

**平成 30 年度第 2 回県西地区保健医療福祉推進会議 議事録**  
(平成 30 年 11 月 5 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)

それでは定刻になりましたので、ただ今から平成 30 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。

まず出席委員の確認でございます。本日まで出席いただいております委員につきましてはお手元の委員名簿、座席表のとおりでございます。名簿記載の通り小田原市自治会総連合会長の木村委員、県西教育事務所長の濱野委員はご欠席でございます。また、小田原市社会福祉協議会会長の小野委員、足柄上センター所長の北原委員からは急きょ欠席の連絡をいただいております。

つぎに今回新たに就任された委員でございます。委員名簿 14 番、神奈川県医師会の介護保険関係担当理事の高井委員でございますが、本日は都合によりご欠席でございます。

次に、本日の配布資料でございますが、次第に記載のとおりでございます。不足等がございましたら、お気づきの時点で事務局までお知らせくださいますようお願いいたします。

次に、会議の公開についてです。本日の会議につきましては公開とさせていただいており、ホームページにて予定を周知したところ、傍聴の方が 17 名お見えになっておりますので、傍聴を認め、入室を許可することとしてよろしいでしょうか。

(異議なし)

ありがとうございます。では、傍聴人の入室をお願いします。

次に、本日の審議速報及び会議記録については、発言者の氏名を記載した上で、ホームページにて公開させていただきますので、ご承知おきよろしく申し上げます。

それでは、ここからの進行については、渡邊会長をお願いいたします。よろしく願いいたします。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

小田原医師会の渡邊でございます。本日もどうぞよろしくお願いいたします。

本日は、本年度の第 2 回目の会議としまして、地域医療構想を踏まえた各民間病院の 2025 年に向けた対応方針、いわゆる民間病院プランについて、また、地域医療構想会議の活性化のための地域の実情に応じた定量的な基準の導入などについて議論を進めていくこととなります。委員の皆様におかれましては円滑な議事進行にご協力くださいますよう、どうぞよろしくおねがいします。

それでは、早速ですけれども、次第に基づきまして議事を進めさせていただきたいと思っております。初めに議題の 1 の 2025 年に向けた対応方針についてです。事務局から説明をお願いいたします。

(事務局) (医療課)

神奈川県医療課の鈴木と申します。よろしくお願いたします。着座にて御説明させていただきます。まず資料1-1からご説明いたします。地域医療構想を踏まえた2025年に向けた対応方針についてということですが、前回の公的医療機関プラン、今回の民間プランにつきまして簡単に経緯をまとめさせていただきます。公的医療機関につきましては、前回の議題としてご議論いただきましたけれども、こちらは昨年8月に国から通知がございまして、公的医療機関は2025年に向けたプランを作成し、調整会議で示して、2年間程度で集中的に検討するようという国からの通知が出たことを踏まえまして、昨年9月にプランの作成を公的医療機関にお願いしまして、昨年1月から2月に開催しました第3回調整会議、それから8月に開催しました前回の調整会議においてご報告し、協議ということで情報共有や意見交換をしていただいたところです。また地域でワーキンググループを開催しておりますが、そちらでも医療機関の間で情報共有や意見交換をしていただいたところです。

一方、今回議題としております民間医療機関のプランでございまして、こちらは今年2月に国から地域医療構想の進め方についてという通知が発出されてございまして、そのなかで一つ目の点のところでございますが、構想区域において担うべき役割や機能を大きく変更する病院などは、今後の事業計画を策定したうえで、調整会議において、速やかに2025年に向けた対応方針を協議。それから2つ目の、それ以外の全ての医療機関は、遅くとも平成30年度末までに2025年に向けた対応方針を協議するよう、国の通知では言われております。これを踏まえまして、8月31日付で県の方から該当する医療機関に通知してございまして、9月末まで一般病床と療養病床を有する民間の病院については2025年に向けた対応方針を作成していただくようお願いいたしました。今回の第2回の調整会議と次回の第3回調整会議においてご報告をした上で、情報共有や意見交換をしていただければと思っております。また、地域のワーキンググループ、今後この地域でもまた開催を予定しておりますけれども、このなかでも各医療機関、地域の医療機関の間で、ほかの医療機関のプランについて情報共有、情報交換をして活用していただければと思っております。

おめくりいただきまして今後のスケジュールで考えてございましてけれども、少し重複しますが、今回第2回の調整会議の中では提出状況のご報告、情報共有ということを中心に考えております。

次の行で10月から31年の1月までとありますが、各地域で医療機関が参加する意見交換の場、こちらの県西地域で言いますとワーキンググループを12月に予定しておりますが、そういった場で今回ご提出いただいた各医療機関の2025年に向けた方針の情報共有、地域での意見交換をして頂ければと思っております。そして次回の第3回の調整会議においては、このワーキンググループで出たご意見などもご報告しつつ、改めてこのプランの情報共有、意見交換をしていただければと思っております。また、もし機能変更を予定されている医療機関などで必要があれば調整会議の方にお呼びして事情をお聞きするという含めて、3回目以降で予定しております。最後に随時という事で一番下に書かせていただいておりますが、今回まず一旦現時点の各医療機関の2025年に向けた対応方針というものをご提出していただきましたけれども、当然2025年までは間がありますので、今後方針が変わるということもあろうか

と思いますので、各医療機関でもし今回いただいたプランから変更があった場合には、公的医療機関であれば2025プラン、あるいは民間の病院さんであればこの対応方針について随時修正していただきご提出いただき、それを調整会議や地域のワーキンググループなどで共有しながら進めていければというように考えております。

(事務局) (小田原保健福祉事務所)

資料1-2の説明をさせていただきます。小田原保健福祉事務所企画調整課、小峯と申します。着座にて説明させていただきます。資料1-2をご覧ください。2025年に向けた対応方針、民間病院、構想区域内の報告の状況の表になります。こちらにつきましては、いま説明のありました民間病院の方々から2025年に向けた対応方針を提出いただいた内容のうち病床機能の変更等の部分についてまとめた表になります。なお、本日参考資料の2としまして、各病院の方からいただいた各プランについてまとめてお配りしていますが、説明の方は資料1-2により行わせていただきます。それでは資料1-2の左端の欄に医療機関の名称を記載しております。各病院からの報告の状況について随時説明をまいります。

