

平成29年度第2回川崎地域地域医療構想調整会議

平成29年10月4日（水）

川崎市医師会館 3階ホール

開 会

（事務局）

定刻になりましたので、ただいまから第2回川崎地域地域医療構想調整会議を開催いたします。本日の進行を務めます、神奈川県医療課地域包括ケアグループの鈴木と申します。よろしく願いいたします。

本日の出席者は、お配りしております委員名簿及び座席表のとおりです。神奈川県医師会の小松委員の代理として亀谷様、神奈川県病院協会の永井委員の代理として太田様にご出席いただいております。聖マリアンナ医科大学の明石委員からはご欠席のご連絡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、川崎市健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課長の下浦様、同じく長寿社会部介護保険課管理係長の竹田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、会議の公開について確認させていただきます。本日の会議につきまして、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。

それでは、以後の議事の進行につきましては、高橋会長にお願いいたします。

（高橋会長）

それでは、早速議事に入ります。専門家である県医師会の小松理事は、本日はほかの会議に出席ということですが、川崎市選出の亀谷理事に代理出席いただいております。また、オブザーバーとして介護関係の課長さんが出席されています。ということは、地域包括ケアとのリンクがいよいよなってくるということではないかと思っております。

いろいろ説明を受けて勉強をするのですが、病床を持っている医療機関なら理解しやすいのですが、私の場合はクリニックなので、なかなか難しく、議長としてはちょっと心配なのですが、皆さんにご協力願いたいと思います。

報 告

（1）平成29年度第1回会議の開催概要等

(高橋会長)

それでは、議事に入ります。まず報告の(1)につきまして事務局から説明をお願いいたします。

(事務局から、資料1、資料2に基づき説明)

(高橋会長)

ありがとうございました。ただいまの事務局の説明につきまして、何かご意見やご質問がございましたらお願いいたします。

報告ですので、特になければ、次に進ませていただきます。

議 題

(1) 第7次神奈川県保健医療計画素案たたき台について

(高橋会長)

それでは、議題に入らせていただきます。議題(1)につきまして、事務局から説明をお願いしたいと思います。

(事務局から資料3-1に基づき説明)

(高橋会長)

ありがとうございます。ただいまの説明につきまして、ご質問やご意見がございましたらお願いいたします。

(方波見委員)

今の資料3-1について、2つ質問があります。(3)のウで、救急医療と在宅医療という項目があり、ここに、在宅療養中の急変時の入院受入れ機能を担う回復期病床等の整備とあるのですけれども、在宅療養中の方が救急搬送される場合、かなり合併症が多くて重症なことが多かったり、長期化することがあります。それで今もどこで受け入れるかというのが議論されているところだと思うのですけれども、これを回復期の病床で担うということがなかなか難しいのではないかと思います。

もう一つは、戻って(2)のイのところ、病病連携と病診連携というところがあります。今後、病床利用率を上げていくに当たって、病病連携や病診連携というのは非常に重要になると思いますし、これはどこに行っても、やりましょう、ということは言われているのですけれども、具体的にどこが先頭に立ってどういうことをやっていくかということは、なかなかできていないところだと思います。具体的に何かお考えがあったら教えていただきたいと思います。

(事務局)

ありがとうございます。まず1つ目は、急変時の受入れはなかなか回復期の病床ではできないのではないかというご意見でした。確かに「回復期病床」に「等」とつけているのですけれども、若干、断定的な表現と受け取られかねないので、表現は見直させていただきます。要するに言いたいのは、必ずしも二次とか三次の高度な救急医療を必要とされない急変の患者さんもこれから多くなってくるのだらうと、そういった方を受け入れるための体制を整備していかなければいけないという意味合いで書いております。一応補足ですけれども、ここで言う回復期病床は、いわゆる回復期リハビリテーションと、地域包括ケア病棟を念頭に置いております。

もう一つの、病病連携と病診連携を具体的に進める方策があればということなのですが、今、我々が取り組んでいることとしては、医師会さんと協力してICTの導入の事業をやっております。ただ、やはりそれだけではなかなか進まなくて、もっときちんとした例えばルールづくりなどをしていかなければいけないのかなと思っております。ただ、それは今後の課題かなということになっております。

(高橋会長)

現場としての切実なご意見・ご質問だと思います。ほかにはございますか。

(坂元委員)

2ページの(3)の「災害時における精神科医療及び小児・周産期医療」のところで、「災害対策本部等に災害医療コーディネーター云々」とあります。神奈川県はたしか地域医療防災計画の中での位置づけだと思いますが、そうすると、ここの部分と同じことが医療救護計画の中にも書き込まれるのかということが一点。

それから、7月に国から出た通知では、保健医療調整本部という言葉を使って、その下で云々とあります。神奈川県はたしか7月に厚生労働省から出た、新たな災害の医療体制というのは反映されるのか反映されないのかという点について、お聞きしたいと思います。

(事務局)

医療救護計画は、実は今回お出ししている保健医療計画と同時並行で今年度中の改正を目指して作業をしております。今、所管の健康危機管理課とやりとりはしております。まず保健医療救護本部は置くと、名称も医療救護計画から保健医療救護計画に変えると聞いております。その中に災害時の小児周産期リエゾンの話も入れていくつもりでおります。ただ、このリエゾンの話は、これもまた理念的にはやっつけていかなければいけないということで記載をするのですが、具体的な詰めはこれからになります。

(高橋会長)

ありがとうございます。そのほか、いかがでしょうか。県の保健医療計画が下敷きになって川崎のものもできますから、ぜひご意見があったらお願いしたいと思いますが、いかがですか。

