

平成29年度第2回湘南東部保健医療福祉推進会議

平成29年9月22日（金）

藤沢市保健所 3階大会議室

開 会

（事務局）

それでは、定刻となりましたので、ただいまから第2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。

本日、進行を務めます神奈川県医療課地域包括ケアグループの加藤と申します。よろしくお願いいたします。

なお、本日、医療課長の足立原は、議会对応で、若干遅れておりますので、申しわけございません。かわりに医療課副課長、一柳よりごあいさつを申し上げます。

（事務局）

皆様、こんばんは。神奈川県医療課の副課長をしております、一柳と申します。よろしくお願いいたします。本日は夜分、また、お足元の悪い中お集まりいただきまして、ありがとうございます。今年度第2回目の地域医療構想調整会議ということになります。今回は、主に次期の保健医療計画の改定に向けて、その地域の実情を踏まえつつ、2025年のあるべき医療提供体制をどう整備していくかということ、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、ぜひよろしくお願いいたします。

（事務局）

それでは、委員のご紹介ですが、本日、資料の委員名簿、座席表にあるとおりですので、ごらんいただければと思います。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に、茅ヶ崎市福祉部、熊澤委員の代理として臼井様にご出席をいただいております。また、本日の議題でございます「医療と介護の一体的な体制整備について」に関しまして、寒川町福祉部高齢介護課の青木様にオブザーバーとしてご出席をいただいております。

次に、会議の公開につきまし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6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をさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

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

それでは、今後の議事の進行につきまして、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。雨が急に降ってまいりましたけども、お集まりいただきまして、まこと

にあります。

それでは、これより議事に入ります。まず、報告についてです。第1回地域医療構想調整会議概要について、事務局の説明をお願いいたします。

報 告

(1) 第1回湘南東部地区保健福祉推進会議及び医療専門部会の結果概要について

(事務局より、資料1、資料2-1、資料2-2に基づき説明)

(鈴木会長)

ありがとうございました。それでは、事務局の説明につきまして何かご質問やご意見がございましたら挙手をお願いいたします。よろしいでしょうか。報告になりますので、それでは、先に進めさせていただきます。

議 題

(1) 第7次保健医療計画たたき台について

(鈴木会長)

続きまして、議題に入ってまいりたいと思います。議題1、第7次保健医療計画の素案たたき台について事務局からの説明をお願いいたします。

(事務局より、資料3-1、参考資料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、あるいは、参考資料1の素案たたき台の内容も含めて何かご質問・ご意見等ございましたら挙手をお願いいたします。

(仙賀委員)

茅ヶ崎市立病院の仙賀です。この医療計画は、来年度からということですが、これを実現するためにはもとなるお金が要ると思うのですが、平成30年度の予算案はこれからですね。それについての予算立てなどの予想、これに使えるお金がふえるのかどうかとか、そのあたりの見通しはどうなんでしょうか。

(事務局)

この計画自体には、予算の裏づけ的なものが何か担保されているということではございません。あくまでも5年間の中期的な、課題と施策の方向性を共有するためのものになります。正直申し上げますと、予算につきましては、やはり役所の宿命といいますか、単年度の予算編成を毎年や

っている関係上、今の段階でこの計画に基づいてこういった予算を拡充していきますということは申し上げられません。ただ、県が予算案をつくって議会にお諮りしていくに当たっては、こういった保健医療計画にどのような位置づけがされているかということを基本に考えていくということは申し上げられるかと思えます。

(仙賀委員)

しっかり予算措置をしてください。

(鈴木会長)

ほかに何かございますでしょうか。僕が質問してもいいですか。今、説明を受けた資料3-1の最後のページになるのですが、老人福祉圏域単位、ほぼ二次医療圏単位で話し合うということですけども、湘南東部は同じでしたか。

(事務局)

はい、湘南東部は同じです。現状、老人福祉圏域と二次医療圏が一致していないのは川崎市のみになっております。

(鈴木会長)

介護のほうのエリアとしても、この藤沢市、茅ヶ崎市参加で話し合っていてやっけていく中で、もう各市町村ですらエリアとして大きいのかな、というイメージがあります。地域包括ケアシステムも、もう少し小さいエリアになりますよね。その辺とこの文章との整合性について、何かコメントいただけますでしょうか。

(事務局)

そういう意味では、若干この説明は不十分かもしれません。老人福祉圏域というのは、県が広域自治体として市町村を超えた調整をする場合の単位と考えておりまして、当然、介護保険や、地域包括ケアというのは、市町村単位、もしくはもっと小さい単位で進めていくというのが基本になると思えます。

(今井委員)

確認ですけども、1ページ目にある、計画期間が6年になったというのは、今回初めてですよ。たたき台のほうを見ると、それについての、いわば初めてそうするという位置づけとか意味づけというのが全く触れられていなくて、さらっと「6年」となっています。これについては、本文の方で、なぜこうするのかという位置づけについては触れられるのですか。

(事務局)

参考資料1の素案たたき台の1ページ、第1部総論で、第1章基本的事項、第1節計画改定の趣旨の3つ目のところに、今回の趣旨を、言葉だけですが、書いてございます。

今回の計画の改定に当たっては総合確保方針に基づいて、医療計画と、市町村の介護保険事業計画のサイクルを合わせることになっているということです。

こちらが考え方でして、市町村の介護保険事業計画のサイクルが3年ですので、その2倍ということで、周期を合わせるということで6年になっております。

(鈴木会長)

