

平成29年度第2回相模原地域地域医療構想調整会議

平成29年10月11日（水）

相模原市民会館 第2大会議室

開 会

（事務局）

定刻となりましたので、ただいまから第2回相模原地域地域医療構想会議を開催させていただきます。本日、司会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。本日の出席者につきましては、委員名簿と座席表のとおりとなっております。また、本日、神奈川県病院協会の八十川委員の代理といたしまして廣瀬様に、相模原市の小林委員の代理として増田地域医療課長にご出席をいただいております。よろしくお願いいたします。

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いており、傍聴の方が1名見えておりますので、ご報告させていただきます。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。本日の資料につきましては、机上にお配りしております。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、以後の議事の進行につきまして、竹村会長よろしくお願いいたします。

（竹村会長）

皆さん、こんばんは。お忙しいところお集まりいただきまして、ありがとうございます。また、6日には事前勉強会を行いまして、大勢の委員の先生方、それから県・市の事務局の皆さん、どうもありがとうございます。医療計画のたたき台ができ上がって、それについて今日は検討するわけですが、そちらでおおむねの説明を受けておりますので、少し細かいところは省いて、討論の時間を多くとりたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

議題・報告

（1）第1回地域医療構想調整会議の結果概要について

（2）年間スケジュールについて

（竹村会長）

それでは、まず（1）第1回地域医療構想調整会議の結果概要と、（2）年間スケジュールについて、事務局から説明をお願いいたします。

（事務局より、資料1、資料2に基づき説明）

(竹村会長)

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、ご質問やご意見はございますか。よろしいでしょうか。それでは、次に移らせていただきます。

(3) 第7次保健医療計画素案たたき台について

(竹村会長)

続いて(3)第7次保健医療計画素案たたき台について、事務局のほうから説明をお願いいたします。

(事務局より、資料3-1に基づき説明)

(竹村会長)

ありがとうございました。ただいまの事務局の説明あるいは参考資料1のたたき台の内容について、ご質問やご意見等はございますでしょうか。

(海野委員)

私はこれから周産期医療のワーキンググループや周産期医療協議会にも出席するので、そこでも意見を述べる機会はあるのですが、2ページ目の(3)のところで、小児医療・周産期医療と災害時の話についてです。私は前から、医療救護計画にも意見を述べたのですが、「災害時小児周産期リエゾンの配置を検討しつつ」というこの文言、実際の計画でもこの文言のまま、検討中とすると、今、大震災が起きたときに、災害対策本部にはリエゾンはいれないのです。だから、この表現はよくありません。リエゾンという存在はもう既にあるのですから、そのリエゾンが入れることを前提にしてほしい。まだ制度が十分にできていないのはよくわかるけど、そこに入れないということになってしまうと書く意味が全くないし、これを3年後に見直すと言っても、本当にそこで見直せるかという問題もあるので、この文言の書き方を変えてほしいのです。実際には災害医療コーディネーターや統括DMATの先生たちと、このお考えで進めるわけですよ。でも、こう書いてあると、これはまだ県として検討中だということになってしまうから、進まないという問題があると思います。

それから、あと小児医療に関連して、たたき台の厚い参考資料を見ていたのですが、今の小児医療は、救急医療体制も問題ですけど、小児科医の今後の養成の問題というのがあるはずなんです。今、小児科医を新たに志望する人がどんどん減っているのが日本中の現状であって、そういう中で本当に、小児医療体制、小児救急医療体制は、今までのようなやり方でできるのか。特に神奈川県内でも、横浜とそれ以外の地域の格差はすごくあると思うので、そういうところをもっとしっかりと記載しないとイケません。今日は、病床の話が中心かもしれないけど、5疾病5事業のところをしっかりとっておかないと、それを前提としての病床の議論ですから、そこはちゃんとやってください。要するに、疾病の特に事業のところは、作文するだけなら簡単ですけど

も、それでは実際には現場は全然改善しないので、そうすると計画の中で書いてあることも実際に現場を良くしないということになりますから、そういうことを考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。災害時小児周産期リエゾン、また小児医療に関しましては、いただいた意見を持ち帰りまして、実際の記載に当たっては検討させていただきます。

(竹村会長)

それでは、小児救急のほうもぜひお願いします。我々のところもそうですし、県もそうですし、西部のほうもそうですけれども、皆苦勞しておりますので、県として小児科医を配置させるような形での積極的な取組みをぜひ入れていっていただきたいと思います。

(大井田委員)

相模野病院の大井田ですが、今の小児科医の件で。先だって開かれた神奈川県医療対策協議会でも申しあげたのですが、周産期の医師は産科も小児科も少ないのですが、その中でも、特にNICUなど、新生児を扱う医者が非常に少ない。実はこの相模原地区は今かなり厳しい状況で、大学病院もNICUの受け入れを半数に減らして、かつ我々の病院もぎりぎりで行っていますが、新生児担当の、小児科の医局の先生が少なくなっているのです。

実は先だつての協議会するとき、横浜市大の伊藤教授が小児科代表で言われたのが、いろいろなご託を並べるよりも、県はお金を出しなさい、ということでしたので、地域医療介護総合確保基金とか、その辺とあわせて検討してほしい。これは実は喫緊な問題なので、早急なる対策をお願いしたい。伊藤教授も言われていたのですが、本当に、350グラムの赤ちゃんが、手のひらに乗るような子たちが来るのを、どうするのですか、あなたたちは考えていますか、亡くなってしまうですよ、と。

特に、海老名の方には小児科医が足りないので横浜市大から非常勤を出したそうですが、相模原はまだ来ないのです。これは横浜市大にお願いはしましたが、人が足りないということなのですが、やはり何らかの確保のためのお金を出してほしい。これは周産期のときに立ち会いとか、いろいろなお金が出ますが、人がいなければしょうがないので、そういうことも何らかの保護として、この相模原地区を含めたもので考えていただければと思っています。これは多分、全県下の問題だと思いますが。

(海野委員)

追加させていただくと、医師の働き方改革の問題があります。このたたき台をつくる段階では、まだそこまで大きく課題となっていなかったかもしれないですけども、これは、今、医療機関にも労基署の調査がいっぱい入っていますし、そういう中で対応しなければならない。もちろん非常に過酷な労働条件で働いてもらって、それで命を助けてもらっているわけですけども、それを続けられるかどうかということになります。病院からすると、特に病院長の立場だと、これ以上そういう話が出てくると、診療を制限せざるを得ない。いる人数に応じた診療にシフトダウンしないと、要するに病院として継続できないということになってしまいます。

ですから、そうすると本当に人的な要素が、せつかく体制を作って箱物もお金もあるのだけど、それが実際に機能しない、というか機能しようがないという事態が起こります。そののところも

含めて医療計画の中でしっかりと対策を打てるような書き方を考えていただかないと、この先どこかで手詰まりになります。我々が手詰まりになって助けてくれという話になったときに、県側で動けないと本当に困ってしまうと思います。

(事務局)

ありがとうございます。新生児を扱う医師の確保、また医師の働き方改革への対応につきましては、恐縮ですが持ち帰らせていただき、検討させていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

(小松委員)