(2) 基準病床数について

(高橋会長)

ございませんようでしたら、本日重要な基準病床数についてということで、議題（２）につきまして、事務局よりご説明をお願いいたします。

（事務局より、資料３－２、３－３に基づき説明）

（高橋会長）

ありがとうございました。それでは、ただいまの基準病床等についてのご説明につきまして、ご意見・ご質問、不明な点などがございましたら、どうぞお願いいたします。

（坂元委員）

今のご説明の中で幾つかキーワードみたいなものがあつたと思いますけれども、まず私がよかつたなと思うのは、国が、将来の人口推計を見て考えるのは受け入れられると、そういう姿勢を見せているということは非常にいいことかなと思ひました。あとは2025年以降の医療需要というのは見ていかなければいけないという一つのキーワードと。資料３－２を見ると、計画期間2018年から2023年の、中間年の2020年に基準病床の見直しを検討すると書かれているということは、今回、県が考えている基準病床は、2020年の人口推計でいってしまうということなのかというのが一つの質問です。

なぜかという、川崎市はどんどん人口が増えて、多分2020年と2025年とは全然違つた人口推計モデルが成り立つということがあります。そのときになつて考えればいいという考え方もあるかと思うのですけれども、ある一定の病院を呼ぶとか整備するとなると、かなり準備段階が必要になつてきます。だから、その段階で不足ですからやりましようと言つても、病院をやるほうも計画とか設備とか、いろいろなもので数年かかつてしまうわけですから。そうすると、やはりもうちょっと後の人口推計、もし2020年の人口推計というならば、私的にはもうちょっと後の計画期間期限の2023年くらいが川崎市では最低譲れるところかなと思ひます。

その特例の扱いに関して、このスケジュールを見ると今回が最後みたいな雰囲気なのですから、またそういう機会があるのか。それから、2020年に基準病床の見直し会議というのをどこでどういうふうに行つていくのか。

この人口推計をどこで見るかは、もともと地域医療構想の基本的理念というのは、地域の特性を生かすということから始まつたと理解して、やはり川崎の特性を理解すると、私は、人口は2023年、2025年でもいいのかなと思うので、まずその辺のところの基準の人口をどこで見ていくのかということが一点。それから、特例の話は今日で終わり、2020年まで何も行われぬのかという、そこをお聞かせ願ひたいと思ひます。

（事務局）

幾つかが質問をいただきましたけれども、まず仮に特例を使うとした場合に、人口はどこの時点のものを使う想定でいるのかというご質問ですが、県としては特例を使うかどうかも含めて、いつの人口を使うかということは、地域のご意見をお伺ひして決めようと思つております。ただ、川崎は若干、特殊な地域なのかもしれませんが、基本的には2020年の人口を使つてはどうかということでご説明はしてきております。

なぜかといいますと、確かに医療計画は6年間の計画で、だったら2023年の人口を使うべきではないのかというご意見もあるかとは思いますが、この人口というのはあくまでも推計であって、必ずこのとおりにいくとは限りません。いろいろな意見がございまして、例えば人口の伸びに伴う医療需要の伸びというのは、病床稼働率とかを向上させることによって既存の医療機関の努力である程度吸収できるというご意見もあります。一方で、やはり人口がふえて医療ニーズが増えていくのだから、ある程度新しく病床をつくっていかねばいけないのだというご意見もあります。

そうした両方の立場からのご意見を鑑みるに、まずは3年後の人口を使って基準病床を設定してみても、3年後にもう一回実情を見て検討をし直す機会を設けたらいいのではないかという考えで、2020年の人口を使うということをご提案させていただいております。ある意味、激変緩和というのでしょうか、そのような意味合いだと理解していただければいいかと思っております。

次のご質問がスケジュールについてです。地域のご意見をお伺いする機会は、おっしゃるとおり、まず、この第2回の地域医療構想調整会議です。そして、我々は各地域を回っておりますので、いただいたご意見を集約・整理して、国にどのような形で協議するかを決めていきたいと思っております。その際には、県全体の会議であります保健医療計画推進会議や医療審議会のほうにお諮りをしながら、国とも協議しながら、幾つか同時並行ですけれども調整をしていきたいと思っております。当然12月から1月にかけて次の地域医療構想調整会議がございまして、その際にも、おそらくそのころには国の見解も見えてきているという想定で、国の見解も含めて皆様にもう一度ご報告や意見聴取をしたいと思っております。最終的に国との協議をする際には、医療審議会に諮って同意を得た上で行います。

次に、2020年の途中の見直しはどのようなプロセスでやるのかということですが、これに関しては正直申し上げまして未定ということではあるのですが、この地域医療構想調整会議は今年度は年3回開催し、来年度以降も引き続き開催をしていく予定でございまして、皆様のご意見は今日と同じように、この地域医療構想調整会議の場をお借りして、お伺いしていくことになろうかと思っております。

(坂元委員)

どうもありがとうございます。別に病床を増やしてくれと強く言っているわけではなく、もともと地域医療構想そのものが2025年というのが一つの目安であったので、やはりそこに基準を合わせていくと2020年というのは何かずれているなという感覚を持ちます。それと、病床と切っても切り離せない、在宅の部分の見積もりは、2025年で出しているのだから、その数の乖離があると、一体どれだけ在宅に出てくるか、どれだけしか出せないかというものも合わせて、私の希望は、2023年でやってくれたらありがたいなと思っております。これは、今日ご出席なさっている医療関係の先生のご意見もあるかと思っておりますので、私的にはそう考えているということで意見を述べさせていただきます。

(高橋会長)