ありがとうございます。ほかに何かご質問はございますか。よろしいでしょうか。では、また

途中で何かご意見がありましたら、また挙手をお願いできればと思います。これは素案ですので、この素案に対して一応承認という形をもらっておいたほうがいいのですかね。大まかなところ、大体の素案はこういう構成でやるということで、よろしいという方は挙手をお願いいたします。

(挙手)

(鈴木会長)

では、総員挙手ということで承認となります。ありがとうございます。

(2) 基準病床数について

(鈴木会長)

では、引き続きまして議題2です。基準病床数について事務局からの説明をお願いいたします。

(事務局より、資料3-2、資料3-3に基づき説明)

(事務局)

補足をさせていただいてよろしいでしょうか。今、説明をさせていただきましたが、本日この基準病床数の算定に当たって皆様のご意見をお伺いする上でポイントになる点はということだと思っております。資料3-3、湘南東部の上段、白抜きになっている欄をごらんください。まず、基本パターン、国から示された計算式どおりに計算をした数字が丸数字の1番になります。4194床です。今の、第6次の基準病床数は、10番の4394床、要するに基本パターンで計算をしていくと、今よりも基準病床数が200床減るということになります。

もう一つ、参考として比較をしたいのが7番の既存病床数です。こちらが4,319床ということで、基本パターンで計算すると125床過剰ということになります。一方で5番の2025年の必要病床数、もちろんこの数字については諸所ご意見があることは承知しておりますが、数字の上では4,577床となっております。要するに、2025年に向けて医療ニーズが伸びていくけれども基準病床数は基本パターンでいくと今より下がってしまう、これをどう考えるかということです。例えば200床くらいだったら前回のこの会議でも出ましたけれども、病床稼働率を上げていけば何とかなるよというご意見もあるかと思えますし、そこは、皆様のご意見を伺っていきたいと思えます。やはり、基準病床数というのは、一旦決めてしまうと、基本的には6年間、これが生きていくこととなります。ただ、我々、一たん3年後に見直しをしたいということも考えております。そういったことを踏まえた上でご意見をいただければと思います。よろしくをお願いいたします。

(鈴木会長)

なかなか難しい内容ですが、最後の説明で大体わかってきたような気がします。何かご質問その他、ございますでしょうか。

(数野委員)

今、この資料3-2のシミュレーションの表の、基本と検討1、2、3と参考案を見ますと、療養病床と一般病床について、それぞれ分析されていますが、基準病床、あるいは必要病床につ

いてはいずれもこの中に記載されておらず、両方合わせてトータルで必要病床は4,577床、この数字だけは動かないですね。それで、ほかの数字が動いている。ということは、療養病床を増やそうと思えば一般病床を減らさないといけない、あるいは一般病床を増やそうと思えば療養病床を減らさないといけないという、思惑が入ると思うのです。必要病床は、検討も参考も、いずれの表を見ましても全部、4,577床になっています。療養病床、あるいは一般病床も、基準病床と必要病床と両方挙げて比較していただくと、もっとこの表がわかりやすいのではないかと思います。

基準病床は確かに国で決めることですから、これは動かないことだと思いますが、そうすると必要病床のほうはその地域の状況によって変わるのではないかと思います。その辺のところはいかがでしょうか、ちょっとこれのほうが考えた考え方かもしれませんけれども、教えていただけますか。

(事務局)

まず、ここで用いております2025年の必要病床数というのは、昨年の10月に策定をしました地域医療構想の中で算出をした必要病床数をそのまま置いているものでございますので、どのシミュレーションでも同じ数字になっております。基準病床数は、計算をする際に内訳として一般と療養に分けて計算はしておりますが、基準病床数自体は一般・療養の区別はなく、総数で見えます。ですので、一般と療養のバランスということでは、その地域の実情に応じて柔軟な対応が可能になっております。

(数野委員)

ということは、どちらかを増やす、どちらかを減らすという、トータルが決まってまた相殺するという、そういう意味合いも含まれているということですね。

基準病床は国で決められることですから、もうこれは動くものではありませんが、その地域に必要な病床の件に関しては、それを増やしたり減らしたりするのは、全体のバランスで見ていくということですか。

(事務局)

そうですね、そういう意味で言いますと、必要病床数というのも国が決めた一定の計算式に基づいて昨年の10月の段階でつくった数字になっておりますので、何かを縛るものではなくて、当然動いていくものだと思っております。

(数野委員)

わかりました。

(今井委員)

2025年の必要病床数、湘南東部では4,577床と出ている数値に、基本的には、基準病床数を近づけるという考え方を、国として各都道府県に対して提起しているのですか。両者の関係を根本的に整理してもらわないと、この辺がわかりにくいという感じがします。先ほどから数野先生が質問しているように、必要病床数は動かない。いろいろな意味で、2025年における必要病床数はもう決まっている数字ですよ。ところが、基準病床数というのは今なのか、2020年なのか、2030年なのかは別として動いていく。それは2025年の必要病床数に近づけるという価値観でやっ

ているのかどうかということだけ、お聞きします。

(事務局)

