

平成 29 年度第 2 回県西地区保健医療福祉推進会議 議事録 (抜粋)

(平成 29 年 10 月 13 日(金)19:00~20:30 県小田原合同庁舎 2 階 2 D 会議室)

1 開会

(事務局) (小田原保健福祉事務所)

定刻になりましたので、ただ今から平成 29 年度第 2 回県西地区保健医療福祉推進会議を開催いたします。私は小田原保健福祉事務所企画調整課の樋口と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは冒頭に、県医療課一柳副課長からご挨拶申し上げます。

(医療課一柳副課長)

夜分遅く、またお足元の悪い中お集まりいただき大変ありがとうございます。

また、県の方の到着がぎりぎりになってしまい、ご迷惑をお掛けし申し訳ございませんでした。お詫び申し上げます。

本日は、第 2 回の県西地区保健医療福祉推進会議ということで、平成 30 年度からの医療計画の改定、併せて介護につきましても忌憚のないご意見を頂戴したいと思っておりますので、是非よろしくお願いします。

(事務局) (小田原保健福祉事務所)

では、議事に入ります前に、本日の委員の出欠につきましてご報告いたします。

本日の出席者は、委員名簿・座席表のとおりでございますが、今回の会議から新たに就任されました委員をご紹介します。

委員名簿 32 番、湯河原町保健センターの浅田委員でございますが、本日は代理といたしまして、保健予防担当課長の佐藤様にご出席いただいております。

小田原医師会病院会代表の杉田委員、小田原食品衛生協会の花田委員、山北町保険健康課長の佐藤委員、小田原労働基準監督署長の疋崎委員、小田原保健福祉事務所足柄上センター所長の北原委員は、都合により欠席です。

なお、松田町の川本委員、については、ただいまこちらに向かわれているということでございます。

神奈川県医師会理事の小松委員に代わり篠原様に、県西教育事務所の濱野委員に代わり稲毛様にご出席いただいております。

また、本日の会議におきまして、地域における医療と介護の体制整備に係る協議を行うこととしましたので、大井町介護福祉課長の鈴木様、松田町福祉課長の竹内様、湯河原町介護課長の犬野様にオブザーバーとして出席いただいております。

次に、配布資料につきましては、次第に記載のとおりでございますが、資料 3-2 の 9 頁と、資料 3-3 について、一部修正がありましたので、訂正したものを本日机上に配布しております。不足等ございましたらお知らせくださいますようお願いいたします。

会議の公開について確認をさせていただきます。本日の会議につきましては、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 3 名お見えになっておりますので、傍聴を認め、入室を許可していただいておりますでしょうか。(了承)

ありがとうございます。では入室をお願いします。（傍聴者入室）

また、本日の審議速報及び会議記録につきましては、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、ご了承をお願いしたいと思います。ご了承いただけますでしょうか。（異議なし）

ありがとうございます。

それでは、ここからの進行につきましては、渡邊会長をお願いいたします。

（渡邊会長）（小田原医師会会長）

皆様お疲れ様でございます。小田原医師会会長の渡邊です。どうぞよろしくをお願いします。

それでは、次第に基づき、議事を進めさせていただきます。

2 報告

（渡邊会長）

はじめに、報告事項（1）の「第1回地域医療構想調整会議の結果概要について」です。事務局から説明をお願いします。

（事務局）（医療課）

神奈川県医療課の鈴木と申します。私から資料1と2について説明をさせていただきます。

まず、資料1につきましては年間スケジュールになっております。下の方が、この地区保健医療福祉推進会議のスケジュールとなっています。7月から8月に第1回会議を開催いたしました。今回は、太枠の部分、第2回の会議になります。基金活用事業検討、素案たたき台検討、基準病床数検討などについてご意見をいただきたいと思っております。第3回は12月から1月に予定しているところです。

また、資料2でございますけれども、第1回会議の概要となっています。平成29年8月1日から29日の間に県内8地域で開催しています。議事の内容は、最新のデータや病床機能報告結果などに基づく各地域の現状分析、次期保健医療計画の改定の状況や基準病床数算定のシミュレーション、それから、地域医療構想の推進に関して病床機能区分の転換等に係る取扱方針についてご意見を伺ったところでございます。

3は、各地域での意見を記載していますのでご覧いただければと思いますが、裏面に県西地域における意見も記載しています。8月7日に開催しまして、今後調整会議の重要性が増してくるが、医療機関も代表のみしか参加していないので、ワーキンググループの立ち上げが必要ではないか等のご意見をいただいているところでございます。私からの説明は以上です。

（事務局）（小田原保健福祉事務所）

続きまして小田原保健福祉事務所でございます。ただいま、医療課から説明がありましたとおり、8月7日の第1回推進会議の際、小松委員から、ワーキンググループの立ち上げについてご提案がございました。その際、事務局からは、各委員からのご提案がございましたら、会長にも御相談の上、議題等の調整をさせていただく旨を御説明したところですが、現在のところ特段のご提案は承っておりません。

一方で、事務局といたしましても、県西地域における今後の医療提供体制について議論を深めていくためには、できるだけ多くの医療機関の参加を得て協議する場を設ける必要性を感じてい

るところでございます。

そこで今年度は、今後の具体的な議論の前提と申しますか、事前準備といたしまして、地域医療構想の推進の前提となる各種データ、第1回推進会議でもデータ集としてお配りしておりますが、そうしたデータの読み方、解釈の仕方などに関する研修会を、この二次医療圏の医療機関を対象に開催できればと考えております。具体的な内容につきましては現在検討中でございますので、内容が固まってまいりましたら、改めて文書でご案内させていただきたいと存じます。以上です。

(渡邊会長)

ただ今の説明について、何かご質問がありましたらお願いします。ワーキンググループは、これからのこの地域での対策の方針ということですが、委員から意見が出てきませんでしたので、その説明会をまず設けながら、その代わりにしていこうということなのですが、いかがでしょうか。(発言なし)

特に現時点でご意見がなければ、先に進めたいと思います。

3 議題

(渡邊会長)

次に、議題(1)の「第7次保健医療計画素案たたき台について」です。事務局から説明をお願いします。

(事務局) (医療課)

医療課の加藤と申します。よろしく申し上げます。私の方から、保健医療計画の改定について資料3-1、参考資料1で説明させていただきます。

現行の第6次保健医療計画につきまして、平成29年度で終了となることに伴いまして、現在、平成30年度からの第7次計画について改定作業中となっております。途中経過ですけれどもご説明させていただきます。

まず、1の改定の概要でございます。(1)の改定の趣旨ですが、医療を取り巻く環境が大きく変化する中で、本県の実情に即した質の高い効率的な保健医療提供体制を整備するため、第7次の計画として改定するものです。(3)の計画期間は、平成30年度から平成35年度までの6年間と、現行計画より1年間長い計画となっております。

続いて、2の改定のポイント、(1)の改定の視点ですが、「ア 地域医療構想の推進」は、2025年のあるべき医療提供体制の構築に向け「神奈川県地域医療構想」を保健医療計画の一部に位置付けることとしています。「イ 地域包括ケアの推進」では、在宅医療を充実させるほか、高齢者、障害者や難病への対策及び地域リハビリテーション対策に取り組めます。「ウ ヘルスケア・ニューフロンティアの推進」については、誰もが健康で長生きできる社会を目指し、未病の改善、最先端医療・最新技術の実用化促進に取り組むこととしています。