5疾病などは、この会議以外に、計画の中身について掘り下げていく会議も存在しますが、参考資料1のたたき台を見ると、全体的に協議をしていない部分が結構あります。それは結局、この調整会議の中での意見や、12月に予定されているパブコメなどを反映して作っていくという流れだと思います。ぜひ委員の先生方、皆さんにお願いしたいのが、看護師の問題や訪問介護ステーションの記載、歯科の問題、薬剤師の関わりというものも書いてありますので、できるだけ自分に関わる部分に関してはよく見ていただきたい。それで団体としての意見を積極的に反映していただかないと、結局、作文として形は整っていても、ということになると思うので、ぜひそういう視点でこれを持ち帰っていただくのがよろしいと思います。

中を見ると、例えば85ページの最先端医療のところなどは、世界最高水準の高度の医療を提供する事業を実施する医療機関は、特別に基準病床を超えてベッドを作っているとか、いろいろなことが書いてあります。これはよく考えると、基準病床数の議論以上に、本質的にいえば一番大切な部分なので、ぜひ皆さんよく読んでいただいて、自分に関わる部分、現状と違う部分があれば、パブコメなどで話題にさせていただければと思います。

(竹村会長)

ありがとうございます。ほかにもございますか。いろいろ重要な問題が含まれていますので、ぜひ今日の意見を参考に作業を進めていっていただきたいと思います。よろしく願いします。

(4) 基準病床数について

(竹村会長)

それでは、続いて(4)の基準病床数について、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局より、資料4-1、4-2に基づき説明)

(竹村会長)

ありがとうございました。こちらにつきまして、ご質問やご意見はございますでしょうか。

もう既に3年の差で、660以上の基準病床が増えるという計算ですけれども、よろしいですか。それでは、特例の活用の有無についての検討ということです。資料4-2で、相模原地域は基本パターンで計算した場合、7次の基準医療病床数は、現在の6次基本病床数よりも減少して、な

おかつ517床の過剰ということになりますけれども、2020年の人口推計にしますと、今度は146床の不足ということになり、これがこの3年間であらわになってくるということです。計画期間の途中で基準病床数を変えるのはなかなか難しいとなると、来年からの基準病床数を決めるのに、今の2016年で計算するか2020年で計算するかで大きな差が出てくるわけです。これは特例を使って2020年の人口推計も選べるというわけですが、こちらに関して意見はどうでしょうか。

(小松委員)

これは考え方だと思うのですが、2016年に関してはもう過去の数字で、確かに相模原地域のベッドが足りないという声は余り聞こえてこなかったと思うのですが、2016年の人口で、2016年の病床機能報告での実績として、もう過ぎたものを見えています。2020年に関してはこれから約3年後の数字ということですが、実際に今、既存病床が6,564床あって、かつ相模原地域の病床利用率は、国が定めた病床利用率の下限の、一般0.76、療養0.90で計算しているということを見ると、病床利用率が1から2%上がればおそらく飲み込めてしまう数字なのかなという気はします。ですから、そういう意味では、この2020年だけを見れば、今慌ててこのポジションをとっておかなくてもいいのかなと、個人的には思います。

(竹村会長)

まずは今の2016年でよろしいということですね。ほかにご意見はございますか。

(高野委員)

相模原協同病院の話なのですが、新築移転ということが本決まりになり、今の計画ですと、ちょうど2020年に完成ということになります。ですから、このところで基準病床の見直しタイミングとありますけれども、2020年というところも一つは生かしてもらいたいという考えはございます。

(竹村会長)

具体的にどのくらい増床したいと思っているのですか。

(高野委員)

いや、協同病院は、増床はしません。

(竹村会長)

療養病床を順次、介護の施設に転換していくというような流れもあると聞いていますけれども、今、相模原市内では既存の病床が将来的にどのくらい減るということは推定できますか。

(小松委員)

現在の介護療養病床が介護医療院に転換した場合でも、今のところ、この基準病床数には含まれるので、数字上ここから消えていくことは、今のところはないと思います。

(竹村会長)

消えないのですね。

(小松委員)

療養病床の一ジャンルとして、今のところはとりあえずそういうことになっています。もしかすると、いずれ外されてしまうかもしれない、それはちょっと心配です。

(井出委員)

介護医療院は介護にコンバートしてもカウントされるのですか。

(小松委員)

今のところはカウントされるということにはなっています。ただ、介護医療院の老健タイプや外づけタイプとなってくると、それが病院のベッドの基準病床としてどうなのかという話はいずれ出てくるかもしれないですけど、今回のこの計算においては、医療の基準病床数の中に介護医療院の数は入っています。

(井出委員)

介護医療院の報酬もまだ年明けまで決まらないですから、今は実際、コンバートするかどうか、かたずを飲んで見守っている病院がたくさんあると思います。介護医療院がコミットされることになる、前提条件がすっかり変わってしまうと思いますけれども、含まれるのだったら、よろしいかと思います。

(竹村会長)

県のほうの意見としても、それでよろしいですか。

(事務局)

はい、それで結構です。

(海野委員)

今議論しているのは来年度以降の基準病床数の話で、要は2016年人口を選んだ場合は、相模原は病床過剰地域で、基本的に増床が難しい地域ということになりますよね。実際に、もう来年・再来年や、近い将来の増床計画についてはそれぞれの病院はそれなりの計画をもう既に持っている。もちろんいろいろな制約で断念するかもしれないし、基本的に回復期病床が足りるか足りないかという議論はあるけれども、そういう方向に向かって機能転換をすることを考えているところも多いでしょうし、その中で、単純に病床を転換するというだけではなく、増床を考えると経営戦略も十分あり得ると思います。そういう観点で考えると、その辺の実情がどうなのかということのを少し含んだ上で、2016年をとるのか2020年をとるのかというのを考えないと、実際にこれから将来の2025年の必要病床を地域で確保するに当たって、それに適合する方向で経営戦略を考えている病院も、うまくそれに対応できなくなってしまう危険があるかなという気はします。ですから、その辺のところを十分に検討した上でどちらをとるかということは、地域として決定していくというようなプロセスがとれば、一番いいかなと思います。

(竹村会長)

土屋先生、どうでしょうか、病院協会の中で今の病院のほうで増床計画のある、あるいは増床が望ましいと考えている病院はあるのでしょうか。

(土屋委員)

実際問題、それを考えているのは、実うちの病院だけしかないのかなと思っています。二次救急もやらなければいけない急性期病院で、しかもこれからの高齢化に対応していかなければいけないところで、二次救急用の一般病床を削ってそれまで作るかということ、非常に悩ましい問題になるわけです。ある程度病床に余裕のある病院なら転換という選択肢もあると思いますけれども、増床が認められないとなると、うちの計画は断念しなければいけないのかなと今ちょっと考

えているところです。ほかにそういう病院があるかどうか、また地域包括ケア病棟を持っていない急性期病院の中小病院が今後整備を考えているかどうかは、まだヒアリングはしていないところです。

(金田委員)