まず、医療法人小林病院様です。許可病床の方は一般病床103、療養病床60、計163床。稼働病床の方は一般病床63、療養病床60の123床が稼働している状況でございます。病床機能別の状況でございますが、急性期が35床、回復期が28床、慢性期が60床、休棟中が40床となっております。計163床という内訳になっております。指定等の状況でございますが、地域包括ケア病棟を6床、また回復期リハビリテーション病床を28床指定を受けていただいております。2025年の病床機能ですが、先ほど現状で記載をしました機能と現時点で変更はないということで回答をいただいております。1番右側に2025年に向けた方針ということで病床機能の変更予定等について病院の方のお考えを記載している欄では、一般病棟35床について、在宅・時々入院のニーズを満たすために地域包括ケア病棟等への転換を2025年を目途に考えていきたいという意向があるという考えを記載していただいているところであります。

続きまして、医療法人同愛会小澤病院様でございます。病床の方は一般病床が202床、病床機能としましては全て急性期になります。指定等の状況としましては、在宅療養後方支援病院の指定を受けております。続きまして2025年病床機能も特に変更はないということで報告をいただいているところです。今後の機能等の見直しの予定ですけれども急性期病院として疾病別自己完結率上昇を目指すという事と各診療分野の専門医を配置することによってがん診療を始めとした外科系、整形外科等の疾患への取組を強化していく予定との報告をいただいているところでございます。

医療法人尽誠会山近記念総合病院様でございます。病床種別としましては一般病床、そして急性期の152床になります。2025年の病床機能も特に変更はないということで報告をいただいているところでございます。

医療法人社団温知会間中病院様でございます。病床種別としましては一般病床90床、機能としては、急性期45床、回復期45床の90床となっております。指定・届出等としましては地域包括ケア病棟20床、回復期リハビリテーション病棟45床、在宅療養支援病院との届出をいただいております。2025年の病床機能につきましては、現状と特に変更なしですが、急性

期病床の45床の役割の再検討が必要との認識を持っていることの報告をいただいています。

医療法人社団帰陽会丹羽病院様です。一般病床51床で、全て急性期の機能として消化器専門で診ていただいているところがございます。また、在宅療養支援病院として機能を果たしていただいているところがございます。2025年の病床機能は特に変更はなしとご報告をいただいております。

医療法人社団邦友会小田原循環器病院様でございます。病床種別は一般病床97床、機能は高度急性期7床、急性期90床ということで、心臓や腎臓の疾患を中心に診ていただいているところがございます。2025年の病床機能についても現状では変更の予定は記載がございません。

医療法人財団報徳会西湘病院様でございます。病床種別は一般病床45床、療養病床57床の計102床ということで、病床機能としましては、急性期45床、慢性期が57床という内訳となっております。脳神経外科を中心に診ていただいているところがございます。こちらも2025年の病床機能については特に変更はないと報告いただいております。

医療法人社団三暉会永井病院様でございます。病床種別としましては、一般病床で、病床機能としては全て急性期の45床をお持ちです。産婦人科を専門に診ていただいているところがございます。2025年の病床機能について変更の予定はございません。

医療法人社団中山会湯河原胃腸病院様でございます。一般病床58床、療養病床50床の計108床で、病床機能としましては急性期が58床、慢性期が50床という内訳になっております。2025年について変更予定の記載はございません。

一般財団法人生活保健協会湯河原中央温泉病院様でございます。こちらは、病床種別としましては療養病床345床、病床の機能は全て慢性期ということになっております。2025年に向けてですが、慢性期を222床、介護医療院への96床の転換を、2019年4月1日転換予定ということで、いま手続を進めていただいております。病床数を若干減少しまして、慢性期222床、介護医療養病床96床の計318床に変更したいと報告をいただいているところがございます。

特定医療法人社団研精会箱根リハビリテーション病院様でございます。病床種別としましては、許可病床として療養病床が192床、うち140床が稼働しております。病床機能としましては、回復期が40床、慢性期が100床、休棟中が52床という状況になっております。回復期40床につきましては、回復期リハビリテーション病棟の指定を受けていただいております。こちらにつきましては、介護医療院への転換を41床検討しております。2025年には、回復期96床、慢性期55床と合わせて192床という機能種別に変更する予定となっております。箱根リハビリテーション病院では、外来診療や健康診断実施の拡充準備を少しずつ進めておりまして、今後、地域の病院としてサブアキュート、在宅や介護施設で病状が悪くなった方へ必要な医療を提供するような機能を高めていくことが必要というように考えているとの報告を受けています。

社会福祉法人風祭の森、太陽の門様です。病床種別は一般病床が52床、機能は慢性期ということで、重症心身障害者の方の入所施設として運営していただいているところがございます。こちらも、2025年につきましては現在の役割を継続して果たしていきたいと考えている

ところでございます。

医療法人社団明芳会北小田原病院様です。療養病床 55 床と精神の病床が 290 床の計 345 床で、療養病床 55 床の機能は慢性期を担っていただいております。こちらでも 2025 年の変更予定はないということをご報告をいただいております。

医療法人社団朱鷺会大内病院様です。種別としては一般病床が 53 床、機能としましては全て急性期です。在宅療養支援病院の指定を受けています。2025 年の病床機能については急性期 52 床という事で予定をしていただいております、一般病床よりも地域包括ケア病床への何床か変更を検討する予定との報告を受けています。

医療法人陽風会高台病院様です。種別は療養病床 310 床で、病床機能としては慢性期 310 床で、急性期病院からの後方支援病院として役割を担っていただいております。2025 年の病床機能についても変更の予定はないと報告を受けております。

医療法人藤誠会佐藤病院様です。種別は療養病床 30 床、機能は慢性期 30 床です。2025 年の病床機能の変更の予定はなく、引き続き地域に密着した医療をめざしていく意向との報告をいただいております。

最後に、一般財団法人ライフ・プランニング・センター日野原記念病院ピースハウス病院様でございます。種別は一般病床 22 床、病床機能は慢性期 22 床ということで、こちらは独立型のホスピスとして、終末期の緩和ケアを提供していただいております。2025 年の病床機能については変更の予定はないという報告をいただいているところでございます。

病床機能についての内容は以上ご説明したとおりでございます。その他参考資料 2 の方に各病院様の方からそれぞれの病院の課題ですとか今後地域で担う役割等を記載しているところでございます、その辺りは詳しくは後程見ていただきたいと思います、いくつかご紹介したい内容がございました。まず病床機能ですとか、適正規模ですね。今後とも検討していく必要性を感じている病院としましては、間中病院様ですとか、丹羽病院様、湯河原中央温泉病院様など、いくつかございました。また、在宅医療との連携の充実ですとか、地域包括ケアの貢献ということが、非常に今後の課題であるし、今後の役割として重要だというように記載している病院が数多くございました。また、看護師等の医療人材の確保に苦慮されているという病院が、小林病院や西湘病院、湯河原胃腸病院、大内病院、高台病院等多くの医療機関から記載していただいているところです。またこのほか、救急医療体制の維持ですとか、充実とかについて危機感を持っておられたり、今後充実をしていく意向を記載されているのが、小澤病院様、山近記念総合病院様、湯河原胃腸病院様等から記載していただいているところでございます。