なかなか難しい、我々も実はそのあたり、どのようにとらえればいいのか、はっきり明確にわかっているわけではない部分があります。国が今、出してきた基準病床数の計算式というのは、あくまで丸数字の1番の上段の基本パターンになりますので、それだけ見ると、とてもではないが2025年の必要病床数に近づける気はあるのかなという感じがしてしまいます。ただ、これは、神奈川県というのはある意味、特殊な県で、これから医療ニーズが増えていく県なのですが、それは国全体で見るとすごくマイナーで、国全体ではこれから人口減少して、高齢率はともかくとして人口の絶対数は減っていくというような状況にある中で、国はおそらく少しずつ減らしていく方向で考えていて、その発想のもとにつくられている計算式なのです。ただ、これを神奈川県に当てはめると矛盾が生じてしまう。なので、国が用意した、そういうマイナーな都道府県を救済するためのツールが特例の活用ということになっているのだと理解をしております。

(仲野委員)

特例の活用の検討と書かれていますが、これは基準病床数が決まった後でも特例を使って検討することが可能であるという意味なのですか。特例という意味づけが、なかなか理解しづらいところがあります。

(事務局)

資料3-2の一番後ろのページをご覧くださいなのですが、医療法上の特例措置についてご説明をしております。一言で特例といっても幾つかパターンがあります。1つは法の第30条の4の第7項で、基準病床数を定めようとする場合において、まさに今ですね、急激な人口の増加が見込まれること等々の事情がある場合には、算定基準に従い、算定した数、今回でいうとこの基本パターンに、厚生労働大臣に協議し、その同意を得た数を加えて得た数、またはその同意を得た数そのものを基準病床数とすることができると。今、皆様に、使いますかとお諮りしているのは、まさにこの特例になります。ほかに、その下に、計画の公示後ということで、30条の4の第8項、第9項がございますけれども、これは従来も、神奈川県でも使ったことがありまして、計画を作って基準病床数が決まった後に、やはり特例を活用して厚生労働大臣に協議をして、その同意を得た数をもって基準病床数とみなすといったようなことが可能になっております。今回お諮りをしているのは、上のほうの第7項の話になります。

(仲野委員)

ということは、3年の経過措置がなくても、途中でも特例を使えると考えてよろしいですか。

(事務局)

途中で特例の協議をできるというのが、今、私が説明を省略してしまった8項・9項の1つ目の丸のほうが該当になります。医療計画が公示された後に、私たちが3年後に一旦見直しをします。そこで基準病床数を上乘せする場合には、国との協議が必要になりますというのが、こちらの8項・9項の1つ目の丸に該当することになります。

(仙賀委員)

今までは地域医療構想会議という形でずっと出席していて、必要病床数の話がほとんどで、既

存の基準病床数についての知識は、はっきり言って余りなかった。それで、必要病床数は2025年ですが、最終的に、2025年に本当にこれだけ必要なのか、基準病床数をそれに近づけて頑張るべきなのか、それぞれの医療圏で考える。この必要病床数というのは、もう数は決まっていますけれども決め方の基準がすごく大ざっぱで、こんなに要らないと思っている人もたくさんいるでしょうし、まだまだ病床数を増やしてほしいという人たちもいるでしょうが、最終的には基準病床数は必要病床数につながっていくものなのではないでしょうか。基準が2つあって、どちらを主体に考えればということで、この会議では、今まではずっと2025年の必要病床数のことを検討してきましたが、基準病床数は来年から有効な、現在のことですよね。ですから、それが地域医療構想にどうつながっていくかを聞きたいと思います。

(事務局)

先ほども少しお答えをしましたが、やはり必要病床数と基準病床数は数字の持つ性格が違います。必要病床数は、2025年の医療ニーズがどのように伸びていくかということ推計した推計値で、何かを縛るものではないということです。一方で、基準病床数というのは、はっきり言ってしまえば病床数の総量規制のための上限の数字です。ですので、数字の持つ性格はまず違います。ただ、そうは言っても、その基準病床数が、今の計算では、第6次より第7次のほうが下がってしまうという計算結果になっていて、4,577床という必要病床数が、あくまで推計であって絶対視するものではないにせよ、医療ニーズが伸びるということを表す数字ではあるといったことを考えたときに、基準病床数がこのままでいいのかなということは考えなければいけないことだと思っています。

(仙賀委員)

地域医療構想では在宅に、話が行っていますよね。基準病床数を考えるときには、その在宅のことは抜きにして、抜きにしてというのは言い過ぎかもしれませんが、それも考慮しながら基準病床数を決めるということと、僕なんかはダブルスタンダードに思います。それは小松委員に聞きたいのですが、お願いします。

(小松委員)

ご指名ですので、県医師会の小松です。一つは、地域医療構想で出てきた必要病床数というのは、あくまでも必要病床の推計、ある一定のやり方でピッポッパッとやったら出ましたという数字です。一方、基準病床数に関しては計算式が明示されていて、人口や病床利用率をもとに、一般病床、療養病床をこういう形で出して、2つを足した数になります。基準病床数のほうは、それを超えてベッドをつくることはできないという法的な拘束力がありますし、逆に今、不足で、基準病床数が300床多ければ、要するに300床増やしてもいいという一つの目安になります。意味づけで言うと、必要病床数推計というのは、ある意味、何の拘束力もない一つの数字で参考値です。一方、基準病床数というのは、我々が医療を提供していく上で一つの、やはり重しになる数字です。

この表で見ていくと、おそらく県が気にしていることとしては、国が定めたやり方で今回、基準病床数を出すと4,194床という1番の白枠のところのこの数字になってしまい、第6次で4,394床の基準病床があるのが、むしろ下がってしまうということが一つと、あとは、既存病床が基準

