

(会議の公開について)

本日の推進会議は公開とすることとなった。  
傍聴希望者1名入室。

<会長>

議題(1) 第7次保健医療計画素案たたき台について、事務局から資料の説明をお願いします。

資料説明(事務局)

- ・資料1 年間スケジュール
- ・資料2 - 1 神奈川県保健医療計画改定素案たたき台の概要
- ・参考資料1 神奈川県保健医療計画改定素案たたき台

<会長>

ありがとうございました。  
ただ今の説明について、ご質問、ご意見はございますでしょうか。

(質問、意見なし)

<会長>

これに関しては、よろしいでしょうか。  
それでは、次に進みたいと思います。

<会長>

議題(2) 基準病床数について、事務局から説明をお願いします。

資料説明(事務局)

- ・資料2 - 2 基準病床数算定の基本的な考え方(案)について
- ・資料2 - 3 基準病床数算定式に基づく試算

資料説明(事務局)

- ・資料3 県央地域における特例の活用の検討について

<会長>

ありがとうございました。  
基準病床数算定の基本的な考え方と県央地域における特例の活用の検討について、説明がありました。  
まず、今の説明について質問をお受けし、それから、今回の基準病床数に対するご意見をいただき、そのあとに、特例に対してのご意見をいただきたいと思いますと考えています。  
今の説明に関して何かご質問はございますでしょうか。

<委員>

9月の県央地区の病院がほとんど集まって意見交換会を行った。その時馬嶋会長がおっしゃ

るように900床減るとなった。地域医療構想では2025年に基準病床数が5,703床に増えるという話であったが、再算定をすると4,268床しかないとなった。減るとの算定だが、その時の県の担当者は、これは本音と建前だから気にしないでいいと言われたので、そういう発言が本当にみんないいのかなと思ったものの、そこでは特に意見は出ませんでした。

今日の案に関してはここで初めて知った事があるので、これはあくまでも特例のための県央地区として県か国かに出していく素案で、特例を使ってやりたいと事務局が考えていると理解してよろしいでしょうか。

<事務局>

特例の適用については最終的に国が認めないといけないので、県央地域としてこれで国と協議してもらおうようにご意見をいただくというもので、おっしゃるとおりです。

<委員>

厚木病院協会の代表としては、減らされると困る。厚木病院協会では2か月に1回集まって話し合いをしています。やはり現状の基準病床数くらいならば頑張れる。経営的なこともありますので、やはり今まで一生懸命やっているが減らされるのはいくら何でも病院をつぶす気かという話が出ました。ベッドが少し足りないかなくらいのところで素案を作っていたければ、病院協会としては、話はできるのかなと思います。

もう一点は、これは単に数だけですので、特例を作った場合に、高度急性期、急性期、回復期等がどういう形の配分になるのか、それをどこかでお示しいたきたい。

2025年に向けて数は少しだけ増えるかもしれない、2025年にはこういう状態になるからこのままで行こうなどの、ここの病院もその状況にあっているいろいろなことも考えなくてはならないのでお示しいたきたい、というのが私の意見です。

<事務局>

2点お答えさせていただきます。前後しますが病床機能の話がございました。基準病床数は、一般病床と療養病床を合計して算出しますが、色が付いていないので、例えば、毎年、今の病床を数えてもし病床が100床足りないとなった時、地域の皆さんとお話しをする中で、その時に、今は回復期が足りないからとか、回復期の中でも後方支援型が足りないから、こういうところを募集しようとか、地域の意見を聞きながら最後は県が決めるのですけれど、そこで決められます。基準病床数はここまでしか作ってはいけない上限です。けれども、今、県央でもそうですけれど、既存の病床数の方が多い場合、この多い分を減らさないということではないことはご理解いただきたいと思います。でもこういうケースがあります。100床の病院が1つ閉じても基準病床数よりも上回っていたならば、基準病床数が低いのでそこから新しく整備はできないこととなります。病床機能については、そういう形で割と募集の段階で地域の意見で決められます。基準病床数とは別の話だと考えていただければと思います。

2点目は、県内各地を見ますと、基準病床数と必要病床数の乖離がさらに大きいですが、逆に2020年の人口を使ってしまうと基準病床数が大きくなり過ぎてしまい、そこまで増やさなくてもいいのではないかという議論が出ている地域もございます。今日の議論の場では、病床利用率は県央の場合には国の基準より低いので国の基準を使わざるを得ない。これは議論の余地がありません。人口のところを、普通は今の人口を使うのですが、将来の人口を使うのか使わないのか。そして細かい計算式がございましたが、事務局が申しあげましたように、県央として、まさに先生がおっしゃったように100ぐらいプラスがいいのかなとか、頃合いといいいますが、

感覚的な議論をしていただけると逆にそこに合わせていろいろな計算を工夫しましょう、特例で協議しましょうというところになります。その辺の肌感覚もご議論いただければありがたいと思います。

<委員>

それに対して質問したいところがあります。病院協会は自分たちの首を絞めることかもしれないのですが、実際病床数は持っても長いこと寝かせている病床とか、それに準じた病床が多々あると思います。運用が、例えば260だったところを実際は160でやっているところがあると聞いているのですが、その辺のところの、例えば余剰の病床を実際には使っていないという形のところに踏み込まれるというか、そういうことはあるのでしょうか。

<事務局>

今回の基準病床の見直しを以てそれに踏み込むことはございません。ただ、200床許可しているが実際に使っているのは100床しかなくて、ずっと100床使っていない例がございます。これまであまり長い時は「どうします。一回返上しますか。」という話は保健福祉事務所や県の方でさせていただく例がございます。

それから他の地域ですけど、許可はしたが作っていない。工事が進んでいなくて、病床はもらっているが出来ていないというものもある。その時にも、それが出来た時のことを考えて全体の病床を考えましょうという話し合いはさせていただいております。

<委員>

もう一点あります。療養病床と一般病床で100床増えるとか増えないという話の中で病床機能の分化においては地域で考えなさいと言われていますが、実際問題として県央地区では高度急性期が何床ということ勝手に自分達で変えることができると捉えましたが、それはどういうふうなのでしょう。