相模原病院の金田です。私どもも外来管理棟の建築を33～34年に竣工ということで、今計画しております。現状では、稼働率からいって増床する必要はないのですが、高度急性期を増やすつもりは毛頭ありません。私どもは今4床だけハイケアを持っていますけれども、これからやはり介護から在宅、そしてそれを支えていく後方支援、バックベッドというか、そういうタスクが私どもにはあるのだらうと思います。例えば24時間365日そういうことに対応できる病院が絶対必要になってくるわけで、そういうところに一部をシフトする必要があるのだらうと私は考えています。

ただ、これが来年度、まず一つのステップになると思いますけれども、どういう形で在宅のほうに移行していくのか。それによって、いわゆる医療難民みたいな形で、具合が悪くなった高齢者の方が、救急車で運ばれてきて、急性期の患者さんとして来るわけです。そういう人たちを受け入れるために、どれだけのベッドが必要になってくるかは、ちょっと読めないのです。2年ごとに、どういう報酬がつくかにもよると思いますし、そういうところで想像ができない、読めないということが現状ではあると思います。

(廣瀬代理)

初参加ですが、意見を申し上げます。私の病院は75床の小さな病院で、相模原市内にもこういった100床未満の病院は幾つかあると思います。こういう病院は、本当に事業を継続するのか、病床をそのまま同じようにやっていくのかということ、喫緊の問題として抱えていると思います。ここにお集まりの先生方は大きな病院の方が多いのですが、やはり小さな病院は、本当に病院をやっていくのかということから考える必要があります。病床数を増やさなくても、我々のような病院がもうやめますというところも当然あり得ると思います。

なので、この市全体で、パイをどうするかというところをまず決めていただくと、我々のような中小病院は、それに基づいて、では自分たちはどういうポジションでやっていくかというのを明確にしていきやすい。また、それによって病床を減らすか、あるいはお隣の後継者がいない病院とくっついて一緒にやっていこうとするか、我々のような病院は後継者もいなくて、私はまれなほうですので、本当にもうやめようかなという病院が幾つかあります。ですから、地域としてまず大きな病院がどういうポジションで、どういう医療を、どの病床できちんとやっていくかということを決めていただいて、我々はそれに対して自分の病床のバランスを考えていくというほうがいいと思います。まず適正なパイをどうするかをしっかりと議論していただいて、その中には、中小病院は今までどおりやっていくという前提はないです。それに応じては我々も事業を構築する必要があると思っているし、実際、私は増築も改築もしないつもりで生き残っていく道を探しています、とても借金を返せなくなってしまうので。そういう病院は多いと思います。そういった、100床未満の病院もどうするのか、やるのか、やらないのかということも含めて議論をしないと、本当に病床数というのはわからないのではないかと思います。

(竹村会長)

うまい形で検証しながらベッドを維持していかないと、ただやめてしまうと今度は増床ができないという形になりますので、そこが非常に難しいですね。

(廣瀬代理)

100床未満の病院が、今の形で50年後にあるとはとても思えません。こういった社会の変革期に生き残るために、どこも必死で小さいなりに考えていると思うので、おそらく100床未満の病院が今のまま残っていくという事はあり得ないと思います。それは我々が主体的に意見をして決めていくことではないのですけれども、この数がこうなってしまうと我々はこうできないのですと言うのではなくて、もうちょっと包括的な議論のほうが、それに追随して病床を減らしたりするところも出てくるのではないかと思いますし、在宅医療に転換したりするところも出てくるのではないかと思います。

(渡辺委員)

やはり地域包括ケア病棟というか病床の使い方がまだはっきりとしていないのですが、高齢者の方が在宅と病院を行ったり来たりするところの受け入れのベッドをどう確保していくのか。一般の急性期のところで本当に高齢者の救急をすぐ受け入れられるのかということ、年齢と病状、あと認知がありますというだけで断られることが多いと思います。そこが一番問題になると思うので、そのところにベッドがどのくらい必要なのか。あと療養病棟で高齢者の救急を引き受けてくださいと書いてあるけど、それがすぐできるのかということ、やはりその体制をつくるのが相当難しいです。医師の確保、看護師の確保が難しいですから。そういう意味で、本当にこの地域にどういう機能の病床が必要なのかということを見きわめた上で、それぞれの病院の機能、どういうところに何床必要かということを見ていかないと厳しいのかなと私は思います。

(小松委員)

どのパターンを選択するかは病院で意見統一しない限り進まなくて、会長も困ってしまうと思いますが、今日は別にこれは決めなくていいのですよね。特例を使うかどうかは、今日決めなくてはいけないということになりますか。

(事務局)

それも今日決めなくても大丈夫です。

(小松委員)

基本的にはそれも含めて病院協会で、一つという形のまとめにして、次までに反映させるという形にしたほうがいいと思います。

(竹村会長)

また議論をするということですね。時間もないので、次は遅くとも1月ということになりますが、ぜひそこで取りまとめて、また議論のたたき台を作っていただきたいと思います。この件に関しましては、これでよろしいですか。

(事務局)

県の医療課長の足立原でございます。少し遅くなりまして申し訳ございませんでした。

基準病床数に関しましては、本当にさまざまなご意見があるかと思います。小松先生のご意見

も正しいですし、ほかの先生方の2020年をとるといふ意見も考え方でございます。基準病床数には色はございませんので、数を決めた後で、どういう病床か、回復期なのか、地域包括ケア病床なのか、後方支援なのか、そのあたりは事前協議の中で決めることができるということをご承知おきください。あくまでも基準病床数というのは、それ以上作れないという病床数です。

あと、例えば2020年の推計人口を使って基準病床数を算出し、今の計算上は146床が出ますが、これをすぐ募集に出すのか、146床全部出すのか、例えば小分けにして、とりあえず100床だけ出してみようとか、そういう議論もできます。そこで、回復期にしようとか、細かくこういう条件の病床が必要だから、これを募集しようとか、こういうところも地域で決めることができるということもご承知おきいただければと思います。

(竹村会長)

この間の勉強会のときにそれが問題になったのですけれども、この調整会議でコントロールできるということですね。

(事務局)

そうです。もちろん決めるのは最後、県なのですけれども、既存の病床数が基準病床数を上回ってしまっていると募集はできませんが、下回ったときにある程度の調整はできると考えていただいて結構でございます。

(竹村会長)

とりあえずこれだけの募集を出すという形で調整をお願いすることはできるということですね。146床といっても、そのまま全部出すのではなくて、という形ですね。

(事務局)

そうです。その辺も含めて、先ほど小松先生がおっしゃったように、今日決める場ではございませんので、さまざまなご意見をいただいた中で、こちらとしても勘案したいと考えております。

(竹村会長)

今の話も参考にして、また検討していけたらと思います。では、今日は意見もまだ統一されていないということなので、特例を使うかどうかということについては、また次回の話し合いということで、その間にぜひ病院協会のほうでもいろいろな病院のご意見を聞いていただいて、大体のたたき台を作っていただければと思います。

(5) 医療と介護の一体的な体制整備について

(竹村会長)

それでは、引き続き(5)の医療と介護の一体的な体制整備についてということで、事務局から説明をよろしく申し上げます。

(事務局から資料5に基づき説明)

(金田委員)