病床数4,394床より75床足りないので病床事前協議しようと、前回議題になったのに、次の基準病床数は下がってしまうという、ちょっとそういう意味で言うと矛盾をしてしまうというような意味合いがあります。

あとは、その基準病床を決める式自体が人口の増加を露骨に反映してしまうので、この表を横に追いかけてもらえばわかると思うのですが、2016年から4年後の2020年になると4,596床、そこから5年後は5,044床です。今回初めて2025年人口での基準病床数推計を出していただいたのですごくわかりやすいというか、ありがたいのですが、要するに、基準病床の算定式どおりにいるいろいろなことを計算すると、この湘南東部においては地域医療構想で出された4,577床よりも多い、5,044床という数字が出てしまうというのが基準病床数の算定式なのです。県としては特例を活用して、要するにこういう形でシミュレーションをすともすごく人口が増えていく地域なので、基準病床を国に言われたとおりにやると4,194床になってしまうのですが、少なくとも人口を2016年ではなくて2020年の数字を、この②のパターンの4,596床とか4,368床あたりを特例の活用として検討しているという理解でよろしいのでしょうか。全体としてはここで決めることですが、少なくともこの①のパターンでいってしまうと整合性の問題と、あとは今後の人口増加があるのでどうなのかということなのかなという気がします。

(仙賀委員)

湘南東部医療圏で基準病床数を計算したら200幾つ減るのでしたか。これは、湘南東部医療圏でこれだけ減るのでしたら、地方は同じ計算式を使ったら人口も減少するわけだからすごいベッドを減らすという形で出ますよね。例えば地方のとある県で、人口が減るから3,000床あったのが2,000床という計算式になると。それに従えという法的な拘束力があるのでしょうか、その地方でも特例措置があつてなだらかな減らし方になるでしょうけれども。人口が増える地域でもこれだけ数が減るのが不思議でならない、これなら人口が減っている地域はさらに減るのではないかと、そう思いました。

(事務局)

神奈川県内でも県西地域というのは今、仙賀委員がおっしゃったような地域になっていまして、関係ない地域の話で恐縮なのですが、10番の数字が2,913床です。①で計算すると1,875床ということで、単純に言って1,038床減ってしまう、3分の2ぐらいになってしまうというような状況なのです。これをどのように考えるべきかという話はまた県西地域においてはあるのですけれども。

(小松委員)

基準病床の数も一応、法的な縛りがあつて、こういうやり方でやりますというのはありますが、そこに当てはめる条件によってこれだけ数字が変わってきます。あとは分母の中で、例えばニーズとしては増えていくが、これから実績として病床利用率をもっと上げていけば、ある程度までは飲み込めるし、でも飲み込もうとするために、一般病床利用率で0.90ぐらいないといけないとなるとどうなのかとか、いろいろな意見はあると思うのです。全国的に言うと、病床数は削減の方向に行きますし、削減になったときに、知事が命令できるのは公的な病院からということになります。そうすると、政策医療的な部分だとか、非採算部門だとか、いろいろな考え方があつて、

やはり減らすにしても非常に難しい議論があるとは思いますが。ただ、できるだけ、そういう意味で下がり過ぎないようにということで、病床利用率の下限を一般は0.76、療養は0.9という数字を出しているのは、それでも緩和をしているというのが一つの考えだと思います。本当に、横浜と県西で比べるとすごくそういうところがあって、例えば県西も、実際の病床利用率はもう既に、一般は0.65ぐらいなのです。

(仙賀委員)

だからカバーできるのでしょうか。

(小松委員)

それを0.76で見ているので、というところはありません。今、先生がおっしゃったように、例えば県西がそれだけ空いているということは、こちらで過剰になっている患者さんを診てもらおうということが、例えば回復期や療養病床に関しては可能かもしれませんが。ただ、横浜で救急が診られないので県西にというのはちょっと理論としては難しいのかなとは思いますが。最終的にはオール神奈川の中で、要するにそういったことを議論するというのも最後に持ってくる選択肢の一つとしてはあるのかなという気はします。

(仙賀委員)

話が大きくなって、すみません。

(今井委員)

そうすると、特例という手法を使わないと、いろいろなものが調整できない、このような非常に整合性のとれない数値が出るということと私は理解したのです。そのときに、それぞれの医療圏で、例えば湘南東部や、湘南西部、それぞれが特例を使うという話になったとして、県や国が、隣接した医療圏の相互の関連性で、片方はプラスの方に行くけれども、片方はマイナスの方だったり、逆にプラス・プラスと出るから、それはならないとかいうような規制はないのですか。

(事務局)

まず、この特例の活用について、二次医療圏によって考え方が異なってよいのかということに関しては、国に確認したところ、それはよいと言われております。県としても先ほどからお話が出ているとおり、横浜と県西で全く事情が違う、そこに同じ考え方を当てはめるのは無理があると思っておりますので、そこは地域によって変えていってよいのだと思っております。

(今井委員)

私が聞いているのは、隣の二次医療圏がこういう動きをするので、その影響は受けないのですねという意味です。特例を使う場合の、相互の、規制と言ったらちょっと言い過ぎかな、そういう議論は全く今のところはないのですね。

(事務局)

特例に関してはないです。

(小松委員)

