

平成29年度第3回
神奈川県保健医療計画推進会議

平成29年9月14日（木）
神奈川県総合医療会館1階AB会議室

開 会

(事務局)

それでは定刻より少し早い時間でございますけれども、皆さんおそろいでございますので始めさせていただきますのでよろしいでしょうか。

ただいまから平成29年度第3回神奈川県保健医療計画推進会議、開催をさせていただきます。私は神奈川県の医療課長でございます足立原でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

改めまして、本日は大変お忙しい中、またお忙しい時間にもかかわらずお集まりをいただきまして、まことにありがとうございます。心より御礼申し上げます。

初めに委員の皆様のご紹介でございますが、恐縮ですがお手元の委員名簿及び座席表にてご紹介にかえさせていただきます。本日お2人、代理出席の方がいらっしゃいますので、そのお2方のみご紹介をさせていただきます。まず、神奈川県精神科病院協会の竹内委員の代理としてご出席の大野様でございます。

(大野代理)

よろしくお願いいたします。

(事務局)

続きまして、川崎市健康福祉局の廣政委員の代理としてご出席の川島様でございます。

(川島代理)

よろしくお願いいたします。

(事務局)

それから神奈川県都市衛生行政協議会の神名部委員、そして神奈川県町村保健衛生連絡協議会の野崎委員、こちらはご欠席ということでご連絡をいただいております。

次に会議の公開について、念のため確認をさせていただきます。本日の会議につきましては原則として公開とさせていただきます。また、開催予定を周知いたしましたところ、現時点で傍聴の方が2名いらっしゃっております。ご承知おきいただきますようよろしくお願いいたします。なお、この会議の審議速報、そして会議記録でございますけれども、これまで同様に発言者の氏名を記載させていただいた上で公開をさせていただきますので、ご承知おきいただきますようよろしくお願いいたします。

私からは最後でございますが、本日の資料でございますが、大変多く恐縮でございますがお手元でございます。また次第の中に資料の一覧というのがございます。もし足りない資料等ございましたら途中でもお近くのスタッフのほうまでお声かけいただきますようよろしくお願いいたします。

それではここから議事進行に移らせていただきます。議事は要綱によりまして本会議の

会長をお願いしております県医師会副会長の澤井先生をお願いしたいと思います。澤井会長、よろしくどうぞお願いいたします。

(澤井会長)

皆さんこんばんは。澤井でございます。円滑な議事進行に努めてまいりたいと思いますので、どうぞ皆様のご協力をよろしくお願い申し上げます。早速議事に入らせていただきます。

報 告

- (1) 第1回地域医療構想調整会議結果概要
- (2) 疾病別医療連携検討部会での検討状況について

(澤井会長)

まず報告事項です。(1) 第1回地域医療構想調整会議結果概要と(2) 疾病別医療連携検討部会での検討状況についてということで、あわせて事務局からご説明をお願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

(澤井会長)

ありがとうございました。ただいまの説明について、何かご質問・ご意見ございますか。よろしいですか。では、これは報告ですので、次に進ませていただきます。

議 題

- (1) 平成29年度の病床整備に関する事前協議について

(澤井会長)

議題に入ります。まず(1) 平成29年度の病床整備に関する事前協議についてということで、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

(澤井会長)

ありがとうございました。何かご質問・ご意見ございますか。

僕のほうから1つ。別紙のところですが、平成29年度の病床整備で、もう9月下旬から12月上旬にいろいろ申し出を受け付けするというスケジュールにしては、県央二次

医療圏は次年度以降の一般論が書いてあるみたいで、だから現在はどうなのということではなくていいのですか。

(事務局)

県央地区の会議でこういった定めをしておりますけれども、具体的に申し上げますと、現に不足し、将来不足することが見込まれる機能の病床としましては、回復期・慢性期・高度急性期が県央としては該当します。その中で、それを募集対象としていくということでご理解いただければと思っております。

(澤井会長)

ちょっと総論的に過ぎると思ったので聞いただけです。

ほかに皆様ご意見ございませんか。それではないようでございますので、一応これは議題ですので、この内容でご承認いただける方、挙手をお願いいたします。

(挙手)

(澤井会長)

ありがとうございます。挙手多数ということで、この内容で事務局は作業を進めてください。

(2) 地域医療介護総合確保基金の都道府県計画について(平成29年度計画(案)及び平成30年度計画策定に向けた提案募集結果)

(澤井会長)

では、引き続き議題2に移ります。地域医療介護総合確保基金の都道府県計画について、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

(澤井会長)

ありがとうございました。ただいまの事務局のご説明に対していかがでしょうか。ご質問・ご意見ございませんか。

(鴨志田委員)

歯科医師会の鴨志田です。資料5-4について教えていただきたいのですが、区分の分け方が区分1、区分2、区分3、それぞれあるのですが、区分1の病床機能の分化・連携という中の中身を見ますと、今まで病床機能の分化・連携に入っていないような事業が入っているように私は感じたのですが、この区分の仕方については何か考え方が変わったか、そういうことがあるのかどうか、事務局の考えを聞きたいのですが。

(事務局)

区分1の病床機能の分化・連携なのですけれども、いわゆるハード整備的なものに加え、

病床機能の分化・連携に資する人材育成も含めるというのが基本的な考え方でございます。もしかしたらこれまで人材育成の関係ですとか、区分3の医療従事者の確保・育成のほうに位置づけられていたような性格のものが、今回区分1になっているものが幾つかございますが、これはご承知のとおり、今、国のほうで区分1のほうに重点配分をしていって、区分2・3を厳しく絞っていくような動きがございます。それに対してはそもそもおかしいじゃないかという意見は出ささせていただいておりますが、なかなか変わってこないのが現実でございます。ですので、もう1つの対応策といたしまして、人材育成に関するものであっても病床機能の分化・連携に資するようなものであれば、なるべく区分1に位置づけをして実施できるようにしていきたいと考えておまして、今回位置づけが若干変わっているように見えるものが幾つかあるかと思えます。