すみません、何かキツネにつままれた感じなのですが、この協議というのは、今まで示されていなくて、突然出てきましたが、この会議でやることなのですか。私は、介護に関しての調整会議は別のメンバーを選んで、かぶる人もいるかもしれないけど、やるものだと思っていて、いつ始まるのか、もう始まっているのかなと思っていたのです。だけど、今の話を聞くと、この会議がこれもやると自動的に決められているのですか。これは別の会議があるのですか。

(事務局)

医療と介護の関係の協議の場ということでは、この会議と、現在、圏域単位で、市町村と県との間で、行政の間に会議を行っております。

(金田委員)

これは行政の方だけで語れる話ではないですよ。これから介護の施設が介護医療院になったり、一方的に通院と決められたC3の点数の人でも、入院が必要な人がいるかもしれないし、在宅と言っても、その中で、居宅だけではなくてサ高住とか何だとかいろいろあるわけでしょう。それも数が足りているわけではない、人もいないという中で、こういう数字だけ出されて、それで「これでいいですよ、お認めください」みたいなことを一方的に言われるのは、正直とてもびっくりしています。これはそういう専門的な人たちとか実際に看護をやっている人たちと十分に話し合うべき、ものすごく重要なところで、ここが整備されない限り、私たちが話している、いわゆる医療保険を使う、一般病床だ、療養病床だと言っている話ではできないと思います。受け口がどうなるかということに関して、ものすごく変わってきます。先ほどの廣瀬先生の話もそうだけど、ああいう病院がどんどん閉鎖していったら、残った病院で廣瀬先生がやっているようなところの受け入れをやらなくてはならないわけです。そうすると、そういう部分のベッドまで用意しなければいけない。当然のことだけどタスクシフトしなければいけない、タスクシェアもしなければいけない。今そんなことまで考えていないですよ。

(事務局)

金田先生、ありがとうございます。これは国からの指示にもとづいて行っていることなのですが、先生がおっしゃるとおり介護側での煮詰めはまだまだ足りないと思っています。今、ご説明しましたのは、実はまだ途中段階のやわらかい段階でお出ししたものなのですが、先ほどの基準病床数の議論から流れてきた話がありまして、基準病床数の計算の中で、機械的に、療養病床の医療区分1の70%は在宅等に移行する分として、これは引かれてしまっているわけです。引かれているから、その受け口を介護側でつくってくださいと。

資料5の最後のページにあるのが70%の数字です。そもそもこれが7割も来ないのではないかという話はあるのですが、それは置いておいて、この7割を受けるというのは、市町村側の介護施設等の整備計画の中にない話です。それは医療から流入してくるからです。この流入分をどれだけ見込むかということもあるのですが、それをどう受けかというのを市町村と一緒に、もちろん関係者と一緒に話し合いたいというお話でございます。

国からこの「医療と介護の協議の場」を設けるよう指示があり、これはどこかで作らなければいけないというのがあります。相模原市さんはもともとそういう介護関係者の会議もあり、当然そういう整備計画等も市が中心となってやっている中で、また行政は行政で受け口をこれまで話

し合ってきた次第でございます。ですので、逆にここで決めましょうという話ではなくて、どうしてもこの場合はどちらかというと医療の関係者の方が多いですから、これを逆に受ける側はどうしていくかというところの課題をいただきながら我々が持ち帰って、また既存の別の会議体なども利用しながら、そういうところを、もちろん市と一緒に、話し合っていきたいと考えているところでございます。

(金田委員)

そうですね。

(海野委員)

金田先生と疑問は一緒ですが、この協議の場というのは誰と誰の協議の場かという問題ですよ。我々はこの地域医療構想調整会議は医療の当事者と行政と関係者と、その地域の人たちというところでやってきていて、それは理解できます。だけど、介護の話が出てきたときに、ここに相模原市の人はいらるけど、介護の人は1人もいない。要するに介護の立場から、現場の立場から、こういうことができるか、できないかという現実的な議論する人がどこにもいないところで何の協議をするのかわからない、というのが金田先生も言いたいわけですよ。

でも、今の事務局からのご説明だと、それは単に、国から言われたのでしようがなく、こういう題名で協議を行うことを形式的に作っているだけで、実際にはこの協議の場は、要するに医療と介護の協議の場を作るつもりはありませんとしか聞こえなかったのですが、そうなのですか。

(内田委員)

市の保険高齢部長の内田です。今、市のほうでは、介護関係については第7期高齢者保健福祉計画を作っています。その中で、やはり施設の整備量というのをどう見ていくのかというのが一つの重要な要素で、特に2025年に向けて後期高齢者が大分増えています。その中でしっかり介護難民が出ない形にしていくというのが大事です。今現在、市の中では介護認定者数を推計していきまして、その認定者数の伸びを見ながら、今、在宅でどのくらいやっているか、施設でどのくらいか、そして施設の中でも特養はどうかと個々に分析をしまして、その分析結果を、医療と介護の両方の専門家から出ていただいている検討会議、実務者会議の中で、意見交換をしてございます。そうした中で、おおむね整備量というのが見えてくるのですが、意見を聞きながら、最終的には今細かい数字が出ないものですから、数字は市のほうにお任せいただきたいということで一つけりがついています。

ただ、その中で一番気になっているのが、今回、医療から介護への調整分として518という数が出ていて、そのうちの7割を在宅で、3割を介護施設でという形で出ていますが、その部分はやはり介護側で吸収していかなければいけない部分なのかなど。ただ、介護施設分として、ここでは156という数字が出ていますが、これについては介護医療院の問題があって、その中でどれだけ吸収していただくかということが一つの関心事になっています。それはなぜかということ、今まで医療保険で賄っていた部分が全部、介護保険で見なければいけないということで、施設の問題もありますが、むしろ財政的な問題として考えています。

もう一つ、7割の在宅医療の方は、在宅の高齢者を見ていただける、医療の支えの部分は大丈夫かなと見ているところでございます。在宅医療の方の介護的な部分は、そこそこ対応できてし

まうのかなと思っていますが、むしろかかりつけ医の問題とか訪問看護の問題とかはどうなのかなというところで見ているのです。いずれにしても、ここの部分は、どういう形で調整をされるのかなというのは、私どもも考えて、県と意見交換をしたいと思っていた点でございます。

(竹村会長)

ほかにありますか。金田先生のご意見ですが、この、介護のほうに無理やり押し込んでくるというのは地域医療構想の中のメインのテーマであって、一番最初に提示されているところです。ですから、最初はやはり病院機能とか病院の病床数の問題がメインになってきましたので、その話から入りましたけれども、これも必ずこの会議で避けて通れない問題で、この辺のところは我々としては非常に頭を痛めていたところで、7割も帰れるかという話から始まっている。いずれにしても、これはもう既定の事実として対応していくしかない問題で、病床数とか病院の話と同様に、今度は介護の方は、これも医療の行う介護、介護に関わる人たちの医療をどう提供していくことも話し合っていくことが、この会議の重要な話題になります。それが今これから始まるころだと思うので、いきなりというわけではないと思います。

(金田委員)