<事務局>

地域医療構想を作らせていただいた時、初めて高度急性期から慢性期まで4区分出来ました。そこで、2025年の推計が結構大きく出ているが何がどう増える、足りないというのは出ています。あれはあれで、1つの目安になると考えていい。ただ、同じ県央の中でも地域偏在がございます。全体では高度急性期が足りているように見えるが、この地域は足りないということがある。そういうところは地域の中で話合いができると考えております。

例えば、急性期は足りていると数字には出ているが、敢えて急性期に転換したいというケースもあるかと思えます。何かの事情があつてのことだと思います。それはできないのではなくて、地域の皆様の話合いの中で「それはそうだね。」となれば、できると考えております。

<会長>

よろしいですか。

他の委員は何かありますか。

<委員>

基準病床が、いったん減った後にまた増えるということは、数字の上ではそうなのかもしれませんが、病院にしてみれば、その時々で減らしたり増やしたりすることはなかなかうまくい

かない。

先程出た特例を使うのは、今の状況では、一番理にかなったように考えます。

例えば、利用率が低いということが言われましたけれども、実際になぜ利用できないかという、一部の病院ではマンパワーがどうしても足りなくて病棟が開けないという状況で、それが勘定に入れられてしまっている。実際には開きたいのだが開けないで利用率の減少、低いという判定をされていますけれども、事実上はそうではないと思っている。ましてや、2025年に向けて高齢者人口が増えていった時に、何が何でも利用率を上げなければ収容しきれないということがあり得ます。その時に足りない病床区分を充足していくことは、今から考えていかなければいけない。いつも言っていますが、2025年にこういう数が今足りませんと言われても、そこで手を上げる人たちはいなくなってしまう。その後は減るわけですから。

そういったことで、具体的に調整案をなんとかここで作って、今回の医療計画の中で早いうちに追いつくような形に持っていくのが、かつて言っていた、地域医療構想と地域医療計画の合同するところだと考えています。

ですから、そういった意味で、是非、この会議でより良い案が検討されることを望みます。

<委員>

話を聞いて理解できました。基準病床数が減った医療計画が作られて、現状のものを取り上げるということではないという説明はあったが、先程おっしゃっていたように、使っていない病床があればそれはどうしますかと言った時、じゃあそれは閉じましようとなったら、現実的には県央地区の病床はどんどん減っていくわけです。

2023年でだいたい今の基準病床数と同じくらいの予想であるということは、計画そのものが今の病床くらいのものがフル稼働していけばなんとかなるというのなら、今の基準病床を減らす必要はないと思う。

更に、高原委員がおっしゃったように、若干の余裕というものがないと将来に備えていくには不安であるということは、今の病床数に若干のプラスアルファを付けたところを、なんとか国に協議してもらって、国にいいでしょうと言ってもらわないと話が進まない。基本の数式どおりの4,268でやりなさいと言われてたら、にっちもさっちもいなくなるということだから、国に強く主張していただくというのが、我々にとっては必要なことではないかと思う。

それが意見の集約としてはよろしいのかなと、私としては感じています。

<会長>

ありがとうございます。

<委員>

県の事務局に質問させていただきたい。

今回厚木で示されている資料3の(案の1)の計算は、もちろん全て特例と言えば特例ですが、基準病床数を算定するに当たっての人口をどこで取るのかとか、病床利用率をどこで取るかという、そのバリエーションの特例という、今回特例の算定式自体が結局現在の基準病床数と比較してという感じになっていますよね。感触なのですが、こういったことが、県から国に特例の協議をしたときに通る可能性はどうか教えていただければと思うのですが。

<事務局>

資料3の4ページ目に記載していますが、「基準病床数の計算式は上記とは異なるが、上記

の考え方で算出した県央地域で必要と考えられる病床数(5,362床)に近づくよう、特例の活用に係る協議を求め。」と書いてありますが、これはどういう意味かという、小松委員が質問したところですが、特例の中での計算式は、これはおそらく直接使えません。けれども、110ぐらいのオーバーが結論として県央地域で欲しいかなというコンセンサスを得た時にこれに合わせるようにいろいろな細かい計算を県の方で調整する余地はあります。

先程特例と申し上げましたが、一番大きいのは人口で、今の人口、2016年、2017年の人口を使うのがベーシックなのですが、将来増えるから将来の人口を使って計算していいのですかというのが特例です。人口は、全国的には減るところばかりですので、増えるところは稀なのです。ちなみに、地域医療構想でも2025年の必要病床数が増えるところは47都道府県中6都府県しかない。6都府県の中でも神奈川県は、割合から1番増えると言っている県です。

この人口の特例を2次医療圏ごとに決めていいと国が言っている。例えば、県央は2020年を使うけど横浜は今の人口を使うのはありなのです。ただ、小松先生が質問した2つ目で、例えば、県央は2023年を使うけど川崎は2020年を使うとか、三浦は2025年を使いますとか、その2年の違いは何なのかと言われるとなかなか説明がつかない。そこは言われる可能性があるかもしれない。

それから特例とは少し違うのですが、県の中で総合的に調整できるところが若干あります。これは計算式がないのですが、その辺も踏まえて、先程の110飛び出る案の計算式どおりには特例の協議は出来ませんけれども、その結果に落ち着くよう県としていろいろな方法を使ってやっていきたいと思っています。そこは認められる可能性が結構あると思います。

#### <委員>

ありがとうございます。もう一つ質問ですが、必要病床数の5,703はあくまで推計であって、一つの目安ではあるが、そこに向かって整備しなければならないものでもないですね。一方、2025年、この表の2の3で見ると、のところは今回の基準病床数の算定式で計算した2025年です。だから同じ2025年の必要病床数と基準病床数を比較するとかなり近づきます。5,544と5,703だから。そういう意味で言うと、今まで計算していた方法と7次になって出てきた基準病床の算定式が大幅に違ったので、今までは6次の基準病床であったものが1,000も減るといふ計算式になった。この理由の一番は、療養病床の患者を出したということですよ。あとは試算のところかな。そういうことですか。