続いて、(2)の国の医療計画作成指針で今回の計画に新たに位置付けられた項目です。アは、ロコモ、フレイル、大腿骨頸部骨折、誤嚥性肺炎含む高齢者対策、イとして、ICTを活用した医療機関間の連携体制構築を含む病病連携及び病診連携、ウは、訪問看護ステーションの役割、エはアレルギー疾患対策、再掲になりますが、オは地域医療構想、こういったものが、新たに位置付けられた項目です。

次に、(3)の疾病・事業横断的な医療提供体制を構築するため、記載を充実させている項目です。「ア 災害時における精神科医療及び小児・周産期医療」は、災害時の精神科医療対策として、かながわD P A Tの体制整備を促進すること、また、災害対策本部等に「災害時小児周産期リエゾン」の配置を検討して小児・周産期医療分野の体制強化を推進することです。「イ 小児医療・周産期医療と在宅医療」については、N I C U等に入院中の子どもが在宅や施設等に移行できる医療提供体制を整備することです。「ウ 救急医療と在宅医療」は、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を推進し、切れ目のない医療提供体制を確保することです。

(4)は、保健医療圏と基準病床数などで、まず、「ア 二次保健医療圏」は、横浜市の3圏域を統合して1圏域とし、県内の二次保健医療圏を9圏域とすることとしています。「イ 基準病床数」につきましては、特例の活用も視野に入れ、各地域の意見を聞きながら検討を進めてまいります。ウとして、疾病・事業ごとの目標を設定し進捗状況の評価をしていくこととしています。

最後に、3の介護保険事業（支援）計画等との整合性の確保、(1)の在宅医療・介護連携推進事業を担う市町村支援ということで、県では、医師会等と連携し、保健所と協力しながら、在宅医療・介護連携推進事業を担う市町村を支援してまいります。また(2)は、医療と介護の一体的な体制整備に係る調整です。県の「神奈川県保健医療計画」並びに「かながわ高齢者保健福祉計画」及び市町村の介護保険事業計画を一体的に作成し、これらの計画の整合性を確保することが求められているところです。具体的には、都道府県や市町村関係者による協議の場、この場になりますが、県の「神奈川県保健医療計画」において掲げる在宅医療の整備目標と、市町村の介護保険事業計画において掲げる介護の整備目標が整合的なものとなるよう、当該協議の場において協議を行うこととしており、現在、その前提として、自治体関係者により老人福祉圏域単位で設置されている「施設整備に係る圏域調整会議」がありますが、そこで、県と市町村で調整を進めているところでございます。この部分については、後ほど説明させていただきます。説明は以上になります。

(渡邊会長)

ただ今の説明について、何かご質問がありましたらお願いします。

(飛弾委員) (足柄上医師会会長)

足柄上医師会の飛弾です。資料3-1、2(3)ウの救急医療と在宅医療について、「高齢化の進展に伴う救急搬送の増加に対応するため、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を推進する」とありますが、現在、在宅療養中に急変した場合には急性期の病床にお願いしているのだが、どういう考えで回復期病床等の整備を推進することなのでしょうか。

(事務局) (医療課)

ここで言わんとしているのは、高齢化の進展に伴って救急医療が増加する。その中には、状態が、必ずしも高度な救急が必要でない方も多くいるであろうと、そういった方を受けるのに、毎回、2次・3次の医療機関で受入をしては2次・3次がパンクしてしまう。いま回復期病床等と記載していますが、そこで想定しているのは、例えば地域包括ケア病棟であったり、いわゆるサブアキュートの病棟を増やしていきたいという意図で記載しております。回復期病床等という言い回しは誤解を与えるとの意見も頂いておりますので、表現は少し工夫してまいりたいと思っています。

(渡邊会長)

今の説明の内容というのは、各病院群に対しては十分説明がなされているのでしょうか。

(南委員) (県病院協会常任理事)

今おっしゃったように、在宅で療養されている方の急変というものに対応するのは、基本的には回復期、地域包括ケア病棟などの回復期ではないかという議論は、厚生労働省、国のレベルでもこういう議論はずっと出ていることです。このことを、地域にきっちり理解されるように説明してきたかと言うと、例えば、地域医療構想の中で回復期とはなんぞやと言うことが最後まで混乱していたわけです。回復期リハビリテーションのことかと思ったら、いやそうではないと。リハビリテーションも含んでいるけれども、一般的な救急を受け入れて、手術もできるのだと。そういうものを地域包括ケア病棟として、これを回復期の概念中に入れるとなったというのが、最後になって出てきたのですが、じゃあ、地域包括ケア病棟を申請しようとする、100 m²のリハビリ室があるとか、がんのリハビリも含めて100 m²のリハビリ室の中でやるとか、わけの分からないことを言ってきている。そうすると、回復期に関しては混乱を残したままで今議論をしているので、まずは丁寧に地域に戻していかなければいけないというところではないかと思うのです。

あと、今おっしゃったように、在宅で療養されている方が急変した場合に、全てを2次・3次で受け入れるとパンクしてしまうと言われるが、それは、上からそういう風に考えたとしても、まずは地域住民がどう考えるかが重要。前回の会議でも申し上げたのですが、やはり、地域医療構想を地域住民が納得できるかということを検証したのですか、という話をさせていただいたのですが、例えばお年寄りの誤嚥性肺炎、それは、食べるのがうまくいなくなって誤嚥を何度も繰り返している、これはもう救急搬送をしないで家で亡くなっていいし、まあ最期くらいは病院に行くけれども、人口呼吸器もいない、というような方もいる。でも、最期まで、呼吸が止まりかけたらレスピレーターに乗っけてほしいという家族もいるわけですね。ただそれに対して、そういう方はレスピレーター適用外だ、誤嚥性肺炎は急性期では取らない、そう言ってしまうのは少し乱暴ではないか。市民目線からいえば乱暴ではないかと思うわけです。高度急性期の病院の院長先生もここにいらっしゃいますが、実情からすると、そういった方を全て高度急性期に運ぶとなりますと、高度急性期はパンクする。でも、やはりその辺りを急性期でもカバーするし、あるいは回復期でもそういう方の一部を、回復期でもよろしければという形で引き受けるような、地域住民のコンセンサスをどうやって作り上げていくのか。これが非常に問題です。あまり強引にやっているとトラブルが起こると、そういう風に思っていて、やはり、少し丁寧な回復期に対する議論をしていていただきたい。行政の方が、もしこの町で認知症を持ったお年寄りが骨折したら、それはもう高度急性期では診ない、と言ったら、厚生労働省が言っていることと食い違ってしまう。その辺り、もう少し回復期について丁寧な議論が必要ではないかと思います。

(川口委員) (小田原市立病院長)

小田原市立病院の川口です。私どもは救命救急センターを持っているわけですが、回復期、あるいは地域包括ケアである程度受け入れていただければ、それに越したことはないわけでありますけれども、南先生が言われたように、その程度をどうやって判断するかということです。誰が診るのか。ちょっとしたことで急性期に来る人もいるが、その人が苦しいと言ったらそうなるんですよね。そういうやり方は、法制度としては、まあ分かるんですけれども、誰がどう判断する