こういった各医療機関の報告を受けまして、今後 2025 年に向けた対応方針の内容につきまして地域の医療機関の皆様と 12 月 3 日に病床機能分化・連携のワーキンググループの開催をして、意見交換や情報共有を図りたいと思っております、その中でいま報告した中でも救急医療体制につきまして、少し話し合いの一步としまして議題として取り上げたいと事務局の方で考えているところでございます。

駆け足でございましたが、資料 1 - 2 の説明は以上でございます。

(事務局) (小田原保健福祉事務所)

一点だけ補足いたしますと、12月3日にワーキンググループの第2回を開催する話をいま申し上げましたが、その結果概要については年明けに開催予定の第3回の推進会議でご報告する予定でございます。以上でございます。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

はい、事務局からの説明ありがとうございました。前半のところは、まず今後のスケジュールということで説明がございましたが、スケジュールに関しては、周知は問題ないかと思いますが、そのあとに説明があった民間病院から出していただいたいまの現状ですよね、それぞれの病院がどういう姿勢でやっているかというありのままの統計結果なのですけれども、これに関しては、こちらには担当の病院の方々ほとんどみえていないので、この資料で理解していただくということになります。もし次のワーキンググループに対して、何かこの結果で質問等ございましたら、それも含めて質問を受けたいと思いますがいかがでしょうか。

この県西地域で必要とされている、一応計算上の、それに対してのバランスに関しては次の資料2のところの説明がありますので、そのこと以外で、内容で質問があればいかがでしょうか。

この時点であまり意見交換できる内容ではないかもしれませんが、救急の問題、これから起こるであろうと思われるのは救急ですね。特に救急と言っている病院に関しては二次救急。この地域では二次救急を主体としている救急の体制に関わってくるので、その辺が足りるのか足りないのかという問題と、あと地域包括ケアの病床というのはまだそんなに数が多くはありませんが、その辺を急性期の病床と慢性期の病床とどういう関連付けがなされていくかということがこれから話し合われていくことになるかと思われませんが、小松先生の方から何か追加のご説明はありますか。

(小松委員) (県医師会理事)

県医師会の小松です。いつもお世話になっております。もし、行政の方でお答えができれば質問させていただきたいのが、湯河原と箱根の病院が介護医療院への転換を予定されているということですが、このあたりに関して、転換に当たって行政の視点から困難な点だとか、調整が難しい点等があれば、ほかの地域でも参考にしたいので教えていただけますか。該当する方いらっしゃるかわかりませんが、もしお答えいただければお願いします。

(事務局) (小田原保健福祉事務所)

お答えいたします。現時点で、特に制度上の課題ですとか、転換に当たっての困難さというような情報はお受けしてございません。

(小松委員) (県医師会理事)

財源の問題などで、一部介護医療院への転換に関しては、行政の方でも慎重な姿勢を取っているところもあると聞いていたので。県西地域についてはかなり具体的な話ですか。

(事務局) (医療課)

いまの2つの病院については、湯河原の方は介護療病床を元々お持ちで、それプラス医療の療養病床からも介護医療院に転換します。箱根のリハビリテーション病院の方は、こちらは介護は元々持っていらっしゃるらないので、純粋に医療療養病床の内の41床を転換するという事になっております。医療療養病床の転換を含みますので、市町村の方とは介護保険の所管のところとは調整中という状況にはなっておりますけれども、まだ最終のオーケーは出ていないところもあるかとは思いますが、ご意見いただきながら基本的には進めているというような状況でございます。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

少し前後してしまうかもしれませんが、介護医療院というカテゴリーに関しての簡単な説明をしていただくと皆さん分かると思うのですけれども。

(事務局) (小田原保健福祉事務所)

介護医療院につきましては、端的に申しますと、医療が必要な要介護高齢者の長期療養と生活のための施設ということになります。要介護者なのであって、長期の療養が必要な方に対して、施設サービス計画、計画に基づいて療養上の管理ですとか看護、医学的な管理の基における介護及び機能訓練、あとは必要な医療や日常生活上のお世話をすることを目的とする施設ということになります。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

これは全て医療保険で賄われるということなのですね。

(事務局) (小田原保健福祉事務所)

こちらは介護保険になります。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

介護保険ですか。

ほかに何かございますか。

はい、これにつきましては12月3日のワーキンググループで細かいところについての話し合いが行われますので、また第3回の時に報告出来ると思います。

それでは、次に議題2の過剰な病床機能への転換について、事務局から説明をお願いします。

(事務局) (医療課)

それでは、資料2につきまして説明させていただきます。

過剰な病床機能への転換についてというタイトルが付いております。この県西地域につきましては、すぐに何かこれについて対応をしなくてはいけないということではございませんけれ

ども、いまの県の考え方ということで、資料としてご説明させていただきたいと思います。

まず1番が、医療法及び国の通知における考え方ということですが、2月7日に国から通知が出ておりますが、その中で国は、都道府県は2025プランや病床機能報告の結果等から、過剰な病床機能に転換しようとする医療機関の計画を把握した場合は、速やかに、その医療機関に対して、調整会議への出席、病床機能を転換する理由についての説明を求めることが、通知には書かれております。また医療法では、病床機能報告でいまの病床機能と6年後の病床機能を報告いただくことになっておりますが、6年後の病床機能を、その構想区域で既に過剰となっている病床機能に転換する旨の報告をした場合には、その医療機関に対して、理由書提出、それから調整会議での協議への参加、そして調整会議での協議が整わない場合は、医療審議会での理由の説明などを求めていく、ということが法律の中で定められているところです。

県西地域の状況でございますが、これは平成29年度の病床機能報告の結果と2025年の必要病床数を数字上比較した表になっておりますが、こちらで見ますと県西地域につきましては、高度急性期、急性期、慢性期の3つの区分につきましては、29年度の病床機能報告結果と2025年の必要病床数を比較した時に、既に平成29年の段階で過剰になっているということで、この3つについては県西地域では過剰な病床機能に数字上では該当することになります。回復期については、いま現在報告上は不足、2025年の必要病床数と比べると不足ということになっております。