(鴨志田委員)

そうすると、今は県のほうの、厚労省の区分に対する対策的な感じを認識したのですが、厚労省のほうでそういうふうにしるとか、今度はこういうルールでいくぞという話ではないのですね。

(事務局)

厚労省の基本的な考え方は変わってはおりませんが、恐らく県がこうした考え方もって、病床機能の分化・連携に資する人材育成を区分1でやっていきますということに対してはご理解をいただいております。

(鴨志田委員)

そうすると、最初に提案募集をしたときに、区分1・2・3というふうなことを入れた提案募集をしたのではなかったでしたか。提案募集のときは区分については入っていませんでしたか。

(事務局)

区分につきましては皆様に、こういうものが基金の対象ですよということで区分1・2・3はご説明をしておりますが、提案いただく際には区分1です、2です、ということはいいただいております。

(鴨志田委員)

わかりました。

(澤井会長)

我々も区分1に行き過ぎということで、少し知恵を絞っていただいたのならいい方向かなと思っていますけど。ほかにいかがでしょうか。

(池上委員)

資料5-3の事後評価についてであります。目標と達成状況が著しく乖離している幾つかのところがあまして、それに対しても改善の方向性としては、特にそれについて抜本的に見直すというような書きぶりになっていないので、この点はいかがでしょう。例

えば精神科医療強化事業とか、あるいは在宅医療施策推進事業などについて、実績が大きく乖離しているように見受けられますけれども、従来どおりの対策でよろしいのでしょうか。

(事務局)

県としましては目指すべき目標に対してなるべく進捗をさせていくということで、これまでどおりやるというよりは、事業の進め方を工夫していった目標の達成に近づけていきたいというふうに考えております。

(池上委員)

私がお聞きしたのは、抜本的に見直しする必要があるのではないのでしょうか。これまでの努力の仕方では達成が今後とも困難だと思いましたので申し上げた次第です。特にないのであれば結構です。

(事務局)

今、改善の方向性としては、基本的に従来事業を一生懸命やっていますよというような説明が多いかとは思いますが、例えば新しく、資料5-4でご説明したような新規事業のご提案なども参考にして、新たな取り組みをしていかなければならないのではないかと、それはもちろん検討してまいりたいと思っております。

(澤井会長)

ありがとうございました。1つ確認なのですが、資料5-1で内示額は、相変わらず事業区分1が満額で内示され、あとは削られたけれども、削られたのは執行残額があるからそれに対応するという理解なのですけれども、ちなみに事業区分1は毎年もらっていて、執行残額はないのですか。

(事務局)

事業区分1につきましても執行残額はございます。今回国の内示に当たっては、国のほうも恐らく枠にかなり余裕があったのだろうということで、要望額に対して満額内示が来ております。

(澤井会長)

では、相変わらず区分1だけは満額優遇ということですね。わかりました。ほかにはございませんか。

(矢野委員)

基本的なことなのですが、資料の5-4に関しまして2点質問があります。1点は、これはいわゆる提案募集ということで1カ月10日にわたりまして実施されたということなのですが、申しわけなくて私が知らないことだと思うのですけれども、どこに向けての提案募集、要するに募集先がどこだったかということをお教えいただきたいことと、平成30年度に向けては111件の提案があったということですが、わからない中での質問で申しわけないのですが、毎年こういった形の中で行われているのでしょうか。それであった

としたら、ことしの111という提案が多いか少ないかもよくわからないので、例えば前年度はどうだったのかとかいうことも教えていただけたら。本当に素人の質問で申しわけありませんが、よろしくお願いします。

(事務局)

まず提案募集は県のホームページで広く県民の皆様からご意見をいただいております。提案の件数なのですけれども、今、昨年度の数を持ち合わせてはおりませんが、111件というのは昨年度より多い、ふえている状況でございます。

(矢野委員)

わかりました。ありがとうございます。

(澤井会長)

ほかにいかがでしょう。どうぞ。

(河原委員)

資料5-3の評価のところ、次期医療計画でも評価は非常に重要だと位置づけられていると思うのですが、どうもこの3つの枠の流れですか、施策・項目があって、目標、達成状況、改善の方向性とありますが、例えば4ページの下の方の「看護職員等の確保及び質の向上」、質の向上と書いてあるのですが、目標のところは研修会の開催回数とか参加者数を指標にしているのですが、それが右の欄で達成状況となっているわけですけれども、そして改善の方向性と。だから、例えば研修会などを開催して、参加者がどういうふうに質が向上されたかとか、そういうのを本来は知るべきじゃないかなと思うのです。開催回数とか参加者というのは、言うなれば簡単に達成される指標です。ですから、全体に左から右に行く流れがわかりにくいわけですので、今後やはり評価に関してはもうちょっと体系的に、論理的に説明がつくようにし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。ご指摘されているところはごもっともなところだと思います。なかなか、いわゆるアウトプット指標ばかりでアウトカムがないというご指摘だと思いますが、アウトカムの設定もなかなか苦慮しているところではございます。ただ、次期の保健医療計画の策定に当たりまして、また目標を見直していく必要がございますので、ご意見も参考にしながら検討してまいりたいと思います。

(澤井会長)

ほかはいかがですか。

(水野委員)

横浜市の水野です。ちょっと確認というか、教えていただきたいのですけれども、5-1の最初のページで内示額がここに出ていて、先ほど出たように区分1に関しては満額、区分2・3については云々とありましたけれども、実質的に区分2・3では余っているから減らされたのか。あともう1つは、これもよく考えると病床の機能分化・連携するため