今回、資料3-3が、いろいろな比較をしやすい部分があります。ただ、資料3-2で、基本から検討までが出されている中で、先ほどから、委員の先生方がおっしゃっている、結局、療養病床が減るとどういうことが起こるかということ、介護のほうに流れると。だからベッドの数とし

ては減っていつているように見えても、その分は逆に言うと介護のほうのニーズとして増えていくというのがあります。前回、第1回のおきにだされた基本パターンと今回の基本パターンを比べてみると、前回は県の方で、国が数字をださないでシミュレーションし、今回は国がだした数字で計算したところ、県全体で、療養病床の基準病床は4,000床ぐらい減っています。だからその分、4,000床ぐらい施設や在宅のほうにニーズが突っ込まれているということになります。この後、そういう話題も出てくるかもしれません。この計算も、国で療養病床を減らしたいとか、いろいろな思惑があつてかなり恣意的な数字で医療区分1の70%は在宅可能ということでやっていますけれども、県内においては、医療区分1で在宅等に対応可能なのは、県病院協会で調査しましたが、3割ぐらいです。ということは療養型で、出しようがない患者さんであふれて、急性期からの患者を受けられないということが起こるか、もしくは療養型を出すしかないで施設等に重症の患者さんが行って、施設での医療や在宅医療が大変になるか、そういう問題をはらんでいるところがあるので、やはり全国とは、神奈川というのは余りにも向きが違ふということだけは、意外と見えないところで在宅医療のほうの話に流れていくところがあるので、それだけご留意ください。意見です。

(鈴木会長)

ありがとうございます。今井委員は、病院ですけど、さっき言っていた病床利用率を上げるとか平均在院日数を下げるといふことで、この200床といふのはどうなのですか。対応可能なのでしょうか。そういう病院の立場でご意見をお願いします。

(今井委員)

200床といふ数値はある程度はアプローチできるのではないかという感じは持ちます。いわゆるベッドを増やさなくてもある程度、これは療養病床で増やすか、一般病床で増やすかによって違ふとは思いますが、かなり射程内には入っているのではないかなという感じはします。

(鈴木会長)

数野委員も、病院ですから何かコメントいただければ。

(数野委員)

私のところは救急なので療養のほうはよくわからないのですが、最近では地域の包括ケアでそのチームに加わっていますので、結構そういう患者さんも来られるのです。それで、良くなつたらすぐお帰しするというような形をとっていますけれども、そういう患者さんが大勢占拠されますと救急が対応できなくなりますので、できる範囲内では協力させていただいているというのが現状です。

(鈴木会長)

では、公立ですけども仙賀委員の病院としてはどうなのでしょう。

(仙賀委員)

医療保険のお金は限られていますね。介護でもお金がありますよね。本来、介護で見るべきお金を今、医療の方の介護で使っているわけですね。介護で見るのなら、医療で使わない、純粹に医療は医療で使っていて、やはり介護の人は介護保険で。それは介護をやっている団体と、医療とお金の分捕り合戦をして、いろいろあるでしょうけれども、それで流れていくのではない

かなという気がしています。

自分のところの話ですけれども、病床利用率を上げて、常に急性期で7対1を維持していくと、これはやはり、看護師が要ります。湘南看護専門学校にはいつもお世話になっていますけれども、なかなか病床利用率を80%以上に上げて、看護師の夜勤を、回数を減らしてやるのは難しい。簡単に病床利用率を上げてカバーできるなんていう言い方も、現場は人が来ない限りなかなか難しい面もあって、おそらく今は無理やり病床利用率を上げているところも結構あると僕は思うのです。でも、その現状は、現場の看護師さんたちがすごく疲れているはずなので、そういうことも考える必要がある。ただ単純にベッドを増やしても人が要りますし、病床利用率を上げて人も要ります。この病床の話、数値での話は幾らでもできますけれども、現場ではそうだと。これは別にうちの病院だけでなく、どこの病院でもそうだと思います。

(仲野委員)

うちも同じで、本当に急性期で、在院日数も10日で、利用率も80何%で回していますが、かといって、この利用率をそのまま引き続き90数%まで持つていくことは、現場から言えば、今の状態からは不可能かと思います。ぎりぎりその間でやれるところまでは、できるのですけれども、200床ぐらいのスペースが空くかということ、空ける努力はできると思います。でも、どこかでマキシマムになりますので、当然それはできなくなります。そういう意味ではやはり、結局空けるのは療養型のところとか、そういう病床がしっかり固まってくれないと、てっぺんのほうは回らなくなります。療養型や、回復期がちゃんと増える、調整会議での病院の機能分担の議論で、各病院が、自分の病院の機能を自覚して、それをうまく回してもらおうという建前がないと回らないと思います。

(鈴木会長)

ありがとうございます。ほかに何かご意見ございますか。大分、時間も過ぎてきましたが、これは結論を得なければいけないのですか。意見を伺うだけでいいのですか。

(事務局)

この件に関しましては、おそらくそれぞれの立場で意見が異なるかと思うので、この会議で無理やりまとめていただくということをお願いするつもりはございません。いただいたものを県としては受けとめさせていただきます。

(鈴木会長)

ありがとうございます。それを踏まえて何かご意見とかございますでしょうか。よろしいでしょうか。では、先に進めさせていただきます。

(3) 地域医療介護総合確保基金について

(鈴木会長)

それでは、議題3、地域医療介護総合確保基金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4-1、資料4-2、資料4-3、資料4-4に基づき説明)