この状況を踏まえまして、前回の調整会議の中で29年度の病床機能報告結果について報告いたしました。今回ご報告した民間の2025年にむけたプランの内容を当てはめた場合に、県西地域においては現時点で過剰な病床機能の転換を検討している医療機関というのは該当するものはありませんでした。いずれも機能変更を予定されている医療機関につきましては、不足しているとなっております回復期への転換、あるいは介護医療院への転換、あるいは病床を減らすといったところはございましたが、そういういった形での機能変更でしたので、過剰な病床機能についての転換に該当するものは特段ありませんでした。

裏面の今後の進め方については、該当があった地域を想定して作ったスケジュールでございますので、こちらの説明については省略をしますので、もし県西地域において今後過剰な病床機能について転換に該当するものが出てきた場合につきましては、県から色々状況をお聞きした上で医師会や、病院協会、該当する市町村、行政との調整などを踏まえまして、それと併せてこの調整会議においてもご報告する、そして必要であれば呼び出して事情、理由などをお聞きするというような手順を、今後もし該当が生じた場合にはさせていただくことになると思います。調整会議の中でやむを得ないということでご了承いただける場合には転換ということになりますし、協議が整わなかった場合には医療審などへご報告していくというような形になっております。

資料2のご説明は以上になります。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

これは、いまのところの県の考え方について説明があったわけなので、この内容について何かご質問ございますか。



(牧田委員) (県立足柄上病院長)

県立足柄上病院の院長の牧田と申します。質問が少しあるのですけれども、いろいろな会議において、高度急性期などの基準については、もう少し具体的なカテゴリーが今年度中には国から出ると聞いています。これが万が一出た時に、いま病院が機能別にそれぞれ何床と出していますけれど、ガラッと変わってくる可能性があります。その時に、一からやり直しということになるような可能性もありますが、この県西地区の場合には回復期以外の病床は全て過剰になっているので、それを新しい基準に合わせて、若しくは将来的なことを考えて、急性期 100 床を慢性期にしようとかということをした場合、過剰な病床を新たに申請することが出来ないとすれば、ダウンサイジングか、若しくは回復期にするかしかないように聞こえるのですけれども、この辺りはどうお考えなのでしょうか。

(事務局) (医療課)

まず、最初にお話しのありました今年度中に出す基準の話については、次の議題でご報告させていただく予定です。神奈川県でも今年度中になんらかの基準をお示しする方向ではございますけれども、こちらの考えでは、これまでのものが大幅に変わってしまうというよりは、どこの地域も急性期が非常に多く出てしまうこと等がある程度補正して、回復期が少ないというように出ているところがある程度補正して、見やすくするというものであるということはこちらの方ではある程度認識しています。大幅に変わってしまうということはあまり想定していないということが 1 点です。

それとは別に、今後急性期で出せないのであれば選択肢が限られてくるのではないかというお話もありましたけれども、それにつきましては、県西地域は必要病床数が少なく出ていることもございますけれども、一方で急性期、救急の問題などもございます。急性期が多い少ないとか、数だけで議論できる状態ではないというのもこちらとしては認識しています。調整会議で議論をするというのは、数としては過剰なのだけれども、それでも地域として必要かどうかということを地域の意見を聞きながら判断する。地域として急性期が数字上は多いのだけれども、やっぱりこの急性期は維持しないといけないとか、少し充実させなければいけないというご判断があるのであれば、そういった形でご議論いただいて、そこは機能転換することはやむを得ないとか、調整会議である程度意見を聞くことだと思っておりますので、そういった点でご議論をいただければ良いのかなと思っております。

(牧田委員) (県立足柄上病院長)

あくまで数字は目安であって、それが過剰のままでも構わないし、過剰な病床についても会議の中で仕方ないということであれば認めていく形になるだろうということによいですね。

(事務局) (医療課)

はい。そうです。ほかの地域で、いまどこも急性期がある程度過剰になっていますけれども、

いろんな事情を勘案して急性期に転換することもやむを得ないだろうと判断した地域もござります。こういうことは、調整会議の中で合意が取ればあると思っております。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

いま最初に説明があったように、このカテゴリーですね、高度急性期、急性期、回復期、慢性期とあって、この辺の区別の仕方というのもまだはっきりしていないというところもあるので、人数は若干動くだろうということと、介護医療院というカテゴリーがこの中にはまだ入っていないので、そこと慢性期との移行ということになるのでしょうかね。それも、これからまた出てくる問題ではあります。

何か他にご質問ありませんか。

やはり資料3の説明が必要になってくると思うので、一度資料3まで進めさせていただいて、そこでまとめて質問を受けようと思うのですけれども。

(南委員) (県病院協会常任理事)

介護医療院への転換について、実情はどうなのですかという話が小松委員からありましたけれども、介護医療院というのは慢性期ではないですよ。病床機能報告のシステムの中の慢性期には属さないということですよね。となると、トータルの病床数が減るということになりますよね。

(事務局) (医療課)

おっしゃるとおりで、必要病床数と比較する場合には介護施設という扱いになりますので抜けていくことになります。経過措置など加算の方法はあるにはあるのですけれども、一義的には必要病床数と比較する中では介護医療院になったものについては抜けていきます。

(南委員) (県病院協会常任理事)

いままでの療養病床というのは、医療保険の療養病床と介護保険の療養病床と二つあったのですが、今度は介護医療院ということで。いままでの慢性期というのは、介護療養病床は含まれていないということです。

(事務局) (医療課)

介護療養病床は慢性期の中には含まれております。

(南委員) (県病院協会常任理事)

介護療養病床は慢性期の中に含んでいるけれども、介護医療院はさらにそこから外れるわけですね。

(事務局) (医療課)

基本的には病床の数を数えるということになりますので、介護療養病床は病院の病床で介護

保険を使っていることとなりますが、介護医療院は病院ではなく介護施設という扱いになっていきますので、病床の数を数える時には抜けることとなります。

(南委員) (県病院協会常任理事)

理念的には介護保険を使った療養病床というのは矛盾しているところもあって、介護療養病床をどうするかというのはずっと議論してきているのです。それは置いておいて、県西部でも医療療養病床から介護医療院への転換というのが出てくる。介護療養病床をもう少し考え直そうという道筋からはちょっと外れるわけです。介護療養病床を無くしていこうという国の方針ではあるのだけれども、医療療養病床を介護医療院にして地域医療構想からは外れていくという状況になっていくということですか。

(事務局) (医療課)

おっしゃるとおりです。国の方も、一番のターゲットは介護療養病床になりますので主として介護医療院への転換、あるいは医療の療養病床に戻っていくというのも神奈川の場合には相当数ございます。あと、医療療養病床についても、療養病床の再編というのが国の元々の主旨だと思いますので、いま医療療養病床で転換を検討されているところというのは、医療区分1の方が相当数いらっしゃって、そういった入院患者さんの状態を勘案して判断をされているところが多いのかなと思っております。一部が療養病床再編の中で介護医療院に行くというのは国の方も想定しているかと思えます。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