には在宅医療を推進しなければいけないし、そのためには医療従事者も確保しなければいけないと、全部うまくいかなければうまくいかないわけです。そういう中で、例えば区分2の事業をやろうと思って、もし満額や何かになってしまった場合には、区分1のほうから持ってきてしまうというようなことは県の裁量の中でできるのでしょうか。今、実際いっぱいになっているのかどうかわかりませんが、いろいろな事業を、区分1・2・3はお互いにそれをやっていかなかったら絶対にうまくいかない関係にあるので、その区分区分でやられてしまって、もし事業いっぱいとか、あるいはだめということになったら問題があると思うので教えていただきたいと思います。

(事務局)

まず、今ご意見をいただいたとおり、病床の機能分化・連携を進めていくためには在宅医療も進めなければいけないし、人材確保も重要だ、もうおっしゃるとおりです。我々、正直言って国に対してそれを県としても訴えてはいるところですが、なかなか変わってくれないのが実情です。ご質問なのですけれども、2の内示額についてという表の下に丸で説明書きが4つございます。その下から2つ目でございますとおり、ご指摘のとおり区分2と3につきましては国のほうでも神奈川県が執行残を生じさせていることを把握しておりまして、その分が差っ引かれて内示されておりますので、希望どおりの事業はできるように内示がされています。そして、もう1つの下の丸、国は事業区分間の額の調整を不可としておりますので、ご意見いただいたような融通はできない状況になっております。

(水野委員)

残念ですね。国は現場を知ってもらわないと困ると思うので、その辺は県のほうからぜひとも強い要望をしていただきたいと思います。

(事務局)

我々も一生懸命訴えているのですけれども、ぜひ先生方からも訴えていただければありがたいと思います。

(澤井会長)

神奈川県医師会としても、今言われたようなことはここ3年くらい県にずっと要求して、県もいろいろそれなりに頑張ってくれているみたいなのですが、なかなか国は「うん」と言わないのです。また引き続き、県医師会としても努力していきたいと思います。

ほかにかがでしよう。よろしいですか。それでは(2)の都道府県計画についてご承認いただける方、挙手を願います。

(挙手)

(澤井会長)

ありがとうございます。挙手多数ということで、よろしく願いいたします。

(3) 国庫補助金等における事業計画の事後的評価について

(澤井会長)

それでは(3)国庫補助金等における事業計画の事後的評価についてということです。事務局、説明をお願いします。

(事務局)

(説明省略)

(澤井会長)

おわかりになったでしょうか。何かご質問・ご意見ございますか。

(水野委員)

横浜に関する事なので聞いてみたいと思うのですが、休日急患診療所の建てかえ事業、平成28年度は港北区があつて、今度磯子区になっているのですけれども、今までよりも県や国の補助が少なくなっているような気がするのです。それは何を基準にしてそういうふうになってしまっているのでしょうか。というのは、今まで既に昭和56年くらいから休日診療所ができて、老朽化して、老朽化したところはどんどん建てかわっていると。ここにありますように、平成25年度旭、平成26年度青葉、平成27年度戸塚と、平成24年度は鶴見でしたか、全部建てかえるごとにやはり休日急患診療所に休日や何かに来る患者さんが多くなっているのです。それだけ需要があつて、市民・県民のためになっているところなのですが、非常に各医師会、資金繰りに困ってつくってやっているのですが、どうしてだんだんと減っていつてしまうのか。その辺がちょっとわからないなと思うのですけれども。

(事務局)

国が確保する予算規模が一番影響しているのだと思います。先ほど国の内示、調整率がありますというお話をさせていただきましたが、国の交付基準に基づき交付単価に従って予算を計上の上国に計画を申請しているものの、実質的に国が確保する予算額の範囲内で配分することになるため、全国での国への申請額が多くなれば、結果として各事業への配分を縮減せざるを得ない状況であり、年度により国内示額が低くなるというのが実態でございます。

(澤井会長)

よろしいですか。

(水野委員)

個別にといいますか、重要度によって県の中でも救急医療事業の進捗状態とか、重要度によってランクがあるかもわからないですが、個別に県から国のほうに要望するということはあるのですか。

(事務局)

国への要望ということで、施設整備ですとか、施設整備以外でも運営費等の事業、例え

ば救急の事業ですとか運営費のほうの事業もありますから、こちらのほうも宿命的に、全国的にやはりどんどん医療提供体制がよくなってくれば、それだけ補助の対象、すそ野が広がってってしまうので、それを結果、均等に配分していかざるを得ないという状況があります。ですので、そういったことについて国への要望という形で十分な財源措置がしていただけるようにというのは、提案はさせていただいているのですけれども、なかなかままならないというのが現状です。

(澤井会長)

よろしいですか。ほかにかがですか。それではないようでございますので、この内容を承認してよろしいかどうか、よろしいと思われる方は挙手を願います。

(挙手)

(澤井会長)

ありがとうございます。挙手多数。では事務局はまたこの内容で作業を進めてください。

(4) 第6次保健医療計画の進捗状況の評価について

(澤井会長)

続きまして(4)です。第6次保健医療計画の進捗状況の評価についてということで、事務局から説明をお願いします。

(事務局)

(説明省略)

(澤井会長)

ありがとうございました。ただいまの事務局のご説明に対していかがでしょうか。評価のところでもた何かご意見ありますか、委員の先生方。どうぞ。

(吉原委員)

1点だけ質問なのですけれども、資料の7-3で、平成28年度の総合評価がA・B・Cということで並んでいるのですけれども、昨年度と比べてよくなった項目が何項目あって、昨年度と比べて悪くなった項目が何項目あるかというようなことを教えていただければと思うのですが。