か。救急隊の人が判断できるかどうかということですね。あるいは、患者さんの希望もあるでしょうし。非常に、ここは確かに引っかかるところです。その辺のところで、方針が出てくれるとやりやすいかなと思います。

(渡邊会長)

医療であっても介護であっても、この辺のスタンスがはっきりしないと、この次に出てきます基準病床数、各病院が報告するわけですけれども、そこが定まらないのではないかという気がするのですが。介護の方から何か意見ございますか。(発言なし)

それでは、また会議を進めながら何かありましたら追加していただくことにしようかと思います。

次に、議題(2)の「基準病床数について」です。事務局から説明をお願いします。

(事務局) (医療課)

基準病床数算定の基本的な考え方ということで、資料3-2及び3-3で説明させていただきます。

まず、資料3-2をご覧ください。「1 算定の基本的な考え方」です。一般・療養病床の考え方になります。まず、地域医療構想で推計された必要病床数といえますのは、医療法施行規則に基づき算出した推計値であるということであって、必ずしも将来における変動要素をすべて勘案して算出したものではないという前提がございます。しかしながら、今後高齢化に伴いまして県内の医療需要が増えることは推計から明らかとなっております。病床利用率を上げること等で一定の対応は可能としても、医療需要が急激に増加すると見込まれる地域におきましては、一定程度の計画的な増床は必要であると考えております。なお、病床の整備に当たっては、人材の確保が必要であることに十分に留意することや、医療技術の進歩等、2025年以降の医療需要の変化を見通しつつ、取り組む必要があると考えています。

こういった考え方を踏まえまして、計画策定時の対応ですが、計画策定時における基準病床数は、医療法施行規則で定められている算定式に、国告示で示された数値を代入して算定しております。ただし、病床利用率など、一部、地域の実情を反映することが認められています。また、算定の特例としまして、急激な人口の増加が見込まれ、病床の増加が必要と考えられる場合など、県の医療審議会の意見を聴いた上で厚生労働大臣に協議し、その同意を得た数を加えて得た数又は厚生労働大臣に協議し、その同意を得た数を基準病床数とすることができるとされております。こういった病床利用率など地域の実情を反映できる部分や特例を活用するかどうかについては、地域の意見も踏まえながら算定していくというものでございます。

計画策定後の対応ですが、計画策定後は、計画期間の中間年である2020年に基準病床数の見直しを検討することを考えております。その間、各医療機関が病床利用率を上げる努力をした結果や、調整会議を通じた適切な役割分担の進捗状況を検証しまして、改めてその時点で必要病床数と比較して、2020年以降増床することの必要性について判断することとなります。その際には、また国との特例協議が別途必要になります。

ページをおめくりいただきまして、「2 第2回地域医療構想調整会議での基準病床数検討の流れ」になります。基準病床数の検討に当たっては、2点検討の方法があると思っています。まず、(1)の採用病床利用率の検討でございます。これについては、国告示の病床利用率の下限

値を使うか、病床機能報告によります二次医療圏毎の数値を使うかということになります。そういった判断の後に、続いて（２）の特例の活用を検討でございます。基礎となります直近の2016年の人口を使って推計するか、若しくは2020年の推計人口を使って基準病床数を算定するか、特例の扱いなんですけれども、これをどうするかということの検討がございます。

ここで資料3-3、A3版の資料をご覧ください。基準病床数算定式に基づく試算です。この表ですけれども、二次医療圏が縦軸になっていまして、横に見ていきますと、まず第7次基準病床数、算定式に基づく試算が記載されています。2016人口推計、次に2020年人口推計、2023年、2025年の人口推計、その隣に必要病床数、さらにその隣に既存病床数です。さらに⑨には現行の第6次基準病床数の数値が記載されているところがございます。県西地域ですけれども、下から2段目のところに書いています。上段が国告示を使用したもの、グレーの下段が病床機能報告を活用したものになっていまして、県西地域は、病床利用率が、療養病床は0.9と国告示の下限值と同じ、一般が0.76の下限值を下回っているので、国告示と同じ数字が上下段とも入っています。

まず、2016年1月1日人口、これは実績ですけれども、これを使って算定したところ、1,875床という数字が出ております。続いて右側にいきますと2020年の人口、いわゆる特例を使った場合ですけれども、2,040という病床数が出ております。続いて⑥、平成29年3月の既存病床数が3,155ということになっています。この既存病床数の3,155と①の2016年の人口を使った基準病床数を比べますと、⑦をご覧ください、1,280床の既存病床数の過剰という結果になります。続いて、既存病床数と2020年の人口推計を使った基準病床数の差ですが、⑧にあるように特例を使いましてもまだ1,115の過剰ということになります。

ひとつの見方として⑨には現行の第6次基準病床数が出ているんですけれども、これが2,913という現行の基準病床数です。これと、2016年と2020年の人口によって算出した基準病床数との差をみますと、まずそれが⑩のところ、2016年の人口だと現行の基準病床数に比べて次期基準病床数が1,038床減少するというところ、また⑪では2020年の人口を使った場合には873床減少する。こういった状況がございまして、こういった状況を基に特例の活用等についてご検討いただくこととなります。

また、ちょっとページを戻っていただきまして、資料3-2の3ページをご覧ください。「3県医療審議会へ提出する基準病床数（案）について」でございます。特例について本日ご検討いただいた結果、県で二次医療圏ごとの意見をまとめまして、10月下旬に開催されます県医療審議会に案を提出したいと考えております。県医療審議会において国との協議に向けた方向性について意見を伺うという、そういったスケジュールになっています。説明は以上です。

（事務局）（医療課）

よろしいでしょうか。一点、今の説明に補足させていただきたいと思っております。本日、この基準病床数についてという議題で皆様にご意見をお伺いしたいのは、要するにこういうこととなります。資料3-3を改めてご覧ください。先ほどご覧いただきましたとおり、①の数字1,875、これが国の算定式に忠実に計算した第7次の基準病床数になります。それと比較して見ていただきたいのは⑥の数字、既存病床数、こちらは現在3,155となっています。さらにもうひとつ見ていただきたいのが、⑨の数字、第6次基準病床数、こちらが2,913となっております。つまり、見ていただいておりますとおり、国の計算式で単純に計算をした次の計画の基準病床数とい

うのは、かなり今の水準から見ても落ちてしまう。我々としても、これをそのまま適用するのはどうか、という気持ちもございまして、それで、特例の適用について本日皆様に意見をお伺いしたい。特例の活用については、実は国からは特にこういうルールで、こういう基準で協議をしてきなさいというようなことは示されておりませんが、将来の推計人口を使って、①の計算は直近の人口を使っているんですね、ただ、医療計画については今から6年間の計画になりますので、6年間の基準病床数を今の人口で決めてしまうのはどうだろう、これからまだ人口は、高齢者は増えていきますので、例えば3年後の人口を使わせてください、若しくは6年後の人口を使わせてください、そういう形で特例協議をしてはどうか。その点について皆様の意見をお伺いしたい。例えば②の2020の人口を使うと2,040になる。若しくは③の2025の人口を使うと2,127になる。こういった形で、それでも現状には届かないんですが、少しでも現状との差を埋められないかということで国と協議をする。このことについて皆様から意見をいただければと思っています。よろしくをお願いします。