#### <事務局>

6次と7次を比べてどうして7次がこれだけ減ったかという、2つあります。国の計算式がこうなったということなのですが、1つ目は6次の時の計算より、平均在院日数が短縮されています。

もう1つは今話題になっている病床利用率、これの下限が上がっている。要するに病床利用率を上げましようになっているので。病床利用率は上がれば上がる程、回転が良くなるので必要な病床数が下がる。この2点です。

他にもあります。小松先生がおっしゃった在宅医療等対応可能数、療養病床の医療区分1の入院患者の7割が機械的に在宅や介護施設に移行しますとなって、病床から7割は引かれてしまう訳です。そういう3点で、普通に計算すると減ってしまう。こういう状況です。

#### <委員>

私の考え方は、基本的には、今ある既存病床に対してできるだけプラスマイナスがないも

のがいいだろうという考えです。

そうは言っても、県央に関しては、4,268で計算したものが10年で5,544になる。要するに、かなり人口の上昇が見込まれているということは確かだと思うので、その意味で言えば、ちょっとプラスか、ちょっと少ないくらい、プラスマイナスが一番少ないところくらいでいいのかなと思う。

それであれば、稼動していない病床で公立のもの以外は命令されて減らされることはないので、地区の病院の先生が心配するように、無理やりベッドを取り上げられるということはないと思う。

ただ一方で、若干にしても不足という数値を取っていくにあたっては、結局、人がいなくて病床利用率が低いとなると、選べる値がいくつかある中で、不足という形での結論で、皆さんの考えということでいいのでしょうか。例えば、5,233が今の既存で、2023の人口推計で取ると5,293という値もあるわけですが、どちらにしても、ちょっと足りないから増やしたいという考えということでよろしいのでしょうか。

さっき山下委員はそうおっしゃっていたので、高原委員の病院協会はどうなのでしょう。

<委員>

確かに数字を出すということではこういった式がありますけれども、実際には世の中全体、社会が動いていて、2025年問題や、2030年あるいは2035年問題などと言われています。

県央地区は若い層が多いが、どこに行っているかと言うと、皆、東京や横浜に仕事に行っているわけです。それが高齢化した時に、当然のことながらこの地域で生活することになります。そういったものを考えると、病床を増やしていくことが必要と考えております。

<委員>

厚木では、現状をある程度維持できるようなことであれば概ね何とか生き残っていけるのかなというのが、皆の意見です。結局、国としては、急性期の7:1を減らしたいということ、つまり医療費をかけられないことになってきていると思うのです。7:1は、国の看護必要度とか看護配置等の基準を厳しくすれば、残念ながら、自然淘汰されるというか、ギブアップするところはギブアップしていき、それに対して回復機能を持つ病床に変えざるを得ないということになっていくのかなと思う。それが国の作戦かなと個人的には思っています。

ただ、ベッドだけは、皆の生活もあるし、地域の医療もしっかりやらなければいけないところもあるので、どんな形であっても現在の病床を維持しなくてはいけないというのが、厚木の考え方です。

<委員>

分かりました。ありがとうございます。

<会長>

厚木では今の病床数だということですが、海老名市の場合の地域包括ケア病棟の話が、地域の中で出ているということの説明していただけますか。

<委員>

私は平成26年4月から3年半言い続けていることで、前回の会議でも申し上げましたが、資料3の3ページの(2)の「県央地域の現状」の に記載してある通り、海老名市では、湘陽か

しわ台病院に隣接する市が保有していた場所で、湘陽かしわ台病院が、地域包括ケアや回復期リハの病床、地域包括支援センター、また、新しい考え方として病児保育施設などの整備を検討しています。

平成26年4月の海老名市医師会の理事会において、海老名市と湘陽かしわ台病院が説明して、海老名市医師会としてもこのプランを応援することとなったのです。

海老名市医師会として、この考えは現在も変わっていませんので、是非ご検討いただければと思います。どうでしょうか。

<事務局>

話は承っております。もちろん、国との協議等はございますけれども、地域の考え方も、その辺のことをふまえた考え方だと理解しておりますので、県としてもできる限り協力してまいりたいと考えております。

<会長>

基準病床に関する話はこれでよろしいでしょうか。

次に、特例に関してどうするかという話をしたいと思います。

資料3の3ページの(案の1)に関して、特例を使って110床になるようにするという点に関して、ご意見は何かございますでしょうか。

<委員>

持ち帰らないと、今ここですぐ決めると言われても、突然出た資料なので無理だと思います。

<会長>

スケジュールから言って、今回、持ち帰るとどうなるのでしょうか。

<事務局>

大丈夫です。今日は、ここで決定する場ではございません。まず、色々なご意見をお聞きするという事です。例えば、厚木病院協会に持ち帰ったらこういう意見が出たということであれば、後からでもいただければ、それはもちろん共有いたします。

<会長>

それでは、方向性として、(案の2)の特例は使わないのか、それとも特例を使うのかというところは、決めたいと思います。

今まで出た、県央地域は医療資源が不足している等の話からでよろしいのか、それとも、特例を使わず示された965床減るということでもいいのかということのご意見はいかがでしょうか。

<委員>

案が二つですけれども、案として資料2-3のやも、一応選択肢としてはあるのではないかと思います。なぜこういうことを言うかという、案の1を選んだとして、それがなかなか難しいとなった時に、案の2にしましょうとなると、1,000以上基準と既存がずれているというのは非常に心配な状態なので、2020年人口推計や2023年人口推計は取り得る人口推計にはなるので、2020年人口推計の4,914床や、2023年人口推計の5,293床は取り得る値で、5,293床

だと平成29年3月31日現在の既存病床数と比べてプラス60なんです。ちょいプラと言えはちょいプラです。

<会長>

小松委員のご意見の案も考えながらも、まず、特例を使うか使わないかを決めたいと思います。皆さんいかがでしょうか。

(異議なし)