(事務局)

申しわけありません。昨年度の評価を今手元に持ち合わせておりませんので、何項目がということは申し上げられないのですが、私が今記憶している限りですと、今回C評価になった項目が5項目ございます。たしか昨年度は、基本的に全部Bだったのです。この会議で、たしかそれはちょっとおかしいのではないかというご意見をいただいて、評価の仕方を若干見直しまして、最終的にはCが3つくらいになったかと思います。さらに今年

度はCが5つということで、C評価のものは若干ふえていると記憶をしております。

(澤井会長)

ほかにはいかがでしょう。

(河原委員)

資料7-2なのですが、例えば1番に総合的な救急医療、重症以上傷病者の搬送において云々とありますけれども、例えばほかにも応需率とか、いろいろ指標が考えられると思います。それから次の2のところの救命救急センターを設置している二次保健医療圏の数、これ策定時10で、達成目安10、目標はあと1カ所ですか。こういうほぼ達成できるようなものは省いてもいいのではないですか。

それから、4番目の精神科救急、身体合併症対応施設とありますが、これは施設、目標6施設ですが、例えば身体合併症対応というのは県内の6施設で本当に足りるのですか。あと、いっぱい気づくところがありまして、例えば特定健診の参酌標準を引用したり、いろいろありますが、さっきも指摘させていただきましたけれども、目標と達成状況と施策の方向性というのがもうひとつ私はわからないのですけれども。これは感想です。

(事務局)

ありがとうございます。目標の設定の仕方については毎年ご意見をいただいておりますし、なかなか我々もまずどういう指標をとることがいいのか、さらにその指標でどういう数値を目標として設定すべきかというのは悩みながらやってきているところでございます。今挙げているものは、既に平成25年度に決めてしまったもので、それに対してどう進捗しているかということをはかっておりますが、これからご議論いただきます次の計画の改定でまた新たに目標を設定してまいりますので、そちらのほうでもぜひ、こういう目標が適切なのではないかとといったようなご意見をいただければと思います。

(澤井会長)

よろしいですか。ほかにはいかがでしょう。

(池上委員)

資料相互の関係がよくわからないので教えていただきたいのですが、資料7-2の11番目に在宅医療、在宅看取りを実施している診療所数として、達成率が204%になっています。それを踏まえて資料7-3で、第7章の第6節に終末期医療の平成28年度総合評価がCとなっておりまして、それについての説明があるのですけれども、これは違ったものを見ているわけですか。

(事務局)

まず評価なのですが、資料7-2にございます目標値達成状況一覧を用いております項目は、資料7-3で言いますと第1章と第2章の、いわゆる5事業5疾病になります。今先生がご指摘くださった11番の在宅看取りを実施している診療所数というのは、資料7-3で言いますと、第1章の第6節の在宅医療の評価の指標として用いております。

さらにこの評価も目標の達成状況のみをもって最終的な評価とするのではなく、例えばこの目標値以外の社会的指標であったり、あとは事業の進捗状況といったものを総合的に勘案して、最終的にBという評価をつけさせていただいております。

(池上委員)

それでは確認ですけれども、7-3の終末期医療というのはどういう指標を用いているか、それが無いとどういう評価がなされたかがわかりませんので、その説明資料はあるのですか。

(事務局)

参考資料2-1をごらんいただきたいのですが、終末期医療がすぐ出てこないのですが、113ページをお開きください。まず終末期医療につきましては目標値を設定はしておりませんが、項目としては2つ、在宅での看取りということと、本人の意思を尊重した延命治療という項目で課題施策を記載しておりまして、それに対して事業の進捗状況はそれぞれ在宅での看取りがB、本人の意思を尊重した延命治療がCとなっております。さらに参考とした指標につきましては、先ほどの目標値になっていた在宅看取りを実施している診療所の数ですとか、病院数を参考指標としておりまして、これらの参考指標の推移の状況、それから事業の進捗状況、B・Cというところから、総合評価Cというふうにしております。

(池上委員)

ありがとうございました。もしこれ一覧表に記す場合には、どの資料の何ページを参照するという欄があるとわかりやすいと思いますので、今後ご検討いただければと存じます。

(澤井会長)

そうですね。よろしく願います。ほかにいかがでしょう。

(古座野委員)

策定時の目標値が40.3、特定健康診査の実施率が48.6というような形で高くなっておりますこと、いいことだと思っております。特に来年の4月から国民健康保険が都道府県が実施主体になるというふうに神奈川県新聞の8月27日付で全国のことでも載っておりますのですが、国がどのくらいお金を出してくれるのかというのは不透明であるようです。話の中には特にこの特定健康診査なり、ジェネリック薬品の普及率等が都道府県を通してになるのだと思いますけれども、市町村に交付金として交付されるというふうなことにもなるのだらうと思っておりますけれども、特に神奈川県を通して市町村にこの特定健康診査なり、ジェネリック薬品の普及等について一層の啓発なり指導を検討していただくよう要望をさせていただきたいと思っております。お答えは結構でございます。

(澤井会長)

要望ということですが、よろしいですか。ありがとうございました。ほかにいかがでしょうか。それではほかにはないようでございますので、この第6次保健医療計画の進捗

状況の評価についてもこの内容で承認いただける方、挙手をお願いいたします。

(挙手)

(澤井会長)

ありがとうございます。挙手多数です。それでは事務局はこの内容で作業を進めてください。

(5) 第7次保健医療計画素案たたき台（基準病床数含む）について

(澤井会長)

続きまして(5)第7次保健医療計画素案たたき台（基準病床数含む）ということについて、事務局説明をお願いします。

(事務局)