(鈴木会長)

ありがとうございました。何かございますでしょうか。

(今井委員)

資料4-1の2の中で、丸の3つ目に、28年度までに配分された基金の執行残の話がありますよね。これは一般論として国が言っていることだからわからないのですが、確かに見てみると、今回の内示額の中で医療従事者に関するものは2億幾ら減らされていて、区分1については今までどおりと。神奈川県における28年度の執行残というのは、かなりあったのですか。

(事務局)

こちらで28年度までの執行残と記載をしておりますが、この基金自体は26年度から始まって3年間の過去の蓄積がございまして、大変お恥ずかしい話なのですが、この3年間で執行残が少なくともこの差し引かれている分ぐらひは生じているというのが実情でございます。

(今井委員)

その場合の原因として考えられる、何か共通した、大きなものはあるのですか。

(事務局)

まず計画に位置づけはしたけれども、県で予算を計上する際に庁内の調整などで額が下がってしまうということが1つあるのと、実際に予算は確保したものの医療機関に手を挙げてもらったところ、なかなか手が挙がってこなかったというのがもう1つです。それから、手が挙がって補助金をお出しして、実際に事業をやっていたのだけれども、当初予定していたほど事業ができなかったということで金額が減ってしまう、この3つぐらひが大きな要因かと思います。

(今井委員)

わかりました。それから、資料4-4の性格なのですが、これはいわゆる提案集なのですか、それとも応募集なのですか。要するにこれは申し入れというか、手を挙げたことと同一なのですか。特に医療機関というふうになっている区分1などの場合には期日があって、それぞれの病院においては予定があると思うので、これは確か8月10日までの募集提案で、ここで手を挙げていないところは個別にその対象にならないという性格のものなのかどうかだけ教えてください。

(事務局)

この性格は、あくまでもアイデア募集ということでございまして、実際の補助金の手挙げというわけではないです。

(今井委員)

そうすると、その手挙げというのは、30年度で言えばいつまでの期日になっているのですか。

(事務局)

これが実は補助金によって異なるのですが、大体のものは前年度中に聞くものが多く、一般的には対象になりそうな医療機関に、こういう補助金があるけど使いますかということをお前年度中に聞きます。ですので、この場合で言うと29年度末くらいにお聞きします。使いたいという医療機関に対しては、具体的に資料をいっぱい出してもらって交付決定するというような流れになります。

(今井委員)

私は湘南病院協会の会長をしているから、所属会員で来年やりたいというのを、いつの時点までどういう形で申し出なければならぬのかというのはかなり重要な問題になりますので、お聞きしました。

(齋藤委員)

藤沢市薬剤師会の齋藤と申します。意見といいますか、お願いなのですが、資料4-2の3ページ目、(2)平成29年度計画の主な事業ということで、ここを読んでおいても薬剤師という文言が一つも入ってこないで、私たちのことは主な事業には入らないのかなというような形でありますので、予算的に少ないかもしれませんが、どこか、こういったことがある場合は、薬剤師の文言をひとつ入れておいていただけたらありがたいと思います。

(鈴木会長)

事務局、よろしいですか。ほかに何かございますでしょうか。確認ですが、アイデア募集をしたが、この会議の中で何か必要な事業をみんなで例えば提案して、ではこの会議の中で認められましたと。そうするとそれに対する予算、確保基金をあてがう、本来はそういう目的ですよね。というのが、まだ可能ということだと思います。

(事務局)

アイデア募集の結果は資料4-4で今回ご提示しておりますが、例えばこれ以外に、この地域はこういう事業が必要だとか、あるいはこの資料4-4に書いてあるもので、これはいいからぜひやってほしい、もしくは、こういうのはないかもしれないですが、こんなのはだめとかいうのがあれば率直にお聞かせいただきたいと思っております。

(鈴木会長)

そうすると今井委員が言っていた、いつまでというのは、前年度ということであれば、次の第3回の会議は12月から1月ということなので、12月だったら間に合うが、1月では間に合わないということだと思いますか。

(事務局)

実は、この先のスケジュールで言いますと、県のほうで30年度の予算を議会に諮るというプロセスがございまして、実はもうそろそろそれに向けた庁内調整が始まるのです。ここでいただいたご意見を参考にして、県が予算をつくります。実際にその予算が議決されて使えるようになるのが30年4月以降という、そういう流れになります。

(仙賀委員)

医療と介護のうち、説明があったのは医療分だけです。県の立場としては介護のほうにもたくさんお金を出さなければならぬし、ただ、ここにいるメンバーは介護よりも病院関係者が多いから、医療にたくさん金を配ってくれと言いたいと思っておりますし、そのあたりの綱引きがあって初めて平成30年度の予算が決まるのでしょうか。それから、こういうことで基金が使えるということを知らない医療機関とか、たくさんあると思うのです。うちの病院でも、きちんと毎日県のホームページを見て、これはうちでも使えそうだとか、そういうのを見るようにいつも言っているのですけれども、なかなか県のホームページを見に行くということをしなかったらわから

ないので、このあたりの情報の発信というのが、要領のいい病院はいいのですが、要領の悪い病院は一切こういうお金が使えない。薬剤師会も要領よくやっていただきたいですけども。そういうことで、介護の、民間のものすごく頑張ってやっている業者の社長が年収何億円とか、今、そういう世界になっているのではないですか。それと同じようなことが介護の世界でも起きないようにしていただきたいなど。こういう会議で言っているのかどうか分かりませんが、そういう思いで僕はいます。