これは国の方針ですから、実際にこんな力技で、今、医療保険を使っている人たちを何とか介護保険のほうに持っていくのだと、そして在宅といっても居宅ではなく、施設に入ったりするのだと、それで医療保険を使うのは外来だけにしていく、おそらくそういうことですよ。では、その外来はどこが受けるのか。それから、介護士の人数をふやただけで在宅医療ができるかという、実際非常に難しいわけです。私は今年2カ月間、在宅で母を看取りましたが、介護士だけでなく、家族や訪問看護師の負担も大変なのが現状です。母は東京都ですけど。

そういう中で、施設もどうなるかわからない状況で、こういう力技の話をするのも非常に問題だし、竹村先生も今おっしゃっていましたが、この部分が、本当にこんなことができるのかと、問題だったのです。さらに言えば、受け口の問題であっても何もできていないわけです。そしてさらに言えば、先ほど海野先生がおっしゃったように、ここを語るには介護の現場の人たちを入れられない限り、ここの人間だけで話しても絶対無理だと思います。

(高野委員)

この会議を長くやってきましたけれども、我々の認識からすると、いわゆる病床機能、病床の数ということでやりましたけれども、結果的にはこの(病床の)問題が解決しないと、やはりこの(介護の)問題に来ないのではないかと思います。廣瀬先生の言うことは、私は非常によくわかります。いわゆる急性期をやっている病院が、それこそ2025年、2020年にはどういう体制で作るのかというのを、もうそろそろ病院協会の中でも言っていないと、いつもこの会議をやっても、これはもう無理なのではないか。

特に相模原市の場合は救急医療が非常に問題になっているところでありまして、では、どこができるのか、本当に救急ができるのかとか、先ほど言いましたような、いわゆる周産期の問題とかは我々も非常に苦しんでいます。しかし、この医療行政をどうやるかということも皆で考えなくてはならないということになってくると、もうそろそろそれぞれの病院、ここに出席していない病院もたくさんあるわけで、そういう病院がそれこそ2025年、2020年に、今考えていることは

こういうことですよというのを出さないと、ここで介護の問題が出てくると、また混乱するのではないか。

まずは相模原の病院協会、会長も出席していますけれども、そこで、それぞれの病院の方向性を出してもらって、その中で必要病床数はどうかという議論をやっていかないと、いつも集まっているだけで、各論に行かないと、もう無理なのではないかと思います。

(竹村会長)

今後出てくるのは、先ほど言っていた中のワーキングにするか、それから勉強会にするか、少しその中で、これらの下部組織の中でそこを練ってここに出していただくという過程がどんどん必要になってくると思います。それは病院のほうの問題もあるし、それから医療介護の問題もあると思いますから。

(高野委員)

そうなってくると思います。ですから、また会長たちと相談しますが、病院協会でも、まずやる必要があるのではないかと思います。

(竹村会長)

ぜひお願いします。それで、この中でお願いしなければいけない医療の部分は、入院も含めて非常に重要なことになってくるので、これだけの需要がまたぼんといくのですよ、今まで考えていた以上に行くのですよということを考えていただかないと対応できなくなると思います。

(高野委員)

最終的には、一体となった介護までの話ですから、それは一体となる医療なのですけど、まずはやはり病院協会の中で実際にどうするかというのは具体的な話をしてやっていかないと、もう進まないのではないかという気が私はします。

(事務局)

ご意見ありがとうございます。

まず海野先生、すみません、私の言い方が不適切でございまして、医療と介護の協議の場のお話は、会議体を作ってくれという指示が多い中で、なるべく既存の会議体を利用したいという趣旨で申し上げた次第でございます。失礼いたしました。

そして、高野先生が先ほどおっしゃったように、病院側の病床のビジョン、要はどれだけ病院が必要なのかというのは、その受け口があるのか、今はなくてもこれからできるのか、そのあたりが相関関係、補完する関係にあります。先ほどさまざまなご意見をいただきましたので、我々、県としても市と一緒に詰めまして、また介護の関係者も入れまして、この辺をしっかりと詰めていきたいと考えております。やり方は市とも相談なのですが、次回12月から1月にまた会議がありますが、それより前に、例えば先ほど先生もおっしゃったワーキングのようなもの、別途、病院は病院でやるのか、そういった中で、膝詰めで「いや、介護はこういう状況なのだけど」ということで、話に参加するのか、その辺のやり方も、市も含めて少し調整をさせていただきたいというのが一つでございます。

それから、今日の資料5の一番後ろのページ、518.51人のあたりに、退棟先として在宅医療が69.86%で、介護施設が30.14%とありますけれども、小松先生などはよくご存じだと思いますが、

そもそも機械的に医療区分1の7割を引いていますが、実情では、病院協会さんの調査でも、実情どのくらいが療養病床から在宅に行けるかという、3割とか4割にいかないくらいという数字をいただいています。その3割の人たちの退棟先の割合なのです。つまり比較的元気な人が多いわけです。今の実態で出られる人だから、おそらく在宅等が、サ高住とか有料も含まれますが、比較的多いのかなと考えています。その辺も含めて、実際7割の人を本当に全部出すのかというと、いや、こんなに在宅が増えるのかなと私は実は思います。そのあたりも皆さんの肌感覚も含めて、ではどういうビジョンで、どういうふうに分けではないですけど、やっとならいいのかを決めていかなければいけないと思っています。

(小松委員)

今回のこの議論は、基本的には現時点では療養病床に入院している患者さんたちの一部を国が無理やり追い出したときにどうなるかという数字です。それ以外に、実は資料5の2ページのところに表があります。結局その分は、高齢者が増えて、人口が増えていって、今、在宅医療のニーズというのはこの数字の3倍くらいあるわけです。

それともう一つは、今、病院に入院されている、いわゆるC3未満、225点以下の患者さんは多分、病院全体でいえば2割くらいいます。その患者さんも全部、入院から出されています。かつ、その人たちは全部、通院・外来で可能と盛り込まれています。だから、今、入院している人の中で、もちろん元気になって明日帰っていく人は、2週間後の外来に歩いてくるといって人がほとんどで、8割くらいはそうだというデータはあるようですが、残りの1～2割に関してはC3未満になった人は、自宅に帰っているわけでも、通院可能でもないわけです。そう考えると、国の政策誘導がここにも隠れているので、実態はどこでどうなるかわからない。

あとは国が勝手に決めた7割も、実際に自分たちの病院がその患者さんを出せるかというところ、わからないというところは多々あります。これはデータとしての並べ方も相当、無理筋でいろいろなものを比べているのかなという気がしますから、在宅医療と介護の施設の対比はあくまで、今療養型の病院から帰っていく、比較的元気だったり、比較的裕福だったりする人が退院する先としては7対3で在宅ですけれども、むしろ今帰せない人たちで考えると、現実的にはこの数字はひっくり返るとは思います。

(竹村会長)

これは初めから問題になるところなので、これが確定というわけではないのですけれども、このような形で進めてくる中で、今日出た意見をぜひまた反映していただきたいと思います。

(海野委員)

先ほど内田委員からご説明いただいた、今の実際の相模原市での介護施設との間の協議の中身といたしますか、その辺が大変興味深かったです。その辺はある程度、実際のデータもあると思うのですけれども、そういうものをここでお示しいただけると、医療側としてもある程度具体的なイメージを持って、基準病床の議論にも最終的には関わることだと思いますので、その辺も教えていただくと大変ありがたいと思いました。