(説明省略)

(澤井会長)

追加説明ですか。

(事務局)

1点補足の説明をさせていただきます。ただいま資料8-1から8-3でご説明をしました医療計画の改定につきましては協議事項となっておりますが、本日何かを決定するというものではございませんで、来年の3月の計画改定に向けて引き続きご検討をお願いする予定でございます。先ほど来、評価の指標についてご意見をいただいておりますが、本日の資料ではまだ新しい評価の指標についてご提示できておりません。ただこれは11月と12月、また第4回・第5回とこの推進会議を開催させていただきますが、その際には評価の指標についても事務局案を提出させていただく予定でございますので申し添えます。

(澤井会長)

ありがとうございました。

(窪倉委員)

基準病床の話は後でいっぱい出てくると思いますので、その前にたたき台の中身についてちょっと意見をしたいところがあります。これからさまざまなレベルで議論はされるのだろうと思うのですが、ここでも一言言っておきたいと思います。たたき台の概要説明をいただきまして、改定のポイントが説明されました。その(3)に疾病・事業横断的な医療提供体制を構築するため、記載を充実させた項目があるということで、ウに救急医療と在宅医療がございます。この救急医療・在宅医療について、ちょっと意見をしたいというふうに思います。該当するページを見ていきますと、11ページから救急医療のことが書いてあります。ここで高齢者が大変ふえていて、高齢者救急が非常に大きなテーマになっているということがさまざまな課題のところでも分析のところでも施策のところでも

述べられているわけですが、17ページに進んでいただきまして、この点について施策をどうするかということが（6）、16ページから17ページに続いて書かれています。ここでいろいろ救急委員会などでも出ていたわけですが、高齢者の救急をどうするかというのが非常に大きな問題になっていて、いわゆる地域包括ケア時代の救急医療をどうするかということなのです。さまざまご苦労がうかがわれて、二次救急を強化しなければいけないというような記載があったり、あるいは3行目に「在宅急病時の入院受入れ機能を担う回復期病床等への転換を促進し」と書かれていて、この回復期病床等という記載が正しいかどうか、適切かどうかということでもちょっと検討いただきたいと思いますが、地域包括ケア病棟を考えているのであれば一部当たっていますけれども、それは一部です。急性期病床にも大いに行きますし、これから慢性期でも受けようなどという話もあるわけなので、ちょっとここをご検討いただきたいのですが、それは枝葉の話です。

私が言いたいのは、高齢者の救急の患者さんを大きく分けると、自分で外来通院などができていた元気な患者さんが急に倒れて救急になる場合と、在宅療養を既に行っている高齢者が救急医療にお世話になる、急変するという場合と2つあると思うのです。ここをよく切り分ければ、高齢者救急の問題が少し解決していくのではないかとこの視点がぜひ欲しいなというふうに思うのです。それは救急の委員会などでも私は言っているのですが、なかなか伝わりにくいところのようです。具体的に言いますと、今在宅療養を推進する場合に在宅医が非常に困るのがバックベッドの問題なのです。急変したときに24時間対応はしますけれども、入院が必要だとなったときに安心して送れるベッドがどこにあるのかということが非常に大きな課題になっていて、なかなか在宅医療が進まないという側面がございます。その問題を解決するために在宅医療を後方支援する病院の位置づけが診療報酬上でも認められているわけです。ところが記載の上ではなかなかどこにも出てこないのです。その問題をここでご指摘させていただいて、在宅医療の記載にはどうなっているかということ、47ページを見ていただくとそれが書かれていますけれども、46ページからが在宅医療です。在宅医療の課題の（1）のウに急変時の対応というところがございますけれども、ここでも「入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携」という記載はあるのですが、在宅療養・後方支援病院の推進の視点はないわけです。

そこで提案なのですが、この問題をやはりよく深めてほしいというふうに思うのです。横浜市などでも横浜市医師会がこの問題を取り上げて、病院協会の会員病院に在宅医療をやっている先生との契約をしっかりとやろうということで動きがありました。でもなかなか実効性がない実情でございまして、ぜひそのところに光を当てていただいて、実はここでの具体的な提案は、保健医療計画の具体的な達成目標にしてほしいということなのです。もう1つの提案は、先ほどあるいはこれから病床配分の話があるわけですが、病床を配分するに当たって条件にするというくらいの施策がないと進まないと思うのです。でもこれが実現しますと在宅医療も大きく前進しますし、救急医療も大きく改善す

るだろうというふうに私は思っています。ですので、ぜひその点を医療計画の中で深めていただきたいというふうに思います。以上です。

(澤井会長)

ありがとうございました。

(事務局)

ありがとうございます。今おっしゃっていただいたご意見は本当に重要な話だと思えます。ちょっと記載の中でどのような工夫ができるか、あるいは目標設定できるか否かといったことはご意見踏まえて検討させていただきたいと思えます。

1点だけ、49ページのほうで在宅医療の施策を記載しておりますが、ウの急変時の対応のところの後方支援病院は登場させておりますので、そこだけは宣伝させていただきたいと思えます。

(澤井会長)

ほかにいかがですか。

(水野委員)