(渡邊会長)

説明ありがとうございました。確かに将来的なことを考えますと、人口に過去のデータを使うと矛盾するとは思いますが、何か意見ございますか。

(南委員) (県病院協会常任理事)

神奈川県地域医療構想あるいは基準病床数の算定の中で、県の中で盛んに議論されておりますのは、この資料3-3の表の上から3分の2くらいのところは病床不足なんですね。この基準病床数に対して既存病床数が不足するところに対してどう計画していくか、ということが県の中ではかなり議論が多い。人口割合からしても横浜・川崎の辺りの人口からすると足りない。また、3年先の人口増を勘案すると湘南でも東部は病床不足。で、病床不足となると、行政の議論としては、増やさなければならぬ。従って、誰かやっていただける方を募集しなければいけない。それに対して、現場で病床利用率を上げてなんとかカバーするので公募は必要ないんじゃないかと言っても、やはり行政としては公募しなければいけない、という議論が盛んになされているんですが、そういう議論と、この県西地域の議論とは、ちょっと異質なんですね。

県東部では、基準病床数に対して足りないところについてどう取り扱うか。現場の努力で病床利用率を上げるようにお任せをしていくのか、それとも、行政主導で公募するのかということが中心的な議論になっています。県西のように過剰とされているところはどうか。基準病床数の考え方の中にも、今後急激な人口の増加が見込まれる場合などに特例を使うことが書いてあるんですが、県西地区はそういう地域ではないんですね。人口の増加は見込まれないで、今の病床は十分足りている。住民にとっては、十分足りているんだけれども、その中の機能がですね、適切な配分がなされているのかについて地域医療構想の中で議論がなされたわけですから、数としては問題がない。だから、それに対して数をどうしようと言う必要はない訳です。減らす必要はないので、減らすのではなくて、みんなで一緒にスタートするためにそれぞれの医療機関がこういう機能を増やしてくださいと。この前の会議にもありましたように、たとえばがんの治療についても手術等の自己完結率は高いのだけれども、放射線治療がちょっと自己完結率が低い。だとすれば、その低い部分を引き上げる努力を頑張っていただきたいというのが地域医療構想だと。減らすという議論にはならないんですね。そここのところを確認しておきたい。

(事務局) (医療課)

まず、現行の医療法上は、基準病床数は病床の整備の上限ですので、それを超えている場合に何が起るかという、新しく病院を造ることができない、それだけです。例えば、過剰であることによって、過剰だからといって、基準病床数まで減らすというような強制力はございません。ただ、いま南先生がおっしゃった不足している地域というのは、横浜と横須賀・三浦のみで、それ以外の地域は、基準病床数が落っこっちゃうけど、どうしよう、という議論を現在しています。これまでの各地域での皆さんの議論をお伺いしていると、やはり、基準病床数というのは、それを上回っていてもペナルティがない。だけれども、やはりこれから国がどう考えて基準病床数をどう使ってくるか分からないので、それに備えて少しでも上げておこう、という議論がされている地域と、いま先生がおっしゃったように、過剰でもそれで何か起るわけでもないから、このままでいいじゃないか、という議論がされている地域と、2通りございます。そこは、皆様の意見をお伺いできればと思っているところです。

で、おっしゃるとおり、大事なものは病床を増やす、増やさないという議論ではございません。今ある病床の中で、機能分化・連携、役割分担をどのようにしていくか、という議論をすることが本来大事なことだと思っております。

(飛弾委員)

足柄上医師会の飛弾です。診療所の立場から意見を述べさせていただきますが、外来には、若年者の方も来られますし、あと、インフルエンザ、感染症など、季節性で入院が必要な患者さんが多く発生する地域もあります。実際に2016年のインフルエンザの流行時期には、地域の基幹病院が、感染症の患者さんを満床で受けられない、という事態が発生しました。

ですから、私はこの数字を見まして、国が様々なデータと計算式でこの数字を算定してきたんですけれども、これはあくまで推計ということだけで、その時々医療状況を考えながら、病床数については決めていった方が、この数字が一人歩きしないように、私はこの会議では検討していただきたいと思っております。

(川口委員)

小田原市立病院の川口です。先程、特例を活用して上乗せできるかどうかというお話をされたかと思うんですが、あまりにも数字がかけ離れちゃって、上乗せというのは、ちょっともうできないというのが、普通の、常識的な考えでしょう、この数字からは。それは、先ほど言われた上乗せを検討するかどうかという話なんですけれども、1千いくつというこの数字について、これに上乗せなどとは間違っても言えないですよ。プラスというのは。その話はもうできないということですよ、これはね。そう捉えるべきだということではないかと。横浜とかそういう足りない地域に出来るかという検討だけであって、県西部には関係ない話ですよ。先程、検討したらどうかという話がありましたけれども。

で、そもそもよく分からないのは、必要病床数を出しましたよね。そこでかなり現在の病床数より相当減ったわけですよ。3,155 あったものが、2,681 になったわけですよ、必要病床数は。この県西地域ですよ。さらに基準病床数が1,875になるということなんです。必要病床数は病床機能ですごくやっているわけですよ。急性期だとか、回復期だとか。今回は、一般病床とか療養病床とか、またちょっと違った基準で比べているんですけれども、必要病床数と基準病床数をどういうふうに扱っていききたいのかという県の方針を知りたいですよ。この数字に近づ

けていきたいということで理解してよろしいのか、それとも、2025年過ぎればどんどん人口は減るんですよね、さらに。だったら基準病床数の方を、先々のことを考えて優先するのか。そういった位置付けというものがよく分からないんですね。もし教えていただければ。

(事務局) (医療課)

まずですね、必要病床数と基準病床数は、その性格がやはり異なります。必要病床数は2025年の医療需要を推計したものです。しかもかなり粗い推計でございますので、例えば医療技術が進歩したりですとか交通網が発達したりですとか、そういった社会的な要因は全く含まず、粗く推計をしているものでございます。これが何か目指すべき目標であったり、というような捉え方は、我々はしておりません。ただ、一定の考え方に基づいた推計ではございますので、方向性として、4機能区分の話をおっしゃいましたが、4機能区分に分けてみたときに、やはり高度急性期、急性期の医療ニーズが減っていくのではないかと、といったおおまかな方向性は示すものだというふうにご捉えております。目標ではございません。

基準病床数は、これは明確に病床の整備の上限でございます。先程も申し上げたとおり、今の医療法の中では、この基準病床数を現存の病床数が上回っている場合には、新しく病床は整備出来ない、という意味合いをもった数字でございます。

ただ、これも繰り返しになりますが、基準病床数の計算が、今の直近の人口を基にして計算をしていて、県西地域は、まだ微増ではございますが、人口がまだ増えている地域でございますので、特例を活用させていただきとくに協議する余地はあると思っております。そのために、例えば②の2,040という数字を目指して国と協議してはどうか、③の2,127という数字で国に特例協議をしてはどうか、というご提案をさせていただいております。

(篠原氏) (神奈川県医師会理事)