ありがとうございます。ここで川崎の事務局は、川崎の人口推計、2023年とか2025年くらいのものはわかるのでしょうか。

(事務局)

川崎市保健医療政策室、川島でございます。今、会長がおっしゃった人口推計は、本市で独自のものを推計しておりまして、現状で申し上げますと、この春4月に本市は150万人を突破したということはお耳に新しいことかと思えます。今後も人口は増え続けていく予想が立てられていて、平成42年、西暦で申し上げますと2030年に人口のピークを迎えるということが推計されております。ただし、これは年少人口や生産年齢人口、あるいは高齢者人口の総和でございますので、医療需要に大きく影響してくるとされております高齢者人口につきましては、その後もどんどん伸び続けまして、現状推計されている限りにおきましては、2060年、平成で申し上げますと72年以降にピークを迎えるという予想を立てております。

(高橋会長)

ありがとうございます。ただいまのことも含めまして、病院協会の先生方、いかがでしょうか。

(内海委員)

資料3-3ですが、大事なところであって、今後、病床数が足りるのか、多過ぎるのか、足りないのか、というようなところを見たいのですが、私たちは皆、これを今日初めて見ているので、川崎北部地域と川崎南部地域において、この表のどの部分を見ると、推計では病床数がどう過剰なのか、どう少ないのかというところ、それぞれの数の出っ張り引っ込みというか、多い少ないというところをちょっと説明していただくとよくわかると思います。先ほどの説明だけだと、しっかりと具体的につかみにくいので、その辺を教えてくださいませんか。

(事務局)

では、ポイントとなる数字を見ていければと思うのですけれども、資料3-3の表でいいますと、一番左側の丸数字の1番、これは上段と下段で病床利用率の数字が少し違いますので、上を見ることにしましょう。川崎北部3,634床と、川崎南部3,710床、これが、国が言うとおりに、国に最も忠実に計算をした次の計画の基準病床数になります。だから、このまま何もしていないでいると、これが基準病床数になります。それに対して比較すべき数字が幾つかあるのですが、まず丸数字6番、既存病床数は今ある病床数です。北部が4,362、南部が4,814と。これを、先ほどの丸数字1と比較したのが、3つ隣の丸数字の7になります。これを見ますと川崎北部が728の過剰、川崎南部が1,104の過剰ということになります。

もう一つ比較したい数字がございまして、丸11の第6次基準病床数というところをご覧ください。これは今の計画の基準病床数です。今年度期限の基準病床数になりますが、北部が4,353、南部が4,059です。その隣に、最初見ていただいた1との差し引きが出ていますが、北部は今より基準病床数が719減り、南部は349減ってしまうということになります。

ここから先が皆様にご相談なのですけれども、国では、高齢化が急激に進展するような地域は特例を使っていいとなっております。特例を、どのような数字を用いて、どのようにするかは、国は実は明確には示してきていないのですが、我々が何度も何度もいろいろ聞いた中では、将来の人口推計を使って協議するのは一つありですねというふうに言われております。

では人口推計を使うとどうなるのかというのが、例えば丸2番、丸3番、丸4番ということになります。先ほど坂元委員ともやりとりをしましたが、丸2番というのは、県がこれをまず使っ

て特例をやったらどうだろうかと提案をしている、2020年の人口推計を使って計算をしたもの。これが北部だと4,445、南部だと3,961となります。さらに川崎市は、その隣の丸3番、2023年の数字を使ったらどうかとおっしゃっています。そうすると4,845、4,114という数字になってまいります。このような感じでよろしいでしょうか。

(内海委員)

ありがとうございます。非常によく理解できたと思います。最後のところの2025年の人口推計を使った5,111と4,217という数字がありますが、その数字であれば丸1番の現状よりも大分多いということになるわけですね。

(事務局)

そうです。例えば丸の1番よりも増えます。皆さんが一番気になさって、比べるといいのは丸の6番でしょうか。6番との比較の結果は10番になります。川崎北部が749の不足、南部が597の過剰ということになります。

(内海委員)

大分先の統計を使っても南部に関しては過剰という結果ですが、県としても同じような見方をされていると考えてよろしいのでしょうか。

(事務局)

そこに関しては若干違和感を持って受けとめているというのが正直なところですが、2025年の必要病床数は⑤番にもお示ししておりますけれども、この計算をしたときには川崎北部が5,103で、南部が5,324という数字になったわけです。もちろんこの数字はかなりラフな推計に基づくもので、これを信用して目標値にするということとはもとより考えてはおりません。ただ、川崎市の人口の増加の今後の予測をもとに推計をしているものですので、一定程度の信頼性はあるのだと思っております。なのに、ふたをあけてみたら、基準病床数の数字が著しく低く出ていると。この原因は、我々も結構国に聞いたりしながら研究したのですけれども、正直言って、この川崎南部に関しては何でこんなに数字のギャップが出てしまうのか解明し切れませんでした。ただ、我々がこれだけの数、単純に考えると1,000とかが過剰となってしまうのですけれども、川崎南部がそういう地域であるという受けとめはしておりません。

(内海委員)

例えば国の計算方式で、在宅に移行できる数をかなり多く見積もっているのではないかなどという話がこの前のときも出てきました。実際には日本の住宅事情とかマンパワーとかいろいろなことを考えると、そこまでは在宅に行けないだろうと、つまり病院にいる人がもう少し多いはずだろうというようなこともありましたので、その辺のことも関係がある。というか、その辺の数字はいいかげんと言ったら何ですが想定でしかあり得ないので、いろいろと大きく変わったりもすると思います。その辺が、本当にそのままそれを正しいとしてずっと押しつけてこられるのかどうかというのが疑問なところがあるのですが、我々としては不安なところを少し残しているということは言えるということですよ。