基準病床数や何かの中で、今先生からお話があったのに加えて、病床の機能の内容というか、それがどうもはっきりしないなと思う点があります。

それとあと、これは2025年目標にやっていますけれども、そのあと横浜市でも人口が減っていく場合に急性期の患者さんというのが一体どれだけいるのかという。いわゆる急性期・超急性期のほうの内容がどういう患者さんを意味している内容なのかというのをもうちょっとはっきりさせないと、例えば我々の近くの夜2時、3時にやる中核病院でも地元の区の医師会との協定によって丸在の急と、丸在と書いて紹介状を送ると在宅でやっている人が急変しているということで必ず受けるという取り決めをしています。それはもう急性期の病床に入るわけです。ですから急性期の病床というのは一体どういう意味なのかというのをはっきりさせないと、その数というのが本当にそれでいいのか、2010年越えて15年後にはもう余っちゃってどうしようもなくなってしまったというようなことも考えられるし、またその1つの病床は常に急性期ではなくて、超急性期から急性期、それから慢性期までも含めた働きをしているのが今の病院だと思うのです。それを慢性期の人がいるのに急性期と数えてやってしまうと慢性期が全く足りなくなってしまうけれども、実は慢性期が入っているのだというようなことも考えてやっていただきたいというのが今の話、病床を決めるときの1つのポイントとしていただきたいというのが1つです。

それから1つ、8-1の2枚目の3のところです。介護保険事業（支援）計画等との整合性の確保というところで絶対に出していただきたいと思うのは、在宅医療・介護連携推進事業を担う市町村支援とあります。在宅医療に関して横浜は医師会が全面的に責任を持ってやっていかなければいけないと思うのですが、実は介護関連というところで、一体高齢者はどのくらいいて、介護職が何人必要だというのはもう10年前に30万人足りないとい

う数字が出ていたけれども、それがいつの間にか全然言われなくなってしまって、現在ではどういう状況でどれだけの人が足りないのかというのがないと、要するに地域包括にしても何にしても足りないのは人材なのです。それが全然示されていないのに地域包括ケアだ何だといっても、全く実現性があるのかないのかということを出すと。それでどう考えたってあと数年後に目標とすべき介護職の数が足りないのであれば、それに対してどうするのかという方針なり施策が出なければ絵にかいたもち以外の何でもないと思うのです。根本的な人というものがいないのにこういう計画ですよという、全くナンセンスなことを我々は話し合うことになってしまうので、ぜひともそこは、10年以上前にこれだけ足りないと言われたけれども、実際そこが全く僕は進んでいないと思うのです。そこには全く施策が出ていないから進まなかったと思うので、やはり本当にもうせっぱ詰まった、2025年まであと数年しかない中で何人足りないのということが出なければ、この計画自体が無意味なものになる可能性があるのです、ぜひともそこははっきりと数字を出していただきたいというふうに思います。

(澤井会長)

ありがとうございました。何かお答えありますか。

(事務局)

まずお1つ目の病床の機能が明確でないというご意見なのですが、正直申し上げまして我々も同様に感じておるところでございます。なかなかこれをきちんと決めてしまうのも難しいのだろうなど。今、地域医療構想の必要病床数の中では4機能区分ということで区分をして、その数字を出して現状と比較をしてということを見せていただいておりますが、やはりさまざまあいまいな前提条件がある中で、ちょっと申し上げにくいのですけれども、あくまで推計であると。大まかな方向性を示すものであると、そのようにとらえて物事を考えていくべきなのかなというふうには思っております。

それからもう1つの介護職員の不足の問題ですが、申しわけありませんが今ここにいるメンバーで介護職員の人材不足について明確に答えられる者がおりませんので、ちょっとあれなのですけれども、今回医療計画と介護保険の事業計画を同時に改定する中で、そのあたりも医療計画にも介護のことを書いていかなければいけないし、介護のほうにも医療のことを書くのかなというふうに相互に連携をしてみたいと思いますので、その中で今のご意見も踏まえさせていただきたいと思います。

(澤井会長)

よろしいですか。

(小松委員)

今、窪倉先生や水野先生がおっしゃったように、この資料8-3の中での基本的な考え方として、一定程度の計画的な増床が必要であると。もちろん高齢化が進んで医療需要がふえるという推計がある以上こういう考え方というか、こういう文章が出てくるのはわか

るのですけれども、そこに抜けている視点として、1つは高齢化が進むけれども何十年かすると減るよということ。もう1つはベッドを200床ふやすには医者がどれだけ、看護師がどれだけ必要になるかということを見ると、これからどんどん人口が減りますので、ますます人材難になります。また、医師に関しては新専門医制度の問題ですとか、一番大きいのは特に今、働き方改革で医者に労働基準法が適用された瞬間に救急は半分くらいでなくなる。今までのやり方が通用しなくなった瞬間にそこは破綻するので、計画的な増床は必要である可能性がある、というような書き方にして、ただ一方でこういう問題もあり、病床をふやす事には慎重であるべきといったような、両論併記の形にさせていただかないと。必要であるというのが考え方の一番上に来てしまうと、それで動く考え方をされる人もいるので、できればちょっと表現の仕方を検討していただきたいということで1回切ります。

(澤井会長)

ありがとうございました。事務局から何かありますか。

(事務局)

おっしゃるとおりだと思いますので、ちょっと記載のほうを修正させていただきたいと思います。

(小松委員)

もう1つ、別の話題になるのですが、前回シミュレーションで出された県の在宅医療等対応可能数に関して、今回は国から数字がおりてきたということで、例えばこの基本の表をベースでお話をさせていただきたいのですが、そうしますと前回是在宅医療と対応可能数が932だったものが今回4465と、3533増加していて0.9で割り戻すと前回の療養病床の基準病床数が1万8246だったものが1万4320と、約4000床減少しています。つまりどういうことかということ、療養病床ではなくて、約4000人くらいは在宅医療等で対応可能でしょうというどんぶりの数字で一気に減らされてしまう。前回のシミュレーションがちょっと多いかなという印象は持っていたのですが、結局これ、国からおりてきたというのは、算定方法に関しては、前回はシミュレーションでこうやったよというのがあったのですが、何かこういうものというのは今後見せていただくというか、数字だけが勝手におりるわけではなくて、いろいろ入れてこうなったのかなというふうに思うのですが、どういった方式を示されたのか。