神奈川県医師会の篠原でございます。先程一柳さんから説明があったんですけども、実際、神奈川県は1万床足りないというのが一人歩きしてしまっているというのが現状ですよ。で、神奈川県というのはかなり日本の中で多様なところがあるというのは言えるわけですよ。全般的には四国とか中国地方そういうところで足りない。そういったところが、落下傘でくるそういったものを横浜とか川崎の人たちが恐れている。これが今の構図だと思います。という中で病床が足りない中で混乱している、これはちょっと突飛な考えなんですけれども、先程特例と言われたんですが、これ特例と言ってもほとんど焼け石に水ですよ、はっきりいうと。それであれば、特例をもう少し拡大解釈して、従来の二次医療圏にこだわらず、神奈川県だけ、もうちょっと広い範囲でやるっていう考え方はできませんかね。それを国に訴える。その方が合理的かな、という気が私にはしますが。四国、山口あたりから落下傘で来るよりははまだダメージが少ないかな、という気がしますが。この辺、何かアイデアがあれば、という気がしますが。

(事務局) (医療課)

基準病床数の計算のフレームというのは、なかなかちょっとガチガチに決められているところもあります。ただ、我々としては、例えば今おっしゃっていただいたようなこと、少しでも我々ができ得ることはやって、やはり今、ペナルティがないとはいえ、基準病床数が現状とあまりにも差が出てしまうというのはどうか、と我々も思っておりますので、医師会さんや病院協会にもご相談しながら、作戦は考えたいと思います。

(川口委員)

基準病床、必要病床も同じですけど、神奈川県でも計算上出ていますけど、ある意味計算ですというご説明ですが、わざわざ示しているということは、それに何らかの目的があるんだと思うんです。一番危惧するのは、この基準病床数で医療資源を分担するというふうを考えられてしまうと、非常に過疎の部分が医療過疎になってしまうんですね。そこを、篠原先生が言われたようにもっと広い範囲で考えてみたらどうか、というのはひとつのアイデアだと思うんですね。

基準病床を示すのはいいんですけども、神奈川県西部というのは、県の面積でいうと約4分の1くらいですよ。で、人口割合は4パーセントくらいということで、非常に過疎な訳ですよ。そうすると、そこの医療資源の投入はそんなもんでいいんです、というふうに一人歩きするとなるとやはり困るな、というのが基準病床の発表で一番危惧するところです。そこらへんをちょっと考えてもらいたい。上乘せは、本当に焼け石に水というか、もう話にならないくらい数字がかけ離れていますから。やはり、その数字が一人歩きすると怖いな、というのが思うところですね。

(牧田委員) (県立足柄上病院長)

足柄上病院の牧田です。このベッド数は国がある程度計算式を出していますが、これはこのような会議を基に県から国に対して発言し、その結果改善される余地があるのでしょうか。2020年、2023年、2025年の人口推計を基準にした数字だとしても、ほんの少しプラスになるくらいで、かなり病床数が減ることになってしまいます。川口先生がおっしゃるように焼け石に水のような印象です。さらに病床数を上乘せする余地というのはそもそもあるのでしょうか。

(事務局) (医療課)

同じことの繰り返しになりますが、基準病床数の計算式はかなりフレームがガチガチに決められておりまして、その中で使える手段のひとつが将来の推計人口を使った特例の協議になります。焼け石に水とおっしゃいますので、そこは地域のご判断ですが、我々としては、たとえ100床・200床であっても増やせるものは増やすということに全く意義がないこととは思っておりません。ただ、そこは皆様のご判断です。あとは篠原先生が言っていたような、県全体での融通というようなことが考えられないか、というご意見については、もしかしたら余地があるかもしれないと思っておりますので、そこはちょっと研究をしながら今後相談させていただきたいと思っております。

(牧田委員)

もうひとつ意見としては、川口先生がおっしゃっていたように、人口密度の問題もあると思います。

今後厚労省がどのような方向性を示すか分かりませんが、昨今のマスコミの風潮をみると、医師も労働者ということで、当直した次の日は休ませるとか、何時間以上働くなとか、待機時間も労働時間だということになると、本当に地域における救急が立ち行かなくなってくる。そのうえで病床数の減少が起こると、当然雇用される必要な医師数も現在より減ってしまう。そうすると当直体制や救急医療もかなり制限されてくる。本当に僻地に行けば行くほど、神奈川県でいえば県西部では非常に救急医療が貧弱になり、見捨てられてしまうような患者が増える懸念がある。このよう事情を国はどこまで分かっているのか、また県としてその辺は考慮しているのか非常に疑問を感じます。

(事務局) (医療課)

基準病床数の計算式はかなり決められてしまった仕組みの中で計算せざるを得ないので、我々としてはそういった中で出来る範囲で少しでも基準病床数を増やしていければ、あるいは地域医療をなるべく崩壊させないようにできれば、と思っております。また、この地域は地域医療構想策定のときから救急が今みんなぎりぎり頑張っているんだ、これ以上減らしたら崩壊してしまう、ということは何度もおっしゃっていただいておりますし、我々もそれは受け止めております。

なにか県が病床を減らそうとしている、地域の医療を崩壊させようとしている、というふうに受け止められているのであれば、それは誤解です。といったことは是非御理解いただければと思います。

(渡邊会長)

ありがとうございます。今回の会議だけではこれ以上話が進まないでしょう。スタンスとしては、いま県の説明にあったように、要はここでの意見から、プラスのものを汲み取ってもらえる場ということで理解をした方がいいのですね。

(南委員)

いまおっしゃったように、色々と特例について考えられて、現在の人口で計算するとこうだけれども、2020年・2025年の人口推計ということを持ち出してくれば少し上がりますよと。でも、上がったとしても、この程度であれば、現実との差がそれほど埋まらない。特例とはいえ、ここで②・③・④の数字を例に挙げているわけですね。で、もう少しなんとかなりませんか。じゃあ②・③・④まででなく2030人口推計を持ってくるか。あるいは過疎率ですね。過疎率の高いところは計算式を変える。そういうことをしなければこの数字変わらないですよ。将来の人口推計で計算するだけではなくて、そのほかに何か考えがあって言っておられるのか。その辺りについて聞かせていただきたい。

(事務局) (医療課)

ありがとうございます。正直申し上げますと、何か妙案があるわけではございません。基準病床数の計算式って、かなりガチガチに決められてしまっております。特例を活用することができる、病床利用率を地域の実情に合わせて採用することは出来るのですが、これは国の下限を上回る、つまり病床数を下げる時にしか使えない方法ですので、これはおそらく使う意味がないであろうと。

あとは、篠原先生に言っていただいたように、県全体の中でやりくりをすることを考えていいんじゃないの、というのは、もしかしたら使えるかもしれないので、そこは研究していきたいと思っております。今言えるのはそういう状況です。

(渡邊会長)

ありがとうございます。ある程度いろんな意見が出ていると思うのですが、いまは医療側の内容でずっと内容が進んでいきましたが、次の議題として、議題(3)「医療と介護の一体的な体制整備について」、事務局から説明をお願いします。

(事務局) (医療課)