(事務局)

なかなか難しいのが、この基準病床数というのは、国としては病床の整備の上限として使うと

いう意図を持って設定をしております。この計算式は、都道府県知事の裁量が幾らかあるにせよ、ある程度決められてしまった計算式の中で計算をしているため、県の裁量で余り大きく上げ下げすることができません。今回皆さんにご相談させていただいている特例の活用というのがいわば救済措置のようなものだと思っておりますので、そこは皆さんのご意見を踏まえつつ、使えるものを最大限使っていきたいと思っております。

(内海委員)

その特例などの使い方に関してなのですが、実際にはこの先々、もう何回も同じような話が出ていますけれども、医療技術も変わるかもしれないし、いろいろな形態が変わってくる可能性もあるので、今決めると言われてもなかなか難しいです。その特例を使うのであれば、今は使い、また状況が変わったらそこでまた検討し、さらにそのまた先でも検討するというようなことがどうしても必要になると思うのですが、その辺のところがちよっと曖昧で、何か決めないと、今それを主張しておかないとだめだというような感じの発言があったような感じがするのですが、その辺はどうなのですか。特例の使い方というのは、今後も話題になって、何回かそれを決める場面はあるのでしょうか。

(事務局)

本日お諮りしていることもそうなのですが、まず基準病床数は決めなければなりません。来年度からスタートする医療計画の中で定めなければならない。ただ、6年間の計画なのですが、今決めたことが6年間行き続けるのはどうなのだろうかと我々も思っております、それで3年目に見直しをご提案させていただいております。では3年後に見直す前提で、今、特例を使うかどうかというのは、本日の皆様のご意見で考えさせていただきたいと思っております。3年後の見直しの際に改めて特例を使うかどうか検討するということは考えております。

(太田代理)

神奈川県病院協会の太田と申します。きょうは代理出席なのですが、いつも県病院協会の理事会などで出る意見としては、今、病床が多いのか少ないのか、どちらかはっきりしないので、なかなか意見が言いにくいのですが、現場としては不足しているという実感もないし、過剰であるという実感もないというのが、現場の意見です。

その中で、例えば病院の数は減り続けている傾向があります。例えば川崎市病院協会であれば、会員の病院数が一番多かった時期には50以上あったものが、現在は37でしたか、会員数が減っています。既存の病床というのは、いろいろな紆余曲折があつて、もちろんその中には競争という淘汰もあつたわけで、その中で現在の病床があると考えられると思います。こういういろいろな計算に基づいて必要数を推計するのはとても重要なことだと思いますけれども、現実には何が起きてこういう病床数になっているかというところのほうが現実に即しているというか説得力のある数字なのかなと思います。

ですので、基準病床と必要病床の余りの乖離に、我々病院関係者だけでなく行政の方も理由がわからないということをお聞きしたわけですが、まずは既存の病床を最大限に生かしながら、特例適用どうかはまだ別として、もし基準病床を設定するのであれば、長い歴史の中でこうなってきた現在の既存病床にできるだけすり合わせて、現実的な形で意見を提出するというこ

とをお願いしたいと思います。

それから、例えば病院の入院患者数ですが、延べ患者数というのは恐らくあらゆる病院で長いスパンで見るとかなり減ってきていると思います。これは主に在院日数の減少によるものだと思います。昔だったら平均在院日数が急性期でも10何日というところが、自分の病院の経験でも、やはり10年前と比べると4日程度、在院日数が減ってきています。そのために延べ入院患者数というのは減ってきています。

もちろん人口も増えていきますし、高齢化も進行しているわけで、新規入院患者数については増えている、要するに病棟の回転率を上げて我々是对応しているわけで、日本の在院日数はまだまだ諸外国と比べると長いと言われておりますし、例えばDPCというものがあるのですが、そういう医療保険の改革を見ても、今後もどんどんそういうものを短縮する傾向があるだろうと。今は10点何日というものがおそらく2025年とか長い時間がたったころにはもっと減っている可能性があって、そうなる患者数は増えても在院日数の低下等で延べの入院患者数としてはさほど増えないという予想も成り立つのではないかと私は考えております。

それは政策誘導的な部分もあると思います。保険というのはやはり国が決めてくるものですし、今DPCなどでは長く入院させても、させればさせるだけ損になってしまうので、病院としては、とにかく早く退院させなければいけないわけです。そういう誘導もあって、どんどん短くなるし、今後もその傾向は続くと思います。確かに人口から推計すれば病床が不足という結果になるという計算も成り立つのだらうと思いますが、入院患者の実際の動き、受療動態を見れば、これは必ずしも人口あるいは高齢化が進行したとしても、病棟の極端な不足という事態は現場としては考えにくいのではないかという印象を持っております。ですから、これまで横浜、川崎の意見で出た、病床利用率を上げて対応し、増床は慎重にしたいというのは全くそのとおりで思っているところです。こちらは意見です。

(高橋会長)

現場の貴重な意見です。

(坂元委員)

川崎のことではないのですが、横浜を見ると異様な数の不足が出るということですよ。例えば、2016年人口で見ると横浜市は925床不足という形で、川崎北部を見ると728床の過剰ということ。横浜と川崎で本当にこんなに差があるのかと。仮にこれを2020年人口で見ると、横浜は4,637床の不足、川崎は北部が83床不足するけれども、南部は853床過剰ということ。横浜市はこの5,000床近い数字に関して何か議論はされているのですか。お隣の市で、これだけ差が出てしまっているのは、何か基準病床の計算そのものに、すごく違和感があるというのが正直なところですけど、横浜市は、この数字に関しては「もう病床なんか要らないよ」と言っているのか、「いやいや、これでも不足だよ」と言っているのか、その辺がもし何かありましたら、お教えてください。