<会長>

ありがとうございます。異議なしという声が出ましたので、特例を使うという方向にします。基準病床数の案は、案の1や、2020年推計人口の試算、2023年推計人口の試算のご意見があります。今後のスケジュールについて教えていただけますか。

<事務局>

なんらかの特例を使っていくということと、プラス110という案ができればいいですし、小松委員からご意見がありました、減るけれども基本よりは差は大きくないような形でというご意向は、理解いたしました。それをふまえて県の中で検討させていただきたいと思います。

それから、馬嶋会長からご質問のありましたスケジュールでございますけれども、この次の推進会議が12月から1月の辺りで開催させていただく予定ですので、その中で今のご意見をふまえて、こちらから案をお示しできればと思っているところでございます。

<事務局>

スケジュールですけれども、資料2 - 2の5ページ目をご覧ください。特例協議に向けた今後のスケジュールでございます。表としては3列ありまして、左が地域医療構想調整会議、真ん中が保健医療計画推進会議、右端が国との調整になっており、左側の9月中旬から10月中旬、第2回地域医療構想調整会議が現在行われている会議でございます。この会議で方向性をいただきましたので、今度真ん中の列に行きまして、10月下旬に第1回医療審議会がございます。ここで地域医療構想調整会議での意見をご報告いたしまして、協議していただくこととなります。それと同時平行で審議会の意見を踏まえた上で、右端の国との調整の欄ですが、国との内々の特例の協議を進めていくという矢印がございます。11月、12月の保健医療計画推進会議がございまして、パプコメを実施します。12月末位までには国の内々の調整を終わらせたいと考えておりまして、同時期に第3回調整会議、国との調整ではこういった方向になって、こういった数値でどうかということで、先程課長が申しあげました数値で進めさせていただきたいと考えております。その後2月下旬医療審議会がございまして、国への正式な協議を行いまして、国からの回答を得て、医療審議会からの答申を得て、3月下旬に数値が確定という流れとさせていただきたい。

<会長>

案がいくつかある中で、難しい部分もあると思うのですが、今の基準病床数は下がらない方向は同じ考え方で一致したということ、また、110というところを是非お願いするという形でまとめてよろしいでしょうか。

では、その形でよろしくお願いたします。

<会長>

議題(3) 医療と介護の一体的な体制整備について、事務局から資料の説明をお願いします。

資料説明(事務局)

・資料4 医療と介護の一体的な体制整備に係る調整について

<会長>

ただいまの説明について、ご質問はございますか。

<委員>

説明は分かるのですが、4ページに医療と介護への按分(案)があつて、32年から35年の県央地区の在宅医療等対応可能数が並んでいて、見ていただくと分かるが、座間以外は全部2020年から2023年の対応可能数が倍になっていますが、座間だけは倍ではないのです。ほとんど変わらない数字が出ていて、これはいったいどういうことでそうなっているのか。

<事務局>

先程の説明の中で在宅医療等対応可能数から介護医療院への転換分については差し引くこととなっております。

<高齢福祉課>

この資料の数字でございますけれど、未確定な要素がございます。介護療養病床及び医療療養病床から介護医療院への転換見込分、これがまだ入っていないもので記載してございまして、単純に2025年の数字をもとに、来年、2018年から2025年にかけて比例的に伸びていくという前提で算定しているものになっています。それでもう1つ不確定要素がございまして、この在宅医療対応可能数のところから介護医療院への転換見込分を引くということになるのですが、介護療養病床につきましては6年間の経過措置でもって終了ということになりますので、平成35年の時点で全介護療養病床は転換すると見込んで作るとなっております。座間につきましては、県央の中では唯一介護療養病床があるというところでございます。その介護療養病床数を2023年に座間だけは差し引かれているので、ここの数としては座間だけ2倍になっていない。他の市町村は介護療養病床がないので比例的に伸ばしていくので3年で倍になっていく。

2ページ目の三角形の表をご覧いただければと思うのですが、Aの部分が平成37年のものが国から数として示されていて、これが直線的に30年から37年に向かって伸びるという前提で考えなさいというのが国から来ております。その上で療養病床からの転換見込分はAから差し引いてその残りを介護と医療、在宅医療と介護施設で分けるということになってございます。県央区域においては座間市のみ介護療養病床がございますので、座間市だけ35年のBという数字、ここが介護療養病床の数、35年には介護療養病床が全部なくなる前提でございまして、これが全部介護医療院に転換するという前提で考えなさいというのが国のオーダーでございます。それでいくと座間市のみAの中からBを引いている。

<事務局>

座間市だけ介護療養病床があつて、基準病床数の計算では経過措置で6年間はそのままい

いということで、まだ6年後の2023年は座間市の介護療養病床が病床として残っているわけです。だから介護分に算入されていないのです。なのでまだ座間市に倍くらいの方がいるのですが、経過措置でぎりぎり残っている介護療養病床があるから病床の方で数えられています。

<委員>

ということは、次の年には在宅に。

<事務局>

経過措置が終わってしまうと、そうです。

<委員>

人数どうこうではなく、制度上区分されている人がどこにいつているかというそれだけの問題であって、結果的には在宅の数を増やさないといけないということは間違いない。簡単に言ってしまうとさっきの話ですね。要するに在宅分をこれだけ増やしていかないと、病床としてはこの人を吸収していくだけのベッドはないよという考え方なんです。逆に言うとそこでまた戻るのでありますが、これが現実的に可能なのかと非常に素朴な疑問が大きくなるわけです。たった3年の間に在宅医療等対応可能数を在宅で30人位だったところが、いきなり50人、60人、倍に増やすことが現実的にできるのか、非常に素朴な疑問が出てくるのです。これについてはやらなければならないというか、やるしかないというか、そういうふうなことなのか、政策的に制度上こういうものを誘導していくのが国の方針であってそれに沿っていくであろうという見込みなのか、その辺はいかがでしょうか。