では、「医療と介護の一体的な体制整備について」、資料4をご覧ください。

まず、「1 地域医療構想と在宅医療等の新たなサービス必要量」です。(1)として、神奈

川県地域医療構想ですが、地域医療構想では平成 37 年（2025 年）の在宅医療等の必要量を推計したところでございます。在宅医療等の必要量は、次の①から⑤の 5 つの患者数を合計することにより推計しています。④・⑤をご覧ください。④ は、平成 25 年に在宅患者訪問診療料を算定している患者数の性・年齢階級別の割合を算出して、これに当該構想区域の 2025 年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって推計される患者数。また⑤につきましては、介護老人保健施設の施設サービス受給者数について同じ推計をしたものでございます。この④・⑤については、高齢化の影響により医療・介護需要が増大しているものということになります。これに対して、新たなサービス必要量として考えられるのが、①、②、③ということになります。①は、療養病床の入院患者数のうち、医療区分 1 の患者数の 70%を在宅医療等で対応する患者数。②は、慢性期の入院受療率の地域差を解消することで、将来的に在宅医療等で対応する患者数。③は、一般病床の入院患者のうち、医療資源投入量が 175 点未満の患者数ということで、この 3 点が、新たなサービス必要量ということで、追加的な需要ということになります。この追加的な需要について医療で統合的な対応をしていかなければならないという考えでございます。

次の「2 医療と介護の一体的な体制整備に係る調整」ですが、国の指針では、県の保健医療計画、また「かながわ高齢者保健福祉計画」、また市町村の介護保険事業計画を一体的に作成し、これらの計画の整合性を確保することが求められております。具体的には、都道府県や市町村関係者で協議の場を設置して、保健医療計画で掲げる在宅医療の整備目標と、市町村の介護保険事業計画で掲げる介護施設等の整備目標が統合的なものとなるよう、当該協議の場において協議を行っていくということでございます。現在、老人福祉圏域単位で設置されております「施設整備に係る圏域調整会議」で、県と市町村で協議を進めているところでございます。

具体的な調整の状況ですが、3（2）「医療と介護の間で調整の対象となる患者数」、在宅医療等の新たなサービス必要量のうち、①医療区分 1 の 70%と②地域差解消分から介護医療院等新類型転換見込み数を差引した数、これが在宅医療等対応可能数として調整の対象となるということでございます。これを図で表したものが下にございます。これは、左から右に向けて年々進んでくるものとなります。縦の列が患者数と考えてください。まず一番右に、医療区分 1 の 70%と地域差解消分、A があります。ここが新たな需要ということになりまして、ここから現状では B と C、これが何かと申しますと、介護療養病床及び医療療養病床から介護医療院に転換する分、これを差し引きまして、実際には D の部分について、在宅医療と介護施設で役割分担を決めているというものでございます。また E の 175 点（C3）未満のところでございますけれども、この部分は、国としましては外来医療で対応するということで整理をしているところでございます。

続きまして次ページ（3）「在宅医療等対応可能数（D）の医療と介護への調整方法」、実際 D の部分の医療と介護での調整を、どういう役割分担をしていくかということがここに書いてあります。平成 28 年度病床機能報告制度を活用し、二次医療圏毎の療養病床からの退棟先を示す結果に基づきまして按分していくこととなります。具体的には、下の※になりますが、退棟先が家庭・有料老人ホーム等につきましては在宅医療で、退棟先が特養・老健につきましては介護施設等という整理で按分をしております。その結果が、ページをおめくりいただきまして、「5 県西地域の調整状況」になります。この表につきましては、9 月 4 日に介護保険事業計画策定に係る圏域調整会議を県西地区で開いております。出席者をご覧くださいとおりでございます。

先ほどの按分比率に基づきまして、在宅医療が 63%、介護施設等が 37%ということになります。それに基づきまして、各市の方で在宅医療等対応可能数、国から示された数から介護医療院転換数を引いたものが在宅医療等対応可能数ですけれども、例えば小田原市ですと 119.81 人という在宅医療等対応可能数に対して、在宅医療の 62.96%で按分したのが 75.43 人、介護施設等の 37.04%で按分したのが 44.38 人、そういった数、按分データが出ておりまして、これについてそれぞれの計画で対応することが求められているところでございます。なお、この数字につきましては、まだ引くべき療養病床から介護医療院への転換分を調査中ということで確定数字ではないということをお願いします。

そういったことで、次の「6 スケジュール」をご覧ください。9 月上旬に圏域調整会議で検討してまいりまして、現在、9 月中旬から 10 月上旬の第 2 回地域医療構想調整会議、この場でご議論いただきまして、最終的に第 3 回地域医療構想調整会議である程度固まった数字につきまして説明するというを考えております。説明は以上になります。

(渡邊会長)

ありがとうございます。この内容についてご質問ございますか。

(時田委員) (社会福祉法人小田原福祉会潤生園理事長・園長)

介護施設の立場から少し伺いたい。いま、説明のあったベッド数の話ですが、西湘地域における医療区分毎の入院患者数は、把握できているのでしょうか。

(事務局) (医療課)

ありがとうございます。いまのご質問は、本日お示ししております 4 ページの数字が医療区分いくつになるかということによろしいでしょうか。

(時田委員)

医療区分は 1、2、3 と分かれています、その区分毎の患者数は把握できていますか。

(事務局) (医療課)

いまの質問は、地域全体の医療区分毎の患者数は分かっているのか、というご質問でしょうか。

(時田委員)

西湘地域全体の医療区分毎の患者数です。

(事務局) (医療課)

それはですね。県病院協会さんの方で療養病床の実態調査をしていただいております、回答率 60%なんですけれども、そのご回答いただいた中ではそれぞれの医療区分毎の数字も教えていただいておりますので、それを集計することは可能です。

(時田委員)

私が伺いたいのは、医療は川上の問題ですし、川下は介護の問題ですから、川上が変わると、川下に影響が出てくる訳です。ですから、在宅医療とおっしゃるけれども、調整会議でどんな調整が行われているのでしょうか、介護側はそのことについては全く聞いていないのです。

行政計画ですからトップダウンはやむを得ないのですが、医療の後は介護が担うのですから、介護との調整も必要でしょう。ところで現在、西湘地域の特養はほとんど赤字経営になっています。そのため受け皿が造れない状況です。特養が赤字になっている原因は、実は西湘地域の特養の給与が、神奈川県内で一番高いのです。恐らくご存知ないと思いますが、国の介護保険による人件費基準は、介護施設の場合 45%ですが、西湘地域の人件費比率は 73 から 75%になっています。

しかも、小田原市を除くと他の市町村は、地域区分がゼロですから、上乘せが無いのです。また、こういう状況の中で、介護施設が受け皿になるのは、ほとんど無理だと思います。

また別の例ですが、難病も 330 位まで増えていて、介護の現場が大変ななっています。それにも拘らず病床を減らしたら、患者はどこへ行けばよいのでしょうか。そういう現実を踏まえて、この計画は相当慎重に考えて頂きたいのです。そのことは申し上げておきたいと思います。

(飛弾委員)

足柄上医師会の飛弾です。在宅医療にかなりの数が流れてくると思うのですが、在宅医療は、医師だけじゃなくて訪問看護師の役割が大変重要になってきます。で、訪問看護師の募集をしてもなかなか集まらない。病院の看護師と違って、ひとりで、現場で判断をして、決断をしなければいけないケースが多い。在宅医療について、県では、訪問看護師の養成について具体策はあるのでしょうか。