なかなかカテゴリーが難しいのですけれども。それでは次の議題3「地域医療構想調整会議の活性化のための地域の実情に応じた定量的な基準の導入について」について、先に説明をさせていただこうと思います。よろしく申し上げます。

(事務局) (医療課)

資料3についてご説明いたします。資料3は、9月19日に県保健医療計画推進会議という場で説明したものと同一資料になりまして、現在の県の動向について調整会議で説明させていただくという趣旨で議題とさせていただいております。

まず、1の国通知における考え方とありますが、国から8月16日付で通知が出ております。通知自体は、この資料の一番後ろに付けていますけれども、要約いたしますと、一部の都道府県では、医師会などの医療関係者と協議をして、定量的基準というものを作成している。それを、医療機能や供給量を把握するための目安として調整会議の議論に活用していると。なので、各都道府県の調整会議での議論を活性化することで、今年度中に、医療関係者と協議を経た上で定量的な基準というものを導入するように、というような通知が国から発出されております。

背景としまして、国の考えとしては、まず回復期機能に該当する病棟は、回復期リハ病棟や地域包括ケア病棟に限定されるといった誤解が生じていて、主として回復期機能を有する病棟

であっても、急性期機能として報告されている病棟が一定数ある。また、丸の2のところ、実際の病棟にはいろいろな患者さんが入院していらっしやって、急性期や慢性期で報告された病棟の中にも、回復期の患者が一定数入院していらっしやる。そういったことについて詳細な分析や検討が行われないまま、回復期が大幅に不足しているという誤解が生じているという指摘がある、と国の方は考えているということでもあります。

また、本件の調整会議の中でも、例えば高度急性期の病床数などについて、地域ごとに大きく差がついていて、報告の仕方について、県で統一した基準を示した方がいいのではないかという意見が出ています。

で、先程一部の都道府県だと申し上げましたが、3で他県の例をご紹介しますけれども、(1)の佐賀県、こちらは報告されたデータを踏まえつつ、この中で、少なく報告されている回復期以外の病棟のうち、病床単位で地域包括ケア入院管理料を算定している病床、これは既に回復期相当と考えてよいのではないかとということですね。それからおめくりいただきまして、回復期への転換協議がすでに整っている病床、それから、急性期病棟のうち平均在棟日数が22日を超えているような病棟、これらは回復期相当ということと考えてよいのではということで、調整会議で病床機能報告と必要病床数との比較をする際に、こういった補正をかけた上で議論をしていくということです。

2番目の埼玉県の例ですけれども、埼玉県はかなり細かいのですけれども、各医療機関の報告の内容は尊重しつつ、入院料や具体的な医療提供状況、こういったものも病床機能報告で各医療機関から報告いただいている内容になりますけれども、これを基に客観的な基準を作ってはどうかということで作ったのが埼玉県です。例えば、ICUであれば高度急性期とか、回復期リハ病棟であれば回復期とか、こういった入院料と医療機能が1対1になっているものというのはよいのですけれども、それ以外の一般病棟や地域包括ケア病床というのは、必ず急性期とか回復期と決まっているわけではありませんので、こういったところの報告の仕方について、実際の提供している医療の内容に応じて区分線というものを設けて、高度急性期、急性期、回復期を分けたらどうかというのが、埼玉県の考え方です。

下に埼玉県の基準を参考にお示ししていますけれども、例えば、高度急性期と急性期の境目としては、手術の件数が1病床当たり月に2回以上ですとか、脳卒中は超急性期脳卒中加算を取っているかとか、そういったいくつかの指標を定めまして、その中のどれか一つ以上を満たしていれば、高度急性期とみなしてよいのではないかとということを埼玉県は考えています。次のページをおめくりいただいて、急性期と回復期の区分というのも埼玉県は設けていまして、手術件数がひと月2件以上であるとか、救急の入院の人数が月に10人以上、こういった指標を一つでも満たしていれば急性期と考えて、そうでなければ回復期というような指標を考えたというのが、埼玉県の考え方です。

3番目の奈良県、こちらは結構シンプルなのですけれども、奈良県は急性期の部分に着目して、急性期を重症急性期と軽症急性期に分けてはどうかということで、判断の目安としては、手術と救急医療入院の件数の合計が、1病棟当たりの件数が1日2件を超えているようなところについては、重症急性期を中心とする病棟と考え、2件を下回る場合は軽症急性期ということで、回復期患者を含めてフレキシブルに受け入れる病棟という扱いで、急性期を二

つに分けるという考え方をとっているのが奈良県ということになります。

1枚おめくりいただきまして、別紙というところに、これが各県の指標を神奈川に機械的に当てはめた場合にどうなるかというのを試算した結果の表になります。一番上が神奈川県の前年度29年度の病床機能報告では病床機能、一番下が神奈川県の2025年の必要病床数、真ん中がそれぞれ29年度の病床機能報告を各県の方式に具体的に当てはめた場合ということで、ざっくり試算したものがこちらになります。こういった定量的基準で補正をかけることで、急性期が過剰に多いというようなものが若干補正されるというのが各県の考え方になります。

ではお戻りいただきまして、5番の県の今後の進め方ですけれども、こういった他県の例を参考にしまして、今年度中に、神奈川県での定量的基準の値を整理したいと考えております。2つ目の丸ですけれども、まずは県全体でひとつの定量的基準を導入することとしたいと考えております。3つ目の丸ですが、県医師会、県病院協会等と協議しながら案を作成して、次の県保健医療計画推進会議に報告していくということで考えております。また、この定量的基準の位置付けですけれども、こちらにつきましましては、基本的には、各医療機関から病床機能報告をいただきますと急性期が多く出るという傾向がございますけれども、これを補正して、調整会議で参考として議論していただくことを目的としています。次に下線のところになりますけれども、各医療機関に、これを参考にさせていただくのは結構なのですけれども、報告を強制することは考えていません。報告している病院に新たな負担がかかることはないようにということで本県の検討を進めようと考えているところでございます。説明は以上になります。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

ありがとうございます。いまいろいろな県の方式について説明がありましたが、元々国がこういったカテゴリーを分けているのだけれども、実際のところどう分けるか決まっていなかったというところで、地域によっていろんな特色があることを考えながら皆さんに合わせていくと、それに則って神奈川県がどのようにやっていこうか考えていくという説明だったと思うのですけれども、話が振り出しに戻りますが、この県西地域にこの神奈川県で出したものと全然違うカテゴリー、考え方、特色があるのではないかとということでやっていくと、すごく堂々巡りになっていくような気もするのですけれども。何かご質問ございませんか。