<事務局>

まさにおっしゃるとおりでして、我々も危機感を抱いているところでございます。また地域の実情がございまして、そうは言ってもやはり医療施設で受けなければいけないところもあるとか、あるいは、実は在宅の数の中に、かたち上、有料老人ホームやサ高住も入っているのですが、基本的に医療から介護への流入分なのです。介護は介護で、元々市町村が作っている介護保険事業計画の中でこれだけ整備していくというものがあって、そこに医療からこれだけ流れ込んでいく構図がございまして、これは、整備そのものも市町村さんと県が慎重に検討していかなければならないし、逆に医療の側で見ても、本当に全部介護でいけるのか慎重に計算、検討しなければなりません。これは人の問題もございまして、というふうには認識しているところでございます。ちょっと十分なお答えになっていないのですみません。

<委員>

医療と介護の一体的な体制整備について、これは、たぶん県の方は組織の数のことをおっしゃっているのだろうけれど、実際今の介護施設を見ていると非常に経営的に脆弱であったりですとか、それを医療に入れたくないですけども、そこをクリアしないといくら介護の施設がどれ位必要といってもできないですね。これ、私一人の考えだったら謝りたいと思いますが、何で脆弱だと思いますか。何でかと言いますと、いつも思うのですが、介護要員がどこも足りないからです。介護要員が足りなくて、給与も安い。経費はどこへ消えちゃうのか。医療機関はどこもそうですけど、人材紹介業です。ようやく保険診療点数が何パーセント上がっても、医師を雇うとか、看護師を雇うとか、介護士を雇うとか、それを業者に頼むとそれこそすごい経費です。それを無くすだけだとして、経営としても非常に強くなるのです。これが

私の間違いだったら指摘してください。昔、小泉首相が、聖域なき改革をやった時に医療にも株式会社の参入を認める云々と言って、その時にオリックスの社長さんとか和民の社長さん達が入って、そういう聖域なき改革をやるというのを作って、聖域を壊しているいろいろな所に入り込んだのです。それは産業界としては、あの頃バブルが崩壊して、どこかに新しい産業を作ってやっていきたいということだったのでしょうけど、当時それまで基本的には保険診療であまり多く儲けてはいけませんという枠をはめられていた医療界にそんなものを持ってきたら、大きな企業とどっちが勝つかすぐに分かる問題です。そういう中で、私が知っている病院でレントゲン技師を雇って、それからその経費の支払だけでも毎年ものすごい金額になっている。たぶん、介護の業者も同じだと思うのです。黒岩知事は、先進的な考えを持っていらっしゃるのので政府に是非言っていただきたいのは、医療界に聖域なき改革をすることが本当に医療のためにいいのかどうか。それは医療だけでなく介護の分野もそうですが、その辺をいつも疑問に思っているのです。これは私だけの考えではいけないので、医療機関を経営している先生方はどのように思っているのか、簡単に教えてください。

<委員>

今、看護師でも医師でも人材派遣会社を使うとなると年俸の20~30%はもっていかれるということで、やはり莫大な経費です。人材派遣会社が自分達の中でパーセンテージを決めて、ほとんど一律で、ダンピングを絶対にしないのです。なので、やはり、この間、神奈川県病院協会の会長の受売りの話ですが、やはり、一般的な人材派遣の水準まで最低でも下げることやってほしいと。僕は賛成なので、いい意見をありがとうございました。

<委員>

私どもも、ドクターや看護師の人材派遣を一部使わざるを得ない。その経費が、山下先生がおっしゃるように20%ということで、ドクターになると年俸千何百万円、2千万円に近くの20%をもっていかれるので非常に大きな負担になります。

そもそも、この人材派遣は古い時代からありまして、各商事会社が医療部門を持っていた。医療部門は、オイルショックの後、低成長、衰退産業になり、その商事会社からいわゆる医療のM&Aとかドクターの人材派遣のところへ行ったということで長い歴史を持っているわけです。人材派遣業は、れっきとした職業なのかもしれませんが、そういったところに国として制約はかかってこない。

私どもでは、看護師が自ら病院に応募してくださるので非常にうれしい限りなんですけど、ドクターがなかなか集まらない。医療に関して聖域とは言わないまでも、結局、医療には規制をかけて、医療を取り巻く環境には全然規制がかからない。消費税の問題もそうですが、我々の環境は非常に切実だと思っております。それが少しでも改まるような国の姿になってほしいと思います。

<委員>

歯医者で訪問診療を昔からしているのですが、話題の和民に行く前の所に訪問診療に行って、和民になりました。そうしたら、歯科がやっている場所はどんどん、最初は1階の医療の部屋から上の方の、最後は廊下でやるようになりました。とにかく、診療して書類を置いて帰ってくれと。あるいは、入居者をこちらの方で連れて来て、部屋から廊下に連れて来て、そこでさっと診療して書類だけ置いて帰ってくれと。そこに職員はそばに寄せない。こちらは最初から職員に指導したりしましたが、やはり、嫌われたという経緯がありますし、あるグループ

ホームに行っておりましたが、そのグループホームの先生は、やってられないということで他の特養をやっているところに一切譲渡した。何故かというと人が集まらない。どうして集まらないかといえば、人件費を高くできないから。安くすると優秀な人が集まらないということで大変苦労しているという実態がありますので、小林先生のおっしゃることは、私は直接関係しておりませんが実感していますし、歯科の場面でも同じです。歯科衛生士を探すために1年間に100万円近いお金がかかるけれど、それでもなかなか集まらない日常です。先生のおっしゃるとおりだと思います。

#### <事務局>

小林先生、山下先生、高原先生、近藤先生ありがとうございました。最初に小林先生がおっしゃった小泉政権の株式会社立の病院、これ全国で1箇所しかないのですが、その1箇所が神奈川県内、横浜市内にあります。今も生き残っています。

