、知識や関心を深めて、自ら選択・決定していくことが重要と考えます。 頂いた御意見については、第8次医療計画策定の参考にいたします。</p>
<p>【118ページ】エ 患者が望む場所での看取り 上記同様に、関係者の中での「ACP」考え方の共有を進める表記があっても同様に良いかと感じました。 【P31再掲】と記載があるためそちらに掲載される予定でしょうか。</p>	C	<p>患者の意思を尊重した人生の最終段階の医療が患者・家族、医療・介護提供者の合意形成のもと適切に提供される医療のあり方について議論を深め、必要な施策を検討する必要があると考えます。 頂いた御意見については、第8次医療計画策定の参考にいたします。</p>
<p>【120ページ】目標「訪問診療を実施している診療所・病院数」「往診を実施している診療所・病院数」 こちらについては「往診を実施している診療所・病院数」に「訪問診療を実施している診療所・病院数」が含まれているのか、それぞれ独立の数なのか、なんらかの表記がされているとより分かりやすいと思いました。</p>	E	<p>「訪問診療」が定期的かつ計画的な訪問である一方、「往診」は通院できない患者からの要請を受けて医師が都度診療を行うものであり、両者は異なる医療サービスであることを踏まえ、それぞれ日常の療養支援と急変時の対応に関する体制の構築の進捗状況を評価することを目的として、目標項目として設定したものであり、中間見直しにおける項目の変更は考えておりませんが、第8次医療計画の策定にあたっては、分かりやすい目標設定に向けて、御意見を参考にさせていただきます。</p>
<p>○ 医療と介護の一体的整備について (KDBデータと各地域の在宅医療や高齢者施設整備の整合性など) 在宅医療等対応可能数の算出根拠である「医療療養病床の医療区分Ⅰの患者の7割が在宅復帰可能」は神奈川県内において非現実的であることは県病院協会の調査で実証済み。もしこの数字を用いるなら再調査が必要。 在宅や施設での医療提供などは郡市で検討している為、県病調査を郡市ごとに検討した後、区域外県内の流入流出状況を踏まえて県で整合性を保つ議論を行う必要がある。手間も暇も大変係ると思われ、コロナ禍の中では現実的ではない。</p>	C	<p>医療と介護の一体的整備は、第7次神奈川県保健医療計画の中間見直しと第8次かながわ高齢者保健福祉計画の改定に合わせて、国の指針等に基づき、国の政策誘導(「地域医療構想による病床の機能分化・連携」)に伴い生じる、医療療養病床の医療区分Ⅰの患者の7割が在宅医療等に移行するとされている「在宅医療等の新たなサービス必要量(追加的需要)」に対応するため、見直しを行うものです。 このため、療養病床から介護施設への転換意向調査の結果や、既存の統計データ等を活用しながら、国が示した推計方法に基づいて、県と市町村等の協議の場を経て、在宅医療・介護サービスの整備目標を設定することとしました。 また、KDBデータについては、患者住所地ベースで市町村別の集計や医療区分Ⅰの退院患者に限定した集計が可能で、退院後のサービスごとの利用量を把握できるなどの利点があり、最も精緻な分析ができることから、今回の在宅医療及び介護施設の按分に活用いたしました。</p>

意見の概要	反映区分	県の考え方
<p>○ 在宅医療における薬剤師に対する記載 在宅医療を請け負っている薬剤師の立場として。必要なのは薬剤師の資質ではなく、医師の指示ベースでしか薬剤師が動けない制度撤廃と保険上の制限撤廃、保険の審査による圧力撤廃です。 薬剤費が住民の要望で動こうと思っても、理解していない医師の指示が必要で患者側があきらめてしまったり、保険の制約で対応できないことが多くあります。 また、在宅医療はイレギュラーの連続の為、レセプト上の審査対象になりやすいのですが、その審査で執拗な追及の対象となり薬剤師自体が在宅医療への参入を避けているところもあります。在宅医療への薬剤の参入を進めるのであれば、制度の規制緩和が重要です。</p>	C	<p>医療制度及び調剤報酬の改定については厚生労働省が、調剤報酬明細書等の審査については神奈川県国民健康保険団体連合会が所管しているため、計画には位置付けませんが、今後の取組の参考とさせていただきます。</p>

意見内容区分V その他

意見の概要	反映区分	県の考え方
<p>○ 生活保護による医療の乱用抑止 薬剤を無駄に要求し、使用し、使用せずに廃棄しているのを目にしています。最低限度の生活とはかけはなれた医療の乱用ぶり。すべての処方箋を確認する立場の薬局薬剤師が受診の必要性を判断するなどの乱用抑止策が急務と考えています。生活保護制度の乱用による社会保障への圧迫を抑え、必要な方へ提供できるように。</p>	D	<p>御意見として承りますが、保健医療計画と直接の関係がございませんので計画の改定には反映できません。</p>
<p>○ 生活保護の調剤券や介護券の制度廃止 まったく意味のない手間と郵送費の無駄の垂れ流しをストップし、必要な医療費に回しましょう。行政側、医療提供施設側も何の意味も見いだせてない不要な制度です。上記の案に転向するのもありと思います。</p>	D	
<p>○ 薬剤師と栄養士の協業 薬局での栄養指導は注目されているトピックです。 薬剤師が栄養指導を行うことも多くありますが、本来専門外であり、栄養指導は管理栄養士が行うことが望ましいと考えられます。しかし、薬局で管理栄養士が指導を行っても報酬に反映されません。適切な食事と薬剤が不要になるケースも多く、県として薬局での栄養士の活躍の後押しをお願い指定と思います。 管理栄養士の在籍している薬局での栄養指導に支援を行うなど。未病促進に貢献できると思います。</p>	C	<p>現行計画では、健康等に関する多様な相談に対応できる資質を有する、かかりつけ薬局の普及を「第6節 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の普及」に位置付けています。 薬局において、薬の相談のほか、健康に関する相談に応じることは、かかりつけ薬局の役割のひとつですが、管理栄養士の設置を求めているものではありません。 また、調剤報酬の改定については厚生労働省が所管しているため、計画には位置付けませんが、今後の取組の参考とさせていただきます。</p>
<p>○ 地域医療介護総合確保基金の活用について 地域医療介護総合確保基金の活用の仕方については、病床を転換する場合、1床あたりの補助額は示されているが、近年、公立病院の建て替え費用の一部や救急救命センター（機能の拡充）等に基金が活用されている。 従来、市立病院は市の財源で建て替え費用を賅ってきたはずであるが、基金という国費も活用してきたため、民間病院との公平性が損なわれている。 地域医療構想調整会議では、基金の活用事例が資料として提供されているが、民間病院に対しての活用メニューの例示を作成することを強く要望する。</p>	C	<p>県としては、厚生労働省の考えも踏まえ、民間・公立を問わず、病院等の単純な建替え費用には基金充当を認めていません。 一方で、当該区域や県全域の地域医療構想の達成に資すると認められる施設整備等については、個別に検討の上で計画に位置付け、基金活用を認めています。 なお、病院を対象とした基金事業は、令和2年度は全基金事業・約32.6億円のうち約18.1億円を占めています。（内訳は公1.7億円程度、民16.4億円程度） 今後も民間・公立を問わず幅広く御意見を伺い、基金を効率的に活用しながら地域医療構想の推進に努めるとともに、いただいた御意見は今後の参考とさせていただきます。</p>