(事務局)

実は横浜市の地域医療構想調整会議が本日の夜、予定をされておまして、議論はこれからなのです。ただ、事前に医療関係の方や市の行政の方とやりとりをしている中では、一番極端な意

見としては一切増やす必要がないと、今の病床で病床稼働率100%にすれば飲み込めるという極端な意見もございます。一方で、そうは言っても必要病床数が横浜は3万で、現在の病床数が2万3,000ですので7,000のギャップがございます。さすがに7,000という数字は信じられないけれども、それなりには増やさなければいけないのではないのかというご意見も当然あります。ただ、その間のちょうどいい数字が1,000なのか3,000なのか5,000なのかというところは、これから議論をしていくところです。

(方波見委員)

先ほど2025年の人口推計での試算と必要病床数とが随分、川崎南部で差があるけれども、原因がはっきりわからないということでした。7次の基準病床数の一般病床は、川崎南部では3,332で療養病床が378ですけれども、これは極端にほかの地域に比べて少なく、例えば相模原の3,788に対して2,259とものすごい差ですよね。これは極端に川崎南部だけ療養病床が割合として少ないのですけれども、このままで本当に大丈夫なのだろうかというところは非常に危惧しています。かなり地域で差があるのですけれども、その辺はどうお考えになっていらっしゃいますか。

(事務局)

これは、今は想像ということになってしまうのですけれども、計算の若干詳細な内訳が、資料3-2の6ページでございます。基本と書いてある横長の表です。ここで大きく療養病床と一般病床に分けて、詳細な計算式をお示ししているのですが、川崎南部は人口をもとにした入院者数が1080となっていて、その隣の在宅医療等対応可能数312を引く。それから流入入院患者数は足し、流出患者数は引く。その結果が378となるのですが、ここで大きく影響しているのが流出患者数なのかなと思います。つまり、川崎市は地元の療養病床ではなくて、ほかの地域の療養病床に入られている患者さんが非常に多いと。その結果が反映されているのかなと、分析するとそういうことかなと思います。

(方波見委員)

地域医療構想の考えからいくと、やはり流出がこのままでいいのかというところがあると思うのですけれども、この考えでいくと、そのまま流出を容認してという感じですよ。

(事務局)

今の基本に忠実な計算式ではそのように計算をしております。

(高橋会長)

そのほか、いかがでしょうか。

ちなみに病院の先生に、病床利用率を上げて云々という話がしょっちゅう出ていますが、今、医療スタッフというかコメディカルも含めて大変苦勞している中で病床利用率を上げることは十分可能なかどうか聞きたいのですが、いかがでしょうか。

(太田代理)

スタッフ不足は深刻だと思います。看護師、それからリハビリの技師さん、例えば言語聴覚士、いわゆるSTとか、作業療法士などは大幅に不足していると思います。特に看護師については、おそらく市内というか、あらゆる病院で求人中でないところはどこもないのではないかと考えております。特に県内の看護師養成の事情については本年度、医師会立の准看護学校が閉校になり

ましたけれども、おそらくそのしわ寄せで、川崎市あるいは高津の看護専門学校については准看護師の入学希望者は減るのではないかと危惧しています。そういったスタッフの確保は会議の重要な課題だと思っていますので、もう少し病床数の議論に余裕ができましたら、ぜひ検討課題に加えていただいてもよろしいのかなと。病床を増やしても看護師がいなければ、その病棟は機能しないわけで、やはりスタッフの育成とか確保を抜きにして病床の話だけ進めていくのは、いかなものかなと思います。

それから、看護スタッフに関して、余談になるかもしれませんが、現在、求人をして、職業紹介の人材派遣を経由して病院に就職するケースがほとんどだと思います。その際は、ご存じかと思いますが、かなり高額な、年収の15%とか20%というような謝礼金が発生する。これは当然、病院が払うことになるわけですが、その原資はどこから来るかといえば、やはり医療費になるわけです。

今回、厚労省のほうから職業紹介に関する新しい法律が出まして、一定の改善は見たところではありますが、例えば紹介した常勤職員の再勧誘については一応2年間は認めないという、いわば逃げ道的なものがまだ残っている状態で、そこをもう少し厳しくというか厳格にしてもらいたいという希望が現場としてはあります。つまり例えばある病院に2年間派遣されて、そしたらまた今度2年後には「ちょっと変えないか」と言って、また違う病院にということをする、そのたびに紹介料が発生します。

会社は潤うのでしょけれど、国民の医療費というものを使って、そういう商売が果たして倫理的に許されるものなのかどうか。川崎市は一応、政令市ですので、条例等で何とかならないものかなということを個人的には考えているのですけれども、そういったスタッフの確保に関しても、こういう会議の議題に上がってくるようになれば、現場の者としてはうれしいと思っています。これは意見です。

(高橋会長)

ありがとうございます。そろそろ時間のことも考えなければいけないのですが、そのほかにございませでしたら、特例の話が先ほど出て、ちょっと宙に浮いている感じです。ただ、先ほど川崎市の人口推計のお話がありましたが、そういう川崎市の事情を勘案すると、特例を活用するのりしろを残すという意味で、これについては今後、2023年人口にするとかというようなことはまた置いておいて、事務局のほうは今後、調整・検討を進めていただきたいと思いますと思っています。