(事務局) (医療課)

すみません。その担当の課がないんですけれども、病院の看護師が訪問看護師になることについてのハードルは高いということは承知しています。そういった中で、いま県の方でやっている事業というのが、一定程度大きい訪問看護ステーションさんに、教育ステーションとして、なかなか自分の手では訪問看護師を育てていけないようなステーションに新しく来た看護師さんと同行訪問したりですとか、そういった研修をすることによって育てていこう、というような研修を行うこととしています。

(渡邊会長)

施設の方から何かご意見ございますか。

(臼井委員) (社会福祉法人神奈川県社会福祉事業団あしがら広域福祉センターひかりの里施設長)

ひかりの里の臼井でございます。いま特養の所長をしております。いま時田先生が言われたように、介護の現場、療養病床からの退棟先ということで、来られる方は相当医療依存度の高い方が来る。在宅の方でも、カテゴリーをはじめ医療依存度の高い方というのは、特養として重度の人を受け入れるという使命がありますので、そういう部分では非常の多くなってきております。そんな中で、夜間の体制で、看護師を夜間配置できる特養は本当に限られております。まずほとんどの特養がオンコール体制ということでやっています。この趣旨ですけれども、どこかで受けなければいけないということで、施設自身も努力していかねばいけないということは、もちろん承知しておりますので、介護職が夜勤をやる体制として、吸引の研修ですとかそういうものをやっています、人材不足で、こういうものにもなかなか出すことができない中で、趣旨は十分理解するものの、現実には、はいそうですかとすぐに受けられるものではないので、こういう方針に沿って、経費を節約しながら看護師の夜勤体制を対応できるような経営になればいいのかなと考えているところです。

(大水委員) (社会福祉法人宝安寺社会事業部ほうあん第二しおん所長)

法安寺の大水と申します。1ページの④とか、計算の考え方として在宅医療を考える基準として 2025 年のものを使ってという話でしたが、家庭の介護力というものも変化しています。私どもは保育園も長く行っていますが、現在急に政策が変わってみんな保育園にとっても、当然そういう前提で社会全体が準備してきていないので、現場としては大変混乱しています。この件も

同様ではないかと思えます。

1世帯の人数も減っており、孤立化による孤独死という問題も今後益々進んでくるという状況の中で、介護施設としても経営や職員の体制確保などは先程時田先生がおっしゃられたような状況です。その中で医療側からの視点で在宅に戻そうと言っても、本当に大丈夫なのかと思えます。その意味 2025 年の基準で考えていって大丈夫なのかということを質問したいと思います。

(渡邊会長)

この地域における問題というのは、いま説明のあった割合とか数値が必ずしも合致しないのではないかということだと思うのですが、その辺をどう考えますかということをお場で話し合いをすべきなのでしょうか。

(事務局) (医療課)

まずですね、ご質問にあった 2025 年の需要、ある意味ピークな訳ですね。地域によって異なりますけれども。そのマックスの需要を見て、どんどん建物を建てていってよいのかというご質問だったかと思えます。そこは、我々としても慎重に考えるべきなのかなと思っております。介護保険事業計画を作成されるのは市町村さんですので、私が勝手な事は申し上げられませんけれども、そういった 2025 年以降のことも考えつつ、おそらく計画について考えられているのだらうと思っております。それから、会長がおっしゃったとおり、地域の実情をどう勘案して考えていくかということに関してなんですけど、まず、資料 4 の 3 ページで、いまおっしゃった事とはちょっとずれているかもしれませんが、「4 本県の実情を踏まえた対応」というところにも記載させていただいておりますが、病院協会の療養病床実態調査ですと、いま調整の俎上に乗せられている医療区分 1 の患者さんのうち、自宅退院又は施設入所可能な患者さんは、県全体で約 30% の結果でした。この理由は分析できていないのですけれども、おそらく医療依存度が高く、やはり自宅や施設では受け入れられない患者さんがいらっしゃるのかなということと、やはり介護の体制が整っていないで自宅に戻れない患者さんがいるのではないかというふうには考えております。当然これからの医療計画、同時改定していきます介護保険の計画を推進していくに当たっては、実情を踏まえて、じゃあ実際はどのように対応していくのかということは、話し合いながら決めていく必要があるのかなと思っております。

(渡邊会長)

この地域は、圧倒的に独居老人が多くて、これは地域によってだいぶ割合が違うと思うのですね。ですから、退院してもだれもみる人がいない。そこにきて介護人材が足りない。全部悪循環というのがこの地域の実情と思っているのですけれども、その辺をどういうふうにしたらよいか、数字に反映するにはどこでどうやっていけばいいのでしょうか。

(事務局) (医療課)

そこは、ここでいただいた意見を踏まえて、医療計画をこれからつくっていきますが、そういう中で対応を考えていきたいと思えます。

(南委員)

医療区分 1の方がどのくらい施設に移行できるかについて、病院協会の調査を例に出されたと思うんですが、その数字とですね、ここに書いてある 70%というは国が言ってきた数値ですよ。で、かなり開きがあります。70%が正しいのか、ということの検証はどこにもないんですね。で、神奈川県病院協会の実態調査をしたところ 30%。どちらが正しいのかという話です。県としては

どうするんですか。

(事務局) (医療課)

まずですね、こういうお答えになってしまって申し訳ないんですが、医療区分1の70%を政策誘導で在宅に移行させていこうというのは国の方針でして、そこは、整合性に疑問を持ちつつも、まずはそれで計算せざるを得ません。ただ、その計算を基に在宅と介護の整備目標を立てていくという事ですので、現実的にどう対応していくというのは、実際に事業を実施するというか、進んでいく中で、本当に70%では出来ないということを考えていく必要があると思っています。

(篠原氏)

県医師会の篠原です。ここで話すのもどうかと思いますが、医療区分の考え方ですね、1、2、3。15年前の制度ですから、これはもう制度疲労を起こしている。その辺のことを、もし見直すんなら、その辺を上申して、ここが変わらないと、なかなか対応が難しいんじゃないかと思いますが。

(牧田委員)

先ほどの話では、病床数に関しては国がある程度大きな方向性を決めているので、なかなか変更できないものと理解しましたが、施設も赤字で特養もなかなか増やせないという状況の中で、今後在宅で診なければならない患者さんが溢れてくると思います。その中で一番鍵になってくる訪問看護ステーション等の充実は必須だと思います。先ほど研修などを進めているお話が紹介されましたが、海外のように小さな訪問看護ステーションを全部まとめて県などの大きな組織で主導してやっていくことも考えないといけないと思います。この八方塞がりのような状態に対して何かアイデアを考えなければいけません。

(事務局) (医療課)

県としましては、訪問看護師の需要が高まっていることについて十分認識しておりますので、それに対するなんらかの対策をきちんと立てていくことを考えております。それについては、持ち帰らせていただいて、担当課の方にはきっちり伝えてまいります。

(渡邊会長)