(細田委員)

今現在、相模原市では在宅医療・介護連携推進会議というものをやっております。この会議の

メンバーは、この会議にご出席の方も半分オーバーラップされているところがあるのですが、医療・介護関係者はほぼ全部の職種の団体が参加をしております。参加していないのはヘルパーの団体だけです。ヘルパーは団体を持っていないので、そこだけが欠落しております。

そういう形で、介護保険が始まって以来ずっと名前、看板をかけたままながら、在宅医療、施設の関係などの医療と介護の連携について脈々と議論をし、市がまとめたデータを精査し、今後どうするかという議論をずっとやってまいりました。基本的には生のデータというのは、介護保険の認定のデータがどうなっているかというのが一番現実に即したデータだと思います。それプラス在宅の地域住民の死亡のデータ、どこで亡くなっているかとか、疾病の分類とか、そういう形のものをもとに市がまとめたデータで議論を大体してきております。その団体にはもちろん医師会、歯科医師会、薬剤師会の三師会、病院協会、それから看護協会、施設の関係、ほとんど全部出席しておりますので、介護関係は、そちらでかなり煮詰まった議論をして、今後どうするかという議論を、実は相模原市の場合はしております。

今回の病床に関する地域医療構想調整会議は、そういう議論の場に、数字に積極的に我々が物を言える状態になっています。今まではそういうことを県がしていなくて、県が決めたデータに対して犬の遠吠えのように我々が文句をつけていたので、この会議体自体がものすごく進歩的ですが、ただ、地域のことを余り反映しないで全国のデータをぼんと押しつけられて、今それをなるべく地域に即した形ということで、修正の議論をしているところです。ですから、同じような形で、これを介護関係のものとしり合わせる。

介護保険が始まって、医療・介護が完全に分断して、医療側がやっと食い込めたのが主治医意見書の記載だけでしたが、実際始めてみたら、そこがシームレスだということに10年かかって初めて気がついたわけです。そういう歴史があるので、これを一緒にするのは非常に大変な作業で、基本的には医師会で頑張ろうとしてもなかなか難しいことで、主に市を中心にその調整をいただいているところです。それは現状で脈々と続いていますので、そのデータはお示しをできると思っております。

(廣瀬代理)

在宅医療をやっている立場で、この数をどう感じるかだけ、考えを示したいと思います。多分この数は、普通に在宅医療で問題なくできると思います。介護施設も今いろいろできていますので、対応できるのではないかと思います。問題はやはり人がいないということです。また、医療区分1くらいの方が出ると、当院のデータでは大体3%くらいが1年間に入院してきますので、300人くらい出ると、この3%程度は、どこかの急性期病院に運ばれるというケースです。介護施設も大体同じく3%くらいが運ばれてきます。在院期間は大体27日です。なので、その数が在宅に帰しても必ず1年以内に帰ってくるという形になります。医療区分が上がっていくごとに、それが2回・3回と増えていって、最終的には長期間入院するというのが今の現実なのです。一応、私の経験上の数値として、お示しします。

先ほどの基準病床については、病床を増やそうかなと思われている病院は、基準病床数を変えなくてもきっとスペースはできると思うので、その中で多分、病床を増やすことは可能だと思います。私たちの病院が、こういった介護施設などに人員的な資源を投下するかもしれません。そ

ういうところは、私たち病院では常に考えているので、そうすると病床はもしかすると空きが出てくると思うので、基準病床数を増やさなくても増床はできるのではないかというのが私の言いたかったことなのです。

在宅医療の面からすると、これは十分対応できる数だと思うのですが、緊急時のバッファとなる病床なり、介護施設なり、医療と介護の中間くらいを行える設備がないといけないので、その数は、この数掛ける3%くらい要するという形になります。

(土屋委員)

例えばダウンサイズして、お返しする病床は、今2016年の人口推計で500何床過剰のところ、吸収されてしまうわけですね。ですから、流用はできないということで考えてよろしいですか。

(細田委員)

私は訪問診療などをやって、地域で往診をしておりますが、在宅を診ていますと、在宅時々入院、たまに肺炎になったりいろいろな問題が起きるわけです。そういうときの受け皿となる病院、いつも私が、救命救急センターをとことん型の救急とすると、まあまあの救急というところで、高齢者、在宅で診ている患者さんを引き受けてくださる病院が、現実問題として非常に不足をしております。認知症があるなんていうと、まず入院をOKしてくれる病院はほとんどないという現実があります。ですから、そういう形のシステムをぜひ早急につくる必要があると思います。

あとは、廣瀬先生が言われましたけれども、在宅等対応可能数と国が数字を出してきますが、そのうちに本当に開業医が往診に行き、訪問診療をしている数は思ったほど多くない。相模原市のデータは、そういうところもありますし、会議体に出席している先生方のお話でも、やはりその数字は思ったほど多くないと。むしろ少な目に見積もるということで、相模原市はそういった介護保険関係の施設等を少し多目に潤沢に整備をさせていただいているところではないかと思えます。今、整備率もかなりいいところまで来ていますので、そういう方に関しては、ほかの地区に比べれば、相模原市は受け入れが非常にしやすいという現状にあります。

ただ、入院医療が必要になった場合の、肺炎の治療とか日常起こり得る疾患の治療が非常に厳しいという現実がありますので、そういうことに関してこの調整会議でご議論をいただいて、医療と介護の連携を少し推し進めていただければと思います。その辺は2つの会議体をすり合わせればよろしいかと思いますが、ぜひお願いをしたいところです。

(竹村会長)

ほかにいかがでしょうか。ぜひ次回に、今の在宅医療・介護連携推進会議の基礎データを見せていただき、2016年のデータがあれば、代替施設数と患者数の状況、それから、できればそこで医療が必要なパーセンテージ等も含めて示していただけるとありがたいです。

(6) 地域医療介護総合確保基金について

(竹村会長)

それでは、引き続き6番に入らせていただきます。地域医療介護総合確保基金について、事務局の方から説明をお願いいたします。

(事務局から資料6-1から6-4に基づき説明)

(竹村会長)

何かご意見はございますか。

(大井田委員)

先ほど申しましたNICUの件で、大学病院や協同病院も含めて、やはり何らかの人的な、または経済的な、サポートを県または市が協力してやっていただければ非常に助かります。実は我々の病院には女医さんがいらっしゃったのですが、もうじきお産なのですが、1カ月間平均日当直が11回、3カ月間で32回もあるのです。でも、海野先生がおっしゃったように、これ以上は診られないからといって放るわけにいかないのです。それで結局そういう人たちがうつになってバーンアウトしていくのです。それでますます医者が少なくなりますから、確かに人材確保はなかなか難しいのですが、何らかのサポートをぜひ、経済的なものを含めてやっていただきたいと思っていますので、よろしくお願いします。

(事務局)