そのほか何かご意見とかはありますか。本日は大分意見が出ましたので、これを基本に事務局の方は検討を進めていただきたいと思いますと思っています。そのほか、よろしいですか。

(3) 医療と介護の一体的な体制整備について

(高橋会長)

それでは、続きまして、議題(3)につきまして事務局から説明をお願いしたいと思います。

(事務局より資料4に基づき説明)

(高橋会長)

ありがとうございます。ただいまの説明につきまして、ご質問やご意見がありましたら、お願いいたします。

(関口委員)

川崎市医師会の関口です。2点質問させていただきます。1つが、新類型の介護医療院についてですけれども、まだ報酬体系もわからない、どの程度が介護医療院に移るかどうかわからない中で、それをある程度期待して議論するというのは、ちょっと乱暴なのかなという気がします。

あと、今の在宅医療等対応可能数の算出イメージについては理解できるのですが、そもそものベースとなる在宅患者数が、性年齢階級別の割合から算出している。それから見ると、地域医療構想では、平成37年の在宅医療について、川崎では2万1,000人という数字が出ているのですが、これがちょっと現実から離れているのではないかという気がするのですが、その2点をお願いできますでしょうか。

(事務局)

ありがとうございます。まず1つ目の質問が、介護医療院への転換を今から見込んで議論するのは違和感があるというご意見でしたが、それはそのとおりでと思います。基準病床数の算定もしくは医療・介護の整合性を考えるに当たって、介護医療院への転換ということが俎上に上ってくるのは、結局、介護療養病床から介護医療院への転換の経過措置が6年となっておりますので、ちょうどこの医療計画の最終年度と一致すると。ですので、これは国の示している計算式の中でそのようになってしまっているのですが、今の介護療養病床は6年後に介護医療院に転換しているという前提でものを考えなさいというふうに言われております。

一方、医療療養病床につきましては、そういう転換の義務づけはございませんので、実は我々は今、療養病床を持っている病院さんに意向をお伺いしております。その結果を反映させて、基準病床数なり、在宅の整備量の見込みをしていくのですが、結論を先に申し上げますと、大方は予測されると思いますが、今から転換すると言っているところはほとんどございません。なので、県としても、それを前提に数字等は考えていくつもりです。

あともう一つ、川崎市の在宅医療等の将来推計ですけれども、こちら大きく分けて2つの要素があります。一つは、単純に今、在宅医療を受けている患者さんを人口の伸びで伸ばしていったらどうなるかという数字。それと、今ご説明をしました、在宅医療等の新たなサービス必要量と呼ばれているもの。国はよく30万人問題とか言っていますけれども、要は、国のある意味、政策誘導的に病床の機能分化・連携を行い、地域移行を促進し、それによって増える在宅医療の必要量。この2つの数字を足した数字が、川崎市の何万という推計値になっております。

では、そのうち国の政策誘導で出てくる数がどのくらいなのかというのが、今、土井からご説明をした資料4の最後のページにありますように、平成35年なので2025年の2年手前ですけれども、平成35年に北部が550人、南部が311人、これを合わせると900人くらいで、これが、政策誘導的に在宅が必要になってくると推計される患者さんということになります。ですので、それ以

外の部分は、差し引いた残りの患者さんは、今在宅を受けている方が年齢の伸びとともにどれくらい増えていくかという計算になっています。

(関口委員)

ありがとうございました。介護療養病床に関しては、もう何年か前に廃止の方向が出されていたにもかかわらず全然進んでいないから延び延びになった。今度また6年後にどうなっているかというのは6年後になってみないとわからないなと思っているのですけれども、ご説明で一応納得させていただきます。

あと、将来の在宅医療の必要量の推計につきましては、これも厚労省から、そういう計算をしろという数字でそのまま出ているだけなのかなと思いますけれども、これについては、こんなにどうなのかなというのが現場の人間としてはあるのが実情ですので、ご理解ください。ありがとうございました。

(高橋会長)

ありがとうございます。そのほか、いかがでしょうか。ございませんでしたら、次に進ませていただきます。

(4) 地域医療介護総合確保基金について

(高橋会長)

議題(4)につきまして、事務局からご説明をお願いいたします。

(事務局より資料5-1～5-4に基づき説明)

(高橋会長)

ありがとうございます。ただいまの説明につきまして、何かご意見・ご質問はありますか。

(山内委員)

歯科医師会の山内です。資料5-4、平成30年度神奈川県計画の策定に向けた提案募集結果の参考例についてご質問を何点かいたします。区分Ⅰの最後に、医科歯科連携(病院機能強化)関係がございまして、周術期等における口腔管理を行うことによって在院日数が減少したり、術後の肺炎が予防できたりというようなことが出ているわけですが、現実には病院で歯科医師や歯科衛生士を配置するということはなかなか困難なことだと思いますので、歯科診療所を活用していただきたいということ。このことによりまして、医療保険の中に歯科医師を紹介することによって点数ができておりますので、今後、県としてはどのような指導をしていくのか、質問をいたします。これがまず第1点です。

次に、区分Ⅱの在宅医療の推進ということでございまして、その最下段、在宅歯科医療関係ということで、在宅歯科医療連携拠点運営事業、並びに在宅医療(歯科)推進事業(歯科医師等研修)という事業でございまして、これは基金を確保して行っている事業なのですけれども、消費税の増収分をこの財源に充てているという関係で、その使途が今後変わる可能性も出てまいりま