職業派遣、人材派遣、人材紹介、非常に問題となっていることは重々承知しております。今年4月に法律がやっと改正されまして、ちょっとですが良くなりました。例えば、紹介されて高いマージンを払ったが、直ぐ1年で辞めたということがあったり、あるいは、本人が確信犯で1年で辞めてしまうとか、また次へ行って1、2年で辞めてしまうとか、派遣法の方で3年で戻らなければならないとかございます。その辺が、職業紹介、有料職業紹介の場合には2年間は同じ業者が勧誘してはならないというようにルールが変わりました。それからすぐ辞めてしまった場合に、手数料を返戻する制度を作りなさいまでは行かなかったんですが、作ることが望ましい、ちょっと弱いんですがそういう制度が出来たことは承知しています。

我々も、その辺含めて、それだけではございませんが経営の問題もございまして、介護施設あるいは医療機関が経営が安定するよう県として全力で支援してまいりたいですし、求人に関して4月から県も微々たるものですが、医療機関の求人情報を県のホームページに出ささせていただきました。これは診療所でも病院でも同様に扱っていますので、そういったところも少しずつではありますが、努力していきたいと思っています。

#### <委員>

その県が紹介してくれるものを私達や会員は知らないです。それをもっと公にしてください。医者というものはその日暮らしですから、私は日雇いだと思っている。その日にスタッフがいなくなればやっていけないのです。悪しき例として、県央の先生じゃないのですが、人材派遣を1人入れて試用期間の3か月たったら辞めた。その人だけ辞めるならいいのですが、そこにいたスタッフを1人引っ張って行ってしまった。そのスタッフは3人いたのですが、それで2人減ったらどうなりますか。そういうふうなことをせざるを得ない環境が我々医者、開業医なのです。今、鐘や太鼓を鳴らしても看護師さんは来てくれません。その辺の窮状、私たち医者の力が弱いのか、魅力がないのか。潜在的な看護師さんを掘り起こすなど、何らかの形で5年、10年やっていかないと、病床の問題なんか吹っ飛んでしまうと思います。「人は石垣、人は城」ということがあります。医者の生命線は1人ではやっていけないので、その辺も重々前向きに、検討ではなく実行していただければと思います。

いつも、検討してくださいという言葉聞くのですが、いろいろなことを3年半検討して今までできていますので、是非実行という言葉聞きたいと思います。

#### <委員>

先日、さっき課長がおっしゃった、紹介業者に対してのルールが若干変わりました。それで

以前よりは少しましになったところは、紹介したら2年間は他の所へ転職を勧めてはいけませんよ、というのが1つ。それからもう1つは、その紹介手数料に関してはもともとの原則は半年で10.8%なのです。半年の給料というか支払い額の10.8%若しくは厚労大臣に届け出た率ということなのです。あとは本人に対して祝い金のような形でキックバックをしてはいけないよと。要するに紹介料として病院が業者に100万円支払ったら20万円位を看護師さんに支払う、ということはダメだよと。それから返戻してはダメだよということなどを基本的にはダメですよというようにしてくださいね、としか今のところ言えないので。今医療機関として言えることは、ちょっとこの会社おかしいなとかここ大丈夫かなと思ったら、一応厚労省に届けているか事業所としてちゃんとしているかを確認することができるということです。

他には、そこから立て続けに紹介があるのだけれど必ず3週間で辞める。辞める時は、散々この病院は酷いとか誰々が酷いとか言って辞める。辞める方は辞めるだけですが、病院は人がいなくなって困るし、お金がなくなって困るし、残されたスタッフは精神的に傷つけられて困る。居なくなってしまうのが頻発しているなどさっき言った「これは」といった事象は、とにかく一応厚労省のホームページで届けているまともなところかどうかを確認することが1つです。あまりに酷かったら、厚労省は立ち入りみたいなことをするような取り締まりをするようなことは書いているので、悪質な事例があったら、県の医師会の方に照会していただければと思います。とにかく事例を集積して、これを継続的に県のほうにも言っていきたいし、県の方でもそういう実情を反映していただきたい。

先生方が言った中で例えば、医者に関しては紹介手数料で5年くらい前に日本病院会が調べたもので年間504億円も紹介業者に流れているわけです。要するに診療報酬という国が税金を使って支払われているものが、その紹介会社、何とかヘイゾウさんとかそういう人達が仕切っている業界に504億円です。看護師さんもしかりで、看護師さんの紹介業者はテレビであれだけCMを流せる位潤っている。一時期に比べるとちょっと減ってきたのか、以前は看護師さんの紹介があると業者の人が一緒に来て、面接も立ち会ってくれたのですが、このところ一緒に来る率がかなり減っています。要するに、自分ひとりで面接に行けとなってきています。一番困るのが、これがさらに介護職になってくると、介護は資格がないのです。医者や看護師は、歯科衛生士さんもそうですが、まだ資格という縛りがありますが、介護職員は、介護福祉士という資格がある人だけではなく、普通の人でも介護職員として雇用できますし働けますので、そういう意味では、近所のおばちゃんを連れてきて、頼むから行って、1か月たったら辞めていいよ、と出来ちゃうわけです。そういう意味でいったら、近藤先生がおっしゃったように、経営する方のモラルもどうなのかなというところも多々あります。働く人の中で一生懸命頑張っている人が大多数ですが、一部そういう、要するに介護はおいしいと思っている人たちが紛れ込んでいると、酷い状況になってしまう。

医療の世界から、人材紹介業界と、あとは、IT業界にも相当費用が流れていると思っている。電カルだ、互換性がないだと、更新しなければならぬ。診療報酬改定、介護報酬改定は一種の公共事業だから2年に1回強制的に我々はバージョンアップさせられる。windowsが変わると更新。そこに診療報酬からお金が流れているということですね。以上です。脱線してごめんなさい。

<会長>

ありがとうございました。他に意見はございますか。

お聞きしたいのですが、4ページの県央地域の調整状況の中の平成28年度病床機能報告における退棟先の比率が出ています。これは、その時は退棟先で、それから先は動いたりする