大井田先生ありがとうございます。我々は医師確保の取組みのいろいろな協議会も別途やらせていただいているのですが、確かにそういうお声を非常に多くいただいています。今、微々たる補助等はやっておりますけれども、ハードは別として、確かに人の関係は非常に大事でございますので、逆に先生方からもお知恵をいただきながら考えていきたい。この医療介護総合確保基金というのが、区分1・2・3とあって、3が人材確保なのですが、今、国からの交付は1が一番大きくて、2・3が縮小傾向にあるので、それはちょっとおかしいのではないかと、こちらでも声を上げています。1・2・3が流用できないのです。これもおかしいだろうということで今、声を上げているところです。

人材確保については、別に、いわゆる有料職業紹介事業者のマージンの問題もあり、その辺をどうするか、もちろんいい事業者もありますが、悪いところをどう規制していくかというようなところも議論がございます。人材確保については、本当にお知恵をいただきながら政策を組んでいければと思いますので、よろしくどうぞお願いいたします。

(細田委員)

今の有料職業紹介は、うちにもファックスが来ます。看護師が、1名紹介すると60万。そして1年たったら辞めて他のところに行くという現実があります。医師だともっと高くなりますので、とんでもない数字になります。そういうところは規制緩和をしたことが裏目に出ているという現実です。

話をもとに戻しますが、この確保基金ですが、我々、相模原市医師会が出しても出してもほとんど通らないという現状がございます。なぜかという、ある程度スキームができ上がっているところは、新しい事業でなければ通らないという理屈があるようです。相模原市はこれだけ大きくなっていますと、例えば今後倍増する在宅医療とかに対応するためには、ベッド数などの議論も非常に大切なのですが、訪問看護なども数と質をかなり強化する必要があります。そういう

形での提案をしても、なかなか通らなかつたり、他の地区でやりますから相模原市は通りませんでしたと言われることが多いのですが、やはり一番大事なのは、マンパワーを、きちんとできる人を養成することです。特に看護師関係は非常に困っています。まず病院がとっていつてしまいますので、地域の開業医は、看護師がいない診療所がたくさんあります。

訪問看護ステーションも数的に、毎年幾つかできて、幾つかその同じ数が消えていきます。それは、24時間体制というのが今当たり前のような風潮ですけれども、24時間やるということは365日、救急隊員を1人でやっているようなものでございます。

医師もやはり同じところがあって、地域での往診をしてくれる先生が非常に少なく、3割くらいはいるのですけれども、なかなか今後見込めないところがございます。そういうところがグループ化を組むとか、いろいろな対策を今考えている途中でございますけれども、そういった形の施策はどこの地域でも全部必要なことなので、こういう事業を全県でやってくださいといって、各地域にばらまくくらいの基金の使い方をぜひすべきかなと私は思います。

それからもう一つ、これは区分1・2・3と分かれているのですけれども、医療と介護を連携することですと、オーバーラップするケースが多いのです。そうしたときに、どちらを出したら通るのだろうか、いつも悩ましいところで、そういうことに関しては、私は行政に、相模原市にぼんといいただいて、それを行政の責任において、そういうところの連携をとるような形で予算、基金をいただくと非常にありがたいと思っております。

これは毎年あがって、却下されて返ってきて、毎年そういうことを聞いてくるので、もう少しうまく使い方ができないのか。予算は100%使われないで4割くらいは残っています。次の年度に繰り越されたりはしているのでしょうか。

それから、地域の特性ということがあります。例えば相模原市の場合はそういう連携に関して、ケアマネジャーの事務局は医師会の中にあるのです。ケアマネの団体が法人格を持っていないということもあり、医師会が軒を貸していて、相模原市が医師会に委託をしていただくということをしております。そういうことに関して市からは援助をいただいていますけれども、そういう連携というのが非常に大事になってくるので、連携を非常にしづらい予算のまき方をしているというところがあります。ですから、そういうところを多少オーバーラップしても予算配分がいただけるような形をぜひ考えていただきたいです。

それから、ICTについては、県医師会がカルナコネクトのシステムを選定して、これを入れてくださいということだったのですけれども、地域には既に既存のものがあるところがあります。それをパワーアップしたい、バージョンアップしたいといったときには、そういう予算は全く使えないわけです。ですから、ICTを導入したいというのは、相模原市もそうですが、県で選定して、カルナ以外はなしですよ、それに加えても、減らしてもいけない、そういうふうに言われてしまうと手を下げてしまうという現実があります。地域には地域の特性があります。そういうものを十分加味をしていただいて、自由度を持たせて予算をいただければありがたいです。ぜひよろしくお願いします。

(竹村会長)

そうですね。本当にこれはぜひお願いしたいと思います。せっかくこの地域医療構想調整会議

の中にこの議題が上がってきたので、やはりそれぞれの二次医療圏にある程度、平等に分配するという考え方をに入れていただかないと、今見ていると本当にかなり偏ったところに、偏って配分されています。ですから、これもぜひ改めていただきたいと思います。

(渡辺委員)

看護協会ですので、看護師の確保のところは非常によく読ませていただきました。一つ、今年まで継続で行っている事業に関して、来年も継続でいくのか。というのは、中小病院の新人看護職のための研修がずっと継続して実施されてきたのですけれども、次年度から打ち切られるという話があります。今、看護師の養成の学校が非常に増えています。そういう人たちがかなり中小の病院に行くわけで、自前で研修をしていくのは厳しい状況になっているときに、そこを打ち切られてしまうと現場としては非常に困りますということが、看護協会でも、市の看護部長会でも問題になっています。そこはぜひ継続していただきたいです。

あと、やはり看護師の供給というところでは、本当にクリニックも、介護の現場も看護師が足りないということがあります。ただ、どうしてもライフコースの中で離職しなければいけないような状況を何とか確保したいというところでは、保育の問題もすごく重要になってきますが、まず生活する拠点の、家を中心にどこで働けるのかということがあります。ナースのキャリアデザインを縦軸にしながら、あと、面でその人が一番働きやすい職場、プラス、キャリアアップができるところということをしっかりとカウンセリングできる、サポートできるような仕組みが必要です。今、ナースセンターが神奈川県の中では相模原に1カ所しかなくて、余り機能しているとは思えません。ナースセンターとハローワークだけではどうしても土日が休みで使えないなどの課題があります。

今、相模原の病院協会、看護部長会と一緒に復職支援をしていますけれども、支援している人の50%が復職します。看護部長、実際の管理者がキャリアカウンセリングをして、こういう働き方だったら多分大丈夫だよ、そのためにはこういう施設がいいよ、という非常に細かいカウンセリングをしてマッチングするところまで見届けています。そういうきめの細かい人材育成というか就職のサポートをするためには、まず先ほど言った事務局が必要で、看護部長が管理職をしながらやるというわけにはいかないの、カウンセリングはするけれども、そういうところの取りまとめをする部署をつくってほしい、実際にそこをやっていくことで、市でナースを育成する。多分これは介護職などにも通じてくると思うのですけれども、1つの施設だけではもう無理なので、地域の中でしっかりとそういうサポートシステムをつくっていくことをやっていかなければ、多分どんどん質は下がっていくのかなという気がします。

(金田委員)

神奈川県は、ここの何年かで看護学校は、看護大学を含めてすごく増えていて、競争が激しくなっています。つまり偏在をしているということでしょうか。看護師の学校は増えていますよね。学生さんの数も1,500人とか増えてきているでしょう。