(鈴木会長)

ありがとうございます。よろしいでしょうか。では、その辺のことを考慮していただいて予算を確保していただくということをお願いします。

(丸山副会長)

この総合確保基金というのは、たしか何年か前に県の医師会でも、会長会の際に各郡市医師会会長に向けて、基金のアイデア募集の話をやっているのです。ただ、非常に書類が膨大で、どうやって書いたら通るのか、この基金の書類自体の申請が非常に難しいし、書類自体をつくるのが非常にややこしいということで、先ほど県のほうから説明もありましたけれども、かなりこの基金が残っているというのが今の実態だと思うのです。使い切れていないというか。皆さん、こういうのがあるから、ぜひ利用していただきたいというのが本音だろうと私は理解しておりますので、よろしいでしょうか。

(鈴木会長)

ありがとうございます。やはり情報はもうちょっと、取りに行かなくてはいけないのではなく、双方向で流さないといけないですね。

(4) 医療と介護の一体的な体制整備について

(鈴木会長)

それでは、最後の議題4、医療と介護の一体的体制整備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)

ありがとうございます。何かご意見、ご質問はございますでしょうか。

(小松委員)

4 ページ目の2020年と2023年とで、例えば藤沢の場合、この在宅医療等対応可能数が、1日に127人です。そのうち在宅で診る人は76人で、介護施設で診る人が51人という解釈だと思うのですが、それが2023年に、わずか3年の間に倍近くになり、75人ぐらい増えるということになるのですが、これは高齢者人口増ではなくて、この3年間で要するに療養型から出される患者の数がこれだけ増えるということなのですか。それとも、高齢者人口が増えるからこういう数字になる

ということなのでしょうか。

(事務局)

まず、この在宅医療等対応可能数Dというのは、医療区分1の70%と、それから地域差解消分を合わせたもので、もとなる数字は2025年の推計値になっています。2025年の推計値を、今から2025年まで8年間ありますので、それを8等分して、2020年時点の数字というのは8分の3、2023年の数字は8分の6ということになっています。

(小松委員)

では、要するにこのDというのは、療養病棟から出る分ですよ。全国で言ったら30万人出される分で、高齢者の人口増加分の100万人はこの中に入っていないわけですよ。だから、これだけを診ればいいわけではなくて、このDという数字に加えてこの3倍ぐらいの数字が高齢者の人口増として、新たに施設や在宅から出てくるということですよ。

(事務局)

そういうことです。

(丸山副会長)

今の4ページの同じところで、例えば茅ヶ崎市ですと在宅医療が44.90、介護が30.37で、その単位が1日当たりの人と書いてあるのですが、これは毎日毎日これだけ、在宅医療ですと45人くらいがいるということなのでしょうか。

(事務局)

ここの数字に関しては我々もちょっと疑問を持ったので国に確認をしたら、これはレセプトの件数だということです。在宅に関するこの数字のとらえ方は、一月に76人の在宅を必要とする患者さんがいらっしゃるというとらえ方をすればよいのだと思います。

要するに、この地域で一月に76枚のレセプトが出てくると。例えば、在宅療養管理指導料をとる方ですと、月に2回とかになると思うので、76の方が月に2回、訪問診療を必要とするのとらえていただければいいのではないかと思います。

(丸山副会長)

月にね。それが予想なんですよ。2020年といってもあと3年後ですが、多分、今の実態では、茅ヶ崎市で在宅医療に移っている患者さんは、月にそんなにいないのではないのでしょうか。75人にもなるのかどうか、数字的にはレセプトから算出したということなのですが、ちょっと多いのではないかという感じがしております。

(事務局)

今おっしゃっていただいたのがおそらく実感に基づく、実際に現場で携わっていらっしゃる方の素直なご感想なのだと思います。我々はそういったことも、ご意見をお聞きしながら、これから在宅をどうやって進めていくかということを考えなければいけないのだろうと。こういう言い方がいいかはわかりませんが、ここで出ている76人という数字は、やはり一定の仮定に基づいた推計に過ぎないということは我々も忘れてはならないのだと思っています。

(今井委員)

3ページの上の介護医療院の扱い、これはどういう意味なのかをもう一回説明してください。

具体的には、基準病床数に参入するとどうなるのですか。療養病床などとは違うわけですね。基準病床数に参入させるというのは意味がよくわからない。

(事務局)

基準病床数を計算する際に、ここで言っている在宅医療等対応可能数Dというのは差し引かれています。つまり、病院ではなく在宅で診るということで、このDという数字は、病床の計算式からは除外されています。

ただ、国が今回特例的に、そうは言っても療養病床を介護医療院に転換すると見込まれている分については、在宅医療等対応可能数から引いていいとしているのです。つまり、それは裏を返せば、基準病床数を上乘せすることができるということになるわけです。

(今井委員)

前に老健施設のベッドを何分の1かにして、いわゆる基準病床にしたときがあります。今でもしているのかもしれないのですが、それと同じ発想なのですか。

(事務局)

そういうことです。

(鈴木(伸)委員)

状況の確認だけしたいのですが、4ページの「うち介護施設等」は、これはいわゆる介護3施設で、特養、老健、もしくは今ありました介護医療院を主に対象としている数字ということでしょうか。振分けの中で在宅医療が大体60%、介護施設等が40%と書いてありますが、特に介護施設等に当たるのは、従来でいう介護3施設を主に対象とした数字ということでしょうか。