(南委員) (県病院協会常任理事)

定量的基準の導入を県として一本化して検討しているわけですね、中身が見えてこないのですが。もちろんこれはいいことだとは思いますが、その前提として、資料3の2の背景を見ますと、ああそうなのかというよりも、県西部も県全体もそうなのですが、回復期機能を担う病院が不足しているわけですね。特に県西部は回復期が大幅に不足しているということでやってきたのですが、これは皆さま方の誤解だと国は言うわけです。これちょっとふざけていますよね。実は、急性期も回復期を担っているし、慢性期もリハビリを一生懸命やっているのだから、みんなで回復期をカバーしているのだということはずっと言ってきたのに、国は回復期が不足していると言ってきたが、ここにきて誤解させたのは悪かったと。

質問としては、埼玉方式、奈良方式といろいろ出ていますけれども、具体的な検討に入って

いるのでしょうか。これ、かなり緻密な検討をしないとなかなか難しいでしょう。この検討だけでワーキンググループを何回もやらないとなかなか出てこないのではないですか。進捗状況があれば教えていただきたい。

(事務局) (医療課)

ありがとうございます。進捗状況ですけれども、まだこれからということもございます。ワーキンググループを開催してということもあるかとは思いますが、正直申しますと、どちらにしてもピッタリ合うことはない。必要病床数と病床機能報告の数字の出し方が異なっていることもあって、きれいな形で整理することは難しいということもございますので、きっちり精緻なものまで作り上げようとは思っていません。奈良県、埼玉県の方式をベースにさせていただいて、分析して、これでいいのかということを確認させていただきながらある程度作っていきたいと思っております。それを医師会や病院協会の皆さんに相談して、県としての案を整理したいと考えております。

(南委員) (県病院協会常任理事)

お願いですけれども、早くというよりも、全国の手本となるような神奈川県方式、これで決まりというようなものを是非出していただきたいなと思います。よろしく願いいたします。

(小松委員) (県医師会理事)

いま南先生がおっしゃったように、地域医療構想とあって、国が4つの区分を1日のレセプトの点数で分けて、名前をこの4つにしてしまったために、回復期としたところだけがすごく足りないようになってしまった。実際、急性期で退院までのしばらくの間ですとか、比較的高齢の方の入院で少し時間がかかっているという状態がここに該当するので、急性期が多すぎるわけでもないし、回復期病棟が足りないわけでもない。ただ、回復期という名称でそのように分けてしまったので、回復期リハビリテーション病棟が足りないという誤解をしたのも、僕は行政だと思っているのです。それで、回復期リハが足りないという話になっていて、いや違うでしょうと、この調整会議やいろいろなところで話をして、昨年8月くらいに国は回復期リハビリテーション病棟が足りないわけではないという、誤解があるという言い方をしていますけれども、基本的には自分たちが間違っていたということ、誤解があると誤魔化しながら訂正した。まずひとつはそれです。もうひとつは、そうはいつてもとにかくベッドは減らしたいので、新たな定量的基準をはめ込んで、自己申告だと急性期と言っている病院の一部を回復期の方に無理矢理入れたいということなのです。いままでがダブルスタンダードだったものを、トリプルスタンダードになって、これが全国で分け方がばらばらで。地域医療構想なので、全国でばらばらなのはありかもしれませんが、それを分けたことで何の意味があるのかと言ったら、どこに向かって何をしているかということ、結局国は無理矢理分けることだけをゴールにして、それに我々がつき合わされてしまうことになると思うのです。これから県の方といういろいろお話を定量的基準ということに関して進めて行くに当たって、南先生は出来るだけ立派なものとおっしゃいましたけれども、僕の考え方はどちらかと言うと逆で、これをきれ

いに分けようとしたら、例えば奈良県方式というのはシンプルですよ。これは、病棟毎に1日2件以上手術をしているか、若しくは救急を受けているかということだけで線を引いているわけです。これを見ると、大体急性期で申告しているものの半分くらいを奈良県では重症急性期という呼び方をして、半分に分けたいいわゆる軽症急性期というのが、国で言うところの回復期機能を担っているというような解釈で、なんとなく国が言っている比率に合っているというようにしたので、これは、手術をしたり、救急を受けていない内科の重症の方には当てはまらない。これも公平性のある分け方とはいえなくて、もちろん定量的ではありませんけれども全てを網羅しているわけではない。一方で埼玉県式にしてしまうと、急性期というのは看護医療必要度が25%以上、ある意味そこでふるい落とされるので、かなりの部分が回復期になってくる。やはり、それだけで分けていいのかどうか、いろいろな議論があると思うのですけれども、これをやりだすと半年、1年、各地域によって事情も違うので、膨大な労力と時間がかかりますし、多分全員一致ということはないと思うのです。ですから、個人的には、各医療機関にとって負担が少なく、その手間だけでも負担ですし、議論するのも手間で、本当に大事なことは4機能区分の数字を揃えることではなくて、ここの地域の患者さんを、どこで、誰が、どうやって診ていくかという、それだけだと思うので、この看板にあまり拘ってしまうと泥沼かなと思っています。神奈川県も、国にやれと言われてるので渋々やらなければというくらいで、そんなに熱い感じではないと思うので、出来るだけここはざっくりで、負担のないやり方だと思います。明らかにこれは違うだろうという外れ値的なものについては急性期から回復期にすべきとは思いますが、そもそもこの話によって過剰だ、不足だと言っても地域によって事情は違うではないですか。だから、例えば過剰と言われていても、調整会議で議論して、実態としてはここが転換することで有効だと判断すれば過剰なところでも転換を認めてもいいですし、逆に不足と言っているけれどもこれから先を考えたら十分だということは、調整会議において決定すべきことなので、この定量的な基準に関しては、やり出すとトツポにはまるかなと思います。以上です。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

いま小松先生がおっしゃったことは、小松先生は県内の各地域の調整会議に参加されていますので、ほかの地域でも同じようなやり取りがあったのではないかと思います。いま説明されていた内容というのは、私はほぼドンピシャだと思うのですけれども。県の方から何かお話ありますか。

(事務局) (医療課)

ありがとうございます。県としても小松先生のおっしゃったことはその通りだと思うのですが、けれども、また一方である程度目安になる数字があった方がいいという意見があるのも事実でございます。なので、そういう形では活用していただきながら、細かく突き詰めるということではなくて、ある程度目安として出せるものということでお示しできればいいのかなと思います。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