不確定な部分が介護にはすごく多いですが、それがこれで使われていいのかなと思うのです。それと、介護施設とか有料老人ホームとか、厚木は割と環境が良く住みやすいので他から来たりするという状況もあった場合、いろいろな要素が入ってきてしまう部分が非常にあると思うのです。その中でもなるべく地域の実情に合わせ、地域の実情を把握してということが必要となってくると思うのですけれども、その辺についてどうお考えでしょうか。

#### <事務局>

ありがとうございます。馬嶋先生がおっしゃるように、退棟、退院した時に、極端に言うと例えば、その時在宅にいたけど直ぐに特養に入ってしまうとか、そういうことですね。例えばそういうこともあるだろうと。確かにおっしゃるとおりです。ですので、ここは一定のルールに従って、現状の退棟した時のデータを基に按分しているだけです。ここも少し、地域の実情に合わせて精査は必要と思っています。それが1つです。

それから、2つ目にまさにおっしゃるとおりですが、流入、流出の話がございます。例えば、これも皆様の肌感覚でお聞きしたいのですが、例えば医療では県央地域では流出が多い。これはデータで分かっている。例えば、介護ではどうなのかと。もしかしたら流入、例えば横浜では急性期で入院していて、退棟するときに、回復期、特養とかにたまたま厚木の特養に入るなんていう例が結構多いのかもしれない。その辺りも勘案しながらやっていかなければならないと思っています。ただ、5年先、10年先のことをなかなか精緻に予測することが難しい中で、これは毎年なのか数年に1度か見直しをしながらやっていかなければならないと考えているところでございます。

#### <会長>

今の現状だと、それを全てどこからという把握ができないのが現状です。それぞれ市町村もそこまで把握はできていないのです。

#### <委員>

この数字、在宅医療等対応可能数(D)というのは、今現在、例えば今日は療養病床に入っている人なのです。だから在宅医療対応しなければならない人は、従来から既に対応されている人に加えて、この587人とあとは高齢者増加分があるのです。単純に人口が増加してくる分があるので、おそらく全国で在宅医療対応可能数で30万人出すと言っているのと、高齢者の自然人口増分で100万人、全部で130万人増える。今までより在宅医療のニーズが出てくるというので何となく按分してみると、この県央でも2,500人位になると思う。そのうち、ある意味このDに関しては、本当に果たして療養病床から出てくるか分からないという部分、というか出せるかどうか正直分からない。何故かというと、医療区分1の患者さんの70%が在宅等で対応可能と国は言ってますけれども県の病院協会がやった調査だと30%です。そうするとこのDに関してはちょっと少ないかもしれない、ということが1つ。

あとは、按分しているものは療養病床から退院した患者さんの出先なのですが、それは要するに現時点での療養病床からの退院先の比率です。どちらかと言うと現在退院できる人は自宅に帰れる環境にある人なので、比率でいうと4対1。だから実際、Dの人達を本当に出していくとどうなるかということですけど、県の病院協会の調査でやった時は、自宅に帰れるだろうといった人が5%で、施設だったら大丈夫だろうという人が28%でした。ここには在宅とか有料とかサ高住が入っているの少しニュアンスが違うので必ずしもイコールとは言えないのですけれども、やはりDの人達に関して、退院先が施設になる方の比率が高くなるのかなと

いう気がします。これは、幸いにも家に帰れる人達の数字なので、そういう意味で言うと見込みは当然ずれてくると思います。

<委員>

今の4ページのところで、療養病床からの退院という形で平成28年度は在宅に80%、介護施設に19%ということですが、例えば私どもが急性期をやっていて、なかなか療養病床にも空きがなくて入れなくて、老健とか特養にもなかなか入れない。そういう状態の入院患者さんが、在宅医療が80%できて介護施設が20%という数値は、一般病床や急性期の病床から見た場合には、ちょっとありえない数字かなというのが現実なのです。実際問題これが、本当に在宅医療の数は80%できますとか、介護施設20%引き受けていますとか、この数値で言い切れるものなのですか。イメージとしては、数値が全然違うような気がします。在宅で見る、在宅又は介護施設で見るという数値自体がもっと違う数というか、こんな数値ではない感じがしますが。

<高齢福祉課>

あくまで実績としてあるものというところで拾ったものがこの比率になったということです。療養病床から退棟した方の比率で見た時に実績としてデータ持っているものとしては。

<委員>

それは分かりましたけど、療養病床だけでこういう数値を出していますが、急性期もある。例えば、同じように肺炎でも、救急車で来る高齢者はなかなか帰れない場合もあります。療養病床自体がある程度落ち着いて、もしかしたら看取りをやってくれる療養病床があるとは思いますが、先程おっしゃっていたように少し安定した人達が入る割合もあるのかなと。そこで、ちょっと考えてから家に帰りますか、特養や老健など空いているところがあれば行きますか、在宅がダメならばサ高住とか老人ホームに行きますかと、いろいろあると思いますが、急性期から出す場合、かなり療養病床を通さないで直接帰す場合が多いので、在宅医療がこれだけの数あって、介護施設がこれだけのパーセンテージというのはイメージ的に変な感じがするのですけれども。

<事務局>

山下先生ありがとうございます。その通りなのです。実は療養病床の話だけしているのですが、これは理由があって、国が、先程の基準病床の話に戻るのですが、基準病床から機械的に医療区分1の7割の人を引いてくれとなっている。でも、小松先生がおっしゃたように県で調査したら、そんなに帰れないのです。3割くらいしかいないのです。この比率は小松先生がおっしゃった、割と元気な人達に聞くと在宅が多いよねということでこうなるのですが、多分ここは違うと思います。つまり、療養から在宅でも施設でもいいのですが、療養から出る人はそこまでいないだろうと。逆に、今、考えていないけれど、急性期、高度急性期から直接、回復期や療養へ行かないで施設に行く方もいるだろう。数えていないですけど、つまり、「行って、来い」のところなのです。ですので、医療計画の中で基準病床数から機械的のがばっと引けという数字があって、それがこの70%の話なのです。70%の行先を考えるという中でこの話になっているのですけど、現実、この介護との連携の中でどういう施設整備をしていくか、あるいはどういう在宅をしていくか、まさに先生がおっしゃったように、例えば急性期からこの位来るのでは、逆に療養からはこんなに来ないのでは、ということの中で、もう少し