す。ただ、これは非常に重要な事業なので、今後も継続して県としてやっていただけるのかどうか。それが質問の2番目でございます。

3番目といたしまして、我々も歯科の訪問診療、在宅診療を推進していきたいのですが、これはひょっとしたらこの場で質問すべきことではないのかもしれませんが教えていただきたいのですが、現在、訪問診療用の歯科ポータブルユニットというのがかなりの重さがございます、自動車で搬送するほかはないのです。ところが、残念ながら駐車禁止除外指定というのがとれないわけございまして、この辺は神奈川県警察本部に申し出る話なのかもしれませんが、いかがなものでしょうか。その3つの質問をさせていただきます。

(事務局)

ありがとうございます。まず1つ目の病院への歯科の派遣について指導をどのようにしていくのかというご質問と思います。まず、今日この資料5-4でお出ししているのは、こういった要望をいただいております、そして今後、事業化、予算化に向けて検討をしていきますということです、今後の話になっていくわけです。おそらく権限的に県が病院に対して指導や、こうしなさいと言うことはできないと思います。我々としては、あめとむちでいえばあめのほう、何かをやってくればこういう補助金を出しますという形で病院を誘導していく。そのために必要な予算をとっていくということで、いただいたご意見を参考に検討していきます。

もう一つの在宅歯科医療連携拠点と在宅歯科の推進事業ですが、こちらも今継続をしているところです。県の事業は必ず時限が設定されてございまして、標準的には3年～5年になっております。この在宅歯科の事業も開始をいたしましたのが26年度ですので、そろそろ時限が参りまして、そこで一旦、施策の効果や必要性を再検討して継続するかどうかを議論していきます。当然、消費税増税の絡みもあって、使途が変わってくるということもありますが、一旦やり始めたら絶対変えられないのではなくて、そこは効果等を見ながら、もっといい手法がないか、もっとやるべきことはないかということは検討をしていきます。

それから最後の駐車禁止の除外規定の話なのですが、これはおっしゃるとおり、やはり警察のほうで運用をしております。保健福祉部局のほうからも口添えをする機会はあればしていくのですが、やはりこの運用は警察任せということになってしまっております。

(山内委員)

どうもありがとうございます。ただ、在宅歯科医療関係の2つの事業は、今後、訪問診療にシフトしていく上で非常に重要な事業ですので、見直しの時期が来ましたら、ぜひ継続という方向でお考えいただければ幸いに思います。よろしく願いいたします。

(坂元委員)

29年度計画で、横浜構想区域の病床機能分化という整備事業で8億5,000万使われていて、計画が3年度にわたっている。こういう複数年度でこの基金が出せるのかというのが1点の質問です。あと、そもそも8億5,000万は、これを見ると横浜市立市民病院となっておりますが、公立病院にこんなに出してくれるのか、一体どういう事業で、3カ年に分けて予算を分断してもできるのか。その2点について教えていただければと思います。

(事務局)

まず基金は複数年にわたって計画を作成してよいとされていまして、特にハード整備の事業は工事期間が複数年にわたることがあらかじめわかっている場合は、このような形で複数年にまたがって計画をすることが可能です。

そして、横浜市立市民病院の再整備にこの基金を活用している理由ですけれども、横浜地域の地域医療構想の中で、市がもともと中核的な病院として整備をしてきた市立病院、それから市大の病院、あとはほかにも民間の中核病院が幾つかございますが、そういったものの機能を強化して、病院間の役割分担を明確化していく。はっきり言ってしまえば、横浜市立病院が地域の中核となって周辺の医療機関と連携をして、市民病院が急性期に特化していくことによって、ほかの病院がその先の回復期とかの役割を担っていくというような役割分担をしていく、そのための再整備という部分に関して基金を充てております。ただ、市民病院の再整備は総事業費が数百億のうちの8億5000万で、そういった機能に着目して特化して基金を充てているということになります。

(太田代理)

横浜市立市民病院の整備ということで、他県というか他市の者からしてもやはり公平ではないなど。なぜ川崎市立病院ではないのかなというのがありますし、そもそも地域医療構想に関しては、基本的には回復期への転換とかに使われるべき予算なのだろうと思います。急性期をそのまま整備するというのは、理屈としては通らないのではないかとこのことを申し上げたいと思います。やはり地域医療構想では公的病院と民間病院というのは、立場としては分けられているのです。民間に関してはやはり要請であるべきで、公的病院に関しては例えば慢性期や回復期が足りないのであれば、むしろ公的病院がそういうところを担うべきだと。これは川崎市病院協会の理事会でも出た意見なのですけれども、そういうことをお願いしたいと思っていて、これは一体どういう会議で決められたのか、ぜひご説明願いたいと思います。

それと、公的医療機関には、民間では困難な高度急性期を担ってもらいたい一方、一般急性期に関しては民間の医療資源はたくさんありますので、むしろそういうところに回していただきたいと思います。高度急性期、それから慢性期、回復期を公的病院にはぜひやっていただきたいと普通は考えられていると思います。ですから、普通の急性期の整備のためにというのは、地域医療構想の中でも理屈としてはちょっと通らないのではないかと思います。これについては県の病院協会でも大分問題になったし、県の担当者の方に来ていただいて説明はしていただいたと思うのですが、その際には明確な回答をいただけなかったもので、どういう会議で、これが文書として出て認められて、この8億5,000万もということなのですから、その辺をぜひお聞きしたいと思います。

(事務局)

私の説明が不十分だったかと思いますが、横浜市立市民病院の一般急性期をやるからお金を出したということではございません。横浜市立市民病院は高度な医療を担っておりますし、感染症の病床は県で唯一の第一種を持っていたり、災害医療拠点病院にもなっていたりします。そういった機能を持って横浜の神奈川区の周辺の地域の中核的な医療機関となり、要は横浜市立市民病院が高度急性期、急性期に特化した病院になることによって他の病院との役割分担が明確になり、