(事務局)

今日は担当課がいなくて申しわけないのですけれども、近年、確かに大学や専門学校がふえている状況にはございます。

(金田委員)

でも全然足りないのですか。どこかに行ってしまうのですか。

(渡辺委員)

400床以上の大きな病院は、もう来年の就職のところでふるい落としが起こっています。というのは、採用するところの人数も制限されていて、新卒の学校からどんどん人材が出てくる。優秀な人材は多分、大病院のほうに行っていて、ある程度、一定の水準のところの下の人が中小の病院に来るのです。こう言うのは何ですが、やはりそういう感じなのです。そうすると、ではその人たちが誰が育てるのか。中小の病院でしっかりと教育システムをこれから構築していこうというところもあるので、数を増やすのはすごく重要ですが、資格を持ってもらった人をどう育てていくのかというのが一番重要だと思います。資格を持っていなければ、とにかく数が足りなくて、現場には行き届かない。ただ、どんどん国家資格をあげて、ではご自由というわけにはいきません。その人たちを5年、10年かけて、しっかりと健康を守るプロに育てていくというところにお金を費やさなければ、ちっとも質は上がっていかないと思います。ただ生活のためにだけ免許を取ったのですかというナースだけ増えていってしまうと、やはり健康は守れないと思います。

(井上委員)

歯科の立場から、質問とお願いがございます。資料6-3の在宅歯科医療における口腔ケア等というところで2段に分かれていて、2段目の「地域連携室と連携する休日歯科診療所において」という文言があり、また、素案たたき台の81ページの(1)の一番下の丸のところ、「一般の歯科医療機関では、治療が困難な」云々と書いてありますけれども、このことは、先ほど言った休日診療所において診るという中に含んでよろしいのでしょうか。

(事務局)

含まれております。

(井上委員)

それと、戻ってしまうのですけれども、資料3の改定素案たたき台で、フレイルという言葉があると思うのですけれども、これはオーラルフレイルも含んでいるということでよろしいのでしょうか。黒岩知事もその辺はすごく言うておられるので、もしできればオーラルフレイルという言葉を別に入れていただきたいと思います。

(事務局)

資料3の高齢者対策のロコモ、フレイルのところは、国の指針の書き方でフレイルとしてしまったのですが、在宅歯科を初めとする歯科のところの記述の中で、今回オーラルフレイルというのは非常に重要な概念だということで、こちらでも認識しております。たたき台も、これがまた素案になって、成案になっていくのですけれども、オーラルフレイルという言葉必ず入れさせていただきますし、盛り込んでまいりたいと思っています。

(井上委員)

もう一つ。神奈川県計画の策定に向けた提案募集という、これは、県の歯科医師会も取りまとめて19ほど提案させてもらっているのですけれども、その中の抜粋的なものと考えてよろしいのですか。

(事務局)

そうです。

(井上委員)

在宅医療に関係しているのですけれども、要介護者等歯科診療支援事業というものを提案させてもらっています。これに関しては、ぜひとも確保基金を使って実現させていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

(事務局)

井上先生、ありがとうございました。それから、先ほどの渡辺先生の中小病院の看護師研修などのお話は、今日は所管課が出席しておりませんので、そういうご意見があったということは持ち帰りまして伝えたいと思います。ありがとうございます。

(竹村会長)

ほかにございますか。よろしいでしょうか。いろいろ建設的な意見が出たと思っておりますので、ぜひ今後のたたき台の見直しのところで反映させていただきたいと思っております。

(7) その他

(竹村会長)

それでは、その次、参考資料の補足説明になりますか。

(事務局)

参考資料2につきましては、本日までご出席の病院の一部にも行っているかと思いますが、国からの通知を踏まえて、公的医療機関に対して2025年に向けたプランの策定を依頼した文書になります。これにつきましてはご提出いただいた上で、また次回以降の調整会議などでご報告させていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

(竹村会長)

これに関しては、関係される先生方も多いと思っておりますけれども、いかがでしょうか。

(金田委員)

私どもはもう既に提出しております。

(竹村会長)

よろしいでしょうか。

それでは、その次です。前回の会議で医療と介護の会議体をつくりたいという意見がありましたけれども、その件について事務局から報告があるということなので、こちらは市のほうですか、よろしくお願いいたします。

(事務局)

それにつきまして、市のほうから一旦ご報告をさせていただきたいと思っております。本日も先ほど来、議論がされたところではございますけれども、今後の医療・介護連携などを話し合う場を作りたいということで前回お話をいただきました。実は病院協会からも同様の趣旨の要望をいただいていたということもございまして、病院協会の会長・副会長とも意見交換などもさせていただ

いたところでございます。また、本日も、在宅医療・介護連携推進会議における議論も利用するというお話もございましたが、そこでの調整を踏まえながら竹村会長ともいろいろご相談をさせていただいて、どういった内容のことを、どういった場で議論をしたらいいのかということを検討させていただきたいと考えております。また、県とも相談をさせていただいて、進めてまいりたいと考えておりますので、よろしく願いいたします。

(竹村会長)

ありがとうございました。これに関してご意見はございますか。

(土屋委員)

もともとこの問題を市にご提案したのは、救急の現場で高齢者救急が非常に喫緊の問題だということと、それから介護と医療の推進会議でもうちょっと病院の受け入れの問題をスムーズにという問題がありましたので、そこにいろいろな地域でいろいろな試みがありますので、ぜひともそういう会議体をつくって前向きに、というお話をさせていただきました。会議のあり方については、私の方では判断できませんが、とにかくお願いしたいのは、縦割り行政の中で、介護だったら介護、医療だったら医療ではなくて、横串が入った両方の連携がきちんとできるような会議体でお願いしたいということです。

(竹村会長)

これはまた話し合いながら、いろいろな勉強会というような形でもできますし、ここの中だけではなかなか話がまとまらないところを、一つのたたき台を作るためのものを必要に応じてやっていくという形でよろしいでしょうか。

(事務局)

会議体のあり方は先ほども言いましたとおり、なかなか難しいのですけれども、介護と医療の連携会議から答申し、また揉むことがあったらここでやるというような形が必要だと思います。やはり地域全体で取り組まなければいけないので、ぜひともよろしく願いしたいと思います。

(竹村会長)

いわゆる勉強会というような形になりますと皆さん手弁当でということになりますけれども、逆に言うと自由にできますので、ご提案いただければそのような形で積極的に開いていくという考え方でよろしいでしょうか。

それでは、そのような形で、この件についてはまた検討していくということでよろしく願いいたします。

議題は全て終わりましたが、そのほかで皆様ご意見はございますか。それでは、これをもちまして、本日の議事を終了させていただきます。いろいろいいご意見が出されました、ご協力ありがとうございました。今後の検討で、ぜひこの意見を生かしていただけるようお願いいたします。それでは、進行を事務局にお返しいたします。

閉 会

(事務局)

本日は、活発にご議論いただきまして、ありがとうございます。また、多くご意見をいただいたと思いますので、それを持ち帰って、また次回会議に活かしていきたいと考えております。

それでは、以上をもちまして、会議を終了いたします。どうもありがとうございました。