結局いまの考え方というのは、ある程度こういう考えでいきたいと思います。ということで次のワーキンググループで民間の病院の方々の意見交換がされることになると思います。そうでないと何のためにワーキンググループをやるのかという意味合いが薄れてしまう気がしますので、今度プログラムを作るときに、ワーキンググループのシナリオというか、方針を考えてほしいと思います。

(南委員) (県病院協会常任理事)

さきほど小松先生が解説していただきましたが、奈良方式というのがあるというのは、県病院協会の中でも話に出てきていて、この程度がやりやすいよねという話はあるのですが、先程神奈川方式を定めてほしいという話をしましたが、国に対して定量的ということはやるけれども、そんな細かいことは言わないで、もうこれでいいのだということを神奈川が打ち出すと、結構全国的にインパクトがあると思うのです。そういう意味で立派なものをと、頑張ってもらいたいということを言わせていただきました。

(事務局) (医療課)

ありがとうございます。決まりましたら報告させていただきます。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

この会議には、医療関係のみならず、行政の方は今後のためにこの会議の内容を把握するために出席されていると思いますし、あとは薬剤師会、歯科医師会、諸々の業種の方々が参加されているのですが、病棟、病床のことばかりで、皆さん何の発言も出来ないような状況かもしれないと思いますが、何か素朴な質問、率直な質問がありましたら伺いたいのですけれども。

(神名部委員) (小田原市福祉健康部長兼福祉事務所長)

定量的基準の位置付けの部分の記載で、各医療機関からの病床機能報告の値を補正し、とありますが、この補正する権者はだれですか。神奈川県ですか、それとも、この調整会議で補正するのですか。

(事務局) (医療課)

補正という言い方が適切かどうかは分かりませんが、病床機能報告は県の方に提出されます。それをそのまま出してしまうといまと同じですので、それをこういう見方もありますということで、イメージなのかもしれませんが、それを県の方でやるということを考えております。

(神名部委員) (小田原市福祉健康部長兼福祉事務所長)

この調整会議での議論において参考にするというのは、どのように参考にするのですか。



(事務局) (医療課)

いまの出し方ですと、これだけ回復期が足りないのだという議論だけになってしまうので、そうではなくて、実際には定量的基準に基づくとこれくらいですというデータをお出しすることで、単純に数の話だけではなくて、もう少し先に進んだ議論ができるのではないかということで、国も活性化という言い方をしているのかなと考えております。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

結局、この資料2のところにあります、1の国通知における考え方の丸の3の、調整会議で協議が整わない場合は、都道府県医療審議会での理由等の説明を求めるという、結構厳しい文言があるのですけれども、ここまでいくものがあるのかということは、これからの検討会の内容によるということになります。これは、法的な強制力があって行うということではないということでもよろしいですか。

(事務局) (医療課)

ここに書かれているのは、法律上書かれている内容と同様になっておりますので、法的な根拠はあるということになります。ただ、調整会議で議論が整わなかった場合という言い方になっておりますので、調整会議の議論の中です承が取ればこちらには進まないということになります。これは、調整会議で議論するための内容として定量的基準等を提供することが材料になるものと考えております。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

そうなってくると、調整会議での区分の問題が、いまファジーなところがあるのですけれども、それに合わないからといって個々の医療機関が審議の対象となってしまう。しかも法律的にということになると、本当にそれができるのだろうかと思ってしまうのですけれども。いかがですか。

(事務局) (医療課)

調整会議に挙げるかということ、ある程度判断があるかと思えます。医療審議会に挙げるかどうか調整会議での議論の結果になりますので、調整会議でそこまで必要がないという判断があれば、そこから先には進まないと考えています。

(内田委員) (全国健康保険協会神奈川支部企画総務部長)

保険者でございます。以前策定しました地域医療構想との整合性というのでしょうか。これを補正したものと地域医療構想との整合性というのはどのように考えればいいのでしょうか。

(事務局) (医療課)

地域医療構想というか、必要病床数との整合性ということでもよろしいでしょうか。必要病床数は必要病床数で有効だと思います。定量的基準については、いまだと比較するものが病床機

能報告しかなく、且つあまりにも違ってしまっている状態の中で比較をしなくてはいけない。整合性も何も、全く違った状況になってしまっている状態のものを、国としては定量的基準を使って少し近づけて整合性が図れるようにしてほしいということではないかと考えております。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

よろしいでしょうか。

(小松委員) (県医師会理事)

いま渡邊先生がおっしゃったように、調整会議というのは何のためにあって、どのくらいの権限があってということについては、確かに法律的に決まっていますが、命令が出来るのか、勧告が出来るのかという、そもそも民間が多い日本でどこまで強制的にできるかというのはなかなか難しいですし、実際にこういうルールや解釈を、調整会議としてこれではだめだと言った時に、従わない医療機関が出てきた場合にどうするのかということ、国の会議で東京都医師会の人達がかかり言っていたのですけれども、とにかくよく話し合ってくれとしか言わないのです。そこは、そんなものなのだと諦めてしまえばそれまでですし、逆に言うところの会議の意味というのは、いままでは、地域で各々の医療機関が各々の考えの中で自由にやっていたのだけれども、これからはある程度みんな相談しながら連携しながらやっていった方がいいよねと。それは、特に県西の場合は患者さんも減る。あとは、患者が減るとということは、働く人も減っているわけです。という状況の中で言うと、ある程度みんな協調し合いながらやっていくという、そういう文化とかそういう習慣を作っていきましょうということがこの会議の意味であって、例えば、これから先、過剰な機能への転換も含めて、ちょっとこういう考えなのだとすることを、こういう場やワーキングなどで話し合っていくことをしていくことに何らかの意味や光が見えるというのがプラスの点かと。逆に、ここがいろいろなことを縛り付ける場所になるのかということ、あくまで病床機能報告制度も自主申告にしないで、最初に国が勝手に分けた分け方と同じ分け方で国が全部出してしまえば、数字上は同じ理屈で分類されるわけです。また47都道府県でばらばらに新しく分け方を考えて新しい線引きにみんなを悩ませるよりは国が一律に毎年ある日の時点での線引きをして分けてしまえば、この数字というのは国がイメージしたものに近づくはずだと思います。だから国がやればいいと、国の会議で私も言いました。みんながばらばらでやる無駄と手間を考えたら、国がそれをもう1回やればいいのではと言いましたけれど、国は1回決めたことは引き下がれない性なので、こちらも最低限そこには付き合いながら、地域の中でこういうことを考えていこうという、そういう場にここがなれば一番よいのかなと。それが建設的な考え方だという気がします。

(南委員) (県病院協会常任理事)