他の病院の回復期への転換の促進にもつながる。もちろん市民病院から出てきた患者さんがほかの病院との連携をしていくというような役割もあるということで補助の対象としておりますので、公的病院だから出すとか、一般急性期だから出すとかといったことでは全くございません。

プロセスにつきましては、今ご発言にもあったとおり、病院協会さんからはかなり不透明であるというご批判をいただいております。県としては横浜の地域医療構想の中に市立病院、市大病院、それから民間の中核病院の役割を明記してございまして、その明記した役割にのっとった再整備ということで認めております。ただ、プロセスで説明が不十分だというご批判は受けとめておりますので、今後はもう少し丁寧にお諮りをしていこうと思っております。

(堀内委員)

今、横浜市立市民病院の話が出て、こんなにお金がもらえるなら、うちも申請したいと思っっているのですけれども、高度急性期のところを整備したいが、なかなかそれが実現できず何とかしたいと思っておりました。そういう意味では参考になって、皆さんに文句を言われぬ形で取ればいいなと思っておりました。

あと全般的なことでもよろしいですか。先ほどの基準病床数の話について、どういうふうに決まったのか、特例を使うのか、あるいはそのまま国が言ってきたものを採用するのかということに関して、はっきり教えていただけなかったような気がします。私が聞きそびれたのかもしれませんが、今日ここである程度決めないといけないわけですね。

(事務局)

基準病床数の算定につきましては、実は我々も、さまざまな意見が出るであろうと、おそらくこの会議の中で、川崎市として一つの意見を出していただきたいというのは難しいだろうということで、特に一つの意見にまとめていただかなくても結構ですとご説明をしようと思っておりました。ただ、会長が最後に、人口の伸びに対応できるように、特例を活用するのりしるを持っていただきたいとまとめていただきましたので、それを受けとめたうえで、県で改めて国とも調整をしながら、実際に特例を活用するかということを決めていきたいと思っております。

(堀内委員)

今の既存の病床数をそのまま維持して、その中で病床利用率を上げていくというのが、人口が増えたときに対応しやすい形ではないかと思うので、そういう方向に行ってくれたらいいというのが私の希望です。よろしく申し上げます。

(高橋会長)

ありがとうございます。そのほかございますか。

(事務局)

申しわけありません、先ほど関口委員のご質問にお答えをしたときに、不正確なお答えをしてしまいました。地域医療構想で2025年の在宅医療等の必要量2万1,000人は、かなり現場感覚としてはかけ離れているというご意見に、私は「2万1,000から900を引いた数字が今、在宅医療を受けている患者さんの人口の伸びで見た数字です」と申し上げたのですが、そうすると2万人ということになってしまいます。私が勘違いをしております、老健に入居している患者さんも、この2万1,000人に含まれています。それも差し引くと1万5,000人が今、在宅を受けている患者

さんが人口の伸びで見るとどうなるかという推計になりますので、訂正させていただきます。

(高橋会長)

ありがとうございます。そのほか、よろしいでしょうか。いろいろ問題がたくさんあると思います。今後、多分ワーキンググループなどのようなものを作って意見を吸い上げていくと思いますが、それも踏まえましていろいろ検討をしていただきたいと思います。と考えております。

(5) その他

(高橋会長)

それでは、議題(5)のその他に移ります。委員から何かございますか。事務局からはどうでしょうか。

(事務局)

最後に参考資料2の補足説明をさせていただきます。地域医療構想を踏まえた公的医療機関等2025プランの策定についてということで、県のほうから9月5日付で県内の公的医療機関、それから公立病院、特定機能病院、地域医療支援病院宛てに送らせていただいたものです。国からの、公立病院だけではなくて公的医療機関についても2025年に向けたプランを策定するよという通知を受けて、該当する医療機関にお送りしております。これにつきましては、3回目以降の調整会議におきまして、その状況などをご報告させていただきたいと思っております、このような形で関係機関にお送りしておりますということで、今回、参考資料としてつけさせていただきました。

(事務局)

川崎市です。最後に、資料はございませんが、お諮りしたい案件がございます、ご説明させていただきます。昨年、神奈川県地域医療構想、特に川崎地域版につきましては、この調整会議の場でもいろいろなご意見・ご審議をいただいて策定されたところでございます。地域医療構想は、医療計画の一部となるということで、医療計画を改定する際に、地域医療構想の変更や見直しの必要があれば、その見直しをすることとされております。前回の調整会議におきましてもご説明させていただきましたとおり、現在、川崎市の地域医療計画も県の医療計画と同様に、改定作業を進めてございます。その中で地域医療構想の方向性を具現化する取組みという意味においては、地域医療構想を踏襲した形をベースにしながら具体的な取組みなども検討していきたいという方針で今作業を進めているところでございます。従いまして、今回の計画の策定のタイミングにおきましては、本市といたしましては、地域医療構想の川崎地域版の見直しは必要ないものと考えてございますが、この会議におきましてもご了解いただければと存じます。

(高橋会長)

よろしいですね。そのほかありましたら、どうぞ。司会の不手際で時間が延びてしましまして、まことにすみませんでした。

それでは、これもちまして、本日の議事を終了させていただきます。ありがとうございます。事務局にお返しします。

閉 会

(事務局)

本日はお忙しい中、ありがとうございました。また、活発にご意見をいただきまして、まことにありがとうございました。本日の議論を踏まえまして、本日議題として取り上げた内容につきまして進めてまいります。

以上をもちまして本日の会議を終了いたします。