(事務局)

基本的に想定されているのは、おっしゃるとおりです。ただ、これをどのように市町村が実際に振り分けるかというのは、全く市町村の考え次第ということになっております。ちなみに、医療区分1の患者さんの要介護度を県病院協会の調査から確認しましたら、やはり要介護4、5の方がかなり多かったということで、おそらく施設に入っていないと対応できない方々なのかなと思っております。

(鈴木(伸)委員)

参考までに、特養もしくは老健施設などのメンバーと話している中で、老健施設は状況によってそういう対応を含めて医療度を上げていくということが今後必要になってくるかなと。ただ、特養のメンバーとの話の中では実際、さきほどもありましたが、介護職員の人材確保の難しさとか、あと在宅系の話も、直接ではないのですが、介護職員の確保が難しい点から、在宅における医療度の高い患者さんの受入れについてはなかなか難しいのではないかとか、もしくは人材育成の点から、吸引その他についても、確保について教育に基づいた育成を始めているのですけれども、その人材育成についても結構難しさがあるという話もあります。全体の施設のメンバーの印象からすると、医療度1というものについてなかなか把握しかねているというところもあるのですが、果たして将来受け入れできるのかという話になったときには若干、戸惑いが出るかもしれませんので、一応参考なのですが、ご説明させていただきます。

(鈴木会長)

ありがとうございます。ほかに何かございますでしょうか。これは、まだまだ今後の話ということで、これも別に承認ではなくて、意見を伺ったということによろしいですね。

(5) その他

(鈴木会長)

その他になりますけれども、他に何か、ご意見やご提案はございますでしょうか。

(仙賀委員)

今日の会議というのは、地域医療構想の、連携推進法人をつくるのが難しいから、では、別にワーキンググループをつくってそれぞれの病院が参加しているいろいろ話をする会だと僕は思って来ていたのですが、そういう話は、県は関係ないから各医療圏で勝手にやるということでもいいのですか。

(事務局)

それに関しましては、こちらの事務が遅れており申しわけありませんが、ワーキンググループを立ち上げる予定でございます。そちらで話し合いをできればと思っております。

(鈴木会長)

ワーキンググループはワーキンググループで湘南東部としてはやるということですよ。ほかに何かご提案その他、お気づきの点はございますでしょうか。よろしいでしょうか。多分、この地域が開催が一番早いということで、結構大変だったのではないかと思いますし、我々も理解するのが大変だったなと思います。小松先生ほか、今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

それでは、事務局のほうに議事をお返しします。よろしくお願いいたします。

(事務局)

鈴木会長、ありがとうございます。すみません、遅くなりましたが、県の医療課長の足立原でございます。本日は、本当に闊達なご意見ありがとうございます。こういったご意見を持ち帰りまして、県としてなるべく地域の意向に沿うような計画にする、あるいは地域医療構想を進めていきたいと考えております。

2点ほど私から、まず、基準病床数でございます。やはり一番話題となること、中心となることでございますので、議論の中でもうちの副課長のほうからも申し上げましたけれども、全国的には、地域医療構想でも、医療需要が減ってきているので、病床は減る傾向にあります。地域医療構想を策定した段階でも医療需要は増えると言っていたのは47都道府県のうちの6つしかないのです。6つのうちの、神奈川県が一番増えると言っている県なので、一番マイナーな県なのです。かつ、皆さんご存じのように神奈川県は病床利用率が全国でもトップクラスで高く、平均在院日数も統計では全国で一番短いです。効率的に行っている。つまり、それを伸ばしつつもどうやって病床整備していくかというのが確かに大きな課題でございます。先ほど、計算上はどうしても、普通に計算すると今の基準病床数よりもさらに減ってしまう。でも、医療需要は増えるから、将来ある程度、4500床までいかないかもしれないけれども、増やすのかなという

中でどうしていくか。このあたりはなるべく我々も地域の意向に沿うようにと考えております。

1つは特例がございます。2020年でもう一回見直しをやろうというのも、実は特例なので、これは国に申し入れようと思っています。6年間そのままではなくて一回見直しをさせてくれというのをやろうと思っています。それ以外に今、何の特例を使っていくのか、このあたり、今日もいろいろないいご意見をいただきましたので、ぜひ参考にさせていただきたいと思っております。

それから2つ目、基金でございます。これは、大部分は年度後半に募集するのですが、やはりアンテナの高いところは結構、手を挙げていただくのですが、そこで採択しても、辞退されるところも結構あるのです。実際、資金繰りの問題等々、あるいは条件に合わないのご辞退というのがありますので、そこはいたし方ないところもあると思います。ですので、我々もできるだけ、まず予算をとって、なるべく早い段階で皆様にお知らせを精力的にしていきたいと思っています。今日、これはいいとか、あるいは、これはだめという意見をもっといただきましたかったのですが、時間の関係もありますので、これから先、若干まだ期間もありますので、例えばメールとかお電話でも、あの提案はよかったら実施してほしいとか、あの提案にこういうのを加えたらどうか、などというのがあれば、ぜひいただければと思います。今後ともよろしく願いいたします。ありがとうございました。

閉 会

(事務局)

では、以上をもちまして会議を終了いたします。ありがとうございました。