作業を詰めなければならないというところです。

<委員>

ちょっと追加です。今の表の2ページのグラフがありますよね。山下先生がおっしゃる感覚はその療養に転出された患者さんではなく、自分のところから出てくる患者さんの中でいうと勿論、自宅に退院する人が圧倒的に多いじゃないですか。自宅退院という人が一般的には多いですよ。恐らく1割、2割は自宅に帰れない人がいると。帰れない人達の比率で見るともっと、施設の方が圧倒的に多いですよ、ということなのだと思います。そこで、一番この表を見ると、C3未満というのが一番上にありますよね。C3未満は何かということになると、地域医療構想の時に点数で1日の治療で3,000点以上は高度で、急性期と回復期で2,000点引いて一番下が225点、225点から上は回復期というふうに、上の3つは分かれていて、その225点以下の人たちは、C3未満という人達なんですよ。だから、その人達は全部外来で通院できるという見込みをしているわけです。それってものすごく嘘ですよ、はっきり言って。実際C3未満のこれを見ると、この数はDの数の幅と同じ位あるわけですからある意味、一般病床を減らしたいので、C3未満の人達のほとんどは確かに自宅に帰れるし、通院しているというデータで8割はと言っていたような気がしますが、一般病床ですから療養病床の3倍位のボリュームがあって、C3未満は全部外来で通院すると見込むという、実はこのところの方がものすごく確信犯的、そうするとここはどこでもカバーしないということじゃないですか。外来で通院できるでしょ。外来通院により対応することとされたというこの部分に、実際は施設に入所される方の数が隠れていると思う。

<会長>

ありがとうございます。他にご意見はございますでしょうか。

<委員>

資料4を見たのですが、私が確認したところでは、資料2 2、6ページ以降の試算での数字、在宅医療等対応可能数は資料4の4ページの表の合計となっているようです。ただ、基準病床数は人口は2016年を基本としていて、基準病床数を少なくさせる要因である在宅医療等対応可能数の時点が異なっているので計算自体に矛盾があるように思いますが、いかがでしょうか。

<事務局>

お答えします。元々の入院患者数の推計は、確かに人口をどの時点にするかで変わります。けれども、その在宅医療等対応可能数というのが、国から今の人口ベースの数字が機械的に出てきて、それを引くことになっています。ですので、確かにお考えは分かります。人口を増やせば、その在宅医療等対応可能数が増えるのではないかということですよ。そこは、国が機械的に今の人口ベースの在宅医療等対応可能数でよいということで、あえて今の人口ベースで使っていることをご理解いただければと思います。

<委員>

いずれにしても、私だけの思いかもしれませんが、県央地区は元々医療資源が少なく、流出超過の地域であるわけです。2025年に向かって病床が不足することは明らかだと思うので、基準病床を決める場合はその点についてもご配慮いただければと思います。

<会長>

他に何かございますでしょうか。  
よろしいでしょうか。それでは、次に進みます。

<会長>

議題(4) 地域医療介護総合確保基金について、事務局から説明をお願いします。

資料説明（事務局）

- ・資料5 - 1 地域医療介護総合確保基金について
- ・資料5 - 2 医療介護総合確保促進法に基づく平成29年度神奈川県計画（案）の策定について（医療分）
- ・資料5 - 3 医療介護総合確保促進法に基づく神奈川県計画(H29年度分)医療分事業一覧

<会長>

ありがとうございました。ただいまの説明について、ご意見、ご質問はございますでしょうか。

（質問、意見なし）

<会長>

よろしいでしょうか。それでは、次に進みます。

<会長>

議題(5) 神奈川県地域医療構想の県央構想区域の見直し（案）について、事務局から説明をお願いします。

資料説明（事務局）

- ・資料6 神奈川県地域医療構想の県央構想区域の見直し（案）について

<会長>

ありがとうございます。前回の会議で事務局から、地域医療構想はデータ部分の年度更新を行わず、海老名総合病院の3次救急になった部分についての修正をしたいという説明があり、今、その点の修正についての説明がありましたが、他に何かご意見はございますでしょうか。よろしいですか。

それでは、資料6により12月に開催予定の神奈川県保健医療計画推進会議に諮ることとしてよろしいでしょうか。

（異議なし）

<会長>

ありがとうございます。

<会長>

その他、何かご意見はございますでしょうか。

<委員>

この間、県央地区の病院の先生達が集まって意見交換会を行いました。その際に、各病院にアンケートが出されていて、今、現状は何をしているのかということと、2025年に向けて個々の病院が一体何に向かって考えているのか、病床をどうするのかというようなアンケートがあったと思うのですが、アンケートの取扱いとか今後それを使って県又は県央地区で何かアクションを起こすようなことはあるのでしょうか。あれは単なるアンケートだけだったのでしょうか。

<事務局>

アンケートは個々の病院が具体的に今後どうしていくかというところがあるので、この会議で個別の病院の名前を出してということはお示し出来ないのですが、全部の病院からアンケートがきていない部分もございますので、中身を整理して今後、医療計画が決まって基準病床も決まっていう中で、具体的に今年度以降、病院の連携ですとか、そういったことを議論していくのにワーキンググループというお話もございましたが、そういう際に活用できるように事務局で整理しておりますので、もう少しお時間をいただければと思います。

<会長>

他にはよろしいでしょうか。

では、進行を事務局にお返しします。

<事務局>

馬嶋会長、どうもありがとうございました。

それでは、以上をもちまして、県央地区保健医療福祉推進会議は終了といたします。

次回の推進会議は12月もしくは1月にここ大和センター講堂で開催する予定です。

日程が決まりましたら開催通知を送付いたしますので、よろしく願います。

皆様、本日は、お忙しい中ご出席いただき、大変ありがとうございました。

(以上)