さきほど内田委員の方から、地域医療構想がありながら、またこういう定量的基準という補正をする方法をいろいろ出していった場合に、元の地域医療構想で出てきた数字と補正した数字や考え方との整合性がどうなるのかというご質問があったと思うのです。これ、整合性がな

くなっていくのではないかと。全体に縮んだり膨らんだりということならいいのですが、ずいぶん形が変わったねということになると、整合性がどうなっているのですかというご質問だったと思います。これは、小松先生も、最初に誤解を生じさせることになったのは遺憾なことなので、もうちょっと各地域でフレキシブルに考えてくださいというように国が言っているというのは、もう整合性が取れそうにないのだけれども、それを失敗だとは言えませんので、ここまで来たのだから地域医療構想は地域医療構想として認めていただいて、皆さんで地域で話し合うことでよい地域を作ってくださいね、というところで落ち着いていくのかなと。そういうことかなと私は解釈していますが、そういうことでよろしいでしょうか。

(小松委員) (県医師会理事)

結局、内田委員もおっしゃったように、新しい線を引くと、第3の数字が出来るわけです。各医療機関が自主申告した第2の数字とどちらにプライオリティーがあるのかというのは、もう分からないわけです。本当に何のために何をやっているのか誰も分からなくなっているのです。いまやっている病床の過剰とか不足とかっていうのも、いまの数字と2025年の数字を比べているわけですが、それも比率で比べるのなら分かるのですが、数で比べて過剰かどうかというもおかしいではないですか。いろいろなところに算定式の限界があるので、そこに関しては地域の皆さんが一番分かると思いますし、そこを決めていくためにこの会議があると思いますし、あまり数字合わせに労力を割くべきではないと思っていますので、できるだけ負担の少ない中でなんとなく良い数字が出来ないか、県と協議しながらやっていきたいと思っていますのでよろしくお願いします。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

どうも、貴重な意見だったと思います。この地域は、他所から新たに病院が参入して病棟を作ろうとかそういう話が出ていないところだと思いますので、そういう意味では、いまお話しがあったように、既存の病院がそれぞれ話し合いをしながら良いバランスを取っていける地域だと思います。いま神奈川県内でもほかの地域では、新しく病院を建てるとか、そういう話は実はあるのです。そういうところになってくると、病床数が大きく崩れてくるし、それに対して調整会議が機能するかが問題になってくると思いますので、先程法的な部分とかを話しましたけど、この地域に関しては、今後そういった調整が十分可能に出来るのではないかと考えてこの会議を進めていきたいと思っていますのでよろしくお願いいたします。

次第でいうと、その他の部分の意見交換に既に入ってしまったので、これ以上何か質問があればお願いしたいと思うのですけれども、いかがでしょうか。

(飛弾副会長) (足柄上医師会会長)

足柄上医師会の飛弾です。病院の話ばかりなので、在宅の診療所から発言させていただきます。入院病床が減るということは在宅で多くの患者さんを診るということで、そもそも自宅で診られない方が入院していたということで、在宅に医療区分1の70%も移行することになる

と大変な労力が必要となると思います。そうすると、在宅の医師だけでなく訪問看護師あるいは訪問の介護士、こういった在宅の人材の確保というのが大変重要になってくると思います。そもそも神奈川県というのは全国平均と比べても看護師の数が少ない、それで訪問回数は多いという、少ない人数で訪問看護をこなしていると、神奈川県の資料ではそう出ているのです。これから在宅に患者さんが多く移行するに当たって、訪問看護師の確保についてはこれまでの会議でも何の対策も示されていません。足柄上医師会の訪問看護ステーションも、多くの訪問看護師の要請に答えているのですけれども、夜間、休日も多くを訪問を行っており、看護師は過重労働状態です。だからといって訪問看護師の応募がないということ。私が診ているグループホームでも、介護士の不足は深刻です。介護士は、ケアはするのですけれども、重症化して看取るといことはなかなか出来ないのです。ですから、入院病床数を減らすということが独り歩きしないで、在宅医療を支える人材確保について、県は具体的なデータを示してほしいと思っております。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

病院も然りで、どうも人材不足というのはこれからかなり進んでいくと思うのです。その辺りを話し出すとかなり大変だと思うのですけれども、数としてはどのくらい不足するかというのは予測出来ていますよね。

(事務局) (医療課)

いま、地域医療構想調整会議において、病床が不足していると思われる地域においても、人材の確保というのが課題として取り上げられています。そういったことも県としては受け止めておりまして、所管は別の課になってしまうのですけれども、訪問看護なり訪問介護の人材の確保に向けては、例えば地域医療介護総合確保基金を御提案いただきながら取り組んでいくことにしておりますので、暫くみていただければと思います。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

分かりました。司会が余り上手ではありませんので、話題が飛んでしまい申し訳ないのですけれども、きょうの第2回の県西地区の推進会議に関しては、あらためてこういった問題があるというのが分かったと思います。ですから、12月のワーキンググループを経て、第3回を1月から2月に予定をさせていただくことになると思いますので、皆さんもどういうチャンスでもよいので、ご意見をいただきと思っています。

では事務局に返します。

(事務局)

渡邊会長、ありがとうございます。

それでは事務局から何点かご連絡を差し上げたいと思います。

次回会議予定、先程申しましたように、第3回を1月から2月にかけて予定してございます。

改めて開催通知の方はお送り致しますので、ご出席の方をよろしくお願ひしたいと思います。

次に講演会の開催についてご案内致します。本日お手元に、「どこで最後を迎えたいですか」と書かれたチラシをお配りしてございます。こちらの講演会、看取りをテーマに、来週木曜日の11月15日18時からこちらの合同庁舎で開催をいたします。講師は山崎章朗先生でございまして、プロフィール欄にありますとおり、この分野について著書も多くある第一人者の先生でございます。推進会議においても、これまでも住民の方々がどんな医療を受けたいのか、こうしたことについて住民自ら考えていただく機会が必要ではないかといった意見もいただいておりますので、この講演会がその一助となればと思います。締切が来週の月曜日、12日でございます。定員は先着100名となっておりますが、本日現在まだ若干余裕がございます。また参加費も無料となっておりますので、ぜひご検討いただければと思います。

もう1点、カラーの写真のチラシを用意してございます。黒岩知事との対話の広場地域版と書かれたものでございます。こちらは11月22日木曜日18時半からこちらの合同庁舎で開催するということで、知事との対話のイベントでございます。こちらの締切は来週木曜日15日となっております。内容に関心のある方は参加について検討いただければと思います。

事務局からは以上でございます。

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。長時間にわたり誠にお疲れ様でございました。