まあ、重要な意見がたくさん出ていると思うのですが、いままで皆さんが疑問に思っていたことがそのまま出ているだけの話であって、新しいことではないのですが。きょうの議題に添っていくと何時間あっても足りなくなるような内容なのですが、きょうの会議というのは、その辺の問題点というのを、県の方でもう1回データを見ていただいて、この地域の介護の需要というは十分把握していただければと思います。次の時にそれに対する検討を確認していただければと思います。

(渡邊会長)

それでは議題(4)「地域医療介護総合確保基金について」、これは、いま人材についてのお話があったと思うのですが、そこも関連します。事務局から説明をお願いします。

(事務局) (医療課)

資料5-1から5-4までを使って説明させていただきます。資料5-1は、地域医療介護総合確保基金の概要を記載したものでございます。まず、右側の小さい四角に、医療分・介護分と入っておりますが、医療・介護それぞれに交付されるものになっております。平成26年度から

消費税増税分を活用してこの基金を設置しまして、都道府県が毎年都道府県計画を作成しまして、計画に基づいて事業を実施していくという仕組みになっております。真ん中辺りの右側の四角のところで、基金の対象事業という項目がございます。医療分としましては、1の地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業、2の居宅等における医療の提供に関する事業、4の医療従事者の確保に関する事業を実施しております。なお、介護の方では、3の介護施設等の整備に関する事業と5の介護従事者の確保に関する事業を対象として行っていくこととなります。医療分の神奈川県での交付状況は、次の参考の表のとおりとなります。2の調整会議における検討事項としましては、各地域で構想達成のために今後どのような事業が必要か、医療分についてになりますが、特に区分Ⅰにおいて、地域において必要な整備があるかについてご意見をいただきたいということになります。

資料5-2をご覧ください。これは平成29年度計画についての資料となります。1のこれまでの経過にありますように、8月10日に国から医療分について内示があったことから、29年度の計画を作成したところでございます。2の内示額については記載のとおりとなっております。区分毎に分けて交付されております。また、2つ目のマルにありますように、28年度に引き続き区分1の部分に重点的に配分されている状況となっております。1枚おめくりいただきまして、4の計画(案)でございますけれども、基本的な考え方は資料記載のとおりで、今後急速に高齢化が進んでまいりますので、対応するために、急性期から在宅医療・介護までの一連のサービスが提供できるように取り組んでいきます、という基本的な考え方の基で作成しております。(2)の主な事業でございますが、地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業としましては、記載のとおりですが、回復期病床等への転換促進に関する事業、こういったものを継続的に行っていくというものになります。次に、Ⅱの居宅等における医療の提供に関する事業としましては、アの在宅医療に関する重点事業であったり、イの在宅医療を担う人材育成ということで、訪問看護に関する協議会の設置や検討、あるいは先程説明しました訪問看護ステーションへの教育事業等をやっております。Ⅲの医療従事者の確保に関する事業については、アの医師の確保・養成のための事業をいくつか記載させていただいております。イの看護職員の確保・養成についても記載のとおり実施してまいります。お捲りいただきまして、ウの歯科関係職種の確保・養成についても計画に位置付けているところでございます。こちら概要となっておりますが、資料5-3の方に、29年度に基金を使って実施する医療分の事業の一覧となっております。時間の関係もありますので、個々の内容の説明は省かせていただきますが、記載の内容で取り組んでいるということになります。

続きまして資料5-4をご覧ください。こちらは、30年度に向けた提案募集結果となっておりますが、30年度に向けて、この7月3日から8月10日の間にホームページなどを活用しまして基金の提案募集というものをやっております。結果、計111件の提案がございまして、今回主なものをいくつか記載させていただいております。提案の採択についてはこれから検討になっております。ここに書いたものを来年行うという趣旨ではなく、地域でご検討いただくに当たっては是非知っていただきたいというものについて記載とところでございます。事業内容の方は、まず区分1の病床機能の分化・連携に関するものを、いくつかグループに分けて記載しております。病床整備に関する事業としましては、回復期病床について、いまは転換のものしかやっていないものを新設について行ったらどうかというもの等いくつか提案をいただいております。その下は設備

整備関係としてまとめています。その下は、病床機能分化・連携について、普及啓発と人材確保とに分けて記載しております。おめくりいただきまして、ICTを活用した地域医療ネットワークの構築、あるいは医科歯科連携についてもいくつか提案をいただいております。区分Ⅱの在宅医療の推進としましては、まず最初は在宅医療体制構築関係ということで、いくつか地域のモデル的な取組についての提案をいただいております。次のページは、人材確保関係としてまとめさせていただきます。ケアマネージャーさんですとか訪問看護ステーションなどに関するものも記載しています。その次は、精神病院からの退院支援に関するもの、そして在宅歯科医療についても提案をいただいております。続いて区分3の医療従事者につきましては、まず医師確保・養成については専門研修や総合診療専門医プログラムなどについていくつか提案をいただいているところです。次に看護師の確保・養成として、補助者の確保であったりとか研修事業であったりとかの提案をいくつかいただいております。あと、歯科の関係職種や介護関係にもいくつかいただいております。また、多職種連携についてのご提案と、最後に勤務環境改善ということでまとめさせていただきます。区分1については、地域医療構想の策定に向けて活用することが出来ることとなっておりますので、今後地域として必要な事業などについてのご意見があれば、参考にいただければと考えております。説明は以上です。

(渡邊会長)

これは、いろんなことに準備をするための補助金を出すということなのですからけれども、昨年もありましたが、なかなか100%の活用率には至っていないように思うのですけれども。これが申請できるのは、医療機関、大学病院、それから行政ですね。介護の施設から事業補助の申請はできるのですか。

(事務局) (医療課)

医療分は医療機関を対象としたものが大部分になります。今日は説明していませんが、介護の方には介護の人材確保などに使えるものもございます。

(渡邊会長)

やらなければならないものがいろいろ入っていると思うのですけれども、どう具体的に活用できるかが悩ましいところだと感じているのですけれども、何かありますか。時間がオーバーしているので、お一人だけ。質問がありましたら。(発言なし)

具体的にこういうものを活用したいという要望がありましたら、県に質問をいただければと思います。ありがとうございました。

(渡邊会長)

議題(5)の「その他」ですが、委員の皆様から何かございますでしょうか。(発言なし)

申し訳ありません。司会の不手際もあって、時間をだいぶ過ぎてしまったのですが、本日はそれなりに問題点をたくさんいただけたかと思っておりますので、次回の会議に向けて検討していただければと思います。

医療構想というのは、病院がメインでやってきましたけれども、その中でですね、地域包括ケアという介護の方がだいぶ入っているので、より実践的な場になってくると思っています。これを、より具体的に活用できるように願っています。

では、本日の議事については終了させていただき、事務局にお返しします。

(事務局) (小田原保健福祉事務所)

渡邊会長、ありがとうございました。また、委員の皆様におかれましても、ご協議、ご意見ありがとうございました。

最後に事務局よりお知らせがございます。本日卓上に小田原保健福祉事務所管内の事業のチラシを配布させていただきました。内容をご覧いただきまして、興味のある事業がございましたらお申し込みいただければと思います。

それでは、以上をもちまして本日の会議は終了とさせていただきます。ご多忙のところ、どうもありがとうございました。

(以上)