あともう1つは、既存病床数と基準病床数を比べるときに、今の療養の既存と一般の既存を分けて考えないと、結局右側に来たときに各区域で、例えば一番上の横浜北部ですと、⑬のところだと390不足となりますけれども、これは既存と比較したときに一般が足りないのか療養が足りないのか、それがわからないとちょっとわかりにくいとか混乱するかなという気がしたので。例えば、横浜の場合でも、療養が足りないのであればほかの県内に流出という形の対応策も出てくると思うので、そういう意味で既存を2つに分けて提

示してもらえると助かります。以上です。

(事務局)

まず在宅医療と対応可能数なのですけれども、きょうはちょっとわかりやすい資料がなくて、口頭での説明で、もしかしたら若干聞きづらいかもしれないのですが、この内訳は要するに地域医療構想で必要病床数を計算した際に、国の政策誘導的に療養病床の数を減らす計算式を適用しておりますが、その減らされた方が在宅医療等対応可能数になるというのがざっくりとしたご理解になります。その内訳を詳細に申し上げますと、療養病床の医療区分1の患者さんの70%プラス地域差解消分ということになります。なお、地域差解消分というのは何かといいますと、全国で療養病床に入院されている方の人口当たりの人数というのはものすごく開きがあって、一番多い高知と一番少ない山形の開きが6倍ほどございます。国はそれをなるべく開きを少なくして、療養病床に入院している人口当たりの数を減らしていきたいと考えていて、それぞれの二次医療圏ごとに減らすパーセンテージをつくっています。その、減らすパーセンテージを掛けた患者さんの数、この2つの数を合わせて在宅医療等対応可能数となっています。さらに在宅医療等対応可能数からマイナスできる数字がありまして、それが現在の療養病床を持っている医療機関の、老健ですとかいわゆる介護医療院への転換見込み、6年間かけて介護医療院に転換していく予定ですよと見込んだ数は在宅医療等対応可能数からマイナスすることができる。すなわち基準病床数にオンすることができる、そのような数字になっております。申しわけありません。口頭でかなり理解しづらい説明だったかと思いますが。

(小松委員)

大体そういうことなのだろうなと思いました。結局、県内は高知と違って医療区分1の患者さんで在宅対応可能な方の割合は、県病で行った調査でもせいぜい3割くらいという結果ですので、ちょっとこの数字が在宅医療等対応可能数になった場合、実態としてはなかなか退院できないのではないかなという印象はあります。以上です。

(澤井会長)

もう1つのほうはいいのですか。既存病床の内訳を、療養と一般に分けるという話ですが。

(事務局)

その数字は出すことは可能です。ただ1点だけ、小松先生はご承知だと思いますけれども、ほかの皆さんにお知らせしておきたいのは、基準病床数は今療養と一般を分けて計算はしておりますが、最終的な数字としては合わせた数のみが基準病床数になりまして、一般と療養の区分は特にありません。ただ、議論の参考として分けたものをお出しするということになります。

(小松委員)

はい。一応数字としては出してもらえるとということですね。

(池上委員)

基本的なこと記録にとどめるために申し上げます。資料8-2を見ますと、神奈川県医療計画の素案のたたき台で、すべての施策の構成が現状・課題・施策というふうに区分されていて、この中には結果評価について何もないわけです。ですから、アウトカム評価を求めなくても、アウトプット評価も特に記載されていないので、ただ施策としてこのように行うということだけがあって、その施策の結果何がどうなるということについての記載はないので、これはPDCAを考えるのだったら、チェックの数値もないからアセスメントもできないという計画になっていることだけを申し上げておきます。今、これを直すとかということではなく、現状としてそうなっているという点だけをご指摘します。

(事務局)

ありがとうございます。1点補足をさせていただきますと、本日お出しした素案たたき台につきましては、チェックのための数値目標の設定につきましては全く記載がございません。ただ今後、11月・12月に第4回・第5回とこの推進会議を開催しますが、その際には改めて数値目標も含めて素案をご提示できればと思っております。

(澤井会長)

ほかにいかがでしょう。

(窪倉委員)

資料8-3の2枚目、2番目に調整会議で基準病床を検討する際の流れが書いてあるわけですが、特例活用の検討としては検討2・検討3を例示してお出ししてはいますが、今回の資料の中には参考1・参考2も入っています。この参考1・参考2も特例活用、シミュレーションの範疇に入るのでしょうか、入らないのでしょうか。

(事務局)

参考1・参考2は病床利用率を上げたらどうなるかというシミュレーションなのですが、まず国に確認をしたところ、病床利用率はあくまで実績の範囲を超える数値を設定することは不可。つまり将来こういうものを目指しますということで実績を超えた数値を設定することは不可とされておりますので、この参考1・参考2は将来に向けて病床利用率を上げていくと医療需要がこれだけ減るねということの参考としてお出ししたことになります。

(窪倉委員)

そうしますと参考2は横浜において二次医療圏別の病床利用率で、過去3医療圏で最も高い率と書いてありますので、これは実績になりませんか。

(事務局)

これをもって実績であると言え言えるものかな、確かに。ちょっと無理はあるかもしれませんが。

(窪倉委員)

3医療圏が1つになってしまっているのですよ。だから、1つの医療圏の中での過去の実績は3つの医療圏の実績が入るわけじゃないですか。ですから、私の理解だと大いなる利用できる数字ではないかと思えますけれども。

(水野委員)

知恵を絞ってください。お願いします。

(事務局)

わかりました。

(澤井会長)

ぜひよろしくお願いします。ほかにいかがですか。

(小松委員)

何度も質問して済みません。結局この参考1にも含めて、各地域によってこの話題をこれからしていくことになると思うのですけれども、例えばある地域では検討2で、ある地域では検討3とか、そういうことというのはあるのですか。その地域が、うちはどうしよう、うちはどうしようとなったときに、モザイク的に最終的にはどれかを選ぶということになると思うのです。地域医療構想のときは医療機関所在地ベースと患者住所地ベースで地域によって選択がモザイクになったはずなのですが、基準病床数の選択の場合にもそういうことが起こり得るのかということが1点。もう1つは病床利用率に関しては国の回答としても実績値という話ですけれども、医療計画の医政局長通知の中で書いてあるのは、直近の病床利用率としか書いていないのです。だから、別に病棟機能報告の病床利用率である必要はないのかなと。そういう意味で言ったら、前から言っていますけれども、季節的に病床が少しあいている時期にとっている数字なので、直近1年以内に一番利用率が高いところの数字を実績値としてとれば基準病床数をあまり増やさずにいけるのではないかという気はするのですが。要望というか。

(事務局)

まず参考2か参考3かというのは、まさに地域のご意見を伺う中で、地域ごとに判断が異なることはあり得るかなと思っております。なぜかといいますと、参考2・参考3というのは結局国への協議をするか否かということになるのですが、国の協議の前提条件というのがやはり高齢化が急激に進展する地域において、今の国の基準病床数の計算式、一律のものではとてもじゃないけど需要にこたえられないという場合に特例的に協議をするものですので、そこは地域の実情、高齢化の進展度合いが全く異なりますので、地域により異なる判断というのは十分あり得るかなと思っております。

それから病床利用率なのですが、ご指摘のとおり病床機能報告が果たして地域の実情を正しく反映した数字なのかどうかにつきましては、実は我々県庁内でも議論がございます。例えば先ほど窪倉先生がおっしゃったように、参考2だっていいじゃないというご意見も

当然あるかと思えますし、あとは別の統計でも病床利用率はございますので、そちらのほうも考慮に入れたらいいのではないかと、そういった検討はしておりますので、今のご意見をご参考にさせていただきたいと思えます。

1点、ちょっと私どもの説明が間違っているものがございましたので、ここで訂正させていただきます。病床機能報告から割り出した病床利用率なのですが、我々従来、6月の1日から30日の病床利用率ですよというご説明をしてきたのですが、よくよく病床利用報告のマニュアルを見返しましたら、これは1年間の数字でございました。平成27年7月1日から平成28年6月30日までの病床利用率でしたので、1年間の数字になります。そこだけ訂正させていただきます。

(小松委員)

ありがとうございます。結局、そうすると1年間のミーンというか、平均ですよ。結局病床利用率って、**現在**ベッドに空きはあるので、何とかそこをうまく解釈できないかなということ、国としてももちろんルールというか決まりは決まりだと思うのですが、国としてこの全国の中で言ったら病床を削減するデバイスですので、無理に病床を国としてもどうしてもふやしたいわけではないと思うので、要望や緩和が**できない**かなと、こちらからもそういう動きはしていきたいと思っています。ありがとうございます。

(澤井会長)

ほかにはいかがでしょう。

(修理委員)

調整会議の中でこの基本、検討1から検討3までの案が出て、調整会議ごとにそれを選択するというようなイメージだというふうに思ったのですが、例えばその調整会議のときに出るのはもう県が作成した公式な資料として出てくると思うのですが、その中からどれか選びましょうねという感じにするのか、例えば検討1は人口も基本は神奈川県の人を使っている、それから検討2・3は社人研の人口を使っていますけれども、実態をよりよく反映するのであれば、横浜市も統計で推計人口を持っているのです。我々がシミュレートすると、それでやっても病床数が違ってきます。ですからその辺のところは、県のこれをつくったので一応これで選べないという感じにならないような感じにさせていただければなというふうにはちょっと思えます。

(事務局)

我々もこの基準病床数につきましては、来年の3月が策定の期限ということになりましたので、それまでの間さまざまご意見をちょうだいしながら検討していきたいと思っております。ですので、次の第2回地域医療構想調整会議で何か会議としての意見をまとめるとか、そういったことは考えておりません。あくまでもシミュレーションを提示して、それぞれご意見をいただくと、そのような場として考えております。なので、横浜市さんも調整会議の構成員でございますので、そういったご提案をいただくことは全く差し支えござ

いません。

(澤井会長)

ほかにかがでしよう。一応予定の時間は参りましたが、最後にどうしても一言という方はいらっしゃいますか。よろしいですか。では、これはたたき台ということで途中なのですけれども、ともかくこの内容は現時点で承認してもらえるということで、承認される方挙手をお願いします。

(挙手)

(澤井会長)

ありがとうございました。それでは事務局はこの内容で作業を進めてください。

(6) その他

(澤井会長)

全体を通して、その他何かご意見ございますか。なければどうもご協力ありがとうございました。事務局に進行を戻します。

閉 会

(事務局)

澤井会長、どうもありがとうございました。委員の皆様、本当に闊達なご意見をありがとうございました。最後、基準病床数の議論がございましたけれども、できるだけこれからもやわらかい段階で委員の皆様初め地域にお示ししながら意見をいただきながら決めていきたいというふうに思っております。先ほど説明の中でもありましたが、これから第2回の各地域での地域医療構想調整会議が始まります。そのところに出していきまして、できるだけ闊達なご意見をやわらかい段階からいただきながらまとめていきたいと思っております。また本日いただきましたご意見、あと宿題も幾つかいただきましたので、適宜メール等で返せるものはお返しさせていただきたいと思っております。

以上をもちまして、第3回の保健医療計画推進会議、終了とさせていただきたいと思っております。まことにありがとうございました。